## 日医工MPI行政情報

http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/

# 「2016年度診療報酬改定&薬価制度改革」 (2015年12月2日時点の状況)

株式会社日医工医業経営研究所(日医工MPI) 代表取締役所長 菊地祐男 (公社)日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4217号



資料No.20151204-402-2

## 株式会社日医工医業経営研究所

## 2016年度診療報酬改定のスケジュール



#### 厚生労働大臣

#### 2016年1月中旬

診療報酬点数の改定案の調査・審議を諮問

#### 2016年3月上旬

官報告示、通知の発出

#### 2016年3月中下旬

説明会の開催 → 疑義解釈通知の発出

# 中央社会保険医療協議会(中医協)

#### 2015年1月頃から

2016年度診療報酬のあり方を議論 (入院、外来、在宅など)

#### 2015年10月~11月

医療経済実態調査結果報告

#### 2015年12月上旬

薬価・材料価格調査結果報告

#### 2016年1月~

診療報酬改定項目の調査・審議(公聴会、パブリックコメント)

#### 2016年1月下旬

諮問(改定率)を受けて、診療報酬改 定個別項目の点数を設定

#### 2016年2月中旬

診療報酬改定(点数を含む)案を答申

参考: 社保審医療部会資料(20150916)

## 2016年度診療報酬改定の方向

2018年度の診療報酬改定は・・・・

(介護報酬改定、医療計画、介護保険事業計画、医療費適正化計画など)

2012年度改定、2014年度改定の評価をどうするか?

地域医療構想をどう反映させるか? (整合性)

2016年度の診療報酬改定は、 次期改定に向けた"様子見改定"か?

## 2016年度診療報酬改定の論点

<入院>

### 7対1算定要件の厳格化

項目の見直しは、次ページの参考資料

- ・重症度、医療・看護必要度(A項目2点以上B項目3点以上、15%以上) 評価項目を見直して、(A:3点以上15% or A:2点以上B:3点以上20%以上など)
- ・在宅復帰率 (75%基準の見直し、自宅退院重視)
- ・退院支援の評価(退院調整加算等の見直し、専任スタッフの配置)

#### 10対1算定要件の厳格化

・データ提出加算算定(義務化)

### 短期滞在手術等基本料3

- ・対象疾患の追加(経皮的シャント拡張術・血栓除去術、体外衝撃波腎・尿管結石 破砕術、ガンマナイフによる定位放射線治療)
- ・対象疾患の見直し(水晶体再建術(白内障両眼手術)、腹腔鏡下鼠径ヘルニア
- 手術(15歳未満)など)

・包括範囲から除外(人工透析などの高額な費用)

総合入院体制加算 1 (要件緩和→化学療法4000件/年)

総合入院体制加算2 (要件強化→実績要件の「望ましい」を「満たすこと」)

加算1:5施設

加算2:278施設

参考資料

2015年12月2日時点

开究所

別添5の別紙7

月医TMPI2014

2点。

できない

看鏈

1歳

何かにつかまれ

入院基本料

## 重症度、医療・看護必要度(一般病棟用)

and the same of the same of					
A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点		
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥 瘡の処置)	なし	あり			
2 呼吸ケア(喀痰吸引及の場合を除く)	なし	あり			
3 点滴ライン同時3本以上	なし	あり			
4 心電図モニターの管理	なし	あり	-		
5 シリンジボンプの管理	なし	あり			
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり			
7 専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用 ②抗悪性腫瘍剤の中間の		/			
②麻薬注射薬の使 ④麻薬の内服・貼 ⑤放射線治療、⑥ 「無菌治療室での管理」の追加? ②異圧制の使用(3					
⑥抗不整脈刺の使用(注射剤のみ) ⑤抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ①ドレナージの管理			(II		
•		A得点			

<一般病棟用の軍症度、医療・看護必要度に係る基準>

モニタリング及び処置等に係る得点(A担占)が2占以上

かつ患者の状況等に係る得点

(B得点)が3点以上。

<地域包括ケア病棟入院料(地域包括・

医療・看護必要度に係る基準>

モニタリング及び処置等に係る得点が

< 回復期リハビリテーション病棟入院料 <del>1、000,700</del>

評価項目を見直して、

A:3点以上15% 又は

A:2点以上B:3点以上、20%以上などを検討

判定

モニタリング及び処置等に係る得点(A 得点)が1点以上。 22

ばできる 9 起き上がり できる できない 支えがあればで 10 座位保持 できる。 できない きる 見守り・一部介 11 移乗 できる できない 助が必要 12 口腔清潔 できる。 できない 13 食事摄取 一部介助 全介助 介助なし 14 衣服の着脱 全介助 介助なし 一部介助

0歳

できる

#### B項目

B 患者の状況等

8 寝振り

「診療・療養上の指示が通じる」「危険 評価 票4行動」の追加?

