

Dr武藤の看護マネジメントプチ動画講座

# 2024年診療報酬

～入院外来分科会中間とりまとめ～

「地域包括ケア病棟の在宅復帰率等において短期滞在種々等基本料3（白内障手術含む）の患者の一定割合はカウントしないなどの対応を行っているかどうか？」



社会福祉法人

日本医療伝道会  
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ  
相談役 武藤正樹  
よこすか地域包括推進センター長

# 衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、  
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、  
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、  
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

## ■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション  
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ

三浦



長瀬  
ケアセンター

浦賀

# 目次

- パート 1
  - 入院外来分科会とは？
- パート 2
  - 一般病棟入院基本料
- パート 3
  - 特定集中治療室管理料
- パート 4
  - 地域包括ケア病棟入院料
- パート 5
  - DPC/PDPS



# パート1 入院外来分科会とは？



# 中央社会保険医療協議会の関連組織

## 中央社会保険医療協議会

## 総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

### 専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、  
中医協の議決により設置

### 小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき  
中医協の議決により設置

### 専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

#### 診療報酬改定結果検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議  
設置: H17  
会長: 松原由美(早稲田大学人間科学学術院准教授)  
委員: 公益委員のみ  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成23年度2回  
平成24年度4回  
平成25年度2回  
平成26年度6回  
平成27年度4回  
平成28年度3回

#### 薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議  
設置: H2  
会長: 中村洋(慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授)  
委員: 支払: 診療: 公益 = 4:4:4  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成23年度14回  
平成24年度8回  
平成25年度13回  
平成26年度3回  
平成27年度13回  
平成28年度13回

#### 診療報酬基本問題小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う  
設置: H3  
会長: 田辺国昭(東京大学大学院法学政治学研究科教授)  
委員: 支払: 診療: 公益 = 5:5:6  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成23年度開催なし  
平成24年度5回  
平成25年度2回  
平成26年度7回  
平成27年度9回  
平成28年度3回

#### 調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う  
設置: S42  
会長: 野口晴子(早稲田大学政治経済学術院教授)  
委員: 支払: 診療: 公益 = 5:5:4  
開催: 調査設計で開催  
平成23年度2回  
平成24年度4回  
平成25年度1回  
平成26年度3回  
平成27年度1回  
平成28年度3回

#### 薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議  
設置: H12  
委員長: 秋下雅弘(東京大学医学部老年病学教授)  
委員: 保険医療専門審査員  
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月1回程度

#### 保険医療材料等専門組織

所掌: 特定保険医療材料及び対外診断用医薬品の保険適用についての調査審議  
設置: H12  
委員長: 小澤壯治(東海大学医学部医学科領域主任教授)  
委員: 保険医療専門審査員  
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、月1回程度

#### 費用対効果評価専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議  
設置: H24  
会長: 荒井耕(一橋大学大学院商学研究科教授)  
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6:6:4:2  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成24年度8回  
平成25年度7回  
平成26年度8回  
平成27年度10回  
平成28年度4回

#### 保険医療材料専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議  
設置: H11  
会長: 関ふ佐子(横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授)  
委員: 支払: 診療: 公益 = 4:4:4  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成23年度8回  
平成24年度1回  
平成25年度10回  
平成26年度4回  
平成27年度9回  
平成28年度1回

聴取

意見

### 診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討  
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

#### ■DPC評価分科会

会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)

#### ■医療技術評価分科会 時期: 年1回程度

会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)

#### ■医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度

会長: 田中滋(慶應義塾大学名誉教授)

#### ■医療機関等における消費税負担に関する分科会

会長: 田中滋(慶應義塾大学名誉教授)

### 入院外来分科会

#### 費用対効果評価専門組織

所掌: 医薬品及び医療機器の費用対効果評価について調査審議  
設置: H28  
委員長: 田倉智之(大阪大学大学院医学研究科医療経済産業政策学教授)  
委員: 保険医療専門審査員  
時期: 1年に数回程度

# 中医協の検討の場

検討項目	検討の場
答申附帯意見に関する事項	改定結果検証部会等
入院および外来医療等の評価	入院・外来医療等の調査・評価分科会
医療経済実態調査	調査実施小委員会
薬価制度	薬価専門部会
医療技術の評価	医療技術評価分科会
医療材料制度	保険医療材料専門部会
第8次医療計画 医師の働き方改革 医療DX	総会等にて検討
介護報酬制度および障害福祉サービス等報酬制度との同時改定	令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（仮）
プログラム医療機器（SaMD）の取り扱い	SaMD ワーキンググループ（仮）（保険医療材料等専門組織の下に設置）

診療報酬調査専門組織 入院・外来医療等の調査・評価分科会

委員名簿

氏名	所属
あきやま ともや 秋山 智弥	名古屋大学医学部附属病院 卒後臨床研修・キャリア形成支援センター 教授
いじま かつや 飯島 勝矢	東京大学 未来ビジョン研究センター／高齢社会総合研究機構 教授
いかわ せいいちろう 井川 誠一郎	日本慢性期医療協会 常任理事
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学 教授
いのくち ゆうじ 猪口 雄二	日本医師会 副会長
いはら ひろのぶ 井原 裕宣	社会保険診療報酬支払基金 医科専門役
おがた ひろや 尾形 裕也	九州大学 名誉教授
こいけ そういち 小池 創一	自治医科大学地域医療学センター 地域医療政策部門 教授
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部 教授
たけい じゅんこ 武井 純子	社会医療法人財団慈泉会 相澤東病院 看護部長
たみや ななこ 田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 教授
つる えいち 津留 英智	全日本病院協会 常任理事
なかの めぐみ 中野 めぐみ	健康保険組合連合会 参与
はやしだ けんし 林田 賢史	産業医科大学病院 医療情報部 部長
まきの けんいち 牧野 憲一	旭川赤十字病院 院長
まの なりやす 真野 成康	東北大学病院 教授・薬剤部長
やまもと しゅういち 山本 修一	独立行政法人 地域医療機能推進機構 理事長



◎ : 分科会長



○ 分科会長代理



# 入院・外来医療等の調査評価分科会の ワーキンググループ

平成30年7月18日中医協総会承認

## ● 診療情報・指標等作業グループ

### 1) 診療実績データの分析に関する事項

- ・ 診療実績データ(DPCデータ)等を活用し、医療内容の評価指標や指標測定のための手法等に関する調査研究・分析

### 2) データの利活用の在り方に関する事項

- ・ 診療実績データを提出する病棟の種類が拡大したことを踏まえたDPC退院患者調査における報告内容について

### 3) その他、データ提出に係る診療情報や指標に関する事項

## ● DPC/PDPS等作業グループ

### 1) DPC/PDPSの運用に関する事項

- ・ 医療機関別係数のフォローアップについて
- ・ DPC/PDPSの対象病院の要件について

### 2) DPC退院患者調査に関する事項

- ・ DPC退院患者調査における報告内容について
- ・ 病院情報の公表の取組について

### 3) その他DPC/PDPSに関する事項

# 入院外来分科会日程



## 2. 令和6年度診療報酬改定に向けた対応（案）

○ 今後、以下のようなスケジュールで進めることとしてはどうか。

4月24日 ○令和5年度調査項目（案）

5月～ ○各作業グループにおける検討を開始

○令和4年度調査結果（速報）

◆令和4年度調査結果（速報）を診療報酬基本問題小委員会に報告

○個別事項に関する議論（主なテーマ）

・一般病棟入院基本料

・特定入院料（治療室、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等）

・療養病棟入院基本料

等

9月14日

◆診療報酬基本問題小委員会に報告

入院外来分科会中間とりまとめ

秋

○令和5年度調査結果（速報）

○個別事項に関する議論をさらに継続

◆診療報酬基本問題小委員会に報告

# 入院外来分科会中間とりまとめ



2023年9月14日

# パート 2

## 一般病棟入院基本料

重症度、医療・看護必要度

看護必要度は  
担送、護送、独歩から

担送

独歩

護送

補助

# 重症度、医療・看護必要度の経緯

## •看護必要度

- 「入院患者へ提供されるべき看護の必要量」を測定する指標として開発された
- その発想の原点は緊急時の患者搬送方式の分類「担送、護送、独歩」に始まる
  - 「担送」は介助者が2人必要、「護送」は介助者が1人必要、「独歩」は介助者不要とし緊急避難時の介護者の必要人数の計測を行ったことに由来する。

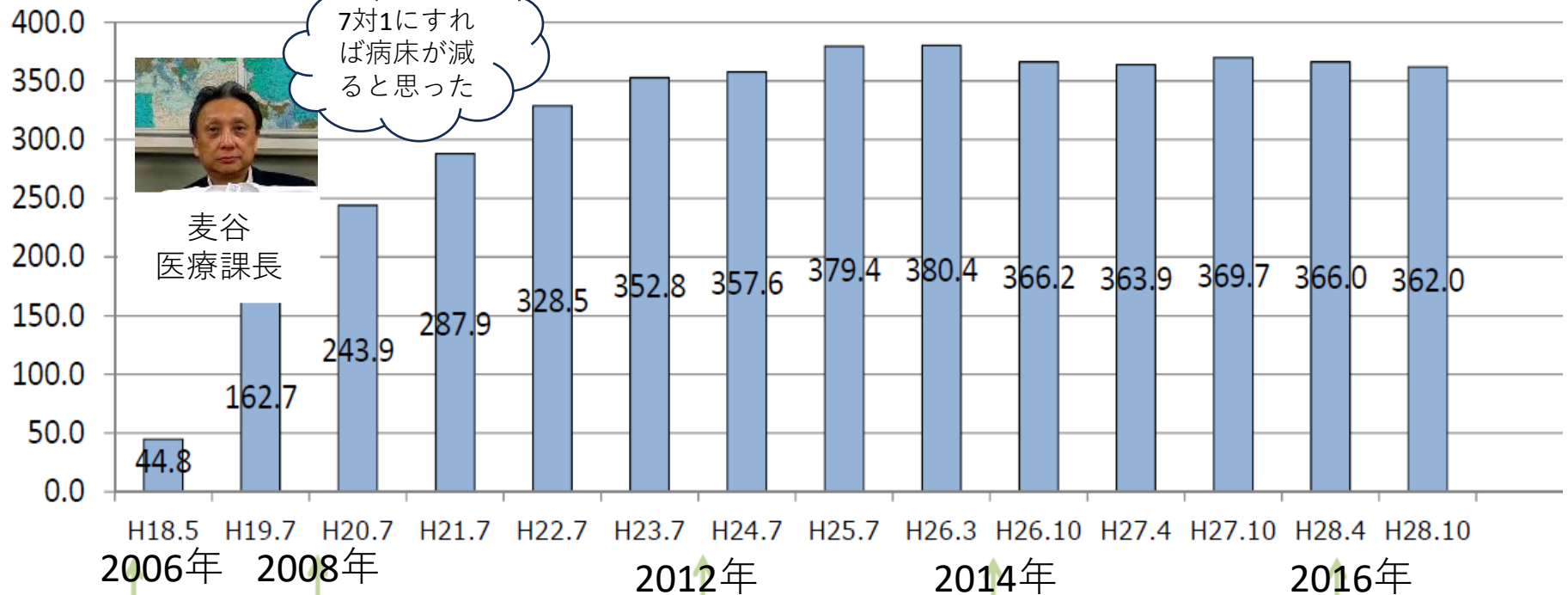
## •保険診療への応用

- 2002年改定での特定集中治療室管理料算から看護必要度の導入が始まった
- 2006年に7対1入院基本料が導入される
  - 7対1が導入されるとその入院基本料の高さから多くの病院が競って看護師を集めて7対1の取得に走った。このため7対1病床が急増する。
  - **このため「急性期病床にふさわしい患者像とは何か？」との議論から、2008年に「重症度・看護必要度」が導入される。**
  - 2010年からは7対1ばかりでなく10対1にも適応され、その後、適応病床が拡大していく
  - 2012年には重症度・看護必要の該当患者割合がそれまでの10%から15%にアップし、そのハードルがあがる
  - 2014年には看護必要度に加えて医療必要度の要件や在宅復帰率要件も加わる
  - 2016年からはそれまでの重症度・看護必要度の名称に医療が加わり、今日の「重症度、医療・看護必要度」となる。

# 一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。

届出病床数(千床)



麦谷  
医療課長

7対1にすれば  
病床が減る  
と思った

[H18.4]  
7対1入院  
基本料創設

[H20.4]  
重症度・看護  
必要度の導入

[H24.4]  
重症度・看護必要度  
該当患者割合基準の見直し  
(10%→15%)  
平均在院日数要件の見直し  
(19日→18日)

[H26.4]  
重症度、医療・看護必要度  
A項目の見直し  
在宅復帰率要件の導入

[H28.4]  
重症度、医療・看護必要度  
A・B項目の見直し／C項目の追加  
該当患者割合基準の見直し  
(15%→25%)  
在宅復帰率の見直し  
(75%→80%)

※平成26年4月以降は速報値であり、集計方法が異なることと、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

# 【参考】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
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ドレナージの管理、 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: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術(13日間)	なし	あり
16	開胸手術(12日間)	なし	あり
17	開腹手術(7日間)	なし	あり
18	骨の手術(11日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心的筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
22	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
23	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

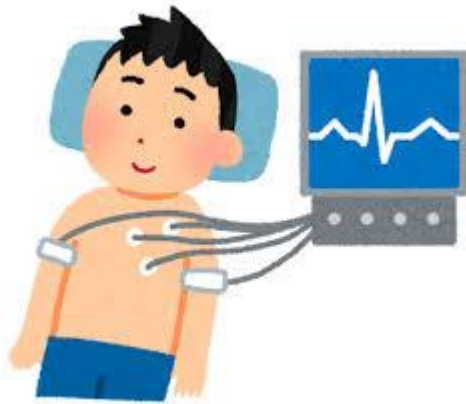
[該当患者の基準]

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		—	—



# 2022年改定 A項目の心電図、 点滴3本は適切か？



# 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
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	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	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ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	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

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
23	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
24	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

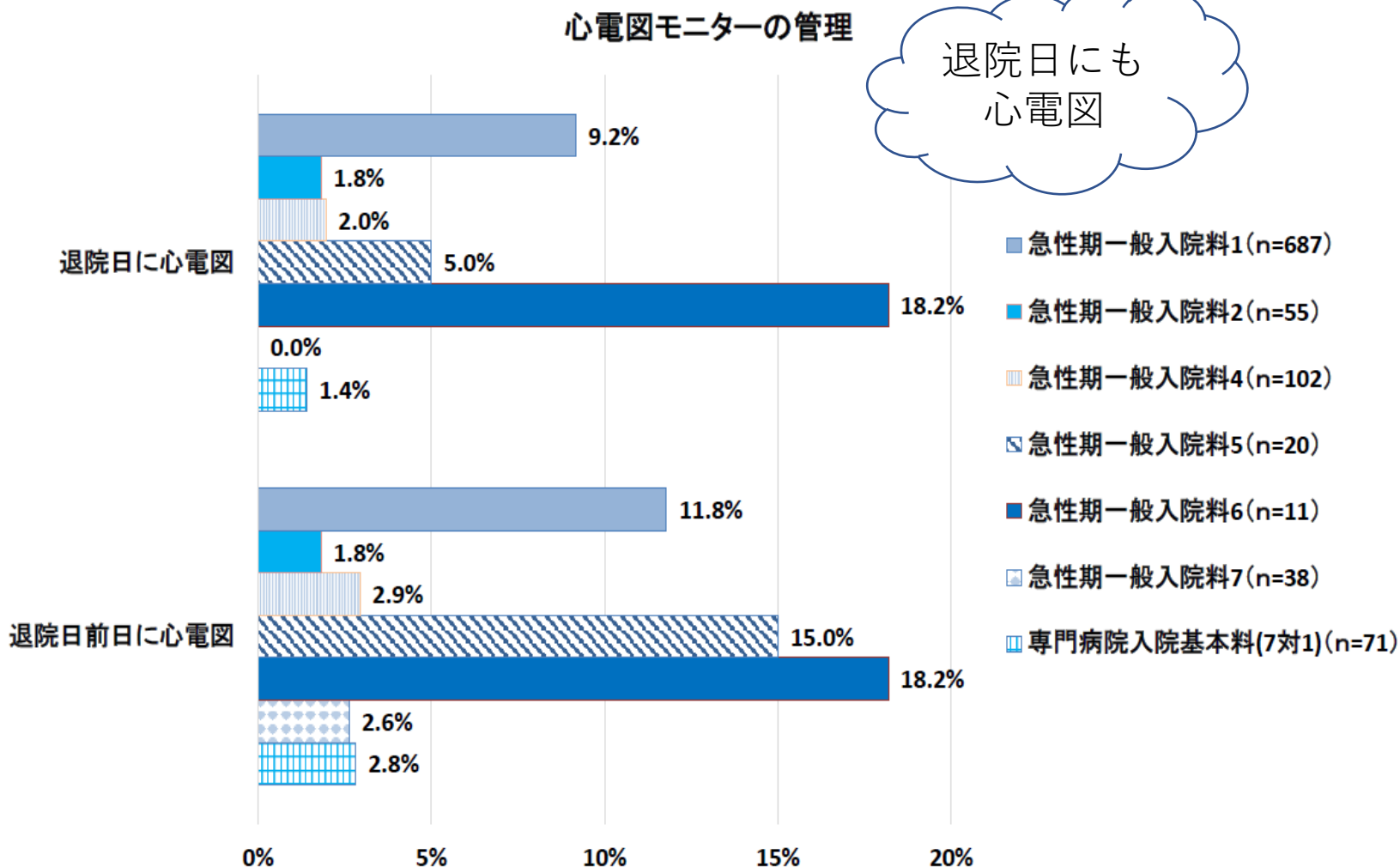
[該当患者の基準]

