

MMPG 診療報酬改定レポート

発行：MMPG（メディカル・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

発行者：（株）ユアーズブレーン 広島市中区国泰寺町 1-3-29 デルタビル 3 階 TEL 082-243-7331

平成 27 年 12 月 16 日 中医協 総会（第 320 回）

- ① 次期DPC制度の見直し案、大枠を了承
- ② 臨床研究中核病院、「まだ謹慎期間」と日医
- ③ 「費用対効果評価」の試行的導入に向け、実施案を大筋で了承
- ④ 「個別事項（その8）」で“宿題返し”も、出口見えず
- ⑤ ニコチン依存症管理料の対象拡大めぐり、議論が再燃
- ⑥ 「化学療法 4,000 件」の計算法を図示、「理解しやすい」と診療側
- ⑦ 入院中の他医療機関の受診、「具体的に年明けから」と厚労省課長
- ⑧ 看護職の夜勤計算の見直し、「柔軟な運用」めぐり議論に

【概要】

この日の議題は、（1）診療報酬基本問題小委員会からの報告、（2）費用対効果評価専門部会からの報告、（3）個別事項（その8：これまでの議論で求められた資料等）——の3点。このうち（1）では、平成27年10月時点で国内にわずか4施設しかない臨床研究中核病院を診療報酬上で評価することの是非について、（3）ではニコチン依存症管理料、看護職員の夜勤問題をめぐり激しい議論となった。

【詳細】

① 次期DPC制度の見直し案、大枠を了承

次期改定でDPC制度はどのように変わるのか。中医協の診療報酬調査専門組織であるDPC評価分科会ではすでに方向性が固まっており、11月30日の中医協・基本問題小委員会（小委）に報告が上げられ、さらにこの日の総会に報告された。大枠については支払側も診療側も合意したが、争点となっている「臨床研究中核病院の評価」については今回も決着が付かなかった。診療側が「今回は見送るべきだ」と繰り返し、日本医師会（日医）の委員は「まだ謹慎期間だ」と語気を強めた。

議論を受け、中医協会長の田辺国昭氏（東大大学院法学政治学研究科教授）は「本日の議題である『基本問題小委員会からの報告』について、説明があった件に関しては中医協として報告を受けた。本日のいろいろな議論を踏まえて、事務局は具体的な案でお示しい

ただくようお願い申し上げます」とまとめた。

厚労省が同日の総会で示したDPC制度の見直し案に関する資料は全 58 ページ。

(1) 基礎係数 (医療機関群に関連する事項) の見直し、(2) 機能評価係数 I・II の見直し、(3) 算定ルール等の見直し、(4) 退院患者調査の見直し、(5) 診断群分類の見直し——の 5 項目に分けて、今後の「対応方針案」などが示されている。

臨床研究中核病院の評価は、(2) の「機能評価係数 II の見直し」に関わる論点。臨床研究中核病院以外には、「病院情報の公表」など 8 項目が挙げられている。

機能評価係数 II の見直しに関する対応方針 (案)

	論 点	対 応 方 針 (案)
総 論	①機能評価係数 II の考え方	→ 現状維持
	②機能評価係数 II を構成する各係数への配分 (重み付け)	→ それぞれの係数ごとの重みをできるかぎり標準化
各 論	① I 群病院・II 群病院における機能の差	→ 一定の要件に該当する場合は減算
	②病院情報の公表	→ 平成 29 年度より機能評価係数 II における保険診療指数の中で「病院情報の公表」の評価を行うことを検討
	③カバー率指数	→ 専門病院・専門診療機能に一定の配慮を残した上で、機能がより反映されるように調整
	④指定難病の診療実績の評価	→ 評価を見送る
	⑤地域がん登録	→ 法律で義務化されるため評価を廃止
	⑥新型インフルエンザ	→ 評価を見送る
	⑦臨床研究中核病院	→ 臨床研究中核病院としての承認を受けることを、『高度・先進的な医療の提供機能 (高度・先進性) 』という観点から評価
	⑧後発医薬品指数	→ 70% を評価上限とし、指数計算で厚労省のマスターを使用
	⑨診断群分類点数表で表現しきれない重症度の差	→ 診断群分類では十分評価されない重症度の高い患者の入院を評価する係数を設ける

(12月16日の中医協総会資料「総-1」P27を一部改変)

② 臨床研究中核病院、「まだ謹慎期間」と日医

臨床研究中核病院のように、全国で少数の病院しか承認されていない施設をDPCの機能評価係数で評価することができるか。臨床研究中核病院は、平成 27 年 10 月時点で 4 病院 (DPC 対象病院) が指定を受けている。

