

# SKIM 2020年度改定特別号

## 診療報酬改定特別号 診療所版

かかりつけ医機能を担う診療機関に問われる「広報力」

外来患者の受診動向に変化か？

### 本改定のポイント

- ・かかりつけ医機能は、量的整備よりも「質」を重視
- ・「有床診療所一般病床」は“軒並み”高評価
- ・へき地等に限定して「他医師との連携」による「オンライン診療」を認める
- ・「オンライン診療」の新機軸の登場～「遠隔服薬指導・遠隔栄養指導・遠隔禁煙外来」

2020年度診療報酬改定（以下、本改定）は「働き方改革改定」と総括されます。病院勤務医を中心とした医療従事者の勤務環境改善や負担軽減等を重点課題とし、幾つかの新機軸が導入されました。一方、外来を中心とする診療所については目立った改正点はなかったと言うのが大方の見方です。しかし、個別に内容を検証すると、2025年の地域包括ケアシステム実現に向けて、今後の医療提供体制再編に大きく影響する重要な改正点が複数見え隠れしているようにも感じます。

特に、今回から外来の選定療養費徴収を責務とする対象病院が広がったことから、大病院と中小病院との機能分化の流れが鮮明となり、診療所も含めた外来患者の受診動向が大きく変わるのは見逃せないポイントではないでしょうか。

かかりつけ医機能を担う診療所は、現在の機能をブラッシュアップすると同時に、的確な情報発信により、地域で存在感を発揮していくことが必要です。「行動する」診療所が、診療報酬で手厚く評価される時代を迎えようとしています。

### 「地域包括診療加算」の要件緩和は 選定療養費の対象病院拡大と連動

前改定でかかりつけ医機能推進に端緒を開いた「地域包括診療料」は、本改定では、点数・施設基準共に現状維持でしたが、「地域包括診療加算」については、一部見直しが行われました。地域包括診療加算には9つの施設基準が設定され、全てを満たす必要があります。そのうち8番目の基準は三択要件であり、その一つに「時間外対応加算1又は2の届出を行っていること」が入っていましたが、本改定で「時間外対応加算1、2又は3の届出を行っている」場合でも算定可能になりました（図1参照）。この「時間外対応加算3」を追加した要件緩和は、かかりつけ医機能を有した施設をより多く増やすことが狙いであるのは明白です。2018年7月時点で「地域包括診療料」を届出する医療機関は264施設（病院46・診療所218）、診療所だけが算定可能な「地域包括診療加算」は5,524施設です。未だ厚生労働省（以下、厚労省）が期待する程には増えていないものの、これら2つの診療報酬が創設されて既に6年間が経過しました。国は「大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診はかかりつけ医に相談する」を基本とする外来受診システムの普及を目指し、診療報酬政策に留まらず「患者に適切な受診行動を促す施策」を次々と打ち出してきました。そして、前改定の「紹介状なしに外来受診した患者に対し特定機能病院及び400床以上病院に定額自己負担（初診5,000円以上・再診2,500円以上）を徴収する選定療養費」が、本改定から「200床以上の一般病床を有する地域医療支援病院」まで拡大されたのです。

これは明らかに患者の受診動向をコントロールしようとする施策ですが、地域のかかりつけ医機能を担う診療所や「200床未満」中小病院にとっては患者の流れが変わり、今後、大病院から診療所や中小病院への逆紹介を進めるインセンティブが働くことを背景に「広報力」を強化することが求められます。

## (図1) 地域包括診療加算の見直し

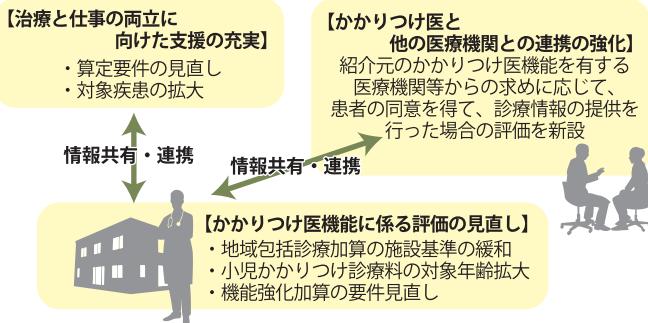
(出典:「令和2年度診療報酬改定の概要 資料」より一部抜粋・編集)  
地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関の評価を推進する観点から、地域包括診療加算の施設基準のうち時間外の対応に係る要件について、複数の医療機関による連携により対応することとしてもよいこととする。具体的には、時間外対応加算3の届出でもよいこととする。

