

オンライントークイベント  
2022年診療報酬改定と  
入退院支援 & 地域連携



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
  - 2022年診療報酬改定の基本方針と改定率
- パート 2
  - 入退院支援加算・入院時診療加算の歴史を振り返る
    - PFM、パス、退院調整
- パート 3
  - 入退院支援加算・入院時診療加算
- パート 4
  - 紹介受診重点病院の創設
- パート 5
  - 訪問看護と地域連携～ICTを活用した看取り～
- パート 6
  - リフィル処方せん～医師と薬剤師の連携～



# パート 1

## 2022年診療報酬改定の 基本方針と改定率



社会保障審議会医療保険部会

2021年10月22日

## 改定の基本的視点について

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

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

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

視点3 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

# 令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

## 改定に当たっての基本認識

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

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

## 改定の基本的視点と具体的方向性

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

#### 【具体的方向性の例】

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

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

#### 【具体的方向性の例】

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

### （3）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

#### 【具体的方向性の例】

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

### （4）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

#### 【具体的方向性の例】

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

# 2022年診療報酬改定率

NHK

「本体」部分

0.43%



人件費や  
技術料

「薬価」部分

1.37%



全体

0.94%



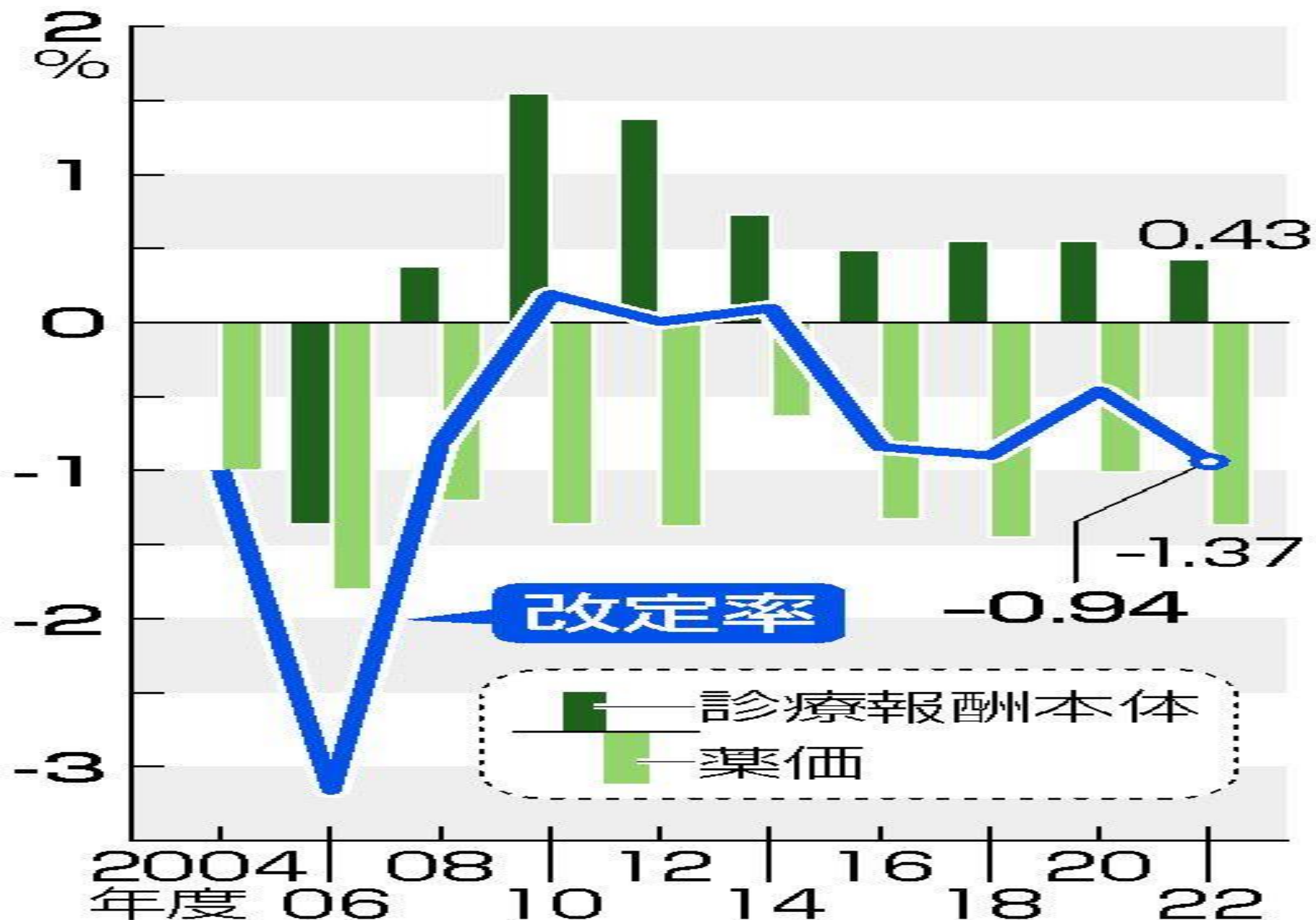


# 本体部分0.43%の内訳は？

- 看護の処遇改善のための特例的な対応
  - プラス0.20%
- 不妊治療の保険適用のための特例的な対応
  - プラス0.20%
- リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化
  - マイナス0.10%
- 小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来
  - マイナス0.10%
- これら以外がプラス0.23%
  - 従来通り1:1.1:0.3の配分
    - 医科0.26%
    - 歯科0.29%
    - 調剤0.08%



# 診療報酬改定率の推移



(注) 04年度の診療報酬は「0.0」

## パート 2

# 入退院支援加算・入院時支援加算の歴史を振り返る

- ①PFM(Patient Flow Management)
- ②クリティカルパスと退院調整

歴史に学ぶ

# ① PFMとは？

## (Patient Flow Management)

- 予定入院患者の情報を入院前に把握し、問題解決に早期に着手すると同時に、病床の管理を合理的に行うことなどを目的とする病院内の組織。入退院センター、患者支援センターとも呼ばれている。
- PFMは日本では1999年、東海大学医学部付属病院から始まった。

# 東海大学医学部附属病院



病院管理学助教授  
田中豊氏（当時）が1997年より  
PFMを始めた



# PFMは東海大学病院から始まった

- 1999年に入院未収金および社会的入院患者対策を検討していた、東海大学医学部付属病院の企画部長（当時）の田中豊らが、患者の社会的・身体的・精神的リスクは入院前に把握できることに気いた。
- これらの問題に対して入院前から対策を講じる組織を設ける判断をし、この組織をPFMと名付けた。その後、PFMの運営ノウハウ等を蓄積し、2006年新病院開院を機会に、PFMを全面的に機能させた。
- 2006年に東海大学が設定したPFMの機能
  - ①外来初診患者の受診科振り分け
  - ②PFM看護師のサポートによる医療連携の充実
  - ③予定入院患者入院申込み時のPFM看護師による患者情報収集と各種リスクのアセスメント、必要に応じた医療ソーシャルワーカーなどの介入
  - ④病床管理（ベッドコントロール）
- PFMの成功もあり、新東海大学付属病院の経営は大幅な黒字化を達成した。

# PFM (Patient Flow Management) の流れ

	紹介予約	入院前 スクリーニング	病床管理	後方連携
業務	患者受付 科別振分	入院前 患者情報収集	ベッドコントロール	退院調整
部署	地域連携室 (事務)	病棟 (看護師) 地域連携室(MSW)	看護部	患者サポートセンター (看護師・MSW)

 PFMセンターが横断管理！

# PFMを取り入れた3病院



牧野 憲一氏 (旭川赤十字病院院長)  
西澤 延宏氏 (佐久総合病院・佐久医療センター副統括院長兼副院長)  
鬼塚 伸也氏 (長崎リハビリテーション病院)



# 3病院のPFMの現状

		佐久医療センター 患者サポートセンター	旭川赤十字病院 入退院支援室	長崎みなとメディカルセ ンター入院支援センター
設立の経緯		2007年に外科の予定手術入院患者対象の術前検査センターを開設。14年の病院分割時に全予定入院患者対象となった。入退院支援室、医事課などを含む。	2013年に入院支援センターを開設。18年4月に退院支援部門と統合した。全予定入院患者と一部の当日入院患者が対象。	2012年に外科を対象に設立。18年4月に医療連携センター（医療連携部門、患者相談部門など）を統合し、患者総合支援センター（みなとさぼーと）に一元化。
2017年のPFM実績		5800人（全入院患者の41.5%）	6673人（全入院患者の51.8%、予定入院患者の99.6%）	5365人（予定入院患者の83.8%）
人員	医師	1人（兼任）	1人（兼任）	1人（兼任）
	看護師	24人（入退院支援19人、退院支援5人）	13人	8人（嘱託職員含む）
	医師事務 作業補助者	5人	0人	4人
	その他	MSW 5人、事務職員等22人、薬剤師1人、管理栄養士1人。歯科医や歯科衛生士と連携。	MSW 8人、事務職員3人の他、薬剤師、管理栄養士が常駐。	薬剤部、栄養係、歯科衛生士と連携体制。患者総合支援センターに看護師4人、MSW 8人、事務職員5人などが在籍。

# ② クリティカルパスと退院調整

乳房の手術を受けられる方へ(リンパ郭清なし・術後5日目退院) 緑

	入院日・手術前日	手術当日		術後1日目	術後2日目	術後3・4日目	術後5日目(退院日)	
検査 検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術する側の脇の毛を処理します</li> <li>手術にマムントをつけます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術前の準備               <ul style="list-style-type: none"> <li>手術室に入室して着て頂くため、お着替えをお願いします</li> <li>手術室の消毒薬は着せつけて頂きます</li> <li>3Dコンピュータ画像とし、お着せ替え頂きます</li> <li>手術当日、お着せ替えして下さい</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>術に麻酔が1本入っています(3日自まで)</li> <li>傷を保護し(圧迫等で治癒します)</li> <li>心電図モニターをつけます</li> <li>鼻から酸素吸入をします</li> <li>※3時間毎に換えます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	
薬 注射	<ul style="list-style-type: none"> <li>鎮静薬を打っている場合は、お知らせ下さい</li> <li>ご希望があれば鎮静薬をお返します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術しない側の腕に、持続点滴を打たれます</li> <li>手術室に行く直前に、麻酔をかけるお着せ替え頂きます</li> <li>※抗生剤の点滴があります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	
安静 リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーションのプログラムをお待ち下さい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>夕食まで普通食が出来ます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>
清潔 更衣	<ul style="list-style-type: none"> <li>脇の処置後、入浴していただきます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>
説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※お着せ替え頂きます</li> <li>※お着せ替え頂きます</li> </ul>

# 私とクリティカルパスとの出会い

- 1995年3月
- JCAHOで病院機能評価の10日間研修
- 病院訪問
  - シカゴ郊外のコミュニティホスピタルを訪問
  - クリティカルパスに



JCAHO本部



国立医療・病院管理研究所

# シカゴの病院で・・・パスに出会う (1995年)

- 研修最終日にシカゴ郊外の病院見学（1995年3月）
  - 整形病棟で、「クリティカルパスを発見！」
  - 最初の印象「へ～、これまで、なんでこんなことに気づかなかったんだらう？」
  - 看護師さんにインタビュー
    - 「年配のアテンディング・ドクターの中には、こんな定型的なプログラムで縛られるのはかなわないという人もいるけど、レジデントには好評ですよ」
    - 「それにアウトカムも明確になっているので、みんなが目標を共有できる。それで看護師はみんな熱心にとりくんでいるのよ」
    - 退院計画は入院第1日目から作成！
    - 業務改善委員会（P I委員会）で作成していた

問題/ニード	手術日	術後第1日	術後第2日	アウトカム
疼痛	4時間ごとに疼痛評価 鎮痛剤投与 弛緩薬投与			疼痛緩和 不眠解消
運動	2~3時間ごとに体位交換 移動介助	自力による体位交換		自立歩行
内服薬に関する知識 創傷処置 行動制限 ソフト頸椎カラー	患者教育 1体位交換 2後屈 3鎮痛剤 4食事 5身体状況 6ソフト頸椎カラー	補強 補強 補強 補強 補強 創傷処置		患者、家族が手術の処置、薬剤、身体の状態、行動制限についての理解
輸液	末梢静脈輸液 8時間ごとの水分出納チェック 4時間ごとのバイタルチェック	生食ロック 包帯交換 バイタルチェック		バイタルサインが正常範囲
退院計画		家庭環境評価 退院支援評価 退院指示計画作成	退院指示書作成 退院準備	自宅への退院

セントラル・デュページ病院(米国イリノイ州)の頸椎手術クリティカルパス(1995年)

# 医療におけるクリティカルパスとは？

- クリティカルパスはプロジェクト・マネジメントの技法のひとつ
- 1986年、看護師カレン・ザンダー氏によって臨床に導入
- 疾患別・処置別に、ケアに係る医療チーム全員で作成する診療計画表（ケアマップ）
- アウトカム（達成目標）に向かってできる限り無駄を削減して在院日数を短縮した診療計画によってケアをおこなう



ニューイングランド・メデイカルセンター（ボストン）  
カレン・ザンダーさん

# 東京済生会中央病院 (脳梗塞のパス) 1996年

東京都済生会中央病院 平成8年11月11日  
脳梗塞クリティカル・パス：入院から確定診断まで

◆患者 \_\_\_\_\_ 歳  
◆医師 \_\_\_\_\_

◆入院日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
◆既往歴： \_\_\_\_\_

確定診断名  
① アテローム血栓性  
② 心源性脳梗塞  
③ ラクナ梗塞  
④ その他

バス \_\_\_\_\_  
へ移行

主治医 \_\_\_\_\_

◆注意：バスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

	入院前 生活アセスメント	入院当日		
		2日目	3日目	4日目
活動	ADLレベル 睡眠	ベッド上安静	ベッド上安静	ベッド上安静
食事	内容・摂食行動・入歯	NPO	NPO	NPO
コンサルテーション	キー・パーソン	PT ST MSW		
検査		MR依頼 HCT CXR EKG 血液(一般、血型、生化学、 凝固系、感染症) 尿一般 ← ヘパリン使用時 APTT	頸部エコー (B)ホルター心電図 (B)心エコー → ヘパリン使用時 APTT	MR ヘパリン使用時 APTT
ナーシング		バイタルサイン 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)	V Sチェック 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)	V Sチェック 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)
薬物療法	常用薬	高浸透性利尿剤(クリセオール) DIV 抗凝固剤(ガスター) IV 補液 DIV 抗血栓薬(スロノンin・キサン ボン・ヘパリン) DIV	高浸透性利尿剤 DIV 抗凝固剤 IV 補液 DIV 抗血栓薬 DIV	高浸透性利尿剤 DIV 抗凝固剤 IV 補液 DIV 抗血栓薬 DIV
おもな 患者アウトカム	①ADLレベルの明確化 ②健康レベルの明確化 ③キー・パーソンの明確化	①ベッド上安静 ②ストレス・フリー ③頭蓋圧亢進症状が無い ④併存症マネジメント良好	①同様 ②同様 ③同様 ④同様 ⑤合併症が無い	①同様 ②同様 ③同様 ④同様 ⑤合併症が無い
特記事項		無 有 ① ②	無 有 ① ②	無 有 ① ②
サイン	医師			
	看護師			
	PT			
	ST			
	MSW			

