

# 今月の視点

## 平成 30 年度診療報酬改定の概要

理事 山下 哲男

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年とそれ以降の社会経済の変化への対応に向けて、質が高く効率的な医療提供体制の整備とともに、新しいニーズにも対応できる質の高い医療の実現を目指すとして平成 30 年度診療報酬改定がなされた。診療報酬本体は + 0.55%、医科は + 0.63% 引き上げ、薬価は - 1.65%、材料価格は - 0.09% の改定となっている (図 1)。

改定に当たっての基本認識として、①人生 100 年時代を見据えた社会の実現、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 (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推進の 3 つが挙げられている。

この基本的視点に立っての具体的方向性として次の 4 つが示されている (図 2)。



図 1

### 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

**1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価**  
 長期療養を要する患者への入院医療を提供する機能をもつ療養病床と、集中的なりハビリテー

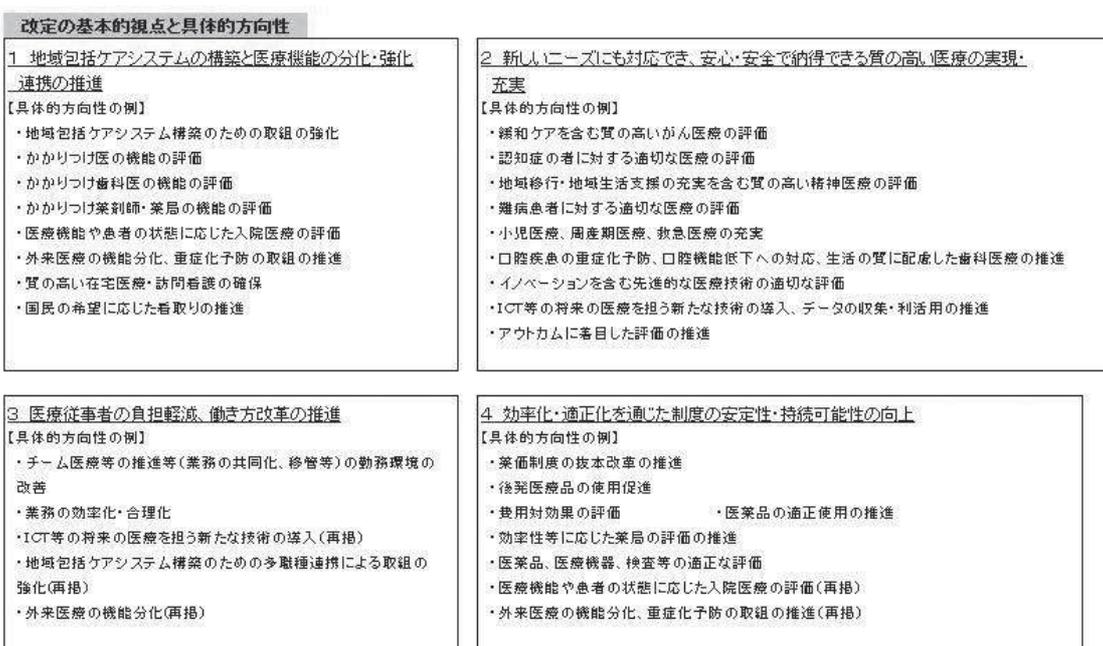


図 2

ションの提供や自宅等への退院支援機能を持つ一般病床と、急性期入院医療を提供する機能を持つ一般病床とに分ける。このことにより患者の状態や医療内容に応じた医療資源が投入され効率的・効果的に質の高い入院医療が提供できるとされ、入院医療について新たな評価体系が取られている。

基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた評価になっている。看護職員の配置だけでなく、その後の実績によって評価に差をつけるというものである。上限は決まっているので、頑張ったら上がるというものではなく、頑張らなければ下がるという設定になっている？（図 3）

### 2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能評価

社会保障制度改革国民会議が平成 25 年 8 月 6 日に次のような報告書を出した。「患者が大病院、重装備の病院への選好を今のままで続けさせては良くない。フリーアクセスの基本は守りつつ、緩やかなゲートキーパー機能を導入し、大病院の外来は紹介患者中心にし、一般的外来受診は『かかりつけ医』に相談するシステムを普及、定着させる。患者に大病院にすぐに行かなくても、気軽に相談できるという医療体制が望ましい。」

