

# 2022年診療報酬改定の動向 その1

社会福祉法人日本医療伝道会  
衣笠病院グループ相談役  
よこすか地域包括ケア推進センター長  
武藤正樹

横浜

鎌倉

逗子・葉山海岸



油壺マリンパーク



衣笠病院



戦艦三笠

三浦半島



ベリー公園

# 目次

- パート 1
  - 2022年診療報酬の基本方針
- パート 2
  - コロナ・感染症対策
- パート 3
  - 入院
- パート 4
  - 外来
- パート 5
  - 働き方改革



# パート 1

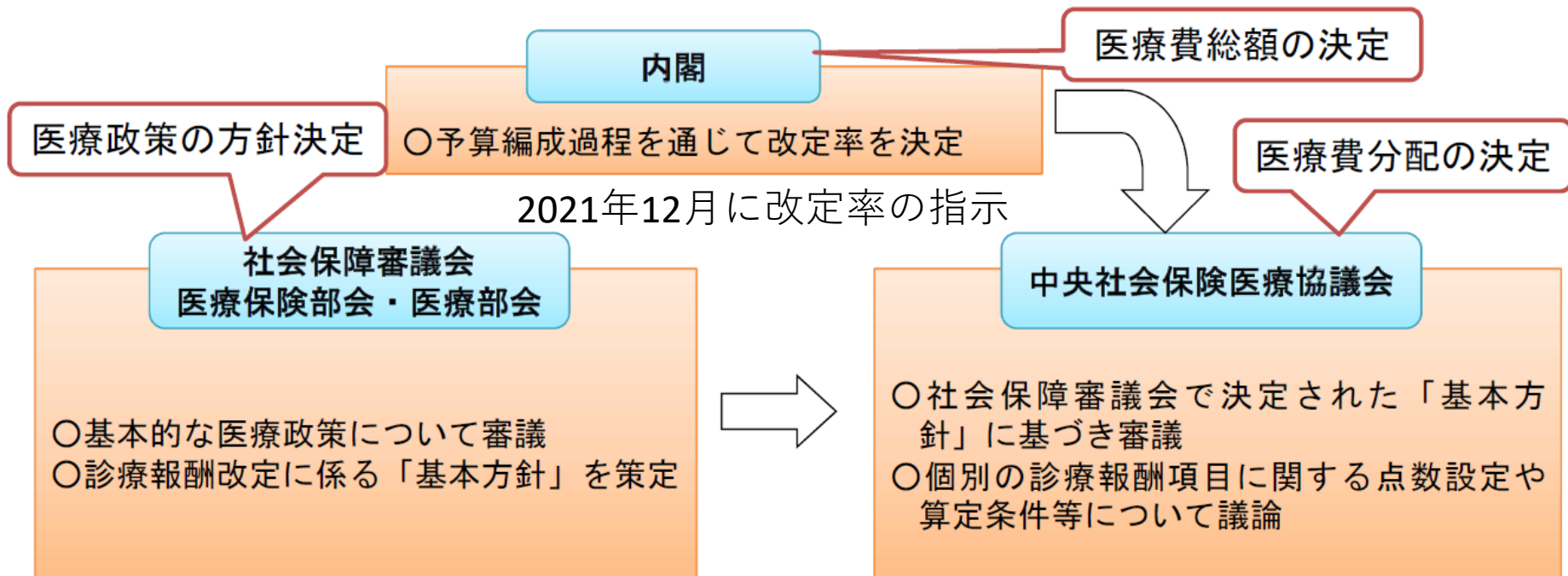
## 2022年診療報酬改定の基本方針

社会保障審議会医療部会（2021年8月5日）

# 診療報酬改定の流れ

診療報酬改定は、

- ① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、
- ② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
- ③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施されるものである。



社保審医療保険部会で2021年12月ごろ  
基本指針のとりまとめ

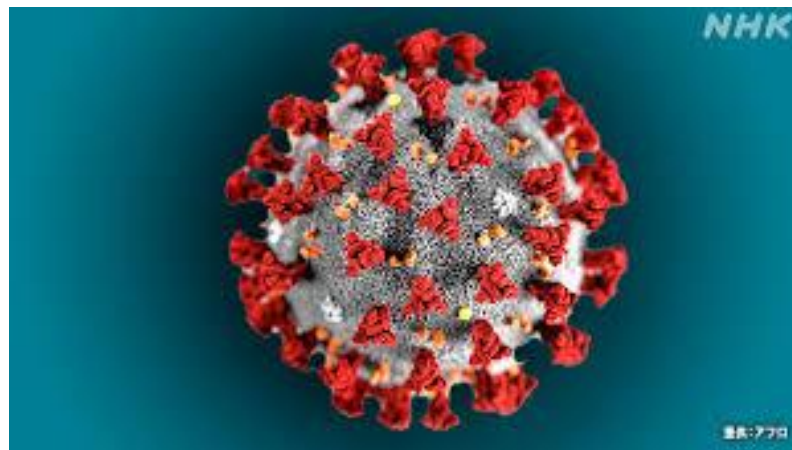
中医協で2022年2月ごろ答申

# 2022年診療報酬改定の基本方針 に対する中医協意見・・・

- 新興感染症の拡大など有事の際は診療報酬ではなく補助金などで医療機関を支援すべきだ
- 平時と有事を区別した診療報酬体系にする必要がある
- 2020年診療報酬改定の基本指針を踏襲すべき

# パート2

## コロナ・感染症対策



# 新型コロナウイルス感染症患者の受入れに係る特例的な対応

- 重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者の増加に対応可能な医療体制の構築に向けて、患者の診療に係る実態等を踏まえ、特例的に以下の対応をすることとする（令和2年5月26日付け事務連絡発出）。

## 1. 重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者に対する診療の評価の見直し（\*1）

- 重症の新型コロナウイルス感染症患者について、特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院している場合の評価を3倍に引き上げる。

※ 例：特定集中治療室管理料3（平時）9,697点 → 臨時特例（2倍）19,394点 → 更なる見直し（3倍）29,091点

- 中等症の新型コロナウイルス感染症患者について、救急医療管理加算の3倍相当（2,850点）の加算を算定できることとする。

\*1 専用病床の確保などを行った上で新型コロナウイルス感染症患者の受入れを行う医療機関であること。

ICU管理料  
を3倍に

## 2. 重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者の範囲の見直し

- 重症患者の対象範囲について、医学的な見地からICU等における管理が必要な患者を追加する。
  - 中等症患者の対象範囲について、医学的な見地から急変に係るリスク管理が必要な患者（\*2）を追加する。
- \*2 免疫抑制状態にある患者の酸素療法が終了した後の状態など、急変等のリスクを鑑み、宿泊療養、自宅療養の対象とすべきでない者を想定。

## 3. 長期・継続的な治療を要する新型コロナウイルス感染症患者に対する診療の評価

- 中等症患者のうち、継続的な診療が必要な場合には、救急医療管理加算の3倍相当の加算について、15日目以降も算定できることとする。
- 新型コロナウイルス感染症から回復した患者について、転院を受け入れた医療機関への評価を設ける。

## 4. 疑似症患者の取扱いの明確化

- 新型コロナウイルス感染症の疑似症として入院措置がなされている期間については、今般の新型コロナウイルス感染症患者に対する特例的な取扱いの対象となることを明確化する。



# 新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応(令和3年4月～)

## 各医療機関等における感染症対策に係る評価

- 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、誰もがウイルスを保有している可能性があることを考慮して、全ての患者の診療等に対して感染予防策の徹底及び施設の運用の変更が求められる状況であり、必要な感染症対策に対する評価が必要

### 感染対策実施加算

- 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第4版」等を参考に感染予防策(\*)を講じることについて、以下の点数に相当する加算等を算定できることとする。

- ◆ 初診・再診（医科・歯科）等については、1回当たり5点
- ◆ 入院については、入院料によらず、1日当たり10点
- ◆ 調剤については、1回当たり4点
- ◆ 訪問看護については、1回当たり50円

2020年12月、2021年度政府  
予算案策定に向けた田村憲  
久厚生労働・麻生太郎財務  
の大臣折衝で決定

#### ※ 感染予防策の例

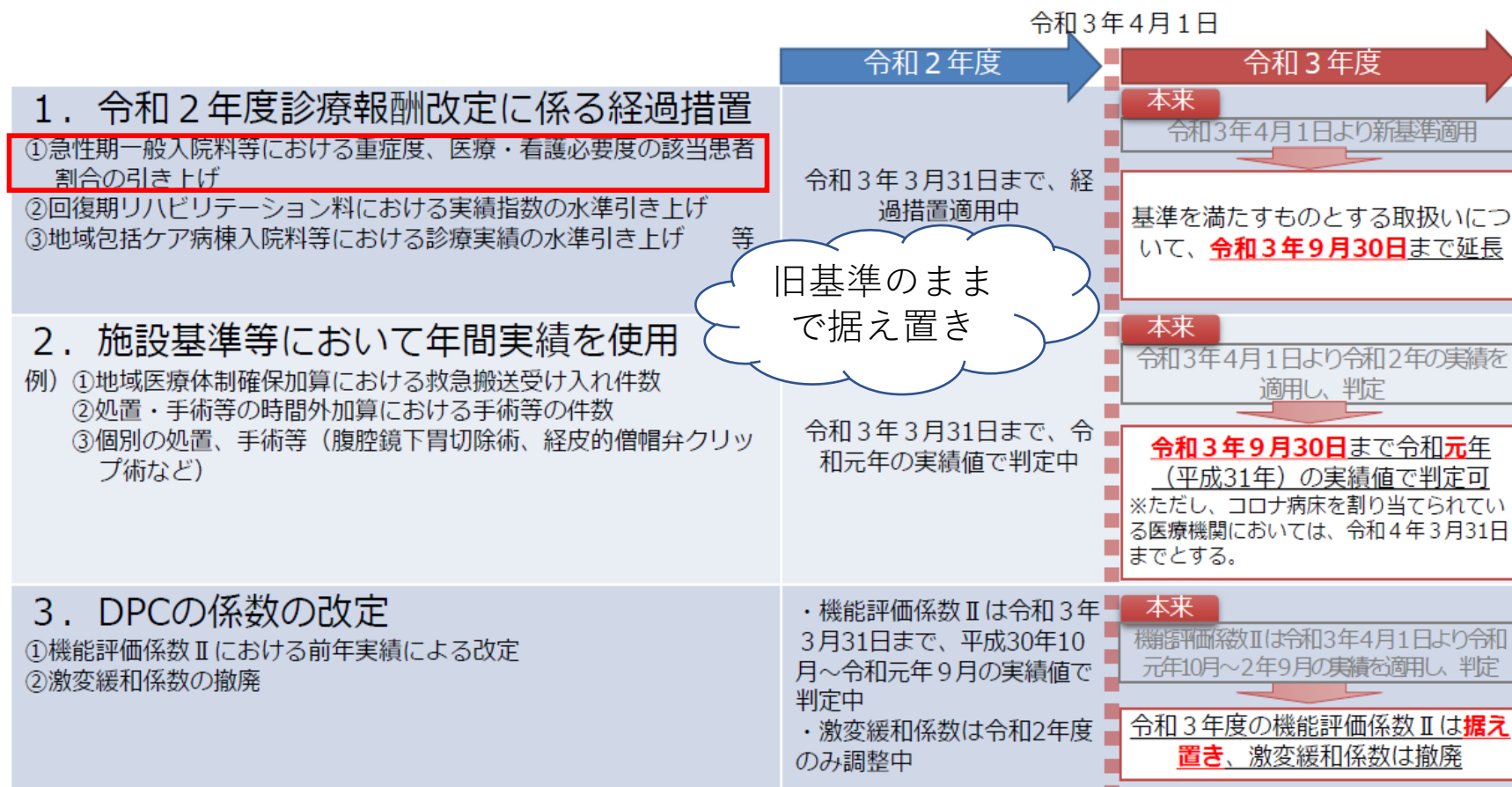
- ・ 全ての患者の診療において、状況に応じて必要な个人防护具を着用した上で、感染防止に十分配慮して患者への対応を実施
  - ・ 新型コロナウイルス感染症の感染予防策に関する職員研修を行う
  - ・ 病室や施設等の運用について、感染防止に資するよう、変更等に係る検討を行う
- 上記のほか、新型コロナウイルス陽性患者への歯科治療を延期が困難で実施した場合については、298点を算定できることとする。

なお、この特例的な対応については、令和3年9月末までの間行うこととする。「同年10月以降については、～延長しないことを基本の想定としつつ、感染状況や地域医療の実態等を踏まえ、年度前半の措置を単純延長することを含め、必要に応じ、柔軟に対応する」こととする。

# 経過措置等の取扱いについて

(参考) 中医協 総-2-3  
3 . 3 . 1 0

- 令和2年度診療報酬改定に係る経過措置等について、令和3年度以降は以下のような対応とすることとする。(令和3年3月26日付事務連絡)



※ その他、現在講じている、診療報酬の臨時的取扱い(看護配置等)の対象となる医療機関等における「新型コロナウイルス感染症患者等」に新型コロナウイルス感染症から回復した患者(特例点数を算定している場合)を含むことを明確化する。

# パート 2 入院

- ①急性期一般入院料
- ②急性期医療の指標
- ③地域包括ケア病棟
- ④回復期リハビリテーション病棟
- ⑤療養病棟

①急性期一般入院料

2020年改定

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の概要

看護必要度にはⅠとⅡがある

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

▶ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価表

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・脊椎麻酔の手術(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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・A得点が2点以上かつB得点が3点以上</li> <li>・A得点が3点以上</li> <li>・C得点が1点以上</li> </ul>

B	患者の状況等	患者の状態			×	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			

認知症項目削除

## 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

### B項目の評価方法の見直し

- 重症度、医療・看護必要度のB項目について、「**患者の状態**」と「**介助の実施**」に分けた評価とし、「評価の手引き」により求めている「**根拠となる記録**」を不要とする。

B	患者の状態等	患者の状態			×	介助の実施		=	評価
		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					点
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
11	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり		点
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
15	危険行動	ない		ある					点
									B得点 点

### A・C項目の評価方法の見直し

- A項目(専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る)及びC項目について、必要度Ⅰにおいても、**レセプト電算処理システム用コードを用いた評価**とする。

### 院外研修の見直し

- 重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件について、「所定の**院外研修**を修了したものが行う研修であることが望ましい」との記載を**削除**する。

### 必要度Ⅱの要件化

- 許可病床数**400床以上**の医療機関において、一般病棟入院基本料(**急性期一般入院料1~6**に限る)又は**特定機能病院入院基本料**(一般病棟7対1に限る)について**重症度、医療・看護必要度Ⅱ**を用いることを要件とする。

[経過措置]

令和2年3月31日時点において現に一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1~6に限る)又は特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1に限る)を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

※ B項目及び院外研修の見直しについて、特定集中治療室用・ハイケアユニット用の必要度についても同様。

# 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

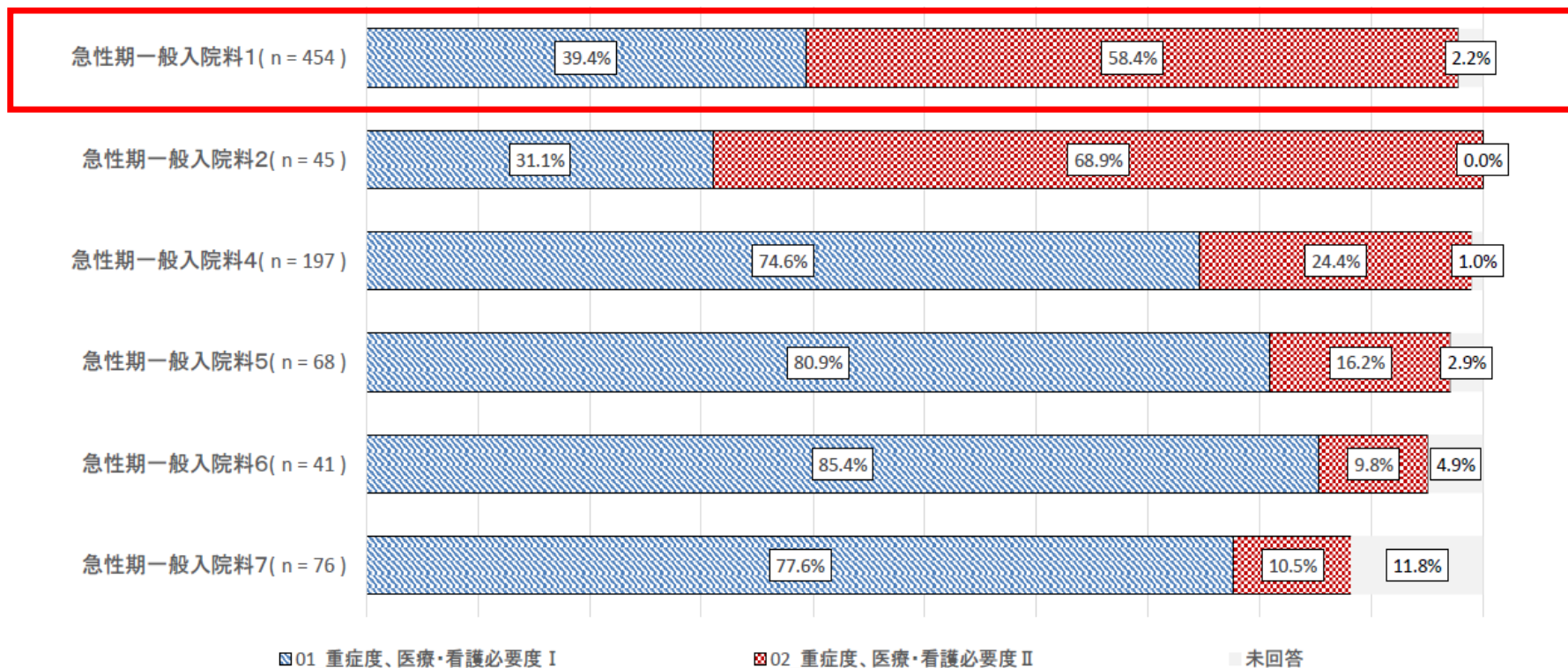
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1では6割程度、急性期一般入院料4～7では1～2割であった。

2018年看護  
必要度Ⅱは  
19.3%

診調組 入 - 1  
3 . 6 . 1 6

2020年

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種



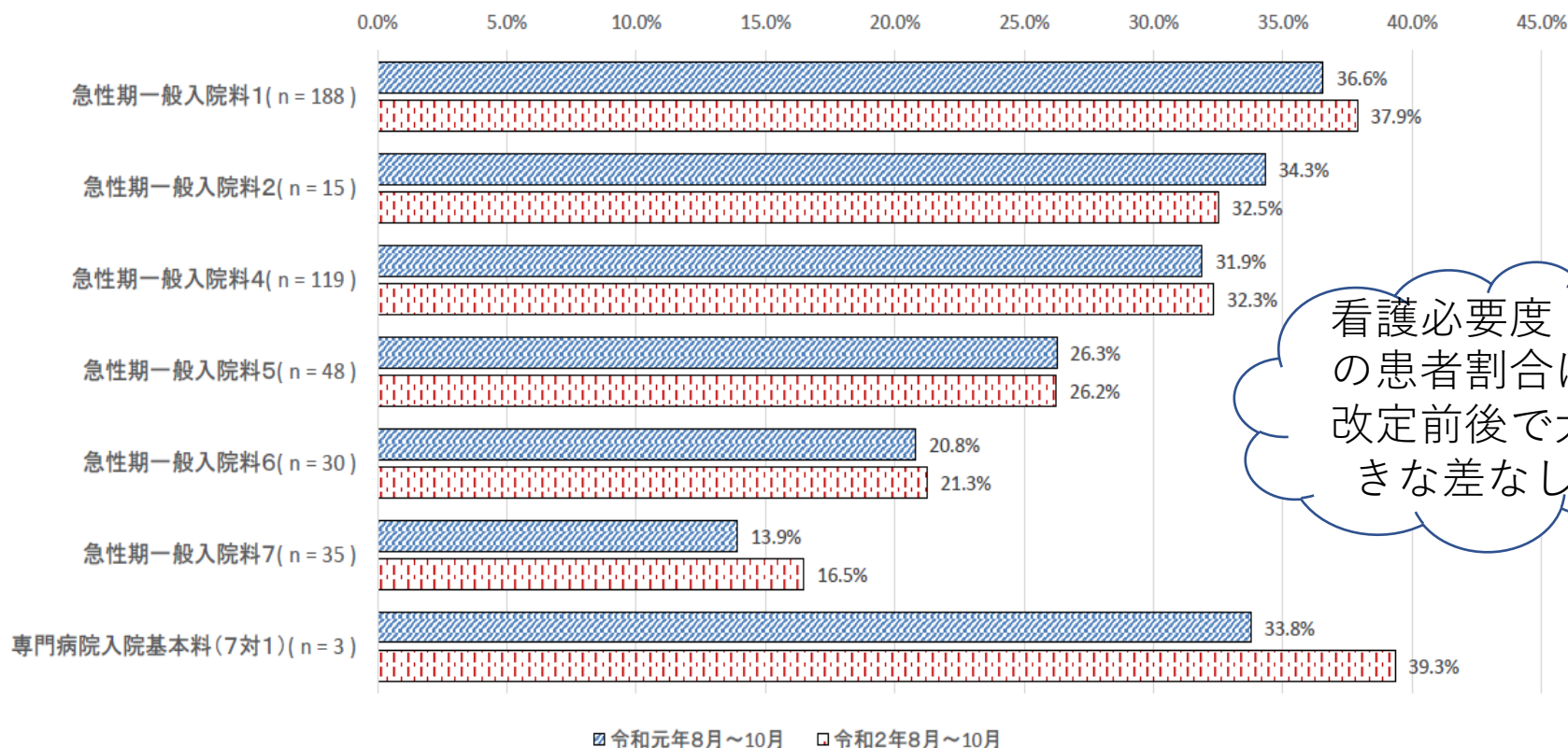
※ n = 2 以下の入院料を除く

# 一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度 I の該当患者割合の比較 (R1/R2)

診調組 入 - 1  
3 . 6 . 1 6 改

○重症度、医療・看護必要度 I の該当患者割合は、令和元年と令和2年では大きな差はなかった。  
2019年 2020年

期間別・入院料別 重症度、医療・看護必要度 I の判定基準を満たす患者割合  
(R1・R2のいずれも回答した施設の比較)



