

令和2年度（2020年度）診療報酬改定における 重症度、医療・看護必要度関連の変更について（訂正）

拝啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、令和2年度診療報酬改定における重症度、医療・看護必要度に関する変更点を3月19日にご案内しましたが、その後、訂正通知・疑義解釈が公開されましたので、3月19日版に訂正等の内容を反映したものを再度ご案内します。追記した箇所は朱書きしております。

敬具

記

1. 重症度、医療・看護必要度に関する変更概要

1) A・C項目の評価方法の見直し

A項目の「専門的な治療・処置」のうち薬剤を使用するもの（①、②、③、④、⑥、⑦、⑧、⑨の8項目）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。

A項目の薬剤の評価において、評価対象になる薬剤は、レセプト電算処理システム用コードに記載のある薬剤に限ることになった。つまり、当該薬剤の類似薬・後発医薬品と考えられる薬剤であっても、前述のコード一覧に記載のない薬剤は評価の対象にはならない。

2) B項目の評価方法の見直し

「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とし、従来「評価の手引き」により求めていた「根拠となる記録」を重複して残す必要は無くなった。

※一般病棟用、特定集中治療室用、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について。日常生活機能評価票は変更なし。

3) 評価項目の見直し

項目	改定前	改定後	変更内容
A	専門的な治療・処置⑥ 免疫抑制剤の管理	専門的な治療・処置⑥ 免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)	内服を対象外とする。
	<必要度Ⅰのみ> 救急搬送後の入院(2日間)	<必要度Ⅰ> 救急搬送後の入院(5日間)	評価日数の延長。
		<必要度Ⅱ> (新設) 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1・2、夜間休日救急搬送医学管理料のいずれかを算定する患者を対象とする。
C	開頭手術(7日間)	開頭手術(13日間)	<ul style="list-style-type: none"> ・評価日数の延長。 ・入院で実施される割合が9割未満の手術等を評価対象から除外。
	開胸手術(7日間)	開胸手術(12日間)	
	開腹手術(4日間)	開腹手術(7日間)	
	骨の手術(5日間)	骨の手術(11日間)	
	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	
	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	
	救命等に係る内科的治療(2日間)	救命等に係る内科的治療(5日間)	
		(新設)別に定める検査(2日間)	
	(新設)別に定める手術(6日間)		

4) 必要度Ⅱの評価

必要度Ⅱについての「評価の手引き」が追加され、これに基づいて評価することとなった。

5) 判定基準の見直し

基準を満たす患者の条件から「A 得点1点以上かつB 得点3点以上で、『診療・療養上の指示が通じる』又は『危険行動』に該当する患者」の基準を削除。

6) 許可病床数400床以上の医療機関における必要度Ⅱの要件化

許可病床数400床以上で、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)の届出を行う医療機関について、「必要度Ⅱ」を用いて測定す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。

7) 指導者研修に係る要件の見直し

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。

※一般病棟用、特定集中治療室用、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について。日常生活機能評価票は変更なし。

2. 施設基準に関する変更

1) 一般病棟用の評価票（「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」）を用いる入院料等

入院料等	改定前		改定後	
	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%
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%(変更なし)	9%(変更なし)
地域包括ケア病棟入院料 1~4、地域包括ケア入院医療管理料 1~4、特定一般病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理が行われた場合)	10%	8%	14%	11%
総合入院体制加算 1・2	35%	30%	35%(変更なし)	33%
総合入院体制加算 3	32%	27%	32%(変更なし)	30%
看護必要度加算 1(10 対 1 入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料))	27%	22%	22%	20%
看護必要度加算 2(10 対 1 入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料))	21%	17%	20%	18%
看護必要度加算 3(10 対 1 入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料))	15%	12%	18%	15%
急性期看護補助体制加算(急性期一般入院基本料 7、10 対 1 入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料))	7%	6%	7%(変更なし)	6%(変更なし)
看護職員夜間配置加算(急性期一般入院基本料 7、10 対 1 入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料))				
看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料の「注 7」)	30%		30%(変更なし)	
看護補助加算 1(地域一般入院基本料 1・2、13 対 1 入院基本料)	6%	5%	6%(変更なし)	5%(変更なし)

※急性期一般入院料 2・3 について、「必要度Ⅰ」を用いた測定も可能になった。

[経過措置]

- 令和 2 年 3 月 31 日時点で、急性期一般入院料 7、地域一般入院料 1、特定機能病院入院基本料（7 対 1 結核病棟、10 対 1 一般病棟）、専門病院入院基本料（10 対 1）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟については、令和 2 年 9 月 30 日までの間に限り、令和 2 年度改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。

- ・令和2年3月31日時点で、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1～3・5・6）、7対1入院基本料（結核、特定（一般病棟）、専門）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1を算定している病棟又は病室については、令和2年9月30日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。ただし、少なくとも令和2年7月1日から、改定後の評価票を用いた評価を行う必要がある。
- ・令和2年3月31日現在において、急性期一般入院料4の届出を行っている病棟については、令和3年3月31日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。ただし、少なくとも令和3年1月1日から、改定後の評価票を用いた測定を行う必要がある。
- ・許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、令和2年3月31日現在において現に急性期一般入院料1～4の届出を行っている病棟について、急性期一般入院料2～4の基準を満たす患者の割合を、令和4年3月31日までの間に限り、以下の通りそれぞれ2%緩和する。

