

平成30年度

診療報酬・介護報酬 同時改定特集号

Contents

平成30年度診療報酬改定のポイント

Q1 「かかりつけ医」機能の評価は？	2
Q2 ICT活用についての評価は？	3
Q3 透析医療の見直しは？	3
Q4 在宅患者訪問診療料の改定は？	4
Q5 在医総管・施設総管の改定は？	4
Q6 在宅医療や介護連携の注目点は？	5
Q7 入院医療における病床再編は？	5
Q8 歯科医療についての改定は？	7

平成30年度介護報酬改定のポイント

Q1 訪問看護サービスの改定は？	8
Q2 訪問リハビリテーションの改定は？	9
Q3 通所リハビリテーションの改定は？	9
Q4 その他、注目すべき改定は？	10

認定経営革新等支援機関

株式会社 大山会計

〒234-0054 横浜市港南区港南台9-29-3

TEL.045-831-1000 FAX.045-831-0007

<http://www.oyamakaikei.jp>

当事務所の
ホームページはこちら



平成 30 年度診療報酬改定のポイント

改定の概要

平成 30 年度診療報酬改定は 6 年に 1 度の介護報酬との同時改定であり、少子・高齢化が進み、医療・介護ニーズが大幅に変わろうとする過渡期の改定です。厚生労働省は、団塊の世代が全員 75 歳以上の後期高齢者となる 2025 年を高齢化のピークとみて、需要に見合う医療や介護の提供体制を整えることを現在の大きなミッションとしています。

今改定は、診療報酬本体は 0.55% のプラス改定でした。病床機能や在宅医療、がんや糖尿病、認知症など、打って出べき施策が目白押しのため技術料はプラスでしたが、薬価・材料価格はマイナスで、結果的に全体ではマイナス改定となりました。保険財源の問題もあり、制度を持続させるための効率化・適正化が幅を効かせた改定であったといえます。

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%

うち、実勢薬等改定 ▲ 1.36%、
薬価制度の抜本改革 ▲ 0.29%

② 材料価格 ▲ 0.09%

1 外来に関わる評価

Q1 「かかりつけ医」機能の評価は、どのように変わりましたか？

A1 地域包括診療料、認知症地域包括診療料等について、一定の要件を満たした場合の評価が大幅に引き上げられ、施設基準も緩和されました。

地域包括診療料 1,503 点	→	地域包括診療料 1	1,560 点
		地域包括診療料 2	1,503 点

認知症地域包括 診療料 1,515 点	→	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

地域包括診療加算 20 点	→	地域包括診療加算 1	25 点
		地域包括診療加算 2	18 点

認知症地域包括 診療加算 30 点	→	認知症地域包括診療加算 1	35 点
		認知症地域包括診療加算 2	28 点

新 薬剤適正使用連携加算	30 点
---------------------	------

新 初診料 機能強化加算	80 点
---------------------	------

解説

(1) 地域包括診療料等

従来の報酬を 2 段階として、地域包括診療料では、外来中心の医療機関が自院の外来診療を経て訪問診療に移行した患者数 10 人以上などの要件を満たした場合の評価が、従来

の 1,503 点から 1,560 点へ、認知症地域包括診療料も 1,515 点から 1,580 点へと大幅に引き上げられました（同加算も同様）。

批判のあった施設基準についても、従来の「常勤医師 2 名の配置」から「常勤換算 2 名で、内 1 名が常勤医師」に緩和され、さらに、地域包括診療料等の要件である患者の受診医療機関や処方薬の把握について、看護師等が実施可能であることが明確化されました。

また、「薬剤適正使用連携加算」が新設されています。これは、地域包括診療料を算定していた患者が入院・入所した場合に、入院・入所先の医療機関等と医薬品の適正使用に係る連携を行った場合の加算です。

(2) その他

初診料の加算として「機能強化加算」が新設されました。地域包括診療料や在宅時医学総合管理料（以下、在医総管）などの届出が要件で、地域のかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談および夜間・休日の問合わせ対応等の機能を担うことを目的としています。紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲を拡大したことと併せて、かかりつけ医への評価が一段と増した改定となっています。

