

入院について（その９）

1．急性期入院医療について（その3）

1－1 重症度、医療・看護必要度について

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの概要

指標等作業G資料1
6 . 1 2 . 9

※対象病棟の入院患者について、A項目（必要度Ⅰの場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る）及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1	創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※1）	なし	あり	—	—
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※1）	なし	あり	—	—
3	注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	なし	あり	—	—
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	—	—
5	輸血や血液製剤の管理	なし	—	あり	—
6	専門的な治療・処置（※2）	—	—	—	—
	① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、			あり	
	③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、				あり
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり	
	⑤ 放射線治療、			あり	
	⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、			あり	
	⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、				あり
	⑩ ドレナージの管理、			あり	
	⑪ 無菌治療室での治療				あり
7	I：救急搬送後の入院（2日間）	なし	—	あり	—
	II：緊急に入院を必要とする状態（2日間）	なし	—	あり	—

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術（11日間）	なし	あり
16	開胸手術（9日間）	なし	あり
17	開腹手術（6日間）	なし	あり
18	骨の手術（10日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（4日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（5日間）	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療（4日間） （①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療）	なし	あり
22	別に定める検査（2日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23	別に定める手術（5日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

（※1）A項目のうち「創傷処置（褥瘡の処置を除く）」及び「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」については、必要度Ⅰの場合も、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧に掲げる診療行為を実施したときに限り、評価の対象となる。

（※2）A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、③麻薬の使用（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑪無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

B	患者の状況等	患者の状態				介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×	—	—
9	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
10	口腔清潔	自立	要介助	—		実施なし	実施あり
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—		—	—
14	危険行動	ない	—	ある		—	—

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、該当患者割合の基準を見直す。

現行				}	改定後			【該当患者の基準】			
		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	許可病床200床以上	31%	28%		急性期一般入院料1	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%	急性期1、7対1入院基本料（特定、専門）※1	割合① 以下のいずれか ・A得点が3点以上 ・C得点が1点以上		
	許可病床200床未満	28%	25%		急性期一般入院料2	22%	21%		割合② 以下のいずれか ・A得点が2点以上 ・C得点が1点以上		
急性期一般入院料2	許可病床200床以上	27%	24%		急性期一般入院料3	19%	18%		急性期2～5等※2	以下のいずれか ・A得点が2点以上かつB得点が3点以上 ・A得点が3点以上 ・C得点が1点以上	
	許可病床200床未満	25%	22%		急性期一般入院料4	16%	15%				
急性期一般入院料3	許可病床200床以上	24%	21%		急性期一般入院料5	12%	11%				総合入院体制加算
	許可病床200床未満	22%	19%		7対1入院基本料（特定）	—	割合①:20% 割合②:27%				
急性期一般入院料4	許可病床200床以上	20%	17%		7対1入院基本料（結核）	8%	7%	地域包括ケア病棟等			
	許可病床200床未満	18%	15%		7対1入院基本料（専門）	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%				
急性期一般入院料5		17%	14%		看護必要度加算1（特定、専門）	18%	17%		※1：B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること ※2：7対1入院基本料（結核）、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様		
7対1入院基本料（特定）		—	28%		看護必要度加算2（特定、専門）	16%	15%				
7対1入院基本料（結核）		10%	8%		看護必要度加算3（特定、専門）	13%	12%				
7対1入院基本料（専門）		30%	28%		総合入院体制加算1	33%	32%				
看護必要度加算1（特定、専門）		22%	20%		総合入院体制加算2	31%	30%				
看護必要度加算2（特定、専門）		20%	18%		総合入院体制加算3	28%	27%				
看護必要度加算3（特定、専門）		18%	15%		急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%	5%				
総合入院体制加算1・2		33%	30%		看護補助加算1	4%	3%				
総合入院体制加算3		30%	27%		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%				
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		5%	4%								
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7		12%	8%								

4

内科系疾病に関連したA・C項目への追加案について

診調組 入-3
7. 9. 11

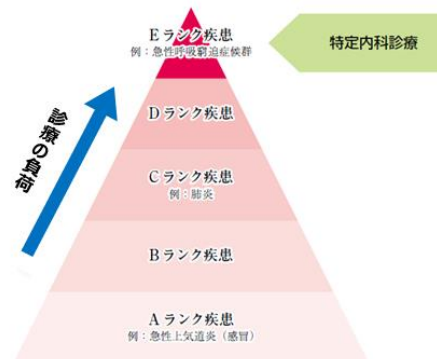
【概要】

重症度、医療・看護必要度において内科系領域を適正に評価するため、負荷の高い内科系症例で頻回に行われる傾向にある診療行為および投与される医薬品を、重症度、医療・看護必要度のA項目およびC項目のマスタに追加する。

図表1 追加候補の診療行為、医薬品(一部抜粋)

分類	名称（医薬品は成分名）
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	カルフィルゾミブ、シクロホスファミド水和物、フィルグラスチム（遺伝子組換え） 等
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	エトポシド、ベキサロテン、ボナチニブ塩酸塩 等
C21：救命等に係る内科的治療	中心静脈注射用カテーテル挿入、脳脊髄腔注射（腰椎）、カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入、吸着式血液浄化法 等
C22：別に定める検査	組織試験採取、切採法（心筋）、気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、経気管肺生検法 等
C23：別に定める手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術、造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）、内シャント設置術 等

追加候補の選定にあたり次の条件を考慮した：①内保連負荷度ランク※1におけるD、Eランクの疾患で実施される割合が高い※2こと、②追加に伴うモラルハザードが起きにくいこと（内科の領域別の専門家にヒアリングを実施して確認）、③外来に比べて入院での算定割合が高いこと。



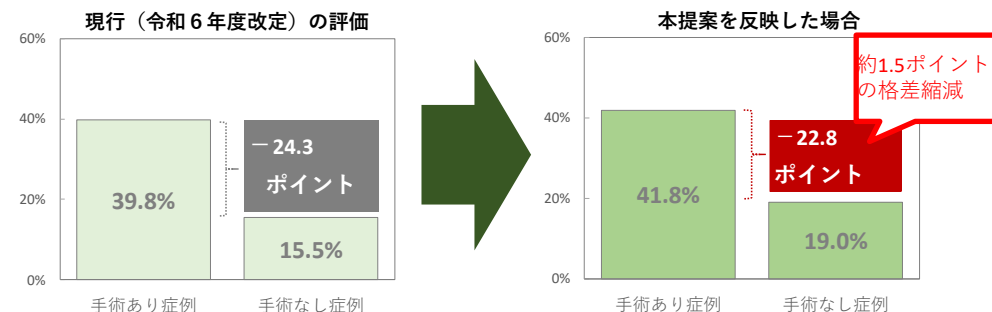
【対象疾患】

重症度、医療・看護必要度は入院基本料等の算定において厚生労働大臣が定める施設基準であり、当該施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が対象となる。本医療技術の導入による年間対象患者数の増減はない。

【既存の制度との比較、有効性】

本提案による該当患者割合の変化についてビッグデータを用いてシミュレーションを行った※2ところ、手術なし症例全体で該当患者割合が約+3.5ポイントの改善であった。また負荷度ランク別に見ると、Dランクの疾患では約+4.2ポイント、Eランクでは約+7.3ポイントとなり、高い負荷度ランクにおいて該当患者割合が改善した。手術なし症例と手術あり症例の該当患者割合の差も約1.5ポイント縮減した。（図表2 参照）

図表2 本提案を採用した場合の重症者の割合の変化



※1：内科系のDPC分類について「医師の診療の負荷」の高低という観点から、A～Eランクの5段階に分類した相対評価。96施設1,629名的主治医に協力いただいたアンケートと、19領域249名からなるエキスパートパネルによるコンセンサス形成により決定された。

※2：内保連医療技術負荷度調査で構築した大規模データベースを用いて算出した。当該データベースは内保連実施の医療技術負荷度調査で97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされている患者のデータを格納している。（対象期間：平成30年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む）。

A・C項目の追加項目一覧

○ シミュレーションにおけるA・C項目への追加項目は、内科学会が提案するA・C項目への追加候補リストのうち、入院外で実施・処方される割合が高い薬剤等と、比較的实施が容易で診療行為に影響を与えるおそれのある処置を除外した。