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

# 退院日及び退院前日の「心電図モニター」の該当状況について（必要度Ⅰ）

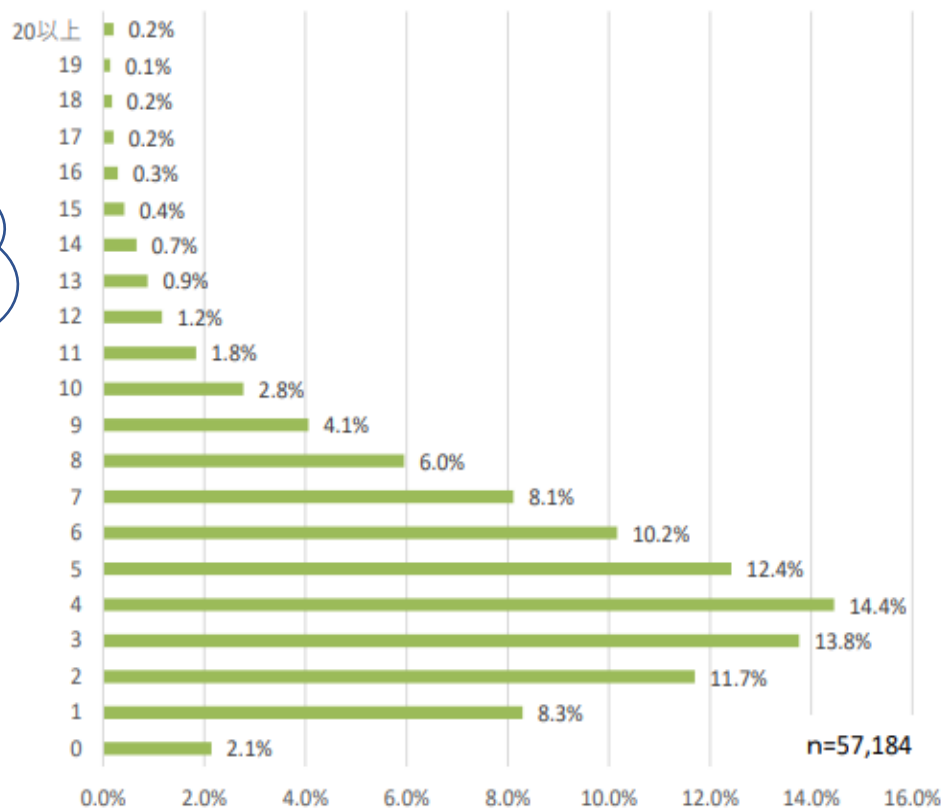
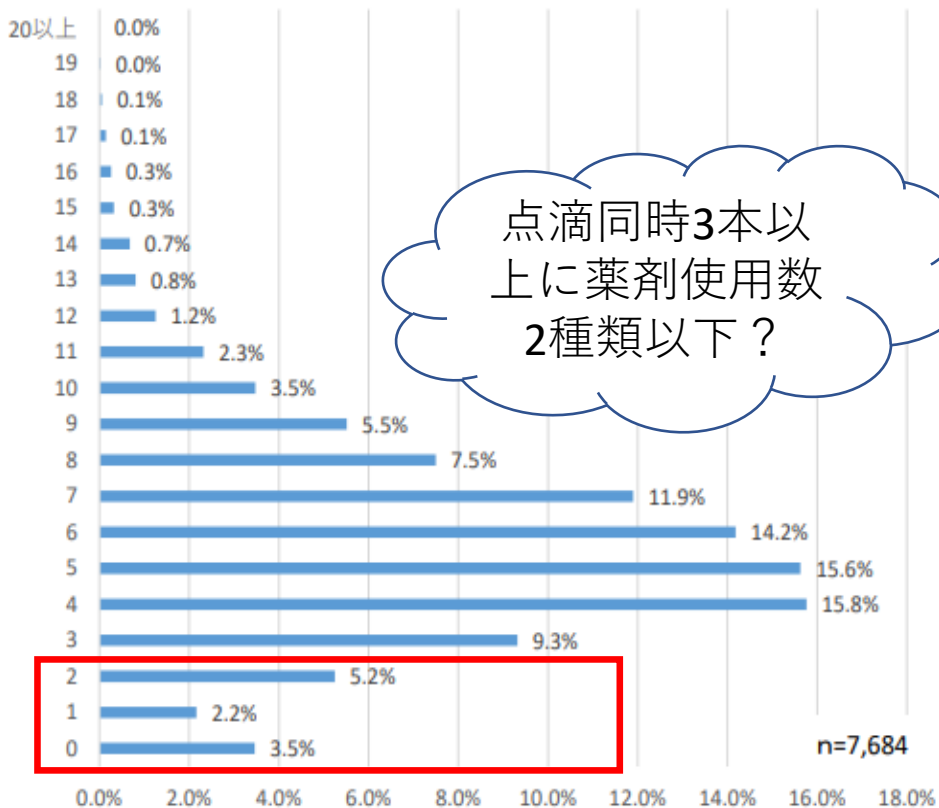
○ 自宅に退院した患者について、退院日及び退院前日の「心電図モニター」についてみたところ、該当する患者割合は以下の通りであった。



○ 「点滴同時3本以上」に該当する患者のうち、薬剤の使用数（成分名の種類数）毎に割合の分布を見たところ、4種類が最も高く、2種類以下も存在した。

使用薬剤数毎の該当患者割合（必要度Ⅰ）

使用薬剤数毎の該当患者割合（必要度Ⅱ）



点滴同時3本以上に薬剤使用数2種類以下？

<集計方法>

- 1.EFファイルからデータ区分「33」のうち薬剤に該当するレセ電コード6桁の薬剤を抽出
- 2.抽出した薬剤のレセ電コードと薬価基準収載医薬品コードを紐付け
- 3.「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」のマスタから紐付けした薬価基準収載医薬品コードの「成分名」をまとめたものを種類数としてカウント。

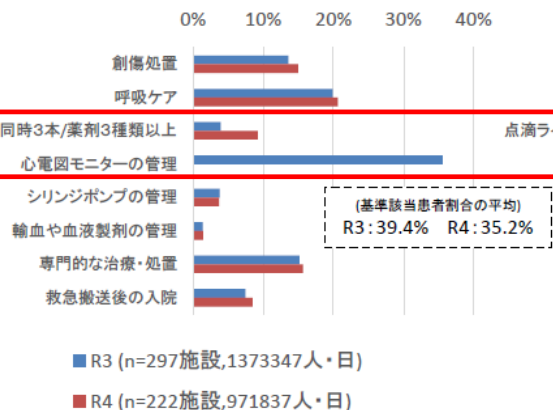
# 2022年改定でA項目の見直し

- ①A項目の「心電図モニター管理」を削除
- ②A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類」に変更
- ③A項目の「輸血や血液製剤の管理」について1点から2点への引き上げ

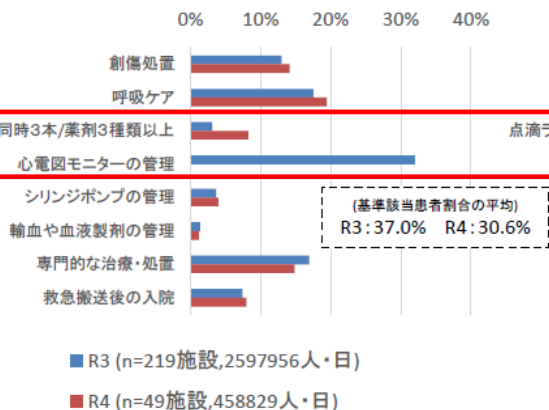
# 急性期一般入院料における重症度、医療・看護必要度の各項目の該当患者割合①

○ 急性期一般入院料における入院料別・病床規模別の重症度、医療・看護必要度のうちA項目の各該当患者割合は以下のとおり。

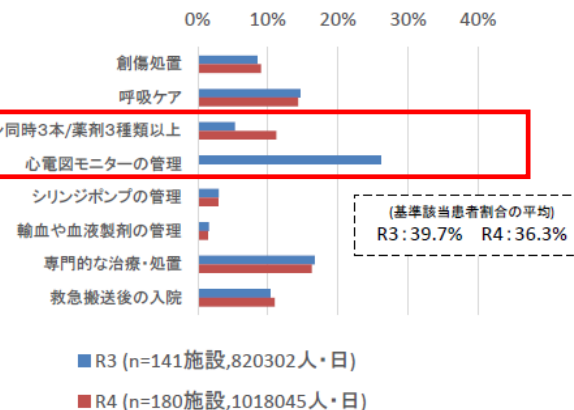
急1・必要度Ⅰ・200床未満



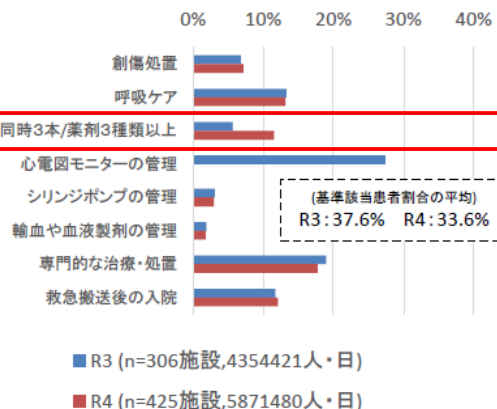
急1・必要度Ⅰ・200床-399床



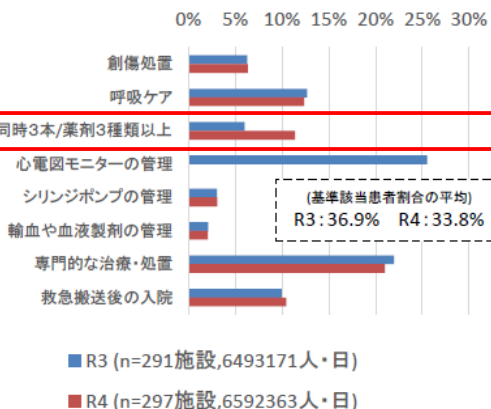
急1・必要度Ⅱ・200床未満



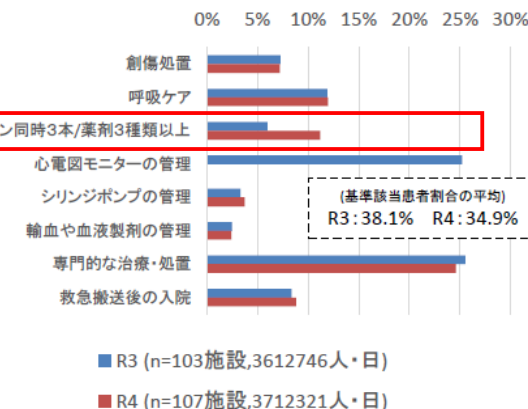
急1・必要度Ⅱ・200-399床



急1・必要度Ⅱ・400-599床



急1・必要度Ⅱ・600床以上



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。

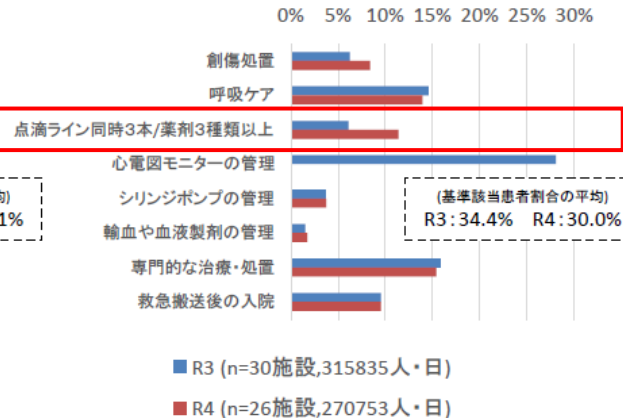
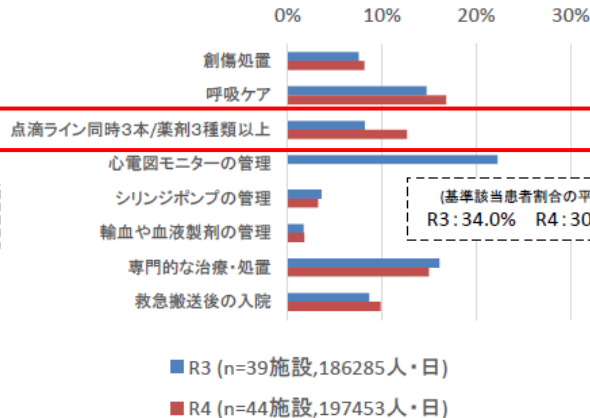
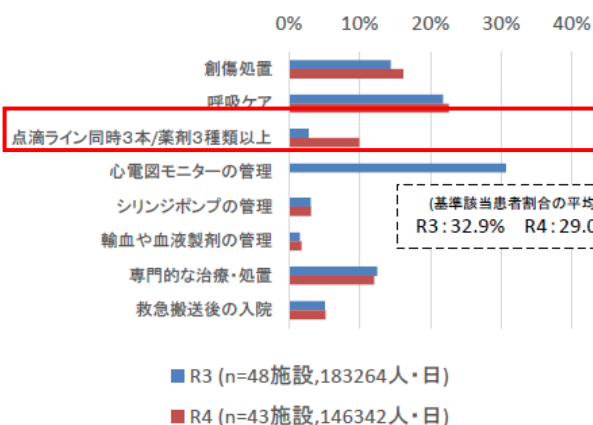
# 急性期一般入院料における重症度、医療・看護必要度の各項目の該当患者割合②

○ 急性期一般入院料における入院料別・病床規模別の重症度、医療・看護必要度のうちA項目の各該当患者割合は以下のとおり。

急2・必要度Ⅰ・200床未満

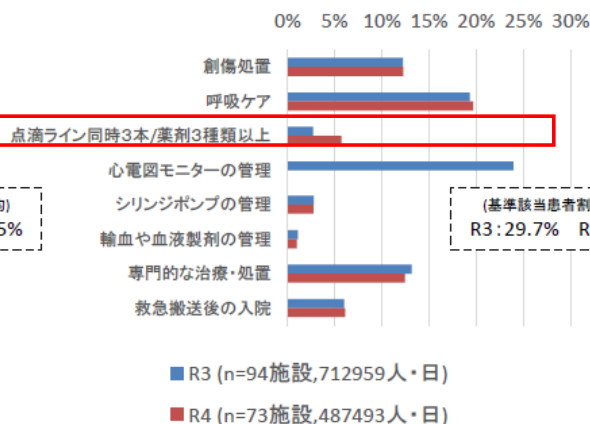
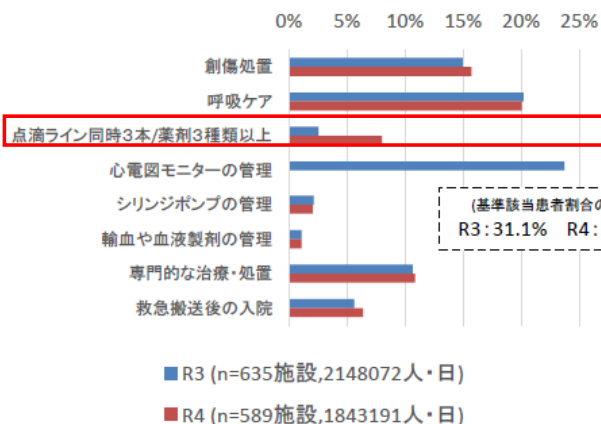
急2・必要度Ⅱ・200床未満

急2・必要度Ⅱ・200-399床



急4・必要度Ⅰ・200床未満

急4・必要度Ⅰ・200-399床



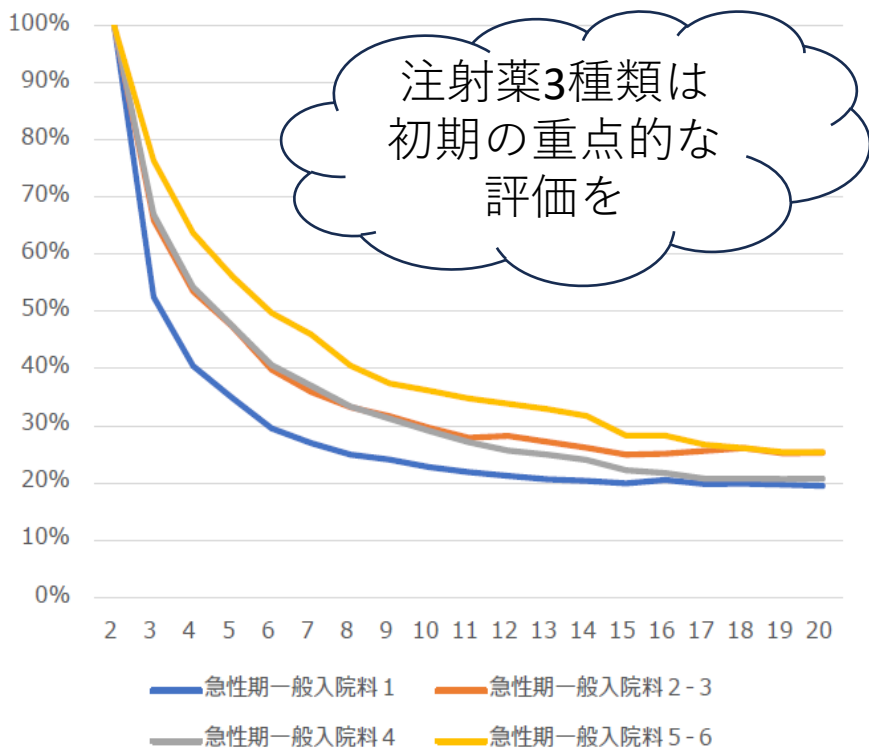
2022年度の改定後に「注射薬剤3種類以上」が急増

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。

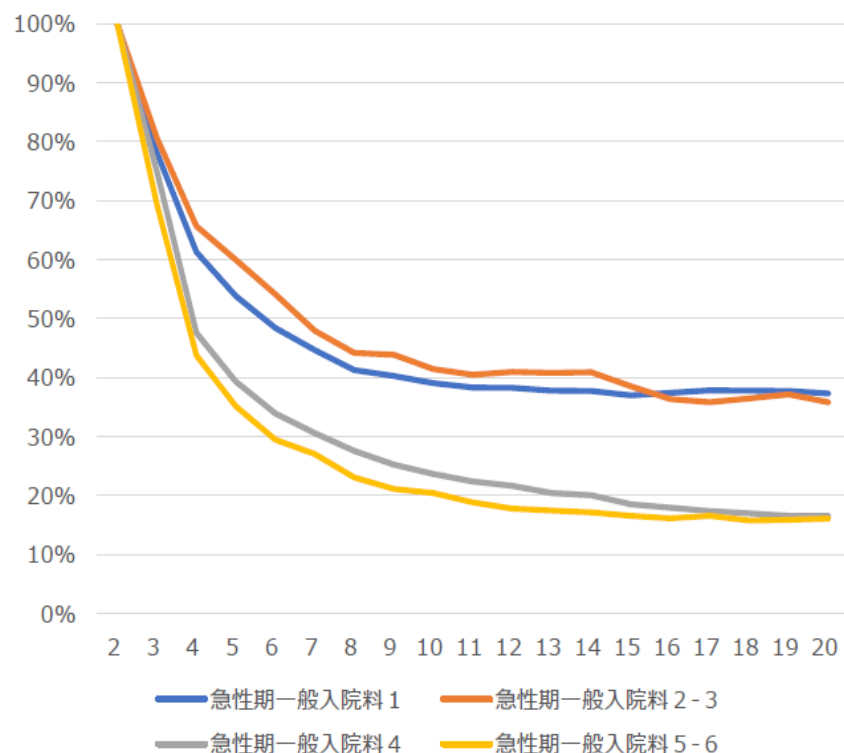
# 「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況②

