



初診料は6点、在宅患者訪問診療料は最大55点の引き上げに ～消費増税対応の診療報酬改定

2014年度改定前の点数をベースに「税率5%→10%」に対応する補てん

消費税率の10%への引き上げに伴い、10月に実施される診療報酬改定の内容が決まりました。財源に基づく点数本体の改定率は0.41%の引き上げで、内訳は、内科が0.48%、歯科が0.57%、調剤が0.12%の引き上げです。配点については、前回の2014年度消費増税対応改定で生じたとされる補てん不足や医療機関ごとの補てんのバラつきを是正する方法が検討され、税率が5%から8%に上がった際の前回対応分も含め、5%から10%へのアップに対応する形での補てんが行われます。

医療施設の種別等による補てん不足・バラつきを是正へ

2014年度診療報酬改定で行われた補てんについて、厚生労働省が2016年度の状況を調査した結果によると、消費増税アップ分相当負担額と報酬上乗せ分の対比である補てん率は、病院85.0%、内科診療所111.2%、歯科診療所92.3%、薬局88.3%となっており、補てん不足・バラつきのあることが把握されていました。

また、病院は、一般病院85.4%、精神科病院129.0%、特定機能病院61.7%などとなっており、施設の種別等によって補てん不足・バラつきが生じていたほか、届け出ている入院基本料・看護配置などによってもバラつきがあったとされています。

これらの原因については、課税経費率の見込みと実績の相違や、上乗せを行った点数項目の算定回数の見込みと実績の相違などが挙げられました。こうした議論が中央社会保険医療協議会で進められてきました。

配点方法を改善し、前回の補てんにさかのぼって手当て

前回の補てん状況の把握結果等を踏まえ、2019年度の対応では、配点方法を改善するとともに、

2014年度の消費税率5%から8%への3%アップ分の見直しを含めた財源を踏まえ、2014年度改定前の点数に、「5%から10%へのアップに対応し、0%上乗せする」とした方法がとられます。前回の補てんに、さかのぼって対応する形です。また、配点方法については、次のような改善が図られています。

- ①補てん点数の設定に当たり、算定回数の見込みと実績の相違を是正するため、直近の通年実績のNDBデータを使用する(前回の補てんでは、社会医療診療行為別調査の単月実績から推計)。
- ②一般病棟入院基本料・療養病棟入院基本料について、療養病床の割合で病院を分類して課税経費率をみる。
- ③入院料での補てんに当たり、課税経費率に加え病院種別や入院料別ごとの入院料シェアも考慮し、補てん点数を決定する。
- ④初・再診料と入院料の配分について、診療所に配分される財源は、ほぼ全額を初・再診料に充てるのではなく、まず、無床診療所(基本診療料の補てん項目は初・再診料のみ)の補てんを考慮し、初・再診料への配分を行うことで、病院における初・再診料と入院料の比率を変え、入院料の割合を高める。

中医協では、こうした改善内容による配点を行っ

ていたとした場合、前回の2014年度の補てんがどうなっていたかについて、2016年度の実績数値に基づいてシミュレーションを行った結果が報告されました。同結果では、医療機関種別等によるバラつきは是正されていました(18ページ下表参照)。