診療行為

追加先	分類	名称（医薬品は成分名）
C21：救命等に係る内科的治療	注射	中心静脈注射用カテーテル挿入
C21：救命等に係る内科的治療	注射	脳脊髄腔注射（腰椎）
C21：救命等に係る内科的治療	注射	カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入
C21：救命等に係る内科的治療	処置	腰椎穿刺
C21：救命等に係る内科的治療	処置	吸着式血液浄化法
C21：救命等に係る内科的治療	処置	カウンターショック（その他）
C21：救命等に係る内科的治療	処置	留置カテーテル設置
C21：救命等に係る内科的治療	処置	皮膚科光線療法（長波・中波紫外線、290nm以上315nm以下）
C21：救命等に係る内科的治療	処置	持続緩徐式血液濾過
C21：救命等に係る内科的治療	処置	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法
C21：救命等に係る内科的治療	手術	経皮経肝胆管ステント挿入術
C21：救命等に係る内科的治療	手術	内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術
C21：救命等に係る内科的治療	手術	経皮経肝バルーン拡張術
C22：別に定める検査	検査	トレッドミルによる負荷心肺機能検査
C22：別に定める検査	検査	サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査
C22：別に定める検査	検査	EF－気管支
C22：別に定める検査	検査	経気管肺生検法
C22：別に定める検査	検査	超音波検査（心臓超音波検査）（経食道心エコー法）
C22：別に定める検査	検査	組織試験採取、切採法（心筋）
C22：別に定める検査	検査	超音波検査（心臓超音波検査）（負荷心エコー法）
C22：別に定める検査	検査	E B U S－T B N A
C22：別に定める検査	検査	気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査
C22：別に定める検査	画像診断	シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影
C23：別に定める手術	手術	内シャント設置術
C23：別に定める手術	手術	胸水・腹水濾過濃縮再静注法
C23：別に定める手術	手術	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）
C23：別に定める手術	手術	経皮的胆管ドレナージ術
C23：別に定める手術	手術	膵嚢胞外瘻造設術（内視鏡によるもの）
C23：別に定める手術	手術	体外衝撃波胆石破碎術（一連につき）
C23：別に定める手術	手術	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法
C23：別に定める手術	手術	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）
C23：別に定める手術	手術	経皮的肝膿瘍ドレナージ術
C23：別に定める手術	手術	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術
C23：別に定める手術	手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術
C23：別に定める手術	手術	造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）
C23：別に定める手術	手術	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術
C23：別に定める手術	手術	経皮経食道胃管挿入術（P T E G）
C23：別に定める手術	手術	下部消化管ステント留置術
C23：別に定める手術	手術	体外衝撃波膵石破碎術（一連につき）
C23：別に定める手術	手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（腹腔鏡によるもの）
C23：別に定める手術	手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（その他のもの）
C23：別に定める手術	手術	薬剤投与用胃瘻造設術

医薬品

追加先	分類	名称（医薬品は成分名）	剤形
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	アザシチジン	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	カルフィルゾミブ	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	シクロホスファミド水和物	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	フィルグラスチム（遺伝子組換え）	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ホリナートカルシウム	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ボルテゾミブ	注射
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ラスブリカーゼ（遺伝子組換え）	注射
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	エトポシド	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	シクロホスファミド水和物	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	タクロリムス水和物	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	ベキサロテン	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	パナチニブ塩酸塩	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	ボマリドミド	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	メルカプトプリン水和物	内服
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	医薬品	レナリドミド水和物	内服

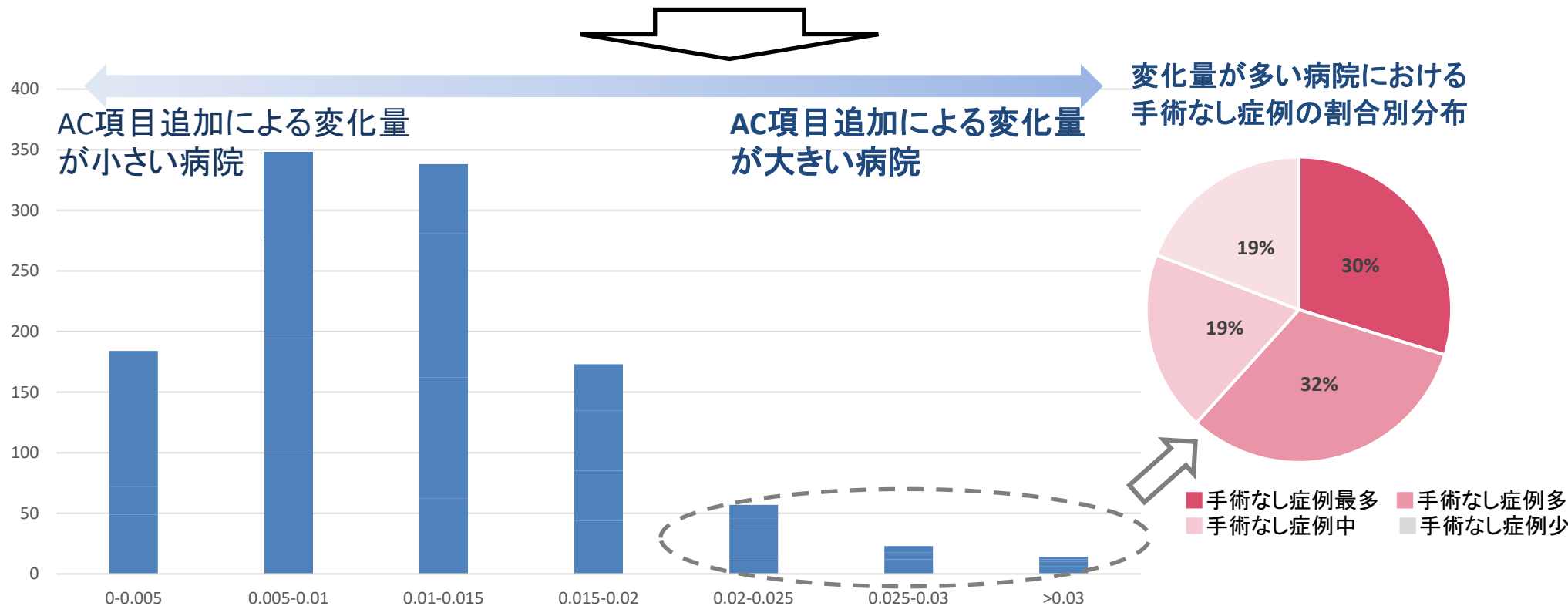
※グレーの背景となっている診療行為、医薬品は、内科学会が提案する候補のうち、除外したもの。

A・C項目追加における急性期一般入院料1基準①の変化

- A・C項目を追加した場合における、急性期一般入院料1基準①の変化を見ると、病院によって変化量が異なり、変化量が多い（2%以上）病院では、手術なし症例の割合が高い病院が多いことから、A・C項目を追加することで、手術なし症例が評価されることとなる。

前回の中医協総会におけるご意見

- A項目、C項目を追加しても、内科症例等により、基準該当割合の上昇に差がみられないのではないか。



地域包括医療病棟における重症度、医療・看護必要度の基準について

- 地域包括医療病棟における重症度、医療・看護必要度については、入院頻度の高い肺炎や尿路感染症等ではA 3点以上となる割合が他の手術なし症例と比較して更に少ないことを踏まえ、急性期一般2～6とは異なる基準を採用することも検討しうる。
- 例えば急性期一般入院料1の基準②と同じA 2点以上又はC 1点以上を基準とした場合、該当患者割合は、手術なし症例の多い病院ほど大きく上昇する傾向がみられた。

前回までの中医協総会におけるご意見（第624回中央社会保険医療協議会）

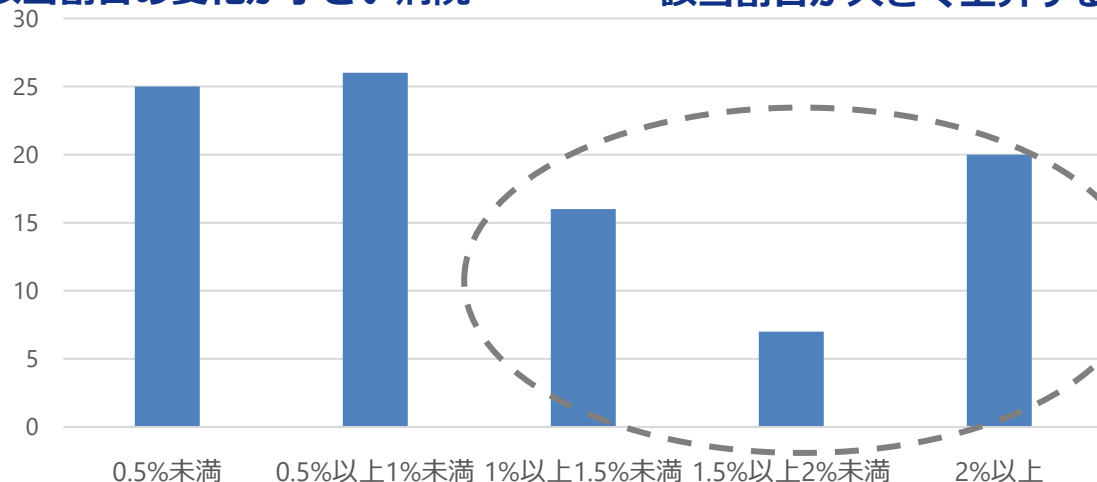
- 内科的疾患の多い高齢者救急を担う地域包括医療病棟の役割と、重症度、医療・看護必要度による評価が見合っていない、内科的疾患の受入れがしっかりと評価される仕組みへの見直しも併せて行うべき。

