

(令和7年度第6回)

入院・外来医療等の調査・評価分科会

令和7年7月3日(木)

1. 急性期入院医療について（その2）
2. 救急医療について（その1）

1. 急性期入院医療について（その2）
 - （1）一般的な急性期機能について
 - （2）拠点的な急性期機能について
 - （3）その他

第2回入院外来分科会（R7.5.22）における主な意見

（医療機関機能について）

- 医師の供給の観点から、人的な資源、効率的な運用という点で、中小規模の病院にくまなく配置するというより、働き方改革等も踏まえ、集約化も行っていくべき。
- 集約化と分散について、場合によっては県によって高度な医療を提供できる施設が1か所もなくなってしまう状況になる可能性もあり、慎重な議論が必要。
- 急性期一般入院料1の病棟について、ケアミックス病院とそれ以外の一般病院で、患者さんの状況や医療の中身等を今後比較することも必要。
- 年間でわずかな救急搬送受入の病院でも、地域医療支援病院となっているところもあるので、留意が必要。

（一般的な急性期機能について）

- 小さな二次医療圏において、救急搬送の評価をどうするかという視点から、救急車の受入実態に応じた診療報酬上の評価を行うということも重要。
- 急性期一般入院基本料が今の6段階のままで進んでいくのかということも念頭に置きながら検討が必要。
- 人口や医療機関の規模を考えた際に、患者数だけでなく、地域におけるシェアも考えていくべき。その際、5疾病6事業等で二次医療圏とは違う圏域であることや、他県からの流入についても配慮すべき。
- 人口20万人未満の二次医療圏を支える医療機関を評価する仕組みが重要。
- 急性期の機能として高度な手術等は待つことや他の地域で治療を受けることもできるが、救急医療に関してはできないので、特に救急医療を評価すべきではないか。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ

<医療機関機能の名称と定義>

・ 高齢者救急・地域急性期機能

高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。

・ 在宅医療等連携機能

地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した 24 時間の対応や入院対応を行う。

・ 急性期拠点機能

地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。

※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。

・ 専門等機能

上記の機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリテーションを含む、治し支える医療の観点が重要である。

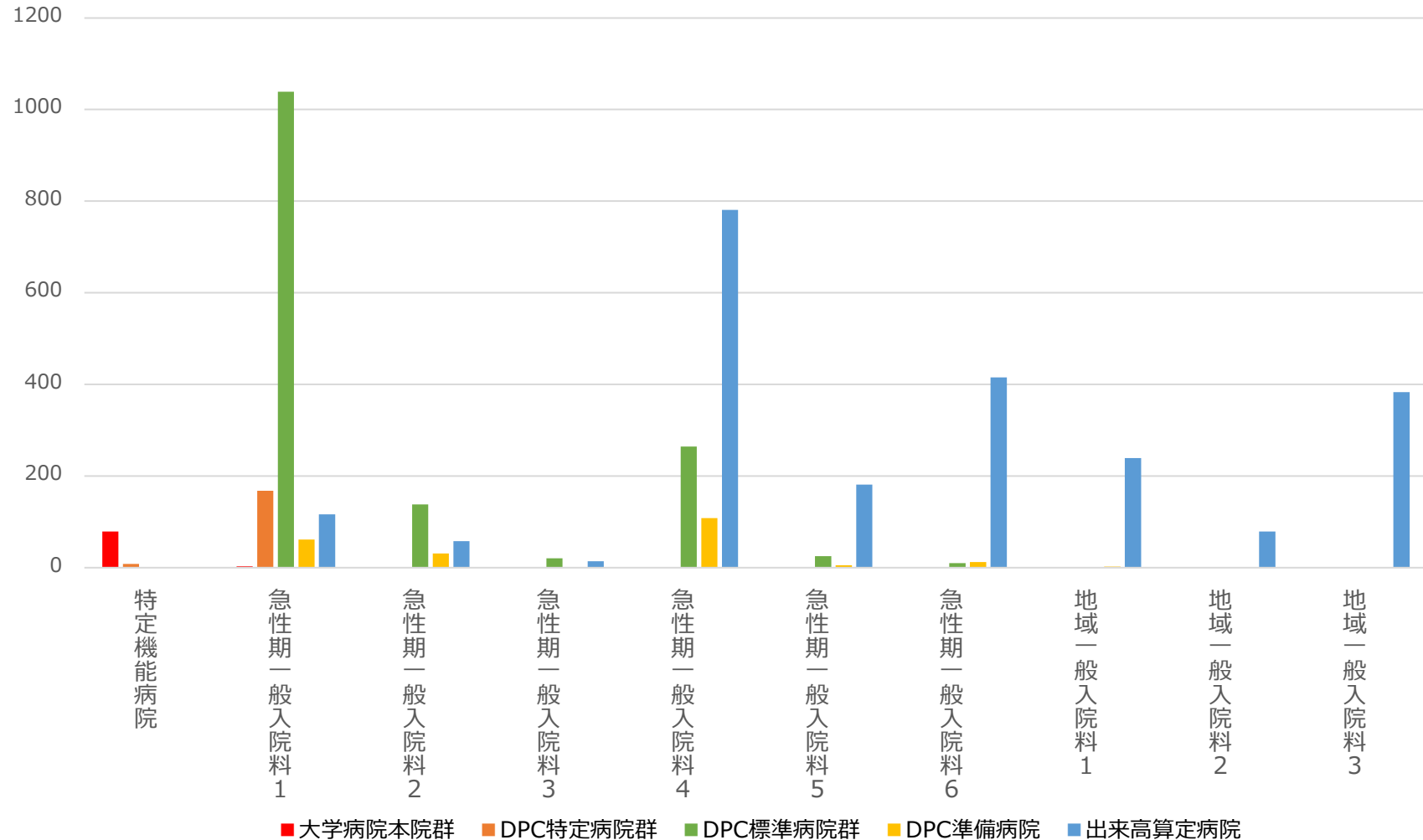
・ 医育及び広域診療機能

大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

一般病棟入院基本料とDPC算定病院について

- 急性期一般入院料 1 を算定する医療機関の約 9 割は、DPC算定病院である。
- DPC算定病院の約 9 割は、急性期一般入院料 1 ～ 4 を算定する医療機関であり、約 7 割は急性期一般入院料 1 を算定する医療機関である。

一般病棟入院基本料等を算定する医療機関数（DPC区分別）



DPC制度における急性期機能の評価

- DPC制度は、急性期入院医療を対象とする、診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度であり、急性期入院医療の標準化等を促している。
- DPC制度において、これまで機能評価係数Ⅱによって、各病院が目指すべき医療と、社会や地域の実情に応じて求められている機能について評価している。

令和6年度診療報酬改定

医療機関別係数

1. 基礎係数

- 大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」、その他を「DPC標準病院群」としている。
- 基礎係数は包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したもの
$$[\text{基礎係数}] = [\text{各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値}] \times [\text{改定率}] \div [\text{各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値}]$$

2. 機能評価係数Ⅰ

- 機能評価係数Ⅰは医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算等）について係数化したもの。

3. 機能評価係数Ⅱ

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、4つの係数（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
- 各医療機関の各係数ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

4. 救急補正係数

- 救急医療入院における入院初期の医療資源投入の乖離を補正するための係数。

5. 激変緩和係数

- 診療報酬改定時の激変を緩和するため、改定年度1年間に限り設定している係数（該当する医療機関のみ設定）。

DPC制度におけるDPC特定病院群の定義

診調組 入-2
7 . 5 . 2 2

- DPC特定病院群は、実績要件1から4までの全て(実績要件3については、6つのうち5つ)について、各要件の基準値を満たした医療機関とされている。※1
- また、各要件の基準値は、大学病院の最低値(外れ値を除く。)とされている。

実績要件

【実績要件1】：診療密度 1日当たり包括範囲出来高平均点数

【実績要件2】：許可病床1床あたりの臨床研修医師数

【実績要件3】：医療技術の実施（6つのうち5つを満たす）

外保連試案

(3a)：手術実施症例1件当たりの外保連手術指数

(3b)：DPC算定病床当たりの同指数

(3c)：手術実施症例件数

特定内科診療

(3A)：症例割合

(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数 (3C)：対象症例件数

(3C)：対象症例件数

【実績要件4】：補正複雑性指数（DPC補正後）※2

※1 各医療機関の実績値は、令和4年10月から令和5年9月までの診療内容及び診断群分類に基づき算出。

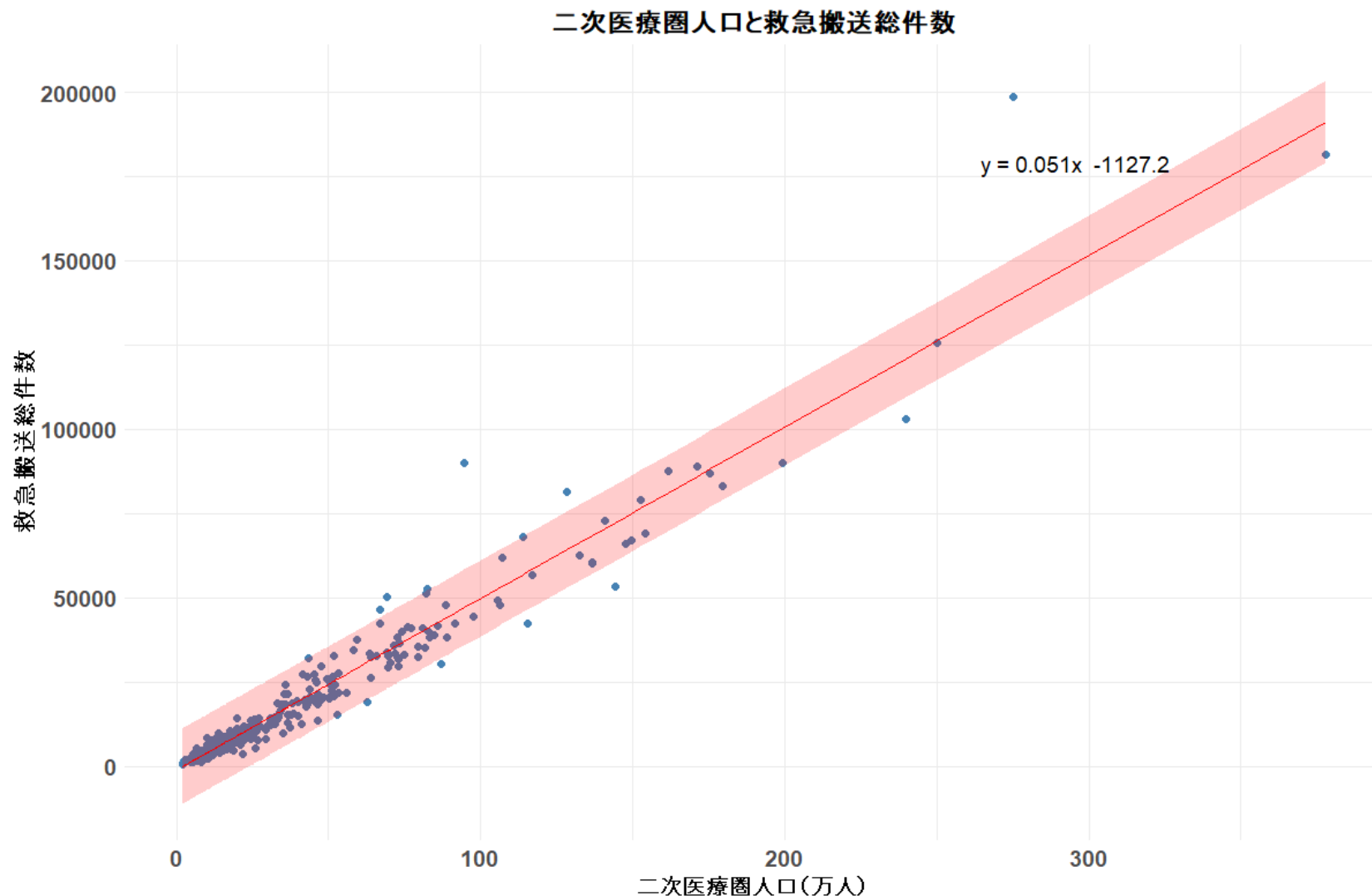
※2 全DPC対象病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、1日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高いDPCについて算出した複雑性指数。

急性期機能に着目した評価指標の現状と課題

評価の観点	一般的な急性期機能	拠点的な急性期機能
救急搬送	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 二次医療圏において、一般的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 地域の人口規模等で、配慮すべき観点はあるか	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） - 救急搬送件数2000件等（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 地域における拠点的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 人口規模の小さな地域や離島等での、救急搬送に係る拠点的な機能をどのように考えるか
全身麻酔手術	【課題】 一般的な急性期機能として、地域でどの程度の手術が実施されているか	【現状の評価指標】 - DPC特定病院群の実績要件として、手術件数、外保連指数を評価 - 全身麻酔手術件数や悪性腫瘍手術等を評価（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能として、どのような難易度・件数の手術が実施されているか
総合性	【現状の評価指標】 - カバー率指数：様々な患者に対応できる総合的な体制について評価（DPC制度：カバー率指数） 5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 一般的な急性期機能として、どの程度の総合性があると考えられるか	【現状の評価指標】 - カバー率指数や、5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度） - 幅広い標榜診療科と入院医療提供を評価（総合入院体制加算） - 小児・周産期・精神の入院医療を評価（小児・周産期・精神科充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能では、どの程度総合性があると考えられるか

二次医療圏人口あたりの救急搬送総件数

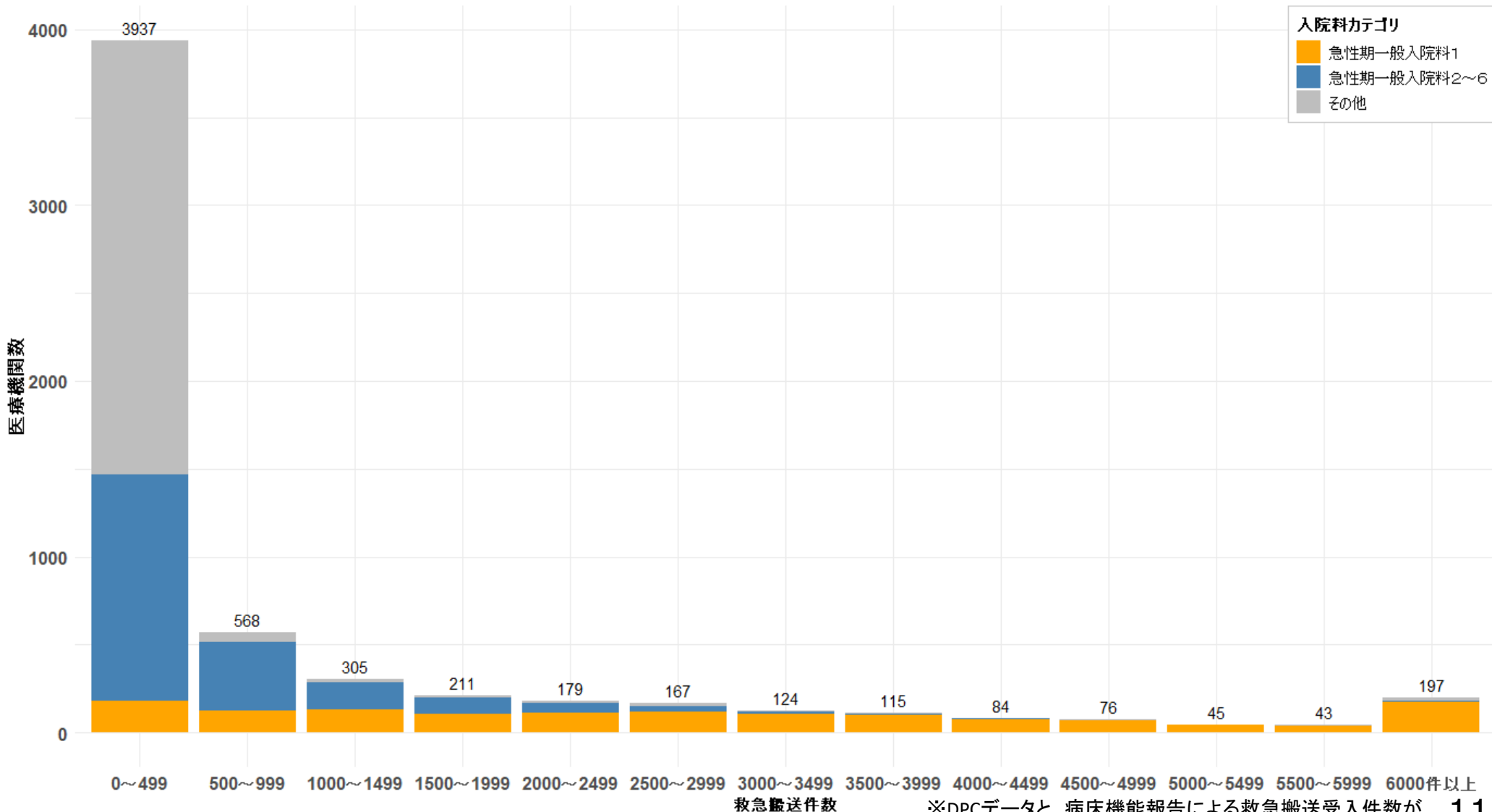
- 各二次医療圏に所属する医療機関が受けた救急搬送件数の総数は、年間約5100件/10万人であった。
- 二次医療圏人口を説明変数とした回帰直線とその95%予測区間を設定すると、いくつかの二次医療圏については予測区間を外れており、これらの医療圏は、他の医療圏との間での救急搬送の受け入れ／送り出しや、全国的な人口構成と異なること等が考えられる。



救急搬送件数別の病院数

○ 全国の病院（6051）※のうち、年間救急搬送受入件数2000件以上の病院は約17%（1030）であり、その2倍の年間4000件を受け入れている病院は約7%（445）であった。

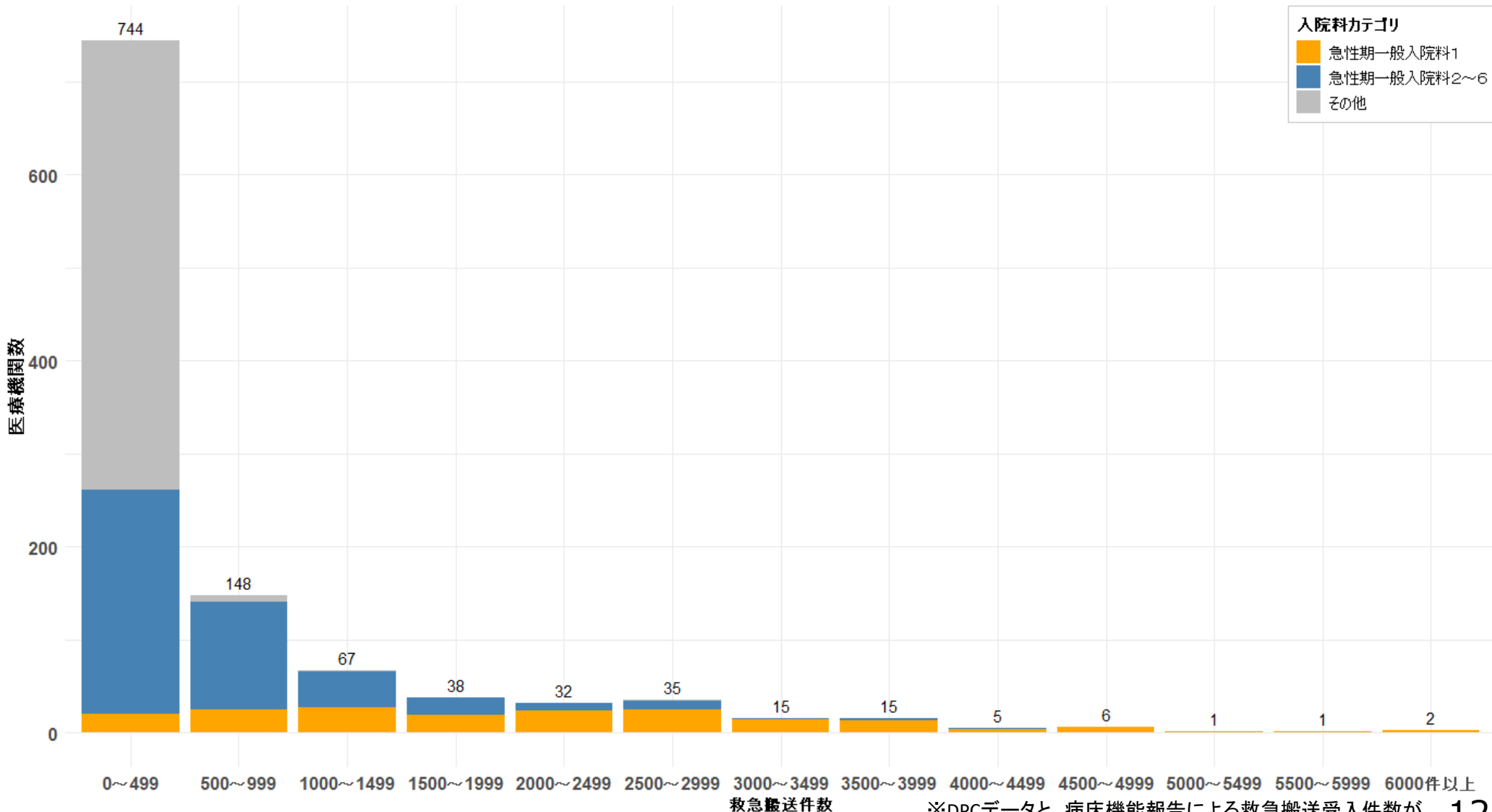
救急搬送件数区分別の医療機関数



救急搬送件数別の病院数(人口20万人未満医療圏)

○ 人口20万人未満医療圏における病院(1109)※で見ると、年間救急搬送受入件数2000件以上の病院は約10%(112)であり、年間4000件を受け入れている病院は約1%(15)であった。

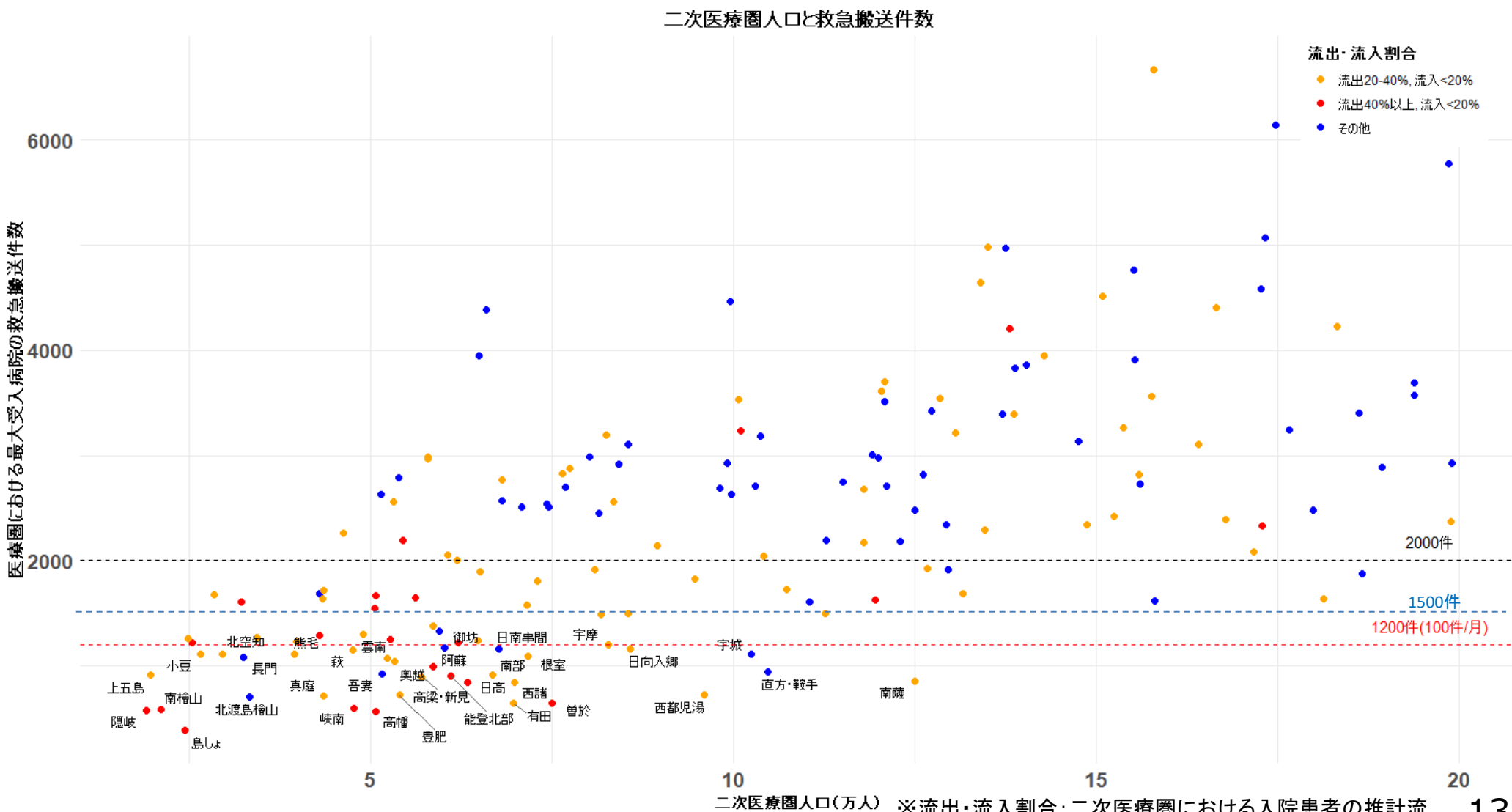
人口20万人未満医療圏における救急搬送件数区分別医療機関数



※DPCデータと、病床機能報告による救急搬送受入件数が
突合可能であった20万人未満医療圏の病院。

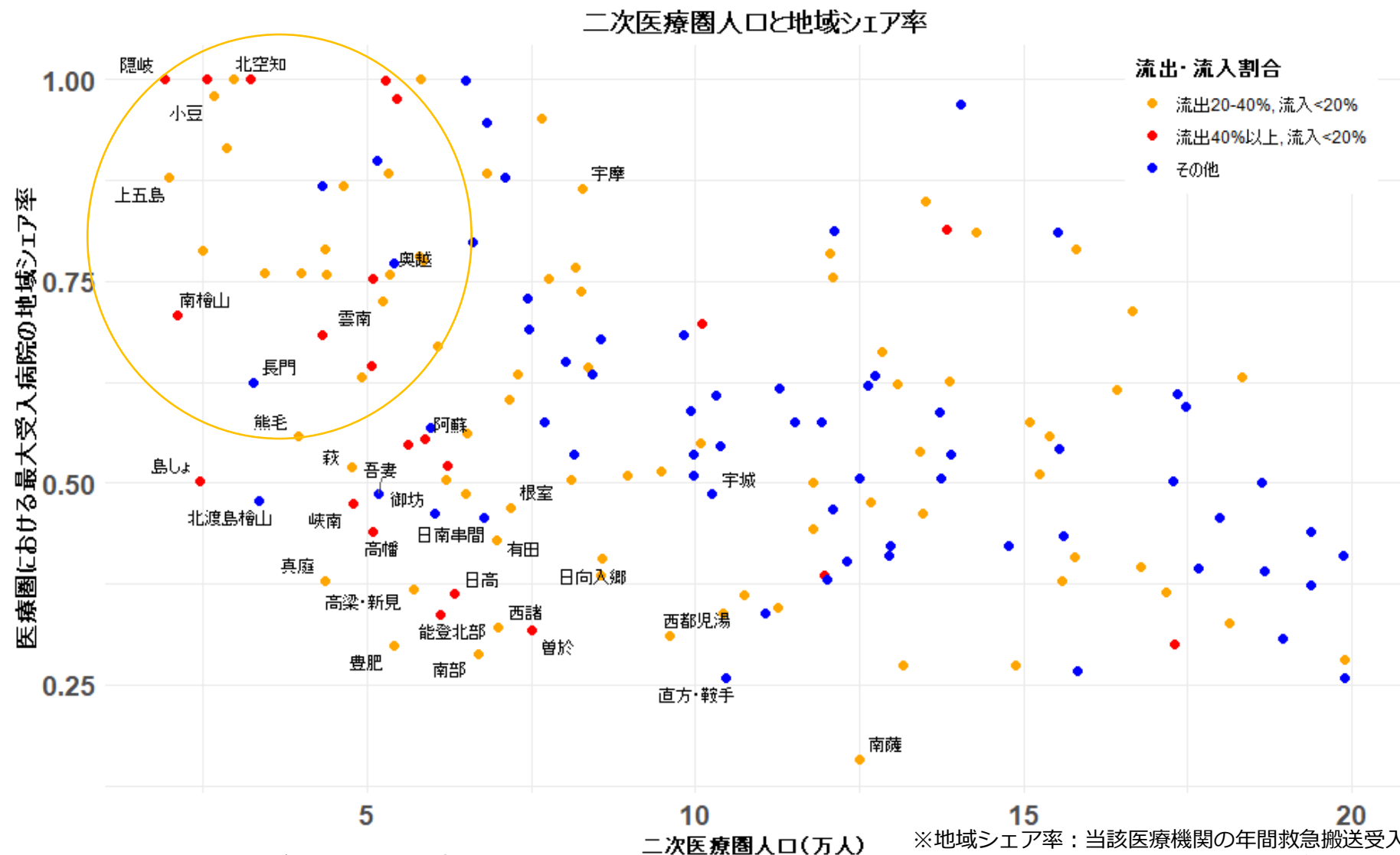
各二次医療圏(20万人未満)の最大救急搬送受入病院における救急搬送件数

- 人口20万人未満の各二次医療圏 (n=161) の最大救急搬送受入病院において、急性期充実体制加算等の施設基準である年間救急搬送受入件数2000件を超える病院を持つ医療圏は91医療圏であった。
- 年間1500件を超える救急搬送受入のある病院を持つ医療圏は113医療圏、年間1200件を超える救急搬送受入のある病院を持つ医療圏は127医療圏であった。



各二次医療圏（20万人未満）の最大救急搬送受入病院における地域シェア率

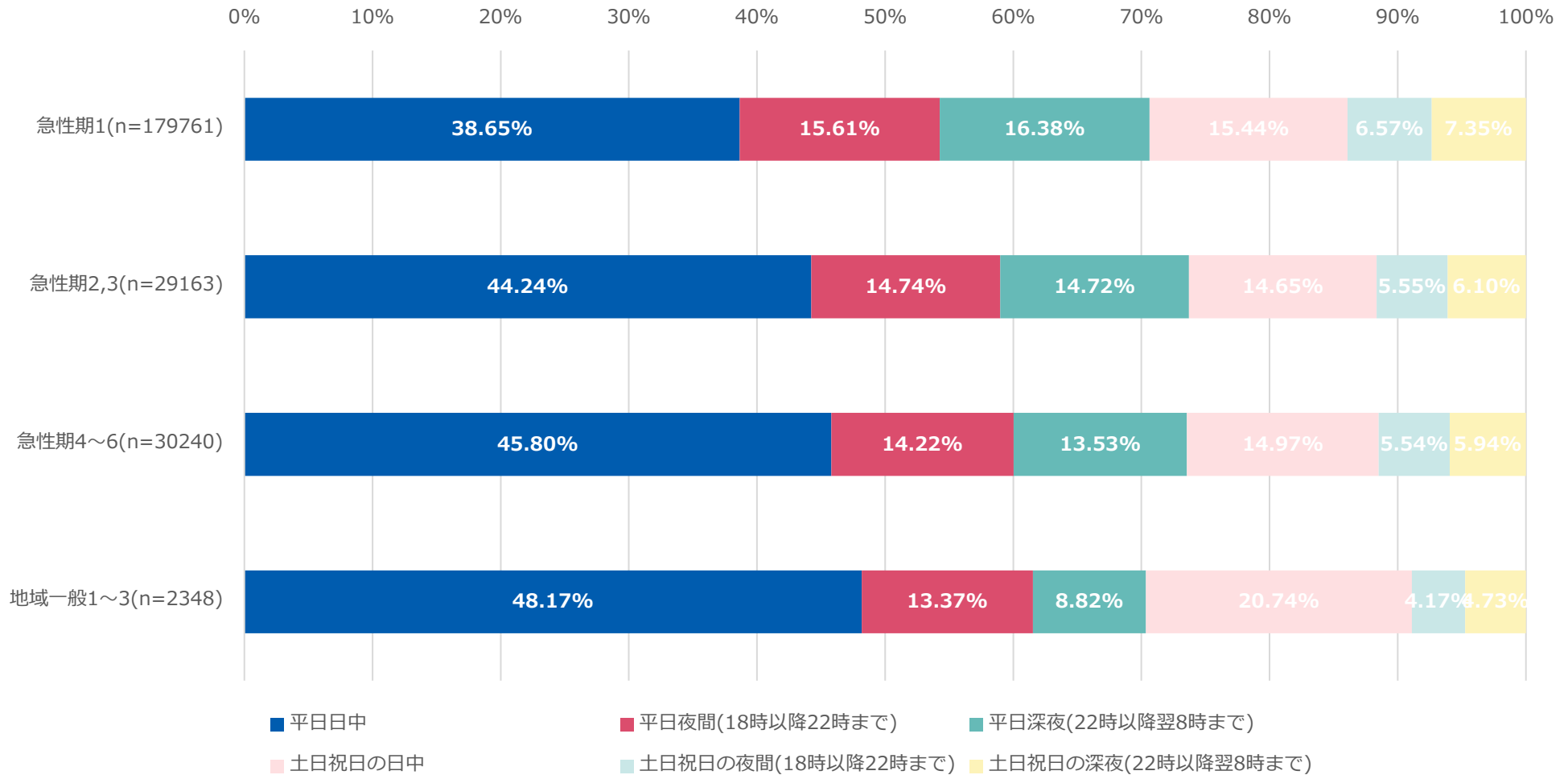
- 人口20万人未満の各二次医療圏の最大救急搬送受入病院において、二次医療圏人口が少ない医療圏では、地域シェア率※が高くなる傾向があった。
- 二次医療圏人口が少ない医療圏では、人口の多い医療圏と比較して、患者の流出率が40%を超える医療圏が多い傾向にあった。



