診療情報・指標等作業グループからの最終報告について

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、これまで5回にわたり議論を行っており（令和7年7月3日の検討状況の報告以降、7月29日、8月26日に議論を実施）、これまでの議論について下記のとおりとりまとめる。

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。
- 20万人未満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。
- 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。
- 拠点的な機能をどう整備するかという話にもつながるため、総合入院体制加算と急性期充実体制加算を合わせて整理したり、両加算で異なる実績要件について統一してはどうかという意見があった。
- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算について、人口が少ない地域の要件緩和等が必要ではないか、その際、圏域の設定として、人口の少ない地域をどのように線引きするか検討が必要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

- 新設された地域包括医療病棟について、高齢者の救急入院を担う観点から、疾患別、予定入院・緊急入院別、手術の有無別の医療資源投入量の分析や、在院日数やADL等のアウトカム指標の分析を行い、高齢者の入院医療を評価する指標について検討を行った。
- 内科系疾患は包括される包括内の出来高点数が相対的に高く、請求点数には反映されにくい傾向にあった。内科系疾患は救急搬送からの入院や緊急入院の割合が高く、手術を行わない緊急入院はその他と比べ医療資源投入量が高かった。
- 在院日数は高齢、転院転棟を除く直接入院、入院初日のADLが低い、入院初日のB項目点数が高い等の場合に長い傾向にあった。

- さらに、地域包括ケア病棟を含む包括期の入院医療を担う病棟において、高齢者救急の受入の他に、在宅医療や施設等の後方支援を担う観点から、こうした機能に関する指標についての検討を行った。
- 包括期の入院医療を担う病院の機能を表現しうる指標の候補として、救急搬送の受入以外に、協力医療機関である場合等に算定できる加算等の後方支援の実施状況や、当該病棟への自宅等からの直接の入院等があげられた。それぞれの項目について、各病棟における算定回数や件数にはばらつきがみられた。

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や地域包括医療病棟等で高かった。
- B項目は要介護度と相関する傾向がみられ、入院や手術から4～7日後には点数の変化が少なくなる傾向があった。A項目が±2点以上の場合には、同じ方向に点数が動く患者の割合が増えていたが、術後早期については、A項目の変化とは逆方向の変化を示す患者も多かった。
- B項目の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。
- B項目の術後7日目以降の変化や、内科系症例での入院4日目以降の変化が安定していることを踏まえ、測定間隔の緩和を検討してはどうかという意見があった。
- 内科系症例では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、重症度、医療・看護必要度がつきにくいことは明らかであるとの指摘があった。
- また、抗菌薬はA項目で評価されないので、感染症の患者は重症度、医療・看護必要度がつきにくい一方、圧倒的に救急搬送、緊急入院の割合が高いので、この部分の評価を増やすことで、感染症患者等も評価されやすくなるのではないかとの意見があった。

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) (P4～P11)

- 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。
- 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。
- 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1,200件以上等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。
- 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。
- 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。

(救急搬送・全身麻酔手術に着目した指標の分析) (P13～P31)

- 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。
- 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。)
- 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。

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。

- 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。
- 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。
- 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。)
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

(地域シェア率に着目した分析) (P33～P36)

- 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。
- 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。
- 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。

(総合入院体制加算・急性期充実体制加算の実績に関する分析) (P38~P50)

- 総合入院体制加算・急性期充実体制加算を届け出ている病院の多くは、救急搬送件数 2000 件、全身麻酔手術件数 1200 件以上であったが、各加算区分によって、実績要件の満たす割合や、総合的な診療体制は異なっており、総合入院体制加算 1 届出病院では概ね全ての手術等の実績や診療体制を満たしている一方、総合入院体制加算 3 等では各実績要件を満たしている病院の割合が低かった。
- 実績要件を満たす割合が低い病院でも、各加算届出病院では、6~7 の診療科を標榜しており、総合的な診療体制を有していた。
- 総合的な診療体制については、精神科の入院提供体制を満たす割合が低い傾向にあった。
- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算では、実績要件における心臓血管外科手術の対象 K コードと実績件数が異なっており、総合入院体制加算の対象手術には人工心臓を使用する冠動脈、大動脈バイパス手術等が入っていない一方、手術実績は総合入院体制加算が 40 件/年、急性期充実体制加算が 100 件/年となっている。
- 常勤の心臓血管外科医が 1~2 人の病院では、急性期充実体制加算の対象となる心臓血管外科手術の中央値が 0 件/年とほとんどの施設で実施されておらず、第 3 四分位点も 40 件/年となる一方、心臓血管外科医が 3~5 人の病院では、急性期充実体制加算の対象となる心臓血管外科手術は第 1 四分位点でも 55 件/年実施されている。

