

医業経営情報 REPORT

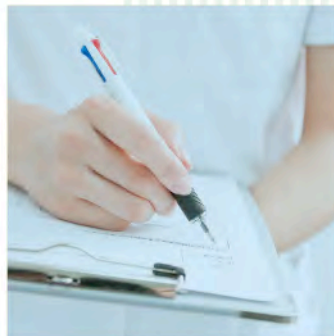
12 | 2015

制度改正

診療所に関わる改定予測と戦略

2016年診療報酬改定の 行方

- ① 次期診療報酬改定の全体的動向
- ② 外来・在宅医療に関する改定の予測
- ③ 「2025年モデル」を見据えた今後の診療所戦略



1 | 次期診療報酬改定の全体的動向

1 | 「骨太の方針」と次期改定に向けた考え方

(1) 社会保障関係費の増加抑制が要求されている

本年6月に公表された「経済財政運営と改革の基本方針2015（骨太の方針2015）」において、政府は、2016年度からの3年間で高齢化に伴う社会保障費の伸びを約1兆5000億円（年平均：約5000億円）に抑制する方向性を示しています。

一方、2016年度予算概算要求では、社会保障費について、高齢化に伴う自然増相当分として6700億円までの増加を認めるとする基準が明らかになっており、これを受けて厚生労働省は、当該金額である6700億円の増額を求めました。

したがって、予算編成に際しては、社会保障費の年増加分目安である5000億円との差額1700億円の圧縮が課題となるため、次期診療報酬改定によってこの金額を捻出する、つまりマイナス改定とする方向性が要求されています。

◆2016 年診療報酬改定に関する財務省の考え方

(1) 市場価格を反映した薬価改定

(2) ①診療報酬本体のマイナス改定、②「骨太の方針2015」に示された診療報酬に関する改革検討項目（後発医薬品の使用促進、調剤報酬の見直しなど）の実現 等

⇒医療費の伸びを抑制し、2016年度の社会保障費全体の伸びを高齢化による増加分の範囲内に収めていくことを目指すことを基本に

(参考) 財務省「財政制度等審議会資料」



【②に関する改革案の例】

- 7 : 1 入院基本料の一層の厳格化
- 療養病床の地域差是正に向けた医療区分2・3の要件厳格化
- 医療区分1の報酬引き下げ

前回2014年診療報酬改定では、実質マイナス1.26%（消費増税対応分除く）という6年ぶりの引き下げとなりましたが、診療報酬本体のマイナス改定も求められており、次期改定においても全体の引き下げは避けられないとみられます。

