

医業経営情報

REPORT

Available Information Report for Corporate Management

2018

6

制度改革

2018年診療報酬改定に対応 診療報酬改定後の影響試算

- ① 2018年度診療報酬改定による影響ポイント
- ② 入院は医療需要予測による病棟再編・統合へ
- ③ 外来は在宅医療の取り組み強化で増収に
- ④ 医療と介護の連携強化に手厚い評価

1 | 2018 年診療報酬改定による影響ポイント

1 | 2025 年を見据えた医療の実現と入院基本料の再編

2018 年度は、診療報酬・介護報酬の同時改定のほか、障害福祉サービス等の報酬改定も行われたことにより、医療および介護を一体としたサービスとしてとらえ、その連携の強化と質を備えた量の提供に対して、より高く評価する内容となりました。

今次診療報酬改定では、少子高齢化のさらなる進展を見据え、次のような 4 点を柱として、主に入院医療を中心とする見直しを実施されており、全体では 1.19%引き下げられたものの、本体改定率はプラス 0.55%（薬価等を除く）となっています。

各科ごとにみると、医科 0.63%、歯科 0.69%、調剤 0.19%がそれぞれ引き上げとなった一方で、薬価はマイナス 1.65%、医療材料マイナス 0.09%というマイナス改定となりました。

■2018 年度診療報酬改定の4つの柱～厚生労働省「平成 30 年度診療報酬改定の概要」

- (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
- (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
- (3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進
- (4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【入院・外来をめぐる評価の改定趣旨】

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

主要な改定項目のうち入院医療では、①基本的な医療の評価部分、②診療実績に応じた段階的な評価部分、の 2 つの評価体系に再編・統合され、新たな評価体系となる入院料は、①急性期医療、②急性期医療～長期療養、③長期療養の 3 つに大別されています。

入院医療を提供する医療機関にとっては、自院の機能と地域における役割および人的資源を鑑み、新たに算定する入院基本料を選択する必要に迫られています。

2 | 在宅医療・訪問看護を推進する評価の新設

前述の4つの柱のひとつである「かかりつけ医機能の強化」に関しては、在宅医療の推進をより確実なものとするため、地域包括診療加算等における24時間対応や医師配置基準の要件が緩和されるとともに、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関については、初診時における評価として「機能強化加算（80点）」が新設されました。

そして、在宅医療をさらに進めるため、複数の疾病等をもつ在宅療養患者に対して、複数の医療機関による訪問診療が可能となる在宅患者訪問診療料1が新設され、他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合、830点（同一建物居住者以外）もしくは178点（同一建物居住者）が算定できるようになっています（月1回まで）。

また、在宅療養支援診療所（在支診）以外の診療所が、連携医療機関等と協働して24時間の往診と連絡体制を確保したうえで訪問診療を行う場合、在宅時医学総合管理料（在総管）と施設入居時等医学総合管理料（施設総管）の加算（継続診療加算）216点（/1月）を新設したことによって、在支診を届け出していない診療所であっても、在宅医療に注力する取り組みを評価することで、収入増が見込める状況となっています。

一方、在総管・施設総管で月2回以上訪問した場合の評価は100点引き下げ、また月1回の場合は20点（在支診・在支病）もしくは50点（在支診・在支病以外）引き上げられており、より多くの患者へ訪問診療が行われることを意図した改定となりました。

この結果、在宅医療を幅広く担う診療所・病院に対する評価が拡大されたため、地域で在宅による療養生活を送る患者に対し、より多くコンタクトできる機会を獲得する活動が重要になったといえます。

■在宅利用を提供した患者数(実数)～厚生労働省「平成28年度診療報酬改定の結果検証にかかる特別調査」

(単位：人)

	施設数	平均値	標準偏差	中央値
機能強化型在支診(単独型)	10	137.4	172.6	31.5
機能強化型在支診(連携型)	65	80.5	95.2	49.0
在支診	314	22.5	36.2	8.0
在支診以外の診療所	188	9.4	17.4	3.0
機能強化型在支病(単独型)	19	120.8	113.9	84.0
機能強化型在支病(連携型)	37	89.6	151.4	54.0
在支病	75	22.1	25.6	12.0

