

## 5. 入院（その9）について

中医協 総 - 5
5 . 1 2 . 2 2

## 入院(その9)

1

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

次のテーマは「入院（その9）について」でございます。事務局より資料が提出されておりますので、説明をお願いいたします。

### ○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、医療課長でございます。それでは、入院（その9）につきまして、中医協資料「総一5」を用いまして、ご説明をさせていただきたいと思っております。

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について
2. 特定集中治療室用及び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
3. DPC/PDPSにおける医療機関別係数について
4. 療養病棟入院基本料の医療区分について
5. 参考資料

2

2 ページ目に本日の目次がございます。1 から 5 までございまして、

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度、それから、  
2 が、特定集中治療室用、いわゆる ICU およびハイケアユニット用、HCU 用の重症度、医療・看護必要度  
3 が、DPC/PDPS における医療機関別係数について  
4 が、療養病棟入院基本料の医療区分について  
5 は参考資料

という項目立てとさせていただいているところでございます。

それぞれ、これまでのご議論の中で、私ども、このような入院料の改定を行うという内容をお示ししてきたところでございますけれども、それを用いまして、どのようなシミュレーションなりができるかということをお示しするものでございます。また、お諮りするものでございます。

説明

1. 一般病棟用の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

※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	C	手術等の医学的状況	0点	1点	
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	-	15	開頭手術(13日間)	なし	あり	
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	-	16	開胸手術(12日間)	なし	あり	
3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	-	17	開腹手術(7日間)	なし	あり	
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-	18	骨の手術(11日間)	なし	あり	
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり	19	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり	
6	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(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、 ⑩ドレーナの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	-	あり	20	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(5日間)	なし	あり	
	7	I: 救急搬送後の入院(5日間) II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	-	あり	21	(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
			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
			なし	-	あり	23	別に定める手術(6日間)(例: 眼窩内異物除去術)	なし	あり

対象入院料		基準		
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準①	A得点が2点以上かつB得点が3点以上		
	基準②	A得点が3点以上		
	基準③	C得点が1点以上		

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		-	-

それでは、1つ目。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、ご説明をさせていただきますと思います。

3 ページ目が現行の重症度、医療・看護必要度の概要でございます。

### 重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 重症度、医療看護必要度の評価項目の見直しに伴い、施設基準を右のとおり見直します。

	現行※	
	必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料 1	31%	29%
急性期一般入院料 2	28% (26%)	26% (24%)
急性期一般入院料 3	25% (23%)	23% (21%)
急性期一般入院料 4	22% (20%)	20% (18%)
急性期一般入院料 5	20%	18%
急性期一般入院料 6	18%	15%
7対1入院基本料 (特定)	-	28%
7対1入院基本料 (結核)	11%	9%
7対1入院基本料 (専門)	30%	28%
看護必要度加算 1 (特定、専門)	22%	20%
看護必要度加算 2 (特定、専門)	20%	18%
看護必要度加算 3 (特定、専門)	18%	15%
総合入院体制加算 1・2	35%	33%
総合入院体制加算 3	32%	30%
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	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	14%	11%

※ カッコ内は許可病床数200床未満の経過措置

		改定後	
		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%	<b>28%</b>
	許可病床200床未満	<b>28%</b>	<b>25%</b>
急性期一般入院料 2	許可病床200床以上	<b>27%</b>	<b>24%</b>
	許可病床200床未満	<b>25%</b>	<b>22%</b>
急性期一般入院料 3	許可病床200床以上	<b>24%</b>	<b>21%</b>
	許可病床200床未満	<b>22%</b>	<b>19%</b>
急性期一般入院料 4	許可病床200床以上	<b>20%</b>	<b>17%</b>
	許可病床200床未満	<b>18%</b>	<b>15%</b>
急性期一般入院料 5		<b>17%</b>	<b>14%</b>
7対1入院基本料 (特定)		-	28%
7対1入院基本料 (結核)		<b>10%</b>	<b>8%</b>
7対1入院基本料 (専門)		30%	28%
看護必要度加算 1 (特定、専門)		22%	20%
看護必要度加算 2 (特定、専門)		20%	18%
看護必要度加算 3 (特定、専門)		18%	15%
総合入院体制加算 1・2		<b>33%</b>	<b>30%</b>
総合入院体制加算 3		<b>30%</b>	<b>27%</b>
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		<b>5%</b>	<b>4%</b>
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7		<b>12%</b>	<b>8%</b>

【経過措置】  
令和4年3月31日時点で施設基準の届出あり  
⇒ **令和4年9月30日**  
**まで**基準を満たしているものとする。

そして、4 ページ目が、令和4年度改定における見直しでございます。

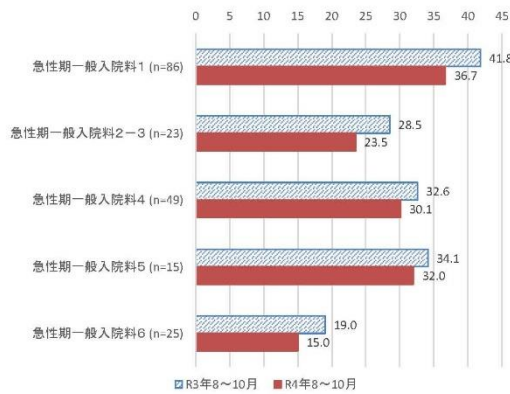
一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較 (R3/R4)

診調組 入-1  
5 . 6 . 8

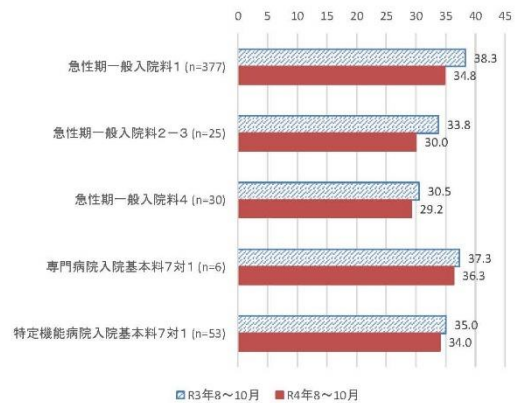
- 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約5%、急性期一般入院料4で約3%低下していた。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約4%、急性期一般入院料4で約1%低下していた。

R3, R4いずれも回答した施設における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (平均)

(重症度、医療・看護必要度Ⅰ)



(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

5

5ページでございますけれども、こちら該当患者さんの割合をお示ししてございます。

## 急性期入院医療についての論点

中医協 総-2  
5. 1. 1. 8

### 【論点】

#### (急性期医療の現状を踏まえた対応について)

- 医療従事者の人材確保が今後より困難となることが予想される中、増大する高齢者の急性期医療のニーズに効率的に対応し、適切な医療資源を投入しながら高齢患者等のADLを維持する取組を推進するための入院医療に対する評価の在り方についてどのように考えるか。

#### (急性期一般入院基本料の施設基準について)

- 7対1病棟においても高齢患者の割合が増加する中で、医療機関間の機能分化による効率的な医療の提供を推進する観点から、急性期一般入院基本料の施設基準に関する以下の点についてどのように考えるか。

##### [一般病棟用の重症度、医療・看護必要度]

- ・ 「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の評価日数
- ・ 「注射薬剤3種類以上の管理」の対象薬剤及び評価日数
- ・ 「呼吸ケア」及び「創傷処置」における必要度Ⅰ及びⅡの違い並びに「創傷処置」における「重度褥瘡処置」の扱い
- ・ 入院で投与される割合にばらつきがあることを踏まえた「抗悪性腫瘍剤の使用」等の対象薬剤
- ・ 7対1病棟におけるB項目の取扱い
- ・ 直近における入院での実施率及び入院から手術実施までの日数を踏まえたC項目の対象手術等及び評価日数
- ・ 短期滞在手術等基本料の対象となる手術等を実施する患者の取扱い
- ・ 必要度Ⅱの届出施設の増加等を踏まえた必要度Ⅱの届出を要件とする範囲

##### [平均在院日数]

- ・ 急性期一般入院料Ⅰにおける平均在院日数の基準の短縮化

#### (その他の急性期入院医療の実績及び体制に基づく評価について)

- 急性期充実体制加算の届出医療機関においては、多くがそれまで総合入院体制加算の届出を行っていたこと等を踏まえ、地域における総合的な入院医療の提供体制を確保する観点から、急性期充実体制加算を届け出ている医療機関の体制の評価についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関のうち許可病床数が300床未満の医療機関の状況を踏まえ、許可病床数が300床以上の医療機関に適用されるものと300床未満の医療機関に適用されるものの両者が存在する現行の急性期充実体制加算の施設基準についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関は化学療法の実施件数が多いが、外来での実施割合には医療機関間でばらつきがあることを踏まえ、急性期充実体制加算における化学療法に係る実績要件についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関における心臓胸部大血管手術の実績の取扱いについてどのように考えるか。

6

6 ページ目は、11月8日にお示ししました論点でございます。

前回（11月8日）の議論における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等に関する主な意見

（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について）

- 「抗悪性腫瘍剤の使用」や「昇圧剤の使用」、「抗不整脈薬の使用」などの項目は急性期医療を評価する項目としてふさわしいため、これらを実施する患者が基準に該当するよう、得点を3点とすることも考えられるのではないかと。
- 誤嚥性肺炎や尿路感染症の患者では、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の項目の影響により入院6日目に該当患者割合が急激に落ちており、患者の状態に応じた評価を行う観点からすれば、適切な指標ではないのではないかと。
- 「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の取扱いを変更するに当たっては、変更としてどのような形があるのか提示されたい。
- 「注射薬剤3種類以上の管理」については、急性期の病態を適切に評価する観点から、評価日数に上限を設けるとともに、「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」の成分の薬剤などを対象薬剤から除外すべきではないかと。
- 「創傷処置」や「呼吸ケア」の項目については、「重度褥瘡処置」の除外や、必要度Ⅱの基準への統一化を行うべきではないかと。
- 「抗悪性腫瘍剤の使用」等の対象薬剤については、適切な外来化学療法を推進する観点から、入院で使用される割合が低い薬剤を評価の対象から除外すべきではないかと。
- 7対1病棟における基準からB項目を削除した場合、A得点2点の患者が評価されなくなってしまうが、A得点2点の患者に対しても、専門的な治療や処置が行われているため、何らか評価できる仕組みとすべきではないかと。
- 7対1病棟における評価基準をA項目及びC項目のみとする場合においても、B項目の測定は引き続き重要。
- C項目の対象手術及び評価日数については、直近のデータを踏まえて見直しを行うべき。
- 短期滞在手術等基本料の対象となる手術等を実施する患者についても、評価対象とすべき。
- 評価項目の見直しを含めたシミュレーションを行うべき。

（一般病棟用の平均在院日数について）

- 急性期一般入院料1の病棟のうち90%以上の平均在院日数が基準より2日以上短かったことや、急性期一般入院料1の病棟のうち平均在院日数の長い群は、提供される医療の内容や患者の状態が急性期一般入院料2や4の病棟と大きな差がないことを踏まえ、機能分化の推進の観点から、急性期一般入院料1における平均在院日数の基準を短縮化すべき。
- 急性期一般入院料1の平均在院日数の基準を短縮化したとしても、医療機関は新たな基準に合わせた対応を行うと考えられるが、それがよいことなのか考えるべきではないかと。

7

7ページ目でございますけれども、こうした論点につきまして当日にいただいた主なご意見をまとめたものでございます。

一番上の丸でございますけれども、「抗悪性腫瘍剤の使用」や「昇圧剤の使用」、「抗不整脈薬の使用」などの項目についてはA評価を2点から3点に変更すべきではないかなど。

中段にはございますけれども、7対1病棟における基準からB項目を削除した場合には、A得点2点の患者に対する評価がなくなってしまうが、A得点2点の患者の割合も確認すべきではないかと。

また、1つ目の括弧の一番下の丸でございます。

評価項目の見直しを含めたシミュレーションを行うべき。こういったご意見をいただきました。



### 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等に関する主な意見①

中医協 総-2  
5. 11. 8

#### <中医協総会>

- 急性期一般病棟における必要度の該当患者割合の低下について、心電図モニターの項目が削除されたことに加え、該当患者割合の基準を引き下げた影響も考えられる一方で、急性期の病床が過剰である可能性もあるため、背景の詳細な分析が必要ではないか。
- 75歳以上の誤嚥性肺炎や尿路感染症などを急性期一般入院料1の病棟で対応することが妥当なのかについて、十分な検討が必要ではないか。これらに対しては救急搬送後に専門的な治療や処置があまり行われていないことも考慮し、機能分化を促進するためにも、どのような制度設計がありうるのか議論が必要ではないか。
- 該当患者割合が上昇している「注射薬剤3種類以上の管理」について、どのような薬剤がどのように使用されているのか詳細な分析が必要ではないか。

#### <入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>

- 評価方法については、必要度Ⅱへの早期の移行を推進すべきではないか。
- 急性期医療を必要とする患者に対する医療・看護を適切に評価する観点から、「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」については、日数の短縮化や、5日間の中でも入院後日数によって重みづけすることが考えられるのではないか。
- 急性期医療における重点的な医療・看護を評価する観点及び早期の経口摂取開始の取組を推進する観点から、「注射薬剤3種類以上の管理」の対象薬剤や上限日数とともに、初期を重点的に評価することについて検討すべきではないか。
- 評価負担の軽減や評価基準の平準化のため、「呼吸ケア」や「創傷処置」の項目については、評価基準を必要度Ⅱに統一すべきではないか。
- 急性期医療におけるケアを適切に評価する観点から、「創傷処置」に該当する診療行為から重度褥瘡処置の実施は削除すべきではないか。

8

### 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度等に関する主な意見②

中医協 総-2  
5. 11. 8

#### <入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>（続き）

- 外来での実施率が高い化学療法について外来での実施を推進する観点から、「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」及び「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について必要な見直しを行うべきではないか。
- 特定機能病院入院基本料や急性期一般入院料1において、基準1（A得点2点以上かつB得点3点以上）のみにより必要度基準に該当する場合は、「専門的な治療・処置」によりA得点2点となっている場合が多いことも踏まえ、こうした患者のうち急性期医療が必要な患者がB項目の状況によらず必要度基準に該当するよう、「専門的な治療・処置」の各項目について重みづけを見直すことが考えられるのではないか。
- B項目は介護業務を評価している性質があり、急性期の医療ニーズに着目した評価体系とする観点からは、7対1病棟の必要度基準においてB項目は適さないのではないか。一方で、B項目を必要度基準に用いない場合においても、ADLの改善状況等の把握のため、測定自体は継続すべきではないか。
- ADLが低下した患者や認知症・せん妄状態の患者等への医療・看護に対する評価のためにB項目を評価基準に残す場合においても、疾病や治療に伴って一時的に低下したADL等の改善等が適切に評価できるよう、項目の追加や評価方法の見直しについて今後検討すべきではないか。
- 急性期医療における評価としては、B項目に基づく状況よりも、ADLが低下しないための取組を評価することが重要ではないか。
- C項目の対象となる手術等については、年度によって入院での実施率にばらつきがある可能性も踏まえ、検討すべきではないか。
- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術の一部について、入院により実施されている割合が医療機関全体における割合よりも病院において高いものがあることから、外来での実施がより促進されるよう必要度の評価対象に加えるべきではないか。

9

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の変更による該当患者割合への影響について

○ これまでの意見を踏まえた個別項目等の見直しによる該当患者割合への影響は以下のとおり。

変更する項目	変更内容	該当患者割合への影響 (急性期一般入院科1～5)	
1-1	A-7:救急搬送後の入院	評価日数を1日とする。	-4.5%
1-2	/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を2日とする。	-3.3%
2-1	A-1:創傷処置	現行の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とするとともに、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。	-0.4%
3-1	A-2:呼吸ケア	現行の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	-0.2%
4-1	A-3:注射薬剤3種類以上の管理	入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とする。	-0.8%
4-2		4-1の上で、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	-1.2%
5-1	A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	入院での使用率が60%未満のものは対象薬剤から除外する。	-0.1%
5-2		5-1の上で、得点を3点とする。	+0.1%
6-1	A-6②:抗悪性腫瘍剤の内服の管理	入院での使用率が70%未満のものは対象薬剤から除外する。	-0.5%
7-1	A-6:専門的な治療・処置	「専門的な治療・処置」のうち「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の得点を3点とする。	+0.9%
8-1	B項目及び該当基準	急性期一般入院科1において、該当基準のうち基準①(A2点以上かつB3点以上)を廃止する。	-7.7%(急1)
9-1	C項目	令和3年度及び4年度の実績に基づき、対象手術を変更する*。	+0.1%
9-2		対象手術における手術実施日から退院日までの日数の実態を踏まえ、評価日数を変更する。	-1.2%
10-1	評価対象者	短期滞在手術等基本料の手術等を実施した患者についても、評価対象とする。	-0.2%

※C項目の対象手術の変更における考え方は以下のとおり。

(1) 以下の全てを満たす手術について、対象に追加。

- ① 令和3年度及び令和4年度のいずれも、入院での実施率が90%以上
- ② 令和3年度及び令和4年度のいずれも、算定回数が10回以上
- ③ 点数が2万円以上
- 注) 令和4年度診療報酬改定で新設された手術については、①及び②は令和4年度において満たしているに満たしているものとする。

(2) 以下の全てを満たす手術について、対象から除外。

- ① 令和3年度及び令和4年度のいずれも、入院での実施率が90%未満
- ② 令和3年度及び令和4年度のいずれも、算定回数が10回以上

出典: DPCデータ(令和5年1月～令和5年3月)

10

10 ページ目でございます。

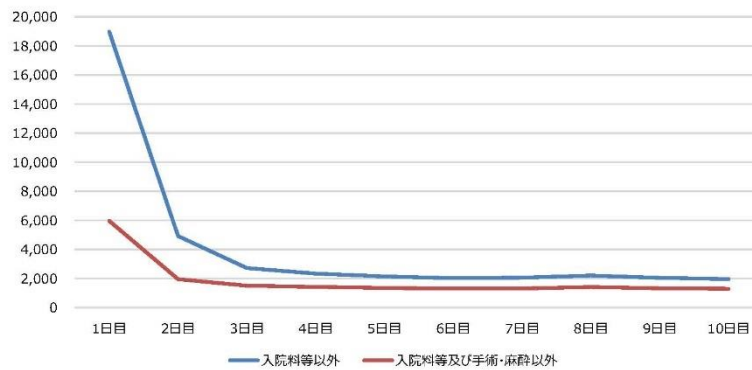
これまでのさまざまなご議論を踏まえまして、一般病棟用の必要度の見直しにつきまして内容を整理したものでございます。

これ、字が細かいものでございますけれども、それぞれの見直しの内容を行いますと、全体として、該当患者さんの割合にどの程度影響があるかということについて、右端の列に記載しているところでございます。

緊急に入院を必要とする患者における入院後日数ごとの医療資源投入量

○ 救急医療管理加算1を算定する患者における医療資源投入量は、入院初日で最も高く、その後3日目にかけて低下し、3日目以降は大きな変化はみられなかった。

救急医療管理加算1を算定する患者における  
入院後日数ごとの医療資源投入量



出典: DPCデータ(令和4年4月~令和5年3月)

11

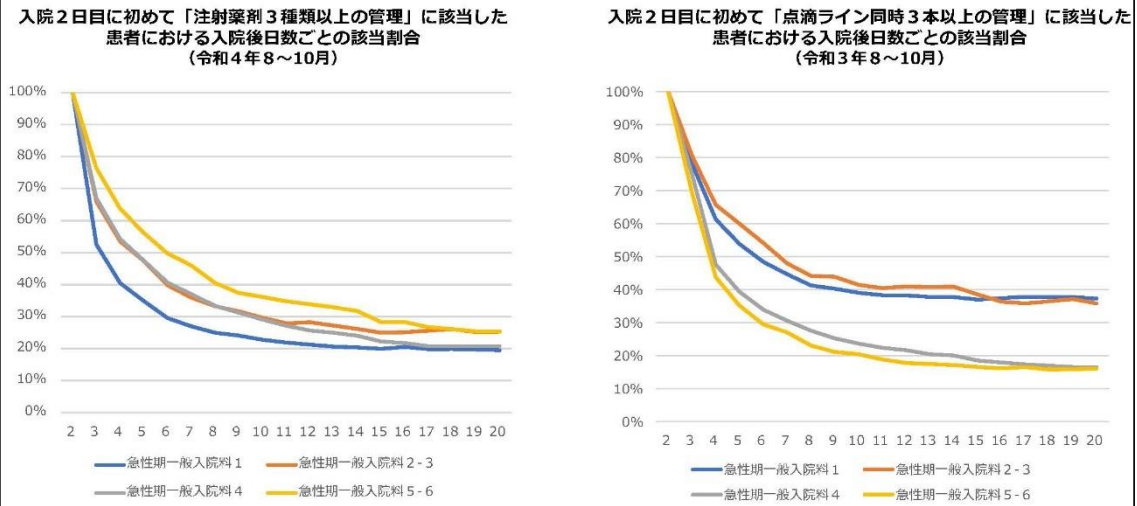
次、11 ページ目から 16 ページ目でございます。

これはこうした個別の見直しの内容につきまして関連する分析結果を参考として掲載しているところでございます。

「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況②

中医協 診-2参考1  
5 . 1 0 . 2 7

○ 急性期一般入院基本料において「注射薬剤3種類以上の管理」に一度該当した患者がその後の入院期間でも該当し続ける割合は、急性期一般入院料1で低い一方で急性期一般入院料5-6で高く、「点滴ライン同時3本以上の管理」と異なる傾向にあった。



出典: DPCデータ(令和3年8月~10月及び令和4年8月~10月)

12

「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況③

中医協 診-2参考1  
5 . 1 0 . 2 7

○ 「注射薬剤3種類以上の管理」に該当する日における注射薬剤の成分は、「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」、胃酸分泌抑制薬、インスリン、抗菌薬が多く、該当日数が長くなると、「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」の割合が上昇し、抗菌薬や抗ウイルス薬などの割合が低下する傾向にあった。

入院中に「注射薬剤3種類以上の管理」に該当し、その後も連続して該当した日において使用されている注射薬剤として多い成分名

該当1日目	該当3日目	該当5日目	該当10日目
1 アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 8.9%	10.4%	11.5%	13.1%
2 アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 6.3%	6.2%	6.0%	5.7%
3 セフトリアキソンナトリウム 4.8%	4.7%	5.0%	5.0%
4 アミノモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤 4.0%	4.6%	4.4%	4.1%
5 トクロピラミド 3.6%	3.8%	3.8%	4.0%
6 インスリン ヒト (遺伝子組換え) 3.6%	3.6%	3.7%	3.6%
7 アミノモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤 3.2%	3.5%	3.4%	3.4%
8 カルバペロムスルホンナトリウム水和物 3.1%	3.2%	3.2%	2.9%
9 カルバペロムスルホンナトリウム水和物 2.9%	3.1%	3.1%	2.6%
10 乳酸ナトリウム 2.8%	2.7%	3.1%	2.7%
11 アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 8.7%	12.0%	13.4%	14.2%
12 アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 7.0%	4.8%	7.0%	7.0%
13 セフトリアキソンナトリウム 4.3%	4.1%	4.4%	4.3%
14 アミノモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤 3.3%	4.1%	3.9%	4.2%
15 アミノモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤 3.3%	3.9%	3.8%	3.4%
16 トクロピラミド 3.3%	3.5%	3.7%	3.2%
17 セフトリアキソンナトリウム水和物 3.1%	3.5%	3.6%	3.1%
18 アミノモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤 3.0%	3.3%	3.6%	3.0%
19 アミノモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤 3.0%	2.8%	2.9%	3.0%
20 カルバペロムスルホンナトリウム水和物 2.8%	2.8%	2.7%	2.6%
21 アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 8.1%	10.1%	11.1%	13.2%
22 アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 5.3%	6.1%	6.6%	7.7%
23 ムデシビル 4.3%	4.7%	4.7%	4.6%
24 注射用水 4.1%	4.6%	4.0%	3.8%
25 アミノモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤 3.9%	4.2%	3.9%	3.3%
26 セフトリアキソンナトリウム・スルバクタムナトリウム 3.8%	4.0%	3.8%	3.3%
27 アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 3.8%	3.9%	3.6%	3.1%
28 セフトリアキソンナトリウム水和物 3.7%	3.9%	3.5%	2.9%
29 セフトリアキソンナトリウム水和物 2.9%	3.2%	3.4%	2.8%
30 アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 2.9%	3.2%	3.4%	2.8%
31 アミノ酸・糖・電解質・ビタミン 2.9%	3.2%	3.4%	2.8%

(参考) 上表のうち静脈薬に関連する注射薬剤として多い成分の品名  
 ○「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」: フルカリック1号輸液、フルカリック2号輸液、フルカリック3号輸液、ネオバン1号輸液、ネオバン2号輸液、パレセフ輸液、ビーフリード輸液、パレプラス輸液、エルネオBANF1号輸液、エルネオBANF2号輸液、ワンバル1号輸液、ワンバル2号輸液  
 ○「アミノモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤」: ビタミン静注用 ○「ムデシビル」: イントラリボス輸液10%、イントラリボス輸液20%  
 ○「アミノモノホスフェイトジスルフィド・B6・B12配合剤」: ジアイナックス注射液、ナイロシン注、ネオラミン-スリービー液(静注用)、ルルニチカミン注、リメフォー3B注射液、ジアイロ配合静注液

出典: DPCデータ(令和4年8月~10月)

