中央社会保険医療協議会 総会 (第570回) 議事次第

令和5年12月6日(水) 薬価専門部会終了後~

議題

- ○個別事項(その11)について
- 〇入院(その6)について
- ○感染症対応について(その2)

中医協 総一 1 5 . 1 2 . 6

個別事項(その11)

救急医療について

〇救急医療について

- 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

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>

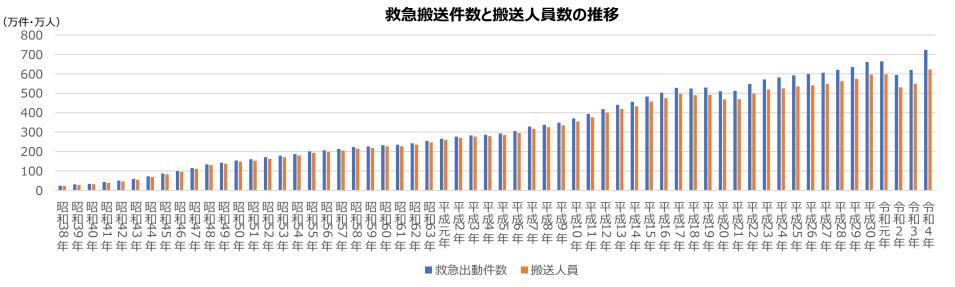
- 急性期一般入院料においても 65 歳以上の患者が相当数を占めており、また、要介護の患者やADLの低い患者が それなりに入っている一方で、リハビリ専門職は回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に多く配置され ているため、救急医療機関からの必要な下り搬送を推進するとともに、急性期の高齢者を早期のリハビリが可能な地 域包括ケア病棟等で受け止めることが望ましいのではないか。
- 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が 13 対 1 であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
- 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。

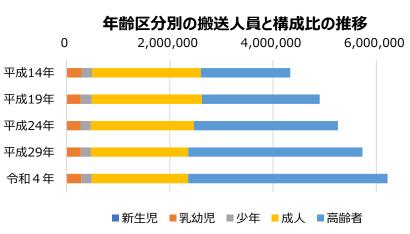
<入院・外来医療等の調査・評価分科会(検討結果とりまとめ)>

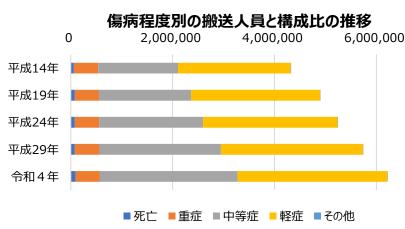
〇 高齢者等に対する急性期医療への対応においては、まずは診断をつけることが重要である場合があることや、三次 救急医療機関は高度な医療に集中すべきであることから、救急医療機関で初期対応を行った後の転院搬送について評 価するとともに、地域包括ケア病棟等によるこうした転院搬送の患者の受入についても評価すべきではないか。

救急出動件数及び搬送人員数の推移

- 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。







死亡:初診時において死亡が 確認されたもの

重症:傷病程度が3週間以 上の入院加療を必要とするもの

中等症:傷病程度が重症また は軽症以外のもの

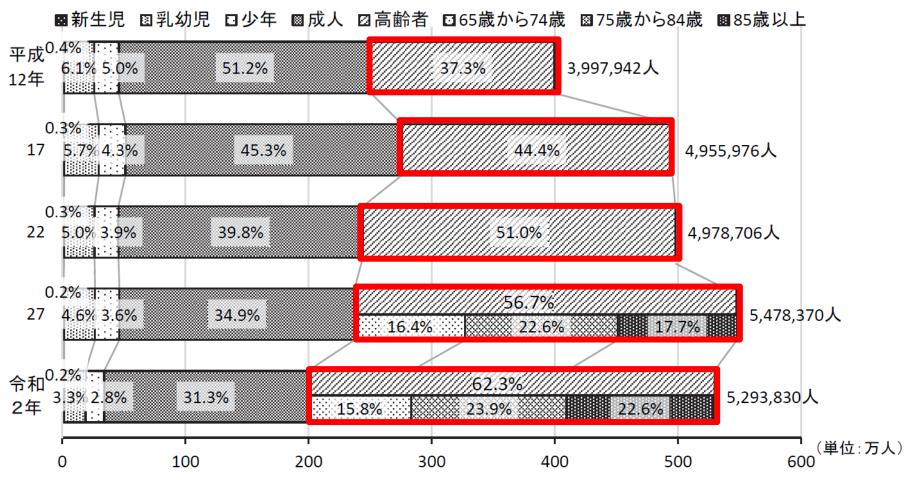
軽症:傷病程度が入院加療

を必要としないもの その他:医師の診断がないもの

及び傷病程度が判明しないも の、もしくはその他の場所に搬 送したもの

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。

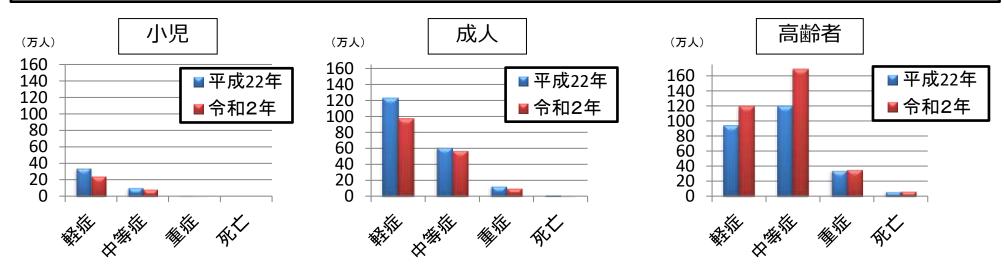


- 1 割合の算出に当たっては、端数処理(四捨五入)のため、割合・構成比の合計は100%にならない 場合がある。
- 2 東日本大震災の影響により、平成22年は陸前高田市消防本部のデータを除いた数値で集計している。

令和4年7月27日

資料

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

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

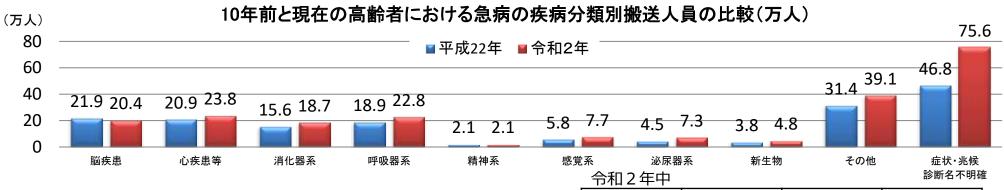
令和2年中

17 18 -	. 		
	小児	成人	高齢者
	(18歳未満)	(18歳~64歳)	(65歳以上)
	0.06万人	1. 2万人	6. 5万人
死亡	0.03万人减	O. 4万人減	0. 6万人増
	▲33%	▲ 25%	10%
	0. 7万人	9. 7万人	35. 3万人
重症	0.4万人減	3.0万人減	1. 3万人増
	▲ 36%	▲ 24%	4%
	8. 8万人	57. 0万人	168. 5万人
中等症	1. 4万人減	4. 2 万人減	48.7万人増
	▲ 14%	▲ 7%	41%
	24. 4万人	97. 4万人	119. 4万人
軽傷	10.3万人減	25. 4万人減	25. 5万人増
	▲30%	▲21%	27%
	1835.9万人	7176.0万人	3602.7万人
総人口	213.7万人減	631.7万人減	654.3万人
	▲10%	▲ 8%	22%

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 1 1 回 第 8 次 医 療 計 画 <u>等 に 関 す る 検 討 会</u> 令 和 4 年 7 月 2 7 日 資料 1

〇 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	8.2万人	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



<u> </u>			
	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.3万人	5.7万人	20.4万人
	(0.3万人減)	(2.5万人減)	(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	11.3万人	18.7万人
	(0.6万人減)	(3.9万人減)	(3.1万人増)
呼吸器系	1.5万人	5.5万人	22.8万人
	(1.0万人減)	(0.8万人減)	(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	6.0万人	7.7万人
	(0.5万人減)	(0.2万人減)	(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	19.5万人	39.2万人
	(1.3万人減)	(3.6万人減)	(7.8万人増)
症状·徴候	8.7万人	37.8万人	75.6万人
診断名不明確	(1.2万人減)	(7.0万人増)	(28.8万人増)
総人口	1835.9万人	7176.0万人	3602.7万人
	(213.7万人減)	(631.7万人減)	(654.3万人増)

資料 1

(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(令和2年4月13日付医政指発0331第3号)抜粋) (救急医療対策事業実施要綱(平成31年4月18日付一部改正医政発0418第16号)抜粋)

救命救急医療 (第三次救急医療)





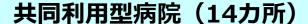
令和4年6月1日現在

ドクターヘリ(56カ所)

令和4年4月18日現在

入院を要する救急医療(第二次救急医療)

病院群輪番制(398地区、2,723力所)



令和2年4月1日現在(令和2年度救急現況調査より)

初期救急医療

在宅当番医制(607地区)

休日夜間急患センター(551カ所)

令和2年4月1日現在(令和2年度救急現況調査より)

○重症及び複数の診療科領域にわたる全ての <u>重篤な救急患者を24時間体制</u>で受け入れ るもの。

高度救命救急センターは、救命救急センターに収容される患者のうち、特に広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者を受け入れるもの。

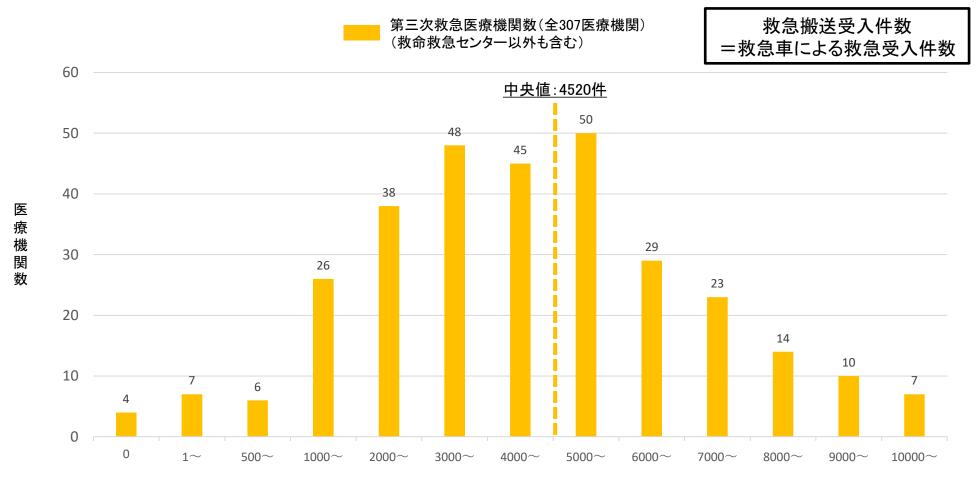
- ○二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、 当番制により、休日及び夜間において、<u>入</u> 院治療を必要とする重症の救急患者を受け 入れるもの。
- ○二次医療圏単位で、<u>拠点となる病院が一部を開放</u>し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における<u>入院治療を必要とする重症救</u>急患者を受け入れるもの。
- ○郡市医師会ごとに、複数の医師が<u>在宅当番</u> 医制により、休日及び夜間において、<u>比較</u> <u>的軽症の救急患者</u>を受け入れるもの。
- ○<u>地方自治体が整備する急患センター</u>にて、 休日及び夜間において、<u>比較的軽症の救急患</u> 者を受け入れるもの。



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)

- 〇 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。
- 〇 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。



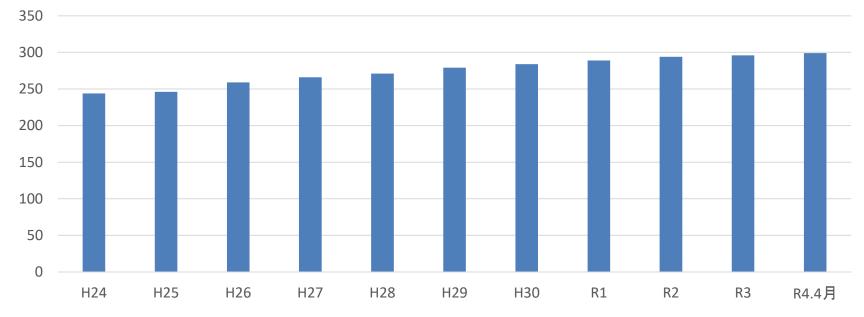
救急搬送受け入れ件数

(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

- 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。

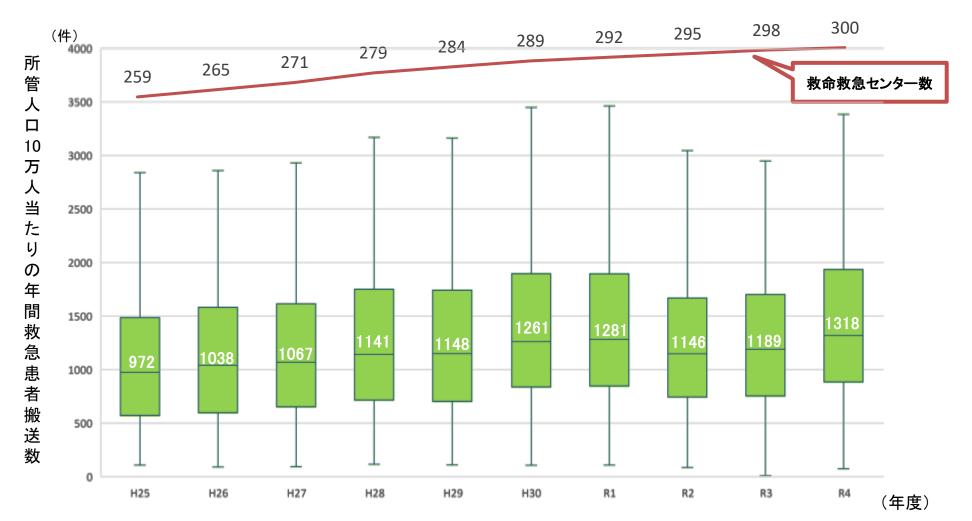


■救命救急センター数

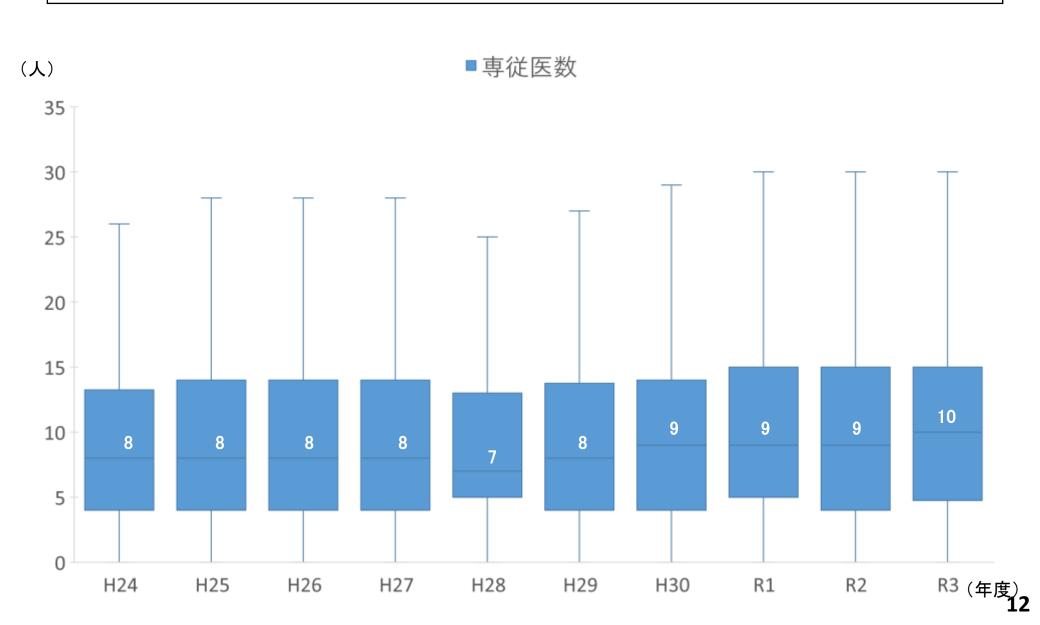
	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4.4月
救命救急センター数	244	246	259	266	271	279	284	289	294	296	299
(うち高度救命救急センター数)	(27)	(28)	(29)	(32)	(34)	(36)	(38)	(42)	(43)	(45)	(46)

救命救急センター1施設当たり、所管人口10万人当たりの年間救急搬送件数の推移

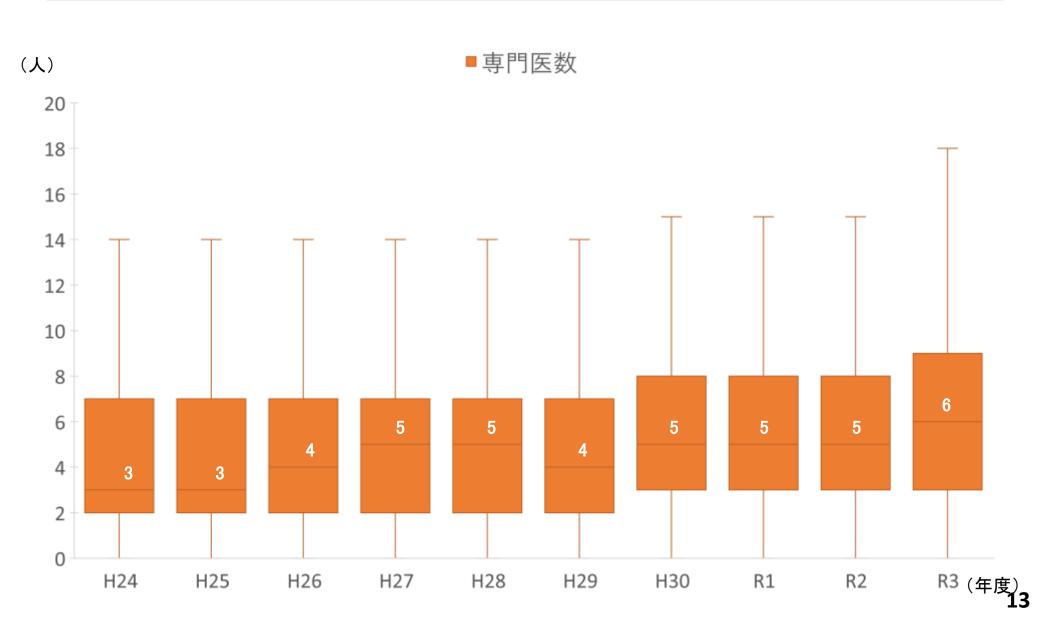
○ 救命救急センター数が増加している中においても、救命救急センター1施設当たり、所管人口 10万人当たりの年間救急搬送件数の中央値は増加している傾向がある。



〇 救命救急センター1施設当たりの専従医数の中央値は増加している傾向がある。



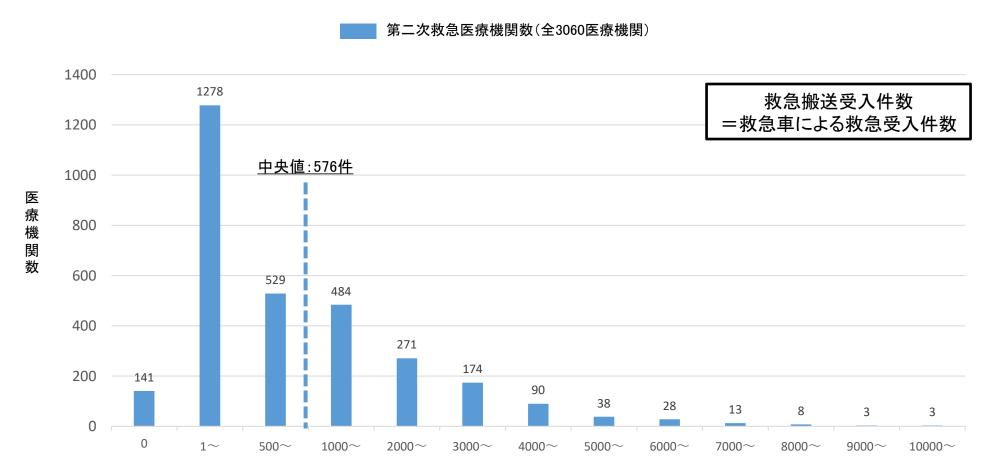
○ 救命救急センター1施設当たり専門医数の中央値は増加している傾向がある。



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。



救急搬送受け入れ件数

(出典)令和2年度病床機能報告

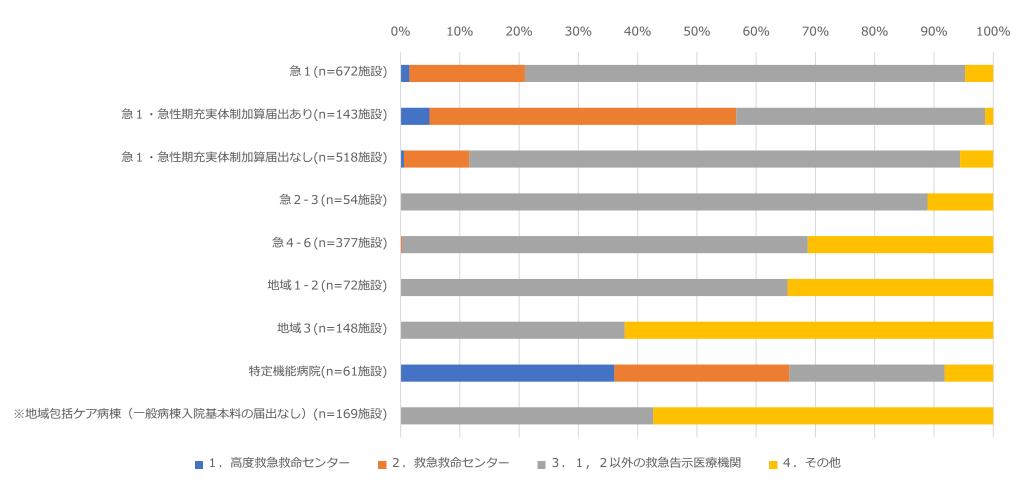
※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。

入院料ごとの救急医療の提供体制

診調組 入一5 5 . 1 O . 5

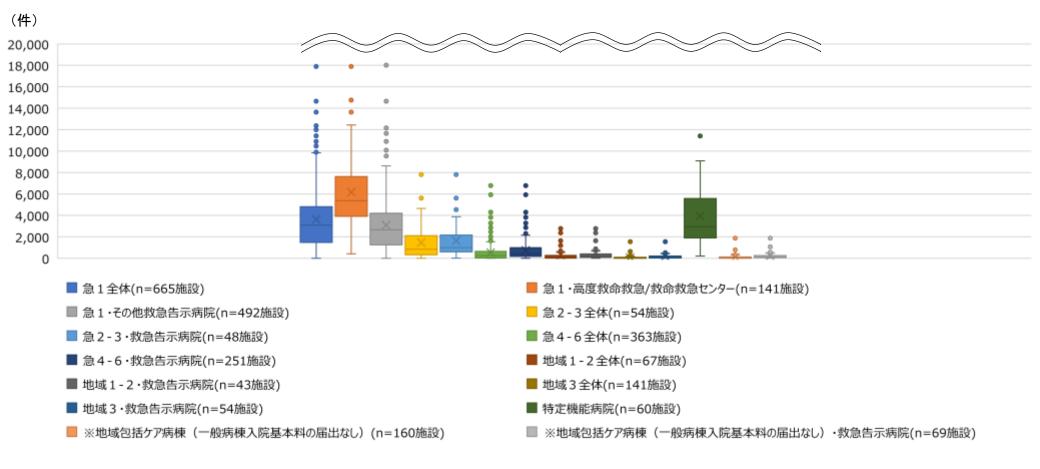
○ 届出を行っている一般病棟入院基本料の種別ごとの救急医療の提供体制は以下のとおり。

届出を行っている一般病棟入院基本料の種別ごとの救急医療の提供体制 (令和5年6月1日時点)



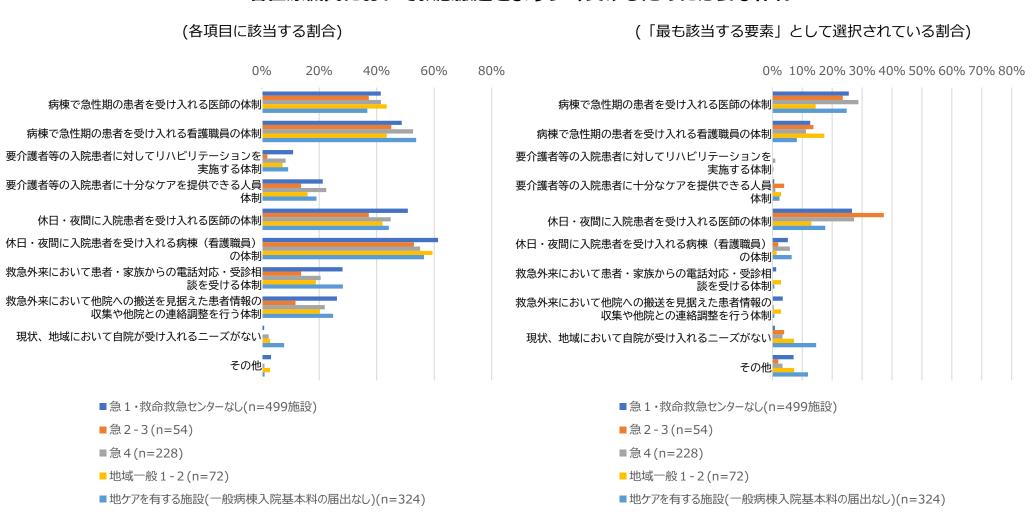
○ 入院料及び救急医療の提供体制別の令和4年度における救急搬送受入件数は以下のとおりであり、急性期一般入院 料1以外では、救急告示病院であっても受入件数が少なかった。

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)



○ 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。

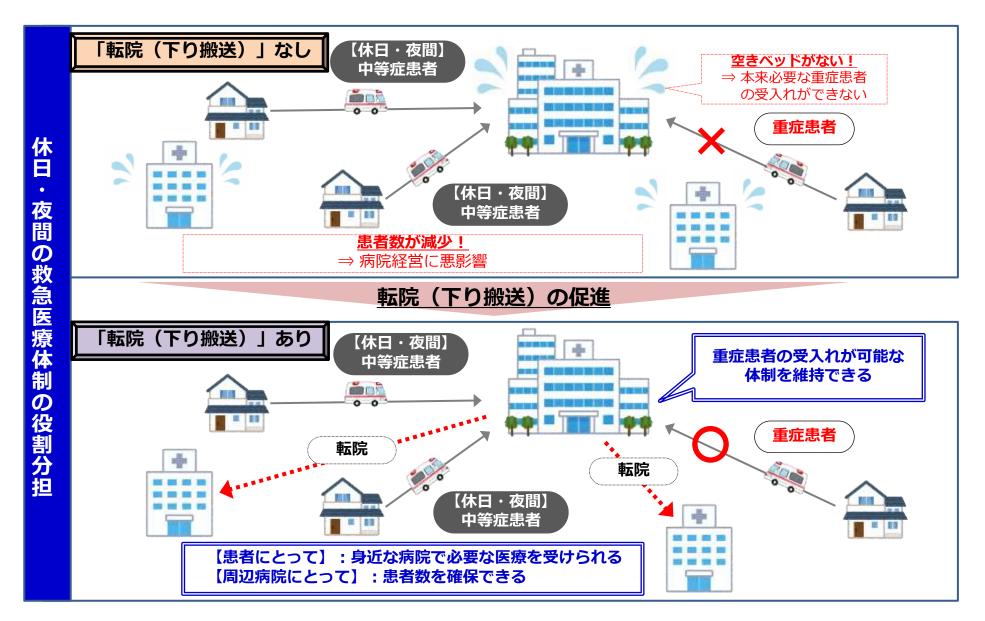
各医療機関において救急搬送をより多く受けるために必要な体制



転院(下り搬送)による救急医療体制の役割分担(イメージ)

第2回地域医療構想及び医師確保計画に 関するワーキンググループ(令和3年12月 3日)新潟県提出資料(一部改変)

〇 入院治療の機能分化及び受入体制の確保のため、高次の医療機関からの転院搬送の促進の必要性が指摘されている。



① 高齢者の増加により、高 齢者の救急患者・救急搬 送、特に軽症・中等症の 患者が増加する。





病院前救護活動



② 一部受入が少ない医療機関があり、患者の増加に伴い、三次も軽症患者を診療せざるをえず、重症患者の診療に支障を来す可能性がある。

- 初期救急医療



在宅当番医制(607地区) 休日夜間急患センター(551カ所)

第二次救急医療



病院群輪番制(398地区、2,723力所) 共同利用型病院(14力所)

第三次救急医療



救命救急センター(299カ所) (うち、高度救命救急センター(46カ所))

救命後医療



退院・在宅・後方病院その他

③ 単身の高齢者や要介護者の 増加により、退院先が決まら ずに下り搬送や退院が滞るこ とで「出口問題」が発生する。

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

	人に切口にひりまた例	不一人は心	以己怕ソ	「 扨保!~八!	近 ,	9 01	5歳以上の恵者において件数の多い	、	烟石	
順位	傷病名		75歳以上症例に 占める割合(上 位からの累積)	全症例のうち75 歳以上である割 合		順位	傷病名	ᅡᄊᄀᆀᄉ	75歳以上症例に 占める割合(上 位からの累積)	全症例のうち75 歳以上である割 合
-	全疾患	100%	100%	43.4%		26	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	0.8%	37.7%	43.8%
1	コロナウイルス感染症2019,ウイルスが同	3.9%	3.9%	54.8%		27	心不全,詳細不明	0.7%	38.5%	87.0%
_	定されたもの					28	胆管炎を伴う胆管結石	0.7%		
2	食物及び吐物による肺臓炎	3.3%				29	直腸の悪性新生物<腫瘍>	0.6%	39.8%	31.4%
3	うっ血性心不全	3.1%				30	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴	0.6%	40.5%	72.6%
4	老人性初発白内障 大腸 <結腸> のポリープ	2.1% 1.8%				31	わないもの 胸椎骨折 閉鎖性	0.6%		
6	大腿骨頚部骨折、閉鎖性	1.6%				32	間に同か 同の悪性新生物 < 腫瘍 > , 胃体部	0.6%		
7	大阪月現中月初 闭鎖性 転子貫通骨折 閉鎖性	1.6%					·			
8	成路感染症, 部位不明 尿路感染症, 部位不明	1.5%				33	胆管炎及び胆のう炎を伴わない胆管結石	0.6%	42.3%	57.7%
9	老人性核白内障	1.5%				34	胆管炎	0.6%	42.9%	63.4%
10	肺炎,詳細不明	1.5%				35	筋の消耗及び萎縮,他に分類されないもの 部	0.6%	43.5%	84.5%
11	腰椎骨折 閉鎖性	1.3%				36	位不明 その他の脳梗塞	0.5%		
12	前立腺の悪性新生物<腫瘍>	1.3%				36 37	その他の脳梗塞 結腸の悪性新生物 <腫瘍> , 上行結腸	0.5%		
13	その他の型の狭心症	1.2%					·			
14	脳動脈の血栓症による脳梗塞	1.2%				38	結腸の悪性新生物 <腫瘍> , S状結腸	0.5%	45.1%	36.3%
15	体液量減少(症)	1.1%	28.0%			39	膵の悪性新生物<腫瘍>,膵頭部	0.5%	45.6%	42.6%
16	気管支及び肺の悪性新生物 <腫瘍>, 上葉, 気	1.1%	29.1%	39.0%		40	大動脈弁狭窄(症)	0.5%	46.1%	82.0%
17	管支又は肺 慢性腎臓病, ステージ 5	1.1%				41	(四) 肢の動脈のアテローム <粥状硬化(症) 壊疽なし	0.5%	46.6%	55.1%
18	登住日臓内, スケーン 3 脊柱管狭窄(症) 腰部	1.0%				42	狭心症,詳細不明	0.5%	47.1%	45.6%
19	急性尿細管間質性腎炎	0.9%				43	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫	0.5%	47.5%	46.4%
	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>,下葉,気					44	(大脳) 半球の脳内出血, 皮質下	0.5%	48.0%	47.6%
20	管支又は肺	0.9%	33.0%	43.0%		45	肺線維症を伴うその他の間質性肺疾患	0.5%	48.4%	61.9%
21	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	0.9%				46	心停止, 詳細不明	0.4%	48.9%	67.8%
22	その他の原発性膝関節症	0.8%				47	急性胆のうく嚢>炎	0.4%		
23	細菌性肺炎,詳細不明	0.8%	35.5%	67.5%		4/				
24	ー側性又は患側不明の鼠径ヘル二ア, 閉塞及び 壊疽を伴わないもの	0.8%	36.2%	37.8%		48	橈骨遠位端骨折 閉鎖性	0.4%		
25	肝及び肝内胆管の悪性新生物 <腫瘍>, 肝細胞	0.8%	37.0%	52.8%		49	四肢のその他の部位の蜂巣炎〈蜂窩織炎〉	0.4%		
	癌	0.070	37.070	52.070		50	敗血症,詳細不明	0.4%	50.6%	66.6%

[※] 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、脳卒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3を算定する病床

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 入一1 5 . 8 . 1 0

○ 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

コロナウイルス原染能さ 20 1 9、ウイルスが同定されたもの	- と	ラリ カスノトドルサー					
大田・						75歳以上で多	75歳以上症例に
全疾患・全疾部	傷病名						
全疾患・75歳以上。 2,762 2,33 1.34 1.73 - 100.09 125 101-70・1/1.05 25 1.35 1.12 0.90 1.25 1.35 1.39 1.12 0.90 1.25 1.35 1.39 1.39 1.39 1.39 1.39 1.39 1.39 1.39						,	Подоры
コロナライルス原染性で 2019、	(全疾患·全年齢)						-
台勢及が生物による制硬と	全疾患·75歳以上	2,762	2.33	1.34			100.0%
記動脈の神栓疫性による脳梗塞	コロナウイルス感染症2019,ウイルスが同定されたもの	2,334	1.12	0.90	1.25	1	3.9%
勝の消耗及び機械、他に分類されないもの 部位不明 1,167 1,36 1,08 1,24 35 0,69 性後 2 1,36 1,08 1,26 10 1,59 性核 定量 2 1,08 1,26 10 1,59 性核 定量 2 1,08 1,26 11 1,59 1,26 15 1,19 1,26 15 1,19 1,26 15 1,19 1,26 15 1,19 1,26 15 1,19 1,27 1,40 1,13 1,24 23 0,89 1,26 1,25 1,25 1,25 1,25 1,25 1,25 1,25 1,25	食物及び吐物による肺臓炎	1,026	1.24	1.02	1.21	. 2	3.3%
請決 詳細不明	脳動脈の血栓症による脳梗塞	1,208	1.33	1.06	1.26	14	1.2%
株地震湖少(館) 1.26	筋の消耗及び萎縮,他に分類されないもの 部位不明	674	1.34	1.08	1.24	. 35	0.6%
開始性時後、詳細不明	肺炎,詳細不明	1,160	1.36	1.08	1.26	10	1.5%
野路舎東住 部位不明	体液量減少(症)	868	1.38	1.09	1.26	15	1.1%
野路舎東住 部位不明	細菌性肺炎,詳細不明	1,177	1.40	1.13	1.24	23	0.8%
慢性腎臓病、ステージ5 2,320		957	1.40	1.12	1.26	8	1.5%
慢性腎臓病、ステージ5 2,320	大腸<結腸>のポリープ	3,223	1.42	1.05			1.8%
急性原細管間質性腎炎			1.45	1.13	1.28	17	1.0%
その他の原発性勝関的症 5,327 1.52 1.31 1.16 22 0.89 転子貫通骨折 閉鎖性 2,886 1.66 1.30 1.27 7 1.69 1.69 1.30 1.27 7 1.69 1.69 1.30 1.27 7 1.69 1.69 1.30 1.27 7 1.69 1.69 1.30 1.27 7 1.69 1.69 1.30 1.27 7 1.69 1.69 1.30 1.27 7 1.69 1.69 1.30 1.27 7 1.69 1.69 1.30 1.27 7 1.69 1.69 1.30 1.27 7 1.69 1.69 1.30 1.27 7 1.69 1.69 1.30 1.26 6 1.69 1.69 1.30 1.26 6 1.69 1.69 1.30 1.26 6 1.69 1.69 1.30 1.26 1.68 1.33 1.26 6 0.89 1.68 1.37 1.36 1.34 38 0.59 1.80 1.37 1.36 1.34 38 0.59 1.80 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.36 1.37 1.37 1.38 1.37 1.38 1.38 1.38 1.38 1.38 1.38 1.38 1.38		· ·					
転子貫通骨折 閉鎖性 3,3 1.26 6 1.30 1.27 7 1.69 大脳骨類目骨所 閉鎖性 3,3 850 1.68 1.33 1.26 6 1.69 5 1.70 1.18 1.44 26 0.89 5 1.70 1.18 1.44 26 0.89 6 2.70 0.00 0.89 位 1.75 1.41 1.24 36 0.59 6 1.68 1.33 1.36 1.34 38 0.59 6 1.68 1.37 1.36 1.34 38 0.59 6 1.68 1.37 1.36 1.34 38 0.59 6 1.68 1.37 1.36 1.34 38 0.59 6 1.68 1.37 1.36 1.34 38 0.59 6 1.68 1.37 1.36 1.34 38 0.59 6 1.68 1.37 1.36 1.34 38 0.59 6 1.68 1.37 1.36 1.34 1.36 1.34 1.36 1.34 1.36 1.34 1.36 1.34 1.36 1.34 1.36 1.39 1.36 1.39 1.39 1.39 1.39 1.39 1.39 1.39 1.39							
大腿骨頚部骨折 閉鎖性 3,850 1.68 1.33 1.26 6 1.69	転子貫通骨折 閉鎖性				1.27	7	1.6%
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患 1,695 1.70 1.18 1.44 26 0.89 その他の脳梗塞 1,091 1.75 1.41 1.24 36 0.59 検柱管狭窄(症) 腰部 3,529 1.83 1.36 1.34 38 0.59 検柱管狭窄(症) 腰部 4,845 1.86 1.37 1.36 18 1.09 つって生た不全 1,447 1.87 1.19 1.57 3 3.19 いって生、詳細不明 1,420 1.95 1.17 1.67 27 0.79 脳動脈の悪性折生物〈腫瘍〉、	大腿骨頚部骨折 閉鎖性	· ·	1.68	1.33	1.26	6	1.6%
その他の脳梗塞 1,091 1.75 1.41 1.24 36 0.59 結腸の悪性新生物 (腫瘍) , S 状結腸 3,529 1.83 1.36 1.34 38 0.59 育柱管狭窄 (症) 腰部 4,845 1.86 1.37 1.36 1.8 1.09 うっ血性心不全 1,447 1.87 1.19 1.57 3 3.19 心不全, 詳細不明 1,420 1.95 1.17 1.67 27 0.79 脳動脈の塞栓症による脳梗塞 1,486 2.12 1.57 1.35 21 0.99 前立腺の悪性新生物 (腫瘍) 4,846 2.12 1.57 1.35 21 0.99 前立腺の悪性新生物 (腫瘍) 4,846 2.12 1.57 1.35 21 0.99 前立腺の悪性新生物 (腫瘍) 4,987 2.22 1.55 1.44 30 0.69 直腸の悪性新生物 (腫瘍) 4,508 2.42 1.89 1.28 29 0.69 阻管炎 2,175 2.60 1.61 1.61 34 0.69 服性所生物 (腫瘍) 4,754 2.63 1.59 1.66 11 1.33 40 0.69 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.35 41 1.3							
結腸の悪性新生物 < 腫瘍 > , S状結腸							
脊柱管狭窄 (症) 腰部 4,845 1.86 1.37 1.36 18 1.09 うっ血性心不全 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% 膨動脈の塞栓症による脳梗塞 1,486 2.12 1.57 1.35 21 0.9% 前立腺の悪性新生物 1,486 2.12 1.57 1.35 21 0.9% が傷性硬膜下出血 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% 直腸の悪性新生物 2,175 2.60 1.61 1.61 3.4 0.6% 腰椎骨折 閉鎖性 1,754 2.63 1.59 1.66 11 1.3% 結腸の悪性新生物 4,845 3,631 2.67 2.00 1.33 37 0.5% 脚管炎を伴う胆管結石 3,631 2.67 2.00 1.33 37 0.5% 胆管炎及び胆色炎を伴うれない胆管結石 3,832 2.81 2.08 1.36 24 0.8% 胆管炎及び胆白炎炎を伴わない胆管結石 3,832 2.88 1.95 1.47 33 0.6% <t< td=""><td>結腸の悪性新生物<腫瘍>,S状結腸</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></t<>	結腸の悪性新生物<腫瘍>,S状結腸						
うつ血性心不全1,4471.871.191.5733.19心不全,詳細不明1,4201.951.171.67270.7%脳動脈の塞栓症による脳梗塞1,4862.121.571.35210.9%前立腺の悪性新生物<腫瘍>>3,3792.171.251.74121.3%外傷性梗膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの1,9872.221.551.44300.6%直腸の悪性新生物<腫瘍>3,5082.421.891.28290.6%腰椎骨折 閉鎖性1,7542.631.591.66111.3%結腸の悪性新生物<<							
心不全,詳細不明 1,420 1.95 1.17 1.67 27 0.7% 脳動脈の塞栓症による脳梗塞 1,486 2.12 1.57 1.35 21 0.9% 前立腺の悪性新生物 <腫瘍 > 3,379 2.17 1.25 1.74 12 1.3% 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% 阻害		· ·					
脳動脈の塞栓症による脳梗塞 1,486 2.12 1.57 1.35 21 0.9% 前立腺の悪性新生物 <腫瘍 > 3,379 2.17 1.25 1.74 12 1.3% 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% 直腸の悪性新生物 <腫瘍 > 3,508 2.42 1.89 1.28 29 0.6% 2,175 2.60 1.61 1.61 34 0.6% 腰椎骨折 閉鎖性 1,754 2.63 1.59 1.66 11 1.3% 4.5% 4.5% 4.5% 4.5% 4.5% 4.5% 4.5% 4.5							
前立腺の悪性新生物 < 腫瘍 > 3,379	·	· ·					
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% 直腸の悪性新生物 <腫瘍 > 3,508 2.42 1.89 1.28 29 0.6% 脛椎骨折 閉鎖性 1,754 2.63 1.59 1.66 11 1.39 結腸の悪性新生物 <腫瘍 > 1,267 2.00 1.33 37 0.5% 経験の悪性新生物 <腫瘍 > 1,267 2.00 1.33 37 0.5% 経験の悪性新生物 < 1,754 2.63 1.59 1.66 11 1.39 は 1							
直腸の悪性新生物 < 腫瘍 > 3,508 2.42 1.89 1.28 29 0.69 胆管炎 2,175 2.60 1.61 1.61 34 0.69 腰椎骨折 閉鎖性 1,754 2.63 1.59 1.66 11 1.39 結腸の悪性新生物 < 腫瘍 > ,上行結腸 3,631 2.67 2.00 1.33 37 0.59 胆管炎を伴う胆管結石 3,140 2.73 1.90 1.44 28 0.79 一側性又は患側不明のそけい < 鼠径 > ヘルニア,閉塞及びえ < 壊 > 疽を伴わないもの 5,888 2.81 2.08 1.36 24 0.89 胆管炎及び胆のう < 嚢 > 炎を伴わない胆管結石 3,832 2.88 1.95 1.47 33 0.69 順椎骨折 閉鎖性 2,037 3.02 1.62 1.86 31 0.69 気管支及び肺の悪性新生物 < 腫瘍 > ,下葉,気管支又は肺 3,145 3.33 2.18 1.53 20 0.99 気管支及び肺の悪性新生物 < 腫瘍 > ,上葉,気管支又は肺 3,317 3.67 2.46 1.49 16 1.19 膵の悪性新生物 < 腫瘍 > ,上葉,気管支又は肺 3,317 3.67 2.46 1.49 16 1.19 膵の悪性新生物 < 種瘍 > ,上葉,気管支又は肺 4.90 5.90 5.90 5.90 5.90 5.90 5.90 5.90 5							
胆管炎 2,175 2.60 1.61 1.61 34 0.6% 腰椎骨折 閉鎖性 1,754 2.63 1.59 1.66 11 1.3% 結腸の悪性新生物 <腫瘍>,上行結腸 3,631 2.67 2.00 1.33 37 0.5% 担管炎を伴う胆管結石 3,440 2.73 1.90 1.44 28 0.7% 一側性又は患側不明のそけい <鼠径 > ヘルニア,閉塞及びえ <壊>疽を伴わないもの 5,888 2.81 2.08 1.36 24 0.8% 胆管炎及び胆のう <嚢 > 炎を伴わない胆管結石 3,832 2.88 1.95 1.47 33 0.6% 気管支及び肺の悪性新生物 <腫瘍 > ,下葉,気管支又は肺 3,145 3.3 2.18 1.53 20 0.9% 気管支及び肺の悪性新生物 <腫瘍 > ,下葉,気管支又は肺 3,317 3.67 2.46 1.49 16 1.1% 膵の悪性新生物 <腫瘍 > ,上葉,気管支又は肺 3,317 3.67 2.46 1.49 16 1.1% 膵の悪性新生物 <腫瘍 > , 肿頭部							
腰椎骨折 閉鎖性 1,754 2.63 1.59 1.66 11 1.3% 結腸の悪性新生物 <腫瘍 > , 上行結腸 3,631 2.67 2.00 1.33 37 0.5% 胆管炎を伴う胆管結石 3,140 2.73 1.90 1.44 28 0.7% 一側性又は患側不明のそけい < 鼠径 > ヘルニア,閉塞及びえ < 壊 > 疽を伴わないもの 5,888 2.81 2.08 1.36 24 0.8% 胆管炎及び胆のう < 嚢 > 炎を伴わない胆管結石 3,832 2.88 1.95 1.47 33 0.6% 胸椎骨折 閉鎖性 2,037 3.02 1.62 1.86 31 0.6% 気管支及び肺の悪性新生物 < 腫瘍 > , 下葉,気管支又は肺 3,145 3.33 2.18 1.53 20 0.9% 気管支及び肺の悪性新生物 < 腫瘍 > , 上葉,気管支又は肺 3,317 3.67 2.46 1.49 16 1.1% 膵の悪性新生物 < 腫瘍 > , 膵頭部 2,624 3.80 2.34 1.62 39 0.5%							
結腸の悪性新生物 < 腫瘍 > , 上行結腸 3,631 2.67 2.00 1.33 37 0.5% 胆管炎を伴う胆管結石 3,140 2.73 1.90 1.44 28 0.7% 一側性又は患側不明のそけい < 鼠径 > ヘルニア,閉塞及びえ < 壊 > 疽を伴わないもの 5,888 2.81 2.08 1.36 24 0.8% 胆管炎及び胆のう < 嚢 > 炎を伴わない胆管結石 3,832 2.88 1.95 1.47 33 0.6% 胸椎骨折 閉鎖性 2,037 3.02 1.62 1.86 31 0.6% 気管支及び肺の悪性新生物 < 腫瘍 > , 下葉,気管支又は肺 3,145 3.33 2.18 1.53 20 0.9% 気管支及び肺の悪性新生物 < 腫瘍 > , 上葉,気管支又は肺 3,317 3.67 2.46 1.49 16 1.1% 膵の悪性新生物 < 腫瘍 > , 膵頭部 2,624 3.80 2.34 1.62 39 0.5%							
胆管炎を伴う胆管結石 3,140 2.73 1.90 1.44 28 0.79 一側性又は患側不明のそけいく鼠径>ヘルニア,閉塞及びえく壊>疽を伴わないもの 5,888 2.81 2.08 1.36 24 0.89 胆管炎及び胆のうく嚢>炎を伴わない胆管結石 3,832 2.88 1.95 1.47 33 0.69 胸椎骨折 閉鎖性 2,037 3.02 1.62 1.86 31 0.69 気管支及び肺の悪性新生物〈腫瘍〉,下葉,気管支又は肺 3,145 3.33 2.18 1.53 20 0.99 気管支及び肺の悪性新生物〈腫瘍〉,上葉,気管支又は肺 3,317 3.67 2.46 1.49 16 1.19 膵の悪性新生物〈腫瘍〉,膵頭部 2,624 3.80 2.34 1.62 39 0.59							
一側性又は患側不明のそけい<<		· ·					
胆管炎及び胆のうく嚢>炎を伴わない胆管結石 3,832 2.88 1.95 1.47 33 0.6% 胸椎骨折 閉鎖性 2,037 3.02 1.62 1.86 31 0.6% 気管支及び肺の悪性新生物 <腫瘍>, 下葉, 気管支又は肺 3,145 3.33 2.18 1.53 20 0.9% 気管支及び肺の悪性新生物 <腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺 3,317 3.67 2.46 1.49 16 1.1% 膵の悪性新生物 <腫瘍>, 膵頭部 2,624 3.80 2.34 1.62 39 0.5%							
胸椎骨折 閉鎖性 2,037 3.02 1.62 1.86 31 0.69 気管支及び肺の悪性新生物 <腫瘍> , 下葉 , 気管支又は肺 3,145 3.33 2.18 1.53 20 0.99 気管支及び肺の悪性新生物 <腫瘍> , 上葉 , 気管支又は肺 3,317 3.67 2.46 1.49 16 1.19 膵の悪性新生物 <腫瘍> , 膵頭部 2,624 3.80 2.34 1.62 39 0.59							
気管支及び肺の悪性新生物 <腫瘍> , 下葉 , 気管支又は肺 3,145 3.33 2.18 1.53 20 0.9% 気管支及び肺の悪性新生物 <腫瘍> , 上葉 , 気管支又は肺 3,317 3.67 2.46 1.49 16 1.1% 膵の悪性新生物 <腫瘍> , 膵頭部 2,624 3.80 2.34 1.62 39 0.5%		· ·					
気管支及び肺の悪性新生物 <腫瘍> , 上葉 , 気管支又は肺 3,317 3.67 2.46 1.49 16 1.1% 膵の悪性新生物 <腫瘍> , 膵頭部 2,624 3.80 2.34 1.62 39 0.5%							
膵の悪性新生物 < 腫瘍 > , 膵頭部							
## N7 (P#H N H I I I I I I I I I I I I I I I I I	肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>,肝細胞癌	3,577	5.26		1.80		

^{※1} 入院初日に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。

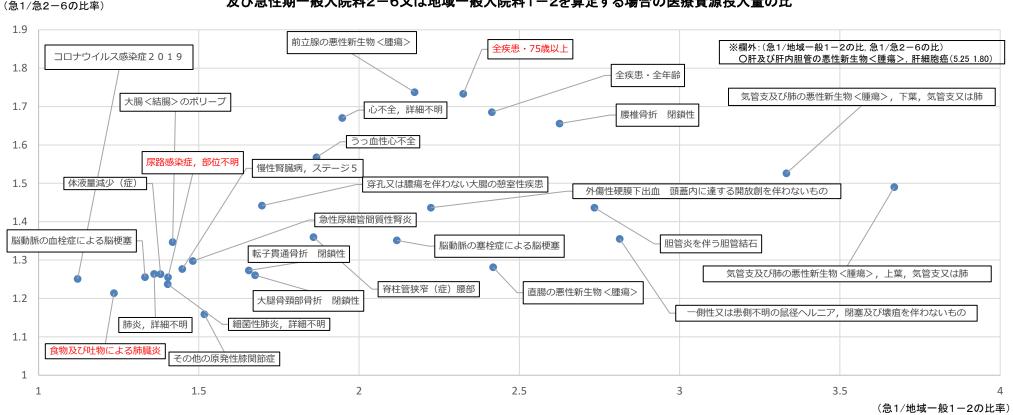
^{※2} 一日平均出来高換算点数から、A(入院料)及びH(リハビリテーション)を除いたもの。

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 入一1 5 . 8 . 1 0

○ 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算定病床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(リハビリテーション)を除いたもの。

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

					救急搬送	により入院する症	例における入院	!先の病棟		
			1	2	3	4	5	6	7	8
	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	急性期一般 入院料1 (353,143床)	急性期一般 入院料2-3 (15,941床)	急性期一般 入院料4-6 (135,739床)	地域一般 入院料1-2 (19,121床)	地域一般 入院料3 (29,777床)	特定機能病院 又は治療室等 ※2 (113,549床)	地域包括 ケア病棟 (98,546床)	①又は⑥
(全疾患)	3,747,776	26.3%	56.9%	2.4%	15.6%	1.2%	0.4%		2.6%	77.79
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 大腿骨頚部骨折 閉鎖性	60,294	52.2%	66.8%	3.4%	22.5%	1.6%	0.6%	3.8%	1.2%	70.6%
5 転子貫通骨折 閉鎖性	59,063	58.7%	67.7%	3.9%	22.0%	1.2%	0.5%	3.4%	1.3%	71.19
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%	73.29
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%		0.9%	2.3%	10.3%	54.19
9 脳動脈の血栓症による脳梗塞	46,028		52.3%	1.8%	9.4%		0.1%	35.9%	0.3%	88.29
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%	48.69
11 急性尿細管間質性腎炎	35,788	45.0%	71.5%		13.9%		0.1%		2.3%	80.69
12 脳動脈の塞栓症による脳梗塞	35,357		39.5%		6.8%		0.0%		0.3%	91.49
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%	82.39
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%	88.09
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%	90.19
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%	88.69
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%	55.49
18 胆管炎	23,842	33.5%	68.2%	1.9%	12.7%	0.3%	0.2%	15.3%	1.3%	83.59
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%	84.89
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%	91.99
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%	87.39
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%	88.79
23 急性胆のうく嚢>炎	16,905	37.0%	65.5%	2.4%	13.8%	0.6%	0.2%	16.1%	1.4%	81.69
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 ⁰
3Γ π/ / 		60.00/	4-7 40/	4 407	- 40/	0.00/	0 404	40.00/	0 -0/	~~ ~~

^{※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。

69.9%

16,639

1.4%

7.4%

0.2%

0.1%

47.4%

25 敗血症, 詳細不明

42.9%

0.7%

90.3%

^{※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、脳卒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3を算定する病床

^{※3} 病床数は令和4年7月1日時点

- 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の改善につながることが示されている。
- 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ことが示されている。
- 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(%)
- 〇 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.