(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) (P52~P55)

- 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。
- 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。

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との意見があった。
- 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ではないかとの指摘があった。

- 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かと意見があった。

(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との意見があった。
- 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と意見があった。
- 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と意見があった。
- 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、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ため、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と意見があった。
- 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と指摘があった。
- 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との意見があった。
- 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意見があった。

(総合入院体制加算・急性期充実体制加算の実績について)

- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算に救急 2000 件や手術 1200 件といった区分があり、特に人口の少ない地域では、総合入院体制加算の 2、3 を取ることで、地域の中で急性期医療をしっかりと支えていけるため、こういった基準があることに意味があるのではないかと意見があった。
- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算で、心臓血管外科手術の対象の手術が異なっていることや、腹腔鏡下手術は両方の加算の対象となっている一方、胸腔鏡下手術は総合入院体制加算の対象となっていないことについて、あえて分ける必要はないのではないかと意見があった。
- 心臓血管手術だけではなく、異常分娩 50 件と正常分娩 100 件の違いについても、異常分娩を 50 件実施しているところは、通常、正常分娩も 100 件実施しているとの意見があった。
- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算はもともとは異なる加算であるが、新たな地域医療構想における医療機関機能を踏まえ、両加算を併せて 1～5 に振り分ける・整備する検討も必要ではないかと意見があった。

- 全身麻酔手術で必ずしも医療資源投入量が高いとは言えないものや、脊椎麻酔である程度点数の高いものもあるのではないかと意見があった。
- 人口が少ない地域での評価については、既存の類型の中での条件緩和あるいは別類型をつくるなどが必要ではないかと意見があった。
- 人口が少ない地域の圏域の設定として、どこで線引きするか、二次医療圏・三次医療圏の圏域を超えて患者が集まる場合の配慮や、地域の中に1つだけの病院か、複数の病院かといった観点も重要ではないかと意見があった。
- 実績要件を緩和する場合には、緊急・救急対応が必要か、医療従事者の集約化が必要か、という観点があるのではないかと意見があった。
- 化学療法も、集約化が必要な化学療法と、アクセスのよいところに必要な化学療法があるのではないかと意見があった。

(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と意見があった。
- 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と意見があった。

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)(P56~58)

- 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。
- 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。

(包括期の入院医療を担う病院の機能に関する指標について)(P59~63)

- 高齢者救急や在宅医療等の後方支援を担う観点から、指標の候補として、救急搬送受入件数、下り搬送等受入件数、当該病棟への直接の入院や緊急入院、在宅患者緊急入院診療加算や協力対象施設入所者入院加算の算定回数、介護保険施設等連携往診加算の算定回数等があげられた。
- 各指標候補の算定回数や件数は、施設によってばらつきがあり、一定程度の幅で分布していた。
- 地域包括ケア病棟における自宅からの入院の割合や緊急入院の割合は、急性期病棟の有無や施設により大きくばらついていた。

(地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟の患者像について)(P64~69)

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

(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)(P70~81)

- 地域包括医療病棟における入院患者数の上位30疾患(DPC6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。
- 地域包括ケア病棟における入院患者数の上位30疾患(DPC6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、体液料減少症等であった。

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 患者ごとの包括内出来高実績点数は、中央値 610.7 点、四分位範囲 640 点程度で患者による差が生じていた。予定/緊急入院と、手術の有無により群分けして分布をみると、緊急入院で手術を受けない患者 (725 点)、緊急入院で手術を受ける患者 (595 点)、予定入院で手術を受けない患者 (458 点)、予定入院で手術を受ける患者 (369 点) の順に包括内出来高実績点数が高かった (括弧内は中央値)。
- 施設毎に手術に係るKコードの実施率には差があり、実施率が 50%を超える 12 施設では、それ以外の施設に比べて1人あたり請求点数が高かった。

