

看護師が知っておきたい

2022年診療報酬改定のポイント

第1回 2022年改定の基本方針・改定率

急性期一般医療



社会福祉法人

日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
相談役 武藤正樹



横浜

港南台

江の島

鎌倉

逗子

葉山

衣笠ホーム

横須賀

三浦

浦賀

衣笠病院
グループ

長瀬ケア
センター

第一回のテーマ

- 1 2022年改定の基本方針・改定率
- 2 急性期一般医療

1. 2022年改定の基本方針・ 改定率



改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、これまでの改定の流れを継承しながら、
 - ・ 今般の新型コロナウイルス感染症を含めた新興感染症への対応や、感染拡大により明らかになった課題を踏まえた地域全体での医療機能の分化・強化、連携など、効率的・効果的で質の高い医療提供体制を構築すること
 - ・ 医師等の働き方改革等を推進することが重要であることから、視点1及び視点2に重点を置くこととしてはどうか。

視点1 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築 【重点課題】

視点2 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進 【重点課題】

視点3 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

改定の基本的視点と具体的方向性

（1）新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化等
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組

（3）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等
- 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

（2）安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

（4）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

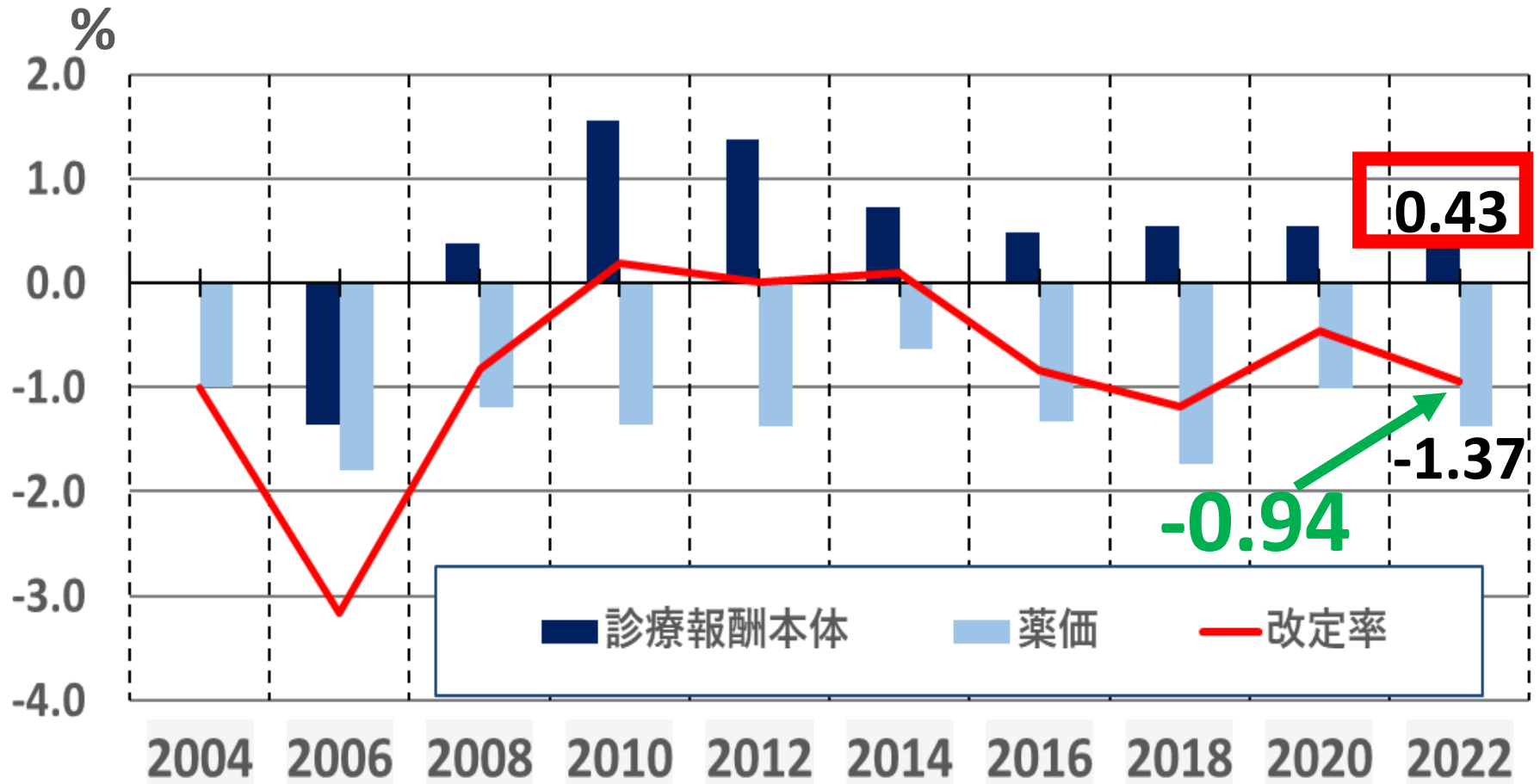
【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化等（再掲）
- 重症化予防の取組の推進
- 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進

2022年 診療報酬改定率

「本体」部分	0.43%	↑	人件費 技術料
「薬価」部分	1.37%	↓	
全体	0.94%	↓	

診療報酬改定率の推移



※平成16年の診療報酬本体は「0.0」

診療報酬

+ 0.43% (国費+292億円※)

※令和4年度予算額、以下同じ

① **看護職員の処遇改善**(消費税増収分を活用) +0.20%

新型コロナ医療対応等を行う医療機関の看護職の給与の3%引上げを実現。(9月までは1%引上げを補助金で対応)

② **リフィル処方箋の導入** ▲0.10%

医療機関に行かずとも、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を構築し、患者負担を軽減。

③ **不妊治療の保険適用**(消費税増収分を活用) +0.20%

保険適用により、適切な医療の評価を通じて、子供を持ちたいという方々への、不妊治療に対する安心と安全を確保。

④ **小児の感染防止対策加算措置(医科分)の期限到来** ▲0.10%

歯科・調剤分については、引き続き感染防止等の対応に充当。

⑤ **その他本体改定率**

+0.23%

各科改定率 医科 +0.26%

歯科 +0.29%

調剤 +0.08%

看護処遇改善



- **2022年10月以降の収入を3%程度（月額平均1万2000円相当）引き上げ**
- **救急医療管理加算を算定する医療機関が対象**
 - 救急搬送件数が年2000台以上の医療機関と3次救急を担う医療機関、57万人の看護師分を見込む。
- 看護師以外でも、看護補助者やその他の医療スタッフの処遇改善にもこの収入を充てることを認められている。
- そうした対応を医療機関が取る場合は一人当たりの看護師の収入増加幅は抑えられることになる。



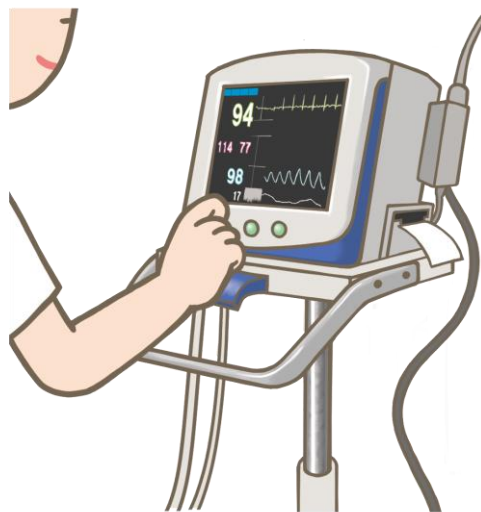
中医協答申 2022年2月9日



2. 急性期一般医療

- ①一般病床の重症度、医療・看護必要度の見直し
- ②200床以上の急性期一般入院料1で必要度IIの要件化

①一般病床の 重症度、医療・看護必要度 の見直し

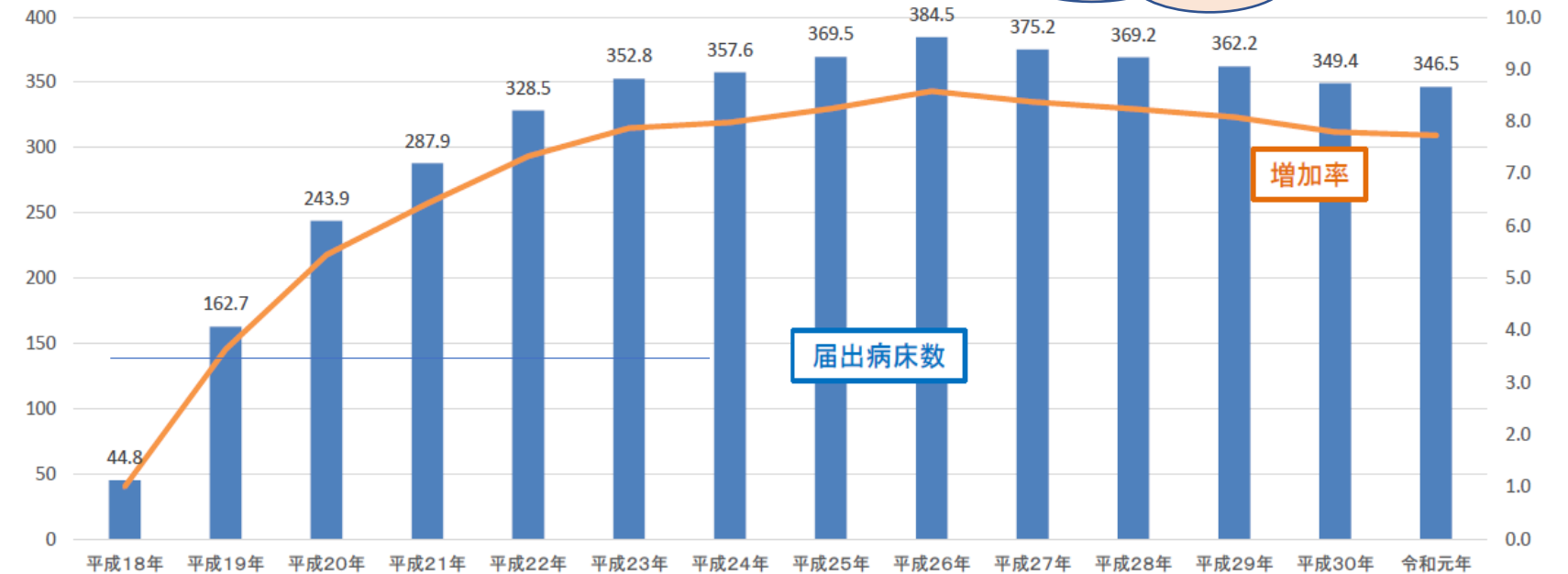


消える心電図

看護配置 7 対 1 の入院基本料の届出状況

○ 看護配置 7 対 1 の入院基本料の届出病床数は平成 27 年以降減少傾向。

病床数(千床)



ピーク時の2014年度から2019年までに3万8000床の減少

増加率

届出病床数

2006年 2008年

[H18.4]
7対1入院
基本料創設

[H20.4]
重症度・看護
必要度の導入

[H24.4]
重症度・看護必要度
該当患者割合基準の
見直し
(10%→15%)
平均在院日数要件の
見直し
(19日→18日)

[H26.4]
重症度、医療・看護
必要度
A項目の見直し
在宅復帰率要件の
導入

[H28.4]
重症度、医療・看護必要度
A・B項目の見直し／C項目の追加
該当患者割合基準の見直し
(15%→25%)
在宅復帰率の見直し
(75%→80%)

[H30.4]
重症度、医療・看護必要度Ⅱの創設
該当患者割合基準の見直し
(25%→30%)
判定基準の追加
C項目の評価の見直し

項目見直し
で厳格化

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

※対象病棟の入院患者について、A項目(必要度 I の場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る)及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

A	モニタリング及び処置等	0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	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニター管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	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)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	I: 救急搬送後の入院(5日間) II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊髄麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
23	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
24	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

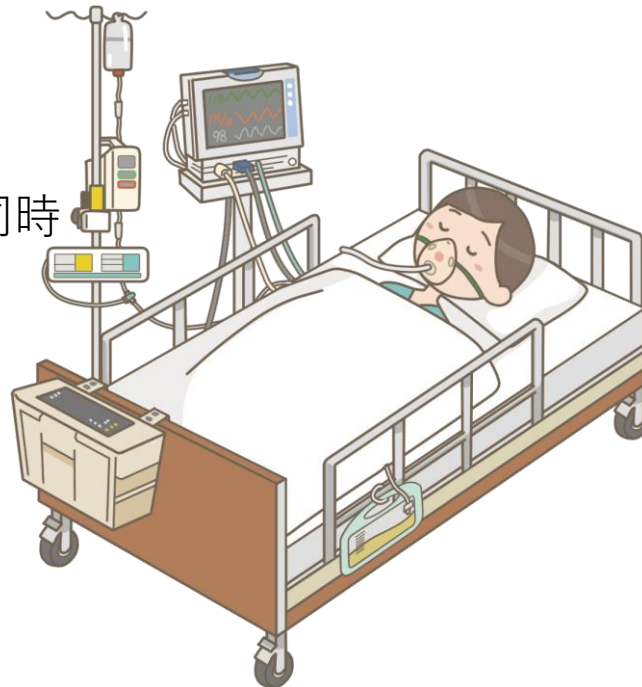
[該当患者の基準]

対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準① A得点が2点以上かつB得点が3点以上 基準② A得点が3点以上 基準③ C得点が1点以上

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

A項目の心電図、 点滴3本は適切か？

点滴3本同時

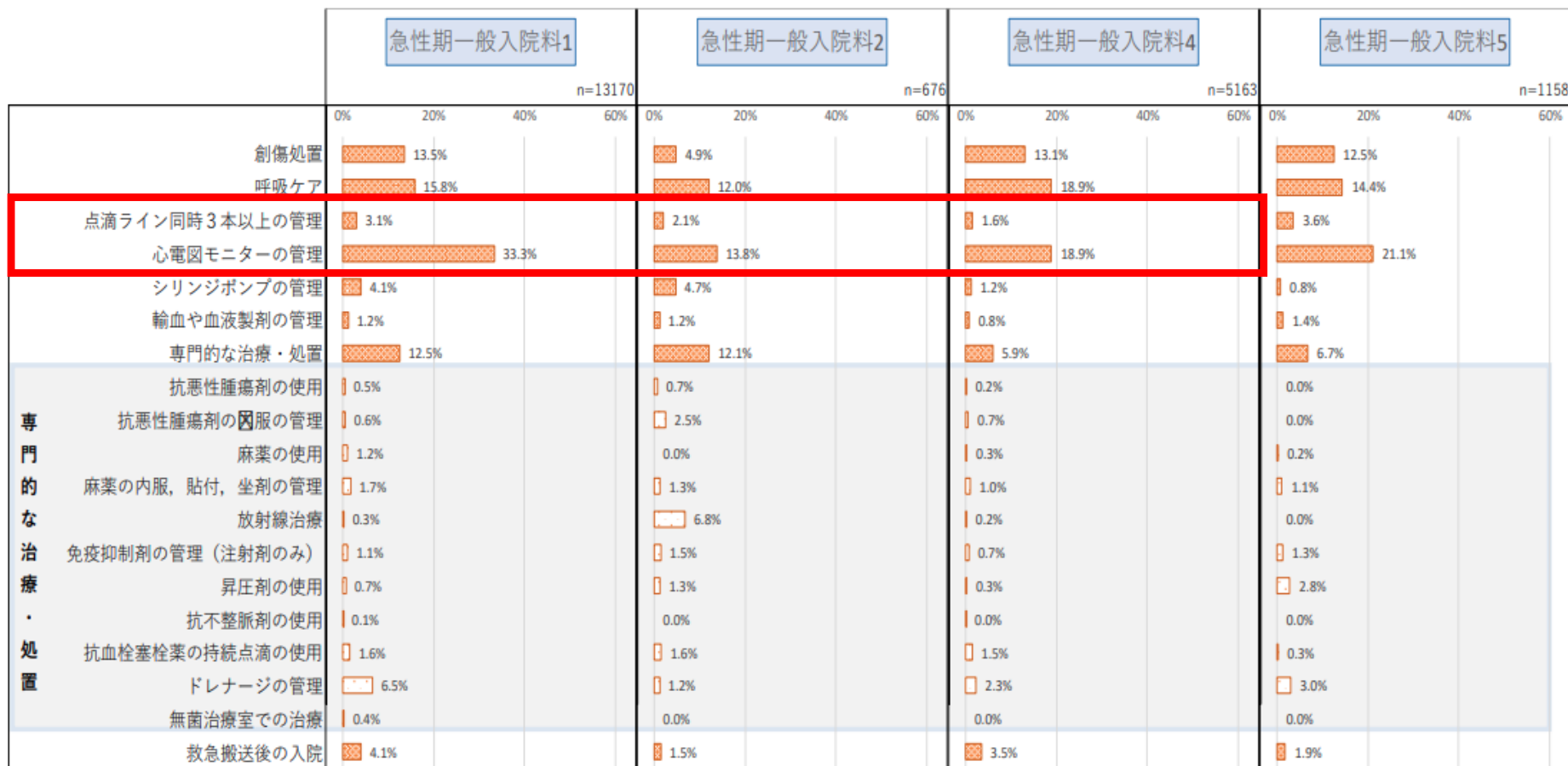


重症度、医療・看護必要度 I の評価項目毎の該当患者割合（A項目）

診調組 入 - 1
3 . 6 . 3 0

- 急性期一般入院料 1 では、急性期一般入院料 2・4・5 に比べ、重症度、医療・看護必要度 I の A 項目のうち「心電図モニター」の該当患者割合が高かった。
- 急性期一般入院料 1・2 では、急性期一般入院料 4・5 に比べ、重症度、医療・看護必要度 I の A 項目のうち「専門的な治療・処置」の該当患者割合が高かった。

重症度、医療・看護必要度 I の項目別該当患者割合(A項目)

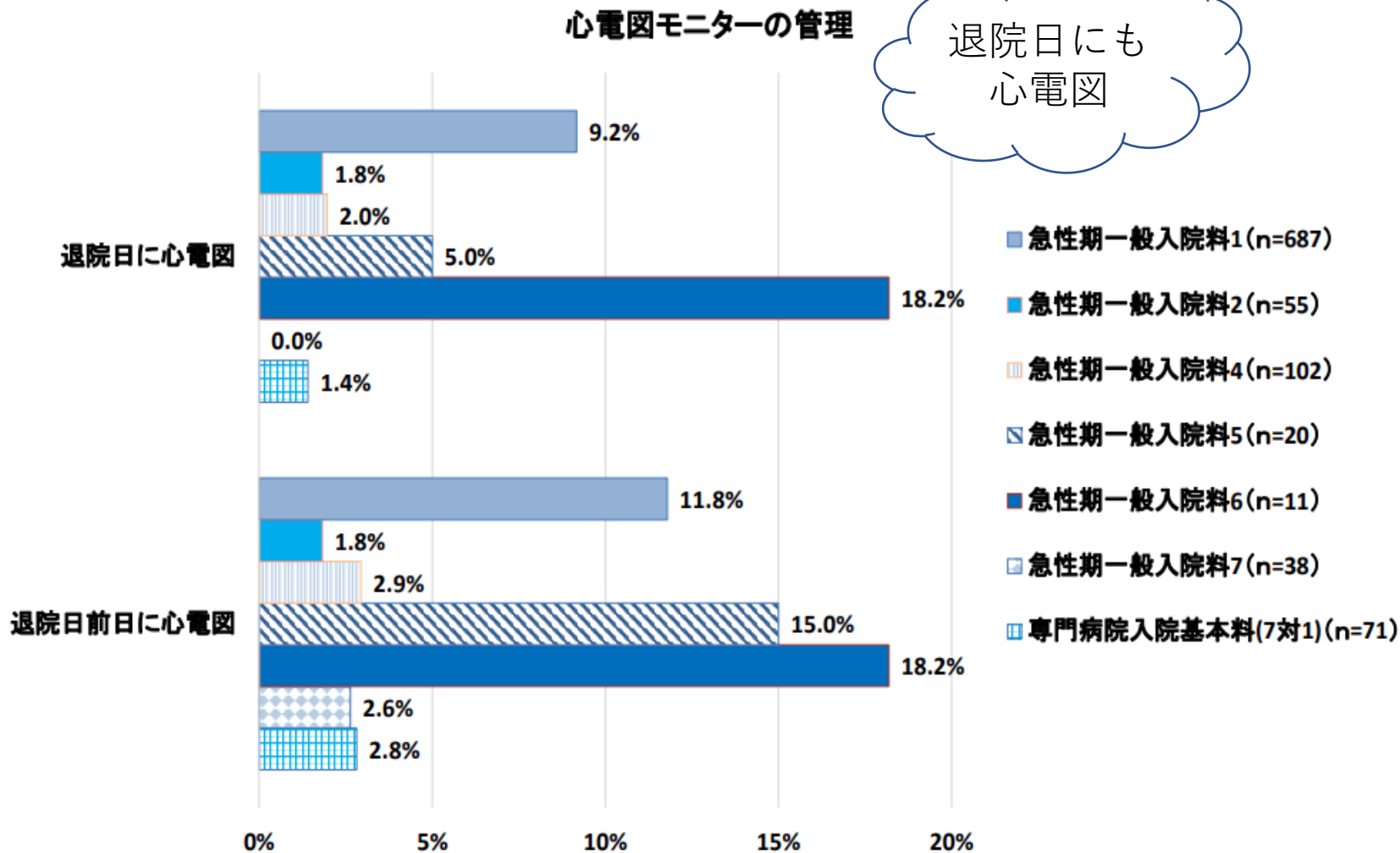


※届出区分無回答のものは除く

※急性期一般入院料3は回答なし ※nは患者数×日数(人・日)

退院日及び退院前日の「心電図モニター」の該当状況について（必要度Ⅰ）

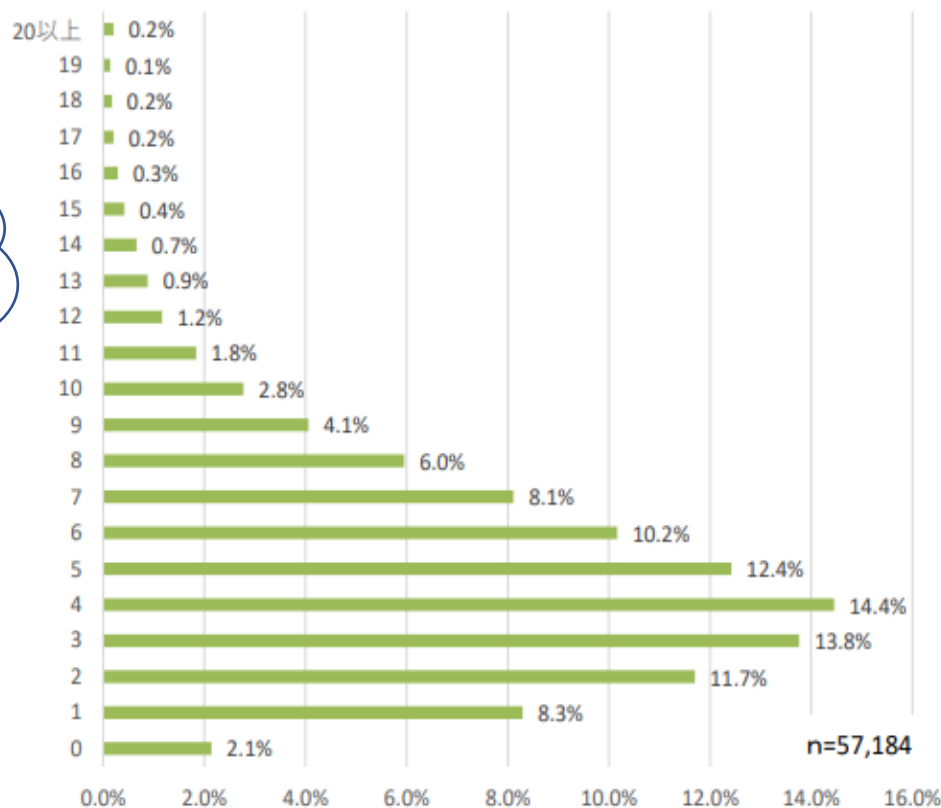
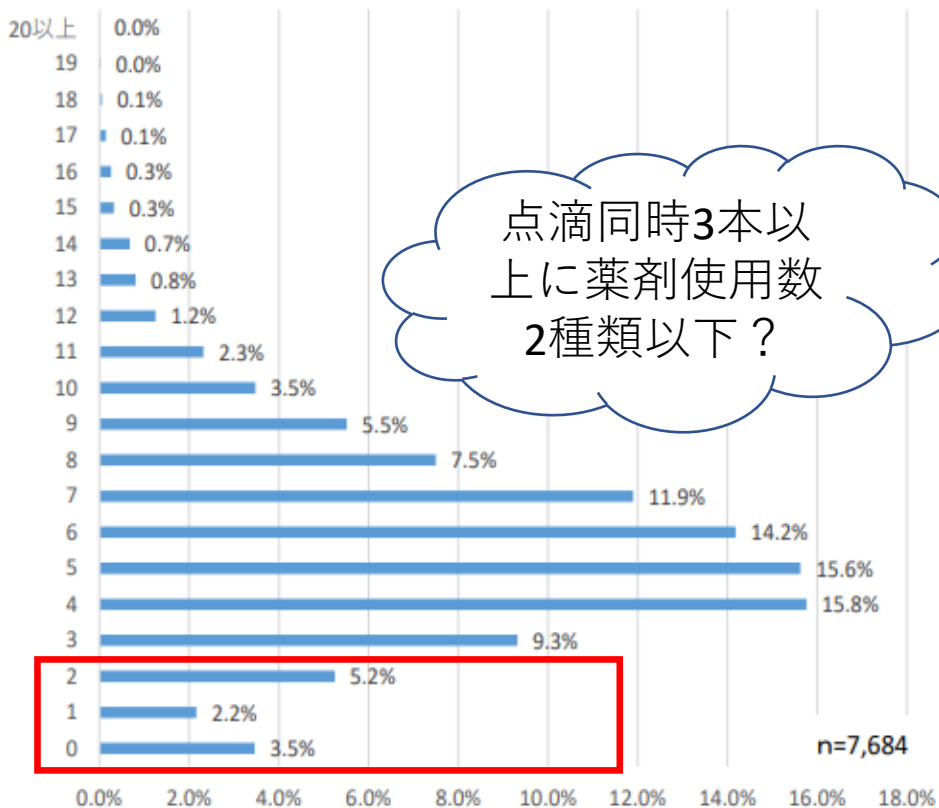
○ 自宅に退院した患者について、退院日及び退院前日の「心電図モニター」についてみたところ、該当する患者割合は以下の通りであった。



○ 「点滴同時3本以上」に該当する患者のうち、薬剤の使用数（成分名の種類数）毎に割合の分布を見たところ、4種類が最も高く、2種類以下も存在した。

使用薬剤数毎の該当患者割合（必要度Ⅰ）

使用薬剤数毎の該当患者割合（必要度Ⅱ）



点滴同時3本以上に薬剤使用数2種類以下？

<集計方法>

- 1.EFファイルからデータ区分「33」のうち薬剤に該当するレセ電コード6桁の薬剤を抽出
- 2.抽出した薬剤のレセ電コードと薬価基準収載医薬品コードを紐付け
- 3.「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」のマスタから紐付けした薬価基準収載医薬品コードの「成分名」をまとめたものを種類数としてカウント。

A項目の心電図、
点滴3本などの項目を削除し
てシミュレーション

心電図が
なくなる!?



一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のシミュレーション条件について

○ 以下の条件でシミュレーションを実施した。

使用データ

○ 令和3年4月に提出されたDPCデータ(急性期一般入院料)

シミュレーション条件

○ 急性期一般入院料1、4～6の患者について、以下の条件を適用した場合の施設毎の該当患者割合の分布及び施設基準を満たす施設の割合を入院料毎に集計した。

	A項目			B項目	C項目
	点滴ライン 同時3本以上 の管理	心電図 モニターの 管理	輸血や 血液製剤 の管理	衣服の着脱	骨の手術 (11日間)
見直し案1	点滴薬剤3種 に変更	—	点数を2点に 変更	—	—
見直し案2	—	—	—	項目を削除	10日間に 変更
見直し案3	点滴薬剤3種 に変更	項目を削除	点数を2点に 変更	—	—
見直し案4	点滴薬剤3種 に変更	項目を削除	点数を2点に 変更	項目を削除	10日間に 変更

一番緩やかな案1

一番厳しい案4

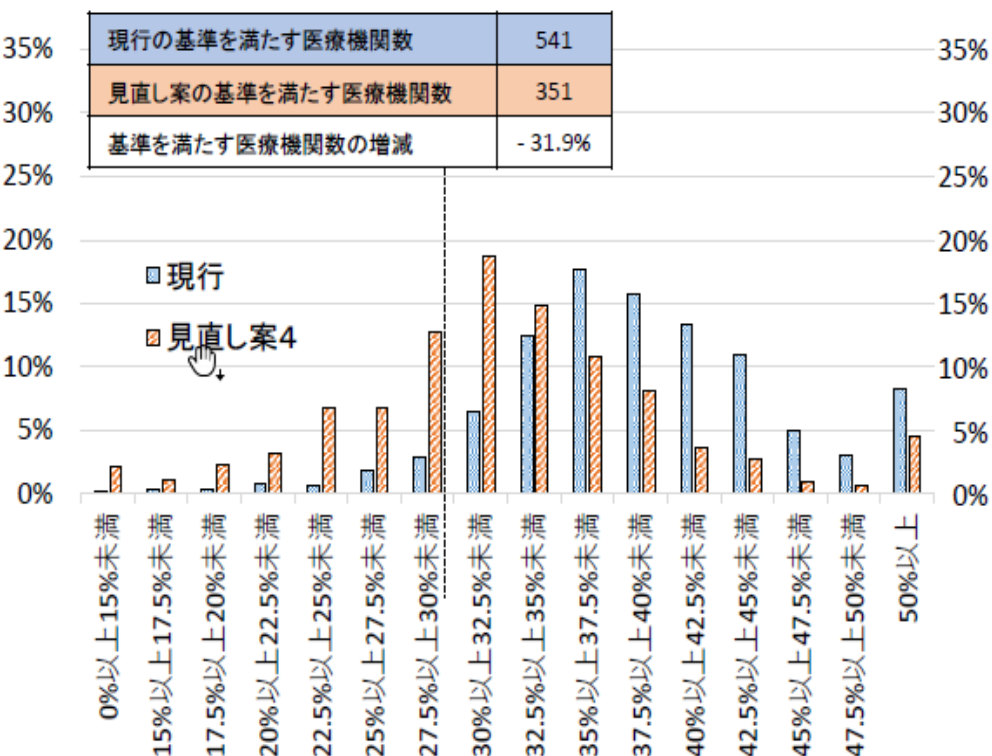
シミュレーション結果 急性期一般入院料1④

【見直し案4】

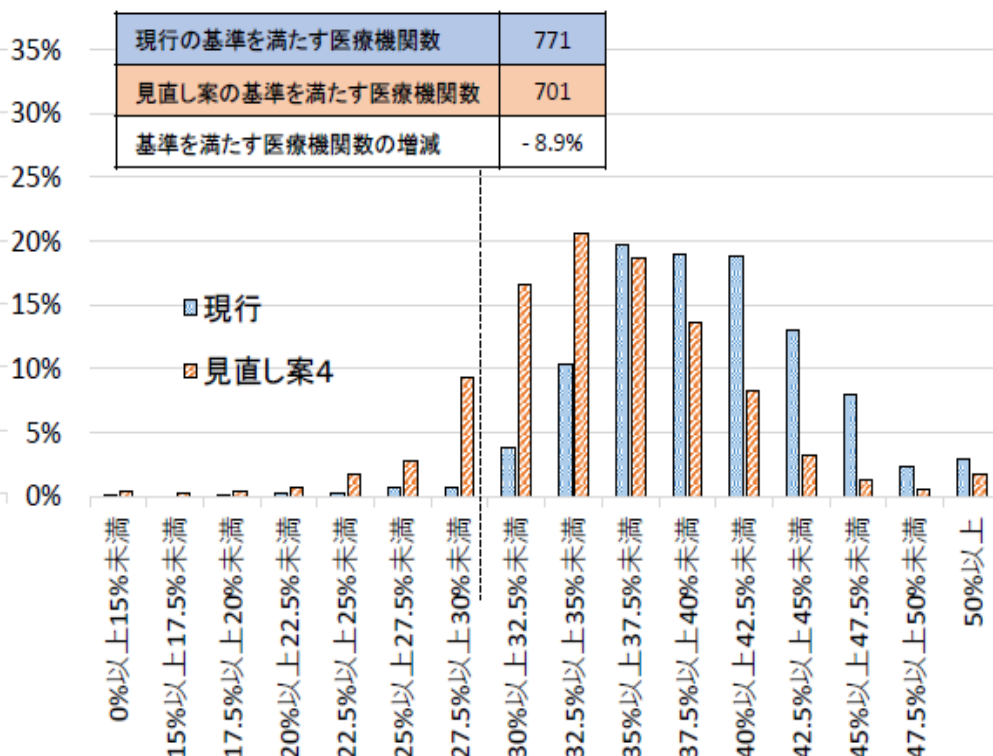
- A項目の「心電図モニター」の削除
- A項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数を1点から2点に変更
- A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更
- B項目の「衣服の着脱」の削除
- C項目の「骨の手術」の日数を11日間から10日間に変更

施設基準
必要度Ⅰ : 31%
必要度Ⅱ : 29%

急性期一般入院料1、必要度Ⅰ (n=595)



