

中央社会保険医療協議会(以下、中医協)は2月10日、厚生労働大臣に対して平成28年度診療報酬改定について18項目の附帯意見を

つけた答申書を提出した。今次改定の主な内容を答申書及び個別改定項目について(中医協総会資料)より見てみる。

### 入院医療

医療機能の分化の名の下に、急性期病床削減がすすめられようとしている。7対1入院基本料について「重症度、医療・看護必要度」の基準を一部変更すると共に基準を満たす患者割合を15%から25%へ引き上げ、在宅復帰率を75%から80%へ引き上げるなどの施設基準の見直しが行われる。平均在院日数こそ短縮されなかったが、短期滞在手術等基本料3の対象となる手術等が増え、また、7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する場合に限って、7対1と10対1を病棟群単位で届出可能とする(平成28年4月から2年間限定)など、7対1入院基本料を算定する病床を減らすための項目が並ぶ。

療養病床については、療養病棟入院基本料2の施設基準に医療区分2又は3の患者割合が5割以上という要件を追加し、医療区分2と3の項目の定義を厳格化する。

## 28年診療報酬改定の医科の主な内容

入院中の患者の他医療機関への受診については、入院料の減算規定を緩和するが、外来側での算定制限は改善されない。

### 入院外の医療

初・再診料、外来診療料などの基本診療料の点数変更はないが、紹介状なしで大病院を受診した場合に定額負担(初診時500円以上、再診時250円以上)の徴収を義務化した。

医学管理等では、地域包括診療料・同加算の要件緩和(常勤医3名 2名)や、認知症地域包括診療料(1515点/月)、小児かかりつけ診療料などいずれも包括点数の項目が新設されるが、施設基準を満たせる医療機関に限られる。ニコチン依存症管理料は若年者にも実施できるよう要件緩和され、35歳未満の者については1日の喫煙本数に関係なく算定できることとなるが、実績の低い医療機関は減算となる。

在宅医療では、往診料の夜間加算が夜間・休日加算となり、これまで算定できなかった休日の往診への加算が算定できるようになった。在宅時医学総合管理料(以下、在医総管)の仕組みが

変わり、月1回の訪問診療を行っている患者にも算定できるようになる一方、月2回以上訪問している場合は患者の疾患・重症度により点数が2区分になった。従来の特定施設入居時等医学総合管理料が施設入居時等医学総合管理料(以下、施設総管)に名称変更し、対象施設に有料老人ホーム、サ高住、認知症グループホームが追加された。また在医総管と施設総管から「同一建物居住者」の考え方がなくなり「単一建物診療患者数」として、同一日に診療した人数ではなく、その建物に居住する患者数(自院が訪問診療している患者数)に応じた点数算定を行う必要があるなど、制度がより複雑化している。

在宅自己注射指導管理料は、「1複雑な場合」以外の点数が、月27回以下(650点)と月28回以上(750点)の2区分に再編された。

投薬では、6種類以上の内服薬が処方されていた患者の処方内容を検討して2種類以上減薬した場合を評価する薬剤総合評価調整管理料(外来・在宅)や薬剤総合評価調整加算(入院)が新設された。また、処方料に加算が新設され外

来でも後発医薬品使用体制加算が算定できるようになった。処方せん料の一般名処方加算も2

区分になり、交付した処方せんに含まれるすべての医薬品(後発医薬品が存在するものに限る)が一般名の場合の加算「1」(3点)が新設されるが、後発医薬品の銘柄名を記載した上で変更不可とする場合は処方せんにその理由記載が必要となる。湿布薬の処方については枚数制限(一回の処方で70枚)が導入され、処方時の処方せん又はレセプトには、これまでの投薬全量に加えて1日分の用量又は何日分に相当するかの記載が必要となる。

リハビリでは、疾患別リハビリテーションの初期加算・早期加算や標準的算定日数の起算日の見直しが行われる。また、廃用症候群リハビリテーション料が独立した点数として新設されたが、算定日数上限は120日とされた。要介護被保険者等に対する維持期リハビリテーションは平成30年3月末までに延長されたが、介護保険のリハビリの実績がない医療機関の減算幅が大きくなった。さらに、要介護被保険者等についてはリハビリ開始早期から介護保険への移行に取組まないと疾患別リハビリテーション料が減算されるなど、介護保険への移行促進圧力が強まっている。

その他、小児、難病、がん、精神疾患などに対応した項目の新設や点数引き上げが行われた。生体検査や処置の乳幼児加算、幼児加算の引き上げ、難病外来指導管理料の対象拡大、外来がん患者在宅連携指導料の新設や外来化学療法加算の引き上げ、一般病棟等の認知症患者のケアに対する加算、薬物依存や自殺企図者への精神療法などの項目も新設された。

