

医業経営情報 REPORT

3 | 2016

制度改正

機能分化と在宅医療移行の
さらなる推進

2016年診療報酬改定の 概要

次期診療報酬改定の基本的視点
外来・在宅医療に関する改定のポイント
入院医療・リハビリテーションに関する改定要点
精神医療その他診療所に関わる改定の概要



1 | 次期診療報酬改定の基本的方向性

1 | 示された2016年診療報酬改定の方向性

(1) 2016年度診療報酬は全体マイナス改定へ

次期診療報酬改定の改定率は、診療報酬本体は0.49%引き上げとなりましたが、薬価における大幅な引き下げや費用対効果の視点から効率化された項目等によって、全体改定率は0.84%のマイナス改定となりました。

2016年度診療報酬 改定率

【改定の方向性】

- (1) 市場価格を反映した薬価改定
- (2) ①診療報酬本体のマイナス改定、②「骨太の方針2015」に示された診療報酬に関する改革検討項目（後発医薬品の使用促進、調剤報酬の見直しなど）の実現 等
⇒医療費の伸びを抑制し、2016年度の社会保障費全体の伸びを高齢化による増加分の範囲内に収めていくことを目指す

（参考）財務省「財政制度等審議会資料」

【全体改定率】 0.84%

1. 診療報酬本体 +0.49%

医科：+0.56%

歯科：+0.61%

調剤：+0.17%

2. 薬価等

薬 価 1.22%

上記のほか、・市場拡大算定による薬価の見直しにより 0.19%

・年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の
特例の実施により 0.28%

材料価格 0.11%

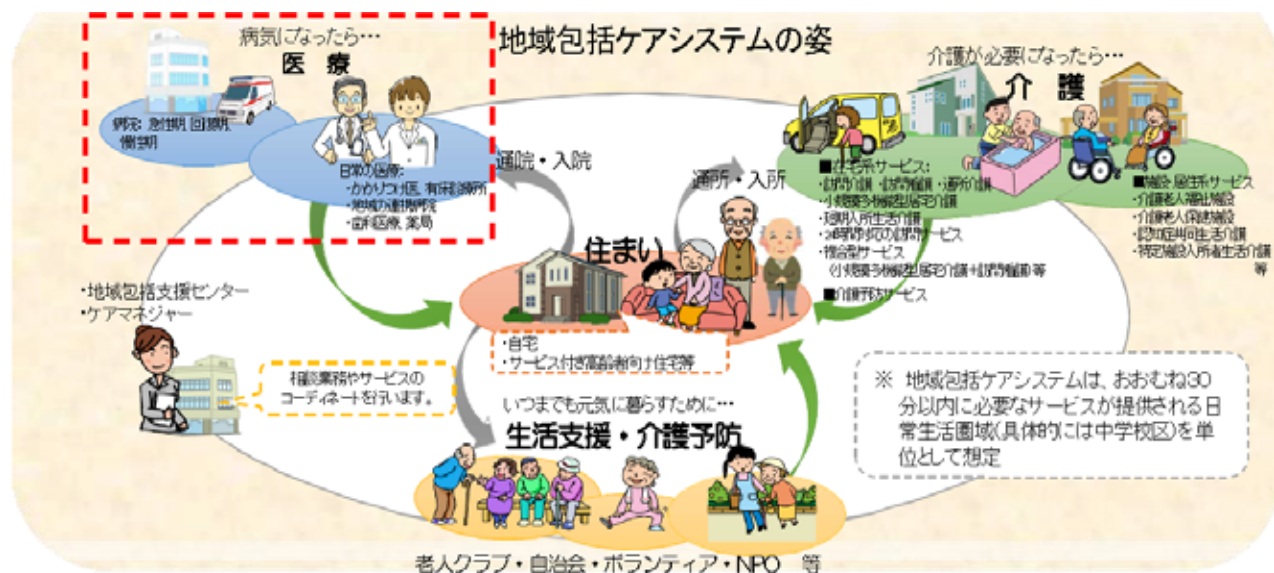
*新規掲載された後発医薬品の引き下げ、長期掲載品の特例的引き下げの置き換え率の基準の見直し、いわゆる大型門前薬局等に対する評価の適正化、入院医療費において食事として提供される経腸栄養用製品に係る入院時食事療養費等の適正化、医薬品の適正使用等の観点等からの1処方当たりの湿布薬の枚数制限、費用対効果の低下した歯科材料の適正等の措置を講ずる

