

医業のための マネジメント **通** **信**

第2号



2018年度診療報酬改定について

1. はじめに

2025年に向けた実質最後の診療報酬と介護報酬の同時改定が2018年4月に行われます。厚生行政としては社会保障費の増大圧力に対して、医療保険制度、医療提供制度の双方を見直し、対応しようとしています。診療報酬改定は医療提供体制における政策目的を達成する手段として用いられる傾向があり、今回の改定においては医療機能の分化と連携を促すための見直しや評価の新設等が見られます。本稿では外来医療における近年の動向に触れた後、外来医療、在宅医療分野を中心に、2018年度診療報酬改定を解説いたします。なお、本稿は2018年2月末時点で執筆されている点にご留意ください。

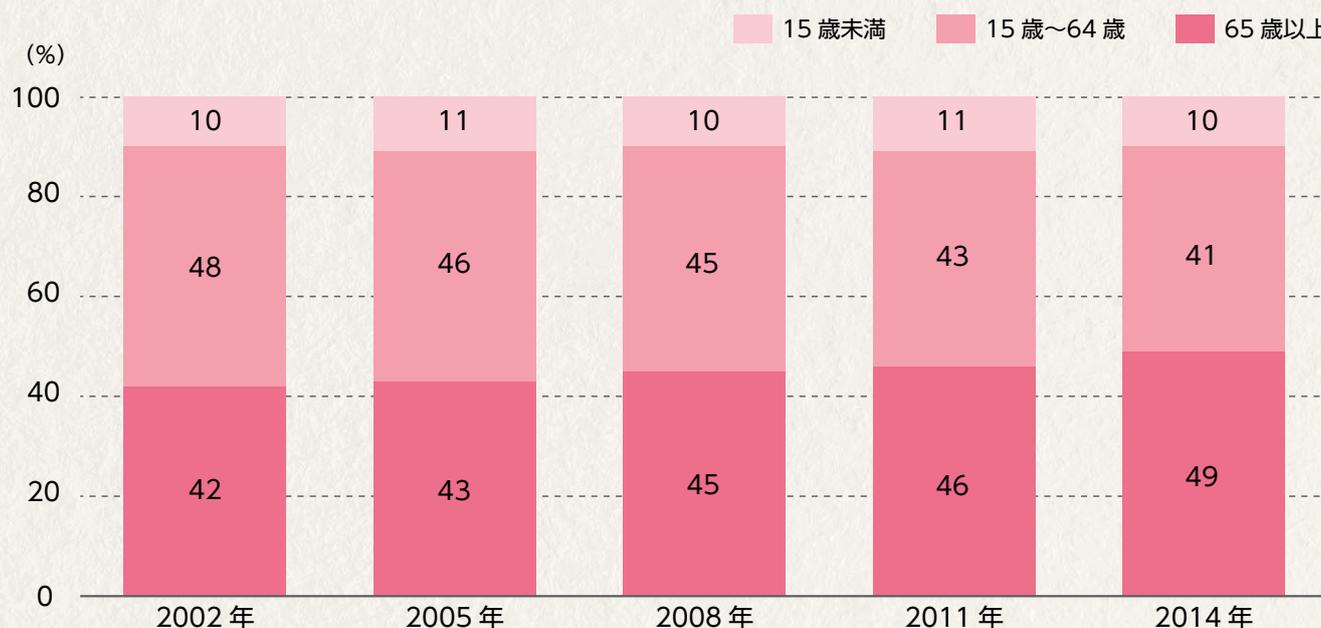
2. 外来医療を取り巻く近年の動向

(1) 外来患者の高齢化

厚生労働省の資料によると外来患者総数は近年横ばい傾向にあります。病院、一般診療所、歯科診療所を合わせた1日当たりの推計外来患者数は7百万人程度であり、一般診療所の占める割合が大きいとされています。

人口の少子高齢化が進んでいることもあり、外来患者に占める高齢者の割合は増加傾向にあります。図表1は年齢3区分別の外来患者割合の推移を示した図です。

【図表1 年齢3区分別外来患者割合の推移】



出所：厚生労働省資料を一部編集

これをみると、外来患者に占める65歳以上人口割合は、12年間で7ポイント増加しています。外来患者も高齢化しつつあります。

患者が高齢化すると病気にかかる種類が増えます。厚生労働省による、平成28年国民生活基礎調査(健康表第77表)によると、65歳以上人口における平均傷病数は2.3であり、平均値1.9に比べて20%多くなっています。