基準自体を変更（※）した場合の医療機関ごとの該当患者割合の伸び

※現行「A 3点以上」「A 2点以上かつB 3点以上」「C 1点以上」のいずれか
→変更後「A 2点以上」「C 1点以上」のいずれか

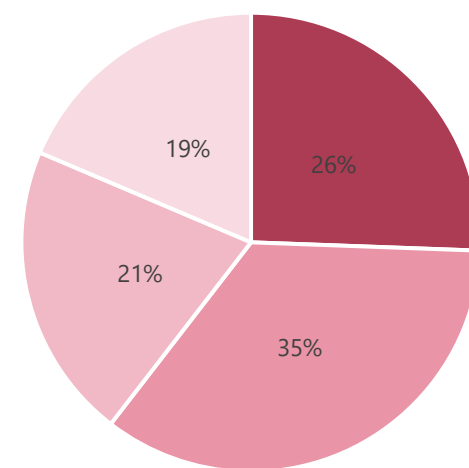
該当割合の変化が小さい病院

該当割合が大きく上昇する病院



—手術なし症例の多寡については、手術なし症例の割合に基づく四分位範囲ごとに分類した。
—必要度Ⅱかつ、救急応需件数と必要度に係る記録が確認できた94病院を対象として集計。

1%以上上昇する医療機関における手術なし症例の割合



■ 手術なし症例最多 ■ 手術なし症例多
■ 手術なし症例中 ■ 手術なし症例少

救急搬送患者の評価の重みを増す方法について

中医協 総-3
7. 10. 8

- 重症度、医療・看護必要度において、救急搬送患者に関する評価を高めるためには、①該当患者割合を増やす方法と、②該当患者割合とは別に、救急搬送患者数を指数化して合算する方法が考えられる。
- このうち、②の方法であれば、入院延長へのインセンティブが生まれにくいのではないか。
- また、救急搬送へのインセンティブを生じないよう、救急搬送患者に加え、協力施設入所者入院加算の対象患者も含めて評価することが考えられるのではないか。

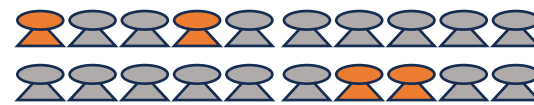
現在は、各患者が重症度、医療・看護必要度の基準を満たすかどうかを判別し、該当患者割合を算出している

(例)



①救急搬送(※)の受け入れによる入院後の該当日数を増やす
→該当患者割合が増える

(例)



該当日数を大きく延長すると、入院へのインセンティブや、入院日数延長へのインセンティブが生まれるのではないかな。

②救急搬送(※)の受け入れを指数化して該当患者割合に合算
→合算した値が増える

(例)



+

前年の病床あたり
救急搬送件数を
指数化

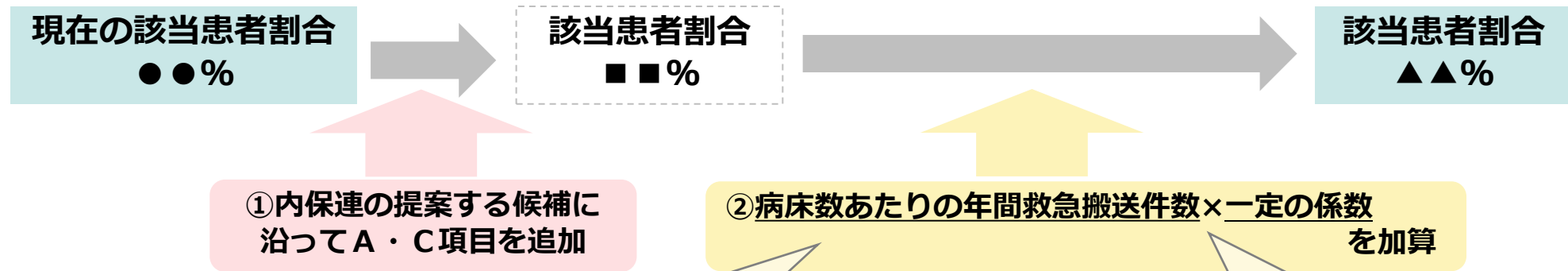
5%分

入院しない場合や、退院までの日数が短い場合についても評価対象に含めることができるため、入院延長へのインセンティブが生まれない。

(※) 更に、救急搬送へのインセンティブを生じさせないためには、救急搬送患者だけでなく、協力施設入所者入院加算の対象患者を加えて評価することが考えられるのではないかな。

- 今回の試算においては、①内保連の提案する候補に沿ってA・C項目を追加するとともに、②病院の救急搬送受入件数に一定の係数を乗じた割合を重症度、医療・看護必要度に加算し、該当患者割合をシミュレーションすることとした。
- 救急搬送受入件数に乗ずる係数については、複数の案を用いてシミュレーションすることとした。

シミュレーションの方法



○救急搬送件数は、入院しなかった場合を含む病院の応需件数。



急性期一般 1 : 100床



救急搬送受入1000件

(計算例)

急性期一般入院料**100床**で構成される病院において、
年間**1000件**の救急搬送を受け入れている場合
 $1000 \text{ (件)} \div 100 \text{ (床)} = \mathbf{10 \text{ 件/床/年}}$

○一定の係数を乗じて、基準該当割合への加算を計算する。

(計算例)

- ①左例で、一定の係数を例えば0.005※とすると、
 $10 \times 0.005 = \mathbf{5\%}$
が該当患者割合に加算される。
- ②元々の必要度該当割合が **15%** であった場合、
加算後は
 $15\% + 5\% = \mathbf{20\%}$
になる。

※このほか、係数を0.0025、0.0075とする場合も試算。

重症度、医療・看護必要度のシミュレーションの方針について

- 前回までの中医協総会における議論を踏まえ、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のシミュレーションは以下の方針により実施する。

中医協総会における主なご意見

- A 項目、C 項目への追加について、ある程度適切な症例を評価に追加することは理解ができる項目である。
- 重症度の変更案は内科系への配慮という面では一定機能していると考えられるが、大きな影響が出てくるので、詳細なシミュレーションが必要。
- 救急応需の評価については、軽症救急患者の取り合いが引き起こさないような設計が必要。
- 救急搬送について、外来で対応可能なものを入院させないことや、入院期間の延長を防ぐため、A 7 の救急搬送後の該当日数を延長するのではなく、外来を含めた病院全体の救急搬送の受入件数を対象病棟に案分し、一定の係数を掛けた値を加算することは、概念として合理的。
- 救急応需件数を評価する際、シミュレーションの係数を0.005より大きくして救急搬送が多く手術が少ない病棟についてこれ以上に評価を加えると、今度はそれらの病院を過大に評価することになるのではないか。

シミュレーションの方針

A、C 項目への項目追加について

- 内科系疾病に関連した A・C 項目への治療・薬剤等の追加については、内科学会からの提案項目を基本としつつ、外来で実施される割合が多い項目と、比較的实施が容易で診療行為に影響を与えるおそれのある項目を除外する。

