

Dr武藤の看護マネジメントプチ動画講座

2026年診療報酬改定 急性期入院医療の指標と看護必要度



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 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】



社会福祉法人日本医療伝道会 衣笠病院グループ

富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



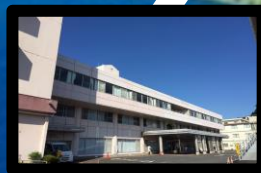
衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦

目次

- パート1
 - 一般的な急性期機能
- パート2
 - 救急医療
- パート3
 - 重症度、医療・看護必要度



入院・外来医療等の調査・評価分科会

2025年7月3日



パート1 一般的な急性期機能



地域医療構想見直し・ 医師偏在対策・医療DX推進

一 医療法改正案を閣議決定

2025年2月14日



2040年に求められる医療機関機能（イメージ）

一般的な急性期 5つの医療機関機能

拠点的な急性期

①高齢者救急・地域急性期機能

高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大す
る高齢者救急の受け皿となる機能

②在宅医療等連携機能

在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急
時には患者の受け入れも行う機能

③急性期拠点機能 救急医療等の急性期 の医療を広く提供す る機能

高度な医療や広く救急への対応
を行う機能（必要に応じて圏域
を拡大して対応）

④専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

⑤医育及び広域診療機能

医育機能

より広域な観点で診療を
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

新たな地域医療構想に関するとりまとめ

<医療機関機能の名称と定義>

・ 高齢者救急・地域急性期機能

高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。

・ 在宅医療等連携機能

地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した 24 時間の対応や入院対応を行う。

・ 急性期拠点機能

地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。

※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。

・ 専門等機能

上記の機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリテーションを含む、治し支える医療の観点が必要である。

・ 医育及び広域診療機能

大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

急性期機能の指標

- ①救急搬送件数
- ②手術・全麻件数
- ③DPC疾患カバー率

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

急性期充実体制加算

入院料等	- 急性期一般入院料1を届け出ている（急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて算定される） - 敷地内禁煙に係る取組を行っている・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている - 総合入院体制加算の届出を行っていない
24時間の救急医療提供	いずれかを満たす ▲救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満：6.0件/年/床以上 - 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 - 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神科外来の算定件数が合計で年間20件以上
全身麻酔による手術	2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上）又は300床未満：6.5件/年/床以上（緊急手術 1.15件/年以上）
全身麻酔手術件数	ア 右のうち、4つ以上満たす イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上（外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。）
高度急性期医療の提供	救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている
感染防止に係る取組	感染対策向上加算1を届け出ている
医療の提供に係る要件	- 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している - 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている
院内心停止を減らす取組	院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている
早期に回復させる取組	- 一般病棟における平均在院日数が14日以内 - 一般病棟の退院患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転院したものの割合が、1割未満
外来機能分化に係る取組	いずれかを満たす ◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆紹介受診重点医療機関
医療従事者の負担軽減	処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい
充実した入退院支援	- 入退院支援加算1又は2の届出を行っている - 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	- 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神科病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 - 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない - 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない

救急搬送
件数

全身麻酔
手術件数

①救急搬送件数

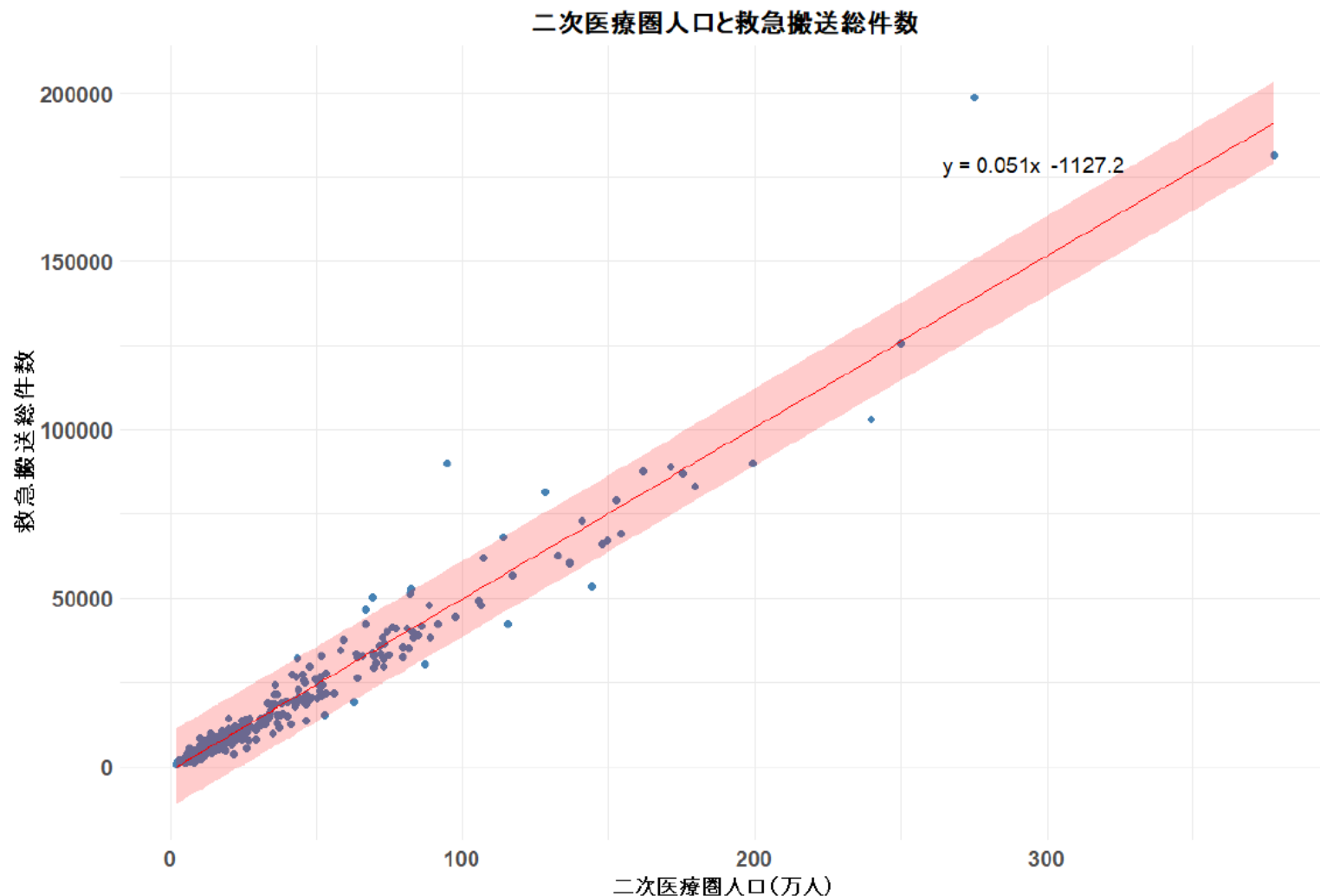


急性期機能に着目した評価指標の現状と課題

評価の観点	一般的な急性期機能	拠点的な急性期機能
救急搬送	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 二次医療圏において、一般的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 地域の人口規模等で、配慮すべき観点はあるか	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） - 救急搬送件数2000件等（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 地域における拠点的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 人口規模の小さな地域や離島等での、救急搬送に係る拠点的な機能をどのように考えるか
全身麻酔手術	【課題】 一般的な急性期機能として、地域でどの程度の手術が実施されているか	【現状の評価指標】 - DPC特定病院群の実績要件として、手術件数、外保連指数を評価 - 全身麻酔手術件数や悪性腫瘍手術等を評価（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能として、どのような難易度・件数の手術が実施されているか
総合性	【現状の評価指標】 - カバー率指数：様々な患者に対応できる総合的な体制について評価（DPC制度：カバー率指数） 5 疾病 6 事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 一般的な急性期機能として、どの程度の総合性があると考えられるか	【現状の評価指標】 - カバー率指数や、5 疾病 6 事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度） - 幅広い標榜診療科と入院医療提供を評価（総合入院体制加算） - 小児・周産期・精神の入院医療を評価（小児・周産期・精神科充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能では、どの程度総合性があると考えられるか

二次医療圏人口あたりの救急搬送総件数

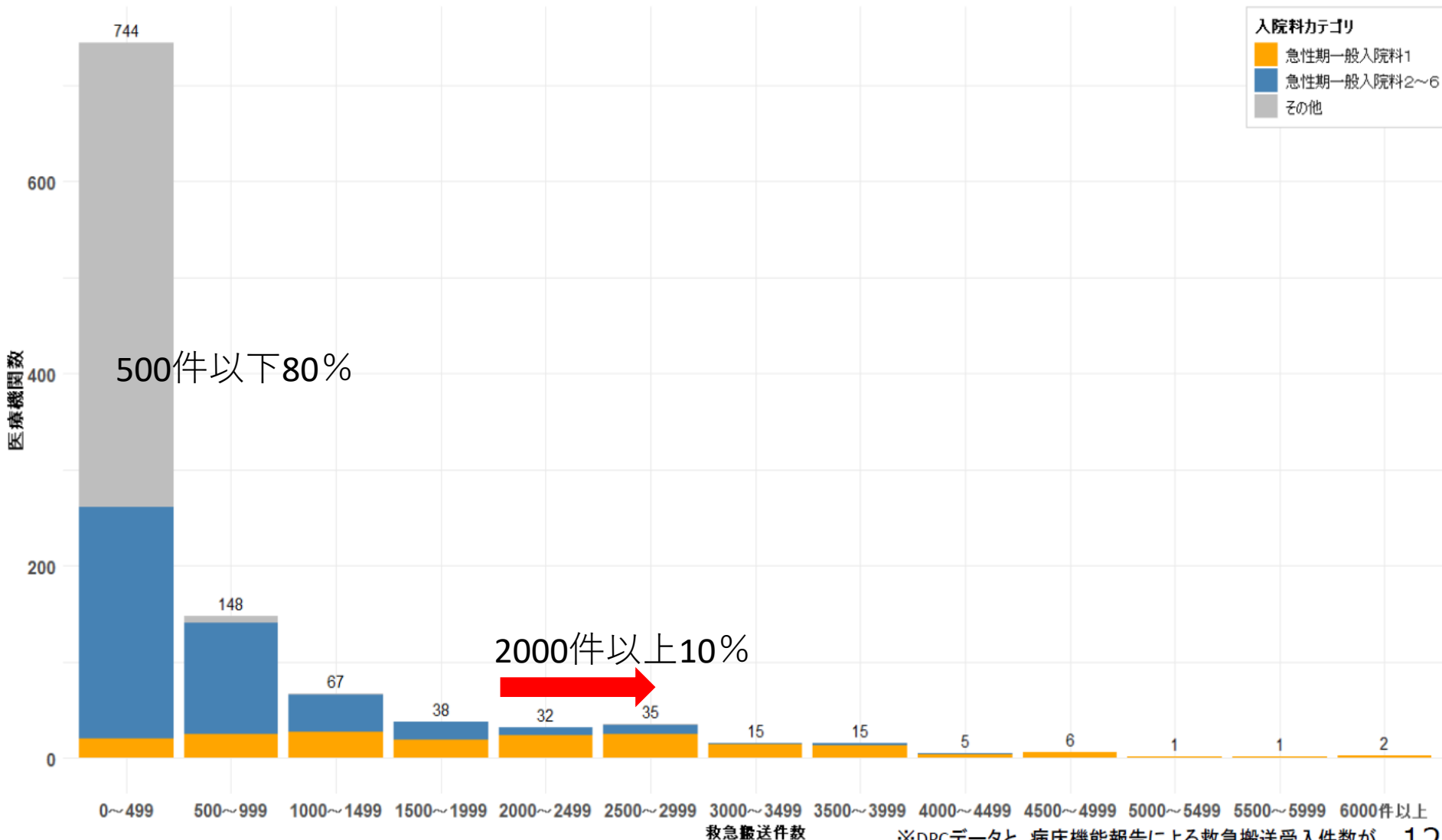
- 各二次医療圏に所属する医療機関が受けた救急搬送件数の総数は、年間約5100件/10万人であった。
- 二次医療圏人口を説明変数とした回帰直線とその95%予測区間を設定すると、いくつかの二次医療圏については予測区間を外れており、これらの医療圏は、他の医療圏との間での救急搬送の受け入れ/送り出しや、全国的な人口構成と異なること等が考えられる。



救急搬送件数別の病院数(人口20万人未満医療圏)

- 人口20万人未満医療圏における病院(1109)※で見ると、年間救急搬送受入件数2000件以上の病院は約10%(112)であり、年間4000件を受け入れている病院は約1%(15)であった。

人口20万人未満医療圏における救急搬送件数区分別医療機関数

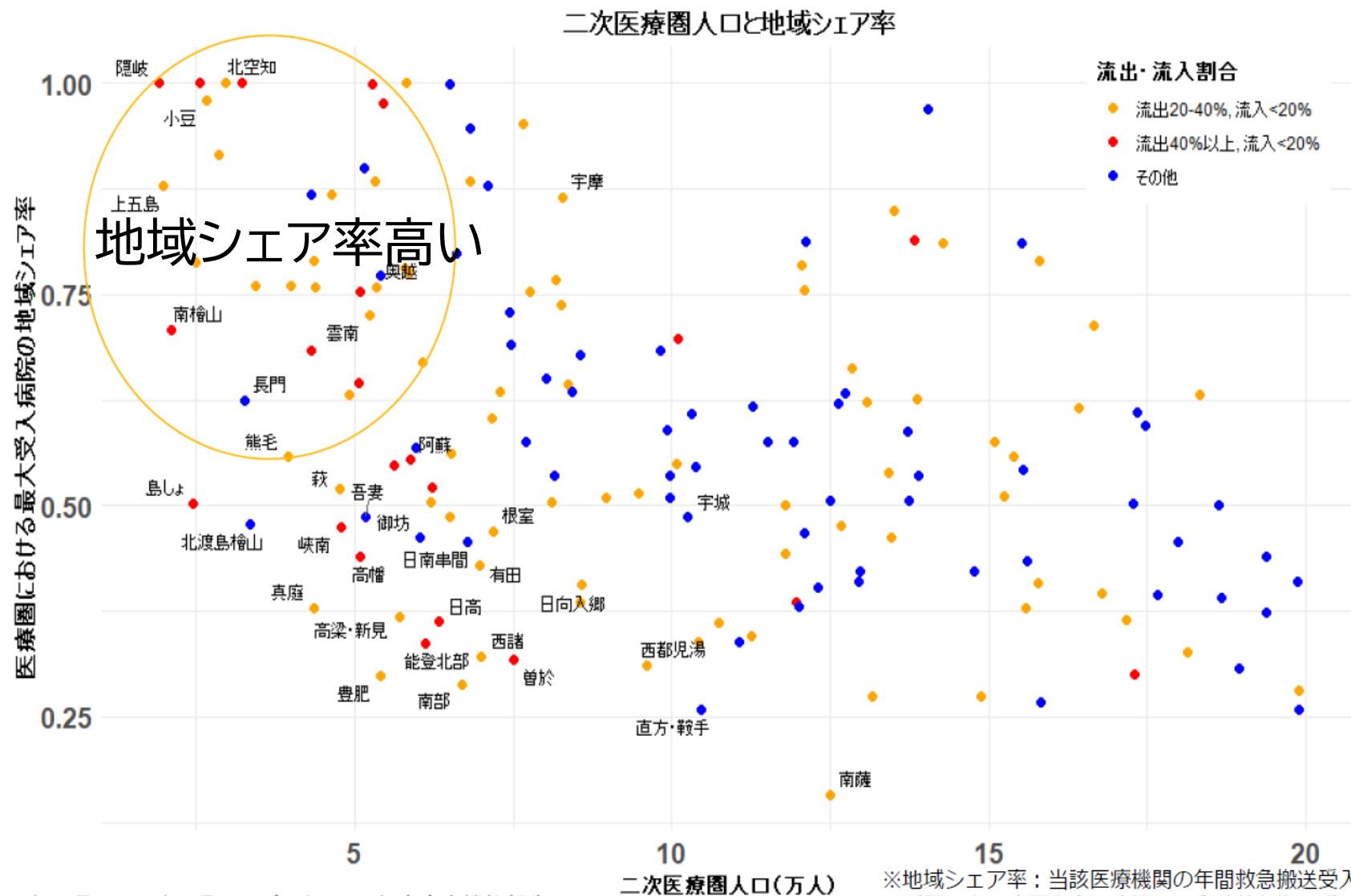


出典: 2023年10月～2024年9月DPCデータ、2023年度病床機能報告

※DPCデータと、病床機能報告による救急搬送受入件数が
突合可能であった20万人未満医療圏の病院。

各二次医療圏（20万人未満）の最大救急搬送受入病院における地域シェア率

- 人口20万人未満の各二次医療圏の最大救急搬送受入病院において、二次医療圏人口が少ない医療圏では、地域シェア率※が高くなる傾向があった。
- 二次医療圏人口が少ない医療圏では、人口の多い医療圏と比較して、患者の流出率が40%を超える医療圏が多い傾向にあった。



