

診療報酬の基本（その2）

診療報酬は、医療機関の経営に直結する医療行為の価格表になります。

今回は、「診療報酬の基本（その2）」として、DPC制度、看護必要度、病棟機能ごとのトピックスを解説します。「診療報酬の基本（その1）」と併せて読んでいただければと思います。

2018年、2020年の2回の診療報酬の改定で、今後の看護体制の運用が固まってきました。厚生労働省は、多すぎると考えていた7:1の病床数の削減を目的として、これまでも看護必要度、平均在院日数、在宅復帰率などの項目の新設や基準の引き上げなどのハードルを設けていましたが、削減効果はほとんどなく、約90万床の一般病床数のうち、30万床を越える7:1の病床数で高止まりしている状況でした。

2018年の改定では、新たに10:1でも高い点数（急性期一般入院料2・3）を設定し、7:1からの移行を促しました。（**図1**）これは、看護必要度が7:1と同様であれば、10:1でも7:1とほぼ同じような高い点数を算定でき、看護師の人数を削減できるため病院経営としては魅力的な側面があります。これまでの、7:1の削減を目指した方法が「北風と太陽」でいう北風方式一辺倒だったところへの、はじめての太陽方式と言えます。この太陽方式は、急激な看護体制の変更を狙ったものではなく、定年退職や、さまざまな理由による離職者などによって7:1を確保できなくなった（あるいは確保できなくなりそうな）ときに、無理に7:1を死守せずに10:1に移行しても病院経営にダメージを与えない（場合によっては収益的にはプラスになる）ので、数年かけて多くの病院が移行することが想定されています。

看護必要度については、2018年の改定で看護必要度Iと看護必要度IIの2種類からの選択式となりました。看護必要度Iは、これまでのように看護師が判定し、看護必要度IIIは、DPCデータを活用したものです。DPCでは、支払いは包括ですが、実際に実施した行為については「EFファイル」という出来高のデータを提出しています。例えば、お小遣い（診療報酬）をもらう条件として実際に使った小遣い帳（EFファイル）をつけることが義務となっているイメージです。（**図2**）

具体的な運用を簡単に解説します。看護必要度のA項目の中に「創傷処置」がありますが、出来高の「処置」にも「創傷処置」があります。このように、看護必要度のA項目、C項目には（定義に若干違いはありますが）DPCで提出している実施行為の出来高データ（EFファイル）と重なりあうものが多いので、それを活用したのが、看護必要度IIIになります。この背景には、看護師の働き方改革の1つとして看護師の負担の軽減も狙いとしています。

従来方式の看護必要度IとDPCデータを活用した看護必要度IIでは、どの入院基本料でもDPCデータのほうが4～5%少ない基準となっています。この差は、各項目の定義が若干異なることと、DPCデータの入力漏れが理由として挙げられています。とくに、処置料の「創傷処置」は抜け漏れの代表として取り上げられています。「創傷処置」などの、どの病棟でも行われる「処置」については、入力に抜け漏れがないように意識することが必要です。

（**図3**）

2020年の改定では、許可病床数400床以上の医療機関において、一般病棟入院基本料等においては重症度、医療・看護必要度IIを用いることが要件となりました。

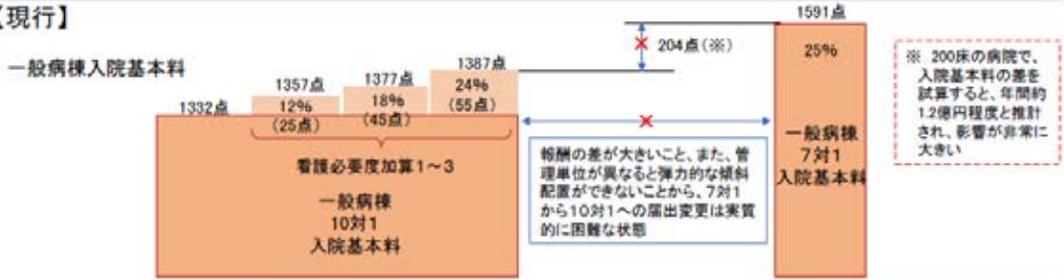
また、A項目（専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る）及びC項目については、必要度Iにおいても、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価となりました。その他、項目自体の見直しもあります。包括払いだからと油断して、診療行為の記入漏れが多いと、2段階も3段階も低い入院基本料になってしまいますので、レセプト電算システム・DPCのEFファイルへの記入漏れをなくすことが大変重要ということを再度意識していただければと思います。

図1 一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合のイメージ

平成30年度診療報酬改定 Ⅰ-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑤ (1)急性期医療

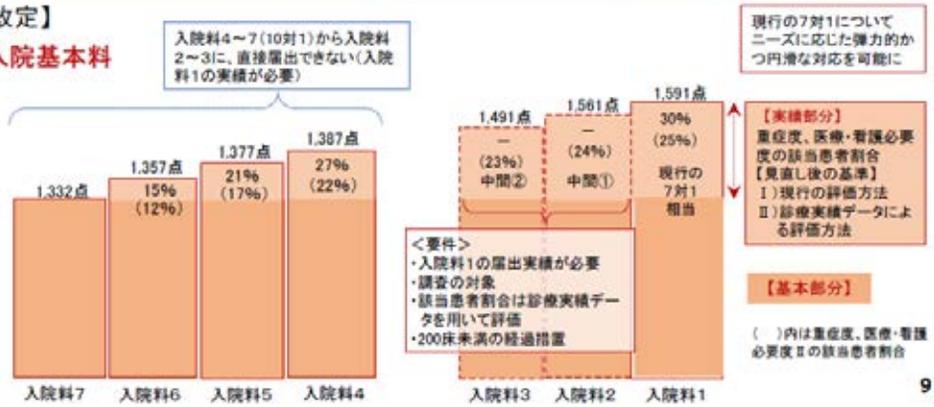
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合のイメージ