Q2 近年重視されているICTの活用について、新たな評価を教えてください。

A2 遠隔診療を促進するため、ビデオ通話による診察を行った場合の評価が新設されました。

新	オンライン診療料(1月につき)	70点
新	オンライン医学管理料(1月につき)	100点

解説

ICTの活用でクローズアップされた診療報酬として、「オンライン診療料」や「オンライン医学管理料」等が新設されました。これは、特定疾患療養管理料や地域包括診療料、小児科療養指導料等を算定して6か月以上が経過した患者に対し、リアルタイムでのビデオ通話が可能な情報通信機器を使用してオンラインによる診察を行った場合の算定です。

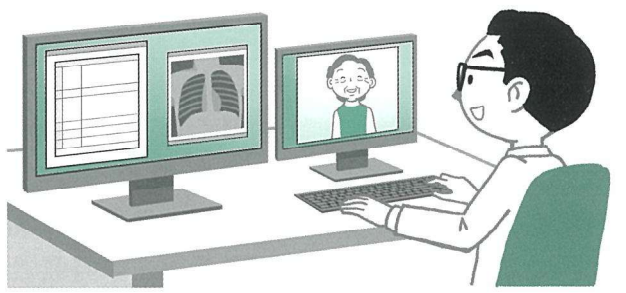
遠隔診療は、症状が安定した患者の通院負担を軽減させるだけでなく、医療機関側の診療負担も軽減させる効果があるため、今後さらに拡大していくと思われます。

Q3 透析医療については、どのような見直しが行われましたか？

A3 透析に係る処置料の適正化が行われました。

解説

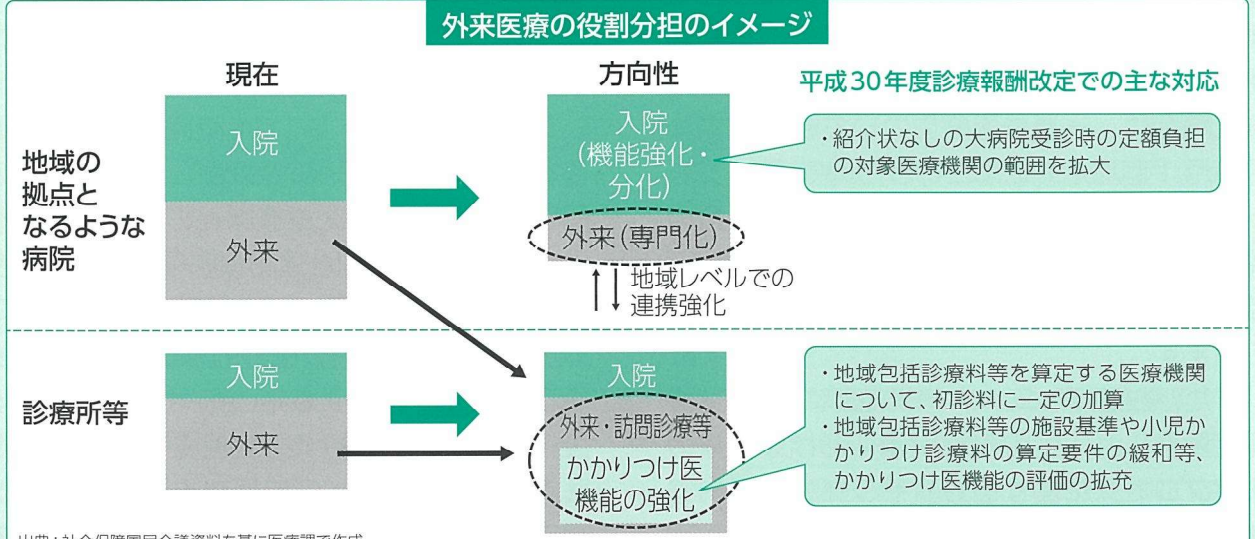
従来は、包括となる検査やエリスロポエチンなどの薬剤の実勢価格に応じて、「人工腎臓」や「慢性維持透析患者外来医学管理料」等が適正化されてきましたが、今改定で、透析監視装置の台数が26台未満であるか否かと1台当たりの患者数で、「人工腎臓」の評価が3区分となりました。長年、薬価の実勢価格での対応でしたので、少なからず改定の影響はあるものと思われます。



