

高齢者救急とウォークイン救急



社会福祉法人
日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
理事 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長



衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、在宅医療センター、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

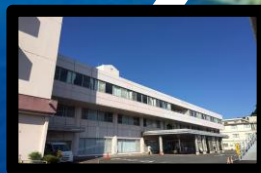
衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦



目次

- パート1
 - 救急応需を妨げる最大の要因
- パート2
 - ウォークイン救急



パート1 救急応需を妨げる 最大の要因

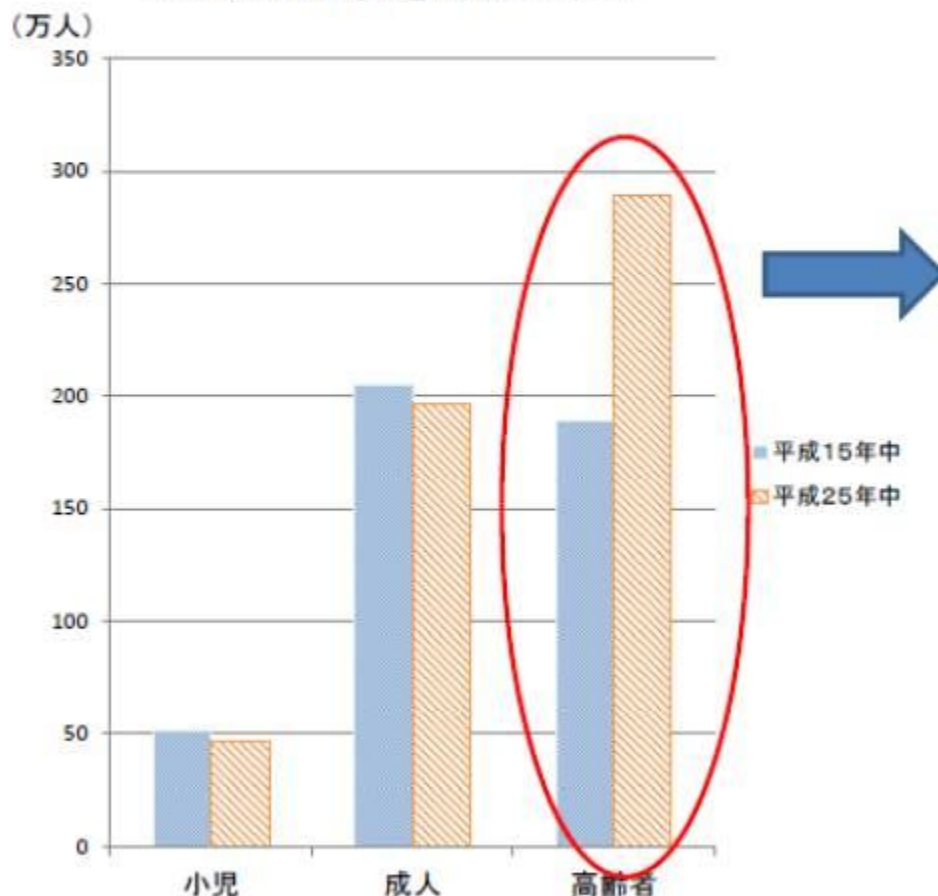
高齢者の軽症、中等症による病床の固定化
転院先探しの難航
入院後の急激なADL低下リスク

- 高齢者の軽症、中等症による病床の固定化
- 転院先探しの難航
- 入院後の急激なADL低下リスク

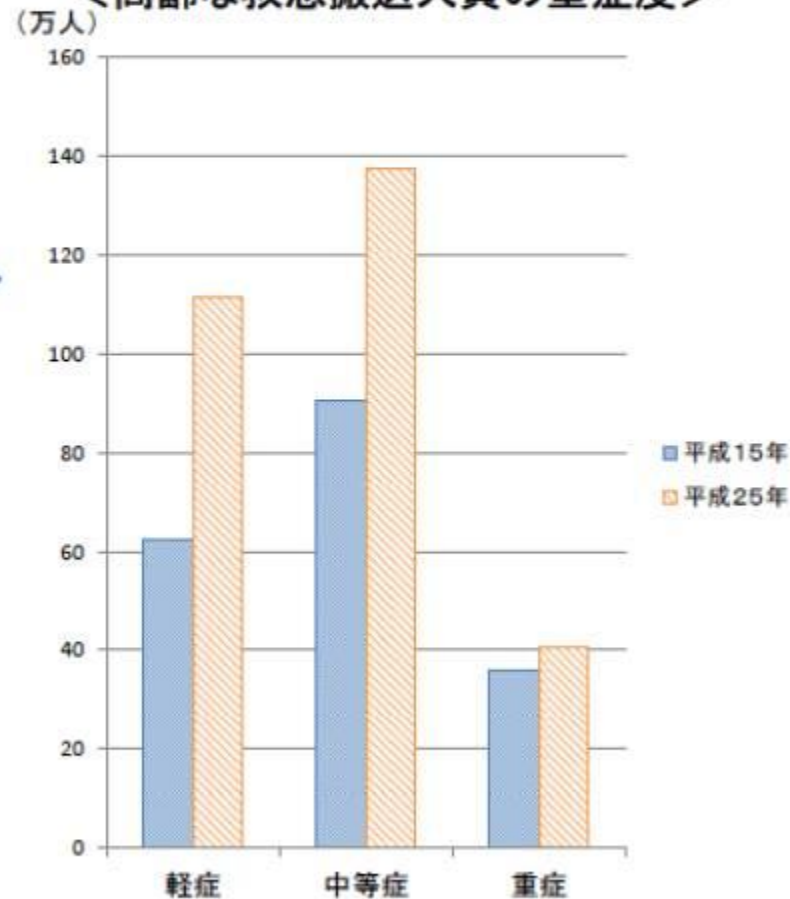
年齢別の救急搬送人員の変化

○ ここ10年の年齢別の救急搬送人員については、高齢者で伸びが大きい傾向がみられた。

<年齢別の救急搬送人員>



<高齢な救急搬送人員の重症度>



(注) 小児・・・18歳未満 成人・・・18歳～64歳 高齢者・・・65歳以上

出典：平成25年 国民生活基礎調査
「救急・救助の現況」(総務省消防庁)

介護施設・福祉施設からの入院患者

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

急性期一般病床に
介護福祉施設から
の入院66万人

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

介護施設・福祉施設からの入院患者

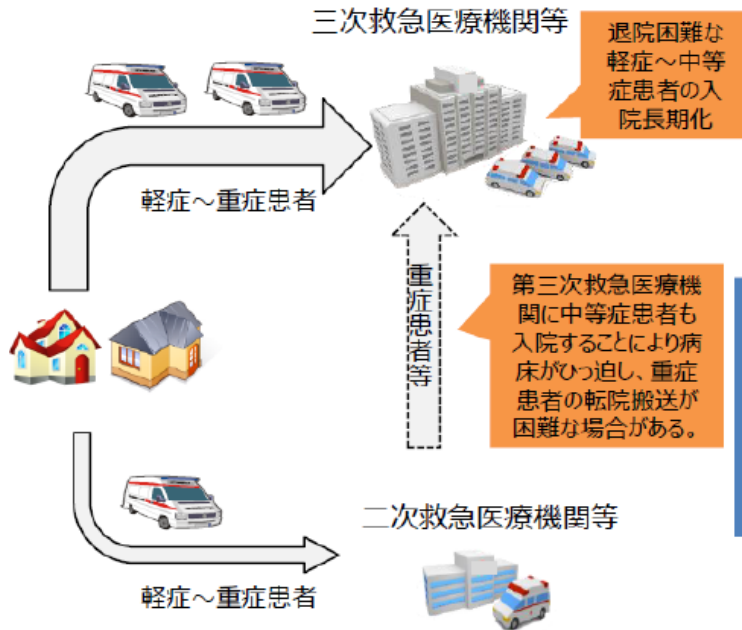
- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)	NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%	26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%	27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%	28	S0650	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	2,486	0.5%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%	29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%	30	K562	軸捻(転)	2,379	0.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	17,754	3.9%	31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	17,554	3.5%	32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
7	N10	急性尿管間質性腎炎	17,554	2.8%	33	N12	尿管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
8	U071	2019年新型コロナウイルス感染症	17,554	2.6%	34	I610	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
9	E86	体液量減少(症)	17,554	2.1%	35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	17,554	1.5%	36	G20	パーキンソン<Parkinson>病	1,844	0.4%
11	I509	心不全, 詳細不明	17,554	1.5%	37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	17,554	1.1%	38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	17,554	1.1%	39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
14	L031	(四)肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	17,554	0.9%	40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	17,554	0.8%	41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
16	K830	胆管炎	17,554	0.8%	42	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	1,470	0.3%
17	A419	敗血症, 詳細不明	17,554	0.8%	43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	17,554	0.8%	44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
19	G408	その他のてんかん	17,554	0.8%	45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
20	K810	急性胆のう<嚢>炎	17,554	0.7%	46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	17,554	0.6%	47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	17,554	0.6%	48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ5	17,554	0.6%	49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
24	K805	胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	17,554	0.6%	50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%
25	I638	その他の脳梗塞	17,554	0.6%					

