

看護マネジメント特論

新型コロナで医療が変わる

～ 2022年診療報酬改定へ向けて～



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

衣笠病院グループの概要

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

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

■ 病棟構成

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

- 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

- グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム



横須賀

衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦



目次



- パート 1
 - 新型コロナと病院経営危機
- パート 2
 - 三位一体改革
- パート 3
 - 2022年診療報酬改定と働き方改革
- パート 4
 - 2022年診療報酬改定と
病床機能分化と連携

グループワーク



- 新型コロナの影響について、意見交換しよう
 - コロナを受け入れたところ、受け入れてないところ、院内感染が発生したところなど、それぞれの立場でコロナの影響を振り返ろう
- 急性期一般入院医療1（旧7対1）、地域包括ケア病棟、入退院支援加算等の現状と課題について意見交換をしよう
- 特定行為の看護師について意見交換しよう
- 看護業務の他職種へのタスクシフトについて考えよう
 - （例）看護助手へのタスクシフトは？救命救急士へのタスクシフトなどについて

パート 1

新型コロナと病院経営危機

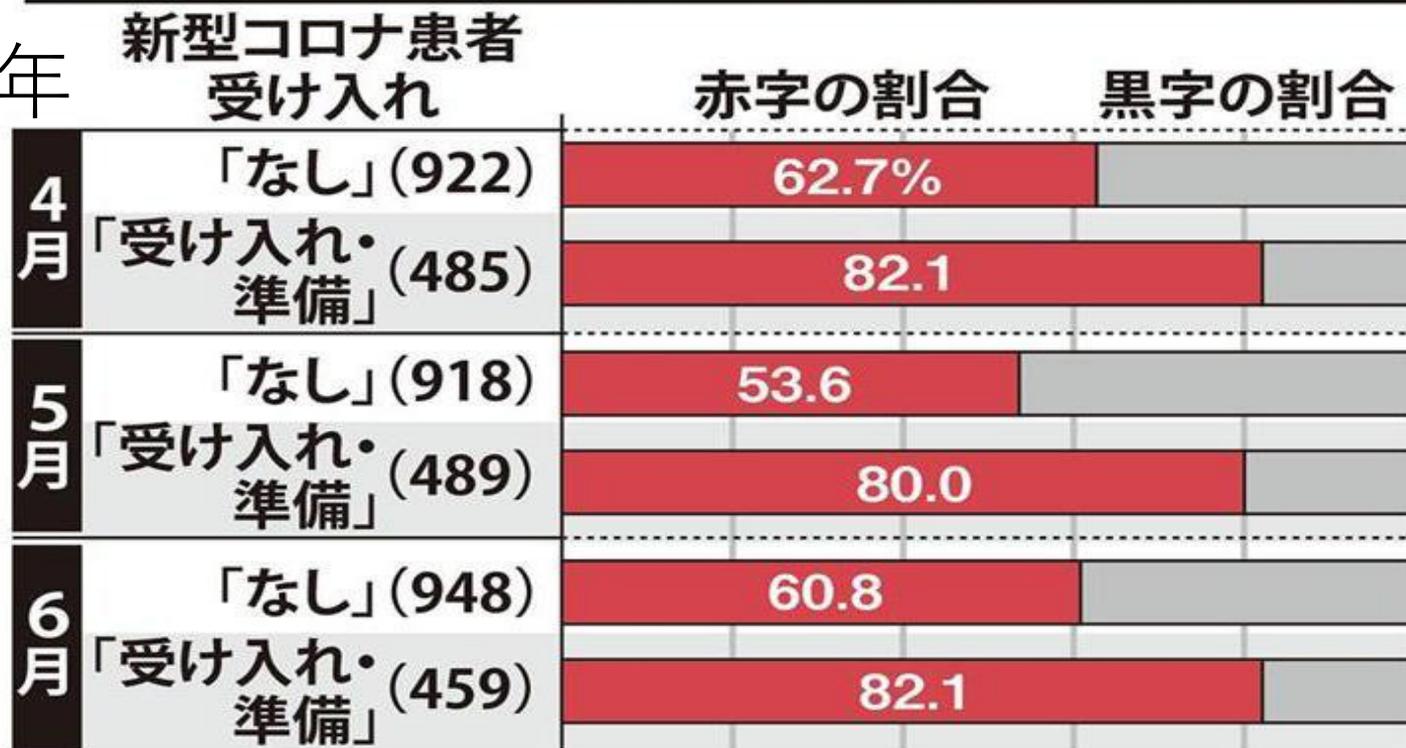


2020年3月に新型コロナウイルスで
1か月感染症病棟に入院



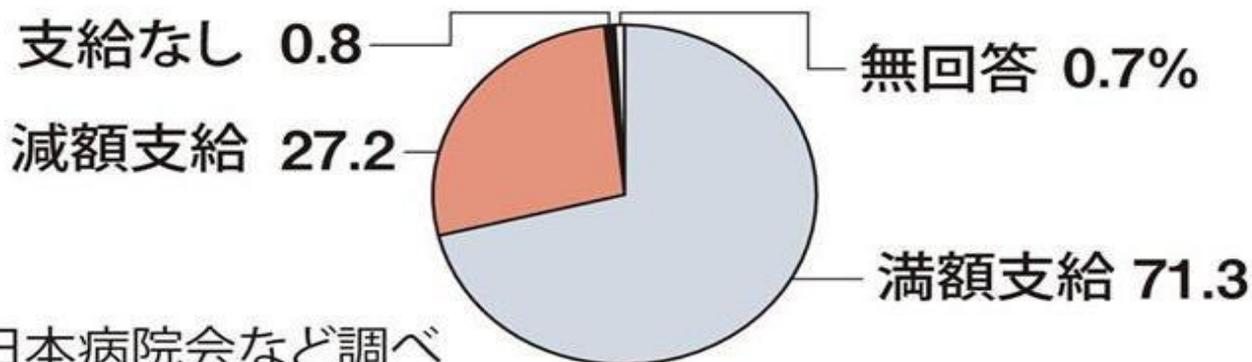
新型コロナ感染拡大を受けた病院経営の状況

2020年



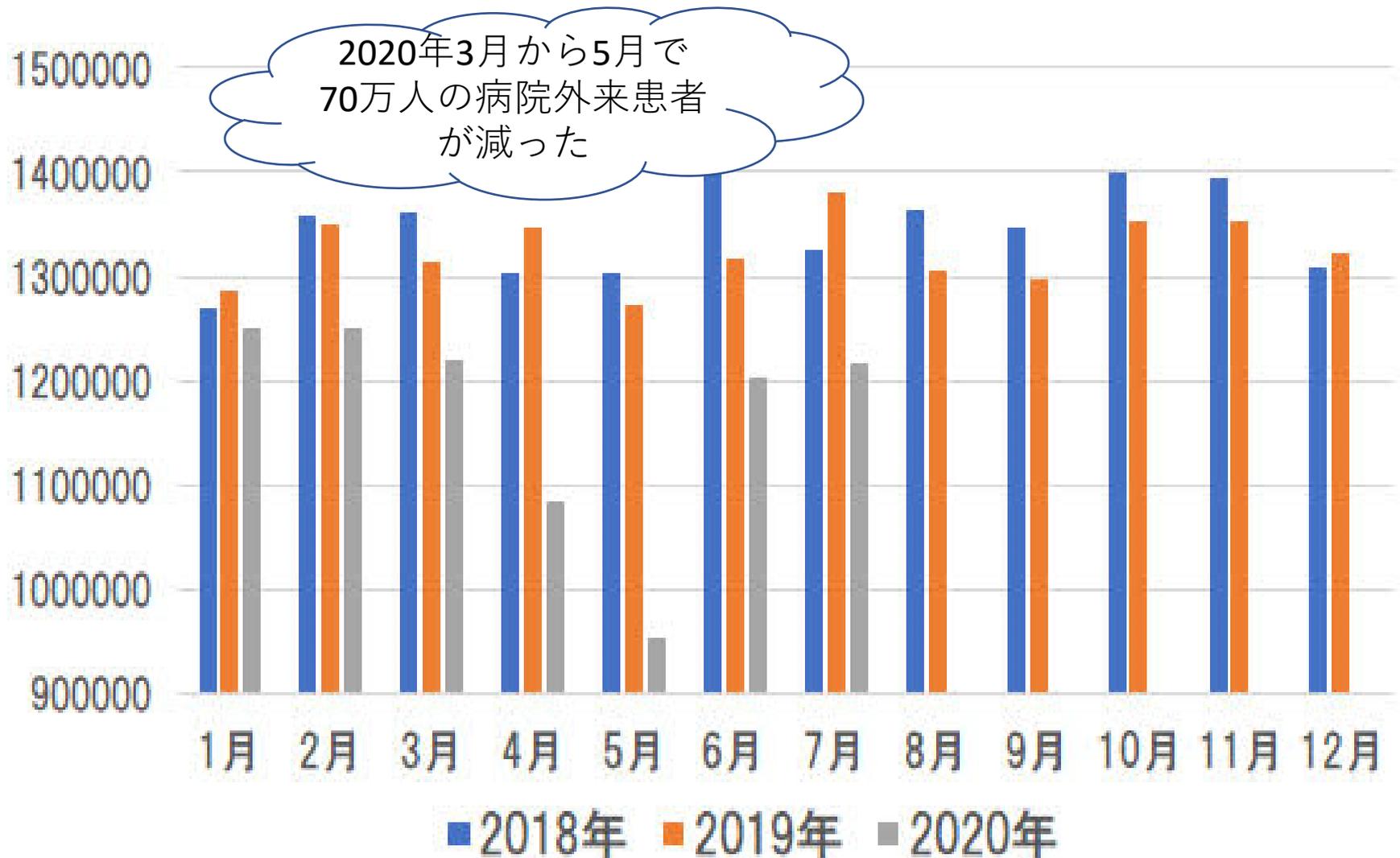
()は病院数、各月全体で1407病院が回答

賞与支給への影響 (1459病院が回答)



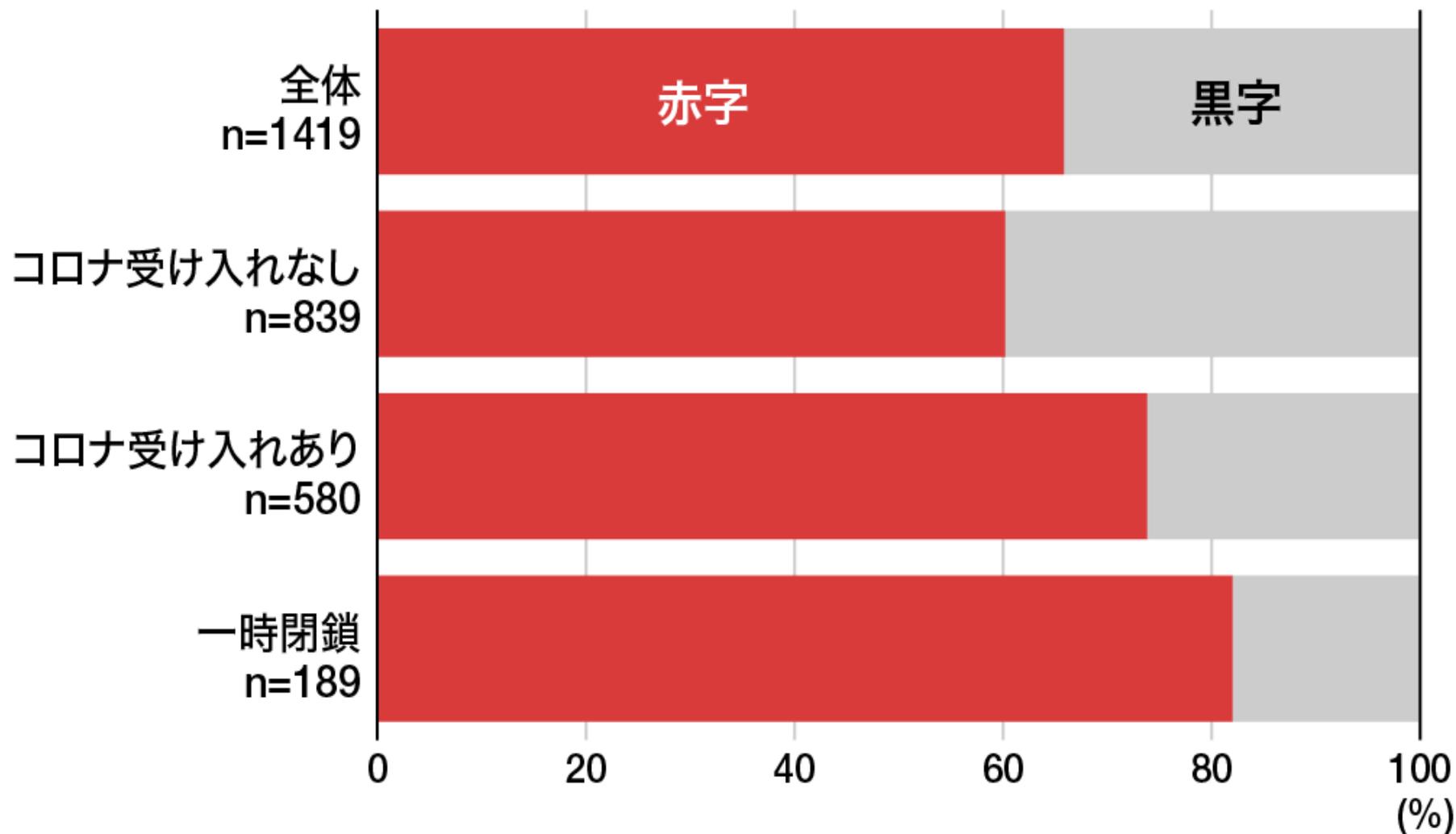
※日本病院会など調べ

1日平均病院外来患者数の推移



(病院報告を基にじほうが作成)

コロナ患者受入状況による収支比較【12月】 2020年



出所：「新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査」

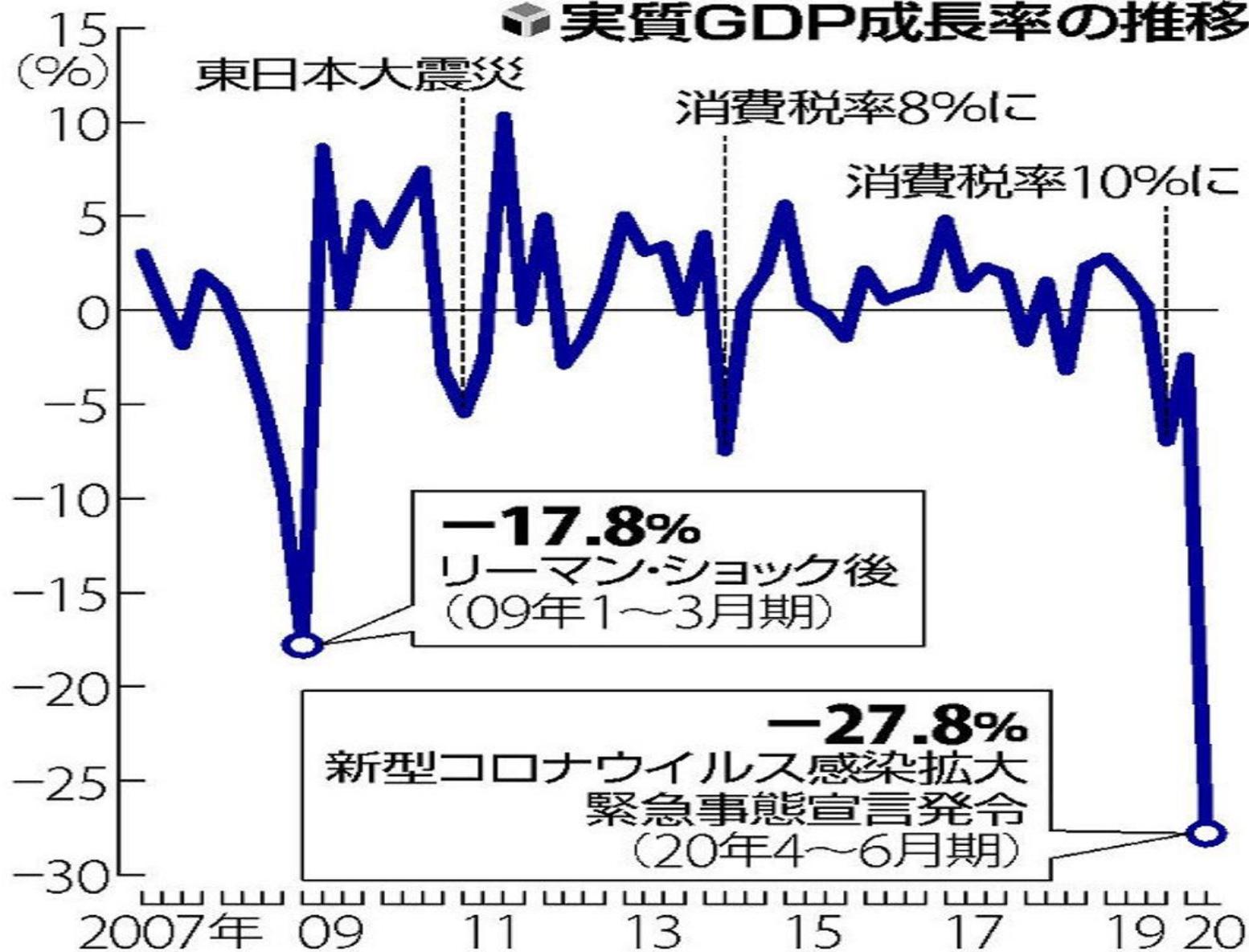
新型コロナで 戦後最大の病院経営危機



国の財政も
戦後最大ピンチ

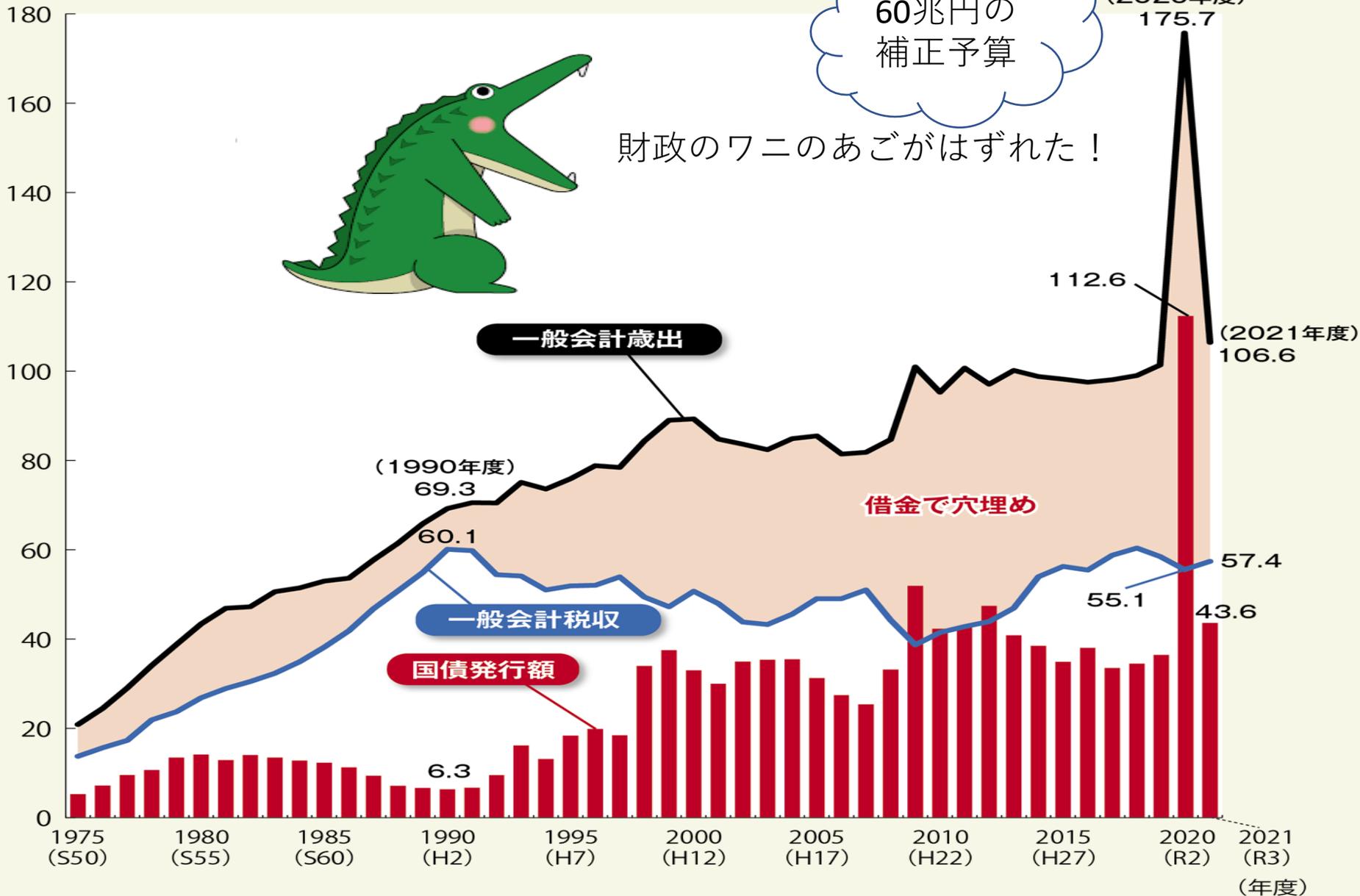


実質GDP成長率の推移



※四半期ごとの前期比増減率の年率換算

(兆円)



(注1) 2019年度までは決算、2020年度は第3次補正後予算、2021年度は政府案による。
 (注2) 2019年度及び2020年度の計数は、臨時・特別の措置に係る計数を含んだものである。

財務省資料より

年齢区分別人口(日本の将来推計人口・平成29年推計)



人口問題の
ワニの口

(注) 出生中位、死亡中位
(出典) 年齢区分別人口(日本の将来推計人口・平成29年推計)をもとに健保連が作成

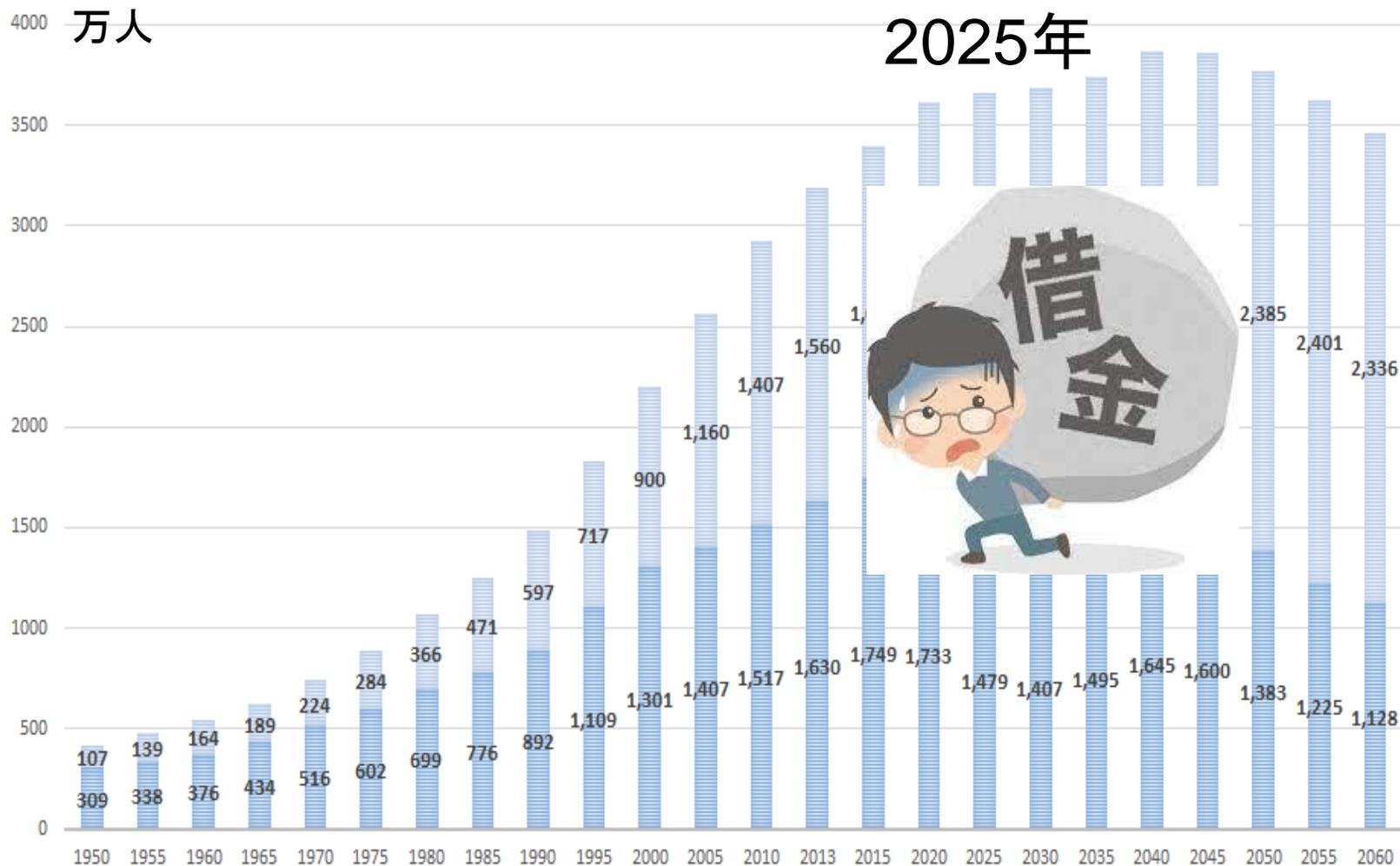
65歳以上の高齢者の人口推移

■ 65～74歳 ■ 75歳以上

2040年

2025年

万人

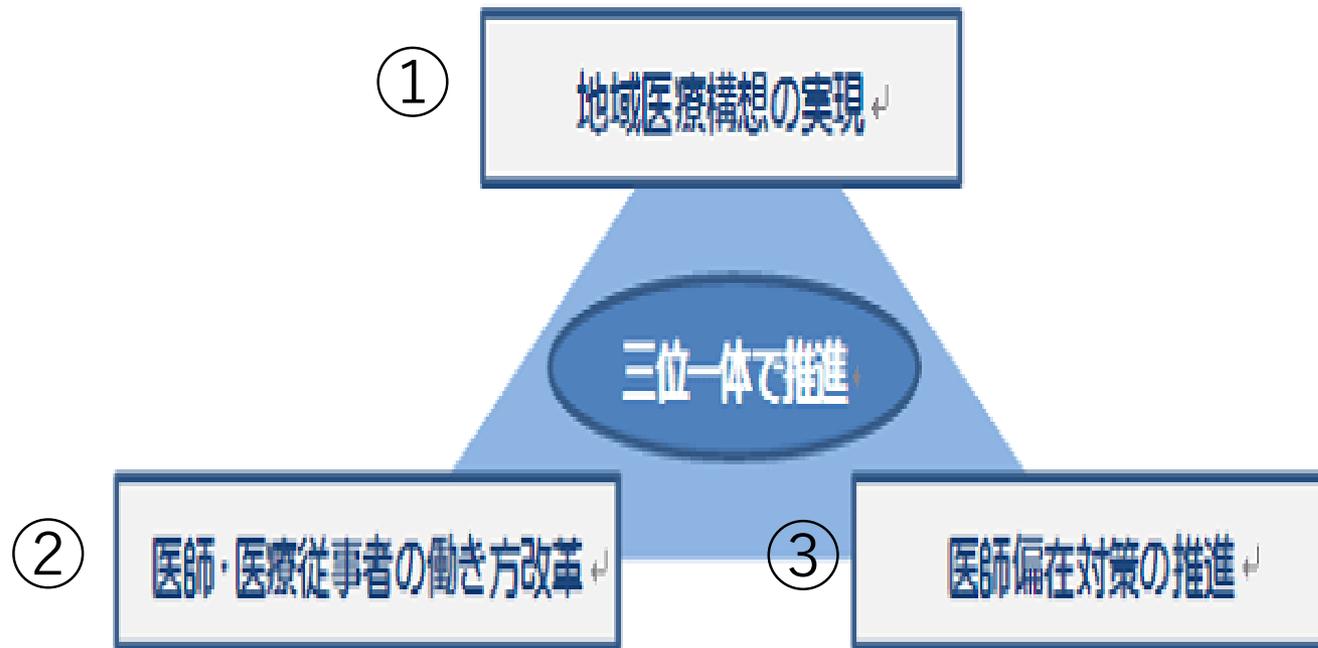


借金



パート 2

三位一体改革とは？



新型コロナを契機に 三位一体改革を推進すべき

社会保障審議会・医療部会（8月24日）

①地域医療構想



千葉県地域医療構想調整会議

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

○ 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。

（→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）

○ 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。

⇒ ・ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、
 ・ 慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



高度急性期
19.1万床

急性期
58.1万床

回復期 11.0万床

慢性期
35.2万床

【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



高度急性期
13.0万床程度

急性期
40.1万床程度

回復期
37.5万床程度

慢性期
24.2~28.5
万床程度※2

NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や
高齢者住宅を含めた
在宅医療等で追加的に
対応する患者数

29.7~33.7
万人程度※3

医療資源投入量
が少ないなど、
一般病床・療養
病床以外でも
対応可能な患者
を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

公立・公的 4 2 4 病院再編リスト

地域医療構想ワーキンググループで公表
(2019年9月26日)

経済 フォローする

公立・公的424病院「再編検討を」 厚労省がリスト公表

2019年9月26日 15:10

厚生労働省は26日、市町村などが運営する**公立病院**と日本赤十字社などが運営する**公的病院**の25%超にあたる全国424の病院について「再編統合について特に議論が必要」とする分析をまとめ、病院名を公表した。診療実績が少なく、非効率な医療を招いているため

424公的病院、再編必要

神奈川県 厚労省、異例の公表

厚生労働省は26日、全国145の公立病院や日本赤十字社の公的病院のうち診療実績が少なく、再編統合が必要と判断した424の病院を初めて公表した。高齢化で膨張する医療費抑制のため、競合地域にある病院との再編・統合を促す必要があつて、異例の対応に踏み切つた。10月にも対象病院に再編・統合の格別な検討を要請し、来年9月までに結論を出してもらう考え。強制力はないが、身近な病院がなくなるとの不安から地元首長や住民の反発が予想される。

同日の会合で公表した。対象病院は全体の29.1%に当たり、ベッド数が比較的に少ない病院が多かつた。対象の数は北海道の

都道府県別では、新潟（53.7%）、北海道（48.6%）、宮城（47.5%）、山口（46.7%）、岡山（43.3%）の順で割合が高かつた。対象の数は北海道の

都道府県別の再編・統合対象病院割合

都道府県	公的病院数	対象病院数	割合(%)
① 新潟	41	22	53.7
② 北海道	111	54	48.6
③ 宮城	40	19	47.5
④ 山口	30	14	46.7
⑤ 岡山	30	13	43.3
⑥ 愛知	57	9	15.8
⑦ 京都	26	4	15.4
⑧ 栃木	15	2	13.3
⑨ 東京	78	10	12.8
⑩ 沖縄	14	0	0

※割合は四捨五入

定例会見 石巻市役所

“病院再編” 石巻市長憤り 村井知事「議論は必要」

石巻市

亀山市長

「人口減少進む地域にとって市立病院の役割大きく 国に考えを伝えていきたい」



- 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

2. 今後の取り組み

- 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

- 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「**診療実績が少ない**」または「**診療実績が類似している**」と位置付けられた**公立・公的医療機関等**に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

分析内容

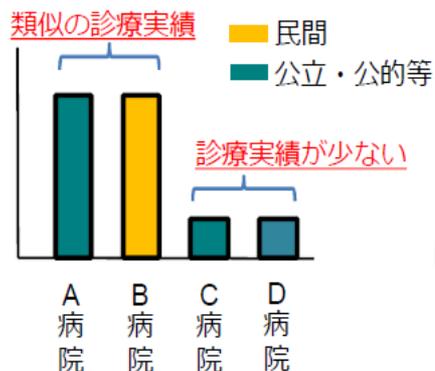
分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

A 各分析項目について、診療実績が特に少ない。

B 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。

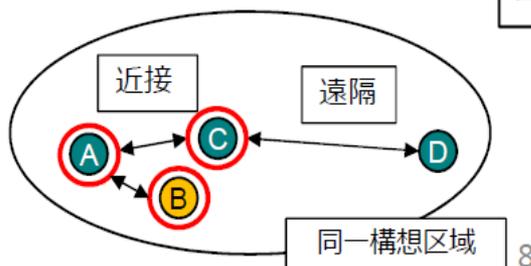
分析のイメージ

- ① 診療実績の**データ分析**
(領域等(例:がん、救急等)ごと)



- ② 地理的条件の**確認**

類似の診療実績がある場合のうち、**近接**している場合を確認



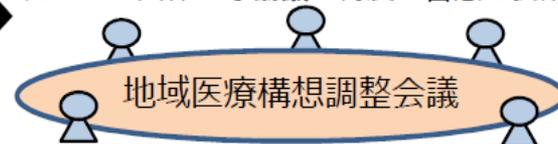
①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- ③ 分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における**検証**