図表 1 外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい



出典：社会保障国民会議資料を基に医療課で作成

出典：中央社会保険医療協議会資料

2 在宅医療や介護との連携への評価

Q4 在宅患者訪問診療料の改定について教えてください。

A4 有料老人ホーム等に併設されている医療機関か否かで区分され、新たな報酬体系となりました。

在宅患者訪問診療料 I (1日につき)

- * 併設する介護施設等の入居者以外の場合
- * 1は従来の訪問診療料

新 2 他医療機関の依頼を受けた訪問診療

同一建物居住者以外	830点
同一建物居住者	178点

新 在宅患者訪問診療料 II (1日につき) 144点

- * 併設する介護施設等の入居者の場合

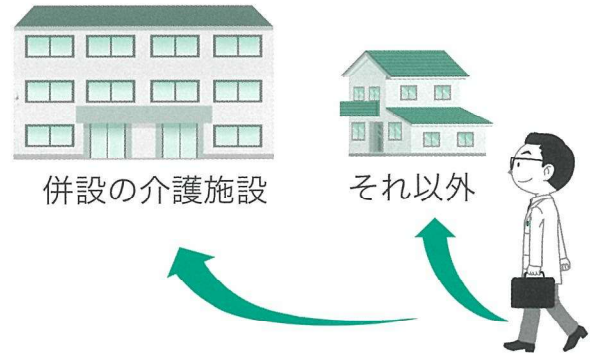
解説

従来の在宅患者訪問診療料は、「同一建物居住者」「それ以外」の2区分でしたが、今改定で、有料老人ホーム等に併設されている医療機関か否かで大きく2区分（I・II）されることとなりました。

さらに、「I」の有料老人ホーム等の併設でない場合は、従来の訪問診療料（1）と、**他の医療機関の依頼で訪問診療を行った場合（2）**に区分されました。後者は、自らは在宅療養支援診療所（以下、在支診）でない医療機関が、在医総管、施設入居時等医学総合管理料（以下、施設総管）または在宅がん医療の算定要件を満たす医療機関からの紹介で、その医療機関が専門ではない疾患の治療のために訪問診療した場合に、一連の治療について6月以内に限り月1回算定できるというものです。

「II」の有料老人ホーム等に併設の場合の評価は低く、再診料72点+外来管理加算52点という外来の評価と、ほぼ変わらなくなっています。

また、在宅ターミナルケア加算については、算定要件に「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」の内容を踏まえること等を追加した上で、一律500点の引上げとなっています。



Q5 在医総管・施設総管は、どのような改定が行われましたか？

A5 月2回の訪問診療の適正化と、月1回の訪問診療の充実が図られました。また、3つの加算が新設されています。

在医総管・施設総管

重症でない月2回以上の訪問 一律100点引下げ
月1回の訪問（強化型在支診以外）20～50点引上げ

新 継続診療加算（1月につき）	216点
新 包括的支援加算（月1回）	150点
新 在医総管 オンライン在宅管理料（1月につき）	100点

解説

在宅の管理料である、在医総管・施設総管では、重症ではないが月2回の訪問を必要とする場合が一律100点引き下げられた一方で、強化型でない在支診や在支診でない医療機関からの月1回の評価は20～50点引き上げられています。

今回、在医総管や施設総管に新たな加算が3つ設けられました。

「**継続診療加算**」は、24時間の問題があっても在支診になれない診療所が、かかりつけの患者に対して他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の評価です。「**包括的支援加算**」は、要介護2以上に相当する患者や認知症高齢者の日常生活自立度でランクII b以上の患者、月4回以上の訪問看護を受ける患者等を対象とした在医総管、施設総管への加算です。「**オンライン在宅管理料**」は、在宅における遠隔診療への評価です。

Q6 その他、在宅医療や介護との連携に関して、注目すべき項目はありますか？

A6 複数名による訪問看護の見直しの他、特別養護老人ホームへの訪問診療等において医療・介護連携推進のための改定などが行われています。

複数名訪問看護加算(看護補助者が同行の場合)

→ 細分化

新	看護・介護職員連携強化加算	250点
廃止	リハビリテーション総合計画提供料	100点
新	リハビリテーション計画提供料1	275点
新	リハビリテーション計画提供料2	100点

解説

①訪問看護

複数名訪問看護で看護補助者と一緒に訪問した際の評価が細分化されました。また、訪問介護や施設介護等で、介護職員の喀痰吸引等を支援した場合の「看護・介護職員連携強化加算」が新設されています。