点数の上乗せ率は、医療費の伸びを勘案し一律に調整

今回の消費増税対応の診療報酬改定は、主に基本診療料への上乗せが行われます。

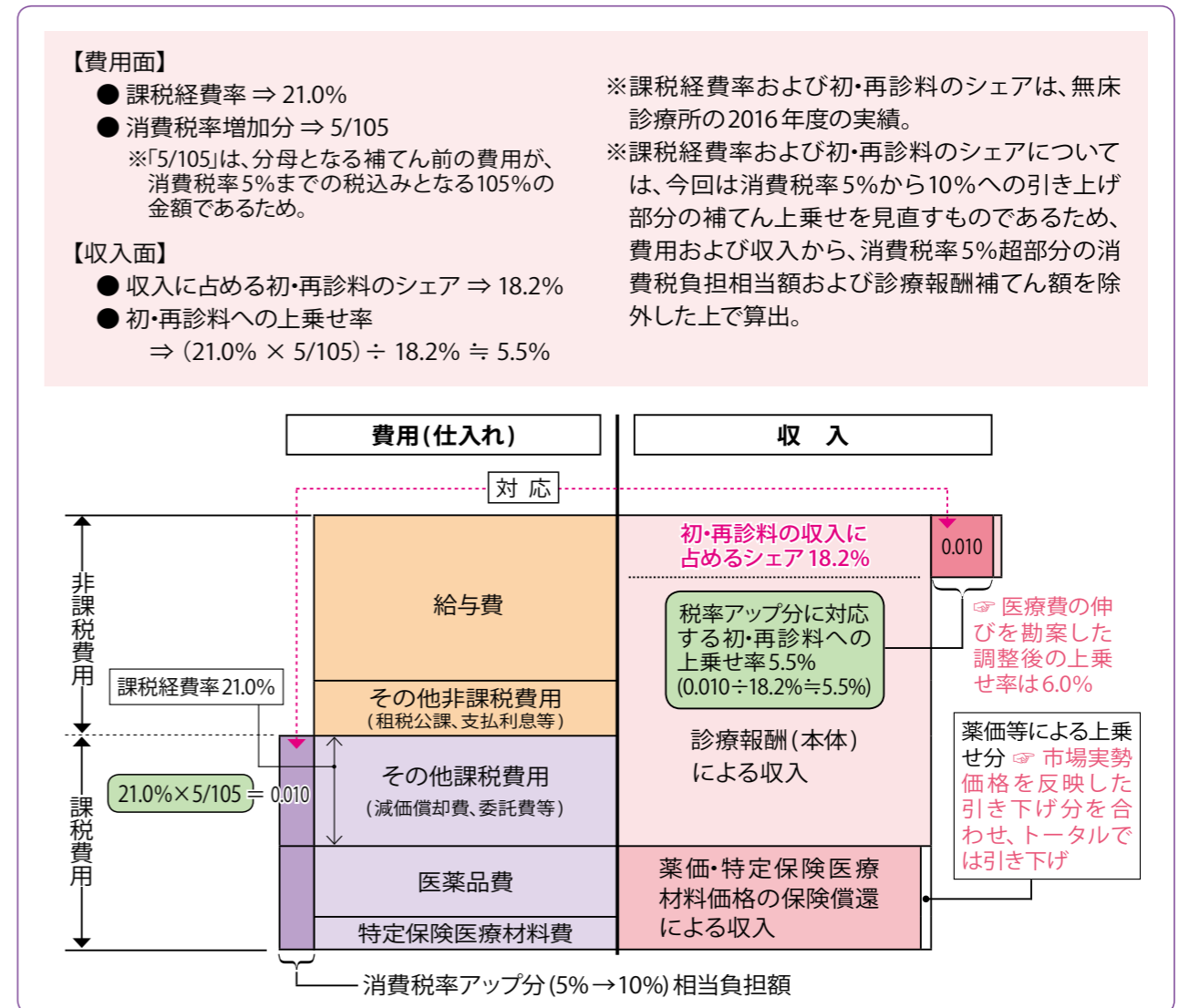
そのうち、初・再診料への上乗せについては、無床診療所の課税経費率、診療報酬収入に占める

初・再診料シェアなどから、5.5%の上乗せ率が算出されました。そこに、2016年度から2019年度にかけての医療費の伸びを勘案した調整が行われ、6.0%の上乗せとなりました。

医療費の伸びを勘案した調整は、5.5%と算出された上乗せ率が2016年度の課税経費率などに基づく値であるのに対し、実際の配点は、2019年度の国民医療費見込み(予算)に対応した財源に基づいて行われるためとされています。この調整は、入院料への上乗せ率に対しても一律に行われています。

なお、配点は、点数の整数化や財源内での調整等も行った上で行われています。

消費税率5%から10%への引き上げ分に対応する補てんと収入・費用のイメージ(初・再診料の場合)



(厚生労働省資料に基づいて作成)



2019年度診療報酬改定の概要(点数の表記は、現行 ⇒ 改定後/医科点数を抜粋掲載)

