

診療報酬改定レポート 6

—入院・外来医療等の調査・評価分科会 とりまとめについて①—

9月25日に開催された入院・外来医療等の調査・評価分科会において、2026年度診療報酬改定に向けたとりまとめ(案)が示されました。

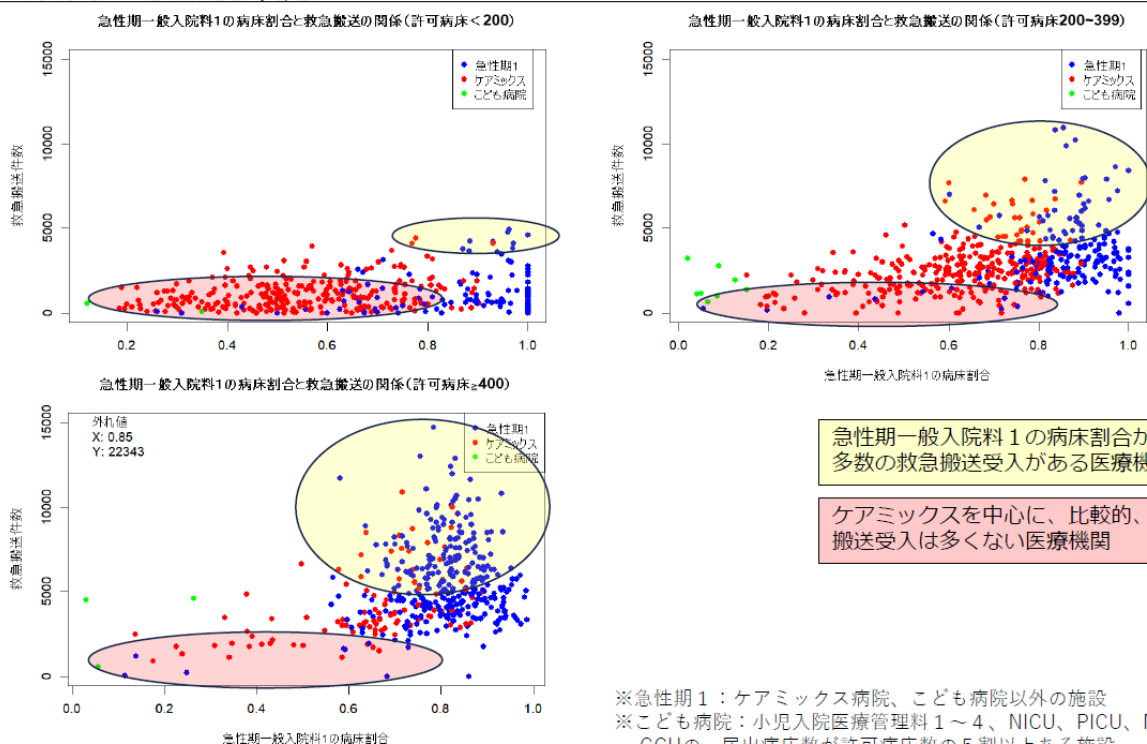
本号では、「急性期入院医療」と「重症度、医療・看護必要度」に関する主な検討ポイントを整理します。

■ 急性期入院医療

- 急性期一般入院料1（7対1）の病床数は減少傾向にあり、急性期一般入院料2～6を算定する病床は増加傾向となっています。
- 同じ急性期一般入院料1を届出しており、同規模の病床数を有する病院であっても、救急搬送件数や手術件数には大きな差があります。この違いは、二次医療圏の人口規模が大きく影響していることが明らかになりました。
- 今後は、小規模な医療圏で救急を支えている病院が正当に評価される仕組みが検討される見込みです。

