

(令和3年度第6回)  
入院医療等の調査・評価分科会

令和3年8月27日(金)

1. 特定集中治療室管理料等について
2. 救急医療管理加算について
3. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

1. 特定集中治療室管理料等について
  - 1) 重症度、医療・看護必要度について
  - 2) 算定日数について

## 特定集中治療室管理料の見直し

### 専門の研修を受けた看護師の配置要件の見直し

- 特定集中治療室管理料1・2の専門の研修を受けた看護師の配置について、より柔軟な働き方に対応する観点から要件の緩和を行う。

※専門性の高い看護師の配置に係る経過措置は、予定通り令和2年3月31日で終了

#### 現行

##### 【特定集中治療室管理料1及び2】

###### [施設基準]

- 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、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。

#### 改定後

##### 【特定集中治療室管理料1及び2】

###### [施設基準]

- 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、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。
- 専任の常勤看護師を2名組み合わせることにより、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該2名の勤務が重複する時間帯については1名についてのみ計上すること。**

### 生理学的スコアの測定に係る要件の見直し

- 特定集中治療室管理料1・2において提出が要件となっている生理学的スコア(SOFAスコア)について、特定集中治療室管理料3・4についても要件とする。

※令和2年10月1日以降に当該治療室に入室した患者が提出対象

#### 生理学的スコア(SOFAスコア)

呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の6項目を、それぞれ5段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの

		0	1	2	3	4
呼吸機能	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> (mmHg)	>400	≤400	≤300	≤200 呼吸器補助下	≤100 呼吸器補助下
凝固機能	血小板数 (×10 <sup>3</sup> /mm <sup>2</sup> )	>150	≤150	≤100	≤50	≤20
肝機能	ビリルビン値 (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
循環機能	血压低下	なし	平均動脈圧<70mmHg	ドパミン≤5γ あるいはドブタミン投与 (投与量は問わない)	ドパミン>5γ あるいはエピネフリン≤0.1γ あるいはノルエピネフリン≤0.1γ	ドパミン>15γ あるいはエピネフリン>0.1γ あるいはノルエピネフリン>0.1γ
中枢神経機能	Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	<6
腎機能	クレアチニン値 (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 あるいは尿量500ml/日未満	>5.0 あるいは尿量200ml/日未満

# 特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度評価票

## 【特定集中治療室用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 心電図モニターの管理	なし	あり	
2 輸液ポンプの管理	なし	あり	
3 動脈圧測定(動脈ライン)	なし		あり
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	
5 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし		あり
6 人工呼吸器の管理	なし		あり
7 輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし		あり
9 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓 ICP測定、ECMO)	なし		あり

## 【ハイケアユニット用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5 心電図モニターの装着	なし	あり
6 輸液ポンプの管理	なし	あり
7 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8 シリンジポンプの管理	なし	あり
9 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10 人工呼吸器の管理	なし	あり
11 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、 ECMO)	なし	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
10 寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
11 移乗	介助なし	一部介助	全介助
12 口腔清潔	介助なし	介助あり	—
13 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
14 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
15 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
16 危険行動	ない	—	ある

### 基準

A得点4点以上かつB得点3点以上

B 患者の状況等	0点	1点	2点
14 寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
15 移乗	介助なし	一部介助	全介助
16 口腔清潔	介助なし	介助あり	—
17 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
18 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
19 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
20 危険行動	ない	—	ある

### 基準

A得点3点以上かつB得点4点以上

# 救命救急入院料等の主な施設基準①

		点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	看護配置	必要度	その他
救命救急入院料	入院料1	～3日 10,223点 ～7日 9,250点 ～14日 7,897点	187 3,578床	・専任の医師が常時勤務 ・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	4対1	ICU用 測定評価	救命救急 センターを 有している こと  ※「イ」は 救命救急 入院料 「ロ」は広 範囲熱傷 特定集中 治療管理 料を指す
	入院料2	～3日 11,802点 ～7日 10,686点 ～14日 9,371点	28 234床	・救命救急入院料1の基準を満たす ・特定集中治療室管理料1又は3の基準を満たす	2対1	ICU用 8割	
	入院料3	イ・ロ：～3日 10,223点 イ・ロ：～7日 9,250点 イ：～14日 7,897点 ロ：～60日 8,318点	77 1,663床	・救命救急入院料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	4対1	ICU用 測定評価	
	入院料4	イ・ロ：～3日 11,802点 イ・ロ：～7日 10,686点 イ・ロ：～14日 9,371点 ロ：～60日 8,318点	82 1,081床	・救命救急入院料2の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	2対1	ICU用 8割	
特定集中治療室 管理料 (ICU)	管理料1	～7日 14,211点 ～14日 12,633点	133 1,482床	・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上) ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務 ・バイオクリーンルームであること	2対1	ICU用 8割	※「イ」は 特定集中 治療室管 理料 「ロ」は広 範囲熱傷 特定集中 治療管理 料を指す
	管理料2	イ・ロ：～7日 14,211点 イ：～14日 12,633点 ロ：～60日 12,833点	66 755床	・特定集中治療室管理料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
	管理料3	～7日 9,697点 ～14日 8,118点	361 2,839床	・専任の医師が常時勤務 ・バイオクリーンルームであること		ICU用 7割	
	管理料4	イ・ロ：～7日 9,697点 イ：～14日 8,118点 ロ：～60日 8,318点	72 762床	・特定集中治療室管理料3の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
ハイケアユニット 入院医療管理料 (HCU)	管理料1	6,855点	574 5,388床	・専任の常勤医師が常時勤務 ・病床数30床以下	4対1	HCU用 8割	/
	管理料2	4,224点	34 339床		5対1	HCU用 6割	
脳卒中ケアユニット 入院医療管理料 (SCU)		6,013点	185 1,719床	・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務 ・所定要件を満たした場合、神経内科・脳外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時勤務すれば可 ・専任の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が配置 ・病床数30床以下	3対1	一般病棟 用(I) 測定評価	脳梗塞、 脳出血、く も膜下出 血が8割以 上

※医療機関数及び病床数は令和2年9月16日中医協総会のデータを精査し集計し直したものの。

# 救命救急入院料等の主な施設基準②

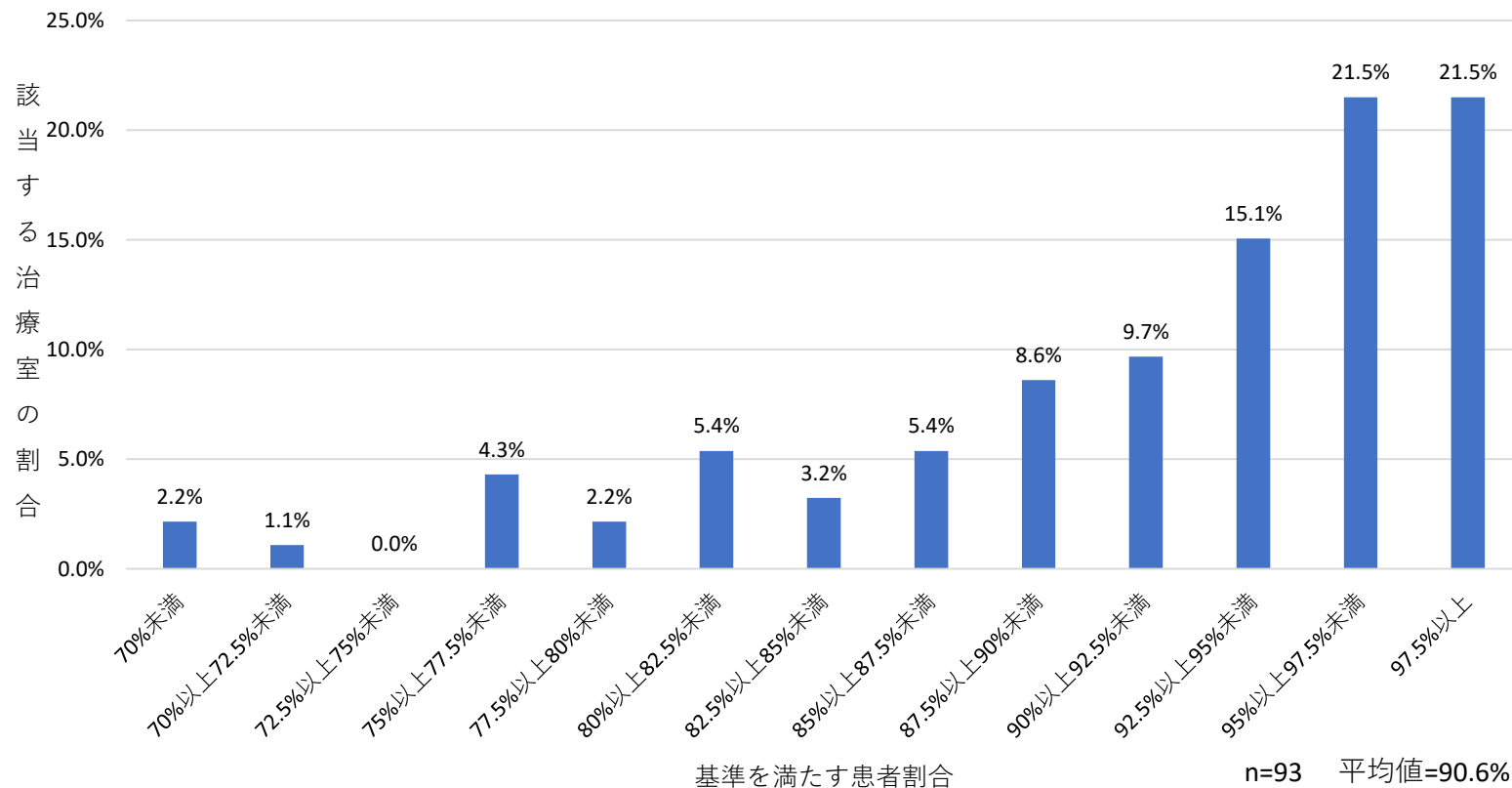
中医協 総 - 2  
3 . 8 . 2 5

		点数	医療機関数 病床数	概要	主な施設基準	看護 配置	その他
小児特定集中治療室 管理料 (PICU)		~7日 16,317点	11 226床	15歳未満(小児慢性特定疾病医療支援の対象であれば20歳未満)であって、定められた状態にあり、医師が必要と認めたものが対象。 算定は14日(急性血液浄化、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症の児は21日、ECMOを必要とする状態の患者にあっては35日)を限度とする。	・専任の医師が常時当該治療室内に勤務(専任の医師にはPICU勤務経験を5年以上有する医師を2名以上) ・8床以上設置 ・以下のいずれかを満たしていること ア:他の医療機関から転院してきた急性期治療中の患者が直近1年間20名以上 イ:他の医療機関から転院してきた患者が直近1年間で50名以上(そのうち、入院後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)	2対1	小児入院医療管理料1の医療機関であること
		8日~ 14,211点					
新生児特定集中治療室 管理料 (NICU)	管理料 1	10,539点	79 779床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定は通算して21日(出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000~1500gの児は60日)を限度とする。	・専任の医師が常時、当該治療室内に勤務 ・以下のいずれかを満たしていること ア:直近1年間の出生体重1000g未満の患者が4件以上 イ:直近1年間の開胸/開腹手術が6件以上	3対1	/
		管理料 2	8,434点				
総合周産期 特定集中治療室管理料 (MFICU)	管理料 1	7,381点	123 830床	疾病のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であって、定められた状態にあり、医師が必要であると認めた者に対して算定する。算定は14日を限度とする。	・専任の医師が常時当該治療室内に勤務 ・帝王切開が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう医療機関内に各職員を配置 ・3床以上設置	3対1	総合/ 地域周産期母子医療センターであること
		管理料 2	10,539点	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 通算して21日(出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000~1500gの児は60日)を限度とする。	・新生児特定集中治療室管理料1の基準を全て満たす ・6床以上設置		
新生児治療回復室 入院医療管理料 (GCU)		5,697点	199 2,882床	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。算定は30日(出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は50日、出生体重が1000g未満の児は120日、出生体重が1000~1500gの児は90日)を限度とする。	・医療機関内に専任の小児科の常勤医師又は週3日以上を常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師が常時1名以上配置	6対1	/

# 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度

○ 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度をみたところ、95%以上の占める割合が最も多い。

＜特定集中治療室における重症度、医療・看護必要度の分布＞

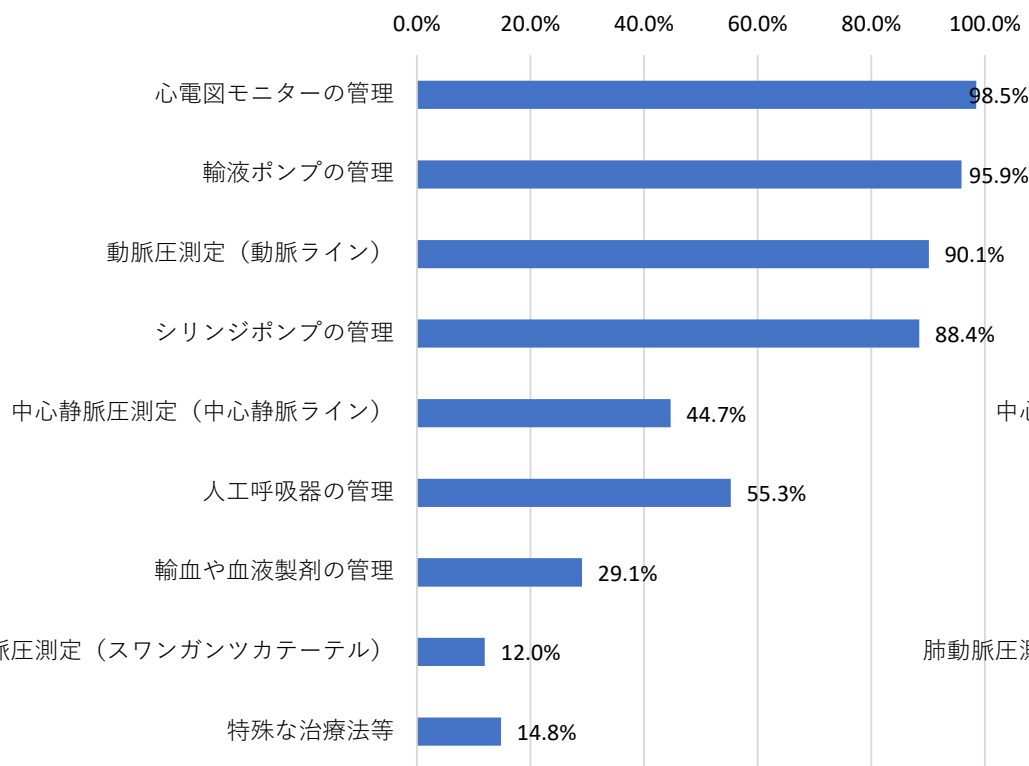




# 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度の詳細(A項目)

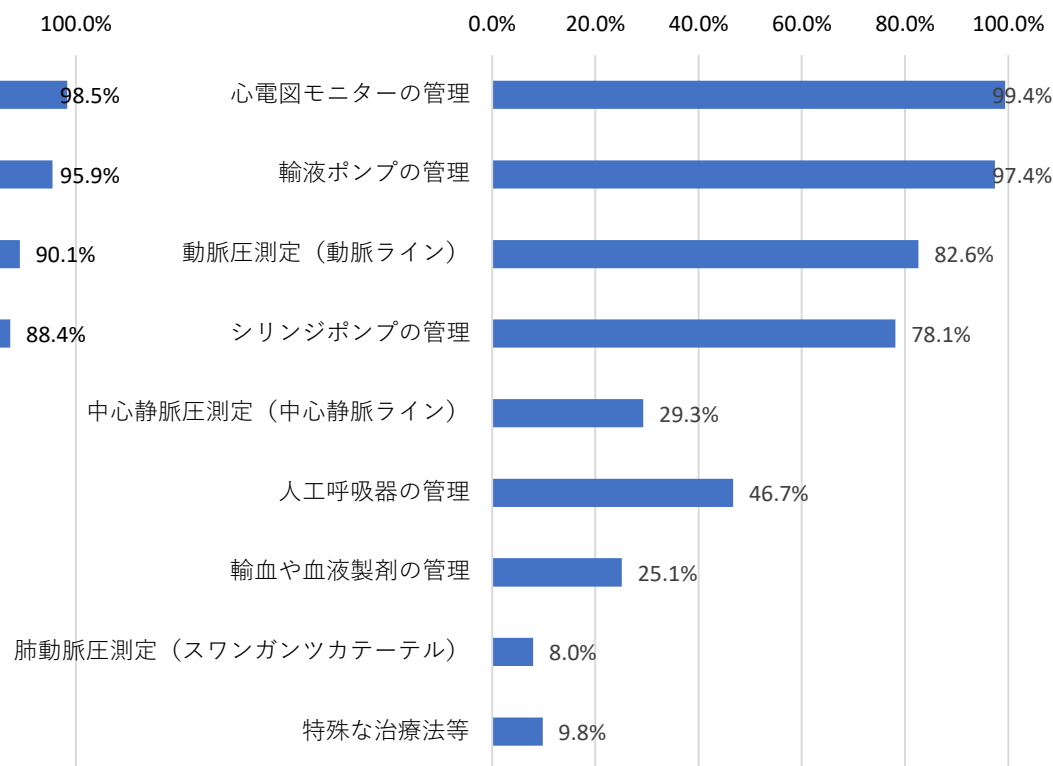
○ 特定集中治療室1・2と特定集中治療室3・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみたところ、いずれも「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」は9割を超えるが、他の項目には違いがみられた。

特定集中治療室1・2の項目別の該当患者割合 (A項目)



n=6,523

特定集中治療室3・4の項目別の該当患者割合 (A項目)

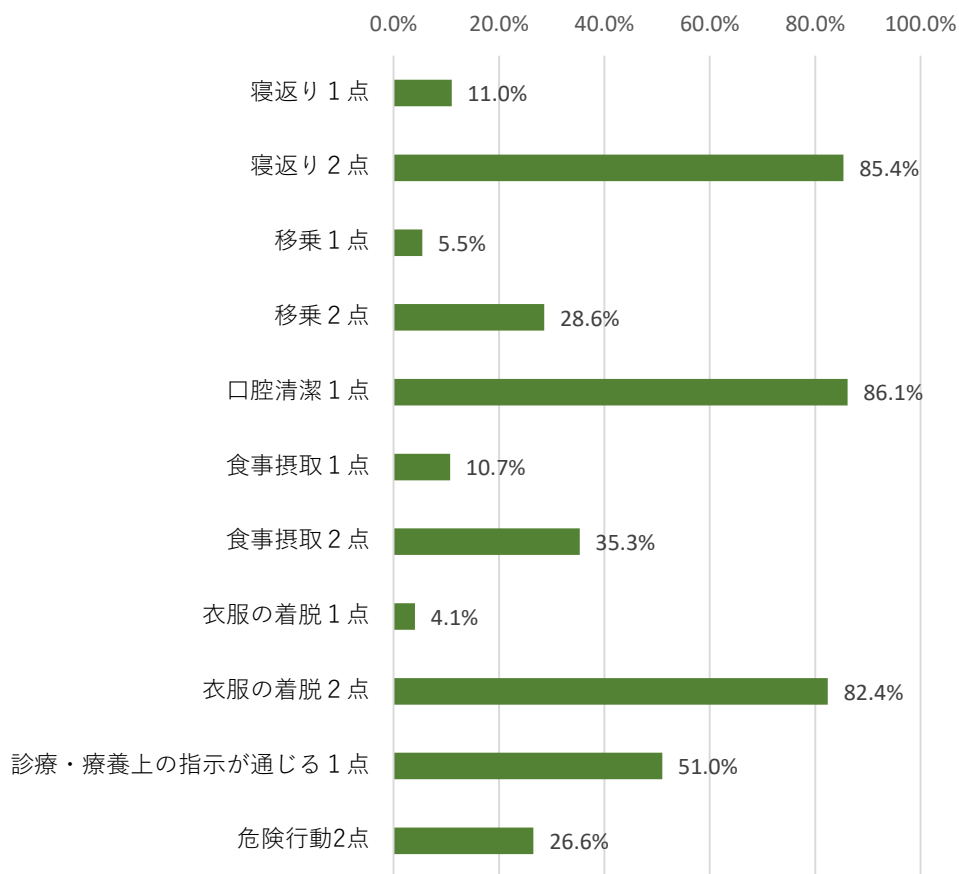


n=7,151

# 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度の詳細(B項目)

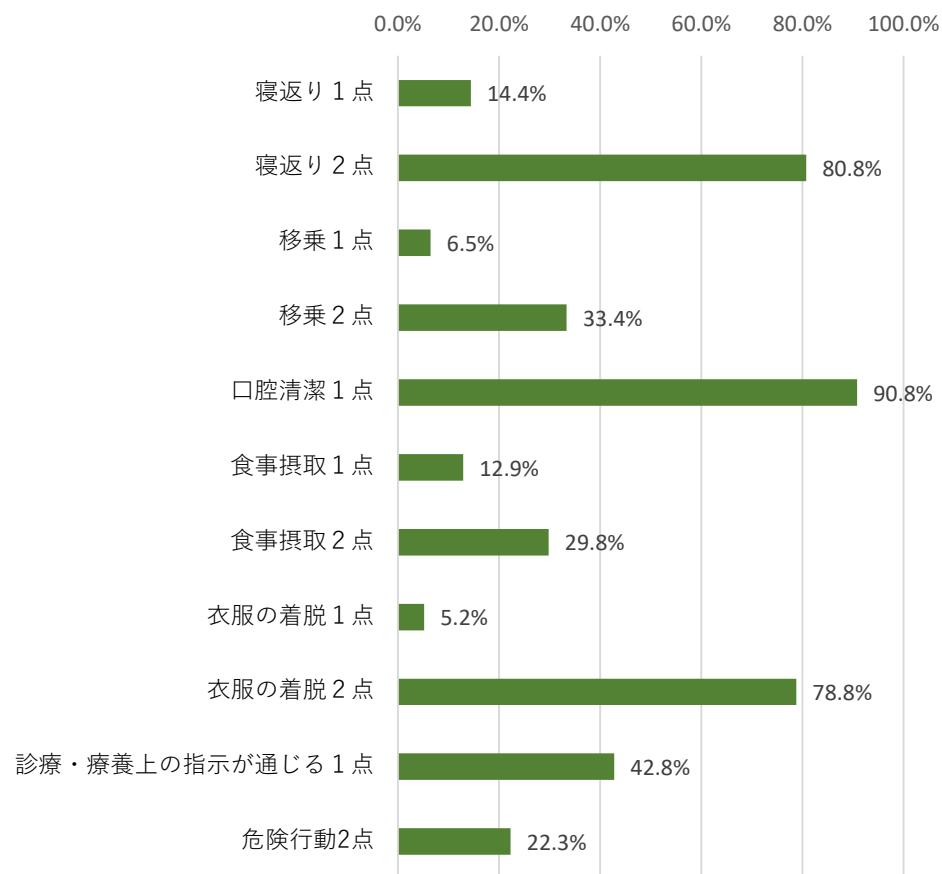
○ 特定集中治療室1・2と特定集中治療室3・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみたところ、2点の項目については、特定集中治療室1・2の方が該当割合が高い傾向であった。

特定集中治療室1・2の項目別の該当患者割合 (B項目)



n=6,523

特定集中治療室3・4の項目別の該当患者割合 (B項目)

