令和2年度 診療報酬改定の動向

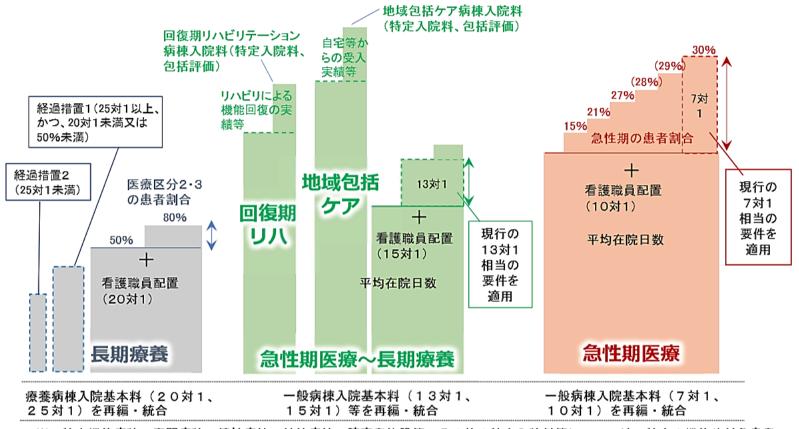
(無料セミナー)

令和元年11月19日

井上 貴裕

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、上記には含めていない。

重症度、医療・看護必要度の見直し3

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

Α	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	-
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	_
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	_
4	心電図モニターの管理	なし	あり	-
5	シリンジボンブの管理	なし	あり	-
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	-
7	専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理。 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理。 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、① 無菌治療室での治療)	なし	-	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	-	あり

В	患者の状況等	O点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	□腔清潔	介助なし	介助あり	_
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	(はい	いいえ	-
15	危険行動	ない	-	ある

С	手術等の医学的状況	O点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(4日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡•腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	tal	あり

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の 重症度、医療・看護必要度	 ・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
総合入院体制加算	 「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・A得点2点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理 料を算定する場合も含む)	·A得点1点以上 ·C得点1点以上



人手不足の時代、看護必要度B項目を廃止しては 先が見えない時代の戦略的病院経営(95)