13

急性期一般入院料等における「専門的な治療・処置」の該当患者割合

診調組 入-1  
5 . 8 . 1 0

○ 急性期一般入院料等における重症度、医療・看護必要度の項目のうち「専門的な処置・治療」の該当患者割合は以下のとおり。

		専門的な治療・処置	抗悪性腫瘍剤の使用	抗悪性腫瘍剤の内服の管理	麻薬の使用	麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	放射線治療	免疫抑制剤の管理	昇任剤の使用	抗不整脈剤の使用	抗血栓薬・抗凝固薬の使用	ドレーナの管理	無菌治療室での治療	
令和4年	必要度Ⅰ	急1 (n=302施設)	15.3%	0.6%	0.7%	1.8%	1.1%	0.2%	2.7%	1.8%	0.4%	3.7%	5.8%	0.3%
		急2-3 (n=78施設)	12.7%	0.5%	0.7%	1.2%	1.1%	0.6%	2.7%	1.5%	0.3%	2.6%	4.4%	0.0%
		急4 (n=752施設)	11.0%	0.4%	0.4%	1.4%	0.8%	0.1%	2.3%	1.4%	0.3%	2.3%	4.0%	0.0%
		急5 (n=245施設)	9.4%	0.3%	0.5%	0.9%	0.8%	0.0%	1.9%	1.1%	0.3%	1.8%	3.3%	0.1%
		急6 (n=441施設)	6.8%	0.2%	0.3%	0.7%	0.6%	0.1%	2.0%	0.9%	0.4%	1.4%	1.6%	0.0%
		7対1 特定(n=12施設)	42.0%	7.3%	3.9%	4.1%	7.1%	6.5%	10.8%	1.1%	0.4%	2.5%	11.5%	3.6%
	必要度Ⅱ	急1 (n=1056施設)	20.3%	1.6%	1.6%	2.6%	1.7%	0.9%	4.2%	1.8%	0.4%	3.4%	6.6%	0.9%
		急2-3 (n=90施設)	15.1%	1.0%	1.0%	1.9%	1.1%	0.5%	3.2%	1.6%	0.3%	2.6%	4.6%	0.7%
		急4 (n=332施設)	12.4%	0.7%	0.7%	1.6%	1.0%	0.2%	2.6%	1.4%	0.3%	2.3%	4.0%	0.2%
		急5 (n=47施設)	10.2%	0.3%	0.3%	1.0%	0.7%	0.1%	2.4%	1.1%	0.3%	3.2%	2.2%	0.3%
		急6 (n=58施設)	7.8%	0.3%	0.6%	0.7%	0.6%	0.0%	2.2%	1.1%	0.1%	2.2%	1.6%	0.0%
		7対1 特定(n=84施設)	29.1%	3.3%	2.5%	3.4%	3.0%	3.0%	7.0%	2.2%	0.4%	3.8%	8.9%	2.0%
令和3年	必要度Ⅰ	急1 (n=543施設)	16.5%	0.9%	1.0%	2.1%	0.4%	1.2%	3.3%	1.7%	0.5%	3.2%	6.4%	0.4%
		急2-3 (n=66施設)	12.9%	0.7%	0.6%	1.1%	0.9%	0.9%	2.7%	1.2%	0.4%	2.5%	4.9%	0.1%
		急4 (n=775施設)	11.2%	0.4%	0.4%	1.5%	0.1%	0.9%	2.5%	1.3%	0.4%	1.9%	4.4%	0.1%
		急5 (n=292施設)	9.4%	0.4%	0.5%	1.0%	0.0%	1.0%	2.0%	1.0%	0.4%	1.3%	3.6%	0.1%
		急6 (n=176施設)	8.1%	0.2%	0.4%	0.9%	0.1%	0.8%	1.8%	1.1%	0.3%	1.2%	2.8%	0.1%
		7対1 特定(n=10施設)	43.3%	7.0%	3.6%	4.4%	6.5%	6.1%	11.9%	1.4%	0.3%	3.6%	12.0%	3.6%
	必要度Ⅱ	急1 (n=861施設)	21.6%	1.8%	1.7%	2.7%	1.1%	1.9%	4.5%	1.8%	0.4%	3.7%	7.0%	1.1%
		急2-3 (n=79施設)	16.3%	1.1%	1.0%	2.0%	0.5%	1.3%	3.5%	1.7%	0.4%	2.6%	5.3%	0.7%
		急4 (n=250施設)	12.8%	0.7%	0.7%	1.7%	0.2%	1.1%	2.7%	1.4%	0.4%	2.0%	4.5%	0.1%
		急5 (n=45施設)	9.3%	0.5%	0.4%	1.3%	0.1%	1.3%	2.3%	1.1%	0.4%	1.3%	2.8%	0.0%
		急6 (n=23施設)	9.8%	0.3%	0.9%	1.2%	0.0%	1.2%	1.8%	1.0%	0.2%	1.8%	2.8%	0.0%
		7対1 特定(n=84施設)	29.5%	3.2%	2.5%	3.2%	3.3%	3.0%	7.0%	2.2%	0.4%	4.1%	8.9%	1.9%

出典：DPCデータ(令和3年8月～10月及び令和4年8月～10月分)※各期間中に入院料を変更した医療機関を除く。

14

該当患者割合のシミュレーションに係る対応方針

中医協 総-3  
2 . 1 . 1 5 改

○ 前回の中医協総会の議論を踏まえ、以下の対応方針とした上で、該当患者割合のシミュレーションを行う。

令和元年12月20日中医協総会で提示した条件

- 判定基準より、基準②(B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上)を除外
- A項目より、免疫抑制剤の内服を除外
- **C項目に、入院実施割合が90%以上の手術(○点以上に限る)及び検査を追加**
- **C項目の評価対象日数を、在院日数の○%程度まで上げる**

主なご意見

- 救急の患者を適切に評価するために、救急医療管理加算の対象患者を対象に追加すべきではないか。
- 認知症・せん妄患者の対応については、引き続き重症度、医療・看護必要度の中で評価すべきではないか。
- 内科の重症患者が適切に評価されるよう配慮すべきではないか。
- 新たに評価対象とする手術の点数や、評価日数は、複数のパターンで確認する必要があるのではないか。
- 基準②の除外の影響など、個別の条件が与える影響を、それぞれ確認する必要があるのではないか。

【対応方針】

- 内科の重症患者を含め、救急の患者を適切に評価するため、以下の項目を算定する患者を対象に追加する。
  - ・ A205 救急医療管理加算1及び2
  - ・ B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料
- 認知症・せん妄患者の対応を評価するため、**基準②については評価対象から除外するが、B14・B15は引き続きB項目の評価対象とする。**
- **現行の評価との関係や、在院日数の実態等を踏まえ、新たに評価対象とする手術は2万点以上の手術、評価日数は、在院日数の中央値の5割程度とする。**また、全ての条件を適用した場合の影響とは別に、基準②の見直しによる影響と、新たな救急患者の評価による影響を個別に確認する。

15

### C項目の対象となる手術等の対象日数について

中医協 総-2  
5. 1 1. 8

- C項目については、対象となる各手術等を実施した当日から一定の日数までの期間について、該当ありと評価される。
- 当該一定の日数は対象となる手術の在院日数に基づき設定されているが、対象である各手術には、入院後一定期間が経過してから実施される傾向にある手術が多く存在する。
- C項目の対象となる手術を実施した患者における在院日数と手術実施日から退院までの日数を比較したところ、差がみられた。

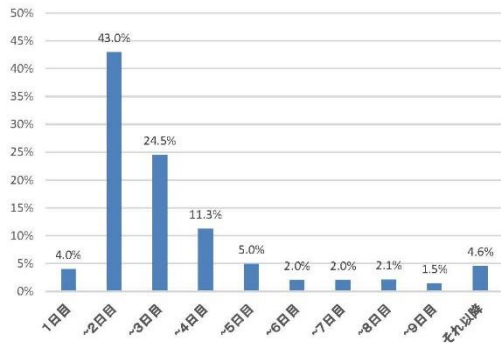
#### 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き(抜粋)

##### C 手術等の医学的状況

##### C項目共通事項

1. コード一覧に掲載されているコードについて、評価日における入力の有無及び当該コードに係る**手術等の実施当日からの日数によって判断**すること。
2. 各選択肢の判断基準に示された**手術等の実施日からの日数については、実施当日を含む日数**であること。

C項目の対象の各手術の実施日(入院後日数、中央値)の分布



C項目の対象となる手術群の在院日数及び手術実施日から退院までの日数

	①	②	③	④	⑤
	現行の対象日数	在院日数 <sup>※</sup>	②の5割の日数(四捨五入)	手術実施日から退院までの日数 <sup>※</sup>	④の5割の日数(四捨五入)
関節手術	13日間	25.7日	13日	21.5日	11日
関節手術	12日間	23.2日	12日	18.1日	9日
関節手術	7日間	14.2日	7日	11.7日	6日
骨の手術	11日間	22.7日	11日	19.8日	10日
関節鏡・関節鏡手術	5日間	9.1日	5日	7.4日	4日
救命等に係る内視鏡的治療	5日間	8.9日	4日	7.1日	4日
別に定める手術	6日間	12.2日	6日	10.0日	5日

※ 各手術における日数の中央値について、算定件数に基づき加重平均したもの。(現行の基準が定められた際の算出方法と同様。)

出典:DPCデータ(令和4年4月~令和5年3月)

16

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合への影響等のシミュレーションについて（案）

○ シミュレーションにおける変更内容の組み合わせは、以下のパターンで実施することとしてはどうか。

変更する項目	変更内容	共通	見直し案1	見直し案2	見直し案3	見直し案4
1-1	A-7:救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態		○		○	
1-2				○		○
2-1	A-1:創傷処置	○				
3-1	A-2:呼吸ケア	○				
4-1	A-3:注射薬剤3種類以上の管理	○				
4-2		○				
5-1	A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	○				
5-2					○	○
6-1	A-6②:抗悪性腫瘍剤の内服の管理	○				
7-1	A-6:専門的な治療・処置	○				
8-1	B項目及び該当基準	○				
9-1	C項目	○				
9-2		○				
10-1	評価対象患者	○				

17

次、17 ページ目でございます。

シミュレーションを行う際に、個別の見直しについて組み合わせで実施するということとなりますけれども、その組み合わせの案につきまして、見直し案、こちら右側に、青いタイトルの所をご覧くださいますと、見直し案1から4までございませぬけれども、お示ししてございまして、

「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の項目について評価日数を1日とするか2日とするか。

また、「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」の項目について評定を2点から3点にするか。

これらの違いを組み合わせた4つのパターンでシミュレーションをして、お示しすることとしてはどうかと考えておるところでございます。

急性期一般入院料1の該当患者割合への影響等のシミュレーションについて（案）

○ 急性期一般入院料1におけるシミュレーションについては、平均在院日数の基準の見直しと組み合わせるとともに、「A得点2点以上かつB3点以上」の基準を用いないことが提案されている一方で「A得点2点以上」を評価する必要性が指摘されていることを踏まえ、見直し後の該当患者割合に加えてA得点2点以上を含めた割合についても、確認してはどうか。

（現行の急性期一般入院料1の基準）

※平均在院日数：18日以内

該当患者割合
以下のいずれかを満たす割合
・基準①：A得点2点以上かつB得点3点以上
・基準②：A得点3点以上
・基準③：C得点1点以上

（シミュレーションにおける確認事項）

平均在院日数	×	該当患者割合	×	A得点2点を含めた割合
<ul style="list-style-type: none"> <li>○日以内の医療機関</li> </ul> <p>※14日、15日、16日又は17日</p>		以下のいずれかを満たす割合 ・基準②：A得点3点以上 ・基準③：C得点1点以上		以下のいずれかを満たす割合 ・基準②：A得点3点以上 ・基準③：C得点1点以上 ・A得点2点

18

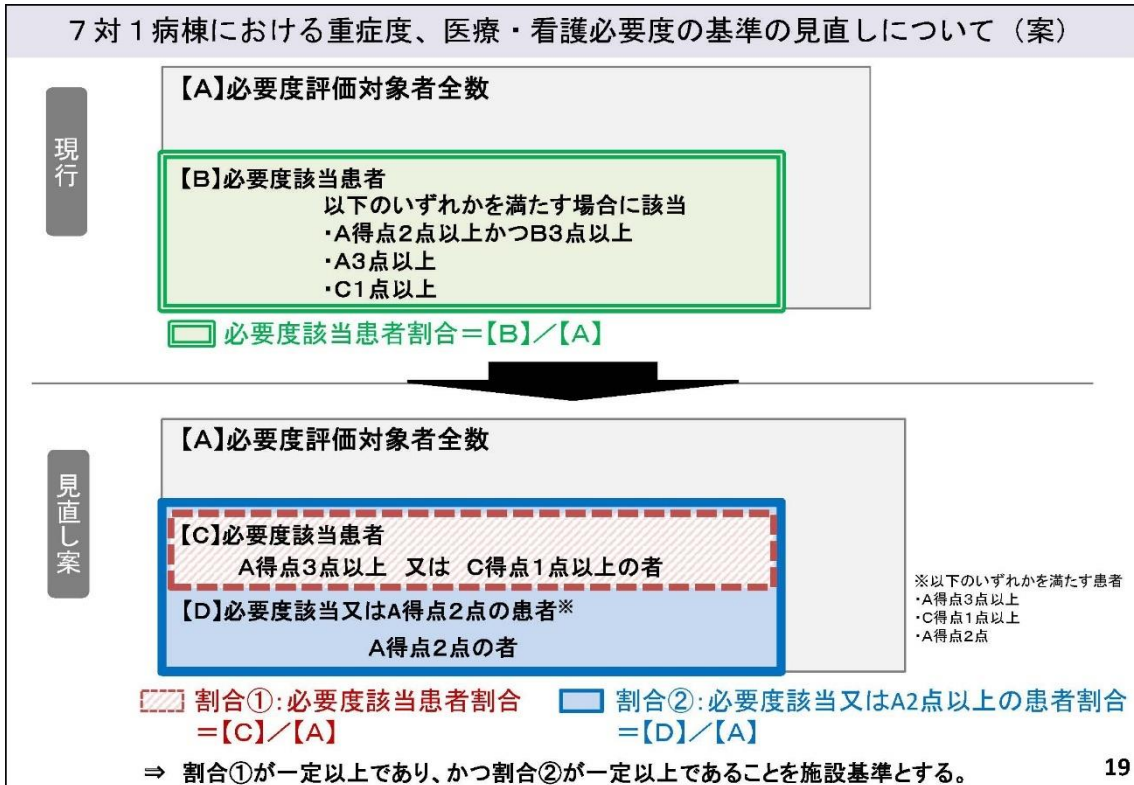
18 ページ目は、急性期一般入院料1に関するシミュレーションについてでございます。

急性期一般入院料1につきましては、平均在院日数のご議論があり、またB得点を用いないようにするという事を受けまして、A2点の患者を評価したらどうかというご指摘も踏まえ、

シミュレーションの際には、こちら、平均在院日数の基準の変更の影響も掛け合わせた上で、

必要度の該当患者さんの割合に加えて、「A得点2点以上」を含めた患者の割合もあわせて確認したらどうかというふうに考えてございます。





19 ページ目でございます。

こちらは必要度基準該当割合と A 2 点の患者を含めた割合の両者を活用する対応案のイメージになります。

必要度該当割合が一定以上であることに加えて、A 2 点の患者も含めた割合も一定以上であること。

こういったことが要件になるのではないかと考えてございます。

1 つ目の項目についてでございます。

こうした方向で、おそらく年明けになると思いますけれども、シミュレーションをお示しするという方向で作業してよろしいかというふうにお諮りするものでございます。

**説明****2. ICU・HCU用の必要度等について**

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について
2. 特定集中治療室用及び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
3. DPC/PDPSにおける医療機関別係数について
4. 療養病棟入院基本料の医療区分について
5. 参考資料

20

次、2つ目。ICU、HCUの必要度でございます。

**特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度に係る評価票**

 診調組 入-1  
5. 8. 10

**【特定集中治療室用】 基準：A得点3点以上**

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 輸液ポンプの管理	なし	あり	—
2 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	—	あり
3 シリンジポンプの管理	なし	あり	—
4 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	—	あり
5 人工呼吸器の装着	なし	—	あり
6 輸血や血液製剤の管理	なし	—	あり
7 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	—	あり
8 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA)	なし	—	あり

**【参考】【一般病棟用】**

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3 注射薬剤3種類以上の管理	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 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(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、 ⑩ドレーナの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
7 I：救急搬送後の入院(5日間) II：救急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

**【ハイケアユニット用】 基準：A得点3点以上かつB得点4点以上**

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5 心電図モニター装着	なし	あり
6 輸液ポンプの管理	なし	あり
7 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8 シリンジポンプの管理	なし	あり
9 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10 人工呼吸器の装着	なし	あり
11 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA)	なし	あり

**【参考】一般病棟用、ハイケアユニット用共通B項目**

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
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	—	—
移乗	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
口腔清潔	自立	要介助	—	実施なし	実施あり
食事摂取	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—	—	—
危険行動	ない	—	ある	—	—
					<b>21</b>

21 ページ目に、こちら現在の評価票を示してございまして、

前回（12月6日）の議論における特定集中治療室用等の重症度、医療・看護必要度等に関する主な意見

（特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度等について）

- S O F Aスコアが患者の転機と相関する一方で、必要度の該当患者割合が90%以上の施設の中でも S O F Aスコアにはばらつきがあることを踏まえ、必要度には反映されない重症患者への対応状況の評価の観点で S O F Aスコアを活用すべきではないか。
- 特定集中治療室に入室後に S O F Aスコアが上昇する患者がいることも踏まえ、入室時の S O F Aスコアについては、現在の必要度項目による評価とどのように組み合わせるのが重要ではないか。

（ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について）

- 「心電図モニターの管理」や「輸液ポンプの管理」の項目を削除するような場合は、現在の該当基準である A 得点の水準についても見直しを検討すべきではないか。
- 評価項目の位置づけについては、重症化率との相関を踏まえた対応をすべきではないか。
- B 項目による評価は、特定集中治療室用と同様に廃止すべきではないか。
- 項目や該当基準の見直しを行う際には、医療機関にどのような影響があるのか丁寧に確認すべきではないか。
- レセプト電算処理システムコードを用いた評価を導入するに当たっては、現在の評価との該当患者割合の差を確認すべきではないか。

22

22 ページ目に前回のご議論における主な意見をご紹介します。

I C U についてでございますが、1 つ目の丸。

重症患者への対応状況の評価の観点で S O F Aスコアを活用すべきではないか。などのご意見をいただきました。

H C U につきましては、「心電図モニターの管理」や「輸液ポンプの管理」の項目を削除する場合には、該当基準の水準も見直しを検討すべきではないか。

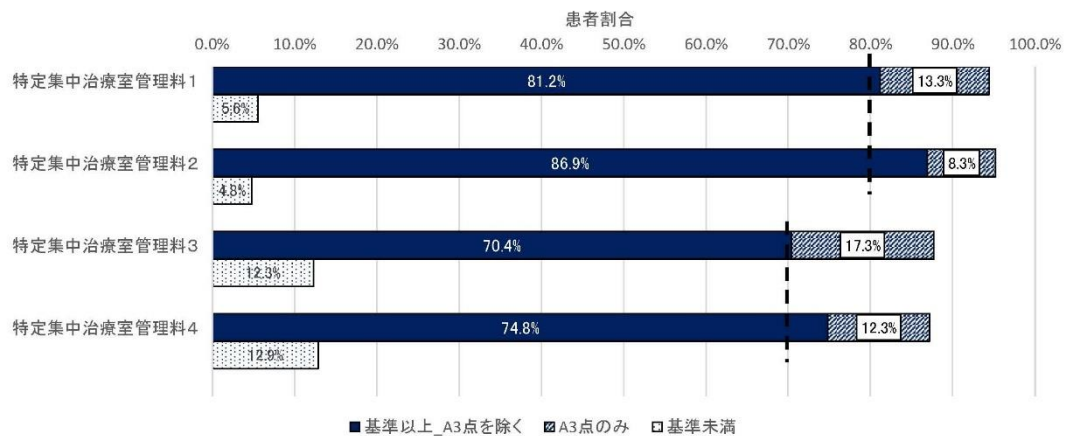
B 項目による評価は廃止すべきではないか。などのご意見があったところがございます。

### 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度 I

診調組 入-1  
5. 8. 10

○ 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度 I について、いずれの入院料においても、多くの患者が基準を満たしていた。

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度



※ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準

特定集中治療室管理料1・2 **8割以上**(重症度、医療・看護必要度 I) 7割以上(重症度、医療・看護必要度 II)

特定集中治療室管理料3・4 **7割以上**(重症度、医療・看護必要度 I) 6割以上(重症度、医療・看護必要度 II)

出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

23

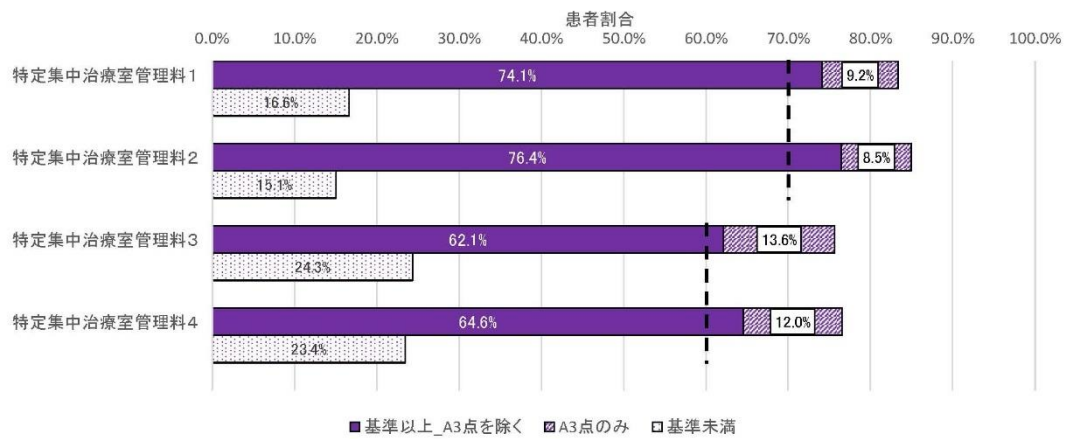
23 ページ目、24 ページ目は、ICUの現在の必要度該当患者割合の平均について参考としてお示しするものでございます。

## 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅱ

診調組 入-1  
5. 8. 10

○ 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅱについて、いずれの入院料においても、多くの患者が基準を満たしていた。

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度



※ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準

特定集中治療室管理料1-2 8割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅰ) 7割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)

特定集中治療室管理料3-4 7割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅰ) 6割以上(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)

出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

ICUにおける生理学的指標に基づく重症度スコアの例②

SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)スコア

- 6臓器の機能不全を0-4点で点数化し、最大24点で評価を行う。
- 24 時間毎に評価した各臓器障害スコアの観察期間中の最大値を合計して得られる total maximum SOFA score (TMS) は、患者の生命予後と一定の相関関係がある。

(参考)SOFAスコア

	0	1	2	3	4
呼吸機能 PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> [mmHg]	x>400	400≧x>300	300≧x>200	200≧x>100 呼吸補助下	100≧x 呼吸補助下
凝固機能 血小板数 [×10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup> ]	x>150	150≧x>100	100≧x>50	50≧x>20	20≧x
肝機能 ビリルビン値 [mg/dL]	<1.2	1.2~1.9	2.0~5.9	6.0~11.9	>12.0
循環機能 血圧低下	なし	平均動脈圧<70 mmHg	ドパミン≦5y あるいはドブタミン 投与 (投与量不明ない)	ドパミン>5y あるいはエピネフリン ≦0.1y あるいはシルエピネフリン ≦0.1y	ドパミン>15y あるいはエピネフリン> 0.1y あるいはシルエピネフリン >0.1y
中枢神経機能 Glasgow Coma Scale	15	14~13	12~10	9~6	6未満
腎機能 クレアチニン値 [mg/dL]	1.2未満	1.2~1.9	2.0~3.4	3.5~4.9 あるいは尿量が500mL/日未満	>5.0 あるいは尿量が200mL/日未満

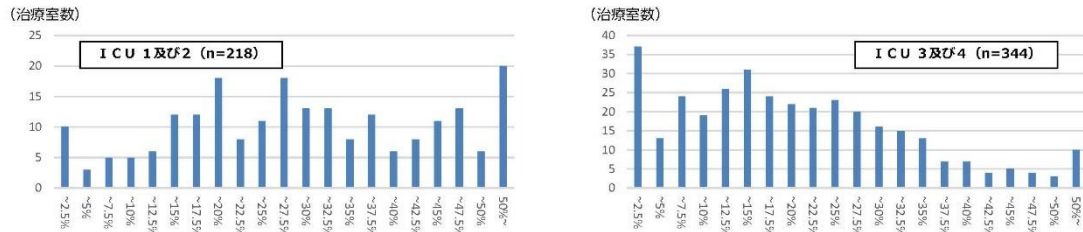
※Moreno R, et al : Intensive CareMed 25 : 686—696, 1999.

