全日病ニュース NEWS
2020.2.15
No.957
ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION　http://www.ajha.or.jp / mail:ajhainfo-mail@ajha.or.jp

2020年度診療報酬改定を加藤厚労相に答申

中医協総会　医師の働き方改革への対応が目玉

田辺会長が小島政務官に答申を手渡し

中医協総会（田辺国昭会長）は２月７日、2020年度診療報酬改定を加藤勝信厚生労働大臣に答申した。あわせて、20項目の附帯意見をつけた。入院基本料の体系を再編成した2018年度改定と比べ、全体として小幅な改定だが、重点課題を「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」とし、新たに「地域医療体制確保加算」を新設するなど手厚い評価を設けたほか、人員配置基準の緩和や事務手続きの簡略化も図った。

答申後に会見した全日病会長の猪口雄二委員は、「これから検証する必要があるが全体としてうまく財源が割り振られたと思う。医師等の働き方改革への対応のほか、人員配置基準などが緩和された意義も大きい」と述べた。

2020年度診療報酬改定の本体改定率は0.55％で2018年度改定と同じ水準。うち0.08％を「救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応」に用いる別枠を設けた。社会保障審議会医療保険部会・医療部会が決定した基本方針でも、「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」とし、今回改定の目玉となった。

医師の働き方改革により、2024年度から一般労働者とは別の取扱いにされた医師にも時間外労働規制が適用される。これを踏まえ、医師から他業種へのタスクシフト等を促す項目など様々な方法で勤務医負担軽減を目指す改定が行われた。医療団体から要望の強い人員配置基準の要件緩和やICTの活用を念頭に置いた会議や事務手続きの効率化・合理化も図っている。

入院料では、急性期一般入院料１の「重症度、医療・看護必要度Ⅰ」の基準値が「30％以上」から「31％以上」への引上げにとどまった。ただ、認知症やせん妄の患者にかかる手間に配慮した基準②が廃止されるなど、評価項目・判定基準は幅広く見直しされた。

前回よりも小幅改定とはいえ、改定項目は多岐にわたる。主要事項については２面で概観する。

中医協での議論は、４月から始まった。ただ、10月の消費税10％への引上げに対応するための改定の議論を２月13日の答申まで行っていた。2018年度改定で導入された「妊婦加算」が根本匠厚生労働大臣の決断で凍結されるという事態も生じた。

４月以降の議論は、第１ラウンドと第２ラウンドに分けた。第１ラウンドでは、「妊婦加算」が凍結された背景も含め、国民・患者視点で診療報酬を取り巻く状況を年代別・テーマ別に議論した。その上で、秋以降は、例年通り、個別改定項目に関わる議論を行った。

12月17日の加藤厚労相と麻生太郎財務大臣との大臣折衝で、改定率が決まった。年を越して、１月15日にそれまでの議論を整理し、加藤厚労相から諮問を受けた。パブリックコメントを募集し、１月24日は静岡県富士市で公聴会を開催した。

附帯意見は20項目。「救急医療管理加算」について、今回の「見直しの影響を調査・検証し、患者の重症度等に応じた救急医療の適切な評価」を検討するとした。DPC／PDPSの見直しは今回ほとんど行われなかったが、急性期医療の標準化を進めるため、診療実態の把握を続けていくと明記した。

急性期一般入院料1の「必要度I」の基準値は31％以上に

中医協総会　診療・支払側の意見の隔たり大きく公益裁定

中医協総会（田辺国昭会長）は１月29日、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ」（以下、「必要度Ⅰ・Ⅱ」）の基準値をめぐり、診療側と支払側の主張の隔たりが大きいことから、公益裁定により、項目見直し後の基準値を決定した。急性期一般入院料１の「必要度Ⅰ」の基準値は「31％以上」となった。支払側は「35％以上」、診療側は「27％以上または28％以上」を主張し、その中間を取る形となった。

現行の「必要度Ⅰ」の基準値は「30％以上」。対象病棟の入院患者に対し毎日測定し、直近３カ月の該当患者の平均を算出している。今回改定では、該当患者の評価項目・判定基準を大きく見直すため、基準値の変化だけをみても、厳しくなるのか緩くなるのかはわからない。厚生労働省は前回改定時と同様、シミュレーションでパーセンタイル値による患者分布を示し、参考とした。例えば、25パーセンタイル値をみると、現行の評価項目・判定基準では33.5％だが、見直し後は30.3％に下がる。項目見直しにより、基準値を満たすのが難しい方向に働くことがわかった。単純に考えると、現行の「30％以上」のままだと、４分の１の病棟が基準を満たせなくなる水準だ。