誤嚥性肺炎
尿路感染
心不全

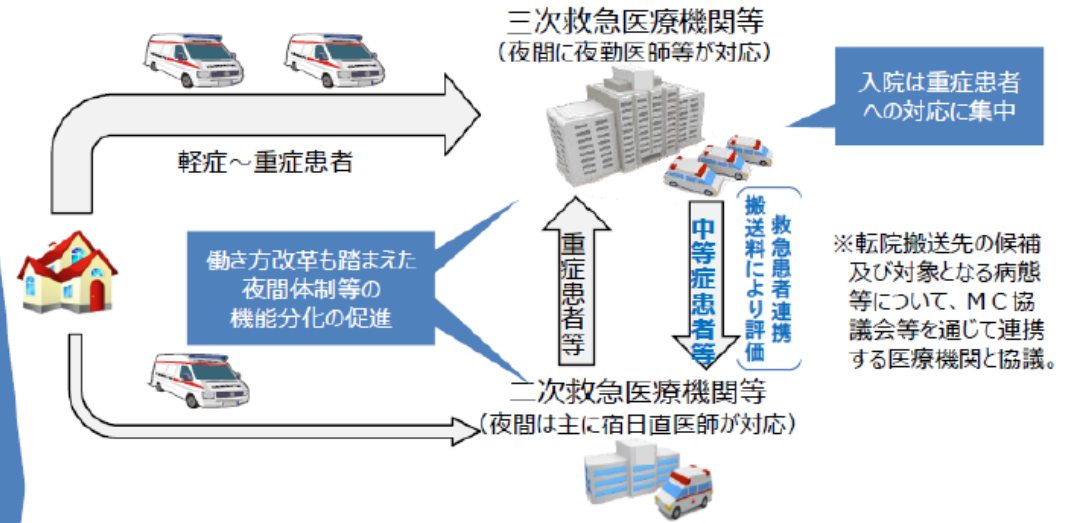
高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ

○これまでの救急医療提供体制における課題等

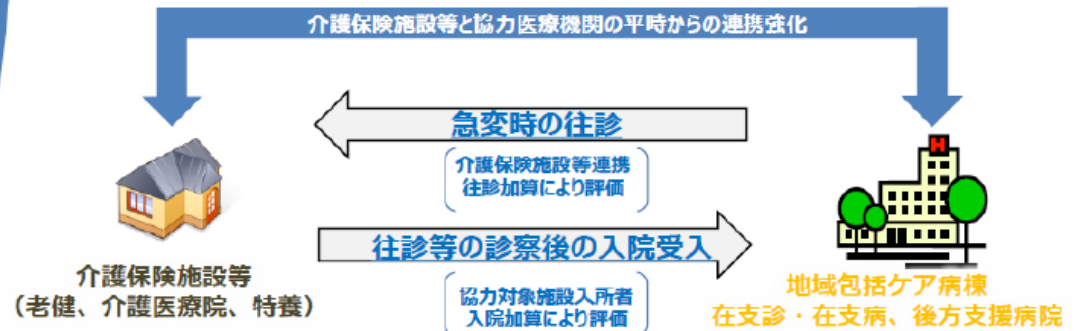


○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

※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C004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。

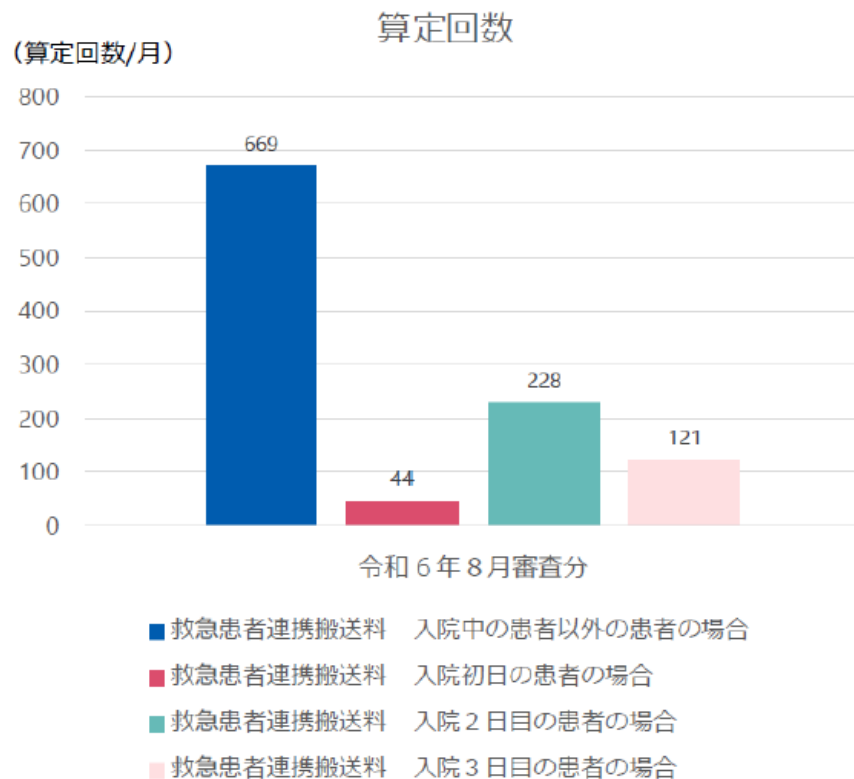
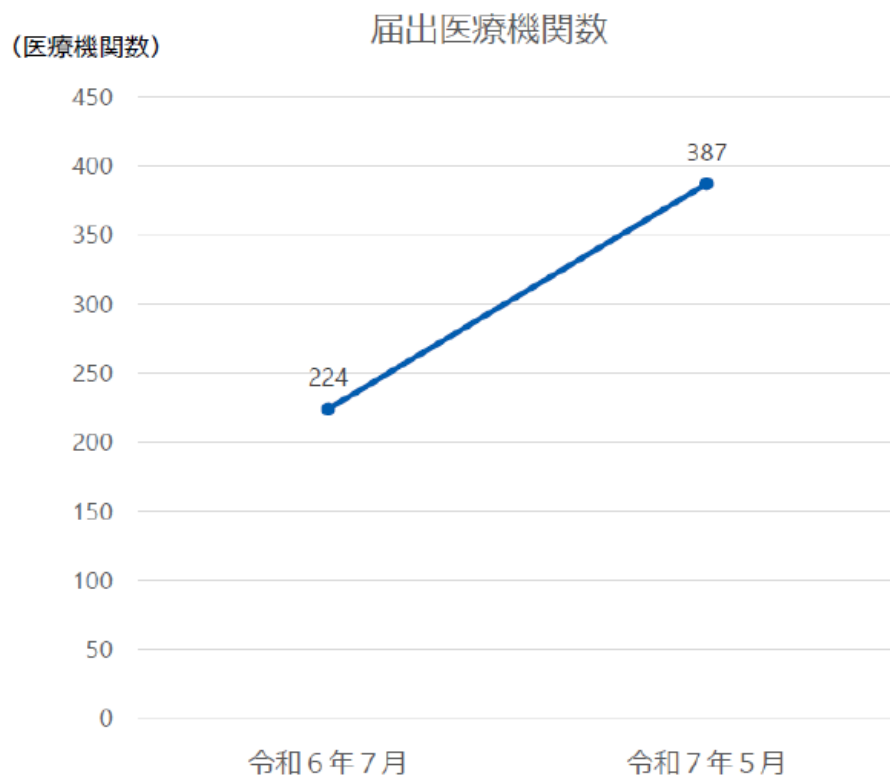
急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

