



診療報酬改定レポート

発行：MMPG（医療・マネジメント・プランニング・グループ） 作成：MMPG医療・福祉・介護経営研究所

発信者：(株)ユアーズブレイン 広島市中区国泰寺町 1 丁目 3-29 デルタビル 3 階 TEL 082-243-7331

11/9 より平成 28 年度の診療報酬改定レポートを中医協総会の開催に合わせて、お届け致します。

平成 27 年 9 月 9 日 中医協 総会（第 303 回）

- ① 患者申出療養で患者団体からヒアリング
- ② 「混合診療の全面解禁につながらないように」と訴え
- ③ 調剤医療費の伸び率、「非常に高い」と日医

—詳細—

- ① 厚労省は当初予定していた議題の順序を変更し、医療機器の保険適用などの“定例モノ”を後回しにして、最初に「患者申出療養」のヒアリングを実施。日本難病・疾病団体協議会（JPA）の代表理事を務める森幸氏、全国がん患者団体連合会（全がん連）理事長の天野慎介氏らが患者申出療養制度に対する意見を述べた。患者申出療養は平成28年4月からの施行。このため厚労省は「施行の半年前ぐらいには制度の詳細について取りまとめて省令や告示などを整備したい」との意向を示しており、有害事象発生時の対処など具体的な運用方法について7月8日の総会から検討を再開した。8月26日の総会で、患者団体のJPAと全がん連が意見書を提出。質疑で患者代表の委員が「患者さんの声を聴いてみるのもいい」とヒアリングを提案し、異論がなかったため今回のヒアリングが実施されることとなった。
- ② ヒアリングで患者団体の代表は「患者申出療養制度が混合診療の全面的な解禁につながらないように」と訴えた。森氏は「混合診療は原則禁止であり、保険外併用療養費制度は例外的に混合診療を認める制度。患者申出療養もあくまで例外的な制度」と強調。天野氏は「高価な未承認薬などを自己負担で使える患者は限られている」と指摘し、先進医療制度の見直しなどを要望した。患者団体の意見陳述を受け日本医師会の委員は「素晴らしい」と喝采を送り、支払側委員も賛同した。
- ③ 厚労省の担当者が「平成26年度 医療費の動向 ～概算医療費の年度集計結果～」を報告した。それによると、医療費の伸び率は1.8%で、診療種別に「入院」1.7%、「入院外」1.3%、「歯科」2.9%、「調剤」2.3%となっており、調剤の伸び率が「入院」「入院外」などの医科を上回っていた。このため、日本医師会副会長の中川俊男氏が「調剤医療費の伸び率はほかの伸び率に比べて非常に高い。これは次期改定に向けた重要な論点」と指摘し、調剤報酬の引き下げ要望を示唆した。

平成 27 年 9 月 30 日 中医協 総会（第 304 回）

- ① 外来医療の議論、「その 2」に入る
- ② 紹介状なし大病院受診、定額の徴収を「責務」に
- ③ 軽症の救急患者に定額負担、診療側は反対意見
- ④ 「患者申出療養評価会議（仮称）」の設置に向けて準備へ