急性期脳卒中に対する早期リハビリテーション

診調組 入一1 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。

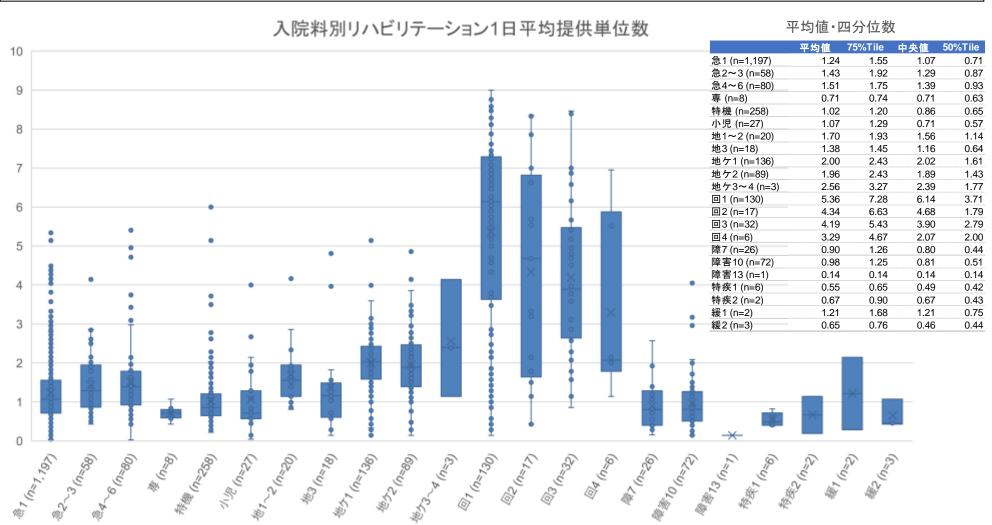
脳卒中治療ガイドライン2021(一般社団法人日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会)より抜粋

- 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)。

入院料ごとのリハビリテーション1日平均提供単位数

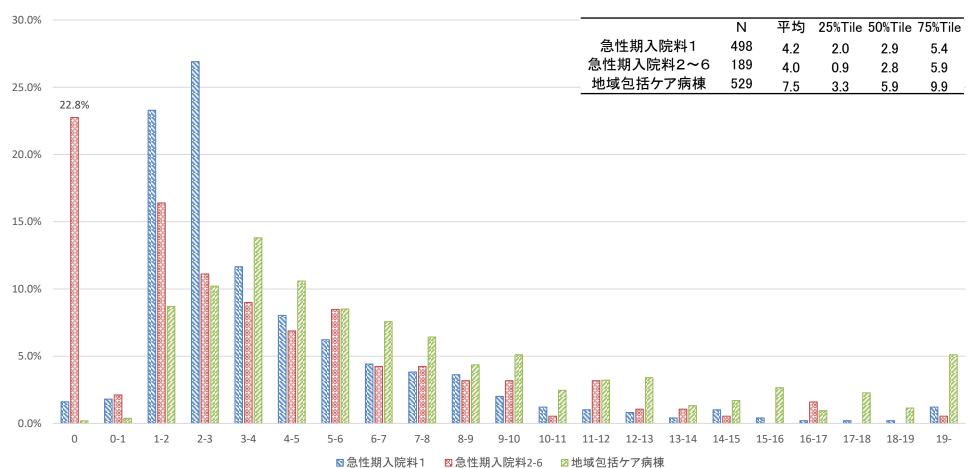
診調組 入一1 5 . 9 . 6

〇 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。



40床あたりのリハビリテーション専門職の人数分布

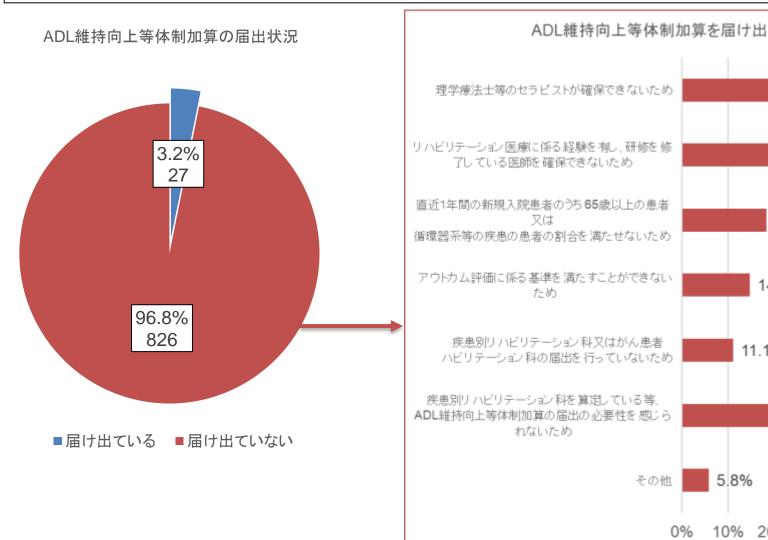
- 〇 一般病棟入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数の分布は以下のとおり。急性期一般入院料1を届け出ている医療機関の配置は40床あたり2~3人が26.9%と最多であった。急性期一般入院料2~6を届け出ている医療機関では0人である施設が約22.8%であった。地域包括ケア病棟を届けている医療機関の方が急性期一般入院料を届け出ている医療機関よりリハビリテーション専門職の数が多かった。
- 届け出ている入院料それぞれにおいて、リハビリテーション専門職の配置はばらつきが大きかった。

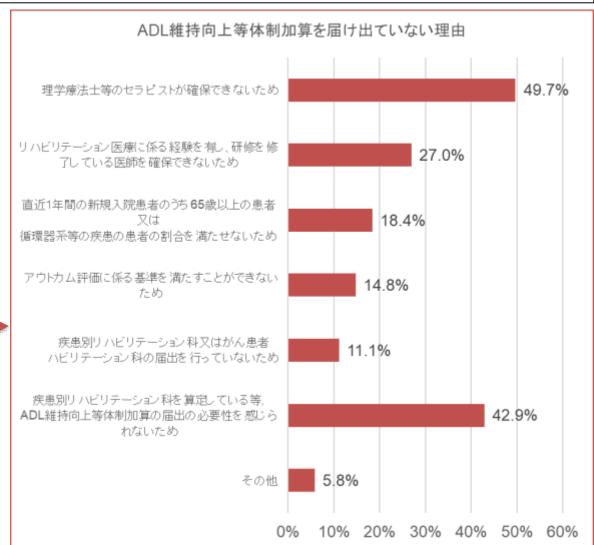


ADL維持向上等体制加算の届出状況

診調組 入一1 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。

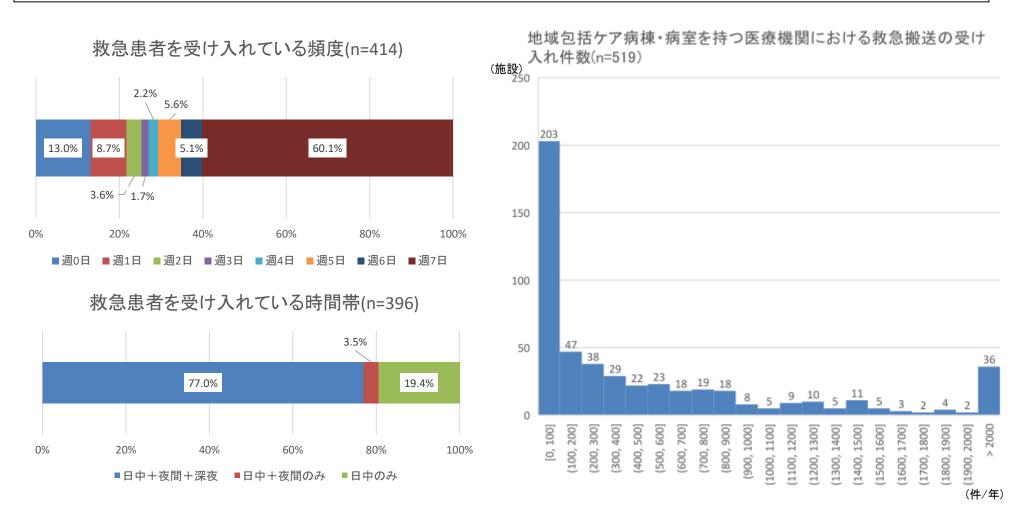




地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

診調組 入一1 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。
- 〇 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。



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 入一1 5 . 6 . 8

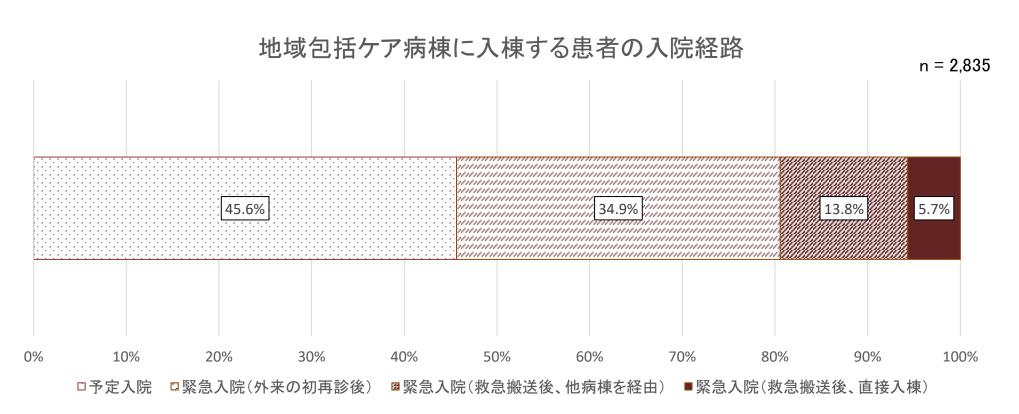
〇 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急受け入れ基準を見ると、患者の症状により受け入れ可否 を判断している割合が高かった。

	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%

地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路

診調組 入一1 5 . 7 . 6

〇 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。

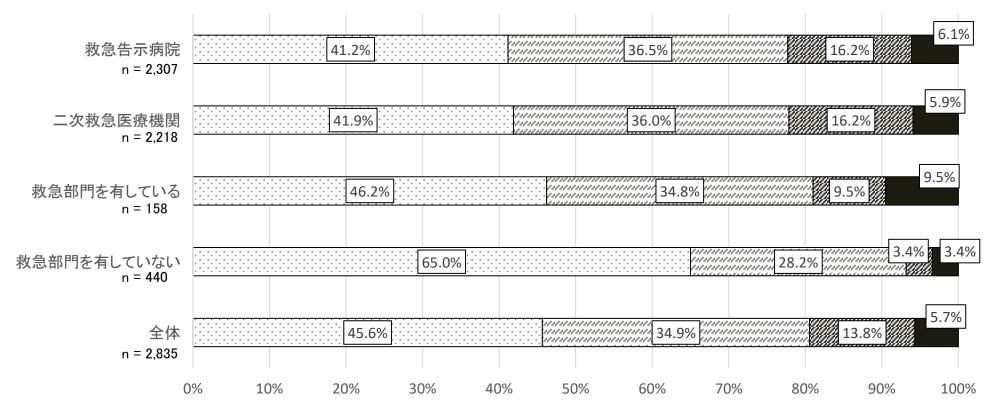


※入院患者票にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

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。

地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路



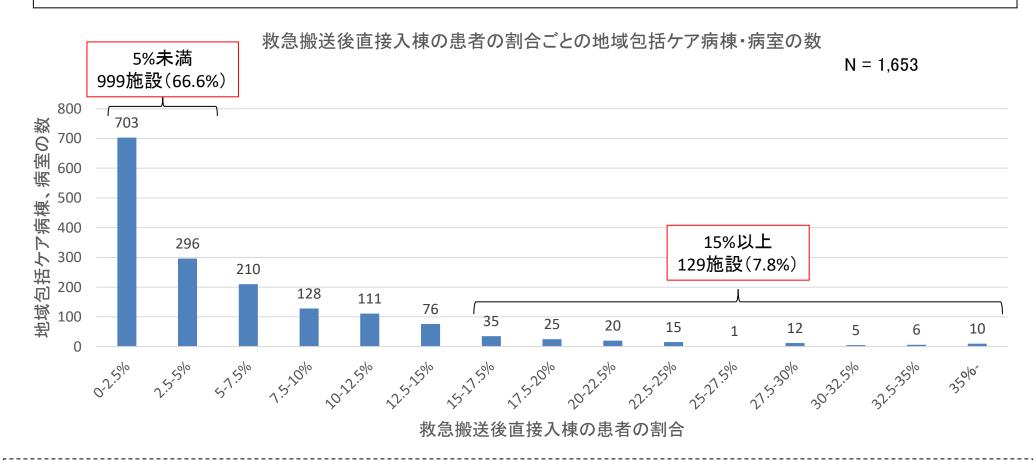
□予定入院 □緊急入院(外来の初再診後) □緊急入院(救急搬送後、他病棟を経由) ■緊急入院(救急搬送後、直接入棟)

※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。

地域包括ケア病棟、DPCデータ解析③ 病棟・病室ごとの救急搬送後直接入棟の患者の割合

診調組 入一1 5 . 8 . 1 0

〇 救急搬送後直接入棟の患者の割合は、地域包括ケア病棟において、多くの病棟・病室で5%未満であったが、129施設(7.8%)は15%以上であった。



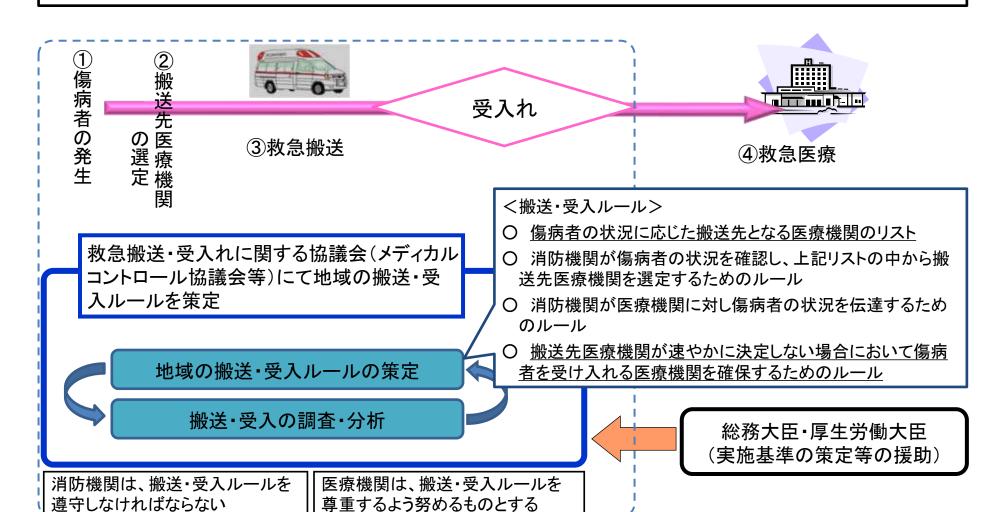
DPCデータ解析における定義

- ①算定患者全て 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
- ②緊急入院後 ①のうち、緊急入院である患者
- ③救急搬送後、直接入棟 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

出典:DPCデータ(令和4年4月~12月)

搬送・受入れルール

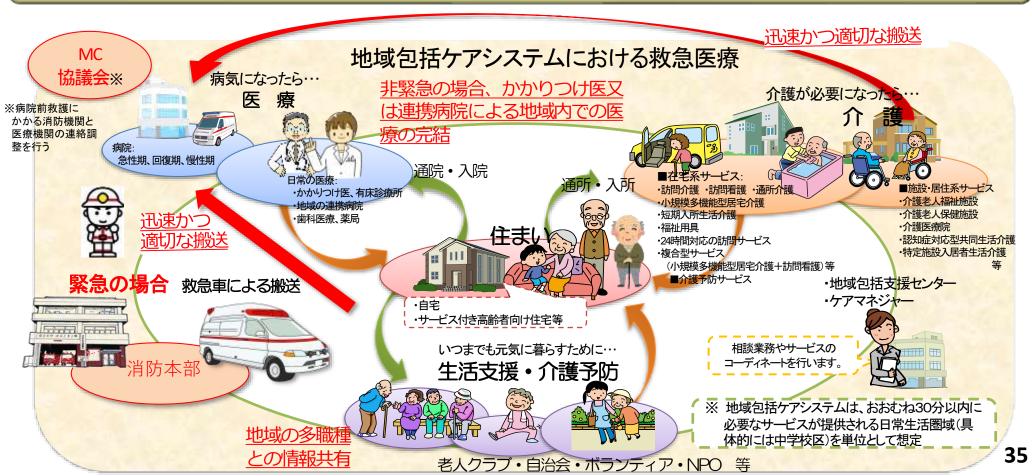
○ 消防法に基づき、都道府県に医療機関、消防機関等が参画する協議会(メディカルコントロール協議会等)を設置し、"消防機関による傷病者の搬送"及び"医療機関による当該傷病者の受入れ"の迅速かつ適切な実施を図るため、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準(実施基準)の策定が義務づけられている。



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。
- 〇 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。

問題意識

本人の意思に反した搬送例が散見



救急医療、消防、在宅医療機関が、患者の意思 を共有するための<u>連携</u> ルール等の策定を支援



在宅医療・救急医療連携セミナー

10~15の自治体(自治体職員、在宅医療関係者、救急医療関係者等)を対象に、 グループワークを実施。

- ・連携ルールの内容検討
- ・連携ルール運用までの工程表の策定 に取り組むための支援を実施

先進事例の紹介

・既に連携ルールを運用している先進自治体の取組(連携ルールの運用に至る工程、課題)を分かりやすく紹介

有識者による策定支援

・有識者や先進自治体の支援のもと、連携ルールの検討や工程表策についてグループワークを実施。



継続的な フォローアップ

・セミナーで策定した 工程表の実施状況や 課題を把握し、工程 表の改善等を支援。



全国的な横展開の推進

連携ルール運用に至るまでの手順や、運用後の課題等をとりまとめ、 全国の自治体に情報提供することで、参加自治体以外への横展開を推進

方向性

予め、 本人の意向を 家族やかかりつ け医等と共有し、 人生の最終養の はおける療養の 場所や医療について、本人の意 思が尊重される 取組を推進



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/lfe/kyuu-adv/acp.html)

- 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)」

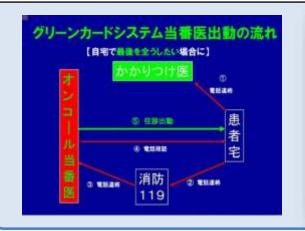
(出典:静岡市静岡医師会ホームページhttps://shizuoka-city-med.or.jp/e2net/house/)

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表をも 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





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。)

く対象患者>

- ・ 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。

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。

く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勤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>

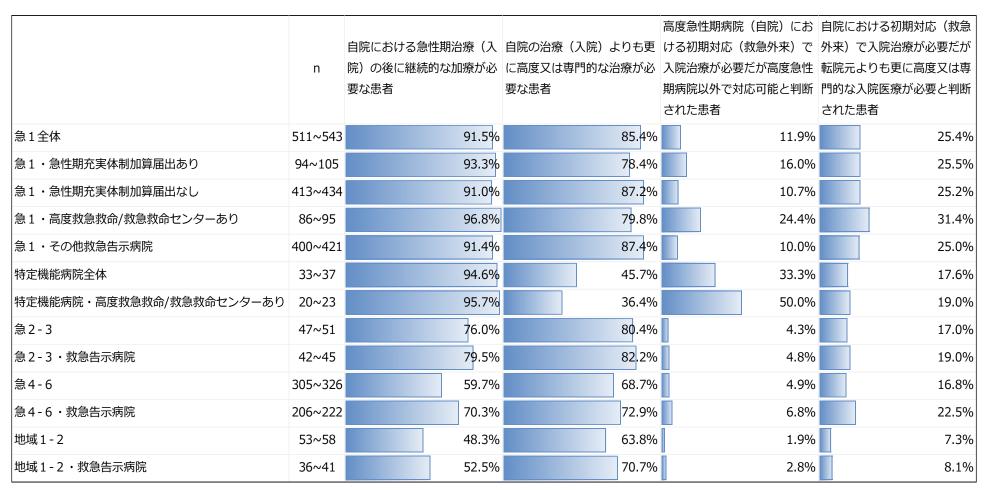
- ・特に病棟が満床の場合は救急外来から直接転院搬送しており、そのほか $1 \sim 2$ 日入院させ初期対応を行ってから転院させる場合もある。
- ・ 転院搬送の手段としては、病院が所有する救急車両にて搬送し、救急救命士が同乗。この場合の車両の維持費や救急救命士の 人件費は搬送元医療機関が負担。

急性期病院等における転院搬送の実施状況

診調組 入一5 5 . 1 0 . 5

○ 特定機能病院や、急性期一般入院料1を届け出ている医療機関のうち高度救命救急センター/救命救急センターを 有する医療機関では、自院における初期対応(救急外来)において入院治療が必要だが高度急性期病院以外で対応が可能と判断した患者に対する転院搬送の実施率が高かった。

入院患者の種別ごとの他院での入院を目的とした転院搬送実施を実施している割合 (令和5年5月の状況)

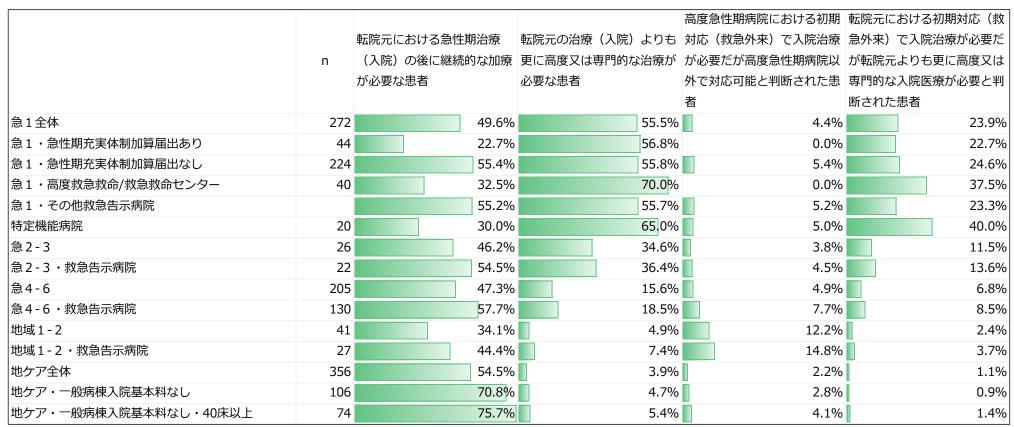


入院料ごとの病棟における他院からの転院患者の受入状況

診調組 入一5 5 . 1 0 . 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)

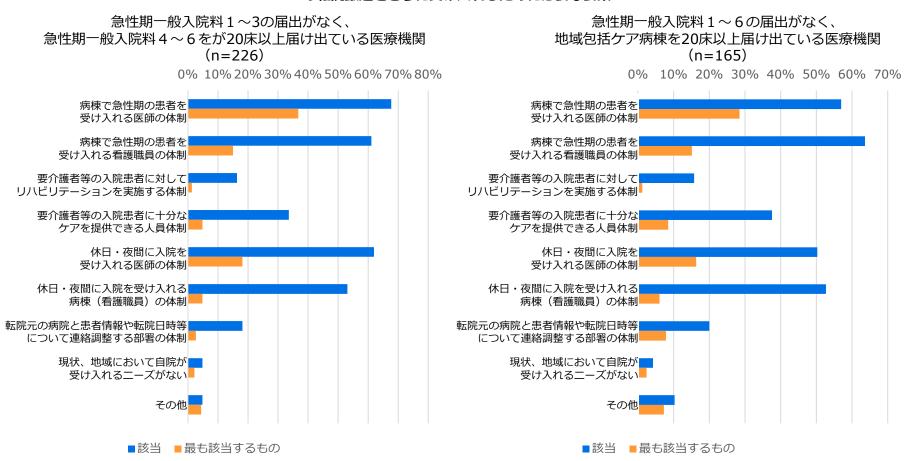


高度急性期病院等からの転院搬送を受け入れるために必要な体制

| 診調組 入一5 | 5 . 1 0 . 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



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 総一6 5 . 5 . 1 7

	項目名	施設基準(抜粋)等
A200	総合入院体制加算	 ○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。)又は救急医療用へ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) 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	○以下のいずれかを満たしていること。 (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。 (□)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 にあっては、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	○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認められる次に掲げる保険医療機関であって、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。 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	○以下のいずれかを満たしていること。 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	○救命救急センターを有していること。 ・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	○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	 ○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認められる次に掲げる保険医療機関であって、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。 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	・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)

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、<u>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</u> 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、<u>以下のいずれか</u>に該当する場合においては、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 <u>搬送元保険医療機関以外の保険医療機関の医師</u>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]

- (1) 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 臨床工学技士
- (2) (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。
- (3) (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。
- (4) (1) のウの臨床工学技士は、救命救急入院料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。
- (5) 関係学会により認定された施設であること。
- (6) 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。
- (7) 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。

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 総一6 5 . 5 . 1 7

<u>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</u>

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。)にあっては、夜間に限る。)、休日に、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っ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 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い。
- (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



45

入退院支援加算1・2の概要

A 2 4 6 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。
- ▶ <u>入退院支援加算1</u> 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

人 及 人 及	2 1 一般病棟入院基本科等の場合 190点 ロック	原食病保入院基本科寺の場合 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	ア. 悪性腫瘍、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	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
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	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	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 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 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	<u>※青字下線はR4年度改定事項</u> 46

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

【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。) の一般病棟から転棟し た患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度と して、急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所 定点数に加算する。

【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。

改定後

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。) の一般病棟から転棟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、転棟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。

(改) イ 急性期患者支援病床初期加算

許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合

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。)の一般病棟から転棟した患者の場合 150点

② ①の患者以外の患者の場合 50点

(2) 許可病床数400床未満の保険医療機関

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 250点

を除く。)の一般病棟から転棟した患者の場合

② ①の患者以外の患者の場合

(改) 口 在宅患者支援病床初期加算

① 介護老人保健施設から入院した患者の場合

500点

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

現行

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

(14日を限度とする。) 300点



改定後

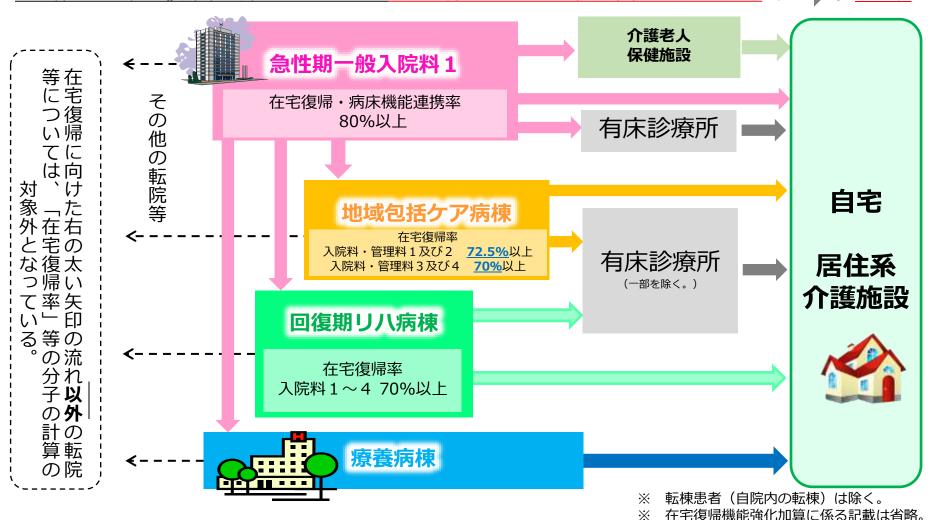
	算定する医療機関が	自院等の一般病棟	<u>50点</u>
急性期患者支援病床初期加	400床 <u>以上</u> の地ケアの場合	他院の一般病棟	150点
按例床例	算定する医療機関	自院等の一般病棟	<u>125点</u>
71	400床 <u>未満</u> の地ケアの場合	他院の一般病棟	<u>250点</u>
在宅患者支援	老人	保健施設	<u>500点</u>
病床初期加算	自宅・	<u>400点</u>	

47

入院医療の評価体系と期待される機能(イメージ)

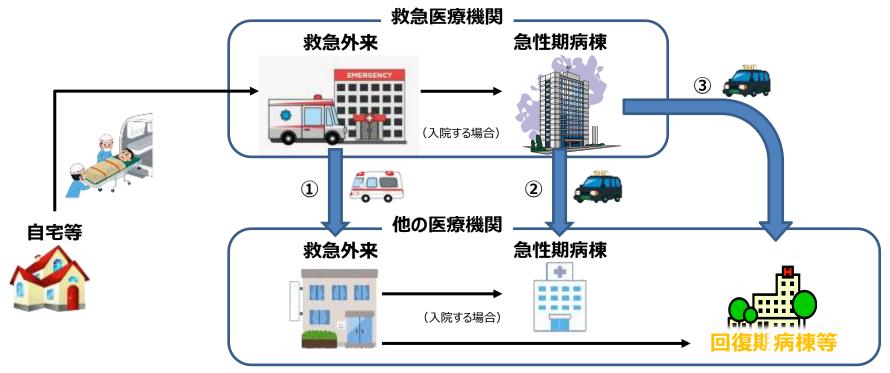
○ 急性期一般入院料1における「在宅復帰・病床機能連携率」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、**自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしており、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促進している。**

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



急性期患者の転院搬送等に関する診療報酬上の主な評価

- 救急外来における初期対応後の他の急性期病院等への転院搬送については、医師が同乗して診療を行った場合に評価されており、看護師や 救急救命士が同乗した場合には評価の対象となっていない。
- また、他の急性期病院で対応可能な患者を入院後早期に転院させた場合は、急性期病棟の施設基準のうち在宅復帰率が低下することとなる。



	①の場合	②の場合	③ の場合
転院搬送元 における主な評価	診療情報提供料救急搬送診療料(医師が同乗して診療を行った場合)	診療情報提供料入退院支援加算救急搬送診療料(医師が同乗して診療を行った場合)	診療情報提供料入退院支援加算入院料の施設基準(在宅復帰率)救急搬送診療料(医師が同乗して診療を行った場合)
転院搬送先 における主な評価	・夜間休日救急搬送医学管理料(第二次救急医療機関が夜間休日に受入を行った場合)		急性期患者支援病床初期加算(地域包括ケア病棟入院料の場合)

- 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

救急医療管理加算の概要

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) A205

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、アー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なくても算定できる。
- 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 IndexO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

 - 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
 - 工 急性薬物中毒

 - オ ショック
 - 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)
 - 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 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 یے
- 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。

サ 蘇生術を必要とする重篤な状態

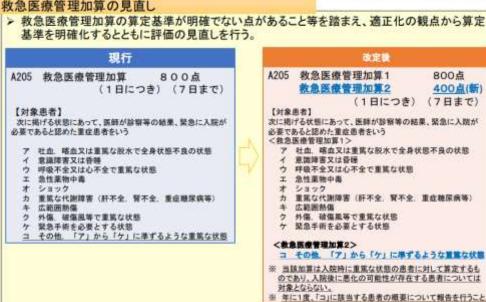
シ その他の重症な状態

近年における救急医療管理加算の改定①

診調組 入一1 5.9.29

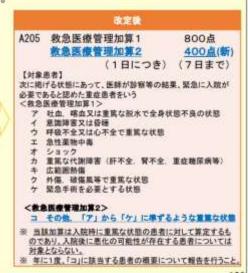
- 平成26年度改定において、救急医療管理加算を「その他、他項目に準ずるような重篤な状態」により算定する場合について、 単なる予定外入院等で算定されている場合があること及び別の項目で入院する患者よりも1入院当たりの医療資源投入量が 少ないことから、救急医療管理加算2を新設し、「その他、他項目に準ずるような重篤な状態」は加算2で算定することとされた。
- その後、平成28年度改定においては、救急医療管理加算2を算定した患者のうち脳梗塞でt-PAを投与された患者や、虚血性 心疾患で緊急のカテーテル治療等を行われた患者が存在し、これらは入院後の医療資源投入量が比較的高い傾向にあったこ とから、「緊急カテーテル治療・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。

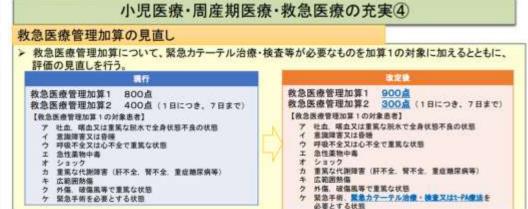
平成28年度診療報酬改定



救急医療等の推進について①

甲成26年度診療報酬改定

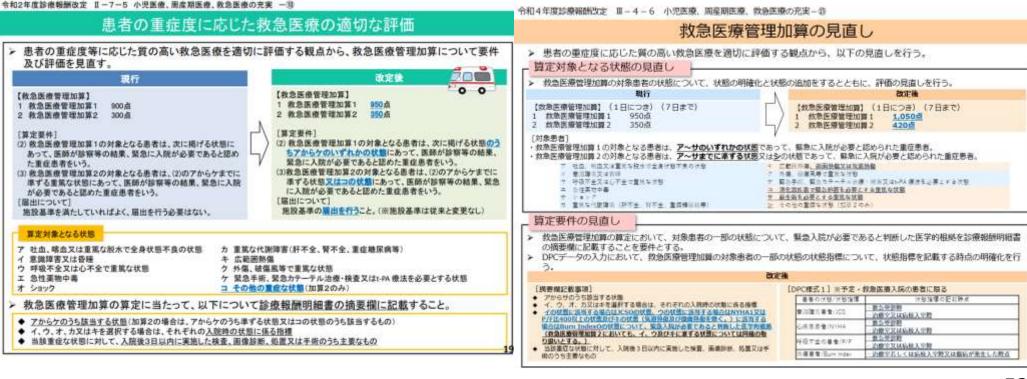




近年における救急医療管理加算の改定②

診調組 入一1 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 I 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Burn 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。



救急搬送医療管理加算に係る主な意見

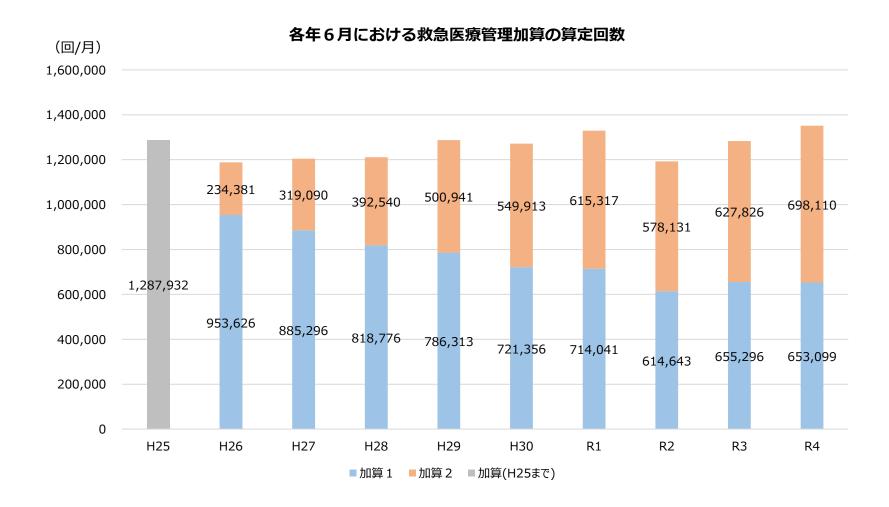
<中医協総会>

○ 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。
- 〇 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。
- 〇 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。
- 〇 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。
- 〇 「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。

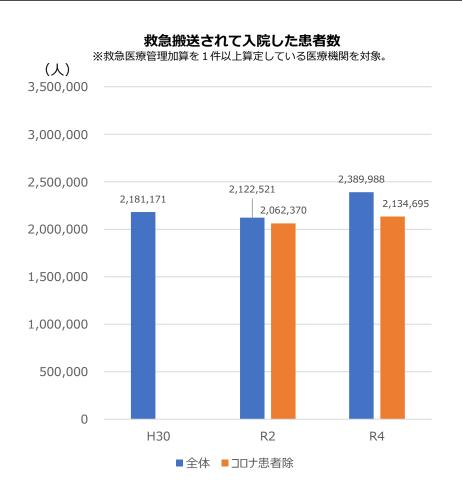
〇 平成25年以降の救急医療管理加算の算定回数の推移は以下のとおり。

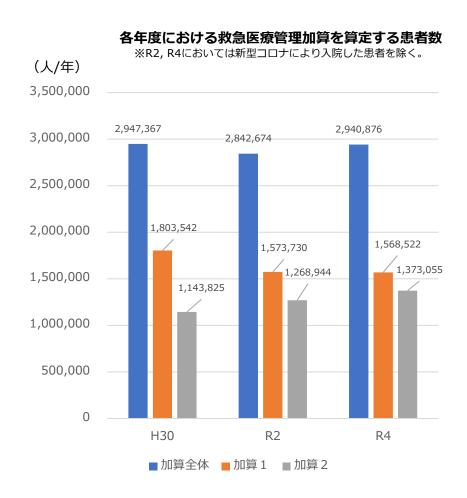


救急搬送されて入院した患者数の推移

診調組 入一1 5 . 9 . 2 9

- 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。
- 〇 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)

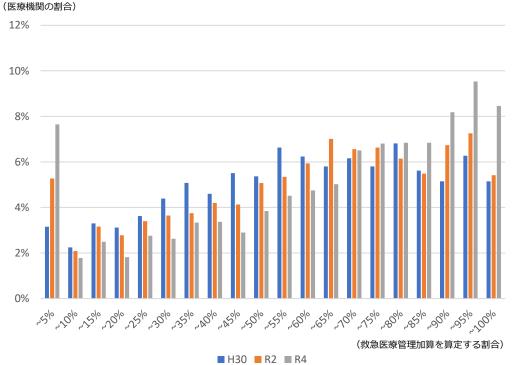
救急医療管理加算の算定の状況(1)

診調組 入一1 5 . 9 . 2 9

- 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。

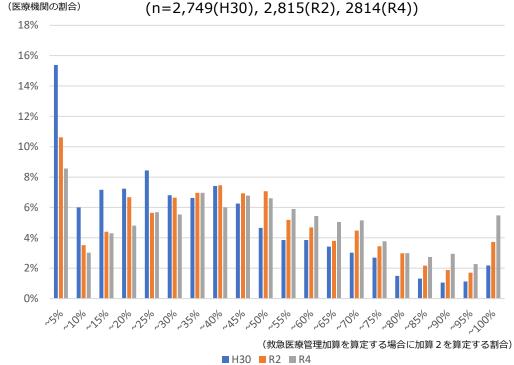
医療機関ごとの救急搬送され入院した患者において 救急医療管理加算を算定した患者の割合の分布

※救急搬送され入院した患者が50例以上の医療機関に限る。 (n=2,759(H30), 2,881(R2), 2969(R4))



医療機関ごとの救急医療管理加算を算定した患者において 加算2を算定している割合の分布

※救急搬送され入院した患者が50例以上かつ 救急医療管理加算を1例以上算定している医療機関に限る。

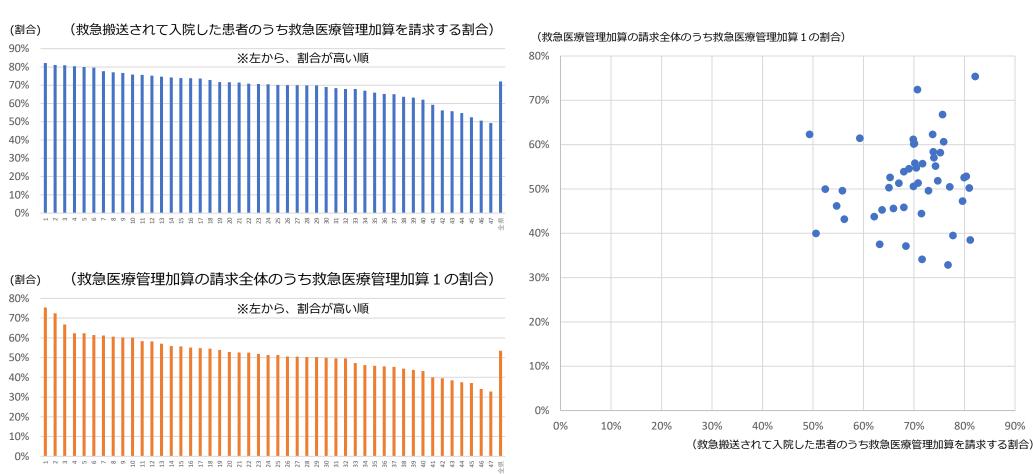


都道府県別の救急管理加算の算定状況

診調組 入一2 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)



救急医療管理加算の算定の状況②

診調組 入一1 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、喀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(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①~⑪に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

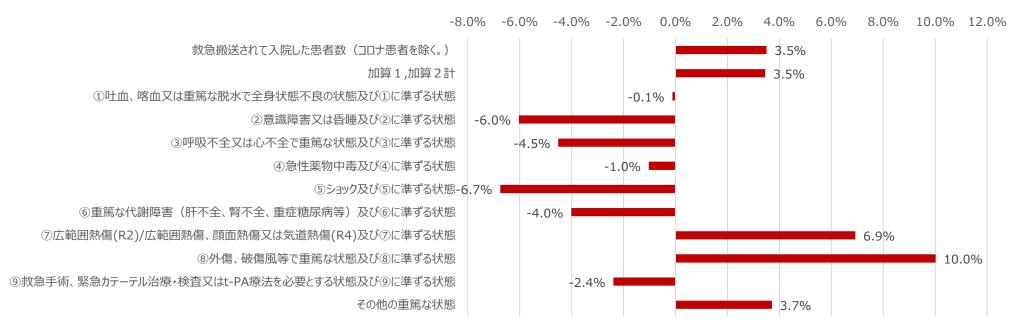


救急医療管理加算1又は2を算定する患者数の変化

| 診調組 入-1 | 5 . 9 . 2 9 |

〇令和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>

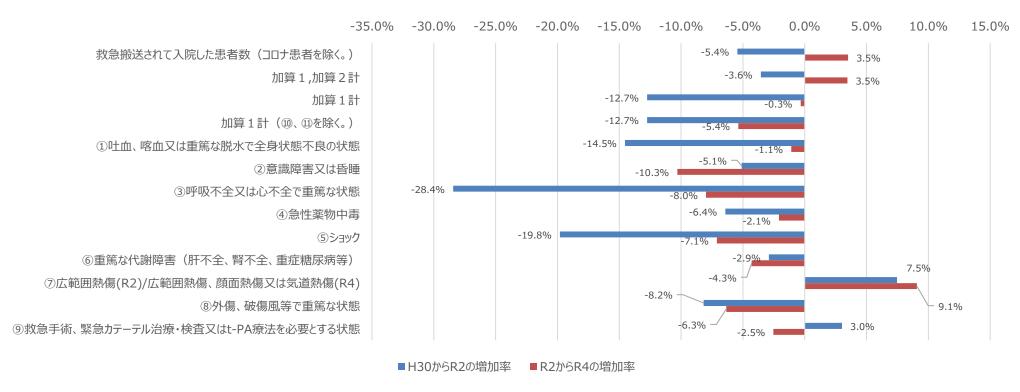
- ①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 ②意識障害又は昏睡 ③呼吸不全又は心不全で重篤な状態 ④急性薬物中毒 ⑤ショック
- ⑥重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) ⑦広範囲熱傷(H30,R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4) ⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
- ⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 ⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(R4) ⑪蘇生術を必要とする重篤な状態(R4)
- ※加算2の対象は、上記①~⑪に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

救急医療管理加算1を算定する患者数の変化

診調組 入一1 5 . 9 . 2 9

○ 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



<救急医療管理加算1の算定対象>

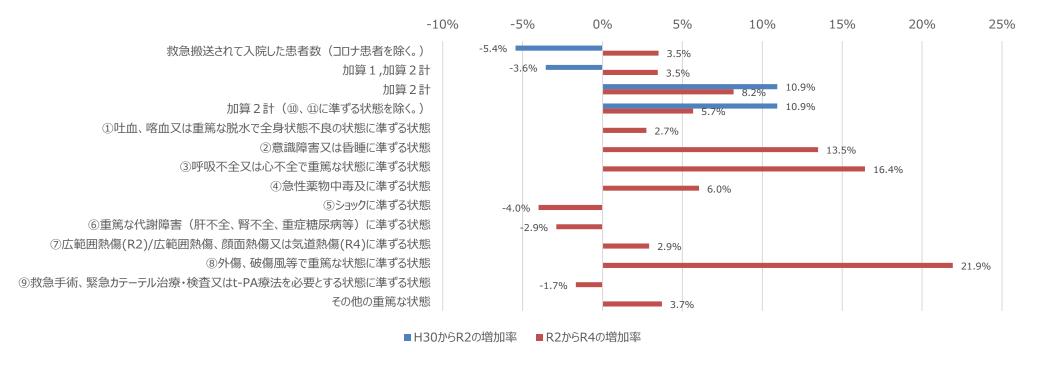
- ①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 ②意識障害又は昏睡 ③呼吸不全又は心不全で重篤な状態 ④急性薬物中毒 ⑤ショック
- ⑥重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) ⑦広範囲熱傷(H30,R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4) ⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
- ⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 ⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(R4) ⑪蘇生術を必要とする重篤な状態(R4)
- ※加算2の対象は、上記①~⑪に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

救急医療管理加算2を算定する患者数の変化

診調組 入一1 5 . 9 . 2 9

○ 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>

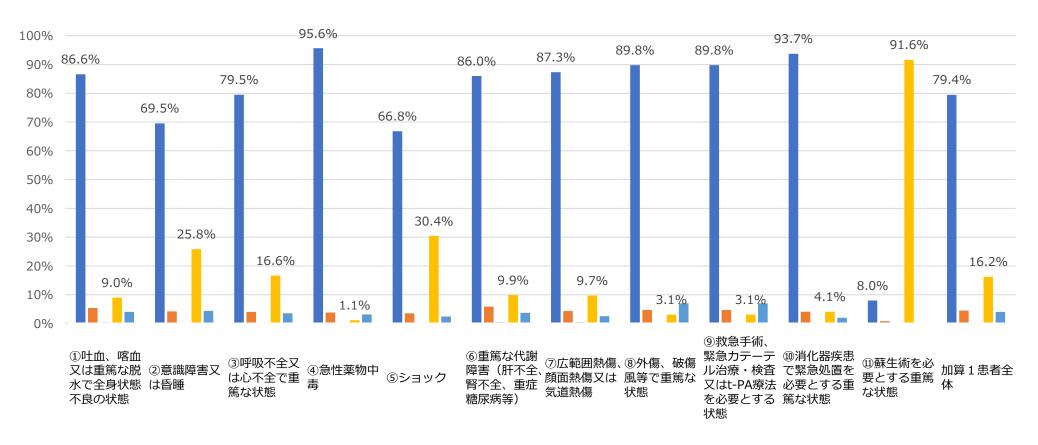
- ①吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 ②意識障害又は昏睡 ③呼吸不全又は心不全で重篤な状態 ④急性薬物中毒 ⑤ショック
- ⑥重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) ⑦広範囲熱傷(H30,R2)/広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(R4) ⑧外傷、破傷風等で重篤な状態
- ⑨救急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 ⑩消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(R4) ⑪蘇生術を必要とする重篤な状態(R4)
- ※加算2の対象は、上記①~⑪に準ずる状態又は「その他の重症な状態」

救急医療管理加算1を算定する患者の転帰

診調組 入一1 5 . 9 . 2 9

○ 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」の状態で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



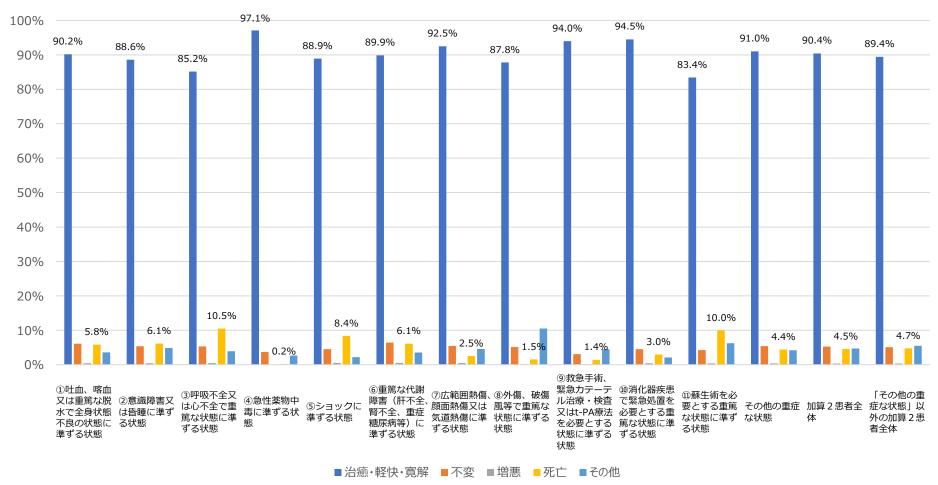
■治癒・軽快・寛解■不変■増悪■死亡■その他

救急医療管理加算2を算定する患者の転帰

診調組 入一1 5 . 9 . 2 9

○ 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

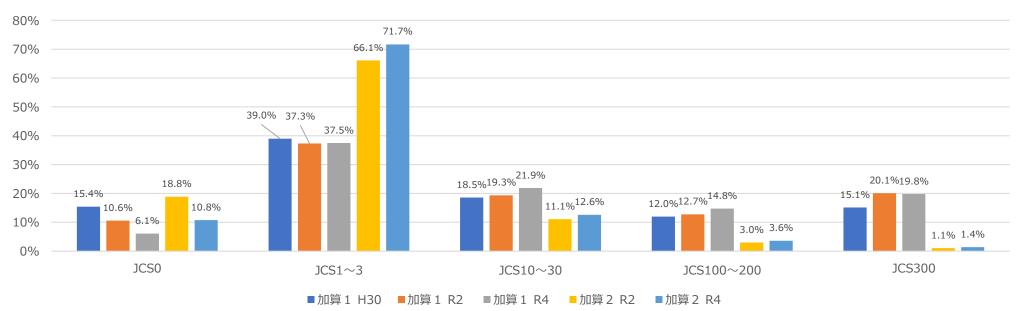


「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況①

│ 診調組 入一1 | 5 . 9 . 2 9

○ 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。

出典: 脳卒中ガイドライン2009 (参考) JCS: Japan Coma Scale I.刺激しないでも覚醒している状態 Ⅱ.刺激をすると覚醒する状態 Ⅲ.刺激しても覚醒しない状態 (1桁の点数で表現) (2桁の点数で表現) (3桁の点数で表現) 10 普通の呼びかけで容易に開眼する 0 意識清明 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 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 3 自分の名前・生年月日が言えない て開眼する 300 痛み刺激に全く反応しない

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。

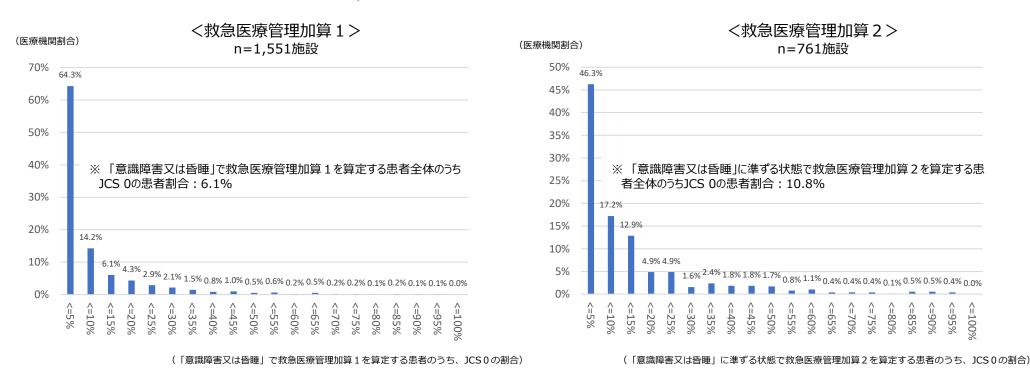
「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況②

| 診調組 入−1 | 5 . 9 . 2 9

- 〇 「意識障害又は昏睡」の状態で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。

「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 入一1 5 . 9 . 2 9

〇「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、JCSO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>

<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	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臓炎	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%	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	15995	7.0%	
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	466	3.1%	食物及び吐物による肺臓炎	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%	
うっ血性心不全	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%	
急性尿細管間質性腎炎	173	1.2%	うっ血性心不全	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%	急性尿細管間質性腎炎	1803	0.8%	

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% 脳動脈の塞栓症による脳梗塞	4,438	7.3%
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	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臓炎	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臓炎	2,124	3.5%
尿路感染症, 部位不明 脳梗塞, 詳細不明	182 174	2.5% 外傷性硬膜下出血 2.4% 尿路感染症, 部位不明	1,971 1,197	3.3% 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	アルコール使用<飲酒>による 1.9% 精神及び行動の障害, 急性中 毒	723	1.2%
急性尿細管間質性腎炎	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% 急性尿細管間質性腎炎	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%
その他の末梢性めまい < 眩暈 (症) >	87	1.2% 振とう<盪>(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<盪>(症)	78	1.1% 肺炎, 詳細不明 1.1% 低浸透圧及び低ナトリウム血 症	509	0.8%
うっ血性心不全	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) ※新型コロナにより入院した患者を除く。

「意識障害又は昏睡」の患者に行われている処置・手術

- 〇「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JCSO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、JCSO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。

习	枚急医療管理加	算1(令和2年度)	救急医療管理加算2(令和2年度)			
JCSO(n=28326) JCS1以上(n=239982)			(n=239982)	JCSO(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	3 3 2 1 1 1 6	導尿(尿道拡張 を要するもの)	1377(311%)	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		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%)

「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 入一1 5 . 9 . 2 9

〇 令和4年度において、「意識障害又は昏睡」の状態で救急医療管理加算1を算定する患者であってJCSO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	
	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%
留置カテーテル設置	2716	18.3%	 留置カテーテル設置 	70809 30.9%
喀痰吸引	1336	9.0%	喀痰吸引	51496 22.4%
導尿(尿道拡張)	518	3.5%	救命のための気管内挿管	21335 9.3%
輸血 2 保存血液輸血 (200m L ごとに)			 非開胸的心マッサージ 	21267 9.3%
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%
人工呼吸(30分までの場 合)	352	2.4%	 鼻腔栄養 	17114 7.5%
非開胸的心マッサージ	344	2.3%	 胃持続ドレナージ	16334 7.1%
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%
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%

JCS 0			JCS 1以上		
	件数	実施割合		件数	実施割合
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	869	11.9%	 留置カテーテル設置 	11898	19.7%
喀痰吸引	401	5.5%	喀痰吸引	7522	12.5%
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 (200m L ごとに)	144	2.0%	鼻腔栄養	2107	3.5%
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%
人工腎臓(1日につき) 1 慢性維持透析を行った 場合1	136	1.9%	摘便	1161	1.9%
摘便	107	1.5%	ドレーン法(ドレナー ジ) (その他のもの)	1120	1.9%
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%
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。

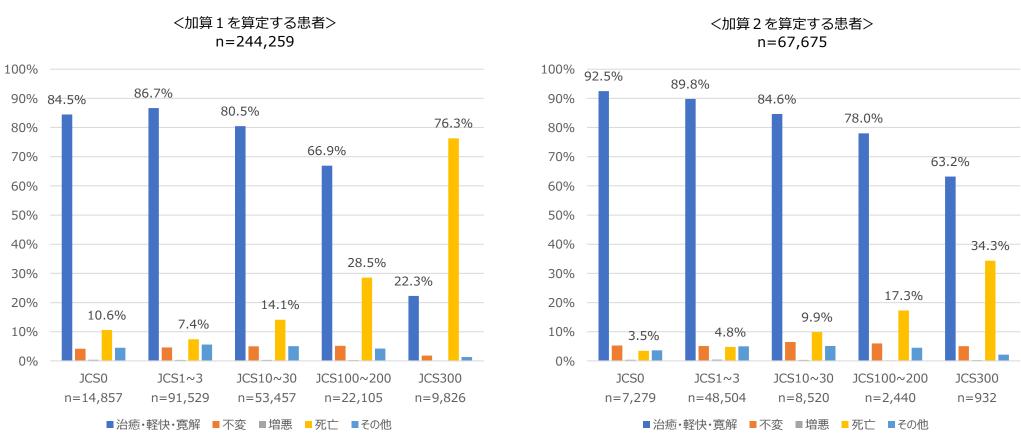
出典: DPCデータ(令和4年4月~令和5年3月) ※新型コロナにより入院した患者を除く。

「意識障害又は昏睡」の状態の患者の転帰

診調組 入一1 5 . 9 . 2 9

○ 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。

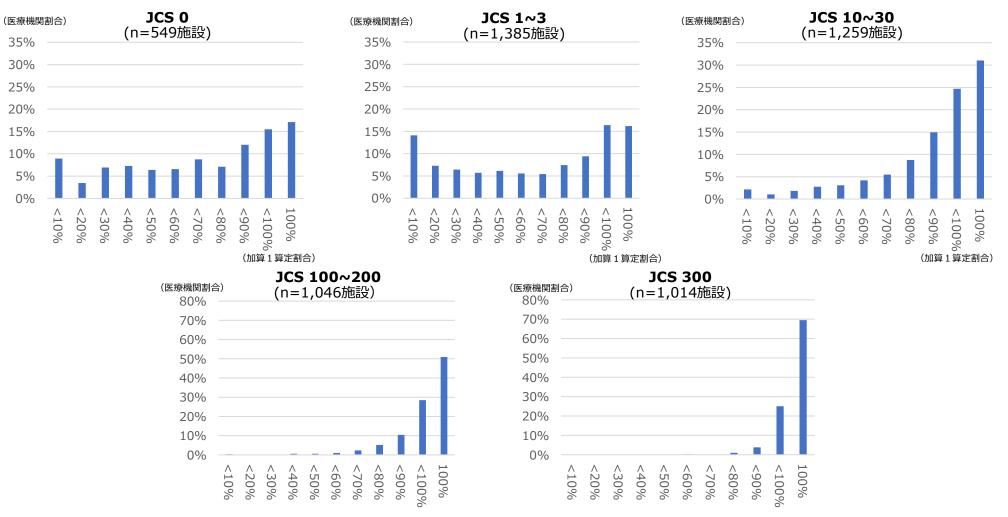
「意識障害又は昏睡」による救急医療管理加算の算定状況⑤

診調組 入一1
5 . 9 . 2 9

〇 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」又は準ずる状態により 救急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



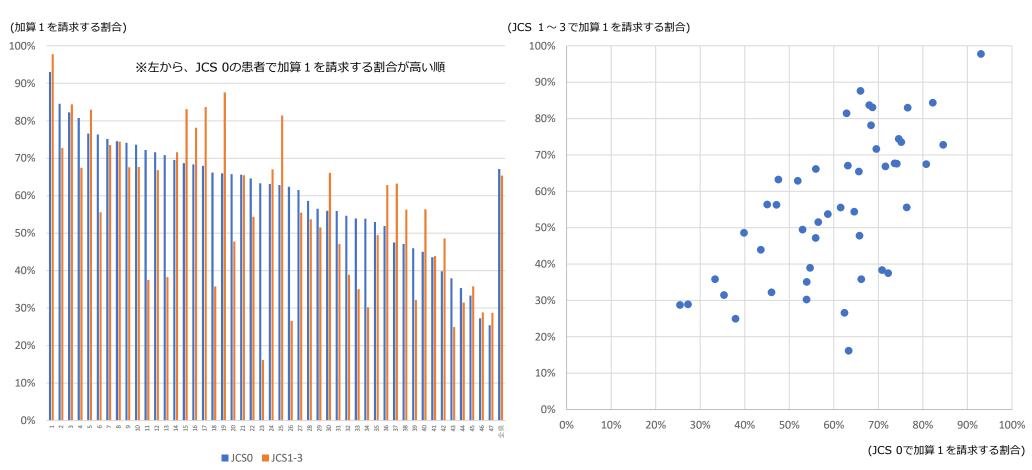
71

「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 入一2 5.10.12

- 〇「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。

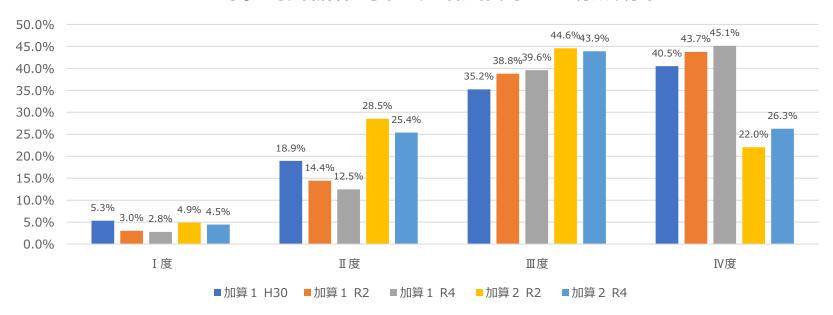
「意識障害又は昏睡」により救急医療管理加算を請求する場合における JCSごとの加算1を請求する割合(都道府県別)



診調組 入一1 5 . 9 . 2 9

〇 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



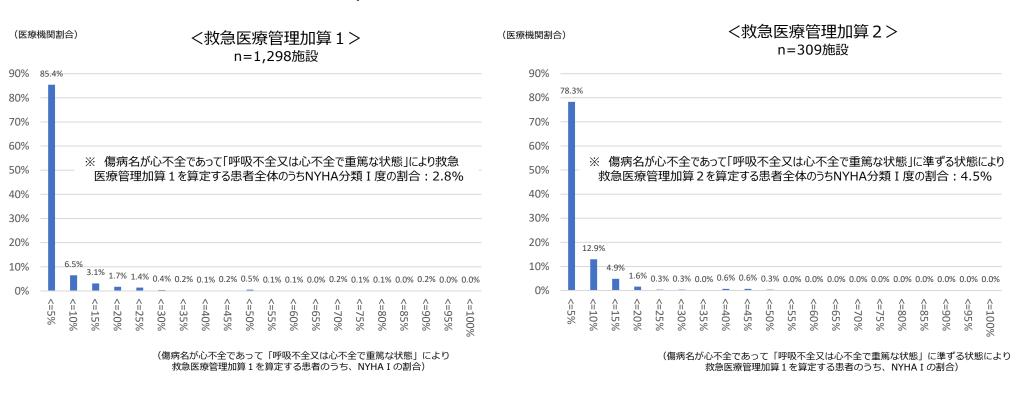
※ 平成30年度及び令和2年度は入院時の分類、令和4年度は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

(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
	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。	п	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。	
	ш	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。	

- 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。

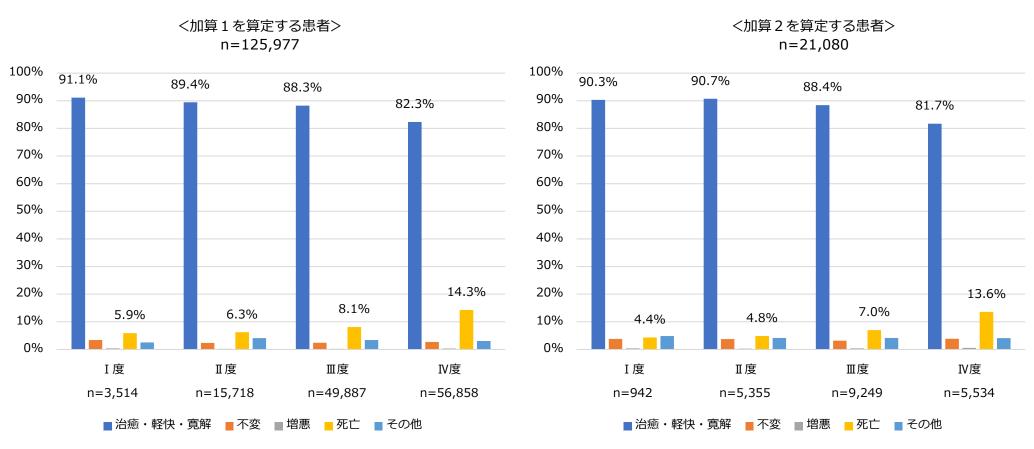
出典:DPCデータ(令和4年4月~令和5年3月) ※新型コロナにより入院した患者を除く。

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」のうち心不全の患者の転帰

診調組 入一1 5 . 9 . 2 9

○「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心不全の患者においては、入院時のNYHA分類で死亡率に差がみられるものの、NYHA分類ごとの加算1を算定する場合と加算2を算定する場合とでは、大きな差がみられなかった。

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心不全の患者における入院時のNYHA分類ごとの転帰



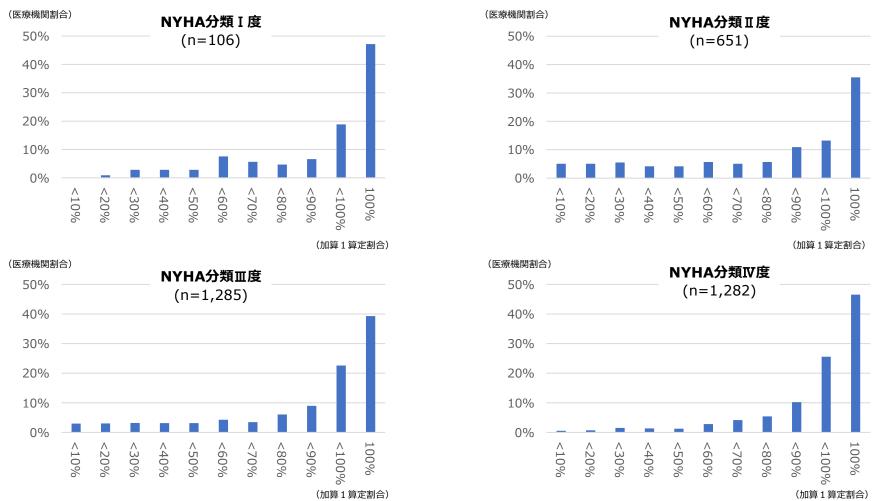
※ NYHA分類は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。

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。

医療機関ごとの、「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

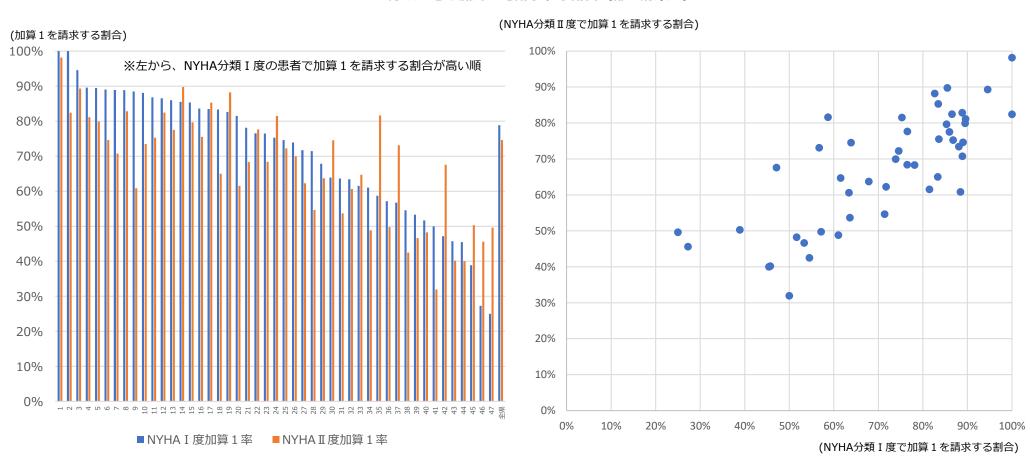
※各分類で救急医療管理加算を算定する患者数が10以上の医療機関のみ



診調組 入一2 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。

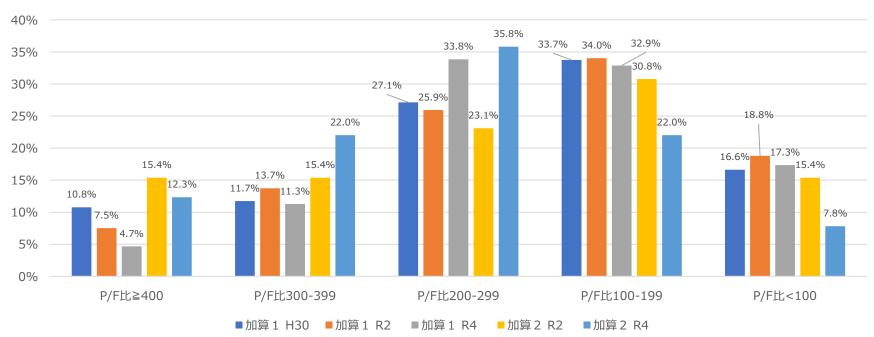
傷病名が心不全であって、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により救急医療管理加算を請求する場合における NYHA分類ごとの加算1を請求する割合(都道府県別)



| 診調組 入一1 | 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 ratio $(P/F \text{ 比}) = \frac{PaO2(動脈血酸素分圧)}{FIO2(吸入気酸素)}$

※ 呼吸状態(酸素化)を評価する指標

梦	考:SOFAスコア	(呼吸の評価)	

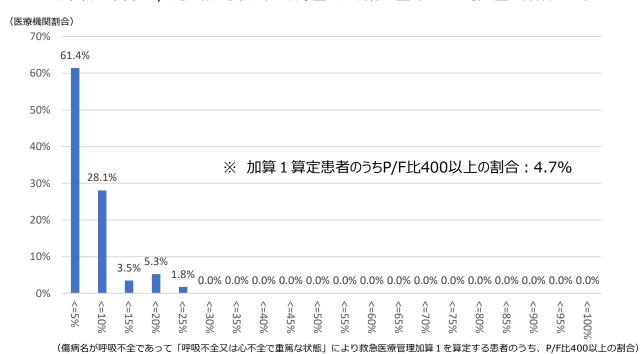
SOFAスコア	0	1	2	3	4
P/F比	≧400	400>	300>	200>	100>

※出典:日本版敗血症診療ガイドライン2016

〇 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)

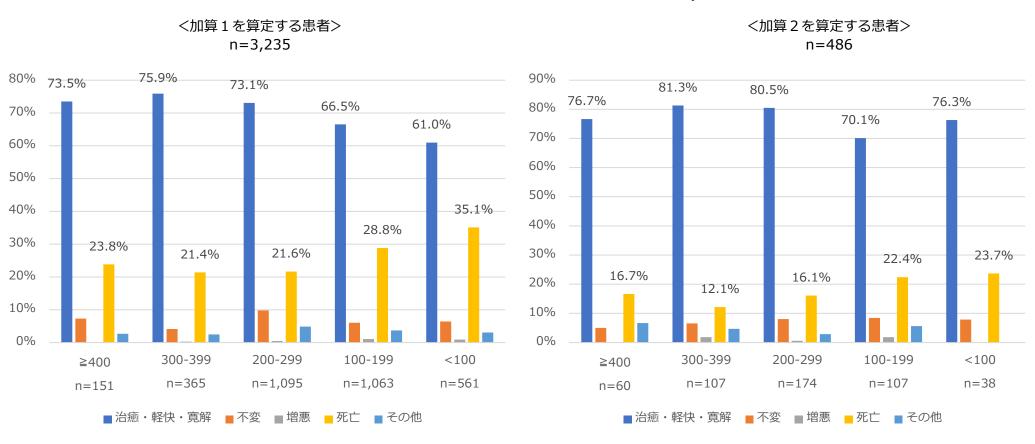
※令和4年度のP/F比は救急受診時、治療室又は病棟入室時のうち最も重い分類による。



※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

〇「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



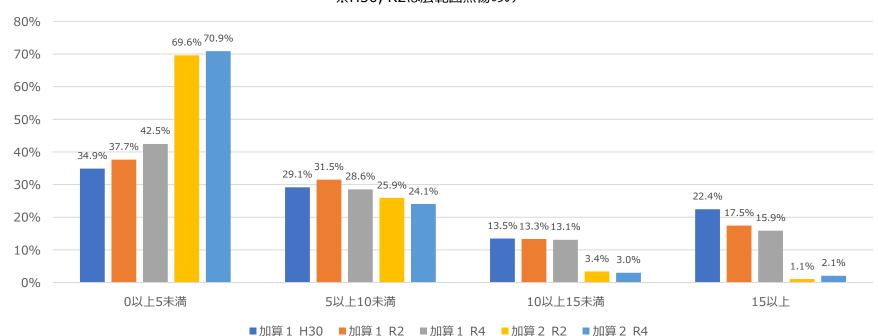
「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷」による救急医療管理加算の算定状況

診調組 入一1
5 . 9 . 2 9

○ 救急医療管理加算を算定する患者のうち広範囲熱傷等の患者においては、Burn Index 0以上5未満の割合が増加していた。

救急医療管理加算を算定する患者のうち「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷*」 の患者におけるBurn Indexの分布

※H30, R2は広範囲熱傷のみ





= Ⅲ度熱傷面積(%) + Ⅱ度熱傷面積(%) x 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.