(注)・平成28年9月1か月間に、主治医として訪問診療を実施した患者数(実人数)。

・在宅医療を提供した患者数について記入のあった施設を集計対象とした。

なお、併設する介護施設等への訪問診療は、訪問と外来の中間的な診療形態である点を踏まえ、在宅患者訪問診療料2（/1日）144点を新設しており（患者1人につき週3回を限度）、趣旨を逸脱する医療サービス提供を防止するとともに、必要な診療を行う医療機関については相応の評価をする改定となっています。

3 | オンライン診療料の新設などで負担軽減へ

今次改定において注目された新設のひとつは、オンライン診療料（70点/1月）です。算定要件としては、「特定疾患療養管理料や生活習慣病管理料、地域包括診療料などを算定している初診以外」で、かつ「初診から6カ月以上を経過した患者（初診から6カ月は毎月同一の医師による対面診療を行っている場合に限る）」（*）というものとなりましたが、実際の運用に関しては検証が続けられているところでもあり、今後の運用方法については精緻化が進むと予想されています。（*）連続する3カ月は算定不可

このほか、オンライン医学管理料、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（各100点/1月）が新設された一方、これまでオンライン診療で算定されていた電話等再診は、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない旨が明確化されました。

ICTを活用した診療の方向性は、今次改定における評価の動向を鑑み、自院の患者分析を行うなどして、情報通信機器の整備やセキュリティの確保など、算定に向けた具体的取り組みに着手する必要があります。

■オンライン診療の適切な実施に関する指針【定義】～厚生労働省（平成30年3月30日）

① **オンライン診療**：医師対患者間で情報通信機器を通して、患者の診療および診断を行い、診断結果の伝達や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為

＜具体例＞ 高血圧患者のコントロール確認

離島の患者を骨折疑いと診断し、ギプス固定などの処置の説明等を実施

② **オンライン受診勧奨**：受診すべき診療科を選択するなど、一定の医学的判断により、医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為

③ **遠隔医療健康相談**：一般的な情報の提供にとどまり、医師の医学的判断は伴わない行為

⇒ガイドラインの適用外 ＜具体例＞ 小児救急電話相談事業（＃8000）など

また、介護報酬改定においても、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のターミナルケア加算の算定要件として、「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」などの内容を踏まえて、利用者本人の意思決定を支援し、尊重するとともに、医療・介護職が連携して対応することとなりました。

医療機関としては、同ガイドラインが人生の最終段階を迎えた患者や家族と、医師をはじめとする医療従事者が、患者にとって最善の医療とケアを作り上げるための流れを示し、患者の意思決定を尊重することを重要視するものと認識し、従来ターミナルケアに取り組んできた診療所・病院だけではなく、自院における「看取り」を想定したケアのあり方を明確化することが求められる改定になったといえます。