医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、

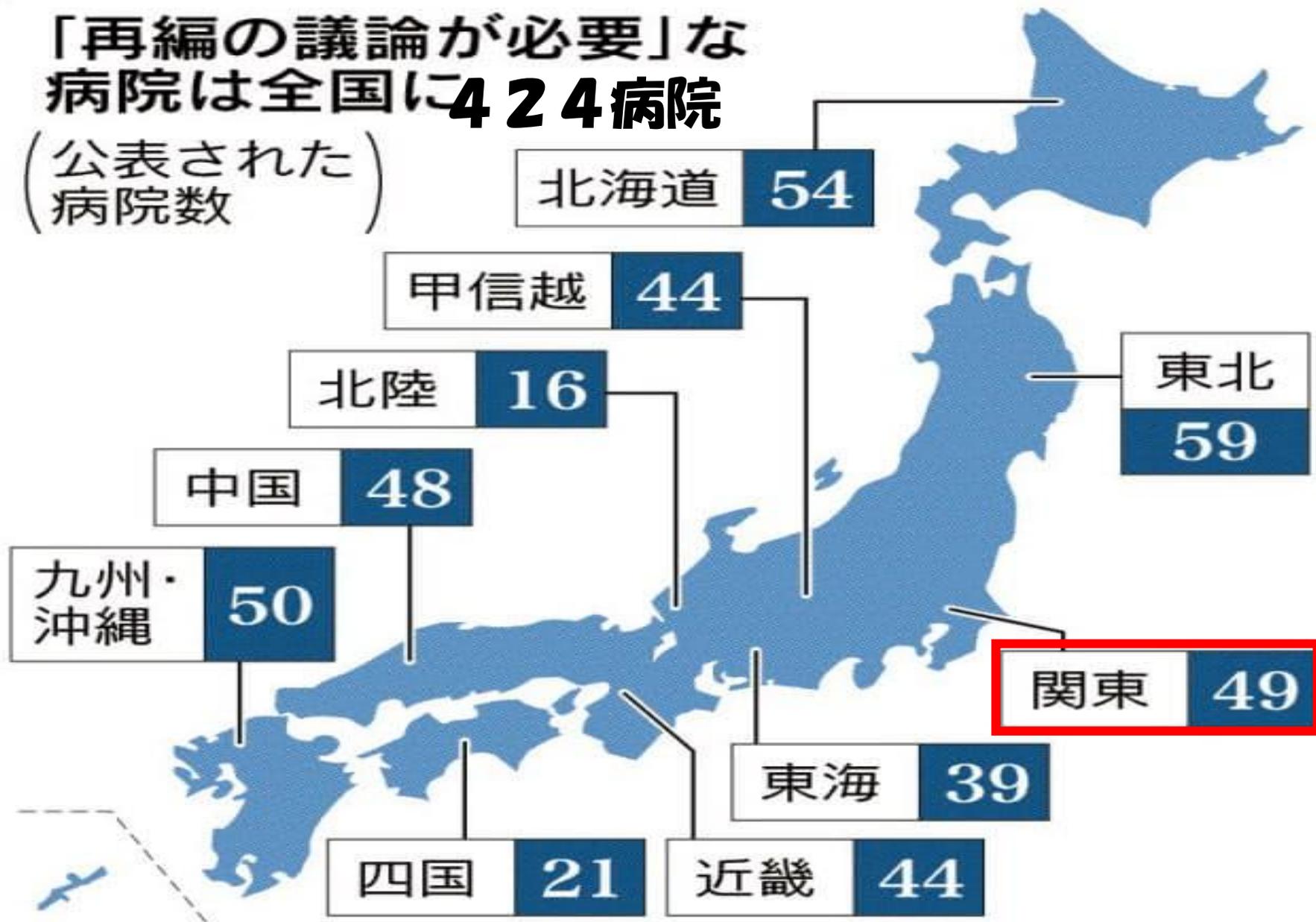
- **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
- **病院の再編統合**

について具体的な協議・再度の合意を要請



「再編の議論が必要」な 病院は全国に**424**病院

(公表された
病院数)



424施設から7施設を外し、20施設を加えて440施設となった

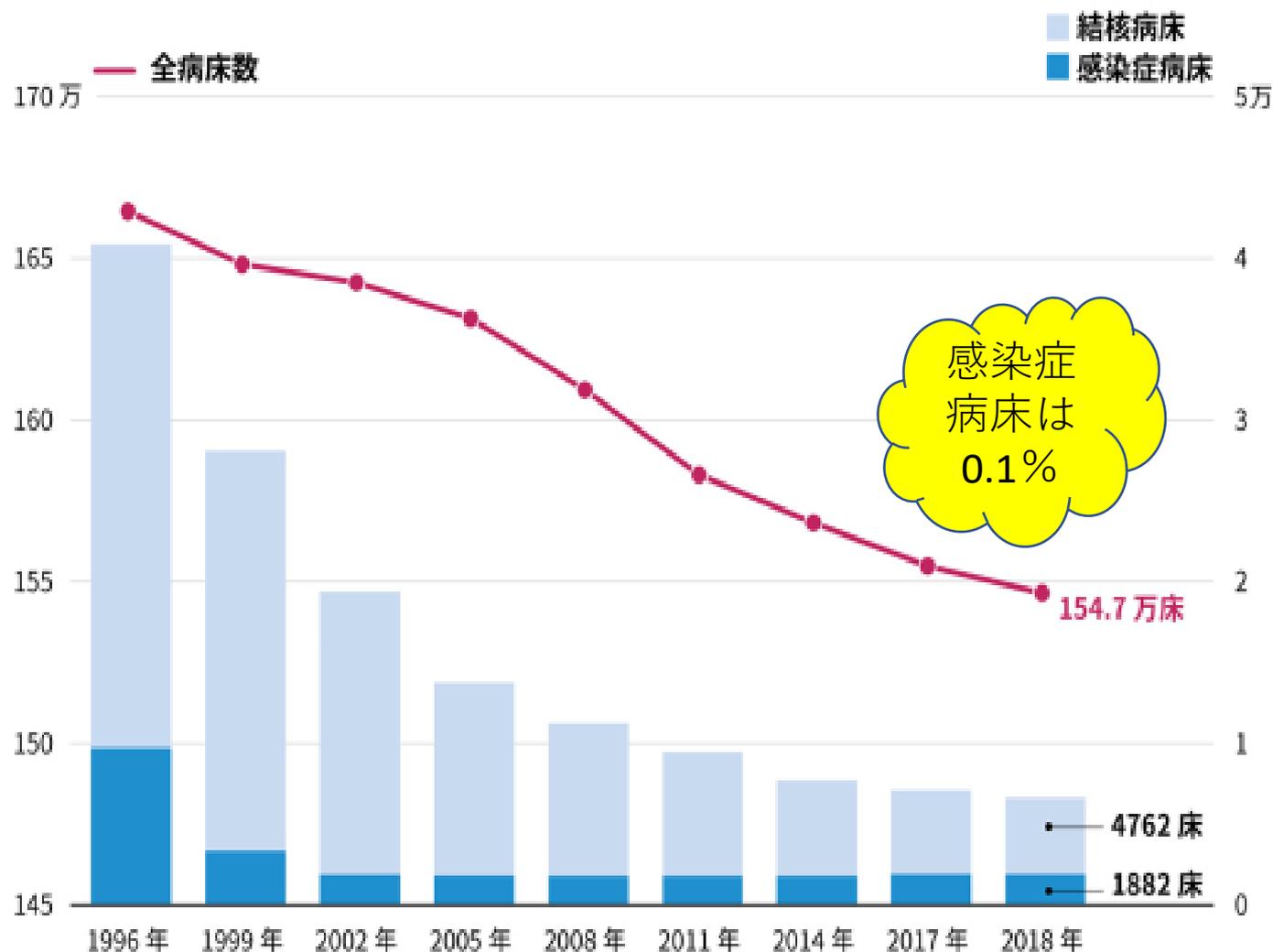


厚労省医政局地域医療計画課長の鈴木健彦氏（1月17日）

新型コロナで 440病院リスト見直し

- 当初、424病院リストの検証期限については、機能の見直しについては2019年度中に、再編統合については2020年秋までに行うこととしていた
- 厚労省は、2020年3月4日の通知
 - 「今回の新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から『改めて整理する』」として、事実上の「期限延長」を決めた
- このため新型コロナ感染拡大を受けて、今回の424病院リストでもその感染症病床については再考が必要
- 全国の感染症病床の9割は公立・公的病院によって占められ、424病院の内、24病院が感染症指定病院だからだ。
- そして感染症病床はこれまで削減され続けてきた。

感染症病床はこれまで削減され続けてきた



出典：厚生労働省

(2020年4月16日)

新型コロナ 重点医療機関の整備

新興感染症を医療計画や地域医療構想の中で位置づけるべき、新型コロナ重点医療機関と必要病床についても再検討すべき

②働き方改革



2018年6月

働き方改革関連法

時間外労働（残業）の上限を規制



大企業

2019年4月～

中小企業

2020年4月～

【原則として】

🕒 月45時間・年360時間

【例外でも】

🕒 年720時間以内（※休日労働を含まない）

🕒 単月100時間未満、
2~6か月平均80時間以内（※休日労働を含む）



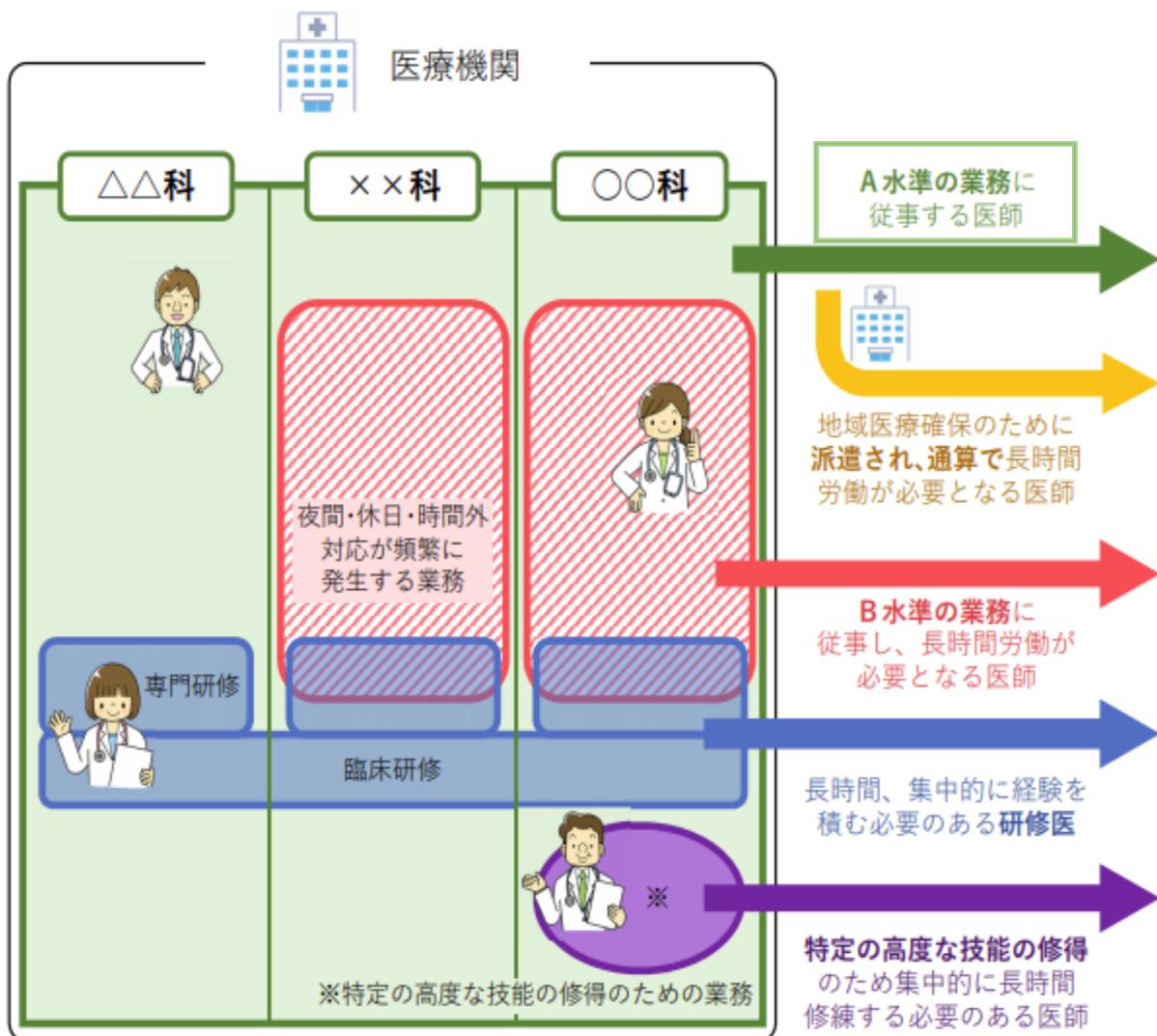
医師への適用は **2024年4月～**、
上限時間も別に設定



各水準の指定と適用を受ける医師について

A水準以外の各水準は、指定を受けた医療機関に所属する全ての医師に適用されるのではなく、**指定される事由となった業務に従事する医師にのみ適用される**。所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関は**それぞれの水準についての指定を受ける必要がある**。

*年の時間外・休日労働時間数（簡明さを優先し、詳細は省略）



医療機関に必要な指定	医師に適用される水準	
	36協定で定めることができる時間*	実際に働くことができる時間*(通算)
—	960以下	960以下
連携B	960以下	1,860以下
B	1,860以下	1,860以下
C-1	1,860以下	1,860以下
C-2	1,860以下	1,860以下

臨床研修医にはより強い健康確保措置

この医療機関の例の場合、連携B、B、C-1、C-2の4つの指定が必要となる。（それぞれの指定要件は大部分が共通）

2024年4月とその後に向けた改革のイメージ②(案)

- 2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなり、暫定特例水準対象の医師についても、時間外労働が年960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組んでいく。

病院勤務医の働き方の変化のイメージ

(時間外労働の年間時間数)

現状



2024.4
上限規制適用

2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

暫定特例水準対象についても、時間外労働が年960時間以内となることを目指し、さらなる労働時間短縮に取り組む

2023年度末までに
解消

約1割
約2万人

1,900~
2,000時間程度

水準B
暫定特例水準
2035年度末までに解消

約3割
約6万人

960時間

2024年度以降適用される

水準A

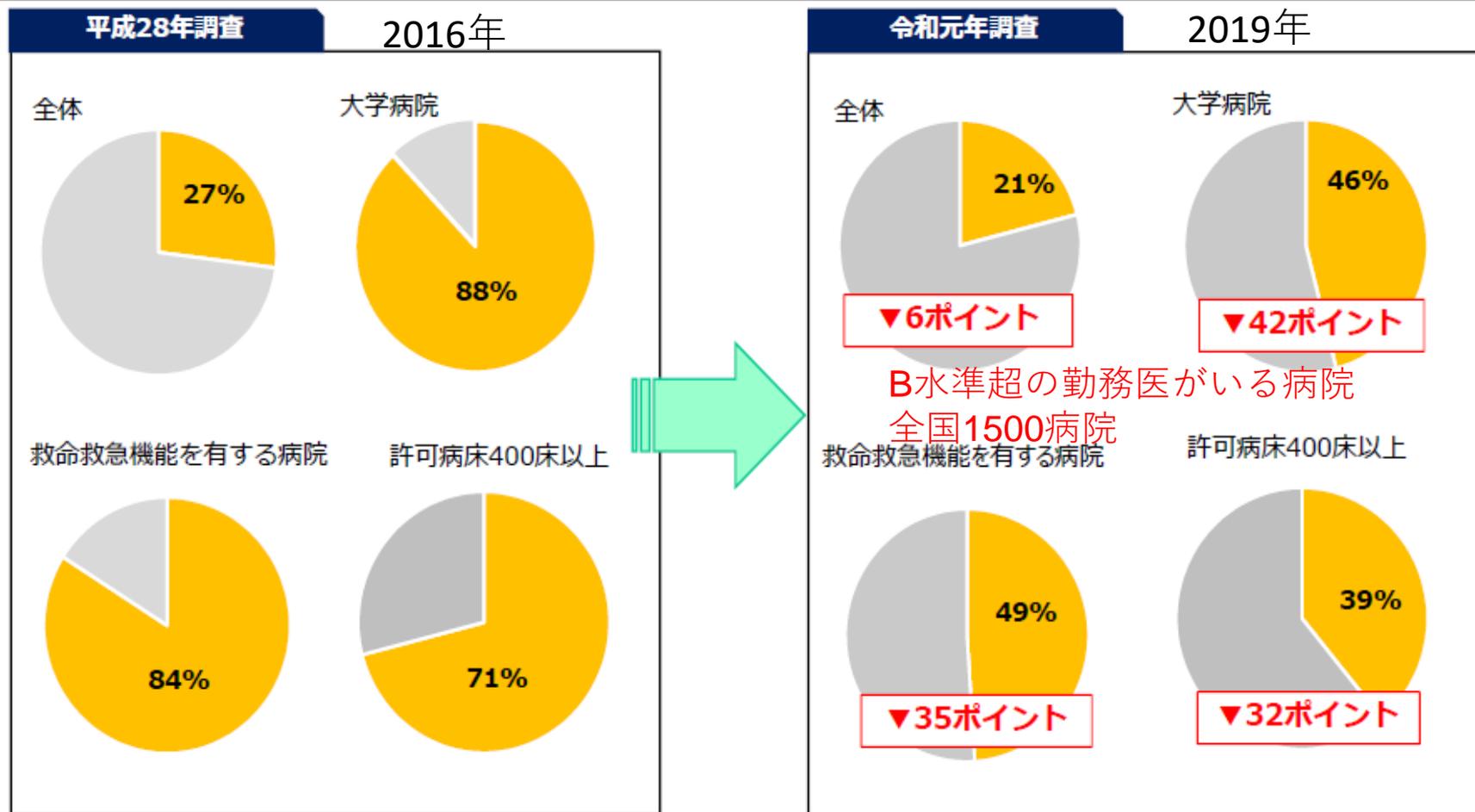
約6割
約12万人

暫定特例水準対象を除き、2024.4以降、年960時間を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

地域医療確保暫定特例水準を超える働き方の医師がいる病院の割合

時間外労働が年1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

- 平成28年調査と比較し、時間外労働が年1860時間を超えると推定される、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる病院の割合が減少している。
- 大学病院・救命救急機能を有する病院・許可病床400床以上の病院においては、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる割合が7割～8割を占めていたところ、いずれも割合が大幅に減少し、労働時間の短縮が認められる。



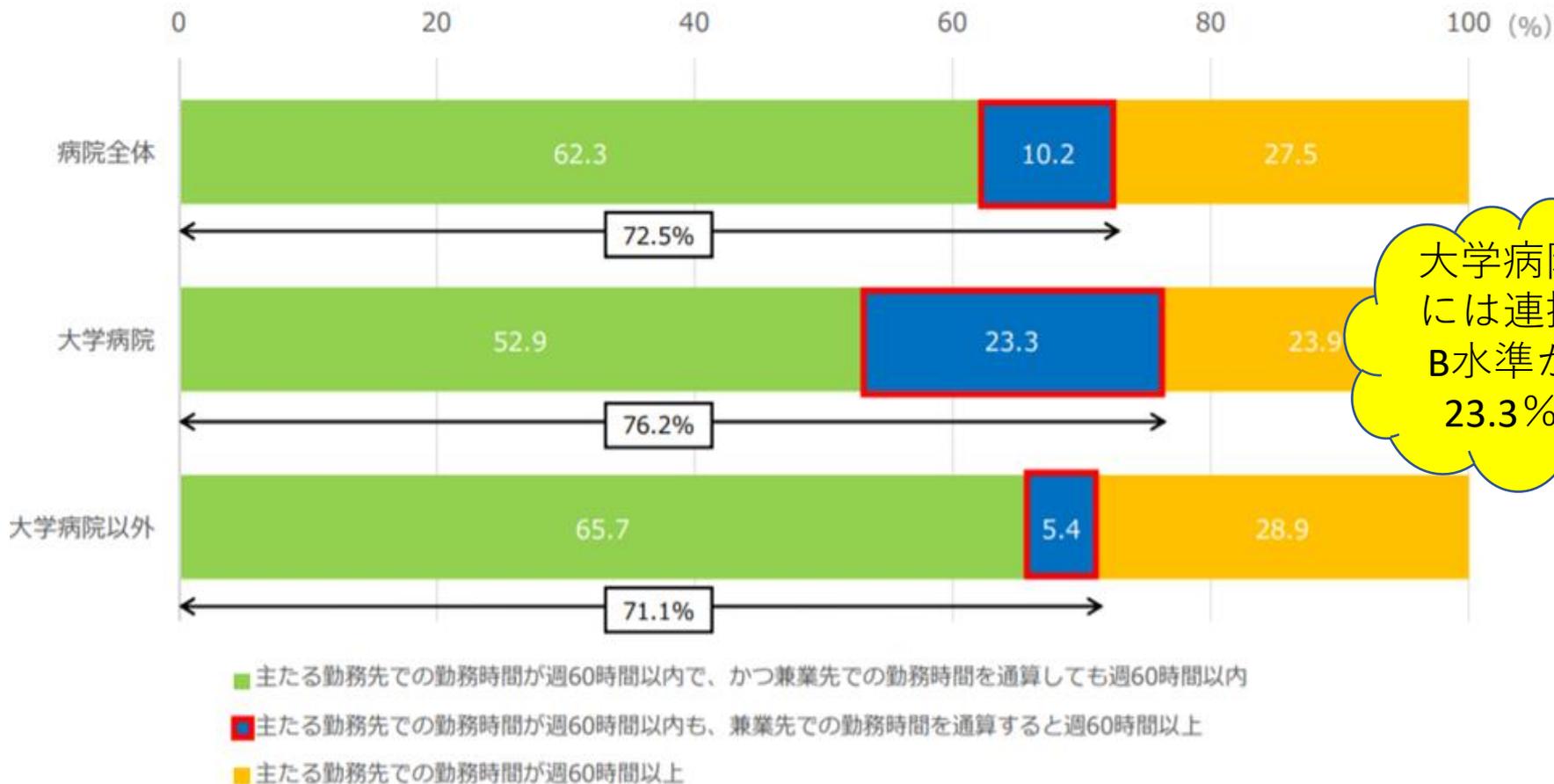
※ H28調査：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診察外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

※ R元年調査：診療外時間から指示の無い診察外時間を除外し、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

※※ 平成30年病床機能報告救急機能とは、救急告示病院、二次救急病院、救命救急（三次救急）病院のいずれかに該当するもので、救命救急機能は、三次救急病院に該当するもの。なお、救急車受入件数は、平成30年病床機能報告で報告された件数から抽出した。

副業・兼業：主たる勤務先と兼業先の勤務時間（全体・大学病院・大学病院以外）

○ 主たる勤務先である大学病院での勤務時間が週60時間（年間時間外・休日労働960時間換算）の範囲内に収まる医師は全体の76.2%であるが、兼業先での勤務時間を通算すると週60時間を超過する医師が全体の23.3%と、大学病院以外の医師よりもその割合が高い。

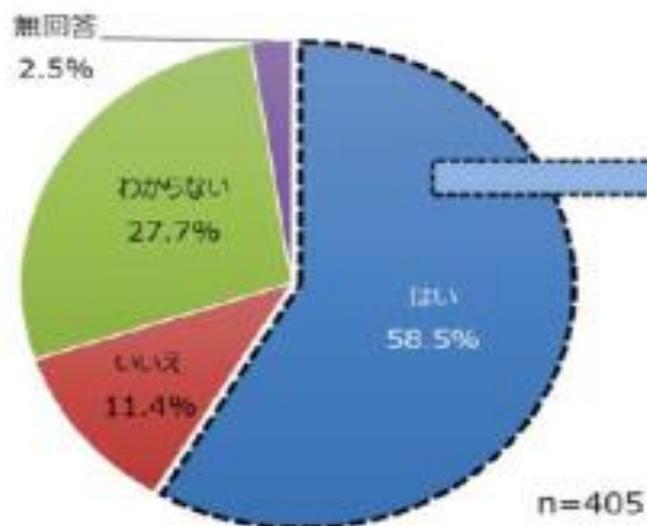


大学病院には連携B水準が23.3%

※ 宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

⑤ 医師の時間外労働の上限規制は、地域医療の崩壊を招く危険性があると思いますか。

	病院数	割合
はい	237	58.5%
いいえ	46	11.4%
わからない	112	27.7%
無回答	10	2.5%
合計	405	100.0%



⑥ ⑤で「はい」と回答した病院にお聞きします。どのような影響があると考えますか。（複数回答可）

	病院数	割合
救急医療からの撤退	211	89.0%
外来診療の制限・縮小	152	64.1%
病院の経営破綻	151	63.7%
産科・小児科医療からの撤退	139	58.6%
医療の質の低下	121	51.1%
過疎地・へき地医療の確保	116	48.9%
長時間手術の制限	98	41.4%
医師のプロフェッショナリズム・モラルの低下	85	35.9%
医療へのアクセスや利便性の低下	84	35.4%
研修医教育の制限	81	34.2%
高度医療の提供制限	69	29.1%
その他	5	2.1%
無回答	2	0.8%

n=237



【医師】医療機関での勤務形態（派遣・受け入れ）

	%
専ら医師を派遣する病院である	4.1%
医師の派遣、受け入れは概ね半々程度の病院である	12.0%
専ら医師を受け入れている病院である	83.9%
合計	100.0%

(n=3,549)

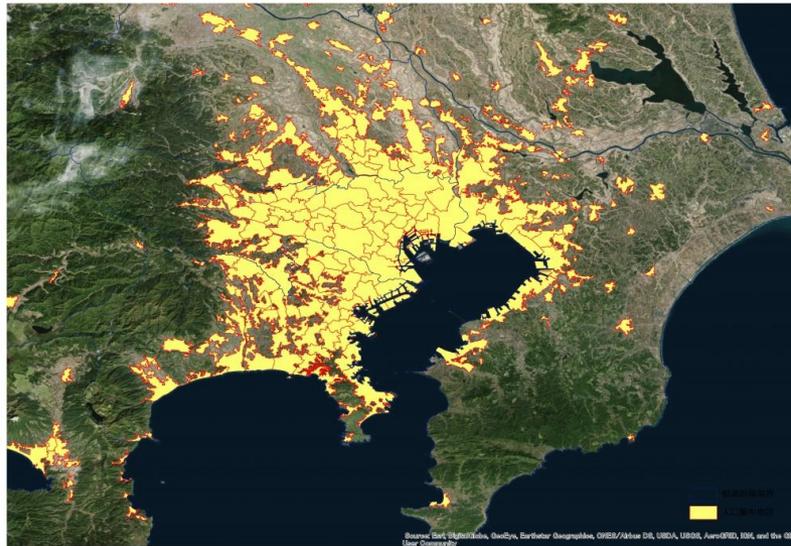
派遣元...受入先の各医師の勤務時間を全て掌握することになる？
受入先...各医師の勤務時間を派遣元に全て報告することになる？
半々 ...両方に対応する必要がある

《把握しなければならない人数が多い→事務作業の煩雑化？》

➡ 各医療機関での対応は可能？

外来や宿日直
を派遣医師に
頼っている

③ 医師偏在対策



医師も東京一極集中

A wide-angle photograph of a large conference room. Numerous people, mostly men in business suits, are seated around a long, U-shaped wooden table. They are facing each other, engaged in a meeting. The room has a high ceiling with several large, square recessed lights. The walls are wood-paneled. In the foreground, several people are seen from behind, looking towards the center of the room. There are microphones, papers, and green water bottles on the table. The overall atmosphere is professional and formal.

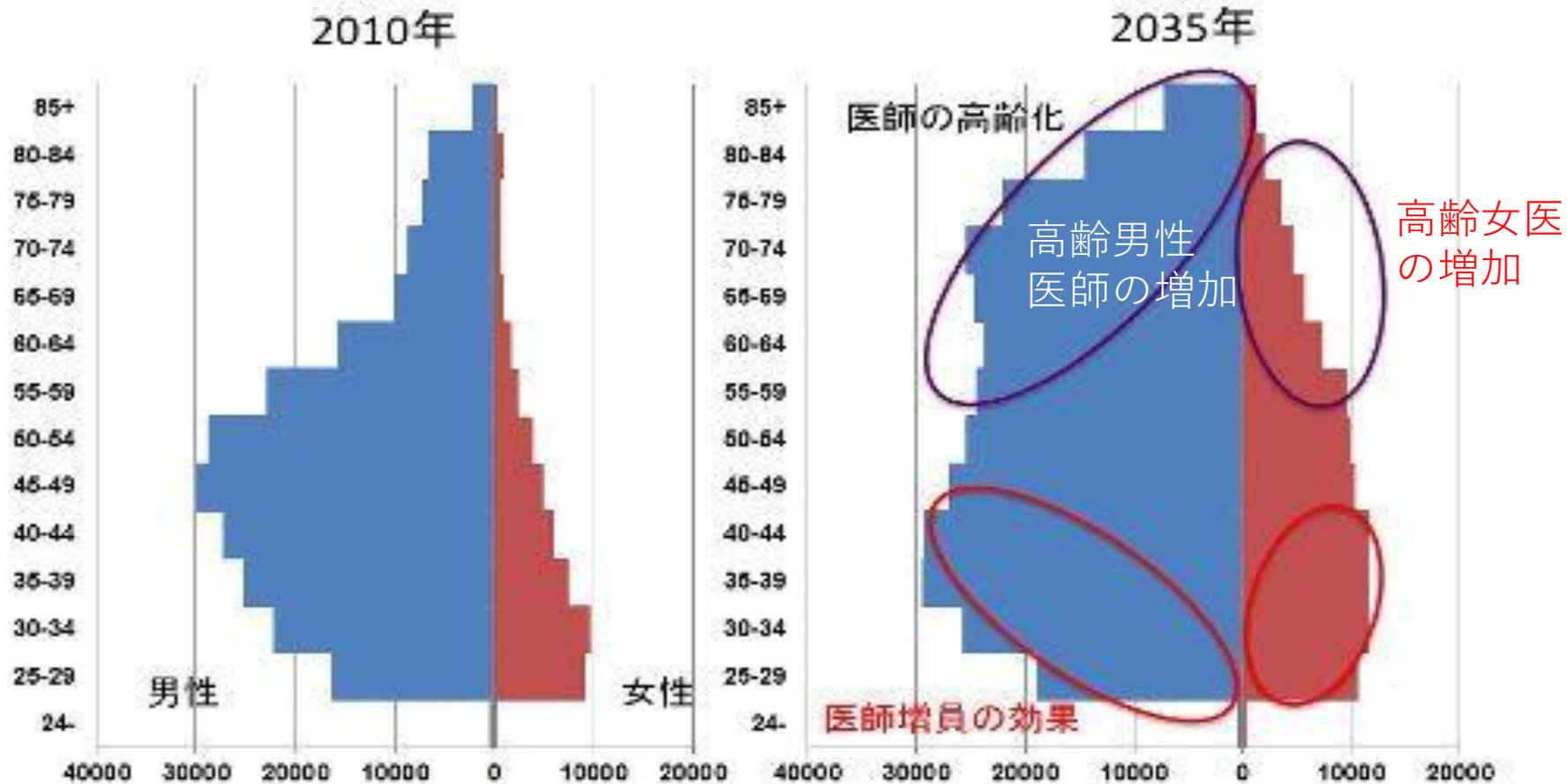
第28回 医療従事者の需給に
関する検討会 医師需給分科会
(2019年2月18日)

医師偏在指標

これまで長らく
「人口**10**万人対医師数」が指標として
用いられてきた

人口10万人対医師数における課題	医師偏在指標における対応
1-1. 人口構成(性・年齢構成)の違いを反映できていない	地域ごとの医療需要について、人口構成の違いを踏まえ、受療率を用いて性年齢調整を行ったものを用いてはどうか。
1-2. 患者の流出入等を反映できていない	昼間人口と夜間人口のそれぞれを用い、実態に応じた一定の重み付けを行ったものを用いてはどうか。 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととしてはどうか。
1-3. へき地等の地理的条件を反映できていない	法律上、医師確保対策の対象とされている「医師の確保を特に図るべき区域」に、医師少数区域以外の二次医療圏に存在する無医地区、準無医地区(へき地診療所設置済み地区を含む。)も一定の考え方の下、含めることを検討してはどうか
1-4. 医師の性別・年齢分布について反映できていない	医師の性・年齢階級別の平均労働時間で重み付けを行ったものを用いてはどうか。
1-5. 入院、外来などの機能ごとの偏在の状況、診療科別の医師の偏在の状況を反映できていない	入院外来別の医師偏在については、外来医療機能の不足・偏在等への対応について検討する際に併せて検討することとしてはどうか。 診療科別の医師偏在については、喫緊の対応として小児科と産科についての指標を暫定的に作成してはどうか。

医師が高齢化し、女性医師が増える



日本の総医師数は、2010年の27.1万人→2035年の39.7万人と46%増加する。
60歳以下の医師数は21.6万人から25.5万人の18%増加にとどまる
60歳以上の医師数は5.5万人(医師全体の20%)から14.1万人(同36%)へ増加

(参考) 現時点の医師偏在指標について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回 医師需給分科会(平成30年10月24日)
資料3-1(抜粋・一部改変)

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来的人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10万 \times \text{地域の標準化受療率比} (\ast 1)}$$

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比}(\ast 1) = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率} (\ast 2)$$

$$\text{地域の期待受療率}(\ast 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

注) 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。
へき地などの地理的条件については、「医師の確保を特に図るべき区域」として、一定の考え方の下で考慮することとする。

流出入を考慮した都道府県ごとの医師偏在指標

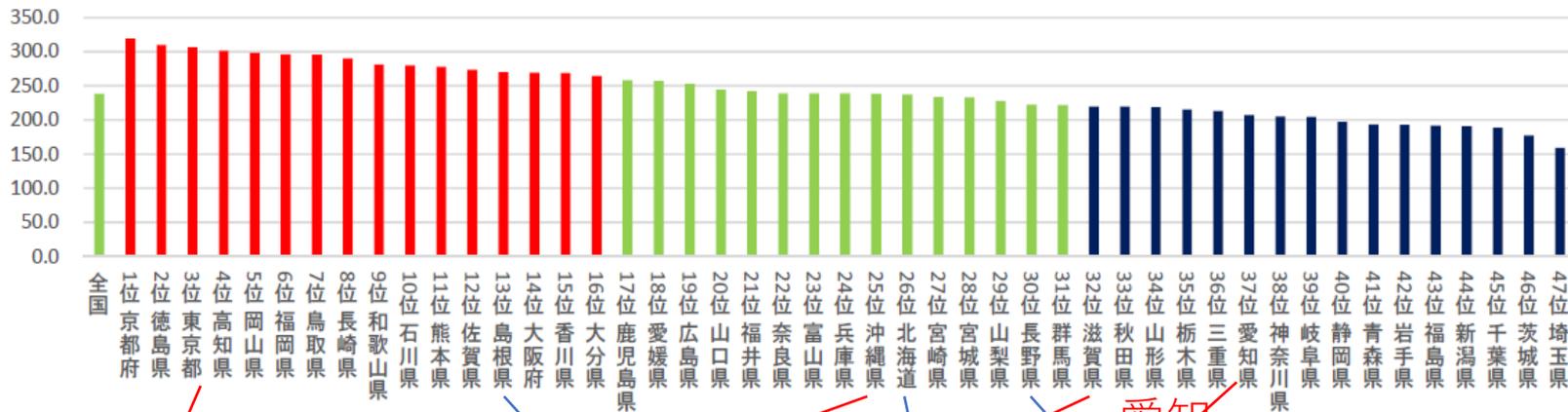
平成31年
4月24日

第66回社会保
険審議会医療部会

参考資料
1-3

人口10万人対医師数

旧指標



東京

愛知

神奈川

都道府県順位が入れ替わる

新指標

福岡

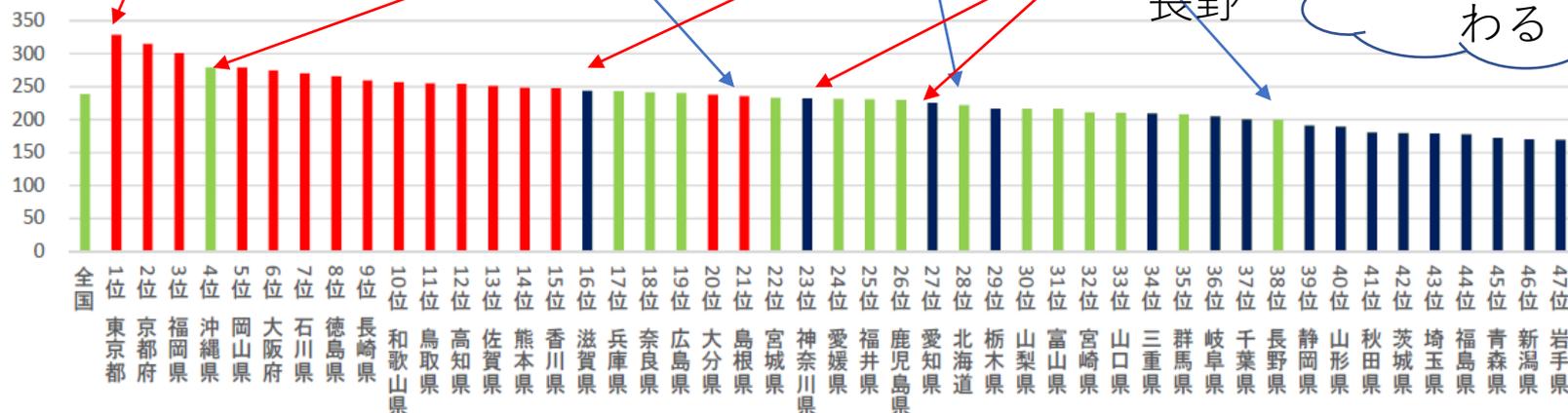
沖縄

島根

滋賀

北海道

長野



参照)