このことを受けて、平成 30 年度改定では大病院の外来は専門化し、紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象医療機関の範囲を拡大して、現行の特定機能病院及び一般病床 500 床以上の地域医療支援病院を、特定機能病院及び許可病床 400 床以上の地域医療支援病院とした。この際、400 床以上の地域医療支援病院に対しては、初診患者に占める紹介患者の率が少ない場合は診療料が減算

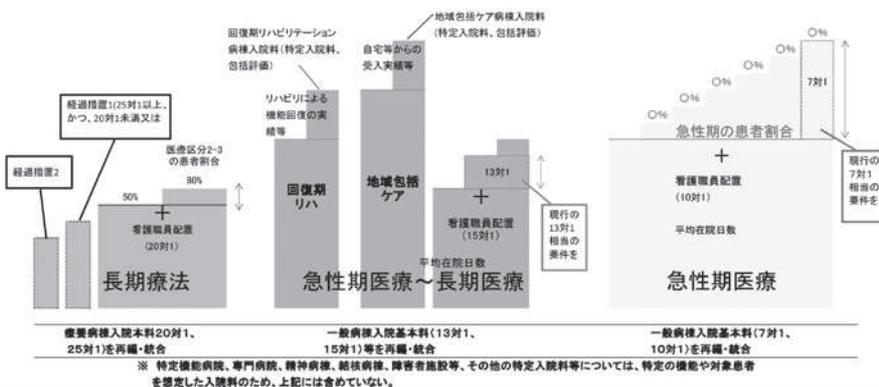


図 3

となる仕組みが設けられている。また、この支援病院は、人工呼吸を実施している患者や神経難病を引き受ける体制が求められている。さらに、地域包括ケア病棟は 1 病棟に限られている。

一方、かかりつけ医側に対しては、一定の届出等を出している診療所又は 200 床未満の保険医療機関では、専門医療機関への受診の要否の判断等を行うとして初診料に対して 80 点の機能強化加算が新設された。地域包括診療料に対しては、施設基準を「常勤医師 2 名以上」を「常勤換算 2 名以上の医師の配置、うち常勤医師が 1 名以上」に緩和した。そして、地域包括診療料や認知症地域包括診療料を 2 段階に分けて、1 と 2 を作り、外来診療を経て、10 人以上の患者を訪問診療に移行すれば、点数の高い診療料 1 を算定できるようにした（図 4）。

**地域包括診療料等の見直し**  
 > かかりつけ医機能を推進する観点から、医師の配慮基準の緩和と在宅への意向実装を評価

現行	改定後
<b>【地域包括診療料等】</b> 地域包括診療料 1,503点 認知症地域包括診療料 1,515点  <b>【施設基準(抜粋)】</b> 以下の全ての要件を満たしていること。 ア 診療所の場合 (イ) 時間外対応加算 1 の届出 (ロ) 常勤医師 2 名以上の配置 (ハ) 在宅療養支援診療所 イ 病院の場合 (イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出 (ロ) 在宅療養支援病院の届出	<b>【地域包括診療料等】</b> (新) 地域包括診療料 1 1,580点 地域包括診療料 2 1,503点 (新) 認知症地域包括診療料 1 1,580点 認知症地域包括診療料 2 1,515点  <b>【施設基準(抜粋)】</b> (1) 診療料については、以下の全ての要件を満たしていること。 ア 診療所の場合 (イ) 時間外対応加算 1 の届出 (ロ) 常勤換算 2 名以上の医師の配置、うち常勤医師が 1 名以上 (ハ) 在宅療養支援診療所 イ 病院の場合 (イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。 (ロ) 在宅療養支援病院の届出を行っていること。 (2) 診療料 1 を算定する場合には、外衆中心の医療機関であり、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 10 人以上であること。

図 4

小児かかりつけ診療料については、在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に定期的に協力する常勤の小児科医が配置された医療機関であれば、時間外の相談対応で地域の在宅当番医等を案内するだけでも算定可能とした。

さらに、かかりつけ医機能を推進するために、24 時間の往診等の体制を確保していれば（在宅療養支援診療所以外の診療所は連携医療機関の協力があればよい）、一定の要件を満たせば、地域包括診療加算や認知症地域包括診療加算が算定可能となった。加算は 1 と 2 に分けられ、加算 1 を取るためには外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が 3 人（在宅療養支援診療の場合は 10 人）以上となっ