②特別養護老人ホーム等の入所者への訪問診療

特別養護老人ホーム(以下、特養)で「看取り介護加算」を算定している末期の悪性腫瘍等の患者を訪問診療した場合、従来は在宅患者訪問診療料のみ算定が可能でした。

今回の介護報酬改定で「看取り介護加算」がⅠ・Ⅱに区分され、特養が「Ⅰ」を算定している場合は「在宅ターミナルケア加算」「看取り加算」の算定が可能となりました。特養で「Ⅱ」を算定している場合は「在宅ターミナルケア加算」のみ算定できます。

③リハビリテーション

医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式が新設され、その共通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事業所に情報提供した場合、「リハビリテーション計画提供料」を算定できます。

また、医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関で、介護保険の維持期リハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準も緩和されました。

医療・介護連携は、今後も大きな課題です。

3 入院医療に関わる評価

Q7 入院医療における病床再編は、どのようになりましたか？

A7 2025年を視野に入れ、入院医療の評価体系が大幅に見直されました。

解説

今回の入院医療の改定は、2025年を視野に入れた地域医療構想の実現に向けた病床再編を促す改定となっています。入院医療の評価を医療の需要に合わせてられるよう、これまで、看護配置を基準とした入院基本料から、患者の重症度や医療・看護必要度という指標をもとに病床機能ごとに報酬を決めていく仕組みにシフトしてきました。今回はその骨格を構築した改定であり、あくまでも次回以降に続く改定といえるでしょう。

(1) 一般病棟入院基本料の評価体系

従来の「一般病棟入院基本料」が、次の2つに区分されました。

①急性期一般入院基本料

従来の10対1と7対1の入院基本料をベースに再構築され、看護師の配置や患者の重症度、医療・看護必要度等を基準に7つの入院料が設定されています。

②地域一般入院基本料

従来の13対1、15対1の入院基本料をベースに3区分となりました。

「入院料1」は従来の13対1入院基本料に重症度、医療・看護必要度Ⅰを継続的に測定・評価することで1,126点となっています。平均在院日数はそのまま踏襲され、回復期機能または長期療養機能に近い病床といえます。

(2) 回復期機能を担う特定入院料の評価体系

回復期機能を担う2つの特定入院料の評価体系が見直されました。

①回復期リハビリテーション病棟入院料

リハビリテーションのアウトカム評価推進のため、医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分の組合せによる体系に再編され、従来の3区分から6区分となりました。

医療の評価部分では、看護職員等の配置、データ提出加算の届出、休日リハビリテーションの実施（入院料 1・2）等となっています。

診療実績の部分では、従来の「リハビリテーション充実加算」の要件であるリハビリテーション実績指数が、「入院料 1・3・5」の要件に組み込まれます。また、重症者割合、重症者の日常生活機能評価の改善、自宅等に退院する割合を「入院料 1～4」の要件とし、「入院料 1」は管理栄養士の関わりを要件としています。

②地域包括ケア病棟入院料

実績部分を加味した評価を導入した上で、従来の 2 区分から 4 区分に再編されました。

従来の入院料 1 の要件は、改定後の「入院料 1・2」の要件となり、満たさない場合は「入院料 3・4」となります。

実績部分では、次の要件を満たすことなどが「入院料 1・3」の要件で、満たさない場合は「入院料 2・4」となります。

- 1) 自宅等から入院した患者割合 10%以上
- 2) 自宅等からの緊急入院（予定入院でない入院）の受入れが 3 か月で 3 人以上
- 3) 看取りに対する指針の運用
- 4) 医療機関として在宅医療や訪問看護他

訪問系介護サービスにどの程度関わっているか など

また、許可病床 200 床以上の病院が関われる入院料は、病棟単位では入院料 2 と 4 のみです（病室単位では入院料 1～4 全て可能）。

今改定で在宅復帰の対象となる施設が変更となり、従来の在宅復帰機能を有する老健や療養病床は対象から外れました。退院先に老健などを活用していた地域包括ケア病棟は、在宅復帰率の計算に注意が必要です。

