

2020年度診療報酬改定を 理解し、対応する

**入院医療は、より病院の機能や患者の状態に応じた評価体系に
医療従事者の負担軽減や働き方改革を診療報酬で評価**

中央社会保険医療協議会（以下、中医協）は2020年2月7日、総会を開き、2020年度診療報酬改定（以下、2020年度改定）の内容について答申するとともに、附帯意見を提出しました。答申に際して中医協がまとめた資料『個別改定項目について』は482ページにわたり、前回の2018年度診療報酬改定の同資料とほぼ同じボリュームでした。また、附帯意見は20項目（**資料1**）で、この項目数も前回改定と同じです。2020年度改定の規模は、介護保険との同時改定であった前回改定に匹敵するものと見て良いでしょう。

支払側、診療側それぞれの委員の代表が2020年度改定の内容について行った総括で、双方の関心が比較的高かった項目は、「医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価」、「医師等の働き方改革の推進」、「外来医療の機能分化の推進」などでした。今回はこの3つの視点を中心に2020年度改定のポイントを解説します。

抑制剤の管理」に関しては、注射剤に限り評価の対象となります。

C項目については、在院日数の実態を踏まえ、対象とする手術等の評価期間を拡大する方向で見直しが行われました。また、C23「別に定める検査」、C24「別に定める手術」が新設されています。

「判定基準」については、従前の4つの基準のうち、「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」は削除されました。この基準に該当する患者は療養病棟にも比較的多く存在し、一般病棟／急性期の評価指標としては必ずしも適切でないと考えたためです。

判定基準を実際に適用する「施設基準」の見直しにあたっては、中医協の支払側と診療側の委員間で意見が一致せず、いわゆる「公益裁定」となりました。裁定結果は、急性期一般入院料1から急性期一般入院料2・3への適切な機能分化を促すもので、大筋としては支払側の意見を採用しています。

その結果、たとえば、もっとも議論となった急性期一般入院料1の該当患者割合は、看護必要度Iにおいては30%から31%に、看護必要度IIにおいては25%から29%にするなど、引き上げる方向で見直しが行われています。また、同入院料2・3については、従前は看護必要度IIを用いる規定となっていたが、看護必要度Iを用いることもできるようになりました。これも、急性期一般入院料1から同入院料2・3への移行のインセンティブと見なせます（**資料2**）。

以上のように重症度、看護必要度では大幅な見直しが行われているため、さまざまな経過措置も設けられています。

重症度、医療・看護必要度の 評価項目と判定基準を見直し

「医療機能や患者の状態に応じた入院医療」については、2020年度改定において、適正に評価するための主要な手段として、重症度、医療・看護必要度（以下、看護必要度）の評価項目と判定基準の見直しが行われました。

看護必要度の評価項目には、A項目（モニタリング及び処置等）、B項目（患者の状況等）、C項目（手

術等の医学的状況）がありますが、A項目では、看護必要度Iの8「救急搬送後の入院」において、評価期間が2018年度診療報酬改定（以下、従前）の「入院後2日間」から「入院後5日間」となります。また、看護必要度IIにおいて、入院日に救急医療管理加算1もしくは2、または夜間休日救急搬送医学管理料を算定する患者は、その「入院後5日間」が評価の対象となります。さらに、看護必要度I、IIにおけるA7「専門的な治療・処置」のうち⑥「免疫

【資料1】中医協の答申書附帯意見の要点

<p>(全般的事項)</p> <p>1 診療報酬体系が分かりやすいものとなるよう検討。</p> <p>(働き方改革)</p> <p>2 医師・医療従事者の働き方改革に係る今回改定での対応について、効果等を検証・調査。</p> <p>(入院医療)</p> <p>3 入院患者のより適切な評価指標、測定方法等について引き続き検討。</p> <p>4 救急医療管理加算の見直しの影響を調査・検証。</p> <p>(DPC/PDPS)</p> <p>5 医療資源投入量等の指標と活用方法について引き続き検討。</p> <p>(かかりつけ機能、精神医療、生活習慣病等)</p> <p>6 かかりつけ医機能を有する医療機関との連携の評価の新設等の影響を調査・検証。</p> <p>7 質の高い在宅医療と訪問看護の提供体制の確保に資する評価の在り方について引き続き検討。</p> <p>8 妊産婦に対する診療の適切な評価について引き続き検討。</p> <p>9 質の高い精神医療の評価について引き続き検討。</p> <p>10 依存症に対する管理料等の評価の見直しの影響を調査・検証。</p> <p>11 ICTを活用した診療や薬学的管理等の評価の在り方について引き続き検討。</p>	<p>(医薬品の適正使用)</p> <p>12 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に関して、影響を調査・検証。</p> <p>13 抗菌薬の適正使用のための新たな方策を講ずる等抗菌薬の使用量の更なる削減の推進。</p> <p>14 病院内における処方の実施体制や実施方法等の実態把握・分析等の推進。</p> <p>(歯科診療報酬)</p> <p>15、16 (略)</p> <p>(調剤報酬)</p> <p>17 調剤基本料、調剤料、薬学管理料の評価の見直しによる影響、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況を調査・検証。</p> <p>(後発医薬品の使用促進)</p> <p>18 バイオ後続品を含む後発医薬品の医療機関や薬局における使用状況を調査・検証。</p> <p>(医療技術の評価)</p> <p>19 イノベーションの評価等がより適切となるよう引き続き検討。</p> <p>(その他)</p> <p>20 医療機関と関係機関との連携の下で提供される医療について、実態に応じた報酬の在り方について引き続き検討。</p>
--	--

