

### 2018年度診療報酬改定のポイント

#### ■かかりつけ医と認知症サポート医との連携、「認知症サポート指導料」を新設

認知症疾患医療センターの設置要件は一部緩和され、2017年4月1日からCT（コンピュータ断層撮影装置）をもたない病院でも、「連携型認知症疾患医療センター（以下、連携型センター）」としての届出ができるようになっていました。

今回、連携型センターについては、既存の認知症疾患医療センターと同様の評価とすることが示されました。具体的には、かかりつけ医が認知症の疑いのある患者を紹介した場合に算定できる「診療情報提供料（I）認知症専門医紹介加算」が、連携型センターへの紹介も対象であることを明記しました。また、かかりつけ医から紹介された患者について、認知症の鑑別診断及び療養計画の作成等を行った場合に算定できる、「認知症専門診断管理料1」が、連携型センターも対象であることを明確化しています。

また、かかりつけ医と認知症サポート医との連携に係る評価として、「認知症サポート指導料」を新設。他の医療機関からの依頼により、認知症の入院患者以外の患者に対し、患者またはその家族の同意を得て、療養上の指導を行うとともに、依頼元の医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、6か月に1回、450点が算定できます。ただし、①認知症サポート医に係る研修等の修了、②認知症サポート医として地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っている、常勤医師が配置されていることが条件となります。このほか、「認知症療養指導料」は3つの区分を設置し、認知症専門診断管理料を算定した患者の場合は350点／認知症サポート指導料を算定した患者の場合は300点／認知症サポート医自らが療養計画に基づく治療を行う場合は300点としています。

#### ■6時間以上の長時間の人工腎臓に対する評価を新設

腎不全治療のうち血液透析は日本で最も実績のある治療手段で、一般的には週3回、1回4～5時間で行いますが、近年では、透析時間を長時間（6時間）とすることで、生活予後が改善されるケースが報告されています。そのため今改定では、通常の人工腎臓では管理困難な兆候をもつ患者に対して「6時間以上」の人工腎臓を行った場合、1回につき150点の加算を新設します。算定にあたっては、①心不全兆候を認める、または血行動態の不安定な患者、②適切な除水、適切な降圧薬管理、適切な塩分摂取管理を行っても高血圧状態が持続する患者、③高リン血症が持続する患者を要件としています。

慢性維持透析は、かつて時間によらず一律の点数でしたが、患者の病態等に応じた医療を評価するため、時間に応じた評価体系が導入されています。今改定では、施設あたりの同時透析患者数（同時に透析を施行可能な最大患者数）にばらつきが見られることや、透析用監視装置1台あたり患者数の分析などから、施設の効率性、および包括されている医薬品の実勢価格を踏まえた見直しが行われます。具体的には、①透析用監視装置の台数、②透析用監視装置の台数に対する人工腎臓を算定した患者数の2つの基準から、算定区分が3つに振り分けられます（図表1）。施設規模が小さく「①の台数が一定以下、②の患者数が一定未満」の「慢性維持透析を行った場合1」では4時間未満は1,980点、4時間以上5時間未満は2,140点、5時間以上は2,275点。比較的施設規模の大きい「①の台数が一定以上、②の患者数が一定の範囲内」の「慢性維持透析を行った場合2」では4時間未満が1,940点、4時間以上5時間未満は2,100点、5時間以上は2,230点となります。「慢性維持透析を行った場合3」は、1と2のいずれにも該当しない場合に算定します。

図表1 人工腎臓（慢性維持透析）の報酬の見直し

現 行		2018年度改定	
1 慢性維持透析を行った場合		1 慢性維持透析を行った場合1	
イ 4時間未満	2,010点	イ 4時間未満	1,980点
ロ 4時間以上5時間未満	2,175点	ロ 4時間以上5時間未満	2,140点
ハ 4時間以上	2,310点	ハ 5時間以上	2,275点
(新設)		2 慢性維持透析を行った場合2	
		イ 4時間未満	1,940点
		ロ 4時間以上5時間未満	2,100点
		ハ 5時間以上	2,230点
		3 慢性維持透析を行った場合3	
		イ 4時間未満	1,900点
		ロ 4時間以上5時間未満	2,055点
		ハ 4時間以上	2,185点

