

報告と提言

重症度、医療・看護必要度に関する検証結果について

令和6年度改定での重症度・医療・看護必要度の変更が、令和4年度の基準に比べ、内科系症例（手術なし症例）の負荷をどの程度反映しているかを評価した。

結果の概要

① 該当患者割合の変化

手術なし症例の該当患者割合が約3割減少（21.0%→15.0%）

手術あり症例の該当患者割合は約1割減少（44.2%→39.7%）

改定により、手術なし症例と手術あり症例との差が広がった。

② 差が広がった大きな要因は判定基準の変更（急性期一般入院料IからB項目の削除）、A7（救急搬送後の入院；5日から2日）の変更であった。

一方でC項目（手術等の医学的状況）での差は縮まった。

一部の配点が3点となったA6（専門的な治療・処置）の変更は、必ずしも負荷度の高い内科系症例（E、Dランク*）の評価にはなっていなかった。

③ 内保連負荷度Eランクとの関連

急性白血病のように該当患者割合が増加した分類も存在したが、減少した分類が過半数を占めた。（Dランクも同様）

④ 重症度の評価

NYHA等で重症度の低い患者が増加し、高い患者が減少した。

総評

今回の改定は負荷度の高い手術なし症例をあまり評価していなかった。

提言

- 判定基準に負荷度の高い手術なし症例への配慮を希望する。
- A7 手術なし症例の救急搬送後の入院日数の激変緩和を提言する。
- A6に負荷度の高い手術なし症例（E、Dランク）の評価を提言する。

*負荷度ランクについては内保連グリーンブック（内保連負荷度ランクと内科系技術の適正評価に関する提言ver.1 ver.2）を参照のこと



令和6年度診療報酬改定 重症度、医療・看護必要度に関する検証結果について

目的

令和6年度改定における重症度、医療・看護必要度の変更について、従来の令和4年度の基準との該当患者の割合を比較することで、内科系の負荷がどの程度評価されるようになったかを検証する。

(参考) 令和6年度診療報酬改定における、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の主要な変更点

評価項目	A1 創傷処置	重度褥瘡処置に係る診療行為を対象から除外
	A3 注射薬剤3種類以上の管理	7日間を評価日数の上限とする
	A6 専門的な治療・処置	①抗悪性腫瘍剤の使用、③麻薬の使用、⑦昇圧剤の使用、⑧抗不整脈剤の使用、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩無菌室での治療を 2点⇒3点に変更
	A7 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5日⇒2日に変更
	C 手術等の医学的状況	対象手術及び評価日数の見直し
判定基準	該当患者割合の基準の見直し	
他	急性期一般入院料1、特定機能病院入院基本料7対1及び専門病院入院基本料7対1において、 B項目を含む条件(A項目2点以上かつB項目3点以上)を除外	
他	短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を、評価対象者に追加	

手段

1. 調査対象

内保連負荷度調査で97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされる患者のデータを使用した※。

(※：対象期間：平成30年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む)

2. 検証方法

令和4年度と令和6年度の重症度、医療・看護必要度の基準に該当する患者の割合の差異を比較した。

具体的には次のような集計を行った。

- ① 評価項目、判定基準ごとの該当患者割合の変化
- ② 各種指標（NYHA心機能分類、呼吸器Hugh-Jones分類および脳卒中発症前RankinScale）と該当患者割合の関係の変化、死亡退院をアウトカムとした場合の性能評価
- ③ 内保連負荷度ランクと該当患者割合の関係の変化

なお、本分析における該当患者の判定基準は、急性期一般入院料1の施設基準に用いられる基準とした。

令和4年度版	<ul style="list-style-type: none"> ・A項目2点以上かつB項目3点以上 または ・A項目3点以上 または ・C項目1点以上 	← B項目が削除
令和6年度版	<ul style="list-style-type: none"> ・A項目3点以上 または ・C項目1点以上 	
<small>注)令和6年度版では判断基準として「A項目2点以上またはC項目1点以上」という基準も別途設けられているが、本検証では上記の判定基準を満たす患者を該当患者とした。</small>		

令和6年度診療報酬改定 重症度、医療・看護必要度に関する検証結果について

結果

① 評価項目、判定基準ごとの該当患者割合の変化について【スライド9～11 参照】

急性期一般入院料1の基準における**内科系症例(手術なし症例)の該当患者割合は約3割減少した**(21.0%⇒15.0%)。手術あり症例含む全体では2割弱の減少であった(32.7%⇒27.0%)。

減少の要因としては、第一に判定基準からのB項目の除外、次いでA7(救急搬送)の評価期間の短縮の影響が大きかった。評価項目単体でみた場合、A6(専門的治療・処置)の項目の一部が2点から3点になった点については、内科系症例の該当患者は全体と比べても増加していたが、判定基準(B項目の除外)まで含めると、全体よりも減少割合が大きくなるという結果となった。

② 各種指標との関係や死亡退院をアウトカムとした場合の性能評価について【スライド12～17 参照】

心不全の重症度を表すNYHA心機能分類において、重症度が最も低い患者の該当患者割合は約5%増えた一方、重症度が最も高い患者の該当患者割合は約7%減少した。呼吸器Hugh-Jones分類および脳卒中発症前RankinScaleも同様の傾向を示していた。

また、死亡退院した患者を重症患者とみなした場合の性能評価についても、重症患者でない者のうち該当患者ではなかった者の割合(特異度)は上昇したものの、重症患者のうち該当患者だった者の割合(感度)、該当患者のうち重症患者だった者の割合(陽性適中率)、重症患者を判別する能力と正確さの総合的な評価(F値)は低下した。

概して、重症と軽症を判別する指標としての性能が低下した可能性がある。

③ 内保連負荷度ランクと該当患者割合の関係の変化について【スライド18～21 参照】

内保連の調査により診療負荷が高いとされた診断群分類(DPC)※について、白血病など該当患者割合が増加した診断群分類もあったが、過半数の分類で該当患者割合が減少した。

内科系疾患においては、診療負荷の高い診断群分類においても患者が該当しにくくなったといえる。

(※：内保連負荷度ランクでDとEの診断群分類)

総評(まとめ)

A6(専門的な治療・処置)の見直しで内科系においてよく行われる治療・処置が2点から3点となり、一部の症例が評価されるようになったものの、改定全体としてみた場合、現行の重症度、医療・看護必要度が患者の重症度を適正に評価できているとは言い難い。

今後の取り組みとしては、

- 医療従事者の総合負荷(身体的、精神的、手技的、そして知識と判断や拘束時間からみた負担)への勘案がなされ、かつ医学的な重症度にも対応する評価が、診療報酬制度の中でより適切に行われるための方策を策定していく。
- 上記の方策を実現可能なものとするため、加盟する内科系学会を代表して、関係各所に働きかけていく。

