

# DPC、生活習慣病対策、 一般病棟の改定内容の 方向性を議論

2018年度診療報酬改定に向けた新たな動き

前号の本コーナーでもお伝えしたとおり

2018年度に行われる診療報酬・介護報酬の同時改定に向けて、

中央社会保険医療協議会(以下、中医協)で精力的な議論が進められています。

そうした中、「DPC」、「生活習慣病対策」、「一般病棟入院基本料」に関する

きわめて重要な議論が行われましたので、

引きつづき今号でも改定論議の動向を追いかけてみましょう。

応じた名称をさらに検討することになります。

(3)の機能評価係数IIは、各病院の機能や役割、実績などを評価するものです。厚労省は、▽保険診療、効率性、地域医療、複雑性、救急医療、カバー率の6項目は維持し、後発医薬品、重症度は再整理する、▽各係数への財源配分(重みづけ)を検討する——といった方向を示しました。

このうち後発医薬品係数は、「機能評価係数Iへ移管する」方向で進められています。分科会では多くの委員が「多数の病院が上限に達しており、機能評価係数IIとしての役割を終えたのではないか」として厚労省の考えを支持していますが、石川広己委員(日本医師会常任理事)は、「はしごをはずされた」ことにならないよう、機能評価係数IIとしての存続を要望しています。

なお、後発医薬品係数が機能評価係数IIからIに置き換えられた場合では、その分の財源(2017年度では最大0.00949)が他の地域医療係数や救急医療係数などに振り分けられます。このため後発医薬品係数が機能評価係数Iへ移管されたとしても「はしごをはずす」ことにはならず、厚労省保険局医療課の担当者はこの点を説明し理解を求めていくかまです。

また、重症度係数について厚労省は、「係数設定の目的や趣旨に沿った『他の評価手法』の設定が可能かを検討する」方針を示しています。

なお、機能評価係数IIの重みづけ変更に関し、厚労省保険局医療課の担当者は「III群では重みづけを変えるのは難しい」と判断。このため前号でお伝えした「III群のグルーピング」は行われない模様です。一方で、I群、II群(特にII群)は複雑性やカバー率の高い病院で構成されるグループであるため、「これらの重みを厚

## DPCのI、II群では 複雑性などの重みを上げる

DPC制度のうち医療機関別係数の見直しの方向性が、3月31日の中医協診療報酬調査専門組織(DPC評価分科会)で議論されました。結果、まだ完全に意見が一致したわけではありませんが、大きな方向は定まりました。

DPCの医療機関別係数は、(1)基礎係数、(2)機能評価係数I、(3)機能評価係数II、(4)暫定調整係数、の4係数の和で計算されます。

(1)の基礎係数は、I群(大学病院本院群)、II群(大学病院本院に準ずる医療を行う病院群)、III群(その他の病院群)ごとに設定されますが、分科会ではこの3群を維持する方向が確認されました。ただし「群の名称の『I、II、III』が格づけを想起させてしまう」との指摘があり、厚生労働省(以下、厚労省)は、I群を「大学病院本院群」に、III群をDPC制度の基本である旨を明確にした「標準群」にしてはどうかと提案しました。この考え方に多くの委員は賛成しており、今後、各医療機関群の機能に

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」との考えを明らかにしました。したがって、複雑性やカバー率の高いI、II群病院は、さらに高い評価が設定される可能性があります。

