

2020年度診療報酬改定の影響と対応策

Part2 シミュレーション

要件強化によって問われた 急性期病院の機能

(株)川原経営総合センター

病院コンサルティング部 コンサルタント 中村匡志 (作業療法士)

2020年度診療報酬の改定率は、前回改定と同様の0.55%引き上げ、薬価等は前回改定より減少幅は小さいものの、1.01%の引き下げとなりました。また、今回の改定では、重点課題とされた働き方改革推進に関する予算が0.08%組み込まれたことが大きな特徴といえます。今後、働き方改革に関する2024年の時間外労働時間の上限規制適用への対応等の議論の動向には、引き続き注目していく必要があります。

答申内容が正式決定した2020年2月7日の中央社会保険医療協議会総会では、総括として発言者全員が共通して「機能分化を推進」、「社会保障制度を持続して運営」ということを述べました。診療側に当たる二号側代表者は「投下される公費が地域医療で特別な役割のある医療機関に適切に給付されることを望む」と述べるなど、持続的な社会保障制度となることを目指した改定であったといえます。

また、今回の改定の内容は、特に機能分化についてそれぞれの入院基本料の算定要件を厳格化する事項がほとんどでした。求められる機能に対して、各医療機関は現在の機能を維持するために対策を講じるべきか、それとも変更するべきかの選択を迫られています。

今号（4月1日号）では急性期について、次号（4月15日号）は回復期・療養病床について解説します。

救急医療をどのような 位置づけにするべきか検討が必要

働き方改革推進に関する予算は、地域医療を維持していくために活用されることが大前提にあります。その中で、救急医療の体制確保について、加算の新設や点数の引き上げは、救急医療を実施する医療機関にとって朗報の一つといえます。

新設された地域医療体制確保加算は、救急搬送件数2,000件以上かつ勤務医の負担軽減と処遇改善の体制構築が必要ですが、入院初日に520点を算定できます。

厚生労働省が公表している「DPC導入の影響評価に関する調査」の平成29年度集計結果から、東京都内の2,000件以上の救急搬送患者を受け入れた医療機関の分析対象件数の平均は約14,000件でした。つまり、東

表1 重症度、医療・看護必要度の評価項目（C項目）変更事項

	現 行	改定案
16 開頭手術	7日間	13日間
17 開胸手術	7日間	12日間
18 開腹手術	4日間	7日間
19 骨の手術	5日間	11日間
20 胸腔鏡・腹腔鏡手術	3日間	5日間
21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術	2日間	5日間
22 救命等に関わる内科的治療	2日間	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

※新設項目。レセプト電算処理システム用コードで規定する。

京都で対象となる医療機関は、520点×14,000件×10円（合計：72,800,000円）が新たに収入源として確保されることとなります。

救急医療管理加算については、二つの変化がありました。一つめは加算1・2が50点引き上げられたこと、二つめは加算算定患者が重症度、医療・看護必要度（以下、必要度）Ⅱの対象患者に含まれることです。

地域医療体制確保加算は主に大規模病院への影響が大きな診療報酬ですが、救急医療管理加算については、厳格化された必要度の要件に含まれることを考慮すると、急性期一般入院基本料を維持するために、病床規模を問わず重点的に取り組むべき項目の一つといえます。

急性期一般入院基本料の改定概要

今回の改定では、急性期一般入院基本料の点数は据え置かれていましたが、算定要件の一つである必要度の「評価項目」、「判定基準」、「施設基準」が見直されました。「判定

基準」と「施設基準」はそれぞれ厳格化され、各医療機関では対応の強化が求められます。

「評価項目」は、C項目の評価期間が表1のように延長され、対象となる検査・手術の中で、入院患者の9割に実施している項目も対象として追加されました。

今後は該当する検査や手術のレセプト情報の集計が、必要度を管理していくうえで重要となります。

医事業務を担当する部門は、該当する検査と手術の把握、看護部やベッドコントロールを担当する部署への周知徹底等、対象患者が集計から外れてしまうことを防ぐための情報提供が、今後さらに求められます。