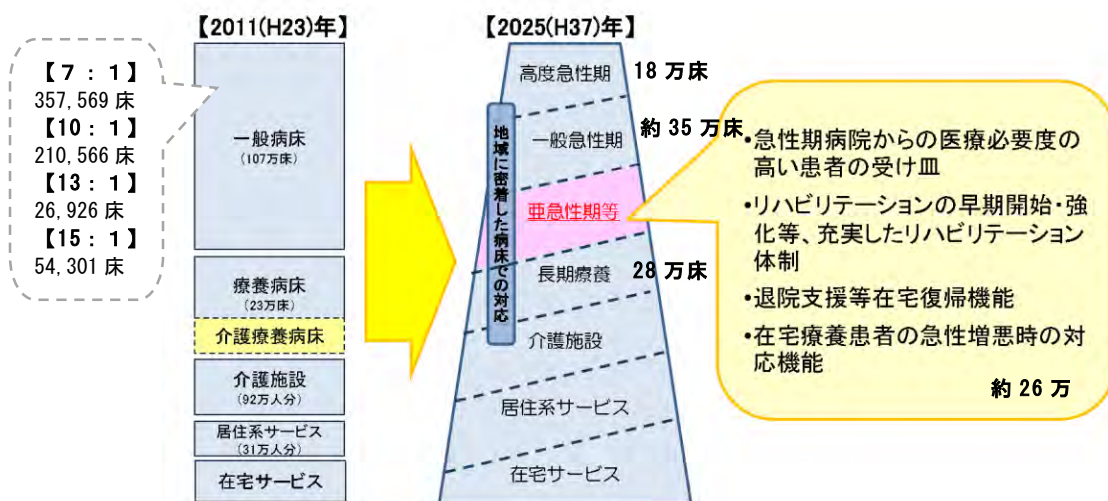
(2)次期診療報酬改定で目指す方向性とは

全体改定率の引き下げが濃厚ではあるものの、2016年診療報酬改定は、過去2回の改定で新たに導入した評価の考え方や項目が多かったことから、その検証を行う必要もあるため、前回および前々回に比べると小幅な見直しにとどまると予想されています。

また、「2025年モデル」の実現に向けて、医療機能の分化を推進して主に急性期病床の削減を図りたい厚生労働省の示す方向性からは、次期改定におけるインセンティブによって、病院や病床の機能再編を促したいという意図がうかがわれます。

地域医療構想との整合性を図るうえでは、各地域ニーズに合致した「地域完結型の医療」を実現する病棟編成が、今後の医業経営安定の最大のカギとなるといえます。

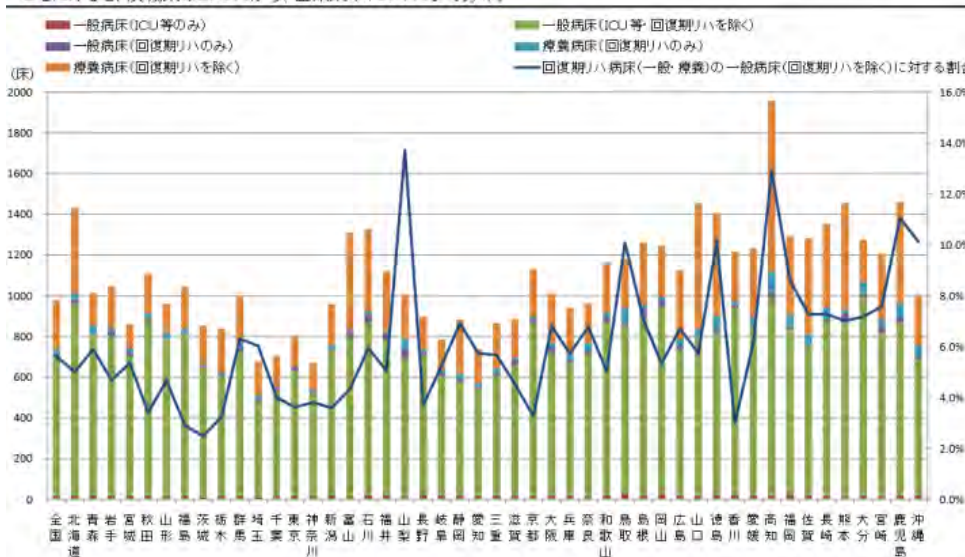
◆2025年に向けた医療機能分化のイメージと都道府県別の各病床状況



(出典) 中医協資料 (総-2 H23.10.5) ・ (個別事項 H25.12.4) を一部加工

人口10万当たりの一般病床と療養病床の状況(都道府県別)

○ 人口10万人当たりの回復期リハ病床(一般・療養)の一般病床(回復期リハ病床を除く)に対する割合は5.6%で、都道府県ごとにもみると、茨城県の2.5%から、山梨県の13.7%まで分布。



平成20年医療施設調査を基に作成

2 | 次期改定の基本的視点と具体的方向性

次期診療報酬改定の方向性は、次のように基本的に前回改定を踏襲しています。大きなポイントは、2015年度から各地域で策定がスタートした地域医療構想（ビジョン）との整合性で、改定を通じて病院・病床機能再編を促す仕組みです。

◆2016年度診療報酬改定の基本的視点と方向性の例

～平成27年9月11日「第88回社会保障審議会医療保険部会」資料

①医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムを推進する視点

- 病床機能の分化・強化、連携に合わせた入院医療の評価
- 地域包括ケアシステム推進のための多職種連携による取り組みの強化
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 医療保険制度改革も踏まえた外来医療の機能分化
- チーム医療推進、勤務環境の改善、業務効率化の取り組みなどを通じた医療従事者の負担軽減