(注) 表中(B)は、EMBOLISM(脳塞性)の治療を指す。

済生会中央病院の脳梗塞クリティカルパス：脳梗塞の治療は、病型によって様々であるが、病型診断まではどれも大  
体一定している。このパスは、脳梗塞で入院した患者に対して一律に用いるものであり(パスの適用についての判断  
は医師が下す)、病型が確定した後は、各病型ごとのパスに移行する。入院当日にPT, OT, MSWへ連絡され、それ  
らの職能を含めた早期チームアプローチが行なわれる。

日本で最初の  
クリティカルパス



山崎 絳氏

# 「基礎からわかるクリティカルパス 作成・活用ガイド」 (1997年)

1万部の大  
ヒット

## 目次

- 第1章 クリティカルパスの基本的知識の理解
- 第2章 クリティカルパスを活用して、病院の経営管理はどのように行う
- 第3章 臨床でのクリティカルパス導入と活用の実際
- 第4章 バリエーションとクリティカルパスの評価
- 第5章 クリティカルパスと看護記録・電子化
- 第6章 クリティカルパスの現在、そして未来
- 第7章 資料集 10のクリティカルパス
- 第8章 本書を理解するための用語集

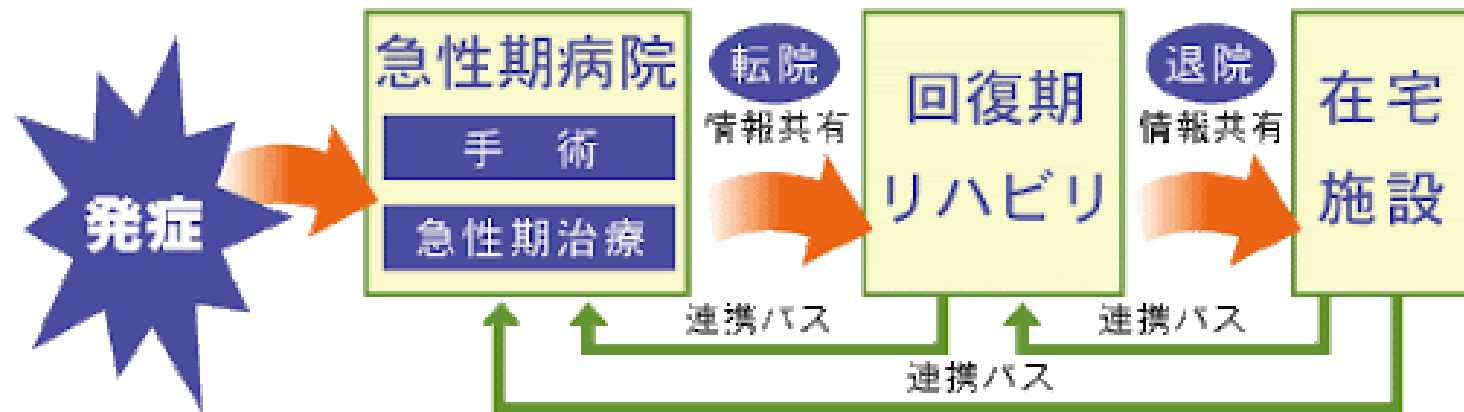


坂本すかがさん

1997年日総研出版



# 地域連携パスと 退院調整



# 大腿骨頸部骨折

## シームレスケア研究会（2003年熊本）

- 研究会参加施設
  - K病院（急性期特定病院）、S病院（急性期特定病院）、C病院（急性期特定病院）
  - N病院（回復期リハ）、S病院（回復期リハ）、K病院（回復期リハ）、T医院（有床診療所）、K医院（無床診療所）
- 月1回会合（医師、看護師、理学療法士他）
  - 会場：持ち回り
- ネットワーク診療ガイドライン作成
- データベース作成
- 連携パスの作成・改訂



国立熊本医療センター整形  
野村一俊先生

# 国立病院機構熊本医療センター連携パス

〇〇〇〇病院→〇〇〇〇病院 〇〇〇〇様 〇歳 【大腿骨頸部内側骨折用連携パス】案 医療者用

診断名:(右・左)大腿骨頸部骨折 手術:平成〇年〇月〇日 人工骨頭置換術施行 退院後:自宅・施設( )

受傷前歩行能力:車椅子・伝い歩行・歩行器・シルバーカー・松葉杖・杖(全介助・一部介助・監視・自立)

達成目標:移動能力	車椅子坐位	平行棒内歩行	歩行器歩行	杖歩行	階段昇降	屋外歩行	( )
訓練開始日	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	自・監・介

経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3日~6日	術後7日	術後2週	術後3週	術後4週	術後5週	術後6週	術後7週	退院後1週以内		
経過	〇/〇					転院〇	退院〇/〇					退院〇/〇			
排泄	尿道カテーテル留置	尿道カテーテル抜去	病棟内トイレ				病棟内トイレ						自・監・介		
清潔	清拭				創チェック		シャワー浴可	入浴					自・監・介		
セルフ	【荷重制限】有:無		禁忌肢位:肘関節 高屈曲、内転・内旋		他禁忌事項:有:無		上下衣更衣〇/〇		靴の着脱〇/〇		洗面所(立位で)〇/〇		自・監・介		
薬剤	持参薬確認	術後1~2日まで 抗生剤点滴		疼痛時:坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々))		疼痛時:坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々))						疼痛 有:無			
検査	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血			X線(2R) 採血			X線(2R) 採血					X線(2R) 採血	有:無	
処置	鋼線牽引 有:無	ドレーン抜去 創処置		創処置(1回/2日)		創処置 抜糸		置なし						有:無	
食事	常食 特食( )	腹鳴音確認後飲水可 常食 特食( )												有:無	
教育	入院時OR	床上動作の指導		家屋調査説明有 介護保険説明有		入院時OR		家屋訪問調査〇/〇		家屋改修指導〇/〇		試験外泊 退院時OR		有:無	
退院時情報	問題行動:有:無		可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度		筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇		問題行動:有:無		筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇		筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇		要介護度:〇		有:無
	痴呆:有:無(疑い)		筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇		薬:飲薬・坐薬( 回/日)		痴呆:有:無(疑い)		筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇		薬:飲薬・坐薬( 回/日)		サービス:有:無( )		有:無
	痛み:有:無(部位: )						痛み:有:無(部位: )								有:無
	意欲:有:無(どちらも言えない)						意欲:有:無(どちらも言えない)								有:無

転院基準(術後合併症なし)

退院基準(受傷前歩行能力獲得)

リハビリ病院

急性期病院

【コメント】

平成 年 月 日 〇〇病院 リハビリテーション科 術後1~2週間 平成 年 月 日 〇〇病院 人工骨頭 術後8週間 骨接合 術後10週間

\* 食院を転院・退院された時は、お手数ですが当院へ情報提供をお願いいたします。

# 地域連携クリティカルパスの効果

- 患者家族の転院不安の解消
  - 急性期病院から回復期リハビリテーション施設への転院に対する患者・家族の不安・不満の解消が図られた
- 診療内容に関する病院間の説明の不一致の解消
  - 診療内容に関する医療機関間での説明の不一致の解消が図られた
- 診療目標やプロセスの共有化
  - 診療の目標やプロセスを医療機関間で共有することにより、より効果的で効率的な医療サービスの提供が行われた
- 平均在院日数の短縮化
  - 急性期・回復期を通じての平均在院日数の短縮が図られた
- 電子化により情報共有とパス見直しの促進
  - 電子化されたデータベースを作成したことにより、容易に目標達成状況等の分析を行うことが可能となり、連携パスの見直しを通じて、連携医療の質と効率の向上につなげていくことができるようになった。

# 宇都宮宏子氏と退院調整

- 2002年ごろからの京都大学附属病院地域ネットワーク医療部での看護師の宇都宮宏子氏が退院調整のステップを整理
- 退院調整の3ステップ
- ステップ1
  - 外来の時点から入院後3日以内に退院支援が必要になる患者の把握
- ステップ2
  - 入院3日目から退院までに受容支援・地域支援と暮らしの場に戻るためのチームアプローチ
- ステップ3
  - 在宅支援チームとの共同によるサービス調整であるという



宇都宮宏子氏

# 退院支援・退院調整の3段階プロセス



## STEP1 第1段階 外来(入院決定)～入院後3日以内

退院支援が必要になる患者の把握 病気の理解・受けとめ、どうありたい？

- 入院(発症)前の生活状況を把握 **すでに在宅支援チームがいれば連携**
- 入院理由・目的・治療計画などから退院時の状態像を予測 暮らしが変わる？
- 退院支援の必要性を医療者間・患者・家族と共有

## STEP2 第2段階 入院3日目～退院まで **第2・3段階は重なる時期もある**

受容支援・自立支援 暮らしの場に帰るためのチームアプローチ

- 継続的にアセスメントし、チーム(在宅&病院)で支援
- 患者・家族の疾患理解・受容への支援 **医療選択の場面**
- 「退院後の生活のイメージ」を患者・家族とともに相談・構築 **未来の姿**
  - ①病状・病態から考える医療・看護上の視点
  - ②ADL・IADLから考える生活・ケア上の視点
- 経済的・社会的な課題がある場合、MSW・行政などによる支援を検討・実施  
**在宅支援チームとの相談・協働**

## STEP3 第3段階 必要になった時点～退院まで

サービス調整(退院調整) **在宅支援チームとの協働!**

- 退院を可能にする制度・社会資源との連携調整 **インフォーマルな繋がりも大事に**
- 必要時、「退院前カンファレンス」「退院前自宅訪問」を実施
- 看護の継続が必要⇒訪問看護導入or自院から訪問 **安定在宅着地!**



# 退院支援に係る診療報酬の変遷

2000年

## 【入院治療計画の策定】

平成8年:入院治療計画加算(入院時医学管理料)

- ・総合的な入院治療計画の策定に対する評価(現在、入院基本料の算定要件)

平成12年:急性期病院加算、急性期特定病院加算として「詳細な入院診療計画」を評価

平成14年:急性期入院加算、急性期特定入院加算(改)

- ・詳細な入院診療計画に加え、退院指導計画を作成し、退院後の療養上の留意点に関する説明や指導を実施

クリティカルパス

2006年

## 【医療機関の連携の推進】

平成18年:地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画管理料退院指導料

- ・対象疾患:大腿骨頸部骨折

平成20年:地域連携診療計画管理料等の対象疾患に脳卒中が追加

地域連携

クリティカルパス

2008年

## 【退院支援計画の策定と退院時の情報共有の推進】

平成20年:退院調整加算、総合評価加算

平成22年:介護支援連携指導料、急性期病棟等退院調整加算、慢性期病棟等退院調整加算、  
新生児退院調整加算

平成24年:退院調整加算1・2、新生児退院調整加算1・2、地域連携計画加算

退院支援

# パート3

## 入退院支援加算・ 入院時支援加算

PFM、パス、退院調整の考え方がもとになっている

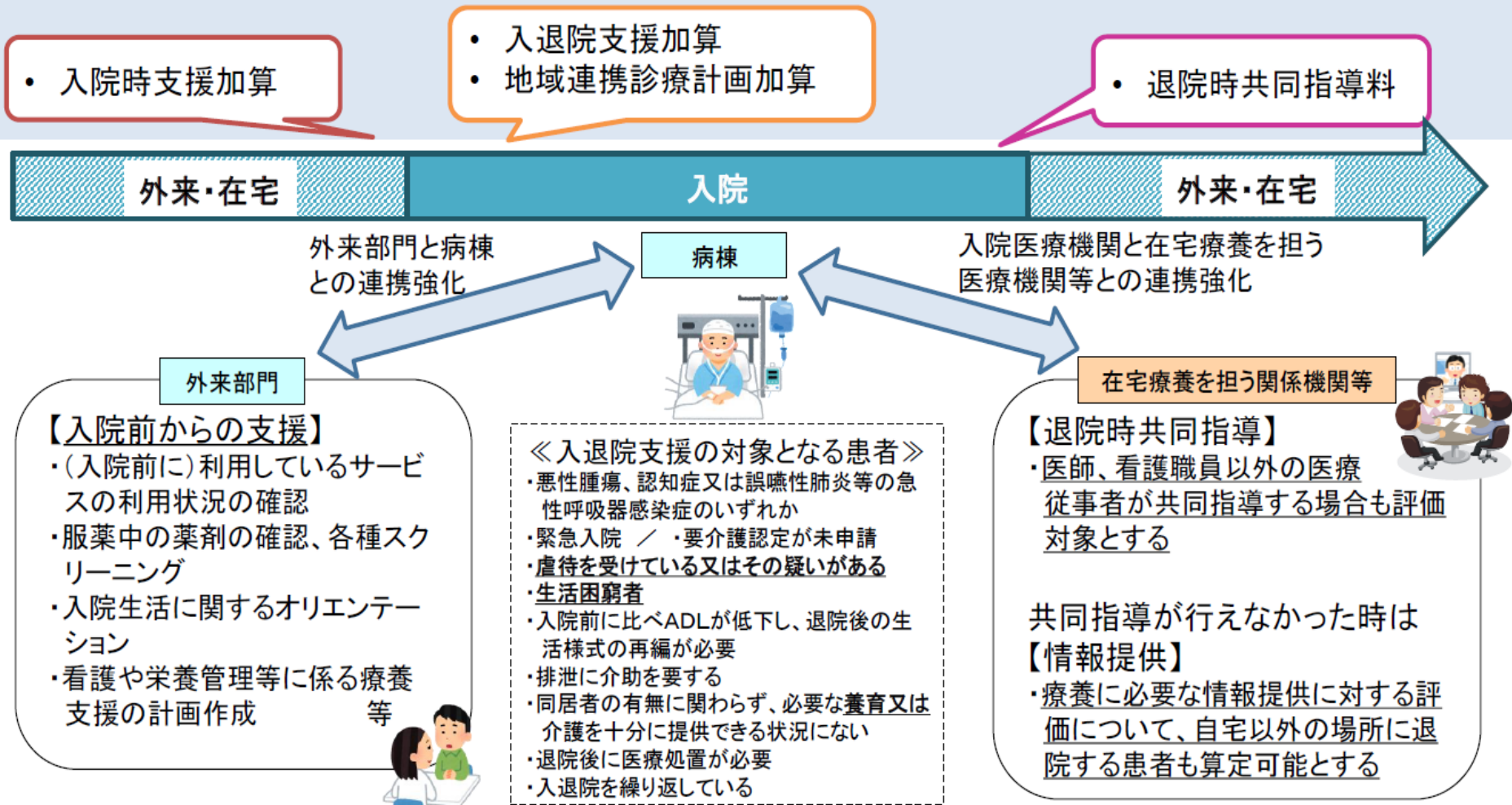


# ①入退院支援加算

2018年診療報酬改定で  
入退院支援加算が導入

# 入退院支援の評価（イメージ）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。



# 入退院支援加算の要件

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2
点数	一般病棟：600点 療養病棟：1200点	一般病棟：190点 療養病棟：635点
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に抽出	7日以内に抽出
入院早期の患者・家族との面談	一般病棟： 7日以内に面談 療養病棟： 14日以内に面談	出来るだけ早期に面談
退院支援計画作成着手	7日以内	7日以内
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	出来るだけ早期にカンファレンスを実施
情報の共有	退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等の職員と面会し、退院体制の情報共有等を行う	
退院調整部門の設置	専従1名（看護師又は社会福祉士）	専従1名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置（2病棟に1名以上）	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等（20箇所以上）の職員と定期的な面会を実施（3回/年以上）	—
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績（介護支援等連携指導料の算定回数）	—