の2点を推進していくのはどうか。

以上

令和6年度診療報酬改定
重症度、医療・看護必要度に関する検証結果

令和6年10月18日

一般社団法人 内科系学会社会保険連合

目次

1. 検証結果の概要	3
2. 検証結果についての総評	4
3. 令和6年度改定の概略	5
4. 改定検証の概要	6
5. 結果	9
6. 今後の取り組み	22

1. 検証結果の概要

令和6年度診療報酬改定における重症度、医療・看護必要度の見直しの影響を、内保連として97病院のDPCデータを用いて独自に検証したところ、以下のような結果が得られた。

- B項目の除外、A7（救急搬送）の評価期間の短縮が要因で、急性期一般入院料1の基準における**内科系症例（手術なし症例）の該当患者割合は約3割減少した（21.0%⇒15.0%）**。手術あり症例含む全体では2割弱の減少であった（32.7%⇒27.0%）。【スライド9～11参照】
 - B項目の除外、A7（救急搬送）は全体と比べて内科系の症例に影響が大きく、**もともと低かった内科系症例の該当患者割合が、より大きく落ち込んだ**。
- 心不全の重症度を表すNYHA心機能分類において、**重症度が最も低い患者の該当患者割合は約5%増えた一方、重症度が最も高い患者の該当患者割合は約7%減少した**。その他呼吸器Hugh-Jones分類等も同様の傾向を示した。【スライド12～17参照】
 - **重症と軽症を判別する、指標としての性能が低下した可能性がある**。
- 内保連の調査により診療負荷が高いとされた診断群分類（DPC）との関係について、白血病など該当患者割合が増加した診断群分類もあったが、**過半数の分類で該当患者割合が減少した**。【スライド18～21参照】
 - 内科系疾患においては、**診療負荷の高い診断群分類においても患者が該当しにくくなっている**。

2. 検証結果についての総評

A6（専門的な治療・処置）の見直しで内科系でよく行われる治療・処置が3点となり、一部の症例が評価されるようになったものの、改定全体としてみた場合、現行の重症度、医療・看護必要度が患者の重症度を適正に評価できているとは言い難い。

- 高齢者救急のあり方についての議論を発端とし、出来高換算による医療資源投入量の多寡を議論の主軸として、B項目の除外とA7（救急搬送）の評価期間の短縮が併せて行われたが、結果として内科系の該当患者割合が全体と比して大きく減少することとなった。**出来高換算点数に偏った根拠によって見直しを行うと、適正な病棟の機能分化につながらない可能性がある。**
- 検証では、NYHA心機能分類との関連性など、重症の患者を重症と判定する、指標としての性能が低下していることが示唆されている。**今後の改定においては、患者の重症度やそれに対応した医療資源の確保という観点も交えた、より包括的な検討を行うべきである。**
- 当連合の定めた、内科系の診療負荷の高い診断群分類において、過半数の分類で該当患者割合が減少した。診療負荷の高い症例が評価されなくなると将来的に適正な医療従事者の配置や医療の提供を継続できなくなる恐れがあるため、**重症度、医療・看護必要度に、医師の実際の負荷が反映されているのかを改めて問う必要がある。**

3. 令和6年度改定の概略

- 令和6年度診療報酬改定において、医療機関の機能分化および患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しが以下のように行われた。

○令和6年度診療報酬改定における、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の主要な変更点

評価項目	A 1 創傷処置	重度褥瘡処置に係る診療行為を対象から除外
	A 3 注射薬剤 3 種類以上の管理	7 日間を評価日数の上限とする
	A 6 専門的な治療・処置	①抗悪性腫瘍剤の使用、③麻薬の使用、⑦昇圧剤の使用、⑧抗不整脈剤の使用、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑪無菌室での治療を 2 点⇒3 点に変更
	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 5 日⇒2 日に変更
	C 手術等の医学的状況	対象手術及び評価日数の見直し
判定基準	該当患者割合の基準の見直し	
	急性期一般入院料 1、特定機能病院入院基本料 7 対 1 及び専門病院入院基本料 7 対 1 において、 B項目を含む条件（A項目 2 点以上かつB項目 3 点以上）を除外	
他	短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を、評価対象者に追加	

4. 改定検証の概要

- 目的
 - 令和6年度改定における重症度、医療・看護必要度の変更について、従来の令和4年度の基準との該当患者の割合を比較することで、内科系の負荷がどの程度評価されるようになったかを検証する。具体的には次の「検証方法」に示した集計分析を実施する。
- 調査対象
 - 内保連負荷度調査※で97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされる患者のデータ（対象期間：平成30年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む）。

※：内科系医師の診療過程の負荷を定量的に測定するとともに、医師の診療の負荷に影響を与える要因等を調査するため、内科系学会社会保険連合が実施した一連の研究・分析のこと。「主治医に対するアンケート」、「エキスパートパネルに対するアンケート」およびDPCデータ分析をもとに行われた。

4. 改定検証の概要

• 検証方法

- 前述の調査対象より以下の集計を実施し、令和4年度と令和6年度の該当患者割合の差異を比較した。
 - ① 評価項目、判定基準ごとの該当患者割合の変化
 - ② 各種指標（NYHA心機能分類、呼吸器Hugh-Jones分類および脳卒中発症前RankinScale）と該当患者割合の関係の変化、死亡退院をアウトカムとした場合の性能評価
 - ③ 内保連負荷度ランク（スライド18の注参照）と該当患者割合の関係の変化
- 本分析における該当患者の判定基準は、急性期一般入院料1の施設基準に用いられる基準とした。具体的には以下の表のとおり。

○判定基準の定義（急性期一般入院料1）

令和4年度版	・A項目2点以上かつ B項目3点以上 または ・A項目3点以上 または ・C項目1点以上	B項目が削除
令和6年度版	・A項目3点以上 または ・C項目1点以上	