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。

JCSOで救急医療管理加算1を算定する場合の傷病名等

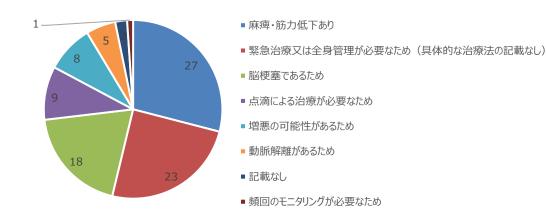
〇 脳卒中その他の中枢神経に関する疾患によりJCS 0の状態で救急医療管理加算1を算定したと考えられる患者の傷病名には、一過性脳虚血発作やメニエール病、頭部打撲が含まれていた。また、これらのうちアテローム血栓性脳梗塞やラクナ梗塞等の患者における「緊急入院が必要である理由」には、単に「脳梗塞であるため」や「点滴による治療が必要なため」、「増悪の可能性があるため」が含まれていた。

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%
被殼出血	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%
皮質下出血	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%
硬膜下膿瘍	1	0.5%
内頚動脈閉塞症	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」、「右アテローム血栓性脳梗塞・急性期」、「右ラクナ梗塞」、「血栓性脳梗塞」、「左アテローム血栓性脳梗塞・急性期」、「左ラクナ梗塞」、「左橋梗塞・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ハ脳梗塞」、「多発性脳梗塞」、「椎骨動脈血栓症による脳梗塞」、「脳幹梗塞」又は「脳梗塞・急性期」である症例



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
			SpO2低下のため	30	24.6%
 肺炎(細菌性、ウ		25.40/	気胸で胸腔ドレナージが必要なため	15	12.3%
イルス性その他)	44	36.1%	気胸で入院が必要なため	11	9.0%
			肺炎で入院が必要なため	9	7.4%
	30	24.6%	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%	食欲低下のため	6	4.9%
			陥没呼吸があるため	5	4.1%
気管支喘息	9	7.4%	点滴治療が必要なため	5	4.19
			咳嗽症状のため	4	3.3%
間質性肺炎	3	2.5%	咳嗽症状・中耳炎のため	2	1.6%
CODD		1.60/	気管支炎で入院が必要なため	2	1.6%
COPD	2	1.6%	呼吸苦のため	2	1.6%
インフルエンザ	2	1.6%	詳細の記載なし	2	1.6%
		1.0%	肺性心のため	2	1.6%
肺塞栓症	2	1.6%	喘息の治療が必要なため	2	1.6%
		1.0 70	CRP高値のため	1	0.8%
過敏性肺炎	1	0.8%	けいれん・呼吸抑制のため	1	0.8%
			ショックのため	1	0.8%
 緊張性気胸	1	0.8%	意識障害・食事摂取困難のため	1	0.8%
			検査値異常のため	1	0.8%
誤嚥性肺炎	1	0.8%	腫瘍による上気道狭窄のため	1	0.8%
一种	1	0.070	縦隔気腫のため	1	0.8%
縦隔気腫	1	0.8%	膿胸で胸腔ドレナージが必要なため	1	0.8%
			発熱・食欲低下のため	1	0.8%
膿胸	1	0.8%	喘鳴があるため	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
うっ血性心不全	5	25.0%
感染性心内膜炎	4	20.0%
心室性頻拍	3	15.0%
W P W症候群	1	5.0%
右心不全	1	5.0%
狭心症の術後	1	5.0%
狭心症発作	1	5.0%
心疾患の疑い	1	5.0%
大動脈弁閉鎖不全 症	1	5.0%
不安定狭心症	1	5.0%
不整脈の疑い	1	5.0%

緊急入院が必要である理由	患者数	割合
意識消失の精査のため	6	30.0%
心不全のため	3	15.0%
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意識 障害・大動脈弁閉鎖不全のた め	1	5.0%
感染性心内膜炎による塞栓 症を疑うため	1	5.0%
胸部絞扼感のため	1	5.0%
緊急透析が必要なため	1	5.0%
血圧測定不能のため	1	5.0%
抗菌薬による治療が必要なた め	1	5.0%
心室性頻拍のため	1	5.0%
心室性不整脈のため	1	5.0%
不安定狭心症のため	1	5.0%

83

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)

「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 . 2 9

〇令和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両方を必要とする状態」、「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。

「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%	急性尿細管間質性腎炎	20353	2.4%
急性尿細管間質性腎炎	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%
大腿骨頚部骨折 閉鎖性	17806	2.1%	大腿骨頚部骨折 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 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、喀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」

「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 入一1 5 . 9 . 2 9

〇令和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。

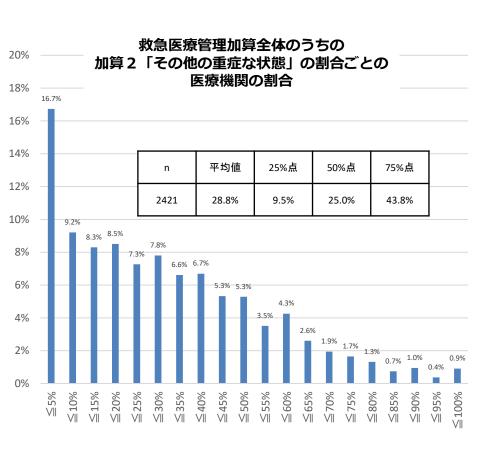
「その他の重症な状態」により救急医療管理加算2を算定する患者における 入院3日以内に多く実施されている処置及び手術

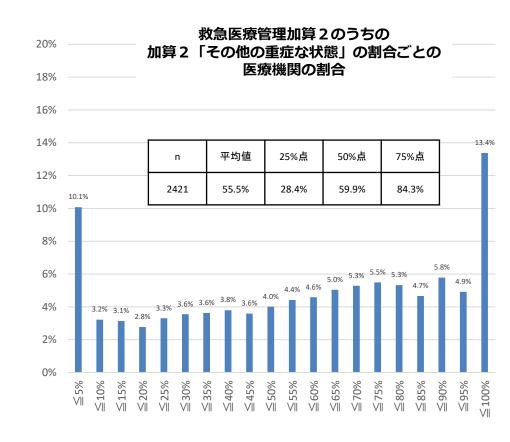
(「その他の重症な状態」の患者に多い傷病ごと)

	脳動脈の血栓症(こよる脳	挭塞	食物及び吐物に	よる肺臓	淡	尿路感染症,	部位不明		穿孔又は膿瘍	豪を伴わない	大腸の憩室	性疾患	急性尿細管間	質性腎炎	
		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)			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		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			導尿(尿道拡張)	2223	10.3%	小腸結腸内初	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%	留置カテーラ	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%	摘便	900	3.2%	摘便	575	2.7%	人工腎臓 1 慢性維持 場合1	透析を行った	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%	粘膜切除術	湯ポリープ・ ンチメートル	, 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 (200m L ごと に)	318	1.5%	高位浣腸、高 腸	高圧浣腸、洗	169	0.8%	摘便	359	1.8%
8	摘便	292	0.8%	胃持続ドレナージ	457		創傷処置(100平方 センチメートル未 満)	254	1.2%	導尿(尿道排	広張)	89	0.4%	輸血 2 保存血液輸 血	261	1.3%
9	胃持続ドレナージ	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		尿路ストーマカテー テル交換法	163	0.8%
	創傷処置(100平方 センチメートル未 満)	188		ドレーン法(ドレ ナージ) (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	ì 76	0.4%	人工腎臓 1 慢性維持透析を 行った場合1	157	0.8%

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。

- 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

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の状態で救急医療管理加算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場合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。

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。

中医協 総一 2 5 . 1 2 . 6

入院(その6)

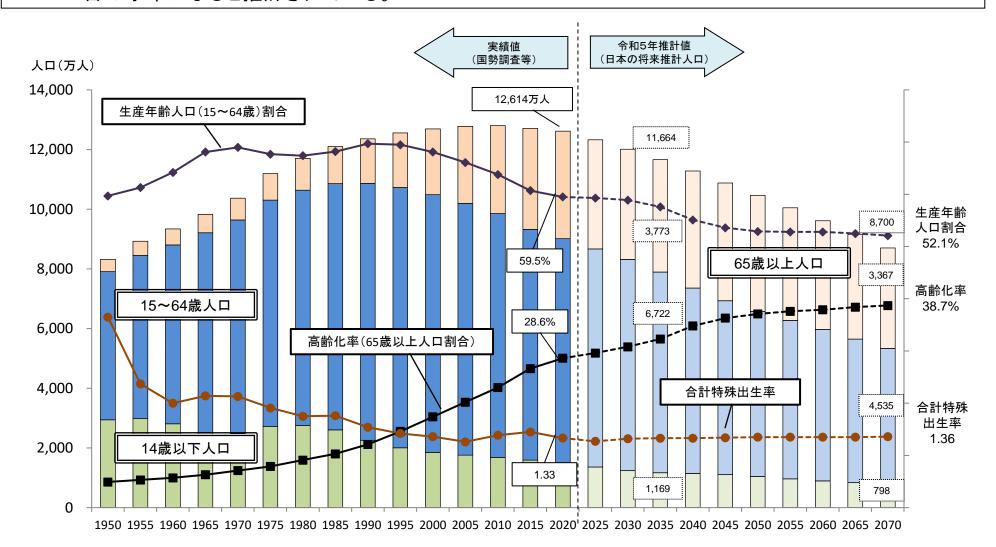
高度急性期入院医療について

高度急性期入院医療について

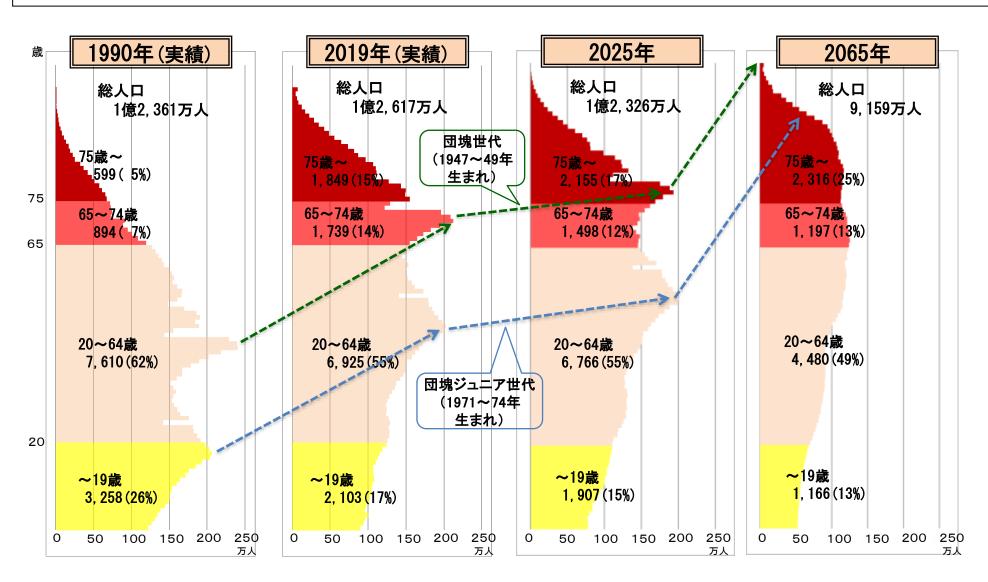
- 1. 高度急性期入院医療を取りまく現状等
- 2. 高度急性期入院医療に係る評価について
- 3. 課題と論点

日本の人口の推移

〇 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000 万人を割り込み、高齢化率は 38%台の水準になると推計されている。



- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の17%となる。
- 2065年には、人口は9,159万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。



診療報酬における機能に応じた病床の分類(イメージ)

位置 付け の

一般病床

(R4.10.1医療施設動態·R4病院報告)

病床数 886,663床 病床利用率 69.0% 平均在院日数 16.2日

療養病床

(R4.10.1医療施設動態・R4病院報告)

病床数 284,439床 病床利用率 84.7% 平均在院日数 126.5日

介護療養

病床

7,976床

※R4.6末病院報告

DPC/PDPS

1,764施設 483,425床* (+1,981床) ※2 R4.4.1現在

特定機能病院

入院基本料※1 87施設 58,726床(+185床) ※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料

19施設6,249床(+4床)

救命救急入院料 院料 2 入院料 3

入院料1 入院料2 入院料4 82施設 3,640床(+47)167床(▲33)1,573床(▲66)906床(+15)

特定集中治療室管理料

ICU 1 ICU 2 ICU₃ ICU4 329施設 159施設 80施設 54施設 ,656床(+169)927床(+60)2,317床(▲48)497床(▲68)

ハイケアユニット入院医療管理料

HCU1:643施設 6,327床(+174床) HCU 2: 37施設 363床(+54床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

203施設 1,667床 (+75床)

小児特定集中治療室管理料

16施設 161床 (+61床)

新生児特定集中治療室管理料

NICU 1 75施設 731床 (▲20床) NICU 2 153施設 909床 (+24床)

総合周産期特定集中治療室管理料

133施設 母児・胎児 841床 (▲16床) 新生児 1,771床(+16床)

新生児治療回復室入院医療管理料

203施設 2,972床 (+73床)

一類感染症患者入院医療管理料

33施設 103床(▲2床)

管理料2

管理料1

小児入院 81施設 181施設 80施設 387施設 167施設 医療管理料 5,373床 5,990床 1,876床 8,026床 (▲63床) (▲318床) (▲154床)(▲160床)

管理料3

·般病棟入院基本料

575,751床(▲4,036床)

療養病棟入院基本料

205,673床(+101床)

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1 入院料2 入院料3 入院料4 入院料5 入院料6 193施設 332施設 938施設 64施設 33施設 11施設 62,056床 10,371床 14,570床 2,666床 1.191床 440床 (+2,675)(+369)**(**▲973) (+150)(▲748) (**▲**1,019)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1 入院料2 入院料3 入院料4 70施設 1,392施設 1,250施設 40施設 46,819床 40,182床 982床 1,313床 (+3.457)(1.344)(▲ 326)(**▲**511)

障害者施設等入院基本料

891施設

72,004床(+1,633床)

特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 96床(±0) 入院料2 2施設 79床(±0)

特殊疾患

病棟入院料1 病棟入院料2 入院管理料 102施設 107施設 32施設 5,287床 7,958床 424床 (▲77床) (+192床) (▲42床)

緩和ケア病棟入院料

入院料1 241施設 4,937床(+118) 入院料2 219施設 4,250床(+39)

施設基準届出 令和4年7月1日現在 (かっこ内は前年比較)

4,354施設 58,420床 (▲3,698床) 有床診療所 (一般)

有床診療所 (療養) 392施設 3,838床 (▲1,355床)

精神科救急急性期医療入院料

173施設 10,875床 ※R4新設

精神科急性期治療病棟入院料

入院料1 367施設 16,560床 (▲67) 入院料2 9施設 358床(▲29)

精神病棟 1,180施設 140,478床(+1,660床)

管理料4 管理料5

精神科救急・合併症入院料 11施設 390床 (▲34)

児童·思春期精神科入院

50施設 1,690床 (+135)

地域移行機能強化病棟入院料

精神療養病棟入院料

27施設1,129床 (▲207床)

808施設 88,399床 (▲1,312) 入院料1 554施設 38,590床 (+436) 入院料2 3施設 220床 (+6)

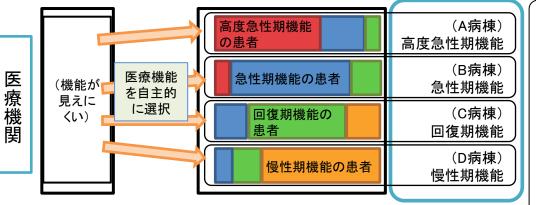
認知症治療病棟入院料

結核病棟 170施設 3,386床(▲28床)

地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に 提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- 〇 こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「地域医療構想」として策定。

その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「病床機能報告」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



医療機能の現状と今後の 病床機能報告 方向を報告(毎年10月) (「地域医療構想」の内容)

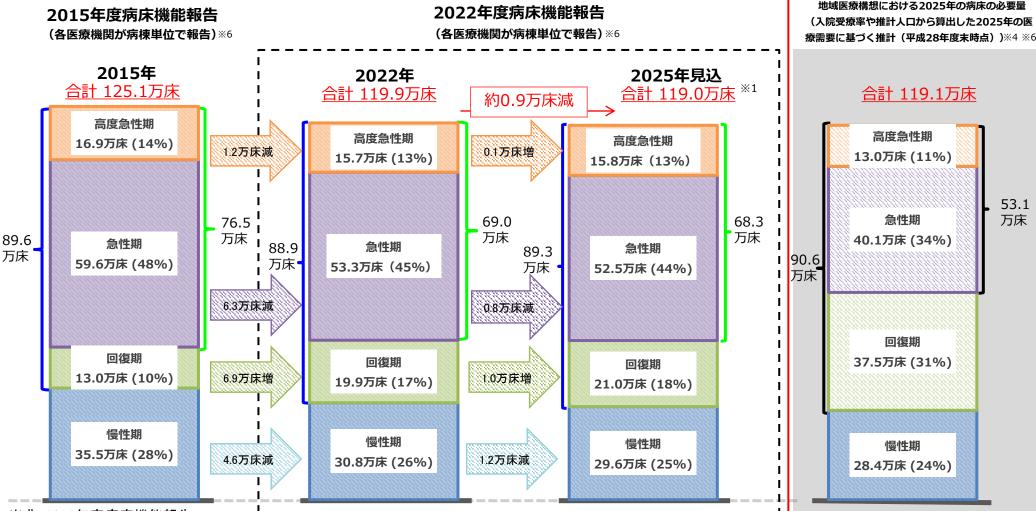
- 1. 2025年の医療需要と病床の必要量
- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療 需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- 都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計
- 2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
- 例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、 在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、 更なる機能分化を推進 〇 機能分化・連携については、

「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

2022年度病床機能報告について

中医協 総 - 4 5 改 5 . 7 .



出典:2022年度病床機能報告

- ※1:2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数 ※2:対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年度病床機能報告:13,885/14,538(95.5%)、2022年度病床機能報告:12,171/12,590(96.7%)) ※3:端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

- ※4: 平成25年度(2013年度) のNDBのレセプトデータ 及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を 用いて推計

^{※5:}高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*):18,399床(参考 2021年度病床機能報告:19,645床)
*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数
※6:病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較7 するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

		点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	医師の配置	看護配置	必	 医度	その他
救命救急 入院料	入院 料1	~3日 10,223点 ~7日 9,250点	187 3,593床	・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)	4対1	HCU用	測定評価	救セ有こ ※救入「広特治を 物ンしと 「命院」範定療 での院」範定療 がのでは急 は急 は急 ののである。 は急 ののである。 は急 ののである。 は急 ののである。 ののでは ののである。 ののでは ののである。 ののである。 ののでは ののである。 ののでは ののである。 ののでは ののでは ののでは ののでは ののでは ののでは ののでは のので
	管理 料1	~7日 14,211点 ~14日 12,633点	141 1,487床	・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	・専任の医師が常時勤務(うち2人 がICU経験5年以上)(治療室内)			1.Q宝	※「イ」は
特定集中 治療室 管理料	管理 料2	イ・ロ: ~7日 14,211点 イ: ~14日 12,633点 ロ: ~60日 12,833点	76 867床	・特定集中治療室管理料1の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわ しい設備・医師	・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上)(治療室内)・広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師(医療機関内)	2対1	ICU用 (I・II)		祭 う 」は 特定集中治 療室管理料 「ロ」は 広範囲熱傷
(ICU)	管理 料3	~7日 9,697点 ~14日 8,118点	349 2,365床	-	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)				特定集中治療管理料
	管理 料4	イ・ロ: ~7日 9,697点 イ: ~14日 8,118点 ロ: ~60日 8,318点	62 565床	・特定集中治療室管理料3の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわ しい設備・医師	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)・広範囲熱傷特定集中治療を担当 する常勤の医師(医療機関内)			I :7割 Ⅱ :6割	を指す
ハイケアユニット	管理 料1	6,855点	621 6,153床		・専任の常勤医師が常時いる	4対1		8割	
入院医療 管理料 (HCU)	管理 料2	4,224点	30 309床	- 病床数30床以下	(医療機関内)	5対1	HCU用	6割	

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度に係る評価票

診調組 入一1 5.8.10

【特定集中治療室用】 基準:A得点3点以上

11 輸血や血液製剤の管理

ECMO, IMPELLA)

13 特殊な治療法等

|12 ||肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)

(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、

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

イ	イケアユニット用】 基準:A得点3点以上かつB得点4点以上				
A	モニタリング及び処置等	O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	人工呼吸器の装着	なし	あり		

なし

なし

なし

あり

あり

あり

(参考)【一般病棟用】

Α	モニタリング及び処置等	O点	1点	2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	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	_
3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	_
5	輸血や血液製剤の管理	なし	_	あり
	専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)。 ②抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ③抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ④抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪ドレナージの管理、 ①無菌治療室での治療)	なし	I	あり
7	I:救急搬送後の入院(5日間) II:救急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	1	あり

診療・療養上の指示が通じる

危険行動

((参考)一般病保用、ハイケアユニット用共通8項日				
	B 患者の状況等	患者の状態			
	B 思有の状況等	O点	1点	2点	ĺ
	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	ĺ
	移乗	<u>自立</u>	一部介助	全介助	ĺ
	口腔清潔	<u>自立</u>	<u>要介助</u>	_	×
	食事摂取	<u>自立</u>	一部介助	全介助	ĺ
	衣服の着脱	<u>自立</u>	一部介助	全介助	
					i

いいえ

はい

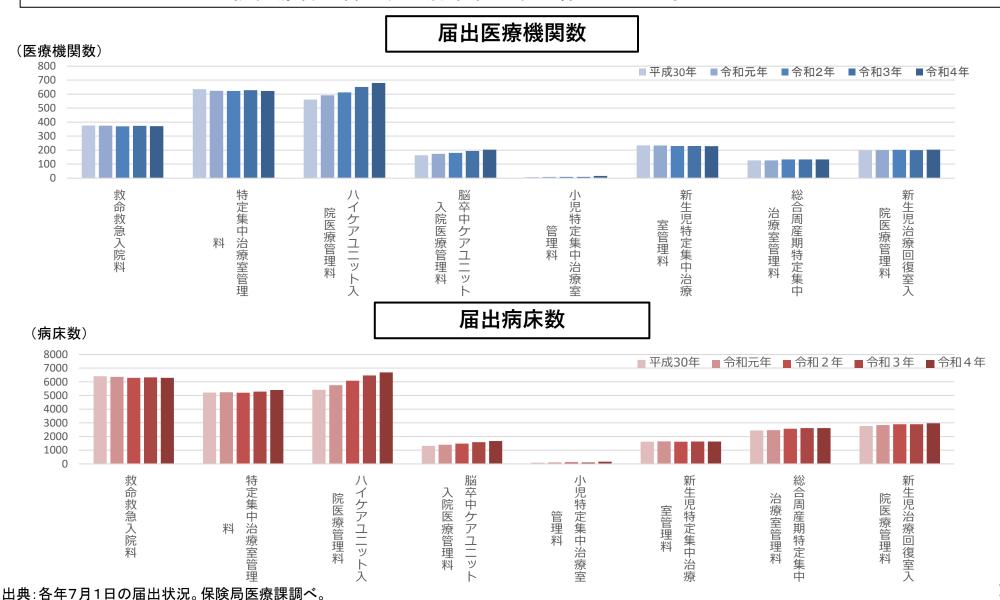
ない

	介助0	D実施
	0	1
	_	
	実施なし	実施あ
:	<u>実施なし</u>	<u>実施あ</u>
	実施なし	実施あ
	<u>実施なし</u>	<u>実施あ</u>

救命救急入院料等の届出状況

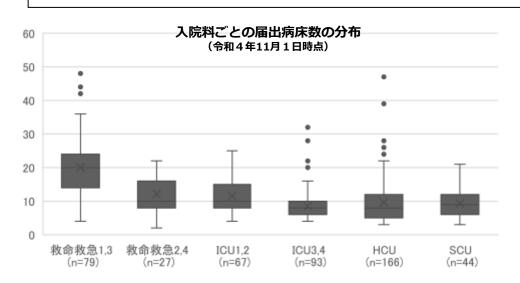
診調組 入一1 5.8.10

- 救命救急入院料等の届出医療機関数及び届出病床数の推移は以下のとおりであった。
 -) ハイケアユニット入院医療管理料の届出病床数が年々増加している。

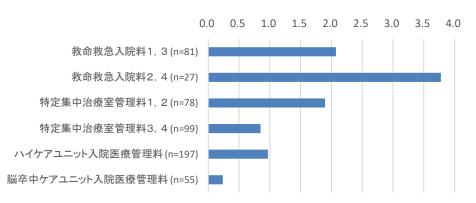


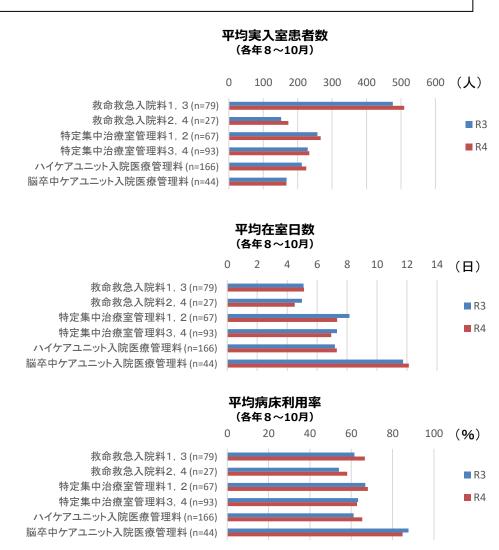
救命救急入院料等における届出病床数、平均在室日数等

○ 救命救急入院料等における令和4年11月時点の届出病床数、令和3年8~10月及び令和4年8~10月時点の平均在室日数等は以下のとおり。

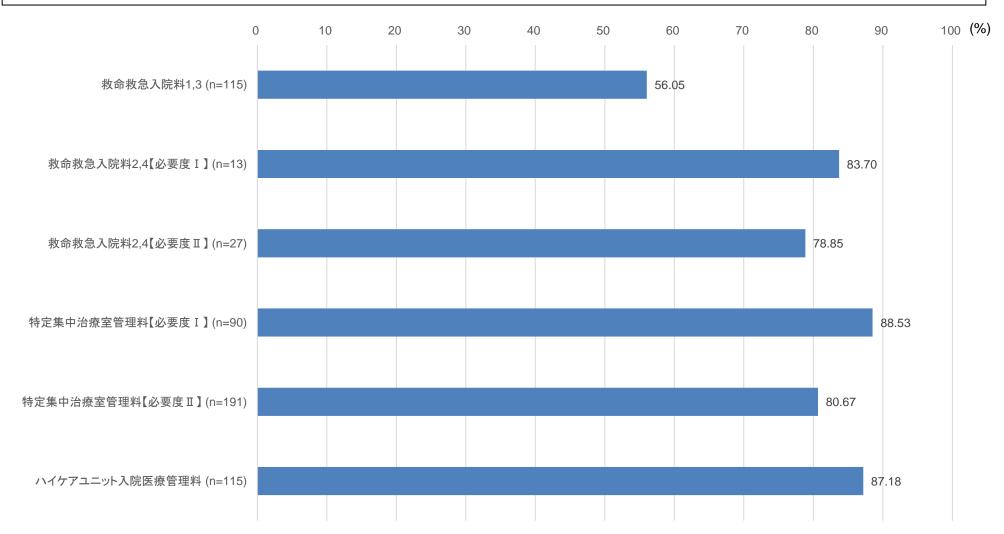


新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数の平均 (令和4年11月1日時点)





〇 令和5年1~3月における救命救急入院料等の重症度、医療·看護必要度の該当患者割合は以下のとおり。



高度急性期入院医療について

- 1. 高度急性期入院医療を取りまく現状等
- 2. 高度急性期入院医療に係る評価について
 - 2-1. 特定集中治療室管理料の施設基準等について
 - 2-2. ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準等について
 - 2-3. 医師の働き方改革と治療室における宿日直について
- 3. 課題と論点

これまでの中医協総会等における特定集中治療室管理料に係る主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会(検討結果とりまとめ)>

- SOFAスコアと転帰は相関しており、患者の重症度を表していると考えられる、との指摘があった。
- SOFAスコア単独で指標として使用することには慎重になるべきではないか、との指摘があった。
- RRS (Rapid Response System) を行っている病院では、SOFAスコアが上がる手前の人をICUで管理し始めるようにしているため、こうした取組も考慮した慎重な検討が必要、との指摘があった。

ICUにおける生理学的指標に基づく重症度スコアの例②

SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)スコア

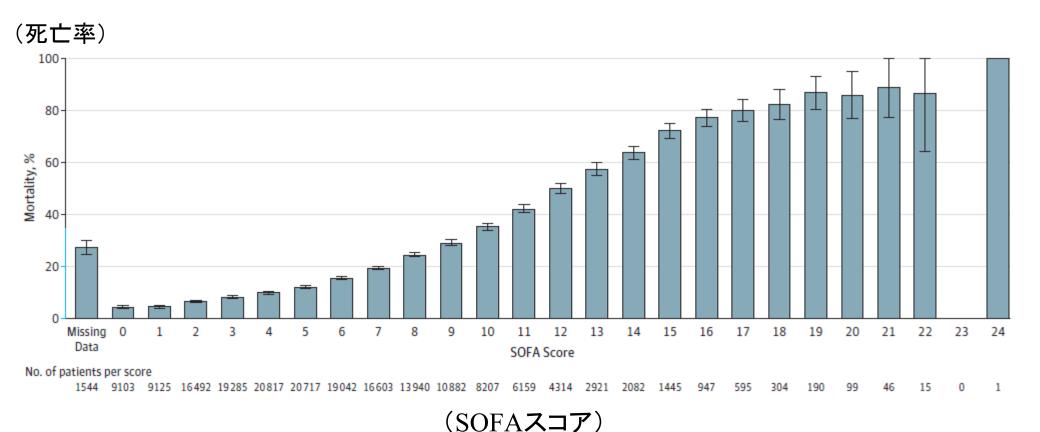
- 6臓器の機能不全を0-4点で点数化し、最大24点で評価を行う。
- 〇 24 時間毎に評価した各臓器障害スコアの観察期間中の最大値を合計して得られる total maximum SOFA score (TMS)は、患者の生命予後と一定の相関関係がある。

(参考)SOFAスコア

	0	1	2	3	4
呼吸機能 PaO ₂ /FiO ₂ [mmHg]	x> 400	400≧x>300	300≧x>200	200≧×> 100 呼吸補助下	100≧× □手吸神助下
凝化可機 負担 加小 板数 [×10 ³ /mm²]	x> 150	150≧x>100	100≧x>50	50≧x>20	20≧x
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 血圧低下	なし	平均動脈圧< 70 mmHg	ドパミン ≦5y あるいはドブタミン 投与- (投与量を問わない)	ドバミン> 5y あるいはエビネフリン ≦0.1y あるいはノルエビネフリン ≦0.1y	ドバミン > 15y あるいはエビネフリン > 0.1y あるいはフルエビネフリン > 0.1y
中枢神経機能 Glasgow Coma Scale	15	14~13	12~10	9~6	6未満
臂機能 グレアチニン値 [mg/dL]	1.2未	1.2~1.9	2.0~3.4	3.5~4.9 あるいは尿量が500mL/日末満	> 5.0 あるいは尿量が200mL/日未満

(参考)ICUにおける感染症疑い患者のSOFAスコアと死亡率の関係

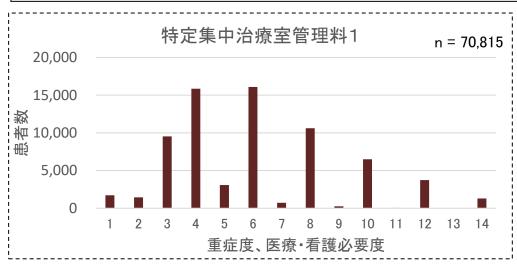
○ ICUにおける感染症疑い患者のSOFAスコアと死亡率には、一定の相関関係があると考えられる。

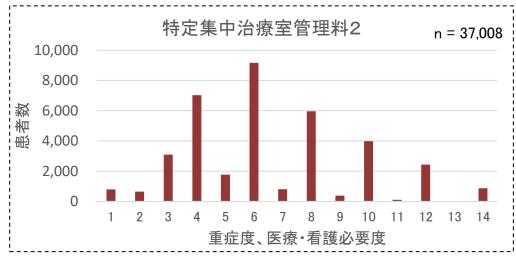


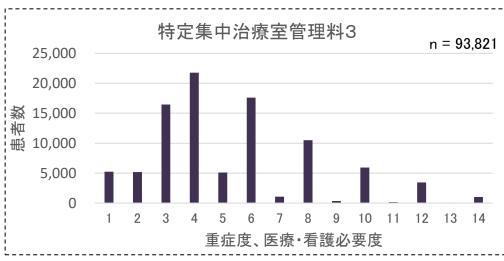
特定集中治療室の患者の重症度、医療・看護必要度Ⅰの分布

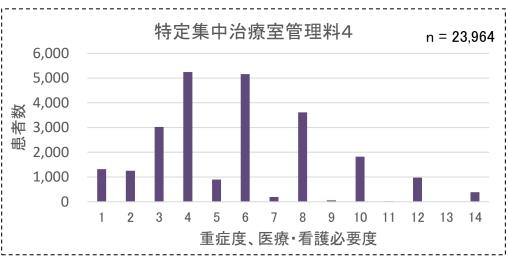
診調組 入一1 5.8.10

〇 特定集中治療室の患者の重症度、医療・看護必要度 I の分布は、特定集中治療室管理料1、2においては 6点にピークがあり、特定集中治療室管理料3、4においては4点にピークがある。









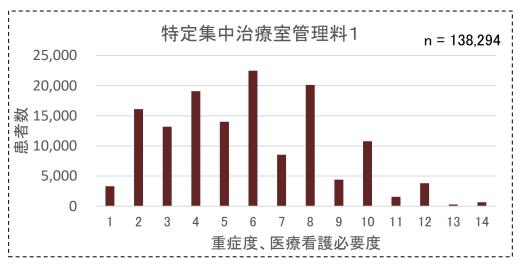
※ 重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準 特定集中治療室管理料1~2 重症度、医療看護必要度3点以上

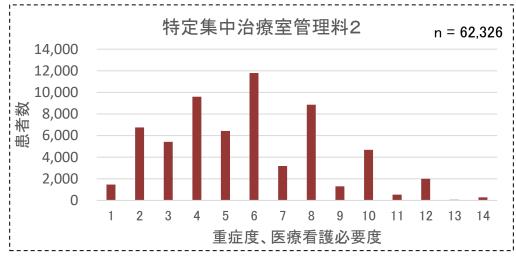
17

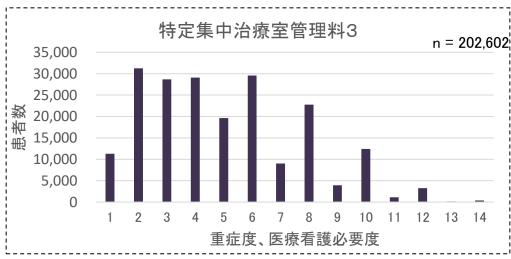
特定集中治療室の患者の重症度、医療・看護必要度Ⅱの分布

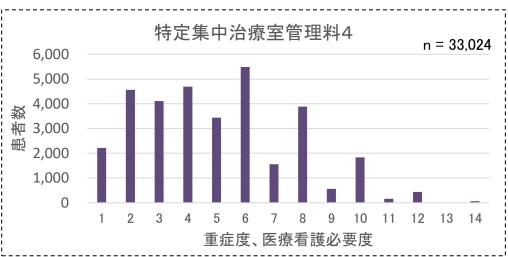
診調組 入一1 5.8.10

○ 特定集中治療室の患者の重症度、医療・看護必要度Ⅱの分布は、特定集中治療室管理料1、2及び4においては6点にピークがあり、特定集中治療室管理料3においては2点にピークがある。









※ 重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準 特定集中治療室管理料1~2 重症度、医療看護必要度3点以上

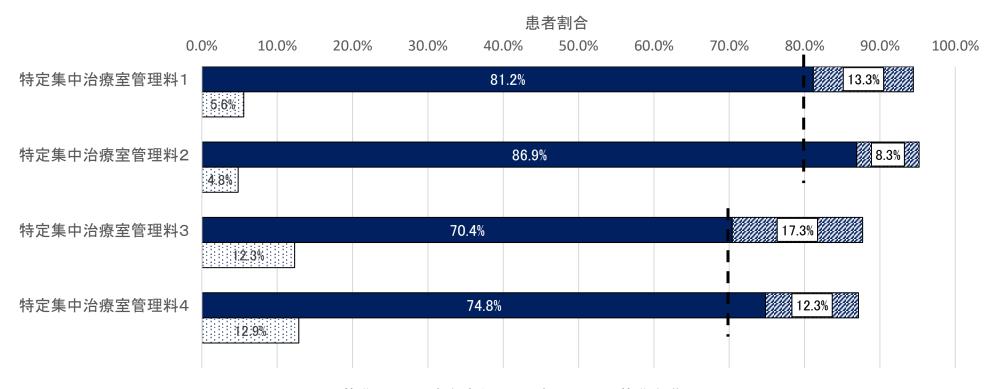
18

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅰ

診調組 入一1 5.8.10

〇 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度 I について、いずれの入院料においても、多くの患者が基準を満たしていた。

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度



■基準以上_A3点を除く 図A3点のみ □基準未満

※ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準

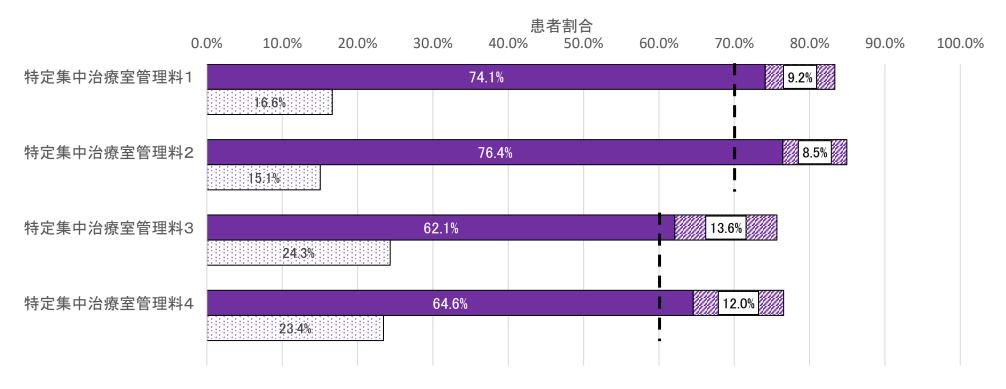
特定集中治療室管理料 $1\cdot 2$ 8割以上(重症度、医療·看護必要度 I) 7割以上(重症度、医療·看護必要度 II) 特定集中治療室管理料 $3\cdot 4$ 7割以上(重症度、医療·看護必要度 II) 6割以上(重症度、医療·看護必要度 II)

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅱ

診調組 入一1 5.8.10

○ 特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度 II について、いずれの入院料においても、多くの患者が基準を満たしていた。

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度

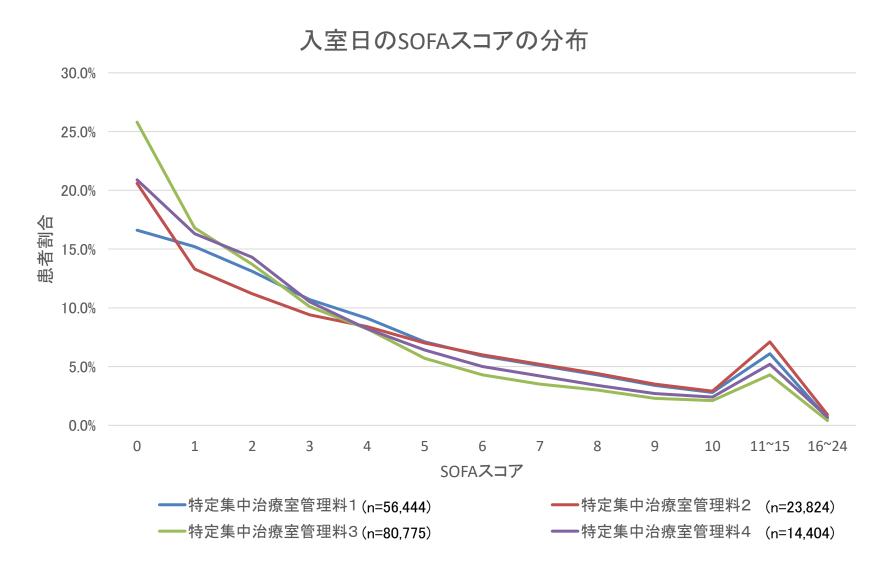


■基準以上 A3点を除く 図A3点のみ □基準未満

※ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準

特定集中治療室管理料 $1\cdot 2$ 8割以上(重症度、医療·看護必要度 I) 7割以上(重症度、医療·看護必要度 I) 特定集中治療室管理料 $3\cdot 4$ 7割以上(重症度、医療·看護必要度 I) 6割以上(重症度、医療·看護必要度 I)

〇 特定集中治療室に入室している患者はSOFAスコアが低い患者が多いが、5点以上、11点以上の患者も 一定数認められた。

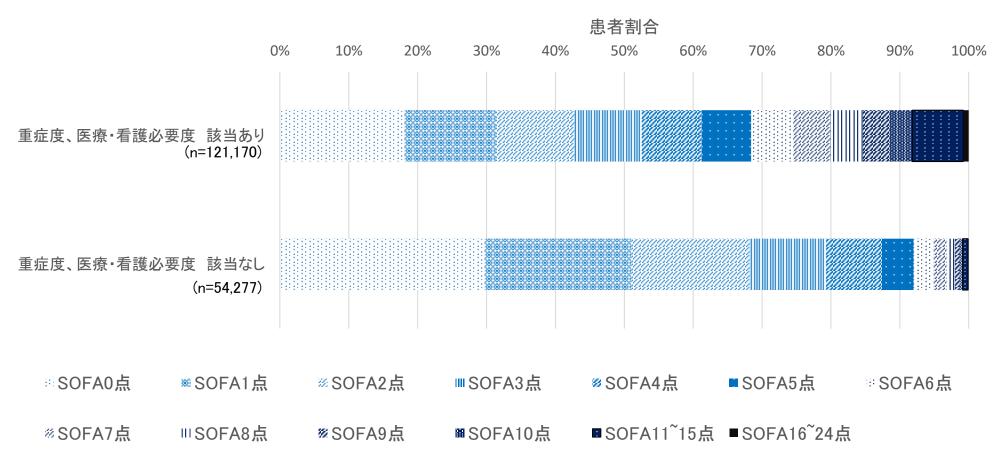


入室日の重症度、医療・看護必要度の該当有無別の入室日のSOFAスコア

診調組 入一15.8.10

- 〇 入室日の重症度、医療・看護必要度の該当患者の方が、非該当の患者より、入室日のSOFAスコアが高い傾向にあった。
- 〇 一方で、入室日の重症度、医療・看護必要度の非該当の患者においても、入室日のSOFAスコアが高い 患者が一部認められた。

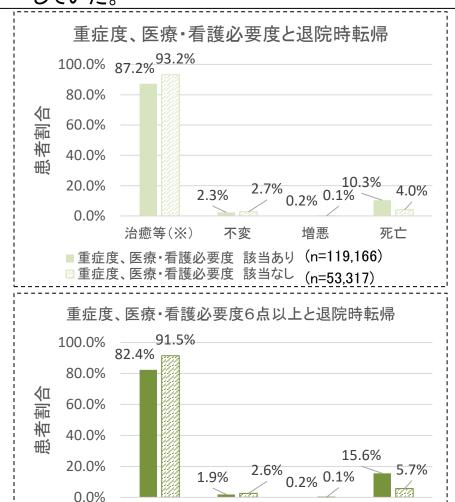
入室日の重症度、医療・看護必要度の該当有無別の入室日のSOFAスコア



入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のSOFAスコアと退院時の転帰

診調組 入一1 5 . 9 . 6

○ 入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のSOFAスコアのいずれもが退院時の転帰と相関していた。 重症度、医療・看護必要度の該当と比較し、SOFAスコア5点以上、10点以上の方が退院時の転帰とよく相関 していた。



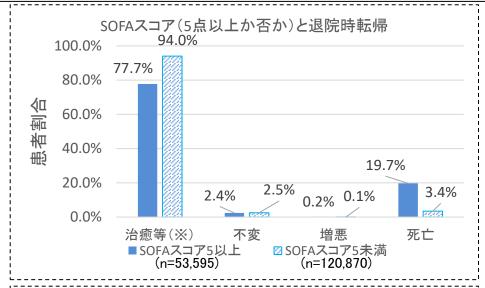
不変

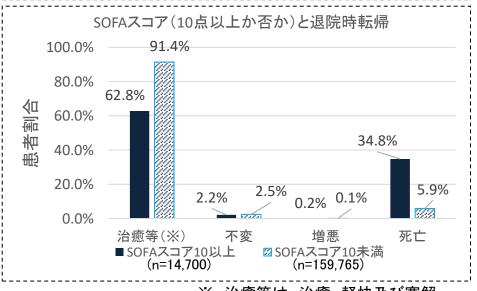
増悪

(n=46.724)

(n=127.741)

死亡





※ 治癒等は、治癒、軽快及び寛解

治癒等(X)

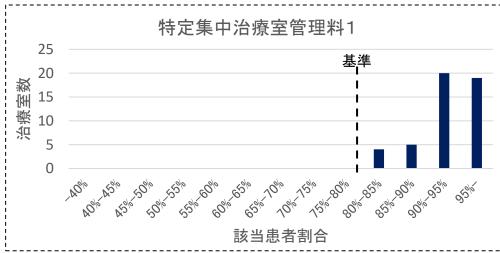
■重症度、医療・看護必要度 6点以上

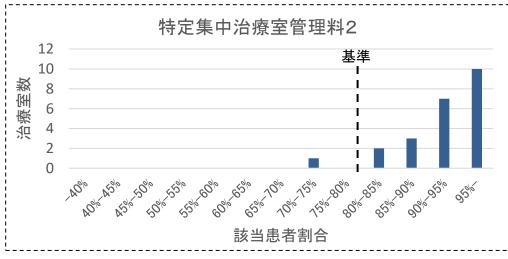
□ 重症度、医療・看護必要度 6点未満

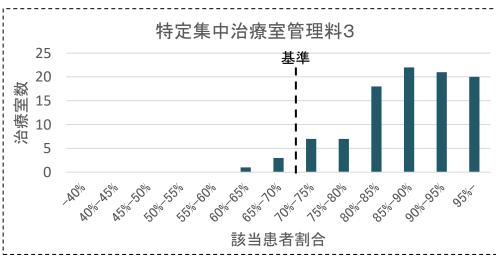
特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準に該当する患者の割合の分布

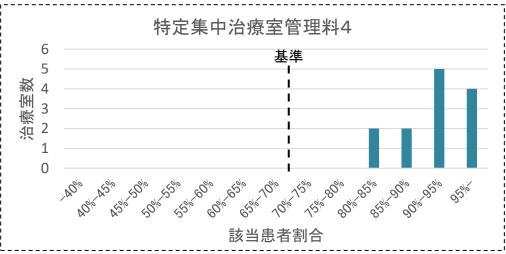
診調組 入一1 5.8.10

〇 特定集中治療室の治療室ごとに重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、多くの施設で高い傾向にあった。









※ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準

特定集中治療室管理料1·2 8割以上(重症度、医療·看護必要度 I) 7割以上(重症度、医療·看護必要度 II)

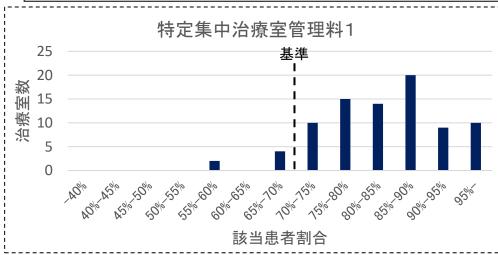
特定集中治療室管理料3·4 7割以上(重症度、医療·看護必要度 I) 6割以上(重症度、医療·看護必要度 II)

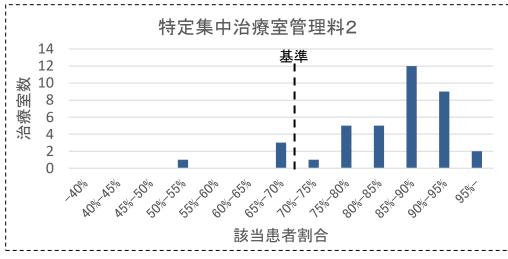
出典:DPCデータ(令和4年4月~12月)

特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度 II の基準に該当する患者の割合の分布

診調組 入一1 5.8.10

○ 特定集中治療室の治療室ごとの重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、多くの施設で高い傾向 にあった。









※ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準

特定集中治療室管理料1·2 8割以上(重症度、医療·看護必要度 I) 7割以上(重症度、医療·看護必要度 II)

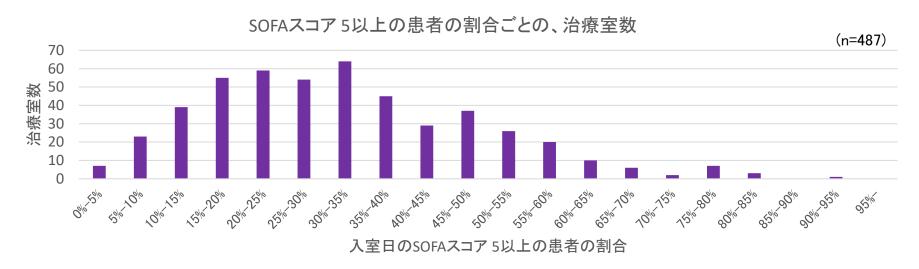
特定集中治療室管理料3·4 7割以上(重症度、医療·看護必要度 I) 6割以上(重症度、医療·看護必要度 II)

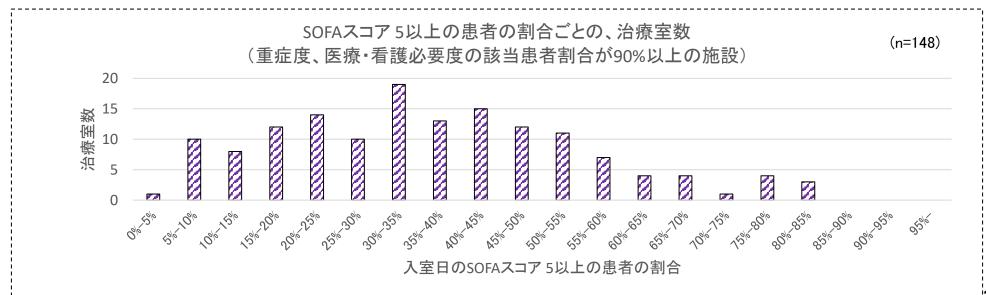
出典:DPCデータ(令和4年4月~12月)

入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合の分布

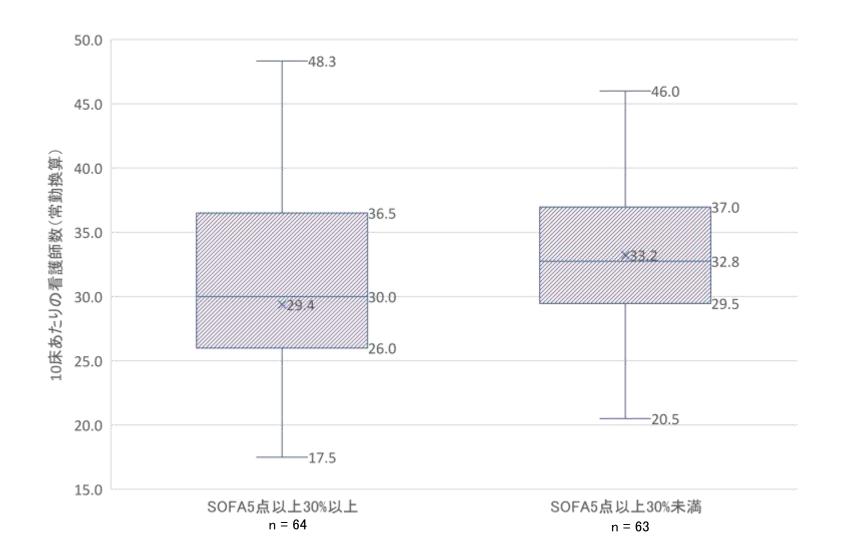
診調組 入一1 5.8.10

- 入室日のSOFAスコア 5以上の患者の割合は、治療室ごとにばらつきがあった。
- 重症度、医療看護必要度が90%以上の施設に限定しても、入室日のSOFAスコア 5以上の患者の割合は ばらついていた。





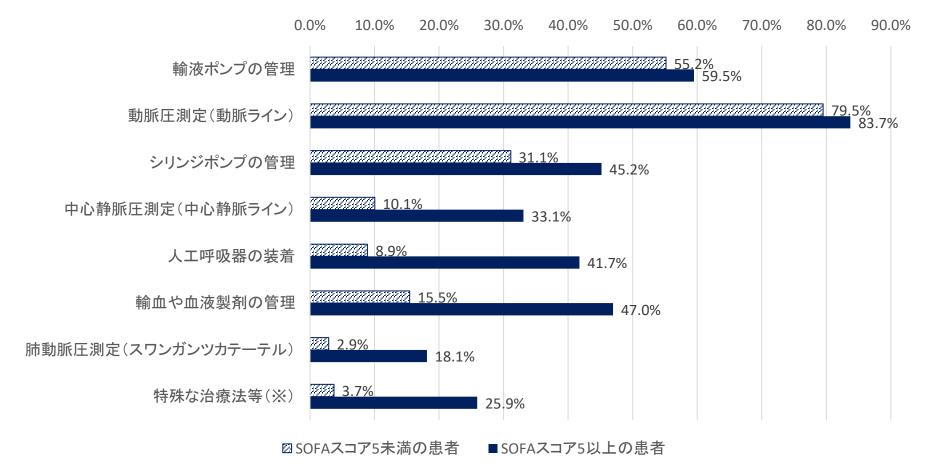
〇 入室日のSOFAスコアが5以上の患者が30%以上の特定集中治療室と30%未満の特定集中治療室で、看 護配置に大きな差はなかった。



重症度、医療・看護必要度の該当項目割合(入室当日)、 入室日のSOFAスコア5以上の患者と5未満の患者

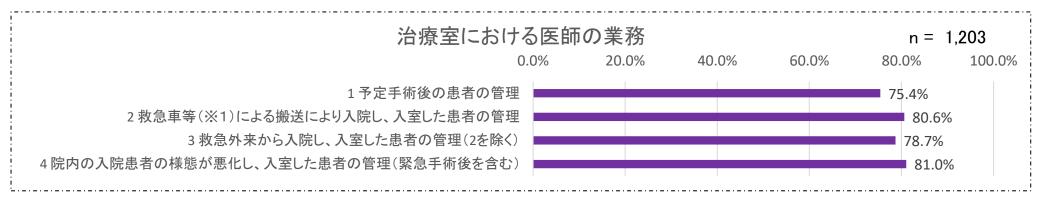
診調組 入一1 5 . 9 . 6

○ 入室当日の重症度、医療・看護必要の各項目の該当患者割合を、入室日のSOFAスコア5以上の患者と 5未満の患者とで比較すると、輸液ポンプの管理、動脈圧測定ではあまり差がなかったが、他の項目では、 SOFAスコア5以上の患者の方が高かった。

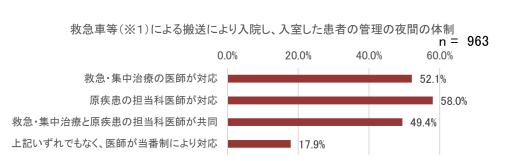


※ 特殊な治療法等: CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA

○ 治療室における医師の業務において、夜間の体制は、いずれの業務においても、6割程度の施設が「原疾患の担当科医師が対応する」としており、他の体制よりやや高かった。











※1 救急用の自動車又は救急医療用へリコプター

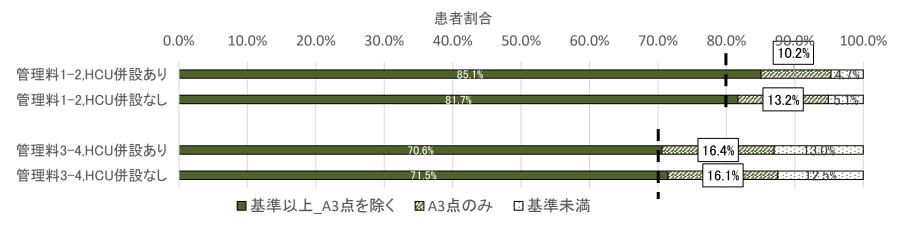
出典:令和5年度入院・外来医療等における実態調査(治療室票)

HCUの併設有無別の重症度、医療・看護必要度

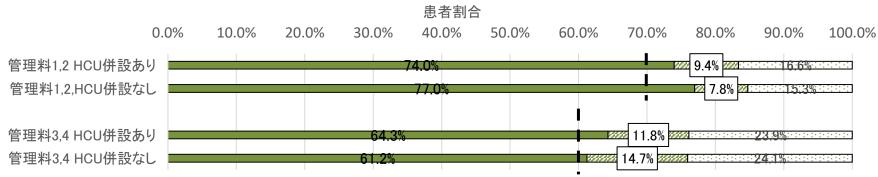
診調組 入一1 5 . 9 . 6

〇 重症度、医療・看護必要度をHCUの併設有無別に比較したが、大きな差はなかった。

HCUの併設有無別の、重症度、医療・看護必要度 I



HCUの併設有無別の、重症度、医療・看護必要度Ⅱ



■基準以上 A3点を除く 図A3点のみ □基準未満

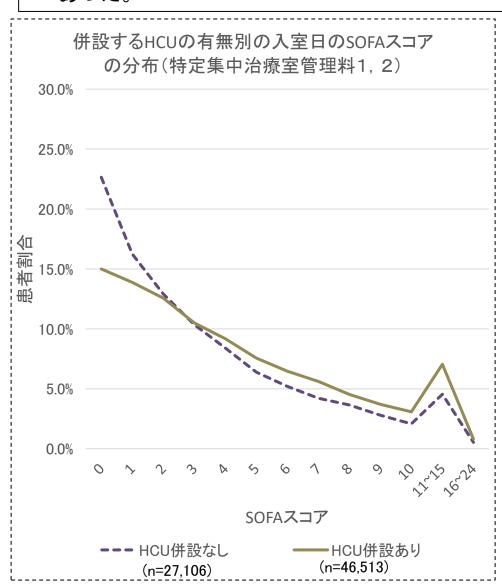
※ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準

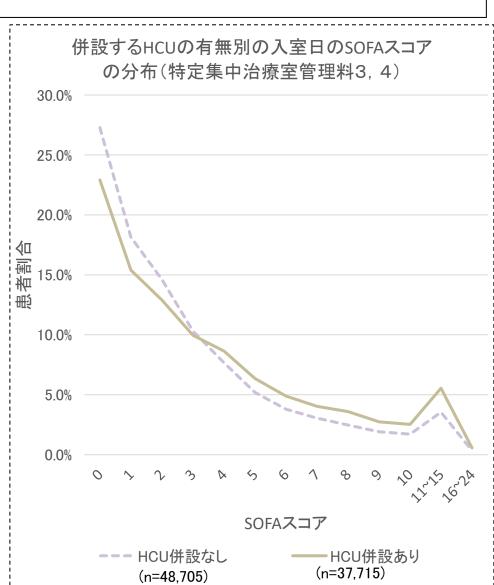
特定集中治療室管理料 $1\cdot 2$ 8割以上(重症度、医療·看護必要度 I) 7割以上(重症度、医療·看護必要度 II) 特定集中治療室管理料 $3\cdot 4$ 7割以上(重症度、医療·看護必要度 I) 6割以上(重症度、医療·看護必要度 II)