②患者にとって安心・安全で納得できる効率的に質が高い医療を実現する視点

- かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- 情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータ収集の推進
- 質の高いリハビリテーションの評価など、疾病からの早期回復の推進

③重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療評価
- 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価
- 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価
- 救急医療、小児医療、周産期医療の充実
- 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬学管理や在宅医療などへの貢献度による評価・適正化
- 医学品、医療機器、検査などにおけるイノベーションの適切な評価

④効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

- 後発医薬品の使用推進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組み
- 退院支援などの取り組みによる早期退院の推進
- 残薬や多剤・重複投薬を減らすための取り組みの推進など、医薬品の適正使用を推進するための方策
- いわゆる門前薬局の評価の見直し
- 重症化予防の取り組みの推進
- 医薬品、医療機器、検査などについて、市場実勢価格を踏まえた適正な評価

このような基本的視点から、特に病床再編を促すために入院医療については次のような論点が集中的に議論されています。

診療所にとっても、連携先の病院との機能分化の観点で大きく関わる点でもあり、次期改定の全体像を把握しておく必要があります。

◆入院医療の論点～中医協総会資料より

①急性期医療

- 緊急性の高い患者や、高度な医療を要する患者の受け入れを評価するとともに、入院医療の提供に関する連携や在宅復帰の推進を図る方策
- 急性期病床の機能分化及び医療機関間の連携の推進を図るため、急性期入院医療の体制や急性期の病床で診るべき患者に関する評価等
- 急性期医療の必要な患者像の適切な評価を図り、早期退院や在宅復帰に向けた支援を充実

②地域包括ケア病棟・病床、回復期入院医療

- 地域包括ケア病棟の患者は特定の状態に集中する傾向がみられるが病態がより複雑な患者や在宅復帰が困難な患者の診療に関する評価
- 在宅復帰を支援するための院内の体制や他の施設との連携の推進等回復期リハビリテーション病棟の実情を踏まえつつ、その機能がいっそう適切に発揮されるための評価

③慢性期入院医療

- 密度の高い医療を要する患者を病床の機能に応じて適切に受け入れるための状態像に応じた評価
- 長期療養を担う病床において、可能な限り在宅復帰を促すための評価のあり方

④チーム医療

- チーム医療の推進は引き続き検討

⑤短期滞在手術等基本料

- 現行ルールの見直しと3手術を導入

2 | 外来・在宅医療に関する改定の予測

1 | 外来と診療所に係る評価

(1) 外来医療の機能分化促進は継続

外来医療に関する前回改定においては、主治医機能の評価（地域包括診療料および同加算）が新設され、大病院の外来縮小を図るための紹介率・逆紹介率の基準が厳格化されるなどの改定が行われましたが、次期改定でも引き続き外来医療の機能分化と主治医機能強化を促す評価の見直しが実施されます。