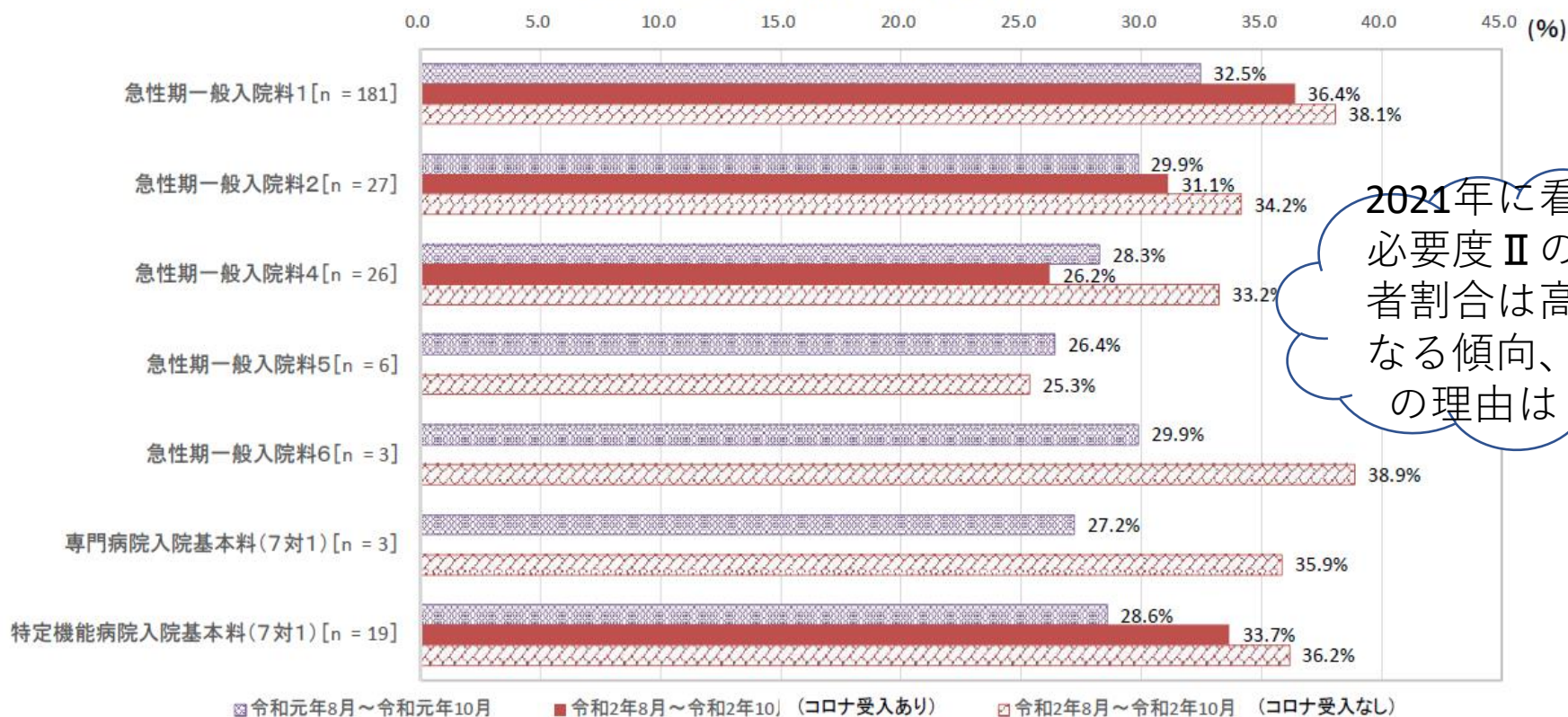
看護必要度 I の患者割合は改定前後で大きな差なし



2021年

○重症度、医療・看護必要度Ⅱの患者割合は、全体的に令和2年に割合が高くなる傾向があるが、中でもコロナ受入ありの施設の方がコロナ受入なしの施設よりも、患者割合が低くなっていた。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者の割合  
(R1・R2のいずれも回答した施設の比較)



2021年に看護必要度Ⅱの患者割合は高くなる傾向、その理由は？

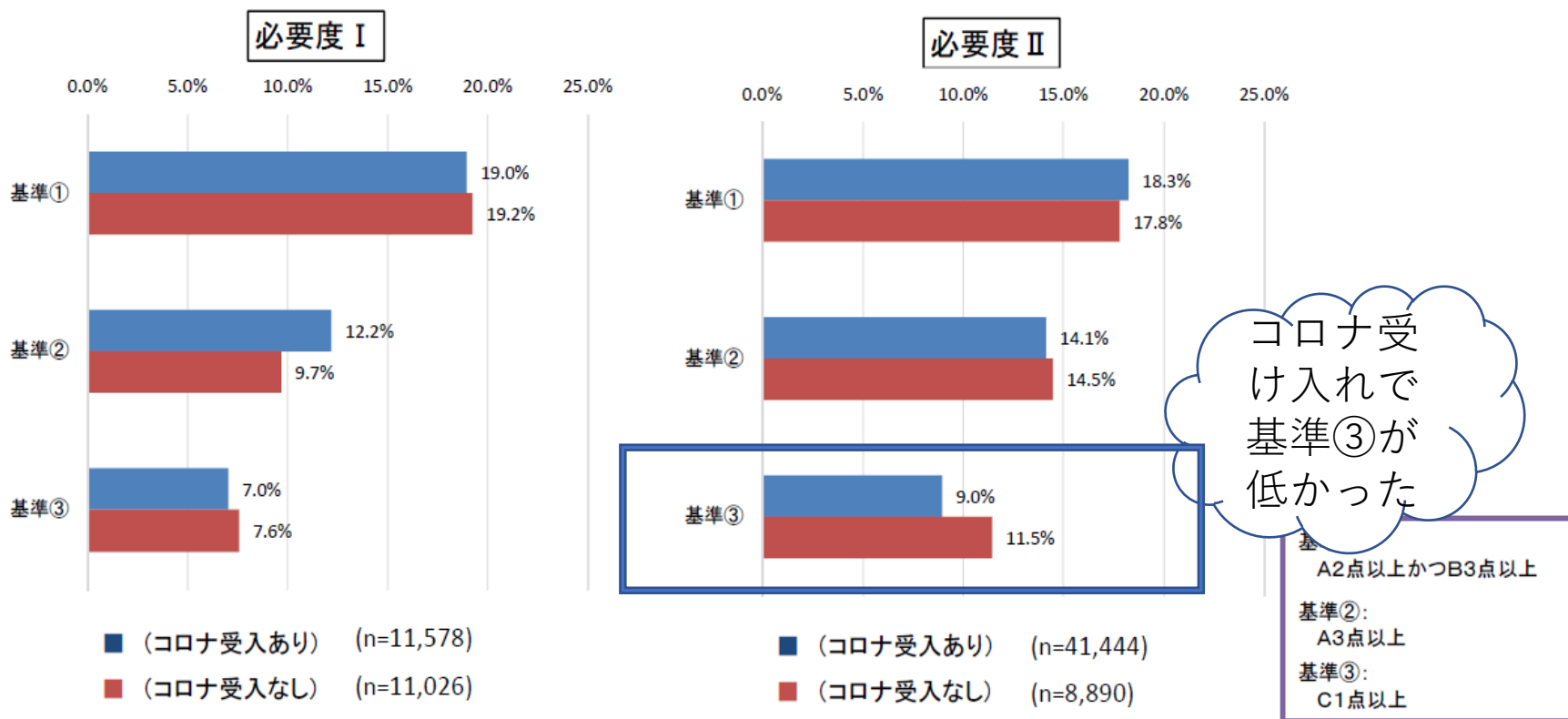
※届出区分無回答のものは除く ※n=2以下の入院料は除く

※令和2年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したもののみ集計

# 重症度、医療・看護必要度の各基準を満たす患者の割合

コロナ

- 重症度、医療・看護必要度の各基準を満たす患者の割合をみると、基準③については、必要度Ⅰ・Ⅱともに「コロナ受入あり」の方が基準を満たす患者の割合が低かった。



## ②急性期医療の指標

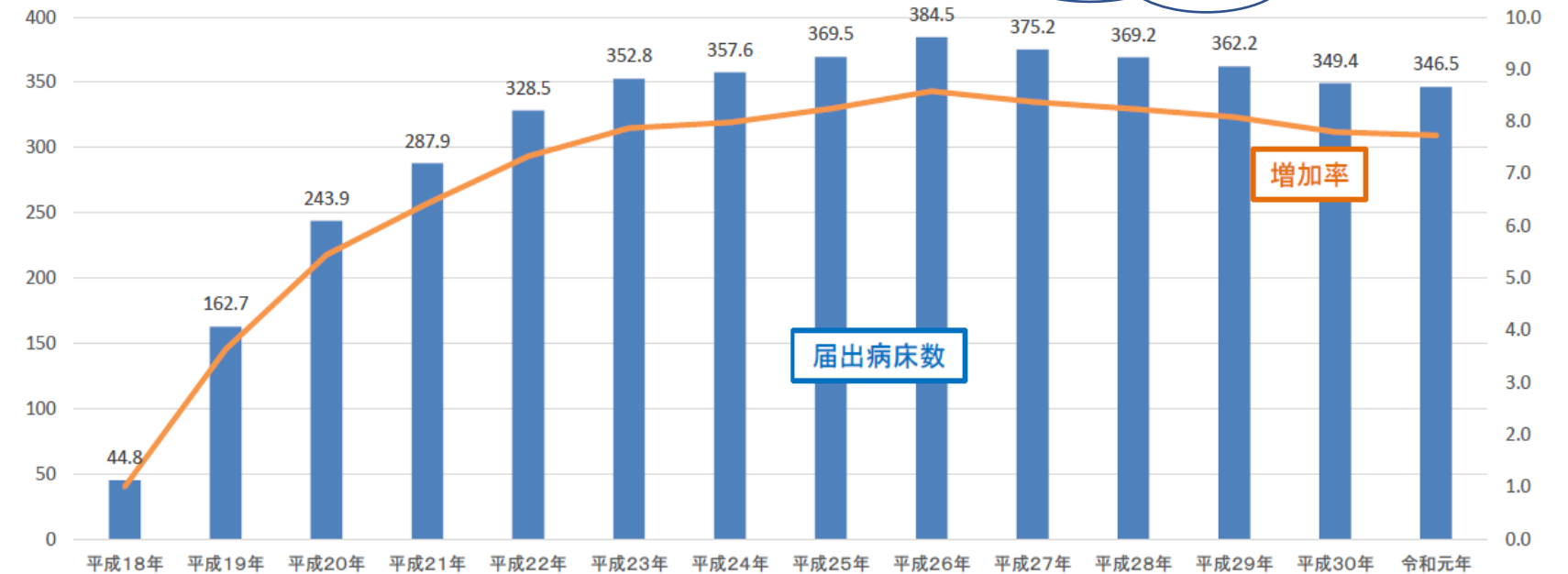


# 看護配置 7 対 1 の入院基本料の届出状況

○ 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。

ピーク時の 2014 年度から 2019 年までに 3 万 8000 床の減少

病床数(千床)



届出病床数

増加率

2014年

2019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

# 急性期医療を担う医療機関の役割(イメージ)

中医協 総-3  
25.11.13

高度急性期・  
急性期

高度急性期・急性期  
(ICU, NICU, HCU等)

急性期医療の役割

① 重症救急患者に対する医療の提供

救急搬送  
(24時間)



② 手術や放射線治療、化学療法、分娩、精神医療等の総合的かつ専門的な医療の提供



③ 急性期後の患者を自宅や後方病床等に退院支援する機能

亜急性期・回復期等



長期療養  
介護等

介護施設等



自宅・在宅医療



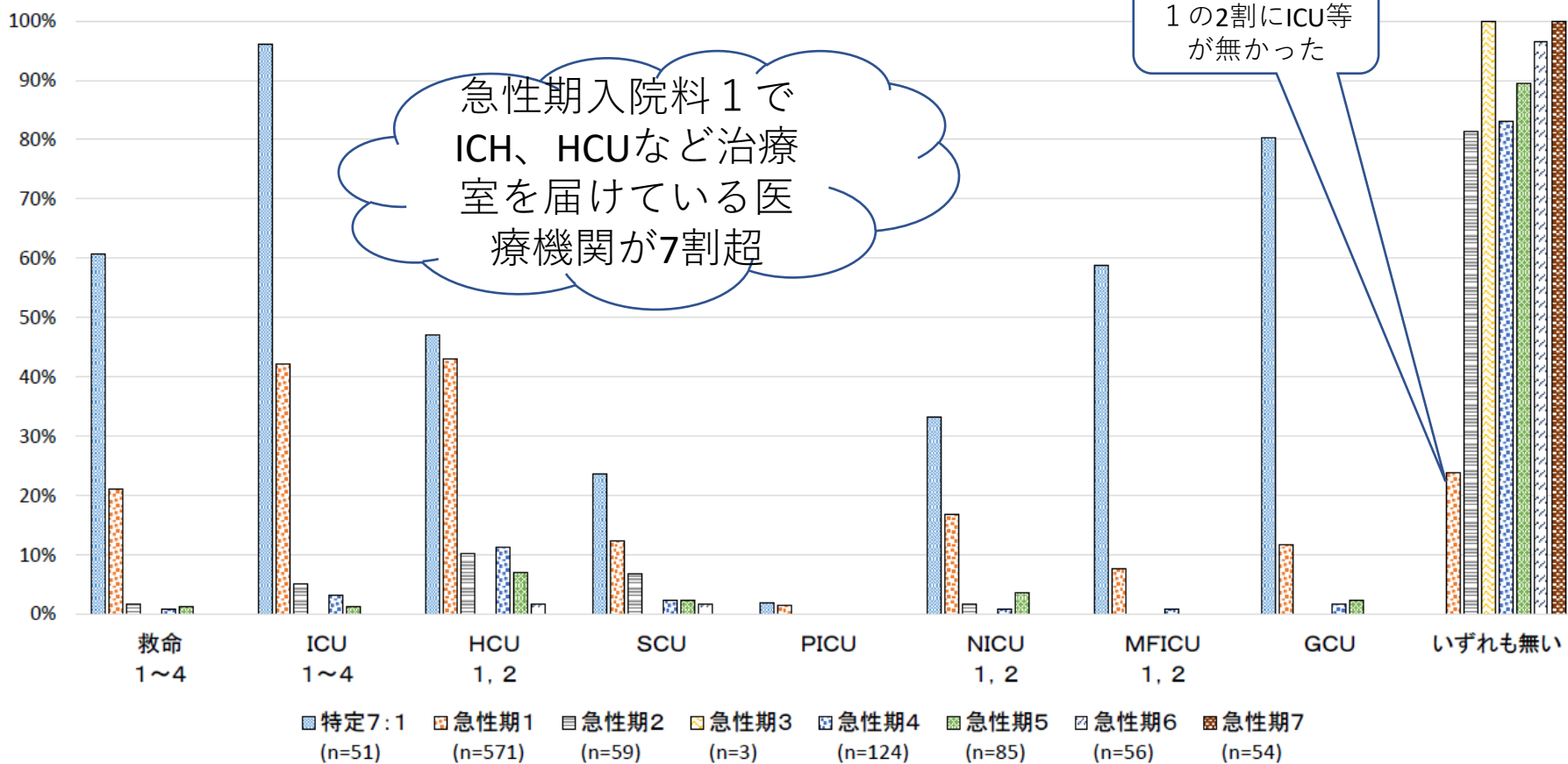
急性期医療の役割として、24時間の救急受入体制、総合的かつ専門的な医療の提供、急性期後の患者の後方病床等への退院支援などが重要であると考えられる。

# 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

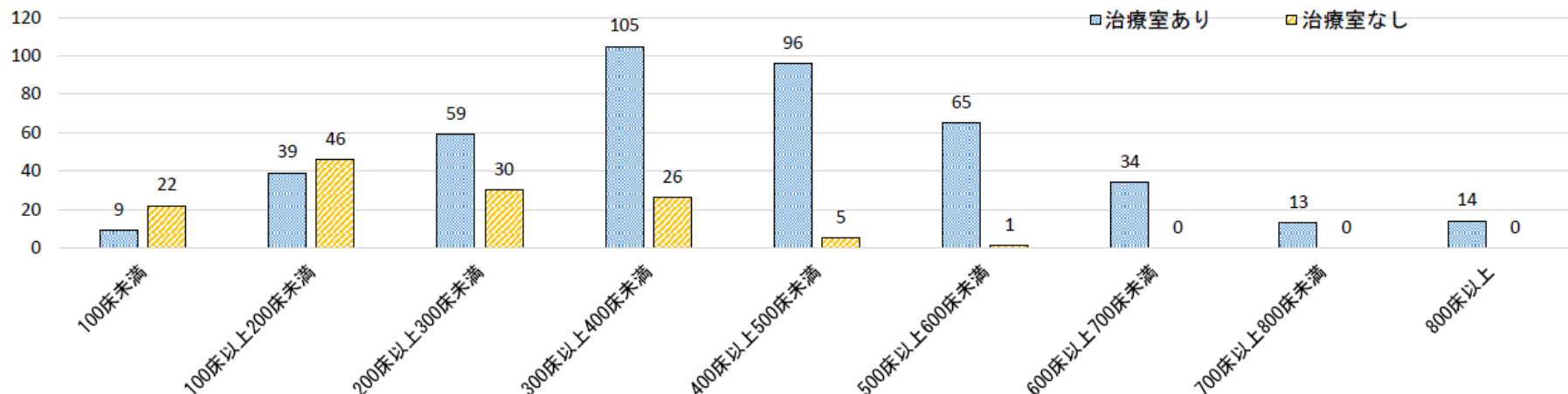
(治療室を届け出ている医療機関の割合)



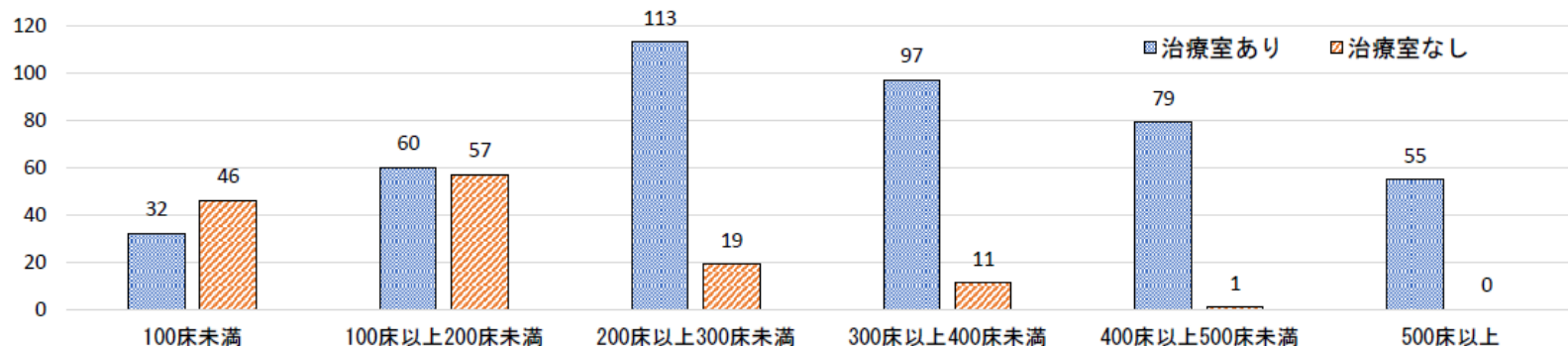
# 治療室の届出の有無別の医療機関の病床規模

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関において、治療室の有無別に急性期一般入院料1の届出病床数及び許可病床数の規模の分布を集計したところ、治療室を届け出ている医療機関では、病床規模が大きい傾向にあった。

治療室の有無別の許可病床数の規模の分布

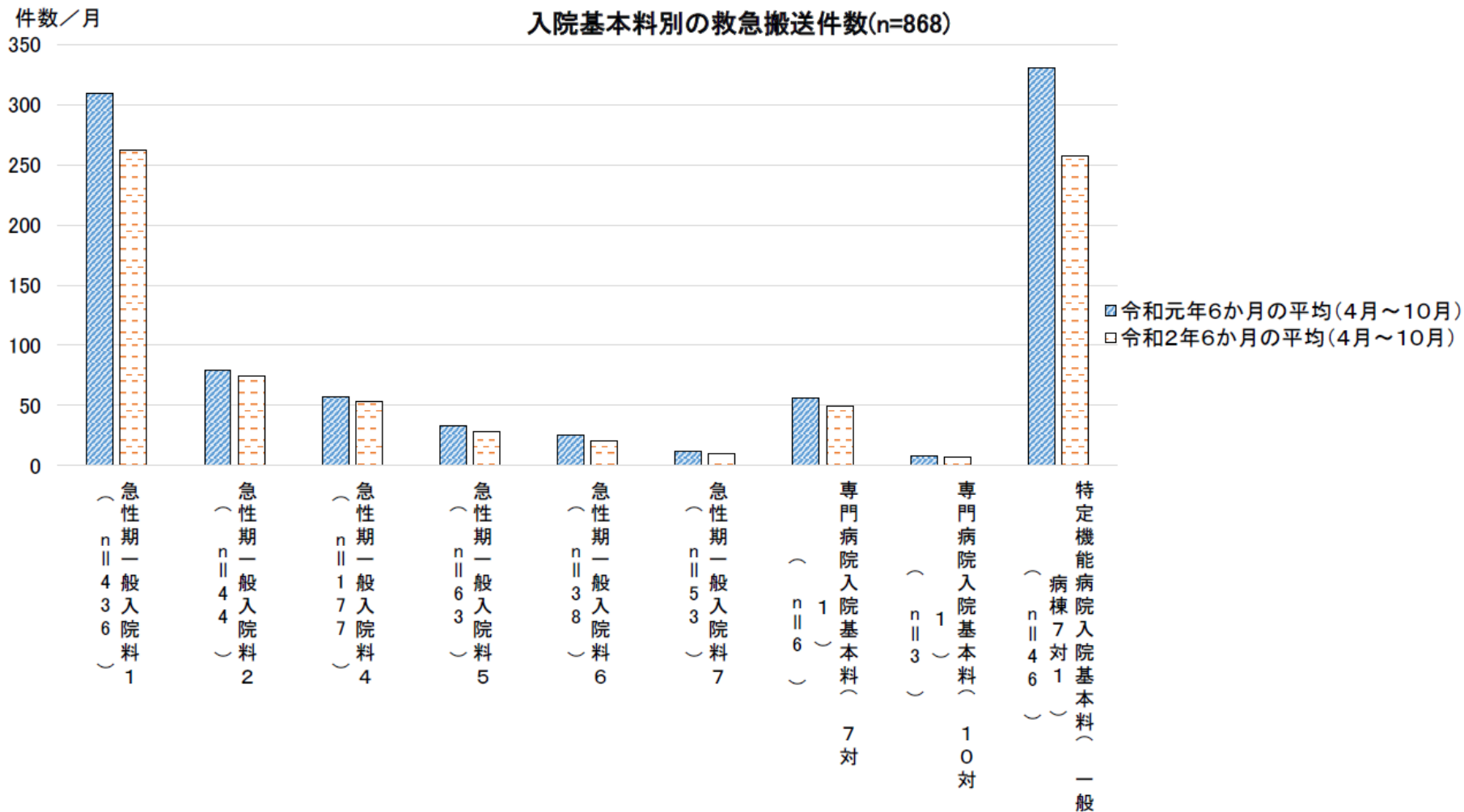


治療室の有無別の急性期一般入院料1の届出病床数の規模の分布



# 入院基本料別の救急搬送件数

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関では特定機能病院と同程度の救急搬送者の受入件数があり、急性期一般入院料2～7より多かった。

