

医業経営情報

REPORT

Available Information Report for Corporate Management

2018

3

制度改正

機能分化と新たなニーズへの対応 2018年診療報酬改定の概要

- ① 次期診療報酬改定の基本的方向性
- ② 外来・在宅医療に関する改定のポイント
- ③ 入院医療・リハビリテーションに関する改定要点
- ④ 精神医療その他診療所に関わる改定の概要

1 | 次期診療報酬改定の基本的方向性

1 | 示された2018年診療報酬改定の方向性

(1) 2018年度診療報酬は、前回に続き全体マイナス改定へ

次期診療報酬改定の改定率は、診療報酬本体部分が0.55%引き上げられた一方で、薬価における大幅な引き下げや費用対効果の視点から効率化された項目等の引き下げの影響により、全体改定率は1.19%のマイナス改定となりました。

前回改定と同様に、本体はアップしたものの全体改定率は引き下げとなる形で、次回以降もこの傾向が継続すると予想されます。

また、2018年度改定は、6年に1度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年に向けた道筋を示す実質的に最後の同時改定となるため、医療・介護双方の制度にとって重要な節目だといえます。

◆2018年度診療報酬 改定率

【全体改定率】 ▼1.19%

1. 診療報酬本体 +0.55%

医科：+0.63%

歯科：+0.69%

調剤：+0.19%

2. 薬価等

①薬 価 ▼1.65%

②材料価格 ▼0.09%

【考慮された要素と背景】

「経済財政運営と改革の基本方針2017」

「未来投資戦略2017」

+

制度の安定性・持続可能性の確保

国民皆保険の堅持医療資源の効率的な配分

医療分野におけるイノベーションの評価 等

*全体改定率は、改定とは別枠で実施される、いわゆる大型門前薬局等に対する評価の適正化、通常の薬価改定（▼1.36%）、新薬創出・適応外薬解消等促進加算の見直し、長期収載品の薬価引き下げ、費用対効果評価の試行的導入などの薬価制度抜本改革（▼0.29%）による引き下げを含む

●同時改定を受けて、次期介護報酬改定内容の理解と自院方針検討も必要

- 【例】
- ・介護医療院の新設
 - ・療養病棟入院基本料の一本化（医療区分該当患者割合に応じた2段階評価へ）
同基本料2の廃止へ向けた経過措置期間（2年）の明示
- ⇒ 療養20：1看護配置が確保できない場合、介護医療院への転換も選択肢に

(2)次期改定にあたっての基本認識

次期診療報酬改定に向けた議論の経緯を踏まえ、改定にあたっては次の3点が基本認識として示されました。

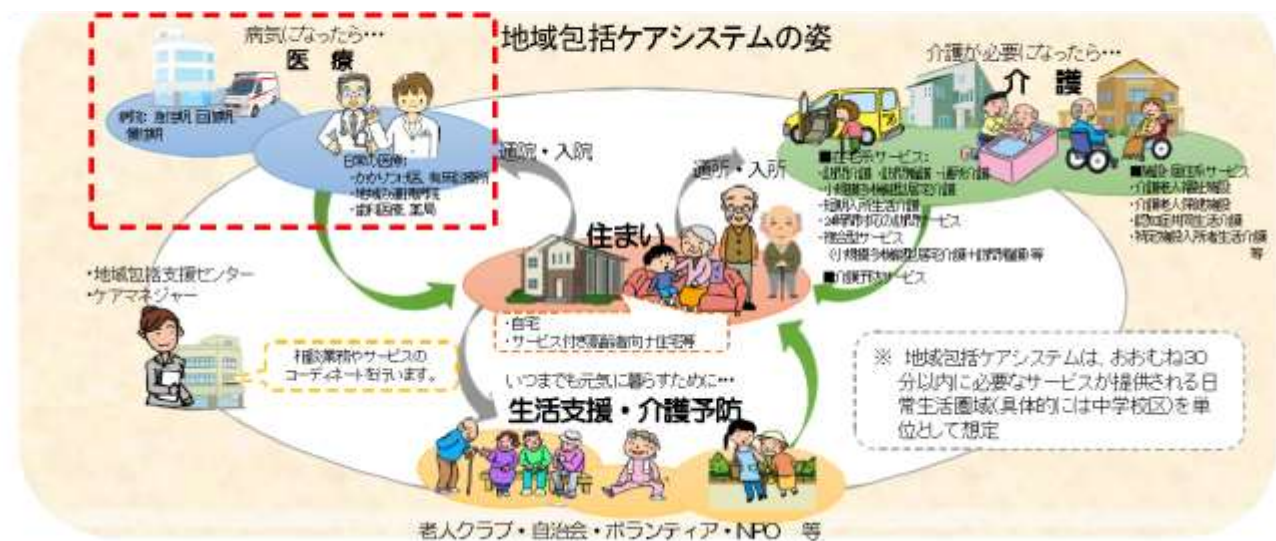
- ①人生100年時代を見据えた社会の実現 ⇒ 2025年に必要な医療機能・体制の整備
- ②どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現
 - ⇒ 状態に応じ適切な場所での適切な医療・介護提供（地域包括ケアシステムの構築）
- ③制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進
 - ⇒ 国民皆保険制度の堅持、医療・介護従事者における「働き方改革」の推進