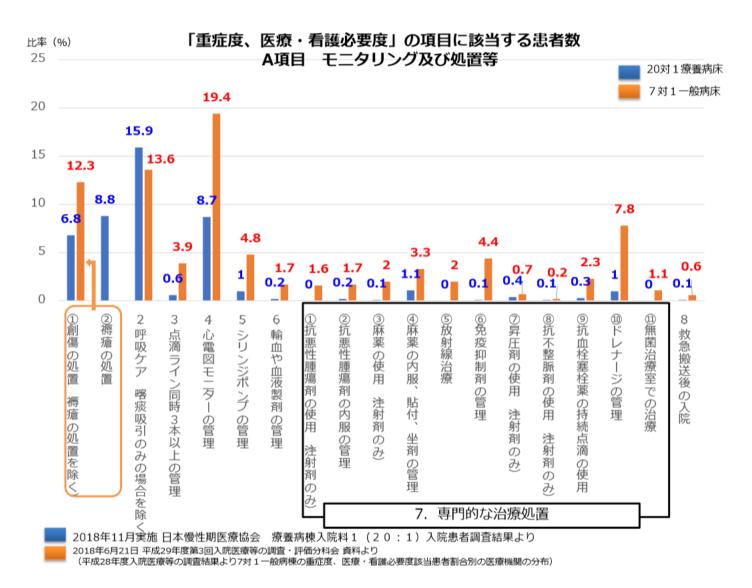
2019年02月18日 05:00

【千葉大学医学部附属病院 副病院長、病院経営管理学研究センター長、ちば医経塾塾長 井上貴裕】

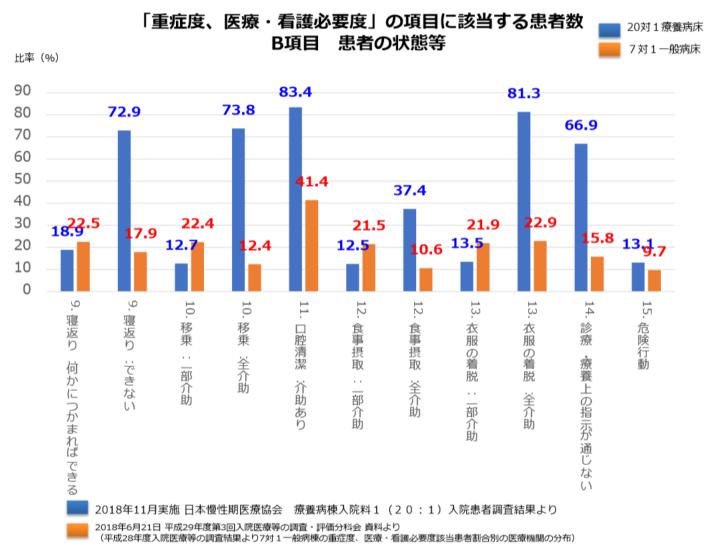
■看護必要度がアップしても、急性期に求められる機能なのか

2018年度診療報酬改定では、「重症度、医療・看護必要度」(以下、看護必要度)の項目や基準値が変更され、診療実績データを用いて集計する「看護必要度II」が設けられたのは、大きなポイントだった。項目の変更では、B14(診療療養上の指示が通じる)もしくはB15(危険行動)で、認知症、せん妄の評価が加わり、高齢者が多い病院には追い風になった。基準値については、従来の一般病棟7対1入院基本料の25%から、急性期一般入院料1では30%に引き上げられたが、厳しくなったという声は聞こえず、緩くなったという印象すらある。高齢者の入院が多いことが評価されたためだろう。ただ、18年度改定で看護必要度が大幅に上がった病院は、診療密度が高い医療を提供する高度急性期、もしくは急性期の機能を十分に担っていない面もあるのではないか。

グラフ1は、千葉大学医学部附属病院の看護必要度だ。改定に伴い、旧基準から新基準に変更しても、大きな変化は見られないが、これは新入院患者の約4分の3が予定入院で、他院と比べて若い世代の患者が多いことが関係している。全ての大学病院が同様とは限らないが、大学病院本院群やDPC特定病院群などでは、一定程度このような傾向が見られるはずだ。裏を返せば、緊急入院が多く、結果として高齢者が多くなる病院は、18年度改定では看護必要度が10ポイント上昇するなどしても、入院後半には診療密度が薄くなり、急性期病院に本来求められる機能とは相反するのではないか。



(※)日本慢性期医療協会 定例記者会見、平成31年1月10日資料より



(※)日本慢性期医療協会 定例記者会見、平成31年1月10日資料より

基準②のみに該当する患者について

診調組 入-1 元.10.16

○ 基準② (B14又はB15に該当し、A得点1点以上かつB得点3点以上)のみに該当する患者の割合と該当項目について入院料別に比較すると、当該患者は急性期病棟より療養病棟で多かった。また、急性期病棟は療養病棟と比較して、「創傷処置」の割合が低く、「心電図モニターの管理」の割合が高かった。