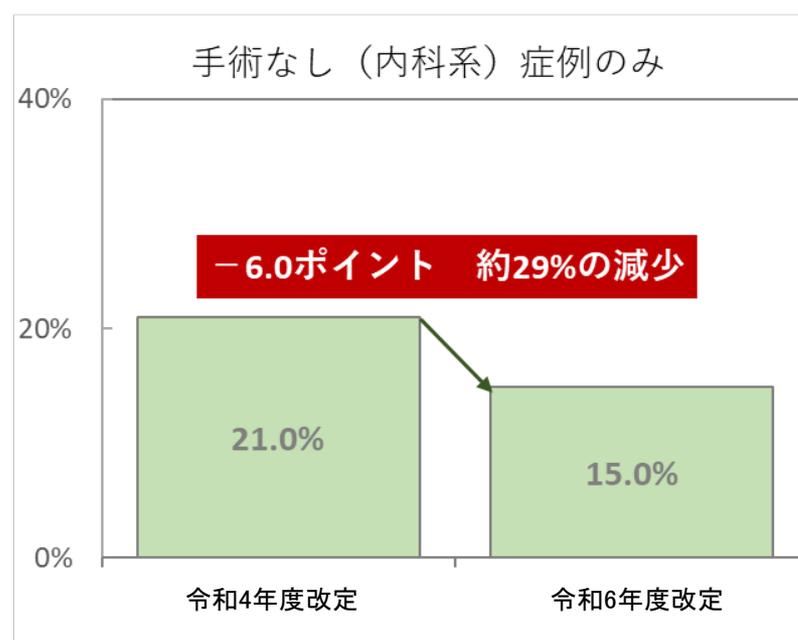
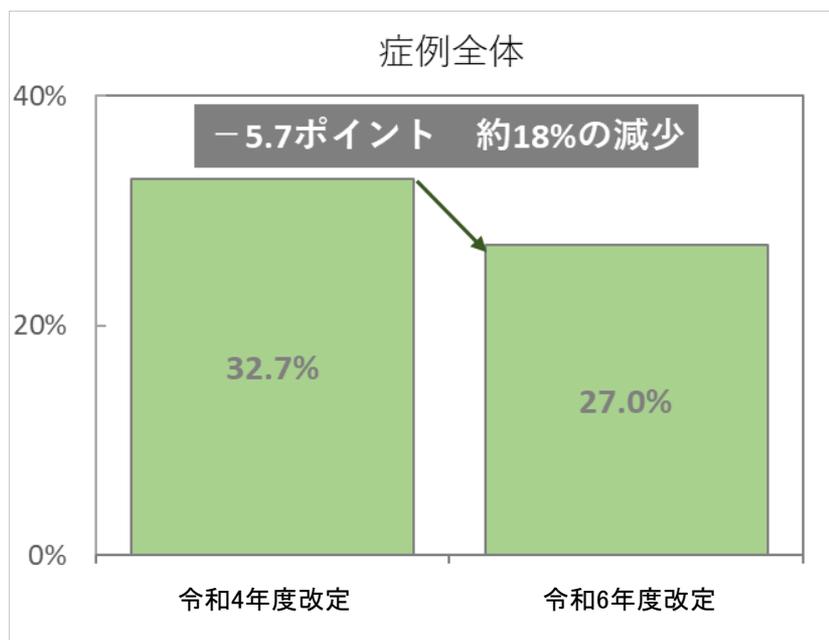
注) 令和6年度版では判断基準として「A項目2点以上またはC項目1点以上」という基準も別途設けられているが、本検証では上記の判定基準を満たす患者を該当患者とした。

4. 改定検証の概要

- 検証の限界について
 - 改定の検証にあたっては、今回用いたデータは内保連負荷度調査で収集したDPCデータ（対象期間：平成30年4～9月）であるため、下記の点に留意されたい。
 1. データの年次が古いため、看護必要度の評価対象となる薬剤や手技のうち、データ収集当時存在しなかった新薬や新技術等を評価できない。
 2. 悉皆調査でないため、検証結果にサンプリングバイアスがかかり得る。
 3. 看護必要度の評価対象となる薬剤や手技について、データ収集当時と現在では治療のトレンドが変わっている場合、バイアスになり得る。
- 集計委託先
 - 集計は(株)健康保険医療情報総合研究所に委託した。

5. 結果①：該当患者割合の変化

- 令和6年度の評価項目と判定基準で集計した場合と、令和4年度の評価項目と判定基準で集計した場合を比較すると、該当患者の割合は－5.7ポイントの減少となった。（32.7%⇒27.0%）
 - うち手術なし（内科系）の症例の該当患者割合については、もともと全体より11.7ポイント下回っていたものが、**全体の減少幅より大きい－6.0ポイントの減少となり、3割近い減少となった。**（21.0%⇒15.0%）



5. 結果①：該当患者割合の変化

- 減少割合を評価項目・判断基準ごとに個別にみていった場合、最も減少が大きかったものは判断基準の改定（-6.7ポイント）、次いでA7（救急搬送後の入院）の改定（-2.8ポイント）で、いずれも**全体と比べて手術なし症例のみ（内科系のみ）の減少割合の方が大きかった。**

分析条件のパターン	評価項目	判断基準	短期滞在手術の患者	該当患者割合（施設別中央値）				
				分析対象全体	令和4年度版との差	手術なし症例のみ	令和4年度版との差	
比較対象（グリーンブックver.2と同様の集計）	令和4年度版	令和4年度版	含まない	32.7%		21.0%		
評価項目は改定せず、判断基準のみ改定した場合	令和4年度版	令和6年度版	含まない	27.0%	-5.7%	14.3%	-6.7%	
判断基準は改定せず、評価項目を改定した場合	評価項目のみ改定し、判断基準を改定しない場合	令和6年度版	令和4年度版	含まない	30.1%	-2.6%	19.2%	-1.8%
	A1のみ改定した場合	左記項目のみ令和6年度版※			32.7%	0.0%	20.9%	-0.1%
	A2のみ改定した場合	同上			32.7%	0.0%	21.0%	0.0%
	A3のみ改定した場合	同上			31.5%	-1.2%	19.7%	-1.3%
	A4のみ改定した場合	同上			32.7%	0.0%	21.0%	0.0%
	A5のみ改定した場合	同上			32.7%	0.0%	21.0%	0.0%
	A6のみ改定した場合	同上			34.4%	1.6%	22.9%	1.9%
	A7のみ改定した場合	同上			30.5%	-2.3%	18.2%	-2.8%
	Cのみ改定した場合	同上			31.5%	-1.2%	21.0%	0.0%

※：「分析条件のパターン」で指定した項目のみ令和6年度版で、それ以外は令和4年度版の評価項目。たとえば「A1のみ改定した場合」は、A1のみ令和6年度版、それ以外は令和4年度版の評価項目で集計を行っている。