(3)地域包括ケアシステムと効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築

上記の基本認識の下、次期改定では医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進めることを重視し、地域包括ケアシステムの構築と併せて、今後の医療ニーズや技術革新を踏まえ、国民一人ひとりの状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにすることが重要と示しています。

また、今後の医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少、医療技術の進歩等の状況から、制度を支える医療現場の人材確保や働き方改革の推進が重要であり、さらに日本の医療制度が直面する様々な課題に対応するために、診療報酬のほか医療法・医療保険各法等の制度的枠組みや補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築を目指としています。

◆地域包括ケアシステムと地域における医療・介護ネットワーク



(出典) 平成25年3月 厚生労働省「地域包括ケア研究会報告書」

これら基本認識と方針を踏まえ、厚生労働省は、次期診療報酬改定の基本的視点を次のように提示しています。

2 | 次期改定の基本的視点と具体的方向性

次期診療報酬改定では、次のような基本的視点と具体的方向性を明示しています。

◆2018年度診療報酬改定の基本的視点

①地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

- 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局機能の評価
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 国民の希望に応じた看取りの推進
- リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進

②新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- 認知症の者に対する適切な医療の評価
- 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
- 難病患者に対する適切な医療の評価
- 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
- 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
- 薬剤師・薬局による対人業務の評価
- 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションやICT等の将来の医療を担う新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
- データの収集・利活用及びアウトカムに着目した評価の推進
- 明細書無料発行の推進

③医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

- チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
- 業務の効率化・合理化
- ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入
- 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化
- 外来医療の機能分化

④効率化・適正化を通じて制度の安定性・持続可能性の強化

- 薬価制度の抜本改革の推進
- 後発医薬品の使用促進
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(再掲)
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進(再掲)
- 費用対効果の評価
- 医薬品の適正使用の推進
- 備蓄の効率性や損益状況等に応じた薬局の評価の推進
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