・平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査

・平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

・平成26年患者調査

・平成27年国勢調査

・「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)

●三次医療圏別医師偏在指標（暫定）（指標値降順）

・本資料における医師偏在指標は、患者の流入を反映した指標である。

	上位33.3%
	下位33.3%

都道府県コード	医療圏名	医師偏在指標	順位
	全国	238.3	
13	東京都	329.0	1
26	京都府	314.9	2
40	福岡県	300.5	3
47	沖縄県	279.3	4
33	岡山県	278.8	5
27	大阪府	274.4	6
17	石川県	270.4	7
36	徳島県	265.9	8
42	長崎県	259.4	9
30	和歌山県	257.2	10
31	鳥取県	255.0	11
39	高知県	254.3	12
41	佐賀県	251.3	13
43	熊本県	248.5	14
37	香川県	247.8	15
25	滋賀県	243.5	16
28	兵庫県	243.0	17
29	奈良県	241.1	18
34	広島県	240.4	19
44	大分県	238.0	20
32	島根県	235.9	21
04	宮城県	232.7	22
14	神奈川県	231.8	23

都道府県コード	医療圏名	医師偏在指標	順位
38	愛媛県	231.0	24
18	福井県	230.9	25
46	鹿児島県	229.8	26
23	愛知県	225.3	27
01	北海道	222.0	28
09	栃木県	216.7	29
19	山梨県	216.4	30
16	富山県	216.2	31
45	宮崎県	210.6	32
35	山口県	210.3	33
24	三重県	208.8	34
10	群馬県	208.2	35
21	岐阜県	204.7	36
12	千葉県	200.5	37
20	長野県	199.6	38
22	静岡県	191.1	39
06	山形県	189.4	40
05	秋田県	180.6	41
08	茨城県	179.3	42
11	埼玉県	178.7	43
07	福島県	177.4	44
02	青森県	172.1	45
15	新潟県	169.8	46
03	岩手県	169.3	47

二次医療圏別医師偏在指標

医師偏在指標（暫定） 二次医療圏

医療圏コード	都道府県名	医療圏名	医師偏在指標	順位
全国			238.3	
1301	東京都	区中央部	759.7	1
1304	東京都	区西部	508.0	2
4006	福岡県	久留米	453.3	3
0806	茨城県	つくば	442.9	4
2304	愛知県	尾張東部	431.3	5
1001	群馬県	前橋	425.4	6
3203	島根県	出雲	421.8	7
2501	滋賀県	大津	416.9	8
4001	福岡県	福岡・糸島	407.9	9
2604	京都府	京都・乙訓	399.6	10
0905	栃木県	県南	399.1	11
4312	熊本県	熊本・上益城	382.1	12
4601	鹿児島県	鹿児島	368.3	13
2701	大阪府	豊能	365.4	14
4101	佐賀県	中部	363.4	15
1702	石川県	石川中央	361.6	16
3001	和歌山県	和歌山	353.6	17
3103	鳥取県	西部	350.5	18
4201	長崎県	長崎	348.0	19
1303	東京都	区西南部	347.5	20
4703	沖縄県	南部	347.1	21
2007	長野県	松本	339.6	22
1311	東京都	北多摩南部	337.9	23
4501	宮崎県	宮崎東諸県	337.5	24
3505	山口県	宇部・小野田	337.2	25
3301	岡山県	県南東部	334.6	26
1302	東京都	区南部	334.4	27

上位33.3%
下位33.3%

1位東京都
区中央部
759.7

医療圏コード	都道府県名	医療圏名	医師偏在指標	順位
全国			238.3	
0803	茨城県	常陸太田・ひたち	96.4	315
1206	千葉県	山武長生夷隅	96.1	316
0508	秋田県	湯沢・雄勝	94.3	317
3202	島根県	雲南	94.0	318
3303	岡山県	高梁・新見	93.8	319
1704	石川県	能登北部	92.9	320
4306	熊本県	阿蘇	91.9	321
0121	北海道	根室	91.7	322
0706	福島県	相双	91.7	323
0102	北海道	南檜山	91.5	324
4611	鹿児島県	熊毛	90.6	325
2201	静岡県	賀茂	89.6	326
2311	愛知県	東三河北部	87.9	327
0808	茨城県	筑西・下妻	87.7	328
0804	茨城県	鹿行	86.9	329
0307	岩手県	宮古	86.8	330
4609	鹿児島県	曾於	81.7	331
1903	山梨県	峡南	81.5	332
0111	北海道	日高	80.4	333
0116	北海道	宗谷	79.0	334
0502	秋田県	北秋田	69.6	335

上位33.3%
下位33.3%

第335位
秋田県
北秋田
69.6

区中央部と北秋田で
10倍の格差！

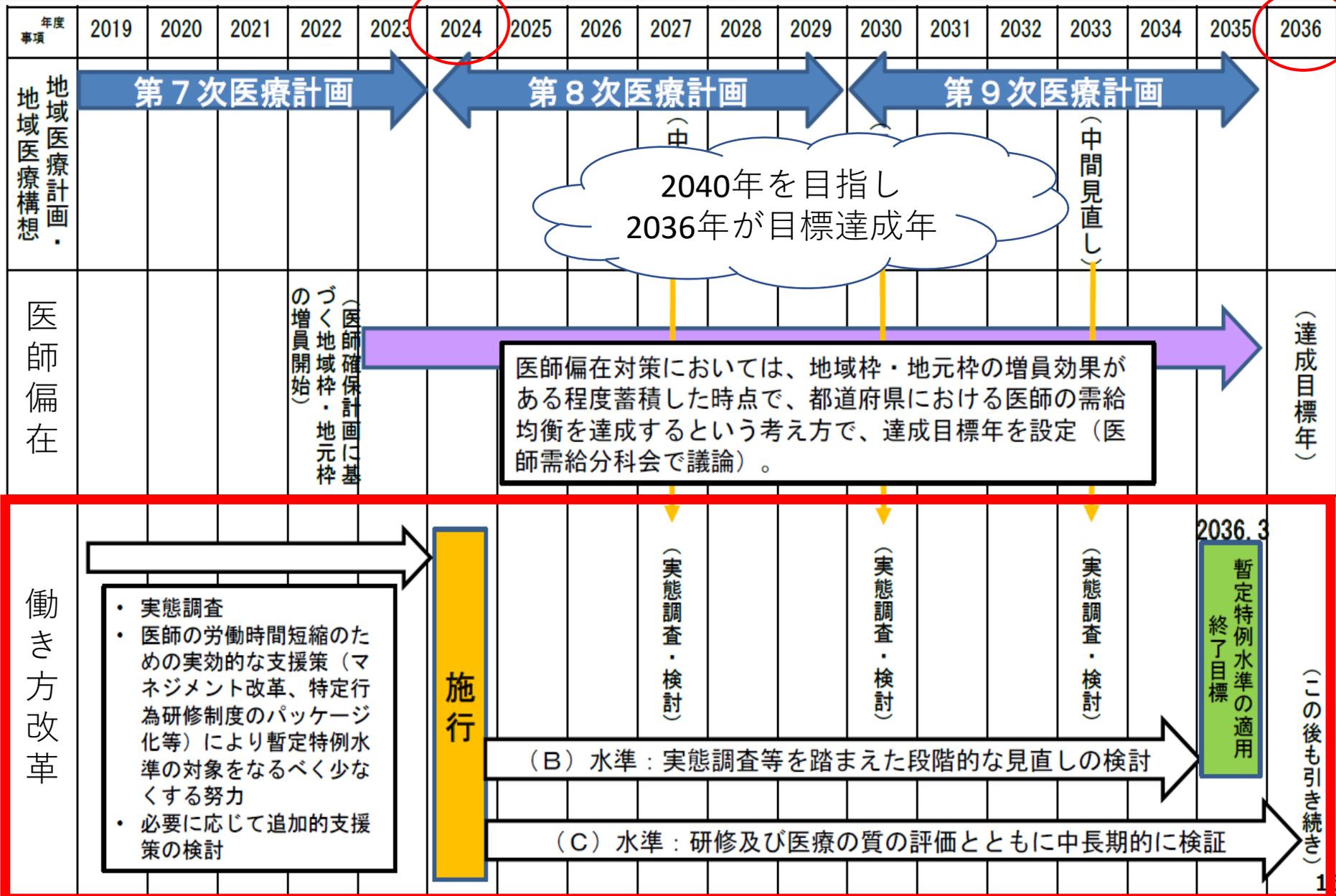
地域偏在対策の4つのポイント

- ポイント 1 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化
 - 医師偏在指標の設定
 - 医師少数区域、医師多数区域の設定
 - 医師確保計画の策定
 - 地域医療対策協議会の機能の充実
- ポイント 2 医師養成課程を通じた地域における医師確保
 - 地域ニーズに合わせた地域枠の設定
 - 臨床研修指定病院の指定権限の都道府県への移譲
 - 診療科別必要医師数の算出
- ポイント 3 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応
 - 外来医師偏在指標の設定
 - 地域で不足する外来医療機能について議論する場の設定
- ポイント 4 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進
 - 医師少数区域で勤務した医師の厚生労働大臣による認定制度の創設
 - 経済、税制面でのインセンティブ

三位一体改革の工程表

- ①地域医療構想（医療計画）
- ②医師偏在対策（医師確保計画）
- ③働き方改革

三位一体改革の工程表



パート3

2022年診療報酬改定と 働き方改革



2022年診療報酬改定の基本方針

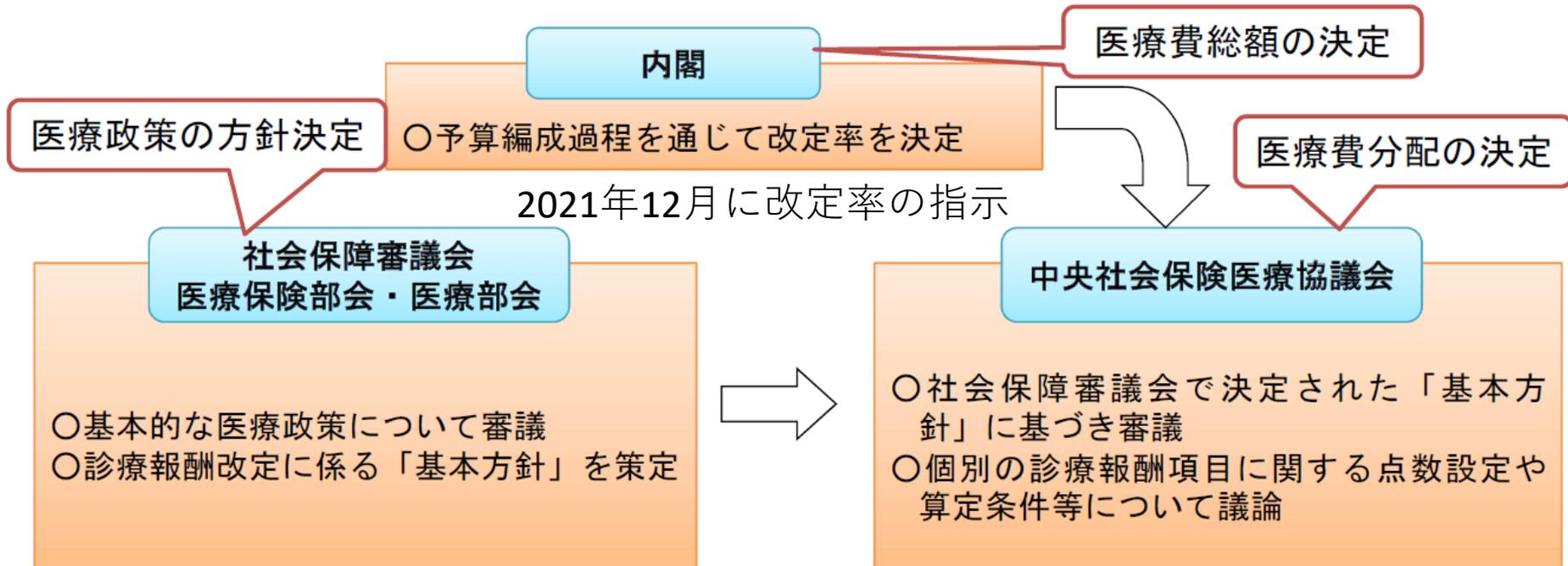


社会保障審議会医療部会（2021年8月5日）

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。



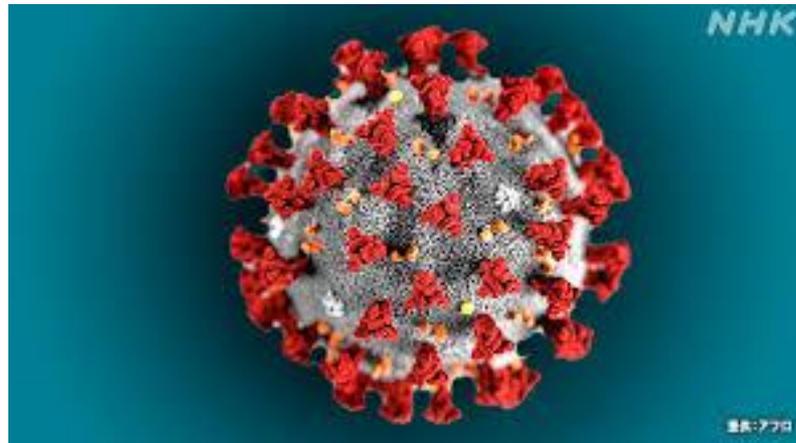
社保審医療保険部会で2021年12月ごろ
基本指針のとりまとめ

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

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
2021年9月で廃止

※ 感染予防策の例

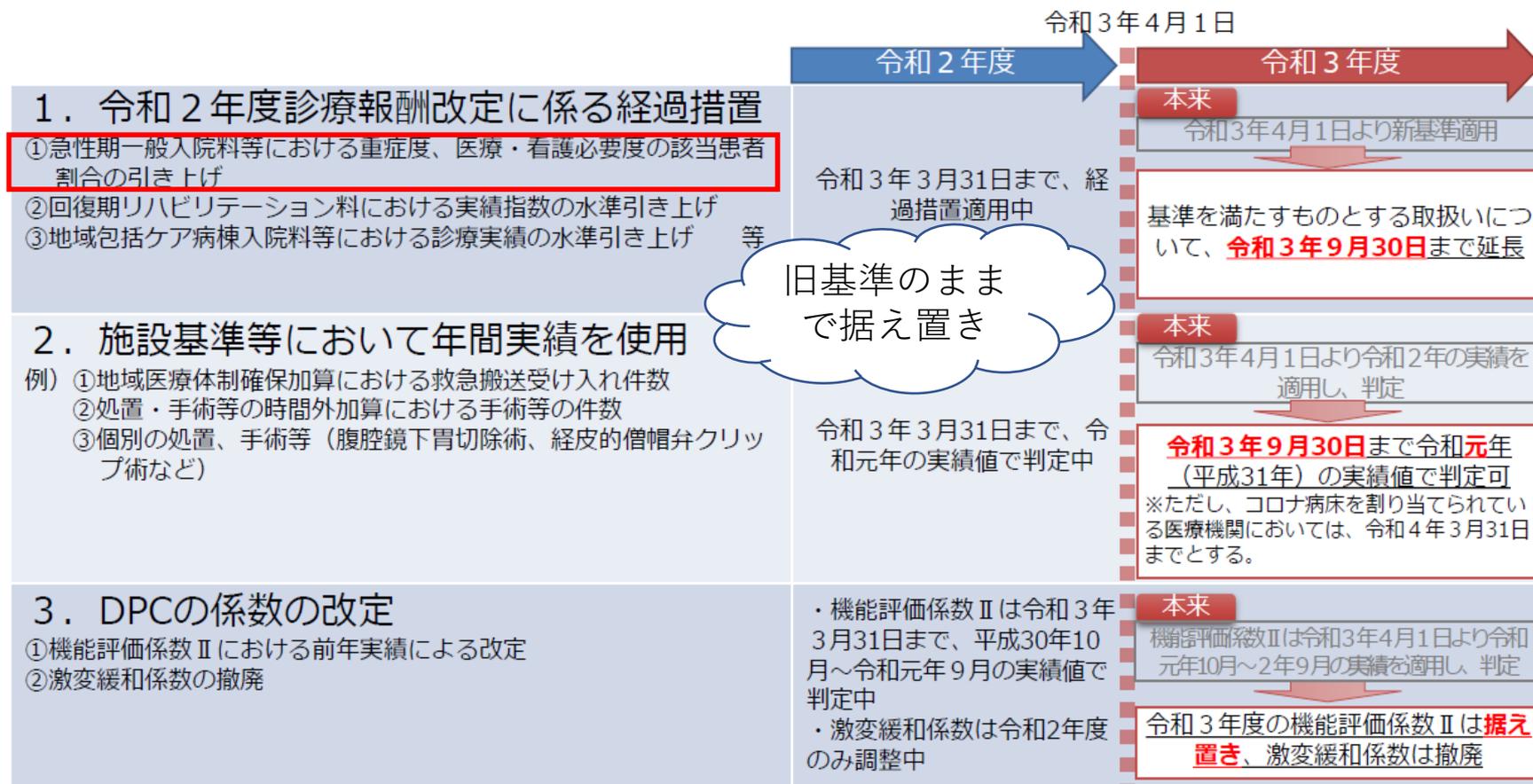
- ・ 全ての患者の診療において、状況に応じて必要な个人防护具を着用した上で、感染防止に十分配慮して患者への対応を実施
 - ・ 新型コロナウイルス感染症の感染予防策に関する職員研修を行う
 - ・ 病室や施設等の運用について、感染防止に資するよう、変更等に係る検討を行う
- 上記のほか、新型コロナウイルス陽性患者への歯科治療を延期が困難で実施した場合については、**298点**を算定できることとする。

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。

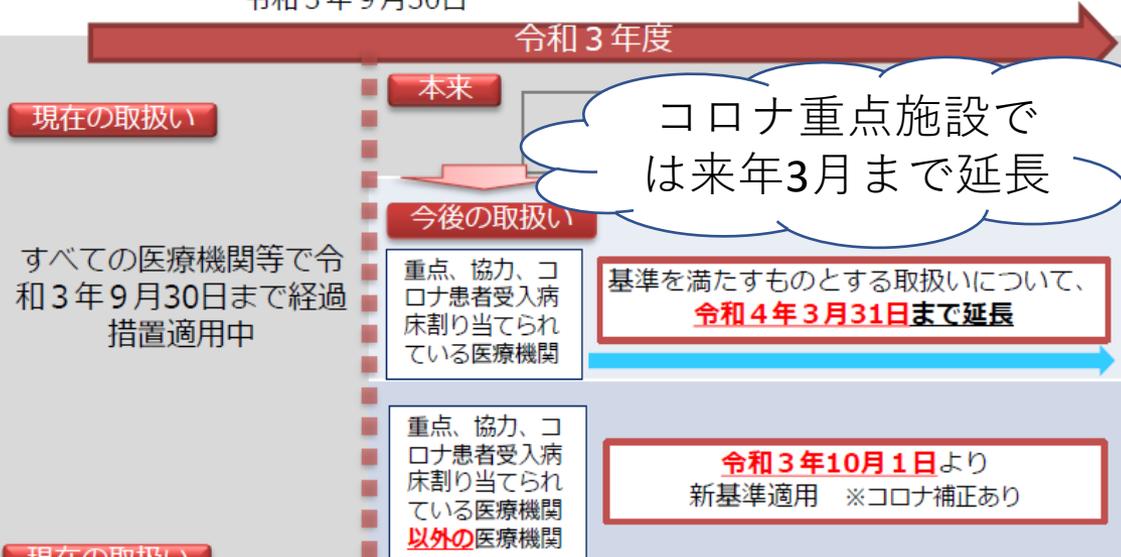
経過措置等の取扱いについて（まとめ）

○ 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10月以降の取扱いを以下のとおりとしてはどうか。

令和3年9月30日

1. 令和2年度診療報酬改定に係る経過措置

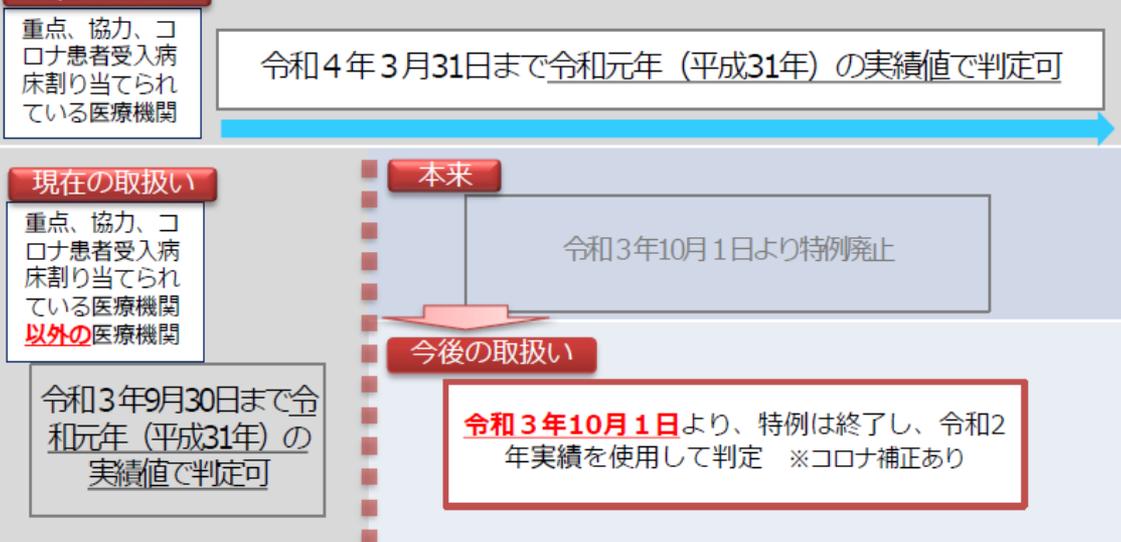
- ①急性期一般入院料等における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の引き上げ
- ②回復期リハビリテーション料における実績指数の水準引き上げ
- ③地域包括ケア病棟入院料等における診療実績の水準引き上げ 等



コロナ重点施設では来年3月まで延長

2. 施設基準等において年間実績を使用例)

- ①地域医療体制確保加算における救急搬送受け入れ件数
- ②処置・手術等の時間外加算における手術等の件数
- ③個別の処置、手術等（腹腔鏡下胃切除術、経皮的僧帽弁クリップ術など）



2022年改定を予想するため、
2020年改定を振り返ってみよう！



2020年診療報酬改定の基本方針

1. 医療従事者の負担軽減、 医師等の働き方改革の推進

- 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- 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評価
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

2. 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

- かかりつけ医機能の評価
- 患者にとって必要な情報提供、相談支援等の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点分野の適切な評価
- 生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換
- 医療におけるICTの利活用

3. 医療機能の分化・強化、連携と 地域包括ケアシステムの推進

- 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
- 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

4. 効率化・適正化を通じて 制度の安定性・持続可能性を向上

- 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
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- 医師・院内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の推進

診療報酬改定と働き方改革の 2つのポイント

- ポイント①
 - 働き方改革の入院基本料加算による評価
- ポイント②
 - タスク・シフティングに対する評価

ポイント① 働き方改革

地域医療体制確保加算

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)のうち、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。**

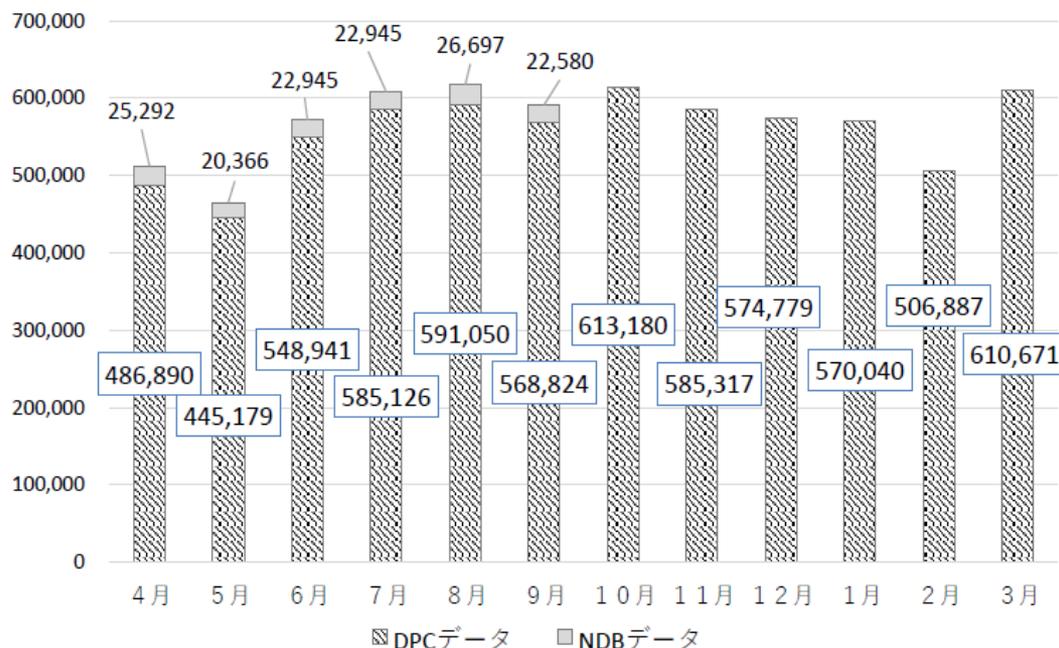
- ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
- イ 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ウ 勤務間インターバルの確保
- エ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- オ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- カ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- キ 短時間正規雇用医師の活用



地域医療体制確保加算の算定状況

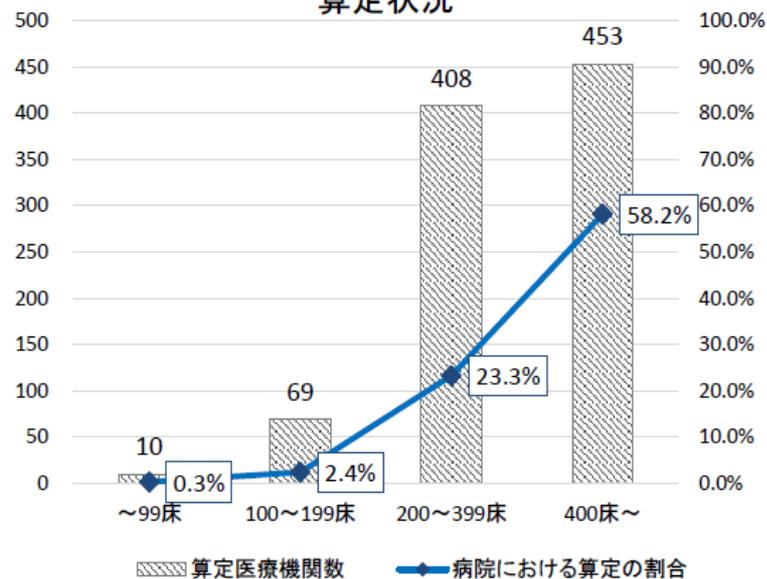
○ 令和2年度改定において新設した地域医療体制加算の算定回数は各月60万回前後で推移。算定医療機関は直近で940医療機関であった。

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。

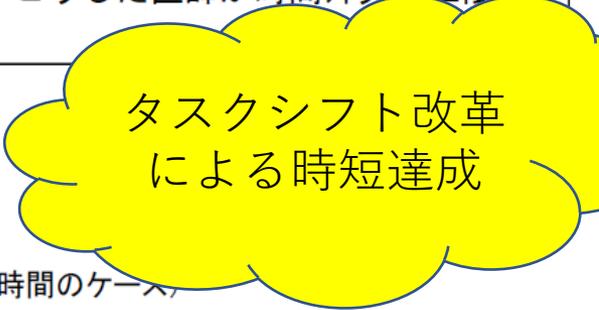
ポイント② タスク・シフティング

医師事務作業補助者

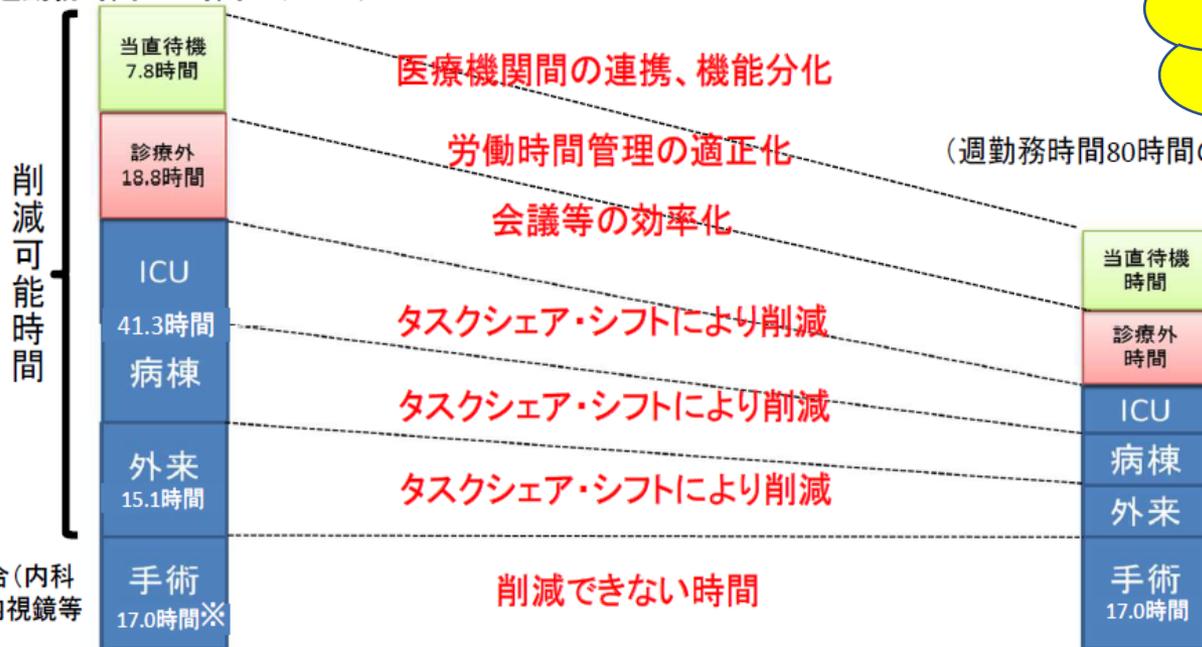
特定行為研修修了看護師（特定行為看護師）

極めて労働時間が長い医師の労働時間短縮について(イメージ)

○ 週の勤務時間が100時間を超える病院勤務医が約3600人(1.8%)、同100時間~90時間が約5400人(2.7%)、同90時間~80時間が約12000人(6.9%)いると推計されるが、2024年4月までに、こうした医師が時間外労働上限規制における暫定特例水準の水準を下回るようにすることが必要。



(週勤務時間100時間のケース)



週100時間勤務の場合、削減可能時間を約25%削減できれば、週80時間水準が達成可能

※外科医の場合(内科医等の場合も内視鏡等の手技が該当)

削減のイメージ(週勤務時間100時間程度の場合)

時間数イメージ

タスクシフト(医療従事者一般が実施可能な業務)による削減

週7時間程度削減

タスクシフト(特定行為の普及)による削減

週7時間程度削減

タスクシェア(他の医師)による削減

週6時間程度削減

※表中の削減可能時間は、平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(研究代表者 国立保健医療科学院種田憲一郎)において実施された「病院勤務医の勤務実態調査(タイムスタディ調査)」結果における勤務時間の内訳を元に、「削減のイメージ(例)」に沿って算出したもの。

タスク・シェアリング／タスク・シフティングのための評価の充実



医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

- 医師の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について、算定が可能な病棟等を拡大するとともに、評価の見直しを行う。

現行		改定後	
医師事務作業補助体制加算1	198～920点	医師事務作業補助体制加算1	248～970点
医師事務作業補助体制加算2	188～860点	医師事務作業補助体制加算2	233～910点

- 【新たに算定可能となる入院料】
- ・回復期リハビリテーション病棟入院料(療養病棟)
 - ・地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料(療養病棟)
 - ・結核病棟入院基本料
 - ・有床診療所入院基本料
 - ・有床診療所療養病床入院基本料
 - ・精神療養病棟入院料 等

- 20対1～100対1補助体制加算について、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関であれば、要件を満たすこととする。

看護職員の夜間配置に係る評価の充実

- 看護職員の負担軽減を推進する観点から、看護職員夜間配置加算の評価を充実する。

現行		改定後	
看護職員夜間配置加算	30～95点	看護職員夜間配置加算	40～105点
看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の注加算)	55点	看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の注加算)	65点



看護補助者の配置に係る評価の充実

- 看護補助者との業務分担・協働を推進する観点から、急性期看護補助体制加算等の評価を充実する。

現行		改定後	
25対1～75対1急性期看護補助体制加算	130～210点	25対1～75対1急性期看護補助体制加算	160～240点
夜間30対1～100対1急性期看護補助体制加算	70～90点	夜間30対1～100対1急性期看護補助体制加算	100～120点
看護補助加算1～3	76～129点	看護補助加算1～3	88～141点
夜間75対1看護補助加算	40点	夜間75対1看護補助加算	50点
夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算)	35点	夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算)	45点
看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算)	104～129点	看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算)	116～141点
看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算)	150点	看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算)	160点