(2) 地域包括ケアシステムと効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築

国は、「医療介護総合確保推進法」等の下で進められている医療機能の分化・強化、連携や医療・介護の一体的な基盤整備、平成30年度（2018年度）に予定されている診療報酬と介護報酬の同時改定など、2025年を見据えた中長期の政策の流れの一環としての位置づけを踏まえた改定を進めていくとしています。

特に、地域包括ケアシステムや効果的・効率的で質の高い医療提供体制の整備には、質の高い人材を継続的に確保していくことが不可欠であるとし、人口の減少傾向や現下の人材不足の状況に鑑み、医療従事者の確保・定着に向けて、地域医療介護総合確保基金による対応との役割分担を踏まえつつ、医療従事者の負担軽減など診療報酬上の措置を検討していくことが必要と位置付けています。

地域包括ケアシステム構築と地域における医療機能分化の関係



出典：中央社会保険医療協議会 総会資料

(3) 経済成長や財政健全化との調和

併せて、医療政策においても、経済・財政との調和を図っていくことが重要と示したうえで、「経済財政運営と改革の基本方針2015」や「日本再興戦略2015」等も踏まえつつ、無駄の排除や医療資源の効率的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献にも留意することが必要であるとしています。

これら基本方針を踏まえ、次期診療報酬改定の基本的視点として、次のように提示しました。

2 | 次期改定の基本的視点と具体的方向性

次期診療報酬改定は、前回改定を踏襲したうえで病院・病床機能再編を促すことを基本的視点として明示しています。

2016年度診療報酬改定の基本的視点

医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムを推進する視点

- 医療機能に応じた入院医療の評価
- チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取り組み等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保
- 地域包括ケアシステム推進のための取り組みの強化
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

患者にとって安心・安全で納得できる効率的に質が高い医療を実現する視点

- かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- 情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータ収集・利活用の推進
- 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進
- 明細書無料発行の推進

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価
- 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価
- 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価
- 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実
- 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- かかりつけ薬剤師・薬局による薬剤管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化
- 医薬品、医療機器、検査などにおけるイノベーションや医療技術の適切な評価
- DPCに基づく急性期医療の適切な評価

効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

- 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討
- 退院支援などの取り組みによる在宅復帰の推進
- 残薬や多剤・重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取り組みの推進など、医薬品の適正使用の推進
- 重症化予防の取り組みの推進
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

2 | 外来・在宅医療に関する改定のポイント

1 | 外来と診療所に係る評価

(1) 外来医療における認知症ケアの重視

外来医療においては、2014年度改定において主治医機能の評価（地域包括診療料および同加算）が新設されましたが、次期改定でも引き続き外来医療の機能分化と主治医機能強化を促す評価の見直しが実施されます。

また、特に認知症治療に関する評価については、主治医機能の推進と併せて、重複投薬等の減少を図る包括評価を導入するなどの重点化がみられます。

認知症ケアをめぐる外来医療の主要な改定点

【新設】認知症地域包括診療料 1515点（月1回）

地域包括診療料を届出

認知症以外に1つ以上の疾患を有する外来患者、内服薬5種類未満等

【新設】認知症地域包括診療加算 30点：再診料に加算

地域包括診療加算を届出

認知症以外に1つ以上の疾患を有する外来患者、内服薬5種類未満等

(2) 主治医機能の強化施策～要件緩和の予測

前回改定で導入された地域包括診療料・加算については、上記算定の基盤となっているものの、医師配置等の要件についてハードルが高く、届出が進んでいなかった地域包括診療料については、施設基準が緩和されました。

地域包括診療料：主治医機能にかかる施設基準の緩和

在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨の院内掲示し、以下のすべてを満たしていること

【診療所】常勤医師3名 2名に緩和

①時間外対応加算1の届出

②常勤医師2名以上の配置 → 地域包括診療加算も2名に緩和

③在宅療養支援診療所

【病院】救急病院の要件削除

①地域包括ケア病棟入院料の届出

②在宅療養支援病院

また、外来機能分化を図るうえで、これまで以上に大病院の外来機能縮小を推進するため、紹介状なしに特定機能病院等の大病院を受診した場合には、選定療養として初再診時に患者から一定金額を徴収する「患者定額負担制度」の導入が決定しています。