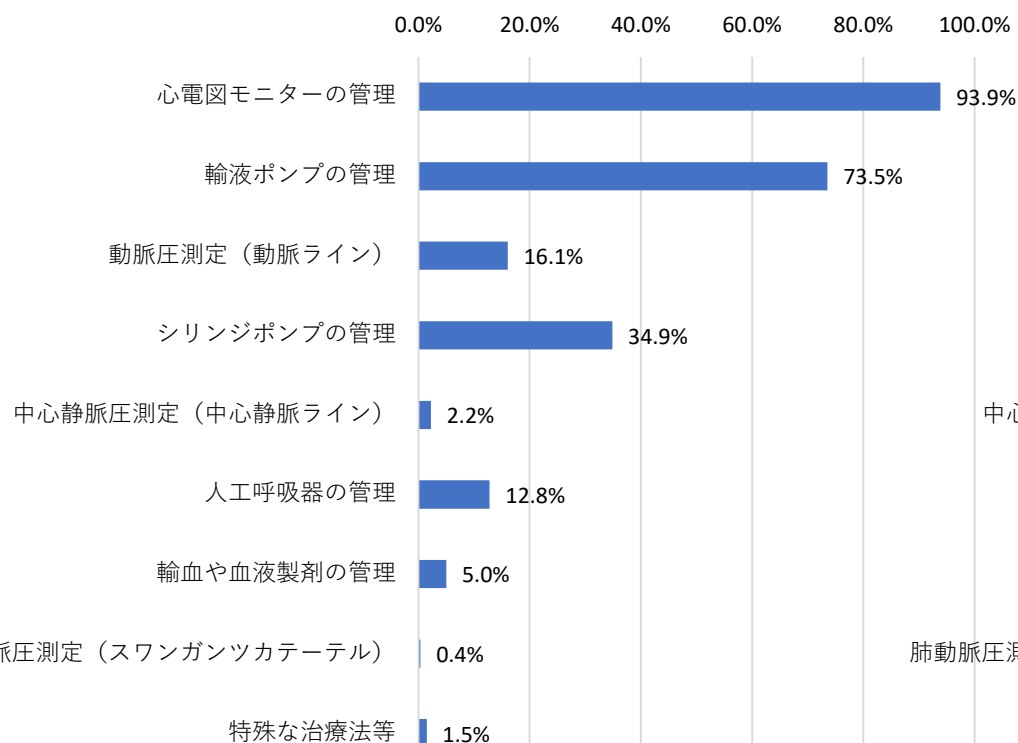


n=7,151

# 救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の詳細(A項目)

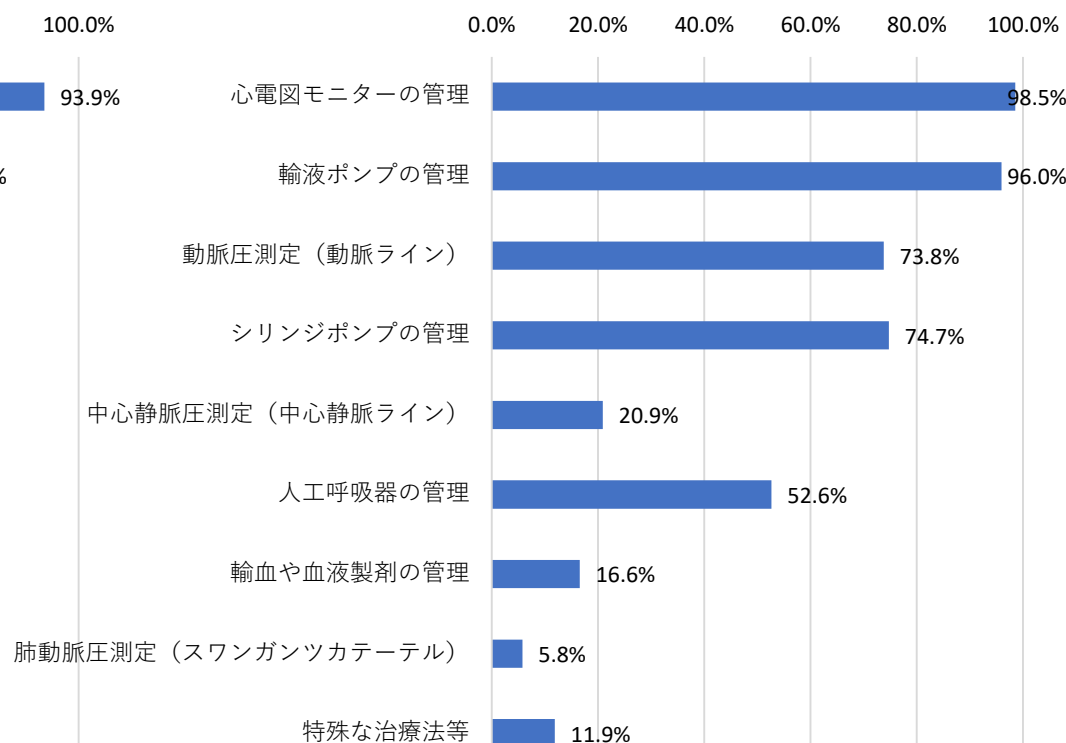
○ 救命救急入院料1・3と救命救急入院料2・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみたところ、いずれも「心電図モニター」の管理」は9割を超えるが、他の項目には違いがみられた。

救命救急入院料1・3の項目別の該当患者割合 (A項目)



n=9,437

救命救急入院料2・4の項目別の該当患者割合 (A項目)

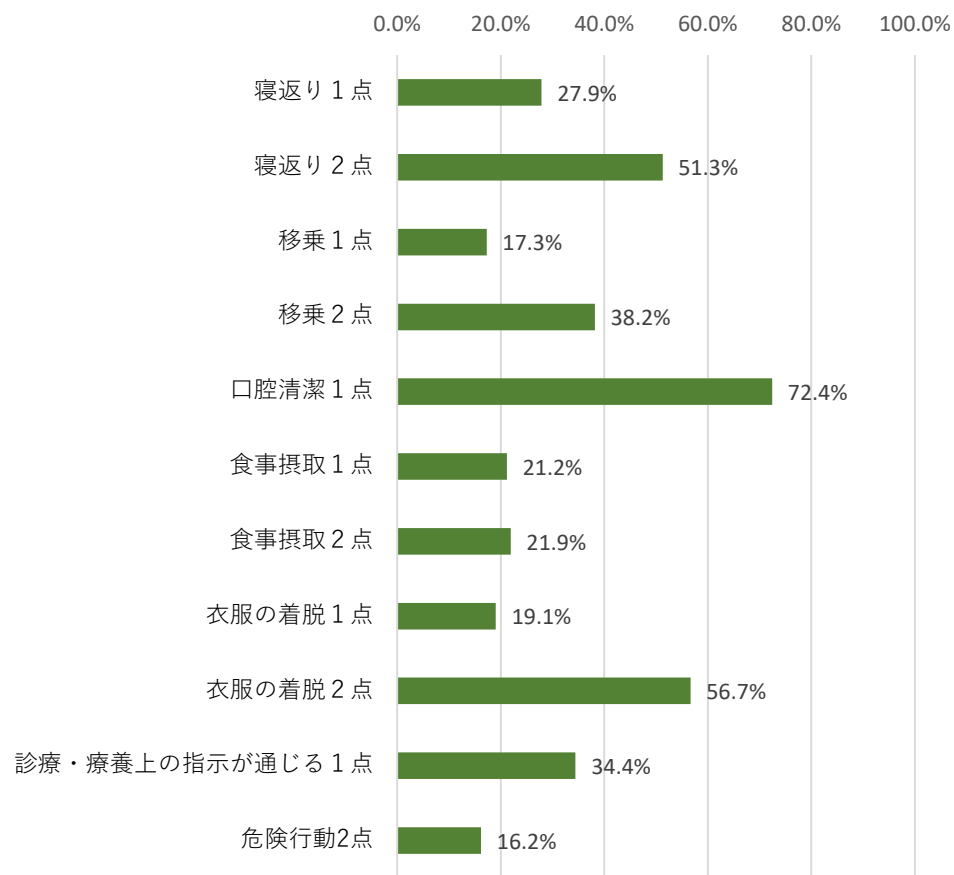


n=1,607

# 救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の詳細(B項目)

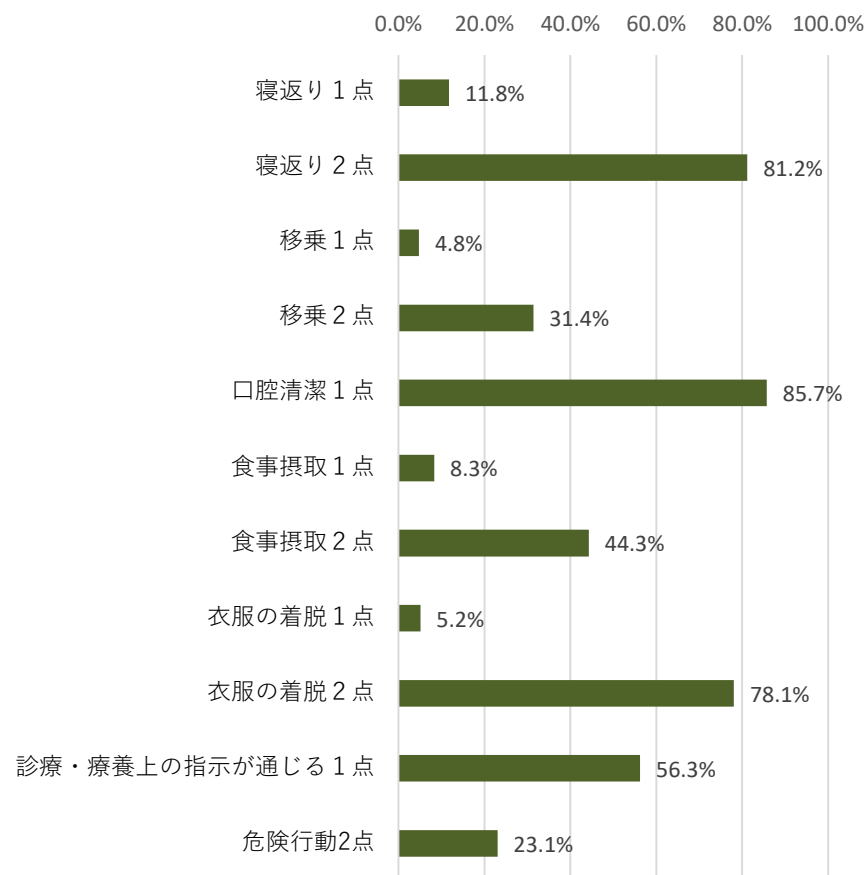
○ 救命救急入院料1・3と救命救急入院料2・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみたところ、2点の項目については、救命救急入院料2・4の方が該当割合が高い傾向であった。

救命救急入院料1・3の項目別の該当患者割合 (B項目)



n=9,437

救命救急入院料2・4の項目別の該当患者割合 (B項目)

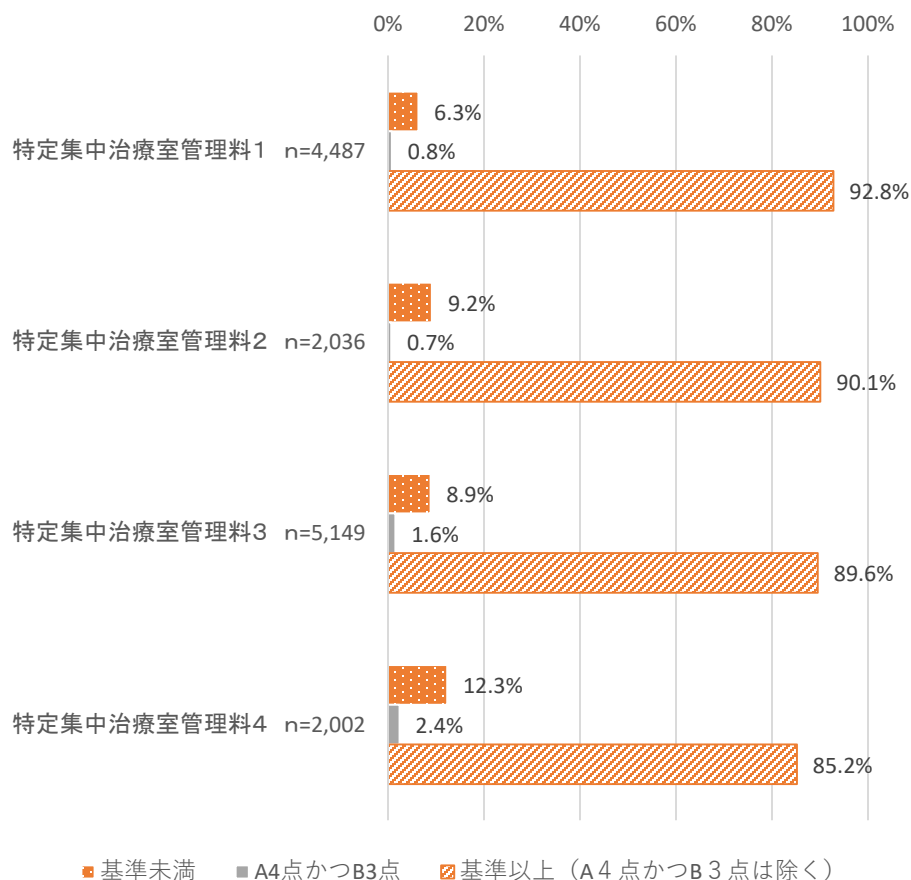


n=1,607

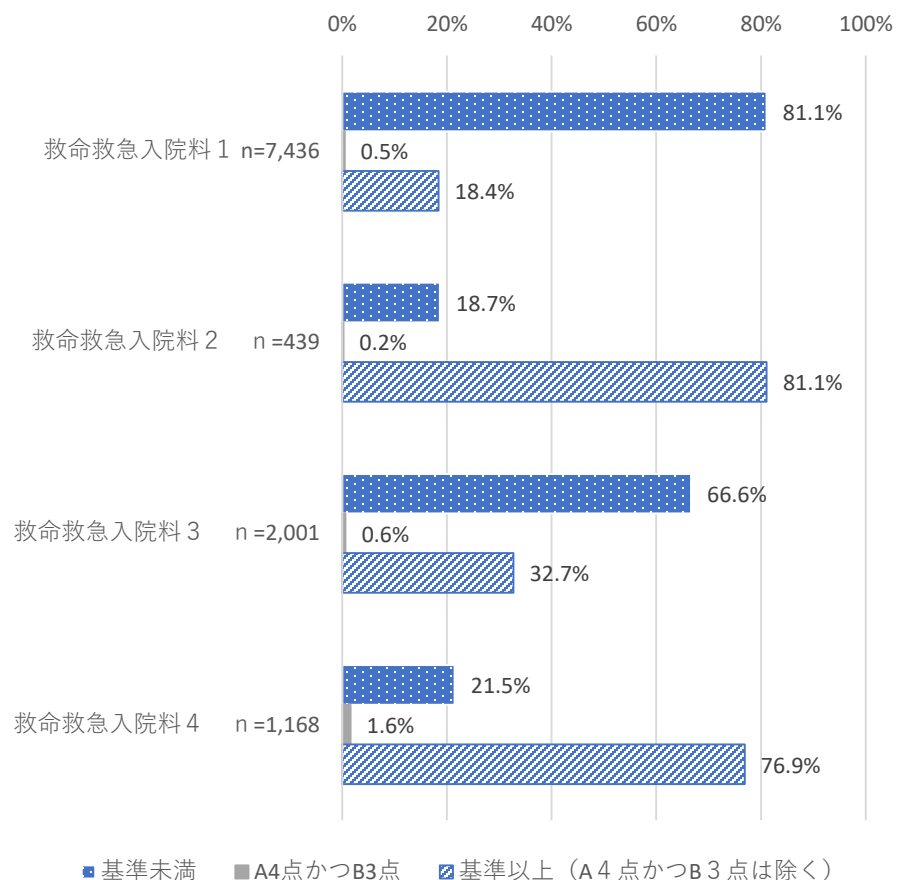
## 特定集中治療室・救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度

○ 特定集中治療室、救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を点数別にみると、A4点+B3点のみに該当する患者割合は、いずれの入院料においても非常に低かった。

点数別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合



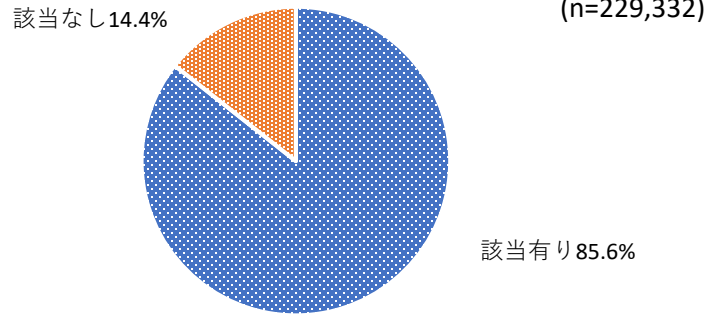
点数別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合



# 入室日の重症度、医療・看護必要度とSOFAスコア

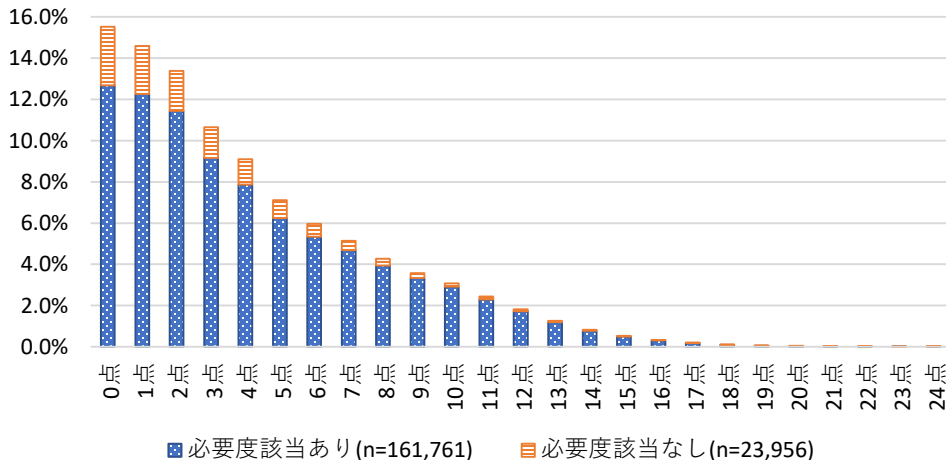
- 重症度、医療・看護必要度(以下、必要度という。)の基準を満たす患者は、特定集中治療室管理料を算定する患者の85.6%を占めていた。
- 必要度の基準を満たしていない患者と比較すると、基準を満たす患者は、SOFAスコア5点以上の患者の割合が高い傾向にあった。
- SOFAスコアが高い患者の中にも、必要度の基準だと満たしていない患者が存在した。

必要度 (入室日・全患者)

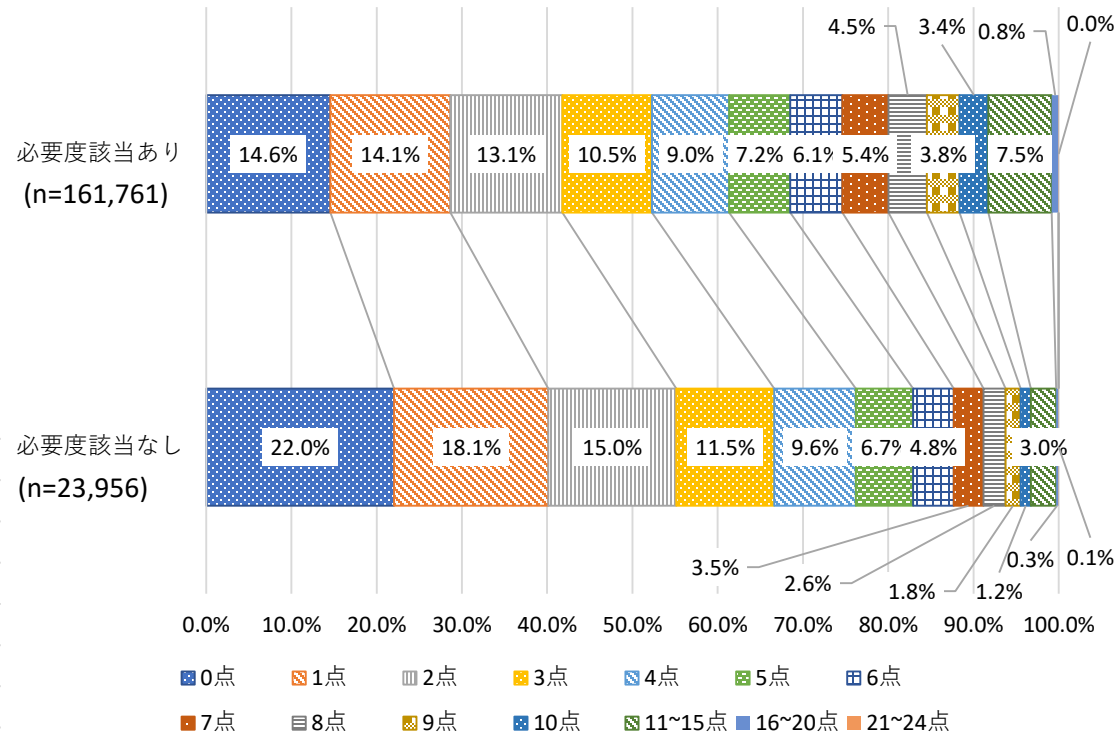


※必要度基準：A得点4点以上かつB得点3点以上

SOFA×必要度 (入室日)



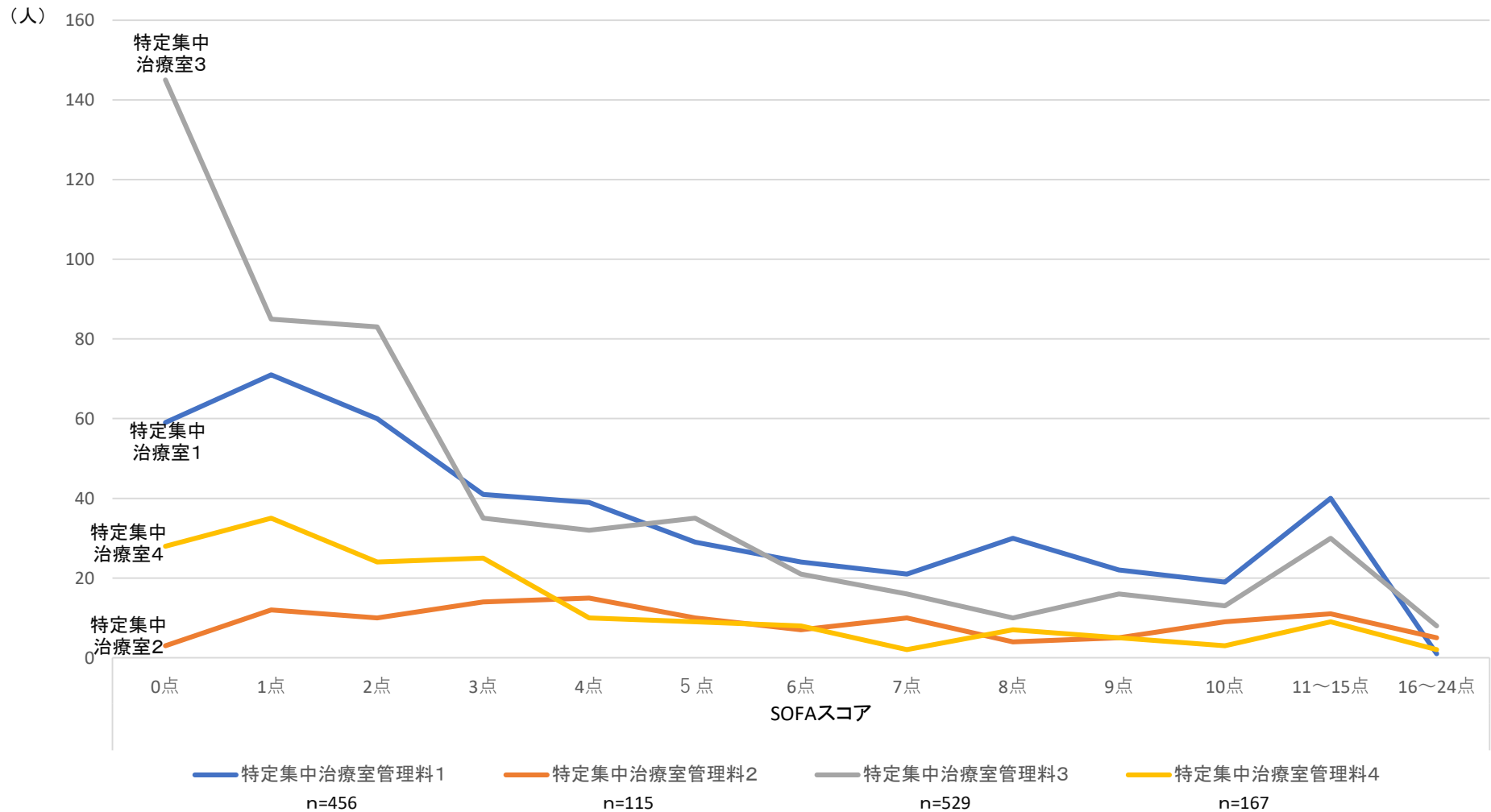
SOFAスコア (入室日)