	7対1特定機能 基本料(一 (n=20	般病棟)	7対1一般病制 (n=6:		10対1一般病 (n=1	棟入院基本料 3175)	(20351)		料1 療養病棟入院基本料2 (25対1) (n=5920)	
【基準】										
「A得点1点」かつ「B14又はB15に該当」かつ「B得 点3点以上」	352	1.7%	2,892	4.7%	690	5.2%	2,950	14.6%	669	11 .3%
(A項目)	該当患者	≝のうち	該当患	者のうち	該当患	者のうち	該当患	者のうち	該当患	≦のうち
創傷処置	76	21.6%	711	24.6%	195	28.3%	1,030	34.9%	385	5 7.59
呼吸ケア	107	30.4%	662	22.9%	253	36.7%	1,494	50.6%	222	33.29
点滴ライン同時3本以上の管理	8	2.3%	26	0.9%	4	0.6%	14	0.5%	0	0.09
心電図モニターの管理	152	43.2%	1,428	49.4%	227	32.9%	405	13.7%	41	6.19
シリンシ゛ポ ンプの管理	2	0.6%	42	1.5%	8	1.2%	7	0.2%	21	3.19
輸血や血液製剤の管理	7	2.0%	23	0.8%	3	0.4%	0	0.0%	0	0.09
専門的な治療処置	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.09
抗悪性腫瘍剤の使用	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.09
抗悪性腫瘍剤の内服管理	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.09
麻薬の使用	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.09
麻薬の内服・貼付・座剤	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.09
放射線治療	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.09
免疫抑制剤の管理	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.09
昇圧剤の使用	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.09
抗不整脈剤の使用	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.09
抗血栓塞栓薬持続点滴の使用	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0
ドレナージの管理	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0
無菌治療室での治療	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0
牧急搬送後の入院	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0
【B項目】	該当患者	≝のうち	該当患	者のうち	該当患	者のうち	該当患	者のうち	該当患	≦のうち
寝返り(1点)	124	35.2%	717	24.8%	105	15.2%	228	7.7%	56	8.49
復返り(2点)	133	37.8%	1,819	62.9%	540	78.3%	2,575	87.3%	578	86.49
移乗(1点)	155	44.0%	849	29.4%	99	14.3%	181	6.1%	35	5.29
移乗(2点)	77	21.9%	1,140	39.4%	266	38.6%	2,355	79.8%	494	73.89
口腔清潔(1点)	301	85.5%	2,730	94.4%	635	92.0%	2,854	96.7%	662	99.09
奥事摂取(1点)	160	45.5%	872	30.2%	160	23.2%	359	12.2%	88	13.2
食事摂取(2点)	113	32.1%	1,384	47.9%	317	45.9%	2,021	68.5%	449	67.1
衣服の着脱(1点)	158	44.9%	592	20.5%	59	8.6%	197	6.7%	49	7.3
衣服の着脱(2点)	161	45.7%	2,141	74.0%	608	88.1%	2,530	85.8%	529	79.1
診療・療養上の指示が通じる(1点)	320	90.9%	2,543	87.9%	620	89.9%	2,834	96.1%	632	94.5
危険行動(2点)	177	50.3%	1,538	53.2%	249	36.1%	647	21.9%	124	18.5

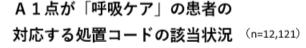
出典:平成28年度入医療等の調査(患者票)

※nlは患者数(人・日)

基準②のみに該当する患者の状態(必要度 I)

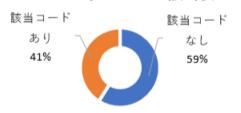
診調組 入-1 元·9.19

- 必要度 I で基準②のみに該当する患者のうち、A1点が「呼吸ケア」又は「心電図モニター」の患者について、必要度 II で対応するレセプト電算処理システム用コードの該当の有無をみたところ、「該当コードなし」の患者が約6~7割であった。
- 必要度 I で基準②のみに該当する患者について、1日あたり資源投入量をみたところ、資源投入量がゼロである患者が約4~5割であった。

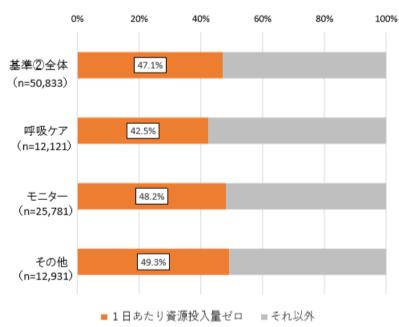




A 1点が「心電図モニター」の患者の 対応する処置コードの該当状況 (n=25,781)



1日あたり資源投入量がゼロの割合



出典:平成30年度入院医療等の調査 ※1日あたり資源投入量はE

特定集中治療室等の重症度、医療・看護必要度

○ 各治療室を、特定集中治療室用、ハイケアユニット用、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価票にて評価したところ、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合要件のない救命救急入院料1・3は、救命救急入院料2・4及びハイケアユニットと入院医療管理料比べて該当患者割合が低いが、7対1一般病棟に比べ、該当患者割合が高い。