25 ページはSOFAスコアの概要でございまして、

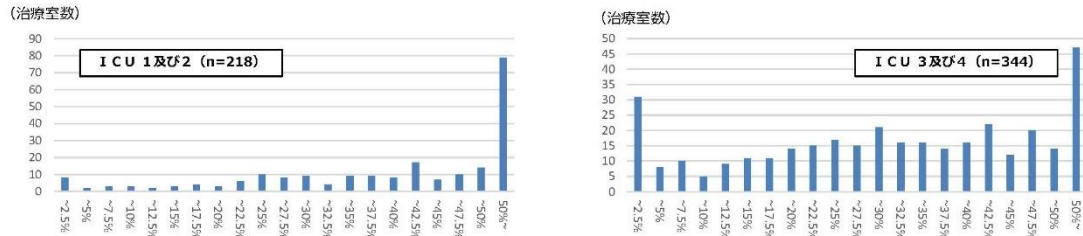
入室日のSOFAスコアが一定以上の患者の割合

○ 特定集中治療室における入室日のSOFAスコアが5点以上又は3点以上である患者割合の分布は以下のとおり。

各特定集中治療室における入室日にSOFA 5点以上である患者割合の分布



各治療室における入室日にSOFA 3点以上である患者割合の分布



26 ページ目には、各 ICU における入室日の SOFA スコアが 5 点以上の患者さんの割合の分布と、3 点以上の患者割合の分布をお示ししてございます。



特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度等のシミュレーションについて（案）

○ SOFAスコアによる評価についての議論及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直しについての議論を踏まえ、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直しによる影響のシミュレーションについては、以下の内容を組み合わせて実施することとしてはどうか。

1. 重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準の見直し

変更項目	変更内容	該当患者割合への影響	見直し案 1	見直し案 2
(1) A-1:輸液ポンプの管理	項目を削除する。	ICU1,2: -9.1% ICU3,4: -13.5%	○	○
(2) A-2:動脈圧測定（動脈ライン）	得点を1点に変更する。	ICU1,2:-8.3% ICU3,4:-10.9%		○
(3) 基準値	2点以上の場合に該当とする。	ICU1,2:+8.1% ICU3,4:+11.7%	○	○



2. SOFAスコアによる評価対象施設の基準設定

対象	変更内容	基準の候補
(1) 特定集中治療室管理料 1及び2	入室日のSOFAスコアが5点以上の患者割合が一定以上である場合に評価対象とする。	10%、12.5%又は15%以上
(2) 特定集中治療室管理料 3及び4	入室日のSOFAスコアが3点以上の患者割合が一定以上である場合に評価対象とする。	10%、12.5%又は15%以上

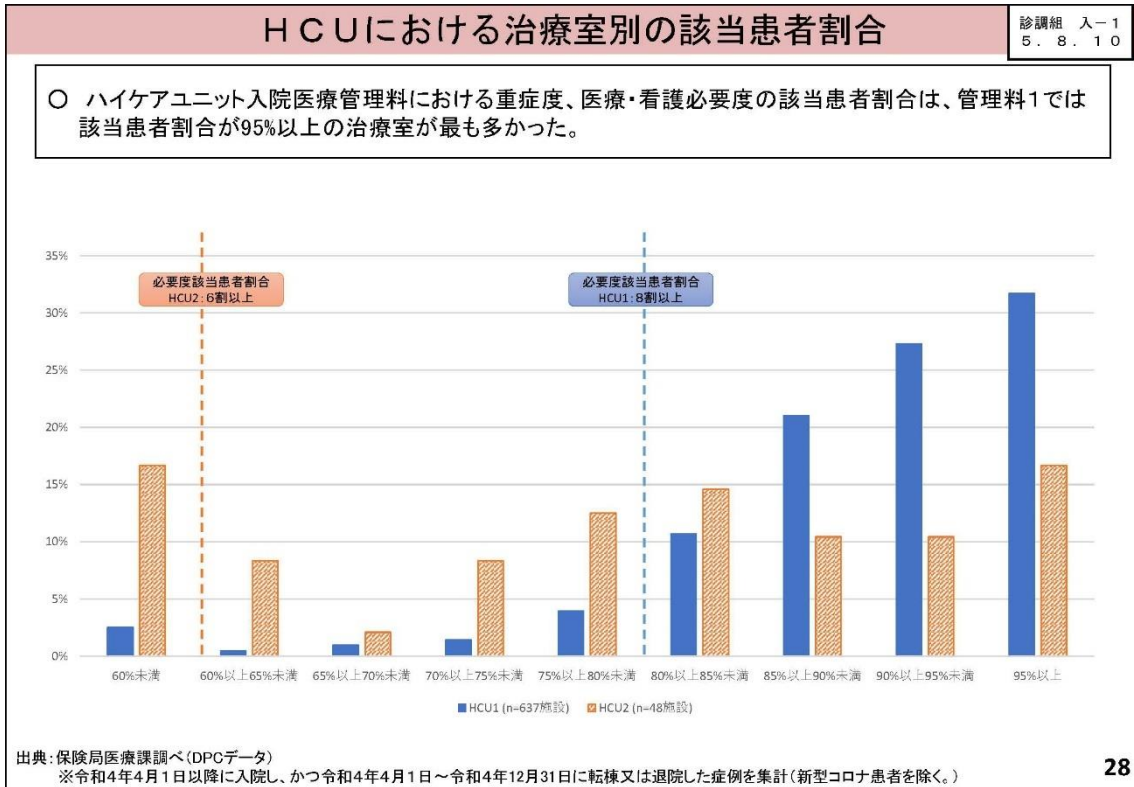
※ 救命救急入院料2・4についても、1. の項目及び該当基準の見直しを行った場合のシミュレーションを行う。

27

27 ページが、こうしたこれまでのご議論を踏まえましたシミュレーションの案になります。

各項目と該当基準の見直しについては、これは上の右の表になりますけれども、表の右側にございますが、見直し案の1・2というふうなことで、2とおりで行ってはどうかと考えております。

また、入室日のSOFAスコア5点または3点以上である患者さんの割合が一定以上であるという基準を組み合わせることとして、シミュレーションしてはどうかというふうに考えてございます。



次に、ハイケアユニットでございますが、28 ページが現在の必要度該当患者割合の平均でございます、

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度のシミュレーションについて（案）

○ ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度については、これまでの議論を踏まえ、個別項目の要件及び該当基準の見直しを行うとともに、各項目について重みづけを行う観点から、一部の項目の該当患者割合を全体の該当患者割合とは別で確認することとしてはどうか。

1. 個別項目の見直し

変更項目	変更内容	該当患者割合への影響
(1) A-1:創傷処置	一般病棟用の必要度Ⅱにおける同項目の評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。同時に、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。	HCU1: -1.2% HCU2: -1.4%
(2) A-3:呼吸ケア	一般病棟用の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	HCU1: -6.9% HCU2: -6.0%
(3) A-4:点滴ライン同時3本以上の管理	一般病棟用の「注射薬剤3種類以上の管理」と同様の項目にした上で、入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とする。同時に、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	HCU1: -0.2% HCU2: +0.5%
(4) 対象項目	以下の項目を削除した上で、該当基準を「A 3点以上かつB 4点以上」から「A 1点以上」に変更する。 A-5:心電図モニターの管理 A-6:輸液ポンプの管理	HCU1: +4.7% HCU2: +9.7%

2. 各項目の重みづけ等を踏まえた該当基準の見直し

該当患者割合①  
個別の項目のうち以下のうちいずれかで該当基準を満たす割合を、該当患者割合①とする。  

- 蘇生術の施行
- 中心静脈圧測定（静脈ライン）
- 人工呼吸器の装着
- 輸血や血液製剤の管理
- 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）
- 特殊な治療法等



該当患者割合②  
全項目のいずれかで該当基準を満たす割合を、該当患者割合②とする。  

- 創傷処置
- 蘇生術の施行
- 呼吸ケア
- 注射薬剤3種類以上の管理
- 動脈圧測定（動脈ライン）
- シリンジポンプの管理
- 中心静脈圧測定（静脈ライン）
- 人工呼吸器の装着
- 輸血や血液製剤の管理
- 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）
- 特殊な治療法等

※ これらの見直しに加えて、レセプト電算処理システムコードを用いて評価を行った場合のシミュレーションもあわせて行う。

29 ページが、これまでの議論を踏まえましたHCUのシミュレーションの案になります。

左側の表におきまして、個別項目の見直しの内容と、それぞれ実施した場合の該当患者割合の影響について、お示ししてございます。

こうした個別項目の見直しに加えて、重症化率との相関性の高い項目に重み付けをして評価してはどうか。

とのご議論を踏まえて、29 ページの右側でございますけれども、該当患者割合を2種類にしてございます。

## 2. 各項目の重みづけ等を踏まえた該当基準の見直し

### 該当患者割合①

個別の項目のうち以下のうちいずれかで該当基準を満たす割合を、該当患者割合①とする。

- 蘇生術の施行
- 中心静脈圧測定（静脈ライン）
- 人工呼吸器の装着
- 輸血や血液製剤の管理
- 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）
- 特殊な治療法等



### 該当患者割合②

全項目のいずれかで該当基準を満たす割合を、該当患者割合②とする。

- 創傷処置
- 蘇生術の施行
- 呼吸ケア
- 注射薬剤 3 種類以上の管理
- 動脈圧測定（動脈ライン）
- シリンジポンプの管理
- 中心静脈圧測定（静脈ライン）
- 人工呼吸器の装着
- 輸血や血液製剤の管理
- 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）
- 特殊な治療法等

割合①と②がございませけれども、①は蘇生術の施行や人工呼吸器の装着など、重症患者に実施されることが多い項目のいずれかを実施している割合とし、

割合②は全ての項目のうち、いずれかを実施している割合としてございます。

割合①が一定以上であることを満たした上で、割合②が一定以上であることを基準とすることを想定してシミュレーションを行ってはどうかというご提案であるものでございます。

**説明****3. D P Cにおける医療機関別係数について**

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について
2. 特定集中治療室用及び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
3. DPC/PDPSにおける医療機関別係数について
4. 療養病棟入院基本料の医療区分について
5. 参考資料

30

それでは、3つ目の項目。

DPC/PDPSにおける医療機関別係数についてでございます。

31ページから35ページが医療機関別係数の概要に関する基礎資料でございます。

再掲となります。

令和4年度診療報酬改定

## 医療機関別係数

### 1. 基礎係数

- 大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」、その他を「DPC標準病院群」としている。
- 基礎係数は包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したもの  

$$[\text{基礎係数}] = \frac{[\text{各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値}] \times [\text{改定率}]}{\div [\text{各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値}]}$$

### 2. 機能評価係数 I

- 機能評価係数 I は医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算等）について係数化したもの。

### 3. 機能評価係数 II

- 機能評価係数 II は、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、6つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
- 各医療機関の各係数ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

### 4. 激変緩和係数

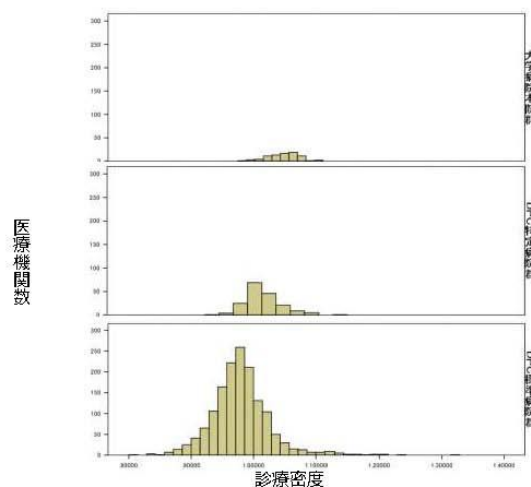
- 診療報酬改定時の激変を緩和するため、改定年度1年間に限り設定している係数（該当する医療機関のみ設定）。

31

## 基礎係数について

中医協 総 - 2  
5 . 1 1 . 2 4

- 大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに係数を設定している。
- 医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」(※1)、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」(※2)、その他を「DPC標準病院群」としている。



出典：令和2,3年度DPCデータ

令和4年度改定後の状況(令和4年4月1日時点)

医療機関群	施設数	基礎係数
大学病院本院群	82	1.1249
DPC特定病院群	181	1.0690
DPC標準病院群	1,501	1.0395

- (※1) 大学病院本院群  
DPC/PDPSにおいては、原則として、以下の病院を大学病院本院として取り扱うこととしている。
- ・大学設置基準第39条に基づき、医師養成を行う大学医学部の教育研究に必要な施設として設置されている病院
  - ・上記病院が複数存在する場合には、医学部と同一敷地内にある病院

- (※2) DPC特定病院群の設定要件  
4つの実績要件の全て(実績要件3は6つのうち5つ)で基準値を満たす。
- 実績要件1：診療密度
  - 実績要件2：医師研修の実施
  - 実績要件3：医療技術の実施
  - 実績要件4：補正複雑性指数

32

## 機能評価係数Ⅱについて

中医協 総-2  
5.11.24

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、6つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
- 各医療機関の評価項目ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

### 各係数の評価の考え方

名称	評価の考え方
保険診療係数	適切なDPCデータの作成、病院情報を公表する取組み、保険診療の質的改善に向けた取組みを評価
効率性係数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
複雑性係数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価
カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価
救急医療係数	救急医療の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価
地域医療係数	地域医療への貢献を評価

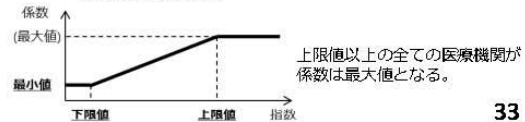
### 係数の設定手法

- ・ 相対評価を行うための指数値を設定し、上限下限値の処理等を行って係数値を設定。
- ・ 医療機関群ごとに係数設定するもの（保険診療、複雑性、カバー率、地域医療）と、全医療機関において係数設定するもの（効率性、救急医療）がある。

### 上限値下限値の設定

具体的な設定	指数		係数 最小値	評価の考え方
	上限値	下限値		
保険診療 (固定の係数値のための設定なし。)				群ごとに評価
効率性	97.5%ile値	2.5%ile値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%ile値	2.5%ile値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
救急医療	97.5%ile値	0	0	全群共通で評価
地域医療(定量)	1.0	0	0	群ごとに評価
地域医療(体制)	1.0	0	0	群ごとに評価

### 指数と係数の関係



33

令和4年度診療報酬改定 Ⅰ-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-②

## 機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価内容
保険診療指数	<p>【適切なDPCデータの作成】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。</li> <li>・ DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。</li> </ul> <p>様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。（様式1で評価）</li> </ul> <p>【病院情報の公表】 自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。</p> <p>（【保険診療の質的改善に向けた取組み】：令和6年度からの評価を検討）</p>
地域医療指数	<p>体制評価指数：5疾病5事業等における急性期入院医療を評価</p> <p>定量評価指数：〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕</p> <p>1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）についてそれぞれ同配分で評価。</p> <p>DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。</p>
効率性指数	<p>〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕 / 〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</li> <li>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</li> </ul>

34

## 機能評価係数Ⅱの評価内容②

指数	評価内容
複雑性指数	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕            〓〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
カバー率指数	<p>〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕 〓〔全診断群分類数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。</p>
救急医療指数	<p>1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕</p> <p>※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2</p> <p>【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・救急医療入院かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者</li> <li>・A205救急医療管理加算、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A300救命救急入院料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A301特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料</li> </ul> <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】：救急医療入院の患者</p>



## 機能評価係数Ⅱの見直しについて

中医協 総-2  
5.11.24

○ 各係数の評価の主旨や現状の実績分布等を踏まえ、医療機関ごとの適切な評価を行う観点から、機能評価係数Ⅱについて、以下のように再整理することが考えられるのではないか。

### 【見直しのイメージ】

現行		見直し後
保険診療係数		評価を廃止、一部を体制評価指数において評価
効率性係数		評価手法の見直し、医療機関群別の評価を導入
複雑性係数		現行の評価の継続
カバー率係数		現行の評価の継続
救急医療係数		名称・係数の位置付けの変更
地域医療係数	体制評価指数	医療計画の見直しや実績分布等を踏まえた見直し 新たな評価項目の追加
	定量評価指数	現行の評価の継続

36

36 ページ目、37 ページ目が、11 月 24 日の中医協総会でご提案させていただきました、

令和 6 年度改定における医療機関別係数の見直しの方向性でございます。

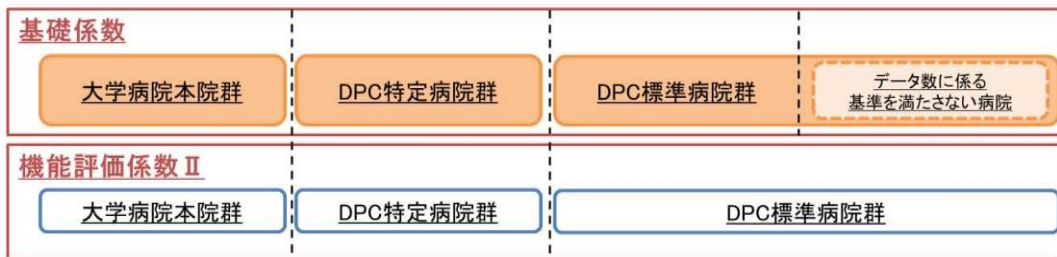
今回、さらなる検討にあたりまして、これら見直しに係る影響について追加的な資料をご用意させていただきました。

令和6年度診療報酬改定における対応について

中医協 総-2  
5.11.24

- 1月当たりデータ数が90を下回る病院は、診療密度(相対値)が相対的に低いことを踏まえ、令和6年度診療報酬改定においては、適切な包括評価を行う観点から、以下の対応を行うことが考えられるのではないかと見られる。
- ・ 診断群分類ごとの包括点数について、該当する病院のデータを除外して算出する。
  - ・ 基礎係数(包括点数に対する実績点数の比率を反映)の設定にあたって、該当する病院の評価を区別する。
  - ・ 機能評価係数Ⅱの設定にあたっては、従前のおり3つの医療機関群ごとの評価とする。

【令和6年度改定における医療機関別係数の評価体系(イメージ)】

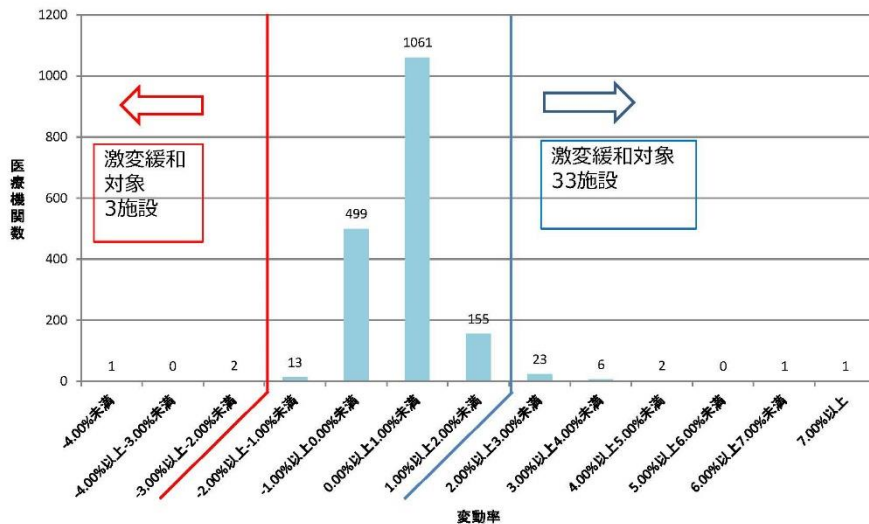


## 激変緩和係数について

中医協 総-2  
5.11.24

- 診療報酬改定時の激変を緩和するため、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を改定年度1年間に限り設定している(該当する医療機関のみ設定)。
- 令和4年度改定においては、3施設がマイナス緩和(正の激変緩和係数を設定)、33施設がプラス緩和(負の激変緩和係数を設定)の対象となった。

令和4年度改定での推計変動率の分布



38

38 ページ目にございますように、診療報酬改定時には推計の診療報酬変動率が2%を超えないように、DPC制度におきましては激変緩和係数というものを設定してございます。

## 医療機関別係数の見直しに係るシミュレーション

○ 以下の条件で、医療機関別係数の見直しを実施した場合のシミュレーションを実施した。

### 【使用データ】

○ 令和4年度改定データ

### 【対象施設】

○ 令和4年度4月1日時点でのDPC対象病院から、当該年度に合併のあった6病院を除いた1,758病院

### 【シミュレーション条件】

○ 以下の条件を適用した場合の、推計診療報酬変動率(※1)及び激変緩和対象施設数を算出した。

- ① 基礎係数の見直し(「データ数の少ない病院」の評価の区別)
- ② 機能評価係数Ⅱの見直し(保険診療係数の廃止(※2)及び効率性係数の評価手法変更)
- ③ 基礎係数及び機能評価係数Ⅱの見直し(①及び②)

(※1) 令和4年度医療機関別係数との比較  
(※2) 既存の5項目の重みづけは等分とする

39

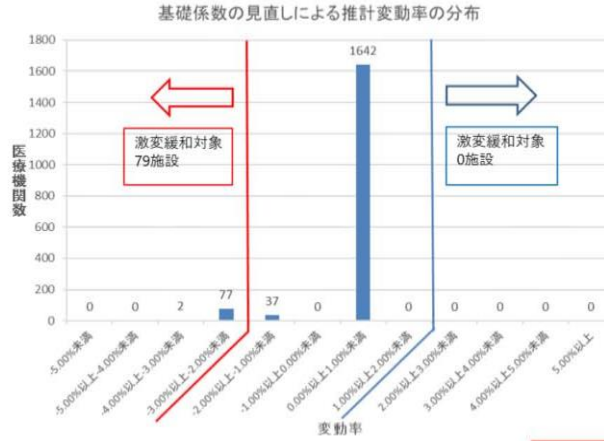
39 ページでございますように、

今回は「推計診療報酬変動率」として激変緩和対象施設数の観点から、

基礎係数、機能評価係数Ⅱの見直し、それぞれの影響を令和4年度改定データを用いてシミュレーションしたものでございます。

### シミュレーション結果① 基礎係数の見直し

○ ①基礎係数の見直し(保険診療係数の廃止及び効率性係数の評価手法変更)による推計診療報酬変動率及び激変緩和対象施設数は以下のとおり。

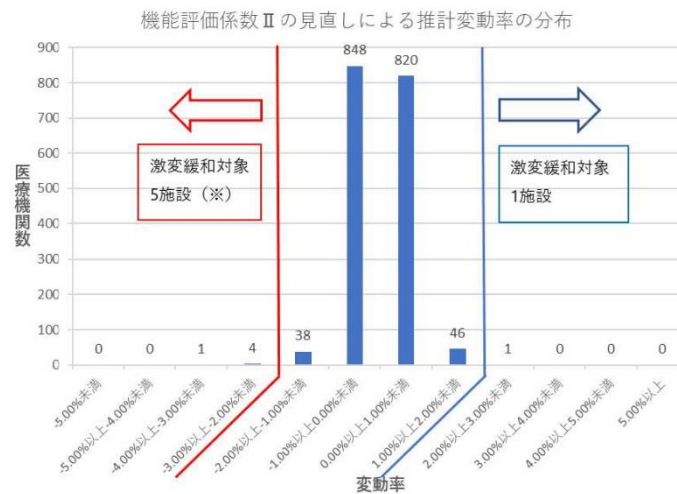


医療機関群		施設数	基礎係数 (現行)	基礎係数 (見直し後)
DPC標準病院群	データ数が90/月を下回る施設	116	1.0395	0.9985
	それ以外の施設	1,379		1.0401
大学病院本院群		82	1.1249	1.1249
DPC特定病院群		181	1.0680	1.0680

例えば、40 ページは基礎係数の見直し。

## シミュレーション結果② 機能評価係数Ⅱの見直し

○ ②機能評価係数Ⅱの見直し(保険診療係数の廃止及び効率性係数の評価手法変更)による推計診療報酬変動率及び激変緩和対象施設数は以下のとおり。



(※) うち、3施設が「データ数90/月を下回る病院」に該当

41

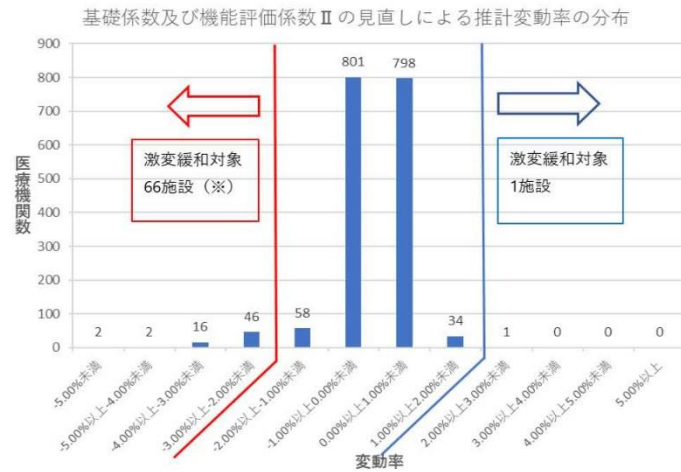
41 ページが機能評価係数Ⅱの見直しでございますけれども、

令和4年度データを用いますと、それぞれ今回の見直しによりまして、

どの程度の施設が激変緩和の対象になるかというふうなことをお示ししてございます。

シミュレーション結果③ 基礎係数及び機能評価係数Ⅱの見直し

○ ③基礎係数及び機能評価係数Ⅱの見直しによる推計診療報酬変動率及び激変緩和対象施設数は以下のとおり。



(※) うち、64施設が「データ数90/月を下回る病院」に該当

次に、進ませていただきます。

**説明****4. 療養病棟入院基本料の医療区分について**

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について
2. 特定集中治療室用及び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
3. DPC/PDPSにおける医療機関別係数について
4. 療養病棟入院基本料の医療区分について
5. 参考資料

43

43 ページ以降が療養病棟入院料の医療区分でございます。



## 療養病棟入院基本料の医療区分に係る 中医協総会等における主なご意見

### <令和5年9月27日 中医協基本問題小委員会>

- 療養病棟入院基本料については、医療資源投入量に差があることを踏まえ評価体系の精緻化の方向性には賛成である。医療と介護の役割分担を踏まえ、どのような患者を医療保険で対応すべきか、という視点を含めて具体的に検討を進めるべき。

### <令和5年11月22日 中医協総会>

- 検査、処置、画像診断、投薬、注射等の医療資源投入量に着目した分析が実施されているが、最大の医療資源は人であるため、医療区分を精緻化する際に必要な人員配置から大きく乖離することがないように十分な配慮が必要。また、200床未満の病院における電子カルテの普及率が低く、いまだに50%ほどしかないことなどを踏まえると、記入にかかる負担に対する配慮が必要。
- 疾患・状態と処置によって医療資源投入量の分布が異なっているため、適正化の観点からも、入院分科会の取りまとめのとおり、確実に医療区分の精緻化を進めるべき。
- 医療区分を変更することは療養病棟入院基本料に大きく影響するため、精緻なシミュレーションを実施した上で、見直しを検討すべき。

44

44 ページでございます。

11月22日の中医協総会におきまして、医療区分を変更することは療養病棟入院基本料に大きく影響するため、精緻なシミュレーションを実施した上で見直しを検討すべきとのご指摘をいただいたところです。

44 ページの一番下の丸でございます。

## 入院・外来医療等の調査・評価分科会における主なご意見

中医協 総-2  
5. 1. 1. 2. 2

### <入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）>

（療養病棟入院基本料における医療区分等について）

- ・医療区分についての医療資源投入量の分析結果については、以下の指摘があった。
- 疾患・状態としての医療区分3と処置等としての医療区分1～3の組合せについては、医療資源投入量について2～3倍の違いがあることから、医療資源投入量に応じた適切な評価を行っていく上で医療区分を精緻化する必要がある。
- 具体的には、医療区分について、疾患・状態としての医療区分3分類と処置等としての医療区分3分類を組み合わせた9分類とすることとしてはどうか。
- 医療区分を細かく分類することにより医療資源投入量との整合性が増すと考えられるが、200床未満の病院における電子カルテの普及率がいまだに50%ほどしかないことから、記入に係る負担には配慮が必要であり、現行の医療区分の各評価項目の内容については見直すべきではない。
- 医療区分については処置と処置の組合せによっても医療資源投入量が増える可能性があるため、このような分析も今後必要ではないか。
- ・療養病棟におけるリハビリテーションについて、回復期リハビリテーション病棟ではなく、療養病棟の入院料Iでリハビリテーションを多く実施されていることは適当ではないのではないか。包括内外の医療資源投入量をみたらうえて、評価の在り方について検討すべきとの指摘があった。
- ・また、医療療養病棟でも、地域の事情に応じて、介護施設で状態が悪化した患者に対しリハビリテーションを提供している実態があり、このような患者に対する対応については医療区分1であっても評価しては良いのではないかとこの指摘があった。
- ・療養病棟における身体的拘束について、認知症の患者の拘束も課題だが、認知症のない患者が人工栄養の保持のために拘束されている状況は、人工栄養の適応が本人の希望に基づく状況であるのかを含めて、慎重に検討をする必要があるとの指摘があった。
- ・介護医療院等の介護保険施設において経腸栄養や喀痰吸引等の医療処置が可能という実態があり、医療処置を必要としつつも生活を支えるための介護が必要な患者は介護保険施設に入所することが望ましいことから、医療療養病棟と介護保険施設のすみ分けや、介護保険施設での医療提供の在り方についての議論を進めていくべき、との指摘があった。
- ・療養病棟入院基本料の経過措置については廃止されることを念頭に、該当患者の基準を含めて療養病棟の在り方について議論をしていくべき、との指摘があった。