(2) 外来受療率の変化

外来通院をする受療率の動向を見てみましょう。受療率とは、調査日に入院あるいは通院、往診を受けた患者数の人口10万人当たりの比率を指します。通院・往診患者に限定した比率を外来受療率といい、年齢3区分別に推移を表したのが図表2です。これをみると、まず、15歳未満の年少人口において受療率は上昇傾向にあります。背景には、子ども医療費助成の対象年齢の拡大、助成を行う自治体数の増大があると考えられます。

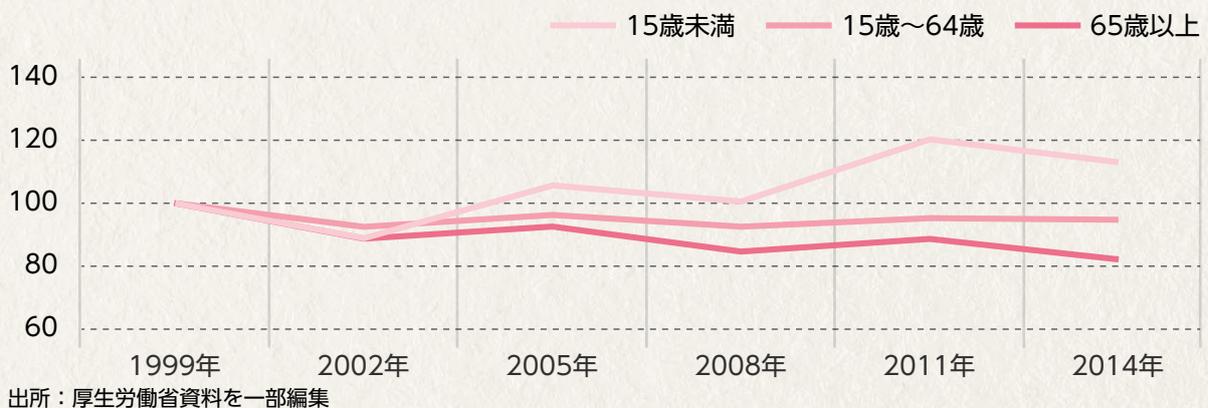
年少人口は減少傾向にありますが、先に触れた図表1をみると、外来患者に占める構成割合は10%程度を維持しています。自己負担というハードルを下げることで通院しやすくした結果、人口に占める患者数が一定割合を維持していると考えられます。

他方、65歳以上人口に占める受療率は減少傾向です。高齢者人口の増加幅が大きいいため外来患者数に占める割合は上昇していますが、通院している高齢者割合は減ってきているようです。

レセプト1件当たりの受診日数(通院回数)をみると、65歳以上の通院回数は2005年においては2.05回でしたが2015年には1.63回まで、約20%減少しています(中央社会保険医療協議会「外来医療(その1)」平成29年2月8日より)。自己負担の増加や、処方日数の長期化により通院回数が減少することで外来受療率が低下することにつながったと考えられます。

少子高齢化が長らく指摘されていますが、各種の制度の影響を受けて外来患者の動向は変化しています。高齢者が増えると患者数が増えるため、医療機関からみると顧客が増えるだろうとみられがちですが、医療機関を取り巻く制度環境とその動向を押さえる必要があります。