急性期一般入院料1、必要度Ⅱ (n=785)



急性期一般入院料1
必要度Ⅰ + Ⅱ (n=1380)

現行の基準を満たす医療機関数	1312
見直し案の基準を満たす医療機関数	1052
基準を満たす医療機関数の増減	-18.8%

シミュレーション結果 200床未満の急性期一般入院料1④

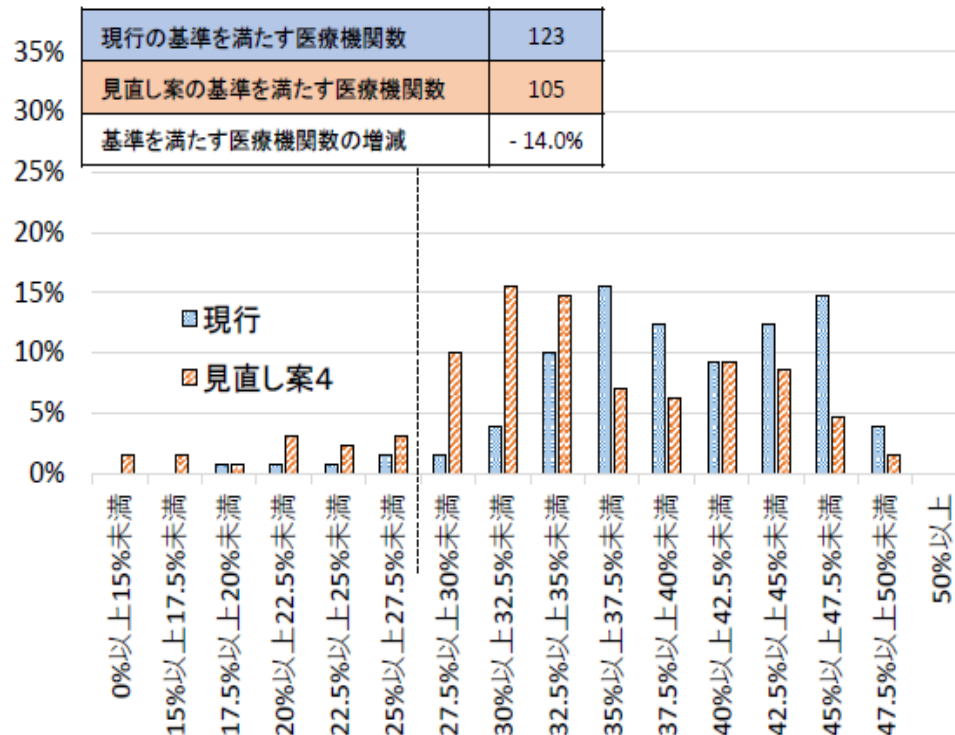
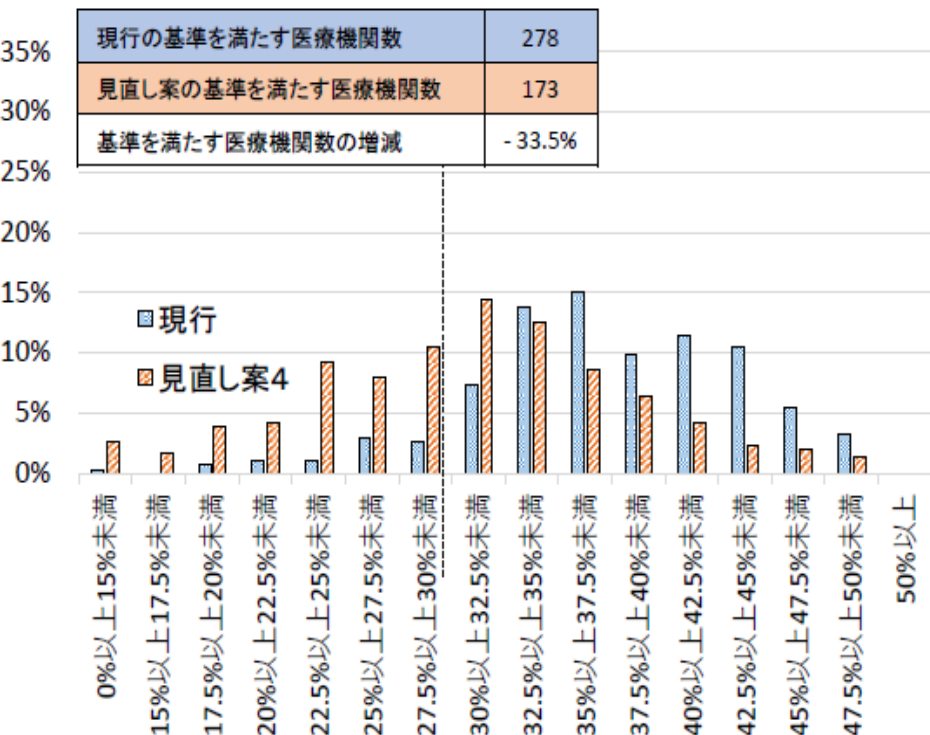
【見直し案4】

- A項目の「心電図モニターの管理」の削除
- A項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数を1点から2点に変更
- A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更
- B項目の「衣服の着脱」の削除
- C項目の「骨の手術」の日数を11日間から10日間に変更

施設基準
必要度Ⅰ：31%
必要度Ⅱ：29%

200床未満の急性期一般入院料1、必要度Ⅰ (n=313)

200床未満の急性期一般入院料1、必要度Ⅱ (n=129)



200床未満の
急性期一般入院料1
必要度Ⅰ + Ⅱ (n=442)

現行の基準を満たす医療機関数	401
見直し案の基準を満たす医療機関数	278
基準を満たす医療機関数の増減	-27.8%

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のシミュレーション条件について

○ 以下の条件でシミュレーションを実施した。

使用データ

○ 令和3年4月に提出されたDPCデータ(急性期一般入院料)

シミュレーション条件

○ 急性期一般入院料1、4～6の患者について、以下の条件を適用した場合の施設毎の該当患者割合の分布及び施設基準を満たす施設の割合を入院料毎に集計した。

一番緩やかな案1

	A項目			B項目	C項目
	点滴ライン 同時3本以上の 管理	心電図 モニターの 管理	輸血や 血液製剤 の管理	衣服の着脱	骨の手術 (11日間)
見直し案1	点滴薬剤3種 に変更	—	点数を2点に 変更	—	—
見直し案2	—	—	—	項目を削除	10日間に 変更
見直し案3	点滴薬剤3種 に変更	項目を削除	点数を2点に 変更	—	—
見直し案4	点滴薬剤3種 に変更	項目を削除	点数を2点に 変更	項目を削除	10日間に 変更

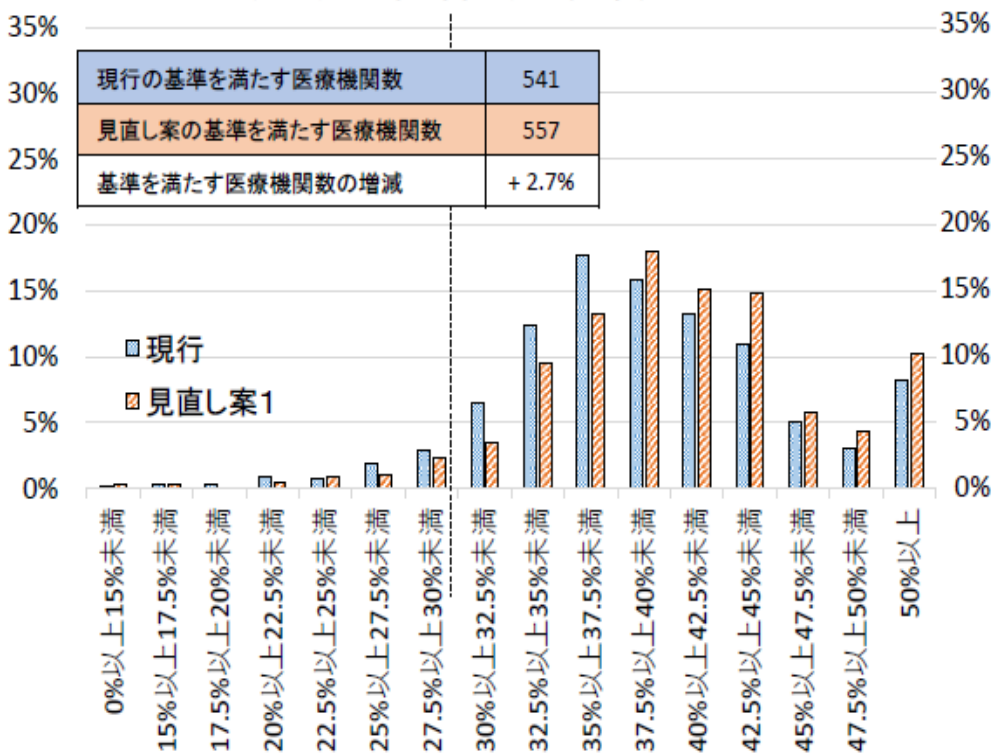
シミュレーション結果 急性期一般入院料1①

【見直し案1】

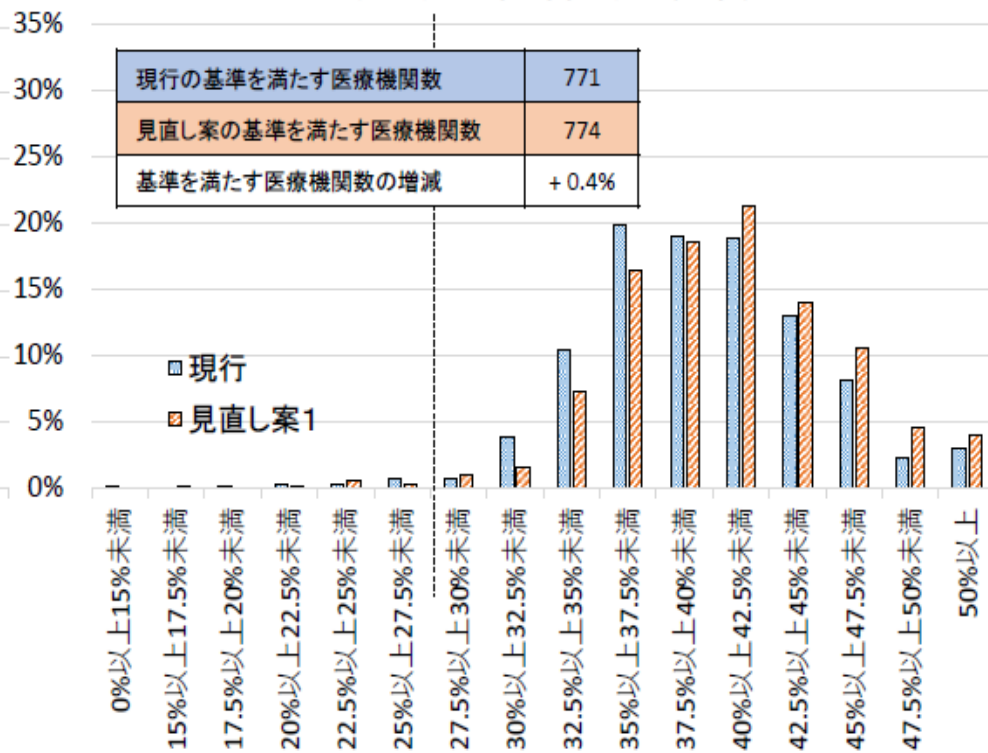
- A項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数を1点から2点に変更
- A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更

施設基準
必要度Ⅰ : 31%
必要度Ⅱ : 29%

急性期一般入院料1、必要度Ⅰ (n=595)



急性期一般入院料1、必要度Ⅱ (n=785)



急性期一般入院料1 必要度Ⅰ + Ⅱ (n=1380)

現行の基準を満たす医療機関数	1312
見直し案の基準を満たす医療機関数	1331
基準を満たす医療機関数の増減	+ 1.4%



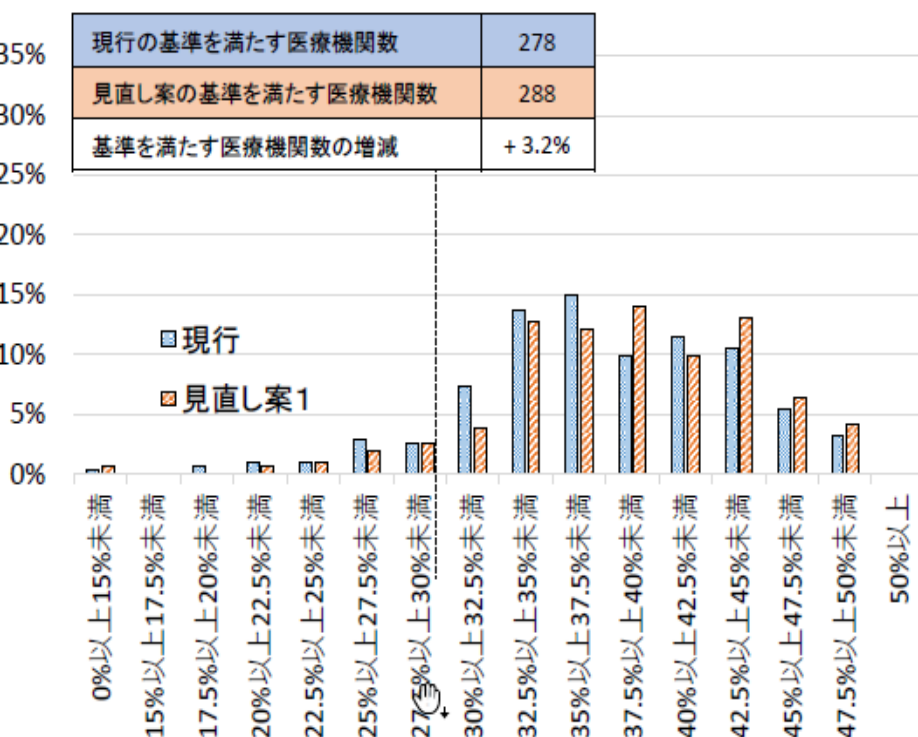
シミュレーション結果 200床未満の急性期一般入院料1①

【見直し案1】

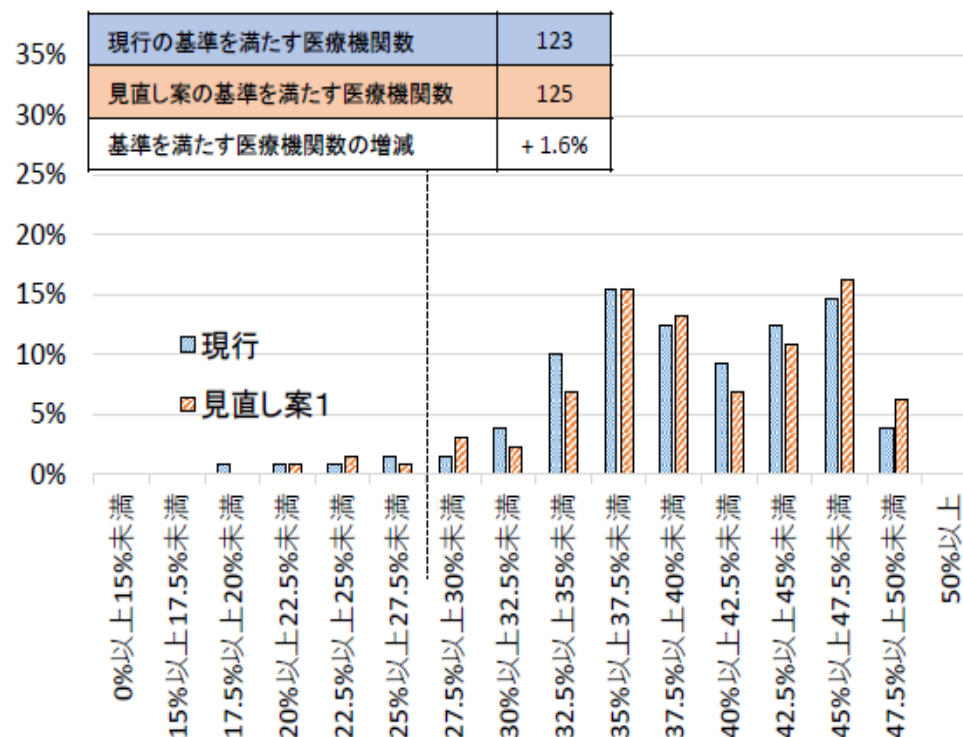
- A項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数を1点から2点に変更
- A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更

施設基準
必要度Ⅰ：31%
必要度Ⅱ：29%

200床未満の急性期一般入院料1、必要度Ⅰ (n=313)



200床未満の急性期一般入院料1、必要度Ⅱ (n=129)



200床未満の
急性期一般入院料1
必要度Ⅰ + Ⅱ (n=442)

現行の基準を満たす医療機関数	401
見直し案の基準を満たす医療機関数	413
基準を満たす医療機関数の増減	+ 2.7%

中医協委員意見

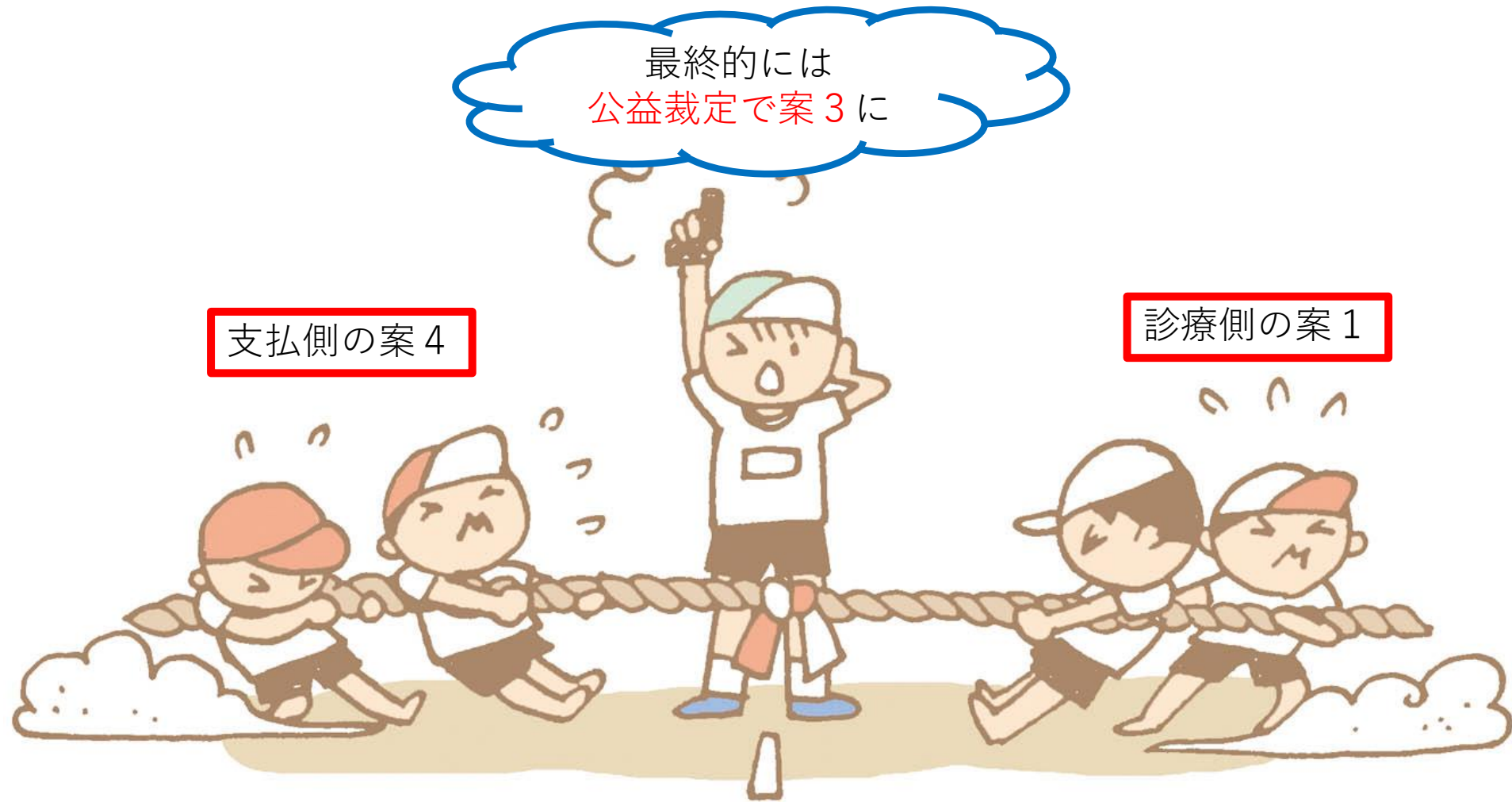
- 日本医師会の城守国斗委員
 - オミクロン株の急拡大で、医療提供体制のひっ迫が生じ始めている。そうした中で急性期入院医療の評価基準の厳格化は到底賛成できない。心電図モニター管理の削除は、処置や手術の実施割合が低い内科系の病棟にきわめて大きな影響を与える
- 日本慢性期医療協会の池端幸彦委員
 - 見直し案4では200床未満の27.8%が急性期一般1を取得できなくなる。医療現場のモチベーションが下がる。
- 健保連理事の松本真人、経団連の真田享委員ら
 - 病床の機能分化を進める観点では少なくとも見直し案4を軸に、さらに「輸液・血液製剤管理」を現行の1点のままとした試算も行って検討すべき。

案1と案4の間で綱引き

最終的には
公益裁定で案3に

支払側の案4

診療側の案1



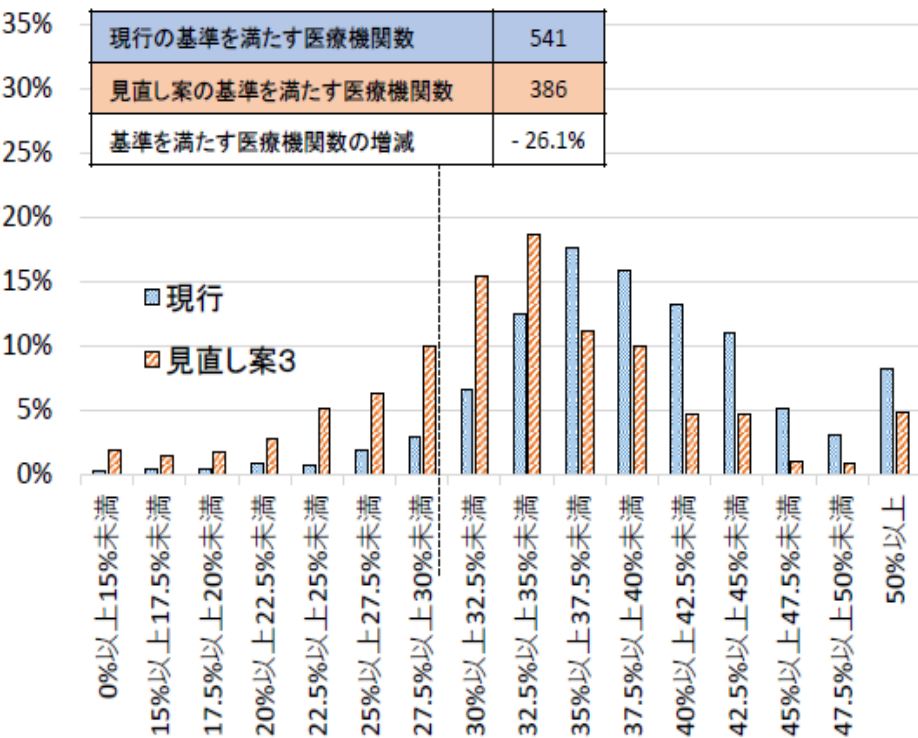
シミュレーション結果 急性期一般入院料1③

【見直し案3】

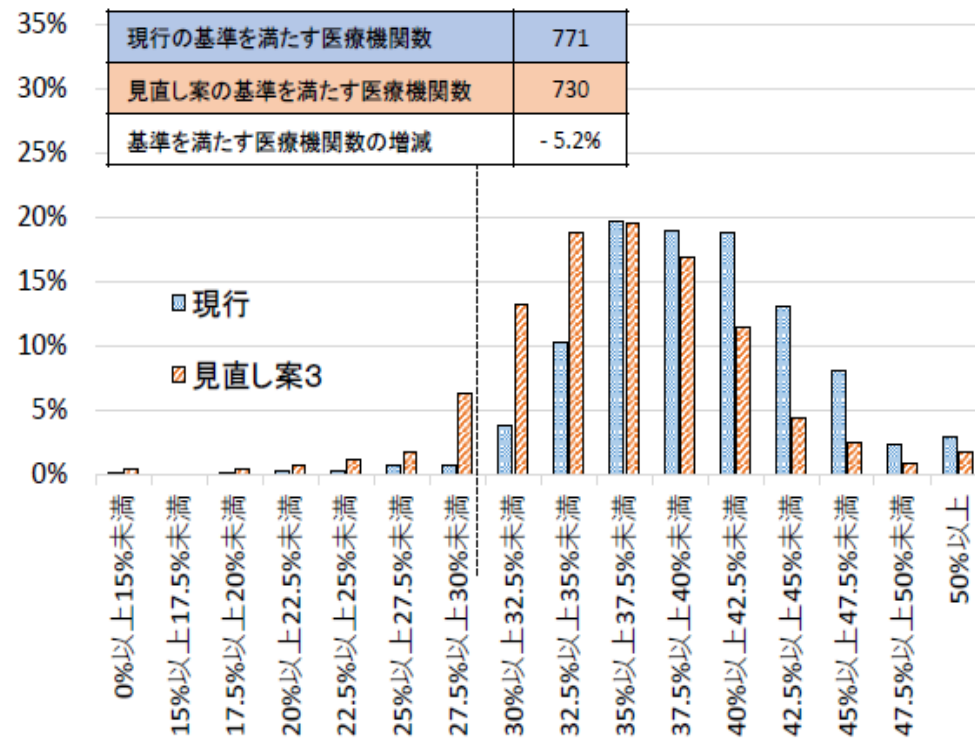
- A項目の「心電図モニター」の削除
- A項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数を1点から2点に変更
- A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更

施設基準
 必要度Ⅰ : 31%
 必要度Ⅱ : 29%

急性期一般入院料1、必要度Ⅰ (n=595)



急性期一般入院料1、必要度Ⅱ (n=785)



急性期一般入院料1 必要度Ⅰ + Ⅱ (n=1380)

現行の基準を満たす医療機関数	1312
見直し案の基準を満たす医療機関数	1116
基準を満たす医療機関数の増減	- 14.2%

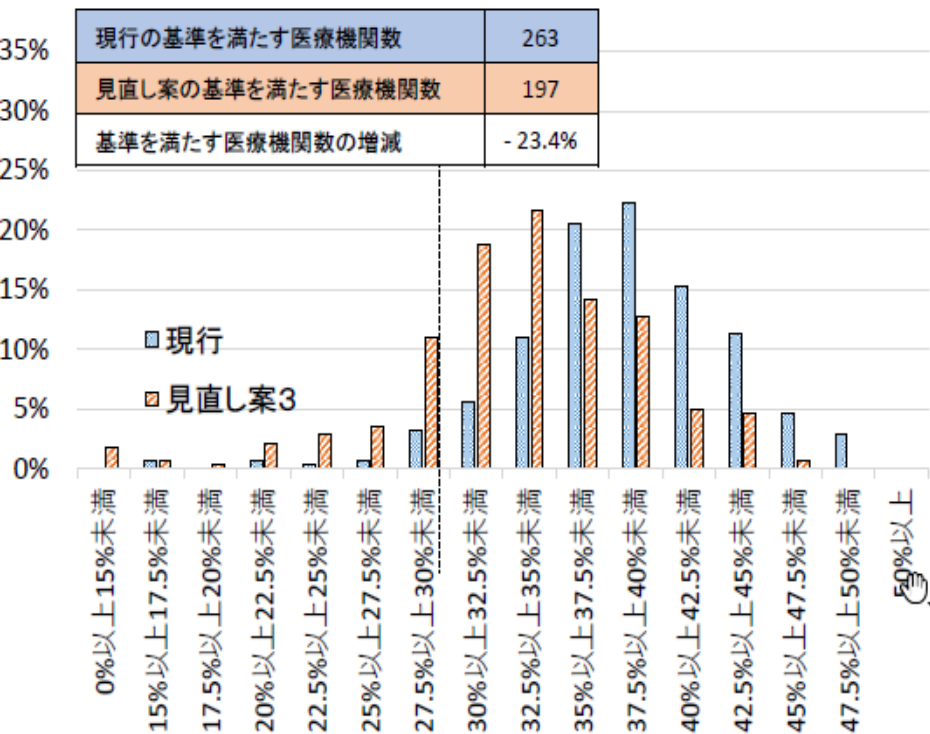
シミュレーション結果 200床以上の急性期一般入院料1③

【見直し案3】

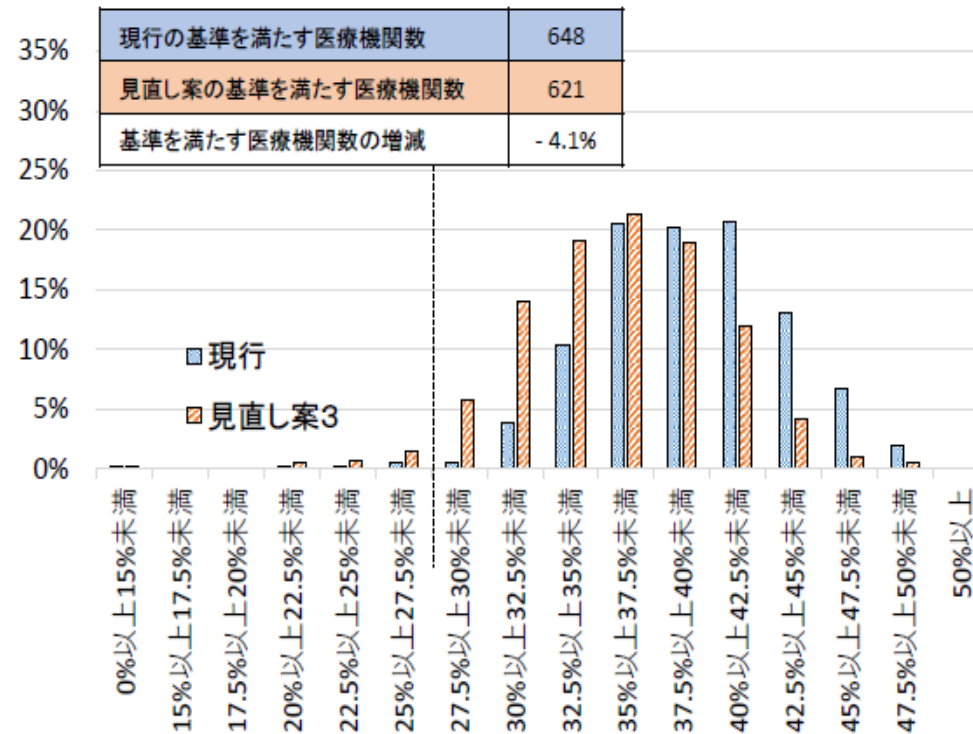
- A項目の「心電図モニター」の削除
- A項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数を1点から2点に変更
- A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更

施設基準
必要度Ⅰ：31%
必要度Ⅱ：29%

200床以上の急性期一般入院料1、必要度Ⅰ (n=282)



200床以上の急性期一般入院料1、必要度Ⅱ (n=656)



200床以上の
急性期一般入院料1
必要度Ⅰ + Ⅱ (n=938)

現行の基準を満たす医療機関数	911
見直し案の基準を満たす医療機関数	818
基準を満たす医療機関数の増減	-9.9%

シミュレーション結果 200床未満の急性期一般入院料1③

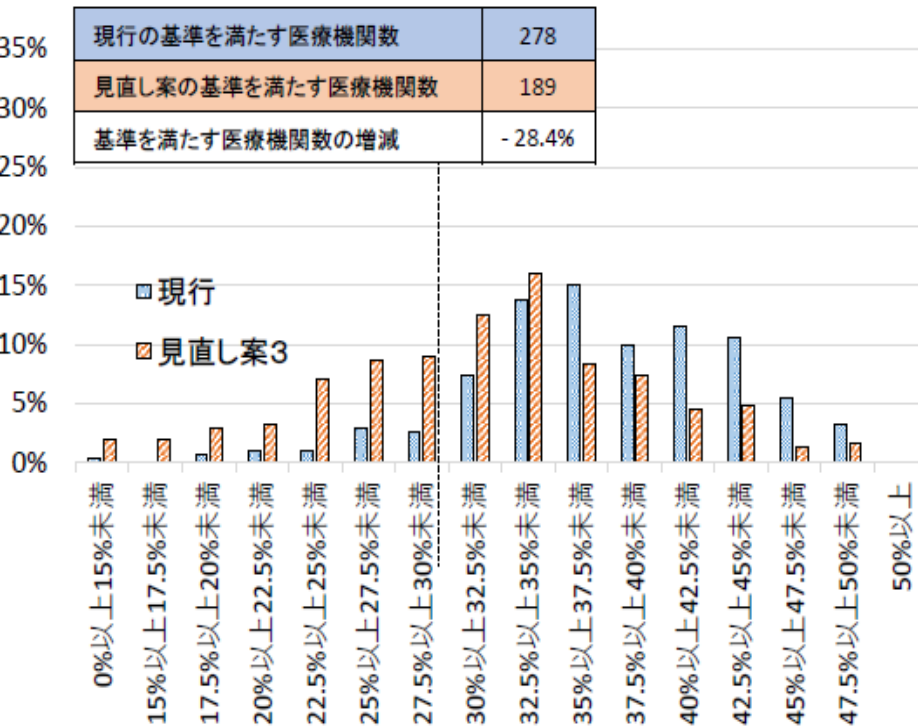
【見直し案3】

- A項目の「心電図モニター」の削除
- A項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数を1点から2点に変更
- A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更