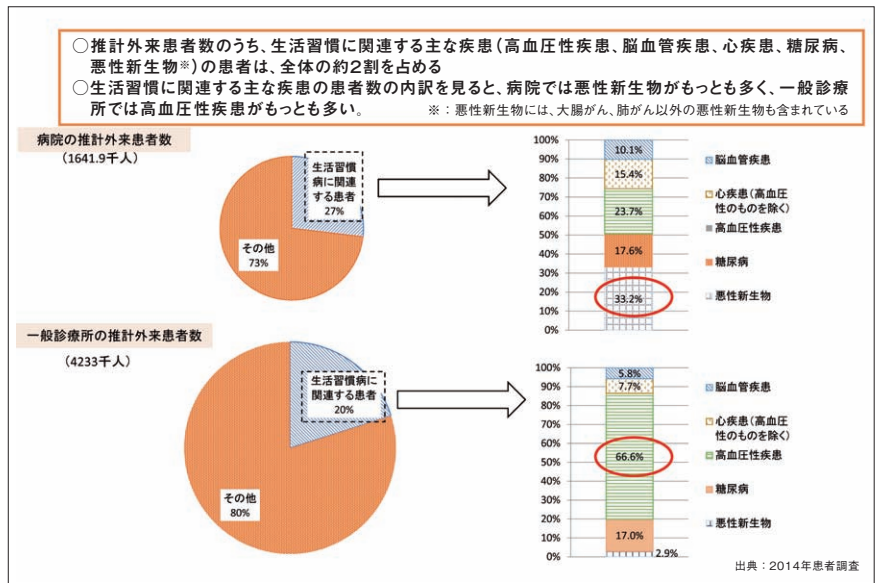
それにともない、効率性や地域医療に力を入れ、複雑性やカバー率がそれほどでもないII群病院では係数評価が下がってしまいます。この点で井原裕宣委員（社会保険診療報酬支払基金医科専門役）は「経営面を考慮して『III群を選択できる』道を用意すべき」と提案しており、事前に「II群に該当したとしてもIII群を選択する」といった意思表示を行える仕組みとなりそうです。

(4)の暫定調整係数については、2018年度改定で「機能評価係数II及び基礎係数に置き換えを完了する」方針が確認されました。これにともない、現行の激変緩和措置も終了となります。ただし、激変緩和が必要な病院を詳細に分析し、「係数の著しい変動を緩和するためのなんらかの措置」が新設される模様です。

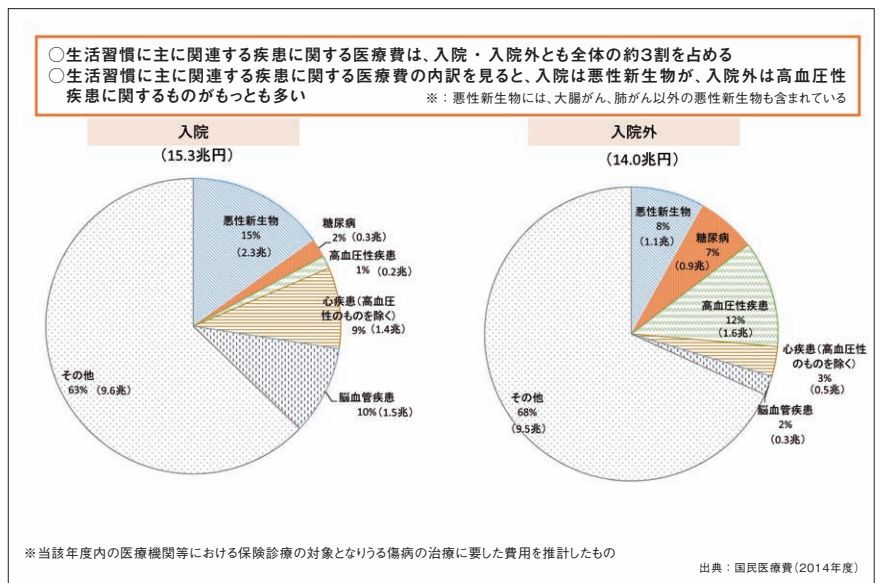
### かかりつけ医と専門医が連携生活習慣病の重症化予防を

3月29日の中医協総会では、「生活習慣病対策」が議題となりました。生活習慣病は、「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が、その発症・進行に関与する症候群」と定義され、▽糖尿病（インスリン非依存）、▽肥満症、▽高血圧症、▽循環器病、▽脂質異常症、▽歯周病——などのほか、大腸がんや肺がん（肺扁平上皮がん）も含まれます。厚労省の調べでは、外来患者の2割強（約130万人、【資料1】）、死因の55.2%、入院医療費の37%（約5兆7000億円）、入院外医療費の32%（約4兆

