

中医協「第 325 回 総会」 改定の「短冊」を提示 これまでの議論を具体化

2016/1/28

1月27日の中医協・総会（会長：田辺国昭・東京大学大学院法学政治学研究科教授）では、2016年度診療報酬改定の見直し内容が具体的な要件等とともに示された個別改定項目（短冊）について、議論を行った。



■総合入院体制加算に重症度、医療・看護必要度を反映

急性期医療に関する見直しでは、医療機能分化の促進に向け、高度急性期病院の機能を評価する総合入院体制加算の精緻化・充実を図る方向となった。医療機関によって患者の受け入れ状況や医療密度に差があることを受け、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に関する要件を設けるほか、届出のハードルとなっていた化学療法の実績要件を緩和する。さらに現行の加算2に認知症・精神疾患患者等の受け入れ体制の要件を追加するとともに、満たすべき実績要件の最低基準を設定した上で加算3とし、新たな加算1と3の間にもう1区分設ける。

全診療報酬を包括する短期滞在手術等基本料3については、対象手術等を追加するほか、包括範囲を見直し、抗悪性腫瘍剤やインターフェロン製剤（B型肝炎・C型肝炎）などの高額な薬剤等を包括対象外とする。また、届出病床数が200床以上の病院に対し、10対1入院基本料においてデータ提出加算の届出を要件化することも示された。DPCデータの収集を強化し、急性期医療機関の機能や役割の分析を推進する狙いとなっている。

■病棟薬剤業務実施加算でICU等への薬剤師配置を評価

チーム医療関連では、勤務医の負担軽減を進めるため、医療クラークの配置を評価する医師事務作業補助体制加算1の点数を引き上げるとともに、診断書作成補助・診療録の代行入力は実施場所を問わないこととした。現行では勤務時間の8割以上が「病棟又は外来」とされているが、文書作成は他の場所でも実施できると判断された。また、現行では特定機能病院を除く急性期病院を対象としているが、50対1、75対1、100対1配置では療養病棟入院基本料や精神病棟入院基本料も算定対象に追加するほか、加算1に関しては特定機能病院も届出可能となる。

また、約半数のICUで薬剤師が配置されており、医療従事者の負担軽減や副作用の回避等の効果があるとの調査結果が出ていたことから、病棟薬剤業務実施加算において、救命救急入院料や特定集中治療室管理料等を算定する治療室での薬剤師の配置を評価する。

新たな点数としては、身体疾患で入院した認知症患者に対する病棟の取り組みや多職種チームの介入に対する点数として、認知症ケア加算を設ける。医師・看護師・社会福祉士又は精神保健福祉士のチームや、複数の看護師の配置に対する点数となっており、精神病棟入院基本料等を除く入院料が算定対象となっている。

■地域包括ケア病棟入院料、「手術、麻酔」を出来高に

急性期後の患者や急性増悪時の在宅患者の受け入れ等の機能を確保すべく前回改定で新設した地域包括ケア病棟入院料は、包括範囲から手術、麻酔の費用を除外することや、特定集中治療室管理料等の届出医療機関や許可病床数 500 床以上の病院では 1 病棟限りの届出とすることが示された。幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）は、「包括範囲見直しは時期尚早であり、見直す場合は点数の引き下げが必要」とした。「短冊」には点数の引き下げは明示されていない。

■認知症地域包括診療料を新設へ

中小病院・診療所のかかりつけ医（主治医）機能を評価する地域包括診療料・地域包括診療加算では、診療所に求めている「常勤医師 3 人以上配置」の要件を緩和、病院については「第二次救急医療機関等であること」を求める要件を廃止するとした。前回改定において“厳しめ”の要件で新設した点数であり、さらなる外来医療の機能分化を進めるため、要件緩和が求められていた。

また、同趣旨の点数として、認知症とそれ以外の疾患を持つ患者を対象とする認知症地域包括診療料を新設する。地域包括診療料等では内服薬を 7 種類以上投与した場合の薬剤料等の減算ルールが適用外となっているのに対し、認知症患者の多剤投与対策として「1 処方につき内服薬が 5 種類を超える」「1 処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬を合わせて 3 種類を超えて含む」場合は算定不可とする点が特徴となっている。