—詳細—

- ① 4 月 8 日以来、約半年ぶりに「外来医療」が議題に挙がった。前回 4 月の総会で厚労省は「外来医療（その 1）」と題して外来医療の全般にわたる課題を提示し、「外来の機能分化・連携の推進」「重複投薬や残薬を減らす方策」「主治医機能の強化」などの論点を挙げた。今回は「その 2」として、テーマを「紹介状なしの大病院受診時に係る選定療養」に絞り、定額負担を求める「大病院」の範囲や、定額負担を求めない患者やケース、そのほか定額負担の金額（初・再診）などについて意見を求めた。診療側と支払側の代表らがそれぞれ意見を述べた後、座長が「本日の議論を踏まえて次回以降、さらに議論を進めていきたい」とまとめた。
- ② 紹介状なく大病院を受診した場合について厚労省は、「療担規則を改正し、一定規模以上の医療機関について、定額の徴収を責務としてはどうか」と提案した上で、具体的な論点を 4 つ挙げた。定額の徴収を「責務」とする前提部分については反対意見がなかったが、各論点については診療側と支払側の意見が分かれた。
- ③ 日本医師会（日医）常任理事の鈴木邦彦氏は 9 月 30 日、紹介状なく大病院を受診した場合の定額負担について診療側を代表して意見を述べ、「軽症でも緊急の場合があると思うので、救急患者と認められる場合は（定額負担を求める患者から）除くべきだ」と訴えた。厚労省は「定額負担を求めない患者・ケース」との論点を挙げ、現行制度で定額負担を求めることができない「救急患者」の範囲から軽症患者を除くことについて意見を求めた。鈴木氏は「むしろ『軽症かどうか』ではなく、あくまでも医療機関が判断して『救急かどうか』で考えるべき」と主張した。
- ④ 厚労省は前回会合でのヒアリングや議論などを踏まえ、「患者申出療養の制度設計（案）」を示し、大筋で了承された。来春までに、運用に関する省令や告示などを整備し、療養の安全性・有効性を審査する「患者申出療養評価会議（仮称）」の設置に向けて準備を進める。委員から反対意見はなかったが、質疑の最後に日医の委員が全国紙の報道に言及。「本日の某全国紙が『混合診療を 400 病院に拡大』との見出しで書いている」と詰め寄る場面もあった。厚労省の担当者は「400 という数字の根拠について、例えば、がんの拠点病院がだいたい 400 ぐらい」と答えた。

平成 27 年 10 月 7 日 中医協 総会（第 305 回）

- ① 「同一建物同一日の訪問診療」の影響調査がまとまる
- ② 医師と薬剤師の権限範囲などをめぐり意見が対立
- ③ 「変更不可」の品目数が昨年度の 22.8%から倍増し 44.8%に
- ④ 在宅医療の議論が「その 3」へ、外来応需体制で論点

—詳細—

- ① 総会に先立ち、診療報酬改定結果検証部会が開かれ、「平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）」の6項目のうち、「同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査」と「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」の2項目について「本報告案」をまとめた。国民を代表する立場の「公益委員」のみで構成される同部会の評価を加えている。続く総会では、検証部会がまとめた「本報告案」を踏まえて議論した。
- ② 検証部会がまとめた「後発医薬品の使用促進策」に関する調査結果を受け、医師と薬剤師の権限範囲などをめぐり支払側と診療側の委員の意見が対立した。日本医師会の委員は医師の処方権を強調し、健康保険組合連合会の委員は薬剤師の調剤権を主張して会議は一時紛糾。「同一建物同一日の訪問診療」の議論は深まらなかった。最後の議題である「在宅医療（その 3）」の意見交換に入った時には、開始からすでに2時間以上が経過しており、25分程度の意見交換で終了した。
- ③ 調査によると、「後発医薬品名で処方された医薬品の品目数」のうち「『変更不可』となっている医薬品の品目数」が倍増。昨年度の22.8%から22.0ポイント増の44.8%となった。支払側は「薬剤師の責任、役割は非常に大きい」と主張。医師が後発医薬品の銘柄を指定した割合が44%と高いことを「異常事態」「使用促進の阻害要因」などと非難した。日本薬剤師会の委員は「薬局の在庫の中で一つの成分に100品目も揃えることはなかなか難しい」と在庫管理の負担が大きいことを訴えた。
- ④ 次期改定に向けて最も早く動き始めたのは「在宅医療」の検討で、厚労省は2月18日に「在宅医療（その 1）」を示し、続く5月27日に「その 2」に入った。今回、約5ヵ月ぶりに在宅医療が議題に上り、厚労省は54ページにわたる「その 3」を提示。全体の構成は、①在宅医療の提供体制、②在宅医療を提供する医療機関とその評価、③在宅医療（歯科）の提供体制——の3項目で、最終ページに「外来応需体制のあり方」と題する課題と論点を挙げた。厚労省は、在宅医療を担う医療機関の機能に大きな差異があることに着目。在宅療養支援診療所が在宅医療を専門に行う場合に、「例えば同一建物居住者の割合、要介護度別の患者の割合、看取り件数など、その機能の差に着目した指標に基づく評価を行うべき」と提案している。