### 【資料1】傷病分類別に見た推計外来患者数



### 【資料2】傷病分類別に見た医療費



5,000億円、【資料2】)が生活習慣病で占められているとわかりました(大腸、肺以外のがん患者も含む)。

生活習慣病対策としては、「特定健康診査」(特定健診、いわゆるメタボ健診)や「特定保健指導」などにもとづく「予防」のほか「重症化予防」が非常に重要です。生活習慣病のうち糖尿病においては、昨年4月に日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、

厚労省が協働して「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定。▽医師会、▽かかりつけ医、▽専門医療機関、▽行政、保険者——が連携した重症化予防への取り組みが推進されています。

しかし、現状では必ずしも連携が十分には進んでいないようです。厚労省の調べでは、▽糖尿病透析予防指導管理料、▽糖尿病合併症管理料、

▽慢性維持透析患者外来医学管理料——を算定している患者に関し、「医療機関から保険者に情報提供などが行われたケースはきわめて少ない」（もっとも保険者からの要請自体も少ない）、「当該患者が特定健診、特定保健指導を受けたかどうかを把握しているケースも1割程度にとどまっている」状況が明らかになりました（【資料3、4】）。

そこで厚労省保険局医療課の迫井正深課長は、より質の高い医学管理と重症化予防を行うため、▽かかりつけ医、医療機関と専門医療機関などとの連携、▽かかりつけ医を中心とした多職種連携、▽医療機関と保険者、自治体などの予防事業との情報共有——を2018年度改定でも評価していく考えを提示しています。

ところで厚労省による国民健康・栄養調査では、「糖尿病が強く疑われる患者」に対する治療が継続的に増加しているものの、40歳代では「これまでに治療を受けた経験がない」、「過去に治療を受けたが、現在は受けていない」人がほかの年代よりも多いとわかりました。

適切な治療をしなければ、50歳代、60歳代になって悪化（腎不全）していくため、「40歳代に対する医療機関への受診勧奨」が喫緊の課題のひとつとなります。支払側の幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）は「働き盛りであり、受診勧奨してもなかなか医療機関にかからない。初診は対面診療が必要だが、継続的な指導管理においてはICTの活用を検討してはどうか」と提案しています。