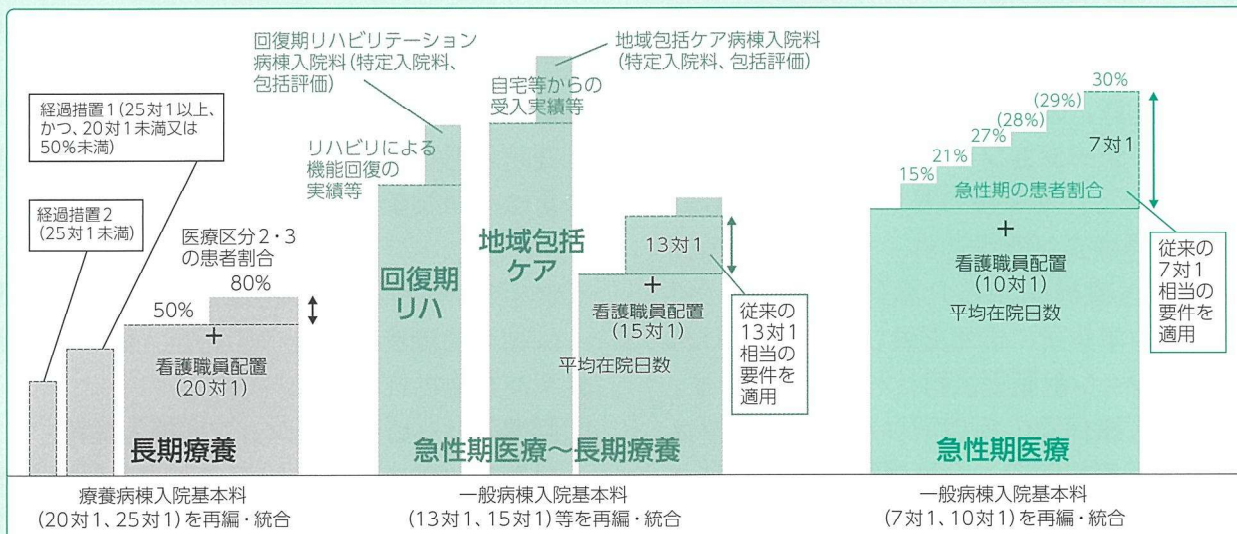
また、在宅等からの入院患者に対して、治療方針に関する患者またはその家族等の意思決定に対する支援を行った場合の「在宅患者支援病床初期加算」が 1 日 300 点と、従来の倍の評価となっています。サブアキュートへの対応に評価ポイントを置いたことが分かります。

(3) 療養病棟入院基本料の評価体系

「療養病棟入院基本料」は「療養病棟入院料」と名称が変更されています。「入院料 1」に変更はなく、「入院料 2」について、25 対 1 の経過措置期限が切れることで 20 対 1 となり、しかも医療区分 2・3 の患者割合が 50%以上となりました。

図表 2 新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)

○入院医療評価体系について、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新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



※特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記のイメージには含めていない。

出典：中央社会保険医療協議会資料(一部改変)

また、「入院料1・2」を満たせない病棟について「経過措置1・2」という区分が設けられました。いずれも経過措置であり、介護療養病床の廃止期限が6年延長になったことと併せてのものと思われます。

- 新** 経過措置1 →入院料2の90%算定
*看護師配置25対1を満たさないか、または医療区分2・3割合の50%を満たさない場合
- 新** 経過措置2 →入院料2の80%算定
*看護師配置が25対1も満たさず30対1以上の場合

今回の介護報酬改定において新設された「介護医療院」が(10頁参照)、経過措置病棟の受け皿となるものと思われます。

4 歯科医療に関わる評価

Q8 歯科医療については、どのような改定が行われましたか？

A8 歯科ニーズの変化に対応するため、かかりつけ歯科医機能の強化などが行われています。

解説

歯科医療では2025年問題も含め、歯科ニーズの大きな変化にどう対応していくかが近年の重要な課題でした。

歯の保有率が全年齢階級で増加傾向にあり、特に高齢者の増加が顕著です。小児のう蝕患者数も同様で、1人平均う蝕歯数、う蝕有病率とも年々減少しています。

歯科＝虫歯治療といわれた患者層が減る一方で、歯周病やかみ合わせ、高齢化に伴う咀嚼や嚥下を含めた口腔機能の低下など新たなニーズが増加しています。今改定では、この変化に対応できるような歯科提供体制の構築がポイントとなっています。