◆ 外来医療における改定議論の要点

(1) 外来医療

- 外来の機能分化・連携を推進する方策、重複投薬・残薬を減らす方策、主治医機能の強化

(2) 紹介状なしの大病院受診時に係る選定療養

- 一定規模以上の医療機関に定額の徴収を責務とする
- 地域医療支援病院の中でも大規模（例：500床以上）病院については定額負担を求める

（出典）厚生労働省～中医協総会 資料

【検討事項】

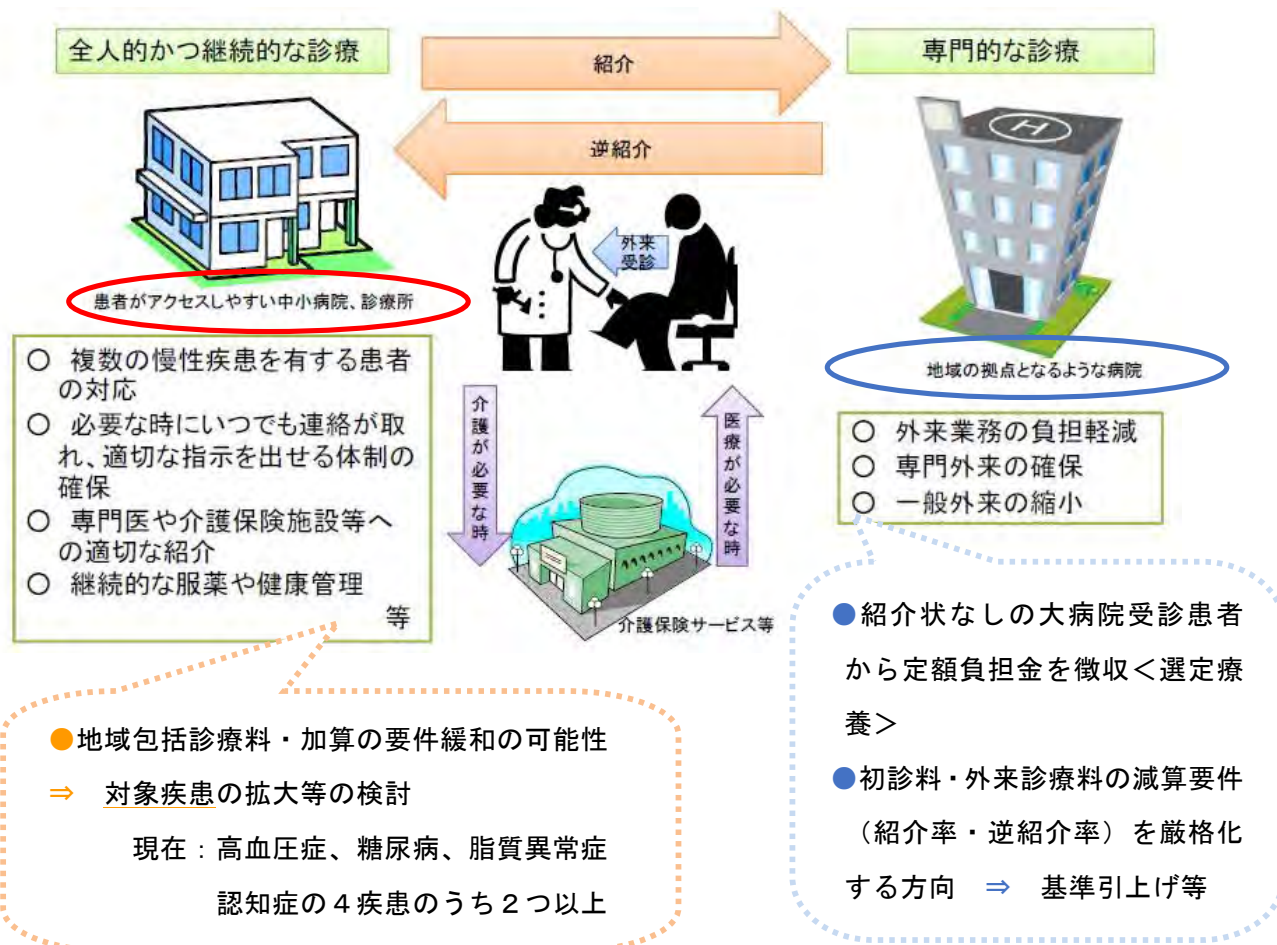
- 定額負担を求めない患者やケースをどうするか
- 定額負担を全国一律の最低金額として設定することについて、金額（初・再診）を含めてどうするか
- 定額負担制度を導入した場合の初診料、外来診療料の評価 等

次期改定の大きな注目点として、外来機能分化を図るうえで、これまで以上に大病院の外来機能縮小を推進するため、紹介状なしに特定機能病院等の大病院を受診した場合には、選定療養として初再診時に患者から一定金額を徴収する「患者定額負担制度」の導入が決定しています。

これは、「医療保険制度改革関連法」に盛り込まれたことを受けたもので、連携する診療所にとっては外来患者増加の大きなチャンスといえるでしょう。

尚、厚生労働省が定める最低金額については、現行制度における特別料金の徴収状況を踏まえて、①初診時：5000円、②再診時1000円程度となる見込みであり、救急受診患者等については対象外となる方向です。