### 再診料 地域包括診療加算（改定後）

#### [施設基準]

- (8) 以下のいずれか1つを満していること。  
ア. 時間外対応加算1、2又は3の届出を行っていること。  
イ. 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。  
ウ. 在宅療養支援診療所であること。

#### (参考) かかりつけ医機能に係る評価の充実



## (図2)

### かかりつけ医機能の普及の推進

(出典:「令和2年度診療報酬改定の概要 資料」より一部抜粋・編集)  
かかりつけ医機能の普及を図る観点から、地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関において、当該機能の更なる周知等の在り方について、機能強化加算の掲示等の情報提供に係る要件について、以下のとおり見直す。

1. 地域におけるかかりつけ医機能として院内に掲示する事項として、以下を追加する。

- 必要に応じて、専門医、専門医療機関に紹介すること。
- 医療機能情報提供制度を利用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を含む地域の医療機関が検索できること。

2. 院内に掲示する事項と同様の内容について、患者へ提供する。

- 当該掲示内容を書面にしたものと、患者が持ち帰れる形で、医療機関内の見えやすいところに置いておくこと。
- 当該掲示内容について、患者の求めがあった場合には、当該掲示内容を書面にしたものと交付すること。

### 初診料 機能強化加算（改定後）

#### [施設基準]

- (3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。また、医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関が検索可能であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

- (4) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることについて記載した書面を、医療機関内の見やすい場所に置き、必要に応じて患者が持ち帰れるようすること。

また、患者の求めがあった場合には、当該書面を交付すること。

た患者へ継続的な診療を行う際に、紹介元の医療機関からの求めに応じて情報提供了の場合に算定出来ます。何れも要件として「連携先医療機関の求めに応じて、患者の同意を得て診療状況を示す文書を提供する」ことが必要です。診療情報提供料(III)は言い替えれば、「かかりつけ医療機関、又は産科・産婦人科と専門医療機関との連携」を促す新機軸であり、専門医療機関等はかかりつけ医療機関からの紹介を受けることの経営的メリットを享受出来ます。

また「小児かかりつけ診療料」の報酬点数は“据え置き”でしたが、継続的な診療を、より一層推進する観点から、算定対象となる患者を「3歳未満から6歳未満に拡大」し、「院内処方を行わない場合の取り扱いを一部見直し」ました。加えて、「診療情報提供料(Ⅰ)」において「医療的ケア児の主治医と当該児童が通学する学校の校医等が連携し、当該児童が安心・安全な学校生活を送れる」ように「主治医が必要な診療情報を提供した場合」の評価が新設されました。

これらの改正から、国はかかりつけ機能に関して、これまでの診療報酬等の経済誘導で普及を促す「量」的整備よりも、寧ろ「質」重視の仕組みづくりに軸足を移していくのではないかと推察されます。

### 有床診療所に対する重点評価の意味するもの

ここからは本改定で診療所に興味深い改正ポイントを検証していくことにしましょう。

各種加算を含めた新設項目は別として、診療報酬点数は現状維持が多くを占めた一方で、有床診療所（以下、有床診）に係る報酬点数が重点評価されています。「有床診療所入院基本料」に加算される「有床診療所一般病床初期加算」は、転院又は入院した日から起算した算定上限日数を「7日→14日」と2倍に。点数も「100点→150点」と1.5倍にアップ。この他、「医師配置加算1・2」も、1日当たり医師配置加算1（88点→120点）、医師配置加算2（60点→90点）とアップ。また、

## (図3)

(出典:「令和2年度診療報酬改定の概要 資料」より一部抜粋・編集)

## かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化

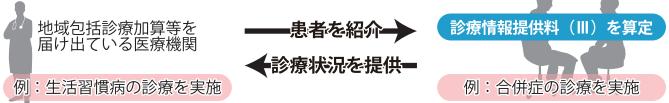
## (新設) 診療情報提供料(III) 150点

## 算定要件

- (1)他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- (2)妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

## 対象患者

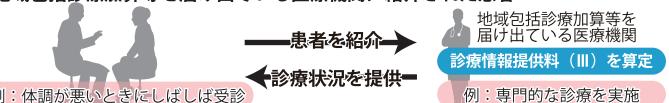
## ①地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



