

《研究ノート》

2018年度診療報酬改定の背景と内容

山下 利恵子

2018年度診療報酬改定の背景と内容

山下 利恵子

和文抄録：わが国の総人口は、今後さらに減少し、また少子高齢化が進展することが見込まれている。とくに2025年には、いわゆる団塊の世代がすべて75歳以上の後期高齢者となる。このため医療・介護ニーズの増大や複雑化に対応可能な提供体制を構築していくことが不可欠である。2018年度の診療報酬改定は、地域包括ケアシステムの構築・推進をキーワードとしたものであったが、それはサービスの量・質の保証が前提とされなければならない。効率化・適正化のもと、単に医療費抑制のみに誘導されることがないように検証していくことが必要である。

キーワード：地域包括ケアシステム、診療報酬、効率化・適正化

はじめに

わが国は人口減少社会に突入しており、今後さらに少子高齢化が進展することが見込まれている。このため少子高齢化の進展に伴う医療ニーズの変化や持続可能な医療保障制度を構築していくことが求められており、診療報酬をはじめとする総合的・包括的な取り組みが必要となる。とくに2018年度診療報酬改定は、いわゆる団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年を見据えたものとなるように計画され、実施していくものである。少子高齢化の進展は、ニーズの増大・複雑化や支え手の減少を意味し、ますます効率的な医療が求められることが予想されるが、はじめに財政ありきとされ医療費抑制のみに誘導されることがないように検証していく必要がある。また2018年度は、診療報酬、介護報酬、障害福祉等報酬の改定及び第7期の医療計画・介護保険事業（支援）計画や新たな医療費適正化計画、加えて改編された国民健康保険制度もスタートする等、大きな節目の年になる。そこで本稿では、2018年度診療報酬改定について、診療報酬に影響を及ぼすと考えられるわが国の人口構造及び将来推計を確認し、診療報酬の改定内容を整理することとした。

1 人口構造の変化

1) 総人口の減少

わが国の総人口について明治時代の人口をみると、1872（明治5）年には3,480万人であった。その後は増加を続け、1936（昭和11）年には明治初期の人口の倍となる6,925万人となり、第2次世界大戦による混乱の後に、いわゆる第1次ベビーブーム期を迎え、1967（昭和42）年に初めて総人口が1億人を超えた。また1971（昭和46）年から1974（昭和49）年には第1次ベビーブーム期の世代が結婚、出産を迎え、第2次ベビーブーム期を迎えた。その後は若干の増減があるものの人口は増え続け、2010（平成22）年には1億2,806万人となり、翌年

から減少に転じた（国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」）。

総務省の「2015年10月1日現在の推計人口」によると、わが国の総人口は前年比21万5,000人（0.17%）減の1億2,708万3,000人で、4年連続の減少となっている。また国立社会保障・人口問題研究所の2017（平成29）年推計によると、わが国の人口は2053年に9,924万人と1億人を割り込み、2065年には8,808万人まで減少すると見込まれている。長期的な人口の推移として、明治時代後半から増加してきたわが国の人口は、今後100年のうちに再び同じ水準に戻る事が予想されている。

2) 人口ピラミッドの変化

2015（平成27）年の人口ピラミッドをみると、第1次ベビーブーム世代が60歳代の後半、第2次ベビーブーム世代が40歳代前半にある等、過去の出生数の増減等を反映した凹凸のあるものとなっている。なお2015（平成27）年の総人口を年齢3区分別人口規模及び構成比で見ると、年少人口（0～14歳）は1,565万人（12.5%）、生産年齢人口（15歳～64歳）は7,728万人（60.8%）、老年人口（65歳以上）は3,387万人（26.6%）であり、65歳以上の者が14歳以下の者の数の約2倍を超えている。

また2040年には第1次ベビーブーム世代は90歳代前半、第2次ベビーブーム世代は60歳代後半となる等、これらの世代が高年齢層に入ることによりその形状が変化していくと予想されている。そしてその後もさらに少子高齢化は進展し、2065年にはその形状は、いわゆるつぼ型となることが予想されている。なお2065年の総人口を年齢3区分別人口規模及び構成比（出生中位推計）で見ると、年少人口（0～14歳）は898万人（10.2%）、生産年齢人口（15～64歳）は4,529万人（51.4%）、老年人口（65歳以上）は3,381万人（38.4%）となると見込まれている（国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」）。