「判定基準」、「施設基準」は機能分化を推進するために、今回の改定で厳格化されました。特に、判定基準から「B項目のうち『B14診療・療養上の指示が通じる』または『B15危険行動』に該当する患者であって、A項目が1点以上かつB項目が3点以上の患者（以下、B14・15かつA 1点以上B 3点以上）」が削除されたことは、一部の医療機関で大きな衝撃が走りました。

加えて、施設基準での必要度の該当患者割合が各急性期一般入院料で変更されました。急性期一般入院料1、2は急性期医療の機能分化を強化する観点から、必要度Ⅰ・Ⅱともに引き上げられました（表2）。

特に、必要度Ⅱは急性期一般入院料1で4%、7対1入院基本料（専門病院入院基本料）で5%引き上げられ、急性期医療の中でも高度急性期と急性期をより差別化する動きが鮮明になりました。

表2 急性期一般入院基本料、特定入院基本料の必要度を満たす患者の割合(抜粋)

	現 行		改定案	
	必要度Ⅰの割合	必要度Ⅱの割合	必要度Ⅰの割合	必要度Ⅱの割合
急性期一般入院料1	30%	25%	31%	29%
急性期一般入院料2	該当なし	24%	28%	26%
急性期一般入院料3	該当なし	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%	該当なし	28%
7対1入院基本料 (専門病院入院基本料)	28%	23%	30%	28%

また、急性期一般入院料4は必要度Ⅰ・Ⅱともに割合が引き下げられています。必要度Ⅱでは、急性期一般入院基本料の中で唯一割合が下がった入院基本料であることを踏まえると、急性期の中でも対応の難しい「B14・15かつA1点以上B3点以上」の患者割合が多い医療機関については、急性期一般入院料4を選択することを念頭に置くべきかもしれません。

急性期一般入院基本料の必要度のシミュレーション

今回の改定内容が急性期一般入院基本料の病院にどのような影響を与えるのか、厚生労働省は各施設基準別のシミュレーションとして図1のように試算しています。

シミュレーション結果としては、今回の改定によって、特に必要度Ⅰの急性期一般入院料4において、現在31.2%から見直し後22.9%と8.3%の差が発生していました。先ほど述べた急性期一般入院基本料の必要度割合の唯一の減少の背景は、このシミュ

レーションの結果といえます。

しかし、入院基本料以外にも留意しなければいけない分類があります。それは、削除された「B14・15かつA1点以上B3点以上」に該当する患者には特徴があるということです。

「B14・15かつA1点以上B3点以上」の基準が必要度の該当患者に加わることになったのは、2018年度診療報酬改定の際でしたが、その改定をめぐる議論の中で厚生労働省が算出した必要度該当患者割合のデータがあります(図2)。

このデータは、今回の改定で削除された「B14・15かつA1点以上B3点以上」が加わる前の診療科別での該当患者を示した割合です。診療科別では手術等を伴わない内科系疾患の診療科と整形外科にて、必要度の該当患者割合が低いことが確認できます。内科系疾患や整形外科に関連する入院機能を担う急性期病院(病棟)では、今回の改定で注意が必要な病棟機能の一つといえます。

図1 重症度、医療・看護必要度のシミュレーション（厚生労働省 資料より）

シミュレーション結果(必要度 I・II × 各入院料)

○ 急性期一般入院料1、4～6及び特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）を算定する病棟のうち、重症度、医療・看護必要度 I・II の届出施設それぞれについて、全ての条件を適用した場合の該当患者割合の変化は以下のとおり。