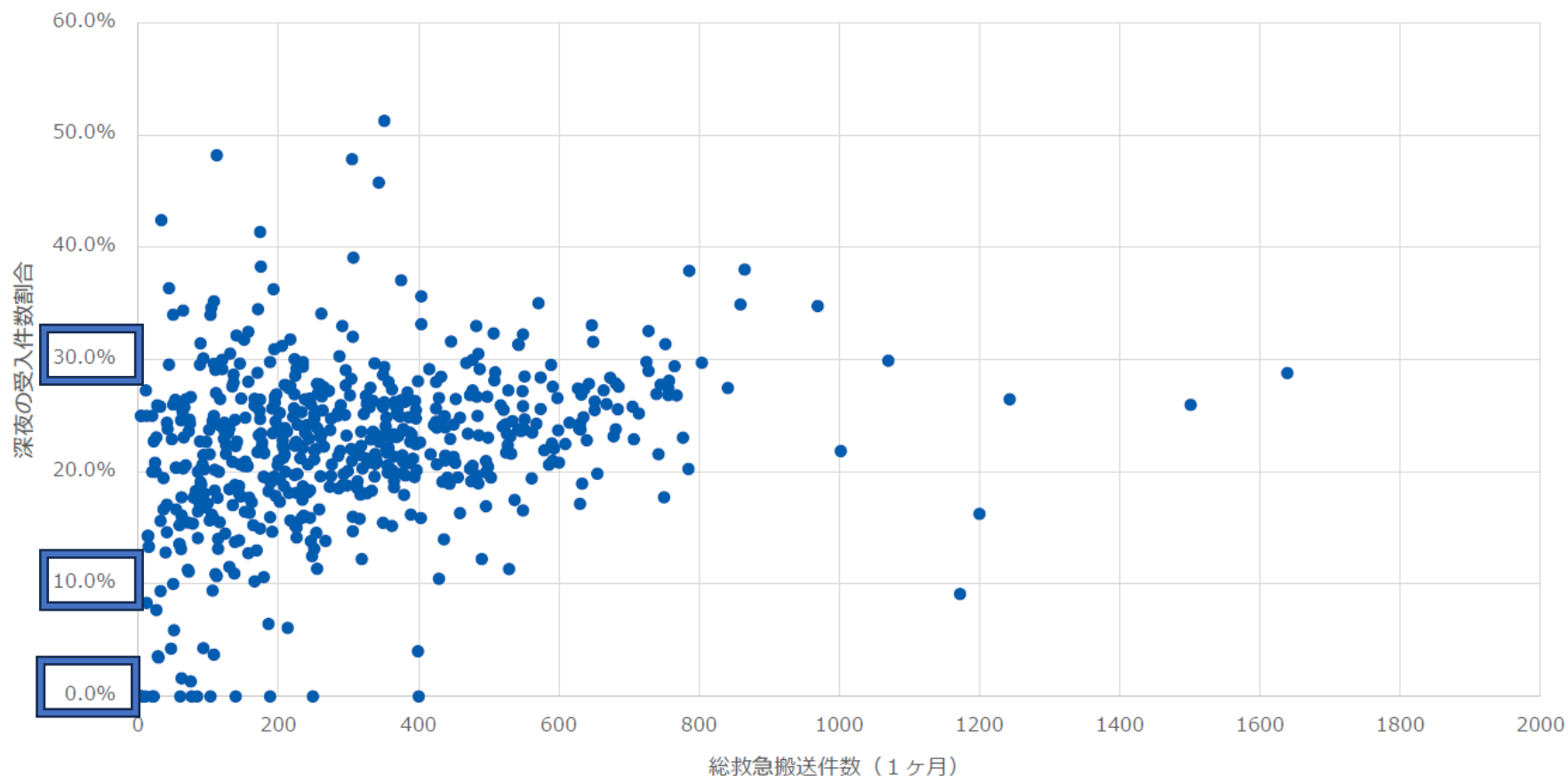
救急車深夜受け入れ



急性期一般入院料 1 における救急搬送深夜受入割合

○急性期一般入院料 1 の算定病院において、深夜の救急搬送受入割合は 10～30%が多く、それ以上に深夜に受け入れている病院もある一方で、全く受け入れていない病院も見られるなど、ばらつきが見られた。

急性期一般入院料1の施設における総救急搬送のうち深夜の受入件数割合(n=589)



②手術件数・全麻件数

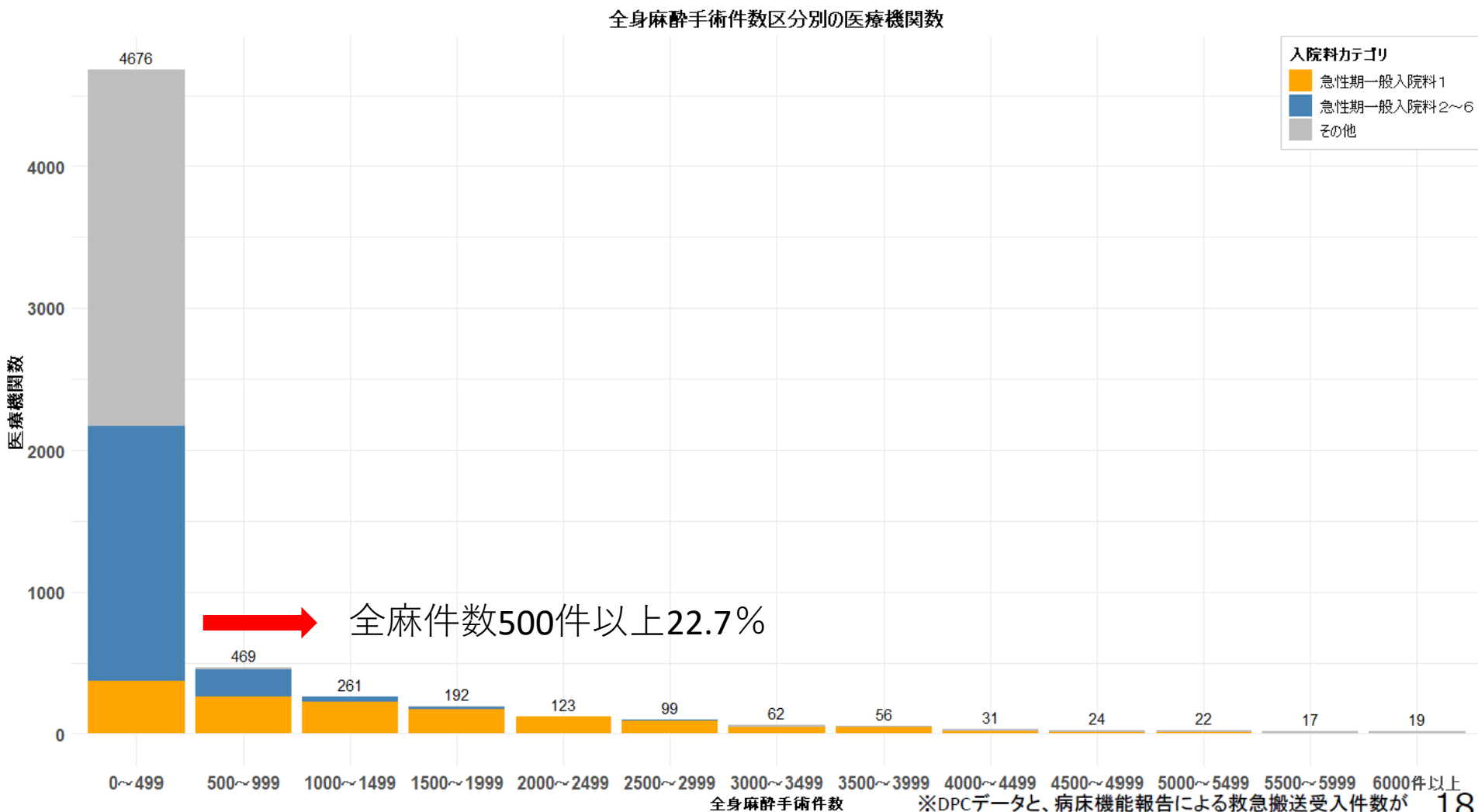


急性期機能に着目した評価指標の現状と課題

評価の観点	一般的な急性期機能	拠点的な急性期機能
救急搬送	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 二次医療圏において、一般的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 地域の人口規模等で、配慮すべき観点はあるか	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） - 救急搬送件数2000件等（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 地域における拠点的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 人口規模の小さな地域や離島等での、救急搬送に係る拠点的な機能をどのように考えるか
全身麻酔手術	【課題】 一般的な急性期機能として、地域でどの程度の手術が実施されているか	【現状の評価指標】 - DPC特定病院群の実績要件として、手術件数、外保連指数を評価 - 全身麻酔手術件数や悪性腫瘍手術等を評価（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能として、どのような難易度・件数の手術が実施されているか
総合性	【現状の評価指標】 - カバー率指数：様々な患者に対応できる総合的な体制について評価（DPC制度：カバー率指数） 5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 一般的な急性期機能として、どの程度の総合性があると考えられるか	【現状の評価指標】 - カバー率指数や、5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度） - 幅広い標榜診療科と入院医療提供を評価（総合入院体制加算） - 小児・周産期・精神の入院医療を評価（小児・周産期・精神科充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能では、どの程度総合性があると考えられるか

全身麻酔手術件数別の病院数

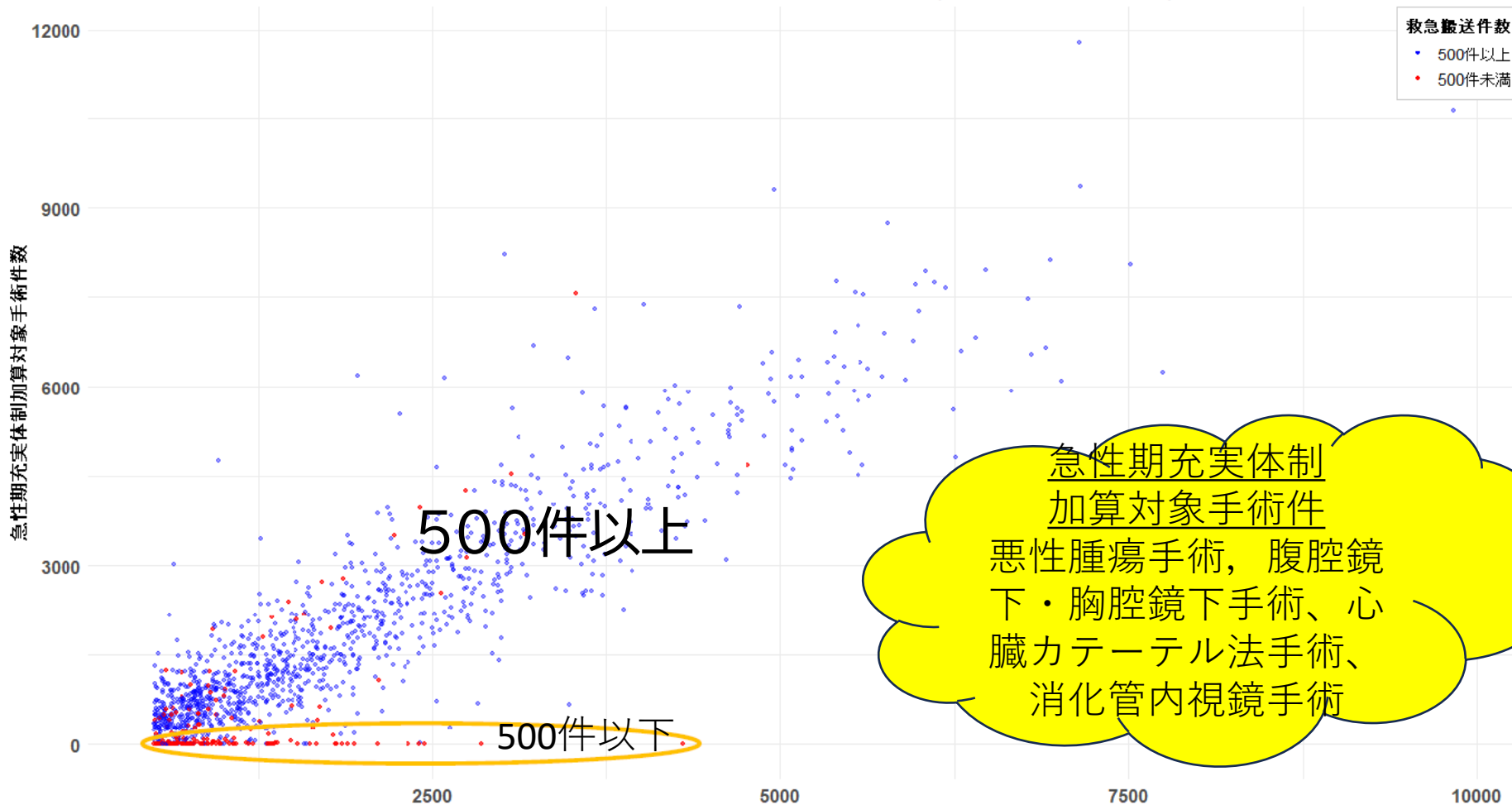
- 全国の病院（6051）で見ると、全身麻酔手術件数500件以上の病院は約22.7%（1375）であった。



救急搬送件数別の全身麻酔手術件数と加算対象手術件数

- 全身麻酔手術を実施している病院において、全身麻酔手術件数と急性期充実体制加算対象手術件数の分布を見ると、救急搬送受入500件以上の病院と比較して、救急搬送受入500件未満の病院においては、全身麻酔手術は実施しているものの加算対象手術がわずかである病院が多くみられた。

全身麻酔手術件数と急性期充実体制加算対象手術件数 (全身麻酔手術500件以上)



※急性期充実体制加算の施設基準の要件となっている、悪性腫瘍手術、腹腔鏡下手術、胸腔鏡下手術、心臓カテーテル法による手術、消化管内視鏡による手術、心臓胸部大血管手術、6歳未満乳幼児手術の合計(各区分の重複手術報告含)

急性期機能に着目した評価指標の現状と課題

評価の観点	一般的な急性期機能	拠点的な急性期機能
救急搬送	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 二次医療圏において、一般的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 地域の人口規模等で、配慮すべき観点はあるか	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） - 救急搬送件数2000件等（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 地域における拠点的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 人口規模の小さな地域や離島等での、救急搬送に係る拠点的な機能をどのように考えるか
全身麻酔手術	【課題】 一般的な急性期機能として、地域でどの程度の手術が実施されているか	【現状の評価指標】 外保連指数 - DPC特定病院群の実績要件として、手術件数、外保連指数を評価 - 全身麻酔手術件数や悪性腫瘍手術等を評価（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能として、どのような難易度・件数の手術が実施されているか
総合性	【現状の評価指標】 - カバー率指数：様々な患者に対応できる総合的な体制について評価（DPC制度：カバー率指数） 5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 一般的な急性期機能として、どの程度の総合性があると考えられるか	【現状の評価指標】 - カバー率指数や、5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度） - 幅広い標榜診療科と入院医療提供を評価（総合入院体制加算） - 小児・周産期・精神の入院医療を評価（小児・周産期・精神科充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能では、どの程度総合性があると考えられるか

外保連手術指数について

外保連手術指数の算出方法について

外保連手術指数は、外保連試案に記載されている、外科医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値（下表参照。難易度B、外科医師数1人を1としてそれぞれ相対化）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出する。

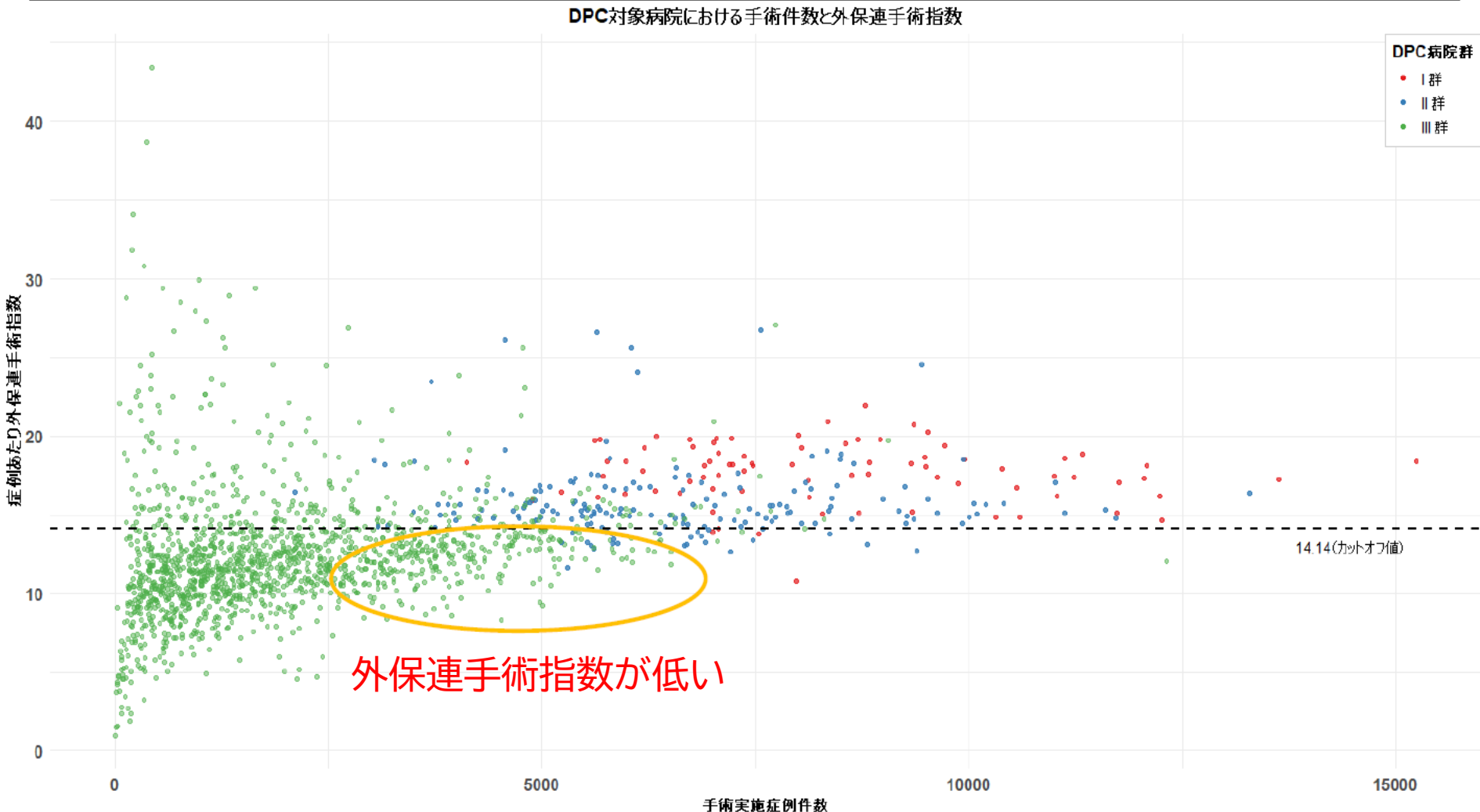
【例】難易度D、外科医師数3、手術時間数3の手術は $7.05 \times 3 = 21.15$

