

MMPG 診療報酬改定レポート

発行：MMPG（財団法人医療・福祉・介護経営研究所） 作成：MMPG医療・福祉・介護経営研究所

発行者：（株）ユアーズブレン 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28年1月29日 中医協 総会（第326回）

- ① ニコチン依存症管理料の拡大、「儲けたい意識はあるか」と支払側
- ② 看護必要度の見直し、「25%よりも上げるべき」と支払側
- ③ 看護必要度の見直しで「43%の病院が多大な影響を被る」と診療側
- ④ 在宅復帰率、「もう形骸化している」と支払側
- ⑤ 平均在院日数、「短い医療機関は質が高い」と支払側
- ⑥ 病棟群単位の届出、「あくまでも経過措置」と支払側
- ⑦ 医薬分業の規制緩和、日薬委員が「なし崩し」を懸念
- ⑧ 答申書の附帯意見案、「地域医療構想」の加筆めぐる議論に

【概要】

前回、時間切れで終了した「短冊」の続きを議論した。この日は、「IV、効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点」（P337以降）からスタートし、後回しにしていた7対1入院基本料の見直し関連（P8～19）を中心に議論した。

【詳細】

① ニコチン依存症管理料の拡大、「儲けたい意識はあるか」と支払側

禁煙外来は、果たしてそんなに儲かるものなのか。ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大に否定的な支払側委員が「今回の診療報酬改定によって病院経営に資する意識があるのか確認したい。もっと俗な言葉で言えば『これで儲けたい』という意識はあるか」と診療側に議論を仕掛け、前半約20分がこの問題に費やされた。

「短冊」の最後の項目である「IV 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点」に関する審議は同管理料をめぐる議論が中心となり、中医協会長が「『ほかの件』も含めてご意見やご質問はないか」と打ち切りを図ったが、なかなか止まらなかった。

同管理料について、厚労省は「標準的な回数の治療の実施を促す観点から評価の見直しを行うとともに、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、対象患者の喫煙本数に関する要件を緩和する」との考えを示した。

改定案として、▼別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の○分の○に相当する点数を算定する、▼○歳以上の者については、1日の喫煙本

数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上、▼当該保険医療機関における過去一年のニコチン依存症管理料の平均継続回数が〇回以上——などを挙げている。

質疑の冒頭で、支払側委員は「これまで最新のデータに基づいて議論がされていなかった。アウトカム評価についても、はっきり申し上げて本当に成果があるのか疑問」と改めて反対理由を述べたが、「ここまできたので、いろいろ議論があるとは思いますが、効果の検証はぜひやっていただきたい」と受け入れた。その上で、厳格な基準の設定を要望すると共に、診療側に「儲ける意識」などを尋ねた。これに診療側が「喫煙をやめたいのにやめられない人に救いの手を差し伸べたい」と理解を求める質疑応答が続いた。最後は、支払側委員が具体的な基準設定について「事務局の案で結構だと思うので十分に斟酌されて結論を出していただきたい」と述べて、ようやくこの議論が収まった。

このほか、「短冊」の最後の項目であるIV（P337～380）に関する質疑は、日本臨床衛生検査技師会の専門委員が「実勢価格等を踏まえた臨床検査の適正な評価」（P366）について要望を述べて終了した。専門委員は「今後もマイナス改定が連続する可能性が十分に想定できるので、検査の質の担保という意味も含めて、もう少し丁寧な検討を事務局にお願いしたい」と求めた。

② 看護必要度の見直し、「25%よりも上げるべき」と支払側

急性期の7対1病床にふさわしい患者像をどのように評価するか。厚労省は380ページにわたる「短冊」のトップページに「7対1入院基本料等の施設基準の見直し（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し）」を挙げ、「急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、項目及び基準の見直しを行う」との考えを示した。

改定案では、現在のA項目（モニタリング及び処置等）とB項目（患者の状況等）を微調整した上で、新たに「M項目（手術等の医学的状況）」を追加。さらに該当患者の割合を引き上げる意向を示し、現行の「1割5分以上」を「〇割〇分以上」としている。

厚労省は、「入院医療（その7）」を議題とした昨年12月9日の総会で、「重症度、医療・看護必要度」（以下、「看護必要度」）の新基準で「25%」とした場合の影響をシミュレーションした結果を示した。現在、「25%」への引き上げを軸に検討が進んでいる。