厚労省は、「臨床研究中核病院としての承認を受けることを、『高度・先進的な医療の提供機能 (高度・先進性) 』という観点から評価を行ってはどうか」と提案。これには、中医協下部の分科会でも小委でも診療側委員が反対している。厚労省は「11 月 30 日の基本問題小委員会で診療側委員から反対意見があった」と補足した上で意見を求めた。

質疑の冒頭で患者を代表する立場の委員が発言し、「体制評価指数の中に臨床研究中核病院を入れるというのは、ある程度リーズナブルなのではないか」と厚労省案を支持した。

委員は「臨床研究中核病院の機能はあながち研究だけではない」と指摘し、日医委員の反対理由に言及。「臨床研究中核病院がいろいろなトラブルを起こして問題があることを強く批判するのは全く同意見」としながらも、「今回は直接、点数で評価するという話ではなく、体制評価指数の修正ということなので（認めないのは）ちょっと厳しすぎるのではないか」と厚労省の見解を代弁した。

日医の委員は「臨床研究中核病院は世界的に恥をかって出直したばかりで、喉元もまだ過ぎていない。まだ謹慎期間だ」と語気を強め、「指数を入れるということは診療報酬を上げるということなので、今回の改定でやるのはまだ拙速。一般財源を使って、政策的な医療や臨床研究を推進するという意味で補助金等を充てるべき」と主張。「臨床研究中核病院を診療報酬で評価するのは慎重でなければならない。まだ謹慎期間なので、やはり今回は見送るべきだと明確に申し上げたい」と強く反対した。

これに対し、厚労省の担当者は「本日の総会では『引き続き反対』という意見と、『それなりにリーズナブルではないか』という意見があったので、各号側の意見があったということで、『来年』に向けて引き続き議論させていただきたい。1月に改めて案をまとめて、ご提案させていただきたい」と強行する構えを見せた。このため、日医委員が「短冊に出してくるという意味か？」などと追及すると、担当者は「ご提案をするかどうか、考えさせていただきたい」と言葉を濁した。そこで病院団体の委員は「診療報酬でみるのはいかななものかと思っているので、ぜひ今回は見合わせていただきたいと思います」と強調した。

③ 「費用対効果評価」の試行的導入に向け、実施案を大筋で了承

人の健康や生死に関わる「費用対効果」をどのように判断するか。「合意できる唯一のいい方法はない」との声もあるなか、厚労省は来年度からの試行的導入に向けた実施案などを示し、大筋で了承された。これまで様々な議論があったが、最終的には「費用対効果が良い」または「費用対効果が悪い」といった定性的な評価結果を示すこととなった。

厚労省が示した「今後のスケジュール」によると、来年度改定で試行的に導入した後、再算定に関する品目を指定し、企業からデータを集める。それを踏まえ平成29年度以降に費用対効果評価専門組織（仮称）で「総合的評価（アプレイザル）」を実施し、中医協の薬価算定組織などで価格算定案を作成、「費用対効果評価再算定」を実施する。

費用対効果評価の考え方をめぐっては、これまで多くの議論があった。混迷を極めた時期もあった。今年6月まで中医協会長を6年間務めた森田朗氏（国立社会保障・人口問題研究所所長）は退任する約1ヵ月前の5月15日、財務相の諮問機関である「財政制度等審議会（財政審）」の有識者ヒアリングに招かれ、「社会保障」をテーマに個人的な見解を述べた。その中で費用対効果評価制度の導入に触れ、「おそらく皆さんが合意できる唯一のいい方法はなかなかないのではないか」との認識を示している。

財政制度分科会（平成 27 年 5 月 15 日開催）議事録（抜粋）

〔 森田中央社会保険医療協議会会長 〕

（前略）本日は、中医協の会長という立場から、社会保障の中で、医療関係についてお話をさせていただきたいと思ひます。

（中略）私自身の中医協会長の任期が来月初めで終了することになっておりまして、その後では思いを述べる機会があるかと思ひますが、もしかしたら先走って述べてしまう可能性もあるかもしれませんので、その辺は十分にご理解いただきたいと思ひます。（中略）私の個人的な考えも入りますが、医療は人の命と健康にかかわることですので、必要なものについてはやはり必要な手当てをせざるを得ないであろうと考えます。（中略）しばしばマクロ的な目標、キャップを設けて制限をする、あるいは議論されているように一定の負担を求めるといふ方法もあると思ひますが、正直に申し上げまして、これは健康と生死にかかわることですので、削減は可能かもしれませんが、そのようなマクロ的な抑制策といふのは、弊害も多いと思ひれます。特に一律に抑制した場合には、どうしても弱者の方にしわ寄せが行くということになりかねません。（中略）