- 初診料** 282点 ⇒ 288点
 - ※同一日に他の傷病について、別の診療科を受診した場合の2科目 141点 ⇒ 144点
 - ※初診の患者に占める他の医療機関等からの文書による紹介患者の割合等が低い、①特定機能病院および許可病床数が400床以上の地域医療支援病院、②許可病床数が400床以上の病院(一般病床が200床未満の場合を除く)が、他の医療機関等からの文書による紹介がない患者(緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く)に対して初診を行った場合 209点 ⇒ 214点
- 再診料** 72点 ⇒ 73点
 - ※同一日に他の傷病について、別の診療科を受診した場合の2科目 36点 ⇒ 37点
- 外来診療料** 73点 ⇒ 74点
 - ※同一日に他の傷病について、別の診療科を受診した場合の2科目 36点 ⇒ 37点
 - ※初診の患者に占める他の医療機関等からの文書による紹介患者の割合等が低い、①特定機能病院および許可病床数が400床以上の地域医療支援病院、②許可病床数が400床以上の病院が、許可病床数200床未満の病院または診療所に文書による紹介を行う旨の申し出を行っている患者(緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く)に再診を行った場合 54点 ⇒ 55点
- オンライン診療料(月1回)** 70点 ⇒ 71点

【施設基準の概要】①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等に沿って診療を行う体制を有する、②緊急時に、概ね30分以内に当該医療機関において診察可能な体制を有している。ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料の対象患者は除く、③1カ月あたりの再診料等(電話等による再診は除く)とオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下。

※対象となる患者は、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、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、精神科在宅患者支援管理料を算定しており、当該管理に係る初診から6カ月以上を経過した患者。
- 地域包括診療料(月1回)**
 - 地域包括診療料1 1,560点 ⇒ 1,660点

【施設基準の概要】診療所の場合は、①時間外対応加算1を届け出ている、②常勤換算2人以上(1人以上が常勤)の医師を配置している、③在宅療養支援診療所である。病院の場合は、①地域包括ケア病棟入院料を届け出ている、②在宅療養支援病院である。かつ、病院・診療所共通で、①訪問診療等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、直近1年間で10人以上、②直近1カ月に初診・再診・往診・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。
 - 地域包括診療料2 1,503点 ⇒ 1,600点

【施設基準の概要】診療所の場合は、①時間外対応加算1を届け出ている、②常勤換算2人以上(1人以上が常勤)の医師を配置している、③在宅療養支援診療所である。病院の場合は、①地域包括ケア病棟入院料を届け出ている、②在宅療養支援病院である。
- 認知症地域包括診療料(月1回)**
 - 認知症地域包括診療料1 1,580点 ⇒ 1,681点
 - 認知症地域包括診療料2 1,515点 ⇒ 1,613点
 - ※施設基準は、地域包括診療料と同様。
- 外来リハビリテーション診療料1(7日間に1回)** 72点 ⇒ 73点
- 外来リハビリテーション診療料2(14日間に1回)** 109点 ⇒ 110点

- 在宅患者訪問診療料(I)(1日につき)** (自院に併設する有料老人ホーム等の入居者に対して行った場合を除く)
 - 在宅患者訪問診療料1
 - イ.同一建物居住者以外の場合 833点 ⇒ 888点
 - ロ.同一建物居住者の場合 203点 ⇒ 213点
 - ※患者1人につき週3回(別に定める疾病等の患者に対する場合を除く)に限り算定。
 - 在宅患者訪問診療料2
 - イ.同一建物居住者以外の場合 830点 ⇒ 884点
 - ロ.同一建物居住者の場合 178点 ⇒ 187点
 - ※在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料または在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の医療機関の求めに応じて行った場合に、患者1人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して6カ月(別に定める疾患等の患者に対する場合を除く)を限度として、月1回に限り算定。
- 在宅患者訪問診療料(II)(1日につき)** 144点 ⇒ 150点 (自院に併設する有料老人ホーム等の入居者に対して行った場合)
 - ※有料老人ホーム等に併設される医療機関が、その施設に入居している患者に対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定。
 - イ.当該医療機関が、在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料の算定要件を満たす医療機関として行った場合に、患者1人につき週3回(別に定める疾病等の患者に対する場合を除く)に限り算定。
 - ロ.在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料または在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の医療機関の求めに応じて行った場合に、患者1人につき訪問診療を開始した日の属する月から起算して6カ月(別に定める疾患等の患者に対する場合を除く)を限度として、月1回に限り算定。
- 急性期一般入院基本料(1日につき)**