救急搬送の時間帯別診療患者割合

○救急搬送で診療した患者のうち、平日・土日問わず、夜間・深夜に診療した割合は、急性期一般入院料1で高かった。

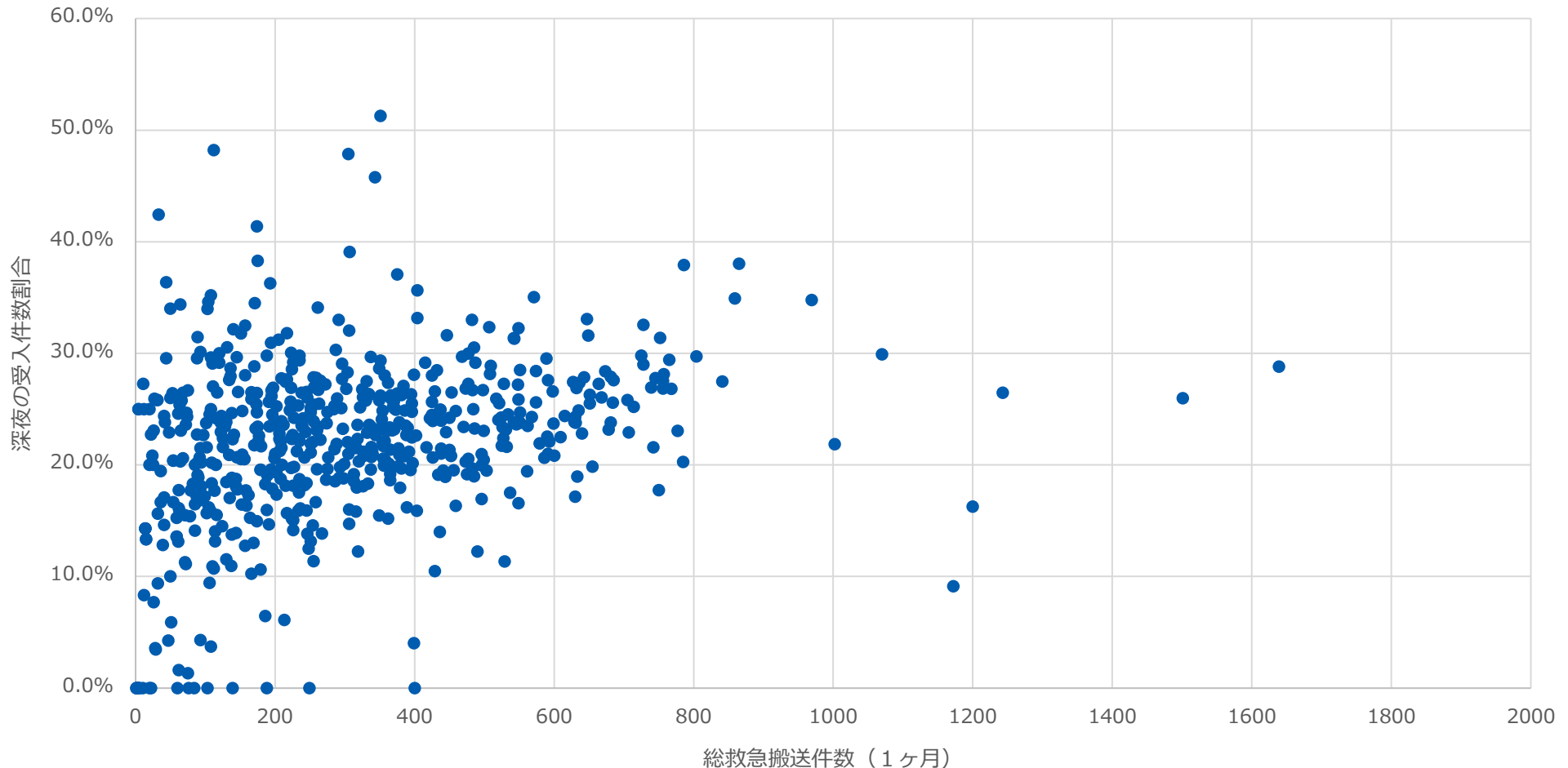
救急搬送で診療した患者割合（時間帯別）



急性期一般入院料 1 における救急搬送深夜受入割合

○急性期一般入院料 1 の算定病院において、深夜の救急搬送受入割合は 10～30%が多く、それ以上に深夜に受け入れている病院もある一方で、全く受け入れていない病院も見られるなど、ばらつきが見られた。

急性期一般入院料1の施設における総救急搬送のうち深夜の受入件数割合(n=589)

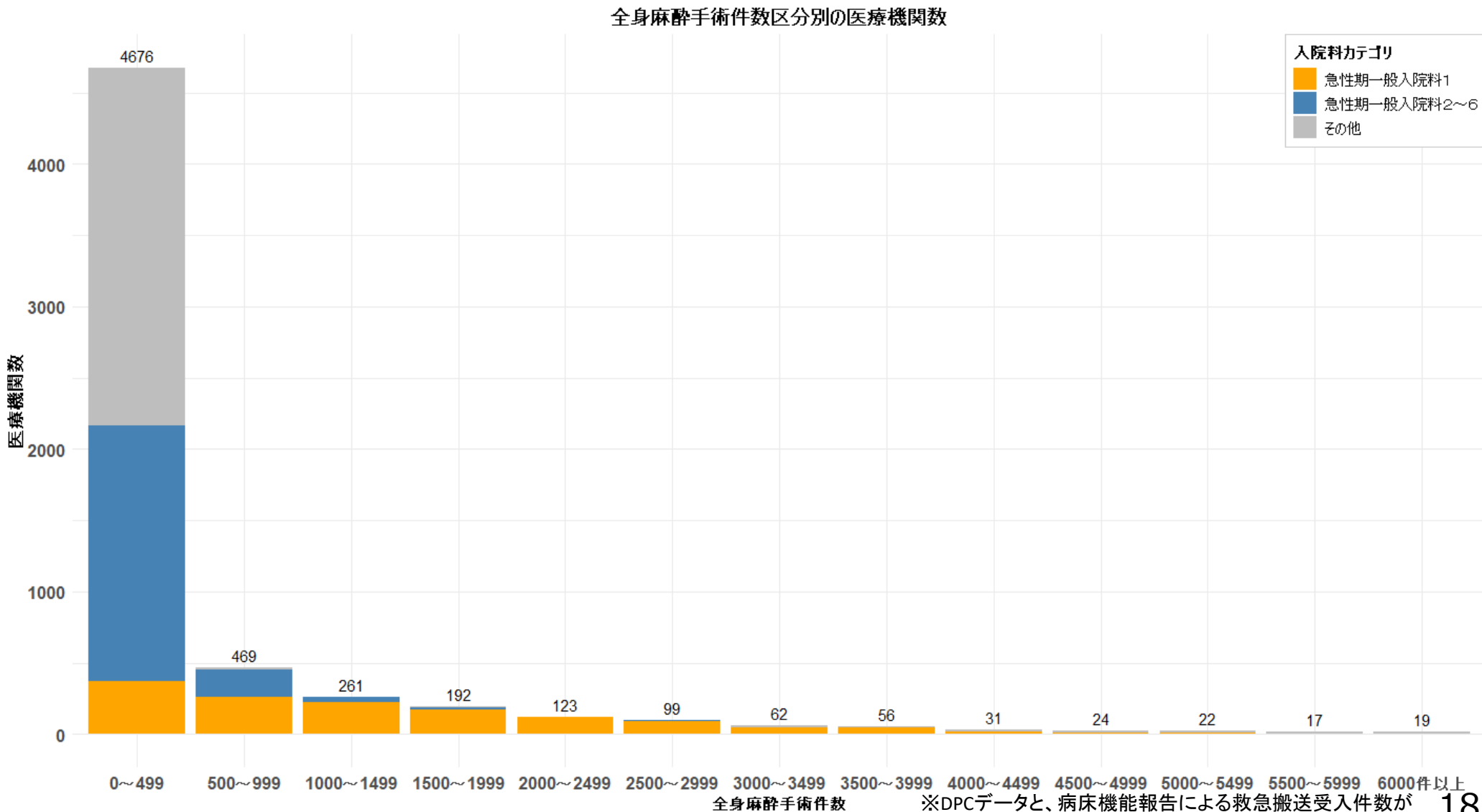


急性期機能に着目した評価指標の現状と課題

評価の観点	一般的な急性期機能	拠点的な急性期機能
救急搬送	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 二次医療圏において、一般的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 地域の人口規模等で、配慮すべき観点はあるか	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） - 救急搬送件数2000件等（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 地域における拠点的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 人口規模の小さな地域や離島等での、救急搬送に係る拠点的な機能をどのように考えるか
全身麻酔手術	【課題】 一般的な急性期機能として、地域でどの程度の手術が実施されているか	【現状の評価指標】 - DPC特定病院群の実績要件として、手術件数、外保連指数を評価 - 全身麻酔手術件数や悪性腫瘍手術等を評価（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能として、どのような難易度・件数の手術が実施されているか
総合性	【現状の評価指標】 - カバー率指数：様々な患者に対応できる総合的な体制について評価（DPC制度：カバー率指数） 5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 一般的な急性期機能として、どの程度の総合性があると考えられるか	【現状の評価指標】 - カバー率指数や、5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度） - 幅広い標榜診療科と入院医療提供を評価（総合入院体制加算） - 小児・周産期・精神の入院医療を評価（小児・周産期・精神科充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能では、どの程度総合性があると考えられるか

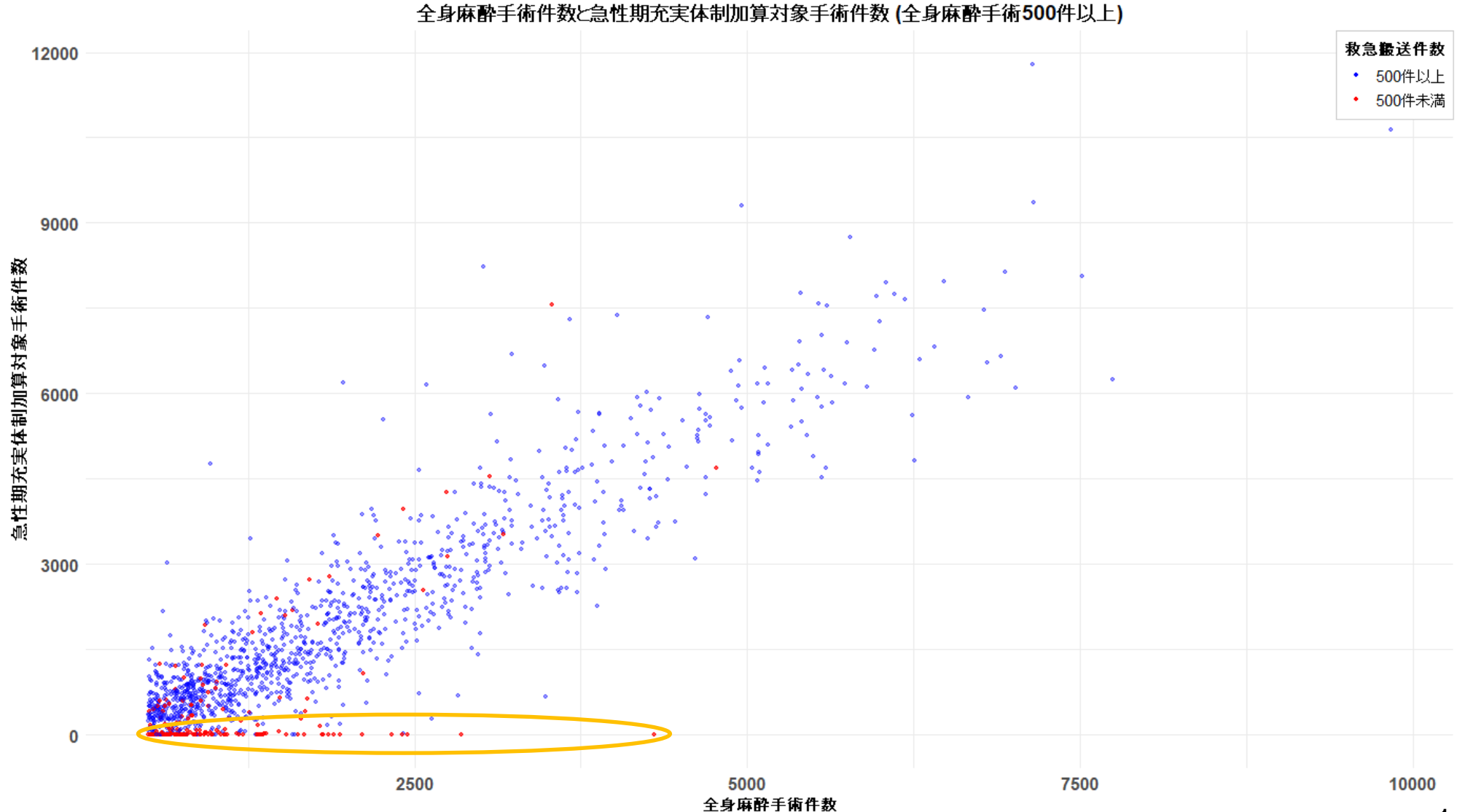
全身麻酔手術件数別の病院数

○ 全国の病院（6051）で見ると、全身麻酔手術件数500件以上の病院は約22.7%（1375）であった。



救急搬送件数別の全身麻酔手術件数と加算対象手術件数

- 全身麻酔手術を実施している病院において、全身麻酔手術件数と急性期充実体制加算対象手術件数の分布を見ると、救急搬送受入500件以上の病院と比較して、救急搬送受入500件未満の病院においては、全身麻酔手術は実施しているものの加算対象手術がわずかである病院が多くみられた。



※急性期充実体制加算の施設基準の要件となっている、悪性腫瘍手術、腹腔鏡下手術、胸腔鏡下手術、心臓カテーテル法による手術、消化管内視鏡による手術、心臓胸部大血管手術、6歳未満乳幼児手術の合計(各区分の重複手術報告含)

1. 急性期入院医療について（その2）

（1）一般的な急性期機能について

（2）拠点的な急性期機能について

（3）その他

急性期機能に着目した評価指標の現状と課題

評価の観点	一般的な急性期機能	拠点的な急性期機能
救急搬送	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 二次医療圏において、一般的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 地域の人口規模等で、配慮すべき観点はあるか	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） - 救急搬送件数2000件等（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 地域における拠点的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 人口規模の小さな地域や離島等での、救急搬送に係る拠点的な機能をどのように考えるか
全身麻酔手術	【課題】 一般的な急性期機能として、地域でどの程度の手術が実施されているか	【現状の評価指標】 - DPC特定病院群の実績要件として、手術件数、外保連指数を評価 - 全身麻酔手術件数や悪性腫瘍手術等を評価（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能として、どのような難易度・件数の手術が実施されているか
総合性	【現状の評価指標】 - カバー率指数：様々な患者に対応できる総合的な体制について評価（DPC制度：カバー率指数） 5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 一般的な急性期機能として、どの程度の総合性があると考えられるか	【現状の評価指標】 - カバー率指数や、5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度） - 幅広い標榜診療科と入院医療提供を評価（総合入院体制加算） - 小児・周産期・精神の入院医療を評価（小児・周産期・精神科充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能では、どの程度総合性があると考えられるか

第2回入院外来分科会（R7.5.22）における主な意見

（拠点的な急性期の機能について）

- 現状の二次医療圏における、急性期拠点機能と近い急性期充実体制加算や総合入院体制加算の状況のデータも必要ではないか。
- 小規模の二次医療圏における拠点的な急性期の機能について、件数だけでは評価しきれないことが想定され、新たにシェア率の要素を入れていくことも一つの選択肢ではないか。
- 人口の少ないところで、加算が取れていない病院があり、一手に救急医療を引き受けているような病院には何等か検討が必要。

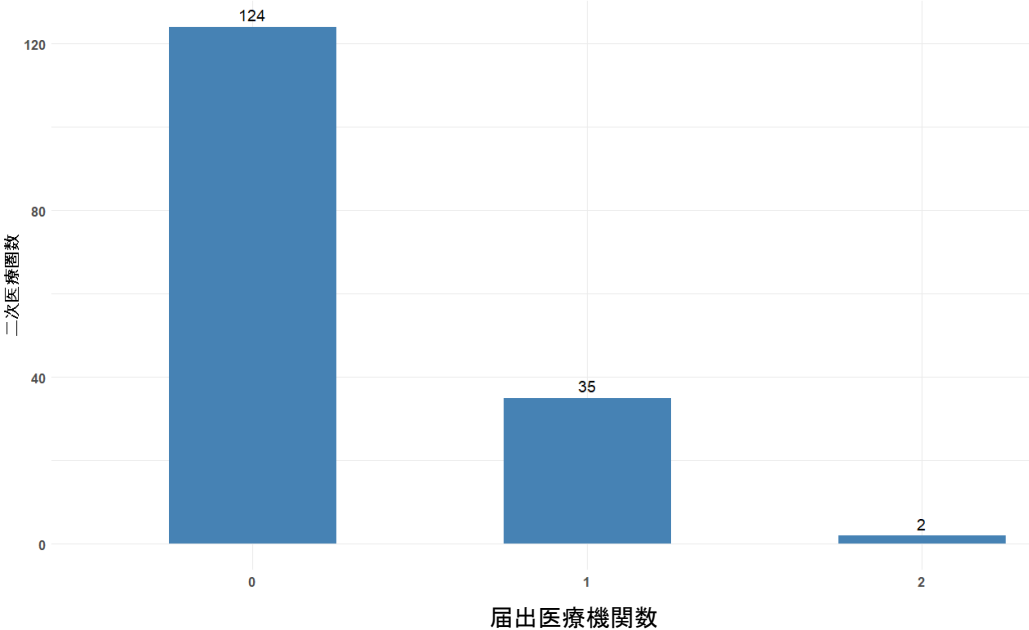
（DPC制度との関係性について）

- DPCの特定病院群が拠点的な機能を担うことは想定され、DPC制度において、入院基本料と総合入院体制加算、急性期充実体制加算との関係を組み合わせて、新たに病院群の定義を検討することもあり得るのではないか。
- DPC制度への参加基準について、急性期入院医療の標準化を進めるという原則から、これから参加すべき病院に今後参加してもらうことも踏まえつつ、妥当な基準を検討すべき。
- DPC制度で医師派遣も評価されているが、医師少数区域以外の派遣機能も重要とあることがあるので、重みづけ等の論点になり得る。
- 超高額医薬品が大学に集中しているので、こういったものをどのように機能として見ていくかも論点となり得る。

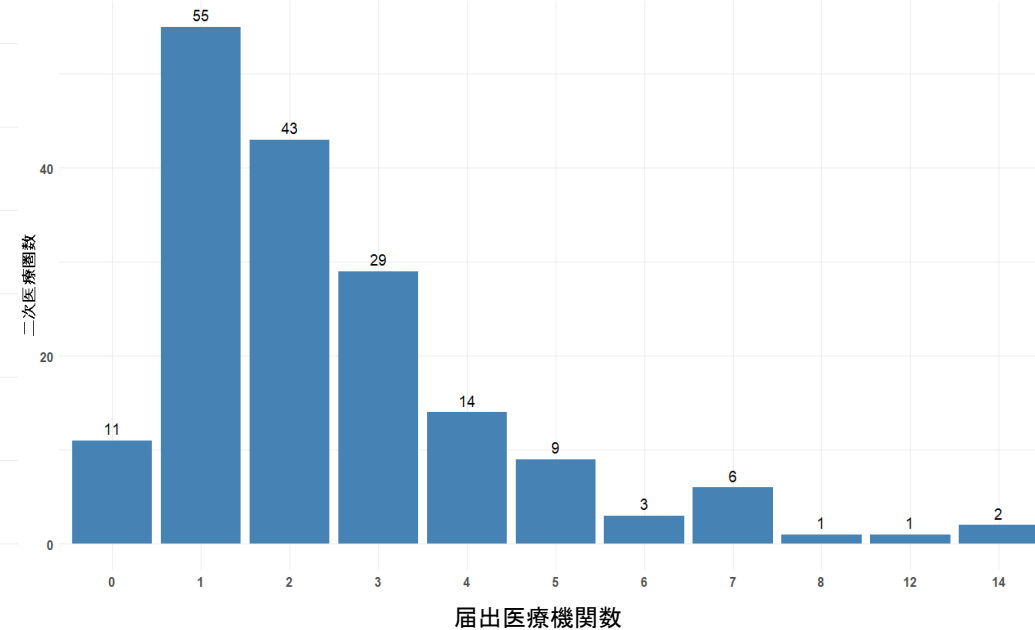
各医療圏における加算届出病院数

- 20万人未満の二次医療圏では、約 8 割の医療圏で急性期充実体制加算、総合入院体制加算のいずれも届出していなかった。
- 20万人以上の二次医療圏では、9 割以上の医療圏で、急性期充実体制加算又は総合入院体制加算のいずれかを届出している病院があった。

人口20万人未満の二次医療圏ごとの加算届出医療機関数の分布 (n=161)



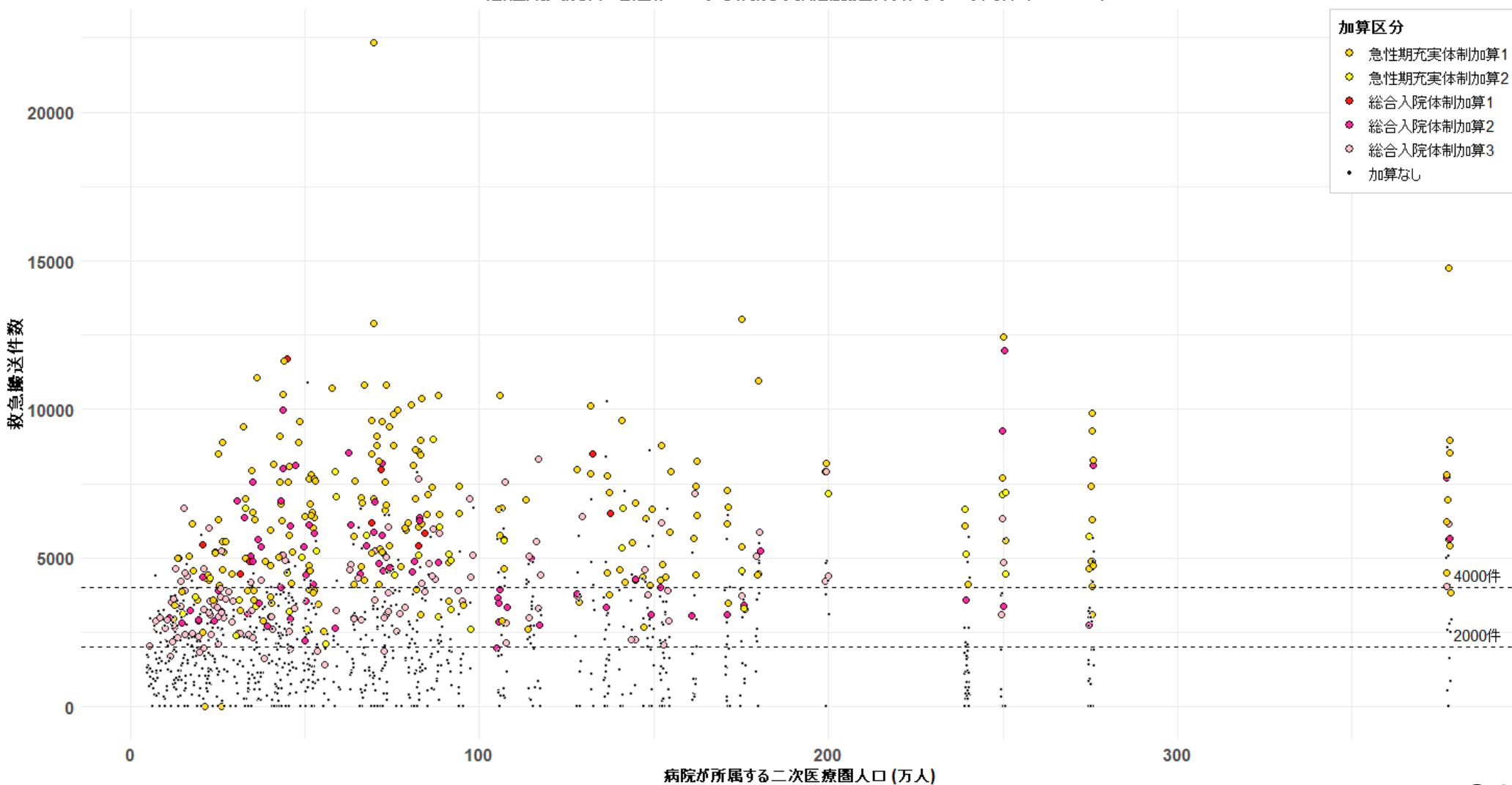
人口20万人以上の二次医療圏ごとの加算届出医療機関数の分布 (n=174)



急性期一般入院料1と加算届出病院について

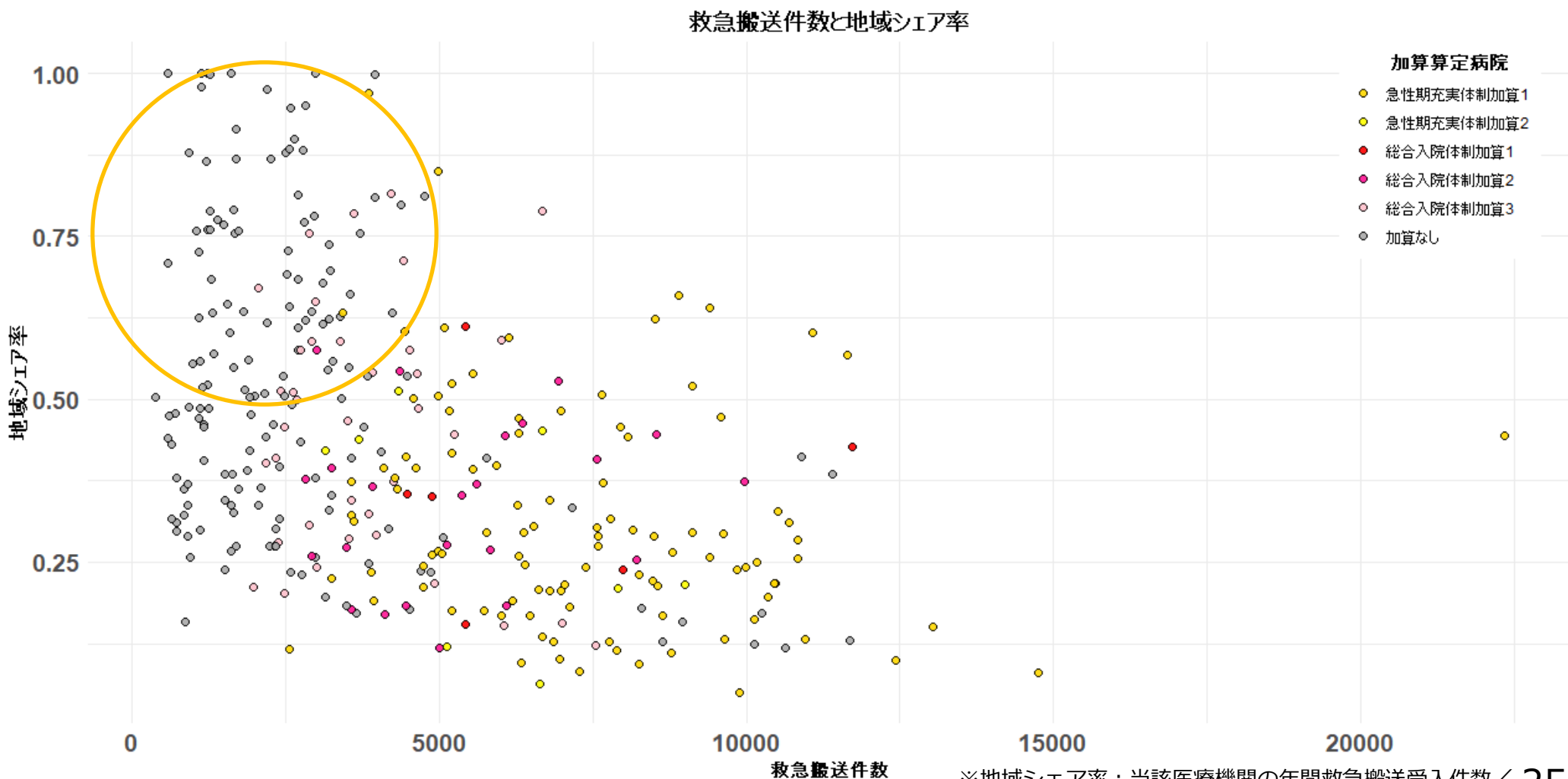
- 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関において、救急搬送件数2000～4000件においては、加算を届け出ている医療機関とともに、そうでない医療機関が見受けられるが、4000件以上では、その多くの医療機関において、加算を届け出ている。

急性期入院料1を届け出ている病院の救急搬送件数と人口の関係(n=1382)



救急搬送件数と地域シェア率

- 各二次医療圏における最大救急搬送件数受入のある病院について、救急搬送件数と地域シェア率の分布を見ると、救急搬送件数がそれほど多くない病院であっても、地域の救急搬送の半数以上をカバーする病院があり、地域の拠点的な急性期機能を担っている可能性がある。
- こうした病院は加算で評価されていない病院も多い。



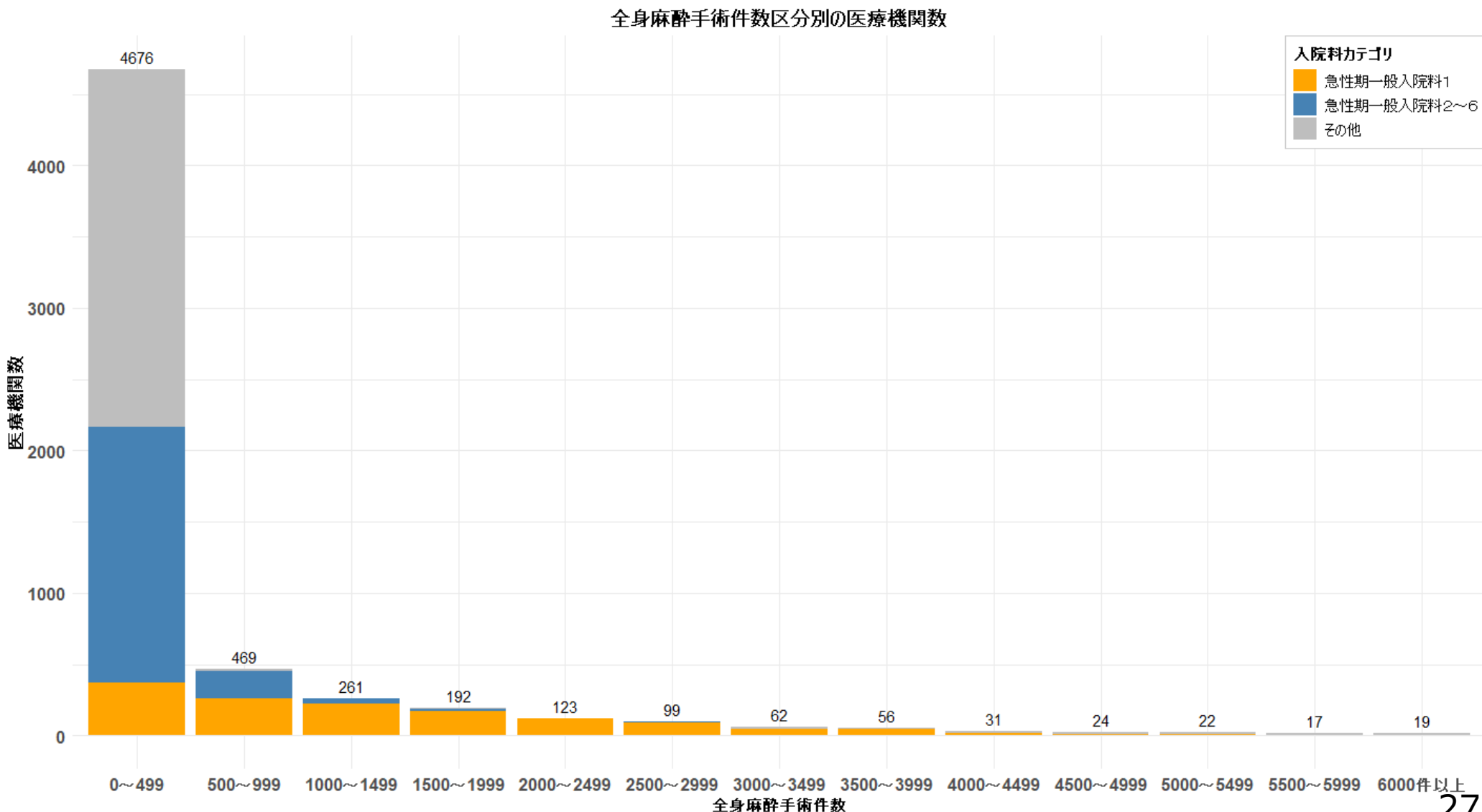
※地域シェア率：当該医療機関の年間救急搬送受入件数／
所属二次医療圏内全医療機関の合計救急搬送受入件数

急性期機能に着目した評価指標の現状と課題

評価の観点	一般的な急性期機能	拠点的な急性期機能
救急搬送	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 二次医療圏において、一般的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 地域の人口規模等で、配慮すべき観点はあるか	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） - 救急搬送件数2000件等（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 地域における拠点的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 人口規模の小さな地域や離島等での、救急搬送に係る拠点的な機能をどのように考えるか
全身麻酔手術	【課題】 一般的な急性期機能として、地域でどの程度の手術が実施されているか	【現状の評価指標】 - DPC特定病院群の実績要件として、手術件数、外保連指数を評価 - 全身麻酔手術件数や悪性腫瘍手術等を評価（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能として、どのような難易度・件数の手術が実施されているか
総合性	【現状の評価指標】 - カバー率指数：様々な患者に対応できる総合的な体制について評価（DPC制度：カバー率指数） 5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 一般的な急性期機能として、どの程度の総合性があると考えられるか	【現状の評価指標】 - カバー率指数や、5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度） - 幅広い標榜診療科と入院医療提供を評価（総合入院体制加算） - 小児・周産期・精神の入院医療を評価（小児・周産期・精神科充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能では、どの程度総合性があると考えられるか

