

分化・連携の強化」が最重要テーマとなります。7対1入院基本料の施設基準や、各種加算の見直しといった具体的な議論は今後を待つ必要がありますが、そのベースとして「地域医療構想と診療報酬の関係をどう考えるのか」を確認しなければなりません。

この点について、厚生労働省（以下、厚労省）保険局医療課の迫井正深課長は、「地域の実情に応じた医療提供体制に向けて、診療報酬がこれにどう寄り添うか、機能分化の推進に診療報酬がどう資するかを議論してほしい。現時点の医療機能とニーズとの間にミスマッチはないのか、効率的な医療提供体制となっているのか、将来を見据えてどう考えていくべきかなどを深掘りしてほしい」と説明。「高度急性期では●●入院料（○○点）、急性期では■■入院料（□□点）」などといったイメージを持っているわけではないと明確にしています。

ところで、2016年度の前回診療報酬改定では、7対1入院基本料の施設基準が厳しく見直されました。その結果、7対1病床数は、2015年10月（369,700床）から改定直後の2016年4月（366,000床）にかけて3,700床減少し、さらに経過措置終了後の2016年10月（362,000床）にかけて4,000床減少するなど、緩やかな減少傾向にあることが明らかになりました（【資料1】）。

中医協の支払側委員は「減少ペースが遅い」として、さらなる施設基準の厳格化を求めていくかまえですが、診療側委員は「改定のたびに施設基準が見直されては医療現場が混乱する」と、大きな見直しに猛反発しています。

そうした中、診療側の万代恭嗣委員（日本病院会常任理事）は、日本

主治医機能を拡充した「かかりつけ医機能」の評価も検討

次回診療報酬改定に向けて 中医協論議が前倒しでスタート

2018年度には6年に一度の「診療報酬・介護報酬の同時改定」が行われるため、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では、

改定論議が通常よりも前倒しで積極的に進められています。

すでに「入院」、「外来」、「在宅」、「かかりつけ医機能」などについて総論的な議論が行われ、また、DPC制度についても医療機関別係数の見直しの方向が固まりつつあります。

今回は、中医協の論議を振り返りながら、2018年度診療報酬改定の方向を探ってみましょう。

次回改定のキーワードは 「質の高い医療の効率的提供」

入院医療については、今年1月25日の中医協総会で1回目の議論が行われましたが、ここで2018年度診療報酬改定に関する注目すべきキーワードが浮上りました。

そのキーワードとは、「医療介護の支え手が減少する中での『効率性』

と『質の高い医療』の両立」です。我が国では高齢化の進展により医療ニーズ（特に慢性期医療）が増大しますが、少子化によって「支え手となるマンパワー（たとえば看護師）」が減少していきます。このため、「効率的な医療提供」が非常に重要となっていきます。