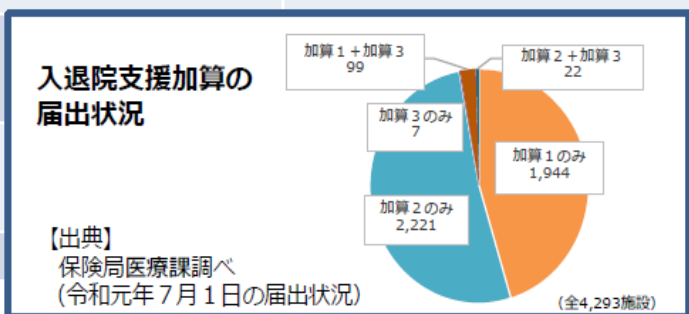
# 入退院支援加算の概要①

## A 2 4 6 入退院支援加算（退院時 1 回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- **入退院支援加算 1** イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点
- **入退院支援加算 2** イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
- **入退院支援加算 3** 1,200点
- 入退院支援加算 1 又は 2 を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。  
小児加算 200点

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2	入退院支援加算 3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者 カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要因に準ずると認められるもの	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者 カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要因に準ずると認められるもの	ア. 天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後 3 日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は 一般病棟入院基本料等（は 7 日以内 療養病棟入院基本料等（は 1 4 日以内 に実施 ・入院後 7 日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後 7 日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後 7 日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・ 7 日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後 1 か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が 1 名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置		5 年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2 病棟に 1 名以上）		
連携機関との面会	連携機関（保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス業者等）の数が 20 以上かつ、連携機関の職員と面会を年 3 回以上実施		
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績		

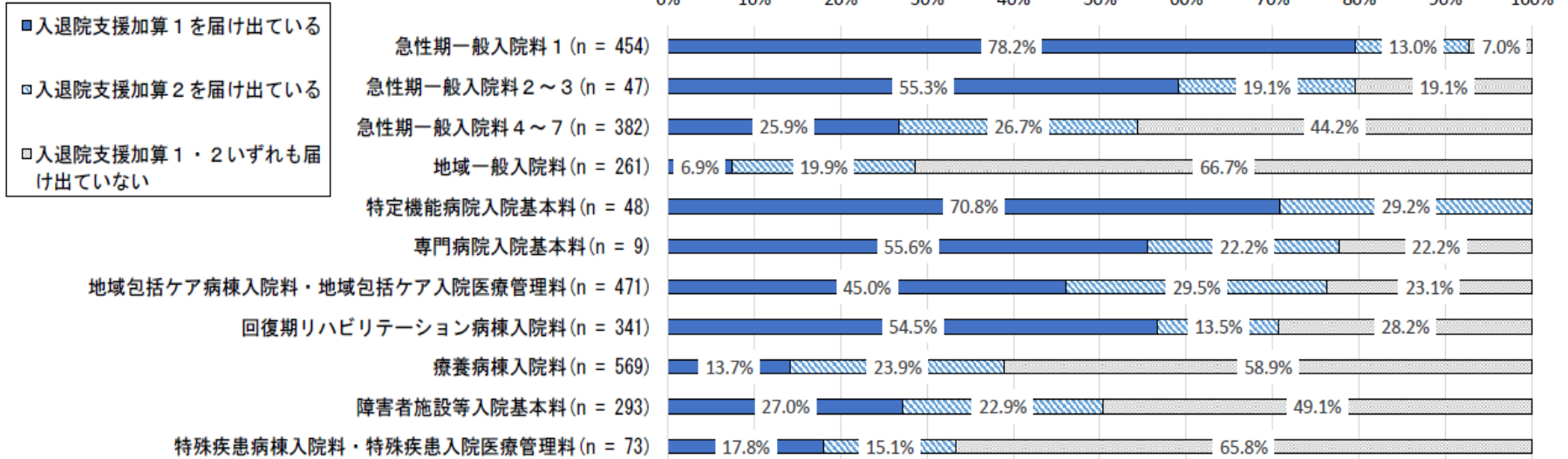


※週 3 日以上常態として勤務しており、所定労働時間が 22 時間以上の非常勤 2 名以上の組み合わせも可。

# 入退院支援加算の届出状況

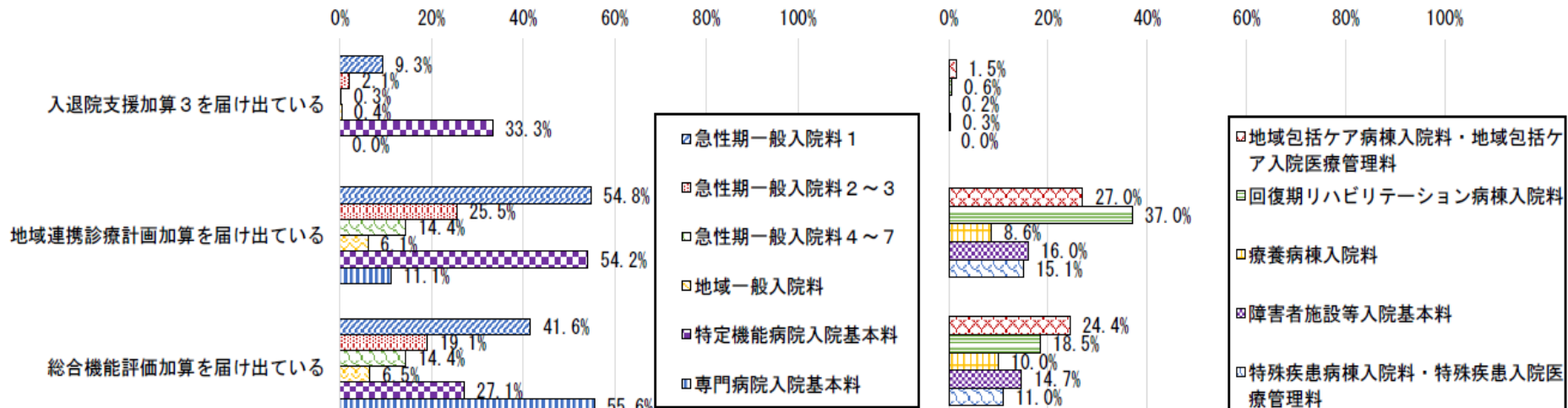
○ 入退院支援加算は、急性期一般入院料 1 や特定機能病院入院基本料での届出が多かった。

## 入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況



## 入退院支援加算等の届出状況

(複数回答)



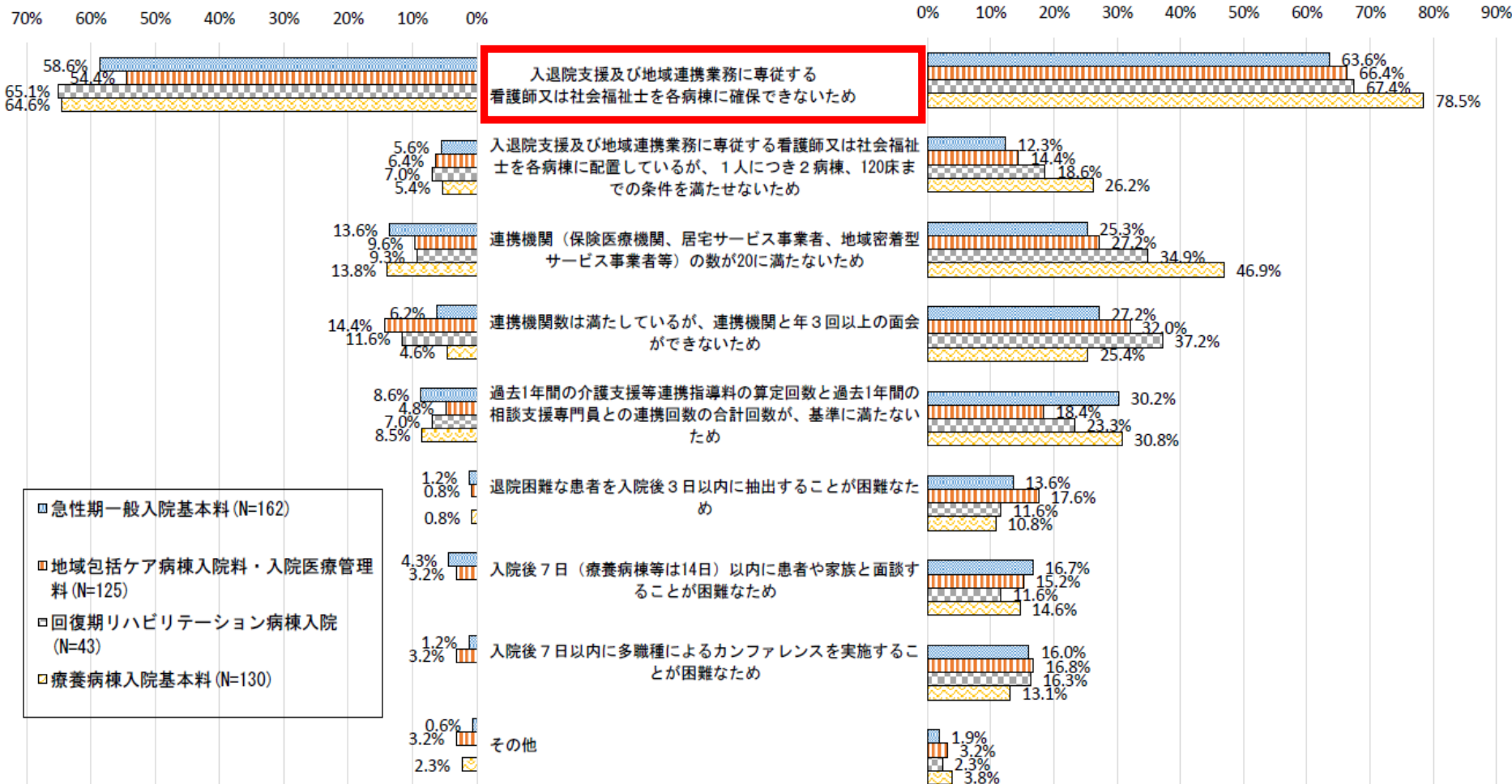
# 入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由

○ 入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由として、いずれの入院料においても、各病棟への専従の看護師又は社会福祉士を確保することが困難、が最も多く、急性期一般入院料では、次いで過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数の合計、が多かった。

入退院支援加算 2 を届け出ている施設において、  
入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由

該当する項目全て（複数回答）

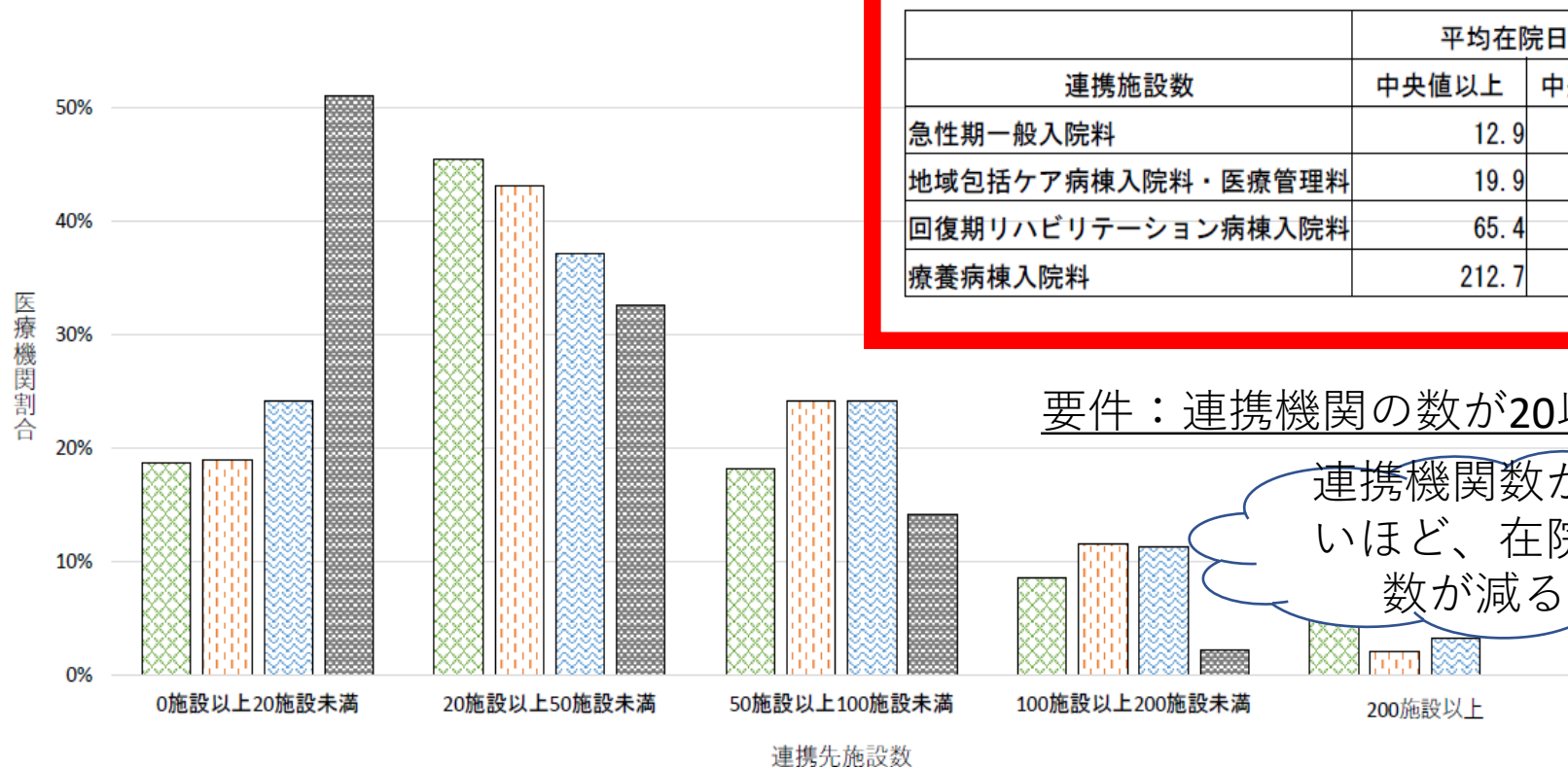
最も該当



# 退院支援に向けた施設間の連携状況

- 急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料では、20施設以上50施設未満が最も多かった。
- 連携施設数が中央値以上の医療機関の方が、平均在院日数が短い傾向にあった。