このような厳しい評価項目・判定基準の見直しであるにもかかわらず、支払側は、「高い球を投げているつもりはない」（幸野庄司委員・健康保険組合連合会理事）とした上で、「35％以上」を主張した。幸野委員は、「７対１看護配置の急性期一般入院料１は急性期医療の象徴にみえる。しかし、前回改定は患者の状態像に見合った医療資源投入量にするために、10対１の入院料２～７を設けた。現状では移行は進んでいない。入院料２、３への移行を促し、メリハリのある基準値とするため、35％以上とすべきだ」と述べた。

これに対し、日本医師会の松本吉郎委員は、「前回改定後７カ月で７対１病床は約１万床減った。改定の影響だけでなく、人口構造の変化により、自然に急性期病床は減っており、診療報酬が先走って厳格化するのは、地域にとって悪影響が大きい。最近の改定では毎回、『必要度』の項目見直しや基準値の引上げを行っており、朝令暮改で現場は混乱している。項目見直しによる患者分布をみれば、『35％以上』は75パーセンタイル値を超える水準だ」と述べ、反対した。

その上で、全日病会長の猪口雄二委員が、「基準値の変更が病院に与える影響は極めて大きく、急性期一般入院料１は『27％以上または28％以上』を主張する。項目見直しの影響が大きい急性期一般入院料４は、『18％以上または19％以上』とし、200床未満の病院に十分配慮すべき。『必要度Ⅱ』は『必要度Ⅰ』より２％程度低い基準値とする必要がある」と述べた。また、「入院基本料の変更は病院にとって死活問題。効率的で安定的な運営を行うためにも、激変は避けるべきだ」と訴えた。

しかし、議論は平行線をたどり、歩み寄りがなかったため、公益裁定となった。公益裁定により、「入院料Ⅰ」の基準値は「31％以上」となった（**下表参照**）。田辺会長は、「シミュレーションによると、項目見直しの影響は、特に急性期一般入院料４で大きく、基準値を現行の水準とした場合、相当数の病院が施設基準を満たせなくなることが想定される」と指摘。「急性期一般入院料４を22％とし、そこから一定の間隔をおいて急性期一般入院料１～３を設定し、入院料１は31％とする。また、『必要度Ⅱ』の基準値については、病院の実態や、『必要度Ⅱ』の活用をさらに推進していく観点も踏まえ、『必要度Ⅰ』の基準値よりも低くなるよう一定の差を設ける」と説明した。

許可病床数200床未満の病院に対しては、前回と同様、経過措置が必要としている。

	該当患者割合の基準値（見直し後）	
	重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
急性期一般入院料１	31％	29％
急性期一般入院料２	28％	26％
急性期一般入院料３	25％	23％
急性期一般入院料４	22％	20％

評価項目・判定基準を大きく見直し　基準②廃止は新加算で一定程度対応

今回、評価項目・判定基準を大きく見直すことになった。まず、判定基準において、いわゆる基準②（B14「診療・療養上の指示が通じる」またはB15「危険行動」に該当する患者であって、A得点１点以上かつB得点３点以上）を廃止する。基準②は前回改定で、認知症やせん妄の患者に手間がかかることを評価したもの。しかし、急性期医療としての指標の妥当性と基準としての適切性が疑問視され、議論により、廃止されることになった。ただ、B14とB15の項目自体は残るほか、別途、認知症とせん妄の評価を手厚くする。

認知症については、新たに認知症ケア加算２を設け、３段階の評価体系となる。加算２では、専任の常勤医師が参加する認知症ケアチームの設置は求めず、認知症看護の研修を受けた専任の常勤看護師によるケアの把握などを要件とする。点数は加算１が160点、加算２が100点、加算３が40点（14日以内）と、それぞれ見直した。せん妄については、せん妄ハイリスク患者ケア加算（入院中１回100点）を新設する。入院早期にせん妄のリスク要因をスクリーニングして、ハイリスク患者に対し非薬物療法を中心とした、せん妄対策を行うことを新たに評価する。

基準②の廃止以外では、◇A項目から「免疫抑制剤の管理」を除外（注射剤を除く）◇C項目に、入院実施割合が90％以上の手術（２万点以上のものに限る）および検査を追加◇C項目の評価対象日数を拡大―を行うことになっている。