	施設基準の概要			点数 現行 ⇒ 改定後
	看護職員配置	重症度等 患者割合	平均在 院日数	
急性期一般入院料1	7対1以上、看護師7割以上	満たす患者の割合で区分 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を	18日以内	1,591点 ⇒ 1,650点
急性期一般入院料2	10対1以上 看護師7割以上		21日以内	1,561点 ⇒ 1,619点
急性期一般入院料3				1,491点 ⇒ 1,545点
急性期一般入院料4				1,387点 ⇒ 1,440点
急性期一般入院料5				1,377点 ⇒ 1,429点
急性期一般入院料6				1,357点 ⇒ 1,408点
急性期一般入院料7				1,332点 ⇒ 1,382点

- 入院基本料が包括点数に含まれるDPC制度に関しては、2014年度改定と同様に、出来高の各入院料と同じ上乗せ相当分を包括点数と機能評価係数に含める方法で見直し。救命救急入院料や特定集中治療室管理料などの特定入院料相当の加算は、包括点数に内包される部分と合わせて出来高の特定入院料と同様の補てんとなる上乗せ。



2019年度診療報酬改定の概要(点数の表記は、現行 ⇒ 改定後/医科点数を抜粋掲載)

●地域一般入院基本料(1日につき)

	施設基準の概要			点数 現行 ⇒ 改定後
	看護職員配置	重症度等患者割合	平均在院日数	
地域一般入院料 1	13対1以上 看護師7割以上	重症度等を測定・評価	24日以内	1,126点 ⇒ 1,159点
地域一般入院料 2		—		1,121点 ⇒ 1,153点
地域一般入院料 3	15対1以上、看護師4割以上	—	60日以内	960点 ⇒ 988点

●地域包括ケア病棟入院料(1日につき)

	施設基準の概要						点数 現行 ⇒ 改定後
	看護職員配置	在宅復帰率	病室の床面積	自宅等からの入棟者	自宅等からの緊急患者	在宅医療等の提供	
地域包括ケア病棟入院料 1	13対1以上	7割以上	6.4㎡以上/人	1割以上	3カ月で3人以上	実績が必要	2,738点 ⇒ 2,809点 (2,724点) ⇒ (2,794点)
地域包括ケア入院医療管理料 1				—	—	—	2,558点 ⇒ 2,620点 (2,544点) ⇒ (2,605点)
地域包括ケア病棟入院料 2	看護師7割以上	—	—	1割以上	3カ月で3人以上	実績が必要	2,238点 ⇒ 2,285点 (2,224点) ⇒ (2,270点)
地域包括ケア入院医療管理料 2				—	—	—	2,038点 ⇒ 2,076点 (2,024点) ⇒ (2,060点)
地域包括ケア病棟入院料 3	看護師7割以上	—	—	—	—	—	2,038点 ⇒ 2,076点 (2,024点) ⇒ (2,060点)
地域包括ケア入院医療管理料 3				—	—	—	2,038点 ⇒ 2,076点 (2,024点) ⇒ (2,060点)
地域包括ケア病棟入院料 4	看護師7割以上	—	—	—	—	—	2,038点 ⇒ 2,076点 (2,024点) ⇒ (2,060点)
地域包括ケア入院医療管理料 4				—	—	—	2,038点 ⇒ 2,076点 (2,024点) ⇒ (2,060点)

※点数の()内は、生活療養を受ける場合。

●回復期リハビリテーション病棟入院料(1日につき)

	施設基準の概要						点数 現行 ⇒ 改定後
	看護職員配置	リハビリテーション専門職	社会福祉士	重症者の割合	重症者の退院時の日常生活機能評価	在宅復帰率	
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	13対1以上	専従常勤の理学療法士3人以上、作業療法士2人以上、言語聴覚士1人以上	専任常勤1人以上	3割以上	3割以上が4点以上の改善	7割以上	2,085点 ⇒ 2,129点 (2,071点) ⇒ (2,115点)
回復期リハビリテーション病棟入院料 2	看護師7割以上						2,025点 ⇒ 2,066点 (2,011点) ⇒ (2,051点)
回復期リハビリテーション病棟入院料 3	15対1以上	専従常勤の理学療法士2人以上、作業療法士1人以上	—	2割以上	3割以上が3点以上の改善	7割以上	1,861点 ⇒ 1,899点 (1,846点) ⇒ (1,884点)
回復期リハビリテーション病棟入院料 4							看護師4割以上
回復期リハビリテーション病棟入院料 5	看護師4割以上	—	—	—	—	—	1,702点 ⇒ 1,736点 (1,687点) ⇒ (1,721点)
回復期リハビリテーション病棟入院料 6							—

