

質 疑

救急医療について

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

それでは、ただいまの説明につきまして、ご質問等をよろしくお願ひいたします。
長島委員、お願ひいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。89 ページの論点に沿ってコメントします。まず、1 つ目の
の転院搬送についてです。

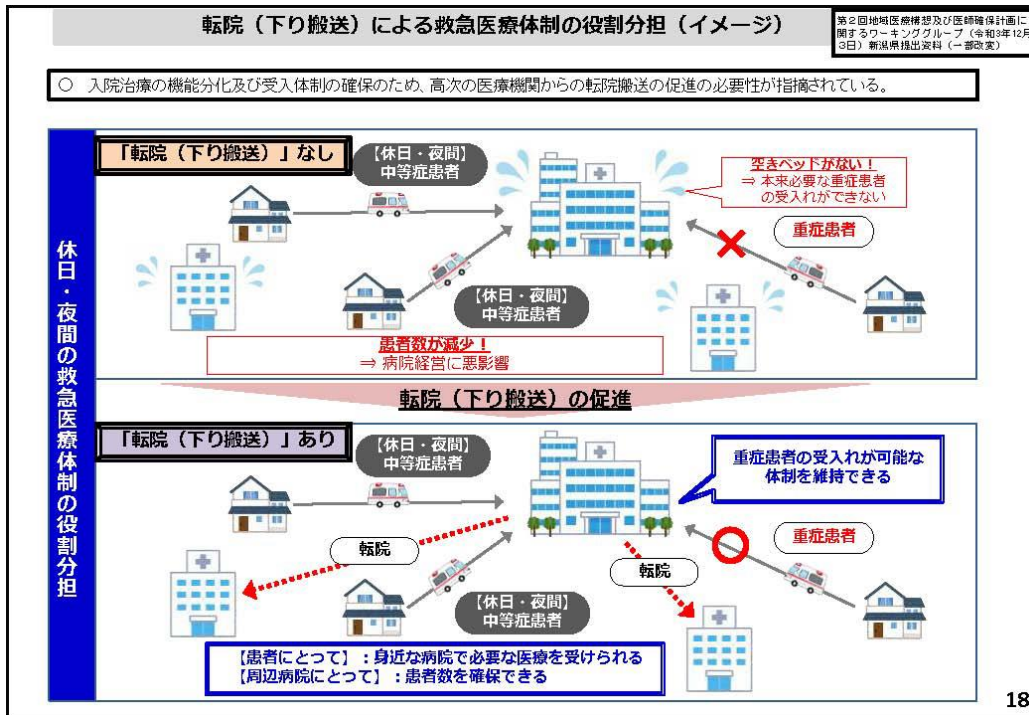
（救急医療における患者の病態に応じた効率的な医療の提供のための転院搬送について）

- 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。

これまで議論してきたとおり、いわゆる下り搬送が求められる場合があることについては理解しているところです。ここで事務局へ質問します。

18 ページの転院、下り搬送による救急医療体制の役割分担イメージの資料に新潟県の資料が引用されておりますが、これと全国の実態についてです。

上段の「転院（下り搬送）なし」の図で言及されているような三次医療機関が全国的に軽中等症者で埋まっていて、三次医療機関で救急受け入れ件数が全国的に飽和しているということを示す資料はどれでしょうか。



また、上下両方の図でともに周辺病院で患者数を確保できないといった実態や減っていく見込みについて言及されていますが、これを全国的な実態および予測として示す資料はどれでしょうか。回答できるタイミングで構いませんので教えてください。

さて、救急医療体制については、各地域の救急医療提供体制によって大きな差があり、実際の医療機関の役割分担や医療従事者の配置に応じて、それに適した形に進化し、日々、搬送や受け入れに係る問い合わせを行っています。

さらに、患者さんの病態の違いに応じた救急医療のあり方については、各地域の救急医療提供体制の多様性も踏まえれば、いわゆる下り搬送をすることが唯一の正解とはならないということもあります。

そのような状況下で、次回改定にて、いわゆる下り搬送を唯一のあり方のように評価する点数を設定することになれば、三次救急を担う医療機関に患者さんの対応を担わせることで点数が算定できるという新たなフローが全国的に一律に発生することになりますが、果たして実現可能性が十分にあると言って問題ないのでしょうか。

また、MC協議会に大きな役割・権限が求められることになっていますが、それは患者さんの搬送といった個別的対応も含め、全国で十分に対応できるのでしょうか。

その上で、今回の論点では、さまざまな要件案が記載されておりますが、それぞれについて診療報酬を設定することで、現場のあり方を一足飛びに変え、それが機能するかどうか不透明であり、地域の救急医療提供体制に支障や混乱が生じるといふ危険性も踏まえれば、全国的な実態やデータに基づいて、しっかり検討する必要があります。

したがって、そのような議論なしに、1つの県の資料だけをもって全国的な報酬を細かな要件とともに設定することは賛成できません。

(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。

次に、救急医療管理加算についてです。前回改定の際の議論においても救急医療管理加算1を算定する患者さんの中に「JCS 0」の患者さんがいることが指摘されました。

しかし、その中には、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実施されていることや、また加算2の「その他の重症な状態」に該当する患者さんの中にも、イレウス用ロングチューブ挿入等の処置が行っている方が一定割合、存在することなどが確認されました。

また、分析を細かく見ましても、P/F比で400以上で救急医療管理加算を算定する症例の中にSpO₂、酸素飽和度が低下しているためといった症例もあったとのことですが、これはP/F比が酸素投与前のものに基づくのか、酸素投与後のものに基づくのかが明確になってないことも背景として考えられるのではないのでしょうか。

そうであれば、酸素投与前の値に基づくことや、臨床症状で判断せざるを得ない場合を含むよう明確化するなど、運用に正確性を期する対応があると考えられます。

さらに、「その他の重症な状態」の取扱いについても、重症であれば他の疾患や状態に該当する場合があるとのことですが、重症患者の病態はさまざまであり、どの疾患状態にも当てはまらずとも重症な患者さんというのは存在すると考えられるため、完全に廃止するというのは暴論です。

もちろん、「JCS 0」等である場合にどのような状態であるのか、医療機関がきちんと入力することは大事です。しかし、今申し上げたようなことも踏まえれば、JCSやNYHA等では重症度を正確に表現できないケースも当然あり得ますので、これらを最初から排除してしまうことが本点数の趣旨かと言うと、甚だ疑問です。

また、1つ前の論点とも関連しますが、今後、高齢者の軽症や中等症、あるいは症状不明確な救急搬送が増加する中で、地域の二次救急医療機関が積極的に患者さんを引き受ける体制をさらに整え、評価していくことは必須の認識だと感じているところ、その対応に係る評価を減らすことは全く逆向きの議論であると思います。

そうした観点も踏まえれば、この加算の対象を狭める議論は、地域の医療提供体制を考えると到底、容認できません。私からは以上ですが、古城会長におかれましては、看護協会の専門委員から意見を聴く機会について、ご検討いただければ幸いです。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

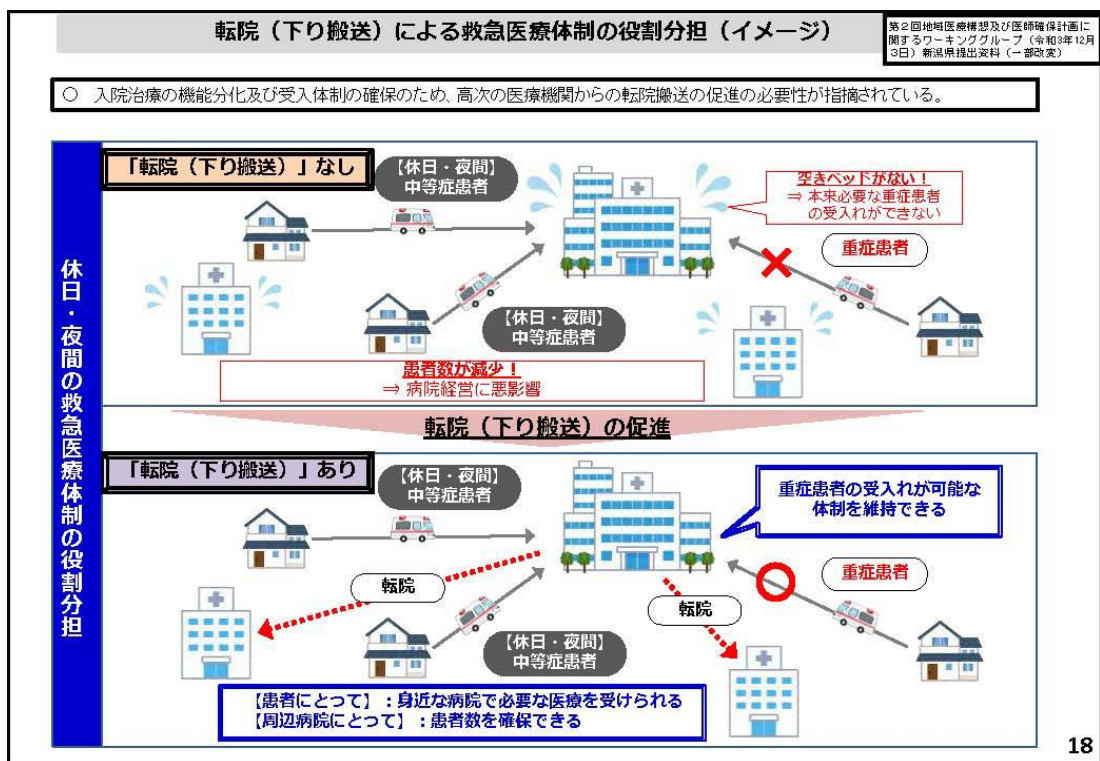
はい、ありがとうございました。ただいま、長島委員から18ページの資料の見方についてのご質問がございましたが、事務局、現時点で対応していただけますでしょうか。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、ありがとうございます。ご質問もありがとうございました。医療課長でございますけれども。