併設するHCUの有無別のごとの入室日のSOFAスコア

診調組 入一1 5 . 9 . 6

○ 入室日のSOFAスコアは、HCUの併設がないICUの方が、SOFAスコアが低い患者が多い傾向にあった。





入室日のSOFAスコアが高い患者と低い患者の比較

診調組 入一1 5 . 9 . 6

○ 入室日のSOFAスコアが高い患者と低い患者を比較すると、高い患者の傷病名として敗血症性ショックが多く見られ、また入室日のSOFAスコアが高い患者は低い患者に比較し、入室当日又は前日に手術を実施した患者の割合が少なかった。

① 傷病名(医療資源を最も投入した傷病)

入室時SOFAスコア5未満の患者

(n=123.282)

	\11-123,202/	
	傷病名	患者割合
1	右上葉肺癌	3.4%
2	急性前壁心筋梗塞	3.3%
3	腹部大動脈瘤切迫破裂	3.0%
4	急性大動脈解離StanfordB	2.9%
5	慢性うっ血性心不全の急性増悪	2.7%
6	急性下側壁心筋梗塞	2.7%
7	大動脈弁狭窄症	2.6%
8	右下葉肺癌	2.5%
9	直腸癌	2.0%
10	未破裂脳動脈瘤	2.0%

入室時SOFAスコア5以上の患者

(n=54,522)

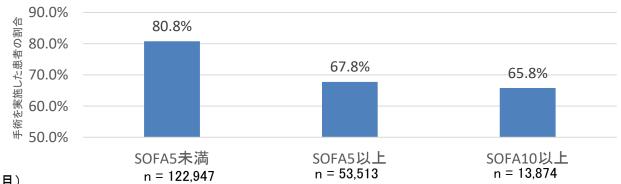
	-	
	傷病名	患者割合
1	大動脈弁狭窄症	4.8%
2	慢性うつ血性心不全の急性増悪	4.5%
3	急性大動脈解離StanfordB	4.4%
4	敗血症性ショック	4.0%
5	僧帽弁閉鎖不全症	3.6%
6	上行胸部大動脈瘤	3.1%
7	労作性狭心症	2.5%
8	急性前壁心筋梗塞	2.3%
9	不安定狭心症	2.0%
10	腹部大動脈瘤切迫破裂	1.9%
	•	•

入室時SOFAスコア10以上の患者

(n=14,883)

傷病名	患者割合
敗血症性ショック	7.8%
大動脈弁狭窄症	5.3%
急性大動脈解離StanfordB	5.2%
僧帽弁閉鎖不全症	4.1%
蘇生に成功した心停止	3.4%
上行胸部大動脈瘤	3.4%
慢性うっ血性心不全の急性増悪	3.3%
労作性狭心症	2.9%
急性前壁心筋梗塞	2.6%
不安定狭心症	2.3%
	敗血症性ショック 大動脈弁狭窄症 急性大動脈解離StanfordB 僧帽弁閉鎖不全症 蘇生に成功した心停止 上行胸部大動脈瘤 慢性うつ血性心不全の急性増悪 労作性狭心症 急性前壁心筋梗塞

② 入室当日又は前日に手術をした患者の割合



出典:DPCデータ(令和4年4月~12月)

特定集中治療室等における重症患者の対応体制強化に係る評価

▶ 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性の観点から、特定集中治療室等において重症患者対応を強化し、必要な人材を育成していく体制として、以下のような取組が考えられる。

特定集中治療室等における重症患者の対応強化



特定集中治療室管理料の対象患者

- ・意識障害又は昏睡
- ・急性期呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性憎悪
- ・急性心不全(心筋梗塞を含む)
- · 急性薬物中毒
- ・ショック
- ・ 重篤な代謝障害 (肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- ・広範囲熱傷
- ・大手術後
- · 救急蘇牛後
- ・その他外傷、破傷風等で重篤な状態

① 重症患者に対する24時間体制の医療提供

> 重症患者に対する24時間体制の医療提供の一定の実績

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に 該当する患者が**1割5分**以上

② 専門性の高い看護師・臨床工学技士の手厚い配置

> ICU等における専門性の高い看護師(認定・専門・特定行為)の活用

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする看護に関する適切な研修を修了した看護師(専従の常勤看護師 1名以上)

> 高度な医療機器の管理等を実施する臨床工学技士の活用

救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士(専従の常勤臨床工学技士 1名以上)

> 高水準なケアを維持するための人材育成、有事における機動的な人員配置

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講(2名以上)

新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う。(支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい

③ 重症患者への対応力向上を目的とした院内・院外研修

- ▶ 集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施。
 - 院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること。
 - ・重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護
 - ・人工呼吸器及び体外式膜型人工肺(ECMO)を用いた重症患者の看護の実際
- > <u>地域の医療機関等が主催する</u>集中治療を必要とする患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域における 集中治療の質の向上を目的として、<u>地域の医療機関等と協働</u>することが望ましい。



特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価

集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者 対応に係る体制を確保している場合の評価を新設する。

750点

救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料1~4

3日以内の期間

4日以上7日以内の期間 500点

8日以上14日以内の期間 300点 「算定要件)

重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める 施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出 た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化 加算として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数 に加算する。

向上を目的として、地域の医療機関等と協働

することが望ましい。

「振い甘油の町面」

[他設基準の概要]			
専従の常勤看護師 <u>1名</u> 以上	・集中治療を必要とする患者 を修了した看護師	の看護に従事した経験が5年以上かつ集中	中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修
専従の常勤臨床工学技士 <u>1名</u> 以上	・救命救急入院料/特定集 中治療室管理料の届出を 行っている医療機関にお いて5年以上勤務した臨 床工学技士	*実施業務* ・集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施。 院内研修は、重た思考へは後の習	
看護師2名以上 ※当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。 ※当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。	・集中治療の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。	践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺(ECMO)を用いた重症患者の看護の実際	*実施業務* ・新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う。(支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい) ・地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域における集中治療の質の

必要な届出

- 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算 ・区分番号「A234-2| 感染対策向 L加算1 ただし、急性期一般入院料1に係る届出を行っている保険医療機関については、区分番号「A200-2|急性期充実体制加算 に係る届出を行っていない場合であっても、令和5年3月31日までの間に限り、別添7の様式42の8にその理由及び今後の届出 予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。
- 実績 ・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上

重症患者対応体制強化加算の届出状況等

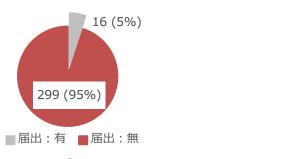
診調組 入一5 5.10.5

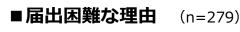
35

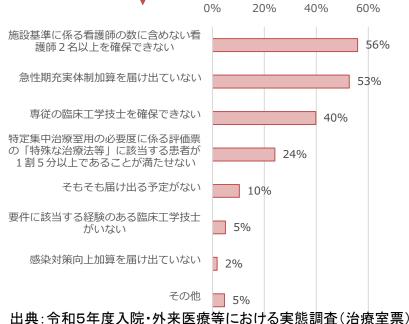
- 重症患者対応体制強化加算を届け出ていた治療室は5%であった。
- 重症患者対応体制強化加算を届け出ていない治療室であっても、施設基準に含めない適切な研修を修了した看護師を 2人以上配置している治療室があり、これらの看護師は他の医療機関等への支援等を一定程度実施していた。

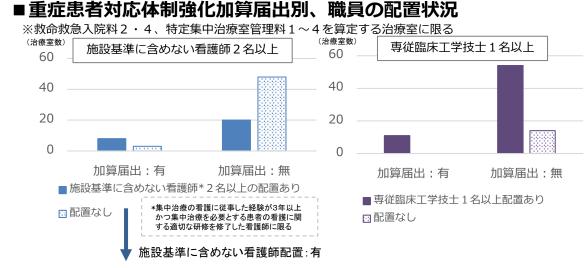
■ 重症患者対応体制強化加算の届出有無 (n=315)

※救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料1~4を算定する治療室に限る

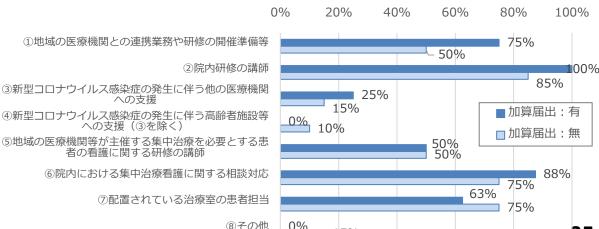








■重症患者対応体制強化加算届出別、適切な研修を修了した看護師の具体 的な実施業務 (加算届出有 n=8、加算届出無 n=20)



15%

ICU用必要度「特殊の治療法等」の該当状況

○ 重症患者対応体制強化加算の施設基準の1つである「特殊な治療法等」の該当患者割合について、治療室においては該当患者1人が退室することで、基準を満たさなくなる場合がある。

【「重症患者対応体制強化加算の施設基準(抄)】

「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であること。なお、該当患者の割合については、暦月で6か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。

○ 治療室では、ベッド数が少ないため、該当患者1人が退室することにより基準を満たさなくなることがある。

①入室患者数	② ①に対する1割5分の人数	③②の1割変動を考慮した人数
8人	1.2人	1.08人
6人	0.9人	0.81人

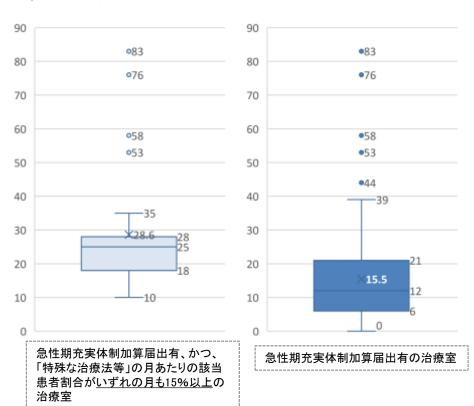
■急性期充実体制加算届出施設の治療室における、「特殊 な治療法等(※)」の該当患者割合(n=189)

((R4.4月~R5.3月の「A8 特殊な治療法等」該当患者延数) / (R4.4月~R5.3月の各月の必要度評価対象者延数)



	治療室数
な治療法等」の年間該当患者割合が 以上の治療室	104
うち、R4.4月~R5.3月のいずれの月も 該当患者割合が15%以上の治療室	28 (26.9%)

■「特殊な治療法等(※)」の月別該当患者延人数の 最小値の分布



高度急性期入院医療について

- 1. 高度急性期入院医療を取りまく現状等
- 2. 高度急性期入院医療に係る評価について
 - 2-1. 特定集中治療室管理料の施設基準等について
 - 2-2. ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準等について
 - 2-3. 医師の働き方改革と治療室における宿日直について
- 3. 課題と論点

ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に関する主な意見

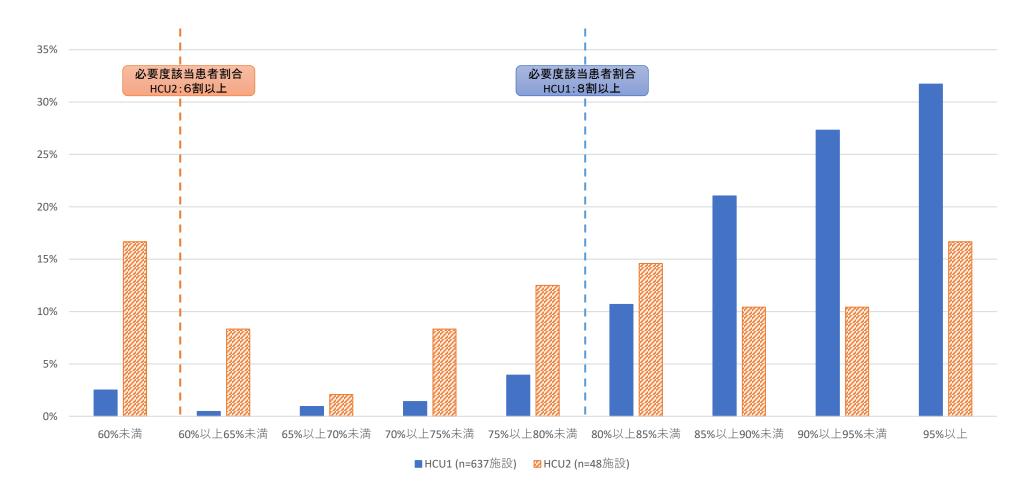
<7月5日 中医協総会(入院(その1))>

- ハイケアユニットについて、届出医療機関の数が増加しており、どのような状態の患者にどのような 医療が提供されているのか等を分析した上で、必要度の在り方について検討すべき。
- 看護業務の負荷軽減の観点からも、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度についても、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入すべき。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会(検討結果とりまとめ)>

- 〇 「心電図モニターの管理」や「輸液ポンプの管理」は患者の状態や入室経路によらずほぼ全ての患者 に該当しており、重症度等を評価する観点からは項目として不要ではないか。
- 重症度の高い患者への対応や常時監視の必要な治療の実施を評価する観点から、一部の項目について、 特定集中治療室用と同様に、点数に差をつけることが考えられるのではないか。
- 一般病棟ではなく治療室に入室が必要な重症度の高い患者に対する医療・看護を評価する観点からは、 特定集中治療室用と同様に、B項目は適さないではないか。一方、B項目の測定結果はADL等の改善 状況を統一的な指標で把握するために有用であり、B項目を必要度の基準から外す場合においても、特 定集中治療室と同様に、測定自体は継続すべきではないか。
- 〇ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度についてもレセプト電算コードに基づく評価を導入する際には、現行の評価との比較分析を行ってはどうか。

〇 ハイケアユニット入院医療管理料における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、管理料1では 該当患者割合が95%以上の治療室が最も多かった。

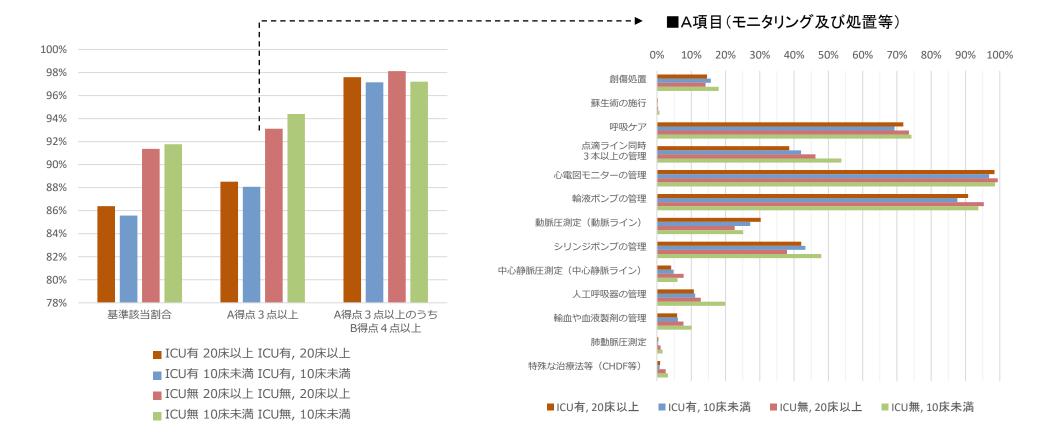


出典:保険局医療課調べ(DPCデータ)

- ICUを併設するHCUにおいては、病床数が20床以上か10床未満かで必要度の該当状況は大きく変わらなかった。
- ICUを併設しないHCUのうち病床数が20床以上の施設は、10床未満の施設と比較し、「点滴ライン同時3本以上の管理」、「シリンジポンプの管理」、「人工呼吸器の管理」の該当割合が低かったが、基準該当割合は大きく変わらなかった。

HCU用重症度、医療・看護必要度の項目別、該当患者割合 (令和4年4~12月)

ICUを併設しハイケアユニット入院医療管理料 1 を算定するHCUのうち、HCUが20床以上の施設(46施設)における患者:n=134,600人・日 ICUを併設しハイケアユニット入院医療管理料 1 を算定するHCUのうち、HCUが10床未満の施設(113施設)の患者:n=966,32人・日 ICUを併設せずハイケアユニット入院医療管理料 1 を算定するHCUのうち、HCUが20床以上の施設(22施設)における患者:n=47,915人・日 ICUを併設せずハイケアユニット入院医療管理料 1 を算定するHCUのうち、HCUが10床未満の施設(247施設)の患者:n=177,109人・日

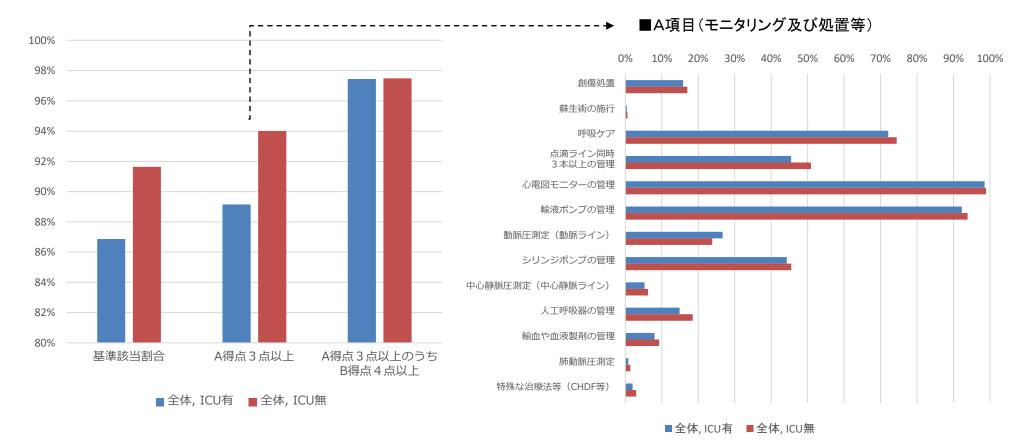


出典:保険局医療課調べ(DPCデータ)

- ICUを併設しないHCUにおける重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、ICUを併設するHCUよりも高かった。
- ICUを併設しないHCUでは、ICUを併設するHCUよりも「点滴ライン同時3本以上の管理」、「人工呼吸の管理」の該当割合が高く、「動脈圧測定(動脈ライン)」の割合が低かった。

HCU用重症度、医療・看護必要度の項目別、該当患者割合 (令和4年4~12月)

ICUを併設しハイケアユニット入院医療管理料 1 を算定するHCU(255施設)における患者:n=385,686人・日ICUを併設せずハイケアユニット入院医療管理料 1 を算定するHCU(382施設)の患者:n=376,588人・日



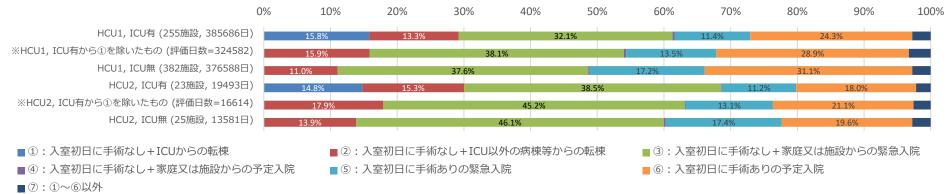
出典:保険局医療課調べ(DPCデータ)

ハイケアユニット入院医療管理料を算定する症例の入室の経路

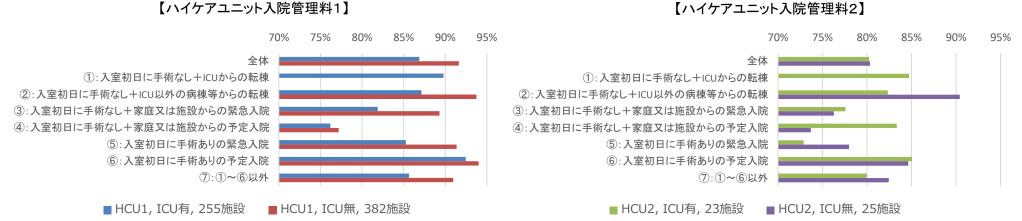
診調組 入一1 5.8.10

- ICU併設の有無ごとのHCUの入室の経緯の内訳は、ICUからの転棟患者の割合を除き全体の傾向としては大きく変わらなかった。
- ハイケアユニット入院医療管理料1については、いずれの入室経路においても、ICUを併設する場合は ICUを併設しない場合よりも必要度基準該当割合が低い傾向にあった。

<ハイケアユニット入院医療管理料1又は2を算定する症例における入室経路ごとの必要度評価対象日数の合計の内訳>



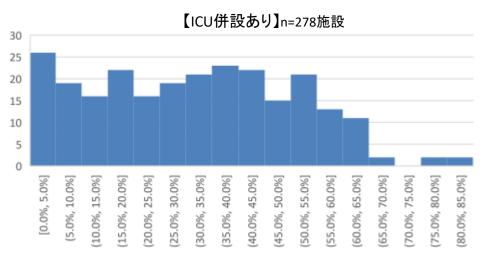
<ハイケアユニット入院医療管理料1又は2を算定する症例における入室経路ごとの必要度基準該当割合>

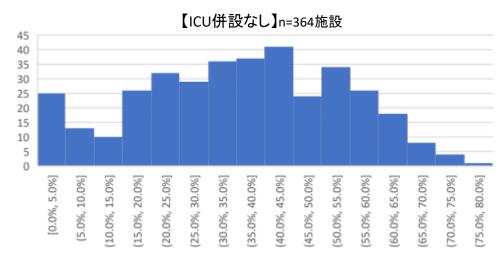


出典:保険局医療課調べ(DPCデータ)

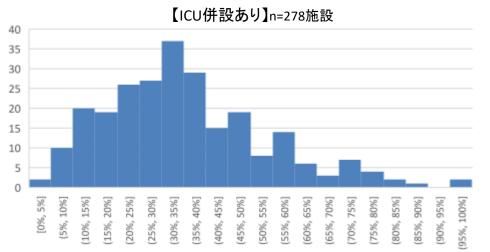
○ HCUに入室している患者の入院経路の割合については、ICUを併設する場合及びしない場合のいずれも、施設間のばらつきが大きい。

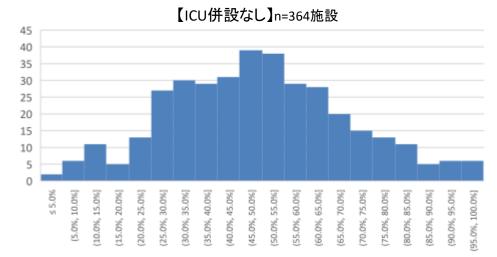
<各施設のHCU入院医療管理料1又は2を算定する症例における必要度評価対象日数のうち、家庭または施設等からの緊急入院症例の割合>



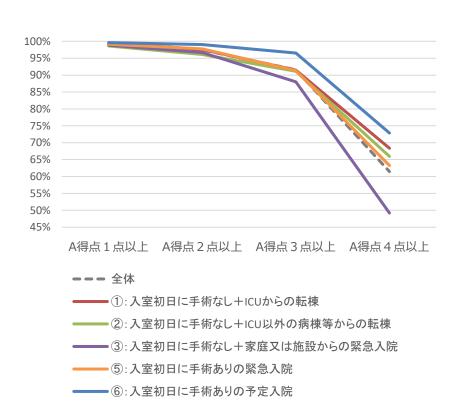


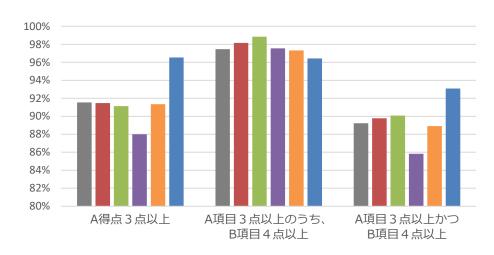
<各施設のHCU入院医療管理料1又は2を算定する症例における必要度評価対象日数のうち、入室日に手術を実施している症例の割合>





- 入室経路ごとのA項目3点以上の割合は88%~97%程度だが、いずれの入室経路においてもA項目4点以上の割合は大きく低下する傾向にあった。
- いずれの入室経路においても、A項目3点以上に該当した場合は、ほぼ全ての症例がB項目4点以上に も該当していた。





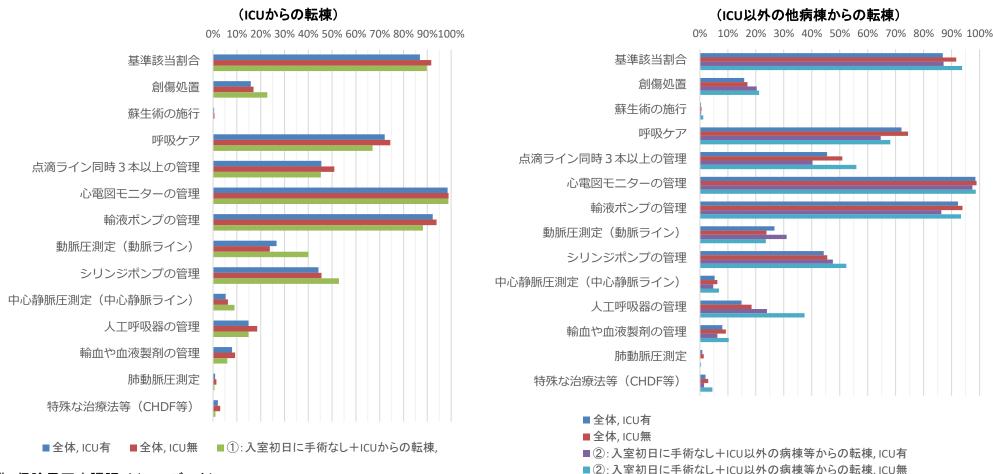
■全体

- ■①: 入室初日に手術なし+ICUからの転棟
- ■②: 入室初日に手術なし+ICU以外の病棟等からの転棟
- ■③: 入室初日に手術なし+家庭又は施設からの緊急入院
- ■5:入室初日に手術ありの緊急入院
- ■⑥:入室初日に手術ありの予定入院

出典:保険局医療課調べ(DPCデータ)

- ICUからの転棟によりHCUに入室する症例においては、「動脈圧測定」に該当する割合が全体の平均よりも高かった。
- ICU以外の他病棟からの転棟によりHCUに入室する症例においては、「点滴ライン同時3本以上の管理」、「人工呼吸器の管理」等の項目について、ICUの併設がない施設のほうが該当割合が高かった。

<ハイケアユニット入院医療管理料1を算定する症例における入室経路ごとの必要度各項目の該当割合>



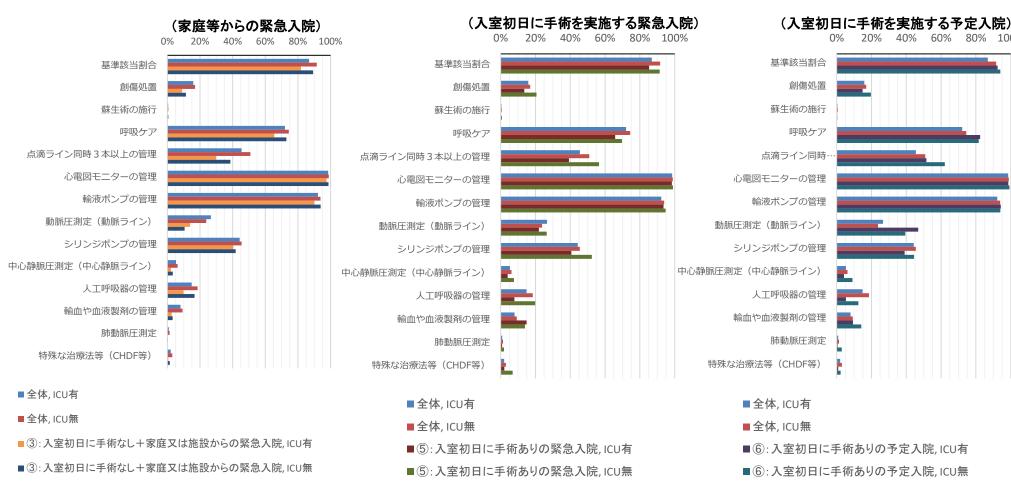
出典:保険局医療課調べ(DPCデータ)

ICU併設の有無及び入室の経路別の必要度各項目の該当割合②

診調組 入一1 5.8.10

- 家庭等からの緊急入院や入院初日に手術を実施する緊急入院の症例においては、「呼吸ケア」、「点滴ライン同時3本以上の管理」、「人工呼吸器の管理」について、ICUの併設がない施設のほうが該当割合が高かった。
- 入室初日に手術を実施する症例においては、予定入院の場合は「呼吸ケア」及び「動脈圧測定」の該当割合が緊急入院 の症例よりも高かった。

<ハイケアユニット入院医療管理料1を算定する症例における入室経路ごとの必要度各項目の該当割合>



出典:保険局医療課調べ(DPCデータ)

診調組 入一15.8.10

○ HCUに入室した時の状態によらず、「心電図モニターの管理」と「輸液ポンプの管理」はほぼ全ての患者が該当していた。

■ ハイケアユニット入室時の状態別、HCU用重症度、医療・看護必要度A項目の項目別、該当患者割合

	患者数	創傷処置	蘇生術の	呼吸ケア	点滴ライ	心電図モ	輸液ポン	動脈圧測	シリンジ	中心静脈	人工呼吸	輸血や血	肺動脈圧	特殊な治
入室した時の状態			施行		ン同時3	ニターの	プの管理	定	ポンプの	圧測定	器の管理	液製剤の	測定	療法等
					本以上	管理			管理			管理		
意識障害又は昏睡	539	35.3%	0.9%	59.6%	49.5%	99.4%	98.3%	27.3%	46.8%	9.1%	44.0%	7.6%	2.6%	3.3%
急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪	475	42.3%	0.2%	62.9%	56.6%	99.8%	94.3%	28.4%	52.0%	6.7%	60.6%	12.2%	1.3%	0.0%
急性心不全(心筋梗塞を含む)	273	20.1%	0.7%	79.1%	56.8%	99.6%	95.2%	34.1%	69.6%	15.0%	25.3%	11.4%	5.9%	3.7%
急性薬物中毒	0	-	_	-	_	_	-	-	-	-	-	1	-	-
ショック	64	7.8%	0.0%	54.7%	75.0%	100.0%	100.0%	15.6%	64.1%	0.0%	9.4%	25.0%	0.0%	0.0%
重篤な代謝障害	99	51.5%	0.0%	75.8%	77.8%	100.0%	91.9%	41.4%	66.7%	4.0%	50.5%	11.1%	4.0%	0.0%
広範囲熱傷	0	1	_	-	_	_	-	-	-	_	_	1	-	-
大手術後	315	48.6%	0.0%	53.0%	59.0%	98.4%	91.7%	28.9%	46.0%	7.6%	30.8%	16.5%	1.9%	0.0%
救急蘇生後	48	25.0%	8.3%	20.8%	83.3%	100.0%	91.7%	33.3%	41.7%	37.5%	85.4%	20.8%	20.8%	20.8%
その他外傷、破傷風等で重篤な状態	44	13.6%	0.0%	72.7%	0.0%	100.0%	88.6%	9.1%	6.8%	0.0%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%

(参考)特定集中治療室入室時の状態別、ICU用重症度、医療・看護必要度A項目の項目別、該当患者割合

	患者数	輸液ポン	動脈圧測	シリンジ	中心静脈	人工呼吸	輸血や血	肺動脈圧	特殊な治
入室した時の状態		プの管理	定	ポンプの	圧測定	器の管理	液製剤の	測定	療法等
				管理			管理		
意識障害又は昏睡	322	92.5%	91.3%	50.0%	13.7%	88.5%	16.5%	5.9%	5.6%
急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪	436	86.7%	78.9%	71.1%	35.8%	86.0%	45.6%	3.2%	26.6%
急性心不全(心筋梗塞を含む)	192	73.4%	71.9%	57.3%	32.8%	50.5%	29.2%	33.3%	62.5%
急性薬物中毒	1	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
ショック	365	91.5%	75.6%	58.4%	23.0%	73.4%	44.9%	3.6%	42.7%
重篤な代謝障害	52	100.0%	98.1%	80.8%	19.2%	19.2%	17.3%	0.0%	65.4%
広範囲熱傷	0	-	-	1	-	-	-	1	-
大手術後	426	88.7%	86.6%	49.8%	16.2%	70.0%	26.8%	3.5%	10.8%
救急蘇生後	14	100.0%	92.9%	85.7%	50.0%	92.9%	0.0%	0.0%	57.1%
その他外傷、破傷風等で重篤な状態	166	88.0%	80.1%	60.2%	7.8%	64.5%	12.7%	0.0%	0.0%

注) いずれも、新型コロナウイルス感染症 あり/感染症疑いの患者を除いて集計

HCUにおける手術実施の有無別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

診調組 入一1 5.8.10

- 手術の実施の有無によらず、「心電図モニターの管理」と「輸液ポンプの管理」はほぼ100%の患者が該当する。
- 手術の実施の有無による、B項目の項目別該当患者割合に大きな差はない。

■ 手術の有無別、ハイケアユニット入室患者におけるHCU用重症度、医療・看護必要度A項目の項目別、該当患者割合

	患者数	創傷処置	蘇生術の	呼吸ケア	点滴ライ	心電図モ	輸液ポン	動脈圧測	シリンジ	中心静脈	人工呼吸	輸血や血	肺動脈圧	特殊な治
入室した時の状態			施行		ン同時3	ニターの	プの管理	定	ポンプの	圧測定	器の管理	液製剤の	測定	療法等
					本以上	管理			管理			管理		
手術を実施した	732	37.3%	0.8%	54.0%	64.2%	99.2%	95.1%	34.8%	49.9%	14.5%	40.3%	15.2%	1.4%	1.1%
手術を実施していない	690	28.4%	0.3%	66.8%	45.1%	99.6%	97.0%	20.9%	50.6%	4.1%	40.0%	9.1%	2.0%	1.4%

(参考)手術の有無別、特定集中治療室入室患者におけるICU用重症度、医療・看護必要度A項目の項目別、該当患者割合

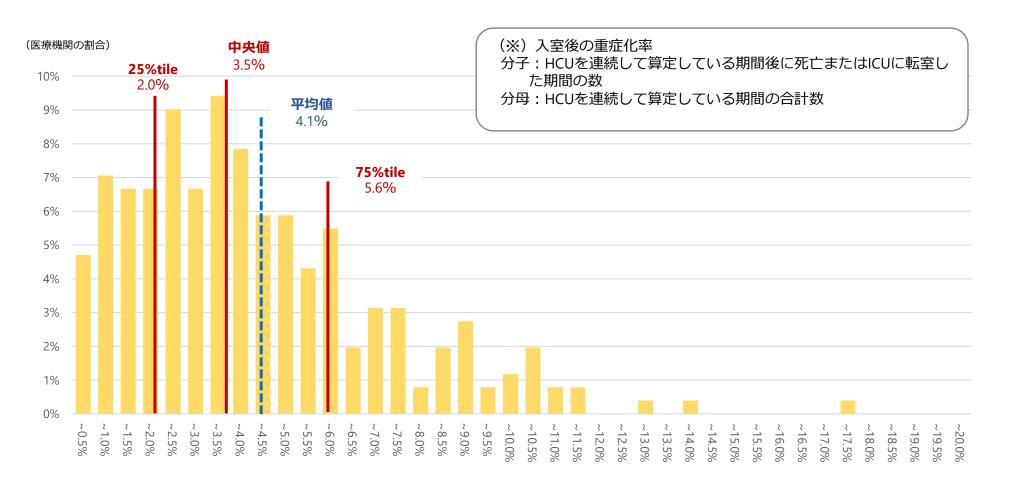
	患者数	輸液ポン	動脈圧測	シリンジ	中心静脈	人工呼吸	輸血や血	肺動脈圧	特殊な治
入室した時の状態		プの管理	定	ポンプの	圧測定	器の管理 液製剤の		測定	療法等
				管理			管理		
手術を実施した	1022	82.5%	80.0%	54.2%	25.2%	69.7%	35.4%	10.3%	27.1%
手術を実施していない	288	97.6%	85.1%	77.1%	19.4%	75.7%	27.1%	0.3%	12.5%

■ 手術の有無別、ハイケアユニット入室患者におけるHCU用重症度、医療・看護必要度B項目の項目別、該当患者割合

	患者数	寝返り	移乗_患	移乗_介	口腔清潔	口腔清潔	食事の摂	食事の摂	衣服の着	衣服の着	診療療養	危険行為
入室した時の状態			者の状態	助の実施	_患者の	_介助の	取_患者	取_介助	脱_患者	脱_介助	上の指示	
					状態	実施	の状態	の実施	の状態	の実施	が通る	
手術を実施した	732	96.2%	88.9%	41.7%	97.7%	93.6%	93.0%	62.7%	98.8%	92.2%	52.7%	20.6%
手術を実施していない	690	98.0%	95.5%	41.3%	86.1%	97.1%	91.0%	62.3%	99.4%	82.3%	42.2%	18.4%

注)

- ICUを併設するHCU(HCU入院医療管理料1を算定)における、入室後に重症化(死亡又はICUに転棟)する患者の割合の各施設の分布は以下のとおり。
- I C Uを併設するH C Uにおけるハイケアユニット入院医療管理料1に入室後の重症化率(※)の分布(n=255施設)



HCU入室後の重症化率による重症度、医療看護必要度の比較(施設間比較)

診調組 入一15.8.10

- ICUを併設する施設のHCUのうち、入室後重症化率(死亡又はICUに転室)が低いHCUと高いHCUを比較すると、「心電図モニターの管理」、「輸液ポンプの管理」はいずれも該当割合が高く、差がみられなかった。
- 入室後重症化率の高いHCUでは、「創傷処置」、「人工呼吸器の管理」及び「特殊な治療法等」の該当割合が高く、入室後重症化率の低いHCUでは、「呼吸ケア」、「点滴ライン同時3本以上の管理」及び「動脈圧測定」の該当割合が高かった。

ICUを併設し管理料1を届け出いているHCUにおける重症度、医療・看護必要度の項目別の該当患者割合(令和4年4~12月)

(入室後重症化率(※)が2.0%(25%tile)以下、5.6%(75%tile)以上)※HCUに入室後、死亡又はICUに転室した症例

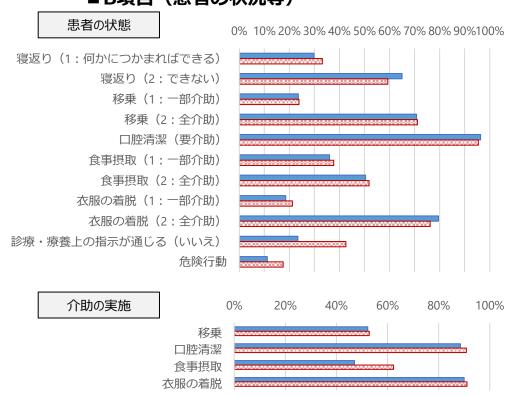
■ HCU用必要度の該当患者割合

入室後重症化率が25%tile以下	89.1%
入室後重症化率が75%tile以上	84.2%

■ A項目(モニタリング及び処置等)

図 HCU1・重症化率高(n=64施設, 92277人・日)

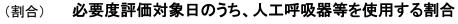
■B項目(患者の状況等)

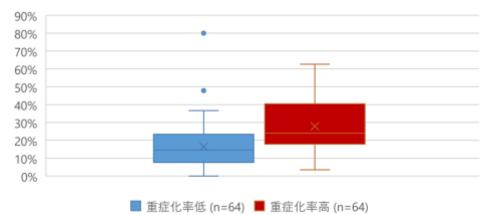


出典:保険局医療課調べ(DPCデータ)

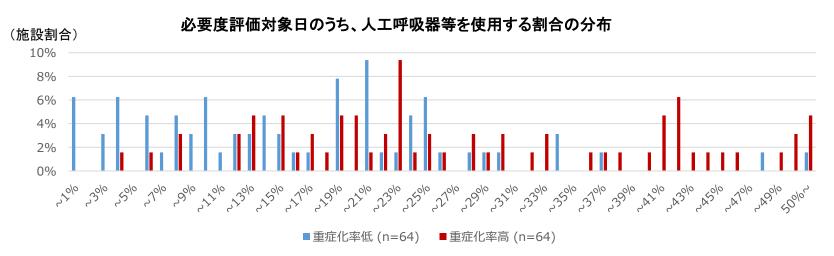
〇 ICUを併設するHCU(HCU入院医療管理料1を算定)における、入室後に重症化(死亡又はICUに転棟)する患者の割合が高い^{※1}施設においては、人工呼吸器やECMOの使用、血管作動薬の使用等を実施している割合^{※2}が高かった。

※1: 重症化率高: 5.6% (75%tile)以上、重症化率低: 2.0% (25%tile)以下



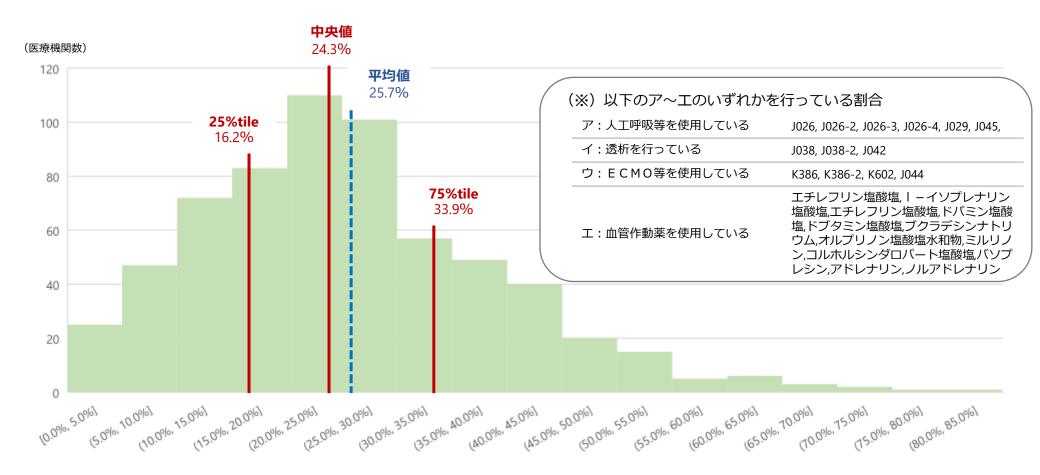


(※2)以下のア〜エのいずれかを行っている割合 ア:人工呼吸等を使用している J026, J026-2, J026-3, J026-4, J029, J045, イ:透析を行っている J038, J038-2, J042 ウ: E C M O 等を使用している K386, K386-2, K602, J044 エチレフリン塩酸塩, I ー イソプレナリン塩酸塩, ドパミン塩酸塩, ドブタミン塩酸塩, ドパミン塩酸塩, ドブタミン塩酸塩, ブクラデシンナトリウム, オルプリノン塩酸塩水和物, ミルリノン, コルホルシンダロパート塩酸塩, バソプレシン, アドレナリン, ノルアドレナリン



出典:保険局医療課調べ(DPCデータ)

- HCU1において、人工呼吸器やECMOの使用、血管作動薬の使用等、常時監視が必要な治療等を受けている患者が占める割合は、治療室入室患者の約1/4であった。
- 医療機関別の常時監視が必要な治療等を受けている患者の割合(※)の分布(ハイケアユニット入院医療管理料 1) (n=637施設)



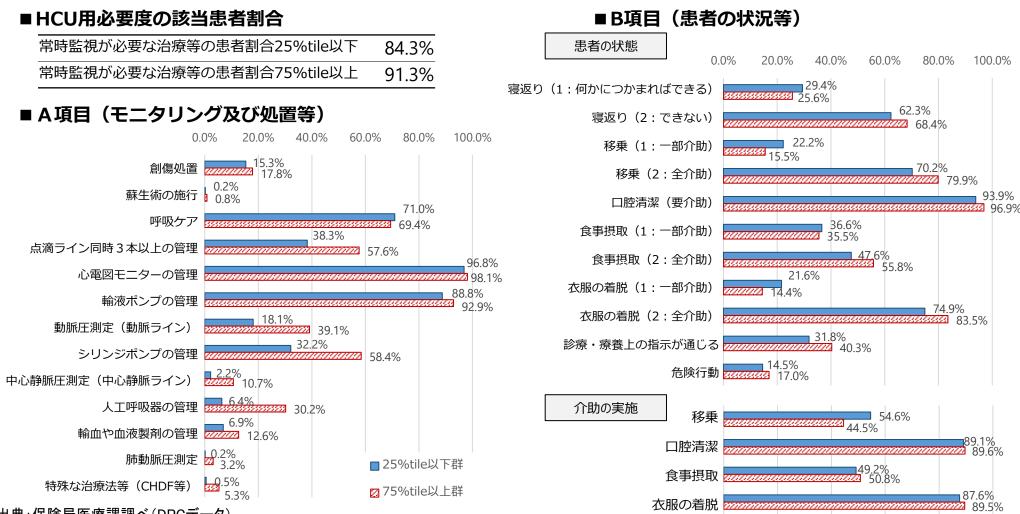
出典:保険局医療課調べ(DPCデータ)

HCU用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合(常時監視治療の患者割合)

診調組 入一1 5.8.10

常時監視が必要な治療の患者割合が25%tile(16.2%)以下の治療室と75%tile(33.9%)以上差を見たところ、「心電図モニ ターの管理 |及び「輸液ポンプの管理 |は該当割合が高く、かつ、2群で該当割合の差はなかった。

HCU用重症度、医療・看護必要度の項目別、該当患者割合(令和4年4~6月)※ハイケアユニット入院医療管理料1算定患者のみ集計 (常時監視が必要な治療等(※)の患者割合が16.2%(25%tile)以下、33.9%(75%tile)以上)

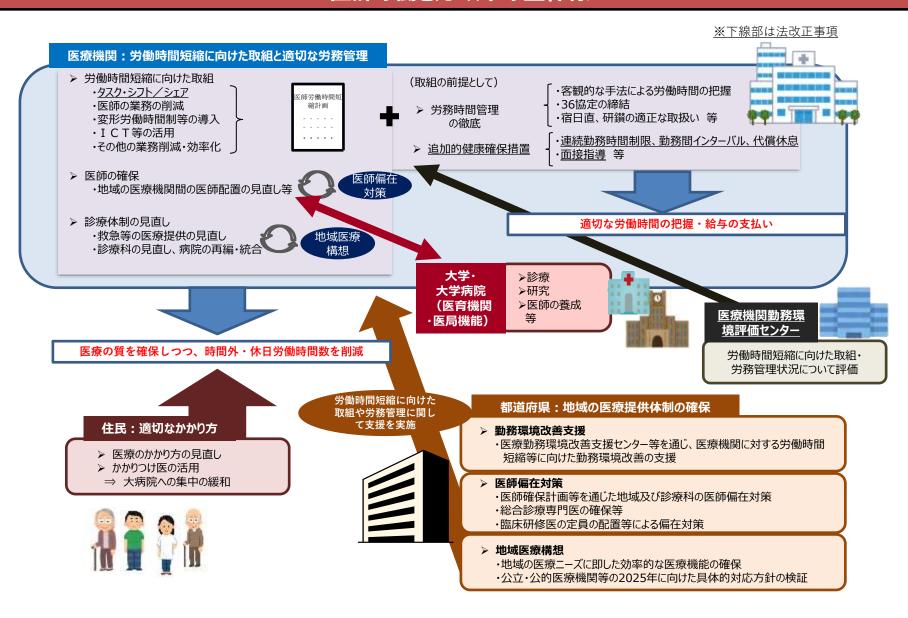


出典:保険局医療課調べ(DPCデータ)

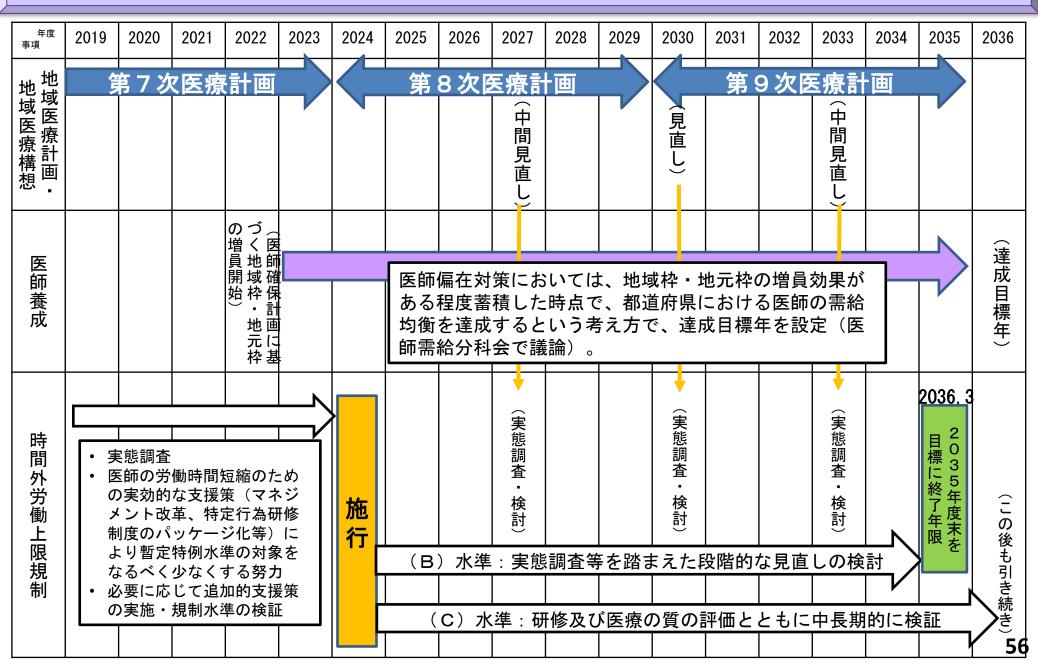
高度急性期入院医療について

- 1. 高度急性期入院医療を取りまく現状等
- 2. 高度急性期入院医療に係る評価について
 - 2-1. 特定集中治療室管理料の施設基準等について
 - 2-2. ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準等について
 - 2-3. 医師の働き方改革と治療室における宿日直について
- 3. 課題と論点

医師の働き方改革の全体像



時間外労働規制の施行について(中長期の見通し)

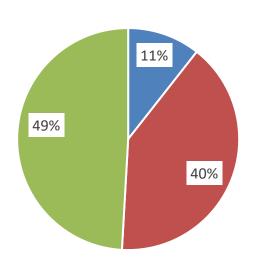


医師の勤務状況の改善の必要性

診調組 入一1 5 . 6 . 8

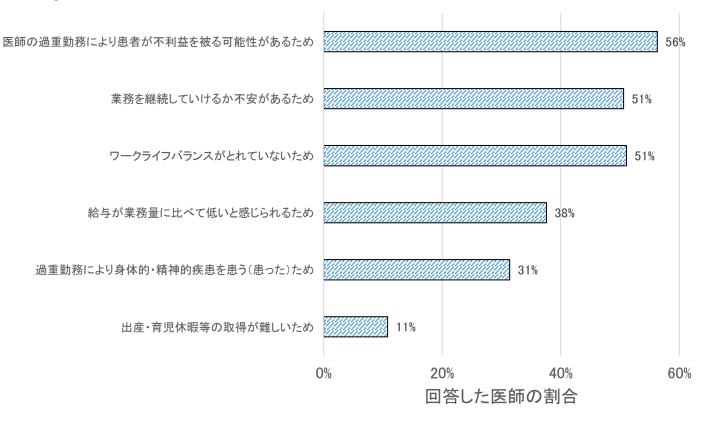
- 現在の勤務状況について、「改善の必要性が高い」、または「改善の必要がある」と回答した医師は51%であった。
- ○「改善の必要性が高い」、又は「改善の必要がある」を選択した理由は、「医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため」が56%、「業務を継続していけるか不安があるため」、「ワークライフバランスがとれていないため」がそれぞれ51%であった。

①現在の勤務状況(n数=2505) (令和4年11月1日時点)



- ■改善の必要性が高い
- ■改善の必要がある
- ■現状のままでよい

②「改善の必要性が高い」又は「改善の必要がある」を選択した理由



救命救急入院料等の主な施設基準①

── 中医協 総一5 ── 5. 6. 1 4 ┃

		E- slet	医療機関数	\ 1.15=0.45 vs				J 3 .	
		点数	病床数	主な施設基準	医師の配置	看護配置	必	要度	その他
	入院 料1	~3日 10,223点 ~7日 9,250点 ~14日 7,897点	187 3,593床	・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)	4対1	HCU用	測定評価	救命救急センターを
	入院 料2	~3日 11,802点 ~7日 10,686点 ~14日 9,371点	26 200床	・救命救急入院料1の基準・特定集中治療室管理料1又は3の基準	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)	2対1	ICU用 (I・II)	II:7·6 割	有していること
救命救急 入院料	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	80 1,639床	・救命救急入院料1の基準 ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわ しい設備・医師	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)・広範囲熱傷特定集中治療を担当 する常勤の医師(医療機関内)	4対1	HCU用		※「イ」は 救命救急 入院料 「ロ」は 広範囲熱傷
		口:~60日 8,318点	80 891床	・救命救急入院料2の基準・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備	専任の医師が常時勤務 (治療室内)広範囲熱傷特定集中治療を担当 する常勤の医師(医療機関内)	2対1	ICU用 (I・II)	II:7•6	広戦団怒陽 特定集中 治療管理料 を指す
	管理 料1	~7日 14,211点 ~14日 12,633点	141 1,487床	・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	・専任の医師が常時勤務(うち2人 がICU経験5年以上)(治療室内)			1 · 8割	※「イ」は
特定集中 治療室 管理料	管理 料2	12 1:~14日 12,633点 867床 12 ~60日 12,833点 867床 349 349				ICU用 2対1 (I・II)	Ⅱ:7割	た。 特定集中治 療室管理料 「ロ」は 」広範囲熱傷	
(ICU)	管理 料3			-	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)				特定集中 治療管理料
	管理 料4	イ・ロ: ~7日 9,697点 イ: ~14日 8,118点 ロ: ~60日 8,318点	62 565床	特定集中治療室管理料3の基準広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師	・専任の医師が常時勤務 (治療室内)・広範囲熱傷特定集中治療を担当 する常勤の医師(医療機関内)			Ⅰ:7割	を指す
ハイケア	管理 料1	6,855点	621 6,153床		・専任の常勤医師が常時いる	4対1	HCU用	8割	
入院医療 管理料 (HCU)	管理 料2	4,224点	30 309床	・病床数30床以下	(医療機関内)	5対1		6割	
脳卒中ケ ユニット 入院医療管 (SCU)	· 理料	6,013点	194 1,592床	・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	・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務(医療機関内)・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	3対1	一般病棟 用 (I・Ⅱ)	測定評価	脳梗塞、 脳出血、くも 膜下出血が 8割以上

救命救急入院料等の主な施設基準②

		点数	医療機関数 病床数	概要	主な施設基準	医師の配置	看護 配置	その他	
小児特定 治療 [§] 管理 [*] (PICU	室	~7日 16,317点 8日~ 14,211点	9 100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。	・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)	・専任の医師が 常時勤務(うち2名 以上がPICU勤務 経験を5年以上) (治療室内)		小児入院 医療管理料1 の医療機関で あること	
特定集中治療室	管理料 1	10,539点	80 751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	・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	・専任の医師が 常時勤務 (治療室内) : ・専任の医師が 常時勤務 (医療機関内)	3対1		
管理料 (NICU)	管理料 2	8,434点	149 885床		・専任の医師が常時、医療機関内に勤務 ・直近1年間の出生体重2500g未満の患者が 30件以上				
総合周産 期特定 集中	管理料 1	7,381点	134 857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	・専任の医師が 常時勤務 (治療室内)		総合/地域周	
治療室	管理料 2		10,539点	134 1,755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。 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	・専任の医師が 常時勤務 (治療室内)	3対1	産期母子医療 センターであ ること
新生児治 回復国 入院医 管理料 (GCU	室 療 料	5,697点	200 2,899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。		・専任の小児科 医師の常勤医師 (医療機関内) ※ 週3日以上勤務して おり、かつ、22時間 以上の勤務を行って いる専任の小児科の 非常勤医師でも可	6対1	59	

断続的な宿日直の許可基準について

○断続的な宿日直とは

・本来業務の終了後などに宿直や日直の勤務を行う場合、当該宿日直勤務が断続的な労働と認められる場合には、行政官庁の許可を受けることにより、労働時間や休憩に関する規定は適用されないこととなる。

○断続的な宿日直の許可基準 (一般的許可基準) ※S22発基17号

- ・断続的な宿日直の許可基準は以下のとおり。
- 1. 勤務の態様
- ① 常態として、ほとんど労働をする必要のない勤務のみを認めるものであり、定時的巡視、緊急の文書又は電話の収受、非常事態に備えての待機等を目的とするものに限って許可するものであること。
- ② 原則として、通常の労働の継続は許可しないこと。したがって始業又は終業時刻に密着した時間帯に、顧客からの 電話の収受又は恣難・火災防止を行うものについては、許可しないものであること。
- 2. 宿日直手当

宿直勤務1回についての宿直手当又は日直勤務1回についての日直手当の最低額は、当該事業場において宿直又は日直の勤務に就くことの予定されている同種の労働者に対して支払われている賃金の一人1日平均額の1/3以上であること。

3. 宿日直の回数

許可の対象となる宿直又は日直の勤務回数については、宿直勤務については週1回、日直勤務については月1回を限度とすること。ただし、当該事業場に勤務する18歳以上の者で法律上宿直又は日直を行いうるすべてのものに宿直又は日直をさせてもなお不足であり、かつ勤務の労働密度が薄い場合には、宿直又は日直業務の実態に応じて週1回を超える宿直、月1回を超える日直についても許可して差し支えないこと。

4. その他

宿直勤務については、相当の睡眠設備の設置を条件とするものであること。

断続的な宿日直の許可基準について

- ○断続的な宿日直の許可基準 (医師、看護師等の場合) ※R1基発0701第8号
- ・医師等の宿日直勤務については、前記の一般的な許可基準に関して、より具体的な判断基準が示されており、以下の全てを満たす場合には、許可を与えるよう取り扱うこととされている。
- ① 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。 (通常の勤務時間が終了していたとしても、通常の勤務態様が継続している間は宿日直の許可の対象にならない。)
- ② 宿日直中に従事する業務は、前述の一般の宿直業務以外には、特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること。 例えば以下の業務等をいう。
 - ・ 医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等(軽度の処置を含む。以下同じ。)や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
 - ・ 医師が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間(例えば非輪番日など)において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
 - ・ 看護職員が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間(例えば非輪番日など)において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の 変動に対応するため、問診等を行うことや、医師に対する報告を行うこと
 - ・ 看護職員が、病室の定時巡回、患者の状態の変動の医師への報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温を行うこと
- ③ 宿直の場合は、夜間に十分睡眠がとり得ること。
- ④ 上記以外に、一般の宿日直許可の際の条件を満たしていること。
- ※宿日直の許可は、所属診療科、職種、時間帯、業務の種類等を限って得ることも可能(深夜の時間帯のみ、病棟宿日直業務のみも可能)
- 宿日直中に通常勤務と同態様の業務が生じてしまう場合
- ・宿日直中に、通常と同態様の業務(例えば突発的な事故による応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等への対応など)がまれにあり得るとしても、一般的には、常態としてほとんど労働することがない勤務と認められれば、宿日直の許可は可能である(宿直の場合には、夜間に十分な睡眠が取り得るものであることも必要。)。
- ・なお、許可を受けた宿日直中に、「通常と同態様の業務」をまれに行った場合、その時間については、本来の賃金(割増賃金が必要な場合は割増賃金も)を支払う必要がある。

これまでの中医協総会等における治療室における宿日直に係る主な意見

<6月14日 中医協総会(働き方改革の推進について(その1))>

○ 働き方改革の中で、現場では宿日直許可の取得が進められているが、宿日直許可を取得できないような医師にも宿日直が許可されるようなことが常態化してしまえば、医師の働き方改革に逆行してしまうのではないか。宿日直許可と治療室の医師の配置について整理すべきではないか。

疑義解釈資料の送付について(その54)(令和5年7月24日 厚生労働省保険局医療課)(抄)

- 問1 区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料1、区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準において、「専任の医師が、午前0時より午後 12 時までの間常に(以下「常時」という。)治療室内に勤務していること」とあるが、「医師、看護師等の宿日直許可基準について(令和元年7月1日基発 0701 第8号)」に示す宿日直許可を取得し、宿日直を行っている専任の医師が、常時治療室内にいることでよいか。
- (答)専任の医師が、常時治療室内の患者に対して自ら適切な診療を行い、昼夜に関わらず同様に勤務する体制をとっている場合は、差し支えない。ただし、宿日直許可と特定集中治療室管理料等の施設基準における医師の配置との整理については、令和6年度診療報酬改定の過程において明確化することとしていることに留意すること。
- ※ ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料2、新生児治療回復室入院医療管理料についても同様の記載

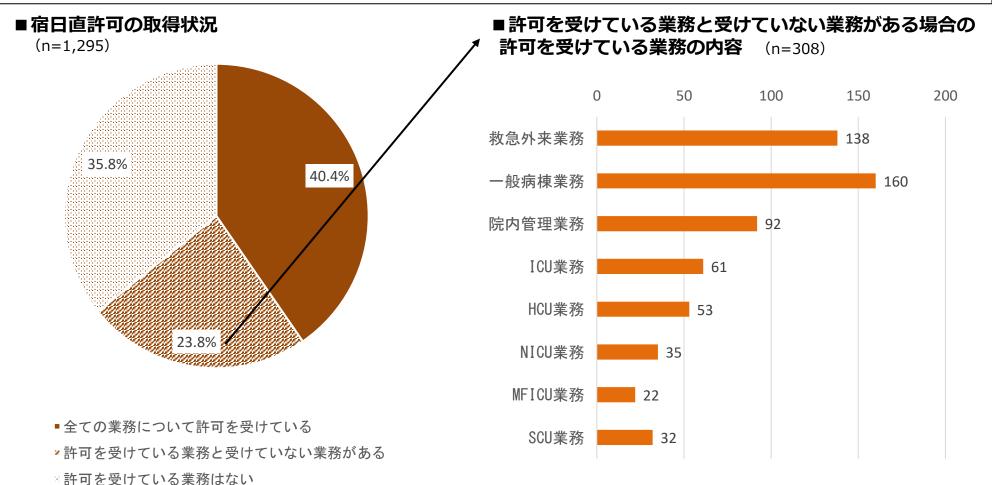
<入院・外来医療等の調査・評価分科会(検討結果とりまとめ)>

- 宿日直について考える場合、多くの集中治療室での業務はチームで行われていることにも配慮すべきではないか、との指摘があった。
- MFICUにおける宿日直許可取得の割合が高いが、医師の確保が困難であることを考慮しなければならない、との指摘があった。