2 国民医療費と医療費適正化計画

1) 国民医療費

1955（昭和30）年の国民医療費は2,388億円で、国民所得に対する比率は3.42%であり、国民皆保険制度が実施された1961（昭和36）年には、国民医療費は5,130億円、国民所得に対する比率は、3.19%であった。その後2009（平成21）年の国民医療費は36兆67億円となり、国民所得に対する比率が10.61%と10%を超えた。

厚生労働省の「平成27年度 国民医療費の概況」によると、2015（平成27）年度の国民医療費は42兆3,644億円であり、前年度に比べ1兆5,573億円、3.8%の増加であった。なお医科、歯科、調剤についてみると、医科（70.9%：30兆461億円）、歯科（6.7%：2兆8,294億円）、調剤（18.8%：7兆9,831億円）となっている。また人口一人当たりの国民医療費は33万3,300円であり、前年度に比べ1万2,200円、3.8%の増加となっている。国民医療費の国内総生産（GDP）に対する比率は7.96%（前年7.88%）、国民所得（NI）に対する比率は10.91%（同10.79%）であった。

なお財源構成をみると、公費15.9%、保険料45.5%、その他38.7%であり、とくに公費の負担増大が課題とされている。

2) 医療費適正化計画

医療提供体制は2年ごとの診療報酬改定と5年ごとに実施される医療計画の見直しをリンクさせながら整備される。なお国民医療費の増大を背景として、国は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）を根拠として、2006（平成18）年に医療費抑制を計画的に進めるための基本指針を定め、都道府県における医療費適正化計画の策定を進めることとした。当該計画の期間は、2008（平成20）年度から2012（平成24）年度を第1期、2013（平成25）年度から2017（平成29）年度を第2期、2018（平成30）年度から2023年度を第3期としている。医療費適正化計画では、医療費の増加は、高齢化や技術の高度化、一時的な感染症の蔓延等様々な要素があることから、都道府県の現場で医療費適正化の枠組みを機能させるためには、目標の設定と取組に

よる効果の因果関係について科学的なエビデンスを含めた合理的な説明が可能なものであって、住民や保険者・医療関係者等の協力を得て、目標の実現に向けた取組の実施と評価が可能なものを位置づける必要があるとしている。そしてこのため高齢者の医療の確保に関する法律では、①住民の健康の保持や増進に関する事項（特定健康診査・特定保健指導の推進等）、②医療の効率的な提供の推進に関する事項（後発医薬品の推進や重複投薬の適正化等）を医療費適正化計画における取組の目標に定めることとしている。具体的には、第1期計画では医療費適正化に向けた目標として、特定健康診査の実施率を70%以上、特定保健指導の実施率を45%以上、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を2008（平成20）年に比べ10%以上とすること、また平均在院日数の短縮として2012（平成24）年度の当該日数の目標を全国平均29.8日とすることと定めた。2012（平成24）年度には、特定健康診査の実施率46.2%、特定保健指導の実施率16.4%、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の平成20年度と比べた減少率（特定保健指導対象者の割合の減少率）12.0%、平均の平均在院日数29.7日となった（厚生労働省「第一期医療費適正化計画の実績に関する評価（実績評価）」）。なお、厚生労働省の「実績評価」では、平均在院日数の短縮の背景は必ずしも明確ではないが「医療機関の機能分化・連携」や「在宅医療・地域ケアの推進」の状況が一定程度関係しているとしている（厚生労働省「第一期医療費適正化計画の実績に関する評価（実績評価）」）。

また第2期医療費適正化計画でも、特定健康診査の実施率（70%）、特定保健指導の実施率（45%）、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を2008（平成20）年に比べ25%以上とすること、また2017（平成29）年度の平均在院日数の目標を全国平均28.6日とすることと定めた。進捗としては、2015（平成27）年度には、特定健康診査の実施率50.1%、特定保健指導の実施率17.5%、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の平成20年度と比べた減少率（特定保健指導対象者の割合の減少率）16.5%、平均在院日数27.9日であった（厚生労働省「第二期医療費適正化計画について（全国医療費適正化計画の進捗状況）」）¹。

第3期医療費適正化計画では、①入院医療費は、都道府県の医療計画（地域医療構想）に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映させて推計し、②外来医療費は、糖尿病の重症化予防、特定健康診査・特定保健指導の推進、後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用による医療費適正化の効果を織り込んで推計することとし、この結果2023年度には0.6兆円程度の効果が見込まれるとしている。