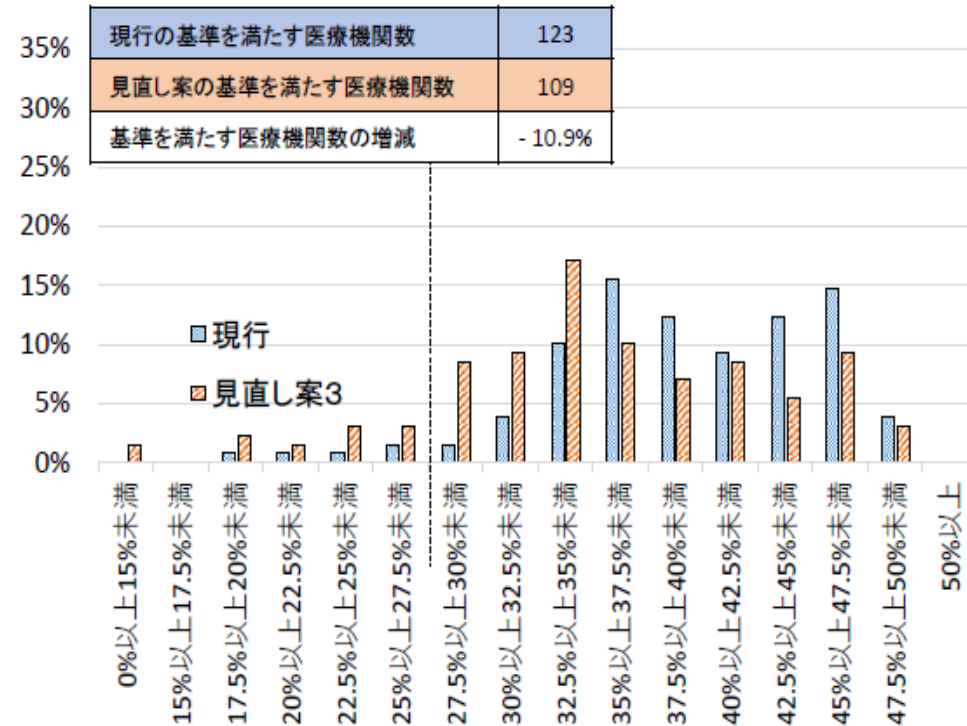
基準
緩和

施設基準
必要度Ⅰ : 31% 28%
必要度Ⅱ : 29% 25%

200床未満の急性期一般入院料1、必要度Ⅰ (n=313)



200床未満の急性期一般入院料1、必要度Ⅱ (n=129)



200床未満の
急性期一般入院料1
必要度Ⅰ + Ⅱ (n=442)

現行の基準を満たす医療機関数	401
見直し案の基準を満たす医療機関数	298
基準を満たす医療機関数の増減	-23.3%

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の見直し

	該当患者割合の基準（見直し後）	
	重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
急性期一般入院料 1（＊）	31%	28%
急性期一般入院料 2（＊）	27%	24%
急性期一般入院料 3（＊）	24%	21%
急性期一般入院料 4（＊）	20%	17%
急性期一般入院料 5	17%	14%
急性期一般入院料 6	—	—

入院料
5と6は
一体化

* 許可病床数 200 床未満の医療機関における基準

200床未満 は緩和	該当患者割合の基準（見直し後）	
	重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
急性期一般入院料 1	28%	25%
急性期一般入院料 2	25%	22%
急性期一般入院料 3	22%	19%
急性期一般入院料 4	18%	15%

一般病棟における重症患者割合の基準値（中医協総会2022年1月26日）

心電図モニター削除で影響を受けるのは、心不全と誤嚥性肺炎

MDC6	疾患名	看護必要度 (実績値)	看護必要度 (シミュレーション値)	看護必要度の 差分
050130	心不全	37.5%	25.95%	-11.55%
010060	脳梗塞	30.96%	25.08%	- 5.87%
040040	肺の悪性腫瘍	30.4%	25.55%	-4.85%
160800	股関節・大腿近位の骨折	49.08%	48.36%	-0.72%
040081	誤嚥性肺炎	33.48%	21.72%	-11.76%

②200床以上の 急性期一般入院料1で 必要度Ⅱの要件化

2018年改定で400床以上の急性期一般入院料1で
必要度Ⅱを要件化した。

【I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-④】

④ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

前回改定では
400床以上に
要件化した

第1 基本的な考え方

重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料1（許可病床数200床以上）を算定する病棟について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件化する。

第2 具体的な内容

許可病床数200床以上の保険医療機関において、急性期一般入院料1を算定する病棟については、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことを要件とする。

改定案	現行
【急性期一般入院基本料1】 [施設基準] イ 急性期一般入院基本料の施設基準 ④ 通則	【急性期一般入院基本料1】 [施設基準] イ 急性期一般入院基本料の施設基準 ④ 通則

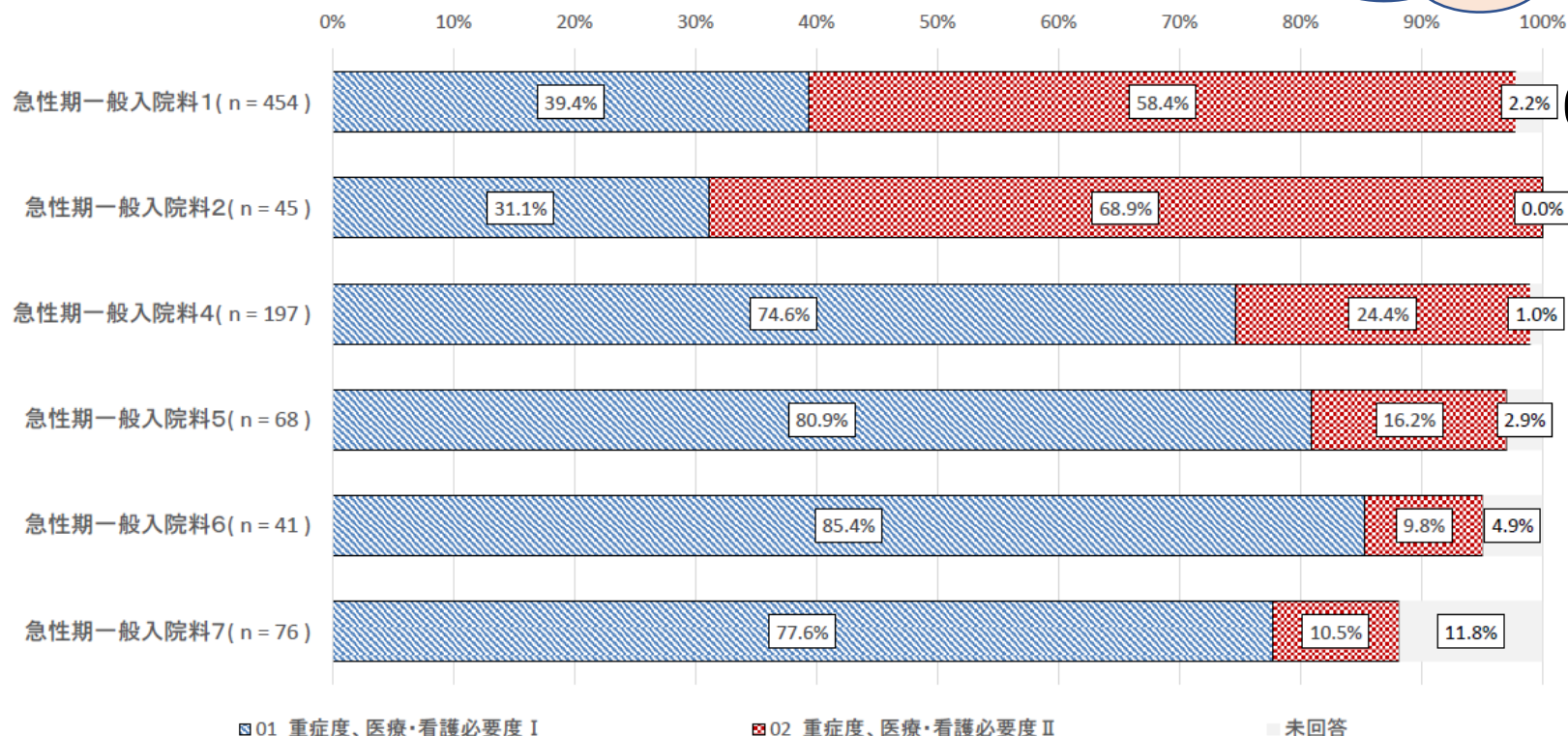
一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の届出状況

診調組 入-1
3 . 6 . 3 0

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1では6割程度、急性期一般入院料4～7では1～2割であった。

20年改定では400床以上を義務化

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別(令和2年11月1日時点)



6割

看護必要度Ⅱはいずれすべての病院で必須化になるだろう

※ n = 2 以下の入院料を除く

まとめと提言

- 看護必要度から心電図が消えた！
- 急性期一般入院料1は200床未満病院の内科系病院ではハードルが上がる
- 200床以上の急性期一般医療1で看護必要度Ⅱが義務化
- Ⅱでは処置のレセ取り漏れに注意

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

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。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

看護師が知っておきたい

2022年診療報酬改定のポイント

第2回 急性期充実加算



社会福祉法人

日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
相談役 武藤正樹



横浜

港南台

江の島

鎌倉

逗子

葉山

衣笠ホーム

横須賀

浦賀

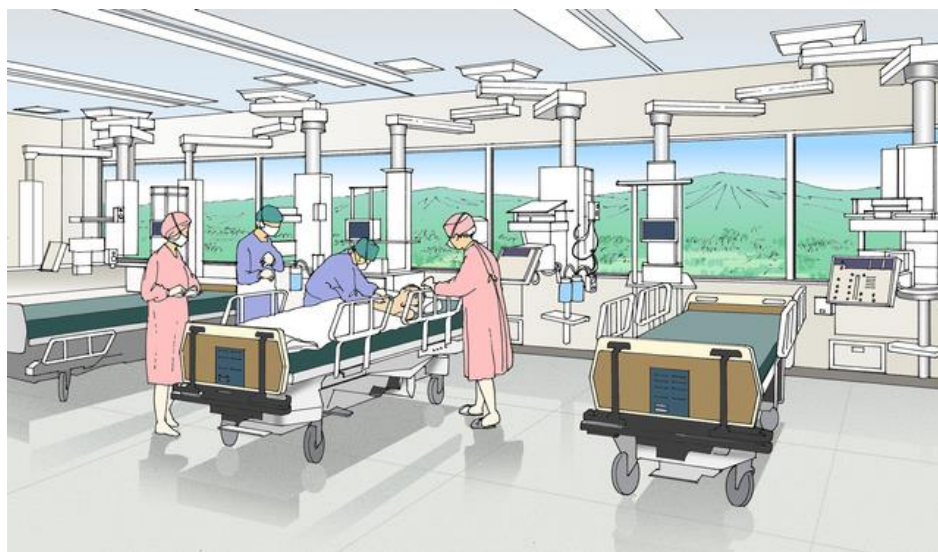
衣笠病院
グループ

長瀬ケア
センター

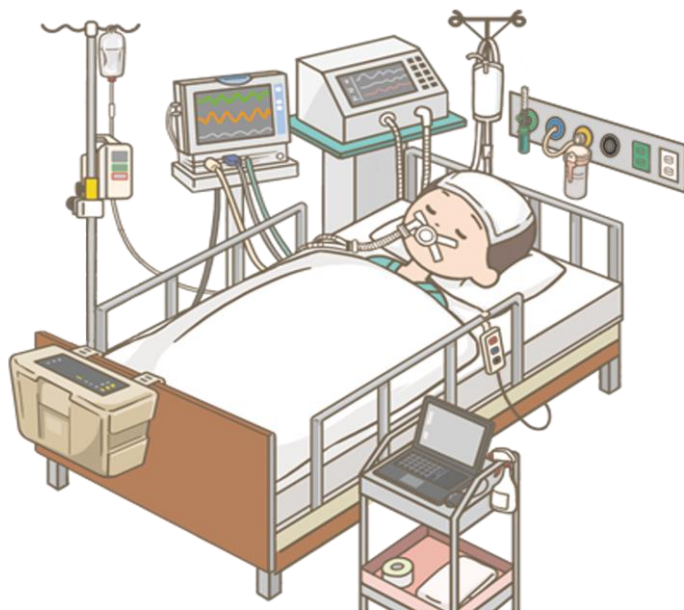
第2回のテーマ

- 1 急性期充実体制加算
- 2 特定集中治療室（ICU）の看護必要度等の見直し
- 3 総合入院体制加算の見直し

①急性期充実体制加算



①急性期充実体制加算



【I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-①】

① 高度かつ専門的な 急性期医療の提供体制に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療に係る実績を一定程度有した上で急性期入院医療を実施するための体制について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

高度かつ専門的な医療及び急性期医療の提供に係る体制や、精神疾患を有する患者の受入れに係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

(新) 急性期充実体制加算（1日につき）

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

施設基準

急性期一般入院料1の加算

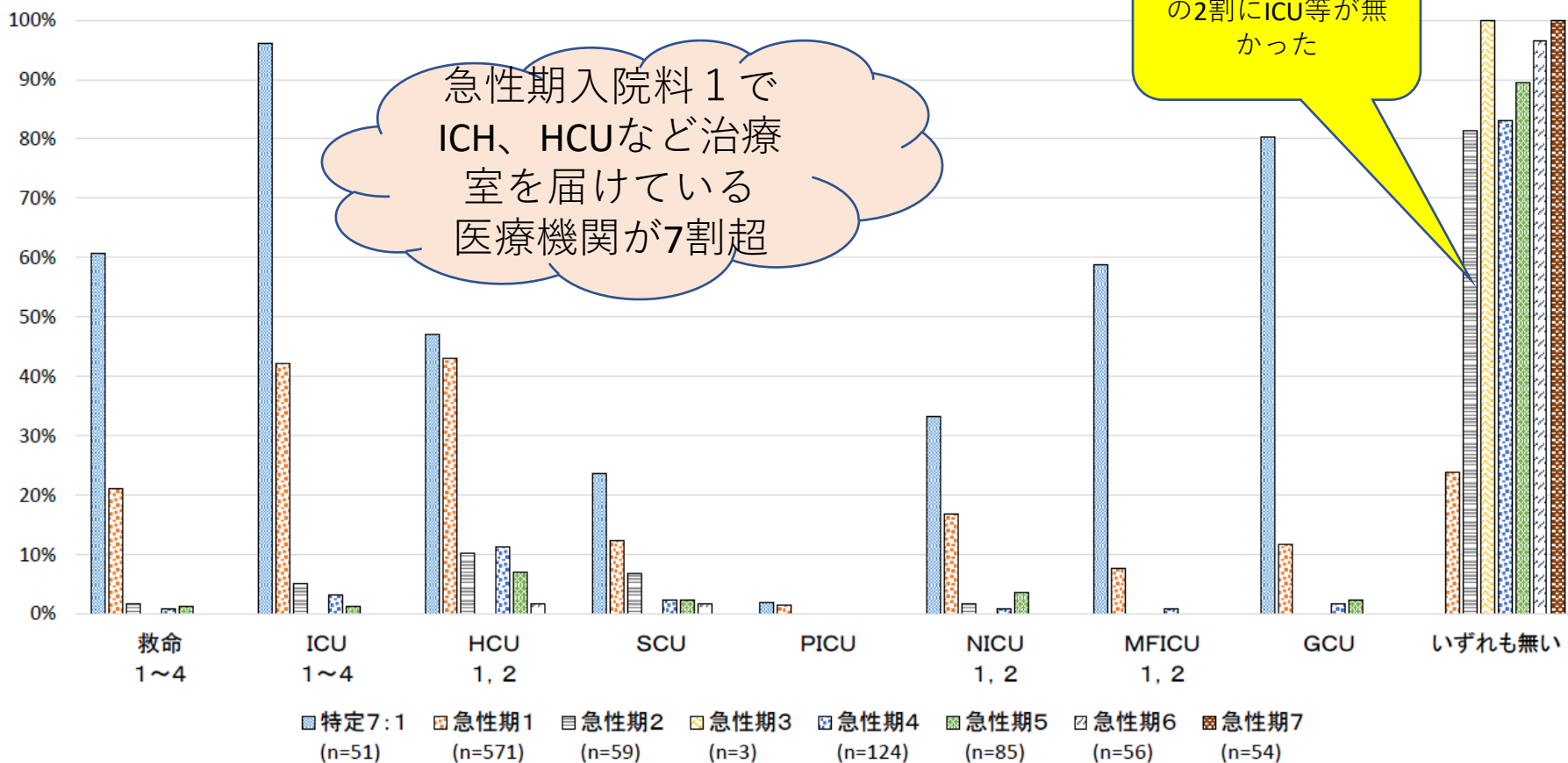
- ① 急性期一般入院料1を算定する病棟を有する病院であること
ICU設置
- ② 地域において高度かつ専門的な医療および急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること
- ③ 高度かつ専門的な医療および急性期医療に係る実績を十分有していること
手術件数、救急搬送数、化学療法・放射線療法件数など
- ④ 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること
院内迅速対応システムRRS
- ⑤ 感染対策向上加算1（感染防止対策加算を改組）に係る施設基準を届け出ていること
- ⑥ 敷地内において喫煙が禁止されていること
- ⑦ 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院またはこれに準ずる病院であること

入院基本料別・届け出ている治療室の種類

- 特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)を届け出ている医療機関は、他の入院料と比較して治療室の届出が高い割合となっており、全ての医療機関で届出がされていた。
- 特定機能病院以外においては、ハイケアユニット入院医療管理料を届け出ている医療機関が最も多かった。急性期一般入院料1を届け出ている施設の7割超でなんらかの治療室を届け出ていた。

入院基本料別・他に届け出ている治療室の種類

(治療室を届け出ている医療機関の割合)



出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）

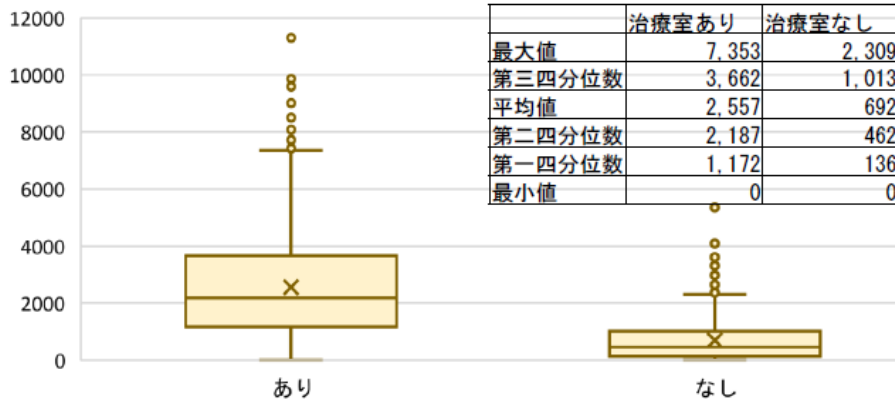
急性期 1 における治療室の有無別、手術等の状況①

○ 全身麻酔の手術、人工心肺を用いた手術、悪性腫瘍の手術、腹腔鏡下手術、のいずれにおいても、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。

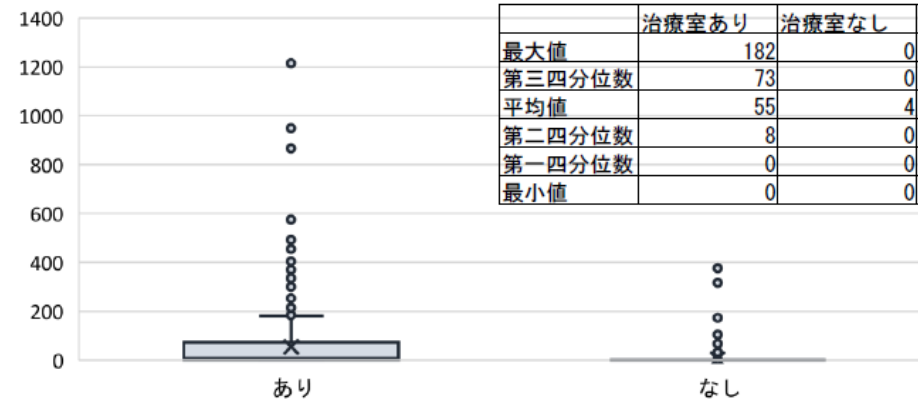
急性期一般入院料1における、治療室の有無別、手術等の状況

(治療室あり:n=863 治療室なし:n=587)

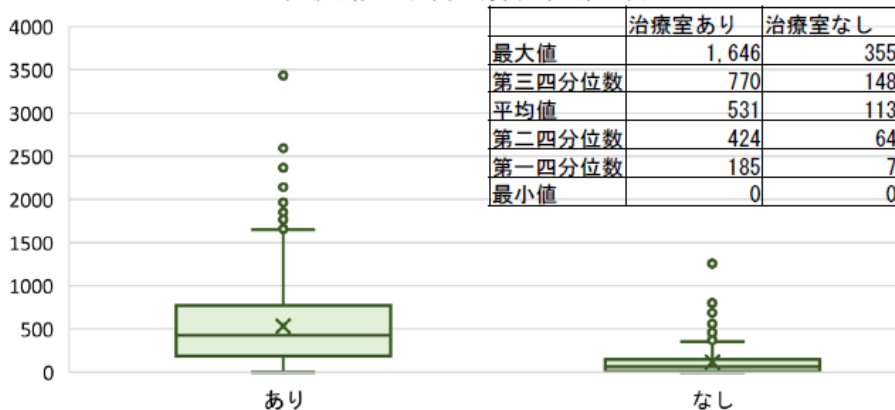
全身麻酔の手術 (算定回数/年)



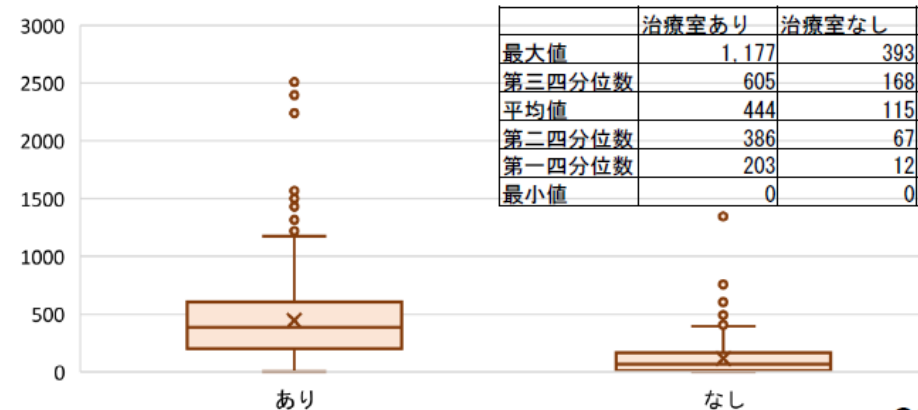
人工心肺を用いた手術 (算定回数/年)



悪性腫瘍の手術 (算定回数/年)



腹腔鏡下手術 (算定回数/年)



出典：DPCデータ (治療室の状況：令和元年3月時点 算定回数：令和元年度1年間の算定回数)

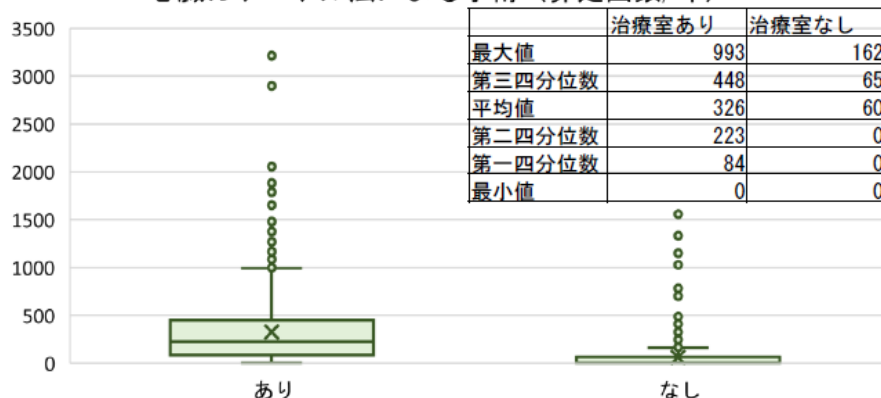
急性期 1 における治療室の有無別、手術等の状況②

○ 心臓カテーテル法による手術、消化管内視鏡による手術、時間外に実施された手術のいずれにおいても、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。

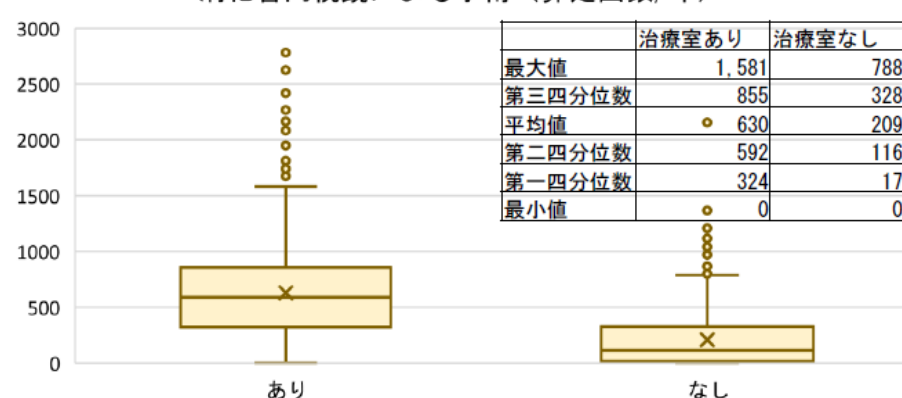
急性期一般入院料1における、治療室の有無別、手術等の状況

(治療室あり:n=863 治療室なし:n=587)

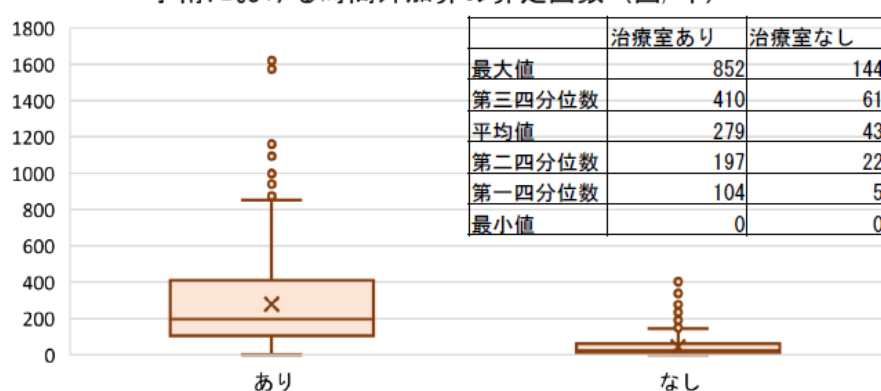
心臓カテーテル法による手術 (算定回数/年)



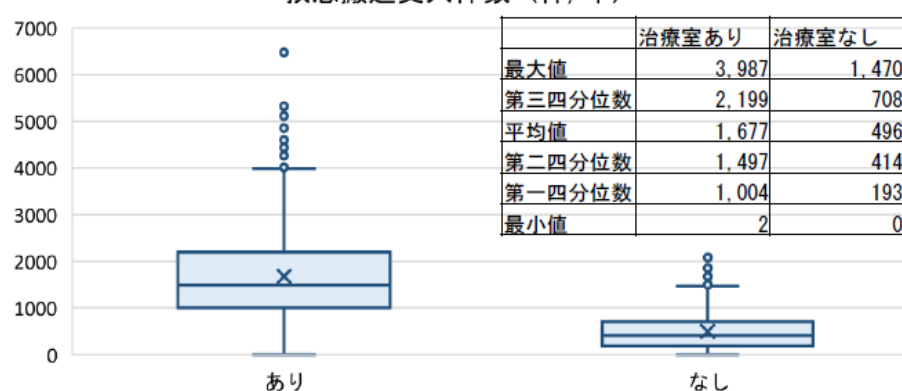
消化管内視鏡による手術 (算定回数/年)



手術における時間外加算の算定回数 (回/年)



救急搬送受入件数 (件/年)



出典：DPCデータ (治療室の状況：令和元年3月時点 算定回数：令和元年度1年間の算定回数)

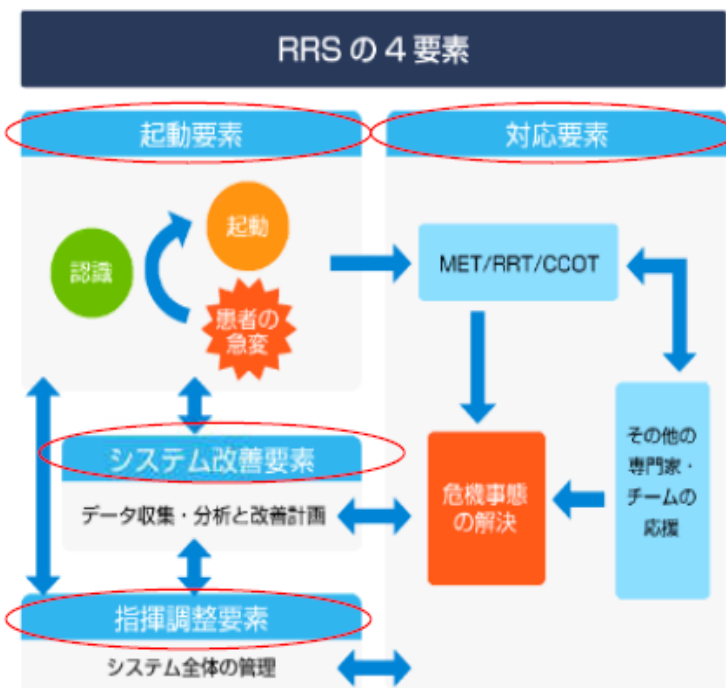
院内迅速対応システム(RRS)の概要

○ 患者の急変の兆候を捉え、致死性の急変に至るのを未然に防ぐことで、院内心停止を減らす取組として、「院内迅速対応システム(RRS)」がある。

院内迅速対応システム(Rapid Response System(以下、RRS と略す))とは、患者の急変の前兆を捉えるために予め起動基準を定め、院内の患者が当該基準を満たした場合には医師、看護師等からなるチームが要請され、速やかに患者の安定化と管理を行うことで、致死性の急変に至るのを未然に防ごうとするシステムである。また、本システムにおいては、発生した事案のデータを収集し、将来同様の事案を回避できるようフィードバックを行うことや、RRSのチームの設置やスタッフへの教育を行う指揮調整を行う組織を含む。

RRSに必要な4つの要素

2005年に行われたICMET (International Conference on Medical Emergency Teams、患者安全、急性期治療、METの専門家による国際会議)において、RRSに含めるべき以下の4つの要素が定められた。



出典：日本院内救急検討委員会ホームページ

コードブルーとRRSの違い

表2 コードブルーとRRSの違い

	コードブルー	RRS
チーム起動	意識なく、脈・呼吸なし	血圧低下、脈脈、呼吸数増加、意識変容
対象疾患	心停止、呼吸停止、気道閉塞	敗血症、肺水腫、不整脈、呼吸不全、アナフィラキシー
チーム構成	麻酔科、救急部、ICU、内科医師・看護師	ICU医師・看護師、呼吸療法士、内科医
呼び出し回数(回/1000入院患者)	0.5~5	20~40
対応時間(分)	>30	20~30
院内死亡率(%)	70~90	0~20

出典：日臨麻会誌Vol35 No4. 507-511,2015

公益財団法人日本医療機能評価機構：病院機能評価「一般病院3」における、RRSの評価

- 2 良質な医療の実践 1
 - 2.1 診療・ケアにおける質と安全の確保
 - 2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している
- 【評価の要素】
- 院内緊急コードの設定
 - 急変の兆候を捉えて対応する仕組み
 - 救急カートや蘇生装置の整備・配置状況
 - 定期的な訓練

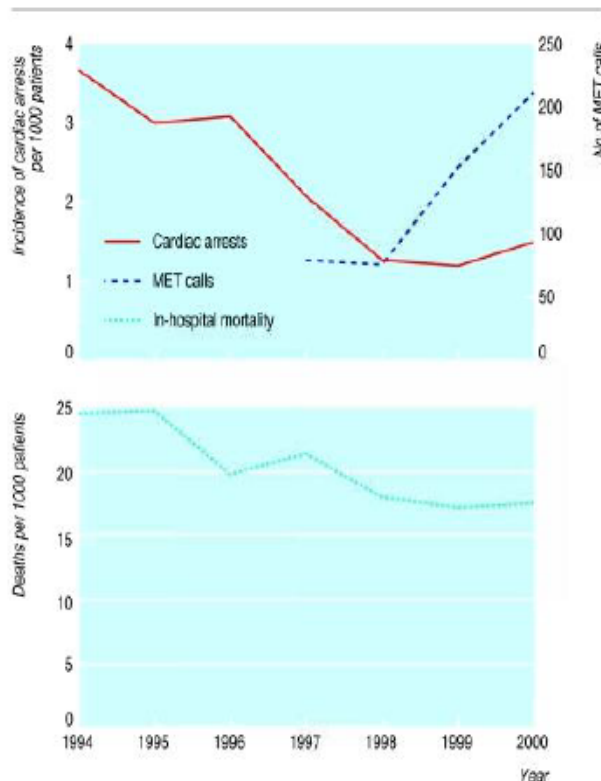
出典：公益財団法人日本医療機能評価機構HP

RRSの効果と日本における現状

- RRSが院内死亡を減少させるとのエビデンスがある。
- 日本においても、特に病床規模の大きい医療機関を中心に、一定程度RRSが導入されている医療機関が存在する。

