

平成28年度診療報酬改定セミナー

診療報酬改定概要とポイント解説資料

株式会社 ウォームハーツ
代表取締役 長面川さより
アドバイザー 栗林令子
井口勢津子
2016年4月

— 目次 —

1. 診療報酬改定後の動向	.....	P3
2. 労災	.....	P10
3. 外来機能分化(選定療養費)	.....	P17
4. 個別改定項目	.....	P25
【特掲診療料】		
●医学管理等	.....	P26
●在宅医療	.....	P62
●投薬	.....	P69
●処置	.....	P72
●手術	.....	P75
●麻酔	.....	P95
●検査	.....	P98
●画像診断	.....	P121
●リハビリテーション	.....	P124
●精神科専門療法	.....	P153
【基本診療料】		
●入院基本料	.....	P164
●入院基本料等加算	.....	P197
●特定入院料	.....	P252
●短期滞在手術基本料	.....	P286
【入院時食事療養費・入院時生活療養費】	.....	P293
5. 参考資料：DPC/PDPS	.....	P300

1. 診療報酬改定後の動向

単年ではなく
2年間は重要

2025(平成37)年に向けた改革

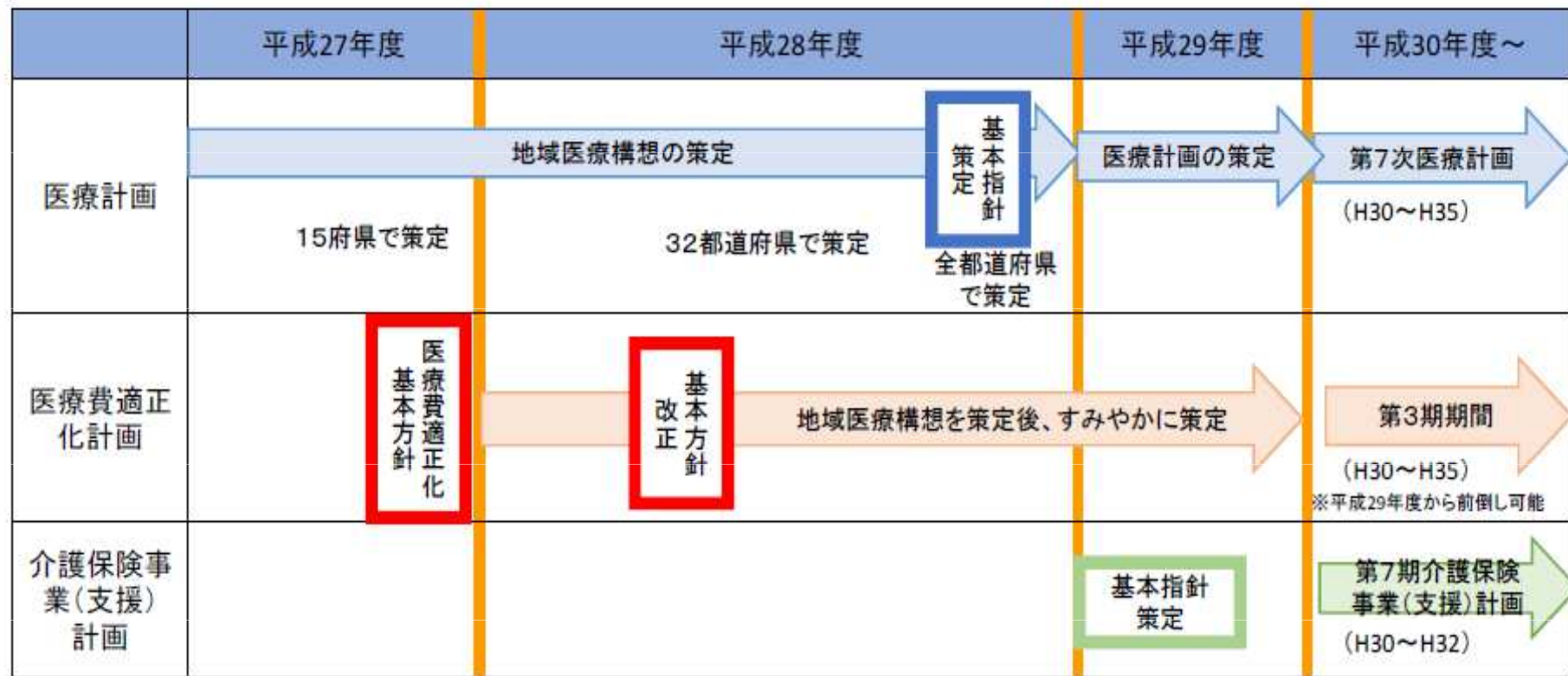
	2012 平24	2013 平25	2014 平26	2015 平27	2016 平28	2017 平29	2018 平30	2019 平31	2020 平32	2021 平33	2022 平34	2023 平35	2024 平36	2025 平37
改定 診療報酬	①	→	②	→	③	→	④	→	⑤	→	⑥	→	⑦	
同時改定 医療介護	①	→					②	→					③	
改定 介護報酬	①	→		②	→		③	→		④	→		⑤	
見直し 医療計画		医療計画の見直し① (在宅医療の推進等)			医療法改正		医療計画の見直し② (病床機能分化)			医療計画の見直し③				
事業計画 介護保険	第5期 (2012～2014)			第6期 (2015～2017)			第7期 (2018～2020)			第8期 (2021～2023)				

