

Dr武藤の2022年診療報酬改定 改定のポイント & 改定の影響と看護部の対応



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
通所事業所(長瀬ケアセンター) 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

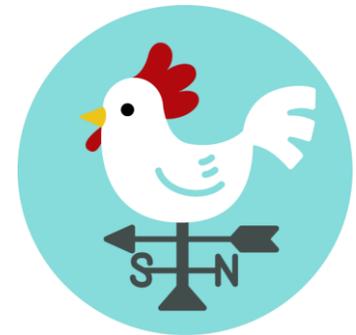
浦賀

三浦



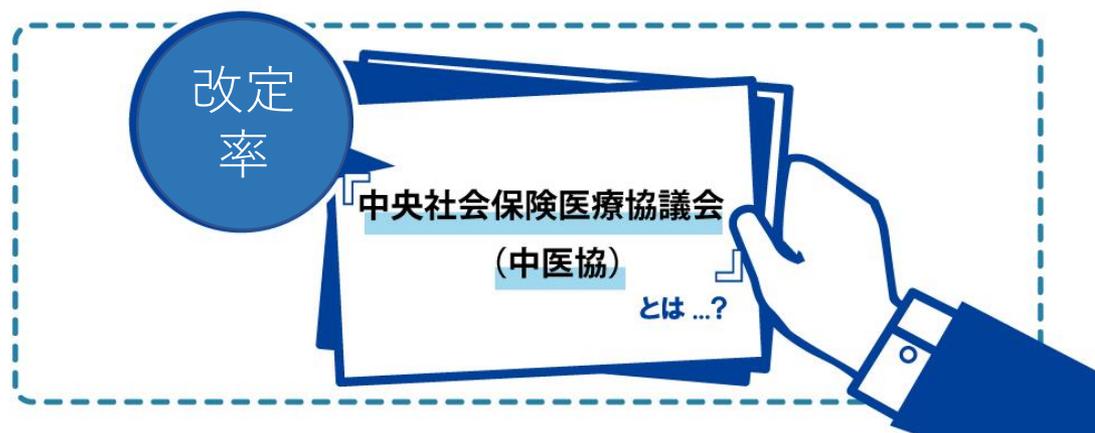
目次

- パート 1
 - 2022年改定の基本方針と改定率
- パート 2
 - 感染防止対策と働き方改革
- パート 3
 - 急性期一般医療
- パート 4
 - 急性期充実体制加算など
- パート 5
 - 地域包括ケア病棟と回復期リハ病棟
- パート 6
 - 入退院支援加算・入院時支援加算
- パート 7
 - 訪問看護ステーション



パート1

2022年改定の基本方針と改定率



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、
技術料

「薬価」部分

1.37%

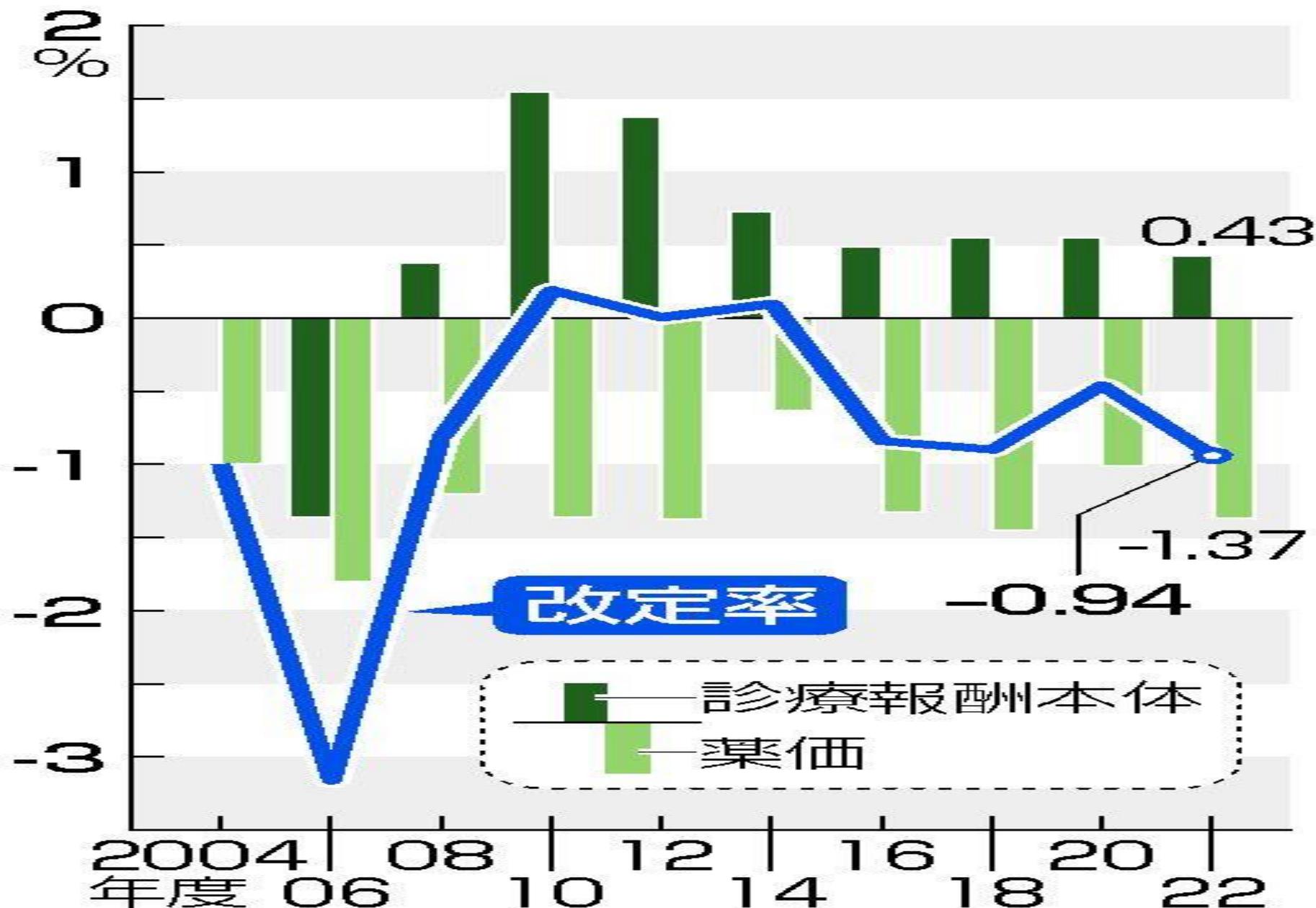


全体

0.94%



診療報酬改定率の推移



(注) 04年度の診療報酬は「0.0」

診療報酬

+ 0.43% (国費+292億円※)

※令和4年度予算額、以下同じ

① **看護職員の処遇改善**(消費税増収分を活用) +0.20%

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

② **リフィル処方箋の導入** ▲0.10%

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

③ **不妊治療の保険適用**(消費税増収分を活用) +0.20%

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

④ **小児の感染防止対策加算措置(医科分)の期限到来** ▲0.10%

歯科・調剤分については、引き続き感染防止等の対応に充当。

⑤ **その他本体改定率**

+0.23%

各科改定率	医科	+0.26%
	歯科	+0.29%
	調剤	+0.08%

看護処遇改善



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



中医協答申 2022年2月9日



佐藤英道
厚生労働副大臣

中医協会長
小塩隆士氏

パート2

感染防止対策と 働き方改革



1. 感染防止対策加算



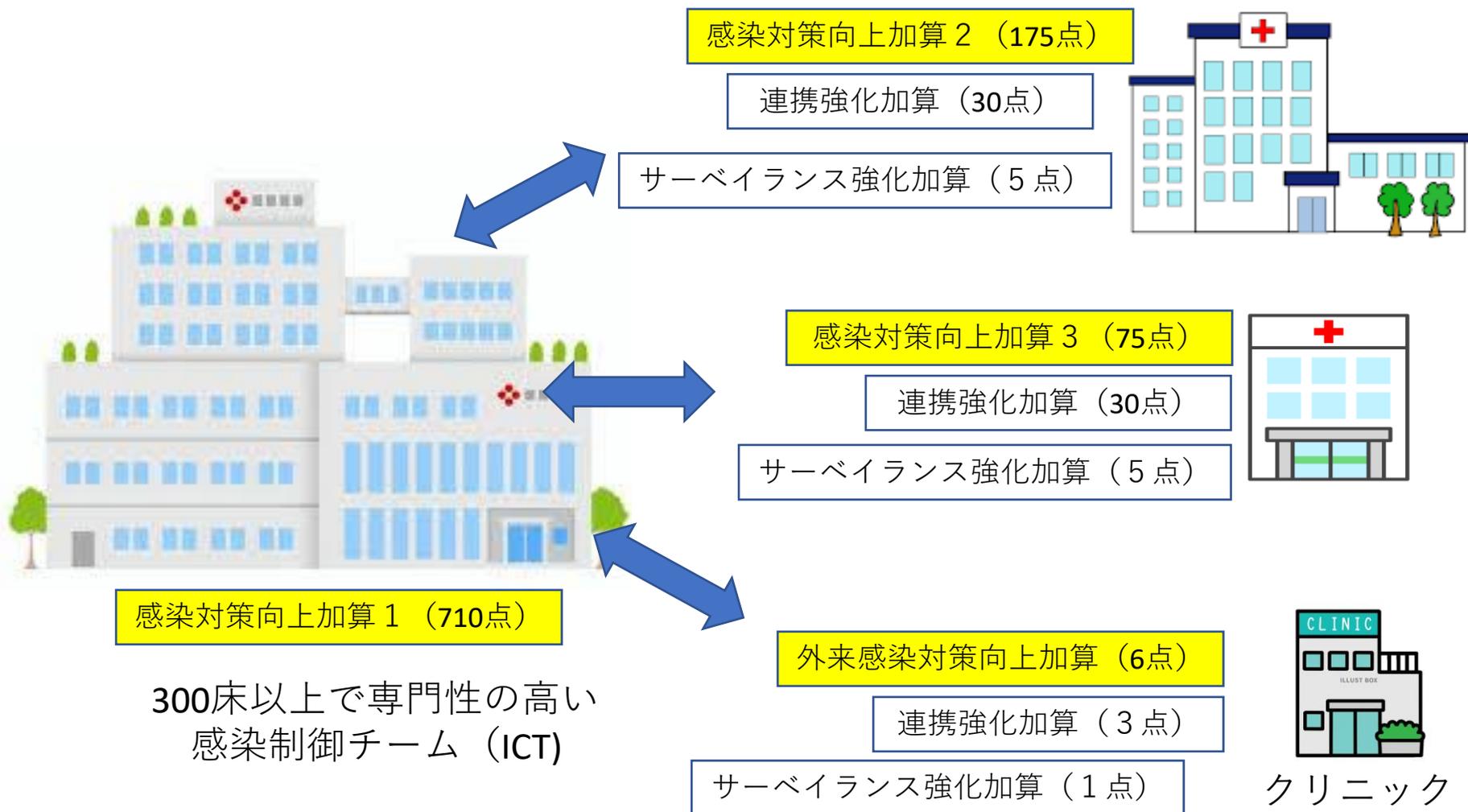
感染対策向上加算に組み替え

現行	改定案
感染防止対策加算	感染対策向上加算
感染防止対策加算 1 390点	感染対策向上加算 1 710点
感染防止対策加算 2 90点	感染対策向上加算 2 175点
加算 1 を充実して、加算 2 を 2, 3 に広げた 加算 3 は専任の常勤医師と看護師 から成る感染制御チームの設置で 要件を緩和した	感染対策向上加算 3 75点
	外来感染対策向上加算 (診療所) 6点

加算の加算でさらに評価

加算の加算	対象	内容
指導強化加算	加算1取得医療機関	加算2・3取得医療機関に対し「院内感染対策にかかる助言を行う」体制を敷いている（年4回以上の助言実績が必要）ことを評価する
連携強化加算	加算2・3取得医療機関	加算1取得医療機関との連携体制（年4回以上の感染症発生・抗菌剤使用状況を報告）を評価する
サーベイランス強化加算	加算2・3取得医療機関	地域における感染防止対策に資する情報提供体制（院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）など地域・全国のサーベイランスに参加）を評価する

感染対策向上加算の概要



2. 働き方改革

- ①地域医療体制確保加算
- ②手術・処置の休日・時間外・深夜加算
- ③医師事務作業補助者
- ④看護特定行為
- ⑤看護職の負担軽減

2024年4月から 医師の時間外労働時間の上限規定

- 超過重労働（上位10%、2万人）の時間外労働短縮が最優先事項
 - 「時間外労働年1860時間」は36協定でも超えられない上限
- 水準A（2024年度以降適用される水準）
 - 勤務医に2024年度以降適用される水準
 - 時間外労働年960時間以内・月100時間未満
- 水準B（地域医療確保暫定特例）
 - 地域医療確保暫定特例水準
 - 時間外労働年1860時間以内・月100時間未満
- 水準C（技能向上）
 - 若手医師が短期間に集中的に行う技能向上のため
- * 連続勤務時間制限28時間、勤務間インターバル9時間
- 働き方改革を進めるためには、地域での医療連携、さらには医療機関の集約も必要

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

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

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

960時間

2024年以降適用される

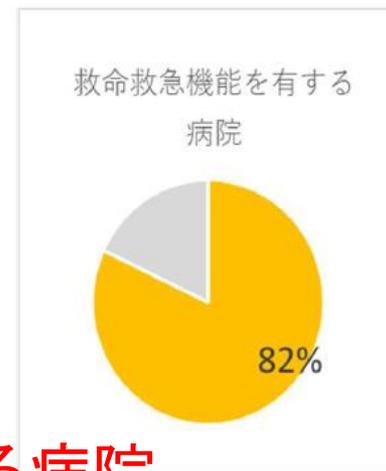
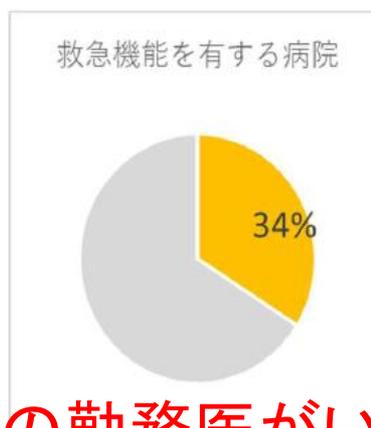
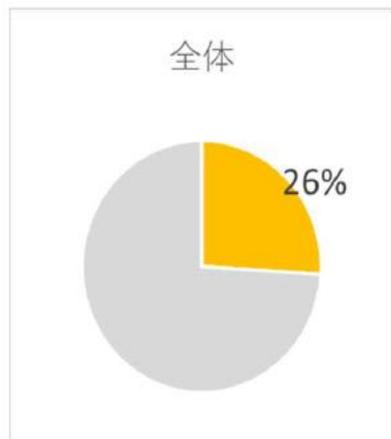
水準A

2024年4月から2
万人の医師の時間
外労働が出来
なくなる！

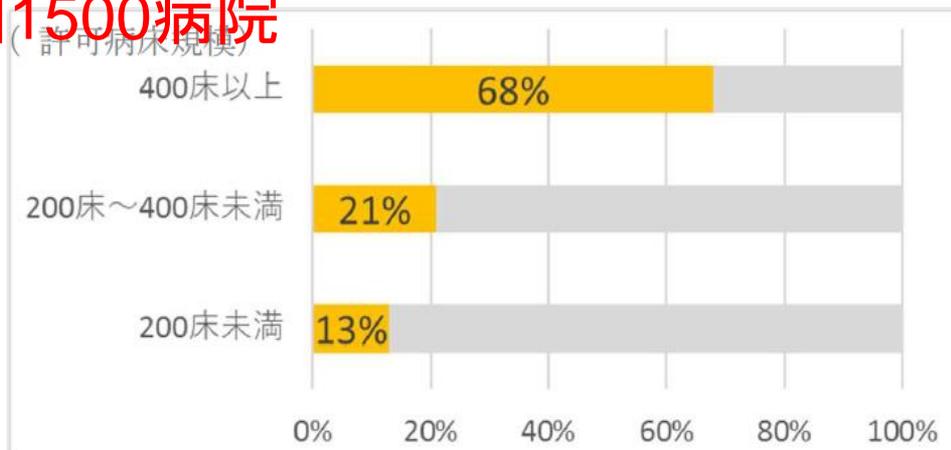
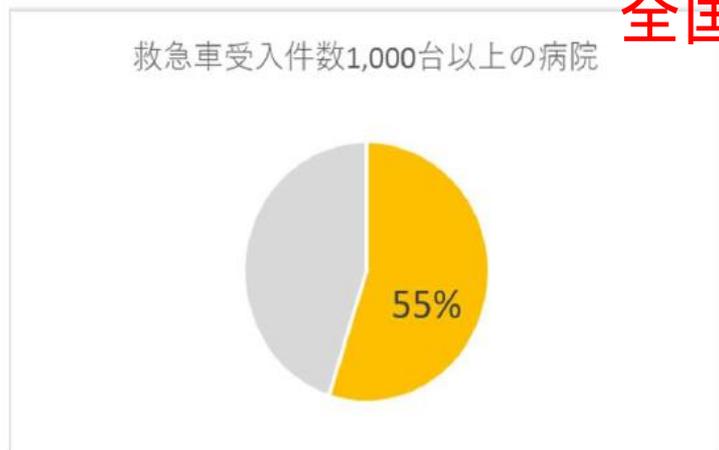
暫定特例水準対象を除き、
2024.4以降、年960時間を超え
る時間外労働の医師は存在し
てはならないこととなる

地域医療確保暫定特例水準(案)を超える働き方の医師がいる病院

週勤務時間が80時間を超える者がいる病院の割合



**B水準超の勤務医がいる病院
全国1500病院**



※「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」「診療外時間」「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。

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な対応として新設(改定率0.08%、公費126億円分を充当)。



[算定要件]

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

[施設基準]

[救急医療に係る実績]

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

[病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制]

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

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

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

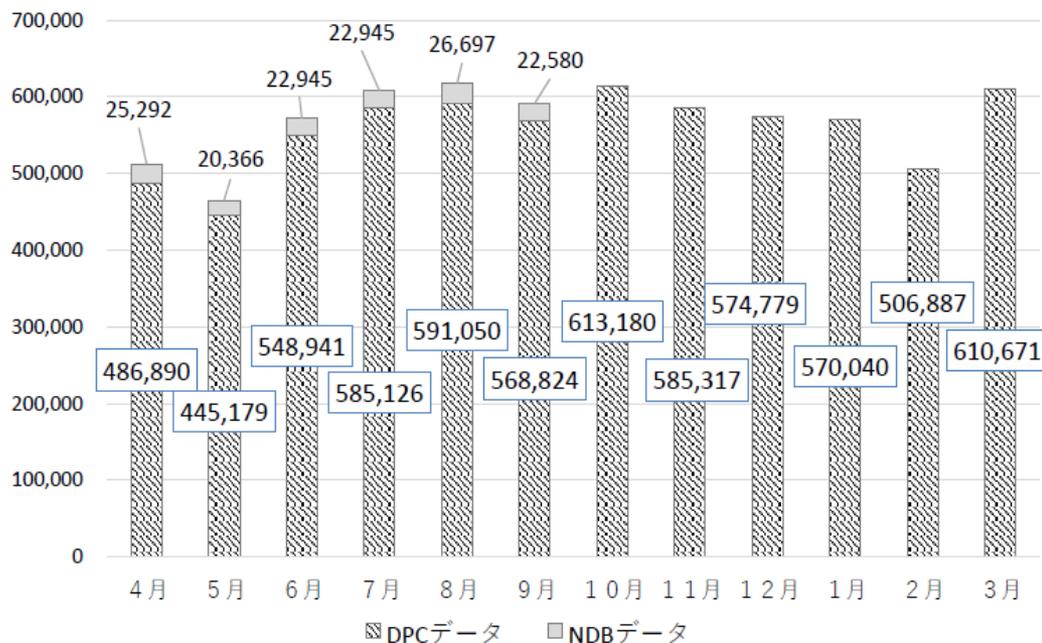
- ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
- イ 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ウ 勤務間インターバルの確保
- エ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- オ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- カ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- キ 短時間正規雇用医師の活用



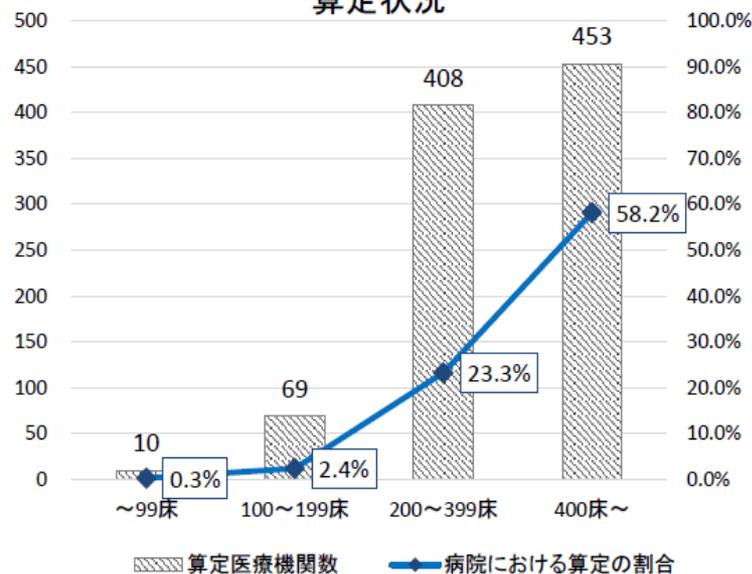
地域医療体制確保加算の算定状況

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

地域医療体制確保加算の算定回数



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）

※ 出典 DPCデータ（令和3年3月）
令和元年医療施設（動態）調査

【Ⅱ－1 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－
①】

① 地域医療体制確保加算の見直し

第1 基本的な考え方

地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 地域の救急医療体制における過酷な勤務環境を踏まえ、周産期医療又は小児救急医療を担う医療機関を、地域医療体制確保加算の対象医療機関に追加するとともに、評価を見直す。

周産期、
小児救急

100点
アップ

改定案	現行
<p>【地域医療体制確保加算】 地域医療体制確保加算 620点</p> <p>[施設基準] 三十五の十一 地域医療体制確保加算の施設基準 (1) 救急搬送、<u>周産期医療又は小児救急医療</u>に係る実績を相当程度有していること。 (2) (略)</p> <p>第26の10 地域医療体制確保加算 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 (9) 以下のアからオまでのいずれか</p>	<p>【地域医療体制確保加算】 地域医療体制確保加算 <u>520点</u></p> <p>[施設基準] 三十五の十一 地域医療体制確保加算の施設基準 (1) 救急搬送に係る実績を相当程度有していること。 (2) (略)</p> <p>第26の10 地域医療体制確保加算 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 (9) 救急医療に係る実績として、救</p>

2. 医師の働き方改革をより実効的に進めるため、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に沿った計画の作成を地域医療体制確保加算の要件に追加する。

改 定 案	現 行
<p>【地域医療体制確保加算】 [施設基準] 第26の10 地域医療体制確保加算 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 (3) (略) ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、<u>「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」</u>(以下「<u>時短計画作成ガイドライン</u>」という。)に基づき、「<u>医師労働時間短縮計画</u>」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。 (削除)</p>	<p>【地域医療体制確保加算】 [施設基準] 第26の10 地域医療体制確保加算 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 (3) (略) ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、<u>「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画</u>」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。 ④ <u>③の計画は、現状の病院勤務医の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負</u></p>

医師の時短
計画を策定

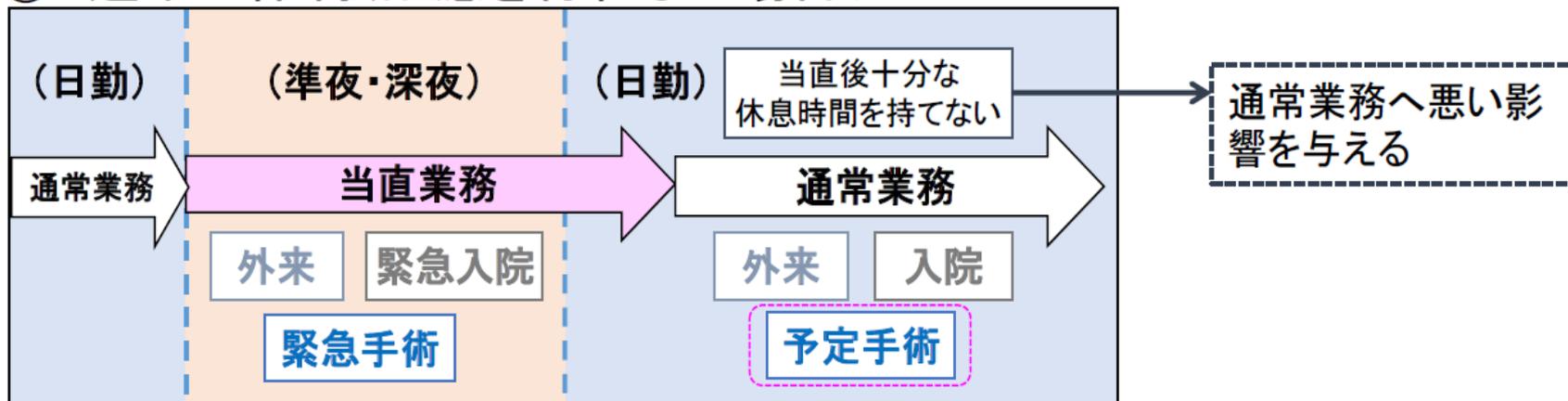
②手術・処置の休日・ 時間外・深夜加算



「予定手術前の当直への配慮」のイメージ

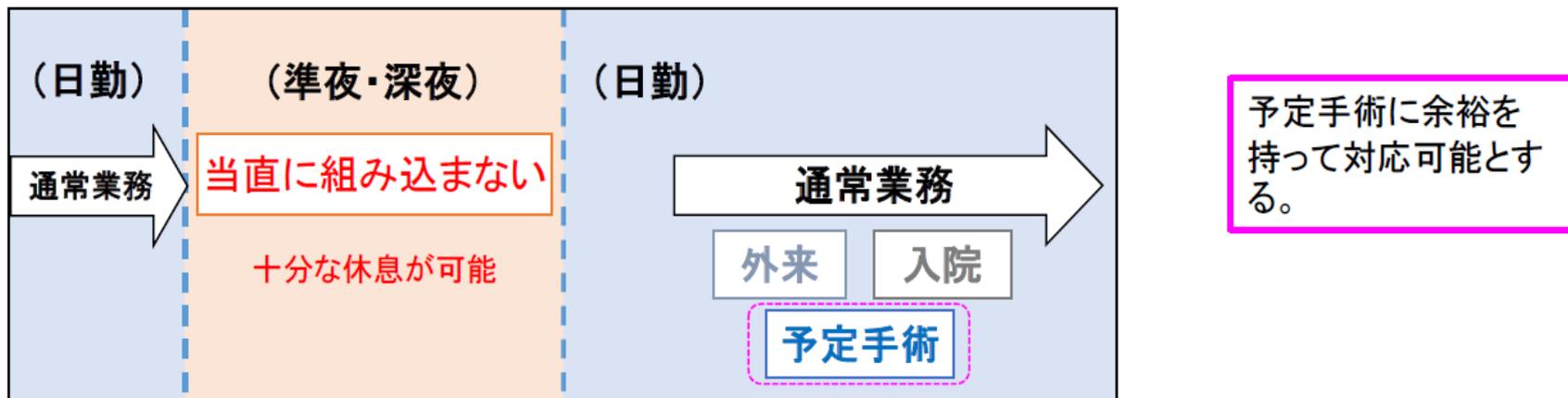
中医協 総-1(抜粋)
25.12.6

① 通常の体制(配慮を行わない場合)



「予定手術前の当直」に組み込まない

② 配慮を行う場合



【Ⅱ－3 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－①】

① 勤務医の負担軽減の取組の推進

第1 基本的な考え方

勤務医の負担軽減の取組を推進する観点から、手術及び処置に係る時間外加算1等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

手術及び処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の要件について、手術前日の当直回数に加え、連続当直の回数に係る制限を追加するとともに、診療科全体における当直回数から、医師1人当たりの当直回数に規制範囲を変更する。また、当直等を行った日の記録に係る事務負担の軽減を行う。

連続当直制限、
医師1人当たり
の当直回数制限
を加える

改定案	現行
<p>【時間外加算1（処置・手術通則）】 【施設基準】 当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における当直や夜勤に対する配次のいずれも実施していること。</p> <p>ア及びイの事項について 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番（以下「当直等」という。）を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日</p> <p>イ 当該加算を算定している全ての診療科において2日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った者がある場合は、該当する当直を行</p>	<p>【時間外加算1（処置・手術通則）】 【施設基準】 6 当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。</p> <p>(2) 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番（以下「当直等」という。）を行っている者があるか確認し、当直等を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日の一覧を作成していること。また、当該記録について、毎年1月から12月までのものを作成し、少なくとも5年間保管していること。</p>

② 医師事務作業補助者



病院勤務医の事務負担の軽減

医師事務作業補助体制加算(平成20年度改定において新設)

- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員(医師事務作業補助者)を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む(※)ことが要件となっている。

