

1. 個別事項（その11）について

個別事項(その11)

救急医療について

1

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

それでは早速、議事に入らせていただきます。はじめに、「個別事項（その 11）について」を議題といたします。事務局より資料が提出されておりますので、説明をお願いいたします。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい。医療課長でございます。

それでは、個別事項（その 11）、テーマといたしましては救急医療につきまして、「中医協 総－１」を用いまして、ご説明をさせていただきたいと思っております。

説明

1. 救急医療における転院搬送について

○救急医療について

1. 救急医療における患者の病態に応じた効率的な医療の提供のための転院搬送について
2. 救急医療管理加算について
3. 課題・論点

2

スライド2。こちらが本日の目次でございます。

まず、1つ目の「救急医療における患者の病態に応じた効率的な医療の提供のための転院搬送」について、ご説明をさせていただきたいと思っております。

これまでの中医協総会等における救急搬送等に係る主な意見

<中医協総会>

- 救急医療における機能分化のためには、三次医療機関が求められている役割をより果たすためにも、三次医療機関での対応が求められる患者への対応により重点化すべきではないか。
- 急性期一般入院料においても 65 歳以上の患者が相当数を占めており、また、要介護の患者やADLの低い患者がそれなりに入っている一方で、リハビリ専門職は回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に多く配置されているため、救急医療機関からの必要な下り搬送を推進するとともに、急性期の高齢者を早期のリハビリが可能な地域包括ケア病棟等で受け止めることが望ましいのではないか。
- 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が 13 対 1 であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
- 75 歳以上の誤嚥性肺炎や尿路感染症などを急性期一般入院料 1 の病棟で対応することが妥当なのかについて、十分な検討が必要ではないか。これらに対しては救急搬送後に専門的な治療や処置があまり行われていないことも考慮し、機能分化を促進するためにも、どのような制度設計がありうるのか議論が必要ではないか。
- 救急搬送される高齢患者については、誤嚥性肺炎や尿路感染症が迅速に治療され結果的に早期に回復する場合でも、発症の段階では重篤な疾患との判別が困難な場合があるため、不必要に救急搬送されている場合が多いわけではないことに留意すべきではないか。
- 特に高齢者救急においては重篤度の判断が困難な場合もあるため、救急搬送で三次救急病院に搬送され、結果的に三次救急病院以外でも対応可能な病態の患者であった場合には、迅速に下り搬送を行うことが重要ではないか。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>

- 高齢者等に対する急性期医療への対応においては、まずは診断をつけることが重要である場合があることや、三次救急医療機関は高度な医療に集中すべきであることから、救急医療機関で初期対応を行った後の転院搬送について評価するとともに、地域包括ケア病棟等によるこうした転院搬送の患者の受入についても評価すべきではないか。

3

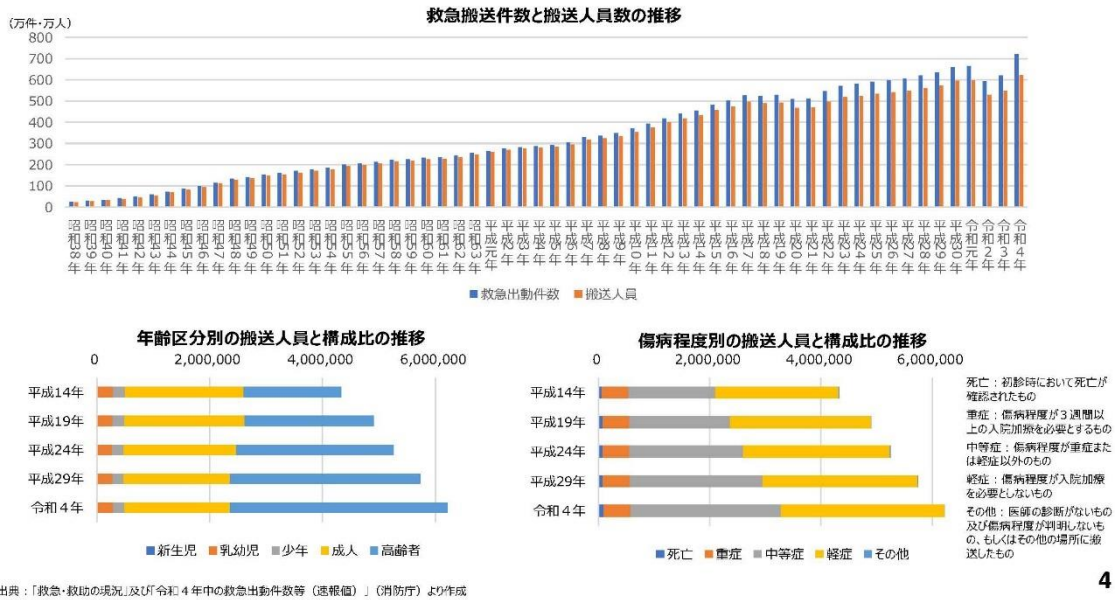
3 ページ目。

これは、これまでの総会等におきまして、いただいた主な意見でございます。

これらの中には、三次救急に搬送され、結果的に三次救急病院以外でも対応可能な病態の患者であった場合には、迅速に、いわゆる下り搬送を行うことが重要ではないかなどのご意見をいただいたところでございます。

救急出動件数及び搬送人員数の推移（速報）

- 救急出動件数及び搬送人員数は、継続して増加傾向にあり、令和2年・3年で一時的に減少したが、令和4年では再度増加している。
- 搬送人員のうち高齢者の数、軽症の数及び中等症の数についても一貫して増加している。



4 ページ目から 7 ページ目に関しましては、救急搬送件数等に関する資料でございますけれども、

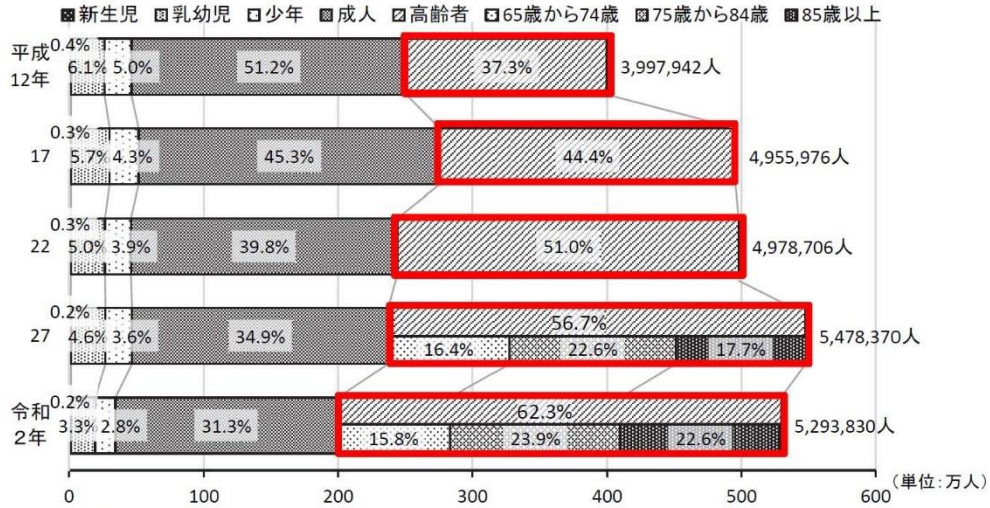
一般的に申し上げます、救急搬送の件数および搬送人員は増加し続けていること。

中でも、後期高齢者の搬送、そして軽症、中等症の高齢者の搬送件数が増加していることをお示ししてございます。

年齢区分別搬送人員構成比率の推移

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

○ 高齢者の搬送割合の中でも、特に75歳から84歳、85歳以上の割合が増加傾向にある。



- 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。
- 東日本大震災の影響により、平成22年は陸前高田市消防本部のデータを除いた数値で集計している。

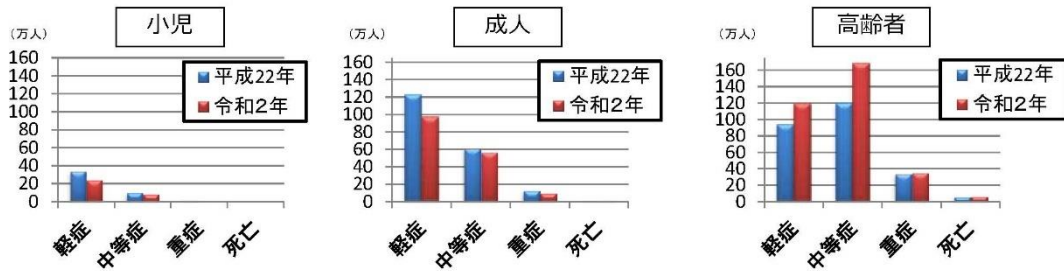
(出典) 令和3年版 救急・救助の現況(総務省消防庁) 第30図

5

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。



平成22年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

令和2年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳~64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 0.03万人減 ▲33%	1.2万人 0.4万人減 ▲25%	6.5万人 0.6万人増 10%
重症	0.7万人 0.4万人減 ▲36%	9.7万人 3.0万人減 ▲24%	35.3万人 1.3万人増 4%
中等症	8.8万人 1.4万人減 ▲14%	57.0万人 4.2万人減 ▲7%	168.5万人 48.7万人増 41%
軽傷	24.4万人 10.3万人減 ▲30%	97.4万人 25.4万人減 ▲21%	119.4万人 25.5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、初診時における医師の診断に基づき、分類する。

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

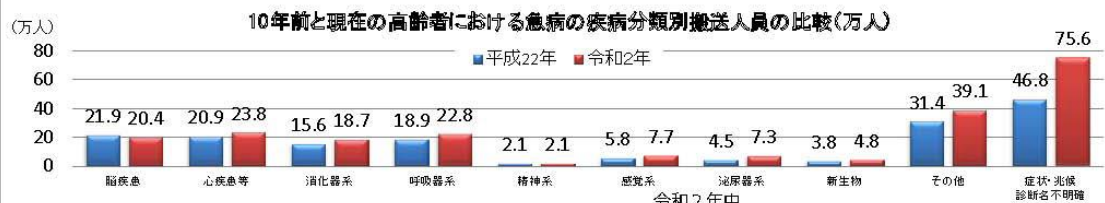
「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

6

10年前と現在の救急自動車による急病の疾病分類別搬送人員の比較

第11回第8次医療計画
策上に関する検討会
令和4年7月27日
資料 1

○ 急病のうち、高齢者の「脳卒中」「精神系」を除いた疾患と、成人の「症状・徴候・診断名不明確」が増加している。



平成22年中

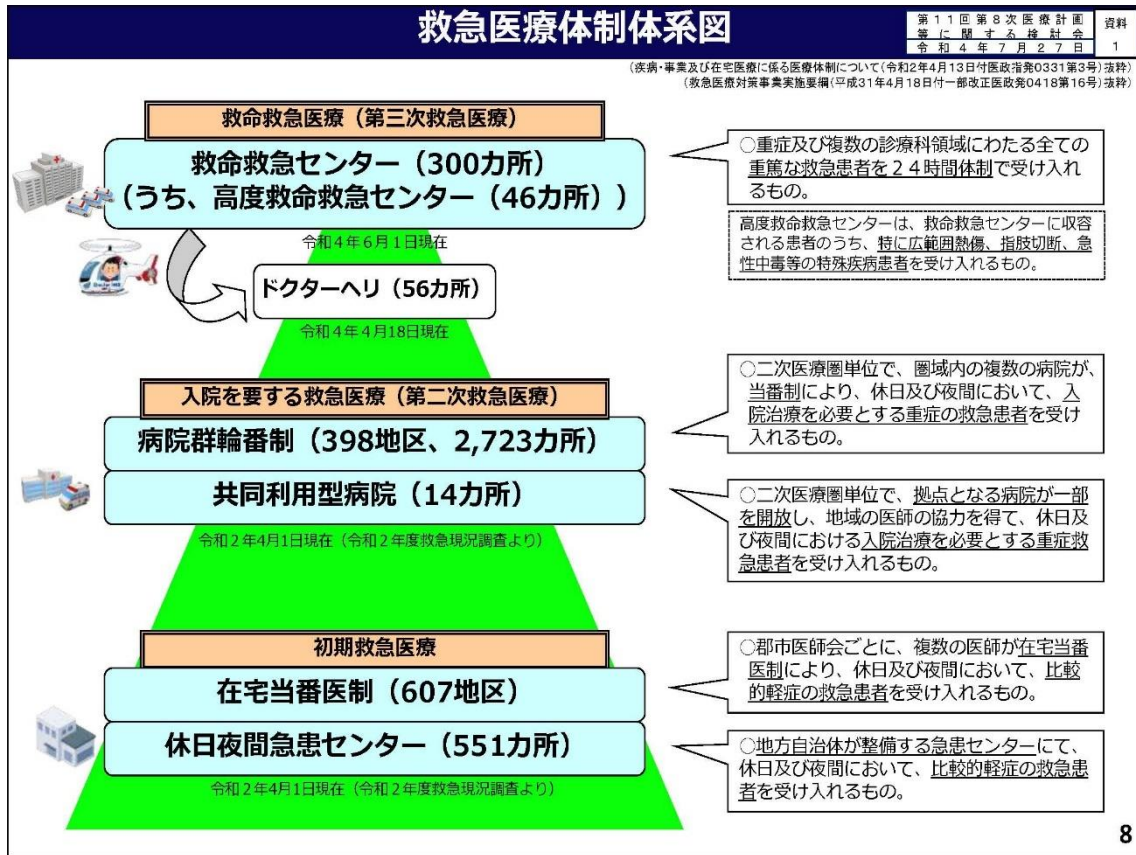
	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.6万人	82万人	21.9万人
心疾患等	0.1万人	7.0万人	20.9万人
消化器系	1.6万人	15.2万人	15.6万人
呼吸器系	2.5万人	6.3万人	18.9万人
精神系	0.5万人	9.9万人	2.1万人
感覚系	1.8万人	6.2万人	5.8万人
泌尿器系	0.1万人	5.7万人	4.5万人
新生物	0.01万人	1.4万人	3.8万人
その他	5.0万人	23.1万人	31.4万人
症状・徴候・診断名不明確	9.9万人	30.8万人	46.8万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人



令和2年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.3万人 (0.3万人減)	5.7万人 (2.5万人減)	20.4万人 (1.5万人減)
心疾患等	0.1万人	5.9万人 (1.1万人減)	23.8万人 (2.9万人増)
消化器系	1.0万人 (0.6万人減)	11.3万人 (3.9万人減)	18.7万人 (3.1万人増)
呼吸器系	1.5万人 (1.0万人減)	5.5万人 (0.8万人減)	22.8万人 (3.9万人増)
精神系	0.4万人 (0.1万人減)	7.2万人 (2.7万人減)	2.1万人
感覚系	1.3万人 (0.5万人減)	6.0万人 (0.2万人減)	7.7万人 (1.9万人増)
泌尿器系	0.1万人	5.8万人 (0.1万人減)	7.3万人 (2.8万人増)
新生物	0.01万人	1.2万人 (0.2万人減)	4.8万人 (1.0万人増)
その他	3.7万人 (1.3万人減)	19.5万人 (3.6万人減)	39.2万人 (7.8万人増)
症状・徴候・診断名不明確	8.7万人 (1.2万人減)	37.8万人 (7.0万人増)	75.6万人 (28.8万人増)
総人口	1835.9万人 (213.7万人減)	7176.0万人 (631.7万人減)	3802.7万人 (654.3万人増)

(出典)救急・救助の現況(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

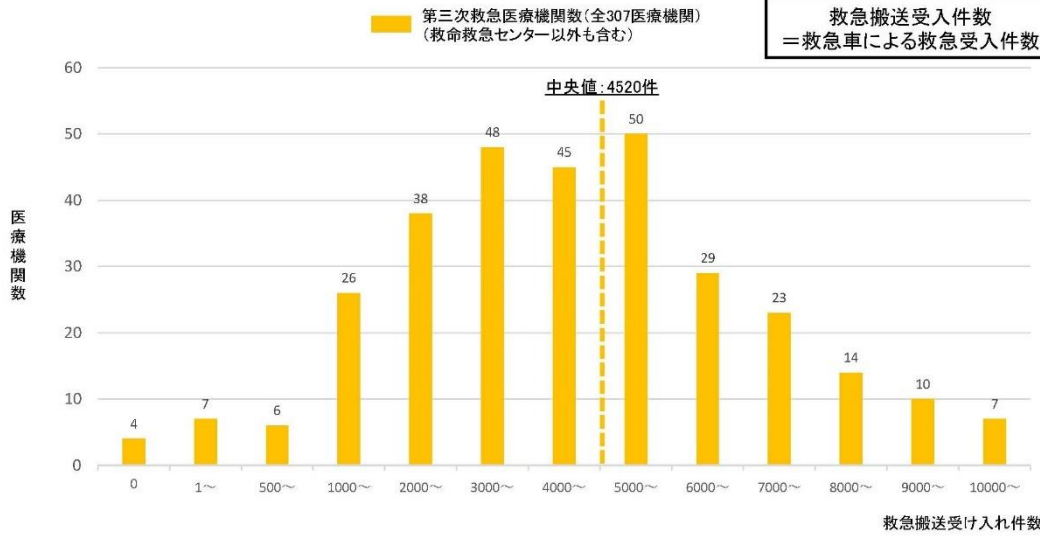


8 ページ目以降が救急医療体制についてでございます。

救急搬送受入件数の分布（第三次救急医療機関）

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（一部改変）

- 第8次医療計画では、第三次救急医療機関は重篤患者に対する高度な専門的医療を総合的に実施することを基本としつつ、複数診療科の介入を要する症例や診断が難しい症例等、他の医療機関では治療の継続が困難な救急患者の診療を担うこととしている。
- 第三次救急医療機関における救急搬送受入件数の中央値は4,520件であった。
- 救急搬送受入件数が1,000件未満と報告した第三次医療機関数は17（全体の5.5%）であった。

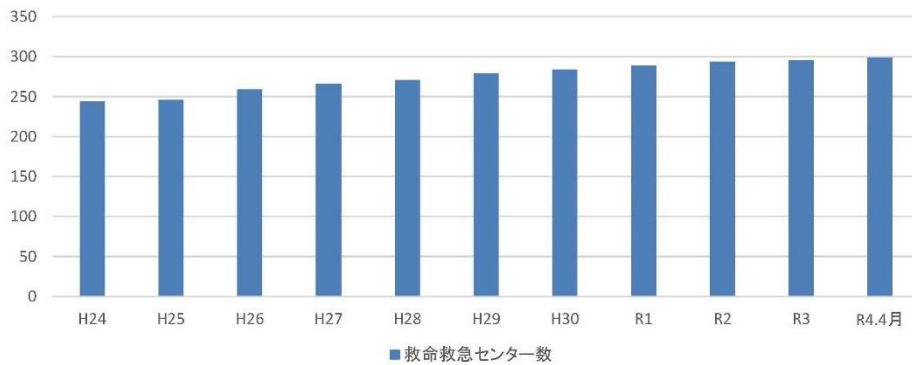


（出典）令和2年度病床機能報告
※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。

第三次救急医療機関の整備

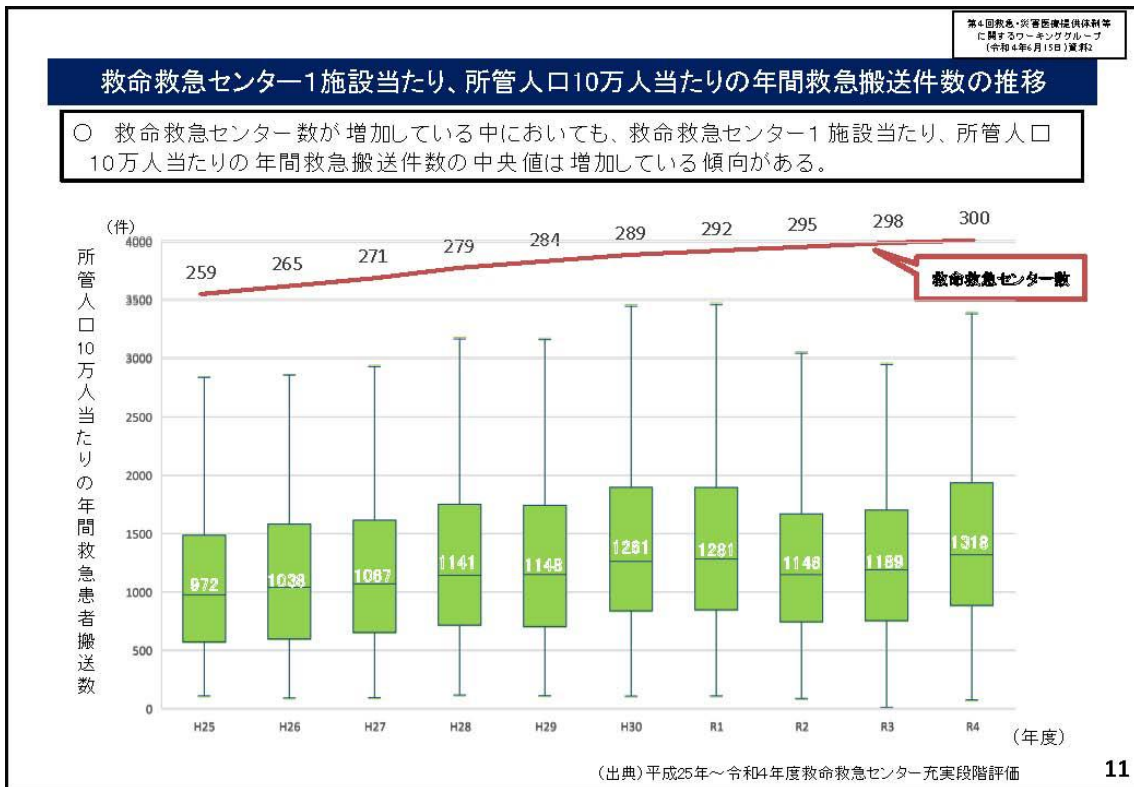
第4回救急・災害医療提供体制等
に関するワーキンググループ
（令和4年4月28日）資料1

- 救命救急センターは当初、増大する救急医療需要に対応するため、概ね100万人に1か所を目標に整備がなされてきたが、現在299施設まで増加が続いている。
- 医療計画の「救急医療の体制構築に係る指針」では、「一定のアクセス時間内に、適切な医療機関に到着できる体制を整備する必要がある」としつつも、新たに救命救急医療施設等の整備を進める際には、「一施設当たりの患者数を一定以上に維持する等して質の高い救急医療を提供することが重要である」とされている。



	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4.4月
救命救急センター数	244	246	259	266	271	279	284	289	294	296	299
（うち高度救命救急センター数）	(27)	(28)	(29)	(32)	(34)	(36)	(38)	(42)	(43)	(45)	(46)

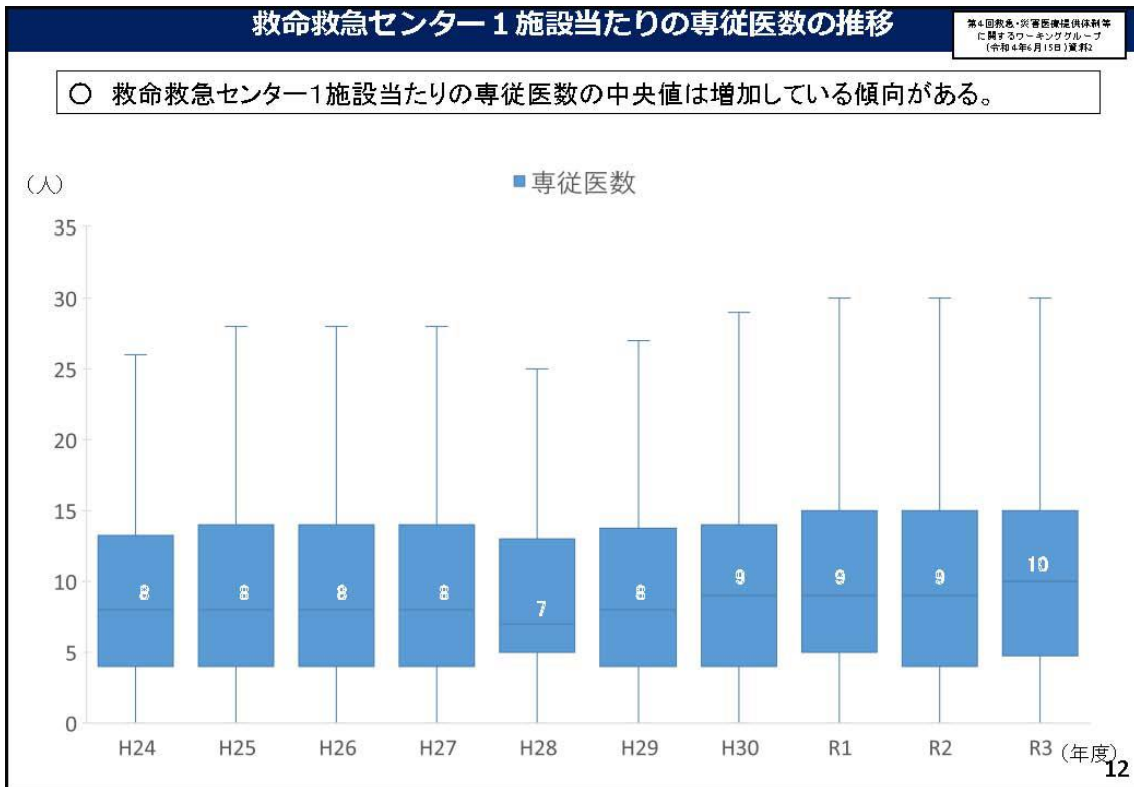
（出典）令和2年度厚生労働省地域医療基盤開発推進研究事業「地域医療構想を見据えた救急医療提供体制の構築に関する研究」（研究代表 山本保博）
分担研究「救命救急センターの現状と評価に関する研究」（坂本哲也担当）（一部改変）