# 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度とSOFAスコア①

○ 各治療室における必要度のA項目4点以上の該当患者をSOFAスコア点数別に集計したところ、以下のとおりだった。

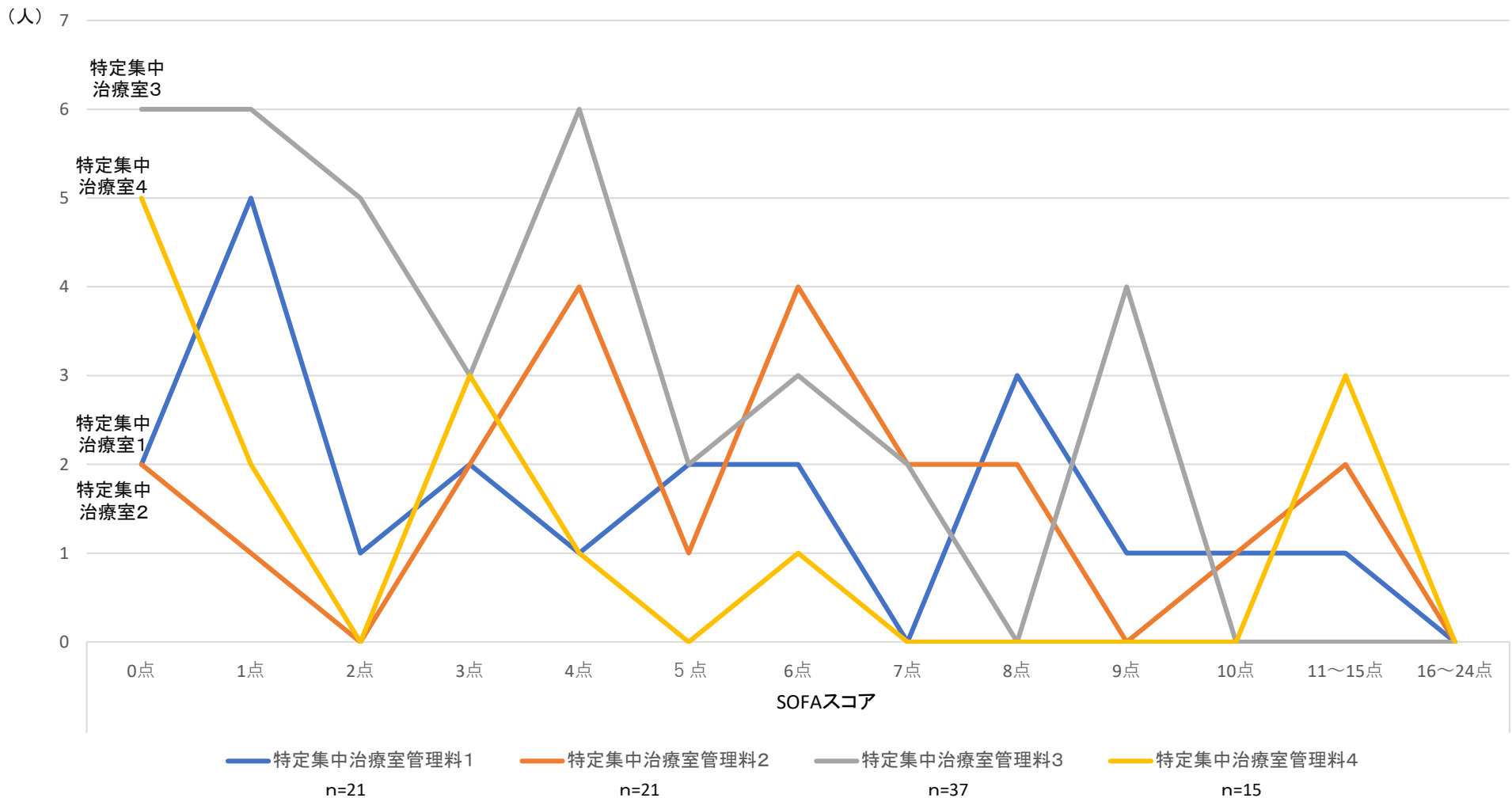
各治療室における必要度(A項目)4点以上の患者のSOFAスコア別該当者数の分布



# 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度とSOFAスコア②

○ 各治療室における必要度のA項目3点以下の該当患者をSOFAスコア点数別に集計したところ、以下のとおりだった。

各治療室における必要度(A項目)3点以下の患者のSOFAスコア別該当者数の分布





# 1. 特定集中治療室管理料等について

1) 重症度、医療・看護必要度について

2) 算定日数について

# 救命救急入院料等の算定上限日数

入院料	算定上限日数	例外
A300救命救急入院料	14日	広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者： <u>(60日)</u>
A301特定集中治療室管理料	14日	広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者： <u>(60日)</u>
A301-2ハイケアユニット入院医療管理料	21日	
A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料	14日	
A301-4小児特定集中治療室管理料	14日	心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児： <u>(21日)</u> 体外式心肺補助を必要とする状態の小児： <u>(35日)</u>
A302新生児特定集中治療室管理料	21日	出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児： <u>(35日)</u> 出生時体重1000～1499g： <u>(60日)</u> 出生時体重1000g未満： <u>(90日)</u>
A303総合周産期特定集中治療室管理料	(妊産婦) 14日 (新生児) 21日	出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児： <u>(35日)</u> 出生時体重1000～1499g： <u>(60日)</u> 出生時体重1000g未満： <u>(90日)</u>
A303-2新生児治療回復室入院医療管理料	30日	出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児： <u>(50日)</u> 出生時体重1000～1499g： <u>(90日)</u> 出生時体重1000g未満： <u>(120日)</u>

# 小児医療・周産期医療・救急医療の充実③

## 特に重症な患者のNICU等算定日数の延長

- 新生児特定集中治療室管理料等において算定日数上限が延長される一部の先天性奇形等に、特別な治療を必要とする先天性心疾患を追加する。

[出生体重1,500g以上で算定日数上限の延長対象となる一部の先天性奇形等]

先天性水頭症、全前脳胞症、二分脊椎(脊椎破裂)、アーノルド・キアリ奇形、後鼻孔閉鎖、先天性喉頭軟化症、先天性気管支軟化症、先天性のう胞肺、肺低形成、食道閉鎖、十二指腸閉鎖、小腸閉鎖、鎖肛、ヒルシュスプルング病、総排泄腔遺残、頭蓋骨早期癒合症、骨(軟骨を含む)無形成・低形成・異形成、腹壁破裂、臍帯ヘルニア、ダウン症候群、18トリソミー、13トリソミー、多発奇形症候群、

先天性心疾患(カテーテル手術・開胸手術・人工呼吸器管理・一酸化窒素吸入療法・プロスタグランジンE1持続注入を実施したものに限る。)

- 長期の特定集中治療室管理を要する状態にある小児について、小児特定集中治療室管理料の算定日数上限を延長する。

現行	
対象患者	算定日数上限
15歳未満の小児	14日

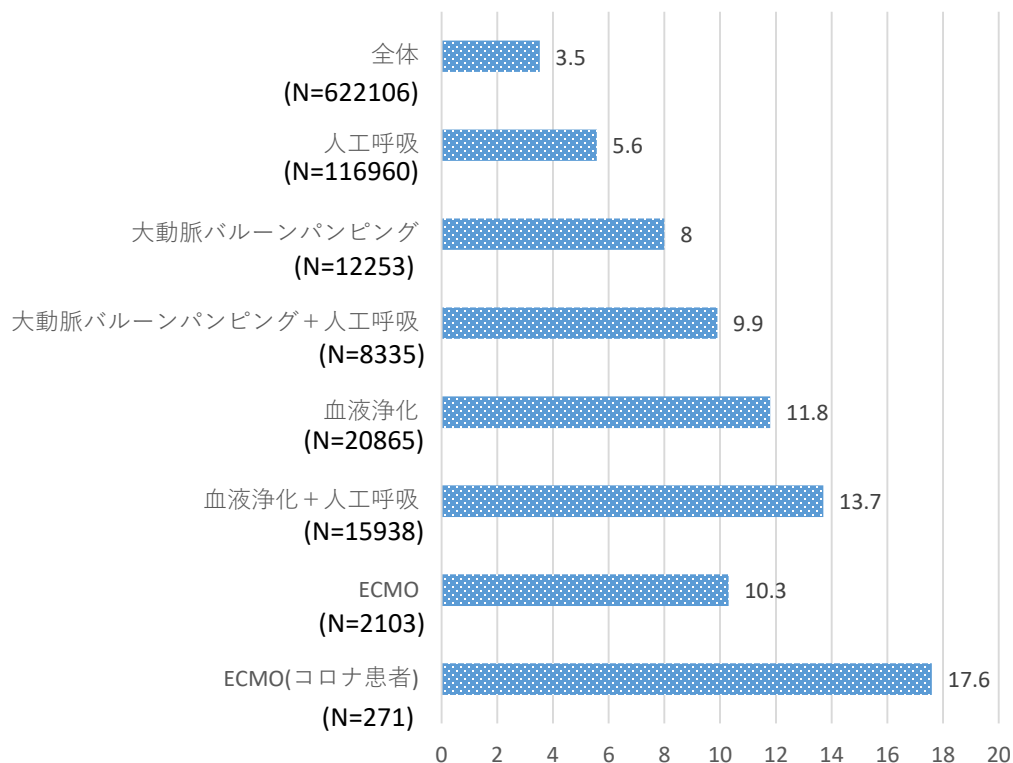


改定後	
対象患者	算定日数上限
15歳未満の小児	14日
15歳未満の小児のうち、 <ul style="list-style-type: none"> <li>急性血液浄化(腹膜透析は除く。)を必要とする状態</li> <li>心臓手術ハイリスク群</li> <li>左心低形成症候群</li> <li>急性呼吸窮迫症候群</li> <li>心筋炎、心筋症</li> </ul> いずれかに該当する患者	21日
15歳未満の小児のうち、 体外式心肺補助(ECMO)を必要とする状態の患者	35日

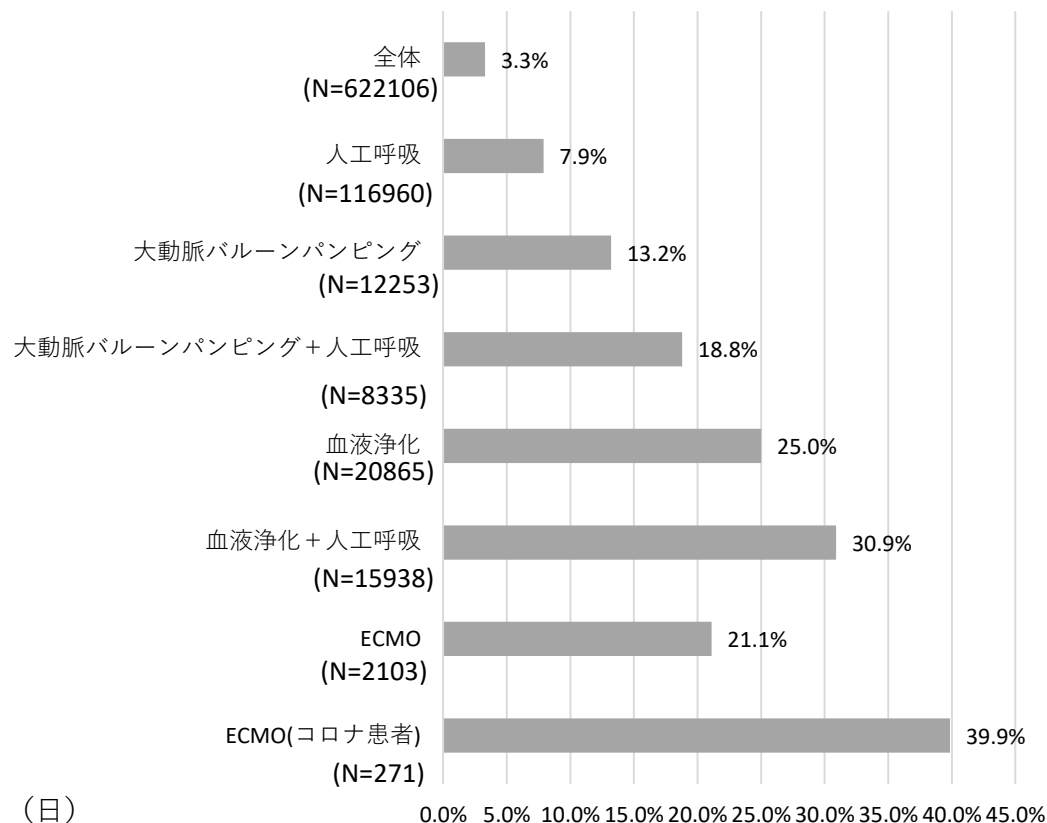
# ICU滞在日数の比較①

○行われた処置別に滞在日数の平均を比較すると、「血液浄化＋呼吸器」を行っている患者の平均が最も長く、13.6日であった。  
 ○滞在日数が14日を超える割合を処置別に比較すると、「血液浄化＋呼吸器」を行っている患者の割合が最も高く約30%を占めていた。

※  
ICU平均滞在日数



ICU滞在日数が14日以上割合



出典：令和元年度DPCデータ  
 コロナ患者については  
 日本集中治療医学会JIPADデータ

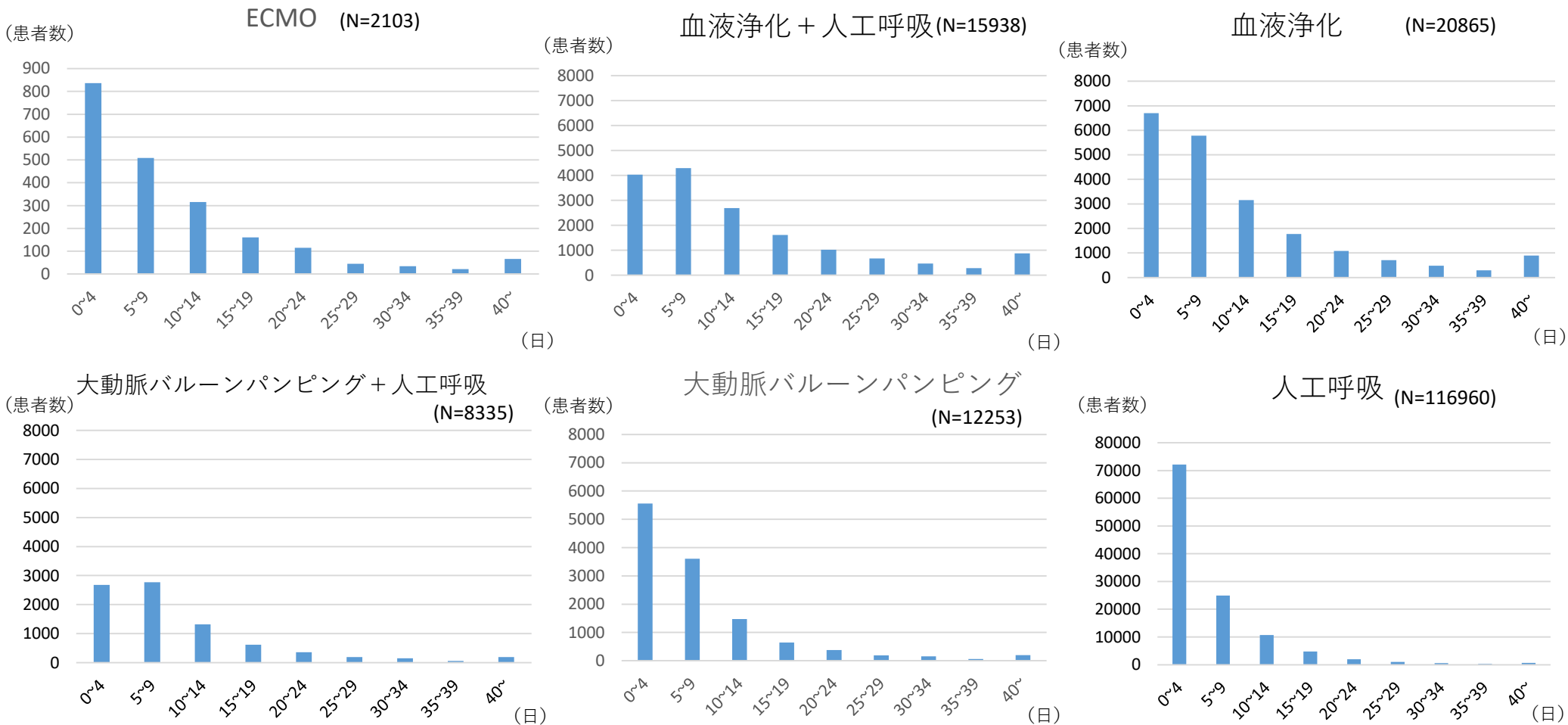
※コロナ患者については人工呼吸器装着日数の平均。

※特定集中治療室管理料1～4又は救命救急入院料1～4を算定する患者について集計を行った。

※ここにおいてECMOは「K601人工心肺」、「K602経皮的心肺補助法」又は「K602-2経皮的心肺補助法」をICU入室2日目以降も算定している患者を指す  
 ※血液浄化は「J38-2持続緩徐血液濾過」、「J039血漿交換」、「J040局所灌流」、「J041吸着式灌流」又は「J041-2血球成分除去」の患者を指す

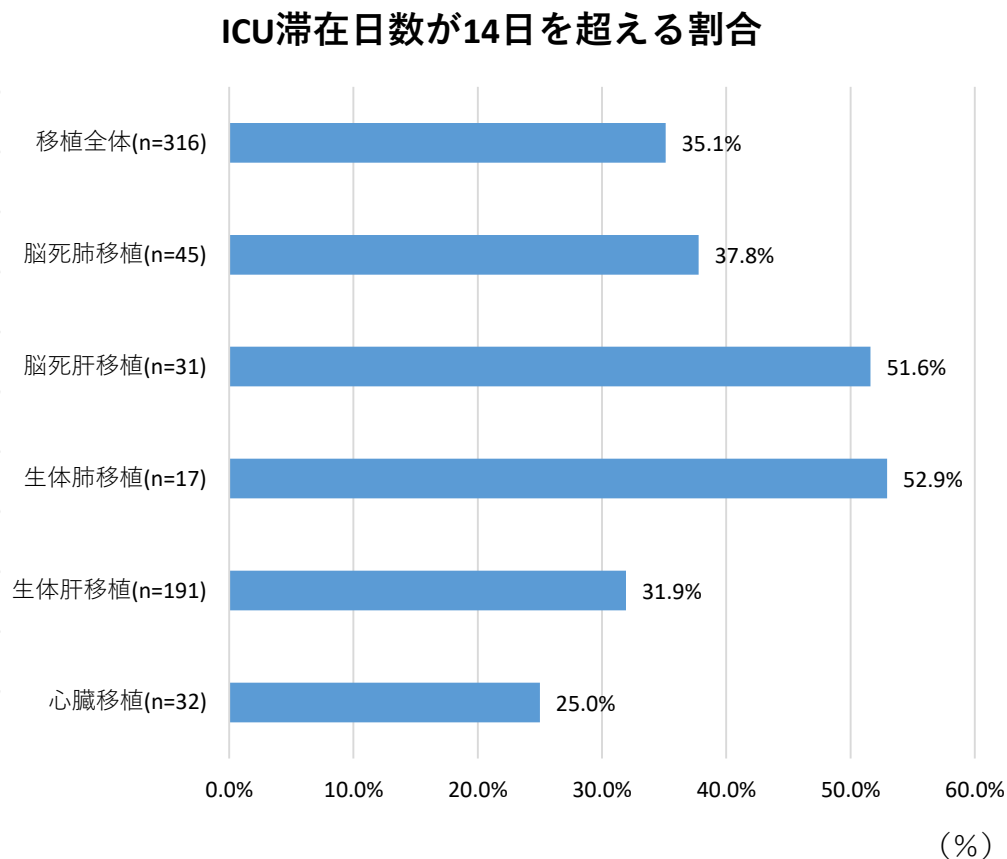
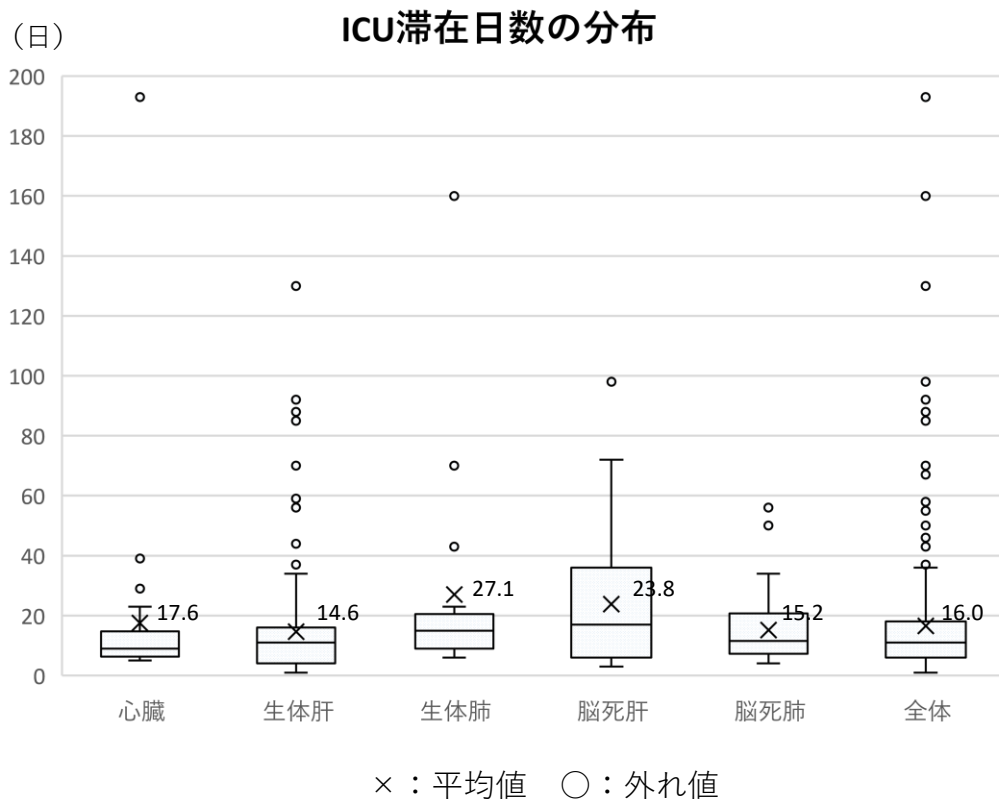
# ICU滞在日数の比較②

○処置別にICU滞在日数の分布を比較すると、「血液浄化+呼吸器」、「血液浄化」を実施している患者については、他の処置を行った患者と比較して15日以上滞在している患者の分布が多くみられた。



# ICU滞在日数の比較③

- 臓器移植が行われた患者におけるICU平均滞在日数を移植臓器別に比較すると、いずれの平均ICU滞在日数についても14日を超過していた。ICU滞在日数は症例によるばらつきが大きかった。
- ICU滞在日数が14日を越える割合を移植臓器別に比較すると、「脳死肝移植」「生体肺移植」において、50%以上の患者が14日を超過してICUに滞在していた。



# 集中治療におけるデータベース

- JIPAD (Japan Intensive care Patient Database) は日本集中治療医学会が運営するデータベースで、データベース登録を行うことで、「ベンチマークを構築し、それを元に各医療機関でシステムや医療の質が改善すること」、「データの二次利用による新たな知見の創出とそれによる患者アウトカムが改善すること」等が期待される。(2021年日本集中治療医学会学術集会発表資料より抜粋)
- JIPADに登録されたデータを元に、精度の高い死亡予測モデルが構築され、集中治療における治療の選択にも役立てられるようになった。(Endo et al. Journal of Intensive Care (2021) 9:18)
- 集中治療専門医研修施設343施設のうち25.1%の86施設がJIPADに参加している。JIPAD未参加施設のうち、「準備・検討中」と回答した医療施設が46.6%であり、「データ入力が負担」と回答した施設が36.4%であった。(出典:2019年度集中治療専門医研修施設調査報告)

## 【JIPADで構築された予測死亡率機能のデモ画面】

**入室区分**  
予定手術, 緊急手術, 非手術

**入室形式**  
予定, 緊急

**入室経路**  
手術室, 救急外来, 病棟, 他のICU, CI\*

**疾患分類**  
心血管, 神経系, 呼吸器, 消化管, 筋骨\*

**年齢**  
0 118

**性別**  
女性, 男性

**APACHE IIIスコア**  
1 232

**APACHE III-院内予測死亡率 (%)**  
0 100

**JROD予測死亡率 (%)**  
0 96.8

### Japan Risk of Death (JROD)

これまでに広く使われてきたAPACHE III<sup>†</sup>などから算出される予測死亡率は、日本のICU患者に当てはめた場合、過大に死亡リスクを予測してしまうため、日本の現状に合わせた日本版死亡予測モデル (Japan Risk of Death: JROD) を構築し、そのモデルに基づきリスクの評価を行った。解析対象集団は、再入室・ICUでの手技入室は除外した成人とした。PICU入室症例も除外とした。