また、「必要度Ⅰ」のA項目「救急搬送後の入院」は、評価期間を入院後５日間に見直す。「必要度Ⅱ」は、入院日に救急医療管理加算１・２または夜間休日救急搬送医学管理料を算定する患者をA得点２点（５日間）の対象とする。救急医療の評価は、手術など外科系の医療に対する評価が目立つ中で、内科系の技術を評価するために導入するもの。それでも、基準②の廃止の影響とともに、病院が提供する急性期医療の内容によって、今回の評価項目・判定基準の影響が偏る可能性がある。

そのほか、「重症度、医療・看護必要度」をめぐる見直しでは、許可病床数400床以上の病院は「必要度Ⅱ」を用いることを要件とすることや、B項目の評価方法の組換えにより、「根拠となる記録」を不要とすることなどの見直しが実施される。

地域医療体制確保加算を新設するなど医師の働き方改革に手厚く対応

2020年度診療報酬改定　主要な個別改定項目を概観する

中医協総会（田辺国昭会長）は２月７日、2020年度診療報酬改定を加藤勝信厚生労働大臣に答申した。今後、告示・通知の発出など行政手続きが進む予定だ。以下で、入院医療の項目を中心に、主要な改定内容を概観していく。

今回の重要課題は働き方改革対応

今回改定の目玉となったのが、医師の働き方改革への対応だ。2024年度から医師に対する時間外労働規制が適用される。時間外労働の上限は年間960時間以内。ただし、追加的健康確保措置を実施することなどを条件に暫定特例水準（年間1,860時間以内）も認められる。直接の対応関係ではないが、この暫定特例水準を適用する病院を想定し、改定率の別枠で0.08％分（公費126億円）をあてるのが、「地域医療体制確保加算」（入院初日520点）だ。

年間2,000件の救急搬送の実績がある病院が対象で、勤務医負担軽減の体制を求める。責任者を指名し、委員会を設置。勤務医負担軽減等の計画で、以下の事項の記載を求める。◇連続当直を行わない勤務体制◇勤務間インターバル◇交替勤務制・複数主治医制―など。時間外労働規制の暫定特例水準の病院が作成する医師労働時間短縮計画が策定されれば、一致させる。

一方、暫定特例水準で「地域医療体制加算」の要件を満たせない病院は、2020年度予算で増額する医療介護総合確保基金で支援するとの考えを厚生労働省は示している。

１月31日の中医協総会で、日本医師会の松本吉郎委員が、「年間2,000件以上の救急搬送だと公立・公的病院が多い。要件を満たさない病院は、医療介護総合確保基金を使えるというが、基金は都道府県によるばらつきがあり、未執行額も多い」と指摘した。これに対し、厚労省は「来年度は、地方負担分について地方交付税を措置するので、未執行額は減ると考える。客観的な要件を設定し、民間を含め対応できるようにする」と説明した。

現状で長時間労働の勤務医が働いているものの、2024年度までにはすべての医師が年間960時間以内を満たすことを目指す病院などを想定し、今回手厚く対応したのが、主にタスクシフト等を評価した「医師事務作業補助体制加算」や看護職員・看護補助者の配置に関する加算だ。多くの病院がこれらの加算を算定し、勤務医の負担軽減が進むことを目指す。

また、麻酔科領域では、適切な研修（特定行為研修）を修了した看護師が麻酔の一部の行為を実施することを、「麻酔管理料（Ⅱ）」で評価する。「病棟薬剤業務実施加算」は、ハイケアユニット入院医療管理料の対象病棟を広げた上で、評価を引き上げている。

医師などの常勤配置や専従要件は緩和する。診療報酬に関わる会議や研修、記録、事務も効率化・合理化し、負担軽減を図るなど、前回改定に引き続き幅広く見直した。例えば、カンファレンスは対面でなくても、ICTの活用を認める。

地ケア病棟は偏った使い方を適正化

2018年度で体系を再編成した入院料は、患者の病態に見合った医療資源投入が行われることを目指した設定を推し進める方向で手直しを行った。その中で、地域包括ケア病棟入院料等に対しては、広範な見直しが実施される。

まずは、専らポストアキュートの機能で地域包括ケア病棟を活用している大病院への適正化がある。来年度から許可病床数が400床以上の病院は、地域包括ケア病棟入院料を届け出られないようになる。すでに届け出ている400床以上の病院では、同一病院の一般病棟から転棟した患者が６割以上の場合は、入院料を１割減額する。