11 ページ目には、こちらは、

第三次救急医療機関の数自体が増加しているものの、

1施設当たりの救急搬送件数が増加傾向にあること。



そしてまた、12 ページ、13 ページ目にありますように、

救命救急センターにおける専門医などの数も増加しており、

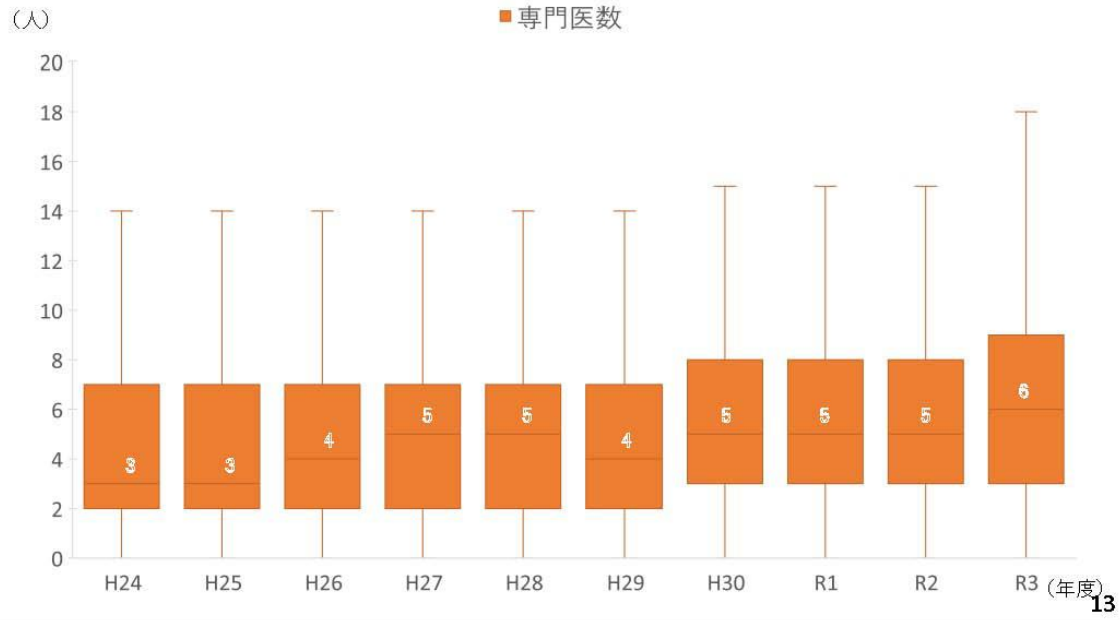
第三次救急医療機関に救急搬送が集中してきていると。

こういう状況になっていることをお示ししてございます。

救命救急センター1施設当たりの専門医数の推移

第4回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ
(令和4年6月15日)資料2

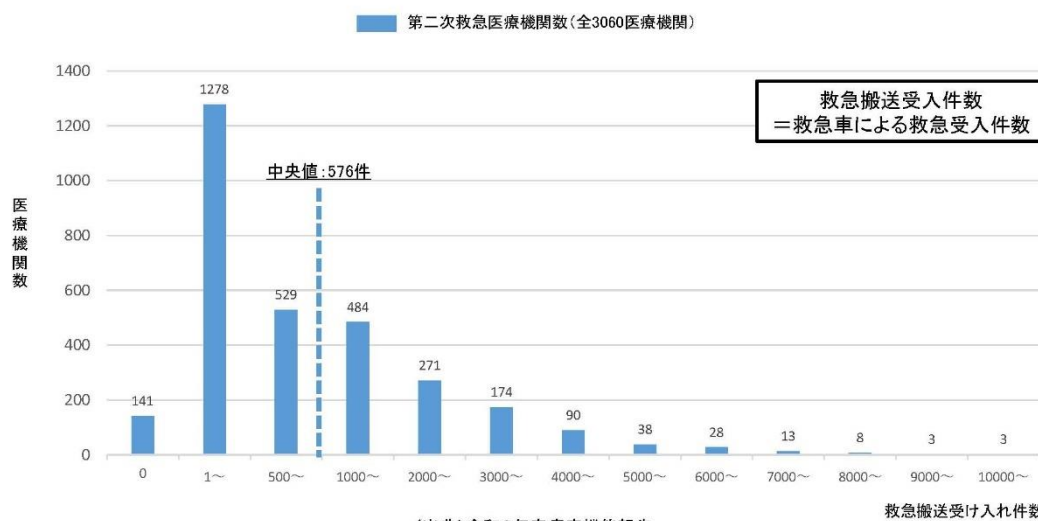
○ 救命救急センター1施設当たり専門医数の中央値は増加している傾向がある。



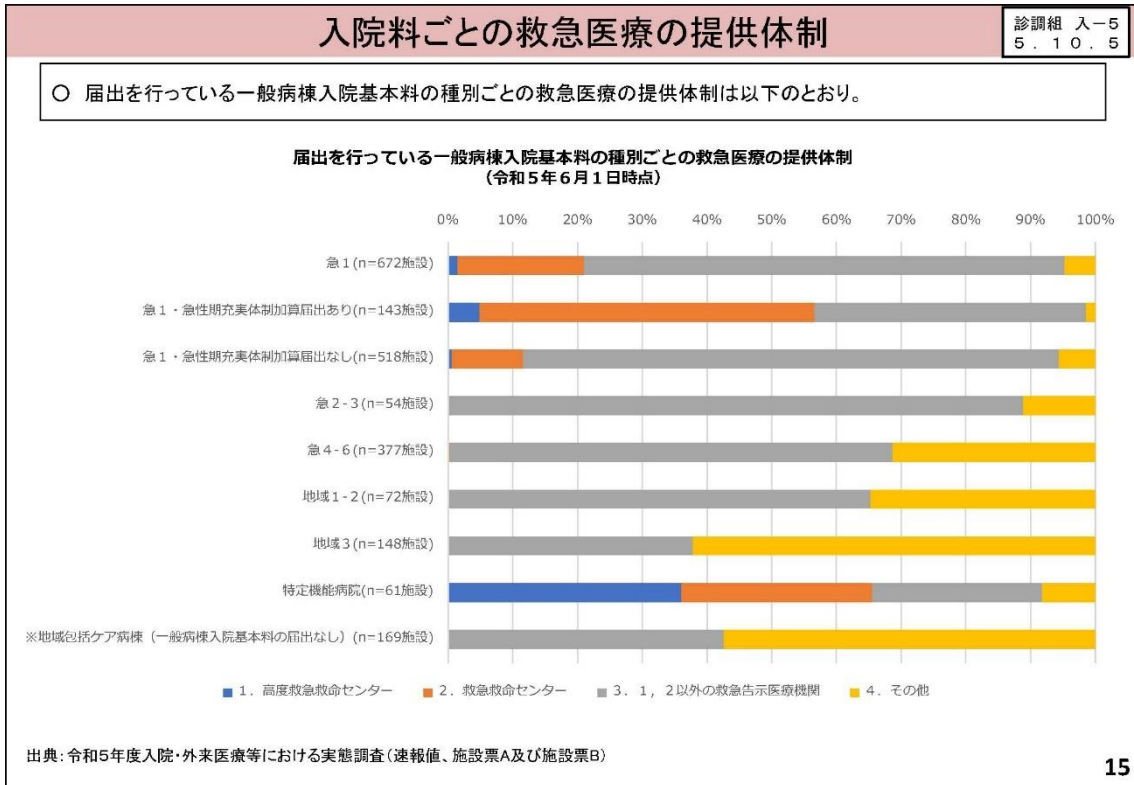
救急搬送受入件数の分布 (第二次救急医療機関)

第11回第2次医療計画等に関する検討会
(令和4年7月27日)資料1(一部改訂)

- 第8次医療計画において、第二次救急医療機関は高齢者救急をはじめ地域で発生する救急患者の初期診療と入院診療を主に担うこととしている。
- 第二次救急医療機関における救急搬送受入件数の中央値は576件であった。
- 第二次救急医療機関全体の36%の救急搬送受け入れ件数が1,000件以上である一方で、46%は500件未満であった。



(出典) 令和2年度病床機能報告
※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。 14



15 ページ目から 17 ページ目ではありますが、

入院料ごとの救急医療提供体制や受入件数について、お示ししているところがございます。

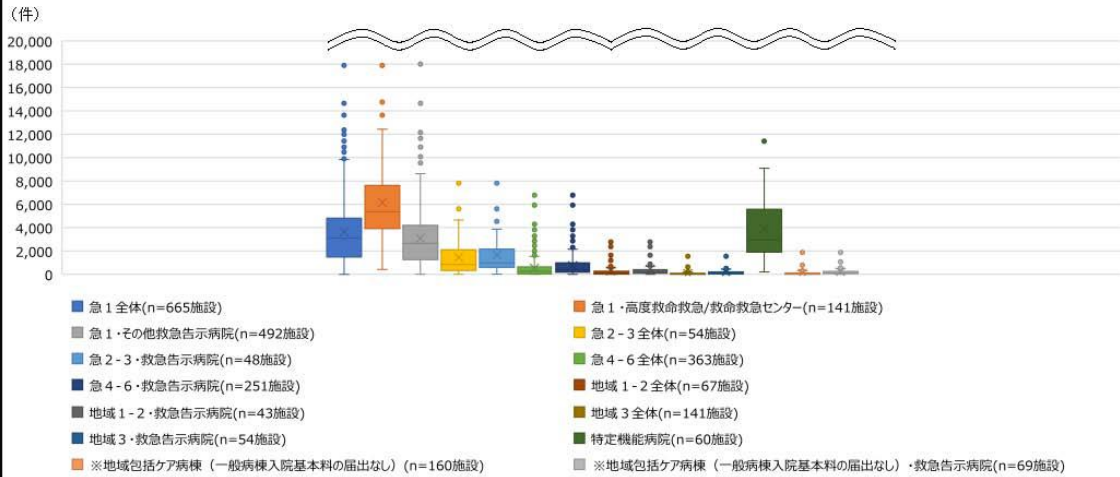
こうした状況の中ということでございますけれども、

救急搬送の受入の状況①

診調組 入-5
5.10.5

○ 入院料及び救急医療の提供体制別の令和4年度における救急搬送受入件数は以下のとおりであり、急性期一般入院料1以外では、救急告示病院であっても受入件数が少なかった。

一般病棟入院基本料の届出状況等ごとの救急搬送受入件数
(令和4年4月1日~令和5年3月31日)



出典: 令和5年度入院・外来医療等における実態調査(施設票A及び施設票B)

16

救急搬送の受入の状況②

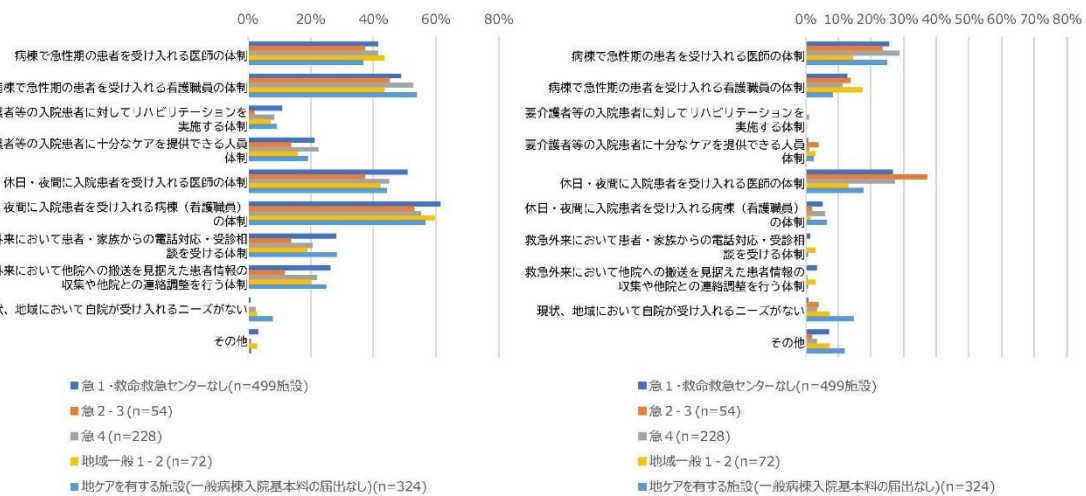
診調組 入-5
5.10.5

○ 救急搬送をより多く受けるために必要な要素としては、看護職員の体制強化を選択する医療機関が多かった。一方で、「最も該当する要素」としては、医師の体制強化を選択する医療機関が多かった。

各医療機関において救急搬送をより多く受けるために必要な体制

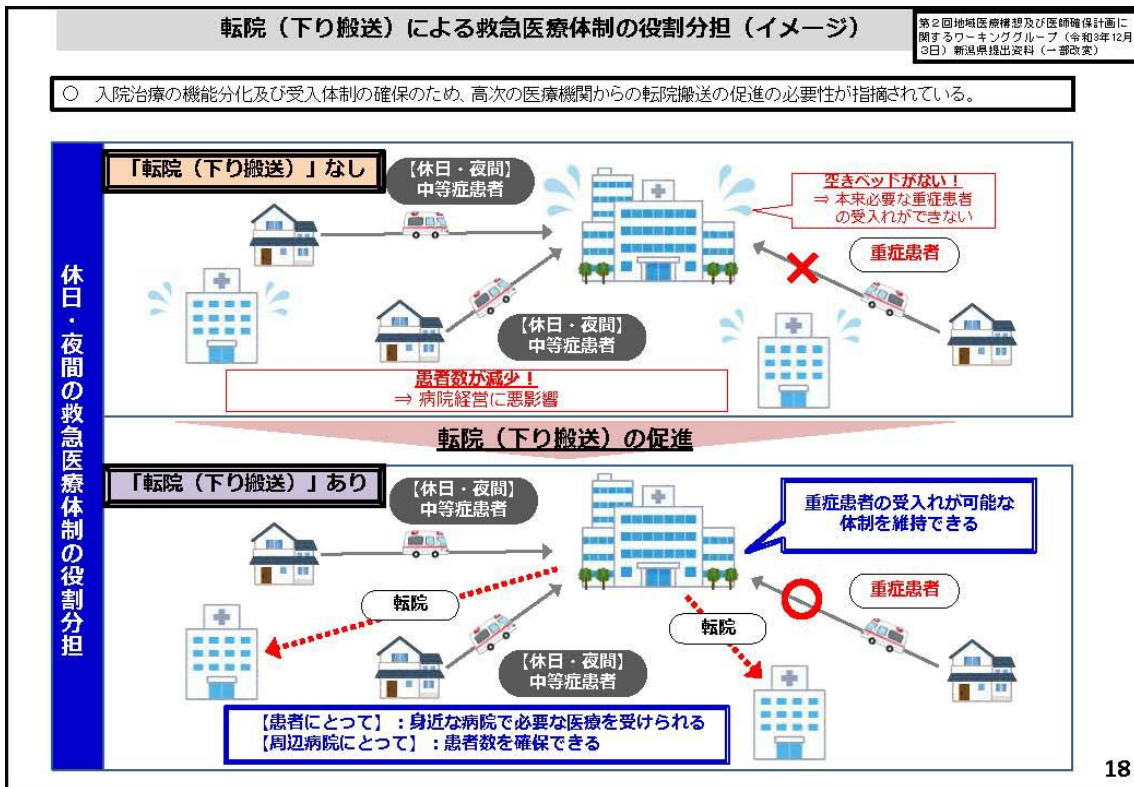
(各項目に該当する割合)

(「最も該当する要素」として選択されている割合)



出典: 令和5年度入院・外来医療等における実態調査(速報値、施設票A及び施設票B)

17

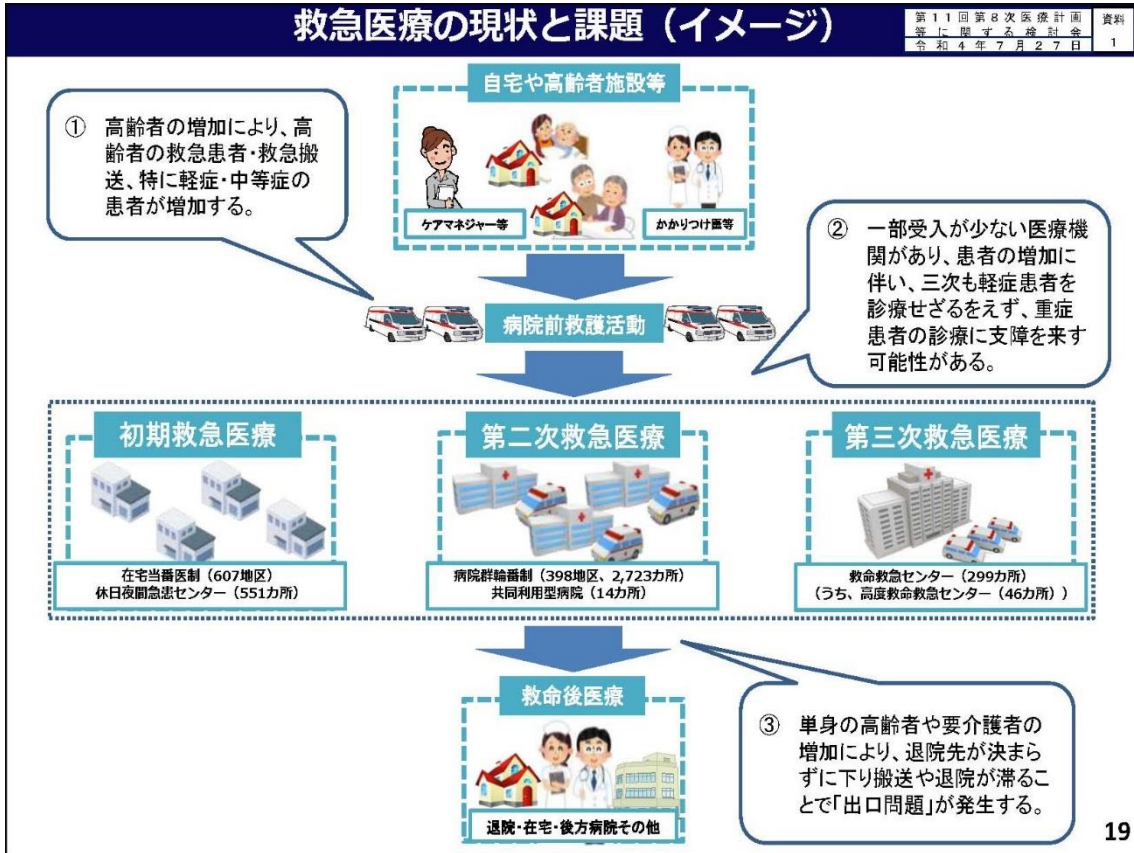


18 ページ目、19 ページ目には、これまでもお示しした資料でございますけれども、

一部の救急病院に入院患者さんが集中することによりまして、

高度急性期病院で、より重症な患者さんの受け入れが困難になることや、高齢者の入院期間が長引く場合があるなど、

いわゆる出口問題があることが指摘されているところでございます。



19 ページの右下の吹き出しにあるところでございます。

一般病棟入院基本料等を算定する病棟における高齢者に多い疾患

診調組 入-1
5.8.10

○ DPC算定病床又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者において件数の多い傷病は以下のとおり。

入院初日にDPC算定病床^{※1}又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者において件数の多い医療資源病名

順位	傷病名	75歳以上症例に占める割合			順位	傷病名	75歳以上症例に占める割合		
		75歳以上症例に占める割合	75歳以上症例に占める割合(上位からの累積)	75歳以上症例に占める割合(上位からの累積)			75歳以上症例に占める割合	75歳以上症例に占める割合(上位からの累積)	75歳以上症例に占める割合(上位からの累積)
-	全疾患	100%	100%	43.4%	26	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の腔室性疾患	0.8%	37.7%	43.8%
1	コロナウイルス感染症2019、ウイルスが特定されたもの	3.9%	3.9%	54.8%	27	心不全、詳細不明	0.7%	38.5%	87.0%
2	食物及び吐物による肺炎	3.3%	7.2%	86.7%	28	胆嚢炎を伴う胆管結石	0.7%	39.2%	69.4%
3	うつ血性心不全	3.1%	10.2%	78.4%	29	直腸の悪性新生物<腫瘍>	0.6%	39.8%	31.4%
4	老人性初発白内障	2.1%	12.3%	60.1%	30	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	0.6%	40.5%	72.6%
5	大腸<結腸>のポリープ	1.8%	14.1%	35.9%	31	腰椎骨折 閉鎖性	0.6%	41.1%	80.5%
6	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	1.6%	15.7%	78.7%	32	胃の悪性新生物<腫瘍>、胃体部	0.6%	41.7%	45.8%
7	転子骨頸部骨折 閉鎖性	1.6%	17.2%	89.8%	33	胆嚢炎及び胆のう炎を伴わない胆管結石	0.6%	42.3%	57.7%
8	尿路感染症、部位不明	1.5%	18.8%	75.8%	34	胆嚢炎	0.6%	42.9%	63.4%
9	老人性白内障	1.5%	20.3%	61.1%	35	筋の消耗及び萎縮、他に分類されないもの 部位不明	0.6%	43.5%	84.5%
10	肺炎、詳細不明	1.5%	21.8%	74.1%	36	その他の脳梗塞	0.5%	44.0%	57.4%
11	股骨骨折 閉鎖性	1.3%	23.1%	79.9%	37	結腸の悪性新生物<腫瘍>、上行結腸	0.5%	44.6%	52.8%
12	前立腺の悪性新生物<腫瘍>	1.3%	24.5%	38.7%	38	結腸の悪性新生物<腫瘍>、S状結腸	0.5%	45.1%	36.3%
13	その他の型の狭心症	1.2%	25.7%	44.8%	39	膵の悪性新生物<腫瘍>、膵頭部	0.5%	45.6%	42.6%
14	脳動脈の血栓症による脳梗塞	1.2%	26.9%	59.3%	40	大動脈弁狭窄(症)	0.5%	46.1%	82.0%
15	体液量減少(症)	1.1%	28.0%	72.9%	41	(四) 股の動脈のアテローム<粥状硬化(症)>	0.5%	46.6%	55.1%
16	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、上葉、気管支又は肺	1.1%	29.1%	39.0%	42	狭心症、詳細不明	0.5%	47.1%	45.6%
17	慢性腎臓病、ステージ5	1.0%	30.1%	47.1%	43	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫	0.5%	47.5%	46.4%
18	脊性管狭窄(症) 腰部	1.0%	31.1%	50.4%	44	(大腸) 半球の脳内出血、皮質下	0.5%	48.0%	47.6%
19	急性尿管間質性腎炎	0.9%	32.0%	62.1%	45	肺線維症を伴うその他の間質性肺疾患	0.5%	48.4%	61.9%
20	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、下葉、気管支又は肺	0.9%	33.0%	43.0%	46	心停止、詳細不明	0.4%	48.9%	67.8%
21	脳動脈の血栓症による脳梗塞	0.9%	33.9%	73.8%	47	急性胆のう<嚢>炎	0.4%	49.3%	59.2%
22	その他の原発性膝関節症	0.8%	34.7%	50.6%	48	椎骨遷位骨折 閉鎖性	0.4%	49.7%	36.2%
23	細菌性肺炎、詳細不明	0.8%	35.5%	67.5%	49	四肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	0.4%	50.2%	55.8%
24	一側性又は患側不明の嚢嚢ヘルニア、閉塞及び壊疽を伴わないもの	0.8%	36.2%	37.8%	50	敗血症、詳細不明	0.4%	50.6%	66.6%
25	肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>、肝細胞癌	0.8%	37.0%	52.8%					

※ 一般病棟入院基本料、特定機能病棟入院基本料、専門病棟入院基本料、特定機能病棟入院基本料(一般)、専門病棟入院基本料(7対1、10対1、13対1)、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、総合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、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料及び短期滞在手術等基本料を算定する病棟

出典:DPCデータ(令和4年1月~12月)

20

20 ページ目から 23 ページ目でございますけれども、

こちらは高齢者に多い疾患の医療資源投入量や救急搬送により入院する場合の入院先についての資料でございます。

高齢者に多い疾患における入院料間の医療資源投入量の比較①

診調組 入-1
5.8.10

○ 75歳以上の患者に多い疾患のうち一部は、急性期一般入院料1を算定する場合と地域一般入院料を算定する場合とで、医療資源投入量について大きな差がみられなかった。(全体の平均が2.4倍であるところ、例えば「食物及び吐物による肺臓炎」は1.2倍、「尿路感染症、部位不明」は1.4倍にとどまる。)

75歳以上の患者に多い疾患^{※1}における75歳以上の患者が急性期一般入院料1を算定する場合の医療資源投入量^{※2}及び地域一般入院料1-2を算定する場合の医療資源投入量の比

傷病名	1日当たり医療資源投入量				75歳以上で多い疾患順位	75歳以上症例が占める割合
	急1における1日平均(点)	急1/地1-2の比	急2-6/地1-2の比	急1/急2-6の比		
(全疾患・今年齢)	3,448	2.41	1.43	1.69	-	-
全疾患・75歳以上	2,762	2.33	1.34	1.73	-	100.0%
コロナウイルス感染症2019、ウイルスが特定されたもの	2,334	1.12	0.90	1.25	1	3.9%
食物及び吐物による肺臓炎	1,026	1.24	1.02	1.21	2	3.3%
尿路感染症、部位不明	1,208	1.33	1.06	1.26	14	1.2%
腸の消化及び薬痛、性に分類されないもの 部位不明	674	1.34	1.08	1.24	35	0.6%
肺炎、詳細不明	1,160	1.26	1.08	1.26	10	1.5%
体液量減少(症)	868	1.38	1.09	1.26	15	1.1%
細菌性肺炎、詳細不明	1,177	1.40	1.13	1.24	23	0.8%
閉塞性肺病、部位不明	957	1.40	1.12	1.26	8	1.5%
大腸<結腸>のポリープ	3,223	1.42	1.05	1.35	5	1.8%
慢性腎臓病、ステージ5	2,320	1.45	1.13	1.28	17	1.0%
急性尿管管腔閉塞性腎炎	1,023	1.48	1.14	1.30	19	0.9%
その他の慢性尿管腔閉塞性腎炎	5,327	1.52	1.31	1.16	22	0.8%
靴子摩擦骨折 閉鎖性	2,846	1.66	1.30	1.27	7	1.6%
大腸骨盤動脈骨折 閉鎖性	3,850	1.68	1.33	1.26	6	1.6%
乳又は乳腺を伴わない大腸の憩室性疾患	1,695	1.70	1.18	1.44	26	0.8%
その他の脳梗塞	1,091	1.75	1.41	1.24	36	0.5%
結核の慢性新生物<腫瘍>、S状結腸	3,529	1.83	1.36	1.34	38	0.5%
特发性狭窄(症) 膝部	4,845	1.86	1.37	1.36	18	1.0%
心房性不整	1,447	1.87	1.19	1.57	3	3.1%
心不全、詳細不明	1,420	1.95	1.17	1.67	27	0.7%
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1,486	2.12	1.57	1.35	21	0.9%
胸立腺の慢性新生物<腫瘍>	3,378	2.17	1.25	1.74	12	1.2%
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	1,987	2.22	1.55	1.44	30	0.6%
肺腫瘍の悪性新生物<腫瘍>	3,508	2.42	1.89	1.28	29	0.6%
尿管炎	2,175	2.60	1.61	1.61	34	0.6%
喉嚨骨折 閉鎖性	1,754	2.63	1.59	1.66	11	1.3%
結核の慢性新生物<腫瘍>、上行結腸	2,621	2.67	2.00	1.33	37	0.5%
尿管炎を伴う尿管結石	3,140	2.73	1.90	1.44	28	0.7%
一般性又は悪性不整の房性ヘルニア、閉塞及び不整を伴わないもの	5,888	2.81	2.08	1.36	24	0.8%
尿管炎及び尿管のうく腫>炎を伴わない尿管結石	3,832	2.88	1.95	1.47	33	0.6%
喉嚨骨折 閉鎖性	2,037	3.02	1.62	1.86	31	0.6%
気管支及び肺の慢性新生物<腫瘍>、下葉、気管支又は肺	3,145	3.23	2.18	1.52	20	0.9%
気管支及び肺の慢性新生物<腫瘍>、上葉、気管支又は肺	3,317	3.67	2.46	1.49	16	1.1%
肺の慢性新生物<腫瘍>、肺頭部	2,624	3.80	2.34	1.62	39	0.5%
肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>、詳細不明	3,577	5.26	2.93	1.80	25	0.8%