【現行】



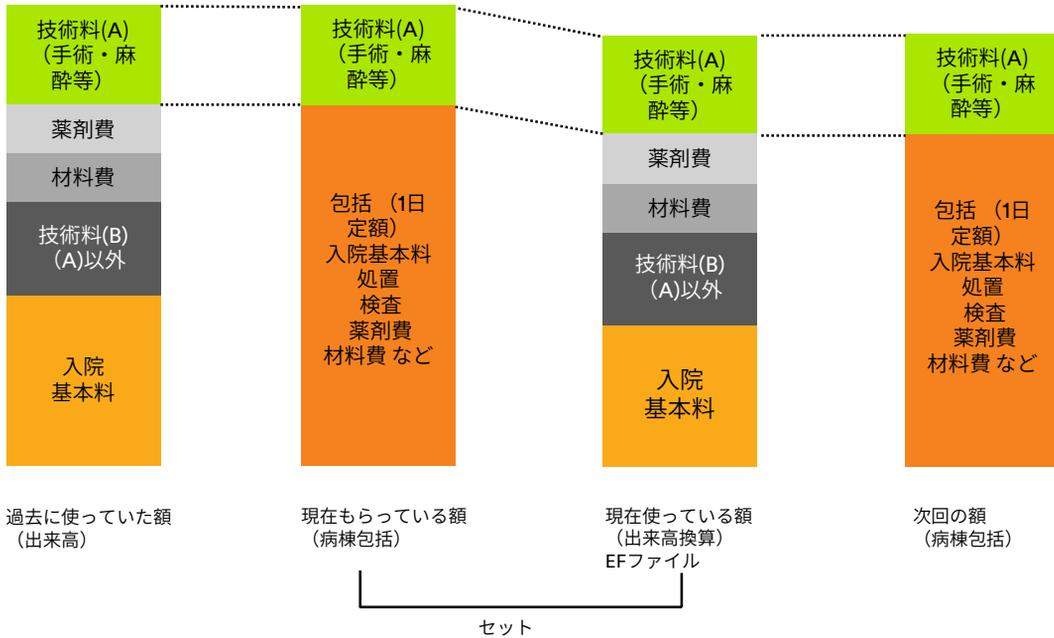
【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



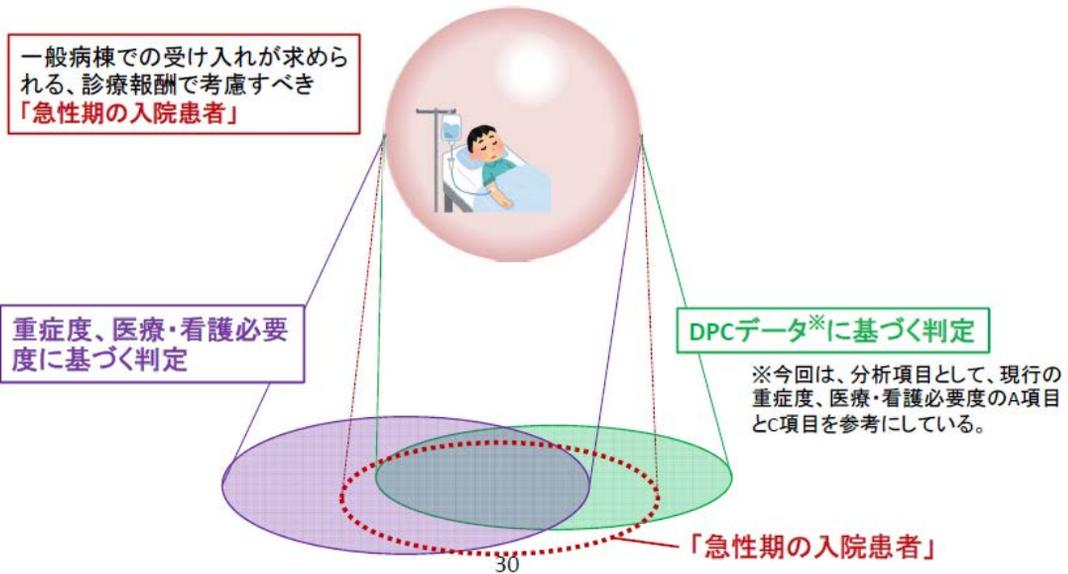
出典：平成30年度診療報酬改定の概要 医科I（平成30年3月5日）（厚生労働省）
(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198532.pdf>)

図2 DPCにおけるEFファイルの概念図



急性期の入院医療における医療・看護の必要性の高い重症な患者を把握する手法の分析に係る概念図

○ 今回の分析の目的は、医療・看護の必要性が高い重症な患者であって、一般病棟での受け入れが求められる、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」を、把握する評価手法としての合理性等を確認し、手法の特性に応じた整理するもの。



急性期の入院医療における医療・看護の必要性の高い重症な患者を把握する手法の分析に係る概念図
 出典：中央社会保険医療協議会 総会（第373回）議事次第「入院医療（その7）について」（2017年11月24日）（厚生労働省）
 (https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000187182.pdf)