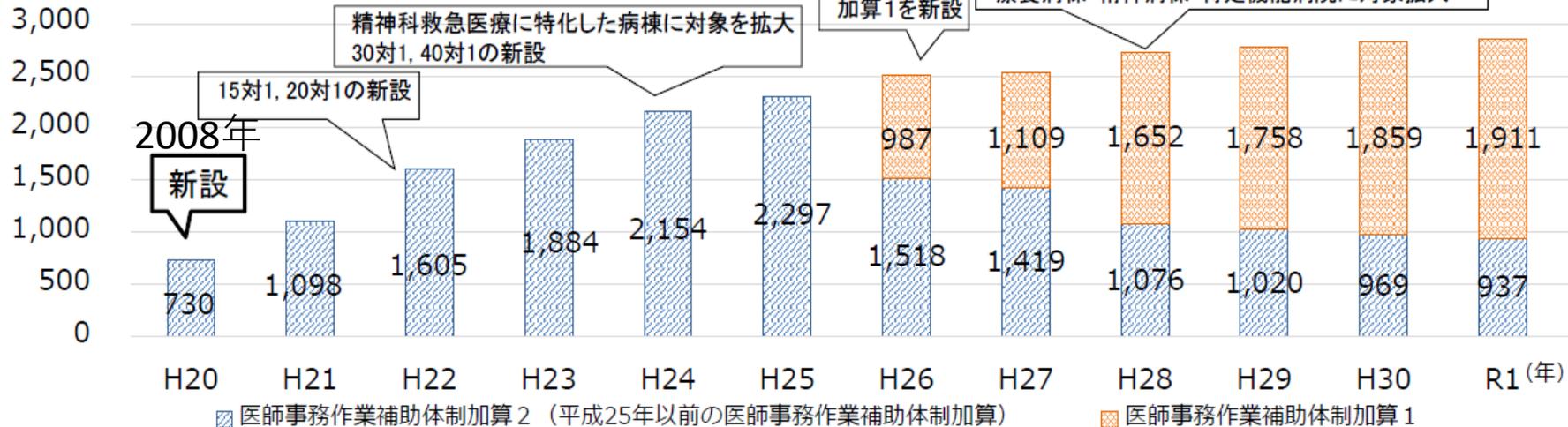
※ ①(必須)及び②~⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 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(必須)
- ② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用

医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	970点/910点
20対1	758点/710点
25対1	630点/590点
30対1	545点/510点
40対1	455点/430点
50対1	375点/355点
75対1	295点/280点
100対1	248点/238点

医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移

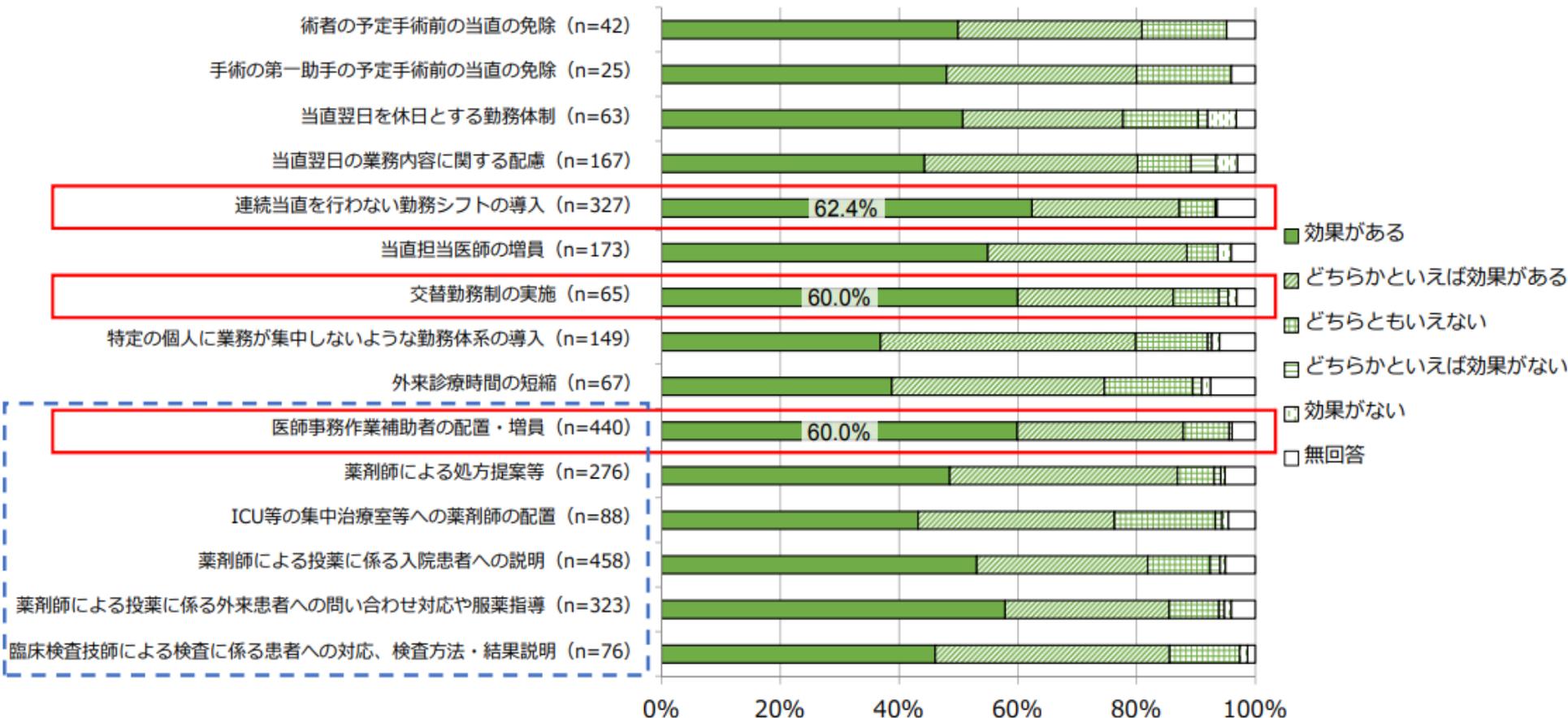
(医療機関数)



勤務医の負担軽減策の効果(医師の回答)

- 勤務医の負担軽減策として、医師が効果があるとして選択したものは、上から「連続当直を行わない勤務シフトの導入」「交替勤務制の実施」「医師事務作業補助者の配置・増員の配置・増員」であった。
- 他職種との業務の分担に関する項目も、効果のある負担軽減策として選択されていた。

＜診療科で実施している勤務医の負担軽減策の効果＞
(当該負担軽減策を実施している診療科に所属する医師)



医師事務作業補助体制加算の評価に係る経緯②

平成26年度以前	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
30対1	410点
40対1	330点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点

平成26年度改定		
医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
15対1	<u>860点</u>	810点
20対1	<u>648点</u>	610点
25対1	<u>520点</u>	490点
30対1	<u>435点</u>	410点
40対1	<u>350点</u>	330点
50対1	<u>270点</u>	255点
75対1	<u>190点</u>	180点
100対1	<u>143点</u>	138点

平成28年度改定		
医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
15対1	<u>870点</u>	810点
20対1	<u>658点</u>	610点
25対1	<u>530点</u>	490点
30対1	<u>445点</u>	410点
40対1	<u>355点</u>	330点
50対1	<u>275点</u>	255点
75対1	<u>195点</u>	180点
100対1	<u>148点</u>	138点

平成30年度改定		
医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
15対1	<u>920点</u>	<u>860点</u>
20対1	<u>708点</u>	<u>660点</u>
25対1	<u>580点</u>	<u>540点</u>
30対1	<u>495点</u>	<u>460点</u>
40対1	<u>405点</u>	<u>380点</u>
50対1	<u>325点</u>	<u>305点</u>
75対1	<u>245点</u>	<u>230点</u>
100対1	<u>198点</u>	<u>188点</u>

令和2年度改定		
医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
15対1	<u>970点</u>	<u>910点</u>
20対1	<u>758点</u>	<u>710点</u>
25対1	<u>630点</u>	<u>590点</u>
30対1	<u>545点</u>	<u>510点</u>
40対1	<u>455点</u>	<u>430点</u>
50対1	<u>375点</u>	<u>355点</u>
75対1	<u>295点</u>	<u>280点</u>
100対1	<u>248点</u>	<u>238点</u>

【Ⅱ-4 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-①】

① 医師事務作業補助体制加算の見直し

第1 基本的な考え方

勤務医の働き方改革を推進し、質の高い医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要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

医師事務作業補助者が実施可能な業務に係る整理等を踏まえ、医師事務作業補助体制加算1及び2について、医師事務作業補助者の経験年数に着目した評価に見直す。

改定案	現行
【医師事務作業補助体制加算】	【医師事務作業補助体制加算】
1 医師事務作業補助体制加算1	1 医師事務作業補助体制加算1
イ 15対1補助体制加算	イ 15対1補助体制加算
1,050点	970点
ロ 20対1補助体制加算	ロ 20対1補助体制加算
835点	758点
ハ 25対1補助体制加算	ハ 25対1補助体制加算
705点	630点
ニ 30対1補助体制加算	ニ 30対1補助体制加算
610点	545点
ホ 40対1補助体制加算	ホ 40対1補助体制加算
510点	455点
ヘ 50対1補助体制加算	ヘ 50対1補助体制加算
430点	375点
ト 75対1補助体制加算	ト 75対1補助体制加算
350点	295点
チ 100対1補助体制加算	チ 100対1補助体制加算
300点	248点
2 医師事務作業補助体制加算2	2 医師事務作業補助体制加算2
イ 15対1補助体制加算	イ 15対1補助体制加算
975点	910点
ロ 20対1補助体制加算	ロ 20対1補助体制加算
770点	710点
ハ 25対1補助体制加算	ハ 25対1補助体制加算
645点	590点

一律
アップ

③看護特定行為



特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

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

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

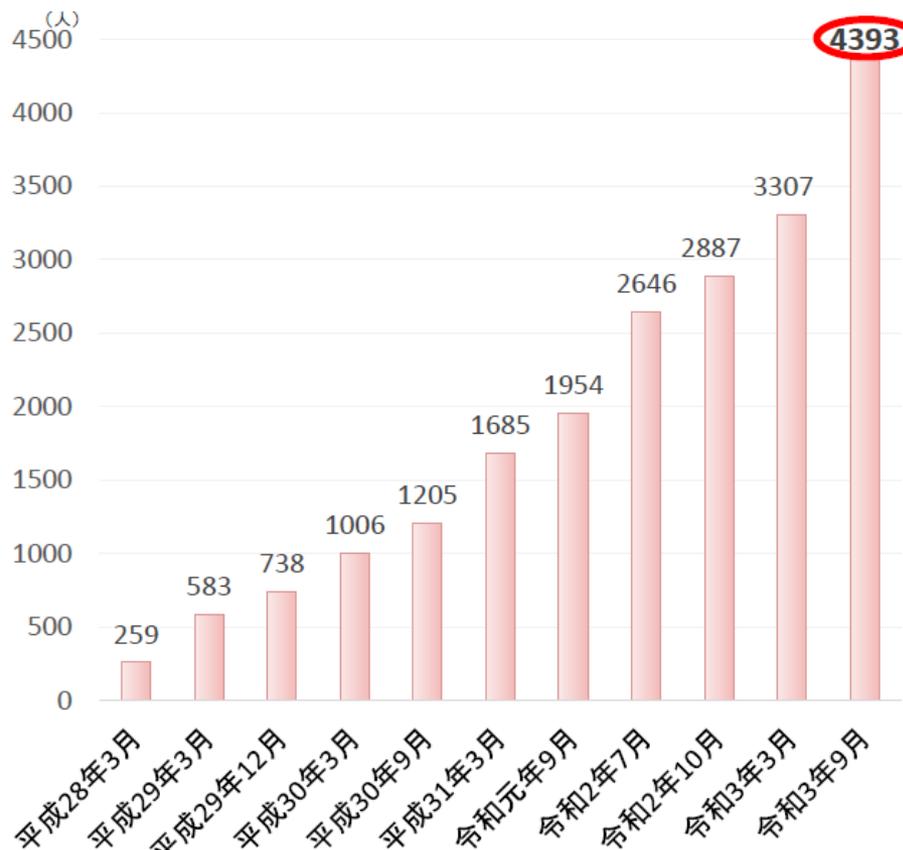
特定行為に係る看護師の研修制度 指定研修機関数・研修修了者の推移

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

■指定研修機関数の推移

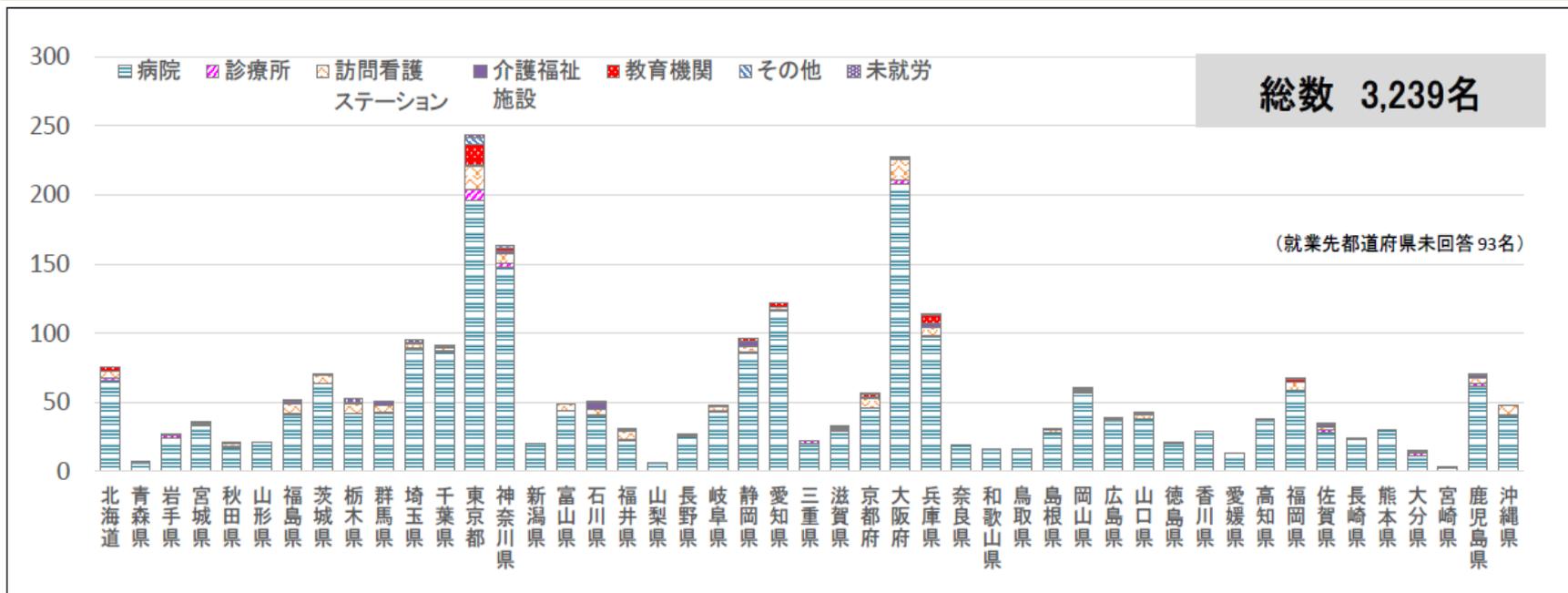


■研修修了者数の推移

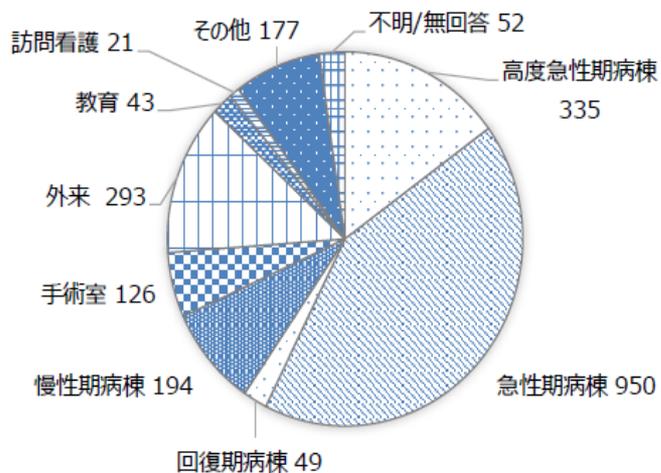


(看護課調べ)

都道府県別 特定行為研修修了者就業状況



病院に就業する修了者の活動場所



【就業場所別修了者数】

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

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

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 <input type="radio"/> 創傷管理関連 <input type="radio"/> 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>	<input type="radio"/> 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>	<input type="radio"/> 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つて、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者。 ア 意識障害又は昏睡 イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 ウ 急性心不全（心筋梗塞含む） エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害 キ 広範囲熱傷 ク 大手術後 ケ 救急蘇生後 コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態 特定集中治療室管理料1及び2の施設基準で求める「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」</p>	以下の8区分をすべて修了した場合 <input type="radio"/> 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 <input type="radio"/> 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 <input type="radio"/> 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 <input type="radio"/> 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 <input type="radio"/> 循環動態に係る薬剤投与関連 <input type="radio"/> 術後疼痛関連 <input type="radio"/> 循環器関連 <input type="radio"/> 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)～(ロ)、(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、いずれの区分であっても該当する。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は訪問看護ステーション等の看護師等が当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、使用した薬剤の費用については薬剤料、特定保険医療材料の費用については特定保険医療材料により、当該保険医療機関において算定する。</p> <p>011 膀胱瘻用カテーテル 012 交換用胃瘻カテーテル (1) 胃留置型①バンパー型 ア ガイドワイヤーあり ガイドワイヤーなし ②バルーン型 (2) 小腸留置 ①バンパー型 ②一般型 013 局所陰圧閉鎖処置用材料 014 陰圧創傷治療用カートリッジ</p>	<p>特定保険医療材料の算定に関連する特定行為</p> <p>①ろう孔管理関連</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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

特定行為研修修了者配置による医師の労働時間への影響

(研究方法)

デザイン: 後ろ向き調査及び研修修了者へのヒアリング

調査項目: 出退勤時刻に基づいた医師の年間勤務時間

調査期間: 特定行為研修修了者配置前 2016年度

特定行為研修修了者配置後 2017年・2018年度

調査施設: 特定機能病院(500床以上)

修了者の配置: 心臓血管外科に2名の

特定行為研修修了者(21区分修了)を配置

(研究結果)

特定行為研修修了者の配置前と比べ、

配置後に**医師の年間平均勤務時間が有意に短縮**。

	配置前	配置後	P値
医師一人あたりの年間平均勤務時間	2390.7時間 (SD:321.2)	1944.9時間 (SD:623.2)	0.008

研修修了者の活動内容

- ◆ 病棟管理を主とし、それまで医師が実施していた外来との調整や入院のベッドコントロールを実施
- ◆ 医師不在時は、病棟看護師からの相談・報告を受けて、医師の包括指示の範囲内で対処
- ◆ 修了者2名で、1か月間で28の特定行為を計281件実施

<実施内容>

術前の患者管理(検査・他科依頼・麻酔科外来)、心臓血管外科外来、病棟回診・処置の介助、看護師との合同カンファレンス、ICUでの術後管理(人工呼吸器管理など)、CV抜去やPICC挿入、輸液量の調整など

<ヒアリング前1か月間で実施した特定行為>

特定行為	実施件数
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	5
侵襲的陽圧換気の設定の変更	20
非侵襲的陽圧換気の設定の変更	3
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	10
人工呼吸器からの離脱	5
気管カニューレの交換	5
一時的ペースメーカーの操作及び管理	11
一時的ペースメーカーリードの抜去	9
経皮的心肺補助装置の操作及び管理	5
大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整	1
心嚢ドレーンの抜去	11
低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更	11
胸腔ドレーンの抜去	12
心臓外科医の勤務時間の短縮	11
壊死組織の除去	8
創部ドレーンの抜去	2
創部ドレーンの抜去	18
創部ドレーンの抜去	7
直接動脈穿刺法による採血	23
持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	7
脱水症状に対する輸液による補正	20
感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与	4
インスリンの投与量の調整	5
持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整	20
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	13
持続点滴中の降圧剤の投与量の調整	22
持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整	10
持続点滴中の利尿剤の投与量の調整	3

心臓外科医
勤務時間の
19%短縮

【Ⅱ-4 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-②】

② 特定行為研修修了者の活用の推進

第1 基本的な考え方

医師の働き方改革を一層推進する観点から、精神科リエゾンチーム加算等の要件に係る研修に特定行為研修を追加する。

第2 具体的な内容

精神科リエゾンチーム加算、栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び呼吸ケアチーム加算の要件として履修が求められている研修の種類に、特定行為に係る研修を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【精神科リエゾンチーム加算】 [施設基準] (2) (略) ア 国又は医療関係団体等が主催する研修（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。</p> <p>※ <u>栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、呼吸ケアチーム加算についても同様。</u></p>	<p>【精神科リエゾンチーム加算】 [施設基準] (2) (略) ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）。</p>

④看護職の負担軽減策



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 	

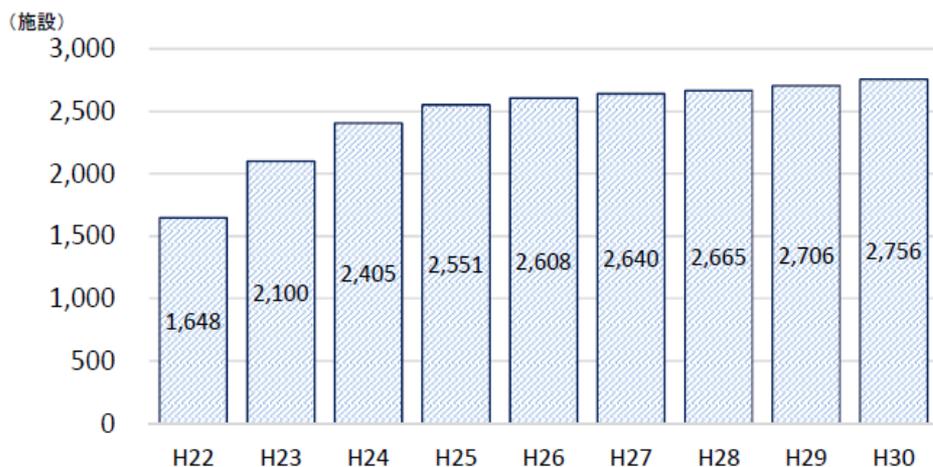
※ 結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）、専門病院入院基本料

看護職員の負担軽減に係る主な加算の届出状況

令和元年5月29日
中医協総会資料(改)

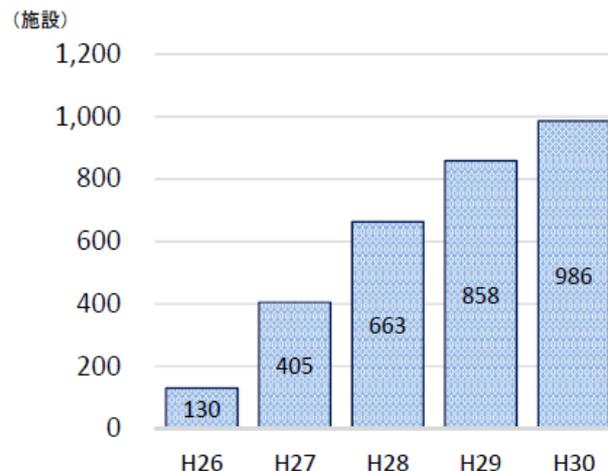
○ 看護職員の負担軽減に係る主な加算の届出医療機関数は、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算ともに増加傾向である。

■ 急性期看護補助体制加算の届出医療機関数



※平成22年度診療報酬改定において新設

■ 看護職員夜間配置加算の届出医療機関数



※平成26年度診療報酬改定において新設

- 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上) 210点
- 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満) 190点
- 50対1急性期看護補助体制加算 170点
- 75対1急性期看護補助体制加算 130点

<施設基準>

- ・緊急入院患者数200名/年以上又は総合周産期母子医療センター設置
- ・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者が、I 7%又はII 6%以上
- ・看護補助者の院内研修1回/年、業務内容・業務範囲の見直し1回/年
- ・看護職員の負担軽減及び処遇の改善に資する体制を整備 等

- 看護職員夜間12対1配置加算1 95点
- 看護職員夜間12対1配置加算2 75点
- 看護職員夜間16対1配置加算1 55点
- 看護職員夜間16対1配置加算2 30点

<施設基準>

- ・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者が、I 7%又はII 6%以上(16対1配置加算2以外)
- ・夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等を実施(加算1のみ) 等

【Ⅱ－3 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－②】

② 夜間の看護配置に係る評価及び 業務管理等の項目の見直し

第1 基本的な考え方

看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、夜間の看護配置に係る評価を見直すとともに、業務管理等の項目を見直す。

第2 具体的な内容

1. 夜勤を行う看護職員及び看護補助者に係る業務の実態等を踏まえ、夜間の看護配置に係る評価等を見直す。

改定案	現行
【夜間看護加算（療養病棟入院基本料）】 注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、1日につき <u>50点</u> を所定点数に加算する。	【夜間看護加算（療養病棟入院基本料）】 注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、1日につき <u>45点</u> を所定点数に加算する。
【看護補助加算（障害者施設等）】 注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして、1日につき <u>50点</u> を所定点数に加算する。	【看護補助加算（障害者施設等）】 注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして、1日につき <u>45点</u> を所定点数に加算する。

一律5点
プラス

看護部への ワンポイントアドバイス

- 新設の感染防止向上加算 1, 2, 3 の要件と加算の加算の要件について自院の状況をチェックしよう。
- 医師の働き方改革が2024年4月からスタートする。医師の時短計画が本格化する。
- 看護特定行為を始めとして自院のタスクシフト・タスクシェアの現状と課題を洗い出そう。

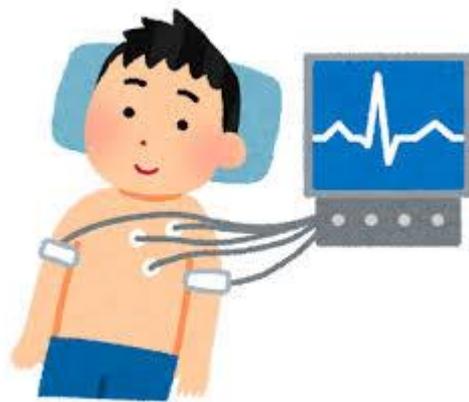


パート 3

急性期一般医療

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

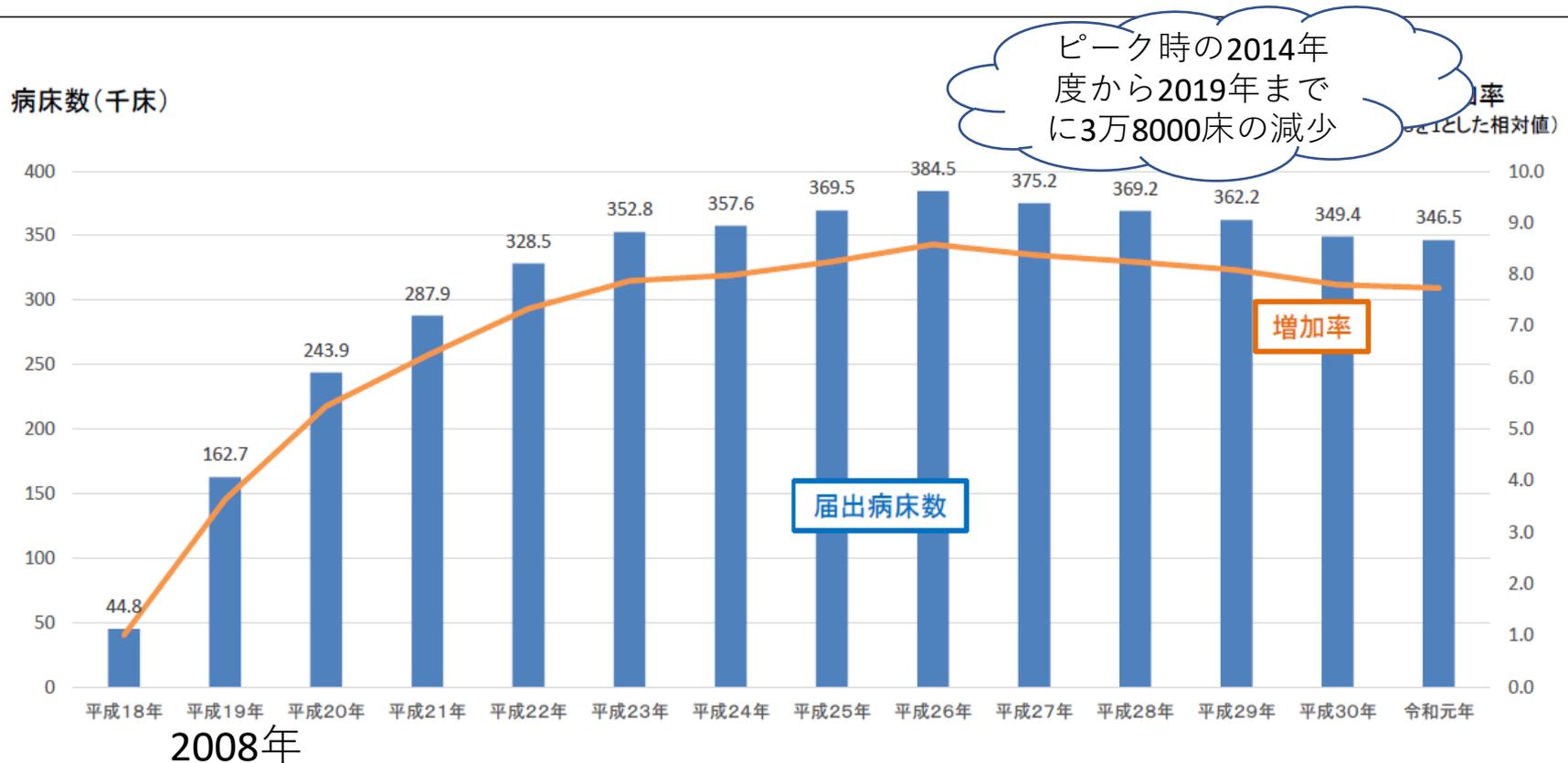
①一般病床の重症度、 医療・看護必要度



消える心電図

看護配置 7 対 1 の入院基本料の届出状況

○ 看護配置7対1の入院基本料の届出病床数は平成27年以降減少傾向。



[H18.4]
7対1入院
基本料創設

[H20.4]
重症度・看護
必要度の導入

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

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

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

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

項目見直し
で厳格化

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

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

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニター管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	I: 救急搬送後の入院(5日間) II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