地域包括医療病棟で使用する基準について

- 地域包括医療病棟で主として診療される疾患の特性を鑑み、A 2 点以上又は C 1 点以上を基準とする。

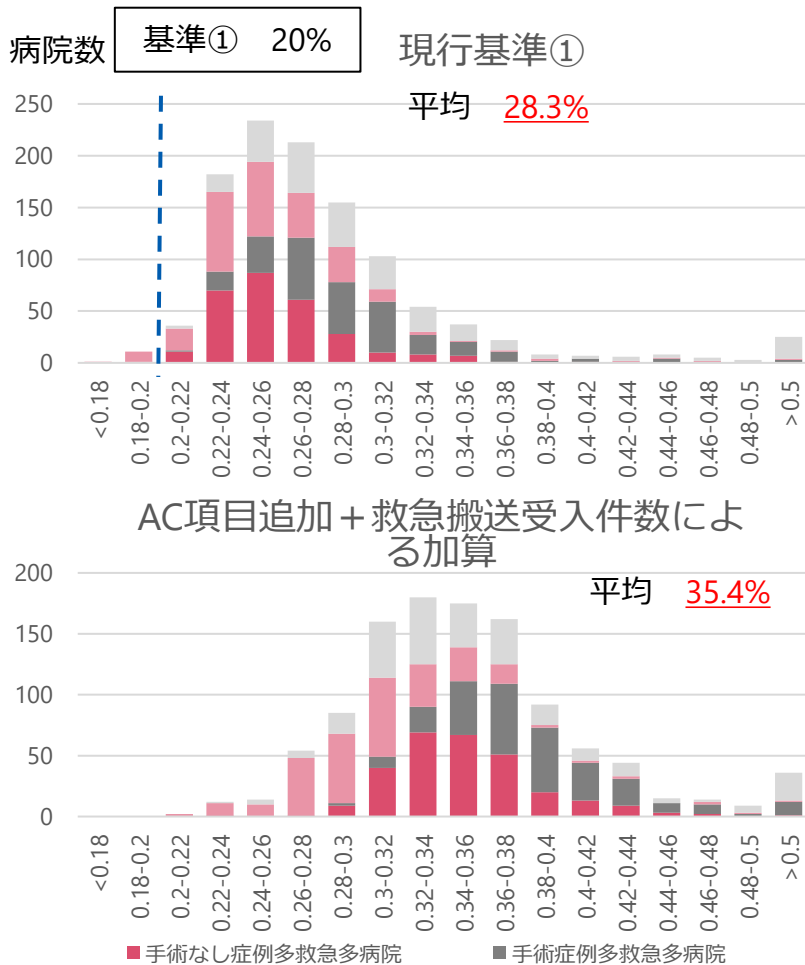
救急搬送受入件数による評価

- 病床あたり救急搬送受入件数に一定の係数を乗じた割合を患者該当割合に加算する。その際の前提は以下とする。
 - ・ 救急搬送受入の加算係数を0.005として設定
 - ・ 救急搬送受入による加算割合の上限を、各入院料の該当患者割合の概ね1/2となるように設定

➡ 上記の条件のもと、急性期一般入院料 1～5 及び地域包括医療病棟について、該当患者割合の基準に係るシミュレーションを実施する。

急性期一般入院料 1 基準①の変更後の基準該当割合

- AC項目に加えて救急搬送受入件数に応じた加算を行った場合の、基準を満たす患者割合の病院ごとの分布と、基準変更による患者割合の平均値・中央値の変化は以下のとおり。



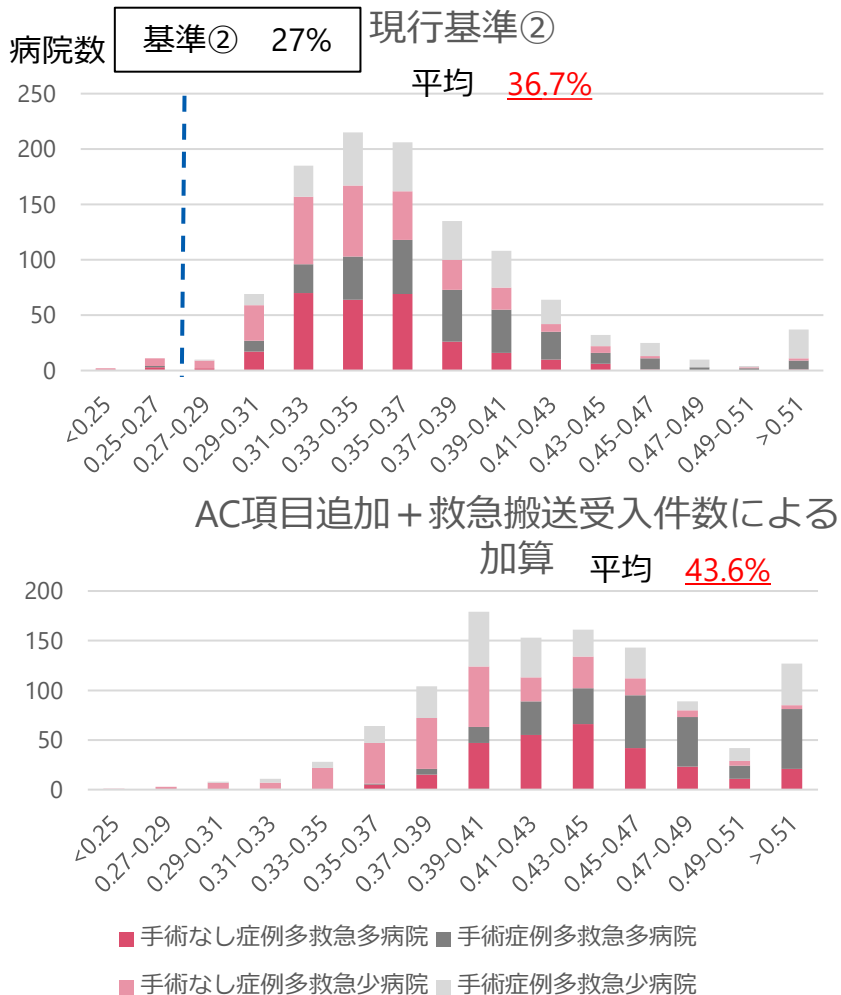
表の上段は平均値 下段 () 内は中央値		病床数あたりの 救急搬送数の少ない病院		病床数あたりの 救急搬送数の多い病院	
	全体 (n=1113)	手術なし 症例が多い (n=281)	手術症例が 多い (n=277)	手術なし 症例が多い (n=286)	手術症例が 多い (n=269)
①現行	28.3% (26.7%)	25.7% (24.8%)	32.0% (29.4%)	26.0% (25.4%)	29.7% (28.8%)
②AC項目追加と救急加算	35.4% (34.6%)	30.9% (30.5%)	36.7% (34.7%)	35.2% (34.7%)	39.0% (38.0%)
現行との差 ②－①	+7.1% (+7.9%)	+5.2% (+5.7%)	+4.7% (+5.3%)	+9.2% (+9.3%)	+9.3% (+9.2%)

ー必要度Ⅱ、3ヶ月間の入院実患者数20名以上、病床数20床以上、救急搬送受入のある病棟を対象に集計
 ー救急搬送数の2群は、計算後の中央値である、病棟100床あたり救急搬送受入件数1161件を境に分類した。
 ー手術症例数の2群は、3ヶ月入院患者数あたり手術症例数の中央値である45.2%を境に分類した。

※シミュレーションの前提：内保連提案のA C項目（外来多数項目等除く）を追加した上で、100床あたりの救急搬送受入件数（按分後）1000件の場合に5%加算（加算係数0.005）。加算は10%までで打ち切り。

急性期一般入院料 1 基準②の変更後の基準該当割合

- AC項目に加えて救急搬送受入件数に応じた加算を行った場合の、基準を満たす患者割合の病院ごとの分布と、基準変更による患者割合の平均値・中央値の変化は以下のとおり。



