
内保連グリーンブック 2022 年

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.2 追加資料

概要図および医療技術提案書（2023 年 8 月 2 日版）に係る追加集計について

Ⅰ はじめに

本資料は、内保連グリーンブック 2022 年 Ver.2 の「Ⅰ.「重症度、医療・看護必要度」の改善について」で提案を行った重症度、医療・看護必要度の提案について、医療技術提案書（令和 6 年度）の段階で再度調整を行ったことを受け、その変更に係る差分の情報を整理したものである。

Ⅰア) 提案

内保連グリーンブック 2022 年 Ver.2 の「Ⅰ.「重症度、医療・看護必要度」の改善について」で提案を行った重症度、医療・看護必要度の改善提案では、既存の重症度、医療・看護必要度の A 項目について医師の診断や治療内容の複雑性に関連する 5 項目を提案したが、さらなる簡素化を試み、次の 3 項目の提案とした。（図表 1 参照）

A 項目に追加される項目が変わると最大取得点数も変わるようになるため、内保連グリーンブック 2022 年 Ver.2 発刊後に、重症者の判定基準（カットオフ値）について候補を選出し、予後の予測性能の向上に係る重症度指標について追加で 100 弱のパターンのシミュレーションを行った。その結果を元に、重症者の判定基準（カットオフ値）を現行の基準の A 項目 3 点以上から 4 点以上に上げる形に決定した。（図表 2 参照）

図表 1：重症度、医療・看護必要度各項目の改善提案

A 項目（赤字が新規追加部分）

No	項目	配点		
		0点	1点	2点
A1	創傷処置	なし	あり	—
A2	呼吸ケア	なし	あり	—
A3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	—
A4	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
A5	輸血や血液製剤の管理	なし	—	あり
A6	専門的な治療・処置（①～⑪）	なし	—	あり
A7	緊急に入院を必要とする状態	なし	—	あり
A8	検査および画像診断の選択・結果判断・推論の複雑性 ①検査の出来高換算点数が600点以上※ ¹ ②画像診断の出来高換算点数が300点以上※ ²	該当 なし	1つ 該当	2つ 該当
A9	特定器材の使用の判断 (特定器材の使用の有無で評価※ ³)	なし	—	あり
A10	注射処方の方針決定の複雑性 (当該日の処方開始注射薬の有無で評価※ ⁴)	なし	あり	—

※1：現行のC項目と重複するレセプト電算コード、旧A4「心電図モニター管理」のレセプト電算コード、薬剤、特定器材を除く。

※2：薬剤、特定器材を除く。

※3：全ての特定器材を対象とする。

※4：対象とするレセプト電算コードはA3と同じとする。

図表 2：判定基準

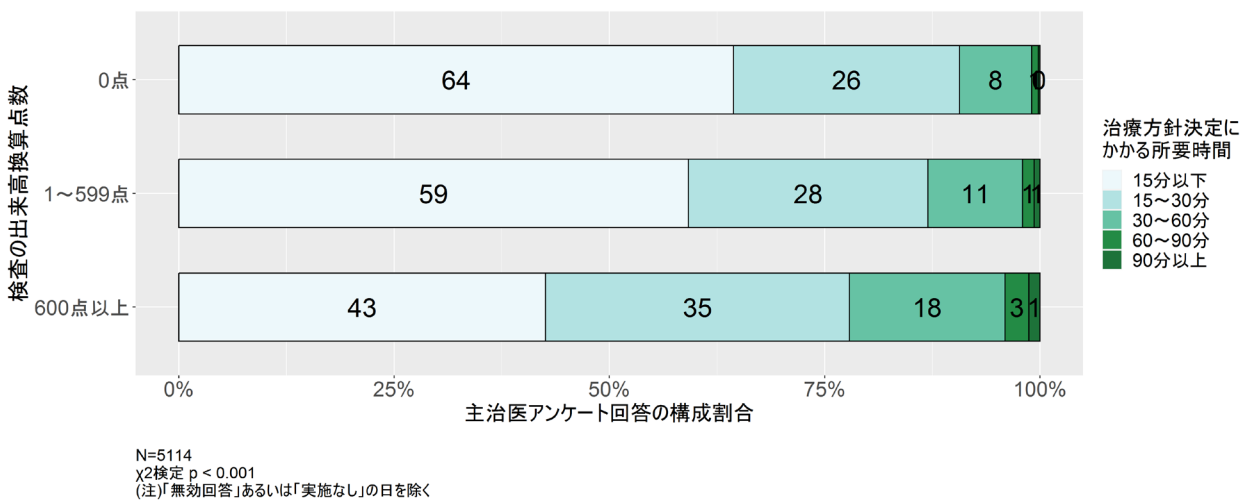
現行の基準	提案する基準
以下のいずれかに該当 ・A項目2点以上かつB項目3点以上 ・A項目3点以上 ・C項目1点以上	以下のいずれかに該当 ・A項目2点以上かつB項目3点以上 ・A項目4点以上 ・C項目1点以上