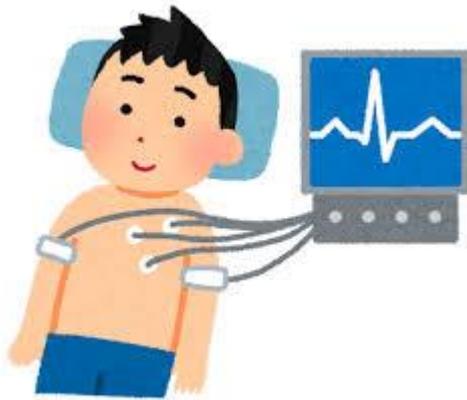
C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
23	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
24	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

[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	基準① A得点が2点以上かつB得点が3点以上 基準② A得点が3点以上 基準③ C得点が1点以上

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

A項目の心電図、
点滴3本は適切か？

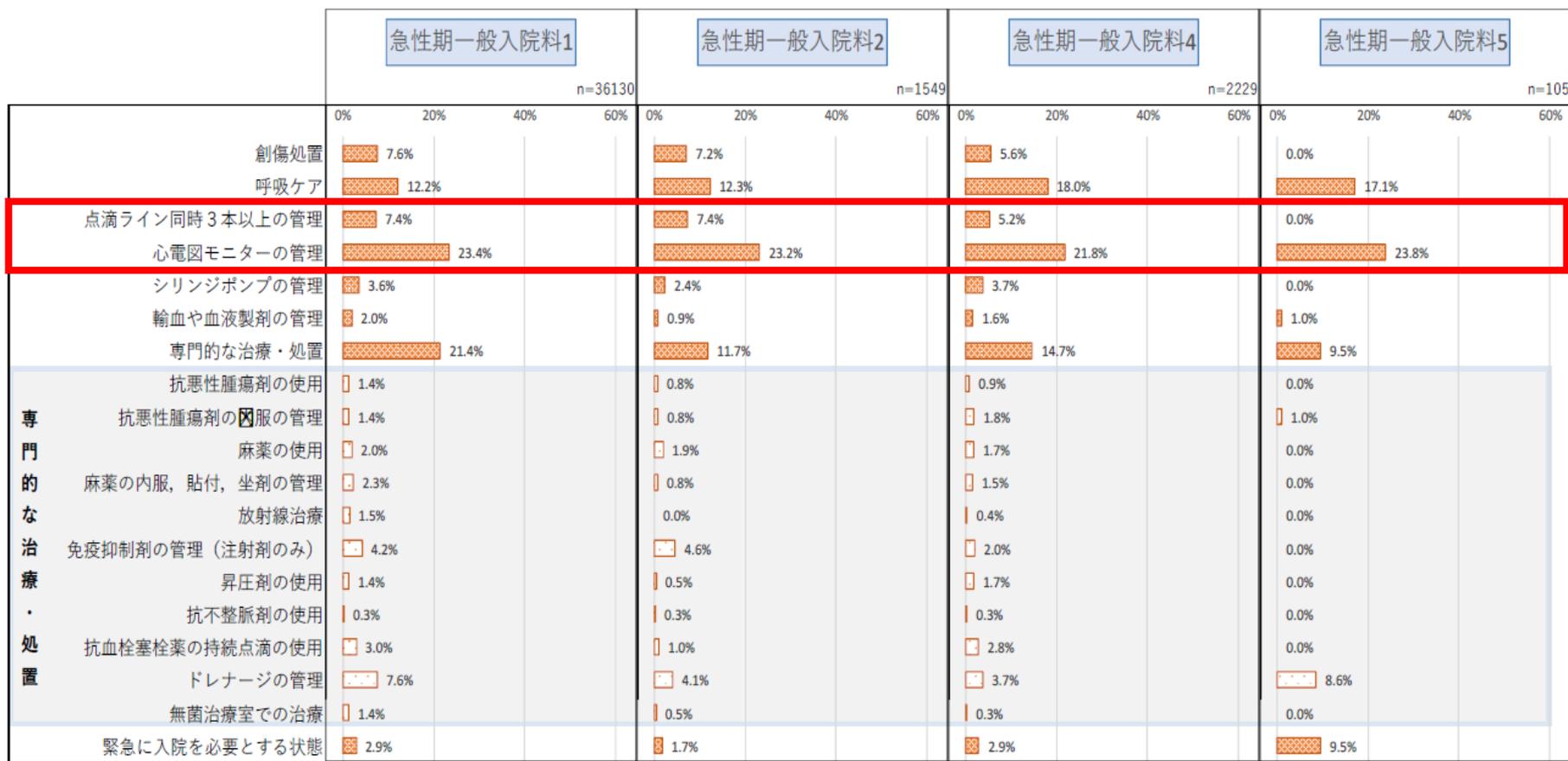


重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価項目毎の該当患者割合（A項目）

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)



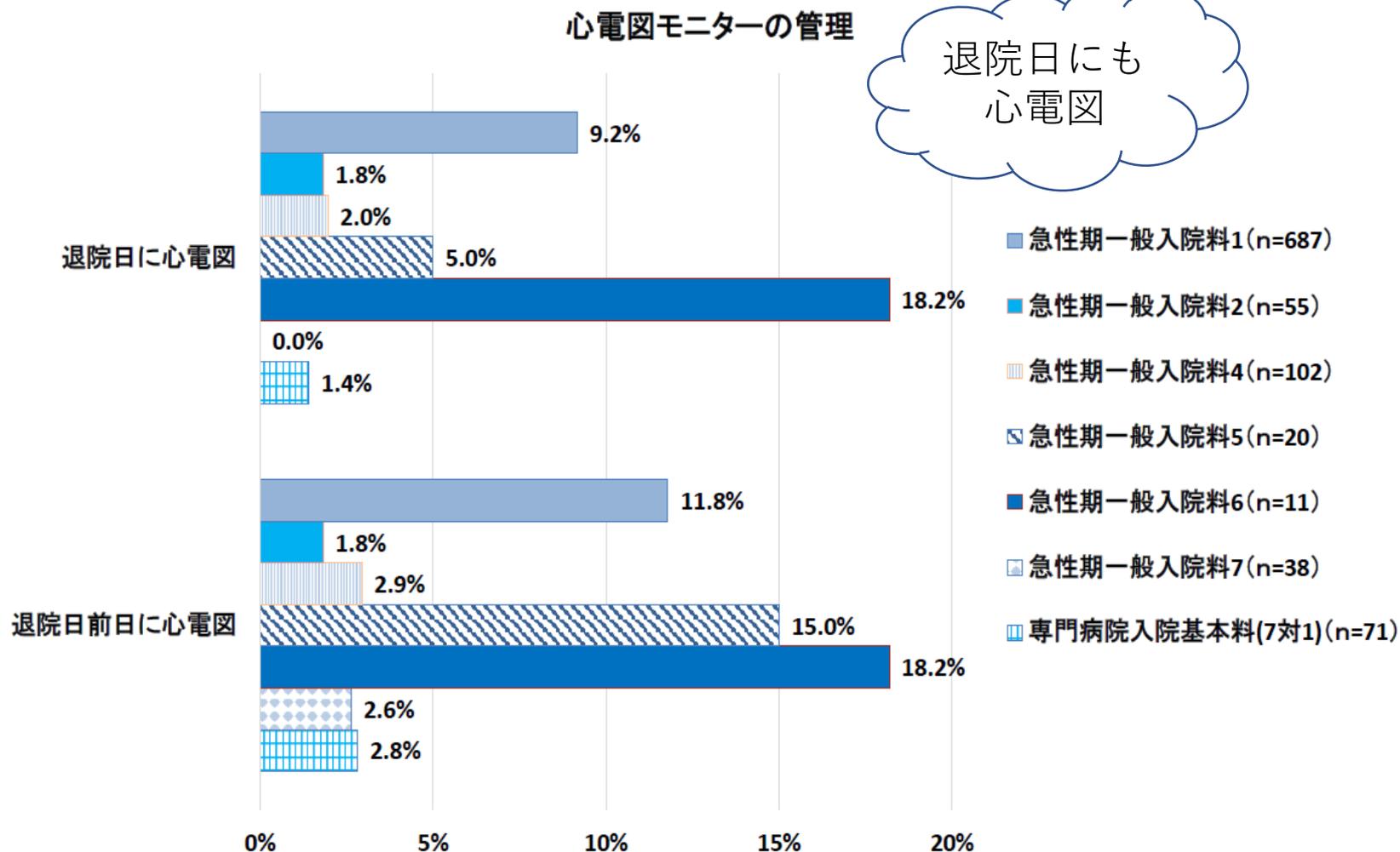
出典：令和2年度入院医療等の調査（Hファイル及びEFファイルを用いて集計）

※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「心電図モニターの管理」の該当状況について（必要度Ⅰ）

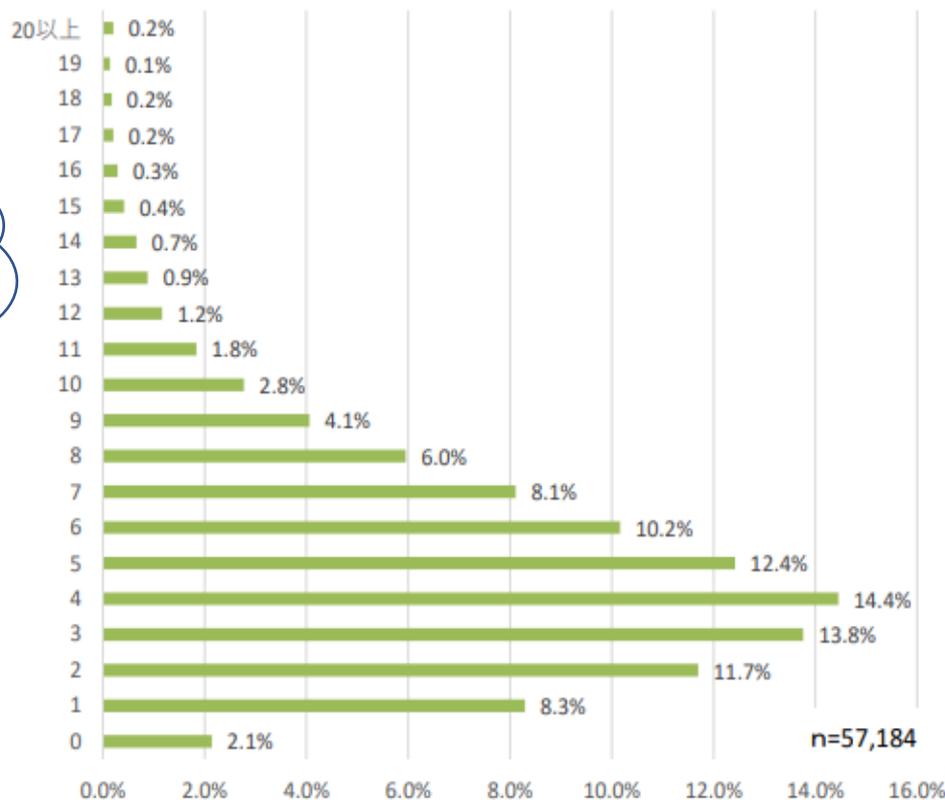
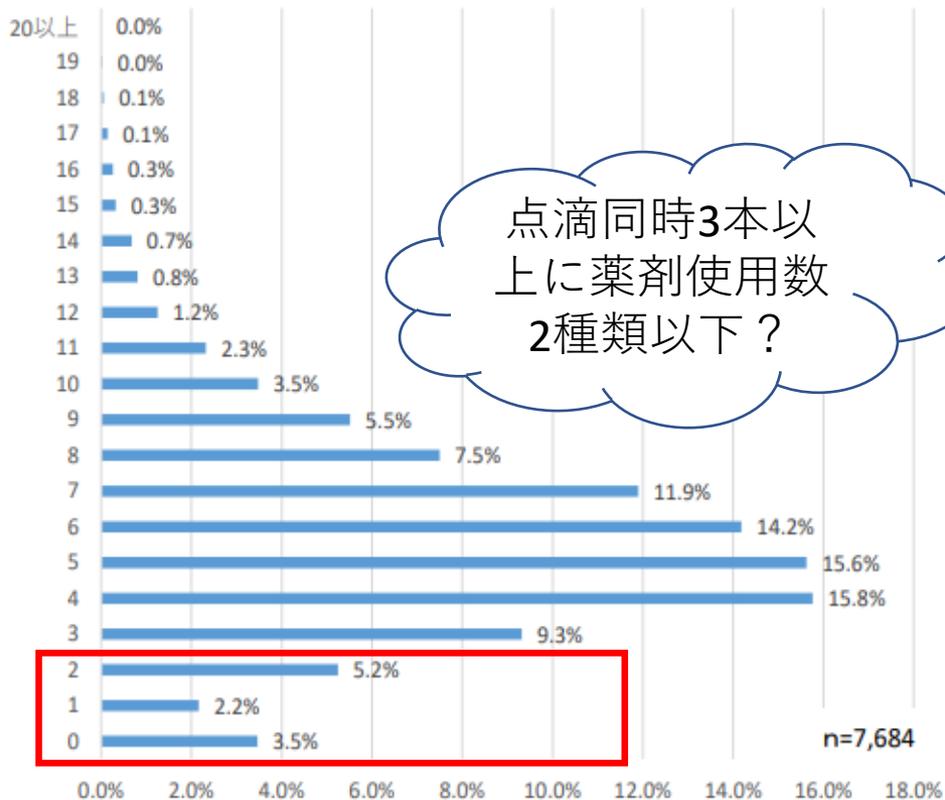
○ 自宅に退院した患者について、退院日及び退院前日の「心電図モニターの管理」についてみたところ、該当する患者割合は以下の通りであった。



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

使用薬剤数毎の該当患者割合（必要度Ⅰ）

使用薬剤数毎の該当患者割合（必要度Ⅱ）



点滴同時3本以上に薬剤使用数2種類以下？

<集計方法>

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

A項目の心電図、
点滴3本などの項目を削除し
てシミュレーション

心電図がな
くなる!?



一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のシミュレーション条件について

○ 以下の条件でシミュレーションを実施した。

使用データ

○ 令和3年4月に提出されたDPCデータ(急性期一般入院料)

シミュレーション条件

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

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

一番緩やかな案1

一番厳しい案4

シミュレーション結果 急性期一般入院料1④

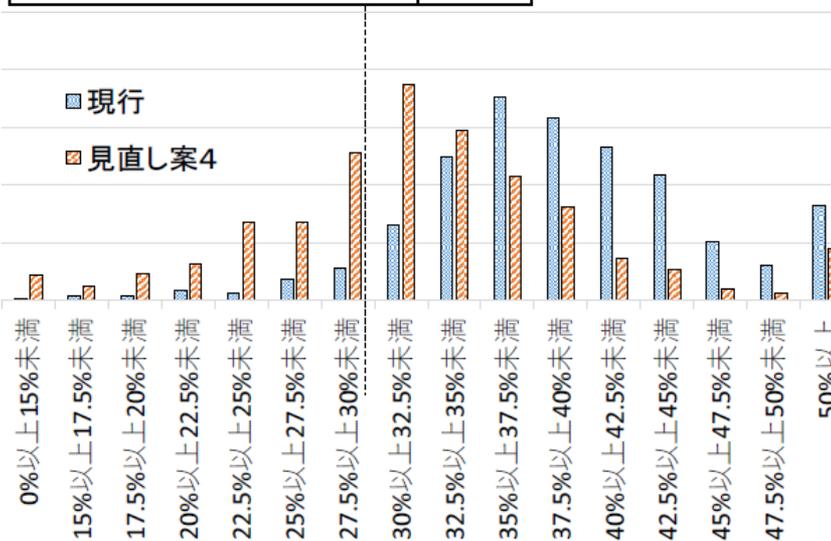
【見直し案4】

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

施設基準
必要度Ⅰ：31%
必要度Ⅱ：29%

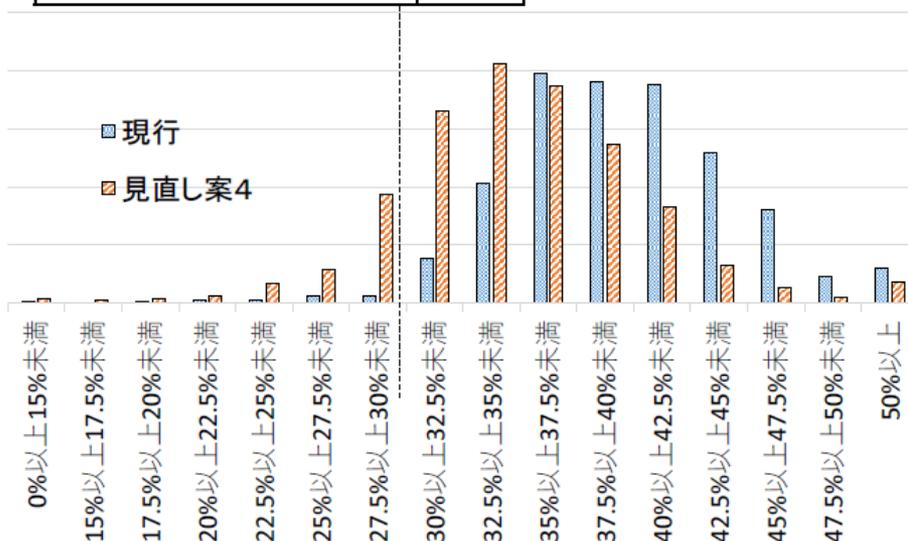
急性期一般入院料1、必要度Ⅰ (n=595)

現行の基準を満たす医療機関数	541
見直し案の基準を満たす医療機関数	351
基準を満たす医療機関数の増減	-31.9%



急性期一般入院料1、必要度Ⅱ (n=785)

現行の基準を満たす医療機関数	771
見直し案の基準を満たす医療機関数	701
基準を満たす医療機関数の増減	-8.9%



急性期一般入院料1
必要度Ⅰ + Ⅱ (n=1380)

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

シミュレーション結果 200床未満の急性期一般入院料1④

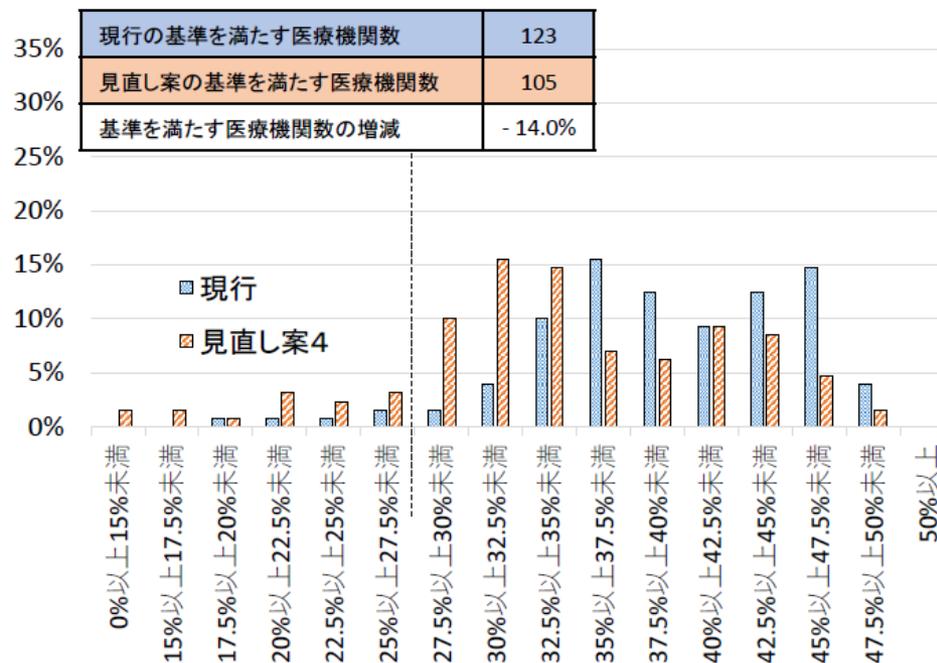
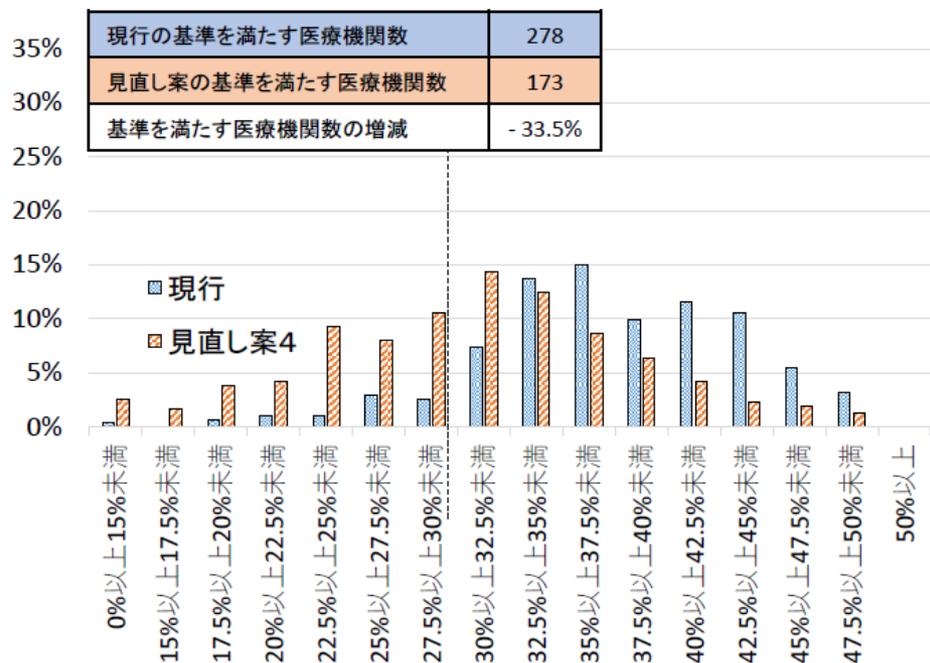
【見直し案4】

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

施設基準
 必要度Ⅰ : 31%
 必要度Ⅱ : 29%

200床未満の急性期一般入院料1、必要度Ⅰ (n=313)

200床未満の急性期一般入院料1、必要度Ⅱ (n=129)



200床未満の
 急性期一般入院料1
 必要度Ⅰ + Ⅱ (n=442)

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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のシミュレーション条件について

○ 以下の条件でシミュレーションを実施した。

使用データ

○ 令和3年4月に提出されたDPCデータ(急性期一般入院料)

シミュレーション条件

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

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

一番緩やかな案1

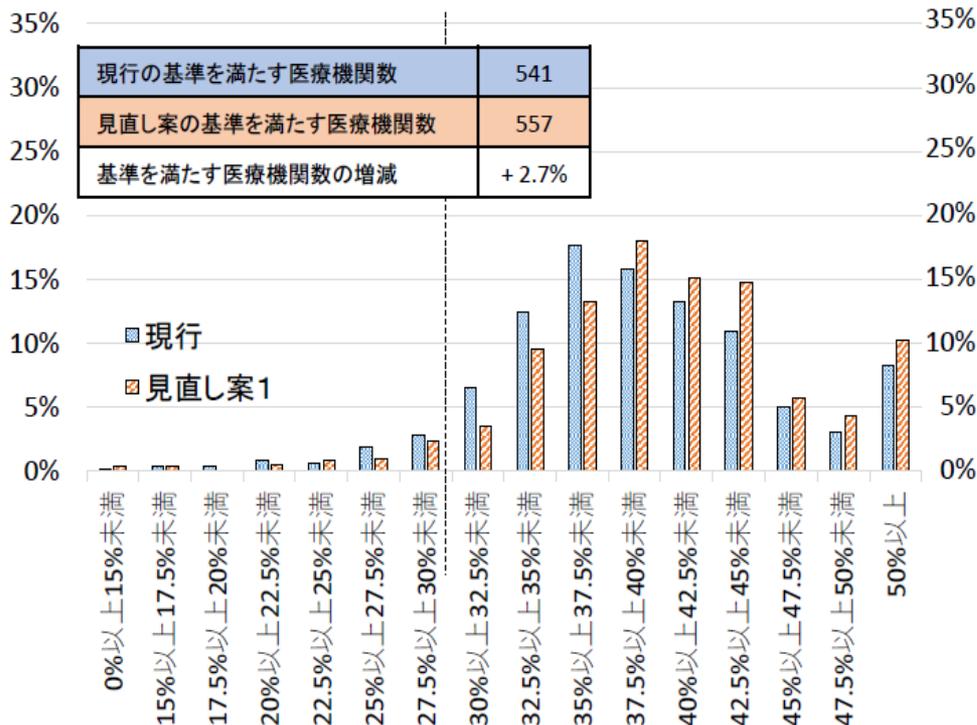
シミュレーション結果 急性期一般入院料1①

【見直し案1】

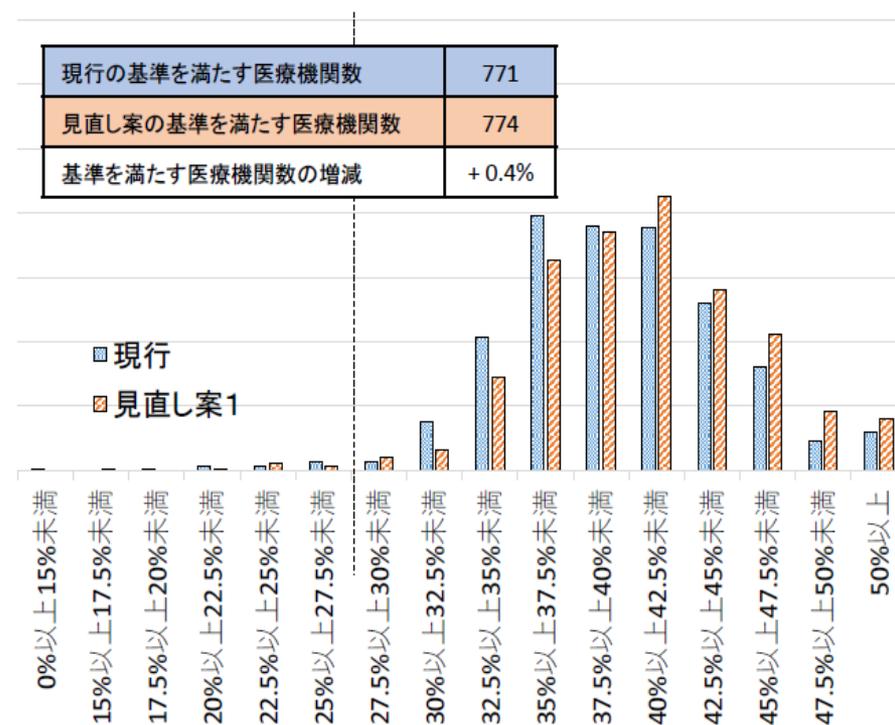
- A項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数を1点から2点に変更
- A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更

施設基準
必要度Ⅰ : 31%
必要度Ⅱ : 29%

急性期一般入院料1、必要度Ⅰ (n=595)



急性期一般入院料1、必要度Ⅱ (n=785)



急性期一般入院料1 必要度Ⅰ + Ⅱ (n=1380)