急性期一般入院料1算定病院における救急搬送件数

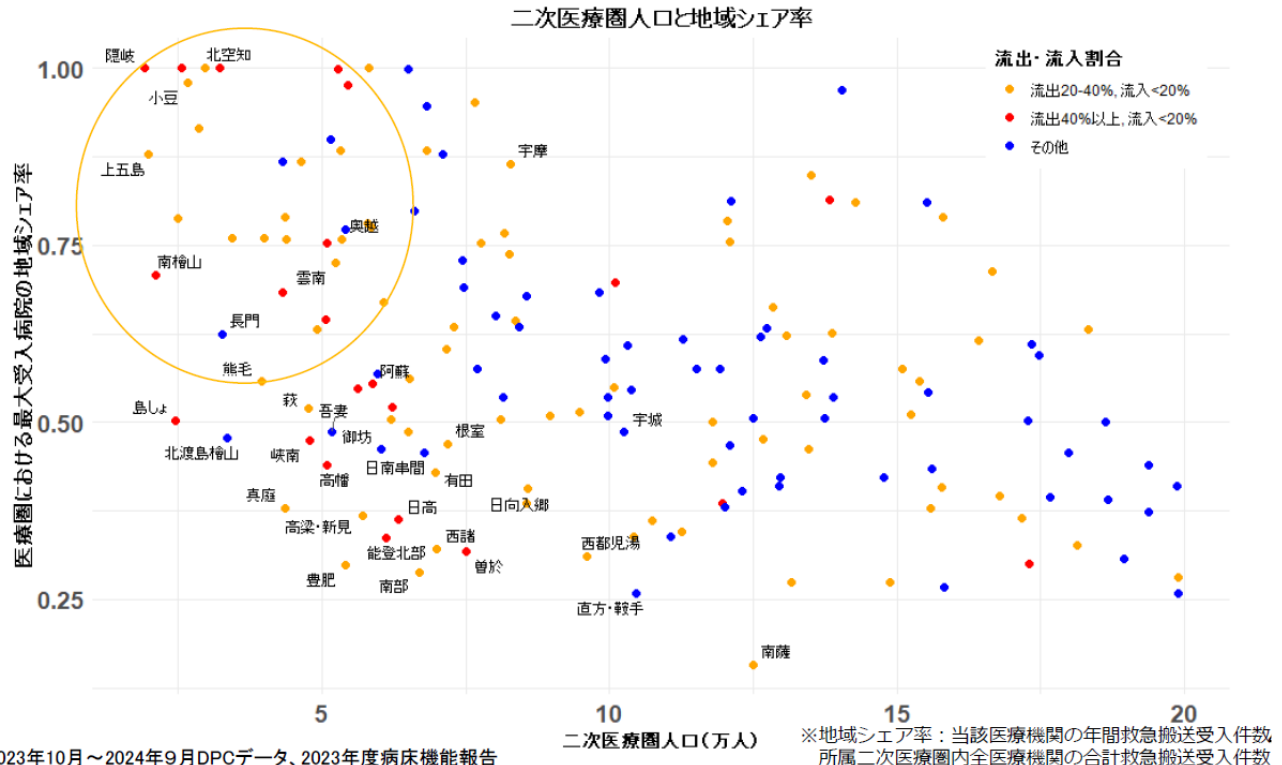
- 急性期一般入院料1を算定している病院について、許可病床数が多くなると、救急搬送受入件数のより多い病院が存在する傾向が見られた。
- 同じ規模の許可病床数の病院において、急性期一般入院料1の病床割合が同様であっても、救急搬送件数にはばらつきが見られた。



出典：保険局医療課調べ(令和5年10月～令和6年9月DPCデータ、令和5年病床機能報告)