まず、今回のテーマで私ども申し上げたかったことは、ご指摘のとおりとは思っておるところ、多々ございまして、地域における救急搬送の実態はさまざまであること。

その中で、全ての地域で、いわゆる下り搬送が実施されるべきものということでは考えてございません。医療の効率的な提供のために、そういった搬送が必要な地域において行われた場合についての対応を検討しうるものというふうにお示したつもりでございます。



その上で、資料の18ページに関するお尋ねもございました。こちらは医政局の地域医療構想等に関するワーキンググループで提出された資料でございます。

このワーキンググループにおける議論も踏まえまして、増加する高齢者の救急に対応する観点などから、第8次の医療計画に向けた国の指針におきましても、高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進するというところは求められている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院搬送。（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。

<転院搬送の実施状況>

- ・ 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

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・治療後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送先の医療機関から適宜フィードバックを受けている。

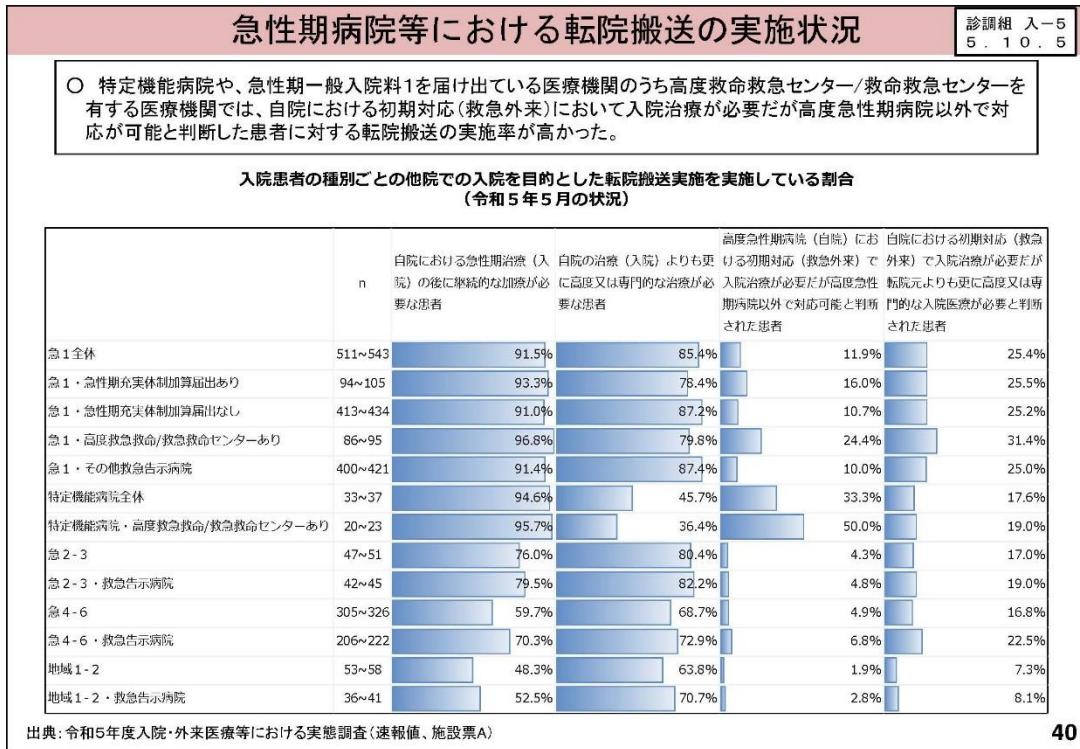
<転院搬送の実施状況>

- ・ 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。

39

すいません、いきなり全ての、全国のデータというわけではないんですけども、38 ページや 39 ページ目には、実際に、これは熊本県や神奈川県の例でございますけれども、

ヒアリングを行った所におきましては、これらの医療機関で病床利用率が非常に100%近いために入院待ちの患者さんが多くなっていたことから救急患者さんを継続的に受け入れるために、こうした取組を開始したというふうな例もあるところ。



また、40 ページ目にお示ししておりますとおり、救命救急センターを有します特定機能病院のうちの約半分。それから、救命救急センターを有する急性期一般入院料1、7対1の病床のうちの医療機関のうち24%がこうした下り搬送を実施しているという結果もございまして、

こういったことから、新潟県以外でも実際に取り組んでいる医療機関は一定程度あるというふうに考えてございます。

ただ、繰り返しになりますけれども、こうした例があるということございまして、私どもとしては全ての地域で、いわゆる下り搬送が実施されるべきものということではなく、それは地域の事情、事情に応じて医療の効率的な提供のために下り搬送が必要な地域において行われうるというふうなことでお示したところでございます。事務局からの回答はひとまず以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、長島委員、お願いします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。ご回答ありがとうございました。事例の紹介にすぎないということで、

一方、診療報酬は全国一律に全てに影響する全ての地域の救急医療提供体制に影響しうるものということであれば、先ほど述べたような、しっかりとした検討が必要であると考えます。以上です。

○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す。はい、続きまして太田委員、お願いいたします。

○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

はい、ありがとうございます。私も 89 ページの論点、プラスアルファで少しお話をさせていただきたいと思います。

（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がない場合に、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。

まず、下り搬送に関しまして長島委員からもありましたように、慎重に、これは検討すべきであると思います。全くもって私自身、否定するものではありませんが、これだけ詳細な、厳密な要件等を設定するようなものなのかというのはございます。

実際に行っているような病院がある一定程度、負担になってるっていうことは、たぶん事実ではありますので、それに対して、ある一定程度の評価をするというのはありますけれども、長島委員が発言されましたように、この点数の設定によって、大きく地域の救急体制が変わってしまうリスクというものも、やはり考えながら、慎重に検討すべきだと思います。

高次の所が全て救急を受けているわけではなく、やはり、その救急というのは、一次、二次、三次と上がっていくというような形で地域の救急体制をつくり上げていくところもございます。地域差が非常にやっぱり、これは大きなところでございますので、それに過度な影響を及ぼすような点数の設定というものに関しては慎重に、これは対応すべき案件であるというふうに思います。

(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。

2つ目の救急医療管理加算に関してです。これに関しましても、先ほど長島委員からありましたように、このJCSの「0」の意識障害・昏睡、P/F比400以上の、NYHA Iの呼吸不全、心不全で重篤な状態というものに関しましては、

資料 82 ページ、83 ページで、傷病名ということで、かなり、やっぱり重篤な状態と判断できる症例が含まれているということだというふうに思います。

そういう意味では、この「JCS 0」、P/F比400以上、NYHA Iであることをもって不適切というふうに考えることは、やはり適切ではない。これで何らかの区分を考えるということには慎重であるべきだと思います。

また、「その他の重症な状態」に関してですが、これも 84 ページにありますように、患者で多い傷病名はやはり多く重篤な状態であれば、意識障害、昏睡、救急手術等、当てはまるというような形で書かれておりますが、かなり重い疾患が多数を占めているわけですが、ただ、脳梗塞だとしても、「意識障害又は昏睡」と判断することはできない症例というものもございます。

また、非常に虚弱な患者の不安定な重症肺炎でも、来院時に呼吸不全とまではやはり言えない状態など、緊急入院、緊急治療が必要であるものの、この基準のどれかに当てはめると、救急の現場で言われると、この救急医療管理加算の分類に困る事例というものは現場ではやはりたくさんあるだろうというふうに思います。

その中で、「その他の重症な状態」というものを選択しているという、そういう例が多いということだと思います。臨床現場では診断というものはやはり厳密に行われている方向性がございます。ですので、

＜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①～⑪に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

1 から 11 だけでは判断できない重篤な状態というものは残しておかないと、臨床現場での運用に困ることが発生すると思いますので、その他重篤な状態に関しましては、今回の改定ではこのまま残していただいて、今後も継続して事例の分析を行っていくということではないかというふうに思います。