## 7対1と10対1では患者像は重なるが報酬は乖離

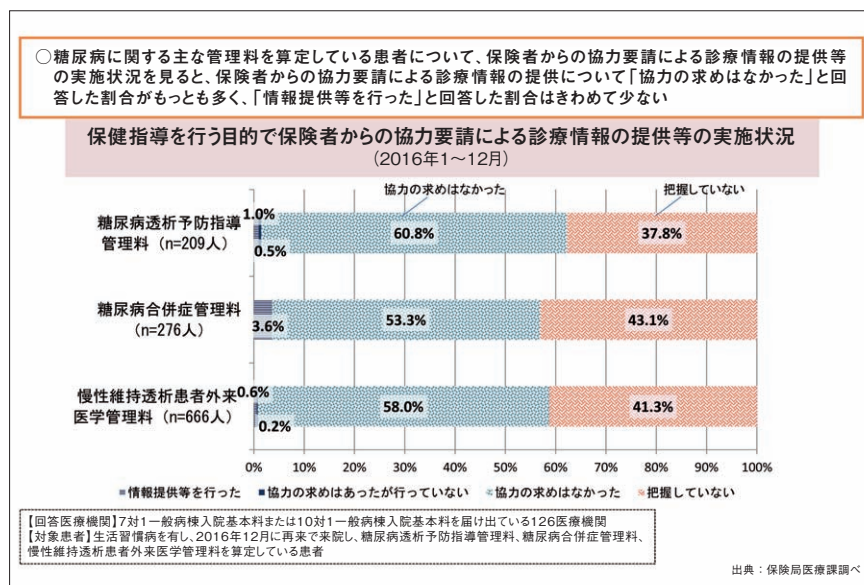
3月15日の中医協総会では、「一般病棟入院基本料」をテーマとした議

論が行われました。

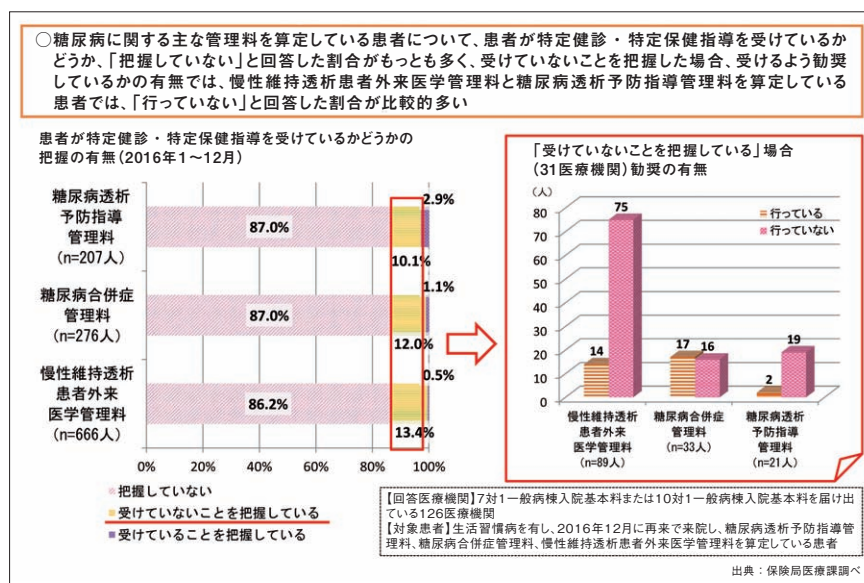
一般病棟入院基本料は現在、▽7対1、▽10対1、▽13対1、▽15対1——に区分されていますが、厚労省は「7対1病棟では入院患者の6割弱は74歳未満で、新生物（がん）の患者が多い（24.6%）が、我が国では若年人口は減少傾向にあり、新生物の患者推計も他疾患にくらべ増加率が低い」とのデータを提出しま

した。このデータからは、今後、7対1病床のニーズが確実に減少していく様子が見て取れます。支払側の幸野委員は、「ニーズが減少する中で7対1のベッド数を維持するとなれば、より軽症の患者を7対1で受け入れて稼働を保つことになる。7対1病床数がどれだけ必要なのか、あらためて議論する必要がある」と強く指摘しました。

### 【資料3】診療情報の提供状況



### 【資料4】特定健診などの把握状況



また、7対1と10対1とで入院患者像を比較すると、1日当たりの包括範囲出来高点数（医療資源投入量）や複雑性には重なりがある実態もわかりました（【資料5】）。一方、入院1日当たりの請求点数（つまり単価）を見ると、7対1と10対1には大きな乖離があります（【資料6】）。同じような状態の患者を診ているのに、報酬水準が異なるのは好ましいとは

言えない状況でしょう。迫井医療課長は、こうした点を踏まえ、主に看護配置によって報酬を設定している一般病棟入院基本料から、▽患者の状態、▽診療の効率性——などを加味した報酬体系への移行を検討してはどうかとの考えを示しています。