## 入院料別・連携施設数の状況



## 連携施設数が中央値以上・未満別 平均在院日数

連携施設数	平均在院日数	
	中央値以上	中央値未満
急性期一般入院料	12.9	12.9
地域包括ケア病棟入院料・医療管理料	19.9	27.1
回復期リハビリテーション病棟入院料	65.4	68.0
療養病棟入院料	212.7	279.2

要件：連携機関の数が20以上

連携機関数が多いほど、在院日数が減る

□ 急性期一般入院料(n=385)

□ 地域包括ケア病棟入院料・医療管理料(n=95)

□ 回復期リハビリテーション病棟入院料(n=62)

□ 療養病棟入院料(n=92)

2. 入退院支援加算1の施設基準において、転院又は退院体制等に係る連携機関の数を20以上から●以上に変更するとともに、評価を見直し、当該連携機関の職員との面会について、ICTを活用した対面によらない方法により実施することを認める。

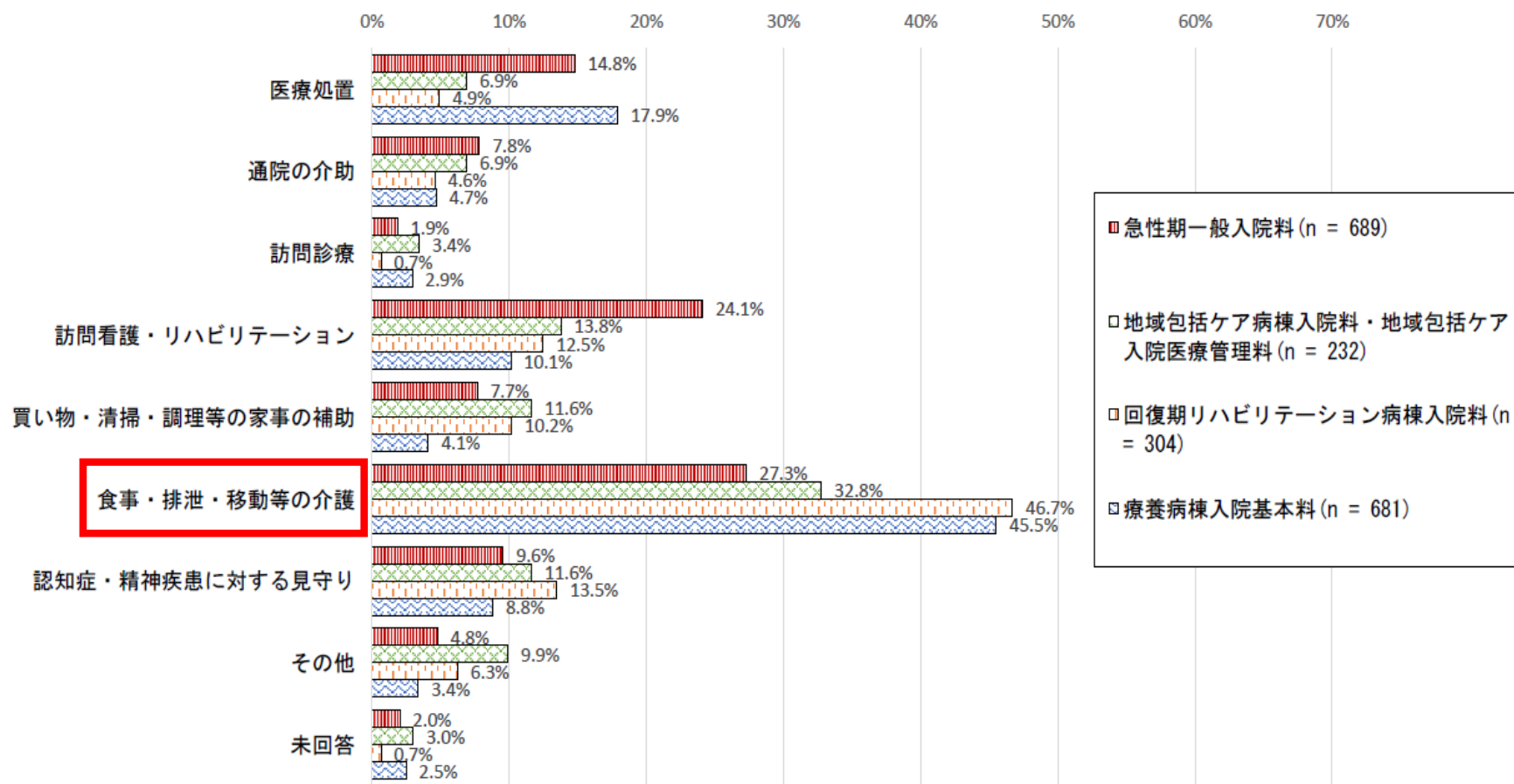
改 定 案	現 行
<p>【入退院支援加算1】 [算定要件]</p> <p>イ 一般病棟入院基本料等の場合 ●●点</p> <p>ロ 療養病棟入院基本料等の場合 ●●点</p>	<p>【入退院支援加算1】 [算定要件]</p> <p>イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点</p> <p>ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点</p>
<p>【入退院支援加算1】 [施設基準]</p> <p>(4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若し</p>	<p>【入退院支援加算1】 [施設基準]</p> <p>(4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若し</p>



# 退院後に必要な支援

○ 「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」と回答した患者における退院後に必要な支援としては、全体的に、「食事・排泄・移動等の介護」の割合が多かった。

入院継続の理由として「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」と回答した患者について  
退院後に必要な支援(最も該当するもの)



- 急性期一般入院料 (n = 689)
- 地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料 (n = 232)
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 (n = 304)
- 療養病棟入院基本料 (n = 681)

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－①】

## ① 入退院支援の推進

### 第1 基本的な考え方

質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算の要件を見直すとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算の対象患者を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 入退院支援加算1及び2について、算定対象である「退院困難な要因を有する患者」として、ヤングケアラー及びその家族を追加する。

改定案	現行
【入退院支援加算1及び2】 [算定要件] (2) 入退院支援加算1にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者	【入退院支援加算1及び2】 [算定要件] (2) 入退院支援加算1にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者

## ②入院時支援加算

# 入退院支援加算の概要②

## 入院前からの支援を行った場合の評価

### ▶ 入院時支援加算 1 230点

[算定対象]

- ① 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算 1、2 又は 3 の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する  
《許可病床数200床以上》
  - ・ 専従の看護師が 1 名以上 又は
  - ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が 1 名以上  
《許可病床数200床未満》
  - ・ 専任の看護師が 1 名以上が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

### 入院時支援加算 2 200点（退院時 1 回）

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の 1) から 8) を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。

入院前にア) からク) まで全て実施した場合は、入院時支援加算 1 を、患者の病態等によりア)、イ) 及びク) を含む一部項目を実施した場合は加算 2 を算定する。

- ア) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- イ) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- ウ) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 工) 栄養状態の評価
- オ) 服薬中の薬剤の確認 / 力) 退院困難な要因の有無の評価
- キ) 入院中に行われる治療・検査の説明 / ク) 入院生活の説明  
(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

## 医療機関間の連携に関する評価

### ▶ 地域連携診療計画加算 300点（退院時 1 回）

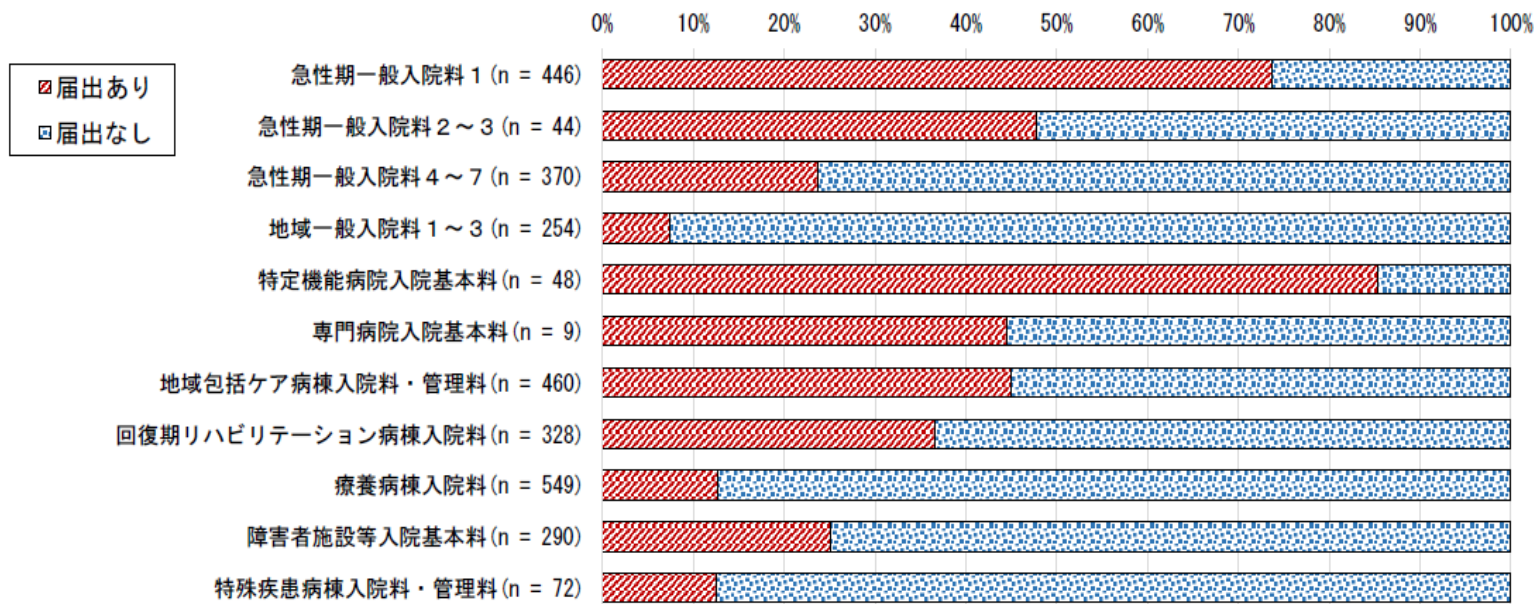
[算定要件]

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後 7 日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