3 診療報酬の基本的仕組み

1) 診療報酬とは

診療報酬とは、公的医療保険制度のもとでは、保険医療機関、保険薬局が保険診療や保険薬剤等の医療サービスの対価として受け取る報酬のことである。具体的には医者が患者を診察・診療したときの診療行為や理学療法士等によるリハビリテーション療法、放射線技師による撮影料、薬剤師の調剤等に対して支払われる報酬のことをいう。また薬剤費や特定保険医療材料として指定されているものについても対象となる。

保険診療は、病院等の施設等や医師数等の法定人員に関する法律である医療法や保険診療を規定した法律である健康保険法、また保険診療の具体的な指針として保険医療機関及び保険医療担当規則（以下「療担規則」という）、さらに診療行為の内容と費用が規定されている診療報酬点数表等に基づいて実施される。

2) 診療報酬点数表

診療報酬の価格は点数化（1点=10円）された公定価格となっている。診療報酬点数表は、医科、歯科、調剤の3つの点数表に分かれており、それぞれについて個々の技術やサービスが点数化されている。地域差を考慮し1単位の単価が地域により異なるように報酬に反映する介護報酬とは異なり、診療報酬は全国一律の単価が定められている。

3) 出来高払い方式と包括払い方式

日本の診療報酬制度は、医療機関が実際に行ったサービスの項目と回数に応じて点数を加えていく「出来高払い方式」を基本としている。出来高払い方式のメリットは、医療費の負担が患者にとってわかりやすいこと、提供した医療に対して報酬が支払われるので、医者が必要に応じた医療を提供できる点にある。しかしデメリットとして、医療サービスを増やすことで報酬が増える仕組みでもあるため、必要以上の診療（過剰診療）を招きやすいという点、架空請求が行われる可能性がある点、医師の技術力等によって治療期間の短縮が行われたとしてもそのことが評価されにくい点等があげられる。

なお、診療報酬の一部には包括払い方式が採用されている。これは特定された複数の診療報酬を包括して評価し、疾患ごとに定められた入院1日あたりの医療サービスの費用に基づいて、入院日数に応じた診療報酬を医療機関に支払う方法である。包括払い方式のメリットとしては、効率的な診療や過剰診療を抑えるという点があげられる。一方デメリットは、包括評価のため、利益を上げるために必要な診療等までも抑えられ、医療の質の低下が起る可能性があげられる。

なお、包括払い方式は、アメリカの高齢者等の医療制度（メディケア）において医療費抑制のために導入された方法である。包括払い方式では、定められた費用の中で医療を提供するため、その中でいかに効果的・効率的に医療の提供を行うか、またいかに患者の満足度を高めることができるのか、といった方策を検討するという考え方をもたらした。

日本では、2003（平成15）年から段階的に、急性期入院医療を実施する医療機関（特定機能病院等）を対象に、包括払い方式を基本とした1日あたりの診断群分類包括評価制度（DPC）と呼ばれる包括評価制度が導入された。この方式は入院1日あたりの定額払いの方式であるが、手術料、高額な薬剤料等は出来高払いが併用されている。なお現在では、その対象病院等は拡大されている²（厚生労働省資料）。

4) 診療報酬請求・支払いの流れ

保険医療機関が診療等を行った場合、医療機関は患者負担分を窓口で直接患者から、それ以外の診療報酬を保険者から受け取る。ただし実際の請求は各都道府県に設置されている審査支払機関に行く。審査支払業務を行う機関は、通常、被用者保険では社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険では国民健康保険団体連合会となっている。診療報酬請求、支払いの具体的な流れは、以下のとおりである。

保険医療機関は、毎月、患者ごとの診療報酬明細書（以下、「レセプト」という）を作成し、診療報酬支払請求書とともに審査支払機関に請求する。審査支払機関はレセプトの内容を審査し、被保険者（患者）の加入する各保険者にまとめて請求する。保険者は審査支払機関より受け取ったレセプトを独自にチェックし、審査支払機関に診療報酬を支払う。審査支払機関は、保険者から受け取った診療報酬を医療機関ごとに支払う。なお審査支払機関の審査において不適切と判断された場合は、査定を受け減額される。