今回の総会では、「25%」をめぐる支払側と診療側の攻防が展開された。診療側は「20パーセント台の前半」を要望したが、支払側は「M項目」の内容がシミュレーションの実施時と異なることや、「在宅復帰率」の計算式が緩和されたことなどを理由に、「25%よりもさらに上げるべき」と主張。「今回、見直しても2割5分。ということは75%の方は退院してもいい」と発言し、診療側が「それは暴言に近い」と反論するなど、今回も出口の見えない議論が延々と続いた。

中医協会長は「やはりこの論点はなかなか集約が厳しい。今後もう少し事務局を中心に調整いただき、1号側、2号側が議論を尽くして落とし所を探してほしい」と収めた。

③ 看護必要度の見直しで「43%の病院が多大な影響を被る」と診療側

看護必要度のハードルを引き上げると、7対1要件をクリアできる病院がどのくらい減るのか。診療側は厚労省のシミュレーション結果などを踏まえ、「何らかの対応をしない限り43%の病院が多大な影響を被るので、それはやはり避けていただきたい」と緩和を求めた。しかし、支払側はそのような厳しい基準にとらえず、「M項目」の追加などによって7対1の該当患者が増えることを問題視している。

看護必要度の見直しについて、厚労省は「現行の基準を満たす患者以外にも、医療の必要性が高い患者も多くみられることから、（中略）見直しを行う」との考えを示し、新たに「M項目（手術等の医学的状況）」を追加する。

昨年12月9日の総会では、①開胸・開頭の手術（術当日より5～7日間程度）、②開腹・骨の観血的手術（術当日より3～5日間程度）、③胸腔鏡・腹腔鏡手術（術当日より2～3日間程度）、④その他の全身麻酔の手術（術当日より1～3日間程度）——という案を示し、その新基準に基づいてシミュレーションをした。

それによると、新基準による該当患者数は、現行の基準よりも32%増加した。今回、厚労省は診療側の要望を踏まえ、④について「全身麻酔・脊椎麻酔の手術（16から20を除く）（〇日間）」としたほか、「救命等に係る内科的治療（〇日間）」を追加した。

質疑で、支払側委員はこれらの追加を指摘した上で「該当患者が32%増加するというデータの値が変わったと思うが、この見直しによって該当患者はどの程度増加するかを確認したい」と尋ねた。

厚労省の担当者は「12月9日のシミュレーションよりは該当の患者数は上がってくると考えている」としながらも、「日数や項目など調整しなければいけない所もあるので、今の段階では推計した数値を持っていない」と答えた。

支払側委員は、該当患者数が増えることによって7対1要件が当初の想定よりも甘くなることを指摘。「今回の見直しで、たとえ25%の基準を置いたとしても、影響病床数は3,000床とか1万床とか、そういう範囲になる」と追及し、「M項目が本当に妥当なのかもまだ明確になっていないが、25%に上げてプラスに転じる可能性が出てくる。今改定の重点課題になっているのに、3,000床とか1万床にも満たないような基準を本当に置いていいのか、中医協がこれを結論としていいのか」と語気を強めた。