外科医師数	7	6	5	4	3	2	1
E	13.49	13.22	12.95	12.68	11.68	9.37	5.62
D	8.14	7.87	7.60	7.32	7.05	6.05	3.75
C			4.12	3.85	3.58	3.30	2.30
B				1.82	1.54	1.27	1.00

外保連手術指数: 外科手術の難易度や技術的な側面を定量化する基準
「技術の難易度」「手術に必要な外科医の数」「所要時間」などを基に算出される

DPC対象病院における手術件数と外保連手術指数

- 同程度の手術実施症例件数の病院であっても、手術あたりの外保連手術指数にはばらつきがあり、手術実施症例が一定以上の病院であっても、外保連手術指数が低い病院もある。



③DPC疾患カバー率

様々な疾患に総合的に
対応できる機能

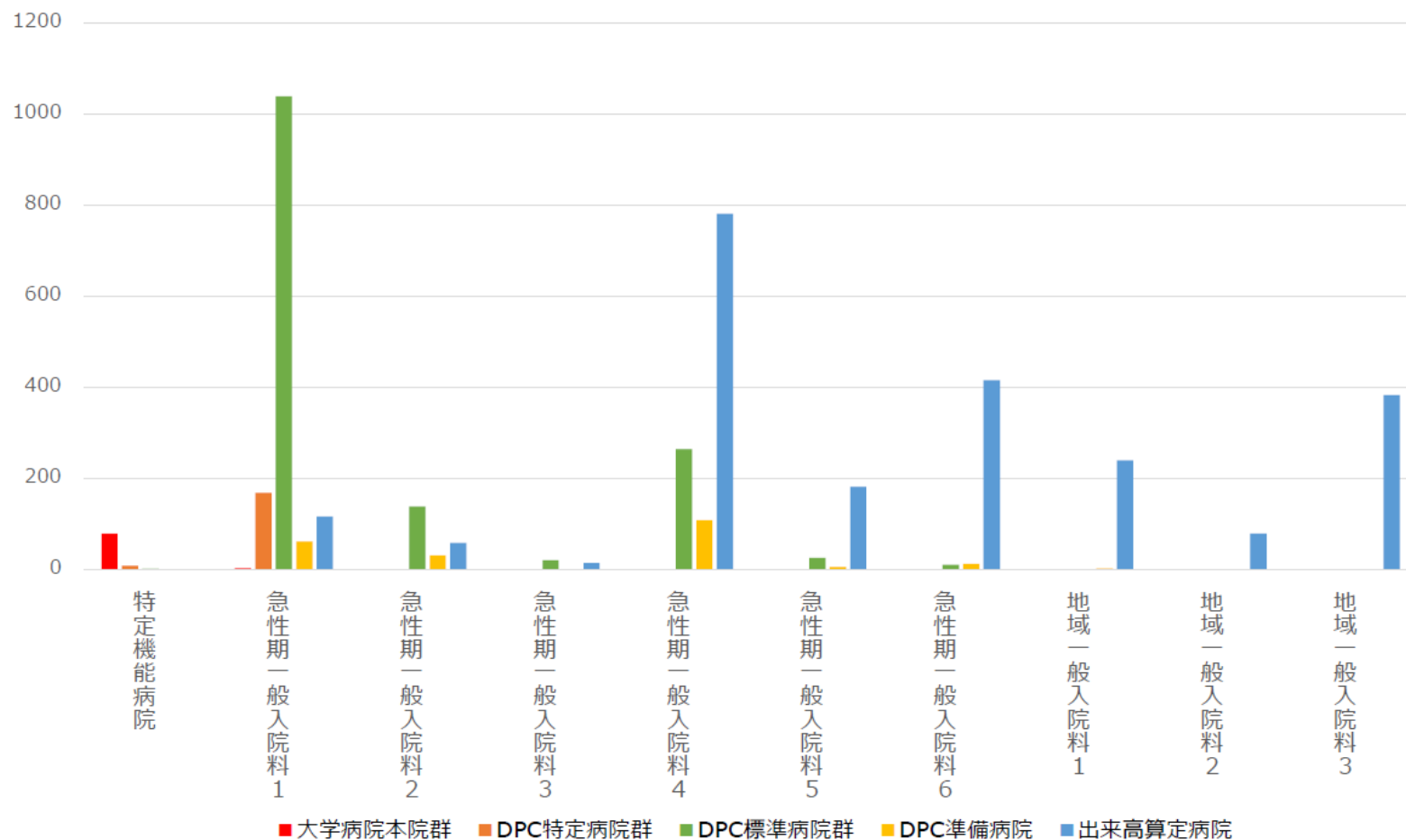
DPCによる急性期評価



一般病棟入院基本料とDPC算定病院について

- 急性期一般入院料 1 を算定する医療機関の約 9 割は、DPC算定病院である。
- DPC算定病院の約 9 割は、急性期一般入院料 1 ～ 4 を算定する医療機関であり、約 7 割は急性期一般入院料 1 を算定する医療機関である。

一般病棟入院基本料等を算定する医療機関数（DPC区分別）



DPC制度における急性期機能の評価

- DPC制度は、急性期入院医療を対象とする、診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度であり、急性期入院医療の標準化等を促している。
- DPC制度において、これまで機能評価係数Ⅱによって、各病院が目指すべき医療と、社会や地域の実情に応じて求められている機能について評価している。

令和6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
$$[\text{基礎係数}] = [\text{各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値}] \times [\text{改定率}] \div [\text{各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値}]$$

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、4つの係数（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、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. 救急補正係数

- 救急医療入院における入院初期の医療資源投入の乖離を補正するための係数。

5. 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）。

急性期機能に着目した評価指標の現状と課題

評価の観点	一般的な急性期機能	拠点的な急性期機能
救急搬送	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 二次医療圏において、一般的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 地域の人口規模等で、配慮すべき観点はあるか	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） - 救急搬送件数2000件等（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 地域における拠点的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 人口規模の小さな地域や離島等での、救急搬送に係る拠点的な機能をどのように考えるか
全身麻酔手術	【課題】 一般的な急性期機能として、地域でどの程度の手術が実施されているか	【現状の評価指標】 - DPC特定病院群の実績要件として、手術件数、外保連指数を評価 - 全身麻酔手術件数や悪性腫瘍手術等を評価（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能として、どのような難易度・件数の手術が実施されているか
総合性	【現状の評価指標】 - カバー率指数：様々な患者に対応できる総合的な体制について評価（DPC制度：カバー率指数） 5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 一般的な急性期機能として、どの程度の総合性があると考えられるか	【現状の評価指標】 - カバー率指数や、5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度） - 幅広い標榜診療科と入院医療提供を評価（総合入院体制加算） - 小児・周産期・精神の入院医療を評価（小児・周産期・精神科充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能では、どの程度総合性があると考えられるか

カバー率指数について

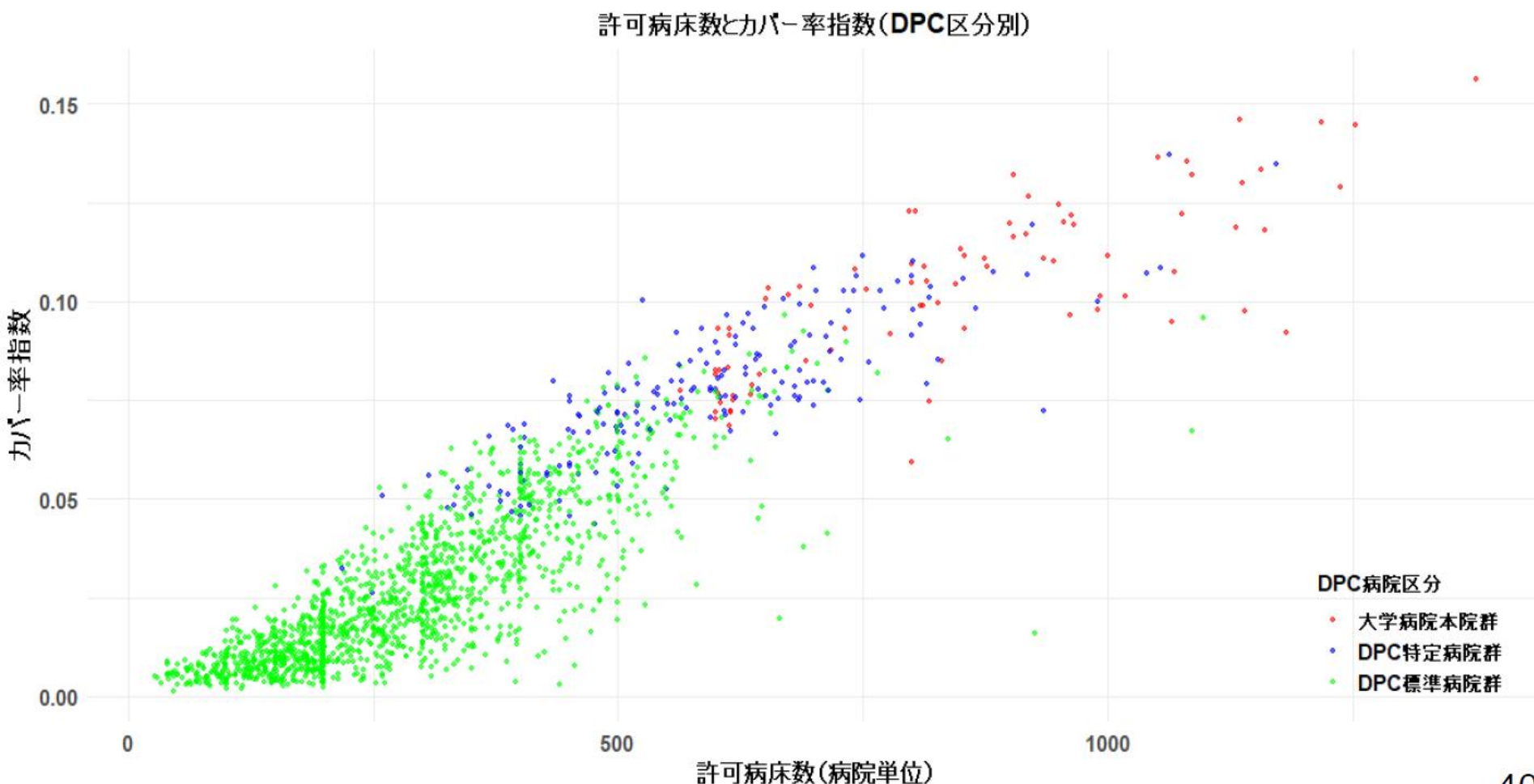
- カバー率指数は、DPC制度において、様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価するものである。
- 各医療機関のカバー率指数は、以下の式により算出する。

〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕 / 〔全DPC数〕

- ※ 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。
- ※ 全て（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払分類を計算対象とする。

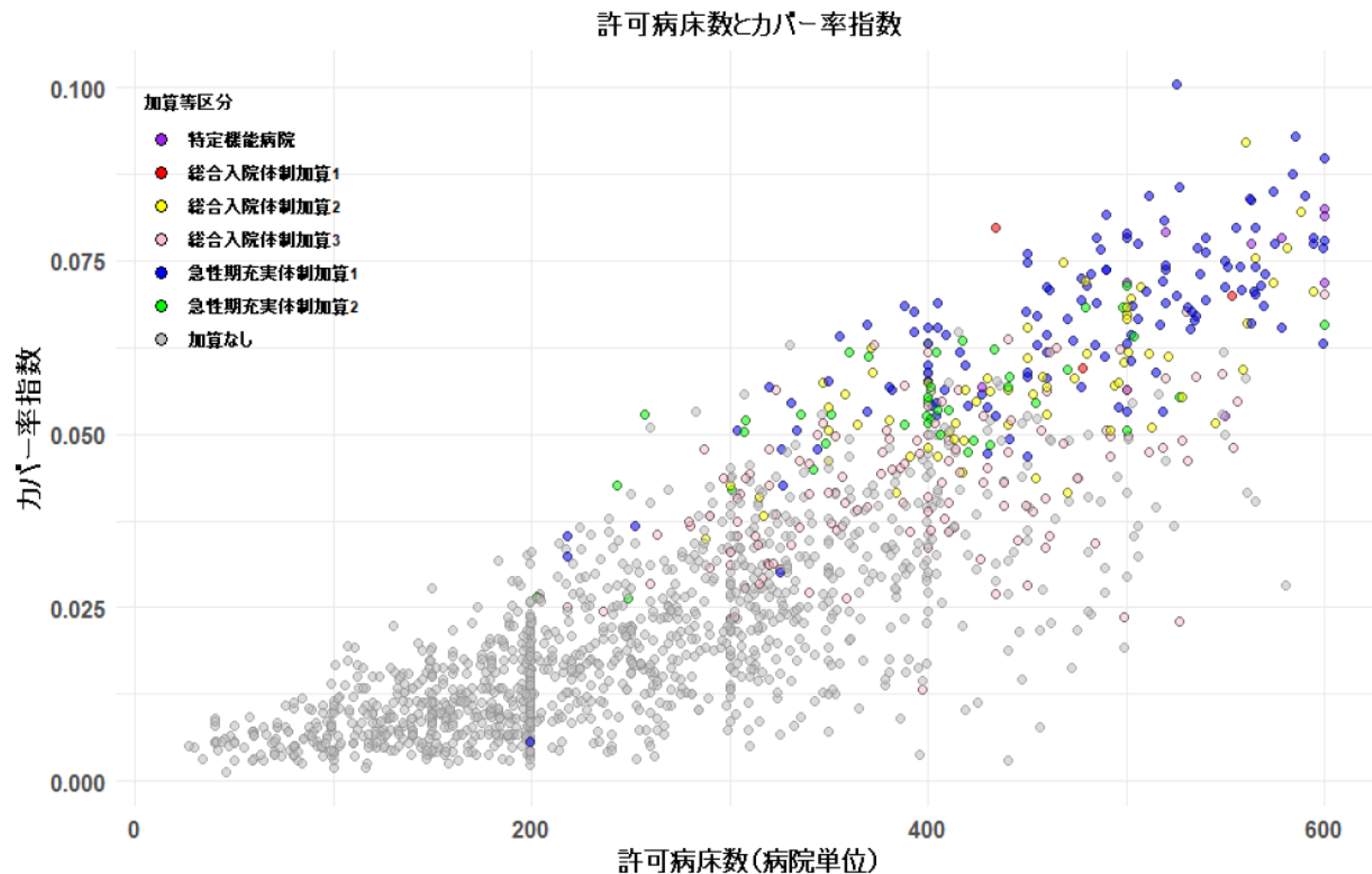
許可病床数とカバー率指数

- DPC対象病院において、許可病床数が多くなるほど、カバー率指数も高くなる傾向があった。
- 大学病院病院本院群のカバー率指数が最も高く、次いで特定病院群のカバー率指数が高い傾向があった。
- 同じ許可病床数でも、カバー率指数にはばらつきが見られた。



加算算定病院とカバー率指数

○許可病床数600床以下のDPC算定病院において、同じ規模の許可病床数の病院で見ると、総合入院体制加算、急性期充実体制算定病院のカバー率指数が高い傾向にあった。



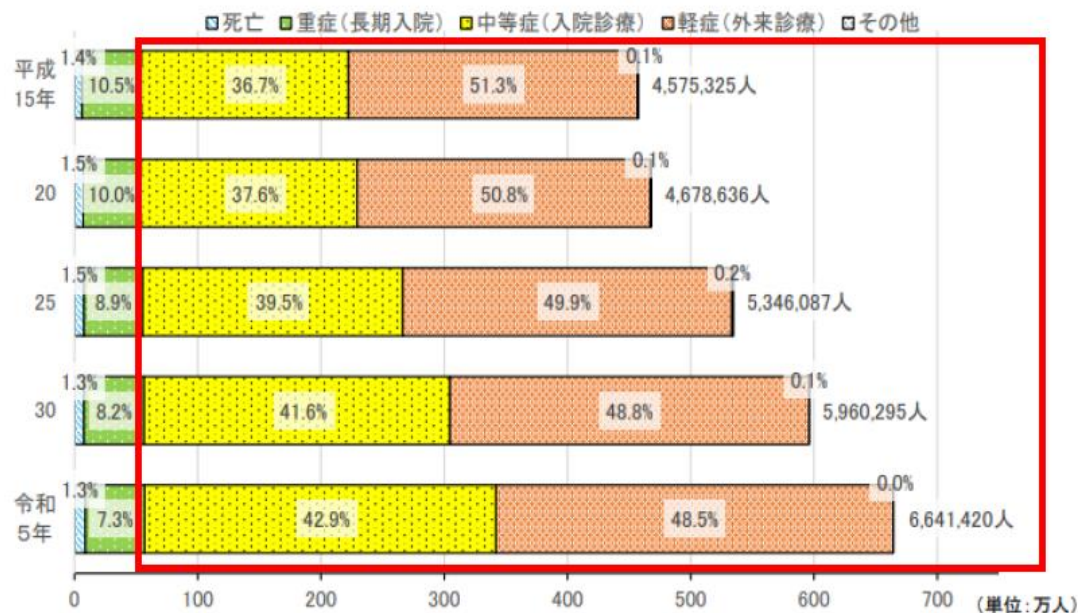
パート2 救急医療



傷病程度別の搬送人員と構成比の推移

- 過去20年における傷病程度別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移をみると、「軽症（外来診療）」の構成比は減少しているが、搬送人員は増加しており、「中等症（入院診療）」は搬送人員、構成比ともに増加している。