Ⅰイ) 項目に関する根拠（追加分）

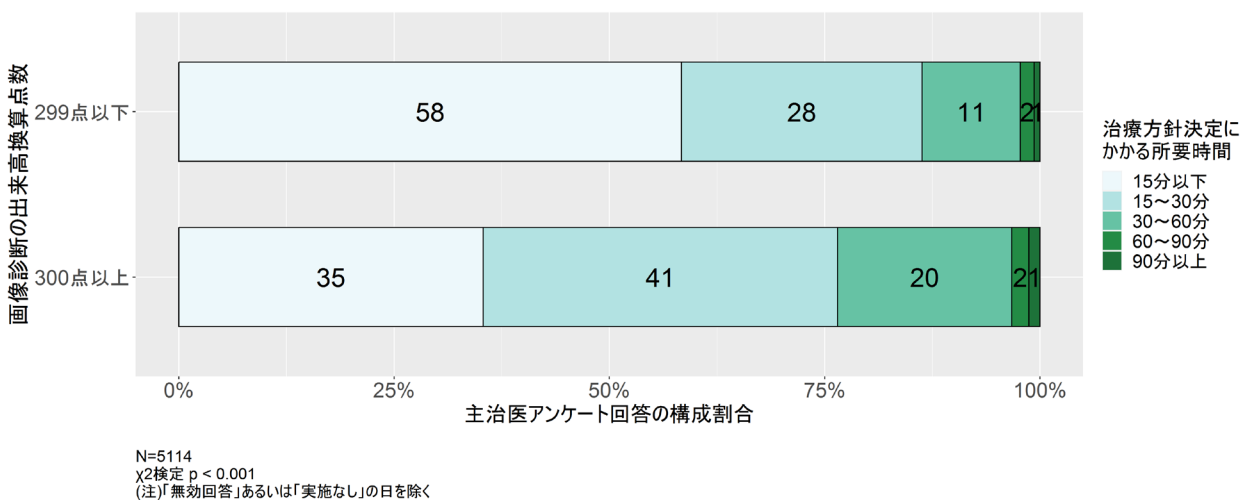
医療技術提案書（令和6年度）の提出に際して、追加の根拠として各項目と医師の治療方針決定にかかる所要時間との関係について、内保連グリーンブック 2022年 Ver.2の「I.「重症度、医療・看護必要度」の改善について 2.方法（イ）データ分析」と同じデータを用い集計を行った。（図表3、図表4、図表5、図表6参照）