- 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

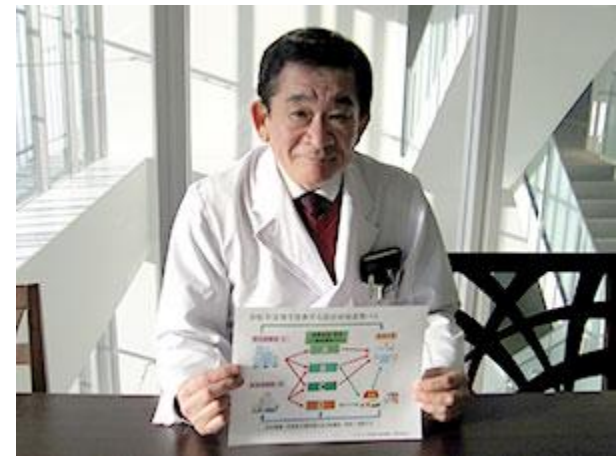
- 高齢者の軽症、中等症による病床の固定化
- 転院先探しの難航
- 入院後の急激なADL低下リスク

浜松肺炎地域連携クリニカルパスについて

2021年2月10日

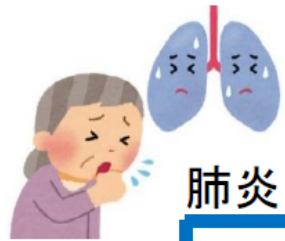
総合病院 聖隷浜松病院
呼吸器内科 部長 中村 秀範

令和3年度浜松市医療奨励賞



浜松肺炎地域連携パス(旧名称：高齢者肺炎地域連携パス) 作成の背景

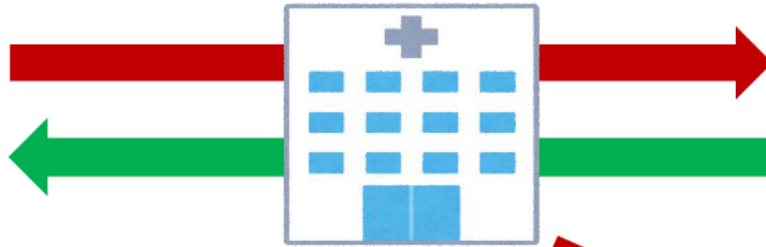
誤嚥性肺炎がほとんど「肺炎は老人の友」
再燃を繰り返す（食事を開始して再燃）併発症・合併症も多い
→転院や自宅退院まで時間がかかる
→急性期病院のベッド占拠



①急性期病院

②連携施設・病院

③診療所(生活期)

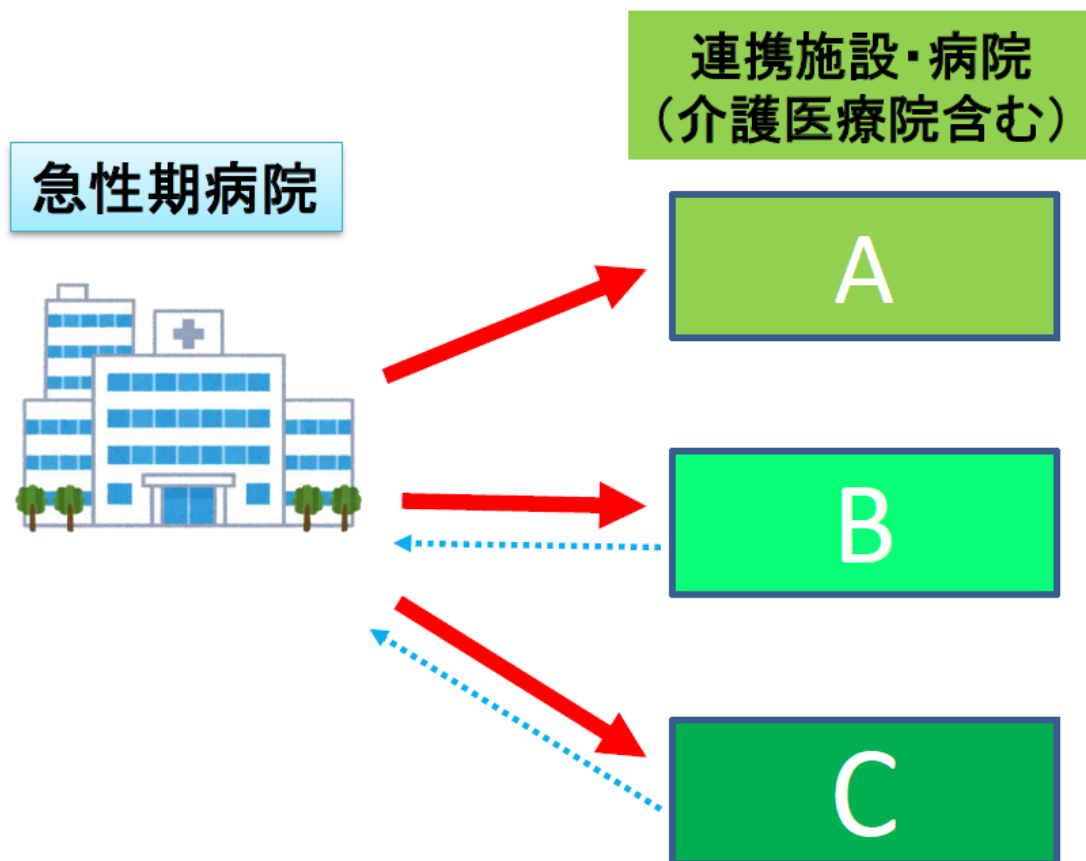


- ①地域包括ケア：地域全体でみていく
- ②医療機関の機能分担：急性期病院での治療後は速やかに連携施設・病院へ
→急性期病院が満床で救急患者を受けいられない状況をつくらない

当院では、厚生労働省が推奨する地域包括ケアシステム構想に則り、地域全体で患者さんの療養生活を支援しております。
 当院の入院は、急性期での治療が終了し、症状が落ち着き次第、連携している医療施設に転院し、療養を受けていただくことができます。
 連携医療施設では、その後の療養生活の場所の検討と支援を行います。