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

シミュレーション結果 200床未満の急性期一般入院料1①

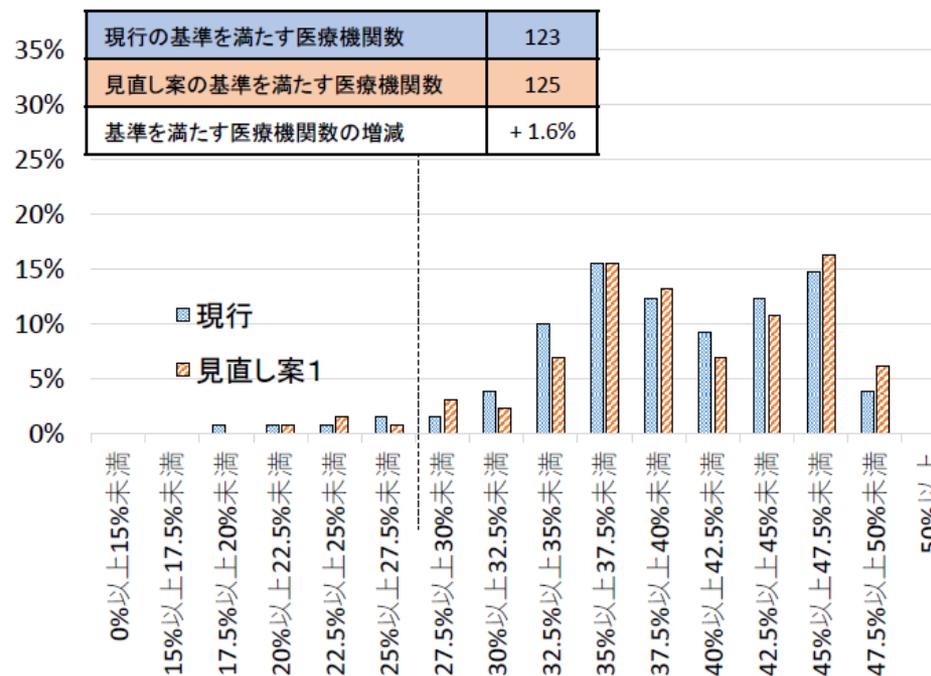
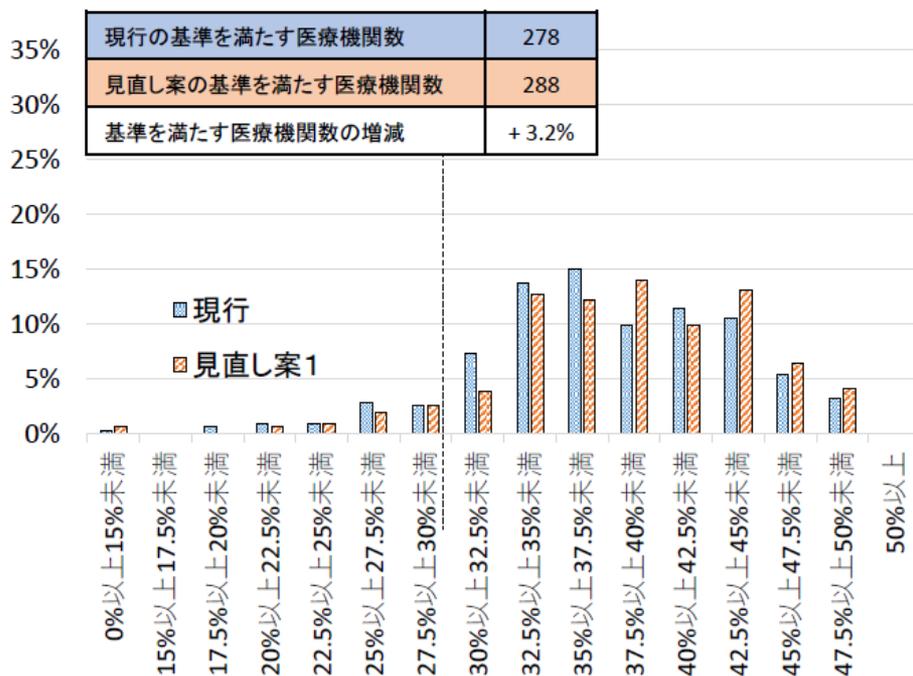
【見直し案1】

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

施設基準
必要度Ⅰ : 31%
必要度Ⅱ : 29%

200床未満の急性期一般入院料1、必要度Ⅰ (n=313)

200床未満の急性期一般入院料1、必要度Ⅱ (n=129)



200床未満の
急性期一般入院料1
必要度Ⅰ + Ⅱ (n=442)

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

中医協委員意見

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

案1と案4の間で綱引き

最終的には
公益裁定で案3に

支払側の案4

診療側の案1



2022年1月26日中医協

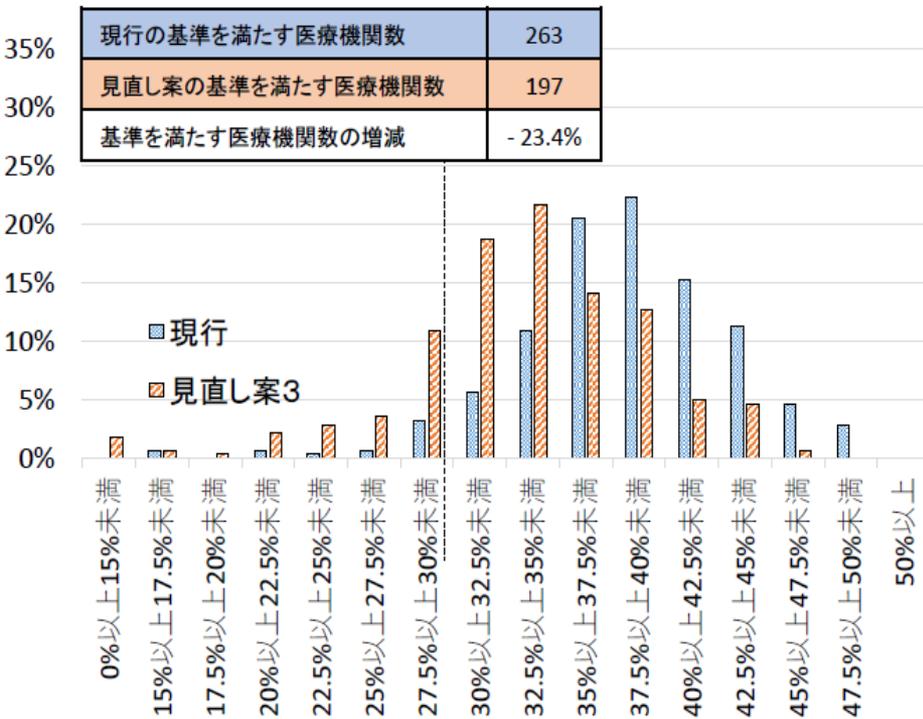
シミュレーション結果 200床以上の急性期一般入院料1③

【見直し案3】

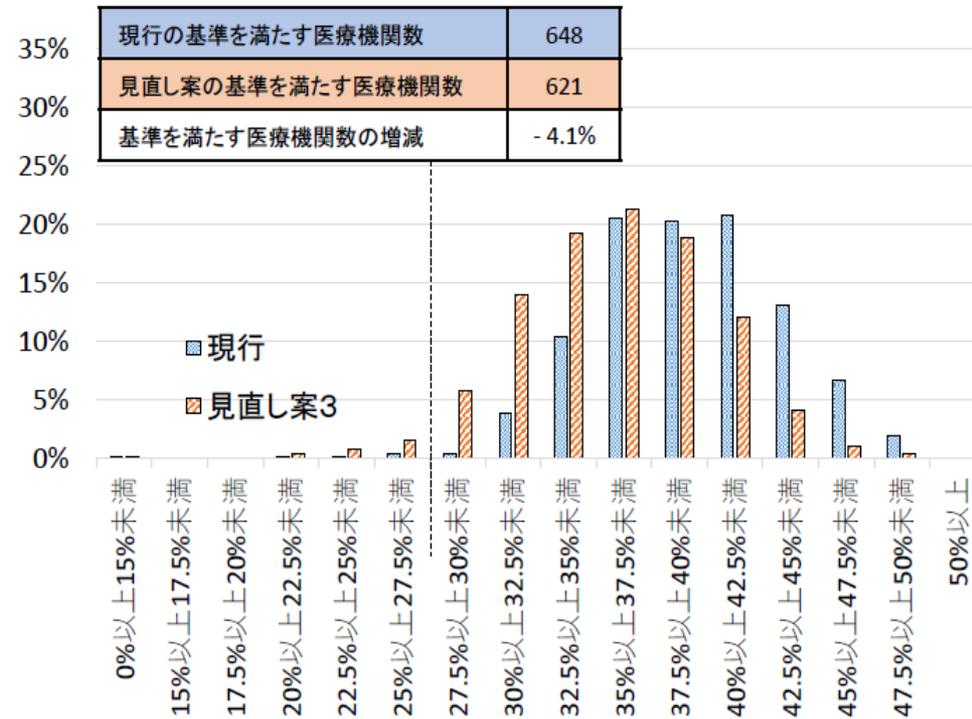
- A項目の「心電図モニター」の削除
- A項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数を1点から2点に変更
- A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更

施設基準
必要度Ⅰ：31%
必要度Ⅱ：29%

200床以上の急性期一般入院料1、必要度Ⅰ (n=282)



200床以上の急性期一般入院料1、必要度Ⅱ (n=656)



200床以上の
急性期一般入院料1
必要度Ⅰ + Ⅱ (n=938)

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

シミュレーション結果 200床未満の急性期一般入院料1③

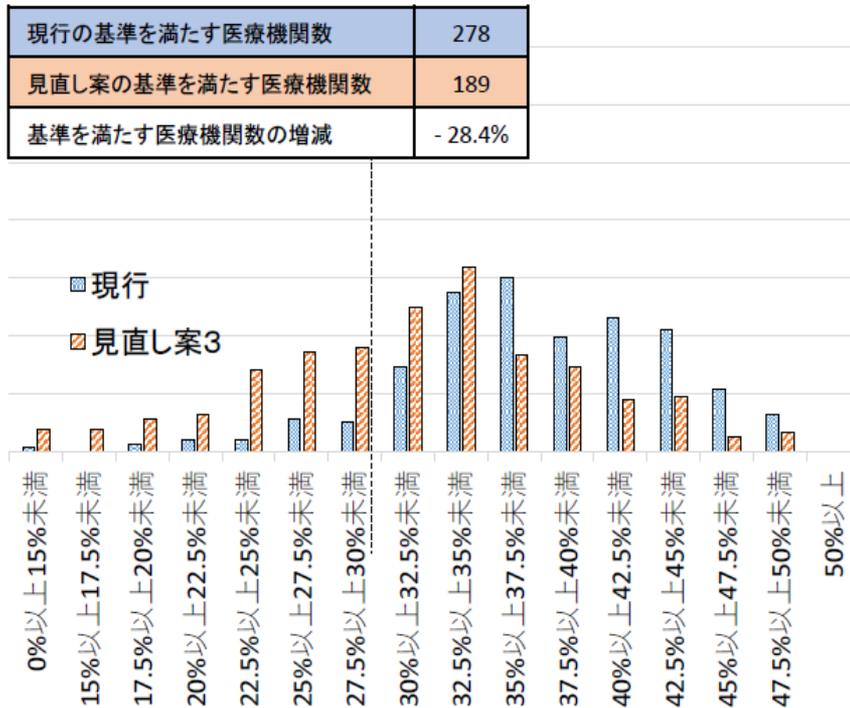
【見直し案3】

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

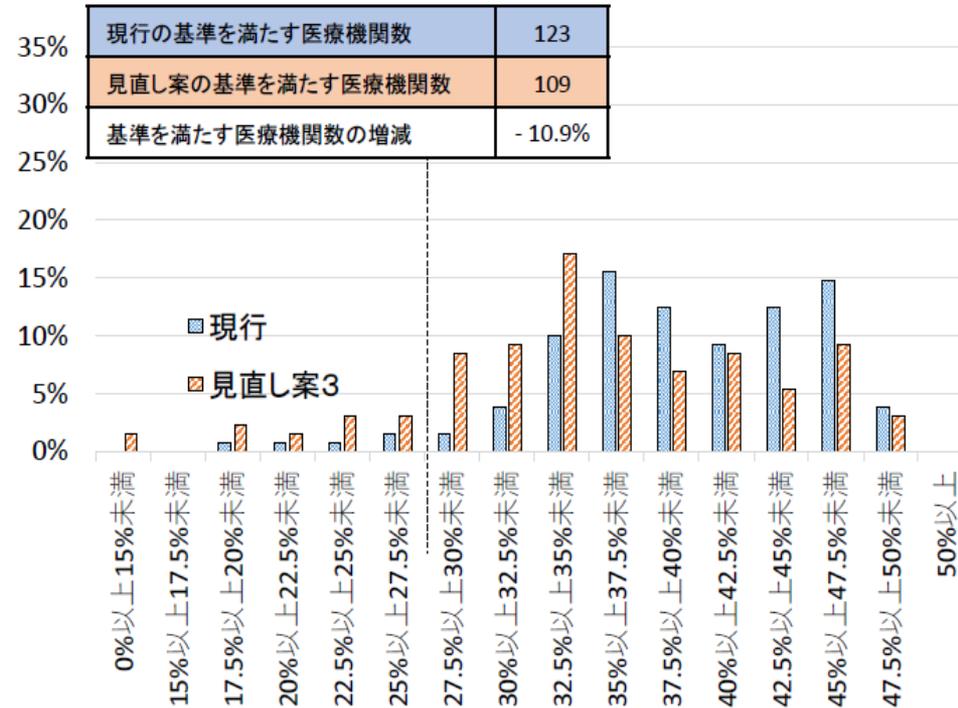
基準緩和

施設基準
 必要度 I : 31% 28%
 必要度 II : 29% 25%

200床未満の急性期一般入院料1、必要度 I (n=313)



200床未満の急性期一般入院料1、必要度 II (n=129)



200床未満の
 急性期一般入院料1
 必要度 I + II (n=442)

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

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の見直し

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

案3では
29%

入院料5
と6は
一体化

* 許可病床数 200 床未満の医療機関における基準

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

一般病棟における重症患者割合の基準値（中医協総会2022年1月26日）

心電図モニター削除で影響を受けるのは、心不全と誤嚥性肺炎

200床以下の
内科系病院が
危ない

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

②200床以上の急性期一般入院料 1 で必要度 **Ⅱ** の要件化

2018年改定で400床以上の急性期一般入院料 1 で必要度 **Ⅱ** を要件化した。

【I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-④】

④ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

前回改定では400床以上に要件化した

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

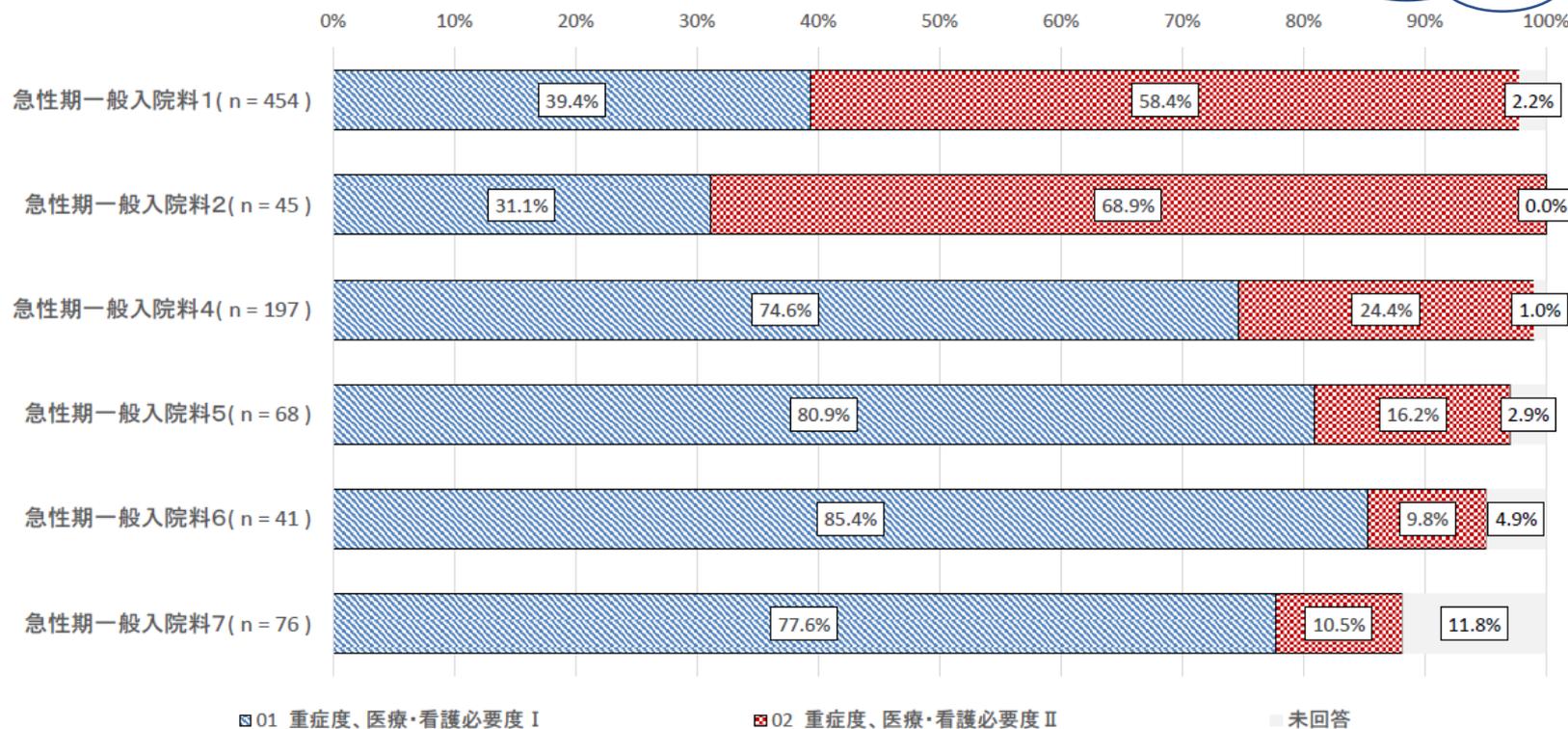
一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の届出状況

診調組 入-1
3.6.30

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

20年改定では400床以上を義務化

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別(令和2年11月1日時点)



6割

看護必要度Ⅱはいずれすべての病院で必須化になるだろう

(n=2以下の入院料を除く)

看護部への ワンポイントアドバイス



- 看護必要度から心電図モニターが消えた
 - 内科系病棟で看護必要度が低く出ることには注意、特に心不全、誤嚥性肺炎の看護必要度の影響大
- 急性期一般入院料 1 は200床未満病院の内科系病棟ではハードルが上がる。
 - 場合によっては急性期一般入院 2, 3 への移行も考えることが必要
- 200床以上の急性期一般医療 1 で看護必要度 II が義務化
 - 様式 1、EFファイルが看護必要度に影響を与える
 - 処置点数取り漏れに注意

パート4

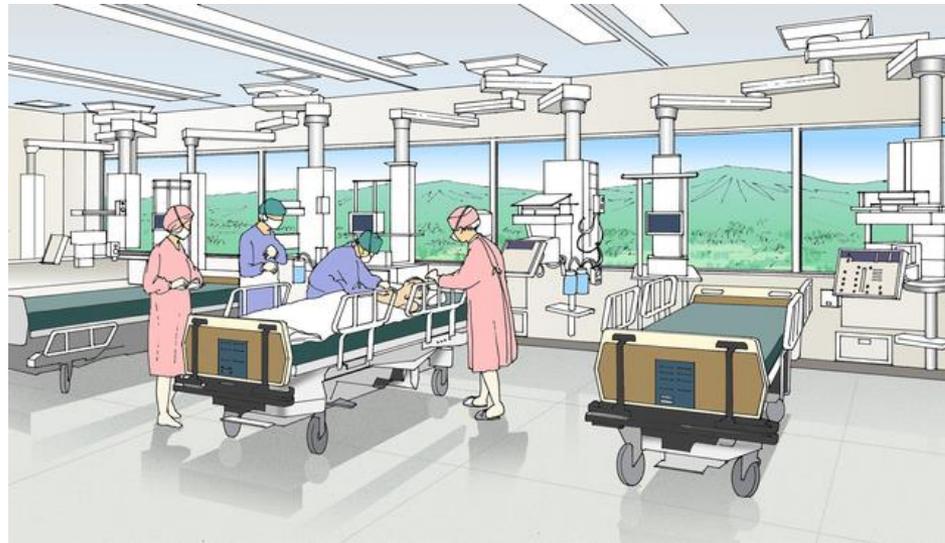
急性期充実体制加算など



shutterstock.com · 1427561408

- ① 急性期充実体制加算
- ② 総合入院体制加算の見直し
- ③ ICUの看護必要度の見直し

①急性期充実体制加算



【I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-①】

① 高度かつ専門的な
急性期医療の提供体制に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

(新) 急性期充実体制加算 (1日につき)

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

14日で
47600
円

施設基準

急性期一般入院料1の加算

ICUなどの
治療室設置

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

手術件数、救急搬送数、化学療法・放射線療法件数など

院内迅速対応システムRRS

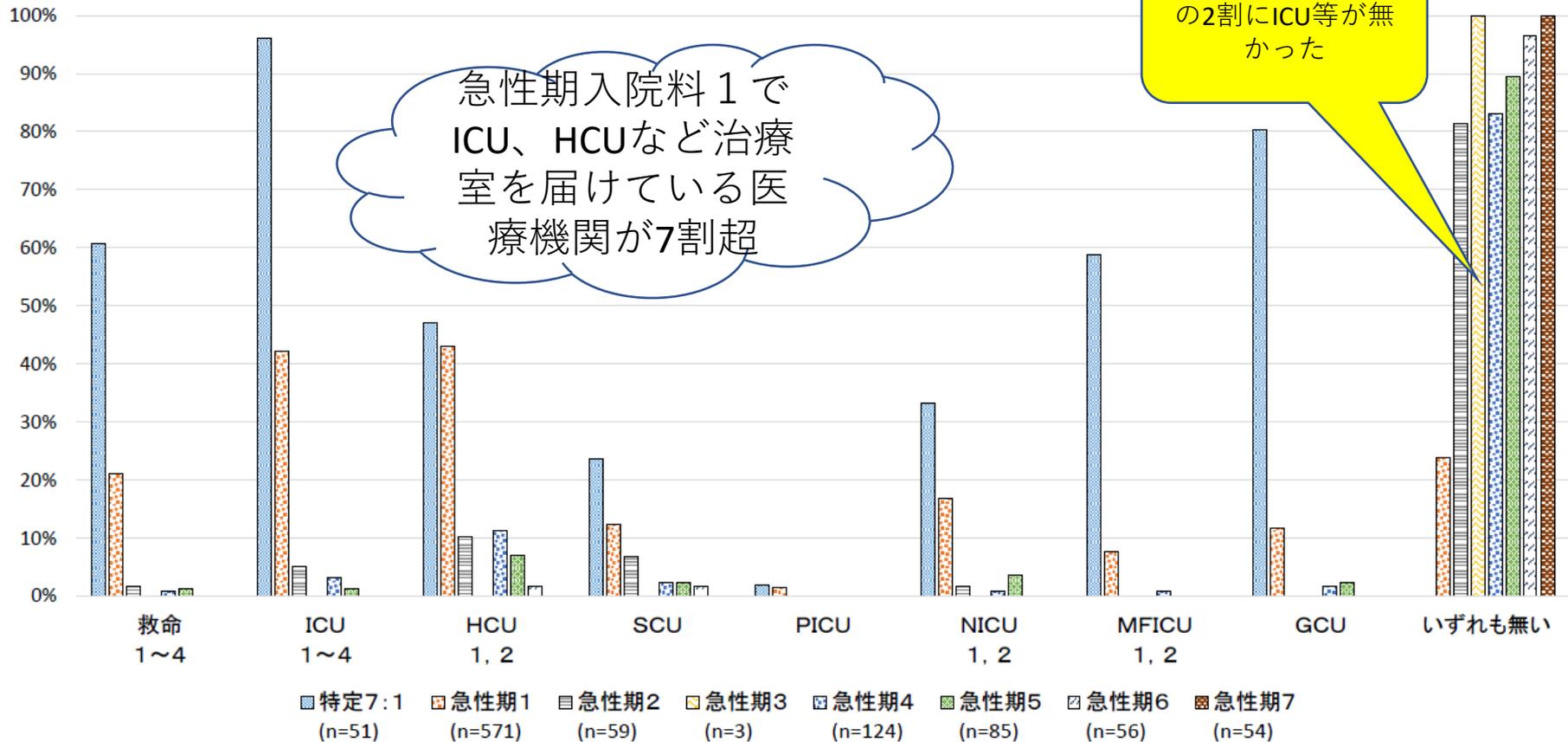
3月4日の通知
に注目!

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)



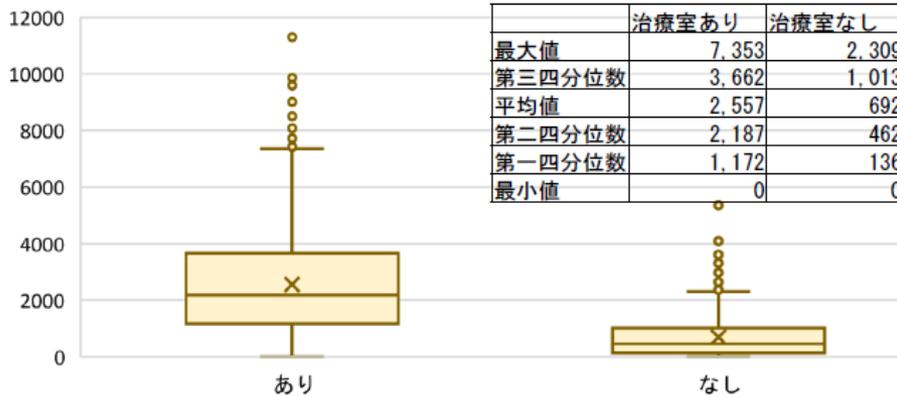
急性期 1 における治療室の有無別、手術等の状況①

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

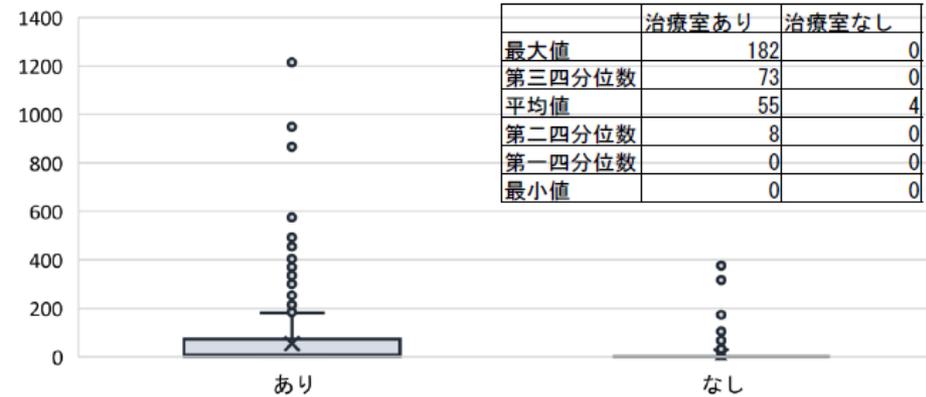
急性期一般入院料1における、治療室の有無別、手術等の状況

(治療室あり:n=863 治療室なし:n=587)

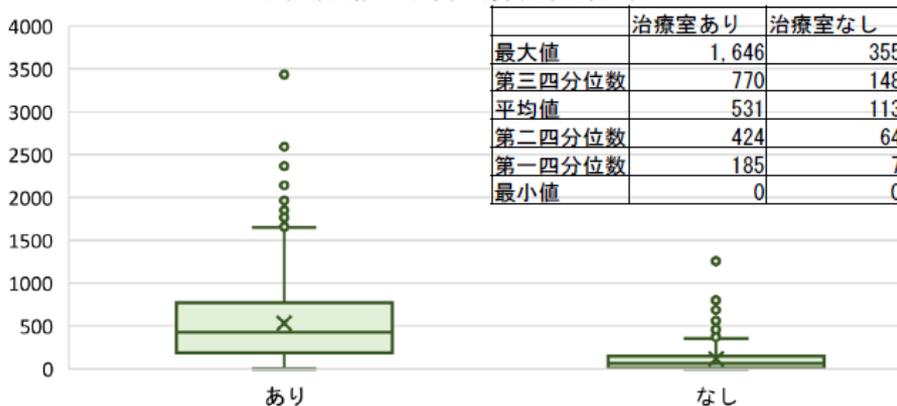
全身麻酔の手術 (算定回数/年)



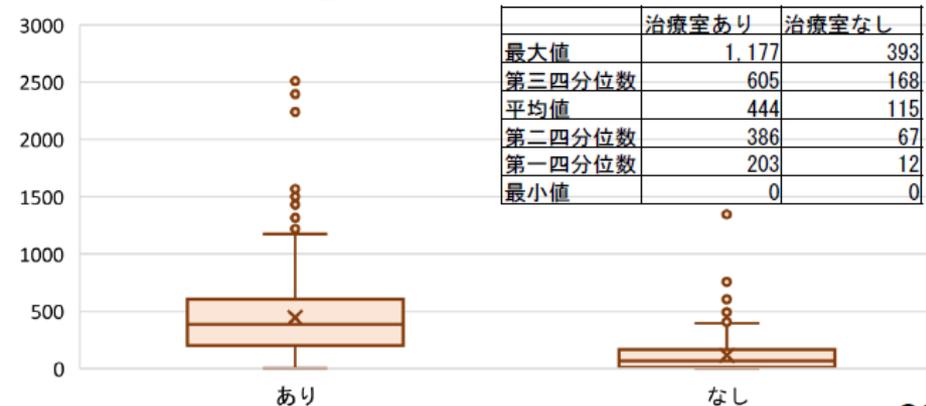
人工心肺を用いた手術 (算定回数/年)



悪性腫瘍の手術 (算定回数/年)



腹腔鏡下手術 (算定回数/年)



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

急性期 1 における治療室の有無別、手術等の状況②

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

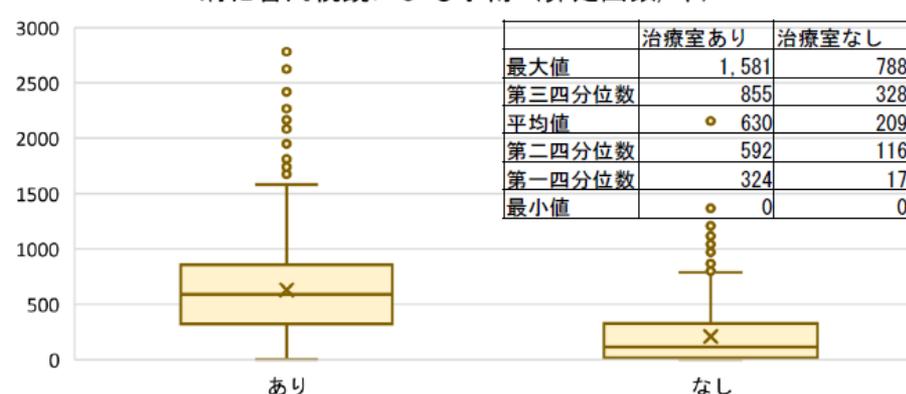
急性期一般入院料1における、治療室の有無別、手術等の状況

(治療室あり:n=863 治療室なし:n=587)