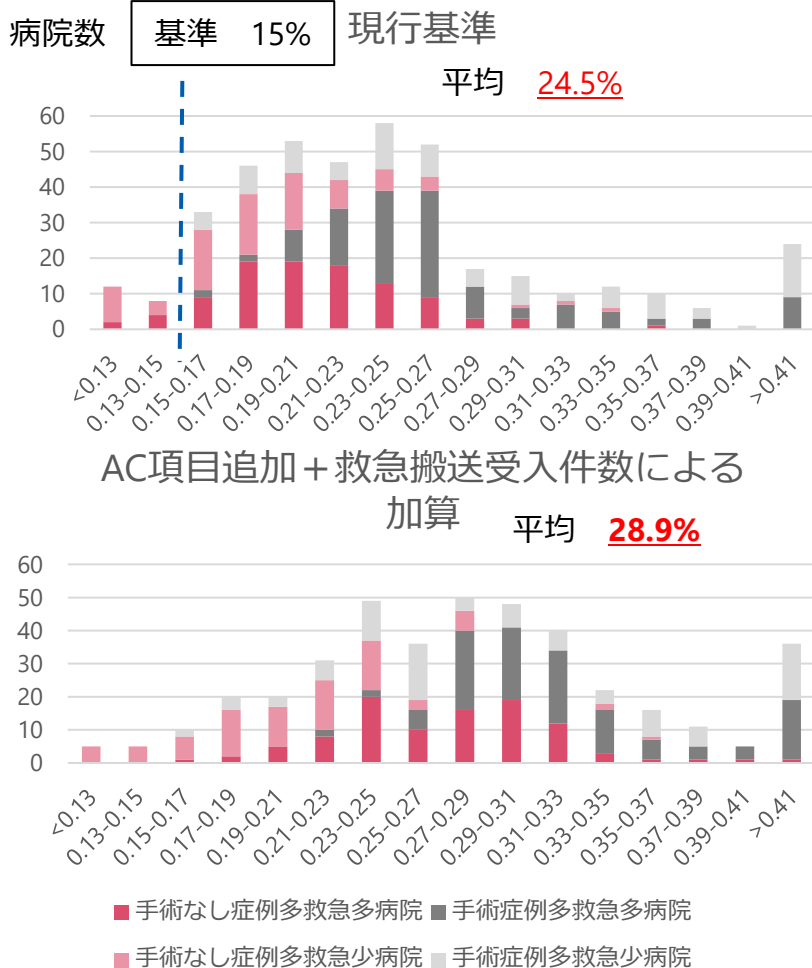
表の上段は平均値 下段 () 内は中央値		病床数あたりの 救急搬送数の少ない病院		病床数あたりの 救急搬送数の多い病院	
	全体 (n=1113)	手術なし 症例が多い (n=281)	手術症例が 多い (n=277)	手術なし 症例が多い (n=286)	手術症例が 多い (n=269)
①現行	36.7% (35.5%)	34.6% (34.0%)	39.3% (37.4%)	35.0% (34.7%)	38.0% (37.2%)
②AC項目追加と救急加算	43.6% (43.1%)	39.6% (39.3%)	43.8% (42.2%)	44.0% (43.4%)	47.1% (46.5%)
現行との差 ②－①	+6.9% (+7.6%)	+5.0% (+5.3%)	+4.5% (+4.8%)	+9.0% (+8.7%)	+9.0% (+9.3%)

—必要度II、3ヶ月間の入院実患者数20名以上、病床数20床以上、救急搬送受入のある病棟を対象に集計
—救急搬送数の2群は、計算後の中央値である、病棟100床あたり救急搬送受入件数1161件を境に分類した。
—手術症例数の2群は、3ヶ月入院患者数あたり手術症例数の中央値である45.2%を境に分類した。

※シミュレーションの前提：内保連提案のAC項目（外来多数項目等除く）を追加した上で、100床あたりの救急搬送受入件数（按分後）1000件の場合に5%加算（加算係数0.005）。加算は10%までで打ち切り。

急性期一般入院料 4 の変更後の基準該当割合

- AC項目に加えて救急搬送受入件数に応じた加算を行った場合の、基準を満たす患者割合の病院ごとの分布と、基準変更による患者割合の平均値・中央値の変化は以下のとおり。



表の上段は平均値 下段 () 内は中央値		病床数あたりの <u>救急搬送数の少ない</u> 病院		病床数あたりの <u>救急搬送数の多い</u> 病院	
	全体 (n=404)	手術なし 症例が多い (n=85)	手術症例が 多い (n=96)	手術なし 症例が多い (n=100)	手術症例が 多い (n=123)
①現行	24.5% (23.1%)	18.6% (18.5%)	29.7% (26.7%)	21.1% (20.9%)	27.3% (25.6%)
②AC項目追加と救急加算	28.9% (28.2%)	20.9% (21.0%)	31.7% (29.1%)	27.3% (27.8%)	33.5% (31.6%)
現行との差 ②－①	+4.4% (+5.1%)	+2.3% (+2.5%)	+2.0% (+2.4%)	+6.2% (+6.8%)	+6.2% (+6.0%)

—必要度II、3ヶ月間の入院実患者数20名以上、病床数20床以上、救急搬送受入のある病棟を対象に集計
—救急搬送数の2群は、計算後の中央値である、病棟100床あたり救急搬送受入件数年665件を境に分類した。
—手術症例数の2群は、3ヶ月入院患者数あたり手術症例数の中央値である30.8%を境に分類した。

※シミュレーションの前提：内保連提案のA C項目（外来多数項目等除く）を追加した上で、100床あたりの救急搬送受入件数（按分後）1000件の場合に5%加算（加算係数0.005）。加算は7%までで打ち切り。

急性期一般入院料 1 ～ 5 の変更後の基準該当割合

- AC項目に加えて救急搬送受入件数に応じた加算を行った場合の、各入院料における各病院の基準を満たす患者割合の平均値の増減のシミュレーションは以下の通り

平均値			病床数あたりの 救急搬送数の少ない病院		病床数あたりの 救急搬送数の多い病院	
		全体 (n=404)	手術なし 症例が多い	手術症例が 多い	手術なし 症例が多い	手術症例が 多い
急性期一般 1 (基準①／基準②)	①現行	28.3％／36.7％	25.7％／34.6％	32.0％／39.3％	26.0％／35.0％	29.7％／38.0％
	②新たな評価	35.4％／43.6％	30.9％／39.6％	36.7％／43.8％	35.2％／44.0％	39.0％／47.1％
	②－①	+7.1％／+6.9％	+5.2％／+5.0％	+4.7％／+4.5％	+9.2％／+9.0％	+9.3％／+9.0％
急性期一般 2	①現行	27.2％	25.9％	27.9％	26.2％	28.6％
	②新たな評価	32.8％	29.3％	31.2％	34.4％	36.3％
	②－①	+5.6％	+3.5％	+3.3％	+8.1％	+7.7％
急性期一般 3	①現行	23.3％	21.3％	24.4％	23.5％	23.2％
	②新たな評価	29.0％	24.6％	27.9％	30.9％	30.4％
	②－①	+5.7％	+3.3％	+3.6％	+7.5％	+7.2％
急性期一般 4	①現行	24.5％	18.6％	29.7％	21.1％	27.3％
	②新たな評価	28.9％	20.9％	31.7％	27.3％	33.5％
	②－①	+4.4％	+2.3％	+2.0％	+6.2％	+6.2％
急性期一般 5	①現行	15.9％	14.8％	16.1％	15.3％	19.2％
	②新たな評価	18.4％	15.8％	17.3％	19.3％	23.8％
	②－①	+2.5％	+1.0％	+1.3％	+3.9％	+4.6％

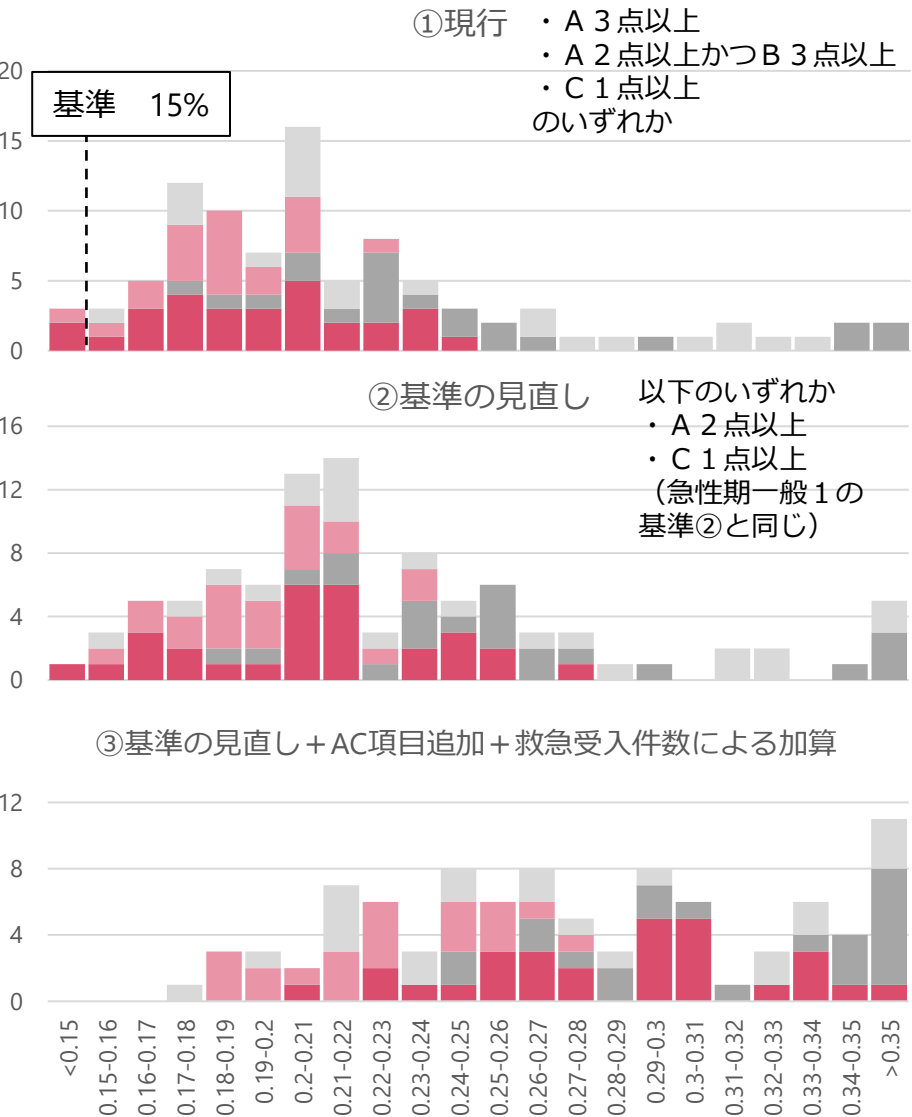
※シミュレーションの前提：内保連提案のAC項目（外来多数項目等除く）を追加した上で、急性期病床100床あたりの救急搬送受入件数1000件の場合に5％加算（加算係数0.005）