<各基準の該当患者割合>

特定集中治療室用、ハイケアユニット用、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の全項目について該当するかどうかを調査し、各基準に基づき該当患者割合を集計

					脳卒中ケアユニット入 院医療管理料	(参考) 7対1一般病棟 入院基本料
特定集中治療室管理料の基準	89. 1%	84. 7%	23. 7%	33. 7%	8. 0%	1. 2%
ハイケアユニット入院医療管理料の基準	92. 6%	93. 1%	48. 8%	88. 0%	31.5%	4. 3%
7対1一般病棟入院基本料の基準	95. 6%	94. 3%	65. 4%	84. 0%	55. 6%	28. 5%

※ 背景色の箇所は、重症度、医療・看護必要度の基準がある治療室

(対象とした患者数)

	特定集中治療 室管理料	救命救急入院 料2・4	救命救急入院 料1・3			(参考) 7対1一般病棟 入院基本料
特定集中治療室管理料の基準	117, 173	1, 517	3, 303	6, 152	1, 441	5, 178
ハイケアユニット入院医療管理料の基準	117, 173	1, 516	3, 303	6, 017	1, 405	5, 169
7対1一般病棟入院基本料の基準	118, 580	1, 502	3, 266	5, 825	1, 400	5, 167

(参考) 基準一覧

特定集中治療室管理料	A得点4点以上かつB得点3点以上の該当患者割合が、管理料1・2で80%以上、管理料3・4で70%以上
ハイケアユニット入院医療管理料	A得点3点以上かつB得点4点上の該当患者割合が、管理料1で80%以上、管理料2で60%以上
7 対 1 一般病棟入院基本料	A得点2点以上かつB得点3点以上、又はA得点3点以上の該当患者割合が、25%以上

出典:保険局医療課調べ(重症度、医療・看護必要度等に関する調査)

(※)平成29年度第11回入院医療等の調査・評価分科会資料より

救命救急入院料等の主な施設基準

		点数	主な施設基準	看護配置	必要度	その他
	入院料1	~3日 9,869点 ~7日 8,929点 ~14日 7,623点	・専任の医師が常時勤務 ・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	4対1	ICU用 測定評価	
- ポケ-会・ポケ-会・コ P(力速)	入院料2	~3日 11,393点 ~7日 10,316点 ~14日 9,046点	・救命救急入院料1の基準を満たす ・特定集中治療室管理料1又は3の基準を満たす	2対1	ICU用 8割	救命救急セ ンターを有
救命救急入院料	入院料3	~3日 9,869点 ~7日 8,929点 ~14日 7,623点	・救命救急入院料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	4対1	ICU用 測定評価	していること
	入院料4	~3日 11,393点 ~7日 10,316点 ~14日 9,046点	・救命救急入院料2の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	2対1	ICU用 8割	
	管理料1	~7日 13,650点 ~14日 12,126点	・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上) ・専任の専門性の高い常動看護師が治療室内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に動務 ・クリーンバイオルームであること		ICU用 8割	
特定集中治療室 管理料	管理料2	~7日 13,650点 ~14日 12,126点	・特定集中治療室管理料1の基準を満にす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
	管理料3	~7日 9,361点 ~14日 7,837点	・専任の医師が常時勤務 ・クリーンバイオルームであること		ICU用	
	管理料4	~7日 9,361点 ~14日 7,837点	・特定集中治療室管理料3の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師		フ割	
ハイケアユニット	管理料1	6,584点	・専任の常勤医師が常時勤務	4対1	HCU用 8割	
入院医療管理料	管理料2	4,084点	・病床数30床以下	5対1	HCU用 6割	
脳卒中ケアユニット 入院医療管理料		5,804点	・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務 ・専任の常動理学療法士又は常動作業療法士が配置 ・病床数30床以下	3対1	一般病棟 用(I) 測定評価	脳梗塞、 脳出血、< も膜下出血 が8割以上