地域医療構想と医療費適正化計画（スケジュール）

H28年3月23日「第7回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」資料抜粋

地域医療構想の策定状況

- 地域医療構想については、平成27年度中の策定予定が15府県、平成28年度半ばまでに策定予定が39都道府県、平成28年度中に全都道府県が策定予定。（平成28年1月18日現在）



- このため、国においては、**本年度末までに、医療費適正化基本方針(大臣告示)を策定**するが、入院医療費の算定式については、今後策定されてくる地域医療構想の内容も踏まえ、本年夏頃を目途に基本方針の一部改正を行い、反映する。

- また、外来医療費については4月以降もさらなるデータ分析を行い、本年夏頃の基本方針の一部改正時に医療費適正化の取組内容を充実させる。

今年度末に策定する医療費適正化基本方針のポイント

医療費の適正化の取組

医療費適正化基本方針と診療報酬改定への反映

【外来医療費】

○都道府県の医療費目標(平成35年度)は、過去のトレンド等を踏まえた平成35年度の医療費から、医療費適正化の取組の効果を反映した医療費目標とする。効果の反映は2段階で行う。

<第1段階>

○都道府県に、平成35年度に向け、①**特定健診・保健指導実施率**の全国目標の達成、②**後発医薬品の使用割合**の全国目標の達成に向けた取組を推進してもらう。これらの全国目標が達成された場合の医療費の縮減額を反映
 ※特定健診実施率目標：70%以上、特定保健指導実施率目標：45%以上
 後発医薬品の使用割合の目標：80%以上

<第2段階>

○その上で、なお残る一人当たり医療費の地域差について、都道府県において、保険者等とも連携しつつ、以下のような取組を推進し、**地域差の縮減を目指す**。
 ※国は、日本健康会議の取組等を通じて、都道府県・保険者の取組を支援。

- ・民間事業者も活用したデータヘルスの推進
- ・ヘルスケアポイントの実施等健康づくりへのインセンティブ対策の強化
- ・**糖尿病重症化予防の推進**
- ・栄養指導等のフレイル対策の推進

- ・予防接種の普及啓発
- ・重複投薬の是正 等

※このほか、都道府県の独自の取組
 ※今後のデータ分析の結果も踏まえ、内容の充実があり得る

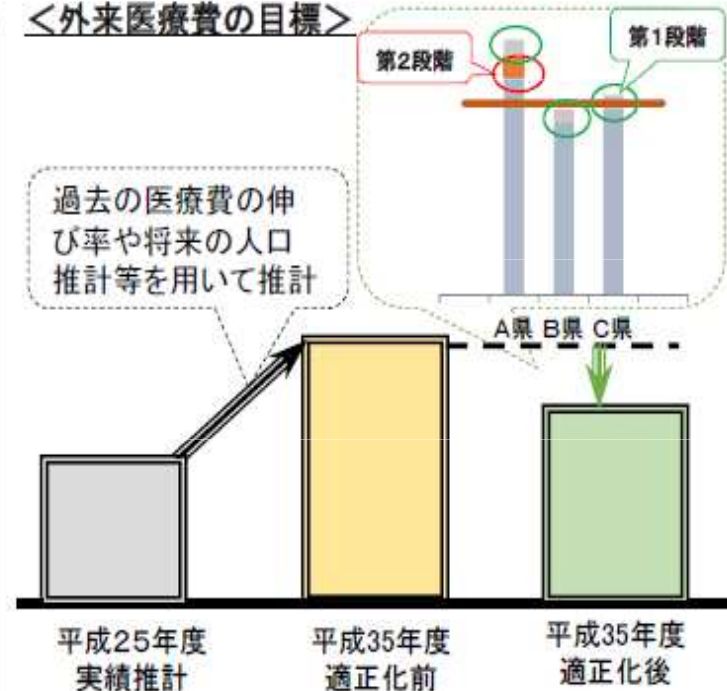
【入院医療費】

○入院医療費については、病床機能の分化及び連携の推進の成果等を踏まえる。
 ※**今年度末には上記の内容を告示**し、医療費目標の算定式は本年夏頃に告示。

地域差の「見える化」(今年度末に都道府県に提供)