図10 傷病程度別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移



1 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合の合計は100%にならない場合がある。

2 傷病程度の定義

死 亡 : 初診時において死亡が確認されたもの

重 症（長期入院）: 傷病程度が3週間以上の入院加療を必要とするもの

中等症（入院診療）: 傷病程度が重症または軽症以外のもの

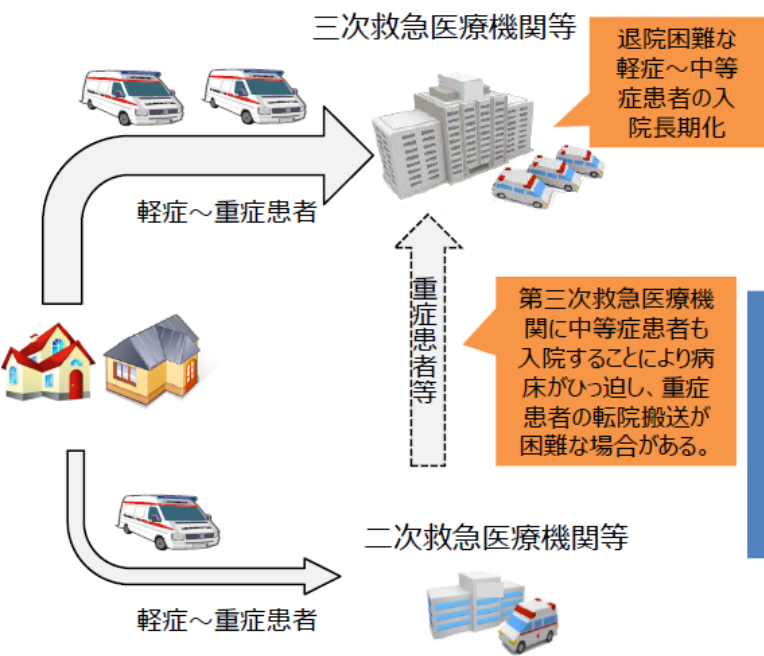
軽 症（外来診療）: 傷病程度が入院加療を必要としないもの

その他 : 医師の診断がないもの及び傷病程度が判明しないもの、その他の場所に搬送したもの

※傷病程度は入院加療の必要程度を基準に区分しているため、軽症の中には早期に病院での治療が必要だったものや通院による治療が必要だったものも含まれている。

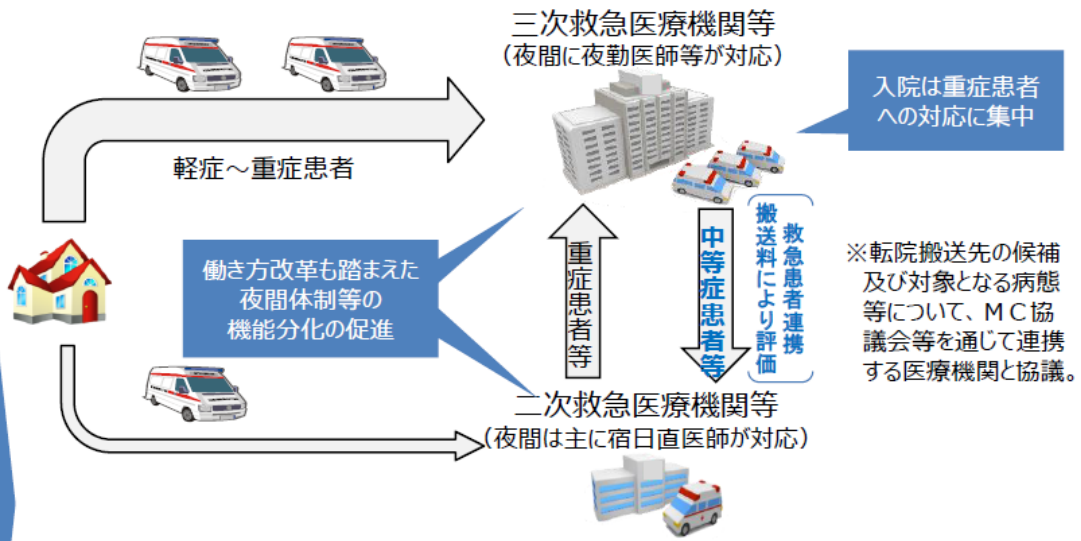
高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ

○これまでの救急医療提供体制における課題等

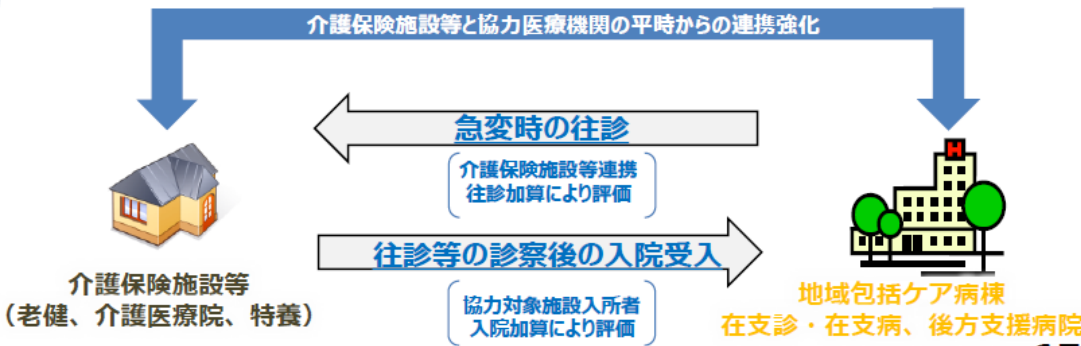


○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

※いわゆる下り搬送による患者と救急医療機関のマッチングは、地域による対応の一例であり、救急搬送先の選定における適切なマッチング等、それぞれの地域における救急医療提供体制が構築されることが考えられる。



○介護保険施設等との連携促進を通じた救急医療提供体制



初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

救急患者連携搬送料の新設

- 三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設する。

(新) 救急患者連携搬送料

1	入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
2	入院1日目の患者の場合	1,200点
3	入院2日目の患者の場合	800点
4	入院3日目の患者の場合	600点



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C004に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 救急搬送について、相当の実績を有していること。
- (2) 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。
- (3) 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
- (4) 連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

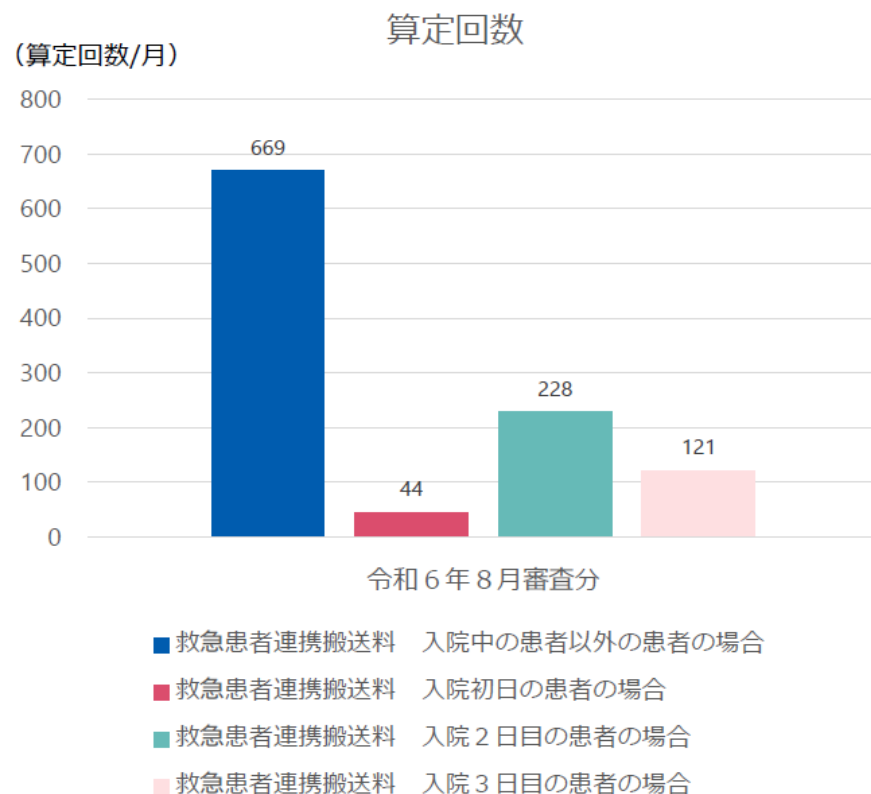
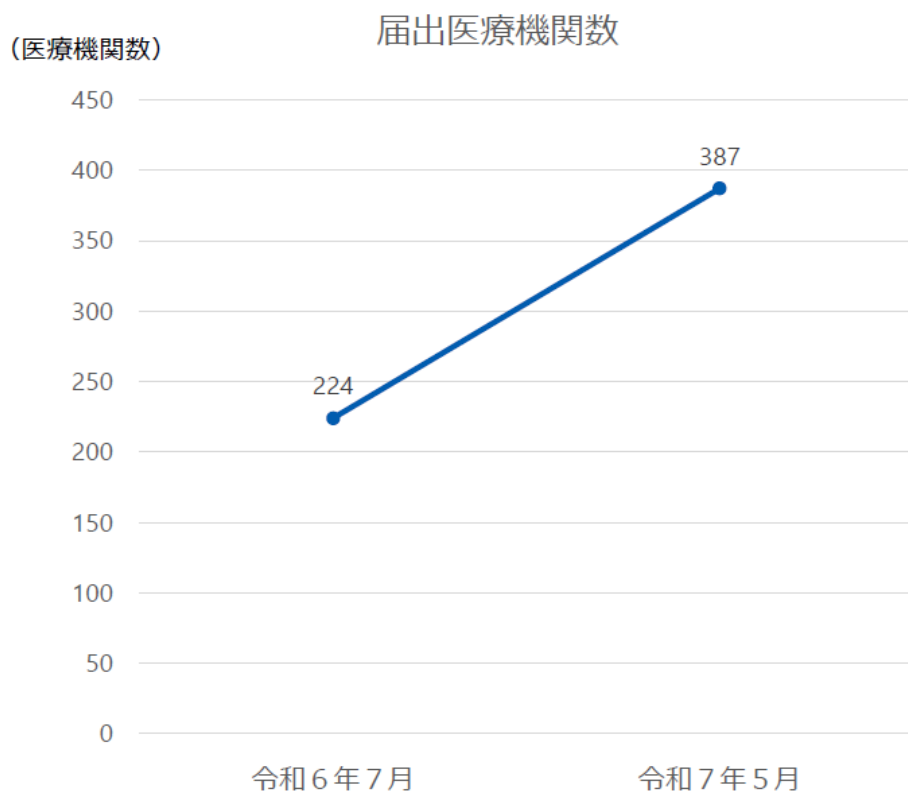
急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

- 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料1等における在宅復帰率に関する施設基準について、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関※に転院した患者を対象から除外する。

※地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。

救急患者連携搬送料の届出医療機関数と算定回数

- 救急患者連携搬送料の届出医療機関数は、令和6年診療報酬改定直後の令和6年7月と比較して、令和7年5月には大幅に増加した。
- 算定回数は、「入院中の患者以外の場合」が最も多く、次いで「入院2日目の患者の場合」が多かった。



出典：

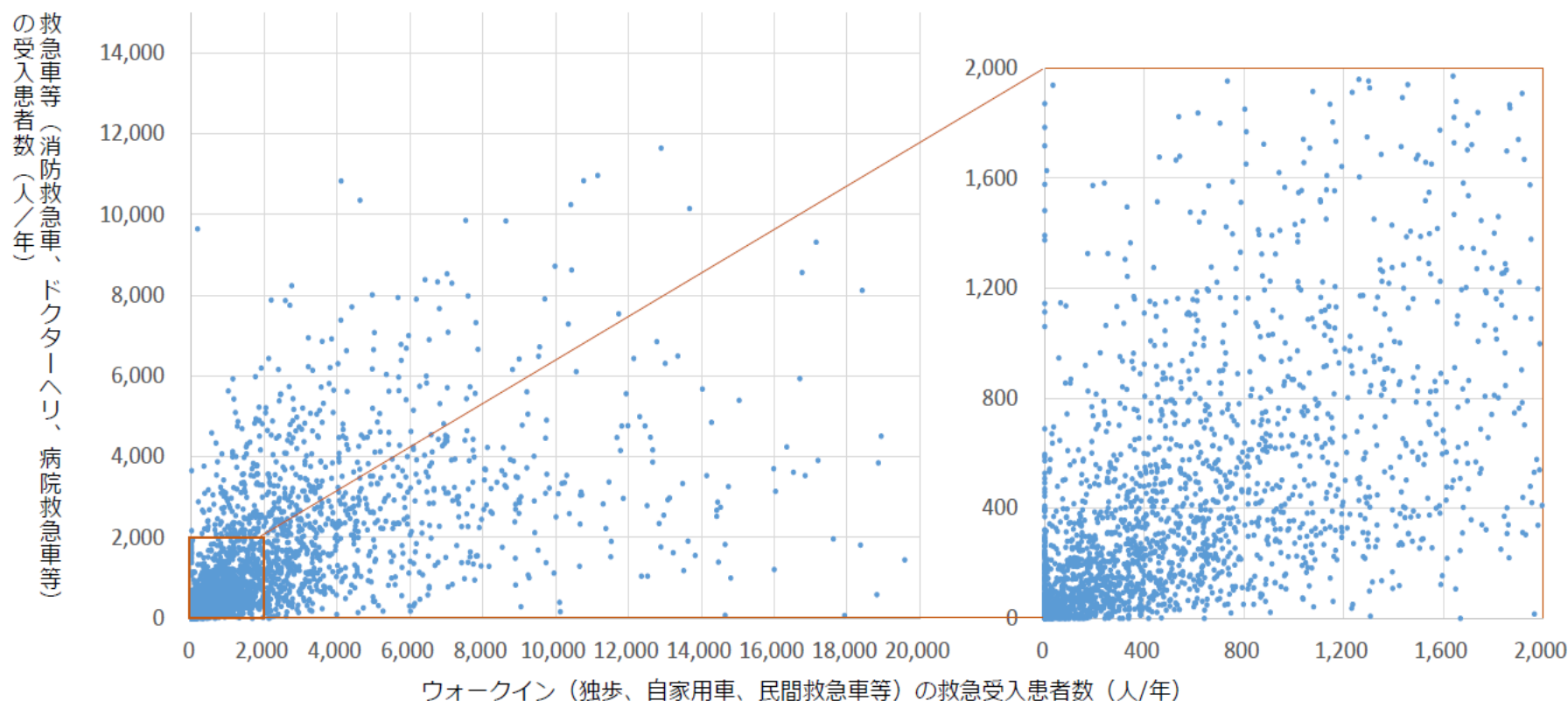
(届出医療機関数) 保険局医療課調べ。※データ抽出方法の違いにより、他の公表情報と数値が若干異なる場合がある。

(算定回数) 社会医療診療行為別統計

第二次救急医療機関におけるウォークイン患者数

- 第二次救急医療機関（救命救急センター併設を除く。）における、年間のウォークイン（独歩、自家用車、民間救急車等）の救急受入患者数と、救急車等（消防救急車、ドクターヘリ、病院救急車等）の受入患者数の分布を示したものは以下のとおり。
- 救急車等の受入患者数が少ない医療機関でも、相当数のウォークイン救急患者を受け入れている医療機関が多数存在する。

救命救急センター併設を除く第二次救急医療機関（n=3,286）



救急搬送・救急診療に関連する主な評価について

救急搬送に対する評価

C004 救急搬送診療料	患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合の評価。
C004-2 救急患者連携搬送料	三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上、自院又は搬送先の医療機関に属する緊急自動車を用いて転院搬送する場合の評価。 【対象医療機関】年間救急搬送件数2,000件以上

救急外来応需体制に対する評価

B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料	地域の他の医療機関の医師と連携をとりつつ、救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に診療が可能な体制を保つことを評価するもの。夜間、休日又は深夜であって、あらかじめ地域に周知している時間に、患者を診療した場合に算定する。
B001-2-5 院内トリアージ実施料	夜間、休日又は深夜に受診した、初診料を算定する患者（救急自動車等で搬送された者を除く。）に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。
B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料	- 診療時間以外の夜間や休日、深夜において、救急搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、初診料を算定する初診の日に限り算定する。 【対象医療機関】次のいずれかを満たす第二次救急医療機関（第三次救急医療機関併設を除く。）又は精神科救急医療施設 ・地域医療支援病院 ・救急告示病院、診療所 ・病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
B006 救急救命管理料	患者の発生した現場に保険医療機関の救急救命士が赴いて必要な処置等を行った場合において、当該救急救命士に対して必要な指示を行った場合に算定する。

救急入院医療に対する評価

A205 救急医療管理加算	- 緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して7日に限り算定する。 【対象医療機関】次のいずれかを満たす救急医療機関又は精神科救急医療施設 ・地域医療支援病院 ・救急告示病院、診療所 ・病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
A300 救命救急入院料	救命救急センターを有している病院の治療室において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に算定する。 【対象医療機関】・救命救急センター