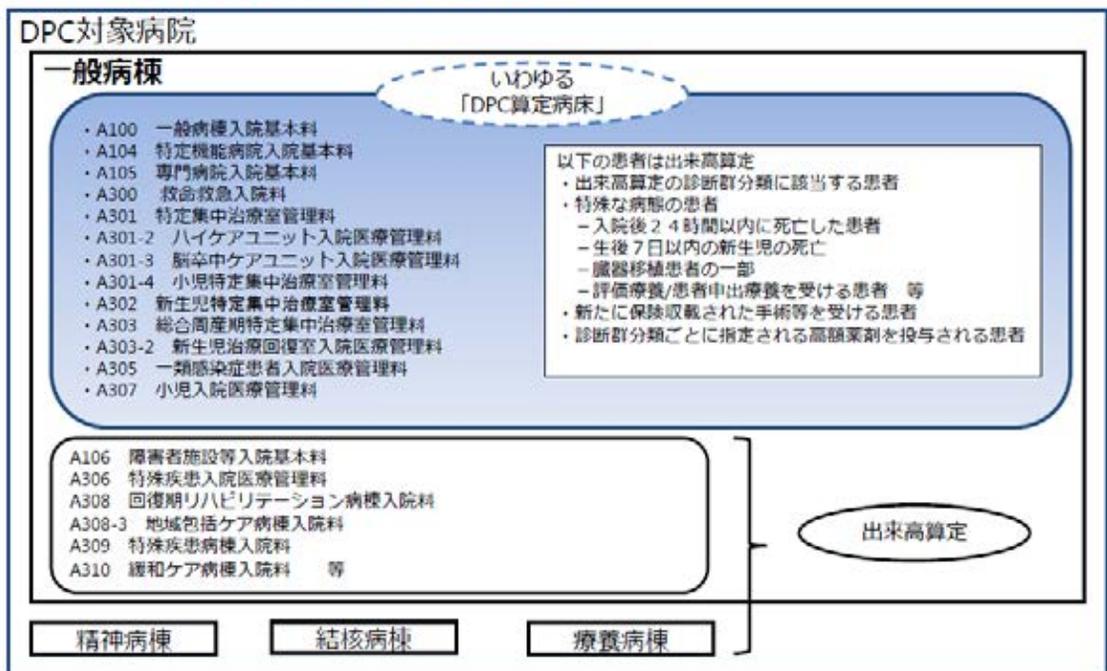
Q1: 包括払いにはいろいろな種類があるのですか？

A: はい、DPCと療養病棟が、よくモデルとして挙げられますが、地域包括ケア病棟や、回復期リハビリテーション病棟も、包括される項目が多く、実質は包括病棟と考えてよいと思います。（ 図4 ）

図4 DPC/PDPSによる算定を行う病棟

平成30年度診療報酬改定

DPC/PDPSによる算定を行う病棟



出典：平成30年度診療報酬改定の概要 DPC/PDPS（平成30年3月5日）（厚生労働省）
 (https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000Hokenkyoku/0000197983.pdf)

Q2:DPCとはどんな制度ですか？

A:急性期病棟における診断群ごとの包括払いのことで、約2260の支払いが分類されています。入院期間が長くなるにつれ、1日の支払額が段階的に減っていくのが特徴です。（表1・図5）そのため、入院期間を短くしようとするインセンティブが働きます。

表1 診断群分類点数表の見直し

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 一②

診断群分類点数表の見直し

・ 診断群分類の見直しを行い、診断群分類数等を以下の通り設定した。

	MDC数※1	傷病名数	診断群分類数	包括対象※2	支払い分類※3
平成15年4月	16	575	2,552		1,860
平成16年4月	16	591	3,074		1,726
平成18年4月	16	516	2,347		1,438
平成20年4月	18	506	2,451		1,572
平成22年4月	18	507	2,658		1,880
平成24年4月	18	516	2,927		2,241
平成26年4月	18	504	2,873		2,309
平成28年4月	18	506	4,918	4,244	2,410
平成30年4月	18	505	4,955	4,296	2,462
令和2年4月	18	502	4,557	3,990	2,260

※1 MDC : Major Diagnostic Category 主要診断群

※2 包括対象となるDPC数

※3 CCPマトリックスを導入した分類は、複数の診断群分類が同一の支払い分類となる。

11

厚生労働省 令和2年度診療報酬改定説明資料等について 診療報酬改定の概要 DPC PDPS令和2年3月5日

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603946.pdf>

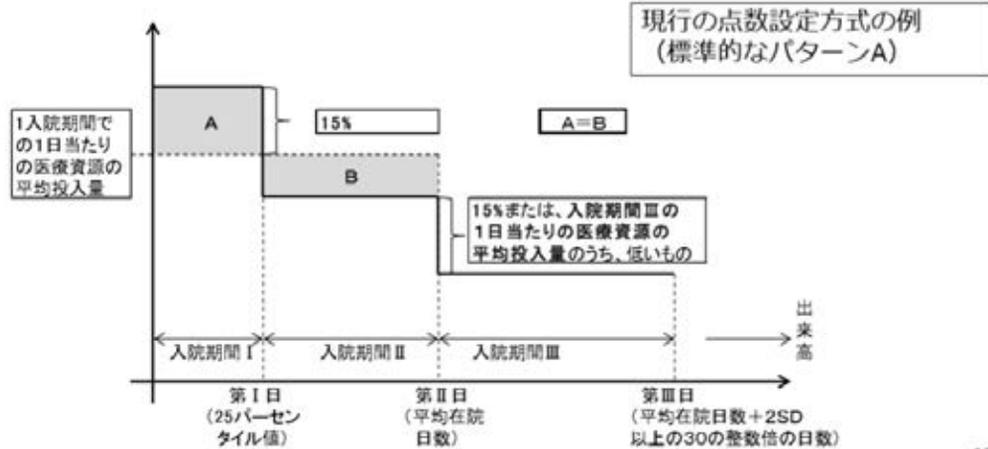
図5 1日当たりの点数の設定方法（概要）

平成30年度診療報酬改定

1日当たり点数の設定方法（概要）

< 1日当たり定額点数・設定方式のポイント >

- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定
- 例外的に入院が長期化する患者への対応として、期間Ⅲ（平均在院日数+2SD以上の30の整数倍を超えた部分）以降については出来高算定
- 実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、4種類の点数設定パターンで対応