必要度II、3ヶ月間の入院実患者数20名以上、病床数20床以上、救急搬送受入のある病棟を対象に算出

出典：DPCデータ（2025年1月～3月）、救急応需件数は令和5年度病床機能報告より

地域包括医療病棟における基準変更した場合の変更後の基準該当割合

○ 基準をA 2点以上又はC 1点以上に変更しつつ、AC項目に加えて救急搬送受入件数に応じた加算を行った場合の、基準を満たす患者割合の病院ごとの分布と、基準変更による患者割合の平均値・中央値の変化は以下のとおり。



表の上段は平均値、 下段（）内は中央値		病床数あたりの 救急搬送数の少ない病院		病床数あたりの 救急搬送数の多い病院	
医療機関の タイプ	全体 (n=94)	手術なし 症例が多い (n=21)	手術症例が 多い (n=22)	手術なし 症例が多い (n=29)	手術症例が 多い (n=22)
①現行	21.5% (20.5%)	18.4% (18.5%)	23.8% (21.4%)	19.4% (19.6%)	25.1% (23.1%)
② A ≥2点 又はC ≥1点	22.9% (21.4%)	19.6% (19.8%)	25.1% (23.1%)	20.9% (21.0%)	26.4% (25.6%)
③ ②に AC項目追加 と救急加算	28.1% (27.1%)	22.6% (22.5%)	27.4% (26.7%)	28.7% (29.4%)	33.2% (32.2%)
現行との差 ③－①	+6.5% (+6.6%)	+4.2% (+4.0%)	+3.5% (+5.3%)	+9.3% (+9.8%)	+8.0% (+9.1%)

ー必要度Ⅱかつ、救急応需件数と必要度に係る記録が確認できた94病院を対象として集計。
ー救急搬送数の2群は、計算後の中央値である、病棟100床あたり救急搬送受入件数年876件を境に分類した。
ー手術症例数の2群は、3ヶ月入院患者数あたり手術症例数の中央値である21.7%を境に分類した。

※シミュレーションの前提：内保連提案のAC項目（外来多数項目等除く）を追加した上で、100床あたりの救急搬送受入件数（按分後）1000件の場合に5%加算（加算係数0.005）。加算は10%までで打ち切り。必要度Ⅱ、3ヶ月間の入院実患者数20名以上、病床数20床以上、救急搬送受入のある病棟を対象に算出。

一般病棟用 重症度、医療・看護必要度についての課題と論点

(重症度、医療・看護必要度のシミュレーションについて)

- 急性期一般入院料における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、
 - ①内科学会の提案する候補から入院外で実施・処方される薬剤などを除外したA・C項目を追加するとともに、
 - ②病院の救急搬送受入件数を病棟毎に按分したうえで係数を乗じて重症度、医療・看護必要度に加算し、手術なし症例と救急搬送受入の多寡別に各病院の該当患者割合をシミュレーションした。
- ①②による評価項目等の変更により、手術なし症例が多く、病床あたり救急搬送受入も多い病院において、基準値の設定により、該当患者割合が増加する傾向にある一方、病床あたり救急搬送受入が少ない病院では、該当患者割合が減少する傾向にあった。
- 地域包括医療病棟における重症度、医療・看護必要度については、該当患者の基準を、現行の「A得点が2点以上かつB得点が3点以上、又はA得点が3点以上、又はC得点が1点以上」から、「A2点以上又はC1点以上」に変更した場合のシミュレーションを実施した。基準そのものを変更した場合、手術なし症例の多い病院において、基準該当割合が大きく上昇する傾向がみられた。



【論点】

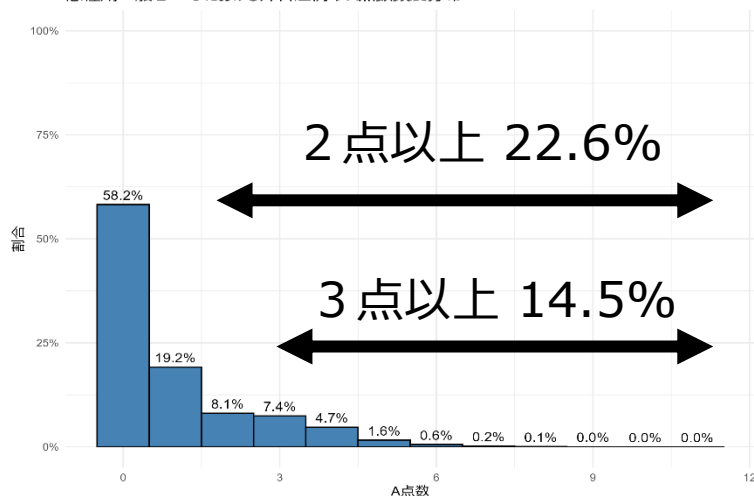
- A・C項目の項目の追加と救急搬送受入に応じた加算割合を追加した急性期一般入院料及び地域包括医療病棟におけるシミュレーション結果を踏まえ、各入院料における、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準をどのように考えるか。

急性期一般入院料 2 ～ 6 におけるA・C項目の得点分布

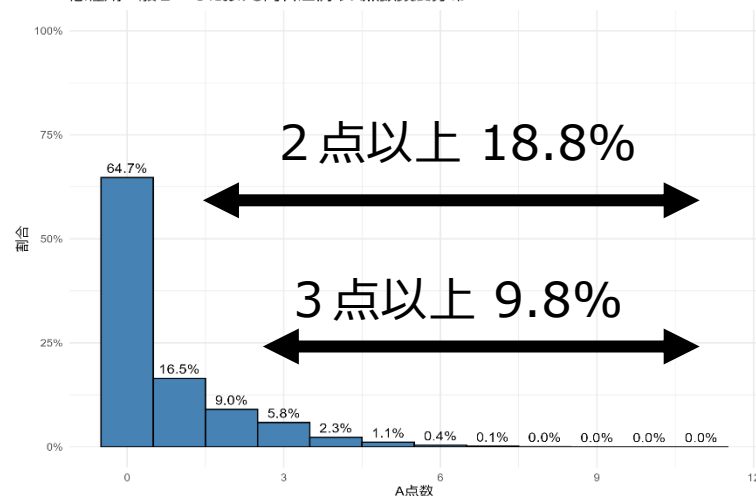
診調組 入-1参考
7 . 7 . 3

- 急性期一般入院料 2 ～ 6 では、急性期一般入院料 1 と同様に、内科系症例では、外科系症例と比較して、延べ入院日数におけるA項目が 0 点となる割合が高く、3 点以上となる割合が低い。
- C項目についても内科系症例では、外科系症例と比較して、1 点以上となる割合が低い。