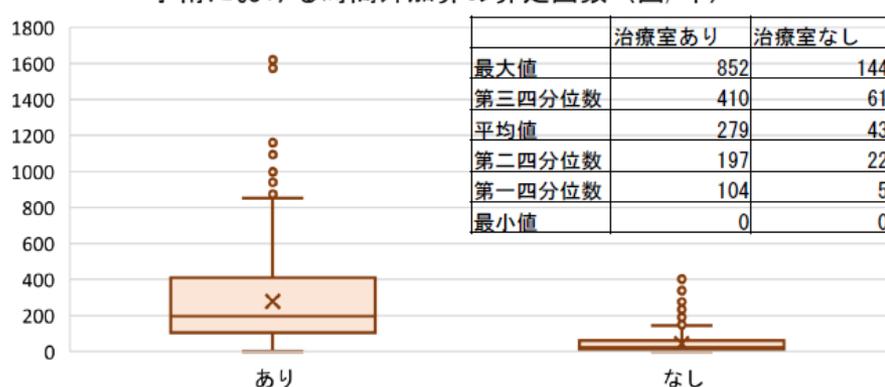
心臓カテーテル法による手術 (算定回数/年)



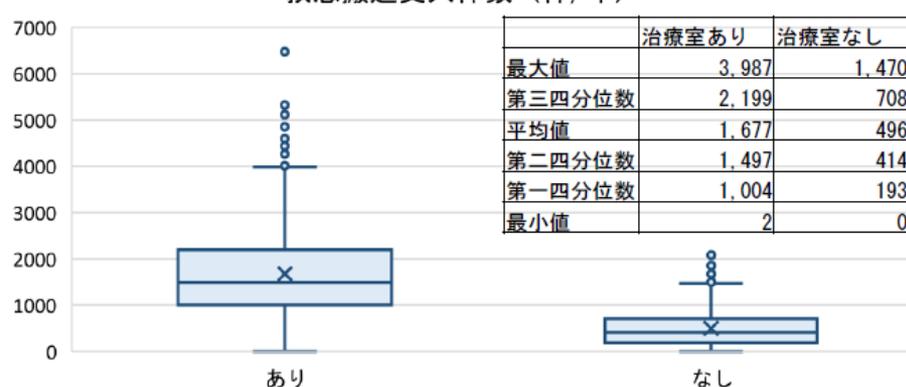
消化管内視鏡による手術 (算定回数/年)



手術における時間外加算の算定回数 (回/年)



救急搬送受入件数 (件/年)



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

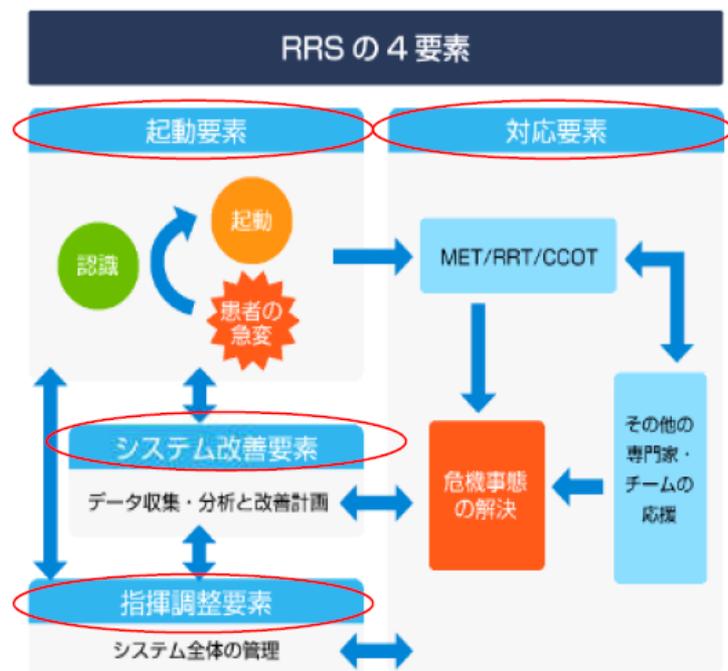
院内迅速対応システム(RRS)の概要

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

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

RRSに必要な4つの要素

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



出典: 日本院内救急検討委員会ホームページ

コードブルーとRRSの違い

表2 コードブルーとRRSの違い

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

出典: 日臨麻会誌Vol35 No4. 507-511,2015

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

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

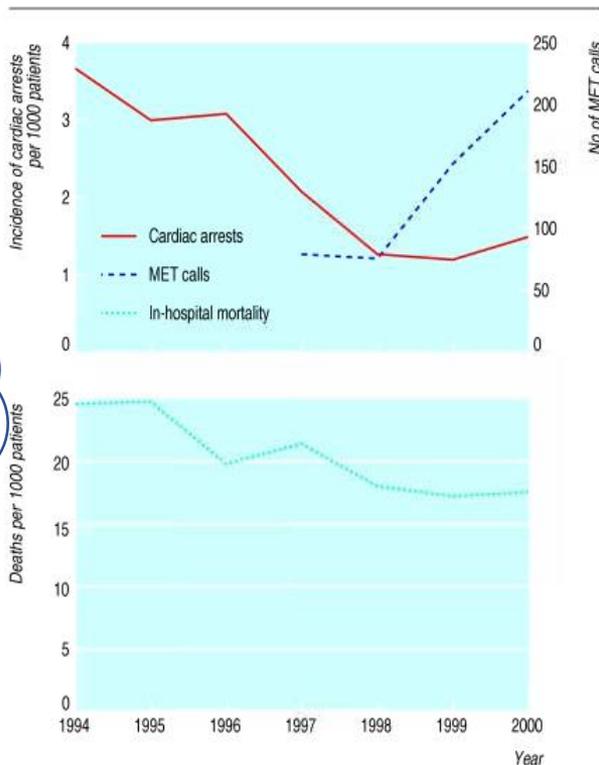
出典: 公益財団法人日本医療機能評価機構HP

RRSの効果と日本における現状

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

RRSの効果

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



RRSは院内死亡率を下げる

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

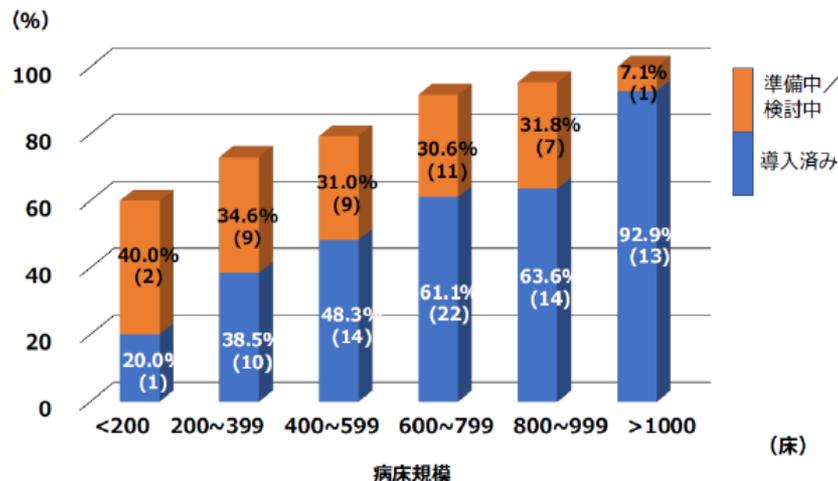
●アメリカにおいて行われた「100,000 Lives Campaign」(医療安全対策キャンペーン)に参加した医療機関の院内停止が、RRS導入により15%減少した。

出典: JAMA 2005 May 18;293(19):2384-90

日本におけるRRSの現状

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

日本における院内迅速対応システム(RRS)導入率



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

②総合入院体制加算 の見直し

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

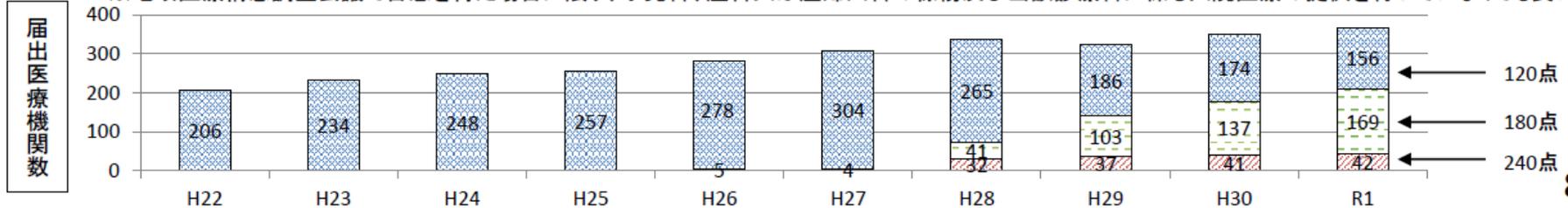
総合入院体制加算の概要

十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	・内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜(※)しそれらに係る入院医療を提供している ・全身麻酔による手術件数が年800件以上		
実績要件	ア 人工心肺を用いた手術:40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術:400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術:100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法):4,000件/年以上 オ 化学療法:1,000件/年以上 カ 分娩件数:100件/年以上		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす -	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす -
(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること			
精神科要件	精神患者の入院受入体制がある	以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上	以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	-
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A得点2点以上又はC得点1点以上)	3割以上	3割以上	2割7分以上

加算1を
14日とると
33600円

※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

② 総合入院体制加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

オフポンプ手術

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

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

総合入院体制加算と急性期充実加算は併願できない

③特定集中治療室（ICU） の看護必要度等の見直し

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

ア ICUの重症度、医療・
看護必要度の見直し

⑬ 重症度、医療・看護必要度の 評価項目及び判定基準の見直し

第1 基本的な考え方

高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び判定基準を見直すとともに、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。

第2 具体的な内容

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、以下のとおり見直す。

1. 「心電図モニターの管理」の項目について、患者の9割以上が該当している実態を踏まえ、評価指標から当該項目を廃止するとともに判定基準を見直す。
2. 「B 患者の状況等」の項目（以下「B項目」という。）について、入院患者の状態に応じた適切な評価の実施及び医療従事者の業務負担軽減を推進する観点から、評価指標から当該項目を廃止するとともに判定基準を見直す。
3. 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。なお、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価する場合の患者割合の基準を見直す。

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度評価票

【特定集中治療室用】

基準	
A	得点4点以上かつB得点3点以上

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

【ハイケアユニット用】

基準	
A	得点3点以上かつB得点4点以上

A モニタリング及び処置等	0点	1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 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5 心電図モニター装着	なし	あり
6 輸液ポンプの管理	なし	あり
7 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8 シリンジポンプの管理	なし	あり
9 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10 人工呼吸器の管理	なし	あり
11 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)	なし	あり

【特定集中治療室用／ハイケアユニット用 共通】

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

救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の詳細(A項目)

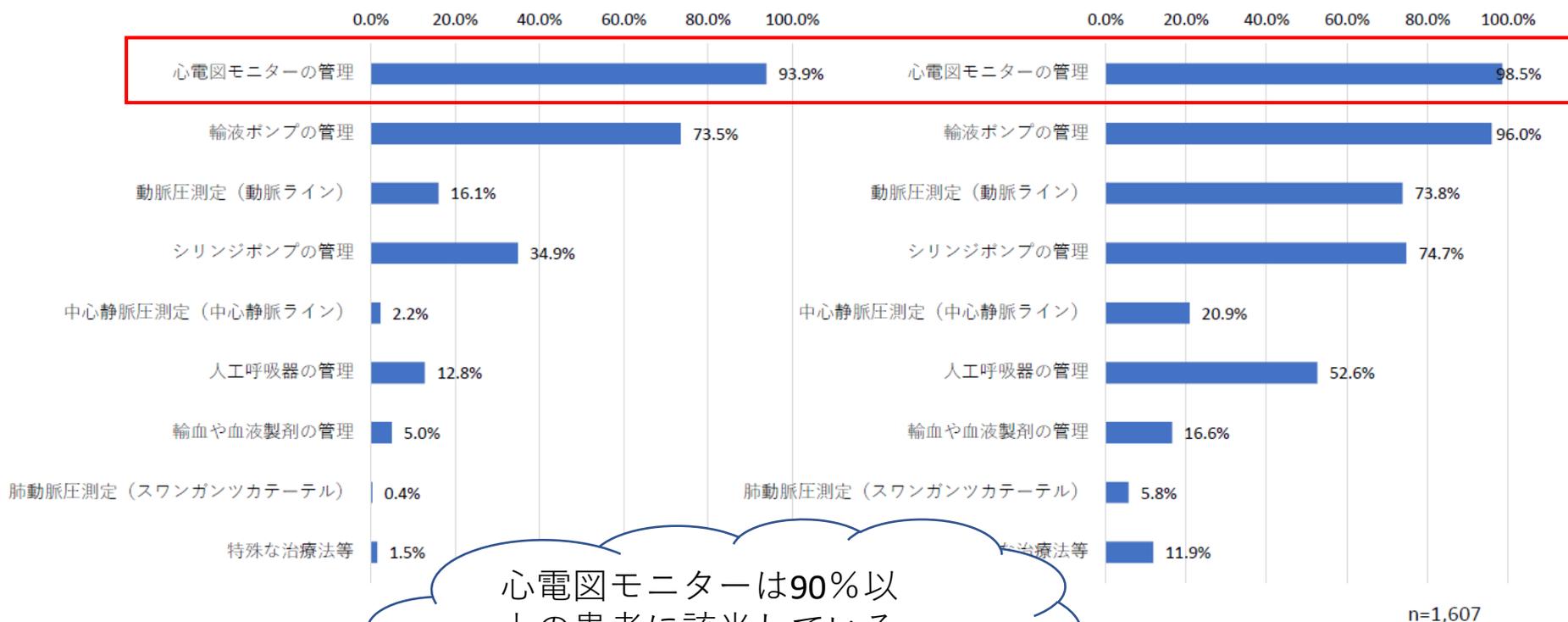
中医協 総-1-2

3. 10. 27

○ 救命救急入院料1・3と救命救急入院料2・4について、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を項目別にみたところ、いずれも「心電図モニター」は9割を超えるが、他の項目には違いがみられ、特に、動脈圧測定、シリンジポンプの管理、人工呼吸器の管理については、救命救急入院料1・3にくらべて2・4の方が該当割合が高かった。

救命救急入院料1・3の項目別の該当患者割合 (A項目)

救命救急入院料2・4の項目別の該当患者割合 (A項目)



心電図モニターは90%以上の患者に該当している
削除しては？

特定集中治療室管理料の重症度、医療・看護必要度B項目の該当状況

中医協 総-1-2

3.10.27

- 特定集中治療室管理料を算定する患者において、必要度A項目の基準は満たしているがB項目を満たしていない割合は1.7%だった。
- 上記の患者について、最も医療資源を投入した疾患を見たところ、上位10疾患は以下のとおりだった。

必要度の該当状況

	A項目4点未満 (基準未満)	A項目4点以上 (基準以上)	全体
B項目3点未満 (基準未満)	14,887 (1.4%)	★ 18,773 (1.7%)	33,660 (3.1%)
B項目3点以上 (基準以上)	75,214 (7.9%)	1,058,159 (110.7%)	1,133,373 (118.6%)
全体	90,101 (8.4%)	1,076,819 (91.6%)	1,166,920 (100%)

業務負担を考慮しB項目も削除しては？

★ 疾患別患者数

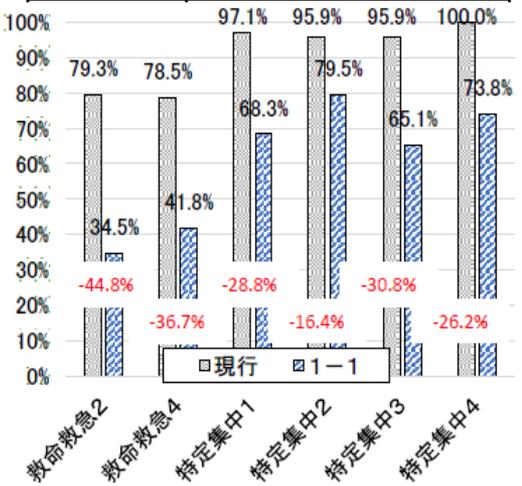
医療資源最傷病 ICD10	資源病名	患者数
I710	大動脈の解離 [各部位]	625
I210	前壁の急性貫壁性心筋梗塞	601
I714	腹部大動脈瘤, 破裂の記載がないもの	571
C341	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	523
I211	下壁の急性貫壁性心筋梗塞	469
I350	大動脈弁狭窄 (症)	419
I500	うっ血性心不全	409
C343	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 下葉, 気管支又は肺	378
I671	脳動脈瘤, 非<未>破裂性	315
I712	胸部大動脈瘤, 破裂の記載がないもの	315

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

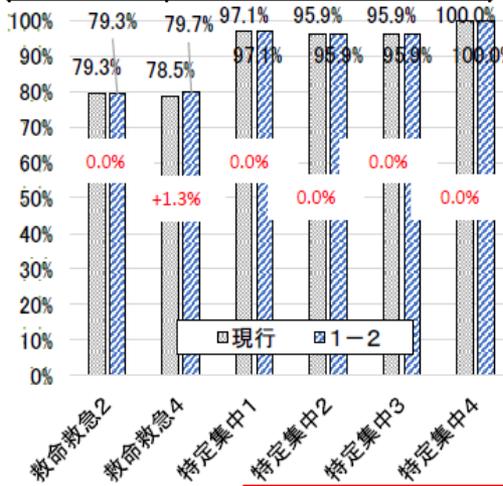
基準を満たす治療室割合

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

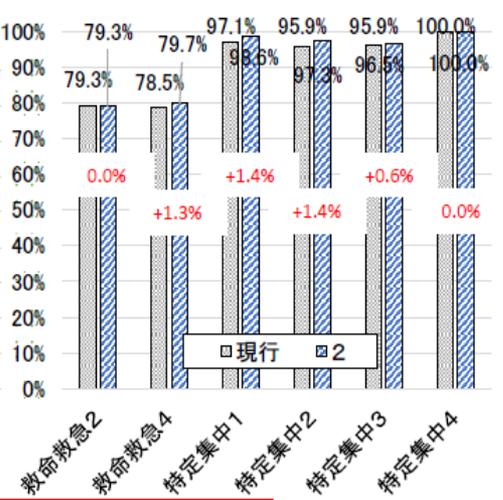
条件 1-1	A項目から「心電図モニターの管理」を削除
判定基準	A得点4点以上かつ B得点3点以上



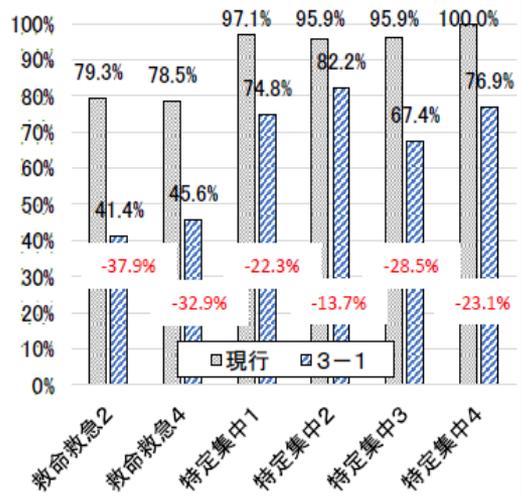
条件 1-2	A項目から「心電図モニターの管理」を削除
判定基準	A得点3点以上かつ B得点3点以上



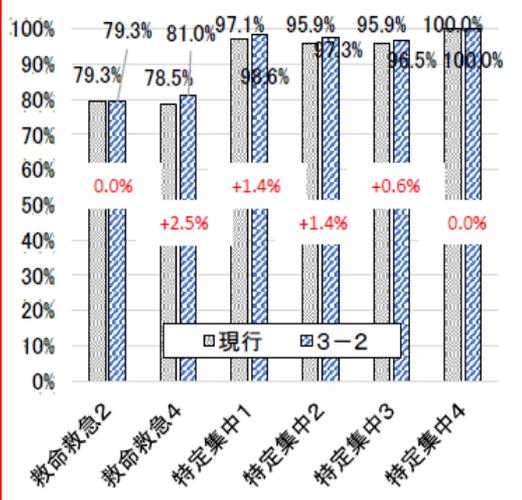
条件 2	B項目を削除
判定基準	A得点4点以上



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



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



特定集中治療室用 重症度、医療・看護必要度における レセプト電算処理システム用コードを用いた評価

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

特定集中治療室用
重症度、医療看護必要度のA項目

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

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

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

看護必要度Ⅱへの移行で該当患者率が減る

(※)救命救急入院料1～4及び特定集中治療室管理料1～4

3. 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。なお、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価する場合の患者割合の基準を見直す。

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

イ 重症患者対応 体制強化加算

⑥ 特定集中治療室等における 重症患者対応体制の強化に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

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

(新) 重症患者対応体制強化加算

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

治療室における適切な研修を修了した看護師に係る施設基準

中医協 総-1-2

3. 10. 27

特定集中治療室管理料1・2の施設基準

- ・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
 - ・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
 - ・当該治療室内に週20時間以上配置
- ※専任の常勤看護師2名組み合わせることにより、週20時間以上配置しても差し支えない(重複する時間帯については1名についてのみ計上)

「適切な研修」とは、
 国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修(修了証が交付されるもの)であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること

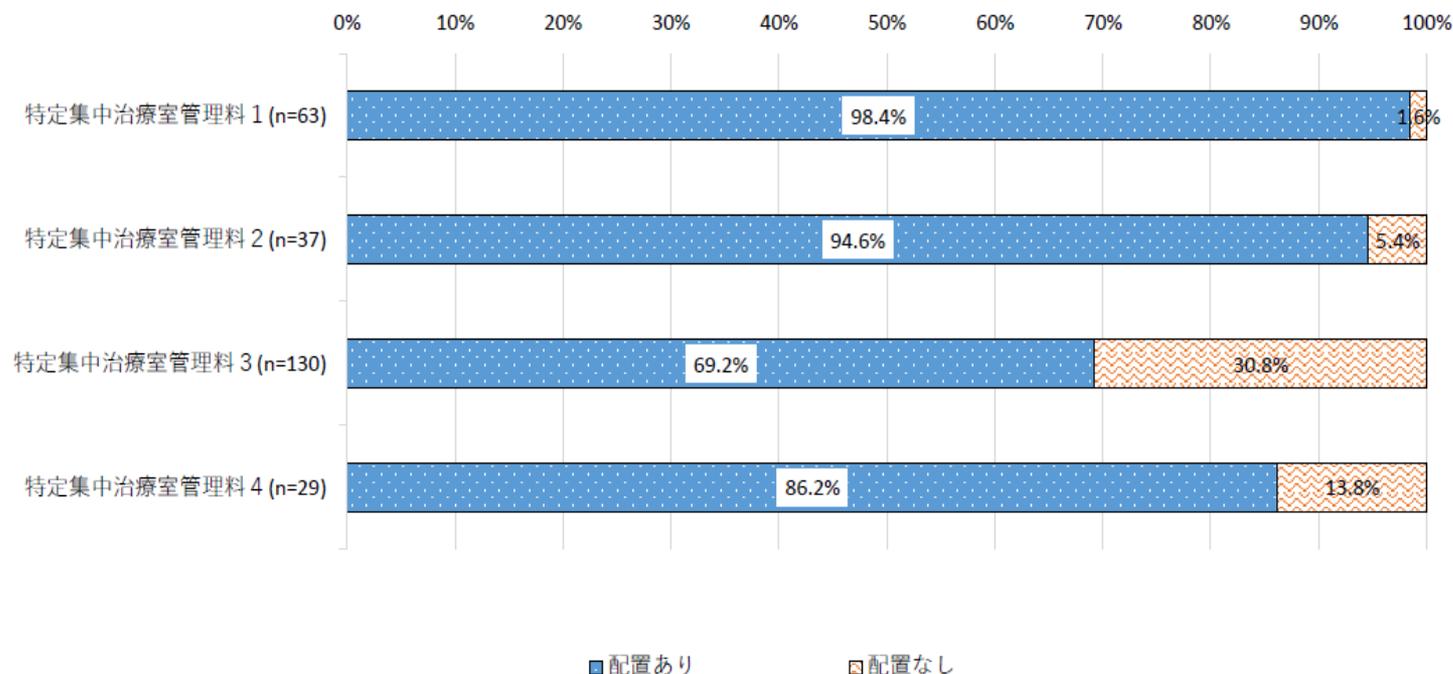
「適切な研修」の内容

		認定・専門・特定行為 における分野	2021年度～ 新たな認定看護分野
<ul style="list-style-type: none"> ■ A301 特定集中治療室管理料1 ■ A301 特定集中治療室管理料2 	14,211点 (7日以内) 12,633点 (8日以上 14日以内)	認定看護師の分野 ・救急看護 } ・集中ケア } ・新生児集中ケア ・小児救急看護	認定看護師の分野 ・クリティカルケア ・新生児集中ケア ・小児プライマリケア
		専門看護師の分野 ・急性・重症患者看護	
		特定行為研修において該当する区分 以下の8区分全てを研修が修了した場合 ・呼吸器(気道確保に係るもの)関連 ・呼吸器(人口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係る薬剤投与関連	

適切な研修を修了した看護師の配置状況

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

適切な研修を修了した専任の常勤看護師の配置有無



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

臨床工学技士の在籍状況

《医療施設全体での在籍数》

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

《ICU専従臨床工学技士の配置数毎の施設割合》

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

《100床あたりの在籍数》

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

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

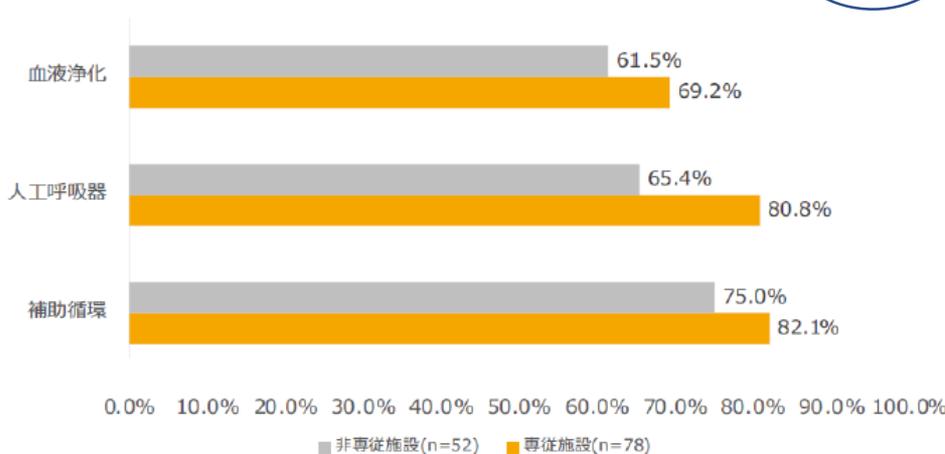
※管理料1, 2は特定集中治療室管理料1及び2を表す

臨床工学技士の手厚い配置によるメリット

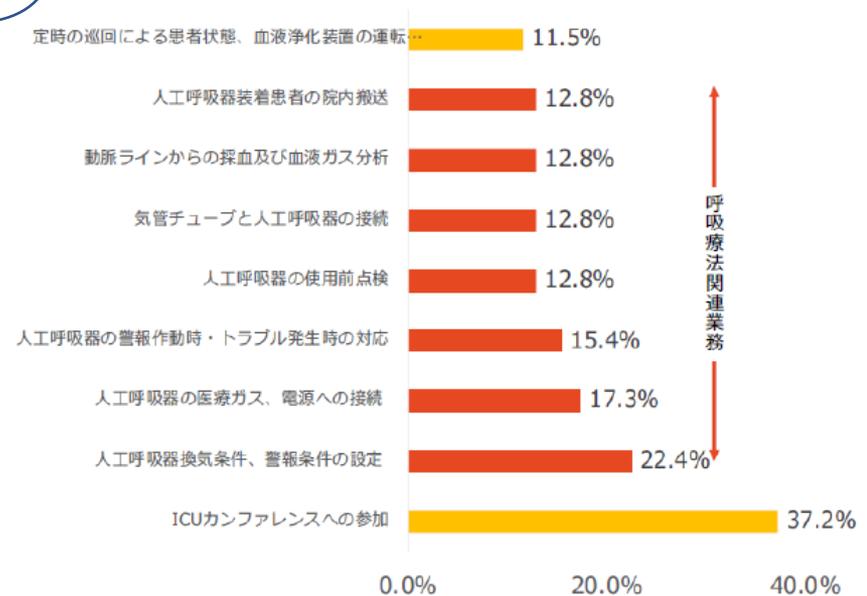
- 臨床工学技士専従施設と非専従施設での警報作動時の初期対応率を比較すると、臨床工学技士専従施設では、臨床工学技士の初期対応率が高い傾向であった。
- 臨床工学技士専従施設と非専従施設の業務実施率の差異をみると、人工呼吸器に関連する業務の実施率が高く、人工呼吸器によるトラブル回避のための行動が多く取られている傾向にあった。

専従の臨床工学技士がいた方が初期対応早い

警報作動時の初期対応率



専従施設と非専従施設の実施率の差異



対象：日本集中治療専門医研修施設343施設の代表者
 調査実施期間：2019年11月26日～12月25日
 回答数：132件（医療機関数130施設）

ウ 重症患者
初期支援充実加算など

【I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-⑦】

⑦ 重症患者等に対する支援に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

(新) 重症患者初期支援充実加算（1日につき） 300点

[対象患者]