RRSの効果

●MET(院内急変対応チーム、RRSの一部)のコール件数が上昇してから心停止の件数と院内死亡件数が減少している。



出典: Michael D Buist et al. BMJ. 2002;324:387-390

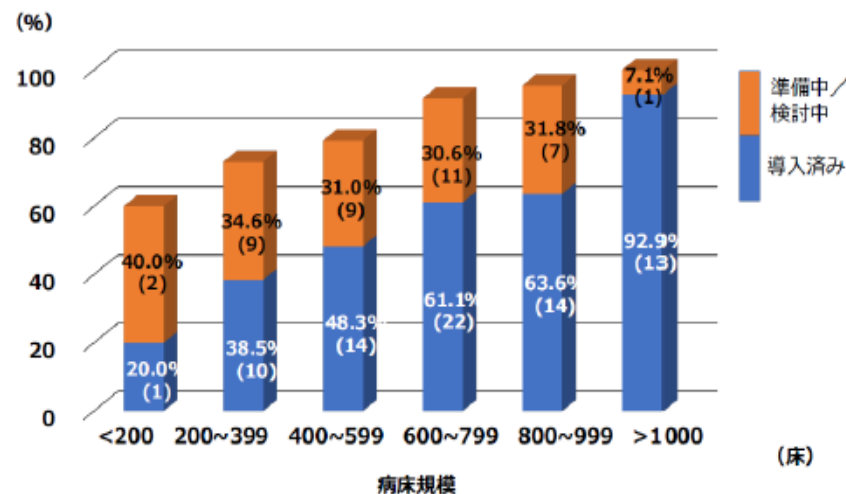
●アメリカにおいて行われた「100,000 Lives Campaign」(医療安全対策キャンペーン)に参加した医療機関の院内停止が、RRS導入により15%減少した。

出典: JAMA 2005 May 18;293(19):2384-90

日本におけるRRSの現状

●市中病院や大学病院等を対象として実施されたアンケートでは、特に病床規模の大きい医療機関では、RRSを導入している割合が高いという結果だった。

日本における院内迅速対応システム(RRS)導入率



出典: 日本集中治療医学会Rapid Response System検討委員会、日本臨床救急医学会患者安全検討委員会RRTワーキンググループにより実施されたアンケート調査

②特定集中治療室（ICU） の看護必要度等の見直し

- ア ICUの重症度、医療・看護必要度の見直し
- イ 重症患者対応体制強化加算
- ウ 重症患者初期支援充実加算など

ア ICUの重症度、医療・
看護必要度の見直し

⑬ 重症度、医療・看護必要度の 評価項目及び判定基準の見直し

第1 基本的な考え方

高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び判定基準を見直すとともに、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る。

看護必要度Ⅱ
を導入する

第2 具体的な内容

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、以下のとおり見直す。

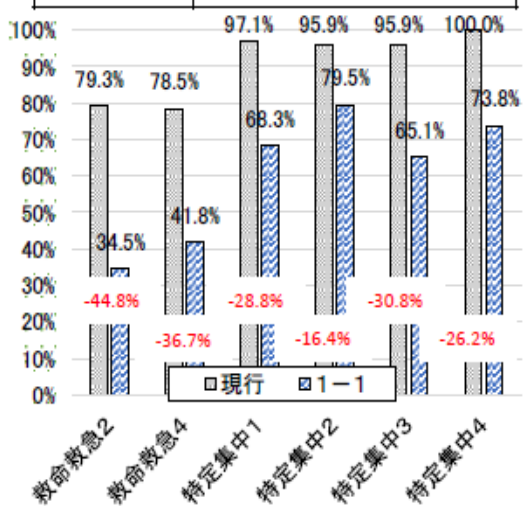
1. 「心電図モニターの管理」の項目について、患者の9割以上が該当している実態を踏まえ、評価指標から当該項目を廃止するとともに判定基準を見直す。
2. 「B 患者の状況等」の項目（以下「B項目」という。）について、入院患者の状態に応じた適切な評価の実施及び医療従事者の業務負担軽減を推進する観点から、評価指標から当該項目を廃止するとともに判定基準を見直す。

特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度評価票におけるシミュレーション結果②

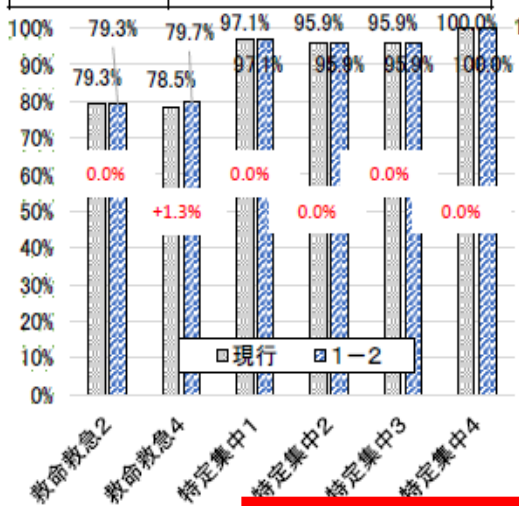
基準を満たす治療室割合

※赤字=現行の評価と、各条件を適応した場合の、施設基準を満たしている治療室の割合の差

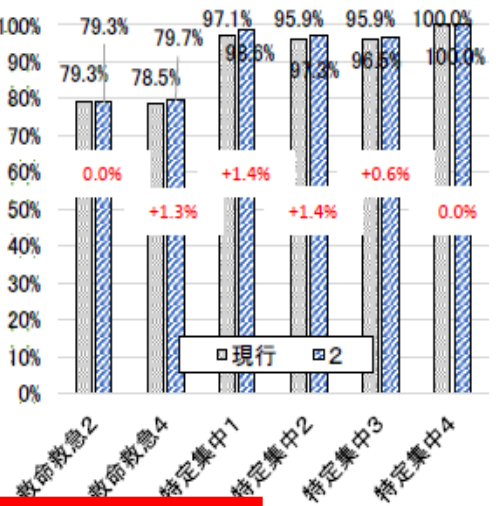
条件 1-1	A項目から「心電図モニターの管理」を削除
判定基準	A得点4点以上かつ B得点3点以上



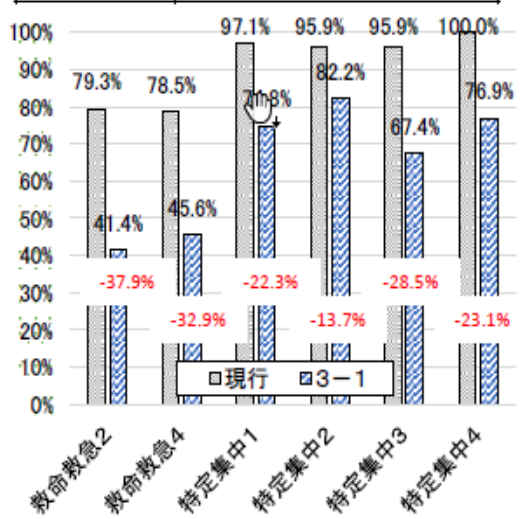
条件 1-2	A項目から「心電図モニターの管理」を削除
判定基準	A得点3点以上かつ B得点3点以上



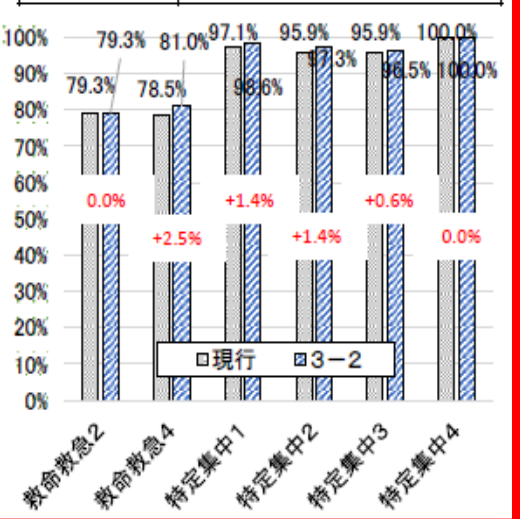
条件 2	B項目を削除
判定基準	A得点4点以上



条件 3-1	A項目から「心電図モニターの管理」を削除 B項目を削除
判定基準	A得点4点以上



条件 3-2	A項目から「心電図モニターの管理」を削除 B項目を削除
判定基準	A得点3点以上



特定集中治療室用 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用コードを用いた評価

○ 対象データセットにおけるA項目の該当患者割合について、現行の評価法とレセプト電算処理システムを用いた評価における項目別の差の平均は以下のとおり。

特定集中治療室用
重症度、医療看護必要度のA項目

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

現行の評価法と、
レセプト電算処理システムコードを用いた評価について、
A項目の項目別の該当患者割合の差の平均

	A項目の項目別の差	
	全項目平均	「心電図モニターの管理」の項目を除いた平均
入院料全て(※)	-14.3%	-9.2%
救命救急入院料2	-17.0%	-11.5%
救命救急入院料4	-15.8%	-9.4%
特定集中治療室管理料1	-20.0%	-14.1%
特定集中治療室管理料2	-17.4%	-11.4%
特定集中治療室管理料3	-17.6%	-12.5%
特定集中治療室管理料4	-18.5%	-12.4%

看護必要度Ⅱへの移行で該当患者率が減る

(※)救命救急入院料1～4及び特定集中治療室管理料1～4

3. 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、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る。なお、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価する場合の患者割合の基準を見直す。

	改 定 案		現 行
	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	
救命救急入院料 2	8割	<u>7割</u>	8割
救命救急入院料 4	8割	<u>7割</u>	8割
特定集中治療室管理料 1	8割	<u>7割</u>	8割
特定集中治療室管理料 2	8割	<u>7割</u>	8割
特定集中治療室管理料 3	7割	<u>6割</u>	7割
特定集中治療室管理料 4	7割	<u>6割</u>	7割

**ICUはA項目のみとし
「看護必要度II」導入へ、
看護職員の負担軽減に期待**

イ 重症患者対応 体制強化加算

⑥ 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の新設

第1 基本的な考え方

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について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

特殊な治療法に係る実績を有する保険医療機関の特定集中治療室等において、専門性の高い看護師及び臨床工学技士を配置するとともに、医師、看護師又は臨床工学技士が、重症患者への看護に当たり必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした院内研修を実施するなど、重症患者対応の強化に資する体制を確保している場合の評価を新設する。

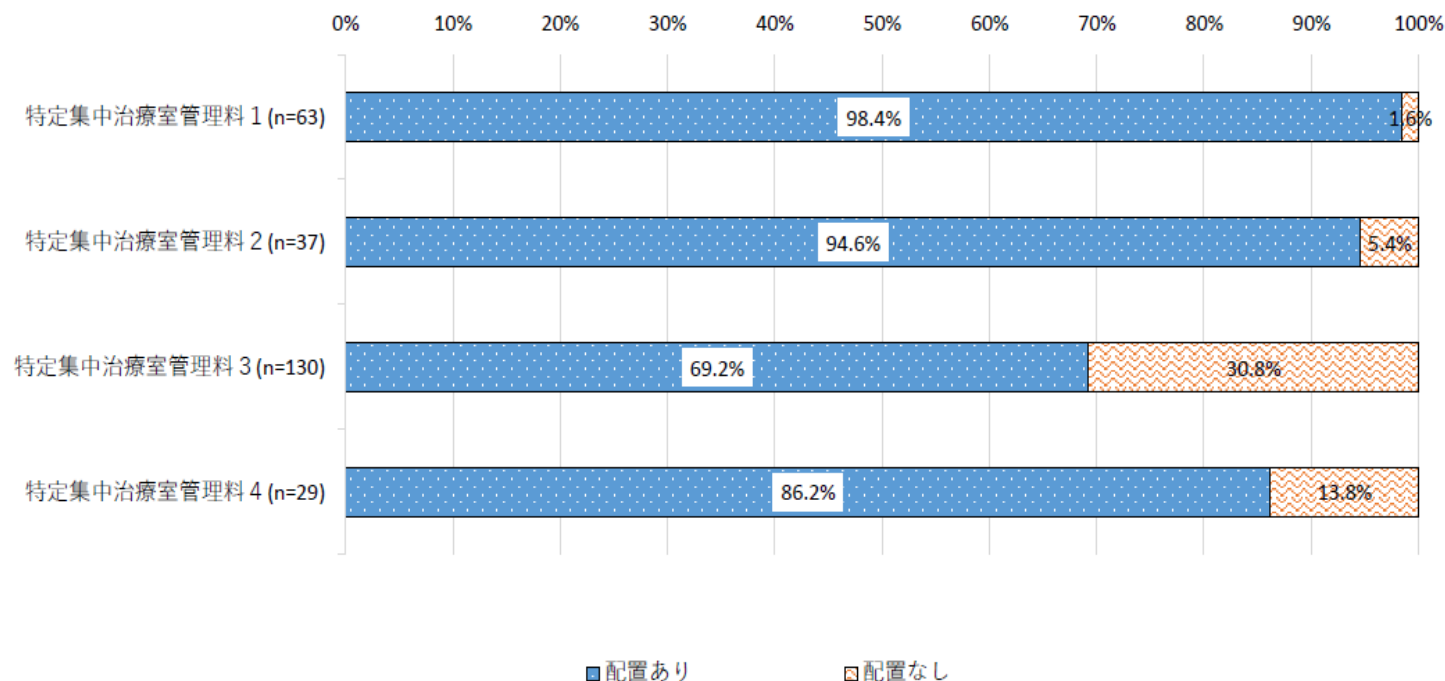
(新) 重症患者対応体制強化加算

<u>イ</u>	<u>3日以内の期間</u>	<u>750点</u>
<u>ロ</u>	<u>4日以上7日以内の期間</u>	<u>500点</u>
<u>ハ</u>	<u>8日以上14日以内の期間</u>	<u>300点</u>

適切な研修を修了した看護師の配置状況

○ 適切な研修を修了した看護師の配置をみると、特定集中治療室管理料3では約7割、特定集中治療室管理料4では8割以上の施設で配置されていた。

適切な研修を修了した専任の常勤看護師の配置有無



- 臨床工学技士の配置について、特定集中治療室管理料1, 2を算定する医療施設及び調査施設全体とで「医療施設全体での在籍数」及び「100床あたりの在籍数」をみると、いずれも最大値・最小値には大きな開きがみられた。
- また、日勤・夜勤におけるICU専従臨床工学技士の配置数毎の施設割合を、特定集中治療室1, 2を算定する医療施設と調査施設全体とで比較すると、日勤・夜勤ともに、特定集中治療室管理料1, 2を算定する医療施設のほうがICU専従臨床工学技士を配置している施設割合が高かった。

臨床工学技士の在籍状況

《医療施設全体での在籍数》

	平均値	最大値	最小値
調査施設全体	20.6名	70名	2名
管理料1, 2算定施設	21.7名	58名	8名

《ICU専従臨床工学技士の配置数毎の施設割合》

	配置なし	1名	2名	3名以上
日勤（調査施設全体）	39.4%	40.9%	12.9%	6.8%
日勤（管理料1, 2）	23.9%	50.7%	16.9%	8.5%

《100床あたりの在籍数》

	平均値	最大値	最小値
調査施設全体	3.1名	8.5名	0.6名
管理料1, 2算定施設	3.1名	6.9名	1.5名

	配置なし	1名	2名	3名以上
夜勤（全体）	60.6%	35.6%	3.0%	0%
夜勤（管理料1, 2）	47.9%	47.9%	4.2%	0%

※管理料1, 2は特定集中治療室管理料1及び2を表す

ウ 重症患者初期支援
充実加算など

【I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-⑦】

⑦ 重症患者等に対する支援に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

集中治療領域において、特に重篤な状態の患者及びその家族等に対する支援を推進する観点から、専任の担当者（入院時重症患者対応メディエーター）を配置して当該患者等に対する支援を行う体制を整備した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

集中治療領域において、患者の治療に直接関わらない専任の担当者である「入院時重症患者対応メディエーター」が、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、当該患者及びその家族等に対して、治療方針・内容等の理解及び意向の表明を支援する体制を整備している場合の評価を新設する。

(新) 重症患者初期支援充実加算（1日につき） 300点

[対象患者]

集中治療領域における入院患者

救急・集中治療領域の重症患者の家族に対する支援に係る取組

- 救急・集中治療領域の重症患者の診療において、治療に直接関与しない職員が、家族の意思決定を支援する役割を担うことは有効であるとの調査結果があり、一般社団法人日本臨床救急医学会では、当該役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」を認定するための講習会を開催している。

入院時重症患者対応メディエーター

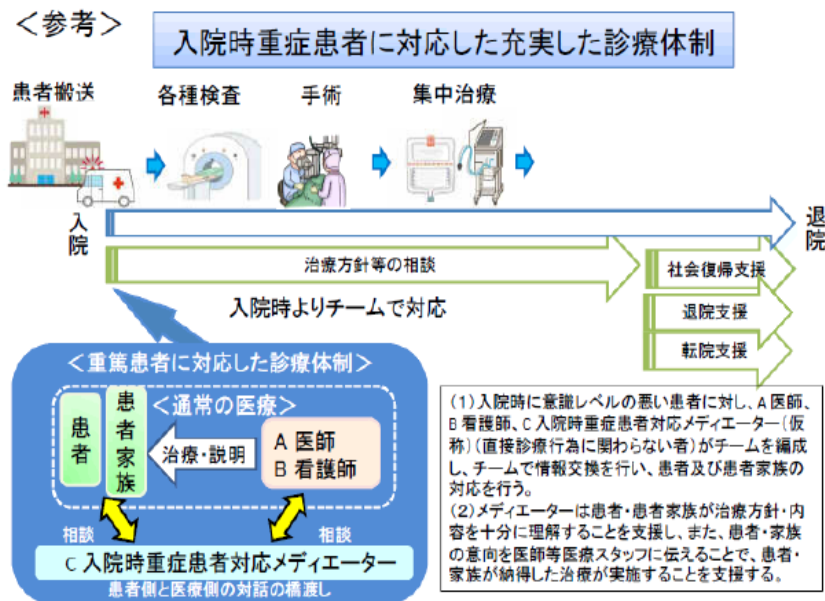
一般社団法人日本臨床救急医学会では、救急・集中治療領域において、重症患者の家族へのサポートを行う役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」に係る認定講習会を開催している。

「入院時重症患者対応メディエーター」の役割や特徴は以下のとおり。

- 医師、看護師に加えて、重症患者とその家族へのサポート体制を担うチームの構成メンバーとなる。
- 患者・家族が治療方針・内容を十分に理解することを支援する。
- 患者・家族の意向を医師等医療スタッフに伝え、患者・家族が納得した治療を選択する際の意思決定を支援する。
- 例えば、救命不能で看取りの医療が必要となった際などに、選択肢の一つとして生じうる臓器提供に関する意思決定過程にも、支援が可能となる。

(出典：「入院時重症患者対応メディエーター」養成テキスト)

入院時重症患者対応メディエーターの役割 (イメージ)



※日本臨床救急医学会にて、今年度、認定講習会開催。

出典：第50回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会
(令和元年6月21日) 資料2

治療に直接関与しない職員の必要性

- 急性期疾患で死亡退院した患者家族22例において、担当医師・担当看護師以外の治療に直接関与しない社会福祉士などの“第3の職員”が患者家族の相談に介入したグループと介入していないグループで、医療の満足度に関するアンケートを行ったところ、介入したグループの方が有意に満足度が高かった。

(出典：名取良弘。「選択肢提示の一般市民への啓発活動に関する研究」. 厚生労働科学研究費補助金移植医療基盤整備研究事業. 令和2年度「脳死下、心停止後の臓器・組織提供における効率的な連携体制の構築に資する研究」. 横田裕行.)

⑧ バイオクリーンルーム設置に係る要件の見直し

第1 基本的な考え方

日本集中治療医学会による「集中治療部設置のための指針」の改訂を踏まえ、特定集中治療室等におけるバイオクリーンルームの設置に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

バイオクリーンルームの設置による治療室内における感染症の発症抑制に係る実態を踏まえ、バイオクリーンルームの設置の要件を廃止し、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の設置が望ましいこととする。

改定案	現行
【特定集中治療室管理料】 [施設基準] (8) <u>当該治療室内に、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</u>	【特定集中治療室管理料】 [施設基準] (8) <u>原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。</u>

バイオクリーンルーム要件について

- 特定集中治療室管理料等においては、「原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること」を施設基準において求めており、届出様式においてはバイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等の記載を求めている。確認できる限り、昭和53年以降、バイオクリーンルームを原則として設置することを、要件として定めている。
- 日本医療福祉設備協会の病院設備設計ガイドラインでは、集中治療室の空気清浄度は清浄度クラスⅢ (ISO清浄度クラス7相当) が望ましいとされている。

バイオクリーンルームが要件となっている治療室	
A300	救命救急入院料2・4
A301	特定集中治療室管理料1~4
A301-4	小児特定集中治療室管理料
A302	新生児特定集中治療室管理料1・2
A303	総合周産期特定集中治療室管理料1・2

届出様式内、「バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等」の記載を求めている。

様式42

[] の施設基準に係る届出書添付書類

当該治療室の担当者	等 任 医 師	日 勤 名	当 直 名	そ の 他 名
	当該施設に勤務する麻酔医	名	名	名
当該治療室の概要	床 面 積	床 升 数	1 床 当 た り の 床 面 積	1 日 平 均 取 扱 患 者 数
	平方メートル	床	平方メートル	名
バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等				
処 置 ・ 器 具		配 置 場 所		処 置 ・ 器 具 の 名 称 ・ 台 数 等
救 急 生 命 救 護 器	<input type="checkbox"/>	治療室内	<input type="checkbox"/>	
除 菌 機 器	<input type="checkbox"/>	病室内		

(左図) ISO清浄度クラス表
(下図) 病院設備設計ガイドラインの清浄度分類

ISO 清浄度 クラス	上限濃度(個/m ³)					
	測定粒径					
	0.1μm	0.2μm	0.3μm	0.5μm	1μm	5μm
1	10					
2	100	24	10			
3	1,000	237	102	35		
4	10,000	2,370	1,020	352	83	
5	100,000	23,700	10,200	3,520	832	
6	1,000,000	237,000	102,000	35,200	8,320	293
7				352,000	83,200	2,930
8				3,520,000	832,000	29,300
9				35,200,000	8,320,000	293,000

クラス	名称	該当室
I	高度清潔区域	バイオクリーン手術室など
II	清潔区域	手術室
III	準清潔区域	集中治療室など
IV	一般清潔区域	一般病室など
V	汚染管理区域 拡散防止区域	細菌検査室など

⑩ 早期離床・リハビリテーション加算の見直し

第1 基本的な考え方

特定集中治療室以外の治療室においても、患者の入室後早期から離床に向けたリハビリテーション等の総合的な取組を行っている実態及びその効果を踏まえ、早期離床・リハビリテーション加算の対象となる治療室を見直す。

第2 具体的な内容

早期離床・リハビリテーション加算の算定対象に、救命救急入院料、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及び小児特定集中治療室管理料を算定する治療室を加える。

改 定 案	現 行
【救命救急入院料】 [算定要件] 注8 <u>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対して、</u>	【救命救急入院料】 [算定要件] (新設)

③総合入院体制加算の 見直し

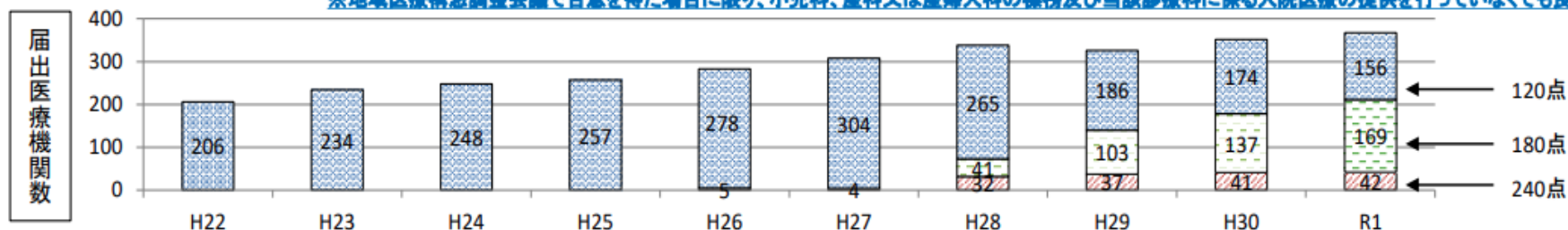
総合入院体制加算は、大学付属病院に準じるような
地域の基幹病院を評価する加算

総合入院体制加算の概要①

○ 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。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	・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 ・全身麻酔による手術件数が年800件以上		
実績要件	ア 人工心肺を用いた手術: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	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A得点2点以上又はC得点1点以上)		必要度Ⅰ:3割5分以上 必要度Ⅱ:3割3分以上	必要度Ⅰ:3割2分以上 必要度Ⅱ:3割以上

※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でも良い。



② 総合入院体制加算の見直し

第1 基本的な考え方

総合的かつ専門的な急性期医療を適切に評価する観点から、総合入院体制加算について、手術の実績及び外来を縮小する体制等に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

オフポンプ手術

1. 手術の実施件数の実態を踏まえ、総合入院体制加算の施設基準として年間実績を求めている手術に「人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術」を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>1 総合入院体制加算1に関する施設基準等</p> <p>(3) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしているこ</p>	<p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>1 総合入院体制加算1に関する施設基準等</p> <p>(3) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしているこ</p>

まとめと提言

- 急性期充実加算でICU設置が評価される
- ICUの看護必要度も見直される
- 総合入院体制加算の要件も見直し

看護師が知っておきたい

2022年診療報酬改定のポイント

第3回 地域包括ケア病棟と回復期リハ病棟



社会福祉法人

日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
相談役 武藤正樹



横浜

港南台

江の島

鎌倉

逗子

葉山

衣笠ホーム

横須賀

三浦

浦賀

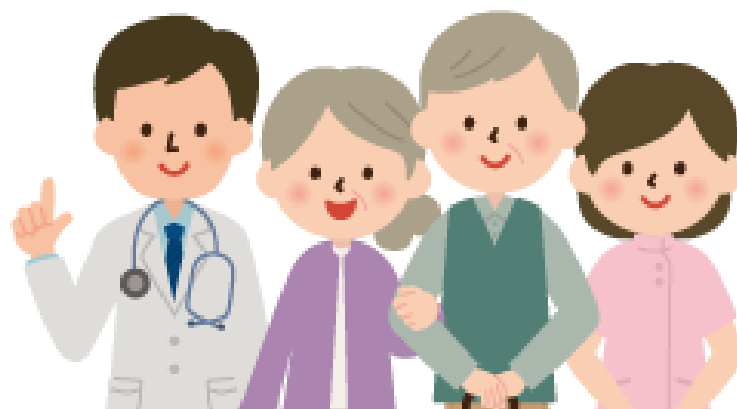
衣笠病院
グループ

長瀬ケア
センター

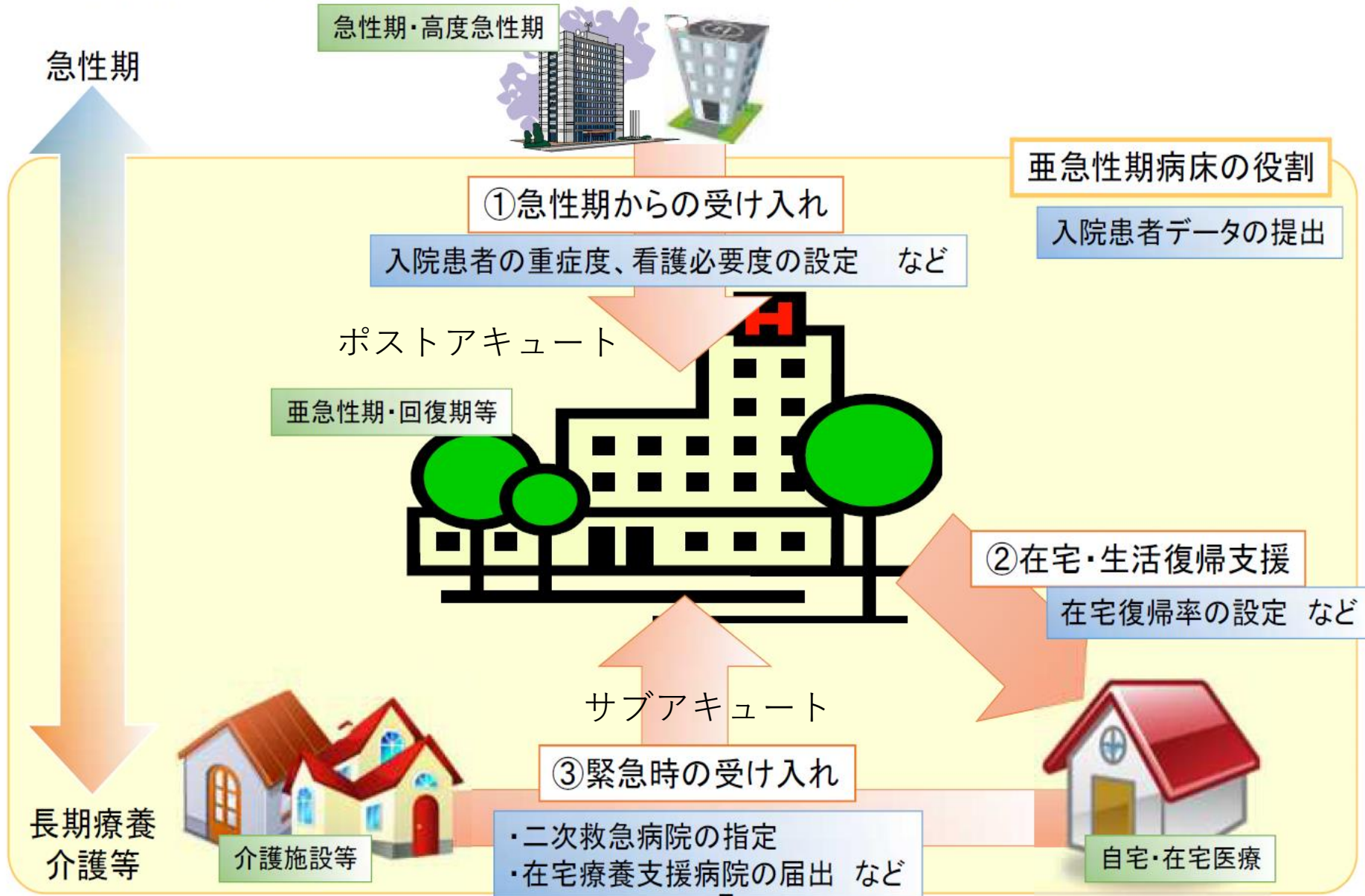
第3回のテーマ

- 1 地域包括ケア病棟
- 2 回復期リハビリテーション病棟

1 地域包括ケア病棟



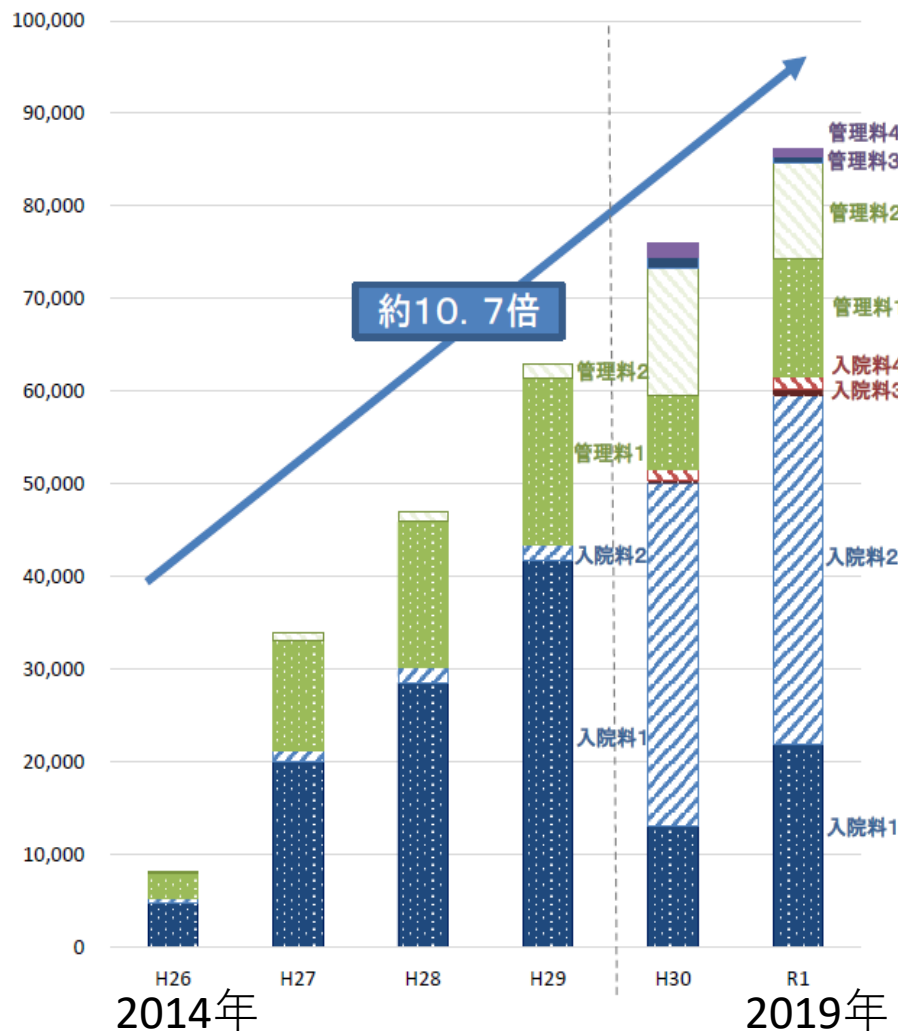
注:介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。