ICUにおける生理学的指標に基づく重症度スコアの例②

中医協 総 - 3 2 9. 1 1. 2 4

SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)スコア

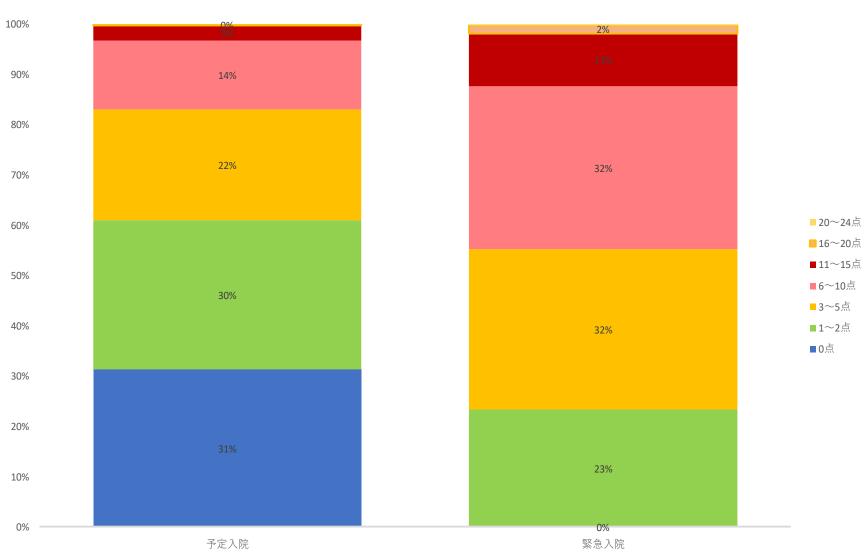
- 6臓器の機能不全を0-4点で点数化し、最大24点で評価を行う。
- 〇 24 時間毎に評価した各臓器障害スコアの観察期間中の最大値を合計して得られる total maximum SOFA score (TMS) は、患者の生命予後と一定の相関関係がある。

(参考)SOFAスコア

	- 0	- 1			4
PaCyFiCy (month)	400	40088>300	500 Ba >- 200	2000年 > 100 中級 神田 下	1000年来 時間補助す
######################################	y> 150	150@x > 100	1002x> 60	508×>20	2032×
PF-SERII ECONACCAR ECONACCAR	<1.2	12-19	2.05.9	6.0-11.0	⇒ 12.0
機能機能 AL 中の動脈を 他は数す		中25mb原在< 70 mm1%	ドドレミン S-6y (表 名)、ロエドプ かとし (内 名) (内 名)	ドバスングラッ 他のトリルエピモデリン ののリッ 海の大リルンルにビルブリン 会のリッ	ドバミン>15g あれいままピネフリン> 0.1g あらいはシルエピネフリン >0.1g
*Passivate de da Stangent Como Scolo	16	14-11	12~10	9-6	6+:M
TYMES SUPPLIAN Impetia	1:2:#1 3M	12~1.0	20~34	3.5~4.0 新版 12.原最初600m/25中国	> 5.0 8:50 42 R #6/200mL/0940R

*Moreno R, et al : Intensive CareMed 25 : 686—696, 1999.

予定緊急別 ICU入室患者のSOFAスコア



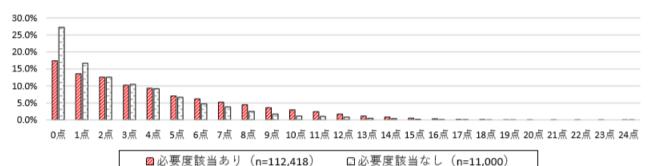
- 入室日の重症度、医療・看護必要度をみると、該当患者は約9割であった。また、入室日の SOFAスコアをみると、O点が最も多く、2割弱であった。
- 入室日の必要度の該当の有無とSOFAスコアの関係をみると、必要度の該当患者・非該当患者と もに、SOFAスコアO点が最も多かった。ただし、必要度の該当患者は非該当患者に比べ、SOFAス コア〇~1点の患者の割合が低かった。

必要度(入室日・全患者) (n=123.418) 該当なし 9% 該当あり 91%

※必要度基準:A得点4点以上かつB得点3点以上

SOFAスコア (入室日・全患者) (n=126.839) 20.0% 15.0% 10.0% 5.0% 0.0%

必要度×SOFAスコア(入室日・全患者)