集中治療領域における入院患者

救急・集中治療領域の重症患者の家族に対する支援に係る取組

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

入院時重症患者対応メディエーター

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

「入院時重症患者対応メディエーター」の役割や特徴は以下のとおり。

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

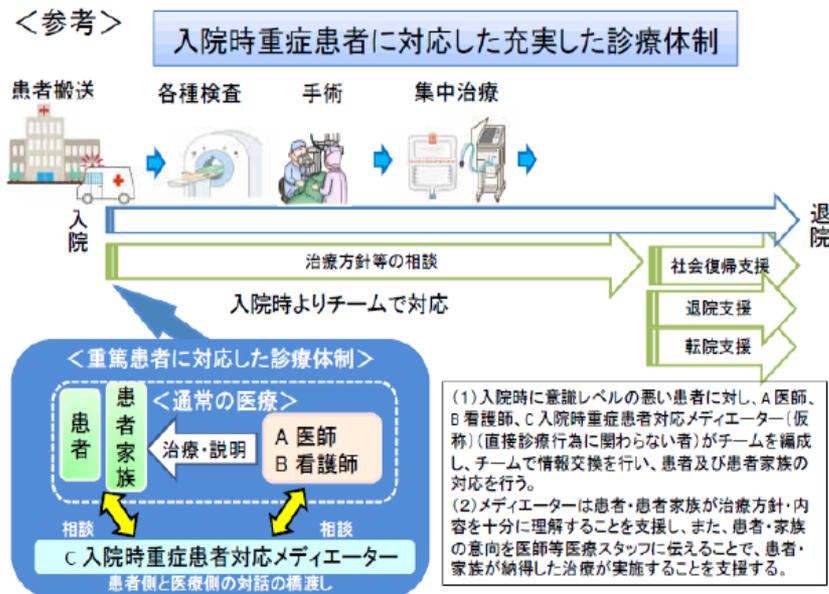
(出典：「入院時重症患者対応メディエーター」養成テキスト)

治療に直接関与しない職員の必要性

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

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

入院時重症患者対応メディエーターの役割 (イメージ)



※日本臨床救急医学会にて、今年度、認定講習会開催。

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

⑧ バイオクリーンルーム設置に係る要件の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

バイオクリーンルームの設置による治療室内における感染症の発症抑制に係る実態を踏まえ、バイオクリーンルームの設置の要件を廃止し、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室の設置が望ましいこととする。

改定案	現行
【特定集中治療室管理料】 [施設基準] (8) <u>当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい</u>	【特定集中治療室管理料】 [施設基準] (8) <u>原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。</u>

看護部への ワンポイントアドバイス



- 急性期充実体制加算でICUが評価される。
 - ICU、HCUのない病院で治療室の設置をどうするのかの検討が必要となる
- ICUの見直し
 - 看護必要度の見直し、専門的な看護師の配置、臨床工学技士、メディエーターの配置が問われる
- 急性期充実加算と総合入院体制加算
 - 両者は要件が似ているが、点数は急性期充実加算が高い
 - 急性期充実加算の通知をみてから、どちらを選択するのかを決める必要がある

パート5

地域包括ケア病棟と 回復期リハ病棟



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

急性期・高度急性期



急性期

亜急性期病床の役割

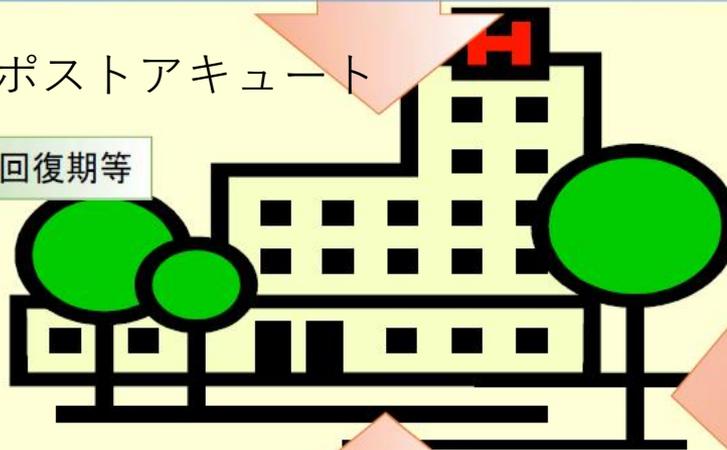
入院患者データの提出

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

ポストアキュート

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

サブアキュート

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

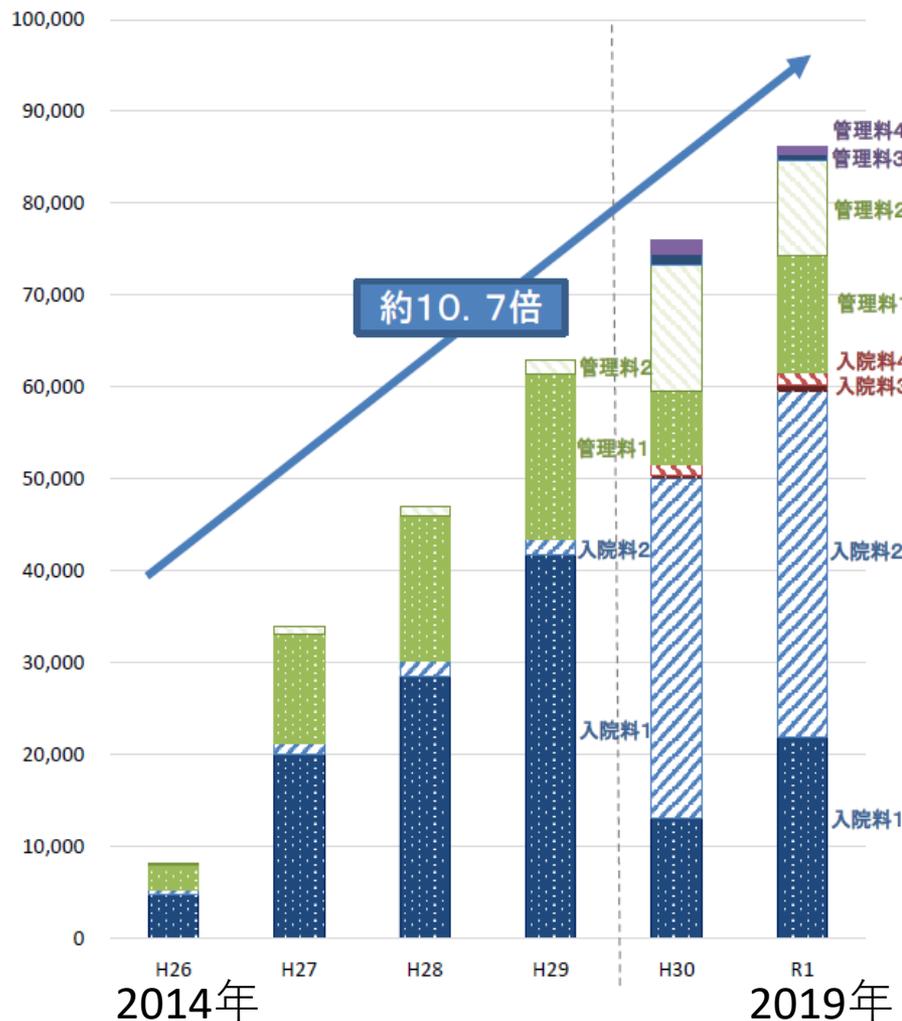


自宅・在宅医療

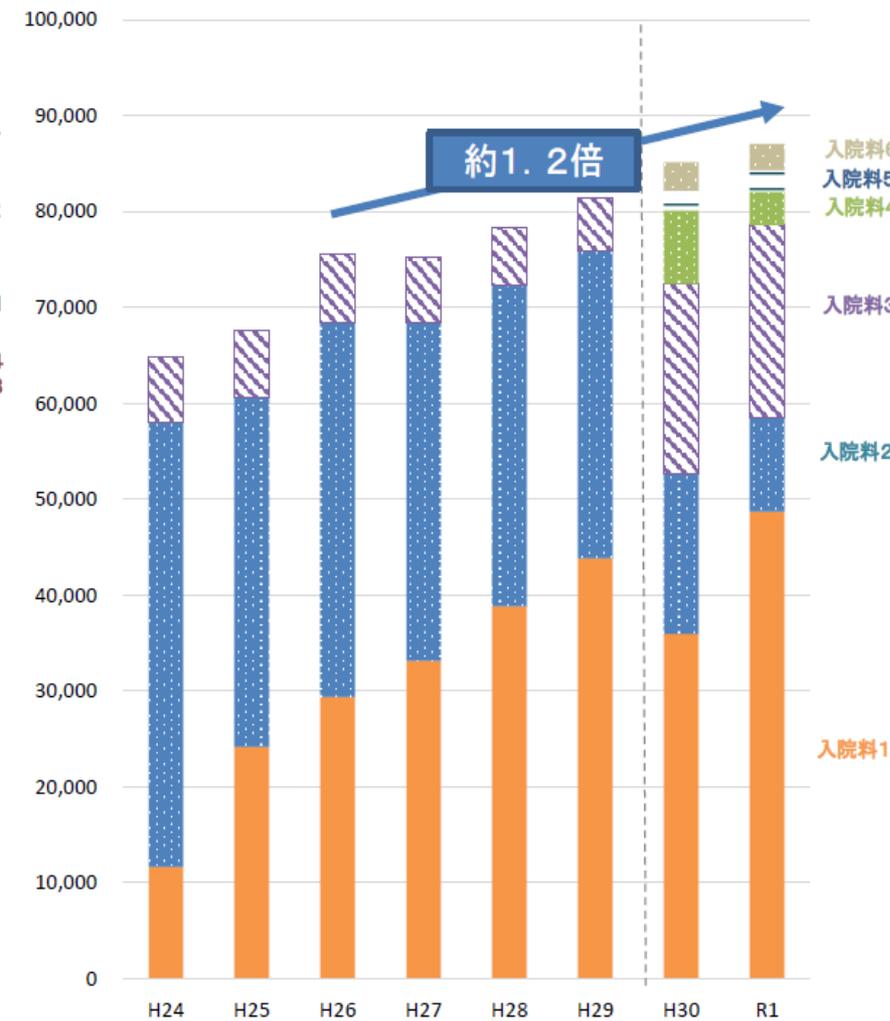
入院料別の届出病床数の推移

○ 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】



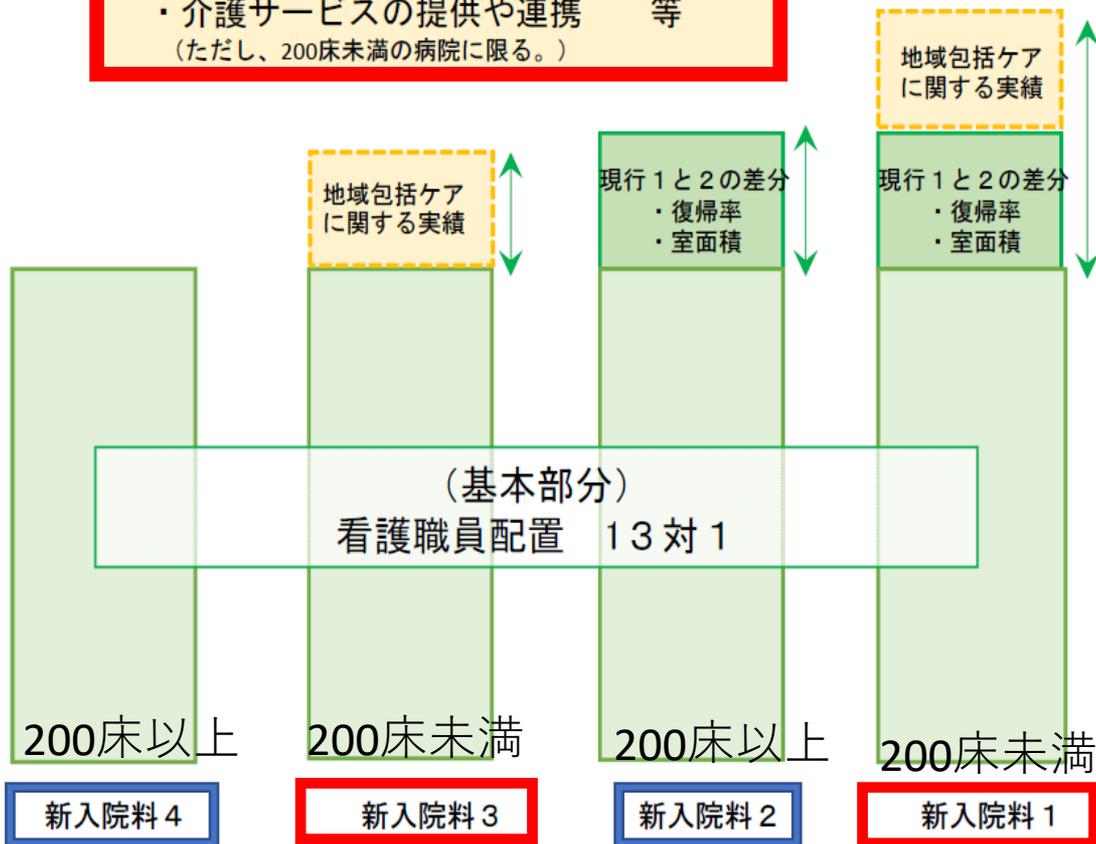
再編

【平成30年度改定の見直し（案）】

【地域包括ケアに関する実績部分】

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

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



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

地域包括ケア病棟の見直し

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



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度 I <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度 II <u>10%</u> 以上							
入退院支援部門	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が配置されていること							
リハビリテーション実施	患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
在宅復帰率	7割以上		72.5%以上		-		-	
一般病棟から転棟した患者割合※1	-	-	6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	-	-	-	6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	-
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		-	-	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		-	-
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		-	-	3月で <u>6人</u> 以上		-	-
地域包括ケアの実績※2	○		-	-	○		-	-
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		-	○	○		-	○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

在宅復帰7割
新設
満たさなければ
10%減算

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

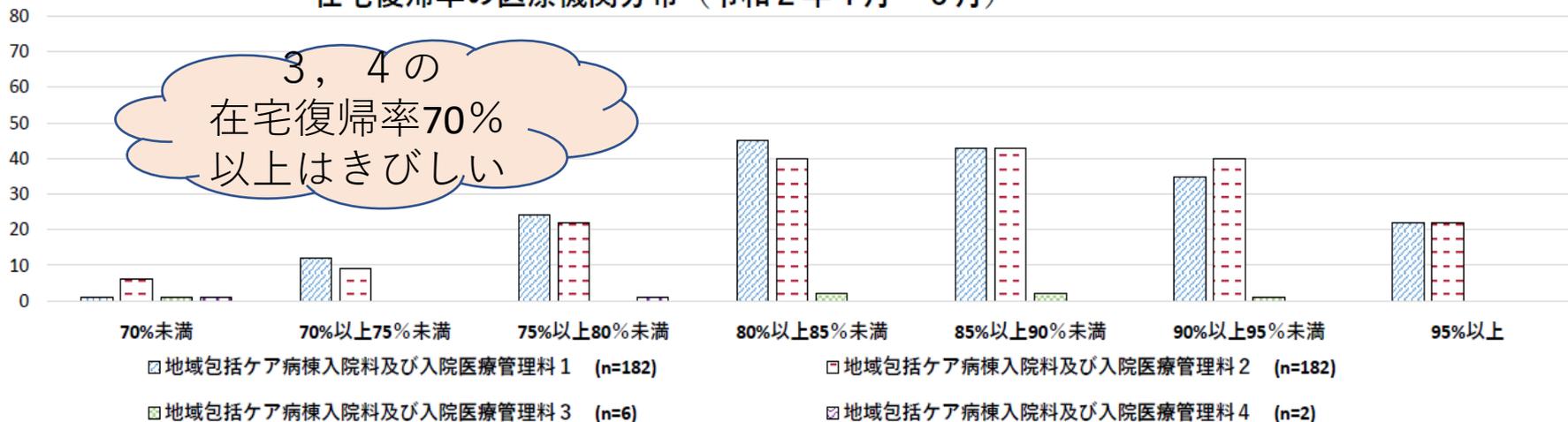
※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

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

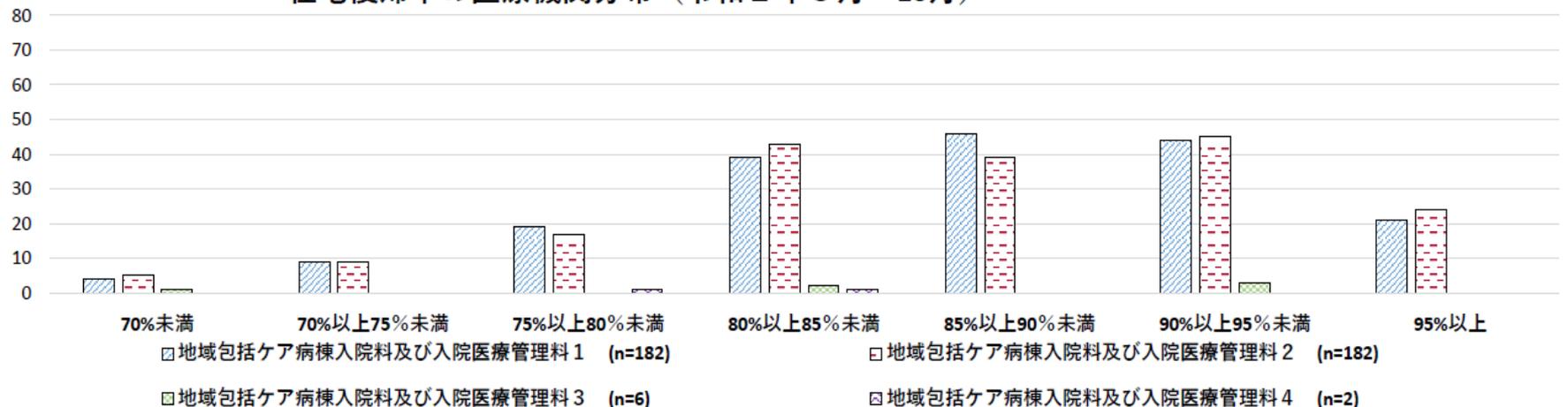
地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

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

在宅復帰率の医療機関分布（令和2年4月～6月）



在宅復帰率の医療機関分布（令和2年8月～10月）



地域包括ケア病棟の見直し

3. 地域包括ケア2・4における「自院の一般病棟から転棟した患者割合」

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



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4	
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)								
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上								
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること								
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置								
リハビリテーション実施	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること								
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること								
在宅復帰率	7割以上				-				
一般病棟から転棟した患者割合※1	-		6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	200～400床病院にも広げる				6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	-
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		-	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		-			
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		-	3月で <u>6人</u> 以上		-			
地域包括ケアの実績※2	○		-	○		-			
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	
許可病床数200床未満のみが対象	○		-	○		-	○		
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)		

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

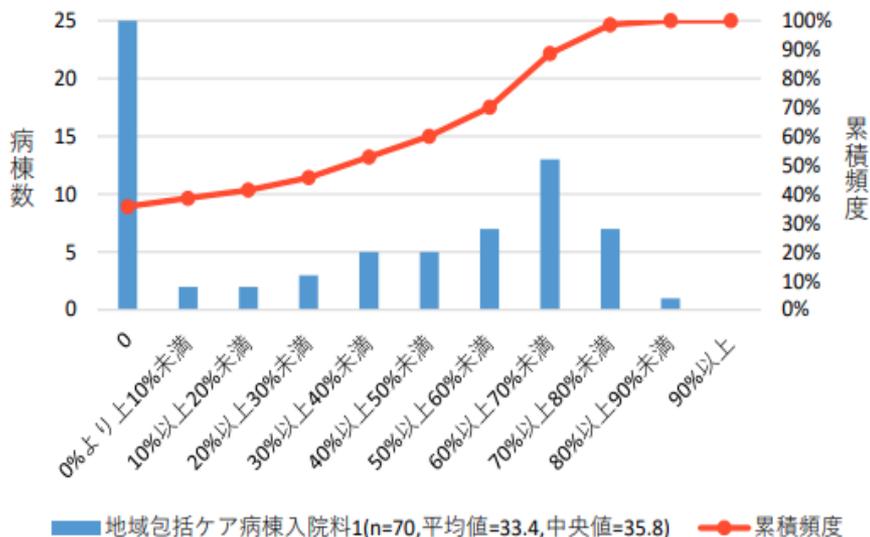
※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

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

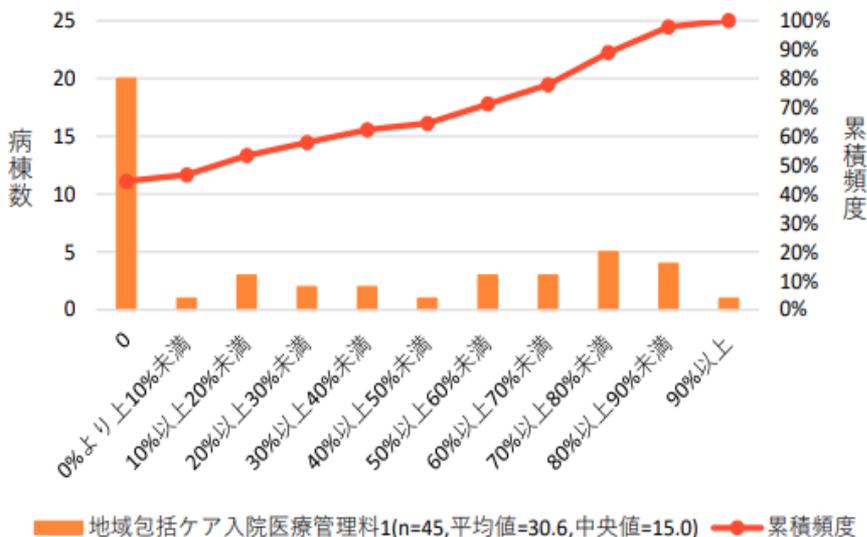
地域包括ケア病棟・病室の自院の一般病棟からの転棟割合

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

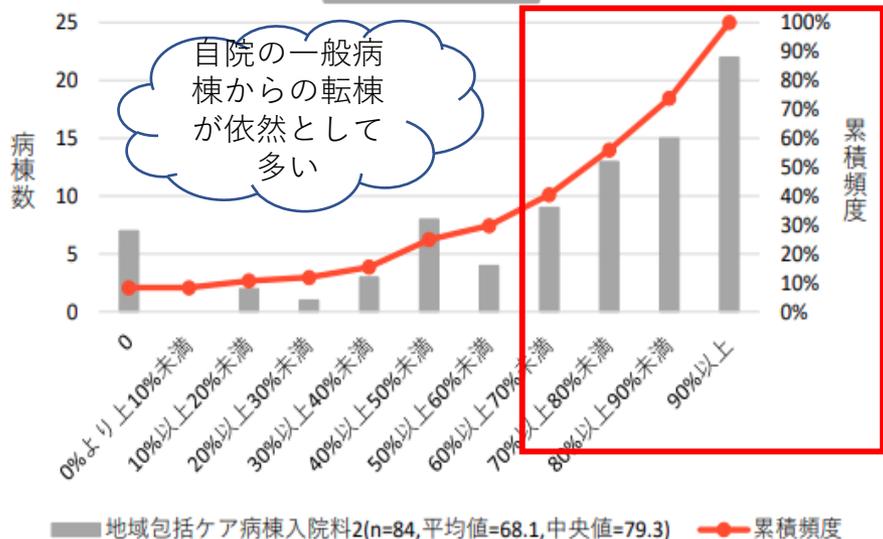
入院料 1



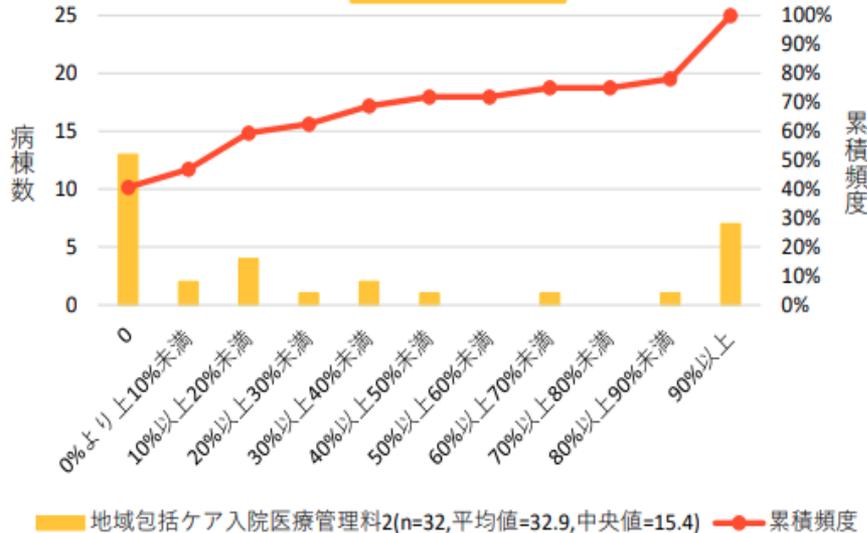
管理料 1



入院料 2



管理料 2



地域包括ケア病棟の見直し

4. 地域包括ケア1・3における「自宅等から入院した患者割合要件」を15%から20%へ、「緊急入院の受け入れ実績(3か月)」を6人から9人に見直す
5. 地域包括ケア2において、「自宅等から入院した患者割合20%以上など選択要件を新設、クリアできない場合は入院料の10%減算を行う



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				-			
一般病棟から転棟した患者割合※1	-	-	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	-	-	-	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	-
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	<u>1割5分以上</u> (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人以上</u>)		<u>20%以上</u> <u>9人以上</u> に		<u>1割5分以上</u> (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人以上</u>)		-	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人以上</u>		-		3月で <u>6人以上</u>		-	
地域包括ケアの実績※2	○		-		○		-	
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		-		○		-	
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

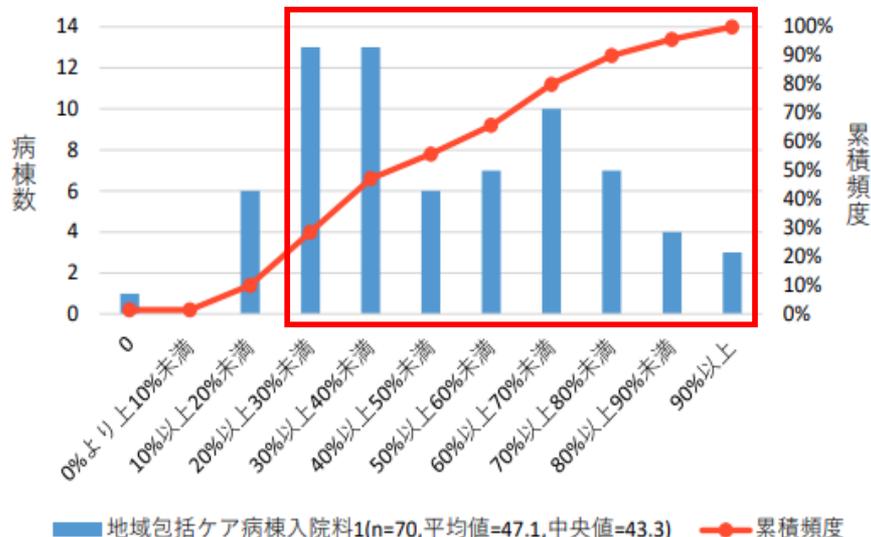
※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