	1-2日目	(~)日目	(~ 転院日まで)	(~)前後を目処に	(~)以降を目処に
	急性期病院			連携医療施設	維持療養施設
担当医療機関	【施設名: _____】 あなたの連携先を太線で明示していきます。 複数の医療施設が連携して、治療や機能回復・維持を支援します。 			【施設名: _____】 <input type="checkbox"/> 療養病院 <input type="checkbox"/> 自宅(かかりつけ医) <input type="checkbox"/> その他(_____) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> その後の療養先の希望 <input type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>介護施設 <input type="checkbox"/>療養病院 その他 _____ </div>	【施設名: _____】 <input type="checkbox"/> 自宅(かかりつけ医) <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 療養病院 <input type="checkbox"/> その他(_____)
あなた家族	<input type="checkbox"/> 医師から、病状の説明と治療の流れ、その後の転院、退院についての説明を受けます。 	転院先(_____)の決定 <input type="checkbox"/> (_____)病院的資料を受け取ります <input type="checkbox"/> 詳細の説明を希望の方はMSWを紹介します <input type="checkbox"/> 転院先の面談希望のある方は調整いたします (*事前面談の有無は病院によって異なりますので担当者にご相談下さい)	<input type="checkbox"/> 転院時の搬送方法 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/>自家用車 <input type="checkbox"/>タクシー <input type="checkbox"/>その他(_____) </div> <input type="checkbox"/> ご家族同伴し転院して頂きます 	<input type="checkbox"/> 転院先の医師から、今後の治療や機能回復の見直しなどの説明を受けます <input type="checkbox"/> 栄養の取り方について、意思決定します <input type="checkbox"/> 連携医療施設退院後の療養先を決定します 自宅に退院する場合には、診療所医師(かかりつけ医)と連携いたします。 決まっていない場合には、ご紹介いたします。 	<input type="checkbox"/> ご本人の状況にあった場所で、療養を継続していただきます。
治療リハビリの流れ	<input type="checkbox"/> 抗生剤などの薬物治療を行います <input type="checkbox"/> 必要に応じて、酸素投与を行います <input type="checkbox"/> 食事摂取の判断を行います。患者とご家族に今後の予測を説明します。 <input type="checkbox"/> 急性期リハビリを開始します			<input type="checkbox"/> 食事摂取の判断に基づき、栄養補給経路の検討をします <input type="checkbox"/> 嚥下訓練などを行います	<input type="checkbox"/> 医師の判断で、必要な薬物治療を行います -----> -----> -----> <input type="checkbox"/> 日常生活に応じたリハビリを行います <input type="checkbox"/> 介護保険や各種制度の説明、利用法、その他不明なことのご相談下さい -----> ----->
説明と同意	私は、この表にある地域連携診療計画に関する説明を受けました。記載された診療情報が各連携医療機関で共有されることに同意します。				
	(署名)	年 月 日 主治医: 患者氏名 又は 代理人の場合	年 月 日 主治医: 患者氏名 又は 代理人の場合		

柔軟な連携体制：浜松肺炎地域連携パス 退院転院基準



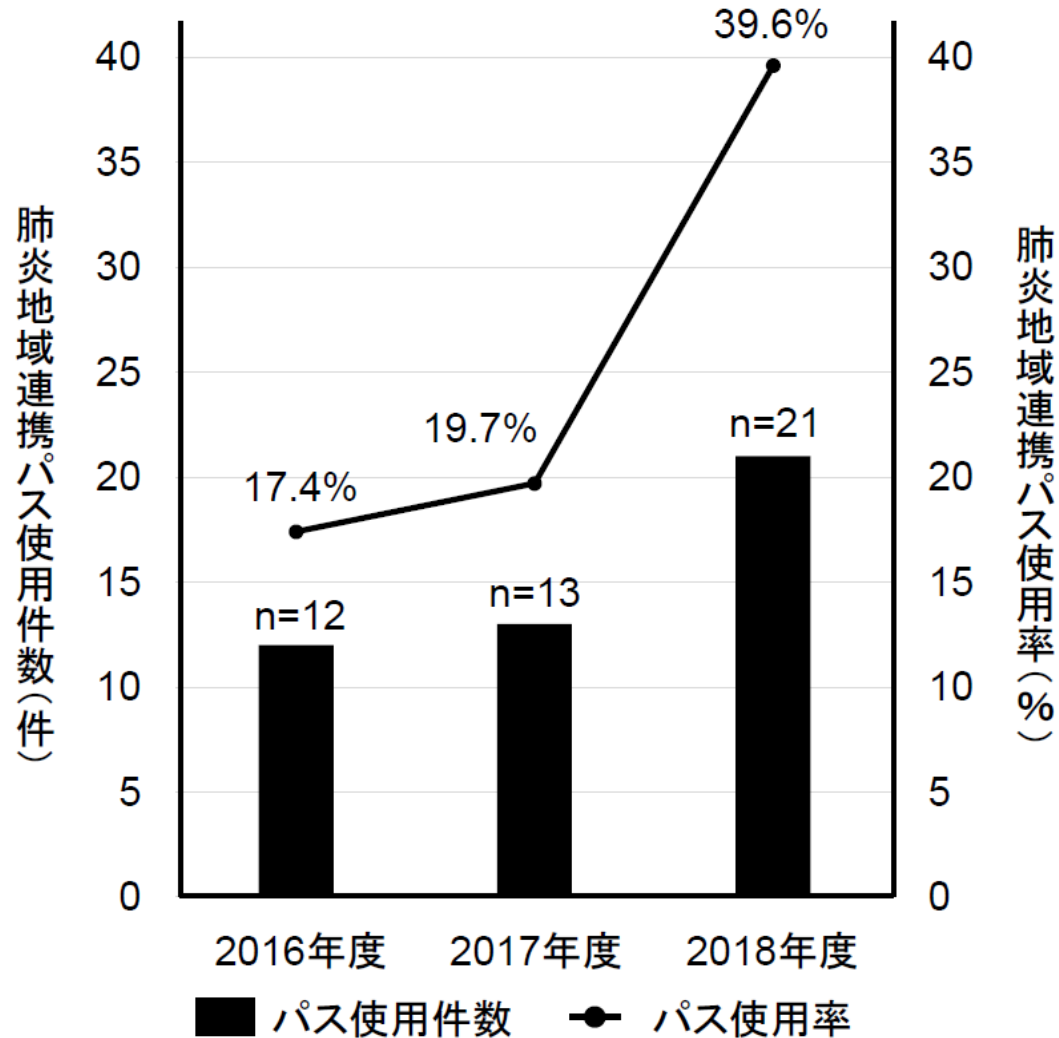
連携施設・病院の受け入れ体制に応じた退院転院基準

連携施設・病院毎に
「受け入れられる体制」
は異なる

急性期病院との取り決め
「転院受け入れ可能な条件」
を取り決める

肺炎パスの使用状況

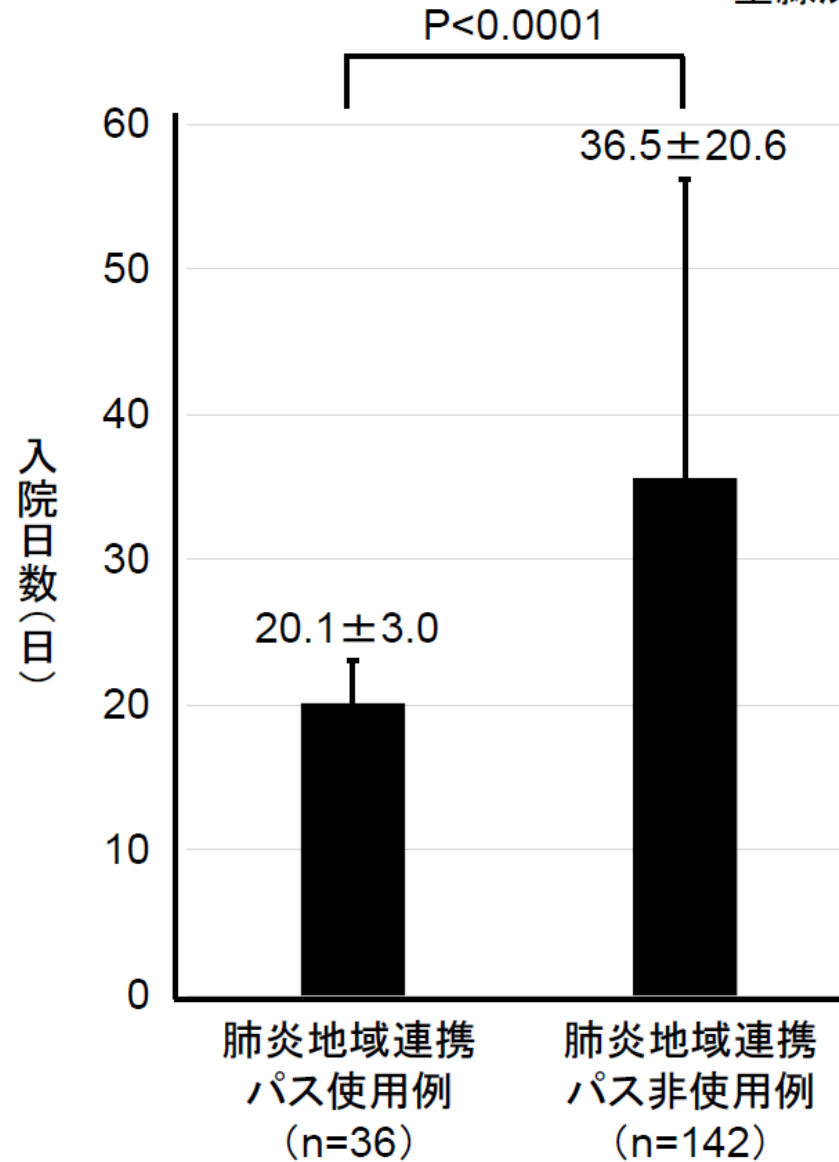
聖隷浜松病院 呼吸器内科



(日本クリニカルパス学会雑誌 2021 in press)