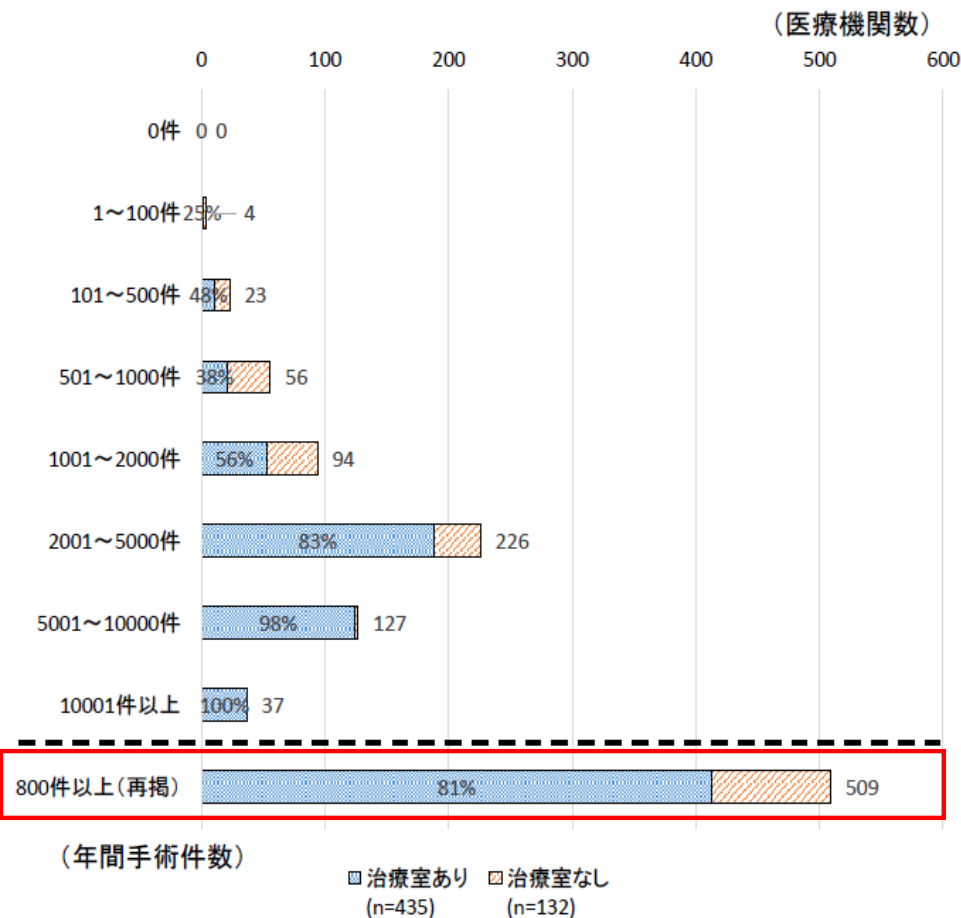




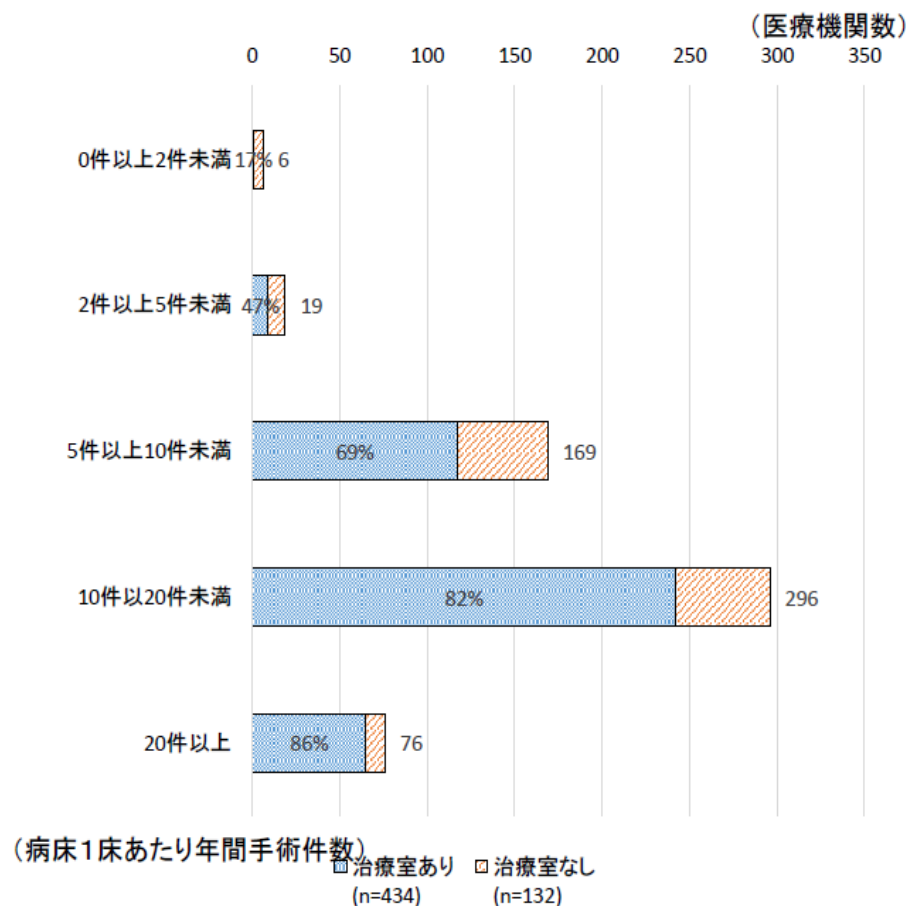
# 急性期一般入院料1の手術等の状況①

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における手術の年間実施件数の分布を見たところ、約9割の医療機関では800件以上実施されていた。また、実施件数が多い医療機関では、治療室を届け出ている医療機関の割合は高くなる傾向にあった。

急性期一般1を届け出ている医療機関における  
1施設あたりの手術の年間実施件数の分布 (n=567)



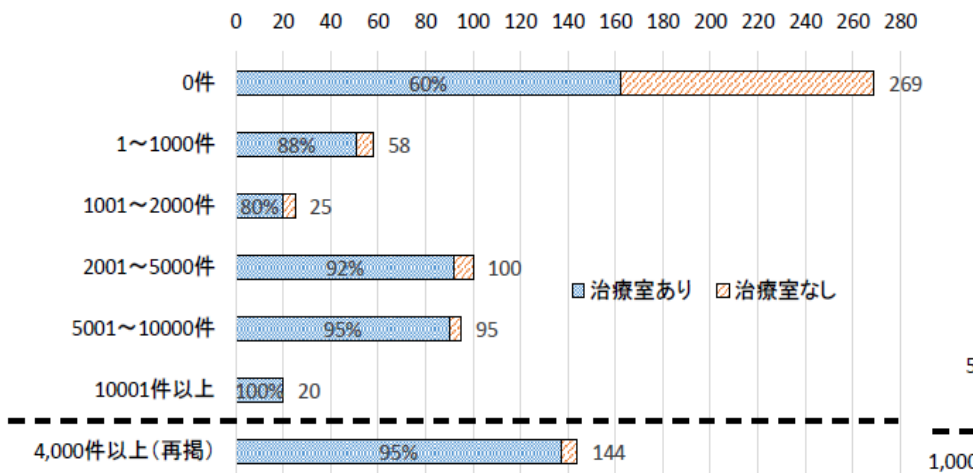
急性期一般1を届け出ている医療機関における  
病床1床あたりの年間手術件数の分布 (n=566)



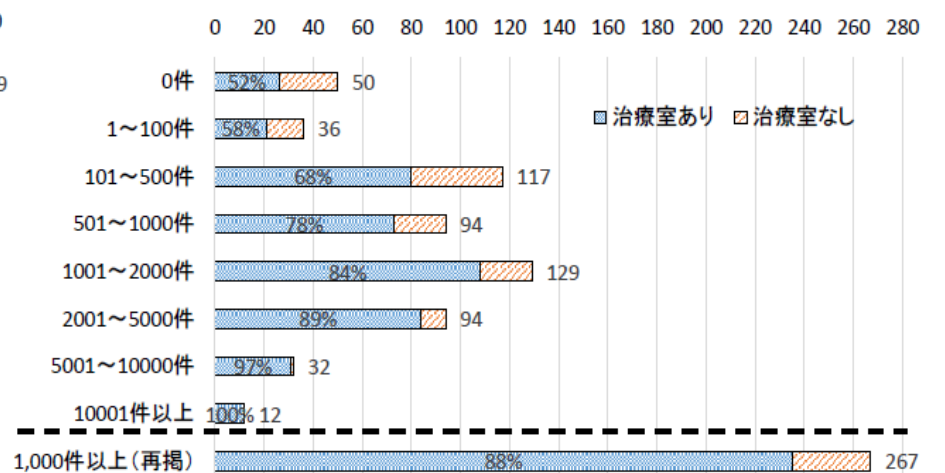
# 手術・放射線療法・化学療法の年間実施件数

○ 放射線療法、化学療法、分娩について、急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における年間実施件数の分布を見ると、実施件数が多い医療機関では、治療室を届け出ている割合が高くなる傾向にあった。

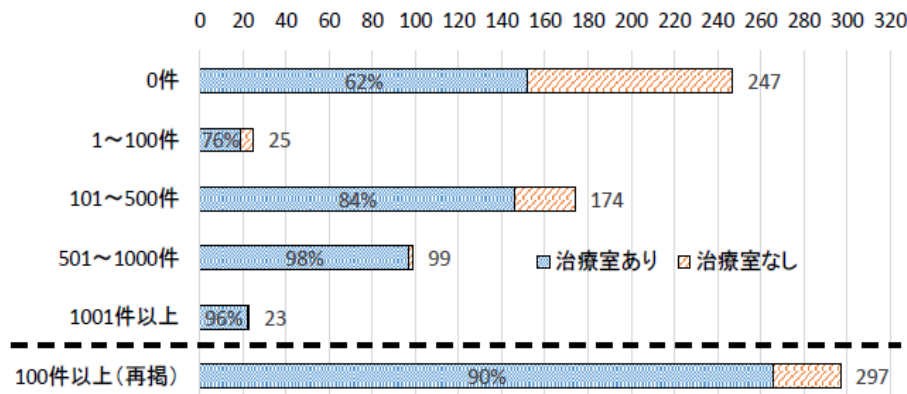
急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における  
1施設あたりの放射線療法の年間実施件数の分布 (医療機関数)



急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における  
1施設あたりの化学療法の年間実施件数の分布 (医療機関数)



急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における  
1施設あたりの分娩の年間実施件数の分布 (医療機関数)

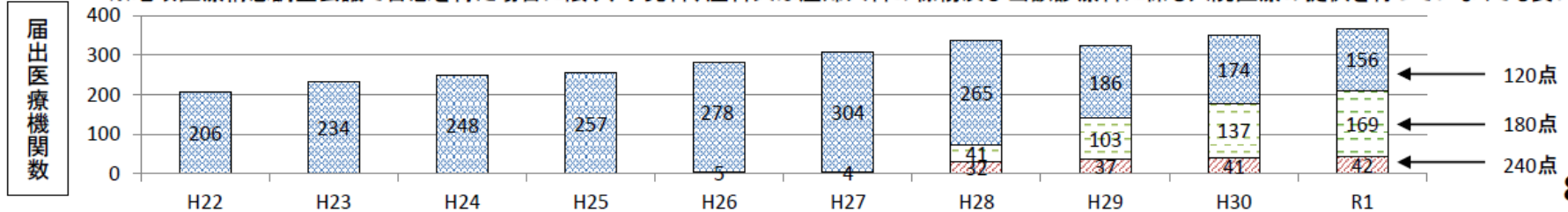


# 総合入院体制加算の概要

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>全身麻酔による手術件数が年800件以上</li> </ul>		
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		
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)	3割以上	3割以上	2割7分以上

※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なくても良い。



367

# 急性期病院の指標について

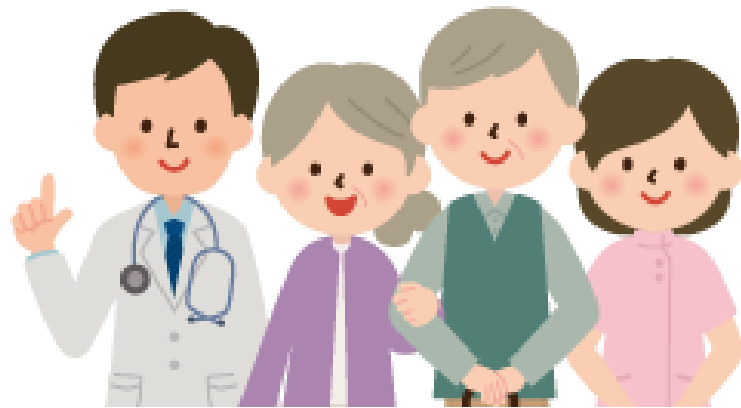
入院医療等の調査・評価分科会

DPCワーキンググループ  
(仮称)

診療情報・指標等ワーキン  
ググループ (仮称)

- 入院医療等の調査・評価分科会の下部組織の診療情報・指標等ワーキンググループで検討予定

# ③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。

急性期・高度急性期



急性期

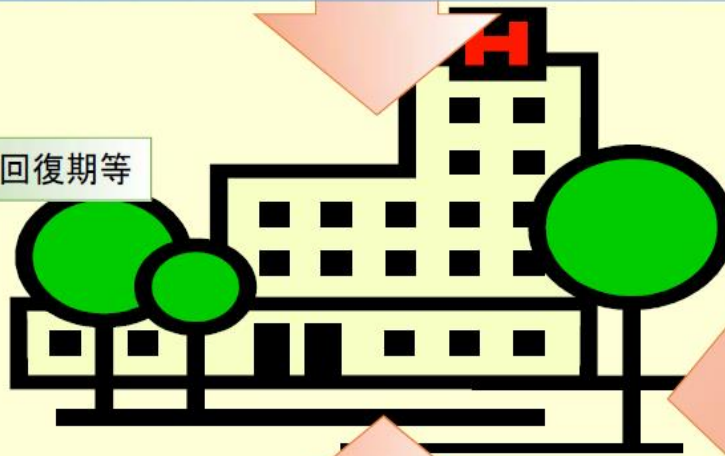
亜急性期病床の役割

①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

入院患者データの提出

亜急性期・回復期等



②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定  
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養  
介護等

介護施設等



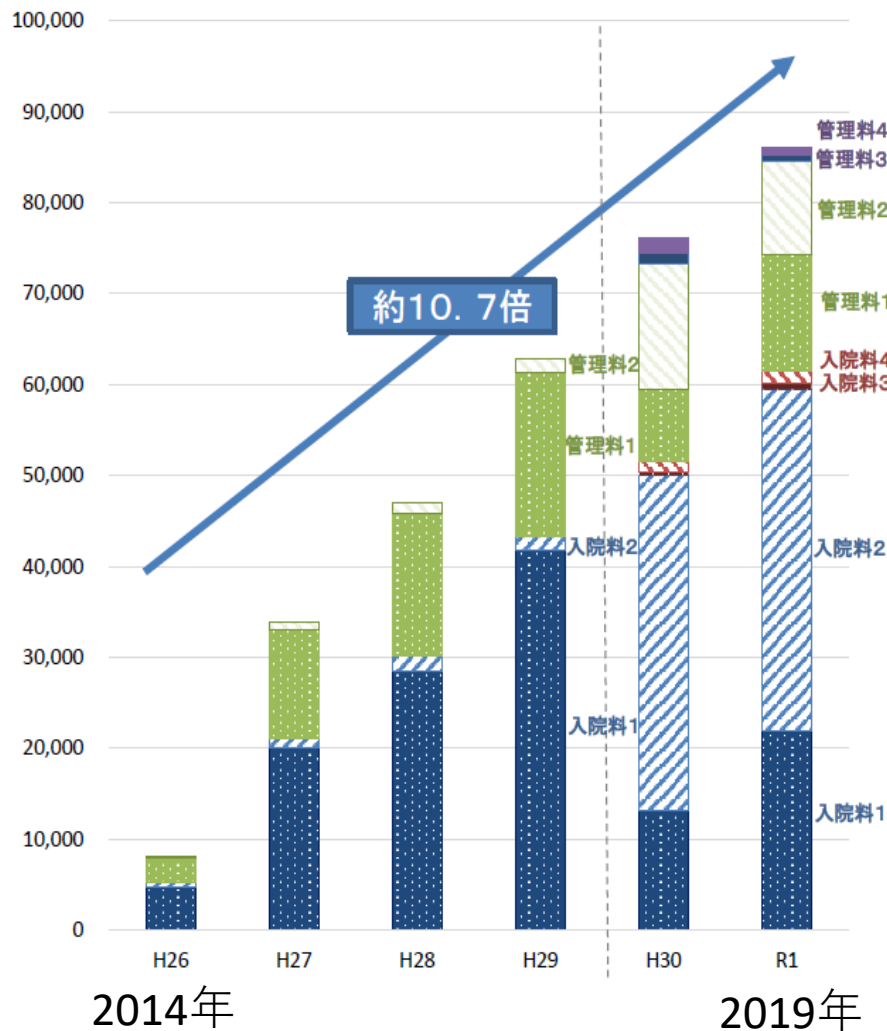
自宅・在宅医療



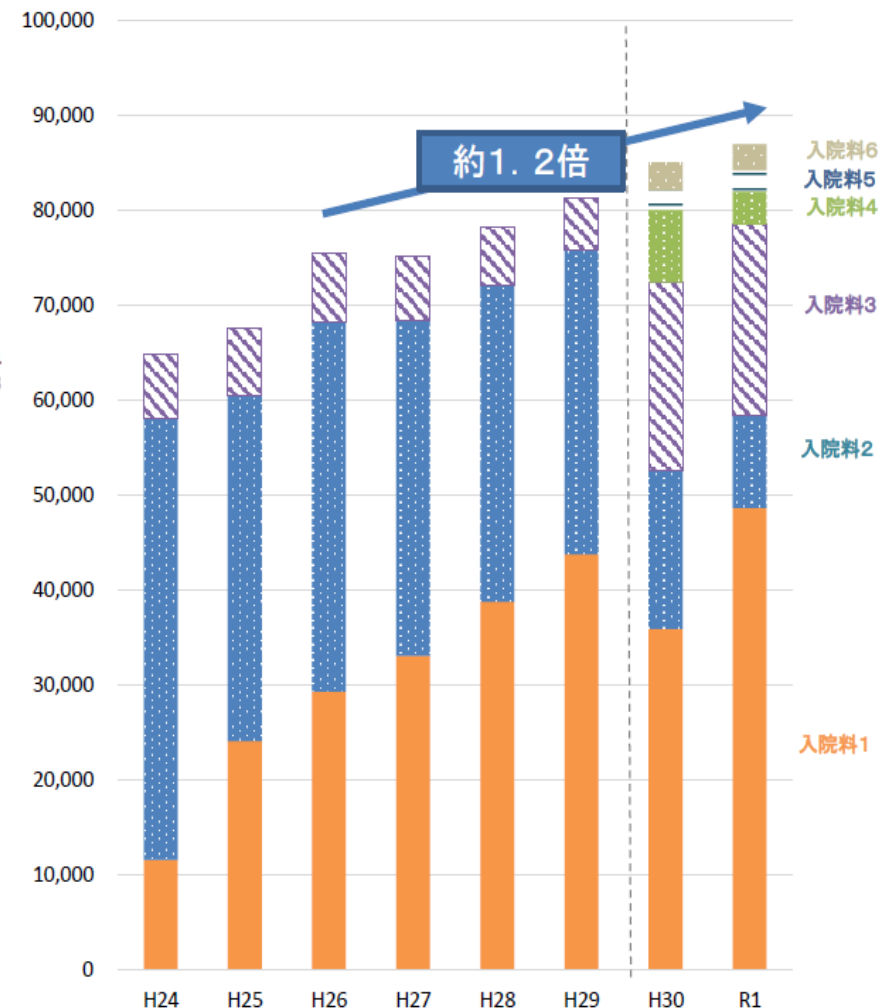
# 入院料別の届出病床数の推移

○ 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】

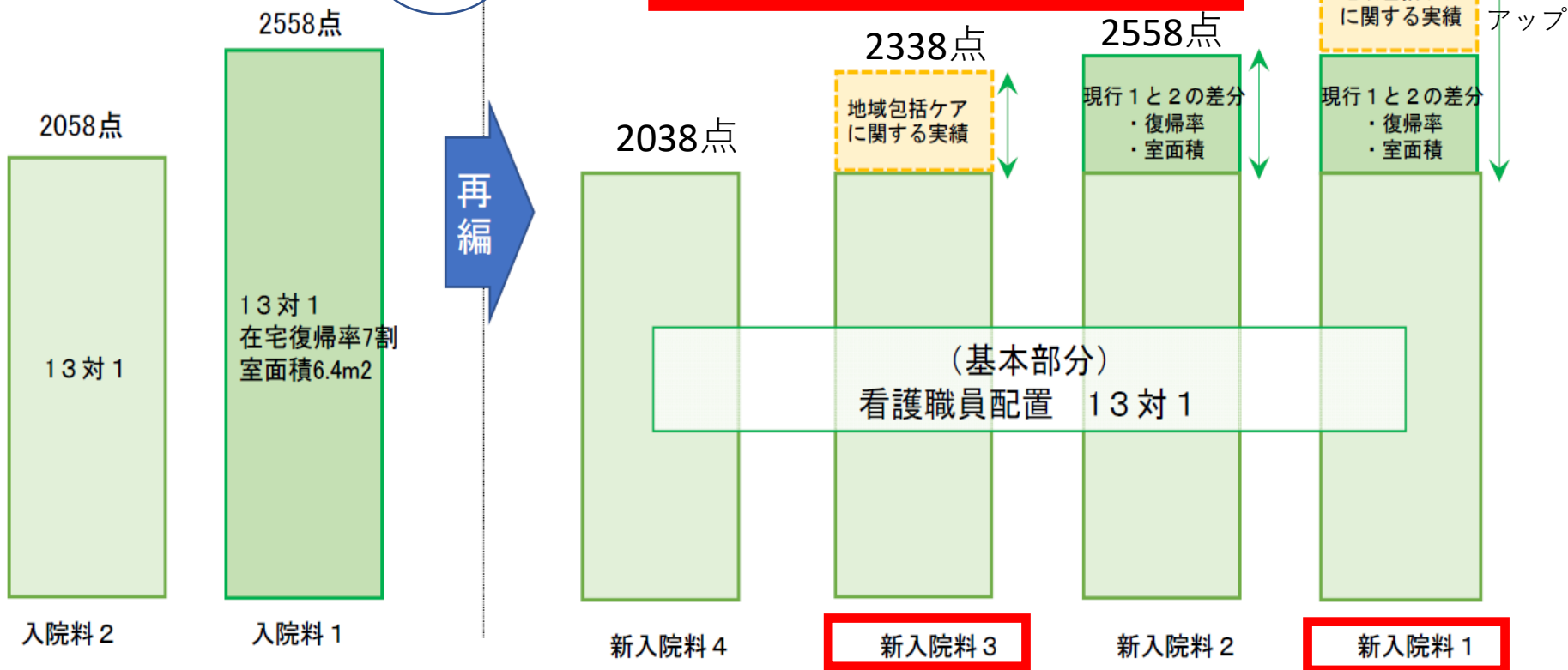
在宅要件の引き上げ！

【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



# 地域包括ケア病棟入院料の見直し

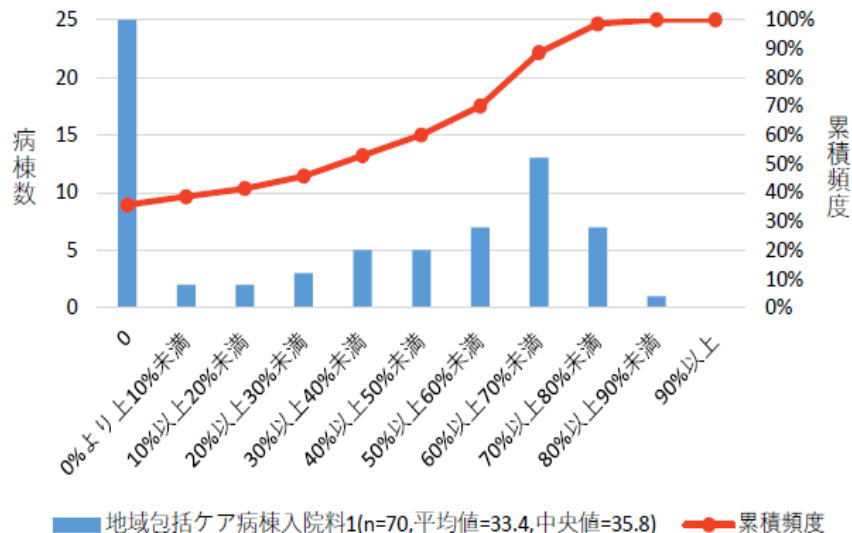
- 地域包括ケア病棟入院料 1

- 許可病床数400床以上病院では、自院の一般病棟から転倒したものの割合が60%未満（該当しない場合は入院料を減額）
- 自宅等から入院したものの割合が15%以上
- 自宅からの緊急入院が前3か月において6人以上
- 在宅関連実績の6項目のうち2項目以上満たしていること
- 入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置など