※1 入院初日にDPC算定疾患又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者の傷病のうち0.5%以上を占める39傷病のうち、地域一般入院料1-2を算定している症例が50例未満である疾患(老人性初発白内障、老人性核白内障、その他の型の狭心症、胃の悪性新生物<腫瘍>、胃体部を除いたもの)。

※2 一日平均出来高換算点数から、A(入院料)及びH(ハビテーション)を除いたもの。

出典: DPCデータ(令和4年1月~12月)

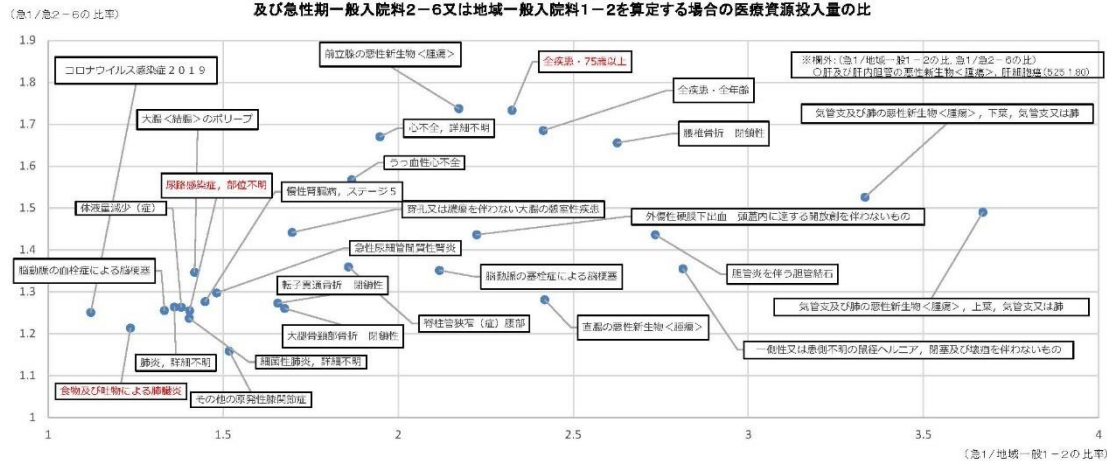
21

高齢者に多い疾患における入院料間の医療資源投入量の比較②

診調組 入-1
5.8.10

○ 75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染症、部位不明」等に対する医療資源投入量は、急性期一般入院料1と、急性期一般入院料2-6又は地域一般入院料1-2とで大きく変わらなかった。

75歳以上の患者に多い疾患^{※1}における急性期一般入院料1を算定する場合の医療資源投入量^{※2}及び急性期一般入院料2-6又は地域一般入院料1-2を算定する場合の医療資源投入量の比



※1 入院初日にDPC算定疾患又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者の傷病のうち0.5%以上を占める39傷病のうち、地域一般入院料1-2を算定している症例が50例未満である疾患(老人性初発白内障、老人性核白内障、その他の型の狭心症、胃の悪性新生物<腫瘍>、胃体部を除いたもの)。

※2 一日平均出来高換算点数から、A(入院料)及びH(ハビテーション)を除いたもの。

出典: DPCデータ(令和4年1月~12月)

22

高齢者に多い疾患における救急搬送により入院される患者の入院先の割合										
○ 高齢者に多い疾患のうち救急搬送により入院する割合が高いものについては、誤嚥性肺炎や尿路感染症を含め、急性期一般入院料1や治療室に入院する割合が高い。										
一般病棟等の75歳以上の患者に多い疾患 ^{※1} における75歳以上の患者が救急搬送により一般病棟又は地域包括ケア病棟等に入院する際の入院先										
	入院する症例数	入院する症例のうち救急搬送により入院する割合	救急搬送により入院する症例における入院先の割合							⑩又は⑪
			① 急性期一般入院料1 (353,145床)	② 急性期一般入院料2-3 (19,947床)	③ 急性期一般入院料4-6 (199,799床)	④ 地域一般入院料1-2 (19,127床)	⑤ 地域一般入院料3 (29,777床)	⑥ 特定機能病院又は治療室等 (113,549床)	⑦ 地域包括ケア病棟 (98,945床)	
(全疾患)	3,747,776	26.3%	56.9%	2.4%	15.6%	1.2%	0.4%	20.8%	2.6%	77.7%
1 コロナウイルス感染症2019、ウイルスが同定されたもの	151,255	41.4%	61.1%	2.3%	14.0%	5.7%	0.4%	15.5%	1.0%	76.6%
2 食物及び吐物による肺臓炎	122,306	54.9%	64.4%	2.6%	15.9%	0.8%	0.2%	13.5%	2.6%	77.9%
3 うっ血性心不全	117,285	40.1%	54.0%	1.8%	10.2%	0.3%	0.1%	32.4%	1.1%	86.4%
4 大脳脊髄部骨折 閉鎖性	60,294	52.2%	66.8%	3.4%	22.5%	1.6%	0.6%	3.8%	1.2%	70.6%
5 転り肩関節骨折 閉鎖性	59,063	58.7%	67.7%	3.9%	22.0%	1.2%	0.5%	3.4%	1.3%	71.1%
6 尿路感染症、部位不明	55,269	45.1%	65.5%	2.7%	19.0%	0.9%	0.3%	7.7%	3.8%	73.2%
7 肺炎、詳細不明	53,825	39.4%	49.9%	2.5%	29.6%	2.2%	0.9%	10.4%	4.5%	60.3%
8 腰椎骨折 閉鎖性	43,427	37.2%	51.8%	3.5%	29.0%	2.2%	0.9%	2.3%	10.3%	54.1%
9 脳動脈の血栓症による脳梗塞	46,028	53.4%	52.3%	1.8%	9.4%	0.2%	0.1%	35.9%	0.3%	88.2%
10 体液量減少(症)	36,097	34.7%	45.2%	3.2%	34.6%	2.7%	1.1%	3.4%	9.6%	48.6%
11 急性尿管管間質性腎炎	35,788	45.0%	71.5%	2.6%	13.9%	0.4%	0.1%	9.1%	2.3%	80.6%
12 脳動脈の血栓症による脳梗塞	35,357	67.9%	39.5%	1.4%	6.8%	0.1%	0.0%	51.9%	0.3%	91.4%
13 細菌性肺炎、詳細不明	30,083	47.1%	67.4%	2.6%	12.8%	0.5%	0.1%	14.9%	1.7%	82.3%
14 穿孔又は穿孔を伴わない大腸の憩室性疾患	29,001	26.0%	74.2%	1.9%	8.8%	0.4%	0.1%	13.8%	0.8%	88.0%
15 胆管炎を伴う胆管結石	28,134	37.1%	75.7%	2.1%	7.2%	0.2%	0.0%	14.3%	0.4%	90.1%
16 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	24,792	53.4%	52.0%	2.3%	8.5%	0.2%	0.0%	36.6%	0.4%	88.6%
17 胸椎骨折 閉鎖性	20,393	37.2%	51.8%	3.5%	28.2%	2.2%	1.0%	3.6%	9.7%	55.4%
18 胆管炎	23,842	33.5%	68.2%	1.9%	12.7%	0.3%	0.2%	15.3%	1.3%	83.5%
19 その他の脳梗塞	21,057	45.9%	55.0%	1.8%	12.2%	0.3%	0.2%	29.7%	0.8%	84.8%
20 (大脳)半球の脳内出血、皮質下	17,788	73.2%	34.9%	1.2%	6.6%	0.1%	0.1%	57.0%	0.1%	91.9%
21 肺線維症を伴うその他の間質性肺疾患	17,451	31.6%	63.7%	1.9%	9.6%	0.2%	0.0%	23.7%	1.0%	87.3%
22 心停止、詳細不明	17,594	93.7%	38.7%	1.5%	9.1%	0.4%	0.1%	50.0%	0.1%	88.7%
23 急性胆のうく囊炎	16,905	37.0%	65.5%	2.4%	13.8%	0.6%	0.2%	16.1%	1.4%	81.6%
24 (四)肢のその他の部位の癰疽炎<蜂窩織炎>	15,462	31.3%	71.3%	2.5%	15.0%	0.4%	0.3%	7.6%	2.9%	78.9%
25 敗血症、詳細不明	16,639	69.9%	47.4%	1.4%	7.4%	0.2%	0.1%	42.9%	0.7%	90.3%

※1 入院初日にDPC算定病床^{※2}又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の入院患者について件数の多い医療資源病名上位50のうち救急搬送により入院する割合が25%以上のもの。
 ※2 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、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、集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、総合産科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、一歳感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料及び短期滞在手術等基本料3を算定する病床
 ※3 統計数は令和4年7月1日時点
 出典：DPCデータ(令和4年1月～12月) 23

23 ページ目にございますとおり、誤嚥性肺炎や尿路感染症などを含め、

高齢者が、急性期一般入院料1、いわゆる7対1病床でございますけれども、
 こういった病床や、

特定機能病院、それから、いわゆる集中治療室などの治療室に入院する場合が
 高くなっているということをお示ししてございます。

誤嚥性肺炎に対するリハビリテーション

診調組 入 - 1
5 . 7 . 6

- 急性期病棟に入院した誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながるが示されている。
- 早期リハビリテーションを実施する場合において、1日2単位以上のリハビリテーションを提供することが、死亡率の改善、自宅退院割合の向上、在院日数の短縮につながるが示されている。

- DPC対象病院に入院した70歳以上の誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後3日以内の早期リハビリテーションの実施は有意に死亡率の軽減と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった(オッズ比0.71, 95%信頼区間0.64 -0.79)。

Momosaki R, et al. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Feb;96(2):205-9.

	早期リハ群 (N=16,835)	対照群 (N=51,749)	P value
年齢	85.0±6.8	85.0±7.0	.99
女性	7,426 (44.1)	25,166 (48.6)	.093
30日後死亡	861 (5.1)	3671 (7.1)	<.001

※ 論文を元に医療課で作成 数値は平均値±標準偏差または度数(%)

- DPC対象病院に入院した誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後7日以内の早期リハビリテーションの実施は有意にADLの改善と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった(オッズ比1.57, 95%信頼区間1.50-1.64)。

Yagi M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2016 Nov;16(11):1181-1187.

	早期リハ群 (N=48,201)	対照群 (N=64,357)	P value
年齢	84.1±8.1	83.8±8.5	.017
女性	21,201 (44.0)	30,958 (48.1)	<.001
ADL改善	12,867 (33.9)	13,275 (25.4)	<.001

※ 論文を元に医療課で作成 数値は平均値±標準偏差または度数(%)

- 入院後3日以内の早期リハビリテーションが実施された誤嚥性肺炎患者(4,148例)を対象としたデータベース研究において、1日あたり2単位以上のリハビリテーションの実施は、1単位未満と比較して、有意に死亡率の低下(オッズ比0.66, 95%信頼区間0.45-0.97)、自宅退院割合(オッズ比2.00, 95%信頼区間1.48-2.71)、在院日数の短縮(係数-4.54, 95%信頼区間-8.69 - -0.40)に関連していた。

Kato Y, et al. Int J Rehabil Res. 2023 Apr 12. Online ahead of print.

24

24 ページ目から 28 ページ目でございます。

こちらは、誤嚥性肺炎などの疾患につきまして早期のリハビリテーション開始が重要であるという一方で、

急性期の病棟におけるリハビリテーション専門職の人数が少ないということをお示ししてございます。

急性期脳卒中に対する早期リハビリテーション

診調組 入-1
5 . 9 . 6

- 診療ガイドラインにおいて、急性期脳卒中患者に対し、積極的なリハビリテーションを発症後できるだけ早期から行うことがすすめられている。

脳卒中治療ガイドライン2021(一般社団法人日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会)より抜粋

- 合併症を予防し、機能回復を促進するために、24～48時間以内に病態に合わせたリハビリテーションの計画を立てることが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル高)。
- 十分なリスク管理のもとに、早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などを含んだ積極的なリハビリテーションを、発症後できるだけ早期から行うことがすすめられる(推奨度A、エビデンスレベル中)。
- 脳卒中急性期症例は、多職種で構成する脳卒中専門チームが、持続したモニター管理下で、集中的な治療と早期からのリハビリテーションを計画的かつ組織的に行うことのできる脳卒中専門病棟であるStroke Unit(SU)で治療することが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル高)。
- リハビリテーションプログラムは、脳卒中の病態、個別の機能障害、日常生活動作(ADL)の障害、社会生活上の制限などの評価およびその予後予測に基づいて計画することが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル中)。

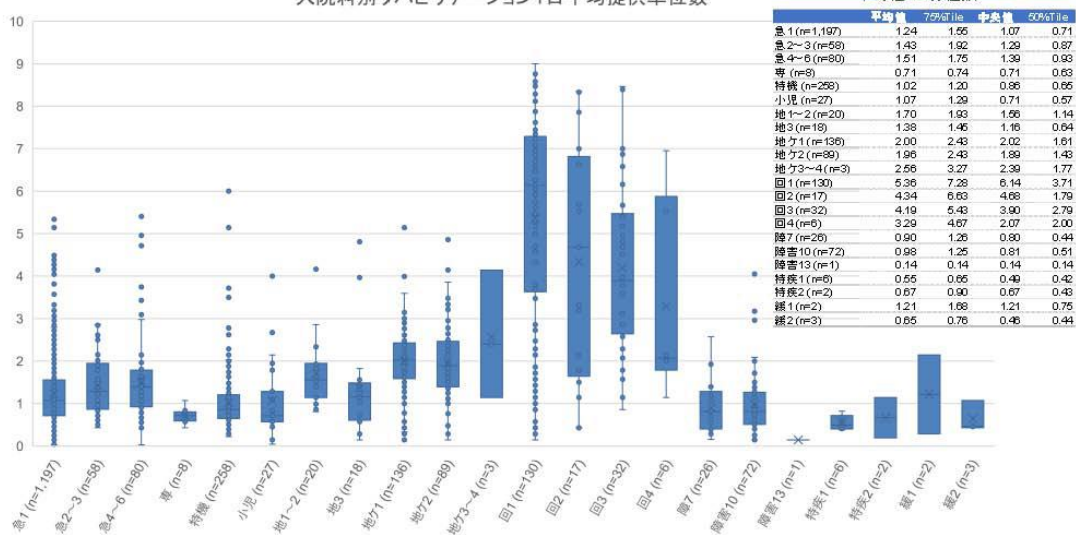
25

入院料ごとのリハビリテーション1日平均提供単位数

診調組 入-1
5 . 9 . 6

- リハビリテーションを実施している患者に対する、1日平均提供単位数は、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している病棟では5.36単位、地域包括ケア病棟入院料・管理料1を算定している病棟では2.00単位であった。

入院料別リハビリテーション1日平均提供単位数



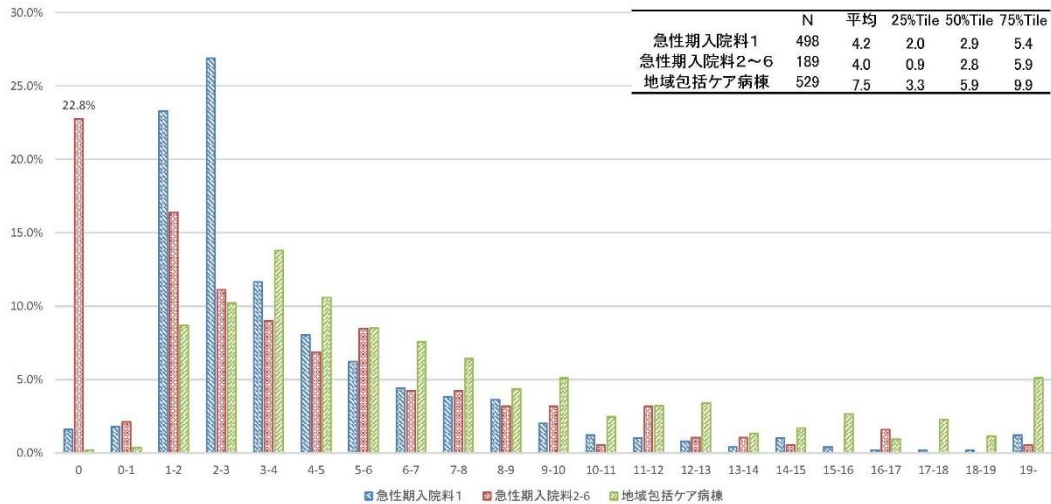
出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)

26

40床あたりのリハビリテーション専門職の人数分布

診調組 入-1
5 . 9 . 6 改

- 一般病棟入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数の分布は以下のとおり。急性期一般入院料1を届け出ている医療機関の配置は40床あたり2〜3人が26.9%と最多であった。急性期一般入院料2〜6を届け出ている医療機関では0人である施設が約22.8%であった。地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関の方が急性期一般入院料を届け出ている医療機関よりリハビリテーション専門職の数が多かった。
- 届け出ている入院料それぞれにおいて、リハビリテーション専門職の配置はばらつきが大きかった。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

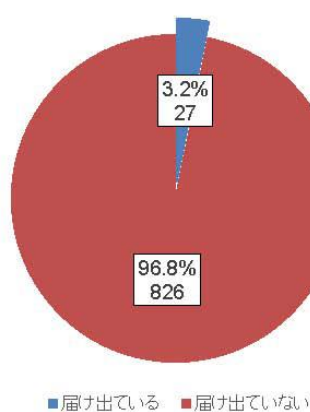
27

ADL維持向上等体制加算の届出状況

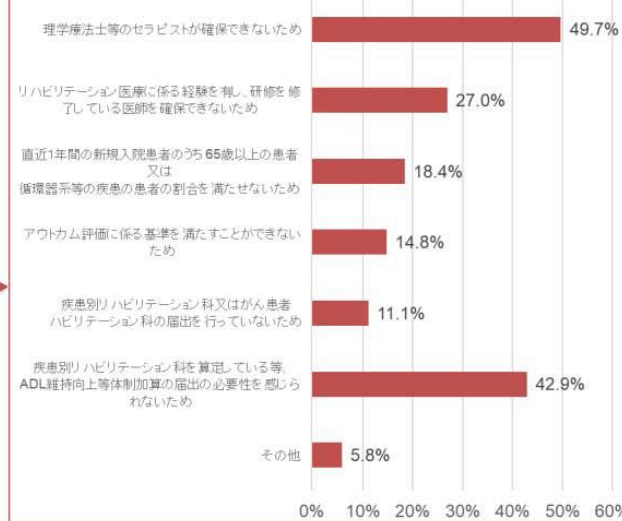
診調組 入-1
5 . 6 . 8

- ADL維持向上等体制加算を届け出ている施設は3.2%（27施設）であった。
- 同加算を届け出していない理由としては、「理学療法士等を確保できないため」、「疾患別リハビリテーション料等を算定しているため、加算届出の必要性を感じないため」が多かった。

ADL維持向上等体制加算の届出状況



ADL維持向上等体制加算を届け出していない理由



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票A）

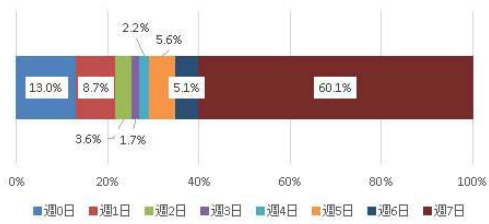
28

地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

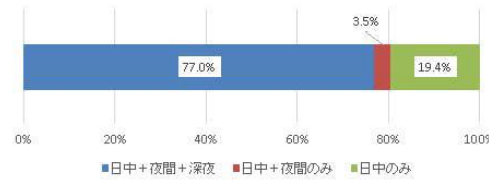
診調組 入-1
5.6.8(改)

- 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、100件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。

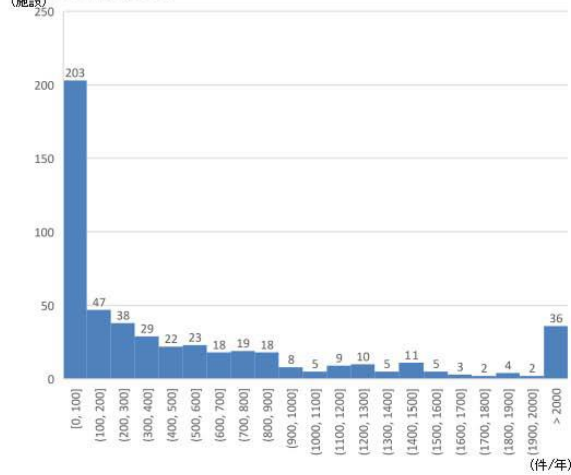
救急患者を受け入れている頻度(n=414)



救急患者を受け入れている時間帯(n=396)



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)



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

29 ページ目からは、地域包括ケア病棟における救急医療の状況でございます。

地域包括ケア病棟を有する病院の救急受け入れの判断の基準

診調組 入-1
5 . 6 . 8

○ 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急受け入れ基準を見ると、患者の症状により受け入れ可否を判断している割合が高かった。

	全体 (n=601)	地域包括ケア病棟入院料1 (n=179)	地域包括ケア入院医療管理料1 (n=130)	地域包括ケア病棟入院料2 (n=61)	地域包括ケア入院医療管理料2 (n=98)	地域包括ケア病棟入院料3 (n=2)	地域包括ケア入院医療管理料3 (n=4)	地域包括ケア病棟入院料4 (n=1)	地域包括ケア入院医療管理料4 (n=10)
自院の通院歴・入院歴の有無により受け入れ可否を判断している	45.1%	49.7%	53.8%	34.4%	39.8%	0.0%	75.0%	100.0%	30.0%
患者の症状により受け入れ可否を判断している	84.2%	89.4%	90.8%	83.6%	91.8%	50.0%	75.0%	100.0%	100.0%
全患者受け入れている	8.3%	8.9%	10.8%	14.8%	10.2%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%
医療機関からの紹介の有無により受け入れ可否を判断している	16.6%	20.1%	23.1%	13.1%	16.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
その他	7.7%	4.5%	0.8%	4.9%	5.1%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

30

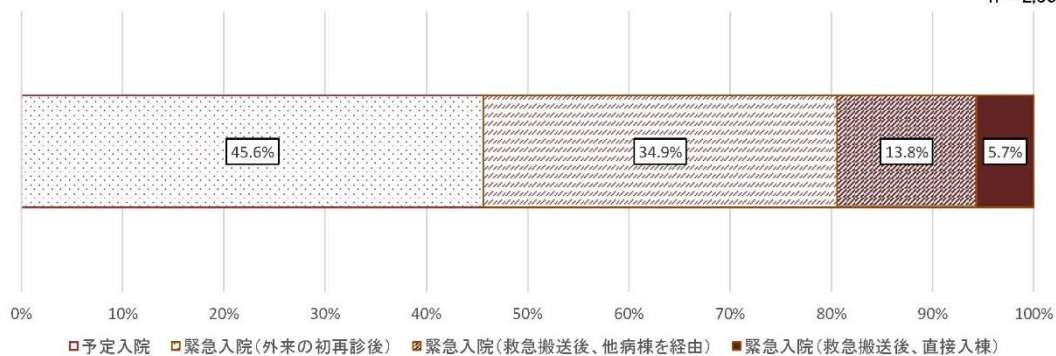
地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路

診調組 入-1
5 . 7 . 6

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送により入院した患者は19.5%、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は5.7%であった。

地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路

n = 2,835



※入院患者票にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(入院患者票)

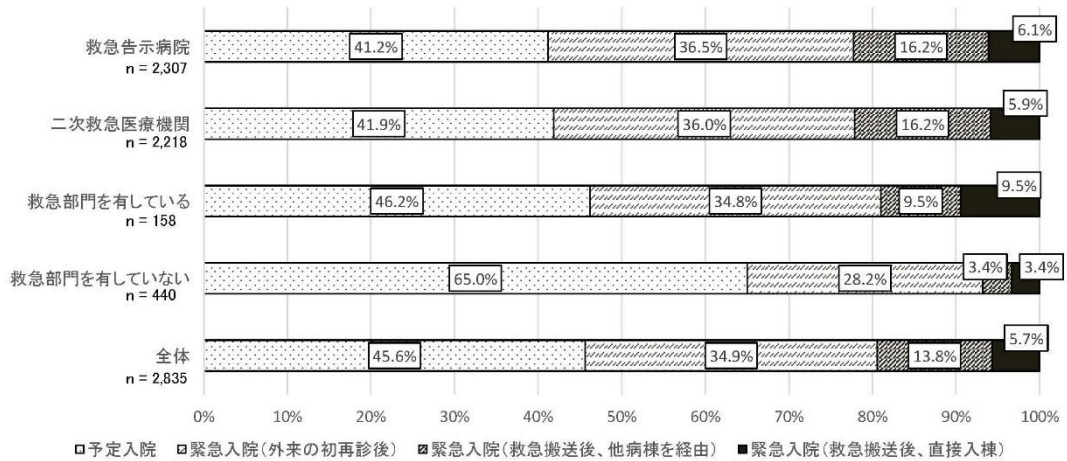
31

地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路、救急医療における位置づけごとの状況

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者の入棟経路について、医療機関の救急医療の位置づけごとに比較した。救急告示病院、二次救急医療機関の地域包括ケア病棟では、地域包括ケア病棟全体と比較して、救急搬送後、他病棟を経由して入棟する患者の割合はやや高いが、救急搬送後、直接入棟する患者の割合に大きな差はない。

診調組 入 - 1
5 . 7 . 6

地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路



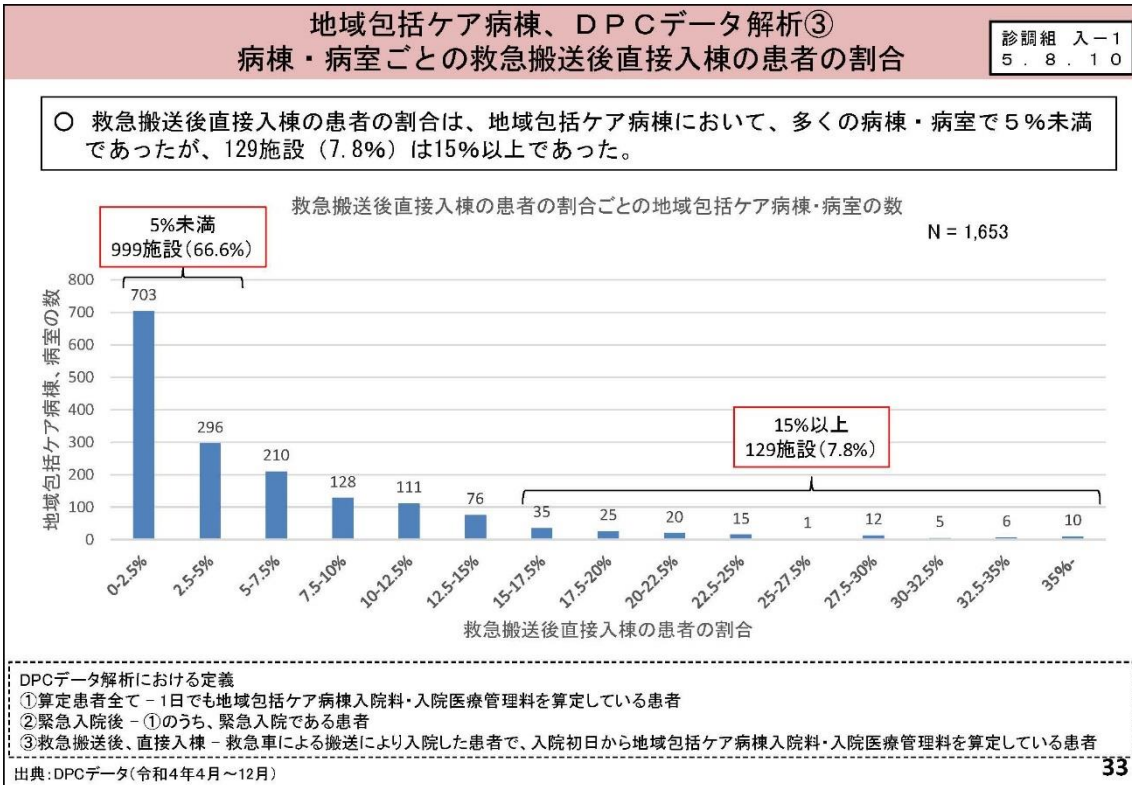
※入院患者表にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(入院患者票)