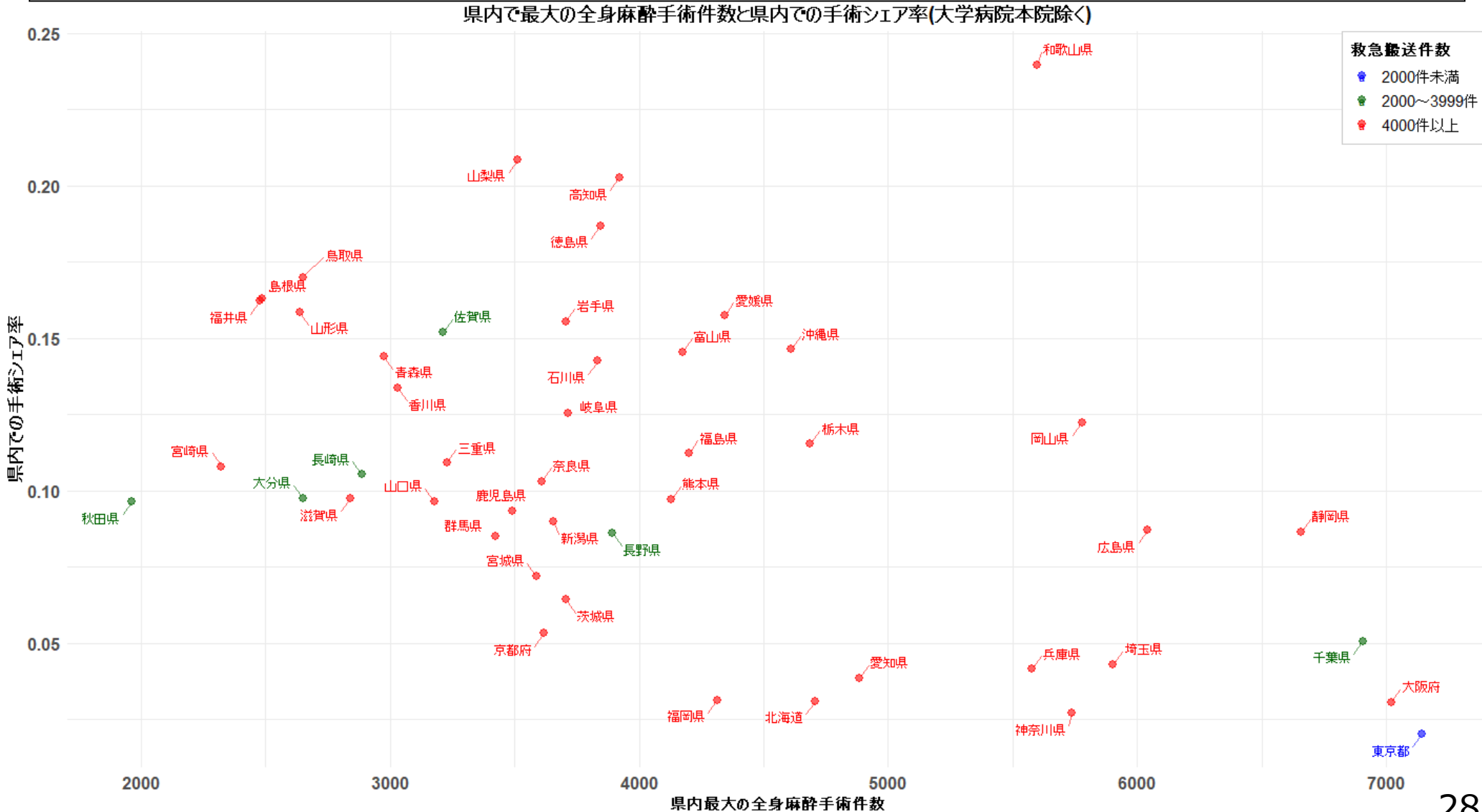
全身麻酔手術件数別の病院数

- 全国の病院（6051）で見ると、総合入院体制加算等の施設基準となっている、全身麻酔手術件数800件以上の病院は約17.5%（1056）、年間1200件以上の病院は約13%（788）、年間2000件以上の病院は約7.5%（453）であった。



全身麻酔手術件数と県内シェア率

○各都道府県において、大学病院本院以外の全身麻酔手術件数が最大の病院について、秋田県を除く全ての病院で、全身麻酔手術件数が2000件を超えていた。



外保連手術指数について

外保連手術指数の算出方法について

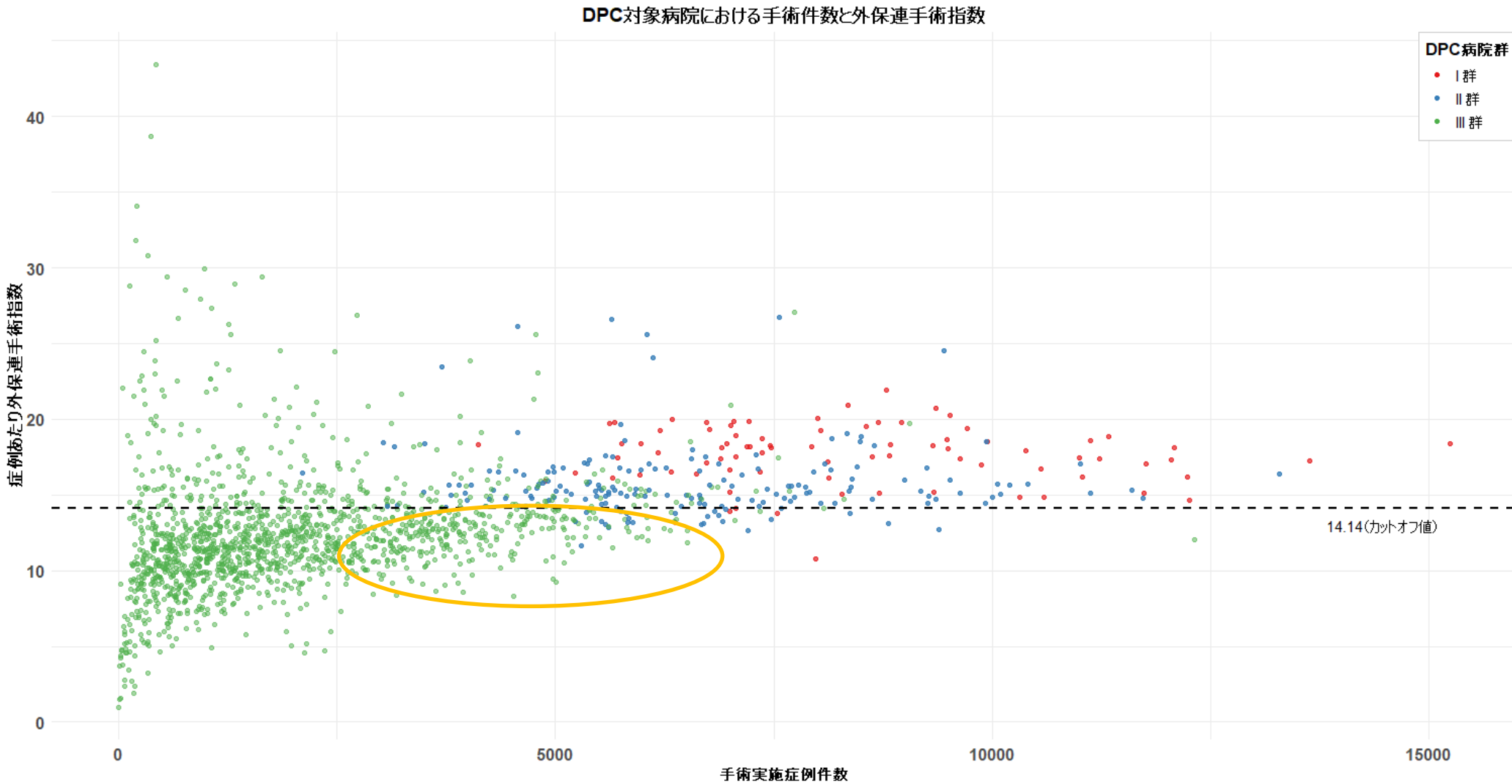
外保連手術指数は、外保連試案に記載されている、外科医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値（下表参照。難易度B、外科医師数1人を1としてそれぞれ相対化）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出する。

【例】 難易度D、外科医師数 3、手術時間数 3 の手術は $7.05 \times 3 = 21.15$

外科医師数	7	6	5	4	3	2	1
E	13.49	13.22	12.95	12.68	11.68	9.37	5.62
D	8.14	7.87	7.60	7.32	7.05	6.05	3.75
C			4.12	3.85	3.58	3.30	2.30
B				1.82	1.54	1.27	1.00

DPC対象病院における手術件数と外保連手術指数

- 同程度の手術実施症例件数の病院であっても、手術あたりの外保連手術指数にはばらつきがあり、手術実施症例が一定以上の病院であっても、外保連手術指数が低い病院もある。



急性期機能に着目した評価指標の現状と課題

評価の観点	一般的な急性期機能	拠点的な急性期機能
救急搬送	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 二次医療圏において、一般的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 地域の人口規模等で、配慮すべき観点はあるか	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） - 救急搬送件数2000件等（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 地域における拠点的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 人口規模の小さな地域や離島等での、救急搬送に係る拠点的な機能をどのように考えるか
全身麻酔手術	【課題】 一般的な急性期機能として、地域でどの程度の手術が実施されているか	【現状の評価指標】 - DPC特定病院群の実績要件として、手術件数、外保連指数を評価 - 全身麻酔手術件数や悪性腫瘍手術等を評価（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能として、どのような難易度・件数の手術が実施されているか
総合性	【現状の評価指標】 - カバー率指数：様々な患者に対応できる総合的な体制について評価（DPC制度：カバー率指数） 5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 一般的な急性期機能として、どの程度の総合性があると考えられるか	【現状の評価指標】 - カバー率指数や、5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度） - 幅広い標榜診療科と入院医療提供を評価（総合入院体制加算） - 小児・周産期・精神の入院医療を評価（小児・周産期・精神科充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能では、どの程度総合性があると考えられるか

総合入院体制加算

平成4年に「入院時医学管理加算」として新設、平成20年に24時間総合的な入院医療を提供できる体制の評価として再編。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算 1 260点	総合入院体制加算 2 200点	総合入院体制加算 3 120点
共通の施設基準	- 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。 - 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜（※）しそれらに係る入院医療を提供している。（※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていないことも良い。） - 外来を縮小する体制を有すること。（右記） - 次のいずれにも該当する。 - ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。 - イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 - 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。 - 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。 - 救急時医療情報閲覧機能を有していること。		
実績要件	全身麻酔手術件数 年2000 件以上	全身麻酔手術件数が 年1200 件以上	全身麻酔手術件数が年800件以上
	ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 エ 放射線治療（体外照射法）：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす －	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす －
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること		
	精神患者の入院受入体制がある	以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上	以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	－
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A 2点以上又はC 1点以上)	必要度Ⅰ： <u>3割3分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>3割2分以上</u>	必要度Ⅰ： <u>3割1分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>3割以上</u>	必要度Ⅰ： <u>2割8分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>2割7分以上</u>

急性期充実体制加算の見直し

急性期充実体制加算の見直し

- 悪性腫瘍手術等の実績要件のうち多くの基準を満たす場合とそれ以外であって小児科又は産科の実績を有する場合に応じた評価を行うとともに、小児科、産科及び精神科の入院医療の提供に係る要件を満たす場合について、小児・周産期・精神科充実体制加算を新設する。また、手術等の実績要件に、心臓胸部大血管の手術を追加する。

現行

【急性期充実体制加算】

(新設)

1	7 日以内の期間	460点
2	8 日以上11日以内の期間	250点
3	12日以上14日以内の期間	180点

(新設)

(新設)

注 2 精神疾患を有する患者の受入に係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

(急性期充実体制加算 1)

手術等に係る実績について、(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち5つ以上を満たしていること。

(急性期充実体制加算 2)

(チ)又は(リ)のいずれかを満たし、手術等に係る実績について、(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち2つ以上を満たしていること。

改定後

【急性期充実体制加算】

1 急性期充実体制加算 1

イ	7 日以内の期間	440点
ロ	8 日以上11日以内の期間	200点
ハ	12日以上14日以内の期間	120点

2 急性期充実体制加算 2

イ	7 日以内の期間	360点
ロ	8 日以上11日以内の期間	150点
ハ	12日以上14日以内の期間	90点

注 2 小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入に係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、小児・周産期・精神科充実体制加算として、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。

イ	急性期充実体制加算 1 の場合	90点
ロ	急性期充実体制加算 2 の場合	60点

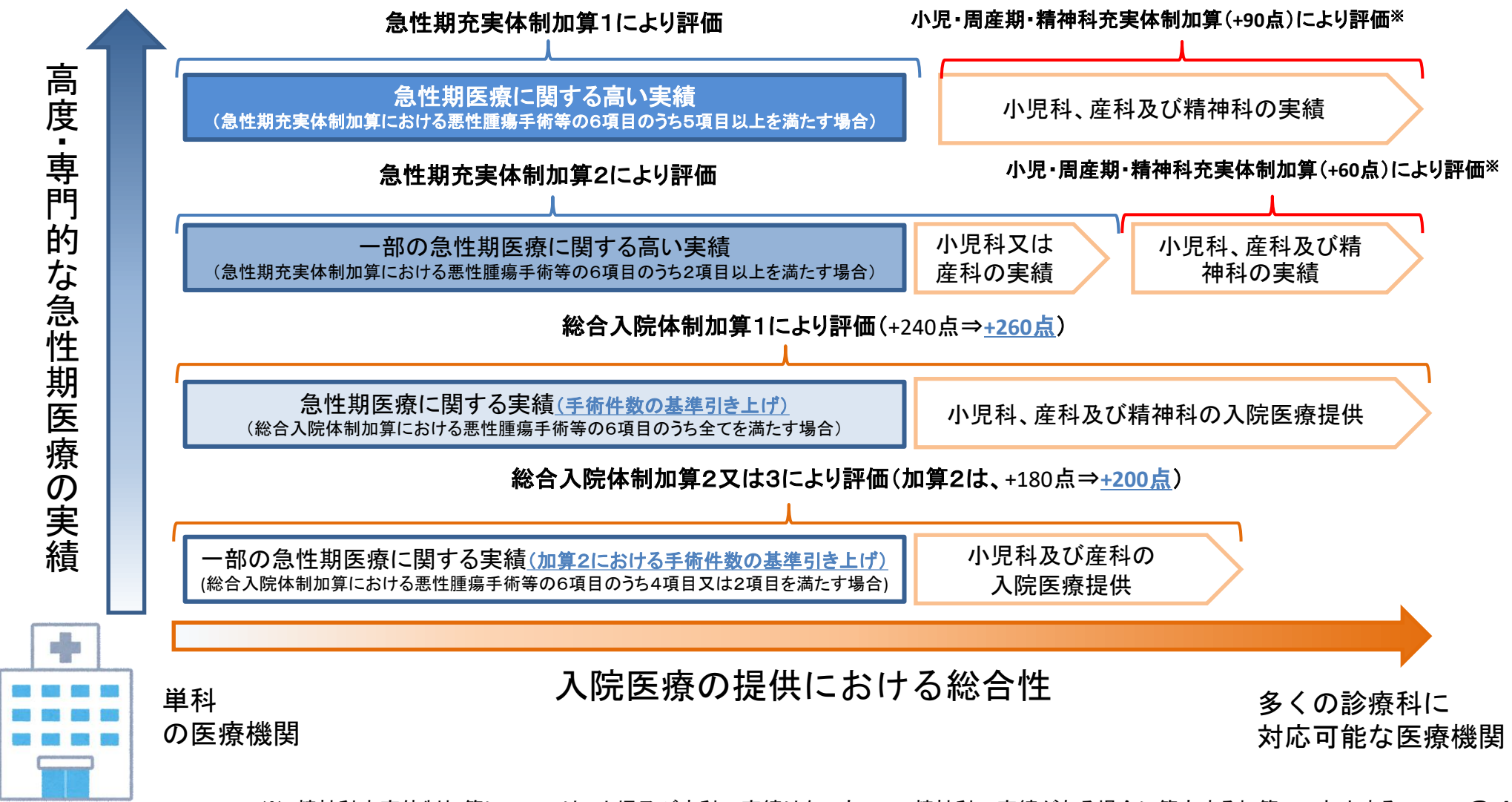
注 3 精神疾患を有する患者の受入に係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

<手術等に係る実績の要件>

- (イ) 全身麻酔による手術について、2,000 件／年以上（うち、緊急手術350 件／年以上）
- (ロ) 悪性腫瘍手術について、400 件／年以上
- (ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400 件／年以上
- (ニ) 心臓カテーテル法による手術について、200 件／年以上
- (ホ) 消化管内視鏡による手術について、600 件／年以上
- (ヘ) 化学療法の実施について、1,000 件／年以上
- (ト) 心臓胸部大血管の手術について、100 件／年以上
- (チ) 異常分娩の件数が50 件／年以上であること。
- (リ) 6 歳未満の乳幼児の手術件数が40 件／年以上であること。

急性期充実体制加算等の見直し

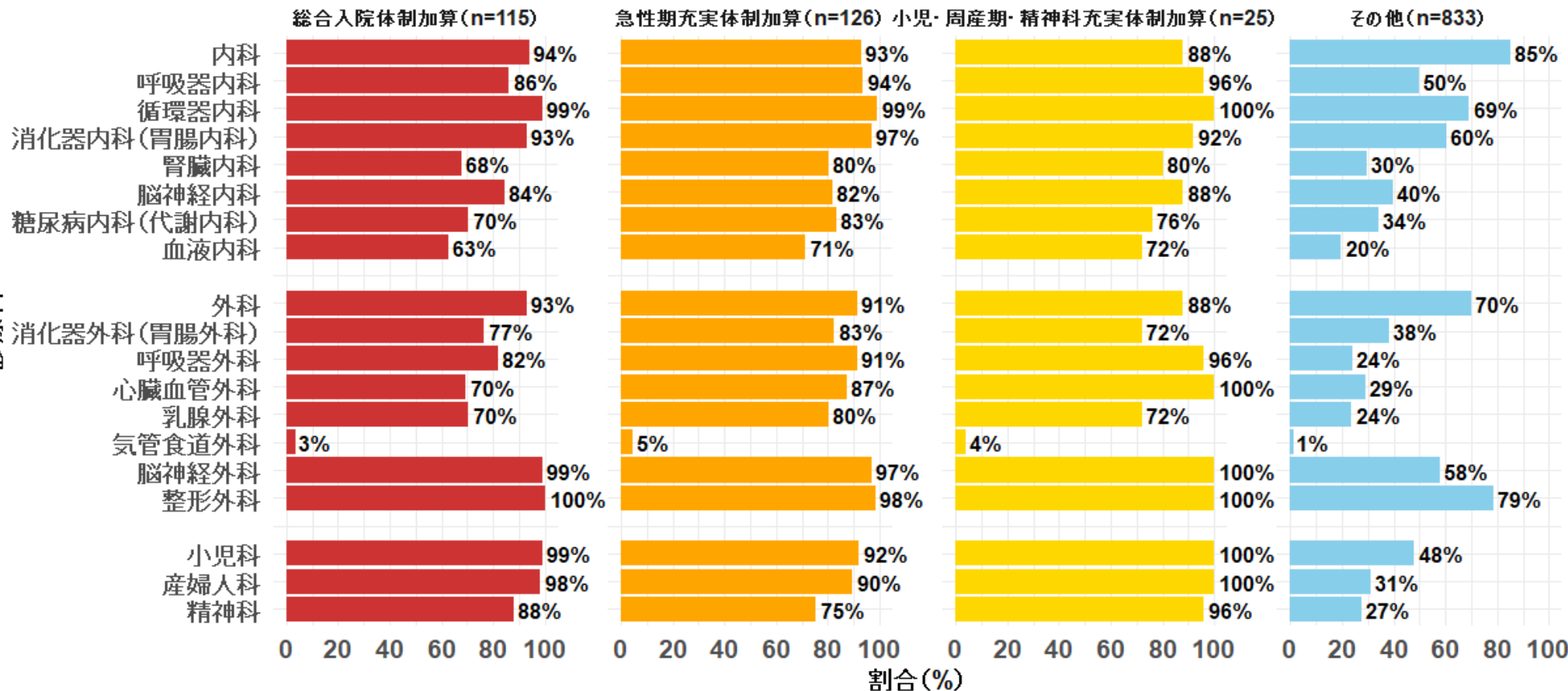
急性期医療における診療実績及び入院医療の提供体制に基づく評価体系（イメージ）



各診療科を標榜している病院の割合

- 総合入院体制加算や急性期充実体制加算を届け出ている病院では、その他の病院と比較して、各診療科について、標榜している病院の割合が高かった。
- 小児・周産期・精神科充実体制加算を届け出ている病院は、総合入院体制加算や急性期充実体制加算のみを届け出ている病院と比較して、小児科、産婦人科、精神科を標榜している病院の割合が高かった。

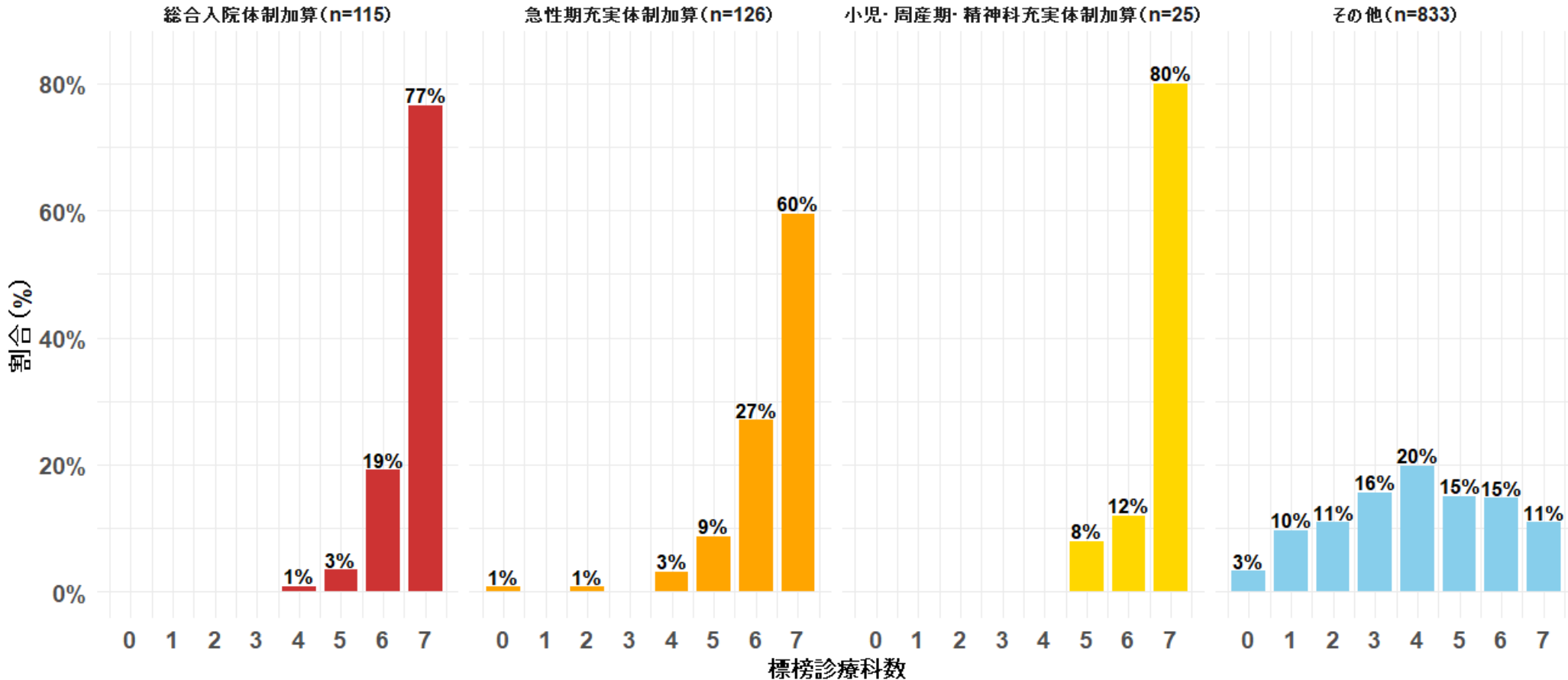
診療科ごとの標榜割合（加算区分別）



各加算届出病院における診療科標榜数ごとの病院割合

- 各加算を届け出ている病院では、その他の病院と比較して、内科、外科、脳神経外科、整形外科、小児科、産婦人科、精神科の各診療科を全て標榜している病院の割合が高かった。
- 加算届出病院の中でも、総合入院体制加算や小児・周産期・精神科充実体制加算を届け出ている病院は、急性期充実体制のみを届け出ている病院と比較して、全ての診療科を標榜している病院の割合が高かった。

診療科標榜数ごとの施設割合



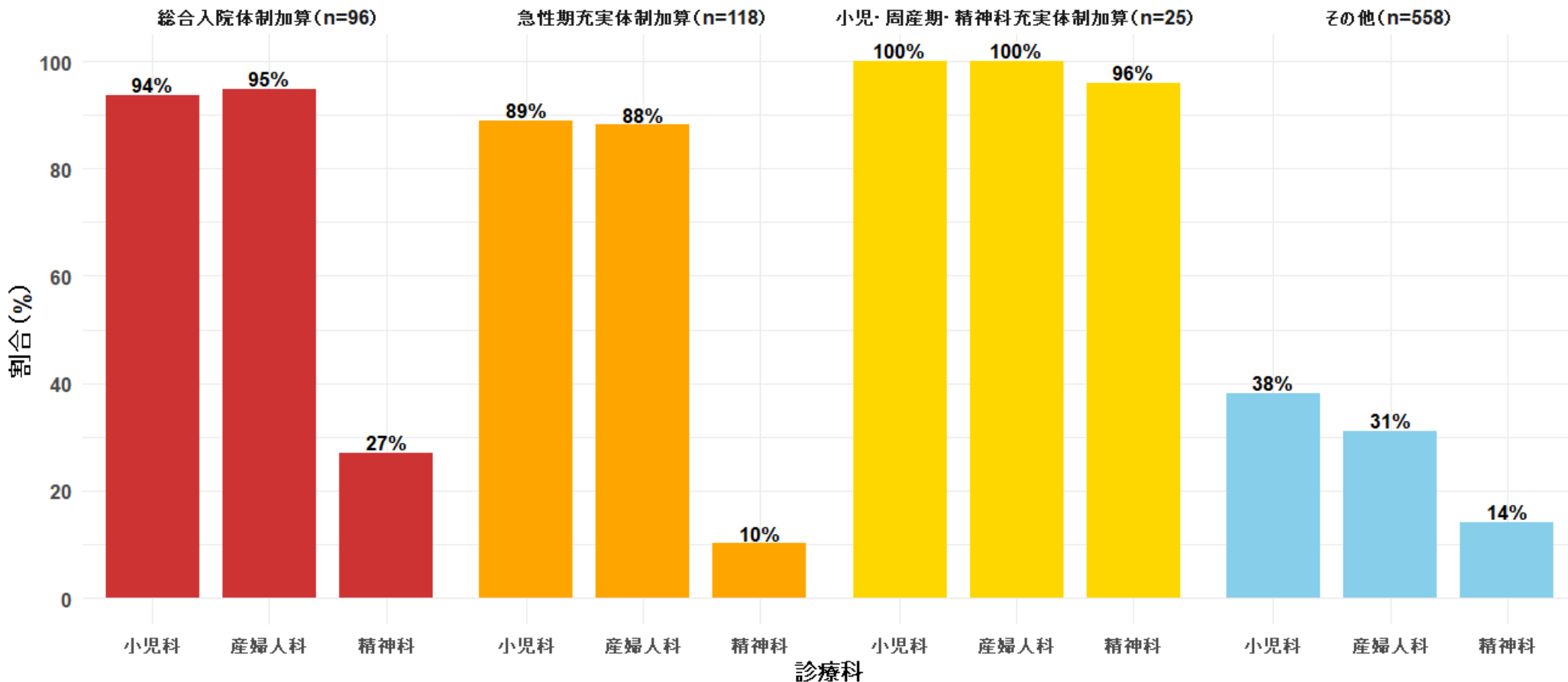
標榜診療科数

※内科、外科、脳神経外科、整形外科、小児科、産婦人科(産科含)、精神科の7診療科のうち、標榜している診療科数

各診療科の入院医療を提供している病院の割合

- 総合入院体制加算や急性期充実体制加算を届け出ている病院では、その他の病院と比較して、小児科、産婦人科、精神科の各診療科について、入院医療を提供している病院の割合が高かった。
- 小児・周産期・精神科充実体制加算を届け出ている病院は、総合入院体制加算や急性期充実体制加算のみを届け出ている病院と比較して、小児科、産婦人科、精神科の入院医療を提供している病院の割合が高かった。

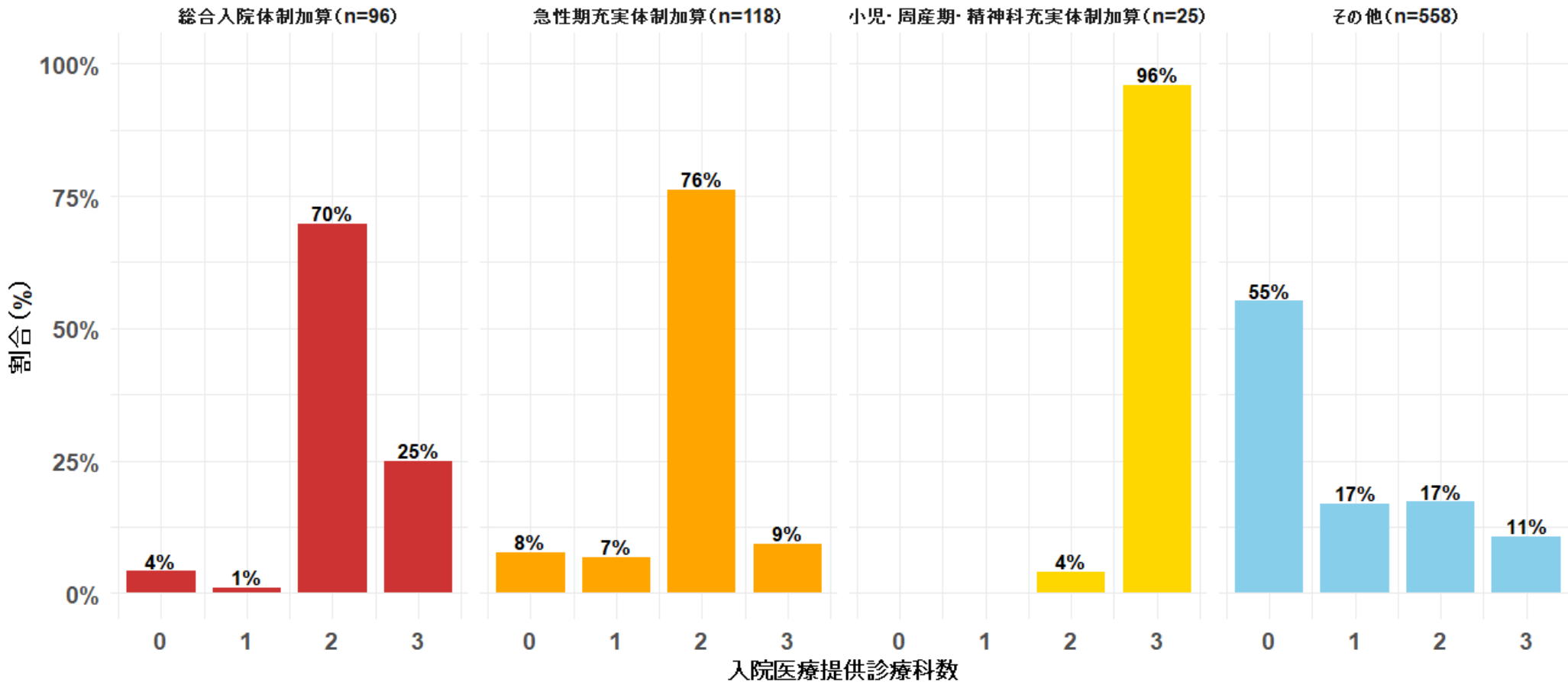
小児科・産婦人科・精神科の入院医療提供割合



各加算届出病院における入院医療を提供している診療科数ごとの病院割合

- 各加算を届け出ている病院では、その他の病院と比較して、小児科、産婦人科、精神科の全ての診療科の入院医療を提供している病院の割合が高かった。
- 加算届出病院の中でも、総合入院体制加算や小児・周産期・精神科充実体制加算を届け出ている病院は、急性期充実体制のみを届け出ている病院と比較して、全ての診療科の入院医療を提供している病院の割合が高かった。