### 患者背景

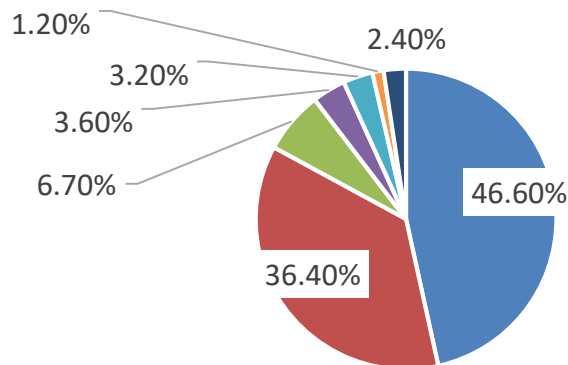
	全施設	貴施設
症例数, n	34351	800
年齢, median [IQR], years	70 [60, 78]	70 [59, 78]
男性, n (%)	20979 (61.1)	464 (58.0)
身長, median [IQR], cm	161.0 [153.6, 167.7]	161.0 [152.4, 167.8]
体重, median [IQR], kg	58.0 [50.0, 67.1]	58.0 [49.9, 67.8]
BMI, median [IQR], kg/m <sup>2</sup>	22.5 [20.1, 25.1]	22.4 [20.1, 25.2]
緊急コール <sup>†</sup> (%)	733 (2.1)	9 (1.1)
入院-入室, median [IQR], days	6 (16)	6 (10)
心停止蘇生後, n (%)	985 (2.9)	27 (3.4)

BMI: body mass index, 入院-入室: 入院からICU入室までの期間

<sup>†</sup>緊急コールは、コードブルー、RRT/METを含み、全館放送やPHSによる連絡など、各施設で運用されている緊急コールシステムが活用されて患者がICUに入室した場合に選択されている。現時点では本学会公式の定義<sup>1</sup>に依拠していない。また、データクリーニングの際、入力データ同士で矛盾が生じる場合は、適宜データ項目を修正した。

BMIカテゴリー - 低体重: BMI < 18.5, 普通体重: 18.5 ≤ BMI < 25, 過体重: 25 ≤ BMI < 30, 肥満: 30 ≤ BMI < 40, 病的肥満: 40 ≤ BMI; BMI (kg/m<sup>2</sup>), RRT: rapid response team, MET: medical emergency team, 入院-入室: 入院からICU入室までの期間。

## JIPAD未参加の理由 (未参加施設=253)



- 準備・検討中
- データ入力負担
- 費用労力が不明
- 他データベースを採用
- JIPADを知らない
- 手続きが分からない
- その他

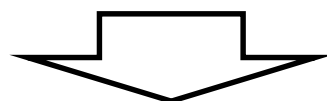
# 特定集中治療室管理料等に関する現状・課題と論点

(重症度、医療・看護必要度)

- 特定集中治療室等における重症度・医療看護必要度(必要度)については、特定集中治療室用重症度、医療・看護必要度と、ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度があり、治療室の性質に応じて使用するものを定めている。
- 令和2年度の診療報酬改定において、特定集中治療室管理料3・4についても入退室時のSOFAスコアの報告を要件とした。
- 必要度基準に該当する患者は、非該当患者と比較してSOFAスコアが高得点である傾向があったが、必要度非該当患者でもSOFAスコアが高得点である患者も一定数存在した。
- 特定集中治療室管理料の種別にSOFAスコアの得点分布を比較すると、特定集中治療室管理料3ではSOFAスコア0の患者が多い傾向があった。

(算定日数について)

- 特定集中治療室管理料等の入院料においては、例外として算定上限日数が延長される病態がある。
- 特定集中治療室等において、ECMOや血液浄化等の特殊治療が行われた患者及び臓器移植が行われた患者においては、ICU滞在平均日数が長く、算定上限日数を超過してICUに滞在した患者が一定数存在した。



## 【論点】

- 特定集中治療室等の実態等も踏まえつつ、高度急性期の患者を治療する治療室の適正な評価を行う観点から、その評価のあり方について、どのように考えるか。



1. 特定集中治療室管理料等について
2. 救急医療管理加算について
3. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

# 救急医療管理加算に関するこれまでの経緯

中 医 協 総 - 2  
3 . 8 . 2 5

H22

## 【平成22年度改定】

- ・救急搬送受入の中心を担う二次救急医療機関の評価の引き上げを行った。  
救急医療管理加算 600点 → 800点  
乳幼児救急医療管理加算 150点 → 200点

H24

## 【平成24年度改定】

- ・小児の救急医療を評価する観点から、小児加算(15歳未満)(200点)を新設するとともに、乳幼児加算(6歳未満)を引き上げ(200点→400点)、一般病棟における小児救急医療の充実を図った。

H26

## 【平成26年度改定】

- ・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、評価の見直しを行った。  
(改定前) 救急医療管理加算 800点 → (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(新)

H28

## 【平成28年度改定】

- ・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、評価の見直しを行った。  
(改定前) 救急医療管理加算1 800点 → (改定後) 救急医療管理加算1 900点(改)  
救急医療管理加算2 400点 救急医療管理加算2 300点(改)

R2

## 【令和2年度改定】

- ・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た。

# 救急医療管理加算の概要

中 医 協 総 - 2  
3 . 8 . 2 5

## 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1 950点

2 救急医療管理加算2 350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～ケ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、アからケまでに準ずる重篤な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。
- 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するものである。
- 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。
  - ◆ アからケのうち該当する状態(加算2の場合は、アからケのうち準ずる状態又はコ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

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t-PA療法を必要とする状態

コ その他重症な状態(加算2のみ)

### 【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。

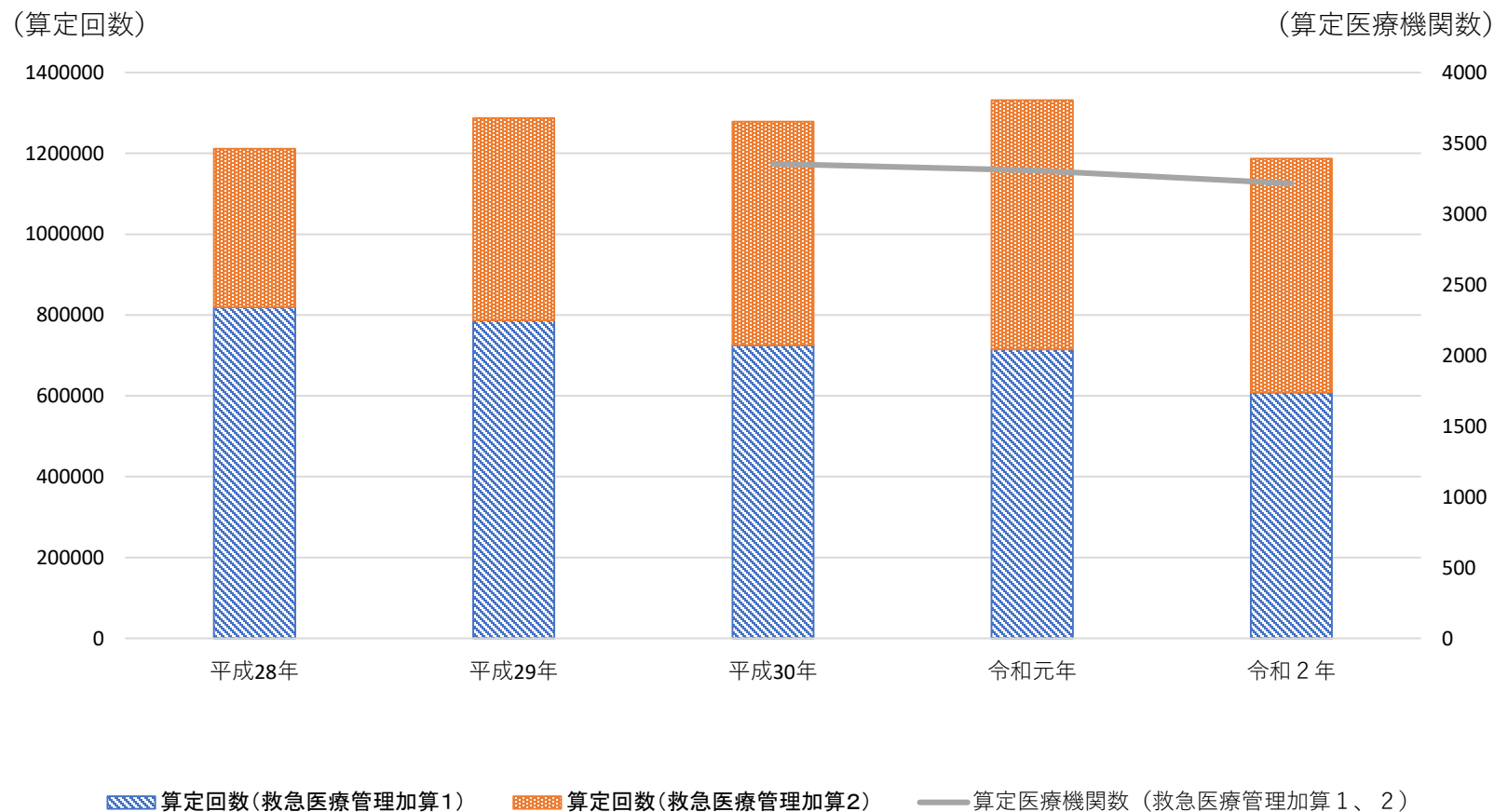
(3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

(4) 施設基準に係る届出を行うこと。

# 救急医療管理加算の算定状況

○ 救急医療管理加算の算定回数及び算定医療機関数については、以下のとおりであった。

## 救急医療管理加算の算定状況



出典：平成30年～令和2年についてはNDBデータより集計（保険局医療課調べ）  
平成28年、平成29年については社会医療診療行為別統計より引用

- 救急医療管理加算について、加算の趣旨に鑑み、以下の点について整理・検討が必要ではないか。

## 救急医療管理加算＝患者の重症度に着目した評価

### 【算定要件】

- 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するもの  
※入院後に悪化する可能性があるが入院時は重篤な状態でない患者には算定できない

### 救急医療管理加算1

項目アからケの状態であって、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

### 救急医療管理加算2

項目アからケまでに準ずる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

### 【現状・課題】

- 項目アからケの重症度の基準が明確でなく、算定されている患者ごとの状態のばらつきや、判断に係る施設間のばらつきが大きい
- 算定基準が明確でないこと等を踏まえ、平成26年度改定において、加算1と分けて低い点数が設定され、平成28年度改定においてさらに評価を見直された
- 「項目アからケまでに準ずる重篤な状態」の重要度の基準が明確でなく、また、アからケのどの項目に準じて算定されたか等について、実態が明らかではない

## 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す。

### 現行

#### 【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 |

#### [算定要件]

- (2) 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た重症患者をいう。
- (3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる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た重症患者をいう。

#### [届出について]

施設基準を満たしていればよく、届出を行う必要はない。

### 改定後



#### 【救急医療管理加算】

- |             |      |
|-------------|------|
| 1 救急医療管理加算1 | 950点 |
| 2 救急医療管理加算2 | 350点 |

#### [算定要件]

- (2) 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た重症患者をいう。
- (3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ず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た重症患者をいう。

#### [届出について]

施設基準の届出を行うこと。(※施設基準は従来と変更なし)

### 算定対象となる状態

- |                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| ア 吐血、喀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)           |
| イ 意識障害又は昏睡               | キ 広範囲熱傷                             |
| 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 その他の重症な状態(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、アからケのうち準ずる状態又はコ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

# 救急医療管理加算の算定状況

- 救急搬送入院のうち救急医療管理加算が算定された患者の割合を医療機関ごとに集計し、改定前後で比較すると、患者割合が0%及び60%以上の医療機関割合が上昇した。
- 救急医療管理加算の算定患者のうち加算2が占める患者割合を医療機関ごとに集計し、改定前後で比較すると、患者割合が0%の医療機関割合が上昇し、患者割合が40%以上の医療機関割合も上昇した。

## 救急搬送入院のうち

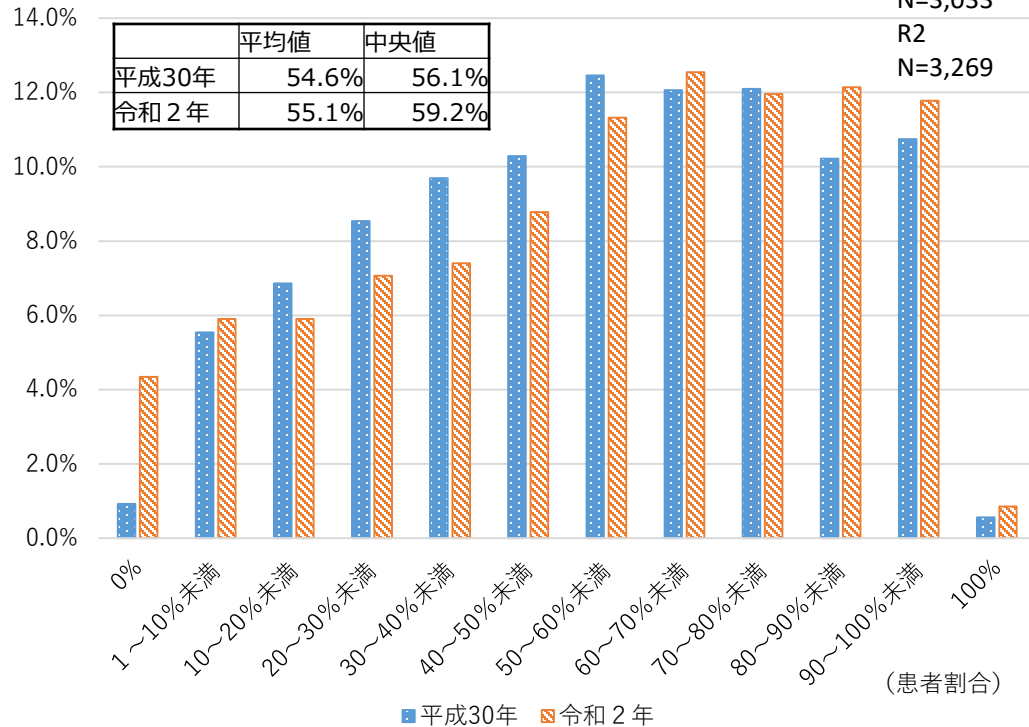
### 救急医療管理加算の算定患者割合ごとの

(医療機関割合)

#### 医療機関割合

H30  
N=3,033  
R2  
N=3,269

	平均値	中央値
平成30年	54.6%	56.1%
令和2年	55.1%	59.2%



## 救急医療管理加算

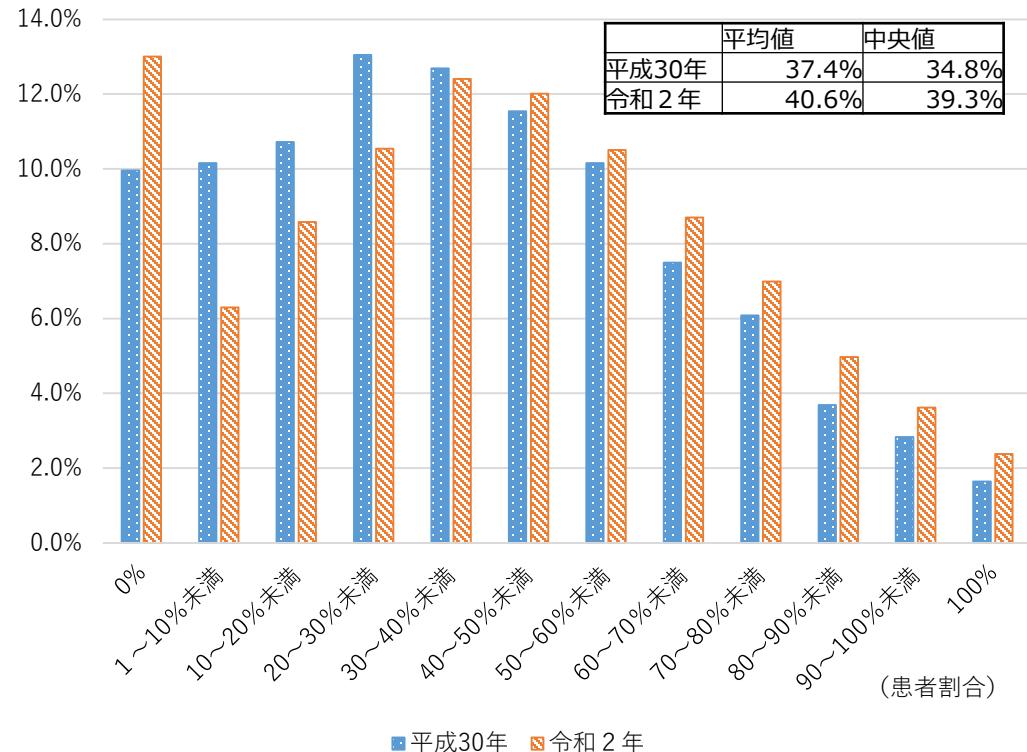
### 算定患者のうち救急医療管理加算2が占める

H30  
N=3,042  
R2  
N=3,321

#### 患者割合ごとの医療機関割合

(医療機関割合)

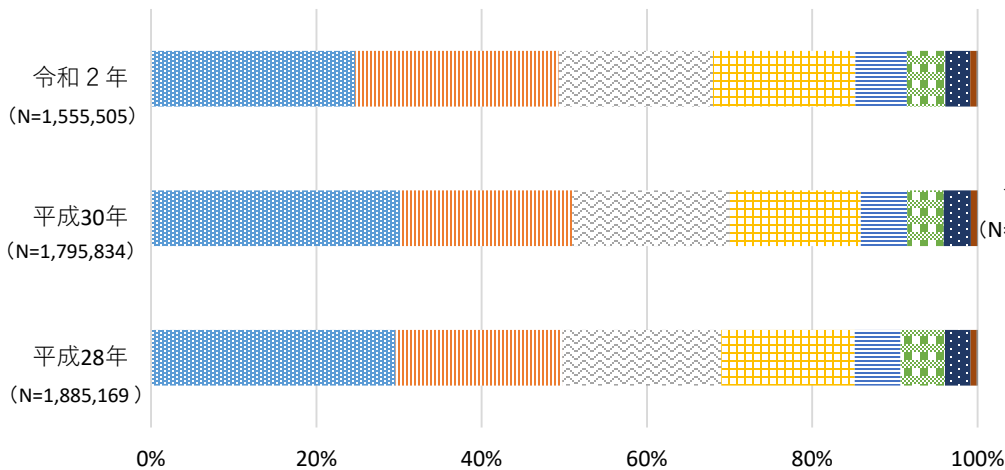
	平均値	中央値
平成30年	37.4%	34.8%
令和2年	40.6%	39.3%



# 救急医療管理加算の内訳

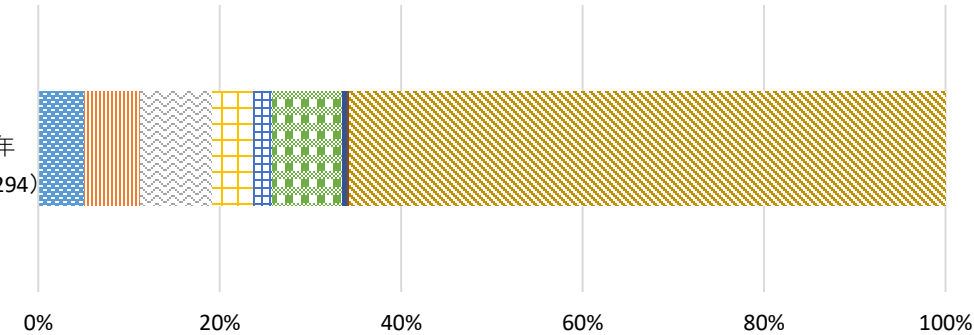
- 救急医療管理加算1の対象患者の状態の内訳をみると、「イ.呼吸不全又は心不全で重篤な状態」及び「ケ.緊急手術緊急カテーテル治療・検査又はtPAを必要とする状態」が多く、これら2項目で全体の約半数を占めていた。
- 救急医療管理加算2の対象患者の状態の内訳をみると、「コ.その他の重症な状態」が最も多く、60%以上を占めていた。

## 救急医療管理加算1の内訳



- 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はtPA療法を必要とする状態
- ⊗ 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- ⊕ 意識障害又は昏睡
- ± 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ショック
- 急性薬物中毒
- 広範囲熱傷

## 救急医療管理加算2の内訳



- 呼吸不全又は心不全で重篤な状態に準ずる状態
- 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に準ずる状態
- ⊗ 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態に準ずる状態
- ⊕ 意識障害又は昏睡に準ずる状態
- ± 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）に準ずる状態
- 外傷、破傷風等で重篤な状態に準ずる状態
- ショックに準ずる状態
- 急性薬物中毒に準ずる状態
- 広範囲熱傷に準ずる状態
- その他の重症な状態



# 「意識障害又は昏睡」の患者について①

○救急医療管理加算1の算定患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布を改定前後で比較すると、改定後のJCS0の患者の割合は低下し、JCS300の患者の割合は上昇した。

○救急医療管理加算2の算定患者のうち「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のJCSの分布は、以下のとおりであった。

(参考) JCS: Japan Coma Scale

出典: 脳卒中ガイドライン2009

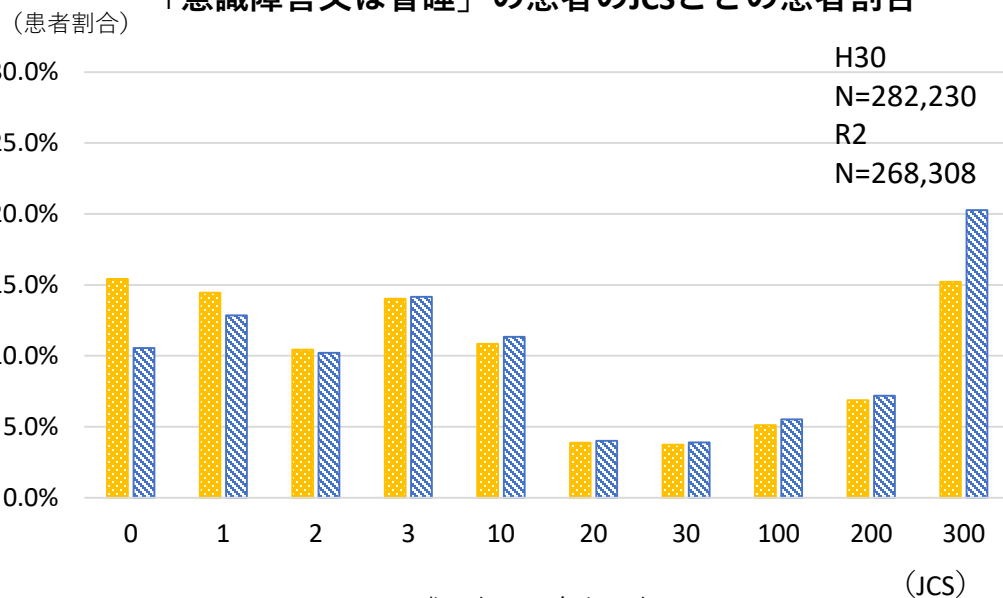
I. 刺激しなくても覚醒している状態  
(1桁の点数で表現)  
0 意識清明  
1 意識清明とはいえない  
2 見当識障害がある  
3 自分の名前・生年月日が言えない

II. 刺激をすると覚醒する状態  
(2桁の点数で表現)  
10 普通の呼びかけで容易に開眼する  
20 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する  
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

III. 刺激しても覚醒しない状態  
(3桁の点数で表現)  
100 痛みに対し、払いのけるような動作をする  
200 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる  
300 痛み刺激に全く反応しない