この観点で入院医療の方向性を考えると、やはり「病院・病棟の機能

病院団体協議会（日本病院会や全日本病院協会が加盟）が前回改定で要望した「病棟群単位の入院基本料の恒久化」を次期改定でも提唱していく考えを強調しています。

DPCの医療機関群を病院が選択できる仕組みを検討

急性期入院医療においては、DPC制度の動きがきわめて重要です。5月24日のDPC評価分科会では、DPCの医療機関別係数についての議論が行われました。

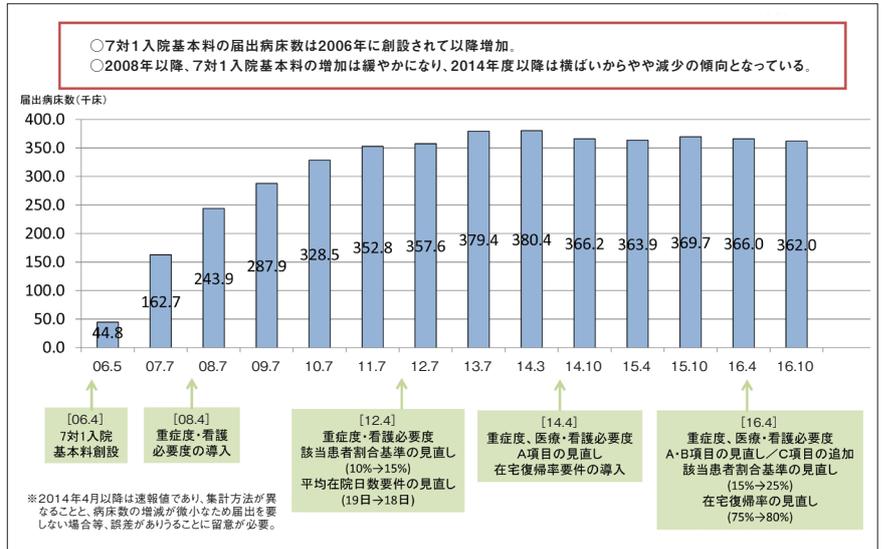
まず基礎係数・医療機関群については、▽現在の3つの医療機関群を維持する、▽I群・II群・III群という名称は、各群の機能などを表すものに見直し、▽医療機関群の「選択」について引き続き検討する——という方向が固まりました。

また、後述する機能評価係数IIについて、厚労省は「III群では、重みづけを変えることは難しい」としたうえで、「I群・II群、特にII群では診療密度や複雑性などの要件が設定され、複雑性やカバー率の高い病院で構成されるグループなので、これらの重みを高くすることで、そうした機能を持つ病院をよりの確に評価できるのではないか」との考えを示しました。

ただし、この場合は、複雑性やカバー率がそれほどでもないII群病院では、係数評価が下がることになるので、「III群を選択できる」道を用意すべきと提案する委員もあり、この点についての検討がさらに進められます。

なお、「I群、II群、III群」の名称からは、格づけを想定してしまう」との指摘があることを踏まえ、委員間では名称を見直す方向が了承されています。

【資料1】7対1病床数の推移



【資料2】ICT等活用に向けた厚労省方針

これまでの取組

【遠隔診療の診療報酬上の取扱い】
【医師対医師のケース】

- 遠隔画像診断
※CT等により撮影された画像を他医療機関の専門の医師に送信し、その診断結果を受信した場合も、診断行為を評価
- 遠隔病理診断
※患者から採取した標本画像等を他医療機関の専任の医師に送信し、その診断結果を受信した場合も、診断行為を評価

【医師対患者のケース】

- 電話等（テレビ画像等も含む）による再診
- 心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリング
※在宅患者のペースメーカーから送信されたデータを医師が確認し、指導・管理を行うことが可能。この場合の指導・管理行為も診療報酬により評価。

【人工知能（AI）の研究開発の取組】
2016年度より、臨床研究等ICT基盤構築研究事業及び医療のデジタル革命実現プロジェクトにおいて、X線や病理診断へのAIの応用や、AIを活用した診療支援システムの開発に関連した研究事業を開始している。

目指すべき在り方

- AIを用いた最新のエビデンスや診療データの解析により、患者が最適な診療を受けられるシステムを構築。
- AIやIoT等のICTを活用した診療支援や遠隔医療等の技術革新を、診療報酬の中に、現場や国民がメリットを実感できるかたちで、十分なエビデンスのもとに組み込み。

今後の検討の進め方

【遠隔診療】

- 今後も関係審議会での議論を踏まえ、エビデンスを収集したうえで2018年度診療報酬改定での対応を検討していく。

【AI】

- AIを用いた診療支援技術を確立し、2020年度までの実装をめざす。
- 2018年度診療報酬改定において、十分なエビデンスのもとに、AIを用いた診療支援に向けたインセンティブ付けの検討を行う。