看護職員の負担軽減策の全体像

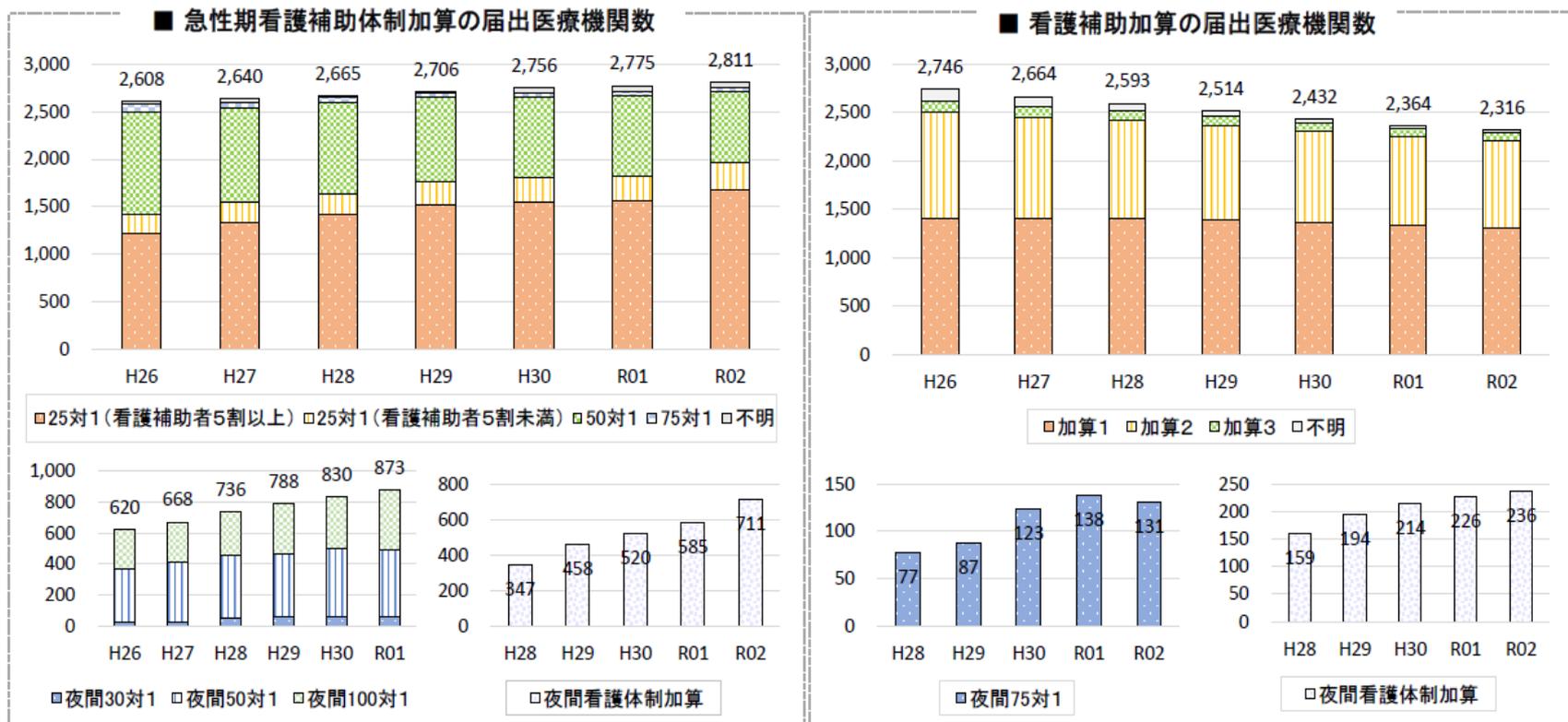
○ 看護職員の負担軽減を図るため、診療報酬では、主に夜間の看護体制を充実することに対して評価が行われている。

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

※ 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。

看護特定行為の導入



2014年の保助看法
の一部改正

「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」
(座長:有賀徹・昭和大学病院院長)

特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

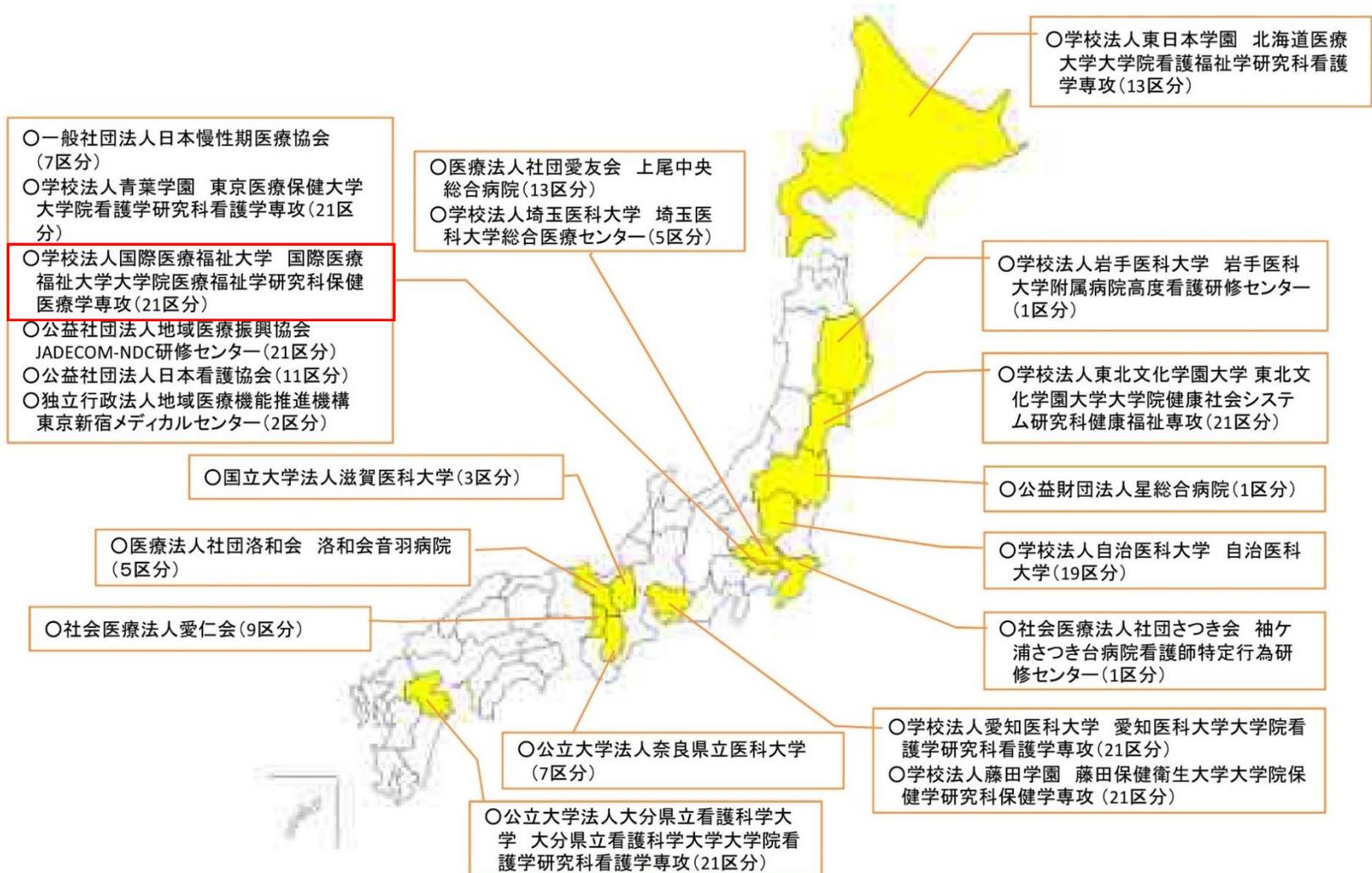
特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	人工呼吸器からの離脱
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理
	一時的ペースメーカーリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
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

厚生労働省令第33号(平成27年3月13日)

特定行為研修を行う指定研修機関

2020年8月現在、222機関

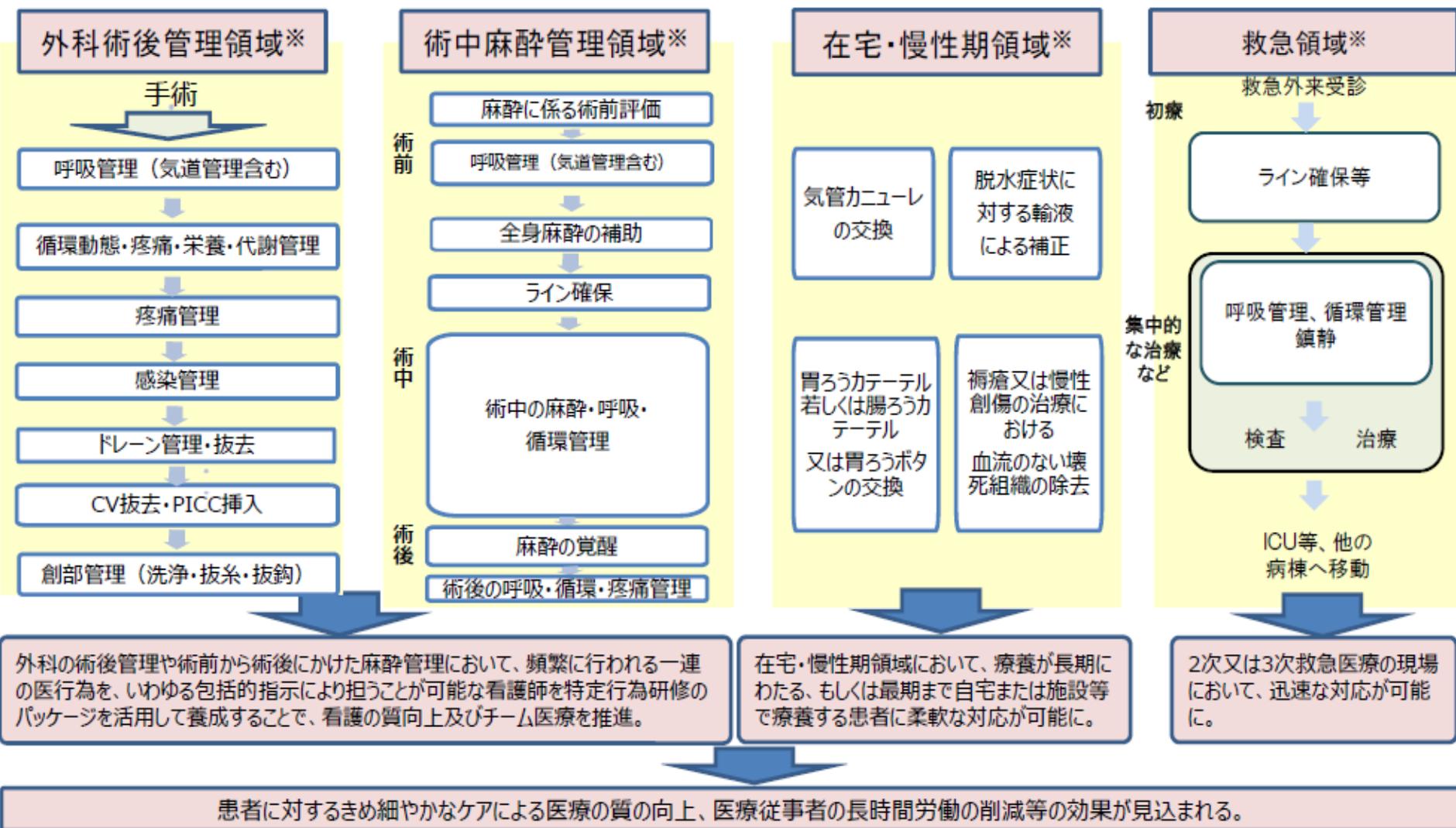


国際医療福祉大学大学院(東京青山キャンパス) 特定行為看護師養成分野



旧ナースプラクティショナー養成講座1年生

特定行為研修制度のパッケージ化のイメージ



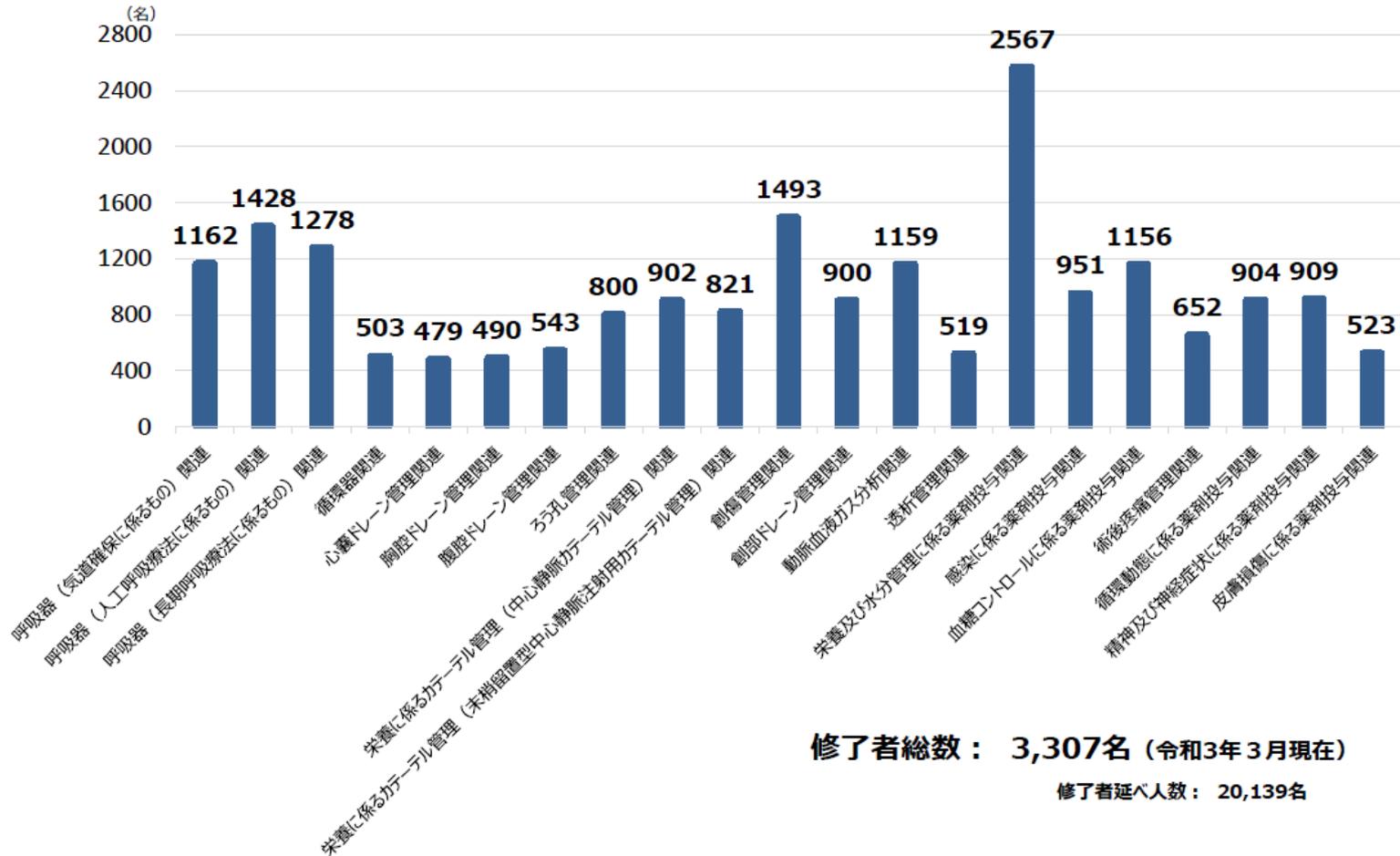
※ 一連の流れの中で特定行為研修修了生がパッケージに含まれる特定行為を手順書にもとづき実施。

特定認定看護師

• 特定認定看護師とは

- 日本看護協会は、従来からある認定看護師が特定行為研修を修了した場合、「特定認定看護師」と名乗ることを可能とした。
- 認定看護師とはある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有する者を日本看護協会が認定する看護師のことで、全国に2万人いる。
- 特定認定看護師が2021年6月までに922名に達した
- 特定認定看護師
 - 「皮膚・排せつケア」：300人
 - 「クリティカルケア」：217人
 - 「感染管理」：96人
 - 「糖尿病看護」：81人

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>■ B001 糖尿病合併症管理料 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>■ B001 糖尿病透析予防指導管理料 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>■ C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 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>■ A301 特定集中治療室管理料1及び2 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って、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

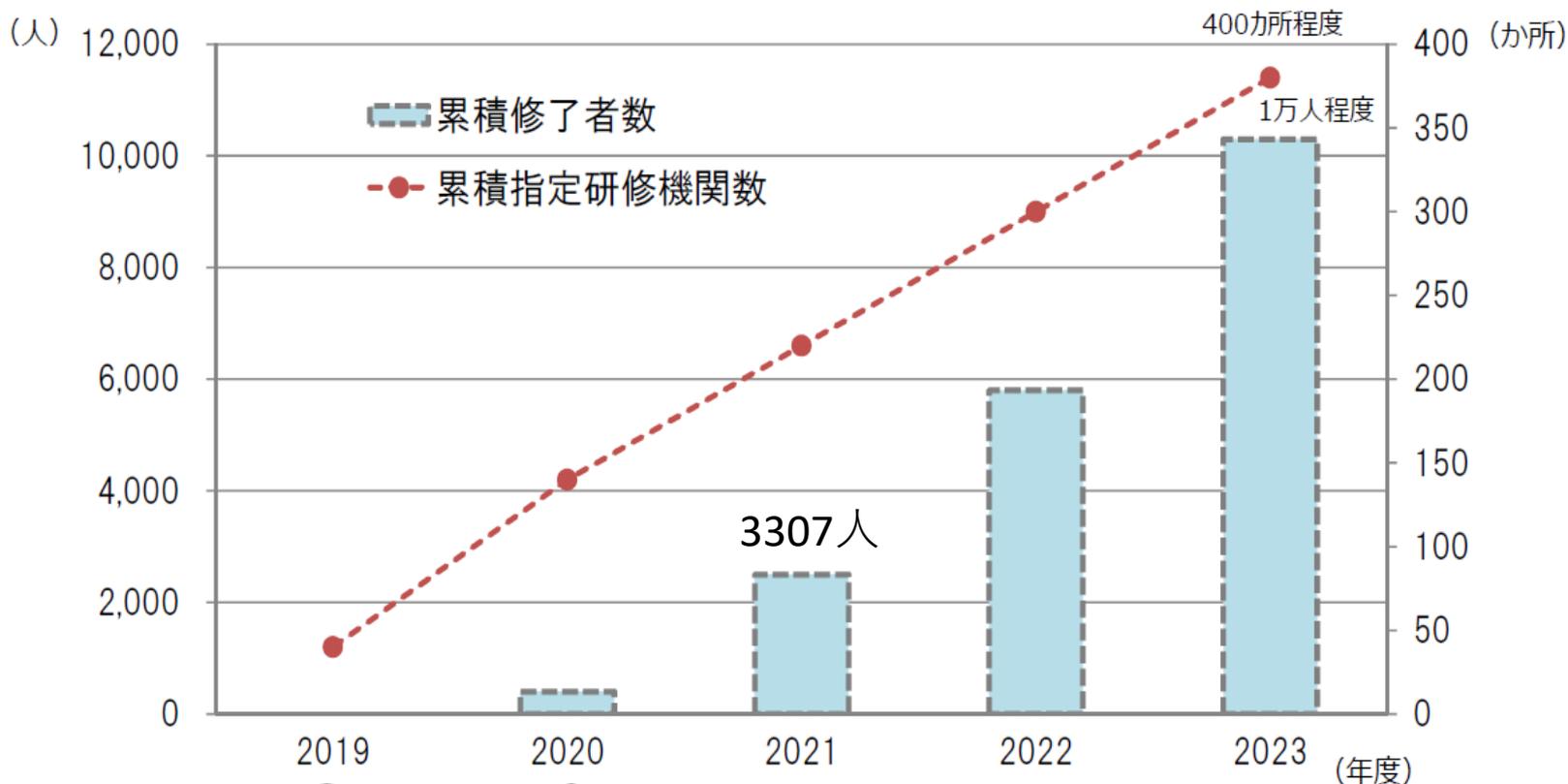
診療報酬(令和2年度改定)における特定行為研修の評価

評価項目	特定行為研修において該当する区分
<p>■ A200 総合入院体制加算 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>■ L010 麻酔管理料Ⅱ 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"> ・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 ・動脈血液ガス分析関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ・術後疼痛管理関連 ・循環動態に係る薬剤投与関連
<p>■ C300 特定保険医療材料 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"> ・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 <p>②創傷管理関連区分のうち</p> <ul style="list-style-type: none"> ・創傷に対する陰圧閉鎖療法

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

特定行為看護師を
2024年までに
1万人まで増やそう！



すべての大学病院
が特定行為の指定
研修機関へ！

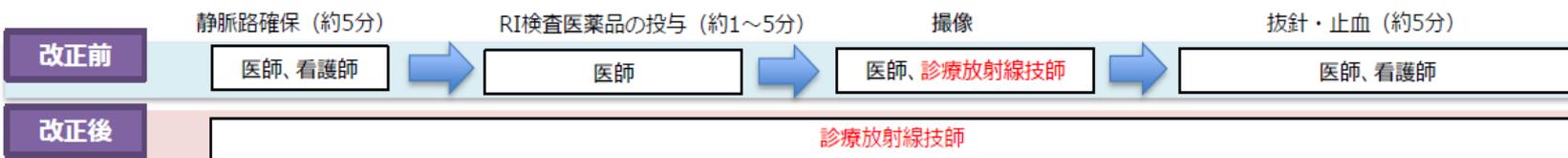
医療関係職種の業務範囲の見直し

- ◆ 関係団体（全30団体）から「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング」を実施
- ◆ ヒアリングで提案された業務のうち、「実施するためには法令改正が必要な業務」について、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」において、安全性の担保等の観点から、タスク・シフト/シェアの推進について検討。
- ◆ 下記について、法律改正により、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士へのタスク・シフト/シェアを推進することで合意。

※いずれの行為についても、医師以外が行う場合は、医師の指示の下に行うことが前提

診療放射線技師

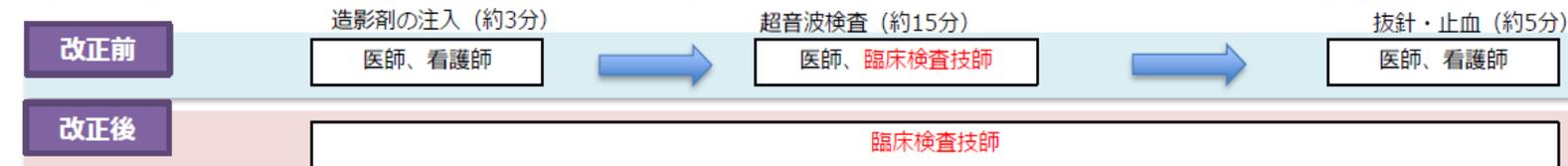
- ✓ R I 検査のために、静脈路を確保し、R I 検査医薬品を投与する行為、投与終了後に抜針及び止血する行為



- ✓ 医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査

臨床検査技師

- ✓ 超音波検査において、静脈路を確保して、造影剤を接続し、注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血する行為



- ✓ 採血に伴い静脈路を確保し、電解質輸液（ヘパリン加生理食塩水を含む。）に接続する行為
- ✓ 静脈路を確保し、成分採血装置を接続・操作する行為、終了後に抜針及び止血する行為

臨床工学技士

- ✓ 手術室等で生命維持管理装置や輸液ポンプ・シリンジポンプに接続するために静脈路を確保し、それらに接続する行為
輸液ポンプやシリンジポンプを用いて薬剤（手術室等で使用する薬剤に限る。）を投与する行為、投与終了後に抜針及び止血する行為
- ✓ 心・血管カテーテル治療において、身体に電気的負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為
- ✓ 手術室で行う鏡視下手術において、体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持し、術野視野を確保するために操作する行為

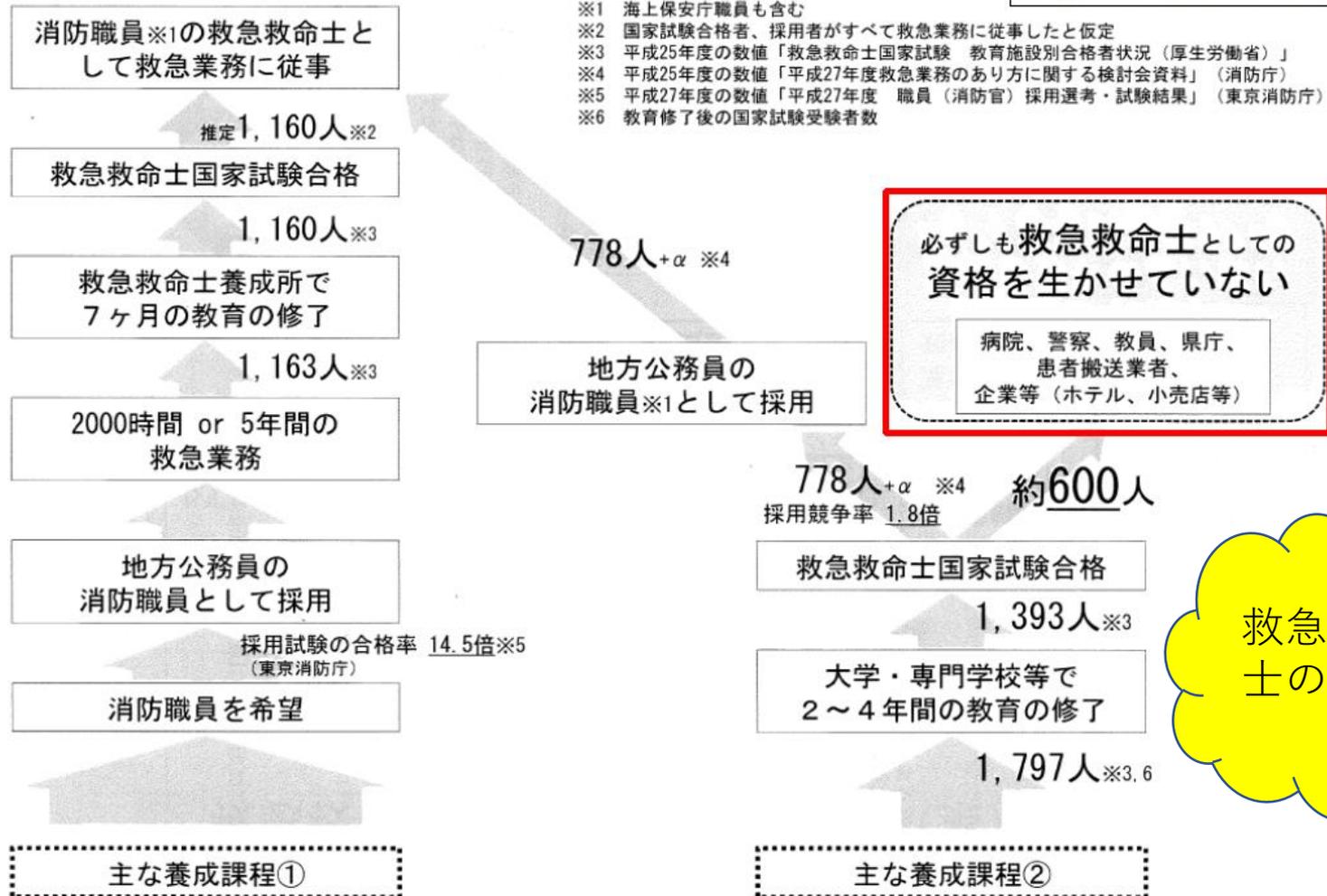
救急救命士

- ✓ 現行法上、医療機関に搬送されるまでの間（病院前）に重度傷病者に対して実施可能な救急救命処置について、救急外来※においても実施可能とする。

※救急外来とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院(病棟)に移行するまで(入院しない場合は、帰宅するまで)に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す。

救急救命士の養成と消防機関への採用の現状について

第14回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
令和元年5月23日 資料 2



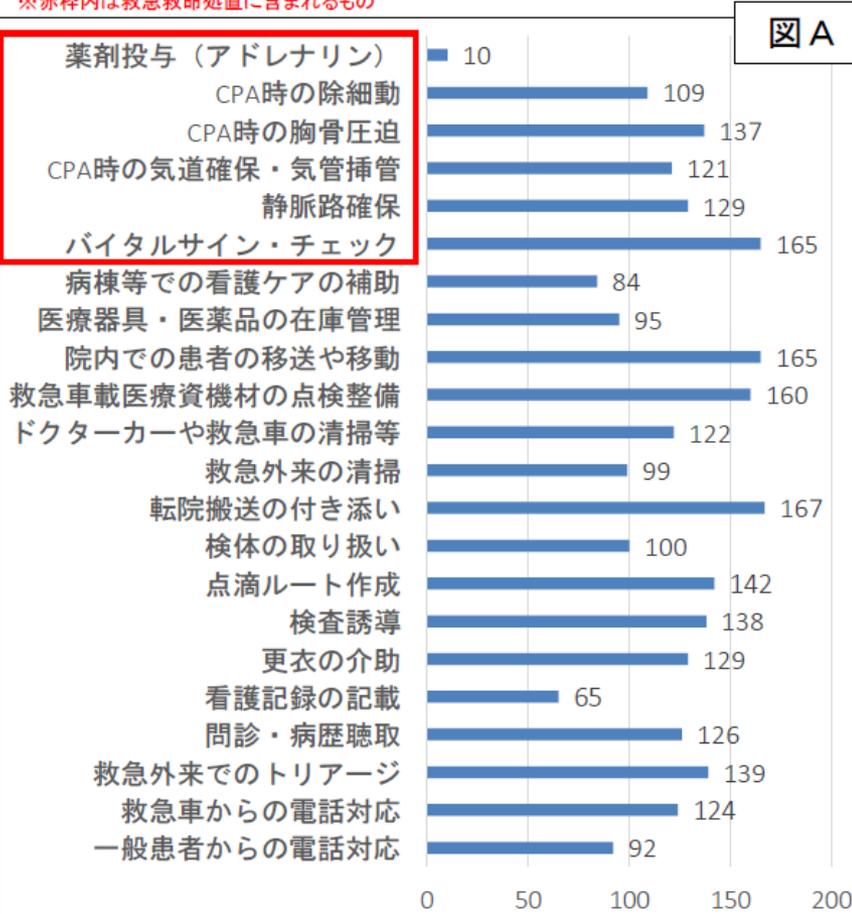
- ※1 海上保安庁職員も含む
- ※2 国家試験合格者、採用者がすべて救急業務に従事したと仮定
- ※3 平成25年度の数値「救急救命士国家試験 教育施設別合格者状況（厚生労働省）」
- ※4 平成25年度の数値「平成27年度救急業務のあり方に関する検討会資料」（消防庁）
- ※5 平成27年度の数値「平成27年度 職員（消防官）採用選考・試験結果」（東京消防庁）
- ※6 教育修了後の国家試験受験者数

平成27年度 厚生労働科学研究「救急医療体制の推進に関する研究」（山本班）研究協力者 田邊晴山

病院救命士を雇用した場合に、病院側が期待している業務内容について

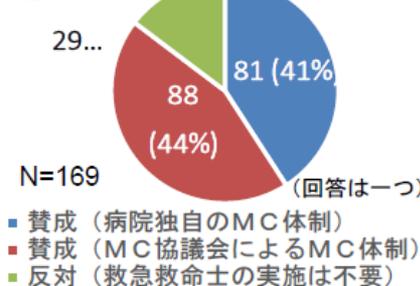
病院救命士にどのような院内業務を期待しますか。

※赤枠内は救急救命処置に含まれるもの

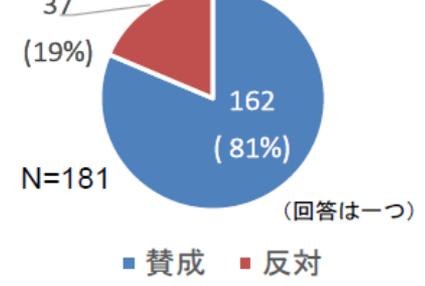


救急救命士を雇用していない202病院が回答した。
 ▷救急外来、患者搬送業務の補助目的で**病院救命士を雇用すること**に、**82.1%の病院が賛成した**。
 ▷MC協議会又は院内MCの関与のもとで、**病院救命士が院内で救急救命処置を行うこと**に**85%の病院が賛成した**。（図①）
 ▷救急救命士に期待する業務は、①転院搬送の付き添い、②バイタルサインチェック、③院内での患者の移送や移動の順で多かった。78.2%の病院が、CPA時の静脈路確保、気道確保・気管挿管、除細動、アドレナリン投与まで期待していた。（図A）
 ▷緊急度の低い又は病状の安定した患者を、**医師、看護師に代わり病院救命士が搭乗して病院救急車で搬送すること**に**81%の病院が賛成した**。（図②）

図① 院内の救急救命処置の実施



図② 病院救命士による患者搬送



（平成30年度厚生労働科学特別研究：消防救急車の代替搬送手段における病院救急車の活用に資する研究）」

いわゆる救急外来においては、救急搬送されてきた重度傷病者に対する救急救命処置のニーズがある。

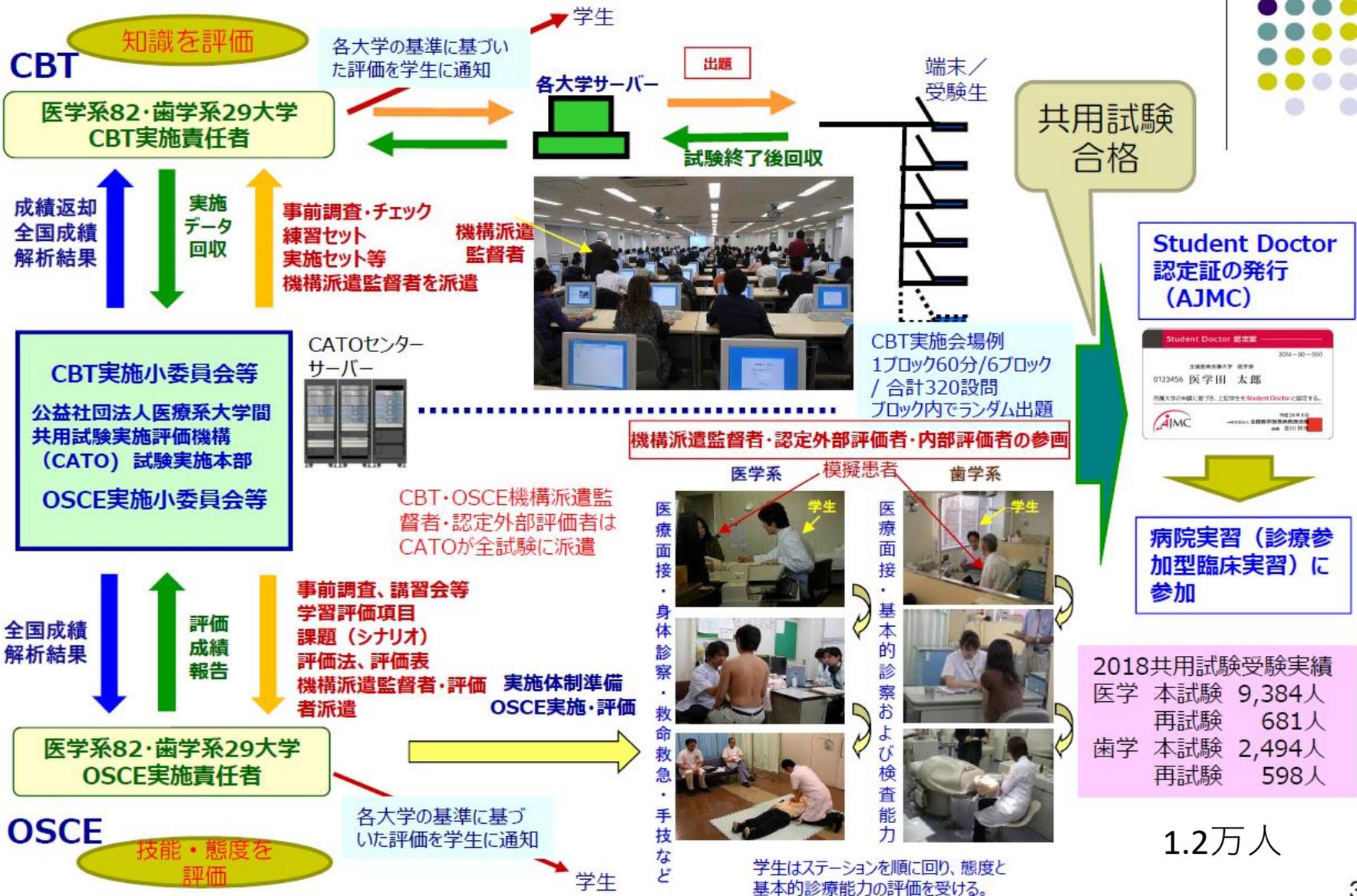
医療系大学共用試験

- 「共用試験実施機構」が2005年より実施
- 医学部4年生時に実施、不合格であれば5年生に進級できない。
- 医療系大学共用試験
 - CBT:Computer Based Testing（コンピュータ試験）
 - OSCE:Objective Structured Clinical Examination（客観的臨床能力試験）
- 合格すると臨床実習（診療参加型臨床実習）に参加できるスチューデントドクターになれる