夜間医師が従事する業務に係る宿日直許可の取得状況

診調組 入一1 5.9.29

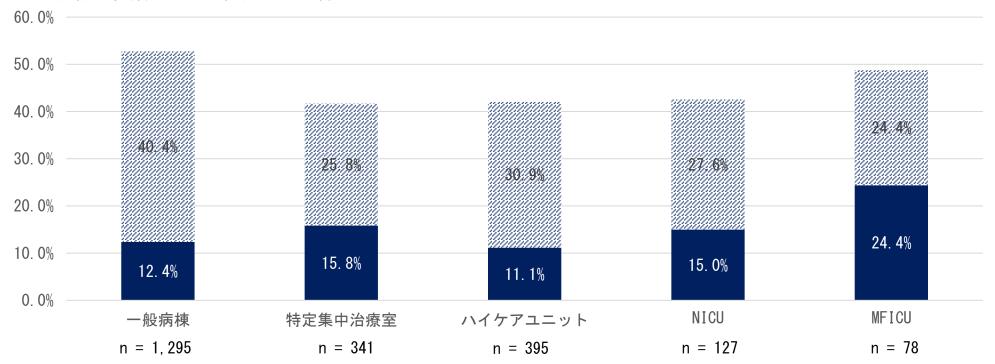
- 〇 6割以上の施設で夜間医師が従事する業務に係る宿日直許可を取得していた。
- 許可を受けている業務と受けていない業務がある場合の許可を受けている業務の内容は、救急外来業務、 一般病棟業務を挙げる医療機関が多かった。



※ A票の対象医療機関のうち、急性期一般入院料、地域一般入院料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料のいずれかを届け出ている医療機関の回答を集計。

○ 一般病棟については半数以上の病院が、医師の業務について宿日直許可を受けており、治療室の中では、MFICUが、その業務に関して宿日直許可を受けている割合が高かった。

■病棟の種類別の宿日直許可の取得状況



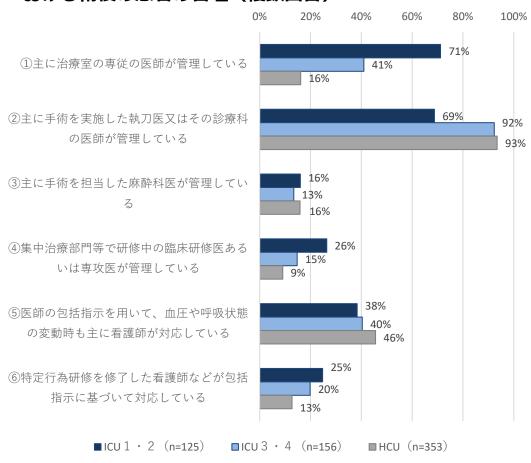
- ■許可を受けている業務と受けていない業務があり、当該病棟の業務は許可を得ている
- ②全ての業務で取得
- ※ A票の対象医療機関のうち、急性期一般入院料、地域一般入院料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料のいずれかを届け出ている 医療機関の回答を集計。
- ※ 医療機関単位で、医師の業務に係る宿日直許可が取得されている割合を集計。
- ※ 医療機関単位での調査であり、特定集中治療室等において、施設基準で求める専任の医師が宿日直許可を受けているか、当該専任の医師以外 で勤務している医師が宿日直許可を受けているかは区別できない。

治療室における術後の患者の管理

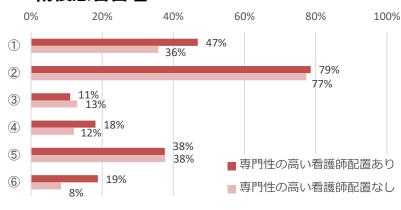
診調組 入一5 5.10.5

- 治療室における術後の患者の管理について、特定集中治療室管理料1・2では「主に治療室の専従の医師が管理」、「主に手術を実施した執刀医又はその診療科の医師が管理」している割合が高く、特定集中治療室3・4及びハイケアユニット入院医療管理料では「主に手術を実施した執刀医又はその診療科の医師が管理」している割合が高かった。
- 特定行為研修修了看護師の配置がある場合、「特定行為研修を修了した看護師などが包括指示に基づいて対応」している割合が高かった。

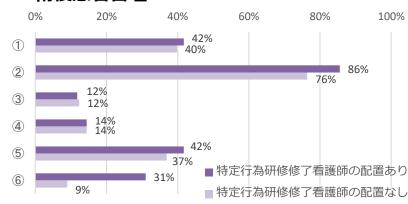
■特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料に おける術後の患者の管理(複数回答)



専門性の高い看護師の配置有無別の、 術後患者管理



■特定行為研修修了看護師の配置有無別の、 術後患者管理

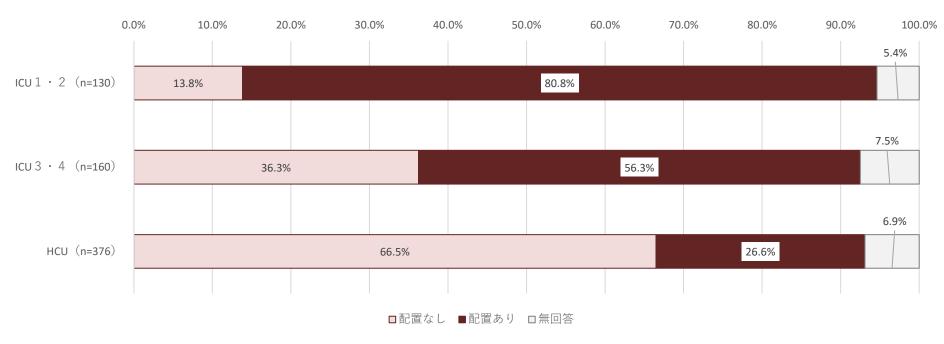


治療室における専門性の高い看護師の配置状況

診調組 入一5 5.10.5

○ 施設基準において専門性の高い看護師の配置を求めていない特定集中治療室3・4及びハイケアユニット入院医療管理料を算定する治療室にも、それぞれ約6割、3割は専門性の高い看護師を配置している。

■特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料における専門性の高い看護師(※)の配置状況



- (※)以下のいずれかの研修を修了した専任の常勤看護師
- ①日本看護協会認定看護師教育課程「集中ケア」の研修
- ② 日本看護協会認定看護師教育課程「救急看護」の研修
- ③日本看護協会認定看護師教育課程「新生児集中ケア」の研修
- ④ 日本看護協会認定看護師教育課程「小児救急看護」の研修
- ⑤ 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程
- ⑥ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「呼吸器(気道確保に係るもの)関連」「呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」「循環動態に係る薬剤投与関連」「術後疼痛関連」「循環器関連」「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の8区分の研修。

※⑥については、8区分全ての研修が修了した場合に該当する。

短期間で多くの修了者を養成し医師からのタスクシフトが急進

関西医科大学付属病院 (大阪府枚方市)

急性期

病床数

751床

医師数

423名 **看護師数**

897名

特定行為研修の修了者数

68名(うち、手術部16名、GICU9名の配置)

本事例のポイント

病院長のトップダウンと修了者の活動推進チームにより、年間30~40人の修了者の養成と、1つの部門に複数の修了者の配置を実現

医師の当直時の睡眠時間や患者と向き合う時間が増加

特定行為研修修了者の活動を推進した医師

(病院長)

- ✓ 年間40人の修了者の養成と修了者の全病棟への配置を病院の組織方針に位置づけで特定行為研修を推進
- ✓ 副病院長(当時)として、看護部 とともに修了者を配置・活用する 仕組みを検討し、その<u>計画を職員</u> <u>に周知する</u>など、修了生の本格的 な養成を開始
- ✓ 修了者の活動を推進するチームを 設置し、熱意のある看護師長や中 堅医師を参画させた

(麻酔科学講座)

- ✓ 修了者の活動推進チームでリーダーシップを発 <u>揮</u>して、主に手術部・GICU(※)における手順書の作成等で特定行為の修了者の活動を推進
- ✓ 医師・看護師と意見交換を重ねながら、各科の 合意を形成しつつ、各診療科の特徴・業務手順 に合わせて、手順書を作り込む。追加研修等、 研修修了後に修了者が特定行為を実践できるよ うフォローアップ
- ✓ 「当初は特定行為と直接指示の違いも分からなかったが、医師の業務負担が軽減する特定行為の良さにすぐに気づき、医師の業務を助ける原石だと思った」と話す ※GICU:総合集中治療室

取組を進める上でのポイント

- 情熱がある職員を推進部隊に
- 短期間で多くの修了者を養成
- 病院全体で修了者の活動を後押し

今後の展望

目標はすべての病棟ですべての勤務時間に少なくとも修了者が1人がいる状態。

全看護師の20% (200人弱) が修了者になる ことを目指す。

修了者へのタスク・シフト/シェア内容

- GICUでは、夜勤帯も修了者を配置。日中・夜間問わず、 下記の行為を修了者が実施
- 特に、人工呼吸器の評価や調整・抜管準備を修了者が夜勤 帯に適切に行うことで、翌朝までに患者は抜管可能な状態 になっている
- 術中のバイタルサイン変化に気づき、循環動態に係る薬剤 投与等の特定行為の実践により、手術を支援

修了者が行う処置・内容

人工呼吸器の設定変更 橈骨動脈ラインの確保 直接穿刺による採血 持続点滴中の薬剤調整(カテコラ ミン) 気管チューブの位置調整 /等

修了者がいる効果

- GICUでは夜勤帯にも修了者が勤務。動脈ラインの 再確保や人工呼吸器の設定変更を修了者が行うため、 夜勤帯に医師が看護師に呼ばれる回数が減少した。 当直時に夜2時頃、寝ていることが増えたと感じて いる
- 修了者が患者の体温や循環動態等の変化、硬膜外麻酔のタイミングに気づき、適切に声掛けがあるので、 患者のバイタルが安定し、安全性が向上した
- 手術の準備、患者の評価を修了者が適切に行い、医師の業務負担が軽減されたため、麻酔科医師は患者に向き合う時間が増えた。また、医師しかできない業務に注力できる
- 修了者が看護師と意見交換することで看護師の病態や処置の理解力が向上。要点のみの伝達で指示の詳細が理解できるため、医師から看護師への説明時間が短縮した



令和4年度厚生労働省補助事業「看護師の特定行為研修に係る実態調査・ 分析等事業」の「看護師の特定行為研修の修了者に関する医師との協働の 事例集」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社)より改編

ICUにおける特定行為研修修了看護師による特定行為実践の効果

○ 特定行為研修修了者2名を専従で集中治療室へ配置し、すべての人工呼吸器装着患者に対して特定行 為を行うことで、人工呼吸器装着期間の短縮に寄与した事例もある。

A病院の概要

■集中治療室: 29床

■新規入院患者を受け入れ:毎月100名程度(うち人工呼吸器装着患者は1割程度)

■人工呼吸器平均装着期間は:7日程度(1日から数か月単位に及ぶケースなど様々)

集中治療室は主治医ごとに管理されているオープン ICU * であるため、マンパワー不足などで迅速な対応が困難となるケースも多々あった。 *集中治療専門医が集中治療室に所在しないか、または患者診療に集中治療医が関与しない集中治療室(ICU)の運営形態のこと

特定行為研修修了者が行う処置・内容

特定行為が業務割合の8割以上の専任業務となる特定行為研修修了者を配置し、ICUに入室した全ての人工呼吸器装着患者に対して手順書に基づき特定行為を実施。

(2018 年 9 月から 2019 年 8 月までを対照群、特定看護師配置後の 2019 年 9 月から 2019 年 12 月までを介入群とした)

特定行為研修修了者を配置した効果

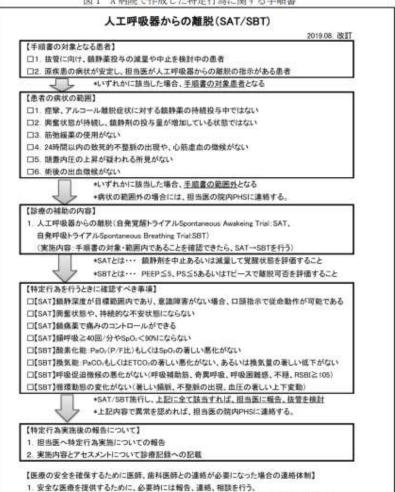
	介入群	対照群	
人数	28名(男性17名、女性11名)	28名(男性19名、女性9名)	
平均年齢	64.39(±19.11)歳	65.95(±10.21)歳	P=0.70
SOFAスコア	5.29 (±3.15)	5.43±2.57	P=0.85
人工呼吸器装着期間	3.61 (±2.09) 日	5.93 (±4.70) 日	P<0.05

- 特定行為を専任業務として行う特定行為研修修了者は、他の受け持ち看護師が迅速に対応できないケースをサポートしながら、更に専門的な知識や技術を提供でき、患者の人工呼吸管理の短縮に寄与した。
- 人工呼吸管理においては医師と看護師だけではなく、理学療法士、臨床工学技士、薬剤 師など様々な職種がかかわるため、多職種連携の仲介役も重要な業務を担った。

A病院で作成した手順書

「特定行為に係る手順書例集」 をもとに作成

図1 A病院で作成した特定行為に関する手順書



インシデント、アクシデントに関連した事業について、担当医、指導医、医療安全室に報告する。

3. 土日、祝日、夜間に関しては、担当医もしくは当直医へ報告する。

出典:藤田勇介(2020):人工呼吸器装着期間の短縮を目指して特定看護師を専任業務とした成果,静岡済生会総合病院医学雑誌31(1)36-39

遠隔ICUについて

- 集中治療室においては、昼夜を問わずに手厚い医療提供体制が必要であり、各診療科の主治医が夜間も重症患者の治療に対応する必要がある場合があり、長時間労働の一因となっている。
- 遠隔ICUは、特に夜間帯に支援側医療機関における集中治療専門の医師が被支援側の若手医師等に専門的な助言を行うことにより診療の質を保つものとして実施されている。

遠隔ICU体制整備促進事業 令和4年度予算額 201,788千円 [運営費: 51,788千円 設備整備費: 150,000千円]

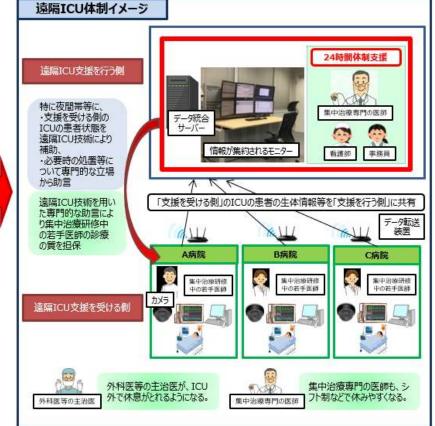
背呆

教急・集中治療領域において、集中治療室における重症入院患者の治療は昼夜を問わない手厚い医療提供体制が必要であり、各診療料の主治医(心臓血管外科等)が外来・手術等の本来業務に加え、 夜間も集中治療室において重症患者の治療にあたらなくてはならない等、医師の長時間労働の一因となっている。

事業内容

本事業は、「遠隔ICU支援を行う側」に勤務する集中治療を専門とする経験豊富な医師が、「遠隔HCU支援を受ける側」に入院する複数の患者を集中的にモニタリングし、若手医師等に対し適切な助言等を行う体制を整備するために必要な設備整備費、運営経費を支援する事業であり、令和元年度から実施している。



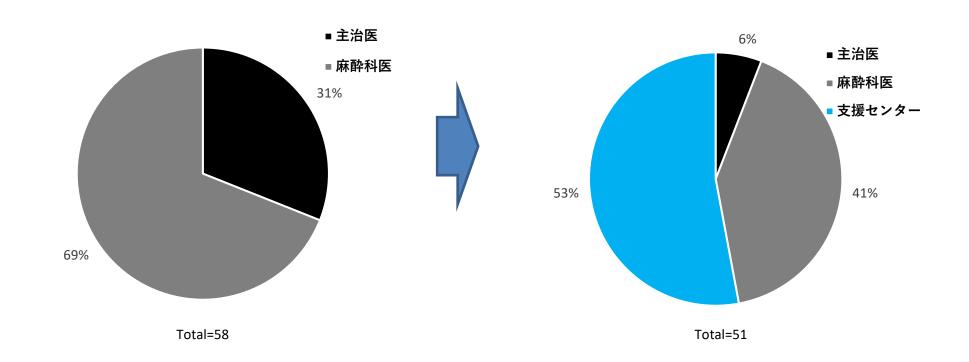


遠隔ICUによる医師の働き方への影響について

○ 遠隔ICUを導入し支援センターから支援されている施設においては、夜間・土日祝日における治療室から 担当医師への直接の連絡が53%減少したとの報告がある。

【夜間・土日祝日における緊急コール件数】

(導入前:2019年9月~2020年8月) (導入後:2022年4月~2023年3月)



出典:横浜市立大学

- Tele-ICUの有効性を検討するために実施されたメタ解析では、ICU死亡リスク及び院内死亡リスクが減少したという結果が得られている。
- 〇 遠隔集中治療支援システムを導入した例においては、遠隔集中治療支援システム導入後で、ICU内死亡率と院内死亡率の減少がみられた。

ICU死亡 リスク

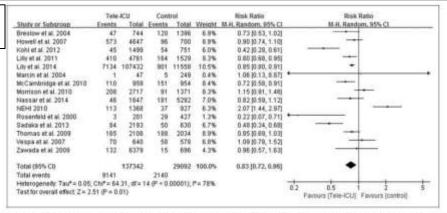


Figure 2. Forest plot of comparisons: intensive care unit telemedicine (Tele-ICU) care versus conventional critical care. Outcome: ICU mortality. Weight is the relative contribution of each study to the overall treatment effect (risk ratio and 95% confidence interval) on a log scale assuming a random-effects model.

院内死亡 リスク

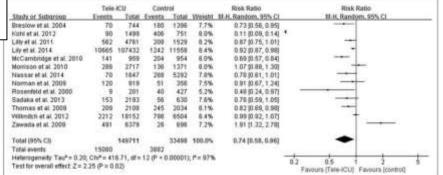


Figure 3. Forest plot of comparisons: intensive care unit telemedicine (Tele-ICU) care versus conventional critical care. Outcome: hospital mortality. Weight is the relative contribution of each study to the overall treatment effect (risk ratio and 95% confidence interval) on a log scale assuming a random-effects model.

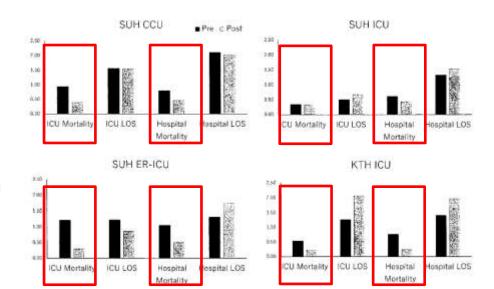


図3 eCareManager™で得られた入室患者の死亡率比と滞在日数比

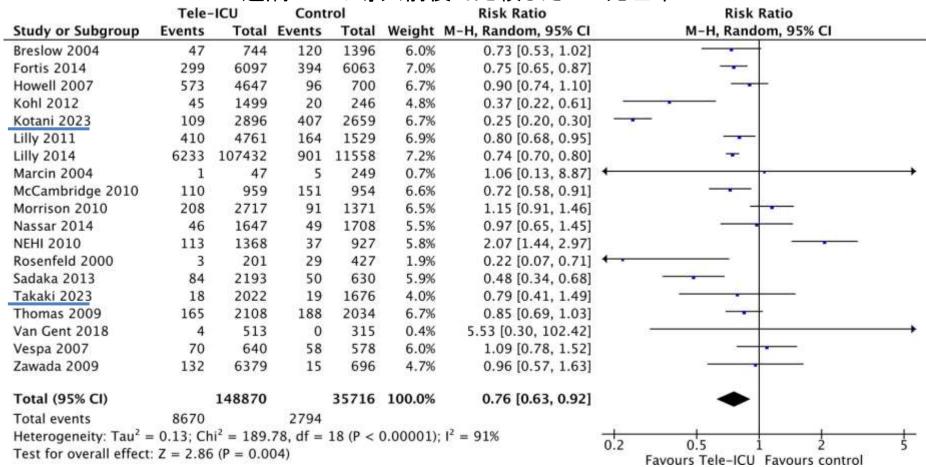
比はICU人室時のAPACHE-IVスコアで予測される値で実満値を除し求めた。Pre; ICU運用前(2016年1-3月期)。Post ICU運用後(2019年1-3月期)。LOS; length of stay (潜在期間)。SHU; 昭和大学病院。KTH; 江東敷洲病院。

出典:医機学 Vol.91, No.1(2021)(25)

遠隔ICUによる死亡率への影響について

○ 国内施設におけるデータを含めて行った解析では、遠隔ICUを導入した治療室において、死亡率が減少したとの報告がある。

遠隔ICUの導入前後で比較したICU死亡率



遠隔ICUの運用等に関する指針について

○ 日本集中治療医学会において、遠隔ICUの設置と運用に関するガイドラインが策定されており、遠隔IC Uによる診療の質を担保する観点から、施設基準やシステムの技術的指針等を定めている。

〇施設基準

(支援医療機関施設基準)

- 責任者は、日本集中治療医学会が認定した集中治療専門医(以下 専門医)であること。支援医療施設で診療支援するものは日本集中治療医学会会員であることが望ましい。
- 専門医が常時1名以上、アクセスできる状態であること。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支援医療施設内に配置すること。
- 集中治療室で看護を行った経験を常勤で通算3年以上有する看護師が常時1名以上勤務し、当該施設が有する支援センター機能が示す情報の収集を行い、必要な場合には医師に報告、指示を受ける体制を確保していること。
- 支援医療施設および被支援医療施設の双方向のコミュニケーションが可能、かつ支援医療施設から能動的な診療支援を行う機能を有すること。
- 被支援医療施設の患者の重症度スコアを自動算出する機能を支援医療施設側のシステム上に有している、もしくは重症度スコアを遅滞なく算出するためのスタッフ等の配置を支援医療施設もしくは被支援医療施設が行っていること。
- 日本集中治療医学会もしくは関連する団体により、上記すべての要件を満たしていることの認定を受けること。

(被支援医療施設基準)

• 被支援医療施設の病床は緊急な処置が必要になった際に気道確保・蘇生行為などが行える医師が院内に勤務している等の適切な急性期医療提供体制を備えていること。

○技術的指針

- 遠隔ICUシステムでは、診療における継続性を確保する観点で 24 時間 365 日のシステム稼働を前提とした信頼性を示せる最適なビデオ音声通話の技術を提供する必要がある。その技術の選択にあたっては、「オンライン診療の適切な実施に関する指針(3)通信環境(情報セキュリティ・利用端末)」及び医療情報システムの安全管理に関するガイドライン最新版への準拠が前提となる。
- ・ 支援側医療施設において、医師が当該施設の外から支援を行う場合には、画像や検査結果を含め診療上必要な情報セキュリティが担保された状態で直ちに送受信できるよう、当該施設内の体制に加えて、スマートフォンやタブレット端末、自宅設置パソコンなどによる体制を整える必要がある。遠隔ICUシステムでは、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、遠隔ICUの運用達成や患者ケアの質を担保するために必要なテレコミュニケーションの適切な帯域、周波数や容量等を設定する必要がある。医療安全の観点から、診療における品質が担保できない環境下での運用を制限する必要が求められる。医療機器該当性のある機能をソフトウェアに含む場合は、薬事承認または認証を受けているものを使用すること。
- 患者の状態を視覚的に把握し、臨床的判断を行う目的に照らし十分な程度のビデオ解像度を有すること。
- 支援医療施設および被支援医療施設の双方向のコミュニケーションが可能且つ支援医療施設側から能動的な診療支援を行う医療技術要件を検討すること。

出産前後の母体・胎児・新生児の特定集中治療室管理

総合周産期特定集中治療室管理料

▶ リスクの高い妊産婦(産褥婦を含む)や集中治療室管理が必要な新生児に対して、出産前後の母体・胎児・新生児の一貫した特定集中治療室管理を行うことを評価。

	母体 • 胎児集中治療室管理料 (総合周産期特定集中治療室管理料1)	新生児集中治療室管理料 (総合周産期特定集中治療室管理料2)						
評価	7,381点(1日につき・14日を限度)	10,539点(1日につき・新生児特定集中治療室管理料及び新生児 治療回復室入院医療管理料と通算して21日を限度)						
対象	合併症妊娠、妊娠高血圧症候群、多胎妊娠、胎盤位置異常、切迫 流早産、胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常等のため、母体 又は胎児に対するリスクの高い妊産婦(産褥婦)	高度の先天奇形、低体温、重症黄疸、未熟児、意識障害、急性呼吸不全、急性心不全、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害、 大手術後などの状態にある新生児						
要件	上記の対象に対して、必要があって総合周産期特定集中治療室管理が	が行われた場合に算定。						
	 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかである。 専任の医師が常時治療室内に勤務している(ただし、看護師と連携をとって一時的に離れることは可能)。 集中治療室管理を行うにふさわしい専用の治療室を有している。 自家発電装置を有しており、電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できる。 手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい。 当該治療室勤務の医師/看護師は、同時間帯は治療室以外での当直勤務/夜勤を併せて行わない。 							
施設 基準	 専用の治療室内に1床あたり15㎡以上の病床を3床以上設置。 治療室内に、次の装置・器具を常時備えていること。 救急蘇生装置、心電計、呼吸循環監視装置、分娩監視装置、超音波診 断装置 	 専用の治療室内に1床あたり7㎡以上の病床を6床以上設置。 治療室内に、次の装置・器具を常時備えていること。 救急蘇生装置、新生児用呼吸循環監視装置、新生児用人工換気装置、 微量輸液装置、経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和 度測定装置、酸素濃度測定装置、光線治療器 						
	• 帝王切開術が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能であること。 と。	次のいずれかの基準を満たしていること。 ア 直近1年間の出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者が4件以上。 イ 直近1年間の当該治療室の患者に対する開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数が6件以上。						

周産期医療の体制構築に係る指針

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について

(令和5年医政地発0331第14号)

周産期医療の体制構築に係る指針 第2 医療体制の構築に必要な事項

- 2 医療機関とその連携
- (2)各医療機関と連携
- ③ 周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能【地域周産期母子医療センター】
 - イ 医療機関に求められる事項
 - (ウ)職員

地域周産期母子医療センターは、次に掲げる職員を配置することが望ましい。

- <u>b 産科を有する場合は、帝王切開術が必要な場合に迅速(おおむね 30 分以内)に手術への対応が可能となるような医師(麻酔科医を含む。)及びその他の各種職員</u>
- ④ 母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能【総合周産期母子医療センター】
 - イ 医療機関に求められる事項
 - (工) 職員

総合周産期母子医療センターは、次に掲げる職員をはじめとして適切な勤務体制を維持する上で必要な数の職員の確保に努めること。なお、総合周産期母子医療センターが必要な数の職員を確保できない場合には、都道府県は、当該医療施設に対する適切な支援及び指導を行うこと。

- a MFICU
- (a) 24時間体制で産科を担当する複数 (病床数が6床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保 されている場合にあっては1名) の医師が当該医療施設内に勤務していること。
- (b) MFICU の全病床を通じて常時3床に1名の助産師又は看護師が勤務していること。

MFICU^{※1}における診療体制

MFICU内常駐医師に限らず、院内にいる医師は概ね10分以内に診察開始可能であった。

	①当直体	k制	②当直帯において、MF までにかかる時間の目:	MFICU内に診療が必要となった場合に、●人目に産婦人科医が診療開始 D目安(分)			
医療機関	MFICU内常駐医師数	院内当直医師数	1人目	2人目	3人目	4人目	
А	1人	2人	5	10	20	60	
В	1人	1人	5	10	30	30	
С	1人	2人	5	10	10	60	
D	1人	1人	5	10	30	60	
Е	1人	1人	5	10	30	30	
F	1人	2人	5	10	10	60	
G	1人	1人	5	10	20	30	
Н	1人	1人	5	10	20	60	
1	1人	1人	5	10	20	30	
J	1人	1人	5	30	30	30	
K	1人	2人	5	10	10	60	
L	1人	1人	10	10	30	30	
M	1人	1人	5	10	30	60	
N	1人	1人	5	10	30	30	
0	1人	1人	5	30	30	30	
Р	1人	1人	5	10	30	30	
Q	0人	1人	5	20	20	30	
R	0人	1人	5	20	30	30	
S	0人	1人	5	10	20	30	
Т	0人	1人	5	30	30	30	
U	0人	1人	5	10	30	30	

MFICU内常駐医師

※1 母体・胎児集中治療室

院内当直医師

※1 母体・胎児条サルルニ (診療報酬上の母体・胎児集中治療室管理料 76

高度急性期入院医療について

- 1. 高度急性期入院医療を取りまく現状等
- 2. 高度急性期入院医療に係る評価について
- 3. 課題と論点

高度急性期入院医療に係る課題と論点

- (1) 高度急性期医療を取りまく現状等について
- ハイケアユニット入院医療管理料の届出病床数が年々増加している。
- (2) 特定集中治療室管理料の施設基準等について
- 特定集中治療室において、入室している多くの患者が重症度、医療・看護必要度の基準を満たしていた。
- ・ 入室日の重症度、医療・看護必要度及び入室日のSOFAスコアのいずれもが退院時の転帰と相関していた。重症度、医療・看護必要度の該当と比較し、SOFAスコア5点以上、10点以上の方が退院時の転帰とよく相関していた。
- 特定集中治療室の治療室ごとの重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、多くの施設で高い傾向にあった。
- ・ 入室日のSOFAスコア 5以上の患者の割合は、治療室ごとにばらつきがあり、重症度、医療看護必要度が90%以上の施設に限定しても、入室日のSOFAスコア 5以上の患者の割合はばらついていた。
- 重症患者対応体制強化加算を届け出ていない治療室であっても、施設基準に含めない適切な研修を修了した看護師を2人以上配置している治療室があり、これらの看護師は他の医療機関等への支援等を一定程度実施していた。
- 重症患者対応体制強化加算の施設基準の1つである「特殊な治療法等」の該当患者割合について、年間該当患者割合が15%以上の治療室のうち、令和4年度においていずれの月も該当患者割合が15%以上である治療室は1/4程度である。
- (3) ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準等について
- ・ 入室したときの状態や、手術実施の有無によらず、「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目はほぼ全ての患者で該当していた。
- ・ ICUを併設するHCUのうち入室後の重症化率が高い群と低い群の比較では、「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」はいずれも該当割合が高く差が見られなかったが、重症化率の高い群では「人工呼吸器の管理」及び「特殊な治療法等」の該当割合が高く、重症化率の低い群では「呼吸ケア」、「点滴ライン同時3本以上の管理」及び「動脈圧測定」の該当割合が高かった。
- ・ 人工呼吸器やECMOの使用、血管作動薬の使用等、常時監視の必要性が高い治療を行っている割合の高いHCUと低いHCUの比較では、「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」は該当割合が高く、これらの項目と「呼吸ケア」は 2群間で差が見られなかった。
- ・ ICU併設の有無や病床規模、入室経路によらず、A得点3点以上の患者は、ほぼ全てB得点4点以上となっていた。
- ・ 業務負担軽減の観点から、一般病棟用及び特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度においてレセプト電算処理 システムコードを用いた評価が導入されているが、ハイケアユニット用においては導入がなされていない。

高度急性期入院医療に係る課題と論点

- (4) 医師の働き方改革と治療室における宿日直許可について
- ・ 働き方改革推進の中で、2024年4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される。診療従事勤務医には年 960時間の上限規制が適用されるが、特定労務管理対象機関(B、連携B、C水準)においては、特例的に年1,860時間の上 限規制が適用される。
- ・ 令和3年改正医療法において、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置の整備等が定められ、2024 年4月1日に向け段階的に施行されている。
- ・ 2024年4月以降も、働き方改革に向けた継続的な取り組みが求められる。
- ・ 医師の働き方改革が進められる中で、医師等の宿日直勤務については、一般的な許可基準に関して、改めて判断基準の解釈が示されている。
- ・ 救命救急入院料等の治療室においては、医師の常時勤務が施設基準で要件とされている。施設基準においては、治療室内の勤務を求めるものと、医療機関内の勤務を求めるものがある。
- ・ 医療機関単位での宿日直許可の取得について、治療室の中では、MFICUが、その業務に関して宿日直許可を受けている割合が高かった。
- 治療室における術後の患者管理について、特定行為研修修了看護師の配置がある場合、「特定行為研修を修了した看護師などが包括指示に基づいて対応」している割合が高かった。
- ・特定行為研修修了看護師を配置したICUでは、夜勤帯に医師が看護師に呼ばれる回数が減少した、患者の循環動態等の変化等に気づき適切に声掛けがあるため患者のバイタルが安定し安全性が向上した、人工呼吸器装着期間が短縮したといった事例もある。
- ・ 特に夜間における医師の働き方改革等の観点から遠隔ICUによる特定集中治療室管理の取組がなされており、実際に 導入した医療機関においては、被支援側のICUの担当医がコールを受ける頻度が減少したとの報告がある。
- ・ MFICUにおいては、治療室内常駐医師に限らず、院内にいる医師は概ね10分以内に診察開始可能であった。

高度急性期入院医療についての論点

【論点】

(特定集中治療室管理料の施設基準等について)

- 特定集中治療室管理料の患者指標において、重症度、医療・看護必要度に加え、入室日のSOFAスコアを活用していくことについてどのように考えるか。
- 重症患者対応体制強化加算の施設基準の1つである「特殊な治療法等」の該当患者割合について、病床数が少ない等の治療室の特徴 も踏まえ、評価手法を見直すことについてどのように考えるか。

(ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準等について)

- ハイケアユニットの届出施設数の増加率が高い現状等を踏まえ、一般病棟ではなく治療室における入院管理が必要な患者をより評価する観点から、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の各項目に関する以下の点についてどのように考えるか。
 - ・ 入室時の状態及び手術の実施有無によらずほぼ全ての患者が該当していることを踏まえた「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目の取扱い
 - ・ 患者の重症化率の高いHCUにおいて「人工呼吸器の管理」及び「特殊な治療法等」の該当割合が高く、重症化率の低いHCUにおいて 「呼吸ケア」、「点滴ライン同時3本以上の管理」及び「動脈圧測定」の該当割合が高かったことを踏まえた評価の在り方
 - ・ A項目の要件を満たしている場合はほぼ全ての患者がB項目の要件も満たしていることを踏まえたB項目の取扱い
- 業務負担の軽減等の観点から、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度におけるレセプト電算処理システムコードを用いた評価 の導入についてどのように考えるか。

(医師の働き方改革と治療室における宿日直許可について)

- 治療室の施設基準と、宿日直許可の関係について、医療機関内での勤務を求める施設基準においては、2024年4月に医師の時間外・休日労働時間の上限規制が施行されることを踏まえ、宿日直許可を受けて宿日直を行っている医師により施設基準を満たすことを想定することについて、どのように考えるか。
- 特定集中治療室においては、現状においても、入室日のSOFAスコアでは患者の重症度が多様であることも踏まえ、宿日直による勤務の 医師が治療室にいる新たな区分を設けることについて、どのように考えるか。
 - ・ 新たな区分では、夜間に治療室内の医師が宿日直であることを踏まえ、手順書に基づく看護師の特定行為の実施が有用である場面が 増加することが想定されることから、特定行為研修修了看護師等の専門性の高い看護師の活用についてどのように考えるか。
 - ・ 新たな区分において、遠隔ICUの導入により、被支援側の医師の業務負担が減少するとともに宿日直を行った場合でも診療の質が一 定程度保たれると考えられることを踏まえ、遠隔ICUを用いた診療に対する評価についてどのように考えるか。
- MFICUについては、宿日直におけるMFICU内での現状の診療実態や、緊急帝王切開に迅速に対応する必要があることを踏まえ、宿日直 許可との関係を含めた、母体・胎児集中治療室管理料(MFICU管理料)における施設基準の在り方をどのように考えるか。

中医協 総一3

感染症について(その2)

- 1. 新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えに対する評価について
- 2. 新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について
- 3. 薬剤耐性対策に対する評価について
- 4. 課題•論点
- 5. 参考資料

感染症医療に対する評価に関するこれまでの主な意見

(新興感染症発生・まん延時における医療について)

- 協定締結医療機関のみならず、多くの医療機関による適切な感染対策を下支えしつつ、出現した 新興感染症の状況によって、更なる緊急的な措置を講じるようにすべき。
- 感染対策向上加算における新興感染症に関する施設基準は、第8次医療計画における協定の枠組みと整合性が取れるように見直しを検討すべき。
- 新興感染症の発生時・まん延時にも緊急的な歯科治療が必要な場合があることから、このような場合に歯科医療を提供するために必要な評価について検討すべき。
- 平時からの感染症の治療薬の備蓄や感染対策の体制整備とともに、実際に新興感染症が発生した場合においては、協定締結薬局には夜間・休日等の時間外の対応や必要な薬の患者への迅速な供給が求められるため、そのような薬局の体制や機能に対する評価が必要。
- DPC/PDPSにおける地域医療係数(体制評価指数)のうち「感染症」における評価内容については、第8次医療計画において、令和4年の感染症法改正により法定化された都道府県・医療機関間での協定締結を通じ、平時から医療提供体制の確保を図ることとされていることを踏まえ、令和6年度診療報酬改定以降、新型コロナウイルス感染症対応への評価から、入院医療に係る協定締結の評価へと移行することが考えられるのではないか。

都道府県の「予防計画」の記載事項の充実等

第20回第8次医療計画等に関する検討会 令和4年12月19日 参考資料1

○ 平時からの備えを確実に推進するため、**国の基本指針に基づき**、都道府県の**「予防計画」の記載事項を充実**。記載事項を追加 するとともに、**病床・外来・医療人材・後方支援・検査能力等の確保について数値目標**を明記。

(新たに保健所設置市・特別区にも予防計画の策定を義務付け。ただし、記載事項は★(義務)と☆(任意)を付した部分に限る。)

現行の予防計画の記載事項	予防計画に追加する記載事項案	体制整備の数値目標の例 (注1)
1 感染症の発生の予防・まん延の防止のための施策★		
2 医療提供体制の確保		・協定締結医療機関(入院)の確保病床数 ・協定締結医療機関(発熱外来)の医療機関数 ・協定締結医療機関(自宅・宿泊施設・高齢者施 設での療養者等への医療の提供)の医療機関数 ・協定締結医療機関(後方支援)の医療機関数 ・協定締結医療機関(医療人材)の確保数 ・協定締結医療機関(PPE)の備蓄数量
	① 情報収集、調査研究☆	
	② <mark>検査</mark> の実施体制・検査能力の向上★	・ <mark>検査の実施件数</mark> (実施能力)★ ・検査設備の整備数★
	③ 感染症の <mark>患者の移送</mark> 体制の確保★	
	④ <u>宿泊施設</u> の確保☆	・協定締結 <mark>宿泊療養施設</mark> の <mark>確保居室数</mark> ☆
	⑤ 宿泊療養・自宅療養体制の確保(医療に関する事項を除く)★注: 市町村との情報連携、高齢者施設等との連携を含む。	・協定締結医療機関(自宅・宿泊施設・高齢者施 設での療養者等への医療の提供)の <mark>医療機関数</mark> (再掲)
	⑥ 都道府県知事の指示・総合調整権限の発動要件	
	⑦ 人材の養成・資質の向上★	・医療従事者や保健所職員等の研修・訓練回数★
	8 保健所の体制整備★	
3 緊急時の感染症の発生の 予防・まん延の防止、医療 提供のための施策★	※ 緊急時における検査の実施のための施策を追加。 ★	

- (注1)予防計画の記載事項として、体制整備のための目標を追加。上記は、想定している数値目標の例。具体的には、国の基本指針等に基づき、各都道府県において設定。 対象となる感染症は、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症。計画期間は6年。
- (注2) 都道府県等は、予防計画の策定にあたって、医療計画や新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく行動計画との整合性を確保。

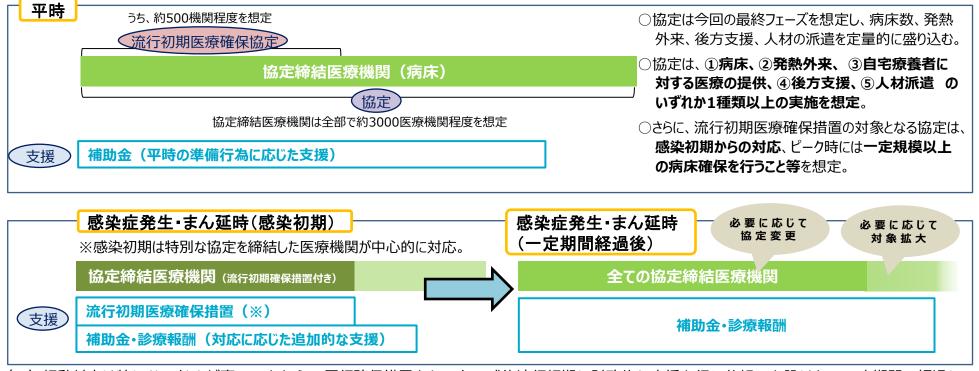
医療措置協定の内容

			①病床確保	②発熱外来	③自宅療養者等に対する 医療の提供		⑤人材派遣		
協定の)内容		病床を確保し(※1)、 入院医療を実施 ※1 新興感染症患者対応の病床を確保し、重症者用病床や、精神疾患を有する患者、妊産婦、小児等の特に配慮を有する患者を受け入れる病床の確保も図る	発熱症状のある者の 外来を実施	自宅療養者等(※2)に対し、 ・病院・診療所により、往診 等、電話・オンライン診療 ・薬局により、医薬品対応等 ・訪問看護事業所により、訪 問看護等を実施 ※2 宿泊療養者、高齢者施設、障害 者施設等の入所者を含む	(左記の病床確保等を行う協定締結医療機関を支援するため、) 医療機関において、 ①感染症患者以外の患者の受入	(感染症対応の支援 を要する医療機関 等を応援するため、) 医療機関において、 ①感染症患者に 医療を提供する		
		実施主 体と指 定要件	第1種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請へ の対応に必要な入院医療提供体 制の整備	第2種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請へ の対応に必要な診療・検査体 制の整備	第2種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②都道府県知事からの要請へ の対応に必要な、往診等、電 話・オンライン診療、調剤・ 医薬品等交付・服薬指導、訪 問看護を行う体制の整備	②感染症から回復 後に入院が必要 な患者の転院の 受入を実施	者 ②感染症予防等 に従事する関係 者を医療機関等 に派遣		
			新型コロナ対応で確保した最大規模の体制を目指す						
数値 目標 (全国での	(3	行初期 か月を 本)	約1.9万床	約1500機関	·病院·診療所(約2.7万機関)	約3700機関	・医師 (約2100人) ・看護師 (約4000人)		
世画(の 数値目標) 〈予防計画〉	Ţ	行初期 以降 5 ヶ月	約5.1万床	約4.2万機関	·薬局(約2.7万機関) ·薬局(約2.7万機関) ·訪問看護事業所(約2800機関)				
	-	.内)	流行初期以降開始時点: ① +約1.6万床(公的医療機関等)	流行初期以降開始時点: ① + 約3800機関(公的医療機関等)					
流行初期医療確保 措置の要件 (参酌して都道府県知事) 定める基準)			①発生の公表後(※4)、都道府県知事の要請後1週間以内を目途に措置を実施 ②30床以上の病床の確保 ③一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含めあらかじめ確認	①発生の公表後(※4)、都道 府県知事の要請後1週間以内 を目途に措置を実施 ②1日あたり20人以上の発熱	-	-	-		

都道府県と医療機関の協定の仕組み

第20回第8次医療計画等に関する検討会令和4年12月19日参考資料1(一部改変)

- ✓ 都道府県知事は、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と協議を行い、感染症対応に係る協定(病床/発熱外来/自宅療養者等に対する医療の提供/後方支援/人材の派遣※)を締結(協定締結医療機関)することとした。※併せてPPE備蓄も位置づけた。
- **☆ 協定締結医療機関について、流行初期医療確保措置の対象となる協定**を含む協定締結する医療機関(流行初期医療確保措置付き)を設定。
- ★ 全ての医療機関に対して協議に応じる義務を課した上で、協議が調わない場合を想定し、都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けた上で、全ての医療機関に対して都道府県医療審議会の意見を尊重する義務を課した。
- ✓ 加えて公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院にはその機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供 を義務づけ。
- ✓ 感染症発生・まん延時に、締結された協定の着実な履行を確保するため、医療機関の開設主体ごとに、協定の履行確保措置を設定。



(※) 初動対応は特にハードルが高いことから、履行確保措置とセットで感染流行初期に財政的な支援を行う仕組みを設けた。一定期間の経過により、感染対策や補助金·診療報酬が充実すると考えられることから、以後は補助金·診療報酬のみの対応とする。具体的な期間は、感染症の流行状況や支援スキームの整備状況等を勘案して厚生労働大臣が決定する。

協定締結のプロセス及び担保措置/履行確保措置

第20回第8次医療計画等に関する検討会 令和4年12月19日 参考資料1

- **平時において、**都道府県知事と医療機関が協定を締結することにより、フェーズごとの必要な病床数を確保するとともに、地域において、**医療機** 関の役割分担を明確化し、感染症発生・まん延時に確実に稼働する医療提供体制を構築するため、実効的な準備体制を構築することとした。
- 感染症発生・まん延時において、準備した体制が迅速かつ確実に稼働できるよう、感染症法に指示権等を創設し、協定の履行を確保。

①都道府県知事は、都道府県医療審議会の意見を聴いて、地域の感染想定に応じた感染症医療の数値目標(確保すべき病床の総数等)をあらかじめ予防計画・医療計画に規定することとした。 ②さらに、 都道府県知事は、 計画に定めた病床の確保のため、 都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、 各医療機関と協議を行う協定案(病床の割り当て等)を策定の上、各医療機関と協議を行い、結果を公表することとした。						
0						
全ての医療機関に対して、協定締結の協議に応じる義務を課した。						
化						

- 公立・公的医療機関等、特定機能病院及び地域医療支援病院については、その機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき**医療の提供を** 義務付け、平時に都道府県知事が医療機関に通知。
- 感染症対応の社会医療法人については、協定(流行初期医療確保措置の対象)の締結を**認定の要件化した。**なお、協定に則った対応を行う よう勧告→指示した上で、当該指示に従わない場合に、認定を取り消すことがあり得ることとした。

感染症発生• まん延時

協定の履行 確保措置等

協定(医療提供義務を含む)に 則った対応を行うよう、 指示⇒公表(指示違反)

*NHO法・JCHO法に基づき、厚生労働 大臣は緊急の必要がある場合に必要 な措置を行うことを求めることができ、こ れに応じなければならないこととした。

協定(医療提供義務を含む)に 則った対応を行うよう、 勧告⇒指示⇒公表(指示違反※)

※指示に従わない場合、承認を取り消す ことがあり得ることとした。

協定に則った対応を行うよう、 勧告⇒指示⇒公表(指示違反)

保険医療機関の責務として、国・地方が講ずる必要な措置に協力するものとする旨を明記。

特措法では、協定の有無に関わらず、医療関係者(※)に対し、直接、患者等に対する医療等を行うよう指示できる旨の規定あり。

(※) 医療関係の管理者の場合は、当該医療機関の医療関係者その他の職員を活用して実施体制の構築を図るとされている。

- ✓ 医療機関等に対する財政支援に係る費用負担については、現行、補助・負担割合を規定しているものについては、それを前提とした上で、
 - ① 設備整備については、対象施設に協定締結医療機関等を追加、
 - ② 宿泊・自宅療養者の公費負担医療及び流行初期医療確保措置(費用は公費1/2、保険者拠出金1/2という 負担割合とする。)に関する負担規定を新設、
 - ③ 協定締結医療機関等が実施する措置に関する補助規定を新設する。

★印は負担規定 宿泊・自宅 協定締結医療機関等 流行初期医 入院措置 感染症指定医療機 検査 建物の立入 消毒等の措置 現行 関等の設備整備 (第58条 (第58条 制限等の措置 (第58条 療養者の医療 が実施する措置 療確保措置 (第60条等) 第10号 第1号) (第58条 第5号等) 🛨 (新設) ★ (新設) (新設) 国の負担 等) 🖠 第8号等) • 補助割合 1/2 3/4 1/2 1/2 1/2 規定なし 規定なし 規定なし (都道府県と折半) (都道府県 (都道府県 (都道府県等と (都道府県等と一般市 等と折半) 町村で折半する場合、 等は1/4) 折半) 1/3) 補助の対象機関の拡大 負担・補助規定の新設へ 3/4 改正案 3/41/2 1/2 1/2 3/4 3/4 (都道府県 (都道府県 (都道府県等と (都道府県等と一般市 (都道府県等は1/4) (都道府県 (都道府県等は 二種感染症指定医療 等と折半) 等は1/4) 折半) 町村が折半する場合、 国の負担 1/4) (t1/4)機関以外の協定締結 1/3)• 補助割合 医療機関、宿泊療養 ※公費の中で 施設、検査機関を追 の負担割合

※ 地方公共団体が感染拡大防止措置に係る**財源を確保しやすくなるよう**、地方債の特例規定の創設を含め必要な措置を検討。

(「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の具体策」(令和4年9月2日新型コロナウイルス感染症対策本部決定)2. 新型インフルエンザ等対策特別措置法の効果的な実施)

医療提供体制に係る数値目標の考え方等について

第99回社会保障審議 会医療部会 資料3 6

〈設定する数値目標〉

1 流行初期(3ヶ月まで)

発生の公表後1週間程度から、流行初期の期間の3ヶ月までの間は、新型コロナ発生の公表後約1年後(最初の冬に相当の波が発生)の入院・外 来の患者数の規模に、前倒しで対応できるよう、

入院患者数 :約1.5万人 発熱外来患者数:約3.3万人

新型コロナ対応において、相当の対応を行ってきた医療機関を念頭に、体制を確保することを目指す。

病床 :**約1.9万床**(約1.5万人を受け入れるため、新型コロナ対応において、400床以上の重点医療機関(約500機関)で当該規模の対応 能力があったこと(R4.12)を踏まえ、一定の能力を有する医療機関との協定の締結を促す。)

発熱外来:約1500機関(約3.3万人を受け入れるため、新型コロナ対応において、200床以上の新型コロナ患者の入院可能な診療・検査医療機

関で当該規模の対応能力があったこと(R4.12)を踏まえ、一定の能力を有する医療機関との協定の締結を促す。)

2 流行初期以降(①3ヶ月後、②その後3ヶ月(6ヶ月)まで)

① 流行初期以降開始時点については、流行初期対応を行っていない公的医療機関等(対応可能な民間医療機関を含む。)も加わり、体制を確保するこ とを目指す。

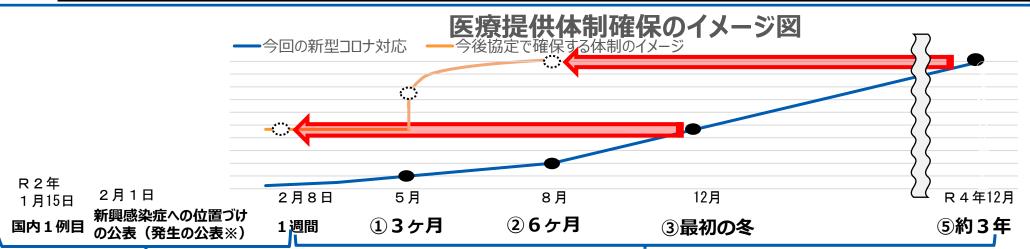
病床 : 約3.5万床 +約1.6万床:加わる公的医療機関等)

発熱外来: 約5300機関(+約3800機関:同上)

その後、新型コロナ対応で約3年かけて確保した最大値(R4.12)の体制について、これまで対応を行ってきた全ての医療機関を念頭に、できる限り速や かに(その後3ヶ月程度かけて)確保することを目指す。

: 約5.1万床 病床 発熱外来:**約4.2万機**関

: まずは**約5.1万床**を確保している約3000機関(うち重点医療機関約2000)との協定の締結を促す。 病床



〈感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応〉(373病院1900病床) (※) 感染症法に基づく厚労大臣の発生の公表 (373病院1900病床)

<協定指定医療機関も対応>

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し③

		感染対策向上加算 1	感染対策向上加算 2	感染対策向上加算3	外来感染対策向上加算					
	点数	<u>710点</u>	<u>175点</u>	<u>75点</u>	<u>6点</u>					
	算定要件	入院初日		入院初日+入院期間が90日を超える毎に1回	患者1人の外来診療につき月1回に限り算定					
	届出基準	(外来感染対策向上加算の届出がないこと)	 保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準と	する(外来感染対策向上加算の届出がないこと)	診療所(感染対策向上加算の届出がないこと)					
主な施設基準	感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師(感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師(感染管理の経験5年以上かつ研修修了) ・専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上) ・専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上) ※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。 ※ 必要時に、専従の医師又は看護師を、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間に含めてよいものとする。	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師(感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師(感染管理の経験5年以上) ・専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了) ・専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了)	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師(適切な研修の修了が望ましい) ・専任の看護師(適切な研修の修了が望ましい)	院内感染管理者 (※) を配置していること。 ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者 であること。					
	医療機関間・行政等との連携	・保健所、地域の医師会と連携し、加算2又は3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施(このうち1回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。)・加算2、3及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。) ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。) ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年2回以上、加算1の医療機関又は地域の医師会が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。) ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している					
	サーベイランスへの 参加	院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、サーベイランス強化加算として <u>5点</u> を算定する。		<u>サーベイランス強化加算</u> として <u>1点</u> を算定する。					
	その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する		・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関 又は地域の医師会から助言を受けること ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院 における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」 に沿った対応を行う	・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関 又は地域の医師会から助言を受けること ・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬 の適正な使用の推進に資する取組を行う ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院 における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」 に沿った対応を行う					
		・新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入ることを念頭に、 <u>汚染区域</u> や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する ・令和4年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適 正使用支援加算の要件を要件とする	・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する	・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する	・新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する					
		感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、加算2、 3又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する 対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、			連携強化加算として3点を算定する。					

携強化加算として30点を算定する。

助言を行った場合、指導強化加算として、30点を算定する。

10

新興感染症への対応に係る感染対策向上加算の規定

中医協 総 - 2 5. 7. 26

○ 感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算における新興感染症への対応に係る規定は、令和4年 度から現在までは、新型コロナウイルス感染症への対応において必要な措置として定められている。

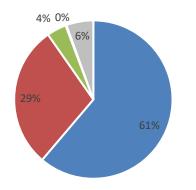
		感染対策向上加算		
	加算 1	加算 2	加算 3	外来感染対策向上加算
届出施設数※	1,248	1,029	2,042	16,224
施設基準のうち 新興感染症への 対応に係る規定	新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域の ゾーニングを行うことができる体制	新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制	新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制	新興感染症の発生時等に、発 熱患者の診療を実施すること を念頭に、発熱患者の動線を 分けることができる体制
令和4年4月~ 令和5年5月7 日の取扱	新型コロナに係る 重点医療機関	新型コロナに係る 重点医療機 関又は協力医療機関	新型コロナに係る 重点医療機関、協力医療機関 又は診療・検査医療機関	新型コロナに係る 診療・検査医療機関
令和5年5月8 日〜現在の取扱	令和5年1月1日以降に重点 医療機関の指定を受けていた ことがある医療機関のうち、 過去6か月以内に新型コロナ 患者に対する入院医療の提供 の実績がある医療機関(①)	①又は新型コロナ疑い患者を 救急患者として診療する体制 等及び過去6か月以内に新型 コロナ患者に対する入院医療 の提供の実績がある医療機関 (②)	①、②又は外来対応医療機関であってその旨を公表している医療機関のうち、受入患者を限定しない医療機関	外来対応医療機関であってそ の旨を公表している医療機関 のうち、受入患者を限定しな い医療機関

重点医療機関、協力医療機関等における感染対策向上加算の届出状況

中医協 総 - 2 5. 7. 2 6

- 重点医療機関においては、61%が加算1の届出を、29%が加算2の届出を行っていた。
- 協力医療機関においては、77%が加算2の届出を行っていた。
- 診療・検査医療機関である診療所においては、47%が感染対策向上加算の届出を行っていたが、54%は 届出を行っていなかった。

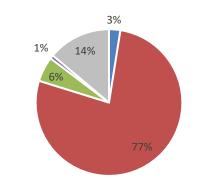
重点医療機関における 感染対策向上加算の届出状況



- 感染対策向上加算1
- 感染対策向上加算3
- ■届出なし

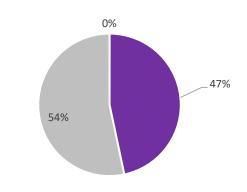
- 感染対策向 ト加算 2
- 外来感染向上対策向上加算

協力医療機関における 感染対策向上加算の届出状況



- 感染対策向上加算1
- 感染対策向上加算 2
- 感染対策向 ト加算 3
- 外来感染対策向上加算
- ■届出なし

診療・検査医療機関のうち診療所 における感染対策向上加算の届出状況



- 感染対策向 ト加算 3
 - 外来感染対策向 上加算
- ■届出なし

新興感染症発生・まん延時における医療体制の構築に係る指針について

○ 新興感染症発生・まん延時における医療体制の構築に係る指針において求める医療機能のうち、病床確保の機能については新型コロナ対応における重点医療機関及び協力医療機関の要件を、発熱外来の機能については新型コロナ対応における診療・検査医療機関の要件を参考として整備することとされている。

診療報酬上の 位置づけ

感染対策向上 加算1の要件

感染対策向上 加算2の要件

感染対策向上 加算3及び外来 感染対策向上加 算の要件

新型コロナ対応時における 都道府県が医療機関を指定する枠組み

重点医療機関※1

- 病棟単位で新型コロナウイルス感染症患者あるいは 疑い患者専用の病床確保を行っていること。
- 確保しているすべての病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること。

協力医療機関※1

- 新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室を設定して、新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れるための病床を確保していること。
- 確保しているすべての病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること。
- 新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れるための病床は、個室であり、トイレやシャワーなど他の患者と独立した動線であること。

検査・診療医療機関※2

- 発熱患者等が新型コロナウイルス感染症以外の疾患の患者と接触しないよう、可能な限り動線が分けられていること。
- 必要な検査体制が確保されていること。
- 医療従事者の十分な感染対策を行うなどの適切な 感染対策が講じられていること。
- ※1「新型コロナウイルス感染症重点医療機関及び新型コロナウイルス感染症疑い 患者受入協力医療機関について」(令和2年6月16日付け厚生労働省健康局結 核感染症課事務連絡)より抜粋
- ※2「令和2年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金に係る対応について」(令和2年9月15日付け厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡)より抜粋

新興感染症発生・まん延時における 医療体制の構築に係る指針において求めている医療機能※3

- (1) 新興感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する機能(病床確保)
- ・ 新型コロナウイルス感染症対応の重点医療機関の施設要件も参考 に、確保している病床であって、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能 で、また、都道府県からの要請後速やかに即応病床化するほか、関係 学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策 を適切に実施し、入院医療を行うことを基本とすること
- 新興感染症の疑い患者については、その他の患者と接触しないよう、 独立した動線等を要することから、新型コロナウイルス感染症の対応に 当たっての協力医療機関の個室等の施設要件も参考に、病床の確 保を図ること
 - (2) 新興感染症の疑似症患者等の診療を行う機能(発熱外来)
- 新型コロナウイルス感染症対応の診療・検査医療機関の施設要件 も参考に、発熱患者等専用の診察室(時間的・空間的分離を行い、 プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む。)を設けた上 で、予め発熱患者等の対応時間帯を住民に周知し、又は地域の医 療機関等と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制を有するほ か、関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内 感染対策(ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓 練等)を適切に実施し、発熱外来を行うことを基本とすること
- ※「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(令和5年3月31日付け医政地発0331第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)より抜粋。病床確保及び発熱外来のほか、指針においては以下の医療機能を備えた体制構築を求めている。
- (3)居宅又は高齢者施設等で療養する新興感染症患者に対し医療を提供する機能(自宅療養者等への医療の提供)
- (4)新興感染症患者以外の患者に対し医療を提供する機能(後方支援)
- (5)新興感染症に対応する医療従事者を確保し、医療機関その他の機関に派遣する機能(医療人材派遣)

機能評価係数 II の評価内容④ (地域医療係数)

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	・災害拠点病院の指定(0.5P)、DMATの指定(0.25P)、	EMISへの参加(0.25P)、BCPの策算	E(災害拠点病院に指定されている場合を
	<u>除く)(0.25P)</u>		
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期	・「総合周産期母子医療センターの指	定」を重点的に評価(1P)
	母子医療センターの指定」を評価(いずれかで1P)	・「地域周産期母子医療センターの指	定」は0.5P
救急	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、	救命救急センター(0.5P)	
	共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	二次救急医療機関であって病院群輪を	昏制への参加施設、共同利用型の施設
		(0.1P)	
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患	上記体制を前提とし、救急車で来院し	し、入院となった患者数(救急医療入院に
	者数(最大0.9P)	限る)(最大0.5P)	
感染症	・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P)		
	・新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っている	こと (0.25P)	
	※ 上記のいずれも満たした場合(0.75P)		
	・GMISへの参加(日次調査への年間の参加割合を線形で	評価)(最大0.25P)	
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合(0.1P)	治験等の実施	
		・過去3カ年において、主導的に実施	施した医師主導治験が8件以上、又は主導
		的に実施した医師主導治験が4件以	上かつ主導的に実施した臨床研究実績が
		40件以上(1P)	
		・20例以上の治験(※)の実施、10	例以上の先進医療の実施または10例以上
		の患者申出療養の実施(0.5P)(※)	協力施設としての治験の実施を含む。

資料 2

かかりつけ歯科医の役割

- ○住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応、切れ目のない提供体制の確 保、他職種との連携
- ○訪問歯科診療や障害児・者への対応、患者の基礎疾患や服用薬剤への 理解の充実、ライフステージに応じた歯科疾患の予防や口腔の管理
- ○かかりつけ歯科医をもつ者の増加のための普及啓発の促進
- ○新興感染症拡大時における歯科医療提供体制の整備