2 | 外来・在宅医療に関する改定のポイント

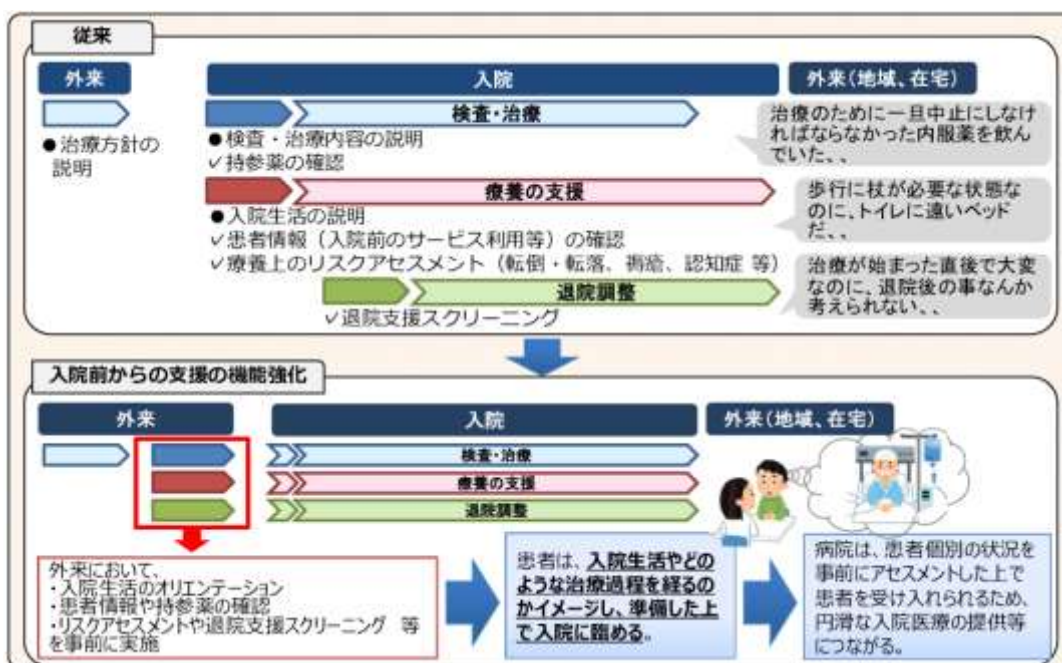
1 | 外来機能強化を促す改定

(1) 外来が担う入院前からの支援機能に係る評価

これまで入院時に行われることが多かった患者状況のアセスメント業務を外来で行うことにより、円滑な医療提供につながることを目指して、退院支援加算を入退院支援加算に改称する等の改定が行われます。

外来医療においては、これら支援機能を強化することが求められています。

◆入院前からの支援の機能強化(イメージ)



(2) 退院時共同指導に係る評価の拡大

入院前支援強化と併せて、特に診療所が担う在宅療養支援において算定される退院時共同指導料については、職種要件の算定要件が緩和されました。

◆退院時共同指導料の改定

- 退院時共同指導料 1 在支診：1,500点 / 在支診以外：900点

【共同指導の職種要件】

保険医、看護師、准看護師 ⇒ 医師および看護職員以外の医療従事者も追加

<具体例> 薬剤師、管理栄養士、理学療法士、社会福祉士が入院医療機関を訪問し、共同指導を行った場合にも算定可能に

また、前回導入された紹介状なしに特定機能病院等の大病院を受診した場合の「患者定額負担制度」については、適用する病院の範囲を拡大しており、診療所の外来受診推進が継続されています。

◆紹介状なしの大病院受診時の定額負担の見直し等

- 特定機能病院及び 400 床以上 の地域医療支援病院については、現行の選定療養に加え、初再診時に定額を徴収 ⇒ 500 床以上から 400 床以上に拡大
- 病床数 500 床以上 を要件としている診療報酬 ⇒ 原則として 400 床以上 に見直す

2 | 在宅医療に関わる主要な改定

(1) 訪問診療をめぐる改定

在宅医療を支える医療機関に対する評価では、複数で訪問診療を行う場合や在宅療養支援診療所以外の診療所が訪問診療を提供する場合など、現行の評価体系に関わらず、在宅医療に取り組んでいる医療機関に対する評価が新設されるなどの見直しが行われます。

◆訪問診療をめぐる評価の見直し

●在宅患者訪問診療料Ⅰ

2 他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合【新設】

- 同一建物居住者以外 830 点
- 同一建物居住者 178 点

【算定要件】

在総管、施設総管又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合に、一連の治療につき 6 か月以内に限り（神経難病等の患者を除く）月 1 回を限度として算定する

●継続診療加算 216 点（1 月につき）【新設】

*在宅療養支援診療所以外の診療所により訪問診療が提供された場合

【算定要件】

- (1) 算定対象：当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者
- (2) 算定患者ごとに、当該医療機関単独又は連携する医療機関との協力のもと、24 時間の往診体制及び 24 時間の連絡体制を構築
- (3) 訪問看護が必要な患者については、当該保険医療機関、連携する医療機関又は連携する訪問看護ステーションによる訪問看護を提供

●在宅患者訪問診療料Ⅱ

併設する介護施設等の入居者の場合 144 点（1 日につき）【新設】

【算定要件】

在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、祖の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に、当該患者 1 人につき週 3 回までを限度として算定