なお、これら以外の各項目の根拠については、内保連グリーンブック 2022年 Ver.2のP.10～13およびP.34のとおりである。

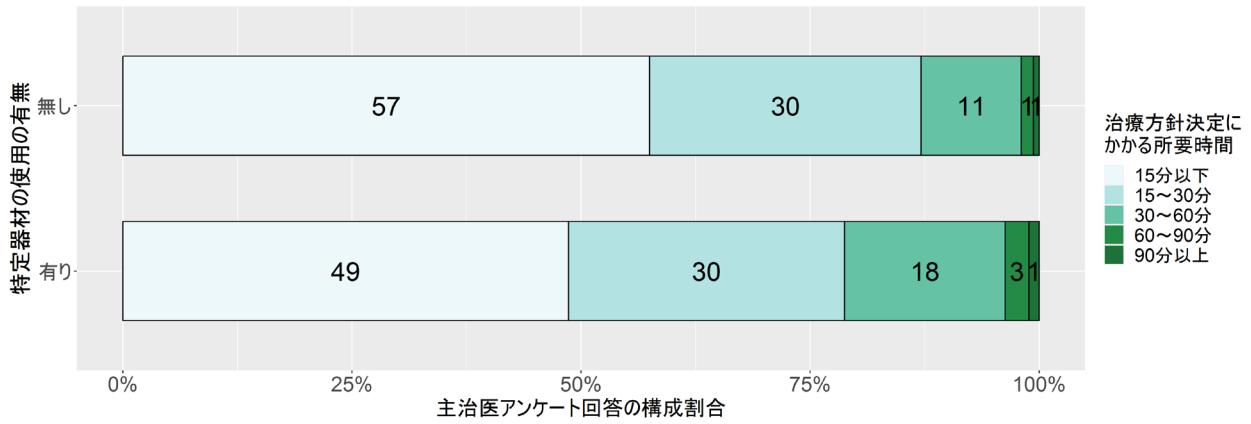
図表3：A8 ①検査の出来高換算点数と医師の治療方針決定にかかる所要時間の関係



図表4：A8 ②画像診断の出来高換算点数と医師の治療方針決定にかかる所要時間の関係

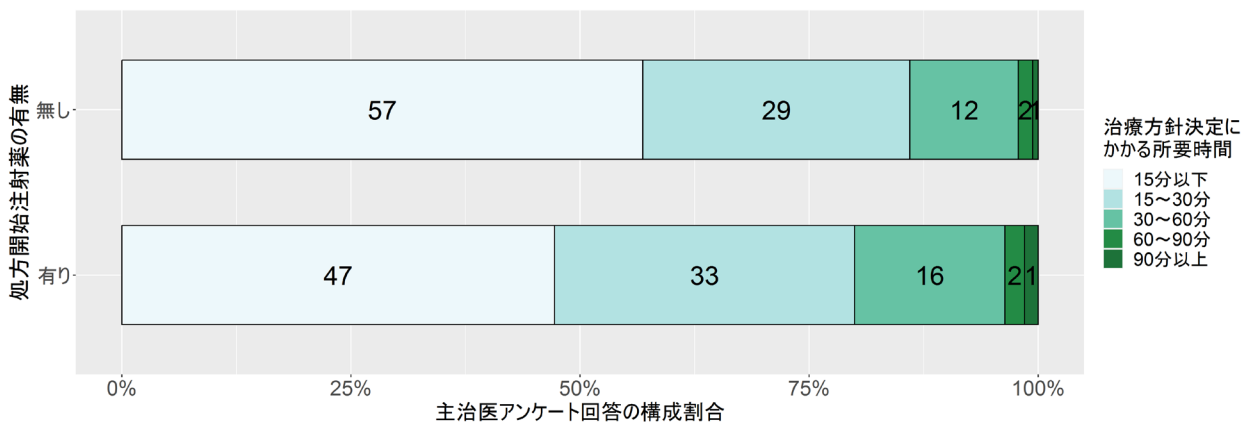


図表5：A9 特定器材の使用の有無と医師の治療方針決定にかかる所要時間の関係



N=5114
 χ^2 検定 $p < 0.001$
 (注)「無効回答」あるいは「実施なし」の日を除く

図表6：A10 処方開始注射薬の有無と医師の治療方針決定にかかる所要時間の関係



N=5114
 χ^2 検定 $p < 0.001$
 (注)「無効回答」あるいは「実施なし」の日を除く

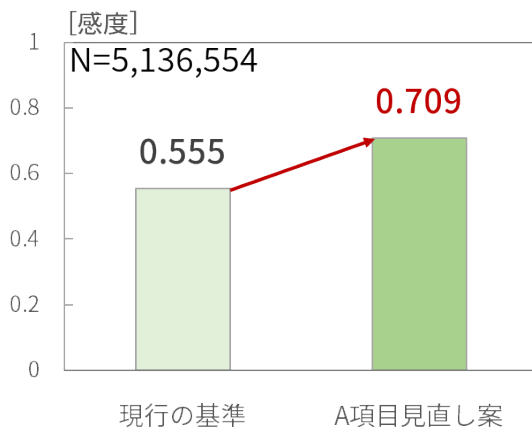
