

中医協概要報告(2020年1月29日開催)

(第448回総会)

(計3枚)

<全体の概要>

厚労省は1月29日、都内で第448回総会を開催した。

2020年度診療報酬改定に向けた「個別改定項目(その1)」(短冊案)について議題とした。当日は、「Ⅰ 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」(P11~55)、「Ⅲ 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進」(P307~438)を議論した。

1. 患者割合は入院料1で(Ⅰ)31%、(Ⅱ)29% 概ね25%tile値水準で決着 公益裁定

焦点となっていた旧7対1相当の急性期一般入院料1における該当患者割合(現行:必要度Ⅰで30%、Ⅱで25%)について、Ⅰで28~27%(Ⅱで27~26%)を求める診療側に対し、支払側はⅠで35%~34%(Ⅱで34~33%)と大幅な引き上げを求め、互いに議論を譲らず、前回に続き公益委員による裁定となった。

公益裁定では、▽まずは今回の評価項目の見直しで該当患者割合が大きな影響を受ける急性期一般入院料4について実態を踏まえた水準とする▽他方、同入院料1から2及び3への適切な機能分化を促すことは重要として、同入院料1~3の間に一定の間隔を設けると基本的な考え方を示した。

また、医療現場の負担軽減や安定した判断を可能とする観点から、DPCデータに対応する必要度Ⅱを用いていくことがより適切として、必要度Ⅱを先に設定することが適当とする一方、現時点では届出病院が限定的であるため、今回は必要度Ⅰより設定するとした。

以上を踏まえ、必要度Ⅰでは、同入院料4を22%(項目見直し後で25%tile値(※):22.9%)とし、3%刻みで引き上げて、入院料1を31%(同:30.3%)に定める。必要度Ⅱでは、同入院料4を20%(同:23.1%)とし、同様に3%刻みで引き上げて、入院料1を29%(同:29.7%)に定める(※該当患者割合が低い病院から並べて、100病院の場合で25番目にあたる病院の数値。設定上は75%の病院がクリアできる想定)。

経過措置は、前回改定と同様に、200床未満の病院について必要として、特に、地域医療に過大な影響を及ぼさないよう、入院料4について配慮すべきとした。

なお、急性期一般入院料5及び6、特定機能病院入院基本料(7対1)などについても、同様な考え方に基づき定めるとされた。

これらの提案に診療側、支払側とも異論なく了承された。

2. 救急受入体制(実績)を評価 0.08%特例対応

改定重点項目とされた医師等の働き方改革については、救急医の働き方改善に充てる診療報酬0.08%(公費126億円)の特例的対応として、地域医療体制確保加算を新設する。▽救急搬送受入(救急車、ドクターヘリ)が年2,000件以上の病院で、▽10対1相当以上の病棟(病床)を対象に、▽勤務医の負担軽減など適切な労務管理を実施する場合一について評価する。救急搬送受入が年1,000件以上の病院については、現行の救急搬送看護体制加算について、加算1を設け評価する。なお、救急搬送受入(救急車)が年2,000台未満の病院については、地域医療総合確保基金に新設する事業(公費143億円)で対応を図る。

入院時の患者の状態に応じて評価する救急医療管理加算に加え、地域医療体制確保加算として、病院の救急受入体制(実績)が評価される。対象病院は、地域医療体制確保加算で900、救急搬送看護体制加算1で544前後と想定される(中医協12/18、個別(その14))。厚

労省は、同確保加算について「公立公的病院の割合が多くなる」との認識を示している（ブリーフィング）。

施設基準で求める勤務医の負担軽減（の計画の策定・評価・見直し）については、医師の働き方改革で実施している 2024 年度に向けた医師の時短に向けた「緊急的な取組」、24 年度以降に本格実施される「医師労働時間短縮計画」の取組と同じ内容を求めていく（ブリーフィング）。2021 年度より、過労死ライン（残業年 960 時間）を超える医師の勤務が認められる B・C 特例水準の病院（予定）では時短計画の策定が義務化され、2022 年度より、評価機能（実施主体は未定）による第三者評価が開始される。先行して、診療報酬で緊急的な取組、時短計画の取組について促進する。

<主な議論>

1. 基金を確実に執行すべき 日医

働き方改革に関わって、松本吉郎委員（日本医師会常任理事）は「既に地域医療総合確保基金で 200 億円の使い残しがある」として、新たな基金（143 億円）の着実な執行を求めた。

