

医業経営情報

REPORT

Available Information Report for Corporate Management

2020

3

制度改革

働き方改革の推進と質の高い医療を実現 2020年診療報酬改定の概要

- ① 次期診療報酬改定の基本的方向性
- ② 外来・在宅医療に関する改定のポイント
- ③ 入院医療に関する改定のポイント
- ④ 精神医療その他診療所に関わる改定のポイント

1 | 次期診療報酬改定の基本的方向性

1 | 2020年診療報酬改定の方向性

(1) 2020年度診療報酬は、前回に続き全体マイナス改定へ

次期診療報酬改定の改定率は、診療報酬本体部分が0.55%引き上げられた一方で、薬価、材料価格の引き下げの影響により、全体改定率は0.46%のマイナス改定となりました。

前回改定と同様に、全体改定率は引き下げられましたが、本体部分のプラス改定は今回で7回連続（2019年改定を含むと8回連続）となりました。

また、2020年度改定は、2018年改定（診療報酬と介護報酬の同時改定）の取組みが更に推進されるよう、引き続き適切な評価に取り組むとともに、医師等の働き方改革の推進や、患者・国民にとって身近であり、安心・安全で質の高い医療を実現するための取組を進めつつ、効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続性の向上を図ることが重要であるとの認識のもとに行われます。

◆2018年度診療報酬 改定率等

【全体改定率】	▼0.46%	(▼0.19%)
1. 診療報酬本体	+0.55%	(+0.55%)
※うち、消費税財源を活用した救急病院における		
勤務医の働き方改革への特例的な対応 +0.08% を含む		
各科改定率	医科：+0.53%	(+0.63%)
	歯科：+0.59%	(+0.69%)
	調剤：+0.16%	(+0.19%)
2. 薬価等 ①薬価	▼0.99%	(▼1.65%)
②材料価格	▼0.02%	(▼0.09%)

注) () 内は2018年の改定率

●医師の働き方改革への対応について

- ・診療報酬として 公費 126億円程度
- ・地域医療介護総合確保基金として 公費 143億円程度

勤務医の働き方改革への対応については、今後、医師に対する時間外労働の上限規制の適用及び暫定特例水準の適用終了に向けて、上限を超える時間外労働ができる限り早期に解消されるよう、医療機関による労働時間短縮を促進する制度的対応等とあわせ、診療報酬及び地域医療介護総合確保基金の対応を検討する。

(2) 次期改定にあたっての基本認識

次期診療報酬改定に向けた議論の経緯を踏まえ、改定にあたっては次の4点が基本認識として示されました。

◆2020 年度診療報酬改定の基本認識

①健康寿命の延伸、人生 100 年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現

- ・国民一人一人の予防・健康づくりに関する意識を涵養し、健康寿命の延伸により長寿を実現しながら、患者・国民にとって身近でわかりやすい医療を実現するとともに、医師等の働き方改革を推進する。
- ・医療提供の効率化・適正化を進め、制度の安定性・持続性を確保しつつ経済・財政との調和を図る。

②患者・国民に身近な医療の実現

- ・地域包括ケアシステムを構築するとともに、かかりつけ医機能や患者への情報提供や相談・支援を充実する。
- ・医療のかかり方の観点も含め、住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等がそれぞれの担う役割を実現する。
- ・医療の方向性について、住民に丁寧に理解を広めていく

③どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進

- ・地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師等の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施する。
- ・医師等の負担軽減等を図る。

④社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

- ・無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図る。

2 | 次期改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 基本的視点と具体的方向性

次期診療報酬改定では、次のような基本的視点と具体的方向性を明示しています。

◆2020 年度診療報酬改定の基本的視点と具体的方向性

①医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進 **【重点課題】**

- 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

②患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

- かかりつけ機能の評価
- 患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- 医療におけるICTの利活用

③医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組

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

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

（２）将来を見据えた課題

次期診療報酬改定の基本方針の中では、将来を見据えた課題として以下のことをあげており、今後の政策の方向性が窺えます。

◆将来を見据えた課題

- 「全世代型社会保障」を実現するため、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、補助金等の予算措置など総合的な政策の構築
- 診療報酬制度を分かりやすくするための取組みの継続と、取組みを推進するために、医療機関等の経営に携わる者は、社会に対する説明責任を果たしていくこと
- 国民全体の医療制度に対する理解を深めるための普及啓発
- 予防・健康づくりやセルフケア等の推進が図られるよう、住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等の全ての関係者が協力・連携して国民一人一人を支援すること及びその環境整備

2 | 外来・在宅医療に関する改定のポイント

1 | 外来医療の機能分化の推進

紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の見直しが行われ、対象となる医療機関が拡大される見通しとなり、特定機能病院に加え新たに 200 床以上の地域医療支援病院（一般病床 200 床未満を除く）が対象となります。