DPC対象病院が地域包括ケア病棟を持っている場合に、DPC／PDPSの入院期間がⅠからⅡに移る段階で、多くの診断群分類で点数が地域包括ケア病棟の方が高くなるために、転棟時期が歪められてしまう問題に対しては、対策を講じる。具体的には、同一病院でDPC対象病院から地域包括ケア病棟に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、診断群分類点数表で算定する。

地域包括ケアの実績に関する施設基準も各要件を見直す。

「地域包括ケア病棟入院料１」の場合、入院患者に占める自宅等からの割合を「１割以上」から「１割５分以上」に引き上げる。自宅等からの緊急患者の受入人数は３カ月で「３人以上」を「６人以上」に引き上げる。訪問看護ステーションの基準は療養費の算定を３カ月で「500回」から「300回」に引き下げ、病院と「同一の敷地内」から「併設」に広げる。

また、入退院支援と地域連携業務を担う部署の設置が要件となった。リハビリの実施割合が低いことに対しては、患者の入棟時に測定したADLスコアの結果等を参考にリハビリの必要性を判断することを求める。

回復期リハビリテーション病棟入院料では、2018年度改定で導入したFIM（日常生活機能評価または機能的自立度評価法）によるアウトカム指標であるリハビリの改善度の実績指数は、現場のFIMの実態をふまえ、引き上げる。入院料１は「37」を「40」、入院料３は「30」を「35」とする。

療養病棟入院基本料において、１割減算の経過措置（看護配置20対１を満たせない等）は延長した上で、減算措置は10％から15％に拡大する。看護配置25対１を満たせない２割減算の経過措置は来年度から廃止する。

漫然としたカテーテルの留置を行っている療養病棟が少なくないと指摘された中心静脈栄養は、感染症の発生状況を把握することや患者・家族への情報提供を要件とする。同様の問題が指摘されていた尿道カテーテルに対しては、排尿ケアチームの設置などを求める「排尿自立支援加算」（週１回200点）を新設し、現行の排尿自立指導料は外来排尿自立指導料に変更するなど、排尿ケアの充実を目指す。

紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担は、現在は、特定機能病院と400床以上の地域医療支援病院だが、200床以上の地域医療支援病院に拡大する。

「データ提出加算」は、「データ提出加算」が要件となる入院料を、許可病床200床未満の回復期リハビリテーション病棟入院料５・６と療養病棟入院基本料を算定する病棟にまで拡大する。一定の経過措置は設ける。「提出データ評価加算」は、許可病床数200床未満の病院に限り算定可能とする。未コード化傷病名の割合の基準は引き上げ、厳格化する。

救急医療管理加算の評価を引上げ

「救急医療管理加算」は、「１」を900点から950点、「２」を300点から350点に引き上げる。「２」において、算定対象となる状態に、新たに「コ」（その他の重症な状態）を設ける。

また、今後、救急医療管理加算を大きく見直す可能性を含め、算定患者の実態把握を行うため、以下について診療報酬明細書への摘要欄への記載を求める。①入院時にア～コまでのどの状態に該当するか②今後示す重症度に係る指標による入院時の測定結果③入院後３日以内に実施した検査、画像診断、処置または手術の主要なもの―。

「超急性期脳卒中加算」は、学会の指針の改訂や安全性等の向上を踏まえ、要件を緩和する。一方、点数は入院初日１万2,000点から１万800点に引き下げる。要件緩和では、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師の常時配置を削除する。「脳血管造影」の体制を「一般血液検査および凝固学検査並びに心電図検査」とする。

「入院時支援加算」（入院中１回200点）は、病院職員との情報共有や患者・家族への説明などを現行の項目をすべて行った場合の加算を「１」とし、従来の要件の加算を「２」とする。「１」の点数は230点になった。

機能強化加算は院内掲示の項目増

2018年度改定で導入し、支払側が、患者の納得が得られない算定があるとして、見直しを強く求めていた「機能強化加算」は、一定の見直しを行う。「機能強化加算」は、かかりつけ医機能を評価する診療報酬を届け出ている医療機関が、専門医療機関への受診の要否の判断を含め、初診時の診療機能を評価したもので、地域包括診療加算・診療料などを届け出ている病院が算定できる。

支払側は、「機能強化加算」の趣旨を書面で患者に説明することを提案していたが、診療側は「様々な加算がある中で、機能強化加算だけを説明するのは不合理」と反対していた。

