

### 2019年度診療報酬改定、「初診料」は288点、「再診料」は73点に引き上げへ

2月13日、中央社会保険医療協議会・総会は、消費税率引き上げに伴う2019年度診療報酬改定について、根本匠厚生労働大臣に答申しました。

改定案は、2月6日の総会に示されたものと同じ内容で、前回2014年4月の消費税率5%から8%への引き上げ時のやり直しも含む、消費税率5%から10%の部分について、医療機関や薬局の消費税負担に見合う補てんが行われます。改定項目は、「初・再診料」や「入院基本料」などの基本診療料が中心で、消費税増加相当分を上乗せした後の報酬は、「初診料」が288点、「再診料」が73点などとなります。

配点にあたり、厚生労働省は1月の総会に示していた個別報酬への上乗せ率を調整し、その後の医療費の伸びを加味して一律の引き上げを行いました。このため、改定案が最初に提示された2月6日の議論では、支払側が、関係分科会や総会に諮る正式な手続きを踏んでいないなどと反発し、議論の差し戻しを求める場面もありました。しかし、入手できるデータなどに限りがある現状では、厚生労働省の案が最善の方法との認識で診療・支払側の意見が一致し、そのままの案で答申されることとなりました。

#### ■2017～2019年度の医療費伸び率分として約9%を一律に上乗せ

個別報酬への上乗せ率について厚生労働省は当初、2016年度の課税経費率と入院料シェアに基づいて、「初・再診料」の場合で5.5%などと試算しました。ただし、実際の配点ではその後の医療費の伸びを考慮する必要があることから、2019年度の国民医療費の見込み額から2017～2019年度の3年間の医療費の伸び率を約9%と推計し、当初出していた上乗せ率に一律に乗じる調整が行われました。

調整後の上乗せ率は、「初・再診料」が6.0%、入院基本料と特定入院料の4分類はそれぞれ、▽分類Ⅰ（「急性期一般入院料」など）／5.3%▽分類Ⅱ（「地域一般入院料」など）／4.4%▽分類Ⅲ（「精神病棟10対1、13対1入院基本料」など）／2.9%▽分類Ⅳ（「精神病棟15対1～20対1入院基本料」など）／2.3%—です。また、4分類に含まれない「療養病棟入院基本料」は1.6%、「特定機能病院入院基本料」は9.6%などとなります。

2019年度改定は、2014年の消費税率5%から8%への引き上げ時のやり直し分を含む、消費税率5%から10%の部分について、消費税負担に見合う補てんを行うため、改定後の報酬は、2014年度改定前の点数に調整後の上乗せ率を乗じて求められます。

改定後の医科・外来報酬は、▽「初診料」288点（現行282点）▽「再診料」73点（同72点）▽「外来診療料」74点（同73点）▽「オンライン診療料」71点（同70点）—など。入院報酬は、▽「急性期一般入院料1」1,650点（同1,591点）▽「地域一般入院料1」1,159点（同1,126点）—などとなっています（図表1）。

図表1 2019年度診療報酬改定案（一部抜粋）

項目	現行	改定案	
	現行点数	改定後点数	うち、消費税対応分
初診料	282点	288点	18点
再診料	72点	73点	4点
外来診療料	73点	74点	4点
オンライン診療料	70点	71点	4点
急性期一般入院料1	1,591点	1,650点	84点
地域一般入院料1	1,126点	1,159点	51点

（出典）中央社会保険医療協議会 総会（第407回 2/6）《厚生労働省》より作成

### 地域医療確保、技能向上の特例水準は1,860時間が上限 医師の働き方改革

2024年度から始まる勤務医の時間外労働規制について、厚生労働省は、2月20日に開催された「医師の働き方改革に関する検討会」に、地域医療の確保と若手医師の技能向上に配慮して設ける2つの特例水準の上限時間数の案を提示しました。医師に時間外労働規制が適用される2024年4月当初は、▽原則となる水準（診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準、以下A）▽地域医療の確保に配慮した水準（地域医療確保暫定特例水準、同B）▽若手医師の技能向上に配慮した水準（一定の期間集中的に技能向上のための診療が必要な場合の水準、同C-1、C-2）の3つの水準が並立することになります。

通常的时间外労働の上限は、3水準ともに、一般労働者と同じ月45時間・年360時間ですが、「臨時的な必要がある場合」として労使間で合意し、36協定を結べば、A水準は年960時間以下・月100時間未満まで、B・C-1・C-2水準は年1,860時間以下・月100時間未満までの時間外労働が容認されます（いずれも休日労働を含む）。

これらのうち、B水準は時限つき措置となるため、B水準適用病院では、A水準に一本化される2035年度末までに、A水準が満たせるよう時短の取り組みを進めることが求められます。一方、C-1、C-2水準の上限は本来、研修に必要な時間数を積み重ねて設定すべきですが、現時点では根拠となるデータが乏しいため、法令上高い方の水準であるB水準に暫定的に揃えられました。B水準と同様に、2035年度末に向けて時短の取り組みを進めるとともに、適正な上限時間数の検証が継続されます。

### 第4次中間取りまとめ案を大筋で了承 医師需給分科会

2月27日、厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」は、第4次中間取りまとめ案を大筋で了承しました。中間取りまとめ案は、改正医療法・医師法の主要改正事項の施行を4月に控え、これまで分科会で議論し結論を得た、医師偏在指標の算出方法、医師多数・少数区域の設定方法、医師の確保方針の立案にあたっての基本的な考え方などを整理して記載したものです。

都道府県は2020年度以降、医療計画の一部として、▽医師の確保方針▽医師確保の目標▽目標の達成に向けた施策内容一を定めた「医師確保計画」を3年ごとに策定します。この計画の見直しサイクルに合わせて、都道府県は、医師偏在指標の算出方法など必要な見直しを行い、2036年度に全ての都道府県で医師の需要と供給が均衡することを目指します。

医師確保の目標数は、地域ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較できる医師偏在指標に基づいて算出されます。計画策定に際して都道府県は、全国共通の計算式で各二次・三次医療圏の医師偏在指標を求め、その値を全医療圏と比較して、上位・下位33.3%に該当する医療圏をそれぞれ、「医師多数区域（または医師多数三次医療圏）」、「医師少数区域（または医師少数三次医療圏）」に設定します。

一方、医師全体の偏在指標とは別に、外来医療と産科、小児科の医師偏在指標も算出されます。外来では指標の値が上位33.3%の二次医療圏を「外来医師多数区域」に設定し、これらの地域の新規開業希望者には、地域で不足しがちな在宅医療、初期救急（夜間・休日診療）、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種など）の担い手となることが要請されます。また、産科、小児科は指標の下位33.3%を「相対的医師少数区域（または相対的医師少数三次医療圏）」に設定し、医療圏の見直しや医療圏間の連携などを含む、効果的な医師確保対策が講じられます。

（提供 メディキャスト株式会社）

本資料は当社が信頼できると判断した情報源から入手した情報に基づいて作成されていますが、明示、暗示にかかわらず内容の正確性、あるいは完全性については保証するものではありません。また、発行日現在の法令・関係規制等をもとに作成しておりますので、その後の改正等にご注意ください。なお、本資料は有価証券の取引その他の取引の勧誘を目的としたものではありません。