共用試験実施の概要 (H17年12月から正式実施)

H13年からのトライアルを経て

医道審議会 医師分科会
令和元年6月19日
CATO提出資料



医師養成課程の見直し

1 医師国家試験の受験資格における共用試験合格の要件化

<背景>

- 大学における臨床実習開始前の医学生の能力を全国的に一定の水準に確保することを目的として、公益社団法人「医療系大学間共用試験実施評価機構」が実施する「共用試験」（臨床実習前OSCE、CBT）については、平成17年から正式に実施され、現在は、全ての医学生が受験するなど、大学における医学教育の中で臨床実習前に医学生の知識・技能を試験する機会として確立されている。



<改正の内容>

大学における医学教育の中で重要な役割を果たしている**共用試験**について、**医師国家試験の受験資格の要件として医師法上位置づける**こととする。また、共用試験の合格は医学生が一定水準の技能・態度のレベルに達していることを担保するものであることから、**共用試験に合格していることを臨床実習において医業を行うための要件とする**。

共用試験を医師
国家試験受験資
格要件とする

2 医学生が臨床実習において行う医業の法的位置づけの明確化

<背景>

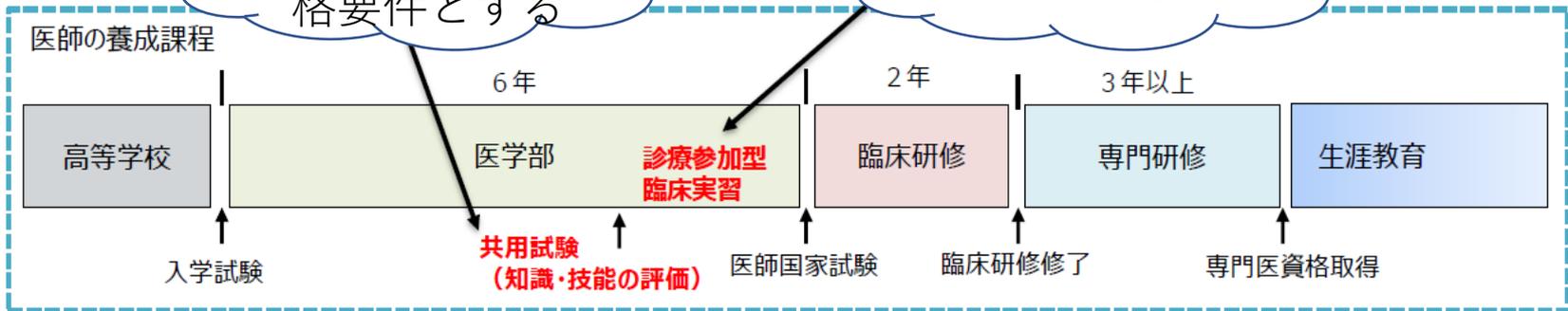
- 医師法第17条により医師でないものの医業は禁じられているところ、医師免許を持たない医学生が大学における臨床実習で行う医行為については、その目的・手段・方法が社会通念から見て相当であり、医師の医行為と同程度の安全性が確保される限度であれば基本的に違法性はないと考えられている。
- 一方で、大学が行う臨床実習については、診療参加型の実習が十分に定着しておらず、その要因として、医学生が臨床実習で行う医行為についての法的な担保がなされていないことが指摘されている。



<改正の内容>

医学生がより診療参加型の臨床実習において実践的な実習を行うことを推進し、医師の資質向上を図る観点から、「**共用試験**」に合格した医学生について、**医師法第17条の規定にかかわらず、大学が行う臨床実習において、医師の指導監督の下、医療に関する知識及び技能を修得するために医業を行うことができる**こととする。

共用試験合格者
に医業を認める



スチューデントドクター宣誓式



医学部4年次、5年次
あわせて
1.8万人のスチューデント
ドクターがいる

シチューデントドクターが できる医行為

- スチューデント・ドクターは臨床指導医の指導のもと、患者の同意を得て、以下の医行為の実施を臨床実習中できることになる。
- 必須項目
 - 静脈採血、胃管挿入、皮膚縫合、超音波検査、処方・点滴オーダー等
- 推奨項目
 - 分娩解除、小児からの採血、膿瘍切開、排膿、気管挿管等

2022年診療報酬改定へ向けて

- 看護特定行為のさらなる報酬評価？
- 特定認定看護師の評価？
- 救急救命士の院内業務の報酬評価？
- スチューデントドクターの評価？

パート4

2020年診療報酬改定と 病床機能分化と連携

2020年診療報酬改定の基本方針

1. 医療従事者の負担軽減、 医師等の働き方改革の推進

- 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- 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評価
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

2. 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

- かかりつけ医機能の評価
- 患者にとって必要な情報提供、相談支援等の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点分野の適切な評価
- 生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換
- 医療におけるICTの利活用

3. 医療機能の分化・強化、連携と 地域包括ケアシステムの推進

- 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
- 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

4. 効率化・適正化を通じて 制度の安定性・持続可能性を向上

- 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
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- 医師・院内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の推進

医療機能の分化

- ①急性期一般入院料
- ②救急医療管理加算
- ③特定集中治療室管理料
- ④急性期医療の指標
- ⑤地域包括ケア病棟
- ⑥回復期リハビリテーション病棟

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"> ・A得点が2点以上かつB得点が3点以上 ・A得点が3点以上 ・C得点が1点以上

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。

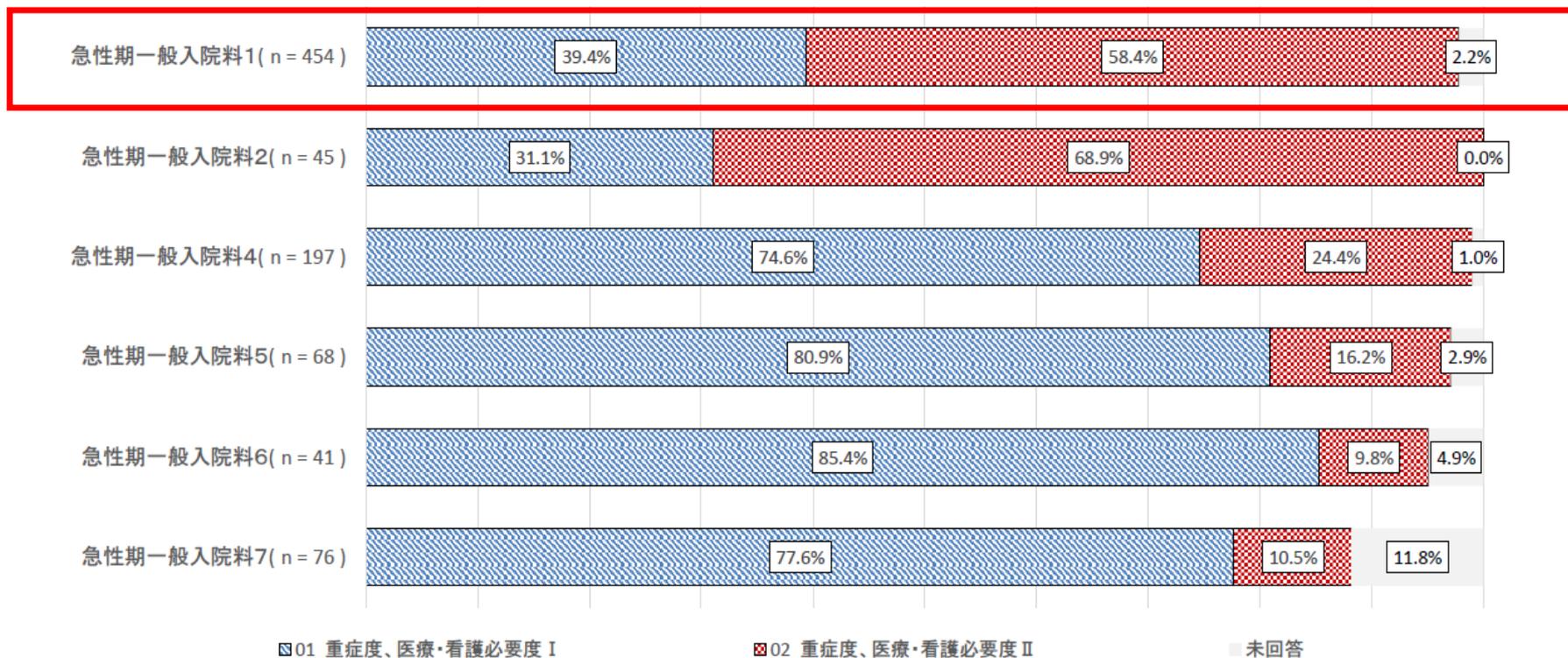
2018年看護
必要度Ⅱは
19.3%

診調組 入 - 1
3 . 6 . 1 6

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種

2020年

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



■ 01_重症度、医療・看護必要度Ⅰ

■ 02_重症度、医療・看護必要度Ⅱ

■ 未回答

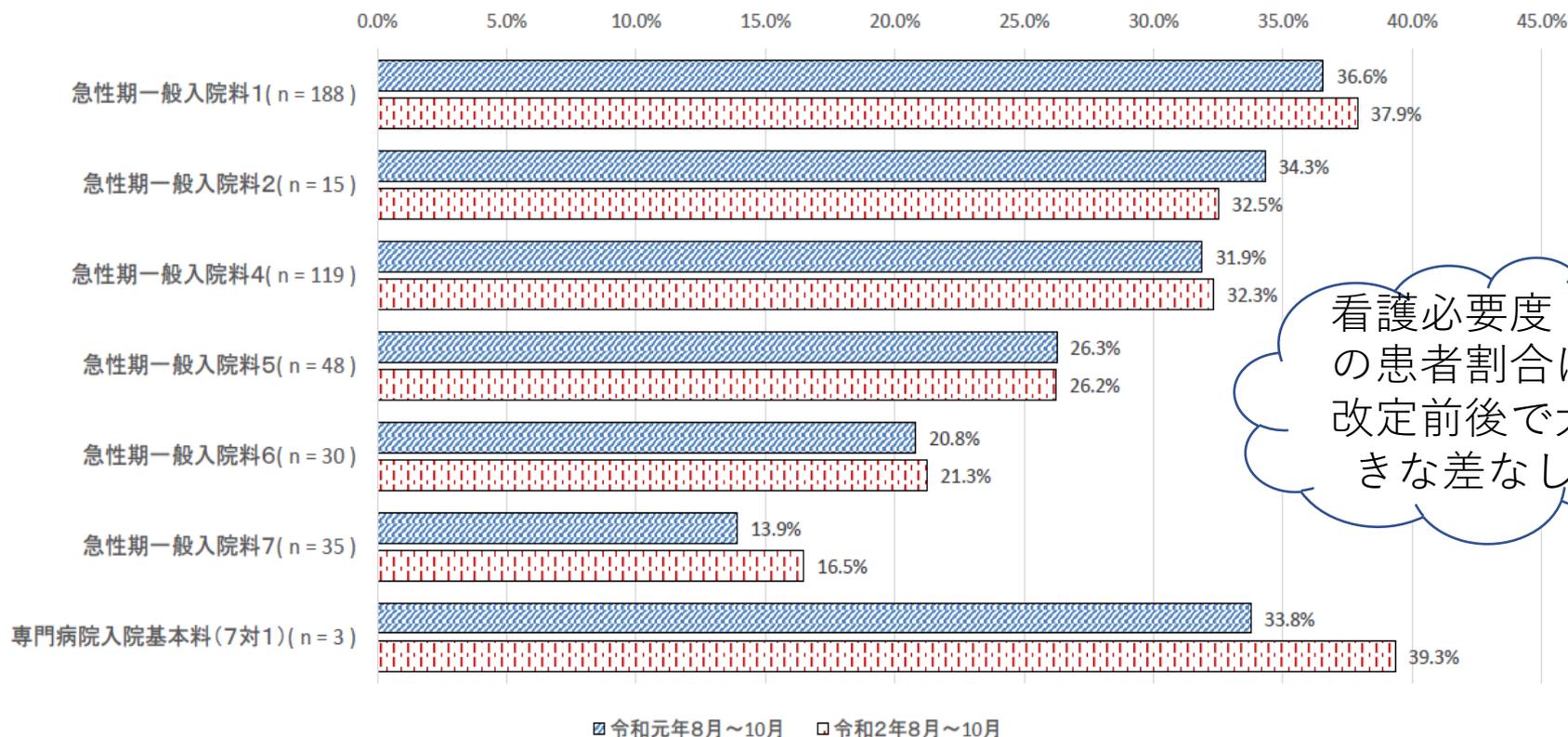
※ n = 2 以下の入院料を除く

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)



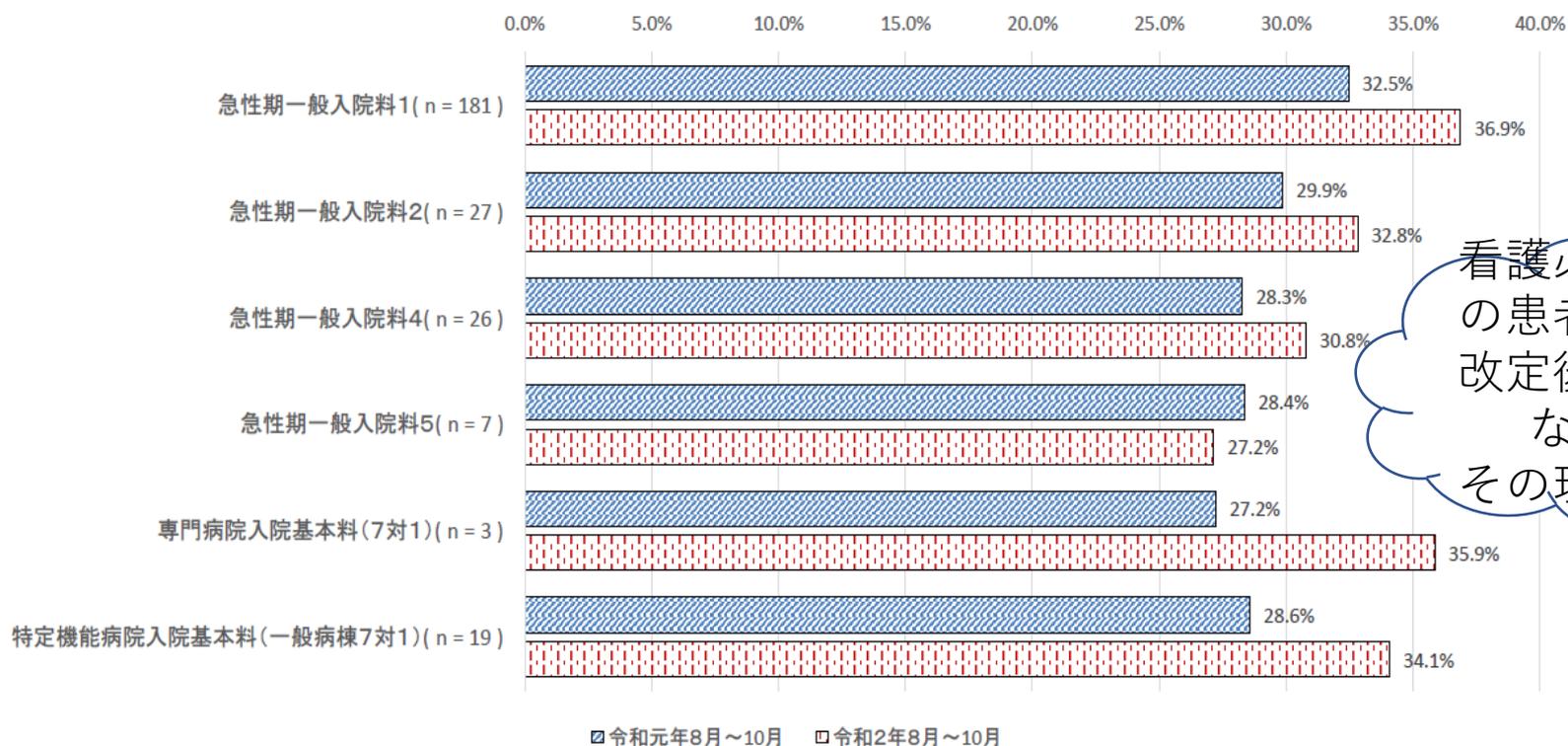
看護必要度 I の患者割合は改定前後で大きな差なし

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

中医協 診-1(改)
3 . 6 . 2 3

○重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合は、急性期一般入院料5を除き、令和元年より令和2年の方が割合が高い傾向にあった。

期間別・入院料別 重症度、医療・看護必要度Ⅱ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)

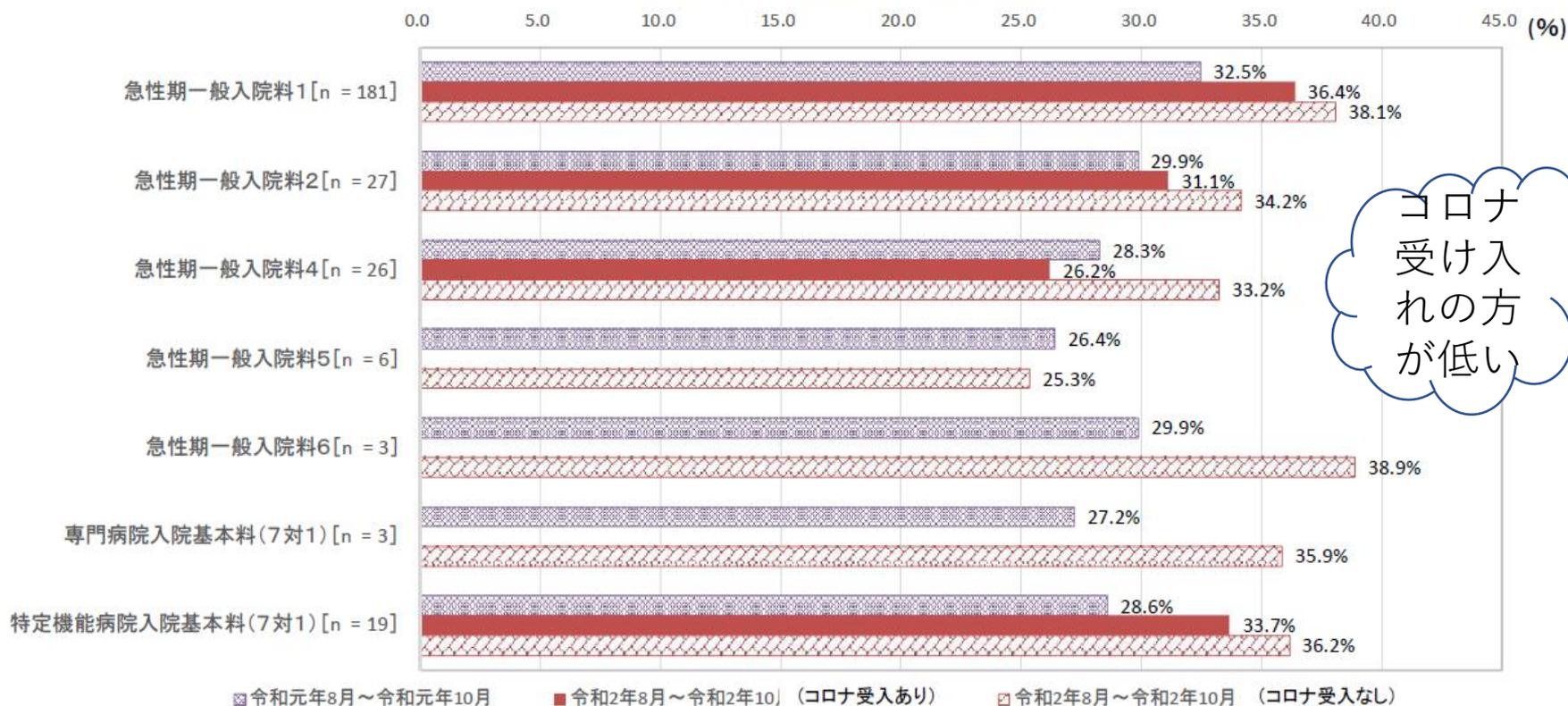


看護必要度Ⅱ
の患者割合は
改定後、高くな
った
その理由は？

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)



コロナ受け入れの方が低い

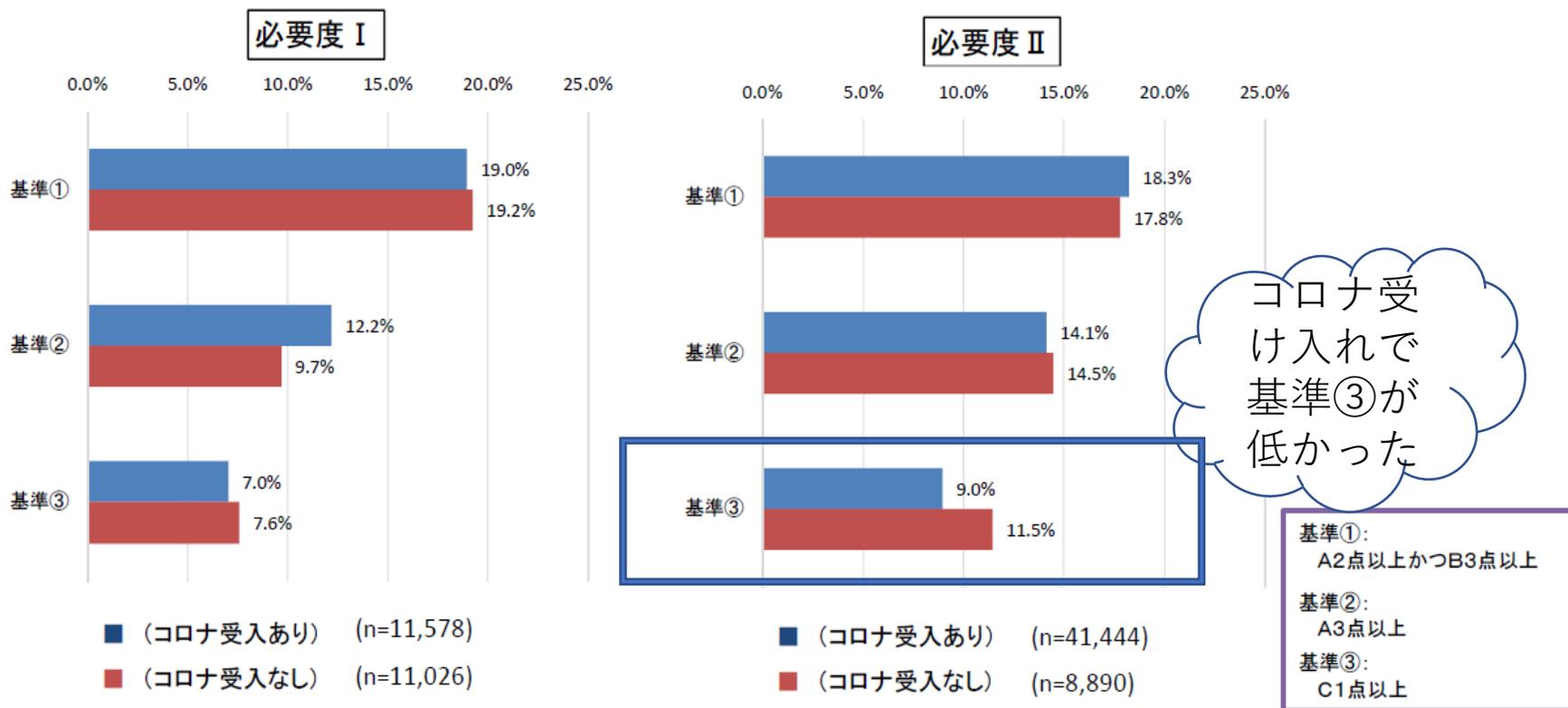
※届出区分無回答のものは除く ※n=2以下の入院料は除く

※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。

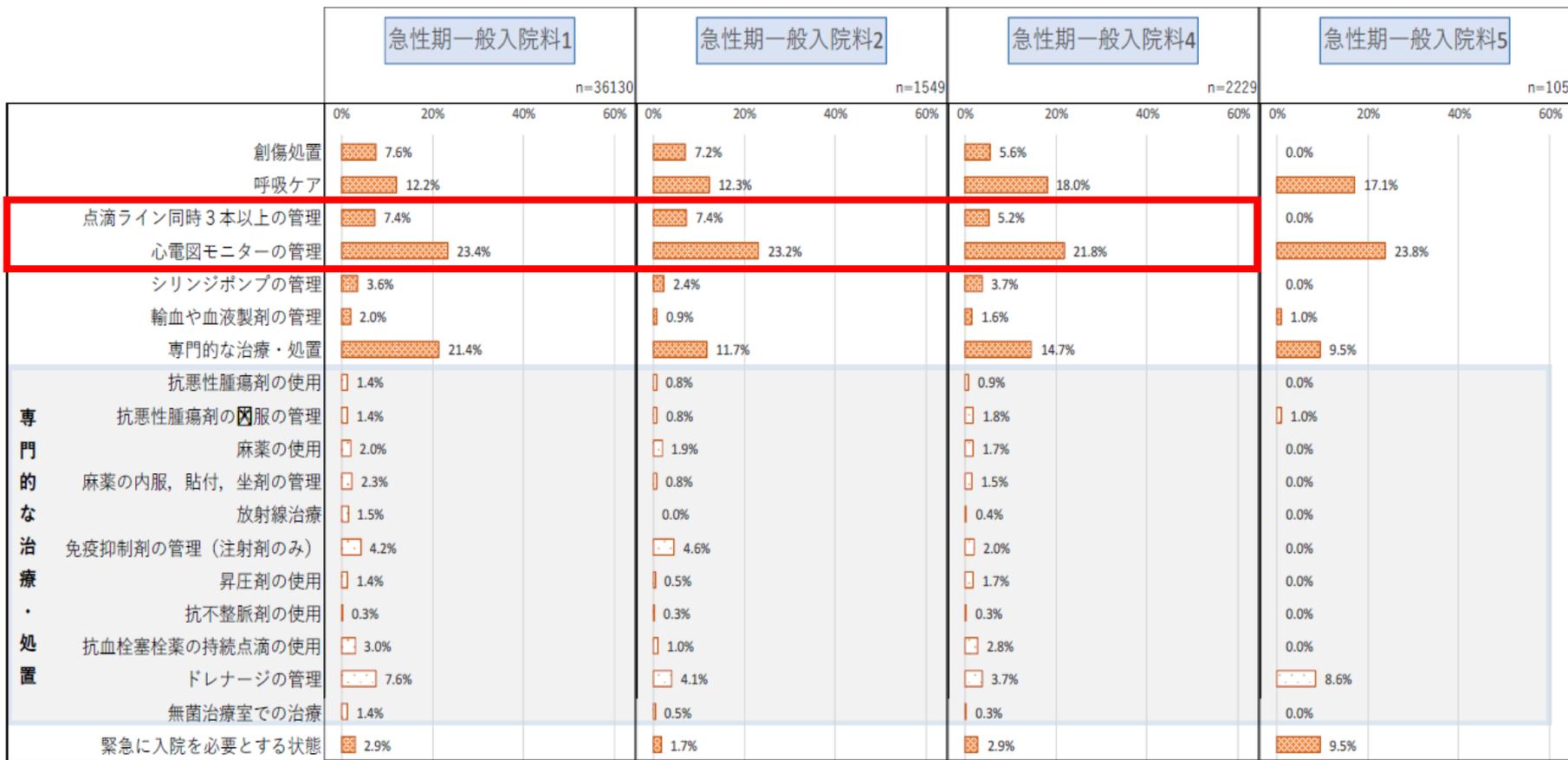


重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価項目毎の該当患者割合（A項目）

診調組 入 - 1
3 . 6 . 3 0

○ 急性期一般入院料1・2・4・5では、重症度、医療・看護必要度ⅡのA項目のうち、いずれも「心電図モニターの管理」が最も高く、次いで、急性期一般入院料1では「専門的な治療・処置」、急性期一般入院料2・4・5では「呼吸ケア」が高かった。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの項目別該当患者割合(A項目)



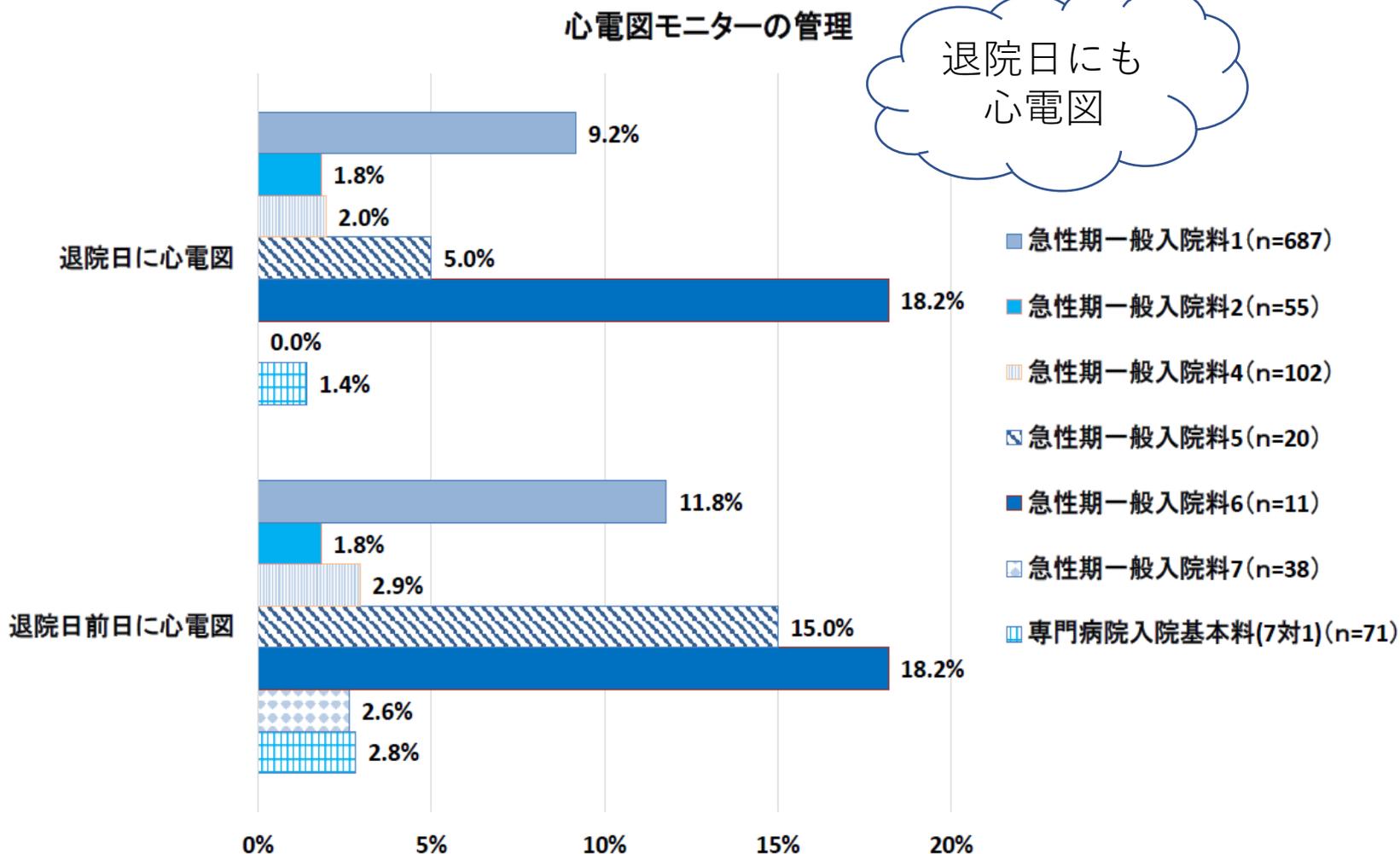
出典：令和2年度入院医療等の調査（Hファイル及びEFファイルを用いて集計）

※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）

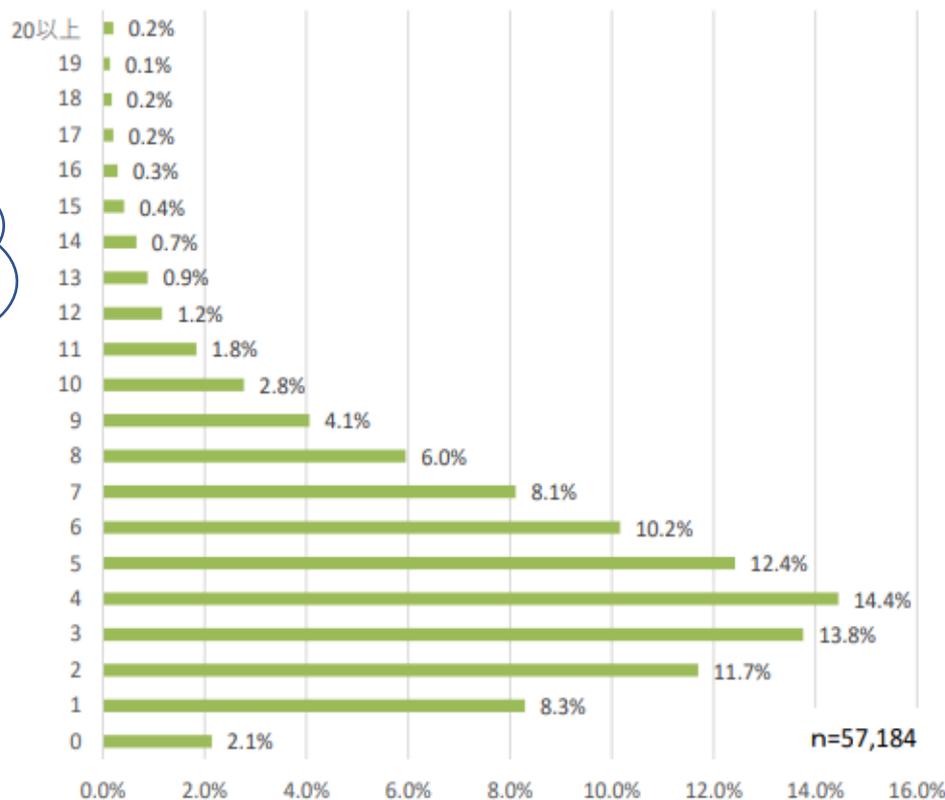
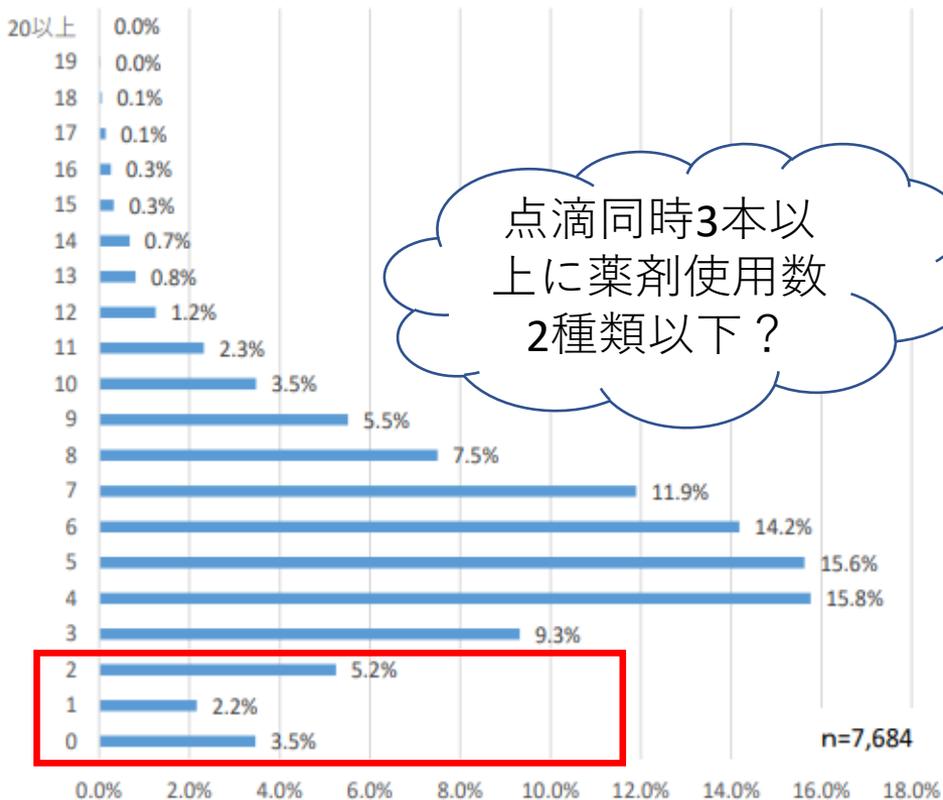
○ 自宅に退院した患者について、退院日及び退院前日の「心電図モニター」についてみたところ、該当する患者割合は以下の通りであった。