◆外来医療の機能分化・連携推進のイメージ



(2)主治医機能の強化施策～要件緩和の予測

前回改定で導入された地域包括診療料・加算については、全国的に算定届出が厚生労働省の期待ほどに伸びておらず、要件の緩和が見込まれています。具体的な内容は検討が進められているところですが、上記図のように、算定対象となる疾患の拡大等が想定されています。

しかし、かかりつけ医としての定義からは、ひとりの患者について複数の医療機関が算定することは回避しなければならず、新たな要件が追加される可能性もあります。

◆地域包括診療料の要件に係るハードル～診療所の場合

【在宅医療提供および24時間対応】

下記すべてを満たすことが必要

- ① 時間外対応加算1の届出
- ② 常勤医師3人以上在籍
- ③ 在宅療養支援診療所

【慢性疾患指導研修】



【厚生労働省の考え方】

3人以上の常勤医師の在籍要件を満たすことが困難という指摘、見直し要望あり

⇒ 「かかりつけ医」が包括的に診療する体制を評価するため、複数の医療機関連携では趣旨になじまない ∴ 常勤医師要件緩和は×

①算定対象疾患の拡大

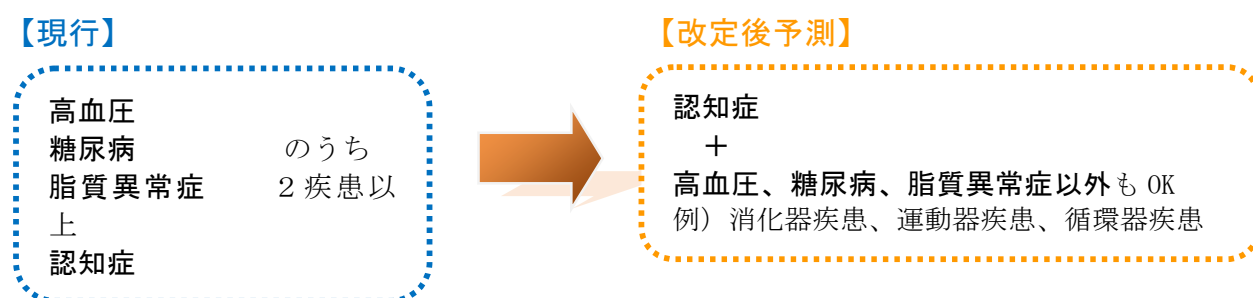
中医協・診療報酬改定結果検証部会の調査によると、地域包括診療料の算定対象となる4疾患中2疾患以上を有する患者のうち、実際に本診療料を算定されていた患者は9%にとどまり、1割に満たないという結果が報告されました。

また、対象疾患の組み合わせとしては、①「高血圧+脂質異常症」の2疾患、次に②「高血圧+脂質異常症+糖尿病」の3疾患の順に多くなっています。

一方で、認知症の推計外来患者数は増加傾向にあり、厚生労働省からは、認知症対策としてかかりつけ医にも認知症に対する対応力を高める方向性が示されています（認知症施策推進総合戦略：新オレンジプラン）。

こうした背景もあり、認知症患者の場合、高血圧、糖尿病、脂質異常症以外の合併疾患を有するケースでも地域包括診療料・同加算の算定対象として評価する方向で検討が進められることとなりました。