5) 診療報酬請求の条件順守の監視、罰則

診療報酬請求の要件順守の監視、罰則については療担規則に規定されている。療担規則は健康保険法第70条に示されており、そこでは保険医療機関及び保険医の責務として、法第72条1項で定めた厚生労働省令に基づいて保健医療機関は療養の給付を担当し、保険医は健康保険の診療を行うこと、とされている。この厚生労働省令が療担規則である。また健康保険法第80条では保険医療機関が療担規則に違反したときは、保険医療機関の指定を、同第81条では保険医の登録取り消しができる、と規定している。これらは「できる」規定ではあり、再指定・再登録は可能である。しかし日本は国民皆保険となっていること、全国の医療機関は保険診療を行っていることを考慮すると、医療機関が指定の取消しを受けると、実質、医療機関としての運営は困難となり、また保険医の取り消しは医師として働く場がなくなることを意味する。

6) 診療報酬制度の展開

社会保険導入後の診療報酬は、1927（昭和2）年の健康保険法が施行された際に公定価格として規定された。政府管掌健康保険では、日本医師会と政府の間で交わされた診療報酬契約により人頭請負方式が支払い方法として採用された。これは被保険者数に基づいて政府から日本医師会に1年単位の診療報酬総額が支給され、日本医師会がこれを都道府県医師会に配分し、各医師会は同団体が定めた点数表に従って調整し、各医師に分配するというものである。なお健康保険組合は、個々に医師会と人頭請負方式、定額式、時価式等によって診療報酬契約を結んでいた（厚生省保険局医療課1959：170）。

その後、1943（昭和18）年には人頭請負方式が廃止され、医療行為ごとに価格を定めた定額式が採用されることとなる。この際の診療報酬決定は、厚生大臣（現厚生労働大臣）が法令で定めることとなり、決定にあたっては医師会等の意見を聞くこととされた。また第2次世界大戦後の1948（昭和23）年には、審査支払機関として社会保険診療報酬支払基金、1950（昭和25）年には厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」という）が設置された。さらに1957（昭和32）年の健康保険法の改正後の1958（昭和33）年には新点数表が導入、同年10月に実施され、新医療体系と呼ばれた。この点数表は1点を10円で固定したまま、物と技術を分離し（薬価、医療材料は別に規定）、医療行為ごとに一律の点数表³を定めるものであった。なお新医療体系は、当初は技術料に重点を置いた甲表と従来の乙表が併存し、いずれを採用するかは各保険医療機関の選択に委ねられていたが、1994（平成6）年に一つにまとめられた。

その後、わが国の医療費はますます増大していくが、その背景として高齢化の進展、医療技術の高度化、受診率の上昇等があげられる。とくに高齢化への対応と増大する医療費抑制を図るために医療保障制度の改革とともに診療報酬体系の改革が求められた。こうしたなか、2002（平成14）年度の診療報酬改定から診療報酬体系の改革が着手され、2003（平成15）年には、段階的に急性期入院医療を実施する医療機関（特定機能病院等）を対象に、1日あたりの診断群分類包括評価制度（DPC）と呼ばれる診療報酬の包括評価制度が導入された。なお2004（平成16）年度と2006（平成18）年度の診療報酬改定では、診療報酬の引き下げが行われたことを背景に地方病院の閉鎖等が発生した。

近年では2013（平成25）年の社会保障制度改革国民会議の報告を受けて行われた医療・介護分野の改革において、地域包括ケアシステムに向けての入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化、連携強化や在宅医療の充実等が進められ、診療報酬改定もそうした政策を背景とした対応が図られている。

7) 診療報酬改定のプロセス

診療報酬の価格は点数化（1点=10円）された公定価格となっており、個々の価格は2年に1回改定される。改定は厚生労働大臣が中医協に諮問し、その答申を受けて診療報酬を決定し告示することになっている。

具体的には、まず厚生労働大臣の諮問機関である中医協が前回の診療報酬改定の内容について検証、整理し、次期改定に向けた検討を行なう。中医協は、保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員7人と医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員7人、公益を代表する委員6人の20人で構成されており、任期は2年である。診療報酬改定の基本方針については、厚生労働省の社会保障審議会医療保険部会と医療部会が検討、議論し取りまとめることとなっている。また改定後の医療費総額及び改定率は、診療報酬改定前年年末の国の予算編成過程において内閣で定める。そして社会保障審議会医療保険部会と医療部会で策定された基本方針と予算編成で示された改定率に基づき、中医協が具体的な診療報酬項目に対応した報酬点数等の見直しを検討し、診療報酬改定を取りまとめる。中医協の審議は公開されることとなっている。厚生労働大臣は中医協に諮問し、その答申を受けて診療報酬を決定、告示し、決定された診療報酬は診療報酬点数表に記載される。