○ 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3本以上の管理」と異なる傾向にあった。

入院2日目に初めて「注射薬剤3種類以上の管理」に該当した患者における入院後日数ごとの該当割合  
(令和4年8~10月)



入院2日目に初めて「点滴ライン3本以上の管理」に該当した患者における入院後日数ごとの該当割合  
(令和3年8~10月)



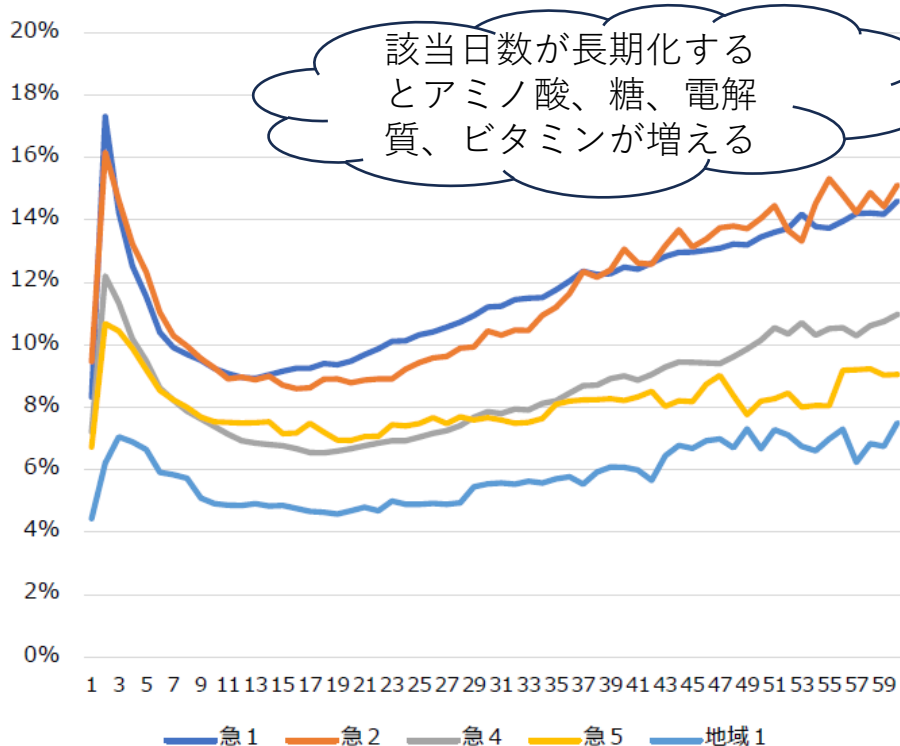


# 「注射薬剤3種類以上の管理」の該当状況①

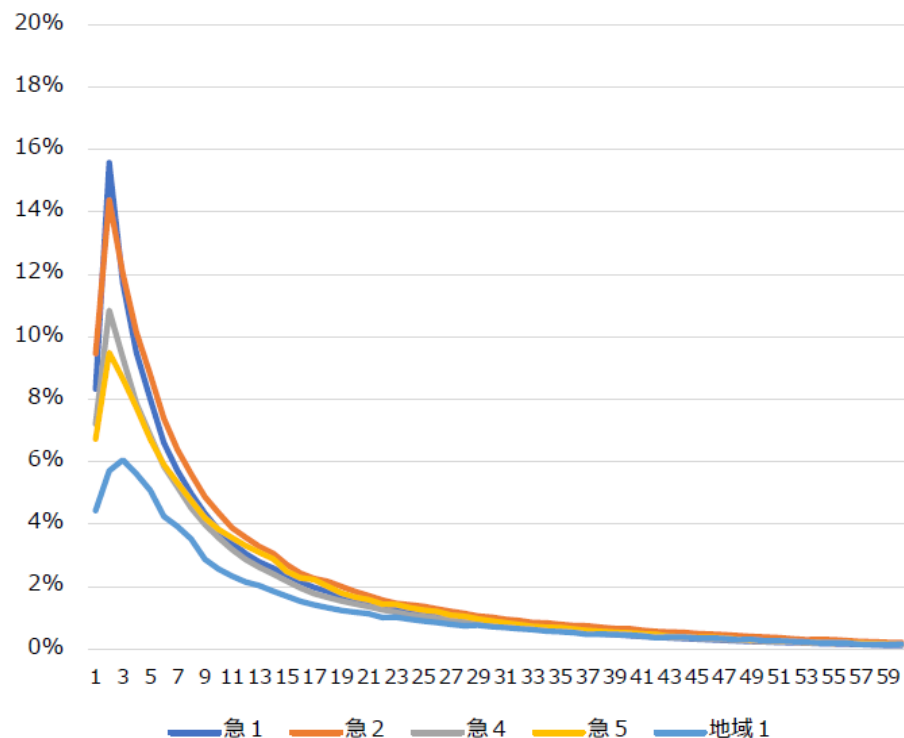
- 「注射薬剤3種類以上の管理」の該当割合は、急性期一般入院基本料では入院2日目の患者においてピークを迎えその後低下し、入院10～20日目の患者から再び上昇する傾向にあった。

入院後日数ごとの「注射薬剤3種類以上の管理」の該当割合  
(令和4年8～10月)

(各日の評価対象者における該当割合)



※参考：退院患者を分母に含めた場合の該当割合



# 「薬剤3種類以上」の急増

- 入院外来医療分科会委員意見
  - 多くの委員が「心電図モニタ管理が削除されA得点が下がる部分を、薬剤3種類以上で取り戻しているのではないか」と指摘。
  - 今後、適正な運用がなされているのかなどを確認したうえで、「薬剤3種類以上」の適正化論議が進むと考えらる

# A項目の救急要件



# 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
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	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニター管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	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ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	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

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
23	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
24	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

[該当患者の基準]

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

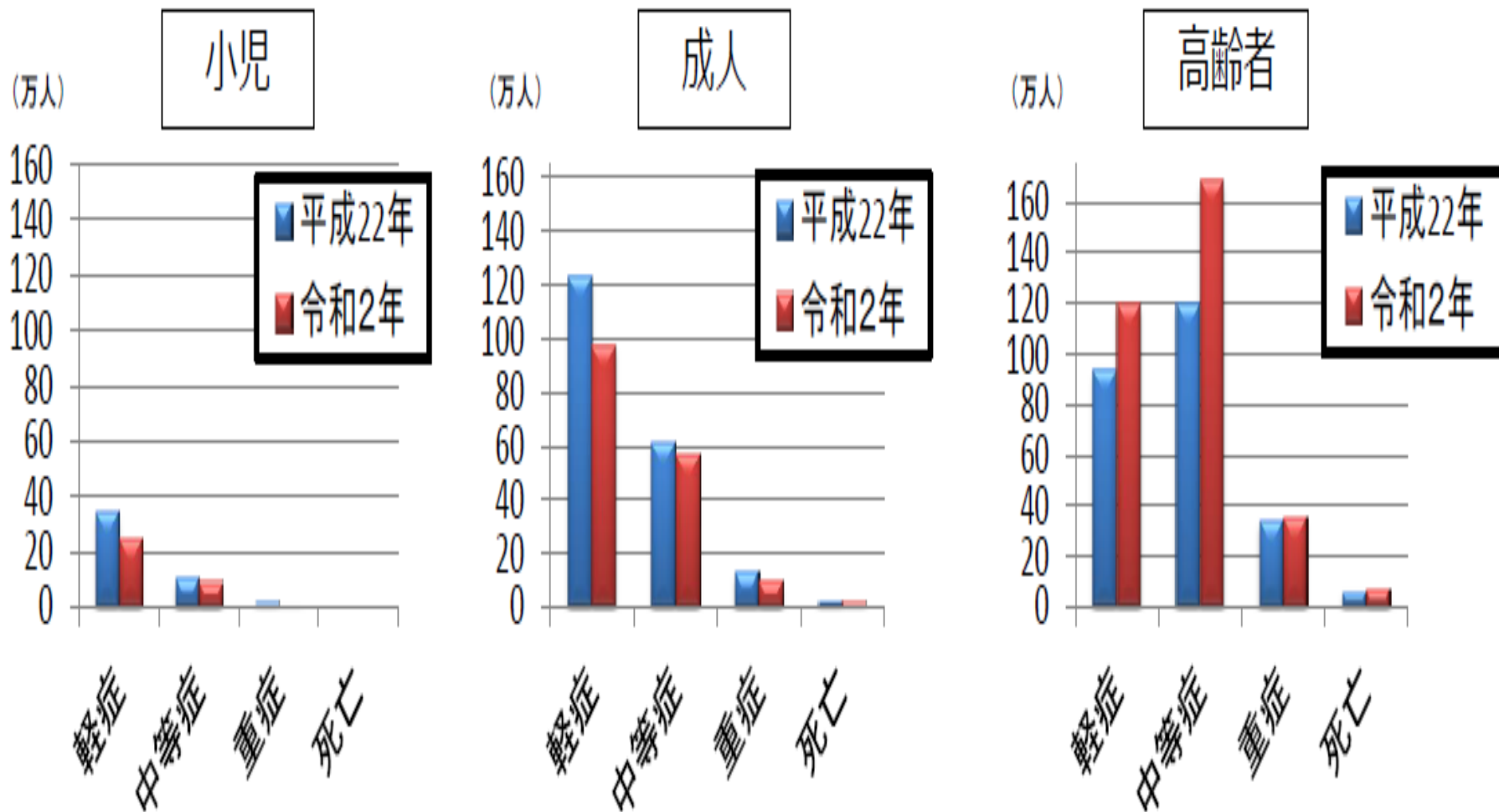
B	患者の状況等	患者の状態			x	介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない			
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
11	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ				
15	危険行動	ない		ある			

# 10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

第11回第8次医療計画  
等に関する検討会  
令和4年7月27日

資料  
1

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



# 介護施設・福祉施設からの入院患者

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

急性期一般病床に  
介護福祉施設から  
の入院66万人

## 介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。  
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。  
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

# 介護施設・福祉施設からの入院患者

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)	NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%	26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%	27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%	28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%	29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%	30	K562	軸捻(転)	2,379	0.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	10,754	3.9%	31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	7,054	3.5%	32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
7	N10	急性尿管管間質性腎炎	6,754	2.8%	33	N12	尿管管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
8	U071	2019年新型コロナウイルス感染症	6,054	2.6%	34	I610	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
9	E86	体液量減少(症)	5,854	2.1%	35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	5,654	1.5%	36	G20	パーキンソン<Parkinson>病	1,844	0.4%
11	I509	心不全, 詳細不明	5,162	1.5%	37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%	38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%	39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
14	L031	(四)肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	4,553	0.9%	40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%	41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%	42	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	1,470	0.3%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%	43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	3,845	0.8%	44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%	45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
20	K810	急性胆のう<嚢>炎	3,625	0.7%	46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%	47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%	48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ5	2,839	0.6%	49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
24	K805	胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%	50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%					

誤嚥性肺炎  
尿路感染  
心不全

# 高齢者救急が 急性期一般病院に 入院するワケ





# 「看護必要度を満たす患者」の条件

次のいずれかを満たす患者

- ☑ A項目2点以上 & B項目3点以上
- ☑ A項目3点以上
- ☑ C項目1点以上



# 急性期一般1で誤嚥性肺炎・尿路感染の救急搬送を受け入れるワケは？

- 救急搬送患者では「5日間、A項目2点」を獲得できる
- 高齢者の多くはADLに問題があるので、B項目は満たしやすい
- 誤嚥性肺炎・尿路感染症でも「救急搬送」すれば、急性期一般1の重症度、医療・看護必要度をアップすることができる（A2点以上・B3点以上に該当する）
- 誤嚥性肺炎・尿路感染症は急性期一般1でも地域一般でも医療資源投入量に大差はない。
- しかし上記の理由から急性期一般1で受け入れることのインセンティブが働いてしまう。

# 入院外来委員会の委員意見

- 救急搬送A2点・5日間を見直し、A1点とする、あるいは入院から2日までを2点、以降は1点とする（秋山委員）
- 救急搬送A2点・5日間を疾患別に見直す（小池委員）
- 地域包括ケア病棟などでこうした患者をより積極的に受け入れる報酬インセンティブを考える（牧野委員）
- 急性期治療を終えた患者が、1日でも早く後方病床に転院できる仕組みを考える（猪口委員）
- 高齢患者は看護の手間が多くなるので、地域包括ケア病棟で看護加配に対する加算をセットで行うべき（秋山委員）

B項目について

# 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
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	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	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抗血栓栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	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

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
23	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
24	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

[該当患者の基準]

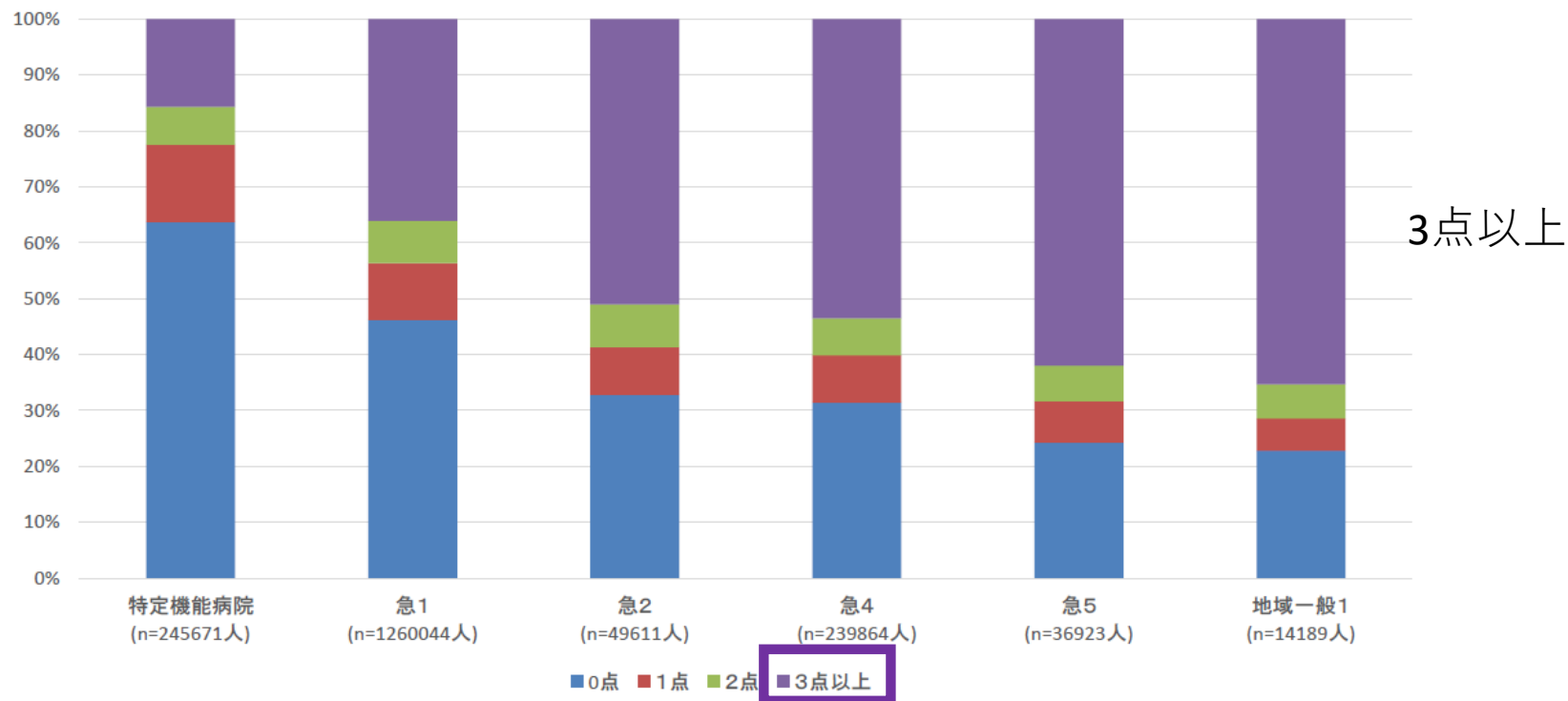
対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準① A得点が2点以上かつB得点が3点以上 基準② A得点が3点以上 基準③ C得点が1点以上

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

# 入院初日のB得点の内訳

- 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2-5や地域一般入院料1で高い。

3日間以上入院している患者における  
入院初日のB得点の割合



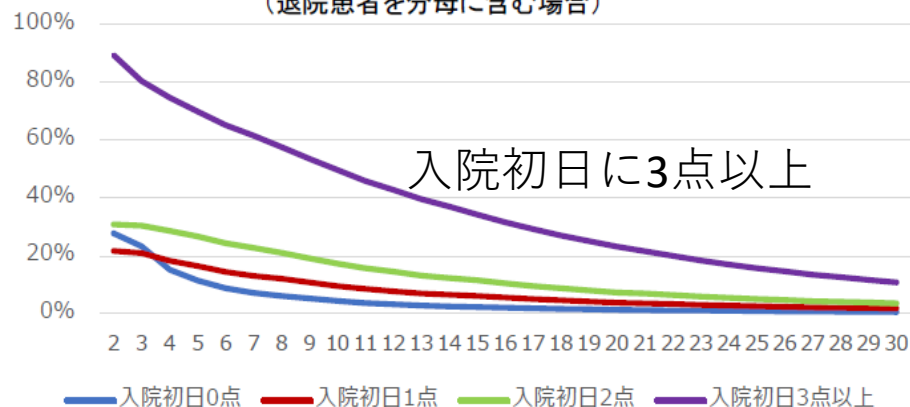
# 入院後の日数毎のB得点の推移①

○ 急性期一般入院料1、一般病棟入院基本料全体のいずれも、入院中にB得点が3点以上となる割合は、入院初日にB得点が3点以上である場合に高く、入院初日にB得点が2点以下である場合との差が大きかった。