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

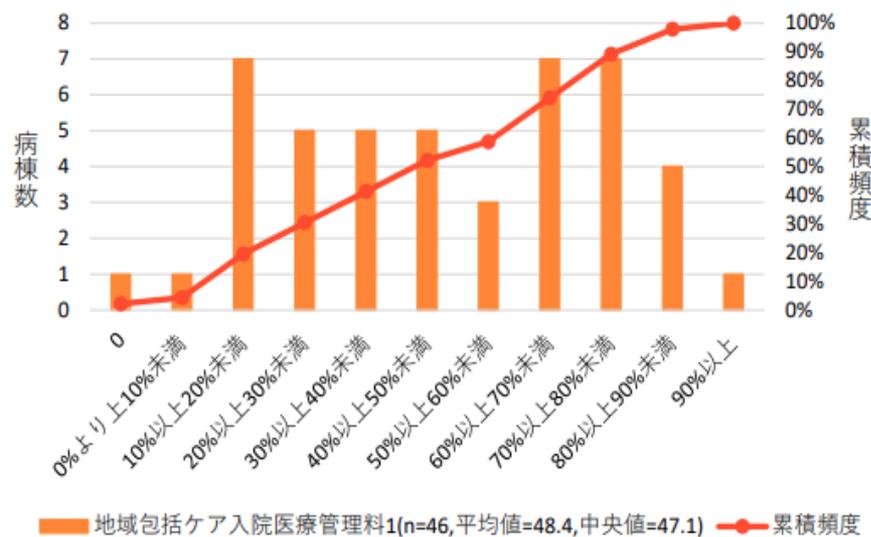
地域包括ケア病棟・病室の自宅等から入棟した患者割合

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

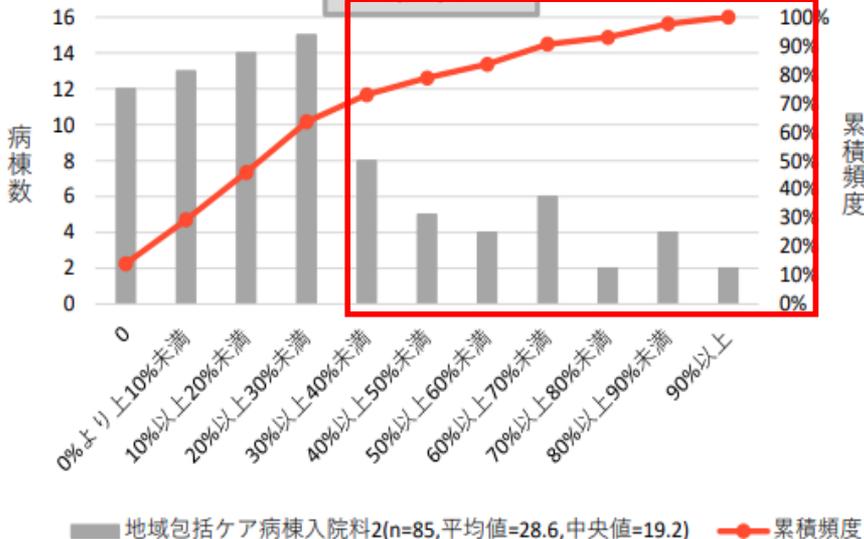
入院料 1



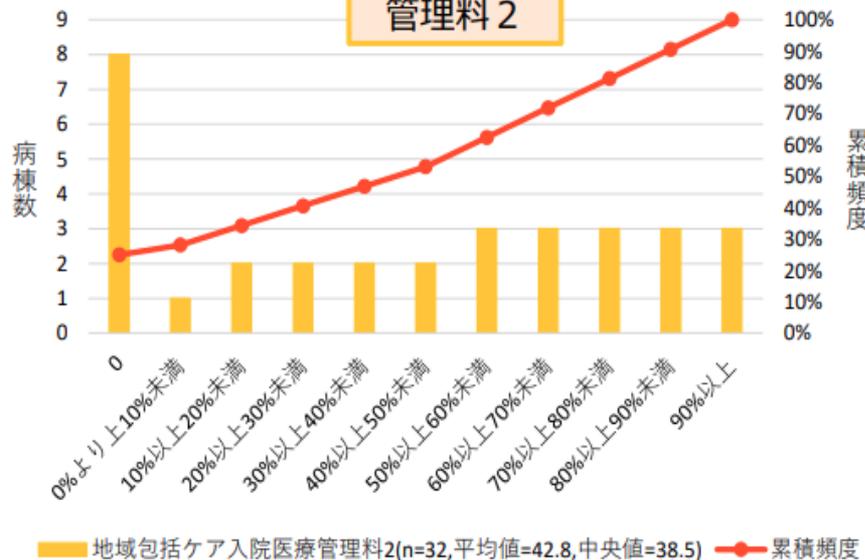
管理料 1



入院料 2



管理料 2



地域包括ケア病棟の見直し

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

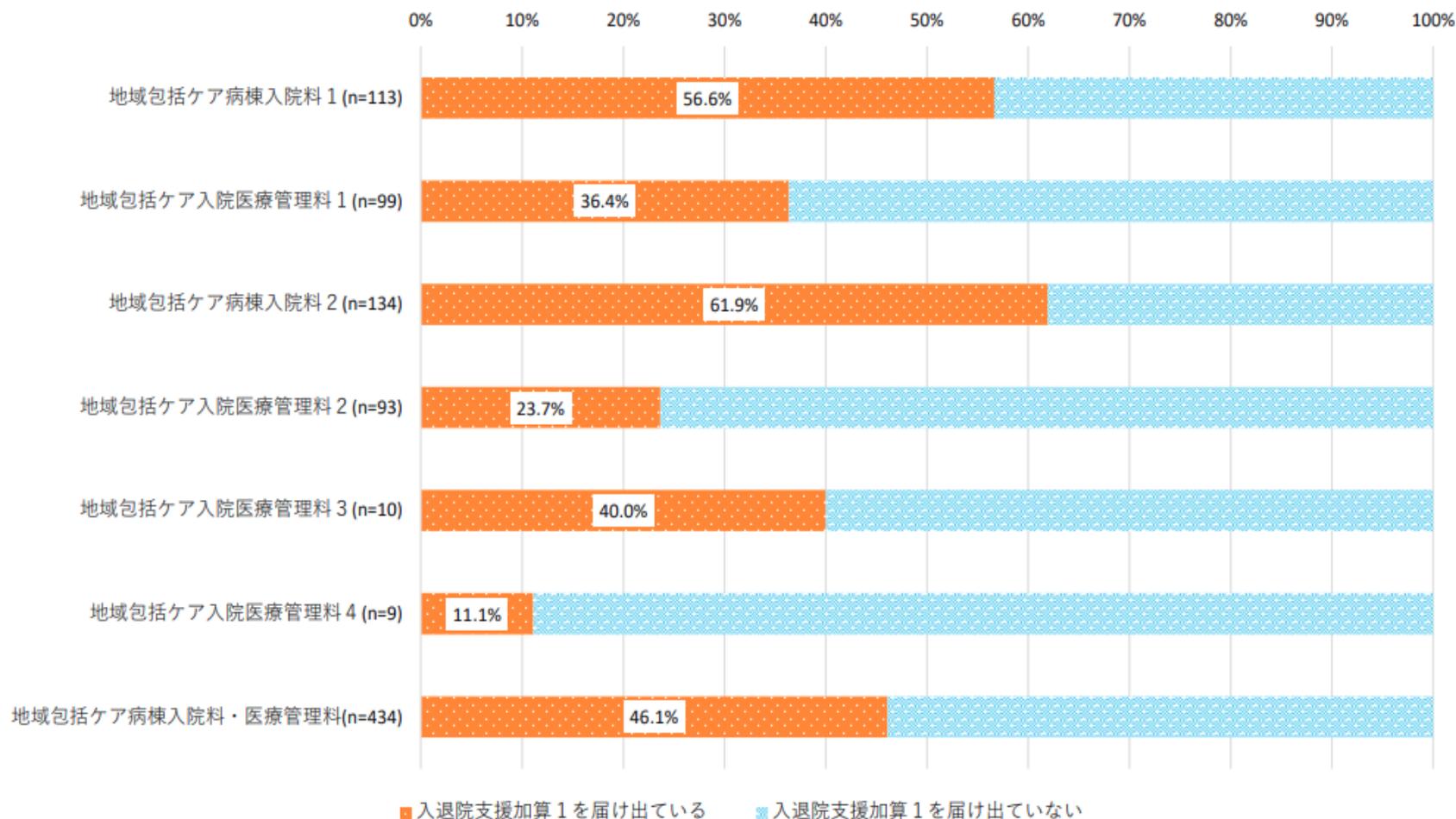


入退院支援加算についての分析①

診 調 組 入 - 4
3 . 1 0 . 1

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

入退院支援加算1の届出有無



※：n=1は除く。

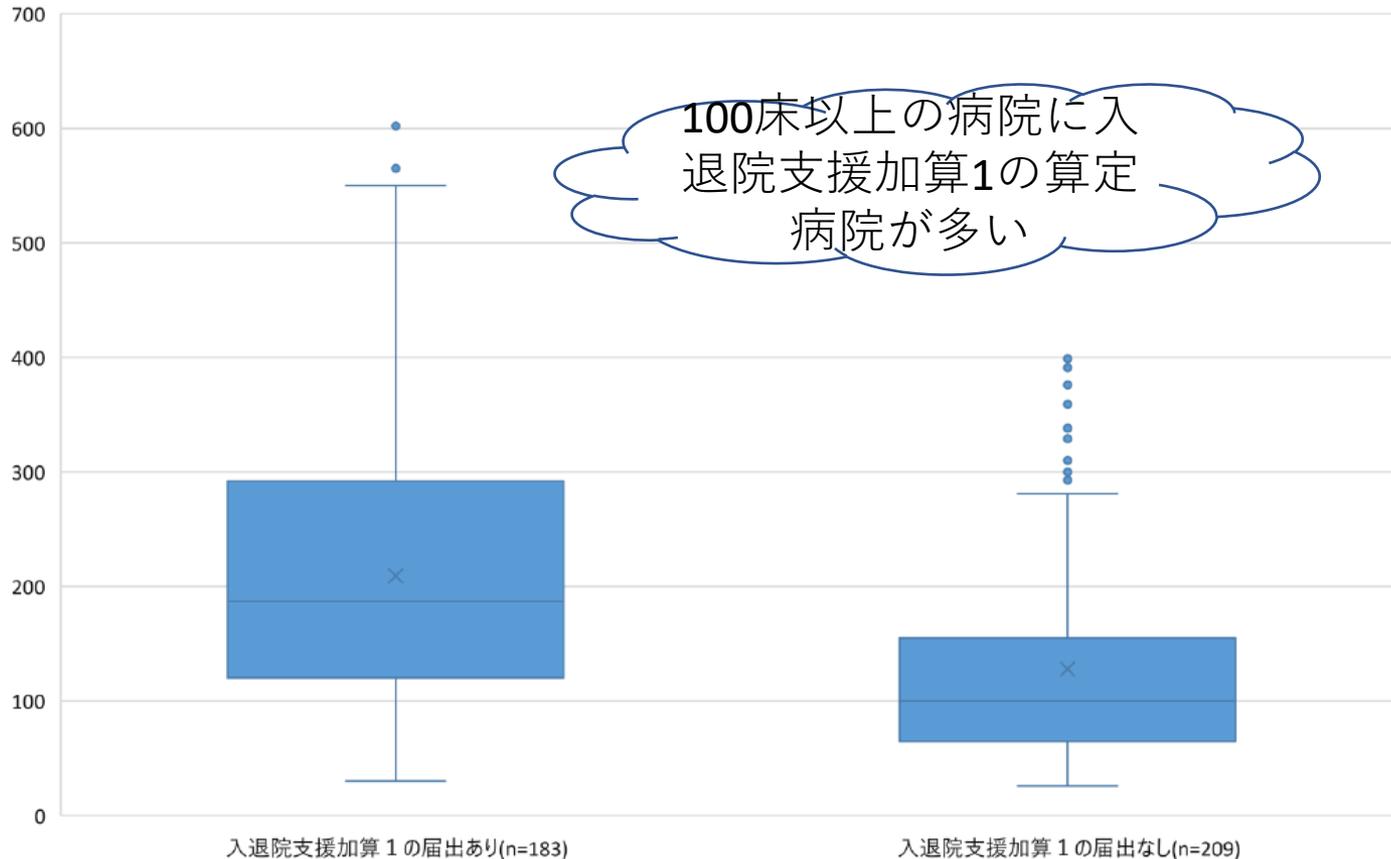
出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

入退院支援加算についての分析②

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

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

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の許可病床数



100床以上の病院に入退院支援加算1の算定病院が多い

②回復期リハビリテーション病棟



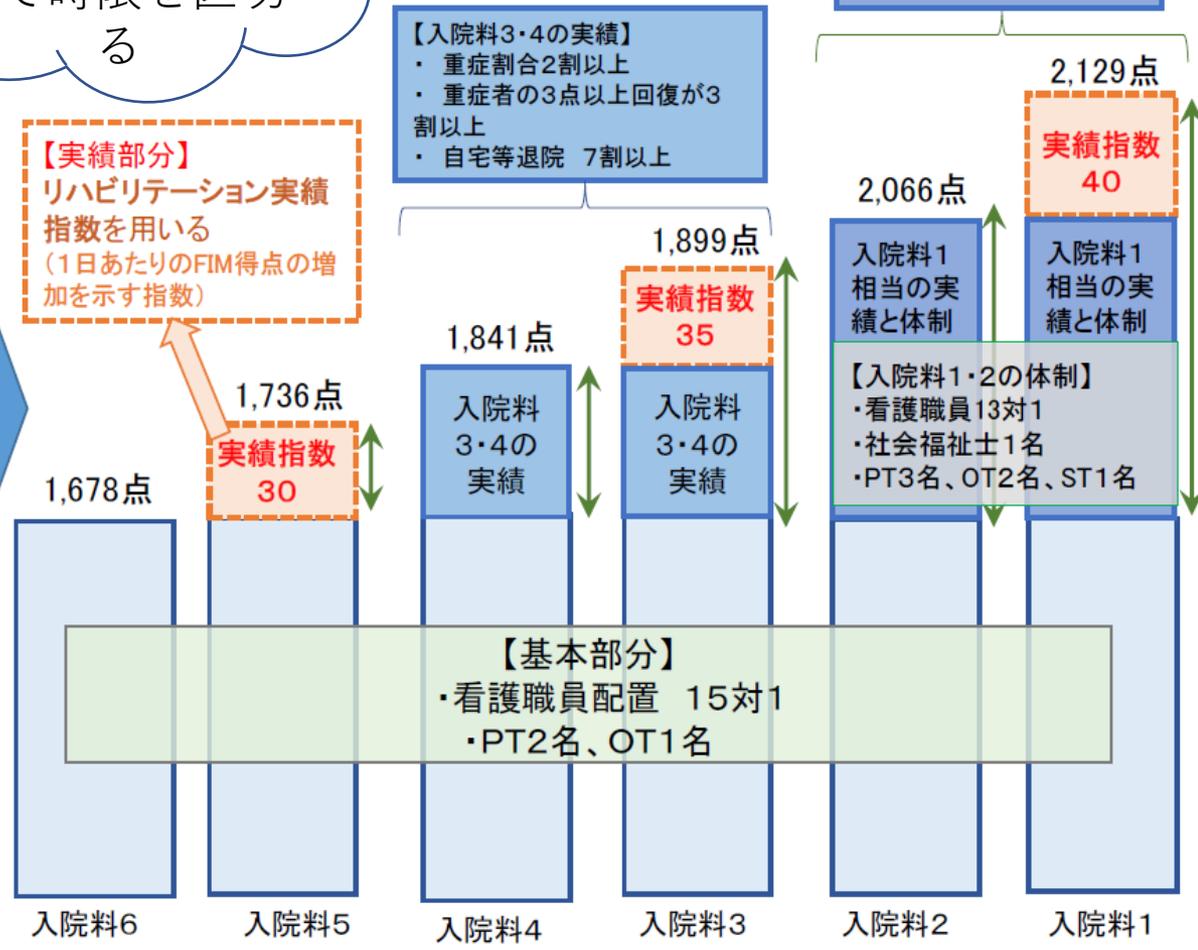
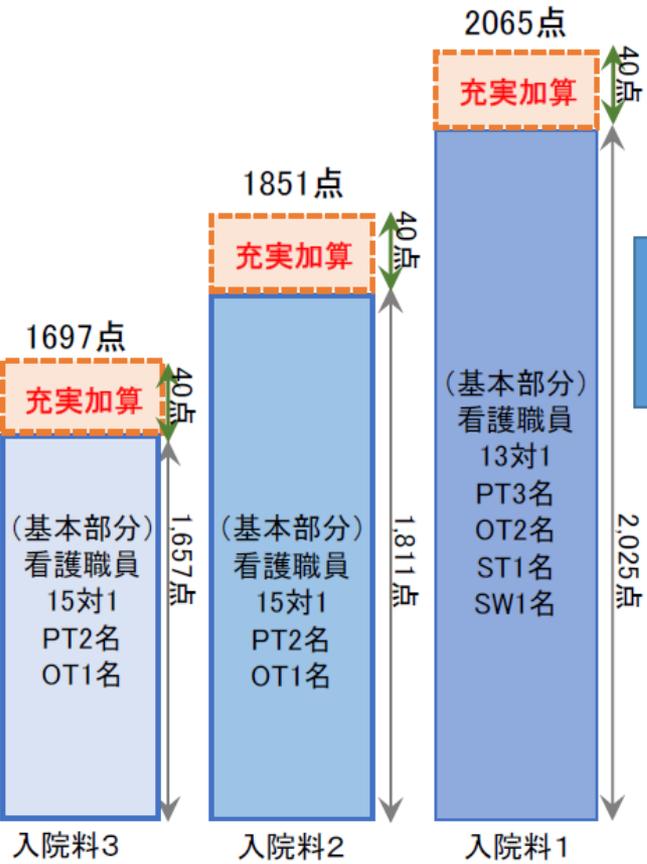
回復期リハビリテーション病棟入院料のイメージ(現行)

【平成28年度改定】

【現行】

再掲

入院料5, 6に
10年も留まるところがある
5を廃止、6として時限を区切る



回復期リハビリテーション病棟入院料

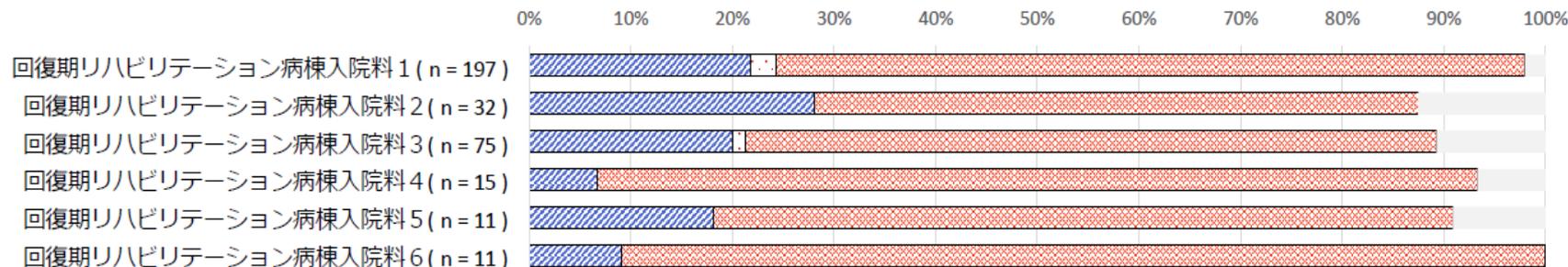
回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハと心大血管リハ



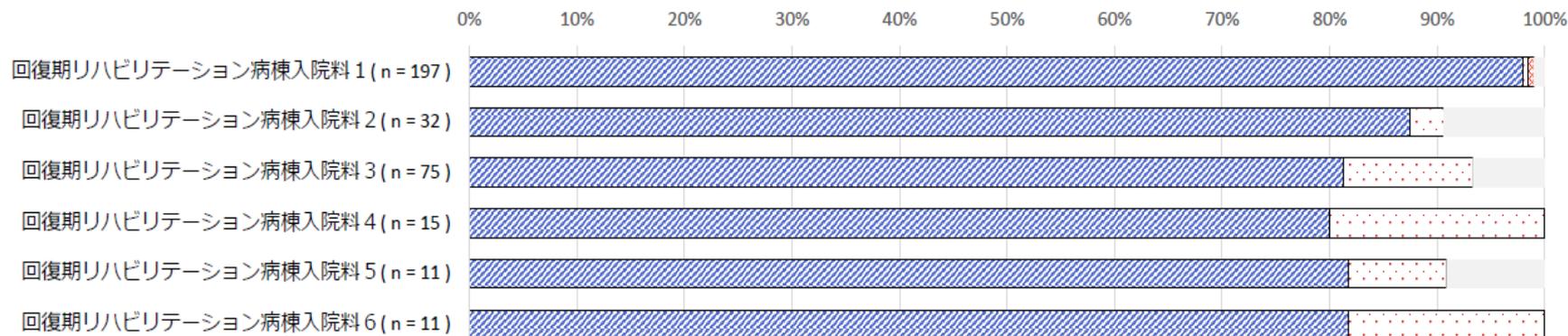
- 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関における、疾患別リハビリテーション料の届出状況は以下のとおりであった。
- 心大血管疾患リハビリテーション料を届け出ている医療機関が一定程度存在した。

心大血管疾患リハビリテーション料



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

脳血管疾患リハビリテーション料

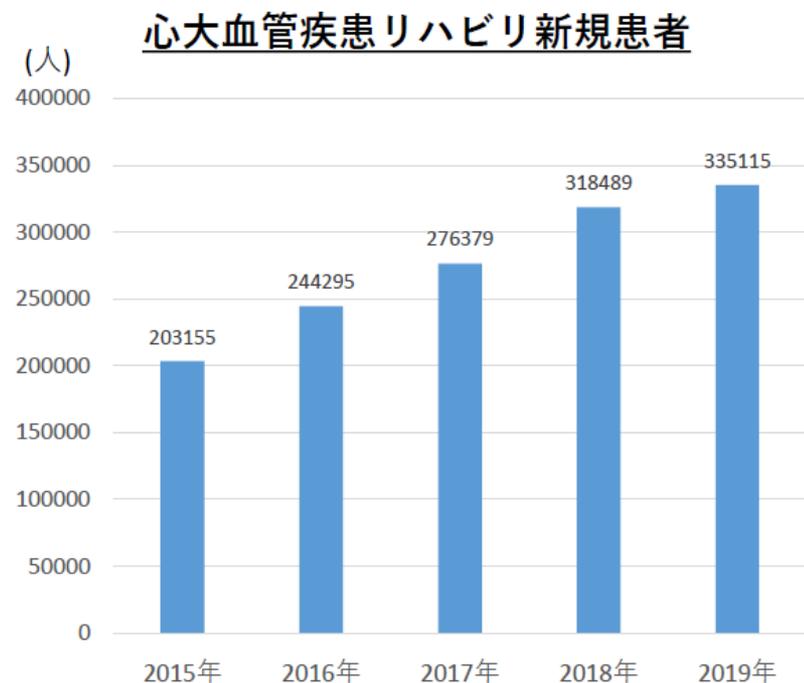


01_リハビリテーション料Ⅰ 02_リハビリテーション料Ⅱ 03_リハビリテーション料Ⅲ 04_届出なし 未回答

心臓リハビリテーションのニーズを示すデータ

中医協 総-1-2
3.10.27

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



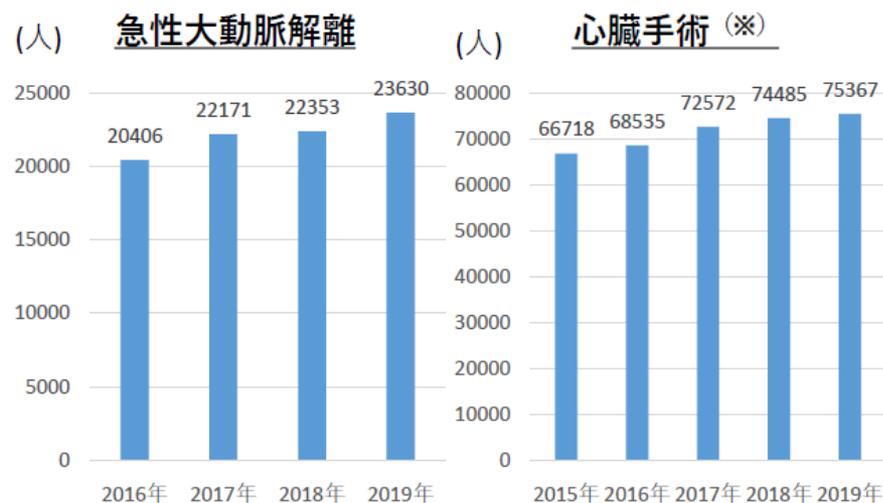
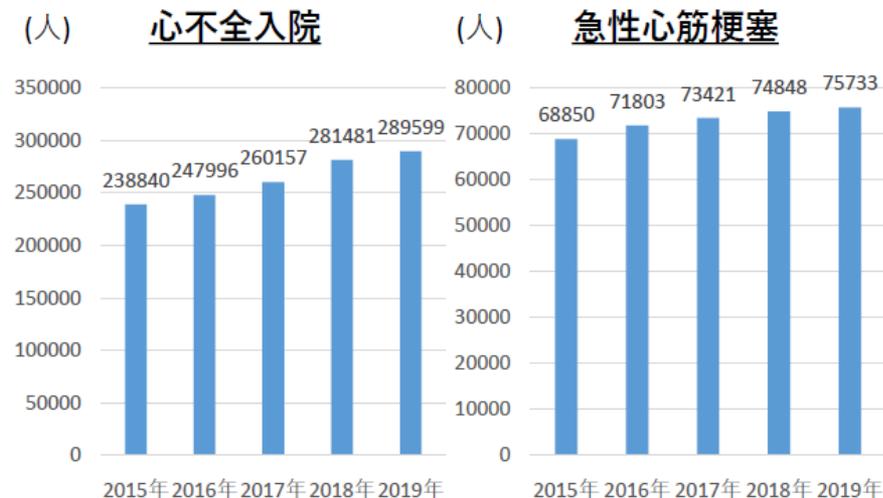
2015～2019年で、各疾患の患者数の増加している。
心大血管疾患リハビリテーション新規患者数は、各疾患の患者数の増加よりも顕著に増加している。

(参考) 心リハの実施すべき日数 (急性期クリニカルパス)

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

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

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



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

1. 回復期病棟

1.1 回復期に入院リハビリテーションが必要な患者像

入院を要する前期回復期の心リハには2つのシナリオが

1.3 問題点と今後の展望

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

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

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

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

2021年8月31日更新
2021年3月27日発行

日本循環器学会 / 日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン

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

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

合同研究班参加学会

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

回復期リハビリテーション病棟の入院患者に係る主な要件について

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

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

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

6番目の回復期リハの項目に
心大血管リハを！

疾患別リハビリテーション料に係る施設基準について(概要)

○ 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。

中医協 総-1-2
3. 10. 27

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

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

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

※3 言語聴覚士については、各項目で兼任可能

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

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

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

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

心大血管疾患リハビリテーションに係る評価指標について

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

心肺運動負荷試験(CPX)

<目的・意義>

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

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

<実施方法・時期>

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

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

⑱ 回復期リハビリテーションを要する状態 の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

改定案	現行
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 【算定要件】	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 【算定要件】

看護部への ワンポイントアドバイス



- 地域包括ケア病棟の要件が**厳格化**
 - 地域の一般病棟からの転院、サブアキュート、在宅復帰支援などのバランスが重要だ。
 - 地域包括ケア実績も問われる
 - もう一度、地域包括ケア病棟を見直そう
- 回復期リハビリ病棟
 - 心大血管リハが新設
 - しかし循環器医の常駐などハードルも高い

パート6

入退院支援加算・ 入院時支援加算

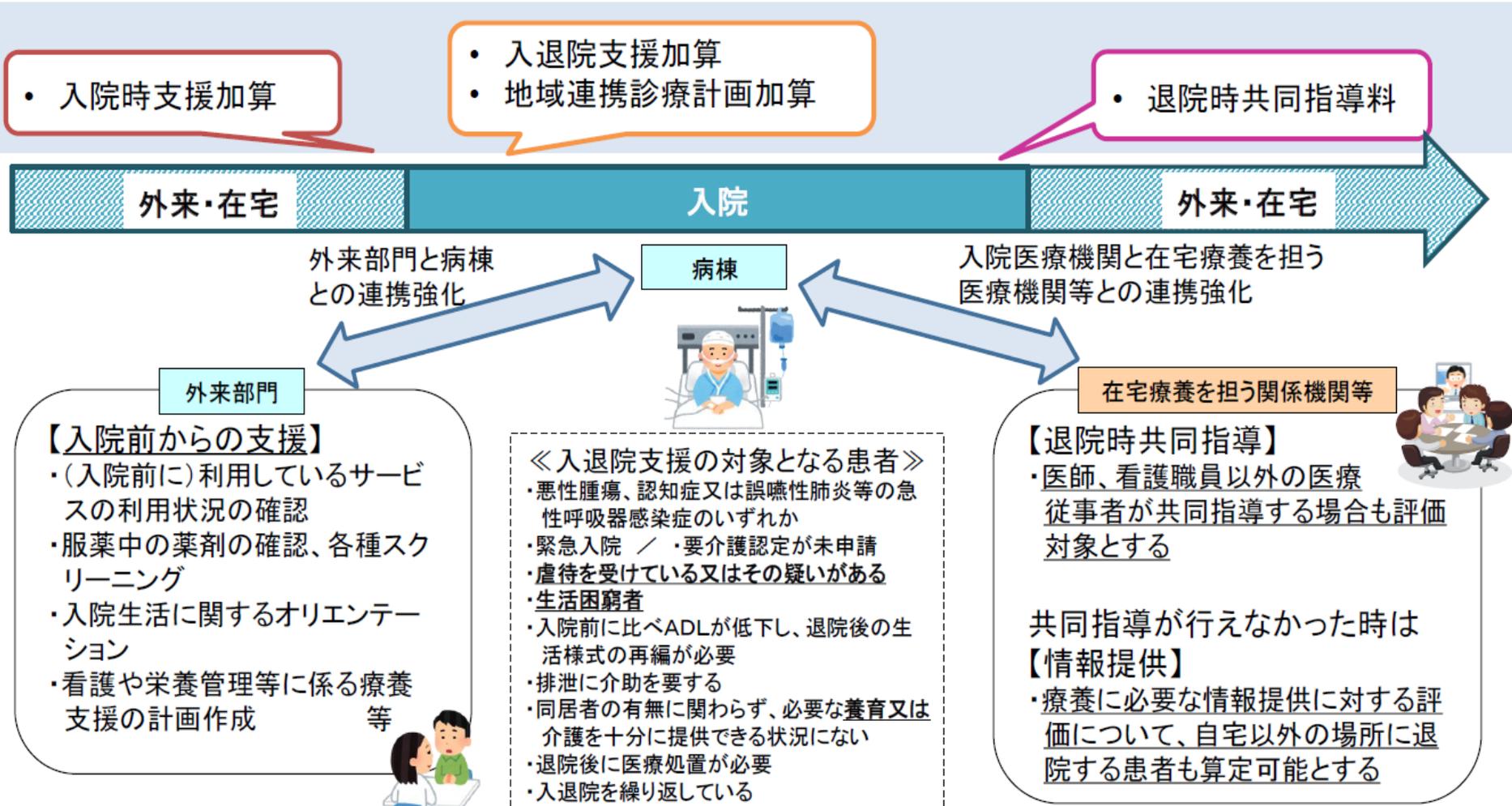


①入退院支援加算

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）	—

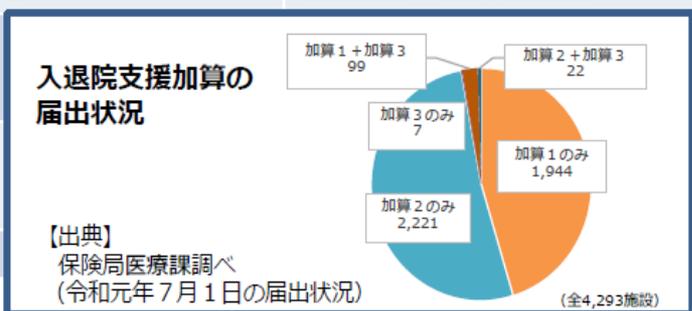
入退院支援加算の概要①

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件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件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		

