

診療情報・指標等作業グループの検討状況について

概要

- 診療情報・指標等作業グループ（以下、「WG」という。）については、令和7年3月12日の検討状況の報告以降、5月20日、6月24日の2回に渡り議論を行った。
- 下記の検討状況に関する本日の分科会のご意見を踏まえ、引き続きWGにおいて検討を進めてはどうか。

検討内容（概要）

1. 急性期の指標について

- 急性期の機能に関する指標として、急性期の入院医療を対象としている DPC 制度、急性期の拠点的な機能を評価する総合入院体制加算や急性期充実体制加算の評価指標を踏まえ、救急搬送受入件数と地域シェア率（当該医療機関の年間救急搬送受入件数／所属二次医療圏内の全医療機関の合計救急搬送受入件数）、全身麻酔手術件数等について、二次医療圏人口等に着目した検討を行った。
- 20 万人以下の二次医療圏等においては、救急搬送受入件数が多くなく、総合入院体制加算等で評価されていないものの、地域シェア率が高い病院があった。
- 各都道府県の手術件数最大の病院（大学病院本院除く）では、概ね全ての病院が年間手術件数 2000 件を超えていた。
- 人口規模の小さい医療圏では地域シェア率のような考え方を指標として検討すべきという意見や、一方でシェア率は二次医療圏の再編等の影響を受けるため、慎重な検討が必要という意見、都市部と過疎地域で使うべき指標やその評価は異なるのではないかという意見があった。

2. 高齢者の入院に関する指標について

- 地域包括医療病棟について、疾患別の医療資源投入量の分析や、在院日数の延長と関連する要因の分析を行い、高齢者の入院を評価する指標について検討を行った。
- 内科疾患は包括される出来高点数が高くても請求点数には反映されにくい傾向にあった。また、在院日数は高齢、直接入院（転棟ではない）、ADLが低い、B項目点数が高い等で長い傾向にあった。
- 高齢者の入院については、患者像や医療資源投入量だけでなく、ADL等のアウトカム指標について、救急搬送や直接入院の割合をふまえた分析や、急性期一般入院料2～6の病棟との比較を行ってはどうかという意見があった。

3. 重症度、医療・看護必要度について

- 特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度等、また一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について令和6年度改定を踏まえた基準

該当割合等について検討を行った。

- 特定集中治療室（ＩＣＵ）・ハイケアユニット（ＨＣＵ）について、致死性不整脈等のリスクに備えた管理は、ＩＣＵやＨＣＵの重要な役割の一つであることを踏まえて、「蘇生術の施行」「電氣的除細動」「抗不整脈薬の投与」「一時的ペーシング」等の処置について、それぞれの重症度、医療・看護必要度での位置づけを検討してはどうかとの意見があった。
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について、令和６年１１月１日時点では、必要度Ⅱを届け出ている施設は、令和４年１１月１日時点より増加していた。
- 入院初日にＢ得点が３点以上である割合は、特定機能病院や急性期一般入院料１で低く、急性期一般入院料２～６や地域一般入院料１、地域包括医療病棟で高かった。
- 内科疾患ではＡ・Ｃ項目が一定点数以上である割合が外科系疾病と比較して低く、Ｂ項目３点以上の割合が高かった。
- Ｂ項目について、測定の手間に言及する意見があった一方、高齢者を看る負担をＢ項目以外では評価できないと考えられ、Ｂ項目に代わるものがない限り、Ｂ項目が必要ではないかという意見があった。
- 内科疾患を評価する指標について、シミュレーション等も踏まえて議論を進めてはどうかという意見があった。

1. 急性期の指標について

① 分析結果

(急性期の機能や総合性に関するこれまでの評価)

- 令和6年度の届出医療機関数は、新設した地域包括医療病棟、急性期一般入院料2、地域包括ケア病棟2が増加し、急性期一般入院料1、4、地域包括ケア病棟1が減少した。(P4)
- 急性期一般入院料1を届け出ている施設約34%が地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟を届け出ている。この割合は急性期一般入院料2～3では約60%、急性期一般入院料4～6では約37%であった。(P5)
- 急性期の機能や総合性を評価する現行の評価には急性期充実体制加算、総合入院体制加算があり、救急搬送件数2,000件以上や全身麻酔手術件数2,000件以上がその要件の一部となっている。DPC制度においても急性期病院の機能を示す指標が用いられており、実績要件として外保連手術指数等が含まれる。(P6、7、10)
- 急性期一般入院料1を算定する医療機関の約9割は、DPC算定病院である。また、DPC特定病院群の約95%、DPC標準病院群の約60%が急性期一般入院料1の病院である。DPC特定病院群の約89%、DPC標準病院群の約20%が急性期充実体制加算・総合入院体制加算のいずれかを届け出ている。(P8、9)
- 20万人未満の二次医療圏では、約8割の医療圏で急性期充実体制加算、総合入院体制加算のいずれも算定していなかった。20万人以上の二次医療圏では、9割以上の医療圏で、急性期充実体制加算又は総合入院体制加算のいずれかを算定している病院があった。(P11)