その結果、「機能強化加算」の説明は求めず、地域におけるかかりつけ医機能として掲示する事項を追加することになった。医療機能情報提供制度を利用して、かかりつけ医機能を検索できることも伝える。掲示内容は、書面にして患者が持ち帰れるよう医療機関内の見えやすい場所に置き、患者から求めがあれば、交付することを要件に加える。

昨年１月から根本匠厚生労働大臣の決断で凍結されていた妊婦加算は廃止となり、代わりに「診療情報提供料（Ⅲ）」が新設された。妊婦に限らず、紹介先の医療機関が紹介元に文書で診療情報を提供した場合を評価する。

対象患者として、①地域包括診療加算・診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料等を届け出ている医療機関からの紹介患者②産科・産婦人科からの紹介患者③別の医療機関から地域包括診療加算・診療料などを届け出ている医療機関への紹介患者―をあげた。

依存症に対する治療の評価では、「依存症集団療法」において、ギャンブル依存症を新たに加える。「ニコチン依存症管理料」は２回目から４回目に情報通信機器を用いた診療でも算定できるようにする。また、加熱式たばこの喫煙者も対象となる。

基本計画策定に向け協議会が初会合

循環器病協議会　18団体からヒアリングを実施

厚生労働省は１月17日、循環器病対策推進協議会（永井良三会長）の初会合を開催した。昨年12月に成立した循環器病対策基本法を踏まえ、夏頃までに第１期の循環器病対策推進基本計画の策定を目指す。第２回目は２月３日に開かれ、初会合に引き続き、関係団体からヒアリングを実施した。

循環器病対策基本法は、脳卒中や心臓病などの循環器病対策を総合的・計画的に推進し、健康寿命の延伸と医療・介護の負担軽減を図ることが目的。国の基本計画に基づき、都道府県が循環器病対策推進計画を策定する。その際に介護保険事業計画と調和の取れた計画とする。基本計画は、少なくとも６年ごとに見直す。

循環器病対策推進協議会は、夏頃までに基本計画案を策定する予定。その後、政府が基本計画を閣議決定し、国会に報告する運びだ。初会合と第２回目の会合で、学会や職能、患者団体など18団体からヒアリングを行った。

患者団体からは、保健・医療・福祉の体制整備において、機能を集約化した「センター化」を求める意見が出た。これに対し、全日病副会長の美原盤委員は、「特に、慢性期の対応では機能の集約化よりも、地域包括ケアの中で、身近な機関が対応するほうが大事ではないか」と問題提起した。

厚労省は、循環器病の現状を説明。◇心疾患は死亡原因の第２位、脳血管疾患は第４位で、両者を合わせた循環器病はがんに次ぐ◇介護が必要となった主な原因は、脳血管疾患が16.4％、心疾患が4.6％で、両者を合わせた循環器病は21.2％と最多◇2017年度の医科の医療費30兆8,335億円のうち、循環器病が占める割合は６兆782億円で２割―などを示した。

中医協資料／2020年度診療報酬改定における個別改定項目

2月7日　中医協総会

２月７日の中医協総会に提出された個別改定項目の資料から、抜粋して掲載する。なお、紙面の関係で、現行と改定案の対照表は省略します。

【Ⅰ－１－①】地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関に対する評価の新設

第１　基本的な考え方

地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

（新）地域医療体制確保加算　520点

［算定要件］

⑴　救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

［施設基準］

⑴　Ａ１００一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料を除く。）、Ａ１０２結核病棟入院基本料（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る。）、Ａ１０３精神病棟入院基本料（10対１入院基本料に限る。）、Ａ１０４特定機能病院入院基本料（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る。）、Ａ１０５専門病院入院基本料（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る。）、Ａ３００救命救急入院料、Ａ３０１特定集中治療室管理料、Ａ３０１－２ハイケアユニット入院医療管理料、Ａ３０１－３脳卒中ケアユニット入院医療管理料、Ａ３０１－４小児特定集中治療室管理料、Ａ３０２新生児特定集中治療室管理料、Ａ３０３総合周産期特定集中治療室管理料、Ａ３０３－２新生児治療回復室入院医療管理料、Ａ３０５一類感染症患者入院医療管理料、Ａ３０７小児入院医療管理料（小児入院医療管理料５を除く。）Ａ３１１精神科救急入院料又はＡ３１１－３精神科救急・合併症入院料を算定する病棟であること。