出典:平成30年度DPCデータ

□必要度該当なし(n=11.000)

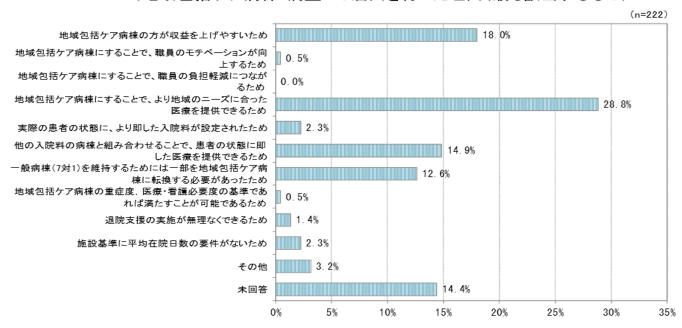
地域包括ケア病棟・地域包括ケア入院医療管理料の届出状況

		平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
入院料・入院医療管理料1	病院数	282	1,159	1,486	1,848
	病床数	8,231	21,326	42,829	56,332
入院料・入院医療管理料2	病院数	23	85	108	126
八院科•八院区综官垤科2	病床数	684	1,305	2,712	3,093

地域包括ケア病棟・病室を届け出ている理由

○ 地域包括ケア病棟・病室1を届け出ている医療機関に、届け出ている理由を聞くと、「地域包括ケア病棟にすることで、より地域の二一ズに合った医療を提供できるため」が最も多く、次いで「地域包括ケア病棟の方が収益を上げやすいため」が多かった。

く地域包括ケア病棟・病室1の届出を行った理由(最も該当するもの)



出典: 平成28年度入院医療等の調査(施設票)

地域包括ケア病棟・病室を届出ている理由

診調組 入-1 元 6 . 7

○ 地域包括ケア病棟・病室を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため」が最も多く、次いで、「地域包括ケア病棟・病室の方が経営が安定するため」が多かった。

地域包括ケア病棟・病室を届出ている理由 (最も該当するもの)

0.0%

0.0%

2.4%

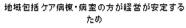
0.8%

0.5%

(n=376)

37.8%

23.1%



地域包括ケア病棟・病室にすることで、職員のモ チベーションが向上するため

地域包括ケア病棟・病室にすることで、職員の負担軽減につながるため

地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域 のニーズに合った医療を提供できるため

実際の患者の状態に、より即した入院科等が設 定されたため

他の入院料の病棟と組み合わせることで、患者 の状態に即した医療を提供できるため

急性期一般病棟を維持するためには一部を地域 包括ケア病棟・病室に転換する必要があったため 地域包括ケア病棟・病室の重症度、医療・看護必

要度の基準であれば満たすことが可能である…

退院支援の実施が無理なくできるため

施設基準に平均在院日数の要件がないため



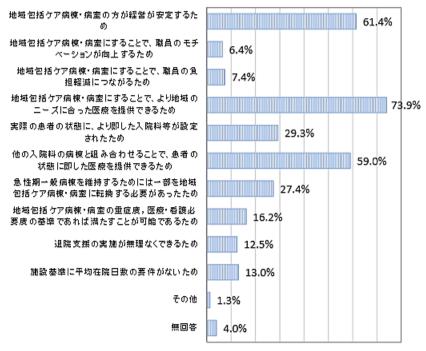
0% 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40%

14.1%

10.1%

地域包括ケア病棟・病室を届出ている理由 (複数回答) (n=a

数回答) (n=376)



0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80%

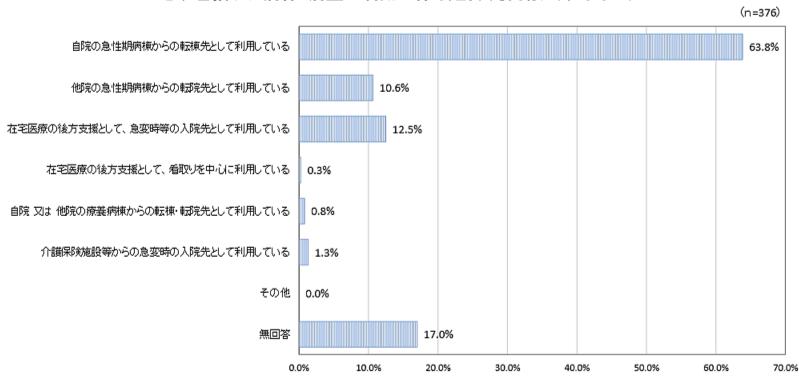
出典: 平成30年度入院医療等の調査(施設票)