(救急搬送・全身麻酔手術に着目した指標の分析)

- 各二次医療圏に所属する医療機関が受けた救急搬送件数の総数は、年間約5100件/10万人であった。(P13)
- 全国の病院のうち、年間救急搬送受入件数2000件以上の病院は約17%であり、その2倍の年間4000件を受け入れている病院は約7%であった。(DPCデータと、病床機能報告による救急搬送受入件数が突合可能であった6051病院を対象に分析。)(P14)
- 人口区分ごとの救急搬送受入件数が一定以上の病院の割合は以下のとおりであった。(P15-17)

人口	医療機関数	2000件以上	4000件以上
20万人未満	1109病院	112(10%)	15(1%)
20万人以上100万人未満	3275病院	555(17%)	249(8%)
100万人以上	1667病院	363(22%)	181(11%)

- 急性期一般入院料 1 算定病院では、許可病床数が多くなると、救急搬送受入件数のより多い病院が存在する傾向があった。医療機関における急性期一般入院料 1 の病床割合が同規模であっても救急搬送受入件数にはばらつきがあった。(P18)
- 急性期一般入院料 1 を届け出ている医療機関において、救急搬送受入件数 4000 件以上の医療機関では、その多くの医療機関において、急性期充実体制加算又は総合入院体制加算を算定していた。(P19)
- 人口 20 万人未満の 161 医療圏のうち、各医療圏の最大救急搬送受入病院が 2000 件以上である医療圏は 91、1200 件以上である医療圏は 127 であった。(P20)
- 救急搬送で診療した患者のうち、平日・土日を問わず、夜間・深夜に診療した割合は、急性期一般入院料 1 で高かった。(P21)
- 急性期一般入院料 1 の算定病院において、深夜の救急搬送受入割合は 10～30%が多く、それ以上に深夜に受け入れている病院もある一方で、全く受け入れていない病院も見られるなど、ばらつきが見られた。(P22)
- 全国の病院のうち、年間の全身麻酔手術件数 500 件以上の病院は約 23%であった。(DPC データと、病床機能報告による救急搬送受入件数が突合可能であった 6051 病院を対象に分析。)(P23)
- 医療機関における急性期一般入院料 1 の病床割合が同規模であっても全身麻酔手術件数にはばらつきがあった。こども病院では、急性期一般入院料 1 の病床割合が低いが、手術件数の多い病院が存在した。(P24)
- 各都道府県において、大学病院本院以外の全身麻酔手術件数が最大の病院について、秋田県を除く全ての病院で、全身麻酔手術件数が 2000 件を超えていた。(P25)
- 急性期一般入院料 1 を算定している病院において、救急搬送受入件数が多くなるほど、全身麻酔手術件数が多くなる傾向にあった。(P26)
- 全身麻酔手術件数と急性期充実体制加算の対象手術件数の分布を見ると、救急搬送件数 500 件以上の病院と比較して、救急搬送受入 500 件未満の病院においては、全身麻酔手術は実施しているものの急性期充実体制加算の対象手術がわずかである病院が多くみられた。(P27-29)
- 同程度の手術実施症例件数の病院であっても、手術あたりの外保連手術指数にはばらつきがあり、手術実施症例が一定以上の病院であっても、外保連手術指数が低い病院もある。(P30、31)

(地域シェア率に着目した分析)

- 人口規模の小さな二次医療圏では、救急搬送件数自体は大規模な医療圏にある医療機関と比較して多くないものの、地域の救急搬送の多くをカバーしてい

る医療機関があった。これらの医療機関では急性期充実体制や総合入院体制加算は算定されていなかった。(P33、34)

- 各二次医療圏における最大救急搬送件数受入のある病院について、救急搬送件数と地域シェア率の分布を見ると、ほぼ全ての20万人未満医療圏において、当該病院が地域の救急搬送の1/4以上をカバーしていた。(P35)
- 各二次医療圏における最大救急搬送件数受入のある病院について、救急搬送件数と地域シェア率の分布を見ると、救急搬送件数がそれほど多くない病院であっても、地域の救急搬送の半数以上をカバーする病院があり、こうした病院は、加算で評価されていない病院も多い。(P36)