○ 「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。

②救急医療管理加算

患者の重症度に応じた救急医療の適切な評価

- 患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について要件及び評価を見直す。

現行	
【救急医療管理加算】	
1 救急医療管理加算1	900点
2 救急医療管理加算2	300点
[算定要件]	
(2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。	
(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。	
[届出について]	
施設基準を満たしていればよく、届出を行う必要はない。	

改定後	
【救急医療管理加算】	
1 救急医療管理加算1	950点
2 救急医療管理加算2	350点
[算定要件]	
(2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからケのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。	
(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。	
[届出について]	
施設基準の届出を行うこと。(※施設基準は従来と変更なし)	



算定対象となる状態

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 | カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) |
| イ 意識障害又は昏睡 | キ 広範囲熱傷 |
| ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 | ク 外傷、破傷風等で重篤な状態 |
| エ 急性薬物中毒 | ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 |
| オ ショック | コ <u>その他の重症な状態</u> (加算2のみ) |

- 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- ◆ アからケのうち該当する状態(加算2の場合は、アからケのうち準ずる状態又はコの状態のうち該当するもの)
- ◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
- ◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

- 救急医療管理加算について、加算の趣旨に鑑み、以下の点について整理・検討が必要ではないか。

救急医療管理加算＝患者の重症度に着目した評価

【算定要件】

- 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するもの
※入院後に悪化する可能性があるが入院時は重篤な状態でない患者には算定できない

救急医療管理加算1

項目アからケの状態であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者

救急医療管理加算2

項目アからケまでに準ずる重篤な状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者

【現状・課題】

- 項目アからケの重症度の基準が明確でなく、算定されている患者ごとの状態のばらつきや、判断に係る施設間のばらつきが大きい
- 算定基準が明確でないこと等を踏まえ、平成26年度改定において、加算1と分けて低い点数が設定され、平成28年度改定においてさらに評価を見直された
- 「項目アからケまでに準ずる重篤な状態」の重要度の基準が明確でなく、また、アからケのどの項目に準じて算定されたか等について、実態が明らかではない

救急患者に関する指標の例

○ 救急患者に実際に使用されている評価指標の例として、以下のような指標が考えられる。

【救急医療管理加算の対象患者】

【関係する指標の例】

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態



緊急の止血処置の有無等

イ 意識障害又は昏睡



JCS、GCS等

ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態



動脈血酸素分圧、NYHA分類等

オ ショック



収縮期血圧の低下、昇圧剤の使用等

キ 広範囲熱傷



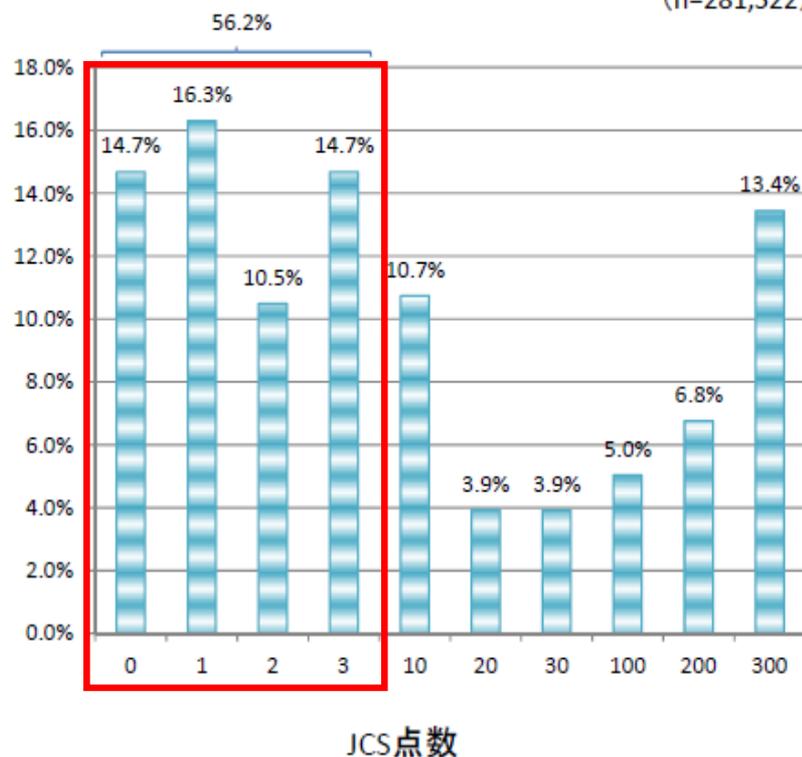
Burn Index 等

救急医療管理加算1算定患者に関する分析①

- 救急医療管理加算1算定患者のうち「イ意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布をみると、JCS I 桁の患者が全体の半数以上を占めた。

救急医療管理加算1算定患者のうち
「イ意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布

(n=281,522)



(参考) JCS: Japan Coma Scale

I. 覚醒している

- 0 意識清明
- 1 見当識は保たれているが意識清明ではない
- 2 見当識障害がある
- 3 自分の名前・生年月日が言えない

II. 刺激に応じて一時的に覚醒する

- 10 普通の呼びかけで開眼する
- 20 大声で呼びかけたり、強く揺するなど開眼する
- 30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する

III. 刺激しても覚醒しない

- 100 痛みに対して払いのけるなどの動作をする
- 200 痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする
- 300 痛み刺激に対し全く反応しない

JCS(Japan Coma Scale)(3-3-9 度方式)

III: 刺激しても覚醒しない	300(III-3)	全く動かない
	200(III-2)	手足を少し動かしたり顔をしかめたりする(除脳硬直を含む)
	100(III-1)	はらいのける動作をする
II: 刺激すると覚醒する	30(II-3)	痛み、刺激にて、辛うじて開眼する
	20(II-2)	大きな声、または体をゆさぶることにより開眼する
	10(II-1)	呼びかけで容易に開眼する
I: 覚醒している	3(I-3)	名前、生年月日が言えない
	2(I-2)	見当識障害あり
	1(I-1)	大体意識清明だが、今一つはっきりしない
	0	意識清明

※R(不穏)、I(失禁)、A(自発性喪失) → 例: 100-I、20-RI、3-IA など。

「意識障害又は昏睡」の患者について①

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち「意識障害又は昏睡」の患者のJCSの分布を改定前後で比較すると、改定後のJCS0の患者の割合は低下し、JCS300の患者の割合は上昇した。
- 救急医療管理加算2の算定患者のうち「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のJCSの分布は、以下のとおりであった。

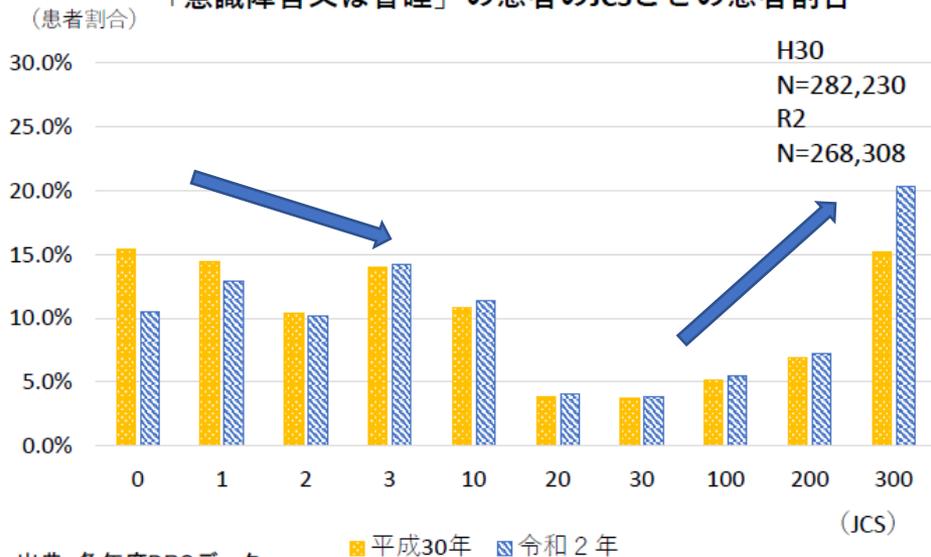
(参考) JCS:Japan Coma Scale

出典:脳卒中ガイドライン2009

<p>I. 刺激しないでも覚醒している状態 (1桁の点数で表現)</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 意識清明 1 意識清明とはいえない 2 見当識障害がある 3 自分の名前・生年月日が言えない 	<p>II. 刺激をすると覚醒する状態 (2桁の点数で表現)</p> <ul style="list-style-type: none"> 10 普通の呼びかけで容易に開眼する 20 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する 30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを繰り返すと辛うじて開眼する 	<p>III. 刺激しても覚醒しない状態 (3桁の点数で表現)</p> <ul style="list-style-type: none"> 100 痛みに対し、払いのけるような動作をする 200 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる 300 痛み刺激に全く反応しない
--	---	---

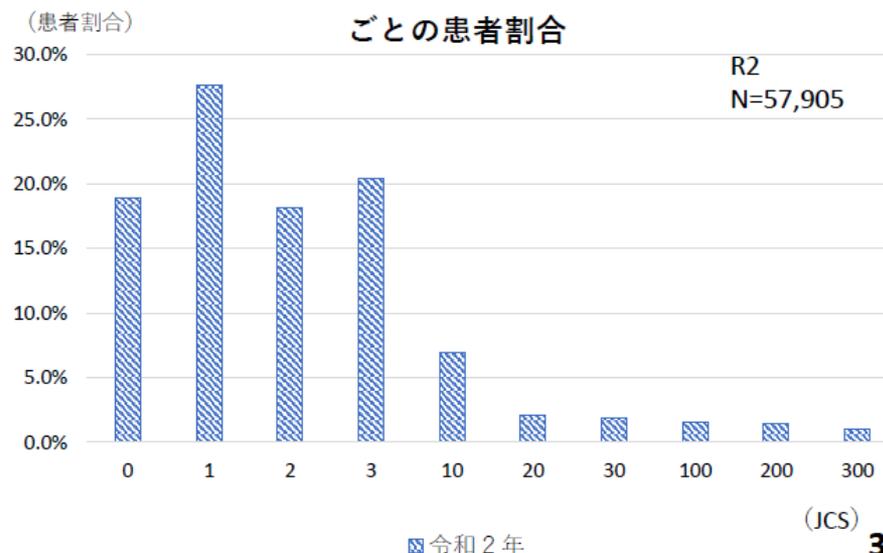
救急医療管理加算1算定患者のうち

「意識障害又は昏睡」の患者のJCSごとの患者割合



救急医療管理加算2算定患者のうち

「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のJCS



出典:各年度DPCデータ

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」で心不全の患者について①

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全の患者の入院時NYHAの分布を改定前後で比較すると、改定後はNYHA I、IIの患者の割合が低下し、NYHA III、IVの患者の割合が上昇していた。
- 救急医療管理加算2の算定患者のうち、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が心不全の患者のNYHAの分布は以下のとおりであった。

(参考) NYHA心機能分類

急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改定版)より抜粋

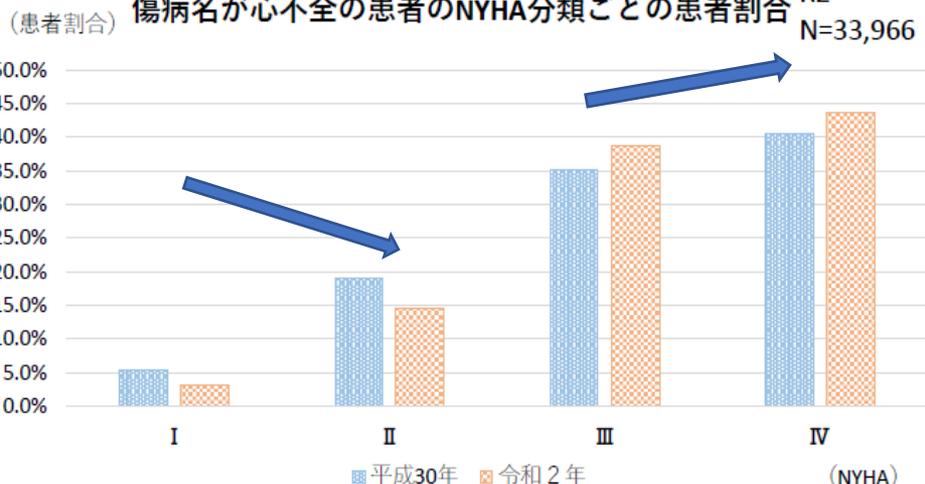
I	心疾患はあるが身体活動に制限はない。日常的な身体活動では著しい疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じない。	II	軽度ないし中等度の身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。
III	高度な身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動以下の労作で、疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。	IV	心疾患のためいかなる身体活動も制限される。心不全症状や狭心痛が安静時にも存在する。わずかな労作でこれらの症状は増悪する。

救急医療管理加算1算定患者のうち

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で

傷病名が心不全の患者のNYHA分類ごとの患者割合

H30
N=32,081
R2
N=33,966

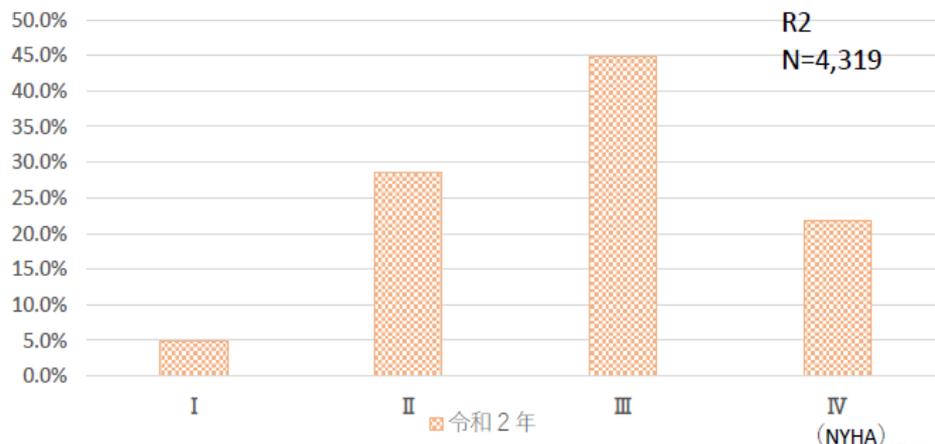


救急医療管理加算2算定患者のうち

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる

患者で傷病名が心不全の患者のNYHA分類ごとの患者割合

R2
N=4,319



NYHA 心機能分類

I	<p>心疾患を有するが、そのために身体活動が制限されることがない患者。 通常の活動では疲労・動悸・呼吸困難・狭心症状はきたさない。(7Mets以上可能)</p>	坂道を <u>走って</u> 登るとゼイゼイ
II	<p>心疾患を有し、そのために身体活動が軽度から中等度制限される患者。 安静時無症状。通常の活動で疲労・動悸・呼吸困難・狭心症状をきたす (5~7Mets)</p>	坂道を登ると ゼイゼイ
III	<p>心疾患を有し、そのために身体活動が高度に制限される患者。 安静時無症状であるが、通常以下の身体活動で疲労・動悸・呼吸困難・強心症状を来す。(2~5Mets)</p>	平らな道でも 歩いていると ゼイゼイ
IV	<p>心疾患を有し、そのために非常に軽度の身体活動でも愁訴をきたす患者。 安静時においても心不全あるいは狭心症状を示すことがある。 少しの身体活動でも愁訴が増加する。(2Mets未満)</p>	家でじっと していても、時に ゼイゼイ

心不全患者の日常身体活動能力を反映する重症度分類である。

「ショック」の患者について①

- 救急医療管理料1の算定患者のうち、「ショック」の患者の分布を改定前後で比較すると、ほとんど変化はみられなかった。
- 救急医療管理料2の算定患者のうち、「ショック」に準ずる状態の患者の分布を救急医療管理加算1の分布は以下のとおりであった。

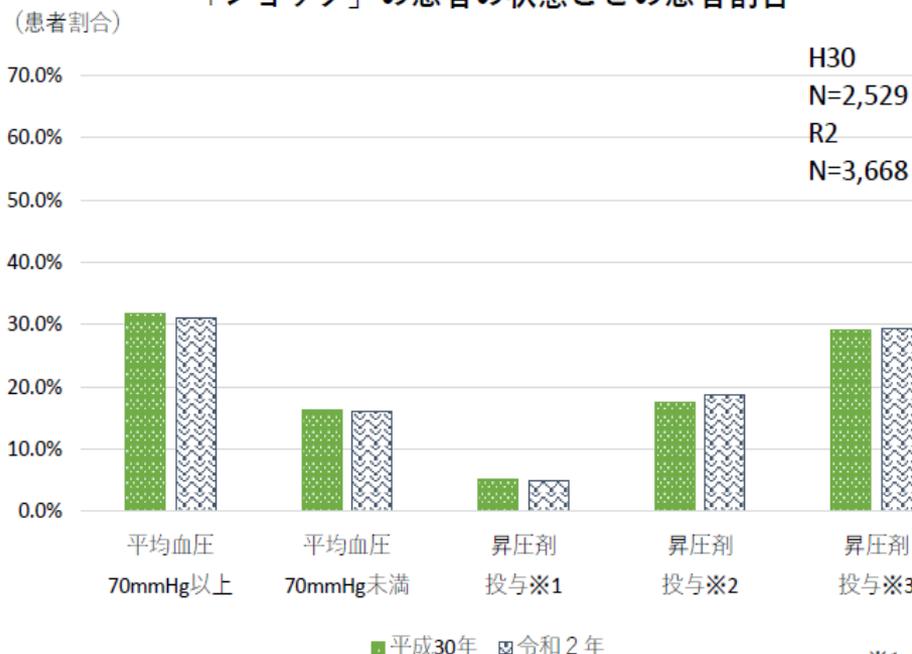
※ ショックとは「生体に対する侵襲あるいは侵襲に対する生体反応の結果、重要臓器の血流が維持できなくなり、細胞の代謝障害や臓器障害が起こり、生命の危機に至る急性の症候群」と定義される。(出典:日本救急医学会医学用語解説集)

※ 平均血圧(mmHg) = 拡張期血圧 + (収縮期血圧 - 拡張期血圧) × 1/3 (平均血圧の正常範囲70~100mmHg)

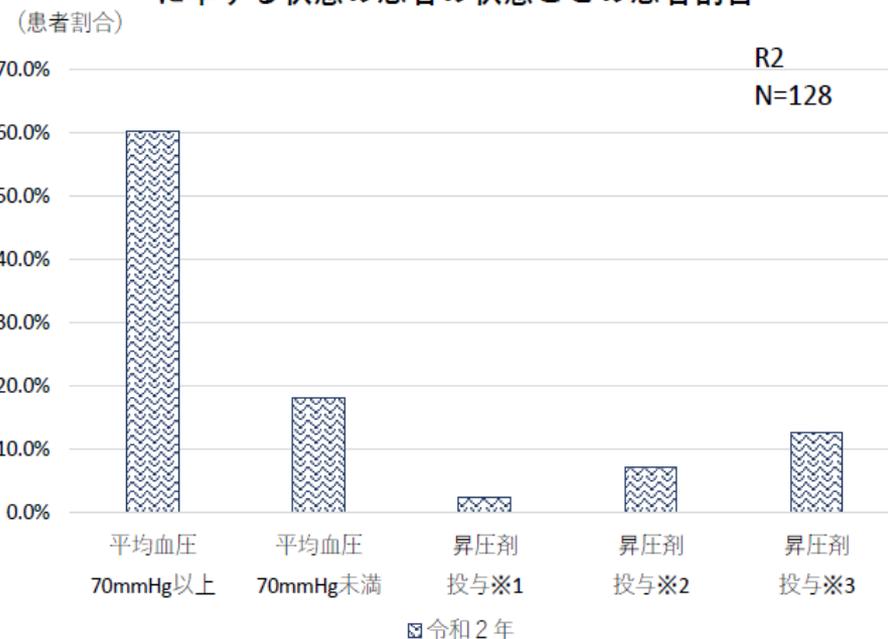
(中医協総-3 令和元年12月4日資料より抜粋。

令和2年度改定後、「ショック」又は「ショックに準ずる状態」の患者については平均血圧70mmHgをカットオフとして状態の記載を義務づけている。)

救急医療管理加算1の算定患者のうち
「ショック」の患者の状態ごとの患者割合



救急医療管理加算2の算定患者のうち「ショック」
に準ずる状態の患者の状態ごとの患者割合



※1 ドパミン ≤ 5µg あるいはドブタミン(投与量を問わない)

※2 ドパミン 5.1µg ~ 15µg あるいはアドレナリン ≤ 0.1µg あるいはノルアドレナリン ≤ 0.1µg

※3 ドパミン > 15µg あるいはアドレナリン > 0.1µg あるいはノルアドレナリン > 0.1µg

「その他重症な状態」の患者の内訳

- 救急医療管理加算2の算定患者のうち、「コ その他重症な状態」の患者について、最も多くみられた入院時の状態は「脳梗塞」であった。

令和2年

名称	件数(年)
脳梗塞	71,282
腎臓又は尿路の感染症	39,270
股関節・大腿近位の骨折	32,536
肺炎等	32,099
ヘルニアの記載のない腸閉塞	29,933
誤嚥性肺炎	23,676
穿孔又は膿瘍を伴わない憩室性疾患	21,145
胆管(肝内外)結石、胆管炎	21,019
胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	15,187
胆嚢炎等	13,553

「その他重症な状態」の患者の介入状況

○ 「その他重症な状態」の患者に対して、入院後3日間以内に行われた処置・手術で多いものを列挙すると、以下のような実施状況であった。

脳梗塞		腎臓または尿路の感染		股関節・大腿近位の骨折		肺炎		ヘルニアの記載のない腸閉塞	
71282人		39270人		32536人		32099人		29933人	
<u>酸素吸入</u>	3700(5.2%)	留置カテーテル設置	4450(11.3%)	留置カテーテル設置	8976(27.6%)	<u>酸素吸入</u>	6994(21.8%)	ドレーン法 (その他のもの)	4941(16.5%)
留置カテーテル設置	2782(3.9%)	<u>酸素吸入</u>	3137(8.0%)	骨折観血的手術 (肩甲骨、上腕、大腿)	4855(14.9%)	喀痰吸引	2949(9.2%)	胃持続ドレナージ	4643(15.5%)
喀痰吸引	1195(1.7%)	導尿	1586(4.0%)	<u>酸素吸入</u>	2975(9.1%)	留置カテーテル設置	1881(5.9%)	イレウス用ロングチューブ挿入法	3635(12.1%)
<u>高気圧酸素療法(その他のもの)</u>	771(1.1%)	喀痰吸引	1507(3.8%)	輸血(保存血液輸血)	2908(8.9%)	導尿	878(2.7%)	ドレーン法 (持続吸引を行うもの)	1884(6.3%)
鼻腔栄養	591(0.8%)	排便	455(1.2%)	<u>人工骨頭挿入術(肩、股)</u>	2056(6.3%)	超音波ネブライザー	693(2.2%)	<u>酸素吸入</u>	1538(5.1%)

③特定集中治療室管理料



8月27日に開催された「令和3年度 第6回 診療報酬調査専門組織
入院医療等の調査・評価分科会」

特定集中治療室管理料の見直し

専門の研修を受けた看護師の配置要件の見直し

- ▶ 特定集中治療室管理料1・2の専門の研修を受けた看護師の配置について、より柔軟な働き方に対応する観点から要件の緩和を行う。

※専門性の高い看護師の配置に係る経過措置は、予定通り令和2年3月31日で終了

現行

【特定集中治療室管理料1及び2】

[施設基準]

- 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。

改定後

【特定集中治療室管理料1及び2】

[施設基準]

- 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。
- 専任の常勤看護師を2名組み合わせることにより、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該2名の勤務が重複する時間帯については1名についてのみ計上すること。

生理学的スコアの測定に係る要件の見直し

- ▶ 特定集中治療室管理料1・2において提出が要件となっている生理学的スコア(SOFAスコア)について、特定集中治療室管理料3・4についても要件とする。 ※令和2年10月1日以降に当該治療室に入室した患者が提出対象

生理学的スコア(SOFAスコア)

呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の6項目を、それぞれ5段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの

		0	1	2	3	4
呼吸機能	PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	>400	≤400	≤300	≤200 呼吸器補助下	≤100 呼吸器補助下
凝固機能	血小板数(×10 ³ /mm ²)	>150	≤150	≤100	≤50	≤20
肝機能	ビリルビン値(mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
循環機能	血圧低下	なし	平均動脈圧<70mmHg	ドパミン≤5γ あるいはドブタミン投与 (投与量は問わない)	ドパミン>5γ あるいはエピネフリン≤0.1γ あるいはノルエピネフリン≤0.1γ	ドパミン>15γ あるいはエピネフリン>0.1γ あるいはノルエピネフリン>0.1γ
中枢神経機能	Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	<6
腎機能	クレアチニン値(mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 あるいは尿量500ml/日未満	>5.0 あるいは尿量200ml/日未満

SOFAスコア (sequential organ failure assessment)

ICUにおける重症度評価法、評価項目として、呼吸、凝固能、肝臓、循環器、中枢神経、腎の6つの臓器システムが用いられ、臓器障害の程度に従い、スコア化されている。

表1 ● SOFAスコア

	0点	1点	2点	3点	4点
呼吸器 PaO ₂ /F _i O ₂ (mmHg)	≧ 400	< 400	< 300	< 200 + 呼吸補助	< 100 + 呼吸補助
凝固能 血小板数 (× 10 ³ /μL)	≧ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
肝臓 ビリルビン値 (mg/dL)	< 1.2	1.2 ~ 1.9	2.0 ~ 5.9	6.0 ~ 11.9	≧ 12
循環器	MAP ≧ 70 mmHg	MAP < 70 mmHg	DOA < 5 μg/kg/min or DOB	DOA 5.1 ~ 15 μg/kg/min or Ad ≧ 0.1 μg/kg/min or NOA ≧ 0.1 μg/kg/min	DOA > 15 μg/kg/min or Ad > 0.1 μg/kg/min or NOA > 0.1 μg/kg/min
中枢神経 Glasgow Coma Scale	15	13 ~ 14	10 ~ 12	6 ~ 9	< 6
腎機能 クレアチニン (mg/dL) 尿量 (mL/日)	< 1.2	1.2 ~ 1.9	2.0 ~ 3.4	3.5 ~ 4.9 < 500	≧ 5.0 < 200

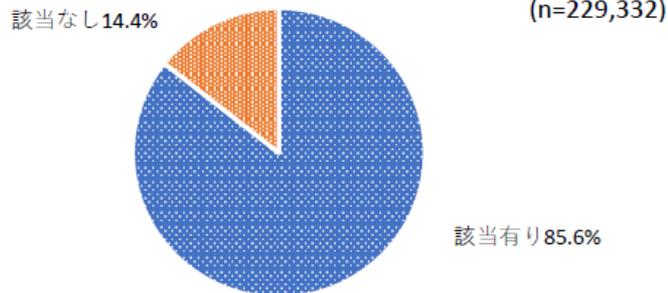
DOA：ドパミン、DOB：ドブタミン、Ad：アドレナリン、NOA：ノルアドレナリン

入室日の重症度、医療・看護必要度とSOFAスコア

- 重症度、医療・看護必要度(以下、必要度という。)の基準を満たす患者は、特定集中治療室管理料を算定する患者の85.6%を占めていた。
- 必要度の基準を満たしていない患者と比較すると、基準を満たす患者は、SOFAスコア5点以上の患者の割合が高い傾向にあった。
- SOFAスコアが高い患者の中にも、必要度の基準だと満たしていない患者が存在した。

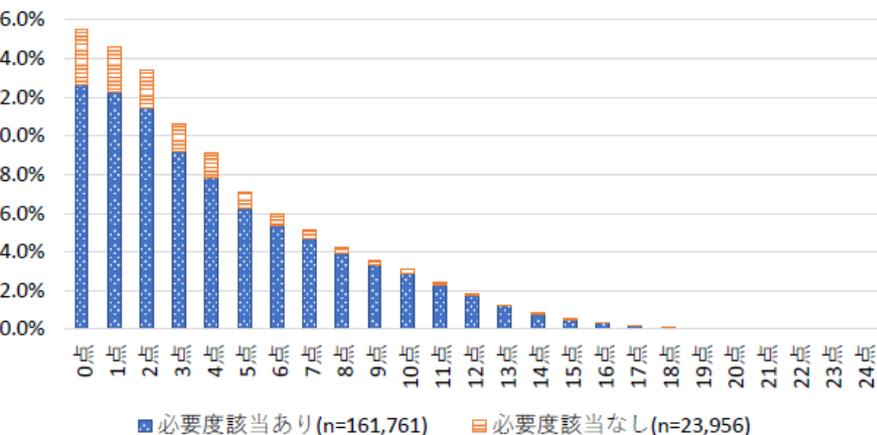
SOFA5点以上

必要度 (入室日・全患者)

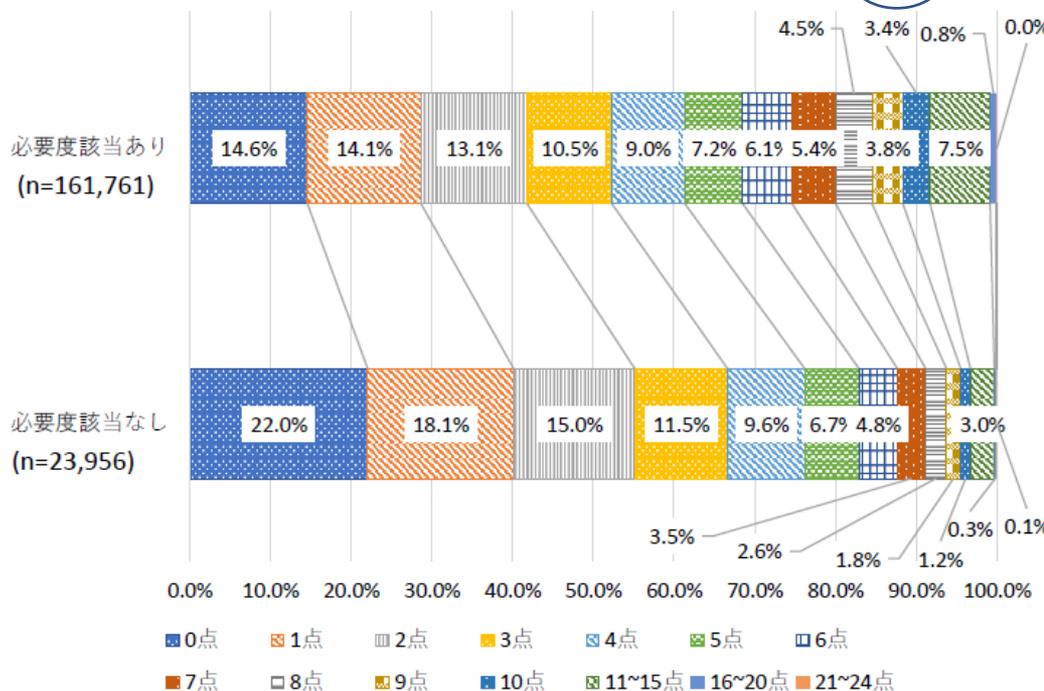


※必要度基準：A得点4点以上かつB得点3点以上

SOFA×必要度 (入室日)