5. 結果①：該当患者割合の変化

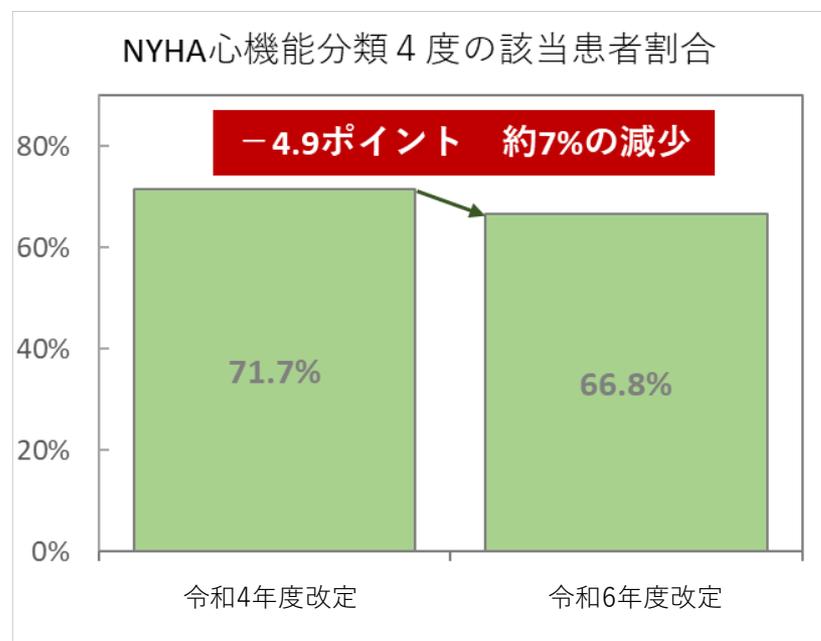
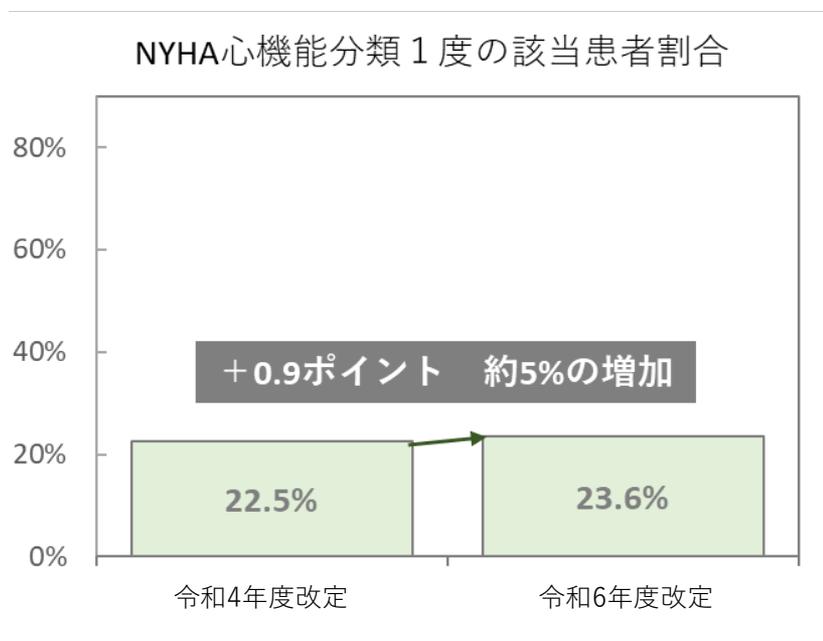
- 一部の配点が3点となったA6項目（専門的な治療・処置）の変更については、評価項目のみでみた場合、全体と比べても該当患者割合は増加していた（+1.9ポイント）。その一方で、判定基準まで含めると全体よりも減少割合が大きくなるという結果となった。

分析条件のパターン		評価項目	判定基準	短期滞在手術の患者	該当患者割合（施設別中央値）			
					分析対象全体	令和4年度版との差	手術なし症例のみ	令和4年度版との差
比較対象（グリーンブックver.2と同様の集計）		令和4年度版	令和4年度版	含まない	32.7%		21.0%	
判定基準は改定せず、評価項目を改定した場合	A6のみ改定した場合	左記項目のみ 令和6年度版※	令和4年度版	含まない	34.4%	1.6%	22.9%	1.9%
判定基準・評価項目ともに改定した場合	A6のみ改定した場合	左記項目のみ 令和6年度版※	令和6年度版	含まない	30.1%	-2.6%	17.7%	-3.3%

※：「分析条件のパターン」で指定した項目のみ令和6年度版で、それ以外は令和4年度版の評価項目。たとえば「A1のみ改定した場合」は、A1のみ令和6年度版、それ以外は令和4年度版の評価項目で集計を行っている。

5. 結果②：各種指標と該当患者割合の関係の変化

- NYHA心機能分類[※]と該当患者割合の関係をみると、令和4年度と比較して、**最も重症である4度の患者（安静にしていても心不全症状・狭心症状が生じる患者）の該当割合の減少幅が1～3度と比較して大きくなっていった。**



※：ニューヨーク心臓協会が作成した心機能分類(法)。数値が大きくなるほど心不全の症状の程度が強いことを示す。

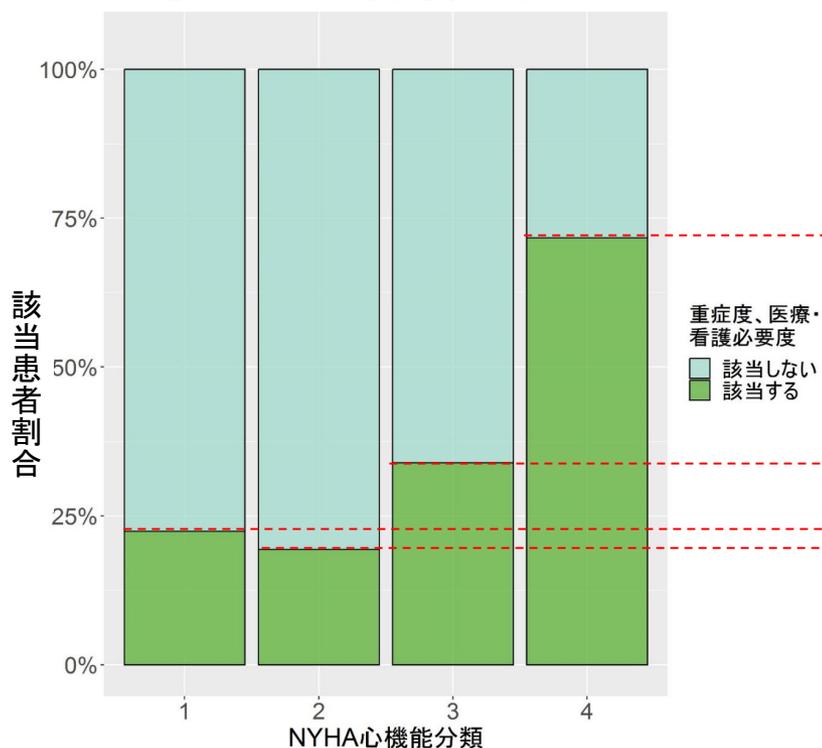
1度と4度の患者の詳細な定義は次のとおり。

1度…「身体活動に制限のない心疾患患者（心疾患を有するがそのために身体活動が制限されることのない患者。通常の身体活動では疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状はきたさない。）」