(離島、こども病院など特殊な類型における急性期の機能の分析)

- 有人離島からなる二次医療圏における病院では、その他の医療圏と比較して、救急搬送受入件数が少なく、年間3000件を超えるような病院はなかった。(P38)
- こども病院では、救急搬送受入件数と全身麻酔手術件数の分布について、同じ救急搬送件数を受けている一般病院と比較して、手術件数が多い傾向にあり、急性期充実体制加算の対象となる手術も一定程度実施されていた。また、こども病院で救急搬送の地域シェア率が1/4を超えるような医療機関はなかった。(P39-41)

② 分析結果に関する主な意見

(急性期の病院の機能について)

- 病院単位の機能に着目した指標として何が適切か考えていく必要がある。
- 急性期の機能として、「新たな地域医療構想のとりまとめ」の「急性期拠点」の機能を想定して指標をみているが、具体的にどの程度の病院を想定しているかのすりあわせが必要。二次医療圏に1つあるようなイメージなのか。
- 急性期充実体制加算も総合入院体制加算も届け出ておらず、DPC標準病院群として基礎係数がついているのはどのような病院なのか調査してはどうか。
- 救急搬送4000台以上あれば、多くの病院が加算をとっているというデータだと思うが、逆に加算をとっていない医療機関の状況を調査してはどうか。
- 急性期の指標として、夜間深夜の救急受入を評価したほうが良いのではないのか。夜間の受入をしていない急性期一般入院料1の病院における宿日直許可の状況を調査してはどうか。

(二次医療圏ごとの評価について)

- 二次医療圏の人口と救急搬送受入件数、全身麻酔手術、という三軸の指標であり、それらの関係性を分かりやすく示すことが必要。
- 人口規模が小さい医療圏では、シェア率のような考え方を指標として用いる

ことも考えられるのではないか。

- シェア率は、どの範囲で検討するかに注意が必要ではないか。二次医療圏が中心になると思うが、医療計画の中で5疾病・6事業に関しては、必ずしも二次医療圏と一致しない圏域をつくっても良いことになっており、そうした別圏域も考慮したうえで考えていく必要があるのではないか。
- 救急等については、二次医療圏とは別に圏域を設定している場合があり、人口規模、重症患者の搬送など地域の特性に応じた視点が必要ではないか。
- シェア率を考える場合は、近接地域からの流入に留意したうえで議論すべきであり、指標においては流入をどのように取り扱っているか明確にすべきではないか。流入を含めたシェア率は高いが当該地域におけるシェア率は低いといったことがありえる。
- シェア率は、二次医療圏の再編によって大きく変わるため、一つの目安にはなるが、評価に使用するには難しい点もあるのではないか。
- 集約化すべき部分もあると思うため、小さな医療圏なら基準が甘くてよいという考え方にならないよう、注意して指標を検討する必要がある。
- 人口規模 20 万人未満でも過疎地とは言えないところもあり、地域の実情に応じた検討が必要ではないか。
- 都市部と過疎地域で使うべき指標やその評価は異なるのではないか。

(特殊な病院について)

- こども病院は産科も備えており、母胎が入院ないし搬送後にそのまま児のケアを行うので、救急搬送は少ない。総合入院体制加算や急性期充実体制加算は取れず、急性期一般入院料 1 でもないと思うが、実態としてその分野の急性期病院としての役割は果たしており、こうした病院の評価の指標は別に考えるべきではないか。
- 新たな地域医療構想のとりまとめにおいて、アクセスに留意する、という書き方がなされているので、離島だけでなく半島など、アクセスの悪い地域全般について考慮すべきではないか。

③ 今後の分析について

- これまで示された救急搬送件数や地域シェア率、手術件数等の急性期機能に関する評価指標について、それぞれの指標やその組み合わせの区分ごとに、どの程度の医療機関が該当の急性期機能を果たしているか、人口の少ない医療圏等に着目しながら分析してはどうか。

2. 高齢者の入院に関する指標について

(1) 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟について

① 分析結果

(地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟の届出状況について)

- 2024 年 9 月の DPC データの様式 3 における各入院料の届出状況について、地域包括医療病棟 67 施設、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料はのべ 2,783 施設であり、いずれも約 3 分の 2 が同じ医療機関で急性期一般入院料も届け出ている。(P43)
- 地域包括医療病棟を算定する施設における急性期一般入院料を算定する病棟、地域包括ケア病棟の併設状況は、いずれもなしが 5 施設、急性期一般入院料が 44 施設、地域包括ケア病棟又は入院医療管理料を算定する病棟が併設されているのが 50 施設、両方が併設されている病棟が 32 施設であった。(P44)