Ⅰウ) 結果

① 死亡退院を被説明変数とした場合の性能評価

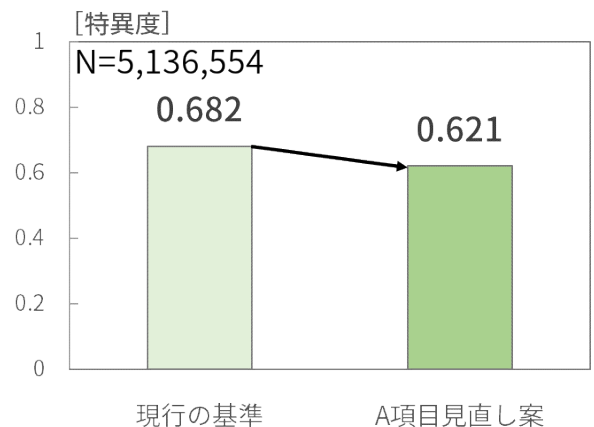
現行の項目・基準と医療技術提案書（令和6年度）の改善提案について、内保連グリーンブック2022年 Ver.2のP.15、16と同様に、内保連負荷度調査のデータを用いて死亡退院を被説明変数とした場合の各指標の比較を行い、次のような結果が得られた。

- 重症者を重症と判定できる能力（感度）は、0.555→0.709と改善した。（図表7）
- 重症者でない者を重症者でないと判定できる能力（特異度）は、感度向上とのトレードオフとして0.682→0.621とやや低下した。（図表8）
- 重症と判定した者のうち実際にアウトカム（死亡退院）が発生した割合（陽性適中率）については、0.075→0.080に改善した。（図表9）
- 重症者を判別する能力と正確さの総合的な評価（F値）については、0.132→0.143に改善した。（図表10）