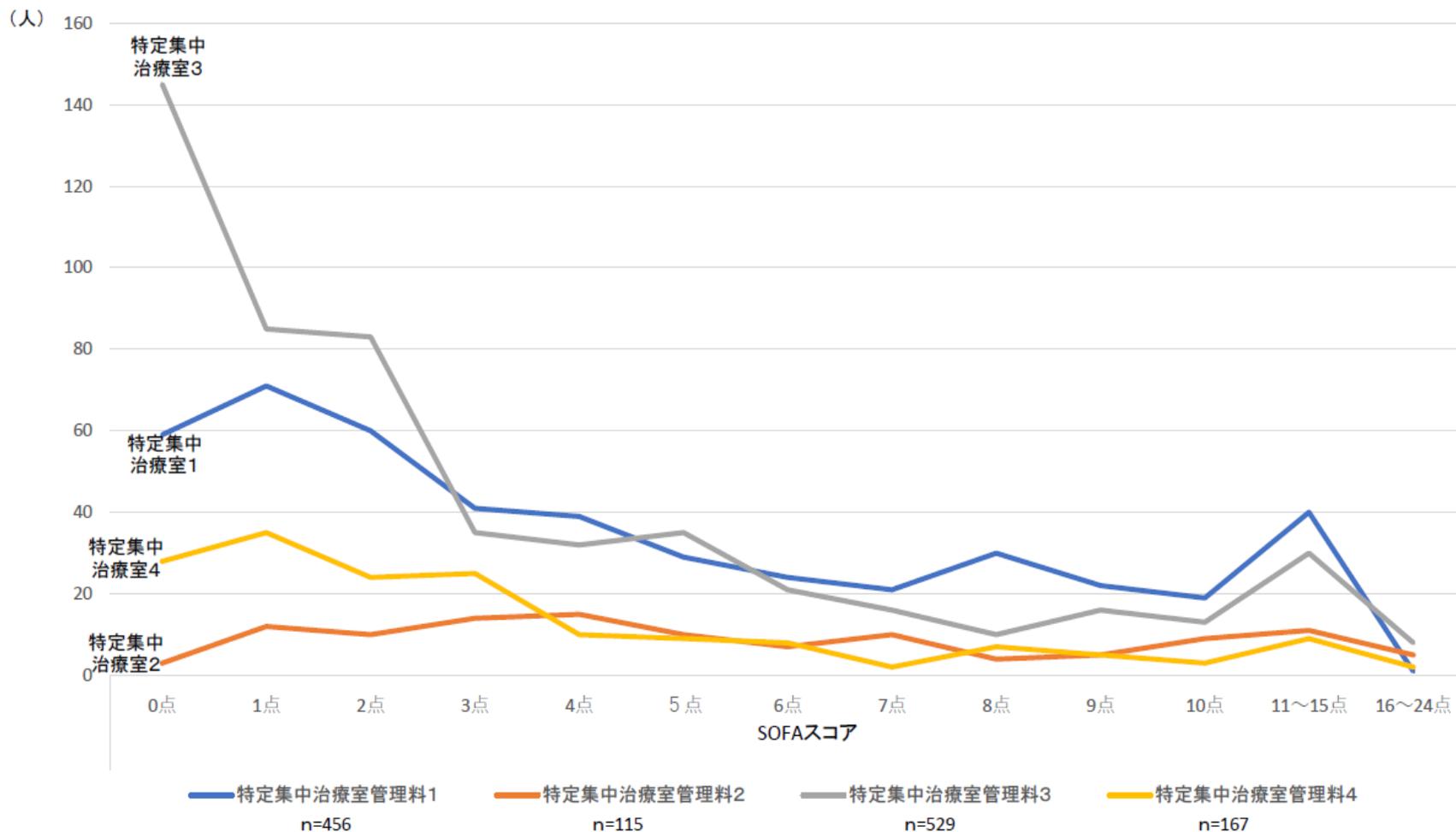
SOFAスコア (入室日)



特定集中治療室の重症度、医療・看護必要度とSOFAスコア①

○ 各治療室における必要度のA項目4点以上の該当患者をSOFAスコア点数別に集計したところ、以下のとおりだった。

各治療室における必要度(A項目)4点以上の患者のSOFAスコア別該当者数の分布



④急性期医療の指標

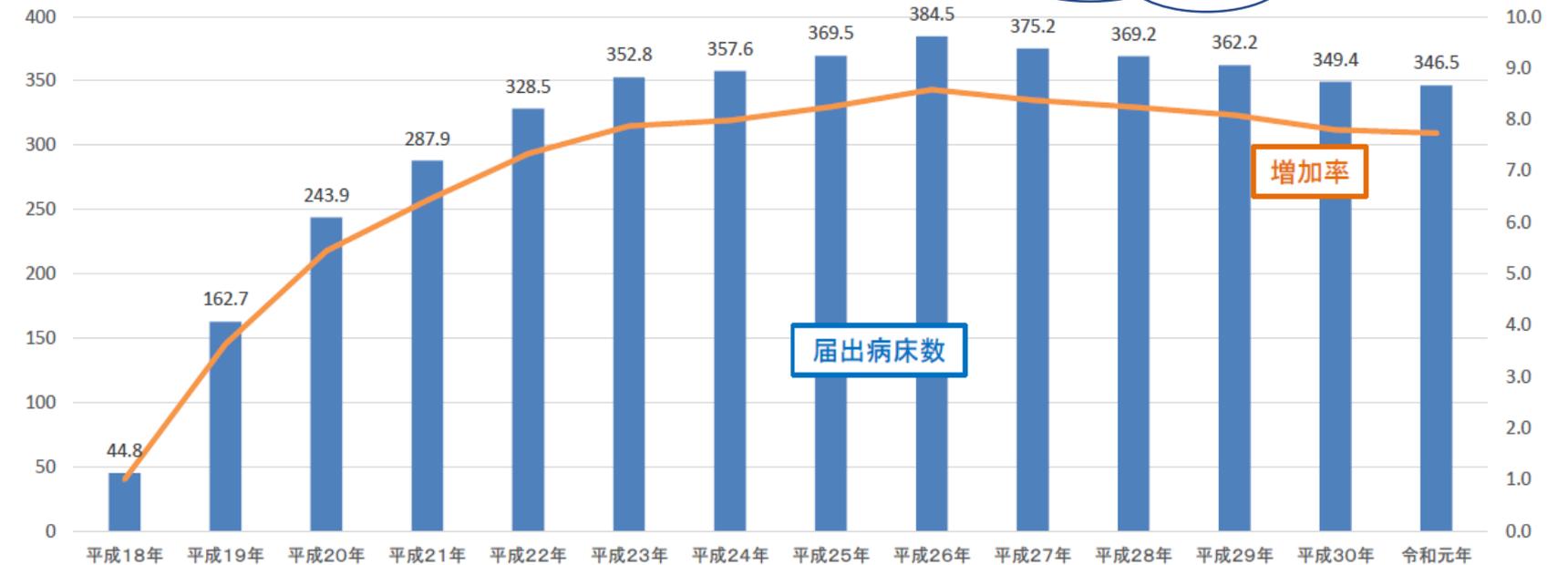


看護配置 7 対 1 の入院基本料の届出状況

○ 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



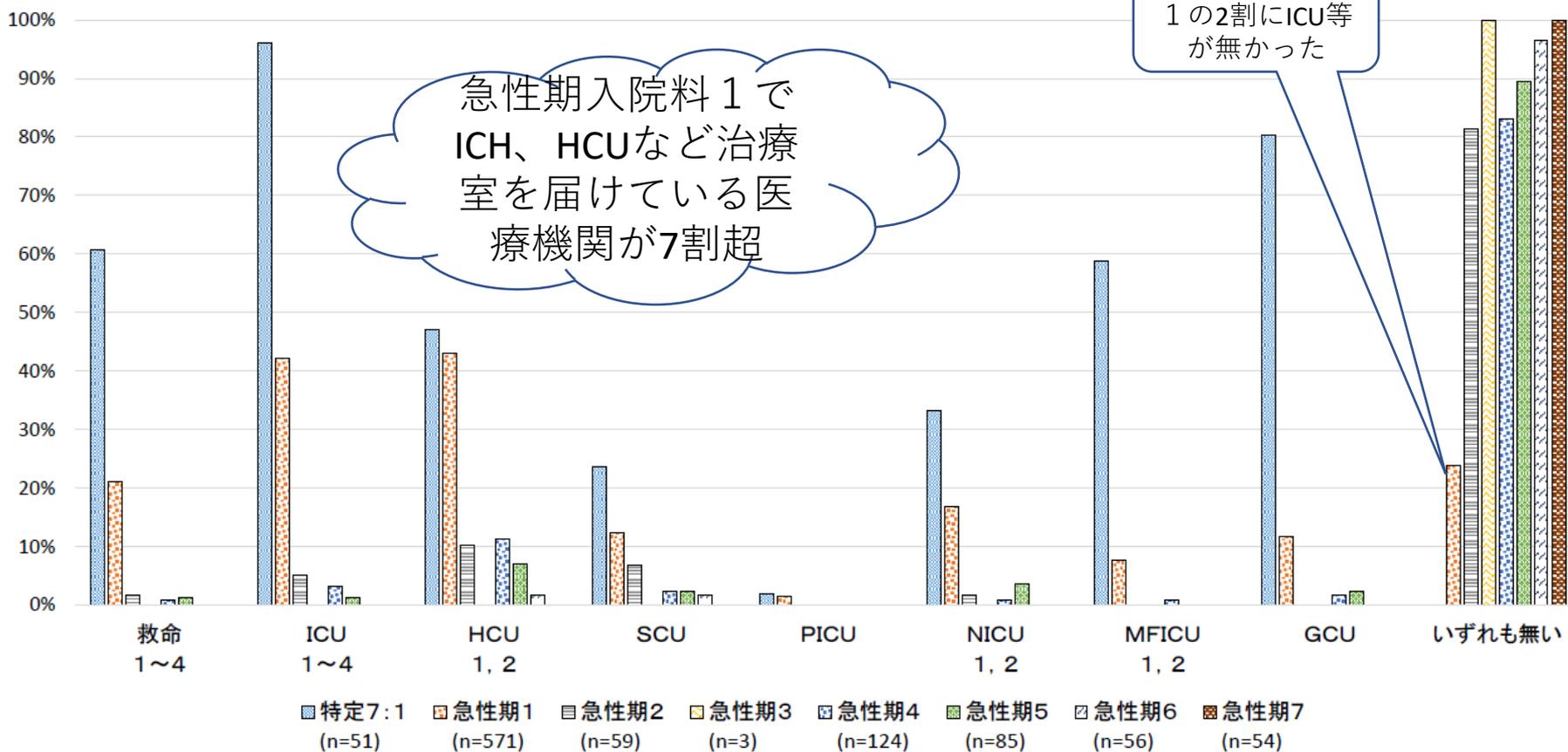
急性期医療の役割として、24時間の救急受入体制、総合的かつ専門的な医療の提供、急性期後の患者の後方病床等への退院支援などが重要であると考えられる。

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

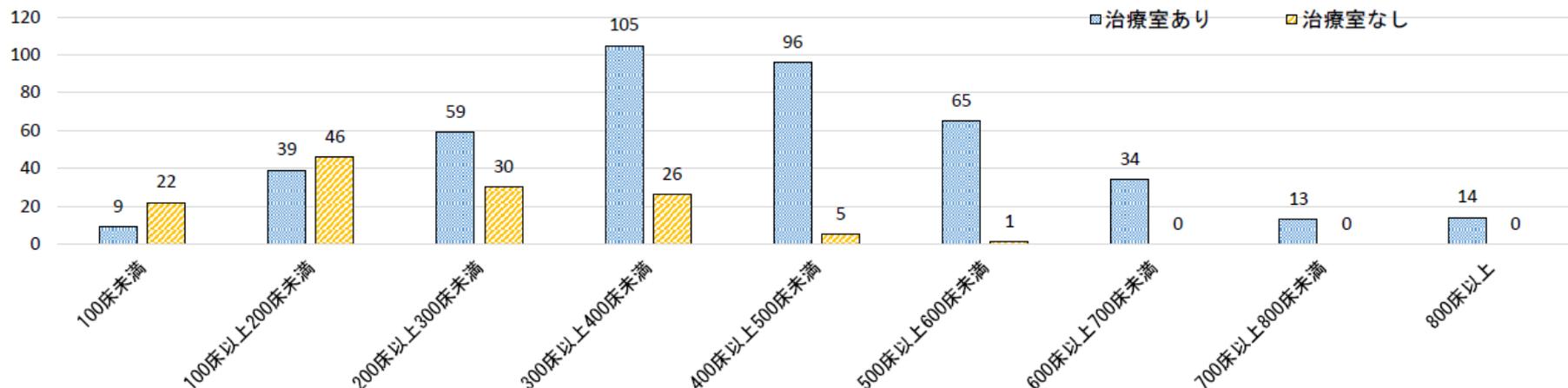
(治療室を届け出ている医療機関の割合)



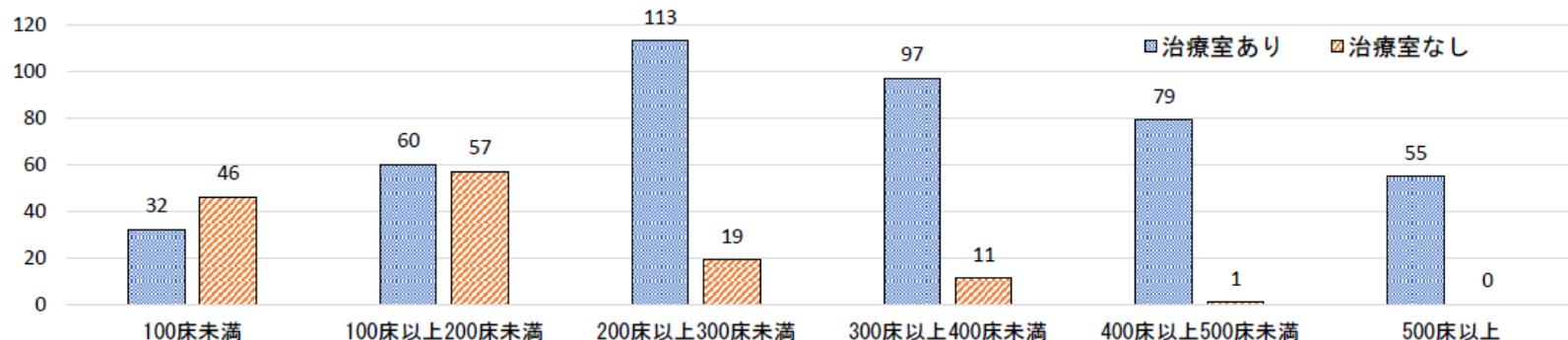
治療室の届出の有無別の医療機関の病床規模

○ 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

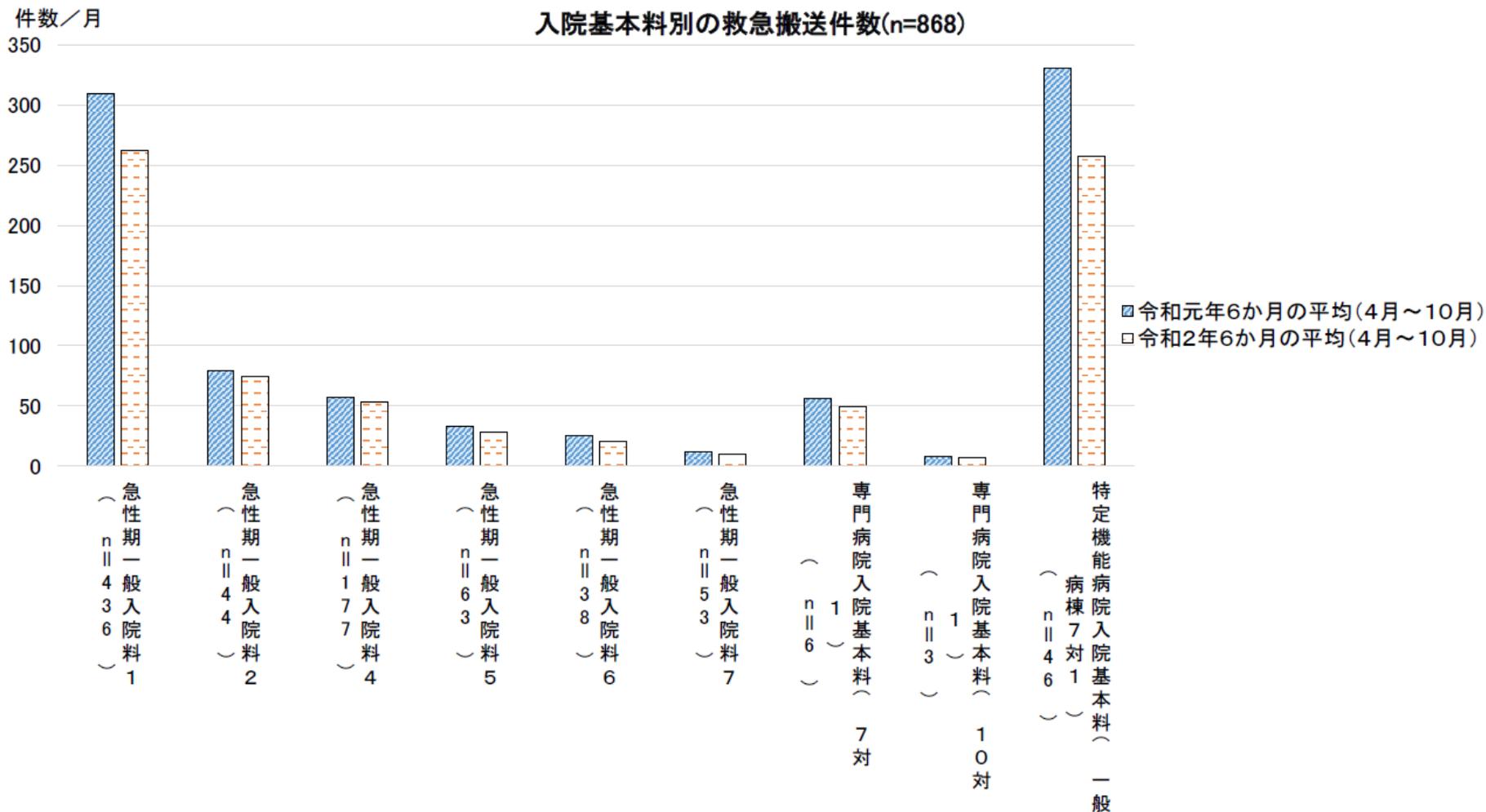


治療室の有無別の急性期一般入院料1の届出病床数の規模の分布



入院基本料別の救急搬送件数

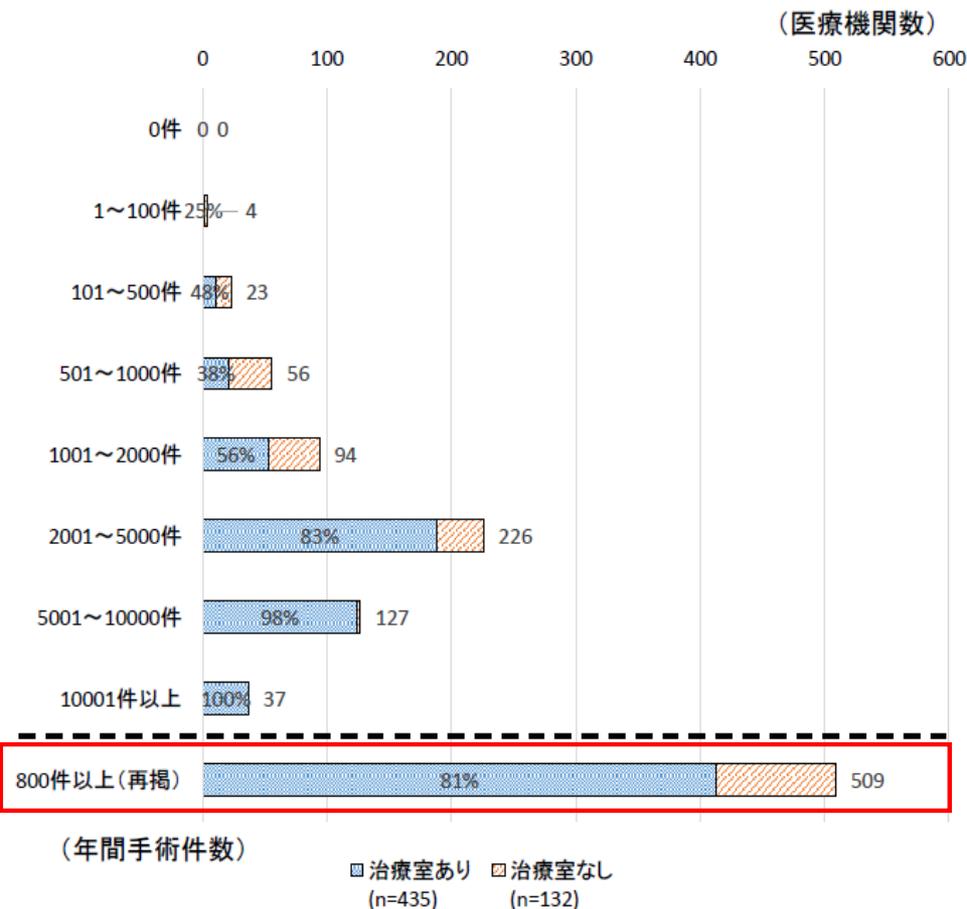
○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関では特定機能病院と同程度の救急搬送者の受入件数があり、急性期一般入院料2～7より多かった。



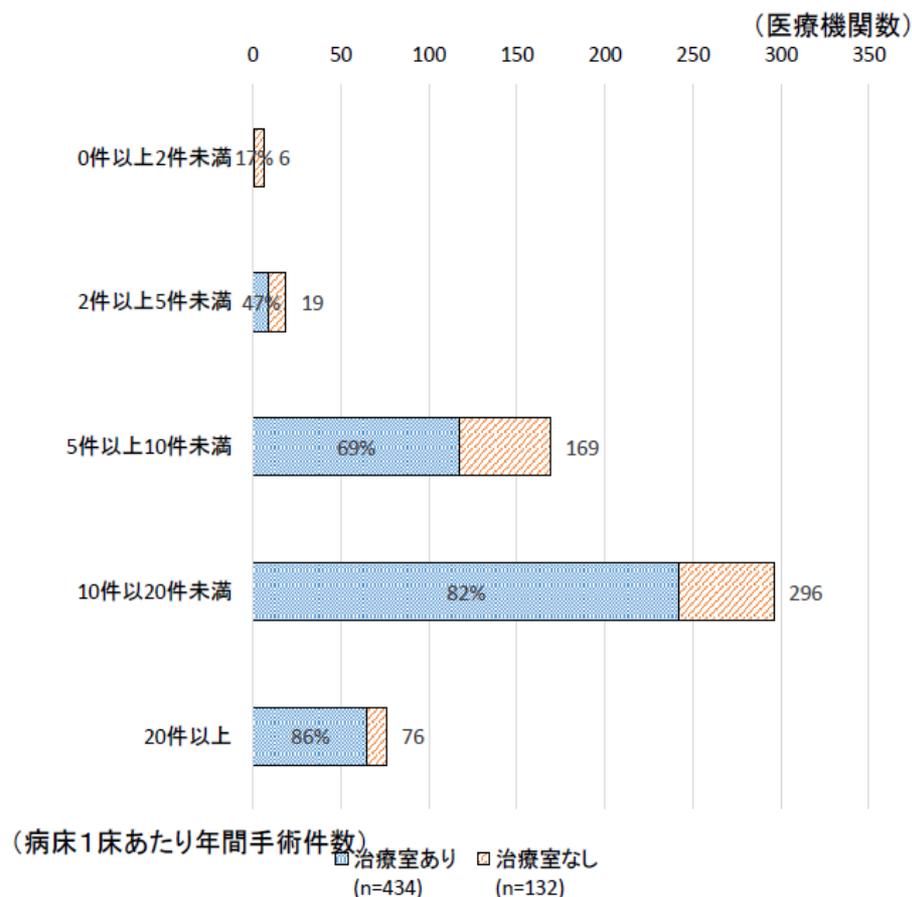
急性期一般入院料1の手術等の状況①

○ 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)



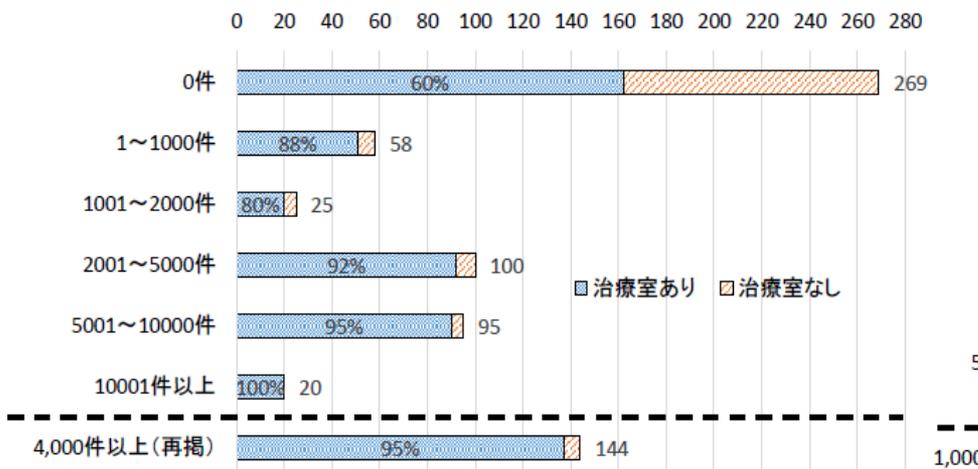
急性期一般1を届け出ている医療機関における
病床1床あたりの年間手術件数の分布 (n=566)



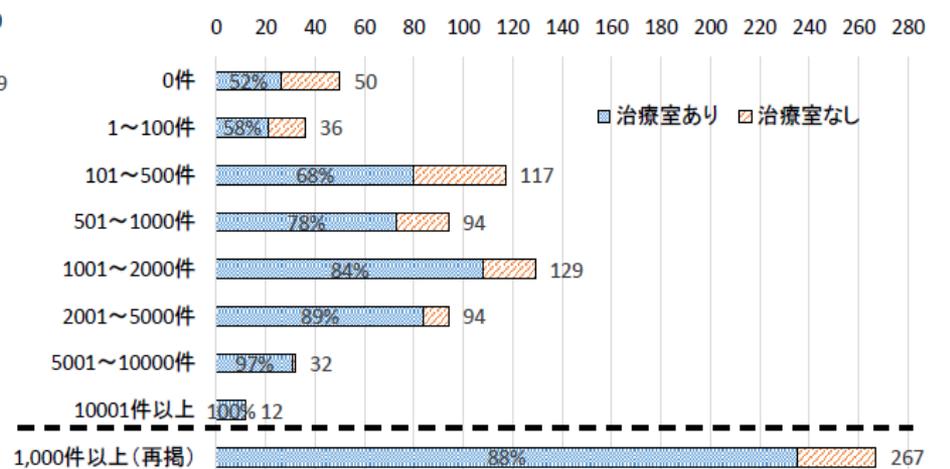
手術・放射線療法・化学療法の年間実施件数

○ 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。

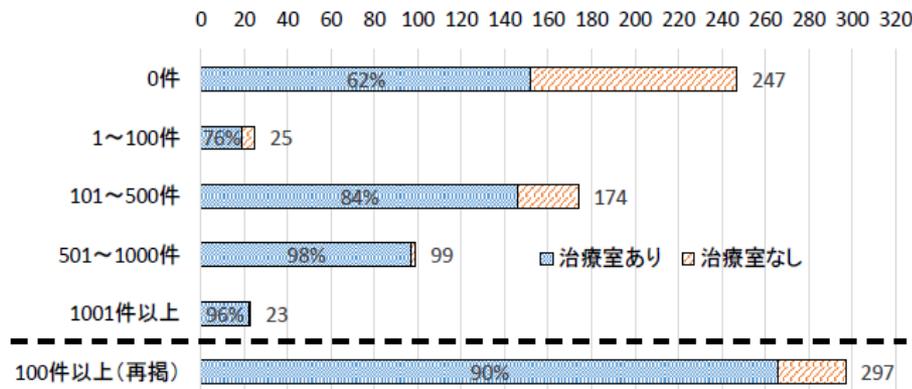
急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における
1施設あたりの放射線療法の年間実施件数の分布 (医療機関数)



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)

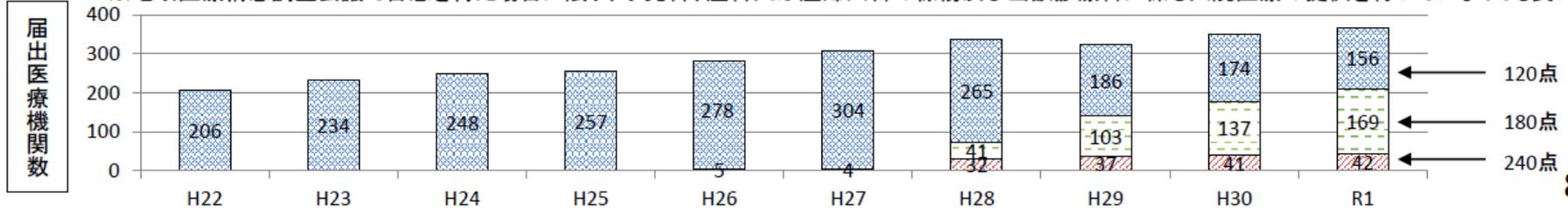


総合入院体制加算の概要

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"> 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		
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

⑤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

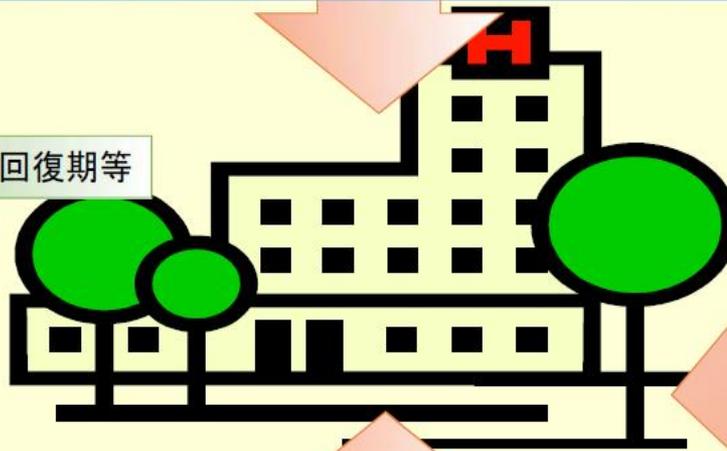
①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