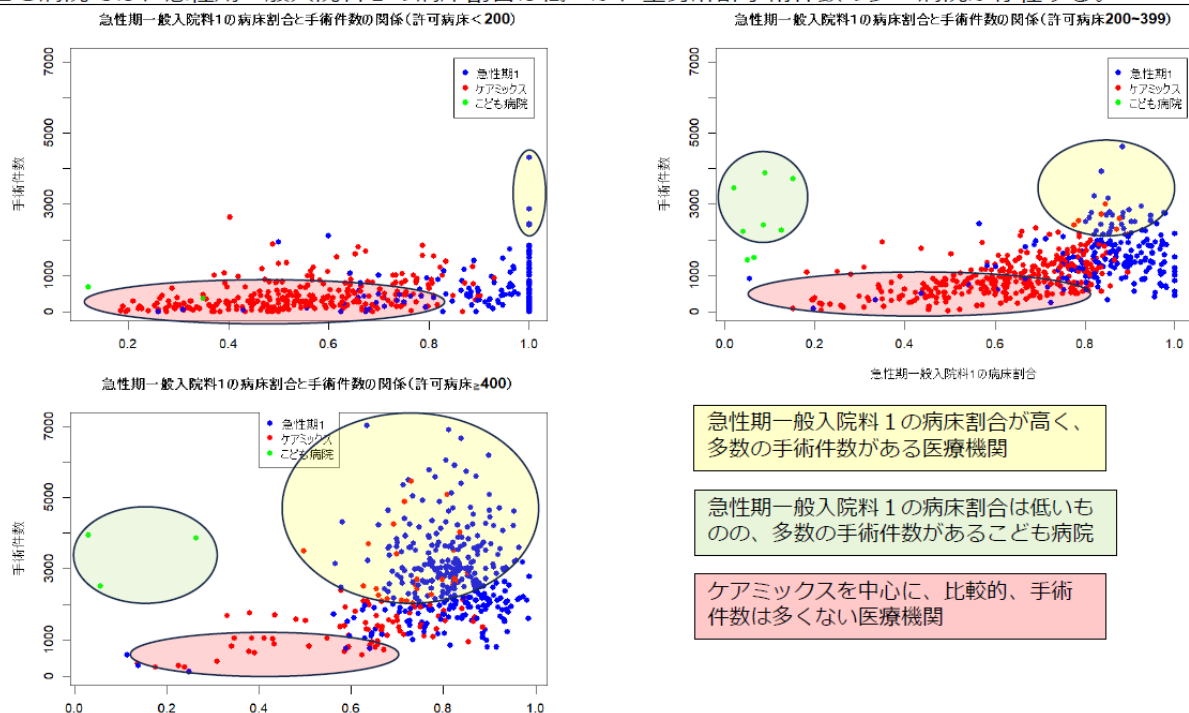
各二次医療圏（20万人未満）の最大救急搬送受入病院における地域シェア率

- 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。



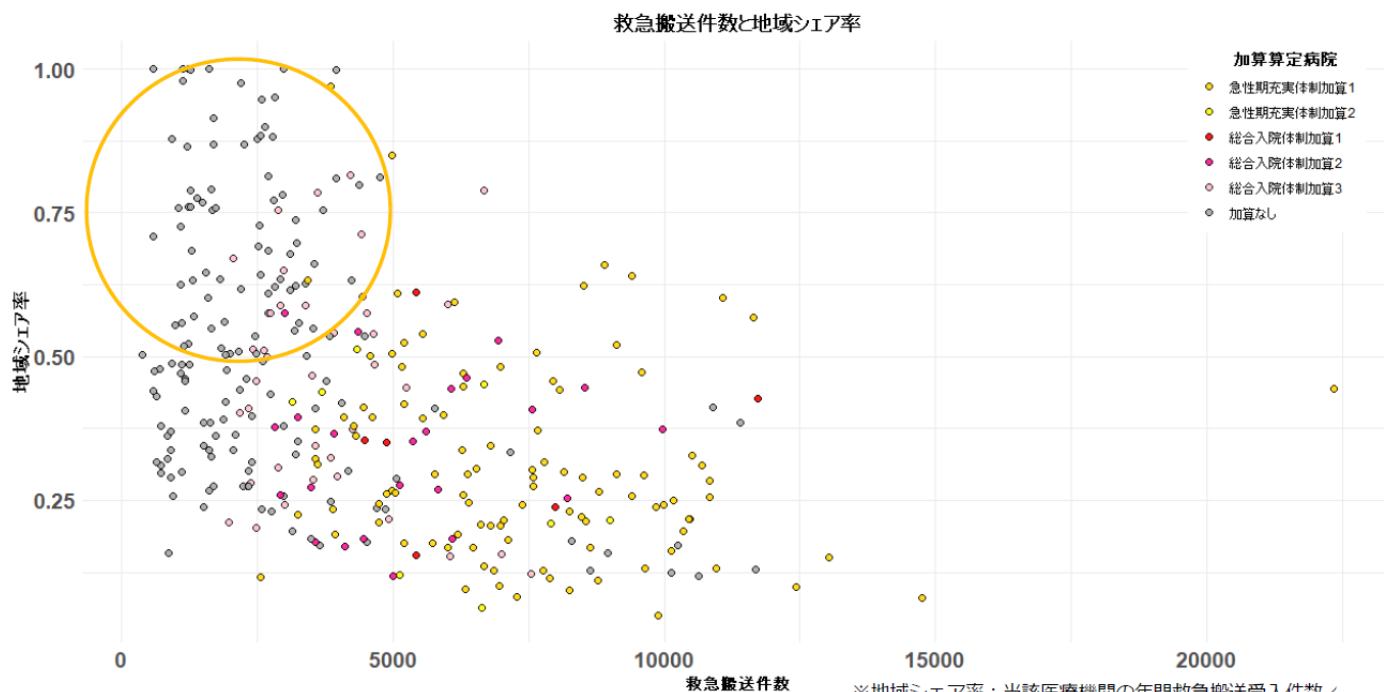
急性期一般入院料 1 算定病院における手術件数

- 急性期一般入院料 1 を算定している病院について、許可病床数が多くなると、全身麻酔手術件数の多い病院が存在する傾向がみられた。
- 同じ規模の許可病床数の病院において、急性期一般入院料 1 の病床割合が同様であっても、全身麻酔手術件数にはばらつきが見られた。
- こども病院では、急性期一般入院料 1 の病床割合は低いが、全身麻酔手術件数の多い病院が存在する。