救急医療管理加算の見直し

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算2を算定する場合のうち「その他の重症な状態」の割合が5割を超える保険医療機関について、評価を見直す。

現行

【救急医療管理加算】

【算定要件】

(略) 緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。



改定後

【救急医療管理加算】

【算定要件】

(略) 緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関において、救急医療管理加算2を算定する患者については、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して7日を限度として、210点を所定点数に加算する。

【ただし書きに規定する施設基準】

救急医療管理加算2を算定する患者のうち、5割以上が「その他の重症な状態」であること。

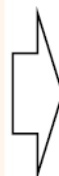
- 「経過観察が必要であるため入院させる場合」など算定の対象とならない場合を明確化するとともに、患者の状態について詳細を把握する観点から、患者の状態の分類等について見直しを行う。

現行

【救急医療管理加算】

【算定要件】

- 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
 - ア、イ (略)
 - ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
 - エ～シ (略)
- 救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - イ、ウ、オ、カ又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標



改定後

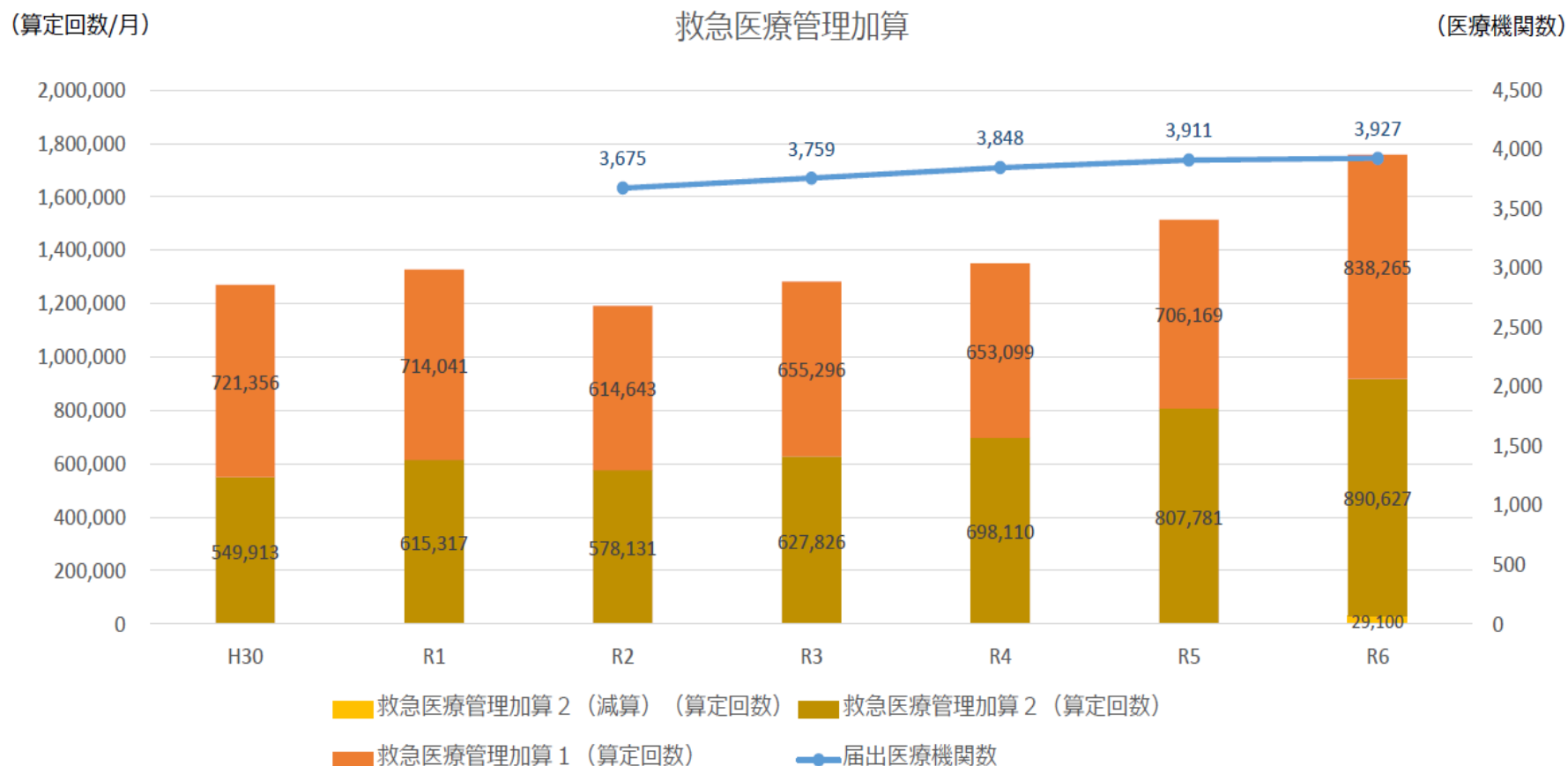
【救急医療管理加算】

【算定要件】

- 救急医療管理加算1の対象となる患者は、別表に掲げる状態のうち一から十二までのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない。
 - 一、二 (略)
 - 三 呼吸不全で重篤な状態 四 心不全で重篤な状態
 - 五～十三 (略)
- 救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - 別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標 (P/F比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びにFiO2を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。)

救急医療管理加算の算定回数等

- 「救急医療管理加算」の算定回数は、令和2年に減少したものの、以降は増加傾向である。届出医療機関数は、令和2年以降横ばい～やや増加傾向である。

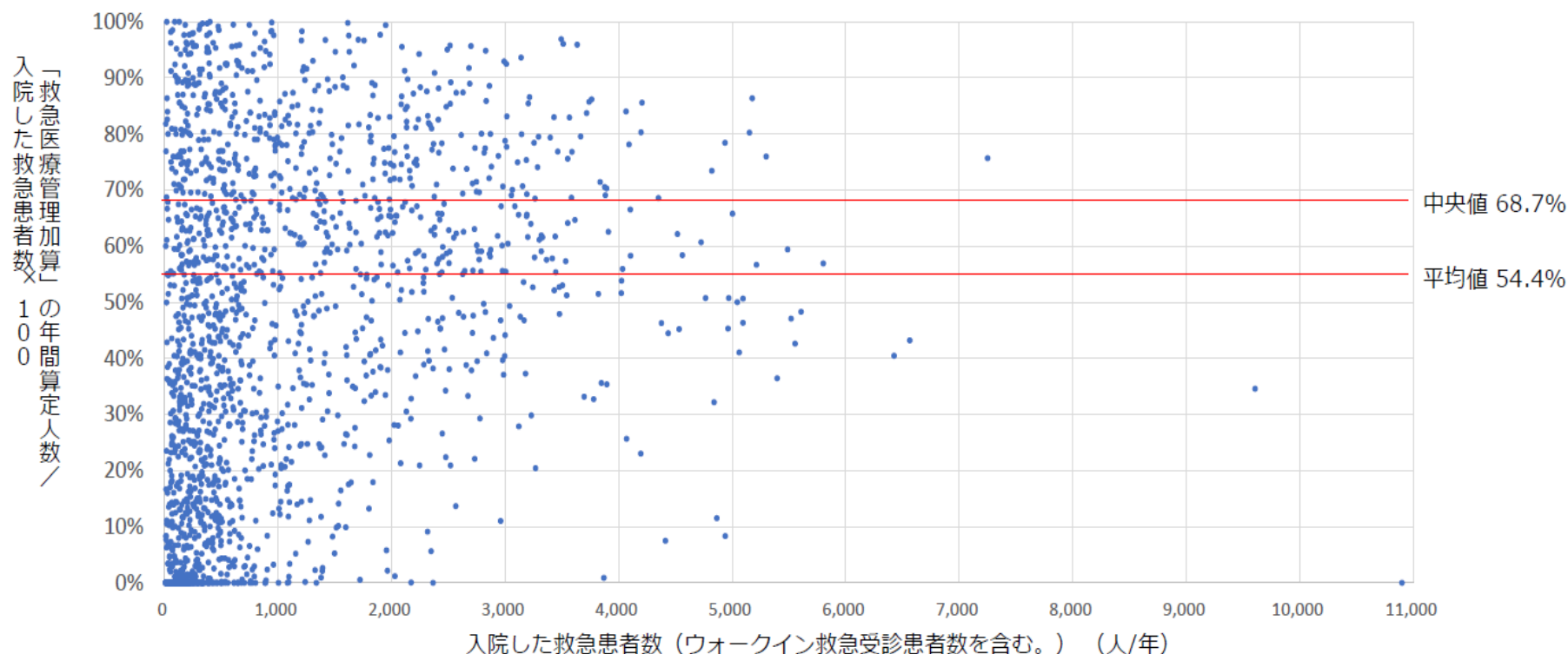


救急医療管理加算の算定割合

- 入院した救急患者数（ウォークイン救急受診患者数を含む。）に占める「救急医療管理加算」の年間算定人数の割合を医療機関ごとに算出し、その分布を示したものは以下のとおり。
- 入院した救急患者（ウォークイン救急受診患者を含む。）のうち、平均して54.4%の患者に救急医療管理加算が算定されていた。

入院した救急患者数が年間10件以上である

第二次救急医療機関（救命救急センター併設を除く。）（n=2,433）



出典：（算定人数）NDBデータ（令和4年4月から令和5年3月）

（入院した救急患者数）「救急医療提供体制の現況調べ（令和4年度実績）」から算出

※「入院した救急患者数」は、独歩、自家用車、民間救急車、消防救急車、ドクターヘリ、病院救急車等による救急受入患者のうち、入院患者数。

※救命救急センター併設を除く第二次救急医療機関であり、「入院した救急患者数」が年10人以上である医療機関をプロットした。NDBデータとの突合ができない一部データは除外。

現状と課題

(救急外来応需体制について)

- 救急外来医療に対する評価として「院内トリアージ実施料」「夜間休日救急搬送医学管理料」がある。
- 「夜間休日救急搬送医学管理料」の算定回数は、令和2年以降増加傾向である。
- 救急車等の救急受入患者数が少ない医療機関でも、相当数のウォークイン救急患者を受け入れている医療機関が多数存在する。
- 救命救急センターにおける施設評価の例として、「救命救急センターの充実段階評価」がある。
- MC協議会においては、救急救命士に対する指示体制等のほか、救急隊員の病院実習や、地域の救急搬送体制等に係る検証や調整に関することを協議することとされている。
- 地域において、本人の病状や希望する医療・ケアや療養場所、延命措置に対する要望等、本人の意思を共有するための関係機関間の連携体制の構築が必要となる中、一部の自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者との協議の場を設け、情報共有ルール策定等に取り組んでいる。このような取組を参考に、必要な連携ルール等の策定が進むような支援事業を実施している。
- 救急入院医療に対する評価である「救急医療管理加算」について、令和6年度診療報酬改定において、救急医療管理加算2を算定する場合のうち「その他の重症な状態」の割合が5割を超える保険医療機関について、評価を見直した。
- 「救急医療管理加算」の算定回数は、令和2年に減少したものの、以降は増加傾向である。届出医療機関数は、令和2年以降横ばい～やや増加傾向である。
- 入院した救急患者（ウォークイン救急受診患者を含む。）のうち、平均して54.4%の患者に救急医療管理加算が算定されていた。

【課題】



- 上記の現状について、どのように評価するか。
- 上記の現状を踏まえて、さらに検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

パート3

重症度、医療・看護必要度

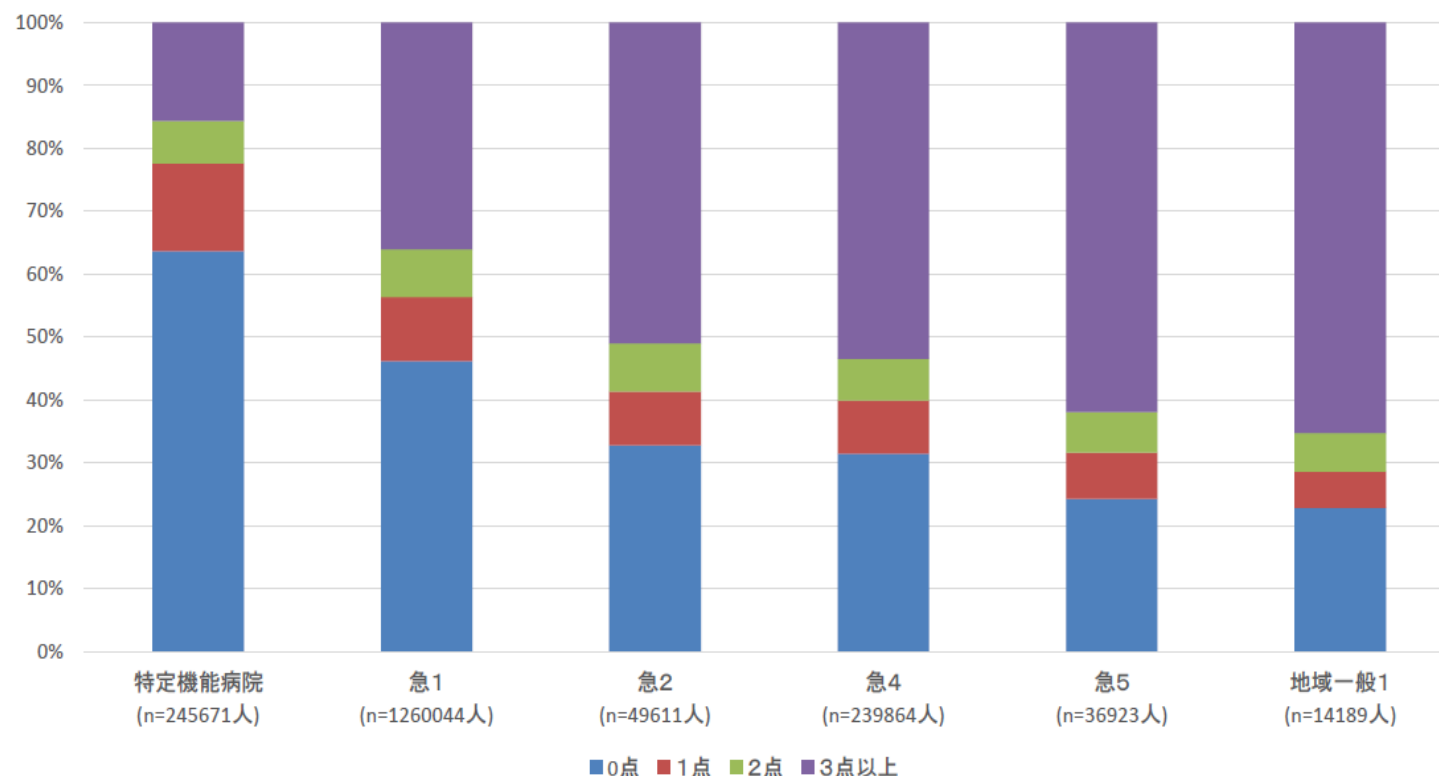
①B項目

②内科症例

①B項目

- **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。

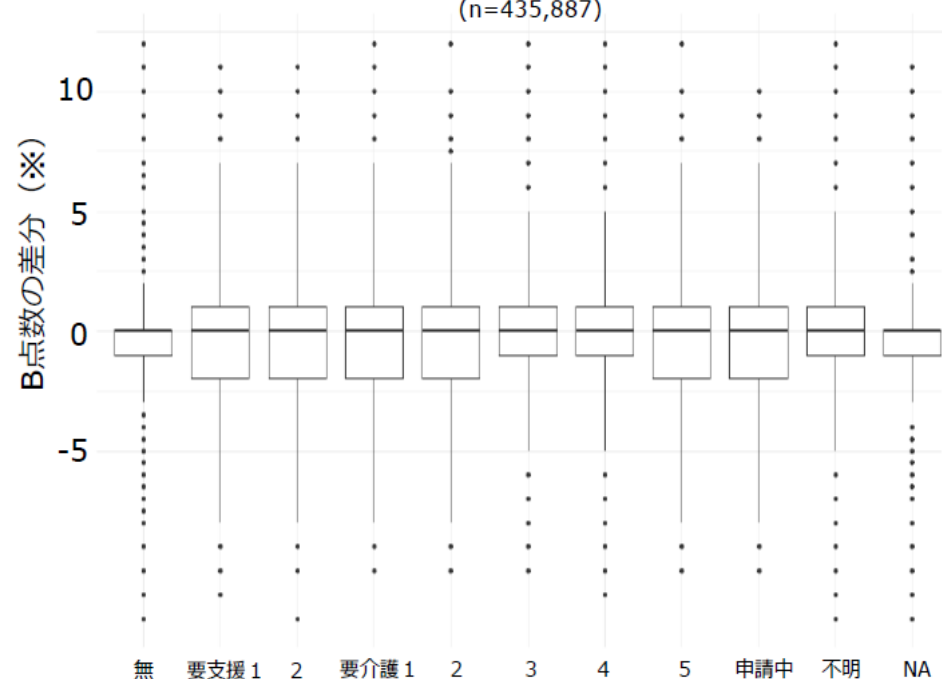
3日間以上入院している患者における
入院初日のB得点の割合



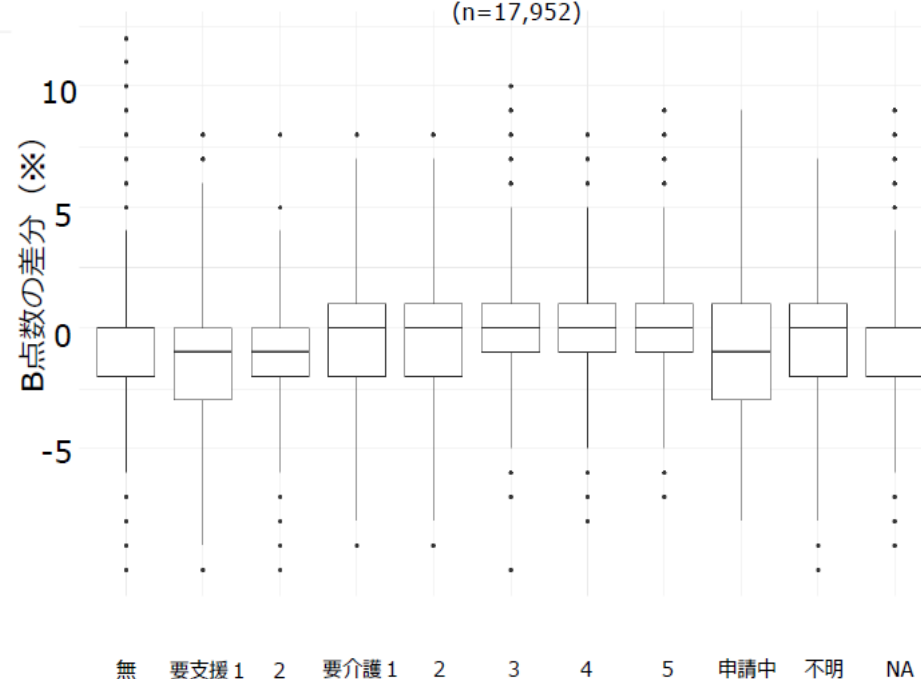
要介護度別のB得点点数

- 入院時と退院時のB得点の差分の中央値は、要介護度によらず0に近く、急性期一般入院料2～6の病棟における要介護3～4、地域包括医療病棟の要介護3～5においては、改善と悪化の分布がほぼ同程度であった。