(地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟の患者像)

- 各入院料を算定する病棟における年齢階級別分布を比較すると、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では急性期一般入院料 4～6 と比較して 70 歳以上の高齢者の割合が多く、地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の年齢分布には大きな差はなかった。(P46)
- 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では急性期一般入院料 4～6 と比較して要支援～要介護のいずれの区分の割合も多かった。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟では、要介護度の分布に大きな差はなかった。(P47)
- 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では急性期一般入院料 4～6 と比較して認知症を有する患者の割合が多かった。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟では、要介護度の分布に大きな差はなかった。(P48)
- 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では急性期一般入院料 4～6 と比較して認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa（認知症による症状のため、介護を必要とする）以上の患者の割合が多かった。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟では大きな差はなかった。(P49)
- 地域包括医療病棟では、急性期一般 4～6 と比較して、医師による診察（処置、判断含む）の頻度・必要性が高い患者の割合が多く、急性期一般 2～3 と類似の分布であった。地域包括ケア病棟では、医師による診察（処置、判断含む）の頻度・必要性はこれらの病棟より少ない患者の割合が多かった。一方、看護師による直接の看護提供は、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟において、急性期一般 4～6 と比較して頻回に必要とする患者の割合が多かった。(P50)

(地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟の医療資源投入量)

- 地域包括医療病棟における入院患者数の上位 30 疾患（D P C 6 桁名称による）は、上位から順にその他の感染症（真菌を除く。）、肺炎等、誤嚥性肺炎、体液量減少症、股関節・大腿近位の骨折、腎臓又は尿路の感染症、胸椎・腰椎以下骨折損傷、小腸大腸の良性疾患、脳梗塞、体温異常等であった。（P 52）
- 地域包括ケア病棟における入院患者数の上位 30 疾患（D P C 6 桁名称による）は、上位から順に白内障・水晶体の疾患、胸椎・腰椎以下骨折損傷、肺炎等、股関節・大腿近位の骨折、心不全、小腸大腸の良性疾患、誤嚥性肺炎、腎臓又は尿路の感染症、体液量減少症等であった。（P 53）
- 地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の入院患者数上位 30 疾患を比較すると、多くが一致していた。両病棟とも、上位 30 疾患の入院患者数が、期間中の全入院患者数の 60%程度を占めていた。また、上位 50 疾患では 80%程度を占めていた。（P 54）
- 地域包括医療病棟において、一定以上の患者数がある疾患について包括内の診療行為等を出来高換算した場合の点数を調べると、5000 点を超える疾患は 28 疾患あり、点数順に誤嚥性肺炎、股関節・大腿近位の骨折、脳梗塞、肺炎等、間質性肺炎等で、患者数が多い疾患が多く含まれていた。「請求点数／包括される点数の出来高換算点数」の比は、股関節・大腿近位の骨折、胸椎・腰椎以下圧迫骨折、椎間板変性・ヘルニア、前立腺肥大症等、脊柱管狭窄症、筋拘縮・萎縮（その他）等では 10 を超えていた。肺炎等、外科系の手術や処置等を行わない疾患では、これらの疾患と比較して比が小さい傾向にあった。（P 55、56）
- 地域包括ケア病棟における、患者数が上位 50 位までの疾患の「請求点数／包括される点数の出来高換算点数」の比は、地域包括医療病棟と比較してばらつきが少なかった。（P 57、58）
- 地域包括ケア病棟における、1 日あたり請求点数と 1 日あたり包括される点数の出来高換算点数の散布図をみると、多くの疾患が 1 カ所に集中しており、概ね入院基本料＋包括内の出来高点数と請求点数が一致していた。一方、白内障、鼠径ヘルニア、小腸大腸の良性疾患といった短期滞在手術等基本料 3 の対象となっている疾患においては、短期滞在手術等基本料 3 を算定した場合と比較してもその請求点数が高かった。（P 59、60）

② 分析結果に関する主な意見

（地域包括医療病棟の届出状況について）

- 地域包括医療病棟が、どのような病棟から転棟されたかや、急性期一般や地域包括ケア病棟以外の病棟との併設の状況も踏まえて、指標の分析をしたほうが良いのではないかと。