平成 27 年 10 月 14 日 中医協 総会（第 306 回）

- ① 入院医療は「その 3」へ、前回改定時よりも 1 ヶ月早いペース
- ② 改定前後で 7 対 1、「大きな変化はみられなかった」
- ③ チーム医療の推進、薬剤師と歯科医師の役割に着目
- ④ 高額で頻度の低い医療、「包括範囲から除外してはどうか」

—詳細—

- ① 入院医療の議論が「その 3」に入った。入院医療の検討は 3 月 4 日にスタートし、6 月 10 日に「その 2」に入った後、中医協の「入院医療等の調査・評価分科会」で具体的に検討。分科会では、5 月 29 日に「平成 26 年度調査結果（速報）」の概要が示され、8 月 26 日に「中間とりまとめ（案）」に合意している。こうした検討を踏まえ、厚労省は総会に「入院医療（その 3）」と題する 77 ページの資料を示した。前回改定時は平成 25 年 11 月 13 日に「その 3」を示しており、今回はそれよりも 1 ヶ月早いペース。主な項目は、①入院医療における機能分化の推進、②医療従事者の負担軽減とチーム医療の推進、③短期滞在手術等基本料——の 3 点。
- ② 厚労省は「入院医療（その 3）」の中で、「急性期入院医療における機能分化の推進に関する課題」を挙げ、「平成 26 年度改定の前後で、7 対 1 病棟における入院患者数や病床利用率の経年的な傾向に大きな変化はみられなかった」と結論付けた。こうした認識を踏まえ、次期改定に向けた「論点」では「急性期医療の必要な患者像の適切な評価を図るなどの取り組みを進めていくべき」「早期退院や在宅復帰に向けた支援を充実していくべき」としている。
- ③ 厚労省は「チーム医療についての課題」として、「依然として勤務状況を改善する必要があると考えている医師は半数以上」、「看護職員においても負担軽減に取り組む必要があると考えている看護師長は 90% を超えた」などと指摘し、医師や看護職員の負担を軽減する必要性を強調した。一方、「約 60% の病棟が薬剤師の配置を行っており、業務負担の軽減や情報把握、適切な服薬支援等に効果がみられた」と薬剤師の評価に意欲。歯科医師との連携についても、「職員の口腔清拭等の技術向上に効果」とし、診療報酬で後押しする方針を示唆した。
- ④ 短期滞在手術等基本料に関する課題では、前回改定で 21 種類の手術等に「短期滞在手術等基本料 3」を設定して包括的に評価した影響を紹介し、「医療提供が一定程度効率化されたことが示唆される」と評価。「引き続き診療の標準化と効率化を図っていくべきではないか」との考えを示した。人工腎臓（人工透析）のような高額で頻度の低い医療については、「他の包括入院料の例を参考に、包括範囲から除外することとしてはどうか」と提案している。

平成 27 年 10 月 21 日 中医協 総会（第 307 回）

- ① 入院医療の最終報告、議論なく 3 分で終了
- ② 「個別事項」の検討がスタート、前回改定時より約 1 ヶ月早く
- ③ 喫煙は“病気”か、若年層のニコチン依存症治療めぐり白熱