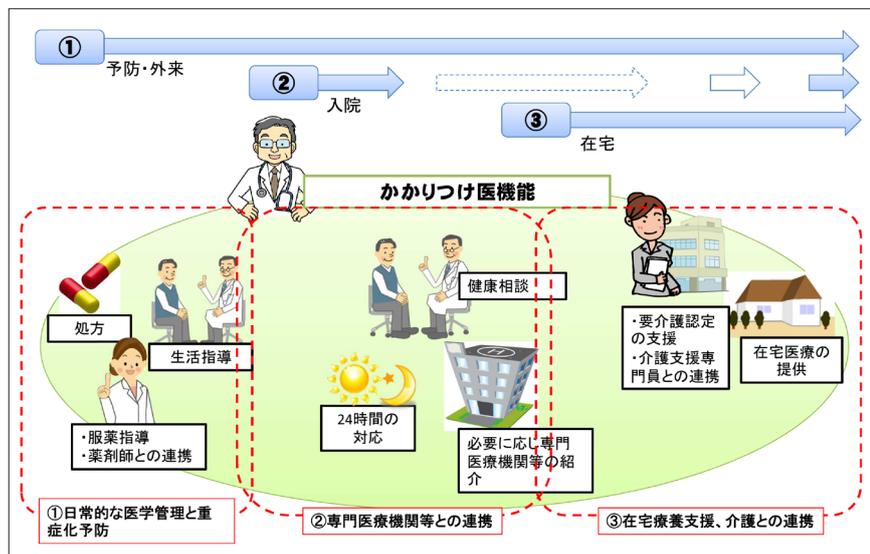
2018年度診療報酬改定では、暫定調整係数が廃止されるため、機能評価係数IIの重要性がこれまで以上に高まることとなります（単純計算で1.33倍となる）。

この点、厚労省は、導入時の6係数（保険診療（旧データ提出）、効率性、カバー率、複雑性、救急医療、地域医療）の枠組みは生かしたうえで、次のような見直しを行ってはどうかと提案しています。

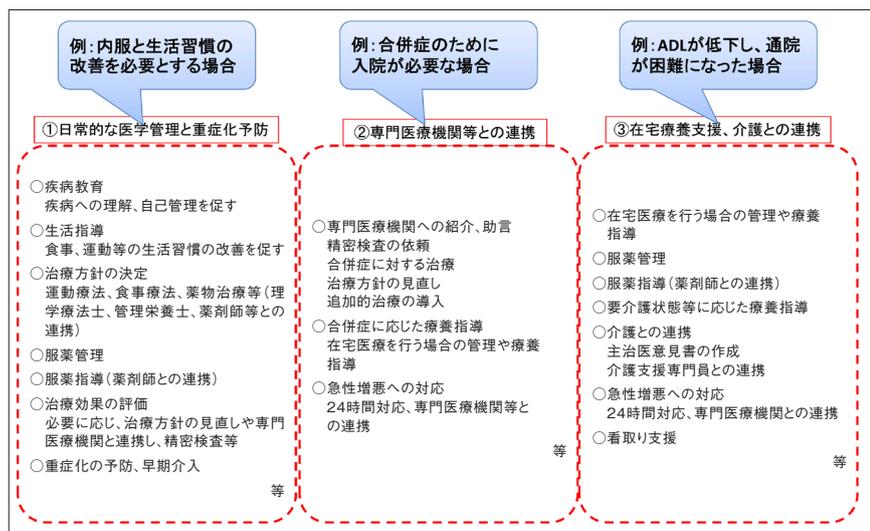
- 地域医療係数について医療計画の見直しなどを踏まえた対応を行う
- 重症度係数について設定の目的・趣旨に沿った他の評価方法の設定を検証する
- 後発医薬品係数について機能評価係数Iと合わせた整理を行う

厚労省は、後発医薬品指数・係数については、多くの病院が上限に張りついている現状から「機能評価係数IIとしての役割を終えた」と判断

【資料3】かかりつけ医機能のイメージ(1)



【資料4】かかりつけ医機能のイメージ(2)