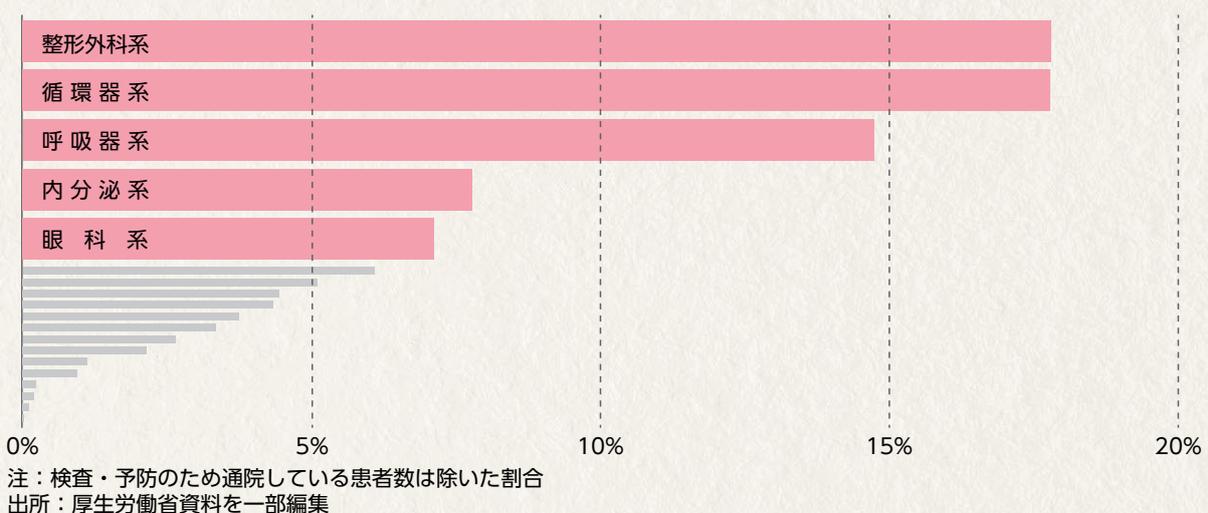
【図表2 年齢3区分別の人口10万人対外来受療率の推移(1999年を100とした指数)】



(3) 外来患者の疾患構成

次に、外来患者の疾患構成をみてみましょう。図表3は診療所に通院している患者の疾患割合を示しています。

【図表3 診療所に通院している外来患者の傷病分類別構成割合】



整形外科系は骨折、循環器系は高血圧性疾患、呼吸器系は急性上気道感染症(いわゆるかぜの諸症状)、内分泌系は糖尿病などで構成され、総じて生活習慣病と呼ばれる疾患が多くを占めていることがわかります。生活習慣病は、重症化したり、寝たきりの状態が長期間に及ぶと、財政的には負担となるため、早期発見、定期的なモニタリングによる重症化予防が必要です。

(4)ここまでのまとめ

以上、外来患者の動向について述べてきました。繰り返しになりますが、制度の影響によって、人口構造の変化とは異なる動きを示しているのがわかります。高齢者人口の増大にともない生活習慣病の通院患者も増加するとみられます。しかし、先に見てきたように、通院回数の減少などを要因として受療率は低下傾向にあります。2025年に団塊の世代がすべて75歳以上人口に該当し医療需要がピークを迎えるとされています。医療機関側からみるとマーケットが拡大することを意味しているため、経営的には楽観的に考えることができるかもしれません。しかしながら、厚生行政の観点からみると財政負担が今後ますます増大し、国家として支えきれなくなる懸念が生じています。そのため、すでに制度動向についても触れてきたように、今後においても、診療報酬改定を主要政策ツールとして、各種誘導を促すよう医療機関、患者双方に働きかけてくるものと思われる。

2018年度は6年に1度のタイミングで行われる診療・介護報酬同時改定があります。以降では、診療報酬改定のうち、外来・在宅医療に焦点を当てて、解説します。

3. 2018年度診療報酬改定の概要

(1)改定率

2018年度診療報酬改定の改定率は、以下の通りです。

診療報酬本体	+ 0.55%	(各種改定率：医科 + 0.63%、歯科 + 0.69%、調剤 + 0.19%)
薬価	▲ 1.65%	
材料価格	▲ 0.09%	

(2)基本方針

近年における厚生行政の政策課題には、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を実現するため、「地域包括ケアシステム」を構築することが挙げられています。地域包括ケアシステムを構築するためにシームレスな医療・介護提供体制の確保が重要であるとされ、医療機能の分化と連携、介護サービスとの連携・協働が必要であるとされています。

外来医療分野においては、かかりつけ医機能を発揮することが求められ、大病院の外来機能との棲み分けを促進し専門医療機関との連携関係を構築することに加えて、生活習慣病患者の増加に対応するためにICT(※)の有効活用等により、重症化予防の取り組みを推進することが期待・評価されています。また、在宅医療分野では多様化する在宅医療ニーズに対応するために、訪問診療・看護等を充実することが目指されています。