また、在宅等患者を対象とする評価として、在宅時医学総合管理料および施設入居時総合管理料に係る加算が新設されます。

◆在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料に係る加算

●包括的支援加算 150点（月1回）【新設】

【対象患者】：以下のいずれかに該当する患者

- (1) 要介護2以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に処置（簡単な処置を除く）を行っている者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師がたんの吸引、胃ろう・腸ろうの管理等の処置を行っている患者
- (6) その他、関係機関との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

(2)往診料算定要件の改定

地域医療を担う診療所が行うケースが多い往診については、訪問診療と明確に区分したうえで、実態に応じた算定が可能となるような見直しとなりました。例えば、在宅療養支援診療所以外の診療所で、定期的に訪問診療を行っていない患者については、患家の求めに応じて医師が必要性を認め、往診を行った場合が対象となります。

また、連携先との協働を含めて訪問診療を行っている終末期患者について、緊急往診加算における緊急な場合に該当するものとして追加されています。

①往診料

患者又は家族等患者の看護・介護にあたる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定できる

⇒ 定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない

②往診料 緊急往診加算

加算の対象となる「緊急な場合」の定義

⇒ 急性心筋梗塞、脳血管障害若しくは急性腹症等が予想される患者又は医学的に終末期であると考えられる患者（当該保険医療機関または連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者のみ）

3 | 入院・リハビリテーションに関する改定要点

1 | 医療機能の分化・強化をめぐる入院医療改定の要点

(1) 入院基本料改定の視点～評価体系の見直し

前回の診療報酬改定後、病院が選択する入院基本料に次のような変化がみられました。

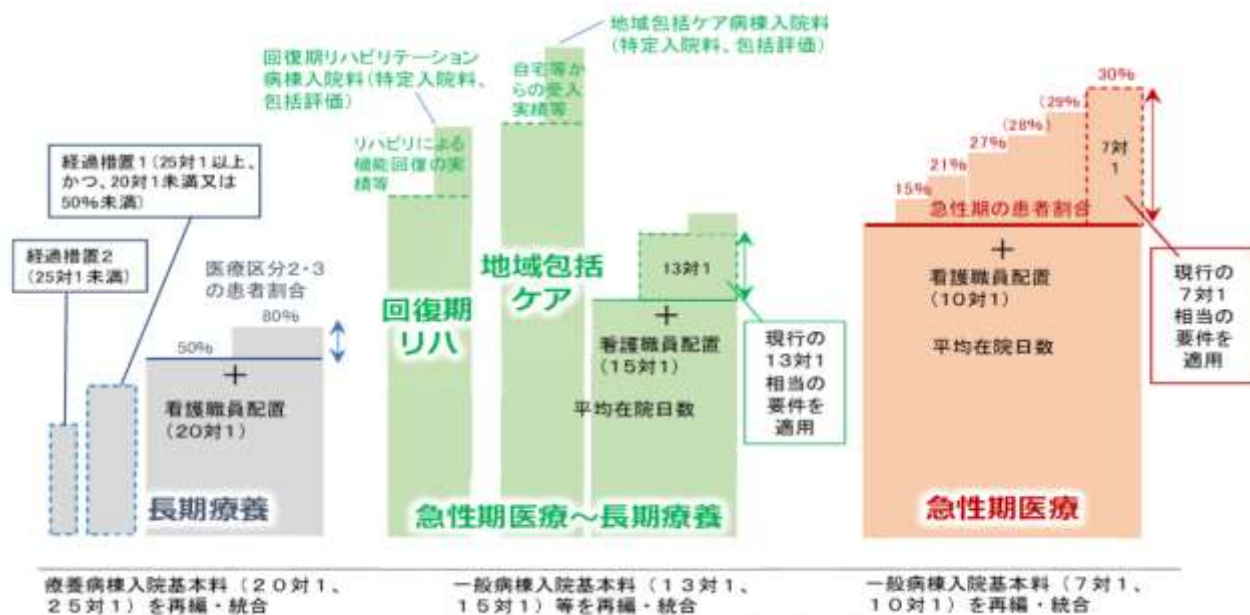
- 7：1入院基本料算定病床の減少
- 地域包括入院基本料（入院診療料）算定病床の激増
- 回復期リハビリテーション病棟入院料算定の増加