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。

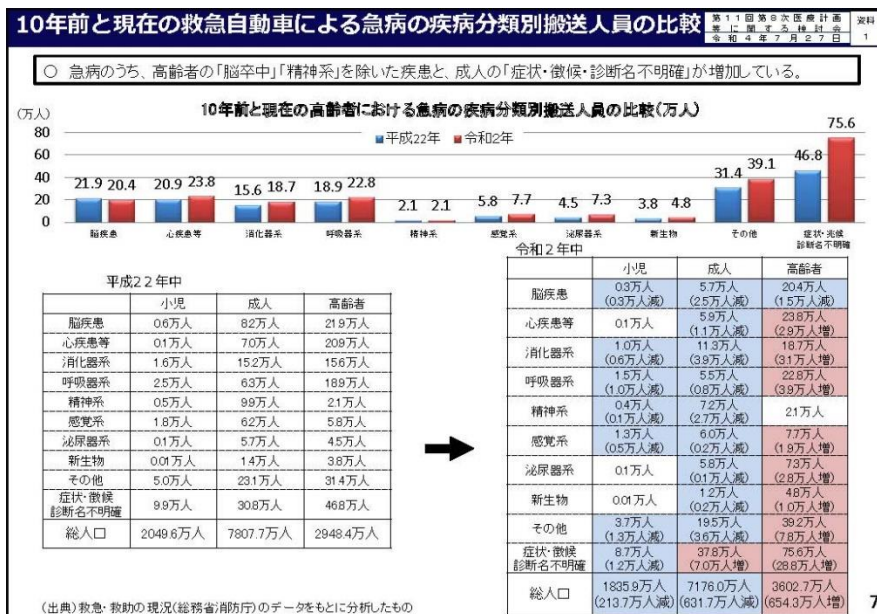
死亡：初診時において死亡が確認されたもの
 重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
 中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの
 軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

「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

最後に追加なんですけど、資料の6ページ、7ページ。これ、以前、島・前委員も発言されておりましたけども、高齢者の軽症・中等症が増加している。その「症状・徴候・診断名不明確」が急増しているというものでありますけれども、この高齢者の軽症・中等症というものの定義は左下に書いてありますが、消防の定義というものは、軽症というものは外来治療で一応、帰すことができるもの。中等症というものは入院したものであるということになります。

ちなみに、重症というのは長期入院。3週間以上入院することが最初の段階で見込まれたものを重症としているわけであって、高齢者で、とにかく入院治療が必要だというのは全部、中等症に入るわけです。

ですので、非常に重症な患者さんというのも中等症に入りますし、この分析だけをもって軽症・中等症の高齢者の救急が増えているというような表現の仕方っていうのは、やはり実際に今、行われている高齢者救急の現場の臨床に非常にミスリーディングな状況だと思います。



7ページの「症状・徴候・診断名不明確」というものが非常に増えていると。これが現場の姿でございまして、それを救急で入院した段階で、先ほどの1から11に当てはめなければいけないということですので、かなりこれ、やはり困ることが起こるわけですね。

もちろん、ほか、1から11に当てはめうるものもありますけども、そうじゃない症例というものもやはりたくさん、当てはめづらい症例というのもやはりたくさんあるということになりますので、そういう意味でも、ここの救急医療管理加算についての、救急医療管理加算2のその他の重症な状況というものは、現実の運用を考えますと、やはり残していただくのが適切であるというふうに考えます。以上でございまして。

○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す。それでは池端委員、お願いいたします。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい、ありがとうございます。私も 89 ページの論点に沿って 2 点、お話ししたいと思います。

（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。

まず 1 点目の救急搬送に関してですけれども、この事例をもとに診療報酬上の立て付けをとということだと思えますけれども、この事例、両委員がおっしゃったように、この事例に当てはめればこういうことになるかもしれないけれども、

私が知っている限り、そのほかにも地域でいろんな連携をしているところがあって、特に私、日本慢性期医療協会が関わっている連携として、大阪と東京の八王子に救急と慢性期病院がそれぞれチームを組んで連携して、この下り搬送、もう現在の体制の中で受け入れて、特に大阪はかなり、もう 10 年来、進んでいて、その症例が挙がってきています。

これは急性期と慢性期の連携ということで、もうリストアップして、それぞれが搬送されたときに、これ、その場で、あるいは 1 日経っても下り搬送のところに連携して、その事務局があって、そこに連携して、そこに搬送するというネットワーク、大阪緊急ネットワークっていうのは学会でも発表されてますけれども、あります。

そういうことも少し、いろんな対応が、仕方があるということを見ると、この今、当てはめようという条件があまりにも、太田委員もおっしゃったように細かすぎて。

例えば、その大阪ネットワークだったら、MC協議会はタッチしていませんので、ここはもう条件から外れてしまうってこととなりますし、

一方で、今、これは考え方、両方あると思いますけれども、急性期から急性期の連携に対して在宅復帰率を外すということになると、逆にまた、それが救急、救急、救急の連携が進んで、逆に進んでしまう。今、急性期から回復期、慢性期という流れをつくろうという流れの中で、ひょっとしたら、それを上手に取り組んで救急・救急の連携が逆に増えてしまう可能性だってあると思いますし、

この辺は、もう少し慎重に全国の様子を見ながら、条件を付けるにしても、条件を付けて加算すること自体も私はちょっとどうか、いろんな考え方があるかと思いますが、少なくとも、その条件に関しては慎重に、いろんな全国の、もう少し、しっかり調査して考えていただいたほうがいいかなという気がしていますので、ちょっと、ご報告させていただきます。

(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。

それから、2番目の救急医療管理加算については、これも長島委員、太田委員がおっしゃったように、やっぱり、特に救急現場でそのとき判断するというのは非常に難しい。本当にこれは、重症か、当てはまるかっていうことで、その瞬間で判断できないことがあります。

数日たってからわかること、重症度がわかること、ずいぶんありますので、これに関しても、いきなり、これを、「その他の重症」の考えを、中の制限、適正化を図るというのであれば、かなり慎重な事例を集めて、そして、ネガティブリストなり、ポジティブリストなりをつくるにしても、学会とかのガイドライン等々もいろいろ検討しながら慎重に対応するべきだと思います。今、拙速にこれを決めるべきではないと思っています。以上です。

○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。それでは、はい。松本委員、お願いいたします。

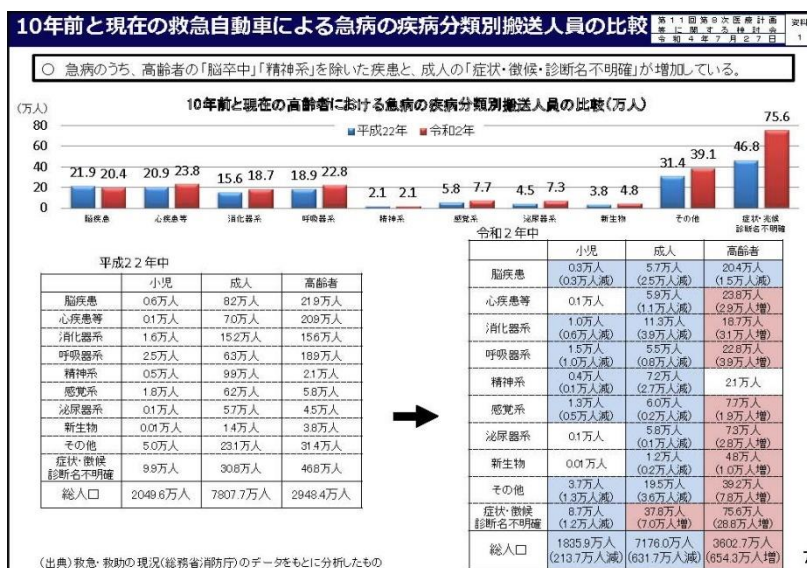
○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。それでは、89 ページの論点に沿ってコメントいたします。

（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。

まず、転院搬送につきましては、7 ページにございますとおり、高齢者人口の増加に伴いまして 10 年前に比べて高齢者の救急搬送が増加し、特に軽症や中等症が多く占める実態があります。