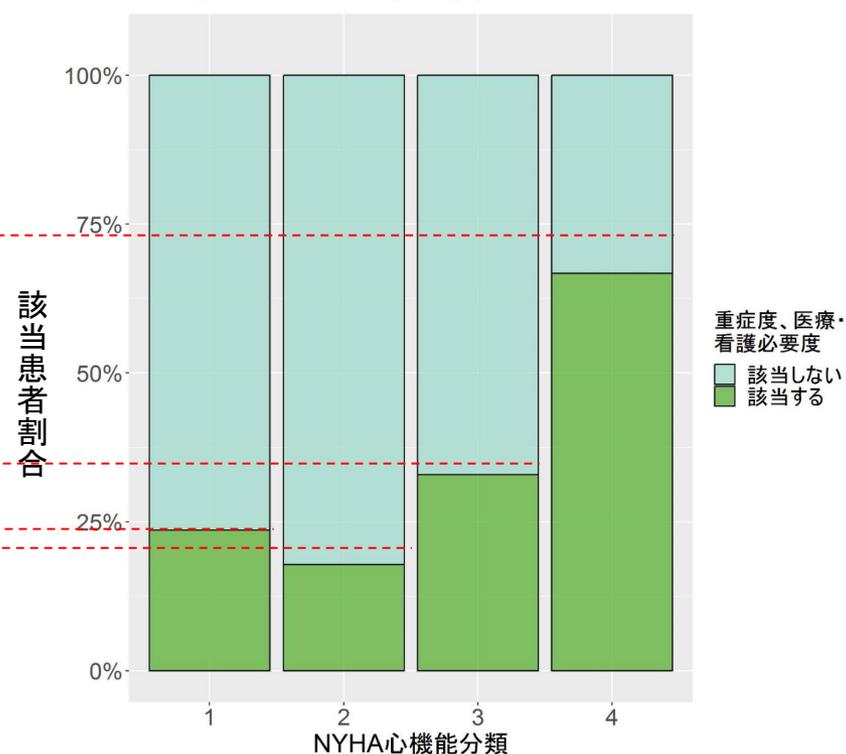
4度…「身体活動を制限し安静にしていても心不全症状・狭心症状が生じ、わずかな身体活動でも訴えが増強する。（心疾患を有し、そのために非常に軽度の身体活動でも愁訴をきたす患者。安静時においても心不全あるいは狭心症状を示すことがある。少しの身体活動でも愁訴が増加する。）」

5. 結果②：各種指標と該当患者割合の関係の変化

＜令和4年度版＞重症度、医療・看護必要度の
該当患者割合とNYHA心機能分類の関係

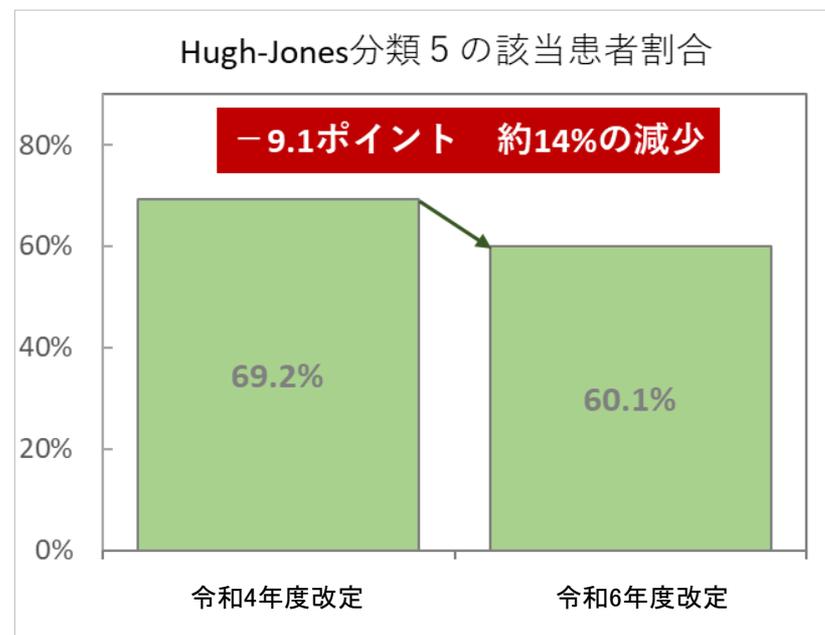
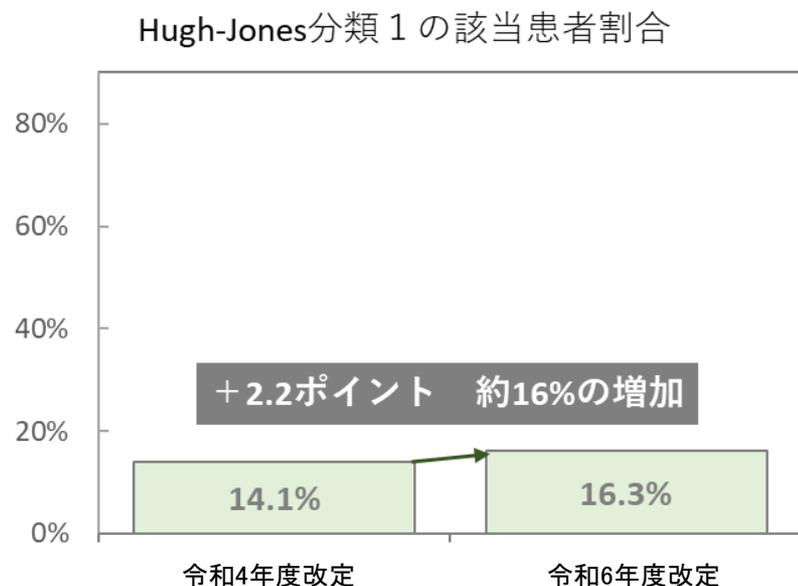


＜令和6年度版＞重症度、医療・看護必要度の
該当患者割合とNYHA心機能分類の関係



5. 結果②：各種指標と該当患者割合の関係の変化

- 呼吸器Hugh-Jones分類^{*}と該当患者割合の関係をみると、令和4年度と比較して、最も重症である分類5の患者（会話・着替えにも息切れがする。息切れの為外出できない患者）の該当割合の減少幅が、分類1～4と比較して大きくなっていった。