45

## 療養病棟入院基本料について

診調組 入-1  
5 . 6 . 8

### 療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置：20：1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 813点	1, 414点	968点
ADL区分2	1, 758点	1, 386点	920点
ADL区分1	1, 471点	1, 232点	815点

### 療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置20：1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 748点	1, 349点	903点
ADL区分2	1, 694点	1, 322点	855点
ADL区分1	1, 406点	1, 167点	751点

#### 医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン</li> <li>・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合）</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間持続点滴</li> <li>・中心静脈栄養（<u>最高機能又は低下機能の回復に必要な体質を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定。</u></li> <li>・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・膀胱洗浄</li> <li>・発熱を伴う場合の気管切開、気管挿管 ・感染隔離室における管理</li> <li>・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）</li> </ul>
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患</li> <li>・その他の製病（スモンを除く）</li> <li>・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD）</li> <li>・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症</li> <li>・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（<u>経過措置注11の療養棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定。</u></li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・脱水かつ発熱を伴う状態</li> <li>・体内出血 ・顔面の腫れかつ発熱を伴う状態 ・痲痺 ・末梢循環障害による下肢末端開放創</li> <li>・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討）</li> <li>・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合）</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上）</li> <li>・気管切開・気管内挿管のケア ・顔面の血圧検査</li> <li>・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置）</li> <li>・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）</li> </ul>
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

#### ADL区分

ADL区分3：	23点以上
ADL区分2：	11点以上～23点未満
ADL区分1：	11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。  
新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

（ 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存 ）

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
C 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
(合計点)	0～24

※青字下線はR4年度改定事項

46

46 ページ目から 52 ページは、これは再掲の資料というところがございますけれども、

## 解析に用いた医療区分について

診調組 入-1  
5. 8. 10

### 医療区分3

#### 【対象となる疾患・状態】

・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

#### 【対象となる処置等】

・中心静脈注射を実施している状態 ・二十四時間持続して点滴を実施している状態  
 ・人工呼吸器を使用している状態 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態  
 ・気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態 ・酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。）  
 ・感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

### 医療区分2

#### 【対象となる疾患・状態】

・筋ジストロフィー症  
 ・多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。）  
 ・脊椎損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。）  
 ・慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）  
 ・悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）  
 ・他者に対する暴行が毎日認められる状態

#### 【対象となる処置等】

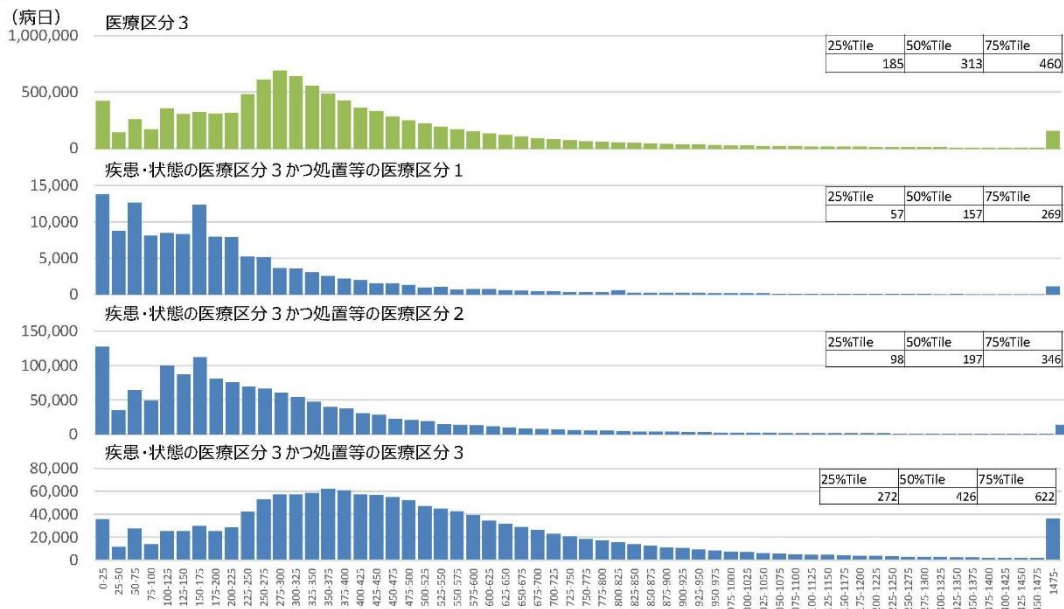
・肺炎に対する治療を実施している状態 ・尿路感染症に対する治療を実施している状態  
 ・傷病等によるリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）  
 ・脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態 ・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態  
 ・頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態  
 ・褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）  
 ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態 ・せん妄に対する治療を実施している状態  
 ・うつ症状に対する治療を実施している状態 ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態  
 ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態 ・一日八回以上の喀痰（かくたん）吸引を実施している状態  
 ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。） ・頻回の血糖検査を実施している状態  
 ・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿（たい）若しくは足部の蜂巣炎、膿（のう）等の感染症に対する治療を実施している状態  
 ・酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態を除く。）

47

## 医療区分3と疾患・状態と処置等の組合せ①

診調組 入-3  
5. 9. 6

○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



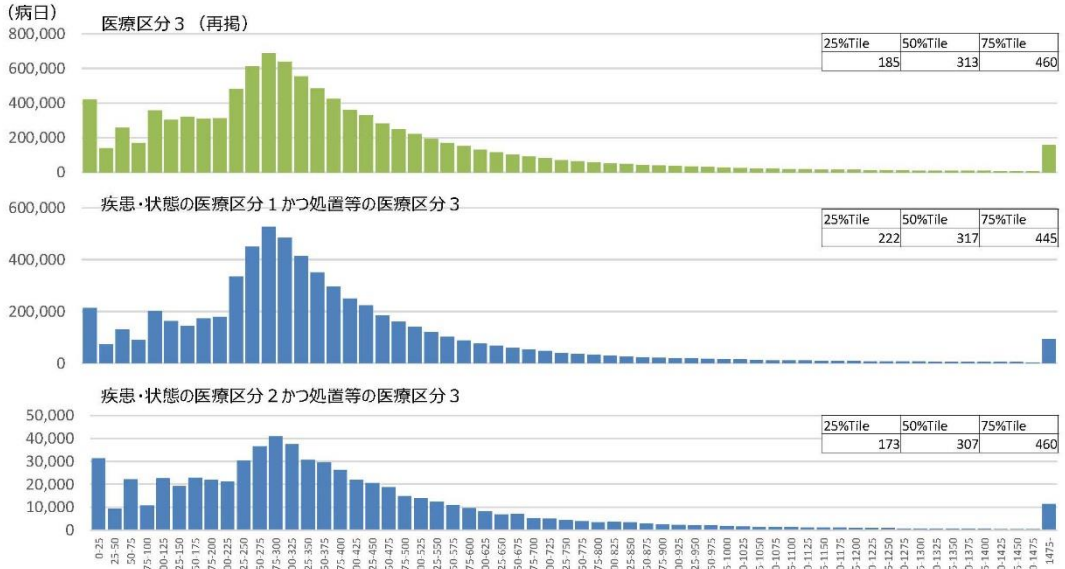
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。  
 集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日  
 対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EfnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

48

## 医療区分3と疾患・状態と処置等の組合せ②

診調組 入-3  
5.9.6

○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



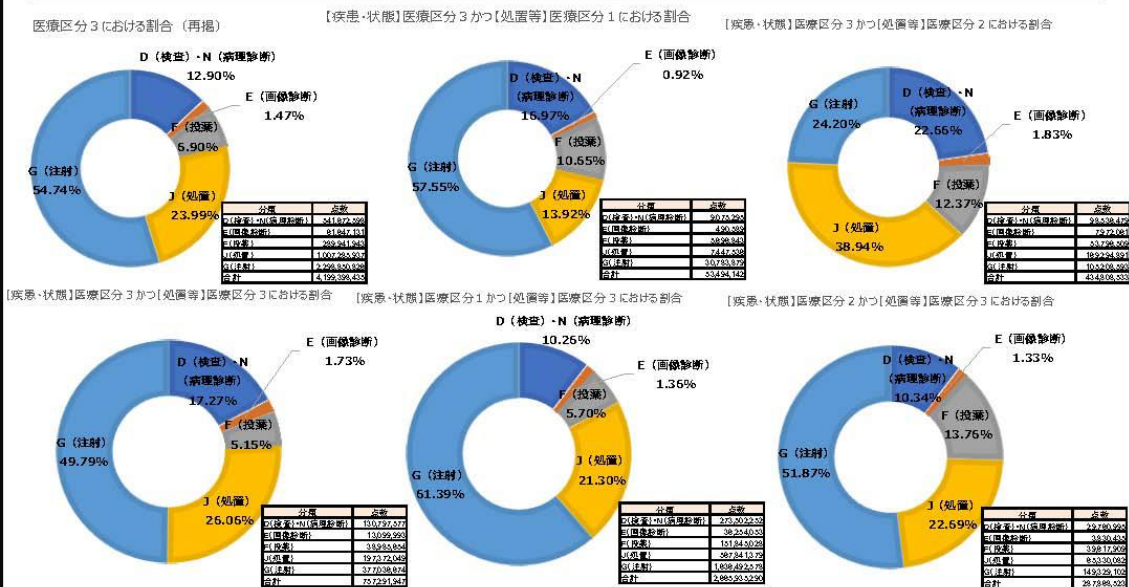
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。  
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日  
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EfnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

49

## 医療区分3と疾患・状態と処置等の組合せの内訳

診調組 入-3  
5.9.6 改

○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の内訳は以下のとおり。



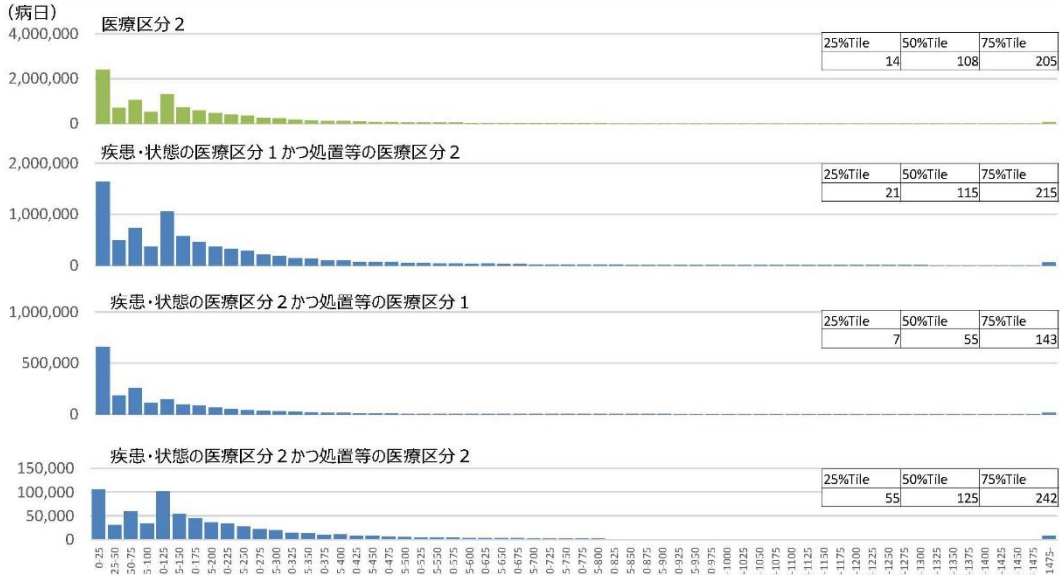
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。  
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日  
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EfnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

50

## 医療区分2と疾患・状態と処置等の組合せ

診調組 入-3  
5 . 9 . 6

○ 医療区分2と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。  
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日  
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EfnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

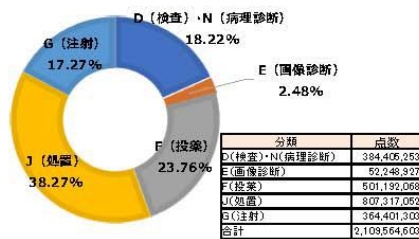
51

## 医療区分2と疾患・状態と処置等の組合せの内訳

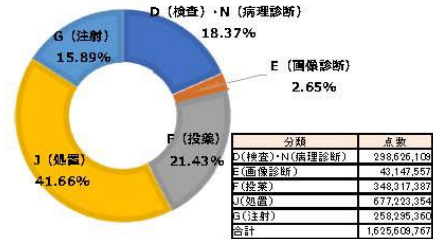
診調組 入-3  
5 . 9 . 6 改

○ 医療区分2と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の内訳は以下のとおり。

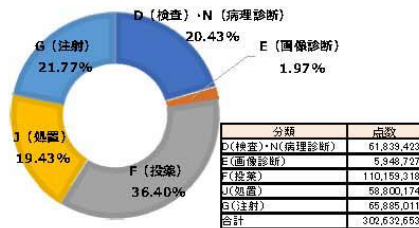
医療区分2における割合（再掲）



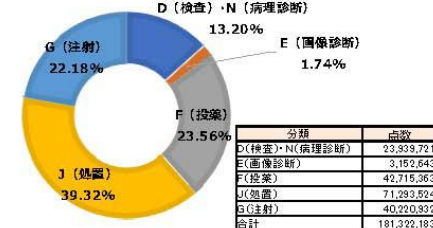
【疾患状態】医療区分1かつ【処置等】医療区分2における割合



【疾患・状態】医療区分2かつ【処置等】医療区分1における割合



【疾患・状態】医療区分2かつ【処置等】医療区分2における割合



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。  
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日  
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EfnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

52

### 療養病棟についてのシミュレーション(入院料A)

○ 療養病棟入院料1の入院料A(ADL区分3)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。



出典：DPCデータ（令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日）

53 ページから 58 ページが入院料ごとのシミュレーション結果となります。

53 ページですが、一番上をご覧ください。

こちらは医療区分の中で、「疾患・状態」の該当状況が医療区分3であり、かつ、例えば、その「処置」の医療区分でも3に該当する、

最も重いと思われる患者さんの病日の割合が医療機関ごとにどうかということでございまして、

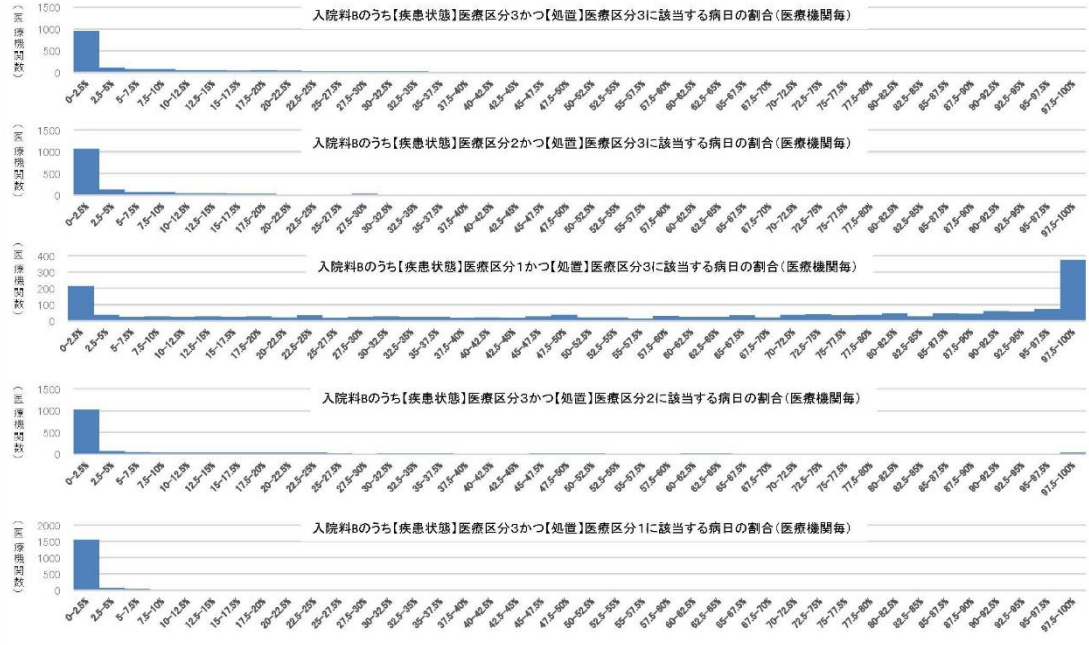
そういう方々を多く受け入れている、

病日として非常に高い割合を受けていらっしゃる医療機関があるというふうなことがお示しできているかというふうに思います。

それでは、次に、進ませていただきます。

### 療養病棟についてのシミュレーション(入院料B)

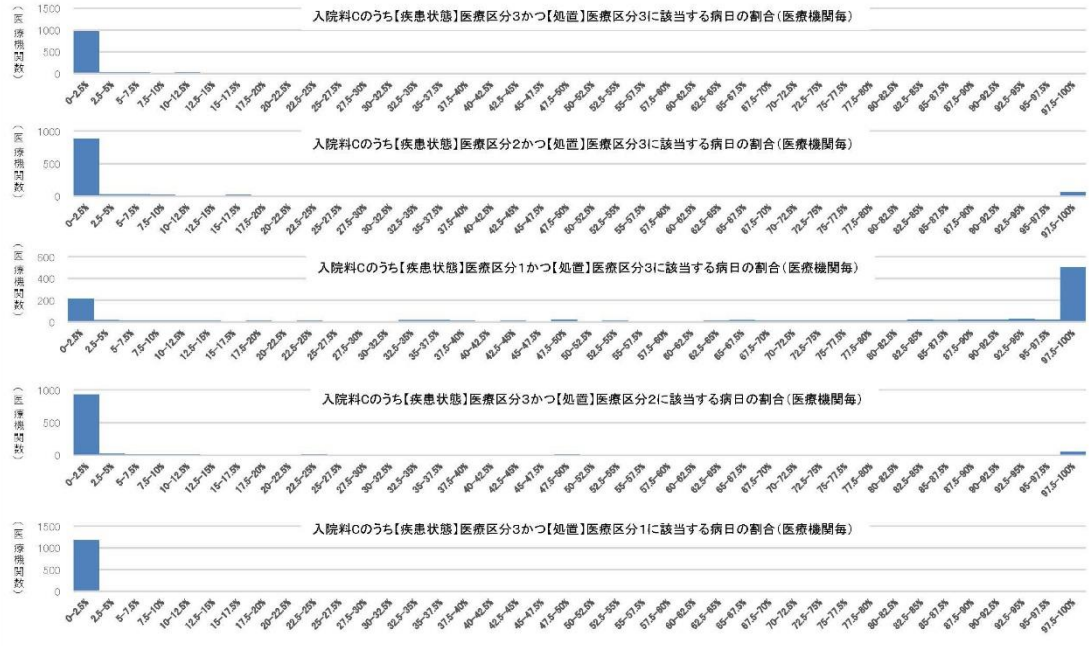
○ 療養病棟入院料1の入院料B (ADL区分2)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。



出典：DPCデータ（令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日） 54

### 療養病棟についてのシミュレーション(入院料C)

○ 療養病棟入院料1の入院料C (ADL区分1)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。

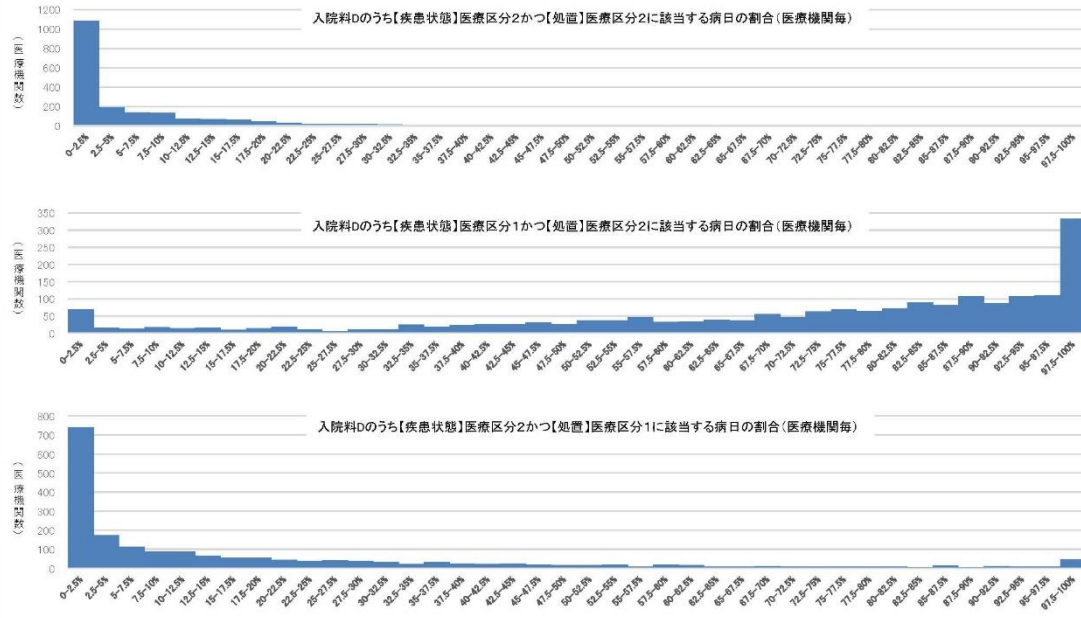


出典：DPCデータ（令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日） 55



### 療養病棟についてのシミュレーション(入院料D)

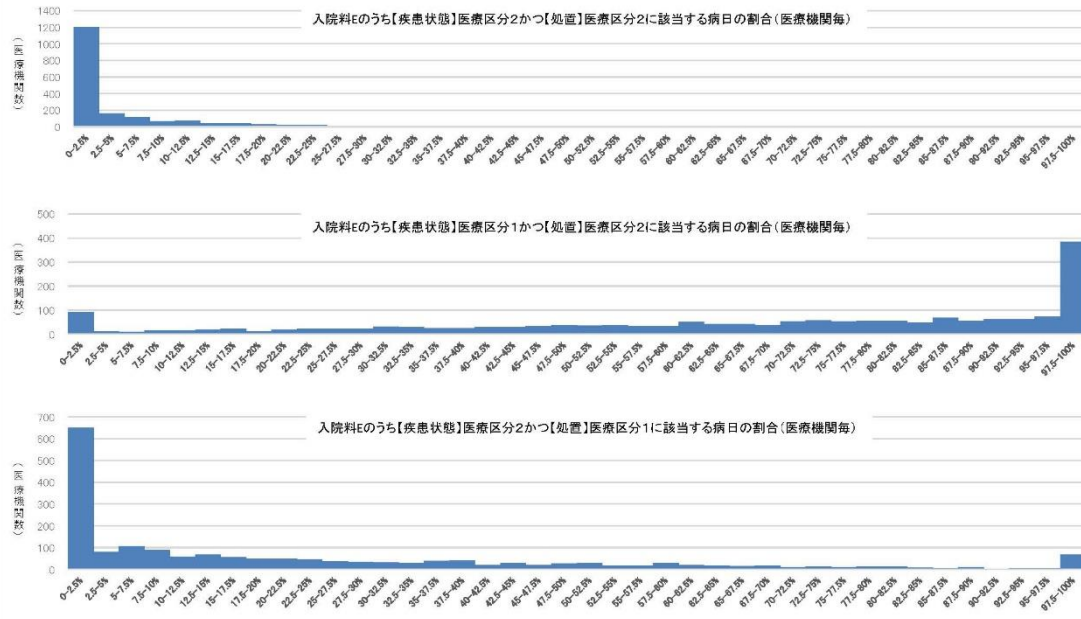
○ 療養病棟入院料1の入院料D (ADL区分3)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。



出典：DPCデータ（令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日）

### 療養病棟についてのシミュレーション(入院料E)

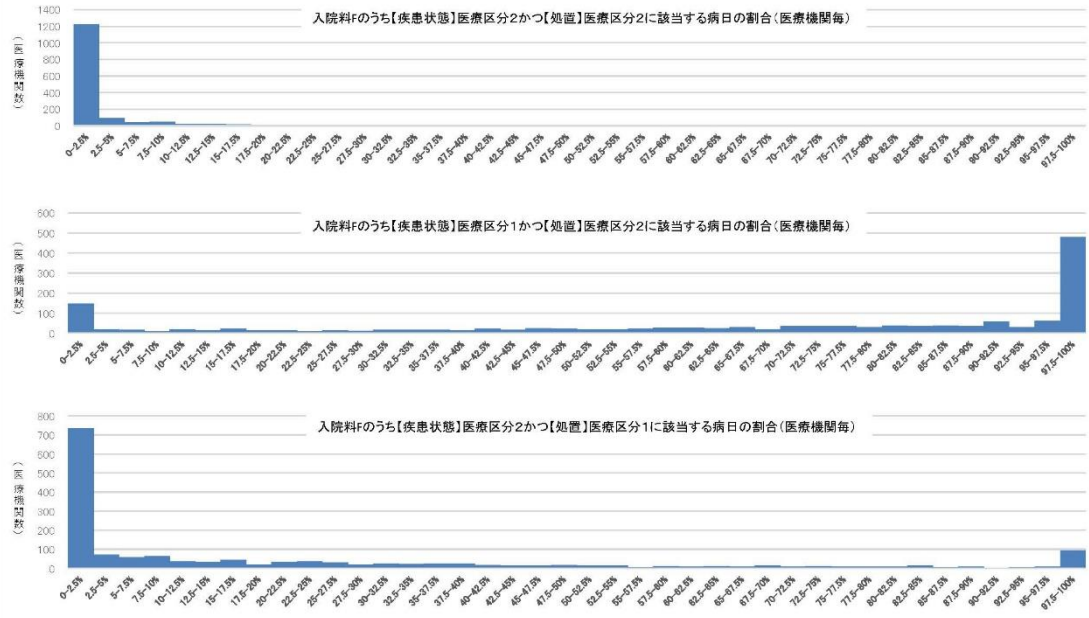
○ 療養病棟入院料1の入院料E (ADL区分2)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。