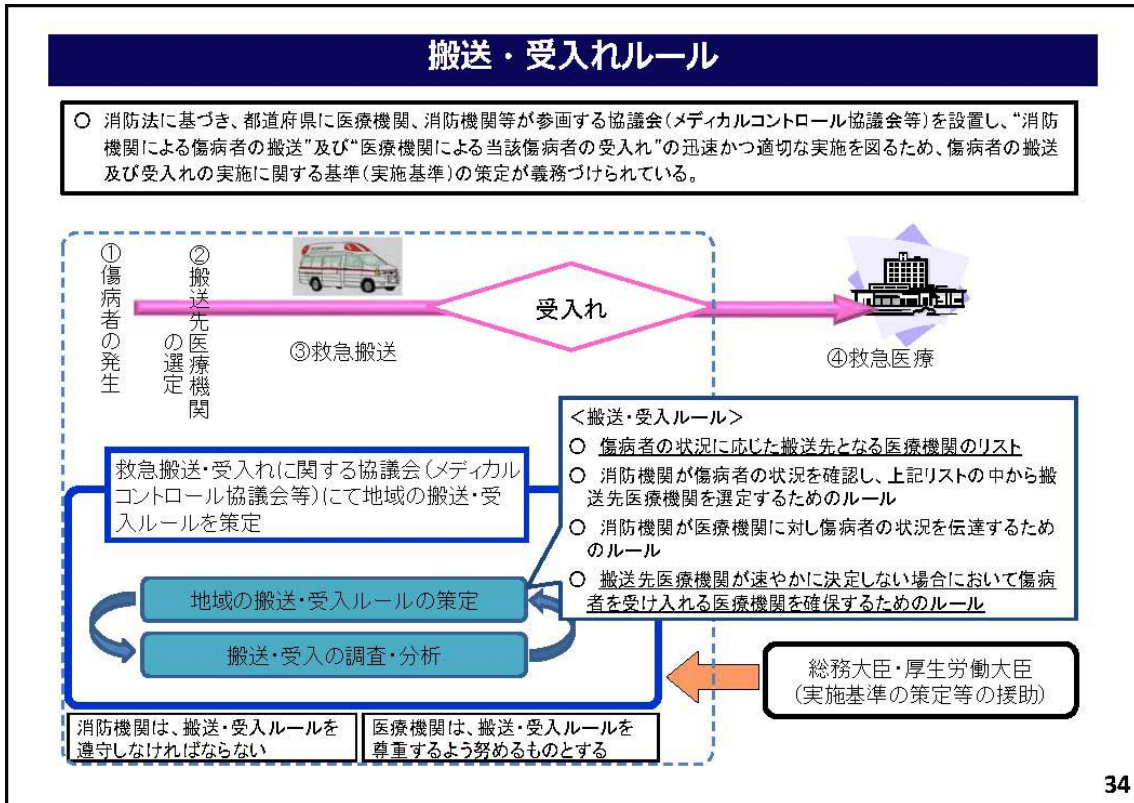
32

32 ページ目、33 ページ目にありますとおり、

救急搬送後に直接入棟する患者さんの割合は低い状況になってございます。



一方で、15%以上といった施設も7.8%存在します。



34 ページ目でございますけれども、

こちらは地域における適切な救急搬送に関する取組の紹介でございます。

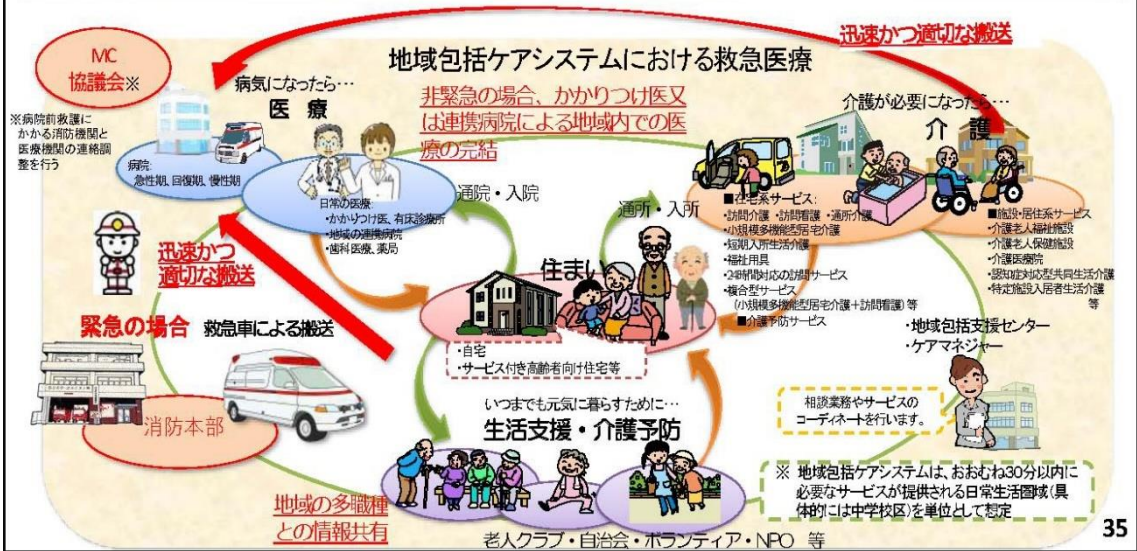
まず、消防法に基づきまして、都道府県にメディカルコントロール協議会などを設置し、

傷病者の搬送や受入れの実施に関する基準の策定が義務づけられているところでございます。

地域包括ケアシステムにおける救急医療の役割（在宅・介護施設の高齢者の支援）

平成28年9月第4回医療計画の見直し等に関する検討会資料を一部改変

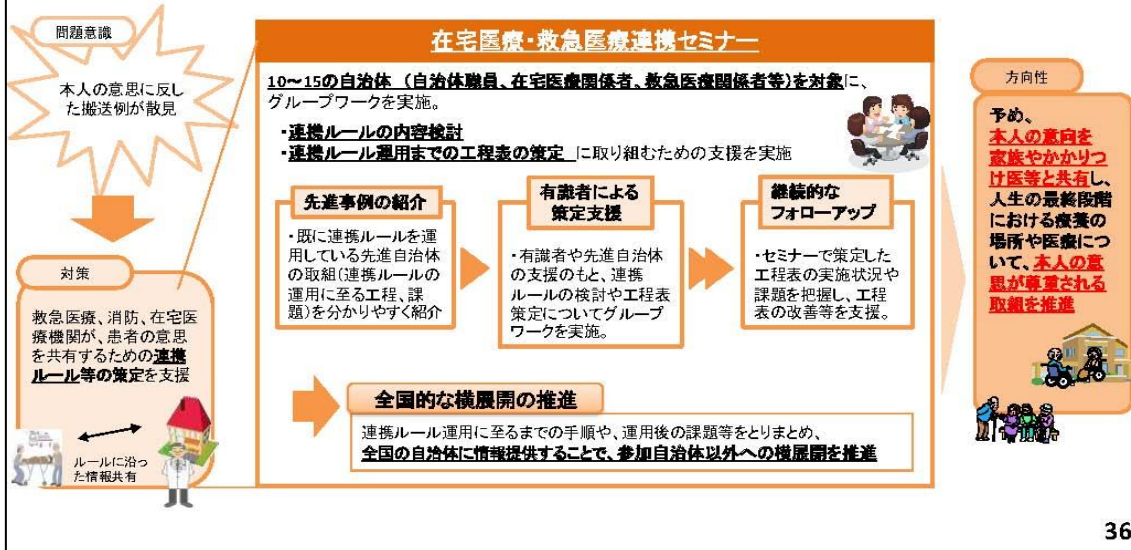
- 慢性期の方は、日常的に地域包括支援センター・ケアマネジャー等、地域の保健医療福祉の関係者の支援を受けていることが多い。
- こうした関係者と消防機関が連携して情報共有に取り組むことで、救急車をどのような場合に利用すべきかに関する理解を深めてもらうとともに、医師の診療が必要な場合でもできる限り地域のかかりつけ医で完結することが望ましい。
- 介護施設等に入所している高齢者についても、できる限り提携病院を含めた地域の中で完結することが望ましい。



救急医療情報収集・搬送ルールに関する取り組み例①

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(一部改変)

- 高齢者の救急搬送件数の増加等により、本人の意思に反した救急搬送の増加の可能性が指摘されている。
- これについて、一部自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場を設け、救急搬送時の情報共有ルールの設定や、住民向け普及啓発に取り組んでいる。
- こうした先進事例をもとに、自治体を対象としたセミナーの実施を通じた連携ルール策定のための重点的な支援及び本取組の全国的な横展開の推進により、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備することとしている。



36 ページ目、37 ページでは、

救急搬送ルールの整備に関する実際の取組事例を紹介してございます。

救急医療情報収集・搬送ルールに関する取り組み例②

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(一部改変)

東京都 (東京消防庁)

【心肺蘇生を望まない傷病者への対応】

「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」(以下、運用の要件)
下記の運用要件を満たした場合、救急隊から在宅医(かかりつけ医等)に連絡し、心肺蘇生を中断する。「在宅医(かかりつけ医等)又は「家族等」に傷病者を引き継ぐ。

(出典:東京消防庁「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」
<https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/ife/kyuu-adv/acp.html>)

#	運用要件
1	ACPが行われている成人で心肺停止状態である
2	傷病者が人生の最終段階にある
3	傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない」
4	傷病者本人の意思決定に際し、想定された症状と現在の症状とが合致する

【事例の紹介】 静岡県静岡市

【グリーンカードシステム】在宅療養者の意思表示

「グリーンカードシステムの構築(在宅看取りのための診療所連携システム)」
(出典:静岡市静岡医師会ホームページ<https://shizuoka-city-med.or.jp/e2net/house/>)

あらかじめ在宅主治医が記載した「在宅患者サマリーカルテ」に患者情報を記載し、グリーンカードと一緒に在宅療養者のベッドサイドに設置する

在宅療養者の看取りの状態となるも主治医と連絡がつかない場合、在宅療養者の家族はグリーンカードに記載してある手順に則り静岡市消防署に連絡を入れる

静岡市消防署は、あらかじめ静岡医師会から連絡されていた在宅往診当番医をもとに、往診依頼の連絡を入れる

連絡を受けた在宅往診当番医は当該の在宅療養者へ往診し、看取りの診察をする

(出典)令和3年度版・連携ルール策定等に関する市区町村等支援の手引き(一部改変)

急性期病院における初期対応後に他の医療機関に搬送する取組の例①

<取組事例①: 熊本県内の三次救急医療機関(令和5年5月時点)>

> 背景

- ✓ 救急搬送の集約化が進む県内において、県内3つの救命救急センターの1つであり、約8,000件/年程度の救急搬送を受入。
- ✓ 急性期病棟の病床利用率が95%超となる状況が継続し、救急患者を継続的に受け入れるために、一定程度の病床の確保が必要。
- ✓ 近郊には、直接の救急搬送を多く受けることが困難であっても、初期診断・治療後の患者については受入可能な急性期病棟、回復期病棟が存在。特に手術症例については、他の医療機関からの紹介希望もある。

> 取組内容

⇒ 救急搬送等により受け入れた救急患者のうち軽傷者について、地域の医療機関（二次救急医療機関、地域包括ケア病棟等）への紹介を目的に転送搬送。（年間300件弱程度行い、多い月では50件/月程度実施。）

<対象患者>

- ・ 誤嚥性肺炎や尿路感染症、圧迫骨折等であって、連携先医療機関でも対応可能と医師が判断した症例。
- ・ 疾患ごとに、これまで転送を受けている医療機関をリスト化。
- ・ 対象患者の検討においては、以下の要素も考慮。
 - 人工呼吸管理など高度急性期管理の必要性・積極的な治療希望の有無
 - 当該疾患について過去に診断がついており、2回目以降の入院かどうか（心不全の場合等）
 - 冠動脈疾患や弁膜症、不整脈に対する速やかな介入の必要性
 - 搬送先の候補となる医療機関への入院歴、通院歴の有無
 - 年齢や認知機能、フレイルの状態

<対象医療機関との連携>

- ・ これまでの連携の実績に基づき、近郊の医療機関のうち10施設程度から同意を得た上でリスト化。
- ・ 転送の調整は、看護師や医療ソーシャルワーカーが連携する医療機関との調整を実施。

<転送搬送の実施状況>

- ・ 転送のタイミングは、救急外来での初期診断・治療後が多いが、救急外来のベッドに限りもあるため、深夜に来院した患者などは1～2日間入院してから転送する場合もある。
- ・ 転送の手段としては、治療が必要な患者については、自院又は転送先の病院車を使用。
- ・ 人工呼吸器使用等の場合は医師が同乗するが、酸素投与のみであれば看護師が同乗。

38

一方で、ということで、38 ページ、39 ページにありますとおり、

地域によりましては、一部の救急医療機関で救急患者さんを幅広く受け入れて初期診断を行い、

評価の結果、救急医療機関以外でも対応が可能な患者さんにつきましては、他院に転院搬送するという取組がなされてございます。

これらの事例に共通することといたしましては、受け入れ先の候補となる医療機関と事前に協議を行い、受け入れ可能な疾患や時間帯について共有していること。

搬送の際には、自院の救急車両を用いて看護師や救命救急士の同乗により搬送していることなどの点があったところでございます。

急性期病院における初期対応後に他の医療機関に搬送する取組の例②

<取組事例②: 神奈川県内の三次救急医療機関(令和5年5月時点)>

> 背景

- ✓ 地域において同院による救急医療対応のニーズが大きく、地域の6割程度の救急搬送を受入。
- ✓ 救急搬送が同院に集中する中、病床が満床又は満床に近い場合は、入院待ちで多くの患者が救急外来において待機する状況が発生。
- ✓ 周囲の医療機関からは、整形外科領域などで手術適応のある患者について、転院の要望がある。

> 取組内容

⇒ 初期診断・治療であれば他の医療機関も受入が容易になるため、入院が必要な患者への入院医療を適切に分散させる観点から、「初療は集約、入院は分散」の方針で取り組むこととし、救急外来からの転院搬送を実施。

<対象患者>

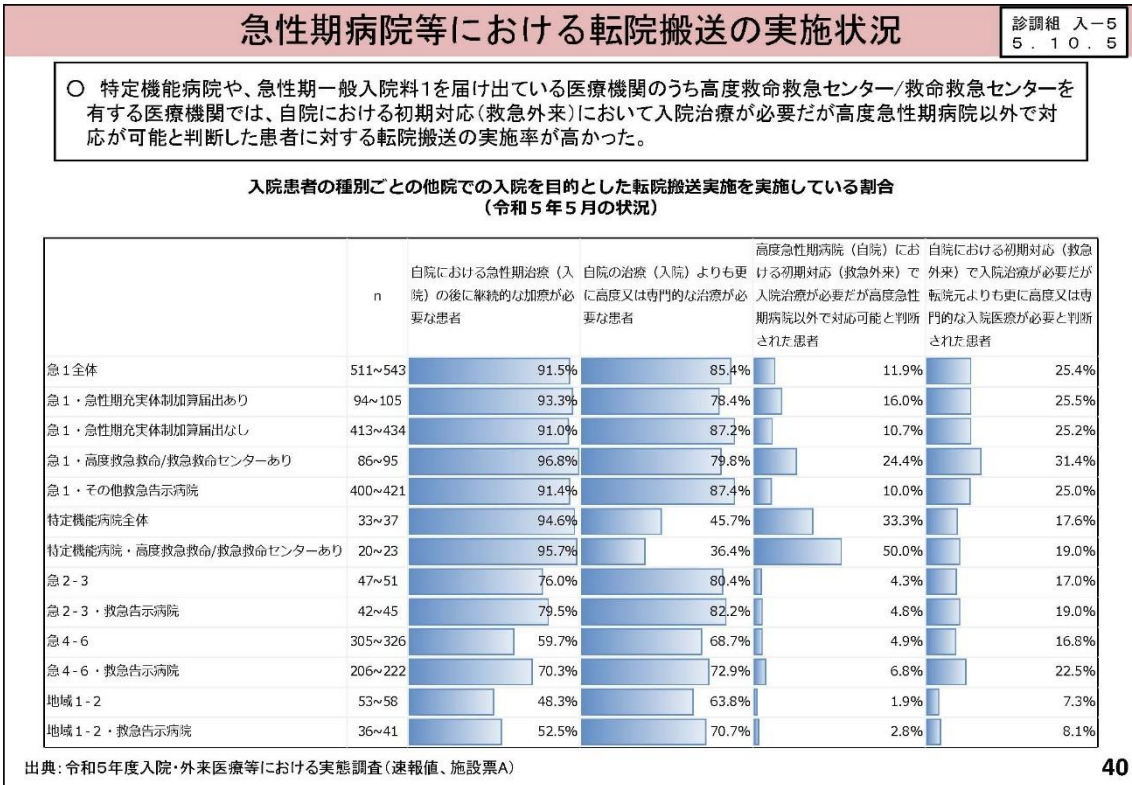
- ・ 救急搬送された患者の初期診断・評価を行った上で、他の医療機関でも対応可能な患者について、受入先と調整の上で転院搬送を実施。

<対象医療機関との連携>

- ・ 転院の調整は、県内の地域医療情報連携ネットワークの情報及び転院搬送の受入実績に基づき同院が独自に構築したデータベースを参考に、主に救急救命士が実施。
- ・ 初診時における対応の改善等の観点から、転院搬送を行った患者のその後の診療経過等について転院先の医療機関から適宜フィードバックを受けている。

<転院搬送の実施状況>

- ・ 特に病棟が満床の場合は救急外来から直接転院搬送しており、そのほか1～2日入院させ初期対応を行ってから転院させる場合もある。
- ・ 転院搬送の手段としては、病院が所有する救急車両にて搬送し、救急救命士が同乗。この場合の車両の維持費や救急救命士の人件費は搬送元医療機関が負担。



40 ページ目からは、こうした転院搬送に関する取組状況についてでございます。

40 ページ目の右から2列目にございますとおり、

特定機能病院や急性期一般入院料のうち、救命救急センターのある医療機関におきましては、一定程度、こうした転院搬送が実施されておりました。

入院料ごとの病棟における他院からの転院患者の受入状況

診調組 入-5
5.10.5

- 他院からの転院搬送の受入状況としては、急性期病院では転院元の治療よりも更に高度・専門的な治療が必要とされた患者を受け入れている割合が高く、地域包括ケア病棟では、急性期治療の後に継続的な治療が必要な患者を受け入れている割合が高かった。
- 高度急性期病院における初期対応で入院治療が必要だが高度急性期病院以外で対応可能と判断された患者を受け入れている割合は、急性期一般入院料4-6や地域一般入院料を算定する病棟において高かった。

各入院料を算定する病棟における他院からの転院患者の受入実施の割合
(施設ごとの実施割合、令和5年5月の状況)

	n	転院元における急性期治療 (入院)の後に継続的な加療 が必要な患者	転院元の治療(入院)よりも 更に高度又は専門的な治療が 必要な患者	高度急性期病院における初期 対応(救急外来)で入院治療 が必要だが高度急性期病院以 外で対応可能と判断された患 者	転院元における初期対応(救 急外来)で入院治療が必要だ が転院元よりも更に高度又は 専門的な入院医療が必要と判 断された患者
急1全体	272	49.6%	55.5%	4.4%	23.9%
急1・急性期允身体制加算届出あり	44	22.7%	56.8%	0.0%	22.7%
急1・急性期允身体制加算届出なし	224	55.4%	55.8%	5.4%	24.6%
急1・高度救急救命/救急救命センター	40	32.5%	70.0%	0.0%	37.5%
急1・その他救急告示病院		55.2%	55.7%	5.2%	23.3%
特定機能病院	20	30.0%	65.0%	5.0%	40.0%
急2-3	26	46.2%	34.6%	3.8%	11.5%
急2-3・救急告示病院	22	54.5%	36.4%	4.5%	13.6%
急4-6	205	47.3%	15.6%	4.9%	6.8%
急4-6・救急告示病院	130	57.7%	18.5%	7.7%	8.5%
地域1-2	41	34.1%	4.9%	12.2%	2.4%
地域1-2・救急告示病院	27	44.4%	7.4%	14.8%	3.7%
地ケア全体	356	54.5%	3.9%	2.2%	1.1%
地ケア・一般病棟入院基本料なし	106	70.8%	4.7%	2.8%	0.9%
地ケア・一般病棟入院基本料なし・40床以上	74	75.7%	5.4%	4.1%	1.4%

出典: 令和5年度入院・外来医療等における実態調査(速報値、施設票A・B、病棟票A・B)

41

また、41 ページ目の右から2列目では、

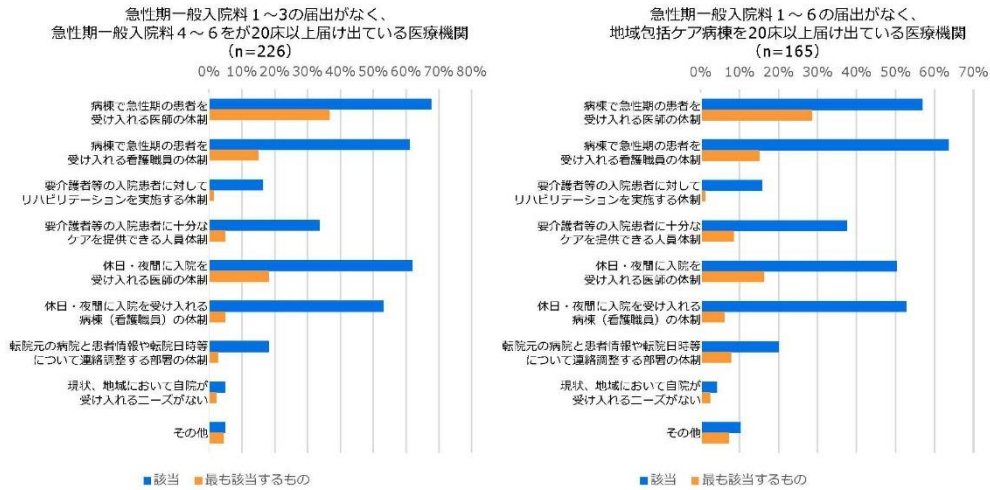
こうした転院搬送の患者さんを受け入れた状況につきまして入院料ごとにお示しをさせていただきます。

高度急性期病院等からの転院搬送を受け入れるために必要な体制

診調組 入-5
5. 10. 5

○ 急性期治療の後に継続的な加療が必要な患者や、高度急性期病院における初期対応により入院が必要だが他の医療機関で対応可能とされた患者の転院搬送を受け入れるために必要な体制としては、急性期一般入院料4-6においては医師の体制を選択する割合が最も高く、地域包括ケア病棟においては看護職員の体制を選択する割合が最も高かった。

急性期治療の後に継続的な加療が必要な患者及び
高度急性期病院における初期対応により入院が必要だが他の医療機関で対応可能とされた患者
の転院搬送をさらに受け入れるために必要な要素



出典: 令和5年度入院・外来医療等における実態調査(速報値、施設票A・B)

救急搬送又は救急外来に係る体制等を施設基準とする主な診療報酬項目		中医協 総-6 5. 5. 17
項目名	施設基準（抜粋）等	
A200	総合入院体制加算	<ul style="list-style-type: none"> ○24時間の救急医療提供として、救命救急センター又は高度救命救急センターを設置していること。（加算1） ○救急用の自動車及び救急隊の救急自動車並びに緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2000件以上であること。（加算2） ○24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。（加算2及び3） <ul style="list-style-type: none"> ア 入院を要する（第二次）救急医療体制、救命救急センター、高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関 イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関
A200-2	急性期充実体制加算	<ul style="list-style-type: none"> ○以下のいずれかを満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> （イ）救命救急センター又は高度救命救急センターを設置していること。 （ロ）救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上、又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあつては、許可病床1床あたり6.0件/年以上であること。
A205	救急医療管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ○休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であつて、都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。 <ul style="list-style-type: none"> ア 地域医療支援病院 イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所 ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、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
A252	地域医療体制確保加算	<ul style="list-style-type: none"> ○以下のいずれかを満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> ア 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。 イ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは総合周産期特定集中治療室管理料又は小児特定集中治療室管理料若しくは新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
A300	救命救急入院料	<ul style="list-style-type: none"> ○救命救急センターを有していること。 <ul style="list-style-type: none"> ・救命救急センターの評価基準に基づく評価が一定以上であること。（救急体制充実加算） ・高度救命救急センターであること。（高度医療体制加算）
A308-3	地域包括ケア病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ○一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。（ただし、許可病床数が200床未満の場合は、当該保健医療機関内に救急外来を設置していること又は24時間の救急患者を受け入れていることを以て要件を満たす。） ○療養病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること若しくは在宅医療の提供体制に関する要件を満たしていること。
B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料	<ul style="list-style-type: none"> ○休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であつて、都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。 <ul style="list-style-type: none"> ア 地域医療支援病院 イ 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所 ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、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 ○第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
DPC/PDPS	機能評価係数Ⅱ	<ul style="list-style-type: none"> ・救急医療指数（救急医療入院の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価） ・体制評価指数（救命救急センター等の体制や救急車で来院し入院となった患者数の実績を評価）

43

43 ページ目からは、

救急搬送や救急外来に関する主な診療報酬項目について、お示しをさせていただきます。

救急搬送診療料の見直し

算定要件の見直し

- 入院患者を転院搬送する際に、救急搬送診療料が算定可能な場合を明確化する。

救急搬送診療料 1,300点

現行

- ・当該保険医療機関の入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。



改定後

- ・救急搬送診療料は、**救急用の自動車等に同乗して診療を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。**
- ・入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。ただし、**以下のいずれかに該当する場合には、入院患者についても救急搬送診療料を算定することができる。**
 - ア **搬送元保険医療機関以外の保険医療機関の医師が、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合**
 - イ **救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者**について、**関係学会の指針等に基づき、患者の搬送を行う場合**