救急搬送件数と地域シェア率

- 各二次医療圏における最大救急搬送件数受入のある病院について、救急搬送件数と地域シェア率の分布を見ると、救急搬送件数がそれほど多くない病院であっても、地域の救急搬送の半数以上をカバーする病院があり、地域の拠点的な急性期機能を担っている可能性がある。
- こうした病院は加算で評価されていない病院も多い。



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

出典：中医協（令和7年度第13回）入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料編①

■ 重症度、医療・看護必要度

- ・ 現行の評価は A・B・C 項目で構成されていますが、この評価項目は外科系に有利、内科系に不利という指摘がありました。
- ・ このことから、内科系の診療内容をより反映できる指標が検討されています。

＜救急搬送・緊急入院＞

- 内科系症例の割合が高いというデータが示されました。
- 2024 度診療報酬改定で「救急搬送後の入院」の評価期間が 2 日間に短縮されましたが、5 日間に戻すことが検討されています。

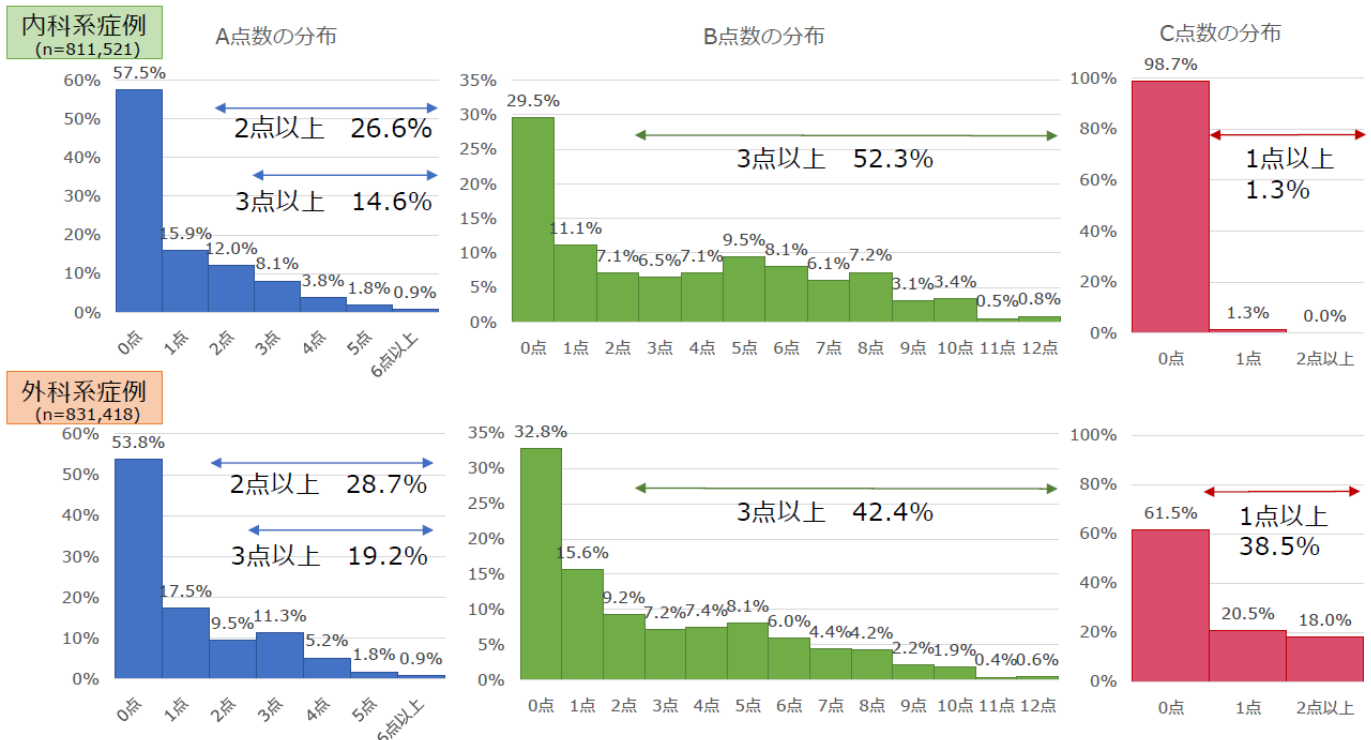
＜B 項目（患者の状態等）の取扱い＞

- 急性期一般入院料 1 では施設基準から除外されたましたが、現場では依然として測定が必要となっており、負担軽減の観点から見直しを求める意見が出ています。
- 一方で、内科では A 項目が低くなっても B 項目が高くなる傾向があるため、B 項目の活用についても意見が出ております。

内科系症例と外科系症例における重症度、医療・看護必要度の得

診療組 入-3
7. 9. 11

- 内科系症例は、外科系症例と比べ、A点数2点以上、3点以上、C点数1点以上のいずれの割合も低く、B点数3点以上の割合は高かった。



出典：DPCデータ（2024年10月～12月） 急性期一般入院科1を算定する病棟において、手術に係るKコード算定症例を外科系、それ以外を内科系として集計した。

内科系症例をより反映する指標についての検討

診療組 入-2参考
7. 7. 3 改

- 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・C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系症例の重症度を適切に評価するための指標の案を以下に列挙した。

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・C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 - 負荷の高い内科疾患に行われる処置等を追加	影響を試算しやすい	- 大きな変化は生まれにくい。 - 個々の症例の評価を精緻化することには限界があるのではないかな。
新たな評価方法により加点	医療資源投入量（出来高点数）を評価	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るかな。