今後、この傾向がますます強まる中で、限られた医療資源を効率的・効果的に活用していく視点が重要だというふうに考えております。

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

診観組 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

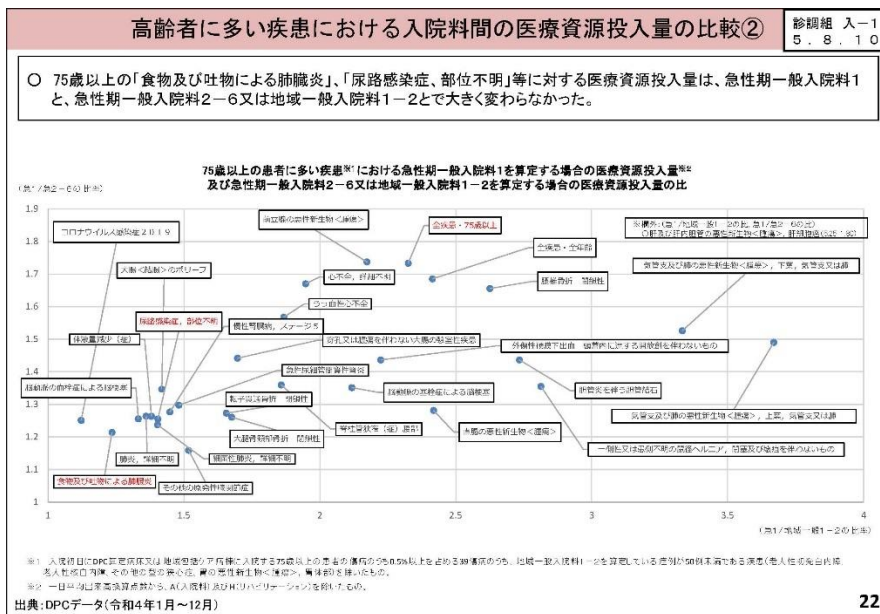
病名	1日当たりの医療資源投入量				75歳以上で多 く罹患する 病棟割合	75歳以上の患者に 対する割合
	第1/第1-2 の比	第1/第1-2 の比	第2-6/第1-2 の比	第1/第2-6 の比		
(急性期一般病棟)	1,488	2,311	1,427	1,899	-	-
急性心不全	2,762	2,733	1,315	1,731	-	100.0%
急性心不全(急性心不全) 1.5, 1.5, 1.5	2,762	1,112	1,020	1,225	1	3.3%
食物及び吐物による肺炎	1,024	1,291	1,021	1,211	2	3.3%
尿路感染症による肺炎	1,208	1,333	1,061	1,261	14	1.2%
尿路感染症(部位不明)	874	1,341	1,061	1,241	35	0.8%
肺炎、細菌性	1,160	1,301	1,081	1,261	10	1.5%
肺炎、非細菌性	865	1,381	1,091	1,261	15	1.1%
肺炎(部位不明)	1,177	1,461	1,111	1,241	23	0.8%
尿路感染症、部位不明	957	1,401	1,121	1,261	8	1.5%
尿路感染症、部位不明	3,224	1,421	1,051	1,151	5	1.8%
尿路感染症、部位不明	2,720	1,461	1,111	1,281	17	1.0%
尿路感染症、部位不明	1,023	1,481	1,141	1,301	19	0.9%
尿路感染症、部位不明	5,327	1,621	1,311	1,161	22	0.8%
尿路感染症、部位不明	2,488	1,641	1,301	1,271	7	1.0%
尿路感染症、部位不明	3,850	1,681	1,331	1,261	6	1.6%
尿路感染症、部位不明	1,659	1,701	1,181	1,441	26	0.8%
尿路感染症、部位不明	1,091	1,711	1,411	1,241	36	0.5%
尿路感染症、部位不明	3,524	1,831	1,361	1,341	38	0.5%
尿路感染症、部位不明	4,848	1,861	1,371	1,361	18	1.0%
尿路感染症、部位不明	1,443	1,871	1,151	1,571	2	3.1%
尿路感染症、部位不明	1,420	1,951	1,171	1,671	27	0.7%
尿路感染症、部位不明	1,468	2,121	1,571	1,351	21	0.9%
尿路感染症、部位不明	3,378	2,171	1,251	1,741	12	1.3%
尿路感染症、部位不明	1,887	2,221	1,551	1,441	30	0.8%
尿路感染症、部位不明	3,508	2,421	1,981	1,281	29	0.8%
尿路感染症、部位不明	2,178	2,601	1,611	1,811	34	0.6%
尿路感染症、部位不明	1,754	2,631	1,591	1,861	11	1.3%
尿路感染症、部位不明	3,623	2,671	2,001	1,331	37	0.5%
尿路感染症、部位不明	3,148	2,731	1,901	1,441	28	0.7%
尿路感染症、部位不明	5,888	2,811	2,081	1,361	24	0.8%
尿路感染症、部位不明	3,832	2,881	1,951	1,471	33	0.8%
尿路感染症、部位不明	2,037	3,021	1,621	1,861	31	0.6%
尿路感染症、部位不明	3,149	3,151	2,161	1,531	20	0.9%
尿路感染症、部位不明	3,317	3,671	2,461	1,891	16	1.1%
尿路感染症、部位不明	2,624	3,801	2,311	1,821	30	0.5%
尿路感染症、部位不明	3,572	5,281	2,931	1,981	25	0.8%

※1 入院料目DPC算定表(急性期一般病棟)に「急性期一般病棟」に入院する75歳以上の患者の医療資源投入量を算定する病棟のうち、地域一般入院料1-2を算定している病棟が50病棟である(老人医療施設内病棟、老人施設内病棟)の割合を示した。急性期一般病棟、急性期一般病棟、急性期一般病棟。

※2 1日当たりの医療資源投入量は、A(入院料)及びB(入院料)の合計を算出した。

出典: DPCデータ(令和4年1月~12月)

21



資料の 21 ページ、22 ページを見ますと、誤嚥性肺炎や尿路感染症は一般病棟の種類によらず、医療資源の投入量に大きな差が見られないということですが、一方、23 ページを見ますと、急性期一般入院料1の病棟や高度な治療室等に救急搬送で入院するケースが多いこともわかります。

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										
	入院する症別数	入院する症別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別における入院先の病種							
			① 急性期一般入院料1 (538,143 床)	② 急性期一般入院料2-3 (113,341 床)	③ 急性期一般入院料4-6 (113,708 床)	④ 地域一般入院料1-2 (119,121 床)	⑤ 地域一般入院料3 (29,777 床)	⑥ 特定機能病棟又は治療室等 ^{※2} (113,542 床)	⑦ 地域包括ケア病棟 (58,516 床)	⑧ ①又は⑥
(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 大腿骨頸部骨折 閉鎖性	60,294	52.2%	66.8%	3.4%	22.5%	1.6%	0.6%	3.8%	1.2%	70.6%
5 転子骨骨折 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 急性灰髄質脳脊髄炎	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 穿孔又は膿瘍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 肺動脈血栓症を伴うその他の閉鎖性肺炎	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蜂巣炎<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	15,639	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算定病種^{※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機関名上位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、特定機能病棟入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病棟入院基本料(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治療管理料、集中ケアユニット入院治療管理料、小児科集中治療室管理料、新生児科集中治療室管理料、新生児治療山荘入院治療管理料、一般感染症患者入院治療管理料、小児入院治療管理料及び短期療養手術等基本料を併定する病棟。
 ※3 高年齢者医療費助成制度適用期間

入院中にADLが落ちないように早期のリハビリを開始する必要性を踏まえれば、本来、リハビリ機能を備えた病棟で救急搬送を直接受けることが理想です。しかしながら、高度急性期の病院で対応した後、転院搬送することも現実として、あり得ることは理解はしております。

ただし、診療報酬で評価するというのであれば、搬送元と搬送先が適切に連携していくことの担保や、可能な限り速やかな転送を促す観点で、救急外来から直接の搬送と、いったん入院してから搬送される場合で評価にメリハリをつけることが必要だと考えます。

また、在宅復帰率の取扱いについてでございますが、88 ページの3つ目の課題にありますように、三次救急医療機関から二次救急医療機関への転院を阻害する要因になるということであれば、論点にありますように、入院後、速やかな転院について在宅復帰率の計算から除外することは検討の余地はありますが、急性期の医療機関同士で、どのような患者に転院が行われ、最初の医療機関に入院してから、どの程度の期間で転院した場合に除外するのか、その基準を明確にすべきというふうに思います。

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の状態と救急医療管理加算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

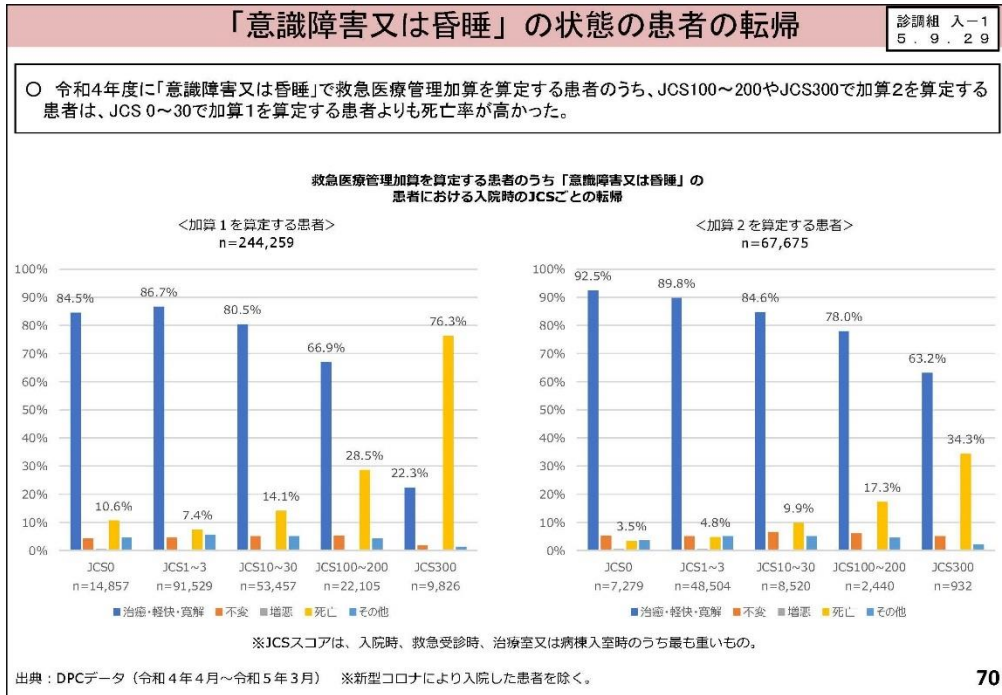
続きまして、救急医療管理加算についてコメントいたします。

(救急医療管理加算について)