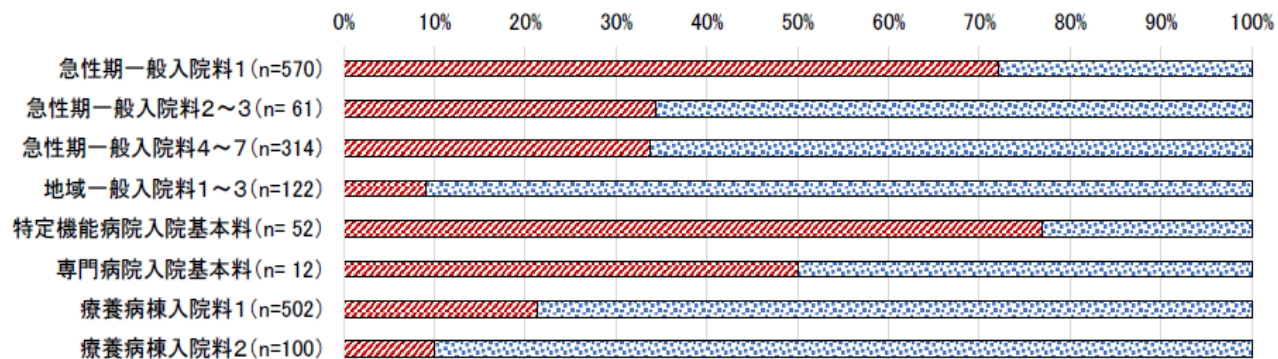
# 入院時支援加算の届出状況

○ 入院時支援加算は、急性期一般入院料 1 及び特定機能病院での届出が多かった。

## 入院時支援加算の届出状況



参考：令和元年度調査

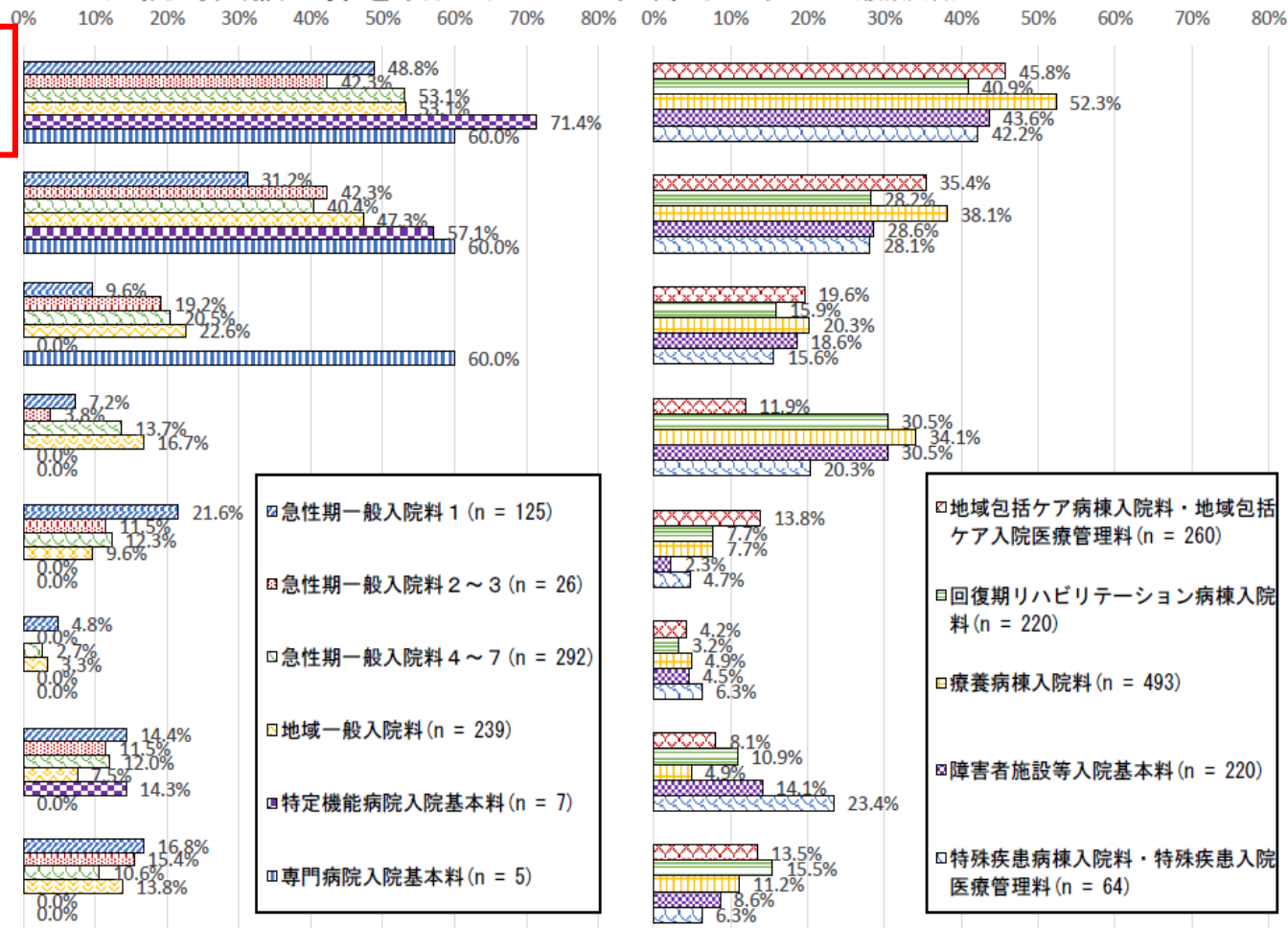


# 入院時支援加算を届出ることが困難な理由

- 入院時支援加算を届出ることが困難な理由として、「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため」が多かった。

## 入院時支援加算を届出ることが困難な理由

(複数回答)

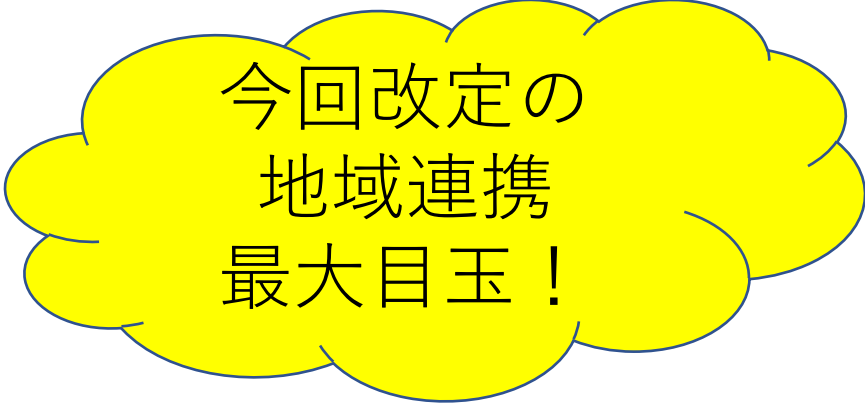


# 入退院支援加算・入院時支援加算

カギは連携に携わる  
熟達の看護師、社会福祉士

## パート4

# 紹介受診重点病院の創設

A yellow, cloud-like graphic with a blue outline, containing text.

今回改定の  
地域連携  
最大目玉！

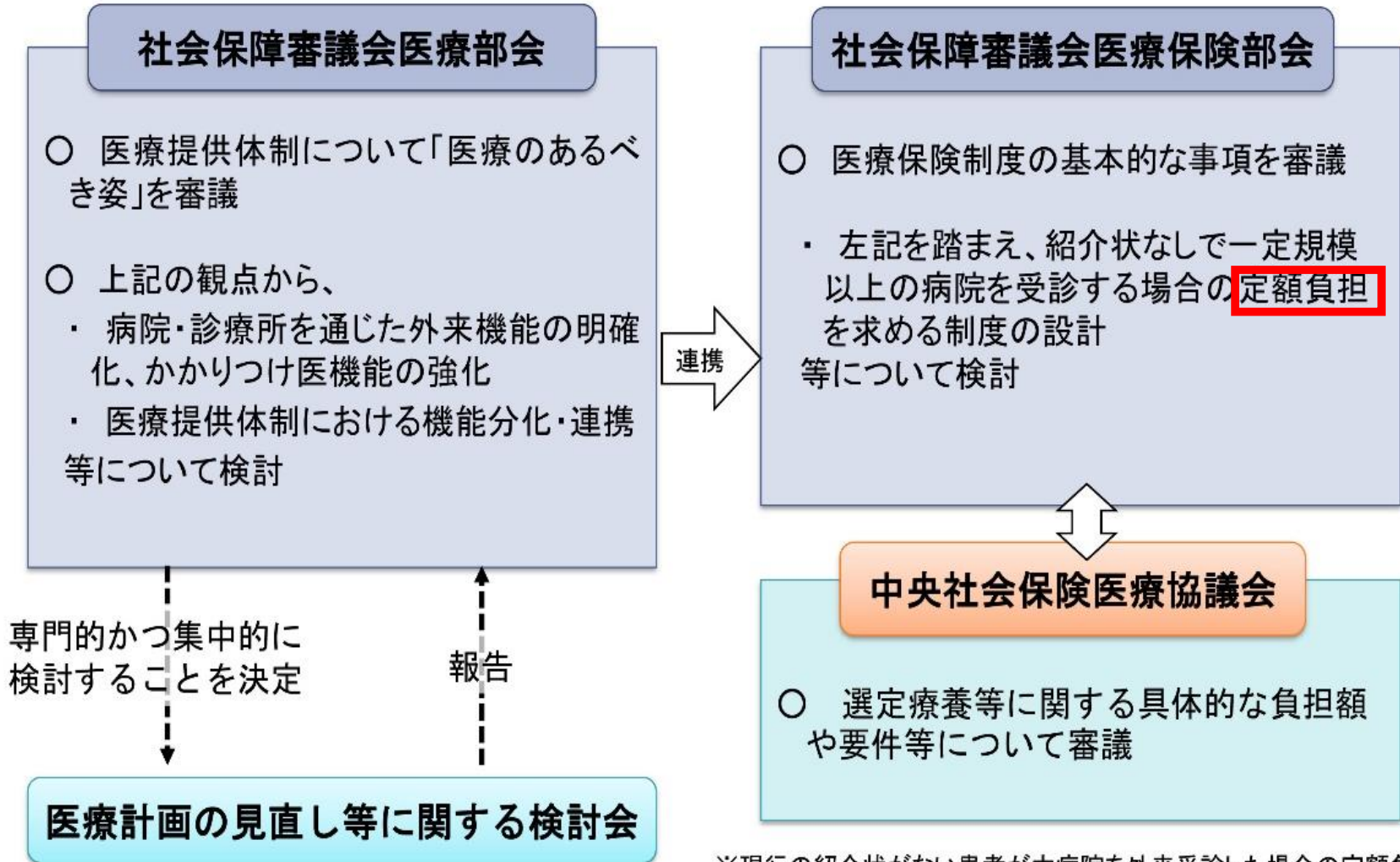


# 全世代型社会保障検討会議 中間報告（2019年12月）



「後期高齢者であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とすること」、「大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大を行うこと」

# 医療部会における検討と関係審議会等における検討の関係について



※現行の紹介状がない患者が大病院を外来受診した場合の定額負担を設けた際(平成28年4月～)には、医療保険部会において制度の基本的な設計を検討、中医協において具体的な負担額、要件等を検討

# 外来機能報告等に関するワーキンググループ

2021年12月17日

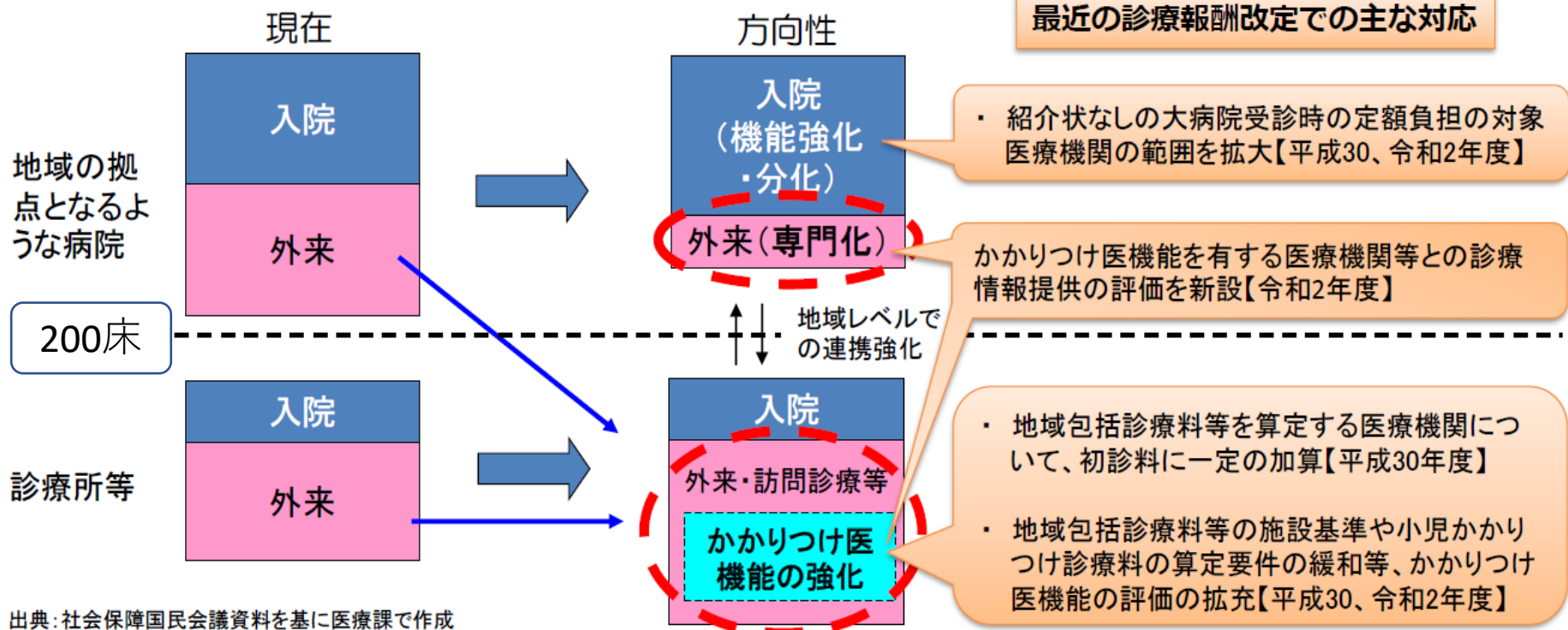


# 外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

## 外来医療の役割分担のイメージ



## 外来医療の機能の明確化・連携

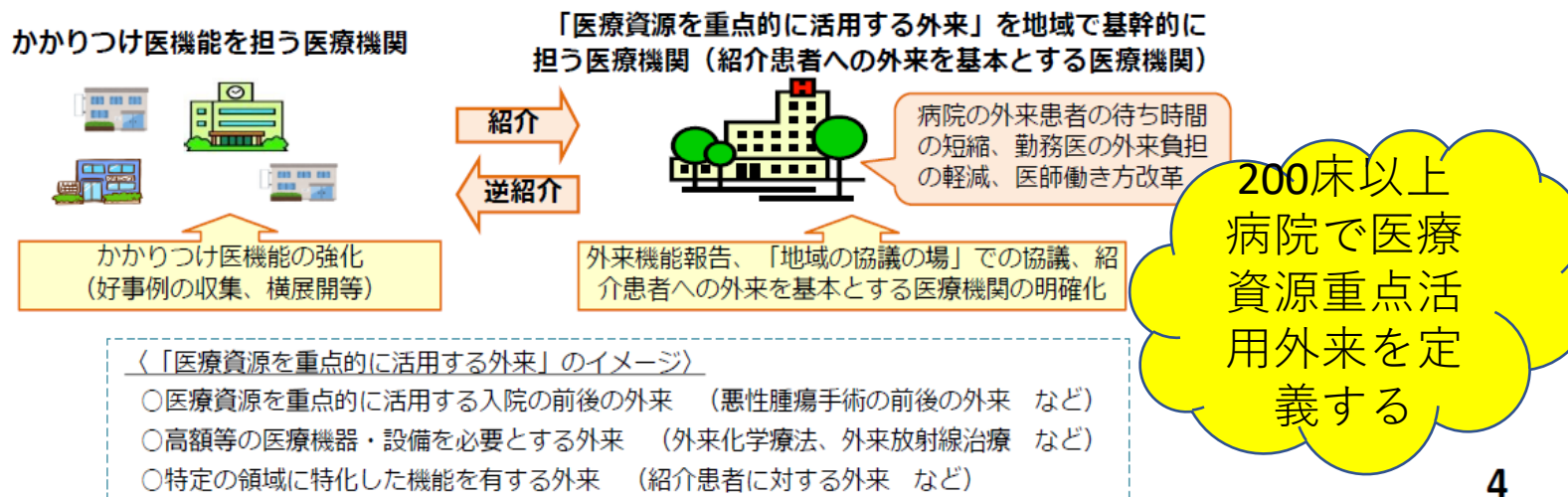
### 1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

### 2. 改革の方向性 (案)

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
  - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。
  - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
    - ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化
      - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院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、医師働き方改革に寄与



## 「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)

NDBで抽出  
する

- 「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。

(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。

## 医療資源が重点的に活用される外来医療について

第18回医療計画の見直しに関する  
検討会（令和2年2月28日）資料

- 医療資源が重点的に活用される外来医療として、外来化学療法を行う外来や、日帰り手術を行う外来のようなものがある。
- 一方、医療資源が重点的に活用される入院医療を提供する際も、治療前の説明・検査や治療後のフォローアップのため、同一の医療機関で入院前後に外来医療が提供される。
- これらの外来医療を実施する医療機関では、特定の治療等を行うに当たり、地域の実情に応じて集約化を図ることが効果的・効率的と考えられる①高額等の医療機器・設備や、②特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材が必要になると考えられる。