重症患者搬送に係る診療への評価の新設

- ECMO等を装着した重症患者に対する搬送中の専門性の高い診療の必要性を踏まえ、関係学会の指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合について新たな評価を行う。

救急搬送診療料 1,300点

(新) 重症患者搬送加算 1,800点

【対象患者】

救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による**集中治療を要する状態の患者。**

【算定要件】

関係学会の指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。

【施設基準の概要】

- 当該保険医療機関内に、以下から構成される重症患者搬送チームが設置されていること。
 - ア 集中治療の経験を5年以上有する医師
 - イ 看護師
 - ウ 臨床工学士
- (1)のアの医師は、重症の小児患者を搬送する場合、小児の特定集中治療の経験を5年以上有することが望ましい。
- (1)のイの看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、適切な研修を修了した看護師であることが望ましい。
- (1)のウの臨床工学士は、救命救急入院等を届け出た病棟を有する保険医療機関で5年以上の経験を有することが望ましい。
- 関係学会により認定された施設であること。
- 日本集中治療医学会が定める指針等に基づき、**重症患者搬送が適切に実施**されていること。
- 重症患者搬送チームにより、重症患者搬送に関する**研修を定期的**に実施すること。

44

44 ページから 48 ページ目まで、

救急搬送診療料や夜間休日救急搬送医学管理料など、

個別の点数の概要についてお示ししておりますが、

夜間休日救急搬送医学管理料及び救急搬送看護体制加算の概要

中医協 総-6
5. 5. 17

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料（初診料を算定する初診の日に限り算定） 600点

- 精神科疾患患者等受入加算 400点
- 救急搬送看護体制加算1 400点
- 救急搬送看護体制加算2 200点

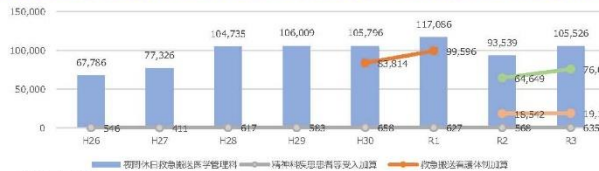
【算定要件】(抜粋)

- (1) 夜間休日救急搬送医学管理料については、第二次救急医療機関（都道府県が作成する医療計画において、入院を要する救急医療を担う医療機関であって、第三次救急医療機関以外のものをいう。）又は都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設において、深夜・時間外（土曜日以外の日（休日を除く。））にあつては、夜間に限る。休日、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であつて初診のものについて、必要な医学管理が行われた場合に算定する。
- なお、夜間及び深夜の取扱いは、往診料の場合と同様である。
- (2)、(3) 略

【夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準】

- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であつて、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。
- ア 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）
 - イ 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 - ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪審制病院、病院群輪審制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
- なお、精神科救急医療施設の運営については、平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に従い実施された。
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

算定回数



出典：社会医療診療行為別統計（調査）（各年6月審査分）

45

入退院支援加算1・2の概要

A246 入退院支援加算（退院時1回）

- ▶ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- ▶ **入退院支援加算1** イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点
- ▶ **入退院支援加算2** イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点

【主な算定要件・施設基準】

	入退院支援加算1	入退院支援加算2
退院困難な要因	<ul style="list-style-type: none"> ア. 急性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと 	<ul style="list-style-type: none"> ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入院治療を繰り返している ク. 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること シ. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	<ul style="list-style-type: none"> ①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は 一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施 	<ul style="list-style-type: none"> ①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置	
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置	
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-
連携機関との面会	連携機関の数が25以上であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で 対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	※青字下線はR4年度改定事項

地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し

▶ 地域包括ケア病棟入院料の初期加算について、評価を見直す。

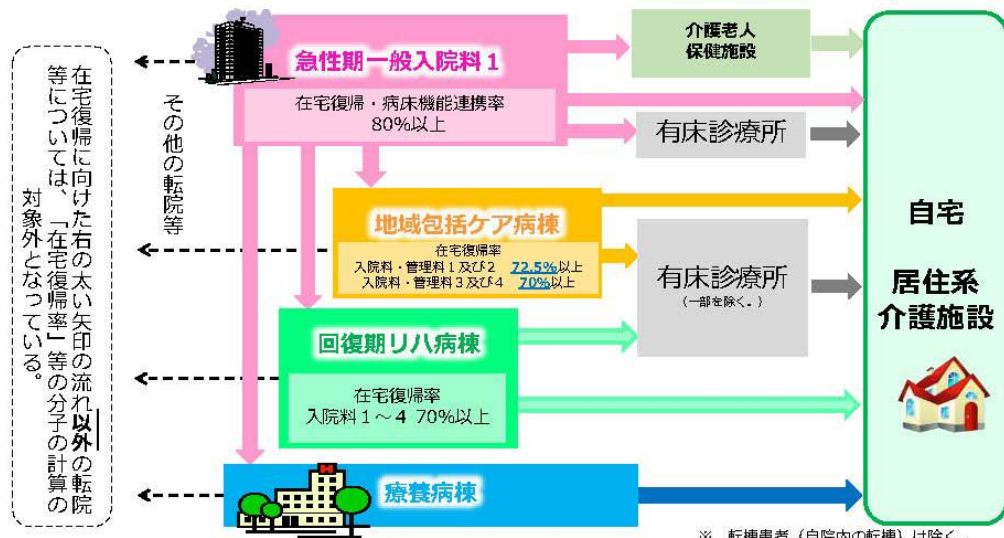
現行	改定後
<p>【急性期病棟から受入れた患者】 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転院した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転院若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>【在宅から受入れた患者】 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。</p>	<p>当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転院した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転院若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>(改) イ 急性期患者支援病床初期加算</p> <p>(1) 許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合</p> <p>① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転院した患者の場合 150点</p> <p>② ①の患者以外の患者の場合 50点</p> <p>(2) 許可病床数400床未満の保険医療機関</p> <p>① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転院した患者の場合 250点</p> <p>② ①の患者以外の患者の場合 125点</p> <p>(改) ロ 在宅患者支援病床初期加算</p> <p>① 介護老人保健施設から入院した患者の場合 500点</p> <p>② 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 400点</p>

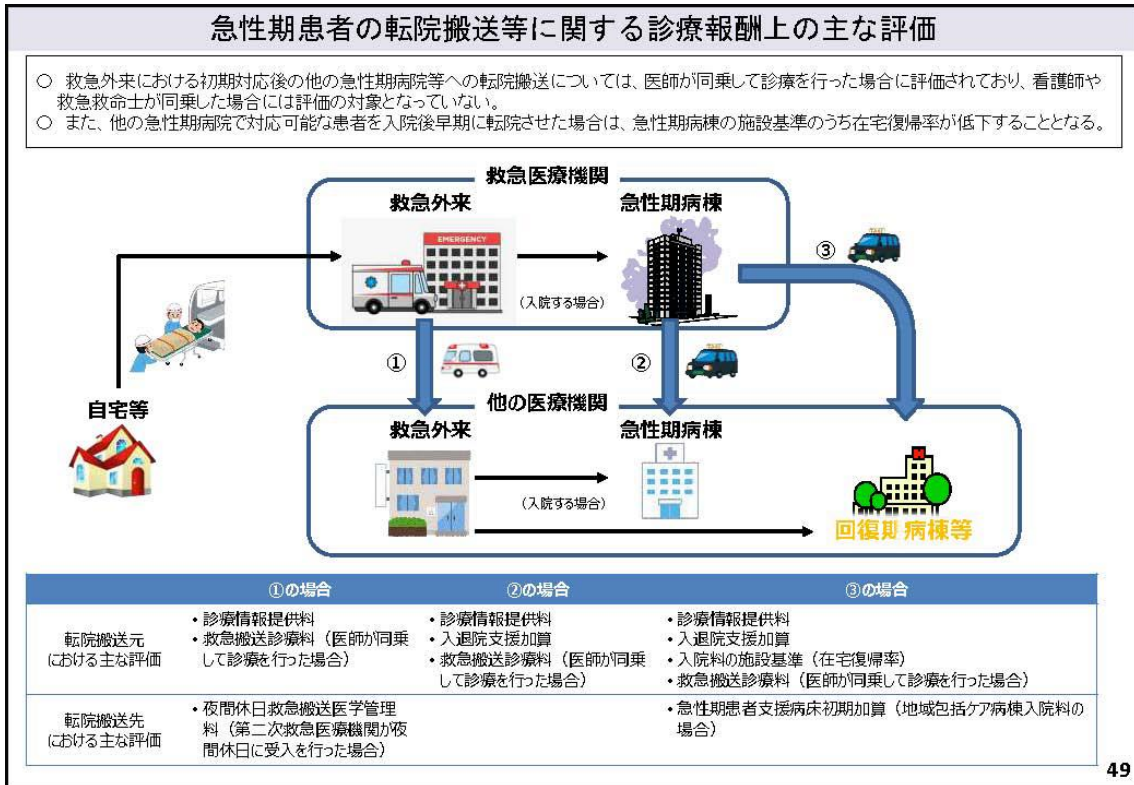
現行	改定後																					
急性期病棟から受入れた患者：急性期患者支援病床初期加算 150点（14日を限度とする。） 在宅から受入れた患者：在宅患者支援病床初期加算 300点（14日を限度とする。）	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">急性期患者支援病床初期加算</td> <td>算定する医療機関が400床以上の地ケアの場合</td> <td>自院等の一般病棟</td> <td>50点</td> </tr> <tr> <td>算定する医療機関400床未満の地ケアの場合</td> <td>他院の一般病棟</td> <td>150点</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">在宅患者支援病床初期加算</td> <td rowspan="2">老人保健施設 自宅・その他施設</td> <td>自院等の一般病棟</td> <td>125点</td> </tr> <tr> <td>他院の一般病棟</td> <td>250点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>500点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>400点</td> </tr> </table>	急性期患者支援病床初期加算	算定する医療機関が400床以上の地ケアの場合	自院等の一般病棟	50点	算定する医療機関400床未満の地ケアの場合	他院の一般病棟	150点	在宅患者支援病床初期加算	老人保健施設 自宅・その他施設	自院等の一般病棟	125点	他院の一般病棟	250点				500点				400点
急性期患者支援病床初期加算	算定する医療機関が400床以上の地ケアの場合		自院等の一般病棟	50点																		
	算定する医療機関400床未満の地ケアの場合	他院の一般病棟	150点																			
在宅患者支援病床初期加算	老人保健施設 自宅・その他施設	自院等の一般病棟	125点																			
		他院の一般病棟	250点																			
			500点																			
			400点																			

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

○ 急性期一般入院料1における「在宅復帰・病床機能連携率」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、**自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしており、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促進している。**

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（→）で示す**





転院搬送に着目してまとめました図が 49 ページとなります。

救急外来から救急外来への転院搬送でございますけれども、図の中の①という所になります、ここでは医師が同乗した場合の搬送は一定の評価がありますが、

看護師や救命救急士が同乗して自院の救急車両で搬送を行った場合などは、現在は評価の対象となってございません。

また、急性期の病棟から急性期の病棟に転院を行った場合は、転院元の病棟の施設基準における在宅復帰率の分子には含めることができないため、在宅復帰率の計算上、その値が低下することとなります。

説明**2. 救急医療管理加算について**

1. 救急医療における患者の病態に応じた効率的な医療の提供のための転院搬送について
2. 救急医療管理加算について
3. 課題・論点

50

次、2つ目のテーマでございます。

救急医療管理加算でございます。

50 ページ目以降でございますが、

救急医療管理加算の概要

A205 救急医療管理加算（1日につき／入院した日から7日間に限る）

- 1 救急医療管理加算1 1,050点
- 2 救急医療管理加算2 420点

【算定要件】(抜粋)

- 救急医療管理加算1の対象となる患者は、ア～サ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。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でも算定できる。
- 救急医療管理加算2の対象となる患者は、アからサまでに準ずる重篤な状態又はシの状態にあって、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。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態でも算定できる。
- 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ◆ アからサのうち該当する状態 (加算2の場合は、アからサのうち準ずる状態又はシの状態のうち該当するもの)
 - ◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
 - ◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの
 - ◆ イの状態に該当する場合はJCS 0の状態、ウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及びキの状態(気道熱傷及び顔面熱傷を除く。)に該当する場合はBurn Index 0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性薬物中毒 オ ショック	カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) キ 広範囲熱傷 ク 外傷、破傷風等で重篤な状態 ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はL-PA療法を必要とする状態 コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態	サ 蘇生術を必要とする重篤な状態 シ その他の重症な状態
---	---	---------------------------------

【施設基準】(抜粋)

- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。
 - ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)
 - イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 - ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、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
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかにも重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。
- (4) 施設基準に係る届出を行うこと。

51

51 ページ目に点数の概要。

近年における救急医療管理加算の改定①

診調組 入-1
5. 9. 2 9

○ 平成26年度改定において、救急医療管理加算を「その他、他項目に準ずるような重篤な状態」により算定する場合について、単なる予定外入院等で算定されている場合があること及び別の項目で入院する患者よりも1入院当たりの医療資源投入量が少ないことから、救急医療管理加算2を新設し、「その他、他項目に準ずるような重篤な状態」は加算2で算定することとされた。

○ その後、平成28年度改定においては、救急医療管理加算2を算定した患者のうち脳梗塞でt-PAを投与された患者や、虚血性心疾患で緊急のカテーテル治療等を行われた患者が存在し、これらは入院後の医療資源投入量が比較的高い傾向にあったことから、「緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態」が加算1の対象として追加された。

平成26年度診療報酬改定 救急医療等の推進について①

救急医療管理加算の見直し

▶ 救急医療管理加算の算定基準が明確でない点があること等を踏まえ、適正化の観点から算定基準を明確化するとともに評価の見直しを行う。

現行	改定後
A205 救急医療管理加算 800点 (1日につき) (7日まで)	A205 救急医療管理加算1 800点 救急医療管理加算2 400点(新) (1日につき) (7日まで)
【対象患者】 次に掲げる状態において、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう ア 吐血、嘔血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重産糖尿病等） キ 広範囲熱傷 ク 外傷、感染症等で重篤な状態 ケ 緊急手術を必要とする状態 コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態	【対象患者】 次に掲げる状態において、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう <救急医療管理加算1> ア 吐血、嘔血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重産糖尿病等） キ 広範囲熱傷 ク 外傷、感染症等で重篤な状態 ケ 緊急手術を必要とする状態 <救急医療管理加算2> コ その他、「ア」から「ク」に準ずるような重篤な状態 ※ 当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。 ※ 常に1日、1回に該当する患者の概要について報告を行うこと。

平成28年度診療報酬改定 小児医療・産科医療・救急医療の充実④

救急医療管理加算の見直し

▶ 救急医療管理加算について、緊急カテーテル治療・検査等が必要なものを加算1の対象に加えるとともに、評価の見直しを行う。

現行	改定後
救急医療管理加算1 800点 救急医療管理加算2 400点 (1日につき、7日まで) 【救急医療管理加算1の対象患者】 ア 吐血、嘔血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重産糖尿病等） キ 広範囲熱傷 ク 外傷、感染症等で重篤な状態 ケ 緊急手術を必要とする状態	救急医療管理加算1 900点 救急医療管理加算2 300点 (1日につき、7日まで) 【救急医療管理加算1の対象患者】 ア 吐血、嘔血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重産糖尿病等） キ 広範囲熱傷 ク 外傷、感染症等で重篤な状態 ケ 緊急手術を必要とする状態 【救急医療管理加算2の対象患者】 ア 吐血、嘔血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重産糖尿病等） キ 広範囲熱傷 ク 外傷、感染症等で重篤な状態 ケ 緊急手術を必要とする状態

52

52 ページ目、53 ページ目に最近の改定内容について、お示しをしております。

令和4年度の診療報酬改定におきましては、

JCS、ジャパン・コーマ・スケールと言いますが、
「0」の意識障害や、

NYHAですね、New York Heart Associationですけども、
こちらのI度の心不全、

P/F比400以上の呼吸不全などにつきまして、

Copyright © 2019 <http://chuikyô.news> — 中医協ニュース — All Rights Reserved

49

近年における救急医療管理加算の改定②

診調組 入-1
 5. 9. 2 9

○ 令和2年度改定においては、加算2を算定する患者の実態の把握のため、加算2の対象患者を細分化するとともに、入院時の状態に応じた重症度に係る指標及び入院後3日以内に実施した処置、手術等について摘要欄に記載することとされた。

○ 令和4年度改定においては、加算1の算定対象として「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」、「蘇生術を必要とする重篤な状態」及び「顔面熱傷又は気道熱傷」（「広範囲熱傷」への追加）を追加した。また、入院時の患者の重症度をより適切に把握するため、意識障害患者、心疾患患者又は呼吸不全の患者においては重症度に関する記載を救急受診時及び治療室又は病棟入室時に記載することとし、さらに、JCS 0で「意識障害又は昏睡の状態」に該当する場合、NYHA 1度又はP/F比400以上で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に該当する場合及びBum Index 0で広範囲熱傷に該当する場合は、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠についても摘要欄に記載することとされた。

令和2年度診療報酬改定 Ⅰ-7-4 小児医療、周産期医療、救急医療の充実-Ⅰ-Ⅱ

患者の重症度に応じた救急医療の適切な評価

患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について要件及び評価を見直し。

現行	改定後
【救急医療管理加算】 1 救急医療管理加算1 900点 2 救急医療管理加算2 300点	【救急医療管理加算】 1 救急医療管理加算1 990点 2 救急医療管理加算2 390点
【算定要件】 (1) 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られた患者をいう。 (2) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(1)のあからずまに重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。	【算定要件】 (1) 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「 アからケのいずれかの状態 」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られた重症患者をいう。 (2) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(1)の「 アからケ 」に該当する状態又は「 コ 」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られた重症患者をいう。
【算定対象となる状態】 ア 吐血、稀血又は著量な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性胸痛 オ ショック カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） キ 広範囲熱傷 ク 外傷、中毒症候群で重篤な状態 ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はPA療法を必要とする状態 コ その他の重篤な状態（加算2のみ）	【算定対象となる状態】 ア 吐血、稀血又は著量な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性胸痛 オ ショック カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） キ 広範囲熱傷 ク 外傷、中毒症候群で重篤な状態 ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はPA療法を必要とする状態 コ その他の重篤な状態（加算2のみ）

救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- アからケのうち該当する状態（加算2の場合は、アからケのうち該当する状態のうち該当するもの）
- イ、ウ、オ又はキを認める場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
- 重篤な状態に対して、入院後3日以内に実施した処置、手術等、処置又は手術のうち主要なもの

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-4-6 小児医療、周産期医療、救急医療の充実-Ⅱ

救急医療管理加算の見直し

患者の重症度に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、以下の見直しを行う。

算定対象となる状態の見直し

救急医療管理加算の対象患者の状態について、状態の明確化と状態の追加をするとともに、評価の見直しを行う。

現行	改定後
【救急医療管理加算】（1日につき）（7日まで） 1 救急医療管理加算1 950点 2 救急医療管理加算2 350点	【救急医療管理加算】（1日につき）（7日まで） 1 救急医療管理加算1 1,050点 2 救急医療管理加算2 420点
【対象患者】 救急医療管理加算1の対象となる患者は、 ア～サのいずれかの状態 にあって、緊急入院が必要と認められた重症患者。 救急医療管理加算2の対象となる患者は、 ア～サまでに該当する状態 又は タ の状態にあって、緊急入院が必要と認められた重症患者。	【対象患者】 救急医療管理加算1の対象となる患者は、 ア～サのいずれかの状態 にあって、緊急入院が必要と認められた重症患者。 救急医療管理加算2の対象となる患者は、 ア～サまでに該当する状態 又は タ の状態にあって、緊急入院が必要と認められた重症患者。

算定要件の見直し

救急医療管理加算の算定において、対象患者の一部の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを要件とする。

DPCデータの入力において、救急医療管理加算の対象患者の一部の状態の状態指標について、状態指標を記載する時点の明確化を行う。

現行	改定後
【診療報酬明細書】 ● 入院時、ICU又はICU相当病室に入院した患者 ● イ、ウ、オ又はキを認める場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標 ● 重篤な状態にあって、入院後3日以内に実施した処置、手術等、処置又は手術のうち主要なもの	【DPC様式1】※平成・救急医療入院の患者に適用 ● 入院時、ICU又はICU相当病室に入院した患者 ● イ、ウ、オ又はキを認める場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標 ● 重篤な状態にあって、入院後3日以内に実施した処置、手術等、処置又は手術のうち主要なもの

救急入院が必要であると判断した医学的根拠を摘要欄に記載することとされたところがございます。

救急搬送医療管理加算に係る主な意見

<中医協総会>

- 加算1を算定できる患者及び加算2を算定できる患者について、要件を明確化すべきではないか。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>

- JCSやNYHA分類等の重症度分類が転帰と相関する傾向にあるものの、こうした重症度に関わらず加算1又は加算2が選択されている場合があると考えられることを踏まえ、加算1を算定する場合と加算2を算定する場合の基準を重症度分類に基づき明確化すべきではないか。
- 入院時の重症度分類が軽度であってもその後重篤な状態になる患者も存在するため、基準を設けるべきではないのではないか。
- 基準を設ける必要はあるもののJCSやNYHA分類のみではなく病態を的確に把握できる指標を用いることが必要ではないか。
- 請求審査の観点からレセプト上で、患者の状態が加算1あるいは加算2に該当するのか、判断できる制度であるべきではないか。
- 「その他の重症な状態」で救急医療管理加算を算定する患者は、重篤な状態であれば他の状態に該当すると考えられるため、「その他の重症な状態」は分類として不要ではないか。

54

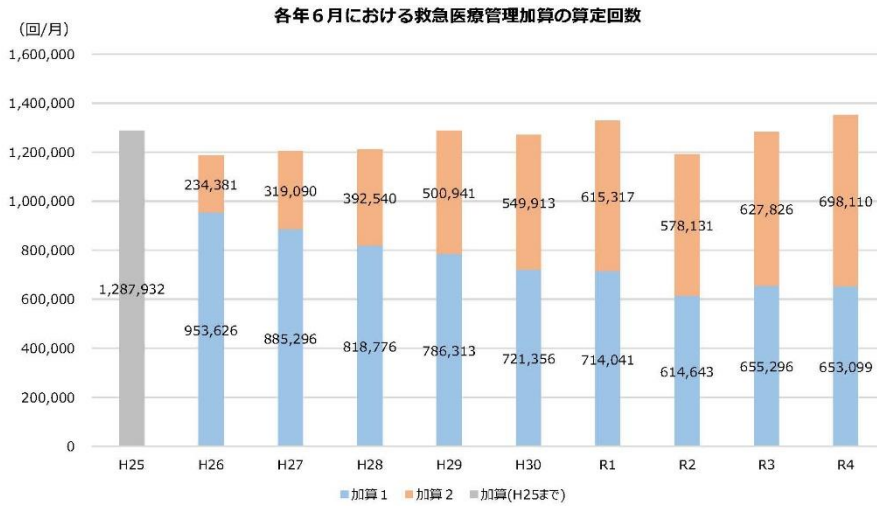
54 ページでは、これまでにいただいたご意見でございますけれども、

加算1と加算2の区別について明確化すべきではないかなどのご意見をいただいたところでございます。

救急医療管理加算の算定回数

診調組 入-1
5.9.29

○ 平成25年以降の救急医療管理加算の算定回数の推移は以下のとおり。



出典：社会医療診療行為別統計（各年6月）

55

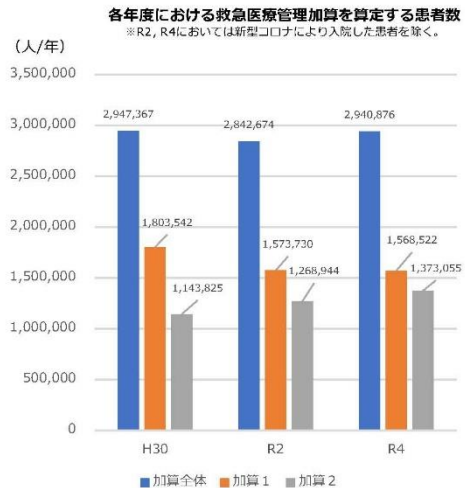
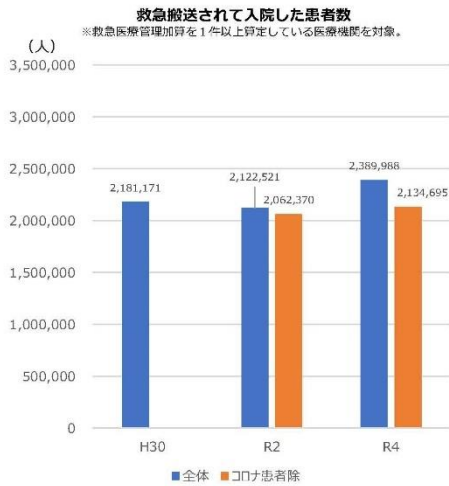
55 ページ目からでございますが、算定回数等の資料でございますが、全体の算定回数は増加傾向にあること。

内訳としては、加算1が減少し、加算2が増加していること。

救急搬送されて入院した患者数の推移

診調組 入-1
5.9.29

- 救急医療管理加算を算定する医療機関における、救急搬送されて入院した患者の数は、新型コロナ患者を除けば令和2年度から4年度にかけて3.5%程度増加していた。
- 平成30年度から令和4年度の推移では、救急医療管理加算1を算定する患者数は減少傾向、救急医療管理加算2を算定する患者数は増加傾向にあった。



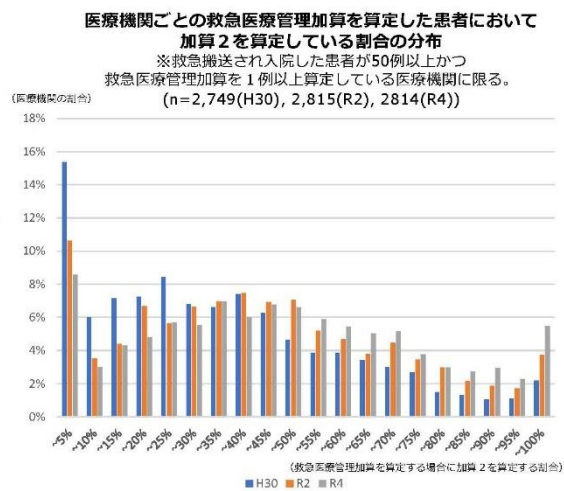
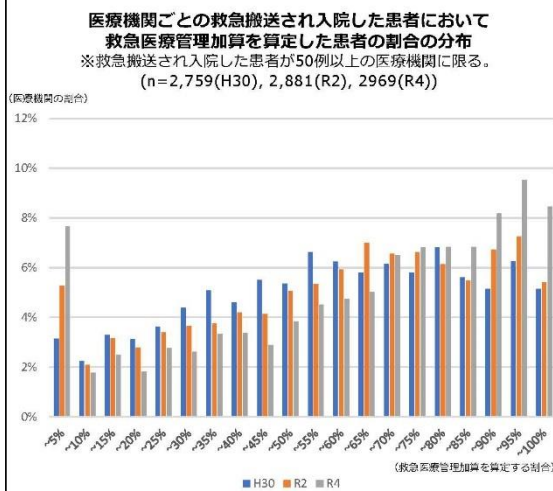
出典：DPCデータ（各年度4月～3月）