小児科・産婦人科・精神科の入院医療提供施設割合



カバー率指数について

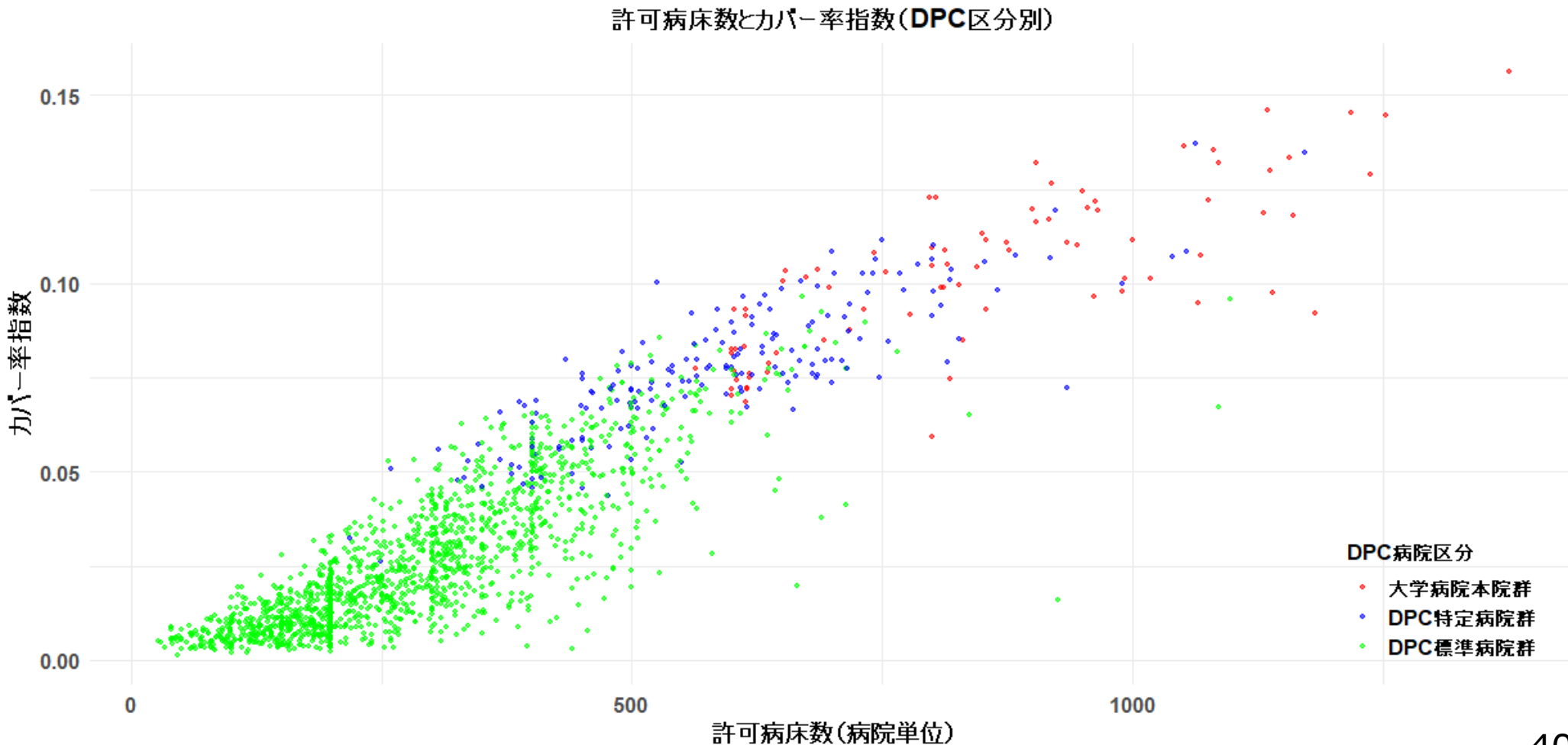
- カバー率指数は、DPC制度において、様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価するものである。
- 各医療機関のカバー率指数は、以下の式により算出する。

〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕 / 〔全DPC数〕

- ※ 当該医療機関において、12症例（1症例／月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。
- ※ 全て（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払分類を計算対象とする。

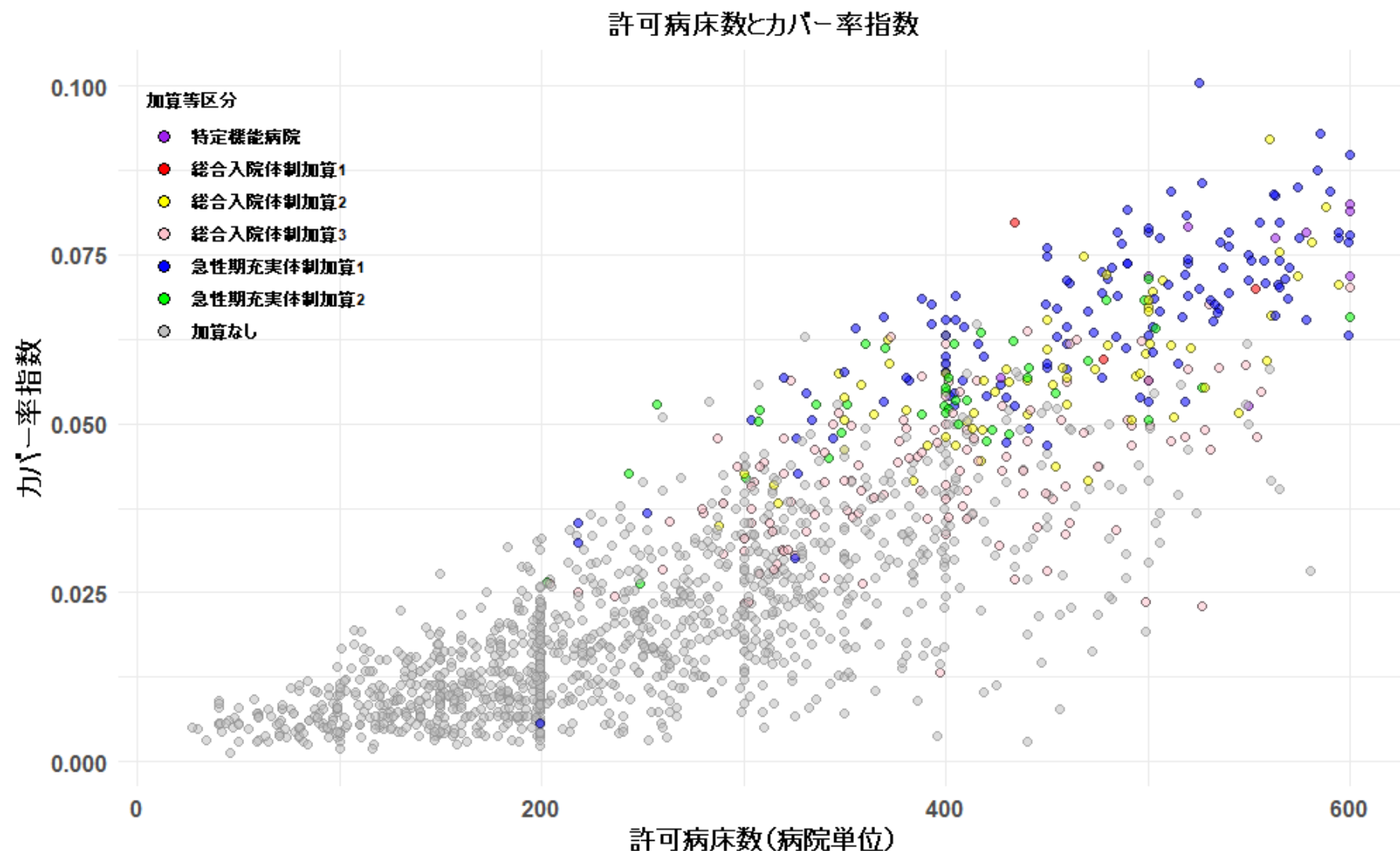
許可病床数とカバー率指数

- DPC対象病院において、許可病床数が多くなるほど、カバー率指数も高くなる傾向があった。
- 大学病院病院本院群のカバー率指数が最も高く、次いで特定病院群のカバー率指数が高い傾向があった。
- 同じ許可病床数でも、カバー率指数にはばらつきが見られた。



加算算定病院とカバー率指数

○許可病床数600床以下のDPC算定病院において、同じ規模の許可病床数の病院で見ると、総合入院体制加算、急性期充実体制算定病院のカバー率指数が高い傾向にあった。



1. 急性期入院医療について（その2）

（1）一般的な急性期機能について

（2）拠点的な急性期機能について

（3）その他

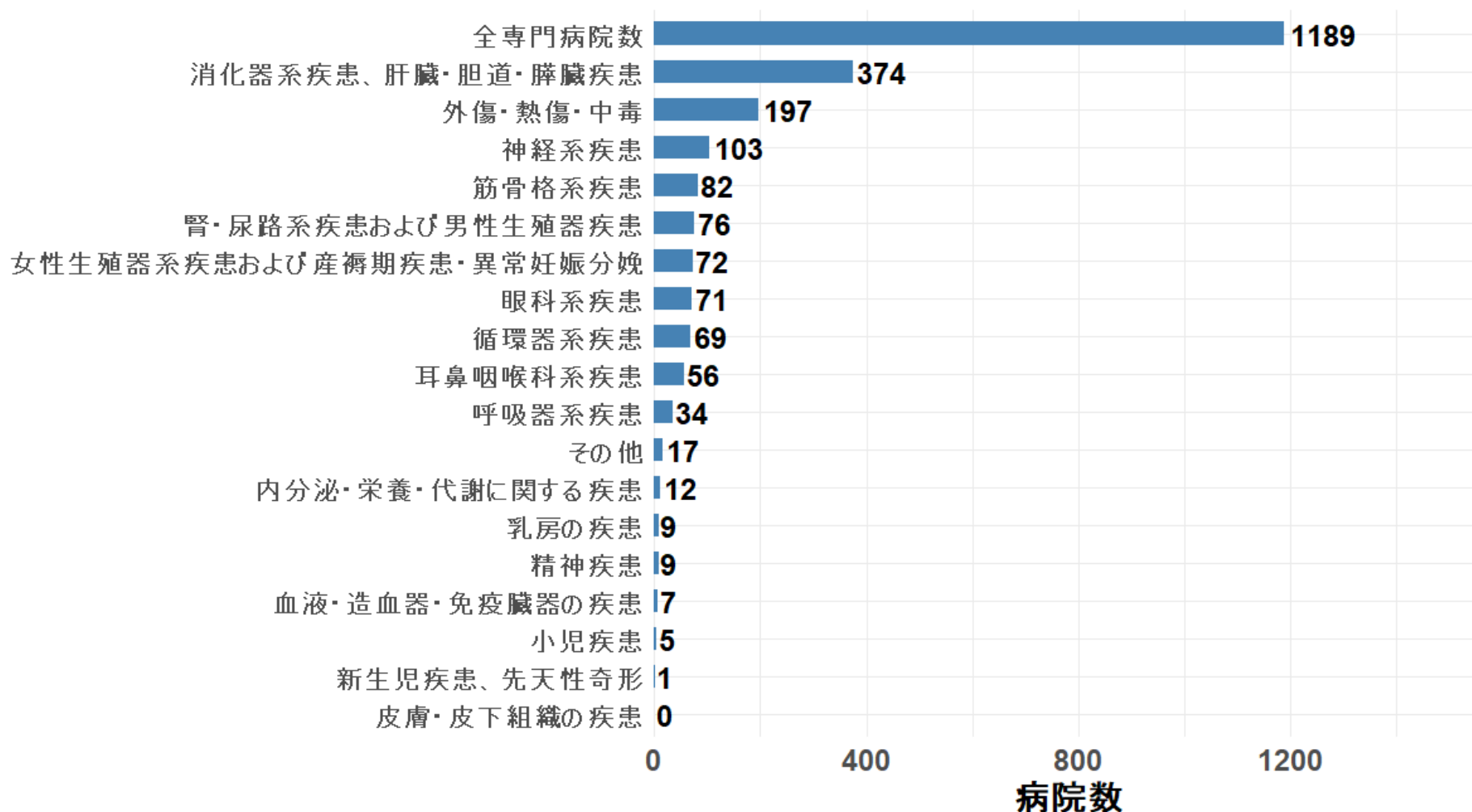
（その他）

- 外科領域に関しては、地域において集約化を進めていくべきという考え方も進みつつあり、今後どこまでを地域で対応し、どこから大学病院も踏む中核病院で対応すべきかということも考えていくべき。
- 「新たな地域医療構想のとりまとめ」における専門等機能や、医育及び広域診療機能も急性期医療に含まれると考えられるのではないか。
- 小児については、胎児ごと入院してくると、救急搬送の数が減るため、救急搬送2000件を超えるような病院はなかなか現れず、一般の高齢者や成人を診る救急病院とは別の枠でとらえる必要があるのではないか。

MDC分類別専門病院数

- 全国の病院（6051）のうち、当該施設のいずれかのMDC比率が5割以上の専門病院は1189あった。
- 専門病院の中でも、消化器系疾患、外傷・熱傷・中毒、神経系疾患に関する専門病院が多かった。

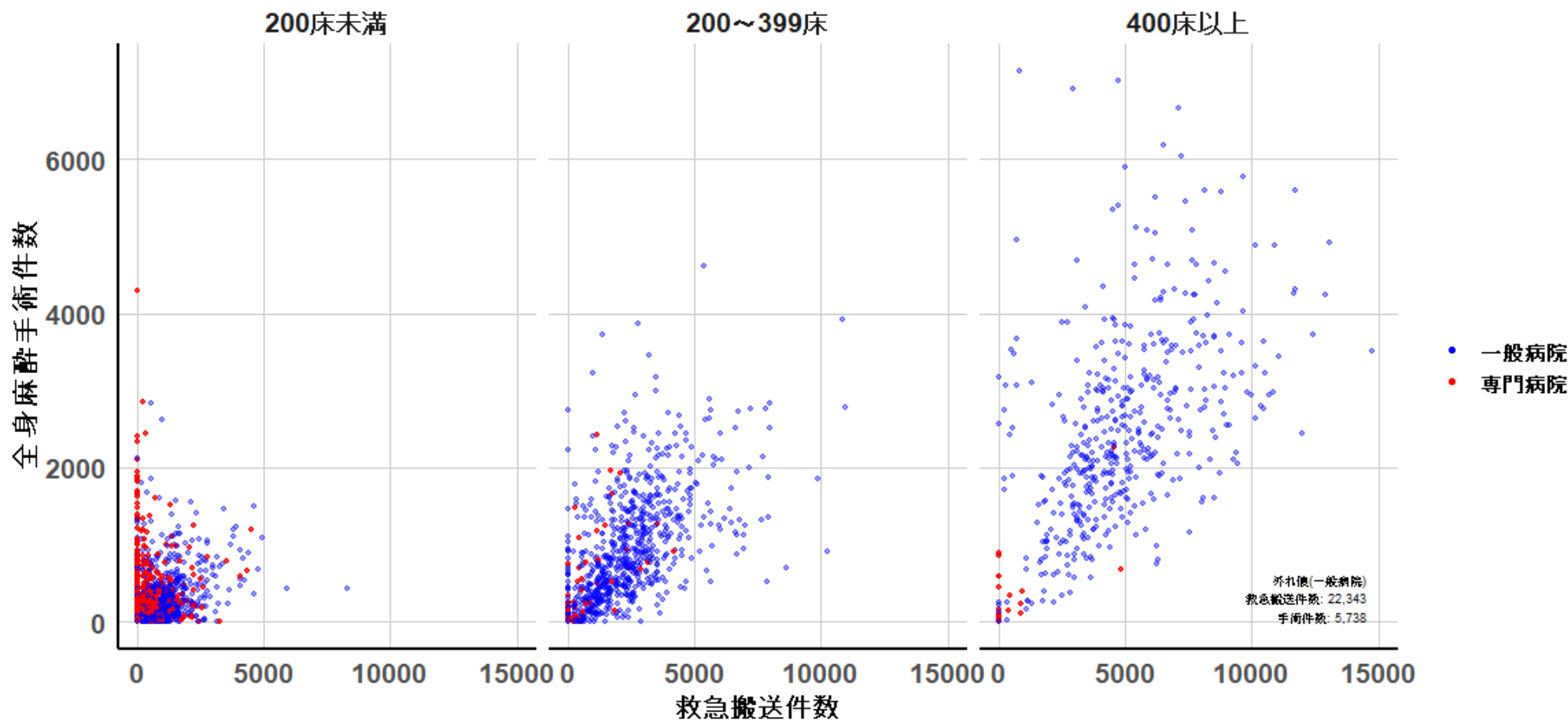
MDC分類別専門病院数



専門病院における救急搬送件数と全身麻酔手術件数

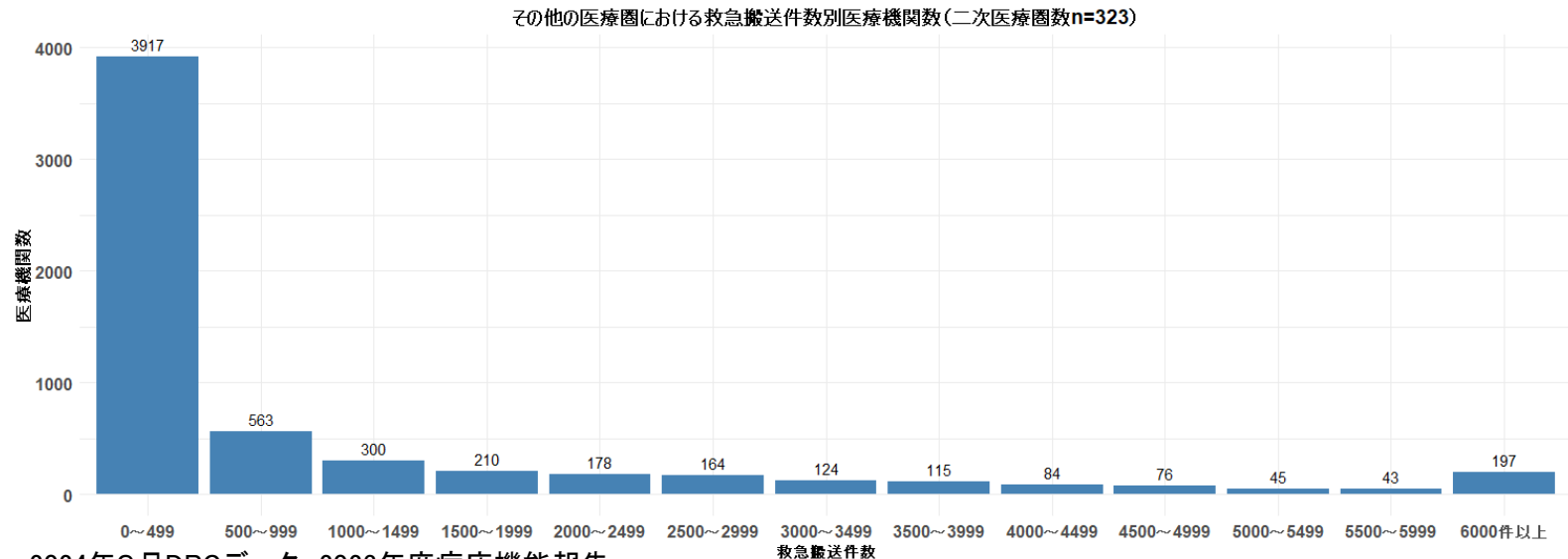
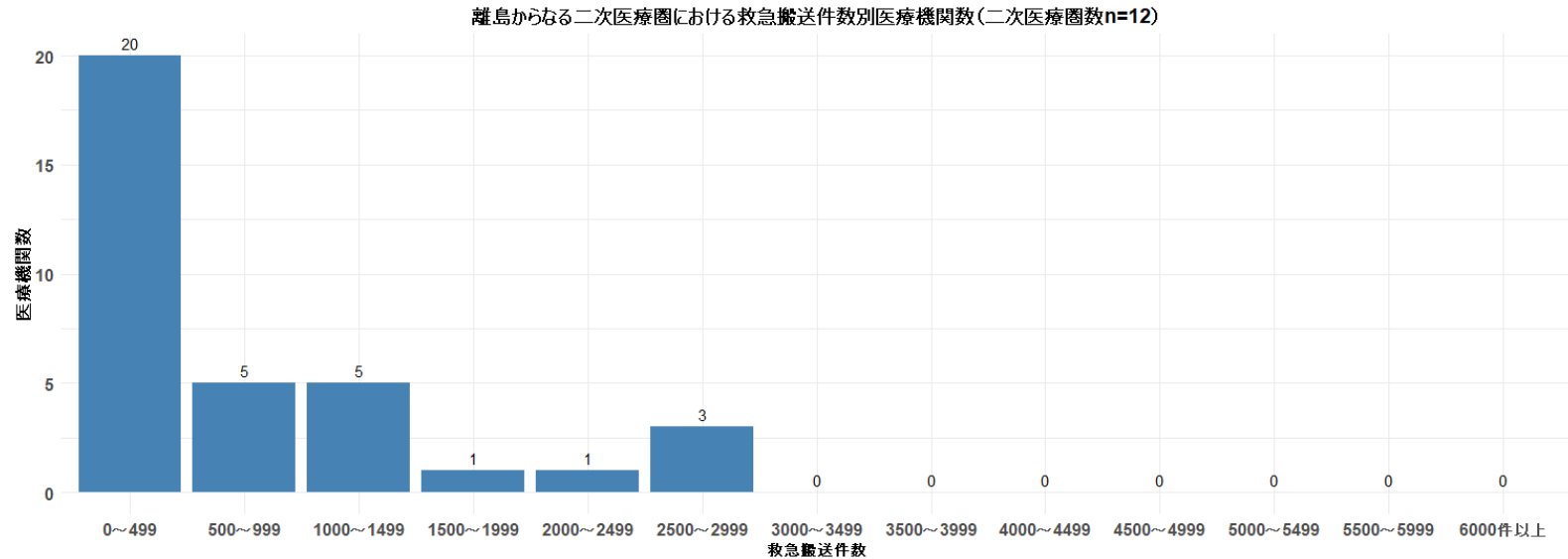
- 許可病床数別に見ると、200床以上の病院と比較して、200床未満の病院で専門病院の割合が多い。
- 200床未満の二次医療圏における専門病院では、救急搬送件数が少ないものの、全身麻酔手術件数が多い病院が見受けられる。

許可病床数別の救急搬送件数と全身麻酔手術件数



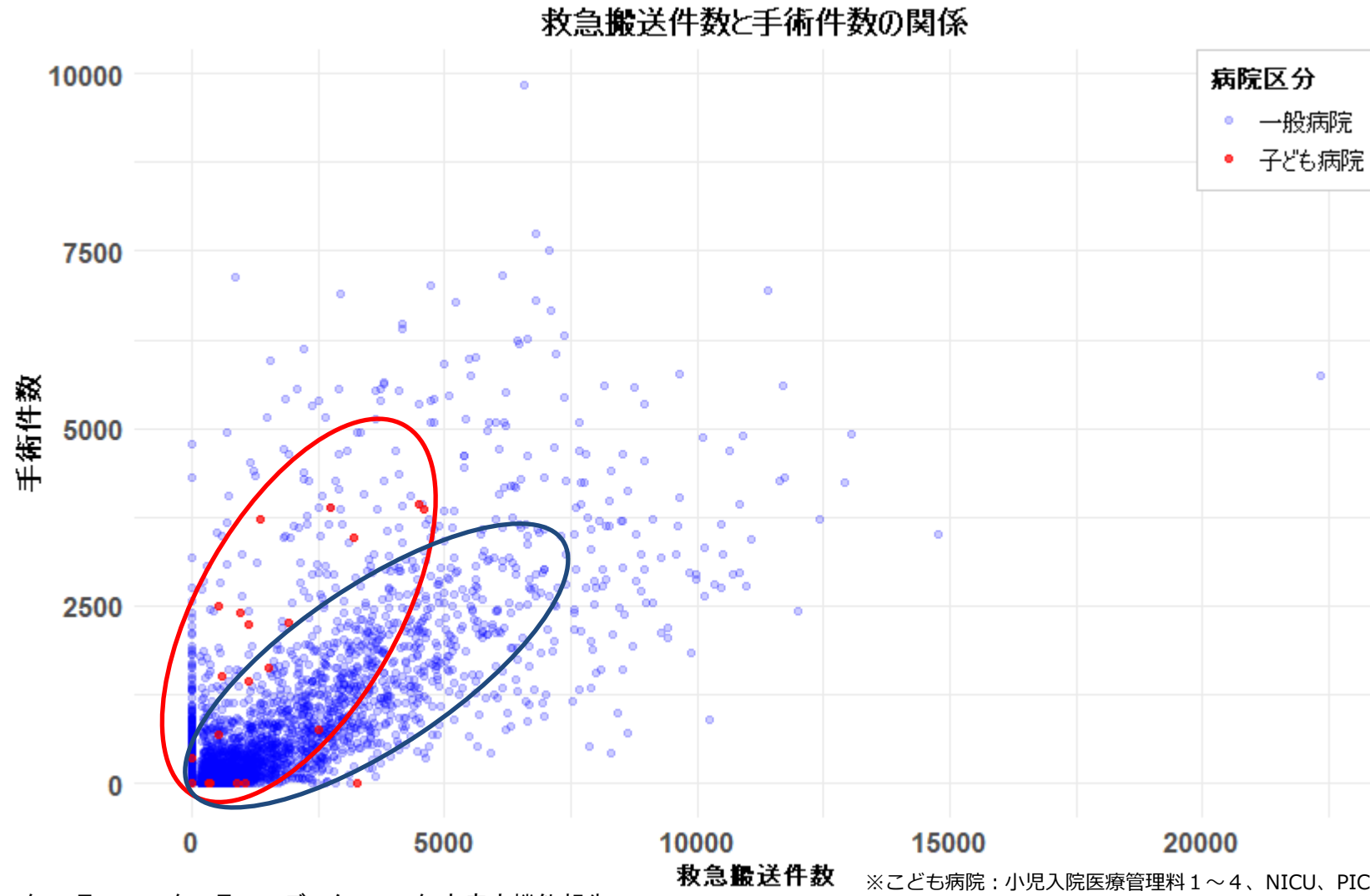
離島における救急搬送件数

- 有人離島からなる二次医療圏における病院では、その他の医療圏と比較して、救急搬送受入件数が少なく、年間3000件を超えるような病院がない。



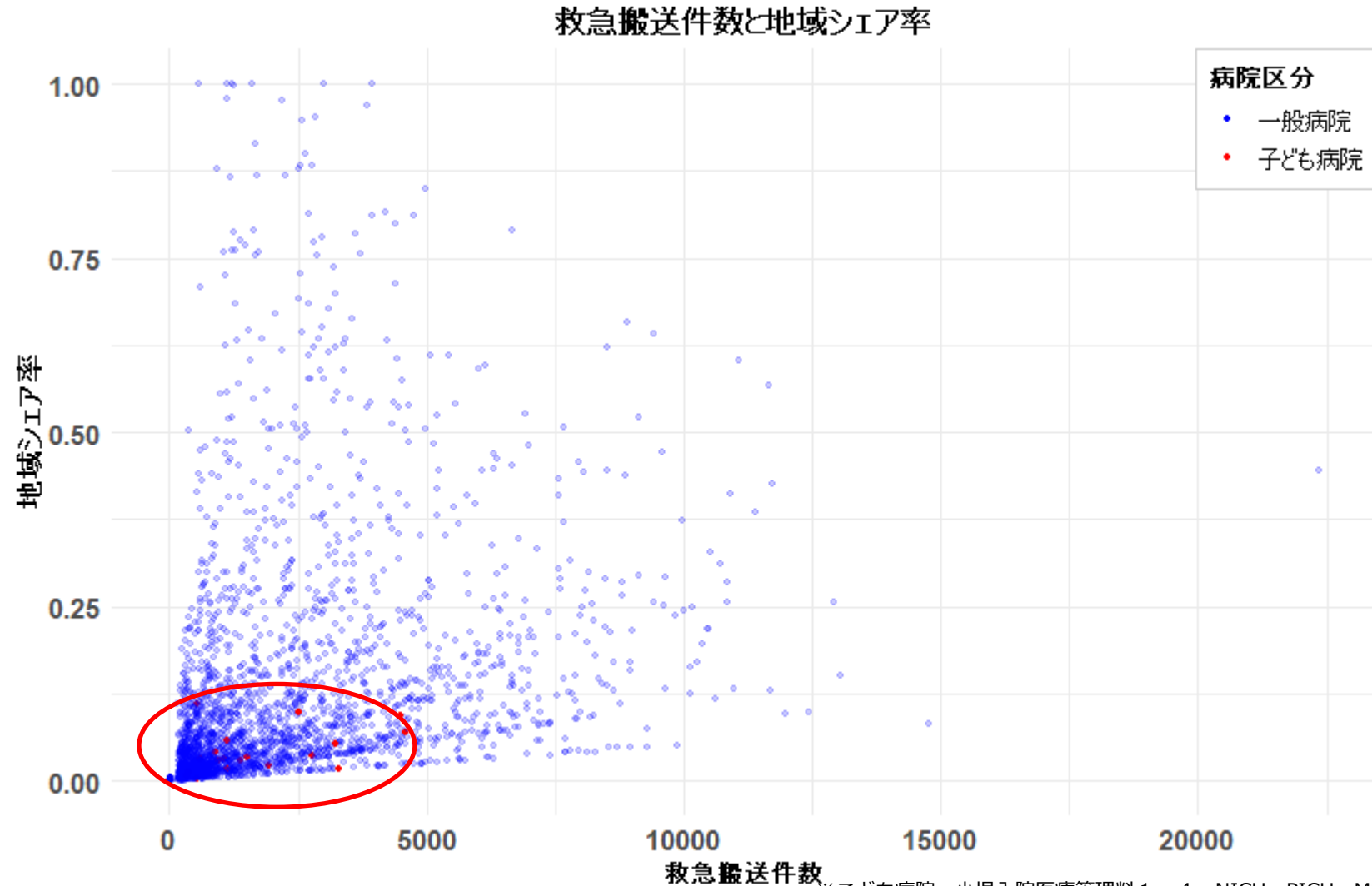
こども病院における救急搬送件数と手術件数

- 救急搬送件数と全身麻酔手術件数の分布において、こども病院では、同じ救急搬送件数を受けている一般病院と比較して、手術件数が多い傾向にある。



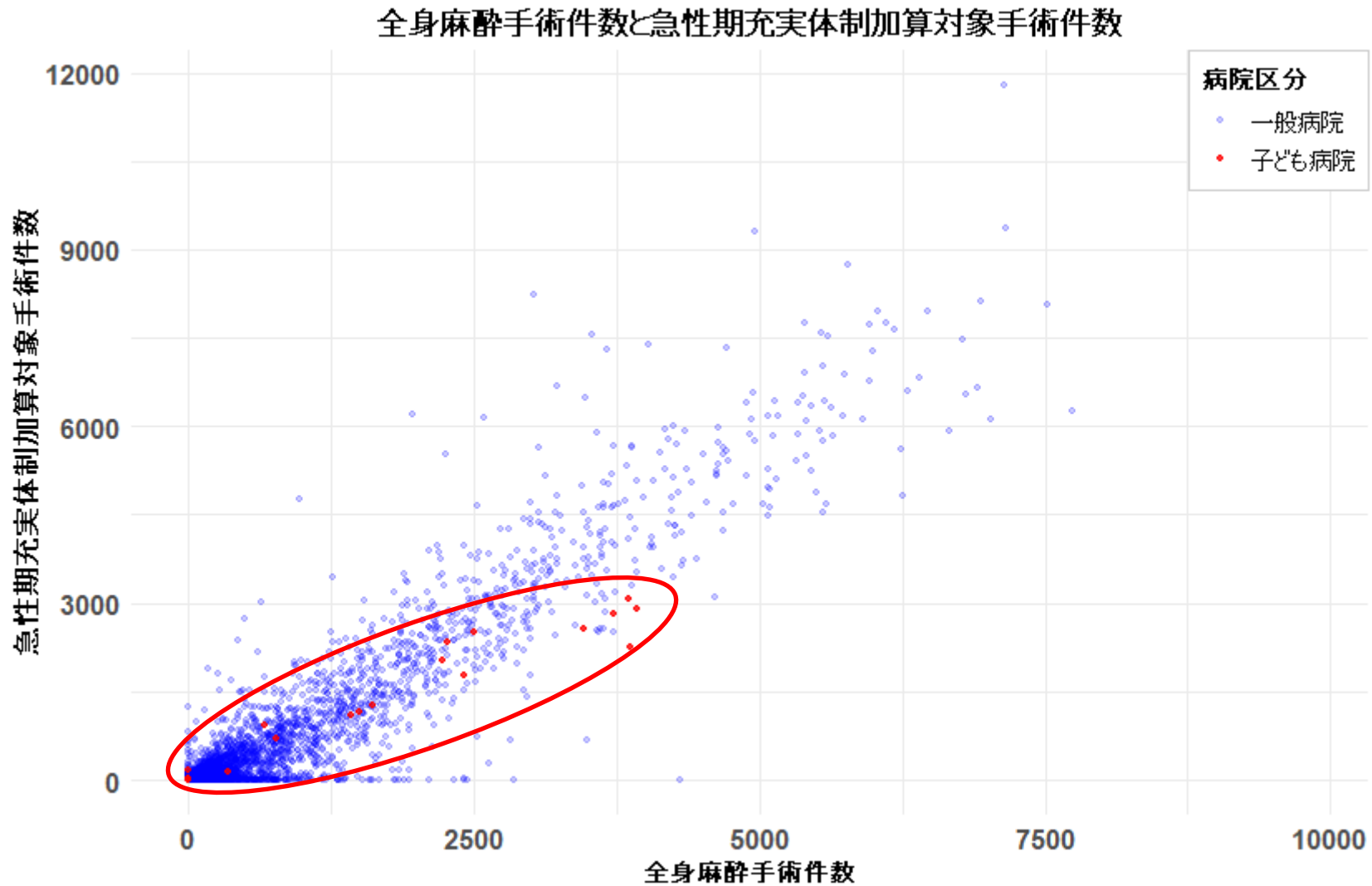
こども病院における地域シェア率

- こども病院において、救急搬送の地域シェア率が $1/4$ を超えるような医療機関はない。



こども病院における加算対象手術件数

- こども病院において、全身麻酔手術件数を実施している医療機関では加算対象手術も一定程度実施している。



※こども病院：小児入院医療管理料1～4、NICU、PICU、MFICU、GCUの
届出病床数が許可病床数の5割以上ある施設

現状と課題

(救急搬送件数について)