### イメージ

#### ・外来で医療資源が重点的に活用される医療（例：外来化学療法を行う場合）

参考 診療報酬における外来化学療法加算の施設基準の概要

- ・専用のベッドを有する治療室を保有
- ・一定の医師、看護師、薬剤師を配置
- ・緊急時に患者が入院できる体制の確保

外来化学療法

#### ・医療資源が重点的に活用される入院医療の前後の外来医療（例：入院で悪性腫瘍手術を受ける場合）

かかりつけ医で  
悪性腫瘍疑いと診断（外来）

治療前の  
説明、検査  
（外来）

治療後の  
フォローアップ  
（外来）

安定したら再びかかりつけ医でフォローアップ（外来）

悪性腫瘍手術  
（入院）

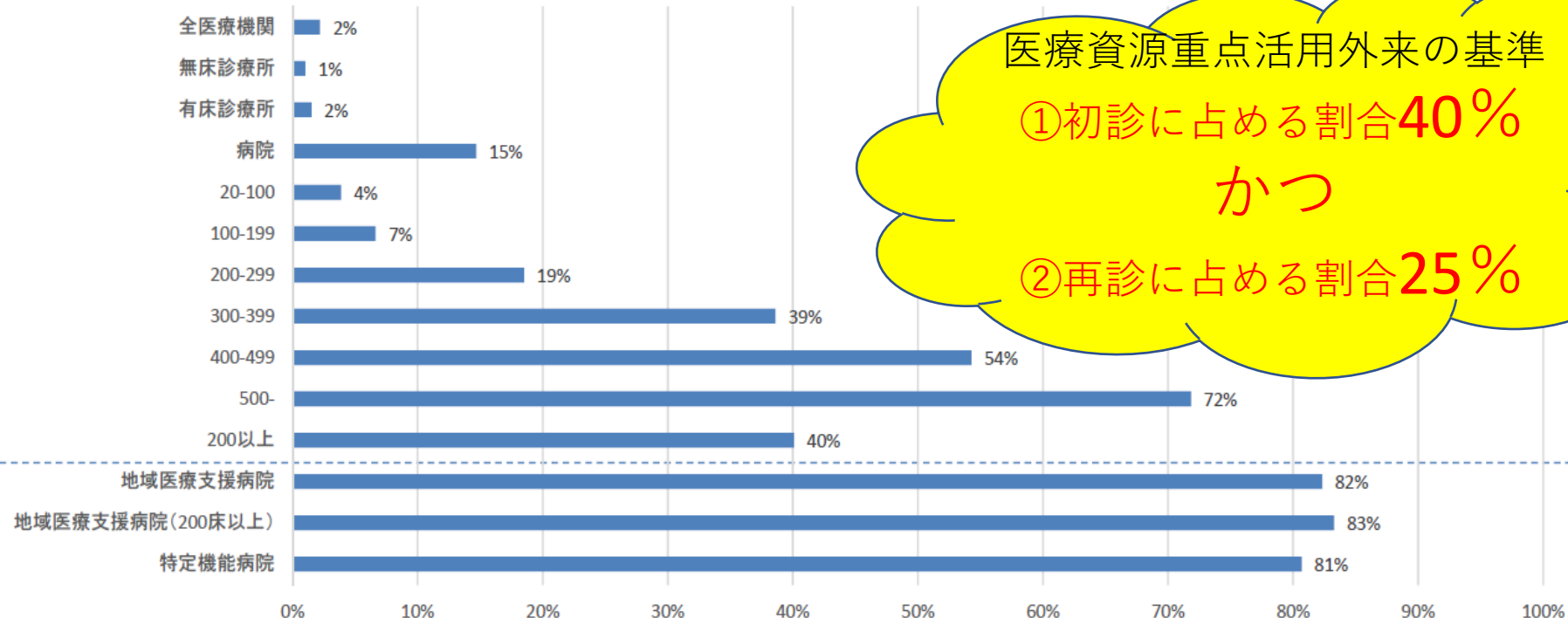
悪性腫瘍手術を実施するためには、例えば以下のような設備、人員が必要。

- ・手術前、手術後の管理を行うために設備、人員ともに充実した入院病棟
- ・全身麻酔により手術を実施できる手術室
- ・手術を実施できる経験を積んだ医師、看護師等の医療従事者

# 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合  
 = 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の施設数  
 施設数全体

## 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布



(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2019年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

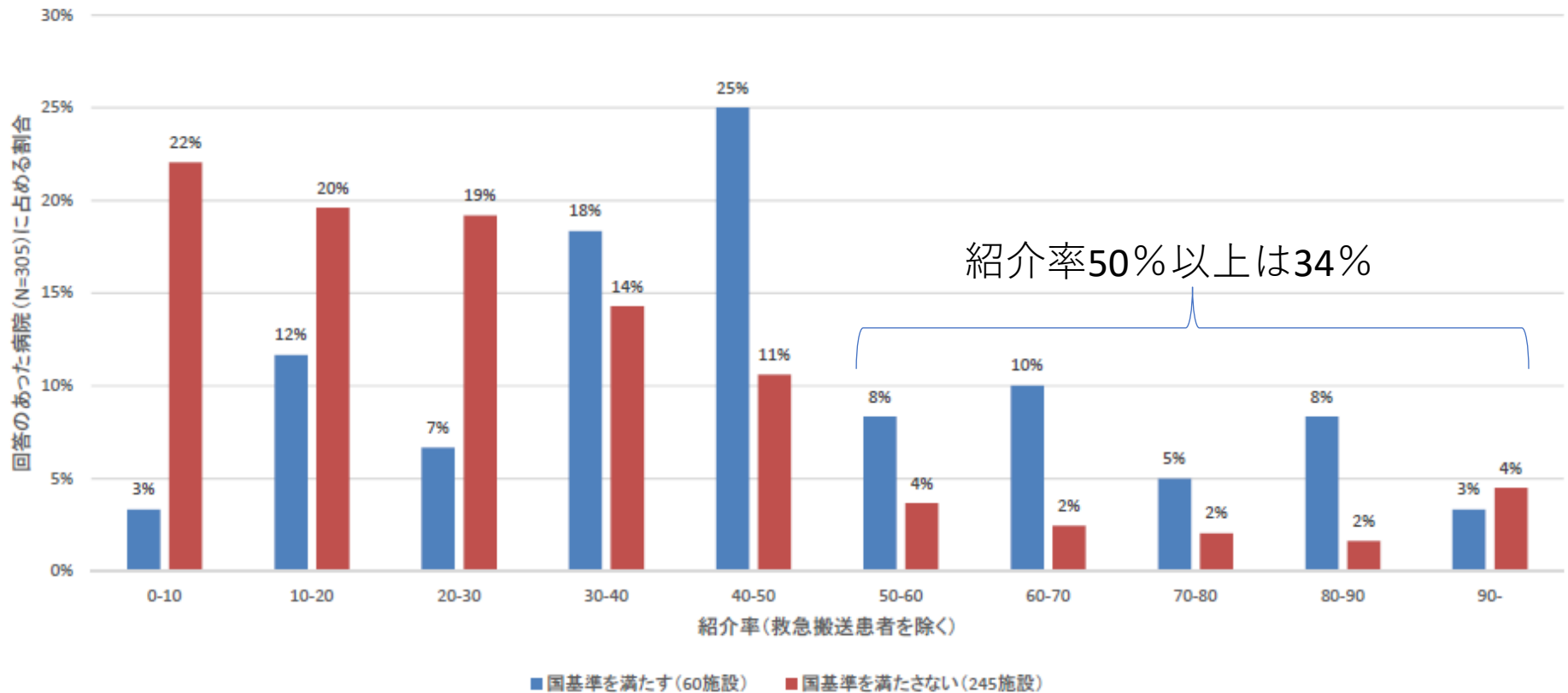


さらに  
紹介率50%以上かつ  
逆紹介率40%以上を  
参考値とした

『医療資源を重点的に活用する外来』の割合が**初診40%以上かつ再診25%以上**を国の基準とした場合の、  
特定機能病院及び地域医療支援病院を除く病院の**紹介率**(救急搬送患者を除く)の分布

$$\text{紹介率(救急搬送患者を除く)} = \frac{\text{分母のうち、紹介患者数(他の病院・診療所から紹介状により紹介された者の数)}}{\text{令和3年9月の初診患者数(休日又は夜間の受診患者を除き、初診があった患者の数)}}$$

## 紹介率



(注)

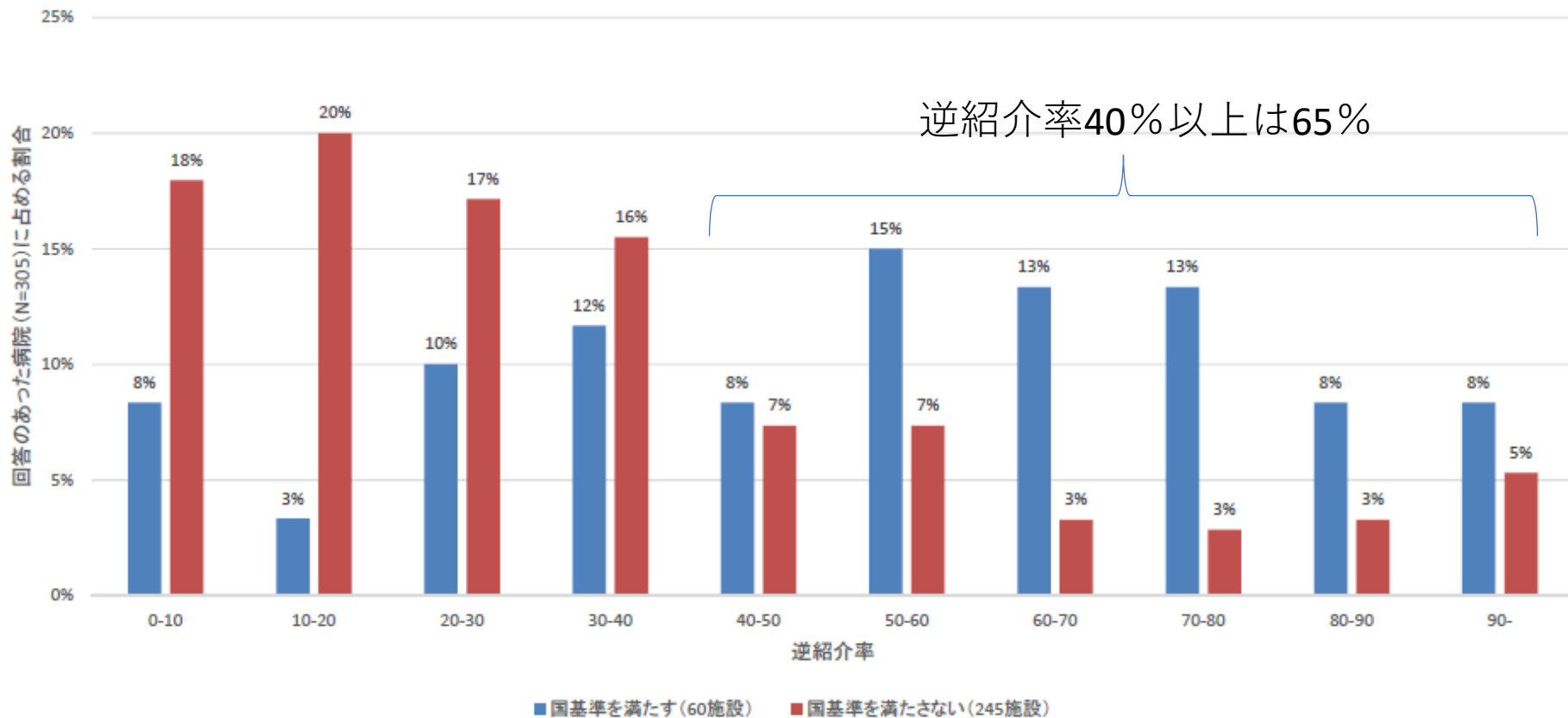
- ・「医療資源を重点的に活用する外来」については、2019年度1年間の集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院は除いて集計。

出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)及び「医療機関の外来機能の明確化・連携に資する研究」を基に医政局において作成

『医療資源を重点的に活用する外来』の割合が**初診40%以上かつ再診25%以上**を国の基準とした場合の、  
特定機能病院及び地域医療支援病院を除く病院の**逆紹介率**の分布

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数(他の病院・診療所に紹介した者の数)}}{\text{令和3年9月の初診患者数(休日又は夜間の受診患者を除き、初診があった患者の数)}}$$

## 逆紹介率



(注)


- ・「医療資源を重点的に活用する外来」については、2019年度1年間の集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院は除いて集計。

出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)及び「医療機関の外来機能の明確化・連携に資する研究」を基に医政局において作成

国の基準を満たす病院を  
「紹介受診重点病院」  
という新類型とした

「紹介受診重点医療機関」





200床以上病院の紹介状なし  
患者の初診料等相当を保険  
給付から控除、初診時の特  
別負担は7000円程度に

社会保障審議会医療保険部会  
2020年11月9日

**(参考) 定額負担の対象病院拡大について**

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告(仮称)を創設することで、**新たに「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(紹介患者への外来を基本とする医療機関)**を、**地域の実情を踏まえつつ、明確化**することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、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こととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加える**こととする。

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)		27 (0.3%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)		693 (100%)

「拡大」  
「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(紹介患者への外来を基本とする医療機関)

200床以上一般病院  
688病院の40%、  
275病院が該当

現在の定額負担(義務)対象病院

現在の定額負担(任意)対象病院

出典: 特定機能病院一覧等を基に作成(一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計)

