

令和2年度診療報酬改定の概要 (入院医療)

厚生労働省保険局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介しますためであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し(概要)

実績要件の見直し

- ▶ 許可病床数が400床以上の病院について、入院患者のうち、同一保険医療機関内の一般病棟から転棟した患者の割合が一定以上である場合の入院料を見直す。
- ▶ 地域包括ケア病棟入院料(管理料)1及び3の実績に係る施設基準を見直す。
(例)
 - ・入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合 1割以上 → 1割5分以上
 - ・前3月における在宅患者訪問診療料の算定回数 20回以上 → 30回以上

施設基準の見直し

- ▶ 入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置を要件とする。
- ▶ 疾患別リハビリテーションの提供について、患者の入棟時に測定したADLスコアの結果等を参考にリハビリテーションの必要性を判断することを要件とする。
- ▶ 適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件とする。



転棟に係る算定方法の見直し

- ▶ 地域包括ケア病棟入院料の算定方法について、同一保険医療機関内のDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた入院Ⅱまでの間、診断群分類点数表に従って算定するよう見直す。

届出に係る見直し

- ▶ 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られないこととする。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。
※400床以上の病院については、地域包括ケア病棟が設置できない(事務局追記)