17

出典：平成30年度診療報酬改定の概要 DPC/PDPS（平成30年3月5日）（厚生労働省）

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000Hokenkyoku/0000197983.pdf>

Q3:DPCは病院全体の支払い方法ですか？

A:いわゆる急性期病棟の支払い方法であるため、外来や手術室は出来高払いとなります（一部の短期滞在手術なども包括払いなど例外もあります）。

Q4:一般病棟とは、どんな病棟ですか？

A:いわゆる急性期の病棟をイメージしていただくとういことです。計画手術などを主体として短期的に入院する病棟です。2018年の診療報酬改定で10:1で、高い点数がとれる「急性期一般入院基本料2・3」が新設されました。（**図1**）

Q5:看護必要度のIとIIの違いは何ですか？

A:従来どおり、看護師が判断するのが「看護必要度I」、DPCデータを活用して看護必要度に変換して判断するのが「看護必要度II」です。（**表2**）

Q6:なぜ看護必要度のIとIIでは基準の数値（%）に差があるのですか？

A:看護必要度とDPCデータの項目が必ずしも完全に一致していないこと、DPCデータのEFファイルへの入力に抜け漏れがあることなどが指摘されており、全体として4~5%程度、看護師が実施する「看護必要度I」よりも、DPCデータを活用する「看護必要度II」が小さくなります。（**図3**・**表2**）

表2 重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 -④

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 重症度、医療看護必要度の評価項目及び判定基準の見直しに伴い、施設基準を以下のとおり見直す。

現行	必要度 I		必要度 II		【経過措置】	
	必要度 I	必要度 II	必要度 I	必要度 II		
急性期一般入院料1	30%	25%	31%	29%	カッコ内は許可病床数200床未満の経過措置 【経過措置】 <全体> 令和2年3月31日時点で施設基準の届出あり ⇒ 令和2年9月30日まで 基準を満たしているものとする。 <急性期一般入院料4> 令和2年3月31日時点で施設基準の届出あり ⇒ 令和3年3月31日まで 基準を満たしているものとする。 <200床未満> 許可病床数200床未満の病院 ⇒ 令和4年3月31日まで 割合の基準値を緩和する。 (※1~3)	
急性期一般入院料2	— (27%)	24% (22%)	28% (26%) ^{※1}	26% (24%) ^{※1}		
急性期一般入院料3	— (26%)	23% (21%)	25% (23%) ^{※2}	23% (21%) ^{※2}		
急性期一般入院料4	27%	22%	22% (20%) ^{※3}	20% (18%) ^{※3}		
急性期一般入院料5	21%	17%	20%	18%		
急性期一般入院料6	15%	12%	18%	15%		
7対1入院基本料(特定)	28%	23%	—	28%		
7対1入院基本料(専門)	28%	23%	30%	28%		
看護必要度加算1(特定、専門)	27%	22%	看護必要度加算1(特定、専門)	22%		20%
看護必要度加算2(特定、専門)	21%	17%	看護必要度加算2(特定、専門)	20%		18%
看護必要度加算3(特定、専門)	15%	12%	看護必要度加算3(特定、専門)	18%		15%
7対1入院基本料(結核)	11%	9%	7対1入院基本料(結核)	11%		9%
総合入院体制加算1・2	35%	30%	総合入院体制加算1・2	35%		33%
総合入院体制加算3	32%	27%	総合入院体制加算3	32%		30%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%	急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%		6%
看護補助加算1	6%	5%	看護補助加算1	6%		5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%	地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	14%		11%

6

厚生労働省 令和2年度診療報酬改定説明資料等について 診療報酬改定の概要 入院医療 令和2年3月5日

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691039.pdf>

Q7:DPCのEFファイルとは何ですか？

A:実際に行った処置などについて、出来高換算したデータとして提出するデータファイルのことです。次回の診療報酬改定時の基本データとなります。

Q8:DPCでは、支払われるのは包括払いなのに、なぜEFファイルのようなデータを提出するのですか？

A:DPCで現在「包括」で支払われている診療報酬の金額は、前回までの診療報酬の出来高換算での点数を反映して支払われます。言い換えれば、現在、実際に実施している処置などの実績が、次回の診療報酬改定時の包括の点数に反映されます。そのために、出来高換算したデータであるEFファイルの提出が義務化されているのです。

（**図2**）

Q9:DPCでは、包括されているので、できるだけ処置などを減らしてコストを俟約したほうがよいのでしょうか？

A:いいえ、一概にそうではありません。必要な処置などはしっかりと実施すべきです。現在実際に実施している処置などの実績が、次回の診療報酬改定時の包括の点数に反映されます。よって、必要以上にコストの観点で処置や検査を減らすことを意識すると、医療の質が低下するだけでなく、俟約した処置などの実績が現在の標準的な手技とみなされ、次回の診療報酬改定では、診療報酬の包括点数が下がる可能性があります。また、看護必要度のA項目の該当%にも関係してきます（**図2**・**図3**）

Q10:DPCのデータで入力漏れがあるとどうなるのですか？

A:2つの大きな影響があります。DPC病棟で実施し入力した行為を集計したものが、EFファイルです。抜け漏れがあると、EFファイルに実施した行為が反映されない（やっていないことになる）ため、その影響で、1つは次回の診療報酬での包括の点数が下がる可能性があること。もう1つは、看護必要度の点数（%）が下がることです。よって、DPCのデータ入力の漏れがないように徹底することが大切です。

Q11:看護必要度は、今後すべてDPCデータに置き換わるのですか？

A:現段階ではわかりません。ただ、働き方改革の視点からも看護職の負担軽減の1つが看護必要度の運用であると考えるため、2020年度の診療報酬改定では、許可病床数400床以上の医療機関においては、一般病棟入院基本料等について、重症度、医療・看護必要度IIを用いることが要件となりました。また、A項目（専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る）及びC項目については、看護必要度Iにおいても、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価をすることとなりました。将来的には看護必要度IIに統一されてもおかしくないと思います。（**図6**）