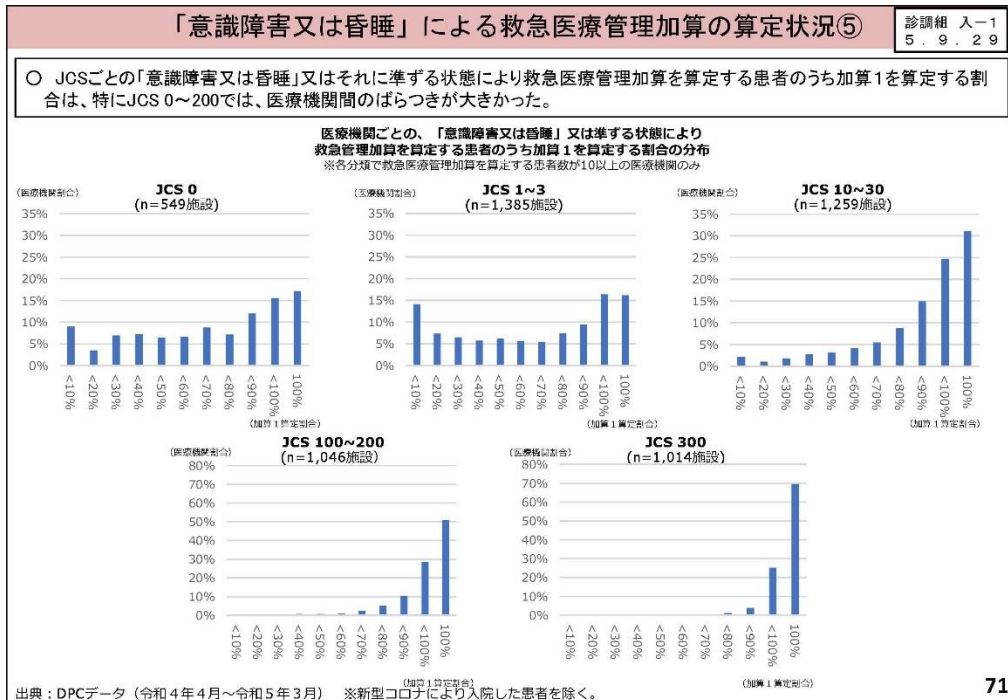
- 救急医療管理加算について、JCS 0の場合の「意識障害又は昏睡」、P/F比400以上やNYHA 1度の場合の「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により算定する場合の評価についてどのように考えるか。
- 救急医療管理加算のうち「その他の重症な状態」の割合が高い医療機関が存在することを踏まえ、「その他の重症な状態」の取扱いについてどのように考えるか。

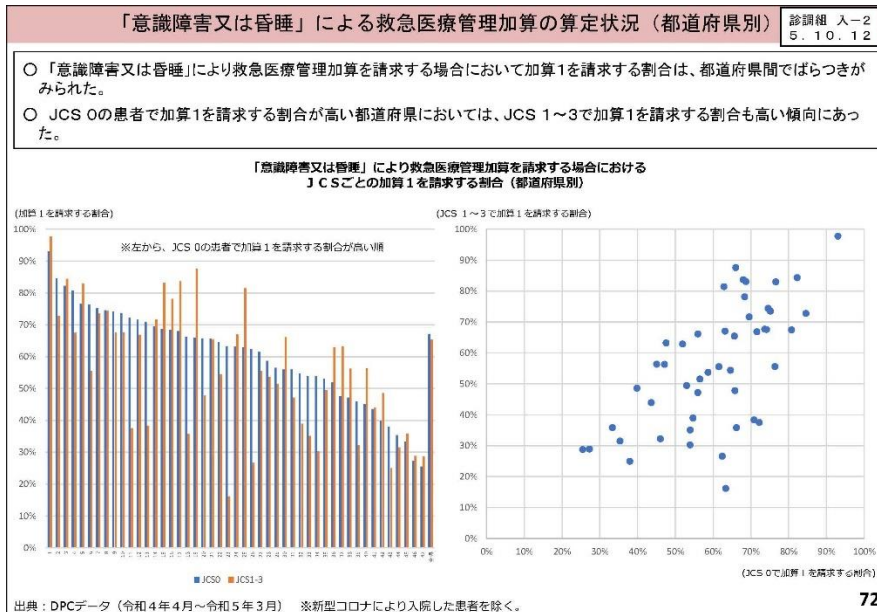
まず、JCS、P/F比、NYHAの取扱いにつきましては、入院時における患者の状態に応じた評価をするという観点で算定の基準を明確にすべきです。

JCSにつきましては、資料の70ページを見ますと、「JCS 0」から30で加算1を算定する場合と、JCS 100以上で加算2を算定する場合で死亡率には逆転が見られております。

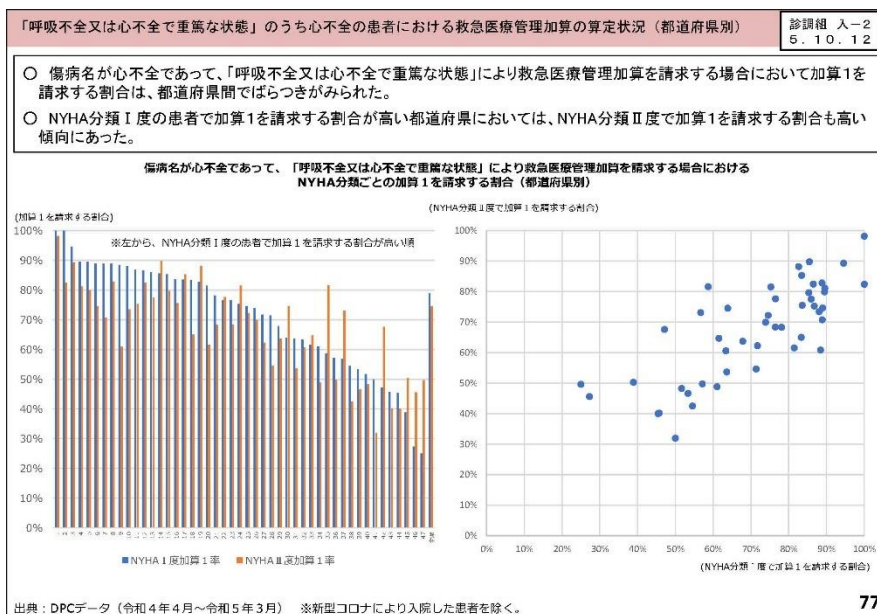


また、資料の71ページを見ますと、加算1についてはJCSスコアが低い場合に算定のばらつきが大きく、





72 ページを見てみますと、都道府県によって JCS スコアによらず加算 1 を算定している傾向が見られ、意識障害のレベルに応じた適切な算定が行われているのか疑問を感じざるを得ません。



同じく、NYHAにつきましても、資料の 77 ページにありますよう、都道府県別の分析からは、患者の状態が適切に反映されていない可能性がうかがえます。

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)

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%
			気胸で胸腔ドレナージが必要なため	15	12.3%
			気胸で入院が必要なため	11	9.0%
気管支炎	30	24.6%	肺炎で入院が必要なため	9	7.4%
			呼吸状態が今後増悪する可能性があるため	8	6.6%
			経過観察が必要なため	7	5.7%
気胸	25	20.5%	食飲低下のため	6	4.9%
			陥凹呼吸があるため	5	4.1%
気管支喘息	9	7.4%	点滴治療が必要なため	5	4.1%
			咳嗽症状のため	4	3.3%
細菌性肺炎	3	2.5%	咳嗽症状・中耳炎のため	2	1.6%
			気管支炎で入院が必要なため	2	1.6%
COPD	2	1.6%	呼吸器のため	2	1.6%
			詳細の記載なし	2	1.6%
インフルエンザ	2	1.6%	肺性心のため	2	1.6%
			喘息の治療が必要なため	2	1.6%
肺塞栓症	2	1.6%	CRP高値のため	1	0.8%
			けいれん・呼吸抑制のため	1	0.8%
過敏性肺炎	1	0.8%	ショックのため	1	0.8%
			感染障害・食事摂取困難のため	1	0.8%
線維性気胸	1	0.8%	検査値異常のため	1	0.8%
			嚥下による上気道狭窄のため	1	0.8%
細菌性肺炎	1	0.8%	縦隔気腫のため	1	0.8%
			気胸で胸腔ドレナージが必要なため	1	0.8%
縦隔気腫	1	0.8%	肺動脈・食飲低下のため	1	0.8%
			肺動脈・食飲低下のため	1	0.8%
肺動脈	1	0.8%	肺動脈があるため	1	0.8%

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
うっ血性心不全	5	25.0%	意識消失の精査のため	6	30.0%
			心不全のため	3	15.0%
感染性心内膜炎	4	20.0%	アブレーション治療の検討が必要なため	2	10.0%
			感染性心内膜炎による菌血症・大動脈弁閉鎖不全のため	1	5.0%
心室性頻拍	3	15.0%	感染性心内膜炎による菌血症を疑うため	1	5.0%
WPW症候群	1	5.0%	胸部絞扼感のため	1	5.0%
右心不全	1	5.0%	緊急透析が必要なため	1	5.0%
狭心症の術後	1	5.0%	血圧測定不能のため	1	5.0%
狭心症発作	1	5.0%	抗がん剤による治療が必要なため	1	5.0%
心疾患の疑い	1	5.0%	心室性頻拍のため	1	5.0%
大動脈弁閉鎖不全症	1	5.0%	心室性不整脈のため	1	5.0%
不安定狭心症	1	5.0%	不安定狭心症のため	1	5.0%
不整脈の疑い	1	5.0%			