紹介状なしの大病院受診時の定額負担導入

特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養に加え、定額の徴収を責務とする

【定額負担の最低金額】

初診：5,000円（歯科 3,000円）

再診：2,500円（歯科 1,500円）

*緊急その他やむを得ない事情がある場合（救急、公費負担医療対象、無料定額診療事業の各対象患者、HIV感染者等）については除外する

2 | 在宅医療に関わる主要な改定

在宅医療では、患者の状態や居住場所に応じたきめ細やかな評価を実施するものとして、自宅等と定義する対象施設と対象患者の見直し、また在宅医療を専門に行う診療所の評価を導入します。

在宅医療をめぐる評価の見直し

特定施設入居時等医学総合管理料の対象施設の見直しと名称変更

在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料の評価見直し

ア) 月1回の訪問診療による評価の拡充

イ) 重症度が高い患者の評価の拡充

ウ) 「同一建物居住者の場合」の定義の見直し、および同一建物での診療人数による評価の細分化

在宅患者訪問診療料に係る「同一建物居住者の場合」の評価見直し

外来応需体制を有しない「在宅医療専門の診療所」を評価

休日の往診、十分な看取りの実績を有する医療機関に関する評価の充実

(1) 在宅医療専門の診療所に対する評価の新設

在宅療養支援診療所のうち、現行の機能強化型の施設基準に加えて一定の要件を満たしている診療所については、外来診療を行わなくても評価することとなりました。これは、平成28年3月31日時点で在宅療養支援診療所を届け出ていれば、1年間（平成29年3月31日までの間）は基準を満たしているとみなす経過措置が設けられています。

在宅医療専門診療所の施設基準

- (1)在宅医療を提供した患者数を、在宅医療及び外来医療を提供した患者の合計数で除した値が0.95以上
- (2)過去1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けている
- (3)当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有している、又は重症小児の十分な診療実績(15歳未満の超・準超重症児に対する総合的な医学管理の実績が過去1年間に10件以上)を有している
- (4)施設入居時等医学総合管理料の算定件数を、施設入居時等医学総合管理料及び在宅時医学総合管理料の合計算定件数で除した値が0.7以下
- (5)在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する患者のうち、要介護3以上又は当該管理料の「別に定める状態の場合」に該当する者の割合が50%以上
 - * 現行の在宅療養支援診療所について、在宅医療を提供した患者数を、在宅医療及び外来医療を提供した患者の合計数で除した値が0.95未満
 - * 在宅療養支援診療所の施設基準を満たさないものは、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、所定点数の80/100に相当する点数により算定

(2)在宅ケアをめぐる報酬の改定

特定施設入居時等医学総合管理料から「施設入居時等医学総合管理料」に名称が変更され、その対象施設に有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホームが追加されました。また、訪問診療を実施し、医学管理を行っている者の数を「単一建物診療患者の人数」と定義して、在宅時医学総合管理料に限り、保険医療機関が医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合には単一建物診療患者が1人であるものとみなすこととなったため、在宅患者訪問診療料における同一建物居住者の場合の評価が新設(203点)されたことから収入減につながり、大きな影響も想定されています。

「同一建物居住者」に対する診療の評価見直し

現行 (在総管：機能強化型在支診(病床なし))		改定後 (在総管：機能強化型在支診(病床なし))			
同一建物居住者以外の場合	4,600点	単一建物診療患者の人数 ^{※2}			
同一建物居住者の場合 ^{※1}	1,100点	1人	2~9人	10人~	
		重症患者(月2回以上訪問)	5,000点	4,140点	2,640点
		月2回以上訪問している場合	4,200点	2,300点	1,200点
		月1回訪問している場合	2,520点	1,380点	720点

現行 (在総管：在支診)		改定後 (在総管：在支診)			
同一建物居住者以外の場合	4,200点	単一建物診療患者の人数 ^{※2}			
同一建物居住者の場合 ^{※1}	1,000点	1人	2~9人	10人~	
		重症患者(月2回以上訪問)	4,600点	3,780点	2,400点
		月2回以上訪問している場合	3,800点	2,100点	1,100点
		月1回訪問している場合	2,280点	1,260点	660点

※1 同一建物居住者の場合：当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※2 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