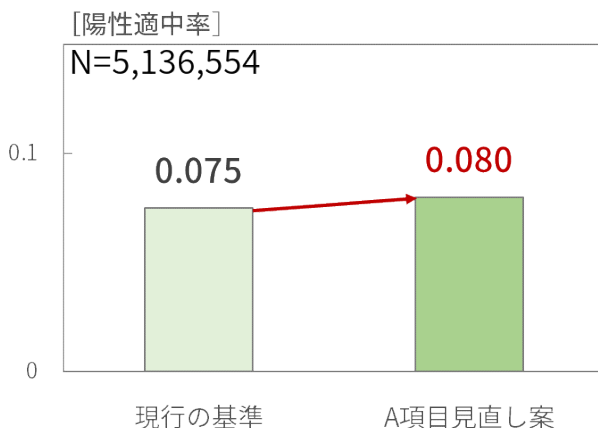
図表7：現行の項目・基準と見直し案の感度の比較



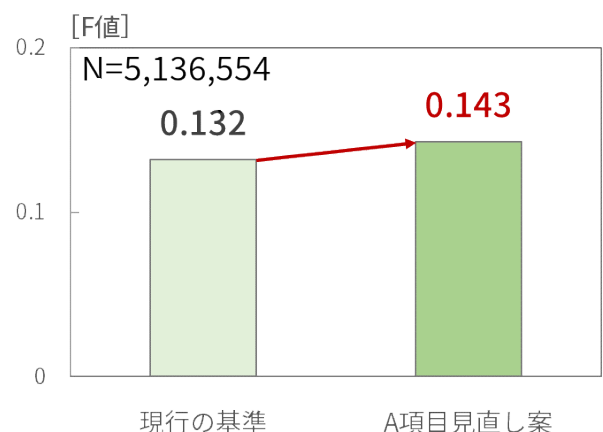
図表8：現行の項目・基準と見直し案の特異度の比較



図表9：現行の項目・基準と見直し案の陽性適中率の比較



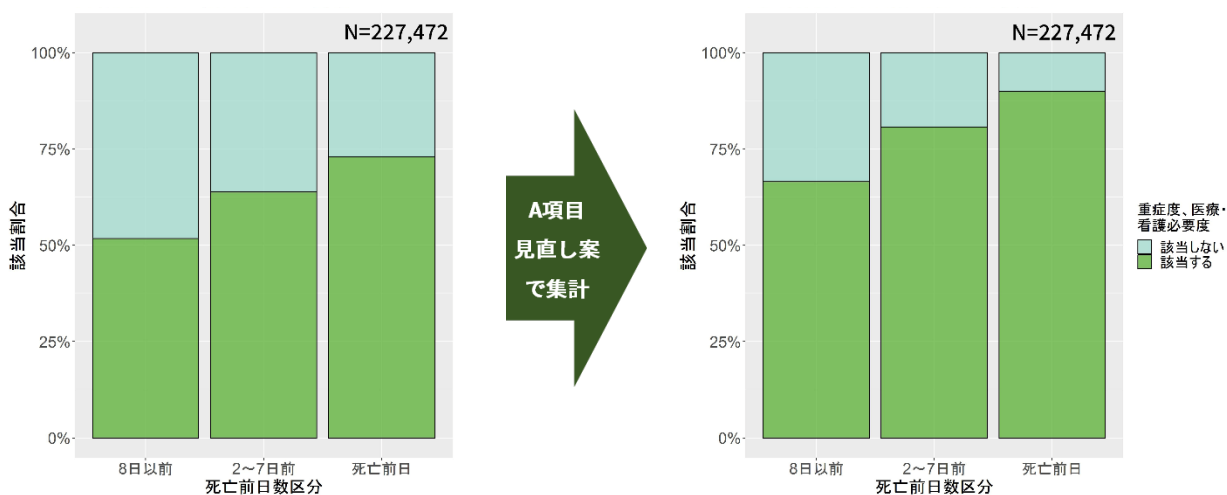
図表10：現行の項目・基準と見直し案のF値の比較



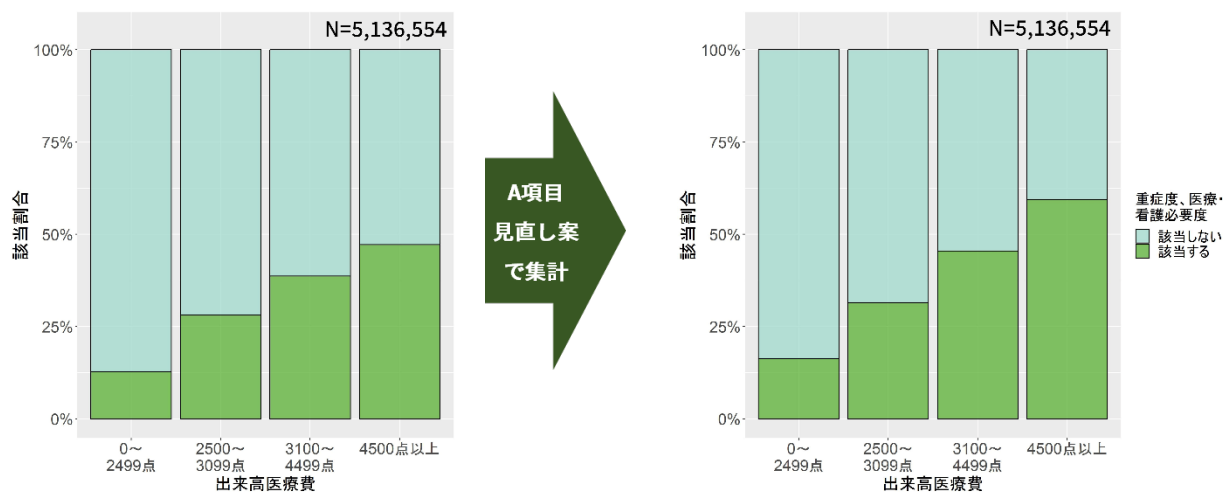
② その他の性能評価