⑵　救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。

⑶　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。

①　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

②　病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。

③　当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。

④　③の計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。

⑤　③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、必要な事項を記載すること。

ア　医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）

イ　勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施

ウ　前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）

エ　予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮

オ　当直翌日の業務内容に対する配慮

カ　交替勤務制・複数主治医制の実施

キ　育児・介護休業法第23条第１項、同条第３項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

⑥　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

【Ⅱ－７－５－⑩】救急医療管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について要件を見直す。

第２　具体的な内容

救急医療管理加算を算定するに当たって、項目ア～ケのうち一部の項目に係る重症度の指標や、入院後３日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、診療報酬明細書の摘要欄に記載することとする。また、当該加算の評価を見直す。

改定案

【救急医療管理加算】

１　救急医療管理加算１　950点

２　救急医療管理加算２　350点

［算定要件］

⑵　救急医療管理加算１の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。

ア　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

イ　意識障害又は昏睡

ウ　呼吸不全又は心不全で重篤な状態

エ　急性薬物中毒

オ　ショック

カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ　広範囲熱傷

ク　外傷、破傷風等で重篤な状態

ケ　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

⑶　救急医療管理加算２の対象となる患者は、⑵のアからケまでに準ずる状態又はその他の重症な状態㈡にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。

⑷　救急医療管理加算１を算定する場合は、⑵のアからケのいずれの状態に該当するか、救急医療管理加算２を算定する場合は、⑵のアからケに準ずる状態又はその他の重症な状態㈡のいずれに該当するかについて、選択すること。

⑸　救急医療管理加算を算定するに当たって、⑵のイ、ウ、オ、カ若しくはキの状態又はそれに準ずる状態を選択する場合は、それぞれの重症度に係る指標の入院時の測定結果について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

⑹　救急医療管理加算を算定すべき重症な状態に対して、入院後３日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

【Ⅲ－１－⑩】地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

第１　基本的な考え方

地域包括ケア病棟において、適切に在宅復帰支援等を行う観点から、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置を要件とする。

［経過措置］

令和２年３月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を届け出ているものについては、令和３年３月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

２．地域包括ケア病棟における疾患別リハビリテーションの提供について、患者の入棟時に測定したADLスコアの結果等を参考にリハビリテーションの必要性を判断することを要件とする。

３．地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件とする。

［経過措置］

令和２年３月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料を届け出ているものについては、令和２年９月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

【Ⅲ－１－⑪】地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し

第１　基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関内において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟へ転棟する場合について要件を見直す。

第２　具体的な内容

地域包括ケア病棟入院料の算定方法について、同一保険医療機関内のDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、診断群分類点数表に従って算定するよう見直す。

【Ⅲ－１－⑫】地域包括ケア病棟の届出に関する見直し

第１　基本的な考え方

地域における医療機関間の機能分化・連携を適切に進める観点から、許可病床数の多い医療機関が地域包括ケア病棟の届出を行う場合の要件を見直す。

第２　具体的な内容

許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料を届け出られないこととする。ただし、令和２年３月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。

【Ⅲ－１－⑬】回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

第１　基本的な考え方

回復期リハビリテーション病棟における実績要件について、アウトカムを適切に反映させるとともに、栄養管理の充実を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．回復期リハビリテーション病棟入院料１及び回復期リハビリテーション病棟入院料３におけるリハビリテーション実績指数の要件について、それぞれ水準を引き上げる。

［経過措置］

令和２年３月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料１又は３を届け出ているものについては、令和２年９月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

２．回復期リハビリテーション病棟に入院した患者に対して、入院時FIM及び目標とするFIMについて、リハビリテーション実施計画書を用いて説明し、計画書を交付することとする。また、退院時FIMについても同様の取扱いとする。

３．入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除する。

４．回復期リハビリテーション病棟入院料における重症者の定義に、日常生活機能評価に代えてFIM総得点を用いてもよいものとする。

５．回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準である、「当該病棟に専任の常勤管理栄養士が１名以上配置されていることが望ましい」とされているものを専任配置に変更する。

［経過措置］

令和２年３月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料１を届け出ているものについては、令和３年３月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

６．回復期リハビリテーション病棟入院料２～６について、現状、管理栄養士の配置規定はないが、施設基準に「当該病棟に専任の常勤管理栄養士が１名以上配置されていることが望ましい」旨を追加するとともに、栄養管理に係る要件を設ける。