肺炎地域連携パス使用有無による入院日数の比較

聖隷浜松病院 呼吸器内科



(日本クリニカルパス学会雑誌 2021 in press)

- 高齢者の軽症、中等症による病床の固定化
- 転院先探しの難航
- 入院後の急激なADL低下リスク

入院による筋力低下

【1週間】

10～15%低下

【2週間】

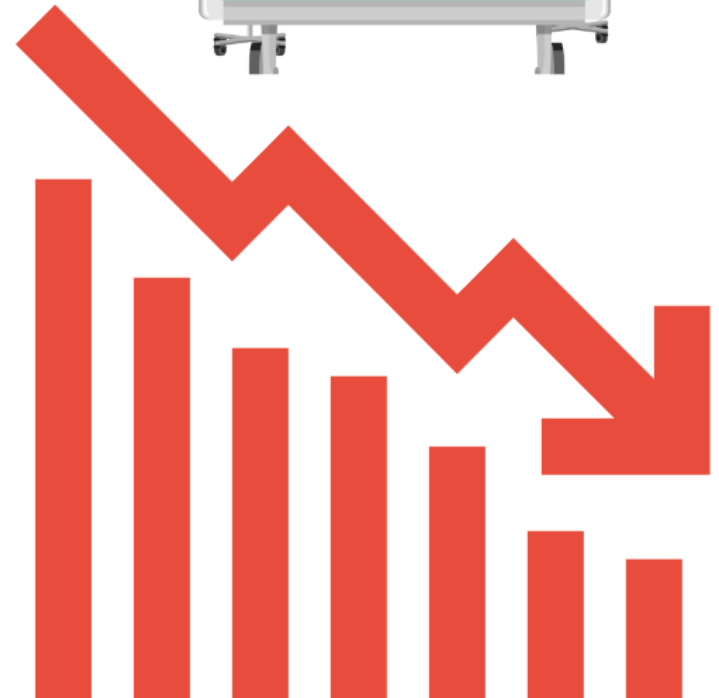
20～25%低下

【3週間】

30～40%低下

【5～7週間】

50%低下



包括期入院機能

- ・高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能
- ・地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟、回復期リハ病棟など

ケアミックス病院側の事情とホンネ

- 診療報酬の縛り

- 地域包括ケア病棟の在宅復帰率要件、出口が見えない患者の受け入れには慎重にならざるを得ない

- 転院のタイミング

- 完治してからでは遅い。ADLが落ちる前に、リハ目的で1日も早く送ってほしいのが本音

- 自院救急の評価

- 後方病院も自ら救急を受ける時代。急性期からの単なる下りの優先順位は下がっている。

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
救急の実施	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く認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-	○		○	-	○
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合※1	-		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-	
自宅等から入棟した患者割合※1	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上				3月で9人以上			
在宅医療等の実績	○(2つ以上)				○(2つ以上)			
在宅復帰率※1※2	7割2分5厘以上				7割以上(満たさない場合90/100に減算)			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること(許可病床数100床以上の場合) (満たさない場合90/100に減算)							

- 療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100

※1 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、**短期滞在手術等基本料を算定する患者、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した患者、短期滞在手術等基本料3の算定要件を満たす患者を対象から除く。**

※2 在宅復帰率の分子に、在宅強化型(超強化型を含む)の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。

ケアミックス病院側の事情とホンネ

- 診療報酬の縛り

- 地域包括ケア病棟の在宅復帰率要件、出口が見えない患者の受け入れには慎重にならざるを得ない

- 転院のタイミング

- 完治してからでは遅い。ADLが落ちる前に、リハ目的で1日も早く送ってほしいのが本音

- 自院救急の評価

- 後方病院も自ら救急を受ける時代。急性期からの単なる下りの優先順位は下がっている。

地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し

初期加算や連携に係る評価の見直し

- 地域包括ケア病棟における在宅医療や協力対象施設の後方支援の機能をより高く評価する観点から、**在宅患者支援病床初期加算**について、①の対象を**救急搬送された患者から緊急入院した患者に拡大**するとともに、評価を見直す。

現行

【在宅患者支援病床初期加算】

[算定要件]

- (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救急患者連携搬送料を算定し
他の保険医療機関から搬送された患者 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救急患者連携搬送料を算定し
他の保険医療機関から搬送された患者 480点
- ② ①の患者以外の患者の場合 380点



改定後

【在宅患者支援病床初期加算】

[算定要件]

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
- ① 緊急入院した患者の場合 590点
- ② ①の患者以外の患者の場合 410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 緊急入院した患者の場合 490点
- ② ①の患者以外の患者の場合 310点

- 後方支援における連携を個別に評価する観点から、**「B005」退院時共同指導料2**及び**「B005-1-2」介護支援等連携指導料**について、包括範囲から除外し、**出来高算定**とする。

衣笠病院事例



衣笠病院

本年度平均 2025/01時点

高齢者救急・地域急性期機能

【救急】

依頼数	[件/月]	74
受入数	[件/月]	51
応需率	[%]	69%
うち入院数	[件/月]	29
入院率	[%]	57%

【外来】

患者数	[人/日]	319
診療単価	[円]	8,873



【入院】

	[全体]	急性期_本4	地ケア_本5	地ケア_東5	回りハ_東4	緩和ケア
実働病床数	194	50	53	38	33	20
延患者数	[人/日] 169	40	45	36	31	17
病床利用率	[%] 87%	79%	85%	95%	95%	85%
平均在院日数	[日] 23	12	30	34	75	18
診療単価	[円/日] 40,468	46,108	36,644	35,651	37,660	51,971
在宅復帰率	[%]		80%	80%	86%	
後期高齢者(75≦)構成	[%] 70%	66%	73%	78%	67%	2870%