56

救急医療管理加算の算定の状況①

診調組 入-1
5.9.29

- 医療機関ごとの、救急搬送され入院した患者のうち救急医療管理加算を算定した割合の分布は、平成30年度から令和4年度にかけて増加する方向に変化していた。
- 医療機関ごとの、救急医療管理加算を算定する患者のうち救急医療管理加算2を算定している割合の分布についても、増加する方向に変化していた。



出典：DPCデータ（各年度4月～3月） ※R2とR4においては、新型コロナにより入院した患者を除く。

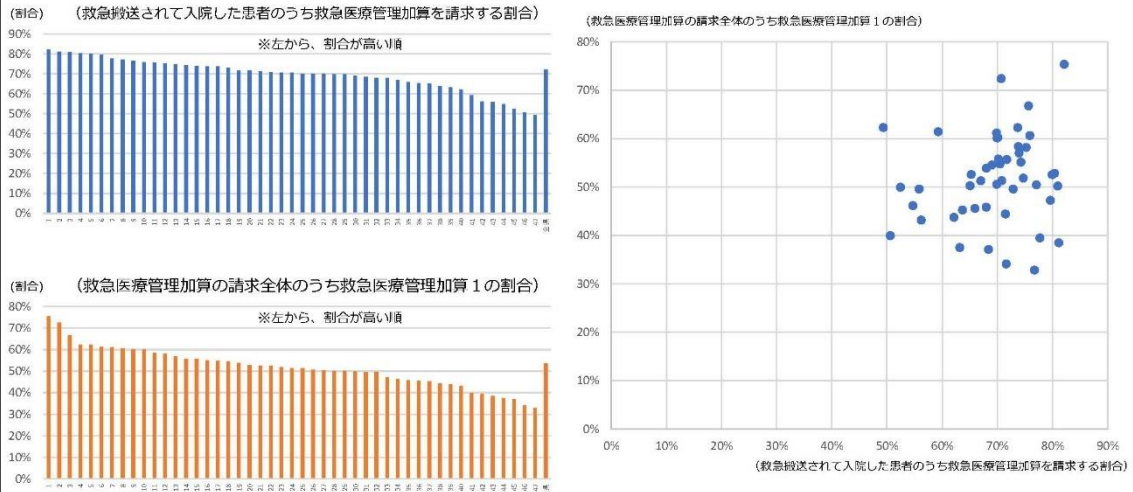
57

都道府県別の救急管理加算の算定状況

診調組 入-2
5.10.12

- 救急搬送され救急搬送されて入院した患者のうち救急医療管理加算を請求する割合よりも、救急医療管理加算の請求全体のうち救急医療管理加算1の割合のほうが、都道府県間のばらつきがやや大きかった。
- 各都道府県における救急搬送されて入院した患者のうち救急医療管理加算を請求する割合及び救急医療管理加算の請求全体のうち救急医療管理加算1の割合には、明らかな相関は認められなかった。

救急搬送されて入院した患者のうち救急医療管理加算を請求する割合及び
救急医療管理加算の請求全体のうち救急医療管理加算1の割合（都道府県別）



出典：DPCデータ（令和4年4月～令和5年3月） ※新型コロナウイルスにより入院した患者を除く。

58

また、加算1と加算2の区分につきましては、58ページ目にありますとおり、

加算1の割合が都道府県間でばらつきがあるということも指摘されているところでございます。

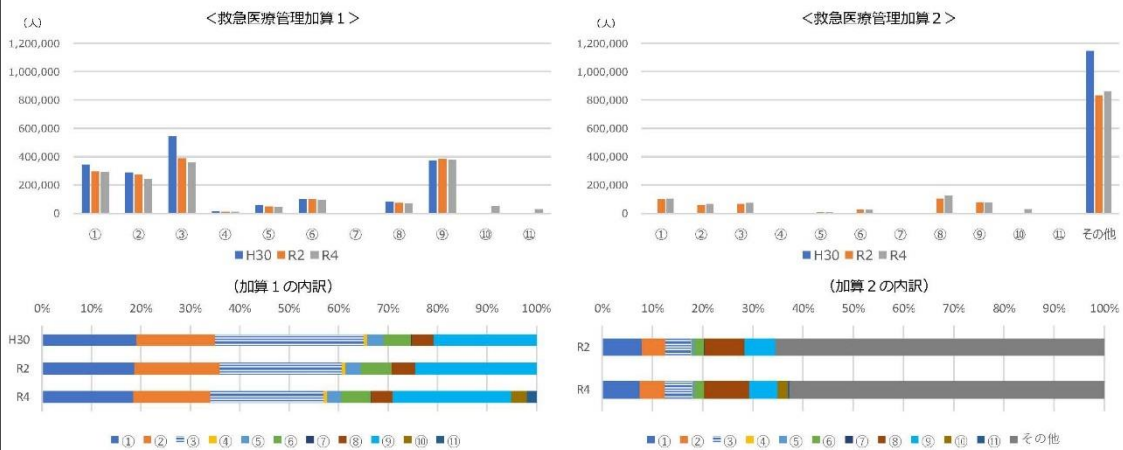
救急医療管理加算の算定の状況②

診調組 入-1
5.9.29

- 令和2年度から4年度にかけて、対象となる状態に「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」が追加されたが、加算2のうち「その他の重症な状態」の算定患者数は増加していた。
- 「意識障害又は昏睡」及び「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に該当する算定患者の人数は、加算1で減少し、加算2で増加していた。

救急医療管理加算の対象となる状態ごとの算定人数

- ①吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 ②意識障害又は昏睡 ③呼吸不全又は心不全で重篤な状態 ④急性薬物中毒 ⑤ショック
⑥重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重篤な尿毒症等） ⑦広範囲熱傷(R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4) ⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 ⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態 ⑪蘇生術を必要とする重篤な状態
※加算2は、上記①～⑩に準ずる状態又は「その他の重症な状態」



出典：DPCデータ（各年度4月～3月） ※R2とR4においては、新型コロナウイルスにより入院した患者を除く。

59

59 ページ目から 62 ページ目は、

加算の対象となります状態の内訳ごとの算定人数の推移を示しております。

救急医療管理加算 1 又は 2 を算定する患者数の変化

診調組 入-1
5.9.29

○令和4年度に「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」が新設されているが、「その他の重症な状態」によって救急医療管理加算が算定される患者数は、加算1及び加算2の合計よりも増加率が高かった。

救急医療管理加算を算定する患者における
状態ごとの患者数の増加率



■ R2からR4の増加率

＜救急医療管理加算1の算定対象＞
 ①吐血、嘔血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 ②意識障害又は昏睡 ③呼吸不全又は心不全で重篤な状態 ④急性薬物中毒 ⑤ショック
 ⑥重篤な代謝障害 (肝不全、腎不全、重症糖尿病等) ⑦広範囲熱傷 (H30, R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷 (R4) ⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
 ⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 ⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態 (R4) ⑪蘇生術を必要とする重篤な状態 (R4)
 ※加算2の対象は、上記①～⑩に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

出典：DPCデータ (各年度4月～3月) ※R2とR4においては、新型コロナウイルスにより入院した患者を除く。

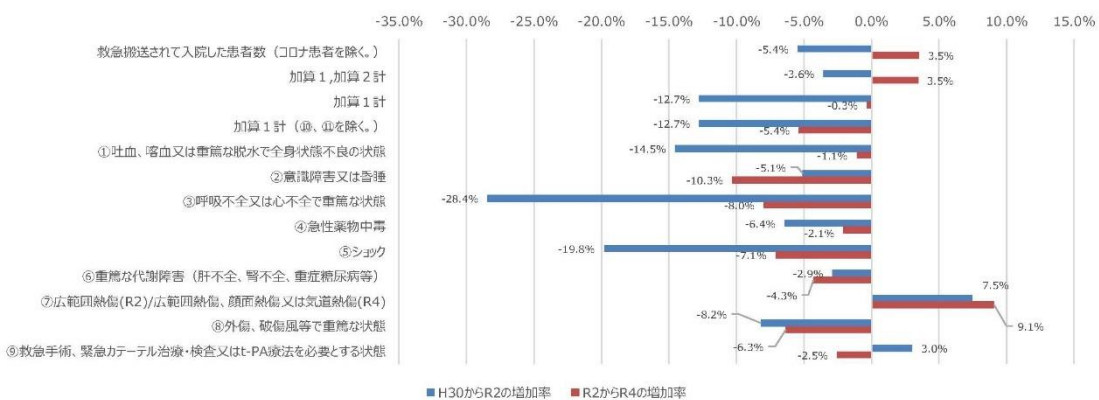
60

救急医療管理加算 1 を算定する患者数の変化

診調組 入-1
5.9.29

○ 救急医療管理加算1については、令和4年度に新設された「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」を除くと、「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷」以外の状態は、令和2年度から4年度にかけて算定患者数が減少していた。

救急医療管理加算 1 を算定する患者における
状態ごとの患者数の増加率



■ H30からR2の増加率 ■ R2からR4の増加率

＜救急医療管理加算1の算定対象＞
 ①吐血、嘔血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 ②意識障害又は昏睡 ③呼吸不全又は心不全で重篤な状態 ④急性薬物中毒 ⑤ショック
 ⑥重篤な代謝障害 (肝不全、腎不全、重症糖尿病等) ⑦広範囲熱傷 (H30, R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷 (R4) ⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
 ⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 ⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態 (R4) ⑪蘇生術を必要とする重篤な状態 (R4)
 ※加算2の対象は、上記①～⑩に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

出典：DPCデータ (各年度4月～3月) ※R2とR4においては、新型コロナウイルスにより入院した患者を除く。

61

救急医療管理加算2を算定する患者数の変化

診調組 入-1
5.9.29

○ 救急医療管理加算2のうち多くの状態は、令和2年度と比較し令和4年度で算定患者数が増加していた。

救急医療管理加算2を算定する患者における
状態ごとの患者数の増加率



<救急医療管理加算1の算定対象>
 ①吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 ②意識障害又は昏睡 ③呼吸不全又は心不全で重篤な状態 ④急性薬物中毒 ⑤ショック
 ⑥重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） ⑦広範囲熱傷(H30,R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4) ⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
 ⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 ⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(R4) ⑪救急手術を必要とする重篤な状態(R4)
 ※加算2の対象は、上記①～⑨に準ずる状態又は「その他の重篤な状態」

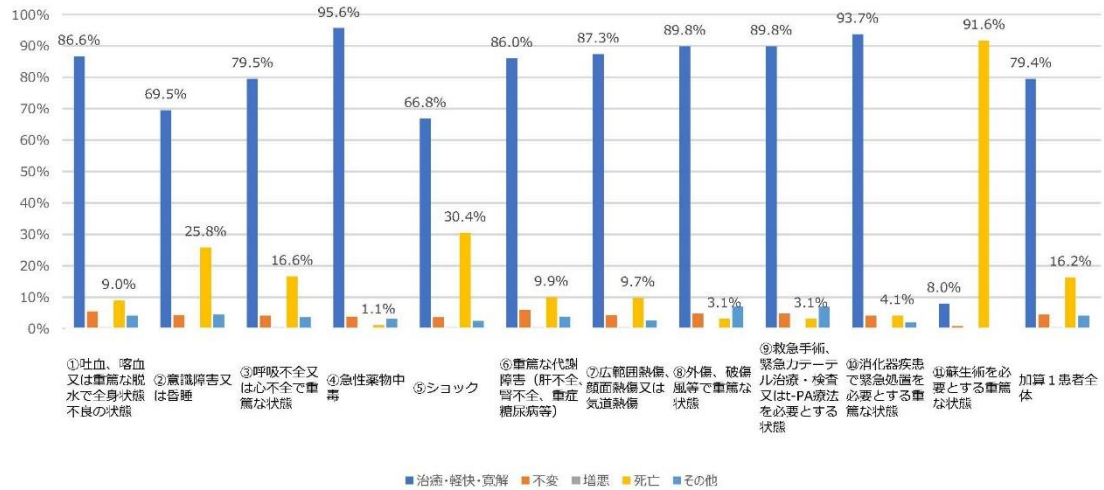
出典：DPCデータ（各年度4月～3月） ※R2とR4においては、新型コロナウイルスにより入院した患者を除く。

救急医療管理加算1を算定する患者の転帰

診調組 入-1
5.9.29

○ 救急医療管理加算1を算定する患者においては、「蘇生術を必要とする重篤な状態」、「ショック」、「意識障害又は昏睡」の状態が死亡率が特に高かった。

救急医療管理加算1を算定する患者における状態別の転帰



出典：DPCデータ（各年度4月～3月） ※R2とR4においては、新型コロナにより入院した患者を除く。

63

次、63 ページ目と 64 ページ目でございますけれども、

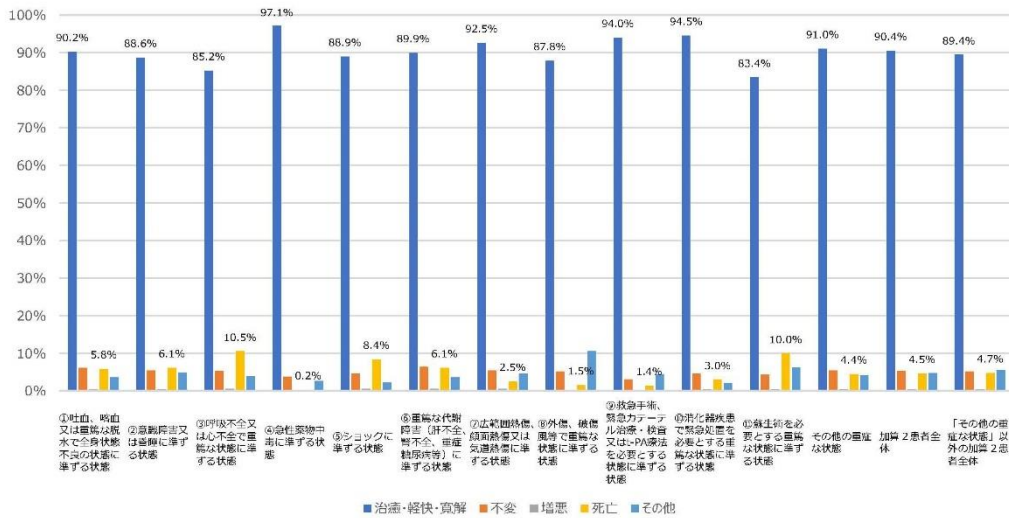
こちらは救急医療管理加算を算定する患者さんの転帰についてでございます。

救急医療管理加算2を算定する患者の転帰

診調組 入-1
5.9.29

○ 救急医療管理加算2を算定する患者においては、救急医療管理加算1を算定する患者よりも死亡率が低い傾向にあった。

救急医療管理加算2を算定する患者における状態別の転帰



出典：DPCデータ（各年度4月～3月） ※R2とR4においては、新型コロナにより入院した患者を除く。

64

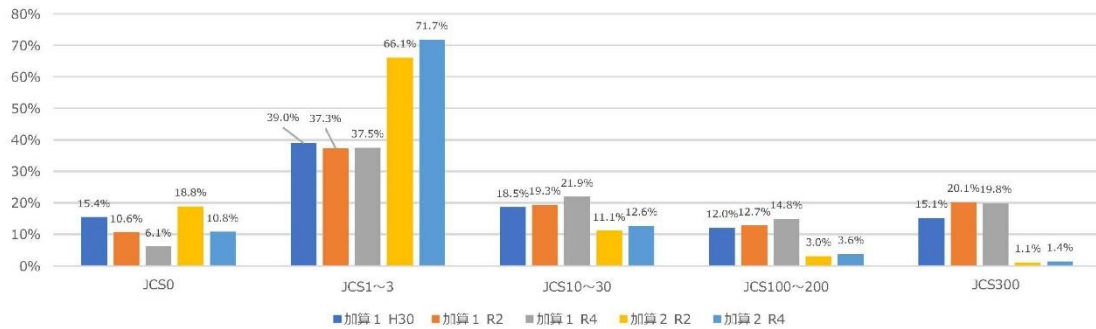
全体といたしまして、加算1を算定した患者さんのほうが加算2の患者さんよりも死亡率が高いということをお示ししてございます。

「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況①

診調組 入-1
5.9.29

○ 各年度の基準によるJCSの分類では、「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を算定する患者のうち、JCS 0である割合は減少していた。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者におけるJCSスコアの分布



※JCSは、平成30年度及び令和2年度は入院時の分類、令和4年度は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

（参考） JCS: Japan Coma Scale		出典: 脳卒中ガイドライン2009
I. 刺激しないでも覚醒している状態 (1桁の点数で表現)	II. 刺激をすると覚醒する状態 (2桁の点数で表現)	III. 刺激しても覚醒しない状態 (3桁の点数で表現)
0 意識清明	10 普通の呼びかけで容易に開眼する	100 痛みに対し、払いのけるような動作をする
1 意識清明とはいえない	20 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する	200 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる
2 見当識障害がある	30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを繰り返すと辛うじて開眼する	300 痛み刺激に全く反応しない
3 自分の名前・生年月日が言えない		

出典：DPCデータ（各年度4月～3月） ※R2とR4においては、新型コロナにより入院した患者を除く。

65

65 ページ目からは、

「意識障害又は昏睡」により算定する患者についての資料でございます、

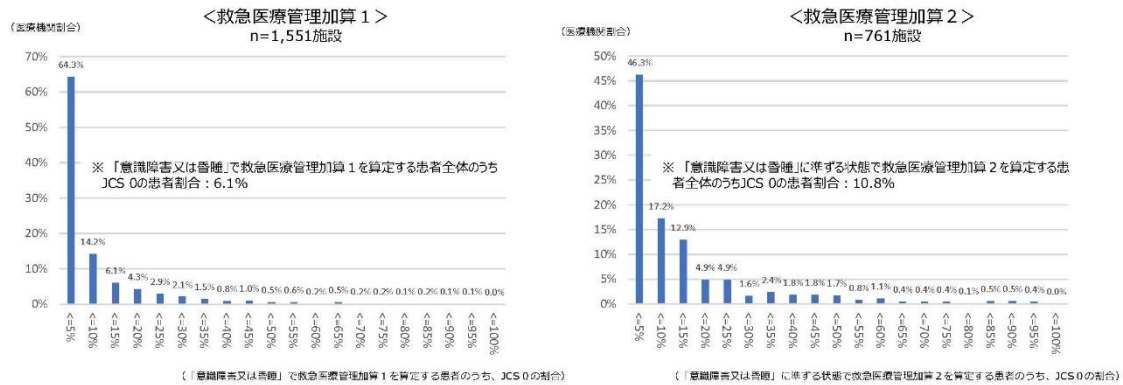
65 ページにありますとおり、ジャパン・コーマ・スケール、「JCS 0」で算定する患者さんの割合は減少傾向にあるものの、

「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況②

診調組 入-1
5. 9. 29

- 「意識障害又は昏睡」の状態に救急医療管理加算を算定する患者のうちJCS 0の割合は、
- ・ 加算1においては、64%の医療機関で5%以下である一方、11%の医療機関で20%以上
 - ・ 加算2においては、46%の医療機関で5%以下である一方、8%の医療機関で40%以上であり、ばらつきがみられた。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者におけるJCS 0の患者が占める割合ごとの医療機関の分布
(それぞれの加算を20人以上算定する医療機関のみ)



※令和4年度のJCSは、救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

出典：DPCデータ（令和4年4月～令和5年3月） ※新型コロナウイルスにより入院した患者を除く。

66 ページ目にありますとおり、

一部の医療機関では「JCS 0」の方の割合が高くなっていることもお示ししてございます。

「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況③

診調組 入-1
5. 9. 2 9

○「意識障害又は昏睡」又は「意識障害または昏睡に準ずる状態」に該当する患者について、JCS0及びJCS1以上それぞれに多い傷病名は以下のとおり。

「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を算定する患者において多い傷病名

<救急医療管理加算1>

	JCS0	JCS1以上
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1153 7.8%	(大脳) 半球の脳内出血、皮質下深部脳内出血 20533 9.0%
食物及び吐物による肺炎	654 4.4%	脳動脈の血栓症による脳梗塞 16983 7.4%
その他の脳梗塞	534 3.6%	脳動脈の血栓症による脳梗塞 15995 7.0%
脳動脈の血栓症による脳梗塞	466 3.1%	食物及び吐物による肺炎 10872 4.7%
その他のてんかん	418 2.8%	その他のてんかん 10733 4.7%
(大脳) 半球の脳内出血、皮質下深部脳内出血	402 2.7%	心停止、詳細不明 10396 4.5%
尿路感染症、部位不明	392 2.6%	外傷性硬膜下出血 7131 3.1%
外傷性硬膜下出血	322 2.2%	その他の脳梗塞 6500 2.8%
脳梗塞、詳細不明	310 2.1%	尿路感染症、部位不明 3650 1.6%
熱性けいれん<痙攣>	263 1.8%	外傷性くも膜下出血 3077 1.3%
体液量減少(症)	242 1.6%	敗血症、詳細不明 3069 1.3%
肺炎、詳細不明	225 1.5%	脳梗塞、詳細不明 2908 1.3%
てんかん、詳細不明	206 1.4%	心臓性突然死<急死>と記載されたもの 2734 1.2%
心停止、詳細不明	199 1.3%	肺炎、詳細不明 2552 1.1%
うつ血性心不全	187 1.3%	脳幹の脳内出血 2527 1.1%
外傷性くも膜下出血	184 1.2%	蘇生に成功した心停止 2388 1.0%
低血糖症、詳細不明	181 1.2%	小脳の脳内出血 2082 0.9%
急性尿路上皮腎炎	173 1.2%	うつ血性心不全 2013 0.9%
敗血症、詳細不明	162 1.1%	アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害、急性中毒 1895 0.8%
低浸透圧及び低ナトリウム血症	161 1.1%	急性尿路上皮腎炎 1803 0.8%

<救急医療管理加算2>

	JCS0	JCS1以上
脳動脈の血栓症による脳梗塞	589 8.1%	脳動脈の血栓症による脳梗塞 7,198 11.9%
その他の脳梗塞	321 4.4%	(大脳) 半球の脳内出血、皮質下深部脳内出血 4,539 7.5%
その他のてんかん	226 3.1%	脳動脈の血栓症による脳梗塞 4,438 7.3%
脳動脈の血栓症による脳梗塞	226 3.1%	その他のてんかん 3,230 5.3%
食物及び吐物による肺炎	189 2.6%	その他の脳梗塞 3,172 5.3%
熱性けいれん<痙攣>	185 2.5%	食物及び吐物による肺炎 2,124 3.5%
尿路感染症、部位不明	182 2.5%	外傷性硬膜下出血 1,971 3.3%
脳梗塞、詳細不明	174 2.4%	尿路感染症、部位不明 1,197 2.0%
(大脳) 半球の脳内出血、皮質下深部脳内出血	146 2.0%	外傷性くも膜下出血 1,159 1.9%
外傷性硬膜下出血	140 1.9%	脳梗塞、詳細不明 1,122 1.9%
一過性脳虚血発作、詳細不明	139 1.9%	アルコール使用<飲酒>による嘔吐及び行動の障害、急性中毒 723 1.2%
急性尿路上皮腎炎	114 1.6%	一過性脳虚血発作、詳細不明 720 1.2%
体液量減少(症)	113 1.6%	てんかん、詳細不明 672 1.1%
外傷性くも膜下出血	106 1.5%	急性尿路上皮腎炎 672 1.1%
てんかん、詳細不明	104 1.4%	脳動脈の詳細不明の閉塞又は狭窄による脳梗塞 656 1.1%
その他の未特定性めまい<眩暈(症)>	87 1.2%	振とう<暈>(症) 620 1.0%
脳動脈の詳細不明の閉塞又は狭窄による脳梗塞	85 1.2%	体液量減少(症) 611 1.0%
肺炎、詳細不明	79 1.1%	肺炎、詳細不明 522 0.9%
振とう<暈>(症)	78 1.1%	低浸透圧及び低ナトリウム血症 509 0.8%
うつ血性心不全	76 1.0%	硬膜下出血(急性)(非外傷性) 489 0.8%

※ 令和4年度のJCSは、救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

出典：DPCデータ(令和4年4月~令和5年3月) ※新型コロナウイルスにより入院した患者を除く。

67

67 ページ目から 69 ページは、

「JCS 0」で算定する患者さんの傷病名や実施された診療行為であります。

「意識障害又は昏睡」の患者に行われている処置・手術

診療組 入-1-2
3. 10. 21

- 「意識障害又は昏睡」又は「意識障害又は昏睡に準ずる状態」の患者でJCS0の患者とJCS1以上の患者の処置・手術を比較すると以下のとおりであった。
- 救急医療管理加算1を算定する患者については、JCS0の患者の一部において、「非開胸的心マッサージ」や「人工呼吸」といった、緊急性が高いと思われる処置が行われていた。

救急医療管理加算1(令和2年度)				救急医療管理加算2(令和2年度)			
JCS0(n=28326)		JCS1以上(n=239982)		JCS0(n=10925)		JCS1以上(n=46980)	
処置・手術	患者数	処置・手術	患者数	処置・手術	患者数	処置・手術	患者数
酸素吸入	8533(30.1%)	酸素吸入	89880(37.5%)	酸素吸入	2080(19.0%)	酸素吸入	12036(25.6%)
留置カテーテル設置	5978(21.1%)	留置カテーテル設置	75610(31.5%)	留置カテーテル設置	1364(12.5%)	留置カテーテル設置	9737(20.7%)
喀痰吸引	3185(11.2%)	喀痰吸引	52997(22.1%)	喀痰吸引	641(5.9%)	喀痰吸引	6114(13.0%)
非開胸的心マッサージ	2352(8.3%)	非開胸的心マッサージ	30378(12.7%)	導尿(尿道拡張を要するもの)	325(3.0%)	導尿(尿道拡張を要するもの)	1926(4.1%)
人工呼吸(30分までの場合)	2078(7.3%)	救命のための気管挿管	28244(11.8%)	創傷処置(100平方センチメートル未満)	214(2.0%)	鼻腔栄養	1780(3.8%)

出典: 令和2年度DPCデータ

68

68 ページ目にありますとおり、

令和2年度の状況では、「JCS 0」でありましても、

「非開胸的心マッサージ」が、こちらは8.3%や、

「人工呼吸」7.3%ということをございまして、

こういった医療処置が実施されていることがございましたが、

「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況④

診調組 入-1
5.9.29

○ 令和4年度において、「意識障害又は昏睡」の状態では救急医療管理加算1を算定する患者であってJCS0の患者に対して人工呼吸や非開胸的心マッサージが実施される割合は令和2年度と比較して低下しており、JCS1以上とは大きな差がみられた。

「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を算定する患者において多い
入院3日以内に実施される処置及び手術