必要度 I	施設数	50%tile値 (現在 / 見直し後)	25%tile値 (現在 / 見直し後)	10%tile値 (現在 / 見直し後)	施設基準 (現在)
急性期一般1	891	35.8% / 32.7%	33.5% / 30.3%	32.2% / 28.5%	30%
(うち許可病床数 200床未満)	264	37.3% / 33.5%	34.4% / 30.2%	32.6% / 27.8%	
(うち許可病床数 200床以上)	627	35.2% / 32.3%	33.3% / 30.4%	32.1% / 28.6%	
急性期一般4	369	34.5% / 26.4%	31.2% / 22.9%	28.6% / 19.6%	27%
急性期一般5	351	27.4% / 25.5%	24.4% / 21.7%	22.5% / 18.8%	21%
急性期一般6	204	21.5% / 21.4%	18.3% / 18.4%	16.8% / 16.3%	15%
特定機能病院一般7対1	44	31.5% / 31.7%	30.6% / 30.5%	30.1% / 29.4%	28%

必要度 II	施設数	50%tile値 (現在 / 見直し後)	25%tile値 (現在 / 見直し後)	10%tile値 (現在 / 見直し後)	施設基準 (現在)
急性期一般1	200	32.2% / 32.5%	29.9% / 29.7%	27.7% / 27.9%	25%
(うち許可病床数 200床未満)	29	31.9% / 31.9%	28.3% / 28.9%	26.8% / 22.8%	
(うち許可病床数 200床以上)	171	32.2% / 32.7%	30.1% / 29.8%	28.2% / 28.3%	
急性期一般4	36	29.2% / 26.8%	25.3% / 23.1%	23.3% / 18.5%	22%
急性期一般5	32	23.0% / 23.8%	20.7% / 20.6%	18.6% / 17.9%	17%
急性期一般6	9	17.7% / 16.5%	16.7% / 15.4%	-	12%
特定機能病院一般7対1	13	30.5% / 31.9%	28.0% / 28.7%	25.0% / 24.5%	23%

※集計対象期間中の届出の変更等で評価方法を特定できない医療機関は除く

弊社クライアント（200床以下、急性期一般入院料5）において、この「B14・15かつA1点以上B3点以上」除外の影響をシミュレーションしたところ、診療科別（病棟別）に必要度の乖離が認められました（図3）。本シミュレーションでは、整形外科を担当する病棟にて必要度該当患者割合の減少が認められました。今後、病棟別で入院基本料を届け出ている場合には、一部の内科・外科患者の受け入れ体制の構築や届出の変更等、運営体制の見直しを検討しなければなりません。

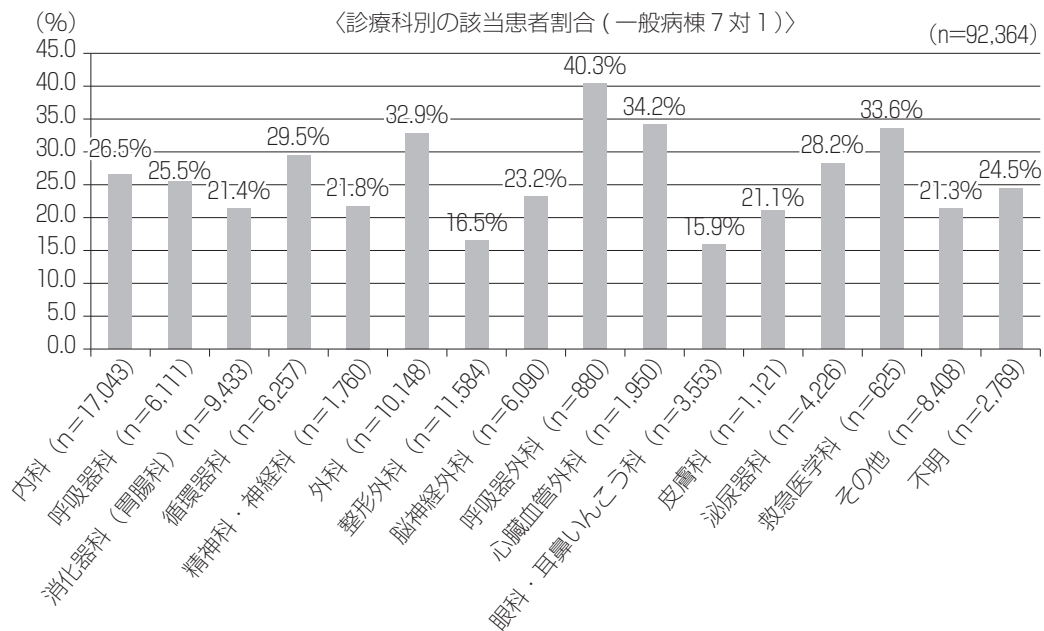
最後に、先ほどの病院でC項目の対象期間が延長したことも考慮した場合のシミュレーションを実施していきます。前提条件をいくつか設定しますが、「C項目1点以上