救急受入や後方支援に関する現状の評価

診調組 入-1
7.7.17

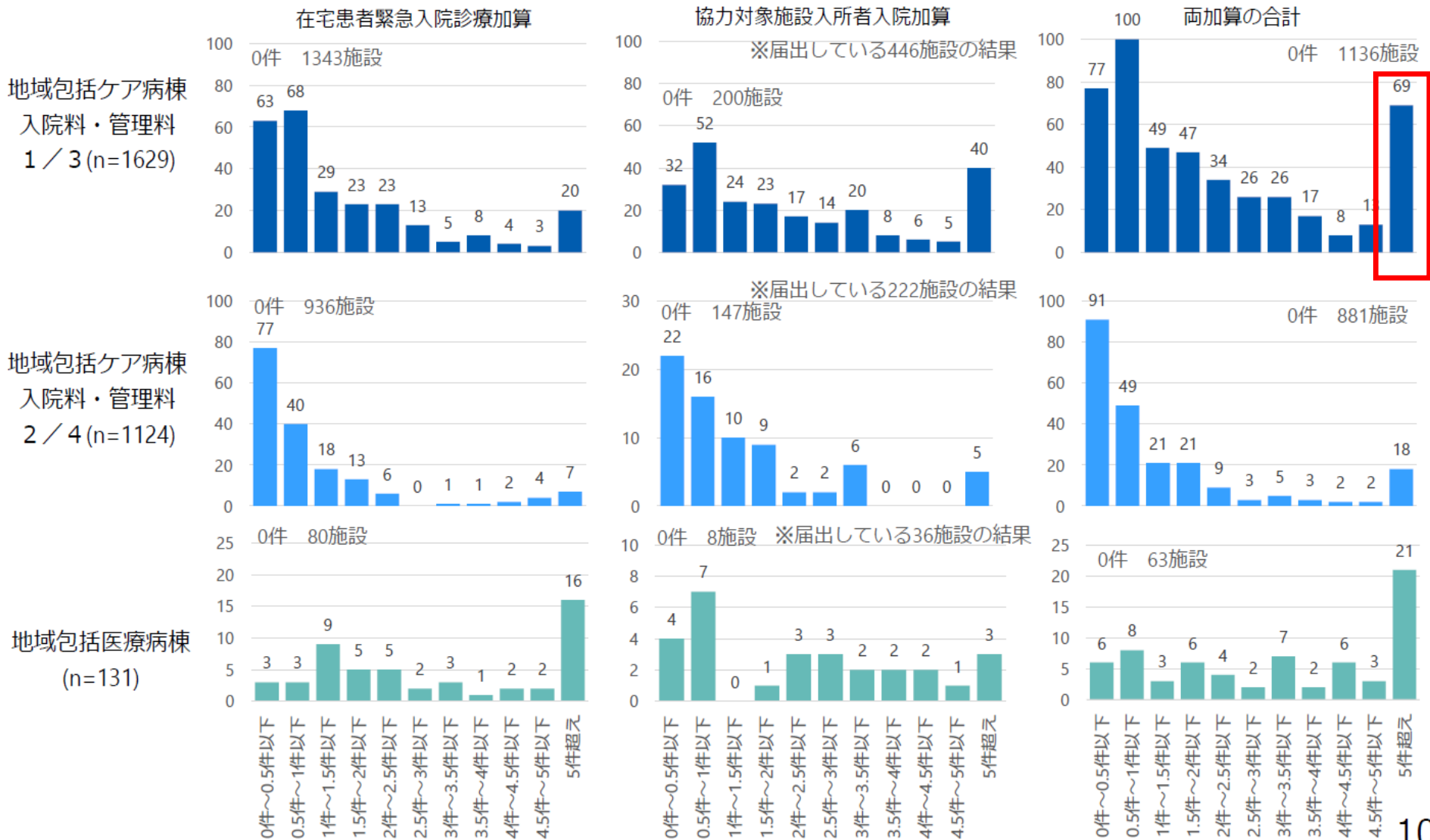
区分	概要	主な要件	地域包括 医療病棟	地域包括 ケア病棟	衣病実績 2025年度 月平均件数
A206 在宅患者緊急入院診療加算	在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた保険医療機関においても患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取組を評価した加算。 診療所において「C002」在宅時医学総合管理料等を入院の月又はその前月に算定している患者について、当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院させた場合に、受入保険医療機関において、当該入院中1回に限り、入院初日に算定する。	在支診、在支病、後方支援病院の場合1、 連携医療機関の場合2、 それ以外の場合3	○	○	2.08
A253 協力対象施設入所者入院加算	介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において「介護保険施設等」という。）において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、当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて診療が行われ、入院の必要性を認め入院させた場合に、入院初日に算定する。	協力医療機関であること 及び在支診、在支病院、 後方支援病院又は地域包括 ケア病棟を有する医療 機関	○	○	5.16
A308-03の注6 在宅患者支援病床初期加算	介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に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うことにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するもの。 入院した日から起算して14日を限度として、所定点数に加算する。	地域包括ケア病棟の施設 基準	×	○ (注加算)	29.12
C000の注10 介護施設等連携往診加算	当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、所定点数に加算する。	介護保険施設等の協力医療機関として定められており、緊急時の連絡体制及び往診体制等を確保していること。ICTやカンファレンス等により診療情報や急変時の対応方針等を確認可能な体制を有していること。	-	-	0

7.24

包括期の病棟における後方支援に関する加算の算定状況

- 在宅患者緊急入院診療加算 1～3、協力対象施設入所者入院加算 1・2 の病床あたり算定回数は、いずれの加算についても 0 件の施設が最も多く、算定している施設における算定回数は二極化していた。
- 算定回数が比較的多い施設は、地域包括医療病棟でその割合が最も多く、地域包括ケア病棟においては入院料 1・3 で 2・4 より多かった。

各病棟における加算の算定回数（50床 1か月あたり）



出典：DPCデータ（2024年10月～12月）、主な施設基準等の届出情報（令和6年8月1日）（参考）協力対象施設入所者入院加算の届出は、全体で838施設

介護施設などからの急変患者の受け入れに注力

夜間の受け入れ対応に苦慮も、医療収益や病床稼働率は右肩上がり

社会福祉法人日本医療伝道会・衣笠病院（神奈川県横須賀市、198床）は2014年に地域包括ケア病棟を開設し、現在91床を運営している。開設後、主に急性期後の患者を受け入れてきたが、最近は介護施設の急変患者や高齢の救急患者の受け入れに軸足を移しつつある。



右から衣笠病院事務部長の行谷俊明氏、相談・支援センター長の佐野かず江氏、相談・支援センター長付の加藤将文氏

経営的にも手厚く評価された在宅患者支援病床初期加算などを算定でき、高い入院単価を見込める。自宅等からの軽度急性期患者の受け入れ促進に伴い、病棟稼働率もアップし、医療収益は2021年以降上昇し続けている（図1）。在宅患者支援病床初期加算は2023年度に5245件、2024年度には5347件算定している。

16の介護施設と提携、定期訪問も

特に同院が注力しているのが、介護施設からの急変患者の受け入れだ。相談・支援センター長付の加藤将文氏は、「介護施設との連携で大事なのは入所者の情報を事前に把握すること



社会福祉法人日本医療伝道会・衣笠病院

所在地・神奈川県横須賀市

病床数・198床（急性期4：50床、地ケア：91床、回りハ1：33床、緩和2：20床、休床：4床）

診療科・内科、精神科、神経科、小児科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科など

関連施設・診療所、介護老人保健施設、特別養護老人ホームなど

だ」と話す。

同院は介護老人保健施設や特別養護老人ホームなどの16施設と提携し、入院要請などに対応する体制を整えている。施設に定期的に訪問し、入所者の状態も把握。これにより、2024年度診療報酬改定で創設された「協力対象施設入所者入院加算」（600～

現場のリアルな声：連携の課題 連携を阻む3つのミスマッチ

- 説明不足
 - 家族へのICが不十分なままの転院打診
- 情報の欠如
 - ACP問題、生活背景の情報不足
- 精神症状への対応
 - 精神科機能のない病院への、周辺情報の共有なき打診

最強の出口戦略：リターンルール 「断らない連携」を経営判断で

- 後方病院が最も安心するのが「急変時の再受け入れ約束」です。
- 悪くなったらうちが診るを文化に
- EHRサクラネット等のICT活用
- 出口の不安を解消し救急応需を最大化