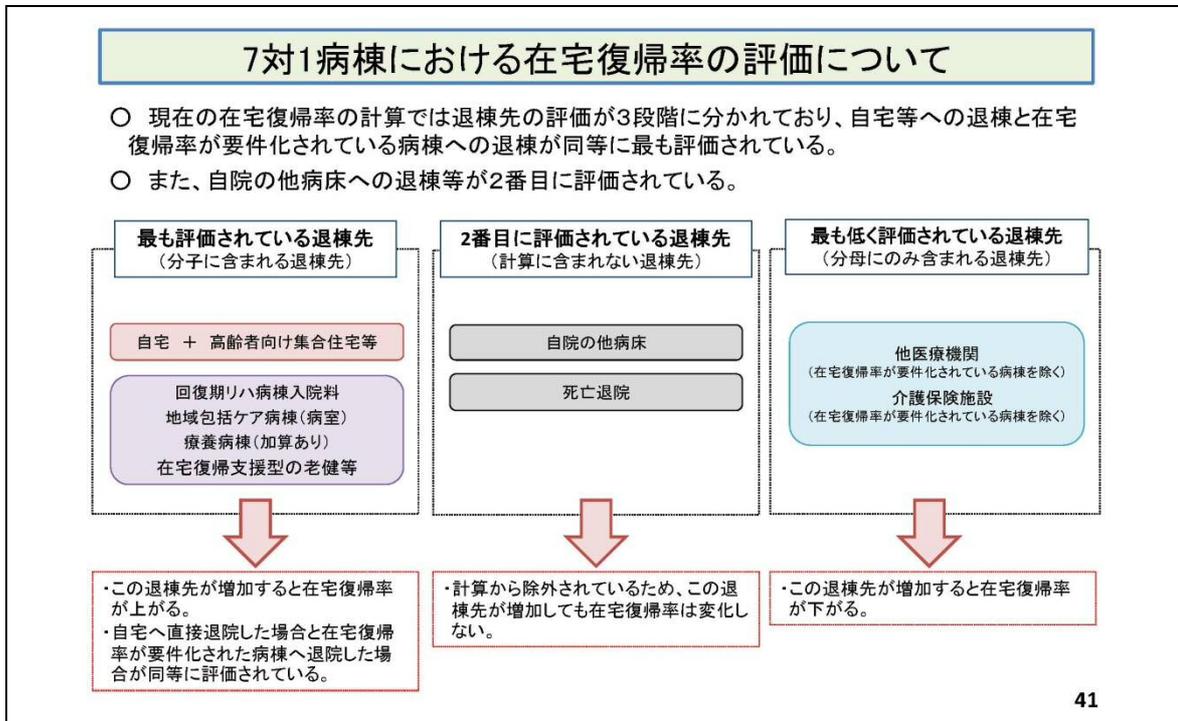
これに診療側の医科委員が代わる代わる反論。支払側委員が「各都道府県が地域医療構想を策定しやすいように診療報酬上で誘導していかなければいけない大切な改定」と発言すると、「地域医療構想と診療報酬との関係」をめぐる議論にそれた。在宅復帰率、平均在院日数、病棟群単位の届出などの議論も絡んで、この日は意見集約に至らなかった。

④ 在宅復帰率、「もう形骸化している」と支払側

在宅復帰率はどうなるのか。厚労省は昨年12月9日の総会で、①計算方法を変える、②15%基準を引き上げる——の2案を示し、①については「自宅等への退院をより評価できる計算方法に変更する」としていた。

厚労省は今回の「短冊」で②を採用し、「自宅等に退院した患者の割合に関する基準の見直しを行う」とした。①については、有床診療所への退院を計算に含める改定案を示し

た。12月9日の提案では、「最も評価されている退棟先」に含まれている地域包括ケア病棟などを「2番目」に格下げする考えが示されていたが、これは採用しなかった。



(12月9日の中医協総会資料「入院医療(その7)」P41)

質疑で支払側委員は「現行の分子である回復期リハや地域包括ケアなどを取り除くような計算式の案が出ていたが、短冊の段階において、その議論も全くないまま変更になっている」と不満を表し、有床診療所が追加されたことも指摘。「規制を緩和する、分子を増やす、パーセンテージを増やす方向に動く計算に見直されている」と批判した。

厚労省の担当者は、①について診療側から反対意見があったことを説明したが支払側委員は納得せず、在宅復帰率の平均が現在92%と高いことに触れながら「分子と分母がほぼ同様のようになっているような在宅復帰率の計算式自体が本当に正しいのか。在宅復帰率はもう形骸化している」と反対した。

厚労省の担当者は「すべての有床診療所ではなく、在宅復帰機能を有する有床診療所を入れているので数はそんなに多くない。そんなに大きく上振れするとは思っていない」と答え、これに診療側委員が加勢。地域包括ケアシステムにおいて有床診療所が果たす役割などを説明し、「現在の在宅復帰率の計算式は妥当だ。支払側とは意見が合わないと思うが、そういう理解をわれわれはしている」と主張し、平行線をたどった。

⑤ 平均在院日数、「短い医療機関は質が高い」と支払側

平均在院日数の議論はどのように決着するのか。今年最初の総会では、厚労省が示した「これまでの議論の整理(案)」に対し、支払側委員が「平均在院日数」の文字が全く登場しないことを指摘し、加筆を要求した。これに診療側が反対して「平均在院日数の短縮の是非」をめぐる議論が白熱。審議を一時中断して、休憩時間中に“場外”で議論した末、