次が医薬品、医療機器等の保険収載、価格決定の費用対効果評価制度の導入でございます。これまで我が国の場合には薬事承認機関であるPMDAによって、薬が有効で効き目があり、かつ安全であることが確認された場合には、ほぼ自動的に一定期間をおいて保険収載されました。要するに保険の適用が可能であるということになっていました。ごくわずかの例外を除いてそうになっていたわけですが、そうしますと、新しいお薬が次々に出てくる場合、続々と保険適用されることになってまいります。薬の中には価格の割に有効性が乏しいものや、既存の薬に比べてそれほど効果が変わらないにもかかわらず価格は高いものなど、これまでの原則でいふと、そのようなものも保険の適用になってきたわけですが、我が国でも数年前から、中医協の中でそのような方法を採用しなければいけないのではないかと検討されてまいりました。しかし、現実の問題としましては、薬品も医療機器も同様ですが、有効性の評価は技術的に大変難しいものがあります。現在、実際の具体的な例も取り上げまして、どのような方法が望ましいかということをお評価方法について検討しているところですが、おそらく皆さんが合意できる唯一のいい方法はなかなかないのではないかと思ひます。しかしながら、この方法を取り入れない限り医療費が増大することになると思ひられますし、ベストの方法はないわけですが、何らかの方法で評価をした場合、それを保険収載あるいは保険価格に反映させるという仕組みはあり得るのではないかと。これは各国とも大変苦労しているところでございます。（後略）

（5月15日の財政審議事録より抜粋）

④ 「個別事項（その8）」で「宿題返し」も、出口見えず

議論の尽きない問題について、どのように終止符を打つか。次期改定に向けて、総論・各論とも一通りの議論を終えて最終コーナーを回ったこの日、厚労省は「個別事項（その8）」と題して、「これまでの議論で求められた資料の一覧」を示した。

これまでの議論で求められた資料の一覧

表 題	指 摘 事 項 等
1. ニコチン依存症管理料	・当該管理料の算定状況や効果等について
2. 総合入院体制加算	・実績要件となっている化学療法の件数の数え方について
3. 入院中の他医療機関の受診	・当該評価を導入した経緯について
4. 特定集中治療室管理料	・当該治療室に入院している患者の状況について
5. 看護職員の夜勤	・看護職員の夜勤時間数の分布等について

（12月16日の中医協総会資料「個別事項（その8）」P2）

このうち、「総合入院体制加算」と「特定集中治療室管理料」の2項目は、委員から質問のあった件に答える“宿題返し”となっている。しかし、残る3項目は診療側と支払側の間で激しい対立が続いた。特に、「ニコチン依存症管理料」と「看護職員の夜勤」をめぐる議論は、出口が見えない“迷路”にはまりこんでいる。

⑤ ニコチン依存症管理料の対象拡大めぐり、議論が再燃

たばこをやめさせるのは医療か。肺がんなど、喫煙による疾患の発生を抑制するために公的医療保険を使うべきか否か。

厚労省は10月21日の中医協総会で、ニコチン依存症管理料の対象拡大を提案。「ニコチン依存症管理料はB I 200以上を要件としているが、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」と意見を求め、紛糾した。当時、支払側委員の主要メンバーを喫煙者が占め、「たばこを吸うのもやめるのも自己責任」と主張。対する禁煙者の医師らは、予防的な医療にも保険適用を認めるべきとの考えなどを述べ、議論の中心は「予防的な医療をどこまで保険で手当てすべきか」という点に集中。ニコチン依存症の治療効果が問題になった。

こうした議論を踏まえ厚労省は今回、「一定の割合で禁煙することに成功している」との資料を提示。それによると、禁煙外来等でニコチン依存症の治療を受けた人のうち、全5回の治療を完遂した人が約36%。その「全5回完遂3割」のうち、9ヵ月後まで禁煙が続いたのは約49%で、厚労省は「ニコチン依存症の治療を受けた人全体の中で、治療9ヵ月後に禁煙できていた人は全体の約30%」と、“打率3割”の成果を強調した。

この3割をどう評価するかなどをめぐって議論が再燃。前回から大幅に委員が入れ替わったこともあって仕切り直しの討論となったが、支払側委員の「7割は無駄な医療費。この医療費はいったいどこに行ったのか」などの発言が診療側を刺激し、今回も紛糾した。