医療技術提案書（令和6年度）の改善提案について、内保連グリーンブック2022年 Ver.2のP.52、53と同様に、内保連負荷度調査のデータを用いて死亡前日数、出来高換算医療費、NYHA心機能分類、呼吸器Hugh-Jones分類の該当割合を現行基準と比較した。結果、いずれも改善傾向を示した。（図表11、図表12、図表13、図表14参照）

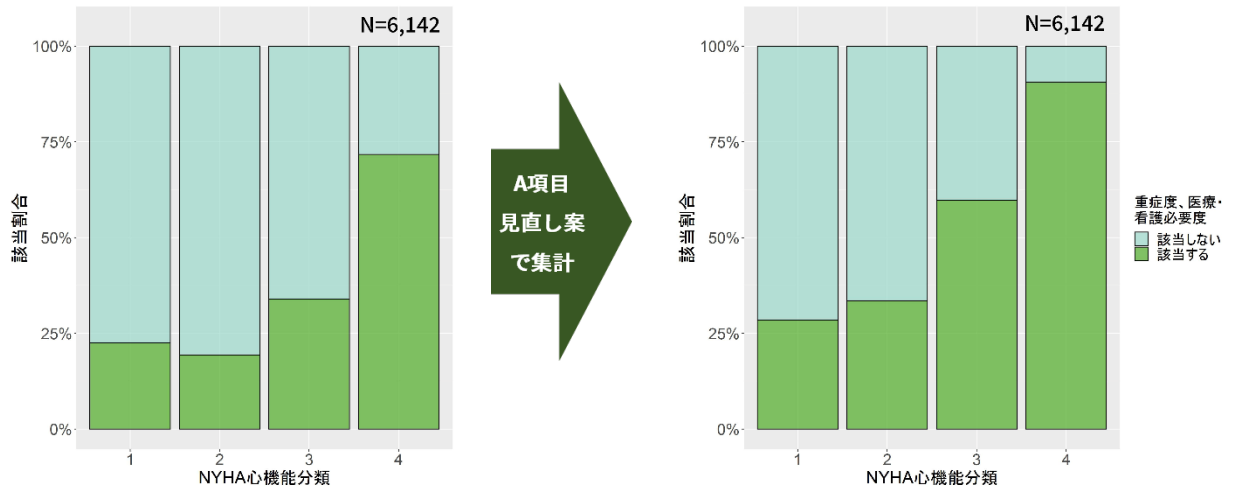
図表11：重症度、医療・看護必要度の該当割合と死亡前日数区分の関係



図表12：重症度、医療・看護必要度の該当割合と出来高医療費の関係



図表 1 3：重症度、医療・看護必要度の該当割合と NYHA 心機能分類の関係



図表 1 4：重症度、医療・看護必要度の該当割合と呼吸器 Hugh-Jones 分類の関係