届出病床数は、現在でも7：1一般病棟入院基本料が最も多い状況ですが、平均在院日数や重症度、医療・看護必要度、効率性指数、複雑性指数の評価軸をみると、10：1一般病棟の中にも7：1一般病棟相当の基準を満たす病棟が多数存在しています。

入院基本料は、入院診療に係る基本的な療養に係る費用（環境、看護師等の確保、医学管理の確保等）を評価するものですが、現行の一般病棟入院基本料は、主に看護配置等の要件で段階的に設定されています。そのため、現行の評価との整合性も考慮する視点で議論が行われた結果、大規模な改定が行われることとなりました。

また、各病棟入院料における在宅復帰率について、自宅等への退院支援機能を評価する観点や病棟ごとの機能を踏まえて見直されます。

◆ 新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)



現行の一般病棟入院基本料は、急性期一般入院基本料と地域一般入院基本料の2つに再編され、現行の7：1および10：1基本料が急性期一般入院料に改められます。

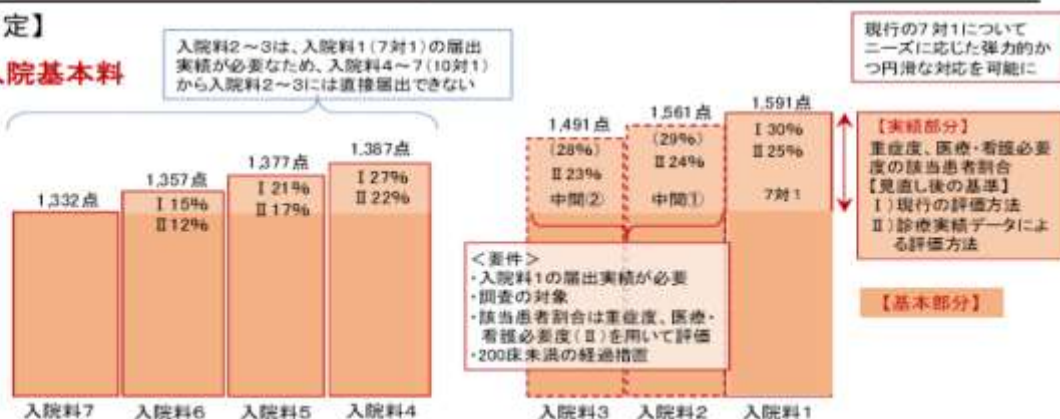
①急性期一般入院基本料の新設

【現行】



【平成30年度改定】

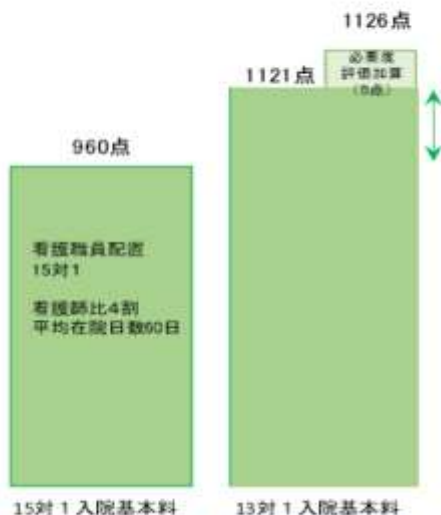
急性期一般入院基本料



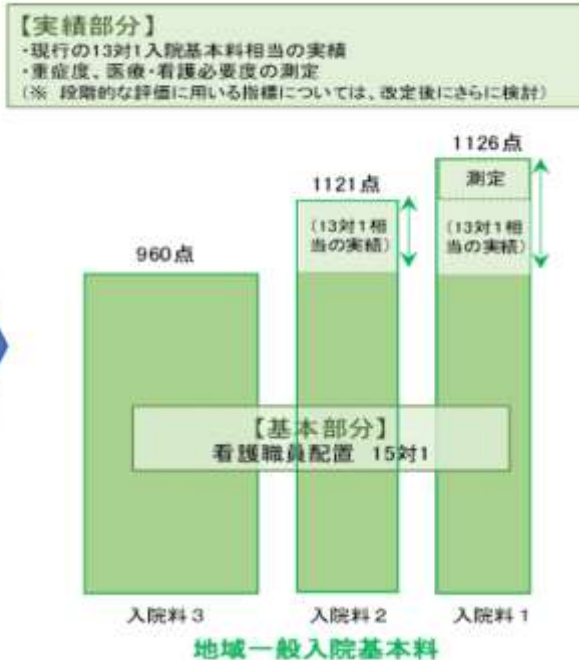
また、現行の13：1および15：1基本料は地域一般入院基本料となり、基本的に13：1に相当する実績が求められる評価体系に改められます。