※点数の()内は、生活療養を受ける場合。

介護医療院のサービス費は多床室の場合で4~8単位の上乗せ

2019年度介護報酬改定においても、消費税率引き上げに対する補てんは、主に基本報酬への上乗せによって行われます。そのうち、介護医療院の基本報酬であるサービス費は、多床室の場合で、I型介護医療院サービス費(I・II・III)が利用者の要介護

区分に応じ5~8単位の引き上げ、II型介護医療院サービス費(I・II・III)は同4~7単位の引き上げとなります。また、居宅療養管理指導費は、医師が行う場合、薬剤師が行う場合とも、区分に応じて1~2単位の引き上げとなります。病院・診療所の場合の訪問看護費は、所要時間の区分に応じて1~3単位の引き上げで、訪問リハビリテーション費は2単位の引き上げです。

●介護医療院のサービス費(1日につき=多床室の場合)

	I型介護医療院	II型介護医療院
医師	対入所者48:1以上(施設で3人以上)	対入所者100:1以上(施設で1人以上)
薬剤師	150:1以上	300:1以上
看護職員	6:1以上	
介護職員	5:1以上	6:1以上
リハビリ専門職	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士:実情に応じた適当数	
栄養士	定員100人以上で1人以上	
介護支援専門員	100:1以上(1人以上)	
療養室	床面積8.0㎡/人以上(転換の場合、大規模改修まで6.4㎡/人以上で可)	
機能訓練室	40㎡以上	

	機能区分・利用者の要介護区分ごとの単位					
	I型介護医療院			II型介護医療院		
	サービス費(I) (看護6:1、介護4:1)	サービス費(II) (看護6:1、介護4:1)	サービス費(III) (看護6:1、介護5:1)	サービス費(I) (看護6:1、介護4:1)	サービス費(II) (看護6:1、介護5:1)	サービス費(III) (看護6:1、介護6:1)
要介護 1	803 ⇒ 808	791 ⇒ 796	775 ⇒ 780	758 ⇒ 762	742 ⇒ 746	731 ⇒ 735
要介護 2	911 ⇒ 916	898 ⇒ 903	882 ⇒ 887	852 ⇒ 857	836 ⇒ 841	825 ⇒ 830
要介護 3	1,144 ⇒ 1,151	1,127 ⇒ 1,134	1,111 ⇒ 1,117	1,056 ⇒ 1,062	1,040 ⇒ 1,046	1,029 ⇒ 1,035
要介護 4	1,243 ⇒ 1,250	1,224 ⇒ 1,231	1,208 ⇒ 1,215	1,143 ⇒ 1,150	1,127 ⇒ 1,134	1,116 ⇒ 1,123
要介護 5	1,332 ⇒ 1,340	1,312 ⇒ 1,320	1,296 ⇒ 1,304	1,221 ⇒ 1,228	1,205 ⇒ 1,212	1,194 ⇒ 1,201

※ I型介護医療院のサービス費(I)に係る機能は「介護療養病床の療養機能強化型A」に相当、同(II)・(III)は「介護療養病床の療養機能強化型B」に相当。II型介護医療院は転換老人保健施設に相当。

■前回の2014年度診療報酬改定による補てん状況の調査結果と、配点方法見直しによるシミュレーション結果の比較(値は、1施設・1年間当たり)

〈補てん状況調査=2016年度=の結果〉

〈配点方法見直しシミュレーションの結果〉

	病院	医科診療所	歯科診療所	薬局	病院	医科診療所	歯科診療所	薬局
報酬上乗せ分(A)	17,860千円	818千円	374千円	263千円	21,135千円	735千円	400千円	290千円
3%相当負担額(B)	21,005千円	736千円	406千円	297千円	21,005千円	736千円	406千円	297千円
補てん差額(A-B)	▲3,145千円	82千円	▲31千円	▲35千円	129千円	▲1千円	▲6千円	▲7千円
補てん率(A/B)	85.0%	111.2%	92.3%	88.3%	100.6%	99.8%	98.7%	97.7%
集計施設数	994	1,252	448	900	994	1,252	448	900

(厚生労働省資料に基づいて作成)