急性期一般入院料1における入院初日のB得点ごとの、  
2日目以降に入院を継続しかつB3点以上の割合

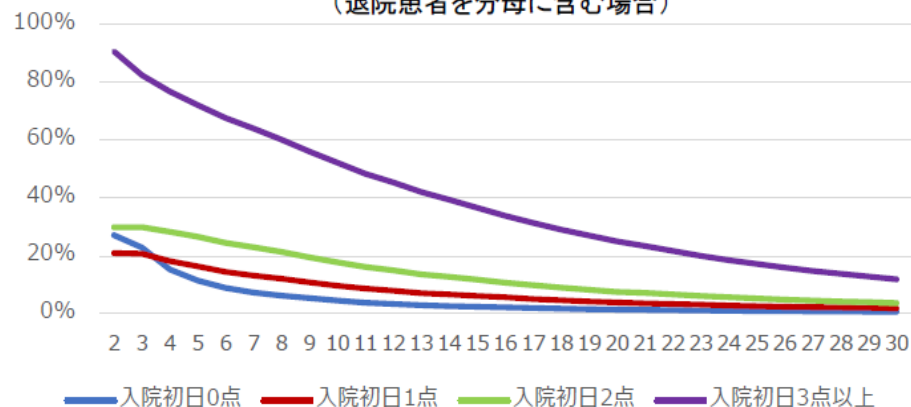
(退院患者を分母に含む場合)

入院初日に3点以上

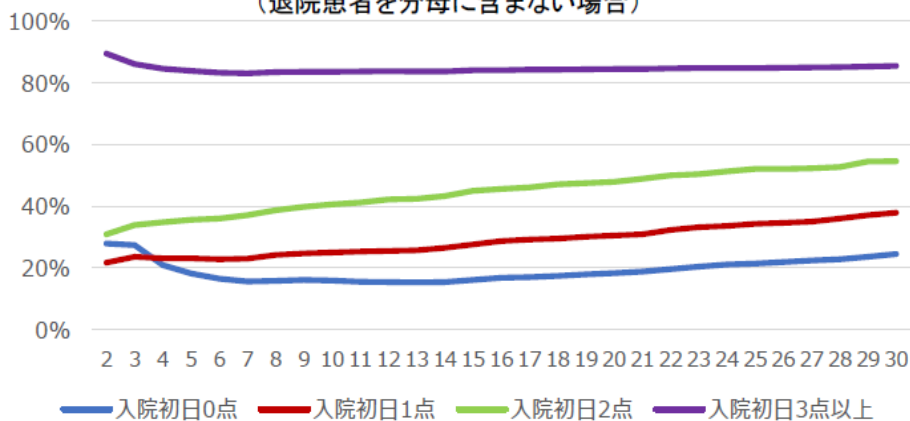


一般病棟入院基本料における入院初日のB得点ごとの、  
2日目以降に入院を継続しかつB3点以上の割合

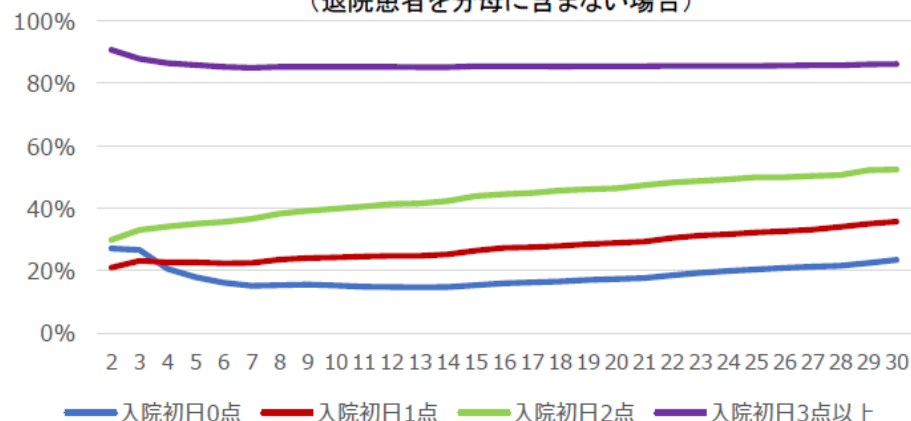
(退院患者を分母に含む場合)



(退院患者を分母に含まない場合)



(退院患者を分母に含まない場合)

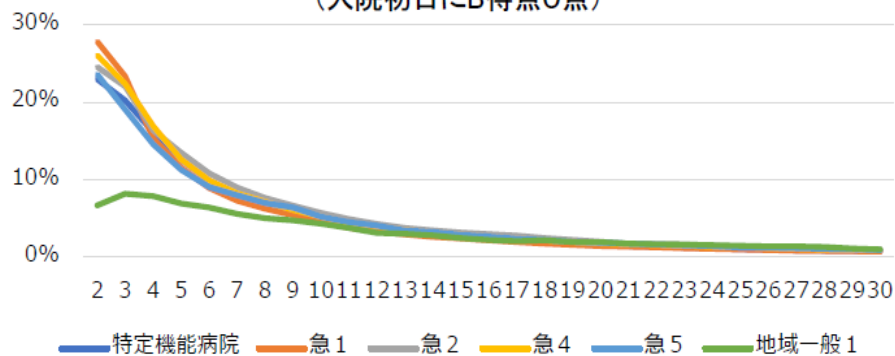


## 入院後の日数毎のB得点の推移②

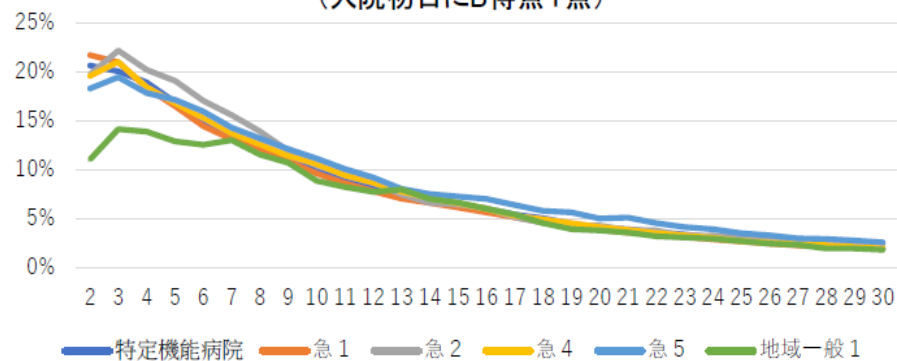
- 入院2日目以降にB得点が3点以上となる割合は、入院初日のB得点が0点又は1点である場合には入院料間で大きく変わらなかった。
- 一方で、入院初日のB得点が2点又は3点である場合には、特定機能病院や急性期一般入院料1よりも急性期一般入院料4-5や地域一般入院料において、入院2日目以降にB得点が3点以上となる割合が高かった。

入院料ごと・入院初日のB得点ごとの、  
2日目以降に入院を継続しかつB3点以上の割合  
(退院患者を分母に含む。)

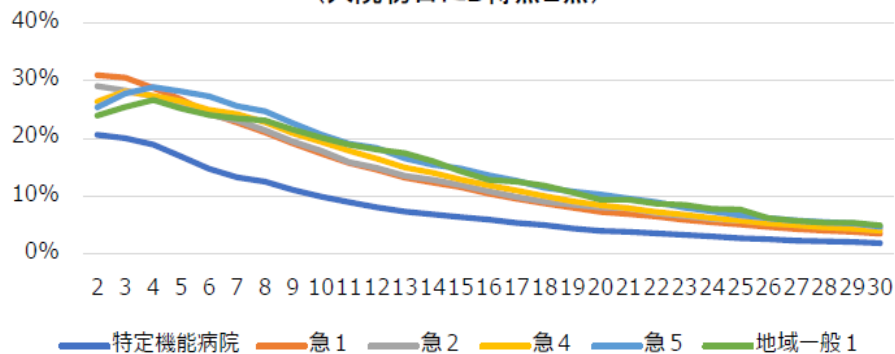
(入院初日にB得点0点)



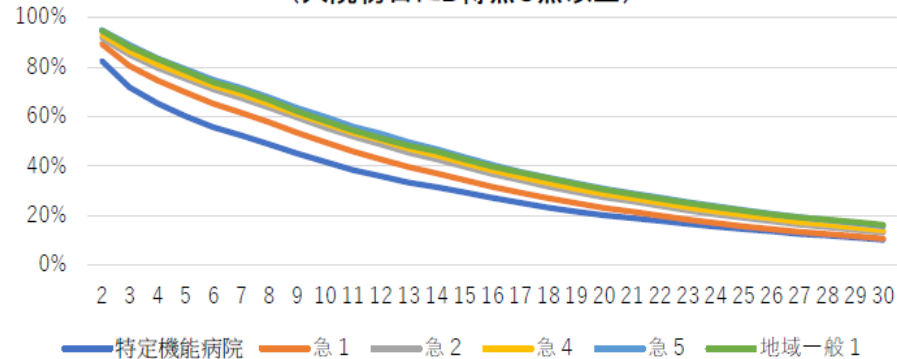
(入院初日にB得点1点)



(入院初日にB得点2点)



(入院初日にB得点3点以上)





# B項目は急性期医療ニーズを評価する項目として適しているか？

- 中野恵委員（健康保険組合連合会参与）
  - 「B項目が『急性期入院医療の必要性を評価するもの』として妥当なのか疑問を感じる。今後、根本的な見直し検討が必要と考えるが、まず2024年度の次期診療報酬改定においては、診療情報・指標等作業グループの報告にもあるように、急性期一般1では『B項目の廃止』を提案したい」
- 小池創一委員（自治医科大学地域医療学センター地域医療政策部門教授）
  - 「看護必要度の趣旨である『急性期入院医療の必要性を評価するもの』との趣旨に照らし、B項目が急性期の必要度に相応しくないとすれば、B項目廃止の方向が妥当である」
- 津留英智委員（全日本病院協会常任理事）
  - 「B項目の調査データから、ただちに『急性期入院医療の必要性を評価するものとして相応しくない』との結論は導けないのではないか」
- 山本修一分科会長代理：地域医療機能推進機構理事長
  - 「急性期病院にも様々な病態の患者がおり、医療の高度化で高齢患者にも安全・安心に侵襲的な手技が可能になってくる中で、さらに高齢患者が急性期病棟に入院が増える
  - 入院患者にどれだけの手間をかければ退院につながるのか』という視点での評価は継続して必要であり、B項目が『急性期入院医療の必要性を評価するものとして相応しくない』となっても、依然として重要であり、廃止すべきではない

重症度、医療・  
看護必要度 **II**

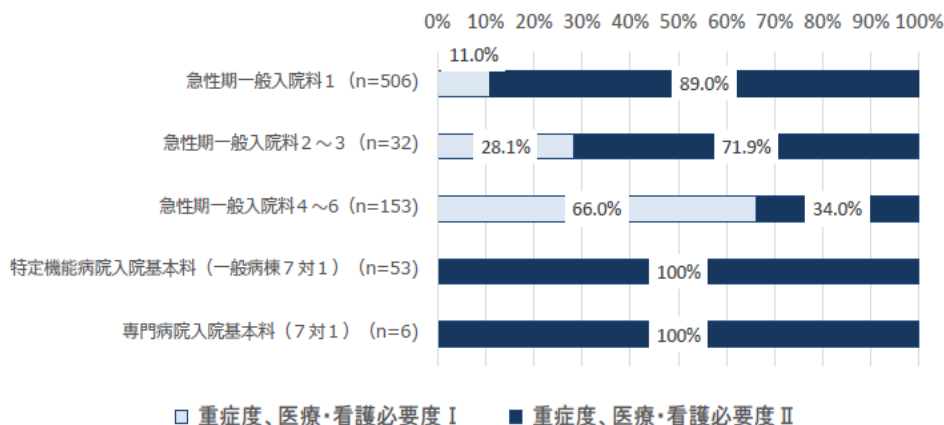
## 重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの比較

項目	重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
A項目（専門的な治療・処置のうち薬剤を必要とするもの）	DPCレセプト	DPCレセプト
A項目（上記以外）	看護師	DPCレセプト
B項目	看護師	看護師
C項目	DPCレセプト	DPCレセプト

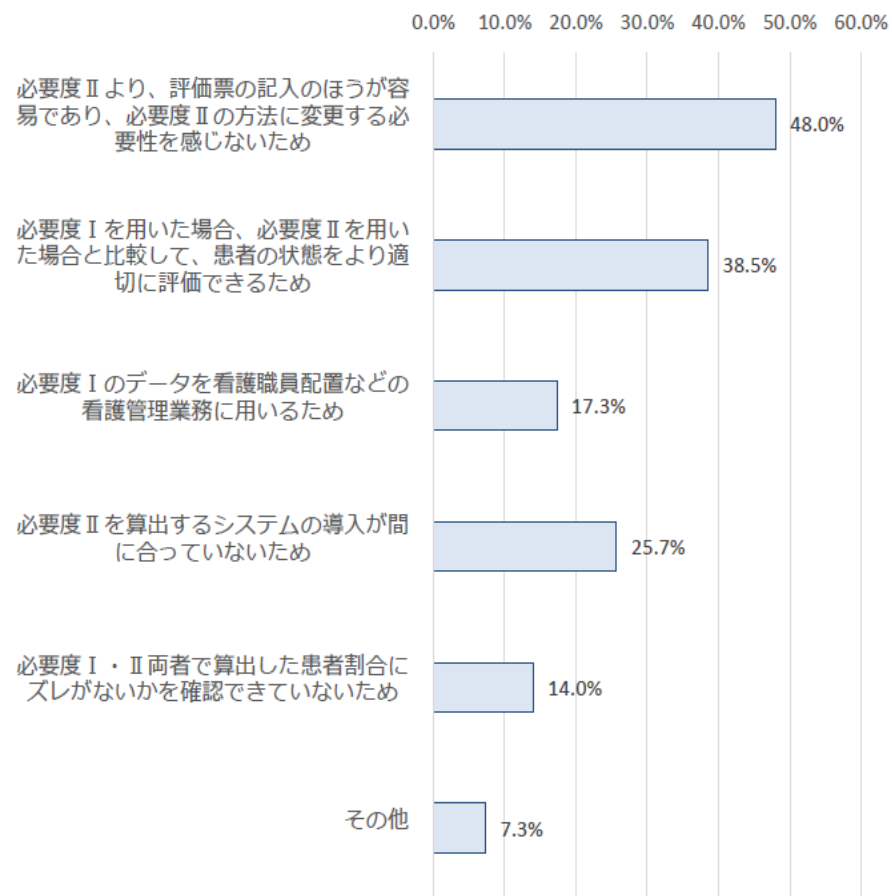
# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況

- 重症度、医療・看護必要度 II を届出ている施設は、急性期一般入院料 1 は 89.0%、急性期一般入院料 2～3 は 71.9%、急性期一般入院料 4～6 では 34.0% であった。
- 重症度、医療・看護必要度 I を届け出ている理由は、「必要度 II より評価票の記入のほうが容易であり、必要度 II に変更する必要性を感じないため」が最も多かった。

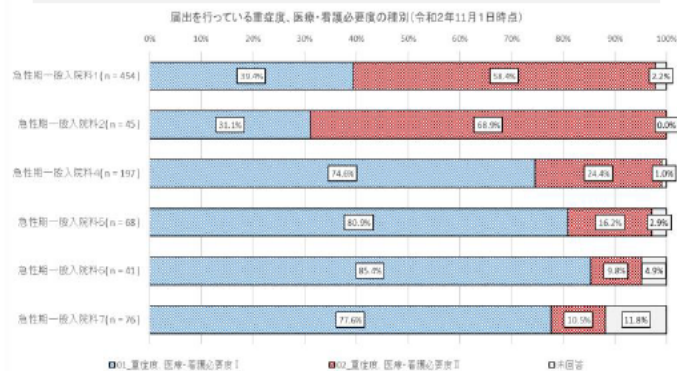
## ■重症度、医療・看護必要度 I・II の届出状況 (令和 4 年 11 月 1 日時点)



## ■重症度、医療・看護必要度 I を届け出ている理由 (複数回答)



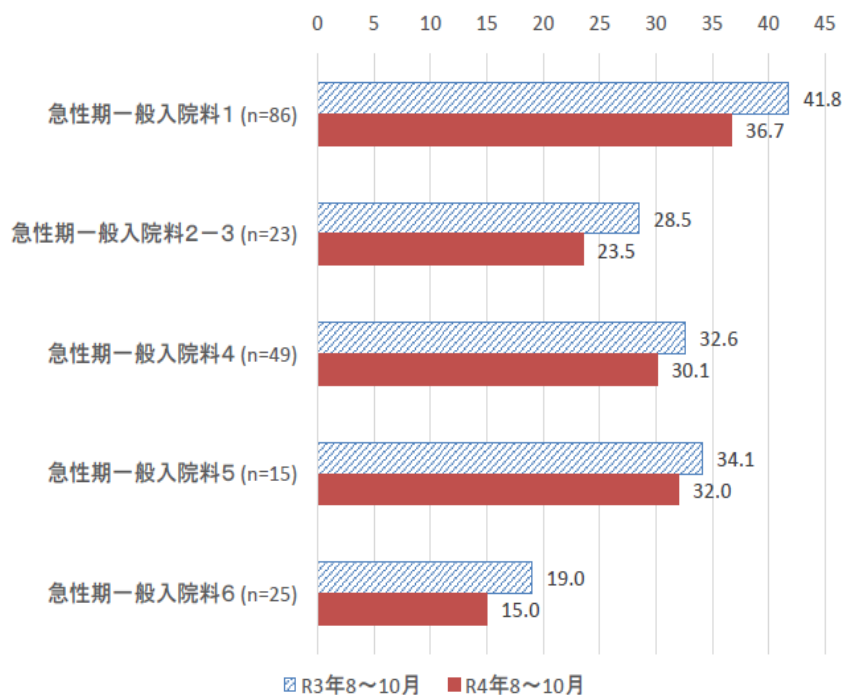
### (参考) R2.111 時点 (令和 2 年度入院医療等の調査 (施設票))