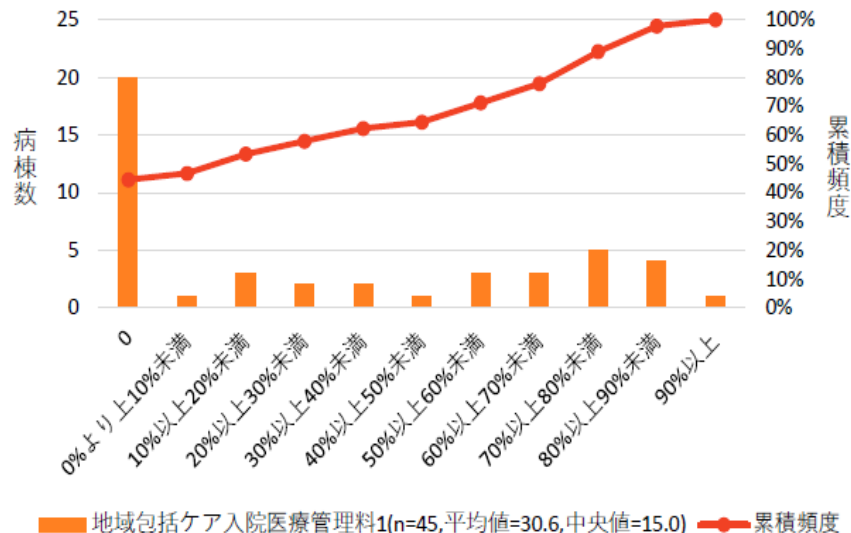
# 地域包括ケア病棟・病室の自院の一般病棟からの転棟割合

○ 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。

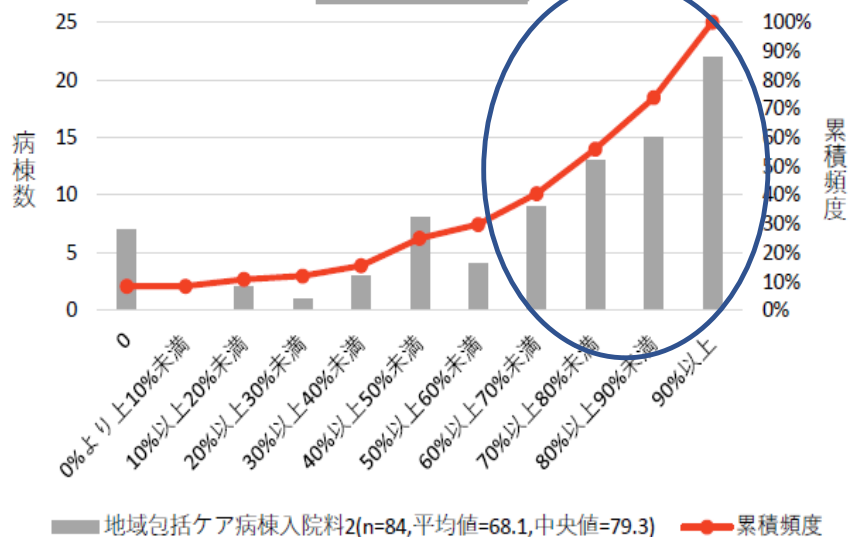
### 入院料 1



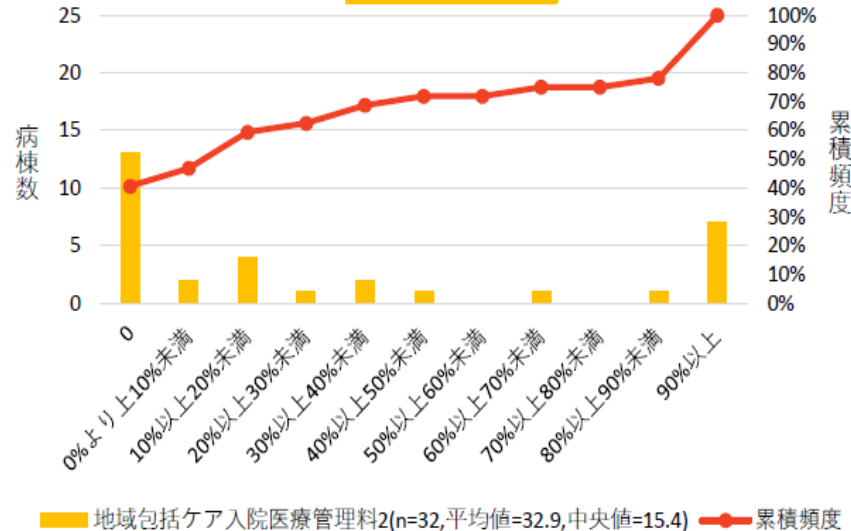
### 管理料 1



### 入院料 2



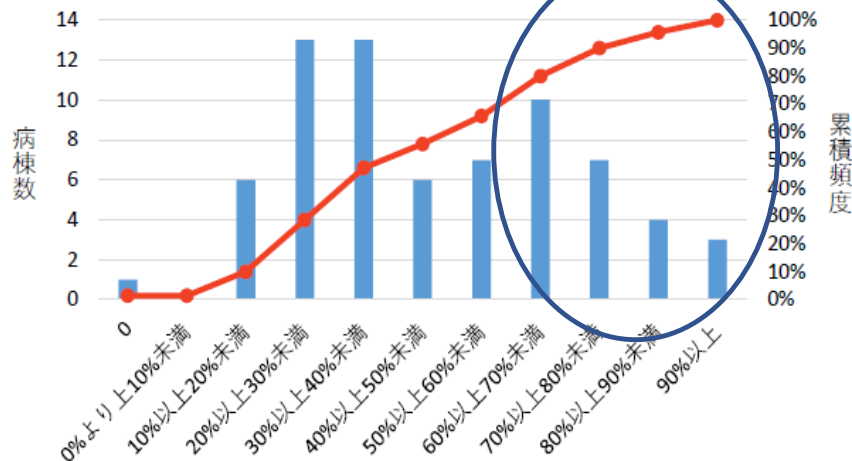
### 管理料 2



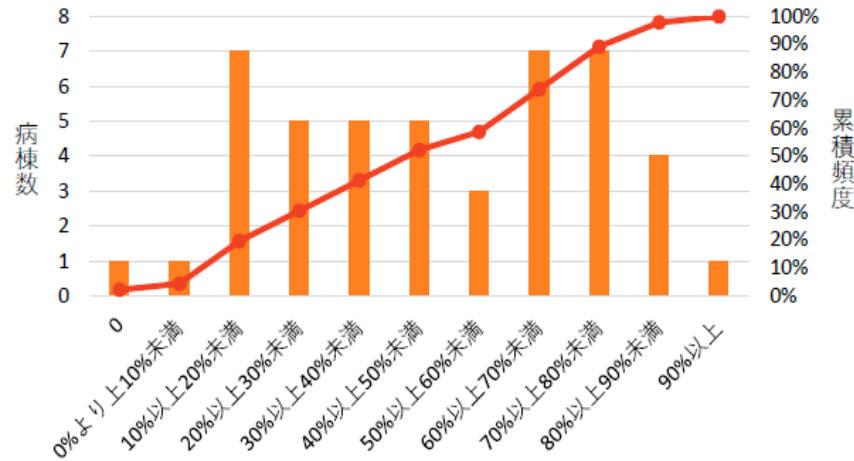
# 地域包括ケア病棟・病室の自宅等から入棟した患者割合

○ 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



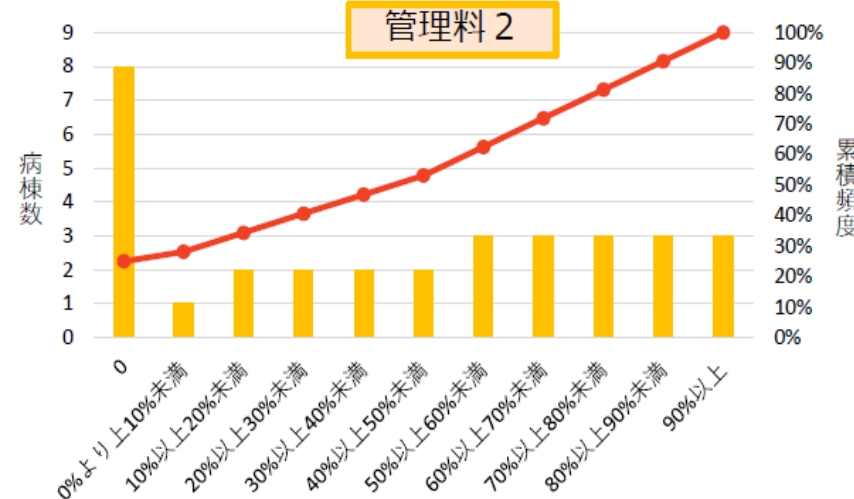
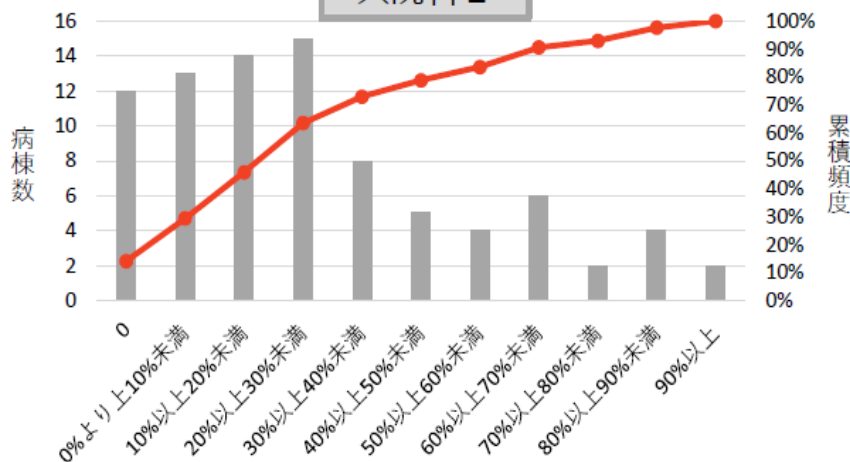
### 管理料 1



■ 地域包括ケア病棟入院料1(n=70, 平均値=47.1, 中央値=43.3) ● 累積頻度

■ 地域包括ケア入院医療管理料1(n=46, 平均値=48.4, 中央値=47.1) ● 累積頻度

### 入院料 2



■ 地域包括ケア病棟入院料2(n=85, 平均値=28.6, 中央値=19.2) ● 累積頻度

■ 地域包括ケア入院医療管理料2(n=32, 平均値=42.8, 中央値=38.5) ● 累積頻度

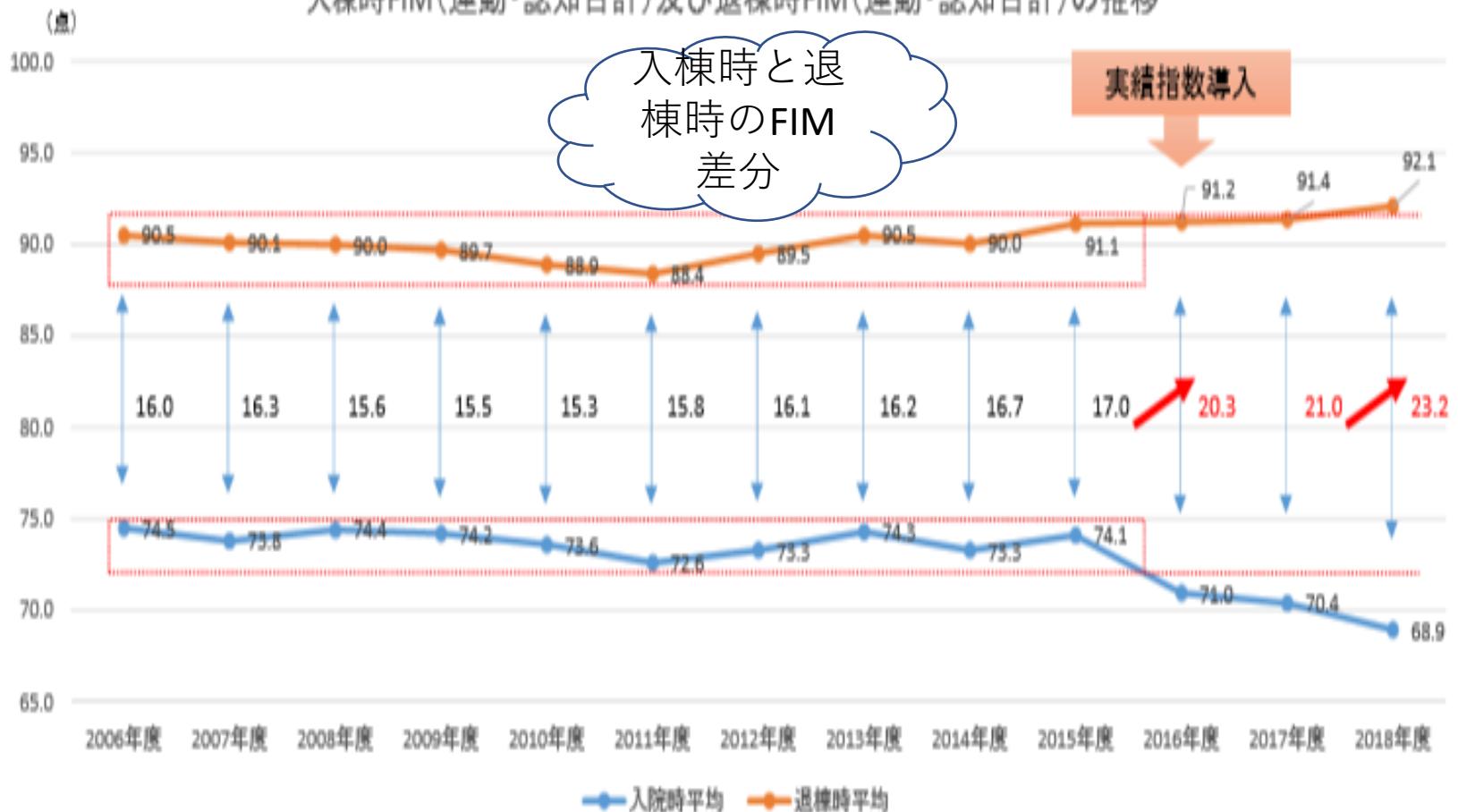
# ④回復期リハビリ テーション病棟



# 入退棟時FIM及びFIM得点の変化の年次推移

○ 入棟時と退棟時のFIM(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、「入棟時」は2016年度以降やや低下傾向にあり、「退棟時」はほぼ横ばいから微増傾向であった。また、FIM得点の変化(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、2016年度以降増加傾向となっていた。

入棟時FIM(運動・認知合計)及び退棟時FIM(運動・認知合計)の推移



# (参考) 日常生活動作 (ADL) の指標 FIMの概要

## Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

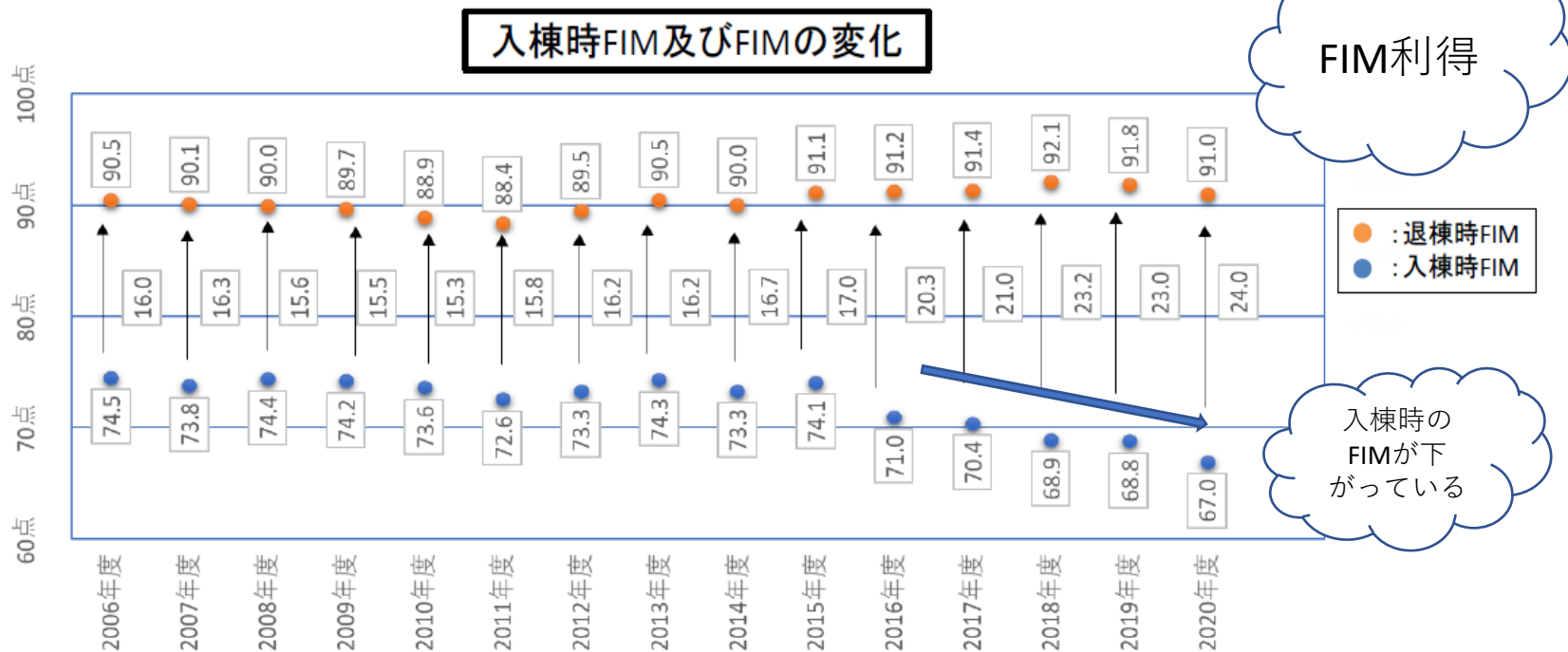
- ✓ 「運動ADL」 13項目と「認知ADL」 5項目で構成
- ✓ 各 7～1点の 7段階評価 (合計: 126点～18点)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

運動項目								認知項目									
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣 (上半身)	更衣 (下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解 (聴覚・視覚)	表出 (音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

# 入棟時FIM等の年次推移について

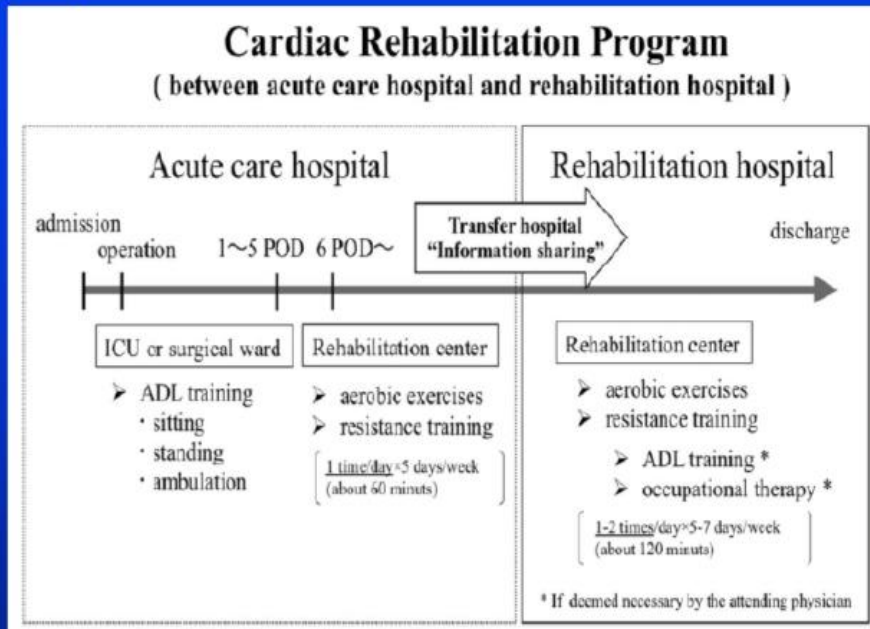
○ 入棟時FIM（運動・認知合計の平均値）及びFIM（運動・認知合計の平均値）の変化の年次推移は以下のとおりであった。2016年度以降、入棟時FIMが経年で低下する傾向がみられた。



# 心臓リハビリテーションの効果について

○ 急性期～回復期の心臓リハビリテーションにより、FIM等が改善する、との報告があった。

急性期から回復期へ連携して実施する心臓リハビリテーションは心臓術後患者の身体機能を改善する



膝伸展筋力(N/kg)

5.1→6.0

(P=0.006)

SPPB

8.4→10.3

(p<0.001)

FIM

101.7→114.0

(p<0.001)

6MD(m)

300.9→373.9

(p<0.001)

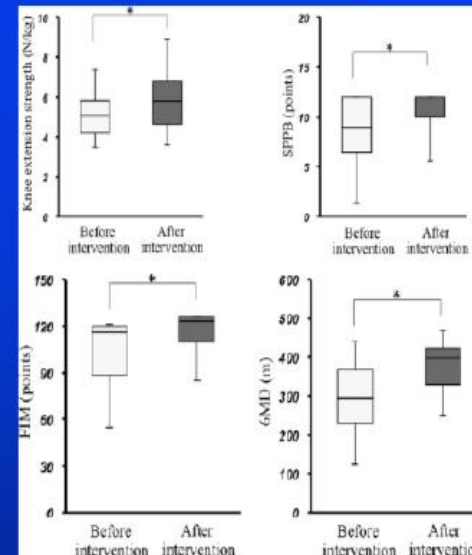


Table 2 Comparison of SF-36 and HADS

	Before intervention	After intervention	p value
<b>SF-36</b>			
Physical functioning	49.6 ± 20.8	62.1 ± 24.8*	0.04
Role functioning	44.1 ± 35.5	63.5 ± 29.3*	0.035
Pain	70.2 ± 31.9	72.4 ± 32.6	0.779
General health perceptions	60.2 ± 16.5	60.4 ± 24.3	0.965
Vitality	47.1 ± 24.7	56.9 ± 21.4*	0.047
Social functioning	78.5 ± 30.0	81.3 ± 26.2	0.746
Emotional functioning	49.0 ± 37.8	75.0 ± 33.6**	0.007
Mental health	66.7 ± 22.7	72.2 ± 18.2	0.128
<b>HADS</b>			
Depression	3.6 ± 4.6	2.0 ± 2.1	0.219
Anxiety	4.8 ± 4.5	3.6 ± 2.7	0.133