—詳細—

- ① この日の総会に先立ち開かれた小委では、中医協・診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」の武藤正樹分科会長が出席し、10 月 15 日の同分科会でまとめた最終報告について説明。診療側から質問や意見が出されたが、「今後、総会で議論する」との結論でまとまった。続く総会でも同分科会の最終報告が示されたが、委員の発言はなかった。厚労省の担当者は「今後、『入院医療』ということでは何回かご議論する場を準備したいと考えているので、そこでご議論いただければと考えている」と説明し、入院医療に関する議題は 3 分で終了した。
- ② 厚労省が示した「個別事項（その 1：がん対策等について）」と題する 118 ページの資料を踏まえて議論した。「個別事項（その 1）」は 4 項目で構成。「がん」「たばこ」「難病」「感染症」——について次期改定に向けた「論点」を示し、このうち、「難病」「感染症」についてはおおむね合意を得た。「個別事項（その 1）」の検討は、前回の平成 26 年度診療報酬改定時よりも約 1 ヶ月早いペース。前回改定時は平成 25 年 11 月 15 日に同様の資料を示し、12 月 25 日に「個別事項（その 7：これまでの議論で求められた資料等）」を提示。続く平成 26 年 1 月 15 日の総会で、「これまでの議論の整理（現時点の骨子）」に入っている。
- ③ 「個別事項（その 1）」では、「たばこ対策」をめぐって議論が白熱した。厚労省は「ニコチン依存症患者の治療に関する課題と論点」を示し、「若年層のニコチン依存症患者にもニコチン依存症治療を実施できるよう、算定要件（B I 200 以上）を緩和してはどうか」と提案した。日本医師会の委員はこれに賛成したが、支払側は「保険財政が厳しい時に、なぜこういうものに保険を使うのか」などと強く反発。「インフルエンザの予防注射には保険が適用されない。それと同様の予防行為ではないか」と疑問を呈する声も上がった。同じく支払側から「10 代の喫煙は法令違反であり、若年層のニコチン依存症治療に保険を提供するのは法令違反を是とする政策ではないか」との批判も飛び出した。一方、非喫煙者である日医の委員は「禁煙すべき」「周囲に迷惑」と嫌煙を主張。対する支払側の主要メンバーは喫煙者で、「私どもは喫煙を病気とっていない。自己責任」と平行線。「禁煙者と喫煙者の争いになっているので、この議論は打ち切るべき」との声も出た。

平成 27 年 10 月 23 日 中医協 総会（第 308 回）

- ① 改定の影響を調べる「平成 26 年度調査」、6 項目が出そろう
- ② 看護職の夜勤時間の調査めぐり議論
- ③ 長期入院の精神患者、「簡単に退院できると考えないで」
- ④ 看護必要度の見直し、診療側で意見が分かれる

—詳細—

- ① 総会に先立ち、中医協の公益委員のみで構成する診療報酬改定結果検証部会（部長＝松原由美・明治安田生活福祉研究所）が開催され、前回改定の影響を調べる「平成 26 年度調査」の 6 項目のうち 4 項目の「本報告案」がまとまった。10 月 7 日にまとめた 2 項目と合わせ、「平成 26 年度調査」の結果が出そろった。厚労省は同部会で承認を得た後、続いて開かれた中医協総会に報告し、大筋で了承を得た。
- ② 今回まとめた平成26年度調査の 4 項目は、①訪問看護、②精神医療、③救急医療のほか、④月平均夜勤時間72時間要件を満たさない場合の緩和措置による影響——などで、このうち④が議論になった。夜勤専従の看護職員の 1 ヶ月当たりの所定労働時間について検証部会は「26年改定前後で比較すると、平均130.3時間→平均129.8時間であり、ほぼ変化はみられなかった」とまとめた。これに支払側委員は「150時間を超えている所が結構ある」と指摘し、「看護職員の安全性や健康面から考えると、そのこともぜひ指摘して」と求めた。さらに、月平均夜勤時間超過減算の算定状況について無回答だった施設に関する記述を削除するよう求めた。この要望に対しては診療側委員から反対意見があったため、「会長預かり」の形で決着した。
- ③ 次期改定に向けた「個別事項」の審議は 2 回目を迎え、厚労省は「個別事項（その 2：精神医療）」を示した。これに対し、日本精神科病院協会副会長の長瀬輝誼氏が約20分間にわたって意見を述べ、長期入院の是正を進める方針に対し、「簡単に退院できると考えないでいただきたい」などと訴えた。
- ④ 厚労省が示した「入院医療（その 4）」に基づいて議論した。「その 4」の構成は、①急性期医療における患者像の評価、②総合入院体制加算——の 2 項目で、7 対 1 病床を減らすための看護必要度（重症度、医療・看護必要度基準）の見直しが議論になった。日本医師会の委員は「前回改定で大幅に見直した要件をまた 2 年後に見直す朝令暮改」と批判したが、同じく診療側の病院団体幹部は「現在の基準が急性期の患者さんの病態を示しているのか。どのような項目が適切かを検討する方向性には賛成する」と厚労省案を支持し、診療側で意見が分かれた。厚労省は「急性期に密度の高い医療を必要とする状態が『重症度、医療・看護必要度』等において適切に評価されるよう、見直してはどうか」などと提案している。