急性期一般入院料2～6
(n=435,887)



地域包括医療病棟
(n=17,952)



※ 退院時のB点数 — 入院時のB点数（退院時にB点数が入院時より改善した場合、値はマイナスとなる。）

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

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

現行		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	許可病床200床以上	31%	28%
	許可病床200床未満	28%	25%
急性期一般入院料2	許可病床200床以上	27%	24%
	許可病床200床未満	25%	22%
急性期一般入院料3	許可病床200床以上	24%	21%
	許可病床200床未満	22%	19%
急性期一般入院料4	許可病床200床以上	20%	17%
	許可病床200床未満	18%	15%
急性期一般入院料5		17%	14%
7対1入院基本料(特定)		—	28%
7対1入院基本料(結核)		10%	8%
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		33%	30%
総合入院体制加算3		30%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%
看護補助加算1		5%	4%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7		12%	8%



改定後		
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	<u>割合①:21%</u> <u>割合②:28%</u>	<u>割合①:20%</u> <u>割合②:27%</u>
急性期一般入院料2	<u>22%</u>	<u>21%</u>
急性期一般入院料3	<u>19%</u>	<u>18%</u>
急性期一般入院料4	<u>16%</u>	<u>15%</u>
急性期一般入院料5	<u>12%</u>	<u>11%</u>
7対1入院基本料(特定)	—	<u>割合①:20%</u> <u>割合②:27%</u>
7対1入院基本料(結核)	<u>8%</u>	<u>7%</u>
7対1入院基本料(専門)	<u>割合①:21%</u> <u>割合②:28%</u>	<u>割合①:20%</u> <u>割合②:27%</u>
看護必要度加算1(特定、専門)	<u>18%</u>	<u>17%</u>
看護必要度加算2(特定、専門)	<u>16%</u>	<u>15%</u>
看護必要度加算3(特定、専門)	<u>13%</u>	<u>12%</u>
総合入院体制加算1	<u>33%</u>	<u>32%</u>
総合入院体制加算2	<u>31%</u>	<u>30%</u>
総合入院体制加算3	<u>28%</u>	<u>27%</u>
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	<u>6%</u>	<u>5%</u>
看護補助加算1	<u>4%</u>	<u>3%</u>
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	<u>10%</u>	<u>8%</u>

【該当患者の基準】

急性期1、 7対1入 院基本料 (特定、 専門)※1	割合① 以下のいずれか ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上 割合② 以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
急性期2 ～5等※2	以下のいずれか ・ A得点が2点以上かつ B得点が3点以上 ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上
総合入院 体制加算	以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
地域包括 ケア病棟 等	以下のいずれか ・ A得点が1点以上 ・ C得点が1点以上

※1:B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること

※2:7対1入院基本料(結核)、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

【経過措置】

令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり

⇒ 令和6年9月30日まで基準を満たしているものとする。

重症度、医療・看護必要度の活用について

○入院患者の「重症度、医療・看護必要度を把握し、適正な職員の配置数を実現・看護の必要性及び看護の量（療養上の世話）を測る指標としての位置づけ。

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和6年3月5日保医発0305第5号）（抄）

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

4 入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。

（4）看護の勤務体制は、次の点に留意する。

- ア 看護要員の勤務形態は、保険医療機関の実情に応じて病棟ごとに交代制の勤務形態をとること。
- イ 同一の入院基本料を算定する病棟全体で1日当たり勤務する看護要員の数が所定の要件を満たす場合は、24時間一定の範囲で傾斜配置することができる。すなわち、1日当たり勤務する看護要員の数の要件は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で要件を満たしていればよく、病棟（看護単位）ごとに要件を満たす必要はないため、病棟（看護単位）ごとに異なる看護要員の配置を行うことができるとともに、1つの病棟の中でも24時間の範囲で各勤務帯において異なる看護要員の配置を行うことができるものであること。なお、各勤務帯に配置する看護職員の数については、各病棟における入院患者の状態（重症度、医療・看護必要度等）について評価を行い、実情に合わせた適正な配置数が確保されるよう管理すること。

重症度、医療・看護必要度の活用例①：ヒアリング

（重症度、医療・看護必要度を活用した人員配置）

- ・ 重症度、看護必要度導入開始の平成20年度当初から活用。
- ・ 重症度、医療・看護必要度から把握する患者状況で、病院全体のベッドコントロール、看護職員配置、夜勤職員数の調整、夜勤に係る加算等を計算する際に活用。

（重症度、医療・看護必要度を活用した入退院支援共通ツール）

- ・ 重症度、医療・介護必要度のB得点で評価されるADL関連の情報を用いて、患者の療養上の世話に関わる負荷を評価し、それを病棟等のケアの単位で集計することで、その負荷量に応じた看護配置を柔軟に行うために活用。

（重症度、医療・看護必要度を活用した人員配置、病床配分、退院支援、入院病棟決定判断、転倒・転落判断等）

- ・ 看護職員の応援体制、配置数の検討、超過勤務と人員配置の検討に活用。
- ・ 転倒・転落発生の経過と原因の探索。
- ・ 入退院支援における退院支援のタイミング、退院場所の選択の根拠として活用。

（重症度、医療・看護必要度を活用した人員配置）

- ・ 重症度、看護必要度導入開始後、B項目をもとに、配置係数を算出。病棟毎の看護職員配置の決定に活用。
- ・ 配置係数をもとに病棟管理者会で説明し、各病棟の配置数に了解が得られやすい。

重症度、医療・看護必要度の活用例②：研究成果

(重症度、医療・看護必要度 (B項目) の回復期における転院可否の予測因子としての活用)

- ・ 脳卒中における軽症脳梗塞クリニカルパスを用いた退院・転院支援介入の最適なタイミングを検討。
- ・ 看護必要度B項目, リハ介入時BI, National Institutes of Health Stroke Scale(NIHSS)の変化と回復期転院に関連する要因、退院時の必要度を比較。
- ・ 退院時の必要度B項目、7日目NIHSSは入院時と比べ有意に低下し、5日目必要度B項目、BI、NIHSSは回復期リハビリテーションへの転院に有意に関連していた。
- ・ 脳卒中における軽症脳梗塞クリニカルパスを用いた退院・転院支援介入における最適なタイミングを把握するために重症度、医療・看護必要度B得点の活用が可能。

(出典：日本クリニカルパス学会誌, 26(2), pp.71-75, 2024.)

(重症度、医療・看護必要度 (B項目) の転倒リスク予測因子としての活用)

- ・ 重症度、医療・看護必要度B項目を用いた転倒リスクアセスメントは、院内の既存のリスクアセスメントと比較しても感度が高く、転倒リスクアセスメントの代替手段としての活用が可能。業務の効率化の観点からも活用が可能。

(出典：せいいい看護学会誌, 14(2), pp.1-8, 2024.)

(重症度、医療・看護必要度の病棟マネジメント指標としての活用)

- ・ 新型コロナウイルス感染拡大時の一般病棟では、不慣れ感（通常受け入れのない診療科が多い、重症患者の該当者割合が高い）、重症病棟のケア必要患者（ICU,HCU看護必要度を満たす割合）が高いという特徴があった。
- ・ 病棟の忙しさの要因として、「不慣れ」と「業務量の増大」に注目。診療科の混成度と、重症度、医療・看護必要度から算出される医療資源投入量並びに患者の重症度を使用。
- ・ 不慣れ感が高い病棟は、医療資源投入量は少ない一方、日常生活支援などの介護的な援助が必要な患者が多い傾向があった。

(出典：日本医療マネジメント学会雑誌, 24(1), pp.31-38, 2023.)

(重症度、医療・看護必要度 (B項目) の活用：入院中の高齢者の近位大腿骨骨折に関連する要因分析)

- ・ 患者の日常生活状況と医療処置状況を考慮し、正確な骨折予測モデルの開発を目的とした。さらに、入院中の骨折に関連する患者の状態の変化を調査。
- ・ 入院時と比較して入院中に歩行安定性が改善した場合に患者の転倒リスクが高まることが明らかになった。
- ・ 毎日の看護記録データ（B得点）を用いて入院中に骨折リスクの高い患者の特定が可能であり、転倒リスクを低減するための対策が有効な患者を特定するために役立つ可能性がある。

(出典：BMJ Quality Safety,34,pp234-243,2025.)

重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

B項目の評価方法の見直し

- 重症度、医療・看護必要度のB項目について、「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とし、「評価の手引き」により求めている「根拠となる記録」を不要とする。

B	患者の状態等	患者の状態				介助の実施			評価
		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	×			=	点
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
11	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり		点
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
15	危険行動	ない		ある					点
B得点									点

A・C項目の評価方法の見直し

- A項目（専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る）及びC項目について、必要度Ⅰにおいても、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価とする。

必要度Ⅱの要件化

- 許可病床数400床以上の医療機関において、一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1～6に限る）又は特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1に限る）について重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件とする。

〔経過措置〕

令和2年3月31日時点において現に一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1～6に限る）又は特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1に限る）を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

院外研修の見直し

- 重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件について、「所定の（院外）研修を修了したものが行う研修であることが望ましい」との記載を削除する

重症度、医療・看護必要度の評価基準の見直し（要望）

令和8 年度診療報酬改定に係る要望書（日本病院会）（抄）

・重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価基準の見直し

内科系患者の割合が高い医療機関では、現行の評価基準では必要度を維持できず、経営に深刻な影響を及ぼしている。評価票のA項目の該当患者割合の基準を見直さなければ、高齢者救急・内科救急を担う病院への影響が大きくなる。C項目の見直しとともに、重症度、医療・看護必要度の評価基準の緩和を要望する。

また、急性期一般入院基本料1などは、施設基準の要件でなくともB項目評価が義務付けられており、評価のための研修・日々の評価作業・正確な測定のための定期的な院内確認が看護職の大きな負担となっている。施設基準の要件でない入院料等については、B項目評価を不要とする要件緩和を要望する。

（A100 一般病棟入院基本料）

B項目廃止か否か！？

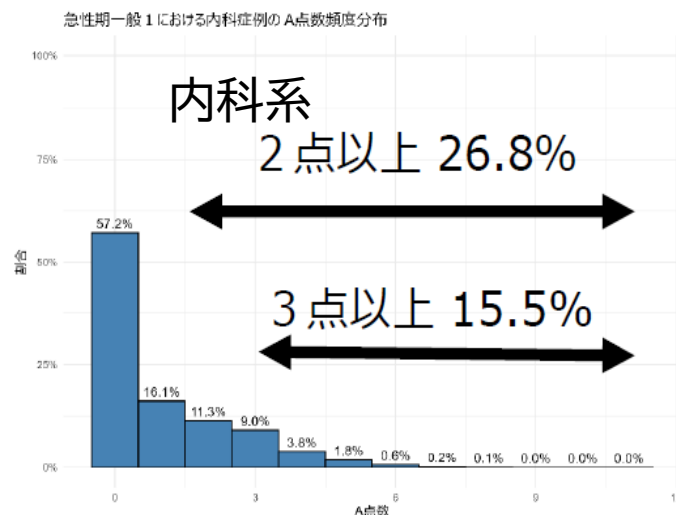
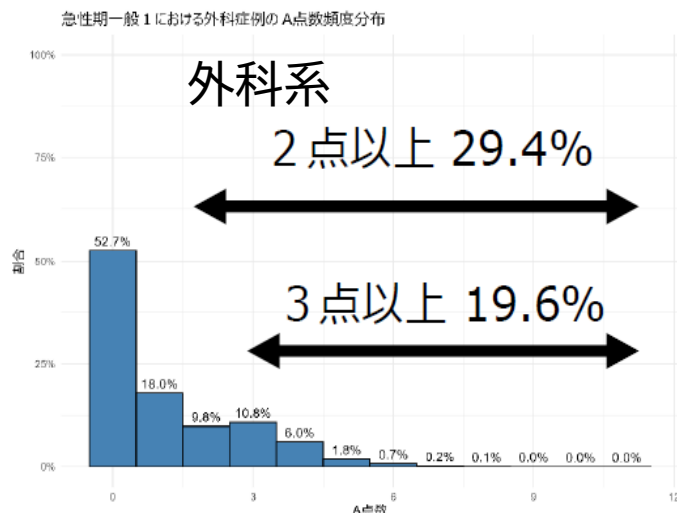
②内科症例

急性期一般入院料 1 におけるA・C項目の得点分布

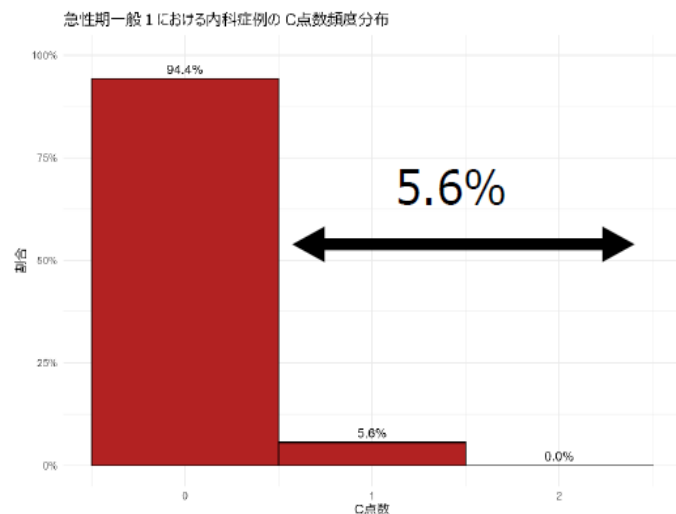
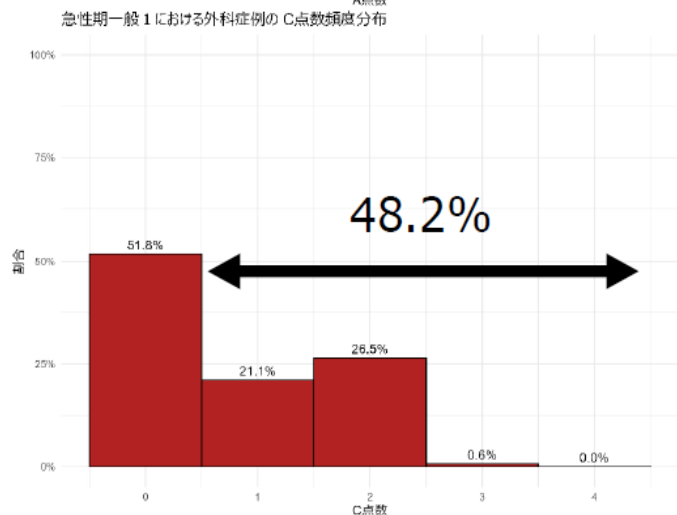
- 急性期一般入院料 1 における内科系症例では、外科系症例※と比較して、延べ入院日数におけるA項目が 0 点となる割合が高く、3 点以上となる割合が低い。
- C項目についても内科系症例では、外科系症例と比較して、1 点以上となる割合が低い。