◆紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象範囲の拡大

現行（対象病院）

特定機能病院及び許可病床 400 床以上の地域医療支援病院



改定後（対象病院）

特定機能病院及び 200 床以上の地域医療支援病院（一般病床 200 床未満を除く）

また、紹介率や逆紹介率の低い病院を紹介状なしで受診した患者に対する初・再診料減算に係る医療機関の対象範囲を定額負担の対象範囲と同様に、特定機能病院及び 200 床以上の地域医療支援病院（一般病床 200 床未満を除く）に拡大します。

◆紹介率・逆紹介率の低い大病院の初診料等について（現行）

初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等（※1）が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者（※2）に対して初診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、214 点を算定する。

- ※1 紹介率の実績が 50%未満かつ、逆紹介率の実績が 50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院
- ※2 他の病院又は診療所等からの文書による照会がない患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。）
（外来診療料についても同様）

さらに、全世代型社会保障検討会議がまとめた中間報告では、遅くとも 2022 年度初めまでに定額負担の対象病院を病床数 200 床以上の一般病院に拡大するとしていますが、本年 1 月 20 日に開催された社会保障審議会医療部会では、対象病院を 200 床以上の一般病院に拡大することについて更なる議論が必要であるとの声が多く、今後が注目されます。

2 | 情報通信機器を用いた診療等における要件・評価の見直し

(1) オンライン診療料の変更点

オンライン診療料の算定要件について、事前の対面診療の期間を6か月間から3か月間に見直すなど、対象となる疾患、実施方法の変更が予定されています。

今後もオンライン診療の保険適用範囲は、改定ごとに変更されることが考えられ、自院の診療や経営に影響を及ぼす可能性を含んでおり注目すべき事項だといえます。

◆オンライン診療料の主な算定要件

●対象疾患

- ・ 高血圧・糖尿病等の生活習慣病や、難病、てんかん、小児特定疾患等、慢性頭痛患者

●実施方法

- ・ 初診から3か月間は、同一の医師による対面診療を実施。オンライン診療は2か月連続までとし、3か月ごとに対面診療を実施

●緊急時の対応

- ・ 患者の急変時等の緊急時には、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で当該計画の中に記載

※赤字が2020年改定時に適用が予定されている箇所

(2) かかりつけ医と連携した遠隔医療を評価

近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の十分な情報共有の上で遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について新たな評価を行うこととし、「遠隔連携診療料」が新設されました。

◆遠隔連携診療料の算定要件

(新) 遠隔連携診療料・・・500点

●算定要件

- ・ 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面による診療を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断を行うまでの間、3か月に1回に限り算定する。
- ・ 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

◆遠隔連携診療料の施設基準

●施設基準

・別に厚生労働大臣が定める施設基準

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体制を有する保険医療機関であること。

・別に厚生労働大臣が定める患者

- イ) てんかん（外傷性を含む）の疑いがある患者
- ロ) 指定難病の疑いがある患者

・別に厚生労働大臣が定める施設基準（他の保険医療機関）

- イ) 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体制を有する保険医療機関であること。
- ロ) てんかん診療拠点病院又は難病医療拠点病院であること。

3 | 医療機関における質の高い訪問看護を評価

医療機関からの訪問看護について、より手厚い訪問看護提供体制を評価する観点から、訪問看護に係る一定の実績要件を満たす場合について、新たな評価を行うこととし、「訪問看護・指導体制充実加算」が新設されました。

◆訪問看護・指導体制充実加算の算定要件と施設基準

（新） 訪問看護・指導体制充実加算（月1回）・・・150点

●算定要件

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において訪問看護・指導を実施した場合には、訪問看護・指導体制充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

●施設基準

次のいずれにも該当するものであること。

- (1) 当該保険医療機関において又は他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該保険医療機関の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保していること。
- (2) 次に掲げる項目のうち少なくとも2つを満たしていること。ただし、許可病床数が400床以上の病院にあっては、アを含めた2項目以上を満たしていること。

ア 在宅患者訪問看護・指導料3又は同一建物居住者訪問看護・指導料3を前年度において計5回以上算定している保険医療機関であること。

イ 在宅患者訪問看護・指導料の注7に掲げる乳幼児加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の注4に掲げる乳幼児加算を前年度において計25回以上算定している保険医療機関であること。

ウ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者について、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を前年度において計25回以上算定している保険医療機関であること。

エ 在宅患者訪問看護・指導料の注10に掲げる在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の注4に掲げる同一建物居住者ターミナルケア加算を前年度において計4回以上算定している保険医療機関であること。

オ 退院時共同指導料1又は2を前年度において計25回以上算定している保険医療機関であること。

カ 開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を前年度において計40回以上算定している保険医療機関であること。