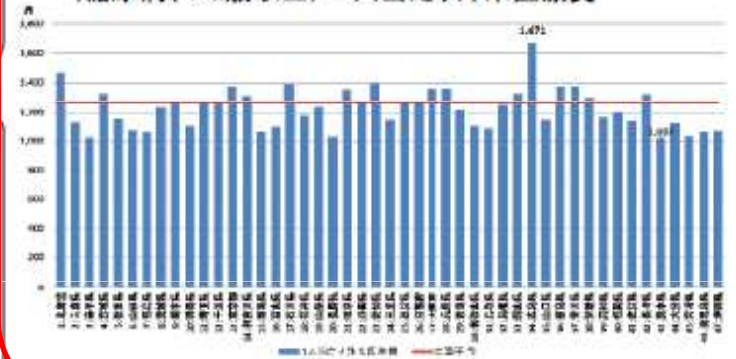
○国において、NDB(ナショナル・データ・ベース)を用いた分析を行い、
 ・各都道府県の**疾病別医療費**の地域差(最大54疾病)
 ・**後発医薬品の使用促進**の地域差
 ・**重複・多剤投薬**の地域差など、「**地域差の見える化**」を行う。
 ○その結果について、都道府県の分析作業の参考としていただくため、**データセットとしてまとめ、都道府県に提供**していく。

<外来医療費の目標>



<地域差の「見える化」>

(糖尿病、75歳以上)一人当たり外来医療費



3月24日第94回社会保障審議会医療保険部会 外来医療費の分析資料を提示

分析方法等について

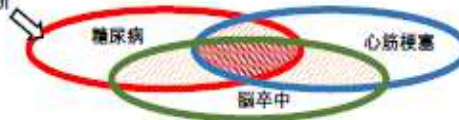
各都道府県ごとに、以下の考え方等に沿って、年齢別・疾病別医療費について、1人当たり医療費と、受療率・1人当たり日数・1日当たり診療費の3要素ごとに地域差を見える化を行った。

(疾病別医療費の考え方)

○レセプトには複数の疾患が記載されている場合もあるが、例えば、糖尿病という疾患名が記載されているレセプトは、他の複数疾患があっても糖尿病という疾患に分類することとする。

※分析の際には疑い病名も含む。

複数疾患のレセプト(網掛け部分)も含めて疾病毎に分析



○疾病分類は、社会保険表章用疾病分類(121分類)を元に、54分類にグルーピングしたものをを用いる。(次ページ以降参照)

(分析を行う年齢区分・地域区分)

○年齢区分は、0歳～14歳、15歳～39歳、40歳～64歳、65歳～74歳、75歳以上

○今回の分析は、都道府県単位

※社保データについては、以下の数式に基づき都道府県別に按分している。

B県における被用者保険の医療費＝

$$\left(\text{国保・後期の医療費}_{B\text{県}} \times \frac{\text{被用者人口}_{B\text{県}}}{\text{国保・後期人口}_{B\text{県}}} \right) \times \frac{\text{被用者の医療費}_{\text{全国}}}{\sum_{\text{全都道府県}} \text{国保・後期の医療費}_i \times \left(\frac{\text{被用者人口}_i}{\text{国保・後期人口}_i} \right)}$$

(分析に用いるデータ)

○ONDBの平成25年10月の1ヶ月分のデータを用いる。

※なお、本分析には生活保護データが含まれていない点に留意が必要。

疾病分類について

外来医療費については、社会保険表章用疾病分類(121分類)を元に、以下のような54分類にグルーピングし、1人当たり医療費と、受療率・1人当たり日数・1日当たり診療費の3要素ごとに地域差を見える化。