のみ該当患者」が期間延長によって対象になると、急性期一般入院料4の基準を満たす期間が3分の2となります。ここでの対象患者以外にも「救急医療管理加算」や「対象の中で入院患者の9割が実施する検査・手術」が加わる可能性を考慮すると、今後の取り組み次第では急性期一般入院料4を算定できる可能性は十分にあると思います（図4）。

特に重要な取り組みとして挙げたい事項は、「適切な評価が実施できているか」です。今回のシミュレーションの際にHファイルを再検証しましたが、入院期間に該当する可能性があるにもかかわらず、点数がつけられていない患者が数多く確認されました。「足りない」と考えると、該当する患

図2 診療科別 重症度、医療・看護必要度の患者割合 (2016年度)

○重症度、医療・看護必要度の診療科別の該当患者割合は、「呼吸器外科」が40.3%と高く、次いで「救急医学科」、「心臓血管外科」であり、外科系が比較的高い割合である。



※「その他」の回答…膠原病科、リウマチ科、糖尿病科、内分泌内科、麻酔科、緩和ケア科等
出典：平成28年度入院医療等の調査（患者票、補助票）

図3 診療科別「B14・15かつA1点以上B3点以上」除外の影響に関するシミュレーション

【シミュレーション実施病院】・急性期一般入院料5・200床以下

内科・外科病棟			整形外科病棟		
	旧基準	→ B14・15のみ除外		旧基準	→ B14・15のみ除外
10月	30.6%	25.5%	10月	20.9%	13.7%
11月	29.1%	21.7%	11月	22.3%	15.2%
12月	35.0%	23.8%	12月	21.9%	16.6%
1月	32.5%	18.9%	1月	22.9%	16.7%
2月	30.2%	20.3%	2月	25.9%	17.9%
3月	28.8%	18.2%	3月	24.4%	15.3%

急性期一般入院料5の場合、基準を下回る可能性がある

者を新しく獲得することをまずは思い描いてしまいますが、該当するにもかかわらず漏れている患者がいないか、病院全体としてチェック機能をいかに構築していくかが重要になります。今回の改定を契機に確認方法の見直し、看護師等への情報提供、研

修会の開催をぜひ運営者は実施してください。

「せん妄ハイリスク患者ケア加算」・「認知症ケア加算」の効果

今回、判定基準から「B14・15かつA1

図4 C項目の期間延長による必要度への影響のシミュレーション

旧基準からB14・15のみ除外 → C項目期間延長を考慮

	延患者数	必要度該当患者数	内C項目1点以上のみ	割合	必要度該当患者数	内C項目1点以上のみ	割合
10月	1,859	368	(41)	19.8%	409	(79)	21.8%
11月	1,770	327	(27)	18.5%	354	(52)	19.9%
12月	1,845	373	(39)	20.2%	412	(75)	22.2%
1月	1,904	339	(57)	17.8%	396	(110)	20.6%
2月	1,715	328	(31)	19.1%	359	(59)	20.8%
3月	1,927	323	(36)	16.8%	359	(69)	18.5%