3 | 入院医療に関する改定のポイント

1 | 地域の救急医療体制を評価

政府は、2020年改定の重点課題として「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」を掲げており、地域医療で過酷な労働実態が見られる「救急医療実績の極めて高い病院」を対象として評価を充実させ、医療提供を継続できるよう医療機関をサポートする動きが見られます。

そして、地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関について評価を行うこととし、「地域医療体制確保加算」を新設しました。当該加算の施設基準として、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していることが示されています。

◆地域医療体制確保加算の算定要件と施設基準

(新) 地域医療体制確保加算・・・520点

●算定要件

救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

●施設基準（一部抜粋）

- ・救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。
- ・病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。
 - ①病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
 - ②病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。
 - ③当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。
 - ④③の計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに定期的に評価し、見直しを行うこと。
 - ⑤③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、必要な事項を記載すること。

- ア) 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）
- イ) 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ウ) 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
- エ) 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- オ) 当直翌日の業務内容に対する配慮
- カ) 交替勤務制・複数主治医制の実施
- キ) 育児・介護休業法第23条第1項^{※1}、同条第3項^{※2}又は同法第24条^{※3}の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用
- ⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。
- ※1) 育児のための所定労働時間の短縮措置のこと
- ※2) 介護のための所定労働時間の短縮等の措置のこと
- ※3) 小学校就学の始期に達するまでの子を養育する労働者等に関する措置のこと

2 | 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し

地域包括ケア病棟は2014年診療報酬改定で評価されるようになってから算定医療機関が増加してきた経緯があります。その理由の一つに点数設定が高いことが挙げられますが、特に大病院の入棟元が自院の急性期病棟が多く、本来の役割が果たせていない現状がありました。

こうした現状を踏まえ、急性期治療を経過した患者や、在宅で療養を行っている患者を受け入れる役割が偏りなく発揮されるよう、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件が見直されます。

また、地域における医療機関間の機能分化・連携を適切に進める観点から、4月以降、許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料を届け出ることができなくなります。

◆地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の主な変更点 経過措置：令和2年9月30日まで

- 許可病床数400床以上の病院は地域包括ケア病棟入院料の届出ができなくなる
- 許可病床数400床以上の病院にあっては、入院患者に占める同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること
- ⇒ 地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。
- 地域包括ケア病棟入院料1及び3並びに地域包括ケア入院医療管理料1及び3について、地域包括ケアの実績に係る施設基準を見直す。
- ⇒ 自宅等から入院したものの割合が1割5分以上（改定前：1割以上）であること
- ⇒ 自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前3月間において6人以上（改定前：3人以上）であること

◆地域包括ケア病棟入院料1の施設基準

経過措置：令和2年9月30日まで

次のいずれか2つ以上を満たしていること

- ①在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を前3か月間において30回以上算定している保険医療機関であること
- ②在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前3か月間において60回以上算定している保険医療機関であること
- ③訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前3か月間において300回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること
- ④在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前3か月間において30回以上算定している保険医療機関であること
- ⑤訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること
- ⑥退院時協働指導料2を前3か月間において6回以上算定している保険医療機関であること

3 | 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

回復期リハビリテーション病棟における実績要件について、アウトカムを適切に反映させるとともに、栄養管理の充実を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について要件を見直します。主な変更点については以下の通りとなります。

◆回復期リハビリテーション病棟入院料の主な変更点

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び回復期リハビリテーション病棟入院料3におけるリハビリテーション実績指数の要件について、それぞれ水準を引き上げる。
 - ・回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
実績の指数40以上（改定前：37以上）
 - ・回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準
実績の指数35以上（改定前：30以上）

経過措置：令和2年9月30日まで

- 回復期リハビリテーション病棟に入院した患者に対して、入院時FIM及び目標とするFIMについて、リハビリテーション実施計画書を用いて説明し、計画書を交付することとする。また、退院時FIMについても同様の取扱いとする。
- 入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除する。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料における重症者の定義に、日常生活機能評価に代えてFIM総得点を用いてもよいものとする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準である、「当該病棟に専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましい」とされているものを専任配置に変更する。

経過措置：令和3年3月31日まで

- 回復期リハビリテーション病棟入院料2～6について、現状、管理栄養士の配置規定はないが、施設基準に「当該病棟に専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましい」旨を追加するとともに、栄養管理に係る要件を設ける。

4 | 精神医療その他診療所に関わる改定のポイント

1 | 精神病棟における退院時支援連携を新たに評価

精神病棟からの退院支援については、現状でも評価は行われていましたが、退院先の医療機関と共同で支援する評価はありませんでした。

2020年改定では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導等について新たな評価を行います。

◆精神科退院時共同指導料の主な算定要件（一部抜粋）

（新） 精神科退院時共同指導料

- | | | |
|---|-------------------------------------|--------|
| 1 | 精神科退院時共同指導料 1（外来又は在宅医療を担う保険医療機関の場合） | |
| イ | 精神科退院時共同指導料（Ⅰ） | 1,500点 |
| ロ | 精神科退院時共同指導料（Ⅱ） | 900点 |
| 2 | 精神科退院時共同指導料 2（入院医療を提供する保険医療機関の場合） | 700点 |