亜急性期病床の役割

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

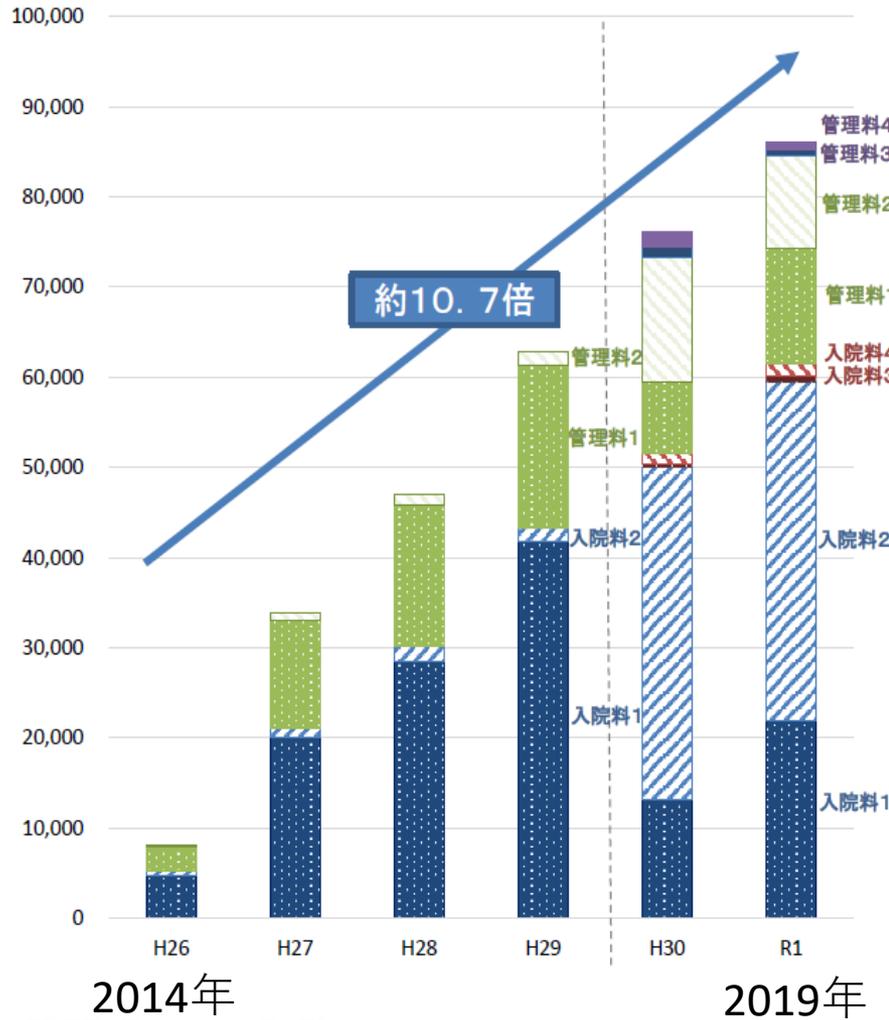


自宅・在宅医療

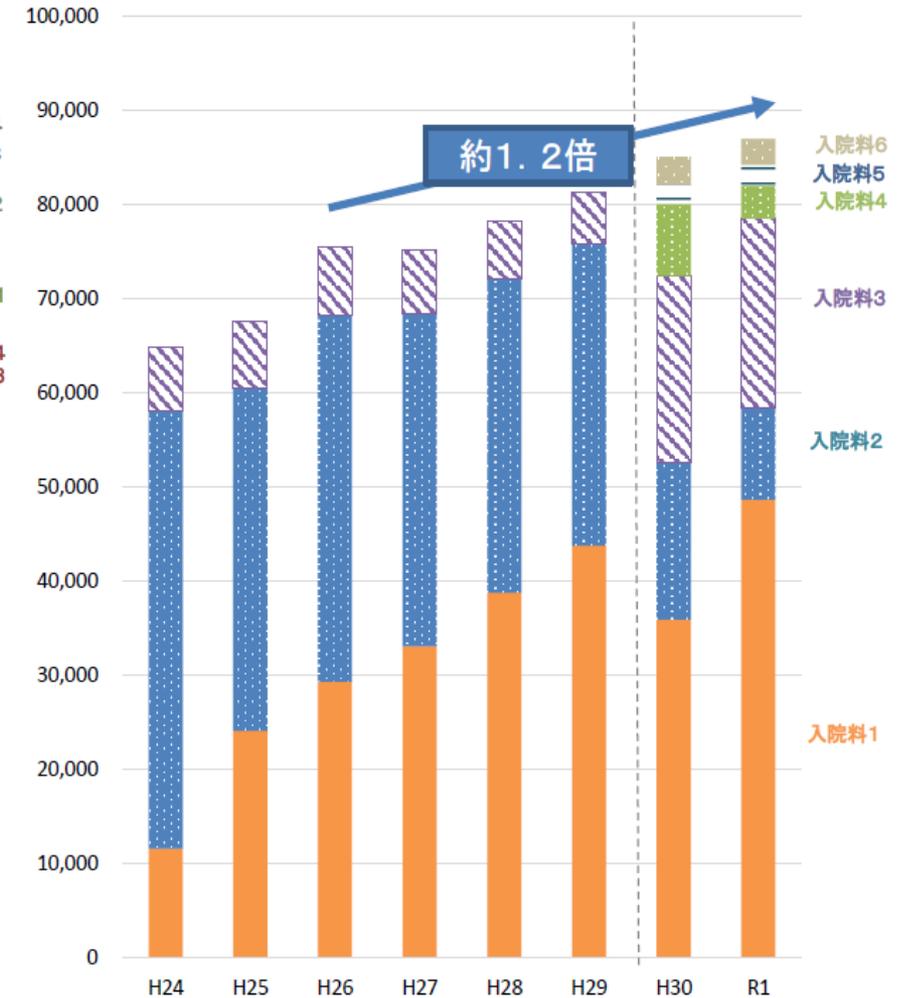
入院料別の届出病床数の推移

○ 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】

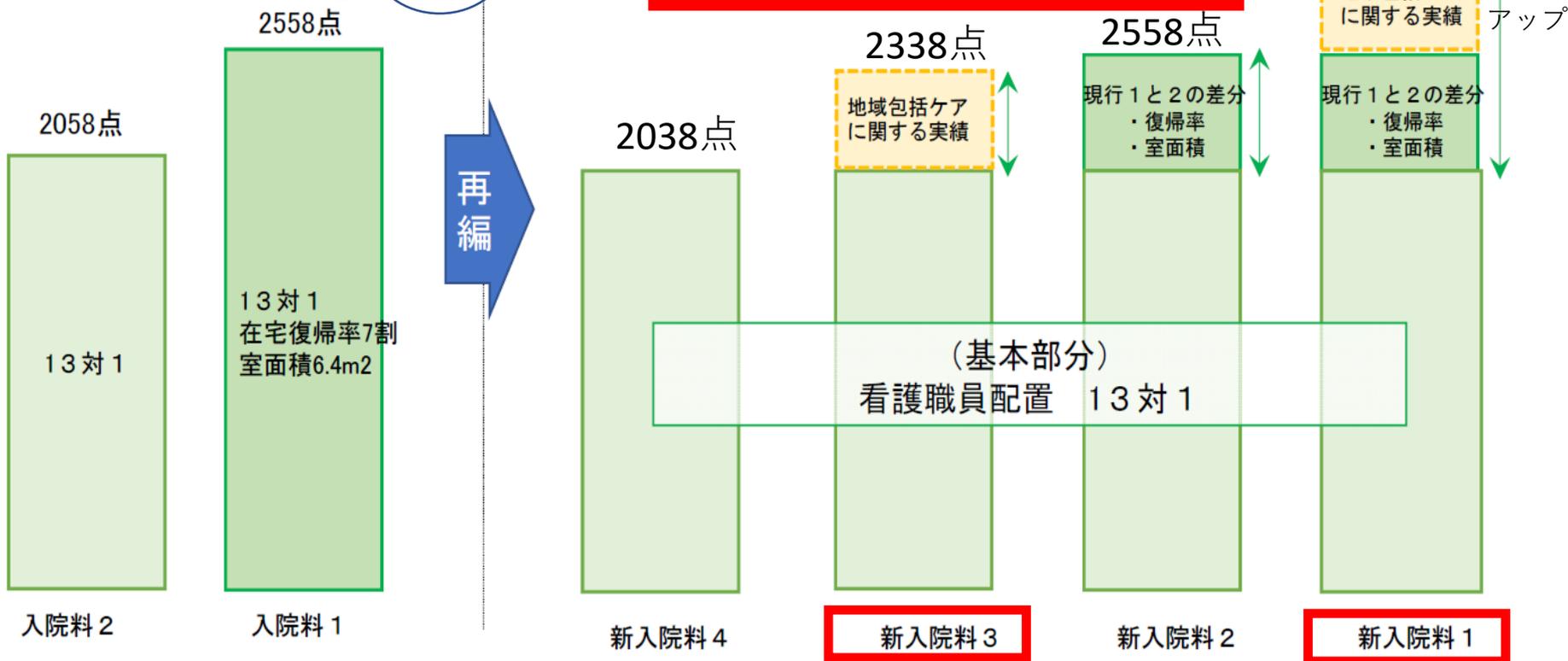
在宅要件の引き上げ！

【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

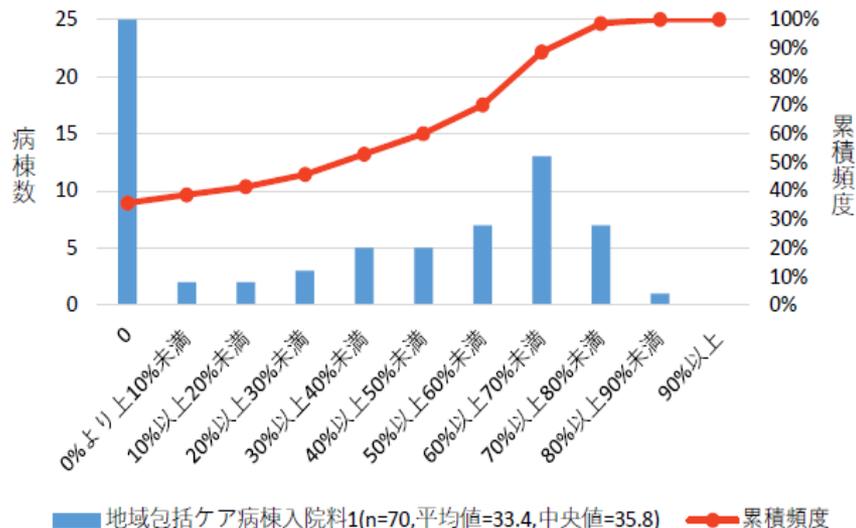
- 地域包括ケア病棟入院料 1

- 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

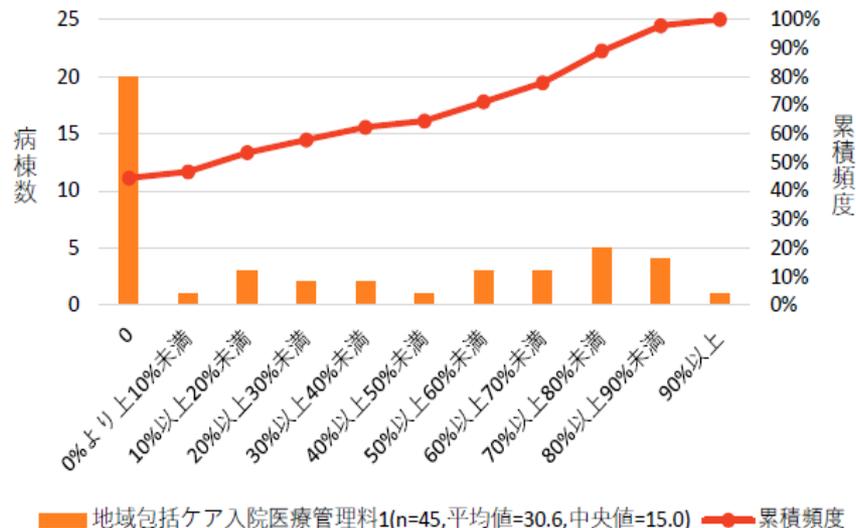
地域包括ケア病棟・病室の自院の一般病棟からの転棟割合

○ 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。

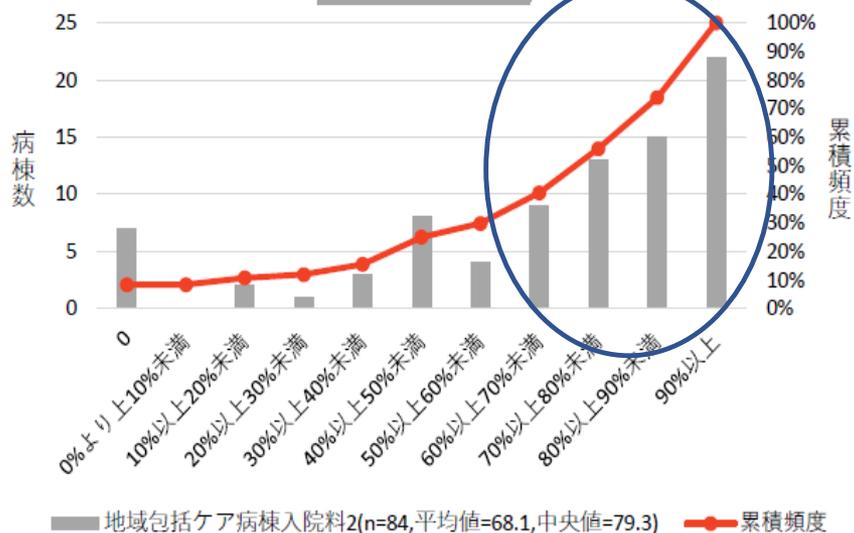
入院料 1



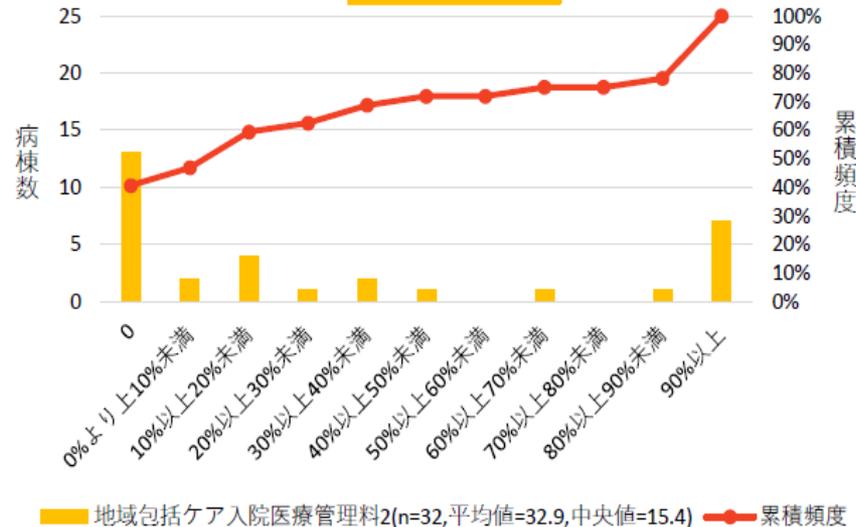
管理料 1



入院料 2



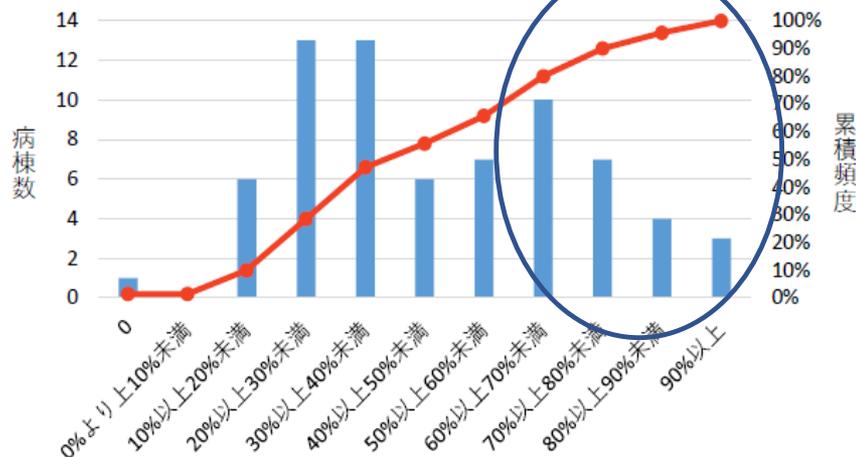
管理料 2



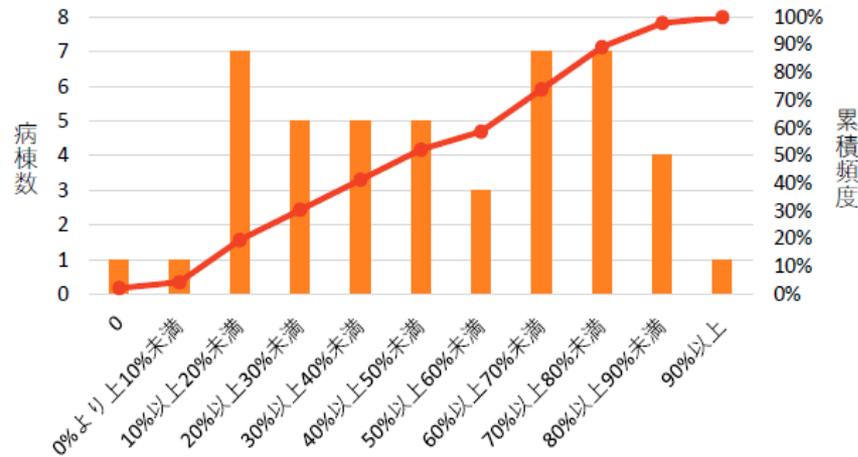
地域包括ケア病棟・病室の自宅等から入棟した患者割合

○ 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



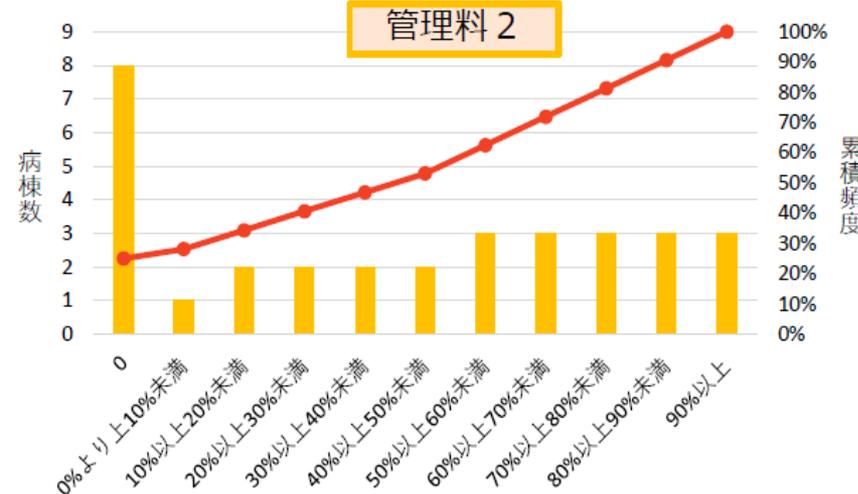
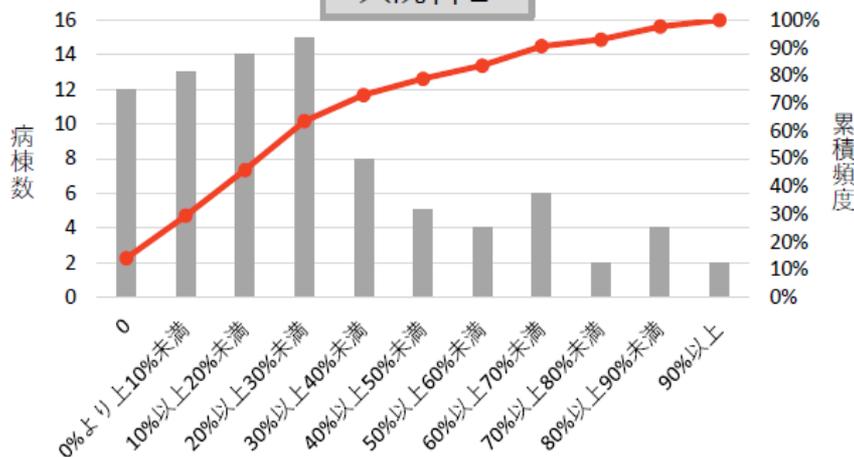
管理料 1



■ 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

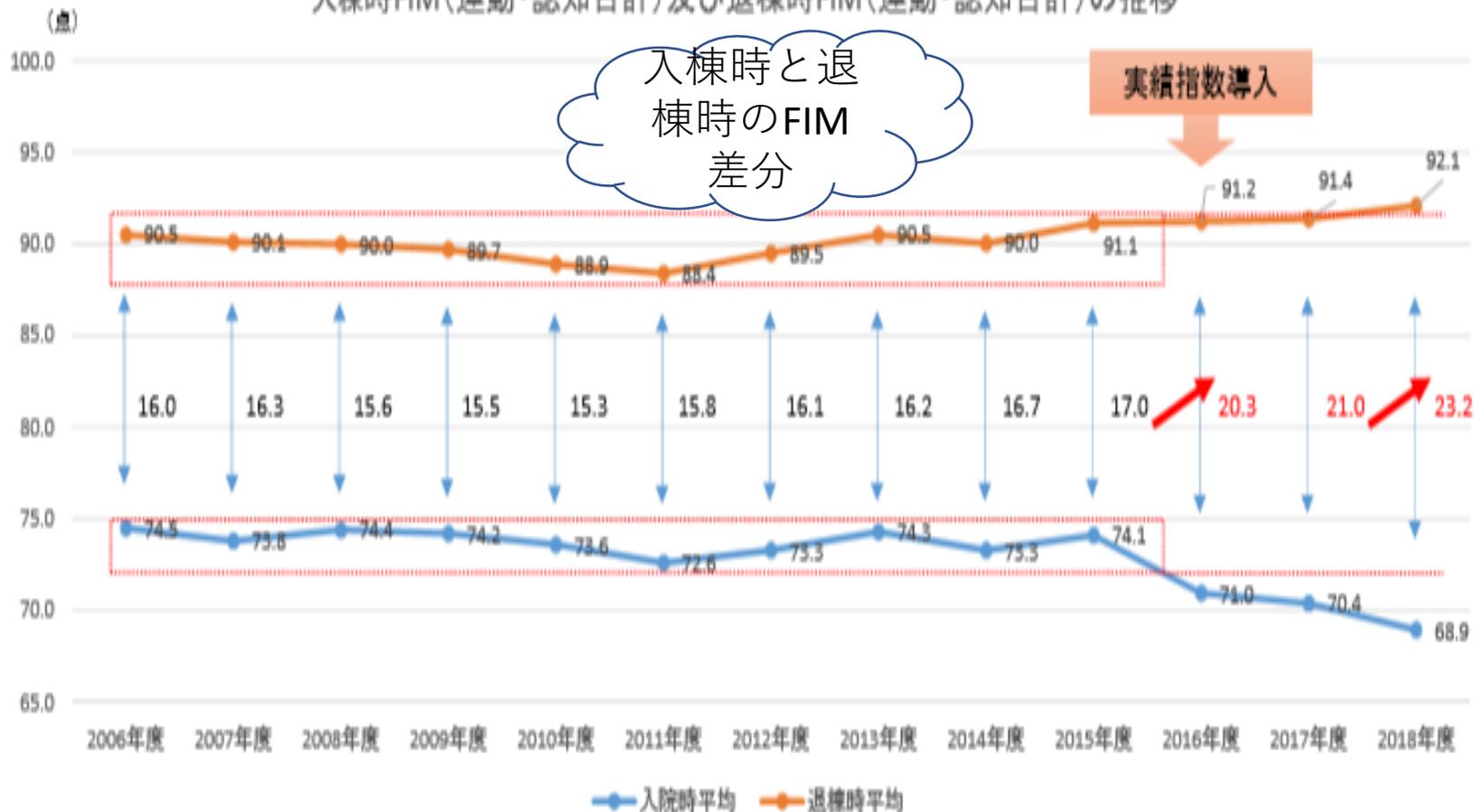
⑥回復期リハビリ テーション病棟



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

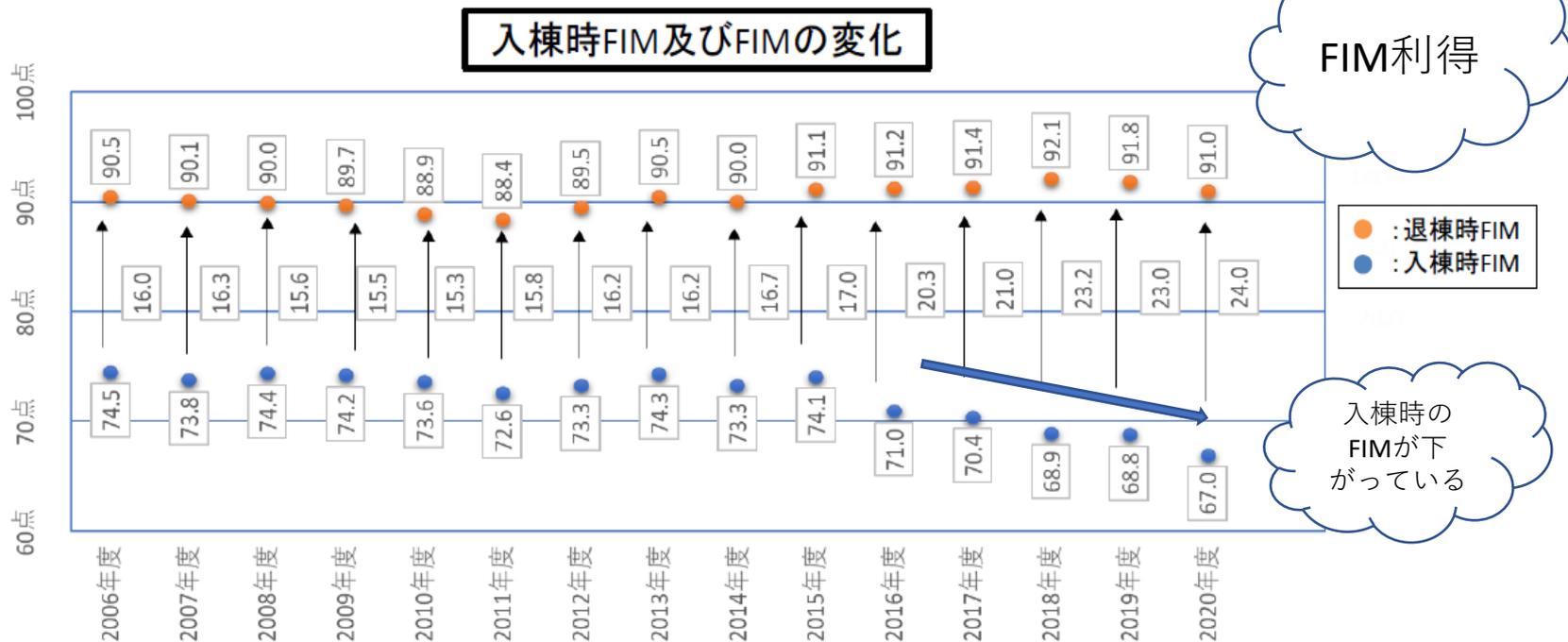
- ✓ 「運動ADL」 13項目と「認知ADL」 5項目で構成
- ✓ 各7～1点の7段階評価 (合計: 126点～18点)

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																	

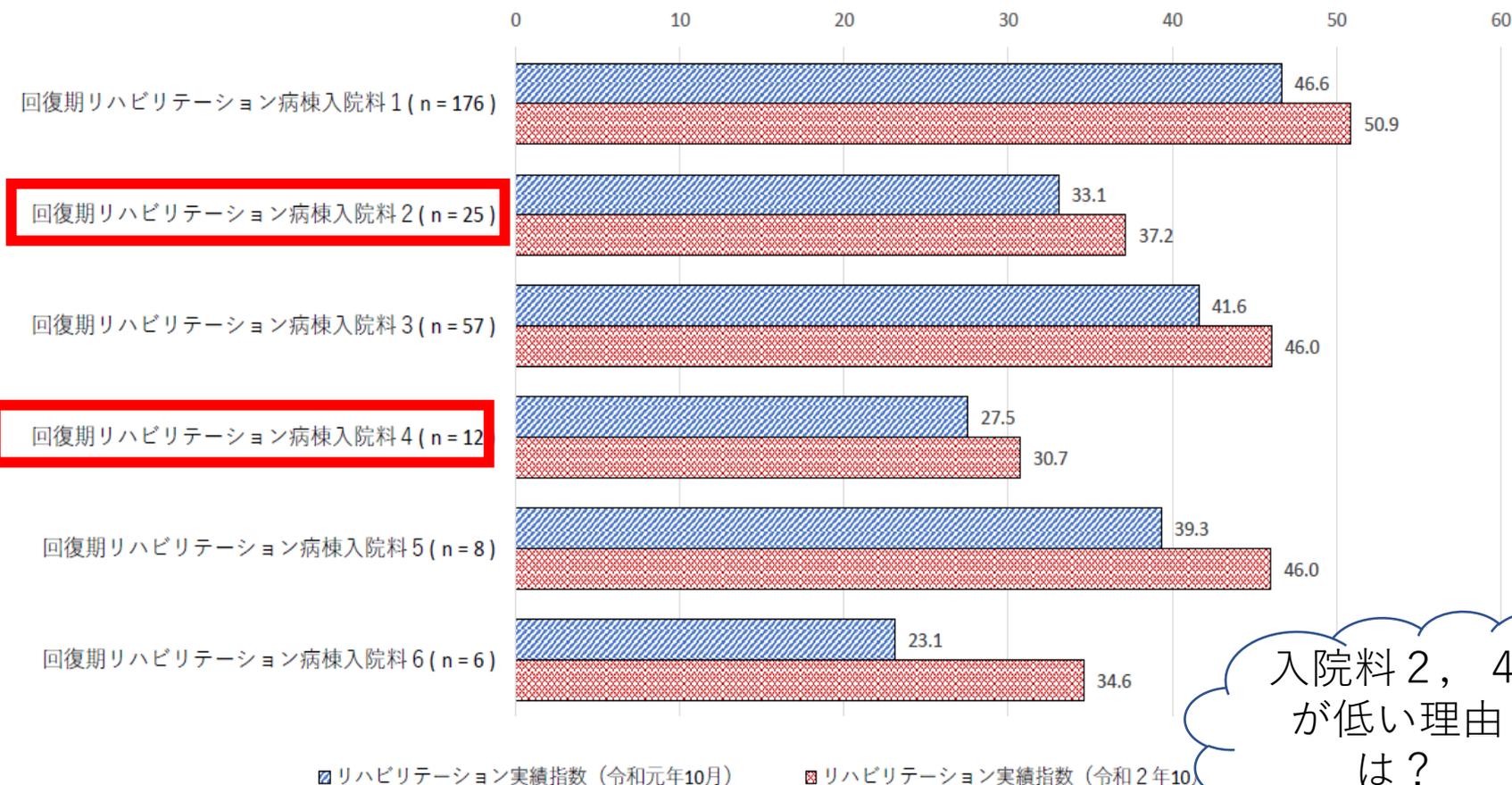
入棟時FIM等の年次推移について

○ 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。



- 令和元年10月及び令和2年10月の入院料別リハビリテーション実績指数は以下のとおりであり、いずれも令和2年の方が高い傾向にあった。

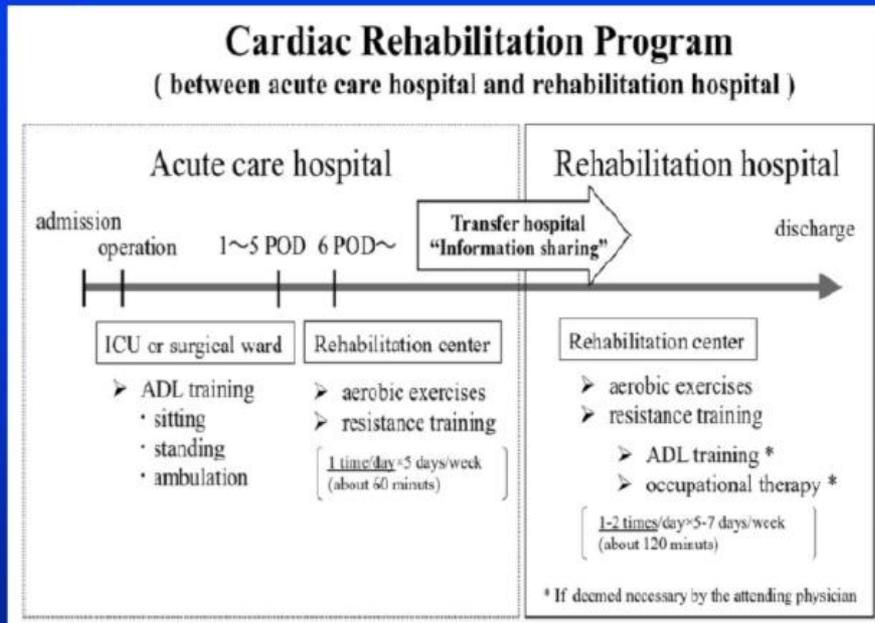
入院料別 リハビリテーション実績指数



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)

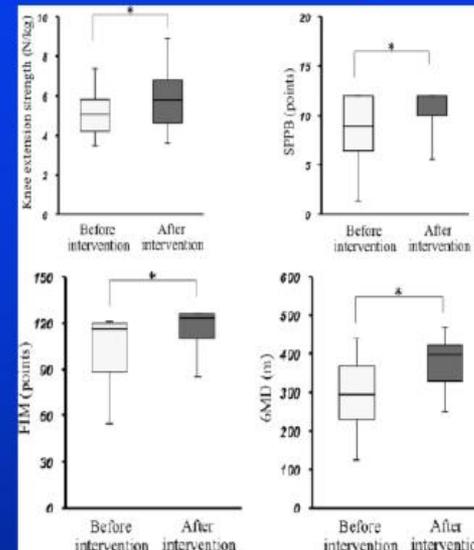


Table 2 Comparison of SF-36 and HADS

	Before intervention	After intervention	p value
SF-36			
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
HADS			
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

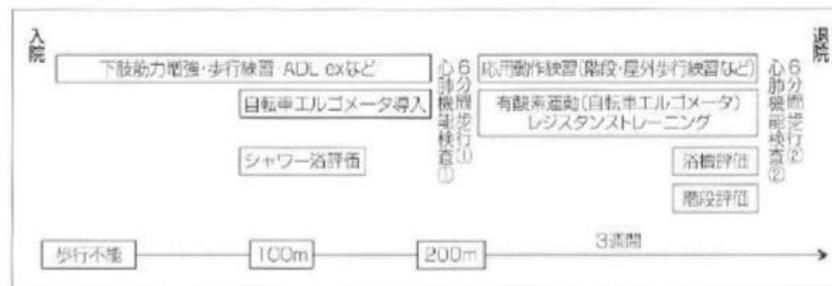


図 1. 当院における心臓リハビリテーションプログラム

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
腎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

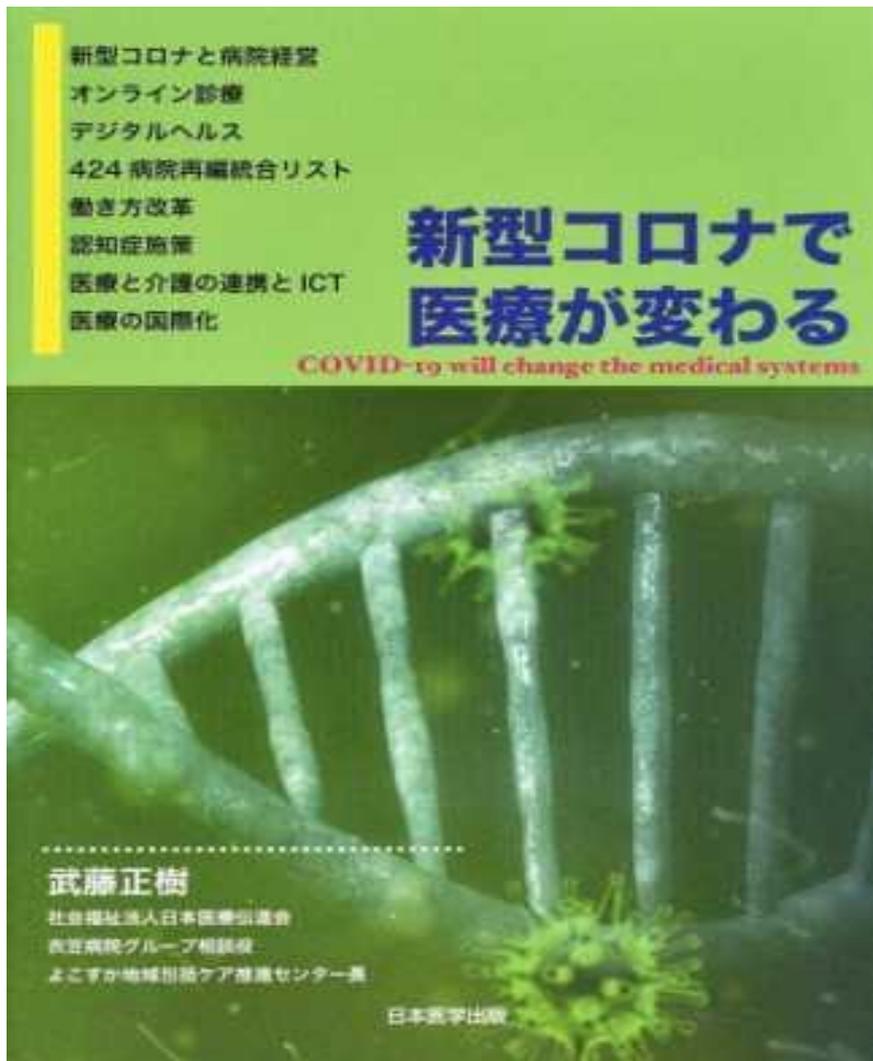
➤ Peak VO₂が3週間で約17%も向上する

➤ 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

今日のまとめ

- 新型コロナで日本の医療は戦後最大の危機
- 三位一体改革の推進エンジンは働き方改革
- 2022年診療報酬改定の重点項目はコロナと働き方改革
- 働き方改革ではタスクシフトに注目
- 病床機能分化では
急性期一般入院料1、地域包括ケア病棟の動向に注

新型コロナで医療が変わる



- 新型コロナと病院経営危機
- オンライン診療
- デジタルヘルス
- 424病院再編統合リスト
- 働き方改革
- 認知症施策
- 医療と介護の連携とICT
- 医療の国際化

新型コロナから生
還した医師が語る
新型コロナ体験記
日本医学出版より
2020年8月発刊！

グループワーク



- 新型コロナの影響について、意見交換しよう
 - コロナを受け入れたところ、受け入れてないところ、院内感染が発生したところなど、それぞれの立場でコロナの影響を振り返ろう
- 急性期一般入院医療1（旧7対1）、地域包括ケア病棟、入退院支援加算等の現状と課題について意見交換をしよう
- 特定行為の看護師について意見交換しよう
- 看護業務の他職種へのタスクシフトについて考えよう
 - （例）看護助手へのタスクシフトは？救命救急士へのタスクシフトなどについて

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