- ・ 人口20万人未満二次医療圏のうち、人口の少ない医療圏における最大救急搬送受入医療機関の地域シェア率は高い傾向にあった。
- ・ 救急搬送件数4000件の病院では、多くの病院が急性期充実体制加算又は総合入院体制加算を算定していた。
- ・ 急性期充実体制加算や総合入院体制加算を算定していない、救急搬送件数がそれほど多くない病院でも、地域の救急搬送件数の半数以上をカバーする病院があった。

(手術件数について)

- ・ 全身麻酔手術を年間500件以上実施している病院のうち、救急搬送件数500件未満の病院では、急性期充実体制加算対象手術件数がわずかである病院が多くみられた。
- ・ 同程度の手術実施症例件数の病院でも、外保連手術指数にはばらつきがみられ、手術数が多くなると、指数が一定以上の病院の割合が高くなる傾向があった。
- ・ 各都道府県の手術件数最大の病院(大学病院本院除く)では、概ね全ての病院が年間手術件数2000件を超えていた。

(総合性について)

- ・ 総合入院体制加算・急性期充実体制加算を算定している病院では、その他の病院と比較して、より複数の診療科を標榜し、入院医療を提供する傾向があり、同規模の病院においてカバー率指数も高い傾向がある。

(その他)

- ・ 専門病院は、200床未満の病院で多く、救急搬送件数が少なく、全身麻酔手術件数が多い病院が見受けられた。
- ・ 有人離島からなる二次医療圏の病院では、救急搬送受入件数が少なく、年間3000件を超えるような病院がなかった。
- ・ 子ども病院では、同じ救急搬送件数を受けている一般病院と比較して手術件数が多い傾向にある一方で、救急搬送件数の地域シェア率が1/4を超える医療機関はなかった。
- ・ 夜間・深夜の救急搬送受入割合は急性期一般入院料1算定病院で高い。また、急性期一般入院料1を算定している病院においても深夜の受入割合にばらつきがあり、深夜の受入割合は10~30%である病院が多かった。

【課題】

- 地域において、一般的な急性期機能を果たす病院の特徴として、救急搬送件数や地域シェア率、手術件数等の観点から、どのように分析・評価できるか。
- 拠点的な急性期機能を果たす病院の特徴について、救急搬送件数や地域シェア率、手術件数、総合性等の観点から、どのように分析・評価できるか。
- その他、様々な地域や診療科の特性等も踏まえ、留意すべき課題があるか。

2. 救急医療について（その1）

2－1. 救急医療をとりまく状況

2－2. 救急搬送に関する評価

2－3. 救急外来応需体制に対する評価

救急出動件数と搬送人員の推移

- 「令和6年中の救急出動件数等（速報値）」によれば、令和6年中の救急自動車による救急出動件数、搬送人員は、集計を開始した昭和38年以降、最多となった。
- 過去20年における年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移をみると、「高齢者」の搬送人員、構成比が増加している。

図1 救急自動車による救急出動件数及び搬送人員の推移

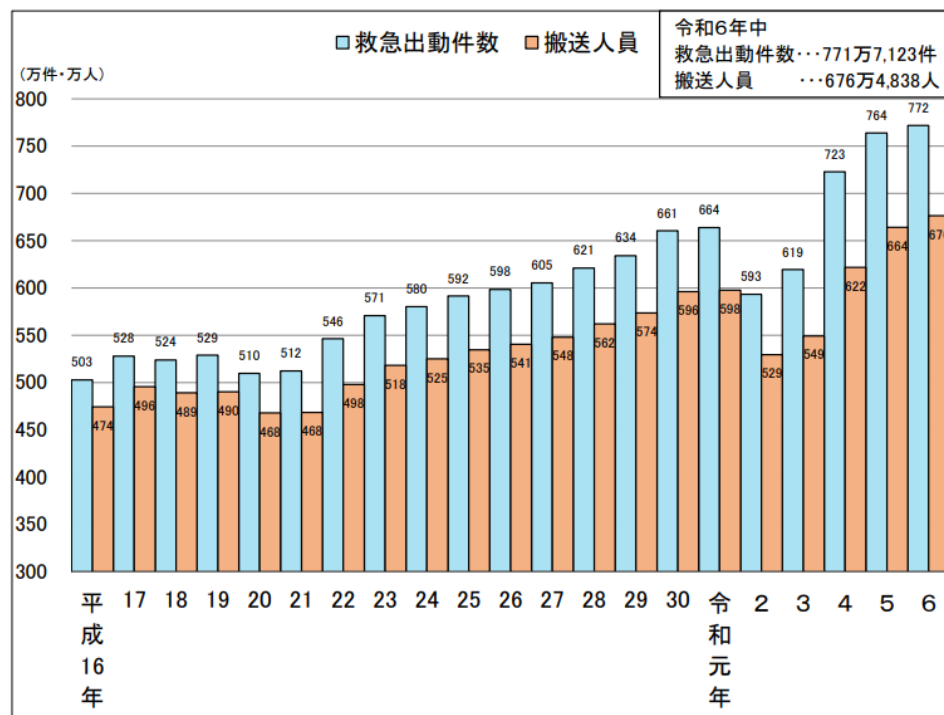
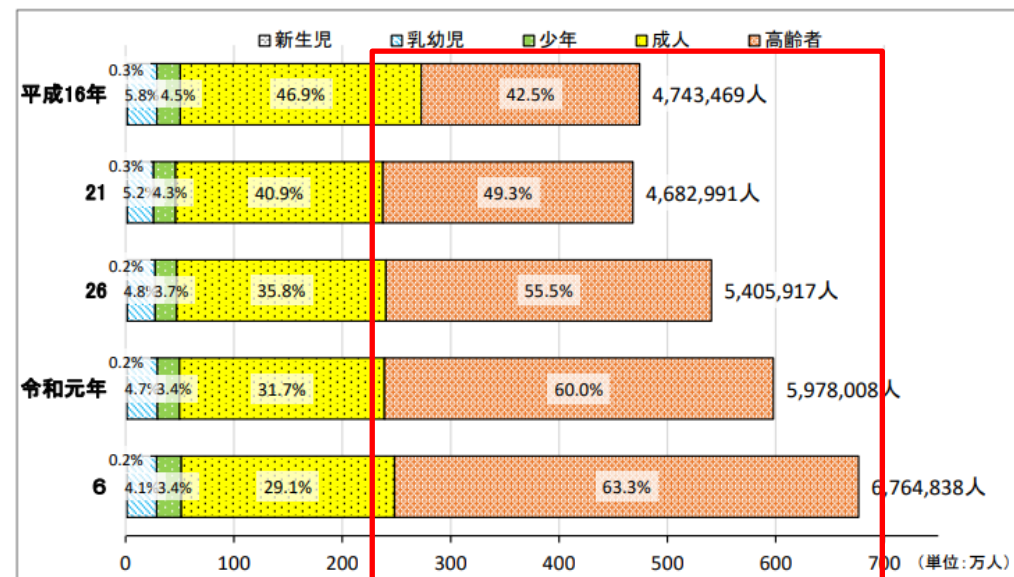


図8 年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移



1 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合の合計は100%にならない場合がある。

2 年齢区分の定義

新生児：生後28日未満の者

乳幼児：生後28日以上満7歳未満の者

少年：満7歳以上満18歳未満の者

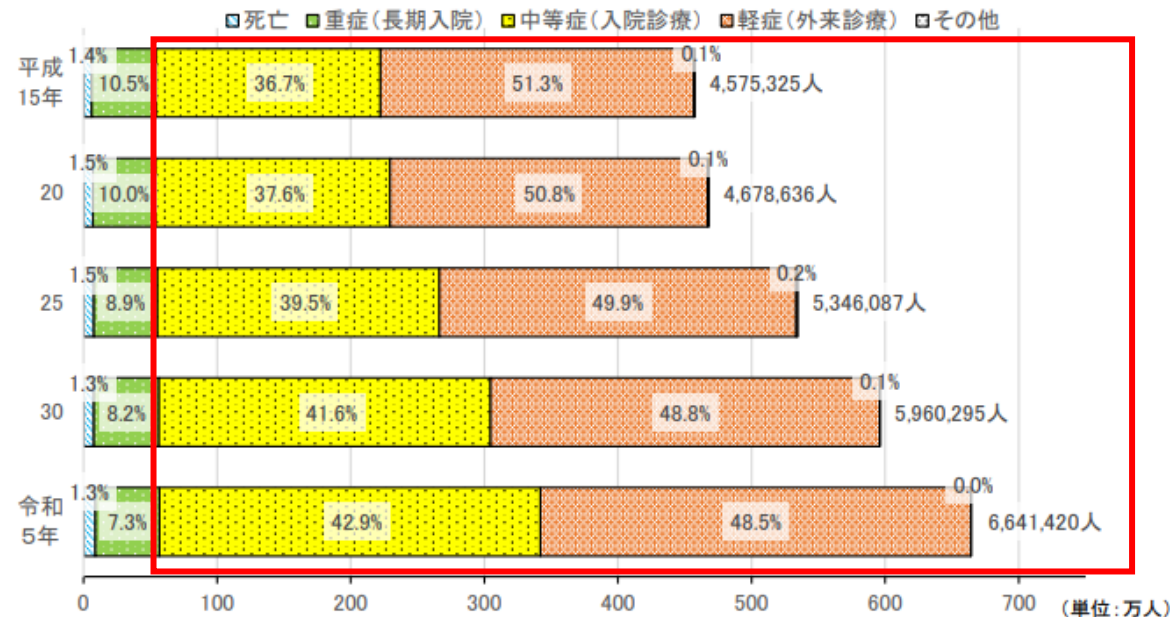
成人：満18歳以上満65歳未満の者

高齢者：満65歳以上の者

傷病程度別の搬送人員と構成比の推移

- 過去20年における傷病程度別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移をみると、「軽症（外来診療）」の構成比は減少しているが、搬送人員は増加しており、「中等症（入院診療）」は搬送人員、構成比ともに増加している。

図10 傷病程度別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移



1 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合の合計は100%にならない場合がある。

2 傷病程度の定義

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週間以上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

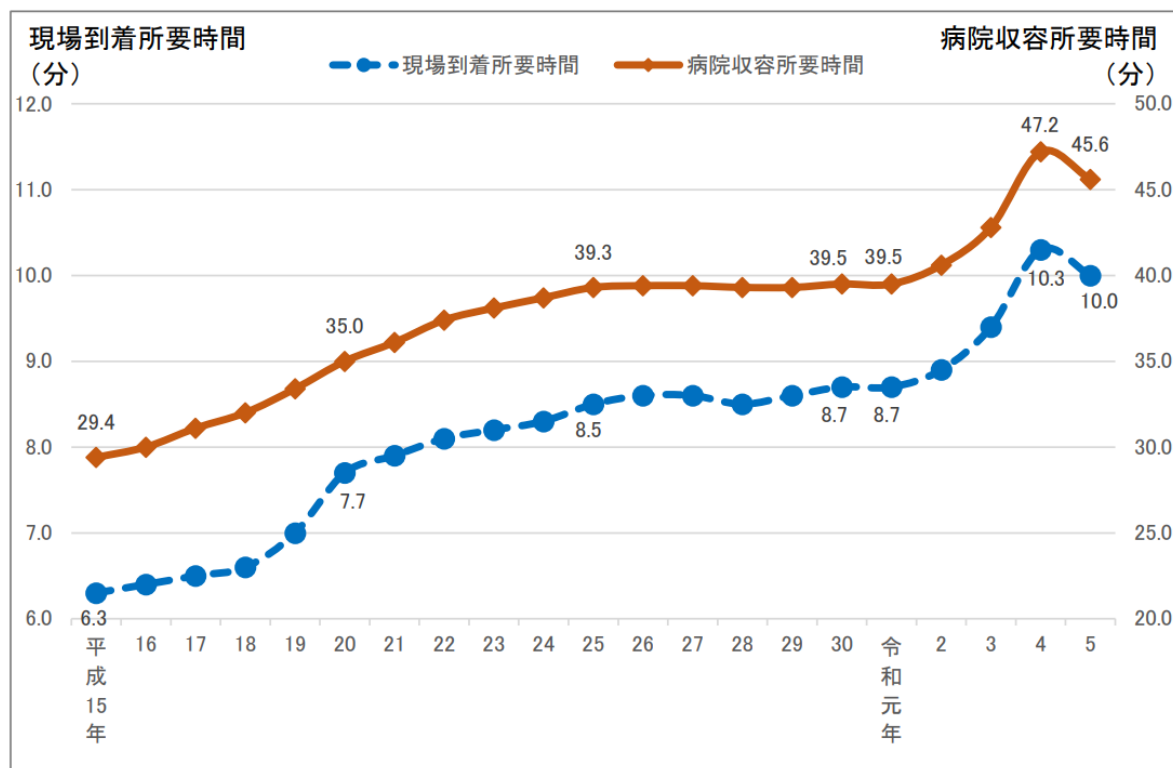
その他 : 医師の診断がないもの及び傷病程度が判明しないもの、その他の場所に搬送したもの

※傷病程度は入院加療の必要程度を基準に区分しているため、軽症の中には早期に病院での治療が必要だったものや通院による治療が必要だったものも含まれている。

救急自動車による現場到着所要時間等の推移

- 令和5年中の救急自動車による現場到着所要時間は、全国平均で約10.0分であった。また、救急自動車による病院収容所要時間は、全国平均で約45.6分であった。
- 新型コロナウイルス感染症の発生前の令和元年と比べ、現場到着所要時間は約1.3分、病院収容所要時間は約6.1分それぞれ延伸している。

図11 現場到着所要時間及び病院収容所要時間の推移



※東日本大震災の影響により、平成22年及び平成23年の釜石大槌地区行政事務組合消防本部及び陸前高田市消防本部のデータを除いた数値により集計している。

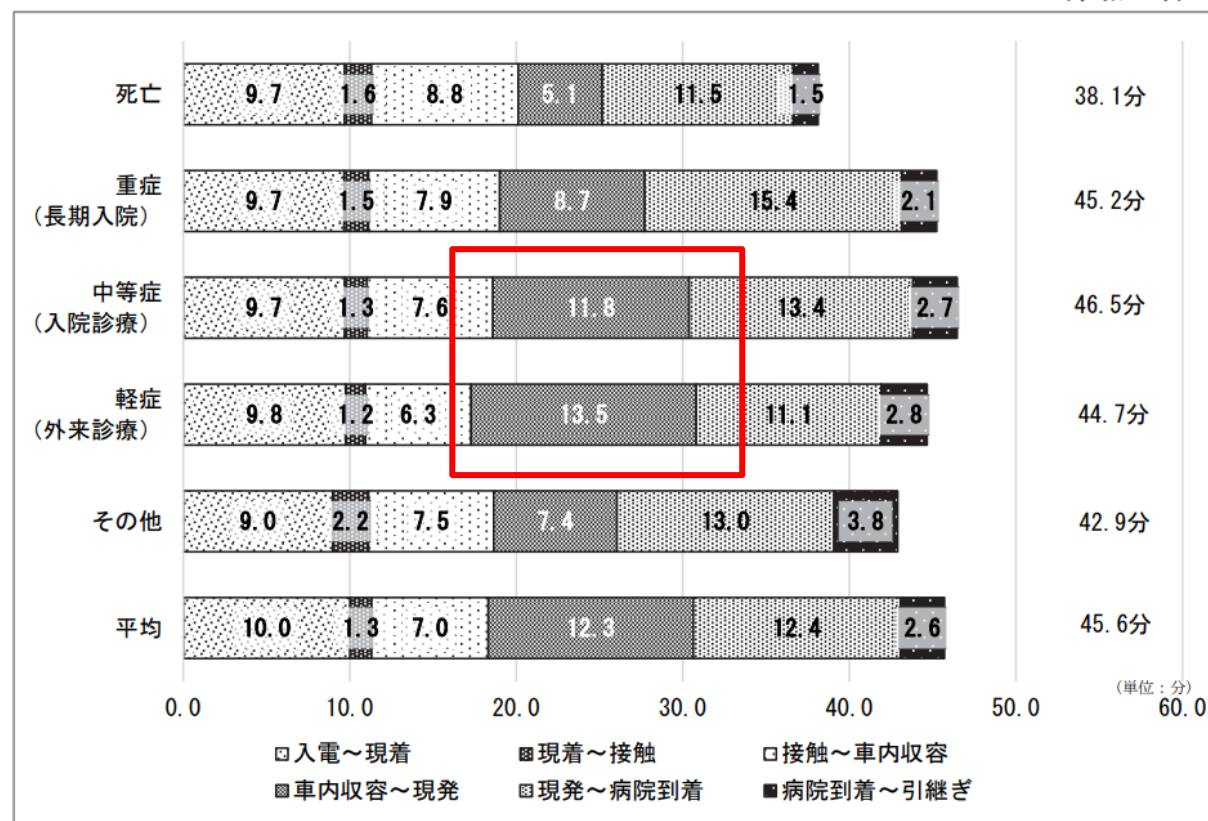
- ・ 現場到着所要時間：119番通報を受けてから現場に到着するまでに要した時間
- ・ 病院収容所要時間：119番通報を受けてから医師に引き継ぐまでに要した時間

救急自動車による傷病程度別の平均所要時間

- 救急自動車による傷病程度別の平均所要時間をみると、「中等症（入院診療）」「軽症（外来診療）」において、車内収容から現発までの時間（医療機関選定に要する時間等が含まれる。）が長い傾向がある。

第57図 傷病程度別による搬送人員の平均所要時間

（令和5年）



（注） 各平均所要時間の合計と、入電から引継ぎまでの平均所要時間は一致しない場合がある。

救急自動車による入電時刻別の搬送人員

- 令和5年中の救急自動車による搬送人員を入電時刻別にみると、最も多いのは「10時～12時」となっている。
- 令和5年における、医療機関に受入れの照会を行った回数が11回以上の事案における覚知時刻別の分布（重症（長期入院）以上傷病者）をみると、「18時～20時」に最も多く発生している。

第48図 救急要請を入電した時刻別の搬送人員

（令和5年 単位：人）

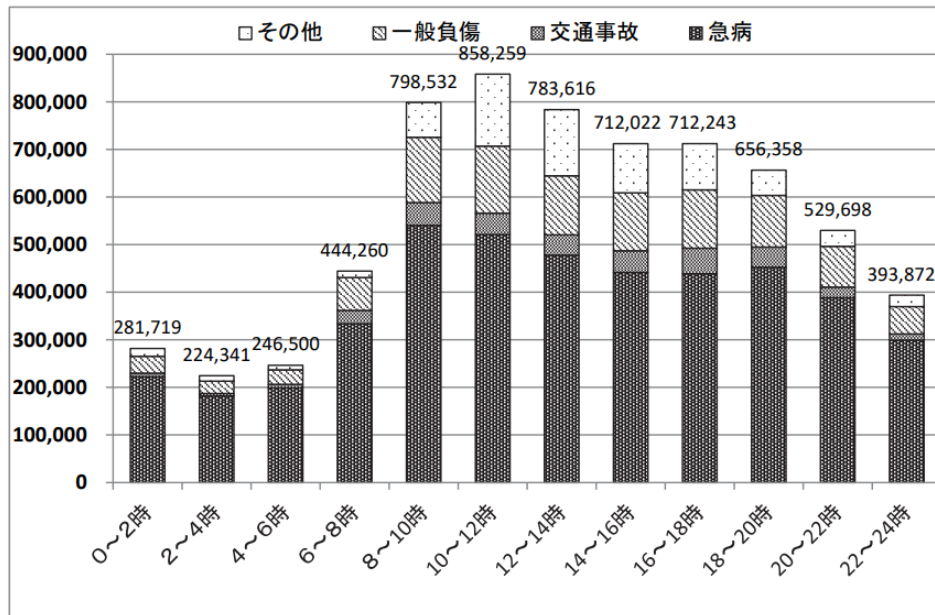
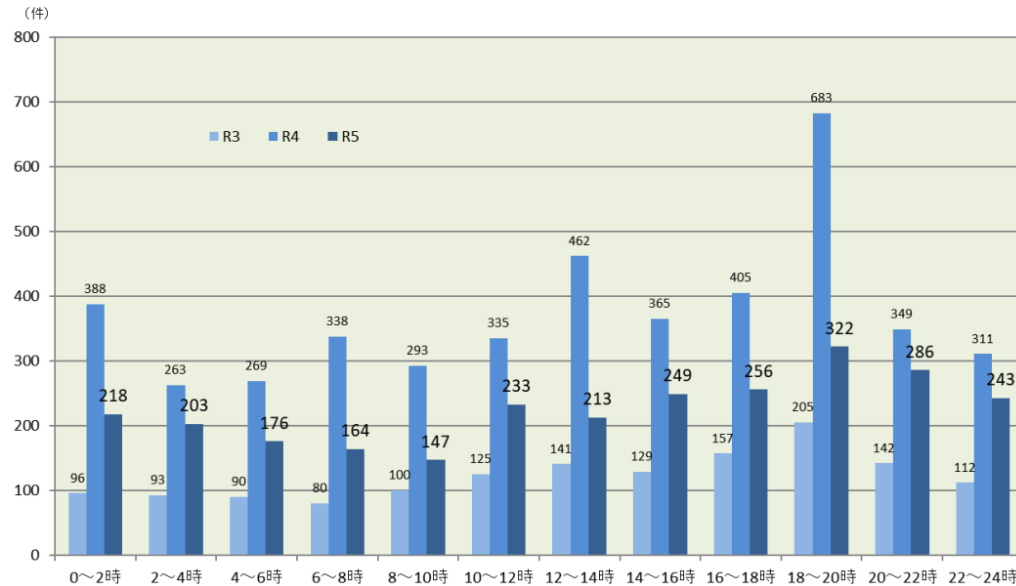


図1-1：照会回数11回以上の事案における覚知時刻別の分布（重症（長期入院）以上傷病者）



救急医療体制体系図

(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)抜粋)
(救急医療対策事業実施要綱(令和5年5月16日付け一部改正医政発0516第21号)抜粋)

救命救急医療（第三次救急医療）

救命救急センター（312力所）
（うち、高度救命救急センター（50力所））

令和7年4月1日現在

ドクターヘリ（57力所）

令和6年2月1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（389地区、2,473力所）

共同利用型病院（19力所）

令和5年4月1日現在（令和5年度救急医療提供体制の現況調べより）

初期救急医療

在宅当番医制（668地区）

休日夜間急患センター（547力所）

令和5年4月1日現在（令和5年度救急医療提供体制の現況調べより）

○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、原則として、重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れるもの。

高度救命救急センターは、特に高度な診療機能を有し、通常の救命救急センターでは対応困難な外傷や疾患等の診療を担うもの。

○二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

○二次医療圏単位で、拠点となる病院が一部を開放し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

○郡市医師会ごとに、複数の医師が在宅当番医制により、休日及び夜間において、主に独歩で来院する自覚症状が軽い患者を受け入れるもの。

○地方自治体が整備する急患センターにて、休日及び夜間において、主に独歩で来院する自覚症状が軽い患者を受け入れるもの。

救急医療体制等に関連する主な評価について

救急医療体制に関連する評価	
A200 総合入院体制加算	十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価したもの。 【主な施設基準】 (加算1) 高度救命救急センター・救命救急センターの設置 (加算2) 高度救命救急センター・救命救急センターの設置又は二次救急医療機関等 かつ 年間救急搬送件数2,000件以上 (加算3) 高度救命救急センター・救命救急センターの設置又は二次救急医療機関等
A200-2 急性期充実体制加算	手術等の高度かつ専門的な医療に係る実績及び高度急性期医療を実施する体制を評価したもの。 【主な施設基準】次のいずれかを満たしていること。 ・高度救命救急センター又は救命救急センターの設置 ・年間救急搬送件数2,000件以上
A252 地域医療体制確保加算	地域の救急医療体制、周産期医療体制又は小児救急医療体制において重要な機能を担うとともに、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する取組を実施する体制を評価するもの。 【主な施設基準】次のいずれかを満たしていること。 ・年間救急搬送件数2,000件以上 ・年間救急搬送件数1,000件以上かつ小児・周産期医療に関する加算等の届出 ・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
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有する病棟又は病室において算定するもの。 【主な施設基準】二次救急医療機関又は救急告示病院であること。（許可病床数200床未満の医療機関の一般病床において算定する場合は、救急外来を有する又は24時間救急患者を受け入れていることにより満たすものとみなす。）
A304 地域包括医療病棟入院料	高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供する役割を担う病棟において算定するもの。 【主な施設基準】二次救急医療機関又は救急告示病院であること。
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）
在宅医療を担う医療機関や介護保険施設等との連携に関連する評価	
在宅療養支援病院・診療所 在宅療養後方支援病院 地域包括ケア病棟入院料	地域において、介護保険施設等から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて協力医療機関として定められることが望ましい。
A206 在宅患者緊急入院診療加算	在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた医療機関においても患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取組を評価したもの。
A253 協力対象施設入所者入院加算	介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

救急搬送・救急診療に関連する主な評価について

救急搬送に対する評価	
C004 救急搬送診療料	患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合の評価。
C004-2 救急患者連携搬送料	三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上、自院又は搬送先の医療機関に属する緊急自動車を用いて転院搬送する場合の評価。 【対象医療機関】年間救急搬送件数2,000件以上
救急外来応需体制に対する評価	
B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料	地域の他の医療機関の医師と連携をとりつつ、救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に診療が可能な体制を保つことを評価するもの。夜間、休日又は深夜であって、あらかじめ地域に周知している時間に、患者を診療した場合に算定する。
B001-2-5 院内トリアージ実施料	夜間、休日又は深夜に受診した、初診料を算定する患者（救急自動車等で搬送された者を除く。）に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。
B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料	- 診療時間以外の夜間や休日、深夜において、救急搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、初診料を算定する初診の日に限り算定する。 【対象医療機関】次のいずれかを満たす第二次救急医療機関（第三次救急医療機関併設を除く。）又は精神科救急医療施設 ・地域医療支援病院 ・救急告示病院、診療所 ・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
B006 救急救命管理料	患者の発生した現場に保険医療機関の救急救命士が赴いて必要な処置等を行った場合において、当該救急救命士に対して必要な指示を行った場合に算定する。
救急入院医療に対する評価	
A205 救急医療管理加算	- 緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して7日に限り算定する。 【対象医療機関】次のいずれかを満たす救急医療機関又は精神科救急医療施設 ・地域医療支援病院 ・救急告示病院、診療所 ・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
A300 救命救急入院料	救命救急センターを有している病院の治療室において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に算定する。 【対象医療機関】・救命救急センター

2. 救急医療について（その1）

2－1. 救急医療をとりまく状況

2－2. 救急搬送に関する評価

2－3. 救急外来応需体制に対する評価

救急医療の体制構築に係る指針 (いわゆる「下り搬送」に係る第8次医療計画の見直しのポイント)

令和7年度第1回全国メディカル
コントロール協議会連絡会
(厚生労働省資料)

令和7年6月19日

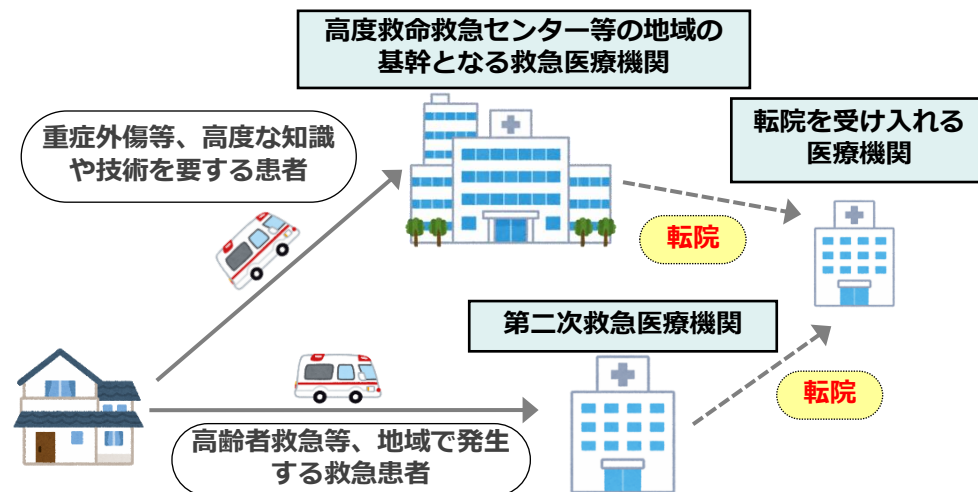
増加する高齢者の救急搬送や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。救急医療機関が新たな患者を受け入れられるよう、他の医療機関と連携を強化し、高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進する。

救急医療機関の役割の明確化・連携について

「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日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知(抜粋)

【救急医療の現状】

- 救急搬送人員は増加傾向にあり、その背景として、主に、高齢化の進展が挙げられる。
- 今後も急病の対応が増加し、特に、高齢者救急の増加に伴い、脳梗塞、肺炎、心不全、骨折などによる入院が増加するものと見込まれる。
- 搬送先の病院を探して複数の救急医療機関に電話等で問い合わせても受入医療機関が決まらない、いわゆる受入医療機関の選定困難事案の原因のひとつに、「ベッド満床」が挙げられている。その背景として、救急医療機関(特に救命救急医療機関)に搬入された患者が救急医療用の病床を長期間使用することで、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になる、いわゆる「出口の問題」が指摘されている。(中略)この問題を改善するには、高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進することが求められる。例えば、急性期を脱した患者で、重度の後遺症等により在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関や介護施設等と、救命救急医療機関との連携の強化が必要である。

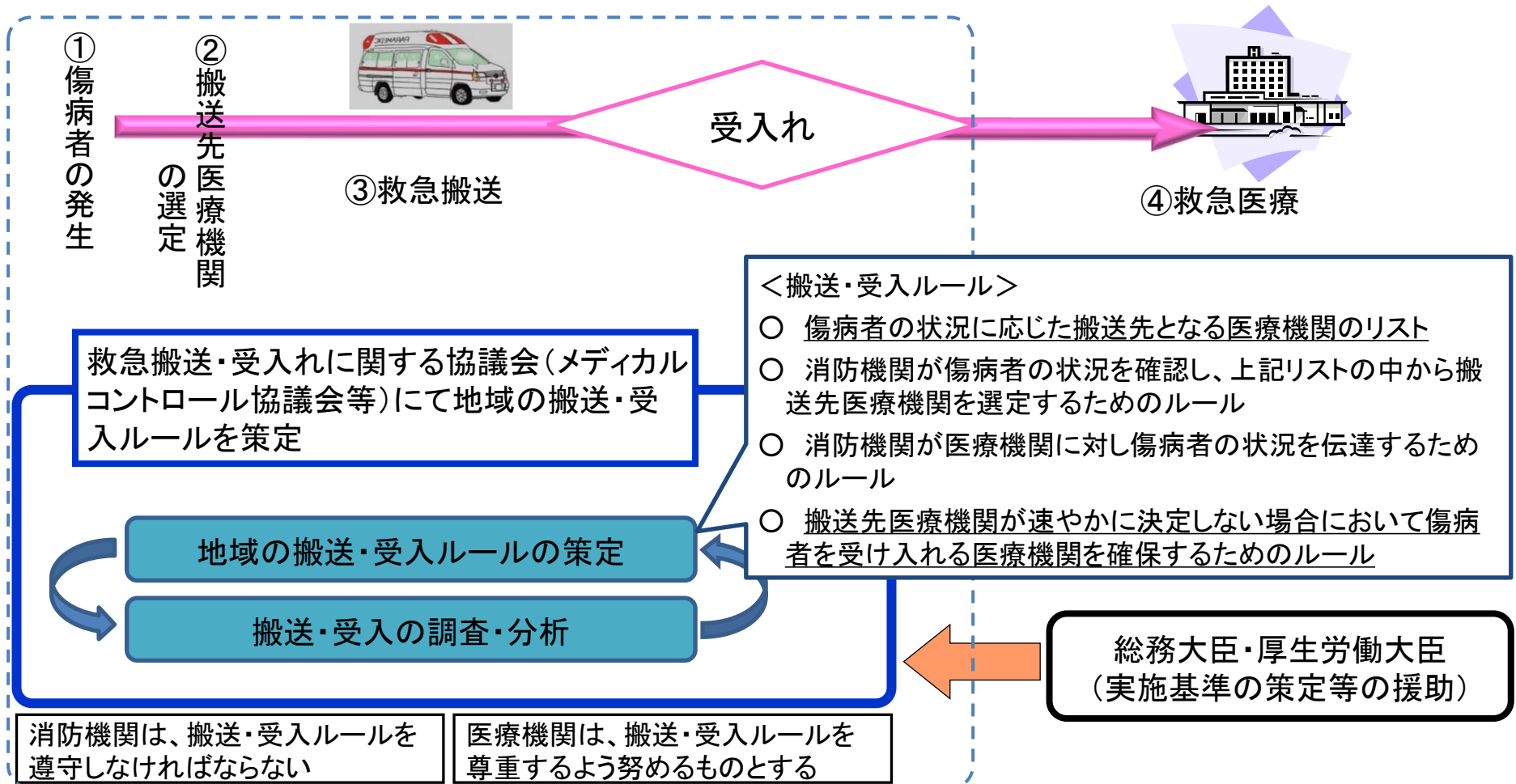


※ 第8次医療計画の指針において、医療体制の構築に必要な事項として、第三次、第二次救急医療機関に以下を求めている。

- 第二次(第三次)救急医療機関や、回復期病床・慢性期病床を有する医療機関等と、患者を受け入れる際に必要な情報や受入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと
- 高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等を活用すること

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。



メディカルコントロール協議会の役割

- 都道府県は、救命救急センター等地域の中核的な救急医療機関のメディカルコントロール（MC）に係る担当範囲ごとに協議会（MC協議会）を設置することとされている。
- MC協議会においては、救急救命士に対する指示体制等のほか、救急隊員の病院実習や、地域の救急搬送体制等に係る検証や調整に関することを協議することとされている。

「救急業務の高度化の推進について」平成13年7月4日消防救第204号消防庁救急救助課長通知

（２）メディカルコントロール協議会

ア 構成

メディカルコントロール協議会の構成については、次の者が構成員として必ず含まれるようにするとともに、イに示す役割を果たし、ウに示す協議事項に関し実質的な調整が可能となるような構成とすること。