2 | 入院は医療需要予測による病棟再編・統合へ

1 | 急性期は今後の地域の医療需要を踏まえた対応が必要

今次改定により、入院医療については病床機能の見直しが迫られています。

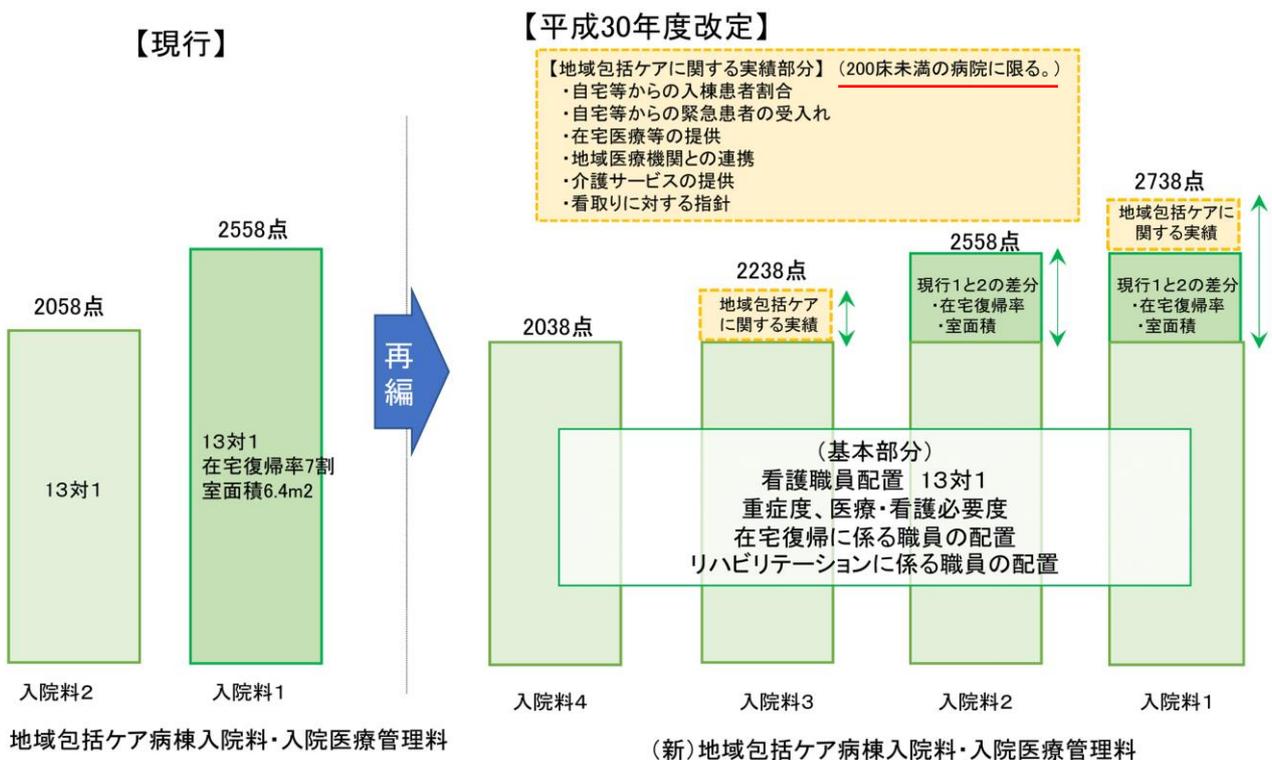
急性期機能をもつ病院は、地域の急性期需要を検証し、病床利用率が低い場合には一般病床の一部を地域包括ケア病棟へ転換し、地域包括ケアシステムへの貢献と収入増を図ることが一つの手段として考えられます。ただし、200床未満の病院に限られるため、病床数の削減が必要になるケースもあり、自院が地域から求められている機能を的確に把握することが必要です。

一方、地域包括ケア病棟の入院料1の点数が見直され、同入院料を算定することにより病床を有効活用できることで、収入増が期待できます。

また、他医療機関や介護事業所との連携は必要で、患者紹介のルート構築も重要です。

(参考) 日経ヘルスケア 2018年5月号

■ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ



(出典) 厚生労働省 平成30年度診療報酬改定の概要 医科 I

2 | 地域包括ケア病棟における収入比較シミュレーション

A病院（90床：地域包括ケア病棟45床、療養病床1）を事例に、地域包括ケア病棟の年間収入比較シミュレーションを実施しました。

今次改定より、地域包括ケア病棟入院料が180点引き上げられたことにより、約27,700千円の増収となります。また、改定前の救急・在宅等支援病床初期加算（150点）が、急性期患者支援病床初期加算（150点）と急性期患者支援病床初期加算（300点）に分けられたことから、約7,000千円の増収となり、結果として年間約34,800千円の増収が見込めることとなりました。

■A病院 収入比較シミュレーション

	現行1日点数	改定後1日点数	延べ日数	(計) 現行金額	(計) 改定後金額	増減額
①地域包括ケア病棟入院料1	2,558	2,738	15,396	393,829,680	421,542,480	27,712,800
②救急・在宅等支援病床初期加算（現行）	150		6,156	9,234,000	0	-9,234,000
③急性期患者支援病床初期加算（ポストアキュート）		150	1,416		2,124,000	2,124,000
④急性期患者支援病床初期加算（サブアキュート）		300	4,740		14,220,000	14,220,000
⑤看護配置加算	150	150	15,396	23,094,000	23,094,000	0
⑥看護補助者加算	150	150	15,396	23,094,000	23,094,000	0
⑦合計（入院14日まで）15日目を降は2858点	3,008			449,251,680	484,074,480	34,822,800
⑧合計※転院（14日まで）		3,188			増減割合	7.8%
⑨合計※直接入院（14日まで）		3,338				

※15日以降はいずれも3038点

（出典）2018年5月12日（株）MMオフィス 工藤高氏 日本医業経営コンサルタント協会北海道支部講演資料

前述のとおり、地域包括ケア病棟入院料1は、許可病床数が200床未満でなければ算定できません。よって、全国的に許可病床を200床未満に減床し、同入院料と算定可能とする動きが加速すると予測されます。