出典：保険局医療課調べ (令和5年4月～9月調査データより抜粋)

83

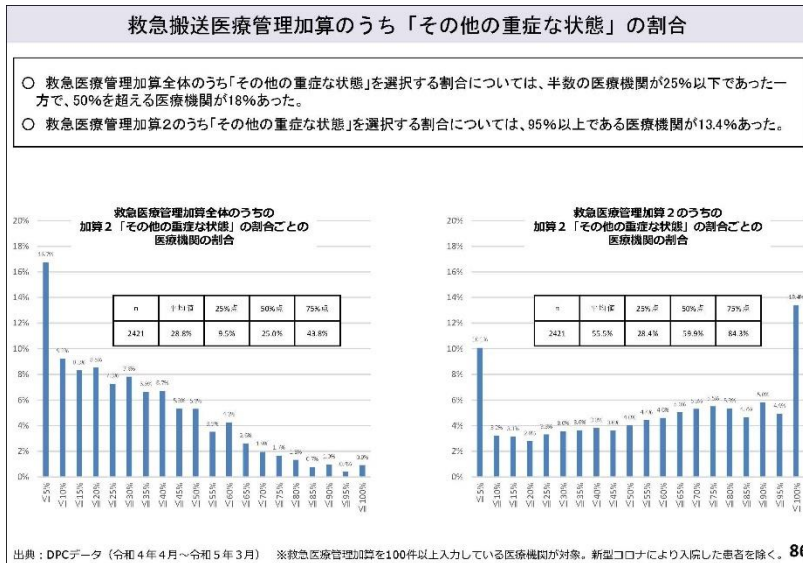
P/F比については、資料 83 ページを見ますと、「経過観察が必要なため」「精査のため」といった理由で加算 1 が算定されており、入院時に必ずしも重症とはいえない患者が加算 1 に含まれているとコメントせざるを得ません。

したがって「JCS 0」、NYHA I度、P/F比 400 以上については、少なくとも加算 1 の対象としないことを主張いたします。

先ほど来、診療側委員の方から、スコアが低くても重篤な場合、あるいは悪化する可能性があるというコメントも出ておりますけども、もし重篤な状態であれば、ほかの項目に該当するのではないかと。

また、この加算は入院時点で重症な患者への対応を評価するものであるということを、こちらからはコメントいたします。

次に、救急医療管理加算 2 における「その他の重症な状態」につきましては、資料の 86 ページにありますように、この項目で加算を算定する割合が 95%以上の医療機関が 1 割以上あり、中には 100%という医療機関も存在しております。



こうした実態は、加算1に準ずる重篤な状態という原則からは大きく外れており、保険者としましては、診療報酬の算定要件として、「その他の重症な状態」が妥当とは到底、思えませんので、項目の廃止を主張いたします。

「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

※調組 入-1
5.9.2.9

○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」の患者が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篤な状態であれば、「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投与を必要とする状態」、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」、「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。

（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%
食物及び汚物による肺炎 27860 3.2%	食物及び汚物による肺炎 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%	急性尿管管間質性腎炎 20353 2.4%
急性尿管管間質性腎炎 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%
転子骨骨折 閉鎖性 14898 1.7%	転子骨骨折 閉鎖性 15049 1.7%
脳動脈の血栓症による脳梗塞 13319 1.5%	脳動脈の血栓症による脳梗塞 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%	腸胃炎 10101 1.2%
閉塞を伴う腸炎（柔条物） 9167 1.1%	急性虫垂炎、その他及び詳細不明 9737 1.1%

①吐血、嘔血又は黒血便、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急性薬剤中毒 ⑤ショック
 ⑥重篤な性感染症（淋病、早小全、梅毒、淋菌性肺炎） ⑦人獣共通感染症（H3N2）/人獣共通感染症、腸胃腸炎又は食中毒（R4） ⑧外傷、感傷風疹で重篤な状態
 ⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA投与を必要とする状態 ⑩消化器病で緊急処置を必要とする重篤な状態（R4） ⑪転子骨骨折による重篤な状態（R4）
 ※加算2の対象は、上記①～⑩に該当する状態及び「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**

仮に、具体的な重篤な状態があるということであれば、84 ページにあるもののように、それを項目として明確に位置づけるべきだということを申し添えます。私から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す。ほかはいかがでしょうか。はい、鈴木委員、お願いいたします。

○鈴木順三委員（全日本海員組合組合長代行）

はい。ご指名ありがとうございます。私のほうからもですね、救急医療管理加算について、ちょっと、ご意見を述べさせていただきます。

先ほどからありますようにね、先生方から実態をお伺いすると、なかなか、と思う部分と、あとは医療の明確化とか、透明性、わかりやすさというところからちょっとお話をさせていただくと、先ほどの J J C S ですか、ゼロ。これは定義としては意識が清明であるという形になっていたり、NYHAI 度だとですね、身体の活動の制限はないという表現が書いてある中で、先ほどの緊急（ママ）医療管理加算 1 だと重症患者になっているということで理論が矛盾をしているわけですね。

ですから、ちょっと、これだけを見ると、なかなかこれ、この「JCS 0」と「NYHAI」に対して管理加算の 1 が出るのはおかしいと思わざるを得ない。ですから、ある意味、こういうことをやるのであれば、もう少し、この定義を少し変えていただかないと、なんか、この辺は医療の明確化にはちょっと結びつかない、わかりにくいという感じがします。

それと、もう 1 つ。緊急医療管理加算 2 のところ、先ほど松本委員もお話ししました、お話がありましたように、その他の重篤な状況ってということで、これもですね、あまりにも、全て、「その他」になっちゃうような気がしますのでね、この辺もちょっと、この中で、「その他」の要件を廃止なのか、それとも、もう少し明確化するとか、なんか、そうしないと、いつまで経っても、やっぱり、

先生方のご判断は正しいと思います。ただ、それが、はたから見たほうからすると、どうなのかなと、不明確だなというところが、矛盾するところがあるので、その辺をですね、ご理解いただいて、今回のですね、お話に参加していただければというのが私の感想です。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す。はい、それでは長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。1つ目の、やはり転院搬送についてですけれども、論点の所で、3行目に、「これまでの取組事例等を参考に」要件とするとありますが、この取組事例自体が非常に少数のところ、網羅されたものでは全くないというところ。

したがって、それを全国一律の所に要件化するというのはあまりにも無理があるということ。これをぜひ、ご理解いただければと思います。

それから、救急医療管理加算について、これは全て医療における重症度の極めて大きな多様性が背景にあるということを十分ご理解いただければと思います。

極めて多様でありますので、たった3つのJCS、P/F比、NYHAだけで全てを把握することは不可能です。

また、「その他の重症な状態」というのも極めて多様なので、その全てをリストアップして提示するというのも、これも不可能であります。

以上、極めて多様であるので、それを3つの評価軸、あるいは、いくつかだけをリストアップするということでは対応が難しい、あるいは無理であるということ。これが医療の実態であるということを十分、ご理解いただければと思います。私からは以上です。

○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す。よろしいですか。はい。鳥潟委員、お願いいたします。

○鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）

はい、ありがとうございます。医療の実態に関しては、医師でもないのだからわからないことが多いんですが、今回、一番解決したい課題は、課題の一番上のポツにあるのかなあというふうに理解しております。それは先生方も私どもも一緒かなと。

要は、救急搬送のうちに、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、云々とありますけど、この部分ではないかというふうに思います。

今、先生方のお話を伺ってますと、変えるのは時期早尚だというふうに私、受け取りました。意見としては、今回、事務局提案がいろんな意味で、対応案のとおり見直すべきと考えますが、時期早尚で変えないということで、この一番上の課題が解決できるのであれば、それもありがたというふうに思いますが、その点に関しては、いかがでしょうか。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。今、鳥潟委員からご質問がございましたが、長島委員、お願いします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

これも先ほど申しましたが、各地域の救急医療提供体制がもうさまざまであって、それに基づいて、しっかりと進化し、対応してきたという現状をよく見ていただければと思います。

その中で、その地域の状況によっては、このいわゆる下り搬送が非常に有効に働いている地域もあるということで、この中で事例として取り上げていますけれども、

先ほど池端先生がご紹介になったように、さまざまな地域によって取組がなされているので、これはしっかりと進めていく必要があるということに全く異論はございません。

○鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）

えっと、今後も、じゃあ、進化を続けられるということで、各地域で。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

各地域で進化を続けるために、そこに必要な診療報酬上の手当というのにも必要だというふうに考えておりますが、それは診療報酬だけではないと。特に地域の顔の見える連携というのは極めて重要だろうというふうに思っております。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