地域包括ケアシステムと医科歯科連携・多職種連携

- ○機能を含めた歯科医療資源の見える化
- ○他職種に対するニーズの把握や相互理解の促進、指標設定・評価
- ○他職種等に対する口腔に関する理解を深めてもらうため、学部・専門 分野の教育段階含め、口腔の管理の重要性等を学ぶ機会の充実
- ○人牛の最終段階における口腔の管理への歯科医療関係者の関与

歯科医療機関の機能分化と連携

- ○各歯科医療機関の機能の把握・見える化
- ○病診連携・診診連携、歯科診療所のグループ化、規模の拡大・多機能 化による複数の歯科医師が勤務する体制の整備の推進
- ○ICTの利活用の推進
- ○歯科医療資源に応じた機能分化や連携の在り方等、地域特性に応じた 歯科医療提供体制の構築の検討

障害児・者等への歯科医療提供体制

- ○障害の内容や重度別分析による歯科医療機関の機能の見える化
- ○いわゆる口腔保健センターと一般歯科診療所の役割の整理
- ○八一ド面(設備整備等)やソフト面(人材育成、多職種連携等)の両 面での取組の充実
- ○医療的ケア児舎めた障害児・者を、地域の歯科医療ネットワーク等、 地域で支え歯科医療を受けることができる歯科医療提供体制の構築

病院歯科等の役割

- ○それぞれの地域における病院歯科の役割の明確化
- ○各病院歯科の歯科医療従事者の配置状況や機能等の把握・分析
- ○地域の病院歯科の果たす役割を認識し、病院歯科と歯科診療所等との 連携の推進
- ○地域の歯科医療提供体制の拠点としての機能

歯科専門職種の人材確保・育成等

- ○学部教育から臨床研修、生涯研修におけるシームレスな歯科医師養成 他職種の役割等を継続的に学び、交流を行いながら理解を促進
- ○歯科衛生十の確保(職場環境等の整備、復職支援・リカレント教育)
- ○歯科技工士の確保(人材確保、職場環境の整備、業務のあり方)

都道府県等行政における歯科医療提供体制の検討の進め方について

- ○地域ごとの歯科医療資源及び住民ニーズの把握・見える化、PDCAサイクルに基づく取組の推進、計画的な評価
- ○歯科保健医療提供体制の理想とする姿(目指す姿)を設定し、バックキャストで考えていくことの重要性
- ○歯科医療提供のあり方を議論する際には、地域の関係団体等と連携し、目指す姿や目標等の共通認識を深めながら取り組む必要性



歯科医療提供体制構築推進事業

第9回歯科医療提供体制等に関する検討会

参考

令和6年度概算要求額

2.7億円 (2.6億円) ※() 內は前年度当初予算額

令和5年10月4日

資料1

1 事業の目的

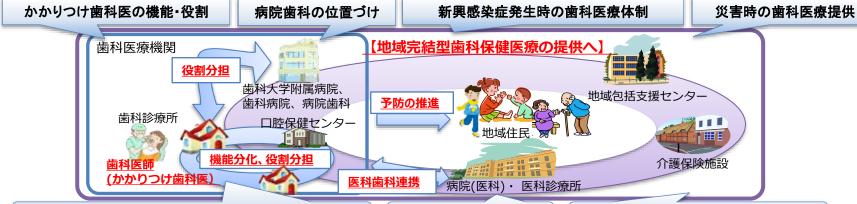
- ◆少子高齢化の進展、歯科疾病構造の変化など、歯科保健医療を取り巻く状況は大きく変化している。地域により、歯科医療資源の状況等は異なることから、地域の実情を踏まえた歯科医療提供体制を構築することが求められている。
- ◆「骨太の方針2023」においても、「歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組む」との方針が示されている。

2事業の概要・スキーム、実施主体

① 各都道府県における歯科医療提供体制の構築を推進するため、歯科医療提供体制の構築に向けて協議・検討を行う検討委員会を設置し、地域の実 情を踏まえた歯科医療提供体制を構築するための取組を補助する。<u>第8次医療計画の開始初年度であることを踏まえ、補助実施数を拡充する。【拡</u> 充】【実施主体:都道府県】補助率:1/2相当定額

補助対象事業のイメージ(案)

- ・NDB(National Database; レセプト情報・特定健診等情報データベース)やKDB(Kokuho Database; 国保データベース)等を活用した地域の 歯科保健医療提供状況の状況に関する分析及び分析結果に基づく歯科医療提供体制(医科歯科連携体制の構築等を含む)の検討
- ・病院歯科と歯科診療所の機能分化や役割分担、かかりつけ歯科医の役割の位置づけ等に関する協議、検討
- ・口腔機能低下、摂食嚥下障害等の患者への食支援に関する多職種連携体制の構築
- ・障害児者等への歯科医療提供体制、災害時・新興感染症発生時の歯科保健医療提供体制の構築



歯科診療所・病院間の機能分化・連携の充実・強化

医科歯科連携の推進

介護施設等と歯科医療機関との連携

② 効果的な事業展開を進め歯科保健医療提供体制の確保を加速させるため、都道府県支援を行うことができるよう支援者を養成する。 対象者は都道府県歯科医師会担当者、都道府県庁職員、口腔衛生、統計学研究者など【実施主体:都道府県】補助率:1/2相当定額 【事業実績】4年度 6都道府県

新型コロナウイルス感染症患者等に対する歯科医療提供体制の検討状況

参考

第1回歯科医療提供体制等に関する検討会 令和3年2月19日

資料 2

〇 令和2年6月19日付け厚生労働省医政局歯科保健課長通知等を踏まえた新型コロナウイルス感染症患者等に対する歯科医療提供体制の検討状況については、「歯科的な応急処置が必要な患者を受け入れる 医療機関の設定をしている都道府県」は19か所、「感染拡大期における歯科医療提供体制に関して協議を 実施している都道府県」は23か所であった。

歯科的な応急処置が必要な患者を受け入れる医療機関の設定をしている都道府県数	19
感染拡大期における歯科医療提供体制に関して協議を実施している都道府県数	23

歯科的な応急処置が必要な患者を受け入れる 医療機関の設定をしていない理由(複数選択)

設定していない理由(複数選択)	
現在、医療機関・関係団体等と調整中(方向性は未定)	5
受入可能な医療機関がみつからない(医療機関・関係団体等と調整がついていない)ため	2
他の医療機能に比べて優先順位が低く、調整する余裕がないため	2
今後、医療機関・関係団体等と調整予定	5
設定の必要がないと考えるため	2
その他	12

(その他の理由)

- ・治療が必要な場合感染症指定医療機関で対応することとしている。
- ケースの状況に応じて対応することとしている。
- ・これまで必要に迫られたことがない、相談事例もない。

感染拡大時期における歯科医療提供体制に関して 協議を実施していない理由(複数選択)

設定していない理由(複数選択)	
他の医療機能に比べて優先順位が低いため	6
協議の必要がないと考えるため	2
協議する関係団体等が分からないため	0
協議する関係団体等の理解が得られないため	1
その他	11

(その他の理由)

- ・すでに連携体制がとれている。
- ・現在の体制で対応可能と考える。
- 今後検討する
- 個別事例により調整・協議する予定。

新型コロナウイルス感染拡大下における歯科医療提供体制構築の例 参考

<新興感染症発生時における長野県の取り組み事例>

◆本事例では、長野県、長野県歯科医師会および信州大学による、新型コロナウイルス感染症 にかかる県内の歯科医療提供体制方針の構築に関する取組みを報告する。

テーマ	区分	事業名・取組み名 等
	コロナウイルス感	県内の歯科医療提供体制方針の作成
感染症対応	染症対応	県内の対応可能な医療機関の体制整備、および「緊急 を要する歯科・口腔外科疾患」の作成

主な取組みの概要は以下の通りである。

【新型コロナウイルス感染症にかかる県内歯科医療提供体制方針の作成】

◆県、歯科医師会、大学病院等が協働して、「新型コロナウイルス感染症にかかる県内歯科医 療提供体制方針」を作成し、県内で新型コロナウイルス感染症の疑いがある(または陽性で ある)歯科治療が必要な患者への統一的な対応体制を構築した。

【対応可能な医療機関の体制整備、および「緊急を要する歯科・口腔外科疾患」の作成】

- ◆県内いずれの地域(二次医療圏)においても適切な歯科医療が受けられるよう、県内 10 の二次医療圏域ごとに中核となる歯科医療機関(二次医療機関病院歯科)を定め、新型コ ロナウイルス感染症疑いの患者等が歯科治療を必要とした場合、各医療機関に照会でき る仕組みを整えた。
- ◆また、「緊急を要する歯科・□腔外科疾患」をとりまとめ、医療機関や保健所等が統一的に 対応できるよう関係機関に周知した。

《長野県における新型コロナウイルス感染症にかかる歯科医療提供体制 対応表》

- 一般歯科診療所においての診療実施前に、患者の状態について問診等により感染リスクを確認し 下表に基づいて対応を判断する。
- ○「感染リスクあり(高い)」と判断される場合、および「陽性者」は、歯科治療の緊急性の有無により対 店を判断する。

【対応表】

患者区分		歯科における対応				
感染リスクなし (低い)	一般歯科!	参療所における歯科治療				
感染リスクあり	歯科治療の 緊急性なし	長野県歯科医師会の対応方針に則り、陰性判明まで歯科治療 の延期等の対応				
(高い) ※濃厚接触者 含む	歯科治療の 緊急性あり	緊急歯科治療対応医療機関での緊急歯科治療 ①本人もしくは歯科医療機関から県の相談窓口(保健所)に相談 ②保健所を通じて、緊急歯科治療対応医療機関の外来に対応を 依頼				
	AND THE REAL PROPERTY.	(感染症の症状に応じて、入院または宿泊・自宅療養)				
FB (4. 4c	歯科治療の 緊急性なし	長野県歯科医師会の対応方針に則り、退院等の基準を充たすま で歯科治療の延期等の対応				
陽性者	歯科治療の	(感染症の症状と緊急歯科治療を考慮したうえで、入院または宿 泊・自宅療養)				
	緊急性あり	緊急歯科治療対応医療機関での緊急歯科治療				

(出典) 長野県ご提供資料より抜粋して作成

《緊急を要する歯科・口腔外科疾患 (※一部抜粋)》

(参考)

緊急を要する歯科口腔外科疾患には以下のものが想定されます。

- 痛み(いわゆる歯痛です)
- 2. 炎症(歯科疾患を原因とする化膿性炎症です。歯肉に留まる軽度のものから、顎口腔 底に及ぶ重度のものがあります)
- 外傷(歯がかけた、折れた、歯が抜けた、顎骨骨折など)
- 備肉出血(抗血栓療法を受けている患者、止血異常を有する患者)
- 暂關節脫日

上記の状態では、2週間歯科的診断・治療なしで済ます/耐えることが難しい患者がありま す。下記の想定に沿って、対処をお願いします。(以下略)

18

歯科診療における院内感染防止対策の推進

基本診療料の施設基準及び評価の見直し

歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す。

現行

【初診料】

1 歯科初診料 <u>261点</u>

【再診料】

1 歯科再診料 53点

[施設基準]

- 1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準
- (2) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。
- (3) 歯科外来診療の<u>院内感染防止対策に係る研修</u>を4年に 1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名 以上配置されていること。
- (4) 職員を対象とした<u>院内感染防止対策にかかる標準予防</u> **策等の院内研修**等を実施していること。

改定後

【初診料】

1 歯科初診料 <u>264点</u> 【再診料】

L 歯科再診料 **56点**

[施設基準]

- 1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準
 - (2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。
 - (3) 歯科外来診療の**院内感染防止対策に係る標準予防策及** <u>び新興感染症に対する対策の研修</u>を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
 - (4) 職員を対象とした<u>院内感染防止対策にかかる標準予防 策及び新興感染症に対する対策等の院内研修</u>等を実施し ていること。

[経過措置]

令和4年3月31日において、現に歯科点数表の初診料の注1の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)及び(4)の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和3年4月1日から令和4年3月31日の間に(3)の研修を受講した者については、当該研修を受けた日から2年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。



新興感染症の発生時等における薬局の体制の評価

中医協 総 - 2 5. 7. 26

○ 災害や新興感染症の発生時等においても薬局が継続して地域の医薬品供給や衛生管理に関する対応 等を維持できる体制を評価する観点から、令和4年度診療報酬改定において連携強化加算を新設。

調剤基本料 連携強化加算:2点

[算定要件の概要]

地域支援体制加算を算定している場合に、他の保険薬局、保険医療機関及び都道府県等との連携により、<u>災害又は新興感染症の</u> 発生時等の非常時に必要な体制が整備されている保険薬局において調剤を行った場合に所定点数を加算する。

[施設基準の概要]

■医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制の確保

- ・医薬品の提供施設として薬局機能の維持
- ・避難所・救護所等における医薬品の供給又は調剤所の設置に係る人員派遣等の協力等
- ・災害の発生時における体制や対応についての手順書等の作成と薬局内の職員への共有
- ・医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等に関する研修の実施

■都道府県等と適切に連携するために地域の協議会又は研修等に積極的に参加

- ・地域の協議会、研修又は訓練等への参加の計画の作成(年1回程度の参加が望ましい)
- ・必要に応じて地域の他の保険薬局等との協議会等の結果の共有

■体制を確保していることについてホームページ等で広く周知

- ・体制を確保していることについて薬局内での掲示又は当該薬局のホームページ等において公表
- ■都道府県等からの協力要請があった場合に地域の関係機関と連携し必要な対応を実施(※)
 - ・夜間休日など含めて新型コロナウイルスに係る抗原定性検査キットの販売体制を備えていること
 - ・新型コロナウイルス感染症治療薬を自局で備蓄・調剤していること

※令和4年4月の施行当初はPCR等検査無料化事業に係る検査実施事業者として登録・実施とホームページ等での周知することを要件としていたが、令和5年4月より現在の規定に改正

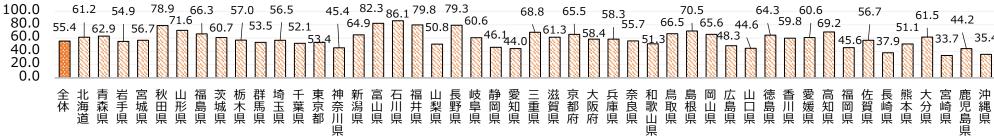
薬局における新型コロナウイルス感染症への対応状況①

中医協 26 5.

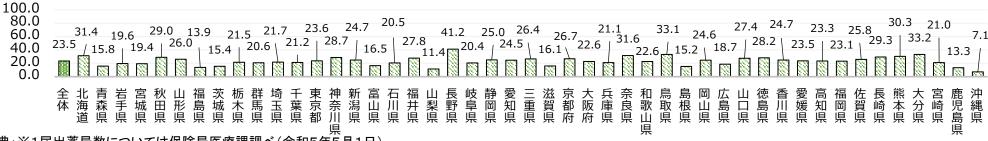
薬局において約2割が連携強化加算の届出を行っており、検査キットや治療薬の対応も実際に行ってい

全薬局あたりの都道府県別連携強化加算の届出割合※1 【連携強化加算の算定要件見直し】令和5年4月1日より下記要件へ変更 (令和5年6月1日時点:12,678施設) 係る抗原定性検査キットの販売対応及びホームページ等での周知 100.0 新型コロナウイルス感染症治療薬の備蓄・調剤 80.0 60.0 24.8 24.4 16.7 17.4 20.7 15.4 , 19.8 16.8 15.6 20.0 埼 千 東 玉 県 県 郡 石福川県県 三類里県 京都府 大 兵 奈 レ 庫 県 徳島県 神奈川 長野県 岐阜県 愛知県 和 馬 島 取 県 山梨県 静岡県 広島県 山口県 全薬局あたりの新型コロナウイルス抗原検査キットの取扱薬局の割合^{※2} (令和5年6月20日時点:34,215施設)

(%)



全薬局あたりの新型コロナ治療薬(ラゲブリオ:一般流通品)の調剤実績のある薬局の割合*3 (%)



ルス抗原検査キットの取扱薬局・店舗マップ・リストのホームページ参照(令和5月6月時点)

^{※4}薬局数については令和4年度衛生行政報告参照(令和3年度61,791施設)

感染症発生・まん延時における自宅療養患者等に対応する薬局について

- 改正感染症法により、都道府県知事は各医療機関等の機能や役割に応じた協定を締結し、新興感染症発生・まん延時に発熱外来や自宅療養者に対する医療等を担う医療機関等をあらかじめ適切に確保することとされている。
- 協定を締結した薬局は、第二種協定指定医療機関として、関係機関や事業所間で連携しながら、自宅・宿泊療養者、高齢者施設での療養者等への医薬品対応等を行う。

第二種協定指定医療機関(薬局)の指定要件 具体的な内容 ● 当該薬局に所属する者に対して、最新の知 関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、感染 対策(ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練 見に基づき適切な感染防止等の措置を実施 することが可能であること 等)を適切に実施し、医療の提供を行う ⇒ 令和5年度の予算事業で、感染対策に必要な知識・技能を習得 させる薬局薬剤師向けの研修プログラムの作成等を実施中。薬局 における感染対策に関する研修として当該プログラムを活用する ことを想定。 ● 新型インフルエンザ等感染症等発生等公表 患者の求めに応じてオンライン服薬指導の実施が可能 期間において、都道府県知事からの要請を 薬剤の配送等の対応を行っている 受けて、外出自粛対象者に対して医薬品等 夜間・休日、時間外の対応(輪番制対応含む)を行っている 対応(調剤・医薬品等交付・服薬指導等) 健康観察の対応(特に高齢者施設等への対応)が可能 を行う体制が整っていると認められること 医療用マスク等の個人防護服(PPE)等の備蓄は任意事項

令和5年度薬剤師の資質向上等に資する研修事業(予算事業)

1 事業目的

- 医療技術の高度化・専門分化や少子高齢化に伴い、薬剤師の機能強化・専門性向上に資する生涯教育が重要である。
- ・ 改正後の「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」第36条の3第1項の規定に基づく医療措置協定に関して、 薬局も都道府県知事との協定締結の対象となった(令和6年4月1日施行)。
- 当該薬局においては、新興感染症等の発生時における自宅・宿泊療養患者への対応と、そのための体制として、関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考にした、研修・訓練等を含む感染対策の適切な実施が求められることになる。
- 本事業では、薬剤師の継続的な生涯教育の一環として、感染対策を適切に実施するための研修を実施することにより、更なる薬剤 師の機能強化・専門性向上を図り、新興感染症の発生・まん延にも対応可能な地域の医療提供体制の確保につなげる。

2 事業内容

- 最新の知見に基づく内容となるよう、関係学会等と適切に連携のうえ、一般的な感染対策に加え、**新興感染症への対応を含めた**薬局における感染対策に関する**指針の作成**
- 感染対策に必要な知識・技能を習得させる研修プログラムの作成・実施(確認テスト、薬局内での感染対策に関する訓練を含む)
- 指針及び研修プログラムには、以下の内容を含める。
 - ●標準予防策と経路別予防策 ②洗浄・消毒・滅菌 ③血液体液曝露対策 ④ワクチンによる感染症の予防
 - ⑤院内感染関連微生物とその検査法及び国内外の疫学 ⑥インフルエンザやノロウイルス感染症、薬剤耐性菌のアウトブレイク対策

 - ❸抗菌薬適正使用とAMR対策アクションプラン
 ●感染対策における平時及び緊急時の他医療機関や行政等との連携

3 実施主体

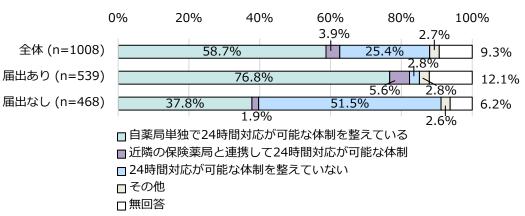
公益社団法人日本薬剤師会 2

薬局における開局時間外の対応体制

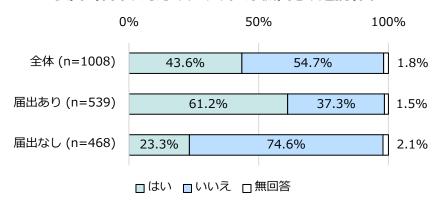
- 薬局における24時間対応可能な体制や、夜間・休日対応のための医療機関との連携体制の整備については、地域支援体制加算を届けている薬局で高い傾向にある。
- 開局時間外の相談・調剤等への対応(令和5年6月時点)についても、一定程度対応されている実態があり、地域支援体制加算を届け出ている薬局で高い傾向がみられた。

開局時間外の体制整備の状況(地域支援体制加算の届出別)

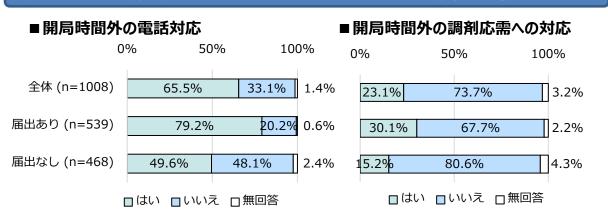
■ 24時間対応が可能な体制の整備状況



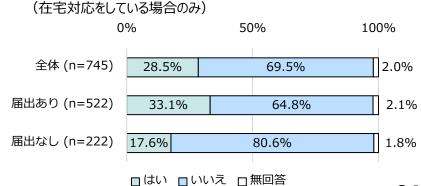
■夜間・休日の対応のための医療機関との連携体制



開局時間外の相談・調剤への対応状況(令和5年6月)(地域支援体制加算の届出別)



■開局時間外の患者宅への訪問対応



24

薬局における感染対策

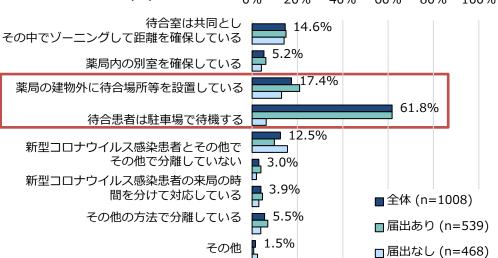
○ 薬局における新型コロナウイルス感染症の感染対策としては、主に患者の待合場所の分離によるゾーニングで対応していた。

薬局における感染対策の状況(令和5年7月1日時点)

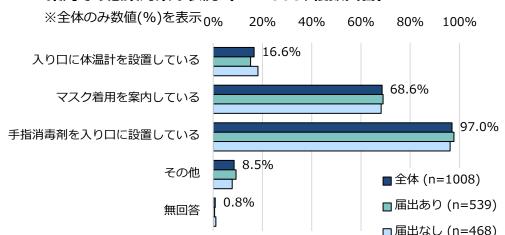
■新型コロナウイルス感染患者(疑い患者含む)の 来局時における薬局でのゾーニングの状況(n=1008、複数回答)

※全体のみ数値(%)を表示

0% 20% 40% 60% 80% 100%



■薬局での感染対策の状況 (n=1008、複数回答)



出典:令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る検証調査「かかりつけ薬剤師・薬局の 評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」(薬局票)

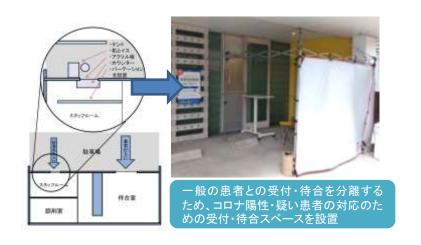
薬局における感染対策の例



コロナ陽性・疑い患者への対応 用スペースの設置



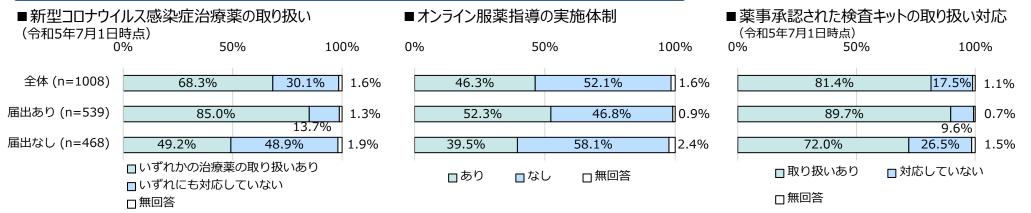
患者待合室の換気促進のため、 填め込み式の簡易型吸排気換 気扇を設置



薬局における新型コロナウイルス感染症治療薬等の提供体制

- 薬局の約7割で新型コロナウイルス感染症治療薬が取り扱われており、地域支援体制加算の届出を行っている薬局では8割を超えている。
- 薬局においてオンライン服薬指導の体制は一定程度整備されており、地域支援体制加算の届出を行っている薬局では 5割を超えている。
- 薬事承認された新型コロナウイルス抗原検査キットを取り扱っている薬局は全体で7割を超えており、地域支援体制加算を届け出ている薬局では8割を超えている。

治療薬、オンライン服薬指導、抗原定性検査キットの取扱い状況(地域支援体制加算の届出別)



出典: 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る検証調査「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」(薬局票)

(参考) 新型コロナウイルス感染症の令和5年10月以降の医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について (令和5年9月15日付け厚生労働省事務連絡) (関係部部のみ抜粋)

- 3. 外来医療体制
- (1)基本的考え方
 - また、新型コロナ診療に対する医療機関の増加に対応するためには、薬局における経口抗ウイルス薬の提供体制の確保も重要となる。薬局においては、これまでも自宅・宿泊療養者に対し、経口抗ウイルス薬等を提供し、必要な服薬指導等を実施していただいているところであるが、各都道府県において、一般流通する経口抗ウイルス薬を取り扱う薬局を把握し、公表すること等について地域の医療関係者とも協議を行いながら、地域において経口抗ウイルス薬等の必要な医薬品が適切に提供される体制の確保に向けた取組を行っていくことが重要である。
- (3)感染拡大局面を見据えた体制強化・注意喚起等
 - 今冬の感染拡大に備える観点からも、確認事務連絡の「2外来体制について」でもお示ししている内容に沿って対応することが重要である。具体的には、限りある医療資源の中で、高齢者等重症化リスクの高い方に適切な医療を提供するため、広く一般的な医療 機関で新型コロナの診療に対応する体制への移行を着実に進めるとともに、
 - (略)
 - ・重症化リスクの低い方に対する抗原定性検査キットによる自己検査及び自宅療養の実施、あらかじめの抗原定性検査キットや解熱鎮痛薬の用意等の住民への呼びかけ
 - (略)

等の感染拡大局面を見据えた体制強化、注意喚起等の取組は引き続き推進すること。

- 7. 自宅療養等の体制
- (3)オンライン診療・オンライン服薬指導の活用
 - <u>感染拡大局面においてはオンライン診療・オンライン服薬指導(以下「オンライン診療等」という。)の活用も有用</u>である。このため、過去の体制も参考にしつつ、地域の関係者とも相談し、<u>オンライン診療等を引き続き活用</u>していただきたい。その際には、「オンライン 診療の適切な実施に関する指針」(平成30年3月30日付け厚生労働省医政局長通知の別紙)、「オンライン服薬指導の実施要領」(令和4年9月30日付け厚生労働省医薬・生活衛生局長通知の別添)に沿ったオンライン診療等を実施する体制を整備**26** ていただきたい。(以下略)

- 1. 新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えに対する評価について
- 2. 新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について
- 3. 薬剤耐性対策に対する評価について
- 4. 課題•論点

令和6年度以降の診療報酬体系について

○ 新型コロナへの対応については、令和6年度以降は医療提供体制は通常の対応へ完全移行し、診療報酬においては、恒常的な感染症対応への評価となるように見直しを行うこととされている。

医療提供体制等

通常医療との両立を更に強化し、重点的・集中的な支援により、冬の感染拡大に対応しつつ、通常の医療提供体制へ段階的に移行

感染拡大

R5.5/8 (5類移行)



検証

10/1

感染拡大?



検証

R6年度

新たな体系に向けた取組の実施

取組の見直し・重点化

新たな体系の実施

- ○幅広い医療機関による自律的な 通常の対応への移行
 - ・冬の感染拡大に先立ち、対応 医療機関の維持・拡大を促進 (外来の拡大、軽症等の入院患 者の受入)
- ○冬の感染拡大に備えた重点的・ 集中的な入院体制の確保等
 - ・確保病床の重点化 (重症・中等症Ⅱ、感染拡大の 状況に応じた対応)
 - ・診療報酬特例、高齢者施設等への支援見直し・継続

診療報酬 介護報酬 同時改定

- ○通常の対応へ完全移行
 - ・確保病床に依らない形 での体制
 - ・新たな報酬体系 (恒常的な感染症対応へ の見直し)

出典:令和5年9月15日厚生労働省公表資料より(一部改変)

感染症医療に対する評価に関するこれまでの主な意見②

(新興感染症以外の感染症に対する医療について)

- 感染対策向上加算等の届出を行っている医療機関においては、入院患者の受入等、感染症対応に関する役割を果たすようにすべき。
- 前回の診療報酬改定において感染対策向上加算、外来感染対策向上加算、及び重症患者対応体制強化加算の新設並びに ECMO の評価拡充が行われており、平時の感染症医療はこれら既存の項目により評価すべき。
- 歯科診療においても、適切な感染防止対策は重要であり、診療報酬上の評価が必要。
- 薬局における感染対策についても、何かしらの評価や配慮が必要。
- 医療機関による高齢者施設に対する迅速な医療支援や感染対策の助言、実地指導とともに、高齢者施設における退院患者の円滑な受入れに対する支援が重要であり、介護報酬の改定とあわせて、連携を推進すべき。
- 感染対策向上加算を届け出ていない医療機関における感染対策についても、より進むよう支援 をすべき。

診療報酬の取扱い(新型コロナの診療報酬上の特例の見直し①)

○ 診療報酬上の特例措置について、現場の実態等も踏まえつつ、点数の見直しを行う(令和5年10月1日~)。

新	型コロナの類型変更(令和5年5月) に伴う方向性・考え方	令和5年9月まで	令和5年10月~
<i>t</i> 14	空間分離・時間分離に必要な人員、 PPE等の感染対策を引き続き評価 その上で受入患者を限定しないことを 評価する仕組みへ	①300点 「対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形に8月末までに移行」 又は、②147点 【①に該当せず、院内感染対策を実施】	① 147点 (対応医療機関であって、院内感染対策を実施し、受入患者を限定しない) 又は、② 50点 【①に該当せず、院内感染対策を実施】
 来 	届出の簡略化などの状況変化 を踏まえて見直し	147点 【初診時含めコロナ患者への療養指導(注)】 ※ロナプリーブ投与時の特例(3倍)は終了 (注)家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の指導	終了
	位置付け変更に伴い医療機関が 実施する入院調整等を評価	<u>950点/回</u> 【コロナ患者の入院調整を行った場合】	100点/回 【コロナ患者の入院調整を行った場合】 300点 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診は950点
	緊急往診は、重症化率の変化に伴う 必要性の低下を踏まえて見直し 介護保険施設等での療養を支援する	<u>950点</u> 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診は 2,850点	<u>300点</u> 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診は <u>950点</u>
在宅	観点から同施設等に対する	950点 【介護保険施設等において、看護職員とともに、 施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】	300点 【介護保険施設等において、看護職員とともに、 施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】
	往診時等の感染対策を 引き続き評価	300点 【コロナ疑い/確定患者への往診】	<u>50点</u> 【コロナ疑い/確定患者への往診】

診療報酬の取扱い(新型コロナの診療報酬上の特例の見直し②)

¥	所型コロナの類型変更(令和5年5月) に伴う方向性・考え方	令和5年9月まで	令和5年10月~
		①重症患者 <u>ICU等の入院料:1.5倍</u> (<u>+2,112~+8,159点/日</u>)	①重症患者 <u>ICU等の入院料:1.2倍</u> (<u>+845~3,263/日</u>)
	入院患者の重症化率低下、看護補助者の 参画等による業務・人員配置の効率化等を 踏まえて見直し	②中等症患者等(急性期病棟等) <u>救急医療管理加算1:2~3倍</u> (<u>1,900~2,850点/日</u>)	②中等症患者等(急性期病棟等) <u>救急医療管理加算2:2~3倍</u> (<u>840~1,260点/日</u>)
7	介護業務の増大等を踏まえ、急性期病棟 以外での要介護者の受入れを評価	※ 介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や 入院退院支援体制が充実した病棟(例:地域包括ケア 病棟等)が受け入れる場合は加算(+950点/日)	※ 介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や 入院退院支援体制が充実した病棟(例:地域包括ケア 病棟等)が受け入れる場合は加算(+420点/日)
入 院		コロナ回復患者を受け入れた場合 <u>750点/日</u> (<u>60日目まで</u> 。さらに <u>14日目まで</u> は <u>+950点</u>)	コロナ回復患者を受け入れた場合 <u>500点/日</u> (14日目まで)
		<u>250~1,000点/日</u> (感染対策を講じた診療)	125点~500点/日 (感染対策を講じた診療)
	必要な感染対策を 引き続き評価	<u>300点/日</u> (2類感染症の個室加算の適用)	<u>300点/日</u> (2類感染症の個室加算の適用)
		<u>250点/日</u> (必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施)	50点/日 (必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施)
歯科	コロナ患者への歯科治療を 引き続き評価	298点 (治療の延期が困難なコロナ患者 に対する歯科治療の実施)	147点 (治療の延期が困難なコロナ患者 に対する歯科治療の実施)
調剤	コロナ患者への服薬指導等を引き続き評価	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料: 2倍 (+59点又は+45点)	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料: 1.5倍(+30点又は+23点)
剤		自宅・介護施設等への対応を評価 (訪問対面500点、電話等200点を算定可)	自宅・介護施設等への対応を評価 (訪問対面:500点/200点を算定可)

資料4

令和4年1~8月における新型コロナの重症化率・致死率について

- ▶ 協力の得られた石川県、茨城県、広島県のデータを使用し、令和4年1~8月に診断された新型コロナウイルス感染者を対象に、年齢階級別に重症化率及び致死率を2ヶ月毎(届出日基準)に算出した。
- ▶ 人工呼吸器を使用、ECMOを使用、ICU等で治療のいずれかの条件に当てはまる患者を重症者と定義し、重症化率は、経過中重症に至ったが、 死亡とならなかった患者、重症化して死亡した患者、重症化の定義を満たさずに死亡した患者の合計を、感染者数で割ったものである。死 亡者数は、COVID-19の陽性者であって、死因を問わず亡くなった者を計上※¹している。
- ▶ 本データは感染者が療養及び入院期間が終了した際のステータス又は期間の終了日から30日経過した時点でのステータスに基づき算出しており、今後重症者数や死亡者数は増加する可能性がある点に留意。

	年齢	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代以上
	感染者数 (人)	18,511	17,400	18,549	18,274	17,354	10,598	6,887	5,357	3,949	2,159
	重症 / 死亡者数 (人)	4/0	0/0	0/0	1/0	8/3	13/3	40 / 20	109 / 66	168 / 145	140 / 134
R.4 ^{※2} 1~2月	重症化率 (%)	0.02	0	0	0.01	0.05	0.12	0.58	2.03	4.25	6.48
1.02/7	(95%信頼区間※3)	(0.01-0.06)	(0.00-0.02)	(0.00-0.02)	(0.00-0.03)	(0.02-0.09)	(0.07-0.21)	(0.42-0.79)	(1.67-2.45)	(3.65-4.93)	(5.48-7.61)
	致死率 (%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0.02 (0.00-0.05)	0.03 (0.01-0.08)	0.29 (0.18-0.45)	1.23 (0.95-1.56)	3.67 (3.11-4.31)	6.21 (5.23-7.31)
	感染者数 (人)	28,020	25,422	20,055	23,085	21,106	10,957	5,864	3,711	2,287	1,112
	重症 / 死亡者数 (人)	5/0	1/0	1/0	4/0	7/2	18/5	19/6	57 / 35	71 / 61	48 / 45
R.4 ^{※2} 3~4月	重症化率 (%) (95%信頼区間)	0.02 (0.01-0.04)	0.00 (0.00-0.02)	0.00 (0.00-0.03)	0.02 (0.00-0.04)	0.03 (0.01-0.07)	0.16 (0.10-0.26)	0.32 (0.20-0.51)	1.54 (1.17-1.99)	3.10 (2.43-3.90)	4.32 (3.20-5.68)
	致死率 (%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0.01 (0.00-0.03)	0.05 (0.01-0.11)	0.10 (0.04-0.22)	0.94 (0.66-1.31)	2.67 (2.05-3.41)	4.05 (2.97-5.38)
	感染者数 (人)	14,036	13,564	12,285	12,855	11,318	6,059	3,571	2,683	1,591	757
	重症 / 死亡者数 (人)	0/0	0/0	1/0	5/0	2/1	4/2	7/2	14 / 7	19 / 17	16 / 15
R.4 5~6月	重症化率 (%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.03)	0 (0.00-0.03)	0.02 (0.00-0.06)	0.02 (0.00-0.07)	0.02 (0.00-0.06)	0.05 (0.01-0.14)	0.25 (0.12-0.48)	0.45 (0.23-0.78)	1.19 (0.72-1.86)	2.64 (1.62-4.05)
	致死率 (%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.03)	0 (0.00-0.03)	0 (0.00-0.03)	0 (0.00-0.03)	0.01 (0.00-0.05)	0.03 (0.00-0.12)	0.08 (0.02-0.25)	0.22 (0.08-0.49)	1.07 (0.62-1.71)	2.51 (1.52-3.89)
	感染者数 (人)	59,685	58,331	61,437	65,130	68,434	47,458	30,098	22,355	13,032	6,030
R.4	重症 / 死亡者数 (人)	8/0	4/0	3/1	9/4	11/2	17/11	34 / 21	104 / 76	191 / 165	164 / 157
	重症化率 (%)	0.01	0.01	0.00	0.01	0.02	0.04	0.11	0.47	1.47	2.72
7~8月	(95%信頼区間)	(0.01-0.03)	(0.00-0.02)	(0.00-0.01)	(0.01-0.03)	(0.01-0.03)	(0.02-0.06)	(0.08-0.16)	(0.38-0.56)	(1.27-1.69)	(2.32-3.16)
	致死率 (%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0.00 (0.00-0.01)	0.01 (0.00-0.02)	0.00 (0.00-0.01)	0.02 (0.01-0.04)	0.07 (0.04-0.11)	0.34 (0.27-0.43)	1.27 (1.08-1.47)	2.60 (2.22-3.04)

- ※1 茨城県は医師の判断において明らかに別の死因によるもの(溺死や交通外傷等)は除外して集計している。
- ※2 令和4年1~2月、3~4月のデータは再掲。(https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000987078.pdf)
- ※3 95%信頼区間はClopper-Pearson's exact binomial confidence interval により算出。
- ※5 各期間における感染者数、重症者数、死亡者数を単純に集計しており、背景因子等が調整されていないことに留意が必要。

日米のインフルエンザとコロナにおける院内感染対策ガイドラインの記載と ガイドライン改定を踏まえたコロナ 5 類移行後の院内感染対策の周知事項について

- ・日米の院内感染対策のガイドライン等における季節性インフルエンザ(インフル)と新型コロナウイルス感染症(コロナ)患者の感染管理に関する記載内容を参照した。
- インフルと比較した、コロナにおける記載の概要は以下のとおり(下表の下線部が相違点)
 - ※相違点:個人防護具(N95マスクが推奨される場面が多い)、 換気対策(より十分な対応が推奨)
- 5類移行後も必要な感染対策は講じていくべきであり、ガイドラインに沿いつつ効率性と安全性を両立した対応を周知し対応医療機関の裾野を広げる

インフル・コロナ患者の感染管理に関する記載(一部抜粋・要約)

		個人	. 防護具	病室・ゾーニング	換 気 対 策
		マスク	マスク以外の個人防護具	州主・ノーニノノ	1× ×1 ×1 ×1
インフ	米国※1	サージカルマスク(必ず)N95マスク又はそれと同等のマスク(エアロゾルが発生する可能性のある手技)	手袋・ガウン(分泌物等に触れる可能性があるとき)アイプロテクション(エアロゾルが発生する可能性のある手技時)	個室コホーティング^{※6}可	エアロゾル産生手技は陰圧 室で実施
ル	日本※2	・サージカルマスク (必ず)	手袋・ガウン・アイプロテクション (適宜着用)	個室コホーティング*6可	・記載なし
	米国 _{※3}	N95マスクや同等の性能のマスク (状況を問わず)	• 手袋・ガウン・アイプロテクション (状況による選択の記載なし)	 個室(トイレ付き) コホーティング*6可 担当する医療従事者をシフト中は固定することを検討 	病室とすべての共有空間の 換気改善エアロゾル産生手技は陰圧 室で実施
コロナ	日本 (従来) ※4※5	 サージカルマスク(必ず) N95マスク又はそれと同等のマスク(エアロゾルが発生する可能性のある手技・その他状況により※5) 	手袋・ガウン・アイプロテクション (検体採取や手技などに応じて使用)	個室コホーティング^{※6}や専用病室、専用病棟など状況や設備に応じて判断^{※5}	 十分換気する^{※4} エアロゾル産生手技が高頻度に実施される患者を優先的に陰圧室に収容^{※5}
	日本※7 <u>(2023年1月の学会</u> ガイドライン改定) 主な変更赤字	・サージカルマスク(必ず)・N95マスク又はそれと同等のマスク(エアロゾルが発生する可能性のある手技・その他状況により)*N95を推奨する状況の記載を充実	・アイプロテクションは継続・手袋・ガウンは、患者および患者周囲の汚染箇所に直接接触する場合に装着(直接接触しない場合は不要)	・個室・コホーティング ^{※6} 可 ・専用病棟化は基本的に不要	・換気・クリーンパーティ ションの利用等により 空気の流れを工夫 ・陰圧室に関して同様

- ※1:CDC (Centers for Disease Control and Prevention)「Guidelines for Healthcare Settings (Influenza)」(2021年5月13日) ※2:国公立大学附属病院感染対策協議会「病院感染対策ガイドライン」 (2020年3月増補)
- ※3:CDC (Centers for Disease Control and Prevention) 「Infection Control Guidance (COVID-19)」 (2022年9月23日)
 ※4:国立感染症研究所・国立国際医療研究センター「新型コロナウイルス感染症に対する感染管理」 (2021年8月6日)
 ※5:日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド 第4版」 (2021年11月22日)
 ※6:同じ感染症患者同士を同室に集めること
- ※5:日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド 第4版」(2021年11月22日)※7:日本環境感染学会「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド 第5版」(2023年1月17日)

感染経路別の予防策

○ 空気感染、飛沫感染又は接触感染によって伝播する感染症の患者に対しては、感染経路によって、標準 予防策に加えて個人防護具の装着や個室隔離等が求められている。

	標準予防策	空気予防策	飛沫予防策	接触予防策
感染媒体	・血液、体液・分泌物、排泄物・創のある皮膚、粘膜	・飛沫核粒子 ・空気の流れにより飛散	• 飛沫粒子	直接接触して伝播皮膚同士の接触汚染された器具や環境
主な疾患 及び微生物	感染症の有無に関わらず全ての患者に適応	• 結核、麻疹、水痘	インフルエンザ、流行性耳下 腺炎、風疹など	・腸管出血性大腸菌、MRSA、 C. difficile, 緑膿菌など
患者配置	環境を汚染させるおそれのある患者は個室隔 離	・個室隔離(陰圧、6回以 上/時の換気、院外(HEPA フィルター)排気)	• 個室隔離又は集団隔離 (ベッドを 2 m離す)	個室隔離、集団隔離又は患者の排菌状態や疫学統計に基づき対応を考慮
手洗い	・血液、体液、分泌物、排泄物、創のある皮膚、粘膜に接触後・手袋を外した後	(標準予防策と同様)	(標準予防策と同様)	・患者接触時、汚染表面接 触時に手洗い
手袋	・血液、体液、分泌物、排泄物、創のある皮膚、粘膜に接触時・使用後、速やかに外し手洗い	(標準予防策と同様)	(標準予防策と同様)	・患者ケア時手袋を着用・汚染物に触った後は交換・部屋を出る前に外し、手洗い
マスク ゴーグル	・血液、体液が飛散し、目、鼻、口を汚染する 可能性がある場合	• 入室時にN95マスクを着用	• 患者から 2 m以内に近づくと きにサージカルマスクを着用	(標準予防策と同様)
ガウン	・血液、体液、分泌物、排泄物で衣服が汚染する可能性がある場合・汚染されたガウンはただちに脱ぎ手洗いする	(標準予防策と同様)	(標準予防策と同様)	・患者、環境表面、物品と接触する可能性がある場合・入室時に着用し退室前に脱ぐ
器具	汚染した器具は、粘膜、衣服、環境等を汚染しないように注意再使用のmのは清潔であることを確認	(標準予防策と同様)	(標準予防策と同様)	可能な限り専用とする専用でない場合は他患者に使用前に消毒

薬剤耐性菌を原因とする感染症について

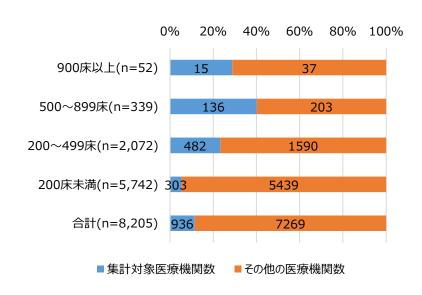
- 院内感染対策に関するガイドラインでは、感染対策において疫学的に重要な病原体の特徴として、薬剤 耐性等を挙げている。
- 〇 五類感染症には、MRSA感染症など7つの薬剤耐性菌を原因とする感染症が位置付けられており、入院 患者のうち0.29%に認められている。

<疫学的に重要な病原体の特徴> (CDC; 2007 Guideline forIsolationPrecautions: PreventingTransmission of Infectious Agents inHealthcare Settings)

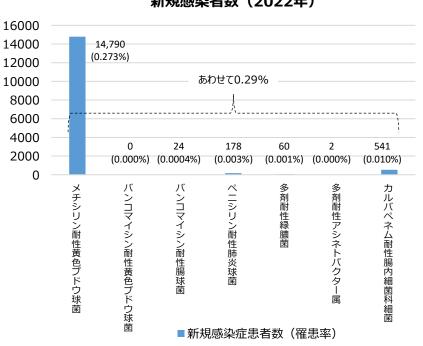
- 医療機関内で感染拡大傾向にある病原体(インフルエンザ、RSV等)
- 非典型的な薬剤耐性のパターンを示す病原体(キノロン耐性緑膿菌等)
- 重症疾患、高い死亡率等と関連する病原体(MRSA等)

- 第一選択薬に抵抗を示す病原体 (MRSA等)
- 複数種類の抗菌薬に抵抗を示し治療が困難な病原体(アシネトバクター等)
- 新興 再興病原体

「院内感染対策サーベイランス(JANIS) 全入院患者部門」 への参加医療機関割合 (2022年)



「院内感染対策サーベイランス(JANIS) 全入院患者部門」 への参加医療医療機関の全入院患者約540万人のうちの 新規感染者数(2022年)



感染症法の対象となる感染症の概観とその措置

	\ u-		A 107			
)	分類	実施できる措置等	分類の考え方	必要性		
一類感染症 二類感染症 三類感染症 四類感染症 五類感染症 五類感染症		・対人:入院(都道府県知事が必要と認めるとき)等 ・対物:消毒等の措置 ・交通制限等の措置が可能	・ヒトからヒトに伝染。			
		・対人:入院(都道府県知事が必要と認めるとき)等 ・対物:消毒等の措置	・感染力と罹患した場合の重 篤性から危険性を判断。			
		・対人:就業制限(都道府県知事が必要と認めるとき)等 ・対物:消毒等の措置				
		・動物への指直を含む消毒等の指直 ・動物等を用してこれ、又 され、又 場合の危 ・国民や医療関係者への情報提供 ・その他国民の健康に影響 えられる		国内での発生・拡大が想定され、又は発生・拡大した場合の各除性が大きいと表		
				場合の危険性が大きいと考えられる感染症であり、感染拡大を防止するため。		
		 ・対人:入院(都道府県知事が必要と認めるとき)等 ・対物:消毒等の措置 ・政令により一類感染症相当の措置も可能 ・感染したおそれのある者に対する健康状態報告要請、外出自粛要請 等 	・インフルエンザ又はコロナウイルス感染症のうち新たに人から人に伝染する能力を有することとなったもの。 ・かつて世界的規模で流行したインフルエンザ又はコロナウイルス感染症であってその後流行することなく長期間が経過しているもの。			
指定感染症 (※)		・一〜三類感染症に準じた対人、対物措置 ※政令で指定。一年で失効するが、一回に限り延長可。	・既知の感染症で一から三類 感染症と同様の危険性のある もの。	国内での発生・拡大を想定 していなかった感染症につ いて、実際に発生又はその 危険性があるとき迅速に対 応するため。		
新感	当初	厚生労働大臣が都道府県知事に対し、対応について個別に指 導・助言	・ヒトからヒトに伝染する未 知の感染症。	未知の感染症について、万 が一国内で発生したときの 対応について法的根拠を与 えるため。		
染症	要件指 定後	一類感染症に準じた対応	・危険性が極めて高い。			

感染症類型	感染症の疾病名等
一類感染症	【法】 エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱
二類感染症	【法】 急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群(病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る。)、結核、中東呼吸器症候群(病原体がMERSコロナウイルスであるものに限る。)、鳥インフルエンザ(病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザムウイルスであってその血清亜型がH5N1又はH7N9であるものに限る。以下「特定鳥インフルエンザ」という。)
三類感染症	【法】 腸管出血性大腸菌感染症、コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフス
四類感染症	【法】 E型肝炎、A型肝炎、黄熱、Q熱、狂犬病、炭疽、鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く。)、ボツリヌス症、マラリア、野兎病 【政令】 ウエストナイル熱、エキノコックス症、オウム病、オムスク出血熱、回帰熱、キャサヌル森林病、コクシジオイデス症、サル痘、ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。)、腎症候性出血熱、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、チクングニア熱、つつが虫病、デング熱、東部ウマ脳炎、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、Bウイルス病、鼻疽、ブルセラ症、ベネズエラウマ脳炎、ヘンドラウイルス感染症、発しんチフス、ライム病、リッサウイルス感染症、リフトバレー熱、類鼻疽、レジオネラ症、レプトスピラ症、ロッキー山紅斑熱
五類感染症	【法】インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)、ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く。)、クリプトスポリジウム症、後天性免疫不全症候群、性器クラミジア感染症、梅毒、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症 【省令】アメーバ赤痢、RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症、感染性胃腸炎、急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。)、急性出血性結膜炎、急性脳炎(ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。)、クラミジア肺炎(オウム病を除く。)、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、細菌性髄膜炎、ジアルジア症、新型コロナウイルス感染症(病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス(令和二年一月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。)であるものに限る。)、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、水痘、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、先天性風しん症候群、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、播種性クリプトコックス症、破傷風、パンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症、流行性角結膜炎、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)、淋菌感染症
指定感染症	【政令】(現在は該当なし) ※政令で指定。1年で失効するが、1回に限り延長可。
新 感 染 症	(現在は該当なし)
新 型 インフル エ ン ザ 等 感 染 症	【法】 新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、再興型コロナウイルス感染症

感染症法に基づく主な措置の概要

	新型インフルエ ンザ等感染症	一類感染症	二類感染症	三類感染症	四類感染症	五類感染症	指定感染症
規定されている疾病名	新型インフルエン ザ・ 再興型インフルエ ンザ・ 新型コロナウイル ス感染症・ 再興型コロナウイ ルス感染症	エボラ出血熱・ ペスト・ ラッサ熱 等	結核・SARS 鳥インフルエンザ (H5N1) 等	コレラ・ 細菌性赤痢・ 腸チフス 等	黄熱・鳥インフルエ ンザ(H 5 N 1 以 外) 等		※政令で指定 (現在は該当な し)
疾病名の規定方法	法律	法律	法律	法律	法律・政令	法律・省令	政令
疑似症患者への適用	0	0	○ (政令で定める 感染症のみ)	_	_	_	
無症状病原体保有者への適用	0	0	_	_	_	_	
診断・死亡したときの医師による届出	〇 (直ちに)	O (直ちに)	O (直ちに)	〇 (直ちに)	〇 (直ちに)	〇 (7日以内)	
獣医師の届出、動物の輸入に関する措置	0	0	0	0	0	_	
患者情報等の定点把握	_	-	△ (一部の疑似症のみ)	△ (一部の疑似症のみ)	△ (一部の疑似症のみ)	0	
積極的疫学調査の実施	0	0	0	0	0	0	
健康診断受診の勧告・実施	0	0	0	0	_	_	具体的に適用す る規定は、
就業制限	0	0	0	0	_	_	感染症毎に政令
入院の勧告・措置	0	0	0	_	_	_	で規定
検体の収去・採取等	0	0	0	_	_	_	
汚染された場所の消毒、物件の廃棄等	0	0	0	0	0	_	
ねずみ、昆虫等の駆除	0 (%)	0	0	0	0	_	
生活用水の使用制限	0 (%)	0	0	0	_	_	
建物の立入制限・封鎖、交通の制限	O (%)	0	_	_	_	_	
発生・実施する措置等の公表	0	_	_	_	_	_	
健康状態の報告、外出自粛等の要請	0	_	_	_	_	_	
都道府県による経過報告	0	_	_	_	_	_	

診療報酬上の施設基準等により求められる感染対策

- 基本的な院内感染防止対策の実施等については、入院料の施設基準において求められている。
- 〇 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添 1 医科診療報酬点数表に関する事項 第 1 章 基本診療料 第 2 部 入院料等 通則 7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、 第 1 節 (特別入院基本料等を含む。) 及び第 3 節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。
- 基本診療料の施設基準等(平成二十年厚生労働省告示第六十二号)
- 第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び得医療管理体制の基準
 - 二 院内感染防止対策の基準
 - (1) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な設備を有していること。
 - (2) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。
- 〇 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて | 別添 2 入院基本料等の施設基準等
- 第1 入院基本料(特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料(以下「特別入院基本料等」という。)及び特定入院基本料を含む。)及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準
 - 2 院内感染防止対策の基準
 - (1) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策が行われていること。
 - (2) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策委員会が設置され、当該委員会が月1回程度、定期的に開催されていること。なお、当該委員会を対面 によらない方法で開催しても差し支えない。
 - (3) 院内感染防止対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されていること(診療所においては各部門の責任者を兼務した者で差し支えない。)。
 - (4) 当該保険医療機関内において(病院である保険医療機関においては、当該病院にある検査部において)、各病棟(有床診療所においては、当該有床診療所の有する全ての病床。以下この項において同じ。)の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」が週1回程度作成されており、当該レポートが院内感染防止対策委員会において十分に活用される体制がとられていること。当該レポートは、入院中の患者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が病院又は有床診療所の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成されるものであり、各病棟からの拭き取り等による各種細菌の検出状況を記すものではない。
 - (5) 院内感染防止対策として、職員等に対し流水による手洗いの励行を徹底させるとともに、各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されていること。ただし、精神病棟、小児病棟等においては、患者の特性から病室に前項の消毒液を設置することが適切でないと判断される場合に限り、携帯用の速乾式消毒液等を用いても差し支えないものとする。

診療報酬上の感染対策及び感染症患者に対する医療に対する評価の概要

中医協 総 - 2 5. 7. 26改

○感染症患者又は疑い患者に対する個別の医療について評価する項目

診療報酬項目	算定要件等の概要
○A210 難病等特別入院診療加算 1 難病患者等入院診療加算 250点 2 二類感染症患者入院診療加算 250点	 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、後天性免疫不全症候群等により日常生活動作に著しい支障を来している状態又は多剤耐性結核について適切な陰圧管理を実施している状態の患者が入院した場合(1 難病患者等入院診療加算) 二類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者又はそれらの疑似症患者が第二種感染症指定医療機関に入院した場合(2 二類感染症患者入院診療加算)
〇A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算 1 個室加算 300点 2 陰圧室加算 200点	二類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者又はそれらの疑似症患者について、必要を 認めて個室又は陰圧室に入院させた場合
○A305 一類感染症患者入院医療管理料 1 14日以内の期間 9,371点 2 15日以上の期間 8,108点	• 一類感染症の患者若しくは一類感染症の疑似症患者又は無症状病原体保有者が特定感染症 指定医療機関又は第一種感染症指定医療機関等に入院した場合
○特定疾患療養管理料1 診療所 225点 2 許可病床数100床未満の病院 147点3 許可病床数100床以上200床未満の病院 87点	 結核、慢性ウイルス肝炎等を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を 行った場合
○B001·1 ウイルス疾患指導料 イ 指導料1 240点 □ 指導料2 330点	肝炎ウイルス、成人T細胞白血病又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して療養 上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合
○B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料 700点	• 長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、当該患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において治療を担う他の保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合
○B001-2 小児外来診療料、B001-2-11 小児かかりつけ診療料注4 小児抗菌薬適正使用加算 80点	急性気道感染症又は急性下痢症により受診した初診患者(インフルエンザ感染・疑い患者を除く。)であって、抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導等を行った場合
○処置 注8 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用加算 80点	急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎の6歳未満の患者(インフルエンザ感染・疑い 患者を除く。)のうち抗菌薬を使用しないものに対して療養上必要な指導等を行った場合
○手術 注11 院内感染防止措置加算(手術)	MRSA感染症、B型肝炎、C型肝炎又は結核患者に対して気管内挿管による全身麻酔等を伴う 手術を行った場合

〇院内感染等感染対策の体制について評価する項目

診療報酬項目		算定要件等の概要	
○A234-2 感染対策向上加算(入院初日) 加算 1 710点 加算 2 175点 加算 3 75点	• (後述)		
○ 外来感染対策向上加算 6点(患者1人につき月1回)	• (後述)		4

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し③

	7 1	感染対策向上加算1	感染対策向上加算2	感染対策向上加算3		
点数		710点	175点	75点	外来感染対策向上加算 6点	
		<u>710点</u> <u>175点</u> 入院初日		<u> </u>		
	算定要件	八次がり口		人所がロナ人所知间が30日で超える時に1回	ぶ台 1 人の外末砂原に フさ月 1 回に限り昇足	
主な施設基準	届出基準	(外来感染対策向上加算の届出がないこと)	保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準と	診療所 (感染対策向上加算の届出がないこと)		
	感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師(感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師(感染管理の経験5年以上かつ研修修了) ・専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上) ・専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上) ※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。 ※ 必要時に、専従の医師又は看護師を、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間に含めてよいものとする。	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師(感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師(感染管理の経験5年以上) ・専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了) ・専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了)	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師(適切な研修の修了が望ましい) ・専任の看護師(適切な研修の修了が望ましい)	院内感染管理者(※)を配置していること。 ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者 であること。	
	医療機関間・行政等との連携	・保健所、地域の医師会と連携し、加算2又は3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施(このうち1回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。) ・加算2、3及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。) ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。)・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年2回以上、加算1の医療機関又は地域の医師会が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。) ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	
	サーベイランスへの 参加	院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、 <u>サーベイ</u>	- ランス強化加算として <u>5 点</u> を算定する。	サーベイランス強化加算として1点を算定する。	
	その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する		・抗菌薬の適正使用について、加算10医療機関 又は地域の医師会から助言を受けること ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院 における薬剤耐性菌アウトプレイク対応ガイダンス」 に沿った対応を行う	・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関 又は地域の医師会から助言を受けること ・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬 の適正な使用の推進に資する取組を行う ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院 における薬剤耐性菌アウトプレイク対応ガイダンス」 に沿った対応を行う	
		 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入ることを念頭に、<u>汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する</u> 令和4年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする 	・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する	・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する	・新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する	
		感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、加算2、 3又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する 助言を行った場合、指導強化加算として、 <mark>30点</mark> を算定する。	感染対策向上加算2又は3を算定する保険医療機関が対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌 携強化加算として30点を算定する。	連携強化加算として3点を算定する。 41		

医療機関における院内感染対策に関する評価について

- 個々の患者に対して適切な感染対策や個室管理を行った場合に算定できる項目については、入院では一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の患者並びに新型コロナ患者に限られている。
- 外来では、新型コロナの特例として、外来対応医療機関としてゾーニング等を行った上で発熱患者等の診療を行った場合の評価がなされている。

必要な体制の構築等への評価

個々の患者に実施した場合の評価

- **○基本的な院内感染対策の実施**等(入 院料の施設基準等)
- **○組織的な感染防止策の実施**(感染対策向上加算)

入院

外来

- •感染制御チームによる院内感染状況の 把握
- ・感染制御チームによる職員研修 等

〇適切な感染対策及び個室管理の実施

- 一類感染症の患者(第一種感染症指定医療機関に入院した場合)
- 二類感染症の患者の一部※
- ※メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、後天性免疫不全症候群等により日常生活動作に著しい支障を来している状態又は多剤耐性結核について適切な陰圧管理を 実施している状態の患者
- 二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の患者(第二 種感染症指定医療機関に入院した場合)
- 新型コロナ患者(特例)

○診療所における組織的な感染防止対策 (外来感染対策向上加算)

- 院内感染管理者による院内感染事例の 把握
- 院内感染管理者による職員研修 等

○外来対応医療機関として発熱患者等に対応する際の適切な感染対策の実施(特例)※受入患者を限定しない場合に高く評価

• 新型コロナを疑う患者等



訪問看護ステーションにおける業務継続計画の策定について

- 訪問看護事業所については、令和4年度診療報酬改定において、感染症や災害が発生した場合においても、利用者が 継続して指定訪問看護の提供を受けられるよう、業務継続計画の策定が義務づけられた。
- 感染症に係る業務継続計画には、感染症防止に向けた取組の実施や備蓄品の確保を含む「平時からの備え」、「初動対応」、「感染拡大防止体制の確立」等の項目の記載を求めるとともに、業務継続計画に基づく必要な研修及び訓練の実施を求めている。

令和4年度診療報酬改定 I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-89

利用者が安心して24時間対応等を受けられる体制の整備

業務継続に向けた取組強化の推進

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な訪問看護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、訪問看護ステーションにおける業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練(シミュレーション)の実施等を養務化する。

【指定は問看達の事業の人員及び運営に限する基準】

業務継続計画の第定等)

2 批定店賃貸賃車業者は、看舗等等に対し、業務連結計画について周知するとともに、必要技研修及び調練を定期的に実施しなければならない

「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」(令和4年3月4日保発0304第4号)(抄)