■在宅医療専門診療所の開設要件等を明示

在宅医療では、医療提供体制を補完するため、在宅医療を専門に実施する診療所に対し、開設要件を整理した上で点数を設ける。開設には、「無床診療所である」「在宅医療を提供する地域を規定する」「地域医師会や地域医療機関の協力により外来の対応体制を確保する」「医学的に正当な理由等なく断らない」ことなどが求められる。点数算定には、機能強化型の在宅療養支援診療所の施設基準に加え、一定の要件を満たすこととされた。

また、訪問診療について、患者の状態などに応じたきめ細かな評価とするため、在宅時医学総合管理料等の点数設定を「訪問回数」「重症度」「単一建物での診療人数」といった評価軸から細分化する。“重症”と見なされるのは、末期の悪性腫瘍や指定難病、人工呼吸器を使用している場合などが挙げられた。

■かかりつけ薬剤師指導料など新設

薬局に対する見直しでは、「患者のための薬局ビジョン」（2015 年 10 月策定）に基づき、かかりつけ薬剤師・薬局を推進するため、大きな見直しを行う。目玉となっているのが、かかりつけ薬剤師指導料の新設で、「患者の受診医療機関・全服用薬等の把握」「24 時間相談体制」などを要件に、患者 1 人に決まった薬剤師 1 人が算定する。さらに同趣旨の点数として、地域包括診療料等の算定患者を対象に、調剤料・薬学管理料等が包括された、かかりつけ薬剤師包括管理料も新設するとした。

薬局の体制を評価する基準調剤加算については、加算1・2を統合し、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の届出などを要件とするとともに、特定の医療機関の処方箋集中度が一定割合を超え、さらに後発医薬品の調剤割合が一定未満の場合は算定できないこととする。

また、継続的な薬学的管理を推進するため、外来服薬支援料において残薬の整理を評価するほか、長期保存が困難な場合や後発医薬品を初めて使用する場合以外にも、患者の服薬管理が困難である等の理由による、医師の指示に基づく分割調剤を評価するとしている。

その他、医師との連携による薬剤師の在宅業務を推進するため、疑義照会により在宅患者の重複投薬・相互作用の防止、残薬に伴う処方日数調整、減薬などの適正化が実施された場合に算定する在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料も新設する（かかりつけ薬剤師指導料等は併算定不可）。

■7対1病床等の見直しは次回議論

なお、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しでは、手術等の医学的状況の評価する新たなM項目について「全身麻酔・脊椎麻酔の手術」や「救命等に係る内科的治療」を加えとした。7対1病床等の見直しについては次回会合で議論を行う。

同様に、処方薬剤種類数を減少させた場合の評価として新設する、入院患者に対する薬剤総合評価調整加算、外来・在宅患者に対する薬剤総合評価調整管理料や、規模の大きい薬局グループにおける大型門前薬局の調剤基本料の減算ルールなども次回の議論となる。

■地域医療指数で治験等の実施を評価

会合では、DPC制度の見直しに関する具体案も示された。前回同様に暫定調整係数の置き換えの対応に伴う変動が2%程度に収まるように激変緩和措置を行うほか、DPC病院Ⅱ群の実績要件3（高度な医療技術の実施）について、外保連試案3項目と新たに導入する特定内科診療3項目の計6項目のうち5項目を満たすこととした。

また、機能評価係数Ⅱの地域医療指数において、治験・先進医療・患者申出療養の実施を評価する項目を新たに設定する。

その他、高額な薬剤を使用する場合等の診断群分類に対し、入院初日に入院基本料以外の全報酬が償還される点数設定方式Dに、6分類を追加するとした。「胃の悪性腫瘍 ラムシルマブ」「黒色腫 ニボルマブ」などが挙げられている。

次回の会合は、1月29日。