現状のまま修正しないことで合意した。支払側委員は 22 日の公聴会で平均在院日数について意見を述べることを条件に加筆要求を取り下げた。

その後、前回 27 日に「短冊」の議論に入ったが、7 対 1 入院基本料の見直し関連の審議は今回に延期された。

こうして迎えた 29 日の総会で、支払側は看護必要度と在宅復帰率を中心に意見を主張。診療側との応酬が続く中で、診療側委員が「この前、ちょっと議論が滞った時に、平均在院日数の議論は消滅していないことをお約束したので、平均在院日数の議論にお付き合いしたい」と平均在院日数の議論を仕掛けた。

診療側委員は、厚労省が今回の総会で示した「参考資料」のデータを引用しながら、「一般病床の平均在院日数は毎年毎年、黙っていても短縮されている。これを政策的に診療報酬上でさらに短縮すると地域医療が崩壊する」と訴えた。

これに対し支払側も厚労省の「参考資料」を引用しながら、「平均在院日数が長い医療機関ほど医療密度が低いというデータも示されている」と指摘し、「われわれは質の高い医療、質の高い医療機関にお金を払っている。平均在院日数が短い医療機関というのは質の高い医療機関ではないか」と発言し、再び激論となった。

厚労省は今回、平均在院日数に関するデータを「参考資料」として提示。「平均在院日数の年次推移」や「一般病床の平均患者数・病床利用率」、「DPC 病院（7 対 1）における平均患者数」など診療側の主張を裏付けるデータを示す一方で、支払側の主張を支える「平均在院日数が長い医療機関の状況」に関するデータも示した。

厚労省の担当者は「『入院医療（その 3）』と『入院医療（その 7）』の資料の一部を抜粋して、平均在院日数に関する資料を準備した。前々回のご議論も踏まえて準備したので、併せて議論の参考にしていただきたい」とだけ述べ、議論の行方を静かに見守った。

中医協会長が「事務局を中心に調整いただき、落とし所を探っていただきたい」と収めて次の議題に移ろうとしたところで、診療側委員が「平均在院日数の議論がおしまいという意味か」と尋ねると、会長は「そうではない」と答えた。

⑥ 病棟群単位の届出、「あくまでも経過措置」と支払側

病棟群単位による届出は、激変緩和措置として導入されるのか、診療報酬上の仕組みとして入るのか。厚労省は「短冊」の 14 ページで、「一般病棟入院基本料の届出について、一定の期間に限り、段階的な届出を可能とすることとし、7 対 1 入院基本料から 10 対 1 入院基本料へ転換の際の雇用等の急激な変動を緩和することで、急性期医療の機能分化を促す」との考えを示した。

具体的には、「一般病棟入院基本料の届出において、7 対 1 入院基本料から 10 対 1 入院基本料に変更する際に限り、保険医療機関が、平成 28 年 4 月 1 日から〇年間、7 対 1 入院基本料病棟と 10 対 1 入院基本料病棟を病棟群単位で有することを可能とする」としている。

質疑で病院団体の委員は、届出が可能な期間について「あまり厳しくされると、ますます 7 対 1 の病床の堅持や保持にマインドが向きかねない」と指摘し、「目標は 7 対 1 病床の削減なので、現場の管理者や運営者が安心して移っていけることが必要」と述べた。

別の診療側委員は、施設基準の（２）について「柔軟にしないと選択肢が限られる」と要望した。施設基準の（５）では、7対1病棟・10対1病棟間での転棟が原則として制限されているが、この見直しを求める意見はなかった。

一方、支払側は「あくまでも経過措置で例外的な措置。移行に関する一定の課題はあるとしても、いたずらに経過措置が長くなるのは慎むべきではないか。そう簡単に本格的な導入にはならない」と主張した。

[施設基準]

- (1) 届出可能な保険医療機関は、平成 28 年 3 月 31 日時点で直近〇月以上一般病棟 7 対 1 入院基本料（特定機能病院、専門病院を含む）を届け出ており、当該入院基本料を算定する病棟を複数有する保険医療機関であること。
- (2) 病棟の数が 4 以上の保険医療機関が届け出る場合、一つの入院基本料の病棟の数は、複数とすること。
- (3) 病棟群単位の新たな届出は 1 回に限り、平成 28 年 4 月 1 日から平成〇年〇月〇日の期間に行われること。
- (4) 当該届出措置を利用した場合には、平成〇年〇月〇日以降は、7 対 1 入院基本料の病床数は、当該保険医療機関の一般病棟入院基本料の病床数の〇分の〇以下とすること（特定機能病院は除く）。
- (5) 当該届出措置を利用した場合は、原則として 7 対 1 入院基本料の病棟と 10 対 1 入院基本料の病棟との間での転棟はできないこと。