- (17) 業務継続計画の策定等(基準省令第22条の2関係)
- ① 基準省令第 22 条の2は、<mark>感染症や災害が発生した場合においても、利用者が 継続して指定訪問看護の提供を受けられるよう、指定訪問看護事業者に対し、業務継続計画を策定するとともに、 当該業務継続計画に従い、指定訪問看護ステーションの従業者に対して、必要な研修及び訓練(シミュレーション)を実施することを義務づけたもの</u>であること。なお、業務継続計画の策定、研修 及 び訓練の実施については、基準省令第 22 条の2に基づき指定訪問看護事業者に実施が求められるものであるが、他の指定訪問看護事業者等との連携等により 行っても差し支えない。また、 感染症や災害が発生した場合には、従業者が連 携することが求められることから、当該研修及び訓練には、全ての従業者が参 加することが望ましい。なお、業務継続計画の策定等の義務化の 適用について は、指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の一部を改正する省令 (令和4年厚生労働省令第 32 号) 附則第2項において、2年間の経過措置が設 けられており、令和 6年3月 31 日までの間は、努力義務とされている。</mark>
- ② 業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。なお、各項目の記載内容 については、厚生労働省「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染 症発生時の業務継続ガイドライン」 及び厚生労働省「介護施設・事業所におけ る自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定され る災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態 に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定する ことを妨げるものではない。
- イ感染症に係る業務継続計画
- (イ) 平時からの備え(体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等)
- <u>(口) 初動対応</u>
- (八) 感染拡大防止体制の確立(保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等)
- ロ災害に係る業務継続計画
- (イ) 平常時の対応(建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが 停止した場合の対策、必要品の備蓄等)
- (ロ) 緊急時の対応(業務継続計画発動基準、対応体制等)
- (ハ) 他施設及び地域との連携
- ③ 研修においては、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間で共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応に係る理解の励行を行うものとする。職員教育を 組織的に浸透させていくために、定期的(年 1回以上)な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録すること。なお、当 該研修については、看護師等の資質の向上のための研修と一体的に実施しても差し支えない。
- ④ 訓練(シミュレーション)においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的(年1回以上)に実施するものとする。訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

新興感染症の疑い患者に係るいわゆる差額ベッド代の取扱いについて

〇 第8次医療計画等に関する検討会においては、新興感染症の疑い患者について、新型コロナウイルス感染症の対応に当たっての協力医療機関の個室等の施設要件も参考に、病床の確保を図るとされたことを踏まえ、当該疑い患者に係る差額ベッド代の取扱いにつき、必要に応じて明確化を求められている。

第8次医療計画等に関する検討会の意見のとりまとめにおける記載事項

- ○「意見のとりまとめ(新興感染症発生・まん延時における医療)」(令和5年3月20日第8次医療計画等に関する検討会)
- 2. 各医療措置協定について
 - (1) 病床関係
 - ⑤ 疑い患者への対応について
 - 新興感染症の疑い患者については、その他の患者と接触しないよう、独立した動線等を要することから、新型コロナ対応に当たっての協力医療機関の個室 (※)等の施設要件も参考に、病床の確保を図る。
 - (※) 関連して、いわゆる差額ベッド代の徴収の取扱い等について、今後の指針等を踏まえつつ、必要に応じて明確化を検討

関連する指針

- ○「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(令和5年3月31日付け医政地発0331第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
 - (1) 新興感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する機能(病床確保)
 - ② 医療機関に求められる事項
 - ・新興感染症の疑い患者については、その他の患者と接触しないよう、独立した動線等を要することから、新型コロナウイルス感染症の対応に当たっての協力医療機関の個室等の施設要件も参考に、病床の確保を図ること

(参考) 新型コロナウイルス感染症の対応に当たっての協力医療機関の個室等の施設要件

- 新型コロナウイルス感染症重点医療機関及び新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関について」(令和2年6月16日付け厚生労働省健康局結 核感染症課事務連絡)別紙2
- 3. 施設要件
 - (1)新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室を設定して、新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れるための病床を確保していること。
 - (2) 確保しているすべての病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること。
 - (3) 新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れるための病床は、個室であり、トイレやシャワーなど他の患者と独立した動線であること。
 - (4) 新型コロナウイルス感染症疑い患者に対して必要な検体採取が行えること。
 - (5)新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れるための病床は、療養病床ではないこと。なお、療養病床の設備を利用して受入体制を確保する場合には、一般 病床に病床種別を変更し、受け入れること。 **4**

現行のいわゆる差額ベッド代の取扱いについて

- いわゆる差額ベッド代の取扱いについては、「MRSA等に感染している患者であって、主治医等が他の入院 患者の院内感染を防止するため、実質的に患者の選択によらず入院させたと認められる者の場合」など、病棟 管理の必要性等から特別療養環境室に入院させた場合であって、実質的に患者の選択によらない場合は特別 の料金を求めてはならないとされている。
- なお、「実質的に患者の選択によらない場合」に該当するか否かは、患者又は保険医療機関から事情を聴取した上で、適宜判断することとされている。
- 〇 「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について | (平成18年3月13日保医発第0313003号)
- 第3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等(掲示事項等告示第2、第2の2及び第3並びに医薬品等告示関係)
 - 12 特別の療養環境の提供に係る基準に関する事項
 - i) 入院医療に係る特別の療養環境の提供
 - (6) 特別の療養環境の提供は、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があり、患者の意に反して特別療養環境室に入院させられることのないようにしなければならないこと。
 - (7) (略)
 - (8) 患者に特別療養環境室に係る特別の料金を求めてはならない場合としては、具体的には以下の例が挙げられること。なお、③に掲げる「実質的に患者の選択によらない場合」に該当するか否かは、患者又は保険医療機関から事情を聴取した上で、適宜判断すること。
 - ① 同意書による同意の確認を行っていない場合(当該同意書が、室料の記載がない、患者側の署名がない等内容が不十分である場合を含む。)
 - ② 患者本人の「治療上の必要」により特別療養環境室へ入院させる場合 (略)
 - ③ 病棟管理の必要性等から特別療養環境室に入院させた場合であって、実質的に患者の選択によらない場合(例)
 - ・ MRSA等に感染している患者であって、主治医等が他の入院患者の院内感染を防止するため、実質的に患者の選択によらず入院させたと認められる者の 場合
 - ・特別療養環境室以外の病室の病床が満床であるため、特別療養環境室に入院させた患者の場合 なお、「治療上の必要」に該当しなくなった場合等上記②又は③に該当しなくなったときは、(6)及び(7)に示した趣旨に従い、患者の意に反して特別療養環境室への入院が続けられることがないよう改めて同意書により患者の意思を確認する等、その取扱いに十分に配慮すること。

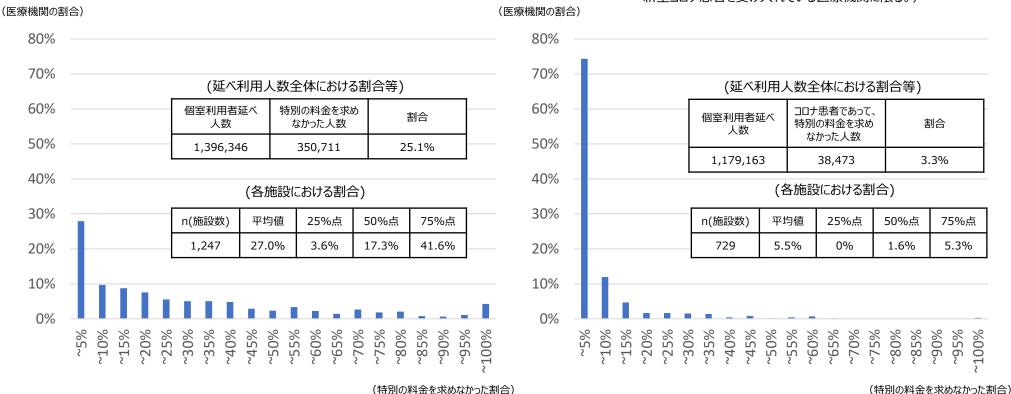
急性期病院における個室料を求めなかった割合

- 〇 急性期病院においては、個室の延べ利用人数に対して、約25%から特別の料金を求めていなかった。
- 〇 個室の延べ利用人数のうち、新型コロナ患者及び疑い患者であって、特別の料金を求めなかったのは約3%であった。

個室の延べ利用人数のうち、一定の理由*等により 特別の料金を求めなかった人数の割合

(令和5年5月における割合)

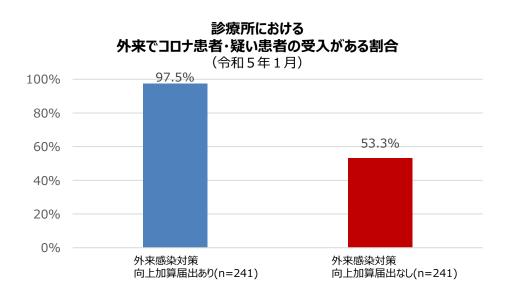
個室の延べ利用人数全体のうち、コロナ患者又は疑い患者であって、一定の理由*等により特別の料金を求めなかった人数の割合の分布(令和5年5月における割合。令和4年8月及び令和5年5月のいずれも新型コロナ患者を受け入れている医療機関に限る。)



- ※① 同意書による同意の確認を行っていない場合(当該同意書が、室料の記載がない、患者側の署名がない等内容が不十分である場合を含む。)
- ② 患者本人の「治療上の必要」により特別療養環境室へ入院させる場合
- ③ 病棟管理の必要性等から特別療養環境室に入院させた場合であって、実質的に患者の選択によらない場合

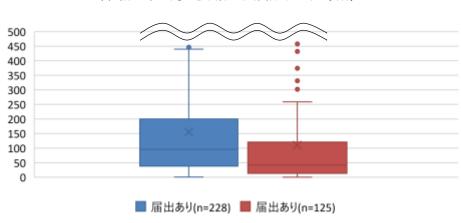
外来感染対策向上加算の届出を行う医療機関における対応について

○ 外来感染対策向上加算の届出を行っている診療所は、届出を行っていない診療所よりもコロナ患者等の受入を行っている割合が高く、受け入れている場合の受入人数も多かった。



外来でコロナ患者・疑い患者の受入がある診療所 における受入患者数

(令和5年1月、患者数の回答があった診療所)



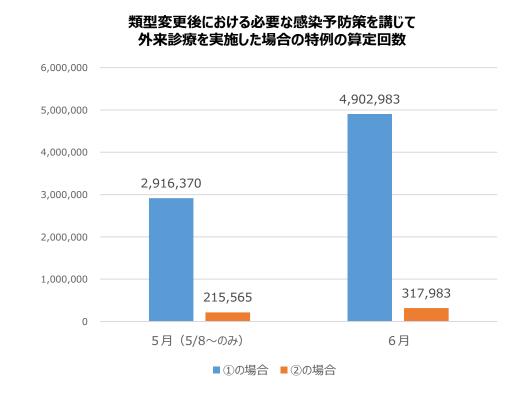


発熱外来における受入患者の限定について

- 現在の新型コロナの特例における発熱患者等への対応に対する評価においては、受入患者をかかりつけ医等に限定しな。 いことを公表した場合をより高く評価しており、その場合の算定が特例の算定回数の中で多くを占めていた。
- 外来感染対策向上加算においては、新興感染症の発生時等に発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線 を分けることができる体制を有することが求められている一方で、平時の診療において発熱患者等の受入をかかりつけ患者 等に限定せず行うことは要件となっていない。

必要な感染予防策を講じて外来診療を 実施した場合の特例

- ①147点 ※令和5年9月までは300点
 - 受入患者を外来対応医療機関であっ てその旨を公表しており、必要な感染予 防策を講じた上で新型コロナ患者又は 疑い患者に外来診療を実施した場合
- ②50点 ※令和5年9月までは147点
 - ①に該当せず、必要な感染予防策を 講じた上で新型コロナ患者又は疑い患 者に外来診療を実施した場合



48

論点① 感染症発生に備えた平時からの対応

令和5年11月27日 社会保障審議会介護給付費分科会 資料2(抜粋)

<u>論点①</u>

(新興感染症発生時等の対応)

- 新型コロナウイルス感染症への対応においては、施設の入所者において新型コロナウイルス感染症が発生 した場合に適切な医療が提供されるよう新型コロナウイルス感染症の対応を行う医療機関を確保するよう累 次に要請してきた。
- 今後の新興感染症の発生時等に、入所者の早期治療介入につなげるためには、感染症の発生時に医師の診療や入院調整等を要請できる医療機関を事前に確保しておくことが重要である。
- 令和4年12月に成立した感染症法等の改正により、都道府県は、新興感染症等の対応を行う医療機関と協議を行い、感染症対応に係る協定を締結(協定締結医療機関)することとしているが、これらの医療計画等における取組に加え、介護報酬上の対応について、どのように考えられるか。

(感染症対応力の向上と感染症発生時への備え)

- 平時からの感染症対応力の向上については、令和3年度介護報酬改定で、全サービスにおいて、感染症の 予防及びまん延防止のための委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練(シミュレーション) の実施を経過措置3年を設けたうえで義務化することとした。
- 新型コロナウイルス感染症への対応においては、高齢者施設等において感染者が発生し、施設内療養を行うケースが多数生じた。感染者の施設内療養を行う場合には、上述の医療機関との連携に加えて、施設内で感染拡大を防ぐための取組が必要であるが、施設等において感染症への対応に精通した職員が少なく、施設内感染の防止にあたって多くの課題が挙げられている。
- なお、令和4年度診療報酬改定では、診療所について、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関などが連携して実施する感染症対策への参画をさらに推進する観点から「外来感染対策向上加算」が新設されている。
- 今般の新型コロナウイルス感染症における経験を活かし、今後も高齢者施設等における感染症対応力を更に強化し、感染症発生時においても介護サービスを安定的・継続的に提供していくための方策について、どのように考えられるか。

論点① 感染症発生に備えた平時からの対応

対応案

(新興感染症発生時等の対応)

- 高齢者施設等(介護保険施設、特定施設、認知症グループホーム)について、新興感染症の発生時等に、施設内の感染者への診療等を迅速に対応できる体制を平時から構築しておくため、新興感染症の発生時等に感染者の対応を行う協定締結医療機関と連携し、新興感染症発生時等における対応を取り決めることを努力義務とすることとしてはどうか。
- 協力医療機関が協定締結医療機関である場合には、当該協力医療機関と利用者の急変時等の対応等の取り決め を行う中で、新興感染症の発生時等における対応についても協議を行うことを義務づけることとしてはどうか。

(感染症対応力の向上と感染症発生時の備え)

- 介護サービス事業者について、令和6年度より感染症BCPの策定や感染症まん延防止のための研修・訓練の実施等が義務化されることから、平時からの基本的な感染対策について、引き続き厚生労働省の教材等を参考に各事業所において取組を継続することとしてはどうか。
- その上で、高齢者施設等については、施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者への感染拡大を防止することが求められることから、 診療報酬における外来感染対策向上加算も参考に、
 - ・ 新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する協定締結医療機関との連携体制を構築していること※1
 - ・ 協力医療機関等と感染症^{※2}発生時の対応を取り決めるとともに、軽症者等の施設において対応可能な感染者 については、協力医療機関等との連携の上で施設において療養していること
 - ・ 感染症対策にかかる一定の要件を満たす医療機関等や地域の医師会が定期的に主催する感染対策に関する研 修に参加し、助言や指導を受けること

について評価することとしてはどうか。

- ※1 本項1ポツ目において努力義務とする内容を要件化
- ※2 新型コロナウイルス感染症を含む。
- また、コロナ禍における感染管理の専門家による実地指導の取組を参考に、感染対策にかかる一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることについて評価することとしてはどうか。

感染対策向上加算の届出を行っている急性期病院における高齢者施設への助言の状況

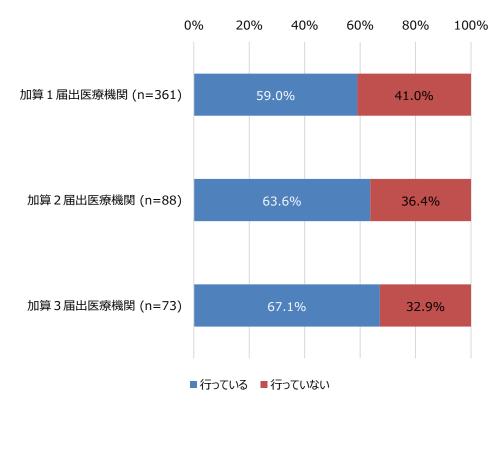
- 〇 感染対策向上加算の急性期病院のうち、加算1で69%, 加算2で66%, 加算3で60%の医療機関では、高齢者施設に対して 院内感染対策等に関する助言を行っていた。
- 〇 高齢者施設に対して助言を行っている医療機関のうち、半数以上が施設に訪問して助言を行っていた。

院内感染対策等に関する助言を行っている高齢者施設の数

<感染対策向上加算1 n=526> 71% 81% 84% 86% 89% 90% 92% 93% 94% 94% 94% 94% 95% 96% 96% 100% (割合、累積) (割合) 100% 40% 80% 62% 31% 30% 60% 20% 40% 10% 20% 0% <感染対策向 ト加算2 n=134) (割合) (割合、累積) 100% 40% 34% 80% 30% 60% 20% 40% 10% 20% 0% (高齢者施設数) 〈感染対策向上加算3 n=124〉 (割合) (割合、累積) 100% 40% 80% 30% 60% 20% 40% 10% 20% (高齢者施設数)

■医療機関割合 - 医療機関割合(累積)

高齢者施設に院内感染対策等に関する助言を行っている 医療機関における平時に施設内まで行って助言を行っている割合



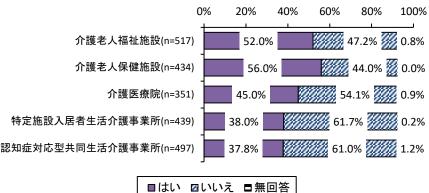
【参考】介護保険施設等における感染対策に関する外部専門家による実地指導・研修

中医協 総一3 5 . 11 . 15

- 介護保険施設等における感染対策について、4~5割の施設等は外部専門家による実地指導等を受けていた。
- 外部専門家による支援の効果としては、「より適切な対応ができるようになった」、「職員の不安を軽減することができた」、 「利用者の施設内療養の課題を解決できた」等が挙げられた。
- 外部専門家による支援を受けていない施設等のうち約7割は、外部専門家による支援について、「今後受ける予定」又は 「今後受けたい」という希望があった。

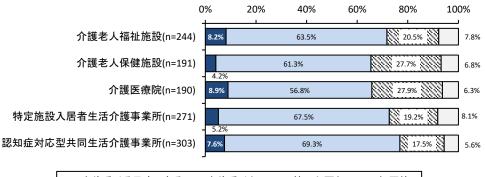
「はい」

■感染対策に関して外部専門家による実地指導などの有無

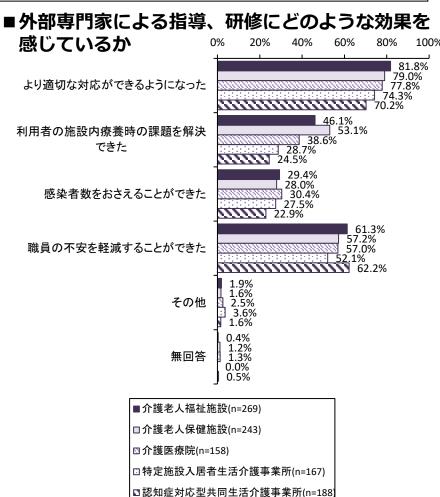


「いいえ」

Ⅰ今後感染対策に関して外部専門家による実地指導の意向



■今後受ける予定である □今後受けたい 口特に必要ない □無回答



外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し③

		感染対策向上加算1	感染対策向上加算 2	感染対策向上加算3	外来感染対策向上加算			
	点数	<u>710点</u>	<u>175点</u>	<u>75点</u>	<u>6点</u>			
	算定要件	入院初日		入院初日+入院期間が90日を超える毎に1回	患者1人の外来診療につき月1回に限り算定			
	届出基準	(外来感染対策向上加算の届出がないこと)	保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準と	する(外来感染対策向上加算の届出がないこと)	診療所(感染対策向上加算の届出がないこと)			
	感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師(感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師(感染管理の経験5年以上かつ研修修了) ・専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上) ・専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上) ※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。 ※ 必要時に、専従の医師又は看護師を、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間に含めてよいものとする。	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師 (感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師 (感染管理の経験5年以上) ・専任の薬剤師 (病院勤務経験3年以上又は適切 な研修を修了) ・専任の臨床検査技師 (病院勤務経験3年以上又 は適切な研修を修了)	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師(適切な研修の修了が望ましい) ・専任の看護師(適切な研修の修了が望ましい)	院内感染管理者 (※) を配置していること。 ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者 であること。			
主な施設基準	医療機関間・ 行政等との連携	・保健所、地域の医師会と連携し、加算2又は3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施(このうち1回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。) ・加算2、3及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。) ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。)・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年2回以上、加算1の医療機関又は地域の医師会が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。) ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している			
	サーベイランスへの 参加	院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、 <u>サーベイ</u>	な、 <u>サーベイランス強化加算</u> として <u>1点</u> を算定する。 サーベイランス強化加算として <u>1点</u> を算定する。				
	その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する		・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関 又は地域の医師会から助言を受けること ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院 における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」 に沿った対応を行う	・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関 又は地域の医師会から助言を受けること ・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬 の適正な使用の推進に資する取組を行う ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院 における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」 に沿った対応を行う			
		・新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入ることを念頭に、 <u>汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する</u> ・令和4年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする	・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する	・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する	・新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する			
		感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、加算2、 3又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する	感染対策向上加算 2 又は 3 を算定する保険医療機関が対し、過去 1 年間に 4 回以上、感染症の発生状況、抗菌		連携強化加算として3点を算定する。			

携強化加算として30点を算定する。

助言を行った場合、指導強化加算として、30点を算定する。

53

歯科診療における感染予防策

○ 口腔は病原体に曝露しやすく、また鋭利で動力源を有する機器(歯科治療用タービン等)を使用して観血 的治療を行う歯科治療は、医療関連感染のリスクを常に有している。

歯科における医療関連感染対策の基本的な考え方(抜粋)

歯科の診療上の特性

- ◆ 唾液や血液などの体液に触れる可能性があり、それらに含まれる病原体に曝露される可能性がある。
- ◆ 患者には細菌感染者(歯性感染症)やウイルス感染者が一定数おり、受診に際しては、それらの既往が不明確であることも少なくない。
- ◆ 観血的治療が多く、血液を介した感染を介して患者から歯科医療従事者への 感染をきたすリスクがあり、逆に患者への感染リスクがある。
- ◆ エアータービン・歯科用電気エンジンなどの使用のため、血液や唾液がエアロゾル状態で飛散する可能性がある。
- ◆ 鋭利な診療器具を頻用し、再使用する器具も多い。

感染経路別予防策

- ◆ 接触予防策:グローブ、ガウンを着用する。主旨衛生は擦式消毒または流水 と石けんによる手洗いをこまめに行う。アルコール系消毒薬抵抗性病原体で は石けんと流水による手洗いを行う。
- ◆ 飛沫予防策:診療の際は必ずマスクを着用する。患者間隔は2m以上保つことが理想であるが、困難な場合は患者間にパーテーションやカーテンによる仕切りを設ける。患者退出後は高頻度に触れる場所はこまめに消毒する。
- ◆ 空気予防策:診療は個室隔離とし、N95マスク(レスピレーター)を着用する。患者退出後は時間換気回数を考慮し、室内の空気が99%以上置換される時間をかけて換気する。

歯科治療における接触・飛沫感染対策(環境整備の例)

- ◆ 診療ユニット周辺で、唾液などで汚染される可能性が有る場所のことをclinical contact surfaceといい、同部の感染対策が重要。
- ◆ 特に清掃が困難な面(歯科用ユニットのスイッチ、バキューム、・タービン・エンジンホースやハンガー部、診療エリアのコンピューター機器など)を汚染から防ぐため、表面バリア(カバー、ラッピング)を使用することが効果的。
- ◆ 表面バリアは患者ごとに交換する。

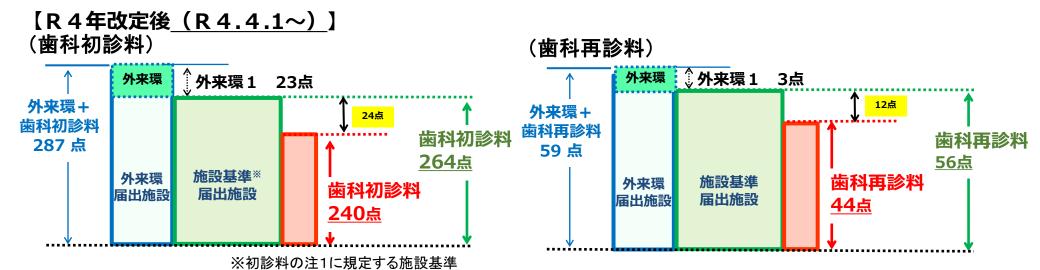


歯科初診料、再診料の院内感染防止対策に関する届出

- 〇 令和4年7月1日現在の初診料(歯科)注1に掲げる基準の届出医療機関数は、65,295施設である。

施設基準

- (1) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策 を講じていること
- (2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯 科医師が1名以上配置されていること。
- (4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。
- (5) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。



<届出医療機関数>

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
初診料(歯科)注1に掲げる基準を満たす届出医療機関数	65, 200	65, 214	65, 257	65, 295

歯科診療における院内感染防止対策の推進

基本診療料の施設基準及び評価の見直し

歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す。

現行

【初診料】

1 歯科初診料 <u>261点</u>

【再診料】

1 歯科再診料 <u>53点</u>

「施設基準]

- 1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準
- (2) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。
- (3) 歯科外来診療の<u>院内感染防止対策に係る研修</u>を4年に 1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名 以上配置されていること。
- (4) 職員を対象とした<u>院内感染防止対策にかかる標準予防</u> **策等の院内研修**等を実施していること。

改定後

【初診料】

1 歯科初診料 264点

【再診料】

1 歯科再診料 <u>56点</u>

[施設基準]

- 1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準
- (2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を 確保していること。
- (3) 歯科外来診療の**院内感染防止対策に係る標準予防策及** び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定 期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置され ていること。
- (4) 職員を対象とした**院内感染防止対策にかかる標準予防 策及び新興感染症に対する対策等の院内研修**等を実施し ていること。

[経過措置]

令和4年3月31日において、現に歯科点数表の初診料の注1の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)及び(4)の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和3年4月1日から令和4年3月31日の間に(3)の研修を受講した者については、当該研修を受けた日から2年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。

歯科外来診療環境体制加算の施設基準

中医協 総一3 5. 7. 12

- 歯科外来診療環境体制加算は、歯科の外来診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる環境 の整備を図る取組を評価するもの。
- 〇 歯科外来診療環境体制加算1と、地域歯科診療支援病院歯科初診料を対象とした歯科外来診療環境体制加算2がある。

施設基準

【外来診療環境体制加算1】

- ア 歯科医療を担当する保険医療機関(歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料にかかる施設基準に適合するものとして 地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。)であること。
- イ 歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準の届出を行っていること。
- ウ 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- エ 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されていること。
- オ 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。また、自動体外式除細動器(AED)については保有していることがわかる院内掲示を行っていること。
- (イ) 自動体外式除細動器(AED)、(ロ) 経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)、(ハ) 酸素(人工呼吸・酸素吸入用のもの)、(二) 血圧計、(ホ) 救急蘇生セット、(へ) 歯科用吸引装置
- カ 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。
- <u>キ 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保していること。</u>
- ク 当該保険医療機関の見やすい場所に、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

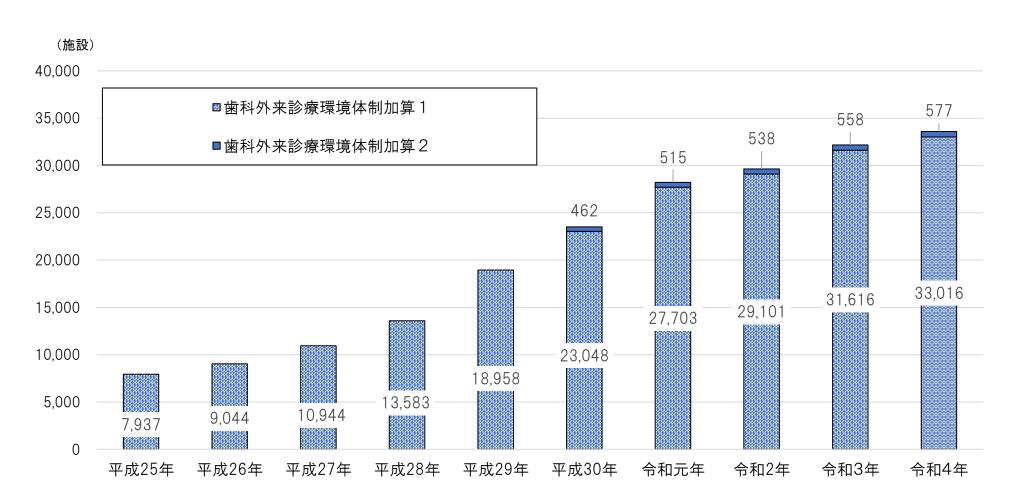
【外来診療環境体制加算2】

- ア 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行った保険医療機関であること。
- イ 外来環1のウからクまでの施設基準をすべて満たすこと。
- ウ 歯科外来診療において発生した医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善を実施する体制を整備していること。

歯科外来診療環境体制加算の届出状況

中医協 総一3 5. 7. 12

- 〇 歯科外来診療環境体制加算の届出医療機関数は増加している。
- 令和4年の届出医療機関数は、33,593施設であり、歯科診療所では令和4年で約半数が届出を行っている。



新型コロナウイルス感染拡大下の歯科診療の判断基準等

○ 新型コロナウイルス感染症患者において対応をすべき患者の状況については、各関係学会で検討が行われてきた。

口腔外科手術に対する指針(日本口腔外科学会)

- ◆ COVID-19陽性患者に対しては、待機可能な場合は歯科治療や手術を延期するか代替の検討を行う
- ◆ 緊急性が高い等の理由で待機できない場合「やむを得ない選択」として、なるべく短時間で治療・手術を実施する。
 - 大量出血・重症感染症・気道閉塞などで切迫した生命の危険があるもの
 - 悪性腫瘍
 - 縫合が必要な皮膚・粘膜挫創
 - 歯槽骨骨折、顎骨骨折、歯の脱臼・破折など
- ◆ やむを得ない選択として治療・手術を実施する際には、術者並びに介助者はエアロゾルや飛沫による感染を防ぐため、N95マスク、目も覆われるフェイスシールド・ゴーグル、手首が露出されない長袖ガウン、耳も覆われるキャップ、グローブなどを装着する。
- ◆ 治療や手術を実施する環境環境に関しては層流換気が設定されている手術室を使用する。口腔内サンクションを適切に使用しながら行うことが前提である。
- ◆ いずれの治療・手術においても、手術実施後は手術室の十分な屋外への排気による換気を心がけ、手術中に発生したエアロゾルや飛沫の消失を図る。
- ◆ 診療の都度、手術台や歯科ユニット、周辺機器などを滅菌、消毒、清拭する。滅菌、消毒、清拭の際には、廃棄物の感染症に留意し実施者はマスクやグローブ、 フェイスシールド・ゴーグル、長袖ガウン、キャップなどを装着して取り扱う。

出典:一般社団法人日本歯科医学会連合「医療関連感染対策実践マニュアル」より引用改変

自宅等療養する患者に対する歯科訪問診療等の対応フローチャート(日本老年歯科医学会)

<自宅あるいは宿泊施設療養中のCOVID-19 患者への病歴聴取と対応フローチャート> 腫脹があるか 痛みがあるか 歯の外傷があるか 嚥下障害があるか 眼瞼周囲に進展しているか 出血があるか いいえ はい いいえ はい 鎮痛薬の服用をしたか 止血のアドバイス後止血したか 疼痛が緩和しない 軽度~中等度の疼痛 止血できない 感染が広がっている 軽微な外傷 永久歯の脱臼 乳焼の脱臼 重度の外傷 病院の口腔外科へ紹介 電話でのアドバイス 歯科訪問診療 ※出血の状況か患者の背景で個別に判断

新型コロナウイルス感染症流行に伴う 歯科診療に関する診療報酬上の臨時的な取扱いについて

○ 新型コロナウイルス感染症の患者に対して、新型コロナウイルス感染症流行に伴う歯科診療に関する診療 報酬上の臨時的な特例が設けられている。

コロナ特例での評価

歯科治療の延期が困難であって、必要な感染予防対 策を講じた上で歯科治療を実施した場合の評価

- ・新型コロナ歯科治療加算(147点)
- ・歯科訪問診療料:診療時間が20分未満でも減算 せず所定点数で算定

呼吸管理を行っている者に対して、口腔衛生状態の 改善を目的として、口腔の剥離上皮膜の除去等を 行った場合の評価

・非経口摂取患者口腔粘膜処置(100点)

速やかに歯科訪問診療を行った場合の評価

緊急歯科訪問診療加算

診療情報の提供を受けるなど、必要な管理及び療養 上の指導等を行った場合の評価

- ・総合医療管理加算(50点)
- ・在宅総合医療管理加算(50点)
- · 歯科治療時医療管理料(45点)
- ·在宅患者歯科治療時医療管理料(45点)
- ・歯科特定疾患療養管理料(170点)

現行の評価

・感染症患者に対して、歯科治療の延期が困難で あって、必要な感染予防対策を講じた上で歯科治 療を実施した場合の評価はない

- ・非経口摂取患者口腔粘膜処置(110点) (経口摂取が困難な患者に対して口腔衛生状態の改善を目的に、口腔の剥離上皮膜の除去等を行った場合の評価)
- ・緊急歯科訪問診療加算 (速やかに歯科訪問診療を行った場合の評価)
- ・総合医療管理加算(50 点)
- ・在宅総合医療管理加算(50点)
- · 歯科治療時医療管理料(45点)
- ·在宅患者歯科治療時医療管理料(45 点)
- ・歯科特定疾患療養管理料(170点) (診療情報の提供を受けるなど、必要な管理及び療 養上の指導等を行った場合の評価)
- *対象疾患に感染症は含まれていない

自宅等で療養する患者への緊急訪問の評価

- 自宅等で療養する新型コロナウイルス感染症の患者に対して、医師の指示により保険薬局から薬剤師が必要な服薬指導と薬剤の交付のために緊急に訪問した場合の評価が臨時的な特例として設けられている。
- 他方、このような状況において緊急に訪問する必要がある場合の評価が、恒常的な調剤報酬では規定されていない。

コロナ特例での評価

調剤報酬での評価

自宅・宿泊療 養の患者

在宝患者

新型コロナウイルス感染症患者に対して医師の指示により緊急に訪問し、薬剤を交付した場合の評価

- ・在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1 500点 (患者本人に対面で服薬指導)
- ・在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 2 200点 (患者の家族に対面で服薬指導)

・計画的な訪問薬剤管理指導を受けていない患者に対する緊 急的な訪問の評価はない

・在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 2 200点 (計画的な訪問薬剤管理指導の対象ではない疾患の急変等 (こ関する評価)

高齢者 施設等の 患者 新型コロナウイルス感染症患者に対して医師の指示により緊急に訪問し、薬剤を交付した場合の評価

- ・在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1 500点 (患者本人に対面で服薬指導)
- ・在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料 59点 (情報通信機器を用いた服薬指導)

- ・緊急的な訪問の評価はない
 - ・特別養護老人ホームを訪問し必要な指導を行った場合に は、通常と同様に服薬管理指導料3が算定可能。
 - ・介護医療院、介護老人保健施設等は、医療と介護の給付 調整により、医療保険での評価がない。

- 1. 新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えに対する評価について
- 2. 新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について
- 3. 薬剤耐性対策に対する評価について
- 4. 課題•論点

感染症医療に対する評価に関するこれまでの主な意見②

(薬剤耐性対策について)

- 〇 患者への丁寧な説明や院外感染対策サーベイランス事業(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)へ参加しやすくすることなどにより、抗菌薬使用状況の可視化をすることで、適正な抗菌薬の使用の推進につながるものであり、医療機関の院内感染対策や抗菌薬適正使用の取組に対するより一層の評価が必要。
- 日本における Access 抗菌薬の割合は、他国と比較すると極めて低く、特に診療所で抗菌薬の使用量が多いため、実際の抗菌薬の使用状況などの成果を見ていくべき。
- サーベイランス強化加算について、参加自体を評価するのではなく、院内や地域での感染発生状況をモニタリングした結果、耐性菌がどれだけ減ったのかという実績を評価すべき。

薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(2023-2027) 概要

アクションプランの概要

- AMRに起因する感染症による疾病負荷のない世界の実現を目指し、AMRの発生をできる限り抑えるとともに、薬剤耐性微生物による感染症のまん延を防止するための対策をまとめたもの。
- 6分野(①普及啓発・教育、②動向調査・監視、③感染予防・管理、④抗微生物剤の適正使用、⑤研究開発・創薬、⑥国際協力)の目標に沿って、具体的な取組を記載するとともに、計画全体を通しての成果指標(数値目標)を設定。

主な新規・強化取組事項

<目標1 普及啓発・教育>

・医療関係者等を対象とした生涯教育研修における感染管理(手指消毒の重要性など)、抗微生物剤の適正使用等に関する研修プログラムの実施の継続・充実

<目標2 動向調査・監視>

- ・畜産分野に加え、水産分野及び愛玩動物分野の薬剤耐性動向調査の充実
- ・畜産分野の動物用抗菌剤の農場ごとの使用量を把握するための体制確立
- ・薬剤耐性菌に関する環境中の水、土壌中における存在状況及び健康影響等に関する情報の収集
- ・環境中における抗微生物剤の残留状況に関する基礎情報の収集

<目標3 感染予防・管理>

・家畜用、養殖水産動物用及び愛玩動物用のワクチンや免疫賦活剤等の開発・実用化の推進

<目標4 抗微生物剤の適正使用>

・「抗微生物薬適正使用の手引き」の更新、内容の充実、臨床現場での活用の推進

<目標5 研究開発・創薬>

- ・産・学・医療で利用可能な「薬剤耐性菌バンク」での分離株保存の推進、病原体動向調査、AMRの発生・伝播機序の解明、創薬等の研究開発の推進、海外における分離株のゲノム情報の収集
- ・「抗菌薬確保支援事業」による新たな抗微生物薬に対する市場インセンティブの仕組みの導入
- ・医療上不可欠な医薬品のサプライチェーンの強靱化を図り、我が国における安定確保医薬品の安定供給に資するよう、「医薬品安定供給支援事業」の実施
- ・適切な動物用抗菌性物質の使用を確保するため、迅速かつ的確な診断手法の開発のための調査研究の実施

<目標6 国際協力>

・「薬剤耐性(AMR)ワンヘルス東京会議」の年次開催の継続を通じた、アジア諸国及び国際機関の関係者間の情報共有、各国のAMR対策 推進を促進 **64**

参考 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン 新旧成果指標

	ヒトに関するアクションプラン成果指標										
耐性菌の割合(耐性率)(%)											
2016年-	-2020年				2020年-20	27年					
		2014年	2020年	2020年 (目標値)		2020年	2027年 (目標値)				
肺炎球菌のペニシリン非感受性率	髄液検体	47	33.3	15%以下	腸球菌のバンコマイシン耐性感染症の	135人以下	80人以下 (2019年時点				
	髄液検体以外	2.5	3.5	20/0/5()	罹患数		に維持)				
大腸菌のフルオロキノロン耐性率		36.1	41.5	25%以下	大腸菌のフルオロキノロン耐性率 ※ 1	32	30%以下				
黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率		49.1	47.5	20%以下	黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率 ※ 1	50	20%以下				
緑膿菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	19.9	15.9	10%以下	緑膿菌のカルバペネム耐性率 ※ 1	7.1	10%以下				
	メロペネム	14.4	10.5	10%以下		7.1	10%4%				
大腸菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	0.1	0.1	0.2%以下	大腸菌のカルバペネム耐性率	0.1	0.2%以下				
八陽風のガルバスム側は平	メロペネム	0.2	0.1	(同水準)	八吻函のカルバベイム側は平	0.1	(同水準)				
肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	0.3	0.2	0.2%以下	肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	0.2	0.2%以下				
からて上屋のグラン・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	メロペネム	0.6	0.4	(同水準)	からくは西からない。	0.2	(同水準)				

※1:2027年の耐性菌の目標値は、保菌の影響を除く観点から黄色ブドウ球菌メチシリン耐性率、緑膿菌カルバペネム耐性率は検体を血液検体、大腸菌フルオロキノロン耐性率は尿検体の耐性率としており、2020年の耐性率が異なる。

17日7同日十個が保存の同日十日日日日 7、2020年の同日十月 天然 3。										
抗菌薬使用量(人口1,000人あたりの1日使用量)(DID)										
2016年-	-2020年				2020年-2027年					
	2013年	2020年	2013 年と の比較	2020年 (目標値)		2020年※2	2027年 (対2020年比)			
全抗菌薬	14.52	10.18	29.89% 減	33% 減	全抗菌薬	10.4	15%減			
経口セファロスポリン系薬	3.91	2.24	42.7% 減	50% 減	経口セファロスポリン系薬	1.93	40%減			
経口フルオロキノロン系薬	2.83	1.66	41.3% 減	50% 減	経口フルオロキノロン系薬	1.76	30%減			
経口マクロライド系薬	4.83	2.93	39.3% 減	50% 減	経口マクロライド系薬	3.3	25%減			
静注抗菌薬	0.9	0.87	1.1% 減	20% 減	カルバペネム系静注抗菌薬	0.058	20%減			

薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン (2016-2020)成果指標

多"方 未用"则正(八	IVI IX / A	אני	, , , ,	,,,		2010-2020	<i>) 17</i> 0.	<u> </u>
ヒトに関するアクションプラン	成果指標	票:耐	性菌の割る	ゝ(耐性≌	率)(%)		
			2014	·年		2020年	2	2020年(目標値)
は火球帯のペーシリン 北咸英州変	髄液検	体	47.0	0	33.3		15%以下	
肺炎球菌のペニシリン非感受性率	髄液検体	以外	2.5		3.5			
大腸菌のフルオロキノロン耐性率			36.3	1		41.5		25%以下
黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率			49.:	1		47.5		20%以下
緑膿菌のカルバペネム耐性率	イミペネ	ネム	19.9	9		15.9		10%以下
	メロペネ	ネム	14.4	4		10.5		10/05%
大腸菌のカルバペネム耐性率	イミペネム		0.1		0.1		0.2%以下(同水準)	
八陽图の分が、十五間任十	メロペネム		0.2		0.1			
肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	イミペネム		0.3		0.2		0.2%以下(同水準)	
	メロペネ	^۲ ۵	0.6		0.4		0.2%× (FJ/N+)	
ヒトに関するアクションプラン	の成果指	旨標:	抗菌薬使用	月量(人[□1,00	0人あたりの	1 日偵	使用量)(DID)
		2	2013年	2020	年	2013年とのと	比較	2020年(目標値)
全抗菌薬			14.52	10.1	8	29.89% 減		33% 減
経口セファロスポリン系薬			3.91	2.24	1	42.7% 減		50% 減
経口フルオロキノロン系薬			2.83	1.66	5	41.3% 減		50% 減
経口マクロライド系薬			4.83	2.93	3	39.3% 減		50% 減
静注抗菌薬			0.90	0.87	7	1.1% 減		20% 減
動物に関するアクションプラン	成果指標	票:耐	性菌の割合	子(耐性	率)(%			

肺炎桿菌のカルバペネム耐性率		0.5	<u>'</u>		0.2		0.2%以下(同水準)		
からて「中国・ファン・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	メロペネム	ペネム 0.6		0.4					
ヒトに関するアクションプラン	の成果指標:	抗菌薬使用	量(人口	□1,000	0人あた	りのコ	l 日使	E用量)(DID)	
		2013年	20204	年	2013年	Fとの比	比較	2020年(目標値)	
全抗菌薬		14.52	10.18	8	29.89	9% 減		33% 減	
経口セファロスポリン系薬		3.91	2.24		42.	7% 減		50% 減	
経口フルオロキノロン系薬		2.83	1.66)	41.3	3% 減		50% 減	
経口マクロライド系薬		4.83	2.93	}	39.3	3% 減		50% 減	
静注抗菌薬		0.90	0.87	,	1.3	1% 減		20% 減	
動物に関するアクションプラン	成果指標:而	対性菌の割合	(耐性率	区)(%)				
		2014年※		2020年	Ę.		2020	年(目標値)	
大腸菌のテトラサイクリン耐性率		45.2		45.0			-	33%以下	

大腸菌の第3世代セファロスポリン耐性率 G7 各国の数値(※1)と同水準 1.5 1.4

G7 各国の数値(※2)と同水準 67 各国の数値(※2)と同水準 大腸菌のフルオロキノロン耐性率 4.7 5.2 ※農場における調査 ※1:0.4~3.8% ※2:1.0~12.8%

AWaRe(アウェア)分類について①

中医協 総一2 5. 7. 26

- ○「AWaRe分類」は、WHOが2017年に必須医薬品リスト(EML第20版)を基に抗菌薬をAccess、Watch、Reserveの3グループに分けたものであり、WHOは抗菌薬使用全体のうちAccessの割合を60%以上にすることを目標として掲げている。
 - ・ Access:第一選択及び第二選択薬の抗菌薬
 - ・ Watch:医療において重要であり、かつその使用により耐性菌が選択されるリスクが比較的高いため、
 - 第一選択及び第二選択薬としての使用が制限すべき抗菌薬
 - ・ Reserve:最後の手段として使用する抗菌薬
- WHOは、抗菌薬の適正使用の考え方に基づき、①患者の命を救うこと、②薬剤耐性の出現・拡大を遅らせること のバランスをとる観点 から、実用的な指標として、AWaRe分類の使用を推奨している。
- 薬剤耐性(AMR)アクションプラン(2023-2027)(令和5年4月)においても、抗菌薬全体の使用量及びAWaRe分類における「Watch」のうち大部分を占めるマクロライド、フルオロキノン、第3世代セファロスポリンの使用量の減少を目標としている。

Access	,	クロラムノエーコール
Access	内服/注射	アンピシリン
Access	内服/注射	スルファジメトキシン
Access	内服/注射	スルファメトキサゾール/トリメトプリム
Access	内服/注射	クリンダマイシン
Access	内服/注射	メトロニダゾール
Access	内服	ドキシサイクリン
Access	内服	テトラサイクリン
Access	内服	アモキシシリン
Access	内服	バカンピシリン
Access	内服	ピブメシリナム
Access	内服	ベンザチンベンジルペニシリン
Access	内服	アモキシシリン/クラブラン酸
Access	内服	スルタミシリン
Access	内服	セファレキシン
Access	内服	セファドロキシル
Access	内服	セファトリジン
Access	内服	セフロキサジン
Access	内服	スルファメチゾール
Access	内服	スルファメトキサゾール
Access	内服	チニダゾール
Access	注射	ベンジルペニシリン
Access	注射	アンピシリン/スルバクタム
Access	注射	セファロチン
Access	注射	セファゾリン
Access	注射	ゲンタマイシン
Access	注射	アミカシン
Access	注射	スペクチノマイシン
Watch	内服/注射	ミノサイクリン
Watch	内服/注射	セフォチアム
Watch	内服/注射	エリスロマイシン
75-15		

Watch 内服/注射 アジスコマイシン Watch 内服/注射 リンコフロキサシン Watch 内服/注射 シブロフロキサシン Watch 内服/注射 ラスクフロキサシン Watch 内服/注射 カナマイシン Watch 内服/注射 がイシン Watch 内服 ヤフロルクロシム Watch 内服 セファイシム Watch 内服 セファイシム Watch 内服 セファイシム Watch 内服 セファイシム Watch 内服 セフボドキシム Watch 内服 セフボドキシム Watch 内服 セフボドキシム Watch 内服 セフボバース Watch 内服 セフボバース Watch 内服 セフボイク Watch 内服 セフボイン Watch 内服 セフボイク Watch 内服 セフボイク Watch 内服 セフボイク Watch 内服 セフジジール Watch 内服 セフボイン Watch 内服 セファイシン Watch 内服 スピラマイシン Watch 内服 ロキタンマイシン Watch 内服 ロキタマイシン Watch 内服 ロキタンマイシン Watch 内服 コキサシン Watch 内服 オフロキサシン Watch 内服 オノロキサシン Watch 内服 オノロコキサシン Watch 内服 スパルフロキサシン			
Watch 内服/注射 シブロフロキサシン Watch 内服/注射 レボフロキサシン Watch 内服/注射 カナマイシン Watch 内服/注射 ガナマイシン Watch 内服 デメクロサイクリン Watch 内服 セフロキシム Watch 内服 セファクロル Watch 内服 セファクロル Watch 内服 セファクロル Watch 内服 セフボドキシム Watch 内服 セフボドキシム Watch 内服 セフジニル Watch 内服 セフジニル Watch 内服 セフジール Watch 内服 セフジール Watch 内服 セフジール Watch 内服 セフテクシン Watch 内服 スピラフマイシン Watch 内服 ジョサンスマイシン Watch 内服 ジョリスマイシン Watch 内服 グラリスマイシン Watch 内服 クラリスマイシン Watch 内服 フェクシン Watch 内服 フェクマイシン Watch 内服 フェクマー・フェクシン Watch 内服 フェクマー・フェクシン Watch 内服 フェクマー・フェクシン Watch 内服 フェクマー・ファン・ファン・ファン・ファン・ファン・ファン・ファン・ファン・ファン・ファン	Vatch	内服/注射	アジスロマイシン
Watch 内服/注射 レボフロキサシン Watch 内服/注射 ラスクフロキサシン Watch 内服/注射 カナマイシン Watch 内服 デメクロサイクリン Watch 内服 セフロキシム Watch 内服 セファクロル Watch 内服 セファクロル Watch 内服 セフボドキシム Watch 内服 セフボドキシム Watch 内服 セフボドキシム Watch 内服 セフボドキシム Watch 内服 セフジトレン Watch 内服 セフジトレン Watch 内服 セフボペス Watch 内服 マフテクロル Watch 内服 セフジトレン Watch 内服 セフボッシン Watch 内服 スピラマイシン Watch 内服 スピラマイシン Watch 内服 フキサシン Watch 内服 クラリスマイシン Watch 内服 クラリスマイシン Watch 内服 フェーキサシン	Vatch	内服/注射	リンコマイシン
Watch 内服/注射 ラスクフロキサシン Watch 内服/注射 カナマイシン Watch 内服 デメクロサイクリン Watch 内服 セフロキシム Watch 内服 セファクロル Watch 内服 セファクロル Watch 内服 セフボドキシム Watch 内服 セフボドキシム Watch 内服 セフジーレン Watch 内服 セフボッシン Watch 内服 スピラウマイシン Watch 内服 ロキサシン Watch 内服 クラリスマイシン Watch 内服 クラリスマイシン Watch 内服 クラリスマイシン Watch 内服 カーキタマイシン Watch 内服 カーキリン Watch 内服 カーキサシン	Vatch	内服/注射	シプロフロキサシン
Watch 内服/注射 カナマイシン Watch 内服 デメクロサイクリン Watch 内服 デメクロサイクリン Watch 内服 セフロキシム Watch 内服 セファクロル Watch 内服 セフィキシム Watch 内服 セフボドキシム Watch 内服 セフボドキシム Watch 内服 セフジニル Watch 内服 セフジニル Watch 内服 セフジール Watch 内服 セフジール Watch 内服 セファクロル Watch 内服 セフジール Watch 内服 セフジール Watch 内服 セフジール Watch 内服 セフテラム Watch 内服 ミデカスロマイシン Watch 内服 ロキシマイシン Watch 内服 クラリスマイシン Watch 内服 クラリスマイシン Watch 内服 クラリスロマイシン Watch 内服 クリースロマイシン Watch 内服 クリースロマイシン Watch 内服 クリースロマイシン Watch 内服 クリースロマイシン Watch 内服 フェータマイシン Watch 内服 クリースロマイシン Watch 内服 クリースロマイシン Watch 内服 フェータマイシン Watch 内服 フェーターマイシン Watch 内服 フェーターマーターマーター Watch 内服 フェーターマーター Watch 内服 フェーター	Vatch	内服/注射	レボフロキサシン
Watch 内服	Vatch	内服/注射	ラスクフロキサシン
Watch 内服 デメクロサイクリン Watch 内服 セフロキシム Watch 内服 セファクロル Watch 内服 セフボドキシム Watch 内服 セフボドキシム Watch 内服 セフジニル Watch 内服 セフジール Watch 内服 セフジール Watch 内服 セフジール Watch 内服 セフジール Watch 内服 セフラクロル Watch 内服 セフジール Watch 内服 セフジール Watch 内服 セフジール Watch 内服 マフテラム Watch 内服 ミデカマイシン Watch 内服 ロキシマイシン Watch 内服 クラリスマイシン Watch 内服 クラリスロマイシン Watch 内服 ロキタマイシン Watch 内服 カテリスロマイシン Watch 内服 カテリスロマイシン Watch 内服 エノキサシン Watch 内服 オフロキサシン Watch 内服 コメフロキサシン Watch 内服 ロメフロキサシン Watch 内服 ロメフロキサシン Watch 内服 ロメフロキサシン	Vatch	内服/注射	カナマイシン
Watch 内服 セフロキシム Vatch 内服 セファクロル Vatch 内服 セフィキシム Vatch 内服 セフボドキシム Vatch 内服 セフザブテン Vatch 内服 セフジニル Vatch 内服 セフジトレン Vatch 内服 セファクス Vatch 内服 セフジール Vatch 内服 セファクス Vatch 内服 セフジール Vatch 内服 セファクス Vatch 内服 マイシン Vatch 内服 ロキシスマイシン Vatch 内服 クラリスロマイシン Vatch 内服 ワキタマイシン Vatch 内服 ロキタマイシン Vatch 内服 フェータマイシン Vatch 内服 エノキサシン Vatch 内服 オフロキサシン Vatch 内服 オフロキサシン Vatch 内服 スパルフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン	Vatch	内服/注射	バンコマイシン
Watch 内服 セファクロル Vatch 内服 セフィキシム Vatch 内服 セフボドキシム Vatch 内服 セフチブテン Vatch 内服 セフジニル Vatch 内服 セフジトレン Vatch 内服 セファクロル Vatch 内服 セフジール Vatch 内服 セファクロル Vatch 内服 セフジール Vatch 内服 セファクレ Vatch 内服 マイシン Vatch 内服 ロキシスマイシン Vatch 内服 グラリスロマイシン Vatch 内服 グラリスロマイシン Vatch 内服 フラリスマイシン Vatch 内服 フリースマイシン Vatch 内服 フリースーシー Vatch 内服 フリスロマイシン Vatch 内服 オフロキサシン Vatch 内服 エノキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン	Vatch	内服	デメクロサイクリン
Watch 内服 セフィキシム Vatch 内服 セフボドキシム Vatch 内服 セフボドキシム Vatch 内服 セフジニル Vatch 内服 セフジトレン Vatch 内服 セフラム Vatch 内服 セフテラム Vatch 内服 デビペネム Vatch 内服 スピラマイシン Vatch 内服 ジョサスロマイシン Vatch 内服 ジョサスロマイシン Vatch 内服 グラリスロマイシン Vatch 内服 グラリスロマイシン Vatch 内服 フリーオサシン Vatch 内服 テリスロマイシン Vatch 内服 フリース・コース・コース・コース・コース・コース・コース・コース・コース・コース・コ	Vatch	内服	セフロキシム
Watch 内服 セフボドキシム Vatch 内服 セフデブテン Vatch 内服 セフジニル Vatch 内服 セフジトレン Vatch 内服 セフテラム Vatch 内服 デビベネム Vatch 内服 スピラマイシン Vatch 内服 ロキシスロマイシン Vatch 内服 クラリスロマイシン Vatch 内服 クラリスロマイシン Vatch 内服 カリスロマイシン Vatch 内服 クラリスロマイシン Vatch 内服 カリスロマイシン Vatch 内服 フェー・フェー・フェー・レー・レー・レー・レー・レー・レー・レー・レー・レー・レー・レー・レー・レー	Vatch	内服	セファクロル
Watch 内服 セフチブテン Vatch 内服 セフジニル Vatch 内服 セフジトレン Vatch 内服 セフテラム Vatch 内服 セフテラム Vatch 内服 スピラマイシン Vatch 内服 ミデカマイシン Vatch 内服 ロキシスロマイシン Vatch 内服 クラリスロマイシン Vatch 内服 クラリスロマイシン Vatch 内服 クラリスロマイシン Vatch 内服 クラリスロマイシン Vatch 内服 アリスロマイシン Vatch 内服 フトリスロマイシン Vatch 内服 フトリスロマイシン Vatch 内服 テリスロマイシン Vatch 内服 テリスロマイシン Vatch 内服 オフロキサシン Vatch 内服 オフロキサシン Vatch 内服 ノルフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン	Vatch	内服	セフィキシム
Watch 内服 セフジニル Vatch 内服 セフジトレン Vatch 内服 セフテラム Vatch 内服 セフテラム Vatch 内服 スピラマイシン Vatch 内服 ミデカマイシン Vatch 内服 ロキシスロマイシン Vatch 内服 クラリスロマイシン Vatch 内服 クラリスロマイシン Vatch 内服 ロキタマイシン Vatch 内服 ロオータン Vatch 内服 カブローキサシン Vatch 内服 ノルフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 スパルフロキサシン Vatch 内服 スパルフロキサシン	Vatch	内服	セフポドキシム
Watch 内服 セフジトレン Vatch 内服 セフカペン Vatch 内服 セフテラム Vatch 内服 デビベネム Vatch 内服 スピラマイシン Vatch 内服 ロキシスロマイシン Vatch 内服 グラリスロマイシン Vatch 内服 ロキタマイシン Vatch 内服 ロキタマイシン Vatch 内服 エノキサシン Vatch 内服 エノキサシン Vatch 内服 エノキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 スパルフロキサシン Vatch 内服 スパルフロキサシン	Vatch	内服	セフチブテン
Watch 内服 セフカベン Vatch 内服 セフテラム Vatch 内服 デビベネム Vatch 内服 スピラマイシン Vatch 内服 ロキシスロマイシン Vatch 内服 グラリスロマイシン Vatch 内服 ロキタマイシン Vatch 内服 ロキタマイシン Vatch 内服 エノキサシン Vatch 内服 エノキサシン Vatch 内服 ノルフロキサシン Vatch 内服 コメフロキサシン Vatch 内服 スパルフロキサシン Vatch 内服 スパルフロキサシン	Vatch	内服	セフジニル
Vatch 内服 セフテラム Vatch 内服 デビベネム Vatch 内服 スピラマイシン Vatch 内服 ロキシスロマイシン Vatch 内服 グラリスロマイシン Vatch 内服 ロキタマイシン Vatch 内服 テリスロマイシン Vatch 内服 オフロキサシン Vatch 内服 エノキサシン Vatch 内服 ノルフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 スパルフロキサシン	Vatch	内服	セフジトレン
Vatch 内服 デビベネム Vatch 内服 スピラマイシン Vatch 内服 ロキシスロマイシン Vatch 内服 グラリスロマイシン Vatch 内服 ロキタマイシン Vatch 内服 テリスロマイシン Vatch 内服 オフロキサシン Vatch 内服 エノキサシン Vatch 内服 ノルフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 スパルフロキサシン Vatch 内服 スパルフロキサシン	Vatch	内服	セフカペン
Vatch 内服 スピラマイシン Vatch 内服 ミデカマイシン Vatch 内服 ロキシスロマイシン Vatch 内服 クラリスロマイシン Vatch 内服 ロキタマイシン Vatch 内服 オフロキサシン Vatch 内服 エノキサシン Vatch 内服 ノルフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 スパルフロキサシン Vatch 内服 スパルフロキサシン	Vatch	内服	セフテラム
Vatch 内服 ミデカマイシン Vatch 内服 ロキシスロマイシン Vatch 内服 グラリスロマイシン Vatch 内服 ロキタマイシン Vatch 内服 テリスロマイシン Vatch 内服 オフロキサシン Vatch 内服 エノキサシン Vatch 内服 リルフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 スパルフロキサシン	Vatch	内服	テビペネム
Watch 内服 ロキシスロマイシン Watch 内服 ジョサマイシン Watch 内服 クラリスロマイシン Watch 内服 ロキタマイシン Watch 内服 テリスロマイシン Watch 内服 オフロキサシン Watch 内服 エノキサシン Watch 内服 ノルフロキサシン Watch 内服 ロメフロキサシン Watch 内服 ロメフロキサシン Watch 内服 スパルノロキサシン	Vatch	内服	スピラマイシン
Vatch 内服 ジョサマイシン Vatch 内服 クラリスロマイシン Vatch 内服 ロキタマイシン Vatch 内服 オフロキサシン Vatch 内服 エノキサシン Vatch 内服 ノルフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 スパリレフロキサシン	Vatch	内服	ミデカマイシン
Vatch 内服 クラリスロマイシン Vatch 内服 ロキタマイシン Vatch 内服 デリスロマイシン Vatch 内服 オフロキサシン Vatch 内服 エノキサシン Vatch 内服 ノルフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 スパリノフロキサシン	Vatch	内服	ロキシスロマイシン
Vatch 内服 ロキタマイシン Vatch 内服 デリスロマイシン Vatch 内服 オフロキサシン Vatch 内服 エノキサシン Vatch 内服 ノルフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 スパリノフロキサシン	Vatch	内服	ジョサマイシン
Vatch 内服 デリスロマイシン Vatch 内服 オフロキサシン Vatch 内服 エノキサシン Vatch 内服 ノルフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 スパリノフロキサシン	Vatch	内服	クラリスロマイシン
Vatch 内服 オフロキサシン Vatch 内服 エノキサシン Vatch 内服 ノルフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 スパリノロキサシン	Vatch	内服	ロキタマイシン
Vatch 内服 エノキサシン Vatch 内服 ノルフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 スパルフロキサシン	Vatch	内服	テリスロマイシン
Vatch 内服 ノルフロキサシン Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 スパルフロキサシン	Vatch	内服	オフロキサシン
Vatch 内服 ロメフロキサシン Vatch 内服 スパルフロキサシン	Vatch	内服	エノキサシン
Vatch 内服 スパルフロキサシン	Vatch	内服	ノルフロキサシン
	Vatch	内服	ロメフロキサシン
Vatch 内服 モキシフロキサシン	Vatch	内服	スパルフロキサシン
	Vatch	内服	モキシフロキサシン

Watch	内服	プルリフロキ サ シン
Watch	内服	ガレノキ サ シン
Watch	内服	シタフロキサシン
Watch	内服	トスフロキサシン
Watch	内服	ピロミド酸
Watch	内服	ピペミド酸
Watch	内服	シノキ サ シン
Watch	内服	ホスホマイシン
Watch	内服	リファキシミン
Watch	内服	フィダキソマイシン
Watch	内服	リファンピシン
Watch	内服	リファブチン
Watch	注射	ピペラシリン
Watch	注射	アスポキシシリン
Watch	注射	タゾバクタム/ピペラシリン
Watch	注射	セフメタゾール
Watch	注射	セフミノクス
Watch	注射	セフブペラゾン
Watch	注射	フロモキセフ
Watch	注射	セフォタキシム
Watch	注射	セフタジジム
Watch	注射	セフトリアキソン
Watch	注射	セフメノキシム
Watch	注射	ラタモキセフ
Watch	注射	セフォジジム
Watch	注射	セフォペラゾン
Watch	注射	セフェピム
Watch	注射	セフピロム
Watch	注射	セフォゾプラン
Watch	注射	メロペネム
Watch	注射	ドリペネム

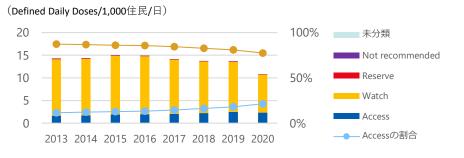
Nato	h	注射	ビアペネム
Nato	h	注射	イミペネム/シラスタチン
Nato	h	注射	パニペネム/ベタミプロン
Nato	h	注射	ストレプトマイシン
Nato	h	注射	トブラマイシン
Nato	h	注射	ジベカシン
Nato	h	注射	リボスタマイシン
Nato	h	注射	イセパマイシン
Nato	h	注射	アルベカシン
Nato	h	注射	ベカナマイシン
Nato	h	注射	パズフロキサシンメシル
Nato	h	注射	テイコプラニン
Rese	rve	内服/注射	リネゾリド
Rese	rve	内服	ファロペネム
Rese	rve	内服	テジゾリド
Rese	rve	内服	コリスチン
Rese	rve	内服	ポリミキシンB
Rese	rve	注射	チゲサイクリン
Rese	rve	注射	アズトレオナム
Rese	rve	注射	カルモナム
Rese	rve	注射	レレバクタム/イミペネム/シラスタチン
Rese		注射	セフトロザン/タゾバクタム
Rese	rve	注射	キヌプリスチン/ダルホプリスチン
Rese	rve	注射	コリスチンメタンスルホン酸
Rese	rve	注射	ホスホマイシンナ
Reserve		注射	ダプトマイシン
Rese	rve	注射	テジゾリドリン酸
Vot	recommended		アンピシリン/クロキサシリン
Vot	recommended		セフォペラゾン/スルバクタム
未分類		内服	シクラシリン
未分类	Į į	内服	ナリジクス酸 67

作成:国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMRリファレンスセンター

AWaRe(アウェア)分類について②

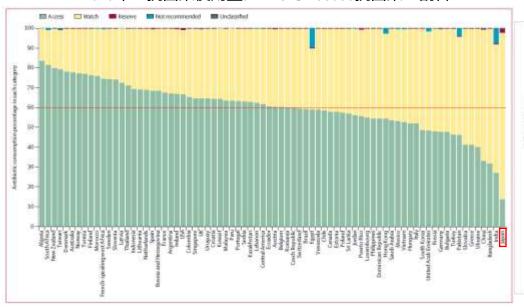
〇日本においては、全抗菌薬使用量に占める「Access」に分類される抗菌薬の割合は増加傾向にあるが、 他国と比較すると依然として低い。

日本における抗菌薬使用量の推移



出典:国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMRリファレンスセンター 匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報データベース (NDB) に基づいたサーベイランス 資料より作成

2015年の抗菌薬使用量におけるAccess抗菌薬の割合



Klein, E. Y., Milkowska-Shibata, M., Tseng, K. K., Sharland, M., Gandra, S., Pulcini, C., & Laxminarayan, R. (2021). Assessment of WHO antibiotic consumption and access targets in 76 countries, 2000–15: an analysis of pharmaceutical sales data. The Lancet Infectious Diseases, 21(1), 107-115.