して、出来高の「後発医薬品使用体制加算」(使用率に応じて28~42点)をもとに機能評価係数Iとして評価する考えです。

また、重症度係数は、先の2016年度診療報酬改定で「調整係数から機能評価係数IIへの置き換えの中で評価されない部分」を評価する係数として導入されましたが、効率化を進めた病院でもきわめて低い値(ゼロの病院もある)となっており、見直しが行われます。

効率的な外来医療に向けAIやICTの活用を検討

外来医療については2月8日の中医協総会で議論が行われ、「AIやICTを活用した診療」の評価が注目を集めました。

塩崎恭久厚労大臣は、昨年12月の未来投資会議・構造改革徹底推進会合で、「遠隔診療のエビデンスを収集したうえで、2018年度診療報酬改定での対応を検討していく」、「AIを用

いた診療支援技術を確認し、2020年度までの実装をめざす。2018年度診療報酬改定でエビデンスをもとにインセンティブづけの検討を行う」方針を示しました(【資料2】)。

支払側委員はこの方針を高く評価していますが、診療側委員は「拙速すぎる」と批判。AI、ICTの導入に対する両者の温度差が明確になりました。ただ、対面診療を原則としたうえで、ICTを補完的に拡充していくとの基本方針への異論はなく、「ICTの活用をどの程度のスピード感を持って、どの範囲にまで導入するのか」といった点で調整が続けられることになりそうです。

日常診療から在宅まで担う「かかりつけ医機能」

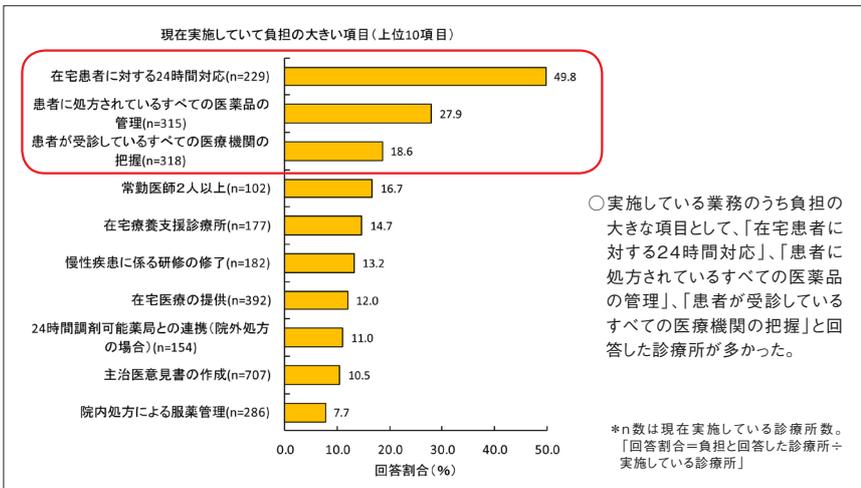
2月22日の中医協総会では、主治医機能をより拡充する「かかりつけ医機能」の評価が議題となりました。

2014年度診療報酬改定で、▽高血圧症、▽糖尿病、▽脂質異常症、▽認知症——のうちいずれか2つ以上の疾患を有する患者に対し、服薬管理や健康相談、介護保険にかかる相談、在宅医療の提供や24時間対応などを行うことを包括的に評価する地域包括診療料・地域包括診療加算が創設されました。さらに、2016年度診療報酬改定では、認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算が新設されました。いずれも「主治医機能」を評価するものです。

厚労省の迫井医療課長は、2018年度診療報酬改定に向け、こうした主治医機能に加えて「日常診療から在宅における療養まで」横断的に、より広い視点で患者を診る「かかりつけ医機能」を診療報酬で評価してはどうかとの考えを示しました。