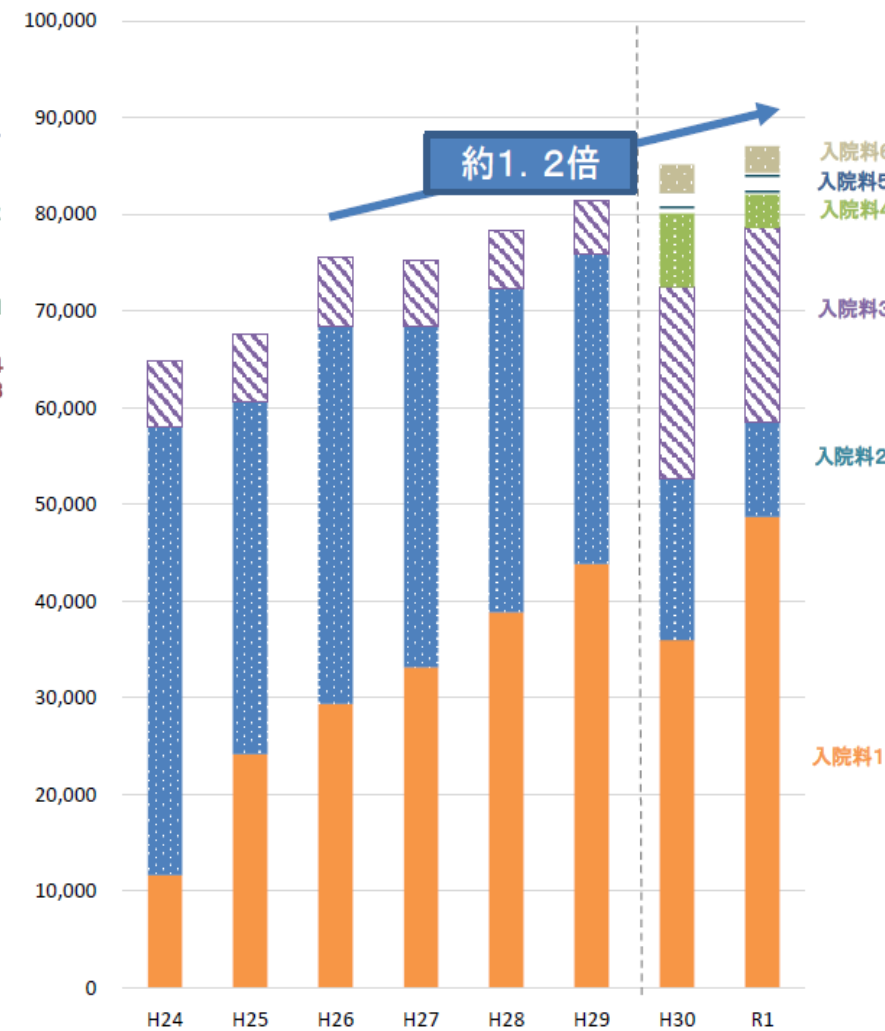
入院料別の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

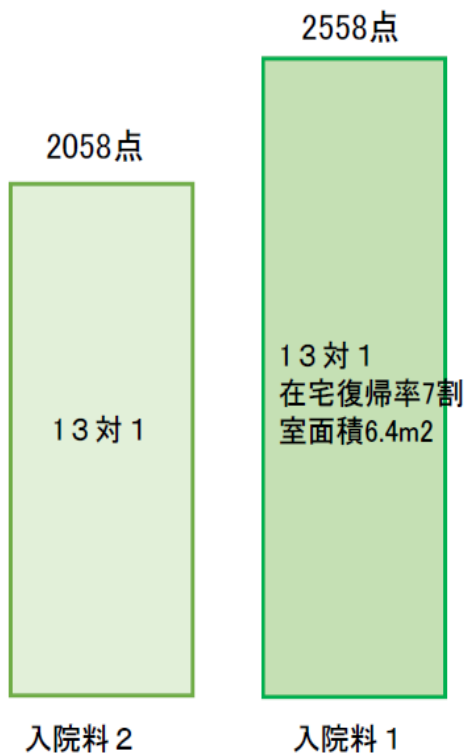


(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】



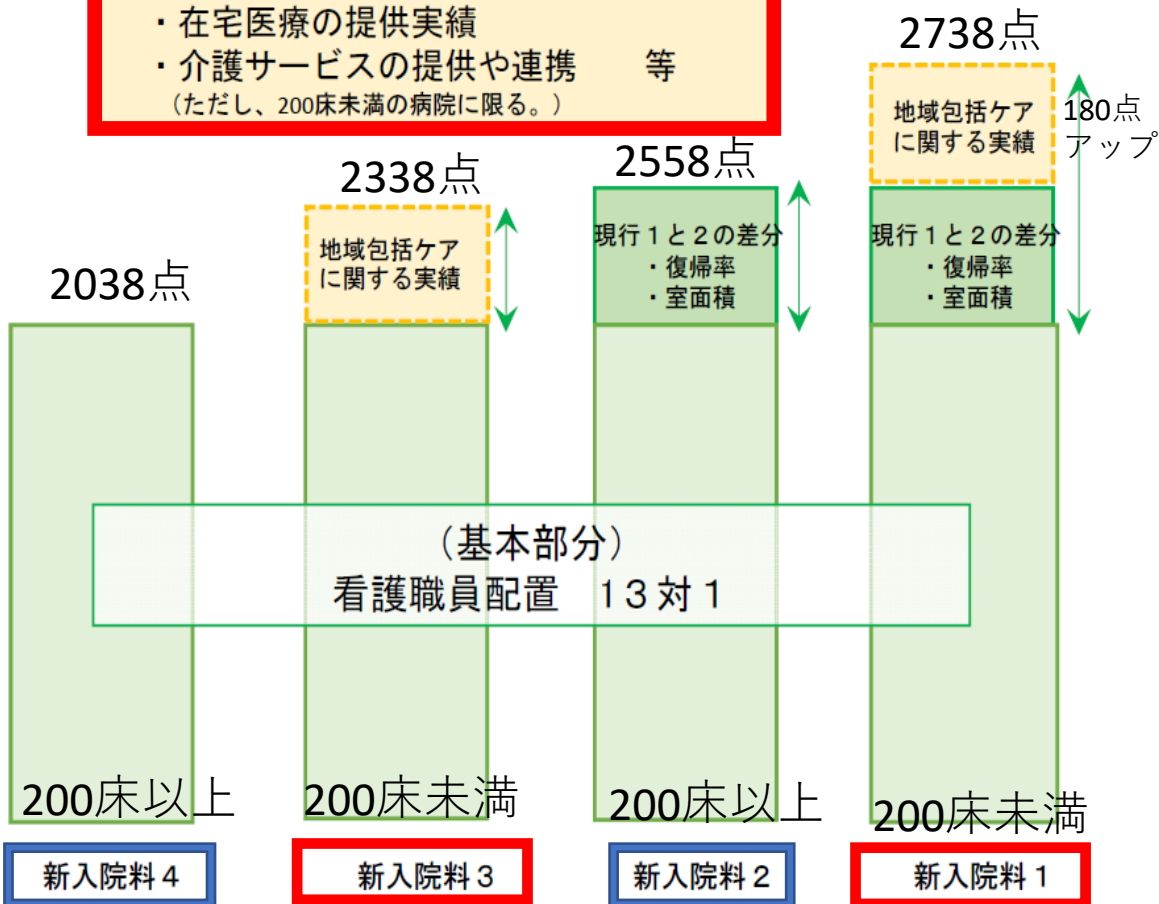
再編

【平成30年度改定の見直し（案）】

【地域包括ケアに関する実績部分】

- ・ 自宅等から緊急入院の受入実績
 - ・ 在宅医療の提供実績
 - ・ 介護サービスの提供や連携 等
- (ただし、200床未満の病院に限る。)

- ・ 自宅からの入院患者割合10%以上
- ・ 自宅からの緊急患者受け入れ件数3カ月で3人以上



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

地域包括ケア病棟の見直し

1. 地域包括ケア1・2の在宅復帰率要件を、現在の「70%以上」から「72.5%以上」に見直す
2. 地域包括ケア3・4に在宅復帰率要件「70%以上」を新設し、満たさない場合には入院料を10%減算する

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	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)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度 I <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度 II <u>10%</u> 以上							
入退院支援部門	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							
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が配置されていること							
リハビリテーション実施	患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、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							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
在宅復帰率	7割以上		72.5%以上		-		-	
一般病棟から転棟した患者割合※1	-	6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	-	6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	-	-	-	-
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		-	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)	-	-	-	-
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		-	3月で <u>6人</u> 以上	-	-	-	-
地域包括ケアの実績※2	○		-	○	-	-	-	-
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床未満のみが対象	○		-	○	○		-	○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

在宅復帰7割
新設
満たさなければ
10%減算

7割以上

72.5%以上

6割未満
(許可病床数400床以上の場合)

実績部分

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

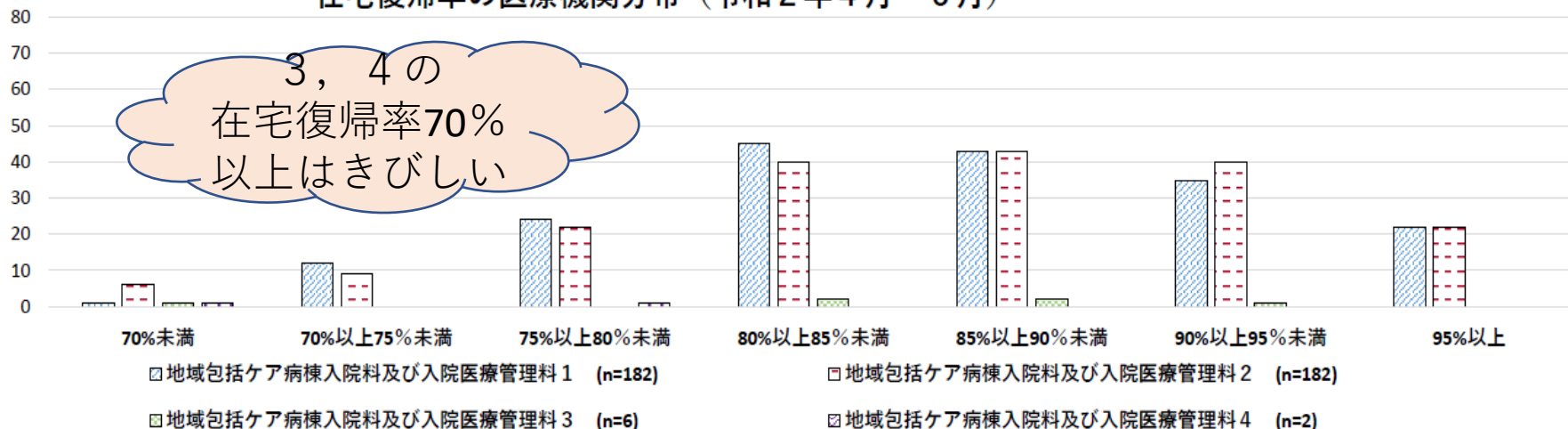
※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(I)及び(II)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Iの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

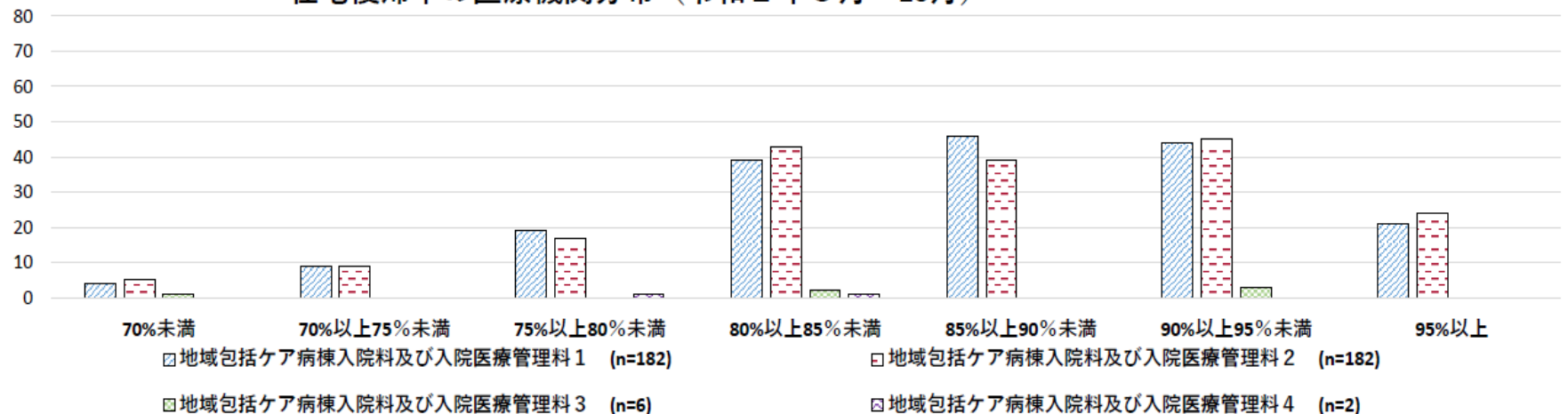
地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

○ 地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1・2においては、在宅復帰率が施設基準の70%を大きく上回る医療機関が多数存在した。

在宅復帰率の医療機関分布（令和2年4月～6月）



在宅復帰率の医療機関分布（令和2年8月～10月）



地域包括ケア病棟の見直し

3. 地域包括ケア2・4における「自院の一般病棟から転棟した患者割合60%以上、10%減算定」

- 対象病棟を拡大する（許可病床200床以上400床未満病院の地域包括ケア2・4にも広げる）
- クリアできない場合の減算幅を「マイナス15%」にする。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	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)								
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上								
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること								
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	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> 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								
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること								
在宅復帰率	7割以上				-				
一般病棟から転棟した患者割合※1	-		6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	200～400床病院にも広げる				6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	-
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		-	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		-			
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		-	3月で <u>6人</u> 以上		-			
地域包括ケアの実績※2	○		-	○		-			
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床未満のみが対象	○		-	○		-	○		
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)		

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

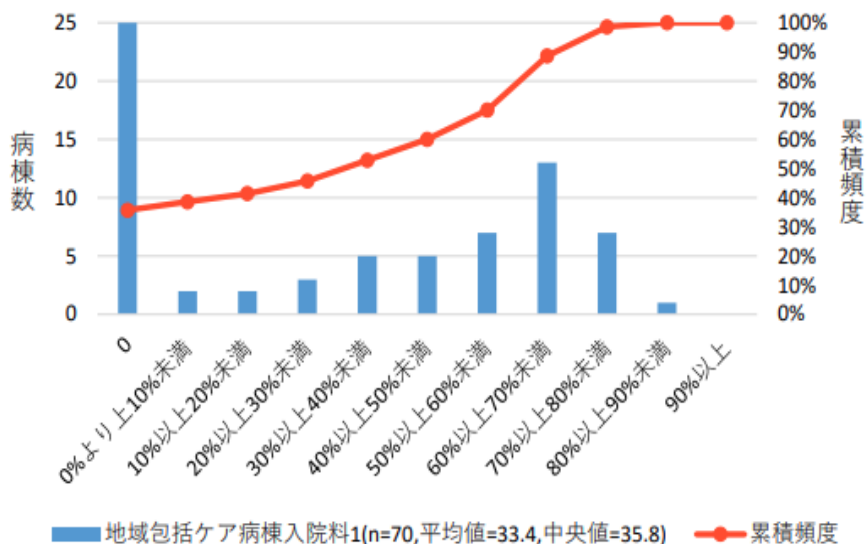
※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

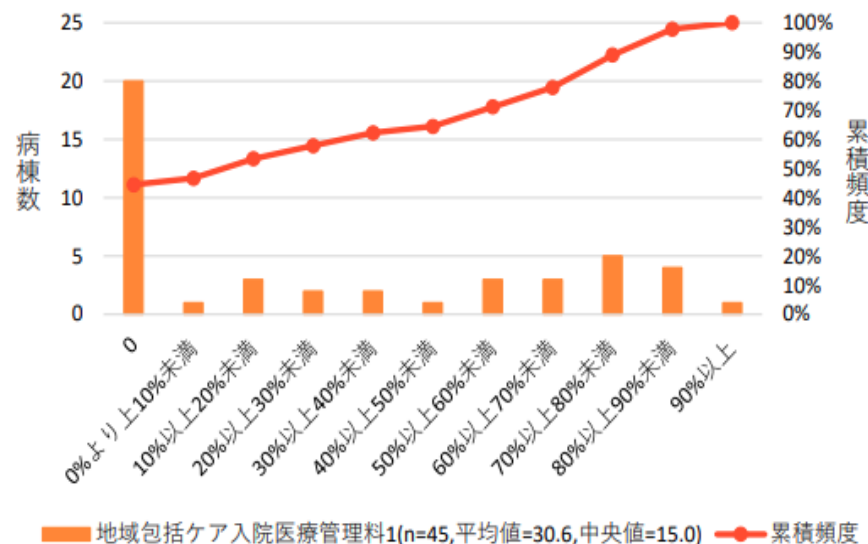
地域包括ケア病棟・病室の自院の一般病棟からの転棟割合

○ 令和2年10月における、各入院料毎でみた自院の一般病棟からの転棟割合の分布は以下のとおりであった。入院料2において、自院の一般病棟からの転棟割合が高い傾向であった。

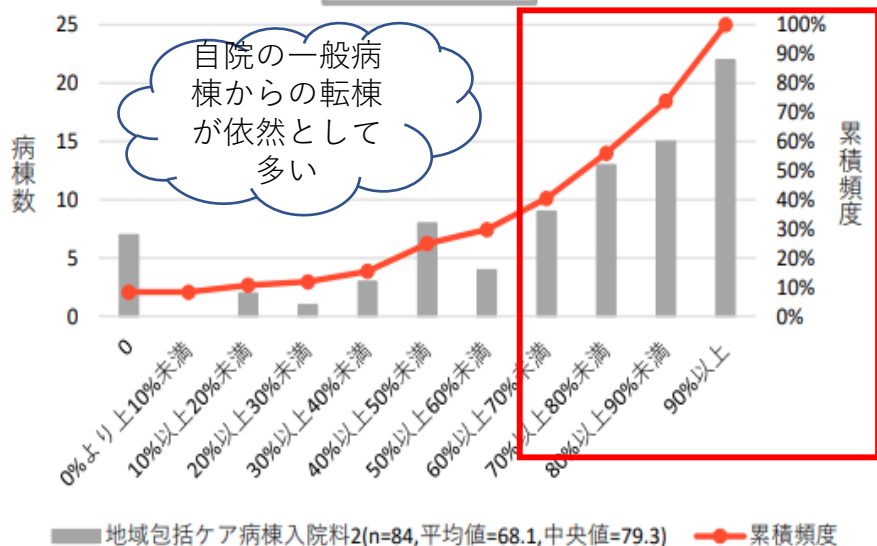
入院料 1



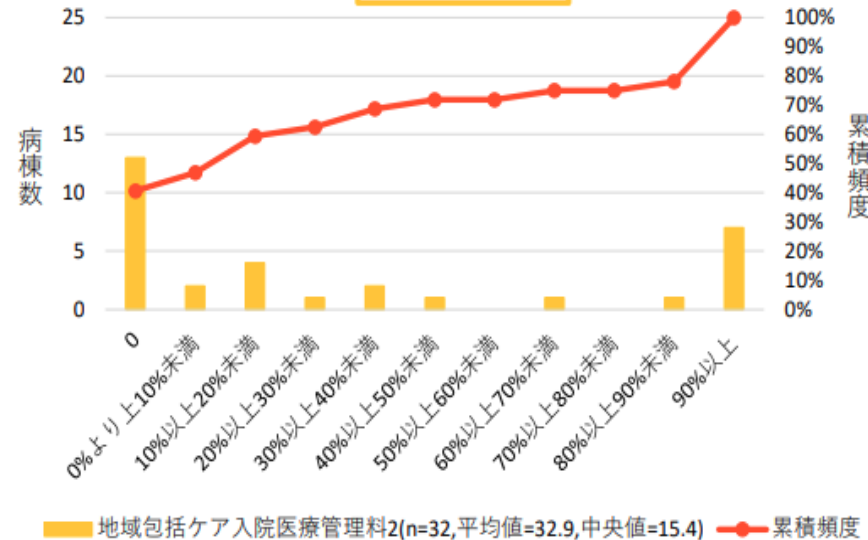
管理料 1



入院料 2



管理料 2



地域包括ケア病棟の見直し

4. 地域包括ケア1・3における「自宅等から入院した患者割合要件」を15%から20%へ、「緊急入院の受け入れ実績(3か月)」を6人から9人に見直す
5. 地域包括ケア2において、「自宅等から入院した患者割合20%以上など選択要件を新設、クリアできない場合は入院料の減算を行う

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	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)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
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	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> 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							
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				-			
一般病棟から転棟した患者割合※1	-	-	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	-	-	-	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	-
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	<u>1割5分以上</u> (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人以上</u>)		<u>20%以上</u> <u>9人以上</u> に		<u>1割5分以上</u> (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人以上</u>)		-	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人以上</u>		-		3月で <u>6人以上</u>		-	
地域包括ケアの実績※2	○		-		○		-	
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床未満のみが対象	○		-		○		-	
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

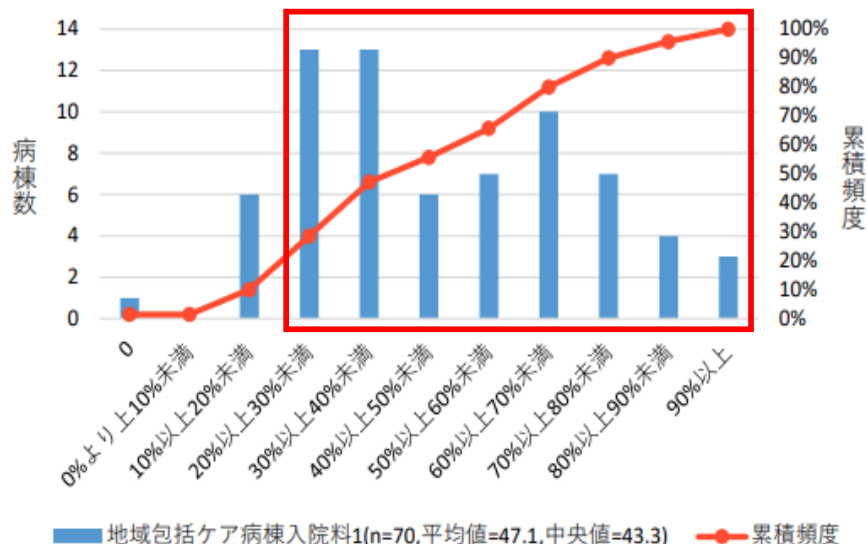
※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

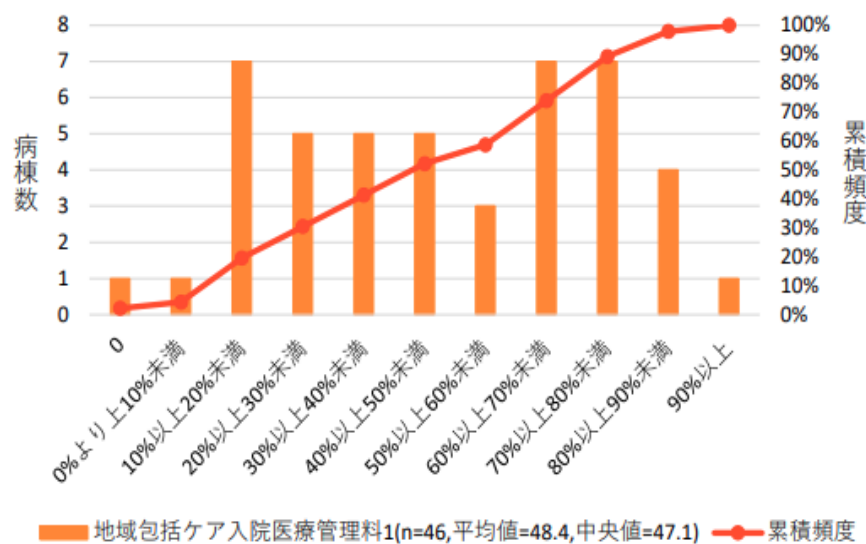
地域包括ケア病棟・病室の自宅等から入棟した患者割合

○ 令和2年10月における、各入院料毎でみた自宅等から入棟した患者割合の分布は以下のとおりであった。入院料1及び管理料1は入院料2及び管理料2より自宅等から入棟した患者割合が高い傾向にあった。

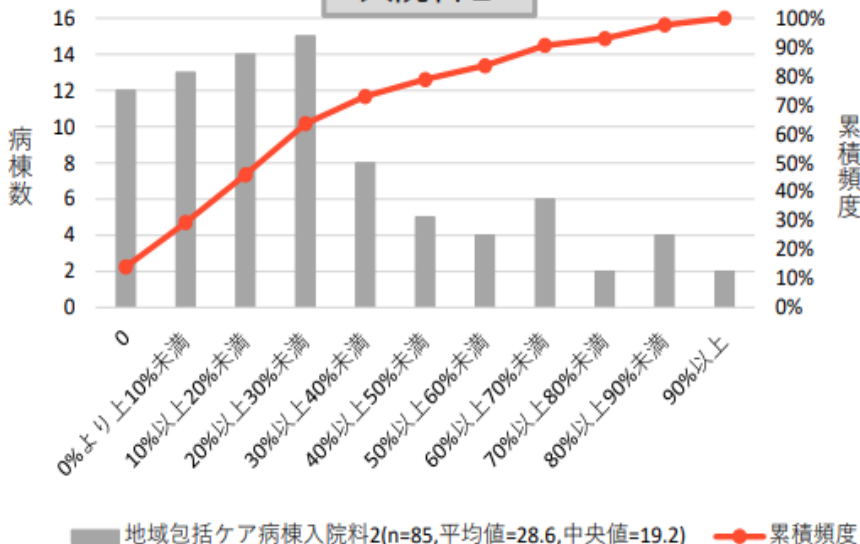
入院料 1



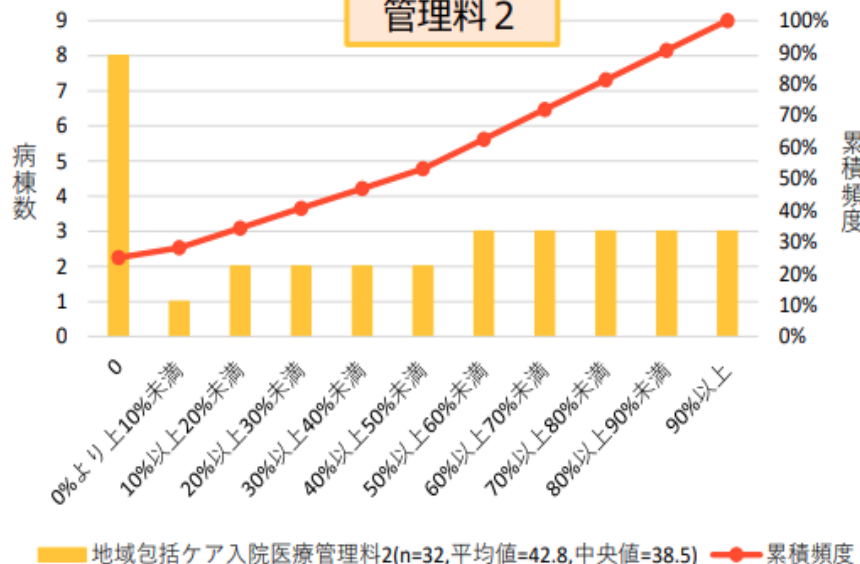
管理料 1



入院料 2



管理料 2



地域包括ケア病棟の見直し

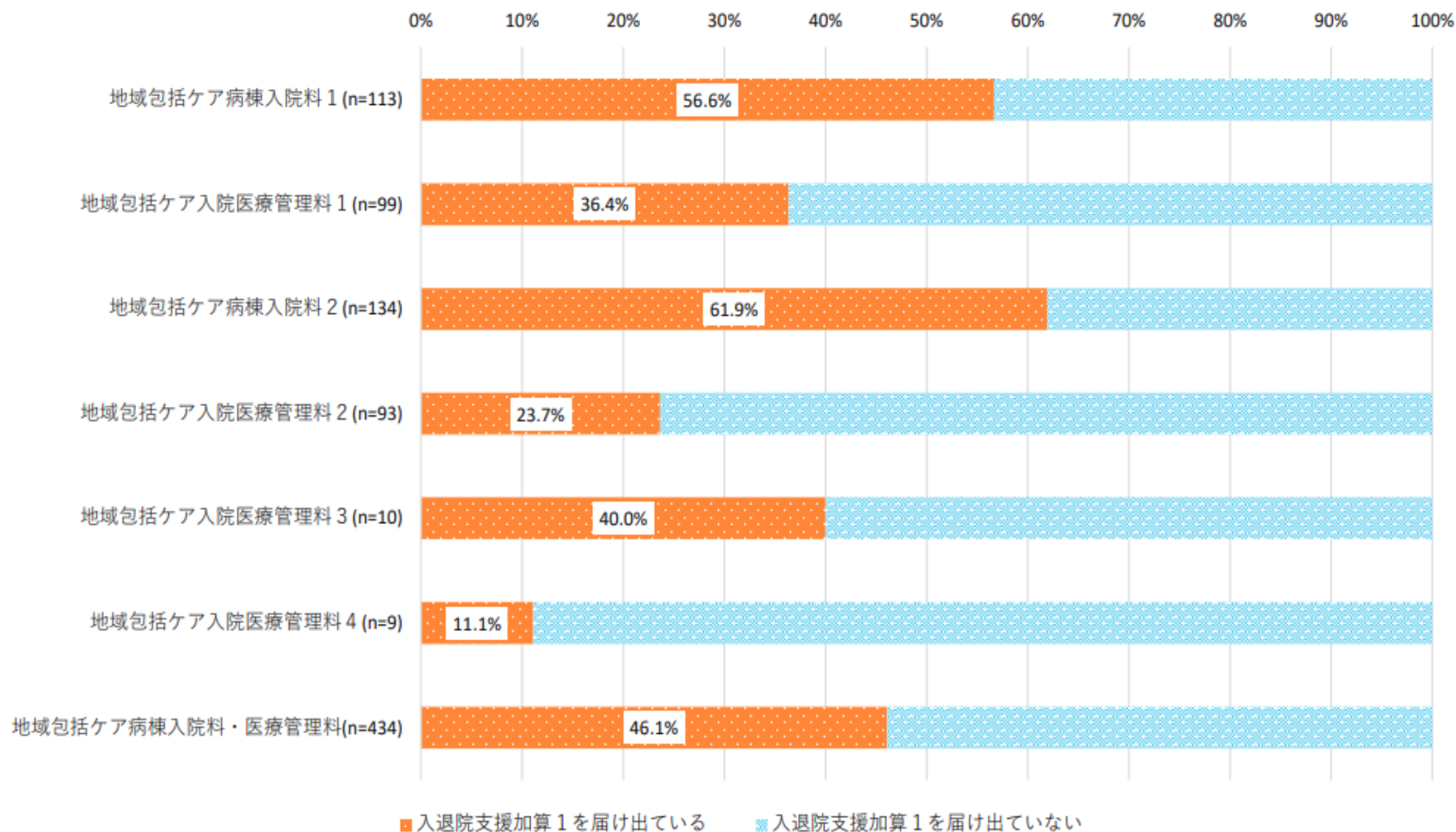
6. 地域包括ケア1・2において許可病床数が100床以上の場合には**入退院支援加算1の取得を義務化し**、クリアできない場合には入院料の10%減算を行う

入退院支援加算についての分析①

診 調 組 入 - 4
3 . 1 0 . 1

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料を有している医療機関の入退院支援加算の届出状況は以下のとおり。
- 地域包括ケア病棟入院料又は管理料を有している医療機関全体でみると、入退院支援加算1を届け出ている割合は約5割であった。