（地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟の患者像について）

- 地域包括ケア病棟と地域包括医療病棟について、救急搬送の割合や、救急搬送から直接入棟した患者と転棟の患者に分けた分析が必要ではないか。
- 同じ 10 対 1 看護配置である急性期一般入院料 2 ～ 6 と比較し年齢層や介護度が高い患者が入棟しているのは一定程度目的に沿った使われ方がされていると思うが、これらの患者に対する A D L の向上などのアウトカム指標の分析を行い、実際にこの病棟で目指していた治療が提供できているか確認すべきではないか。
- 多疾患併存の患者に対する評価指標を検討すべきではないか。

(地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟の医療資源投入量について)

- 地域包括医療病棟において、外科系の請求点数は高いというデータについて、外科系というのは手術という手技料が当然必要な他、手術室の設備や手術のための人的配置も必要で、それなりにコストがかかるということを考えると、ある程度は必要なコストと考えるべきではないか。
- D P C 対象病院の地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料 3 の対象となる手術を行い、地域包括ケア病棟入院料プラス手術点数を取ると、短期滞在手術等基本料 3 より点数が高いため、D P C 対象病院ではそうした患者を地域包括ケア病棟でみていると思われる。

③ 今後の分析について

- 患者像・アウトカム指標・医療資源投入量について、地域包括医療病棟と 10 対 1 看護配置の病棟の比較を行ってはどうか。
- 地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟の患者像や医療資源投入量について、当該医療機関における併設病棟の状況や、病院全体の救急受入割合、直接入棟した患者の割合等を考慮した分析を行ってはどうか。

(2) 高齢者の在院日数と関連する要因について

① 分析結果

(在院日数と関連する要因について)

- 地域包括ケア病棟に 1 日以上入院した患者について、総在院日数(入院料を問わず、その医療機関における入院～退院までの日数)を比較すると、救急搬送による入院がそれ以外の入院より長かった。地域包括ケア病棟在棟日数(地域包括ケア病棟入院料を算定した日数)は、他病棟からの転棟に比べ、地域包括ケア病棟へ直接入棟した群でやや長く、地域包括ケア病棟へ直接入棟した患者のみを対象に救急搬送の有無で地域包括ケア病棟の在院日数を比較すると差はなかった。(いずれも、短期滞在手術等基本料 3 の対象となる入院を除いて集計)(P 62)
- 年齢階層ごとに総在院日数、地域包括ケア病棟在院日数を分析すると、高齢

になるほど在院日数は長くなる傾向であった。救急搬送された群では、同年代で比較して総在院日数が長くなる傾向にあったが、地域包括ケア病棟では、転棟群と直接入棟した群で、救急搬送の有無による在棟日数の傾向は異なっており、直接入棟群ではむしろ救急搬送群において在院日数が短い傾向であった。(P63)

- ADLスコアが低いほど、またB項目点数が高いほど、退院までの総在院日数や地域包括ケア病棟の在棟日数は長くなる傾向であった。(P64)

(在院日数と関連する因子同士の相関について)

- 年齢階層毎のADL、入院初日のB項目点数の分布をみると、高齢であるほどADLスコアが低く、B項目点数は高かった。(P65)
- B項目は看護師による療養の世話の手間を測定する観点から導入されており、ADL、要介護認定における認定調査項目を比較すると、重複する項目が多い。(P66)
- ADLスコアとB項目点数には相関がみられるが、ADLスコアが0点の患者におけるB項目点数にはばらつきがあり、「危険行動」や「指示が通じる」項目、「介助の実施」の有無による評価の違いの影響が考えられる。(P67)

② 分析結果に関する主な意見

- 地域包括ケア病棟で、直接入棟した群において救急搬送がそれ以外と比較して在院日数が短いのは、救急患者の場合は受入時に「診療可能な患者」を見極めていたため、結果的にかかりつけで入院が必要になる患者よりも、軽症の患者が多いのではないか。
- 地域包括ケア病棟では、救急搬送ではなく、直接入棟を指標としたらどうか。
- 在院日数は、年齢や入院時B項目の影響を強く受けている。アウトカムの評価指標として何が適切かは難しい課題である。
- ADLの指標として、B項目、Barthel Index、日常生活機能評価、FIM等、職種や場面によって複数あり、職種によって評価結果が異なることもあるので、多職種協働における共通認識の評価として、患者ケアや退院支援に役立つADL指標を整備してくべきではないか。
- B項目が高く要介護度が高い場合には、ADLの変化を問題とせず、別なカテゴリーとして評価してはどうか。