心臓術後30名 (76.8±8.5歳) 男/女 12/18 EF52.6%

冠動脈バイパス術後、弁膜症術後

平均リハ実施期間 41.1±28.4 (9-103日)

1日当たりの平均実施単位 6.5±1.1(5.3-8.4単位)

回復期リハ 入院時と退院時の検査値を比較

SPPB: short physical performance battery, SF-36: 36-Item Short-Form Health Survey  
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

(Heart Vessels 2017;32:1120-1226)

SF-36

Physical functioning

Role functioning

Vitality

Emotional functioning

は有意に改善

HADS

有意差なし



# 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

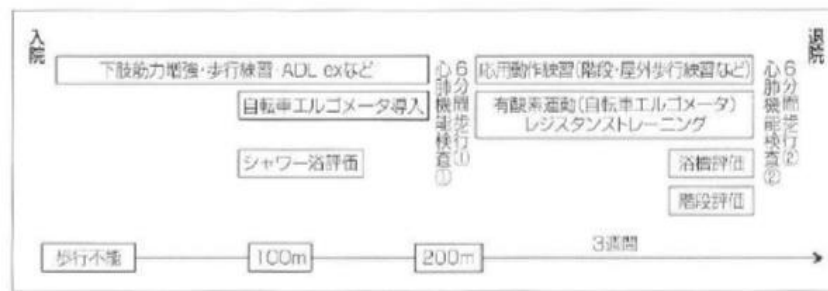


図1. 当院における心臓リハビリテーションプログラム

心臓リハについてさらなる評価が？

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
歩行耐久性(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
弱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
臍比重リボ蛋白(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
心胸部比(%)	54.8 ± 7.4	52.1 ± 5.9	<0.05

➤ Peak VO<sub>2</sub>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

# ⑤療養病床

# 療養病棟入院基本料の概要

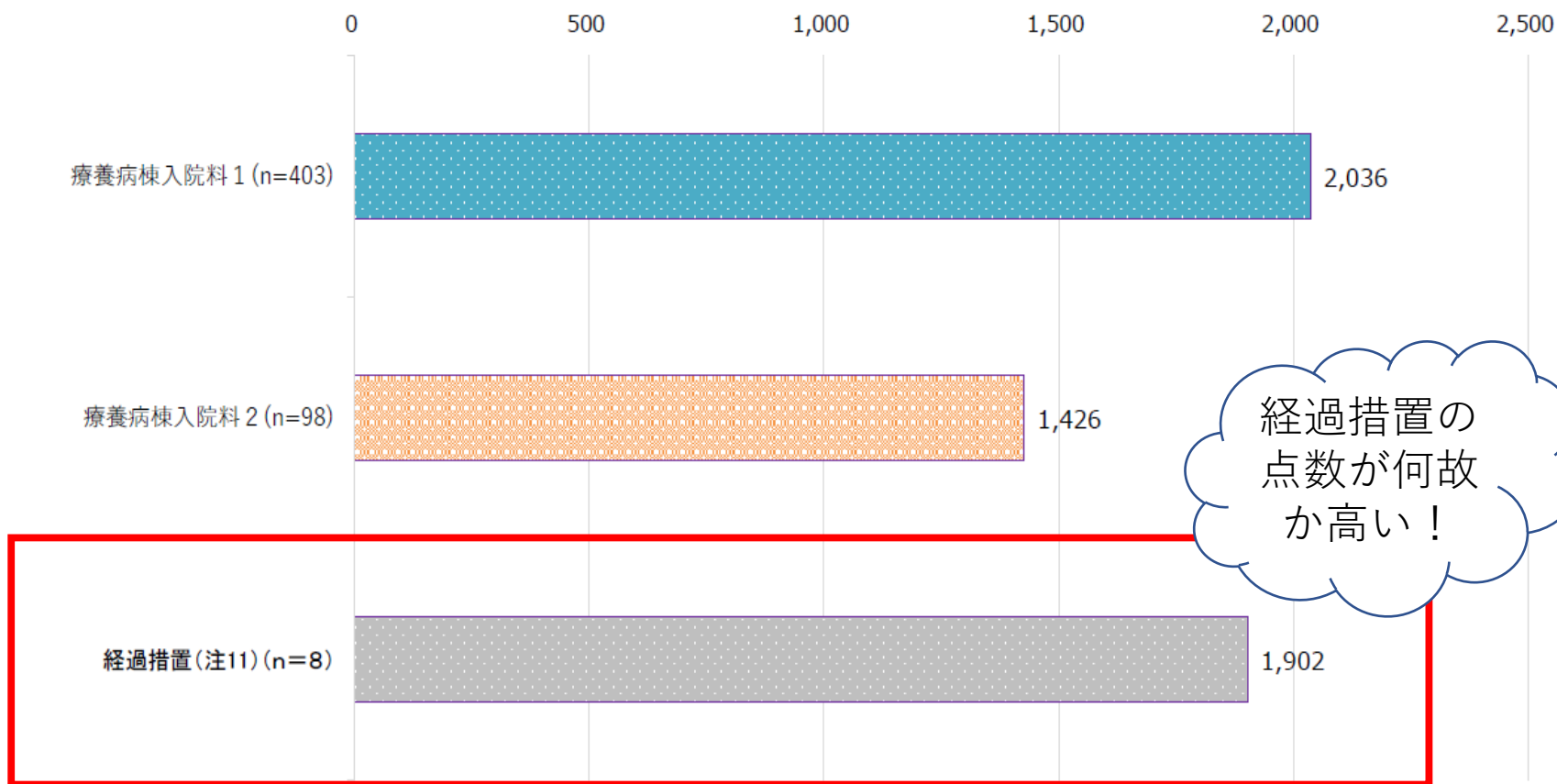
	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)
看護職員	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
看護補助者	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
医療区分2・3 該当患者割合	8割以上	5割以上	
データ提出	必須 (経過措置あり)		
点数(*)	医療区分1 815点～968点 医療区分2 1,232点～1,414点 医療区分3 1,471点～1,813点	医療区分1 751点～903点 医療区分2 1,167点～1,349点 医療区分3 1,406点～1,748点	療養病棟入院料2の 85/100を算定

\*:生活療養を受ける場合の点数は除く。

看護配置25対1は  
医療法違反なので  
2024年までに廃止  
が決まっている

# 入院料毎の1日当たりのレセプト請求点数

○ 入院料毎のレセプト請求点数(1日当たり)は以下のとおりであった。

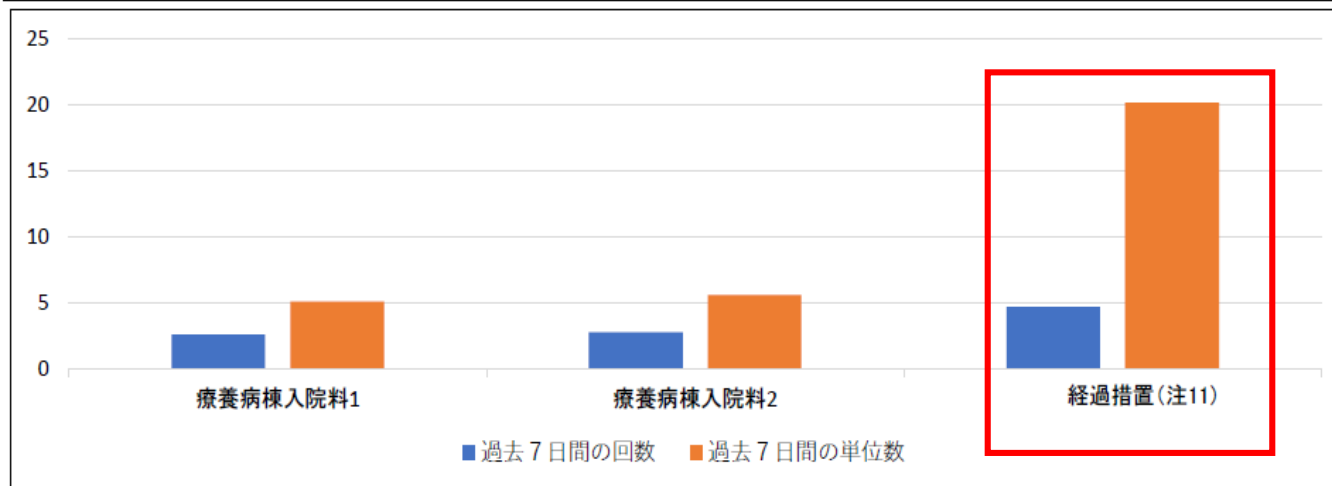


経過措置の  
点数が何故  
か高い!

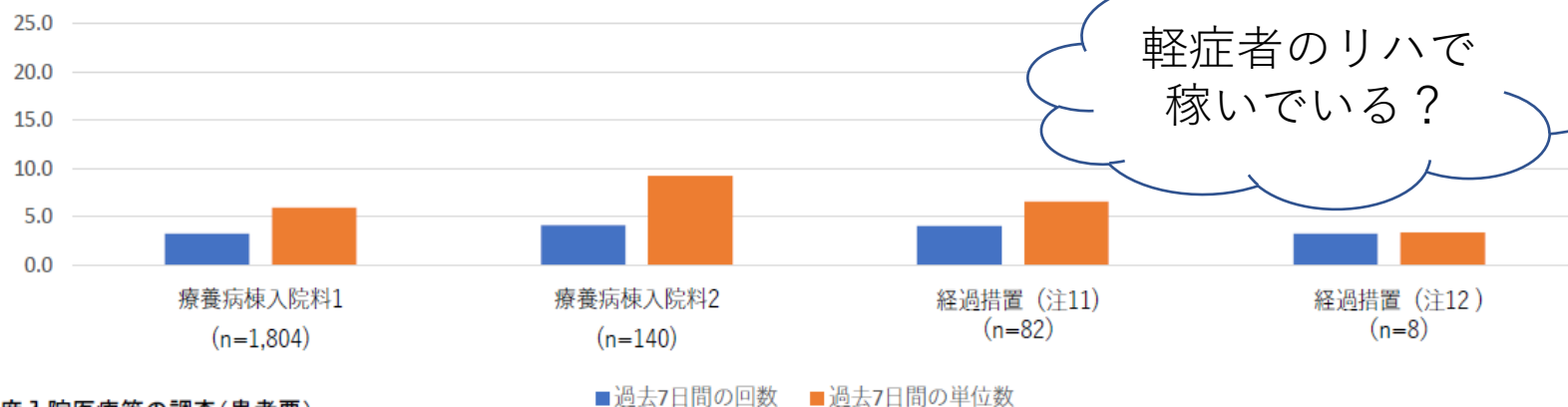
# 入院料毎の患者のリハビリテーションの実施状況

○ 入院料毎にみた、過去7日間のリハビリテーション実施回数と単位数は以下のとおり。入院料1及び2と比較して、経過措置(注11)を届け出ている病棟において、回数及び単位数ともに多かった。

	全体	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置(注11)
過去7日間の回数	2.7 (N=2320)	2.6 (N=1859)	2.8 (N=272)	4.7 (N=20)
過去7日間の単位数	5.5 (N=2426)	5.1 (N=1933)	5.6 (N=283)	20.2 (N=29)



入院医療の患者のリハビリテーション実施状況(平成30年度)



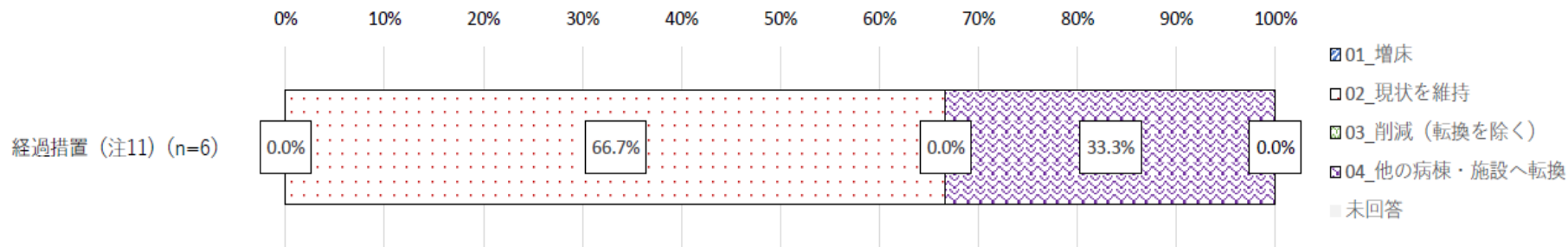
軽症者のリハで稼いでいる？

# 経過措置(注11)を届け出ている病棟の今後の届出の意向

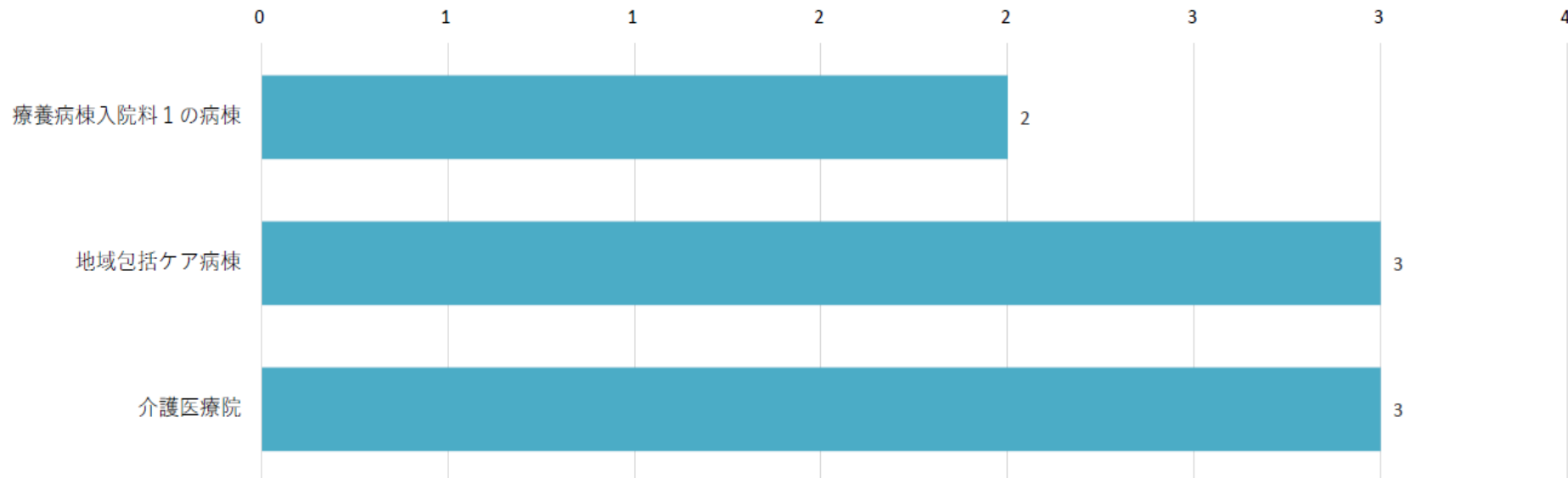
○ 経過措置(注11)を届け出ている病棟のうち、33.3%の病棟で、他の病棟等への転換の意向があった。移行先としては、介護医療院、地域包括ケア病棟が多かった。

再掲

令和3年4月以降の病床数の増減及び入院料の意向



現在届出している入院基本料から転換を検討している病棟・施設(該当するもの複数選択) [施設数]



# パート 3 外来

- ① かかりつけ医機能
- ② オンライン診療

# 「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）より抜粋

## 「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

## 「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。



# かかりつけ医機能の評価

- 地域包括診療料（加算）
- 認知症地域包括診療料（加算）
- 小児かかりつけ診療料
- 在宅患者訪問診療料
- 機能強化加算

# 地域包括診療料・加算について

	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)		地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
	病院	診療所	
包括範囲	<p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算</li> <li>・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ)</li> <li>・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)</li> <li>・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)</li> <li>・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの</li> </ul>		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する</li> <li>・原則として院内処方を行う</li> <li>・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する</li> <li>・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする</li> </ul>		
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等</li> </ul>		
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。</li> </ul>		
在宅医療の提供および24時間の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。)</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記のすべてを満たす</li> <li>①地域包括ケア病棟入院料等の届出</li> <li>②在宅療養支援病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記のすべてを満たす</li> <li>①時間外対応加算1の届出</li> <li>②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤</li> <li>③在宅療養支援診療所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記のうちいずれか1つを満たす</li> <li>①時間外対応加算1、2又は3の届出</li> <li>②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤</li> <li>③在宅療養支援診療所</li> </ul>



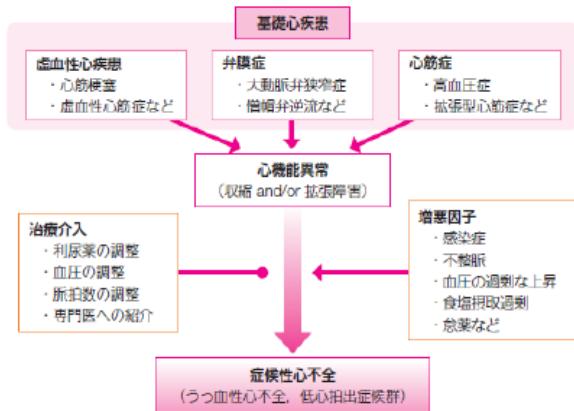
# 慢性疾患におけるかかりつけ医の役割の例

○ 例えば、慢性心不全や慢性腎臓病等の慢性疾患の診療については、かかりつけ医における、日常的な医学管理と重症化予防、専門医療機関や介護等との連携、在宅医療の提供等を含む、継続的かつ全人的な医療の提供が求められている。

(例)

## 慢性心不全

- 日本における死因については、心疾患による死亡は悪性新生物（癌）に次ぎ2番目に多く、そのなかでも心不全による死亡は最も多い。
- 心不全は心収縮力に関わらず、経時的に進行しかつ入院を繰り返しやすい慢性疾患であり、症候性心不全の予防や、再発・重症化予防が必要な疾患である。
- 日常診療においては、生活習慣病を含む基礎疾患に対する治療を継続しながら、生活指導と薬物療法による継続的な加療が求められている。



## 慢性腎臓病（CKD）

- 日本人のCKD患者数は約1,330万人と推計され、また、慢性透析患者数は令和元年末で34万人を超えている。
- CKDは進行すると末期腎不全に至り透析療法等が必要となる他、心血管疾患や死亡リスクを上昇させることから、重症化の予防が必要な疾患である。
- CKD診療においては、基礎疾患の治療、生活習慣の改善、ステージに応じた食事療法、血圧・血糖・脂質等の管理など、集学的治療が求められる。

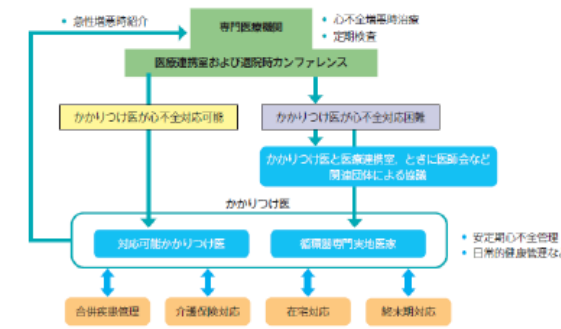


図15 専門急性期医療機関とかかりつけ医の心不全連携フローチャート  
急性期病棟に入院した心不全患者が退院する場合、本来のかかりつけ医が安定期の心不全治療に対応可能な場合は、退院時カンファレンスや医師会を通じて心不全対応可能な実地医家や在宅医を確保してもらい、かかりつけ医の了承のもとで安定期心不全治療を、その医療機関で行ってもらうことも考慮する。

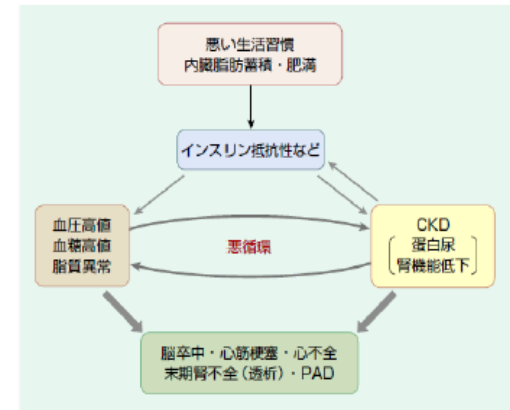


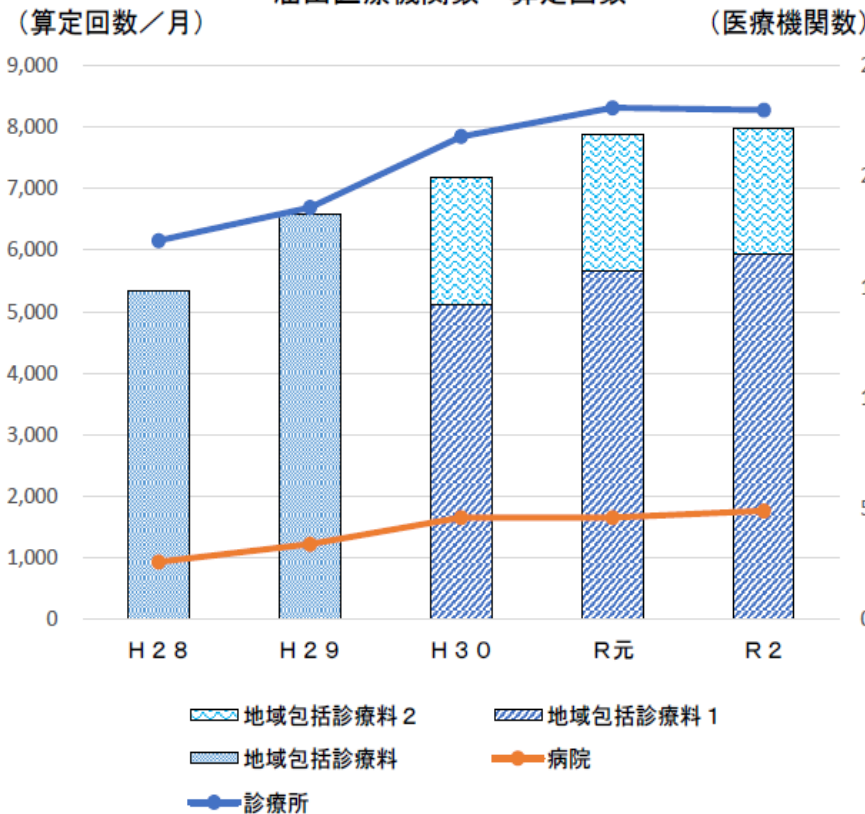
図13 生活習慣と心血管連関の概念  
PAD: peripheral artery disease 末梢動脈疾患

参照：「地域のかかりつけ医と多職種のための心不全診療ガイドブック」（厚生労働科学研究費補助金「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」研究班）、「急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）」（日本循環器学会／日本心不全学会合同ガイドライン）、「CKD診療ガイド2012」（日本腎臓学会）、「CKD診療ガイドライン2018」（日本腎臓学会）、「わが国の慢性透析療法の現況（2019年12月31日現在）」（日本透析医学会）