3 | 慢性期では介護医療院への転換も視野に検討

介護医療院への転換については、転換支援策の一環として移行定着支援加算が創設されたため、これを一定期間算定することができます。また、介護医療院はI型に比べII型で人員要件等が緩和されており、療養病床の一部を介護医療院に転換し、余剰人員を他の病棟に集中させることで効率的な人員配置が可能となります。

■介護医療院 基本報酬及び算定要件

	I型介護医療院			II型介護医療院		
	サービス費（I） （強化型A相当） 看護6：1 介護4：1	サービス費（II） （強化型B相当） 看護6：1 介護4：1	サービス費（III） （強化型B相当） 看護6：1 介護5：1	サービス費（I） （転換老健相当） 看護6：1 介護4：1	サービス費（II） （転換老健相当） 看護6：1 介護5：1	サービス費（III） （転換老健相当） 看護6：1 介護6：1
要介護1	803	791	775	758	742	731
要介護2	911	898	882	852	836	825
要介護3	1,144	1,127	1,111	1,056	1,040	1,029
要介護4	1,243	1,224	1,208	1,143	1,127	1,116
要介護5	1,332	1,312	1,296	1,221	1,205	1,194

（出典）厚生労働省 介護医療院の概要 介護医療院（補足資料）

B病院のデータを基に、介護療養病棟14床を介護医療院Iに移行した場合のシミュレーションを行うと、経口移行加算、認知症専門ケア加算（II）、1年間算定可能な移行定着支援加算により、年間約745万円の増収が見込まれるという結果となりました。（2017年4月から12月までの9ヶ月実績を基に単位数を計算し、1カ月換算）

■B病院 介護医療院転換シミュレーション I型介護医療院サービス費(ii)<多床室>

	単位	件数 (17年4月～ 12月実績)	単位数	1月換算 (円)		単位	件数 (17年4月～ 12月実績)	単位数	1月換算 (円)	
療養型介護療養施設サービス費I(V) 要介護3・夜勤Ⅲ	1,133	115	130,295	144,770	I型介護医療院サービス費(ii) 要介護3・夜勤Ⅲ	1,158	115	133,170	147,960	
療養型介護療養施設サービス費I(V) 要介護4・夜勤Ⅲ	1,232	1,563	1,925,616	2,139,570	I型介護医療院サービス費(ii) 要介護4・夜勤Ⅲ	1,257	1,563	1,964,691	2,182,990	
療養型介護療養施設サービス費I(V) 要介護5・夜勤Ⅲ	1,321	2,046	2,702,766	3,003,070	I型介護医療院サービス費(ii) 要介護5・夜勤Ⅲ	1,346	2,046	2,753,916	3,059,900	
施設他科受診時費用	362	1	362	400	施設他科受診時費用	362	1	362	400	
初期加算	30	6	180	200	初期加算	30	6	180	200	
退院前訪問指導加算	460	0	0	0	退院前訪問指導加算	460	0	0	0	
退院後訪問指導加算	460	4	1,840	2,040	退院後訪問指導加算	460	4	1,840	2,040	
退院時指導加算	400	0	0	0	退院時指導加算	400	0	0	0	
退院時情報提供加算	500	0	0	0	退院時情報提供加算	500	0	0	0	
退院前連携加算	500	0	0	0	退院前連携加算	500	0	0	0	
老人訪問看護指示加算	300	1	300	330	老人訪問看護指示加算	300	1	300	330	
栄養マネジメント加算	14	3,725	52,150	57,940	栄養マネジメント加算	14	3,725	52,150	57,940	
—				0	経口移行加算	28	3,725	104,300	115,880	
経口維持加算I	400	17	6,800	7,550	経口維持加算I	400	17	6,800	7,550	
経口維持加算II	100	16	1,600	1,770	経口維持加算II	100	16	1,600	1,770	
療養食加算	18	367	6,606	7,340	療養食加算	18	367	6,606	7,340	
—				0	在宅復帰支援加算	10	—	—	—	
—				0	認知症専門ケア加算(ii)	4	3,725	14,900	16,550	
—				0	移行定着支援加算	93	3,725	346,425	384,910	
—				0	排せつ支援加算	100	—	—	—	
サービス提供体制加算I1	18	3,725	67,050	74,500	サービス提供体制加算I1	18	3,725	67,050	74,500	
合計	—	—	4,895,565	5,439,480	合計	—	—	5,454,290	6,060,260	
※1月換算=単位数÷9ヶ月×10円（1円以下切り捨て）										
									増減	620,780
									増減（年換算）	7,449,360