※ICTとは、「Information and Communication Technology」の略称で、「情報伝達技術」と訳されます。ITとほぼ同義ですが、ICTでは情報・知識の共有に焦点を当てており、「人と人」「人とモノ」の情報伝達といった「コミュニケーション」がより強調されています。

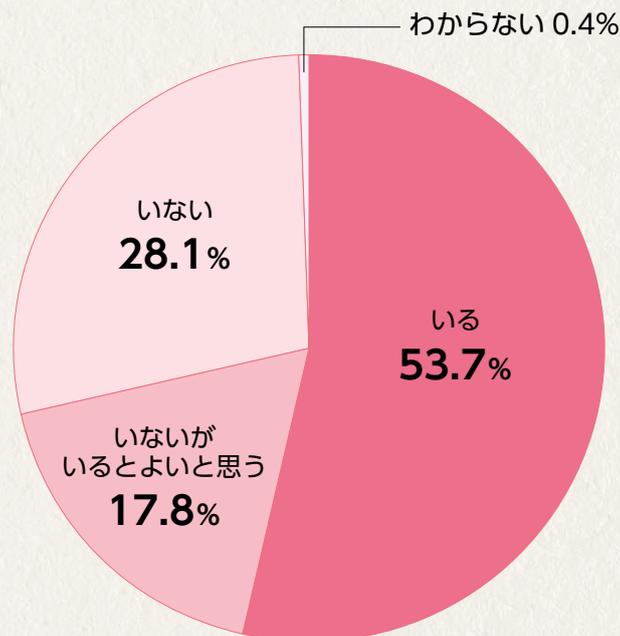
4. 2018年度診療報酬改定の内容

(1) 外来医療

かかりつけ医機能を有する医療機関の初診の評価

図表4はかかりつけ医に関する国民意識の調査結果を示しています。これを見ると、大半の国民はかかりつけ医の重要性を認識しているようです。しかしながら、日本の医療提供体制はフリーアクセスであり、どこの医療機関も原則自由に受診できるため、大病院志向という受診特性もあいまって、現状かかりつけ医制度は普及しているとは言い難い状況です。そのため、診療報酬制度で普及を後押ししようと、近年においてはかかりつけ医機能に対する評価がなされています。

【図表4 かかりつけの医師の有無】



出所：厚生労働省資料「横断的事項かかりつけ医機能(その1)」2017年2月22日

「機能強化加算」は2018年度改定で新設される、かかりつけ医を評価した初診料に対する加算です。次に触れる地域包括診療料等を届け出ている200床未満の医療機関において初診時に80点算定できます。かかりつけ医機能にかかる診療報酬を届け出ている医療機関における、専門医療機関への受診の可否の判断などを含めた、初診時における診療機能を評価するために新設されています。

地域包括診療料の見直し

地域包括診療料は2014年度改定にて新設された、かかりつけ医機能を評価する項目です。生活習慣病を中心とする対象疾患を有する患者に対して、服薬管理や健康管理、在宅医療の提供等、所定の施設基準を満たす200床未満の医療機関が月1回1503点、算定できます。2016年度改定においては、さらに、認知症を有する患者へのかかりつけ医機能が評価されました(「認知症地域包括診療料(1515点 月1回算定)」および「認知症地域包括診療加算(30点 再診料に加算)」)。

2018年度改定において、地域包括診療料ならびに地域包括診療加算が見直され、それぞれ二段階の評価となりました(地域包括診療料1・2、地域包括診療加算1・2)。地域包括診療料1は1560点でプラス評価、地域包括診療料2は1503点で据え置きとなっています。

施設基準のうち、常勤の医師2名の配置が必要であった点は、常勤換算2名以上(うち1名以上は常勤医)に変更され、非常勤医を含めた人員配置が可能となりました。地域包括診療料1においては「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10人以上であること」、「直近1ヵ月に初診、再診、往診または訪問診療を実施した患者のうち、往診または訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること」などの要件を満たすことで算定することができます。地域包括診療加算1に