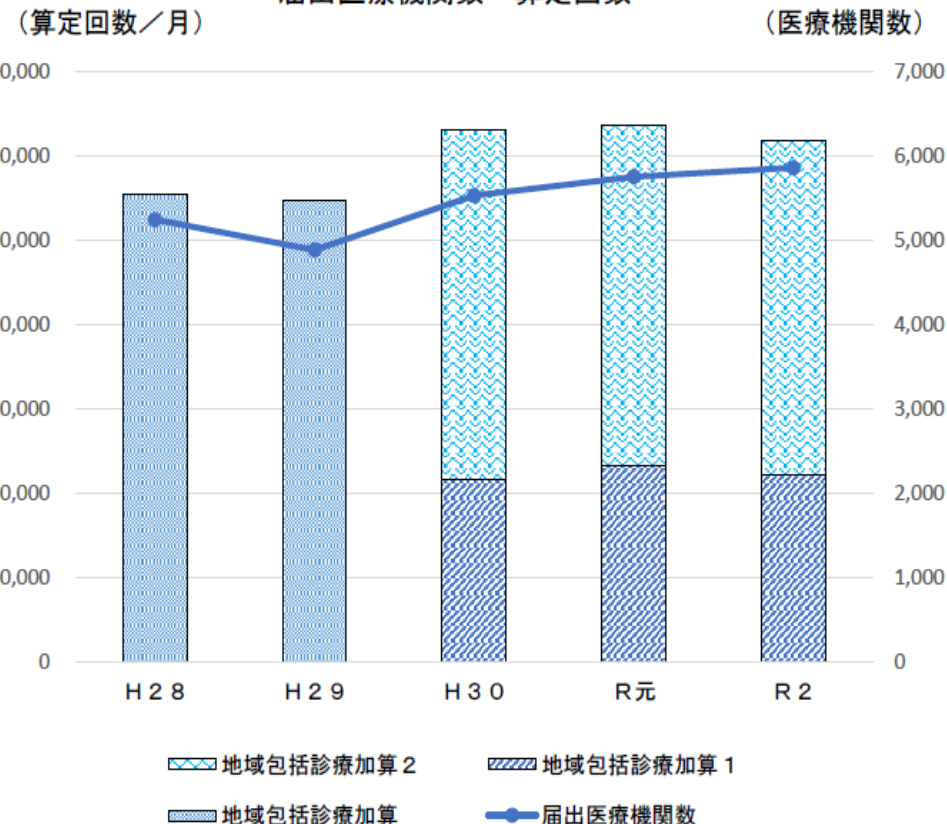
# 地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 地域包括診療料・加算の状況については、近年は届出医療機関数・算定回数ともに横ばい。
- 地域包括診療加算の方が、届出医療機関数・算定回数ともに多かった。

地域包括診療料  
届出医療機関数・算定回数



地域包括診療加算  
届出医療機関数・算定回数



出典：  
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況  
 (算定回数)社会医療診療行為別統計

# 認知症地域包括診療料・加算について

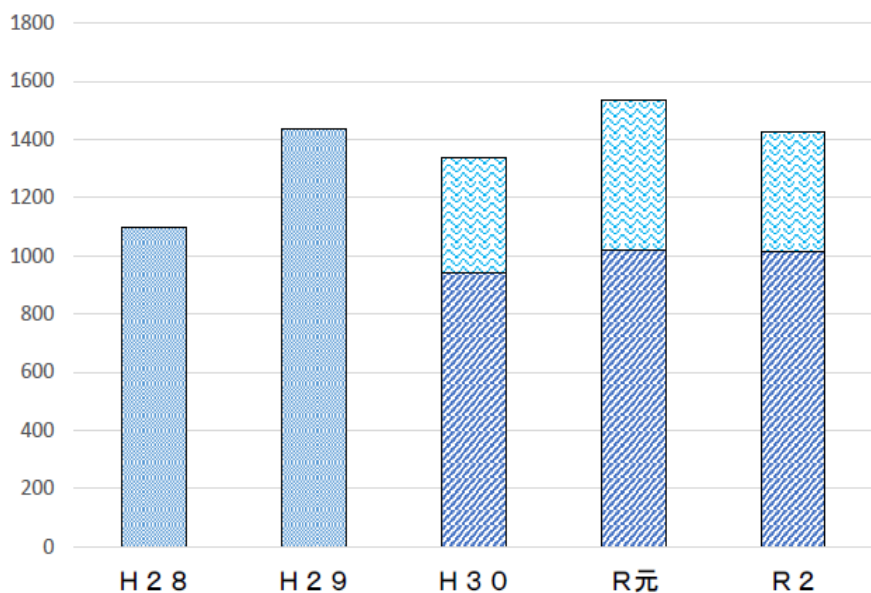
	認知症地域包括診療料 1 1,681点 認知症地域包括診療料 2 1,613点 (月1回)	認知症地域包括診療加算 1 35点 認知症地域包括診療加算 2 28点 (1回につき)
	病院	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの	出来高
対象患者	以下の全ての要件を満たす認知症患者 ・認知症以外に1以上の疾病を有する(疑いは除く) ・同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者	
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院	診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。	
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等	
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。	
在宅医療の提供	・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。)	
施設基準	それぞれ以下の届出を行っていること 診療料1：地域包括診療料1 診療料2：地域包括診療料2	それぞれ以下の届出を行っていること 加算1：地域包括診療加算1 加算2：地域包括診療加算2

# 認知症地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 認知症地域包括診療料の算定回数は増加傾向。
- 認知症地域包括診療加算は、平成30年以降大きく増加しており、認知症地域包括診療料より多い。

認知症地域包括診療料  
算定回数

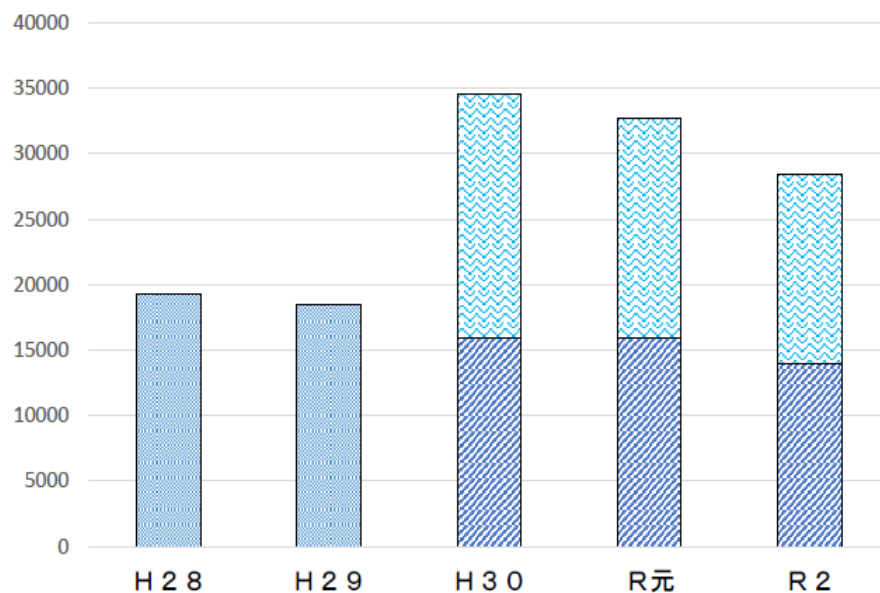
(算定回数/月)



- 認知症地域包括診療料2
- 認知症地域包括診療料1
- 認知症地域包括診療料

認知症地域包括診療加算  
算定回数

(算定回数/月)



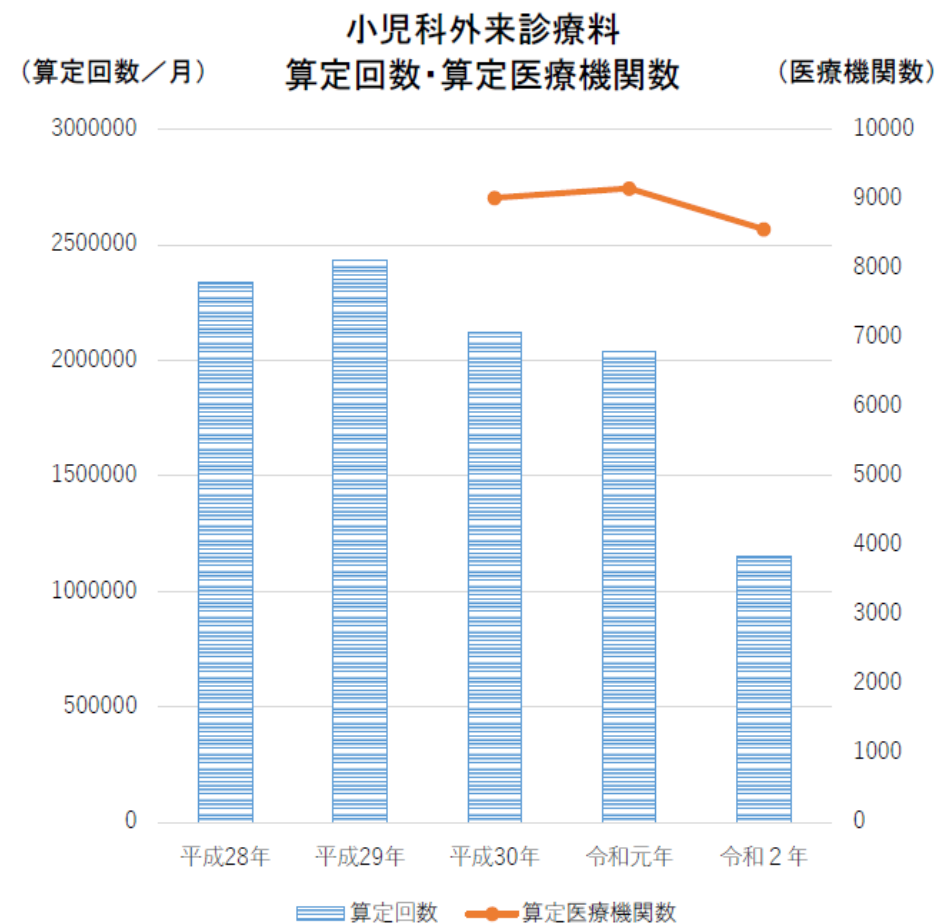
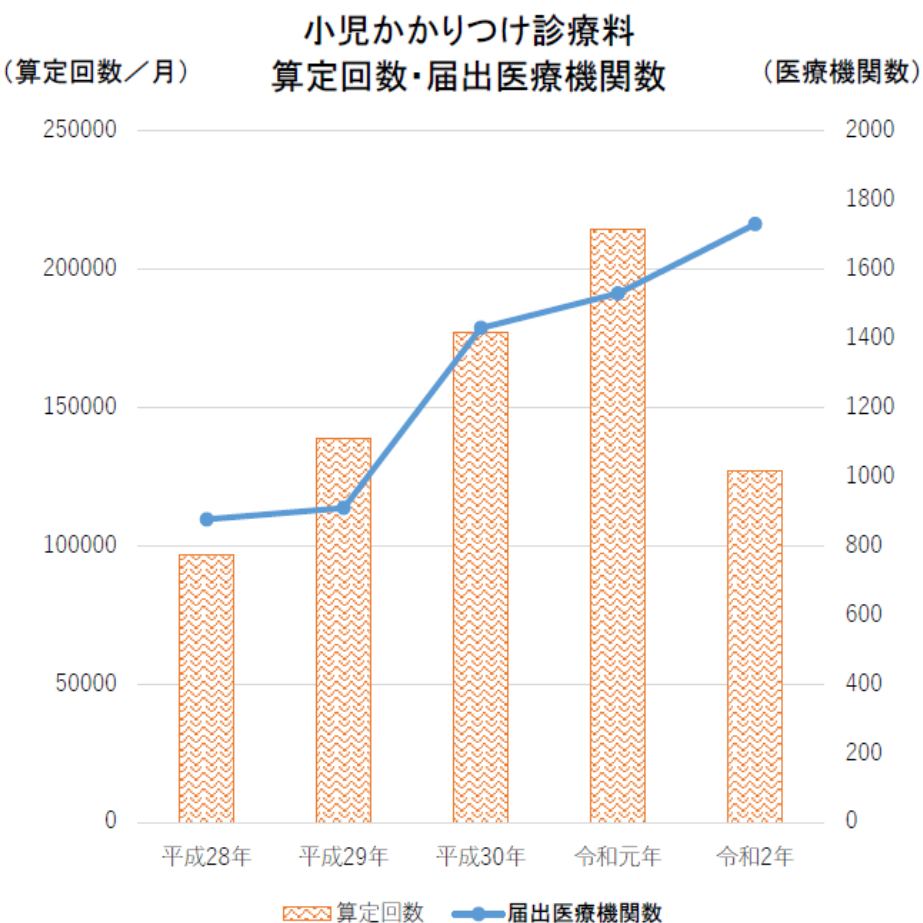
- 認知症地域包括診療加算2
- 認知症地域包括診療加算1
- 認知症地域包括診療加算

# 小児科の外来診療の評価について

	小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料
点数	(1日につき) 1. 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 初診時：599点、再診時：406点 2. 1. 以外の場合 初診時：716点、再診時：524点	(1日につき) 1. 処方箋を交付する場合 初診時：631点、再診時：438点 2. 処方箋を交付しない場合 初診時：748点、再診時：556点
包括範囲	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ)・院内トリアージ実施料・往診料 ※ただし初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)・電子的診療情報評価料・院内トリアージ実施料・往診料
対象疾患	・入院中の患者以外の患者(6歳未満の乳幼児に限る)。 ・小児かかりつけ診療料を算定している患者、在宅療養指導管理料を算定している患者及びパリピズマブを投与している患者(投与当日に限る。)については、算定対象とならない。	・当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児(6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る)の患者であって入院中の患者以外のもの。
算定要件	・施設基準を満たす保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、6歳未満の全てのものを対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。等	・原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定する。 ・必要に応じた医療機関への紹介、乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の指導、保護者からの健康相談への対応、予防接種の管理・指導等を行う。等
施設基準	小児科外来診療料の施設基準に係る届出を行うこと。	① 小児科外来診療料を算定している保険医療機関であること。 ② 時間外対応加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。 ③ 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が1名以上配置されていること。 ④ ③の医師について、以下の要件のうち3つ以上に該当すること。 a. 在宅当番医制等により初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上実施 b. 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施 c. 定期予防接種を実施 d. 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供 e. 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任

# 小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料の算定・届出状況

- 小児かかりつけ診療料の算定回数は上昇傾向であったが、令和2年において大幅に減少した。
- 小児科外来診療料の算定回数は、年々減少傾向であった。令和2年においては、算定回数及び算定医療機関数が大幅に減少した。



出典：  
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況  
 (算定回数、医療機関数)社会医療診療行為別統計 各年6月審査分  
 ※平成30年～令和2年の算定回数・算定医療機関数(初診の算定医療機関数を表示)はNDBより保険局医療課にて集計。



# 在宅療養支援診療所・病院の概要

医療保険部会 参考資料  
(改) 25. 5. 29

## 在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

### 【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

## 機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関(地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能)が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

### 【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している

注3：上記の要件(①～③)については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可

## 在宅療養支援病院

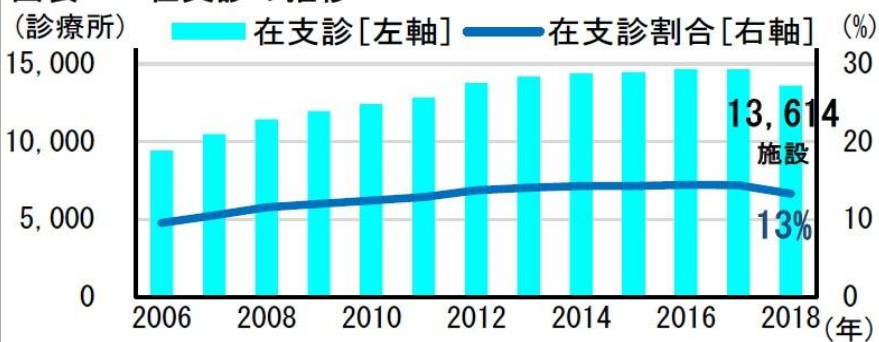
診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

### 【主な施設基準】

- ① 200床未満又は4km以内に診療所がない病院
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

図表4-1. 在支診の推移

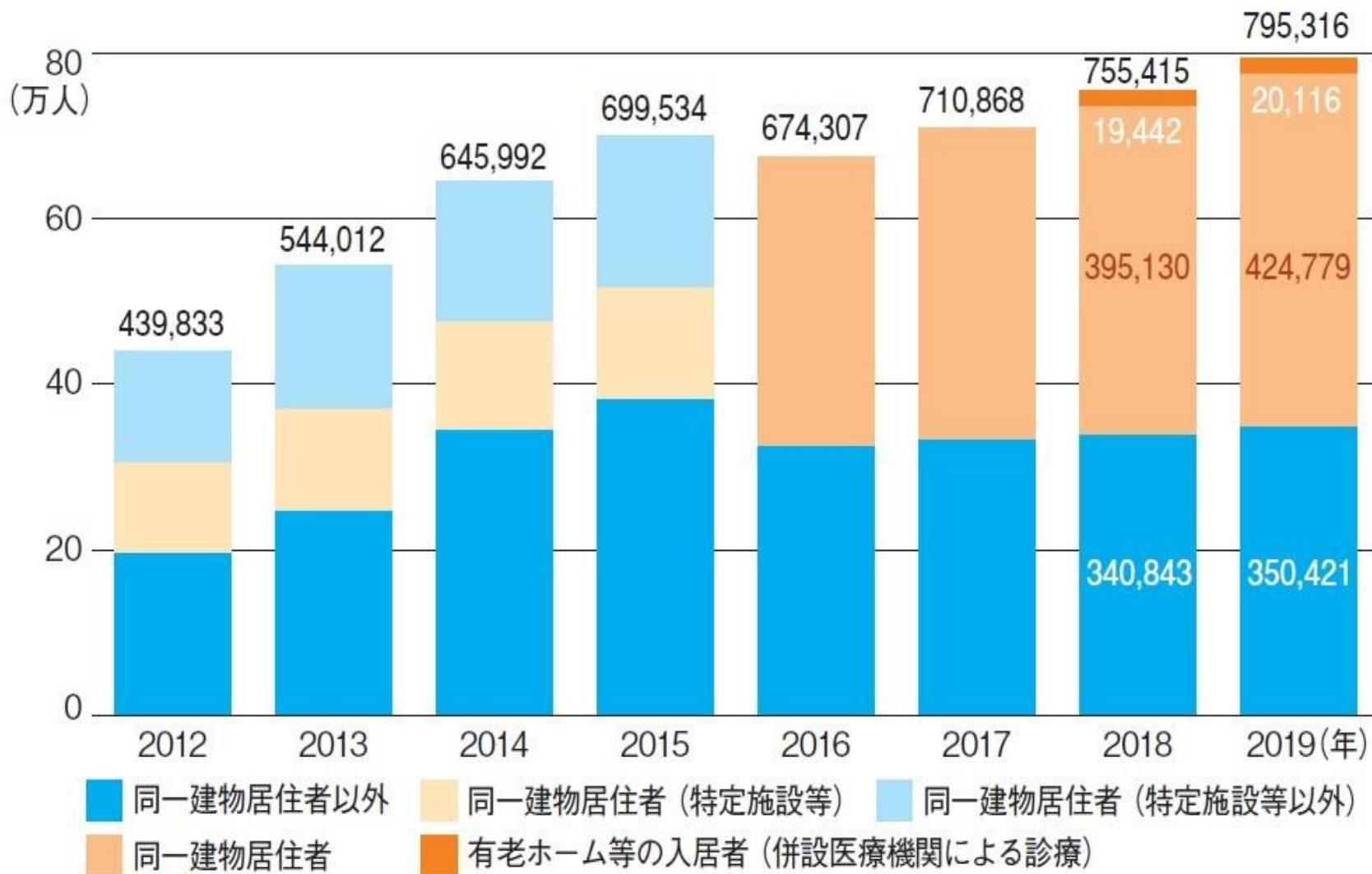


図表4-2. 在支病の推移



\* 2013年までは7月1日時点、2014年以降は3月31日時点の届け出数。

# 在宅患者訪問診療料の算定患者数



# 機能強化加算について

## 機能強化加算

- 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、初診時における診療機能を評価する。

(平成30年度診療報酬改定において新設)

初診料・小児かかりつけ診療料（初診時）

**機能強化加算 80点**

### [算定要件]

- ① 施設基準を満たしているとして厚生局に届け出た医療機関において初診料（ただし2つ目の診療科に係る初診料を除く）を算定する場合に、加算する。

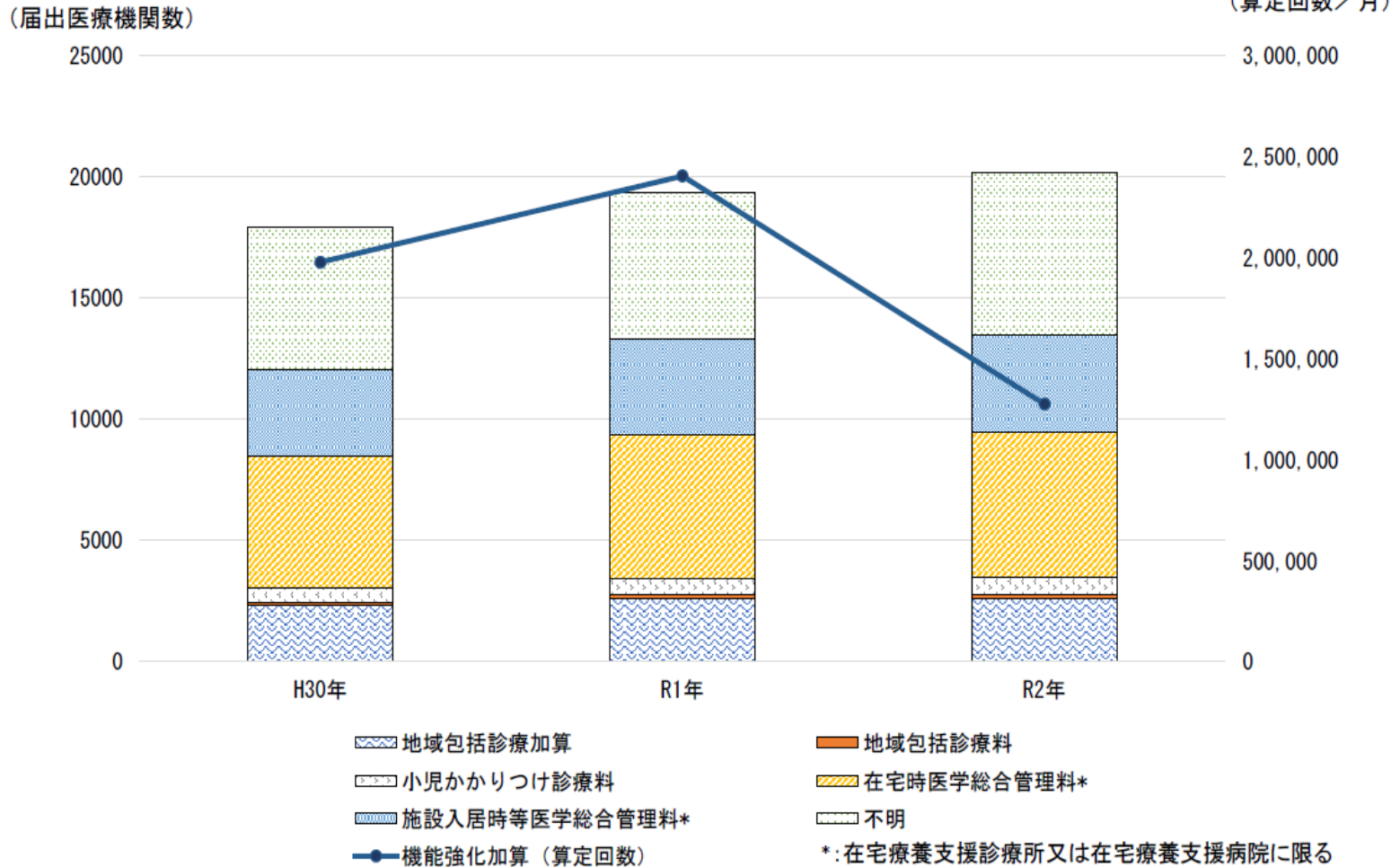
### [施設基準]