疾病分類		疾病分類	
1	結核	15	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
2	ウイルス肝炎	16	気分(感情)障害
3	その他の感染症及び寄生虫症	17	その他の精神及び行動の障害
4	胃の悪性新生物	18	アルツハイマー病
5	結腸及び直腸の悪性新生物	19	その他の神経系の疾患
6	肝及び肝内胆管の悪性新生物	20	眼及び付属器の疾患
7	気管、気管支及び肺の悪性新生物	21	耳及び乳様突起の疾患
8	乳房の悪性新生物	22	高血圧性疾患
9	その他の悪性新生物	23	虚血性心疾患
10	血液及び造血器の疾患並びに免疫構造の障害	24	心房細動
11	糖尿病	25	その他の不整脈
12	高脂血症	26	その他の型の心疾患
13	その他の内分泌栄養及び代謝疾患	27	脳梗塞
14	血管性及び詳細不明の認知症	28	その他の脳血管疾患

医薬品の投与に関する分析について

- 平成25年10月の全都道府県の医科入院外(外来)レセプト、調剤レセプトを用いて、
 - ① 同一月内に同一成分の薬剤を投与された患者の割合と、そのときの薬剤費の割合
 - ② 同一月内に複数種類の薬剤を投与された患者の割合と、そのときの薬剤費の割合について分析を行った。
- なお、社保(被用者保険)については医療機関、薬局所在地ベース、国保(市町村国民健康保険+後期高齢者医療)については患者住所地ベースで分析を行った。
- また、①、②とも、薬剤については、薬効分類や投与形態をもとに設定されている薬価基準コードの上7桁を利用している。

①について

「同一人について、同一月内に同一成分の薬剤を、複数医療機関から投与される場合」と定義して、分析を行った。

同一成分の薬剤を投与された医療機関数について、2医療機関、3医療機関、4医療機関、5医療機関、6医療機関以上として分析。

※本分析では、処方日数は考慮していないため、例えば、1週間ごとに同一成分の薬剤を2つの医療機関から投与されている場合も含まれる。また、例えば、夜間に救急で診療を受けて薬をもらい、翌日にかかりつけ医を受診して同じ薬効の薬をもらう場合や、医療機関が連携して患者の治療を行うため、患者紹介を行った場合等も含まれることに留意が必要。

②について

「同一人について、同一月内に複数種類の薬剤が投与されている場合」と定義して、分析を行った。

投与された薬剤の種類数について、5～6種類、7～9種類、10～14種類、15～19種類、20～24種類、25種類以上として分析。

※患者の状態が不明であるため、投与された種類数の適否を一概に判断することができないことに留意が必要。

2. 労災

労災 術中透視装置使用加算

	現行
術中透視装置使用加算	220点

【算定対象部位】

- ・大腿骨
- ・下腿骨
- ・踵骨
- ・上腕骨
- ・前腕骨 の骨折観血的手術において、術中透視装置を使用した場合に算定。
- ・舟状骨以外の手根骨

【留意点】

当該加算については、労災診療費算定基準の「四肢の傷病に係る処置等の加算」(四肢加算)の対象とはならない。

労災 職業復帰訪問指導料

改定後（H28.4.1～）

<u>精神疾患を主たる傷病とする場合</u>	<u>770点</u>
<u>その他の疾患の場合</u>	<u>580点</u>
<u>職業復帰訪問訓練加算</u>	<u>400点(新設)</u>

【算定対象患者】

- ・入院治療を伴わず通院療養を3か月以上継続している者

医療機関と事業主の連携による傷病労働者の早期職業復帰を促進するため、**職業復帰訪問指導料を算定できる訪問指導**（以下「訪問指導」という。）**を実施した日**又は訪問指導に基づき後日に傷病労働者のうち入院患者が職業復帰を予定している**事業場において訓練**（当該事業場を目的地とする移動手段の獲得訓練を含む。）を行った場合であって、以下の算定要件をいずれも満たした場合には、**職業復帰訪問指導料の算定1回につき2回を限度に職業復帰訪問訓練加算として1日につき400点を所定点数に加算して算定可能**

労災 職業復帰訪問訓練加算の算定要件

- ア 入院期間が1月を超えると見込まれる傷病労働者に対する訓練であること。
- イ 傷病労働者が復職予定の事業場で行われた作業訓練(以下「作業訓練」という。)及び当該事業場を目的地とする経路において行われた通勤のための移動手段の獲得訓練(以下「通勤訓練」という。)であること。
- ウ 作業訓練の内容は、特殊な器具、設備を用いた作業(旋盤作業等)を行う職種への復職の準備のため、当該器具、設備を用いた訓練であって入院医療機関内で実施できないものを行うものであること。
- エ 作業訓練の実施時間は20分以上(ただし、原則60分を上限とする。)であること。
- オ 通勤訓練は、移動の手段の獲得を目的として、バス、電車等への乗降等、傷病労働者が実際に利用する利用手段を用いた訓練を行うものであること。