② 分析結果に関する主な意見

(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)

(包括期の入院医療を担う病院の機能に関する指標について)

- 病院の機能に関する指標を検討する際は、他の病棟との併設の状況も踏まえて、分析や解釈をしたほうが良いのではないかと意見があった。

- 機能の指標は、原則として操作されないものが良いと考えるが、あまり厳しいと基準では満たせるところがなくなるため、過剰な救急搬送や緊急入院については別の尺度で抑制的に評価していくことも考えられるのではないかとの意見があった。
- 救急搬送受入件数については、高齢者救急を受けるという観点から、年齢で重み付けした評価も考えられるのではないか。また、下り搬送については、救急患者連携搬送料の普及は十分とは言えず、下り搬送の定義を同じにするのかどうか等、指標として利用する際には検討課題になるのではないかとの指摘があった。

(地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟の患者像について)

- 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運用が想定されるが、これらの患者に対する ADL 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との意見があった。
- 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との意見があった。

(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ける外科系の請求点数は高いというデータについて、外科系は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コストがかかるため、ある程度は必要なコストと考えるべきではないかとの意見があった。
- DPC 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、DPC 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との意見があった。
- 地域包括医療病棟で救急を含む全ての患者を一律の点数でみるのは無理があるため、何らかの指標を用いて区分するという考え方は妥当ではないかとの意見があった。
- 予定/緊急入院や手術の有無により医療資源投入量に差があることについて、包括期は退院に向けた訓練等も行う機能を有しており、中長期の入院期間内に病名が変わることもあるため、DPC に準じて疾患毎に評価を細分化することはなじまず、今回のように区分することはよいのではないか。また、他の区分の組合せによる指標についても検討する必要があるのではないかとの指摘があった。

(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) (P82~85)

- 地域包括ケア病棟においては、救急搬送による入院の場合、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)が長かった。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、直接入棟した群で転院転棟群より長く、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)
- 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。
- 入院初日のADLスコアが低いほど、また入院初日の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。

(在院日数と関連する因子同士の相関について) (P86~88)

- 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。
- 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。
- 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た。

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」を見極めているため、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との指摘があった。
- 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との意見があった。
- 在院日数は、年齢や入院時B項目の影響を強く受けており、アウトカムの評価の適切な指標について多角的に検討する必要があるのではないかとの意見があった。

- 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との意見があった。

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（P89～P102）

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、SOFAS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。
- 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。
- 特定集中治療室（ICU）・ハイケアユニット（HCU）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。
- 現行の「特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度」では、基準に該当する患者割合の要件は7割又は8割である一方で、実際に基準を満たす患者は、全体の約92%であった。該当患者割合が最も高い項目は「動脈圧測定」の約84%であり、最も低い項目は「肺動脈圧測定」の約6%であった。
- 特定集中治療室管理料の算定患者のうち、「蘇生術の施行（電氣的除細動を含む）」に該当する患者割合は約5%、「抗不整脈剤の使用」は約12%、「一時的ペーシング」は約1%であった。
- 現行の「ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度」の基準に該当する患者割合の要件は、基準①で1割5分、基準②で6割5分又は8割である一方で、実際に基準①を満たす患者は概ね3割程度であり、基準②を満たす患者は概ね9割程度であった。
- ハイケアユニット入院医療管理料の算定患者のうち、「抗不整脈剤の使用」に該当する患者割合は約4～6%、「一時的ペーシング」に該当する患者割合は約0.1～0.3%であった。

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、ICUやHCU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との意見があった。
- 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（電氣的除細動を含む）」「抗不整脈剤の使用」「一時的ペーシング」等について、「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との意見があった。
- 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「動脈圧測定」「中心静脈圧測定」は、中間ユニットがない医療機関においては集中治療室で行うことがあるのではないかと意見があった。
- 「特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度」「ハイケアユニット用 重症度、医療・看護必要度」の基準は、該当する患者や施設の割合を踏まえて検討するべきではないかと意見があった。

(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) (P104~110)

- 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。
- 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。
- 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。

(B項目について)(P112~135)