- ① 診療所又は許可病床数が200床未満の病院。
- ② 次のいずれかにおける届出を行っている。
- ア 地域包括診療加算
  - イ 地域包括診療料
  - ウ 小児かかりつけ診療料
  - エ 在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
  - オ 施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
- ③ 健康診断の相談等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを見やすい場所に掲示している。
- ④ 医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関等を検索できることを見やすい場所に掲示している。
- ⑤ ③④の内容を記載した文書を患者が持ち帰ることができるようにする。

# 機能強化加算の算定・届出状況

- 機能強化加算の届出施設は、平成30年から令和2年にかけて増加している。
- うち、在宅時医学総合管理料を算定している医療機関が最も多く、地域包括診療料が最も少なかった。

機能強化加算の算定・届出状況



※各年7/1時点の届出状況を基に医療課で作成

※算定回数は社会医療診療行為別統計より。R2年のみNDBより集計。

## 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関について(案)

### 趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
  - このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。
- ⇒ これにより、病院での外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革にも資することが期待される。

### 明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。
  - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
  - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
  - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

医療資源を  
重点的に活  
用する外来

(参考)地域医療支援病院との関係について

- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。

# かかりつけ医機能、在宅医療の再定義を

- 200床以上病院については再定義が始まっている
  - 医療資源を重点的に活用する外来
- かかりつけ医機能
  - 地域包括診療料（加算）
  - 認知症地域包括診療料（加算）
  - 小児外来診療料・小児科かかりつけ診療料
  - 機能強化加算
- 在宅療養支援診療所（病院）
  - 在宅患者訪問診療料
- かかりつけ医機能
  - ゲートキーパー機能の定義がない
- 在宅医療
  - 別表7、別表8で行っている重症度定義のみ

## ※ 1 : 別表第 7

末期の悪性腫瘍  
多発性硬化症  
重症筋無力症  
スモン  
筋萎縮性側索硬化症  
脊髄小脳変性症  
ハンチントン病  
進行性筋ジストロフィー症  
パーキンソン病関連疾患  
多系統萎縮症

プリオン病  
亜急性硬化性全脳炎  
ライソゾーム病  
副腎白質ジストロフィー  
脊髄性筋萎縮症  
球脊髄性筋萎縮症  
慢性炎症性脱髄性多発神経炎  
後天性免疫不全症候群  
頸髄損傷  
人工呼吸器を使用している状態

## ※ 3 : 別表第 8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者  
在宅自己腹膜灌流指導管理  
在宅血液透析指導管理  
在宅酸素療法指導管理  
在宅中心静脈栄養法指導管理  
在宅成分栄養経管栄養法指導管理  
在宅自己導尿指導管理  
在宅人工呼吸指導管理  
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理  
在宅自己疼痛管理指導管理  
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

# 規制改革推進会議が オンライン初診を突破



- 2020年4月、コロナ渦の中で、感染リスクを避けるため、現在は認められていない初診患者に対する診療実施などを厚生労働省に求めた。
- 「初診からオンライン診療を認めれば、通院を省け、患者も医療従事者も院内感染から守れる」
- 4月2日、規制改革推進会議の特命タスクフォースは、きつむる厚労省、医師会、伏せ「オンライン診療」を突破した。

記者会見する規制改革推進会議の小林議長



# オンライン診療にかかる評価の経緯

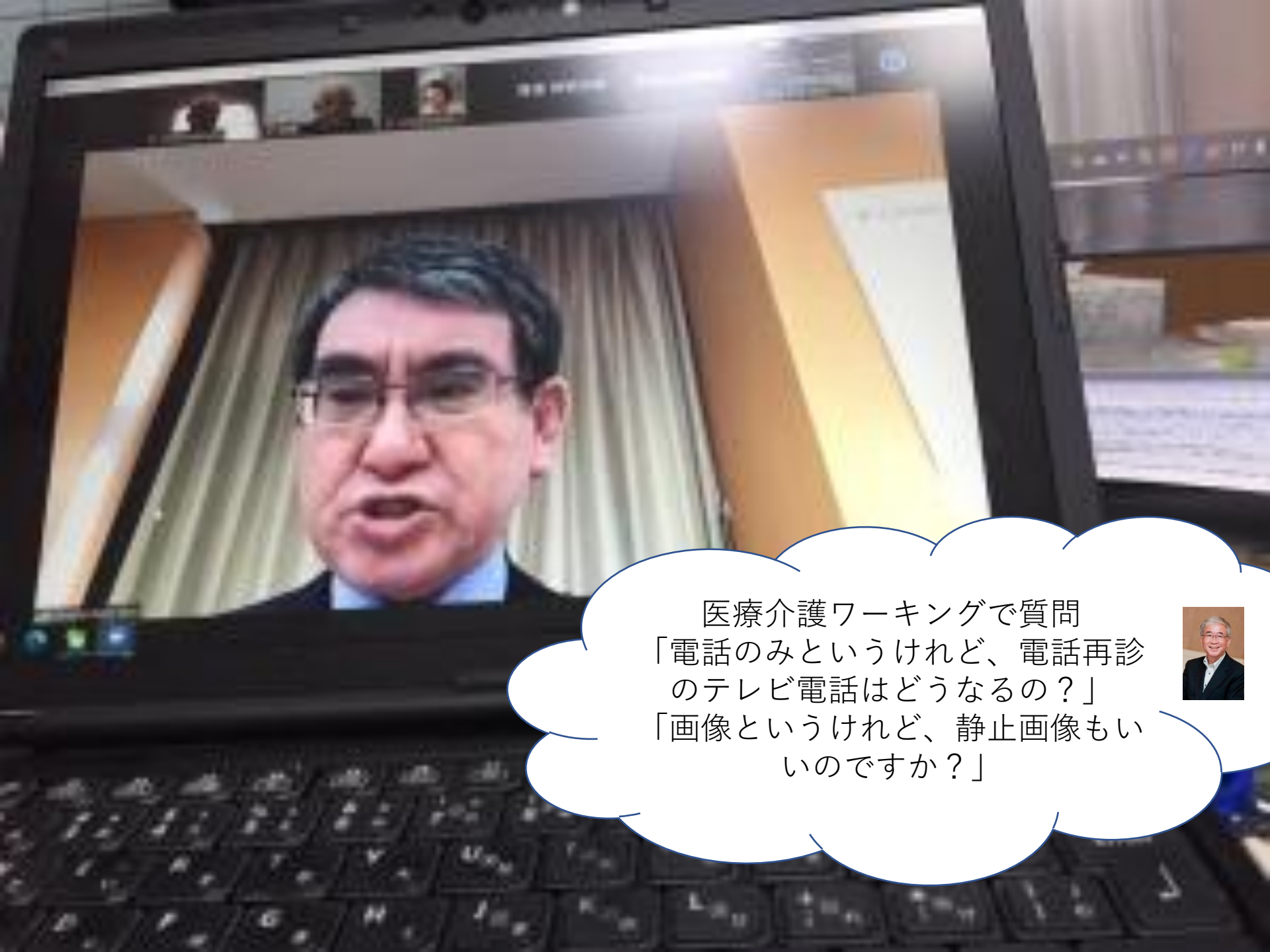
	オンライン診療（遠隔診療）の取扱い	診療報酬上の対応
平成9年	平成9年12月（医政局長通知） 「離島、へき地の場合」などの遠隔診療を認める	—
平成27年	平成27年8月（事務連絡） 「離島、へき地」については例示であることを明確化	
平成30年	平成30年3月（医政局長通知） 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を発出	平成30年度診療報酬改定 「オンライン診療料」等を新設
令和元年	令和元年7月 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」改訂	—
令和2年	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>新型コロナウイルスの感染拡大に伴う対応（主なもの）</b> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p><b>【初診】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 初診から電話やオンラインで診療可能</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p><b>【再診】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 慢性疾患を抱える定期受診患者について、症状に変化が生じた場合においても、電話やオンライン診療を実施した場合の処方可能</li> <li>○ 事前の計画作成は不要</li> </ul> </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p><b>【初診】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合、初診料を算定可能</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p><b>【再診】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 慢性疾患を有する定期受診患者に対して、電話等再診料等を算定可能</li> <li>○ 電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合、管理料を算定可能</li> </ul> </div> </div>	令和2年度診療報酬改定 「オンライン診療料」等の見直し等
令和3年 (現在)		

「オンライン診療」原則解禁  
電話でなく映像で

2020年10月9日

河野行革担当相 オンライン診療

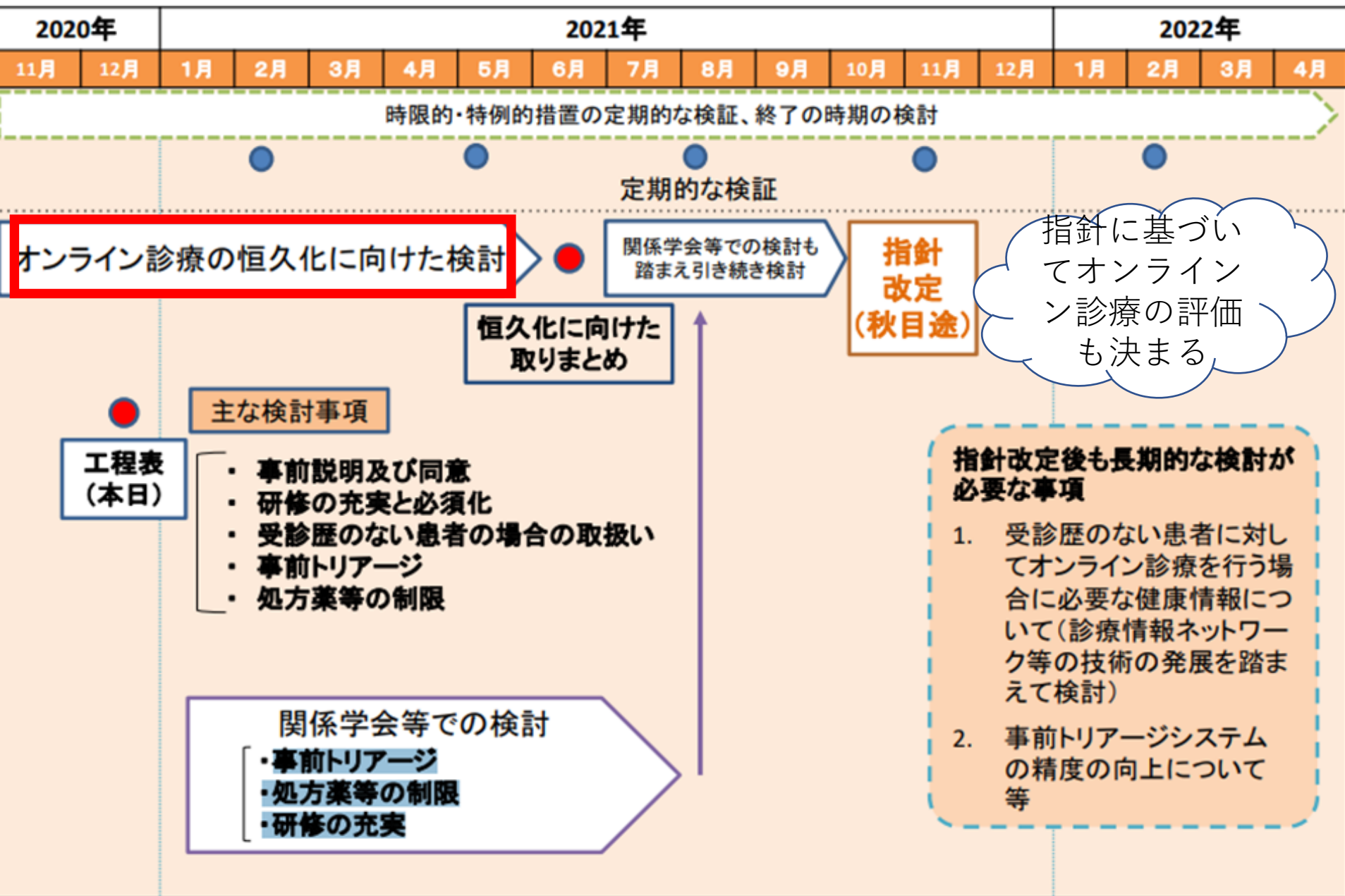
平井デジタル相、田村厚労相と会談  
→初診も含めて原則解禁など合意



医療介護ワーキングで質問  
「電話のみというけれど、電話再診  
のテレビ電話はどうなるの？」  
「画像というけれど、静止画像もい  
いのですか？」



# 今後のオンライン診療に関する検討のスケジュール(案)



# パート4 働き方改革

- ①地域医療体制加算
- ②タスクシフト
- ③情報通信機器を用いたカンファレンス等

# ①地域医療体制加算

# 地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価

➤ 地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

## (新) 地域医療体制確保加算 520点(入院初日に限る)

※ 消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的対応として新設(改定率0.08%、公費126億円分を充当)。



### [算定要件]

救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

### [施設基準]

#### 【救急医療に係る実績】

- 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上である(※1)こと。

#### 【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

- 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者の配置
- 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握
- 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の設置
- 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」(※2)の作成、定期的な評価及び見直し
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開(当該保険医療機関内に掲示する等)

※1 診療報酬の対象とならない医療機関(B水準相当)を対象として、地域医療介護総合確保基金において、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関について、医師の労働時間短縮のための体制整備に関する支援を行う。

※2 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の作成に当たっては、以下ア～キの項目を踏まえ検討し、必要な事項を記載すること。

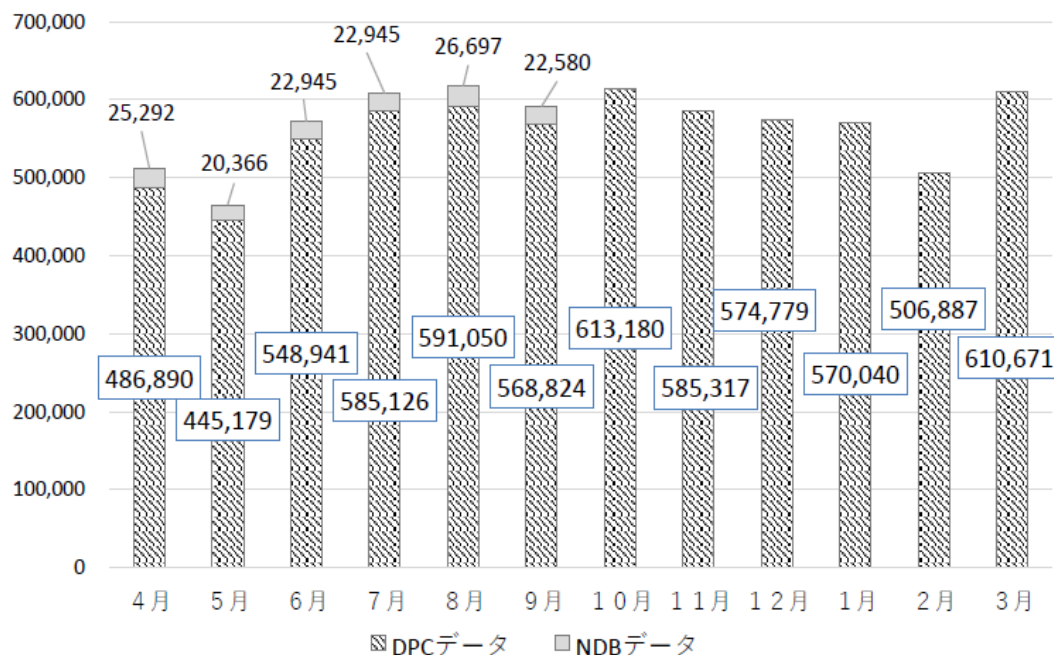
- ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
- イ 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ウ 勤務間インターバルの確保
- エ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- オ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- カ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- キ 短時間正規雇用医師の活用



# 地域医療体制確保加算の算定状況

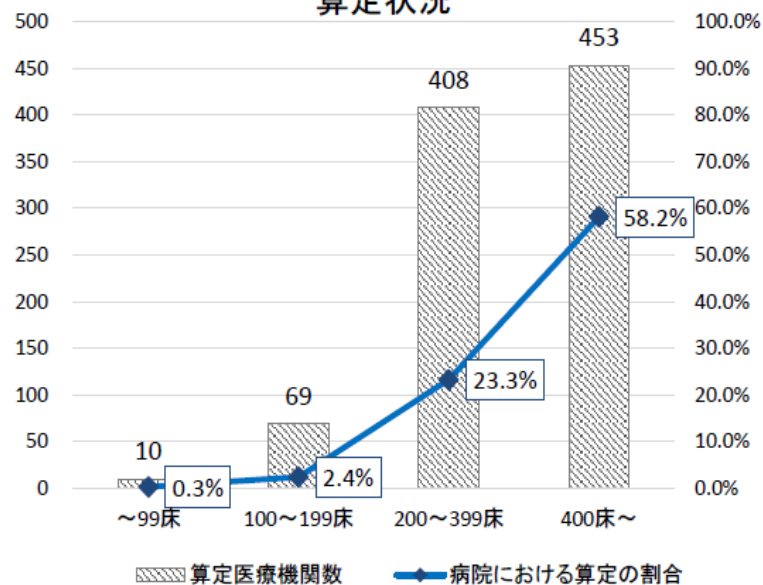
○ 令和2年度改定において新設した地域医療体制加算の算定回数は各月60万回前後で推移。算定医療機関は直近で940医療機関であった。

地域医療体制確保加算の算定回数



※ 出典 DPCデータ（令和2年4月～令和3年3月診療分）  
NDBデータ（令和2年4月～9月診療分）

病床規模別の地域医療体制確保加算算定状況



(n=940)

※ 出典 DPCデータ（令和3年3月）  
令和元年医療施設（動態）調査



図表 2 - 287 1 か月間の 1 人あたり平均勤務時間  
(地域医療体制確保加算の有無別)【常勤】

全体

(単位:時間)

	常勤の医師							
	令和元年10月				令和2年10月			
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値		
全体	n=262	180.4	24.0	179.4	n=267	183.4	25.3	180.0
届出ている	n=131	190.3	20.7	189.8	n=135	193.2	21.3	192.4
届出していない	n=129	170.7	23.0	165.0	n=130	173.5	25.0	170.5

※令和元年10月、令和2年10月ともに記入のあったものを集計。

届け出の方が勤務時間が長い

99 床以下

(単位:時間)

	常勤の医師							
	令和元年10月				令和2年10月			
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値		
全体	n=47	171.2	26.2	165.0	n=47	176.5	27.5	172.0
届出ている	n=1	-	-	-	n=1	-	-	-
届出していない	n=44	171.3	26.6	163.8	n=44	177.0	27.8	171.3

※令和元年10月、令和2年10月ともに記入のあったものを集計。



100~199 床

(単位:時間)

	常勤の医師							
	令和元年10月				令和2年10月			
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値		
全体	n=78	172.3	21.7	168.5	n=80	173.0	24.2	171.0
届出ている	n=7	175.5	19.7	180.8	n=7	176.2	16.7	180.0
届出していない	n=71	172.0	21.9	168.0	n=73	172.7	24.8	170.5

※令和元年10月、令和2年10月ともに記入のあったものを集計。

200~399 床

(単位:時間)

	常勤の医師							
	令和元年10月				令和2年10月			
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値		
全体	n=74	181.0	21.0	181.9	n=77	184.4	20.6	185.2
届出ている	n=63	184.3	20.3	184.9	n=67	187.0	20.4	187.0
届出していない	n=11	162.1	13.9	162.7	n=10	166.9	11.4	165.4

※令和元年10月、令和2年10月ともに記入のあったものを集計。

400 床以上

(単位:時間)

	常勤の医師							
	令和元年10月				令和2年10月			
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値		
全体	n=57	197.7	18.1	199.8	n=57	201.8	19.0	203.1
届出ている	n=57	197.7	18.1	199.8	n=57	201.8	19.0	203.1
届出していない	n=-	-	-	-	n=-	-	-	-

※令和元年10月、令和2年10月ともに記入のあったものを集計。

# ②タスクシフト

看護職員の負担軽減  
特定行為看護師

# 看護職員の負担軽減策の全体像

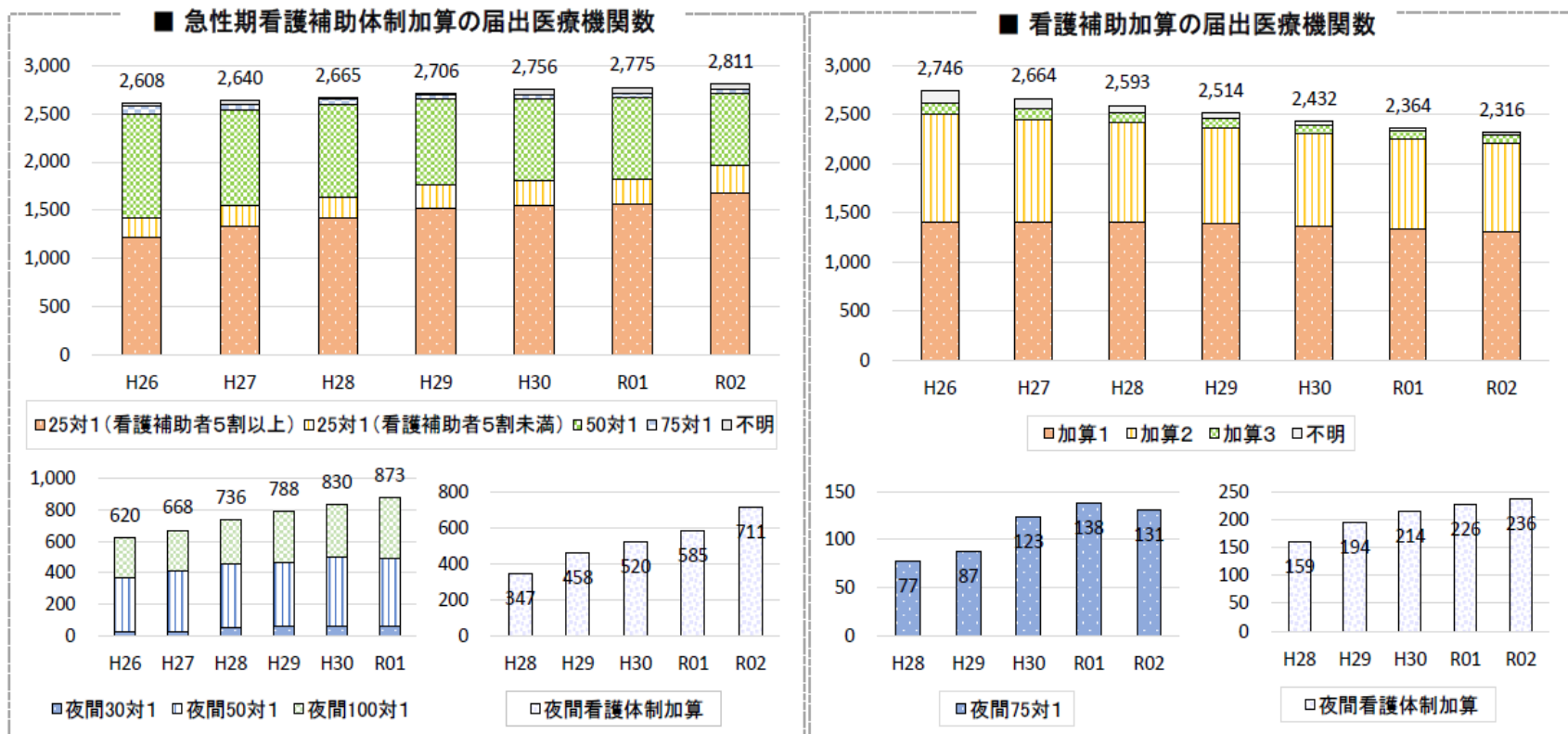
○ 看護職員の負担軽減を図るため、診療報酬では、主に夜間の看護体制を充実することに対して評価が行われている。