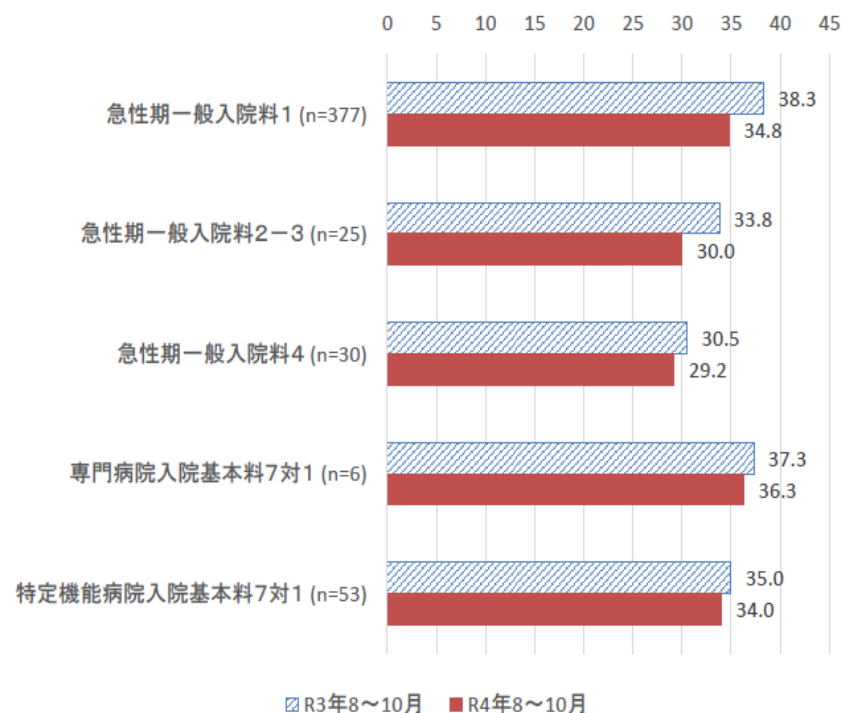
- 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約5%、急性期一般入院料4で約3%低下していた。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約4%、急性期一般入院料4で約1%低下していた。

### 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)



# A 2 「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」の定義

## 必要度 I

## 必要度 II

### 項目の定義

酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護職員等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に評価する項目である。

### 判断に際しての留意点

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。  
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。  
人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。  
NPPV(非侵襲的陽圧換気)の実施は人工呼吸器の使用に含める。  
なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
140005610	酸素吸入
140005750	突発性難聴に対する酸素療法
140005810	酸素 TENT
140005910	間歇的陽圧吸入法
140037810	鼻マスク式補助換気法
140006050	体外式陰圧人工呼吸器治療
140057410	ハイフローセラピー(15歳以上)
140009310	人工呼吸
140063810	人工呼吸(5時間超15日目以降)
140023510	人工呼吸(5時間超14日目まで)
140039850	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入
140039950	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入(5時間超14日目まで)
140064250	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入(5時間超15日目以降)
140009450	無水アルコール吸入療法
140023650	無水アルコール吸入療法(5時間超14日目まで)
140063950	無水アルコール吸入療法(5時間超15日目以降)
140009550	人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)
140023750	人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)(5時間超14日目まで)
140064050	人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)(5時間超15日目以降)
140009650	酸素吸入(マイクロアダプター)
140023850	酸素吸入(マイクロアダプター)(5時間超14日目まで)
140064150	酸素吸入(マイクロアダプター)(5時間超15日目以降)
140009950	酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器)
140024150	酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超14日目まで)
140064450	酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超15日目以降)
140009750	人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)
140023950	人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)(5時間超14日目まで)
140064350	人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)(5時間超15日目以降)
140039550	人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)
140039650	人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超14日目まで)
140064750	人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超15日目以降)

# 「呼吸ケア」に該当する患者の状況(必要度Ⅰ/Ⅱ別)

- 必要度Ⅰに基づく評価より「呼吸ケア」に該当する患者においては、入院料により15～40%程度で、必要度Ⅱの対象となる診療行為が実施されていなかった。

「呼吸ケア」に該当する患者における各診療行為の実施割合  
(必要度Ⅰ/Ⅱ別)

	(必要度Ⅰ届出施設の患者)					(必要度Ⅱ届出施設の患者)					
	急1	急2	急4	急5	地域一般1	特定機能病院	急1	急2	急4	急5	地域一般1
酸素吸入※ <sup>1</sup>	61.5%	56.1%	66.4%	71.7%	78.6%	92.2%	92.0%	92.8%	92.6%	89.8%	94.3%
人工呼吸※ <sup>2</sup>	5.6%	3.7%	3.5%	3.5%	4.6%	4.5%	4.5%	3.9%	4.6%	7.5%	4.5%
鼻マスク式人工呼吸器・鼻マスク式補助換気法※ <sup>3</sup>	0.8%	1.0%	0.8%	0.9%	0.7%	1.3%	1.3%	1.7%	1.5%	1.6%	0.6%
ハイフローセラピー(15歳以上)	1.0%	1.4%	0.8%	0.5%	1.0%	2.3%	2.3%	1.7%	1.3%	1.2%	0.6%
その他※ <sup>4</sup>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%

※<sup>1</sup> 酸素吸入、酸素吸入(マイクロアダプター)、酸素吸入(マイクロアダプター)(5時間超14日目まで)、酸素吸入(マイクロアダプター)(5時間超15日目以降)

※<sup>2</sup> 人工呼吸(5時間超14日目まで)、人工呼吸(5時間超15日目以降)、人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)、人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)(5時間超14日目まで)、人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)(5時間超15日目以降)、人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)、人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)(5時間超14日目まで)、人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)(5時間超15日目以降)、体外式陰圧人工呼吸器治療

※<sup>3</sup> 人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)、人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超14日目まで)、人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超15日目以降)、鼻マスク式補助換気法

※<sup>4</sup> 間歇的陽圧吸入法、酸素デント、酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器)、酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超14日目まで)、酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超15日目以降)、突発性難聴に対する酸素療法、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入(5時間超14日目まで)、閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入(5時間超15日目以降)、無水アルコール吸入療法、無水アルコール吸入療法(5時間超14日目まで)、無水アルコール吸入療法(5時間超15日目以降)

# A 1 「創傷処置」の定義

## 必要度 I

### 項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは医師又は看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

### ①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)

**【定義】** 創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

**【留意点】** ここでいう創傷とは、皮膚又は粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。  
縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻、口腔、膣及び肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻及びストーマ等については、造設から抜糸までを含め、抜糸後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。

ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。  
また、陰圧閉鎖療法、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

### ②褥瘡の処置

**【定義】** 褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

**【留意点】** ここでいう褥瘡とは、NPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R2020分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含めない。  
ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、陰圧閉鎖療法は含めない。

## 必要度 II

### ①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)

レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
14000610	創傷処置(100cm <sup>2</sup> 未満)
14000710	創傷処置(100cm <sup>2</sup> 以上500cm <sup>2</sup> 未満)
14000810	創傷処置(500cm <sup>2</sup> 以上3000cm <sup>2</sup> 未満)
14000910	創傷処置(3000cm <sup>2</sup> 以上6000cm <sup>2</sup> 未満)
14001010	創傷処置(6000cm <sup>2</sup> 以上)
14006210	下肢創傷処置(足部(踵を除く)の浅い潰瘍)
140062210	下肢創傷処置(足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍)
140062310	下肢創傷処置(足部(踵を除く)の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍)
140032010	熱傷処置(100cm <sup>2</sup> 未満)
140032110	熱傷処置(100cm <sup>2</sup> 以上500cm <sup>2</sup> 未満)
140032210	熱傷処置(500cm <sup>2</sup> 以上3000cm <sup>2</sup> 未満)
140036510	熱傷処置(3000cm <sup>2</sup> 以上6000cm <sup>2</sup> 未満)
140036610	熱傷処置(6000cm <sup>2</sup> 以上)
140034830	電撃傷処置(100cm <sup>2</sup> 未満)
140034930	電撃傷処置(100cm <sup>2</sup> 以上500cm <sup>2</sup> 未満)
140035030	電撃傷処置(500cm <sup>2</sup> 以上3000cm <sup>2</sup> 未満)
140035130	電撃傷処置(3000cm <sup>2</sup> 以上6000cm <sup>2</sup> 未満)
140035230	電撃傷処置(6000cm <sup>2</sup> 以上)
140035430	薬傷処置(100cm <sup>2</sup> 未満)
140035530	薬傷処置(100cm <sup>2</sup> 以上500cm <sup>2</sup> 未満)
140035630	薬傷処置(500cm <sup>2</sup> 以上3000cm <sup>2</sup> 未満)
140035730	薬傷処置(3000cm <sup>2</sup> 以上6000cm <sup>2</sup> 未満)
140035830	薬傷処置(6000cm <sup>2</sup> 以上)
140036030	凍傷処置(100cm <sup>2</sup> 未満)
140036130	凍傷処置(100cm <sup>2</sup> 以上500cm <sup>2</sup> 未満)
140036230	凍傷処置(500cm <sup>2</sup> 以上3000cm <sup>2</sup> 未満)
140036330	凍傷処置(3000cm <sup>2</sup> 以上6000cm <sup>2</sup> 未満)
140036430	凍傷処置(6000cm <sup>2</sup> 以上)

### ②褥瘡の処置

レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
140048610	重度褥瘡処置(100cm <sup>2</sup> 未満)
140048710	重度褥瘡処置(100cm <sup>2</sup> 以上500cm <sup>2</sup> 未満)
140048810	重度褥瘡処置(500cm <sup>2</sup> 以上3000cm <sup>2</sup> 未満)
140048910	重度褥瘡処置(3000cm <sup>2</sup> 以上6000cm <sup>2</sup> 未満)
140049010	重度褥瘡処置(6000cm <sup>2</sup> 以上)
140700110	長期療養患者褥瘡等処置



# 「創傷処置」に該当する患者の状況（必要度Ⅰ／Ⅱ別）

- 必要度Ⅰに基づく評価より「創傷処置」に該当する患者においては、40%程度で必要度Ⅱの対象となる診療行為が実施されていなかった。

「創傷処置」に該当する患者における各診療行為の実施割合  
(必要度Ⅰ／Ⅱ別)

	(必要度Ⅰ届出施設の患者)					(必要度Ⅱ届出施設の患者)					
	急1	急2	急4	急5	地域一般1	特定機能病院	急1	急2	急4	急5	地域一般1
<b>34</b>											
創傷処置 (100 cm <sup>2</sup> 未満)	25.0%	20.2%	14.9%	10.3%	4.7%	66.0%	60.3%	52.1%	51.9%	33.1%	24.3%
創傷処置 (100 cm <sup>2</sup> 以上500 cm <sup>2</sup> 未満)	9.0%	13.1%	16.6%	15.8%	20.1%	24.6%	26.1%	32.6%	31.2%	44.5%	44.6%
創傷処置 (500 cm <sup>2</sup> 以上)	1.0%	1.2%	1.0%	1.1%	1.0%	6.1%	2.9%	3.5%	2.9%	3.3%	3.3%
下肢創傷処置 <sup>※1</sup>	1.1%	1.0%	1.6%	1.7%	2.3%	1.7%	2.7%	1.6%	3.9%	5.4%	0.0%
熱傷処置 (500 cm <sup>2</sup> 未満)	0.2%	0.2%	0.5%	0.6%	0.5%	0.5%	0.8%	1.0%	1.0%	1.2%	4.3%
熱傷処置 (500 cm <sup>2</sup> 以上)	0.1%	0.1%	0.1%	0.3%	0.1%	0.4%	0.4%	0.6%	0.2%	0.3%	0.7%
その他 <sup>※2</sup>	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
重度褥瘡処置	5.6%	5.2%	5.7%	6.7%	7.5%	1.5%	7.9%	9.2%	10.5%	15.3%	24.2%

※1 下肢創傷処置（足部（踵を除く）の浅い潰瘍）、下肢創傷処置（足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍）、下肢創傷処置（足部（踵を除く）の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍）

※2 電撃傷処置、薬傷処置、凍傷処置

# 入院外来分科会委員意見

- 看護必要Ⅱへの一本化

- 「看護職員の負担軽減を考慮し、そろそろ看護必要度Ⅱへの一本化（看護必要度Ⅰの廃止）を検討すべき」（秋山委員）
- 「抗がん剤関連項目について、外来移行との関係を整理していくべきである」（中野恵委員：健康保険組合連合会参与）

# 入院医療分科会委員意見

- **B**項目の調査データから、ただちに「急性期入院医療の必要性を評価するものとしてふさわしくない」との結論は導けないのではないか？  
(津留英智、全日病常任理事)
- 急性期病院にも様々な病態の患者がいて、医療の高度化で高齢患者にも安心・安全に侵襲的な手技が可能になってくる中、**B**項目は依然として重要だ (山本修一分科会会長代理：地域医療機能推進機構理事長)

# パート 3

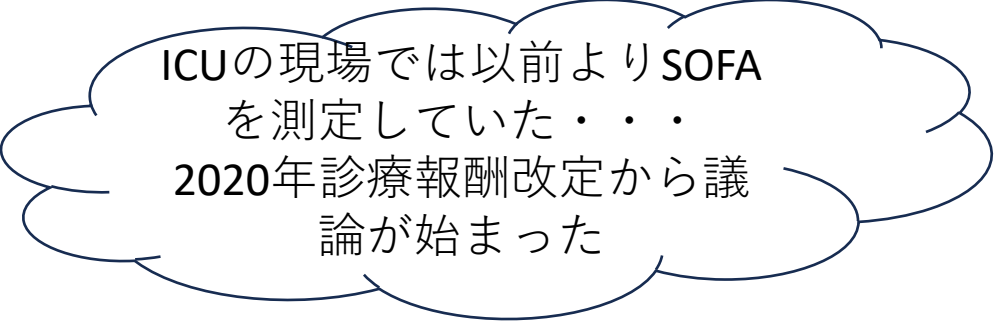
## 特定集中治療室管理料



# SOFAスコア

- SOFAスコアの6機能

- 呼吸機能
- 凝固機能
- 肝機能
- 循環機能
- 中枢神経機能
- 腎機能



ICUの現場では以前よりSOFA  
を測定していた・・・  
2020年診療報酬改定から議  
論が始まった

- 6機能についてゼロ点から4点の5段階で「重症度」を評価するもので、合計点数（total maximum SOFA score：TMS）が高いほど「重症である」と判断される
- 最低ゼロ点から最高24点

# SOFAスコア

(Sequential Organ Failure Assessment score)

項目	点数				
	0点	1点	2点	3点	4点
<b>呼吸器</b> PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> (mmHg)	≥400	<400	<300	<200 +呼吸補助	<100 +呼吸補助
<b>凝固能</b> 血小板数 (×10 <sup>3</sup> /μL)	≥150	<150	<100	<50	<20
<b>肝機能</b> ビリルビン (mg/dL)	<1.2	1.2~1.9	2.0~5.9	6.0~11.9	>12.0
<b>循環機能</b> 平均動脈圧 (MAP) (mmHg)	MAP ≥ 70	MAP < 70	DOA < 5 γ あるいは DOB使用	DOA 5.1~15 あるいは Ad ≤ 0.1 γ あるいは NOA ≤ 0.1 γ	DOA > 15 γ あるいは Ad > 0.1 γ あるいは NOA > 0.1 γ
<b>中枢神経系</b> GCS	15	13~14	10~12	6~9	<6
<b>腎機能</b> クレアチニン (mg/dL)	<1.2	1.2~1.9	2.0~3.4	3.5~4.9	>5.0
尿量 (mL/日)				<500	<200

DOA : ドパミン、DOB : ドブタミン、Ad : アドレナリン、NOA : ノルアドレナリン

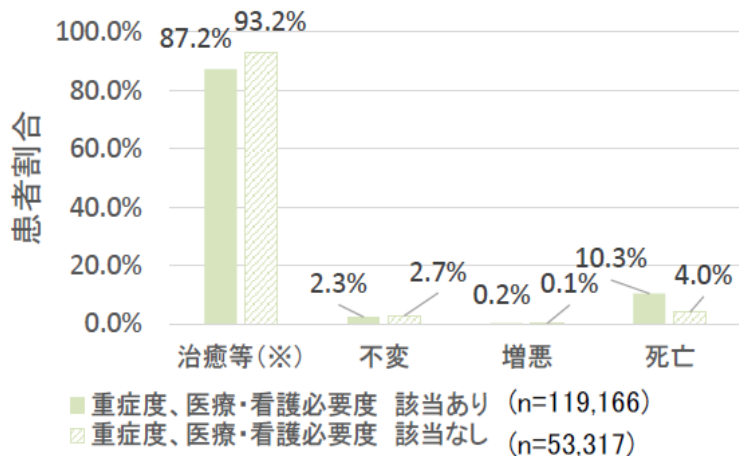
SOFAスコアのベースラインから2点以上の増加で、感染症が疑われるものは敗血症と診断される

# 入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のSOFAスコアと退院時の転帰

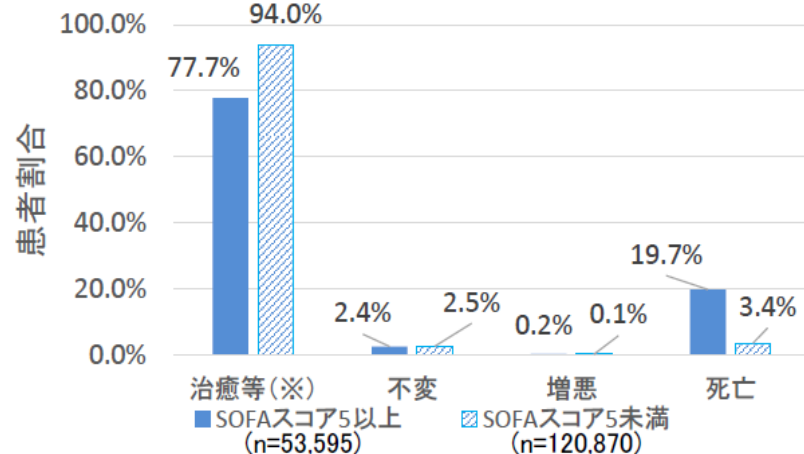
○ 入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のSOFAスコアのいずれもが退院時の転帰と相関していた。重症度、医療・看護必要度の該当と比較し、SOFAスコア5点以上、10点以上の方が退院時の転帰とよく相関していた。