4 2018年度診療報酬改定の内容

1) 改定の基本認識

社会保障制度審議会の医療保険部会と医療部会は、2017（平成29）年12月11日に、2018年度診療報酬改定に向けての基本認識として以下の3点をあげた（厚生労働省資料）。

- (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の推進

2) 改定の基本的視点と改定項目

2018年度診療報酬改定は、診療報酬本体は+0.55%であったが、薬価は-1.65%、材料価格は-0.99%で、全体改定率は-1.19%となっており、診療報酬本体のプラス分は、薬価・材料価格の引き下げで得られた財源が当てられることとなる。改定の基本的視点としては以下の4点があげられた（表1）。

表1 2018年度診療報酬改定の概要

平成30年度診療報酬改定の概要	
<p>I 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</p> <p>医科</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>歯科</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. かかりつけ歯科医の機能の評価 2. 周術期等の口腔機能管理の推進 3. 質の高い在宅医療の確保 <p>調剤</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 地域医療に貢献する薬局の評価 	<p>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</p> <p>医科</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実 <ol style="list-style-type: none"> 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価 4) 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 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進 6) 適切な腎代替療法の推進 2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入 <ol style="list-style-type: none"> 1) 遠隔診療の評価 2) 手術等医療技術の適切な評価 <p>歯科</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 <p>調剤</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 薬局における対人業務の評価の充実
<p>III 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 2. 業務の効率化・合理化 	<p>IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 薬価制度の抜本改革の推進 2. 費用対効果の評価 3. 調剤報酬（いわゆる門前薬局等の評価）の見直し

(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

以下では、「医科」の概要として、①医療機能や患者の状態の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・訪問医療の推進、⑤医療と介護の連携の推進をみていく。

①については、一般病棟入院基本料（7対1、10対1、13対1、15対1）、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料の評価体系の見直し⁴があげられた。これは従来の基本的な医療の評価（看護職員配置等）から基本的な医療の評価部分と診療実績（重症度、医療、看護必要度等の該当患者割合）に応じた段階的な評価部分との2つを組み合わせた新たな評価体系に再編・統合するものである。再編・統合された入院料は、急性期医療、急性期医療から長期療養、長期療養の機能に大別されることとなる。急性期医療は、従前の急性期の一般病棟入院基本料の7対1と10対1の入院基本料が再編・統合され、7段階の点数が設定された。最も高い点数は、急性期入院料1で、基本部分は看護職員配置7対1以上及び平均在院日数18日以内と看護必要度Ⅰは患者割合30%以上、看護必要度Ⅱは患者割合20%以上となっており、看護必要度Ⅰは、従前と比し1.6%の引上げになっている。また在宅復帰・病床機能連携率⁴の80%が要件化された。急性期医療から長期療養における地域包括ケア病棟入院料は、4段階の評価に再編された。基本部分の看護職員配置13対1や常勤のリハビリテーション職員1人以上の病棟配置が要件とされ、看護必要度Ⅰは患者割合10%以上、看護必要度Ⅱは患者割合8%以上、医療機関内の在宅復帰支援担当者の適切な配置等が要件となっている。さらに在宅復帰率70%は従来通りであるが、療養病棟や介護老人保健施設が「在宅」から除外された。また回復期リハビリテーション病棟入院料は、基本部分の看護配置15対1や理学療法士2人以上、作業療法士1人以上の配置等が要件とされ、実績部分を組み合わせた6段階の評価に再編された。さらに在宅復帰率の要件として、退院先に介護サービスを提供している有床診療所や居宅系介護施設である介護医療院が含まれることになった。長期療養を必要とする療養病棟入院基本料は、従前の療養病棟入院基本料1（看護職員配置20対1以上）、療養病棟入院基本料2（同25対1以上）が一本化された。改定後の療養病棟入院基本料は、基本部分の看護職員配置は20対1以上とされ、実績部分の評価には医療区分2・3の重症患者受入割合（療養病棟入院料1では医療区分2・3の割合が80%以上、療養病棟入院料2では医療区分2・3の割合が50%以上）が要件となった⁵。さらに在宅復帰機能に関する強化加算の施設基準については、一般病棟等から療養病棟入院基本料を算定する病棟に入院し、在宅に退院した患者の割合の基準が引き上げられ、評価も見直された。また従前の7対1一般病棟入院基本料では、在宅復帰機能強化加算を算定する療養病棟への転院のみが在宅復帰とされていたが、改定後は当該加算算定の有無と関係なく在宅復帰とされることとなった。なお地域包括ケア病棟入院料、入院医療管理料では、在宅復帰機能強化加算算定の有無にかかわらず、療養病棟への転院は在宅復帰に含まれないこととされた。