入退院支援加算1の届出有無



※：n=1は除く。

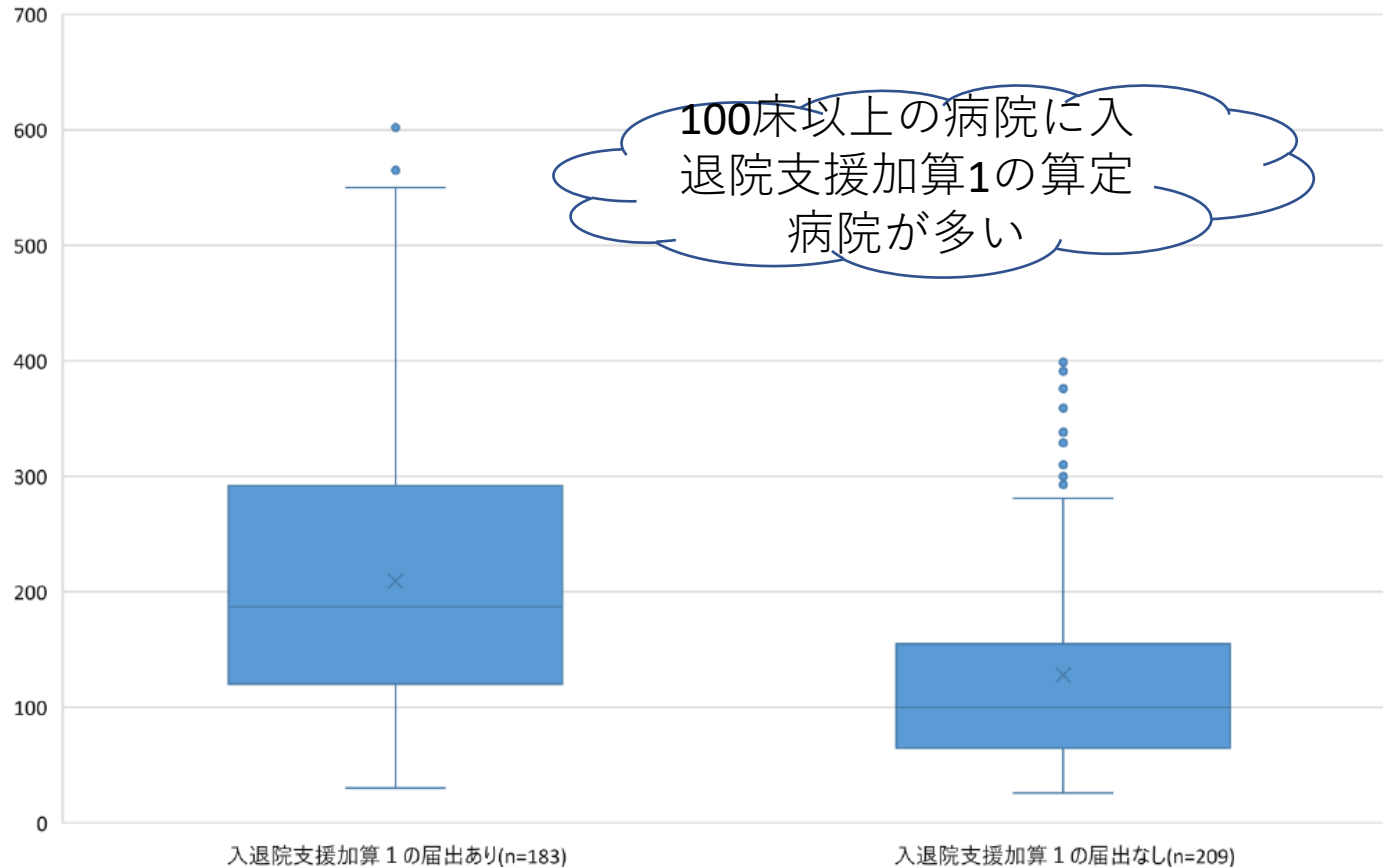
出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

入退院支援加算についての分析②

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料を有している医療機関であって、入退院支援加算1を届け出ている医療機関と届け出していない医療機関の許可病床数の比較は以下のとおり。
- 平均値で比較すると、入退院支援加算1の届出ありの医療機関は届出なしの医療機関に比べて、許可病床数が大きかった。

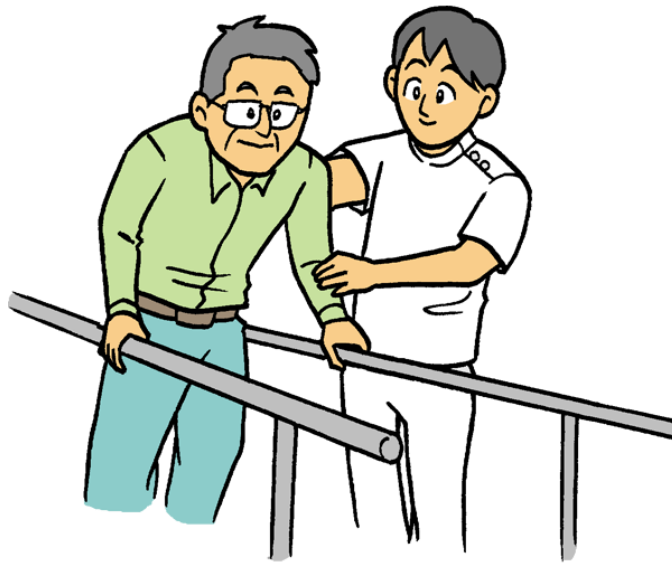
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の許可病床数



地域包括ケア病棟の見直し

7. 「一般病床の地域包括ケア病棟等」について2次救急医療機関、救急告示病院—のいずれかであること、一定規模未満の場合、救急外来の保有、24時間救急医療提供のいずれかを要件化する
8. 急性期病棟からの患者受け入れを評価する【急性期患者支援病床初期加算】、増悪した在宅患者の受け入れを評価する【在宅患者支援病床初期加算】の見直し
9. 「療養病床の地域包括ケア病棟等」では入院料を減算
 - 自宅等からの入院患者受け入れ割合が一定以上、自宅からの緊急入院患者の受け入れが一定数以上、救急医療体制を整備—する場合には減算を行わない

2. 回復期リハビリテーション病棟



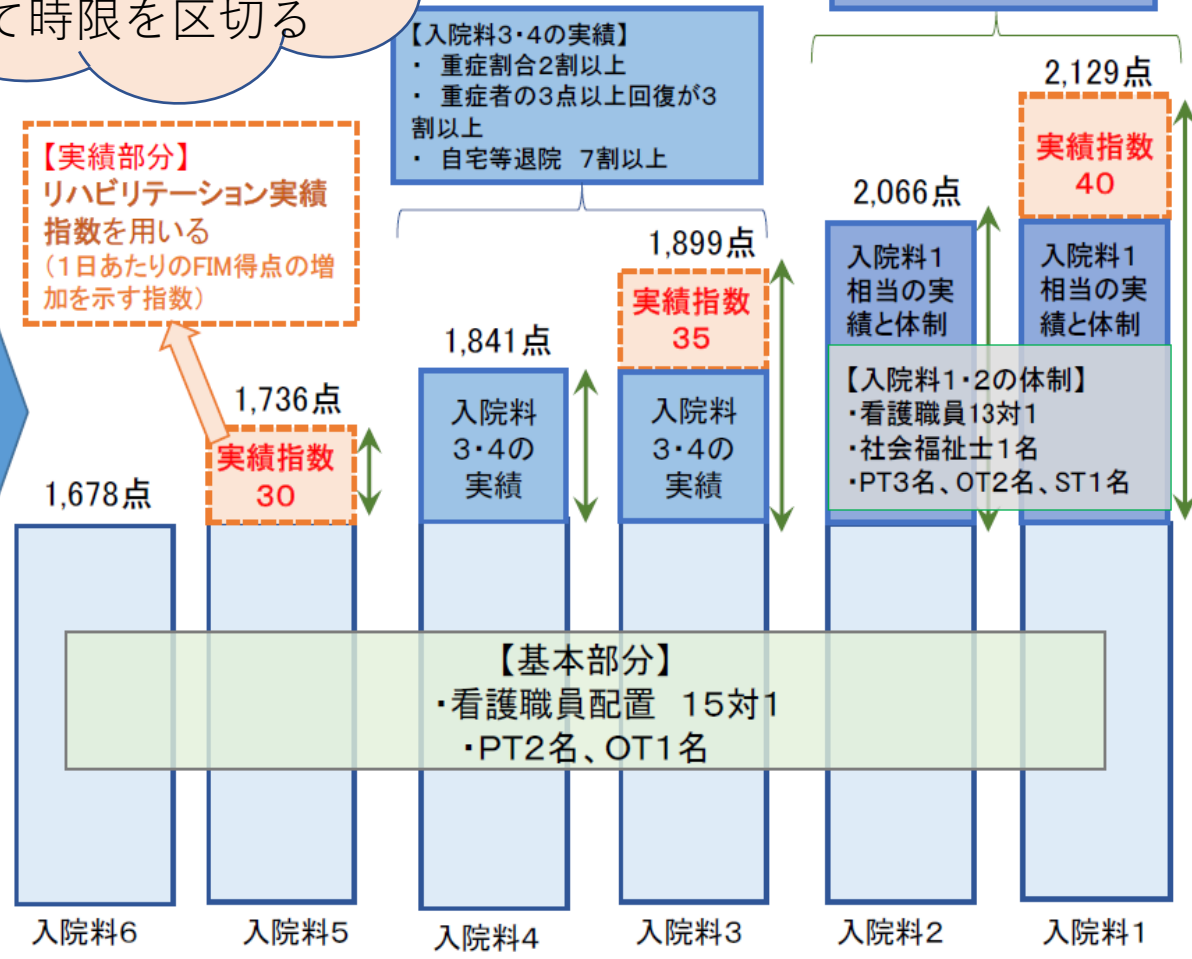
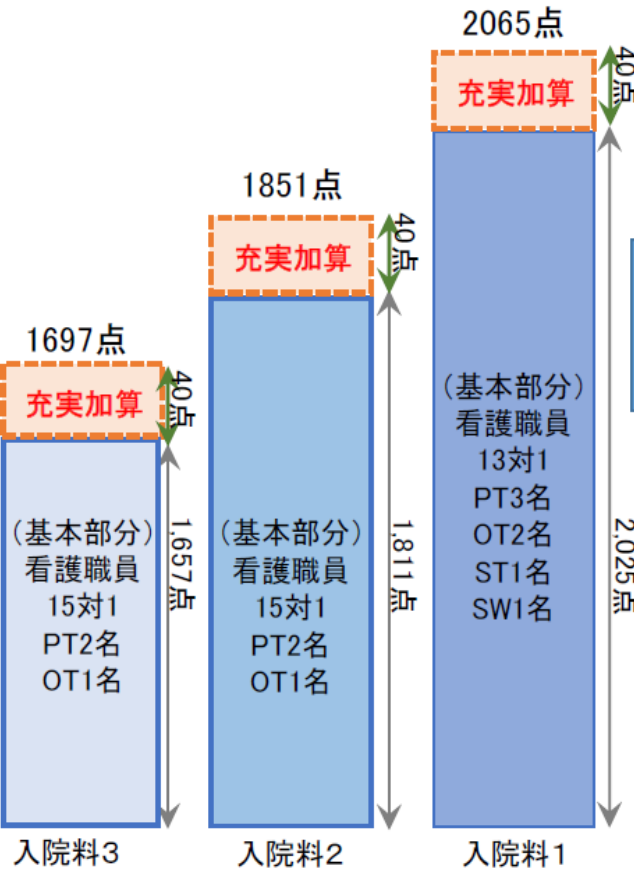
回復期リハビリテーション病棟入院料のイメージ(現行)

【平成28年度改定】

【現行】

再掲

入院料5, 6に10年も留まるところがある
5を廃止、6として時限を区切る



【入院料1相当の実績】
 ・重症割合3割以上
 ・重症者の4点以上回復が3割以上
 ・自宅等退院 7割以上

【入院料3・4の実績】
 ・重症割合2割以上
 ・重症者の3点以上回復が3割以上
 ・自宅等退院 7割以上

【実績部分】
 リハビリテーション実績指数を用いる
 (1日あたりのFIM得点の増加を示す指数)

【入院料1・2の体制】
 ・看護職員13対1
 ・社会福祉士1名
 ・PT3名、OT2名、ST1名

【基本部分】
 ・看護職員配置 15対1
 ・PT2名、OT1名

回復期リハビリテーション病棟の入院患者に係る主な要件について

- 回復期リハビリテーション病棟における、入院患者に係る主な要件として、回復期リハビリテーションを要する状態ごとに、算定上限日数が設けられている。

	回復期リハビリテーションを要する状態	算定上限日数
入院患者の要件	1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	○ 算定開始日から起算して 150日以内 ○ 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して 180日以内
	2 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	○ 算定開始日から起算して 90日以内
	3 外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	○ 算定開始日から起算して 90日以内
	4 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	○ 算定開始日から起算して 60日以内
	5 股関節又は膝関節の置換術後の状態	○ 算定開始日から起算して 90日以内

6番目の回復期リハの項目に
心大血管リハが加わる！

回復期リハと心大血管リハ



⑱ 回復期リハビリテーションを要する状態 の見直し

第1 基本的な考え方

回復期リハビリテーションの提供体制の充実を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について、回復期リハビリテーションを要する患者の状態として、「急性心筋梗塞、狭心症の発作若しくはその他急性発症した心大血管疾患の発症後又は手術後の状態」を追加する。

第2 具体的な内容

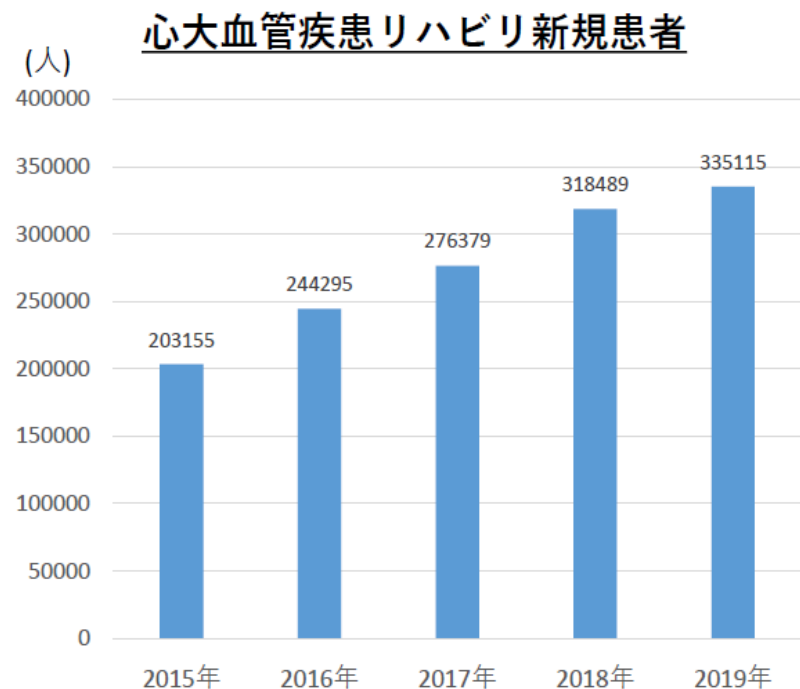
「回復期リハビリテーションを要する状態」について、「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」を追加し、算定上限日数を90日以内とする。

改 定 案	現 行
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [算定要件]	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [算定要件]

心臓リハビリテーションのニーズを示すデータ

中医協 総-1-2
3.10.27

心大血管疾患の患者数、心大血管疾患リハビリテーションの実施数は年々増加している



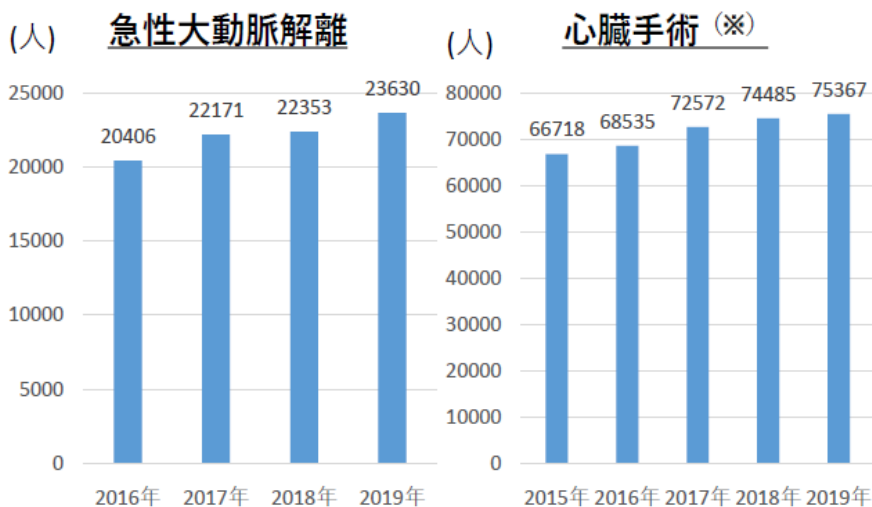
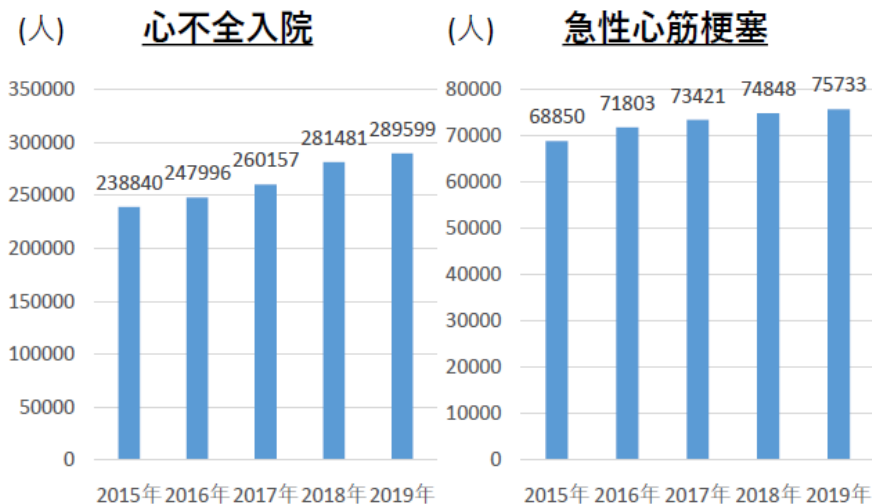
2015～2019年で、各疾患の患者数の増加している。
心大血管疾患リハビリテーション新規患者数は、各疾患の患者数の増加よりも顕著に増加している。

(参考) 心リハの実施すべき日数 (急性期クリニカルパス)

- ・急性心筋梗塞 10日～14日
- ・心臓手術後 7日～14日程度
- ・心不全 症例によって大きく違う

2021年版 心臓疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン 日本循環器学会発行

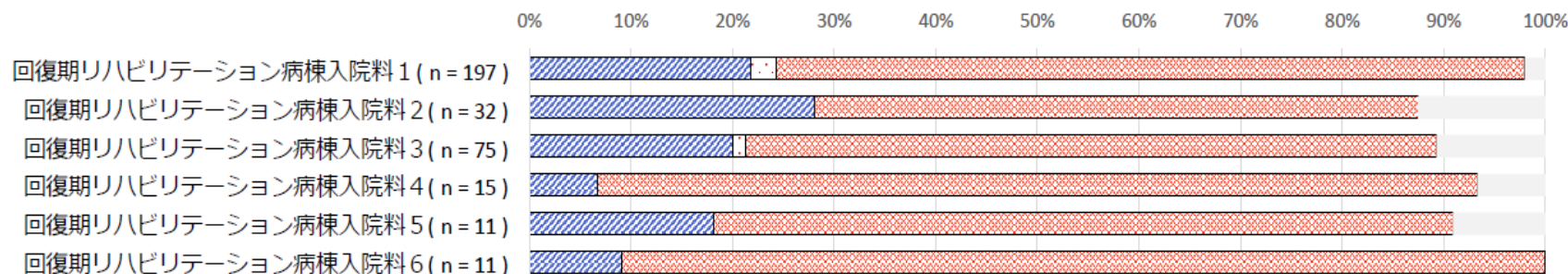
循環器疾患診療実態調査 (JROAD) 報告書 (1523施設) より引用 (2019年度実施・日本循環器学会公表)



※ 心臓手術には冠動脈バイパス術、弁膜症手術等が含まれる。
心臓手術の件数は、入院時の疾患名と重複する点に留意が必要。

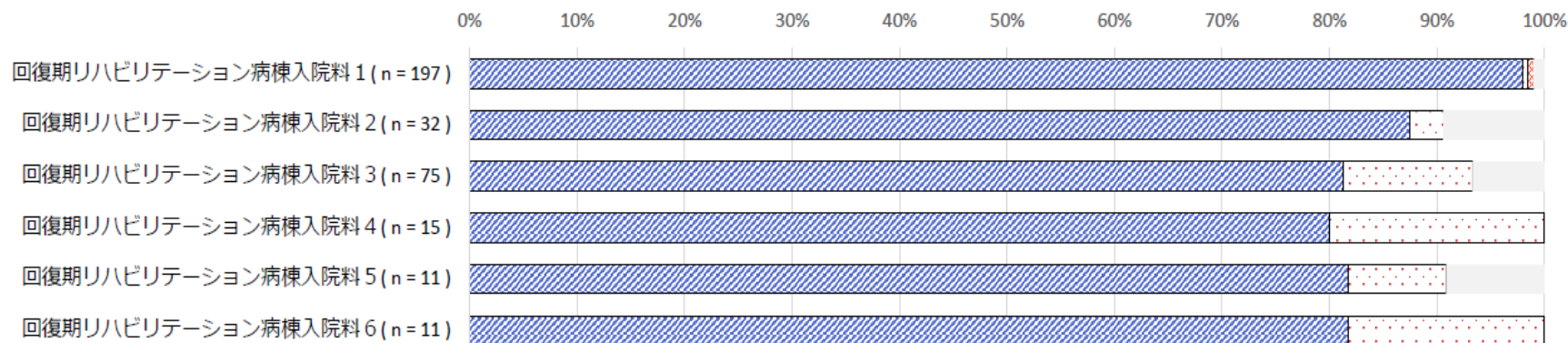
- 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関における、疾患別リハビリテーション料の届出状況は以下のとおりであった。
- 心大血管疾患リハビリテーション料を届け出ている医療機関が一定程度存在した。

心大血管疾患リハビリテーション料



01_リハビリテーション料Ⅰ 02_リハビリテーション料Ⅱ 03_届出なし 未回答

脳血管疾患リハビリテーション料



01_リハビリテーション料Ⅰ 02_リハビリテーション料Ⅱ 03_リハビリテーション料Ⅲ 04_届出なし 未回答

1. 回復期病棟

1.1 回復期に入院リハビリテーションが必要な患者像

入院を要する前期回復期の心リハには2つのシナリオが

1.3 問題点と今後の展望

回復期リハ病棟における心リハの円滑な展開の障壁として、前述のような保険算定上の課題が存在する。さらに、回復期病院を対象とした調査によれば⁷¹⁰⁾、心リハを実施していない施設のうち、循環器専門医が不在の施設は73.3%にのぼるが、循環器専門医が在籍している施設も19.2%あり、専門医の存否のみが原因ではない。

回復期リハ病棟は疾患が安定したことが前提となる急性期直後の医療機能が基盤となる。一方で、心血管疾患は再発や増悪を繰り返すという特徴を有し、緊急時には即時対応が迫られるため、急性増悪の状態評価や管理が可能な医療機能も要求される。つまり、回復期病棟での運動療法の実践には「安全性と質の確保」の双方が求められている。

ある。1つ目は社会参加を目指した二次予防シナリオで、急性期治療に伴って、デコンディショニングが高度な患者や重複障害を来した患者が対象となる。2つ目は高齢患者の生活復帰とセルフケアの回復を目指したADL・フレイル改善シナリオで、入院前または入院を契機に低ADLが顕著になった患者が含まれる。これらの患者では、心血管疾患の平均在院日数となる約2週間⁷¹⁴⁾での歩行退院は実現困難であり¹⁸⁹⁾、リハの成果が達成できないばかりでなく、急性期病床の医療資源の浪費や稼働率の低下を招く。特にフレイル超高齢患者は、身体能力の低下により外来心リハ

心リハの実践において、入院期における的確なゴール達成の実現や超高齢患者の増加への対応の面からも、回復期リハ病棟の活用がその有力な方策となるであろう。

2021年8月31日更新
2021年3月27日発行

日本循環器学会 / 日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン

2021年改訂版 心血管疾患におけるリハビリテーションに関する ガイドライン

JCS/JACR 2021 Guideline on Rehabilitation in Patients with Cardiovascular Disease

合同研究班参加学会

日本循環器学会 日本心臓リハビリテーション学会
日本冠疾患学会 日本胸部外科学会 日本循環器看護学会
日本小児循環器学会 日本心臓病学会 日本心不全学会 日本病態栄養学会
日本不整脈心電学会 日本理学療法士協会 日本臨床スポーツ医学会

心臓リハビリテーションの効果について

- 回復期リハビリテーション病棟での心臓リハビリテーションにより、機能的自立度評価法(FIM)等が改善する、との報告があった。

回復期リハ病棟における心臓リハの実際

(山本智史, 他. MB Med Reha 2019; 231: 38-44. より引用, 一部改変)

- 単施設介入研究
- 回復期リハ病棟に入院した84例 (CPX群 : n=45, 71.1 ± 12.3歳, 非CPX群 : n=39, 78.5 ± 8.9歳)
- 身体機能・運動耐容能を評価

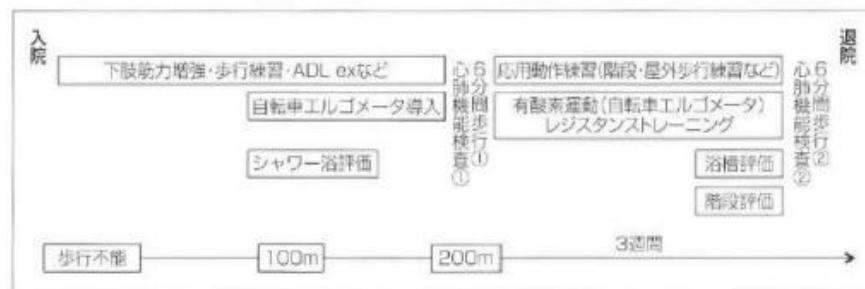


図 1. 当院における心臓リハビリテーションプログラム



表 1. 当院における心臓リハビリテーションの効果(n=84, 2012~17年)

	入院時	退院時	p 値
最大酸素摂取量 (ml/kg/min)	12.7 ± 2.4	14.9 ± 2.9	<0.05
無酸素性代謝閾値 (ml/kg/min)	9.8 ± 2.0	10.8 ± 2.7	<0.05
6分間歩行 (m)	300 ± 134	361 ± 137	<0.05
歩行持久性 (m)	127 ± 91	780 ± 715	<0.05
機能的自立度評価法(点/126)	91.2 ± 21.8	111.4 ± 16.7	<0.05
Berg Balance Scale(点/56)	34.2 ± 16.3	45.6 ± 11.7	<0.05
Short Physical Performance Battery(点/12)	7.9 ± 3.8	10.2 ± 2.4	<0.05
歩行速度 (m/s)	0.74 ± 0.34	0.95 ± 0.33	<0.05
握力 (kgw)	15.5 ± 6.6	17.3 ± 6.8	0.12
脳性ナトリウム利尿ペプチド (pg・ml)	287 ± 320	171 ± 162	<0.05
血清クレアチニン (mg/dl)	1.13 ± 0.59	1.16 ± 0.50	0.83
高比重リボ蛋白 (mg/dl)	43.0 ± 12.9	48.9 ± 13.6	<0.05
中性脂肪 (mg/dl)	123.3 ± 53.7	119.1 ± 45.5	0.64
心胸郭比 (%)	54.8 ± 7.4	52.1 ± 5.9	<0.05

➤ Peak VO₂が3週間で約17%も向上する

➤ 入院心臓リハプログラムに則って、**効率よく運動能力が回復できる**

疾患別リハビリテーション料に係る施設基準について(概要)

診 調 組 入 - 4
3 . 1 0 . 1

○ 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。

項目名	医師※1	療法士全体	理学療法士 (PT※2)	作業療法士 (OT※2)	言語聴覚士 (ST※2、※3)	専有面積 (内法による)	器械・器具具備	
心大血管疾患 リハビリテーション料	(I)	循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務 専任常勤1名以上	-	専従常勤PT及び 専従常勤看護師 合わせて2名以上等	必要に応じて配置	病院 30m ² 以上 診療所 20m ² 以上	要	
	(II)	実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師(いずれも非常勤を含む)1名以上勤務	-	専従のPT又は看護師 いずれか1名以上				
脳血管疾患等 リハビリテーション料	(I)	専任常勤2名以上※4	専従従事者 合計10名以上※4	専従常勤PT 5名以上※4	専従常勤OT 3名以上※4	160m ² 以上※4	要	
	(II)	専任常勤1名以上	専従従事者 合計4名以上※4	専従常勤PT 1名以上	専従常勤OT 1名以上	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		
	(III)	専任常勤1名以上	専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか1名以上			病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		
廃用症候群 リハビリテーション料	(I) ~ (III)	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる						
運動器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて4名以上		-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II)		専従常勤PT2名又は専従常勤OT2名以上あるいは専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて2名以上					
	(III)		専従常勤PT又は専従常勤OT1名以上					
呼吸器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT1名を含む常勤PT、常勤OT又は常勤ST合わせて2名以上		-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II)		専従常勤PT、専従常勤OT又は上記ST1名以上					

※1 常勤医師は、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能

※2 常勤PT・常勤OT・常勤STは、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能(ただし、2名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで)

※3 言語聴覚士については、各項目で兼任可能

※4 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師:専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST3名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

また、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)について、言語聴覚療法のみを実施する場合、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師:専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST2名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

心大血管疾患リハビリテーションに係る評価指標について

○ 関係学会による「心大血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」において、例として、以下のような身体活動能力の評価の指標が示されている。

心肺運動負荷試験(CPX)

<目的・意義>

酸素摂取量、二酸化炭素排出量、呼吸数、一回換気量などを呼気ガス分析法にて測定する。本法により心機能、心筋虚血、末梢循環、骨格筋機能、血管内皮細胞機能、貧血、自律神経活性などの状態を把握できる。

CPXの意義は、①労作時呼吸困難や運動制限の原因の検索、②最も信頼できる運動耐容能の客観的指標として、手術適応の決定、予後の予測、治療効果の判定、③心リハ・運動プログラムにおける運動処方決定である。

<実施方法・時期>

運動負荷の方法には自転車エルゴメータまたはトレッドミルによるランプ(直線的漸増)負荷がある。

低レベルでの運動療法(自転車エルゴメータ負荷またはトレッドミル歩行など)に慣れてから数日～1週間後に実施することが望ましい。

まとめと提言

- 地域包括ケア病棟の要件が厳しくなる
- 在宅復帰率、自院の一般病棟からの転棟率も変わる
- 地域連携がますます重要となる
- 回復期リハに心大血管リハが加わる

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

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。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

看護師が知っておきたい

2022年診療報酬改定のポイント

第4回 訪問看護ステーション



社会福祉法人

日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
相談役 武藤正樹



横浜

港南台

江の島

鎌倉

逗子

葉山

衣笠ホーム

横須賀

三浦

衣笠病院
グループ



浦賀

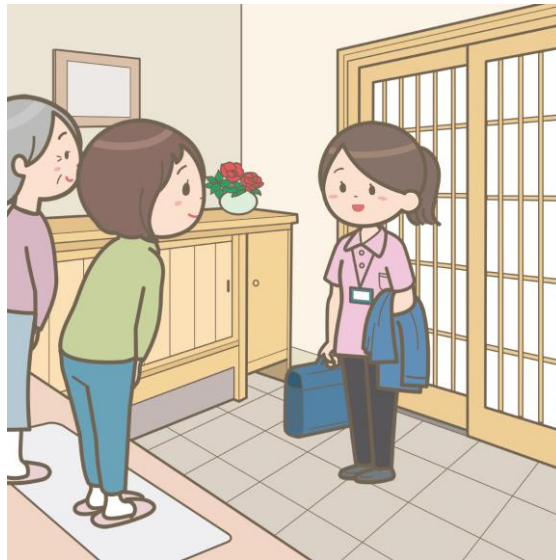
長瀬ケア
センター



第4回のテーマ

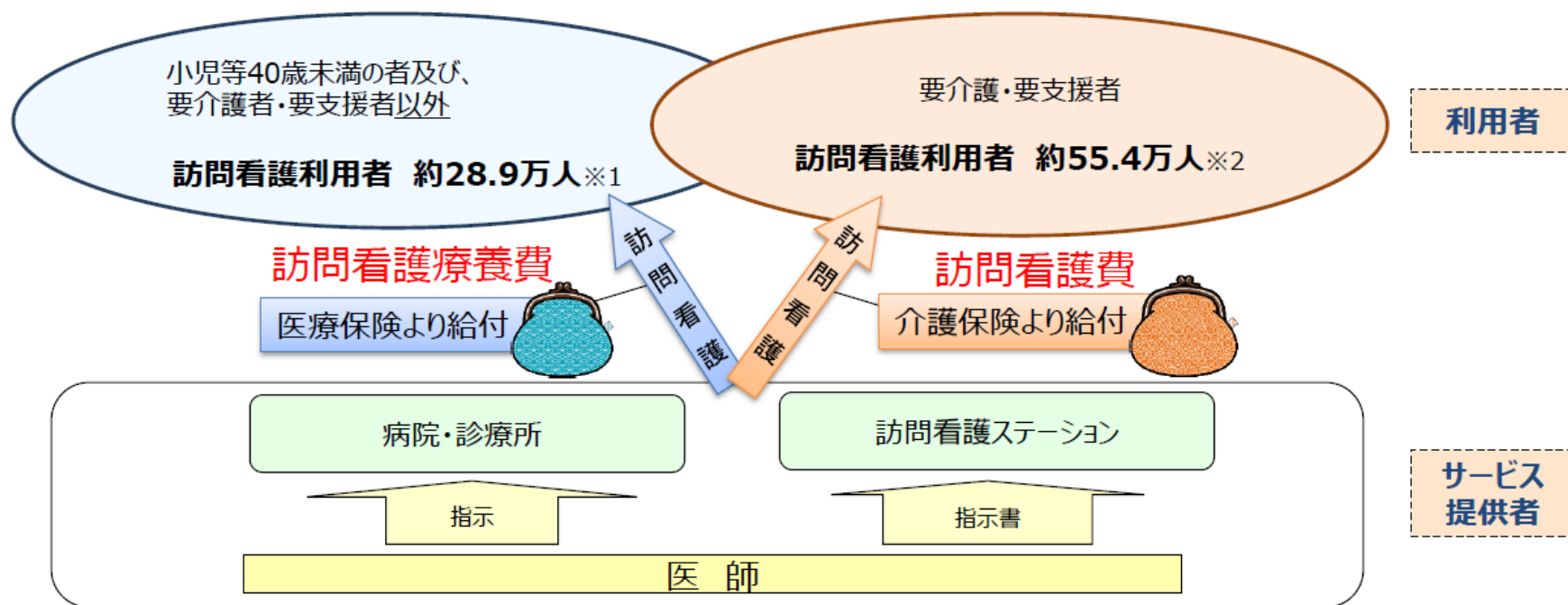
- ①訪問看護の利用者増と訪問看護事業所
- ②訪問看護事業所におけるリハビリ専門職の在り方
- ③専門性の高い看護師による同行訪問
- ④訪問看護と特定行為研修修了者
- ⑤ICTを活用した看取り
- ⑥退院直後のターミナルケア