支払側委員は、同管理料を算定している医療機関にばらつきがあると主張。「算定要件をもっと厳密にして、アウトカム評価を入れるべきではないか。B I 200を100にするとか50にするとということよりも、算定要件を考えるのがここでの論点ではないか」と発言し、炎上してしまった。

診療側は、こうした意味での「アウトカム評価」に強い違和感を示し、「医療機関が一生懸命に努力して、その努力の結果、アウトカムがないから加算を付けないというのではモチベーションの低下につながる。手術がうまくいかなかった、あるいは患者さんがお亡くなりになったので手術料を払わないと言うに等しい」と語気を強めた。日医の委員は「そういうことを言われると、やる気をなくす」と怒りを表した。しかし、支払側委員は「医療機関によって禁煙に対する医療提供に差がある。きちんと適切な医療を提供している医療機関に行ってもらいように算定要件を見直し、適切な効果が出る禁煙外来をやっている所を特定し、そこに患者を誘導するべきではないか」と引き下がらなかった。

ニコチン依存症管理料をめぐるのは、長きにわたって中医協で対立が繰り返されてきた。同管理料を導入した平成18年度改定に向けた審議でも同様の展開が見られたが、その時は「コスト・ベネフィット」が議論の中心だった。当時の麦谷眞里医療課長は平成18年1月18日の中医協・基本問題小委員会で「診療報酬点数を入れても数億円でございます

⑦ 入院中の他医療機関の受診、「具体的に年明けから」と厚労省課長

急性期病院の一般病床に90日を超えて入院している患者がいる現行制度において、「入院中の他医療機関の受診」をどのように考えるべきか。平均在院日数の短縮化が叫ばれるなか、支払側委員は「他医療機関を受診するには、いったん退院しなければならないのが原則的な考え方で、入院中に他医療機関を受診するのは例外的」と主張。一方、平均在院日数の短縮に否定的な日医委員は地域連携の必要性などを指摘し、「自院の専門ではない病気になった入院患者を専門の医療機関に受診させることがなぜイメージできないのか。例外ではなく日常的にある」と譲らず、今回も意見が対立した。

厚労省保険局医療課の宮寄雅則課長は「今回は経緯を示した。点数の枠組みを見直すなら、どう見直していくかを提案している。本日、これで結論ということではないので、もう少し具体的に年明けからお示しできるようにしたい」と議論を収めた。

10月28日の総会で、厚労省は「精神科病院や有床診療所は、多数の診療科の診療体制を有しておらず、他医療機関受診による入院料減算の頻度は、有床診療所入院基本料や精神病棟入院基本料において比較的高い傾向にある」との認識を示した上で緩和する方針を提示。「入院中の患者が異なる診療科の疾患を有する場合にも診断・治療が円滑に行われるよう、精神科病院や有床診療所など、特に診療科の少ない医療機関に入院する患者が、他の医療機関を受診する場合の減算率を緩和することについてどう考えるか」と意見を求めたが、支払側は「軽々に賛成とは言えない」と反対した。

支払側委員は「今の形で何が問題なのかがよく分からない。この病気で、なぜ他の病院に行かなければいけないのか理解に苦しむレセプトもあると聞いている」と指摘した上で、「どういった患者がどのぐらいの頻度で行くのがよく分からない」と問題提起。「人工透析は明らかだが、それ以外の疾病で重症なのか軽症なのか全く分からないので、このようなケースの患者像についての資料を出すことが可能かどうか」と資料の提出を求めた。