診調組 入 - 1  
5 . 9 . 6

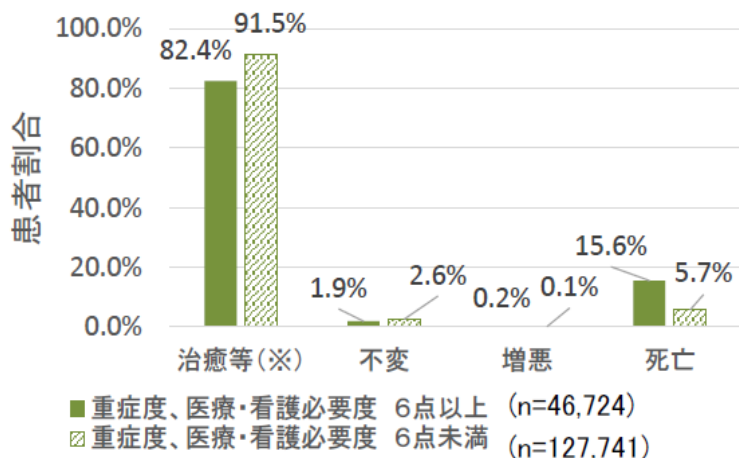
### 重症度、医療・看護必要度と退院時転帰



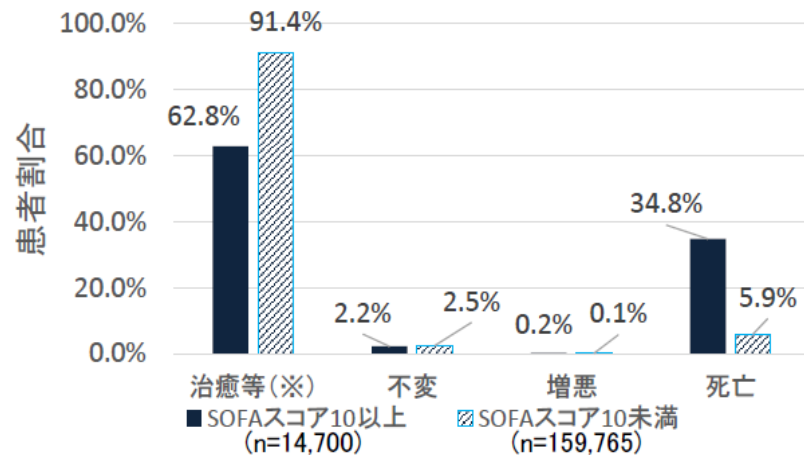
### SOFAスコア(5点以上か否か)と退院時転帰



### 重症度、医療・看護必要度6点以上と退院時転帰



### SOFAスコア(10点以上か否か)と退院時転帰

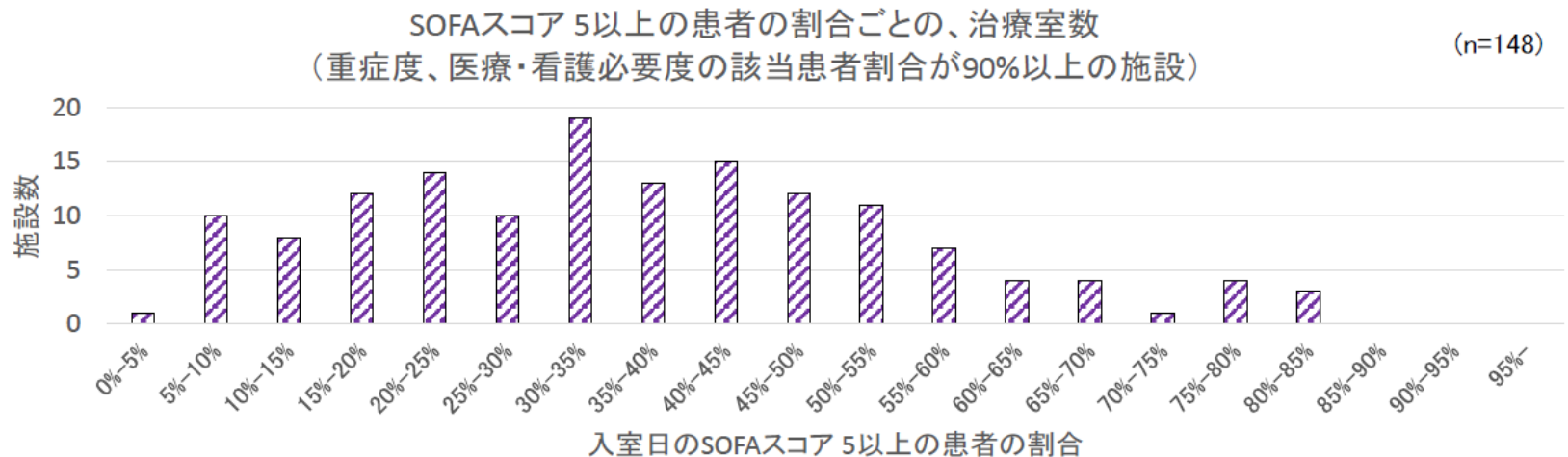
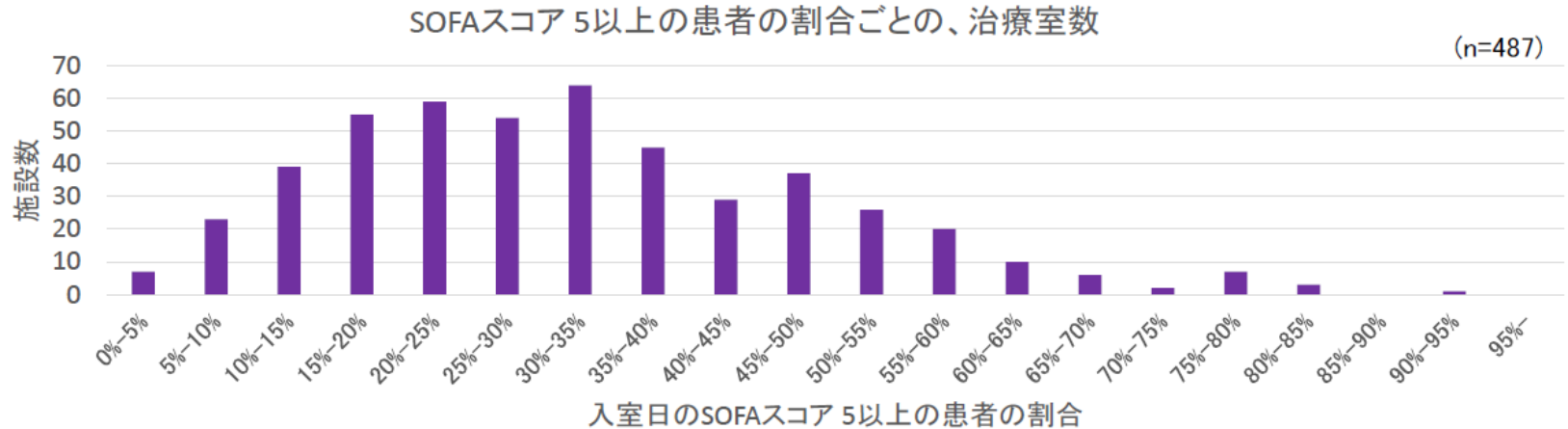


※ 治癒等は、治癒、軽快及び寛解

# 入室日のSOFAスコア、5以上の患者の割合の分布

診調組 入-1  
5 . 8 . 1 0

- 入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合は、治療室ごとにばらつきがあった。
- 重症度、医療看護必要度が90%以上の施設に限定しても、入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合はばらついていた。





# 入院外来分科会委員意見

- S O F Aスコアと転帰は相関しており、患者の重症度を表していると考えられる。
- S O F Aスコア単独で指標として使用することには慎重になるべきではないか。
- R R S (Rapid Response System) を行っている病院では、S O F Aスコアが上がる手前の人をI C Uで管理することによって、あがらないようにしている。S O F Aスコアの導入に反対ではないが、こうした取り組みも考慮して慎重な検討が必要。

# ハイケアユニット入院医療管理料の 重症度、医療・看護必要度について

# HCUにおける入室時の状態別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

○ HCUに入室した時の状態によらず、「心電図モニターの管理」と「輸液ポンプの管理」はほぼ全ての患者が該当していた。

## ■ ハイケアユニット入室時の状態別、HCU用重症度、医療・看護必要度A項目の項目別、該当患者割合

入室した時の状態	患者数	創傷処置	蘇生術の施行	呼吸ケア	点滴ライン同時3本以上	心電図モニターの管理	輸液ポンプの管理	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の管理	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特殊な治療法等
意識障害又は昏睡	539	35.3%	0.9%	59.6%	49.5%	99.4%	98.3%	27.3%	46.8%	9.1%	44.0%	7.6%	2.6%	3.3%
急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪	475	42.3%	0.2%	62.9%	56.6%	99.8%	94.3%	28.4%	52.0%	6.7%	60.6%	12.2%	1.3%	0.0%
急性心不全（心筋梗塞を含む）	273	20.1%	0.7%	79.1%	56.8%	99.6%	95.2%	34.1%	69.6%	15.0%	25.3%	11.4%	5.9%	3.7%
急性薬物中毒	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ショック	64	7.8%	0.0%	54.7%	75.0%	100.0%	100.0%	15.6%	64.1%	0.0%	9.4%	25.0%	0.0%	0.0%
重篤な代謝障害	99	51.5%	0.0%	75.8%	77.8%	100.0%	91.9%	41.4%	66.7%	4.0%	50.5%	11.1%	4.0%	0.0%
広範囲熱傷	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
大手術後	315	48.6%	0.0%	53.0%	59.0%	98.4%	91.7%	28.9%	46.0%	7.6%	30.8%	16.5%	1.9%	0.0%
救急蘇生後	48	25.0%	8.3%	20.8%	83.3%	100.0%	91.7%	33.3%	41.7%	37.5%	85.4%	20.8%	20.8%	20.8%
その他外傷、破傷風等で重篤な状態	44	13.6%	0.0%	72.7%	0.0%	100.0%	88.6%	9.1%	6.8%	0.0%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%

## （参考）特定集中治療室入室時の状態別、ICU用重症度、医療・看護必要度A項目の項目別、該当患者割合

入室した時の状態	患者数	輸液ポンプの管理	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の管理	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特殊な治療法等
意識障害又は昏睡	322	92.5%	91.3%	50.0%	13.7%	88.5%	16.5%	5.9%	5.6%
急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪	436	86.7%	78.9%	71.1%	35.8%	86.0%	45.6%	3.2%	26.6%
急性心不全（心筋梗塞を含む）	192	73.4%	71.9%	57.3%	32.8%	50.5%	29.2%	33.3%	62.5%
急性薬物中毒	1	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
ショック	365	91.5%	75.6%	58.4%	23.0%	73.4%	44.9%	3.6%	42.7%
重篤な代謝障害	52	100.0%	98.1%	80.8%	19.2%	19.2%	17.3%	0.0%	65.4%
広範囲熱傷	0	-	-	-	-	-	-	-	-
大手術後	426	88.7%	86.6%	49.8%	16.2%	70.0%	26.8%	3.5%	10.8%
救急蘇生後	14	100.0%	92.9%	85.7%	50.0%	92.9%	0.0%	0.0%	57.1%
その他外傷、破傷風等で重篤な状態	166	88.0%	80.1%	60.2%	7.8%	64.5%	12.7%	0.0%	0.0%

注) いずれも、新型コロナウイルス感染症あり/感染症疑いの患者を除いて集計

出典：令和4年度入院・外来医療等の実態調査（治療室患者票）

# HCUにおける手術実施の有無別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

- 手術の実施の有無によらず、「心電図モニター」の管理と「輸液ポンプ」の管理はほぼ100%の患者が該当する。
- 手術の実施の有無による、B項目の項目別該当患者割合に大きな差はない。

## ■ 手術の有無別、ハイケアユニット入室患者におけるHCU用重症度、医療・看護必要度A項目の項目別、該当患者割合

入室した時の状態	患者数	創傷処置	蘇生術の施行	呼吸ケア	点滴ライン同時3本以上	心電図モニターの管理	輸液ポンプの管理	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の管理	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特殊な治療法等
手術を実施した	732	37.3%	0.8%	54.0%	64.2%	99.2%	95.1%	34.8%	49.9%	14.5%	40.3%	15.2%	1.4%	1.1%
手術を実施していない	690	28.4%	0.3%	66.8%	45.1%	99.6%	97.0%	20.9%	50.6%	4.1%	40.0%	9.1%	2.0%	1.4%

## (参考) 手術の有無別、特定集中治療室入室患者におけるICU用重症度、医療・看護必要度A項目の項目別、該当患者割合

入室した時の状態	患者数	輸液ポンプの管理	動脈圧測定	シリンジポンプの管理	中心静脈圧測定	人工呼吸器の管理	輸血や血液製剤の管理	肺動脈圧測定	特殊な治療法等
手術を実施した	1022	82.5%	80.0%	54.2%	25.2%	69.7%	35.4%	10.3%	27.1%
手術を実施していない	288	97.6%	85.1%	77.1%	19.4%	75.7%	27.1%	0.3%	12.5%

## ■ 手術の有無別、ハイケアユニット入室患者におけるHCU用重症度、医療・看護必要度B項目の項目別、該当患者割合

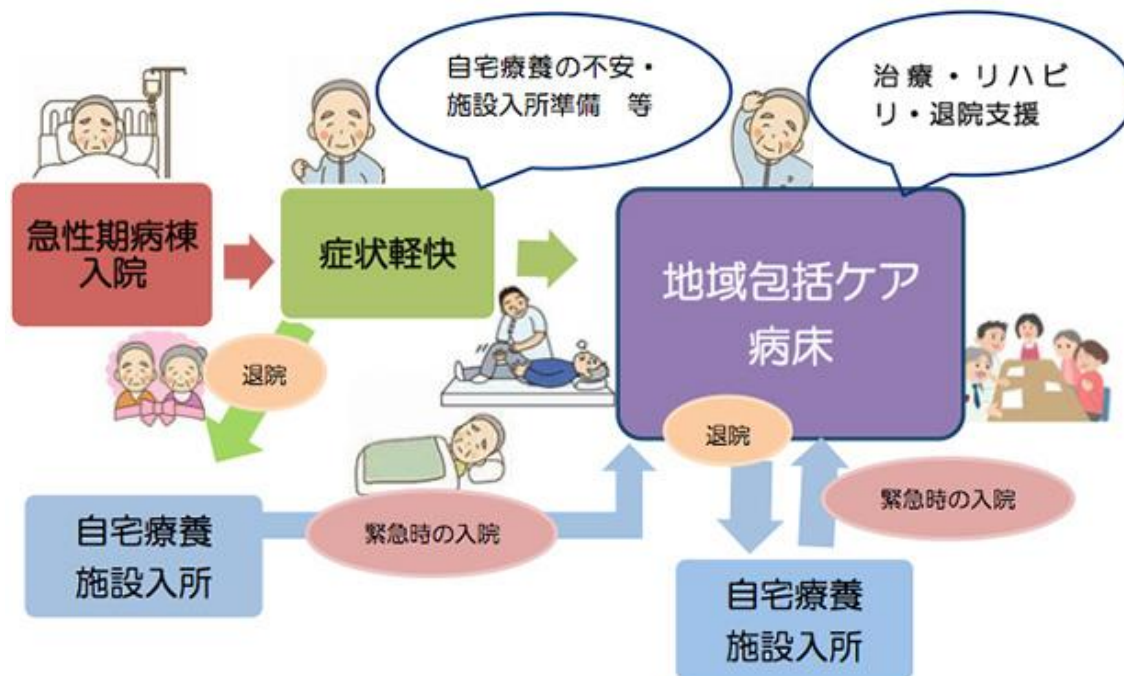
入室した時の状態	患者数	寝返り	移乗_患者の状態	移乗_介助の実施	口腔清潔_患者の状態	口腔清潔_介助の実施	食事の摂取_患者の状態	食事の摂取_介助の実施	衣服の着脱_患者の状態	衣服の着脱_介助の実施	診療療養上の指示が通る	危険行為
手術を実施した	732	96.2%	88.9%	41.7%	97.7%	93.6%	93.0%	62.7%	98.8%	92.2%	52.7%	20.6%
手術を実施していない	690	98.0%	95.5%	41.3%	86.1%	97.1%	91.0%	62.3%	99.4%	82.3%	42.2%	18.4%

注)  
いずれも、新型コロナウイルス感染症あり/感染症疑いの患者を除いて集計

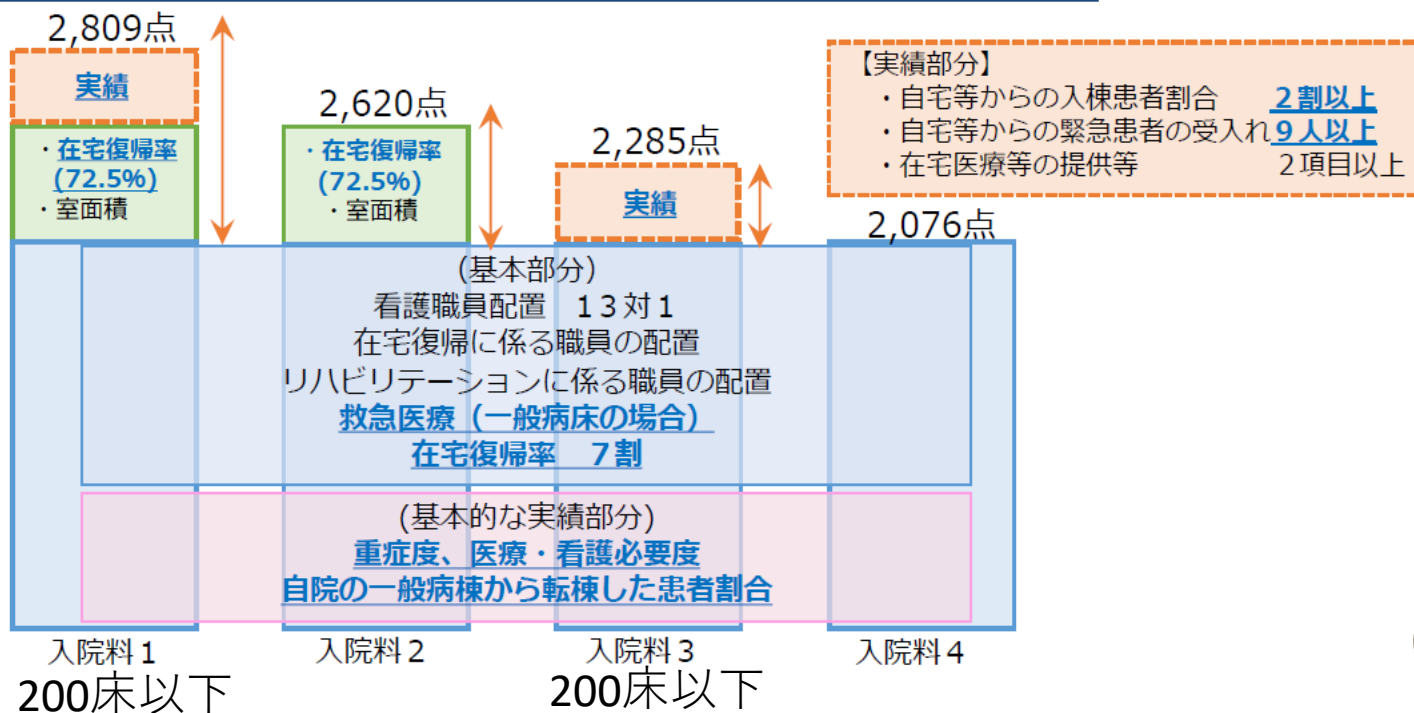
# 入院外来分科会委員意見

- 心電図モニターの管理や輸液ポンプの管理はほぼすべての患者に該当しており、重症度等を評価する観点からは項目として不要
- 特定集中治療室用と同様に、B項目は不要
- B項目の測定結果はADL等の改善状況を統一的な指標で把握するために有用であり、B項目を必要度の基準から外す場合においても特定集中治療室と同様に、測定自体は継続すべき