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

# 定額負担の増額と公的医療保険の負担軽減について（案）

## 1 定額負担の増額

- 大病院の紹介状なし患者をさらに減少させ、より機能分化の実効性が上がるよう、定額負担の額を増額してはどうか。

## 2 公的医療保険の負担軽減

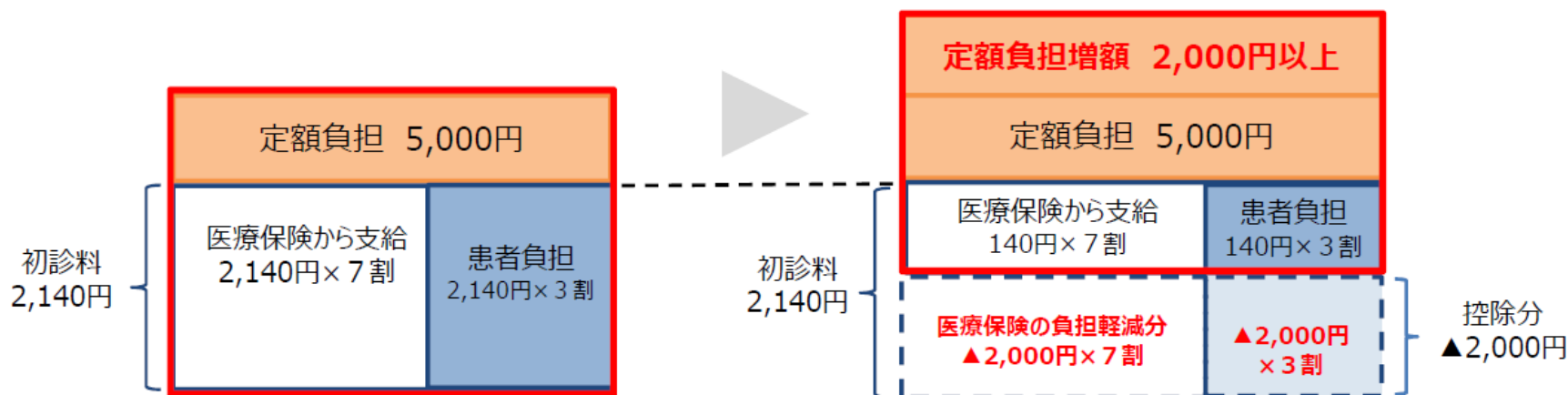
- 外来機能の分化の推進の観点からは、本来、大病院を紹介状なしで受診する必要性は低く、まずはかかりつけ医等を受診することが望ましい。このため、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者に係る初・再診については、保険給付（選定療養費の患者への給付）を行う必要性が低いと考えられ、一定額をその範囲から控除してはどうか。

- 控除に当たっては、受診の際に少なくとも生じる初・再診料（※）相当額を目安に控除し、それと同額以上に定額負担を増額してはどうか。具体的には、例えば、初診料について2,000円控除した場合、増額幅は2,000円以上とすることが考えられる。

※ 初診料288点、外来診療料74点。ただし、紹介率が低い場合等にそれぞれ214点、55点に減額されることとなる点に留意。

### 現行制度（初診のみ・3割負担の場合）

### 新たな制度案（2,000円増額等の一定の仮定をおいた場合）



※ 1 初診料は288点だが、紹介率が低い場合等に214点に減額されるケースを想定。

※ 2 赤枠部分が医療機関の収入総額となり、現行制度と見直し案は同額となる。

## 定額負担の徴収額の設定状況

- 初診時の定額負担の徴収額は、定額負担(義務)の対象病院は、5,000円以上6,000円未満に集中している一方で、定額負担(任意)の対象病院は、1,000円以上3,000円未満としている施設も多い。
- 再診時の定額負担の徴収額は、いずれも、2,500円以上3,000円未満が大半となっている。
- 徴収額の最大額は、初診は11,000円、再診は8,800円となっている。

### ■初診(医科)の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	2,000円 ~	3,000円 ~	4,000円 ~	5,000円 ~	6,000円 ~	7,000円 ~	8,000円 ~	9,000円 ~	10,000 円~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	536件	-	-	-	-	-	<b>511件</b> (95.3%)	2件 (0.4%)	2件 (0.4%)	11件 (2.1%)	0件 (0%)	10件 (1.9%)	11,000 円
定額負担(任意) 対象病院	605件	33件 (5.5%)	<b>187件</b> (30.9%)	<b>146件</b> (24.1%)	78件 (12.9%)	9件 (1.5%)	<b>148件</b> (24.5%)	1件 (0.2%)	0件 (0%)	2件 (0.3%)	0件 (0%)	1件 (0.2%)	11,000 円

### ■再診(医科)の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	1,500円 ~	2,000円 ~	2,500円 ~	3,000円 ~	3,500円 ~	4,000円 ~	4,500円 ~	5,000円 ~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	524件	-	-	-	-	<b>506件</b> (96.6%)	6件 (1.1%)	1件 (0.2%)	5件 (1.0%)	0件 (0%)	6件 (1.1%)	8,800 円
定額負担(任意) 対象病院	141件	19件 (13.5%)	2件 (1.4%)	4件 (2.8%)	4件 (2.8%)	<b>108件</b> (76.6%)	3件 (2.1%)	0件 (0%)	0件 (0%)	0件 (0%)	1件 (0.7%)	5,500 円

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。  
(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。



# 今後のスケジュール



pixta.jp - 28199995

1～3月に省令・  
通知発出

<外来機能報告のスケジュール>

4月～	<ul style="list-style-type: none"><li>・対象医療機関の抽出(※)</li><li>・NDBデータ(前年度4月～3月)を対象医療機関別に集計</li></ul>
9月頃	<ul style="list-style-type: none"><li>・対象医療機関に外来機能報告の依頼</li><li>・報告用ウェブサイトの開設</li><li>・対象医療機関にNDBデータの提供</li></ul>
10月頃	<ul style="list-style-type: none"><li>・対象医療機関からの報告</li></ul>
12月頃	<ul style="list-style-type: none"><li>・データ不備のないものについて、集計とりまとめ</li><li>・都道府県に集計とりまとめを提供</li></ul>
1～3月頃	<ul style="list-style-type: none"><li>・地域の協議の場における協議</li><li>・都道府県による「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の公表</li><li>・都道府県に集計結果の提供</li></ul>

医療資源重点活用外来の

①初診に占める割合

40%かつ

②再診に占める割合

25%

(※)無床診療所の中にも、高額な医療機器等による検査を集中的に実施しているものもあるため、そのような無床診療所については対象医療機関に含めることとする。具体的には、令和4年度については、円滑な事務手続のため、令和3年度中に、該当する蓋然性の高い医療機関に外来機能報告を行うか否かの意向を確認した上で、意向有りとした無床診療所について、対象医療機関に含めることとする。

# 2022年10月対象病院 からの外来機能報告

## (1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

### ① 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況 [NDBで把握できる項目]

- 医療資源を重点的に活用する外来の類型ごとの実施状況を報告

<報告イメージ>

	日数	初診(再診)の外来延べ患者数に対する割合
初診の外来の患者延べ数	日	—
医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	日	%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	—
高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	—
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	—
再診の外来の患者延べ数	日	—
医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	日	%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	—
高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	—
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	—

※「患者延べ数」とは、患者ごとの受診日数を合計したものとします。

### ② 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細 [NDBで把握できる項目]

- 医療資源を重点的に活用する外来のうち、主な項目の実施状況を報告

<報告イメージ>

初診の医療資源を重点的に活用する外来	
外来化学療法加算を算定した件数	件
外来放射線治療加算を算定した件数	件
CT撮影を算定した件数	件
MRI撮影を算定した件数	件
PET検査を算定した件数	件
SPECT検査を算定した件数	件
高気圧酸素治療を算定した件数	件
画像等手術支援加算を算定した件数	件
悪性腫瘍手術を算定した件数	件

再診の医療資源を重点的に活用する外来	
外来化学療法加算を算定した件数	件
外来放射線治療加算を算定した件数	件
CT撮影を算定した件数	件
MRI撮影を算定した件数	件
PET検査を算定した件数	件
SPECT検査を算定した件数	件
高気圧酸素治療を算定した件数	件
画像等手術支援加算を算定した件数	件
悪性腫瘍手術を算定した件数	件

## (2) 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無 [NDBで把握できない項目]

## (3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

### ① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況 [NDBで把握できる項目]

- 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況を報告

<報告イメージ>

# 協議の場での話し合い

- 協議の目的
  - 「どの病院を紹介受診重点病院に明確化するか」
- 協議対象病院
  - 基本は手上げ方式。しかし以下の病院の参加が必要
    - ①データでは紹介受診重点病院に合致するが、手上げをしていない病院
    - ②データでは紹介受診重点病院に合致しないが、手上げをしている病院



手上げ方式

【I-4 外来医療の機能分化等-②】

## ② 紹介受診重点医療機関における 入院診療の評価の新設

### 第1 基本的な考え方

「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

「紹介受診重点医療機関（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）」における入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 (●●) ●●点

[算定要件]

- (1) 外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたもの）に限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。

## ⑤ 紹介受診重点医療機関と かかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

### 第1 基本的な考え方

外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から「紹介受診重点医療機関」及びかかりつけ医機能を有する医療機関等が、患者の紹介を受けた医療機関に対して当該患者の診療情報を提供した場合について、新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

1. 現行の診療情報提供料（Ⅲ）について、名称を「連携強化診療情報提供料」に変更するとともに、かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合であって、紹介元の医療機関からの求めに応じて診療情報の提供を行った場合の当該提供料の算定上限回数を●●回までに変更する。
2. 地域の診療所等が「紹介受診重点医療機関」に対して患者の紹介を行い、紹介先の「紹介受診重点医療機関」においても継続的に当該患者に対する診療を行う場合であって、紹介元の診療所等からの求めに応じて、診療情報を提供した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<b>【連携強化診療情報提供料】</b> [算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、	<b>【診療情報提供料（Ⅲ）】</b> [算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は別に

# パート5 訪問看護と地域連携

ICTを活用した看取り



# パート5

## 訪問看護と地域連携

ICTを活用した看取り



○C島の概要 人口約700人。市営の渡船が1日7往復する。

○C島の医療提供体制の状況

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

## ○事例

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



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

# ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業

## 【背景】

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

## 規制改革実施計画（平成28年6月2日閣議決定）

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

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

患者や家族が希望する、住み慣れた場所での穏やかな看取りの実現

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

## ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業

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

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

### 【看護師に対する研修内容】

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

計177名の看護師が研修を修了  
（令和3年10月末時点）

## 医師によるICTを利用した死亡診断等をサポートする看護師を対象とした研修

### 講義・演習

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

### 実地研修

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

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



### ○対象者

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

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

# ICTを利用した死亡診断等の流れ

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

STEP1 患者死亡前に準備すべきこと	STEP2 遺族とのコミュニケーション	STEP3 所見記録と死亡診断等を行う医師への報告	STEP4 医師の指示を受けての死亡診断書作成の補助	STEP5 遺族への説明と死亡診断書の交付
<ul style="list-style-type: none"> <li>本人及び家族の理解を得た上で、死亡前に同意書様式により同意を得る。</li> <li>ICTを利用して報告する<b>看護師</b>は、法医学等に関する一定の教育を受けるとともに、ICTを利用した死亡診断等を行うのに必要な機器・物品を、遠隔から死亡診断等を行う予定の医師と相談し準備する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の生前の死生観・宗教観のほか、ご遺体への礼意、家族の心情等へ配慮する。</li> <li><b>医師</b>は、ICTを利用した死亡診断等を行う場合であっても、直接対面での死亡診断等を行う場合と同様に医師-遺族間のコミュニケーションを図る。</li> <li><b>看護師</b>は、ご遺体の観察や撮影に際しては、必要に応じて家族に別室で待機してもらう等、家族の心情等に十分な配慮をする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>看護師</b>は、リアルタイムの双方向コミュニケーションが可能な端末を用いて、遠隔からの医師のリアルタイムの指示の下、遺体の観察や写真撮影を行い、記録様式の全項目を記載する。医師が死亡診断を行うにあたり必要な情報（記録様式及び写真）を、電子メール等で医師に報告する。電子メール等は適切なセキュリティ環境下で送受信する。</li> <li><b>医師</b>は、看護師からの報告を踏まえ、遠隔において死亡診断を行う。その際、医師が死亡の事実の確認や異状がないと判断できない場合には、ICTを利用した死亡診断等を中止する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>看護師</b>は、医師から死亡診断書に記載すべき内容についての説明を受け、死亡診断書を代理記入する方法により、医師による死亡診断書作成を補助することができる。</li> <li>看護師が代理記入した死亡診断書については、看護師が医師に電子メール等で送付することにより、その記載内容に誤りがないことを<b>医師</b>が確認する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リアルタイムの双方向コミュニケーションが可能な端末を用い、<b>医師</b>から患者の死亡についてご遺族に説明後、<b>看護師</b>からご遺族に死亡診断書を渡す。</li> <li>死亡診断書については、正本をご家族に交付するとともに、写し3部以上を作成し、ご遺族の控え、診断した医師の控え（診療録に添付）、看護師の控えとする。</li> </ul>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <div data-bbox="1193 992 1903 1358" style="border: 1px solid green; padding: 10px; background-color: #e0f0e0;"> <p style="text-align: center;"><b>&lt;実際の事例&gt;</b> </p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 離島在住の90代のがん患者</li> <li>◆ 主治医の医療機関からは車3時間+船1時間（直線距離約200km）</li> <li>◆ 主治医が医療機関を離れているときに心肺停止状態となったため、研修を受けた看護師によりICTを用いて主治医の死亡診断をサポート。</li> </ul> <p>⇒死亡診断のために遠くまでご遺体を搬送する必要がなくなり、ご遺族と共に看取りを行うことができた。</p> </div> </div>				

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

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

# ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等

## ICTを利用した死亡診断

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

### 現行

#### 【在宅患者訪問診療料】

患者において死亡診断を行った場合には、200点を所定点数に加算する。

#### [算定要件]

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



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



### 改定後

#### 【在宅患者訪問診療料】

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

#### [算定要件]

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

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

**ア** 当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。

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

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

参考) 算定回数

	算定回数
在宅患者訪問診療料 死亡診断加算※	187

【出典】算定回数：令和2年社会医療診療行為別統計（令和2年6月審査分）

※往診又は訪問診療を行った場合とICTを活用した場合の両方を含む

# ICTを活用した死亡診断に関する 評価が訪問看護療養費には設定さ れていない

- 吉川専門員

- 法医学研修の受講、看取り期に着目した手厚いケアの実施など、通常とは異なる特別な訪問看護提供を行うこととなり、加算等で評価してほしい

- 城守委員

- 医師と看護師との間に非常に強い、通常の訪問看護提供とは異なるレベルの信頼関係が求められる。訪問看護ステーションの個別評価ではなく、医師と看護師のチームでの機能を評価すべきではないか？

【1-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-④】

④ ICT を活用した遠隔死亡診断の補助  
に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

改定案	現行
<p>【遠隔死亡診断補助加算（訪問看護ターミナルケア療養費）】 [算定要件] 注4 <u>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科点数表の区分番号C001の注8に規定する死亡診断加算を算定する利用者（特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）第4の4の3の3に規定する地域に居住している利用者に限る。）について、その主治医の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、●●円を所定額に加算する。</u></p> <p>[施設基準] 七 訪問看護ターミナルケア療養費</p>	<p>【遠隔死亡診断補助加算（訪問看護ターミナルケア療養費）】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

# パート 6 薬局と医療機関の連携

リフィル処方箋



あっちの〇〇病院は、何回も使える処方せんを出してくれるから  
何回も通院しなくて済むのに、先生は出してくれないんですか!?  
できれば半年に一回くらいの通院にしてほしいんですけど。

お金ももったいないし...