（出典）2018年5月12日（株）MMオフィス 工藤高氏 日本医業経営コンサルタント協会北海道支部講演資料

3 | 外来は在宅医療の取り組み強化で増収に

1 | かかりつけ医機能・在宅医療を促進する改定内容

(1) 初診料の機能強化加算が新設

今回の改定では、機能強化加算（80点）の新設が注目されています。これは、かかりつけ医機能の評価として、診療所と200床未満の病院で算定が可能となっています。算定要件は、以下のとおりとなっており、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含め、初診時における診療機能を評価する観点から導入されたものです。

■機能強化加算の概要

（新設）機能強化加算 80点（初診時）

【算定要件】

地域包括診療加算、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（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）、施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を届け出している保険医療機関（診療所又は200床未満の保険医療機関に限る。）において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

(2) 地域包括診療料・地域包括診療加算が引き上げ

厚生労働省は、在宅療養支援診療所以外の医療機関の訪問診療（裾野の拡大）が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには24時間体制の確保が負担となっていることを課題とし、要件を緩和するとともに重点配分がなされました。

かかりつけ医機能を推進する観点から、24時間対応や医師配置基準の緩和と在宅への移行実績を評価しています。

■重点配分された主な点数

①（引き上げ）地域包括診療料 1 1,503点⇒1,560点 地域包括診療加算 20点⇒25点

- イ) 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること（在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含むことが緩和）
- ロ) 常勤換算2名以上の医師の配置、うち常勤医師が1名以上に緩和
- ハ) 外来診療を経て訪問診療に移行した患者数3人（在宅療養支援診療所の場合は10人）以上が追加

② (新設) 在総管・施設総管の継続診療加算 1月 216点

- イ) 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であること
- ロ) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築すること
- ハ) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること

(出典) 厚生労働省 平成30年度診療報酬改定の概要 医科 I

(3)地域包括診療料・地域包括診療加算シミュレーション

今回、新たに設定された点数について、シミュレーションを実施しました。地域包括診療料・同加算を算定していない診療所が、地域包括診療加算1を新規算定した場合、収益は下記のように変動します。

地域包括診療料の対象患者数を1日あたり30人、地域包括診療加算の対象患者数を同10人、月間の診療日数を20日のC診療所をモデルとしています。その結果、月当たり532千円の増収が見込めることとなりました。報酬単価のアップと新設された初診料機能強化加算が増収の要因だといえます。

■Cクリニック在宅診療シミュレーション

	現行点数	新点数	月患者数	現行金額 (円)	改定後金額 (円)	増減 (円)
地域包括診療料 1	1,503	1,560	600	9,018,000	9,360,000	342,000
地域包括診療加算 1	20	25	600	120,000	150,000	30,000
機能強化加算	0	80	200	0	160,000	160,000
合計	1,523	1,665	1,400	9,138,000	9,670,000	532,000

2 | オンライン診療の概要と実施スケジュール**(1)オンライン診療の概要**

今次改定からオンライン診療は、保険適用となります。一方で、対象者や算定要件については制限が多く、算定の対象は、長期的な医学的管理が必要とされる慢性疾患の患者に限られているため、今後は対象患者の拡大や算定要件の緩和が期待されています。

また、オンライン診療料の届出を行っていて、一定の要件を満たすことで、新設されたオンライン医学管理料(月1回/100点)やオンライン在宅管理料(月1回/100点)の算定が可能となります。

■オンライン診療料の概要

(新設) オンライン診療料 70点 (1月につき)

【算定要件】

- (1) オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診察を行った場合に算定。ただし、連続する3月は算定できない。
- (2) 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- (3) 患者の同意を得た上で、対面による診療（対面診療の間隔は3月以内）とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- (4) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。また、オンライン診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。
- (5) オンライン診療料を算定した同一月に、医学管理等は算定できない。また、当該診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

(出典) 厚生労働省 平成30年度診療報酬改定の概要 医科 I

(2) オンライン診療の実施モデル

オンライン診療料の算定には、連続して6ヶ月以上対面診療で特定疾患管理料などを算定することが必要なため、1月から治療を開始している場合、6月までは従来の対面診療を行わなければなりません。