◆主治医機能評価の対象疾患拡大へ～認知症患者のケース

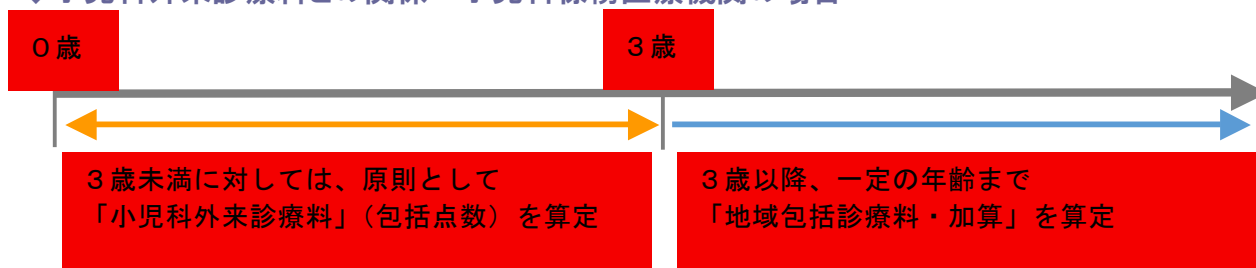


②小児に対する主治医機能も評価を検討

厚生労働省が実施する「患者調査」によると、高齢者と乳幼児で高い外来受療率を示しているという結果が出ました。

小児患者の場合は、重複受診（同一傷病名で複数医療機関を受診）が多く、また小児科を標榜する医療機関では、他診療科に比べて時間外・休日・深夜の対応が多い傾向にあるため、主治医機能の対象範囲を拡大して、慢性疾患を有する小児患者や、急性疾患の時間外対応などを行うケースについても評価する旨が提案されています。

◆小児科外来診療料との関係～小児科標榜医療機関の場合



2 | 在宅医療関連評価方法の見直し

在宅医療や訪問看護分野は、近年の改定で評価拡充の方向が維持されています。ただし、報酬体系の考え方や、効率性に着目した要件の見直しが行われます。

(1) 在宅医療の現状と見直しの方向性

在宅医療については、患者の状態による医学的管理の難易度、診察時間の長短など要素から、疾患や状態に応じた報酬体系が導入される予定です。例えば、①医療行為別の平均診療時間（人工呼吸器管理、がん末期の疼痛管理、創傷処置等）や、②訪問看護対象患者の医療区分ごとの分布、などが中医協総会資料で示されており、これらをベースに疾患や状態が分類されるとみられます。

◆在宅医療をめぐる評価の課題に対応した見直し案

- 患者の重症度に応じた評価の導入～管理料の報酬体系見直し
 - ・ 医療区分、要介護度、行う処置などの患者の重症度に応じた評価の導入検討
- 同一建物減算の緩和措置見直し(廃止)
 - ・ 効率の低い診療の是正、1日当たりの診療患者数に応じた点数設定など
- 月1回訪問診療でも算定可能に
 - ・ 在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料の要件見直し（点数引き下げ？）
- 在宅医療専門診療所の開設容認
 - ・ 外来応需体制はなくとも、一定の開設要件で認める ⇒ 報酬体系、施設要件は厳格？

(2) 「機能強化型」訪問看護ステーションに関する評価

訪問看護分野では、重症度・医療必要度が高い小児の利用者が増えている一方、対応するステーション数が少ないことから、小児訪問看護の評価をより手厚く評価するとしています。また、前回改定で導入された「機能強化型」訪問看護ステーションについては、届出に地域差がみられており、これはターミナルケア療養費を算定したケースのみを看取り実績としている現状もあることから、看取り件数の要件を見直す方向で検討が進められています。

◆小児への訪問看護提供を評価へ

小児訪問看護に関する ①受け入れ体制 ②教育機能 を備えたステーションの評価
⇒ 「小児機能強化型訪問看護管理療養費または加算」の新設を検討中

3 | 「2025年モデル」を見据えた今後の診療所戦略

1 | 診療所にも関連するその他個別項目の改定の方向性

(1) その他の個別事項

医療機関の機能や規模を問わず、その他の個別項目に関しては次のような改定方針が示されています。

◆中医協が示す個別事項(その1～その3、その4)の改定方針

【その1】がん対策等について<抜粋> (2015年10月21日中医協総会)

- ・がん診療提供体制
- ・医師の緩和ケア技術等の向上
- ・外来がん患者の在宅医療への移行
- ・ニコチン依存症患者の治療 ⇒ 若年層患者対象に算定要件を緩和 等

【その3】<抜粋> (2015年11月4日中医協総会)