# パート4 地域包括ケア病棟



# 地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (イメージ)



# 入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名（主傷病）

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の主傷病は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

入棟患者全て(n=2,854)

1	誤嚥性肺炎	4.5%
2	腰椎圧迫骨折	3.3%
3	大腿骨転子部骨折	2.9%
4	尿路感染症	2.9%
5	COVID-19	2.7%
6	大腿骨頸部骨折	2.6%
7	廃用症候群	2.4%
8	脱水症	2.0%
9	腰部脊柱管狭窄症	1.9%
10	慢性心不全	1.7%

緊急入院後  
(外来の初再診後)(n=990)

1	誤嚥性肺炎	5.7%
2	腰椎圧迫骨折	3.9%
3	尿路感染症	3.4%
4	COVID-19	3.3%
5	慢性心不全	3.1%
6	胸椎圧迫骨折	2.4%
7	脱水症	2.4%
8	肺炎	2.4%
9	うっ血性心不全	2.3%
10	大腿骨頸部骨折	2.1%

救急搬送後入院、他病棟を経由  
(n=390)

1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

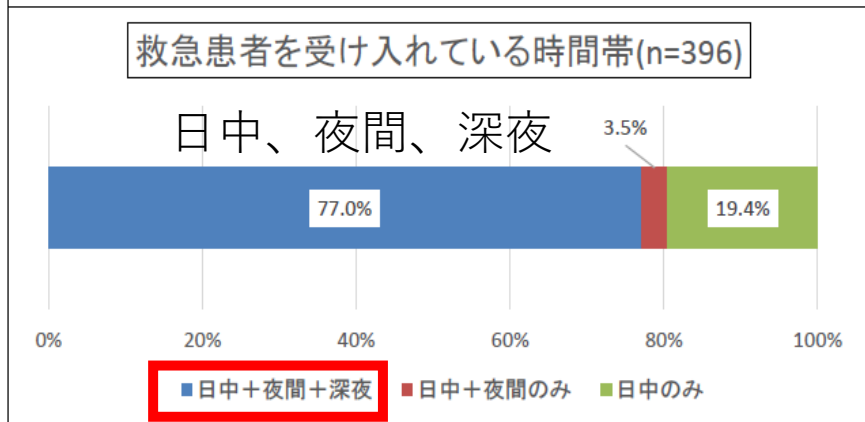
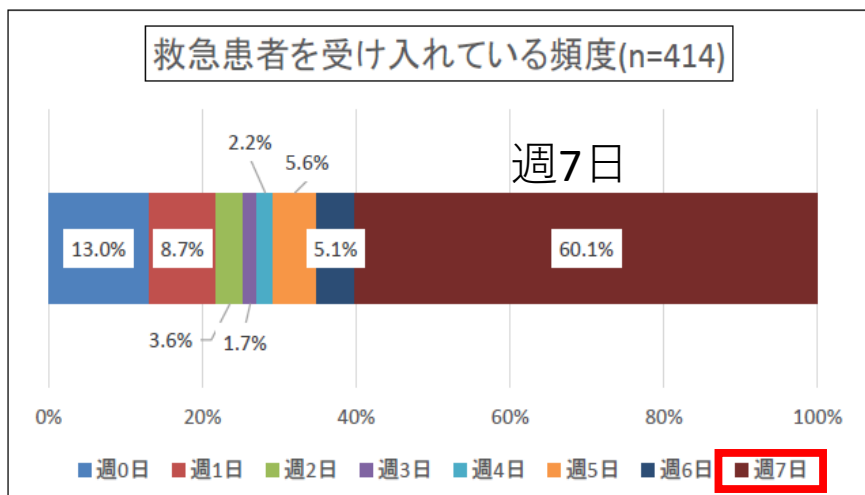
救急搬送後入院、直接入棟  
(n=161)

1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

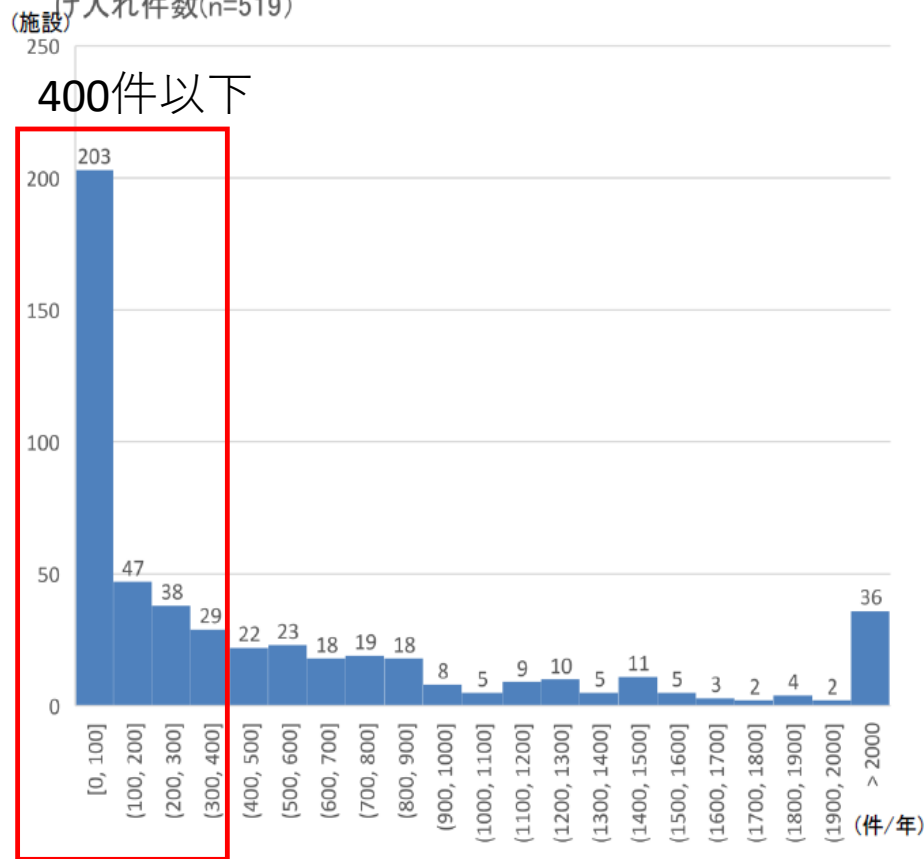


# 地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

- 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急患者を受けている頻度は、週7日が60.1%で最も多く、次に週0日が13.0%であった。
- 救急患者を受け入れている時間帯については、夜間・深夜も受け入れていると回答した医療機関が77.0%であった。
- 救急搬送の受け入れ件数については、400件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。



地域包括ケア病棟・病室を持つ医療機関における救急搬送の受け入れ件数(n=519)

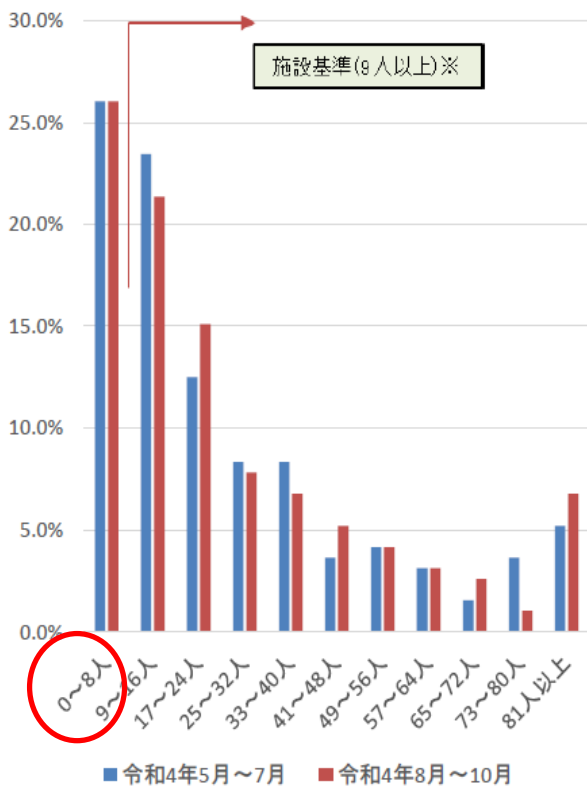


要件	入院料	改定による変更点	減算
在宅復帰率	地ケア1・2	70%以上から72.5%以上へ	できなければ 10%減算
	地ケア3・4	70%以上要件新設	
自院の一般病棟から転棟患者割合 60%未満	地ケア2・4	対象病院を許可病床数400床以上から200床以上へ拡大	60%以上の場合 減算額を10%から15%へ
自宅等からの入院患者割合	地ケア1・3	15%から20%以上へ 自宅等からの緊急の入院受け入れを3か月に6人から9人以上へ	
自宅等からの入院患者割合など	地ケア2・4	20%以上を新設	できなければ 10%減算
入退院支援加算1	地ケア1・2	許可病床100床以上に義務化	できなければ 10%減算
一般病床 療養病床	地ケア	救急医療の基準	一律5%減算
	地ケア		

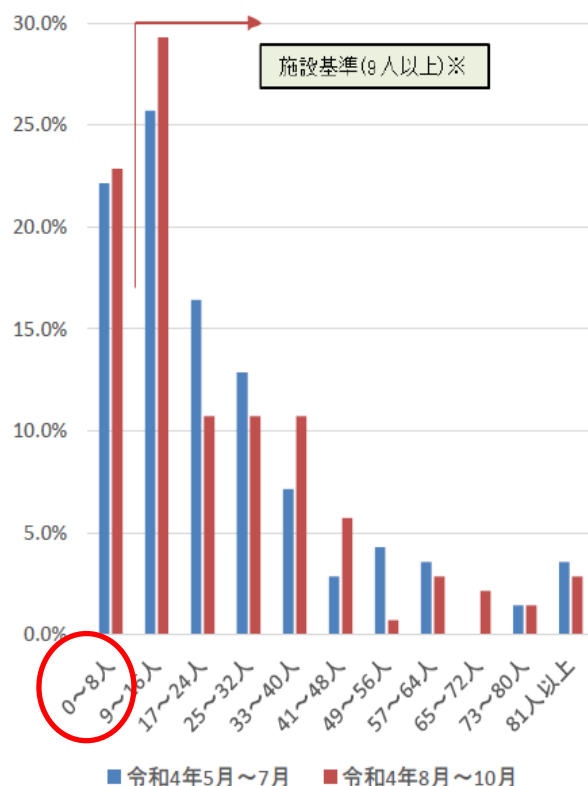
# 地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

- 地域包括ケア病棟・病室を持つ病院の自宅等からの緊急患者の受入れ数は以下のとおり。
- 入院料・入院医療管理料1及び2において施設基準要件を下回っている医療機関が一定数存在する。
- ※ 施設基準要件を下回っている要因としては、新型コロナウイルス感染症の影響等が考えられる。

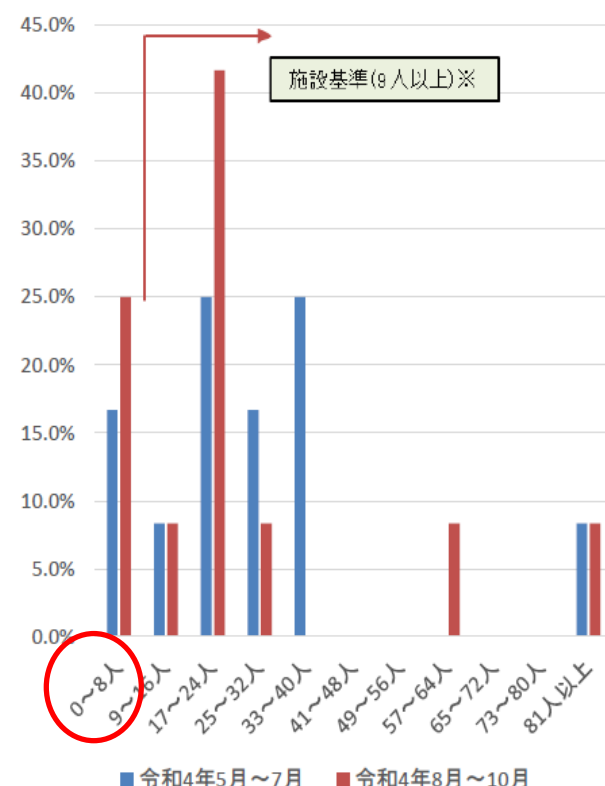
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1 (n=192)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2 (n=140)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料3・4 (n=12)



※令和4年度診療報酬改定以降、地域包括ケア病棟入院料1・3においては当該病棟において3ヶ月で9人以上自宅等からの緊急患者を受け入れる必要がある。(2・4については在宅医療等に係る実績を満たさない場合、緊急入院の要件を満たすことが必要)

# 地域包括ケア病棟への救急患者の直接入院

- 医療・看護の必要性が高く、医療資源投入量が多い点を踏まえ、報酬上のインセンティブを設けるべき（井川委員）
- 現行の在宅患者支援病床初期加算の要件を見直して、受け入れ体制の整備、受け入れの促進を図ってはどうか（武井委員）
- 比較的重症の患者に適切な対応をするには看護加配などが必要となる。また三次救急に高齢患者が搬送等されれば生活状況把握などが困難になることから、地域包括ケア病棟などへの下り搬送が重要。これを評価しては（津留委員）

地域包括ケア病棟で  
短期滞在手術患者を受け  
入れている

# 短期滞在手術等基本料の概要

○ 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り手術及び4泊5日までの入院による手術及び検査及び放射線治療）を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したもの。（共通の要件）

- 1 手術室を使用していること
- 2 術前に十分な説明を行った上で、「短期滞在手術等同意書」を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること
- 3 退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行うこと

## 短期滞在手術等基本料1 日帰りの場合

届出	届出が必要
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>・術後の患者の回復のための回復室が確保されていること</li> <li>・看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること</li> <li>・短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴う者に限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること</li> </ul>
包括される検査等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・尿中一般物質定性半定量検査</li> <li>・血液形態・機能検査の一部（末梢血一般検査等）</li> <li>・出血・凝固検査の一部（出血時間等）</li> <li>・血液化学検査の一部（総ビリルビン等）</li> <li>・感染症免疫学的検査の一部（梅毒血清反応等）</li> <li>・肝炎ウイルス関連検査の一部（HBs抗原等）</li> <li>・血漿蛋白免疫学的検査の一部（C反応性蛋白等）</li> <li>・心電図検査</li> <li>・写真診断</li> <li>・撮影</li> <li>・麻酔管理料（Ⅰ）</li> <li>・麻酔管理料（Ⅱ）</li> </ul>

## 短期滞在手術等基本料3 4泊5日までの場合

届出は不要
<ul style="list-style-type: none"> <li>・DPC対象病院又は診療所ではないこと</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院基本料</li> <li>・入院基本料等加算</li> <li>・医学管理等</li> <li>・在宅医療（在宅療養指導管理料、薬材料、特定保険医療材料を除く）</li> <li>・検査</li> <li>・画像診断</li> <li>・投薬（退院時の投薬、除外薬剤・注射薬を除く）</li> <li>・注射（除外薬剤・注射薬を除く）</li> <li>・リハビリテーション</li> <li>・精神科専門療法</li> <li>・処置（人工腎臓を除く）</li> <li>・手術</li> <li>・麻酔</li> <li>・放射線治療</li> <li>・病理診断</li> </ul>

※短期滞在手術等基本料2は令和4年度診療報酬改定で廃止

# 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等

- 短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等の、入院外での実施割合は以下のとおりであった。一部、入院外での実施割合が高い手術が存在した。

## 【短期滞在手術等基本料3の対象手術等の、入院外での実施割合】

手術等名称	入院での算定回数	入院外での算定回数	入院外での実施割合
小児食物アレルギー負荷検査	12	1509	99.2%
前立腺針生検法	5319	792	13.0%
関節鏡下手根管開放手術*	159	320	66.8%
胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	117	9	7.1%
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの*	24349	52478	68.3%
乳腺腫瘍摘出術 長径5cm未満*	186	234	55.7%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	3062	9363	75.4%
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回の実施後3月以内に実施する場合	522	1738	76.9%
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	95	134	58.5%
下肢静脈瘤手術 硬化療法	25	1193	97.9%
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	41	97	70.3%
鼠径ヘルニア手術	2649	343	11.5%
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	2218	182	7.6%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満*	14001	40440	74.3%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm以上	1853	971	34.4%
痔核手術（脱肛を含む） 硬化療法（四段階注射法によるもの）	438	988	69.3%
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	879	938	51.6%
子宮頸部（腔部）切除術	1702	70	4.0%
ガンマナイフによる定位放射線治療	641	90	12.3%