においては、在宅医療の提供に関し、在宅療養支援診療所(在支診)以外の医療機関は他の医療機関と連携して24時間の往診等の体制を確保することで算定することができるようになりました。

地域包括診療料はかかりつけ医制度の普及・促進を目的として新設・評価された項目ですが、施設基準のハードルの高さから届出医療機関数が増えていないことが指摘されています。24時間往診等の体制を確保することなどの要件クリアの負担が重いためです。今回の改定では他の医療機関と連携し体制を確保することでも認められることになりましたので、一部条件が緩和されたものとみることができます。言い換えると、かかりつけ医制度をさらに普及させていきたいという行政側の姿勢が見てとれます。

大病院の外来機能の制限

2016年度改定において療養担当規則が改正され、紹介状を持たずに大病院を外来受診する場合、初診時5000円、再診時においては2500円の自費徴収が義務付けられました。対象となる病院は、特定機能病院と許可病床500床以上の地域医療支援病院であり、2018年度の改定においては、対象となる病院規模が見直される予定です。具体的には、許可病床500床以上の地域医療支援病院から「許可病床400床以上の地域医療支援病院」に対象範囲を拡大しました。

狙いとしては自己負担を重くすることで大病院への通院ではなくまずはかかりつけ医への受診を促すことにあります。しかしながら、2016年度改定により自己負担額が増加したことで受診抑制が図られたかどうかについては効果が限定的であるといわれているため、今回の改定による影響は引き続き軽微となるかもしれません。

(2)在宅医療

複数の医療機関の連携評価

在宅医療分野においては連携を促す加算が新設されています。「継続診療加算」です。在支診以外の診療所が他の医療機関との24時間の往診・連絡体制を構築した場合について、在宅時医学総合管理料(在総管)および施設入居時等医学総合管理料(施設総管)に月1回216点加算することができます。

「在宅患者訪問診療料Ⅰ」は在総管等の算定要件を満たす医療機関の依頼を受けて、他の医療機関が訪問診療を行った場合に、他の医療機関において算定可能とする新設項目です。同一建物居住者以外で830点、同一建物居住者で178点(いずれも6ヵ月を限度とし、月1回)算定することができます。背景には在宅医療を必要とする患者は複数の疾病を同時に発症していることが多く、複数の医師による連携で対応する必要があるためです。

(3)オンライン診療

平成27年に出された事務連絡「情報通信機器を用いた診療(いわゆる「遠隔診療」)について」にて、遠隔診療に関する運用が示された平成9年通知に対する見解が出されて以降、遠隔診療への注目が一気に高まりました。従来、遠隔診療は直接の対面診療を行うことが困難である場合として、離島やへき地の患者の場合にのみ実質限定されていたところ、平成27年の事務連絡において、それらは例示であり、記載の内容に限定されるものではない、という解釈がなされ、実質的に遠隔診療が解禁されたためです。

2018年度改定においては、対面診療を原則としつつも、具体的には以下のような「オンライン診療料」が新設されました。初診以外の患者を対象とし、患者の同意を得たうえで、対面とオンライン診療を組み合わせた診療に点数設定がなされました。

名称	オンライン診療料	オンライン医学管理料
点数 (新設)	70点 (1月につき)	100点 (1月につき)
評価の概要	特定疾患療養管理料や生活習慣病管理料などを算定している患者のうち、当該管理について初診から6ヵ月以上が経過した患者(初診から6ヵ月間は毎月同一の医師が対面診療を行っている場合に限る)に対して算定できる。ただし連続する3ヵ月は算定できない。	特定疾患療養管理料や生活習慣病管理料などを算定すべき医学管理を継続的に行っている患者に対して、療養計画に基づき対面診療とオンライン診療を組み合わせ管理を行った場合に、所定の管理料に合わせて算定できる。ただし、対面診療で特定疾患療養管理料などを算定する月は、オンライン医学管理料は算定できない。
対象	特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導料、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料また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	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、地域包括診察料、認知症地域包括診察料または生活習慣病管理料を算定すべき医学管理を継続的に行っている患者
名称	在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料	精神科在宅患者支援管理料 精神科オンライン在宅管理料
点数 (新設)	100点 (1月につき)	100点 (1月につき)
評価の概要	在宅で療養を行っている患者で通院困難な場合が対象。計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を1回のみ行い、かつその月において訪問診療を行った日以外にオンラインでの医学管理を行った場合に、在宅時医学総合管理料の所定点数に加えて算定する。	在宅で療養を行っている患者で通院困難な場合が対象。計画的な医学管理の下に、その月において訪問診療を行った同一時間帯以外にオンラインでの医学管理を行った場合に、精神科在宅患者支援管理料の所定点数に加えて算定する。
対象	在宅での療養を行っている患者(施設入居者等を除く)であって通院困難なもの	在宅での療養を行っている患者であって通院困難なもの