(1) かかりつけ歯科医機能の構築

- かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所
 <施設基準の追加> う蝕や歯周病の重症化予防に関する継続的な管理実績/地域連携に関する会議等への参加実績
- 新** 診療情報連携共有料(医科歯科共用) 120点

医科同様、歯科もかかりつけ歯科医機能の構築が大きなポイントになっており、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の要件が追加されています。また、かかりつけ医との情報共有・連携の評価として医科歯科共用の「診療情報連携共有料」が新設されました。

(2) 周術期口腔機能管理の推進

- 診療情報提供料(I) 歯科医療機関連携加算 (医科点数表)
- <対象拡大> 人工関節置換術・人工関節再置換術(股関節に限る)
- 周術期等口腔機能管理料
 <対象拡大> 脳血管外科手術、人工股関節置換術等
- 周術期口腔機能管理後手術加算(医科点数表)
 <対象拡大> 人工関節置換術・人工関節再置換術(股関節に限る)、造血幹細胞移植

医科歯科連携を推進し、周術期等の口腔機能管理を充実する観点から、その目的を明確化するとともに、術後から口腔機能管理を実施する場合の取扱いを明確化し、さらに、対象患者を拡大しました。

(3) その他

- 廃止 在宅患者等急性歯科疾患対応加算
→歯科訪問診療料へ包括化
- 新** 歯科疾患管理料 小児口腔機能管理加算 100点
- 新** 咀嚼能力検査 140点
- 新** 咬合圧検査 130点

①在宅歯科医療

在宅療養支援歯科診療所の施設基準が、機能に応じた評価となるよう見直されました。さらに、「在宅患者等急性歯科疾患対応加算」が「歯科訪問診療料」に包括化(切削器具携行を算定要件化)されています。在宅歯科の拡大・定着を目指した改定とみられます。

②ライフステージに応じた管理

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が基本指針となっています。ライフステージに応じた口腔機能管理の推進として「**歯科疾患管理料 小児口腔機能管理加算**」が新設されました。また、口腔機能評価に関する検査への点数も新設されています。

平成30年度介護報酬改定のポイント

改定の概要

平成30年度介護報酬改定は、診療報酬改定に先立つこと1月26日に答申が行われました。診療報酬と同様、背景には高齢社会と人口減少があり、2025年の介護ニーズに対応すべく、地域包括ケアシステムの構築を目指した改定となっています。

改定率はプラス0.54%。前回改定の▲2.27%と比較すればプラス改定ですが、平成21、24年の改定率と比較すると見劣りします。地域包括ケアシステムの構築や処遇改善などを盛り込んで0.54%ですので、財源的には厳しい改定といえます。

平成30年改定率 +0.54%

平成27年 ▲2.27%

平成24年 +1.2%

平成21年 +3.0%

1 訪問系サービス

Q1 訪問看護サービスでは、どのような改定が行われましたか？

A1 中重度の要介護者の医療ニーズへの対応強化などが図られました。

基本報酬(病院または診療所の場合)

20分未満 262単位 → 訪問看護 263単位
介護予防訪問看護 253単位

30分未満 392単位 → 訪問看護 396単位
介護予防訪問看護 379単位

30分以上1時間未満 567単位 → 訪問看護 569単位
介護予防訪問看護 548単位

1時間以上1時間30分未満 835単位 → 訪問看護 836単位
介護予防訪問看護 807単位

新 看護体制強化加算Ⅰ 600単位/月
緊急時訪問看護加算(病院または診療所の場合)
290単位/月 → 315単位/月

新 複数名訪問加算Ⅱ 30分未満 201単位
30分以上 317単位

訪問看護・介護予防訪問看護(理学療法士等の場合)
302単位/回 → 296単位/回

解説

訪問看護は、医療保険と介護保険ともに行うことができるサービスです。ここでは介護保険の改定ポイントを解説します。

①基本報酬

従来は要介護者と介護予防者が同じ評価でしたが、介護予防者独自の評価が新設されました。

また、同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬が一部見直されています。

②看護体制強化加算

「ターミナルケア加算」の算定者5名以上(12月間)を要件とする「看護体制強化加算Ⅰ」が新設されました。また、Ⅰ・Ⅱともに「緊急時訪問看護加算」等の算定患者割合要件の実績期間が6か月間となりました。

③緊急時訪問看護加算

1月以内の2回目以降の緊急時訪問は早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算の算定を要件に、評価が引き上げられました。