<救急医療管理加算1>

<救急医療管理加算2>

JCS 0		JCS 1以上		JCS 0		JCS 1以上	
件数	実施割合	件数	実施割合	件数	実施割合	件数	実施割合
酸素吸入（1日につき）	3867 26.0%	酸素吸入（1日につき）	87326 38.1%	酸素吸入（1日につき）	1338 18.4%	酸素吸入（1日につき）	15711 26.0%
留置カテーテル設置	2716 18.3%	留置カテーテル設置	70809 30.9%	留置カテーテル設置	869 11.9%	留置カテーテル設置	11898 19.7%
喀痰吸引	1336 9.0%	喀痰吸引	51496 22.4%	喀痰吸引	401 5.5%	喀痰吸引	7522 12.5%
導尿（尿道拡張）	518 3.5%	救命のための気管内挿管	21335 9.3%	導尿（尿道拡張）	204 2.8%	導尿（尿道拡張）	2390 4.0%
輸血 2 保存血液輸血（200mLごとに）	410 2.8%	非開胸的心マッサージ	21267 9.3%	輸血 2 保存血液輸血（200mLごとに）	144 2.0%	鼻腔栄養	2107 3.5%
救命のための気管内挿管	382 2.6%	人工呼吸（30分までの場合）	20946 9.1%	創傷処置（100平方センチメートル未満）	138 1.9%	創傷処置（100平方センチメートル未満）	1256 2.1%
人工呼吸（30分までの場合）	352 2.4%	鼻腔栄養	17114 7.5%	人工腎臓（1日につき） 1 慢性維持透析を行った場合1	136 1.9%	排便	1161 1.9%
非開胸的心マッサージ	344 2.3%	胃持続ドレナージ	16334 7.1%	排便	107 1.5%	ドレーン法（ドレナージ）（その他のもの）	1120 1.9%
ドレーン法（ドレナージ）（その他のもの）	323 2.2%	人工呼吸（5時間を超えた場合）	14742 6.4%	創傷処理 4 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満）	93 1.3%	胃持続ドレナージ	1075 1.8%
人工呼吸（5時間を超えた場合）	323 2.2%	ドレーン法（ドレナージ）（その他のもの）	12363 5.4%	ドレーン法（ドレナージ）（その他のもの）	81 1.1%	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	877 1.5%

※令和4年度のJCSは、救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

出典：DPCデータ（令和4年4月～令和5年3月） ※新型コロナウイルスにより入院した患者を除く。

69

69 ページ目にありますとおり、令和4年度の分析におきましては、

JCSを救急受診時、治療室または病棟入室時のうち最も重い分類でとっておりまして、

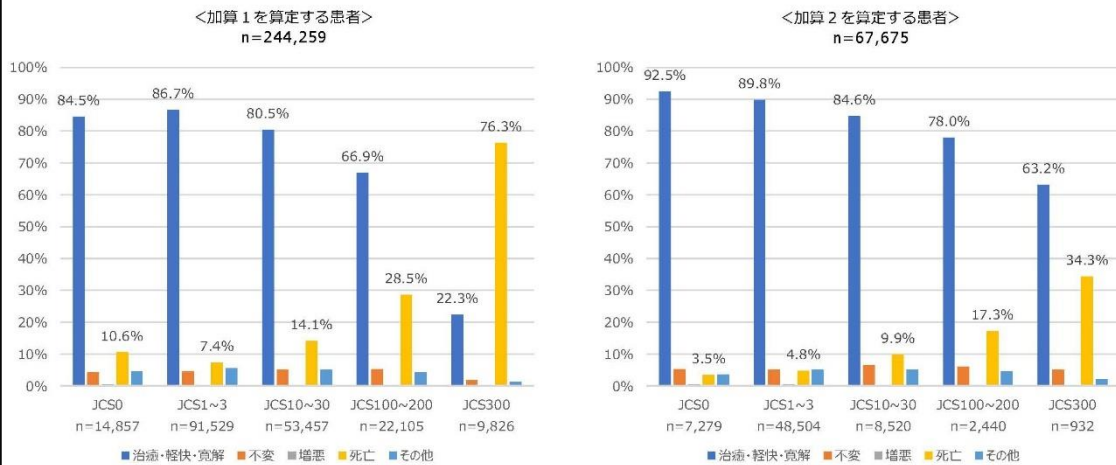
その結果、心マッサージや人工呼吸の実施率は約2%というふうになっているところがございます。

「意識障害又は昏睡」の状態の患者の転帰

診調組 入-1
5.9.29

○ 令和4年度に「意識障害又は昏睡」で救急医療管理加算を算定する患者のうち、JCS100~200やJCS300で加算2を算定する患者は、JCS 0~30で加算1を算定する患者よりも死亡率が高かった。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者における入院時のJCSごとの転帰



※JCSスコアは、入院時、救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重いもの。

出典：DPCデータ（令和4年4月~令和5年3月） ※新型コロナにより入院した患者を除く。

70

70 ページ目でございます。

こちらは、JCSの値ごとの死亡率ということでございますけれども、

同じJCSの値で比較しますと、加算1のほうが死亡率が高いものの、

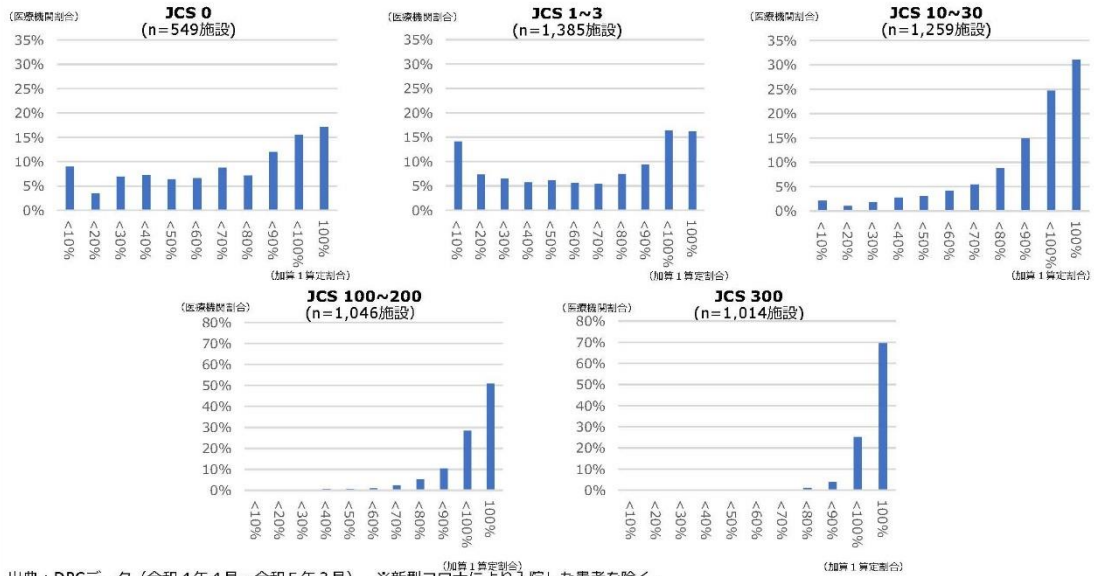
加算2のうち、JCS100以上の患者さんは加算1のうち「JCS 0」の患者さんよりも死亡率が高いとなっております。

「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況⑤

診調組 入-1
5.9.29

○ JCSごとの「意識障害又は昏睡」又はそれに準ずる状態により救急医療管理加算を算定する患者のうち加算1を算定する割合は、特にJCS 0~200では、医療機関間のばらつきが大きかった。

医療機関ごとの、「意識障害又は昏睡」又はそれに準ずる状態により救急医療管理加算を算定する患者のうち加算1を算定する割合の分布
※各分類で救急医療管理加算を算定する患者数が10以上の医療機関のみ



出典：DPCデータ（令和4年4月～令和5年3月） ※新型コロナにより入院した患者を除く。

71 ページ目では、

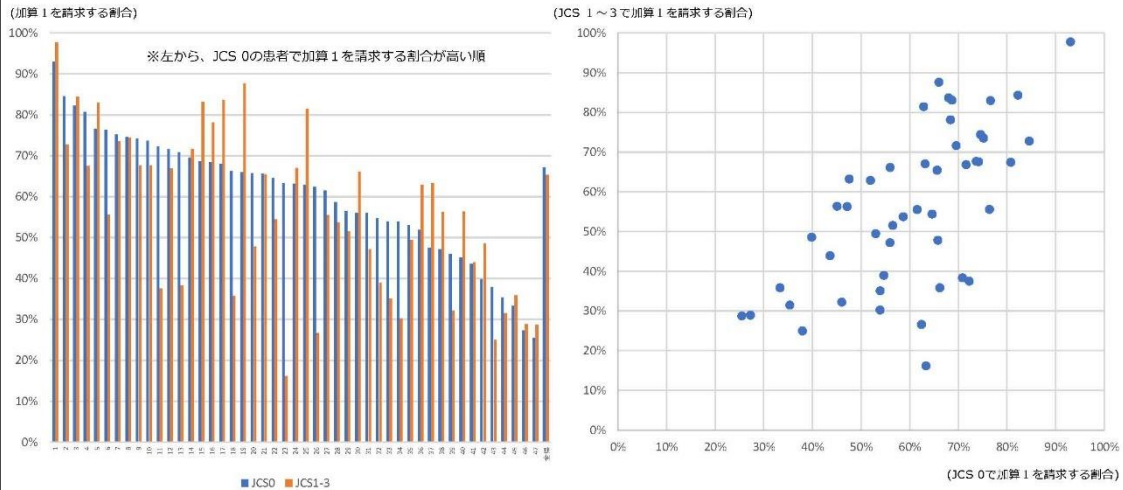
同じJCSスコアの中で加算1を算定する割合につきまして医療機関間でばらつきがあり、

「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況（都道府県別）

診調組 入-2
5.10.12

- 「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を請求する場合において加算1を請求する割合は、都道府県間でばらつきがみられた。
- JCS 0の患者で加算1を請求する割合が高い都道府県においては、JCS 1～3で加算1を請求する割合も高い傾向にあった。

「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を請求する場合における
JCSごとの加算1を請求する割合（都道府県別）



出典：DPCデータ（令和4年4月～令和5年3月） ※新型コロナにより入院した患者を除く。

72

72 ページ目では、「JCS 0」や「JCS 1」の患者さんにつきまして、

加算1を請求する割合は都道府県間のばらつきが大きいということをお示し
してございます。

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者における救急医療管理加算の算定状況①

診調組 入-1
5.9.29

○ 令和4年度における「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が心不全の患者では、NYHA分類 I 度の割合が減少しており、加算1で2.8%、加算2で4.5%の患者がNYHA分類 I 度の状態だった。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって、傷病名が心不全の患者におけるNYHA分類の分布

NYHA分類	加算1 H30	加算1 R2	加算1 R4	加算2 R2	加算2 R4
I度	5.2%	3.0%	2.8%	4.9%	4.5%
II度	18.9%	14.4%	12.5%	28.5%	25.4%
III度	35.2%	38.8%	39.6%	44.6%	43.9%
IV度	40.5%	43.7%	45.1%	22.0%	26.3%

※ 平成30年度及び令和2年度は入院時の分類、令和4年度は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

(参考) NYHA心機能分類 急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改定版)より抜粋

<p>I 心疾患はあるが身体活動に制限はない。日常的な身体活動では著しい疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じない。</p>	<p>II 軽度ないし中等度の身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。</p>
<p>III 高度な身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動以下の労作で、疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。</p>	<p>IV 心疾患のためいかなる身体活動も制限される。心不全症状や狭心痛が安静時にも存在する。わずかな労作でこれらの症状は増悪する。</p>

出典：DPCデータ（各年度4月～3月） ※R2とR4においては、新型コロナにより入院した患者を除く。

73

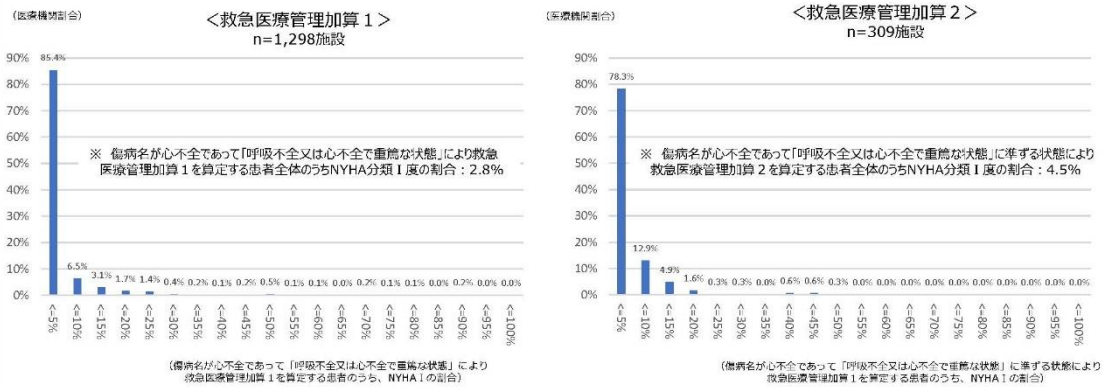
73 ページからは、心不全とNYHA分類についての同様の分析を行ってまいります。

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者における救急医療管理加算の算定状況②

診調組 入-1
5. 9. 29

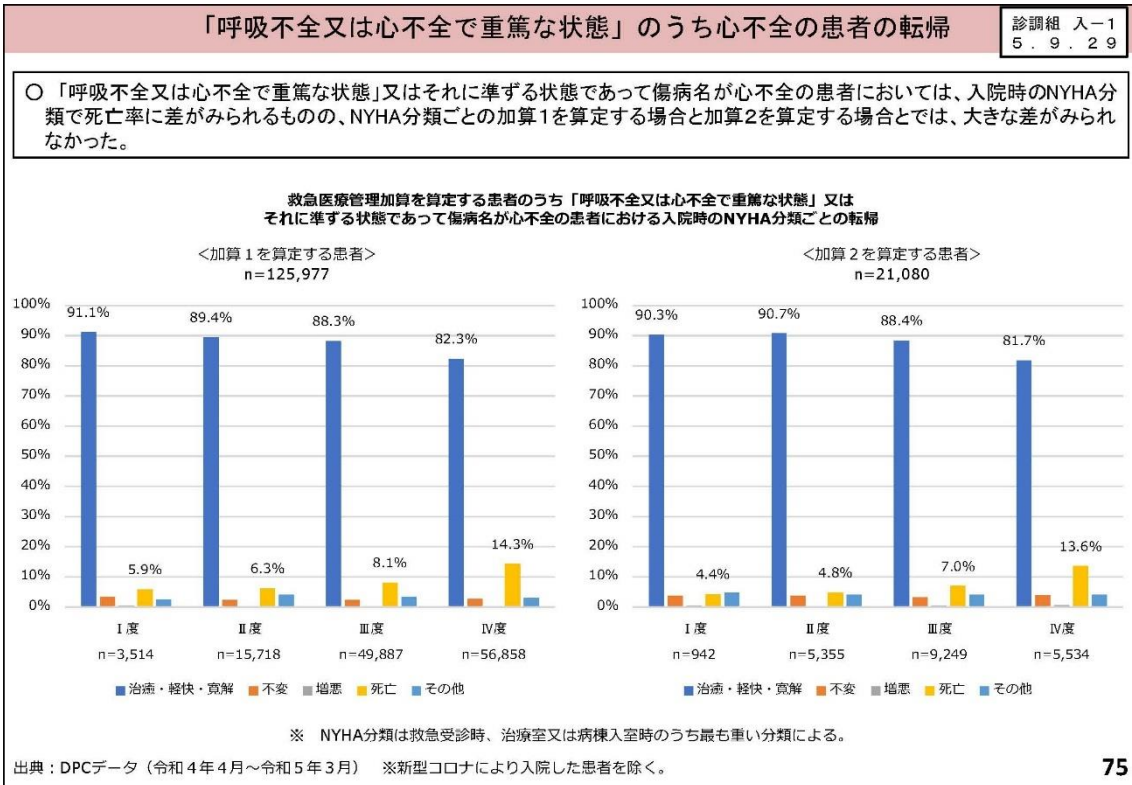
- 傷病名が心不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算を算定する患者のうち、NYHA分類 I 度の割合は、
- ・ 加算1においては、85%の医療機関で5%以下である一方、5%の医療機関で10%以上
 - ・ 加算2においては、78%の医療機関で5%以下である一方、4%の医療機関で15%以上であり、NYHA分類 I 度の割合が大きい医療機関が一部にみられた。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が心不全の患者におけるNYHA分類 I 度の患者が占める割合ごとの医療機関の分布 (それぞれの加算を20人以上算定する医療機関のみ)



※令和 4 年度のNYHA分類は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

出典：DPCデータ（令和 4 年 4 月～令和 5 年 3 月） ※新型コロナにより入院した患者を除く。



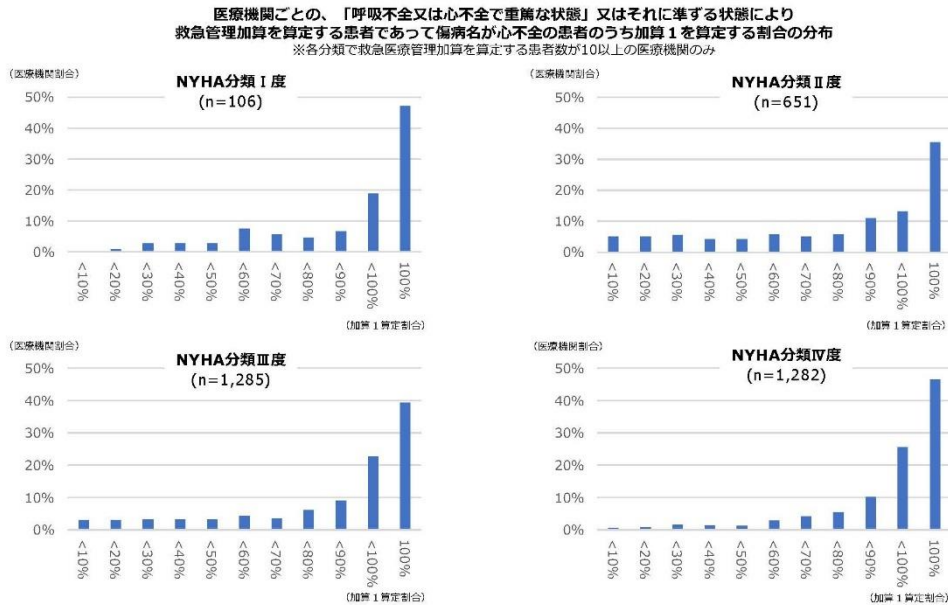
75 ページ目にありますとおり、

加算1や加算2、この加算ごとの違いよりも、NYHA分類の違いにより死亡率が異なることが示されてございます。

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者における救急医療管理加算の算定状況③

診調組 入-1
5.9.29

○「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態により救急医療管理加算を算定する患者であって傷病名が心不全の患者においては、いずれのNYHA分類でも加算1を算定する割合が高い医療機関が多いが、医療機関間のばらつきがあった。



出典：DPCデータ（令和4年4月～令和5年3月） ※新型コロナウイルスにより入院した患者を除く。

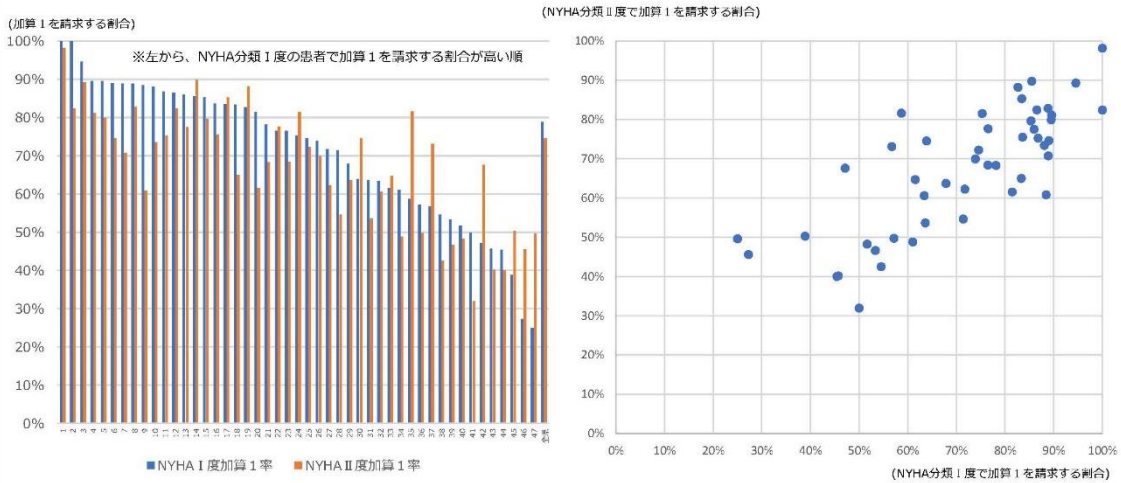
76 ページ、77 ページでは、

同じNYHA分類の中で加算1を取る割合は、医療機関間や都道府県の間でもばらつきが見られているということをお示ししてございます。

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者における救急医療管理加算の算定状況（都道府県別） 診調組 入-2
5.10.12

- 傷病名が心不全であって、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算を請求する場合において加算1を請求する割合は、都道府県間でばらつきがみられた。
- NYHA分類Ⅰ度の患者で加算1を請求する割合が高い都道府県においては、NYHA分類Ⅱ度で加算1を請求する割合も高い傾向にあった。

傷病名が心不全であって、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算を請求する場合におけるNYHA分類ごとの加算1を請求する割合（都道府県別）

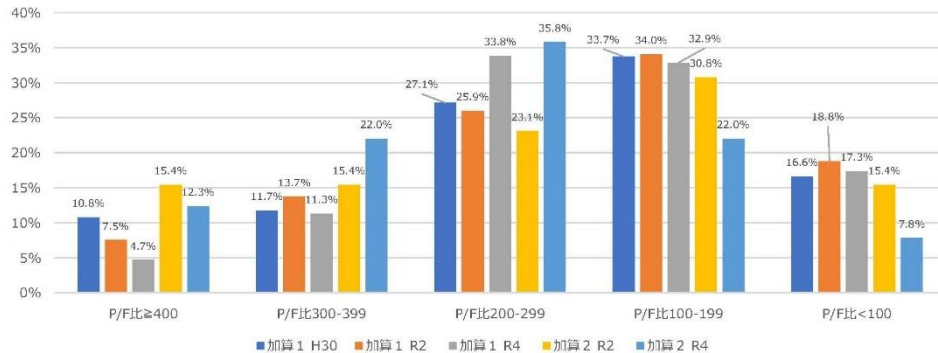


出典：DPCデータ（令和4年4月～令和5年3月） ※新型コロナにより入院した患者を除く。 77

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち呼吸不全の患者における救急医療管理加算の算定状況① 診調組 入-1
5 . 9 . 2 9

○ 令和4年度における「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が呼吸不全の患者におけるP/F比400以上の割合は、特に加算1において平成30年度以降大きく減少していた。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって、傷病名が呼吸不全の患者におけるP/F比の分布



※ P/F比は平成30年度及び令和2年度は入院時、令和4年度は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重いものによる。

(参考)

$$P/F \text{ ratio (P/F 比)} = \frac{PaO_2(\text{動脈血酸素分圧})}{FIO_2(\text{吸入気酸素})}$$

※ 呼吸状態(酸素化)を評価する指標

参考 SOFASコア(呼吸の評価)

SOFASコア	0	1	2	3	4
P/F比	≥400	400>	300>	200>	100>

※出典:日本版敗血症診療ガイドライン2016

出典: DPCデータ(各年度4月~3月) ※R2とR4においては、新型コロナにより入院した患者を除く。

78

次、78 ページ目から 80 ページ目は、

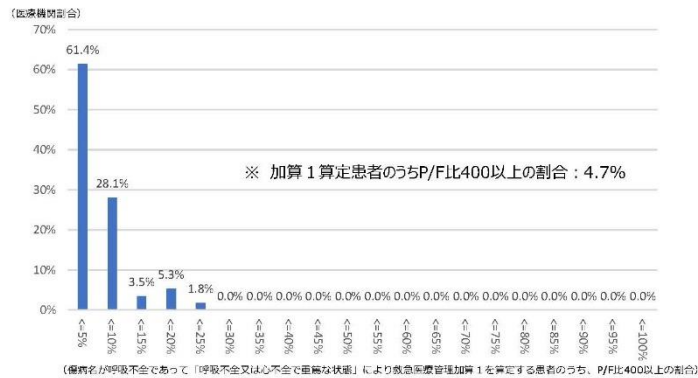
P/F 比 400 以上の患者さんの呼吸不全につきまして。

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち呼吸不全の患者における救急医療管理加算の算定状況② 診調組 入-1
5.9.29

○ 傷病名が呼吸不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算1を算定する患者のうち、P/F比が400以上の割合は、61%の医療機関で5%以下である一方、2%の医療機関で20%以上であり、P/F比400以上の割合が大きい医療機関が一部にみられた。

救急医療管理加算1を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」であって傷病名が呼吸不全の患者におけるP/F比400以上の患者が占める割合ごとの医療機関の分布
(加算1を10人以上算定する医療機関のみ、n=57)

※令和4年度のP/F比は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。



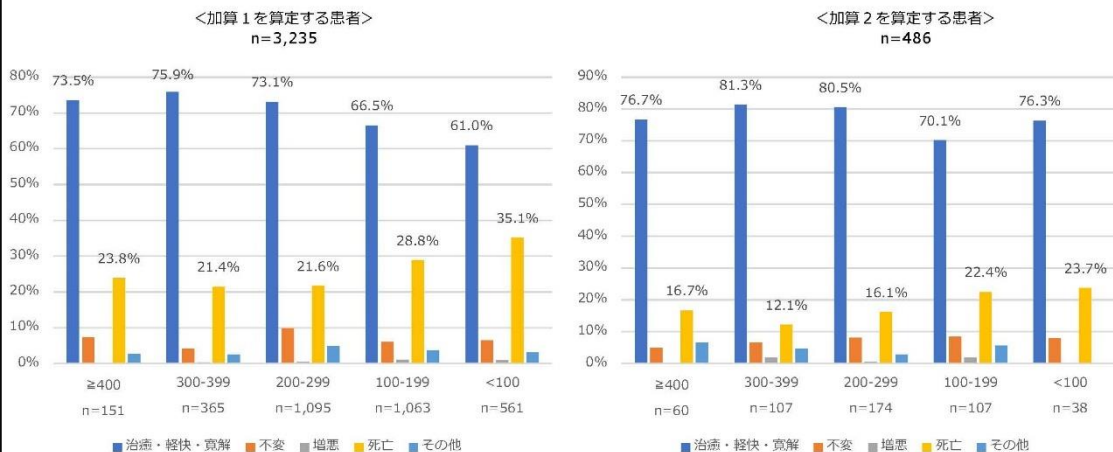
※傷病名が呼吸不全であって「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態より加算2を算定する患者数が10人以上の医療機関が少数であるため加算1のみ集計