■オンライン診療料算定までのスケジュール（7月から新規算定の例）

月	診療経過
1月	治療開始
2月～6月	対面診療
7月	オンライン診療① ⇒ オンライン診療料算定開始
8月	オンライン診療②
9月	対面診療
10月	オンライン診療③
11月	オンライン診療④
12月	対面診療

オンライン診療は3ヶ月連続して行うことができないため、3ヶ月目は対面診療となります。なお、オンライン診療料を算定する患者に対する診療であっても、オンライン診療の診療計画に含まれていない疾患については、対面診療を行う必要があります。

4 | 医療と介護の連携強化に手厚い評価

1 | 医療と介護の連携の促進

(1)ターミナルケアに関する報酬の要件変更

患者や家族の意向に沿った看取りを推進するため、今回の改定では訪問診療や訪問看護におけるターミナルケアにおいて「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」等を踏まえた対応を要件として追加し、評価することとなっています。

同ガイドラインは、人生の最終段階を迎えた本人・家族等と医師をはじめとする医療・介護従事者が、最善の医療・ケアを作り上げるプロセスを示しています。

ターミナルケア加算の要件として、この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、対応することが追加されました。

■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(一部抜粋)

医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

(出典) 厚生労働省 「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」

診療報酬改定における対応においては、在宅医療・訪問看護のターミナルケア関連の報酬が、下記のとおりすべて 500 点のアップとなっています。

■重点配分されたターミナルケア関連の報酬

【在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)】

(引き上げ) 機能強化型在支診・在支病(病床あり)	6,000 点	⇒	6,500 点
(引き上げ) 機能強化型在支診・在支病(病床なし)	5,000 点	⇒	5,500 点
(引き上げ) 在支診・在支病	4,000 点	⇒	4,500 点
(引き上げ) その他の医療機関	3,000 点	⇒	3,500 点

(出典) 厚生労働省 平成 30 年度診療報酬改定の概要 医科 I

(2)特別養護老人ホーム等の入所者に対する医療サービス評価の見直し

特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実しています。

改定前は、特別養護老人ホームで看取り加算を算定していると、協力医療機関や訪問看護ステーションが訪問診や訪問看護を実施しても、在宅ターミナルケア加算や訪問看護ターミナルケア療養費は算定できませんでしたが、診療報酬改定により、これらの加算等が算定できるようになっています。

さらに、訪問看護ターミナルケア療養費については、特別養護老人ホームが看取り介護加算を算定しているかどうかによって区分され、改定前の1区分から2区分となっています。今回の改定により、他職種、他事業所と連携したターミナルケアが重要性を増したといえます。

■特別養護老人ホームにおける医療サービスに係る見直し(改定後)

●配置医師や協力医療機関による緊急時の24時間対応の体制がない施設

【末期の悪性腫瘍の患者等】

- ・特別養護老人ホームが看取り介護加算(Ⅰ)を算定している場合であっても、在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算、看取り加算が算定可

【末期の悪性腫瘍の患者等】

- ・特別養護老人ホームが看取り介護加算を算定していない場合（訪問看護ステーション）
訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円
- ・特別養護老人ホームが看取り介護加算を算定している場合（訪問看護ステーション）
(新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円

●配置医師や協力医療機関による緊急時の24時間対応の体制を有する施設

【末期の悪性腫瘍の患者等】

- ・特別養護老人ホームが看取り介護加算(Ⅱ)を算定している場合であっても、在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算が算定可

【末期の悪性腫瘍の患者等】

- ・特別養護老人ホームが看取り介護加算を算定していない場合（訪問看護ステーション）
訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円
- ・特別養護老人ホームが看取り介護加算を算定している場合（訪問看護ステーション）
(新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円

(出典) 厚生労働省 平成30年度診療報酬改定の概要

(3)リハビリテーションに係る情報共有の推進とその他の連携

リハビリテーション総合計画評価料について見直しが行われ、医療機関から介護保険の

リハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者を対象とするリハビリテーション総合計画評価料2（240点）が新設されています。また、新しい共通様式を使用して医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合に算定できるリハビリテーション計画提供料1（275点）を新設し、医療・介護の円滑な情報提供や共有、効果的なリハビリテーションの実現を推進し、医療機関の協力を促すかたちとなっています。