②については、フリーアクセスの基本は守りつつ「穏やかなゲートキーパー機能」の導入が必要とし、原則、紹介状なしの大病院受診時の定額負担徴収義務の対象医療機関の範囲が拡大された。具体的には、特定機能病院、許可病床500床以上の地域医療支援病院から特定機能病院、許可病床400床以上の地域医療支援病院とする見直しである。また地域包括診療料等を算定する診療所と200床未満の病院について、初診料に一定の加算（機能強化加算）を行うことや地域包括診療料等の施設基準の拡充等が盛り込まれた。

③については、退院支援加算から入退院支援加算へと名称が変更されるとともに入退院支援加算の支援の対象となる患者の要件緩和が行われた。また入退院支援加算には、入院前からの支援に対する評価が新設（入院時支援加算）された。加えて地域連携診療計画加算の算定対象の拡大や退院時共同指導料について医師・看護師以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とすることとされた。

④については、複数の医療機関が行う訪問診療の評価があげられた。また在宅療養診療所以外の医療機関の訪問診療に対する評価として在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料に継続診療加算が新設され、当該管理料について、患者の状態に応じた評価の見直しが行われた。さらに適切な往診の推進として、これまで曖昧だった往診の算定条件を明記した。

⑤については、ターミナルケアの実施において、厚生労働省の「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・家族の意思決定を基本に、他の関係者との連携のうえ対応することとされ、点数の引き上げが行われた。また特別養護老人ホームにおける看取りの推進のためにターミナルケアの評価の見直しも行われた。

(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

これについては、①小児医療、周産期医療、救急医療の充実、②緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価、③認知症に対する適切な医療の評価、④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、⑤感染症対策・薬剤耐性対策の推進、⑥適切な腎代替療法の推進等があげられた。そして先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入として、遠隔診療の評価（オンライン診療料、オンライン医学管理料の新設）、手術等医療技術の適切な評価（ロボット支援下内視鏡手術の保険収載拡大等）等があげられた。

(3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

これについては、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・合理化として施設基準の届出の簡素化・合理化等があげられた。

(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

国民皆保険を維持するために、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組み、医療関係者が共同して医療サービスの維持・向上を行うことと同時に、医療の効率化・適正化を図ることの必要性が示された。

5 おわりに—まとめと課題—

診療報酬改定は、わが国の医療サービスの量や質およびその提供体制の整備のみならず、国の財政についても影響を及ぼすものである。また診療報酬を引き上げることによるサービスの改善は患者にとってのメリットとなる一方、患者の経済的負担の増加というデメリットが生じることともなる。医療ニーズや生産年齢人口の変化に対応可能な医療提供体制の構築が求められるなかで、国は地域包括ケアシステムの推進を掲げ、施設から在宅、地域へという方向性を示してきた。医療や介護の改革はこの考え方のもと推進されてきており、2018年度診療報酬改定も基本的には今までの方向性を踏襲したものとなっている。

2018年度診療報酬改定の内容は4つの柱を基本方針とした多岐にわたるものであったが、とくに入院医療全般において、2025年に向けて在院日数の短縮や在宅復帰の推進が重点化された。この点については、2016（平成28）年度診療報酬改定において、それまでの退院調整加算から退院支援加算への変更が行われている。退院調整加算は平均在院日数で評価が行われていたため、退院支援加算では施設基準を厳格化し退院支援体制を評価するものとした。また医療と介護の連携促進も意図され、算定要件には介護支援専門員との連携実績も含まれた。2018年度診療報酬改定ではこれらをさらに進め、外来診療時（入院前）から退院を見通した支援を行うこととし、それまでの退院支援加算から入退院支援加算と改称した。また入退院支援加算を算定する患者に上乘せする形で入院時支援加算が新設された。さらに2018年度介護報酬改定では、入退院支援加算の算定要件に合わせ、「利用者が病院又は診療所に入院後（入退院支援加算1の場合は3日以内）に利用者の情報を医療機関に提供した場合の新たな上乘せ評価」として、居宅介護支援事業に入院時情報連携加算が設けられた。