出典：DPCデータ（令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日）

## 療養病棟についてのシミュレーション(入院料F)

○ 療養病棟入院料1の入院料F(ADL区分1)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。



出典：DPCデータ（令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日）

**説明****5. 平均在院日数の短縮について**

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について
2. 特定集中治療室用及び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
3. DPC/PDPSにおける医療機関別係数について
4. 療養病棟入院基本料の医療区分について
5. 参考資料

59

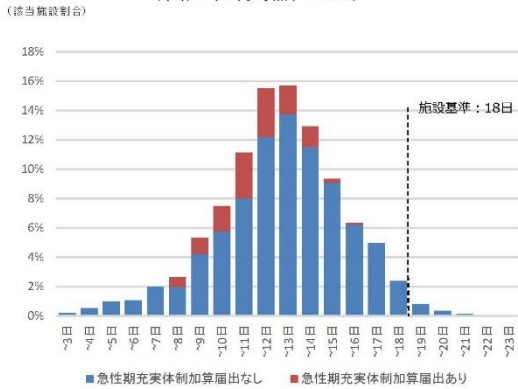
5つめの項目、参考資料ということでございますけれども、これ 59 ページ以降でございます。

## 急性期一般入院料1における平均在院日数①

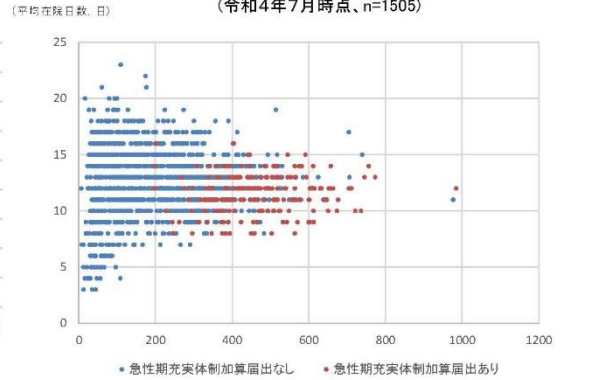
診調組 入-1  
5. 8. 10改

○ 急性期一般入院料1における平均在院日数は、90%以上の施設で施設基準よりも2日以上短かった。また、届出病床数が小さい場合にばらつきが大きかった。

急性期一般入院料1における各施設の平均在院日数の分布  
(令和4年7月時点、n=1508)



急性期一般入院料1における届出病床数と平均在院日数の分布  
(令和4年7月時点、n=1505)



平均	5%点	10%点	25%点	33%点	50%点	67%点	75%点	90%点	95%点
12.6	8	9	11	12	13	14	14	16	17

本資料における急性期一般入院料1の平均在院日数による区分  
区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

出典:保険局医療課調べ(令和4年7月時点の報告)※急性期充実体制加算の届出は、令和5年4月時点の状況(速報値)

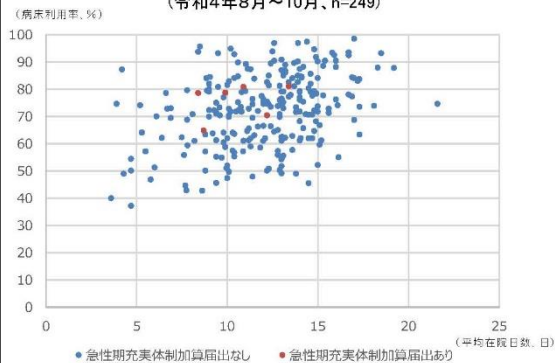
60

## 急性期一般入院料1における平均在院日数②

診調組 入-1  
5. 8. 10改

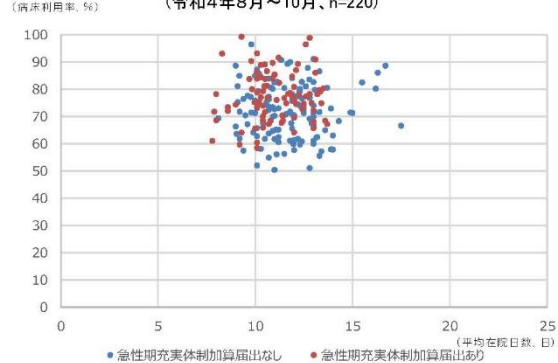
○ 急性期一般入院料1を届け出ている施設における平均在院日数及び病床利用率の分布は以下のとおり。

急性期一般入院料1の届出が300床未満の施設における平均在院日数及び病床利用率  
(令和4年8月~10月、n=249)



※入院・外来医療等実態調査において令和3年6月~10月の新規入床患者数が250人以上と回答した施設を対象。

急性期一般入院料1の届出が300床以上の施設における平均在院日数及び病床利用率  
(令和4年8月~10月、n=220)



※入院・外来医療等実態調査において令和3年6月~10月の新規入床患者数が250人以上と回答した施設を対象。

出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票A)及び保険局医療課調べ

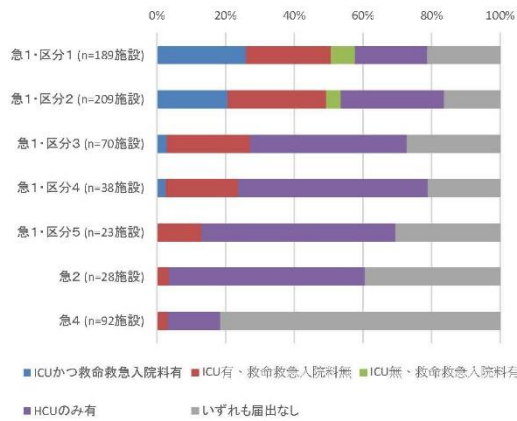
61

平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における特定入院料の届出状況

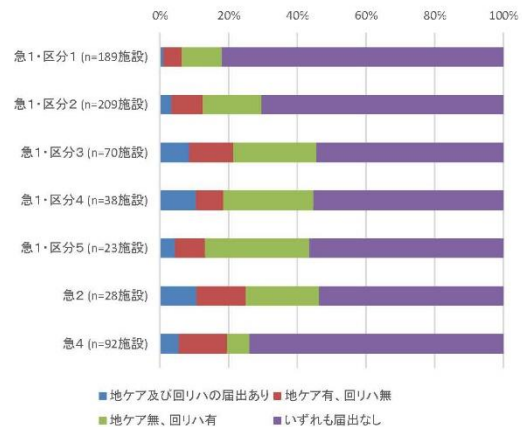
中医協 診-1参考1  
5 . 9 . 2 7

○ 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、特定集中治療室管理料の届出割合が小さく、地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟の届出を行っている割合が大きかった。

急性期一般入院料1, 2, 4における  
特定集中治療室管理料、救命救急入院料及び  
ハイケアユニット入院医療管理料の届出状況



急性期一般入院料1, 2, 4における  
地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟の  
届出状況



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票A)

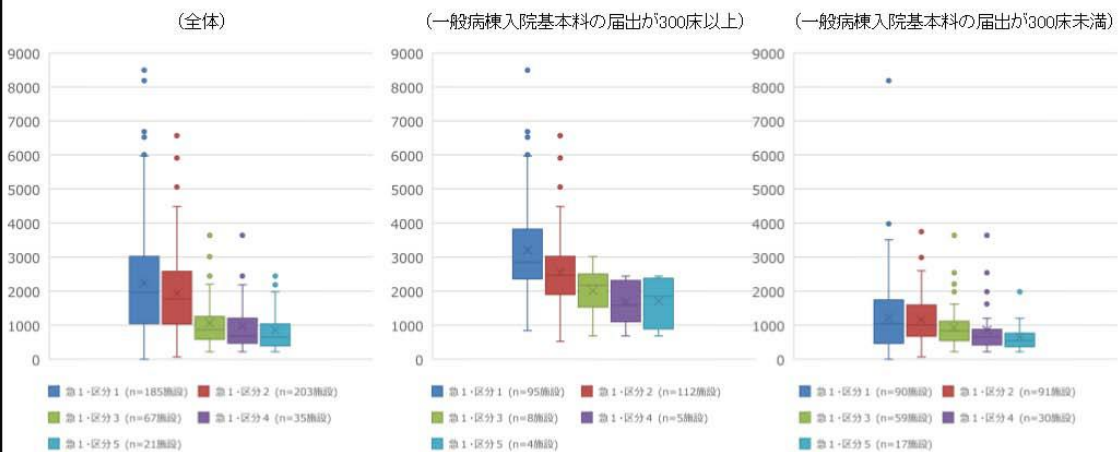
62

平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における医療提供の実績①

中医協 診-1参考1  
5 . 9 . 2 7

○ 急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群では、全身麻酔手術の実施件数が少ない傾向にあった。

急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における  
全身麻酔手術の実施件数



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票A)

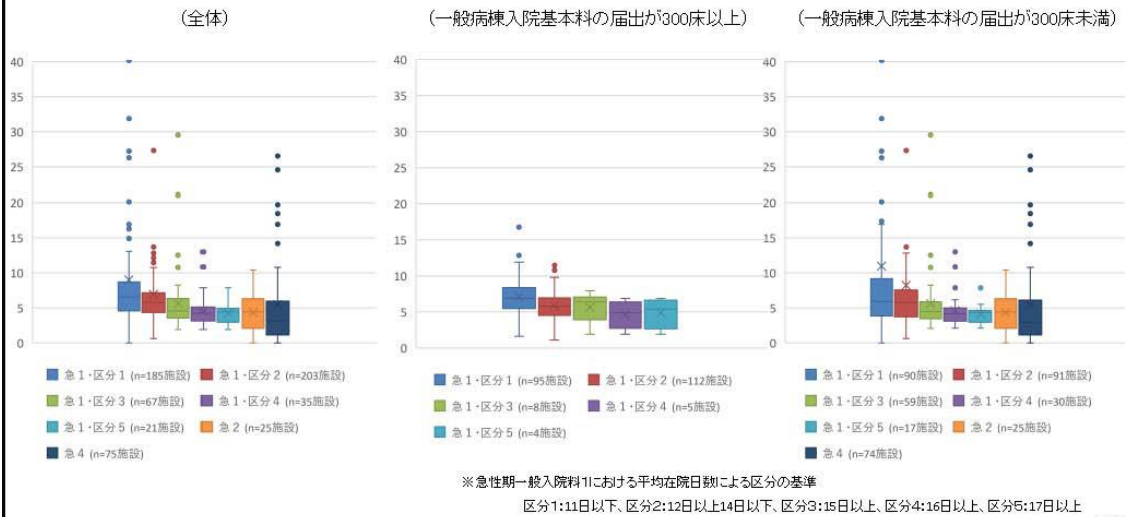
63

平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における医療提供の実績②

中医協 診-1参考1  
5 . 9 . 2 7

- 一般病棟入院基本料の届出病床当たりの全身麻酔手術の実施件数についても、急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、少ない傾向にあり、急性期一般入院料2及び急性期一般入院料4と大きく変わらなかった。

急性期一般入院料1、2又は4を届け出ている医療機関における  
一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの全身麻酔手術の実施件数



出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票A)

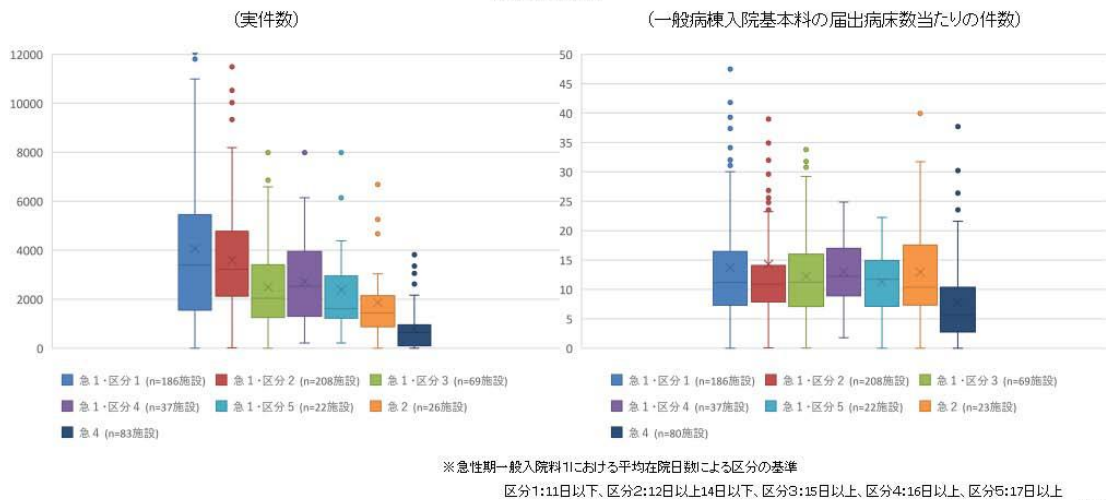
64

平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における医療提供の実績③

中医協 診-1参考1  
5 . 9 . 2 7

- 救急搬送件数については、急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では少ない傾向にあり、急性期一般入院料2と大きく変わらなかった。
- 一般病棟入院基本料の届出病床数当たりの救急搬送件数は、平均在院日数の区分によっては大きく変わらなかった。

急性期一般入院料1、2又は4を届け出ている医療機関における  
救急搬送件数



出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票A)

65

平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における入院医療の状況①

中医協 診-1参考1  
5 . 9 . 2 7

○ 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、入院患者のうち75歳以上の割合及び75歳以上の入院患者のうち救急搬送で入院する割合が高く、急性期一般入院料2及び急性期一般入院料4と大きく変わらなかった。

急性期一般入院料1, 2, 4における入院患者の構成



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

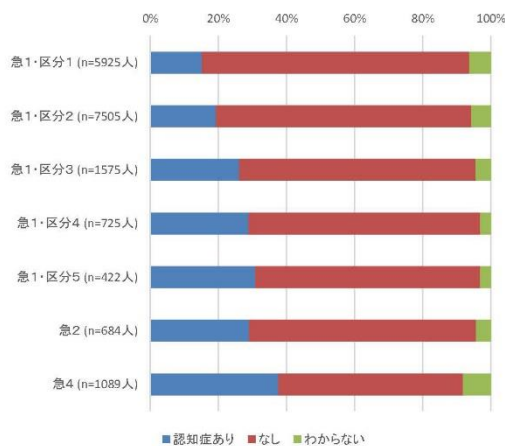
66

平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における入院医療の状況②

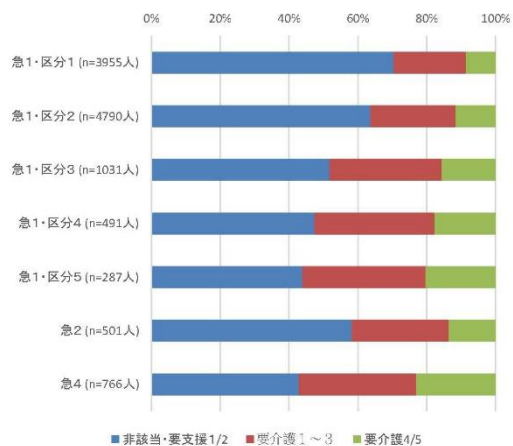
中医協 診-1参考1  
5 . 9 . 2 7

○ 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、入院患者が認知症を併存する割合や、要介護度が高い患者である割合が高い傾向にあった。

急性期一般入院料1, 2及び4の入院患者における認知症を罹患する割合



急性期一般入院料1の入院患者における要介護度(不明・未申請・申請中を除く。)



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

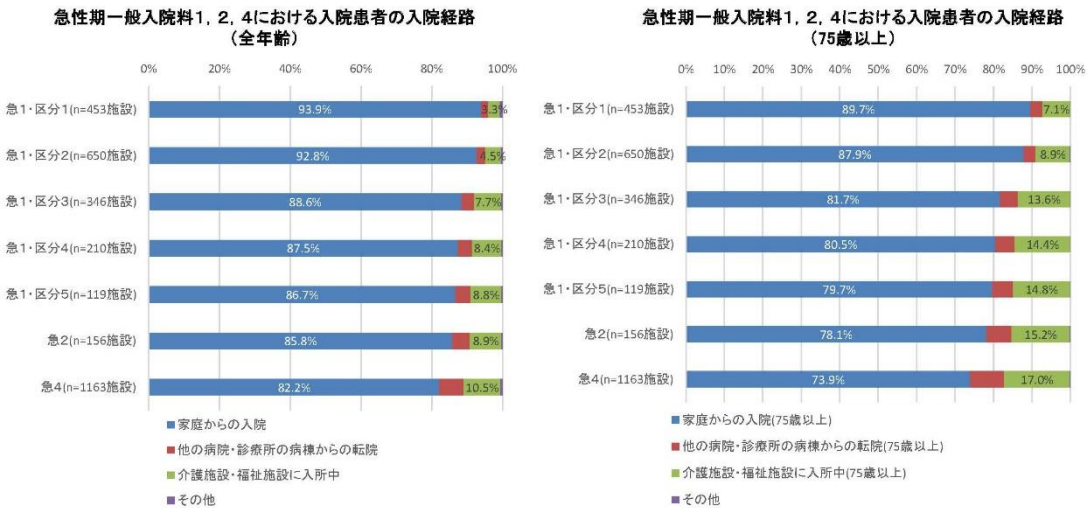
出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票A)

67

平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における入院医療の状況③

中医協 診-1参考1  
5 . 9 . 2 7

○ 入院患者の入院経路について、急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群では、家庭からの入院の割合が低く、介護施設・福祉施設からの入院の割合が高かった。



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準  
区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

出典:DPCデータ(令和4年4月~12月)

68

平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における入院医療の状況④

中医協 診-1参考1  
5 . 9 . 2 7

○ 急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群における入院患者は、急性期一般入院料1と地域一般入院料とで医療資源投入量が変わらない疾患の割合が高かった。

75歳以上の患者に多く、急性期一般入院料1と地域一般入院料1-2とで医療資源の差が小さい上位10傷病の75歳以上の患者の割合(カッコ内は延べ入院日数に占める割合)

	急1・区分1 (n=453施設)	急1・区分2 (n=650施設)	急1・区分3 (n=346施設)	急1・区分4 (n=210施設)	急1・区分5 (n=119施設)	急2 (n=156施設)	急4 (n=1163施設)	地域一般1,2	ケア (転院以外)
新型コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	症例割合 (2.1%)	1.6% (2.1%)	2.2% (2.5%)	2.3% (2.5%)	2.4% (2.5%)	2.8% (2.9%)	2.9% (2.8%)	18.5% (12.2%)	1.1% (0.9%)
	平均在院日数	10.4	12.3	13.4	13.6	13.3	11.7	10.3	14.7
食物及び吐物による肺臓炎	症例割合 (2.3%)	1.4% (2.9%)	2.2% (4.3%)	2.5% (4.7%)	2.6% (4.8%)	2.2% (4.2%)	2.5% (4.3%)	4.2% (5.5%)	3.5% (5.2%)
	平均在院日数	16.6	21.6	23.8	24.8	26.3	23.7	20.3	28.9
動脈の血栓症による脳梗塞	症例割合 (0.6%)	0.5% (0.9%)	0.9% (1.4%)	1.0% (1.6%)	1.1% (1.6%)	0.6% (1.1%)	0.6% (0.9%)	0.6% (0.6%)	0.2% (0.2%)
	平均在院日数	12.0	17.5	19.5	19.2	20.5	16.1	10.2	24.8
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	症例割合 (0.1%)	0.0% (0.1%)	0.1% (0.2%)	0.1% (0.3%)	0.1% (0.3%)	0.2% (0.3%)	0.5% (0.8%)	2.2% (2.8%)	1.8% (2.8%)
	平均在院日数	6.7	10.0	11.4	12.6	13.9	10.5	10.6	30.2
肺炎, 詳細不明	症例割合 (0.6%)	0.4% (0.7%)	0.7% (1.1%)	0.8% (1.3%)	0.8% (1.3%)	0.9% (1.3%)	1.6% (2.5%)	3.9% (4.9%)	2.8% (3.8%)
	平均在院日数	11.3	13.8	16.2	16.5	17.6	13.1	15.0	26.6
体液量減少(症)	症例割合 (0.2%)	0.3% (0.3%)	0.5% (0.6%)	0.6% (0.7%)	0.7% (0.8%)	0.7% (0.9%)	1.3% (1.6%)	2.6% (2.6%)	3.7% (4.7%)
	平均在院日数	9.1	11.5	12.8	13.3	14.2	13.0	13.1	24.6
細菌性肺炎, 詳細不明	症例割合 (0.5%)	0.4% (0.7%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.8%)	0.5% (0.6%)	0.6% (0.7%)	0.6% (0.6%)
	平均在院日数	11.6	15.0	16.3	17.0	17.9	12.7	9.9	22.1
尿路感染症, 部位不明	症例割合 (0.7%)	0.6% (1.0%)	0.9% (1.4%)	1.1% (1.5%)	1.1% (1.6%)	1.1% (1.5%)	1.3% (1.7%)	2.2% (2.5%)	2.6% (3.4%)
	平均在院日数	11.4	15.2	16.1	16.5	17.1	15.2	14.7	25.2
大腸<結腸>のポリープ	症例割合 (0.2%)	0.6% (0.2%)	0.8% (0.1%)	0.7% (0.1%)	0.8% (0.1%)	0.7% (0.1%)	0.6% (0.1%)	0.7% (0.1%)	3.4% (0.4%)
	平均在院日数	1.5	1.8	1.6	1.6	1.5	1.3	1.2	2.5
慢性腎臓病, ステージ5	症例割合 (0.7%)	0.4% (0.8%)	0.6% (0.8%)	0.7% (0.9%)	0.7% (0.9%)	0.5% (0.7%)	0.4% (0.6%)	0.7% (0.9%)	1.3% (1.0%)
	平均在院日数	9.6	13.9	12.5	12.5	12.3	9.4	6.7	15.6

※入院初日に地域包括ケア病棟に入院する他の医療機関からの転院入院以外の症例における集計

出典:DPCデータ(令和4年4月~12月)

69

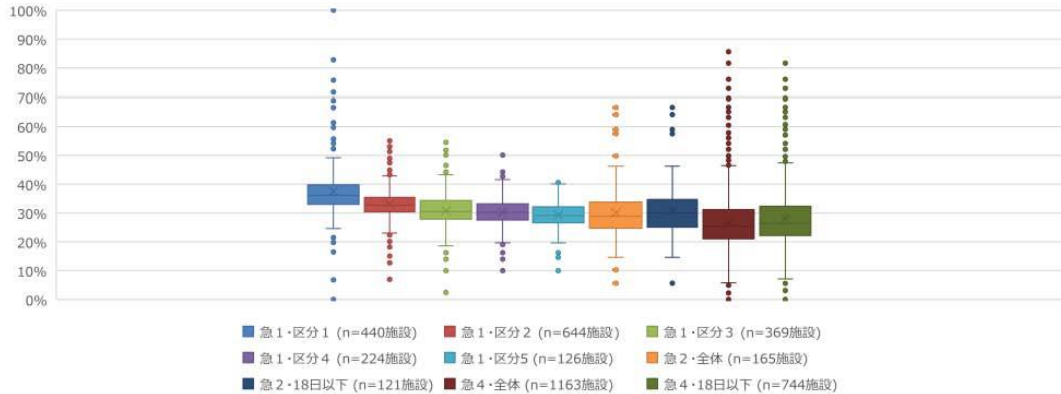


平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における入院医療の状況⑤

中医協 診-1参考1  
5 . 9 . 2 7

○ 急性期一般入院料1においては、平均在院日数の長い群では重症度、医療・看護必要度基準の該当割合が低く、急性期一般入院料2又は急性期一般入院料4との差が小さかった。

急性期一般入院料1, 2及び4における必要度基準の該当割合  
(平均在院日数により区分※)



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

出典:DPCデータ(令和4年8月~10月分)

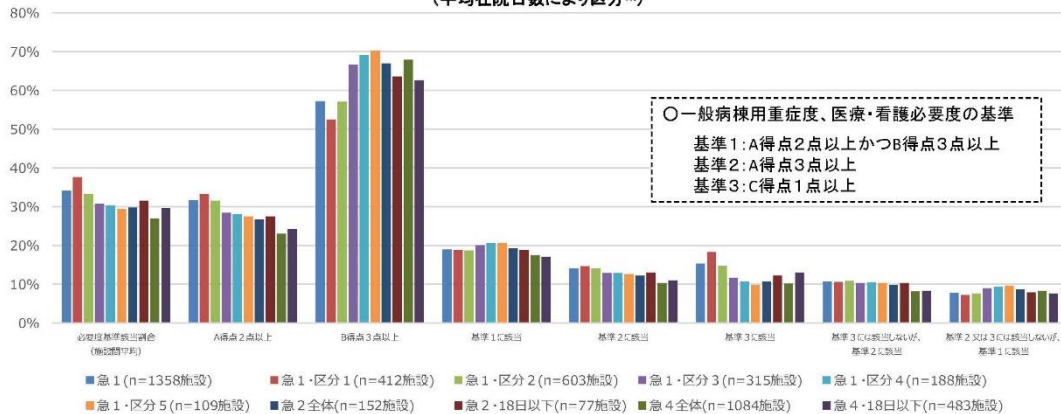
70

平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における入院医療の状況⑥

中医協 診-1参考1  
5 . 9 . 2 7

○ 急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の長い群では、A得点2点以上の割合、基準2に該当する割合、基準3に該当する割合は急性期一般入院料2のうち平均在院日数の短い群との差がみられず、B得点3点以上の割合及び「基準2又は3には該当しないが、基準1に該当する」割合は急性期一般入院料2や急性期一般入院料4よりも高かった。

急性期一般入院料1, 2及び4における必要度基準の該当状況  
(平均在院日数により区分※)



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

出典:DPCデータ(令和4年8月~10月分)※当該3か月の間に入院料の変更のあった医療機関を除く。

71

平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における入院医療の状況⑦

中医協 診-1参考1  
5 . 9 . 2 7

○ 重症度、医療・看護必要度のA項目の該当割合については、急性期一般入院料1のうち、平均在院日数の短い群は、「専門的な治療・処置」の該当割合が高いが、平均在院日数の長い群では、急性期一般入院料2における該当割合及び急性期一般入院料4のうち在院日数の短い群における該当割合と大きく変わらなかった。