- 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。
- 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。
- 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相関する傾向にあり、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。
- 重症度、医療・看護必要度の記録については、入院・外来医療等における実態調査(病棟看護管理者票)で約3割が課題なしと回答していた。一方、「職員研修に手間がかかる」「必要度の記録により時間外勤務が発生している」もそれぞれ約3割、2割弱が回答していた。「看護職員による記録忘れが多い」、「看護必要度に関する職員研修に手間がかかる」は必要度Iで割合が高かった。
- B得点の平均は、入院後日数が経つにつれ、患者数の減少とともに緩やかに上昇していた。平均値も同様の推移であった。B得点の前日との差分の平均は、入院3日目頃からわずかに改善し、7日目頃から前日との差分が0点近く安定した推移になっていた。
- B得点の前日との差分を各日100%積み上げ棒グラフで表すと、全経過にわたり、前日と同じB得点(差分0点)の患者が最も多く、入院5日目頃から前日との差分が0点の患者が約7割で安定していた。
- 入院料毎にB得点の推移をみると、包括期の病棟になるにつれ、初日のB得点が高くなるが、推移はどの病棟も類似していた。
- B得点の前日からの変化の平均の推移を、要介護度と初日のB得点の組合せごとに分析すると、要介護度によらず、初日のB得点によってその後の推移は概ね一定のパターンを示し、入院4日目頃からは、概ね0点で推移していた。予定入院と緊急入院で比較すると、入院7日目以降に前日との差分が概ね0点で推移する点は共通しているが、予定入院でのみ、入院4~7日目頃にB点数が改善する期間がみられた。
- 手術を起点にB得点を観察すると、手術日にB得点が大きく変化し、術後7日目以降、概ね安定した推移となっていた。
- 重症度、医療・看護必要度が7日後に±1点以内でほぼ変わらない患者の割合を、C項目手術非実施症例(内科系症例を多く含む)は入院からの日数、C

項目手術実施症例は手術からの日数に応じて経時的に観察したところ、対象手術の非実施症例は、入院1日目から7日後にB得点が変わらない患者の割合が約6割であり、入院7日目頃までにゆるやかに上昇し、7日目には約7割であった。一方、対象手術の実施症例（外科系症例）では、術後4日目頃まで7日後とB点数が変わらない患者の割合は6割を切っており、術直後はB得点の変化が大きいと考えられた。その後7日後とB得点が変わらない患者の割合は増加し、7日目頃には対象手術非実施症例と同様約7割となった。

- A項目の変化とB項目の変化の関係をみると、入院や手術後早期では、A項目が不変でもB項目が変化しない割合は5～6割とそれ以降に比べて少なく、手術後6日目までは、A項目の変化とB項目の変化の方向が一致しない症例が多かった。入院や手術後一定の期間を経過した後は、A項目が変化しなければB項目は前日から変化しない割合が7割を超えており、A項目が2点以上変化した場合に、B項目が同じ方向に変化する患者の割合が多かった。

(内科系症例におけるA項目・C項目について) (P137～164)

- 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。
- 内科系症例の中でも、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系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系症例全体よりも高かった。
- 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、外科系症例（※）のほうが内科系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系症例と定義した。）地域包括医療病棟でも同様の傾向であった。
- 急性期一般入院料1の病棟における内科系症例で割合が高い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系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。
- 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、検査について内科系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。
- 外科系症例と内科系症例で、救急搬送や緊急入院の割合を比較すると、いずれも内科系症例で高かった。85歳以上の高齢者ではその傾向がより顕著であり、内科系症例の9割程度が緊急入院であった。
 - 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（DPC6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、その多くが内科系疾患であった。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。
 - 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系症例の重症度を適切に評価するための指標の案を以下のようにいくつか挙げ、各案のメリットや考えられる懸念について議論した。
 - ・A項目の「緊急に入院を必要とする状態」の評価日数を改めて5日間とする。
 - ・病床あたり緊急入院受入件数を直接的に評価し、一定の基準を超える場合に、当該病棟の全ての入院患者のA項目に1点加点した上で、重症度該当割合の基準を見直す。
 - ・各病棟への病床あたりの「緊急入院件数（救急搬送を含む）」と、「救急搬送のうち入院しなかった件数を（例えば病棟毎の緊急入院件数に応じて）各病棟に按分した数」を合算し、当該件数に一定の係数をかけた数値を、当該病棟における重症度該当割合に加えることで、該当割合を底上げする。
 - 1床あたり外来救急搬送件数と救急医療管理加算の算定数が多いほど、外科系症例と比較して内科系症例をより多く受けいれている病院の割合が高い傾向が見られた。