②地域一般入院基本料の新設

【現行】

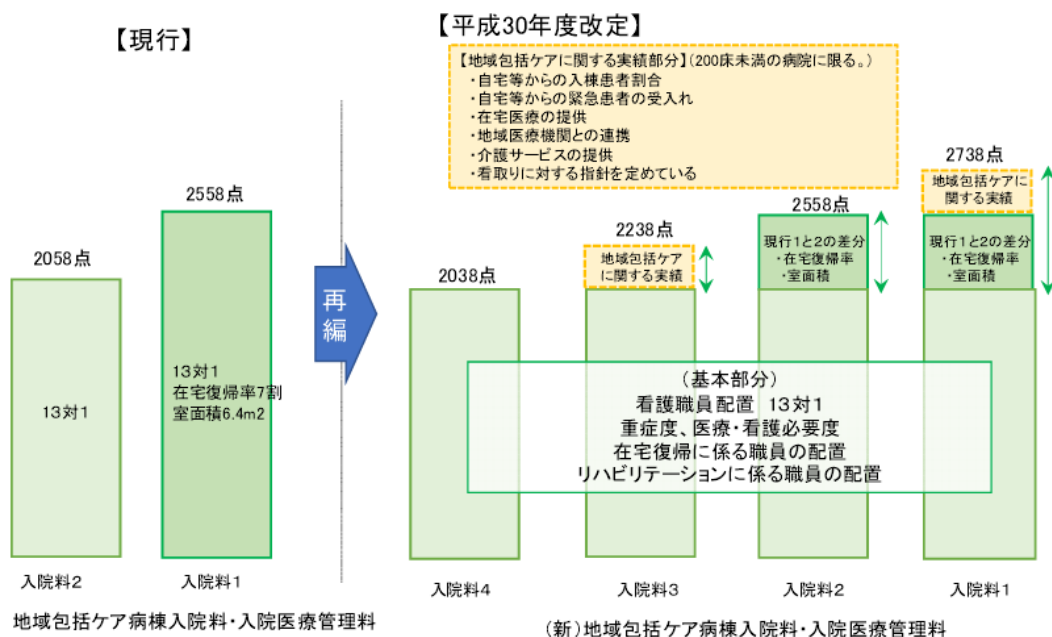


【平成30年度改定】



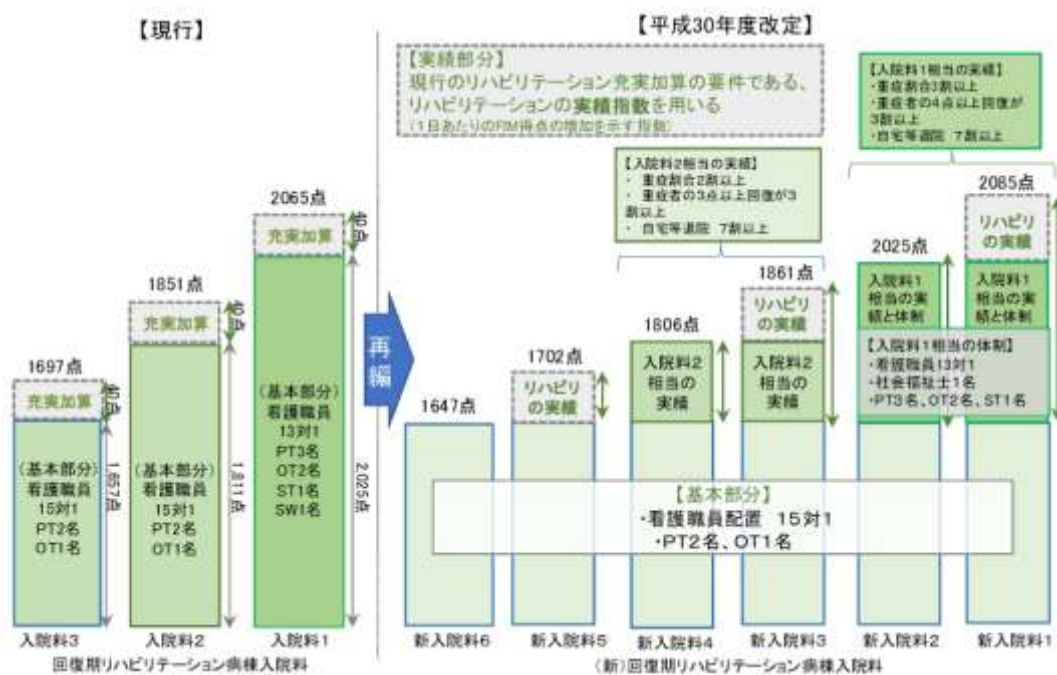
(2)地域包括ケア病棟をめぐる改定

地域包括ケア病棟については、基本的評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直しが行われます。



2 | 回復期・リハビリテーション病棟をめぐる改定

回復期リハビリテーション病棟に関する大きな改定として、アウトカム評価の推進を図る観点から、リハビリテーションの実績指数が評価体系に組み込まれます。



尚、病棟専従のリハビリテーション専門職について、一定の要件の下で外来や訪問でのリハビリテーションの提供が可能となります。

4 | 精神医療その他診療所に関わる改定の概要

1 | 精神医療に関する主要な改定

(1) 精神入院医療に関する評価見直し

精神科入院患者の高齢化が進んでいることを踏まえ、精神科急性期治療病棟入院料等における在宅移行に係る要件について、移行先に介護老人保健施設及び介護医療院を追加するとともに、要件の見直しが行われます。

◆精神入院医療をめぐる主要な改定

- **精神科急性期治療病棟入院料** 【要件見直し】
 自宅等への移行先 ⇒ 介護老人保健施設・介護医療院を追加
 精神保健福祉士配置加算 70% ⇒ 75%
- **精神科救急入院料等 看護職員夜間配置加算 55点(1日につき)** 【新設】
【算定要件】
 - (1) 夜勤看護配置 常時 16:1
 - (2) 行動制限の最小化を図るための委員会設置(医師、看護師、精神保健福祉士等)
 - (3) 夜間看護業務の負担軽減のための業務管理体制整備
 - (4) 看護職員の負担軽減および処遇改善に向けた体制整備