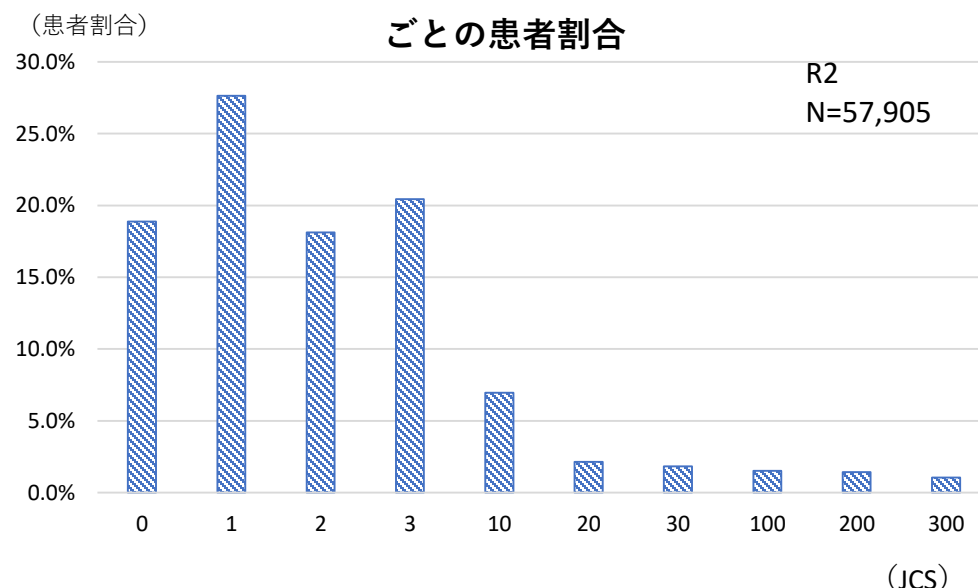
救急医療管理加算1 算定患者のうち

「意識障害又は昏睡」の患者のJCSごとの患者割合



救急医療管理加算2 算定患者のうち

「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のJCS

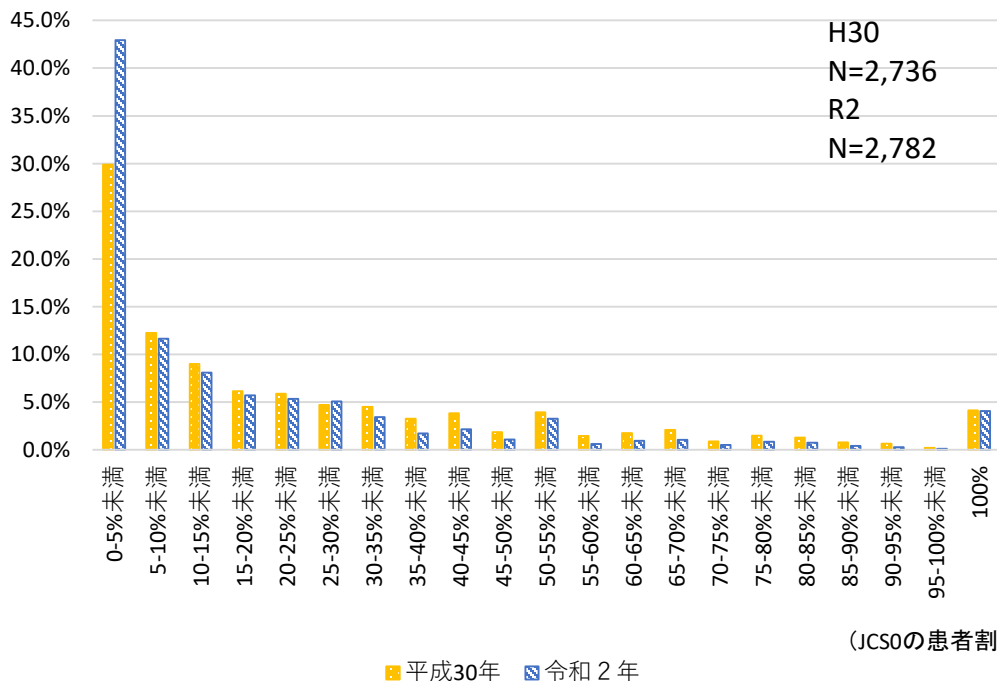


# 「意識障害又は昏睡」の患者について②

- 救急医療管理加算1が算定される患者において、「意識障害又は昏睡」の患者のうちJCS0の患者が占める割合を医療機関ごとにみると、各年共に0-5%未満の医療機関の割合が最も高く、改定後には増加した。
- 救急医療管理加算2が算定される患者において、「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のうちJCS0の患者が占める割合を医療機関ごとにみると、以下のとおりであった。

## 救急医療管理加算1の算定患者で「意識障害又は昏睡」

(医療機関割合)の患者のうちJCS0の患者割合ごとの医療機関割合

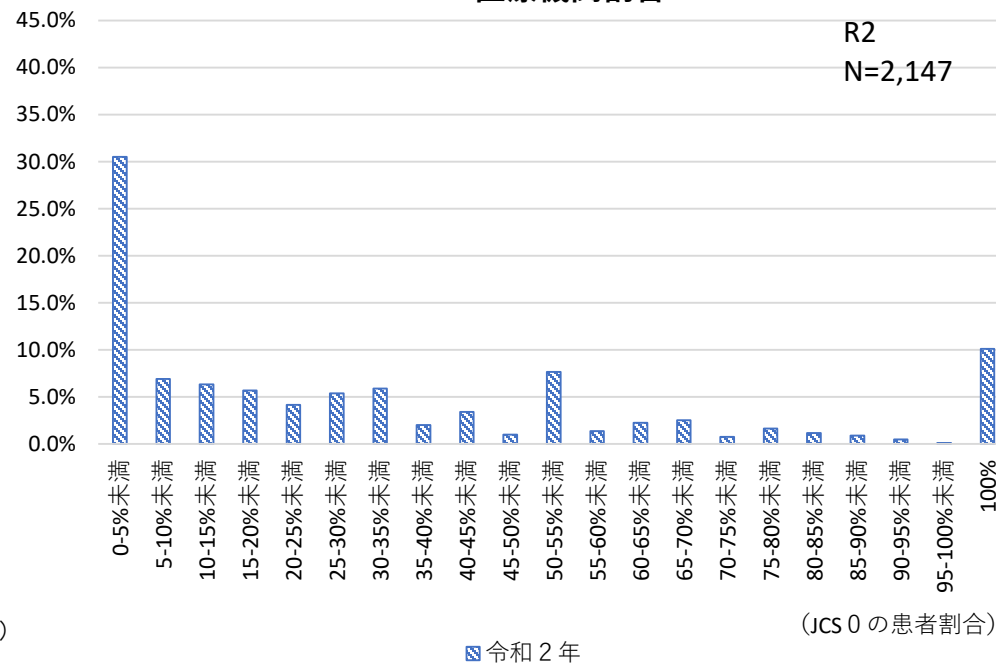


## 救急医療管理加算2の算定患者で「意識障害又は昏睡」

に準ずる状態の患者のうちJCS0の患者割合ごとの

(医療機関割合)

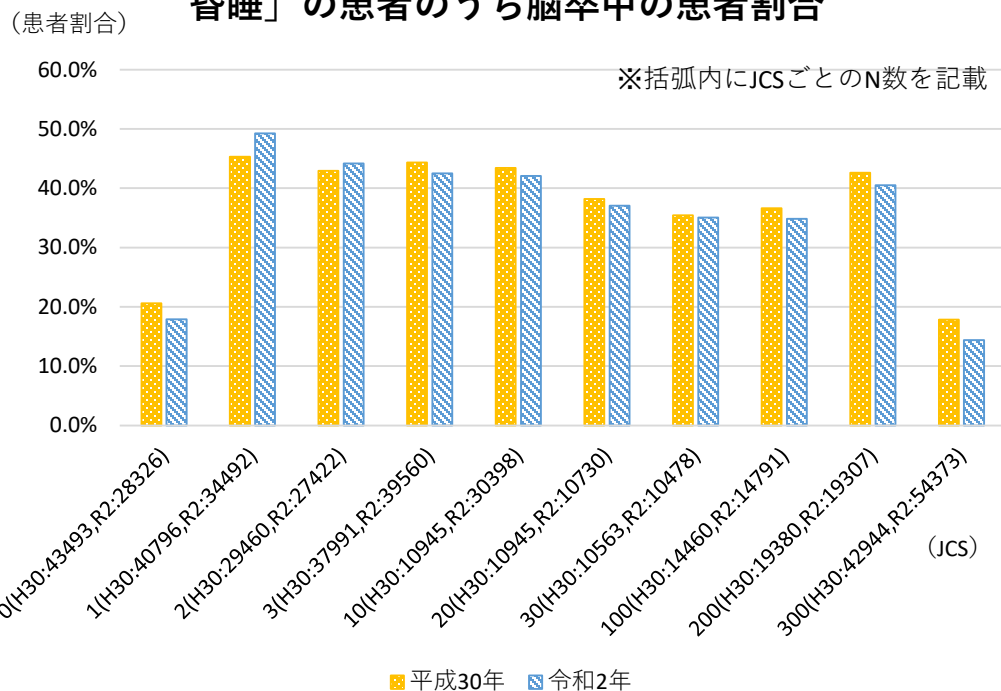
医療機関割合



# 「意識障害又は昏睡」の患者について③

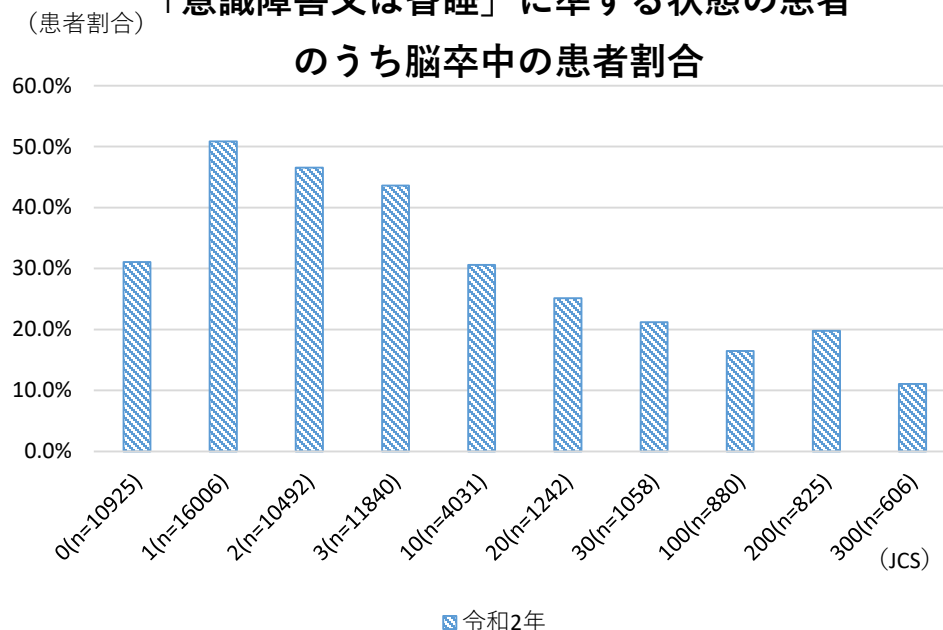
- 救急医療管理加算1が算定される患者のうち、「意識障害又は昏睡」の患者で脳卒中である割合をJCSごとにみると、改定前後で脳卒中患者の割合に明らかな変化はみられなかった。
- 救急医療管理加算2が算定される患者のうち、「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者で脳卒中である割合をJCSごとにみると、以下のとおりであった。

救急医療管理加算1の算定患者で「意識障害又は昏睡」の患者のうち脳卒中の患者割合



救急医療管理加算2の算定患者で

「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のうち脳卒中の患者割合



※ここにおいて脳卒中の患者とは「脳梗塞」「脳出血」「くも膜下出血」「その他の脳血管障害」の患者を指す

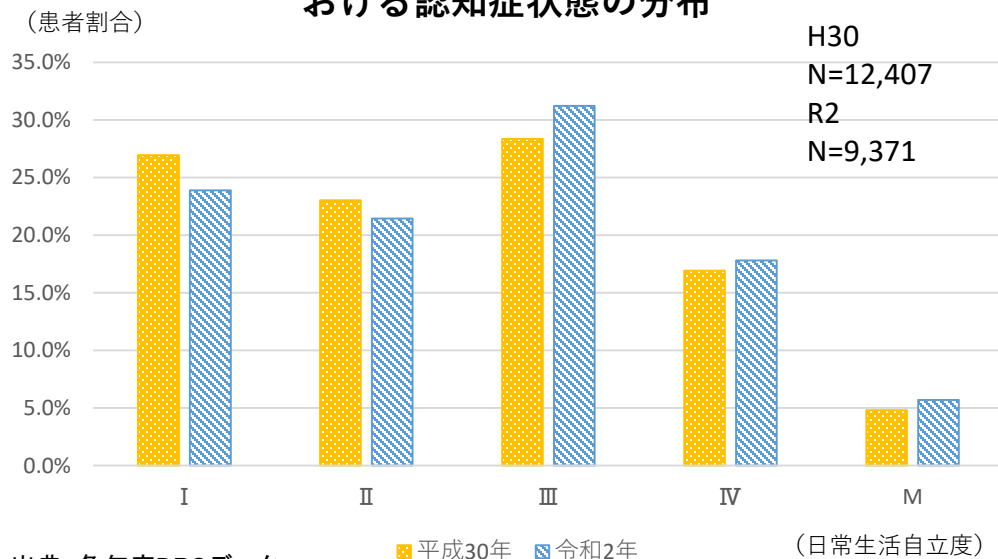
# 「意識障害又は昏睡」の患者について④

○ 「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の患者の日常生活自立度は以下のとおりであった。

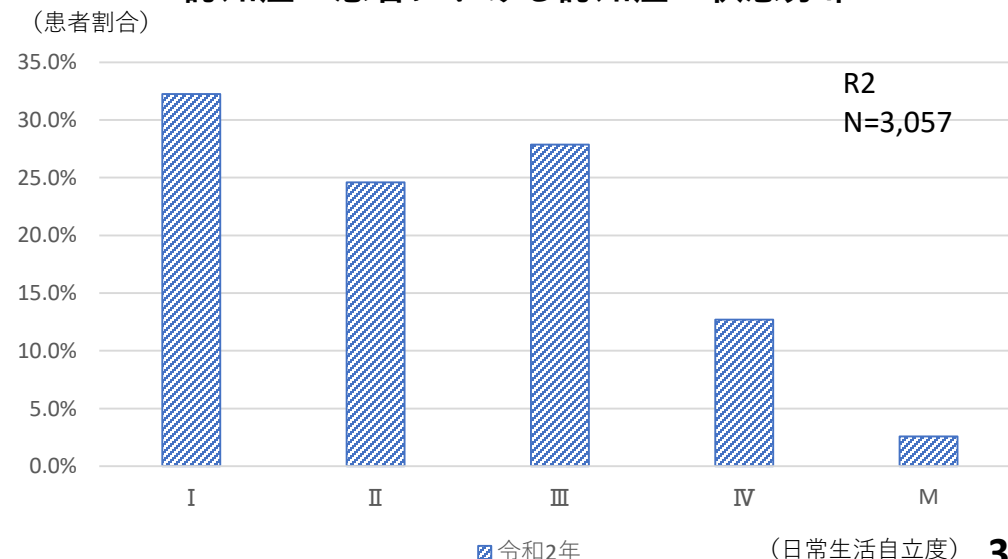
(参考) 認知症高齢者の日常生活自立度

I	II	III	IV	M
何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

救急医療管理加算1の算定患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者でJCS0かつ認知症の患者における認知症状態の分布



救急医療管理加算2算定患者のうち「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者でJCSが0かつ認知症の患者における認知症の状態分布



# 「意識障害又は昏睡」の患者について⑤

- 「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以上の患者の傷病名を比較すると、以下のとおりであった。
- 「意識障害又は昏睡」又は「意識障害又は昏睡に準ずる状態」の患者のうちJCS0の患者とJCS1以上の患者に分けて比較すると、JCS1以上の患者の方がt-PA実施割合が高かったが、それぞれ1%未満の実施割合であった。

## JCS0とJCS1以上の患者の傷病名

※傷病名は最も医療資源を投入した傷病名を記載

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)			
0(n=28326)		1以上(n=239982)		0(n=10925)		1以上(n=46980)	
傷病名	患者数	傷病名	患者数	傷病名	患者数	傷病名	患者数
食物及び吐物による肺臓炎	1,317 (4.6%)	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	21,788 (9.1%)	脳動脈の血栓症による脳梗塞	952 (8.7%)	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,847 (12.4%)
心停止, 詳細不明	1,195 (4.2%)	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	16,728 (7.0%)	その他の脳梗塞	510 (4.7%)	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	3,875 (8.2%)
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1,174 (4.1%)	脳動脈の血栓症による脳梗塞	16,410 (6.8%)	その他のてんかん	417 (3.8%)	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	3,484 (7.4%)
その他のてんかん	979 (3.5%)	心停止, 詳細不明	13,015 (5.4%)	脳梗塞, 詳細不明	387 (3.5%)	その他のてんかん	2,755 (5.7%)
(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	692 (2.4%)	その他のてんかん	11,291 (4.7%)	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	357 (3.3%)	その他の脳梗塞	2,429 (5.2%)

## JCS0とJCS1以上の患者でt-PAを実施した症例数

	JCS0		JCS1以上	
	加算1	加算2	加算1	加算2
平成30年度	162 (0.37%, n=44118)		2258 (0.93%, n=242736)	
令和2年度	82 (0.3%, n=28326)	12 (0.1%, n=10925)	1990 (0.83%, n=239982)	71 (0.15%, n=46980)

# 「ショック」の患者について①

- 救急医療管理料1の算定患者のうち、「ショック」の患者の分布を改定前後で比較すると、ほとんど変化はみられなかった。
- 救急医療管理料2の算定患者のうち、「ショック」に準ずる状態の患者の分布を救急医療管理加算1の分布は以下のとおりであった。

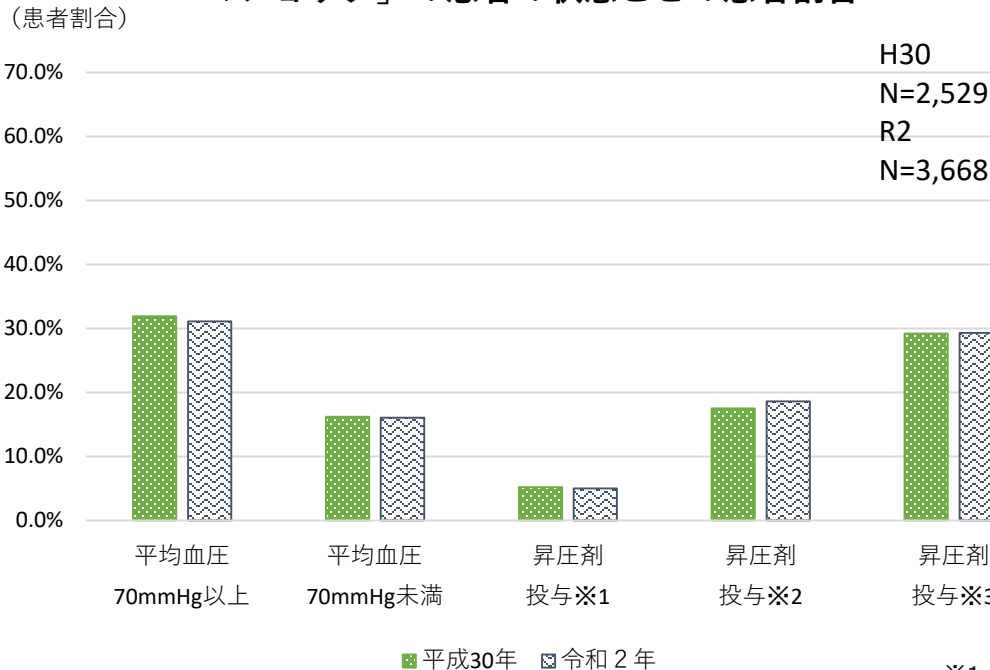
※ ショックとは「生体に対する侵襲あるいは侵襲に対する生体反応の結果、重要臓器の血流が維持できなくなり、細胞の代謝障害や臓器障害が起こり、生命の危機に至る急性の症候群」と定義される。(出典:日本救急医学会医学用語解説集)

※ 平均血圧(mmHg) = 拡張期血圧 + (収縮期血圧 - 拡張期血圧) × 1/3 (平均血圧の正常範囲70~100mmHg)

(中医協総-3 令和元年12月4日資料より抜粋。  
令和2年度改定後、「ショック」又は「ショックに準ずる状態」の患者については平均血圧70mmHgをカットオフとして状態の記載を義務づけている。)

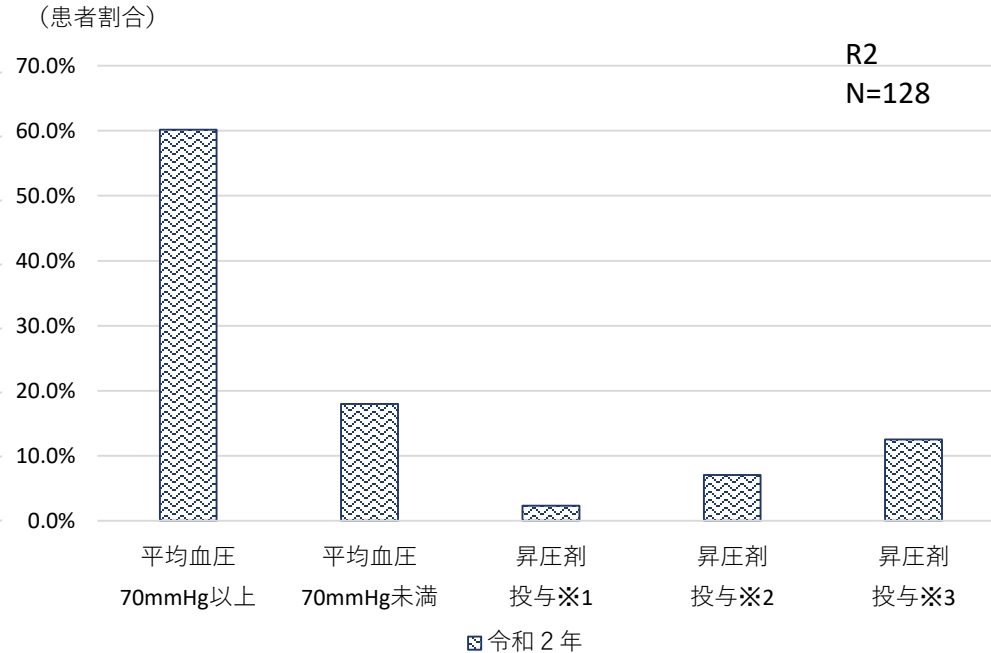
救急医療管理加算1の算定患者のうち

「ショック」の患者の状態ごとの患者割合



救急医療管理加算2の算定患者のうち「ショック」

に準ずる状態の患者の状態ごとの患者割合

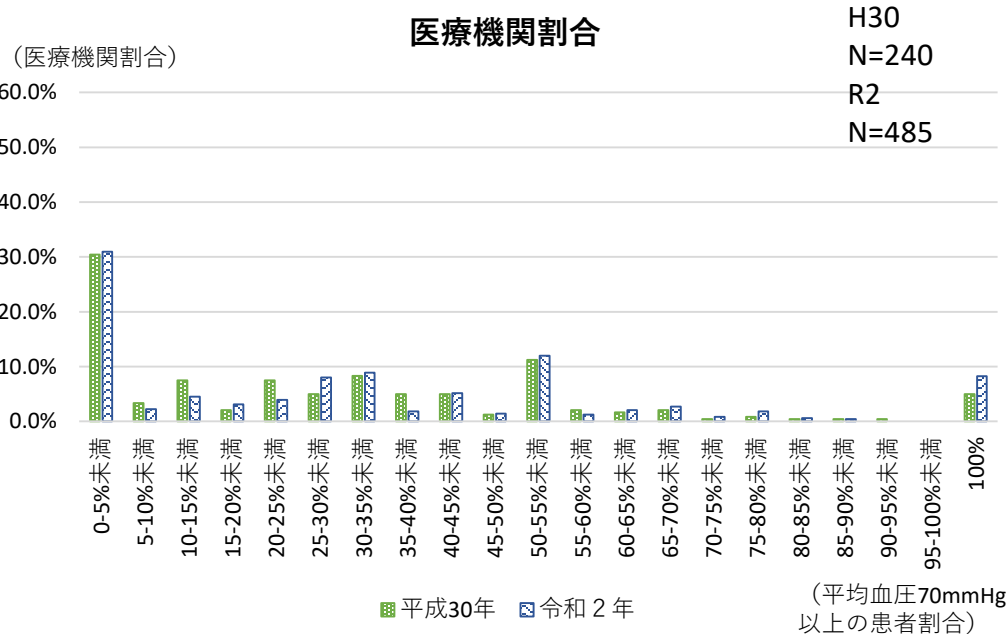


※1 ドパミン ≤ 5γ あるいはドブタミン (投与量を問わない)  
 ※2 ドパミン 5.1γ ~ 15γ あるいは アドレナリン ≤ 0.1γ あるいは ノルアドレナリン ≤ 0.1γ  
 ※3 ドパミン > 15γ あるいは アドレナリン > 0.1γ あるいは ノルアドレナリン > 0.1γ