	創傷処置	呼吸ケア	注射薬剤3種類以上の管理	シリンジポンプの管理	輸血や血液製剤の管理	専門的な治療・処置	救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態
急1・区分1(n=412施設)	7.3%	12.6%	11.1%	2.9%	2.0%	22.1%	10.6%
急1・区分2(n=603施設)	7.2%	13.2%	11.3%	3.4%	2.0%	20.0%	10.4%
急1・区分3(n=315施設)	9.3%	15.1%	11.2%	3.4%	1.6%	15.5%	10.4%
急1・区分4(n=188施設)	10.1%	16.1%	11.7%	3.4%	1.5%	14.6%	10.6%
急1・区分5(n=109施設)	11.2%	17.2%	11.8%	3.5%	1.5%	13.4%	10.2%
急2全体(n=1529施設)	10.8%	16.7%	11.1%	3.2%	1.7%	14.2%	8.6%
急2・18日以下(n=77施設)	8.1%	16.1%	11.4%	2.9%	1.6%	15.4%	9.9%
急4全体(n=1084施設)	12.2%	17.7%	8.6%	2.2%	1.2%	11.6%	7.6%
急4・18日以下(n=483施設)	10.9%	15.8%	8.1%	2.3%	1.2%	13.0%	8.8%

	抗悪性腫瘍剤の使用	抗悪性腫瘍剤の内服の管理	麻薬の使用	麻薬の内服、貼付、坐剤の管理	放射線治療	免疫抑制剤の管理	昇圧剤の使用	抗不整脈剤の使用	抗血栓剤の使用	抗血栓剤の使用	ドレナージの管理	無菌治療室での治療
急1・区分1(n=412施設)	1.8%	1.6%	3.1%	1.7%	1.0%	4.6%	2.1%	0.4%	3.8%	7.6%	0.9%	
急1・区分2(n=603施設)	1.6%	1.6%	2.4%	1.8%	0.9%	4.1%	1.8%	0.4%	3.3%	6.4%	1.0%	
急1・区分3(n=315施設)	0.8%	1.2%	1.8%	1.2%	0.5%	3.0%	1.5%	0.4%	3.0%	5.2%	0.5%	
急1・区分4(n=188施設)	0.7%	1.2%	1.7%	1.1%	0.3%	2.8%	1.5%	0.4%	3.1%	4.7%	0.4%	
急1・区分5(n=109施設)	0.6%	1.0%	1.4%	0.9%	0.2%	2.5%	1.5%	0.3%	3.0%	4.4%	0.2%	
急2全体(n=1529施設)	0.8%	0.9%	1.7%	1.1%	0.3%	3.0%	1.6%	0.3%	2.6%	4.5%	0.5%	
急2・18日以下(n=77施設)	0.9%	0.9%	1.9%	1.2%	0.4%	3.7%	1.7%	0.4%	2.7%	5.0%	0.1%	
急4全体(n=1084施設)	0.5%	0.6%	1.5%	0.9%	0.1%	2.4%	1.4%	0.3%	2.3%	4.0%	0.1%	
急4・18日以下(n=483施設)	0.7%	0.6%	1.9%	1.0%	0.2%	2.8%	1.4%	0.3%	2.4%	4.6%	0.1%	

※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

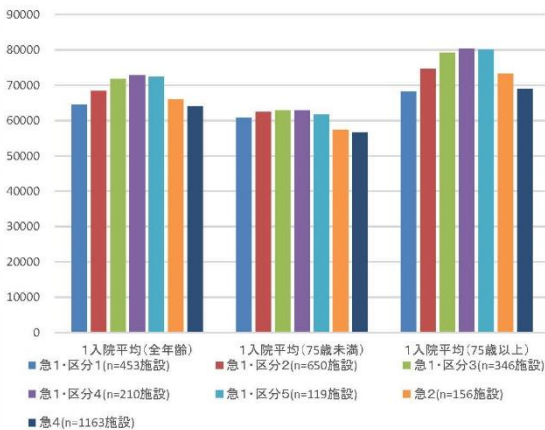
出典: DPCデータ(令和4年8月~10月分) ※当該3か月の間に入院料の変更のあった医療機関を除く。

平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における入院医療の状況⑧

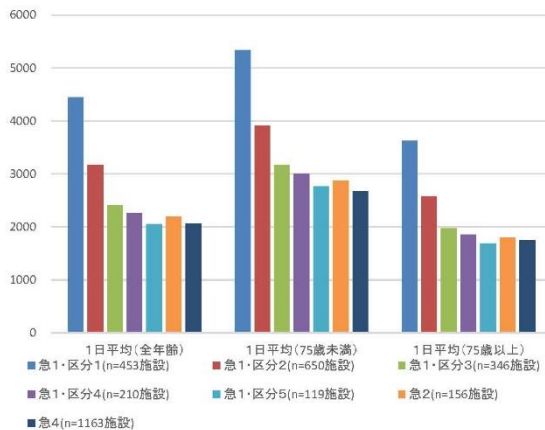
中医協 診-1参考1  
5 . 9 . 2 7

○ 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群は、1入院当たりの出来高実績点数は高いが、入院料等を除いた1日当たりの医療資源投入量は急性期一般入院料2及び急性期一般入院料4と同程度に低かった。

急性期一般入院料1, 2及び4における1入院当たりの平均出来高実績点数(入院料を含む。)



急性期一般入院料1, 2及び4における1日当たりの平均医療資源投入量 ※総医療資源投入量から、入院料とリハビリテーションを除く。



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

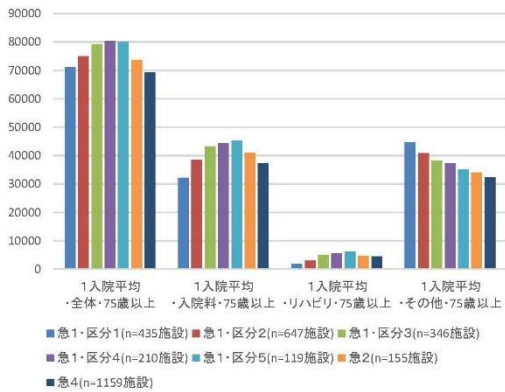
出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における入院医療の状況⑨

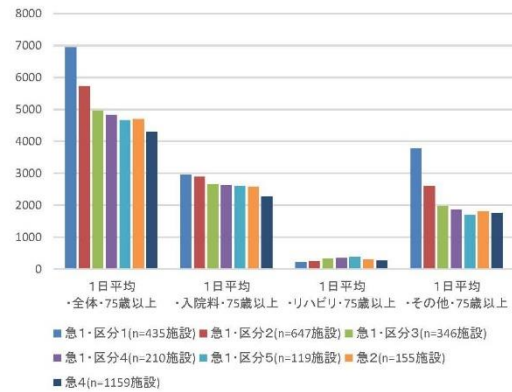
中医協 診-1参考1  
5 . 9 . 2 7

- 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群は、
  - ・ 急性期一般入院料2との比較では、1日当たりの入院料の点数及び「その他」の点数は大きく変わらないものの、在院日数が長いことから1入院当たりの医療資源投入量が高くなっていた。
  - ・ 急性期一般入院料4との比較では、1日当たりの「その他」の点数は大きく変わらないものの、入院料の点数が高く、1入院当たりの医療資源投入量が高くなっていた。
  - ・ 急性期一般入院料2と4のいずれとの比較でも、1日当たりのリハビリテーションの点数は高かった。

急性期一般入院料1, 2及び4における75歳以上の患者に対する1入院当たりの医療資源投入量 (全体、入院料、リハビリテーション、その他)



急性期一般入院料1, 2及び4における75歳以上の患者に対する1日当たりの医療資源投入量 (全体、入院料、リハビリテーション、その他)



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

出典:DPCデータ(令和4年4月~12月)

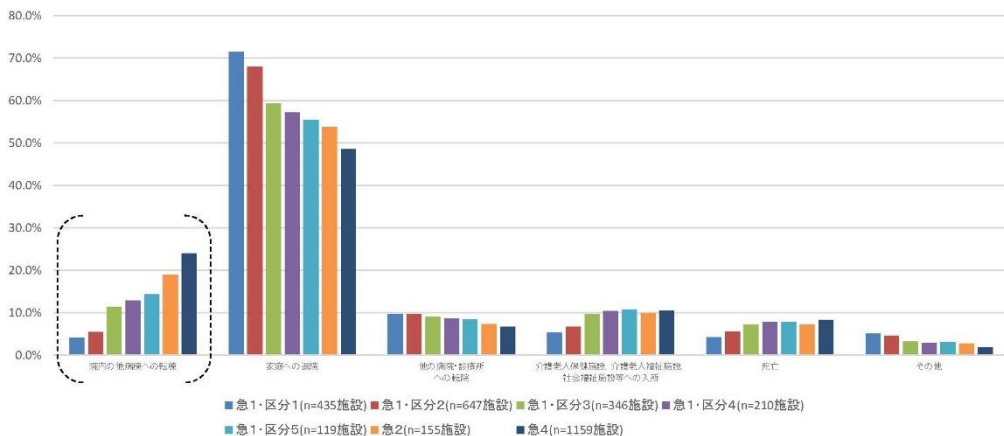
74

平均在院日数の区分による急性期一般入院料1等における入院医療の状況⑩

中医協 診-1参考1  
5 . 9 . 2 7

- 急性期一般入院料1のうち平均在院日数の長い群における75歳以上の患者の退院先は、家庭への退院の割合が低く、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設等への入所、死亡の割合が高かった。

急性期一般入院料1, 2及び4の75歳以上の入院患者における退院先



※急性期一般入院料1における平均在院日数による区分の基準

区分1:11日以下、区分2:12日以上14日以下、区分3:15日以上、区分4:16日以上、区分5:17日以上

出典:DPCデータ(令和4年4月~12月)

75

こちらは急性期一般入院料1における平均在院日数の基準の変更についても  
組み合わせた上でシミュレーションを行うと申し上げた関係で、

平均在院日数に関する資料を参考資料として掲載しているものでございます。

事務局からの説明は以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。

質 疑

必要度、D P C、医療区分等について

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

いくつかの件につきましてシミュレーションを行っていただきました。それから、シミュレーション案もご提示いただきました。ただいまの説明につきまして、ご質問等がございましたら、よろしくお願いたします。長島委員、お願いたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。いくつかコメントいたします。まず「1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について」です。

17 ページのシミュレーション案についてコメントします。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合への影響等のシミュレーションについて（案）

○ シミュレーションにおける変更内容の組み合わせは、以下のパターンで実施することとしてはどうか。

変更する項目	変更内容	共通	見直し案1	見直し案2	見直し案3	見直し案4
1-1	A-7:救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を1日とする。	○		○	
1-2		評価日数を2日とする。		○		○

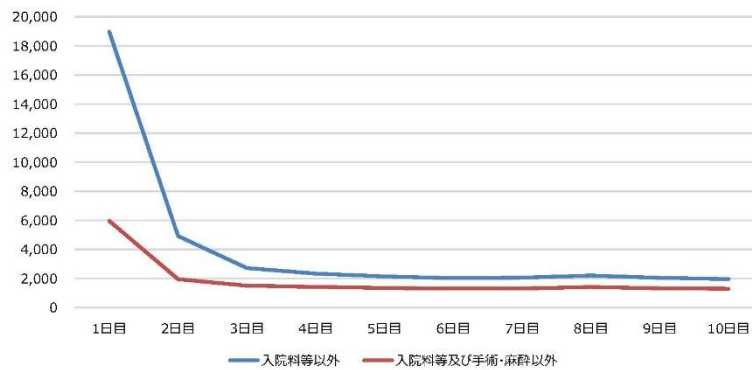
1-1 および 1-2 において「救急搬送後の入院／緊急に入院を必要とする状態」については、評価日数を現行の5日間から「1日」あるいは「2日」に短縮してシミュレーションを行うことが提案されておりますが、これについては反対です。

この点については、11月7日に入院（その2）を議論した際に、75歳以上の高齢者の救急搬送における傾向、つまり入院初期は該当割合が高いが、その後は入院資源投入量（ママ）も少なく、という傾向を全年齢に当てはめるのは不適當ではないかという指摘をしたところです。

緊急に入院を必要とする患者における入院後日数ごとの医療資源投入量

○ 救急医療管理加算1を算定する患者における医療資源投入量は、入院初日で最も高く、その後3日目にかけて低下し、3日目以降は大きな変化はみられなかった。

救急医療管理加算1を算定する患者における  
入院後日数ごとの医療資源投入量



出典: DPCデータ(令和4年4月~令和5年3月)

11

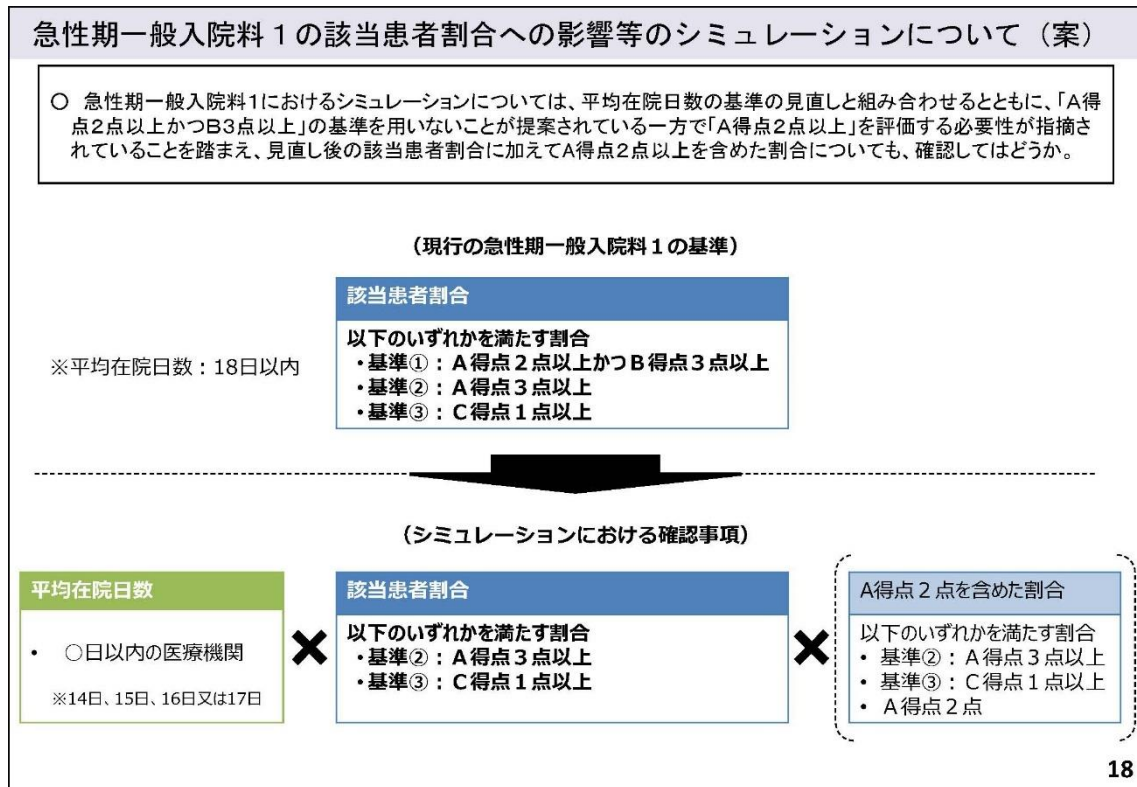
今回の資料では、11 ページにおいて救急医療管理加算を算定する患者さんにおける医療資源投入量が示されており、この結果を見れば、年齢にかかわらず高齢者の救急搬送と同様の傾向にあるということを示したいということは受け止めました。

しかし、患者さんの重症度、処置の状況については示されておらず、全体の推移しか示されていません。例えば、救急搬送当日に必要とされる手術・処置等を行い、その後は、そのような医療資源を大きく投入するようなことはなくても、管理を継続することが求められるというような状態も重症であります。

そもそも、これまで、いみじくも議論されてきたように、救急医療管理加算は重症患者に対して算定することが要件となっており、現場では医療資源投入量で一律に判断するのではなく、医学的に重症患者として判断されています。

したがって、医療資源投入量だけで安易にグラフ化して提示するのではなく、医学的な実態をより反映し、現場の評価と合致するような分析の提示を事務局に求めます。

また、今後、急性期病棟の機能をさらに強化するという観点でも、救急医療の評価を縮小するようなことは行うべきではないと主張します。



次に、18 ページの急性期一般入院料 1 の該当患者割合への影響等のシミュレーション案についてです。

平均在院日数として「14 日、15 日、16 日又は17 日」とありますが、現在の 18 日も当然行うべきであります。

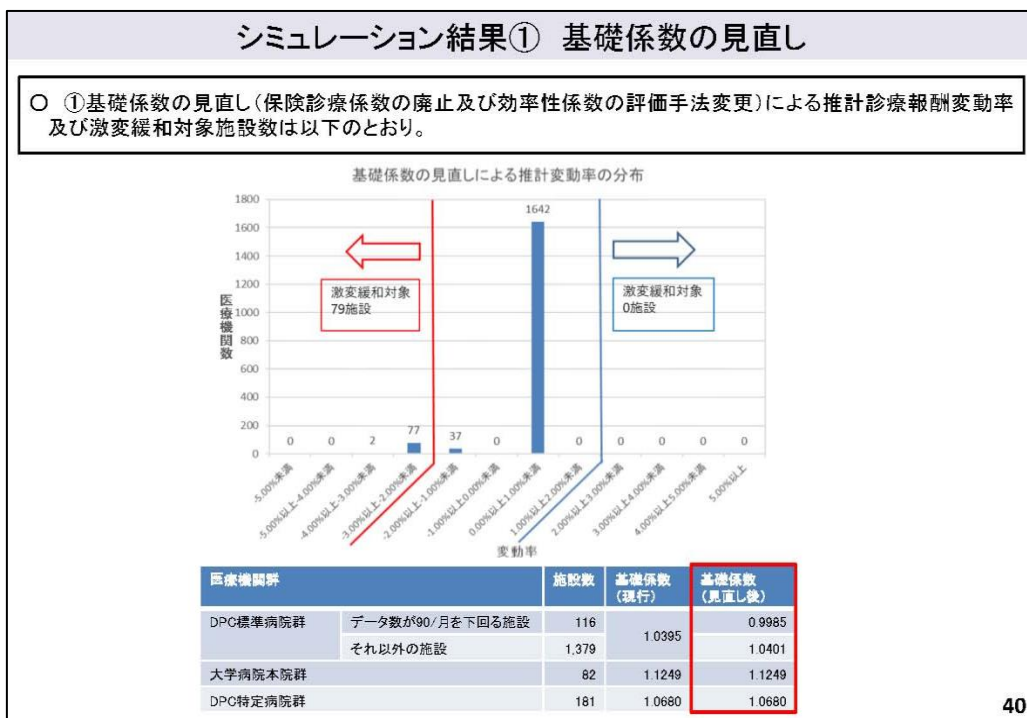
次に、「2. 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度等についてです。

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度における S O F A スコアの活用については、12 月 6 日の入院（その 6）でも指摘があったところですが、入院当日の S O F A スコアのみをもって評価することは、日本における I C U 運用、人員配置の実態に合わない可能性があります。

もし、そういった実態とも十分に整合的であるというデータがあれば、いただければと思います。

また、治療室ですので、病床数が少なければ、ごく少数の患者さんの影響によって該当患者割合が大きく変化してしまうことも考えられます。こうしたことも考えると、シミュレーション結果については慎重に検討する必要があると考えます。

「3. DPC/PDPSにおける医療機関別係数について」です。



40 ページの基礎係数の見直しに係るシミュレーション結果を拝見しますと、ひと月あたりのデータ数が90を下回る病院を区別することで、DPC標準病院群1,379施設のうち、1割弱の施設が激変緩和の対象施設となり、影響が極めて大きいことが見てとれます。

また、今回のシミュレーションではコロナ特例の廃止による影響も勘案されておらず、激変緩和係数が設定されたとしても、1年後にはマイナス4%に及ぶ係数の変化が医療機関の努力によらず適用されることは非常に大きな影響があると考えています。



そもそも、11月24日の入院（その5）でも指摘したとおり、データ数を90で区切ることは明確な根拠が示されておりませんので、90で区切ることが適当と言えるのか。そのデータ数前後で、医療機関の属性にどのような違いがあるのか。継続的に検討する必要があると思います。

私からは以上ですが、小塩会長におかれましては、看護協会の専門委員からも意見を聴く機会をご検討いただければ幸いです。

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。続きまして、太田委員、お願いいたします。

### ○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

はい、ありがとうございます。今回の提案の、なった、17ページに示されている変更内容および見直し案に関して意見を述べる前に、現在の全国の病院の状況、医療現場の状況に関しても少しお話をさせていただきたいというふうに思っております。

私は以前から高齢者入院患者の入院治療には、病棟において多数の人的資源が必要だということをこの中医協の場でお話をさせていただいてきております。

適切な人的資源配置の分析が今回も行われていない状況の中で、それらを賄ってきた病棟の入院料が必要度の変更により下がる病院が出てくることが今回の変更では懸念されます。

機能分化は重要ではありますが、本改定では高齢者救急の受け皿となる新たな入院料の設定も検討されておりますが、その入院料が高齢者の入院治療に十分な人的配置を可能とする水準で設定されるのかは、まだ不明な状況です。

今の重症度、医療・看護必要度はC項目設定後は、特に外科系の評価に偏りすぎているという指摘は以前からございました。外科系の患者は侵襲的な手術を受けるため、術前・術後にしっかりとした看護ケアが必要であることは間違いありません。

ただ、もともとADLは自立していた患者は多く、食事介助や排泄介助、移動介助など看護が行う療養上の世話に関しては、そんなに人手がかからない患者層も比較的多い患者層をみる診療科でございます。

しかし、内科系の入院はもともとADLも低下しており、食事に関しても誤嚥に注意しながら食事介助をしなければならない患者が病棟には相対的に多数いますし、排泄も移動も全て人手がかかる。そのような患者の治療が入院対象です。

C項目で評価される外科手術は、急性期病院において一般的な外科系診療科が対応する一般的疾患、すなわちコモディージェズが評価されています。

急性期病院の内科系診療科においては、内科系のコモディージェズである感染症などに対して心電図モニターが削除された 2022 年改定以降、かなりの重症入院症例以外は重症度、医療・看護必要度を満たさない状態となっておりまして。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合への影響等のシミュレーションについて（案）						
○ シミュレーションにおける変更内容の組み合わせは、以下のパターンで実施することとしてはどうか。						
変更する項目	変更内容	共通	見直し案1	見直し案2	見直し案3	見直し案4
1-1	A-7:救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を1日とする。	○		○	
1-2		評価日数を2日とする。		○		○
2-1	A-1:創傷処置	必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。同時に、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。	○			
3-1	A-2:呼吸ケア	必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	○			
4-1	A-3:注射薬剤3種類以上の管理	入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とする。	○			
4-2		4-1の上で、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	○			
5-1	A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	入院での使用率が60%未満のものは対象薬剤から除外する。	○			
5-2		5-1の上で、得点を3点とする。			○	○
6-1	A-6②:抗悪性腫瘍剤の内服の管理	入院での使用率が70%未満のものは対象薬剤から除外する。	○			
7-1	A-6:専門的な治療・処置	「専門的な治療・処置」のうち「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の得点を3点とする。	○			
8-1	B項目及び該当基準	7対1病棟において、該当基準のうち基準①（A2点以上かつB3点以上）を廃止する。	○			
9-1	C項目	令和3年度及び4年度の実績に基づき、対象手術を変更する。	○			
9-2		手術実施日からの退院日までの日数の実績を踏まえ、評価日数を変更する。	○			
10-1	評価対象患者	短期滞在手術等基本料の手術等を実施した患者についても、評価対象とする。	○			

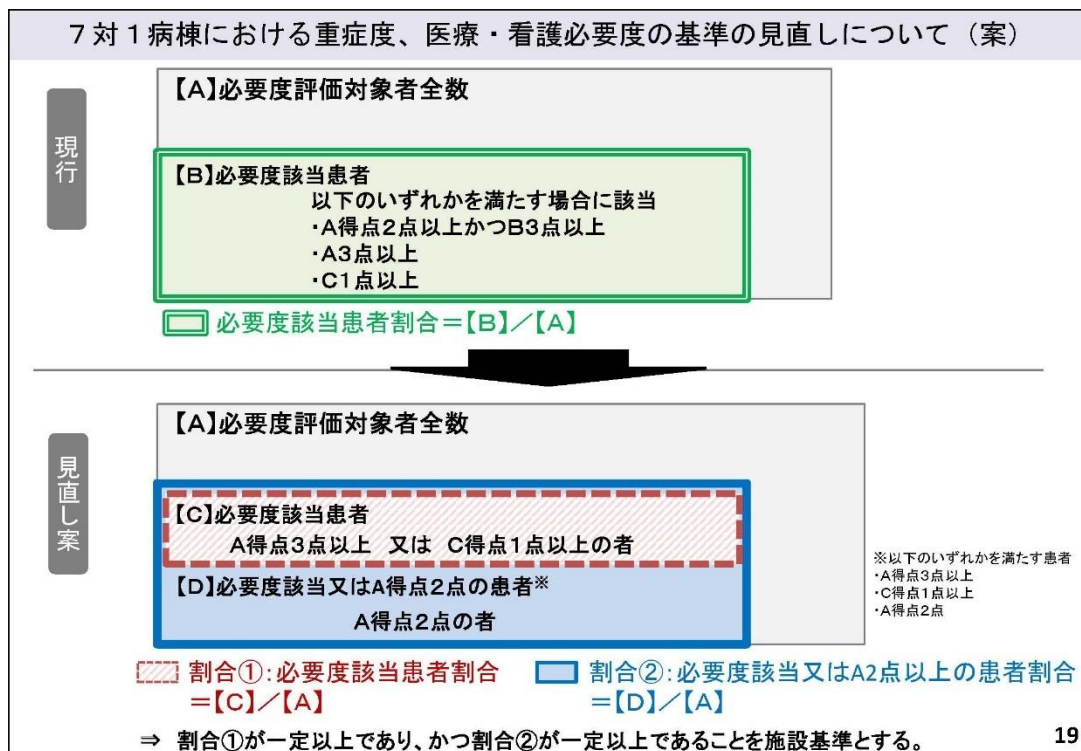
17

その上で、今回の17ページの見直しの変更案ですが、救急搬送後の入院の評価日数を変更することは、現時点では行うべきではないと私は思います。

特に、内科系病棟における人的資源の必要量の分析が十分行われていない現状では、また、受け皿となる高齢者の包括の入院料の設定が十分な人的資源配置が確保できる保証のない中では賛成しかねます。

現在、手のかかる内科系入院に対する人的資源配置の最後の砦となってきた救急入院によるA得点の5日間の日数の短縮は、前述しましたとおり、急性期病院における内科系評価が十分検討されていない中、あまりにバランスを欠いた評価体系となると考えます。