以上、医科の主な点。

基本診療料の初・再診料は現行のまま。施設基準の届出医療機関で算定の歯科外来診

療環境体制加算のみ変更となる。前回改定と同様に初診時を下げ再診時を上げる形で、初診時25点(-1点)、再診時5点(+1点)となる。

医学管理料では、最も頻度の高い歯科疾患管理料(歯管)で変更が出る。管理計画を作成・説明・提供した場合の110点(初回)が、「管理計画を作成・説明した場合」の100点と「文書提供した場合」の加算10点に再編。文書提供しなければ10点マイナスに。歯管の在宅版の歯科疾患在宅療養管理料(歯在管)の文章提供も同様の改正となる。歯管の新たな加算として、新施設基準の「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」で「エナメル質初期う蝕管理加算」260点が算定できる。歯科治療総合医療管理料(医管)では、既存を( )に名称変更し( )を新設、処置等の際バイタルサインのモニタリングで場合45点がつく。この施設基準は( )と同じ。

他の管理料では、周術期関係では「緩和ケア」実施の患者も対象となり、歯科衛生実地指導料では対象患者が「う蝕又は歯周疾患」から「歯科疾患」に変わっている。

在宅医療では、歯科訪問診療料3が

## 歯科28年改定の主な内容

143点から120点に引き下げになる。歯科訪問診療1と2の点数には変更はないが、1で20分以上要件の緩和事項に「20分以上の治療が困難である場合」が加わる。同居の同一世帯は一人目は「1」で二人は「2」で算定となる。施設基準の在宅かかりつけ歯科診療所加算は名称を「在宅歯科医療推進加算」に変更、要件の歯科訪問診療料の算定が8割から6割に緩和される。

歯科疾患在宅療養管理料(歯在管)は施設基準の在宅療養支援歯科診療所(歯援診)で50点加算だった口腔機能評価を含める形となり、歯援診の場合240点(+100点)、歯援診以外は180点(+50点)、文書提供で10点加算。そして他職種連携の「栄養サポートチーム連携加算」60点が新設、入院医療機関又は介護施設でチームに加わり、口腔機能評価に基づく管理を行えば算定できる。また摂食機能障害を有する患者に対する口腔機能管理の「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料」(月4回限度)10歯未満350点、10歯以上~20歯未満450点、20歯以上550点が新設となり、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の場合100点加算、歯援診の場合は50点加算

がつく。「在宅を専門に実施する在宅療養支援歯科診療所」の施設基準もできる。

訪問診療時の処置、手術、歯冠修復・欠損補綴の100分の50加算の評価見直しに伴って6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療の困難な者に対する加算も同様に100分の30、100分の50、100分の70の各加算に変更になる部分が出る。

検査では、混合歯列期歯周病検査が80点(+40点)、新設で歯冠補綴時色調採得検査10点、舌圧検査140点、先進医療からの導入で施設基準を伴う有床義歯咀嚼機能検査(480点、100点)がある。平行測定は削除となる。

処置は保存処置の多くの項で引き上げとなり、加圧根充のところでは施設基準による歯科用CT及びマイクロスコープによる治療に400点の加算が新設。歯周治療のところでは、歯周安定期治療の既存を( )とする変更を行い、新たに「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」が行う包括点数の( )10歯未満380点、10歯以上~20歯未満550点、20歯以上830点を設ける。歯科衛生士のかかわる周術期専門の口腔衛生処置92点(+12点)、機械的歯面清掃処置68点(+8点)なども引き上げになっている。

歯冠修復・欠損補綴では、まず保険で白い歯に関係して、ブリッジの支台と

なる第一小臼歯に限るがレジン前装冠の小臼歯への適用拡大、及び金属アレルギーを有する患者に限るがCAD/CAM冠の臼歯への適用拡大がある。補綴時診断料100点が新製の場合90点、新製以外が70点に引き上げになるが算定単位が口腔から装置に変わる。義歯関係は2010年改定と同様に熱可塑性樹脂有床義歯を下げ有床義歯を引き上げる形。有床義歯のみをみると2012年に続いての引き上げ。有床義歯内面適合法で下顎総義歯に限り軟質材料を用いる場合140点が新設。歯科技工士にかかわる部分では、施設基準の歯科技工加算、技工士のいる院所での義歯修理の2日以内修理での24点加算が当日修理の50点加算、翌日修理の30点加算に変わる。