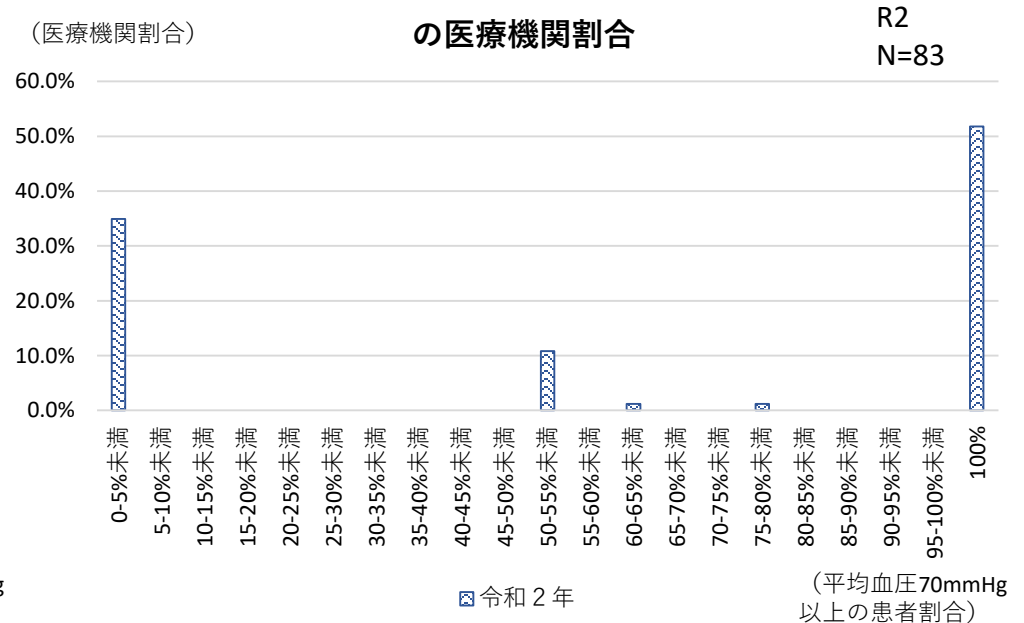
# 「ショック」の患者について②

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち「ショック」の患者で平均血圧70mmHg以上の患者が占める割合を医療機関ごとにみると、以下のとおりであった。
- 救急医療管理加算2の算定患者のうち「ショック」に準ずる状態の患者で平均血圧70mmHg以上の患者が占める割合を医療機関ごとにみると、以下のとおりであった。

救急医療管理加算1の算定患者のうち「ショック」の患者で平均血圧70mmHg以上の患者割合ごとの



救急医療管理加算2の算定患者のうち「ショック」に準ずる状態の患者で平均血圧70mmHg以上の患者割合ごとの



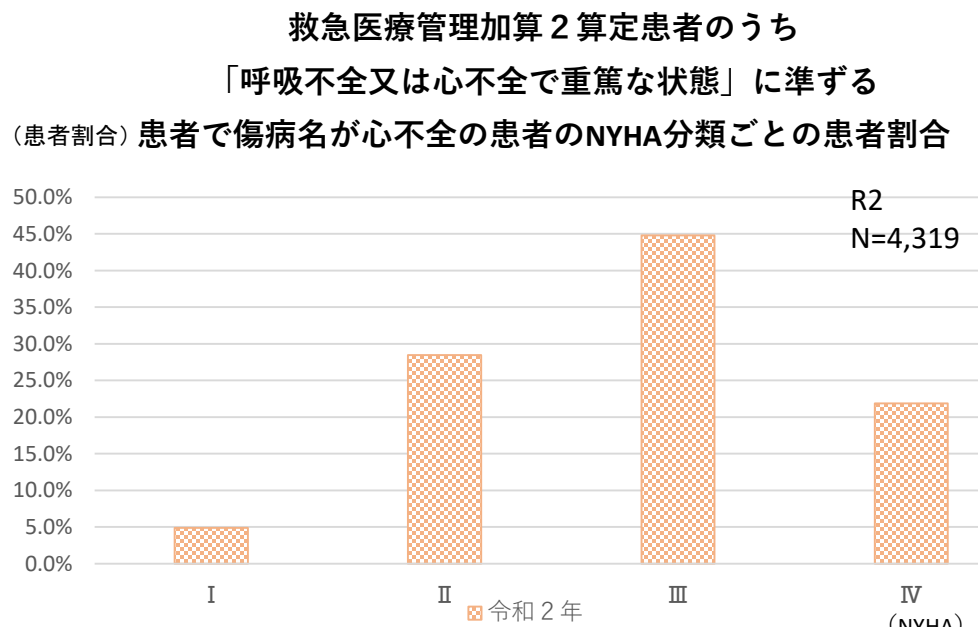
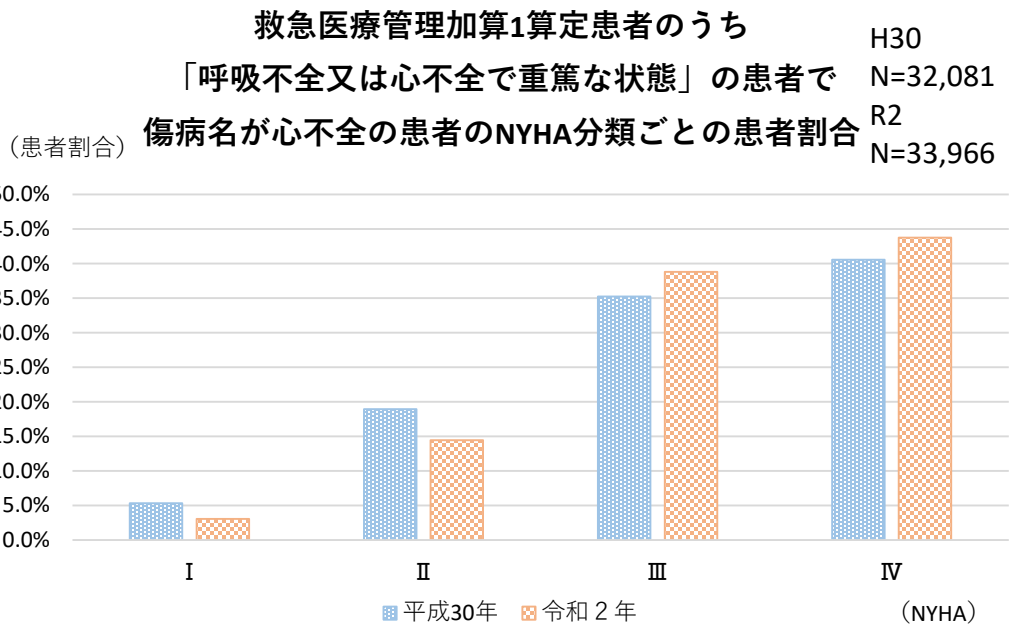
# 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で心不全の患者について①

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全の患者の入院時NYHAの分布を改定前後で比較すると、改定後はNYHA I、IIの患者の割合が低下し、NYHA III、IVの患者の割合が上昇していた。
- 救急医療管理加算2の算定患者のうち、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が心不全の患者のNYHAの分布は以下のとおりであった。

(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

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。	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。
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。	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。



出典：各年度DPCデータ ※傷病名は、主傷病、医療資源を最も投入した傷病、入院の契機となった傷病のいずれかに心不全が該当した場合を集計

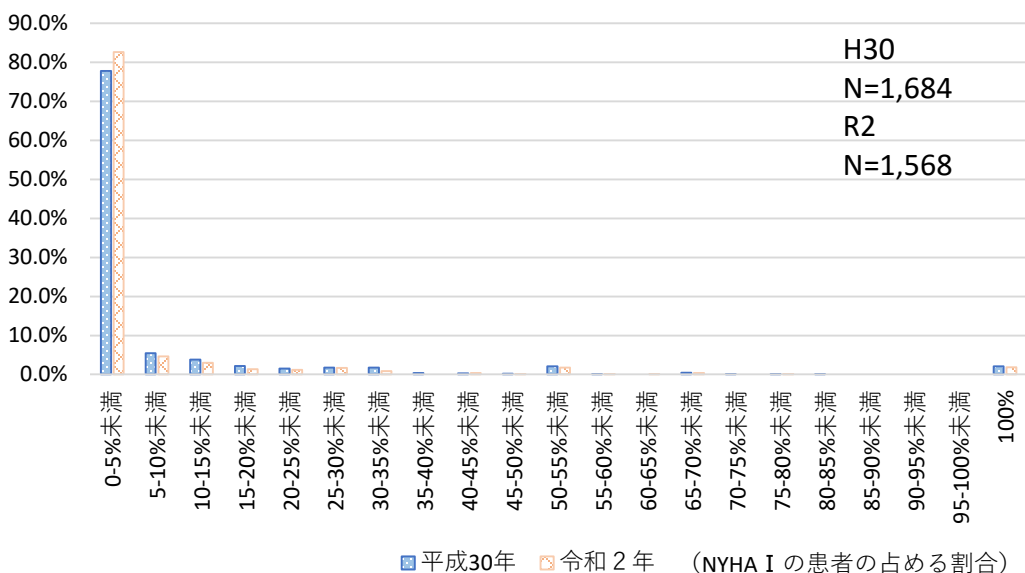


# 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で心不全の患者について②

- 救急医療管理加算1において、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全の患者のうちNYHA Iの患者の占める割合を医療機関ごとにみると、改定後に増加した。
- 救急医療管理加算2において、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が心不全の患者のうちNYHA Iの患者の占める割合を医療機関ごとにみると、以下のとおりであった。

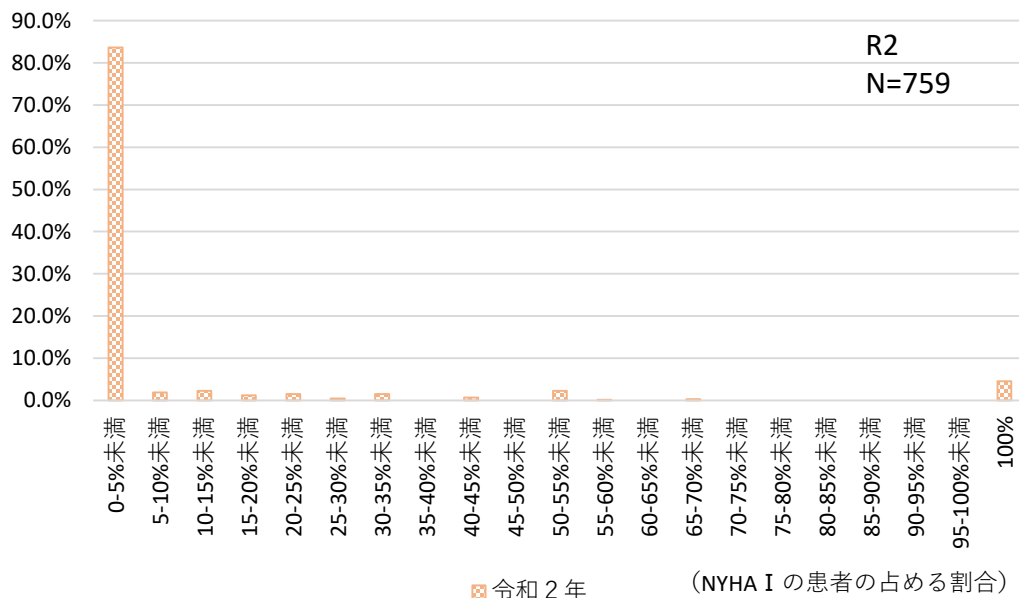
救急医療管理加算1のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全でNYHA Iの患者割合ごとの医療機関割合

(医療機関割合)



救急医療管理加算2のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が心不全でNYHA Iの患者割合ごとの医療機関割合

(医療機関割合)

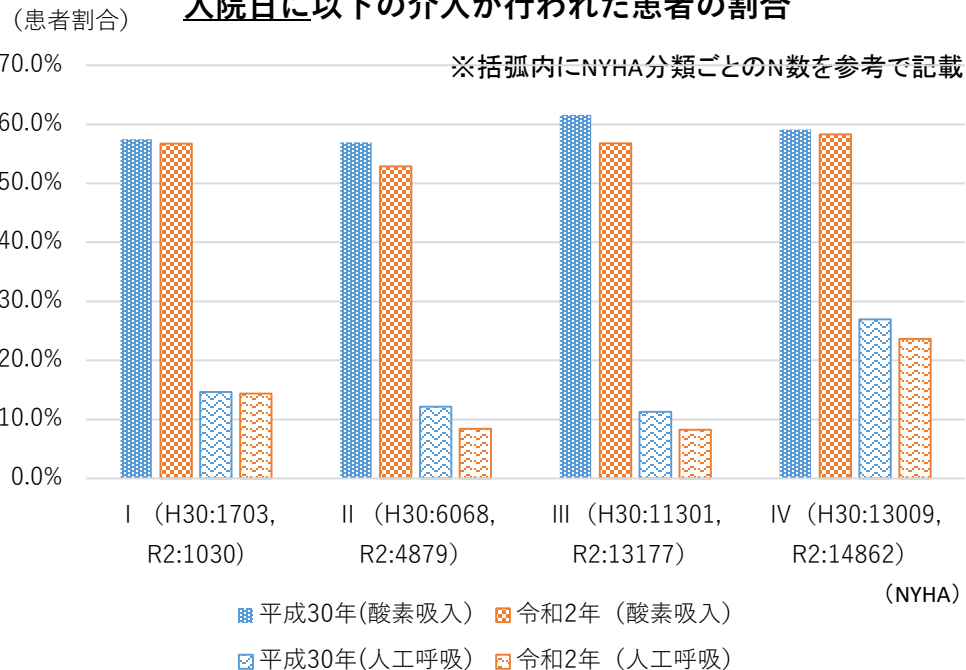


# 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で心不全の患者について③

- 救急医療管理加算1の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者のうち心不全の患者で「酸素吸入」又は「人工呼吸」が行われた割合をNYHA分類ごとに比較すると、以下のとおりであった。
- 救急医療管理加算2の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者のうち心不全の患者で「酸素吸入」又は「人工呼吸」が行われた患者割合は以下のとおりであった。

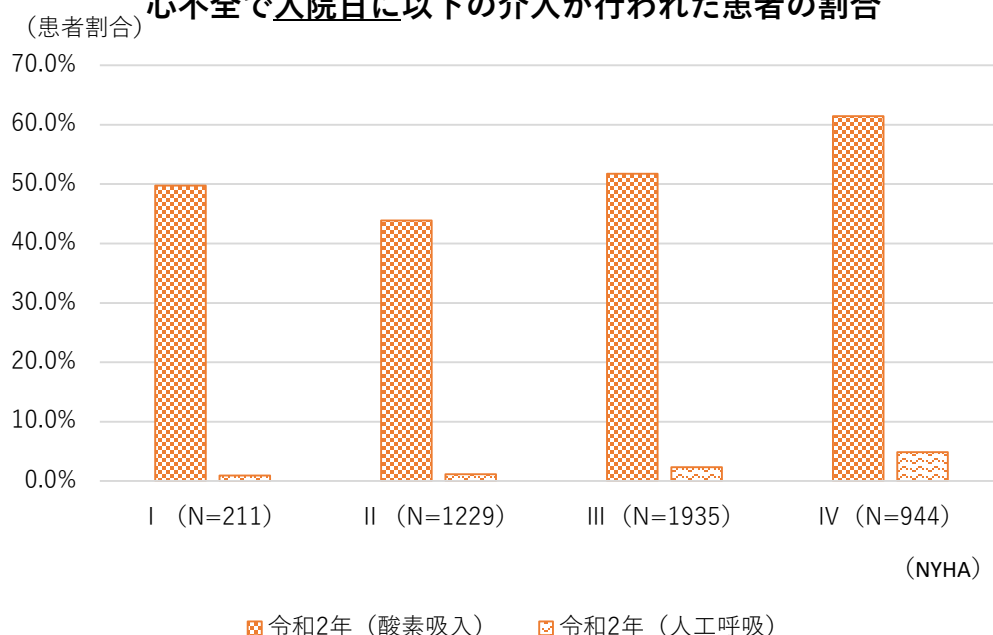
救急医療管理加算1 算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者かつ傷病名が心不全で

入院日に以下の介入が行われた患者の割合



救急医療管理加算2 算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者かつ傷病名が

心不全で入院日に以下の介入が行われた患者の割合



# 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で呼吸不全の患者について①

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が呼吸不全の患者のP/F比の分布を改定前後で比較すると、P/F比400以上である患者の割合が低下し、200未満である患者の割合が上昇した。
- 救急医療管理加算2の算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が呼吸不全の患者のP/F比の分布は以下のとおりであった。

(参考)

$$P/F \text{ ratio (P/F 比)} = \frac{\text{PaO}_2 \text{ (動脈血酸素分圧)}}{\text{FIO}_2 \text{ (吸入気酸素)}}$$

※ 呼吸状態(酸素化)を評価する指標

参考:SOFAスコア(呼吸の評価)

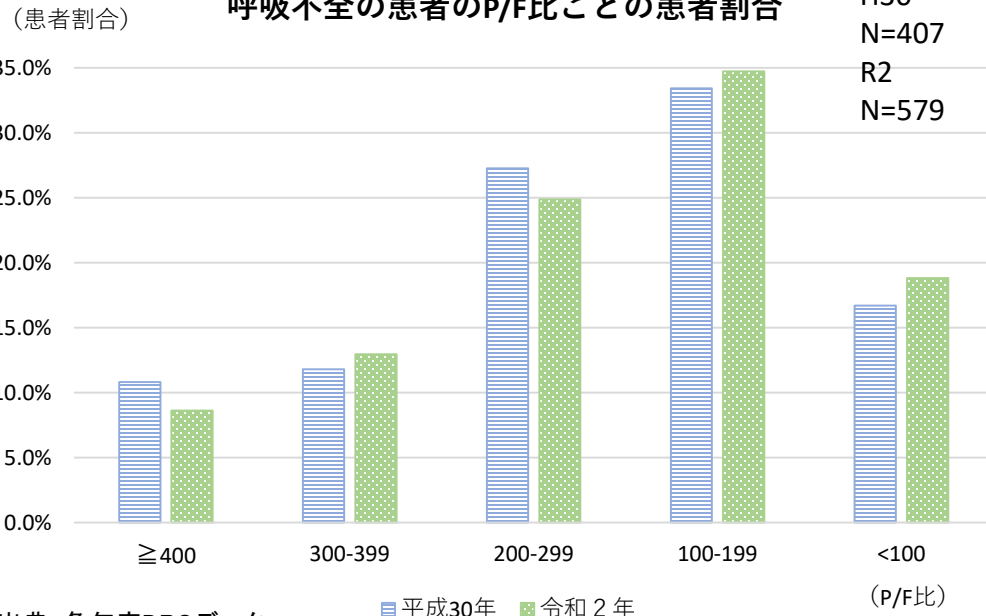
SOFAスコア	0	1	2	3	4
P/F比	≥400	400>	300>	200>	100>

※出典:日本版敗血症診療ガイドライン2016

救急医療管理加算1の算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が

呼吸不全の患者のP/F比ごとの患者割合

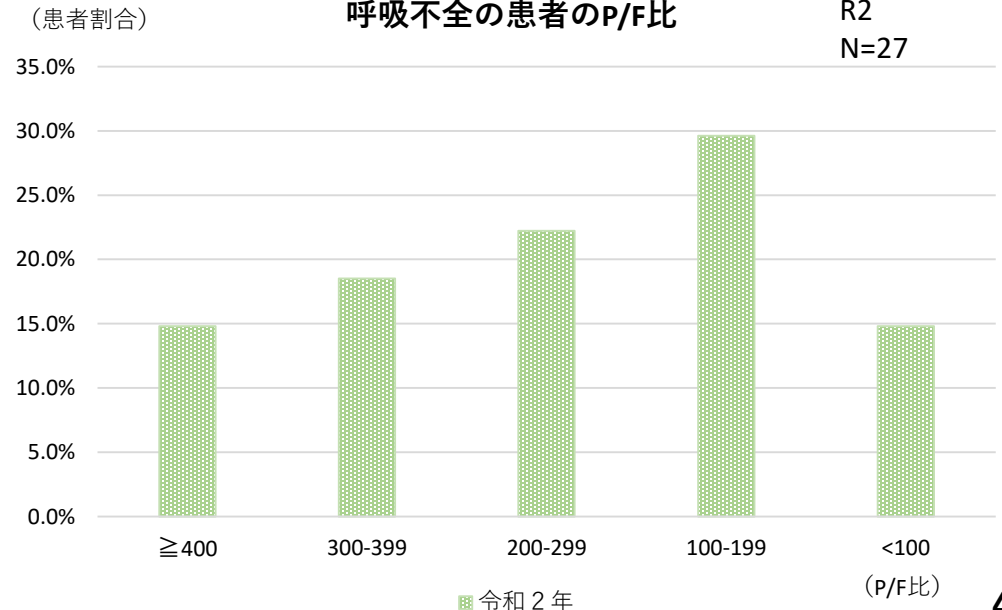
H30  
N=407  
R2  
N=579



救急医療管理加算2算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態に準ずる状態」の患者で傷病名が

呼吸不全の患者のP/F比

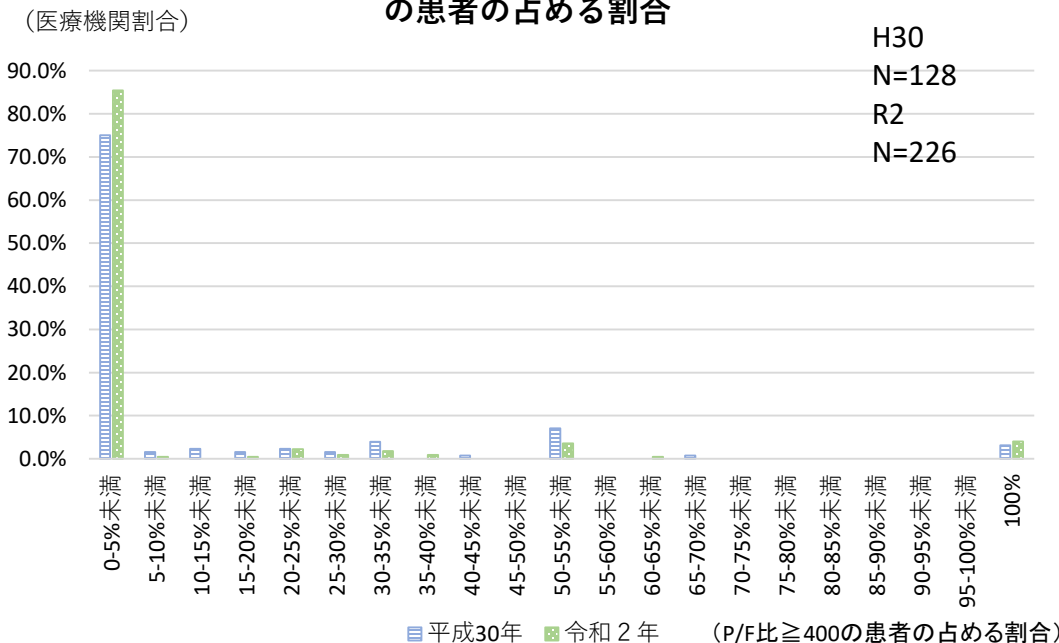
R2  
N=27



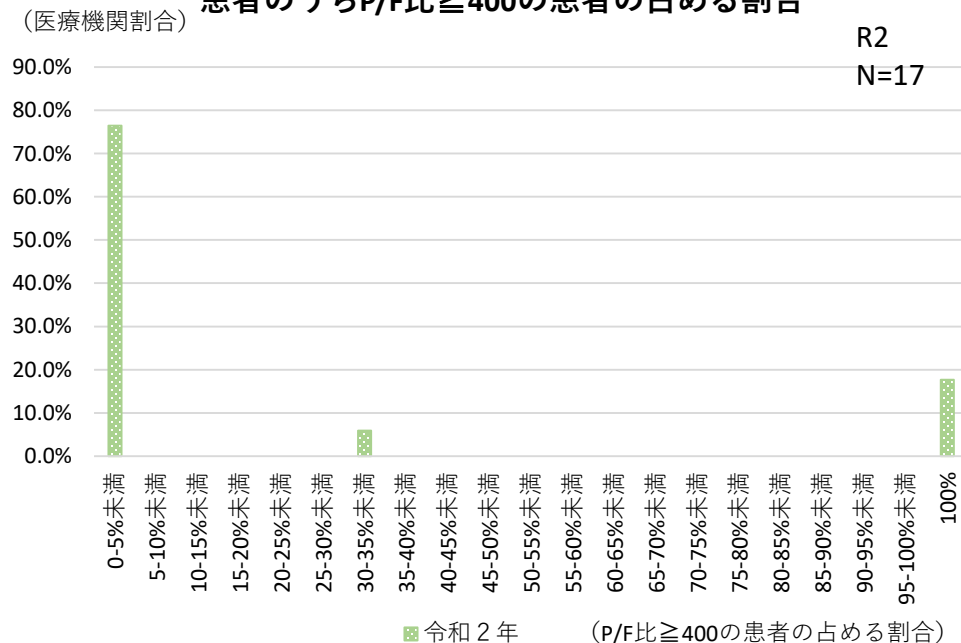
# 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で呼吸不全の患者について②