出典：厚生労働省「答申書(令和2年度診療報酬改定について)第451回中央社会保険医療協議会総会 総-2(2020年2月7日)一部改編(https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000593369.pdf)」

**転棟時期の実態にかんがみ
地域包括ケア病棟の要件変更**

「地域包括ケア病棟の実績要件、施設基準」などの見直しも行われました。「施設基準」では、「許可病床数が400床以上の保健医療機関については、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことはできない」とされました。許可病床数が400床以上の病院でも、すでに地域包括ケア病棟

を有しているのであれば、それは維持できます。ただし、そのような病院の地域包括ケア病棟において院内の一般病棟から転棟した患者が6割以上の場合は、地域包括ケア病棟入院料が10%引き下げられます。

また、「同一保険医療機関のDPC対象病棟から院内の地域包括ケア病棟に転棟した場合、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱ(平均在院日数)までの間、診断群分類点数表

に従って算定する」とされました。これは、DPC制度での点数が地域包括ケア病棟入院料の点数を下まわる時期に、地域包括ケア病棟への転棟が集中する傾向があるという実態にかんがみでの対応です。

**「働き方改革」の推進は
今回の改定での重点課題**

2020年度改定にあたっては、社会保障審議会医療保険部会と同審議会医療部会が『令和2年度診療報酬改定の基本方針』を定めています。同方針における改定の基本的視点は、次の4つです(【資料3】)。

1. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進(以下、基本的視点1)
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(以下、基本的視点2)
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
4. 効率化・適正化を通じた制度の

【資料2】重症度、医療・看護必要度の施設基準に定められている該当患者割合

	改定前(%)		改定後(%)	
	I	II	I	II
急性期一般入院料1	30	25	31	29
急性期一般入院料2		24	28	26
急性期一般入院料3		23	25	23
急性期一般入院料4	27	22	22	20
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(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る))	28	23		28
7対1 入院基本料(専門病院入院基本料)	28	23	30	28
7対1 入院基本料(結核病棟入院基本料)	11	9	11	9

	改定前(%)		改定後(%)	
	I	II	I	II
看護必要度加算1	27	22	22	20
看護必要度加算2	21	17	20	18
看護必要度加算3	15	12	18	15
総合入院体制加算1	35	30	35	33
総合入院体制加算2	35	30	35	33
総合入院体制加算3	32	27	32	30
急性期看護補助体制加算	7	6	7	6
看護職員夜間配置加算	7	6	7	6
看護補助加算1	6	5	6	5
地域包括ケア病棟入院料	10	8	14	11
特定一般病棟入院料の注7	10	8	14	11

出典：厚生労働省「個別改定項目について」第451回中央社会保険医療協議会総会 総-1(2020年2月7日)一部改編(https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000593368.pdf)」

【資料3】2020年度診療報酬改定の基本方針(概要)

改定に当たっての基本認識	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 ▶ 患者・国民に身近な医療の実現 ▶ 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 ▶ 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 	
改定の基本的視点と具体的方向性	
<p>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】 【具体的方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>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 【具体的方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
<p>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 【具体的方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>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 【具体的方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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

出典：厚生労働省「令和2年度診療報酬改定の基本方針(概要)」(2019年12月10日) (<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000575289.pdf>)

安定性・持続可能性の向上

これらのうち、政府が近年、「働き方改革の実現」を主要な政策として展開している状況を踏まえ、基本的視点1が「重点課題」とされています。このため、2020年度改定での診療報酬本体の改定率+0.55%のうち+0.08%（約126億円）については「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」となっています。

また、診療報酬とは別に、勤務医の働き方改革への対応のため、「地域医療介護総合確保基金」として約143億円が充当されます。

救急医療体制やICTの利用を評価

答申において、基本的視点1の柱

は、①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、②長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取り組みの評価、③タスク・シェアリング／タスク・シフティングの推進、④ICTの利活用の推進、等となっています。これにもとづく代表的な診療報酬として「地域医療体制確保加算」の新設、「医師事務作業補助体制加算」の充実などが行われました。

「地域医療体制確保加算」は、地域の救急医療において重要な機能を担っている医療機関の評価を通じて医師の過酷な勤務環境の改善をねらうものです。主要な基準は、救急用の自動車または救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が年間2,000件以上であること、また、医師の負担軽減や処遇改善ができる体制がある