最強の出口戦略

協力病院・協力介護施設の
日頃からの関係構築

パート2 ウォークイン救急

急増するウォークイン救急を
収益の柱に変える病院経営戦略

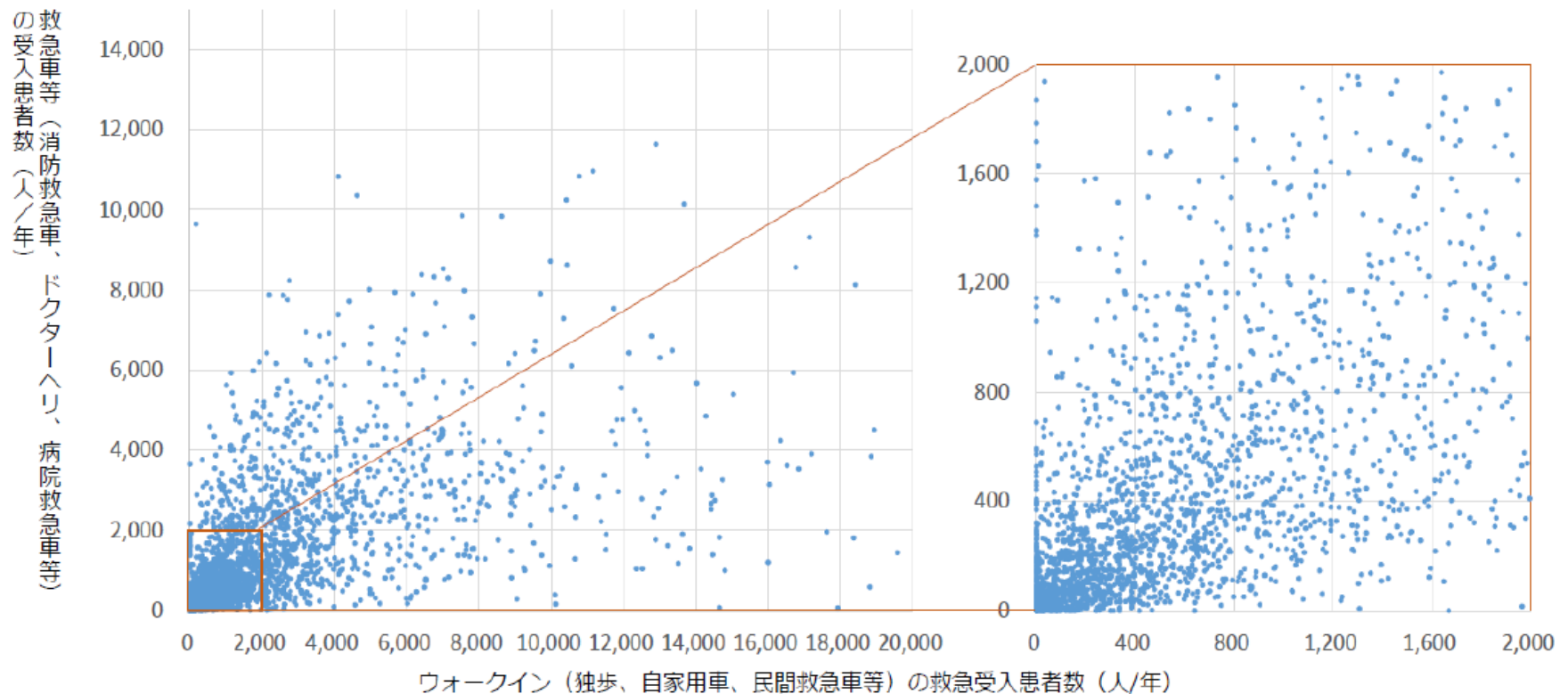
ウォークイン救急とは？

- 独歩や自家用車で一般外来を受診する救急患者のこと
- 高齢者のウォークイン救急の入院率は25%～35%
- **脱水・感染症・心不全増悪**など、中等症でも入院が必要な病態が多い
- **独居・老老介護・認知症**など、医学的以外の理由で「外来フォローができない」ケース
- **ADL低下**により自宅療養が困難

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)

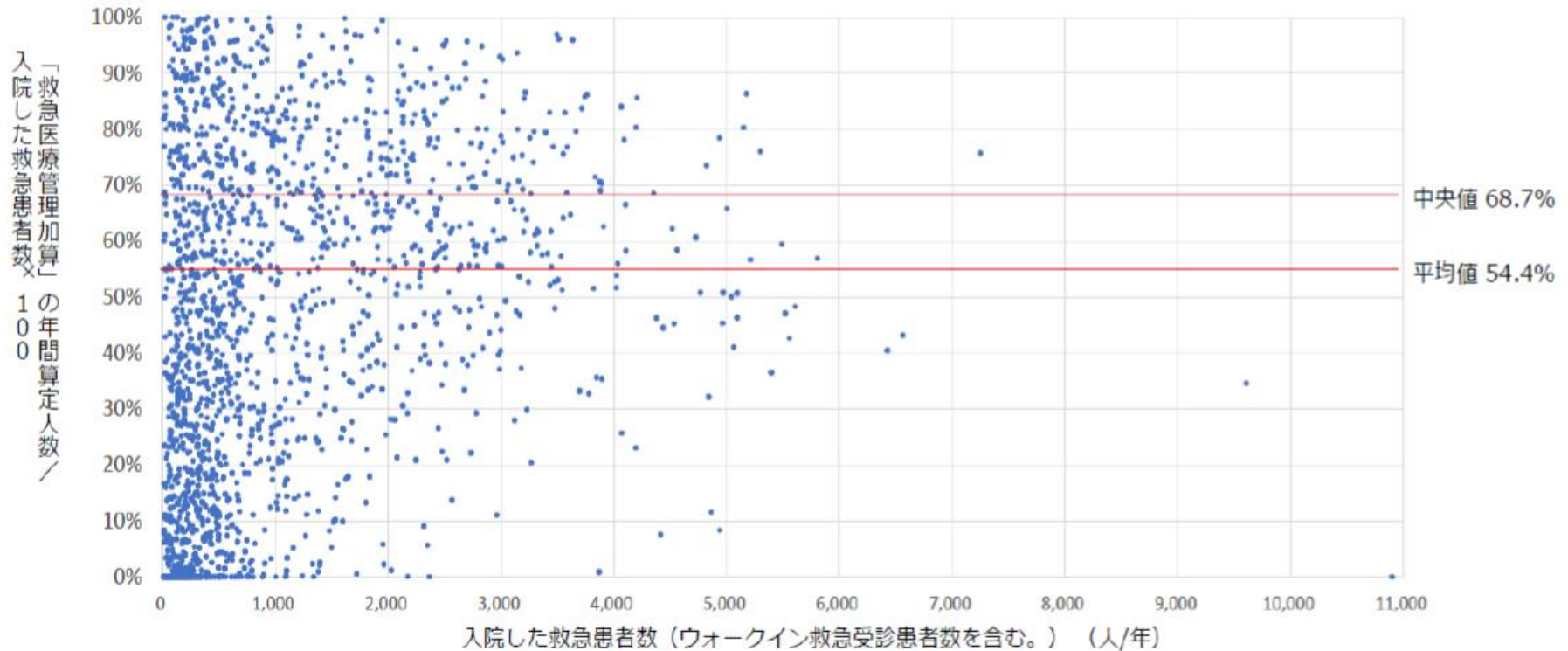


救急医療管理加算の算定割合

- 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件以上である

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。

救急医療管理加算の見直し

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

算定対象となる状態の見直し

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

現行

【救急医療管理加算】（1日につき）（7日まで）

1	救急医療管理加算 1	950点
2	救急医療管理加算 2	350点

改定後

【救急医療管理加算】（1日につき）（7日まで）

1	救急医療管理加算 1	1,050点
2	救急医療管理加算 2	420点

[対象患者]

- 救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、**ア～サのいずれかの状態**であって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。
- 救急医療管理加算 2 の対象となる患者は、**ア～サまでに準ずる状態**又は**シ**の状態であって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。

ア	吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ	意識障害又は昏睡
ウ	呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ	急性薬物中毒
オ	ショック
カ	重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ	広範囲熱傷、 顔面熱傷又は気道熱傷
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
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（加算 2 のみ）

算定要件の見直し

- 救急医療管理加算の算定において、対象患者の一部の状態について、**緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを要件とする。**
- DPCデータの入力において、救急医療管理加算の対象患者の一部の状態の状態指標について、状態指標を記載する時点の明確化を行う。

改定後

[摘要欄記載事項]