前提条件

- ・ 該当患者は新基準中に退院していない
- ・ 新設されていない項目の延長期間（約1.93倍）をC項目1点以上の方に該当する患者に積算

【今後確認すべき事項】

- ◆手術内容・術後の日数に関する調査（C項目の確認）
- ◆救急医療管理加算の算定状況（新規追加事項）
- ◆該当患者の適切な評価と記録（該当患者漏れの防止）

点以上B3点以上」が外れてしまいました。該当すると想定される患者への対応によって、得られる加算に変化がありました。

まず、せん妄患者への対応として「せん妄ハイリスク患者ケア加算（100点：入院中1回）」が新設されました。せん妄のリスク因子確認と対策のため、チェックリストをはじめとした取り組みは必要となりますが、従来まで実施していた内容を明文化することで加算を取得できる病院は多いと想定されます。

「日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン」では、成人ICU患者におけるせん妄の危険因子として、年齢、重症度、感染（敗血症）、既存の認知症等が挙げられており、これらの患者に対して入院1回に100点を算定することは、診療機能によっては貴重な収入源となります。

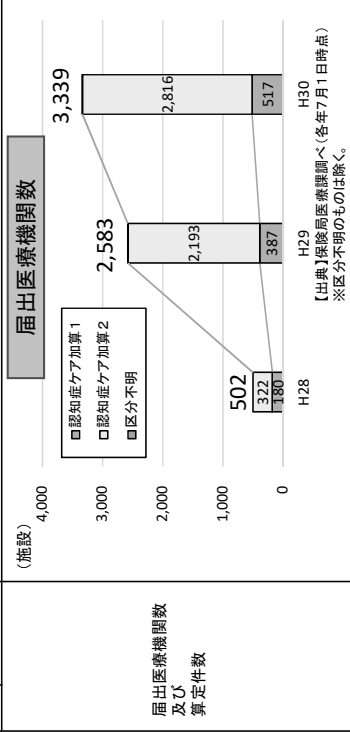
例えば、弊社クライアント先の急性期病院（急性期一般入院料1、約300床）の年間手術件数は約3,300件（全身麻酔は約1,500

件）でした。ハイリスクの手術患者については、少なくとも全身麻酔についてはせん妄のリスクに関する評価を実施すると考えられますので、100点×1,500件×10円（合計：1,500,000円）の増収が見込めることとなります。

また、認知症ケア加算については、従来までの2段階から3段階に変更となりました。今回新設された認知症ケア加算2（従来までの認知症ケア加算2は3に名称変更）は、職員の配置要件として、「認知症患者の診察に十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に関わる適切な研修を修了した専任の常勤看護師を配置すること」、「原則として全ての病棟に認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を3名以上配置すること」となっており、加算1にある認知症ケアチームの設置や認知症ケアチームの活動内容は要件に含まれませんでした。

図5 認知症ケア加算の算定状況（厚生労働省 資料より）

認知症ケア加算1		認知症ケア加算2	
点数(1日につき)	イ 14日以内の期間 150点 ロ 15日以上以上の期間 30点 (身体的拘束を実施した日は60%)	イ 14日以内の期間 30点 ロ 15日以上以上の期間 10点 (身体的拘束を実施した日は60%)	
算定対象	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 ランクⅢ以上の患者(重度の意識障害のある者を除く)		
身体的拘束	<ul style="list-style-type: none"> ・日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。 ・やむを得ず身体的拘束をする場合であっても、できる限り早期に解除するよう努める。 ・身体的拘束を解除するために家族等に対し十分な説明を行う。 ・身体的拘束を解除するに当たっては、必要性のアセスメント、患者家族への説明と同意、記録、二次的な身体障害の予防、解除に向けた検討を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者が入院する病棟の看護師等は、環境・心理状態等が出現し治療への影響が見込まれる場合に、適切な行動・心理状態等とのコミュニケーション方法を踏まえた看護計画を作成。 ・計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、評価。 ・身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。 ・身体拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。 	
病棟職員	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む。 ① 入院前の情報収集、アセスメント、看護計画の作成。 ② 入院後の情報収集、アセスメント、看護計画の作成。 ③ 適切な研修を受ける場合は、適切な意識調査や患者とのコミュニケーションの方法等について検討。 ④ 計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施、定期的に評価。 ⑤ 身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。 ⑥ 身体拘束を解除した場合は、退院後に必要な支援について患者家族を含めて検討。 ⑦ ④①～③を診療録等に記載。 	<ul style="list-style-type: none"> ・原則として、全ての病棟に認知症患者のアセスメントやアセスメントや看護方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置。 	
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・以下から構成される認知症ケアチームを設置。 ア 認知症患者の診療に十分な経験を有する専任の常勤医師(精神科5年以上、神経内科5年以上、認知症治療に係る適切な研修の修了のいずれか) イ 認知症患者の看護に従事した経験が5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修(600時間以上)を修了した専任の常勤看護師 ウ 認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士 		
施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアチームは、以下の取組を通じて認知症ケアの質の向上を図る。 ①カンファレンスを週1回程度開催。 ②各病棟を週1回以上巡回、認知症ケアの実施状況を把握。 ③医師、看護師等からの相談に速やかに対応、助言。 ④認知症患者に関わる職員を対象に研修を定期的実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアチームが身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。 	
院内研修等	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、原則として年に1回、認知症ケアチームによる研修又は院外研修を受講。 	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な研修を受けた看護師を中心として、病棟の看護師等に対して、研修や事例検討会等を少なくとも1回実施。 	