出典：中央社会保険医療協議会 総会資料

3 | 入院・リハビリテーションに関する改定要点

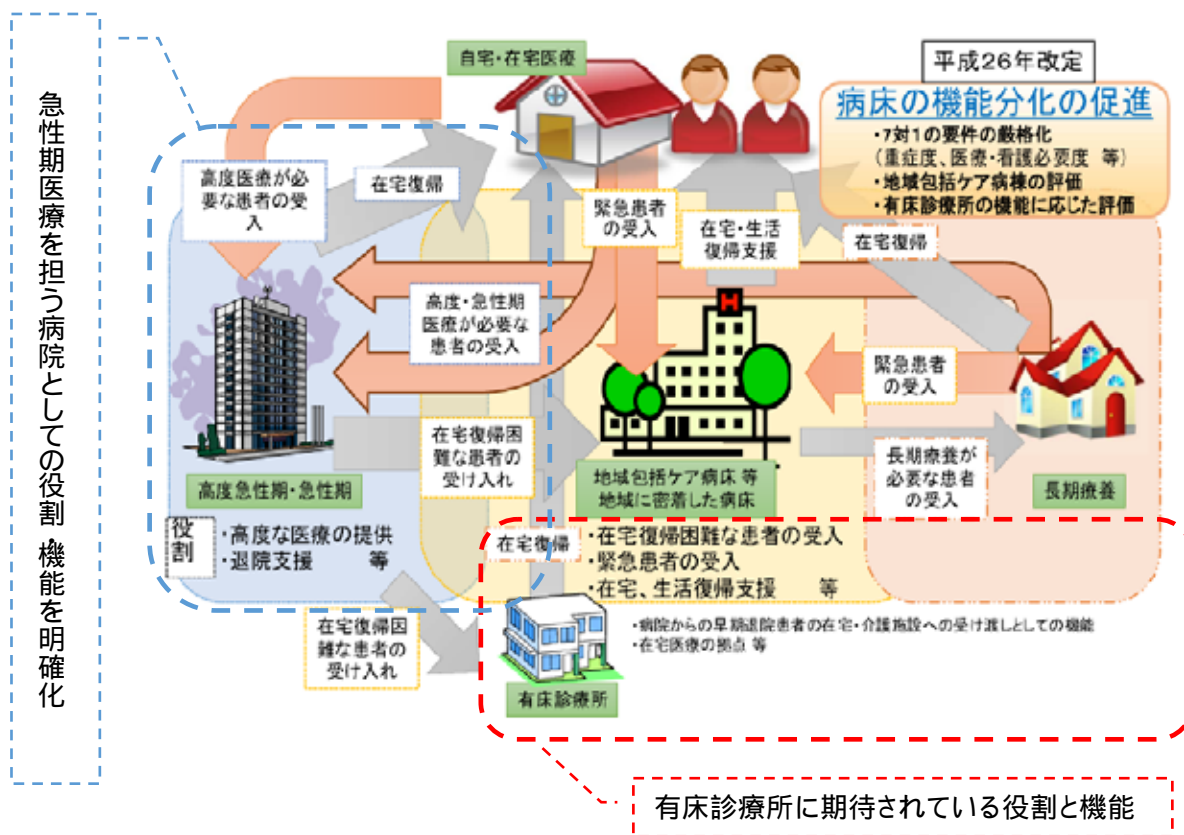
1 | 医療機能の分化・強化をめぐる入院医療改定の要点

(1) 7:1一般入院基本料に関する改定の概要

次期診療報酬改定では、効果的・効率的で質の高い入院医療の提供のため、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、急性期、回復期、慢性期など、医療機能の分化・強化、連携を促進することを基本方針として掲げました。

急性期医療に関しては、7:1入院基本料の届出病床数が創設以降増加を続けていましたが、平成20年を境にその増加が穏やかになり、同26年度には初めて減少を示しました。しかし、平成27年度には再び増加傾向となったことを受け、病棟の機能分化促進に向けて、7:1病床届出には急性期医療を提供する医療機関として相応の機能を備えるべきという方針のもと、次期診療報酬改定では要件の厳格化が図られています。

入院医療をめぐる改定～病床機能の分化



出典：中央社会保険医療協議会 総会資料 一部記述追加

主な改定点は、①看護必要度等、②重症患者基準、③在宅復帰率要件の各見直しです。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の改定