地域包括ケア病棟・病室の利用に係る趣旨

診調組 入一1 元 . 6 . 7

○ 地域包括ケア病棟・病室を届出ている医療機関に、利用に係る趣旨を聞くと、「自院の急性期病棟からの 転棟先として利用している」が最も多く、次いで、「在宅医療の後方支援として、急変時等の入院先として利 用している」が多かった。

地域包括ケア病棟・病室の利用に係る趣旨(最も該当するもの)



出典: 平成30年度入院医療等の調査(施設票)

地域包括ケア病棟の未来予想

平成26年頃から の井上の予想

(1)

地域包括ケア入院医療管理料のようにDPC/PDPSにおける入院期間は点数を引き継ぐようになる。

2

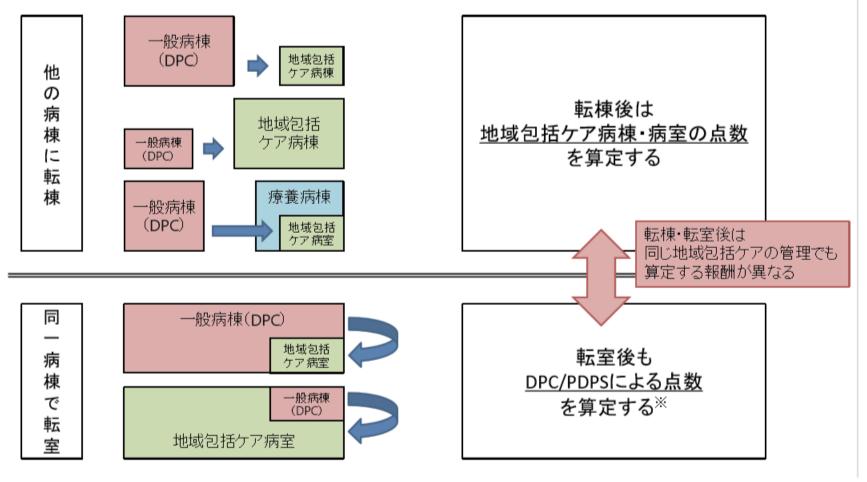
在宅からの入院患者割合が50%以上などの適正利用をする病院だけが高い評価を受けられる。

3

10対1、13対1入院基本料との統合や回復期リハビリテーション病棟との違いが問われる。

一般病棟からの転棟・転室時の入院料の算定方法(イメージ)

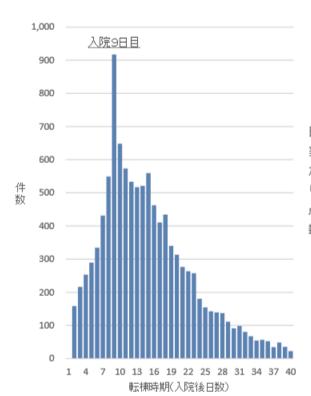
一般病棟(DPC)からの転棟・転室時の入院料



※診断群分類に定められた期間はDPC/PDPSで算定し、以降は医科点数表に従って算定

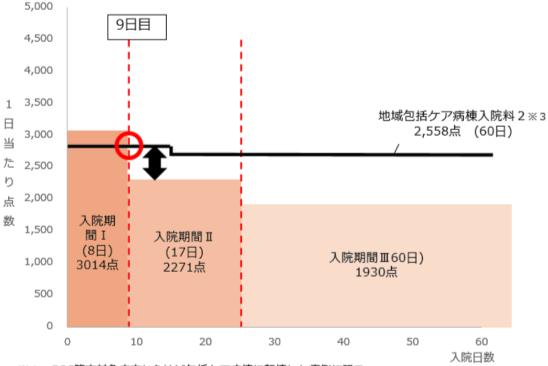
胸椎、腰椎以下骨折損傷 (胸・腰髄損傷を含) 手術なし(160690xx)