労災 職業復帰訪問訓練加算の算定要件

- カ 訪問指導と同一日又は訪問指導の日から1月以内に作業訓練又は通勤訓練を行ったものであること。なお、同一日に、訪問指導又は作業訓練を行うことなく通勤訓練のみを行う時にあっては、当該事業場へ到着の際に事業主へ訓練の状況について報告を行うこと。
- キ 職業復帰予定の事業場への往復を含め、訓練の実施中は医療機関の医療従事者が傷病労働者に常時付添い、必要に応じて速やかに入院医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。
(※訓練実施中の災害は労災補償の対象とはなりません。)
- ク 診療録に訪問指導を行った日、訓練を行った日、訓練実施時間及び訓練内容の要点を記載すること。また、職業復帰訪問訓練加算を算定する場合は、診療費請求内訳書の摘要欄に訪問指導を行った日及び訓練を行った日を記載すること。
- ケ 疾患別リハビリテーション料を実施し算定する日にあっては、職業復帰訪問訓練加算を併算定できないこと。

労災 疾患別リハビリテーション料等

改定後（H28.4.1～）

リハビリテーション料の引上げ

<u>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)</u>	<u>125点</u>
<u>運動器リハビリテーション料(Ⅰ)</u>	<u>190点</u>

改定後（H28.4.1～）

・ <u>廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位)</u>	<u>250点(新設)</u>
・ <u>廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位)</u>	<u>200点(新設)</u>
・ <u>廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位)</u>	<u>100点(新設)</u>

入院中の患者に対して医療機関外において疾患別リハビリテーション料(Ⅰ)を算定するリハビリテーションを行った場合に所定点数を算定できるとされたことに伴い
労災保険においては、医療機関外において行ったリハビリテーションについて
疾患別リハビリテーション料(Ⅰ)を算定できる場合には、**ADL加算(30点)を算定**

早期加算とは別に算定可能

労災 労災電子化加算の措置期間を延長

現在、電子情報処理組織の使用による労災診療費請求又は光ディスク等を用いた労災診療費請求を行った場合、当該診療費請求内訳書1件につき5点の算定ができるが、当該加算の措置期間を平成30年3月診療分まで延長となる。

(注1)平成26年3月診療分までは、電子レセプト1件につき3点の算定。

(注2)薬剤費レセプトは、「労災電子化加算」の対象外

3. 外来機能分化(選定療養費)

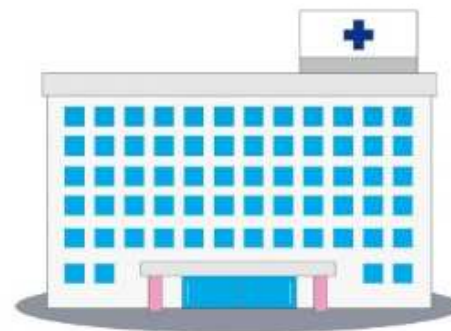
外来の機能分化・連携の推進

かかりつけ医の普及を図り、かかりつけ医が患者の状態や価値観も踏まえ、医療をサポートする「ゲートオープナー」機能を確立。

200床未満
及び診療所



必要に応じて適切に
紹介・逆紹介等



専門的な診療を提供する
地域の拠点となるような病院

患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

認知症は多剤投与者は対象外
(内服薬6種類以上、向精神薬等は4種類以上)

- 認知症に対する主治医機能の評価
- 小児に対するかかりつけ医の評価
- 地域包括診療料、地域包括診療加算(※)の施設基準の緩和

(※) 複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を評価

- 糖尿病
- 高血圧
- 脂質異常症
- 認知症

<選定療養の責務>

- 特定機能病院
- 一般病床500床以上の地域医療支援病院

紹介状なしで大病院を受診した場合や
大病院において逆紹介をしても受診してし
まう再診の場合等の定額負担を導入

療養担当規則（特定機能病院および一般病床500床以上の地域医療支援病院）

選定療養 定額負担 設定金額			
初診 (紹介状なし)		外来診療料(再診) (※にも関わらず受診)	
医科	5,000円	医科	2,500円
歯科	3,000円	歯科	1,500円