- ・特定集中治療室管理料等 ⇒ 治療室内に薬剤師配置を評価
- ・歯科医師との連携による栄養管理 ⇒ 院外の歯科医師による栄養サポートの評価

【その4】<抜粋> (2015年11月6日中医協総会)

- ・高齢者への多剤処方 ⇒ 薬局との連携により処方薬剤減少への取り組み評価
- ・残薬の取扱い ⇒ 処方箋様式に残薬調整の可否に係る医師の指示欄を設ける
- ・後発医薬品のさらなる促進 ⇒ 院内処方の場合にも使用促進への取り組みを評価

(2) 精神医療をめぐる改定の方向性

精神医療については、個別項目【その2】の中で改定方針が示されています。

前回改定を踏襲し、長期入院患者数や病床数の適正化に向けた地域移行の促進と併せて、「かかりつけ医」として主治医機能の発揮を通じて、近年の課題となっている薬物依存患者や、抗精神病薬の多剤処方解消への取り組みを促す改定が予定されています。

◆中医協が示す個別事項(その2:精神医療)の改定方針

【その2】精神医療<抜粋> (2015年10月23日中医協資料)

- ・地域移行の促進
- ・精神科重症患者早期集中支援管理料の普及を図る見直し
- ・身体合併症を有する精神障害者の総合病院への受け入れに対する評価
- ・精神科リエゾンチームおよび自殺企図患者への継続支援
- ・薬物依存症への集団的認知行動療法プログラムを評価
- ・抗精神病薬の多剤処方時の精神療法の評価見直し

2 | 診療所がとるべき経営戦略

診療報酬改定では、国や厚生労働省が重視する分野に手厚い評価をしており、また政策誘導として評価の見直しや要件の緩和・厳格化が行われていることは否めません。

しかし、改定が重ねられ、政策の軌道修正や変更によって点数が変動するからといって、何も手当をしないままでは今後も安定した診療所経営を確保することは難しくなります。

2025年に向かっては、自院の機能を正確に見極め、とるべき戦略を策定し、実践していくことが求められています。

(1) 診療所の戦略策定ポイント

「かかりつけ医」のさらなる普及を図る施策が今後も継続すると見込まれ、患者の状態や価値観も踏まえて、適切な医療を円滑に受けられるサポート機能を発揮することが求められます。

- ①地域のニーズに合致した診療日時（夜間、早朝、日祝日）
- ②信頼できる病院との連携、介護施設・介護事業所との連携を強化
- ③ホームページ等の広報ツールの充実
- ④マイカルテ等による情報開示
- ⑤職員の接遇マナー改善・充実
- ⑥アンケート調査による患者ニーズの把握
- ⑦主治医機能強化と在宅医療への取り組み
- ⑧専門クリニック ⇒ 自院の強みとして専門性をより鮮明に打ち出す
 - ・在宅専門
 - ・ファミリードクター
 - ・糖尿病外来
 - ・認知症外来
 - ・睡眠時無呼吸
 - ・女性外来
 - ・セカンドオピニオン外来 等

診療所の立地により、診療日時を工夫して設定しているケースは珍しくありません。住宅地やオフィス街など、昼間・夜間人口の分布によって、弾力的な診療時間を検討することも今後の検討課題となります。

また、患者アンケート調査によるニーズ把握は、定期的実施していく必要があります。単に満足・不満足項目を把握するだけでなく、改善の効果測定や職員のモチベーションアップにも活用することができます。

専門性のアピールも重要です。大病院への紹介につなげるためにも、「かかりつけ医」としての機能を果たしながら、新規患者の来院を促す働きかけとして広報ツールを活用するなど、積極的な地域への情報発信を継続することが求められます。

(2)患者定額負担制導入で外来患者獲得を強化

外来の機能分化を図るため、紹介状を持たずに大病院（特定機能病院・500床以上の地域医療支援病院）を外来受診した患者に対し、一定金額の支払いを求める定額負担（患者定額負担制度）によって、大病院の外来受診抑制はさらに進むと予想されます。