また、介護サービスを提供している有床診療所について入院基本料の要件緩和が行われています。さらに、上記の有床診療所について、高齢者等に対する入院受入れに係る加算として、介護連携加算1（192点）と介護連携加算2（38点）を新設しています。

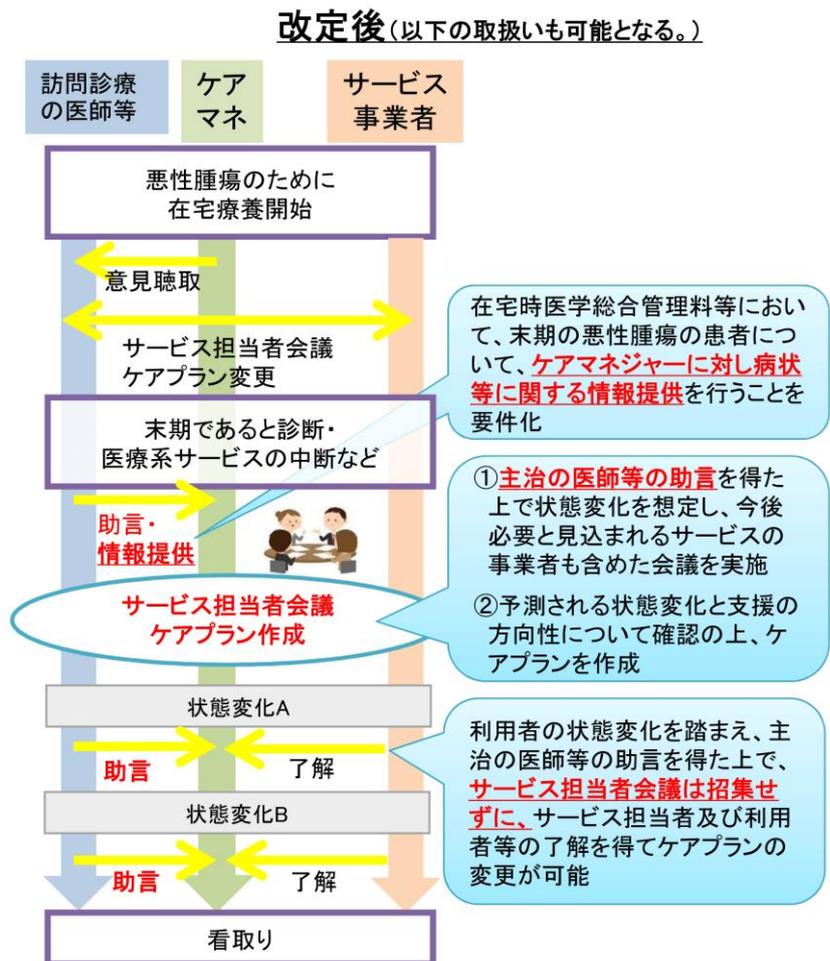
2018年の同時改定は、地域包括ケアシステムを推進するための評価体系が色濃く出た改定です。複数の事業所が日常的に連携して情報交換を行い、サポートしていくという体制を構築し、地域に貢献できる医療や介護を提供していくことが求められています。

2 | 訪問診療の主治医とケアマネージャーの連携強化

診療報酬では、在宅時医学総合管理料と在宅がん医療総合診療料の要件として、末期の悪性腫瘍の患者に予測される病状の変化等について、主治医がケアマネージャーに対し情報提供を行うことを追加しています。

一方、介護報酬では末期の悪性腫瘍のターミナルケアマネジメント加算（400単位/月）が新設されるなど、居宅介護支援事業所と主治医や居宅サービス事業者の連携に対する報酬上の評価がされており、今後更なる連携強化が求められています。

■訪問診療の主治医とケアマネージャーの連携強化 (イメージ図)



(出典) 厚生労働省 平成30年度診療報酬改定の概要

※本レポートは、2018年5月12日開催 日本医業経営コンサルタント協会北海道支部研修会

「診療報酬・介護報酬改定後の医療機関の対応」

(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。

医業経営情報レポート

2018年診療報酬改定に対応 診療報酬改定後の影響試算

【著者】日本ビズアップ株式会社

【発行】税理士法人 森田会計事務所

〒630-8247 奈良市油阪町456番地 第二森田ビル 4F

TEL 0742-22-3578 FAX 0742-27-1681

本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複写することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。