※：呼吸器疾患患者の運動機能と呼吸困難からみた評価基準で、数値が大きくなるほど生活の障害の程度も大きくなる。

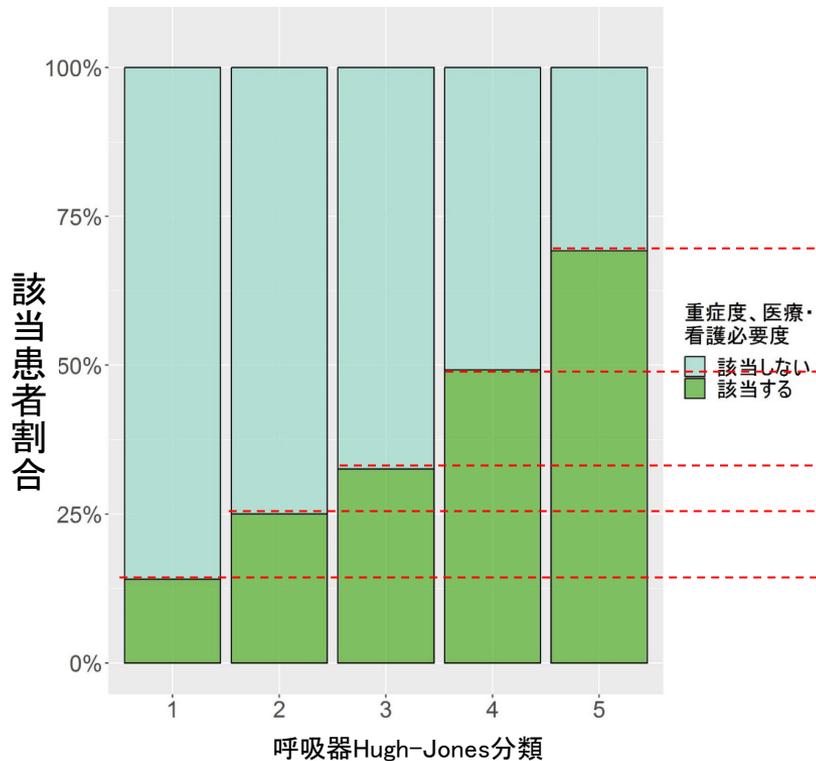
分類1度と分類5の患者の詳細な定義は次のとおり。

分類1…「同年齢の健康者と同様の労作ができ、歩行、階段昇降も健康者並みにできる。」

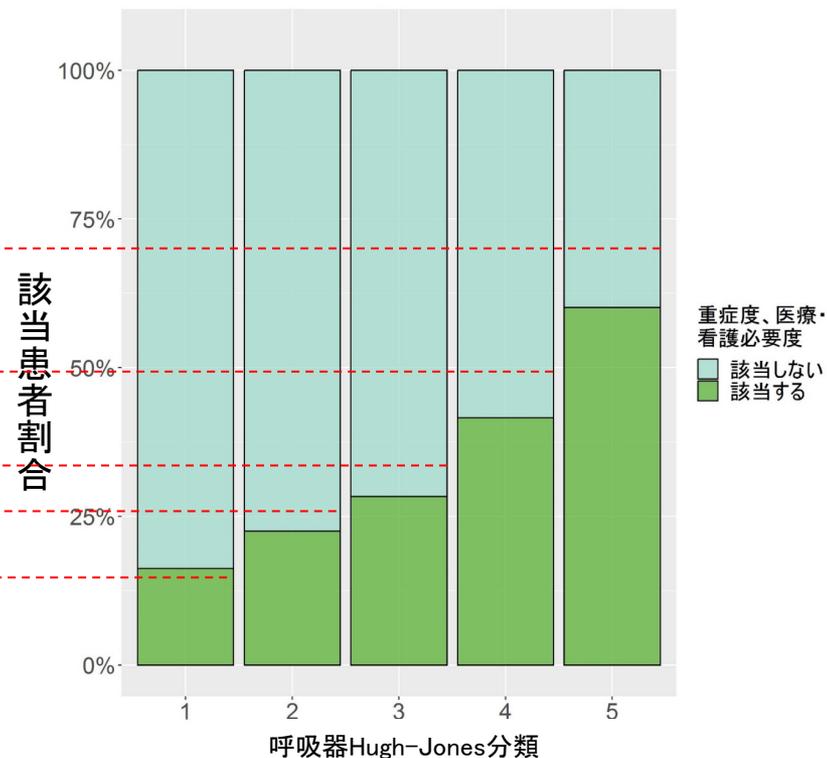
分類5…「会話・着替えにも息切れがする。息切れの為外出できない。」

5. 結果②：各種指標と該当患者割合の関係の変化

＜令和4年度版＞重症度、医療・看護必要度の
該当患者割合と呼吸器Hugh-Jones分類の関係

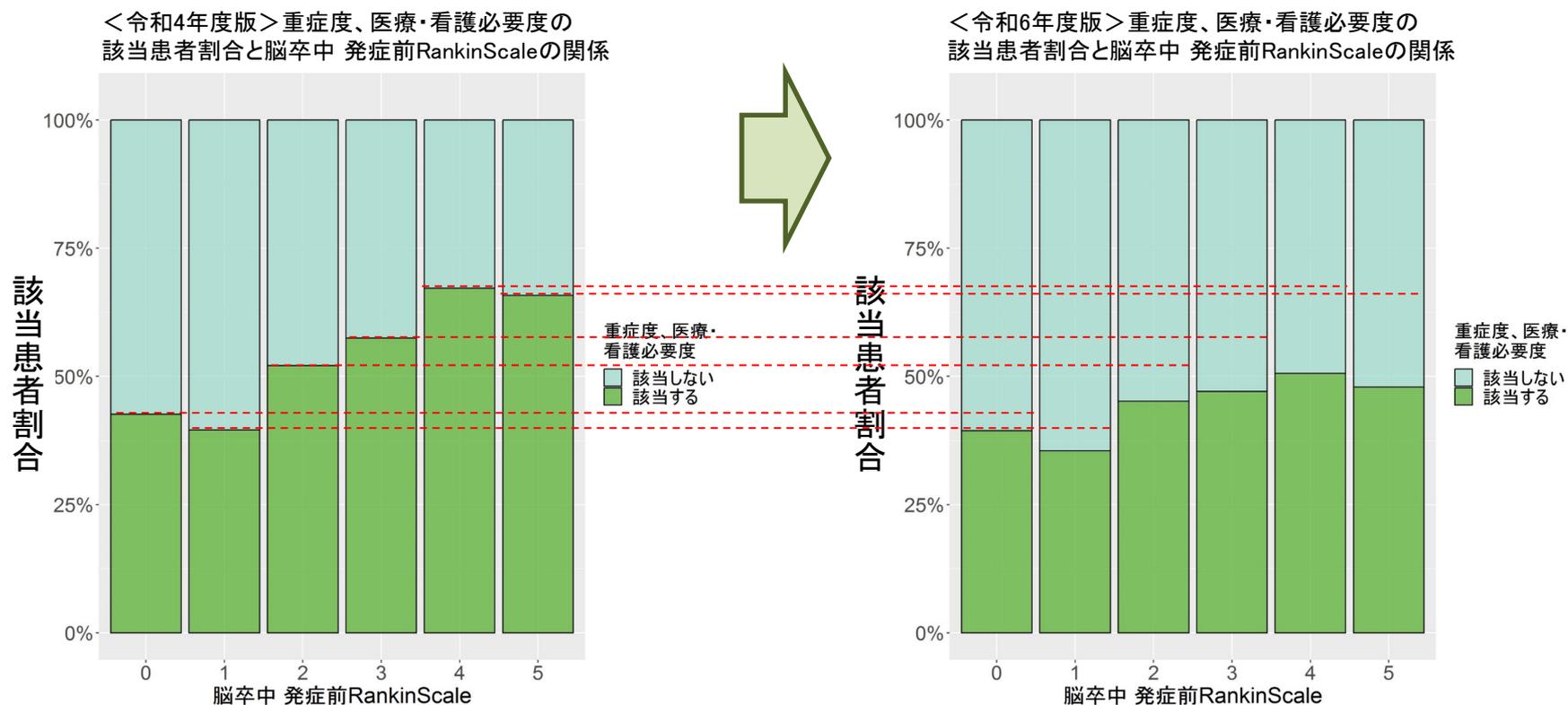


＜令和6年度版＞重症度、医療・看護必要度の
該当患者割合と呼吸器Hugh-Jones分類の関係



5. 結果②：各種指標と該当患者割合の関係の変化

- 脳卒中発症前RankinScale*と該当患者割合の関係をみると、令和4年度と比較して、**重度の障害（寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする）**を示す5の患者で該当患者割合の減少幅が最も大きかった。



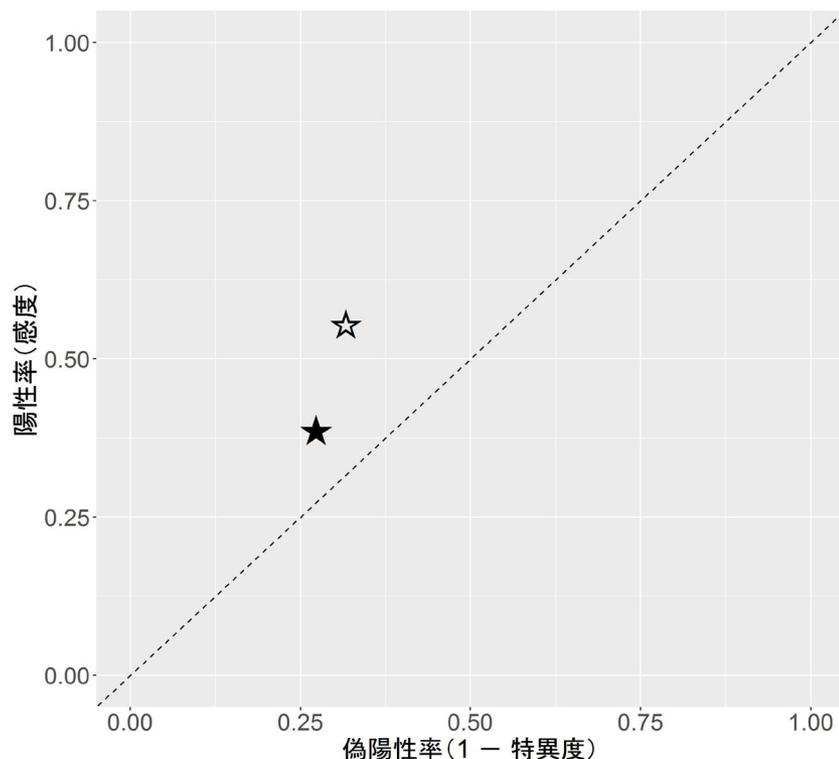
※：脳卒中の発症前おおむね1週間のADLを病歴等から推察し、0～5の6段階で評価を行ったもの。0はまったく症候はなく、1以降数値が大きくなるほどADLが低下する。

5. 結果②：各種指標と該当患者割合の関係の変化

- 死亡退院した患者を重症患者とみなした場合の性能評価を行うと、令和4年度と比較して、感度、陽性適中率、F値※が低下していた。