	疾患名に応じて評価	内科系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系症例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な。 - 入院時には診断がつかないことも多い。
	救急応需や緊急入院など病院として負荷の高い項目を評価	病床数あたりの救急応需件数や緊急入院件数に応じた一定の割合を、基準該当割合に加算	病院の取組そのものを評価することにつながる	軽症の患者であっても、救急車利用が促されたり、緊急入院が装われたりすることはないかな。

救急搬送後の患者の評価に関する経緯と課題

- 重症度、医療・看護必要度における救急搬送後の患者の評価について、入院が必要な密度の高い医学管理の必要な患者を評価する考え方から導入されたもの。
- 該当期間を長く設定した場合には入院日数の延長の誘引となり得るとの課題がある一方、令和6年度診療報酬改定により該当期間を短縮した後は、内科系症例が評価されにくいとの課題が指摘されている。

◆**H28改定** 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が「重症度、医療・看護必要度」等において適切に評価されるよう検討され、「救急搬送後の患者」が入院から2日間、評価されることとなった。

◆**R2改定** 救急患者の評価を充実する観点から、必要度Ⅰでは、「救急搬送後の入院」の評価が5日間に延長され、必要度Ⅱでは、「緊急に入院を必要とする状態」が新たに評価されることとなった。

◆**R6改定** 「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、3日目以降に医療資源投入量が低下していること等から、評価日数を2日間に変更された。

→R6改定の議論において、救急入院によるA得点の5日間の日数の短縮は、内科系の評価が十分検討されていない中、バランスを欠いた評価体系となる可能性が懸念されており、R6改定後に、内科系症例の重症度、医療・看護必要度の該当割合の低下が指摘されている。

救急搬送を重く評価することの
メリット

- 入院が必要な密度の高い医学管理を要する患者を評価できる。
- 医療機関にとって救急患者を積極的に受け入れるインセンティブとなる。
- 内科患者を受け入れる医療機関への評価が低い課題が解消できる。

該当期間を5日間とすることの
課題

- 速やかに医学的管理の密度が低くなる患者を含めて、5日間にわたり該当患者として評価することが、入院日数の延長の誘引となりうる。

課題を解消した上で、メリットを維持することのできる評価指標を設けることは可能か？

出典：中医協（令和7年度第13回）入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料編②

株式会社ユアーズブレンでは、診療報酬の解釈や指導監査対策等、医事に関する様々なご質問・ご相談に対応する「**医事相談室**」サービスを提供しております。
詳細をご希望の方は <https://www.yb-satellite.co.jp/original9.html#a04> から、
または TEL：082-243-7331 e-mail：info@yb-satellite.co.jp からお問合せください。