鳥潟委員、よろしいですか。はい。

○鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）

おっしゃってることはわからないでもないですけども。

この、じゃあ、提案の中の論点の中のいくつかは採用してもいいというご意見ということなんでしょうかね？

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

ちょっと、もう一度申しますけども、先ほど申しましたが、ここの論点の中にある要件というのが、あくまでもごく少数の取組事例を参考にしてつくられたものなので、これを全国一律にやると、各地域の地域医療の救急体制に大きな混乱や支障が生じる危険性があるので、

まずは、そこをきちんと検討すべきであると。現時点でそのような根拠もない。きちんと検討もされていないので、これを要件とすることには反対であるということでございます。

○鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）

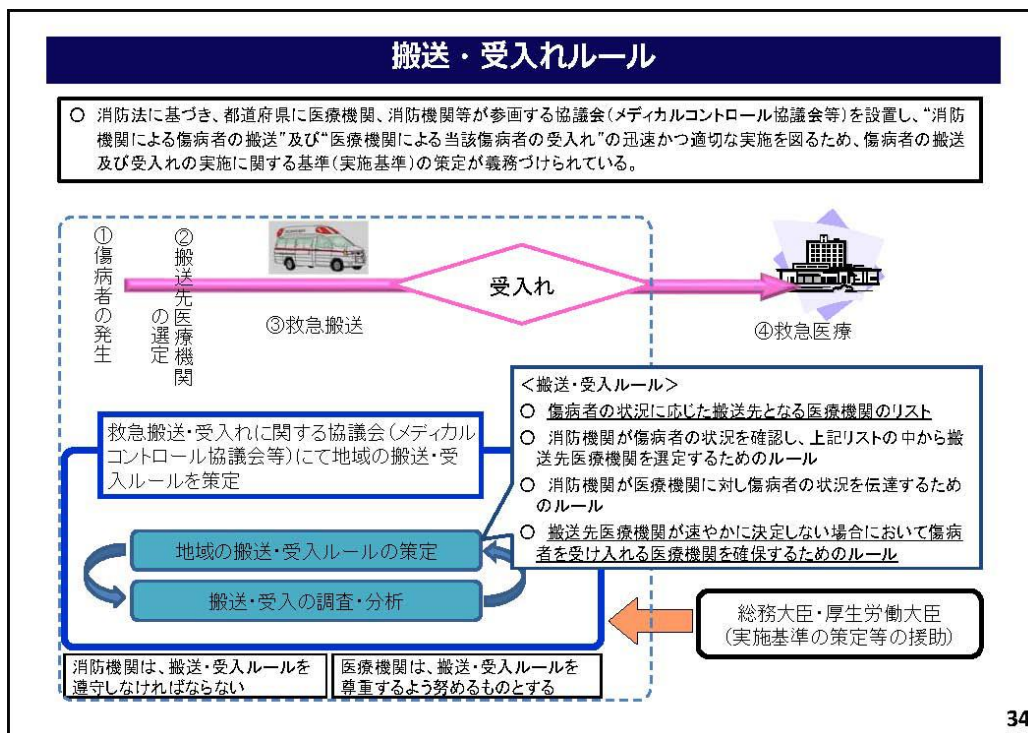
時期尚早ということで、今回はそのままという理解をしました。ありがとうございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。それでは佐保委員、お願いいたします。

○佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）

論点ではないので最後に言おうかなと思っておりました。ありがとうございます。論点ではありませんが、資料 34 ページに搬送を受け入れるルールが記載されています。



救急医療における効率的な医療提供に向けては、下り搬送だけではなく、最初の搬送時点で適切な医療機関へ搬送することも重要と考えます。

一刻も争う救急現場では対応が難しい場合もあると思いますが、こうしたルールづくりを広げて実施を充実していくこともあわせてお願いしたいというふうに考えております。以上です。

○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す。ほかはよろしいでしょうか。はい。松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい。長島委員からのコメントをいただきましたけども、転院搬送に関して議論をしたいと、どちらかと持ちかけられたのは、私は2号側ではないかというふうに認識しております。

であるのに対して、じゃあ、時期尚早だということは、じゃあ、どうするんだということに関して、少し、これから、こう取り組みますとか、何かないとですね、これ自身が進まないという、1つがございます。

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～サイ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なくても算定できる。
- 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サ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サまでに準ずる重篤な状態であっても算定できる。
- 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、嘔血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）	サ 生手術を必要とする重篤な状態
イ 意識障害又は昏睡	キ 広範囲敗血症	シ その他の重症な状態
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態	ク 外傷、破傷風等で重篤な状態	
エ 急性薬物中毒	ケ 緊急手術、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	
オ ショック	コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態	

【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として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

(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。

(4) 施設基準に係る届出を行うこと。

51

それと、次に救急医療管理加算については、51 ページに概要が示されておりまして、その算定要件の所に JCS であるとか、NYHA であるとか、P/F 比というのが、もう現在、取り込まれているわけですね。

確か長島へのコメントですと、「それだけでは」ということであれば、じゃ、何か具体的に何か思われてる指標があるのであれば、それは提案をいただかないと話がもう進まないという気がいたします。私もは、これを頭に置いた上で各々の指標と患者の関係を見て、今回、対象としないということを主張いたしました。

だから、そのあたりのご提案なり何かお考えがあれば、ご紹介をいただきたいと。2つ、お願いしたいと思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。それでは、ただいま、松本委員からのご指摘について、いかがでしょうか。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。まず、このいわゆる下り搬送に関しては、このところで述べられた論点に述べられた要件とすることに関しては現実に即していないので、しっかりと、このところは検討すべきだというふうに申しているというところで、

最初に申しましたけれども、いわゆる下り搬送が求められている場合があるということとは十分理解しているので、

ただ、そこを拙速に現実離れした要件化をすることで、逆に救急医療提供体制に支障や混乱が起こると心配されるので、この要件化ということに対してはしっかりと検討して、そういうことがないということを検討してから行うべきだということでもあります。

それから、もう1つ。重症度のさまざまな指標等に関しては、これはぜひ引き続き分科会のほうでも、ご検討いただければと思います。以上です。

○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す。それでは江澤委員、最初にお願いいたします。

○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

はい、ありがとうございます。下り搬送はもう地域によっては結構、行われている実態もあって、そういった地域では非常に馴染むと思いますし、

これは全くやってない地域ではこれから新たな取組ですから、そのあたりは地域の実情に応じて検討していく課題かなあというふうには感じているところでございます。

「意識障害又は昏睡」の患者に行われている処置・手術							
							診療録 入-1-2 3. 10. 21
<p>○ 「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。</p> <p>○ 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。</p>							
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

また、救急医療管理加算について、例えば、68 ページに令和2年度、「JCS 0」でも非開胸的心マッサージが 8.3%。

69 ページは、令和4年度では、それ、同じく 2.3%に減少しています。

「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

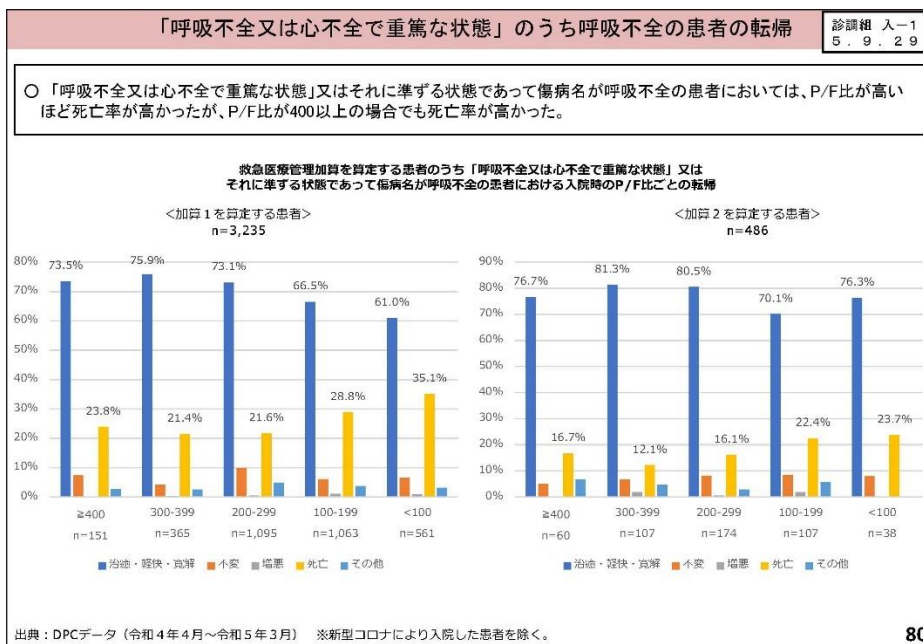
＜救急医療管理加算1＞				＜救急医療管理加算2＞			
JCS 0		JCS 1以上		JCS 0		JCS 1以上	
件数	実施割合	件数	実施割合	件数	実施割合	件数	実施割合
酸素吸入（1日につき）	3867 26.0%	酸素吸入（1日につき）	87326 38.1%	酸素吸入（1日につき）	1338 18.4%	酸素吸入（1日につき）	15711 26.0%
留置カテーテル設置	2716 18.3%	留置カテーテル設置	70809 30.9%	留置カテーテル設置	869 11.9%	留置カテーテル設置	11898 19.7%
喀痰吸引	1336 9.0%	喀痰吸引	51496 22.4%	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%	人工胃腸（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%	持続ドレナージ	16334 7.1%	排便	107 1.5%	ドレナージ法（ドレナージ） （その他のもの）	1120 1.9%
ドレナージ法（ドレナージ） （その他のもの）	323 2.2%	人工呼吸（5時間を越えた場合）	14742 6.4%	創傷処置 4 筋肉、機器に達しないもの（経5センチメートル未満）	93 1.3%	持続ドレナージ	1075 1.8%
人工呼吸（5時間を越えた場合）	323 2.2%	ドレナージ法（ドレナージ） （その他のもの）	12363 5.4%	ドレナージ法（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