1) 一般病棟用の基準 ⇒ 次のいずれかの基準を満たすことが必要

- ・モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点（B得点）が3点以上
- ・手術等の医学的状況に係る得点（C得点）が1点以上

2) 地域包括ケア病棟入院料における一般病棟用の基準

- ・モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が1点以上、又は手術等の医学的状況に係る得点（C得点）が1点以上。

7対1入院基本料の重症患者基準の見直し

一般病棟「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者の割合が25%以上

<経過措置>

- ・平成28年3月31日に当該入院料の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。
- ・平成28年3月31日に当該入院料の届出を行っている病棟（200床未満）であって、当該入院料の病棟群単位の届出を行わないものにあつては、7対1入院基本料の施設基準について、平成30年3月31日までに限り、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者の割合について、25%を23%と読み替える。

7対1入院基本料在宅復帰率の要件見直し

1) 自宅等に退院した患者の割合の基準

当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が80%以上
（現行：75%）

2) 自宅等に退院した患者の割合に含める患者 ⇒ 「自宅等」の定義明確化

- ・自宅及び居住系介護施設等
- ・以下の届出病床
 - 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）、回復期リハビリテーション病棟入院料療養病棟入院基本料1（在宅復帰機能強化加算算定）
 - 有床診療所入院基本料（在宅復帰機能強化加算算定）、有床診療所療養病床入院基本料（在宅復帰機能強化加算算定）を算定する病棟及び病室
 - 介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設）

(2) 主な看護体制加算をめぐる改定

看護職員夜間配置加算

- (1) 看護職員夜間 12 対 1 配置加算
 - イ) 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 1 80 点
 - ロ) 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 2 60 点
- (2) 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 40 点(新設)

夜間看護体制加算(新設) 10 点: 夜間急性期看護補助体制加算算定医療機関

夜間 75 対 1 看護補助加算 30 点(1 日当、20 日限度): 13:1 入院基本料算定病棟

夜間看護体制加算 150 点(入院初日)

13 対 1、15 対 1、18 対 1、20 対 1 入院基本料を算定する病棟

その他の加算改定項目

- 総合入院体制加算(2) 180 点(新設)
- 救急医療管理加算
 - ① 救急医療管理加算 1 1 日につき 800 点 ⇒ 900 点(7 日間)
 - ② 救急医療管理加算 2 1 日につき 400 点 ⇒ 300 点(7 日間)
- 小児入院医療管理料(新設) 重症児受入体制加算 200 点(1 日につき)

2 | 回復期・リハビリテーション病棟ほかをめぐる改定

(1) 回復期リハビリテーション病棟に関する改定

回復期リハビリテーション病棟に関する大きな改定として、リハビリテーションの提供実績が一定の水準以上であるとともに、効果に係る実績が一定の水準を下回る医療機関については、一日に提供される 6 単位を超える疾患別リハビリテーションは入院基本料に包括されることとなりました。併せて、回復期リハビリテーション病棟入院料体制強化加算に体制強化加算 2 (120 点) が新設され、専従医師の要件が緩和されています。

(2) 脳卒中後遺症患者の入院基本料に関する改定

脳卒中後遺症患者を対象として、各一般入院基本料につき、当該病棟に入院する重度の意識障害者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分 1 又は 2 に相当する場合は、各々医療区分に従って所定点数を算定するものと改定されました。

ただし、医療区分 3 相当のものは、従来通り障害者施設等入院基本料・特殊疾患入院基本料に規定する所定点数を算定するとしています。

4 | 精神医療その他診療所に関わる改定の概要

1 | 精神医療に関する主要な改定

(1) 精神入院医療に関する評価見直し

近年増加しているうつ症状や自殺防止の観点から、これらの症状・疾病を有する患者に対する診療に対する評価が重点化されました。なかでも、地域社会においてこうした患者をケアする医療連携の構築を目指し、新たな評価を設けています。

精神入院医療をめぐる主要な改定

地域移行機能強化病棟入院料 1,527 点(1日につき)【新設】

重症者加算 1 60 点(1日につき)(新)

重症者加算 2 30 点(1日につき)(新)

非定型抗精神病薬加算 15 点(1日につき)