ている。今回の改定では加算点数は以前の加算点数に比し、加算 1 は上がっているが加算 2 は下がっている（図 5）。

在宅療養支援診療所以外の診療所が、かかりつけの患者に対して、他の医療機関と連携して 24 時間の往診体制と連絡体制を構築した場合、在宅時医学総合管理料・施設入居時医学総合管理料に対して継続診療加算 216 点（1 月に 1 回）が新設されている。医師の高齢化と医師不足、医師の加重感、終末期についての社会的認識等、複雑な要素が絡み合っているため、どの程度の効果が上がっていくのか見守る必要がある。

### 3. 入退院支援の推進

(1) 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療経過を辿るのかをイメージでき、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、持参薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価が新設された。

入退院支援加算の施設基準に加えて、入院前支

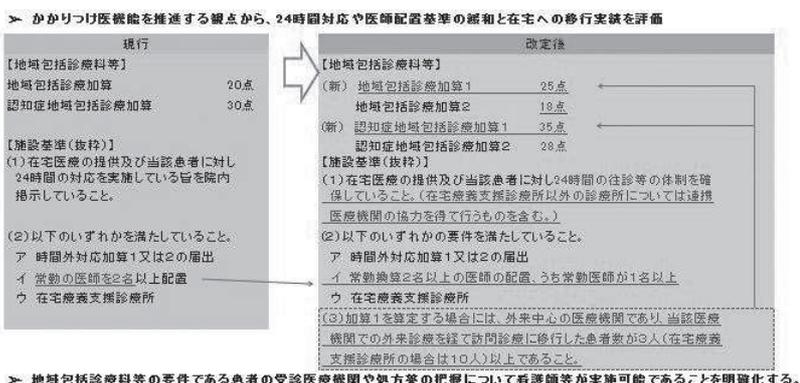


図 5

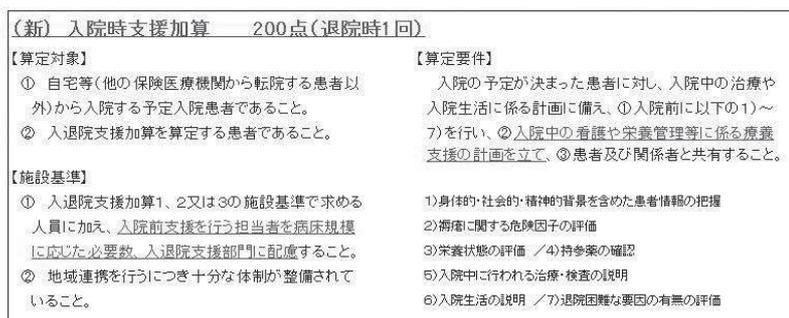


図 6

援を行う担当者を病床規模に応じた必要数を入退院支援部門に配置し、入院前に入院中の看護や栄養管理等 7 項目に係る療養支援計画を患者及び関係者と共有した場合に入院時支援加算 200 点（退院時 1 回）が取れることになった（図 6）。

(2) 入院中の患者が退院後に安心して療養生活を送ることができるよう、関係機関間の連携を推進するため、退院時共同指導料について、医師及び看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象となった。医師（在宅療養を担う医療機関の医師のこと）、看護師以外に薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士が追加された。指導料 1（患者の在宅療養を担う医療機関の評価）と指導料 2（患者の入院中の医療機関の評価）の区分があるが、指導料 2 においては、イ）在宅療養を担う医療機関の医師又は看護師等、ロ）歯科医師又は歯科衛生士、ハ）薬剤師、ニ）訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）、ホ）介護支援専門員、ヘ）相談支援専門員の 6 者のうち 3 者以上で共同指導すれば良い。また、この指導料 2 は入退院支援加算が算定できる患者は自宅以外の場所に

現行(共同指導の評価対象職種)	改定後(共同指導の評価対象職種)
【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師・看護師等	【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価 注1 医師、看護師等	【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価 注1 医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
注2 医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る	注2 医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
注3 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く) ・看護支援専門員	注3 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く) ・看護支援専門員 ・相談支援専門員

▶退院時共同指導料2のうち、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする。

図 7

退院する患者も算定可能となっている(図7)。

### 4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

在宅で療養する患者が複数の疾病を有している現状があるため、複数の医療機関による訪問診療が可能となるよう、在宅患者訪問診療料Iについて、2として他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合、同一建物居住者以外830点、同一建物居住者178点が新設された。一連の治療につき6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できる(図8)。