なかなか現状、非常に急性期の多忙な現場において、こちらがしっかりと適した診療報酬上ですね、こういった救急医療管理加算の要件とか、中には、どうなっているのか、あるいは、「その他」の中にもこういった方が混在している状態ですから、まずはしっかりと、こういったもので算定しているかを明確にしていくことが必要ではないかと思えますし、



80 ページでも、P/F比 400 以上でも死亡率も高いというデータもありますから、これは医療現場におきましても、しっかり、このあたりを評価をしていくということで、引き続き、どういったものが算定されているのかを注視していくことが次回の改定では必要ではないかなあというふうに思っているところでございます。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）

ありがとうございます。茂松委員、お願いいたします。

○茂松茂人委員（日本医師会副会長）

はい。今の江澤委員とほとんど一緒なんですが、医療というのはやはり不確実性というものが絶対に前提にあるんですね。そして、データに基づいて診断ができて、しっかり治療ができるかと言えば、そうではないんです。

ですから、おうちでいったん意識がなくなったけども運ばれてきた。いろいろ検査したけど何にもない。だけど、ちょっと経過入院しておこうと思って部屋へ戻った途端に心停止といったことなどは結構、病院によっては起こるわけで、そういうところを考えるとですね、本当に、こういうふうに、これが指標でどうなるということは非常に難しいということが1つと。

もう1つは、やはり都道府県によって医療資源というものは全く変わってまいります。ですから、都会と過疎地であれば当然、変わるわけで、そこで三次救急、二次救命の役割というのは、やっぱり都会とも過疎地でも変わってくるわけで、その、今、とにかく、その医療資源に合わせて体制を整えていっているというのが現状であります。

これは高齢者が増えてきてるので余計、今、その時間をつくってですね、そこを見届けて、こういうことは注意していこうということを今、決めているところであるので、そういうことをご理解いただければと思っております。よろしく申し上げます。

○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。はい。松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。今、茂松委員からですね、地域差ということがあったんですけども、

そうしますと、例えば、救急医療管理加算について都道府県の算定状況にばらつきがあるということは、それはもう地域差だからやむを得ない、地域による医療資源の差だということだとお考えだということですか。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

茂松委員、お願いします。

○茂松茂人委員（日本医師会副会長）

そうではなくてですね、今、実態調査でも出ましたが、病院の経営というのは大変な中にあります。その中で、みんなが体制を整えようとしても、なかなか体制ができないという現実があるということで、ご理解をいただきたいと。

みんな、その体制は全部、全国に合わしていきたいわけですが、医療側としては。けども、そういうバックに、そういうことがあるので、なかなか体制が整えれないということをご理解いただきたいというふうに思っております。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。それでは、先ほど、あ、失礼しました。それでは、池端委員、お願いいたします。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい、ありがとうございます。私も最初にまず1点目についてですけども、これも長島委員がおっしゃってるのは要件の内容があまりにも、その新潟の例に則ってしまっている。それを全て条件下に入れてるので、これでは汎用性がないんじゃないかということ。

私も先ほど申しましたように、例えば大阪の協議会では、MC協議会は入っていませんし、ということ。じゃあ、リストアップとか全部してるし、逆になじみの関係がつくっているんで、それでうまくいってるとこ、ありますので、

もう少し実態に合わせて要件を少し緩やかにして、そして何らかの下り搬送が進むようにということに対しては、私もありかなと思っていますので、一応、そういう、長島委員もそういうお考えではないかと感じてますので、ちょっとコメントさせていただきます。

もう1点。救急管理加算については今、皆さんのおっしゃったように、私も何例か経験していて、本当に大丈夫だって、帰そうと思ったけど、これ言われると、医者のお勤は当てにならないとおっしゃるかもしれない。何となく元気がない、何かおかしい、いつもと違うなってことで、一晩、ちょっと泊まりましようと言うと、そこで急変するということは、やっぱり何例か経験している。

ただ、これが、じゃあ、100%あるかと言うと、確かにないですね。それはもう、どっかに当てはまる重症例があって、その中の何例かはそういうことがあるということなので、例えば、今、「その他」の例が100%の病院があるというのは、これはいかななものかと松本委員はおっしゃった。

これはこれでまた、別の対応の仕方、そこに傾向診療ということがあるのであれば、厚生局の指導とか、そういうこともあるかもしれませんし、

それを、これがあるからといって全国一律の、この加算のやり方を変えるっていうのは、逆にまた、性悪説に基づいて地域の医療を歪めてしまうんじゃないかということ、

本当に、ここにいる先生方はたぶん、そういうことを経験してるから強くおっしゃるんだと思う。私も経験があるので、なかなか難しいです、本当に。これが重症かそうでないかっていう判断。

逆に、例えば頭部外傷で来て、全然意識もあるし、特に問題ないって言って帰して、6時間後に急性硬膜外血腫で倒れたってということで訴えられると負けます。

そこに関しての、やっぱり救急医としての不安もありますし、やっぱり、ちょっとおかしいと思ったら、とりあえず入院させる。それは、ここには、どこにも当てはまらないけど、「その他」ってことになるということは、現場ではたぶん救急の先生方、皆さんも経験してると思うんで、そこは、なんとか、ご理解いただけたらなと思ってますので、よろしくお願いします。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、続きまして、太田委員、お願いします。

○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

先ほど松本委員からいただいた質問。私自身としてもですね、病院団体でもこれ、救急医療管理加算で議論はしたことは何度もあります。

なので、このアからサまたはシまでっていうものではなく、より、これが、先ほど、ばらつきだとか、いろんなご指摘がありましたので、算定に。

それを、より、何て言いますか、ばらつかないような形で精緻化していくということに関しては、基本的には私どもとしても、その心配、全面的に反対では基本的にはないと。

ただ、これは本当に難しいんです。病院団体の中でも、じゃあ、何を入れるべきかとかっていうのをいろいろやっていっても、あれもこれも、あれもこれもって出てきてですね、なので、先ほど長島委員も、たぶん、これ、入院分科会で、より、もっとしっかりとその分析・精査していただいて、つくっていくべきだというような形のご発言があったんだんだというふうに思います。

本当に1項目、じゃあ、これだけ足せば現場の救急の現場のニーズが全部クリアできるというようなものではないですし、じゃあ、これ、2つ、3つなのか100個足すのか。そういうような形で、これは実際にポジティブリストをつくっていくとしても、いろいろな形でこれ、分析していかないと、しっかりとした評価軸をつくるの、難しいんですね。

そういう意味では、今の段階では、私、お話しさせていただいたように、その他の重篤な、重症の状況というのを残していただきながら、今後も継続して、この問題に関しては検討していくということが重要なのではないかというふうに思います。以上です。

○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す。それでは、先ほど長島委員から木澤専門委員の考えも伺ってはどうかというようなご提案がございましたので、木澤委員、お願いいたします。

○木澤晃代専門委員（日本看護協会常任理事）

はい、ありがとうございます。地域の救急医療体制については医療資源、それから人的資源の違いによって提供には差があると考えております。

転院をする場合なんですけど、転院元となる病院では、下り搬送の患者さんについて救急外来での治療・ケア、それから実施した医療的介入など、それから救急外来で経過を観察したりということがあります。そういった情報を転院先への情報提供をすることというのが看護師が行っているところなんです。

また、それに関しては、家族への連絡とか説明というのが非常に重要であって、転送元と転送先で言っていることが、説明が違うというようなところで、なかなかうまくいかないということがあります。

また、高齢の救急患者さんというのは複数の疾患を抱えていたり、まだ病気が見つかっていなかったり、既往のわからないもの、それから痛みや苦痛がはっきりとわからないということがあります。

たいてい、救急外来では院内トリアージということを実施しておりまして、J T A S という緊急度判定支援システム を活用しまして、救急外来の看護師等が緊急度の、重症度の判断を行っています。

しかしながら、意識がクリアな人でも、くも膜下出血ですとか慢性硬膜下出血というような重症の患者さんが歩いて来院する場合があります。いずれにしても、症状を見逃すことで生命に大きな影響を及ぼす可能性が高い場合があります。こういったところでは医療者間の連携ですとか病院間の連携が重要だと考えております。

また、患者さん家族への丁寧な説明というのが重要だと考えております。私からは以上となります。

○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。ほかはいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。はい。それでは、ほかに、ご質問等ないようでしたら、本件に係る質疑はこのあたりとしたいと思います。

今後、事務局におかれましては本日いただいたご意見も踏まえて対応していただくようお願いいたします。