※：感度は重症患者（死亡退院だった患者）のうち該当患者だった者の割合。重症患者を重症と判定する能力を示す。
陽性適中率は該当患者のうち重症患者だった者の割合、F値は重症患者を判別する能力と正確さの総合的な評価を示す。
特異度は重症患者ではなかった者のうち該当患者ではなかった者の割合。重症でない患者を重症でないと判定する能力を示す。

(☆令和4年度、★令和6年度)



指標	2022	2024	増減
感度	0.555	0.387	-0.168
特異度	0.683	0.727	+0.044
陽性適中率	0.075	0.062	-0.013
F値	0.132	0.106	-0.026

5. 結果③：内保連負荷度ランクと該当患者割合の関係の変化

- DPCコード別に、改定前後における該当患者割合の変化をみると、内保連負荷度ランク※の高い（D、Eランク）診断群分類の該当患者割合は、37分類中28分類が減少し、9分類で該当患者割合が増加した。
 - 急性白血病についてはEランク、Dランクともに20ポイント以上増加した。**A6（専門的な治療・処置）の見直しに起因するとみられる。**

※：内科系のDPC分類について「医師の診療の負荷」の高低という観点から、A～Eランクの5段階に分類した相対評価。Eランクは負荷度が最も高い分類で、Dランクはそれに次ぐ分類。負荷度ランクは96施設1,629名の主治医に協力いただいたアンケートと、19領域249名からなるエキスパートパネルによるコンセンサス形成により決定された。詳細については「内保連グリーンブック 内保連負荷度ランクと内科系技術の適性評価に関する提言ver.1」(<https://www.naihoren.jp/activity/558/>) を参照のこと。