100歩譲って、救急搬送後の評価日数をシミュレーションに入れなければならぬのであるならば、現段階では評価日数は「1日」「2日」ではなく、「3日」「4日」「5日」とも全て出していただく必要があると思います。



さらに、シミュレーションの結果として、19ページにあるように、施設基準をA項目の3点と2点の割合、「C/A」「D/A」のアンドにするなどという、あまりにも複雑な評価基準とすることに関しても、制度を複雑化させ、また現場対応を困難とすることになり、現段階では同意しかねます。

また、特定集中治療室およびハイケアの重症度、医療・看護必要度に関してですが、これらに関しても、シミュレーションの結果、どこまで入室基準を厳格化していくのか、最終的な現在のカットオフ値をいくつにするかも現時点で不明な中、変更そのものに現段階では賛成しかねます。

今回の変更をしたとしても、現在の多くの治療室がその基準を満たすということが必要だと考えます。病院の運営上、集中治療室やハイケアユニットは重症患者への対応として、なくてはならないものです。

配置すべき看護師数は多く、現在の看護師の確保が困難な状況の中、無駄に治療室を設定し、人的資源を配置している病院はありません。

運営方法には、病院により差があることは事実ですが、不適切な患者が入っており、問題となっているという事例も聞いてございません。現場の運営、病院運営、病棟運営が影響を受けるような変更は避けるべきであると主張いたします。

さらに、DPCです。今回、データ数90を下回る病院に関して基礎係数が大幅に下がり、激変緩和が必要な病院数が多数出ることが40ページにより判明いたしました。

医療機関群		施設数	基礎係数 (現行)	基礎係数 (見直し後)
DPC標準病院群	データ数が90/月を下回る施設	116	1.0395	0.9985
	それ以外の施設	1,379		1.0401
大学病院本院群		82	1.1249	1.1249
DPC特定病院群		181	1.0680	1.0680

長島委員からもありましたように、今回のデータ数90というものでカットオフをするのが適切かどうかというものに関しては、一度検討が必要であろうというふうに思います。

複雑性指数の検討に際して、10%タイル値で設定されたというものだと認識しておりますが、影響を受ける病院数が多すぎるのではないかと感じます。

5%タイル値を採用するなど、より影響を受ける病院数が減り、しかし複雑性係数の抱える問題が解決できる、病院への影響をより軽減できる制度変更を検討すべきであると思います。

また、これだけの劇的な係数の変更は、先に述べましたように、病院の運営に大きな影響を及ぼします。激変緩和を2段階で時間をかけて行うなど、激変緩和に関しても、さらなる配慮が制度変更に際しては必要であると考えます。

ご検討くださいますよう、お願いいたします。以上でございます。

#### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。ほかは、よろしいでしょうか。はい、池端委員、お願いいたします。

#### ○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい。私からも特に43ページ以降の療養病棟入院基本料の医療区分について少しコメントと質問をさせていただきたいと思います。

この医療区分の大きな見直しについて、たぶん最後の機会になる可能性もあると思いますので、少しお時間をいただきたいと思います。よろしくお願ひします。

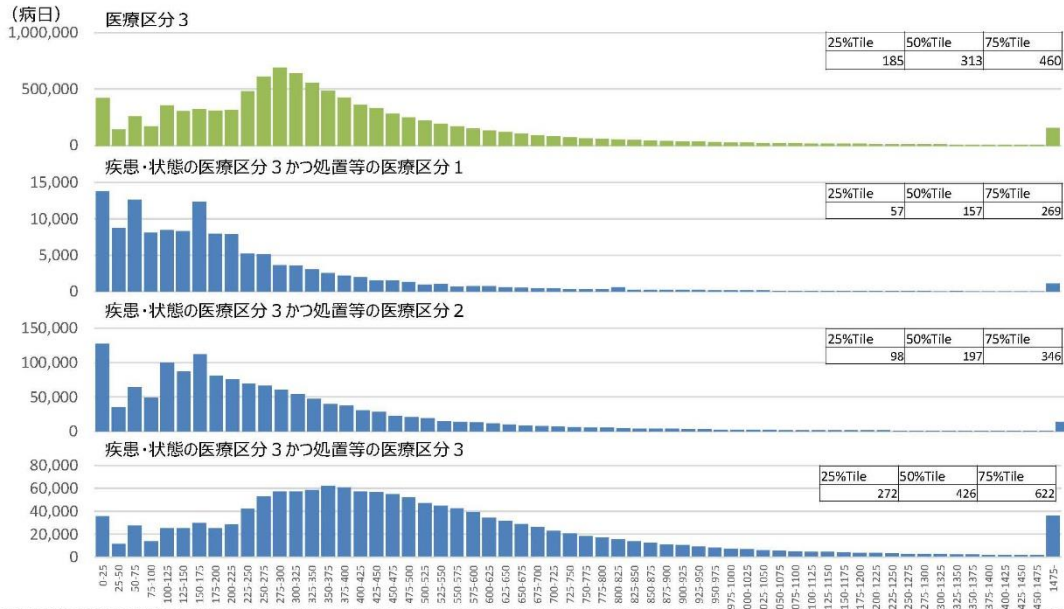
まず質問を3点、先にさせていただいて、その回答のあとにコメントをさせていただければと思いますので、よろしくお願ひいたします。

まず1点目。48ページの、何度も出てきた、この医療資源投入量の図ですけども、そもそも、ちょっと話が前後しますけれども、今、太田委員もおっしゃったように、今回、入院に対しては医療資源投入量をもとに大きな評価を見直しをしようという大きな流れがあるかと思います。

医療区分3と疾患・状態と処置等の組合せ①

診調組 入-3  
5 . 9 . 6

○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。  
 集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病床入院基本料を算定している日  
 対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EfnアイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

そこに対して、確かに医療資源投入量というのは入院に関する評価項目の1つではあると思いますが、それのみではなく、唯一無二のものでもなくて、それ以外の要素があるということ、特に療養病床の資料をもとに少し説明、コメントさせていただければと思います。

その前に3点質問ですが、まず1つは、この48ページの図の見方ですけれども、ここに一応、項目の名前が書いてないので私なりに換算しますと、左の病日が、これは病日ですね。各病院の総合の病日だと思います。で、右の下の図のように「0-25」から「1,475以上」という所があります。

これは、おそらく点数は出来高の点数、DPC化から引き出した出来高の点数の医療資源投入量の点数だろうと思いますけど、ここの点数であるかどうかことが1点。それから、そこに出来高で既に療養病床でも算定できる手術とかリハビリとか、あるいは包括外の薬剤とか、こういう医療資源投入量が入っているのかいないのかわかることをまず1つ、このデータの読み方として、ご質問をさせていただきたい。

それから、もう2点目は、もともと、この医療区分というのは、私が記憶している限り、一番最初は1分間タイムスタディという医療の中の医師・看護師等の1分間タイムスタディを取って、それを精緻化して、それで医療資源投入量と置換えて、この医療区分、9区分が決まった。

慶應義塾大学の池上・病院管理学の教授が入院分科会の座長だったときに、こうなったものではなかったかと記憶しておりますが、その1分間タイムスタディを取ったデータをもとに、この9区分が出たということで、決して医療資源投入量を、そこには入れてなかったということを記憶してるんですが、それで正しいかどうかは2点目の質問。

3点目は、それ以降、もう20年来、この医療区分については、いくつかの改定のたびに見直しを検討しましたが、これも、私に関わってる限り、知れた限りでは、それについて、例えばDPCデータをもとに、その重症度等を照らし合わせても比較的、医療区分が大きな損はないということで、このままで、同じ9区分がきたと認識しています。

しかも、この間、この20年間、最初に立てつけたデータ、1分間タイムスタディを一度もそのあと、再度、1分間タイムスタディで、それを見直していることはなかったと記憶していますが、それで正しいのかどうか。

まずその3点を、ちょっと先にお伺いしたいと思います。以上です。そのあと、ちょっとコメントさせていただきたいと思います。

#### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。今、池端委員から3点、ご質問をいただきましたが、事務局、いかがでしょうか。

#### ○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい。事務局、医療課長でございます。ご質問にお答えしたいと思います。48ページにかかるお尋ね。これと、あと過去の経緯に関するお尋ねというふうに承知をいたしました。

まず、48 ページ目。まず、こちらが包括範囲の出来高点数かどうかという、そのとおりでございます。48 ページ目に、医療区分 1・2・3 で、この縦の棒グラフをずっと並べてございますけれども、それぞれ包括範囲の出来高点数の積み上げとなります。

その中には、これは包括範囲の出来高点数でございますので、一方、この包括範囲外のものは、ここに含まれてございません。はい。そういう理解で結構でございます。

それから、平成 18 年のときの経緯でございます。すいません、そちらは今日、資料として、ちょっと用意してございませんので、私の記憶の限りということで若干、不正確な部分あるかもしれませんけれども、そのときにタイムスタディを行った調査で、それをもとに、この医療区分をつくっていたのは事実だというふうに承知をしております。

また、そのときに、そのタイムスタディにおける、直接処遇時間ですとか、と、これの、その分布がそれぞれの疾病名や、それから処置などに応じて、どのように分布するかということを経済的に解析して、今、その手間のかかり具合ですとか、あるいは、医療資源投入量。

医療資源投入量というのは、その診療報酬点数表なのか、あるいは、人のコストなのかというところで申し上げると、人のコストについて着目した分類になったということも事実だというふうに思っております。それから、そのあと、この医療区分を変えるためにタイムスタディは行われていないということでございます。以上でございます。

#### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

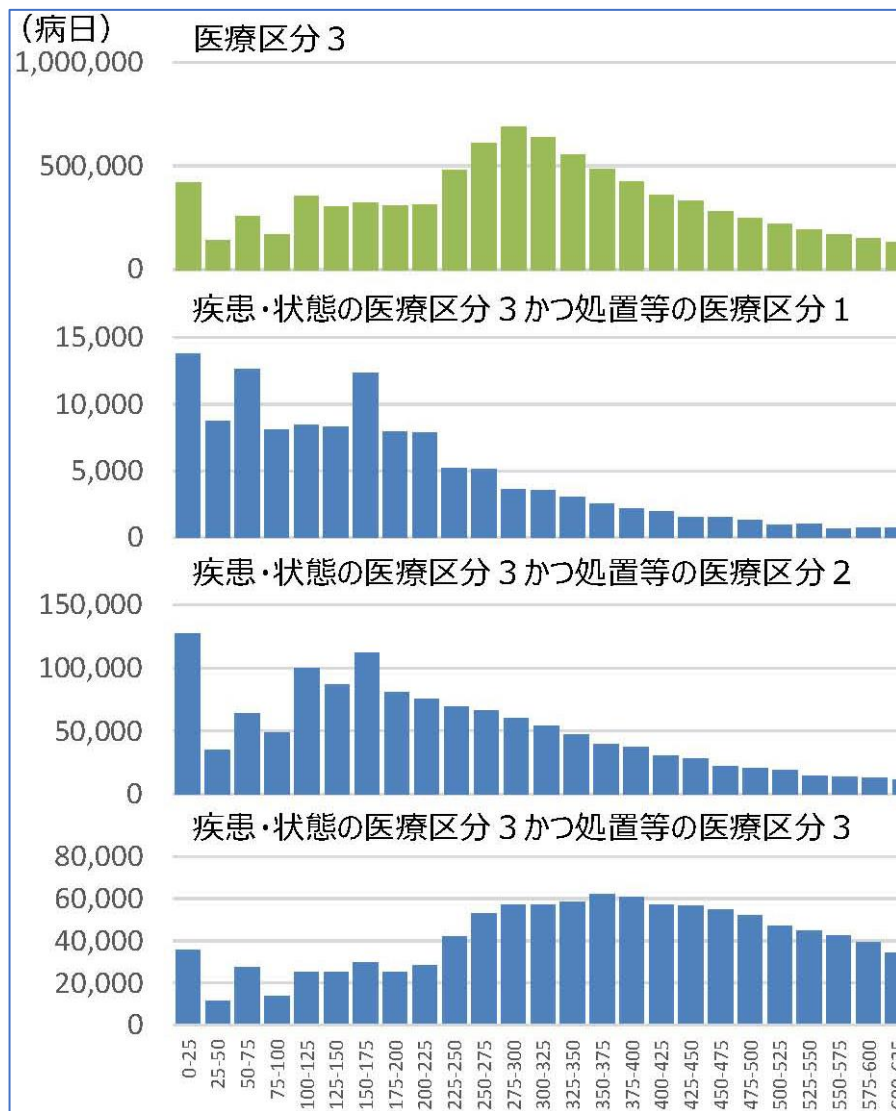
はい。池端委員、いかがでしょうか。

#### ○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい、ありがとうございます。では、今のご回答のもとに少しコメントをさせていただきます。



まず、この48ページ以降、見ている、この、今回、「疾患・状態」と「処置」の組み合わせということで分けて、それぞれ医療資源投入量の目線で、この棒グラフができてるかと思えます。



総じて、当然、「処置」のほうが医療資源投入量が多く出ていて、これで見ると、医療区分の「疾患・状態」では医療資源投入量が低くて「処置」が多くて、ということで、「処置」が多ければ多いほど高く点数を設定すべきではないかというようなグラフに読み取れるかと思えます。

ただ、先ほどお話ししましたように、この、そもそも医療区分というのは、これを合わせたもので、医師の、例えば、ここに出てない医療資源投入量以外の医師の指示の見直しとか医師の診察頻度とか、看護師の手間、あるいは看護師の患者さんたちに携わる頻度等が込みされた中での重症度ということで、この医療区分が出来上がっている。

一方の、その医療資源投入量以外の「汗のかき方」ということが、ちゃんとこの医療区分に入っていたんですね。

ところがこれ、今回、この医療資源投入量だけのグラフで見て、これを27区分にしようとすると、当然ながら「処置」区分の医療資源投入量が多いですが、そこに点数が高くなると、処置をすれば高い。処置をしなければ低いとなると、逆に、この究極は出来高払いになってしまうと思うんですね。

だから、本来、包括的にちゃんと患者さんを見るということが重要な療養病床、慢性期の患者さんの見方としては少し、かなり、逆に偏った見方になってしまうのではないかな。

例えば、具体的に言えば、医療区分、疾患の医療区分、パーキンソン病関連疾患等々がもし急性期から送られてきたときに慢性期でみる場合に、肺炎を起こしたり酸素を投入したり抗生剤を使ったりすれば「処置」区分が上がるでしょう。

そういうことがなくて、薬の調整でオンオフがあって、日々、非常にADLが変わっていくことに対して、毎日、診察をして、そして状況を見て、薬の調合を変えたり、あるいは生活支援をしたり、いろいろ、看護の必要量を提供したりということをやっているだけでは、おそらく、この見方だと、非常に疾患の医療資源投入量の低いまま、押されてしまうという可能性があるんで、ちょっと、これだけをもって、この27区分することに対して私はちょっと違うんじゃないかなという印象を持ちました。

「今さら」と思われるかもしれませんが、私、昨日、ずっとこの図を見て、何かすごく現在の病院の中の患者像と、ここに出てきた状態がむしろ合わない。イメージが合わないなど、何か違和感をすごく感じたので、何が違和感があるのかと思ったら、そういうことを気づいたので、今日、ここでお話しさせていただきました。

もちろん、今さらということ、これを「ガラガラポン」には、なかなか難しいかもしれませんが、一方で、その「疾患」でここに医療区分2なり3になるところの重要性もしっかり加味していただいた上で、重みづけについては慎重に、慎重に検討していただきたいということが私の意見として言わせていただきたいと思います。

それから、次のポイントですけれども、この27区分になることによって、おそらく特に処置区分が非常にデリケートになってきます。これは、3日間、医療区分3で、その次は「2」、あるいは「1」ということが常に出てくるとなると、それを、27区分を毎日毎日チェックする。これ、電カルが入ってる医療機関ならいいですけど、基本的に療養病床、200床以下の電カル導入率は50%未満なので、その方々の事務手数料がものすごい膨大になってくるのが想定できます。

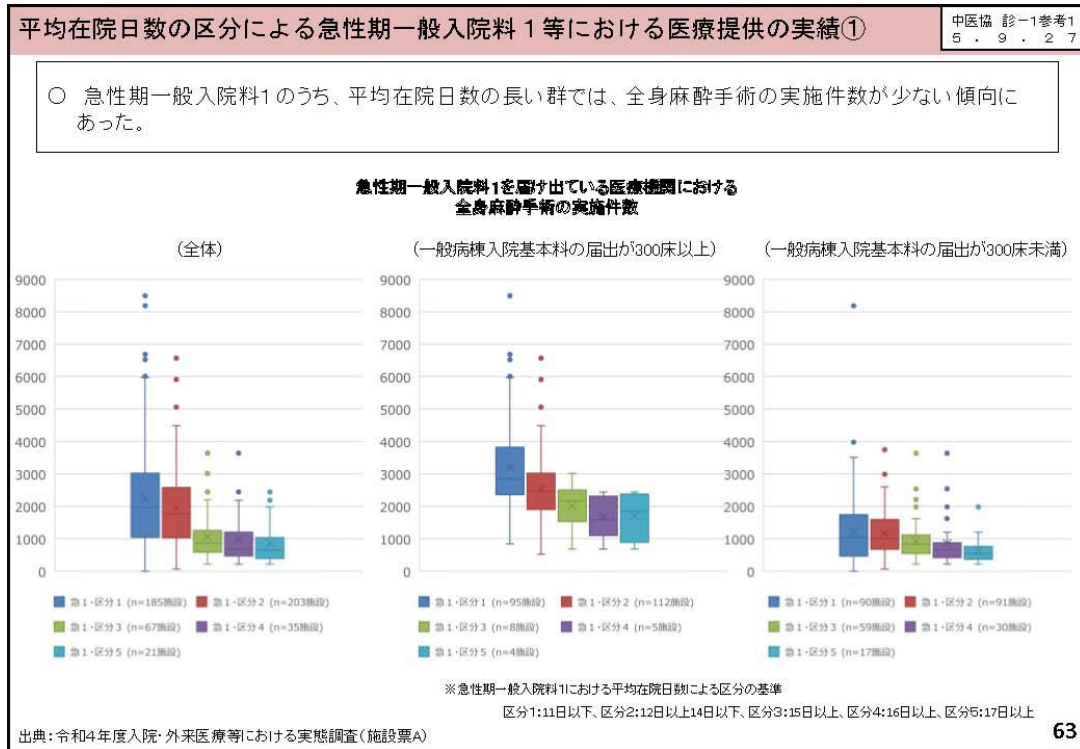
ここでも事務局、もう1点、あとでお聞きしたいんですけども、この事務量ということについて、何か想定しているお考えがあるかどうかということ、ちょっとあとで、あれば、ご質問させていただきたいと思います。

これに対しては相当な、かかることを想定していて、私どもも、協会でも、いろいろシミュレーションしようとしてるところですけど、総じて「大変だ、大変だ」という声が聞こえてくるのが事実なので、お話ししておきたいと思います。

それから、いずれにしても、この入院基本料に関しては、先ほど言ったように、このまま、この療養病床にとって入院基本料の大幅な上げ下げ。上がることは少なくとも、下がるのが大きいんだろうと思いますが、関わってくることなので、相当な激変緩和も一方で考えていただかないと、本当に療養病床が成り立たなくなるどころか、急性期病院から受ける患者さんが、今まで受け入れてた、この疾患で受け入れてた患者さんが受けられなくなってしまう。

処置が一切ない、疾患で受け入れた患者さんは非常に点数が下がって、とても経営は成り立たないから受け入れないってことになってしまうと、その患者さんがどこに溜まるかということ、むしろ出来高で、それ以上高い急性期病院に溜まってしまいうという逆の現象が起きてしまう。それは医療費全体としても決していいことではないと思うので、その辺のシミュレーションもしていただきながら、ぜひ再度、ご検討をいただきたいと思っています。

それから、今回、このシミュレーションとして示していただいた、この 63 ページからの、



私が求めているシミュレーションは、もう、こういう全体のシミュレーションも大事ですけども、各療養病床の管理者の方々が一番気にしているのは、自分の今、医療区分の状態、つまり 8 割あって収入がこれだけあるのが、この新しいシミュレーションの新しい 27 区分になって、本当に激変で下がるのか、下がらないのか、少し上がることもあるのかということが非常に不安定な状況になっている。

そこのシミュレーション。今の医療区分の、各医療機関ごとで、これ、新しいものになると、どれだけの経営資源が増えるか減るかということは非常に一番困るところ、心配なところで、そういうシミュレーションをぜひ、もちろん病院名は出せませんが、出していただいて、これくらいの中に収まりますよってところがお示しいただかないと、なかなか、これを賛成しますとは言いきれないということがあるので、その辺についても非常に難しいシミュレーションかもしれませんが、ぜひご検討をいただきたいと思っています。ちょっと長くなりましたけれども、以上、よろしくお願いたします。

## ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ただいまのご発言の中で1点、事務手続きですね。その負担については、どういうふうにお考えかというご質問ありましたが、その点についてはいかがでしょうか。

## ○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、事務局、医療課長でございます。まず事務手続きですね。現場でチェックをする項目が増えるのではないかと。それを毎日、観察することが、負担が増えるのではないかと、そこに対する配慮は、というお尋ねだったというふうにご承知をいたしました。

私どもは、今回のご提案しているものは、現行の医療区分の中に、既に「疾患・状態」としてあるもの。そしてまた「処置」として掲げられているもの。この項目自体をそれぞれ変更するということは想定してないっていうことはご説明申し上げておまして、それを組み合わせで評価をしましょうというふうにご提案しているというふうにご承知をしております。

ですので、現在、その療養病床でチェックいただいている、それぞれの患者さんがどの「疾患・状態」で該当するか、それから、どの「処置」をしている、していないということに関しては、手間は正直なところ、私どもとしてはこれまでやっていただいている手間の中で吸収できる範囲のものだろうというふうにご承知しております。つまり、新しく何か追加して項目を増やしたりということは、今のところ想定してなくて、それを組み合わせましょうということでございます。

一方で、これ、平成18年のときにも、確か、患者さんへ提供する、日々どの状態に該当しているかというふうなマークシートのような書式があつて、そこには医療機関、必ず確かチェックをしていただいて患者さんに交付していただいているものだと思います。あれからも、27区分ってというのは、すぐにつくれるものだったというふうにご承知をしておりますので、私どもとしては、そのようなことで、今回は考え方をより精緻にするということで、現場のご負担、そのチェックの負担というのはあまり増えない方向でいけるのではないかなというふうにご承知のとこでございます。事務局からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。池端委員、いかがでしょうか。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい、ありがとうございました。ということは今、やっている表を超えて、いろいろ、さらに精緻化するものを求めるものではないということに理解させていただいてよろしいでしょうか。わかりました。それであれば、ある一定程度、対応ができる可能性は高いと思いますので、ありがとうございました。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。ほかに、ご意見ございますでしょうか。ご質問ございますでしょうか。はい、それでは松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。まず2号側の方からいろんな方面についてご意見があったと思うんですけども、それでまあ、シミュレーションをやるということについてはですね、皆さん方、いろいろな肌感的、あるいは経営面、あるいは日頃感じたことを、やっぱり検証する意味では、やっぱりシミュレーションが必要だということに関しては、たぶん意見の一致は見ると思いますので、まずそのシミュレーションについては必ずやっていただきたいということかと思います。

その上でですね、少しコメントをしていきたいというふうに思います。

まず一般病棟用の重症度、医療・看護必要度についてでございますけども、急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度につきましては、9ページにも示されておりますけども、B項目を用いない方向で分科会の意見が示されており、それには従来から賛同しているところでございます。

急性期一般入院料1の該当患者割合への影響等のシミュレーションについて（案）

○ 急性期一般入院料1におけるシミュレーションについては、平均在院日数の基準の見直しと組み合わせるとともに、「A得点2点以上かつB3点以上」の基準を用いないことが提案されている一方で「A得点2点以上」を評価する必要性が指摘されていることを踏まえ、見直し後の該当患者割合に加えてA得点2点以上を含めた割合についても、確認してはどうか。

（現行の急性期一般入院料1の基準）

※平均在院日数：18日以内

該当患者割合
以下のいずれかを満たす割合
・基準①：A得点2点以上かつB得点3点以上
・基準②：A得点3点以上
・基準③：C得点1点以上

（シミュレーションにおける確認事項）

平均在院日数	×	該当患者割合	×	A得点2点を含めた割合
<ul style="list-style-type: none"> <li>○日以内の医療機関</li> </ul> <p>※14日、15日、16日又は17日</p>		以下のいずれかを満たす割合 ・基準②：A得点3点以上 ・基準③：C得点1点以上		以下のいずれかを満たす割合 ・基準②：A得点3点以上 ・基準③：C得点1点以上 ・A得点2点

18

今回、18 ページ目のシミュレーションの条件を見てみますと、A得点2点以上の患者に対する何らかの評価が提案されておりますけども、

A得点2点以上は、これまで評価の対象になっていないことから、A3点以上またはC1点以上の患者割合が重要であり、この2つのいずれかを満たす割合が高いことを施設基準としては堅持すべきだというふうに考えます。

急性期一般入院量1の平均在院日数の基準についてでございますが、これは11月の議論におきましても、実態を踏まえて短縮化すべきという主張をしてまいりました。

参考資料を見てみますと、平均在院日数が15日以上の区分では、患者像や手術等の実績、必要度などが急性期一般入院料2や4と大きく変わらないことが示されております。したがって、平均在院日数については「14日以下」とするということを主張いたします。

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度等のシミュレーションについて（案）

○ SOFASコアによる評価についての議論及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直しについての議論を踏まえ、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直しによる影響のシミュレーションについては、以下の内容を組み合わせて実施することとしてはどうか。

1. 重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準の見直し

変更項目	変更内容	該当患者割合への影響	見直し案 1	見直し案 2
(1) A-1:輸液ポンプの管理	項目を削除する。	ICU1,2: -9.1% ICU3,4: -13.5%	○	○
(2) A-2:動脈圧測定（動脈ライン）	得点を1点に変更する。	ICU1,2:-8.3% ICU3,4:-10.9%		○
(3) 基準値	2点以上の場合に該当とする。	ICU1,2:+8.1% ICU3,4:+11.7%	○	○



2. SOFASコアによる評価対象施設の基準設定

対象	変更内容	基準の候補
(1) 特定集中治療室管理料 1及び2	入室口のSOFASコアが5点以上の患者割合が一定以上である場合に評価対象とする。	10%、12.5%又は15%以上
(2) 特定集中治療室管理料 3及び4	入室口のSOFASコアが3点以上の患者割合が一定以上である場合に評価対象とする。	10%、12.5%又は15%以上