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・看護必要度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との意見があった。

(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、見直しも検討するのではないかという意見があった。
- 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という意見もあるため、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という意見があった。

- 現場からの意見として、B項目については測定の負担というより、急性期看護や高齢者ケアの手間がきちんと反映されるような指標へ見直し、指標に基づく評価がなされるような検討を求める声や、評価しやすさの観点で、毎日の評価は不要なのではないかという意見の紹介があった。
- 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やケアにかかる手間は非常に多様であり、これを反映するのがB項目であり、「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」として施設基準通知へ明記されていて、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という意見があった。関連して、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事例が紹介された。（参考：P118～120）
- 患者像を表すデータは国際的に利用されており、本邦でも令和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、より正確に患者像を示す正確な評価となったことを踏まえ、B項目は、複雑化する患者像をA・B・C項目全体で表現し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有用性があるのではないかと意見があった。
- A項目とB項目がパラレルに変化しない部分については、B項目は実際の介助の実施の有無を評価に用いているため、安静度が低い間は点数が低い傾向にあったり、処置が減った少し後に点数が改善してきたりといった動きがありえるためではないかという指摘があった。
- 測定が必要なタイミングとして、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との意見や、B項目が変動する入院や手術直後をあげる意見があった。
- 測定を簡略化するタイミングとして、B項目は入院や手術から一定期間で安定しており、指標としての測定の頻度については検討の余地があるのではないかという意見があった。また、B項目が元から介護度を反映して高い場合、一定の点数から改善することは考えにくいため、例えば元のADLで基準の3点を超えている場合は測定しないといった工夫を考えていってよいのではないかという意見があった。
- 一方で、日によって測定する、しないという管理は煩雑で混乱を生じるのではないかという意見もあった。
- 重症度、医療・看護必要度は累次の改定で急性期度合いを表す指標として議論されてきたが、その中でB項目は、要介護度と関連し、包括期、慢性期の病棟のほうが高い点数になるという意味で異質であり、現在のB項目は、元からの介護度と疾病による影響の両者を見ているのではないかと指摘があった。一方で、看護師の忙しさと関連する実態はあると考えられ、患者の重症度、医療・看護必要度としてより、看護・介護度のように、異なる観点の指標として独立するという考え方もあるのではないかという意見があった。

(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であるとの指摘があった。
- 内科、外科ではそもそも診療の負担の観点が異なっており、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との指摘があった。ただし、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ため、留意すべきとの意見があった。また、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との意見があった。
- 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との意見があった。
- 抗菌薬はA項目で評価されないため、感染症の患者は重症度、医療・看護必要度が付きにくい。一方、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との意見があった。
- 内科系ではB項目の点数が高いことから、以前の基準ではA得点が低くなくても、B項目の点数で療養の世話の手間を評価できていた。内科系診療の手間をA・C項目で測ることが難しければ、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との意見があった。
- A・C項目の追加項目を追加した場合のシミュレーションについて、B項目を評価することの影響を併せて分析することによって、より正確な評価ができるのではないかとの意見があった。
- これまでの議論の中で、C項目から処置や手術も外来でできるようなものは外してきたが、高齢者は外来で頻回の検査等を行うのが難しいことから、入院でそうした診療を行うケースもあるため、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との意見があった。
- 同じ疾患でも手術する、しないといった違いがあるため、内科系・外科系は手術したものとしらないものといった区別をしないと、実際に評価していくときに切り分けが難しくなるのではないかとの意見があった。
- 内科学会からの提案については、重症度に提案の項目を入れたからといって、当該項目として入った処置や検査等を不用意に実施するという医療機関は少ない提案ではないかと考えられるが、外来主体か、入院主体か、入院にふさわしいものなのか、といった分析はしておく必要があるのではないかとの意見があった。