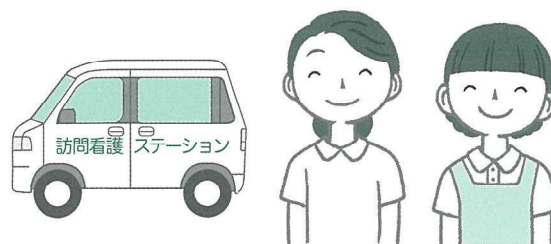
④ターミナルケア加算

要件に「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」等の内容を踏まえて利用者本人と話し合い、利用者本人の意思決定を基本に、他の医療・介護関係者と連携して対応することなどが明示されました。

⑤複数名による訪問看護に係る加算等

看護師と看護補助者が一緒に訪問する場合の「複数名訪問加算Ⅱ」が新設されました。

また、訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問看護が見直され、評価を引き下げた上で、利用者の状況や実施した看護の情報を看護職員と理学療法士等が共有し、訪問看護計画書および訪問看護報告書を看護職員と理学療法士等が連携して作成することなどが要件に盛り込まれました。



Q2 訪問リハビリテーションについてはどのような改定が行われましたか？

A2 リハビリテーションに関する医師の関与が強化されました。

リハビリテーションマネジメント加算			
I	60単位/月	→	I 230単位/月
			新 II 280単位/月
II	150単位/月	→	III 320単位/月
			新 IV 420単位/月

新 リハビリテーションマネジメント加算 (介護予防訪問リハ)	230単位/月
新 事業所評価加算(介護予防訪問リハ)	120単位/月

解説

訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）も、医療保険と介護保険ともに行うことができるサービスです。ここでは介護保険の基本的な改定ポイントを解説します。

①リハビリテーションマネジメント（リハマネ）加算

大幅な評価の引上げが行われ、従来の2区分から4区分の評価体系とすると同時に、医師の関わりが要件とされました。

「加算Ⅰ」は、従来の要件の他に、医師による詳細な指示が追加され、新設の「加算Ⅱ」は、医師の指示の他に、リハビリテーション会議への出席をテレビ電話でも可とすることや、リハビリテーション計画の作成に関与したPT・OT等が利用者に説明し同意を得て医師へ報告することなどが要件となっています。

「加算Ⅲ」は、改定前のⅡの要件に、医師の指示とTV電話の活用を付記した上で大幅引上げとなり、新設の「加算Ⅳ」は、3月に1回を限度とし、Ⅲの要件の他に通所・訪問リハの質の評価データ収集等事業に参加し、同事業で活用しているシステム（VISIT）を用いて厚生労働省に提出していることが要件です。

医師の関与という基本的な部分を要件とした改定内容は、医療機関としてもしっかりと対応していくべき点といえるでしょう。

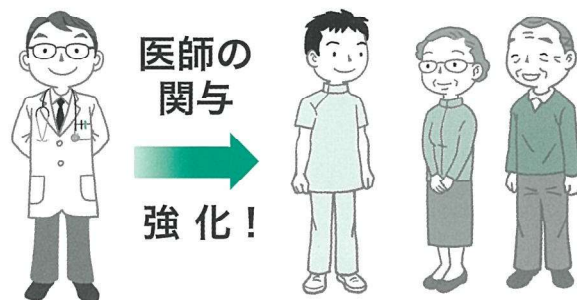
併せて介護予防訪問リハにもリハマネ加算が創設されています。

②事業所評価加算等

通所系サービス等に設けられている「事業

所評価加算」が、介護予防訪問リハにも新設されました。基本的に通所リハの指示は当院の医師が出すものであり、計画にも関与することが求められます。この要件を訪問リハにおいても明確にし、逆に医師が訪問リハの計画作成の際に診察等を行わなかった場合1回20単位の減算が新たにできました。

その他、同一建物居住者の減算に関する考え方は訪問看護含め訪問系サービス共通です。



2 通所系サービス（通所リハ）

Q3 通所リハビリテーションについてはどのような改定が行われましたか？

A3 基本報酬の時間単位や、リハマネ加算などの見直しが行われています。

解説

基本報酬が全て1時間単位の区分となり、それに併せて3時間以上のサービスが通所介護との調整から適正化されました。反面、リハビリテーション専門職の配置が、人員に関する基準より手厚い体制を構築してリハビリテーションマネジメントに基づいた長時間のサービスを提供している場合の「リハビリテーション提供体制加算」が新設されています。