注：施設基準等の詳細は確認が必要です。

(4) 歯科診療

歯科診療報酬の改定率は、0.69%(前年度比+0.08%)のプラス改定となりました。

医科と同じく地域包括システムの構築の推進を目的とした、かかりつけ医機能の評価や、周術期(入院から手術前後、退院の期間)等における口腔機能管理を推進するための医科歯科連携の充実、在宅医療の推進等が主な内容です。主な改定項目として、かかりつけ医との情報の共有の評価である「診療情報連携提供料(120点)」、口腔機能の継続的な管理が必要な患者に対する評価として、発達不全を認める小児に対して「小児口腔機能管理加算(100点)」が、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を認める65歳以上の患者に対して「口腔機能管理加算(100点)」が、ライフステージに応じて新設評価されました。

一方、訪問歯科診療の評価は見直しが実施され、同一建物居住者に対する減算対象範囲が変更となり、20分未満の訪問診療は同一建物の居住患者数にかかわらず、所定点数の70/100の減算となりました。したがって、施設等への訪問歯科診療は減収となる懸念があります。

5. おわりに

以上、2018年度診療報酬改定の内容について、特に外来・在宅医療を中心に解説しました。外来医療においては前回改定同様、引き続き、かかりつけ医の普及・推進を促す内容が盛り込まれました。しかし、厚生行政が想定したような動きになるかどうかは不透明であると考えられます。

在宅医療においては、複数の医療機関の連携体制が評価されたため、再び在宅医療を推進しようという姿勢が見て取れます。

オンライン診療は、今回の改定においては限定的な導入にとどまりましたが、言葉の定義の変化にも表れているように、従来に比べて、その位置づけは変化してきています。対面診療を原則としつつも、オンラインを活用した医療提供サービスは、特に人口密度の低い、移動手段が制約される地域において先行して導入が促進されると考えられます。患者側の意識変化や、オンライン診療を可能とするインフラの整備が課題と指摘される側面は有しながらも、利便性および生産性の向上に寄与するツールとして導入を検討してみてもいいのではないでしょうか。

(ご留意事項)

- 本資料は、医業経営、医療制度、医業承継およびその他医療関連のトピックス等について十分な知見を持っているとみずほ証券(以下当社)が判断した第三者／機関に執筆依頼のうえ、当該トピックス等の紹介や解説およびその効果等に関する説明等を目的に作成されたものです。したがって、当社は明示、黙示を問わず内容の正確性・完全性およびお客さまへの適合性について保証するものではありません。また、別段の表示のない限り、作成時点の法令に基づくものであり、将来、法令・制度の改正および解釈の変更がなされる可能性もあることにご留意ください。なお、執筆者／執筆元はみずほ証券の関連会社ではありません。
- 本資料は、お客さまへの情報提供を目的としたものであり、金融商品の取引を勧誘・推奨するものではありません。また、執筆者／執筆元のサービス等の広告・宣伝および勧誘・推奨を当社が行うものではありません。
- 当社は、本資料の具体的な内容についてのご質問等にお答えすることはできません。また、当社からの執筆者／執筆元に対するお取り扱い等もできません。
- 本資料に記載されるサービス等を実際にご検討の際には、今後の制度改正の動きに加え、具体的な実務や法解釈の動向およびお客さまの個別の状況等に十分ご留意いただき、必要に応じて、所轄の税務署や弁護士・公認会計士等の専門家などにご相談のうえ、お客さまご自身の責任・判断をもって行っていただきますよう、お願い申し上げます。
- 本資料に記載される内容の複製ならびに第三者への提供は、ご遠慮ください。