平成 27 年 10 月 28 日 中医協 総会（第 309 回）

- ① 入院医療の審議が「その 5」に入る
- ② 日医・四病協の「合同提言」をめぐる議論
- ③ 地域包括ケア病棟入院料、「評価体系の継続」を示唆
- ④ 「退院調整加算の充実を図ってはどうか」と提案

—詳細—

- ① この日の議題は、①医療機器の保険適用、②臨床検査の保険適用、③入院医療（その 5）——の 3 項目。①と②を約 10 分で了承し、③の「入院医療（その 5）」が審議の中心となった。資料「その 5」は 94 ページにわたる大部なもので、「地域包括ケア病棟」「慢性期入院医療」「退院支援に係る取組」「入院中の他医療機関の受診」——の 4 項目で構成。それぞれについて今後の方向性を示している。
- ② 「地域包括ケア病棟」をめぐる議論を前に、診療側は日本医師会（日医）と四病院団体協議会（四病協）の合同提言を提出。合同提言では、「病院機能に着目した診療報酬上の評価のあり方」と題して、「基幹型病院と地域密着型病院との機能の違いに着目した二つの区分と、それぞれの機能にふさわしい報酬体系の整備が必要」などと主張した。これに支払側委員が疑問点をぶつける展開となり、「合同提言」をめぐる議論に発展。厚労省が示した「論点」に関する議論は深まらなかった。
- ③ 厚労省は「その 5」の資料の中で、「地域包括ケア病棟入院料に関する論点」を示した。厚労省は、「地域包括ケア病棟に求められる役割や、実際の医療提供の状況、入院基本料をはじめとする他の病棟との関係を踏まえ、平成26年度診療報酬改定で設定された地域包括ケア病棟の包括範囲など、その評価体系を継続することについて、どう考えるか」と意見を求めたが、分科会で議論になった「手術料の外出し（出来高払い）」をめぐる議論はなかった。分科会では医療系委員が「外出し」を主張しているが、有識者委員の 1 人は「現状のままでいい」と発言している。
- ④ 厚労省は次期改定に向け、「退院支援」を非常に重視している。同日示した「その 5」では、「退院支援に関する論点」として、「退院支援に係る評価について、現在算定回数の多い退院調整加算及び介護支援連携指導料を中心として、簡素化を図ることとしてはどうか」と提案。また、「退院支援に専従する職員」が複数の病棟を担当として受け持つ必要性を指摘。「入院後早期に退院支援に着手すること」や、「他の医療機関等と恒常的に顔の見える連携体制を構築すること」などを進めるために、「現行の退院調整加算の充実を図ってはどうか」と提案した。