図6 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

令和2年度診療報酬改定 1-2 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 ⑩

重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

B項目の評価方法の見直し

- 重症度、医療・看護必要度のB項目について、「**患者の状態**」と「**介助の実施**」に分けた評価とし、「評価の手引き」により求めている「**根拠となる記録**」を不要とする。

B	患者の状態等	患者の状態			×	介助の実施		=	評価															
		0点	1点	2点		0	1																	
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×	実施なし	実施あり	=	点															
10	移乗	自立	一部介助	全介助						×	実施なし	実施あり	=	点										
11	口腔清潔	自立	要介助												×	実施なし	実施あり	=	点					
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助																×	実施なし	実施あり	=	点
13	衣服の着脱	自立	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		×	実施なし	実施あり	=	点															
15	危険行動	ない		ある						×	実施なし	実施あり	=	点										
															B得点									
															点									

A・C項目の評価方法の見直し

- A項目（専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る）及びC項目について、必要度Iにおいても、**レセプト電算処理システム用コード**を用いた評価とする。

必要度IIの要件化

- 許可病床数**400床以上**の医療機関において、一般病棟入院基本料（**急性期一般入院料1～6**に限る）又は**特定機能病院入院基本料**（一般病棟7対1に限る）について**重症度、医療・看護必要度II**を用いることを要件とする。

【経過措置】

令和2年3月31日時点において現に一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1～6に限る）又は特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1に限る）を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

※ B項目及び院外研修の見直しについて、特定集中治療室用・ハイケアユニット用の必要度についても同様。

院外研修の見直し

- 重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件について、「所定の**（院外）研修**を修了したものが行う研修であることが望ましい」との記載を**削除**する。

厚生労働省 令和2年度診療報酬改定説明資料等について 診療報酬改定の概要 入院医療 令和2年3月5日

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691039.pdf>

Q12:看護必要度がDPCデータに置き換わるときの注意点は何か？

A:意識と知識を出来高算定に切り替えることです。DPCでの経験しかない医師や看護師も多くなってきています。その場合、ともすると診療報酬の出来高制度自体をよく理解できていないことがあります。まず、出来高のときに入力すべき処置などを、研修などで徹底することが重要だと思います。

Q13:いわゆる一般の急性期病棟は、今後基本が10:1になるのですか？

A:現段階ではわかりません。ただ、病院経営の視点としては、看護必要度が7:1とほぼ同じであれば、10:1でも、7:1と、ほぼ同じ金額を算定できるので、人件費の視点だけをみれば魅力的にみえると思います(図1)。また、看護師不足で看護師の確保の課題が日常的かつ恒常的なことも確かです。その観点からもみても、短期的に変わるのではなく、中長期で7:1から10:1に変更する病院は増えるだろうと思います。

Q14:これまで10:1の看護体制だったところも、「急性期一般入院基本料2・3」の高い点数をとれますか？

A:いいえ、新たにできた10:1の高い点数である、「急性期一般入院基本料2」と「急性期一般入院基本料3」は、7:1からの変更しか認められていません。よって、これまで10:1の看護体制のところからは、高い点数への移行はできません。

Q15:2020年の改定で変更になった看護必要度のポイントは何ですか？

A:A項目については、項目の見直し、B項目については、「患者の状態」と「介助の実施」に分けての評価に変更、C項目は日数の見直し、ポイントになります。

また、許可病床数400床以上の医療機関において、一般病棟入院基本料等については、重症度、医療・看護必要度IIを用いることが要件となりました。看護必要度IIにおいても、A項目(専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限り)及びC項目については、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価となりました。

(図6・図7・図8)

図7 急性期入院医療の適切な評価の推進(概要)

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 ③~⑤

急性期入院医療の適切な評価の推進(概要)

入院の必要性に応じた重症度、医療・看護必要度の見直し

評価項目・判定基準

- ✓ 判定基準より、「B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上」の基準を削除
- ✓ A項目の「免疫抑制剤の管理」を注射剤に限る
- ✓ C項目に、入院での実施割合が9割以上の手術及び検査を追加
- ✓ C項目の評価対象日数を右表の期間に変更
- ✓ 救急患者の評価を充実
 - ・必要度Ⅰ 救急搬送後の入院の評価を5日間に延長
 - ・必要度Ⅱ 救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者を新たに評価



	現行	改定後
開頭手術	7日間	13日間
開胸手術	7日間	12日間
開腹手術	4日間	7日間
骨の手術	5日間	11日間
胸腔鏡・腹腔鏡手術	3日間	5日間
全身麻酔・脊髄麻酔の手術	2日間	5日間
救命等に係る内科的治療	2日間	5日間
別に定める検査	なし	2日間
別に定める手術	なし	6日間

該当患者割合の施設基準

	現行 I/II (200床未満の経過措置)
急性期一般入院料1	30% / 25%
急性期一般入院料2	— / 24% (27% / 22%)
急性期一般入院料3	— / 23% (26% / 21%)
急性期一般入院料4	27% / 22%
急性期一般入院料5	21% / 17%
急性期一般入院料6	15% / 12%
特定機能病院入院基本料	28% / 23%

	見直し後 I/II (200床未満の経過措置)
急性期一般入院料1	31% / 29%
急性期一般入院料2	28% / 26% (26% / 24%)※1
急性期一般入院料3	25% / 23% (23% / 21%)※2
急性期一般入院料4	22% / 20% (20% / 18%)※3
急性期一般入院料5	20% / 18%
急性期一般入院料6	18% / 15%
特定機能病院入院基本料	— / 28%

※1 現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る ※2 現に急性期1、2又は3を届け出ている病棟に限る ※3 現に急性期4を届け出ている病棟に限る