## ②産科医療機関から紹介された妊娠している患者又は産科医療機関に紹介された妊娠している患者



## ③地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



有床診の看護配置に係る加算点数「看護配置加算1・2」「夜間看護配置加算1・2」「看護補助配置加算1・2」も軒並み引き上げとなりました(図4参照)。

これら有床診に対する高評価について、医療経営学の研究者は、「国は病院や病床数を削減したいことから、小規模病院から有床診へのダウンサイジングを促したいのが本音だろう。更に、全国各地で地域包括ケアシステムへの民間病院等の参加が、現状では思った程に進まないことから、厚労省は有床診を地域包括ケアへ積極的にコミットさせたいとの考えもあった。前改定では、「介護連携加算の新設」「在宅復帰機能強化加算の重点評価」等の介護との連携や、在宅支援の推進等にインセンティブを与えた。これらは、有床診・地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)普及に向けての“一里塚”と言えるが、本改定における有床診・一般病床に係る重点評価は、国が目指すもう一つの専門医療提供モデルの普及・推進を目指したものと推察される。専門医療提供モデルについて国は、耳鼻科や眼科等を想定しているようだが、これらの診療科に留まらず、救急医療等を担う小規模一般病院が、病床を削減し、有床診に転換する際の類型として捉えているように見える。」と指摘しています。

この他、精神科の地域包括ケアシステムを進める視点から、「精神科退院時共同指導料」が新設されたことは、精神科・心療内科を標榜する診療所の先生方には重要な改正点と言えるでしょう。精神科退院時共同指導料は「①精神科病院の多職種チームと、②地域における外来又は在宅医療を担う精神科又は心療内科を標榜する医療機関の多職種チームが、退院後の療養等について、共同で指導を行った」場合の評価です。②で想定される外来・在宅医療を担う精神科、心療内科診療所等は、精神科退院時共同指導料1として、精神病棟に入院中の措置入院患者が対象の(I)は(1,500点)、それ以外の精神病棟入院中の患者が対象の(II)(900点)の2段階に設定されました。①の入院医療を提供する精神科病院対象の精神科退院時共同指導料2は700点と精神科退院時共同

## (図4)

(出典:「令和2年度診療報酬改定の概要 資料」より一部抜粋・編集)

## 有床診療所入院基本料等の見直し

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、以下の見直しを行う。

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日へと延長するとともに、評価を見直す。

2018年度	改定後
[算定要件 (有床診療所一般病床初期加算)] (中略) 入院した患者については、転院又は [算定要件 (有床診療所一般病床初期加算)] 入院した日から起算して7日を限度として、[算定要件 (有床診療所一般病床初期加算)] 有床診療所一般病床初期加算として、[算定要件 (有床診療所一般病床初期加算)] 1日につき100点を所定点数に加算する。	[算定要件 (有床診療所一般病床初期加算)] (中略) 入院した患者については、転院又は [算定要件 (有床診療所一般病床初期加算)] 入院した日から起算して14日を限度として、[算定要件 (有床診療所一般病床初期加算)] 有床診療所一般病床初期加算として、[算定要件 (有床診療所一般病床初期加算)] 1日につき150点を所定点数に加算する。

2. 医療従事者の追加的配置に係る評価を見直す。

	2018年度	改定後
注3 イ. 医師配置加算1 ロ. 医師配置加算2	88点 60点	120点 90点
注6 イ. 看護配置加算1 ロ. 看護配置加算2 ハ. 夜間看護配置加算1 二. 夜間看護配置加算2 ホ. 看護補助配置加算1 ヘ. 看護補助配置加算2	40点 20点 85点 35点 10点 5点	60点 35点 100点 50点 25点 15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。

	2018年度	改定後
[算定要件] 有床診療所緩和ケア診療加算	150点	250点

指導料1に比べると低い評価ですが、何れにおいても、専任の精神保健福祉士が必要で、多職種チームを配置可能な精神科・心療内科診療所等は、チャレンジしたい新設項目と言えるでしょう。

後発医薬品の使用促進の観点から、本改定では2012年に導入された「(処方箋料)一般名処方加算」は、1(全品目を一般名処方)と2(1品目以上を一般名処方)の2区分が継続。点数は加算1(6点→7点)、加算2(4点→5点)と各々1点ずつアップとなりました。一方、各入院料の加算である「後発医薬品使用体制加算」(SKIM改定特別号病院版参照)が4区分から3区分に再編され、こちらも各々2点ずつアップしています。一般名で処方された医薬品のうち後発品の占める割合は、増加傾向で推移していますが、2017年6月に「2020年9月の80%の数量シェア目標」とした閣議決定に向けて、更なる取り組みが必要になります。これらのことからも、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に向けて、診療報酬における後発医薬品使用促進への流れは、今後も当分継続されそうです。