編集部にて作成

### 生涯活躍できるエイジレス社会の構築目指す 高齢社会対策大綱

2月16日、政府は今後進める高齢社会対策の指針となる「高齢社会対策大綱」を閣議決定しました。

大綱は、65歳以上を一律に高齢者と捉える見方について、「現実的なものでなくなりつつある」とし、「年齢区分で人々のライフステージを画一化することを見直すことが必要」との認識を表明しています。その上で、▽全ての年代の人々が希望に応じて意欲・能力をいかして活躍できるエイジレス社会の構築▽地域における生活基盤を整備し、人生のどの段階でも高齢期の暮らしを具体的に描ける地域コミュニティの形成▽技術革新の成果が可能にする高齢社会対策一の実現を目指すことを基本的考え方として示しています。

健康・福祉分野の施策では、生涯にわたる健康づくりや介護予防の推進を通じて健康寿命を延伸させることや、地域包括ケアシステムの構築、介護支援専門員や介護福祉士の資質の向上、医療・介護関係者の連携を推進するための体制整備、認知症高齢者支援施策の推進—などに取り組む方針です。具体的な数値目標も盛り込み、▽健康寿命（2013年：男性71.19歳、女性74.21歳）を2020年までに1歳以上、2025年までに2歳以上延伸▽介護による離職を2020年代初頭に解消▽認知症サポーター数（2016年度末：880万人）を2020年度末に1,200万人に—などと設定しています。

### 死亡事故起こした高齢運転者、半数が認知機能低下 警察庁まとめ

警察庁が公表した「平成29年中（2017年中）の交通死亡事故の発生状況及び道路交通法違反取締り状況等について」によって、2017年に死亡事故を起こした75歳以上の高齢運転者の約半数が、直近の認知機能検査で、「認知症」または「認知機能低下」のおそれがあると判定されていたことが明らかになりました。

2017年に高齢運転者が引き起こした死亡事故は418件（前年459件）、全死亡事故に占める構成比は12.9%（同13.5%）となり、死亡事故件数、構成比とも前年に比べて減少しています。同様に年齢階級別の免許人口当たり死亡事故件数も減少傾向ですが、75歳未満の運転者と比較すると、75歳以上は約2.1倍、80歳以上は約2.9倍高く、高齢になるほど死亡事故を起こしやすい傾向に変わりはありません。

死亡事故の類型でも75歳以上運転者は75歳未満に比べ、工作物衝突や路外逸脱といった車両単独での事故が多い傾向がみられました。人的要因で最も多かったのは操作不適で、とくにブレーキとアクセルの踏み間違い事故の比率が高く、75歳未満は全体の0.8%であるのに対して、75歳以上は6.2%に及びます。死亡事故を起こした418人のうち、385人は免許更新時などに認知機能検査を受けていました。結果は、▽第1分類（認知症のおそれ）：28人・7%▽第2分類（認知機能低下のおそれ）：161人・42%▽第3分類（認知機能低下のおそれなし）：196人・51%—で、第1・第2分類の該当者が全体の約49%を占めています。

### 小児の誤飲事故原因ではタバコが1位に 病院モニター報告

2月6日、厚生労働省が公表した「2016年度家庭用品等に係る健康被害 病院モニター報告」によると、小児の誤飲事故はタバコによるものが誤飲事故全体の2割を占め、2015年に続いて1位であったことがわかりました。

同報告は、モニター病院（皮膚科、小児科各10施設）と日本中毒情報センターからの情報をもとに、家庭用品などによる健康被害の状況を毎年まとめているもので、▽皮膚障害▽小児の誤飲事故▽吸入事故—が報告対象です。

このうち2016年に報告された小児の誤飲事故は728件でした。原因となった家庭用品の種類で多かったのは、タバコ147件（構成比20.2%）、医薬品・医薬部外品108件（14.8%）、プラスチック製品72件（9.9%）などで、誤飲した年齢は6～11カ月の213例（29.3%）が最も多くなっています。ほとんどの事例は大人が目を離した際に起きていることから、同省は子どもの目につく所や手の届く範囲に、誤飲できる大きさのものは置かないように注意を促しています。

（提供 メディキャスト株式会社）

本資料は当社が信頼できると判断した情報源から入手した情報に基づいて作成されていますが、明示、暗示にかかわらず内容の正確性、あるいは完全性については保証するものではありません。また、発行日現在の法令・関係規制等をもとに作成しておりますので、その後の改正等にご注意ください。なお、本資料は有価証券の取引その他の取引の勧誘を目的としたものではありません。