ことです。これにより、約900の病院が対象になると推定されています（【資料4】）。

「医師事務作業補助体制加算（1・2、イ～チ）」については、前回改定から50点引き上げる（【資料5】）とともに、算定可能な病棟を拡大しています。

また、基本的視点1の④「ICTの利活用の推進」にもとづき、さまざまな領域で情報通信機器の活用と、それを使った指導が始まります。たとえば、外来栄養食事指導料の2回目以降で「情報通信機器を使用する場合」が新設されました。

看護必要度の見直しを通じて医療従事者の負担を軽減する

看護必要度は、前述の「医療機能

【資料4】地域医療体制確保加算(抜粋)

(新) 地域医療体制確保加算 520点

【施設基準】

- (1) A100一般病棟入院基本料(地域一般入院基本料を除く。)、A102結核病棟入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、A103精神病棟入院基本料(10対1入院基本料に限る。)、A104特定機能病院入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、A105専門病院入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、A300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料、A303-2新生児治療回復室入院医療管理料、A305一類感染症患者入院医療管理料、A307小児入院医療管理料(小児入院医療管理料5を除く。)、A311精神科救急入院料又はA311-3精神科救急・合併症入院料を算定する病棟であること。
- (2) 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2,000件以上であること。

(後略)

出典：厚生労働省「個別改定項目について」第451回中央社会保険医療協議会総会 総-1(2020年2月7日)(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000593368.pdf>)

や患者の状態に応じた入院医療の「評価」の視点に加え、働き方改革の視点からも見直しが行われています。看護必要度Ⅱは、前回改定から導入されたもので、評価項目の内容は基本的に看護必要度Ⅰと同じですが、A項目とC項目については診療実績データを用いて評価します。看護必要度のⅠ、Ⅱは医療機関側が選択できるようになっていますが、医療従事者の負担軽減の観点からはⅡのほうが適切と言えます。

そこで今回の改定では、急性期一般入院基本料の施設基準の通則にお

いて、「許可病床数400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料(急性期一般入院料1～6に限る)の届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと」とされました。

同様に、B項目については、「患者の状態」と「介助の実施」に分けて評価。これによって、ADLを含む患者の状態がより明確化されるので、その「評価の手引き」で規定されていた「根拠となる記録」は不要とされました。

地域医療支援病院の範囲が拡大される

「外来医療の機能分化の推進」は前述の「医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価」と表裏一体の関係にあります。その主要な手段として、紹介状なしで受診した際に定額負担が必要な地域医療支援病院の範囲が、従前の「許可病床400床以上」から「一般病床200床以上」に拡大されました。

特定機能病院がその対象となるのは従前同様ですが、今回の拡大により、約240～250病院が追加されると見込まれています。

改正薬機法にもとづき薬局の機能制度が新設

『医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律』(薬機法、旧・薬事法)が5年ぶりに見直されて、『医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律』(以下、改正薬機法)が2019年12月4日に公布されました。同日から1～3年以内で段階的に施行されます。

2020年度改定では、改正薬機法にもとづき、薬局の機能として「地域連携薬局」及び「専門医療機関連携薬局」を都道府県知事が認定する制度が創設されます。また、対面による服薬指導の例外として、薬局の薬剤師によるテレビ電話等による服薬指導(オンライン服薬指導)ができるようになります。

2020年度改定では改正薬機法も踏まえ、基本的視点2において「薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、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」という柱が立てられました。また、オンライン服薬指導の評価として、調剤報酬の薬剤服用歴管理指導料において「情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合」、在宅患者訪問薬剤管理指導料において「在宅患者オンライン服薬指導料」が新設されています。

各医療機関においては、2020年度改定の背景には「働き方改革」や、改正薬機法などの要素が存在している点を認識して、ICTの利活用による業務の合理化と負担軽減、さらには、地域の薬局・薬剤師との積極的な連携に取り組むことが求められています。

【資料5】医師事務作業補助体制加算(2020年度改定)

医師事務作業補助体制加算(入院初日)

1 医師事務作業補助体制加算1

イ	15対1補助体制加算	970点
ロ	20対1補助体制加算	758点
ハ	25対1補助体制加算	630点
ニ	30対1補助体制加算	545点
ホ	40対1補助体制加算	455点
ヘ	50対1補助体制加算	375点
ト	75対1補助体制加算	295点
チ	100対1補助体制加算	248点

2 医師事務作業補助体制加算2

イ	15対1補助体制加算	910点
ロ	20対1補助体制加算	710点
ハ	25対1補助体制加算	590点
ニ	30対1補助体制加算	510点
ホ	40対1補助体制加算	430点
ヘ	50対1補助体制加算	355点
ト	75対1補助体制加算	280点

出典：厚生労働省「個別改定項目について」第451回中央社会保険医療協議会総会 総-1(2020年2月7日)(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000593368.pdf>)