出典：保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)
※区分不明のものは除く

従来までの認知症ケア加算2を算定している医療機関は、加算1を算定している医療機関と比較して圧倒的に多い状況です(図5)。その要因として、人間的な問題から認知症ケアチームを設置することができず、加算1の取得を断念していた施設も多かったのではないのでしょうか。多くの入院患者が高齢化する中で、新設された認知症ケア加算2に対応できるような職員の配置が実現できれば、診療単価の上昇や認知症患者へのさらなる充実したケア提供へとつながります。

仮に、旧認知症ケア加算2から新設の認知症ケア加算2に移行できた場合、14日以内であれば60点、15日以降は15点の増収が期待できます。

弊社クライアント(急性期一般入院料1、約300床)のEFファイルから移行した場合のシミュレーションをした結果、1カ月あたりの増収額が約33万円となりました。専任の医師・看護師の配置や病棟看護師の研修修了など、医療機関によっては高いハードルかもしれませんが、経営者としては人員配置のための必要な人員、経費分、増収分を比較して取得するべきか、検討すべき加算の一つといえます。

今後の急性期病院の展望

今回の改定の中で、急性期病院については大幅な点数の引き下げはなかったものの、施設基準がより厳格化されました。特に、改定の議論の中で必要度割合の基準が相当な論点となったことを踏まえると、基準の厳格化によって急性期の中でも機能分化を

推進していく動きは今後、ますます強まっていくことが想定されます。

さらに、注目すべき点として、「400床以上の急性期での地域包括ケア病棟の新規届出不可」、「自院からの転棟患者が6割未満」、「特定機能病院による回復期リハビリテーション病棟の届出不可」の3つが挙げられます(次号で詳しく延べます)。

これまで、診療報酬のマイナス改定が続いていたことや人件費の高騰等によって、急性期病院は厳しい経営を強いられてきました。そんな中で、多くの病院は自院に急性期機能と回復期機能を完備し、シームレスな連携体制を構築することで医療の質を向上させるだけでなく、必要度や平均在院日数の調整を円滑に行い、入院基本料の維持や加算取得による病院収益を確保していました。

しかし、この回復期機能に関する3つの事項は、急性期病院(特に400床を超える病院や高度な医療を提供する病院)は急性期機能に特化すべきであることを、明確に示した内容であるといえます。

今回の改定や議論の内容を考慮すると、急性期病院として選択を迫られているのは、高度急性期を担える病院でも400床以上の大規模病院でもなく、地域で長年急性期医療を提供してきた大多数の病院なのかもしれません。周辺の環境や院内の状況も考慮しながら、「求められる医療」、「理想とする医療」、「提供できる医療」のそれぞれの視点を整理した運営方針の決定が必要になります。