出典：DPCデータ（令和4年4月～令和5年3月） ※新型コロナウイルスにより入院した患者を除く。

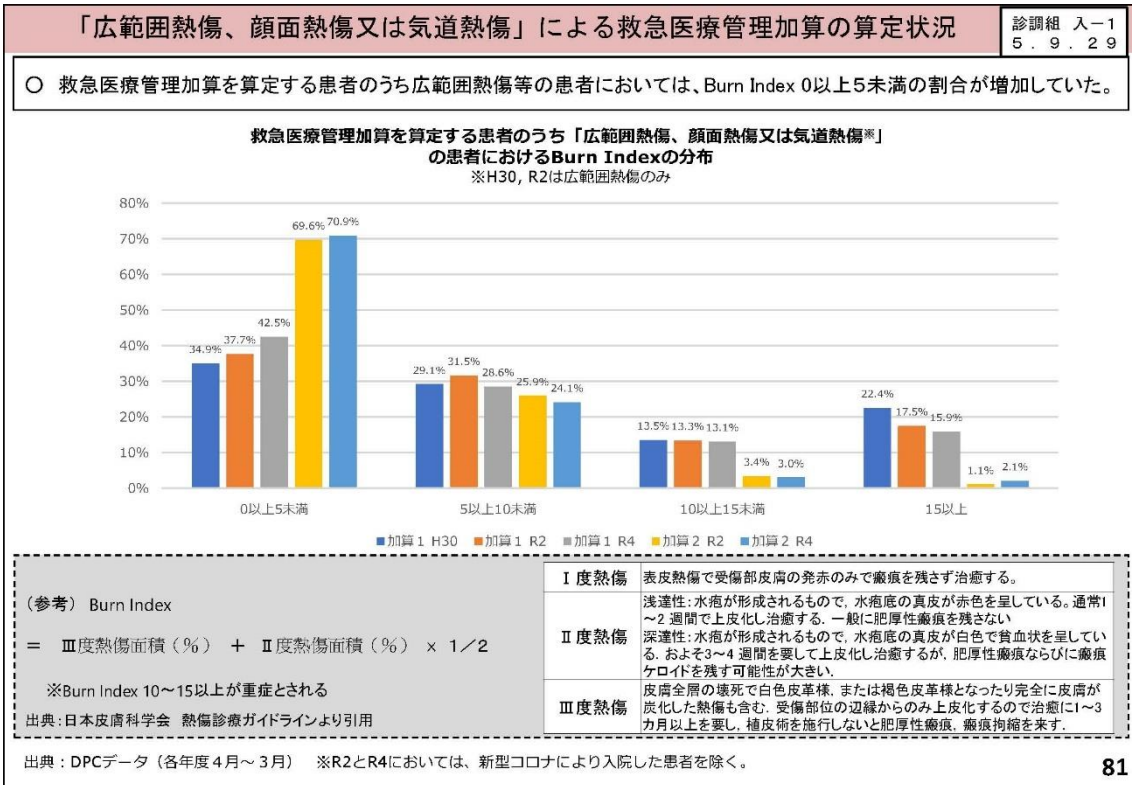
「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち呼吸不全の患者の転帰 診調組 入-1
5.9.29

○ 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態であって傷病名が呼吸不全の患者においては、P/F比が高いほど死亡率が高かったが、P/F比が400以上の場合でも死亡率が高かった。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」又はそれに準ずる状態であって傷病名が呼吸不全の患者における入院時のP/F比ごとの転帰



出典：DPCデータ（令和4年4月～令和5年3月） ※新型コロナウイルスにより入院した患者を除く。



そして、81 ページは、

熱傷による救急医療管理加算につきまして、Burn Index ごとの割合をお示しして
 ございます。

JCSOで救急医療管理加算1を算定する場合の傷病名等

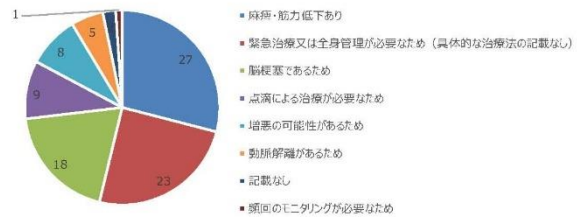
○ 脳卒中その他の中枢神経に関する疾患によりJCS 0の状態に救急医療管理加算1を算定したと考えられる患者の傷病名には、一過性脳虚血発作やメニエール病、頭部打撲が含まれていた。また、これらのうちアテローム血栓性脳梗塞やラクナ梗塞等の患者における「緊急入院が必要である理由」には、単に「脳梗塞であるため」や「点滴による治療が必要なため」、「増悪の可能性があるため」が含まれていた。

脳卒中その他の中枢神経の疾患により救急医療管理加算1を算定する患者のうちJCS 0とされている患者における傷病名及び緊急入院が必要である理由 (n=201)

傷病名	症例数	割合
アテローム血栓性脳梗塞	64	31.8%
ラクナ梗塞	17	8.5%
てんかん	15	7.5%
被殻出血	13	6.5%
塞栓性脳梗塞	12	6.0%
その他脳梗塞	9	4.5%
視床出血	7	3.5%
未破裂動脈解離・未破裂動脈瘤	7	3.5%
一過性脳虚血発作	6	3.0%
くも膜下出血	5	2.5%
メニエール病・前庭神経炎等	5	2.5%
髄膜炎	5	2.5%
小脳梗塞	4	2.0%
小脳出血	4	2.0%
脳腫瘍	4	2.0%
急性硬膜下血腫	3	1.5%
脳震盪	3	1.5%
皮膚下出血	3	1.5%
多発性脳梗塞	2	1.0%
低血糖	2	1.0%
頭部打撲	2	1.0%
脳幹梗塞	2	1.0%
解離性脳動脈瘤	1	0.5%
硬膜下血腫	1	0.5%
内頸動脈閉塞症	1	0.5%
脳幹部出血	1	0.5%
脳挫傷	1	0.5%
脳出血後遺症	1	0.5%
慢性硬膜下血腫	1	0.5%
計	201	100%

「アテローム血栓性脳梗塞」又は「ラクナ梗塞」等の症例^{※1}における緊急入院が必要であると判断した医学的根拠の記載内容

※1 医療資源病名が、「アテローム血栓性脳梗塞」、「アテローム血栓性脳梗塞・急性期」、「ラクナ梗塞」、「アテローム血栓性脳梗塞・急性期」、「右ラクナ梗塞」、「左ラクナ梗塞」、「左アテローム血栓性脳梗塞・急性期」、「左ラクナ梗塞」、「左脳梗塞・急性期」、「左小脳梗塞」、「左中大脳動脈アテローム血栓性脳梗塞・小脳梗塞」、「多発性脳梗塞」、「脳脊髄動脈血腫による脳梗塞」、「脳幹梗塞」又は「脳梗塞・急性期」である症例



出典：保険局医療課調べ（令和5年4月～9月審査データより抜粋）

82 ページ、83 ページは、

- 「JCS 0」の意識障害や、
- 「NYHA I度」の心不全、
- 「P/F比 400 以上」の呼吸不全

の患者さんにつきまして、傷病名や緊急に入院が必要な理由を集計したものでございます。

まず、「JCS 0」の意識障害の方につきましては、傷病名に一過性脳虚血発作やメニエール病、頭部打撲などが含まれていたほか、

脳梗塞などの患者さんにおきます「緊急入院が必要である理由」には、単に「脳梗塞であるため」や「点滴による治療が必要なため」、「増悪の可能性があるため」が含まれていたという結果でございます。

P/F比400以上又はNYHA分類 1度で救急医療管理加算 1 を算定する場合の傷病

○ 呼吸器疾患によりP/F比400以上の状態で救急医療管理加算 1 を算定したと考えられる患者の「緊急入院が必要である理由」には、「呼吸状態が今後増悪する可能性があるため」、「経過観察が必要なため」が含まれていた一方で、「SpO2低下のため」など通常はP/F比400以上に該当しないと考えられる理由も含まれていた。また、心疾患によりNYHA 1度の状態で救急医療管理加算 1 を算定したと考えられる患者の「緊急入院が必要である理由」には、「精査のため」が含まれていた。

呼吸器疾患により救急医療管理加算 1 を算定する患者のうちP/F比400以上とされている患者における傷病名及び緊急入院が必要である理由 (n=122)

心疾患により救急医療管理加算 1 を算定する患者のうちNYHA 1度とされている患者における傷病名及び緊急入院が必要である理由 (n=20)

傷病名	患者数	割合	緊急入院が必要である理由	患者数	割合	傷病名	患者数	割合	緊急入院が必要である理由	患者数	割合
肺炎（細菌性、ウイルス性その他）	44	36.1%	SpO2低下のため	30	24.6%	うつ血性心不全	5	25.0%	意識消失の精査のため	6	30.0%
			気胸で胸腔ドレナージが必要なため	15	12.3%				心不全のため	3	15.0%
			気胸で入院が必要なため	11	9.0%				アレルギー治療の検討が必要のため	2	10.0%
			肺炎で入院が必要なため	9	7.4%				感染性心内膜炎による意識障害・大動脈弁閉鎖不全のため	1	5.0%
			呼吸状態が今後増悪する可能性があるため	8	6.6%				感染性心内膜炎による塞栓症を疑うため	1	5.0%
気管支炎	30	24.6%	経過観察が必要なため	7	5.7%	心室性頻拍	3	15.0%	胸部絞扼感のため	1	5.0%
気胸	25	20.5%	食欲低下のため	6	4.9%	W P W症候群	1	5.0%	緊急造形が必要なため	1	5.0%
			痛発呼吸があるため	5	4.1%				血圧測定不能のため	1	5.0%
気管支喘息	9	7.4%	点滴治療が必要なため	5	4.1%	右心不全	1	5.0%	抗菌薬による治療が必要のため	1	5.0%
間質性肺炎	3	2.5%	咳状症状のため	4	3.3%				心室性頻拍のため	1	5.0%
COPD	2	1.6%	咳状症状・中耳炎のため	2	1.6%	狭心症の術後	1	5.0%	心室性不整脈のため	1	5.0%
			気管支炎で入院が必要なため	2	1.6%				不安定狭心症	1	5.0%
インフルエンザ	2	1.6%	呼吸苦のため	2	1.6%	狭心症発作	1	5.0%	不安定狭心症のため	1	5.0%
			詳細の記載なし	2	1.6%				不整脈の疑い	1	5.0%
肺塞栓症	2	1.6%	肺性心のため	2	1.6%	大動脈弁閉鎖不全症	1	5.0%	心疾患の疑い	1	5.0%
			補点の治療が必要なため	2	1.6%				不整脈の疑い	1	5.0%
過敏性肺炎	1	0.8%	CRP高値のため	1	0.8%	不安定狭心症	1	5.0%	心疾患の疑い	1	5.0%
			けいれん・呼吸抑制のため	1	0.8%				不整脈の疑い	1	5.0%
緊急性気胸	1	0.8%	けいれんのため	1	0.8%	不整脈の疑い	1	5.0%	心疾患の疑い	1	5.0%
			震盪障害・食事摂取困難のため	1	0.8%				不整脈の疑い	1	5.0%
誤嚥性肺炎	1	0.8%	検査値異常のため	1	0.8%	不整脈の疑い	1	5.0%	心疾患の疑い	1	5.0%
			腫瘍による上気道狭窄のため	1	0.8%				不整脈の疑い	1	5.0%
縦隔気腫	1	0.8%	腫瘍による上気道狭窄のため	1	0.8%	不整脈の疑い	1	5.0%	心疾患の疑い	1	5.0%
			縦隔気腫のため	1	0.8%				不整脈の疑い	1	5.0%
嚔胸	1	0.8%	気胸で胸腔ドレナージが必要なため	1	0.8%	不整脈の疑い	1	5.0%	心疾患の疑い	1	5.0%
			発熱・食欲低下のため	1	0.8%				不整脈の疑い	1	5.0%
			喘鳴があるため	1	0.8%						

出典：保険局医療課調べ（令和 5 年 4 月～ 9 月審査データより抜粋）

83

83 ページでございます。

こちらは、呼吸器の疾患により P/F 比 400 以上の状態で救急医療管理加算 1 を算定したと考えられる患者さんの緊急入院が必要である理由には、

- 「呼吸状態が今後増悪する可能性があるため」
- 「経過観察が必要なため」が含まれていた一方で、

「SpO2 低下のため」など、通常は P/F 比 400 以上に該当しないと考えられる理由も含まれていたところでもあります。

また、心疾患により NYHA I 度の状態で救急医療管理加算 1 を算定したと考えられる患者さんの「緊急入院が必要である理由」には、こちらは、「意識消失の精査のため」といったことが高い割合で含まれておりました。

「その他の重症な状態」で救急医療管理加算を算定する患者の状況①				診調組 入-1 5.9.29	
○令和4年度に救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「その他の重症な状態」の患者で多い傷病名は以下のとおりであり、これらの疾患により重症な状態であれば、「意識障害又は昏睡」、「救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA両方を必要とする状態」、「呼吸不全又は心不全で重症な状態」、「ショック」等、算定対象である他の状態に該当すると考えられる傷病が多くを占めていた。					
「その他の重症な状態」により救急医療管理加算2を算定する患者に多い傷病					
(最も医療資源を投入した傷病)			(入院の契機となった病名)		
脳動脈の血栓症による脳梗塞	34826	4.0%	脳動脈の血栓症による脳梗塞	32662	3.8%
食物及び吐物による肺臓炎	27860	3.2%	食物及び吐物による肺臓炎	25348	2.9%
尿路感染症、部位不明	21552	2.5%	尿路感染症、部位不明	23388	2.7%
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	20535	2.4%	急性尿管間質性腎炎	20353	2.4%
急性尿管間質性腎炎	20183	2.3%	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	18657	2.2%
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	17806	2.1%	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	18179	2.1%
その他の脳梗塞	17455	2.0%	肺炎、詳細不明	16833	2.0%
肺炎、詳細不明	15308	1.8%	その他の脳梗塞	16159	1.9%
転子貫通骨折 閉鎖性	14898	1.7%	転子貫通骨折 閉鎖性	15049	1.7%
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	13319	1.5%	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	12156	1.4%
細菌性肺炎、詳細不明	11483	1.3%	細菌性肺炎、詳細不明	11845	1.4%
腰椎骨折 閉鎖性	11076	1.3%	腰椎骨折 閉鎖性	11382	1.3%
四肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	9948	1.2%	四肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	10623	1.2%
急性虫垂炎、その他及び詳細不明	9208	1.1%	胆管炎	10101	1.2%
閉塞を伴う腸癒着〔索条物〕	9167	1.1%	急性虫垂炎、その他及び詳細不明	9737	1.1%
<救急医療管理加算1の算定対象> ①吐血、嘔血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 ②意識障害又は昏睡 ③呼吸不全又は心不全で重症な状態 ④急性薬物中毒 ⑤ショック ⑥重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) ⑦広範囲熱傷(H30,R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4) ⑧外傷、破傷風等で重症な状態 ⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 ⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重症な状態(R4) ⑪麻酔術を必要とする重症な状態(R4) ※加算2の対象は、上記①～⑩に準ずる状態又は「その他の重症な状態」					
出典：DPCデータ(令和4年4月～令和5年3月) ※新型コロナウイルスにより入院した患者を除く。					

84 ページ目から 86 ページ目には、

加算2の中の「その他の重症な状態」についてでありますけれども、

84 ページにお示ししましたとおり、

傷病名の内訳を見ますと、重症な場合には他のカテゴリーに該当しうると考えられる傷病が多く含まれておりました。

「その他の重症な状態」で救急医療管理加算を算定する患者の状況②

診調組 入-1
5. 9. 29

○令和4年度に救急医療管理加算2を算定した患者のうち「その他の重症な状態」の患者において、入院3日以内に実施した処置及び手術で多いものは以下のとおり。

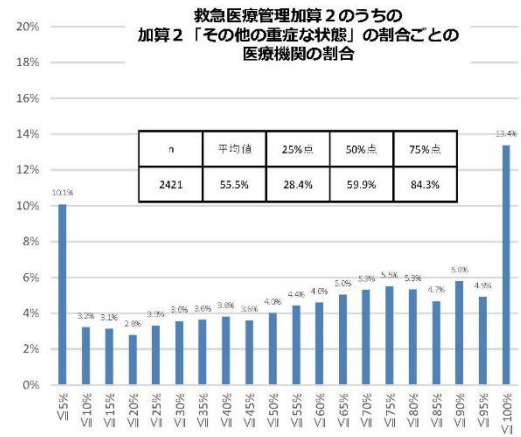
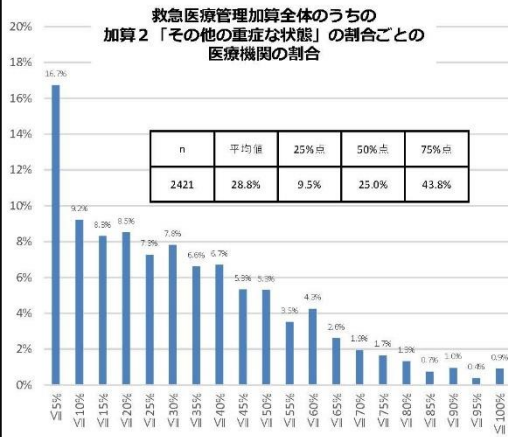
「その他の重症な状態」により救急医療管理加算2を算定する患者における入院3日以内に多く実施されている処置及び手術
(「その他の重症な状態」の患者に多い傷病ごと)

No.	脳動脈の血栓症による脳梗塞		食物及び吐物による肺炎		尿路感染症、部位不明		穿孔又は壊瘍を伴わない大腸の憩室性疾患		急性尿路上昇性腎炎	
	件数	実施割合	件数	実施割合	件数	実施割合	件数	実施割合	件数	実施割合
1	酸素吸入 (1日につき)	2881 8.3%	酸素吸入 (1日につき)	15676 56.3%	留置カテーテル設置	4994 23.2%	輸血 2 保存血液輸血	3234 15.1%	留置カテーテル設置	4591 22.4%
2	留置カテーテル設置	2657 7.6%	喀痰吸引	12737 45.7%	酸素吸入 (1日につき)	4193 19.5%	酸素吸入	1353 6.3%	酸素吸入	3124 15.2%
3	喀痰吸引	1055 3.0%	留置カテーテル設置	4571 16.4%	導尿 (尿道拡張)	2223 10.3%	小腸結腸内視鏡的止血術	1287 6.0%	導尿 (尿道拡張)	1442 7.0%
4	導尿 (尿道拡張)	563 1.6%	導尿 (尿道拡張)	2545 9.1%	喀痰吸引	1991 9.2%	留置カテーテル設置	419 2.0%	喀痰吸引	1100 5.4%
5	高気圧酸素治療 (1日につき) 2 その他のもの	553 1.6%	挿便	900 3.2%	挿便	575 2.7%	人工腎臓 1 慢性維持透析を行った場合 1	206 1.0%	経尿道的尿管ステント留置術	632 3.1%
6	鼻腔栄養	528 1.5%	鼻腔栄養	788 2.8%	膀胱洗浄 (1日につき)	418 1.9%	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長さ2センチメートル未満	170 0.8%	膀胱洗浄	442 2.2%
7	人工腎臓 (1日につき) 1 慢性維持透析を行った場合 1	507 1.5%	超音波ネブライザ	663 2.4%	輸血 2 保存血液輸血 (200mLごと)	318 1.5%	高位洗腸、高圧洗腸、洗腸	169 0.8%	挿便	359 1.8%
8	挿便	292 0.8%	留置カテーテル設置 (100平方センチメートル未満)	457 1.6%	創傷処置 (100平方センチメートル未満)	254 1.2%	導尿 (尿道拡張)	89 0.4%	輸血 2 保存血液輸血	261 1.3%
9	留置カテーテル設置 (100平方センチメートル未満)	203 0.6%	創傷処置 (100平方センチメートル未満)	428 1.5%	鼻腔栄養	228 1.1%	喀痰吸引	85 0.4%	深路ストーマカテーテル交換法	163 0.8%
10	創傷処置 (100平方センチメートル未満)	188 0.5%	ドレーン流 (ドレーン) (その他のもの)	406 1.5%	創傷処置 (100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満)	218 1.0%	人工腎臓 4 その他の場合	76 0.4%	人工腎臓 1 慢性維持透析を行った場合 1	157 0.8%

出典：DPCデータ (令和4年4月～令和5年3月) ※新型コロナにより入院した患者を除く。

救急搬送医療管理加算のうち「その他の重症な状態」の割合

- 救急医療管理加算全体のうち「その他の重症な状態」を選択する割合については、半数の医療機関が25%以下であった一方で、50%を超える医療機関が18%あった。
- 救急医療管理加算2のうち「その他の重症な状態」を選択する割合については、95%以上である医療機関が13.4%あった。



出典：DPCデータ（令和4年4月～令和5年3月） ※救急医療管理加算を100件以上入力している医療機関が対象。新型コロナにより入院した患者を除く。86

また、86 ページにありますとおり、

救急医療管理加算のうち「その他の重症な状態」の割合が高い医療機関が一部に見られていたところがございます。

説明**3. 課題・論点**

1. 救急医療における患者の病態に応じた効率的な医療の提供のための転院搬送について
2. 救急医療管理加算について
3. 課題・論点

87

それでは、課題・論点でございます。

救急医療についての課題

【課題】

(救急医療における患者の病態に応じた効率的な医療の提供のための転院搬送について)

- ・ 救急搬送のうち高齢者の割合が増加しており、中でも「軽症」、「中等症」や「症状不明確」の救急搬送が増加する中、一部の急性期病院に軽症患者を含め救急患者が集中することにより高度・専門的な治療を必要とする患者を受け入れることが困難となることや、急性期病院に入院した高齢者の入院が長期化しADLが低下する等の問題が指摘されている。
- ・ 地域によっては、MC協議会と医療機関との適切な連携により救急搬送の時点で適切な医療機関に振り分けることで対応している一方で、一部の地域では、基幹的な救急医療機関に救急搬送された患者のうち比較的軽症な者を連携する他の医療機関に転院搬送することにより入院医療の適切なマッチングに取り組んでいる場合がある。こうした事例においては、受入先候補となる医療機関の事前のリスト化や、転院後の診療経過についてフィードバックを受けるなどの連携体制を構築していた。
- ・ 急性期患者の転院搬送等に係る評価としては、救急外来から看護師や救急救命士が同乗し転院搬送を行った場合については救急搬送診療料の評価の対象となっていない。また、急性期病棟から他の急性期病棟への転院については、第二次救急医療機関で対応可能な患者を第三次救急医療機関から第二次救急医療機関に転院させる場合であっても、施設基準における在宅復帰率が低下することとなる。

(救急医療管理加算について)

- ・ JCSやNYHA分類等の重症度分類が転帰と相関する傾向にあるものの、こうした重症度に関わらず加算1又は加算2が選択されている場合があると考えられることについて、加算1を算定する場合と加算2を算定する場合の基準を重症度分類に基づき明確化すべきとの指摘や、基準を設ける必要はあるもののJCSやNYHA分類のみではなく病態を的確に把握できる指標を用いることが必要ではないかとの指摘がある。
- ・ 脳卒中その他の中枢神経に関する疾患によりJCS 0の状態に救急医療管理加算1を算定したと考えられる患者の傷病名には、一過性脳虚血発作やメニエール病、頭部打撲が含まれていた。また、これらのうちアテローム血栓性脳梗塞やラクナ梗塞等の患者における「緊急入院が必要である理由」には、単に「脳梗塞であるため」や「点滴による治療が必要なため」、「増悪の可能性があるため」が含まれていた。
- ・ 呼吸器疾患によりP/F比400以上の状態で救急医療管理加算1を算定したと考えられる患者の「緊急入院が必要である理由」には、「呼吸状態が今後増悪する可能性があるため」、「経過観察が必要なため」が含まれていた一方で、「SpO2低下のため」など通常はP/F比400以上に該当しないと考えられる理由も含まれていた。また、心疾患によりNYHA 1度の状態で救急医療管理加算1を算定したと考えられる患者の「緊急入院が必要である理由」には、「精査のため」が含まれていた。
- ・ 「その他の重症な状態」で救急医療管理加算を算定する患者は、重篤な状態であれば他の状態に該当する機会が多いとの指摘がある一方で、一部の医療機関では救急医療管理加算のうち「その他の重症な状態」の割合が高かった。

88

課題を 88 ページにお示ししてございまして、

救急医療についての論点

【論点】

(救急医療における患者の病態に応じた効率的な医療の提供のための転院搬送について)

- 患者の病態に応じた効率的な医療を推進する観点から、救急医療機関等を受診後に他の医療機関でも対応可能な患者を転院搬送する取組に対する評価の在り方について、これまでの取組事例等を参考に、以下を要件とすることについてどのように考えるか。
 - 搬送元医療機関における救急搬送の受入実績が一定程度以上あること。
 - 搬送元の医療機関の救急外来から直接又は入院後速やかに転院搬送を行い、搬送先の医療機関に入院した場合を評価の対象とした上で、救急外来から直接転院した場合をより高く評価すること。
 - 搬送元医療機関において、受入先の候補となる各医療機関が受入が可能な疾患や病態について各医療機関や地域のMC協議会と協議を行った上で、候補となる医療機関を事前にリスト化しておくこと。
 - 搬送先からの相談に応じる体制及び搬送先で患者が急変した場合等に再度患者を受け入れる体制があること。
 - 転院先の医療機関等と定期的に救急患者の受入について協議を行うとともに、その際に搬送した患者のその後の診療経過について共有を受けていること。
 - 搬送元医療機関と搬送先医療機関が特別の関係にない場合に、診療報酬上の評価の対象となること。
- 急性期病棟から他の急性期病棟への転院については、搬送元医療機関に入院後速やかに行われた場合に限り、在宅復帰率の評価対象から除外することについてどのように考えるか。

(救急医療管理加算について)

- 救急医療管理加算について、JCS 0の場合の「意識障害又は昏睡」、P/F比400以上やNYHA 1度の場合の「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により算定する場合の評価についてどのように考えるか。
- 救急医療管理加算のうち「その他の重症な状態」の割合が高い医療機関が存在することを踏まえ、「その他の重症な状態」の取扱いについてどのように考えるか。

89

89 ページ目に論点としてお示ししてございます。

1つ目の括弧でございますけれども、「救急医療における患者の病態に応じた効率的な医療の提供のための転院搬送について」ということでございます。

1つ目の丸に記載をさせていただいてございますけれども、救急医療機関等を受診後に他の医療機関でも対応可能な患者さんを転院搬送する取組に関する評価のあり方について、これまでの取組事例等を参考に、以下を要件とすることについて、どのように考えるか。

ということで下に6つほど要件案をお示しをしております。

それから、次の丸では、急性期病棟から他の急性期病棟への転院につきましては、搬送元医療機関に入院後速やかに行われた場合に限り、在宅復帰率の評価対象から除外することについてどのように考えるか。

次に、救急医療管理加算についてでございます。

「JCS 0」の場合の「意識障害又は昏睡」、
P/F比 400 以上やNYHA I度の場合の「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」

により算定する場合の評価について、どのように考えるか。

最後の丸でございますが、この加算のうち「その他の重症な状態」の割合が高い医療機器が存在することを踏まえ、「その他の重症な状態」の取扱いについて、どのように考えるか。

このような論点とさせていただきます。事務局からの説明は以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。