精神疾患診療体制加算 1 1,000 点(入院初日)【新設】

一般病院が、精神科病院の求めに応じて、身体の傷病に対し入院治療を要する精神疾患患者の転院を受け入れた場合

精神疾患診療体制加算 2 330 点(入院初日から3日以内に1回)

救急患者精神科継続支援料 1【新設】

入院中の患者 435 点(月1回)

1 以外 135 点(6ヶ月に6回まで)

【算定要件】

自殺企図後の患者に、生活上の課題や精神疾患の療養に関する課題を確認し、必要な助言・指導等を行う。

(2) 認知症ケアに関する加算の新設

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料に対し、以下の加算を新設しました。

認知症ケア加算

認知症ケア加算 1 イ) 14日まで 150 点 ロ) 15日以降 30 点

認知症ケア加算 2【新設】 イ) 14日まで 30 点 ロ) 15日以降 10 点

2 | 診療所に関連するその他個別項目の改定概要

(1) 医薬品に関する評価見直し

次期診療報酬改定では、重複投薬・残薬の減少と共に薬価の見直しが重点課題に挙げられていることから、後発医薬品使用促進の観点から、次のような改定が行われます。

後発医薬品体制加算をめぐる改定

後発医薬品使用体制加算 1 42点【新設】

後発医薬品使用体制加算 2 35点

後発医薬品使用体制加算 3 28点

【施設基準】

- ① 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあつては 70%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあつては 60%以上 70%未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあつては 50%以上 60%未満。
- ② 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が 50%以上。

後発医薬品体制加算をめぐる改定

外来後発医薬品使用体制加算 14点 加算 23点

【施設基準】

- (1) 薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の採用を決定する体制が整備された保険医療機関（診療所に限る。）
- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、外来後発医薬品使用体制加算 1 あつては 70%以上、外来後発医薬品使用体制加算 2 にあつては 60%以上であること。
- (3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が 50%以上
- (4) 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示している

(2) 栄養管理・地域医療連携に関する評価見直し

栄養管理に関する改定

外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料については、栄養指導対象患者の範囲が「がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者」を加え、拡充されました。

栄養指導料の増点と算定要件の変更

【外来栄養食事指導料】

イ) 初回 260 点(新) ロ) 2 回目以降 200 点(新)

【入院栄養食事指導料】

入院栄養食事指導料 1

イ) 初回 260 点(新) ロ) 2 回目 200 点(新)

入院栄養食事指導料 2 (診療所において外部からの栄養士が対応)

イ) 初回 250 点(新) ロ) 2 回目 190 点(新)

地域医療連携に関する評価見直し

検査・画像情報提供加算 (200 点)、電子的診療情報評価料 (30 点)、診療情報提供料 (I) に地域連携診療計画加算 (50 点) が導入されました。

(3) 検査料に関する評価見直し

点数が引き下げられた項目

アルブミン定量 (尿)	110 点	⇒	108 点
フェリチン半定量 (定量)	116 点	⇒	114 点
心筋トロポニン T 定性・定量	126 点	⇒	120 点
血液ガス分析	146 点	⇒	144 点
生化学的検査 I 包括 10 項目以上	117 点	⇒	115 点
A 群 β 溶連菌迅速試験定性	136 点	⇒	134 点
インフルエンザウイルス抗原定性	149 点	⇒	147 点
HCV 抗体定性・定量	116 点	⇒	114 点

点数が引き上げられた項目

細菌培養同定検査	
消化管からの検体	160 点 ⇒ 180 点
血液又は穿刺液	190 点 ⇒ 210 点
その他の部位からの検体	140 点 ⇒ 160 点
トレッドミルによる負荷心肺機能検査	800 点 ⇒ 1200 点
筋電図 (1 肢につき (針電極にあつては 1 筋につき))	200 点 ⇒ 300 点
静脈採血	20 点 ⇒ 25 点
6 歳未満加算	14 点 ⇒ 20 点

*本レポートは、2016年2月25日（木）、㈱吉岡経営センター主催

診療報酬改定セミナー「2016年診療報酬改定 その概要と病医院経営戦略」

（講師：(株)エム・アール・シー 代表取締役 石上 登喜男氏）の講演要旨および配布レジュメをベースとし、一部を再構成して作成したものです。

掲載の図表については、出典を明記したものを除き、全て本セミナーレジュメに使用、または一部加工しています。