③ 今後の分析について

- 在院日数について、地域包括ケア病棟以外の病棟の傾向を確認してはどうか。
- ADLスコアやB項目点数の入退院時の変化、在院日数との関係等について、年齢層、救急搬送や直接入棟の状況、疾病毎に応じた分析を行ってはどうか。

3. 重症度、医療・看護必要度について

(1) 特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度等について

① 分析結果

- 令和6年度診療報酬改定においては、高度急性期・急性期入院医療を要する患者の適切な評価にむけて、S O F Aスコアが一定以上の患者の割合を特定集中治療室の患者指標に導入したほか、「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」の項目及び該当基準について見直しが図られた。(P 69～71)
- 「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」において、「シリンジポンプの管理」の配点は1点となっているが、他に1点の配点となっている項目がなく、該当基準は「2点以上」となっているため、該当基準としては活用されていない。(P 70)
- 日本集中治療医学会による「ICU 入退室指針(2023年11月24日)」において掲げられている「提供する治療・ケアの因子」においては、「人工臓器サポートや心血管作動薬などの薬剤持続投与を行わない動脈圧、中心静脈圧のモニタリング患者等については、中間ユニットで管理することも考慮する」とされている。一方、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」において、「動脈圧測定(動脈ライン)」「中心静脈圧測定(中心静脈ライン)」の配点は2点となっており、単にこれらを単独で実施しているのみであっても、基準を満たすこととなる。(P 70、74)
- 特定集中治療室(I C U)・ハイケアユニット(H C U)の入室患者の傷病名のうち上位を占める急性心筋梗塞後の患者では、致死性不整脈の管理が重要であり、電氣的除細動の実施や、必要に応じた抗不整脈薬の投与が診療ガイドライン等で推奨されている。また、病態に応じて、一時的ペーシングが必要となる場合がある。(P 75～77)

② 分析結果に関する主な意見

- 急性冠症候群の治療後や心停止蘇生後の患者は、人工呼吸器の管理等を要さない場合であっても、I C UやH C Uにおいて厳格な不整脈のモニタリングを要する場合があるが、このような患者は、現行の評価体系では「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」で該当する項目がない。
- 致死性不整脈等のリスクに備えた管理は、I C UやH C Uの重要な役割の一つであることを踏まえて、「蘇生術の施行」「電氣的除細動」「抗不整脈薬の投与」「一時的ペーシング」等の処置について、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」での位置づけを検討してはどうか。

③ 今後の分析

- 「動脈圧測定（動脈ライン）」「中心静脈圧測定（中心静脈ライン）」の実施状況について、「シリンジポンプの管理」の実施状況とともに、さらに分析を進めてはどうか。
- 「蘇生術の施行」「電氣的除細動」「抗不整脈薬の投与」「一時的ペーシング」等の実施状況について、さらに分析を進めてはどうか。

(2) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等について

① 分析結果

(必要度Ⅰ・Ⅱについて)

- 令和6年11月1日時点では、必要度Ⅱを届け出ている施設は、急性期一般入院料1は99.0%、急性期一般入院料2-3は78.3%、急性期一般入院料4-6では41.0%であり、令和4年11月1日時点より増加していた。(P81)
- 令和6年度改定における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、急性期一般入院料1は割合①と割合②が設定された。重重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合は急性期一般入院料2-3においてのみ令和4年よりも6年の割合が高かったが、Ⅰ・Ⅱとも、その他の入院料については令和6年の割合は低下していた。(P82~84)
- 急性期一般入院基本料、地域包括医療病棟、地域ケア病棟における必要度該当状況について、急性期一般入院料1は、2~6と比較し、基準1~3に該当する割合及びA得点2点以上の割合が高く、B得点3点以上の割合は低かった。地域包括医療病棟は、急性期一般入院料と比較し、B得点3点以上に該当する割合が高く、70%を超えていた。必要度基準該当割合は、基準が同一である急性期一般入院料2~6と比較して高かった。基準2及び3に該当する割合は、いずれも急性期一般入院料と比較して少なかった。(P85)

(B項目について)

- 入院初日にB得点が3点以上である割合は、特定機能病院や急性期一般入院料1で低く、急性期一般入院料2~6や地域一般入院料1、地域包括医療病棟で高かった。また入院初日にB得点が3点以上である割合は、地域包括医療病棟では66%、脳卒中ケアユニット(SCU)では76%と高い割合を占めていた。(P88)
- 入院初日にB得点が3点以上である割合は、特定機能病院、急性期一般入院料、地域一般入院料1において全体的に下がっていた(データ取得時期の季節変動に留意する必要)。地域包括医療病棟では入院初日にB得点が3点以上である割合が68%であり、令和6年では最も高い割合であった。(P89)
- 急性期一般入院料2~6、地域包括医療病棟における入院時と退院時のB得