「起き上がり」「座位保持」の廃止?

び処置等の合計点数を記載する。

Bについては、評価日の患者の状況に基づき判断した点

棟用の軍症度.

## 2016年診療報酬改定の論点

## 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料

- ・手術料、麻酔料(包括評価の是非→出来高算定の低い点数の新基準)
- ・在宅復帰(自宅退院重視、多職種カンファレンスの評価)

#### 回復期リハビリテーション病棟入院料

・障害の程度

(入院料1:「日常生活機能11点以上が20%以上」を追加)

・ADL改善(アウトカム評価)

(入院料1:「重症患者の30%以上で日常生活機能が4点以上改善」→40%以上)

- ・重症度、医療・看護必要度(「A項目1点以上の患者が10%以上」を廃止)
- ・体制強化加算の厳格化

### 療養病棟入院基本料 次ページの参考資料

- ・医療区分の見直し
- ・療養病棟入院基本料2の要件強化(医療区分2、3の患者割合要件の追加)
- ・療養病棟と障害者病棟と特殊疾患病棟の整合性 (意識障害のある脳卒中患者を同等の評価に)

関連団体が要望(回復) 期リハビリテーション病棟協 会など10団体)

介護療養病床の廃止

・25:1、30:1の経過措置終了

(2018年3月末)

参考資料

2015年12月2日時点

**NICHI-IKO** 

©日医工MPS2006 2006年度診療報酬改定

## <入院基本料>療養病棟入院基本料 医療区分

(厚生労働省による療養病床に関する説明会配付資料より 2006/4/13)

区分	疾患及び病態 [評価頻度]	医療処置 [評価頻度]	
3	・医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態[毎日] ・スモン[-]  1日に2つ以上の区分に該当する場合 は『「酸素療法」を医療区分2へ?	<ul> <li>・中心静脈栄養[毎日]         (消化管異常、悪性腫瘍等により消化管からの栄養摂取が困難な場合)</li> <li>・24時間持続点滴[毎日]         ・レスピレーター使用[毎日]         ・ドレーン法・胸腹腔洗浄[毎日]         ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア[毎日]         ・酸素療法(安静時、睡眠時、運動負荷いずれかでSaO₂90%以下)[毎日]         ・感染隔離室におけるケア[毎日]</li> </ul>	
2	・尿路感染症[毎日] (「発熱」、「細菌尿」、「白血球尿(10/HPF)」の全てに該当する場合)	-透析[毎日] - ・透析[毎日] - ・発熱又は嘔吐を伴なう経管栄養(経・・喀痰吸引(1日8回以上)[毎日] - ・気管切開・気管内挿管・・・ (毎日] - ・気管切開・気管内挿管・・・ (毎日] - ・血糖チェック(1日3回以上の血糖チェックを7日間のうち2日以上実施)[毎日] - ・手術創のケア[毎日] - ・創傷処置[毎日] - ・足のケア(開放創、蜂巣炎・膿等の感染症)[毎日] - とのケア(開放創、蜂巣炎・膿等の感染症)[毎日] - とのケア(開放創、蜂巣炎・膿等の感染症)[毎日] - とのケア(開放創、蜂巣炎・膿等の感染症)[毎日] - とのケア(開放創、蜂巣炎・膿等の感染症)[毎日] - とのケア(開放剤、蜂巣炎・膿等の感染症)[毎日]	
	・創感染[毎日] ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内[毎日] ・脱水(舌の草・体内出血(お (例:「黒色	る C又離城袋は云前が時々める O洛ら肩さか無い e無式力 f認知能力が1日のうちで変化する [うつ状態]4点以上とする(1点:3日間のうち1~2日観察された、2点:3日間のうち毎日観察された) a否定的な言葉を言った b自分や他者に対する継続した怒り c現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した d健 康上の不満を繰り返した eたびたび不安、心配事を訴えた f 悲しみ、苦悩、心配した表情 g何回も泣いたり涙もろい	
1	・区分2、315 「うつ状態」を削除?	・区分2、3に該当しない者	

平均在院日数が304日以下

30

Copyright@2014 Nichin[ko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

1月以上の患者) - 再入院患者 - 死亡退院」た患者 - 病状の急性

増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるも

のを除くしての治療が必要になり転院した患者

診療料:122施設

診療加算:6536施設

2015年12月2日時点

## 2016年診療報酬改定の論点

<外来·在宅>

## かかりつけ医の評価

初診で5000円? 再診で1000円?

- ・紹介状なしの大病院受診で追加徴収(医療保険制度改革法改正)
- ・500床以上病院の初診料等の減算要件 (「紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満」の見直し)
- ・地域包括診療料、地域包括診療加算の要件緩和 (対象疾患の拡大、縛りの緩和(高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症)(医師要件の緩和(常勤医師3人以上))

#### 在宅医療の評価

- ・在医総管(在宅時医学総合管理料)、特医総管(特定施設入居時等医学総合管理料) (重症度評価(医療区分、要介護度など)、同一建物減算の緩和など、要件の見直し)
- ・在宅医療専門診療所(創設、在宅療養支援診療所のありかた)
- ・訪問看護 (小児の訪問看護の評価、機能強化型訪問看護管理療養費の要件緩和)

### くその他>

- ・後発医薬品使用体制加算 (評価基準の見直し)
- ・院内処方のジェネリック使用(評価の新設)

## 2016年診療報酬改定の論点

## <DPC/PDPS>

- ・DPC対象病院 II 群の実績要件「高度な医療技術」 (「特定内科診療」を追加)
- ・DPC包括点数設定に重症度に応じた評価を試行導入 (脳血管疾患、肺炎、糖尿病に「CCPマトリックス\*」を導入)
- ・機能評価係数Ⅱの見直し

(保険診療係数→分院より機能の低い大学本院、精神科のないⅠ群やⅡ群)

(地域医療係数→体制評価指数で「臨床研究中核病院の指定」を評価)

(カバー率係数→Ⅲ群の係数を分散させるため、下限値を見直す)

(後発医薬品係数→60%上限を70%上限に)、次ページの参考資料

(新たな係数→「重症度係数」を8項目めとして追加)

CCPマトリックス		副傷病等		
		なし	糖尿病	敗血症
	なし	低	低	中
手術・処置等2	中心静脈栄養	中	中	高
	化学療法	中	高	高

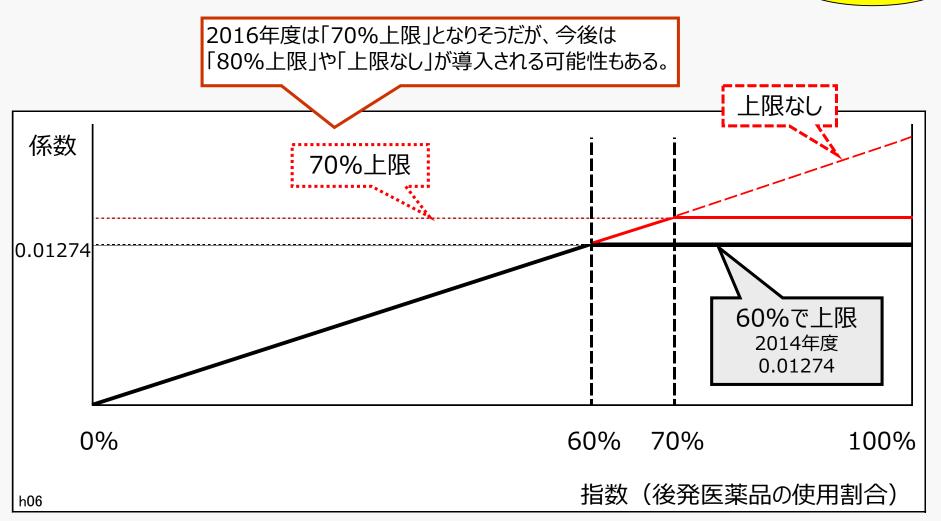
手術・処置と副傷病等の組み合わせに基づく医療資源必要度分類でありツリー図にとらわれずに 医療資源必要度が類似したグループをまとめることができる方法。

この例では9区分を3段階に圧縮して点数の組み合わせを減らすことができる。また2次元の組み合わせに限らず、多次元で集約が可能となる。

第6回DPC評価分科会 提出資料より (2015年10月26日)

## 後発医薬品係数の評価方法(イメージ)

参考資料



株式会社日医工医業経営研究 参考資料

2015年12月2日時点

## 機能評価係数Ⅱ

係数の財源(イメージ)