重度であっても住み慣れた地域、在宅で生活することを望む声は多い。また早期退院は、ADL低下の軽減や日常生活への復帰という点でも多くのメリットがある。ただしただ単に退院させ、地域、在宅へ移行させることのみが目的となつてはならず、住み慣れた地域での生活において、その質が保たなければならないことは言うまでもない。そのためには地域医療等の充実や入退院支援を行う専門職の地域とのネットワーク作り、連携強化の推進が求められる。医療機関における退院調整・支援機能はなくてはならないものとなっており、そのための仕組みの充実と主たる役割を担う医療ソーシャルワーカーの質の向上は、ますます求められるであろう。そして在院日数の短縮が独り歩きすることのない適切な診療報酬の設定とその反映が重要となる。今後はさらに地域、在宅をキーワードとした早期入退院支援が利用者にとって適切なものとなるための包括的な取り

組み、検証が必要となると考えられる。

少子高齢化の進展を基調とした日本の財政状況において、診療報酬改定を取り巻く環境は厳しく、その方向性として効率的で持続可能な制度、医療等が求められている。しかし同時に患者（利用者）のニーズに沿ったより質の高い医療、サービスの提供について、患者（利用者）にかかわるすべての関係者の連携を視野に、それらの特質を踏まえた診療報酬制度等の適切な運用が期待される。そのための具体的な検討は別稿の課題とし、引き続き取り組みたい。

参考文献・資料

- 池上直己（2018）『日本の医療と介護 歴史と構造、そして改革の方向性』日本経済新聞出版社
- 厚生省保険局医療課監修（1959）『社会保険医療事務提要』法研
- 厚生省保険局医療課医療企画調査室編集（1994）『診療報酬改定—今後の流れ—中医協診療報酬基本問題小委員会で読む医療の動向—』ミクス
- 厚生労働省（2014）『第一期医療費適正化計画の実績に関する評価（実績評価）』
- 厚生労働省（2017）『第二期医療費適正化計画について（全国医療費適正化計画の進捗状況）』
- 厚生労働省（2018）『中央社会保険医療協議会総会』資料
- 小林仁（2006）『医療制度改革における平均在院日数とは何か～新たな政策目標の意義と問題点～』立法と調査257、84-98頁
- 迫井正深（2018）『平成30年度診療報酬改定の概要』厚生労働省保健局
- 社会保障政策研究会編（2017）『高齢期社会保障改革を読み解く』自治体研究社
- 二木立（2004）『医療改革と病院』勁草書房
- 野田秀孝（2018）『医療費抑制と退院支援に関する一考察—保健医療機関の福祉専門職の役割に焦点を当てて—』富山大学人間発達科学部紀要第12巻第2号、37-43頁
- 細谷圭他（2018）『ライブラリ 経済学15講【APPLIED編】5 医療経済学15講』新世社
- 村上須賀子（2004）『実践的医療ソーシャルワーク論 保健医療サービスを学ぶ』金原出版

注

- 1 第2期医療費適正化計画の実績評価は2018（平成30）年度に各都道府県が実施することとなっている。
- 2 算定対象病院1,664病院、算定病床数483,747病床（2017年4月）。
- 3 医科、歯科、調剤の3つの診療報酬点数表がある。
- 4 算定には従前の自宅や居宅系介護施設、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟に加えて、療養病棟、有床診療所、介護老人保健施設、介護医療院が加わった。
- 5 なお基本部分や実績部分を満たせない病院には2段階の経過措置が設けられている。

Background and contents of 2018 medical fee revision

Rieko YAMASHITA

The total population of our country is expected to decline further, and it is expected that the declining birthrate and aging population will progress. Especially in 2025, so-called baby-boomer generation will be late elderly people over 75 years old. Therefore, it is indispensable to establish a supply system that can cope with the increasing needs and complexity of medical and nursing care needs. The revision of medical fee remuneration for 2018 was based on the construction and promotion of regional inclusive care system as a keyword, but it must be based on the guarantee of quantity and quality of service. It is necessary to verify so as not to be induced solely by suppression of medical expenses simply by making it more efficient and appropriate.

Key Words: Regional inclusive care system Medical fee Efficiency Optimization