点を要介護度別にみると、いずれの時点でも要介護度との高い相関がみられ、特に要介護４～５においては、入院時から退院時にかけてＢ得点の変化がほとんどみられなかった。（Ｐ９０～９１）

- 令和６年度診療報酬改定では、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に見直しを行った。Ｂ項目は基準から除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていることが要件となった。（Ｐ９２）

（内科系疾患におけるＡ項目・Ｃ項目について）

- 急性期一般入院料１において、外科系症例（Ｃ項目Ｃ１５～２０、Ｃ２３のいずれかに入院中該当した症例）と比較し、内科系症例（それ以外の症例）では、Ａ得点２点以上、３点以上となる該当割合はいずれも低かった。急性期一般入院料２～６、地域包括ケア病棟のＡ得点１点以上においても同じ結果であった。（Ｐ９８、１００、１０２）
- 内科症例の中でも、肺炎等、尿路感染症、その他の感染症（いずれもＤＰＣ６桁名称）においては、急性期一般入院料１～６において、Ａ項目の基準該当割合が内科症例全体に比較して低かった。一方、地域包括ケア病棟におけるＡ得点１点以上の割合は内科症例全体よりも高かった。（Ｐ１０３～１０５）
- 急性期一般入院料１～６のいずれにおいても、内科症例のほうが外科症例と比較してＢ得点３点以上の割合は高かった。また、感染症の症例において、内科症例と比較してＢ得点３点以上の割合はさらに高かった。（Ｐ９９、１０１、１０６）
- 急性期一般入院料１の病棟において、入院からの日数とＡ得点の状況を分析すると、入院２日目以降、Ａ点数１点以上～５点以上のいずれにおいても、外科症例（※）のほうが内科症例に比べて割合が高かった。（※以降の分析では、手術に係るＫコードを入院中に算定した症例を外科症例と定義した。）地域包括医療病棟でも同様の傾向であった。（Ｐ１０７、１１０）
- 急性期一般入院料１の病棟における内科症例で割合が高いＡ項目の下位項目は、Ａ２呼吸ケア、Ａ６_６免疫抑制剤、Ａ７緊急入院等であった。一方、地域包括医療病棟における内科症例で割合が高いのはＡ２呼吸ケア、Ａ７緊急入院であった。Ａ２呼吸ケアは、その差が急性期一般入院料１の病棟と比べて大きかった。Ａ６_６免疫抑制剤は、急性期一般入院料に比べ、全体的な使用頻度が少なく、外科系症例との差が目立たなくなっていた。（Ｐ１０８、１１１）
- 検査や画像診断に係る包括内の出来高換算点数が一定以上である割合をみると、急性期一般入院料１の病棟と地域包括医療病棟のいずれにおいても、入院４日目以降、検査について内科症例がわずかに高くなる傾向であり、入院９日目からは再び外科系症例の該当割合が高くなっていた。画像検査については、入院２日目以降、概ね一貫して外科系症例における該当割合が高かった。（Ｐ１０９、１１２）

- 外科症例と内科症例で、救急搬送や緊急入院の割合を比較すると、いずれも内科症例で高かった。85 歳以上の高齢者ではその傾向がより顕著であり、内科症例の 9 割程度が緊急入院であった。(P113)
- 急性期一般入院料、地域包括医療病棟における 85 歳以上の入院患者数上位 20 位疾患（D P C 6 桁、14 桁コードのそれぞれ）について、上位疾患の多くは緊急入院率が 90%を超えており、その多くが内科疾患であった。ほとんどの疾患は全年齢における入院患者数上位疾患と一致していた。(P114~116)
- 内科系症例が外科系症例と比べて重症度、医療・看護必要度の A 項目を満たしにくいことについて、受け入れが求められる内科症例の重症度を適切に評価するための指標の案をいくつか挙げ、各案のメリットや考えられる懸念について議論した。(P117)

② 分析結果に関する主な意見

(必要度Ⅰ・Ⅱについて)

- 重症度、医療・必要度ⅠとⅡの該当割合に差がなくなって移行しやすくなっており、今後、ⅠとⅡの評価対象の診療行為を整理していくべきではないか。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価の負担が低く、Ⅰが依然として負担が高いという資料が必要ではないか。

(B 項目について)