都道府県消防主管部局、都道府県衛生主管部局、担当範囲内の消防機関、担当範囲内の郡市区医師会、担当範囲内の救急医療機関及び担当範囲内の救命救急センター等に所属する救急医療に精通した医師

イ 役割

メディカルコントロール協議会の担当範囲内の救急業務の高度化が図られるよう、救急救命士に対する指示体制や救急隊員に対する指導・助言体制の調整、救急活動の事後検証に必要な措置に関する調整、研修等に関する調整等いわゆるメディカルコントロール体制の構築に係る実質的な調整を行うこと。

ウ 協議事項

- ア) 救急救命士に対する指示体制及び救急隊員に対する指導・助言体制の調整に関すること
- イ) 救急隊員の病院実習等の調整に関すること
- ウ) 地域における救命効果など地域の救急搬送体制及び救急医療体制に係る検証に関すること
- エ) 救急活動の事後検証に用いる救急活動記録様式の項目又は検証票様式の項目の策定に関すること
- オ) 救急業務の実施に必要な各種プロトコルの策定に関すること
- カ) 傷病者受け入れに係る連絡体制の調整等救急搬送体制及び救急医療体制に係る調整に関すること
- キ) その他地域のプレホスピタル・ケアの向上に関すること

※下線部は引用時に付記

救急搬送・救急診療に関連する主な評価について

救急搬送に対する評価

C004 救急搬送診療料	患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合の評価。
C004-2 救急患者連携搬送料	三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上、自院又は搬送先の医療機関に属する緊急自動車を用いて転院搬送する場合の評価。 【対象医療機関】年間救急搬送件数2,000件以上

救急外来応需体制に対する評価

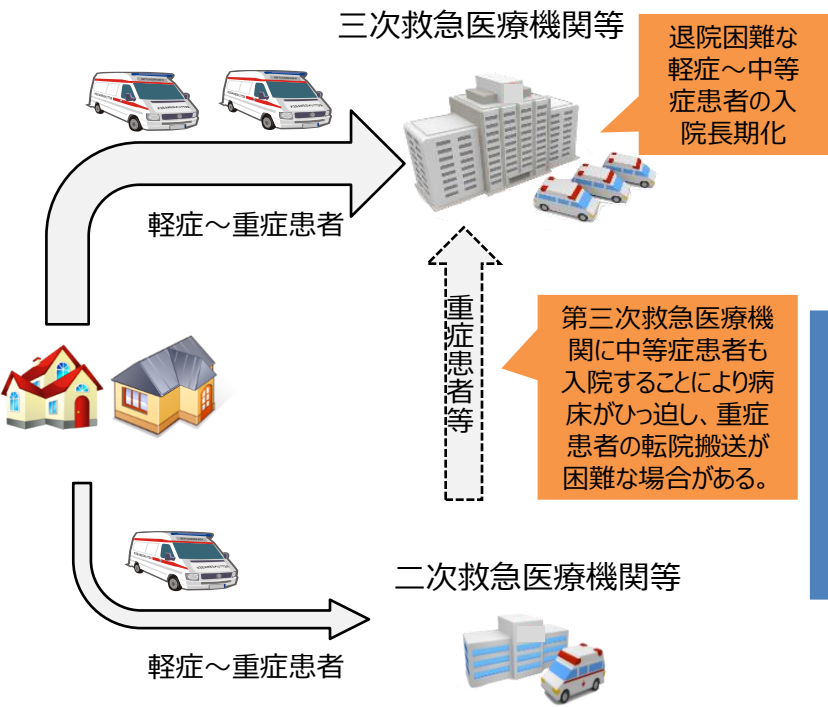
B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料	地域の他の医療機関の医師と連携をとりつつ、救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に診療が可能な体制を保つことを評価するもの。夜間、休日又は深夜であって、あらかじめ地域に周知している時間に、患者を診療した場合に算定する。
B001-2-5 院内トリアージ実施料	夜間、休日又は深夜に受診した、初診料を算定する患者（救急自動車等で搬送された者を除く。）に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。
B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料	- 診療時間以外の夜間や休日、深夜において、救急搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、初診料を算定する初診の日に限り算定する。 【対象医療機関】次のいずれかを満たす第二次救急医療機関（第三次救急医療機関併設を除く。）又は精神科救急医療施設 ・地域医療支援病院 ・救急告示病院、診療所 ・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
B006 救急救命管理料	患者の発生した現場に保険医療機関の救急救命士が赴いて必要な処置等を行った場合において、当該救急救命士に対して必要な指示を行った場合に算定する。

救急入院医療に対する評価

A205 救急医療管理加算	- 緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して7日に限り算定する。 【対象医療機関】次のいずれかを満たす救急医療機関又は精神科救急医療施設 ・地域医療支援病院 ・救急告示病院、診療所 ・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
A300 救命救急入院料	救命救急センターを有している病院の治療室において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に算定する。 【対象医療機関】・救命救急センター

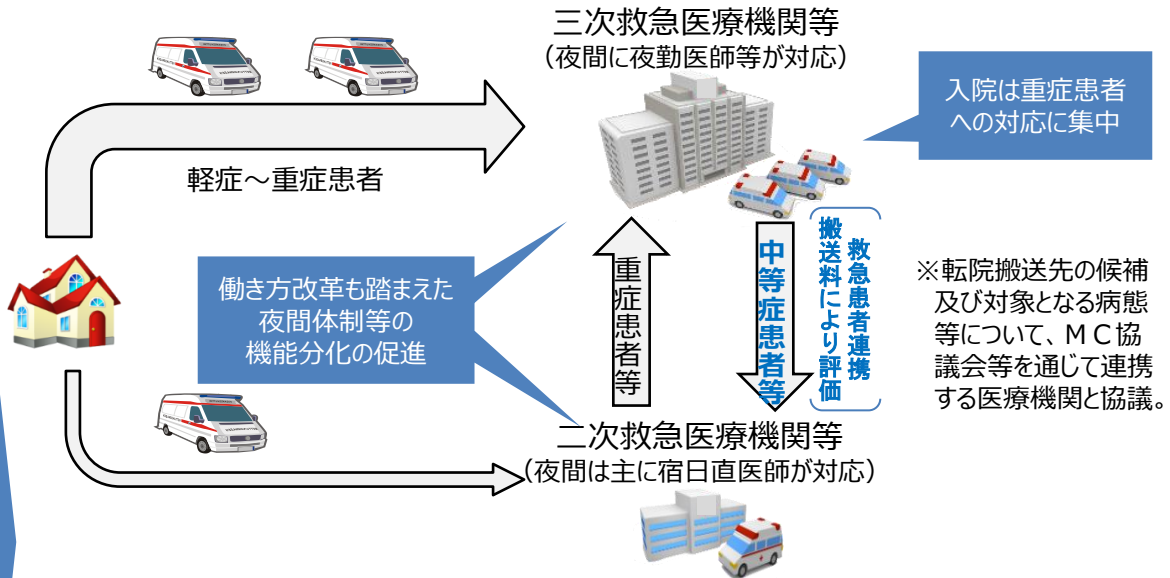
高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ

○これまでの救急医療提供体制における課題等

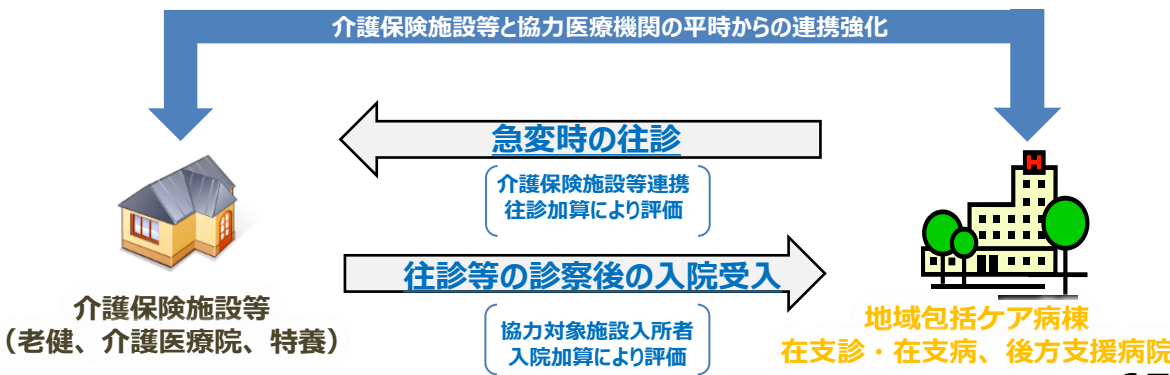


○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

※いわゆる下り搬送による患者と救急医療機関のマッチングは、地域による対応の一例であり、救急搬送先の選定における適切なマッチング等、それぞれの地域における救急医療提供体制が構築されることが考えられる。



○介護保険施設等との連携促進を通じた救急医療提供体制



初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

救急患者連携搬送料の新設

- 三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設する。

(新) 救急患者連携搬送料

1	入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
2	入院1日目の患者の場合	1,200点
3	入院2日目の患者の場合	800点
4	入院3日目の患者の場合	600点



[算定要件]

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保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C 0 0 4に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 救急搬送について、相当の実績を有していること。
- (2) 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。
- (3) 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
- (4) 連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

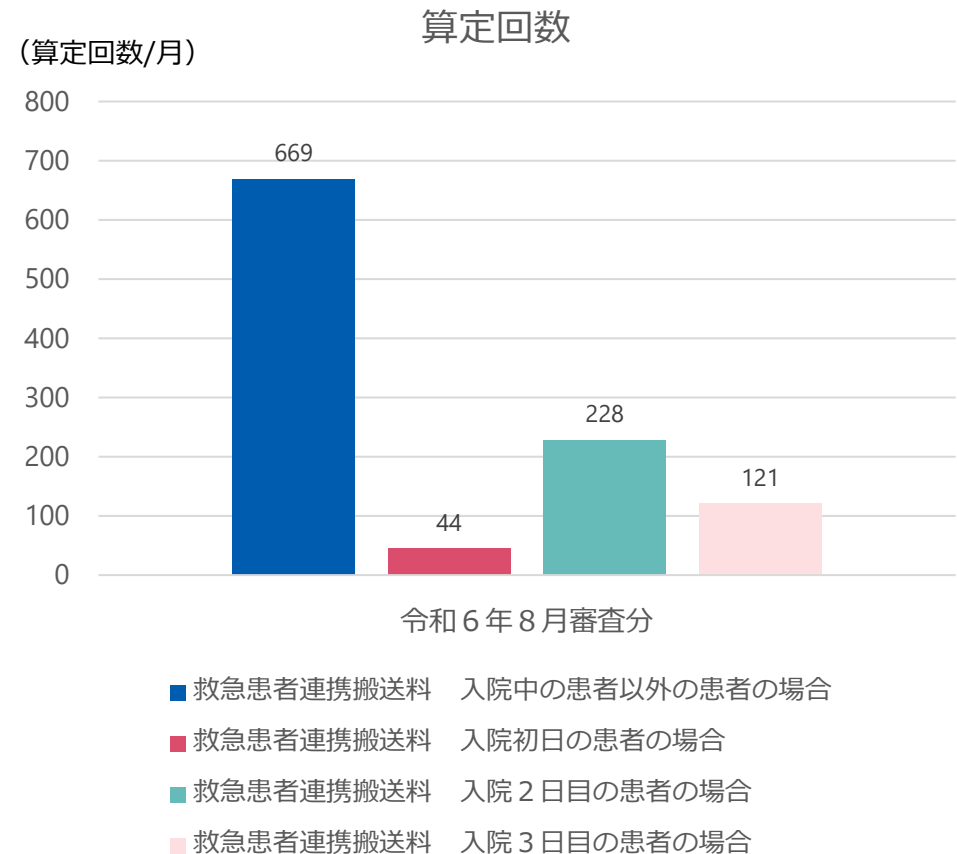
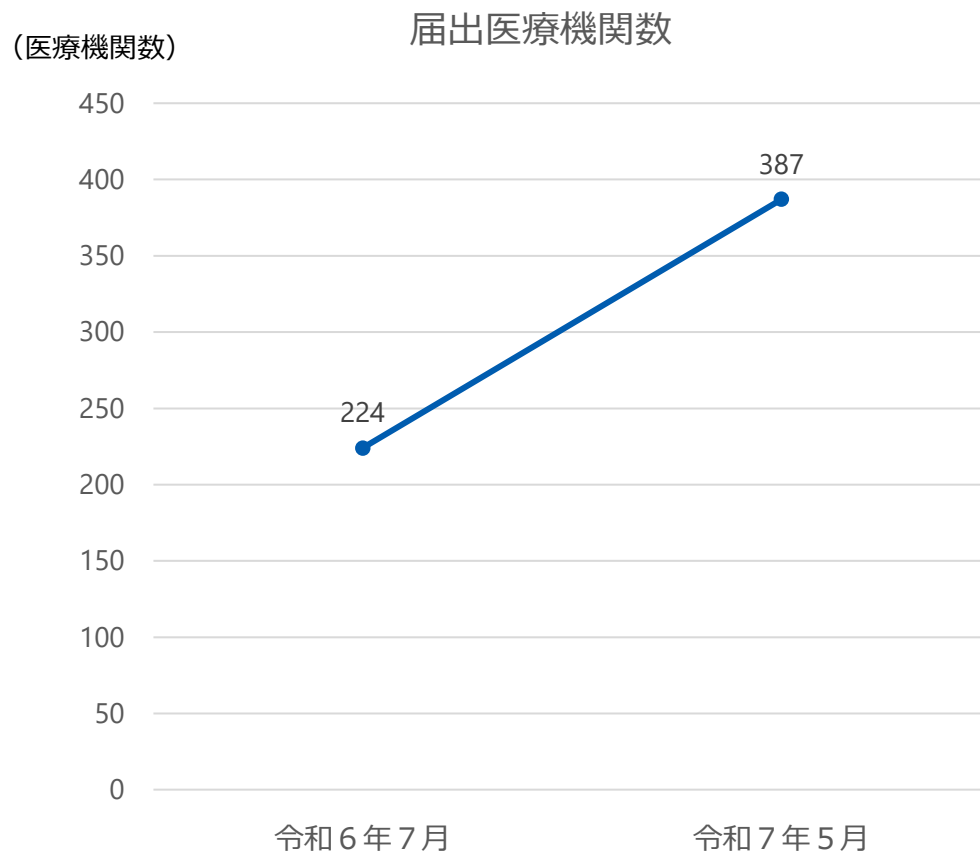
急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

- 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料1等における在宅復帰率に関する施設基準について、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関※に転院した患者を対象から除外する。

※地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。

救急患者連携搬送料の届出医療機関数と算定回数

- 救急患者連携搬送料の届出医療機関数は、令和6年診療報酬改定直後の令和6年7月と比較して、令和7年5月には大幅に増加した。
- 算定回数は、「入院中の患者以外の場合」が最も多く、次いで「入院2日目の患者の場合」が多かった。



出典：

(届出医療機関数) 保険局医療課調べ。※データ抽出方法の違いにより、他の公表情報と数値が若干異なる場合がある。

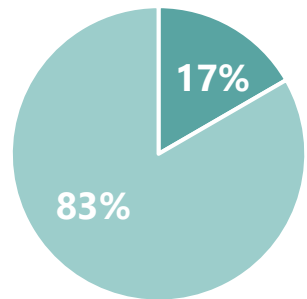
(算定回数) 社会医療診療行為別統計

救急患者連携搬送料の届出状況

診調組 入-1
7.5.22 改

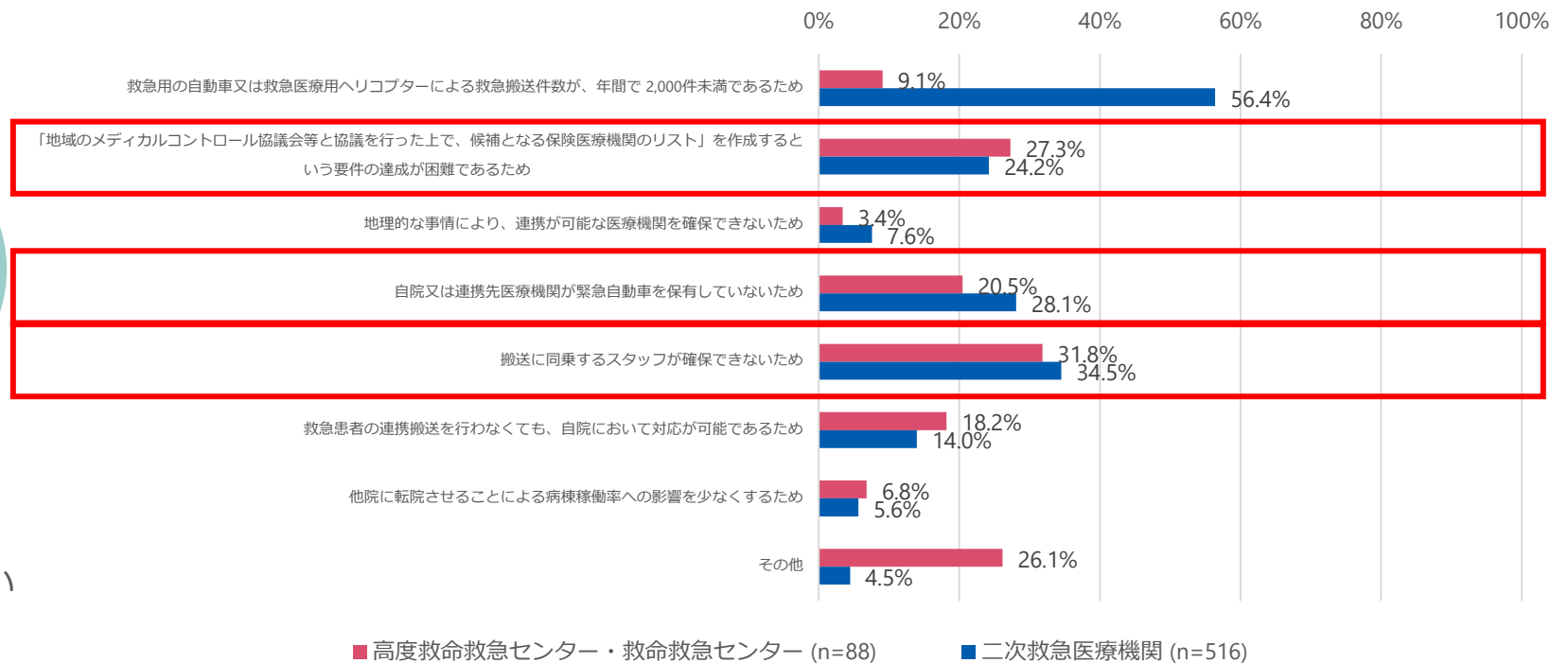
- 高度救命救急センター、救命救急センター及び二次救急医療機関において、救急患者連携搬送料を届け出ていると回答した医療機関は、17%であった。
- 救急患者連携搬送料を届け出していない理由としては、「救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる救急搬送件数が、年間で2,000件未満であるため」「搬送に同乗するスタッフが確保できないため」「自院又は連携先医療機関が緊急自動車を保有していないため」「地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行った上で、候補となる保険医療機関のリスト」を作成するという要件の達成が困難であるため」等が多かった。

救急患者連携搬送料の
届出状況(n=1,063)



■ 届け出ている
■ 届け出していない

救急患者連携搬送料を届け出していない理由（複数選択可）



・その他（自由記載）の例（抜粋要約）

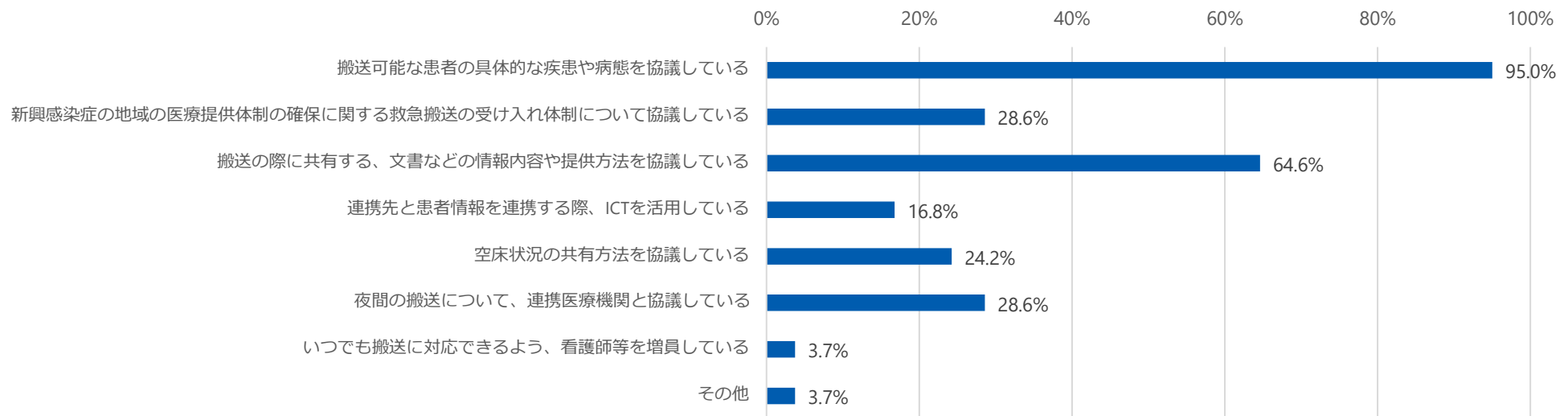
・現在届出の準備中、院内調整が図れないため、搬送対象となる患者が少ないため、MC協議会の開催待ち 等

救急患者連携搬送料の届出医療機関における状況

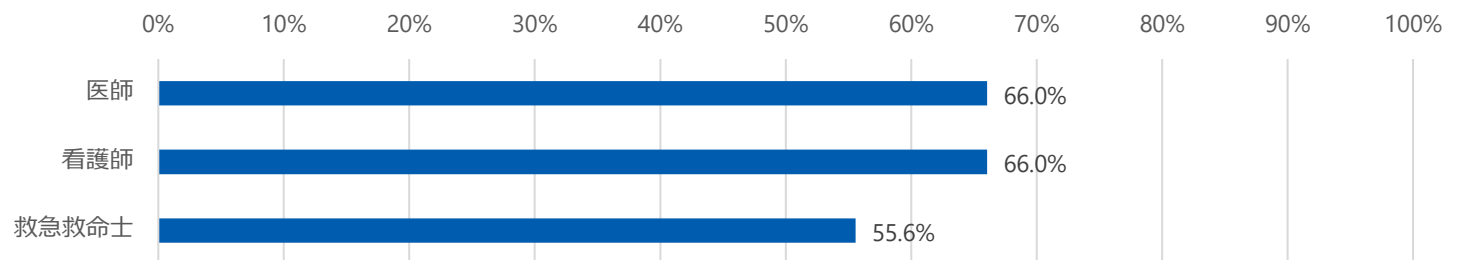
診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

- 救急患者連携搬送料の届出医療機関（搬送元医療機関）における、救急患者連携搬送の体制や、連携先の医療機関とあらかじめ協議を行っている内容は、「搬送可能な患者の具体的な疾患や病態を協議している」が95.0%と最も多く、次いで「搬送の際に共有する、文書などの情報内容や提供方法を協議している」が64.6%と多かった。
- 救急患者連携搬送を行う際に、自院又は連携先に属する緊急自動車に同乗する職種は、「医師」、「看護師」が66.0%、「救急救命士」が55.6%であった。

救急患者連携搬送における体制や、連携先の医療機関とあらかじめ協議を行っている内容等（n=161）



救急患者連携搬送を行う際に、自院又は連携先に属する緊急自動車に同乗する職種（n=162）

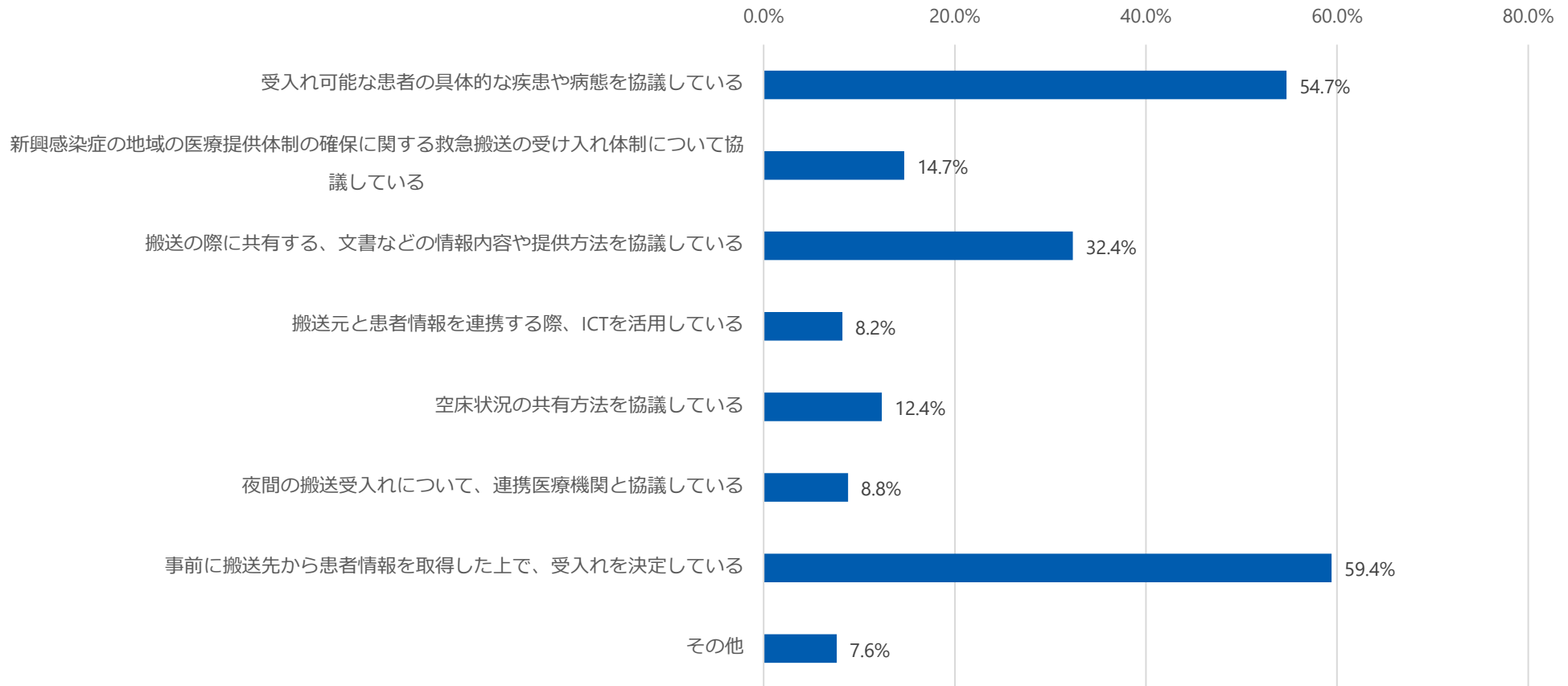


救急患者連携搬送料の搬送先医療機関における状況

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

- 救急患者連携搬送料の搬送先医療機関における、救急患者連携搬送の体制や、連携先の医療機関とあらかじめ協議を行っている内容は、「事前に搬送先から患者情報を取得した上で、受入れを決定している」が59.4%と最も多く、次いで「受入れ可能な患者の具体的な疾患や病態を協議している」が54.7%と多かった。

救急患者連携搬送における体制や、搬送元となる医療機関とあらかじめ協議を行っている内容等（n=170）

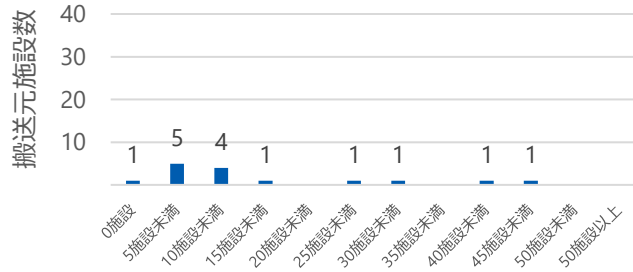


救急患者連携搬送料の届出医療機関における状況（2）

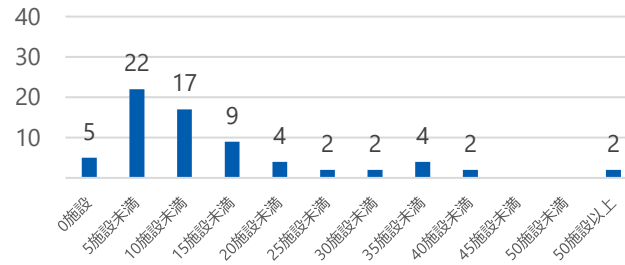
診調組 入-1
7. 5. 22

- 救急患者連携搬送料の届出医療機関（搬送元医療機関）が、搬送先として連携する医療機関の数は以下のとおり。

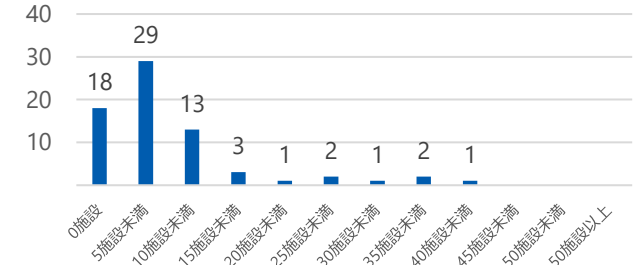
高度救命救急センター⇒二次救急医療施設（n=15）



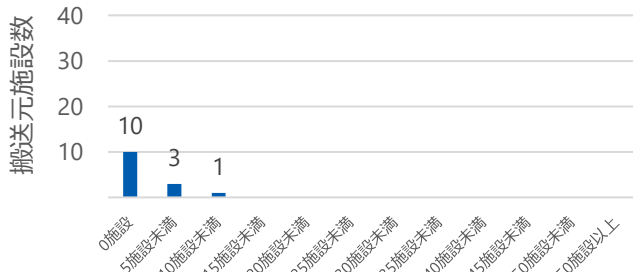
救命救急センター⇒二次救急医療施設(n=69)



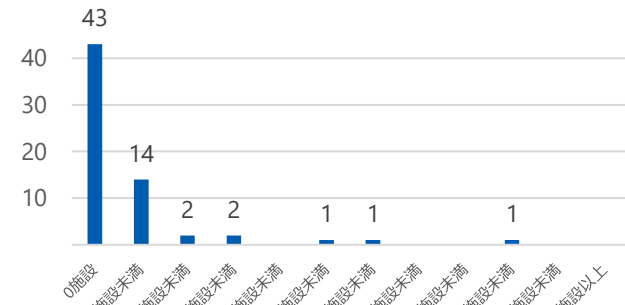
二次救急医療施設⇒二次救急医療施設(n=70)



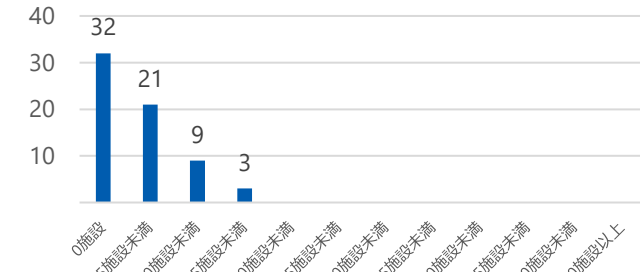
高度救命救急センター⇒二次以外の救急部門を有する施設(n=14)



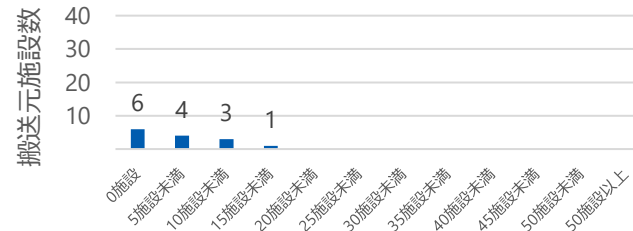
救命救急センター⇒二次以外の救急部門を有する病院(n=64)



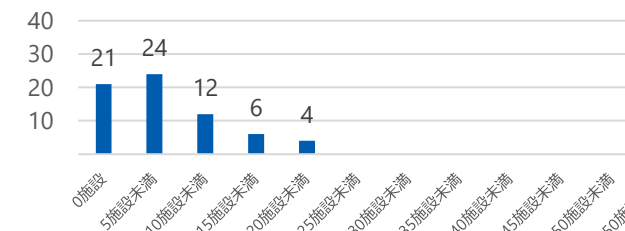
二次救急医療施設⇒二次以外の救急部門を有する病院(n=65)



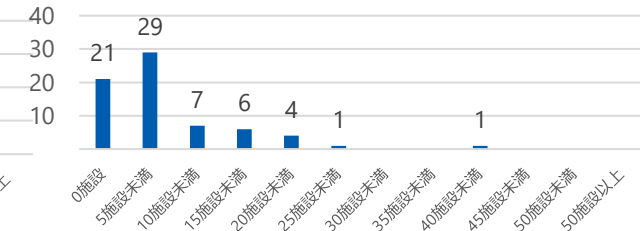
高度救命救急センター⇒救急部門のない施設(n=14)



救命救急センター⇒救急部門のない施設(n=67)



二次救急医療施設⇒救急部門のない施設(n=69)



搬送先施設数

搬送先施設数

搬送先施設数

救急患者連携搬送料の算定患者

- 令和6年10月1か月に「救急患者連携搬送料」を算定した患者の状況は以下のとおり。ほとんどの医療機関において、実際に搬送・受入を行った患者数は少数であった。
- 「救急患者連携搬送料」を算定した患者の搬送理由としては、「処置・手術等を必要としないが、急性疾患に対する治療を必要とする状態であった患者」が最も多かった。