※C15~20、C23のいずれかの手術に係る得点が入院期間中にあった症例

A項目



C項目

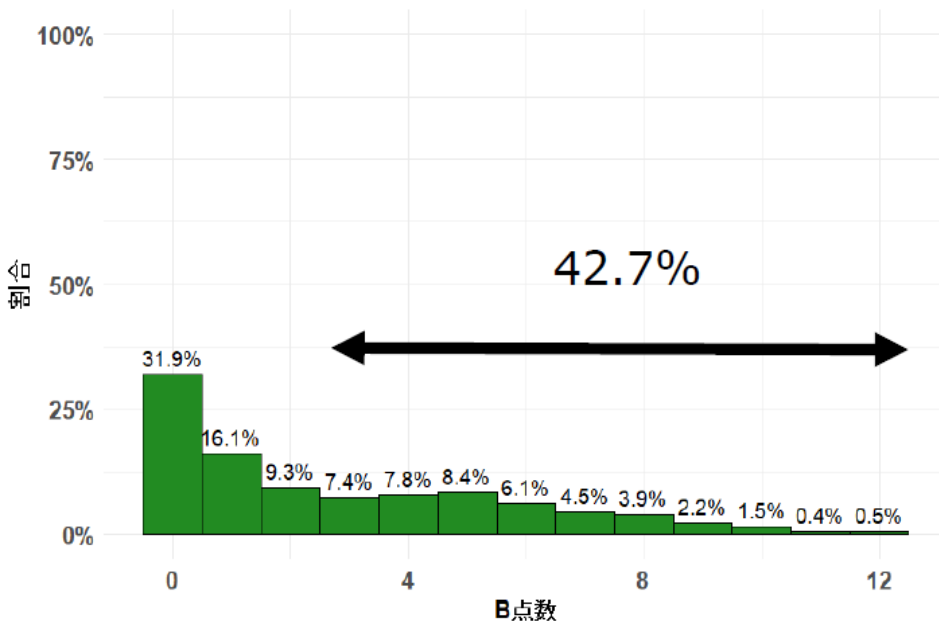


急性期一般入院料 1 におけるB得点の分布

- 急性期一般入院料 1 において、内科系症例は外科系症例と比較して、延べ入院日数におけるB項目が3点以上となる割合が高い。

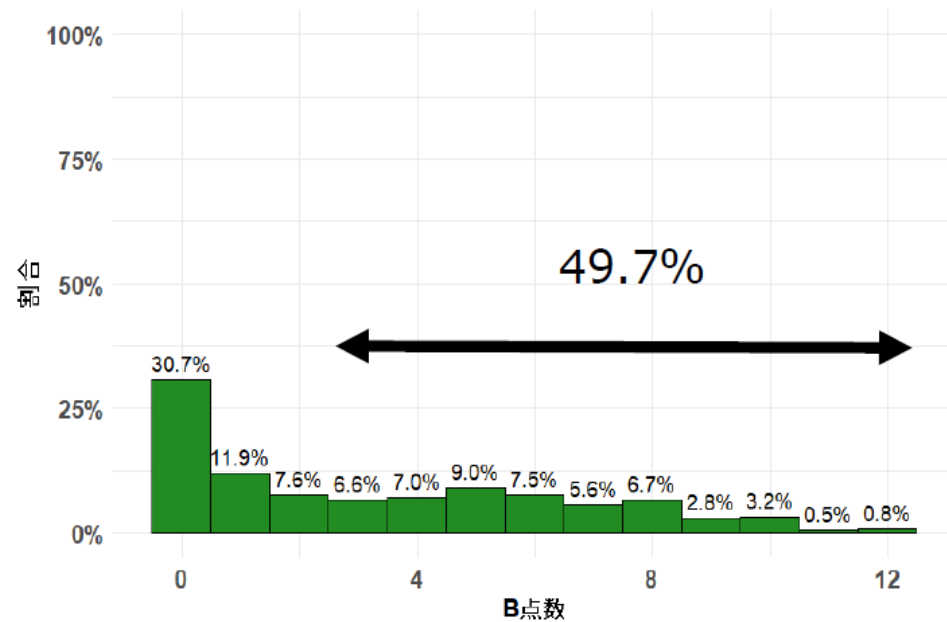
外科系B得点

急性期一般1における外科症例の B 点数頻度分布



内科系B得点

急性期一般1における内科症例の B 点数頻度分布

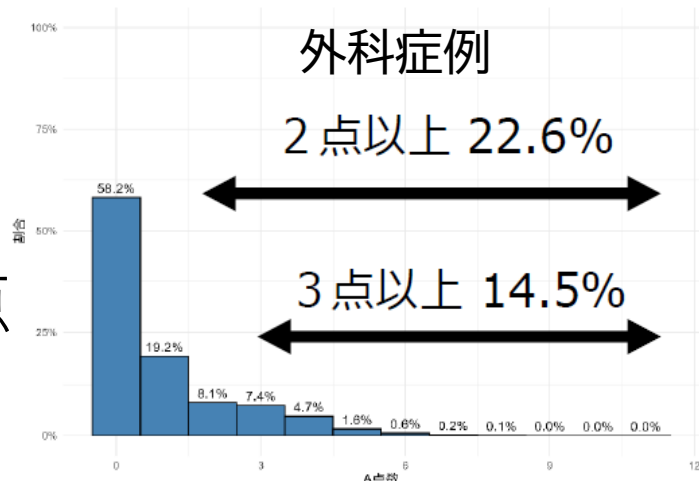


※C15~20、C23のいずれかの手術に係る得点が入院期間中にあった症例を外科症例と定義して集計。

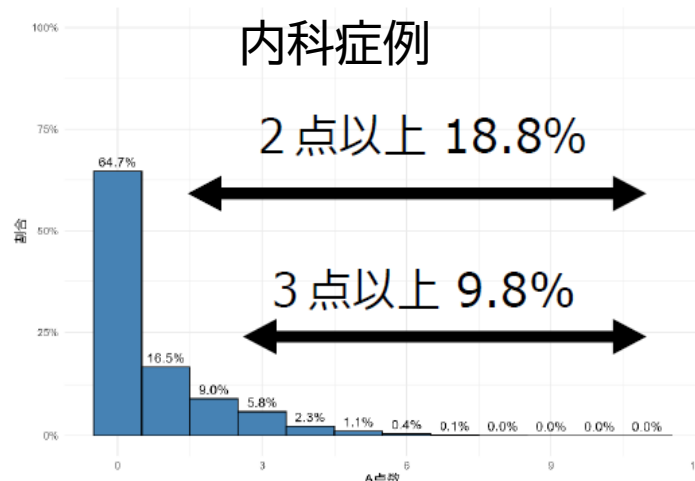
急性期一般入院料 2～6 におけるA・C項目の得点分布

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

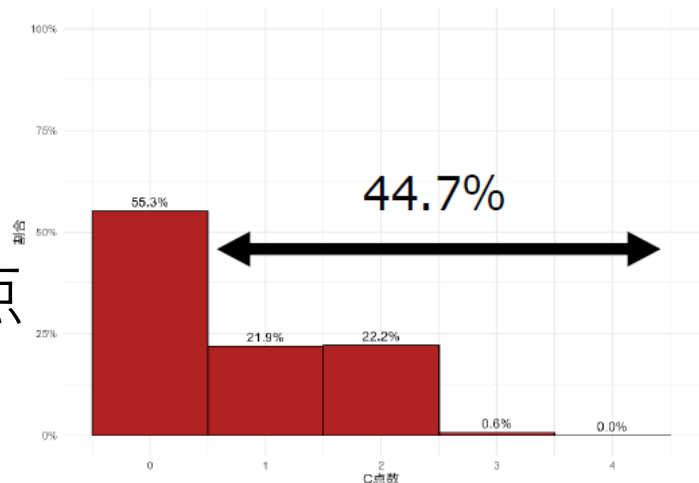
急性期一般 2～6 における外科症例の A 点数頻度分布



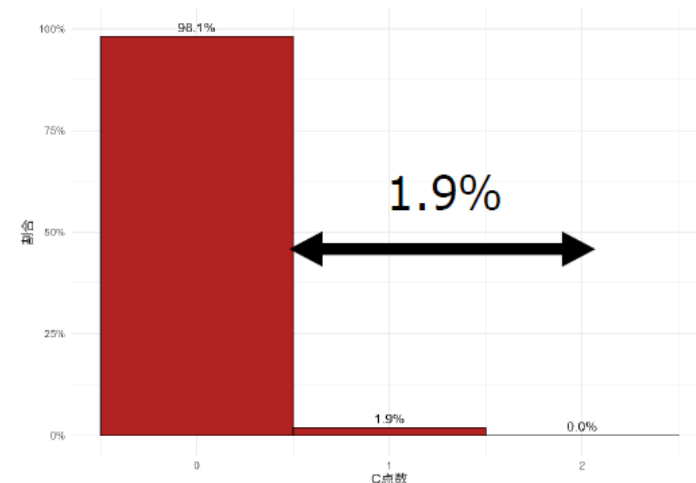
急性期一般 2～6 における内科症例の A 点数頻度分布



急性期一般 2～6 における外科症例の C 点数頻度分布



急性期一般 2～6 における内科症例の C 点数頻度分布



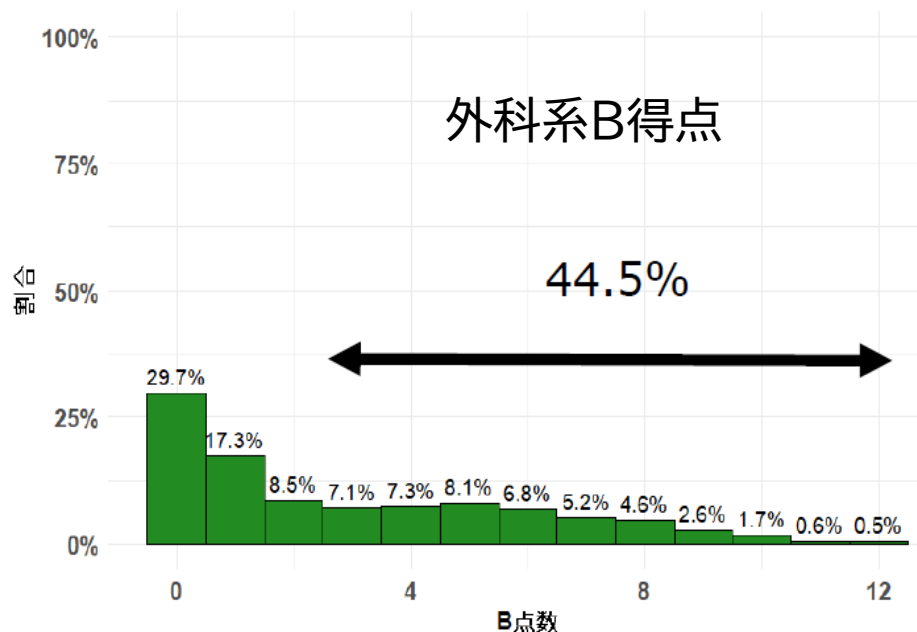
A得点

C得点

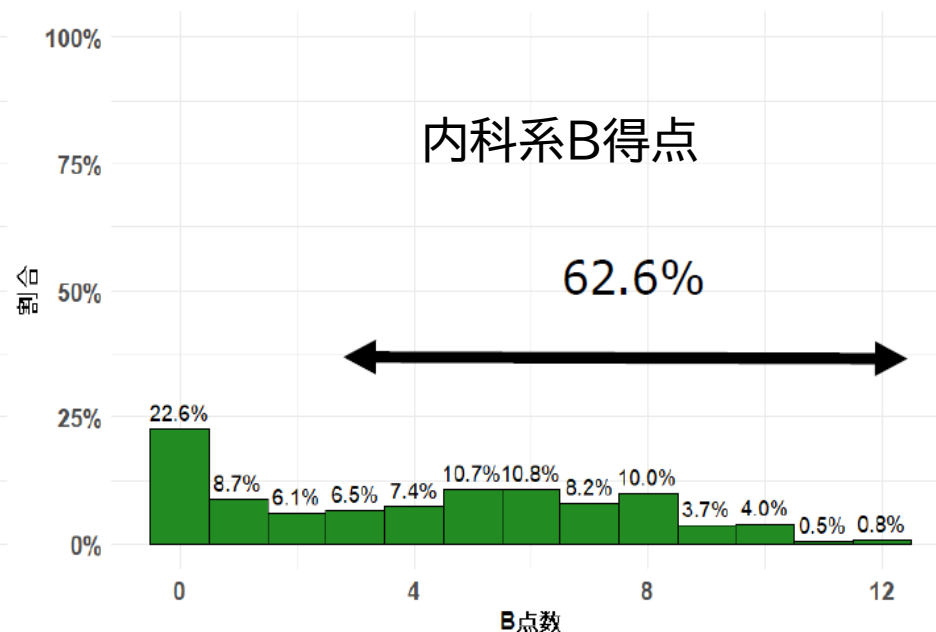
急性期一般入院料 2 ～ 6 におけるB得点の分布

- 急性期一般入院料 2 ～ 6 における内科系症例では、外科系症例と比較して、延べ入院日数におけるB項目が 3 点以上となる割合が高い。

急性期一般2～6における外科症例の B 点数頻度分布



急性期一般2～6における内科症例の B 点数頻度分布

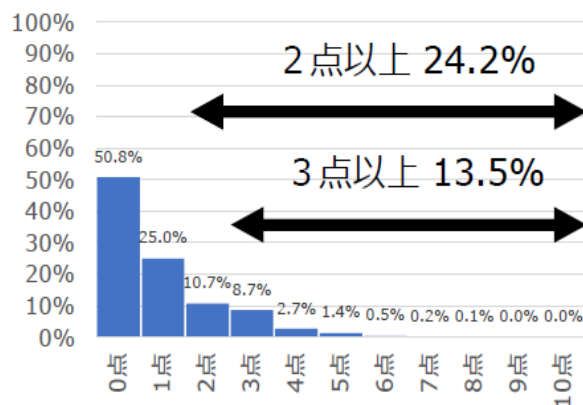


※C15～20、C23のいずれかの手術に係る得点が入院期間中にあった症例を外科症例と定義して集計。

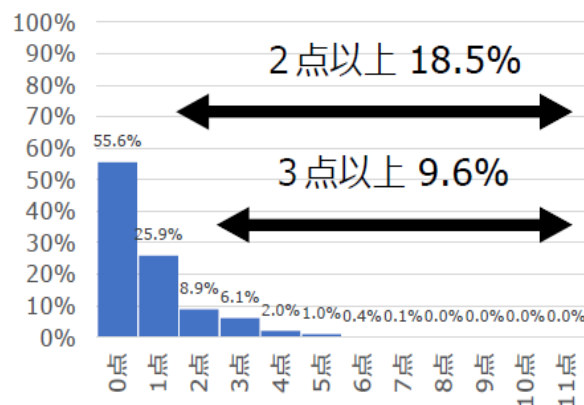
肺炎等における重症度、医療・看護必要度

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

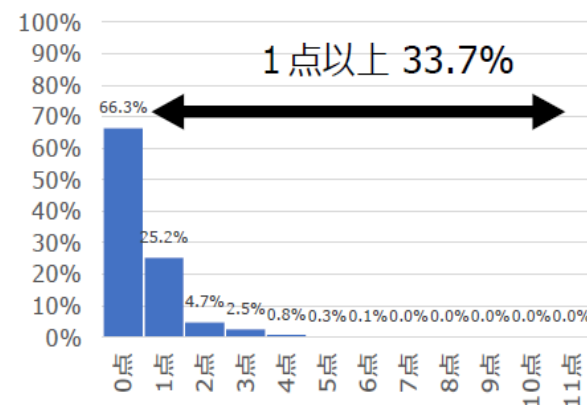
A項目_急性期一般入院料 1



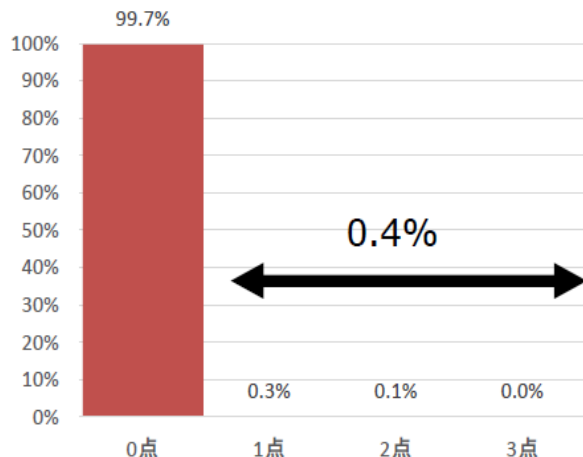
A項目_急性期一般入院料 2 - 6



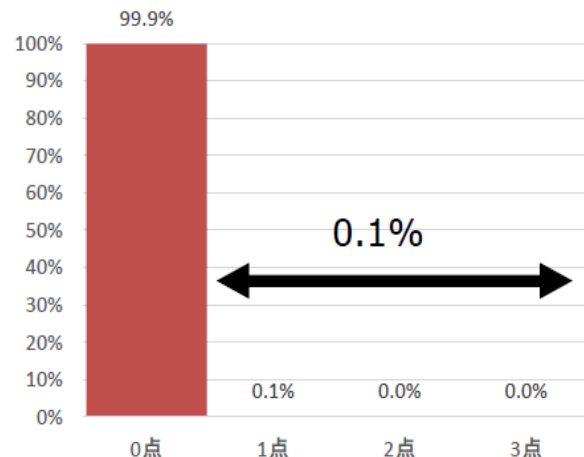
A項目_地域包括ケア病棟



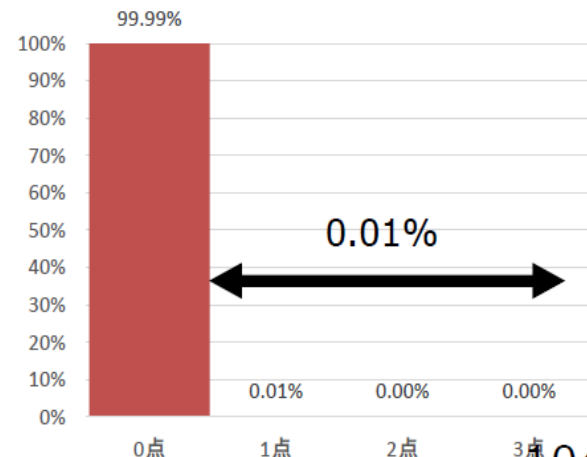
C項目_急性期一般入院料 1



C項目_急性期一般入院料 2 - 6



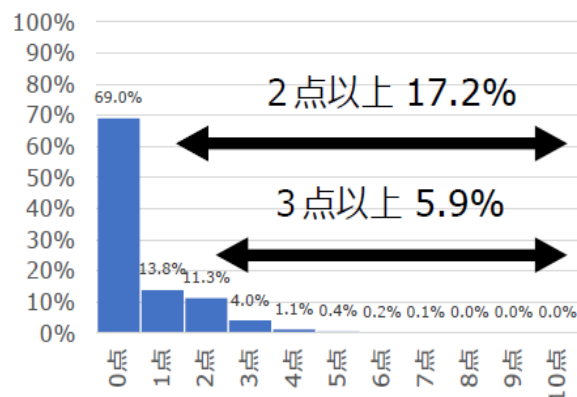
C項目_地域包括ケア病棟



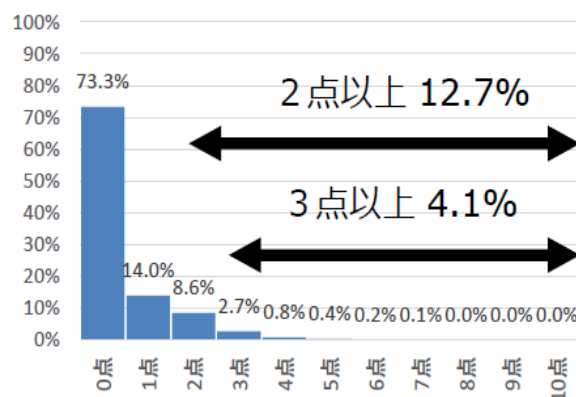
尿路感染症における重症度、医療・看護必要度

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

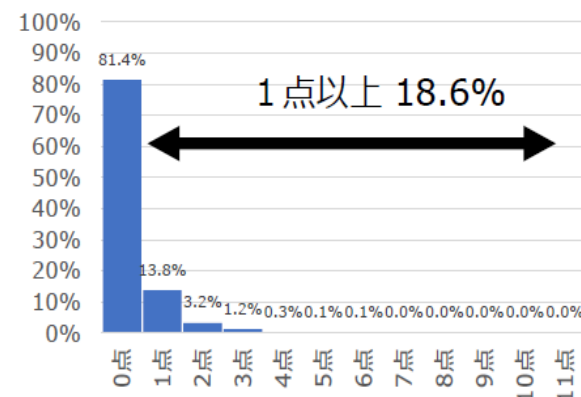
A項目_急性期一般入院料 1



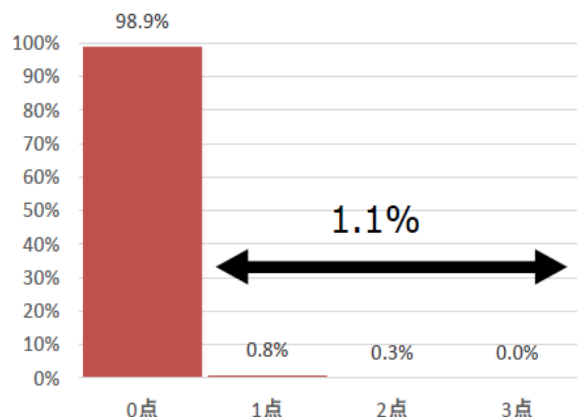
A項目_急性期一般入院料 2 -6



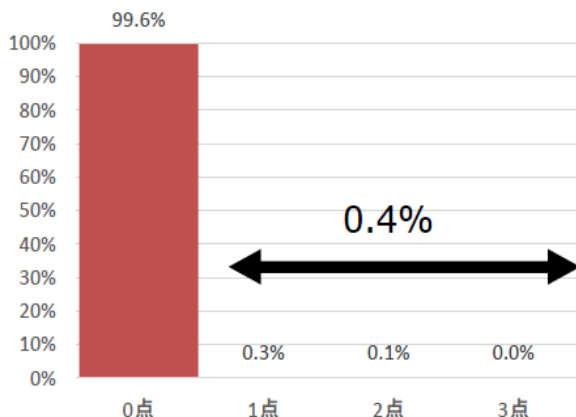
A項目_地域包括ケア病棟



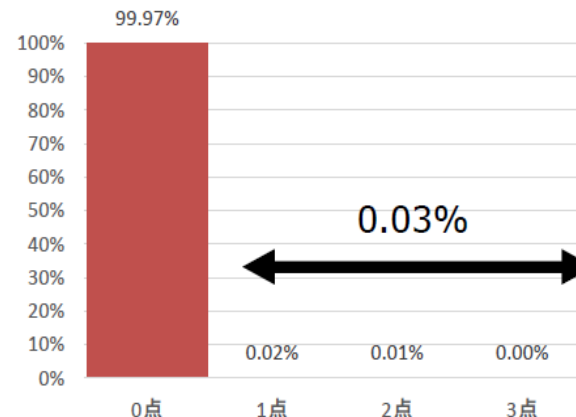
C項目_急性期一般入院料 1



C項目_急性期一般入院料 2 -6

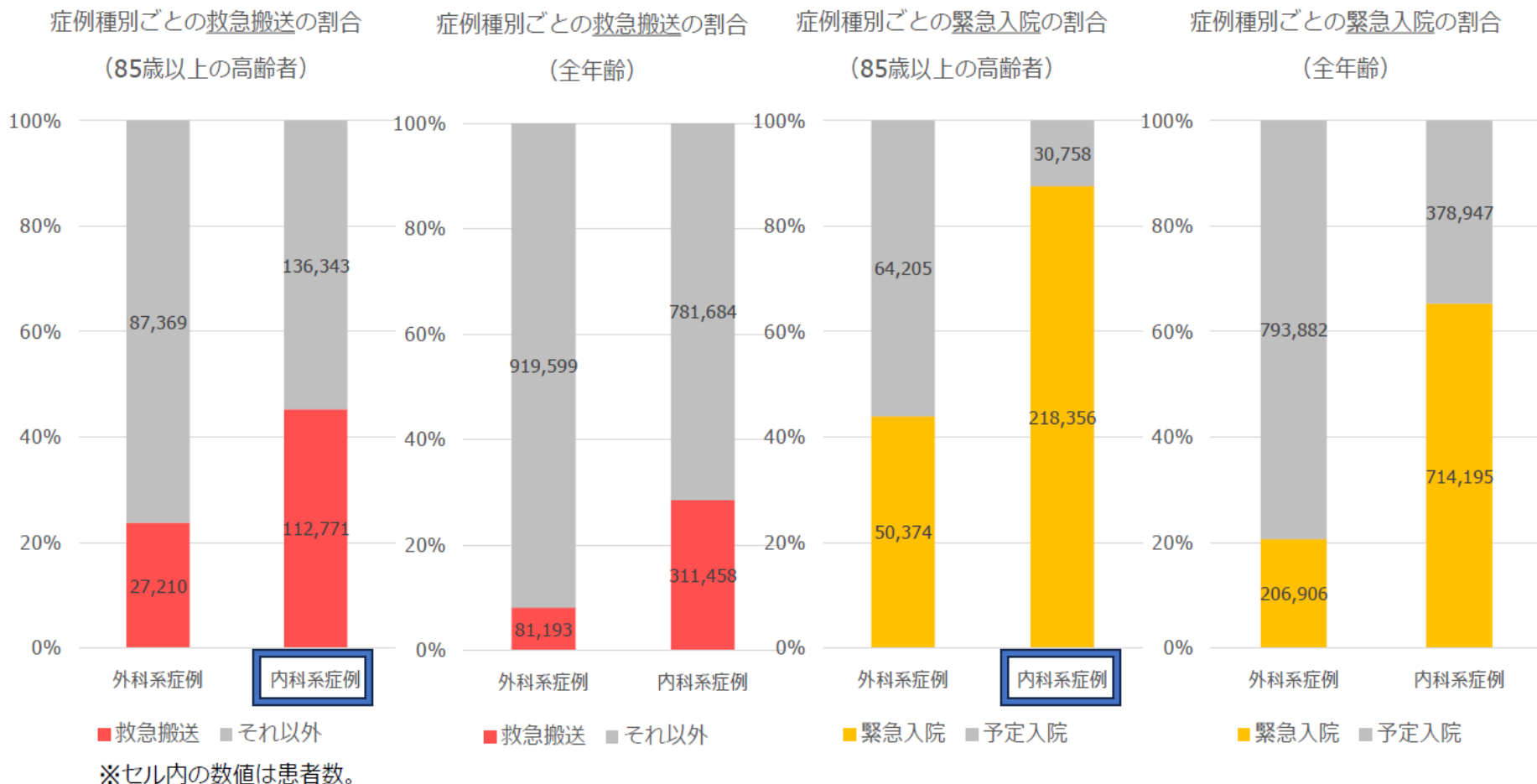


C項目_地域包括ケア病棟



高齢者の外科系症例と内科系症例における救急搬送、緊急入院の割合

○急性期一般入院料と地域包括医療病棟に直接入院した85歳以上の高齢者及び全患者のいずれにおいても、外科症例と比較して内科症例では救急搬送からの入院、緊急入院の割合が高かった。