定額負担除外対象者

【緊急その他やむを得ない事情がある場合】

- 救急の患者
- 公費負担医療の対象患者
- 無料低額診療事業の対象患者
- HIV感染者

※再診の場合は、一般病床500床未満又は診療所に対し文書で紹介を行う申出を行ったのにも関わらず受診

【その他、定額負担を求めなくて良い場合】

- (1) 自施設の他の診療科を受診中の患者
- (2) 医科と歯科の間で院内紹介した患者
- (3) 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者
- (4) 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- (5) 外来受診後そのまま入院となった患者
- (6) 地域に他に当該診療科を標榜する診療所等がなく、大病院が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- (7) 治験協力者である患者
- (8) 災害により被害を受けた患者
- (9) 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- (10) その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

税込みの金額として、この金額が徴収されていれば満たしていることになる。
(3/4厚労省説明会質疑応答より)

【経過措置】自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、H28年9月30日までの間は支払を受けることを要しない

【大病院定額自己負担】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 定額負担には、消費税分は含まれるのか。例えば、医科の初診の金額について、消費税分を含めて5,000円とすることは許容されるのか。

A 含まれる。消費税分を含めて告示で定める金額以上の金額を社会的にみて妥当適切な範囲で徴収していれば良い。

Q 地方単独の公費負担医療の対象となる患者は、今回の定額負担の対象となるのか。

A 地方単独の公費負担医療のうち、特定の疾病又は障害に着目したものの対象となる患者については、定額負担を求めてはならないこととしている。

Q 「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」において、「がん検診等」の「等」には具体的に何が含まれるのか。例えば、人間ドックで精密検査の指示を受けた場合は含まれるのか。

A 特定健康診査、がん検診のほか、公的な制度に基づく健康診断が含まれる。

【大病院定額自己負担】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

「地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者」への該当性は、具体的にどのような基準で判断すれば良いのか。

A

原則として、保険医療機関において個別に判断いただくものと考えている。なお、少なくとも以下のような場合は、近隣の医療機関との機能分化を行うことが必要又は可能と考えられることから、当該要件には該当しない。

- ・当該地域において通常用いる交通手段によって当該保険医療機関から15分程度で移動できる距離に当該診療科を標榜する保険医療機関がある場合
- ・当該診療科において、紹介状を有しない患者に対し、選定療養として定額負担の徴収の実績を有する場合

ただし、近隣の医療機関における応需体制が乏しい等、実態上近隣の医療機関との機能分化を行うことが困難と地域医師会等が認めた場合にはこの限りでない。

Q

標榜する診療科の区分は、地方公営企業の設置条例で定める診療科という認識でかまわないか。（内科の場合、「呼吸器内科」、「消化器内科」、「循環器内科」、「腎臓内科」、「神経内科」、「血液内科」、「肝臓内科」、「緩和ケア内科」、「腫瘍内科」、「糖尿病内科」）

A

医療法施行令第3条の2に定める広告することができる診療科に当たるため、差し支えない。

【大病院定額自己負担】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 定額負担を求めなくて良い場合の「自費診療の患者」の定義は何か。（例えば、**保険証を未持参で受診した場合に自費扱い**とした場合にも負担を求めることは可能か。

A 保険診療の対象とならない患者をいう。なお、例示されているケースは本来保険診療として取り扱うべきであるから、「**自費診療の患者**」には当たらない。

Q 地方自治体による条例制定だけでなく、条例改正、規則・告示改正が必要となる場合も対象となるのか。

A 定額負担の定めに必要なものであれば、対象となる。

Q 経過措置の期間には、条例制定(改正)の経過措置期間(周知期間)も含まれるのか。例えば、6月の条例改正の施行日を平成28年10月1日とすることは可能か。

A 含まれる。条例の経過措置は、平成28年9月30日までの間に限り、設定可能である。

【大病院定額自己負担】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

- ①初診時に紹介状を持たず受診したため初診の定額負担を徴収した患者の再診時に、他医療機関に紹介する旨の申出を行ったにもかかわらず当院での受診を希望した場合には、定額負担の対象となるのか。
- ②再診の定額負担については、受診の都度徴収を行うのか。

A

①・②とも他の病院又は診療所に紹介する旨の申出を行ったにもかかわらず受診した場合は、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について（平成28年3月4日保医発0304第12号）に定める例外に該当しない限り、受診の都度徴収が必要。

【大病院定額自己負担】

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

定額負担を求めなくても良い場合の例があるが、該当する場合でも病院の判断で求めることは可能か。

A

徴収可能。