●算定要件

- 精神科退院時共同指導料 1については、他の保険医療機関の精神病棟に入院中の患者であって措置入院者等又は別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の外来又は在宅医療を担う保険医療機関の多職種チームが、入院中の保険医療機関の多職種チームとともに、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に外来又は在宅医療を担う保険医療機関において、入院中に1回に限り算定すること。
- 精神科退院時共同指導料 2については、精神病棟に入院中の患者であって、措置入院患者等及び別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院中の保険医療機関の多職種チームが、当該患者の外来又は在宅医療を担う他の保険医療機関の多職種チームとともに、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に入院医療を担う保険医療機関において、入院中に1回に限り算定すること。
- 1のイについては、措置入院者等*に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、保健師又は看護師（以下、看護師等という。）及び精神保健福祉士並びに必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。

- 1のロについては、1のイ以外の患者であって、平成28～30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント 実践ガイド」における「包括的支援マネジメント 導入基準」を満たした、重点的な支援が必要な患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師又は医師の指示を受けた看護師等及び精神保健福祉士並びに必要なに応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。
- 2については、（3）又は（4）に規定する患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師等及び精神保健福祉士並びに必要なに応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。
- 精神科退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。
 - ※精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院又は同法第42条第1項第2号に規定する同法による通院をしたことがある患者又は当該入院の期間が1年以上の患者

2 | 小児かかりつけ診療料の対象患者拡大

小児に対する継続的な診療をより一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について対象となる患者等の要件を見直します。

◆小児かかりつけ診療料の概要（一部抜粋）

【小児かかりつけ診療料】

1 処方箋を交付する場合

イ 初診時	631点
ロ 再診時	438点

2 処方箋を交付しない場合

イ 初診時	748点
ロ 再診時	556点

●算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大する

●注射を以下の通り変更する

常態として院外処方箋を交付する保険医療機関において、患者の症状又は病態が安定していること等のため同一月内において投薬を行わなかった場合は、当該月については、「2」の所定点数を算定できる。（改定前）

→当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は、「1 処方箋を交付する場合」で算定する。（改定後）

3 | 有床診療所入院基本料等の見直し

有床診療所は緊急時の患者対応や在宅・介護施設等への受け渡し、がん患者等の終末期医療などで地域医療としての機能を担っており、地域包括ケアシステム推進のため大きな役割を果たしています。

こうした有床診療所が地域において担う役割を踏まえ、病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能や、終末期医療を担う機能等を更に推進する観点から、有床診療所入院基本料の加算について要件及び評価を見直します。

◆有床診療所入院基本料等の主な変更点

【有床診療所入院基本料】

- 1 有床診療所一般病床初期加算の算定要件について、転院又は入院した日から起算した算定上限日数を、7日から14日へと延長する。

1日につき150点（改定前：100点）

- 2 医師配置加算及び看護配置加算、夜間看護配置加算並びに看護補助配置加算について評価の見直しを行う。

・医師配置加算1	<u>1日につき120点</u> （改定前：88点）
・医師配置加算2	<u>1日につき90点</u> （改定前：60点）
・看護配置加算1	<u>1日につき60点</u> （改定前：40点）
・看護配置加算2	<u>1日につき35点</u> （改定前：20点）
・夜間看護配置加算1	<u>1日につき100点</u> （改定前：85点）
・夜間看護配置加算2	<u>1日につき50点</u> （改定前：35点）
・看護補助配置加算1	<u>1日につき25点</u> （改定前：10点）
・看護補助配置加算2	<u>1日につき15点</u> （改定前：5点）

- 3 有床診療所緩和ケア診療加算について、評価の見直しを行う。

【有床診療所緩和ケア診療加算】

- ・有床診療所緩和ケア診療加算 1日につき250点（改定前：150点）

2020年改定は、人生100年時代を見据えた全世代型社会保障の構築を念頭に、身近で安心、安全で質の高い医療を実現し、制度の持続可能性にも配慮した内容となっています。

また、2024年4月から適用される「医師の時間外労働の上限規制」に向けた改定となり、働き方改革の観点からも重要な改定であるといえます。外来医療については、更なる医療機関の役割分担を図る見直しとなり、クリニック経営においては、今後もかかりつけ医機能の強化が求められます。

■参考資料

診療報酬改定セミナー「2020年診療報酬改定の概要と病医院経営対応」テキスト

(講師：(株)エム・アール・シー 代表取締役 石上登喜男氏)

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会資料