60日処方  
3回リフィル  
でお願い

わ...分かりました。  
それなら一度出してみましようか...

心の声

本当は月一回くらい来てほしいけど...

いいも同じなんだから  
いいじゃないですか

イメージ図「断れますか？リフィル処方箋」

# 経済財政運営と改革の基本方針2021 (骨太の方針2021)

- かかりつけ薬剤師・薬局の普及を進めるとともに、多剤・重複投薬への取組を強化する。
- 症状が安定している患者について、医師及び薬剤師の適切な連携により、医療機関に行かずとも、**一定期間内に処方箋を反復利用**できる方策を検討し、患者の通院負担を軽減する。

# リフィル処方箋

- リフィル（補充調剤）
- リフィル処方箋は米国では1951年から導入

CHRISTOPHER UNGER, M.D.  
8218 WISCONSIN AVENUE SUITE 208  
BETHESDA, MARYLAND 20814  
TELEPHONE (301) 986-9495

NAME \_\_\_\_\_ AGE \_\_\_\_\_  
ADDRESS \_\_\_\_\_ DATE 7-22-09

R Crestor 10 mg  
# 90  
Sig T po qd

MAY HAVE GENERIC EQUIVALENT

REFILL 4 TIMES

C. UNGER, M.D.

国	リフィル処方箋の導入
アメリカ合衆国	済
フランス	済
ドイツ	未
イギリス	済
オーストラリア	済

90日処方箋をリフィル4回まで可（1年間リフィル可能）



# イル・ラベル



患者氏名と住所  
**Patient Name**

薬局の名前と住所  
再処方が必要な時に  
かける電話番号

の用法

薬の名前

**Number of Refills Remaining**  
Refill(再処方“おかわり”)できる回数とその期限

**Prescription Number**  
処方せん番号

## 海外におけるリフィル制度

特徴	イギリス	フランス	アメリカ	オーストラリア
リフィル制度の有無	○ (リピータブル処方箋)	○ (リフィル処方箋)	○ (リフィル調剤) ※州により制度異なる	○ (リピート調剤)
導入時期	2002年	2004年	1951年	1960年
対象患者	特に制約はないが、以下の患者が主な対象 ・治療内容が安定 ・長期的な治療が必要 ・複数疾患で治療中(高血圧、糖尿病、喘息など) ・季節的な症状に対して自己管理可能	慢性疾患の患者 経口避妊薬を服用する患者	規制なし	症状が安定している慢性疾患患者
リフィル処方箋の有効期限(調剤可能期間)	リフィル処方箋は、雛形となる親処方箋と発行番号が打たれた子処方箋がセット。投薬期間の規定はないが現在は以下のとおり運用。 ・親処方箋の有効期限:半年~1年 ・子処方箋による投薬:概ね1ヶ月	・処方箋は6ヶ月の期間を限度(処方箋の有効期間1年) ・薬局での調剤は3ヶ月が限度	・規制区分ごとに異なるが、最長6ヶ月まで (※カリフォルニア州の場合、法的制限なし。ただし、一般に最大2年を超えるリフィル調剤は行われない)	6ヶ月又は12ヶ月(区分により異なる)
業務の流れなど	・親処方箋は医師のサイン・有効期限・期限後の診察日の記入が必要 ・子処方箋は保険請求の際に薬局が用いるもので、薬を受け取った際に患者がサインする ・薬剤師は処方変更の必要がないか確認した上でリピート調剤を実施	・慢性疾患の患者が処方箋を紛失した場合、手元の古い処方せんを薬局に持参し、治療薬を証明することも可能 ・慢性治療(避妊薬、心血管疾患、ホルモン治療及び糖尿病薬)におけるリフィル処方箋の期限が過ぎた場合は、継続服用が必要な患者に対して、薬剤師が追加で薬剤を出すことが可能。	・患者は薬局にリフィル調剤を依頼。調剤後は、薬局で処方箋を保管。 ・リフィル調剤時には、薬局で保管している処方箋情報を基に行う。 ・異なる薬局でリフィル調剤可能。(薬局間で処方箋の移動を行う)	・リピート調剤時には、毎回、最終調剤日と残りのリフィル回数を記載
対象薬剤の規制	一部禁止薬剤あり	一部禁止薬剤あり	一部禁止薬剤あり	-

(注)ドイツはリフィル制度なし。

(薬剤使用状況等に関する調査研究(平成27年3月) 医療経済研究機構)

# 調剤報酬における分割調剤に関する規定

- 分割調剤は、①薬剤の長期保存が困難な場合、②後発医薬品を初めて使用する場合、③医師による指示がある場合などに行われる。

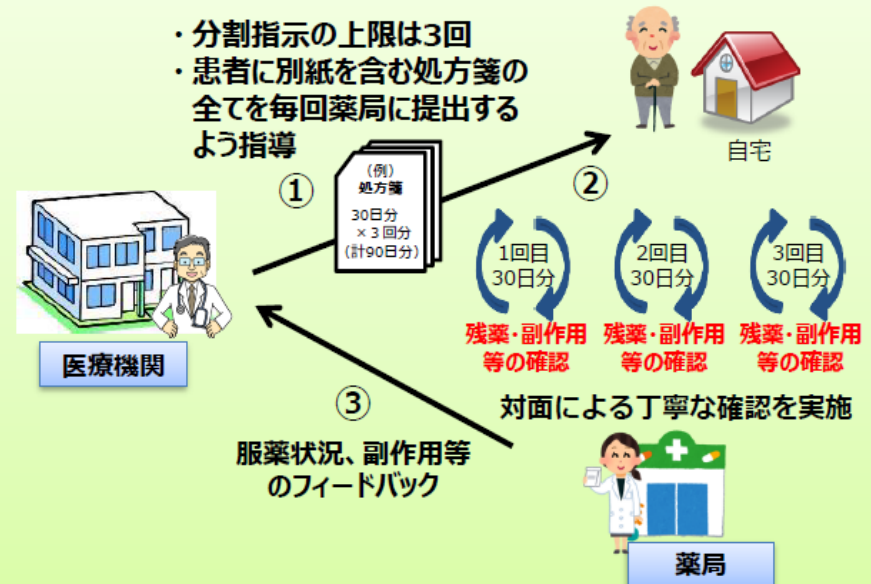
## 分割調剤

- (1) 長期保存の困難性等の理由によるもの
- (2) 後発医薬品の分割調剤

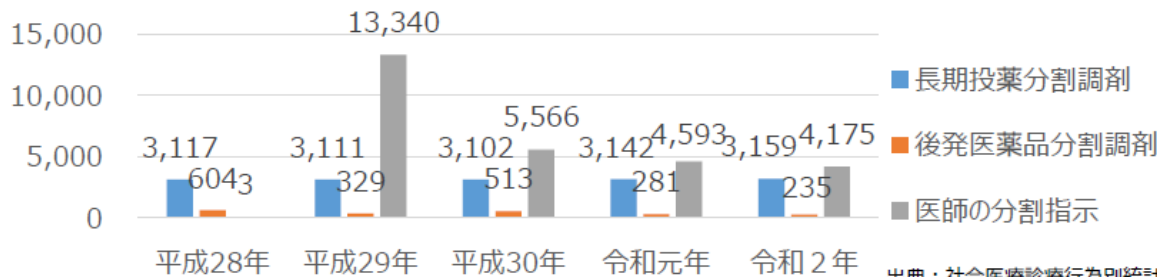
### (3) 医師の分割指示

医師の分割指示に係る処方箋受付において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方医に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、調剤基本料及びその加算、調剤料及びその加算並びに薬学管理料は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。

## 医師の指示による分割調剤の手順例

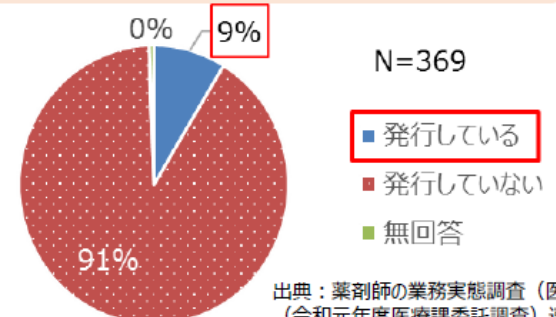


## 分割調剤算定回数



出典：社会医療診療行為別統計  
(各年6月審査分)より医療課作成

## 分割指示に係る処方箋を発行しているか



出典：薬剤師の業務実態調査(医療機関調査)  
(令和元年度医療課委託調査)速報値

# 分割調剤の手続きの明確化

○ 分割調剤に係る処方箋様式を追加。

【分割指示に係る処方箋の記載例】

処方方	
処方箋 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)	
公費負担者番号	保険者番号
公費負担医者の受給者番号	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号
氏名	保険医療機関の所在地及び名称
生年月日	電話番号
区分	被保険者
交付年月日	処方箋の使用期間
変更不可	調剤の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
処方	Rp1【般】○○○○○錠500mg 1日2回 朝食後服用 2錠 28日分 (総投与日数28日)
備考	Rp2【般】○○○○○錠500μg 1日3回 毎食後服用 3錠 28日分 (総投与日数28日)
調剤年月日	平成 年 月 日
公費負担者番号	
公費負担医者の受給者番号	

分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に対応するかを右上の所要欄に記載する。

保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載する。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載する。

分割指示に係る処方箋(別紙)

(発行保険医療機関情報)  
処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先  
電話番号 0XX-XXXX-XXXX FAX番号 0XX-XXXX-XXXX  
その他の連絡先 メールアドレス: XXXXXX@XX.XX.jp

(受付保険薬局情報)

1回目を受け付けた保険薬局 1回目の分割指示に基づき28日分を調剤  
名称 △△薬局  
所在地 △△△△△△△△△△  
保険薬剤師氏名 △△△△ (印)  
調剤年月日 平成30年5月1日

2回目を受け付けた保険薬局 (調剤済み)

名称 △△薬局  
所在地 △△△△△△△△△△  
保険薬剤師氏名 △△△△ (印)  
調剤年月日 平成30年5月29日

3回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
調剤年月日 \_\_\_\_\_

分割指示に係る処方箋を交付する場合は、分割した回数ごとにそれぞれ調剤すべき投与日数(回数)を記載し、当該分割指示に係る処方箋における総投与日数(回数)を付記する。

保険薬局の所在地、名称、保険薬剤師氏名及び調剤年月日を記入する。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えない。

# 分割調剤とリフィル制度の違い

## ○「分割調剤」と「リフィル制度」の違い

例) 90日分の内服薬を患者に投薬するため、30日分ごとに薬局で調剤して交付する場合

### 分割調剤

- 医師は90日分の処方箋を発行し、薬局に対して3回の分割指示。
- 薬局においては、医師の指示どおり30日分ずつ調剤。

### リフィル

- 医師は30日分の処方箋を、繰り返し利用できる回数（3回）を記載した上で発行。
- 薬局においては、医師の指示どおり30日分ずつ調剤。

## 医療課長通知（令和2年3月5日）

### 第2節 処方料 F100 処方料

(1) 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア 30日以内に再診を行う。

イ 許可病床数が200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。



# 中医協（2021年7月14日）



# 中医協の議論

- 日本薬剤師会 有澤賢二委員
  - 分割調剤の算定回数が少ないのは処方せん様式の負担感があるから。
  - 3枚連記でなく1枚の処方せん様式として、一定期間内に反復利用をすることの検討が必要
  - 薬剤師による服薬期間中のフォローアップが重要
  - トレーシングレポート（服薬情報提供文書）を活用することが必要
- 日本医師会 城守国斗委員
  - 諸外国では分割調剤出来る薬や期間の制限がある。
  - 長期処方を助長する方向には反対だ
- 健保連 幸野委員
  - 長期処方の中でも同じ処方が繰り返されていることが問題
  - 180日以上繰り返されている場合には対策が必要

新たな処方箋様式（案） （※）太字下線部が見直し内容

処 方 箋												
（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）												
公費負担番号				保険者番号								
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				（枝番）				
患 者	氏 名		明大昭平令 年 月 日				男・女		保険医療機関の所在地及び名称			
	生年月日								電 話 番 号			
	区 分		被保険者		被扶養者		都道府県番号		点数表番号		医療機関コード	
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。				
処 方	変更不可		個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。									
			リフィル可 <input type="checkbox"/> （ <u>      </u> 回 ）									
備 考	保険医署名		「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。									
			保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供									
調剤実施回数（調剤回数に応じて、 <input type="checkbox"/> に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）												
<input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日（ 年 月 日 ）												
調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号								
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		Ⓢ		公費負担医療の受給者番号								

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。  
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

# リフィル処方せんの導入課題

- リフィル期間の設定
  - 30日処方の3回リフィル（半年）まで？
- 対象患者の設定
  - 安定した慢性疾患の患者
- 対象外とする薬剤の設定
  - 麻薬、向精神薬、承認後1年以内の新薬
- 医療機関と薬局との連携を図ることが必要
  - 患者情報の薬剤師と医師の一層の共有が必要
  - トレーシングレポートの活用

# 鈴木財務相 22年度診療報酬改定 「リフィル処方箋は譲れなかった」



2022年1月14日 ミクス

# リフィルの次の時代は・・・ 調剤の外部委託を経団連が提言



日本経済団体連合会  
南場智子氏

2022年1月14日

牧島かれん規制改革相

# 日本経済団体連合会

## 「Society 5.0時代のヘルスケアIII

薬局のビジネスモデルが一挙に変わる！

～オンラインの活用で広がるヘルスケアの選択肢～」

- (1) オンライン服薬指導の特例措置の恒久化
- (2) 一包化を含む調剤外部委託の容認
- (3) 一薬剤師当たりの処方箋40枚規制撤廃
- (4) 薬局外からのオンライン服薬指導の容認
- (5) オンライン服薬指導と調剤等の機能に特化した、対面機能を持たない薬局の設置・活用
- (6) 電子処方箋の速やかな普及
- (7) 処方箋医薬品以外の薬局医薬品や要指導医薬品のオンライン服薬指導の容認
- (8) 一般用医薬品のインターネット販売に特化した業態の容認、他店舗や倉庫からの発送の容認

## 今日のまとめ

- ・ 入退院支援加算・入院時診療加算は PFM,パス、退院調整の考え方から始まった
- ・ 紹介受診重点医療機関の基準は、医療資源活用外来の初診40%・再診25%と紹介率50%・逆紹介率40%
- ・ 国の基準に応じて、紹介受診重点病院への手上げの意思決定が必要
- ・ ICTを活用した看取りは休日・夜間の都市部でも必要
- ・ リフィル処方箋で医師・薬剤師の情報連携が緊密に



# 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



武藤正樹 「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内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)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)