「かかりつけ医機能」のイメージと

【資料5】診療所が感じるかかりつけ医業務の負担



携のリーダー役になる」よう期待しています。

在宅患者のニーズは多様化 診療報酬でどう応えるか

在宅医療については1月11日の中
医協総会で、▽多様化する在宅患者
のニーズに応えられるような新たな
サービス提供のあり方、▽地域の状
況、個々の患者の状態、医療の内容、
住まい・住まい方などを踏まえた評
価のあり方——を検討してはどうか
との論点が示されています。

在宅医療については、前回の診療
報酬改定で大きな報酬体系の組み換
えが行われました。その効果や影響
に関しては厚労省の検証調査結果を
待つ必要がありますが、厚労省は在
宅医療における基本的な課題として
次のような点を指摘しています。

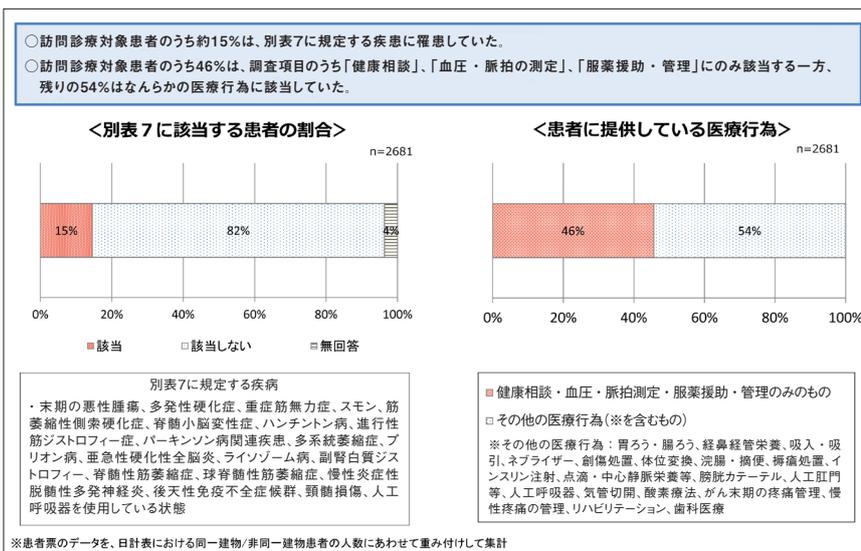
- ・訪問診療の対象患者の85%は要介護者で、要介護度や認知症の状況はさまざま

- ・15%程度の訪問診療患者は重症(末期がんや難病など)で、半数超の患者には経鼻経管栄養や酸素療法、がん末期の疼痛管理などさまざまな医療提供がなされている(【資料6】)

- ・訪問看護ステーション数は増加し、徐々に大規模化が進んでいるが、整備状況には大きな地域差がある

こうした課題の解決に向け、支払側委員からは「医療資源は有限でありICTを活用すべき」との意見が、診療側委員からは「複数医療機関による訪問診療のあり方などを検討すべき」といった意見が出されています。今後、中医協で具体的な改定内容を詰めていくこととなります。

【資料6】訪問診療対象患者の状況



して迫井医療課長は、日本医師会・四病院団体協議会の合同提言における定義をベースに、生活習慣病患者を例にとって3つの具体的な機能を示しています(【資料3、4】)。

健康保険組合連合会などの調査では、患者、国民の多くが「かかりつけ医機能」に期待していることがわかっていますが、日本医師会の調査では、「診療所は在宅患者への24時間対応や、個々の患者の受診状況、処方されている医薬品の把握などに負担を感じている」(【資料5】)など、

患者、国民の期待と医療現場の実態との間には、少しギャップがあります。そこで、これを診療報酬でどう埋めていくのかが、今後の重要課題となります。

なお、ひとりの医師が、かかりつけ医機能を十分に果たすのは難しいため、複数の医師や多職種でチームを構築したうえで、かかりつけ医機能を発揮することが求められます。その際には情報の連携が非常に重要となりますが、厚労省は「かかりつけ医、かかりつけ医療機関が情報連



医療ジャーナリスト
鳥海 和輝