①訪問看護の利用者増と 訪問看護事業所



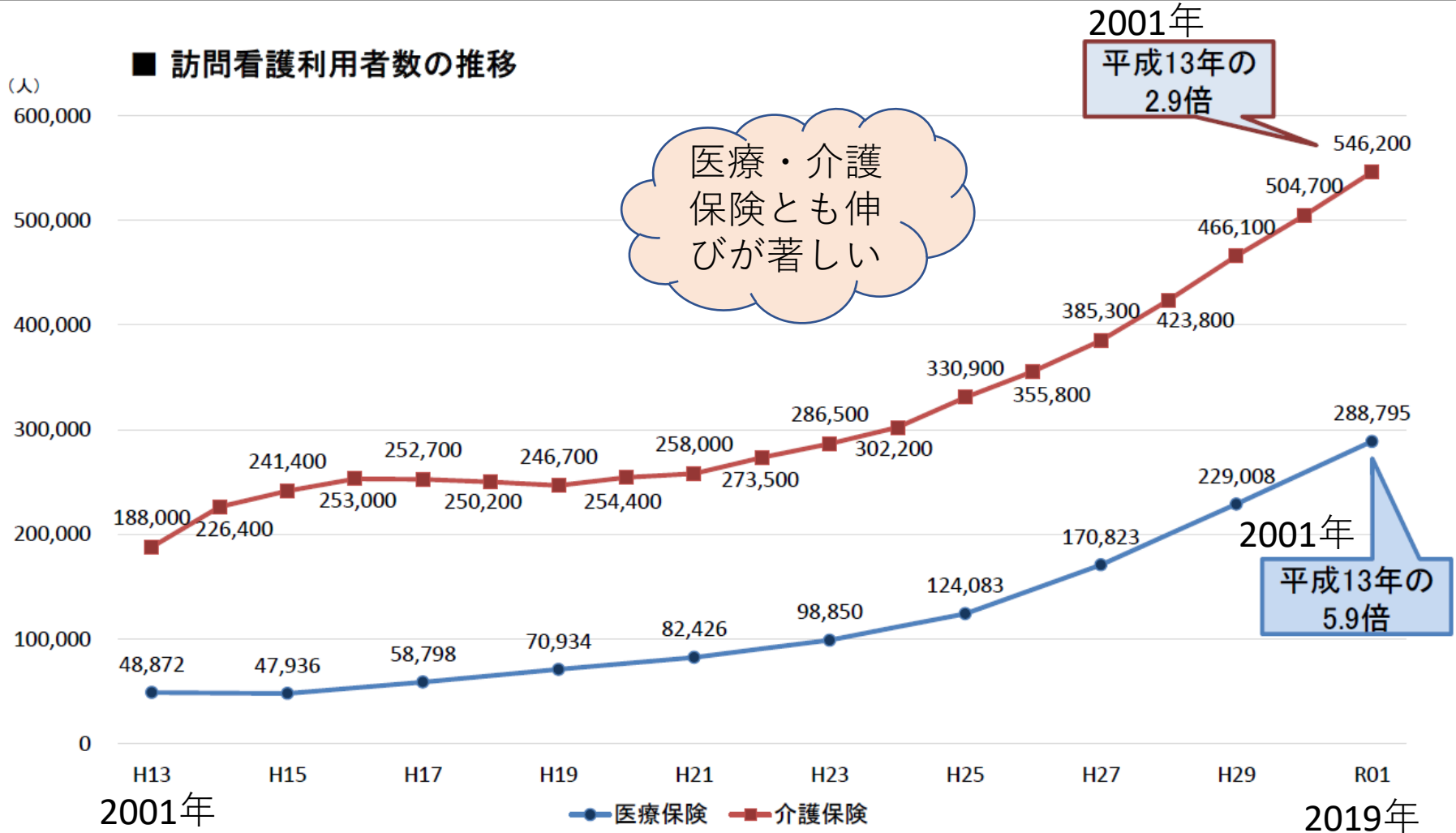
訪問看護の仕組み

- 疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



訪問看護利用者数の推移

○ 訪問看護ステーションの利用者は、介護保険、医療保険ともに増加傾向



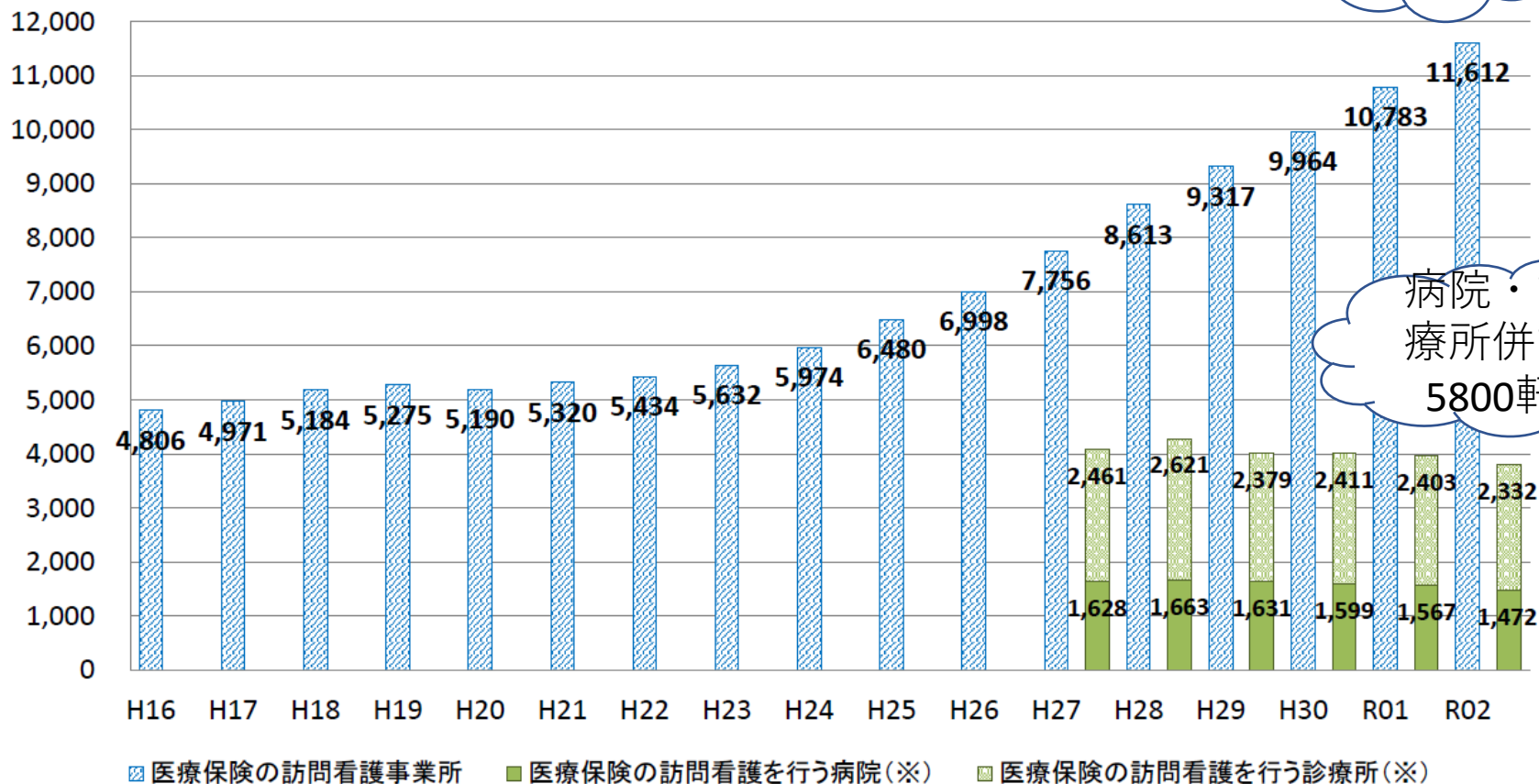
【出典】介護給付費実態調査(各年5月審査分)、訪問看護療養費実態調査(平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計)

訪問看護ステーション数及び訪問看護を行う医療機関数の年次推移

○ 訪問看護ステーションは増加傾向、訪問看護を行う病院・診療所は横ばい。

単独型
1.2万軒

■ 医療保険の訪問看護ステーション数及び医療保険の訪問看護を行う医療機関数



病院・診療所併設
5800軒

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料を算定する病院・診療所

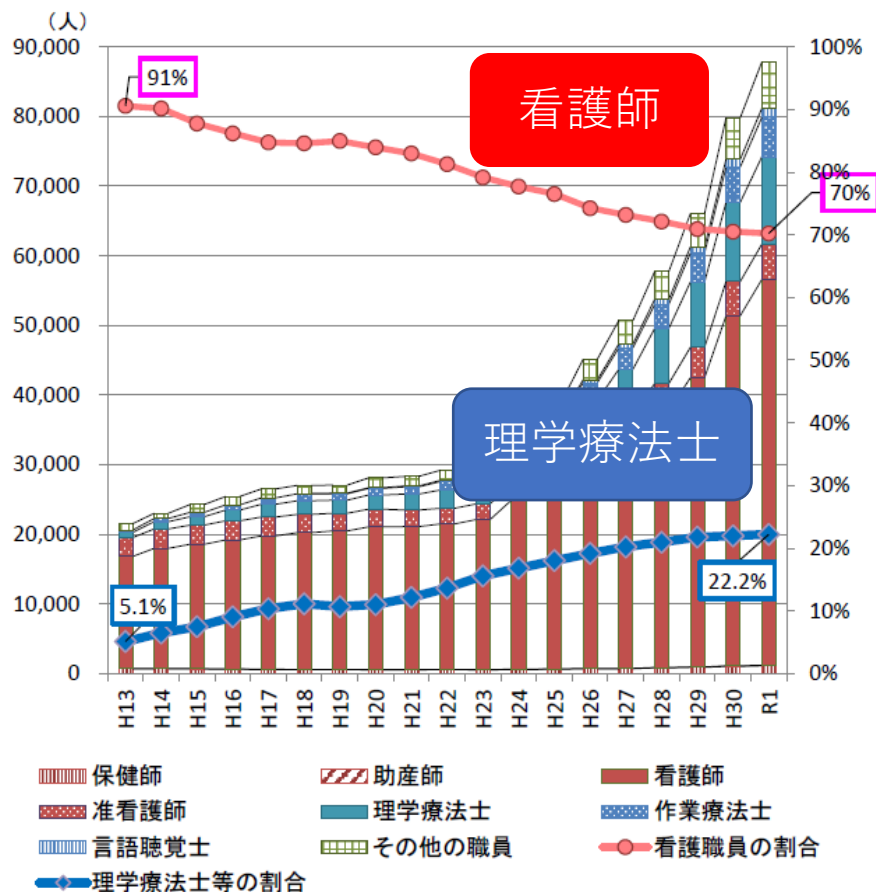
②訪問看護ステーション におけるリハビリ問題



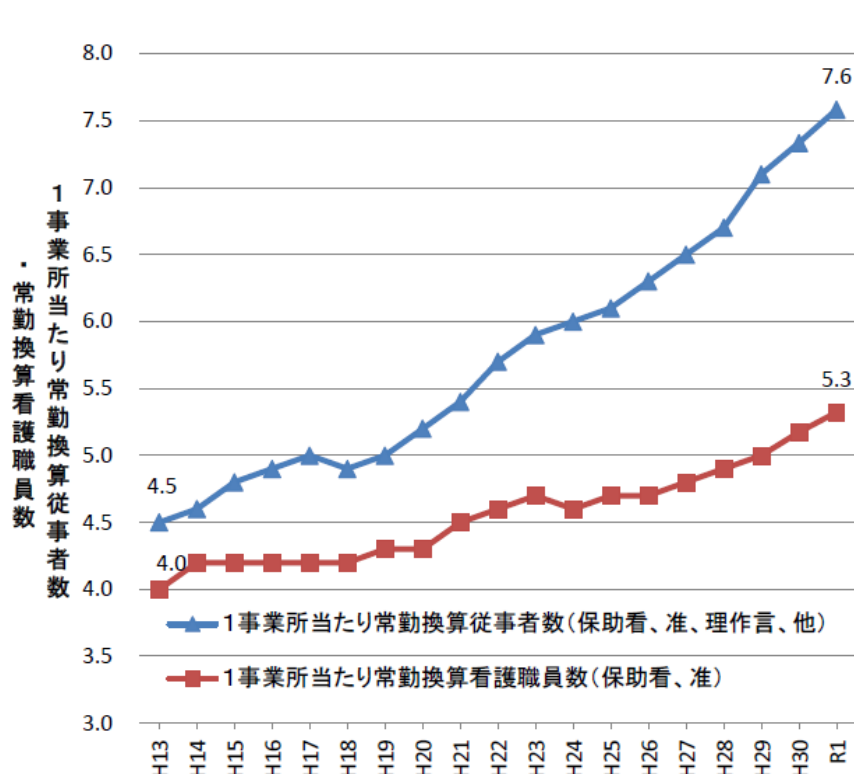
訪問看護ステーションにおける理学療法士等の状況

○ 訪問看護ステーションの従事者数のうち、理学療法士等が占める割合が増加傾向。

■ 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数の推移(常勤換算)



■ 訪問看護ステーションの1事業所当たり従事者数(常勤換算)



※ 理学療法士等:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

訪問看護ステーションにおける リハビリ問題

- リハビリ専門職が多い訪問看護ステーション
 - 訪問看護事業所では、スタッフのほとんどをリハビリ専門職が占めているところがある。
 - こうした事業所では24時間体制を取っていない、重症な利用者の対応を行わない、ターミナルケアの実施が十分でないなどの指摘がある。
- 訪問看護事業所の経営問題
 - 訪問看護事業所は訪問看護だけでは経営が安定しない。
 - 利用者が入院したり死亡したりすることで利用者数が変動し収入が安定しない。
 - こうした事業所ではリハビリ専門職による訪問リハビリを併用することで経営が安定する。
- リハビリ専門職は単独開業が出来ない
 - このため訪問リハをリハ専門職が行うときには、訪問看護事業所に頼らざるを得ない。
 - このように訪問看護と訪問リハビリの両者の利害が一致してリハビリ専門職の多い訪問看護事業所が増えている。

訪問看護提供体制の充実

機能強化型訪問看護ステーションに係る人員配置要件の見直し

- 機能強化型訪問看護管理療養費の人員配置基準について、より手厚い訪問看護の提供体制を推進するとともに、訪問看護ステーションにおける医療従事者の働き方の観点から、看護職員の割合を要件に加え、一部の看護職員については常勤換算による算入を可能とする。

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費】

[施設基準]

機能強化型1

- 常勤の看護職員 7人以上

機能強化型2

- 常勤の看護職員 5人以上

機能強化型3

- 常勤の看護職員 4人以上



改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費】

[施設基準]

機能強化型1

- 常勤の看護職員 7人以上
(うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能)
- 看護職員 6割以上*

機能強化型2

- 常勤の看護職員 5人以上
(うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能)
- 看護職員 6割以上*

機能強化型3

- 常勤の看護職員 4人以上
- 看護職員 6割以上*

[経過措置] (看護職員割合の要件について)

令和2年3月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1、2又は3を届け出ているものについては、令和3年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

看護職員
6割以上

* 看護職員(保健師、助産師、看護師、准看護師)の割合は、看護師等(看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)に占める看護職員の割合を指す。(人員配置に係る基準のみ抜粋)

理学療法士等による訪問看護の見直し

※ 理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

週4日目以降の評価の見直し

- 理学療法士等による訪問看護について、週4日目以降の評価を見直す。



現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

- イ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合(ハを除く)
 (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目以降 6,550円
- ロ 准看護師による場合
 (1)週3日目まで 5,050円 (2)週4日目以降 6,050円
- ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円



改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

- イ 保健師、助産師又は看護師による場合(ハを除く)
 (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目以降 6,550円
- ロ 准看護師による場合
 (1)週3日目まで 5,050円 (2)週4日目以降 6,050円
- ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円
- ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合
 5,550円

※ 訪問看護基本療養費(Ⅱ)についても同様

計画書・報告書への記載事項の見直し

- 訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、訪問する職種又は訪問した職種の記載を要件とする。

[算定要件]

- 理学療法士等が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員(准看護師を除く)と理学療法士等が連携し作成する。
- 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行う。
- 訪問看護計画書には訪問看護を提供する予定の職種について、訪問看護報告書には訪問看護を提供した職種について記載する。

【I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑫】

⑫ 訪問看護指示書の記載欄の見直し

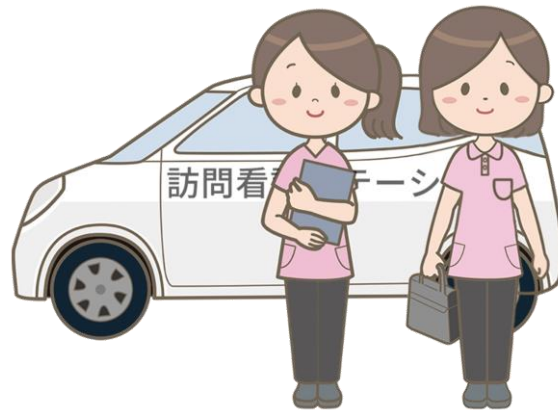
第1 基本的な考え方

医師の指示に基づき、医療的ニーズの高い利用者に対する理学療法士等による訪問看護が適切に提供されるよう、理学療法士等が訪問看護の一環として実施するリハビリテーションに係る訪問看護指示書の記載欄を見直す。

第2 具体的な内容

令和3年度介護報酬改定において、理学療法士等が訪問看護の一環として実施するリハビリテーションの時間及び実施頻度等を訪問看護指示書に記載することとされたことを踏まえ、医療保険制度においても同様の対応を行うこととし、訪問看護指示書に当該事項に係る記載欄を設ける。

③専門性の高い看護師 による同行訪問



専門看護師・認定看護師の概要

※日本看護協会HP・R2看護白書をもとに作成（2021.6）

	専門看護師	認定看護師	
目的	複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識及び技術を深め、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかる。	特定の看護分野における熟練した看護技術及び知識を用いて、あらゆる場で看護を必要とする対象に、水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより、看護ケアの広がりや質の向上を図る。	
役割	<ul style="list-style-type: none"> 実践 相談 調整 倫理調整 教育 研究 	<ul style="list-style-type: none"> 実践 指導 相談 	
経歴	通算5年以上の実務経験者 (うち3年以上は専門分野の実務研修)	通算5年以上の実務経験者 (うち3年以上は認定看護分野の実務研修)	
教育	看護系大学院修士課程修了者で、日本看護系大学協議会が定める専門看護師教育課程基準の所定の単位(総計26単位または38単位)を取得していること。	A課程(特定行為研修なし) 2026年度にて終了	B課程(特定行為研修あり) 2020年度より開始
		認定看護師教育A課程修了 (6ヶ月以上～1年以内・600時間以上)	認定看護師教育B課程修了 (1年以内・800時間程度)
教育機関	108大学院 347課程	32機関 23課程 (665名分)	16機関 29課程 (579名分)
専門・認定看護分野(人)	<ul style="list-style-type: none"> 急性・重症患者看護 (312名) 慢性疾患看護 (226名) 感染症看護 (90名) がん看護 (937名) 精神看護 (364名) 老人看護 (206名) 小児看護 (275名) 母性看護 (84名) 遺伝看護 (11名) 家族支援 (74名) 在宅看護 (86名) 地域看護 (27名) 災害看護 (22名) 	<ul style="list-style-type: none"> 救急看護 (1238名) がん性疼痛看護 (753名) がん化学療法看護 (1639名) 不妊症看護 (176名) 透析看護 (276名) 摂食・嚥下障害看護 (1006名) 小児救急看護 (256名) 脳卒中リハビリテーション看護 (759名) 慢性呼吸器疾患看護 (308名) 慢性心不全看護 (452名) 訪問看護 (650名) 皮膚・排泄ケア (2272名) 感染管理 (2824名) 糖尿病看護 (841名) 新生児集中ケア (429名) 手術看護 (658名) 乳がん看護 (370名) 認知症看護 (1836名) がん放射線療法看護 (353名) 	<ul style="list-style-type: none"> クリティカルケア (217名) 緩和ケア (40名) がん薬物療法看護 (31名) 生殖看護 (1名) 腎不全看護 (8名) 摂食嚥下障害看護 (24名) 小児プライマリケア (4名) 脳卒中看護 (14名) 呼吸器疾患看護 (22名) 心不全看護 (15名) 在宅ケア (16名) 皮膚・排泄ケア (300名) 感染管理 (96名) 糖尿病看護 (81名) 新生児集中ケア (2名) 手術看護 (17名) 乳がん看護 (1名) 認知症看護 (31名) がん放射線療法看護 (2名)
	2,714名 (13分野)	20,673名 (21分野)	922名 (19分野)
認定機関	公益社団法人 日本看護協会		

中医協 総-1-2
3.8.25改

今後、特定行為研修修了者が増加していくと、A課程修了者は減少し、B課程修了者が増加していく

専門性の高い看護師による同行訪問

○ 褥瘡ケア等のニーズを有する在宅療養者に対する専門の研修を受けた看護師による同行訪問は、医療機関によるものが多いが、訪問看護ステーションによるものも増加傾向。

■専門性の高い看護師に係る診療報酬上の評価

■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）・（Ⅱ）

ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円

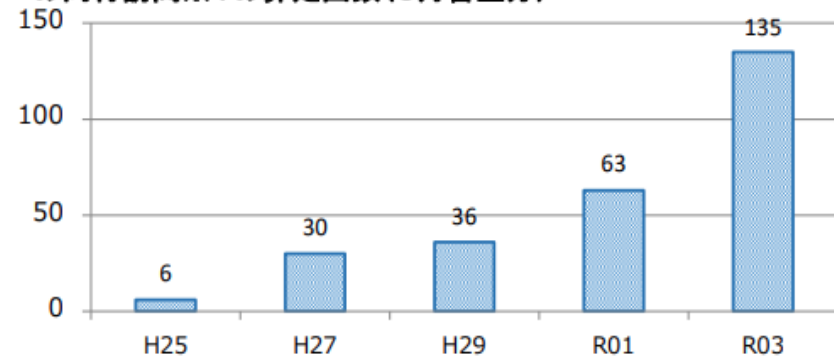
■ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料³

■ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点

悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者若しくは人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者に対して、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師等又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。

※平成30年度診療報酬改定において人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを追加

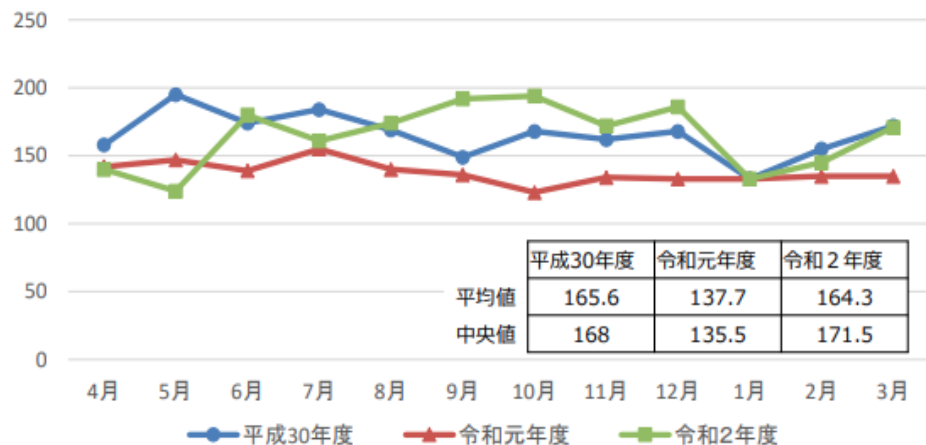
■ 訪問看護ステーションにおける専門の研修を受けた看護師の同行訪問※1の算定回数(6月審査分)



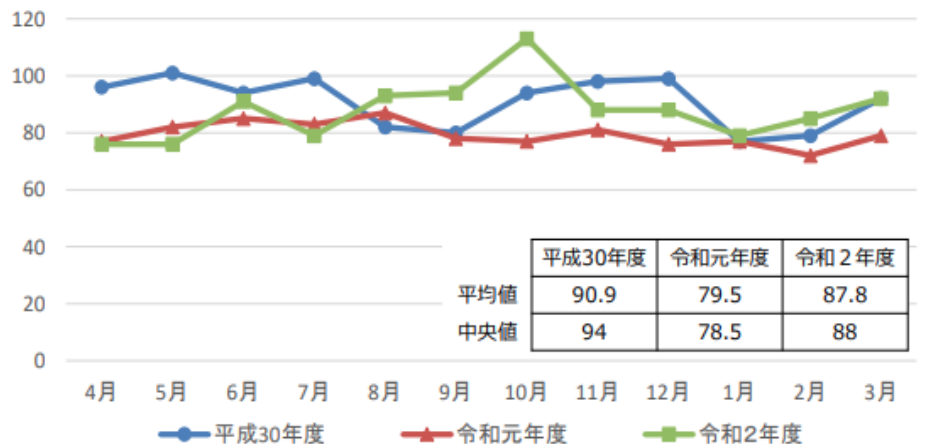
※1訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)ハ(悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合)の合計

【出典】訪問看護療養費実態調査(各年6月審査分)をもとに厚生労働省保険局医療課にて作成(隔年)

■医療機関における専門の研修を受けた看護師の同行訪問※2の算定件数



■専門の研修を受けた看護師の同行訪問※2を算定した医療機関(施設数)



※2 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料(ともに(悪性腫瘍患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合)の合計)

【出典】厚生労働省保険局医療課にてNDBデータをもとに作成

専門性の高い看護師による同行訪問の充実

人工肛門・人工膀胱の合併症を有する利用者を対象に追加

- 利用者のニーズに合わせた質の高い訪問看護の提供を推進するため、専門性の高い看護師による同行訪問について、人工肛門・人工膀胱の皮膚障害を伴わない合併症を対象に含める。

現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

[算定要件]

訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、

- ・悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者

に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、

- ・緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

に係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として算定。

※ 訪問看護基本療養費(Ⅱ)のハ、在宅患者訪問看護・指導料3、同一建物居住者訪問看護・指導料3についても同様



改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

[算定要件]

訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、

- ・悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者

に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、

- ・緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

に係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として算定。

ストーマ陥凹の例

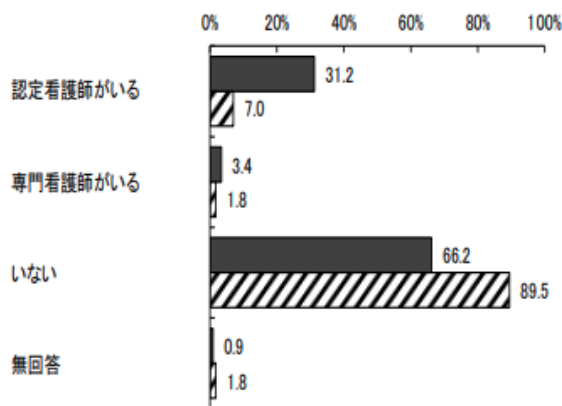
凸面型器具に固定ベルトを併用して、安定した密着を得られるよう調整。姿勢の変化により深くほみがでるため、**用手形成皮膚保護剤で調整し**、便のもぐり込みを予防した。



【出典】消化管ストーマ関連合併症の予防と治療・ケアの手引き (日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会、日本大腸肛門病学会編、金原出版、2018)

○ 専門性の高い看護師(認定看護師・専門看護師)の事業所への所属の有無と専門分野は以下の通り。

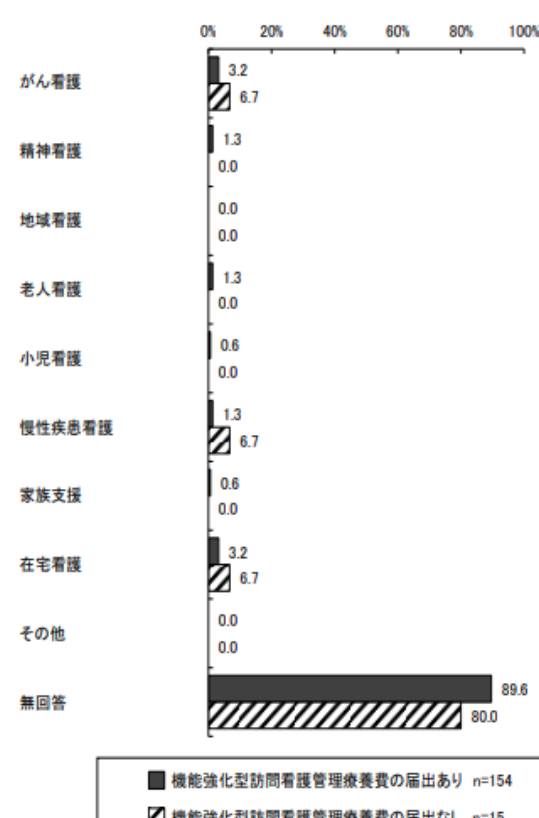
■ 専門性の高い看護師(認定看護師・専門看護師)の有無(令和2年10月1日時点)



■ 認定看護師の専門分野(令和2年10月1日時点)(複数回答)



■ 専門看護師の専門分野(令和2年10月1日時点)(複数回答)



【1-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑭】

⑭ 専門性の高い看護師による 訪問看護における専門的な管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

質の高い訪問看護の更なる充実を図る観点から、専門性の高い看護師が、利用者の病態に応じた高度なケア及び管理を実施した場合について、新たな評価を行う。

月1回
1500円

第2 具体的な内容

専門の研修を受けた看護師が、専門的な管理を含む訪問看護を実施する場合の評価を新設する。

改定案	現行
【訪問看護管理療養費】 [算定要件] 注12 <u>別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡</u>	【訪問看護管理療養費】 [算定要件] (新設)

④訪問看護と 特定行為研修修了者



厚生労働省

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>

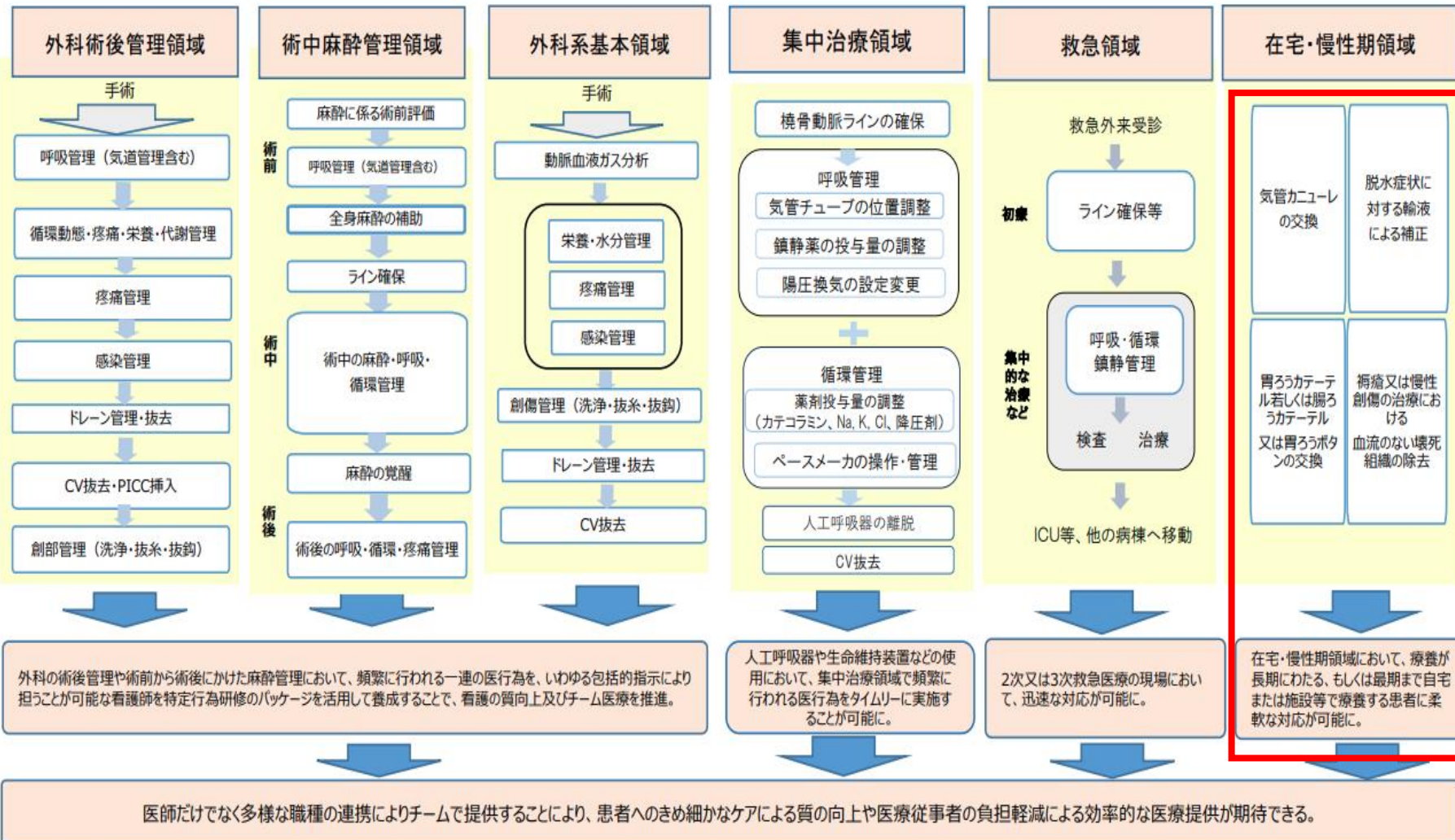
特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
人工呼吸器からの離脱	
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカの操作及び管理
	一時的ペースメーカリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更
	胸腔ドレーンの抜去
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。)
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換
栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連	中心静脈カテーテルの抜去
栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入