そのため、外来医療を担う役割を果たす診療所としては、これら病院との連携を強化し、「自院を受診して紹介状が発行されると定額負担金は支払う必要がない」こと、さらには「診療所から紹介状を発行してもらった場合よりも自己負担額（*）が高い」等について、積極的に地域に発信するなど、紹介患者の割合を増やしていくことが必要です。

（*）自己負担額は最低額を5000円程度として設定される見込み

ただし、定額負担を求めない患者・ケースが次のように示されており、これらに該当する患者は定額負担の対象外となることは確認しておきましょう。

◆定額負担を求めない患者・ケースの例～厚生労働省が示すもの

- ・ 自施設の他の診療科を受診中の患者
- ・ 医科、歯科の間で院内紹介した患者
- ・ 健康診断の結果により受診指示があった患者
- ・ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ・ 外来受診後そのまま入院となった患者
- ・ 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
- ・ 治験協力者
- ・ 災害により被害を受けた患者
- ・ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ・ その他医療機関の判断により、受診する必要を認めた患者

専門性のアピールとともに重要になるのは、「かかりつけ医」としての関わり方を日常から強めておくことです。

現在は主治医機能の評価に直接関わる疾患がなくても、急性疾患での受診時など地域住民と接する機会は少なくないので、大病院の受診を迷って相談を受けるケースも想定し、「かかりつけの診療所」としての関係づくりを日ごろから留意しておくことが必要です。

専門性が高い診療科目の場合、標榜する診療所が地域にない可能性があるが、自院が専門性を強みとしているのであれば、積極的に専門性をアピールすることが重要

⇒大病院の例外ケースを適用させない

(3)在宅医療へ取り組みの新たな選択肢

外来応需を行わない在宅医療専門診療所の開設は、フリーアクセスを原則とする健康保険法との兼ね合いで、その位置づけが「現在の在宅医療提供を補完する」ものとして、条件付きで認められることになるようです。しかし、在宅医療への取り組みのうえで、新たな選択肢として挙げられることは間違いありません。

こうした現状を踏まえ、在宅医療専門診療所については、施設基準や報酬体系の検討が進められていますが、その要件として「提供地域」「対象患者」「被保険者への周知」「医療機関の管理体制」「随時の相談体制（例：連絡を担う事務職員の常駐等）」「緊急時の対応体制（24時間365日・入院手配が可能な連携体制等）」などが定められる方向となっています。

厚生労働省による調査（NDB データ等）からは、現在、在宅医療にほぼ専念しているといえる「訪問診療を中心に診療を行っている診療所」の状況が明らかとなり、対象とする患者について次のような特性が把握できました。

◆訪問診療中心の診療所の特性～(出典)中医協・診療報酬改定検証部会資料

- 訪問診療は診療所全体の28%程度で実施されているに過ぎない
 - 実施状況は診療科・地域によって大きなばらつきがある
- (NDB データ：平成27年5月診療分による)



【対象とする患者】

- ① 居宅の患者を対象の中心として診療している
- ② 高齢者住宅などの同一建物に居住する患者を中心に診療している

外来診療を行う「かかりつけ医」が訪問診療を行うケースよりも、訪問診療を中心にするると、人的・物的双方から効率的な診療所運営が行えると推測できますが、仮に在宅療養支援診療所が在宅医療専門診療所となる場合には、診療報酬上で点数区分が設定されると考えられる「同一建物居住者」「要介護度」「看取り件数」の各割合は、大きな分岐点となります。

自院が在宅医療支援に特化することを検討する際には、対象患者の選定は重要な要素となります。地域の在宅医療提供体制に関して十分な情報を得たうえで、選択をすることが求められます。

*本レポートは、2015年11月18日（水）、(株)吉岡経営センター主催
診療報酬改定セミナー「2016年診療報酬改定 その行方と病医院経営戦略」
（講師：(株)MMオフィス 代表取締役 工藤 高氏）の講演要旨および配布レジュメを
ベースとし、一部を再構成して作成したものです。
掲載の図表については、出典を明記したものを除き、全て本セミナーレジュメに使用、ま
たは一部加工しています。