入院料等	令和2年3月31日現在において届出している入院料等	割合要件	
		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料2	急性期一般入院料1・2	26%	24%
急性期一般入院料3	急性期一般入院料1～3	23%	21%
急性期一般入院料3	急性期一般入院料4	20%	18%

2) 特定集中治療室用の評価票を用いる入院料等
施設基準に関する変更はなかった。

[経過措置]

- ・令和2年3月31日時点で救命救急入院料、特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。

3) ハイケアユニット用の評価票を用いる入院料等
施設基準に関する変更はなかった。

[経過措置]

- ・令和2年3月31日時点でハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。

4) 日常生活機能評価票を用いる入院料等

施設基準等を含め、日常生活機能評価票を用いての評価方法は変更されていない。ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料において、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なった。

3. 改定後の評価方法

1) 入院基本料・特定入院料

入院基本料・特定入院料の種類		測定に用いる評価票・評価項目	基準を満たす患者 *
一般病棟入院基本料	急性期一般入院基本料	急性期一般入院料 1	●許可病床数 400 床以上の医療機関 →「必要度Ⅱ」 ●許可病床数 400 床未満の医療機関 →「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」
		急性期一般入院料 2	
		急性期一般入院料 3	
		急性期一般入院料 4	
		急性期一般入院料 5	
		急性期一般入院料 6	
	急性期一般入院料 7	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	
地域一般入院基本料	地域一般入院料 1		
結核病棟入院基本料	7 対 1 入院基本料	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	次の①～③のいずれかに該当 ①A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上 ②A 得点 3 点以上 ③C 得点 1 点以上
特定機能病院入院基本料	7 対 1 入院基本料(一般病棟)	「必要度Ⅱ」	
	7 対 1 入院基本料(結核病棟)	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	
	10 対 1 入院基本料(一般病棟)		
	看護必要度加算 1～3(10 対 1 入院基本料(一般病棟))		
一般病棟看護必要度評価加算(10 対 1 入院基本料(一般病棟))			
専門病院入院基本料	7 対 1 入院基本料	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	
	10 対 1 入院基本料		
	看護必要度加算 1～3(10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料)		
	一般病棟看護必要度評価加算(10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料)		
特定一般病棟入院料	一般病棟看護必要度評価加算	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	
	「注 7」(必要があつて地域包括ケア入院医療管理が行われた場合)	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」(A 項目・C 項目)	次の①②のいずれかに該当 ①A 得点 1 点以上 ②C 得点 1 点以上
救命救急入院料	救命救急入院料 1～4	「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」	A 得点 4 点以上かつ B 得点 3 点以上
特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 1～4		
ハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 1・2	「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」	A 得点 3 点以上かつ B 得点 4 点以上
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	次の①～③のいずれかに該当 ①A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上 ②A 得点 3 点以上 ③C 得点 1 点以上
回復期リハビリテーション病棟入院料	回復期リハビリテーション病棟入院料 1～6	「日常生活機能評価票」 ※FIM による評価の場合を除く	10 点以上
地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア病棟入院料 1～4	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」(A 項目・C 項目)	次の①②のいずれかに該当 ①A 得点 1 点以上 ②C 得点 1 点以上
	地域包括ケア入院医療管理料 1～4		

2) 入院基本料等加算

入院基本料等加算の種類		測定に用いる評価票・評価項目	基準を満たす患者
総合入院体制加算 (一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料 1・2)		「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	次の①②のいずれかに該当 ①A 得点 2 点以上 ②C 得点 1 点以上
急性期看護補助体制加算 (急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)の 7 対 1 又は 10 対 1)、専門病院入院基本料(7 対 1 又は 10 対 1)			次の①～③のいずれかに該当 ①A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上 ②A 得点 3 点以上 ③C 得点 1 点以上
看護補助加算	看護補助加算 1 (地域一般入院基本料 1・2、13 対 1 入院基本料)		
看護職員 夜間配置 加算	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)の 7 対 1 又は 10 対 1、専門病院入院基本料(7 対 1 又は 10 対 1)	「必要度Ⅰ」 (B 項目のうち、「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」)	「診療・療養上の指示が通じる」又は「危険行動」のいずれかに該当
	地域包括ケア病棟入院料		

4. H ファイル

評価項目の変更に伴い、該当する部分について仕様変更があった。

該当箇所		変更内容
コード	ペイロード種別	
ASS0010	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ 「A モニタリング及び処置等」	コードを ASS0011 へ変更する。また、ペイロード番号 7 において、「専門的な治療・処置」の①～⑩について 11 桁の数字で作成していたものを、⑤⑩⑪に関して 3 桁の数字で作成することになった。
ASS0020	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ・Ⅱ 「B 患者の状況等」	コードをそれぞれ ASS0021、ASS0051、ASS0071 へ変更する。また、B 項目の 7 項目をペイロード番号 1～7 で作成していたところ、一部の項目を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて評価することになったため、ペイロード番号 1～11 で作成することになった。
ASS0050	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 「B 患者の状況等」	
ASS0070	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 「B 患者の状況等」	
ASS0030	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ 「C 手術等の医学的状況」	削除された。

【経過措置】

看護必要度の測定方法における経過措置期間中は、旧評価票(コード:ASS0010、ASS0020、ASS0030、ASS0050、ASS0070)で作成して問題ない。また、月途中で旧評価票から新評価票への切り替えはできない。

以上