(2) 外来:向精神薬処方 of 適正化に関する改定

外来患者に処方される向精神薬について、長期間にわたる多剤処方の抑制と減薬に向けた取り組みを評価するため、処方料・処方箋料が減算となる多剤処方の範囲が拡大されるとともに、報酬水準の適正化を図る改定が行われます。

◆向精神薬の適正化を図るための評価見直し

- **処方料 29点 / 処方箋料 40点** 【新設】
 * 12か月以上連続し、ベンゾジアゼピン系の抗不安薬・睡眠薬を継続して同一の用法・用量で処方している場合
- **処方料・処方箋料 向精神薬調整連携加算 12点** 【新設】
【算定要件】
 直近の処方時に、向精神薬の多剤処方の状態にあった患者又は不安・不眠症状に対し、ベンゾジアゼピン系薬剤を12か月以上、連続して同一の用法・用量で処方されていた患者であって、**減薬**のうえ、薬剤師に症状の変化等の確認を指示した場合

2 | 診療所に関連するその他個別項目の改定概要

(1) かかりつけ医機能等に関する評価見直し

次期診療報酬改定では、初診時における診療機能を評価する観点から、次のような改定が行われます。

◆かかりつけ医機能をめぐる評価改定

●初診料 機能強化加算 80点【新設】 - ①

●生活習慣病管理料 【要件見直し】 - ②

【施設基準】

- ①地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所・同病院のみ）を届け出た診療所又は200床未満病院において、初診時に加算
- ②1) 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目（様式）に血圧の目標値及び特定健康診査・特定保健指導を実施する保険者からの依頼に応じて情報提供を行うこと等に関する記載欄の追加
2) 生活習慣病管理料について、学会等の診療ガイドライン等の診療支援情報等に関する要件の追加