外来機能の議論は、医療計画見直し等検討会で行う

社保審・医療部会　集中的な議論を行い政府決定に反映

社会保障審議会・医療部会（永井良三部会長）は１月29日、「外来機能の明確化とかかりつけ機能の強化」の専門的・集中的な議論を「医療計画の見直し等に関する検討会」で行うと決めた。政府の全世代型社会保障検討会議の中間報告が、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象を200床以上の一般病院にまで拡大することを提案したことを受け、四病院団体協議会は反対を表明。病院団体が参加し、議論する場を設けることを要請していた。全世代型社会保障検討会議が最終報告をまとめるまでに、集中的・専門的な議論を行う。

都道府県の医療計画では、2020年度から外来医療計画が追加され、地域の外来医療機能を可視化し、協議の場を設置するなど、医療資源の適切な配分を促すことになっている。医療計画見直し等検討会が外来とかかりつけ機能の議論の場になったことは、外来医療も地域医療計画の枠組みで考える方向性が背景にある。医療計画見直し等検討会の議論の結果は医療部会に報告する。厚生労働省は、受診時定額負担について、医療提供体制は医療部会、定額負担を求める制度設計は医療保険部会、選定療養等に関する具体的な負担額や要件等は中医協で議論すると整理した。

厚労省は同日、外来において、◇安定した高血圧等の慢性疾患を持ち、内服薬を受ける患者◇がんで入院治療を受けた後、外来化学療法を受ける患者◇外来で日帰り手術を受けた後、フォローアップを受ける患者―など多様な姿があることを指摘。医療資源を効果的・効率的に活用し、患者が望む受療行動の実現等につなげる外来医療の議論を進める方針を示した。

全日病会長の猪口雄二委員は、「これまでの医学教育の影響が大きいが、総合医が少ない。現場の医師を再教育し総合医を増やせれば、多科受診も少なくなり、地域の医師不足も緩和される」と述べ、外来医療の効率化に総合医の育成が効果的であると強調した。

救急救命士の院内での活用に賛否

医師の働き方改革に対応するためのタスク・シフト等の一環で、救急救命士の活用が議題となった。現行法で救急救命士は、救急救命措置を医療機関内で実施することができない。救急医学が教育されている救急救命士の資質を活用するため、医療機関内（主に救急外来）で業務が実施できるよう法令改正を行うことを現在検討している。

しかし、日本看護協会副会長の井伊久美子委員は「救急外来の多忙は看護配置が手薄なことが問題」と改めて反対を表明した。政策研究大学院大学教授の島崎謙治委員は、「活用の余地は否定しない」としつつ、「救急救命士は極めて特定の場所・行為を限定した特殊な職種で慎重な議論が必要」とした。

これらの意見に対し、猪口委員は、「救急救命士は医療機関外でメディカルコントロールによる医師の指示・指導・助言を得て救急救命処置を行っている。医療機関内であれば、直接医師の指示の下で行うので、より安全が確保できる。医師の働き方改革に対応するため、是非進めてほしい」と理解を求めた。

診療科別必要医師数の推計で新たに病院勤務医を試算

厚労省・医師需給分科会　厚労省に推計のもととなるデータの開示求める

厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会の医師需給分科会（片峰茂座長）は１月29日、診療科ごとの将来必要な医師数の計算方法について議論した。厚労省が病院勤務医の医師数を追加的に試算することなどの改善案を示し、了承された。

2019年２月に、同分科会は診療科別の将来必要な医師数をまとめた。その推計に対して、都道府県ごとに診療科別の病院勤務医・診療所医師数の比率に差があるとの指摘がなされたため、厚労省は、2020年時点での必要医師数を計算する際には、病院勤務医の必要医師数を追加的に試算することを提案した。

全日病副会長の神野正博委員は「追加試算には大賛成。入院・外来での必要医師数という観点がこれまでなかったことが大きな問題」と指摘した。

さらに神野委員は、必要医師数の推計のベースとしてきた、ＤＰＣデータから求めた診療科と疾病等の対応表の開示を求めた。

厚労省は2019年、2020年時点の推計に使用する対応表を公表するのは難しいとしつつ、今後新たに対応表を作成する際には開示できるものにする考えを示した。これに対し、片峰座長は「開示しなければ説明責任が果たされない」と述べ、厚労省にデータの開示に向けた検討を行うよう強く求めた。

診療科別必要医師数の推計について、このほか◇患者１人あたりの医師の労働投入量の入院・外来の比率を計算する◇小児の将来需要は患者調査の15歳未満人口をベースに推計する◇放射線治療医と放射線診断医を分けて推計する◇麻酔科は外科だけでなく手術を行う診療科の需要をもとに推計する―などの改善点を厚労省が示し、異論がなかった。