救急患者連携搬送料を算定した患者の状況（令和6年10月1か月）
（複数の事情に当てはまる患者については、最も当てはまるものののみ算入）

搬送元医療機関の回答	回答した医療機関数	最大値（人）	75%tile（人）	中央値（人）	平均値（人）	25%tile（人）	最小値（人）
緊急手術・処置等を必要とする患者	128	7.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0
緊急での手術・処置は要しないが、予定手術・処置を必要とする患者	130	10.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0
上記以外で、急性疾患に対する治療を必要とする状態であった患者	136	59.0	3.0	0.0	3.0	0.0	0.0
急性疾患に対する治療は終了し、リハビリが必要であった患者	136	8.0	1.0	0.0	0.8	0.0	0.0
急性疾患に対する治療は終了し、社会資源等の調整が必要であった患者	134	11.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0

救急患者連携搬送料を算定する患者の搬送先医療機関における受入患者数（令和6年10月1か月）

	回答した医療機関数	最大値（人）	75%tile（人）	中央値（人）	平均値（人）	25%tile（人）	最小値（人）
連携している医療機関から搬送を受け入れた患者数	171	63.0	1.0	0.0	2.4	0.0	0.0
上記のうち、急性増悪等により、搬送元医療機関へ再転院した患者数	161	4.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0

患者等搬送事業者の活用

- 総務省消防庁の「救急業務のあり方に関する検討会」において、増加する救急需要への対策に関する検討として、「転院搬送等での病院救急車や患者等搬送事業者の活用」が挙げられ、地域の実情に応じた患者等搬送事業者を活用する体制の整備が望まれている。

総務省消防庁「令和6年度 救急業務のあり方に関する検討会 報告書」（令和7年3月）

第2章 増加する救急需要への対策に関する検討

3 転院搬送等での病院救急車や患者等搬送事業者の活用

（中略）

エ 患者等搬送事業者の活用に向けて

今回、消防本部に対する調査を通じて、都市部を中心に、患者等搬送事業者に対するニーズが高いと考えられることや、転院搬送において患者等搬送事業者が担う役割には地域差が大きいことが明らかになった。

また、人員体制（救急救命士の有無等）、積載資器材の状況、搬送先の内訳及び料金設定等、患者等搬送事業者の活動実態については事業者によって様々であることも改めて明らかになった。

こうした点を踏まえると、転院搬送における患者等搬送事業者の活用方法については、必ずしも全国一律ではなく、それぞれの地域においてその最適化を考えていく必要がある。

（中略）

救急需要が増大の一途を辿る中、平時から緊急度に応じた社会資源として、地域の実情に応じて、患者等搬送事業者を活用する体制が整備されることが望まれる。

※下線部は引用時に付記

概要

○ 寝たきりの高齢者、身体障害者、傷病者等（＝患者等）を対象に、医療機関への入退院、通院及び転院並びに社会福祉施設への送迎に際し、ベッド等を備えた専用車を用いて搬送を実施する事業（**緊急性のない者が搬送対象**）。

※ 民間の搬送事業者のうち、以下の一定の要件を満たす者を指すものであり、一般的な通称として「民間救急」と呼称されているものと厳密には一致しない。

患者等搬送事業者の認定

○ 各消防本部は、消防庁が示す「患者等搬送事業認定基準」を参考にそれぞれ認定基準を定め、民間の搬送事業者のうち、一定の要件を満たす者を患者等搬送事業者として認定（有効期間 5 年間・要認定更新申請）。

○ 認定対象となる患者等搬送事業者は、道路運送法に定める以下の者

- ①一般乗用旅客自動車運送事業の許可を受けた者 ②一般貸切旅客自動車運送事業の許可を受けた者
- ③特定旅客自動車運送事業の許可を受けた者 ④自家用有償旅客運送の登録を受けた者

○ 認定状況等（①～③：R7.4.1現在 ④：R6.4.1～R7.3.31）

①認定事業所数：1,963事業所 ②認定車両台数：2,825台（うち車椅子専用592台）

③適任証保有者数：4,836人（うち車椅子専用259人） ④搬送件数：1,460,688件（うち転院搬送357,265件）



患者等搬送事業者の指導

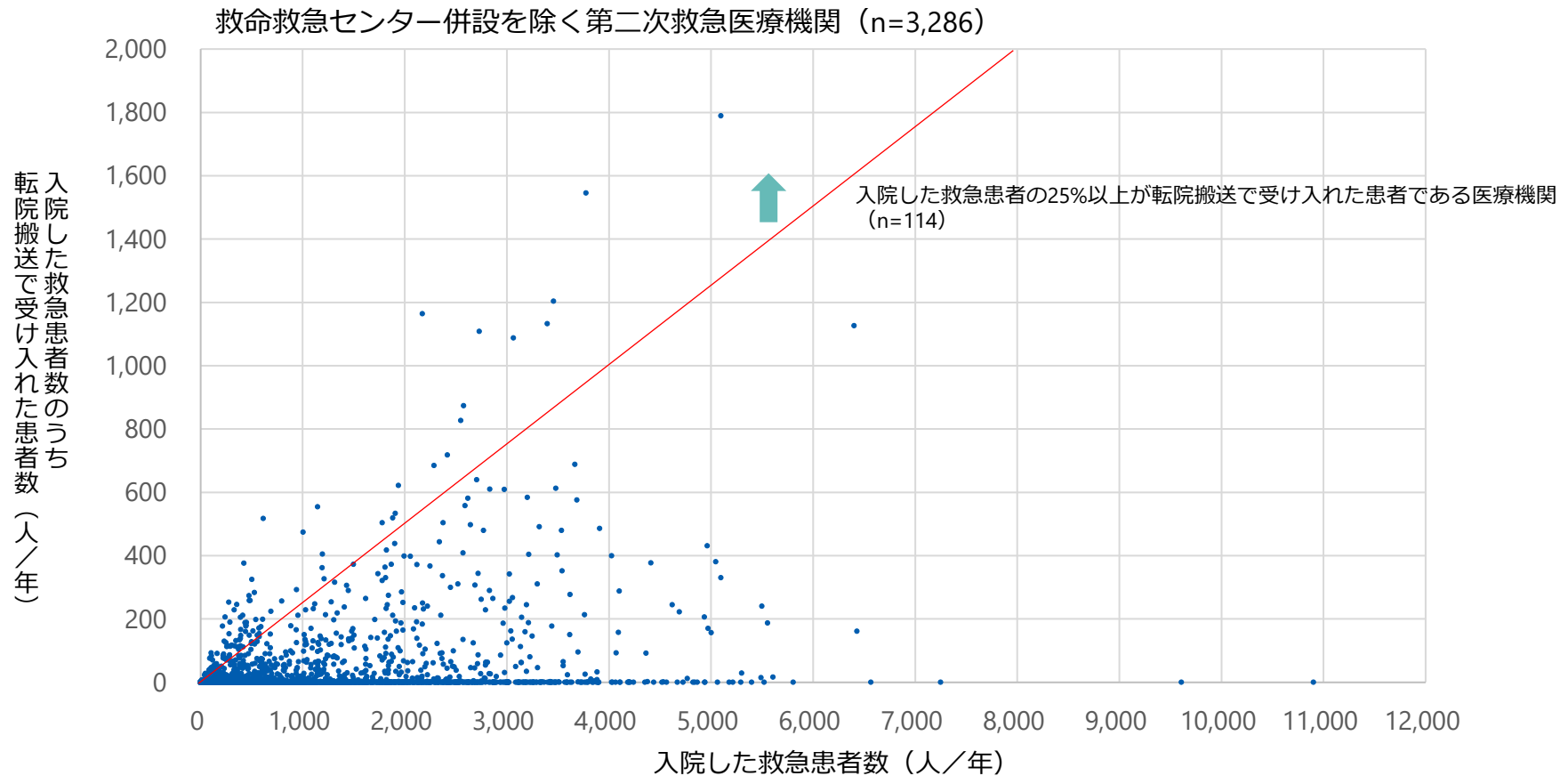
○ 各消防本部は、搬送事業に密接な関係があり、傷病者や搬送中の傷病者管理に精通する者として、容体の急変、患者等間の疾病の感染等の不測の事態に対して、利用者の安全・利便を確保する観点から、患者等搬送事業者を指導することで事業の質を担保。

乗務員の質の担保	搬送用自動車の質の担保	積載資器材の質の担保
●乗務員の要件 - 消防機関の行う適任者講習(※)を修了した者 (※) 観察要領・応急措置、体位管理、搬送法等、計24時間（車椅子専用は計16時間） - 救急救命士有資格者、消防法施行規則第51条に定める救急業務に関する講習課程を修了した者等も、乗務員となることが可能。 - 該当者には患者等搬送乗務員適任証を交付 有効期間は2年間だが、2年に1回以上、消防機関の行う定期講習（計3時間）を受講することで、さらに2年間有効（以降同様）となる。	●搬送用自動車の要件 - 十分な緩衝装置 - 換気及び冷暖房の装置 - 乗務員が業務を実施するために必要なスペース - ストレッチャー及び車椅子等を使用したまま確実に固定できる構造 - 車椅子の乗降を容易にするための装置 - 携帯が可能な通信機器等、連絡に必要な設備 ※ 患者等搬送用自動車は、サイレン又は赤色警告灯を装備するなど、救急自動車と紛らわしい外観を呈さないこと。	●積載すべき資器材 - 呼吸管理用資器材（バグバルブマスク、ポケットマスク） - 保温・搬送用資器材（保温用毛布、担架等） - 創傷等保護用資器材（三角巾、ガーゼ、包帯等） - 消毒用資器材（噴霧消毒器、各種消毒薬） - その他の資器材（はさみ、手袋、体温計等） ※ AEDは任意の積載



第二次救急医療機関に転院搬送され入院した患者数

- 第二次救急医療機関（救命救急センター併設を除く。）における、年間の入院した救急患者数と、転院搬送で受け入れた患者数の分布を示したものは以下のとおり。
- 一部には、入院した救急患者の25%以上が転院搬送で受け入れた患者である医療機関があった。



※「入院した救急患者数」は、独歩、自家用車、民間救急車、消防救急車、ドクターヘリ、病院救急車等による救急受入患者のうち、入院患者数。

※「転院搬送で受け入れた患者数」は、病院救急車、ドクターヘリ等による転院搬送で受け入れた救急患者のうち、入院患者数。

出典：「救急医療提供体制の現況調べ（令和4年度実績）」

地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

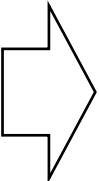
地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

- 地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から、地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期支援加算について、救急搬送患者の緊急入院を受け入れることによる負担等を考慮した評価体系に見直す。

現行

【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**



改定後

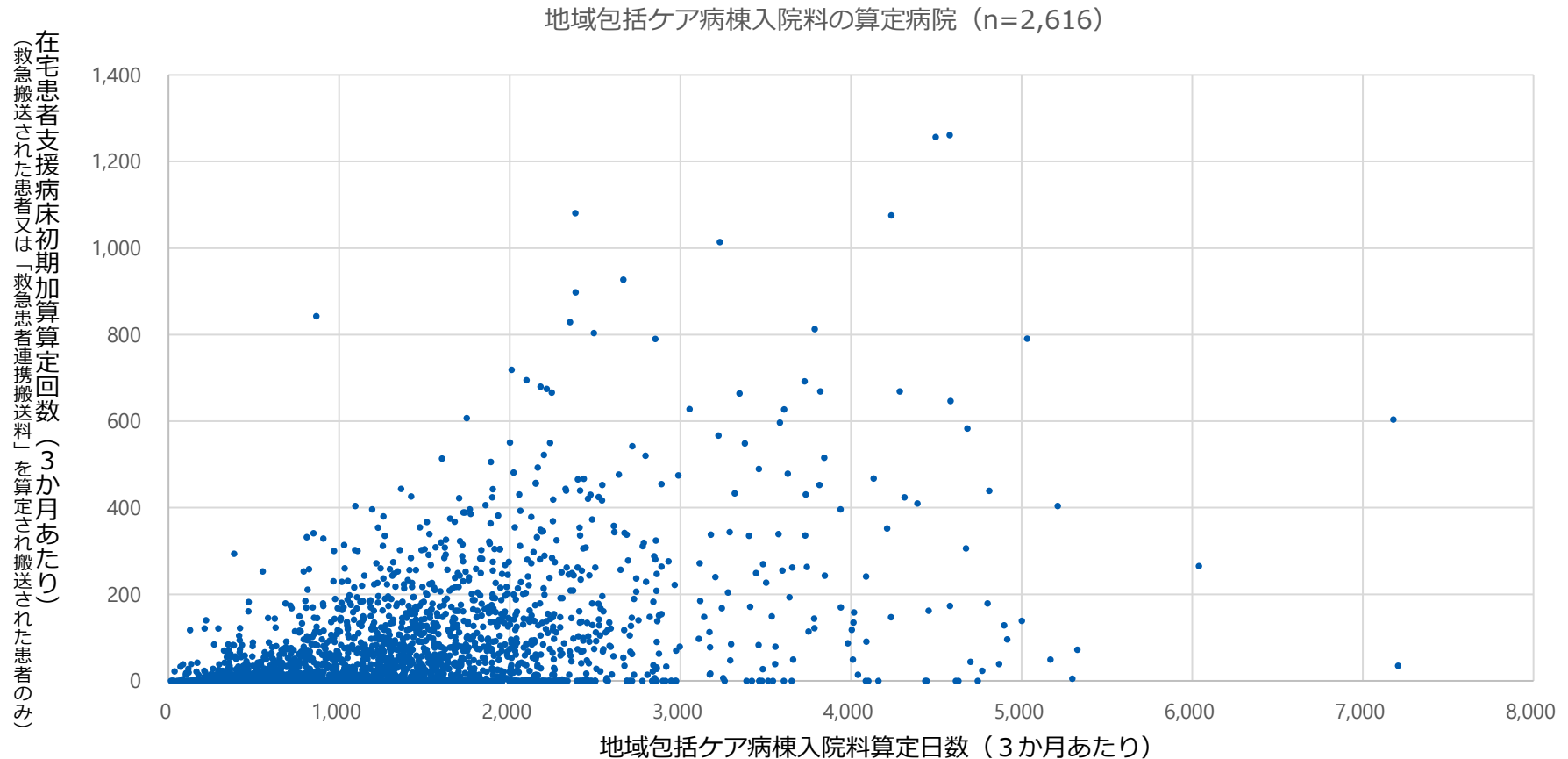
【在宅患者支援病床初期加算】

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
- ① **救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C 004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合** **580点**
 - ② ①の患者以外の患者の場合 **480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
- ① **救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C 004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合** **480点**
 - ② ①の患者以外の患者の場合 **380点**



在宅患者支援病床初期加算の算定状況

- 地域包括ケア病棟入院料算定日数と「在宅患者支援病床初期加算（救急搬送された患者又は「救急患者連携搬送料」を算定され搬送された患者のみ）」の算定回数の分布は以下のとおり。
- 救急搬送患者又は「救急患者連携搬送料」算定患者の受入状況は、医療機関によってばらつきがあった。



出典：DPCデータ（令和6年10月～令和6年12月）

※入院料算定日数は、期間中に入退院した患者の算定日数であり、加算算定回数は、期間中の算定回数であるため、入退院のタイミングの差などにより、対象患者が異なる場合がある。

地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

- 地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

(新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

〔算定要件〕

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棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。



〔施設基準〕（抜粋）

- (1) 看護職員が10:1以上配置されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (3) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。（病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等）
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に必要な体制が整備されていること。
（ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等）
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上（必要度Ⅰの場合）又は15%以上（必要度Ⅱの場合）であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。
（2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等）
- (11) データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (12) 特定機能病院以外の病院であること。(13) 急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (14) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

2. 救急医療について（その1）

2－1. 救急医療をとりまく状況

2－2. 救急搬送に関する評価

2－3. 救急外来応需体制に対する評価

救急搬送・救急診療に関連する主な評価について

救急搬送に対する評価	
C004 救急搬送診療料	患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合の評価。
C004-2 救急患者連携搬送料	三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上、自院又は搬送先の医療機関に属する緊急自動車をを用いて転院搬送する場合の評価。 【対象医療機関】年間救急搬送件数2,000件以上
救急外来応需体制に対する評価	
B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料	地域の他の医療機関の医師と連携をとりつつ、救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に診療が可能な体制を保つことを評価するもの。夜間、休日又は深夜であって、あらかじめ地域に周知している時間に、患者を診療した場合に算定する。
B001-2-5 院内トリアージ実施料	夜間、休日又は深夜に受診した、初診料を算定する患者（救急自動車等で搬送された者を除く。）に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。
B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料	- 診療時間以外の夜間や休日、深夜において、救急搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、初診料を算定する初診の日に限り算定する。 【対象医療機関】次のいずれかを満たす第二次救急医療機関（第三次救急医療機関併設を除く。）又は精神科救急医療施設 ・地域医療支援病院 ・救急告示病院、診療所 ・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
B006 救急救命管理料	患者の発生した現場に保険医療機関の救急救命士が赴いて必要な処置等を行った場合において、当該救急救命士に対して必要な指示を行った場合に算定する。
救急入院医療に対する評価	
A205 救急医療管理加算	- 緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して7日に限り算定する。 【対象医療機関】次のいずれかを満たす救急医療機関又は精神科救急医療施設 ・地域医療支援病院 ・救急告示病院、診療所 ・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
A300 救命救急入院料	救命救急センターを有している病院の治療室において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に算定する。 【対象医療機関】・救命救急センター

院内トリアージ実施料の概要

B001-2-6 院内トリアージ実施料 300点

注 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保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く。）であって、区分番号A000に掲げる初診料を算定する患者に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。

【算定留意事項通知】

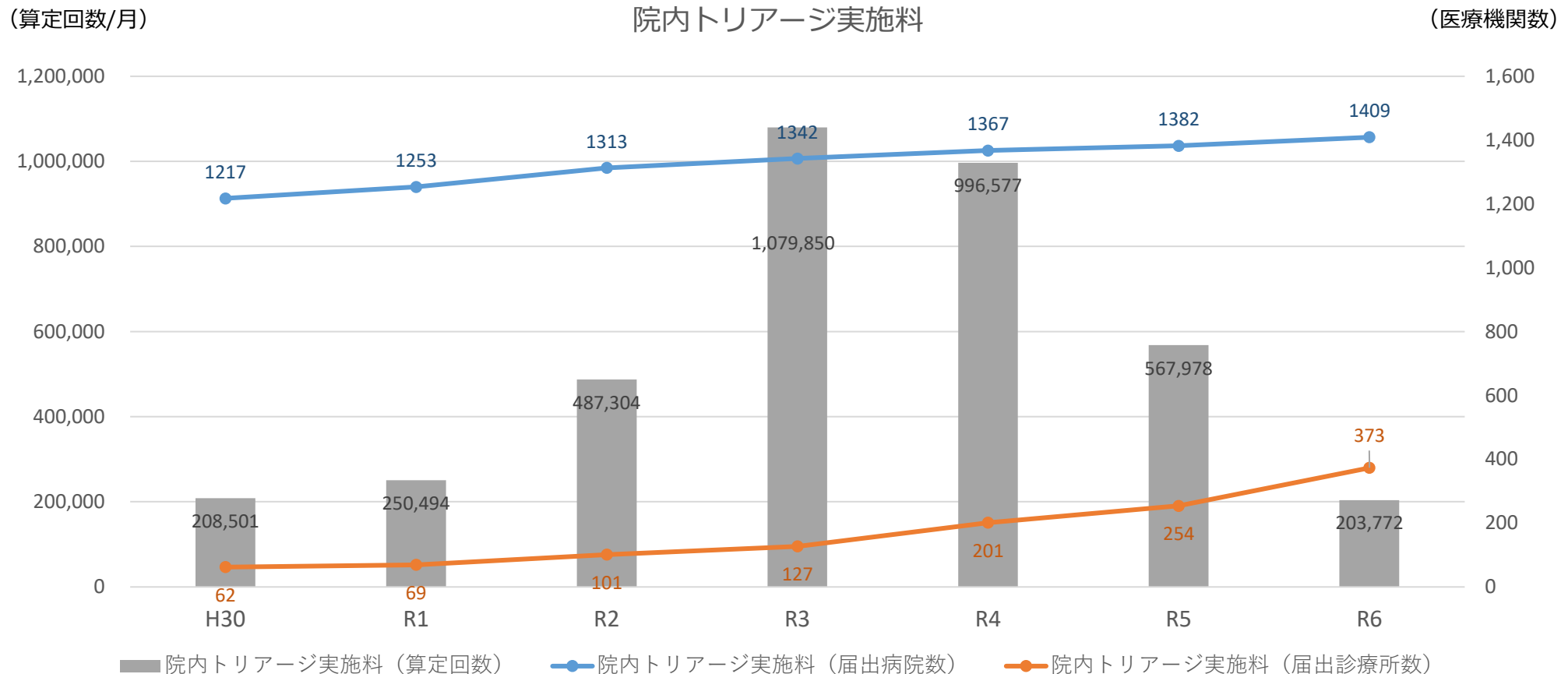
- (1) 院内トリアージ実施料については、院内トリアージ体制を整えている保険医療機関において、夜間、休日又は深夜に受診した患者であって初診のものに対して当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師又は救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われ、診療録等にその旨を記載した場合に算定できる。ただし、「B001-2-6」夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者については算定できない。
- (2) 院内トリアージを行う際には患者又はその家族等に対して、十分にその趣旨を説明すること。

【院内トリアージ実施料の施設基準】

- (1) 以下の項目を含む院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。
 - ア トリアージ目標開始時間及び再評価時間
 - イ トリアージ分類
 - ウ トリアージの流れなお、トリアージの流れの中で初回の評価から一定時間後に再評価すること。
- (2) 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。
- (3) (2)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
- (4) 専任の医師又は救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。

院内トリアージ実施料の算定回数等

- 「院内トリアージ実施料」の算定医療機関数は、やや増加傾向である。算定回数は、新型コロナウイルス感染症流行後に大幅に増加したが、令和6年には以前の水準まで減少している。



出典：
 (算定回数) 社会医療診療行為別統計 (令和5年以前は6月審査分、令和6年は8月審査分) ※新型コロナウイルス感染症臨時的取扱いを除く。
 (届出医療機関数) 各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

夜間休日救急搬送医学管理料の概要

B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料	(初診料を算定する初診の日に限り算定)	600点
	精神科疾患患者等受入加算	400点	
	救急搬送看護体制加算 1	400点	
	救急搬送看護体制加算 2	200点	

【算定留意事項通知】

- (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、往診料の場合と同様である。
- (2) 「注2」に規定する精神科疾患患者等受入加算の対象患者は、深夜、時間外又は休日に救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターで搬送された患者のうち、以下のいずれかのものとする。
- イ 過去6月以内に精神科受診の既往がある患者
 - ロ アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者
- (3) B001-2-5「院内トリージ実施料」を算定した患者には夜間休日救急搬送医学管理料は算定できない。

【夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準】

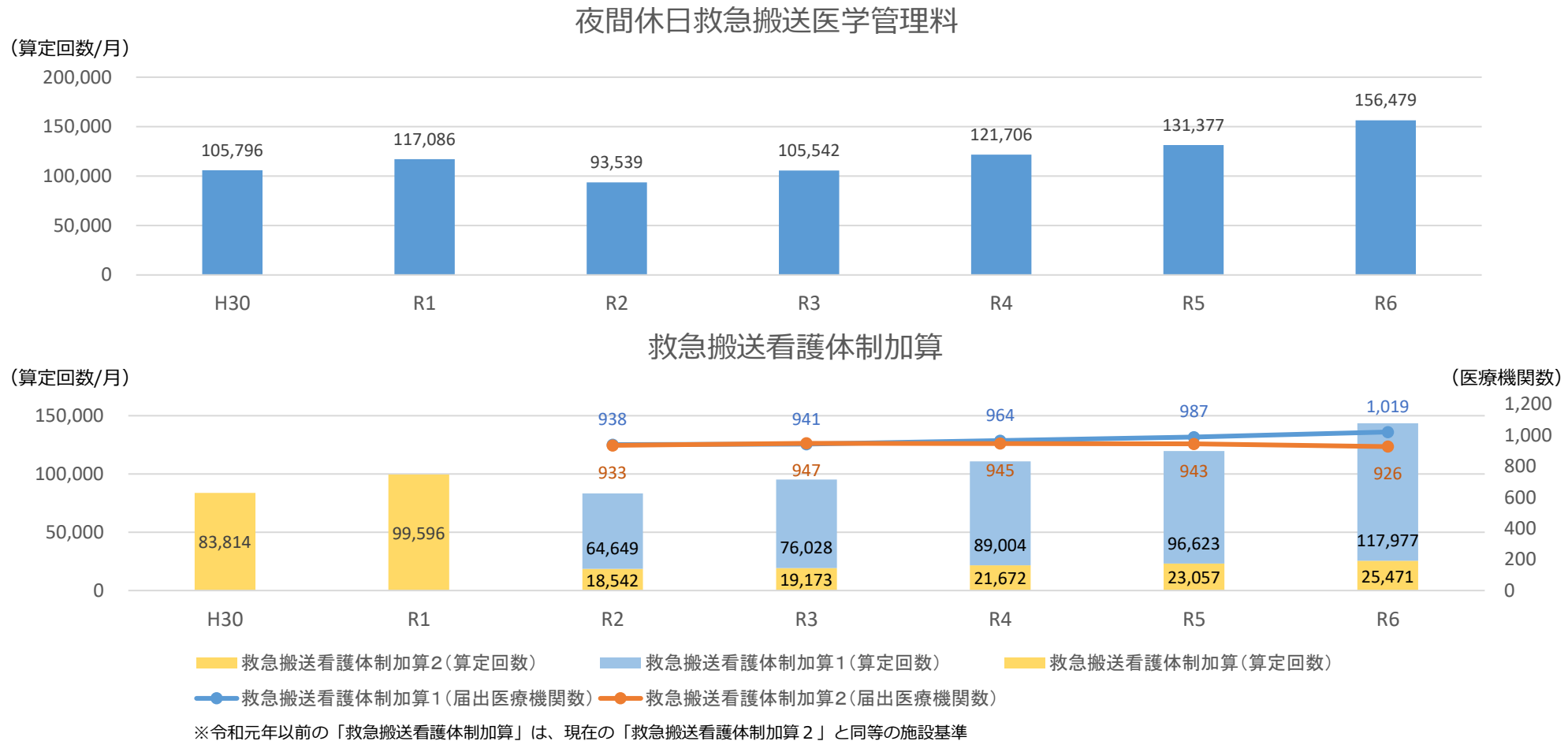
- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。
- ア 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）
 - イ 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 - ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
- なお、精神科救急医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。

【救急搬送看護体制加算の施設基準】（抜粋）

- (加算1) ・救急搬送件数が年間で1,000件以上であること。 ・救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が複数名配置されていること。
- (加算2) ・救急搬送件数が年間で200件以上であること。 ・救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が配置されていること。

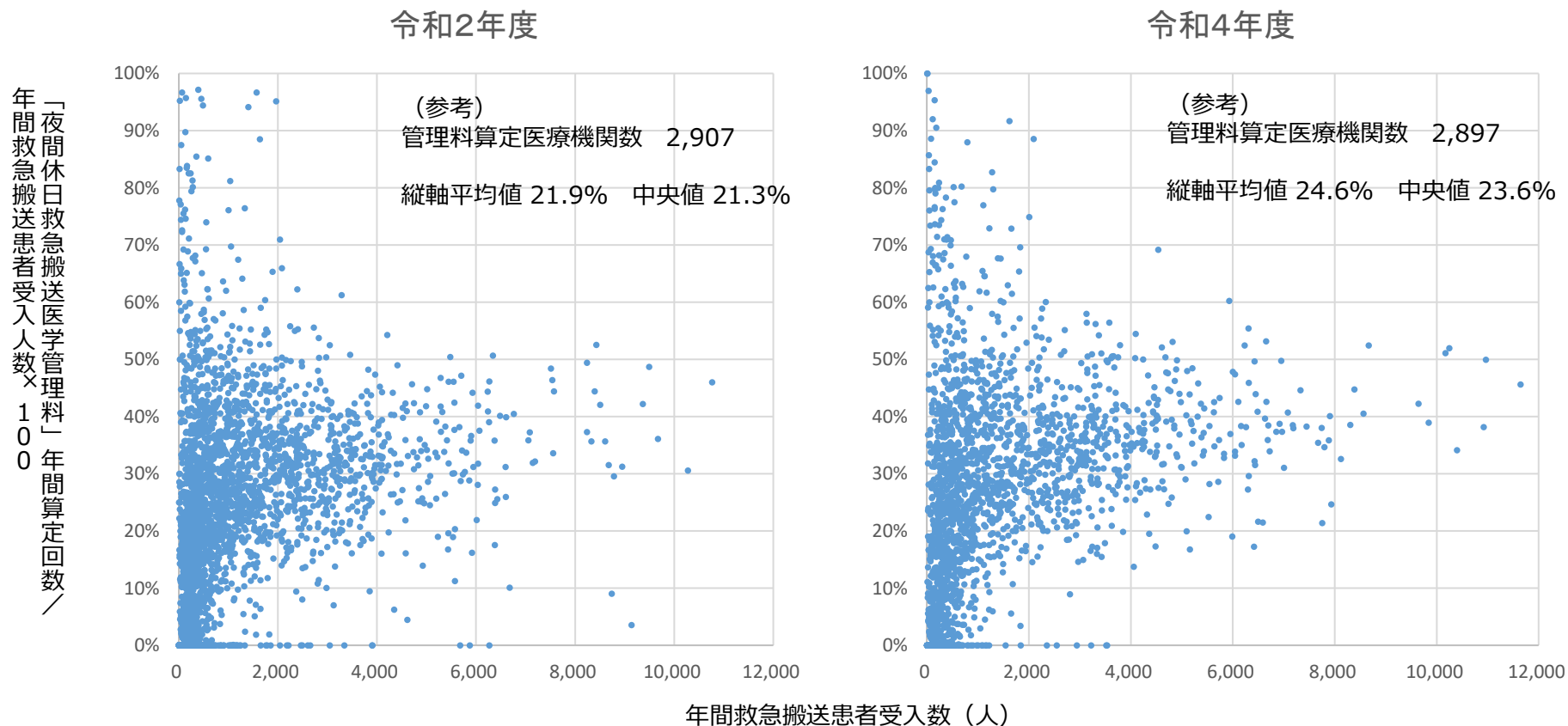
夜間休日救急搬送医学管理料の算定回数等

- 「夜間休日救急搬送医学管理料」の算定回数は、令和2年以降増加傾向である。
- 「救急搬送看護体制加算」の届出医療機関数は、令和2年以降ほぼ横ばいである一方、算定回数は増加傾向である。



夜間休日救急搬送医学管理料の算定割合

- 第二次救急医療機関（救命救急センター併設を除く。）における、年間救急搬送患者受入人数に占める「夜間休日救急搬送医学管理料」の年間算定回数の割合を医療機関ごとに算出し、その分布を示したものは以下のとおり。
- 夜間休日等の初診患者の受入状況は、令和2年度と令和4年度で大きな変化はないことが示唆される。



出典：（算定回数）NDBデータ（令和2年4月から令和3年3月、令和4年4月から令和5年3月）

（救急搬送患者受入人数）「救急医療提供体制の現況調べ（令和2・4年度実績）」から算出

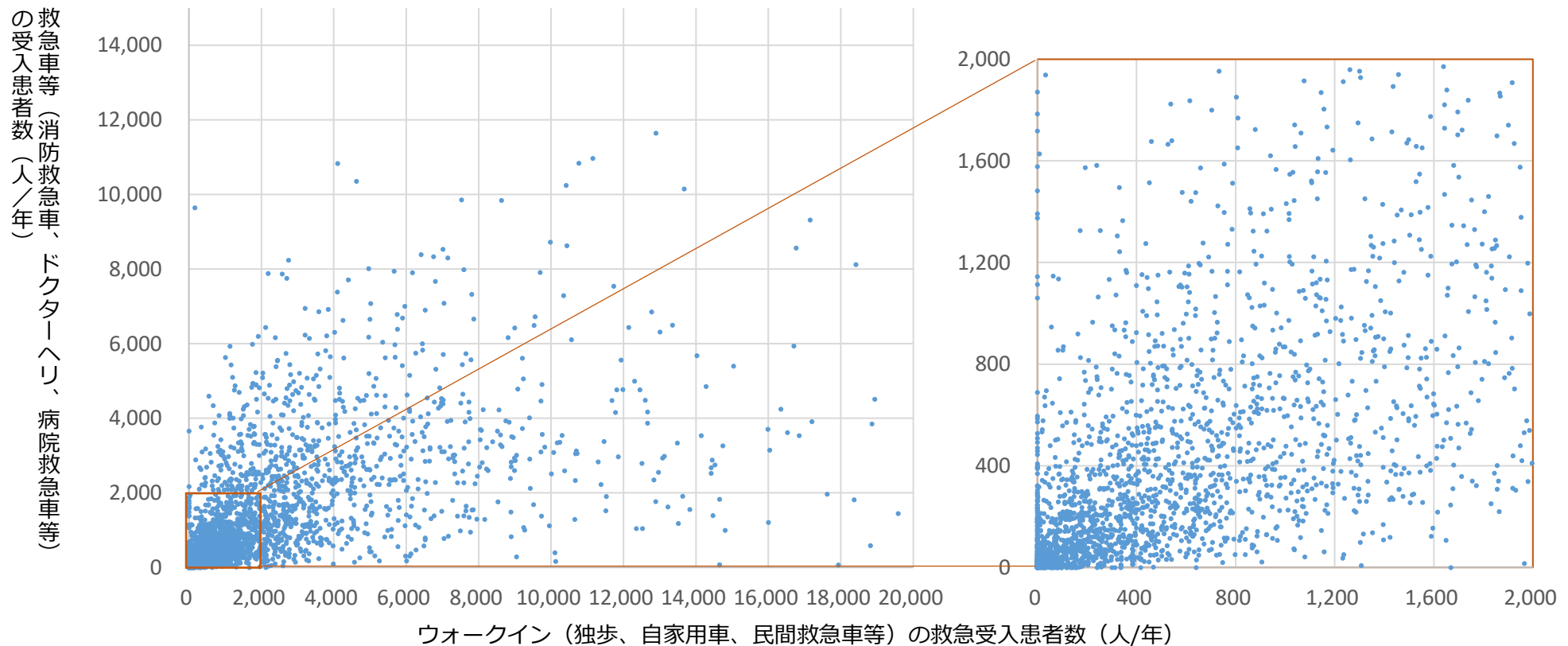
※「救急搬送患者受入人数」は、救急自動車等受入患者数と転院搬送受入患者数の合計。令和2年度と令和4年度では集計定義の一部が異なる場合がある。転院搬送の手段によっては、一部に「夜間休日救急搬送医学管理料」の算定対象とならない患者が含まれる可能性がある。