5. 結果③：内保連負荷度ランクと該当患者割合の関係の変化

○内保連負荷度ランクEランクの診断群分類と該当患者割合の関係

コード	診断群分類名称_H30	負荷度 ランク	症例件数 (人日)※	令和4年度改定 該当患者割合	令和6年度改定 該当患者割合	増減
010040x099000x	非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）（JCS10未満） 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	E	23,779	15.0%	4.8%	-10.2%
040040xx9903xx	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 3あり	E	9,709	17.0%	13.4%	-3.5%
040081xx99x10x	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2 あり 定義副傷病 なし	E	3,552	36.0%	19.1%	-16.9%
050130xx97020x	心不全 その他の手術あり 手術・処置等1 なし、1あり 手術・処置等2 2あり 定義副傷病 なし	E	10,687	35.3%	31.0%	-4.4%
050130xx99020x	心不全 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 2あり 定義副傷病 なし	E	12,760	30.3%	24.4%	-5.9%
110280xx02x1xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全 動脈形成術、吻合術 その他の動脈等 手術・処置等2 1あり	E	17,026	11.6%	14.4%	+2.9%
130010xx97x2xx	急性白血病 手術あり 手術・処置等2 2あり	E	39,382	41.6%	65.5%	+23.9%
130030xx97x3xx	非ホジキンリンパ腫 手術あり 手術・処置等2 3あり	E	14,826	29.7%	33.0%	+3.3%
130030xx97x40x	非ホジキンリンパ腫 手術あり 手術・処置等2 4あり 定義副傷病 なし	E	27,333	26.5%	32.3%	+5.8%
130100xxxx4xx	播種性血管内凝固症候群 手術・処置等2 4あり	E	11,308	50.6%	40.0%	-10.6%
180010x0xxx2xx	敗血症（1歳以上） 手術・処置等2 2あり	E	12,970	34.1%	21.2%	-13.0%
180010x0xxx3xx	敗血症（1歳以上） 手術・処置等2 3あり	E	7,043	45.4%	31.2%	-14.2%

※：短期滞在手術の患者も含む。

5. 結果③：内保連負荷度ランクと該当患者割合の関係の変化

○内保連負荷度ランクDランクの診断群分類と該当患者割合の関係①

コード	診断群分類名称_H30	負荷度 ランク	症例件数 (人日)※	令和4年度改定 該当患者割合	令和6年度改定 該当患者割合	増減
010040x199x00x	非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）（JCS10以上）手術なし 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	D	9,434	20.2%	7.3%	-12.9%
010060x2990411	脳梗塞（脳卒中発症3日目以内、かつ、JCS10未満）手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 4あり 定義副傷病 1あり 発症前Rankin Scale 0、1又は2	D	10,156	26.1%	22.8%	-3.4%
040081xx99x00x	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	D	69,591	27.4%	9.8%	-17.5%
040110xxxx0xx	間質性肺炎 手術・処置等2 なし	D	40,912	25.3%	20.1%	-5.2%
050030xx97000x	急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞 その他の手術あり 手術・処置等1 なし、1あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	D	18,811	43.7%	35.4%	-8.3%
050030xx97030x	急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞 その他の手術あり 手術・処置等1 なし、1あり 手術・処置等2 3あり 定義副傷病 なし	D	3,873	30.8%	24.9%	-6.0%
050080xx99101x	弁膜症（連弁膜症を含む。）手術なし 手術・処置等1 1あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 あり	D	74	27.0%	27.0%	+0.0%
050130xx97000x	心不全 その他の手術あり 手術・処置等1 なし、1あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	D	15,005	34.7%	27.9%	-6.8%
050130xx99000x	心不全 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	D	55,569	26.4%	18.6%	-7.8%
050130xx9901xx	心不全 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 1あり	D	10,433	28.5%	20.2%	-8.3%
050130xx9910xx	心不全 手術なし 手術・処置等1 1あり 手術・処置等2 なし	D	14,772	32.2%	29.0%	-3.2%
050130xx99120x	心不全 手術なし 手術・処置等1 1あり 手術・処置等2 2あり 定義副傷病 なし	D	7,241	29.1%	28.4%	-0.7%
050161xx99000x	解離性大動脈瘤 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	D	5,399	11.1%	4.4%	-6.7%
060060xx97100x	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍 その他の手術あり 手術・処置等1 あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	D	13,474	52.5%	42.5%	-10.1%
06007xxx97x00x	膵臓、脾臓の腫瘍 その他の手術あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	D	14,321	46.9%	37.7%	-9.2%

※：短期滞在手術の患者も含む。

5. 結果③：内保連負荷度ランクと該当患者割合の関係の変化

○内保連負荷度ランクDランクの診断群分類と該当患者割合の関係②

コード	診断群分類名称_H30	負荷度 ランク	症例件数 (人日) ※	令和4年度改定 該当患者割合	令和6年度改定 該当患者割合	増減
06007xx99051x	脾臓、脾臓の腫瘍 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 5あり 定義副傷病 あり	D	151	17.9%	25.8%	+7.9%
060210xx9710xx	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術あり 手術・処置等1 あり 手術・処置等2 なし	D	6,807	48.2%	34.7%	-13.5%
070560xx99x00x	重篤な臓器病変を伴う全身性自己免疫疾患 手術なし 手術・処置等2 なし 定 義副傷病 なし	D	35,008	5.5%	4.2%	-1.2%
070560xx99x01x	重篤な臓器病変を伴う全身性自己免疫疾患 手術なし 手術・処置等2 なし 定 義副傷病 あり	D	4,850	5.3%	4.4%	-0.9%
110260xx99x0xx	ネフローゼ症候群 手術なし 手術・処置等2 なし	D	10,705	10.1%	16.8%	+6.7%
130010xx99x2xx	急性白血病 手術なし 手術・処置等2 2あり	D	2,709	17.5%	47.3%	+29.8%
130030xx99x30x	非ホジキンリンパ腫 手術なし 手術・処置等2 3あり 定義副傷病 なし	D	9,872	16.0%	22.9%	+7.0%
130040xx99x5xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物 手術なし 手術・処置等2 5あり	D	11,471	14.9%	9.3%	-5.6%
130060xx97x40x	骨髄異形成症候群 手術あり 手術・処置等2 4あり 定義副傷病 なし	D	8,200	29.6%	29.0%	-0.7%
180010x0xxx0xx	敗血症（1歳以上） 手術・処置等2 なし	D	17,317	24.3%	12.5%	-11.8%

※：短期滞在手術の患者も含む。

6. 今後の取り組み

「2. 検証結果についての総評」で述べたように、重症度、医療・看護必要度について、今後も出来高換算点数を主軸に見直しを行った場合、適正な病棟の機能分化につながらず、ひいては被保険者である国民の不利益につながる恐れがある。見直しにあたっては、患者の容体やそれに対応した医療資源の確保という観点も交え、より精緻な議論を行うべきであり、当連合としては以下のような取り組みを推進していく。

- **医療従事者の総合負荷（身体的、精神的、手技的、そして知識と判断や拘束時間からみた負担）への勘案がなされ、かつ医学的な重症度にも対応する評価が、診療報酬制度の中でより適切に行われるための方策を策定していく。**
- **上記の方策を実現可能なものとするため、加盟する内科系学会を代表して、関係各所に働きかけていく。**

以上