特定行為区分	特定行為
創傷管理関連	褥(じょく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
	創傷に対する陰圧閉鎖療法
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血
	橈骨動脈ラインの確保
透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時的投与
	抗精神病薬の臨時的投与
	抗不安薬の臨時的投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整

特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

- 外科の術後管理など、特定の領域において頻繁に行われる一連の医行為についてパッケージ化し研修することで特定行為研修修了者を確保する。
- 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。



訪問看護での活躍が期待される領域

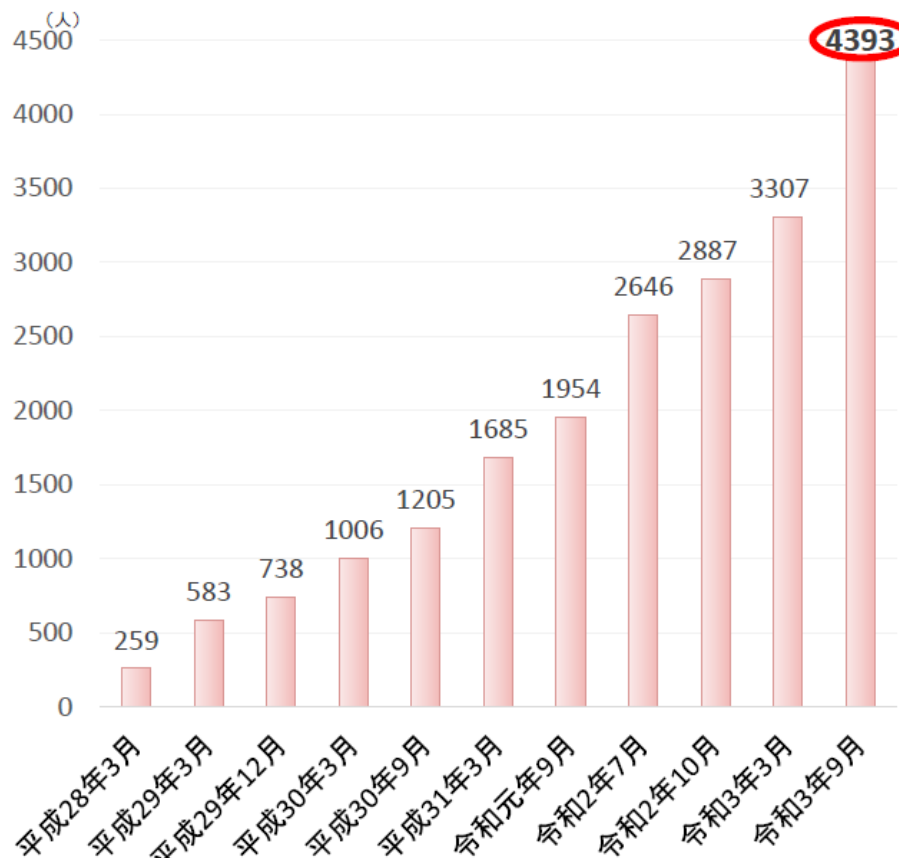
(一連の流れの中で特定行為研修修了者がパッケージに含まれる特定行為を手順書にもとづき実施)

特定行為に係る看護師の研修制度 指定研修機関数・研修修了者の推移

- 特定行為研修を行う指定研修機関は、年々増加しており令和3年8月現在で289機関である。
- これらの指定研修機関が年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は3,426人（令和3年8月現在）となっている。
- 特定行為研修の修了者数は、年々増加しており令和3年9月現在で4,393名である。

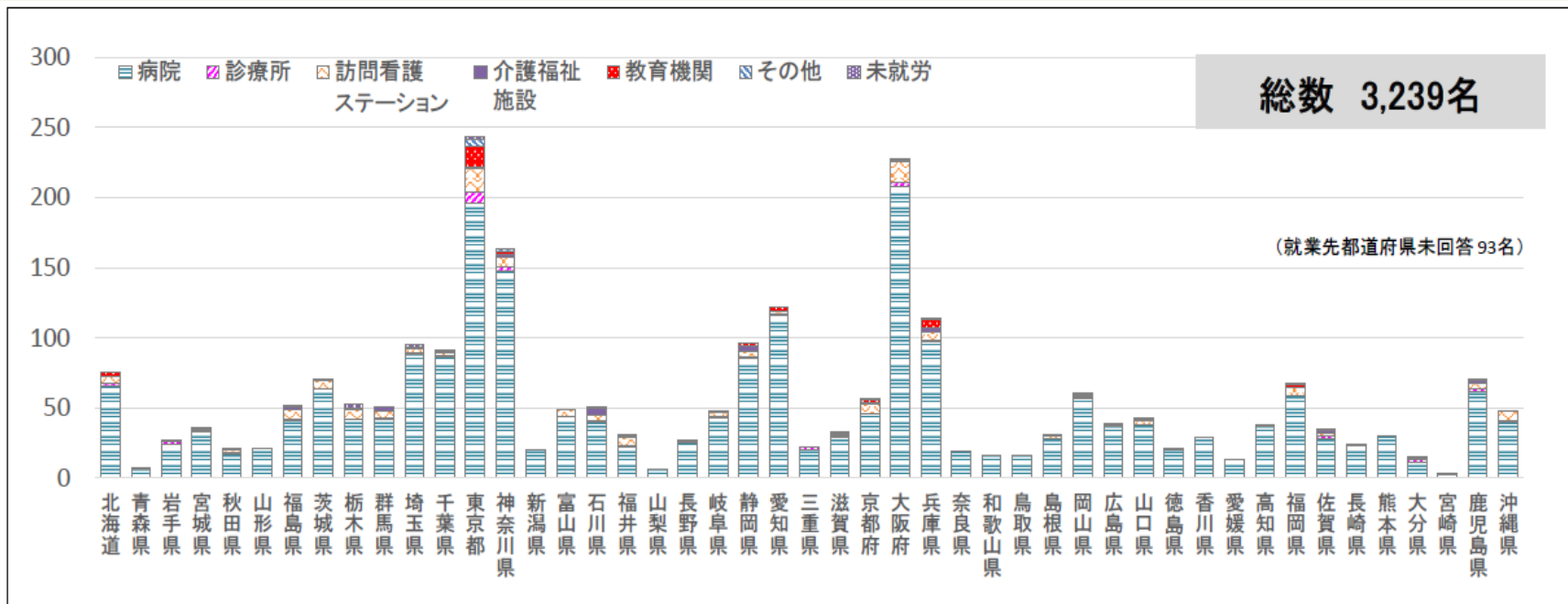
■指定研修機関数の推移

■研修修了者数の推移

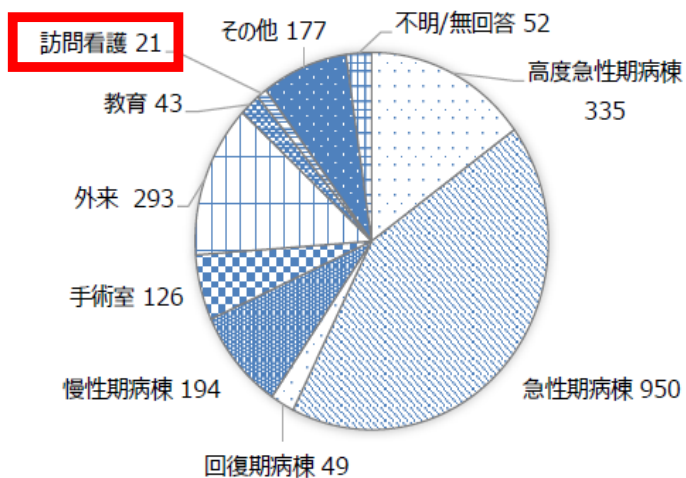


(看護課調べ)

都道府県別 特定行為研修修了者就業状況



病院に就業する修了者の活動場所



【就業場所別修了者数】

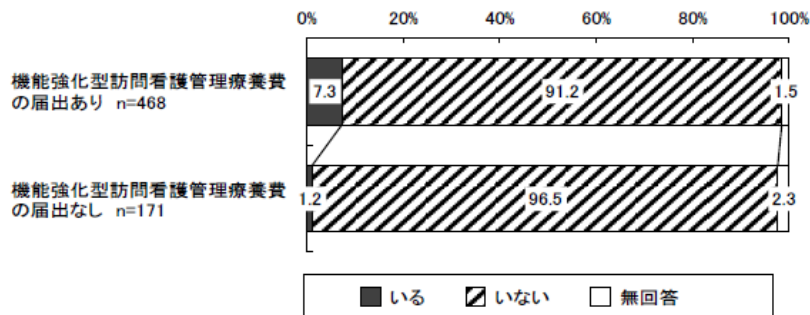
就業場所	割合	人数
病院	69.2%	2,240
診療所	1.2%	40
訪問看護ステーション	4.5%	145
介護福祉施設	1.0%	34
教育機関	1.3%	41
その他	0.5%	16
未就労	0.5%	16
不明	21.8%	707
総数	100%	3,239名

出典:「令和3年度厚生労働省委託事業「看護師の特定行為に係る研修機関拡充支援事業」(令和3年8月時点)

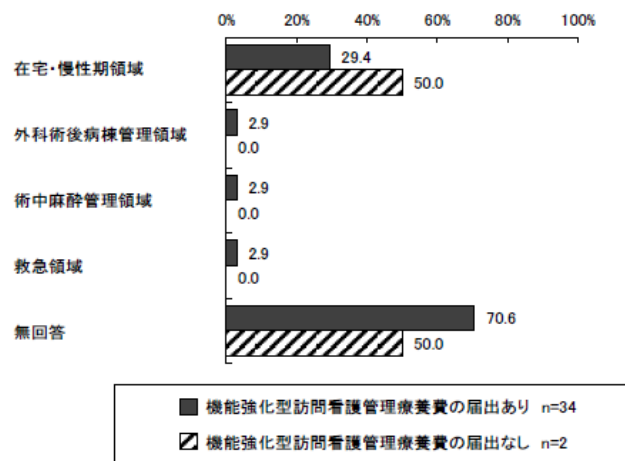
訪問看護ステーションに所属する特定行為研修修了者

○ 事業所に所属する特定行為研修者数と活動状況は以下の通り。

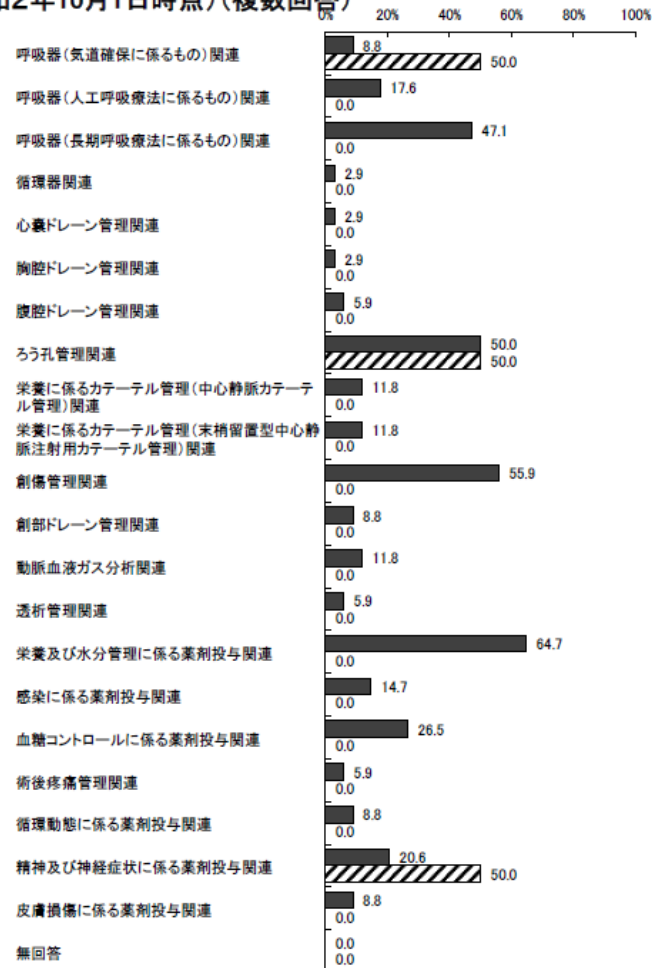
■ 特定行為研修修了者の有無(令和2年10月1日時点)



■ 特定行為研修修了者が修了しているパッケージ研修(令和2年10月1日時点)(複数回答)



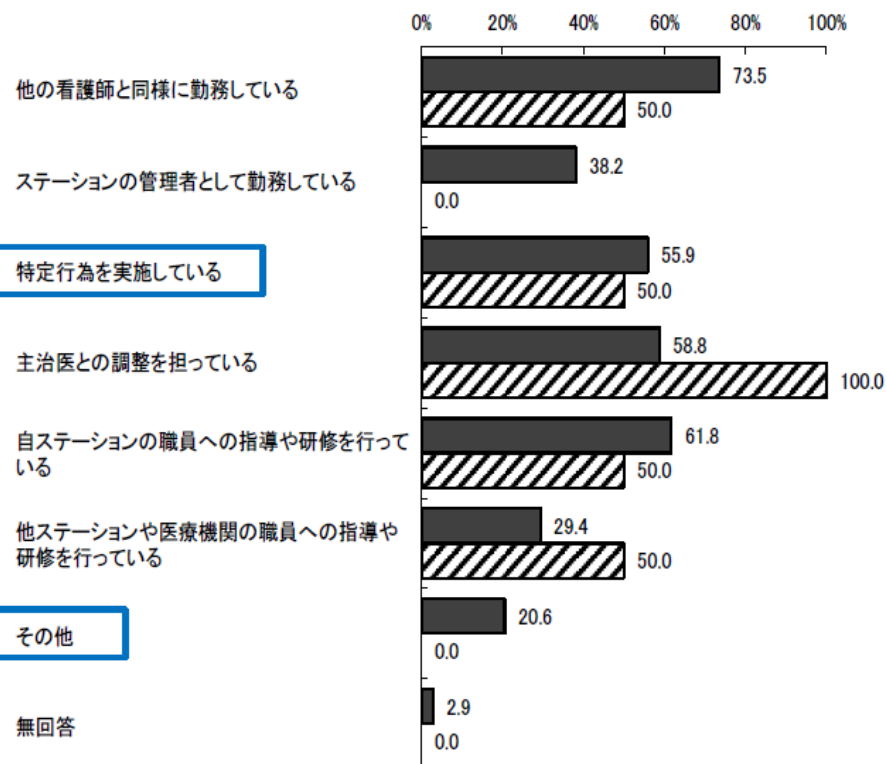
■ 特定行為研修修了者が修了している特定行為区分(令和2年10月1日時点)(複数回答)



訪問看護ステーションに所属する特定行為研修修了者

○ 事業所に所属する特定行為研修者の活動状況は以下の通り。

■ 特定行為研修修了者が行っている活動(令和2年10月1日時点)(複数回答)



実施している特定行為

- ・創傷関連
- ・気管カニューレの交換、胃瘻チューブ交換、膀胱瘻カテーテル交換
- ・ろう孔、潰瘍・褥瘡処置
- ・デブリードマン(壊死組織除去)、陰圧閉鎖療法
- ・呼吸器(長期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
- ・脱水症状に対する輸液補正

その他の活動

- ・栄養管理(経口から胃ろうorTPNへの変更)についての意思決定支援、慢性創傷のアセスメントと治療の調整
- ・コンサルテーション、相談指導
- ・県の研修
- ・ヘルパー、デイサービス職員へのアドバイス
- ・高校の養護教諭へ障がい児への吸引や気管切開チューブ交換の指導

■ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出あり n=34

▨ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出なし n=2

⑬ 専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

第1 基本的な考え方

質の高い訪問看護の提供を推進する観点から、専門性の高い看護師による同行訪問について、当該看護師が受講する褥瘡ケアに係る専門の研修に、特定行為研修を追加する。

第2 具体的な内容

専門性の高い看護師による同行訪問について、褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師として、特定行為研修修了者（創傷管理関連）を追加する。

改定案	現行
<p>【訪問看護基本療養費（Ⅰ）・（Ⅱ）】 〔施設基準〕</p> <p>4 訪問看護基本療養費の注2及び注4に規定する専門の研修を受けた看護師</p> <p>次の当該訪問看護ステーションにおいて、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。なお、ここでいう緩和ケアに係る専門の研修とは(1)の、褥瘡ケアに係る専門の研修とは(2)の、人工肛門ケア</p>	<p>【訪問看護基本療養費（Ⅰ）・（Ⅱ）】 〔施設基準〕</p> <p>4 訪問看護基本療養費の注2及び注4に規定する専門の研修を受けた看護師</p> <p>次の当該訪問看護ステーションにおいて、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。なお、ここでいう緩和ケアに係る専門の研修とは(1)の、褥瘡ケアに係る専門の研修とは(2)の、人工肛門ケア</p>

⑤ICTを活用した看取り

○C島の概要 人口約700人。市営の渡船が1日7往復する。

○C島の医療提供体制の状況

医療機関・訪問看護事業所	定期的診療・訪問看護	緊急時対応
市営 島内診療所	<外来> 月～金 8:30～17:00、土 8:30～12:00 <往診> 1回/週 <休診日> 土曜日の午後と日曜日、祝日、年末年始 <医療職> 医師1名(2～3年毎交代)、看護師2名	診療時間のみ 土日夜間医師不在 (医師は本土に居住)
D訪問看護ステーション(本土) (C島への訪問看護は当該事業所のみ)	1回/週	電話対応、渡船運行時間中は訪問

○事例

患者	70歳代男性 病名：肺癌、肺気腫、呼吸不全（在宅酸素療法実施） 家族：妻と2人暮らし、子どもは島外在住
経過	<ul style="list-style-type: none"> ・ 肺癌に対し症状緩和を中心とした治療方針。本人の希望で在宅療養。 ・ 年末年始の医師不在時の急変対応として、予め蘇生しない意向を事前に確認し、本土のE病院にバックベッドの登録をしていた。 <p>【医師不在時の事前取り決め】</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 診療所に電話をすると自動で消防本部に電話が切り替わり、救急車が市内（本土側）の港に待機。 ➢ C島の消防職員がストレッチャーで島の港へ運び、海上タクシーで本土へ搬送。 ➢ 港で待機していた救急車でバックベッド登録しているE病院へ搬送。蘇生はしない。
看取りの実際	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年始のある日の明け方、患者の呼吸停止を家族が確認。年始であり医師の対応は不可。 ・ 家族は気が動転し、バックベッドの登録をしていたE病院ではない病院名を消防本部に伝え、F病院に救急搬送された。 ・ 搬送先のF病院において、既に心肺停止状態であったが蘇生を受け、数時間後、死亡が確認された。



意見	家族 (搬送に時間がかかり) 大事なときに夫のそばにすることができなかった。 既に亡くなっていたと思うが、病院に運ぶしかなく、 希望していない蘇生を受けた。そのまま静かに自宅で見送りがかった。
----	--

ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業

【背景】

- 最後の診察から24時間経過後に患者が死亡した場合、医師は、対面で死後診察をした後、死亡診断書を交付している。
- 一方で、在宅での看取りを希望していても、住み慣れた場所を離れ病院や介護施設に入院・入所して看取りを行わざるを得なかったり、死後診察を受けるため遺体の長時間保存・長距離搬送が余儀なくされたりなど、患者や家族が不都合を強いられているとの指摘があった。

規制改革実施計画（平成28年6月2日閣議決定）

在宅での穏やかな看取りが困難な状況に対応するため、受診後24時間を経過していても、以下のa～eの全ての要件を満たす場合には、医師が対面での死後診察によらず死亡診断を行い、死亡診断書を交付できるよう、早急に具体的な運用を検討し、規制を見直す。

- 医師による直接対面での診療の経過から早晚死亡することが予測されていること
- 終末期の際の対応について事前の取決めがあるなど、医師と看護師の十分な連携が取れており、患者や家族の同意があること
- 医師間や医療機関・介護施設間の連携に努めたとしても、医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況にあること
- 法医学等に関する一定の教育を受けた看護師が、死の三兆候の確認を含め医師とあらかじめ取り決めた事項など、医師の判断に必要な情報を速やかに報告できること
- 看護師からの報告を受けた医師が、テレビ電話装置等のICTを活用した通信手段を組み合わせることで患者の状況を把握することなどにより、死亡の事実の確認や異状がないと判断できること

患者や家族が希望する、住み慣れた場所での穏やかな看取りの実現

「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン」策定（医政発0912第1号 平成29年9月12日医政局長通知）
H28年度厚生労働科学研究「ICTを利用した死亡診断に関するガイドライン策定に向けた研究」に基づきガイドラインを策定。

ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業

平成28年度から同旨事業を継続して実施中（下記概要等は令和3年度事業に関するもの）

【事業概要】「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン」等に基づき、医師による死亡診断等に必要な情報を報告する看護師を対象にした法医学等に関する研修 及び ICTを利用した死亡診断を行う可能性のある医師を対象とした研修を実施する。

【看護師に対する研修内容】

- ① 法医学に関する講義（死因究明・死因統計制度、死因論、内因性急死、外因子等）
- ② 法医学に関する実地研修
- ③ 看護に関する講義・演習（機器を用いたシミュレーション、患者・家族とのコミュニケーション等）

計177名の看護師が研修を修了
（令和3年10月末時点）

医師によるICTを利用した死亡診断等をサポートする看護師を対象とした研修

講義・演習

- ◆法医学に関する一般的事項
死因究明・死因統計制度、死因論、内因性急死、外因死
 - ◆ICTを利用した死亡診断等の概要、関係法令
 - ◆ICTを利用した死亡診断等の制度を活用する患者・家族への接し方（意思決定支援含む。）
 - ◆実際に使用する機器を用いたシミュレーション
- ◇2日間程度

実地研修

- ◆2体以上の死体検案※
又は解剖への立ち会い
（※コロナ対応による要件変更あり）
- ◇1～2日間程度

研修は単位制とし、分割して履修が可能。
厚生労働省医政局長より全てのプログラムを履修した場合に修了証が交付される。

○対象者

看護師としての実務経験5年以上を有し、その間に患者の死亡に立ち会った経験3例以上があり、かつ、看護師としての実務経験のうち、訪問看護または介護保険施設等において3年以上の実務経験を有し、その間に患者5名に対しターミナルケアを行った（※）看護師。

※ここでいう「ターミナルケアを行った」とは、訪問看護においては、患者の死亡日及び死亡前14日以内に、2回以上の訪問看護を実施し、ターミナルケアに係る支援体制について患者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合をいう。また、介護保険施設等においては、当該施設の看取りに関する指針等に基づき、看護師が対象となる入居者に対するターミナルケアに関する計画の立案に関与し、当該計画に基づいてターミナルケアを行った場合をいう。

ICTを利用した死亡診断等の流れ

○ ICTを用いた死亡診断等にあたって、研修を受けた看護師が、遺族への対応、遺体の観察・写真撮影、死亡診断書作成の補助等を行う。

STEP1 患者死亡前に準備すべきこと	STEP2 遺族とのコミュニケーション	STEP3 所見記録と死亡診断等を行う医師への報告	STEP4 医師の指示を受けての死亡診断書作成の補助	STEP5 遺族への説明と死亡診断書の交付
<ul style="list-style-type: none"> 本人及び家族の理解を得た上で、死亡前に同意書様式により同意を得る。 ICTを利用して報告する看護師は、法医学等に関する一定の教育を受けるとともに、ICTを利用した死亡診断等を行うのに必要な機器・物品を、遠隔から死亡診断等を行う予定の医師と相談し準備する。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の生前の死生観・宗教観のほか、ご遺体への礼意、家族の心情等へ配慮する。 医師は、ICTを利用した死亡診断等を行う場合であっても、直接対面での死亡診断等を行う場合と同様に医師-遺族間のコミュニケーションを図る。 看護師は、ご遺体の観察や撮影に際しては、必要に応じて家族に別室で待機してもらう等、家族の心情等に十分な配慮をする。 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師は、リアルタイムの双方向コミュニケーションが可能な端末を用いて、遠隔からの医師のリアルタイムの指示の下、遺体の観察や写真撮影を行い、記録様式の全項目を記載する。医師が死亡診断を行うにあたり必要な情報（記録様式及び写真）を、電子メール等で医師に報告する。電子メール等は適切なセキュリティ環境下で送受信する。 医師は、看護師からの報告を踏まえ、遠隔において死亡診断を行う。その際、医師が死亡の事実の確認や異状がないと判断できない場合には、ICTを利用した死亡診断等を中止する。 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師は、医師から死亡診断書に記載すべき内容についての説明を受け、死亡診断書を代理記入する方法により、医師による死亡診断書作成を補助することができる。 看護師が代理記入した死亡診断書については、看護師が医師に電子メール等で送付することにより、その記載内容に誤りがないことを医師が確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> リアルタイムの双方向コミュニケーションが可能な端末を用い、医師から患者の死亡についてご遺族に説明後、看護師からご遺族に死亡診断書を渡す。 死亡診断書については、正本をご家族に交付するとともに、写し3部以上を作成し、ご遺族の控え、診断した医師の控え（診療録に添付）、看護師の控えとする。
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div data-bbox="28 978 434 1149"> </div> <div data-bbox="1410 1006 1613 1049"> <p><実際の事例></p> </div> <div data-bbox="1613 978 1903 1092"> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 離島在住の90代のがん患者 ◆ 主治医の医療機関からは車3時間+船1時間（直線距離約200km） ◆ 主治医が医療機関を離れているときに心肺停止状態となったため、研修を受けた看護師によりICTを用いて主治医の死亡診断をサポート。 <p>⇒死亡診断のために遠くまでご遺体を搬送する必要がなくなり、ご遺族と共に看取りを行うことができた。</p> </div> <div data-bbox="28 1149 763 1358"> </div>				

【出典】「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン」（医政発0912第1号 平成29年9月12日医政局長通知）をもとに医政局にて作成

左下のイラストは、平成28～30年度科学研究費補助金（挑戦的萌芽）「エンドオブライフ・ケアにおける在宅・特養での死亡確認をめぐる問題の所在と検討」（東北大学大学院 尾崎章子）によるパンフレットに掲載のものを使用

ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等

ICTを利用した死亡診断

➤ 在宅患者訪問診療料の加算において、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等の要件を追加。

現行

【在宅患者訪問診療料】

患者において死亡診断を行った場合には、200点を所定点数に加算する。

[算定要件]

在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。



「情報通信機器 (ICT) を用いた死亡診断等ガイドライン」に基づき、ICTを利用した看護師と連携



改定後

【在宅患者訪問診療料】

死亡診断を行った場合には、**死亡診断加算**として、200点を所定点数に加算する。

[算定要件]

在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。

以下の要件を満たしている場合であって、「**情報通信機器 (ICT) を用いた死亡診断等ガイドライン (平成29年9月厚生労働省)**」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能である。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨記載すること。

ア 当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。

イ 正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況であること。

ウ 特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。

参考) 算定回数

	算定回数
在宅患者訪問診療料 死亡診断加算※	187

【出典】算定回数：令和2年社会医療診療行為別統計（令和2年6月審査分）

※往診又は訪問診療を行った場合とICTを活用した場合の両方を含む

②4 ICT を活用した遠隔死亡診断の補助 に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

医師が ICT を活用して死亡診断等を行う場合において、研修を受けた看護師が当該医師の補助を行うことについて、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

医師が行う死亡診断等について、ICT を活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が補助した場合の評価として、訪問看護ターミナルケア療養費に遠隔死亡診断補助加算を新設する。

改定案	現行
<p>【遠隔死亡診断補助加算（訪問看護ターミナルケア療養費）】 [算定要件] 注4 <u>別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションの情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科点数表の区分番号C001の注8に規定する死亡診断加算を算定する利用者（特掲診療料の施設基準</u></p>	<p>【遠隔死亡診断補助加算（訪問看護ターミナルケア療養費）】 [算定要件] (新設)</p>

⑥退院直後の ターミナルケア

訪問看護ターミナルケア療養費

退院直後のターミナルケアについて

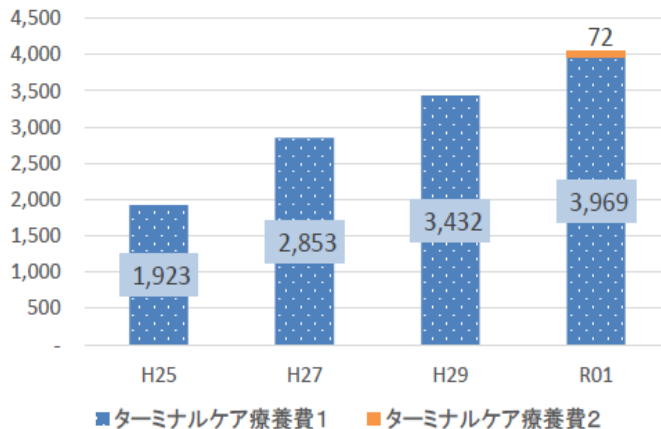
○ 退院当日の訪問は訪問看護基本療養費を算定できず、例えば退院日とその翌日に訪問した場合は、訪問看護ターミナルケア療養費の算定対象とならない。

訪問看護ターミナルケア療養費

訪問看護ターミナルケア療養費は、在宅で死亡した利用者について、**死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定し**、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制（訪問看護ステーションの連絡担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等）について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

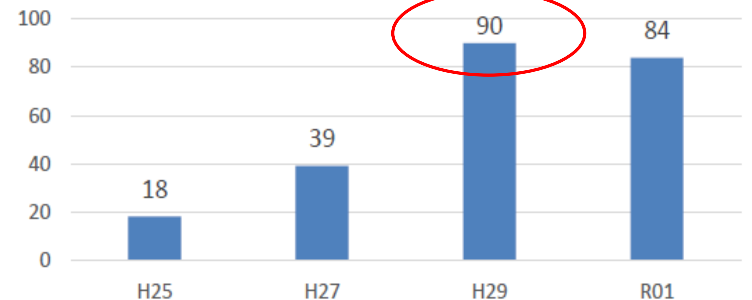


■ 訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数(推計)









【出典】訪問看護療養費実態調査(各年6月審査分)をもとに保険局医療課にて作成(隔年)

■ 退院支援指導加算(※1)は算定したが、訪問看護ターミナルケア療養費を算定しなかった利用者(※2)(推計)



※1 退院支援指導加算: 退院日に療養上必要な指導を行った場合、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた日に加算する。
 ※2 当該月に死亡した利用者であって、退院支援指導加算を算定しているが訪問看護ターミナルケア療養費を算定していない明細書。退院日以降に指定訪問看護を実施していない場合を含む。

退院当日	退院後1日	退院後2日	ターミナルケア療養費の算定
			算定可
			算定不可

⑯ 退院日のターミナルケアの見直し

第1 基本的な考え方

在宅での看取りに係る評価を拡充する観点から、訪問看護ターミナルケア療養費について要件を見直す。

第2 具体的な内容

訪問看護ターミナルケア療養費の算定要件において、死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上実施することとされている訪問看護について、退院日の退院支援指導を含めて判断できることとする。

改 定 案	現 行
<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 [算定要件]</p> <p>注1 1については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している利用者を除く。）に対して、その主治医の指示により、その死亡</p>	<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 [算定要件]</p> <p>注1 1については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している利用者を除く。）に対して、その主治医の指示により、その死亡</p>

日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護（区分番号02の注7に規定する退院支援指導加算の算定に係る療養上必要な指導を含む。）を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

注2 2については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む、看取り介護加算等を算定している利用者に限る。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護（区分番号02の注7に規定する退院支援指導加算の算定に係る療養上必要な指導を含む。）を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

注2 2については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む、看取り介護加算等を算定している利用者に限る。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

まとめと提言

- ・ 2025年在宅医療は130万人時代
- ・ 在宅医療と訪問看護の必要性がますます高まる
- ・ 2025年までに診療報酬改定は今回2022年と2024年の診療報酬・介護報酬同時改定の2回のみ
- ・ 2025年を目指して在宅医療の整備を急ごう

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

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。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