▶在宅で療養する患者が複数の疾病等を有している等の現状を踏まえ、複数の医療機関による訪問診療が可能となるよう、在宅患者訪問診療料の評価を見直す。

在宅患者訪問診療料 I	
(新) 2 他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合	
同一建物居住者以外	830点
同一建物居住者	178点

【算定要件】  
在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす1か所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。

図 8

を踏まえ、患者本人と話し合いを行い、又は患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人及びその家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上に対応した場合、在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)について従来の3,000~6,000点の点数に500点をそれぞれ上乗せした(図9)。

訪問看護については、地域支援機能を有する訪問看護ステーションに対して、人材育成のためとして、機能強化型訪問看護管理療養費3として8,400円が新設された。

### 5. 医療と介護の連携の推進

(1) 国民の希望に応じた看取りの推進として、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等

診療報酬改定における対応 (在宅医療・訪問看護のターミナルケア関連の報酬)	現行	改定後
【在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)】	機能強化型在支診・在支病(病床あり) 6,000点 機能強化型在支診・在支病(病床なし) 5,000点 在支診・在支病 4,000点 その他の医療機関 3,000点	【在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)】 (有料老人ホーム等とそれ以外で報酬を区分) 機能強化型在支診・在支病(病床あり) 6,500点 機能強化型在支診・在支病(病床なし) 5,500点 在支診・在支病 4,500点 その他の医療機関 3,500点
【訪問看護ターミナルケア療養費】	20,000円	【訪問看護ターミナルケア療養費】 25,000円 (新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円

【算定要件】  
ターミナルケアの実施については、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人と話し合いを行い、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人及びその家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上に対応すること。

人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドラインへの対応を共通の要件とする。

介護報酬改定における対応  
(訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護)  
○ターミナルケア加算の要件として、下の内容等を通知に記載する。  
・「人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の医療及び介護関係者との連携の上、対応すること。  
・ターミナルケアの実施にあたっては、居宅介護士支援事業者等と十分な連携を図るよう努めること。

図 9

(2) 訪問看護ターミナルケア療養費は 20,000 円であったものを療養費 1 の 25,000 円と療養費 2 の 10,000 円に分けた改定を行った。療養費 1 は特別養護老人ホーム等の入所者で看取り介護加算を算定していない利用者、療養費 2 は同一入所者で看取り介護加算を算定している利用者である。施設内での

看取りを推進するために、施設内で実際に看取った場合に備えて加算 2 を新設し、死亡の前々日と前日を 680 単位から 780 単位 / 日に、死亡日を 1,208 単位から 1,580 単位にして、施設での看取りの推進を促している (図 10)。

(3) 介護療養型医療施設 (介護療養病床) から転換させるために、介護療養病床 (療養機能強化型) 相当のサービスを行う I 型と、老人保健施設相当以上のサービスを提供する II 型の介護医療院が創設される。

(4) 維持期・生活期のリハビリテーションについては医療保険から介護保険への転換を推進するために、指定の様式を用いて、医療機関から介護保険のリハビリテーション施設に情報提供すればリハビリテーション計画提供料 1 の 275 点が算定できるようになった。

II. 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

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実

1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

(1) 小児医療の充実

小児医療の充実は小児のがん患者や、小児慢性特定疾患患者、小児かかりつけ診療料、小児科療養指導料が見直され、慢性疾患では年齢制限が 15 歳未満から 20 歳未満に引き上げられたものもある。発達障害児に対応するために、小児特定疾患カウンセリング料が心療内科で算定できるようになった。また、青年期の自閉症スペクトラム患者 (対象を 15 歳未満から 18 歳未満に引き上げ) に対する専門的なショート・ケアに対して疾患別等専門プログラム加算 200 点を新設している。

現行	改定後
【看取り介護加算】	【看取り介護加算(Ⅰ)】
死亡日30日前～4日前 144単位/日	変更なし
死亡日前々日、前日 680単位/日	①
死亡日 1280単位/日	【看取り介護加算(Ⅱ)】
	(新)死亡日30日前～4日前 144単位/日
	(新)死亡日前々日、前日 780単位/日
	(新)死亡日 1580単位/日

図 10

在宅で療養しながら生活している特定の患者に対する長時間訪問看護に対して週 3 日まで加算の算定を可能とした。乳幼児への訪問看護も加算点数を 3 倍にして大幅アップした。