		急性期	慢性期
看護補助者との役割分担の推進		<b>【急性期看護補助体制加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院基本料</li> <li>特定機能病院入院基本料（一般病棟）</li> <li>専門病院入院基本料（7対1、10対1）</li> </ul>	<b>【看護補助加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域一般入院基本料</li> <li>13対1、15対1、18対1、20対1※</li> <li>障害者施設等入院基本料（7対1、10対1）の注加算</li> <li>特定一般病棟入院料</li> </ul> <b>【看護補助者配置加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域包括ケア病棟入院料の注加算</li> </ul>
夜間の看護体制関係	看護職員の手厚い夜間配置	<b>【看護職員夜間配置加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院基本料</li> <li>特定機能病院入院基本料（一般病棟）</li> <li>専門病院入院基本料（7対1、10対1）</li> </ul>	<b>【夜間看護加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>療養病棟入院基本料の注加算</li> </ul> <b>【看護職員夜間配置加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域包括ケア病棟入院料の注加算</li> <li>精神科救急入院料の注加算</li> <li>精神科救急・合併症入院料の注加算</li> </ul>
	看護補助者の夜間配置	<b>【夜間急性期看護補助体制加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>急性期看護補助体制加算の注加算</li> </ul>	<b>【夜間75対1看護補助加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>看護補助加算の注加算（地域一般入院料1又は2、13対1※のみ）</li> </ul>
	負担軽減に資する勤務編成（シフト）や、部署間支援等の推進	<b>【夜間看護体制加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>急性期看護補助体制加算の注加算（夜間急性期看護補助体制加算を算定している場合のみ）</li> </ul>	<b>【夜間看護体制加算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>看護補助加算の注加算</li> <li>障害者施設等入院基本料の注加算</li> </ul>
	小規模病院（100床未満）の救急外来体制の確保	<b>【夜間看護体制特定日減算】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟入院基本料</li> <li>結核病棟入院基本料</li> <li>精神病棟入院基本料</li> <li>専門病院入院基本料</li> <li>障害者施設等入院基本料</li> <li>地域包括ケア病棟入院料</li> </ul>	
	適切な夜勤時間の管理	<b>【月平均夜勤時間が72時間以下であること】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>病院の入院基本料等の施設基準</li> </ul>	

※ 結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）、専門病院入院基本料

# 急性期看護補助体制加算及び看護補助加算の届出状況

○ 届出医療機関数は、急性期看護補助体制加算は増加傾向、看護補助加算は減少傾向である。

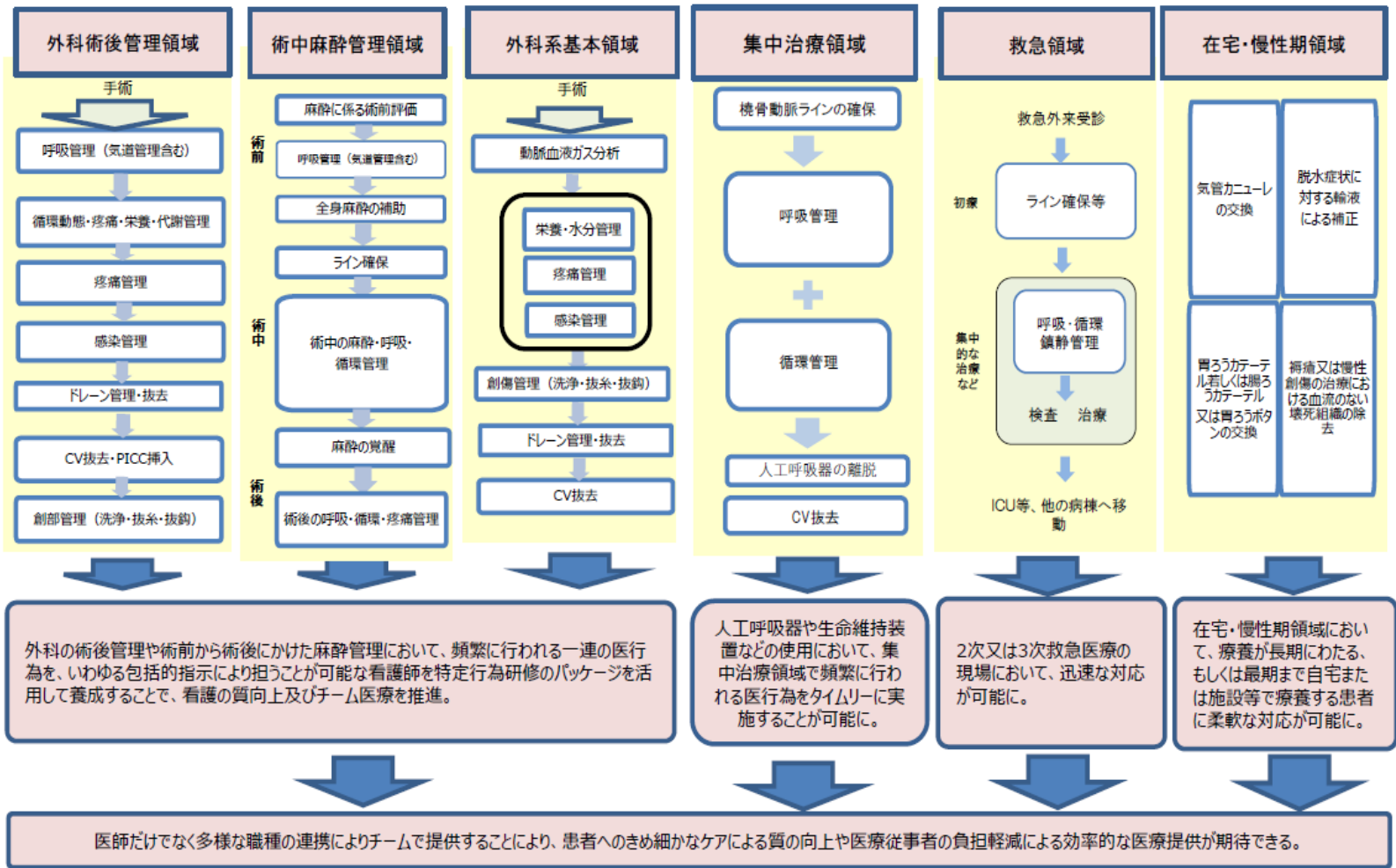


## 参考：急性期看護補助体制加算及び看護補助加算に係る留意事項

- 当該病棟において入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして（みなし看護補助者）計算することができる。
- ただし、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間75対1看護補助加算については、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合にのみ算定できる。

# 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

- 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。

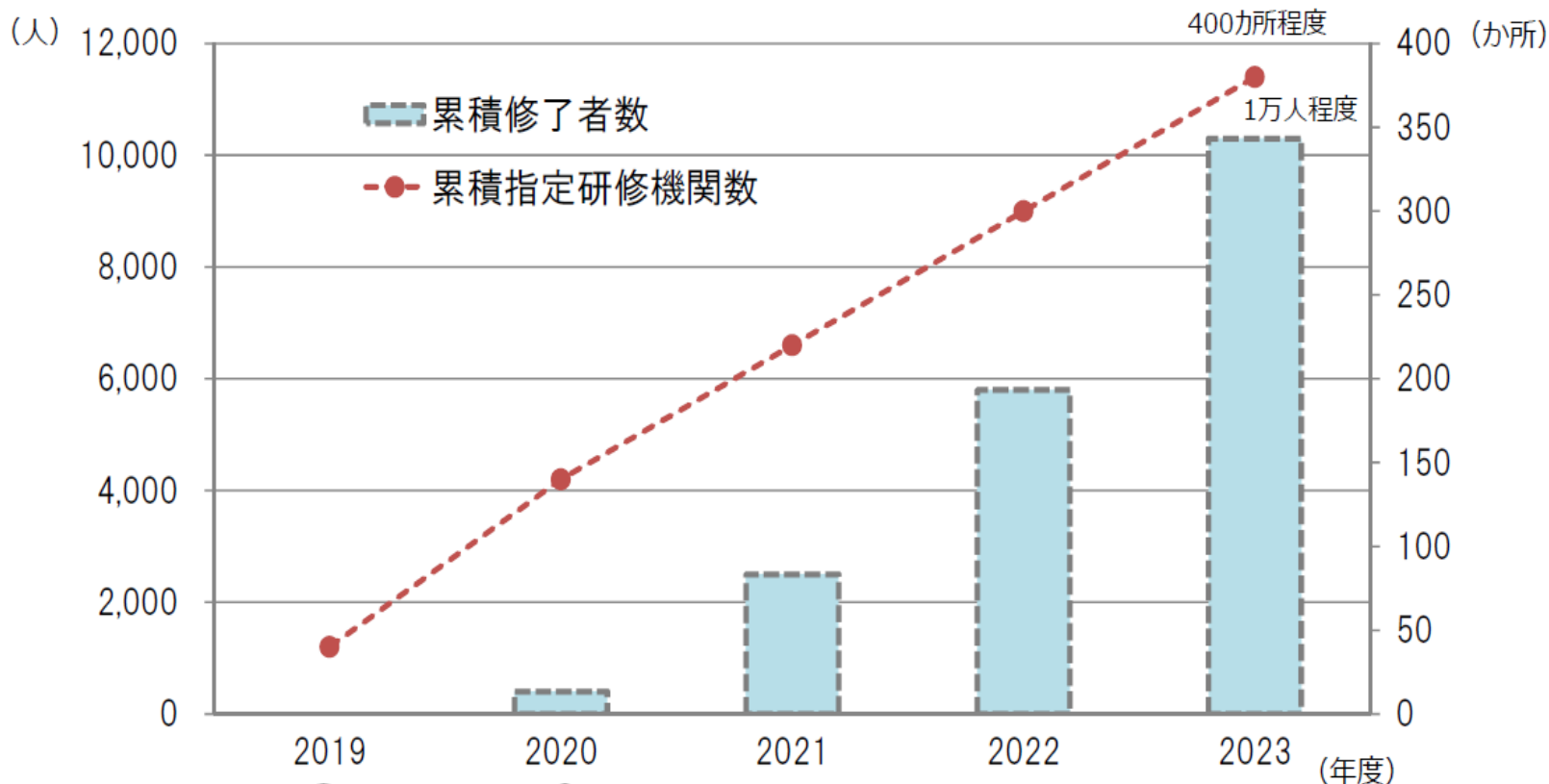


（一連の流れの中で特定行為研修修了者がパッケージに含まれる特定行為を手順書にもとづき実施）

# 特定行為研修制度におけるパッケージ研修を修了した看護師の養成について

○ 特定行為研修制度については、今後パッケージ化による研修修了者の養成が進むと考えられるが、特定行為研修修了者全体の増加に取り組む中で、2023年度末までにパッケージ研修の修了者として1万人の養成を目指す。

## ■ パッケージ研修に係る指定研修機関数及び研修修了者数見込み

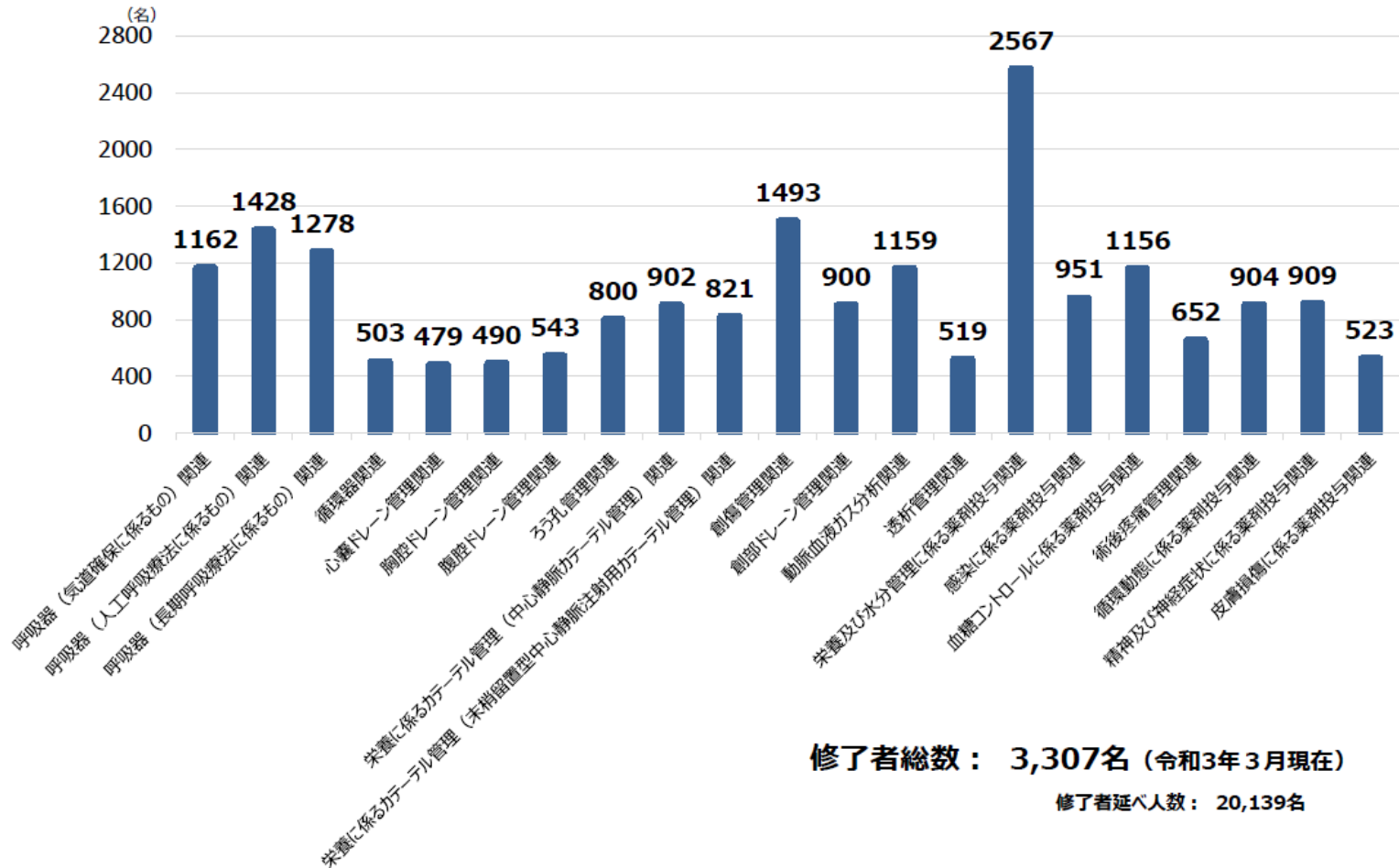


省令改正 (パッケージ研修創設)  
パッケージ研修を実施する指定研修機関の申請開始

パッケージ研修開始

2021年3月時点で、3307名

## 特定行為研修を修了した看護師数（特定行為区分別）



修了者総数： 3,307名（令和3年3月現在）

修了者延べ人数： 20,139名

# 診療報酬(平成30年度改定)における特定行為研修の評価

評価項目	特定行為研修において該当する区分
<p>■ <b>B001 糖尿病合併症管理料</b>                      糖尿病足病変ハイリスク要因を有する入院中の患者以外の患者であって、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた場合で医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月に1回に限り算定する。                      糖尿病合併症管理料の要件である「適切な研修」</p>	以下の2区分とも修了した場合 ○ 創傷管理関連 ○ 血糖コントロールに係る薬剤投与関連
<p>■ <b>B001 糖尿病透析予防指導管理料</b>                      糖尿病の患者であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。                      糖尿病透析予防指導管理料の看護師の要件である「適切な研修」</p>	○ 血糖コントロールに係る薬剤投与関連
<p>■ <b>C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料</b>                      重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。                      在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件である「所定の研修」</p>	○ 創傷管理関連
<p>■ <b>A301 特定集中治療室管理料1及び2</b>                      1回の入院について、当該治療室に入院させた連続する期間1回に限り算定できる。対象となる患者は、次に掲げる状態にあつて、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者。                      ア 意識障害又は昏睡                      イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪                      ウ 急性心不全（心筋梗塞含む）                      エ 急性薬物中毒                      オ ショック                      カ 重篤な代謝障害                      キ 広範囲熱傷                      ク 大手術後                      ケ 救急蘇生後                      コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態                      特定集中治療室管理料1及び2の施設基準で求める「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」</p>	以下の8区分をすべて修了した場合 ○ 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 ○ 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 ○ 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ○ 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 ○ 循環動態に係る薬剤投与関連 ○ 術後疼痛関連 ○ 循環器関連 ○ 精神及び神経症状にかかる薬剤投与関連



# 診療報酬(令和2年度改定)における特定行為研修の評価

評価項目	特定行為研修において該当する区分
<p>■ <b>A200 総合入院体制加算</b>            病院の医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること            ア～ウ、オ(略)エ「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に挙げる項目のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。(イ)～(ニ)、(ハ)、(ト)(略)            (ホ) 特定行為研修修了者である看護師の複数名配置及び活用による医師の負担軽減            医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画の項目の1つ</p>	<p>○特定行為研修修了者である看護師</p> <p>特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修のうち、いずれの区分であつても該当する。また、領域別パッケージ研修も該当する。</p>
<p>■ <b>L010 麻酔管理料Ⅱ</b>            担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施しても差し支えないものとする。また、この場合において、麻酔前後の診察を行った担当医師又は麻酔科標準医は、当該診察の内容を当該看護師に共有すること。            麻酔管理料Ⅱの要件である「適切な研修」</p>	<p>以下のいずれかの研修を修了した看護師</p> <p>①術中麻酔管理領域(パッケージ研修)</p> <p>②以下の6区分をすべて修了した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸器(気道確保に係るもの)関連</li> <li>・呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連</li> <li>・動脈血液ガス分析関連</li> <li>・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連</li> <li>・術後疼痛管理関連</li> <li>・循環動態に係る薬剤投与関連</li> </ul>
<p>■ <b>C300 特定保険医療材料</b>            在宅における特定保険医療材料の追加            在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、使用した薬剤の費用については薬剤料、特定保険医療材料の費用については特定保険医療材料により、当該保険医療機関において算定する。</p> <p>011 膀胱瘻用カテーテル            012 交換用胃瘻カテーテル                (1) 胃留置型①バンパー型 ア ガイドワイヤーあり ガイドワイヤーなし                    ②バルーン型                (2) 小腸留置 ①バンパー型 ②一般型            013 局所陰圧閉鎖処置用材料            014 陰圧創傷治療用カートリッジ</p>	<p>特定保険医療材料の算定に関連する特定行為</p> <p>①ろう孔管理関連</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・膀胱ろうカテーテルの交換</li> </ul> <p>②創傷管理関連区分のうち</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・創傷に対する陰圧閉鎖療法</li> </ul>

③情報通信機器を用いた  
カンファレンス等

# 情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

## 情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

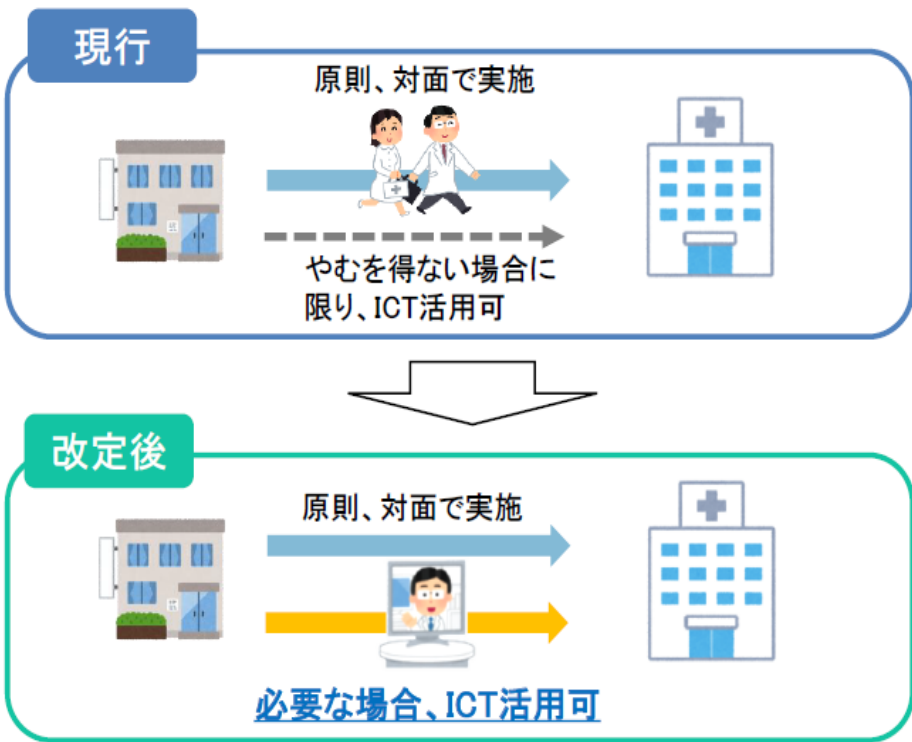
➤ 情報通信機器を用いたカンファレンスや共同指導について、日常的に活用しやすいものとなるよう、実施要件を見直す。



### 【対象となる項目】

- ・ 感染防止対策加算
- ・ 入退院支援加算1
- ・ 退院時共同指導料1・2 注1
- ・ 退院時共同指導料2 注3
- ・ 介護支援等連携指導料
- ・ 在宅患者訪問看護・指導料 注9
- ・ 同一建物居住者訪問看護・指導料 注4
- ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料
- ・ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

(訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び退院時共同指導加算も同様)



# まとめと提言

- 2022年報酬改定の議論がスタート
- ポイントはコロナ対策
- 入院は重症度医療看護必要度  
急性期病院の要件、地域包括ケア病棟  
回復期リハ病棟、療養病棟など
- 外来は資源を重点投入する外来  
初診からのオンライン診療、  
かかりつけ医機能など
- そして働き方改革

# 医療介護の岩盤規制をぶっとばせ！

コロナ渦中の規制改革推進会議、2年間の記録



医療介護の岩盤規制をぶっとばせ！

## 第1章

- コロナと医療提供体制

## 第2章

- 規制改革会議と医療DX

## 第3章

- 規制改革会議と科学的介護

## 第4章

- 規制改革会議と医薬品・医療機器

## 第5章

- 2025年問題へ向けての改革トピックス

篠原出版新社

8月11日緊急出版

B5版 120ページ

定価 1800円

# 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](mailto:muto@kinugasa.or.jp)