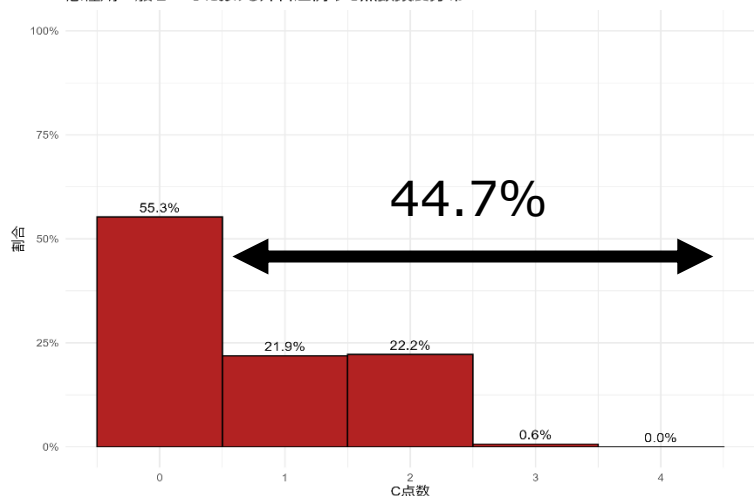
急性期一般 2 ～ 6 における外科症例の A点数頻度分布



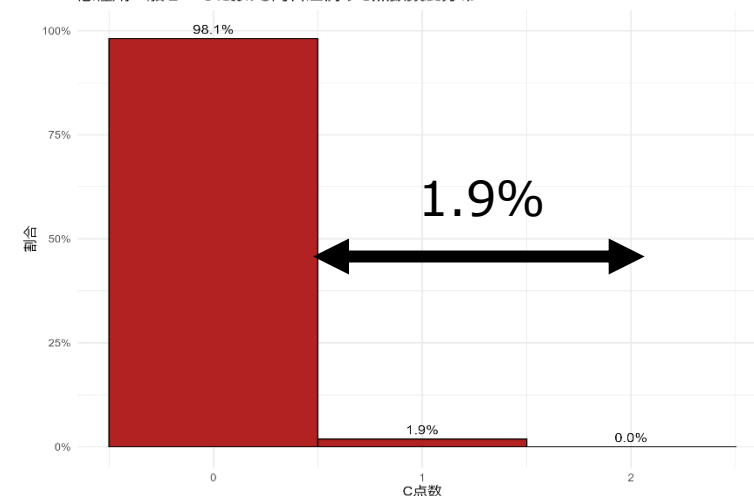
急性期一般 2 ～ 6 における内科症例の A点数頻度分布



急性期一般 2 ～ 6 における外科症例の C点数頻度分布



急性期一般 2 ～ 6 における内科症例の C点数頻度分布



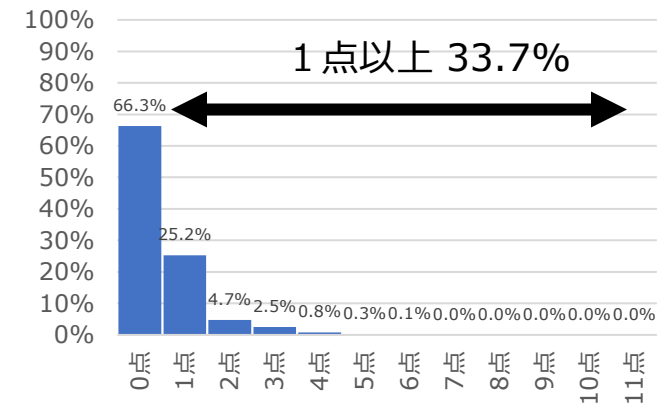
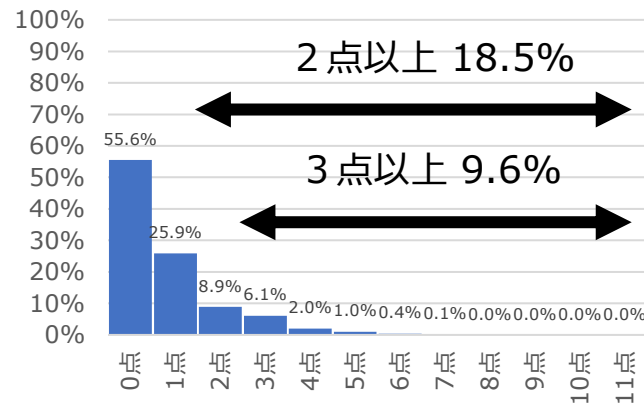
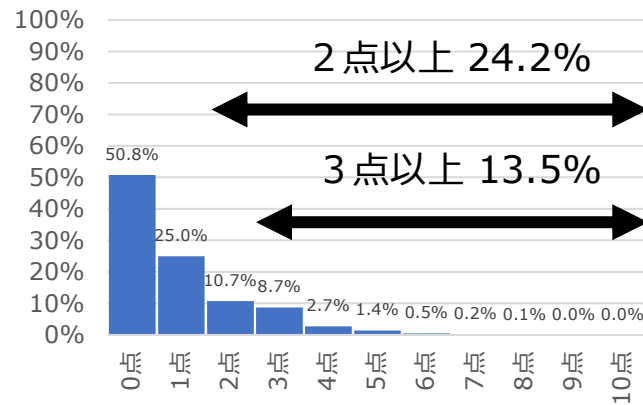
肺炎等における重症度、医療・看護必要度

- 急性期一般入院料 1 では、肺炎等の延べ入院日数におけるA項目の2点以上の割合や、C項目1点以上の割合は、内科症例全体と比較して低かった。
- 急性期一般入院料 2～6 では、肺炎等では、内科症例全体と比較して、C項目1点以上となる割合が低かった。
- 一方で、地域包括ケア病棟においては、肺炎等は内科症例全体と比較して、延べ入院日数におけるA項目1点以上となる割合は高かった。

A項目_急性期一般入院料 1

A項目_急性期一般入院料 2 - 6

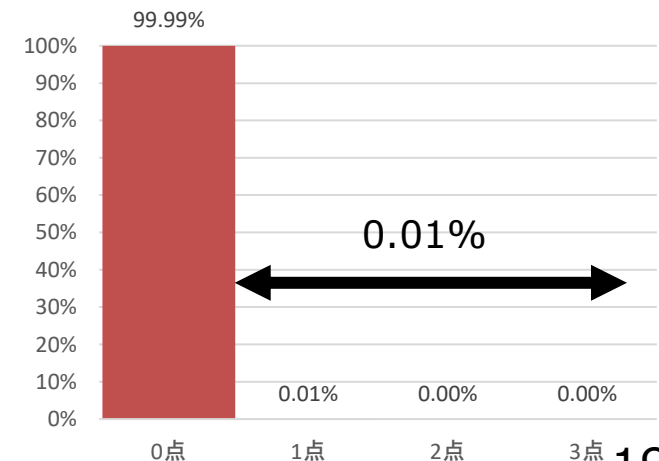
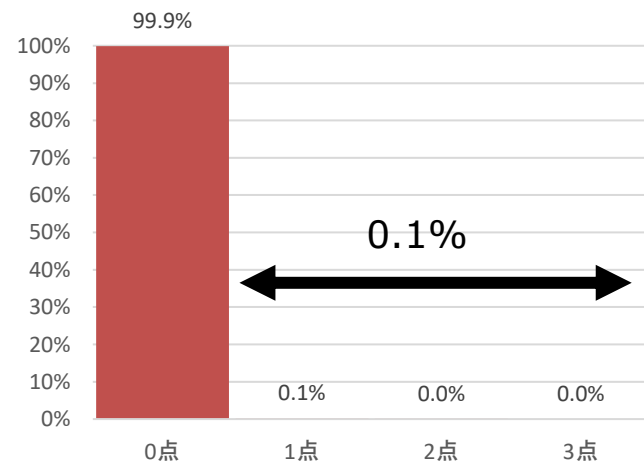
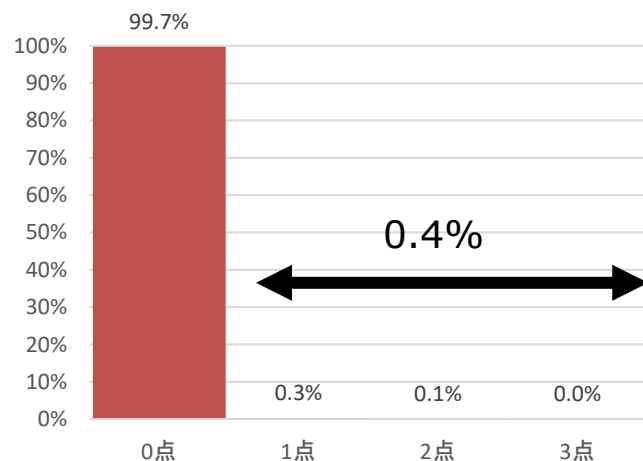
A項目_地域包括ケア病棟