地域包括ケア病棟への転棟時期※1



出典: 平成30年DPCデータ

DPC/PDPSによる報酬※2と転棟先での報酬



- 1 DPC算定対象病床から地域包括ケア病棟に転棟した症例に限る
- ※2 平均的な係数値で算出(基礎係数:1.075、機能評価係数Ⅰ:0.135、機能評価係数Ⅱ:0.088)
- ※3 急性期患者支援病床初期加算を算定(14日間に限り、150点を加算)

地域包括ケア病棟が設置できない病院

1

医療法において高度医療を提供する施設と規程されている特定機能病院

2

総合入院体制加算1(一定の要件に加え精神病床を有している)あるいは総合入院体制加算2(一定の要件を充足)を届出る病院

3

総合入院体制加算3を平成26年4月以降に届出た病院



診療密度と効率性係数が低い病院はDPC病院として妥当なのか 先が見えない時代の戦略的病院経営(88)

2018年10月29日 05:00

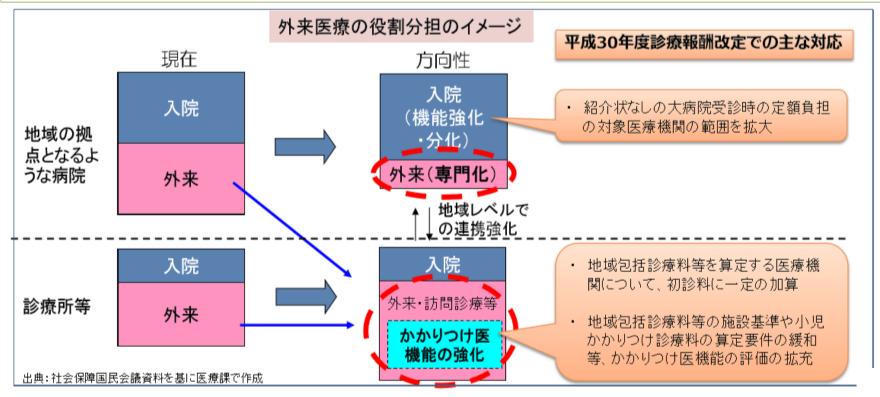
【千葉大学医学部附属病院 副病院長、病院経営管理学研究センター長、ちば医経塾塾長 井上貴裕】

DPC/PDPSは、どのような疾患の患者に(Diagnosis・診断)、どのような診療行為を実施したか(Procedure・手順)の組み合わせ(Combination)によって多様な患者を分類し、その上で1日当たりの包括払いという点数設定を行っている。標準的なパターンでは、25パーセンタイル値の在院日数までが入院期間Iで、点数が高く設定されている。また、診断群分類ごとの平均在院日数が入院期間IIとなり、ここまでで退院させることが、点数の上でも、効率性係数で評価されるためにも重要である。ここには「在院日数の短縮」に向けた仕掛けがあるといえるし、DPC対象病院の平均在院日数が短縮傾向にあることが、そのことを実証している=グラフ1=。DPC対象病院である限り、そして急性期病院を志向するからには、在院日数の短縮に励むべきだと私は考えている。

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
- <u>フリーアクセスの基本は守りつつ</u>、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
- <u>大病院の外来は紹介患者を中心</u>とし、<u>一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談する</u>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、<u>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</u>



【 I -4 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進 -③】

③ かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価 骨子< I -4(3)>

第1基本的な考え方

外来医療のあり方に関する今後の方向性を踏まえ、外来医療における大病院とかかりつけ医との適切な役割分担を図るため、より的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価する。

第2 具体的な内容

かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、加算を新設する。

(新) 初診料 機能強化加算 80 点

「算定要件」

地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ 診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)、施設入居時等医学 総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を届け出等している保険医療機関(診療 所又は200 床未満の保険医療機関に限る。)において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。