また、外来受診者が在宅療養へ移行した際を想定し、継続的に受診していた患者が通院困難となった場合に訪問診療を提供している実績がある場合の評価を充実させ、24時間対応体制に係る要件を緩和して、在宅医療の推進を促しています。

◆地域包括診療料・同加算をめぐる改定

●地域包括診療料 1 1,560点【新設】

●地域包括診療加算 1 25点【要件見直し】

【施設基準】（抜粋）

- ア) 訪問診療を提供した患者のうち、当該医療機関での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が、在宅療養支援診療所については10人以上、在宅療養支援診療所以外の診療所については3人以上
- イ) 直近1ヶ月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満

●地域包括診療料・認知症地域包括診療料等 薬剤適正使用連携加算 30点

（退院・対処日を含む翌月までに1回）【新設】

【施設基準】（抜粋）

- ウ) 入院・入所先の医療機関等において減薬しており、減薬後の処方内容について、退院・退所後1か月以内に当該医療機関等から情報提供を受けていること（情報提供手段は不問）

(2) オンラインシステムを用いた診察等に関する評価

① オンラインによる診察・医学管理に関する改定

情報通信機器を活用した診療（オンラインシステム等の通信技術を用いた診察や医学管理）について、対面診療の原則の下で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、診療報酬上の評価が新設されます。

◆ オンライン診療料・オンライン医学管理料の新設

● オンライン診療料 機能強化加算 70点（1月につき）【新設】

【算定可能な患者】

特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料又は精神科在宅患者支援管理料を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理に係る初診から6か月以上を経過した患者

● オンライン医学管理料 100点（1月につき）【新設】

● 在宅時医学総合管理料オンライン在宅管理料 100点（1月につき）【新設】

● 精神科在宅患者支援管理料オンライン在宅管理料 100点（1月につき）【新設】

このほかにも、「在宅持続陽圧呼吸法指導管理料 遠隔モニタリング加算（150点：1月につき）」、「在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算（150点：1月につき）」が新設されます。

情報通信機器を用いた診療については、今後その有効性や安全性に関する検証も進めながら、その範囲が拡大されていくと予想されます。

② 人工透析に関する評価見直し

診療所において運営されることも多い透析医療については、対象患者の拡大と併せて、取り組みや実績を評価する見直しが行われます。透析用監視装置台数や対応する患者数も一定未満であることが施設基準で求められるため、自院の状況を検証し、必要な対応が求められます。

● 腹膜透析や腎移植の推進に資する取り組みや実績等の評価

● 著しく人工腎臓が困難な患者等に行った場合の評価の充実

● 夜間・休日に行った場合の評価の充実

● 長時間の人工腎臓に対する評価の新設

● 透析液の水質確保に関する評価の見直し

● 「慢性維持透析濾過（複雑なもの）」について時間に応じた評価体系の導入

⇒ 現行は一元評価（2,225点）

4時間未満/4時間以上5時間未満/5時間以上に区分して、評価を新設

*本レポートは、2018年2月15日（木）、(株)吉岡経営センター主催

診療報酬改定セミナー「平成30年診療報酬改定の概要と病医院経営対応」

（講師：(株)エム・アール・シー 代表取締役 石上登喜男氏）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。

関総研グループ

■事務所所在地

〒540-0022 大阪市中央区糸屋町 1-3-11 関総研ビル
TEL 06-6947-1313 FAX 06-6947-1414
フリーダイヤル 0120-430-426

URL (関総研グループ) <http://www.sekisoken.co.jp/>
(結い相続センター) <http://yui-souzoku.jp/>

ブレンネットワーク

MMPG (メディカル・マネジメント・プランニング・グループ)
株式会社青山財産ネットワークス
株式会社 スリー・エル
日本 M&A 協会
株式会社 TKC
株式会社ミロク情報サービス
日本医業経営コンサルタント協会
ビジネス会計人クラブ
株式会社日本 BIG ネットワーク