C項目_急性期一般入院料 1

C項目_急性期一般入院料 2 - 6

C項目_地域包括ケア病棟

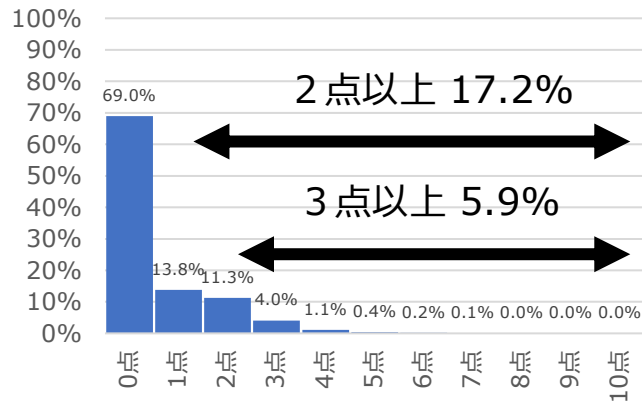


尿路感染症における重症度、医療・看護必要度

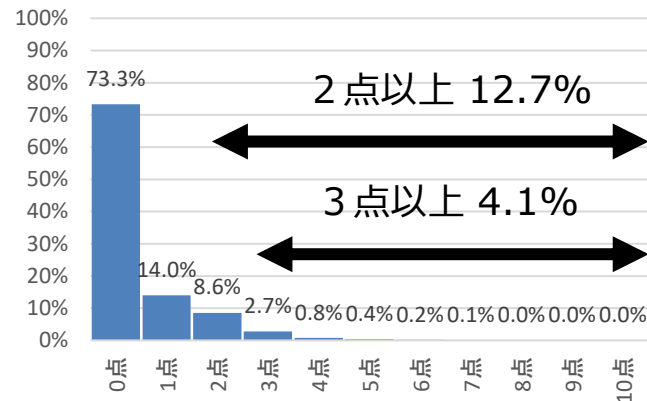
診療組 入-1参考
7 . 7 . 3

- 急性期一般入院料 1、急性期一般入院料 2～6 では、尿路感染症の延べ入院日数におけるA項目 2 点以上の割合や、C項目の 1 点以上の割合は、内科症例全体と比較して、低かった。
- 一方で、地域包括ケア病棟では、尿路感染症の延べ入院日数におけるA項目 1 点以上となる割合は内科症例全体と比較して、高かった。

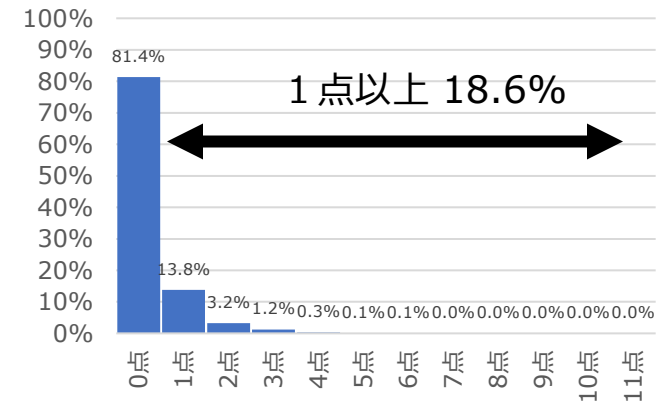
A項目_急性期一般入院料 1



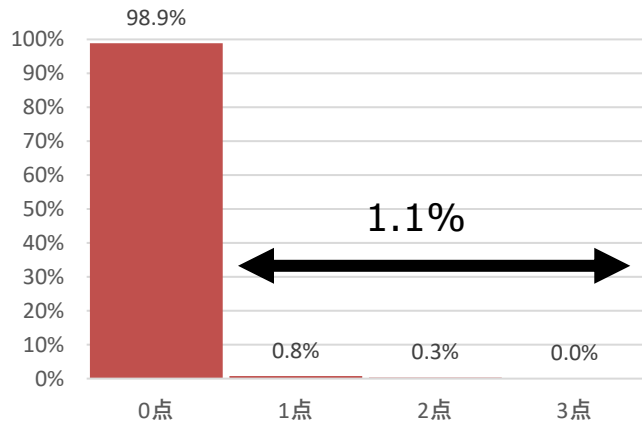
A項目_急性期一般入院料 2 -6



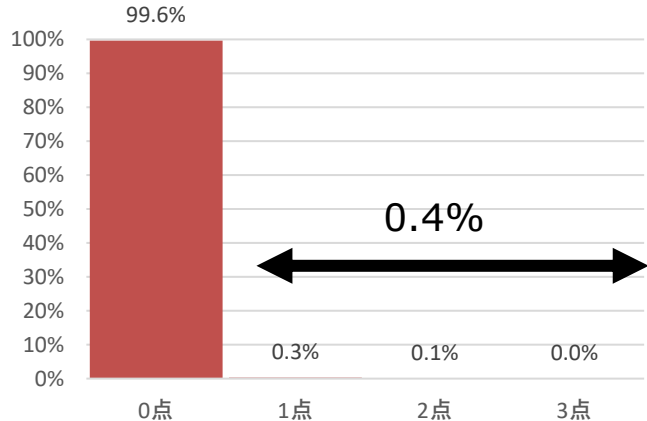
A項目_地域包括ケア病棟



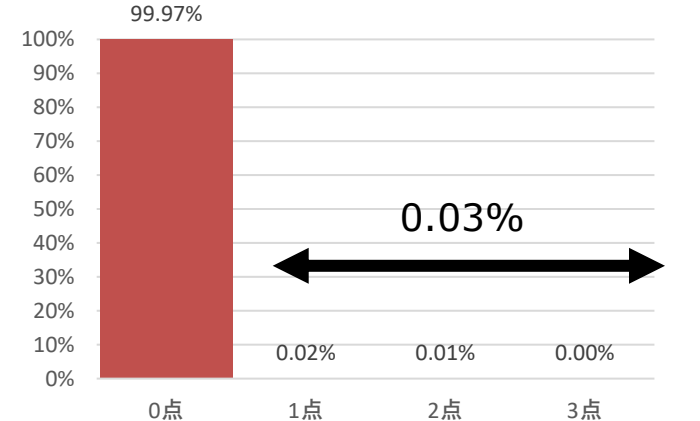
C項目_急性期一般入院料 1



C項目_急性期一般入院料 2 -6



C項目_地域包括ケア病棟



各病棟における入院患者数上位の疾患

- 各病棟における入院患者数の多い診断群分類は以下のとおりであった。
- 内科系疾患として誤嚥性肺炎、肺炎、尿路感染症、心不全、脱水、その他の感染症が、整形外科疾患として股関節骨折（手術あり）、胸腰椎の圧迫骨折（手術なし）が多くみられた。
- 地域包括医療病棟の入院患者数上位の疾患は、急性期一般入院料2-6、地域包括ケア病棟と概ね一致していた。
- 地域包括ケア病棟では、短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を行う入院例が多かった。

【各病棟における患者数上位10疾患】

地域包括医療病棟 n=19,603例			急性期一般入院料2-6 n= 559,685例			地域包括ケア病棟 n=100,967例		
1	誤嚥性肺炎	4.2%	1	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	2.8%	1	白内障・水晶体の疾患	9.8%
2	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	4.1%	2	誤嚥性肺炎	2.4%	2	小腸大腸の良性疾患	6.6%
3	腎臓又は尿路の感染症	3.2%	3	小腸大腸の良性疾患	2.2%	3	胸椎・腰椎以下骨折損傷	3.3%
4	股関節・大腿近位の骨折	2.6%	4	腎臓又は尿路の感染症	2.2%	4	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	2.7%
5	心不全	2.5%	5	心不全	2.1%	5	腎臓又は尿路の感染症	2.4%
6	胸椎・腰椎以下骨折損傷	2.4%	6	股関節・大腿近位の骨折	1.9%	6	心不全	2.3%
7	体液量減少症	2.2%	7	白内障・水晶体の疾患	1.8%	7	誤嚥性肺炎	2.2%
8	小腸大腸の良性疾患	2.1%	8	胸椎・腰椎以下骨折損傷	1.6%	8	体液量減少症	2.0%
9	その他の感染症（真菌を除く。）	2.0%	9	その他の感染症（真菌を除く。）	1.5%	9	その他の感染症（真菌を除く。）	1.9%
10	インフルエンザ、ウイルス性肺炎	1.6%	10	体液量減少症	1.3%	10	前庭機能障害	1.7%

2024年10月～12月の間に各病棟に直接入棟し、期間内に退棟した症例の診断群分類番号に基づき集計した。