※救命救急センター併設を除く第二次救急医療機関であり、「救急搬送患者受入数」が年1人以上である医療機関をプロットした。100%を超える外れ値や、NDBデータとの突合ができない一部データは除外。

第二次救急医療機関におけるウォークイン患者数

- 第二次救急医療機関（救命救急センター併設を除く。）における、年間のウォークイン（独歩、自家用車、民間救急車等）の救急受入患者数と、救急車等（消防救急車、ドクターヘリ、病院救急車等）の受入患者数の分布を示したものは以下のとおり。
- 救急車等の受入患者数が少ない医療機関でも、相当数のウォークイン救急患者を受け入れている医療機関が多数存在する。

救命救急センター併設を除く第二次救急医療機関（n=3,286）

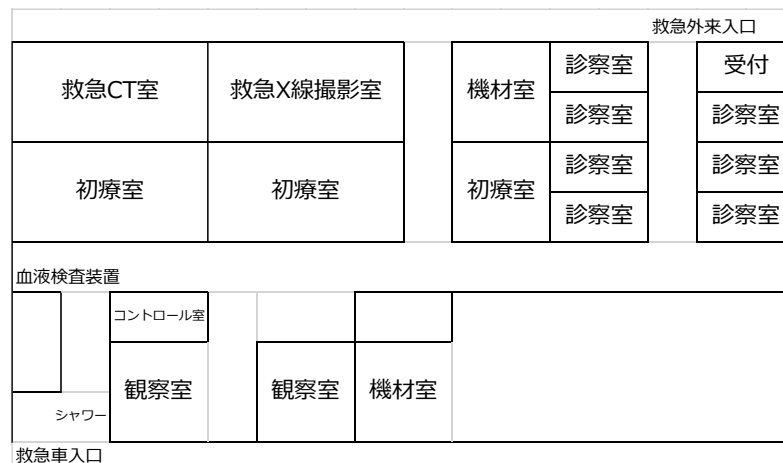


(参考) 救急外来体制の例

- 救急外来における体制の例は以下のとおり。診察室、初療室、観察室等を含む専用の区画を有し、救急患者に対応できる医師、看護師、薬剤師等の職員を配置し、24時間検体検査・画像検査・処方等を実施できる体制を有している。

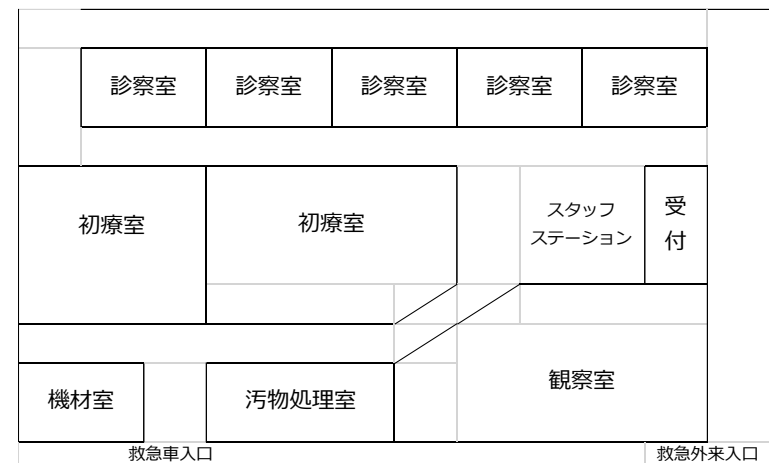
大学病院・救命救急センター（1,200床程度）の例

- ・ 二次医療圏人口約100万人程度の大都市地域に立地する大学病院
- ・ 救命救急センター・二次救急医療機関
- ・ 救命救急センター病床数 約20床、特定集中治療室 約40床
- ・ 年間救急車受け入れ件数 約6,000台超
- ・ 救急担当専任医師数 約30名、救急科専門医数 約10名
- ・ 救急担当専任看護師数 約70名
- ・ 薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士等の当直体制あり
- ・ 24時間の血液検査、CT、MRI検査対応



地方公立・第二次救急医療機関（420床程度）の例

- ・ 二次医療圏人口約40万人程度の地域に立地する地方公立病院
- ・ 二次救急医療機関
- ・ ハイケアユニット 約12床
- ・ 年間救急車受け入れ件数 約4,700台超
- ・ 年間ウォークイン受入患者数 約13,000名
- ・ 救急担当専任医師数 約2名、救急科専門医数 約2名
- ・ 救急担当専任看護師数 約24名
- ・ 薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師等の夜勤体制あり
- ・ 24時間の血液検査、CT、MRI検査対応



(参考) 救命救急センターにおける施設評価の例

- 「救命救急センターの充実段階評価」では、主に以下のような項目で評価を行っている。
- 「A300 救命救急入院料」における「救急体制充実加算」は、当該評価の区分に従い算定できる点数に差を設けている。

1	救命救急センター専従医師数	22	救命救急センターの機能及び診療体制等に関する会議
2	1のうち、救急科専門医数	23	第三者による医療機能の評価
3.1	休日及び夜間帯における医師数	24	休日及び夜間勤務の適正化
3.2	休日及び夜間帯における救急専従医師数	25	救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員
4	救命救急センター長の要件	26	救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組
5	転院及び転棟の調整を行う者の配置	27	院内急変への診療体制
6	診療データの登録制度への参加と自己評価	28	脳死判定及び臓器・組織提供のため の整備等
7.1	年間に受け入れた重篤患者数（来院時）	29	救急医療領域の人生の最終段階に おける医療の整備
7.2	地域貢献度	30	救急医療領域の虐待に関する整備
8	救命救急センターに対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組	31	地域の救急搬送
9	救急外来のトリアージ機能	32	地域の関係機関との連携
10	内因性疾患への診療体制	33	都道府県メディカルコントロール協議会又は地域メディカルコントロール協議会等への参画
11	電子的診療台帳の整備等	34	救急医療情報センター（広域災害・救急医療情報システム）への関与
12	外因性疾患への診療体制	35	ウツタイン様式調査への協力状況
13	精神科医による診療体制	36	メディカルコントロール体制への関与
14	小児（外）科医による診療体制	37.1	救急救命士の挿管実習および薬剤投与実習の受入状況
15	産（婦人）科医による診療体制	37.2	救急救命士の病院実習受入状況
16	医師事務作業補助者の有無	38	臨床研修医の受入状況
17	薬剤師の配置	39	専攻医の受入状況
18	臨床工学技士の配置	40	医療従事者への教育
19	医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担	41	災害に関する教育
20	C T ・ M R I 検査の体制	42	災害に関する計画の策定
21	手術室の体制		

出典：「救命救急センターの新しい充実段階評価について」（平成30年2月16日医政地発0216第1号）

(参考) A300 救命救急入院料 注3「救急体制充実加算」
 充実段階Sであるもの 救急体制充実加算 1 1,500点
 充実段階Aであるもの 救急体制充実加算 2 1,000点
 充実段階Bであるもの 救急体制充実加算 3 500点

在宅医療・救急医療連携セミナー

1 事業の目的

<背景・課題>

- 国民の多くが、自宅等の住み慣れた環境での療養を希望している。しかし、実際には、あらかじめ家族等や医療・ケアチームと話し合いを行っていないこと等から望まない救急搬送が行われることや、また、生命の危険が迫った状態では多くの人が自らの意思を表明できない状態で救急搬送されることから、救急現場や医療現場での対応に課題が生じているとの指摘がある。
- そのため、地域において、本人の病状や希望する医療・ケアや療養場所、延命措置に対する要望等、本人の意思を共有するための関係機関間の連携体制の構築が必要となっている。

<対策> **本人の意思を関係機関間で共有するための連携ルール等の策定支援**

- 先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者との協議の場を設け、在宅療養者等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定や、人生の最終段階の医療・ケアをどのように考えていくか等についての住民向け普及・啓発に取り組んでいる。
- このような取組を参考に、複数の自治体を対象とした研修セミナーを実施し、必要な連携ルール等の策定が進むよう、重点的な支援を行う。また、本取組について全国的な横展開を推進していくことで、本人の意思が尊重されるための環境整備を進める。

2 事業の概要・スキーム・実施主体

問題意識

- ・ 看取り期における本人の意思に沿わない搬送
- ・ 生命の危機が迫った状態で自らの意思表明ができない状態での搬送等、救急現場や医療現場での対応に課題が生じている

対策の方向性

- ・ 自治体、救急医療（消防）、在宅医療機関関係者が、地域の実情に応じ、本人の意思を共有するために必要な情報や連携するためのルール等を策定していく工程の支援を実施

平成29年度～令和元年度

先進事例の調査

- ・ 既に連携ルール等を運用している先進自治体（市町村）の取組（連携ルールの運用に至る工程、課題等）※を調査
- ※（例）
- ・ 救急現場や医療機関等における本人の疾病等や療養に関する希望等の把握・共有する方法
- ・ 救急要請時の搬送に関するローカルルールの策定、運用
- ・ 入院が必要な際にスムーズに受け入れるための連携体制や病院側が必要とする患者情報
- ・ 在宅療養に戻る際に在宅医療関係者が必要とする患者情報等
- ・ 人生会議の住民向け普及・啓発等

市町村版セミナーの実施

- ・ 有識者や先進自治体（市町村）の支援のもと、連携ルールの検討等に必要な工程表の策定について、講習やグループワークを実施。（対象：自治体職員、在宅医療関係者、救急医療関係者等）
- ・ 策定した工程表の実施状況の把握等フォローアップを実施。
- ・ 実施後の報告書には、今後、他の市町村で取り組めるようマニュアルを盛り込む。

令和2年度～

都道府県版モデル事業の実施

- ・ 都道府県に管下市町村の連携ルール作りに取り組んでもらう。
- ・ この際、過去の当セミナーの内容を参考にしつつ、シンクタンク等業者が事業実施を支援。
- ・ 実施後、シンクタンク等業者は事業の効果等を検証し報告書にまとめる。また、都道府県が管下市町村を指導するためのマニュアルを作成し、新たな課題等に応じて改訂する。

将来の目標

- 各都道府県が管下市区町村と協力し、
- ・ MC協議会と在宅医療機関の橋渡し
- ・ 地域での本人の意思の共有手法の協議等を実施する。



実施主体

委託事業：コンサルや研究機関等を想定

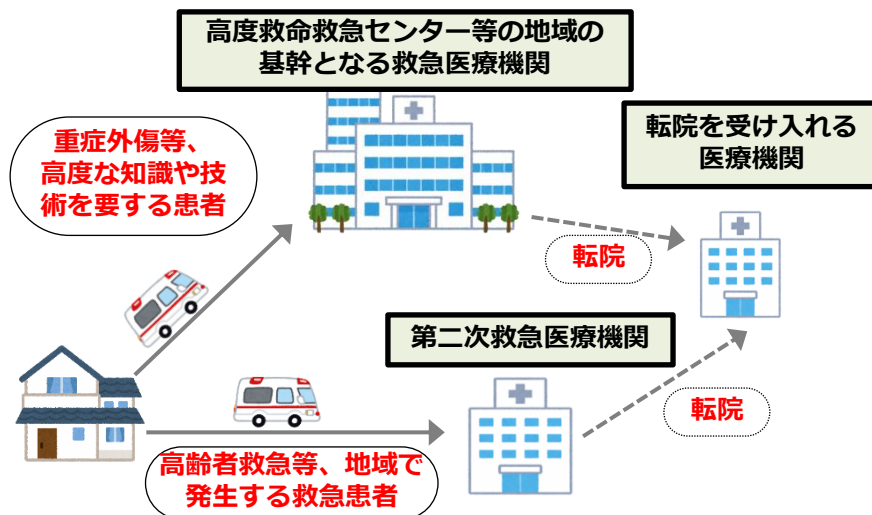
救急医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- ・ 増加する高齢者の救急搬送や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。
- ・ 居宅・介護施設の高齢者が、自らの意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進める。
- ・ ドクターヘリについては、より効率的な対応ができるような広域連携体制の構築を進める。ドクターカーについては、全国の様々な運行形態を調査し、地域にとって効果的な活用方法の検討を進める。
- ・ 新興感染症の発生・まん延時において、感染症対応と通常の救急医療を両立できるような体制を構築する。

救急医療機関の役割等

- 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治療を主に担うなど、地域の救急医療機関の役割を明確化する。
- 医療機関間で、転院搬送に必要な情報や受け入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくことを通じて、高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進する。転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等の活用を進める。



居宅・介護施設の高齢者の救急医療

- 医療関係者・介護関係者は、地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場等において、患者の希望する医療について必要な時に確認できる方法について検討を進める。
- 自治体や医療従事者等は、患者や家族が、人生の最終段階においてどのような医療を望むかについて日頃から話し合うことを促す。

東京都八王子市の例

東京都八王子市の救急医療情報キットでは、『もしもの時に医師に伝えたいことがあれば、チェックしてください』との設問を設け、「できるだけ救命」「延命してほしい」「苦痛をやわらげる処置なら希望する」「その他」の回答欄を設けている。

(在宅療養・救急医療連携にかかる
調査セミナー事業報告書
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf>)

～記入例～ 救急医療情報

(五) 王玉山喜聽耆歌聲民樂隊副主席陳海松

住 所	八王子市 虎ノ巻 町 三丁目 24番 1号		
フリガナ	伊崎チカ子/チカ子		
氏 名	八王子 七男	年齢	70歳 (平成24年 8月 10日現在)
生年月日	明治47年(昭和) 17年 1月 1日		
性 別	♂・女		
健康番号	01 - 12 - 626 - 3111(自宅)		
電話番号	090 6666 6666 (家の携帯)		同様のご記入ください。 しも適合ご記入ください。

○医療情報

現在治療中の病気	糖尿病・心臓病・脳卒中、その他(血圧185/110)		
過去に医師から 言われた病気	・高血圧		
服用している薬	カルベジラール錠剤 10mg フコクローリン錠 10mg		
かかりつけの病院	表 病 名: 八王子消防病院	受診回数(1年以内)内通院のある回数	
	住 居: 八王子市 区 上野町33		
	電話番号:		

もしもの時に医師に伝えたい事があれば「 」の所にチェックして下さい。

できるだけ家族、近所などではい い 準備をわねらるに希望する。 亡くなるまで自然の世で長寿でい るを希望。	救急いけいけの要請を 受ける。その時に必要なものを ご記入ください。
--	--

○高齢者お申し込み情報センター（地域密着支援センター）

氏 名	姓	名	住所	電話番号
八王子 美子	八王子市 成方町1-1-1	080-1111-6666		
日野 子	日野市 成方町1-2-3	090-0000-6666		
生年月日	平成24年 8月 10日	受診日	平成27年 4月 1日	
生年月日	平成24年 8月 10日	受診日	平成27年 4月 1日	
生年月日	平成24年 8月 10日	受診日	平成27年 4月 1日	

○高齢者お申し込み情報センター（地域密着支援センター）

名	姓	電話番号
---	---	------

救急搬送・救急診療に関連する主な評価について

救急搬送に対する評価	
C004 救急搬送診療料	患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合の評価。
C004-2 救急患者連携搬送料	三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上、自院又は搬送先の医療機関に属する緊急自動車を用いて転院搬送する場合の評価。 【対象医療機関】年間救急搬送件数2,000件以上
救急外来応需体制に対する評価	
B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料	地域の他の医療機関の医師と連携をとりつつ、救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に診療が可能な体制を保つことを評価するもの。夜間、休日又は深夜であって、あらかじめ地域に周知している時間に、患者を診療した場合に算定する。
B001-2-5 院内トリアージ実施料	夜間、休日又は深夜に受診した、初診料を算定する患者（救急自動車等で搬送された者を除く。）に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。
B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料	- 診療時間以外の夜間や休日、深夜において、救急搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、初診料を算定する初診の日に限り算定する。 【対象医療機関】次のいずれかを満たす第二次救急医療機関（第三次救急医療機関併設を除く。）又は精神科救急医療施設 ・地域医療支援病院 ・救急告示病院、診療所 ・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
B006 救急救命管理料	患者の発生した現場に保険医療機関の救急救命士が赴いて必要な処置等を行った場合において、当該救急救命士に対して必要な指示を行った場合に算定する。
救急入院医療に対する評価	
A205 救急医療管理加算	- 緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して7日に限り算定する。 【対象医療機関】次のいずれかを満たす救急医療機関又は精神科救急医療施設 ・地域医療支援病院 ・救急告示病院、診療所 ・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
A300 救命救急入院料	救命救急センターを有している病院の治療室において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に算定する。 【対象医療機関】・救命救急センター

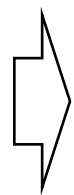
救急医療管理加算の見直し

救急医療管理加算の見直し

➤ 救急医療管理加算2を算定する場合のうち「その他の重症な状態」の割合が5割を超える保険医療機関について、評価を見直す。

現行

【救急医療管理加算】
[算定要件]
(略) 緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。



改定後

【救急医療管理加算】
[算定要件]
(略) 緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関において、救急医療管理加算2を算定する患者については、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して7日を限度として、210点を所定点数に加算する。
【ただし書きに規定する施設基準】
救急医療管理加算2を算定する患者のうち、5割以上が「その他の重症な状態」であること。

➤ 「経過観察が必要であるため入院させる場合」など算定の対象とならない場合を明確化するとともに、患者の状態について詳細を把握する観点から、患者の状態の分類等について見直しを行う。

現行

【救急医療管理加算】
[算定要件]
・救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
ア、イ (略)
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ～シ (略)
・救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- イ、ウ、オ、カ又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標

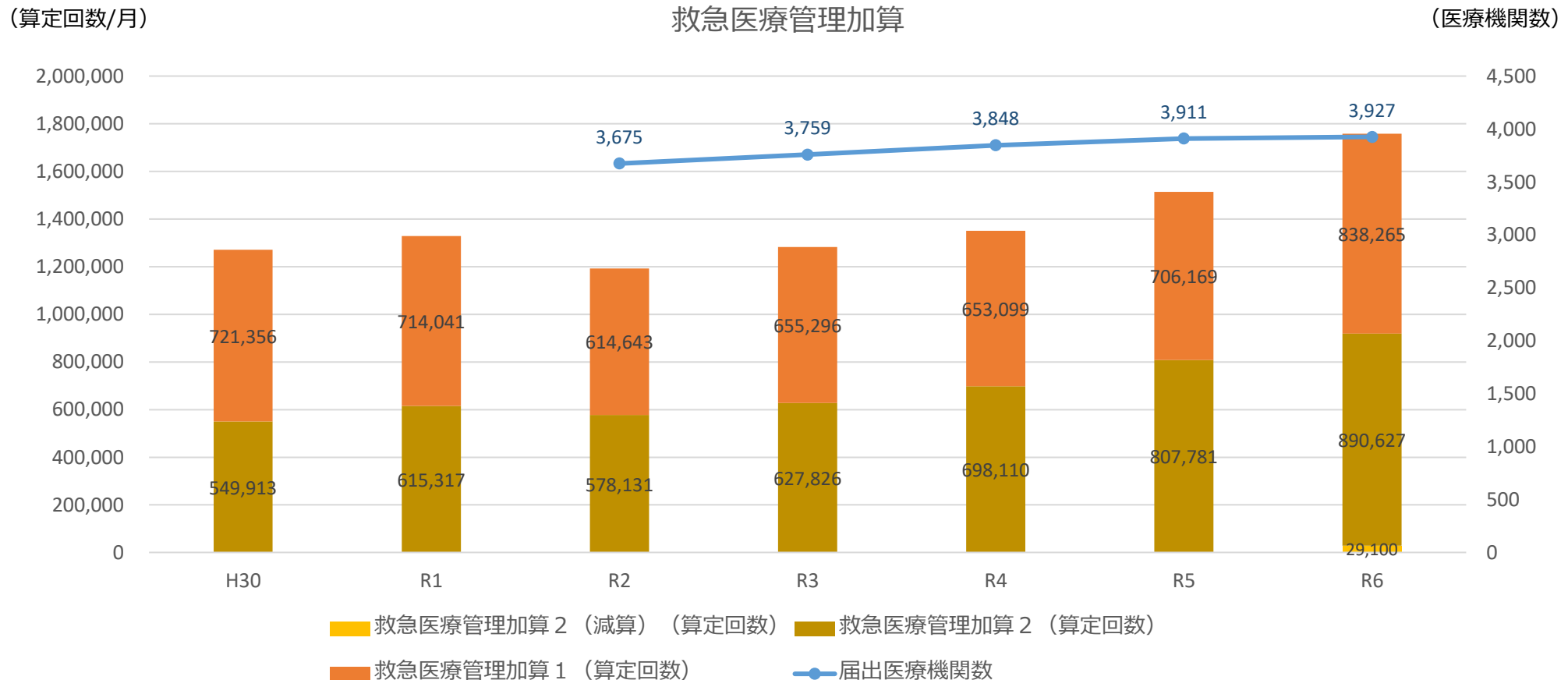


改定後

【救急医療管理加算】
[算定要件]
・救急医療管理加算1の対象となる患者は、別表に掲げる状態のうち一から十二までのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない。
一、二 (略)
三 呼吸不全で重篤な状態 四 心不全で重篤な状態
五～十三 (略)
・救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- 別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標 (P/F比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びにFiO2を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。)

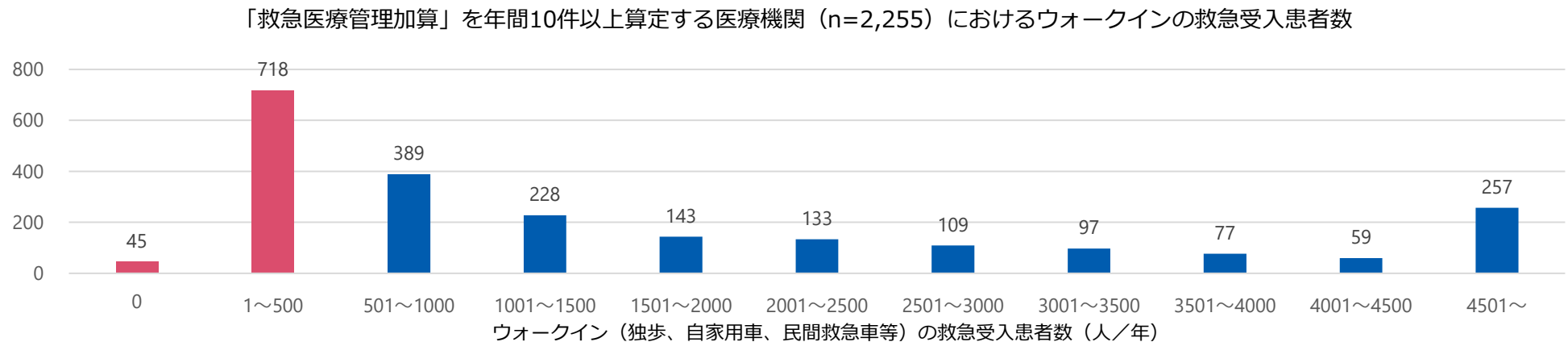
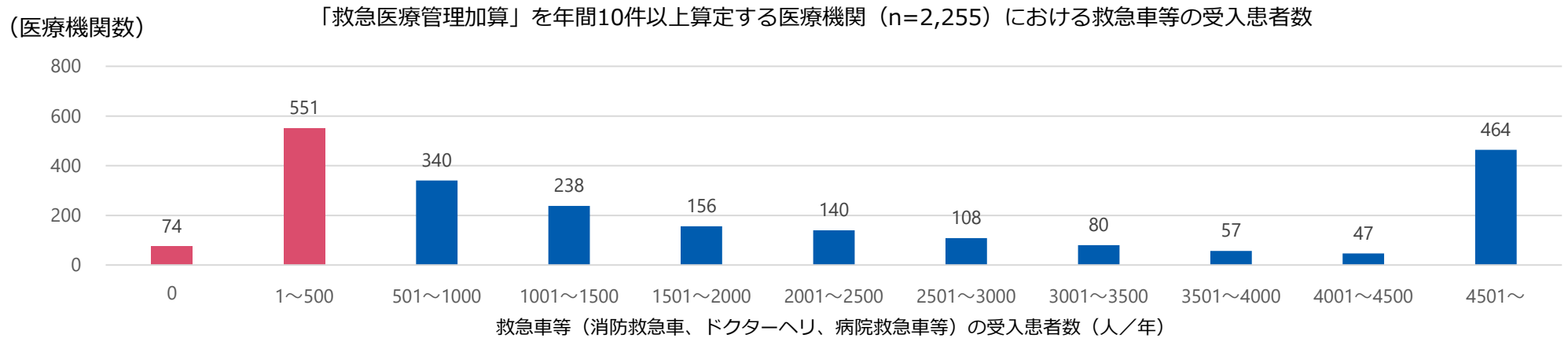
救急医療管理加算の算定回数等

- 「救急医療管理加算」の算定回数は、令和2年に減少したものの、以降は増加傾向である。届出医療機関数は、令和2年以降横ばい～やや増加傾向である。



救急医療管理加算を算定する医療機関の救急搬送件数

- 「救急医療管理加算」を算定する医療機関の救急車等の受入患者数の分布は以下のとおり。
- 救急車等の受入患者数が500件以下である医療機関は約27.7%であり、ウォークインの救急受入患者数が500件以下である医療機関は約33.8%であった。

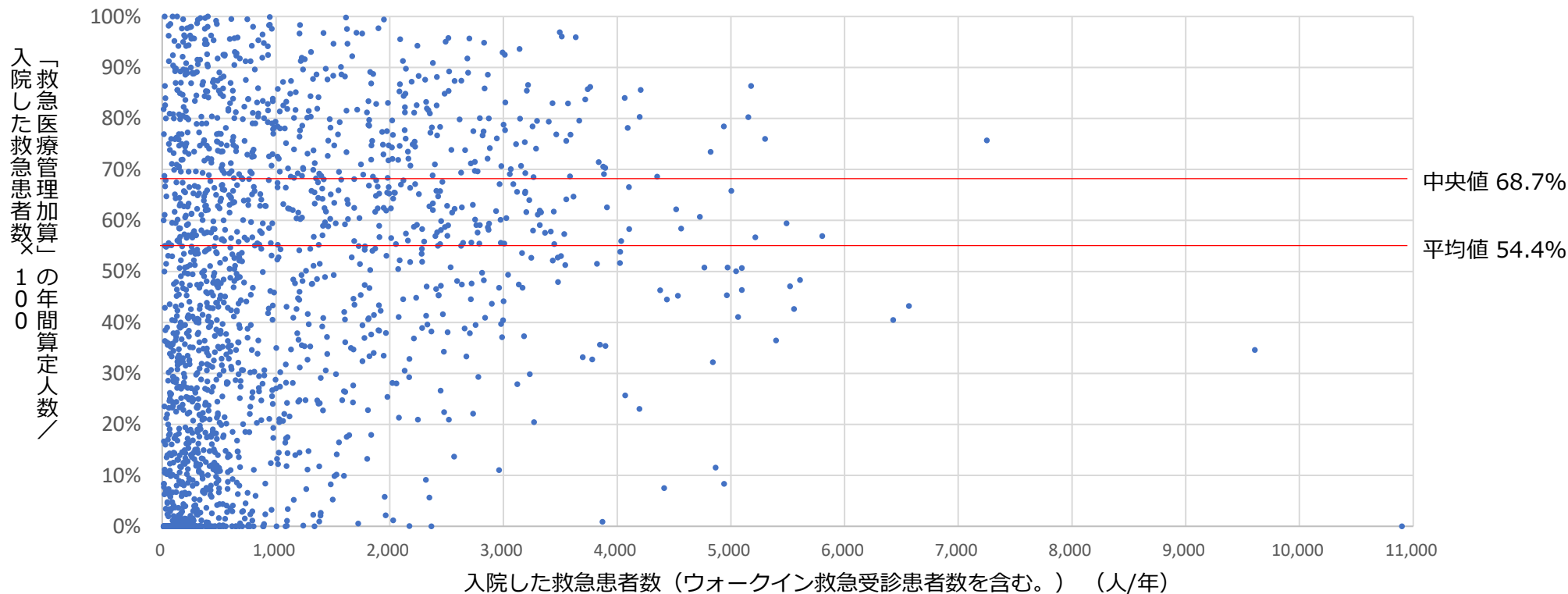


出典：（算定医療機関）NDBデータ（令和4年4月から令和5年3月）※期間中に10回以上「救急医療管理加算」を算定した医療機関を対象とした。
（救急受入患者数）「救急医療提供体制の現況調べ（令和4年度実績）」※受入患者数1件以上である医療機関を対象とした。

救急医療管理加算の算定割合

- 入院した救急患者数（ウォークイン救急受診患者数を含む。）に占める「救急医療管理加算」の年間算定人数の割合を医療機関ごとに算出し、その分布を示したものは以下のとおり。
- 入院した救急患者（ウォークイン救急受診患者を含む。）のうち、平均して54.4%の患者に救急医療管理加算が算定されていた。

入院した救急患者数が年間10人以上である
第二次救急医療機関（救命救急センター併設を除く。）（n=2,433）



出典：（算定人数）NDBデータ（令和4年4月から令和5年3月）
（入院した救急患者数）「救急医療提供体制の現況調べ（令和4年度実績）」から算出

※「入院した救急患者数」は、独歩、自家用車、民間救急車、消防救急車、ドクターヘリ、病院救急車等による救急受入患者のうち、入院患者数。
※救命救急センター併設を除く第二次救急医療機関であり、「入院した救急患者数」が年10人以上である医療機関をプロットした。NDBデータとの突合ができない一部データは除外。

現状と課題

(救急医療をとりまく状況)

- 令和6年中の救急自動車による救急出動件数、搬送人員は、集計を開始した昭和38年以降、最多となった。年齢区分別の搬送人員と構成比の推移をみると、「高齢者」が増加している。
- 救急自動車による現場到着所要時間及び病院収容所要時間は、新型コロナウイルス感染症の発生以降大幅に延長し、令和5年においても、以前の水準には戻っていない。傷病程度別による搬送人員の平均所要時間をみると、「中等症（入院診療）」「軽症（外来診療）」において、車内収容から現発までの時間（医療機関選定等に要する時間）が長い傾向がある。
- 令和5年中の救急自動車による搬送人員を入電時刻別にみると、最も多いのは10時から12時となっている。重症（長期入院）以上傷病者に関する照会回数11回以上の事案は、令和5年において、16時から22時までに多く発生している。

(救急患者連携搬送料について)

- 救急医療の体制構築に係る指針では、増加する高齢者の救急搬送や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化することや、救急医療機関が新たな患者を受け入れられるよう、他の医療機関と連携を強化し、高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進することが求められている。
- 上記等を踏まえ、三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合（いわゆる「下り搬送」）の評価として「救急患者連携搬送料」を新設した。
- 救急患者連携搬送料を届け出していない理由としては、「救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる救急搬送件数が、年間で2,000件未満であるため」「搬送に同乗するスタッフが確保できないため」「自院又は連携先医療機関が緊急自動車を保有していないため」「地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行った上で、候補となる保険医療機関のリスト」を作成するという要件の達成が困難であるため」等が多かった。
- 令和6年10月1か月に「救急患者連携搬送料」を算定した患者は、ほとんどの医療機関において少数であった。一方で、第二次救急医療機関の一部には、入院した救急患者の25%以上が転院搬送で受け入れた患者である医療機関もある。
- 総務省消防庁の「救急業務のあり方に関する検討会」において、増加する救急需要への対策に関する検討として、「転院搬送等での病院救急車や患者等搬送事業者の活用」が挙げられ、地域の実情に応じた患者等搬送事業者を活用する体制の整備が望まれている。
- 令和6年度診療報酬改定において、地域包括ケア病棟において「救急患者連携搬送料」を算定した患者を受け入れた場合について、在宅患者支援病床初期支援加算の対象とした。一方で、その他の病棟においては、個別の下り搬送患者の受け入れに対する特別な評価は設けていない。

現状と課題

（救急外来応需体制について）

- 救急外来医療に対する評価として「院内トリアージ実施料」「夜間休日救急搬送医学管理料」がある。
- 「夜間休日救急搬送医学管理料」の算定回数は、令和2年以降増加傾向である。
- 救急車等の救急受入患者数が少ない医療機関でも、相当数のウォークイン救急患者を受け入れている医療機関が多数存在する。
- 救命救急センターにおける施設評価の例として、「救命救急センターの充実段階評価」がある。
- MC協議会においては、救急救命士に対する指示体制等のほか、救急隊員の病院実習や、地域の救急搬送体制等に係る検証や調整に関することを協議することとされている。
- 地域において、本人の病状や希望する医療・ケアや療養場所、延命措置に対する要望等、本人の意思を共有するための関係機関間の連携体制の構築が必要となる中、一部の自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者との協議の場を設け、情報共有ルールの策定等に取り組んでいる。このような取組を参考に、必要な連携ルール等の策定が進むような支援事業を実施している。
- 救急入院医療に対する評価である「救急医療管理加算」について、令和6年度診療報酬改定において、救急医療管理加算2を算定する場合のうち「その他の重症な状態」の割合が5割を超える保険医療機関について、評価を見直した。
- 「救急医療管理加算」の算定回数は、令和2年に減少したものの、以降は増加傾向である。届出医療機関数は、令和2年以降横ばい～やや増加傾向である。
- 入院した救急患者（ウォークイン救急受診患者を含む。）のうち、平均して54.4%の患者に救急医療管理加算が算定されていた。

【課題】



- 上記の現状について、どのように評価するか。
- 上記の現状を踏まえて、さらに検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。