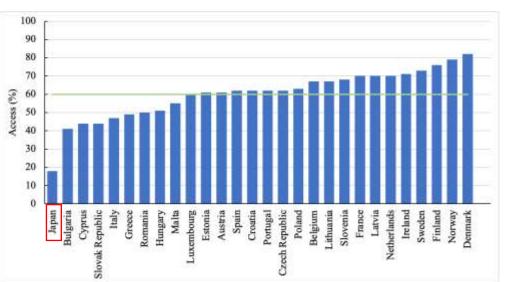
pharmaceutical sales data. The Lancet Infectious Diseases, 2(1), 107-115. 作成:国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMRリファレンスセンター

日本におけるAWaRe分類に基づく抗菌薬使用量の割合(年齢階級別)



出典:国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMRリファレンスセンター 匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報データベース(NDB)に基づいたサーベイランス 資

2020年における日本及びEU/EUA国におけるAccess抗菌薬の割合



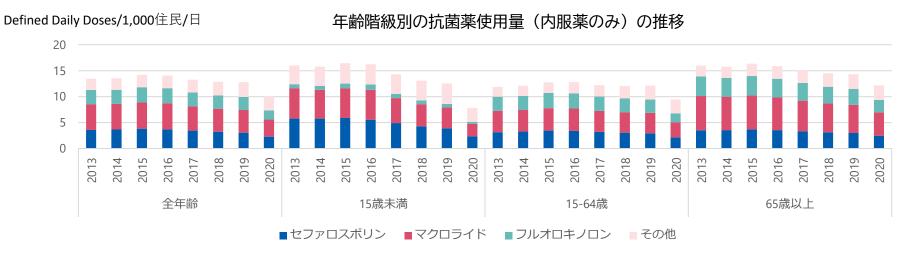
出典: Antimicrobial Resistance in the EU/EEA A One Health Response ※日本のデータについてはNDBより抽出

診療所・病院別の抗菌薬使用量の推移

中医協 総一2 5. 7. 26

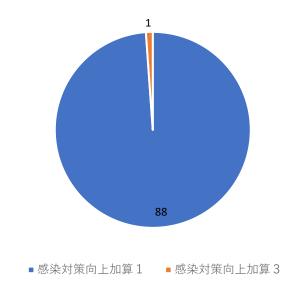
- 抗菌薬の使用量(人口当たり・1日当たり)は、病院よりも診療所で多い。
- 〇 年齢別の使用量(人口当たり・1日当たり)は、特に15歳未満で減少傾向となっているが、15 歳-64歳では減少傾向となっていない。



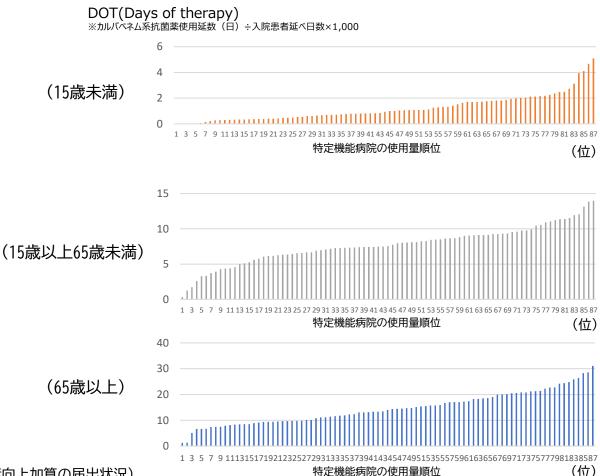


〇 特定機能病院においては、ほぼ全ての病院が感染対策向上加算1の届出を行っているが、カル バペネム系抗菌薬の使用状況については、特定機能病院の中においてもばらつきがみられる。

特定機能病院における感染対策向上加算の届出状況 (令和4年7月1日時点、n=89)



特定機能病院におけるカルバペネム系抗菌薬の使用量 (令和3年度、n=87)



(出典)・保険局医療課調べ(令和4年7月時点における感染対策向上加算の届出状況)

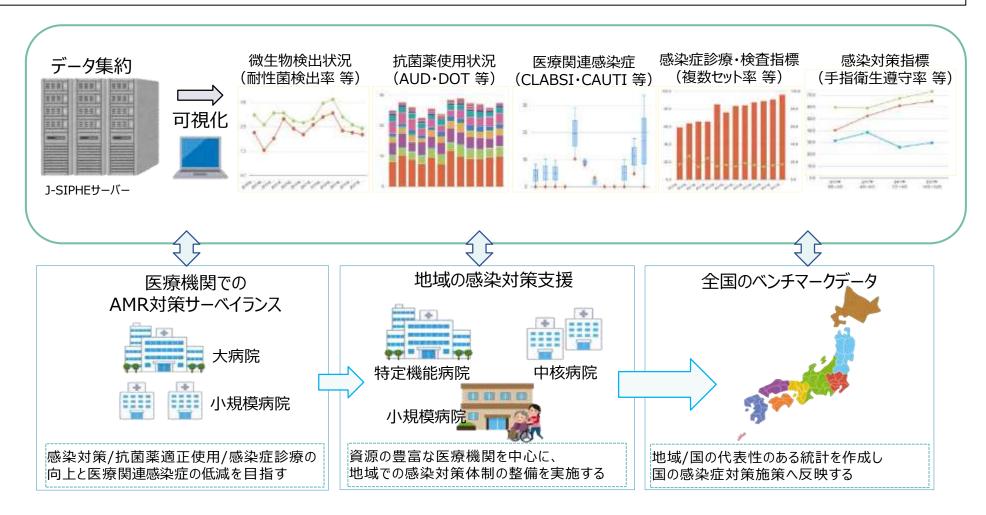
・令和3年度DPC導入の影響評価に係る調査

7

感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)について

中医協 総 - 2 5. 7. 26

○厚生労働省の委託により国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMR臨床リファレンスセンターにおいて実施している「**感染対策連携共通プラットフォーム**(J-SIPHE; Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology) 」により、抗菌薬使用量・日数等について参加病院において病棟間の比較や薬剤系統間の比較が可能となっており、2023年6月時点で約2,300の病院が参加している。

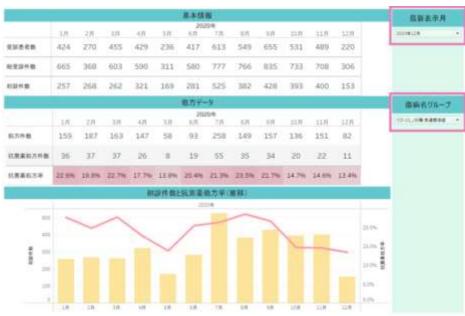


- ○2022年10月より、**診療所を対象として抗菌薬処方量および処方割合を把握するシステム「診療所版J-SIPHE」も開始**しており、2023年現在、約400診療所が参加している。
- ○今後、AWaRe分類により抗菌薬の処方量や処方割合の把握ができるよう改修予定。

診療所版J-SIPHE概要



処方件数に対する抗菌薬の処方割合

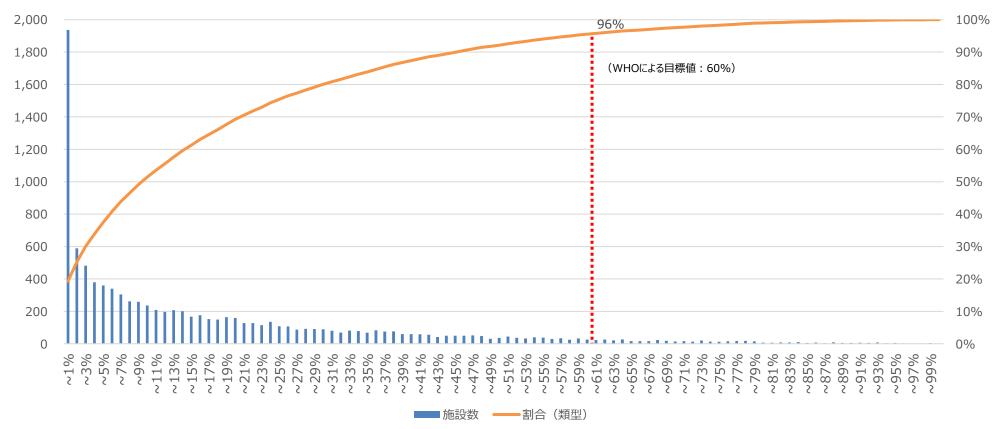


診療所におけるAccess抗菌薬の処方割合

○ 外来感染対策向上加算の届出を行っている診療所においても、Access抗菌薬の処方日数がWHOの目標地の60%を上回っているのは5%未満であった。

外来感染対策向上加算の届出を行っている診療所における 内服抗菌薬の処方日数のうちAccess抗菌薬の割合

(n=10,007医療機関、2022年10月~12月) ※期間中に500日分以上の抗菌薬を処方した診療所のみ



出典: NDBデータ (2022年10月~12月)

外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

▶ 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上

に資する診療を評価する加算を新設する。

(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

「算定要件]

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、 抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な 指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任 する医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはイン フルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

[施設基準]

- (1) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(平成 28 年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議)に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加していること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。

急性気道感染症 診断・治療の考え方 急性鼻副鼻腔炎 急性気管支炎 患者・家族への説明内容 ・多くは対症療法が中心であり、 抗菌薬は必要なし。休養が重要。 ・改善しない場合の再受診を。

「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省 健康局結核感染症課)を参考に作成

外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

再診料の地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の要件として、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正使用の普及啓発に資する取組を行っていることを追加する。

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

抗菌薬適正使用支援チームの役割の拡充

施設基準について、抗菌薬適正使用支援チームがモニタリングを行うべき広域抗菌薬の拡充や、病院の外来における抗菌薬適正使用に関する支援を追加する等の見直しを行う。



入院における対策

- ✓ 感染症治療の早期モニタリング (広域抗菌薬の種類を拡充)
- ✓ 主治医へのフィードバック
- ✓ 微生物検査・臨床検査の利用の 適正化
- ✓ 抗菌薬適正使用の教育・啓発等



(新)外来における対策

- ✓ 外来における急性気道感染症及び 急性下痢症の患者への経口抗菌 薬の処方状況を把握(年1回報告)
- ✓院内研修及び院内マニュアルの作成にあたって、「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に、外来における抗菌薬適正使用の内容も含める

(新)その他の要件

✓ 抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける体制があることについて、感染防止対策加算の要件である定期的なカンファレンスの場を通じて他の医療機関に周知。

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し



小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算について、 算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大するとともに、月に1回に限り算定できることとする。

(※小児かかりつけ診療料についても同様)

耳鼻咽喉科処置の見直し

耳鼻咽喉科乳幼児処置加算等の新設

▶ 耳鼻咽喉科処置について、小児に対する診療及び様々な処置の組合せを適切に評価する観点から、 新たな評価を行う。また、小児の耳鼻咽喉科領域における薬剤耐性(AMR)対策を推進する観点から、抗菌薬の適正使用について新たな評価を行う。

(新) 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算

60点(1日につき)

[算定要件]

• **耳鼻咽喉科を標榜**する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、<u>6歳未満</u>の乳幼児に対して、<mark>耳鼻咽喉科処置を行った場合は、所</mark> 定点数に加算する。

(新) 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点(月1回に限り)

[算定要件]

• 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎**により受診した<u>6歳未満</u>の 乳幼児に対して、<u>耳鼻咽喉科処置を行った場合</u>であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合にお いて、療養上必要な指導等を行い、文書により説明内容を提供した場合は、所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプランに位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加し、又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (3) 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。

耳鼻咽喉科処置の評価の見直し

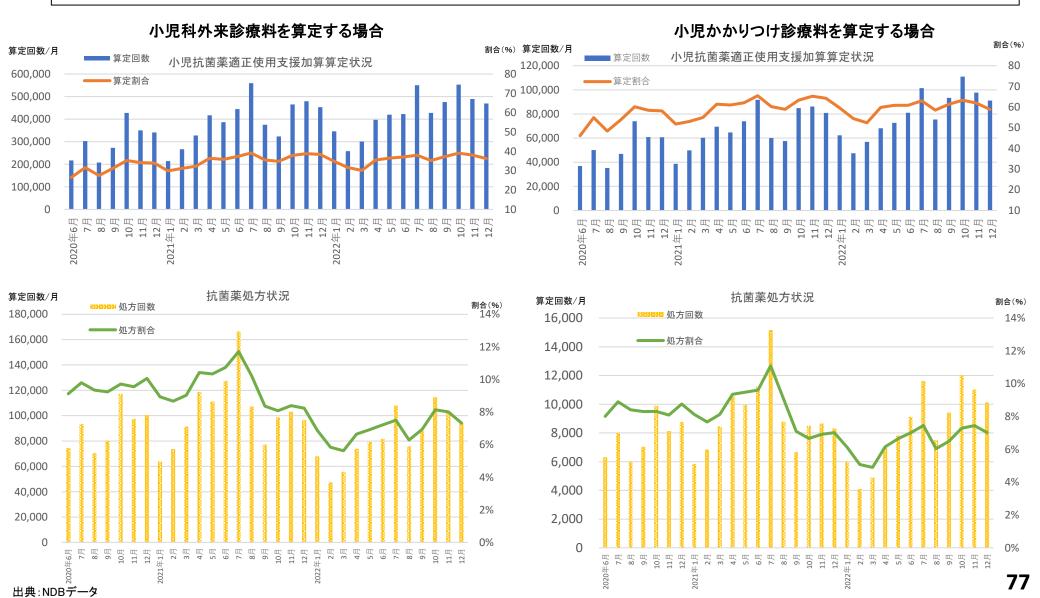
▶ 耳鼻咽喉科領域の基本的な処置を適切に評価する観点から、評価を見直す。

耳処置 $25 \stackrel{\cdot}{l} \rightarrow 27 \stackrel{\cdot}{l}$ 鼻処置 $14 \stackrel{\cdot}{l} \rightarrow 16 \stackrel{\cdot}{l}$ 口腔、咽頭処置 $14 \stackrel{\cdot}{l} \rightarrow 16 \stackrel{\cdot}{l}$

小児抗菌薬適正使用支援加算の算定状況等

中医協 総一2

- 小児科外来診療料又は小児かかりつけ診療料を算定する場合において、小児抗菌薬適正使用支援加算を算定する割合は上昇傾向となっており、小児かかりつけ診療料を算定する場合のほうが算定割合が大きい。
- 抗菌薬を処方する割合は低下傾向となっている。



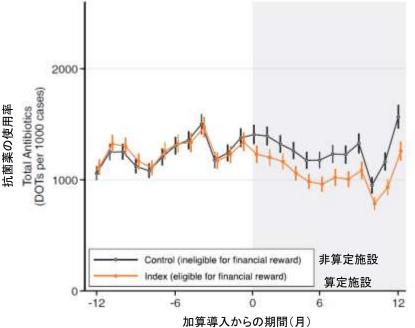
小児抗菌薬適正使用支援加算の導入による影響について

中医協 総一 2

○ 小児抗菌薬適正使用支援加算の導入により、1歳~2歳の小児に対する抗菌薬の使用率及び広域抗 菌薬の使用率が減少したとする報告がある。

1-2歳の小児に対する抗菌薬の使用率等に関する 抗菌薬小児抗菌薬適正使用支援加算の 算定施設と非算定施設*1の比較 (2017年4月-2019年3月、傾向スコアマッチングを用いた差分の差法による比較) 1-2歳の小児に対する抗菌薬の使用率に関する 小児抗菌薬適正使用支援加算の 算定施設と非算定施設***の間の比較 (2017年4月-2019年3月、傾向スコアマッチングを用いた差分の差法による比較)

		非算定	非算定施設(N=1740)		算定	施設(N=1	740)	差分の差の推定値
		加算 導入前	加算 導入後	前後差	導入前	導入後	前後 差	(95%信頼区間)
抗菌薬の使用率	全抗菌薬	1240.5 (3.2)	1268.9 (4.0)	28.4	1261.5 (3.3)	1061.3 (3.6)	-200.2	-228.6 (-272.4,-184.9)
(1000件あたりのDOTs) ^{※2-} (SE)	広域抗菌薬 ^{※3}	623.3 (2.1)	627.2 (2.6)	3.9	649.3 (2.2)	528.5 (2.4)	-120.8	-124.7 (-156.3,-93.1)



- ※1 2018年4月から2019年3月までの間に小児抗菌薬適正使用支援加算を一件以上算定している施設及びそれ以外の施設
- ※2 感染症による受診1000件あたりの、抗菌薬の処方日数の合計
- ※3 第三世代セファロスポリン、経ロペネム系、ホスホマイシン系、テトラサイクリン系、キノロン系抗菌薬

耳鼻咽喉科領域の疾患における抗菌薬の使用

中医協 総-1 3.10.20

〇 急性中耳炎や急性副鼻腔炎の軽症例の治療においては、抗菌薬非投与がガイドラインで推奨 されている。

小児の急性中耳炎に対する 抗菌薬の使用について

CQ 軽症の急性中耳炎の治療として 3-4 抗菌薬非投与は妥当か

推 奨

軽症例に限って3日間は抗菌薬の投与を行わず、自然経過を観察する ことを推奨する。

推奨の強さ: 推奨 エビデンスの質: B

●背 景●

薬剤耐性菌による急性中耳炎症例が増大している本邦の現状から、抗菌薬を投与しない場合は、正確な鼓膜所見の観察による軽症の診断と、抗菌薬非投与後の厳重な経過観察が重要である。

出典:「小児急性中耳炎診療ガイドライン 2018年版」

日本耳科学会、日本小児耳鼻咽喉科学会、日本耳鼻咽喉科感染症・エアロゾル学会

急性副鼻腔炎に対する抗菌薬の使用について

CQ14-1 軽症の急性鼻副鼻腔炎に対して、抗菌薬非投与は妥当か

推奨グレード B:

軽症例に限って、抗菌薬非投与のうえ、自然経過を観察することが推奨される。

(Young J, et al 2008 エビデンスレベル I a: 推奨度B)

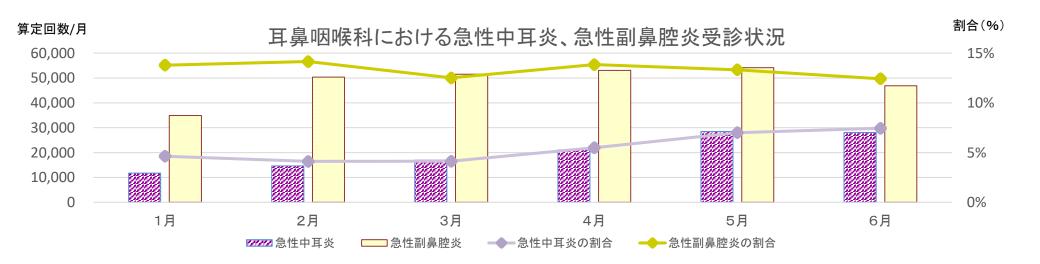
【背景】

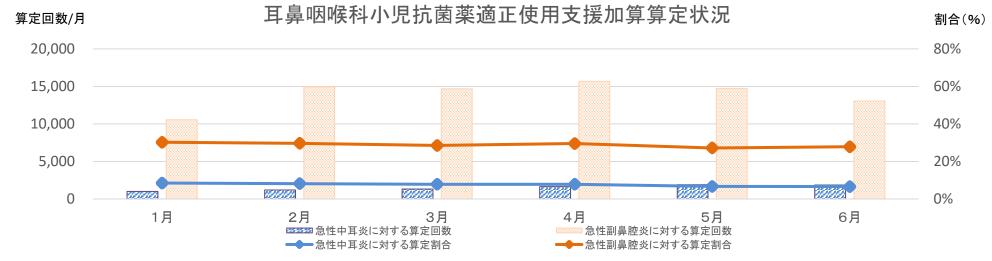
急性鼻副鼻腔炎は上気道炎に引き続き発症し、発症当初はウイルス感染が主体とされるため、軽症に限っては抗菌薬 の効果は期待できない。自然経過を観察することで症状の悪化があり、中等症や重症に移行すれば抗菌薬治療を開始す る。抗菌薬の過剰投与は耐性菌の増加につながり、抗菌薬投与、非投与を適切に判断することが重要である。急性鼻副 鼻腔炎いおいて最初はウイルス感染から発症することが多いため、抗菌薬は不要であるという考え方が一般的である。

出典:「急性鼻副鼻腔炎診療ガイドライン2010年版(追補版)」日本鼻科学会

6歳未満の耳鼻咽喉科における急性中耳炎、急性副鼻腔炎の受診状況と抗菌薬適正使用支援加算算定状況※1

- 耳鼻咽喉科における受診状況は以下のとおり。
- 〇 急性副鼻腔炎と比較し、急性中耳炎においては、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算の算定割合が低かった。



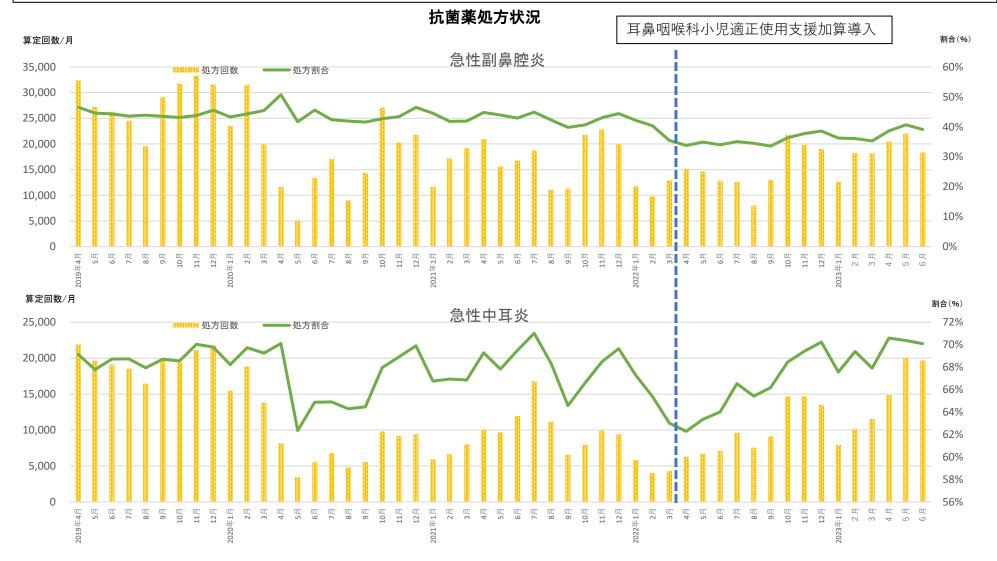


※1 A000「初診料」とJ095からJ115ー2を併せて算定された6歳未満の児を対象に、主傷病名ごとに集計した。

80

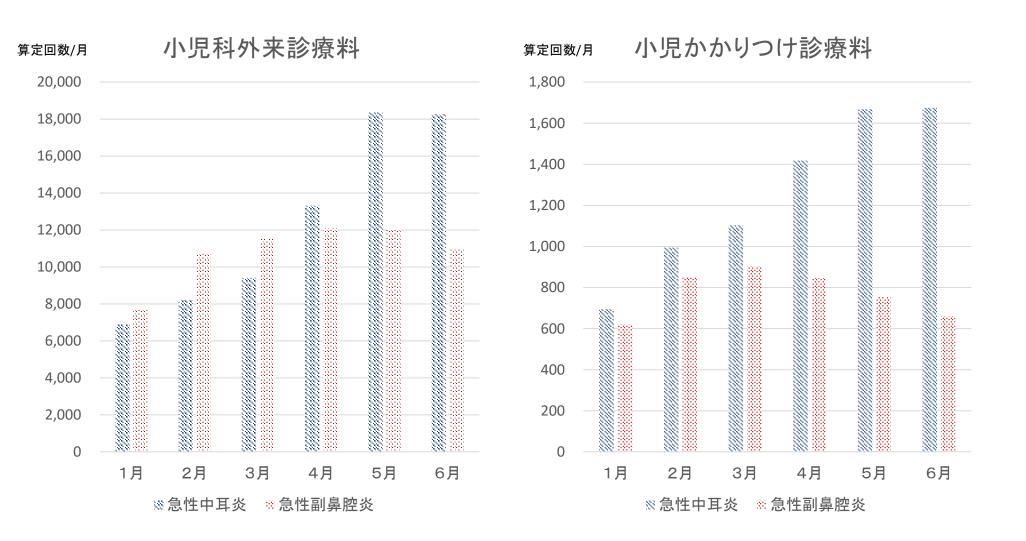
耳鼻咽喉科における急性中耳炎と急性副鼻腔炎に対する抗菌薬処方状況※1

○ 急性副鼻腔炎においては、耳鼻科小児抗菌薬適正使用支援加算導入後に抗菌薬処方割合が低下して いる傾向にあった。



小児科における急性中耳炎、急性副鼻腔炎受診状況

○ 小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料を算定する小児科は、一定程度、急性中耳炎、急性副鼻腔 炎を診察している。



小児科受診時に多い主傷病

○ 小児科外来診療料と小児かかりつけ診療料を算定する患者において多い疾病小分類ごとの主傷病は以下のとおり。

小児科外来診療料

順位	疾病小分類				
1	その他の急性上気道感染症	17.1%			
2	急性気管支炎	16.5%			
3	喘息	8.1%			
4	その他の特殊目的用コード	6.3%			
5	感染症と推定される下痢及び胃腸炎	6.1%			
6	その他の皮膚炎及び湿疹	5.6%			
7	急性咽頭炎及び急性扁桃炎	5.2%			
8	アレルギー性鼻炎	4.4%			
9	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	4.4%			
10	インフルエンザ	2.7%			
11	急性鼻咽頭炎[かぜ]<感冒>	2.5%			
12	便秘	2.2%			
13	急性又は慢性と明示されない気管支炎				
14	その他の症状・徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で 他に分類されないもの				
15	アトピー性皮膚炎				
16	結膜炎	1.3%			
17	じんま疹	0.9%			
18	その他のウイルス性疾患	0.9%			
19	不明熱	0.8%			
20	中耳炎	0.8%			
21	その他及び詳細不明の外因の作用	0.7%			
22	分類なし	0.7%			
23	皮膚及び粘膜の病変を伴うその他のウイルス性疾患	0.7%			
24	接触皮膚炎	0.7%			
25	その他の明示された部位・部位不明及び多部位の損傷	0.6%			
26	急性副鼻腔炎	0.6%			
27	皮膚及び皮下組織の感染症	0.5%			
28	慢性副鼻腔炎	0.3%			
29	その他の細菌性疾患	0.3%			
30	その他の精神及び行動の障害	0.3%			

小児かかりつけ診療料

順位	疾病小分類	割合
1	その他の急性上気道感染症	17.3%
2	急性気管支炎	16.7%
3	喘息	10.0%
4	その他の特殊目的用コード	7.3%
5	急性咽頭炎及び急性扁桃炎	6.0%
6	感染症と推定される下痢及び胃腸炎	5.8%
7	その他の皮膚炎及び湿疹	5.4%
8	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	5.0%
9	アレルギー性鼻炎	3.9%
10	便秘	3.0%
11	インフルエンザ	2.6%
12	急性鼻咽頭炎[かぜ]<感冒>	2.2%
13	急性又は慢性と明示されない気管支炎	1.5%
14	結膜炎	1.4%
15	アトピー性皮膚炎	1.3%
16	その他の症状・徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で 他に分類されないもの	1.0%
17	じんま疹	0.8%
18	その他のウイルス性疾患	0.7%
19	その他及び詳細不明の外因の作用	0.7%
20	皮膚及び粘膜の病変を伴うその他のウイルス性疾患	0.6%
21	分類なし	0.6%
22	接触皮膚炎	0.5%
23	中耳炎	0.5%
24	不明熱	0.5%
25	皮膚及び皮下組織の感染症	0.5%
26	その他の細菌性疾患	0.3%
27	その他の明示された部位・部位不明及び多部位の損傷	0.3%
28	急性副鼻腔炎	0.3%
29	その他の精神及び行動の障害	0.2%
30	肺炎	0.2%

- 1. 新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えに対する評価について
- 2. 新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について
- 3. 薬剤耐性対策に対する評価について
- 4. 課題・論点
- 5. 参考資料

感染症に対する医療についての課題①

(新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えに対する評価について)

- ・ 感染対策向上加算の要件のうち新興感染症への対応については、新型コロナ対応では、加算1で重点医療機関、加算2で協力医療機関、加算3で診療・検査医療機関であることを求めていたところ。また、DPC/PDPSの地域医療係数において、新型コロナに係る病床確保を評価している。
- ・ 第8次医療計画の策定に向けて、新興感染症発生・まん延時における医療体制の構築に係る指針において求める医療機能のうち、病床確保の機能に ついては新型コロナ対応における重点医療機関及び協力医療機関の要件を、発熱外来の機能については新型コロナ対応における診療・検査医療機関 の要件を参考として整備することとされている。
- ・ 薬局における新興感染症への対応については、令和4年度改定で導入された連携強化加算で評価されており、新型コロナウイルス感染症治療薬や抗原 検査キットへの対応がなされているところ、改正感染症法において薬局も協定締結対象となったことを踏まえ、新興感染症等の発生時における自宅・宿 泊療養者等への医薬品対応等の機能を整備していく必要がある。
- ・ 歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直したところ。

(新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について)

- ・ 感染管理に関するガイドラインにおいては、空気感染、飛沫感染、接触感染を主な感染経路とする感染症の患者については、標準予防策に加えて追加的な対策を講じることとされている。
- 新型コロナ対応においては、入院するコロナ患者に対する感染対策や個室管理、発熱外来における適切な感染対策を行った上での対応について特例的な評価を行っているが、特例以外の診療報酬においては、一類感染症及び二類感染症の患者への対応を除き、標準予防策を超えた個別の感染症患者への対応は評価されていない。
- 外来医療については、外来感染対策向上加算の届出を行っている医療機関で発熱患者を受け入れている割合が高く、受入人数が多かった。一方で、発 熱患者の多くはかかりつけ患者以外の患者も受け入れることを公表している医療機関で診療を受けているものの、外来感染対策向上加算の要件には、 かかりつけ患者以外の患者を受け入れることは含まれていない。
- 高齢者施設においても、平時からの感染症対応力の向上が求められ、専門的な医療機関等における研修への参加や当該医療機関等から実地指導を 受けることが推奨されているが、感染対策向上加算1の施設基準においては、感染制御チームの職員が高齢者施設に派遣される場合は専従時間に含めてよい場合の対象となっていない。
- ・ 歯科において新型コロナウイルス感染症の患者に対して、新型コロナウイルス感染症流行に伴う歯科診療に関する診療報酬上の臨時的な特例が設けら れている。このような状況において、感染症患者に対して歯科治療の延期が困難であって、必要な感染予防対策を講じた上で歯科治療を実施した場合 の評価が、恒常的な診療報酬では評価されていない。
- ・ 自宅等で療養する新型コロナウイルス感染症の患者に対して、医師の指示により保険薬局から薬剤師が必要な服薬指導と薬剤の交付のために緊急に 訪問した場合の評価が臨時的な特例として設けられている一方、このような状況において緊急に訪問する必要がある場合の評価が、恒常的な調剤報酬 では規定されていない。

感染症に対する医療についての課題②

(薬剤耐性対策に対する評価について)

- ・ 薬剤耐性対策アクションプランにおいては、微生物の薬剤耐性率や抗菌薬使用量等について目標が定められており、診療報酬においても入院医療における抗菌薬適正使用チームや、外来での抗菌薬適正使用に関する指導に対する評価を設けているが、目標値の達成には至っていない。
- ・ 抗菌薬の適切な処方について、実績に基づいた評価を行うべきとの指摘があり、感染対策連携共通プラットフォーム(JーSIPHE)においては、各参加医療機関において使用する抗菌薬のうちAccess抗菌薬の割合をモニタリングし、医療機関間の実績の比較がなされる予定となっている。
- ・ 急性中耳炎及び急性副鼻腔炎の患者のうち一定程度が小児科外来診療料等の算定する患者に含まれている。一方で、急性中耳炎や急性副鼻腔炎の患者への診療において、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合における療養上必要な指導等については、小児抗菌薬適正使用支援加算の評価対象となっていない。

感染症に対する医療についての論点

【論点】

(新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えに対する評価について)

- 現状の感染対策向上加算における要件及び第8次医療計画の策定に向けた指針の内容を踏まえ、協定の締結を含め医療機関における新興感 染症発生・まん延時における医療への備えに対する評価についてどのように考えるか。
- 薬局における新興感染症への対応について、現状の連携強化加算や改正感染症法の第二種協定指定医療機関の指定要件を踏まえ、新興感 染症発生・まん延時への備えに対する評価についてどのように考えるか。

(新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について)

- 〇 感染症の入院患者に対する標準予防策に追加して行う適切な感染対策及び必要な個室管理に対する評価の在り方並びに評価の対象とすべき 疾患についてどのように考えるか。
- 外来医療においても、標準予防策に追加して感染対策を実施する必要がある場合があることや、外来感染対策向上加算において組織的な感染 対策が評価されていること、発熱患者の多くはかかりつけ患者以外の患者も受け入れることを公表している医療機関で診療を受けていることを踏 まえ、外来における発熱患者等の受入に係る適切な感染対策の実施に対する評価についてどのように考えるか。
- 新型コロナウイルス感染症が5類感染症に位置付けられ、移行期間が終了する令和6年度以降には通常の医療提供体制となることを踏まえ、 通常のゾーニングや個室管理、PPEの使用等の感染対策以外の新型コロナの特例についてどのように考えるか。
- 地域における平時からの感染対応力の強化の観点から、組織的な感染対策を講じている医療機関においては、研修への参加や実地指導について高齢者施設から求めのあった場合には対応することが望ましいことを踏まえ、感染対策向上加算の施設基準の在り方についてどのように考えるか。
- 歯科において新型コロナウイルス感染症の拡大時の臨時的な取扱いにおける実施状況等を踏まえ、感染症患者の歯科治療に対する評価についてどのように考えるか。
- 自宅等で療養する新型コロナウイルス感染症の患者に対する服薬指導・薬剤交付のための緊急訪問に係る臨時的な特例を踏まえ、薬局における自宅・宿泊療養者等への医薬品対応等への評価についてどのように考えるか。

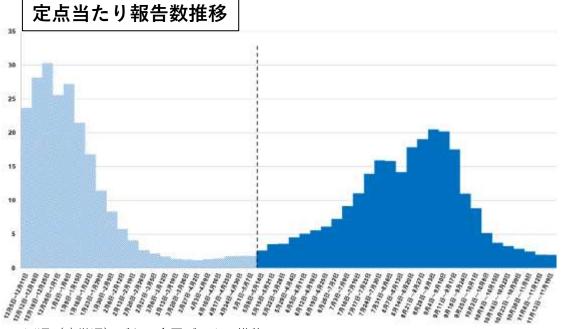
(薬剤耐性対策に対する評価について)

- 抗菌薬の適正使用を推進する観点から、抗菌薬の使用状況をモニタリングするサーベイランスへの参加に加えて、抗菌薬使用の実績に基づいて評価を行うことについてどのように考えるか。また、その際の評価基準について、現状を踏まえ、国際的な基準を達成している場合のみならず、 医療機関の中で相対的に高い実績を持つ場合についても評価の対象とすることについてどのように考えるか。
- 小児に対する抗菌薬の適正使用の推進の観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算における対象疾患についてどのように考えるか。

- 1. 新興感染症発生・まん延時における医療及びその備えに対する評価について
- 2. 新興感染症以外の感染症に対する医療の評価について
- 3. 薬剤耐性対策に対する評価について
- 4. 課題 論点
- 5. 参考資料

新型コロナ新規患者報告数

※11/13-11/19データを11/24(金)に公表(厚労省HP)



※週(疫学週)ごとの全国データの推移

※令和5年5月7日以前は、HER-SYSデータに基づく定点医療機関からの患者数

年代別定点当たり報告数推移

区分	第42週 第43週		第44週	第45週	第46週	
上 刀	10/16-10/22	10/23-10/29	10/30-11/5	11/6-11/12	11/13-11/19	
10歳未満	0.53	0.43	0.35	0.29	0.31	
10~14歳	0.40	0.32	0.23	0.16	0.16	
15~19歳	0.21	0.20	0.15	0.11	0.11	
20~29歳	0.27	0.24	0.23	0.20	0.18	
30~39歳	0.29	0.27	0.24	0.21	0.19	
40~49歳	0.35	0.31	0.27	0.22	0.21	
50~59歳	0.35	0.30	0.28	0.23	0.23	
60~69歳	0.28	0.24	0.22	0.19	0.18	
70~79歳	0.28	0.27	0.22	0.19	0.18	
80歳以上	0.29	0.27	0.26	0.20	0.21	
総数	3.25	2.86	2.44	2.01	1.95	

※年代別の定点当たり報告数は小数点以下第3位を四捨五入しているため、合計しても、 必ずしも総数とは一致しない。

都道府県別定点当たり報告数推移

区分			第42週	第43週	第44週	第45週	第46週
			10/16-10/22	10/23-10/29	10/30-11/5	11/6-11/12	11/13-11/19
北	海	道	6.79	7.08	6.51	5.87	5.98
青	森	県	2.72	2.38	2.60	2.78	2.47
片	手	県	3.95	3.86	3.14	2.62	2.10
ġ	城	県	3.56	3.07	2.49	1.89	1.65
火	田	県	3.44	3.13	3.06	2.25	3.12
Ц	形	県	2.44	2.40	2.21	2.12	2.58
ä	島	県	4.93	4.16	3.33	2.15	2.34
芡	城	県	3.94	2.88	2.58	2.12	1.89
100	木	県	3.78	3.08	2.86	2.46	2.33
1	馬	県	4.37	4.03	2.97	2.33	2.22
奇	Ξ	県	3.35	2.79	2.31	1.64	1.6
F	葉	県	3.11	2.35	2.05	1,60	1.76
ŧ.	京	都	2.11	1.84	1.46	1.20	1.17
#	奈 川	県	2.19	1.67	1.41	1.16	1.24
ff	温	県	3.70	2.69	2.09	2.30	2.16
N.	Щ	県	4.00	3.46	2.69	2.08	2.7
5	JII	県	4.38	4.38	3.23	2.31	2.42
盖	#	県	2.31	2.10	1.26	1.33	1.59
L	梨	県	4.63	4.56	4.78	3.39	2.76
Ę.	野	県	5.17	6.39	5.84	5.00	4.9
ŧ	阜	県	4.05	3.66	4.28	3.01	2.7
9	岡	県	3.44	2.73	2.14	1.60	1,60
野	50	県	4.08	3.77	3.51	2.79	2.3
Ē	重	県	2.31	1.68	1.63	1.18	1.14
Ħ.	質	県	2.85	2.10	2.10	2.22	1.57
包	都	府	3.22	2.25	1.94	1.73	1.6
t	版	府	2.53	1.82	1.54	1.36	1.4
Ę	康	県	3.31	2.40	1.96	1.73	1.6
代	良	県	2.76	2.55	1.73	1.76	1.9
0	歌山	県	4.24	2.43	2.29	1.49	1.5
R.	取取	県	2.86	3.41	2.69	1,90	1.66
B	根	県	1.87	1.55	1.63	1.50	1.03
型 到	山山	県	3.04	2.49	2.40	1.62	1.55
±,	島	県	2.71	2.49	2.52	1.67	1.72
Li		県	3.16	3.57	2.78	1.85	2.10
曹	島	県	2.49	3.32	2.35	2.03	1.73
\$ #	J11	県	3.85	2.81	2.62	2.06	2.34
世	媛	県	3.54	4.30	2.46	1.69	2.0
	知	県		2.64	1.86	1.73	1.20
新	岡		2.61	1,000,000,000,000		- Carlotte (1975)	- model (iii)
m +	Colora Far	県	2.29	1.85	1.58	1.44	1,30
左	貿	県	3.08	3.26	2.72	1.95	1.62
文	崎	県	2.44	1.99	1.36	1.03	1.64
ト	本	県	2.65	3.25	2.44	1.89	1.65
<u></u>	分	県	2.29	1.91	1.43	1.69	1.10
宮	崎	県	2.41	3.02	1.74	2.22	1.26
鹿	児島	県	2.55	2.10	2.01	1.75	1.28
ф	縄	県	3.70	2.54	2.13	1.83	1.44
	総数		3.25	2.86	2.44	2.01	1.9

※直近5週分のデータ

新規入院患者数等

新規入院患者数

期間	10月16日	10月23日	10月30日	11月6日	11月13日
	~10月22日	~10月29日	~11月5日	~11月12日	~11月19日
入院患者数※1	1,159	1,081	1,074	818	784

※1 基幹定点医療機関(全国約500カ所)からの新型コロナウイルス 感染症(COVID-19)による入院患者の届出数

新型コロナウイルス感染症入院患者数の推移 5009 1003 1003

※9月24日以前の数値は、G-MISデータに基づく定点医療機関における新規入院患者数 (参考値) である。

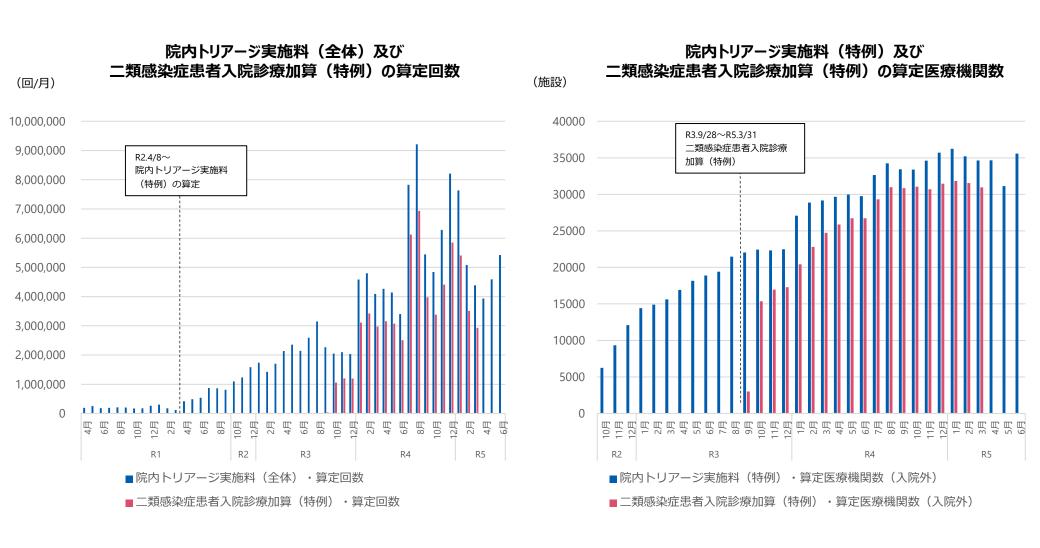
※G-MISに入力されたデータのうち、令和5年9月25日時点で各自治体が指定した基幹定点のリストに基づき抽出したデータを集計したものであるが、定点は、地域の実情に応じて、変更される可能性がある。

重症者数

期間	10月16日 ~10月22日	10月23日 ~10月29日	10月30日 ~11月5日	11月6日 ~11月12日	11月13日 ~11月19日
ICU入室	41	40	43	45	34
人工呼吸器の利用	15	15	17	20	16

※新型コロナウイルス感染症の新規入院患者数等については、改正省令に基づき、 9月25日より、定点医療機関(全国約500か所)からの報告としている。

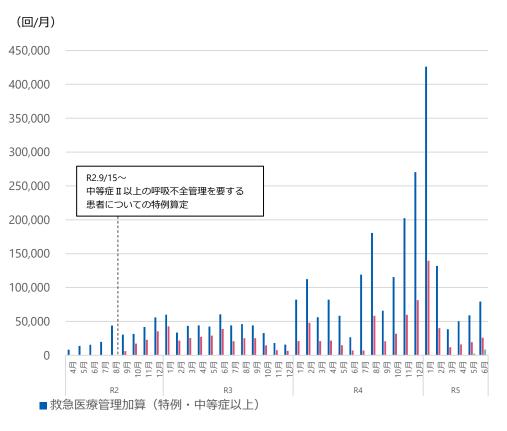
新型コロナの主な特例の算定回数等①



出典:NDBデータ

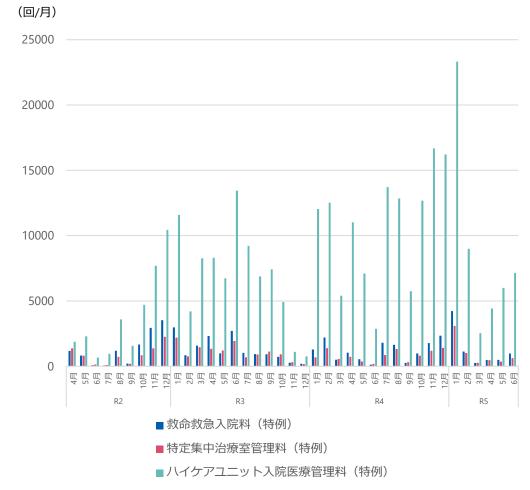
新型コロナの主な特例の算定回数等②

一般病棟で入院患者を受け入れた場合の特例 (救急医療管理加算)の算定回数



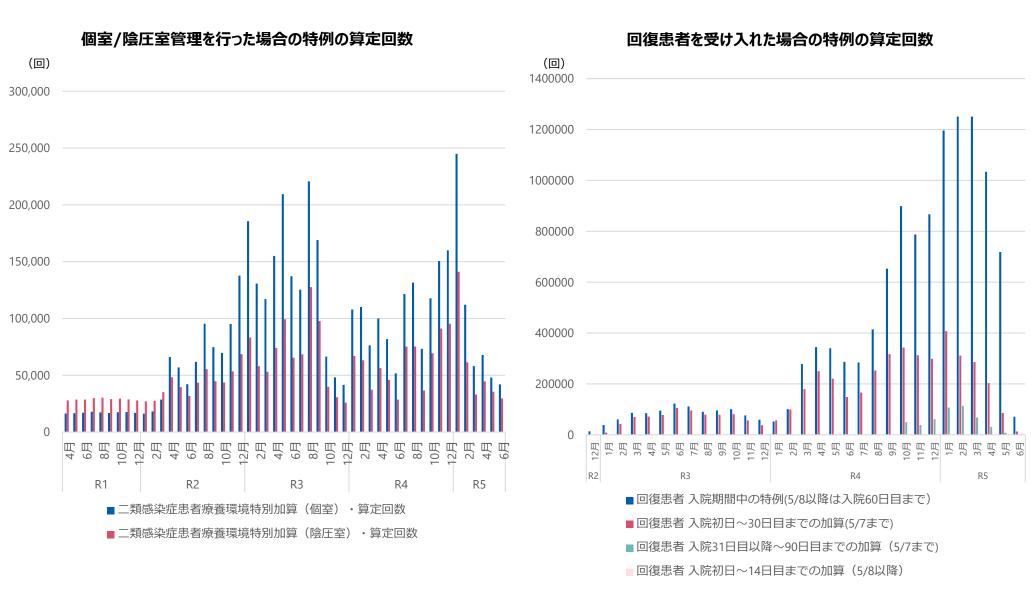
- ■救急医療管理加算(特例・中等症以上・呼吸不全管理)
- 救急医療管理加算(リハビリテーション・介護サービスとの連携が充実した病棟への入院※5/8~)

治療室で重症患者を受け入れた場合の特例の算定回数 (救命救急入院料、特定集中治療室管理料及びハイケアユニット入院医療管理料)



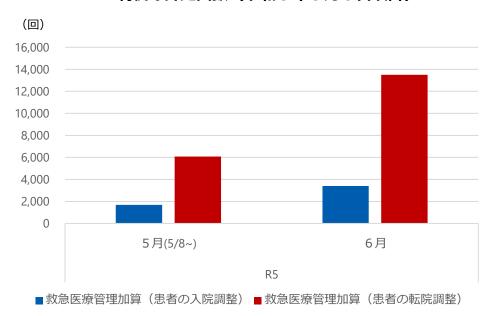
出典:NDBデータ

新型コロナの主な特例の算定回数等③

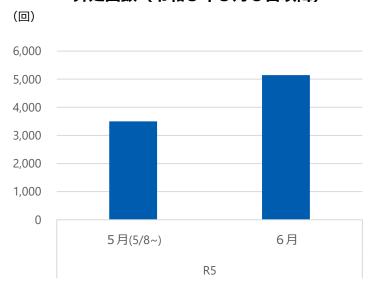


新型コロナの主な特例の算定回数等④

新型コロナ患者の入院/転院調整を行った場合の 特例の算定回数(令和5年5月8日以降)



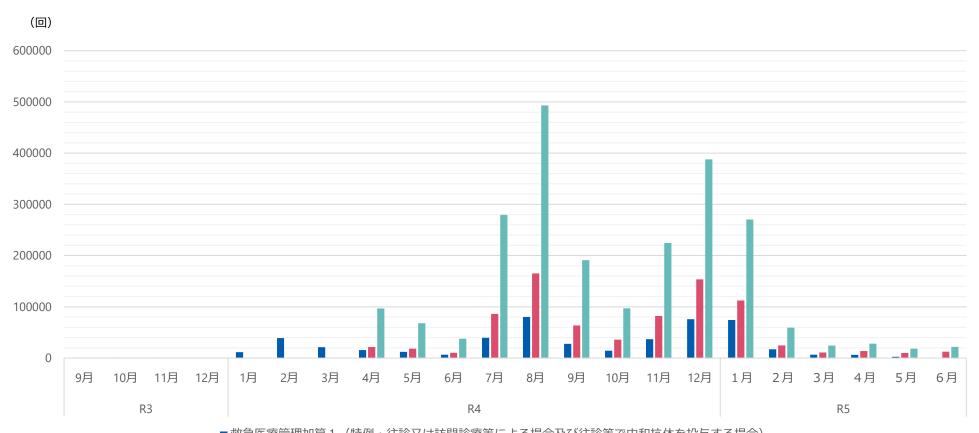
新型コロナ罹患後症状に対する診療に関する特例の 算定回数(令和5年5月8日以降)



出典: NDBデータ **94**

新型コロナの主な特例の算定回数等⑤

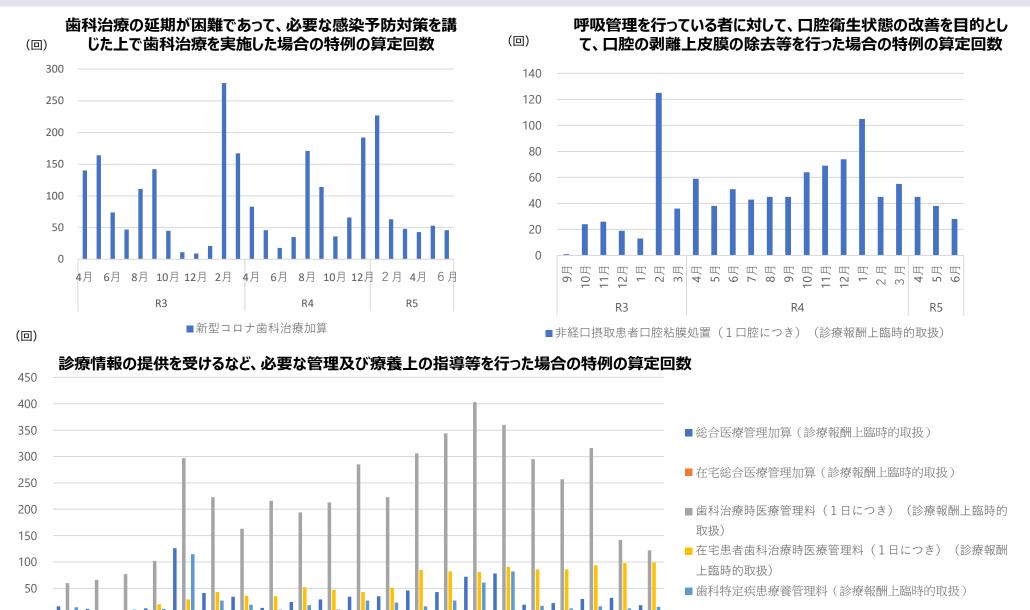
自宅・宿泊療養者への緊急往診・緊急服薬指導の特例の算定回数



- ■救急医療管理加算1 (特例・往診又は訪問診療等による場合及び往診等で中和抗体を投与する場合)
- ■在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(対面による場合・臨コ)
- ■在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(電話等又は家族等・臨コ)

出典:NDBデータ

新型コロナの主な特例の算定回数等⑥



8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月 4月 5月 6月

R5

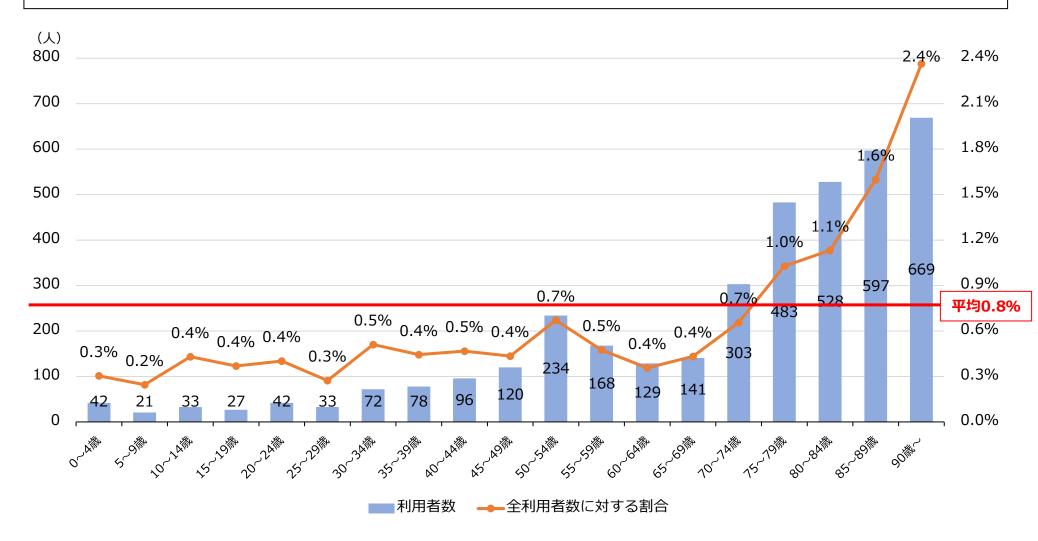
R4

R3

新型コロナウイルス感染症の利用者への訪問看護の提供状況

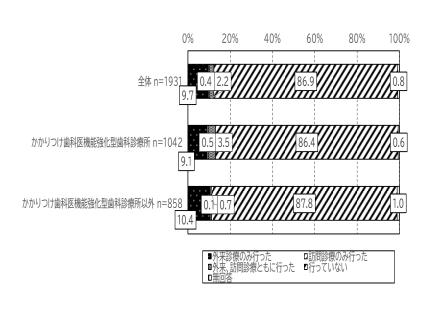
中医協 総一2 5.10.20

○ 令和5年6月審査分の訪問看護療養費明細書における、新型コロナウイルス感染症の利用者に対する 訪問看護の提供状況は、年齢階級が高くになるにつれ、人数は増加し、各年齢階級の利用者に占める割 合も高くなっていた。

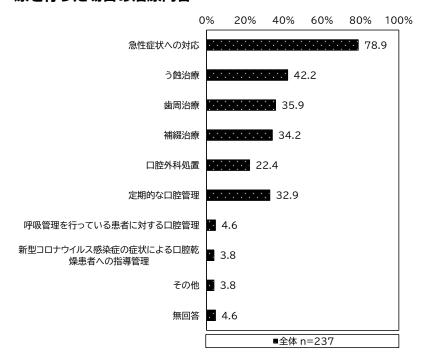


新型コロナウイルス感染症患者への歯科診療の実施状況

- 新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科診療を行ったかについて、「外来診療のみ行った」、「訪問診療のみ行った」、「外来、訪問診療ともに行った」の合計で12.3%であった。
- 〇 新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科診療を行った場合の治療内容は「急性症状への対応」が 78.9%であった。
 - ■図表 2-39 新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科診療を行ったか



■図表 2-39 新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科診療を行った場合の治療内容

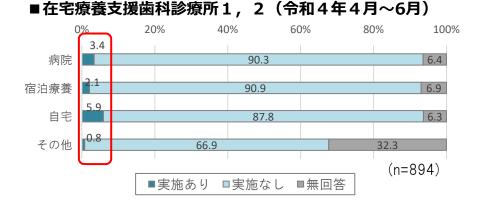


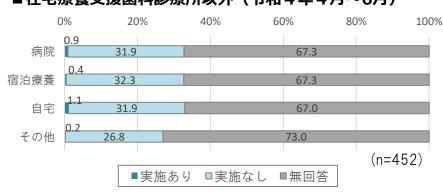
- ・調査対象:かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所2,000施設(いずれも無作為抽出)
- ・調査対象月: 令和4年7月~9月の3か月間

新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科訪問診療の実施状況

- 新型コロナウイルス感染症患者に対する令和4年4月~6月、7月~9月の各3か月間の歯科訪問診療の実施状況について、いずれの期間も在宅療養支援歯科診療所1,2では自宅が約6%、病院が約3~4%、宿泊療養が約2%、その他(介護保険施設を含む。)は約1%であった。
- 〇 在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所では、無回答が約7割であった。

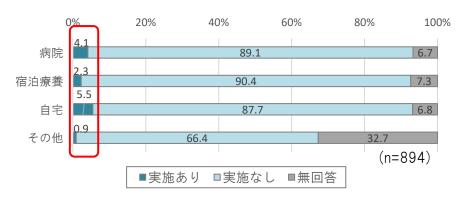
■在宅療養支援歯科診療所以外(令和4年4月~6月)

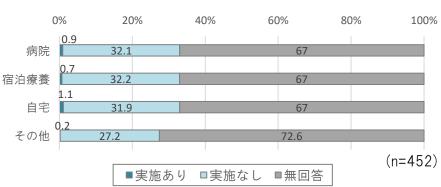




■在宅療養支援歯科診療所1,2(令和4年7月~9月)

■在宅療養支援歯科診療所以外(令和4年7月~9月)





・調査対象:在宅療養支援歯科診療所2,000施設、それ以外の歯科診療所1,000施設(いずれも無作為抽出)

10.27