※ 救命救急入院料2・4についても、1. の項目及び該当基準の見直しを行った場合のシミュレーションを行う。

続きまして、ICUやHCUにおける重症度、医療・看護必要度ですけれども、重症度の高い患者の状態が適切に反映すべきであり、そうした観点から、27ページに示されております事務局案のとおり、ICUでSOFASコアが一定以上であることを求める方向でシミュレーションを行うことには賛成いたします。

また、DPCにおける基礎係数について、40ページから42ページを見てみますと、データ数が90を下回る施設では明らかに低い値となっております。

激変緩和を行うとしても、データ数に係る要件の設定と運用は確実に実施すべきというふうに考えます。

最後に、療養病棟については、53ページ以降のシミュレーション結果を見てみますと、ADL区分が同じ患者であっても、「疾患・状態」と「処置」の医療区分の組み合わせによって分布が大きく異なっております。



全体的には、「疾患・状態」よりも「処置」の医療区分に該当する日数割合が高い医療機関が多いことから、現行の入院基本料体系では、「疾患・状態」が変化しても、退院するまで「処置」の影響で高い入院料が維持されている印象がございます。

「疾患・状態」と「処置」を切り分けて、さらに「疾患・状態」が該当する場合と「処置」が該当する場合で入院料の差をつけることで、メリハリのある評価にすべきではないかというふうに考えております。私からは以上でございます。

#### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。続きまして鳥潟委員、お願いいたします。

#### ○鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）

はい、ありがとうございます。急性期一般入院料1における点に関して1点だけ。平均在院日数の基準の短縮化につきましては、機能分化を推進する観点からも、データに基づく施設基準の見直しを行うという観点からも、実施すべきというふうに考えております。以上です。

#### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。はい、長島委員、お願いいたします。

#### ○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。全体を通しまして、最初に申しましたが、やはり医療資源投入量だけを安易に乱暴に使うと。単純なグラフ化して、それを根拠にするということをやはりやめていただきたいと思います。

このところは、やはり医学的な実態、現場の状況、現場の強化というのをしっかり踏まえた検討が可能なもの。そのようなものをもとに検討しなければ、これは患者さんの視点から見ても、入院医療提供が継続的、安定的にされることが何よりも重要ですので、その観点からも事務局には強くお願いいたします。以上です。

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。はい、江澤委員、お願いいたします。

### ○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

はい。今、長島委員が申しました件ですけれども、この平均在院日数につきまして、急性期、いわゆる「急1」の平均在院日数の18日につきましては、一定程度、いろいろ、これまでの経過の中で収斂してきておりまして、今回、あまり平均値で、ものを言う世界ではないかなというふうに思っています。

特に急性期においても一定程度、入院期間を、一定期間以上の入院期間を要する方も当然いらっしゃるから、個々の患者さんにおいて支障のないという観点で言うと、平均在院日数はむやみに、こういった医療資源投入量に基づいて、その都度、変更するっていうのはいかなものかというふうに思っております。

また、重症度、医療・看護必要度においても、毎回、この数回の診療報酬改定で毎回こう、適正化、適正化と言っているんですけども、それはいろんな観点から見直しは必要かと思いますが、毎回2年ごとに現場においてはその点に振り回されるという状況もあって、ある程度、一定程度、落ち着いて、しっかりと、いい、質の高い医療、急性期医療を提供するっていうのは、視点も重要だと思いますので、いろいろ現場に支障がないようにお願いしたいと思います。

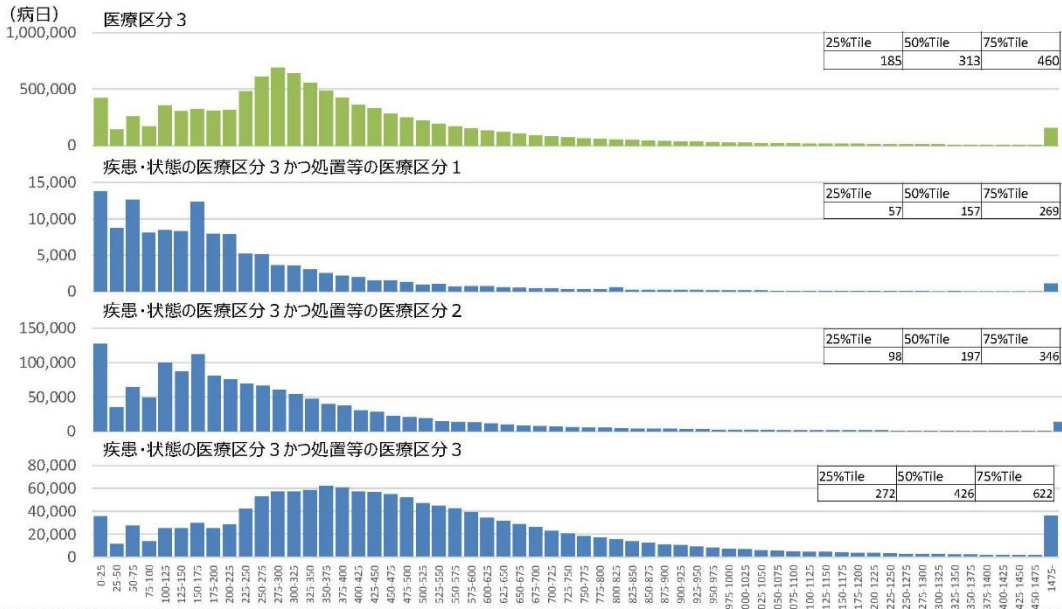
もう1点は、療養病床について申し上げたいと思います。まず資料の48ページ、49ページでございますように、医療区分3と「疾患・状態」と「処置」の組み合わせがありますけれども、これ、いずれに「疾患・状態」とか「処置」に細分化しても、どう考えてもばらつきが大きいということは明らかでございます。要は、個々の患者さんによって、かなり医療資源投入量が異なるという状況であります。

また、この「疾患・状態」をひとくくりにしておりますけれども、「疾患」は病名で紐づけられておりますし、「状態」はかなり患者さんの必要な医療的ケア、治療によって規定がされているわけございまして、いろいろ、この「疾患・状態」がひとくくりであるということも、（ひとくくり）で評価するのが果たしてどうなのかということをお願いしたいと思います。

### 医療区分3と疾患・状態と処置等の組合せ①

診調組 入-3  
5 . 9 . 6

○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



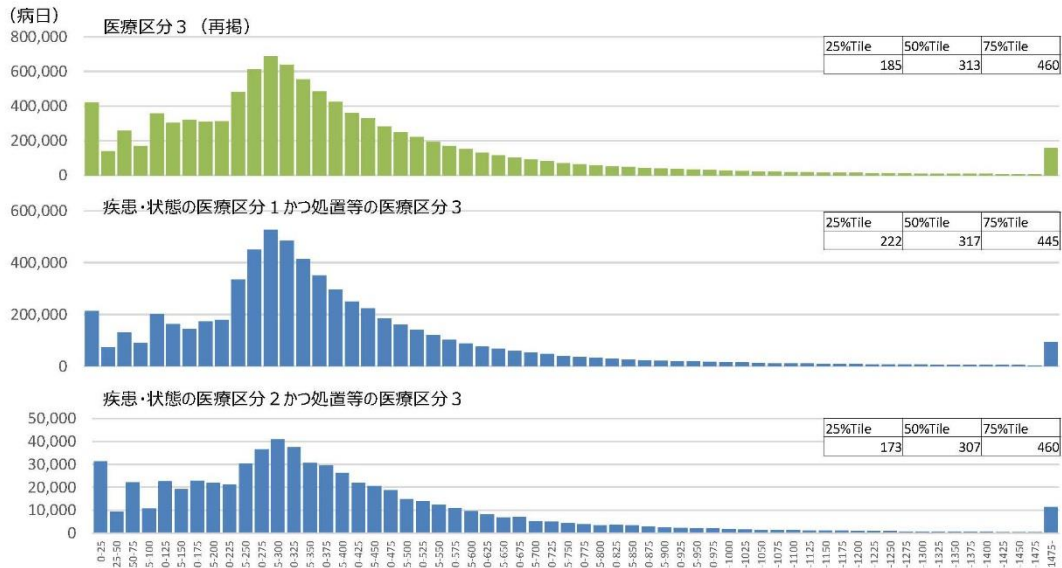
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。  
 集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日  
 対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

48

### 医療区分3と疾患・状態と処置等の組合せ②

診調組 入-3  
5 . 9 . 6

○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。  
 集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日  
 対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

49

それから、46 ページに診療報酬の点数が出ておりますけれども、かなりADL区分で傾斜を当初からつけてきています。

療養病棟入院基本料について				診療組 入-1 5 . 6 . 8													
<b>療養病棟入院基本料 1</b> 【施設基準】 ①看護配置：20：1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上			<b>療養病棟入院基本料 2</b> 【施設基準】 ①看護配置20：1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上														
	医療区分3	医療区分2	医療区分1														
ADL区分3	1, 813点	1, 414点	968点	ADL区分3	1, 748点 1, 349点 903点												
ADL区分2	1, 758点	1, 386点	920点	ADL区分2	1, 694点 1, 322点 855点												
ADL区分1	1, 471点	1, 232点	815点	ADL区分1	1, 406点 1, 167点 751点												
<b>医療区分</b> 医療区分3 【疾患・状態】 ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を要している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合） 【医療処置】 ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養（ <u>検査機能又は顕下機能の回復に必要な体貯を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定。</u> ） ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・尿管洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）			<b>ADL区分</b> ADL区分3： 23点以上 ADL区分2： 11点以上～23点未満 ADL区分1： 11点未満 当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。 新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。 （ 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存 ）														
医療区分2 【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（ <u>経過措置11の療養に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定。</u> ） ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・発熱出血 ・顔面の腫れかつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・未群循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を要している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合） 【医療処置】 ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア ・喉頭の血液検査 ・創傷（皮膚潰瘍 手術創） ・創傷処置 ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）			<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>支援のレベル</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a ベッド上の可動性</td> <td>0～6</td> </tr> <tr> <td>b 移乗</td> <td>0～6</td> </tr> <tr> <td>C 食事</td> <td>0～6</td> </tr> <tr> <td>d トイレの使用</td> <td>0～6</td> </tr> <tr> <td>(合計点)</td> <td>0～24</td> </tr> </tbody> </table>			項目	支援のレベル	a ベッド上の可動性	0～6	b 移乗	0～6	C 食事	0～6	d トイレの使用	0～6	(合計点)	0～24
項目	支援のレベル																
a ベッド上の可動性	0～6																
b 移乗	0～6																
C 食事	0～6																
d トイレの使用	0～6																
(合計点)	0～24																
<b>医療区分1</b>			医療区分2・3に該当しない者														

※青字下線はR4年度改定事項 46

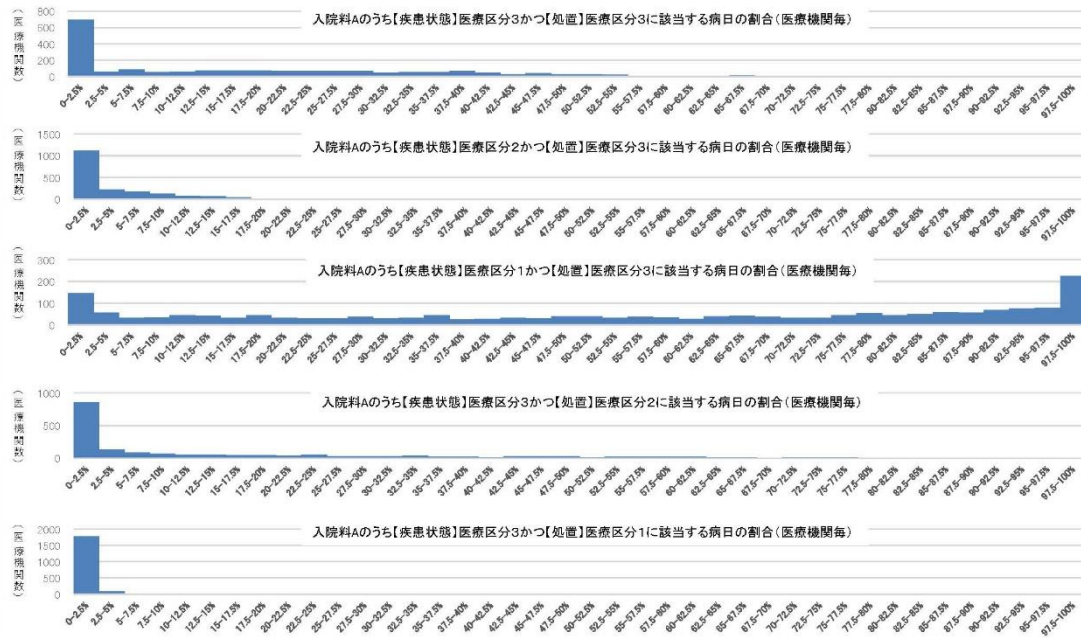
ということは、かなり介護に要する、いろんな人の投入を含めて、チームケアで行う、こういった評価というものがここに加味されておりますから、

あんまり医療資源投入量に偏っていくと、この慢性期医療におけるチームケアの提供にちょっと負の影響も出るんじゃないかというふうに危惧をしておりますから、慎重な取扱いが必要だと思えます。

また、53 ページ以降にシミュレーションが出ておりますけれども、ここは療養病棟入院料1のみでございますから、こういった形は療養病棟入院料2の、こういったシミュレーションも必要でございます。

### 療養病棟についてのシミュレーション(入院料A)

○ 療養病棟入院料1の入院料A(ADL区分3)についてのシミュレーション結果は以下のとおり。



出典：DPCデータ（令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日）

そして、何よりも必要なのは、池端委員が申されましたように個々の医療機関、医療機関によってかなり療養病床も特性がございます。

得意技もありますし、いろんな入院患者さんの状態像も特徴がある場合もありますから、個々の医療機関に与える影響をしっかりとシミュレーションしていただいて、本当に、こういったことが激変に影響しないのかどうか、激変が生じないのかどうか、しっかり見ていくことが必要だと思えます。

これは、目的はこの評価の精緻化ということが出発点だと思いますので、本当に、これが精緻化に資する見直しかどうかは十分な検証を踏まえないと、なかなか議論に入れれないというふうに思えますので、事務局におかれましては、いろいろ分析をよろしくお願ひしたいと思えます。

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。はい、佐保委員、お願ひいたします。

## ○佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）

はい、ありがとうございます。以前も発言いたしました。入院医療の評価は個々の患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されるようであればならないというふうに考えております。

今後、高齢者がさらに増加することを踏まえ、今のうちから地域包括ケア病棟などへの移行を推進するといったことや、介護の要素が強いB項目の取扱い変更など、機能分化をさらに推進していく必要があると思います。

変更によって患者が必要な医療を受けられないという事態にならないよう、留意は必要だと思っておりますので、

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の変更による該当患者割合への影響について			
○ これまでの意見を踏まえた個別項目等の見直しによる該当患者割合への影響は以下のとおり。			
変更する項目	変更内容		該当患者割合への影響 (急性期一般入院科1～5)
1-1	A-7:救急搬送後の入院	評価日数を1日とする。	-4.5%
1-2	/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を2日とする。	-3.3%
2-1	A-1:創傷処置	現行の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とするともに、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。	-0.4%
3-1	A-2:呼吸ケア	現行の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	-0.2%
4-1	A-3:注射薬剤3種類以上の管理	入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とする。	-0.8%
4-2		4-1の上で、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	-1.2%
5-1	A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	入院での使用率が60%未満のものは対象薬剤から除外する。	-0.1%
5-2		5-1の上で、得点を3点とする。	+0.1%
6-1	A-6②:抗悪性腫瘍剤の内服の管理	入院での使用率が70%未満のものは対象薬剤から除外する。	-0.5%
7-1	A-6:専門的な治療・処置	「専門的な治療・処置」のうち「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の得点を3点とする。	+0.9%
8-1	B項目及び該当基準	急性期一般入院科1において、該当基準のうち基準①(A2点以上かつB3点以上)を廃止する。	-7.7%(急1)
9-1	C項目	令和3年度及び4年度の実績に基づき、対象手術を変更する*。	+0.1%
9-2		対象手術における手術実施日から退院日までの日数の実績を踏まえ、評価日数を変更する。	-1.2%
10-1	評価対象者	短期滞在手術等基本料の手術等を実施した患者についても、評価対象とする。	-0.2%

※C項目の対象手術の変更における考え方は以下のとおり。

(1) 以下の全てを満たす手術について、対象に追加。

① 令和3年度及び令和4年度のいずれも、入院での実施率が90%以上  
 ② 令和3年度及び令和4年度のいずれも、算定回数が10回以上  
 ③ 点数が2万円以上  
 注) 令和4年度診療報酬改定で新設された手術については、①及び②は令和4年度において満たしていれば満たしているものとする。

(2) 以下の全てを満たす手術について、対象から除外。

① 令和3年度及び令和4年度のいずれも、入院での実施率が90%未満  
 ② 令和3年度及び令和4年度のいずれも、算定回数が10回以上

出典: DPCデータ(令和5年1月～令和5年3月)

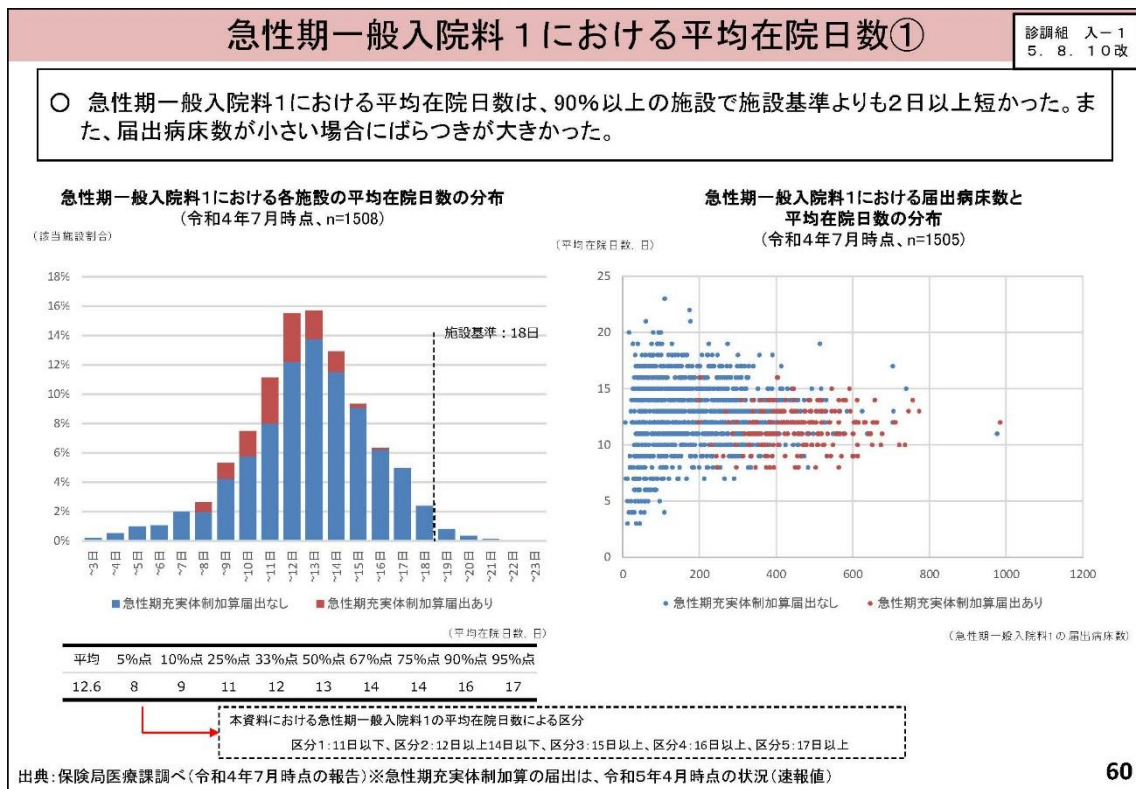
資料10ページで、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の変更による該当患者割合への影響が示されておりますが、これから出てくるシミュレーションの結果も踏まえた検討が必要というふうに考えております。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。はい。それでは眞田委員、お願いいたします。

○眞田享委員（経団連社会保障委員会医療・介護改革部会長代理）

はい。ありがとうございます。多くの委員の方からコメントをいただいております平均在院日数に関して私もコメントさせていただきたいと思いますが。



60 ページに示されているとおり、90%以上の施設で、施設基準よりも2日以上短かったという事実がここに示されているということです。この事実を十分に踏まえた上でシミュレーションをすべきだということは改めて申し上げたいというふうに思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。先ほど、長島委員から木澤委員のご意見も伺ってはどうかというようなご提案がございましたので、木澤専門委員、お願いいたします。

○木澤晃代専門委員（日本看護協会常任理事）

はい。ありがとうございます。機能分化の推進や医療資源の配分の観点からも適切な評価のあり方を検討することは重要と考えております。

今回の資料で、さまざまにシミュレーションの案をお示しいただいたところでございますが、現場への影響は相当に大きいと考えられるため、十分なシミュレーションを行った上で、丁寧な検討をお願いしたいと思います。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。よろしいでしょうか。はい。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

会長、すみません。事務局です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。失礼しました。事務局、お手が挙がっています。お願いいたします。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、ありがとうございます。医療課長でございます。さまざま、ご指摘ありがとうございました。いただいた指摘、いずれも重いものとして、私ども受け止めさせていただきますと思います。

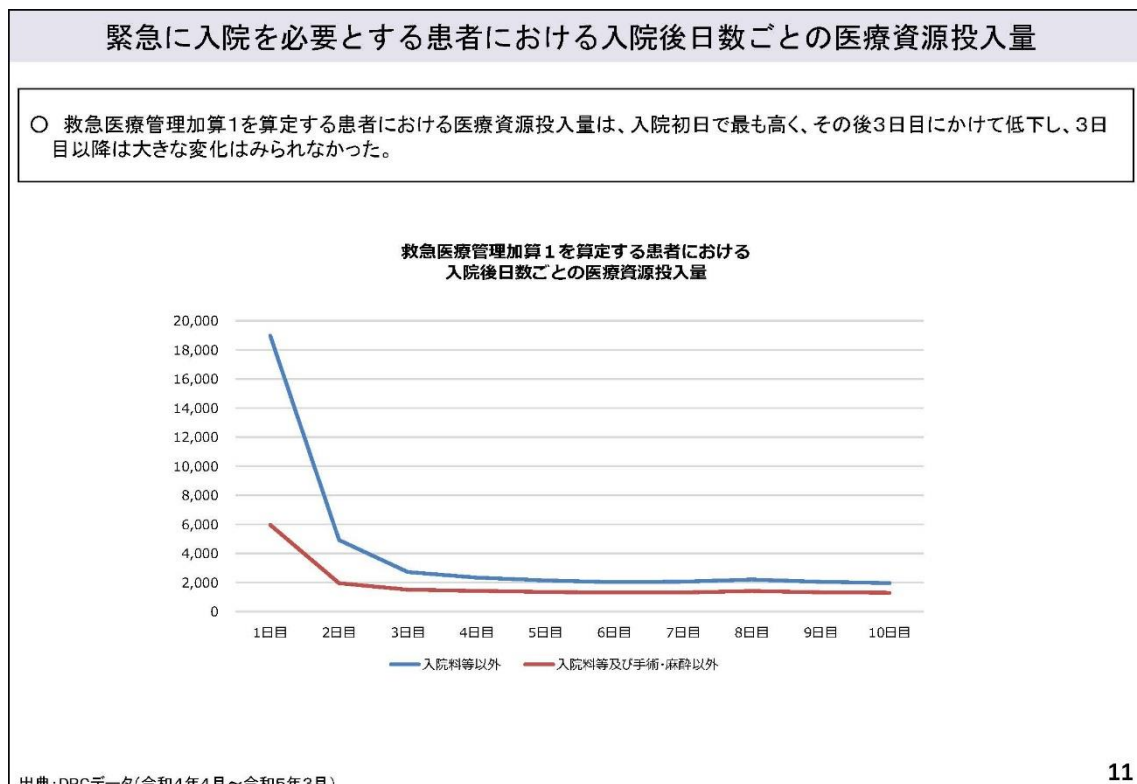


具体的に申し上げますと、先ほど、私ども、こういう方向でシミュレーションしてはどうかというご提案を申し上げたものに加えまして、こういうオプションも、というふうなことがご提案がございました。これに関しましても真摯に対応させていただきたいと思えます。

一方でまた、シミュレーションの結果をお示しすることで、また、ご安心いただける部分もあるかなというところも感じたところがございます。

それが総論でございまして、ですので、私どもとしてはシミュレーション作業に入らせていただきたいということでご了承いただきたいと申し上げるのが1つと。

あとは、何点か、ご指摘いただいております、私ども、今、ご回答できるものについてというか、見解をお示しできるものについて、いくつか、3点ほどですね、ご説明させていただきたいと思えます。



11 ページのこちらのグラフですけれども、緊急に入院されたあと、何日目までの医療資源投入量を、これだけをもってというふうなことでご指摘がありました。そのとおりと思っております。

一方で、今回のこの資料に関しましては、解説を付け加えさせていただくとすれば、緊急搬送後ということだけで一律に評価すべきなのは何日目なのか、ということだけをこれで語りたいというふうに思っております。

長島委員からご指摘ありました。「いやいや、ほかの状態でちゃんと該当するでしょう」ということに関しましては、もちろん、ほかの状態でもですね、シミュレーションで、これが該当するから、例えば、この2日目、3日であっても該当する割合が高いんですよとか、そういうことがご説明できるのではないかなというふうに考えているところであります。

それから、病室数が少ないICU等での配置に関しても、ご意見がございました。こちら私ども、一定の配慮は必要だと思っております、シミュレーションでは、例えば長い期間をとりましてですね、そういった、お1人の患者さんの影響が少し低く、少なくなるようなシミュレーションの仕方なども検討してみたいというふうに思っております。

あと、それから、S O F Aスコアと人員配置に関するコメントもございました。これは過去に資料を示したのもございますので、それを用いまして再度、きちんとご説明をさせていただきたいというふうに思っております。

あとは療養病床ですけれども、江澤委員からは、2のシミュレーションも必要といったご意見をいただいたところで、そういったオプションについても検討をさせていただきたいというふうに思っているところでございます。

ということで、さまざまご意見、受け止めましてシミュレーションに進ませさせていただきたいというのが事務局からの今の見解となります。以上でございます。

#### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。よろしいでしょうか。

はい。非常に多くの作業が必要になるかと思いますが、事務局におかれましては、本日いただいたご意見も踏まえて対応していただくようお願いいたします。