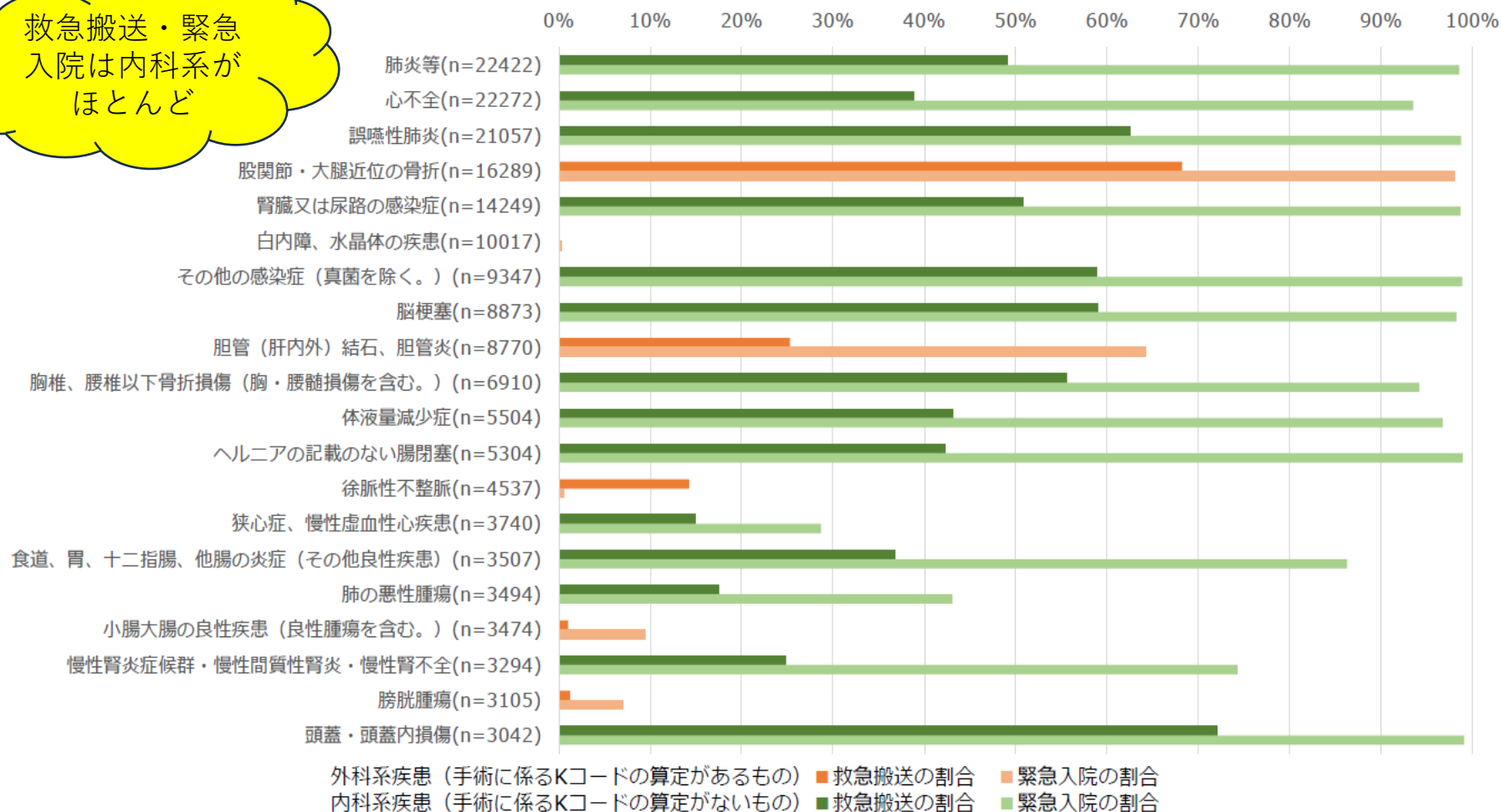


高齢者において頻度の高い疾患における救急搬送、緊急入院の割合①

- 85歳以上の高齢者の入院病名（DPC6桁コード）のうち、入院患者数上位20疾患の多くが、手術に係るKコードを算定しない内科系疾患であった。上位疾患の多くが緊急入院率90%を超えており、全体的にみると、内科系疾患において、外科系疾患に比べ、救急搬送、緊急入院ともにその割合が高かった。

医療資源を投入したDPC6病名上位20疾患についての救急搬送、緊急入院の割合

救急搬送・緊急入院は内科系がほとんど



重症度、医療・看護必要度の評価基準の見直し（要望）

令和8 年度診療報酬改定に係る要望書（日本病院会）（抄）

・重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価基準の見直し

内科系患者の割合が高い医療機関では、現行の評価基準では必要度を維持できず、経営に深刻な影響を及ぼしている。評価票のA項目の該当患者割合の基準を見直さなければ、高齢者救急・内科救急を担う病院への影響が大きくなる。C項目の見直しとともに、重症度、医療・看護必要度の評価基準の緩和を要望する。

また、急性期一般入院基本料1などは、施設基準の要件でなくともB項目評価が義務付けられており、評価のための研修・日々の評価作業・正確な測定のための定期的な院内確認が看護職の大きな負担となっている。施設基準の要件でない入院料等については、B項目評価を不要とする要件緩和を要望する。

（A100 一般病棟入院基本料）

内科系疾患をより反映する指標についての検討

- 内科系症例が外科系症例と比べて重症度、医療・看護必要度のA項目を満たしにくいことについて、適切な受け入れが求められる内科症例の重症度を適切に評価するための指標の案を以下に列挙した。

考えられる対応		具体的な対応例	メリット	考えられる懸念
現行のA項目の修正		- 緊急入院の該当日数を伸ばす - A6の下位項目のうち免疫抑制剤を2点→3点に - A2呼吸ケアの酸素使用量を定義する、等	影響を試算しやすい	大きな変化は生まれにくい
新たな評価方法により加点	医療資源投入量（出来高点数）に着目	検査の包括内出来高点数が一定以上の場合に加点	データ提出加算のEFファイルを用いて自動的に計算可能で手間はない	不要な検査を惹起する可能性。特に出来高病棟では医療費の増加につながらないか。
	疾患名に着目	内科救急等で明らかに入院適応があり、かつ、頻度の高い一定の疾患に入院〇日目まで加点	C項目では評価されづらい内科疾患のみにダイレクトに加点される	- 病名のアップコーディングが生じないか。 - 入院時には診断がつかないことも多い。
	緊急入院などの入棟経緯に着目	病床数あたりの緊急入院件数または救急応需件数を係数化して加算	病院の取組を評価することにつながる	軽症の患者であっても、緊急入院が装われたり、救急車利用が促されることはないか。

まとめと提言

- 一般的な急性期機能の候補指標には救急搬送件数、全麻手術件数、地域シェア率、DPCカバー率があげられた
- 救急医療については下り搬送評価とウオークイン救急があげられた
- 重症度、医療・看護必要度については内科系症例の評価が外科系症例の評価より低いこと、B項目の測定義務についての議論がなされた

2025-2040 変わりゆく医療のアウトライン

・ 2025年から2040年
へ向けての改革プラン
を概観する！

- ・ 地域医療構想、医療DX
- ・ 働き方改革、かかりつけ医
- ・ 医師偏在対策、少子化対策など
- ・ ポスト2040年も予想
- ・ 医学通信社より、
7月発刊予定
- ・ 2色刷240頁、2600円



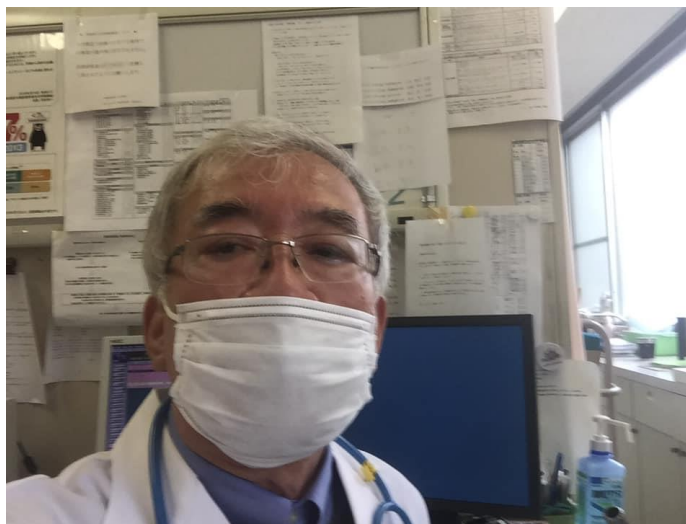
2025年から2040年の15年で、医療と介護は
どう変わるか、医療機関はいかに対応するか——
その難路の行程を的確に指し示す、
新たな時代のロードマップ!!

働き方改革とタスクシフト、第8次医療計画、新地域医療構想、
かかりつけ医機能と外来医療構想、医療費適正化計画、
医師確保・偏在対策、医療DX工程表、診療報酬・介護報酬改定——の
アウトラインとその全体像。

医学通信社



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外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介します

本日の講演はホームページ上で公開しています。
以下をクリックしてご覧ください

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