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

A項目の見直し

- 「免疫抑制剤の管理」について注射剤のみを対象とする
- 救急患者の評価を充実する

A	モニタリング及び処置等	点数
7	⑥ 免疫抑制剤の管理 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)	2点
8	救急搬送後の入院(必要度Ⅰのみ/2日間)	

A	モニタリング及び処置等	点数
7	⑥ 免疫抑制剤の管理 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)	2点
8	必要度Ⅰ: 救急搬送後の入院(5日間) 必要度Ⅱ: 緊急に入院を必要とする状態(5日間) (入院日に救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者)	

C項目の見直し

- 手術の評価日数を実績を踏まえて延長する
- 入院で実施される割合が高い手術・検査を評価対象に追加する

C	手術等の医学的状況	点数
16	開頭手術(7日間)	1点
17	開胸手術(7日間)	
18	開腹手術(4日間)	
19	骨の手術(5日間)	
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	
21	全身麻酔・脊髄麻酔の手術(2日間)	
22	救命等に係る内科的治療(2日間)	

C	手術等の医学的状況	点数
16	開頭手術(13日間)	1点
17	開胸手術(12日間)	
18	開腹手術(7日間)	
19	骨の手術(11日間)	
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	
21	全身麻酔・脊髄麻酔の手術(5日間)	
22	救命等に係る内科的治療(5日間)	
23	別に定める検査(2日間)	
24	別に定める手術(6日間)	

対象となる検査・手術(例)	
別に定める検査	経皮的針生検法、EUS-FNA、縦隔鏡、腹腔鏡、胸腔鏡、関節鏡、心カテ(右心・左心)
別に定める手術	眼窩内異物除去術、鼓室形成術、上・下顎骨形成術、甲状腺悪性腫瘍手術、乳腺悪性腫瘍手術、観血的関節固定術 等

厚生労働省 令和2年度診療報酬改定説明資料等について 診療報酬改定の概要 入院医療 令和2年3月5日

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691039.pdf>

Q15:地域包括ケア病棟とはどんな病棟ですか？

A:大きく3つの役割があります。①急性期からの受け入れ、②緊急時の受け入れ、③在宅・生活復帰支援です。医療機能の橋渡し、医療機関と在宅との橋渡しとして、これからとくに重要な役割が期待されている病棟です。基本は13:1の看護体制です。2020年の改定においても多くの変更があります。

(図9 ・ 図10 ・ 図11 ・ 図12)

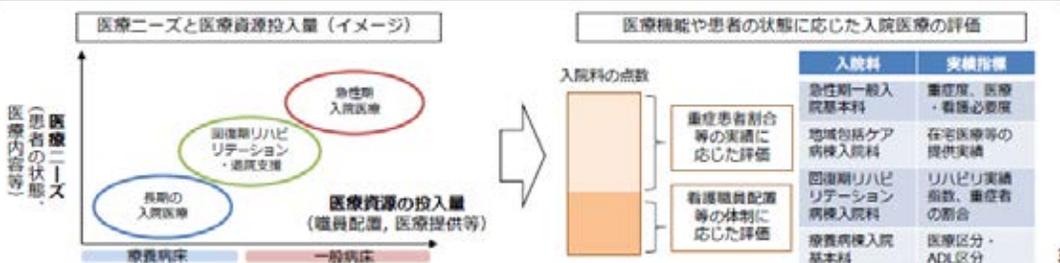
図9 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(概要)

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(概要)

- 医療機能や入院患者の状態に応じて適切な医療が提供されるよう、入院医療の評価について、以下のとおり見直しを行う。

<p>急性期一般入院基本料</p> <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、急性期の入院医療の必要性に応じた評価となるよう、評価項目や判定基準を見直す。また、該当患者割合に係る施設基準について、実態を踏まえて見直す。 <p>地域包括ケア病棟入院料</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟の主な3つの機能をバランスよく発揮することができるよう、地域包括ケアに係る実績や入院支援等に係る施設基準を見直す。また、同一医療機関内で転棟した場合の算定方法を見直す。 	<p>回復期リハビリテーション病棟入院料</p> <ul style="list-style-type: none"> リハビリテーションの実績を適切に評価に反映する観点から、実績指数等に係る要件を見直すとともに、日常生活動作の評価に関する取扱いを見直す。 <p>療養病棟入院基本料</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療療養病床に係る医療法上の経過措置の見直し方針や届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の扱いを見直す。また、中心静脈カテーテル等の適切な管理を推進する観点から、施設基準や医療区分の要件を見直す。
---	--



厚生労働省 令和2年度診療報酬改定説明資料等について 診療報酬改定の概要 入院医療 令和2年3月5日

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691039.pdf>

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 14%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 11%以上							
入退院支援部門	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
在宅復帰率	7割以上							
一般病棟から転棟した患者割合※1	-	-	-	-	-	-	-	-
自宅等から入棟した患者割合	1割5分以上 (管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)	-	-	-	1割5分以上 (管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)	-	-	-
自宅等からの緊急患者の受入	3月で6人以上	-	-	-	3月で6人以上	-	-	-
地域包括ケアの実績※2	○	-	-	-	○	-	-	-
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○	-	-	○	○	-	-	○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

実績部分

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること ※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
 ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
 ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
 ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
 ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、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こと。
 ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

厚生労働省 令和2年度診療報酬改定説明資料等について 診療報酬改定の概要 入院医療 令和2年3月5日
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691039.pdf>

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日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。