支払側の幸野委員は、「本来、10対1に入院すべき患者が7対1に入院し、高い報酬が支払われているので

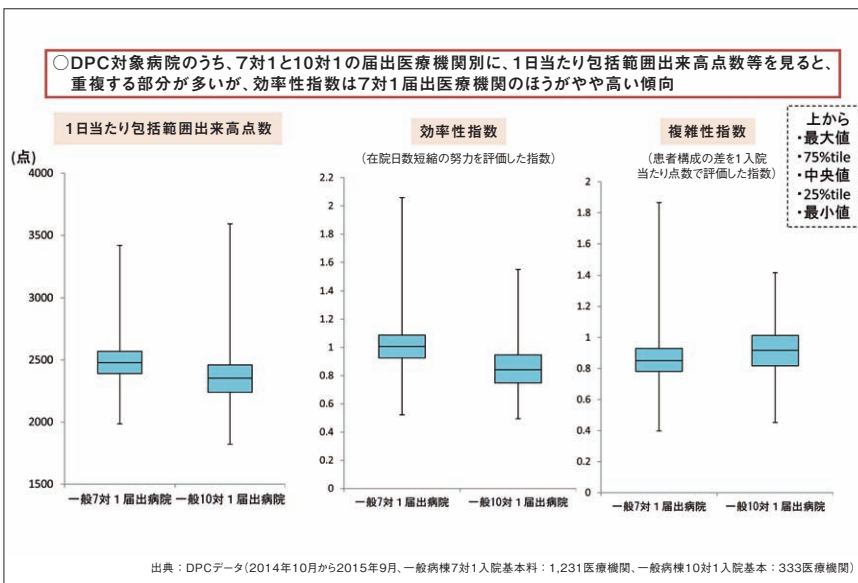
はないか。また、重症患者割合に大きなバラつきがあるゆえ、重症度、医療・看護必要度の評価指標が適切かといった疑問も感じる。2018年度改定に向けてABC各項目の妥当性、25%以上という基準値の妥当性を検討していく必要がある」と強調。しかし、診療側の中川俊男委員（日本医師会副会長）は、「重症度、医療・看護必要度が2回連続（2014年度、2016年度改定）で見直され、医療現場は大混乱した。最近、ようやく落ち着いてきたところであり、2018年度の3回連続見直しはきわめて慎重にすべき」とけん制しています。

入院患者像や医療内容が同じであれば「報酬も同一で良いのではないか」という考えも成り立ちます。将来的には、7対1、10対1の看護配置の枠組みが廃止され、「入院患者の重症度や医療提供内容に応じた支払い方式」が検討される可能性も否定できません。もともと、現行の報酬体系からは大きく変わり、病院経営への影響も甚大なため、2018年度や2020年度の改定でこうした体系に移行することはないでしょう。

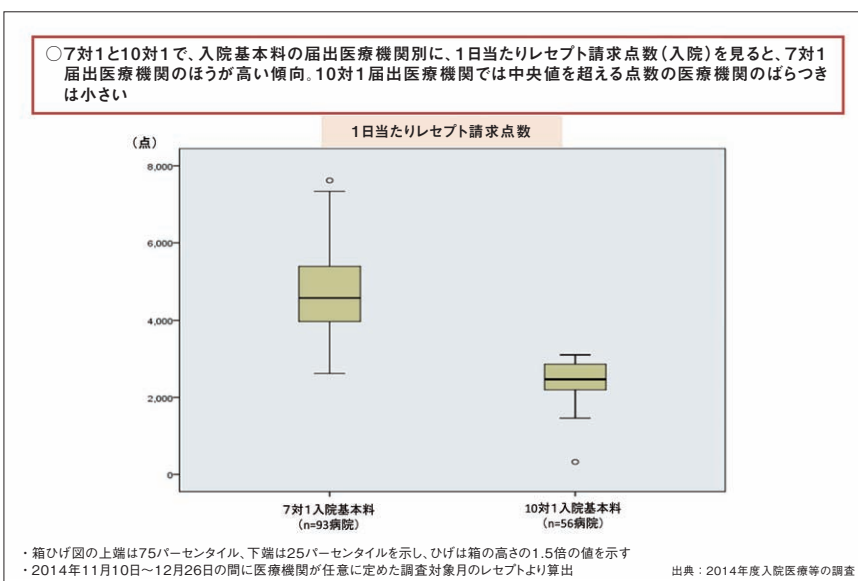
厚労省は「7対1から10対1への移行を促すため、10対1で『より重症患者を受け入れている』病棟の評価の引き上げ」などを念頭に置いているのではないかと推測されます。

なお、7対1から10対1への移行を円滑に進めるために、2016年度改定ではワンクッションとして「病棟群単位の入院基本料届け出」が時限的に創設されました。この点について、診療側の猪口雄二委員（全日本病院協会副会長）は「継続を検討すべき」と提案しています。

### 【資料5】7対1と10対1の患者像比較



### 【資料6】7対1と10対1の単価比較



医療ジャーナリスト  
**鳥海 和輝**