- 救急医療管理加算1の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で傷病名が呼吸不全の患者のうちP/F比が400以上の患者の占める割合を医療機関ごとにみると、改定後では0-5%未満の割合が上昇した。
- 救急医療管理加算2の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態で傷病名が呼吸不全の患者のうちP/F比が400以上の患者の占める割合の医療機関ごとの分布は以下のとおりであった。

救急医療管理加算1の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で傷病名が呼吸不全の患者のうちP/F比 $\geq$ 400の患者の占める割合



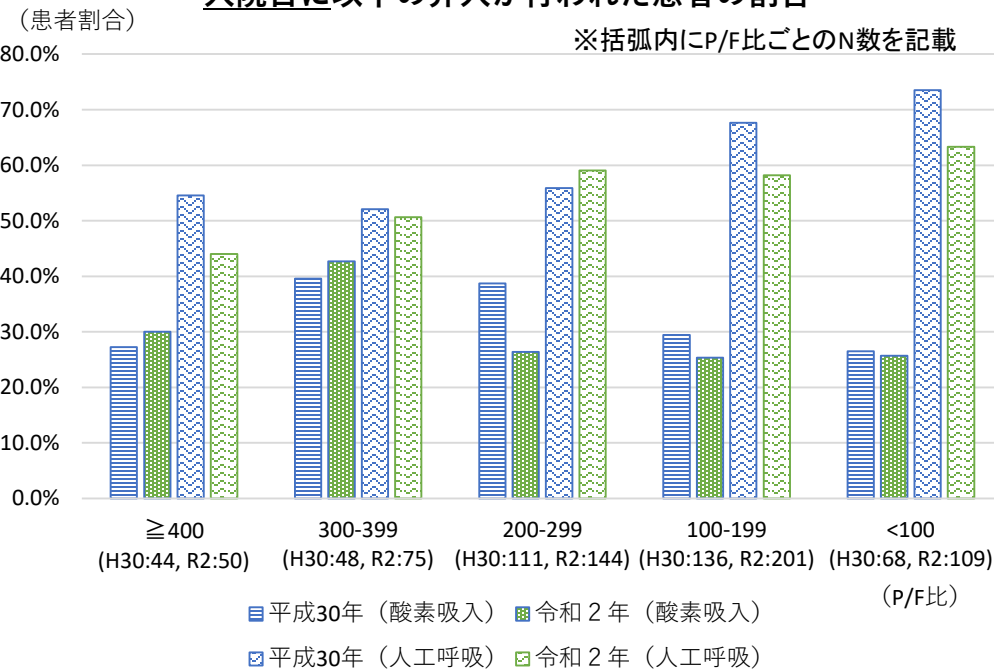
救急医療管理加算2の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態かつ傷病名が呼吸不全の患者のうちP/F比 $\geq$ 400の患者の占める割合



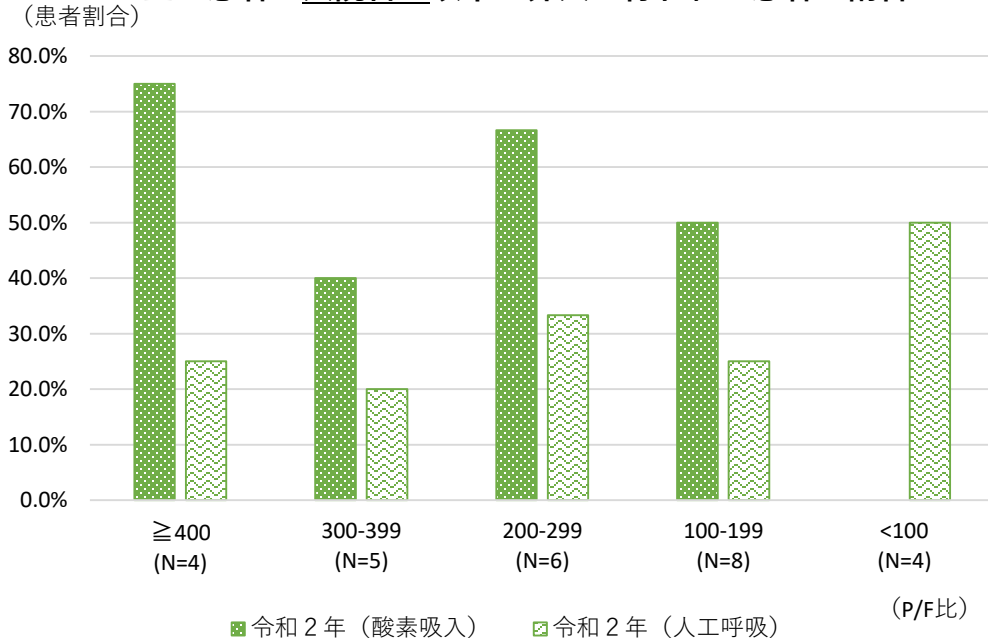
# 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で呼吸不全の患者について③

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者かつ傷病名が呼吸不全で入院日に「酸素吸入」又は「人工呼吸」の処置を受けた患者の割合を改定前後で比較すると、以下のとおりであった。
- 救急医療管理加算2の算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者かつ傷病名が呼吸不全で入院日に「酸素吸入」又は「人工呼吸」の処置を受けた患者の割合は以下のとおりであった。

救急医療管理加算1の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者かつ傷病名が呼吸不全の患者で入院日に以下の介入が行われた患者の割合



救急医療管理加算2の算定患者で「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者かつ傷病名が呼吸不全の患者で入院日に以下の介入が行われた患者の割合



# 「広範囲熱傷」の患者について①

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「広範囲熱傷」の患者のBurn Indexをみると、以下のとおりであった。
- 救急医療管理加算2の算定患者のうち、「広範囲熱傷」に準ずる状態の患者のBurn Indexをみると、以下のとおりであった。

(参考) Burn Index

$$= \text{Ⅲ度熱傷面積(\%)} + \text{Ⅱ度熱傷面積(\%)} \times 1/2$$

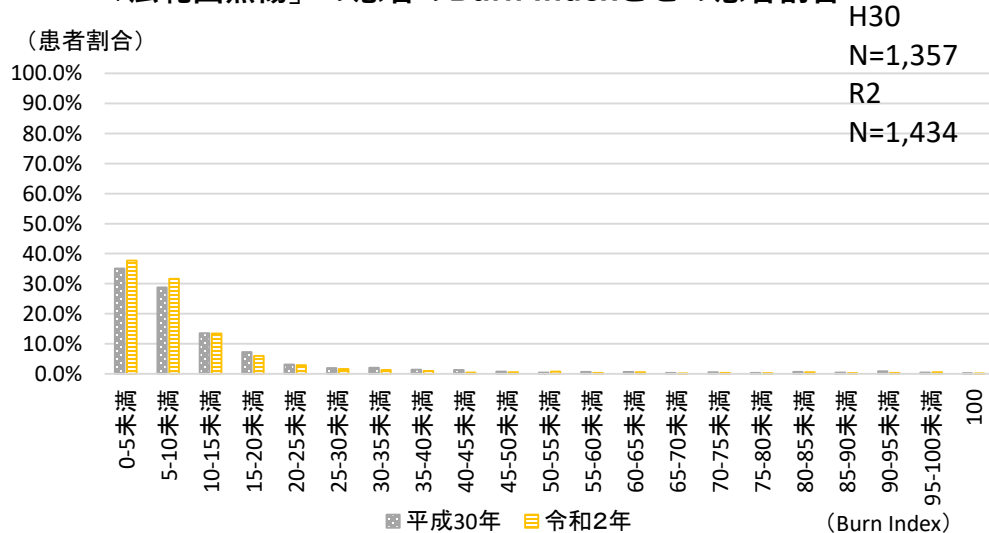
※Burn Index 10~15以上が重症とされる

出典: 日本皮膚科学会 熱傷診療ガイドラインより引用

I度熱傷	表皮熱傷で受傷部皮膚の発赤のみで瘢痕を残さず治癒する。
Ⅱ度熱傷	浅達性: 水疱が形成されるもので、水疱底の真皮が赤色を呈している。通常1~2週間で上皮化し治癒する。一般に肥厚性瘢痕を残さない 深達性: 水疱が形成されるもので、水疱底の真皮が白色で貧血状を呈している。およそ3~4週間を要して上皮化し治癒するが、肥厚性瘢痕ならびに瘢痕ケロイドを残す可能性が大きい。
Ⅲ度熱傷	皮膚全層の壊死で白色皮革様、または褐色皮革様となったり完全に皮膚が炭化した熱傷も含む。受傷部位の辺縁からのみ上皮化するので治癒に1~3カ月以上を要し、植皮術を施行しないと肥厚性瘢痕、瘢痕拘縮を来す。

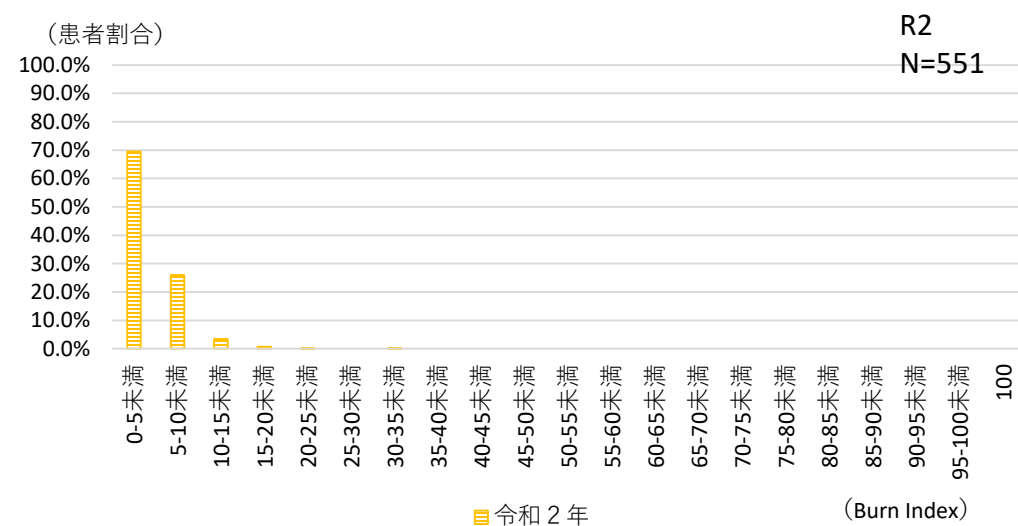
救急医療管理加算1算定患者のうち

「広範囲熱傷」の患者のBurn Indexごとの患者割合



救急医療管理加算2算定患者のうち

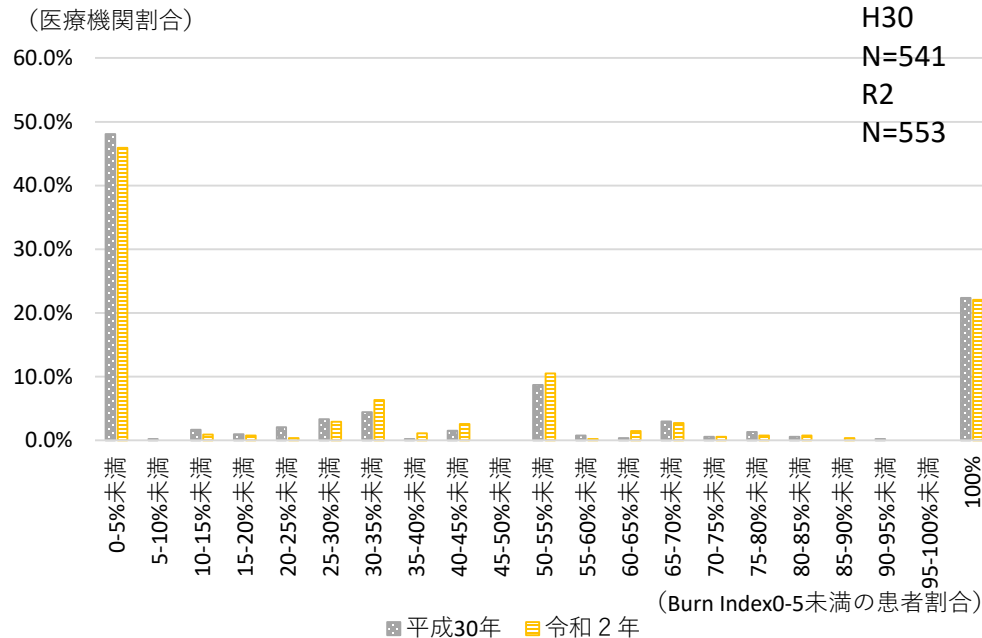
「広範囲熱傷」に準ずる患者のBurn Indexごとの患者割合



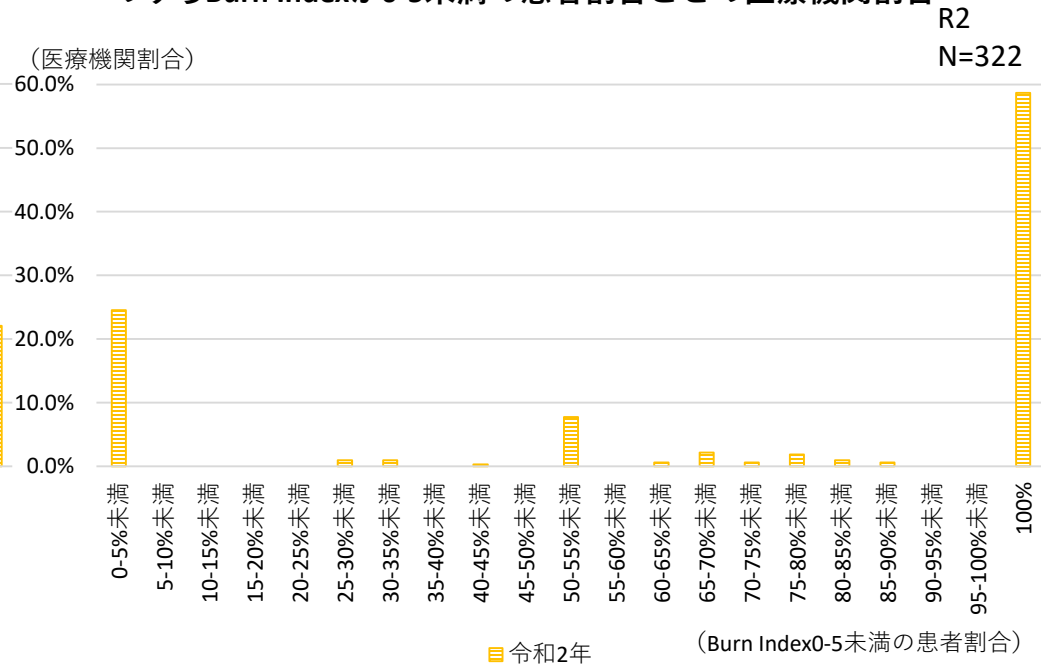
# 「広範囲熱傷」の患者について②

- 救急医療管理加算1を算定する患者で「広範囲熱傷」の患者のうちBurn Indexが0-5未満の患者の占める割合を医療機関ごとにみると、以下のとおりであった。
- 救急医療管理加算2を算定する患者で「広範囲熱傷」に準ずる状態の患者のうちBurn Indexが0-5未満の患者の占める割合を医療機関ごとにみると、以下のとおりであった。

救急医療管理加算1で「広範囲熱傷」の患者のうち  
Burn Indexが0-5未満の患者割合ごとの医療機関割合



救急医療管理加算2で「広範囲熱傷」に準ずる状態の患者  
のうちBurn Indexが0-5未満の患者割合ごとの医療機関割合

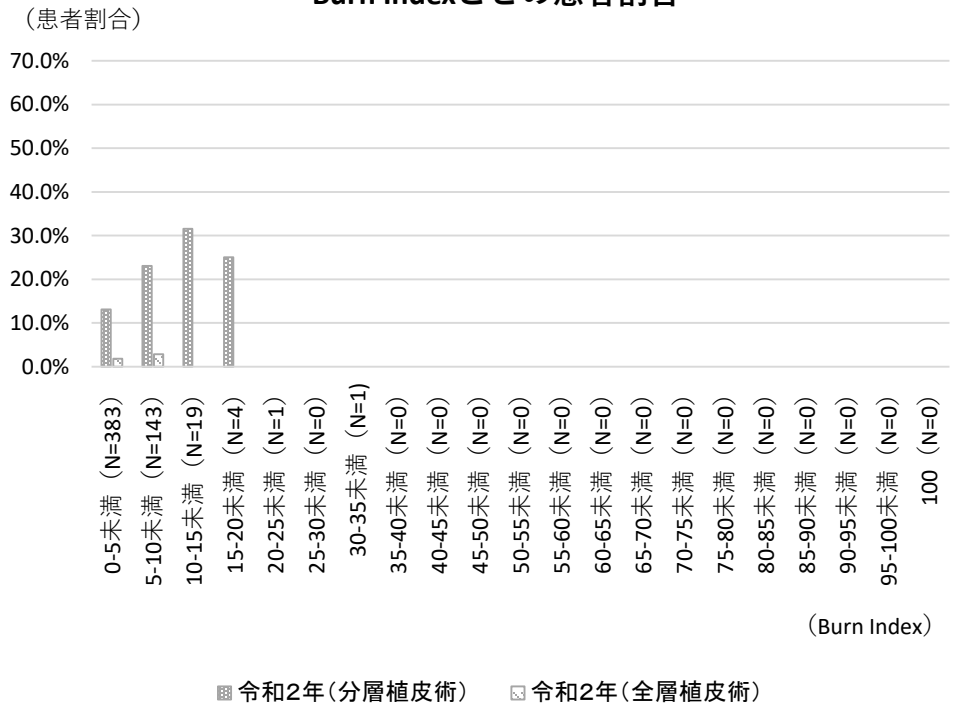
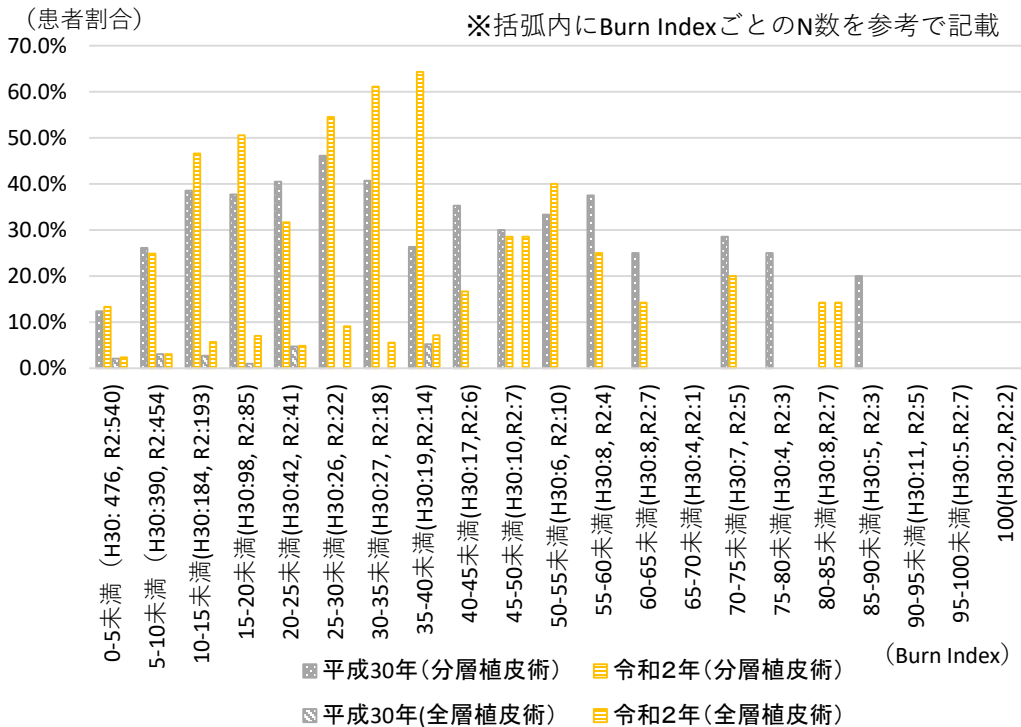


# 「広範囲熱傷」の患者について③

- 救急医療管理加算1の算定患者で「広範囲熱傷」の患者のうち「分層植皮術」又は「全層植皮術」が行われた患者の割合をBurn Indexごとにみた結果は以下のとおりであった。
- 救急医療管理加算2の算定患者で「広範囲熱傷」に準ずる状態の患者のうち「分層植皮術」又は「全層植皮術」が行われた患者の割合をBurn Indexごとにみると、以下のとおりであった。

救急医療管理加算1の算定患者で「広範囲熱傷」の患者のうち以下の介入が行われたBurn Indexごとの患者割合

救急医療管理加算2の算定患者で「広範囲熱傷」に準ずる状態の患者のうち以下の介入が行われたBurn Indexごとの患者割合





# 「その他重症な状態」の患者の内訳

- 救急医療管理加算2の算定患者のうち、「コ その他重症な状態」の患者について、最も多くみられた入院時の状態は「脳梗塞」であった。

令和2年

名称	件数(年)
脳梗塞	71,282
腎臓又は尿路の感染症	39,270
股関節・大腿近位の骨折	32,536
肺炎等	32,099
ヘルニアの記載のない腸閉塞	29,933
誤嚥性肺炎	23,676
穿孔又は膿瘍を伴わない憩室性疾患	21,145
胆管(肝内外)結石、胆管炎	21,019
胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	15,187
胆嚢炎等	13,553

# 「その他重症な状態」の患者の介入状況

○ 「その他重症な状態」の患者に対して、入院後3日間以内に行われた処置・手術で多いものを列挙すると、以下のような実施状況であった。

脳梗塞		腎臓または尿路の感染		股関節・大腿近位の骨折		肺炎		ヘルニアの記載のない腸閉塞	
71282人		39270人		32536人		32099人		29933人	
<u>酸素吸入</u>	3700(5.2%)	留置カテ テル設置	4450(11.3%)	留置カテ テル設置	8976(27.6%)	<u>酸素吸入</u>	6994(21.8%)	ドレーン法 (その他のも の)	4941(16.5%)
留置カテ テル設置	2782(3.9%)	<u>酸素吸入</u>	3137(8.0%)	骨折観血的 手術 (肩甲骨、上 腕、大腿)	4855(14.9%)	喀痰吸引	2949(9.2%)	胃持続 ドレナージ	4643(15.5%)
喀痰吸引	1195(1.7%)	導尿	1586(4.0%)	<u>酸素吸入</u>	2975(9.1%)	留置カテ テル設置	1881(5.9%)	イレウス用口 ングチューブ 挿入法	3635(12.1%)
<u>高気圧酸素 療法(その他 のもの)</u>	771(1.1%)	喀痰吸引	1507(3.8%)	輸血(保存 血液輸血)	2908(8.9%)	導尿	878(2.7%)	ドレーン法 (持続吸引を 行うもの)	1884(6.3%)
鼻腔栄養	591(0.8%)	摘便	455(1.2%)	<u>人工骨頭挿 入術(肩、股)</u>	2056(6.3%)	超音波ネブ ライザー	693(2.2%)	<u>酸素吸入</u>	1538(5.1%)

# 救急医療管理加算に関する現状・課題と論点

## (救急医療管理加算1)

- 救急医療管理加算1については、患者の状態のばらつきや施設間の判断に係るばらつきが大きいことを踏まえ、令和2年度改定において、入院時の状態に係る指標及び実施した主要な検査等の記載を求め、適切な評価に資するよう取組を行った。
- 救急医療管理加算1の算定患者の状態指標の分布を改定前後で比較すると、「意識障害又は昏睡」、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者については、状態指標の軽い層の算定割合は改定後に減少していた。
- 一方で、「ショック」、「広範囲熱傷」の状態の患者については、改定前後で算定患者の状態指標の分布に明らかな変化はみられなかった。
- 救急医療管理加算1算定患者で状態指標が軽い患者層の医療機関ごとの分布を改定前後で比較すると、「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」については、状態指標の軽い層に対して当該加算を算定する保険医療機関の割合は減少していた。
- 「ショック」及び「広範囲熱傷」については、改定前後で状態指標の軽い層に対して当該加算を算定する保険医療機関の割合に明らかな変化はみられなかった。