地域包括ケア病棟入院料の施設基準の見直し

地域包括ケアに係る実績要件の見直し

➤ 入院料(管理料)1・3に係る実績について、以下のとおり見直す。

	現行	改定後
自宅等から入棟した患者割合	1割以上(10床未満の病室は3月3人以上)	1割5分以上(10床未満の病室は3月6人以上)
自宅等からの緊急患者の受入(3月)	3人以上	6人以上
在宅医療等の提供	以下(4つ)のうちいずれか2つ以上を満たすこと	以下(6つ)のうちいずれか2つ以上を満たすこと
	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月)20回以上	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月)30回以上
	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数／同一敷地内の訪問看護ステーションにおける訪問看護基本療養費等の算定回数(3月間)100回以上／500回以上	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数(3月)60回以上 併設の訪問看護ステーションにおける訪問看護基本療養費等の算定回数(3月)300回以上
	開放型病院共同指導料の算定回数(3月)10回以上	(削除)
	同一敷地内の事業所で介護サービスを提供していること	併設の事業所が介護サービスの提供実績を有していること
	—	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数(3月)30回以上
	—	退院時共同指導料2の算定回数(3月)6回以上

※併設とは当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内にあること

厚生労働省 令和2年度診療報酬改定説明資料等について 診療報酬改定の概要 入院医療 令和2年3月5日

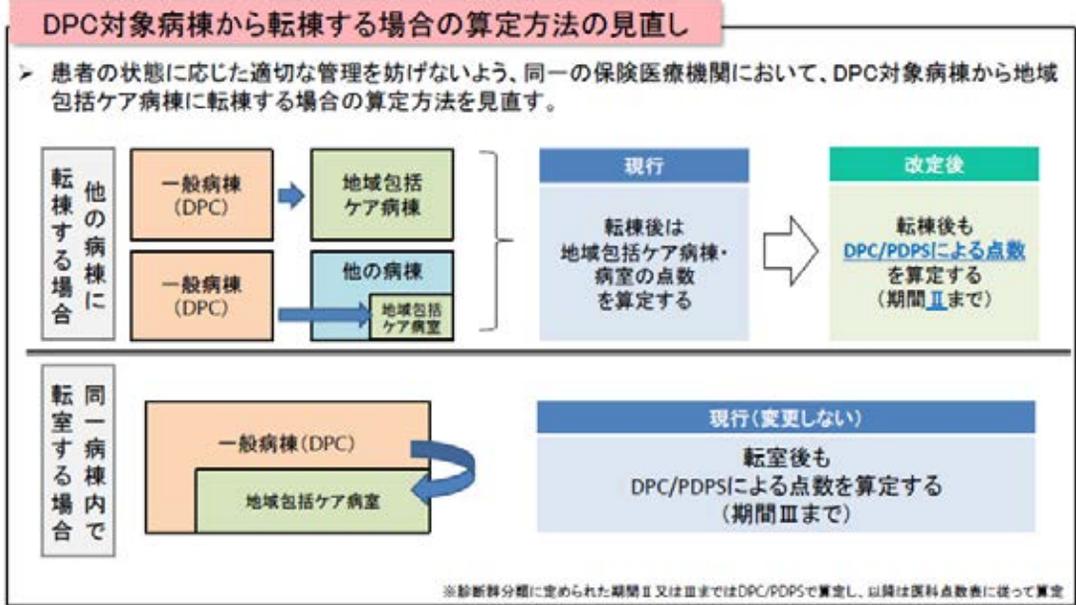
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691039.pdf>

Q15:地域包括ケア病棟は出来高払いですか？包括払いですか？

A:出来高払いに分類されていますが、実質は包括されている項目が多いので、意識としては包括払いと認識するほうがよいと思います。特に2020年に改定では、自院のDPC病棟から転棟・転室した場合は、継続してDPC/PDPSで算定することになったので、ご注意ください。(図4 ・ 図13)

地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し



厚生労働省 令和2年度診療報酬改定説明資料等について 診療報酬改定の概要 入院医療 令和2年3月5日
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691039.pdf>

16

Q16:回復期リハビリテーション病棟とは、どんな病棟ですか？

A:文字どおりリハビリを主体とした病棟であり、今後大きく増えることが想定されます。基本は15:1の病棟です。2020年の改定においても多くの変更があります。(図9 ・ 図14 ・ 図15 ・ 図16 ・ 図17)

Q17:回復期リハビリテーション病棟は出来高払いですか？ 包括払いですか？

A:出来高払いに分類されていますが、実質は包括されている項目が多いので、意識としては包括払いと認識するほうがよいと思います。(図4)

図14 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

実績要件の見直し

➢ 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数について、その水準を見直し。

- ・入院料1:リハビリテーション実績指数 (現行)37 → (改定後)40
- ・入院料3:リハビリテーション実績指数 (現行)30 → (改定後)35

施設基準の見直し

➢ 入院料1について、常勤の専任管理栄養士の配置を必須とするとともに、入院料2～6についても、配置が望ましいこととする。

日常生活動作の評価に関する取扱いの見直し

➢ 入院患者に対して、入院時のFIM及び目標とするFIMIについて、リハビリテーション実施計画書を用いて説明する。

➢ 入院時及び退院時の患者のADLの評価に用いる日常生活機能評価について、FIMに置き換えてもよいこととする。

入院患者に係る要件の見直し

➢ 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。

効果的なリハビリテーションの提供の推進

適切な栄養管理の推進

入院時における適切なADLの評価と説明

17

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直し。
 - 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
 - 管理栄養士の配置に係る要件の見直し等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)		15対1以上(4割以上が看護師)			
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上					
管理栄養士	専任常勤1名		専任常勤1名の配置が望ましい			
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須		管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい			
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○(※経過措置あり)					
休日リハビリテーション	○		- ※休日リハビリテーション提供体制加算あり			
「重症者」(*1)の割合	3割以上		2割以上		-	
重症者における退院時の日常生活機能評価 ※()内はFIM総得点	3割以上が4点(16点)以上改善		3割以上が3点(12点)以上改善		-	
自宅等に退院する割合	7割以上					
リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-	30以上	-
点数	2,085点 (2,071点)	2,025点 (2,011点)	1,861点 (1,846点)	1,806点 (1,791点)	1,702点 (1,687点)	1,647点 (1,632点)
※()内は生活療養を受ける場合						