- アからサのうち該当する状態
- 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
- イの状態に該当する場合はJCSO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 Index0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（救急医療管理加算 2 においても、イ、ウ及びキに準ずる状態については同様の取り扱いとする。）**
- 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

[DPC様式 1] ※予定・救急医療入院の患者に限る

患者の状態/状態指標	状態指標の記載時点
意識障害患者/JCS	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時
心疾患患者/NYHA	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時
呼吸不全の患者/P/F	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時
熱傷患者/Burn Index	・治療室若しくは病棟入室時又は傷病が発生した時点

外来疲弊を招く「隠れ重症者」

- 医師
 - 外来診療が中断し、患者待ち時間の増大
- 事務
 - 入院手続き等の突発業務の発症
- 患者
 - 適切なトリアージが受けられない
- ウォークイン救急はリスクだらけ

受け入れの仕組み化と収益最大化

- 早期介入のメリット
 - 隠れ脱水や初期肺炎を早期発見
 - 重症化を防ぎ、管理しやすい入院へ
- 算定の取りこぼし防止
 - 適切なトリアージと救急外来診療の算定
 - 外来を収益ユニットへ再定義

ウォークイン救急のシステム化

- 一般外来のトリアージ体制
 - 看護師によるトリアージとバイタルサイン測定、検査セットオーダー
- 外来担当医師と入院担当医師の分離
 - 外来担当医師がおよその診断を行い、入院・転院を判断し実行するのは入院担当医師
- 転院については地域連携室が担当
 - 転院先の選定と連絡、家族への説明等
 - 入院患者の出口戦略も地域連携室で

ウォークイン救急オペレーション

- **1 入口（外来トリアージ）のオペレーション**
 - **(1) 高齢者特化トリアージ**
 - バイタルだけでなく **ADL・認知機能・服薬・独居/老老介護** を即時確認
 - 85歳以上で頻度の高い **誤嚥性肺炎・脱水・体動困難** を重点チェック
 - **(2) 情報共有ツールの活用**
 - かかりつけ医・介護施設と **事前共有できるフォーマット**（救急サマリー）
 - ACP（人生会議）情報の確認
- **2 院内フロー（診療～入院判断）のオペレーション**
 - **(1) “中等症高齢者”の受け皿を明確化**
 - **地域包括ケア病棟**や**地域包括医療病棟**を高齢者救急の中心に位置づける議論が進む
 - 急性期病棟は重症に集中し、ウォークイン高齢者は包括期へ迅速に誘導
 - **(2) 時間外のウォークイン評価を診療報酬で補強**
 - 2026年度改定では、**ウォークインの時間外救急対応が新たに評価対象**となり、「夜間休日救急医学管理料」で手厚く評価される。
 - **人員配置・検査体制を整備しやすくなる。**
- **3. 出口（下り搬送・地域連携）のオペレーション**
 - 高齢者ウォークインの最大の課題は「帰れない」「入院先がない」。これを解決する最も実効性の高いモデルが**“下り搬送の仕組み化”**。

(参考) 救急外来医療に係る評価の再編のイメージ

現行

夜間・土曜・休日

救急搬送
の場合



救急搬送看護体制加算
1 400点 / 2 200点

夜間休日救急搬送医学管理料
600点
(初診患者のみ)

改定後

平日の日中

夜間・土曜・休日

救急外来緊急検査対応加算
1 300点 / 2 200点

時間外救急搬送加算
(休日等日中 / 平日夜間 / 休日等夜間)
300点 / 250点 / 200点

救急搬送医学管理料
1 800点 / 2 600点 / 3 200点
(初診・再診患者)



ウォークイン

救急搬送以外
の救急患者
の場合



院内トリアージ実施料
300点
(トリアージを実施した患者のみ)

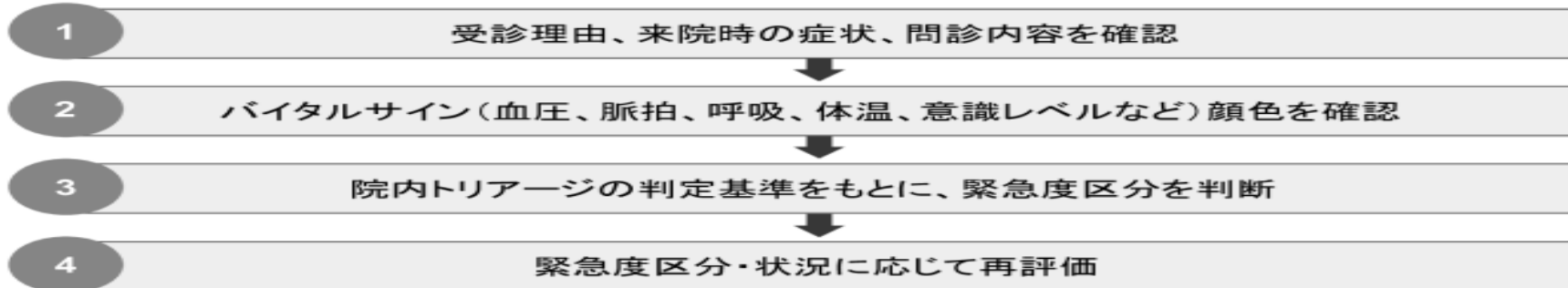
救急外来緊急検査対応加算
1 300点 / 2 200点

院内トリアージ実施体制加算
50点
(初診・再診患者)

夜間休日救急医学管理料
1 600点 / 2 400点 / 3 50点
(初診・再診患者)



院内トリアージ手順



日本版トリアージ指標

院内トリアージの判定基準(JTASに準拠)

緊急度判定レベル	状況・症状の特徴	再評価の目安
レベル 1 蘇生	直ちに診察・治療が必要 心停止・重症外傷・痙攣持続・高度な意識障害など	治療の継続
レベル 2 緊急	10 分以内に診察が必要 心原性胸痛・激しい頭痛や腹痛・ 自傷行為など	15 分毎
レベル 3 準緊急	30 分以内に診察が必要 症状のない高血圧・痙攣後の状態 (意識は回復) など	30 分毎
レベル 4 低緊急	1 時間以内に診察が必要 尿路感染症・縫合を必要とする創傷(止血済み) など	1 時間毎
レベル 5 非緊急	2 時間以内に診察が必要 軽度のアレルギー症状、軽度の外傷、処方/検査希望など	2 時間毎

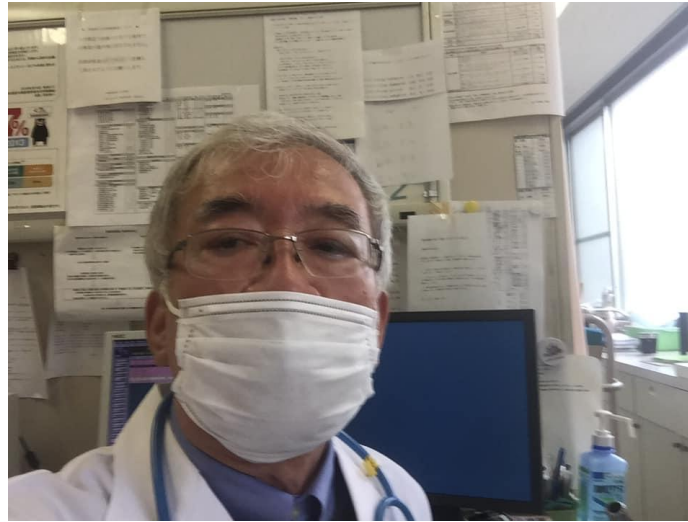
夜間・休日における受診の流れ



- 来院後速やかに、看護師または医師が緊急度を判定(院内トリアージ)し、緊急度が高い場合は優先的に診察を行う
- トリアージは一定時間後に再度行う
- 待ち時間中に状態が変化すれば優先して対応する

ウオークイン救急の
オペレーション改革を！

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演はホームページ上で公開しています。
以下をクリックしてご覧ください

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp