

日医工MPI行政情報

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

ただいま議論中 －2018年度改定（医科）－

日医工医業経営研究所（日医工MPI）

（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4463 菊地祐男

資料No.20171117-479



社保審、中医協の他、諮問
会議、財政審などの議論から
日医工MPIがまとめました。

日医工株式会社

2016年度
改定

2016年度診療報酬改定のスケジュール

内閣

2015年6月30日 「骨太の方針2015」
を閣議決定。財政運営上での社会保障政
策方針を公表

社会保障審議会（医療保険部会など）

2017年6月9日
「骨太の方針2017」

2015年夏～秋

診療報酬改定の基本方針を議論
2015年11月下旬～12月上旬
診療報酬改定の基本方針の策定

2015年12月下旬 予算編成過程で改定率を決定

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 3/4
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 1/27
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 2/10
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年度診療報酬改定率

2016年度
改定

2016年度改定率 国費ベース			備考	2014年度 (消費税)	2012年度	2010年度	2008年度	2006年度	2004年度	2002年度
薬価改定率	▲1.22%	▲約1200億円	▲5.57% (通常改定分 薬価ベース) 新薬創出加算、不採算品再算定、 基礎的医薬品などに関する薬価 維持分等を含む	▲0.58% (▲1.22%)	▲1.26%	▲1.23%	▲1.1%	▲1.6%	▲0.89%	▲1.3%
材料価改定率	▲0.11%	▲約100億円		▲0.05% (▲0.14%)	▲0.12%	▲0.13%	▲0.1%	▲0.2%	▲0.16%	▲0.1%
合計	▲1.33%	▲約1300億円		(▲1.36%)	▲1.38%	▲1.36%	▲1.2%	▲1.8%	▲1.05%	▲1.4%
診療報酬改定率 (本体)	+0.49%	+約500億円	医科：歯科：調剤 1：1.1：0.3 (0.56%：0.61%：0.17%)	+0.73% (+0.1%)	+1.38%	+1.55%	+0.38%	▲1.36%	±0%	▲1.3%
全体改定率	▲0.84%	▲約800億円	市場拡大再算定は、今までは含んで改定率を計算していたが、今回は特例再算定もあり明確化するため外枠とした	+0.1% (▲1.26%)	+0.00%	+0.19%	▲0.82%	▲3.16%	▲1.0%	▲2.7%
市場拡大再算定を含むと	▲1.03%	▲約1000億円								

医療制度改革事項 (外枠)	▲約610億円	薬価 (通常改定分) と診療報酬本体とは別の外枠として医療制度から用意された財源
薬価制度	▲約500億円	市場拡大再算定 (▲約200億円)、特例再算定 (▲約280億円)、新規後発医薬品&長期収載品[Z2] (▲約20億円) これらを薬価改定率に含めると▲7.8% (薬価ベース) となる
調剤報酬	▲約40億円	大型門前薬局に対する評価の適正化 (調剤基本料の特例の拡大)
経腸栄養用製品	▲約40億円	経腸栄養製品に係る入院時食事療養費の適正化
湿布薬の給付制限	▲約30億円	湿布薬の1処方あたりの枚数制限、費用対効果の低下した歯科材料の適正化
協会けんぽの補助削減	▲約200億円	協会けんぽの超過準備金分の国庫補助特例の減額
国保組合の補助適正化	▲約20億円	所得の高い国保組合における国庫補助の適正化

社会保障費予算の概算要求6700億円 (自然増) を5000億円までに抑えるため1700億円を圧縮する必要があった。診療報酬本体で約500億円増とした分、医療制度改革事項や健康保険から約830億円の財源を用意して1630億円分を工面し、ほぼ帳尻を合わせた。[MPI] (▲800 + ▲830 = ▲1630 → ほぼ▲1700)

外枠とはなんだ？ (外枠の取り扱い)

2018年度薬価改定の外枠候補

社会保障費自然増 = 6300億円
 予算上の許容 (骨太方針2015) = 5000億円
 1300億円の圧縮
 さらに10万人分の保育の受け皿500億円の圧縮
 合計1800億円の圧縮

「薬価制度」

- ・市場拡大再算定
- ・再算定 (用法用量)
- ・費用対効果評価の薬価下げ分
- ・新たなイノベーション評価 (新薬創出加算の見直し)
- ・新規後発品、後発品 3 区分、Z2

オブジーボ、キイトルーダ

「調剤報酬」

- ・調剤基本料の特例拡大 (敷地内、門前、チェーンなど)

「処方制限」

- ・保険外使用品等

2018年度診療報酬改定 議論の方向

国民医療費の推移

医療費財政

2017年10月の
総選挙の結果

2017年の
骨太の方針

経済財政
諮問会議

徹底した

効率化 ムダの排除

病床再編

地域連携
地域包括ケア

薬剤管理

介護・在宅
移行

残薬、多剤投薬、重複投薬、ジェネリック

2018年度改定の向かうところ

効率化&ムダの排除

<改定率>

10月25日財政審「診療報酬改定2%半ば以上減（財務省）」

→年末に内閣が決定・・・落とすところは？

→診療報酬、調剤報酬の改定率は？

<薬価制度>

毎年薬価改定は？（消費税upとの調整、率と額、調査範囲、対象・・・）

先発品薬価（新薬創出加算、費用対効果、再算定、Z2・・・）

後発品薬価（初収載薬価、3区分、参照価格制・・・）

<効率化>

再編・統合（病床再編、地域医療連携推進法人、薬局の大型化、敷地内薬局・・・）

在宅・介護（介護医療院、健康サポート薬局、アウトカム評価・・・）

AI・ICT（遠隔診療、データ利用、電子おくすり手帳・・・）

ジェネリック（AG、BS）

<ムダの排除>

医薬品（残薬、多剤投薬、重複投薬、バイアル内残薬、処方制限、使用制限、保険適用・・・）

医療（かかりつけ医師・薬剤師、受診制限（紹介制）、終末期・・・）

骨太方針2017
(診療報酬関連)

経済財政運営と改革の基本方針 2017

3. 主要分野ごとの改革の取組

(1) 社会保障

⑤ 平成30年度診療報酬・介護報酬改定等

人口・高齢化の要因を上回る医療費の伸びが大きいことや、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療費の増加に伴う医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえつつ、診療報酬改定の在り方について検討する。

医療機関の地域連携強化に向けたこれまでの診療報酬改定内容を検証するとともに、地域医療構想の実現に資するよう病床の機能分化・連携を更に後押しするため、患者の状態像に即した適切な医療・介護を提供する観点から、報酬水準、算定要件など入院基本料の在り方や介護医療院⁹⁷の介護報酬・施設基準の在り方等について検討し、介護施設や在宅医療等への転換などの対応を進める。

ただいま議論中（医科）

入院

一般病棟入院基本料

看護配置基準→重症度、医療・看護必要度基準へ（患者の病態や病状に応じた評価）

DPCデータの活用（A項目、C項目）

シミュレーションの結果は？ 選択制の可能性

10対1の評価を引き上げ（7対1とのギャップを緩和する）

7対1の要件を強化（25%以上）

評価項目の見直し

「ドレナージ管理」（A項目）。「心電図モニター」（A項目）

7対1と10対1の評価の差をなだらかにして（連続的な評価）、10対1への移行を促す

働き方改革
医師・看護師等の業務負担軽減

病棟群単位の届け出ルールの要件を緩和

在宅復帰要件の見直し

在宅復帰率（自宅や介護施設）

連携率（地域包括ケア病棟、療養病棟など）

病床再編が進む中で、「回復期」の役割を構築

地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料

評価のメリハリ

サブアキュート（自宅・介護施設から）＞ポストアキュート（急性期から転棟）

救急・在宅等支援病床初期加算の算定はサブアキュートに限定

重症度、医療・看護必要度

重症者の多い病棟の評価（10対1のような加算）

病棟数の制限

病床規模、公立病院など

回復期リハビリテーション病棟入院料、回復期リハビリテーション入院医療管理料

施設基準の厳格化

アウトカム評価→実績指数（27）の引き上げ

管理栄養士の配置→加算評価

体制強化加算→入院料1に包括化

リハビリ（訪問、通所）→基準を緩和して入院料1に要件化

データ提出の要件化

量より質
（病棟数増→質を評価し量抑制）療養病棟の将来像
（医療と介護の役割）

療養病棟入院料

療養病棟入院料2の延長は？（介護療養病棟と合わせる？）

療養病棟入院料1に一本化（医療区分2,3を80%以上）→2以上1未満の暫定基準の可能性

医療区分の見直し

区分3「中心静脈栄養」→前回の「酸素療法」のように区分2と3に分ける？

データ提出の拡大→病床数で義務化（200床以上）・・・医療区分測定頻度の緩和（週1回など）

リハビリ提供の評価→加算

看取りの評価→ガイドライン利用の努力義務

医療安全対策加算

専従の医師、看護師、薬剤師等の配置を評価

救急医療管理加算の要件

救急医療管理加算2に該当する患者（いわゆる準ずる患者）の取り扱い

退院支援

退院支援加算の要件の見直し

ケアマネージャーとの連携強化

短期滞在手術基本料3の対象拡大

副腎静脈サンプリング、子宮鏡下子宮内膜焼灼術、子宮内膜ポリープ切除術

外来

地域包括診療料、地域包括診療加算

効率化と、
かかりつけ医の役割と評価

要件緩和

24時間開局薬局との連携→24時間対応薬局

生活習慣病管理料

重症化予防の評価（慢性腎臓病 CKD）

遠隔診療（再診患者の医学管理など）

遠隔モニタリング加算（現在は心臓ペースメーカー）

追加（生活習慣病、気管支喘息、ニコチン依存）

電話再診の運用基準

妊産婦の外来受診

産科疾患以外の外来受診（精神科など）の産科と精神科と自治体の連携を評価

在宅医療

在宅療養支援診療所

一般診療所の評価→複数医師の連携による24時間対応「連携型」

複数診療所での算定→診療科、専門領域（耳鼻科、皮膚科、泌尿器科など）

看取り実績の引き上げ→看取り総数の増加

在宅専門診療所

要件緩和（在宅患者割合95%→90%）

訪問看護ステーション

大規模化の推進

機能強化型訪問看護管理療養費（看取り要件の緩和）

24時間対応の促進

24時間対応体制加算の評価引き上げ（24時間連絡体制加算を内包）

DPC/PDPS

医療機関群の名称変更

大学病院本院群（Ⅰ）、DPC特定病院群（Ⅱ）、DPC標準病院群（Ⅲ）

機能評価係数Ⅱの見直し

重症度係数→廃止

後発医薬品係数→機能評価係数Ⅰで評価（後発医薬品使用体制加算）

救急医療係数→救急医療管理加算の見直しに合わせる

保険診療係数→厳格化

地域医療係数→5疾病5事業との整合性を図る

DPC病院とは何をする病院か？
（実力が試される）

調整係数（暫定調整係数）の置き換え完了

激変緩和措置→1年限りの「激変緩和係数」

DPCからの退出ルール

DPCにそぐわない病院の対策

オンラインによるDPCデータ提出→2018年はDPC対象病院

その他

紹介状の無い大病院受診

対象病院の拡大（500床以上→200床以上・・・400床以上）

介護保険への移行

維持期リハビリ

介護医療院の創設

療養病棟の受け皿

効率化のための改定
(残薬、多剤投薬、重複投薬、ジェネリック)

投薬

後発医薬品使用体制加算

後発品使用促進策の重要点数→指標の見直し（後発医薬品係数の評価）

指標の引き上げ（目標は80%）、実績が低い場合は減算の可能性

一般名処方加算

一般名処方ジェネリックへの変更率が高い→さらなる一般名処方の推進

一般名記載の義務化（生活習慣病薬など）、一品目のみの加算の見直し

分割調剤

リフィル処方（骨太の方針2017）

分割調剤の利便性向上（分割指示に係る処方箋）

処方せん様式の変更

変更不可欄の廃止→変更不可は備考欄に記載（そろそろ薬剤師の判断に委ねても・・・）

「保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応」欄→医師と連携を条件に事後報告とする

連携の評価

医療機関と薬局の連携を評価

抗がん剤のレジメン情報や検査値等の共有、入退院時の際の服薬情報等の文書での共有