※ 短期滞在手術等基本料1の対象になっている手術に\*を付している。

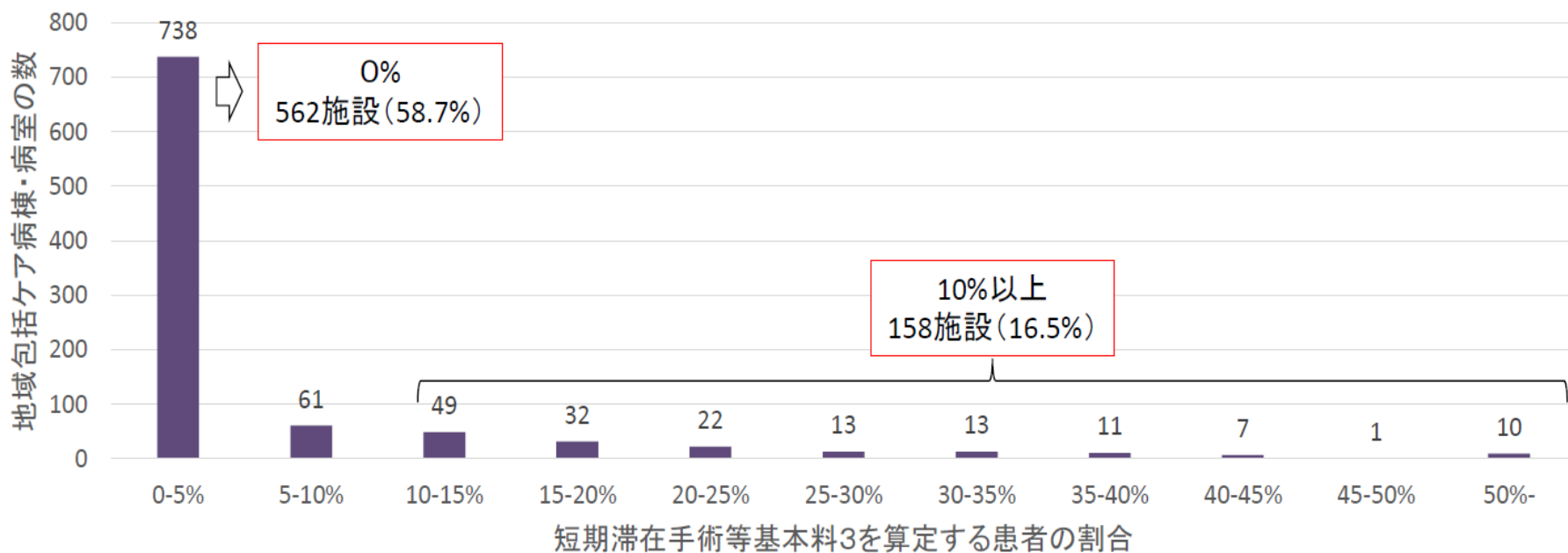
※ 入院外での実施割合が50%を超えるものを赤字にしている。

# 地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析①

## 地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合

○ 地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合は、多くの病棟、病室で0%であったが、158施設（9.5%）は10%以上であった。

短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合ごとの地域包括ケア病棟・病室の数  
N = 957



(地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合) =  $\frac{\text{(地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数)}}{\text{(地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数)}}$

※ 短期滞在3が算定されないDPC対象病院の地域包括ケア病棟は除いて集計



# 入院外来分科会委員意見

- 「地域包括ケア病棟の在宅復帰率等において短期滞在種々等基本料3（白内障手術含む）の患者の一定割合はカウントしないなどの対応を行ってはどうか？」
- 「短期滞在手術を受け入れる地域包括ケア病棟と、高齢者救急患者なども含めてバランスよく受け入れる地域包括ケア病棟では報酬上の評価の差を設けてはどうか？」

# 地域包括ケア病棟の 救急の受け入れ



受け入れたくない

受け入れるべき

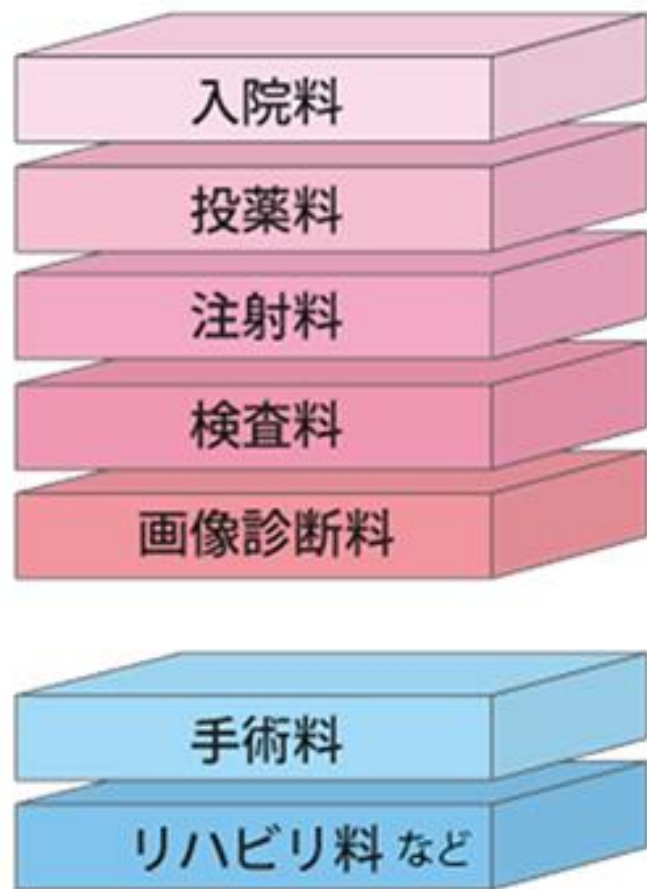
パート 5

DPC/PDPS

## 従来の計算方法（出来高払い）

診療内容をひとつひとつ積み上げ計算する方法です

出来高算定

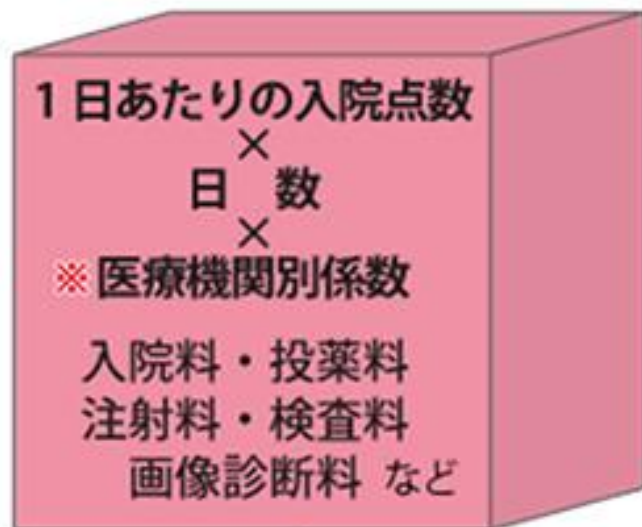


包括に変更

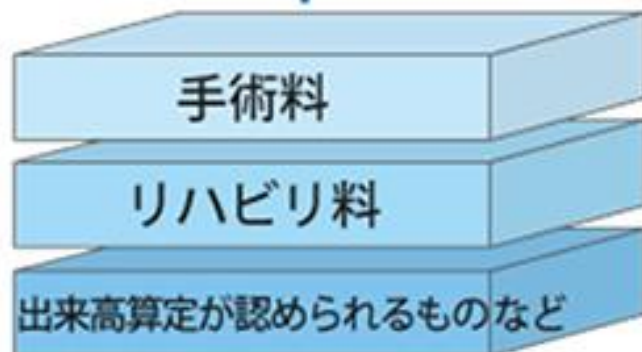
出来高のまま

## DPCの計算方法（包括払い）

①DPC 点数による診療費と  
②出来高算定による診療費を合計します



+



①DPC点数（包括評価）

②出来高算定

※医療機関別係数…病院の機能に応じて病院ごとに定められている係数

表 1 医療機関別係数

医療機関別係数(①+②+③+④)				
①	基礎係数	DPC 対象病院の各群(Ⅰ群、Ⅱ群、Ⅲ群)ごとに設定された各群の基本的な診療機能に対する評価係数。		
②	暫定調整係数	各病院ごとの出来高請求時の収入を保証する調整係数を基礎係数へ移行するため、激変緩和のために設定された係数で、2018 年度改定時には廃止され機能評価係数Ⅱへ完全移行する予定。		
③	機能評価係数Ⅰ	入院基本料等加算など、主に医療機関の機能や人員配置を評価する係数。		
④	機能評価係数Ⅱ	新たに医療機関の機能を評価する係数として 10 年度から導入された係数。診療実績や医療の質的向上等を評価する係数として、医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブを評価する 6 つの指数がある。		
		データ提出指数	効率性指数	複雑性指数
		カバー率指数	救急医療指数	地域医療指数

# 機能評価係数Ⅱ(6項目)の見直しの詳細(1)

<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)
1) データ提出指数	DPC対象病院のデータ提出における、適切な質・手順の遵守を評価	<p>原則として満点(1点)だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ減算する。</p> <p>① データ提出手順の評価 データ提出が遅滞した場合は、翌々月に当該評価を0.5点・1ヶ月の間、減じる(データ提出加算が新設されたため機能評価係数Ⅰとして整理⇒この分は今回改定より機能評価係数Ⅱには含まれない)。</p> <p>② データの質の評価</p> <p>A. 新たに精査した「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が20%以上の場合に当該評価を0.05点・1年の間、減じる。(新たな減算基準の20%はこれまでの実績から改めて設定)</p> <p>B. 今後の実績(提出データ)に基づく検討により、対象とする項目を選定した上で、一定の周知期間を経て、例えば平成25年度から、評価対象とする方向で検討 【例】・ 郵便番号      ・ がんのUICC分類      ・ その他疾患特異的な重症度分類</p> <p>※ なお、DPC病院Ⅲ群について、外来診療に係るEFファイル(出来高点数情報)に期限までに対応した場合について、一定の評価(0.05点を目安に今後検討)を加算する。(機能評価係数Ⅰとして整理)</p>
2) 効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	<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> <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>
3) 複雑性指数	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	<p>[当該医療機関の包括範囲出来高点数(一入院あたり)を、DPC(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>

# 「部位不明・詳細不明コード」の精査について

- 全DPC対象病院で使用割合が高いコードを中心に、「部位不明・詳細不明コード」の対象について、MDC技術班において精査を行い、以下の例については、「臨床的に付与せざるを得ない場合が多い」とされた。
- このほか、標準病名マスターの整備状況を踏まえて配慮を行うべきと考えられるICDコードも指摘されており、引き続き精査を行うこととしている。

## 【「臨床的に付与せざるを得ない場合が多い」とされたコードの例】

ICD-10コード	ICD-10コード名称	DPC6桁	使用回数	DPC6桁分類での使用割合
G459	一過性脳虚血発作, 詳細不明	010061	8,921	61.55%
		一過性脳虚血発作		
G934	脳症<エンセファロパチ<シ>一>, 詳細不明	010081	2,581	65.64%
		免疫介在性脳炎・脊髄炎		
N009	急性腎炎症候群, 詳細不明	110275	194	78.54%
		急性腎炎症候群		
N019	急速進行性腎炎症候群, 詳細不明	110270	710	37.25%
		急速進行性腎炎症候群		
N039	慢性腎炎症候群, 詳細不明	110280	4,250	3.05%
		慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全		
N049	ネフローゼ症候群, 詳細不明	110260	7,047	51.02%
		ネフローゼ症候群		

症例の少ない施設で  
効率性指数、複雑性指数が  
不当に有利になっている



# 効率性指数の評価方法①

指数	評価内容
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> <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>

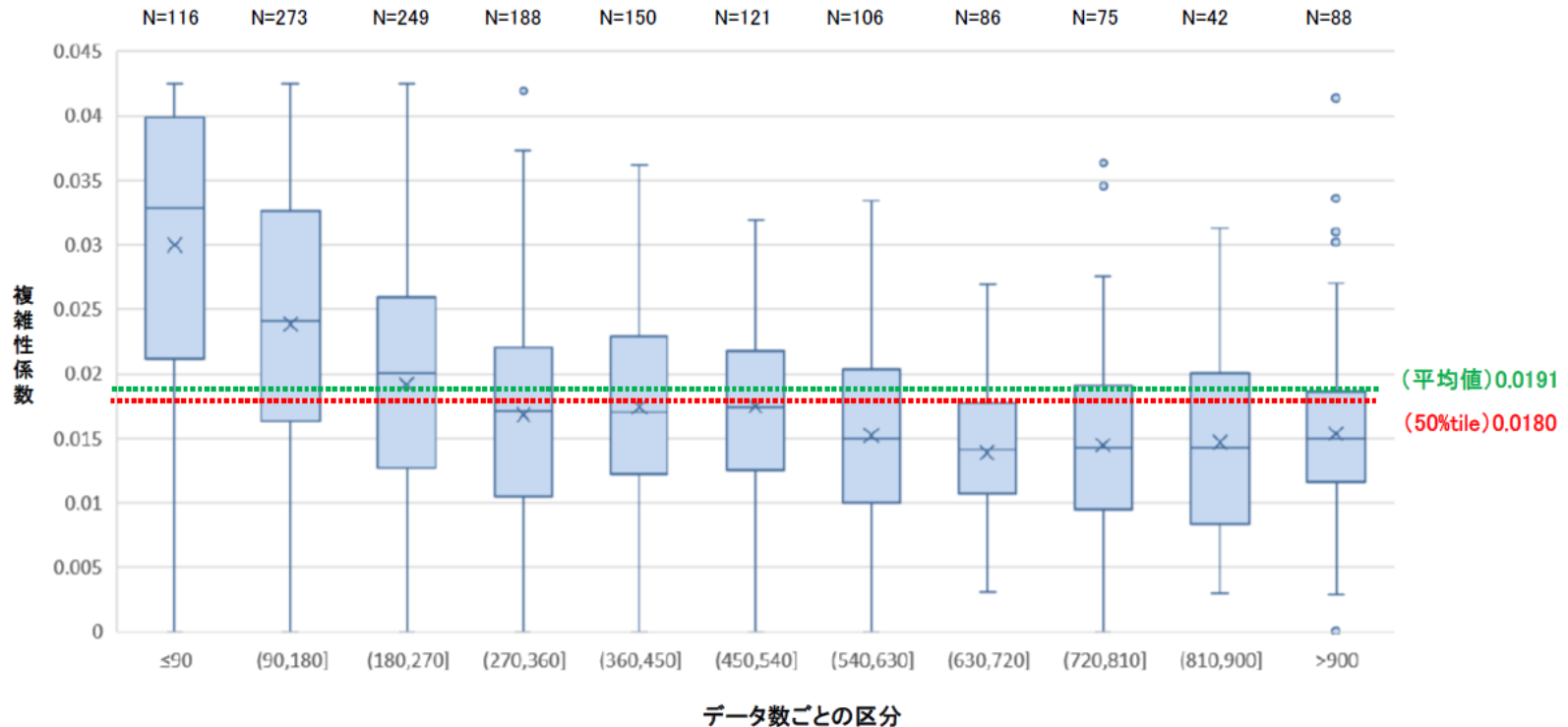
○ 効率性指数の計算例(計算対象DPCが少ない場合) ※簡易化のため、全DPC数が5個である場合の例を示している

DPC	A病院		B病院		全DPC対象病院	
	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数
①	2	20	3	20	2	2000
②	4	20	6	40	4	2000
③	10	20	-	0	10	2000
④	16	40	-	0	16	2000
⑤	18	100	-	0	18	2000
全DPC	13.8	200	5	60	10	10000
全DPC(患者構成を置き換えた場合)	10	10000	4.5	4000	-	-
効率性指数	$10/10 = 1.00$		$10/4.5 = 2.22$			

- ➡
- A病院では、患者構成の置き換えにより、指数(全DPC対象病院の在院日数との相対値)は1となる。
  - B病院では、DPC③～⑤が計算対象とならないため、指数は高い値をとる。

# データ数の規模別の複雑性係数の分布

- DPC標準病院群について、1月あたりのデータ数を90ごとに区分した場合の複雑性係数の分布は以下のとおり。
- 1月あたりのデータ数が少ない区分に該当する病院では複雑性係数が高い傾向にある。



※令和4年9月時点のDPC標準病院群に該当する病院(合併病院等は除く)  
※データ数の算出にあたりコロナ対応期間の補正を行っている

症例数の少ないDPC病院に  
ついては退出を求めています？

## DPC対象病院となる病院の基準

- DPC対象病院となる希望のある病院であって、下記の基準を満たす病院とする
  - 看護配置基準 10対1以上であること
  - 診療録管理体制加算を算定している、又は同等の診療録管理体制を有すること
  - 標準レセ電算マスターに対応したデータの提出を含め「7月から12月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できること
  - 2年間(合計で10ヶ月分)のデータを適切に提出していること
  - (データ/病床)比が8.75以上であること

新撤退基準  
の創設か？

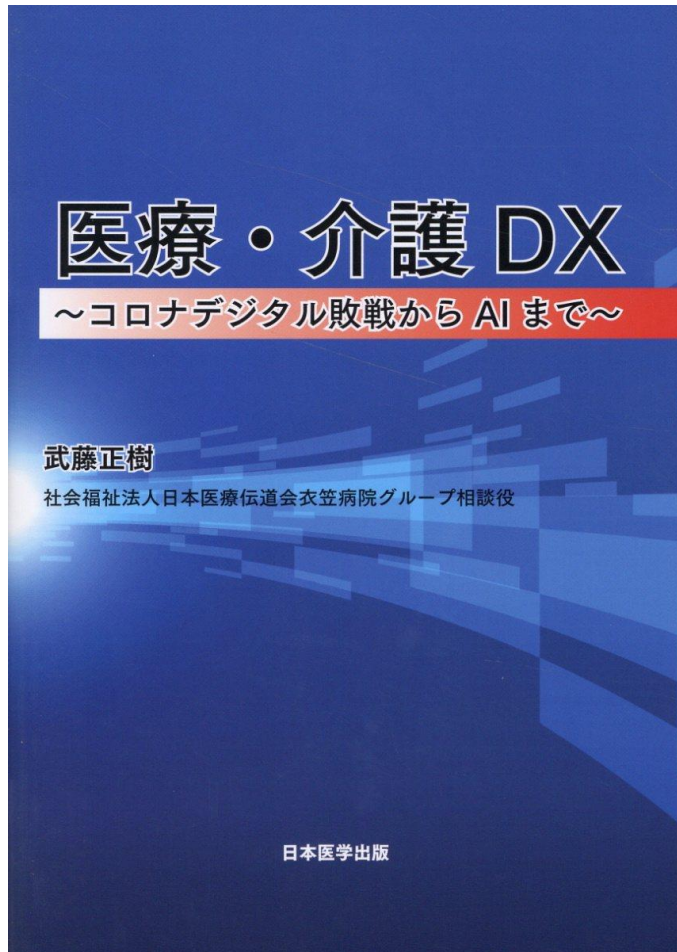
※ 下線部は平成20年度より導入 3

## まとめと提言

- 重症度、医療・看護必要度のB項目の見直し  
救急A項目の見直しが争点となっている
- ICUにおけるSOFA基準の検討は？
- 地域包括ケア病棟における誤嚥性肺炎、尿路  
感染の救急受け入れについて
- データの少ない病院のDPCからの撤退ルールの  
検討が始まる？

# 医療介護DX

～コロナデジタル敗戦からAIまで～



- 武藤正樹著
- DXやAIはこれからの医療・介護に必須である。  
本書はDXやAIに関心がある方、これから学ぼうとする方へ基礎をわかりやすく解説した
- 発行：[日本医学出版](#)
- 2023年5月29日
- A5判
- 216ページ
- 定価 2,200円+税

# ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)を担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[muto@kinugasa.or.jp](mailto:muto@kinugasa.or.jp)