（短冊 P 14 から抜粋）

⑦ 医薬分業の規制緩和、日薬委員が「なし崩し」を懸念

医薬分業をどの程度まで緩和するのか。厚労省は、昨年 6 月に閣議決定された「規制改革実施計画」を踏まえ、「保険薬局の独立性と患者の利便性の向上の両立を図る観点から、現在の『一体的な構造』の解釈を改め、公道等を介することを一律に求める運用を改めることとしてはどうか」とする対応の方向性を示した。

「規制改革実施計画」では、「医薬分業の本旨を推進する措置を講じる中で、患者の薬局選択の自由を確保しつつ、患者の利便性に配慮する観点から、保険薬局と保険医療機関の間で、患者が公道を介して行き来することを求め、また、その結果フェンスが設置されるような現行の構造上の規制を改める。保険薬局と保険医療機関の間の経営上の独立性を確保するための実効ある方策を講じる」とされている。

厚労省は、「公道等を介することを一律に求める運用」を改めることは認めながらも、薬局の独立性を確保するため「医療機関の建物内に薬局がある形態」や、医療機関と薬局が「専用通路等で接続されている形態」については、「引き続き、認めないこととしてはどうか」と提案した。

また、薬局の経営上の独立性確保については、「保険薬局の指定の更新時に、不動産の賃貸借関連書類や経営に関する書類など、『一体的な経営』に当たらないことを証明する

書類の提出を求めることとしてはどうか」と提案した。

質疑で、日本薬剤師会（日薬）の委員は「『一体的な経営』や『一体的な構造』を禁止することに関して、いささかも変わることはない」との理解を示した上で、厚労省が示した「公道等を介さずに行き来する形態」に言及。「評価が微妙なところで、『これはよし』という判断や、『これはだめだ』という判断など様々出てくると思うが、1つの事例が認められて、それと類似するものがなし崩し的に評価されるということがないように、しっかりコントロールしていただきたい」と要望した。

また、独立性を確認するための書類などについては、「これだけで完全に確認できるかどうか」と懸念。「今後、こうしたものを評価する際には、書類の確認に限らず、より実効性のある確認方法がないか、今後の経緯を見ながら検討していただきたい」と求めた。

他の委員や厚労省担当者の発言はなかったため、前回予定した「短冊」に関する議論を終了し、答申書の附帯意見案に議題を移した。

⑧ 答申書の附帯意見案、「地域医療構想」の加筆めぐる議論に

医療と介護の同時改定が予定される平成30年度の診療報酬改定に向け、どのような項目を次の議論にのせていくのか。支払側は「地域医療構想策定」との関係性を明記するよう求めている。

厚労省はこの日の総会で今改定の答申書附帯意見の「項目案」を示し、委員の意見を聴いた。厚労省は、入院・外来・在宅などに項目を整理し、「調査・検証」や「引き続き検討」に分けている。このうち、「調査・検証」とされた項目は、中医協の公益委員のみで組織する診療報酬改定結果検証部会で調査・検証が進められるのが通例で、意見集約できなかった論点なども附帯意見に記載される。

厚労省が今回の項目案で「調査・検証」としたのは、入院医療では、▼一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料等における「重症度、医療・看護必要度」の見直しの影響、▼療養病棟入院基本料等慢性期入院医療における評価の見直しの影響、▼夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響——の3項目で、DPC制度の見直しについては「引き続き調査・検討」としている。

また、外来医療では、▼かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響、▼紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の影響——を「調査・検証」の項目に挙げた。在宅医療では、「重症度や居住形態に応じた評価の影響」を挙げている。

質疑で支払側委員は、改定の基本方針の「将来を見据えた課題」で地域医療構想に触れていることを指摘し、「地域医療構想で、入院医療が高度急性期や急性期などの機能で区分することを踏まえ、診療報酬上の評価についても整理する必要がある」と加筆を求めた。これに診療側委員は「『地域医療構想』という文言を入れるのは明確に反対する。地域医療構想についての誤った理解がさらに拡大する恐れがある」と反論。決着は次回2月3日の会合に持ち越された。

【今後の予定】平成28年2月3日（水）