訪問看護を推進するために、登録された喀痰吸引等事業者である介護職員等が自宅に赴いて喀痰吸引等を行う場合、医療機関や訪問看護ステーションの看護師が医師の指示の下に介護職員等と同行して吸引等の業務の実施状況を確認するなどした場合に算定できる看護・介護職員連携強化加算が新設された。

(2) 周産期医療の充実

妊娠の継続、胎児に対する適切な診療の提供のためにと、時間外や休日、深夜の初診・再診に妊婦加算 (初診料に対して時間内 75、時間外 200、休日 365、深夜 695 点、再診料・外来診療料に対してそれぞれ 38、135、260、590 点) を新設した。

精神疾患を合併した妊婦に対して、産科、精神科及び自治体の多職種が連携して患者の外来で指導した場合のハイリスク妊産婦連携指導料 1 (1,000 点) と 2 (750 点) が新設された。

(3) 救急医療の充実

救命救急入院料に対して、充実段階評価を A,B の 2 段階から A,B,S の 3 段階に分け、S 評価に対して充実加算 1 (1 日につき 1,500 点) を付けた (図 11)。

現行(救命救急入院料の加算)	改定後(救命救急入院料の加算)
充実段階評価A 1,000点(1日につき)	イ 救急体制充実加算1 1,500点(1日につき)
充実段階評価B 500点(1日につき)	※ 充実段階評価S
	ロ 救急体制充実加算2 1,000点(1日につき)
	※ 充実段階評価A
	ハ 救急体制充実加算3 500点(1日につき)
	※ 充実段階評価B

図 11

二次救急医療機関における重症患者の受け入れの促進のために、年間 200 件以上、救急車や救急医療用ヘリコプターによる搬送があり、専任の看護師を配置すれば夜間休日救急搬送医学管理料に対して救急搬送看護体制加算 200 点を新設した。

院内トリアージ実施料についても 100 点から 300 点へ改定した (図 12)。

100 床未満の病院において、一時的に夜間の救急外来に病棟の看護職員が対応したことによって、病棟の看護体制が入院基本料の算定基準を満たさなくなった場合、現行は施設基準を満たさないことになるため、入院料の変更届が必要であったが、改定後は当該日のみ夜間看護体制特定日減算 (入院料の 100 分の 5 を減算) 処理で済むことになった。ただし、年 6 日までかつ連続 2 月まで。

(新) 救急搬送看護体制加算 200点		【施設基準】
>院内トリアージ実施料の評価を充実する。 現行 【院内トリアージ実施料】 院内トリアージ実施料 100点		① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で200件以上であること。 ② 専任の看護師が配置されていること。
改定後		
【院内トリアージ実施料】 院内トリアージ実施料 300点		

図 12

2) 緩和ケアを含む質の高い癌医療等の評価

緩和ケア病棟への待機患者の減少と在宅医療との連携を推進するために 2 段階の入院料を設定した (図 13)。また、緩和ケアの対象に末期心不全患者を加えた (図 14)。

緩和ケアのがん患者に栄養食事管理を行うよう、個別栄養食事管理加算 70 点 (1 日につき) も新設した。

がん患者が治療と仕事の両立ができるように療養・就労両立支援指導料 1,000 点と相談体制充実加算 500 点を新設した。主治医が産業医の助言を得て医学管理を行い、就労の調整のための相談窓口の設置が必要である。

3) 認知症患者に対する適切な医療

認知症患者への夜間対応加算 84 点が 30 日を限度として算定していたものを、31 日以降は 40 点に減額して長期入院にも対応するようになった。認知症患者リハビリテーションも、入院後 1 か月までであったものを、1 年まで算定可とした。摂食機能療法も算定可となった。生活機能訓練 1 日 4 時間の中に認知症リハ時間と精神科作業療法時間を含んでも良い、などの改定がなされた。

認知症サポート医がかかりつけ医を指導して患者の医学管理を行った場合の認知症サポート指導料 450 点 (6 月に 1 回) を新設した。かかりつけ医は助言を受けて認知症患者を医学管理等した場合、認知症療養指導料 2 として 300 点 (月 1 回、6 月限り) を算定できる。認知症サポート医がかかりつけ医を兼ねている場合は指導料 3 だが、点数はかかりつけ医と同じである。

4) 感染症対策の推進

抗菌薬の適正使用の推進として、薬剤耐性 (AMR) 対策推進のために抗菌薬適正使用支援加算 100 点 (入院初日) が新設された。抗菌薬適正使用支援チームを設置して活動することなどが条件となっている。また、小児科外来診療にお