- 重症度、医療・看護必要度の B 項目の扱いについて、基準から除外された急性期一般入院料 1 の B 項目の測定については、現場の負担を考慮して、見直しが必要ではないか。
- 測定の負担については、令和 2 年度に「根拠となる記録」を不要とする見直しが行われており、必要度Ⅱの使用も進んできて、負担は少なくなっているのではないか。データにおいて未入力に限られた割合にとどまっており、必ずしも負担といえるかの評価や、さらなる負担軽減策の検討を行うという考え方もあるのではないか。
- 高齢者を看る負担を B 項目以外では評価できないと考えられ、B 項目に代わるものがない限り、B 項目が必要ではないか。
- B 項目の意義について考えるうえで、A 項目が高い場合、B 項目も高いが、B 項目が高ければ A 項目が高いわけではなく、どのような場合にどう関係があるのか等、データを出して議論すべきではないか。
- B 項目というのは、入院時の A D L そのものであって、重症度、つまり医療による日々の変化をとらえるのは A / C 項目で十分なのではないか。一方で、看護・介護の必要性には A D L の要素は極めて重要なので、重症度、医療・看護必要度と切り離して、そういったものを評価する指標があっても良いのでは

ないか。

- 同じ疾患名、治療行為を行う患者であっても、ADLによって実際の患者像は非常に多様であり、これを反映しているのがB項目であり、配置等の参考やアウトカムの評価になりうる指標ではないか。
- B項目が必要である理由として、重症度、医療・看護必要度は、入院患者の「重症度、医療・看護必要度を把握し、適正な職員の配置数の実現を目指し、看護の必要性及び看護の量（療養上の世話）を測る指標」としての位置づけもあり、施設基準通知への明記されていることが挙げられた。これに係る活用例として、人員配置、入退院支援、転倒・転落判断等の病棟マネジメント指標としての活用が可能であり、回復期の転院可否の予測因子としての活用、転倒リスク予測因子としての活用が可能である。（参考：P93～95）
- SCUではB得点3点以上の割合が多く、これはSCU退室直後の急性期の病棟においても連続的に評価されるべきではないか。
- 日々のデータが蓄積されることが日々の評価や分析につながる。国際的にみても、患者像を表すデータなくして患者像の評価はできないのではないか。令和2年度の診療報酬改定で「できるADL」と「しているADL」が区別され、より正確な評価となった。患者像が複雑化していくなかで、重症度、医療・看護必要度A・B・C項目全体で患者像を表現できると考えられ、必要なケアを評価していくためのリアルワールドデータとしてB項目の有用性があるのではないか。

（内科系症例におけるA・C項目について）

- 内科系症例は重症度、医療・看護必要度が付きにくいことは明らか。
- 内科、外科ではそもそも診療の負担の観点が異なる。内科では診断プロセスの比重が高く、外科は治療そのものの比重が高い。ただ、診断プロセスの評価指標として検査を評価すると、検査費用の増加を招きかねない。ステロイドパルスの実施や免疫抑制剤の使用機会も増えており、免疫抑制剤の増点はあり得るのではないか。
- 誤嚥性肺炎や尿路感染症が中心となっていると、必要度IIの15%を達成するのが困難であり、高齢者救急を担う地域包括医療病棟の基準を検討すべきではないか。
- 抗菌薬はA項目で一切評価されないもので、感染症の患者は重症度、医療・看護必要度が付きにくい。圧倒的に救急搬送、緊急入院の割合が高いため、この部分の評価を増やすことで、感染症患者も評価されやすくなるのではないか。
- 重症度、医療・看護必要度はC項目の比重が高く、地域包括医療病棟にそのまま使うことが適切か。
- 以前はA得点が低くなくても、B項目の点数で手間を評価できていた。分析されている通り、内科ではB項目の点数が高くなっており、内科系診療の手間

は、A・C項目で測れるのであればよいが、難しければ、ある程度急性期にふさわしい患者像であることを入院時に絞ったうえで、B項目が活用できるのではないか。

- これまでの議論の中で、C項目から処置や手術も外科でできるようなものは外してきている。高齢者は外来で頻回の検査等を行うのが難しいので、入院でそういったことを行うケースもある。高齢者の入院に着目した評価があっても良いのではないか。

③ 今後の分析

- 内科症例が重症度、医療・看護必要度で評価されにくいことについて、指標が変わった場合のシミュレーションを行ってはどうか。
- 重症度、医療・看護必要度B項目については、高齢者の入院を評価する指標としての更なる有用性について、測定の負担等も含めた上でさらに検討してはどうか。