「リハマネ加算」が、従来の2区分から4区分の評価体系となりました。医師からの詳細な指示要件などは、訪問リハと同様です。また、介護予防通所リハに「リハマネ加算」「生活行為向上リハビリテーション実施加算」が新設されました。

さらに、外部の管理栄養士でも「栄養改善加算」が算定できるようになり、管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な「栄養スクリーニング加算」も新設されています。

3 その他

Q4 その他、注目すべき改定にはどのようなものがありますか？

A4 在宅復帰を促進する改定の他、介護医療院の創設が注目されます。

解説

(1) 居宅療養管理指導

居宅療養管理指導費 (I) (医師が行う場合)

単一建物居住者1人	507単位
単一建物居住者2～9人	483単位
単一建物居住者10人以上	442単位

医師・歯科医師や薬剤師、栄養士、歯科衛生士が行う場合の指導料が、在宅医療と同様の区分とされました。

看護師による居宅療養管理指導は、算定実態がほとんど無いため廃止となりました。

(2) 施設系介護：介護老人保健施設（老健）

在宅復帰在宅療養支援機能加算

27単位/日	→ (I) 基本型	34単位/日
	(II) 在宅強化型	46単位/日

新 かかりつけ医連携薬剤調整加算	125単位/退所時
新 排せつ支援加算	100単位/月
新 低栄養リスク改善加算	300単位/月
新 再入所時栄養連携加算	400単位/回
新 在宅サービスを利用したときの費用	800単位/日

在宅復帰・在宅療養支援機能をより明確にするため、「在宅強化型・基本型・その他」の3区分とし、従来の指標に加え、入所後の取組みやリハビリテーション専門職の配置等の指標も用いることで、さらにきめ細かい評価体系が構築されました。

在宅強化型の基本報酬は各介護度で6単位程度の引上げですが、「在宅復帰在宅療養支援機能加算」が46単位となり、在宅強化型で加算の付いた超強化型の老健への転換により、相当な増収が図れると思われます。

新規の加算項目の中でも、入所者が居宅で外泊の際に老健の在宅サービスを利用した場合の所定単位数に代えた800単位/日の算定は、在宅復帰促進の有効な取組みといえます。

(3) 施設系介護：介護医療院

廃止が予定されている介護療養病床の受け皿として「介護医療院」が創設されました。そのため、介護療養病床の廃止が6年延長され、この間に介護療養病床や医療療養病床(25:1)などが転換対象になると思われます。

介護医療院には2つのタイプがあります。

介護医療院I	入所者層が療養機能強化型AまたはBの介護療養病床と同じ
介護医療院II	患者層の基準が介護療養型老人保健施設(転換型老健)と同じ

人員配置も、Iは介護療養病床とほぼ同程度、IIは転換型老健に合わせた構成になっています。療養室は床面積で8㎡/人以上ですが、大規模改修までは6.4㎡以上でも可とされています。転換に当たっての所定単位数は、介護療養病床の現状と結果的に変わらないようになっています。

介護医療院では床面積が8㎡に満たないと25単位減算となりますが、減算された単位数は、そのまま同じタイプの介護療養病床と同じ単位数となっています。

さらに、従来の介護療養病床の各種加算等を継承する上、転換型老健の加算も一部継承しているため、要件さえ合えば介護療養病床を上回る単価となる可能性があります。報酬面は障害とはならず、人的基準等は従来のまま継承できるため、転換に支障はないものと思われれます。

ちなみに、一般病床や地域包括ケア病棟の退院患者を介護医療院が受け入れる場合や介護医療院から入院する場合、介護医療院は在宅として扱うことになっています。介護療養病床の転換先として、ようやく魅力のあるものが出てきたということです。

今回の同時改定で診療報酬・介護報酬に共通することは、2025年に向けた医療や介護の提供体制の構築に向けた取組みであること、各領域のニーズに対応した改定であることなどです。医療機関や介護サービス事業所においては、改定の趣旨を理解した上で具体的な対応に取り組まれることを期待します。

(株) ASK 梓診療報酬研究所 チーフコンサルタント 富田敏夫