## (救急医療管理加算2)

- 「ア～ケに準ずる重篤な状態」の基準が明確でないことや、どの項目に準じているかが明確ではないことを踏まえ、令和2年度改定において、どの項目に準じているか並びに入院時の状態に係る指標及び実施した主要な検査等の記載を求め、適切な評価に資するよう取組を行った。
- 救急医療管理加算2を算定する患者の内訳は、救急医療管理加算1の内訳とは異なり、「その他重症な状態」である患者の割合が最も高く、60%以上を占めていた。
- 各状態指標ごとの患者分布と比較すると、救急医療管理加算2の算定患者は救急医療管理加算1の患者と比較して状態指標の軽い患者層の割合が高かった。
- 「その他重症な状態」の患者の内訳をみると、「脳梗塞」「腎臓又は尿路の感染」「股関節・大腿近位の骨折」「肺炎」「ヘルニアの記載のない腸閉塞」の患者が多かった。これら患者においては、状態項目ア～ケのいずれかに含まれると考えられるものも存在した。

## 【論点】

- 救急医療管理加算は緊急入院が必要な重篤な状態の患者に対する医療の評価であることを前提として、患者の状態を適正に評価していくための判断基準等について、どのように考えるか。

1. 特定集中治療室管理料等について
2. 救急医療管理加算について
3. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

# 医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し並びに地域加算の見直し

- 医療資源の少ない地域について、医師に係る要件を緩和するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直す。

## 現行

### 別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域

- 北海道留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町及び天塩町の地域
- 岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町の地域
- 福島県下郷町、檜枝岐村、只見町及び南会津町の地域
- 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域
- 長野県中野市、飯山市、下高井郡及び下水内郡
- 高知県須崎市、中土佐町、檮原町、津野町及び四万十町の地域
- 熊本県阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村及び南阿蘇村の地域

(新規)

## 改定後

### 別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域

#### [経過措置]

令和2年3月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和4年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。

- 北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域
- 長野県大町市及び北安曇野郡の地域
- 岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川村の地域
- 滋賀県長浜市及び米原市の地域
- 兵庫県豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町の地域
- 島根県大田市及び邑智郡の地域

- へき地医療拠点病院であれば要件を満たすこととしている項目について、医療資源の少ない地域に所在する医療機関についても対象とする。

	医療資源の少ない地域	へき地医療拠点病院
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医師事務作業補助体制加算(20対1～100対1)</li> <li>○ 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1</li> <li>○ 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1</li> <li>○ 遠隔画像診断</li> <li>○ 保険医療機関間の連携による病理診断(受診側)</li> </ul>	対象	対象
等		

- 地域加算について、経過措置の対象となっている地域を、人事院規則で定める地域に準じる地域とする。

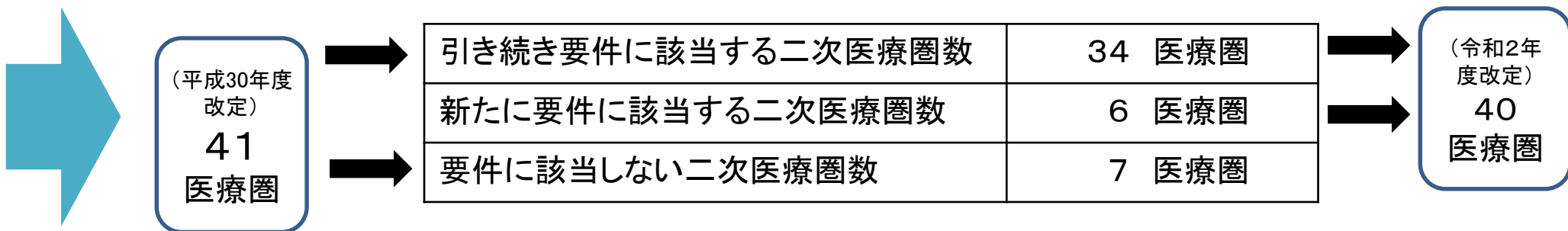
現在経過措置の対象となっている地域:

神奈川県山北町、神奈川県大井町、岐阜県海津市、愛知県稲沢市、奈良県安堵町、奈良県河合町、福岡県篠栗町

# 医療資源の少ない地域の考え方

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上でそれに見合った評価を設定する、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価を行っている。
- 令和2年度診療報酬改定においては、医師に係る要件を緩和するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した。

平成30年度改定時	令和2年度改定後
① 医療従事者の確保が困難な地域	
「人口当たり医師数が下位1/3」 かつ 「人口当たり看護師数が下位1/2」	「人口当たり医師数が下位1/2」 かつ 「人口当たり看護師数が下位1/2」
② 医療機関が少ない地域	
病院密度が下位15%または病床密度が下位15%	



※: 上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域を含む。

# 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価の経緯

中 医 協 総 - 2  
3 . 8 . 2 5

改定年度	改定内容
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とした</li> <li>※ 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く</li> <li>○ 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設</li> <li>○ チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設</li> </ul>
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の要件を緩和した評価を導入</li> <li>○ 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加えた</li> <li>○ チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和</li> </ul>
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、<u>利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に</u> <u>関する要件を見直し</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;対象地域に関する要件&gt; <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化※</li> <li>➢ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>○ 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加えた (特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く)</li> </ul> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※要件①かつ②</p> <p>①人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2</p> <p>②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%</p> </div>
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加(特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く)</li> <li>○ 医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和</li> <li>&lt;対象&gt; <ul style="list-style-type: none"> <li>○地域包括ケア入院医療管理料1～4    ○地域包括ケア病棟入院料1・3    ○精神疾患診療体制加算</li> <li>○精神科急性期医師配置加算    ○在宅療養支援診療所    ○在宅療養支援病院    ○在宅療養後方支援病院</li> </ul> </li> </ul>
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療資源の少ない地域について、<u>医師に係る要件を緩和(※)</u>するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した</li> <li>※ 「人口当たり医師数が下位1/3」→「人口当たり医師数が下位1/2」</li> <li>○ へき地医療拠点病院であれば要件を満たすこととしている項目について、医療資源の少ない地域に所在する医療機関についても対象とした</li> </ul>

# 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件緩和（概要）

中医協 総 - 2  
3 . 8 . 2 5

○ 医療資源の少ない地域(特定地域)においては、入院料の算定、人員配置基準、夜勤の要件、病床数の要件等が一部緩和されている。

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
A003 オンライン診療料	医療資源が少ない地域に属する保険医療機関において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行う場合について、オンライン診療料が算定可能。また、他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、当該他の保険医療機関内でオンライン診療を行うことが可能	算定の要件
A100 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A108 有床診療所入院基本料	入院基本料1～3の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
A207 医師事務補助体制加算	20対1から100対1までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）こととする	施設基準の要件
A226-2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A233-2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A246 入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の専従要件の緩和	人員配置
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上 <sup>※1</sup> 看護職員の最小必要数の4割以上 <sup>※2</sup> が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※1 特定地域以外では13対1以上 ※2 特定地域以外では7割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、240床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料1、2、3及び4、地域包括ケア病棟入院料1及び3）	人員配置 病床数
A317 特定一般病棟入院料	一般病棟が1病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 看護要員1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
A248 精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
A249 精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
B001 24 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

\*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。

（※）遠隔画像診断、処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。

注）下線部については、令和2年度診療報酬改定にて追加もしくは項目名が変更となったもの。



# 医療資源の少ない地域（令和2年度診療報酬改定）

中医協 総 - 2  
3 . 8 . 2 5

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町
青森県	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
	西北五地域	所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市及び住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村及び洋野町
秋田県	北秋田	北秋田市及び上小阿仁村
	大仙・仙北	大仙市、仙北市及び美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町及び東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町
	佐渡	佐渡市
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町
長野県	木曾	木曾郡
	大北	大町市及び北安曇野郡
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市及び白川町
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町及び豊根村
滋賀県	湖北	長浜市及び米原市
	湖西	高島市
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町及び飯南町
	大田	大田市及び邑智郡
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡
	奄美	奄美市、大島郡
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

# 医療資源の少ない地域の医療機関へのヒアリング調査結果①

中医協 診-1  
3.6.23

設問	医療機関の主な意見等
入退院支援の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専従の看護師と社会福祉士が不足している。</li> <li>・ 新型コロナウイルス感染症の影響で施設への訪問が難しい。</li> </ul>
地域連携の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問介護、訪問看護、各通所サービス等の施設と連携。</li> <li>・ 各地区連絡会への参加、退院前サービス調整会議、カンファレンスを実施。</li> <li>・ 連携会議は地域内で横連携・縦連携が可能であり有用。</li> <li>・ 病院や介護施設が少なく、退院支援等が長期化することもある。</li> </ul>
診療提供体制等の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 人員配置 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職員の職場定着率が低い。</li> <li>・ 医師や看護師、社会福祉士が確保しにくい。</li> <li>・ 当診療圏を希望する医師が少ない。</li> </ul> </li> <li>○ 研修 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ オンラインを用いた研修や講義を教育に活用している。</li> <li>・ オンラインを用いた研修により看護師等の勤務調整や移動の負担が軽減された。</li> </ul> </li> <li>○ ICT <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 近隣診療所の医師が高齢で電子カルテ等の共有が困難。</li> <li>・ 公立病院であるためICT導入には自治体と調整が必要。</li> <li>・ ICTを用いた圏域内でのカルテや画像情報、調整会議等の連携を実施している。</li> </ul> </li> </ul>

# 医療資源の少ない地域の医療機関へのヒアリング調査結果②

中医協 診-1  
3.6.23

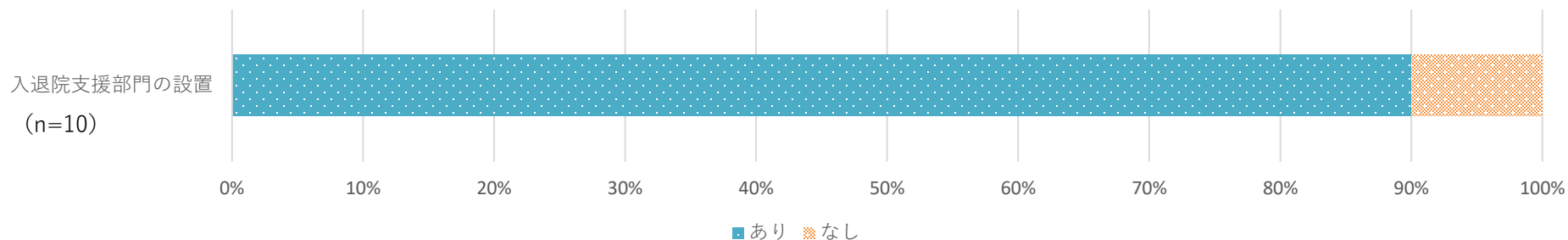
設問	医療機関の主な意見等
<p>医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医師事務作業補助体制加算                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人材の確保が困難。</li> <li>・ 医師事務作業補助者は医師の負担軽減につながっており不可欠。</li> </ul> </li> <li>○ 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の体制確保が困難。</li> </ul> </li> <li>○ 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の勤務環境など施設基準に該当しない項目がある。</li> </ul> </li> <li>○ 遠隔画像診断                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当医がいない。</li> <li>・ 環境整備が困難。</li> <li>・ 設備は導入したが、施設基準に該当しない項目(医師に係る要件)がある</li> <li>・ 日々の診療に欠かせないが、使用料などが高く遠隔診断加算で賄えない。</li> </ul> </li> <li>○ 保険医療機関間の連携による病理診断                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当医がいない。</li> </ul> </li> <li>○ 在宅療養支援病院について                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人員の確保、体制維持が困難。</li> <li>・ ニーズはあるものの、現状の医師数では、緊急時の往診等、十分な診療体制を確保することが困難</li> </ul> </li> <li>○ オンライン診療                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小児科では利用しているが、高齢者是对応できていない。</li> <li>・ 内科は予約診療を基本としているため、オンライン診療時間の確保が困難。</li> <li>・ 光回線などのインフラが整っていない。</li> </ul> </li> </ul>

設問	医療機関の主な意見等
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社会福祉士の人材確保が困難であるため、要件を緩和してほしい。</li> <li>・ 地域包括ケア病棟入院料について、理学療法士などの要件を専従から兼務可能に緩和してほしい。</li> <li>・ 医師事務作業補助者の確保のために賃金を上げたい。現在の加算点数では足りない。</li> <li>・ 病院ごとにシステムが違うことや、各地域でネットワーク環境が違うなど、方々の病院と連携が求められる当院では病院ごとに対応を変える必要がある。国で統一したICTの整備を行われることを期待する。</li> <li>・ ネットワークの環境や構築は、行政が主体で進めてほしい。</li> <li>・ 医師の少ない地域としては、数回の訪問診療実施後は研修医と看護師のみで訪問診療できるようなルールになってほしい。</li> </ul>

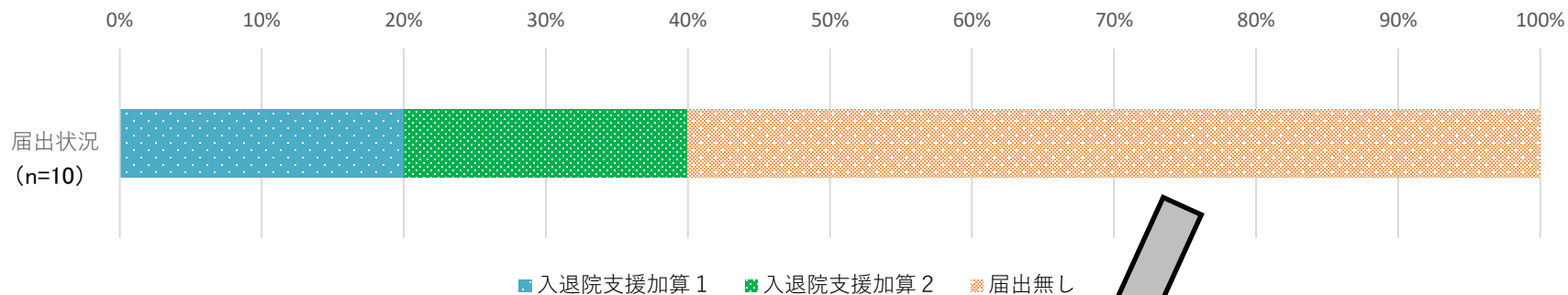
# 入退院支援加算について

○ 入退院支援部門は9割の医療機関が設置していたが、入退院支援加算は4割の医療機関しか届けていなかった。

入退院支援部門の設置有無

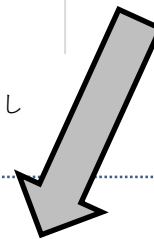


入退院支援加算の届出状況



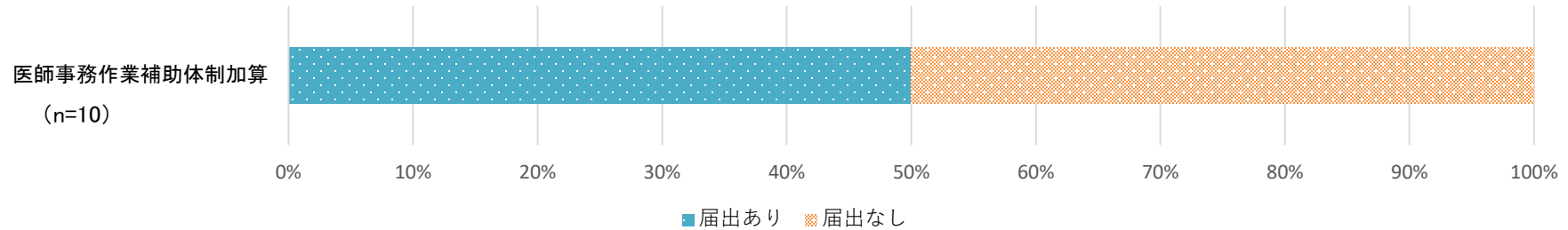
## □ 入退院支援加算の届出が困難な理由

- ・ 専従の看護師を配置することが出来ない
- ・ 入退院支援部門としての設置が困難
- ・ 社会福祉士の人員不足
- ・ 年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行うことが、人力的に困難



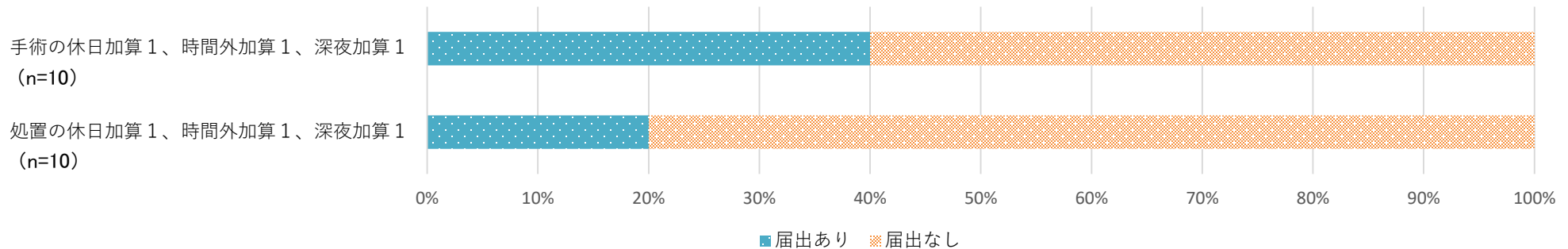
# 医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について

○ 各施設基準の届出状況等は以下のとおりであった。



## □ 医師事務作業補助体制加算の届出が困難な理由(例)

- 医師の業務負担を軽減するために、他の業種の負担が増える。
- 事務員も1人しかおらず、人材不足であり実現できない。募集をかけてもフルタイムで働ける人材の応募がない。
- 要件上加算は取っていないが、医師事務補助を担う職員がいる。

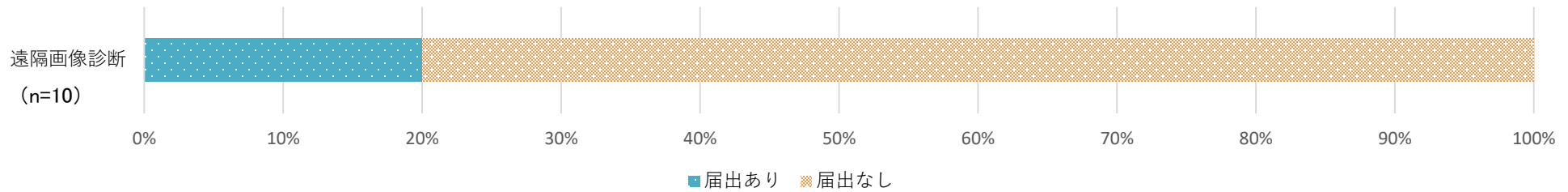


## □ 休日加算等の届出が困難な理由(例)

- 医師の勤務体制の確保が難しい。
- 外科医が1名であり、緊急時対応が困難なため基本は搬送で対応するため。
- 休日夜間は自院かかりつけ患者のみ受け入れているため。
- 手術症例については、搬送対応しており施設基準を満たすことができない
- 所定点数が1,000点以上の処置が少ない。

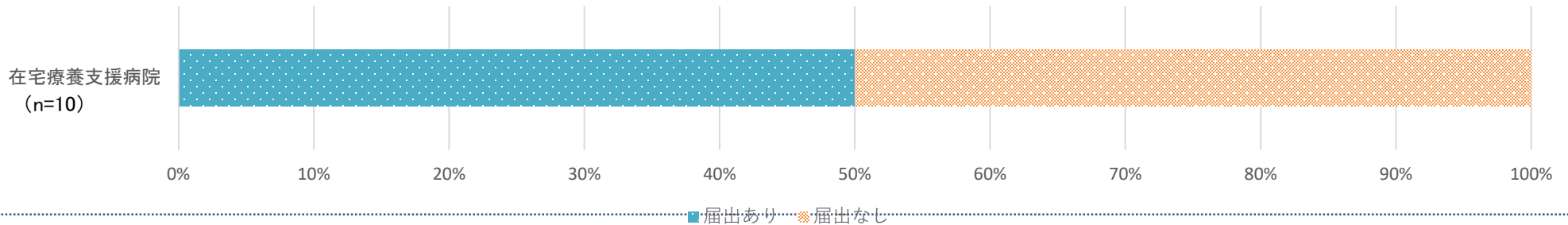
# 医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について

○ 各施設基準の届出状況等は以下のとおりであった。



## □ 遠隔画像診断の届出が困難な理由(例)

- 担当医がいないため。
- 医師の勤務環境が満たせないため

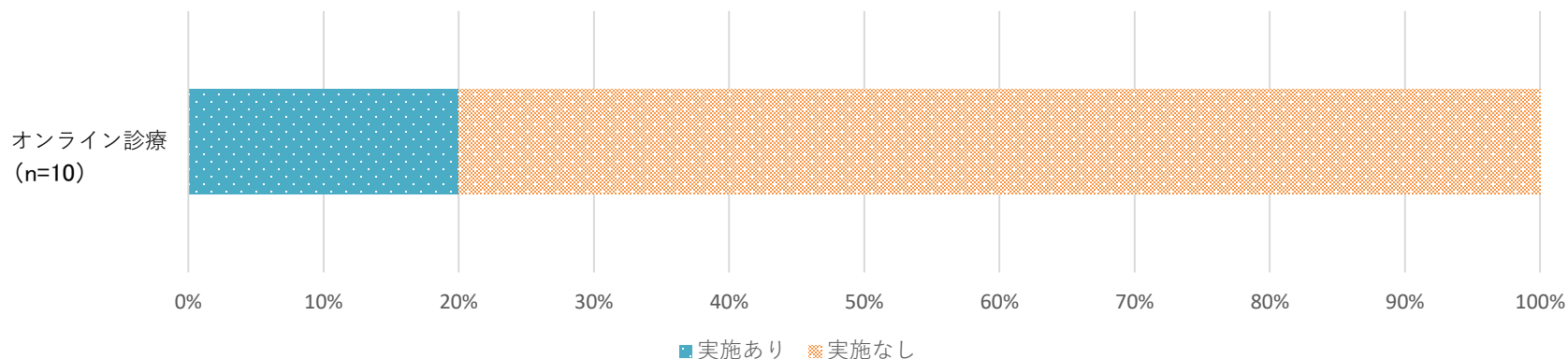


## □ 在宅療養支援病院の届出が困難な理由(例)

- 人員の確保が困難
- 医師不足により訪問診療ができないため。
- 訪問診療ができるような環境にないため。
- 現状の医師数では、緊急時の往診等、十分な診療体制を確保することが困難なため。
- 必要な患者に対し月1~2回訪問診療を実施しているが、現状以上の訪問診療は常勤医師の確保ができないと困難なため。
- 地理的にも1件あたりに時間を要するため。
- 地域のニーズもあり、当院の役割としても訪問診療の必要性を感じているが実現できない状況であるため。

# 医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について

○ オンライン診療の実施状況等は以下のとおりであった。



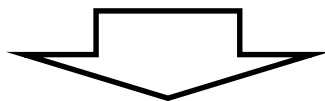
## □ オンライン診療の実施が困難な理由(例)

- 地域の光回線の整備が不十分なため。
- 島内のインフラの整備が整っていないため。
- 高齢者ばかりですでに訪問診療および訪問看護の介入症例が多く、オンライン診療を必要とする状況にないため。
- 高齢化率40%であり、携帯電話への番号登録もおぼつかない状況であり、オンライン診療を進めるには難しい現状があるため。
- 外来患者の多くが「リハビリ」か「訪問診療」であり、必要性が高くないため。
- スマホ、タブレットの使用も検討し、試しましたが高齢者が多い為、端末操作に対応できず難しいことがわかったため。



# 医療資源の少ない地域に関する現状・課題と論点

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないこと等に着目し、施設基準を一定程度緩和した上でそれに見合った評価を設定する、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めるなど、その特性に配慮した評価を行っている。
- 令和2年度診療報酬改定においては、医療資源の少ない地域について、医師に係る要件を緩和するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直した。
- 医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目については、届出等が困難な理由として、「人材の確保が困難」等の意見があった。



## 【論点】

- 医療資源の少ない地域について、これまでの診療報酬改定における考え方を踏まえつつ、その特性に配慮した評価のあり方をどのように考えるか。