海外医学部卒医師数の伸びを推計

厚労省は、海外医学部に在籍し、日本の医師国家試験の受験を考えている者が登録するシステムを構築する案を示した。国試を受験する前から、海外医学部に在籍する学生の人数を把握することがねらい。マクロ需給推計の必要医師数には、海外医学部卒の医師数の将来的な伸びを反映させる方向だ。

都道府県別の募集定員上限を了承

医道審・臨床研修部会　2021年度臨床研修の採用分

医道審議会の医師分科会医師臨床研修部会は１月31日、2021年度の臨床研修の都道府県別募集定員上限を了承した。近く都道府県に内示し、調整を図るため、人数は公表しなかった。また、部会長に国立国際医療研究センターの國土典宏理事長を選出した。

臨床研修必修化後、研修医の募集定員は研修希望者の1.3倍を超える規模に拡大。研修医が都市部に集中する傾向が続いた。研修希望者に対し募集定員が多いと、人気のある臨床研修病院に研修医が集まり、採用数が多くなるので、結果として、大都市に研修医が集まることになる。

このため、医師偏在対策として、この比率を縮小させる目標を設定してきた。2020年度までに約1.1倍を目指し、大都市６都府県（東京、神奈川、愛知、京都、大阪、福岡）の研修医の割合は経年的に減った。改正医療法等による新たな医師偏在対策が来年度から始まり、臨床研修制度においては、2025年度までに約1.05倍まで縮小させることが新たな目標となっている。

その目標を達成するため、実際の募集定員上限の計算方法を見直した。例えば、算定方式の中で、「医学部入学定員」を採用する場合、人口に基づく値の1.2倍を限度とした。この結果、相対的に人口に対する医学部入学定員の割合が高い東京や石川、岡山の減少が大きくなった。ただ、激変緩和措置として、前年度の採用数は下回らないようにしている。

また、見直しでは、「都道府県の定員上限を超えていても、施設ごとの募集定員を原則２人にする調整を行うことが可能との配慮を廃止する」としていた。しかし、全日病副会長の神野正博委員が「研修医の教育上原則２人とし、上乗せできる調整は残してほしい」と述べ、存続することになった。

従来の計算方法で算出した2021年度の募集定員上限は研修希望者１万468人に対し、１万2,009人。新たな計算方法だと、１万1,889人に減少する。都道府県別の募集上限は今後、都道府県との調整で、数字が変化する可能性がある。

医師の働き方改革への対応では、いわゆるＣ－１水準が適用される臨床研修において、臨床研修病院が毎年報告する事項に時間外労働の実績を盛り込むことや、時短の取組みを行いながら、高い研修効果を得る推奨事項を検討する研究班の設置などを了承した。

地域医療構想の実現に向けた重点支援区域を決定

厚生労働省は１月31日、地域医療構想の実現に向けた重点支援区域の１回目の選定結果を公表した。３県５区域を指定した。重点支援区域に対し厚労省は、データ分析など技術的支援や財政的支援を行う。申請は随時募集しており、今後も複数回に分けて実施するという。

（宮城県） 仙南区域（公立刈田綜合病院、みやぎ県南中核病院）、石巻・登米・気仙沼区域（登米市立登米市民病院、登米市立米谷病院、登米市立豊里病院）

（滋賀県） 湖北区域（市立長浜病院、長浜市立湖北病院、長浜赤十字病院、セフィロト病院）

（山口県） 柳井区域（周防大島町立大島病院、周防大島町立東和病院、周防大島町立橘病院）、萩区域（萩市立萩市民病院、医療法人医誠会都志見病院）

■ 現在募集中の研修会（詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください）

研修会名（定員）	日時【会場】	参加費 会員（会員以外）	備考
2020年度診療報酬改定説明会（1300名）	2020年3月13日（金）【ベルサール新宿グランド　ホール】	11,000円（税込）（16,500円（税込））	2020年４月からの診療報酬改定に伴い、診療報酬改定説明会を開催する。演題は「2020年度診療報酬改定の内容について（医科）」で、講師は厚生労働省保険局医療課を予定。参加対象は会員病院等の院長・事務長・医事担当者など。

発行所：公益社団法人全日本病院協会／発行人：猪口雄二／〒101-8378 東京都千代田区神田猿楽町２-８-８ 住友不動産猿楽町ビル7F／TEL（03）5283-7441／FAX（03）5283-7444