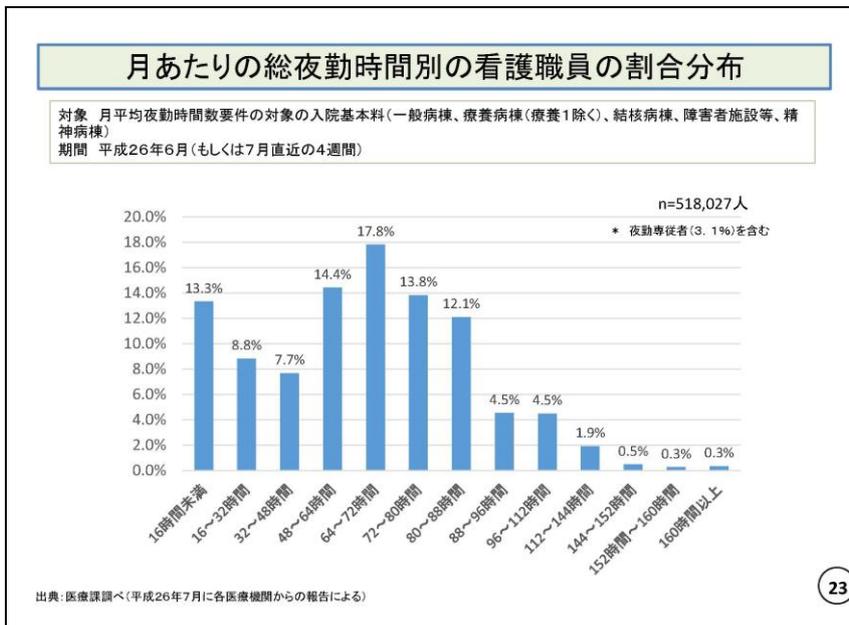
これに宮寄課長は「難しいかもしれないが、改めて検討させていただきたい」と回答。今回示されたのは、「入院中の患者の他医療機関受診における現行の取扱い」と「入院中患者の他医療機関受診における算定方法の経緯」という2枚の資料にとどまった。

⑧ 看護職の夜勤計算の見直し、「柔軟な運用」めぐり議論に

短時間夜勤の看護職員を夜勤の計算に含めると、長時間夜勤の看護職員の負担は軽減するのか、それとも逆に増大してしまうのか。女性が活躍できる社会の実現を目指す政府の方針や、多様な働き方を推進する観点から、厚労省は夜勤できる看護職員を確保しやすくするために、「月平均夜勤時間数の計算対象に含まれる従事者を一定程度拡大するなど、計算方法を見直してどうか」と提案しているが、診療側と支払側などとの対立が続いている。診療側は「フレキシビリティを上げる」と厚労省案を支持するが、支払側は病院経営者にとっての「柔軟な運用」を危惧している。

この問題を議論した11月25日の総会で、支払側委員は「8時間しか夜勤をしていない人を含めると全体を薄めるだけであって、72時間以上働いている看護師の夜勤時間が逆に増えていく可能性が十分にある」と指摘。「計算されていない8時間の人の割合の資料も必要ではないか」と求めた。厚労省の宮寄課長は「看護師個人のデータは取っていない

が、病棟ごとであればお時間を頂ければ準備できる」と答えた。



そこで厚労省は今回、「月あたりの総夜勤時間別の看護職員の割合分布」を提示。「個票でデータを取っていないので、夜勤専従者がどのぐらいか特定できないが、他のデータで『3.1%』となっている。右側の4つの棒グラフを足し上げると3%ぐらいになるので、この辺りが夜勤専従者になる」と説明した。

(12月16日の中医協総会資料「個別事項(その8)」P23)

これに対し支払側は「その(右4つの)部分が夜勤専従者かどうか、本当にそれを断定していいのかどうか」と疑問視。長時間夜勤者の負担が増えることを危惧し、この日もまた「短時間夜勤を計算に入れた後の影響」を推測する展開となった。

そこで宮崎課長が「私どもが論点として提案しているのは、『全体でクリアしているから、この人を計算に入れるか入れないか』という話ではない」と議論を整理。「働き方が多様になってきて、8時間や16時間の人がいるときに、『そもそもそういう人は数えないんだよ』というメッセージがいいのか、という問題意識もあってご提案させていただいている」と踏み込んだ。その上で宮崎課長は「カウントに入れたら(看護職員を)1人、2人とか減らす病院があるのではないかということはまた別の次元の話」と、看護職員数の変動には言及しなかった。7対1入院基本料の厳格化をめぐる審議では、「7対1から10対1に移行したら看護職30%減」との試算が厚労省から示されている。

同日の総会で支払側委員は「16時間未満を対象に入れると病院経営者にとって非常に柔軟な運用になる」と指摘。長時間夜勤者の負担については、「短時間夜勤を計算式に含めると労働条件が緩くなる面もあるかもしれない」と前回の意見を修正した上で、「看護職員を1人削減しても、計算上72時間要件をクリアできる」と雇用の安定性を主張した。

一方、日本看護協会の専門委員は「夜勤時間が短い人たちを計算式に入れると、長時間夜勤者の割合を増やしても72時間の平均をクリアできるので、長時間夜勤者を増やして72時間をクリアする所が出てくる」と懸念し、医療安全や雇用の継続性を確保する必要性などを訴えた。

【今後の予定】平成27年12月25日(金)