### 新オンライン対象疾患に慢性頭痛が追加 ～遠隔連携診療料新設～

2019年の中医協の審議から注目されていた「オンライン診療料」(70点・1月につき)、「オンライン医学管理料」(100点・1月につき)、「在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料」(100点・1月につき)及び「精神科在宅患者支援管理料 精神科オンライン在宅管理料」(100点・1月につき)のオンライン診療に係る診療報酬に関して、実施方法や対象疾患等の要件に一部見直しが実施されました(図5参照)。

前改定では、「特定疾患療養管理料」「小児科療養指導料」「難病外来指導管理料」等を算定する「初診から6か月以上が経過した患者」の慢性疾患や難病、神経難病等の患者だけに限られて算定が可能とされていましたが、本改定から「初診から6か月」ルールは「3か月」に短縮。オンラインの対象疾患には「慢性頭痛」が追加され、「事前に診療・検査等を行った上で(中略)定期的な通院が必要なケース」に限定されています。(裏面に続く)

中医協の審議では、算定可能な対象疾患が限定されること、更に6か月ルールに加え、「緊急時に概ね30分以内に対面診療が可能」との要件が満たせず、オンラインの導入が伸びない実態が明らかになりました。そこで、本改定から緊急時の対応として、患者が速やかに受診可能な医療機関で対面診療を受け易いように「患者に予め受診可能な医療機関を説明した上で、診療計画に記載しておく」ことが要件として追加されています。

医療機関に特化したICTコンサルタントは「概ね30分以内ルールが今後も温存されるのかは分からぬが、『概ね』とは極めて抽象的だ。実質的に形骸化しており、いずれは要件から削除されるのではないか。遠隔診療を進みたい国の方針と30分以内ルールの存在は、どう考えても整合性が取れない。」と指摘しています。

重要なのが「へき地や医療資源の少ない地域の医療機関」において、「やむを得ない事情により（中略）他の医療機関の医師が、初診からオンライン診療料の算定を認める」との見直し（図6参照）。地域を限定した一定の条件付きではありますが、「他の医師との連携」によるオンライン診療を認める形となりました。

合わせて「遠隔連携診療料（500点・3月に1回）」が新設（図7参照）。対面診療を原則とするのは2018年度のオンライン診療に係る報酬項目と同じですが、「かかりつけ医が専門医療機関等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、「診断を行うまでの期間、3月に1回」算定が可能です。そして、従来にはなかった要件として、「請求については対面による診療を行うかかりつけ医療機関等が担うが、当該診療報酬の分配は相互の会議に委ねる」としている点です。診療報酬の“取り分”については国は介入せず、両者の相談による恣意的な判断に委ねて良いとの話で、これも非常にユニークと言えるでしょう。

他にも本改定から栄養士の係る「外来栄養食事指導料」の要件変更や、薬機法（医薬品医療機器等法）改正により解禁された保険薬局のオンライン服薬指導に係る報酬が新設されています（SKIM改定特別号 保険薬局版参照）。点数的に高評価とは言えないものの医師以外の管理栄養士、薬局薬剤師のオンラインによる指導が、診療報酬で評価されたのは画期的です。仮に慢性頭痛で月に1回診療所で外来受診している患者が、在宅でのオンライン診療に切り替えて、その後、薬局薬剤師のオンライン服薬指導を受ける等の一連の流れを作ることが出来れば、患者の利便性は格段に増す筈です。将来、規制緩和が実施され、仮に医療機関・保険薬局施設内だけでなく、自宅からの栄養指導・服薬指導等が解禁されるとなると、これら専門技術者の在宅テレワークへの道を開くことになります。

更に「ニコチン依存症管理料」の算定について、1回目は対面診療が原則ですが、2回目から4回目まではオンライン診療の報酬が新設（155点）されました。これまで「禁煙外来」に力を注いでいた医療機関は、治療中断の対応策として「遠隔禁煙外来」開設も可能になるでしょう。