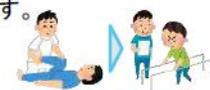
*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

厚生労働省 令和2年度診療報酬改定説明資料等について 診療報酬改定の概要 入院医療 令和2年3月5日
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691039.pdf>

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の見直し

実績要件の見直し

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数について、その水準を見直す。
 1. 入院料1:リハビリテーション実績指数 (現行)37 → (改定後)40
 2. 入院料3:リハビリテーション実績指数 (現行)30 → (改定後)35



現行

【施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)】
 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
 チ リハビリテーションの効果に係る実績指数が37以上であること。
 (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準
 ホ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が30以上であること。

改定後

【施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)】
 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
 リ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が40以上であること。
 (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準
 ホ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が35以上であること。

管理栄養士の配置に係る見直し

- 入院料1について、常勤の専任管理栄養士の配置を要件とする。
- 入院料2～6について、管理栄養士の配置が望ましいこととする。



現行

【施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)】
 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
 (新設)
 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準
 (1) また、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。
 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準
 (新設)

改定後

【施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)】
 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
 □ 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準
 (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。
 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準
 (1) 当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

回復期リハビリテーション病棟における入院患者に係る要件の見直し

日常生活動作の評価に関する取扱いの見直し

- 入院患者に対して、入院時の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する。

現行	改定後
<p>【算定要件(回復期リハビリテーション病棟入院料)】</p> <p>(B) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後2週間以内に入棟時のFIM運動項目の得点について、また退棟(死亡の場合を除く。)に際して退棟時のFIM運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を説明すること。</p>	<p>【算定要件(回復期リハビリテーション病棟入院料)】</p> <p>(B) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後2週間以内に入棟時のFIM運動項目の得点について、また退棟(死亡の場合を除く。)に際して退棟時のFIM運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を記載したリハビリテーション実施計画書を作成し、説明の上で患者の求めに応じて交付すること。</p>

- 入院時及び退院時の患者のADLの評価に用いる日常生活機能評価について、FIMに置き換えてもよいこととする。

入院患者に係る要件の見直し

- 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。

現行	改定後
<p>【施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)】</p> <p>別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数</p> <p>一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、脱神経麻痺等の発症後若しくは手術後の状態(発症後又は手術後二か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。)又は着床装着訓練を要する状態(算定開始日から起算して百五十日以内、ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内)</p>	<p>【施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)】</p> <p>別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数</p> <p>一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、脱神経麻痺等の発症後若しくは手術後の状態又は着床装着訓練を要する状態(算定開始日から起算して百五十日以内、ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内)</p>

※ 二～五についても同様。 20

厚生労働省 令和2年度診療報酬改定説明資料等について 診療報酬改定の概要 入院医療 令和2年3月5日

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691039.pdf>

Q18:療養病棟とは、どんな病棟ですか？

A:病状は安定しているが入院が必要な患者の病棟です。基本は20:1の看護体制です。ADL区分が3段階、医療区分が3段階の9つのマトリックスで診療報酬が決まります。全国的には2025年に向けて7万床程度の削減が見込まれています。2020年の改定においては、中心静脈カテーテルの管理が要件化されたのがポイントです。

(図9 ・ 図18 ・ 図19)

図18 療養病棟入院基本料の見直し

療養病棟入院基本料の見直し

療養病棟入院基本料の評価の見直し

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置(所定点数の100分の90)について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、評価を見直した上で、経過措置期間を2年間延長する。

現行	改定後
<p>【療養病棟入院基本料(経過措置1)】</p> <p>【算定要件】</p> <p>注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</p>	<p>【療養病棟入院基本料(経過措置1)】</p> <p>【算定要件】</p> <p>注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。</p>

- 療養病棟入院基本料の注12に規定する経過措置(所定点数の100分の80を算定)について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、経過措置を令和2年3月31日限りで終了する。

適切な意思決定の支援

- 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料及び療養病棟入院基本料について、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、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。

【経過措置】
令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

21

厚生労働省 令和2年度診療報酬改定説明資料等について 診療報酬改定の概要 入院医療 令和2年3月5日

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691039.pdf>

中心静脈栄養の適切な管理の推進

- 中心静脈注射用カテーテル挿入等について、長期の栄養管理を目的として留置する場合において、患者又はその家族等への説明及び他の保険医療機関等に患者を紹介する際の情報提供を要件に追加する。

中心静脈注射用カテーテル挿入、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入、中心静脈注射用埋込型カテーテル設置、腸瘻、虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術の算定要件に以下の要件を追加する。

【算定要件】

- (1) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を行う際には、**当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。**
- (2) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を実施した後、**他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等の療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。**



- 療養病棟入院基本料について、中心静脈カテーテルに係る院内感染対策の指針を作成すること及び中心静脈カテーテルに係る感染症の発生状況を把握することを要件に追加する。

療養病棟入院基本料の施設基準に以下の要件を追加する。

【施設基準】

中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制として、次の体制を整備していること。

- 中心静脈注射用カテーテルに係る**院内感染対策のための指針を策定**していること。
- 当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る**感染症の発生状況を継続的に把握**すること。



【経過措置】

令和2年3月31日において、療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、上記のアに該当するものとみなす。

- 療養病棟の入院患者に係る医療区分3の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」については、毎月末に当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているかを確認することを要件に追加する。

厚生労働省 令和2年度診療報酬改定説明資料等について 診療報酬改定の概要 入院医療 令和2年3月5日
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691039.pdf>

本記事に関するお問い合わせはこちら
<http://go.3M.com/wocn/>