佐々木医政局総務課長は「対象となる医療機関の客観的要件を十分説明するとともに、都道府県に対象病院を予め示す」などとして確実に執行していくと強調した。

吉森俊和委員（全国健康保険協会理事）は、地域医療体制確保加算について、時短計画で改善した効果こそが重要として、「今後効果を検証してアウトカムを評価すべき」とした。

2. 変更は朝令暮改（日医） 大幅引き上げ必要（健保連） 患者割合

急性期一般入院料 1 における該当患者割合について、松本委員は、「病床数は人口構造に対応して自然に適合していく。先走って診療報酬で対応して、住民への医療提供ができなくなるようなことは問題」と指摘しつつ、「（改定の効果は）中長期的なスパンで見べきであり、（2018 年度改定に続き）今回も変更となれば朝令暮改というべき」と度重なる変更反対した。更に、「入院基本料は全国一律の基準であり、理想的な医療機関の基準ではない。全国どこでも住民に医療提供できる基準というべきで、ある程度の余裕を持たせるべき」として、大幅な数値引き上げに対してけん制した。また、認知症を持つ入院患者の受け入れ基準の見直し（基準②廃止）の影響が特に大きい入院料 4 に触れつつ、該当患者割合算出に際して患者 1 人当たりの影響が大きくなる「200 床未満の病院には特段の配慮が必要」と求めた。続いて、診療側を代表して、猪口委員より「（必要度 I で）入院料 1 は 28～27%、入院料 4 は 19～18%にすべき」などの要望が示された。

他方、幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）は、「2018 年度改定では、入院料 1 が 30% とかなり低めに設定された」と指摘。また、医療機能の分化に向けて「入院料 1～4 の（各段階に）基準値のメリハリをつけるべき」として、「3～4%の幅で刻み、入院料 1 と 4 の間は 9%または 12%の落差を設けるべき」と強調し、「（必要度 I で）入院料 1 を 35%（注：50%tile 値で 32.7%）、入院料 4 を 25%に定めるべき」として、最低でも 25%tile 値より高い水準での基準値を設定するよう求めた。

対して、今村聡委員（日本医師会副会長）は「35%は 75%tile 値にあたり、極端な数値の上昇になる」とし、ありえないとの認識を示すとともに、「入院料 1～4 の間でメリハリをつけるなら、猪口委員の指摘（28%～19%）でも良い」と反論した。猪口委員も「10%tile 値でも 10%の病院が落ちる。50%、75%tile 値となれば病院は死活問題。大きな変更はやめるべき」と強調した。

更に、城守国斗委員（日本医師会常任理事）は「必要度は、病院の医療機能を示す指標の一つにすぎない」として、限界を持つ指標で基準値を頻繁にまた大きく変えるようなことは「医療現場を破壊する」と警鐘を鳴らした。対して、幸野委員は「受け入れる患者の状

態に応じて、入院料1から2～4に移行すれば良い」と発言。これに対し、松本委員は「入院基本料を変えていない中、35%など基準値を引き上げれば、病院経営が成り立たなくなる」と反論した。

依然、診療側、支払側との間で議論が平行線をたどる中、田辺国昭会長（東京大大学院教授）より公益裁定が提案された。40分の中断後、公益裁定案（概要参照）が示され、両側が了承の運びとなった。

3. 回りハ1・3実績指数引き上げ、切り捨て基準27は据え置き

猪口雄二委員（全日本病院協会会長）は、「ソフト改修等もあり、（該当患者割合の）経過措置は相当な期間を設けてほしい」と求めた。

回復期リハビリテーション病棟入院料では、入院料1、3の実績指数（現行：37、30以上）が各々40、35以上に引き上げられる。なお、入院料1～6全てに課されている実績指数27未満によるリハ単位算定の切り捨て要件（1日6単位超え部分の出来高算定不可）の基準値は変更しない（ブリーフィング）。

その他、吉森委員は「短冊で500頁規模。複雑になりすぎた診療報酬体系の簡素化に向けて、早急に検討を進めてほしい」と求めた。

配布された資料は、保団連情報共有スペース「社保・審査対策」の「社保/審議会等」にて公開しておりますので、併せてご覧下さい。また、厚生労働省HPでも公開されています。

・ 第448回総会 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00064.html

<会内使用以外の無断転載禁止>