本改定のオンラインに係る新機軸として、「遠隔連携診療料」に次いで注目されるのは「遠隔服薬指導・遠隔栄養指導・遠隔禁煙外来」の3つですが、まだまだ評価が低いのが現状です。今後の幅広い普及に向けて、次改定以降で更なる規制緩和と診療報酬での高評価が期待されます。（医療ジャーナリスト 富井 淑夫）

（出典：「令和2年度診療報酬改定の概要 資料」より一部抜粋・編集）

## 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し

### 実施方法

- ・事前の対面診療の期間を6月から**3月**に見直す。
- ・緊急時の対応について、患者が速やかに受診可能な医療機関で対面診療を行えるよう、あらかじめ患者に**受診可能な医療機関を説明**した上で、診療計画に記載しておくこととする。

初診から最短でオンライン診療を開始する場合／○：対面診療（再診）●：オンライン診療

	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目	7月目	8月目	9月目	10月目
改定前のイメージ	初診	○	○	○	○	○	○	●	●	○
改定後のイメージ	初診	○	○	○	●	●	○	●	●	○

3月の対面診療 オンライン診療を組み合わせる

### 対象疾患

オンライン診療料の対象疾患に、定期的に通院が必要な**慢性頭痛**の患者及び一部の在宅自己注射を行っている患者を追加する。



（出典）

## 情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用

### 医療資源の少ない地域等

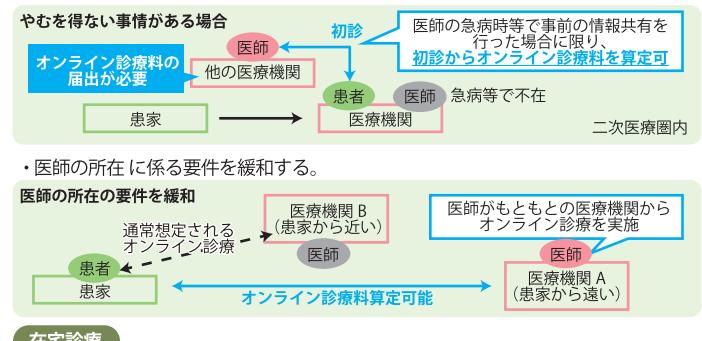
- ・やむを得ない事情がある場合、他の保険医療機関の医師が、医師の判断で**初診からオンライン診療を行う**ことを可能とする。

A003 オンライン診療料

（新設）注3別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関において、医師の急病等やむを得ない事情により、当該保険医療機関が、同一の二次医療圏に所在するオンライン診療料の施設基準を満たす物として届け出た他の保険医療機関に依頼し、情報通信機器を用いて初診が行われた場合に、月1回に限り算定する。

やむを得ない事情

医師の急病等であって、代診を立てられないこと等により患者の診療継続が困難となる場合をいう。この場合において、患者から同意を得て、二次医療圏内の他の保険医療機関にあらかじめ診療情報の提供を行い、情報提供を受けた保険医療機関の医師が医師の判断により初診からオンライン診療を行う場合は、オンライン診療料を算定できる。



複数の医師が**チームで診療**を行う場合について、事前の対面診療に係る要件を見直す。

（出典）

## かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

### 遠隔連携診療料の創設

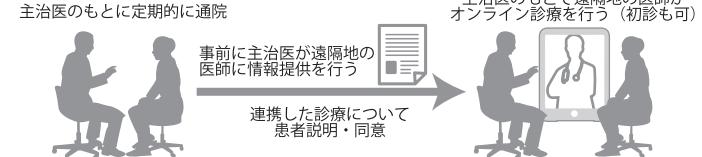
希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、**かかりつけ医のもとで**、事前の十分な情報共有の上で**遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療**を行う場合について新たな評価を行う。

## （新設）遠隔連携診療料 500点（3月に1回）

B005-11 遠隔連携診療料

（新設）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、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、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、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている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、当該診断の確定までの間に**3月に1回に限り算定する**。

主治医のもとに定期的に通院



本資料の内容に関する一切の責任は株式会社日本経営に帰属します。また、この資料のいかなる部分も一切の権利は株式会社日本経営に所属しており、電子的又は機械的な方法を問わず、いかなる目的であれ無断で複製又は転送等はできません。使用するデータ及び表現等の欠落、誤謬等につきましてはその責めを負いかねます。なお、内容につきましては、一般的な法律・税務上の取扱いを記載しており、具体的な対策の立案・実行は税理士・弁護士等の方々と十分ご相談の上、ご自身の責任においてご判断ください。