【緩和ケア病棟入院料】	
(新) 緩和ケア病棟入院料 1	
30日以内	5,051点
60日以内	4,514点
61日以上	3,350点
(新) 緩和ケア病棟入院料 2	
30日以内	4,826点
60日以内	4,370点
61日以上	3,300点
【入院料 1 の施設基準】	
入院料 2 の施設基準に加え、以下のいずれかの要件を満たしていること。	
(1) 入院を希望する患者の速やかな受入れにつき十分な体制を有すること。	
(2) 在宅における緩和ケアの提供について、相当の実績を有していること。	
【入院料 2 の施設基準】	
現行と同様	

図 13

改定後 (対象患者)
悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者

図 14

いて、急性の上気道感染症や下痢症に対して、初診時に抗菌薬投与の必要性がないと判断され、患者・家族にその旨の説明・指導を行い、抗菌薬を使用しなかった場合に小児抗菌薬適正使用支援加算 80 点が新設された。

#### 5) 重症化予防の取組み

糖尿病腎症からの透析患者が増えていること、諸外国に比して腹膜透析や腎移植が少ないこと、透析に関して効率性が悪いことを踏まえて、見直しがなされた。

人工腎臓の導入に当たって、腹膜透析の指導管理に係る実績や腎移植の推進に係る取組みの実績があれば導入期加算 2 (400 点) を算定できる。従来点数 300 点の加算 1 においても人工腎臓に代わる方法の説明が必要である。導入期加算 2 の施設基準を満たした施設で慢性維持透析した場合、腎代替療法実績加算 100 点 (1 月につき) が算定できる。

糖尿病からの透析予防のために、糖尿病透析予防指導管理料に対する加算を腎不全患者から高度腎機能障害 (eGFR が 45ml/min/1.73m<sup>2</sup> 未満) の患者にまで広げて、指導を行わせるために、高度腎機能障害患者指導加算 (点数は 100 点で同じ) に改めた。

夜間や休日にも人工腎臓が行えるように、時間外・休日加算を 300 点から 380 点に引き上げた。著しく人工腎臓が困難な患者に人工腎臓を行った場合の障害者等加算を 120 点から 140 点に引き上げた。また、6 時間以上の長時間、人工腎臓を行った場合に長時間加算 150 点 (1 回につき) が新設された。

## 2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入

### 1) 遠隔診療

遠隔画像診断や遠隔病理診断についても診療報酬を認め、先進技術と医師不足に対応している。

先進技術の応用と在宅医療の推進を目指して、医師が患者からの情報を通信機器を用いて、遠隔で診療を行った場合、オンライン診療料 70 点 (1 月につき) やオンライン医学管理料 100 点 (1 月につき)、オンライン在宅管理料 100 点 (1 月につき)、精神科オンライン在宅管理料 100 点 (1 月につき) が新設され算定できるようになった。

遠隔モニタリングについては、心臓ペースメーカー指導管理料 (遠隔モニタリング加算) に加えて、在宅患者酸素療法指導管理料 (遠隔モニタリング加算 150 点 (一月につき))、在宅患者持続陽圧人工呼吸療法 (遠隔モニタリング加算 150 点 (一月につき)) が算定できるようになった。

遠隔診療があまりにも遠方にある医師で行われないように条件が付けられている。オンライン診療料では、リアルタイムでのコミュニケーションが可能な情報通信機器を用いていることに加えて、緊急時に概ね 30 分以内に当該医療機関で診察可能であること、オンライン診療料の割合は再診料の 1 割以下であることなどが条件になっている。オンライン医学管理料についても、初診から 6 月以上経過した患者で、対面による診療 (診療間隔が 3 月以内) とオンラインによる診療の組み合わせた療養計画を作成して、それに合わせて診療しているものとなっている。

### 2) 医療技術評価分科会における検討を踏まえた対応

分科会の検討結果を踏まえて、新規技術の保険導入と既存技術の廃止を含む見直しが行われた。主なものとして、腹腔鏡下胃切除術 2 悪性腫瘍手術に内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合も手術点数を認めるとしている。

粒子線治療については希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合、重粒子線 110,000 点、陽子線 110,000 点が認められ、前立腺がんが対象になっている。

以上、厚生労働省保険局医療課において作成された資料に基づき、私の理解し得た範囲で記述した。また、図は中国四国厚生局医療課において作成されたものを参考に使用した。