2012	2年3月31日まで	調整係数	調整係数(病院ごとに設定)		
2012年4月1日から		基礎係数十暫定調整係数十機能評価係数Ⅱ	甘琳塚粉(2豆八)		
	機能評価係数Ⅱ	6係数(データ提出、複雑性、効率性、カバー率、地域医療、救急医療)	基礎係数(3区分)	暫定調整係数   1/4	
201	4年4月1日から	基礎係数十暫定調整係数+機能評価係数Ⅱ	甘琳塚粉(2豆八)	2/4	
	機能評価係数Ⅱ	7係数(保険診療、複雑性、効率性、カバー率、地域医療、救急医療、 <mark>後発医薬品</mark> )	基礎係数(3区分)	2/4	
201	6年4月1日から	基礎係数十暫定調整係数十機能評価係数Ⅱ	甘林运光(255八)	機能評価係数Ⅱ	
	機能評価係数Ⅱ	8係数?(保険診療、複雑性、効率性、カバー率、 地域医療、救急医療、 <mark>後発医薬品、重症者?</mark> )	基礎係数(3区分)	3/4	
201	8年4月1日から	基礎係数+機能評価係数Ⅱ	(基礎係数)	(機能評価係数Ⅱ)	

#### データ提出スケジュール (機能評価係数Ⅱは毎年4月に再設定)



## 2016年度診療報酬改定の論点

### <調剤>

## 薬剤服用歴管理指導料

・要件の見直し(お薬手帳あり41点、なし34点)(初回と2回目以降に差を設ける)

### 大型門前薬局の評価の適正化

• 処方箋集中率 (4000回超&70%超、2500回超&90%超)

### 残薬解消や多剤・重複投与の削減

- ・薬局と医療機関の連携を評価
- ・在宅を評価

### 後発医薬品調剤体制加算

算定基準の見直し

次ページの参考資料

減額特例を25点から18点に引き下げ、 対象を「月1200枚以上&70%超/月 2500枚以上&50%超」まで広げる。 (財政制度等審議会の案)

「かかりつけ薬局」を評価

・服薬情報の一元管理や服薬指導など

「門前薬局」の評価の見直し

・かかりつけ機能を発揮しない薬局 (社会保障審議会医療保険部会2015年12月2日)

# 2015年12月2日時点 発医薬品調剤体制加算(2014年度)



#### 2014年度

【後発医薬品調剤体制加算】(処方せんの受付1回につき)

- 後発医薬品調剤体制加算1 18点
- 後発医薬品調剤体制加算2 22点

#### 「施設基準〕

当該保険薬局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を合算した 規格単位数量(薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量 をいう。)のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それ*ぞれ、以*下のとおりであること。

後発医薬品調剤体制加算1/55%以上 後発医薬品調剤体制加算2 65%以上

当該保険薬局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%以上であること。

### 2016年度薬価制度改革の論点(2015年12月2日薬価専門部会提出資料)

### 先駆け審査指定制度加算(←先駆導入加算)

(加算率は原則10%とし、最大で20%までの加算)

#### 外国平均価格調整

(対象外の拡大:外国での承認が10年以上前、外国の平均価格が薬価の1/3未満)

#### 新規性の乏しい医薬品

(既収載品より低い評価(80%):後発医薬品対策と見做される場合など)

#### 新規収載後発品の薬価

薬価調査結果も勘案した上で、引き下げ幅を決定

(初収載後発品価格を0.5掛け(10品目を超える内用薬は0.4掛け))

(バイオ後続品は現行維持)

後発品の薬価の改定等(後発品薬価の3価格帯は維持か)

**長期収載品の薬価**(特例引き下げ(Z2))

(後発品置き換え率を「30%未満」「30%以上50%未満」「50%以上70%未満」)

基礎的医薬品(薬価を下支えする制度)

新薬創出・適応外薬解消等促進加算(試行を継続)

市場拡大再算定

(年間販売額が巨額な品目について新たな要件を設定など)

引き下げ率(影響度) 80%→70%(▲12.5%) 70%→60%(▲14.3%) 60%→50%(▲16.7%)

次ページの参考資料

# 「先発医薬品の薬価」(特例的な引き下げ Z2)

参考資料

### 長期収載品 (既収載品)

後発医薬品が薬価収載されてから、5年経過した後の最初の改定以降において、後発医薬品に置換わっていない個々の先発品を対象に、「特例的な引き下げ」(Z2)を行う。

30%未満 50%未満 50%未満

70%未満

- ・後発医薬品置換え率20%未満の先発品の引き下げ幅:2.0%
- ・後発医薬品置換え率40%未満の先発品の引き下げ幅:1.75%
- ・後発医薬品置換え率60%未満の先発品の引き下げ幅:1.5%

どうか今日のお話が、 皆様のお仕事のお役 に立てますように!



医療従事者のための

ジェネリックと行政情報サイト http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/



特典 St 報の

#### メールマガジンの配信

Stu-GEの更新情報や講演会情報などをお知らせします。最新の情報をいち早くチェックしていただけます。

特典 **2** 

#### 会員専用サイトの閲覧

MPI資料の解説動画など、登録いただいた方専用のコンテンツをご覧いただけます。MPI作成資料などをより深く理解していただけます。