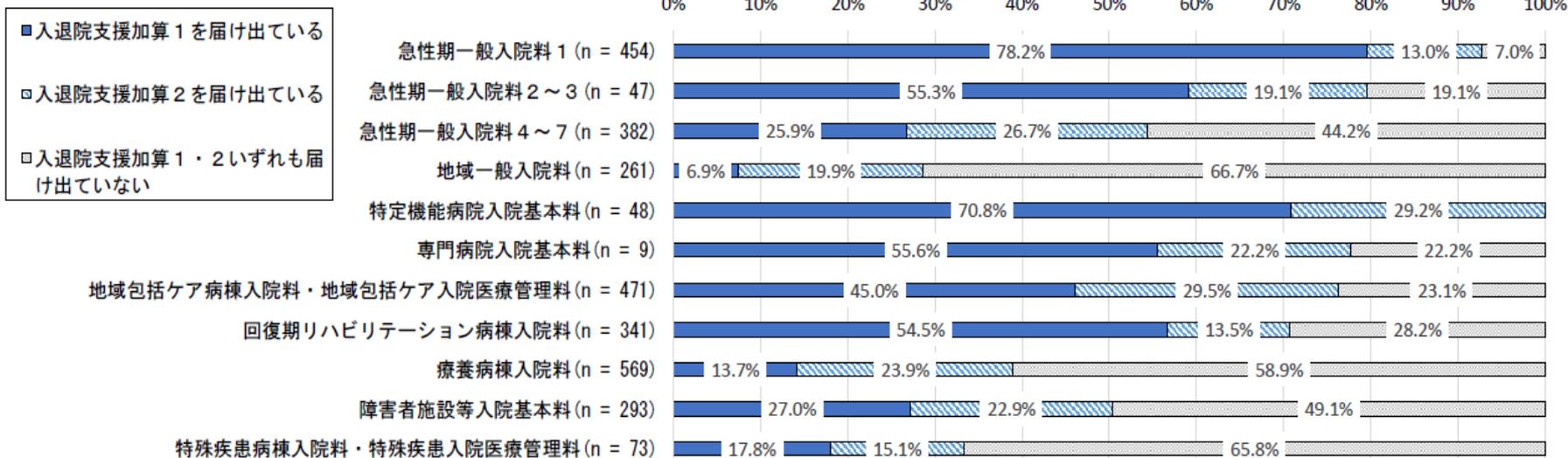


※週 3 日以上常態として勤務しており、所定労働時間が 22 時間以上の非常勤 2 名以上の組み合わせも可。

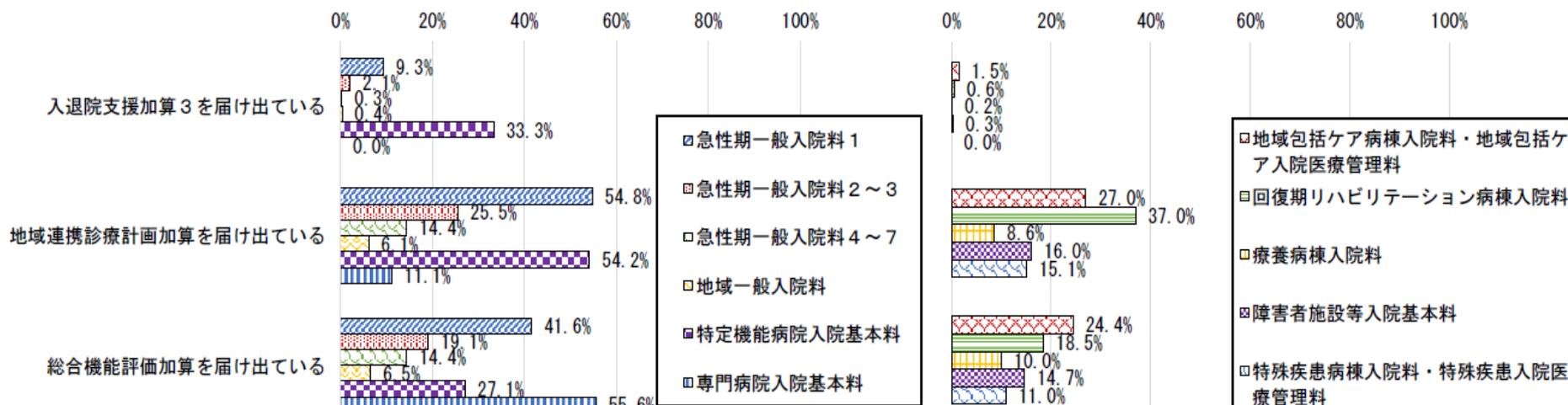
入退院支援加算の届出状況

○ 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)



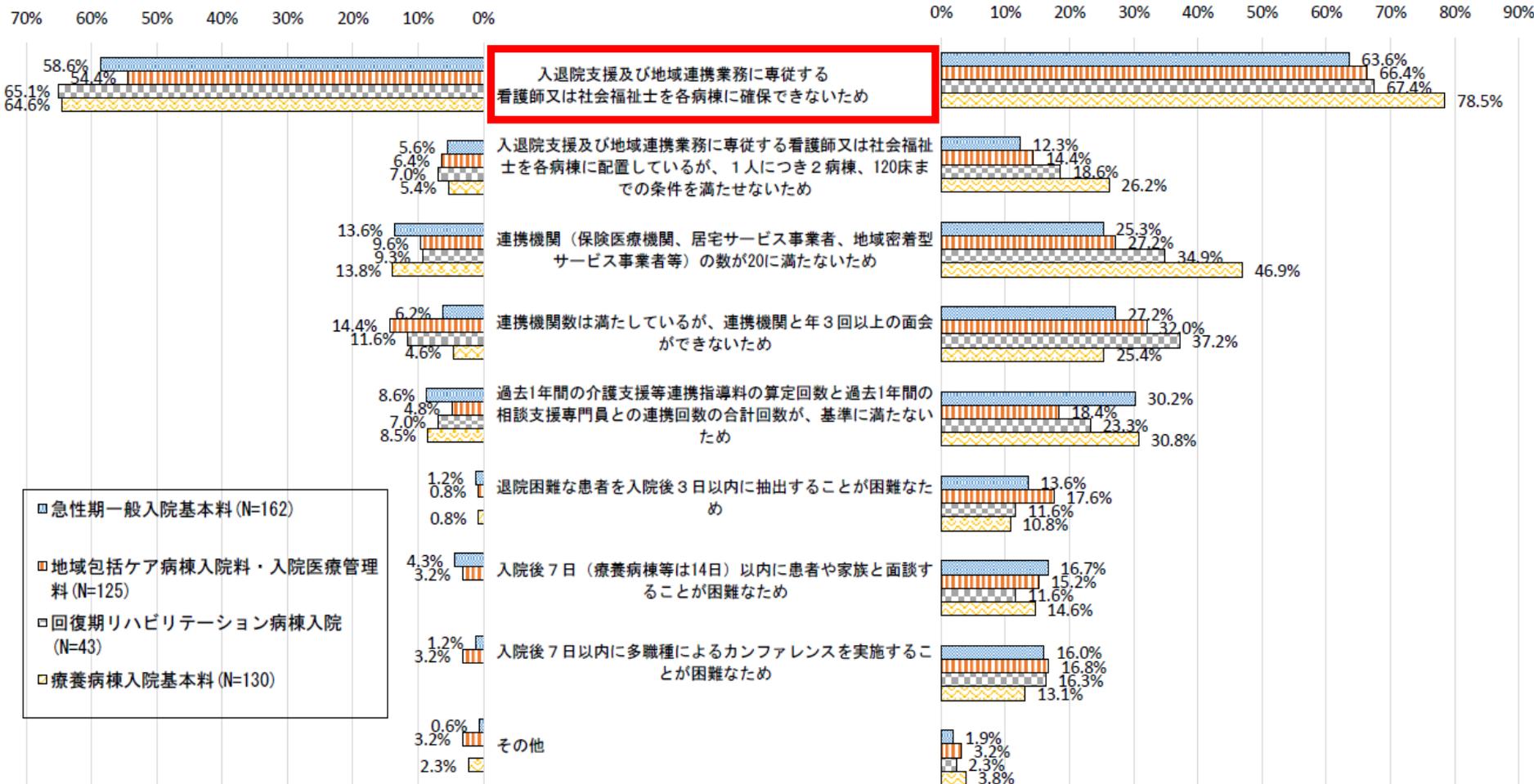
入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由

○ 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）

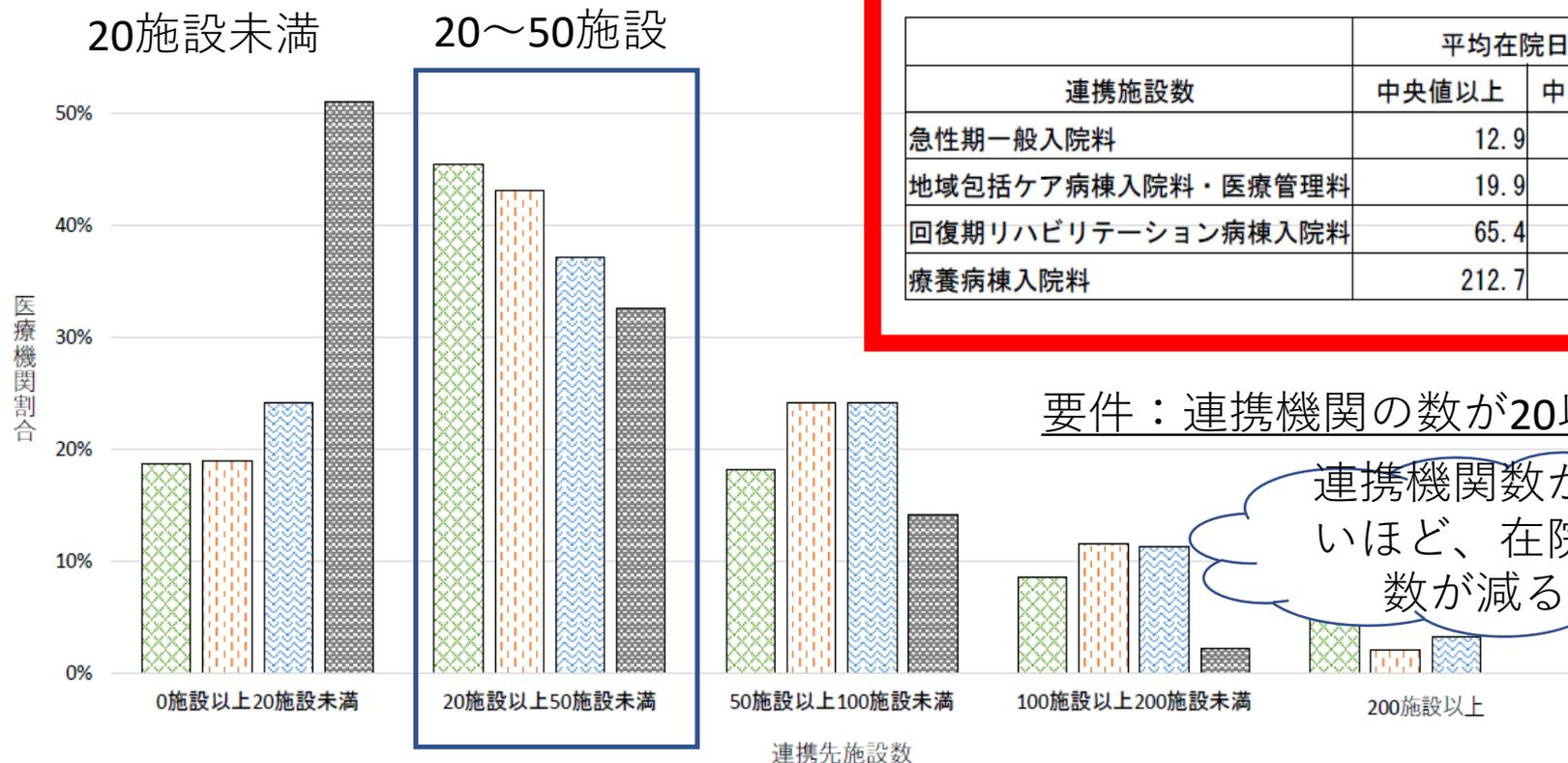
最も該当



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25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。

25施設

100点
アップ

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 700点</p> <p>ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300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くは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく</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くは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく</p>

【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

ヤングケアラーとは

一般に、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている子どもをいう。

(ヤングケアラーのイメージ (例))



障がいや病気のある家族に代わり、買い物・料理・掃除・洗濯などの家事をしている



家族に代わり、幼いきょうだいの世話をしている



障がいや病気のあるきょうだいの世話や見守りをしている



目を離せない家族の見守りや声かけなどの気づかいをしている



日本語が第一言語でない家族や障がいのある家族のために通訳をしている



家計を支えるために労働をして、障がいや病気のある家族を助けている



アルコール・薬物・ギャンブル問題を抱える家族に対応している



がん・難病・精神疾患など慢性的な病気の家族の看病をしている



障がいや病気のある家族の身の回りの世話をしている



障がいや病気のある家族の入浴やトイレの介助をしている

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）

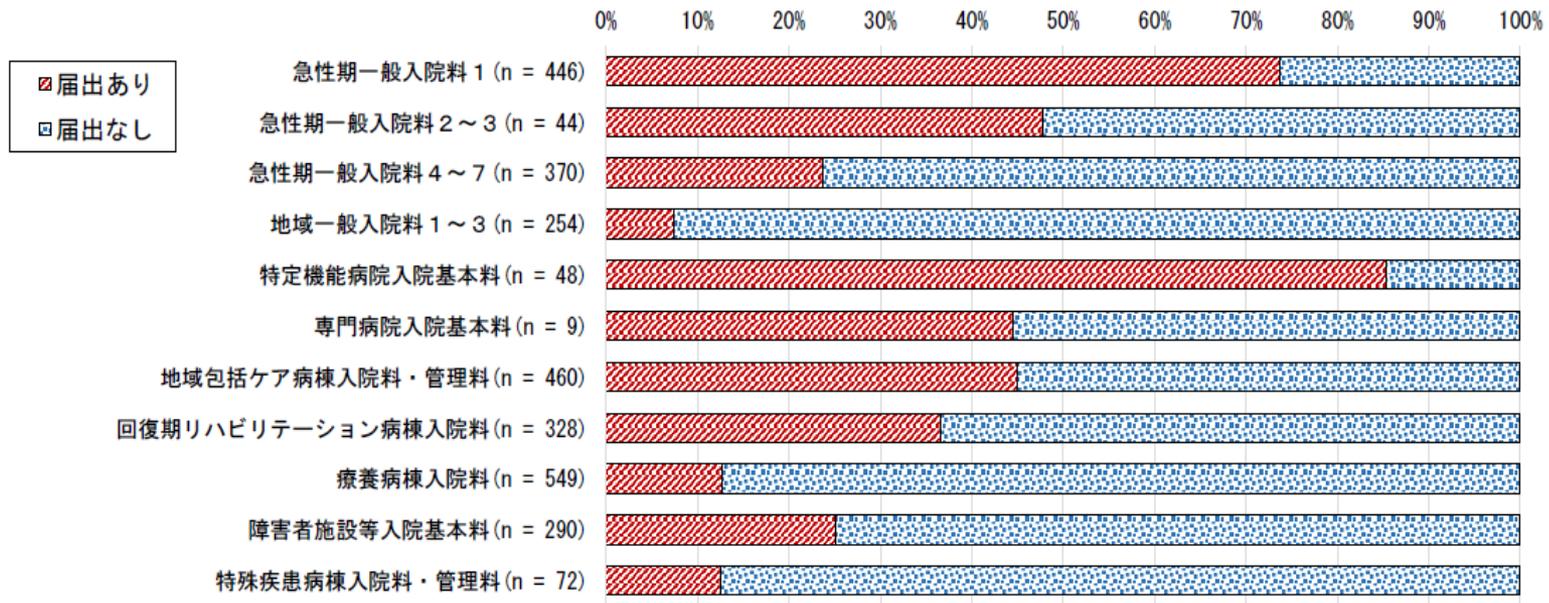
[算定要件]

- 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。

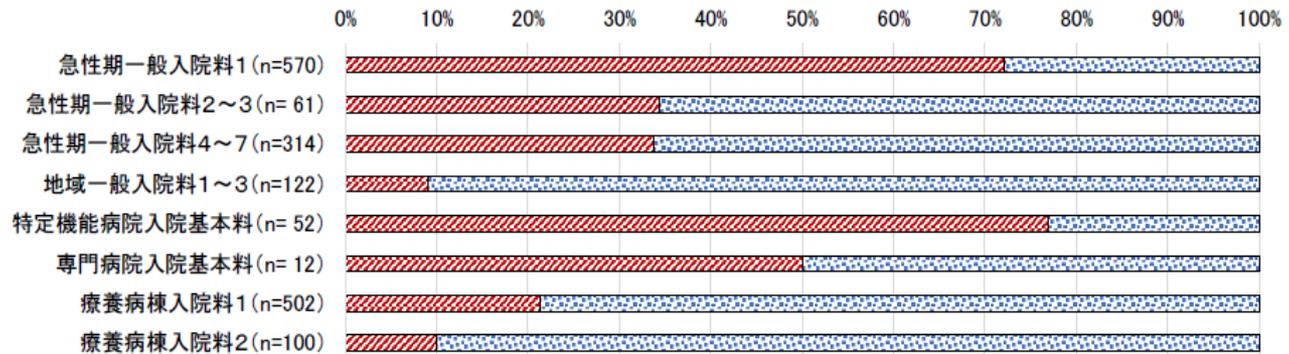
入院時支援加算の届出状況

○ 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

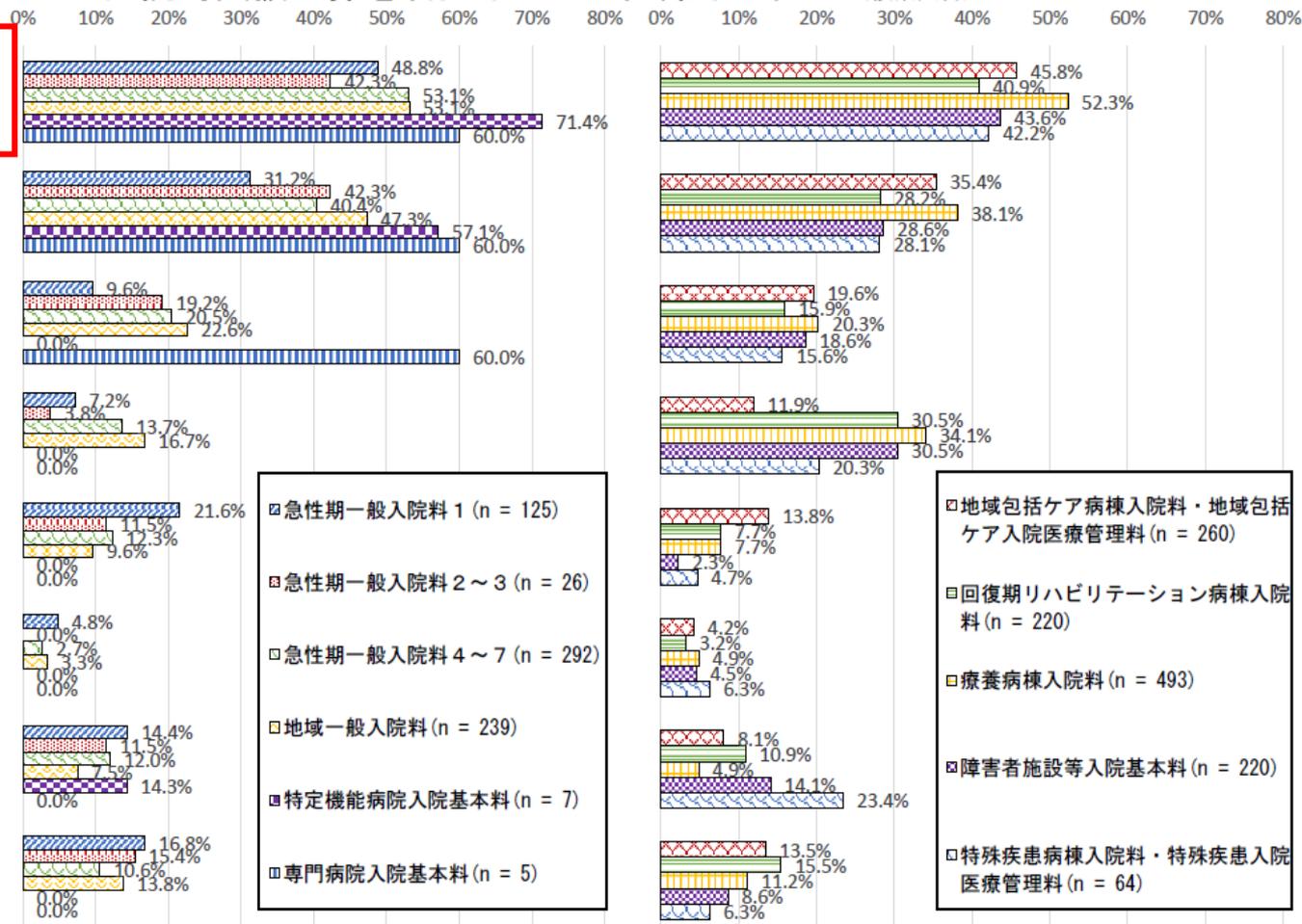


入院時支援加算を届出ることが困難な理由

- 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)



看護部への ワンポイントアドバイス

- 入退院支援加算・入院時支援加算の
カギを握るのは、連携に携わる熟
達の看護師、社会福祉士



パート7 訪問看護

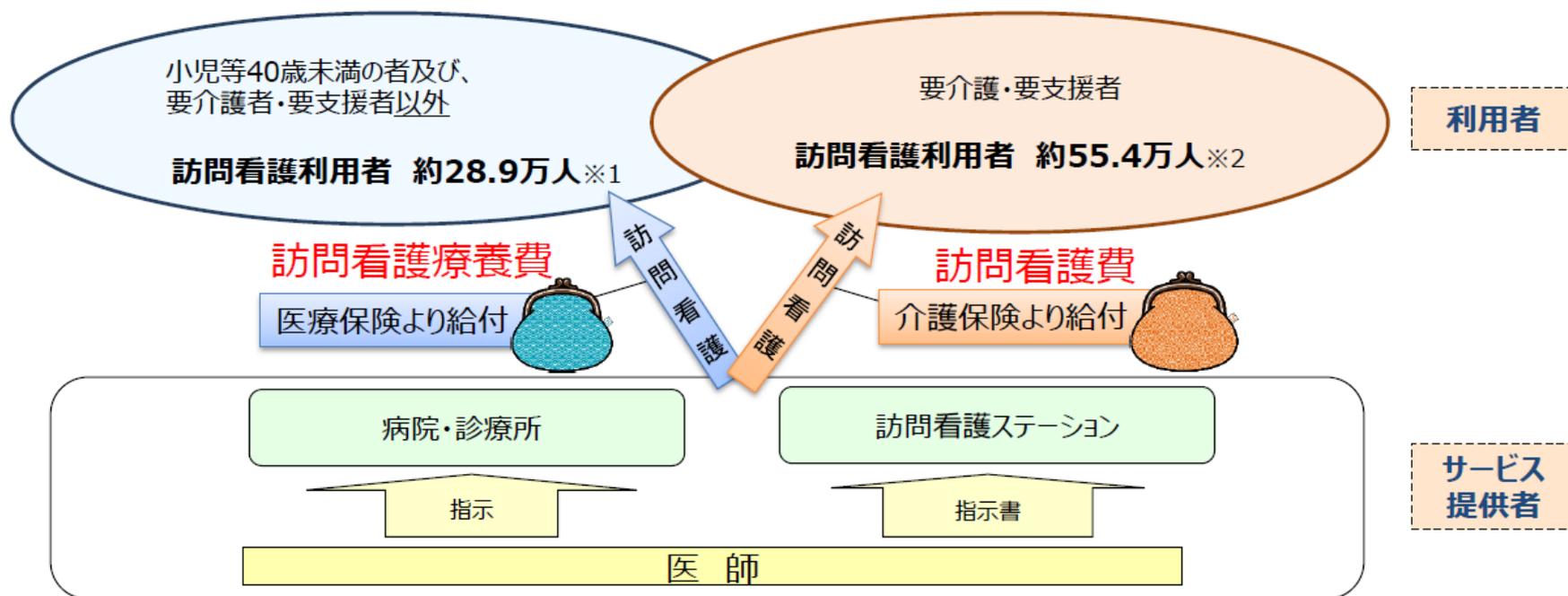
- ①訪問看護の利用者増と訪問看護事業所
- ②訪問看護事業所におけるリハビリ専門職の在り方
- ③専門性の高い看護師による同行訪問
- ④訪問看護と特定行為研修修了者
- ⑤ICTを活用した看取り

①訪問看護の利用者増と 訪問看護事業所



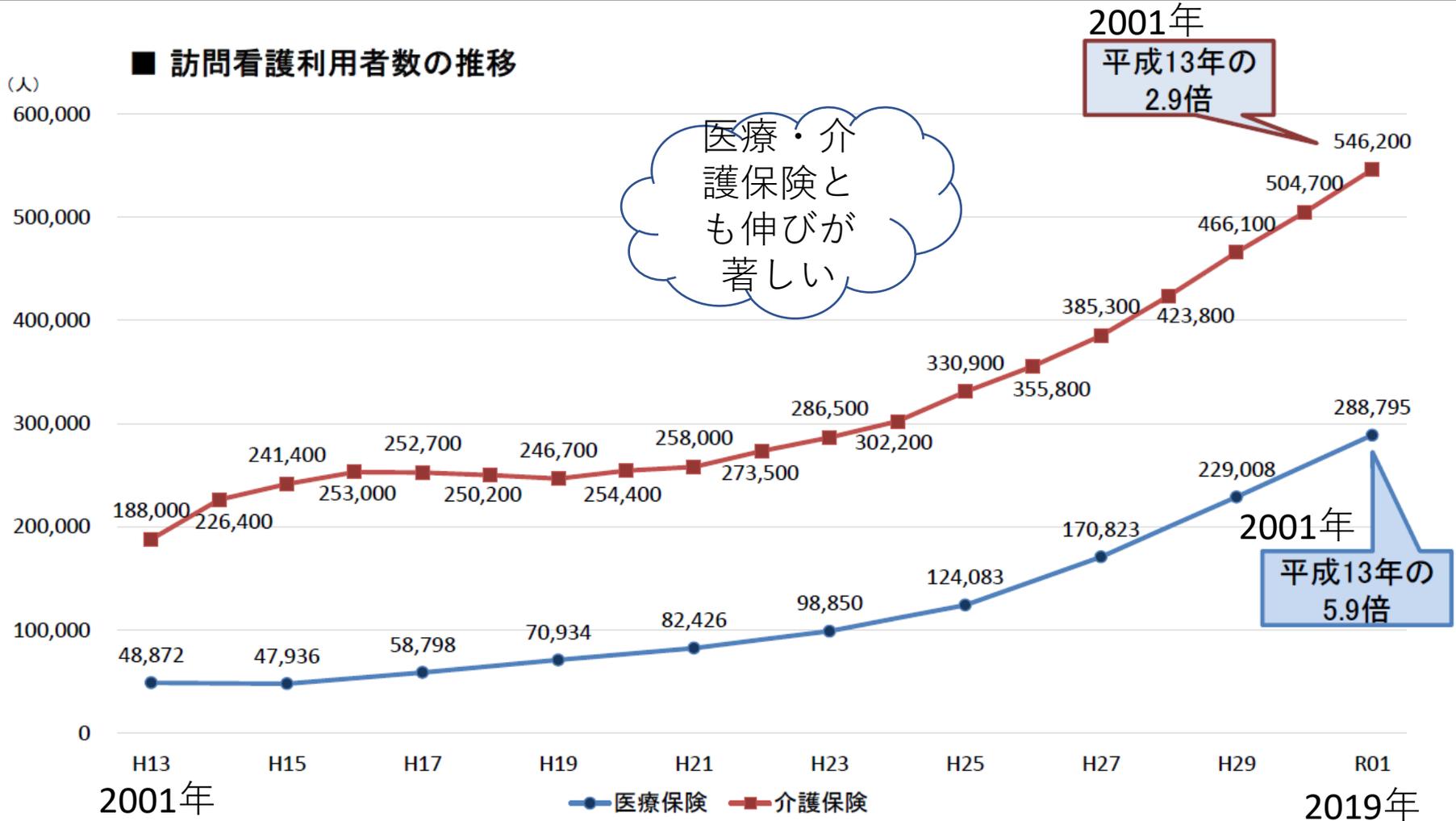
訪問看護の仕組み

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



訪問看護利用者数の推移

○ 訪問看護ステーションの利用者は、介護保険、医療保険ともに増加傾向



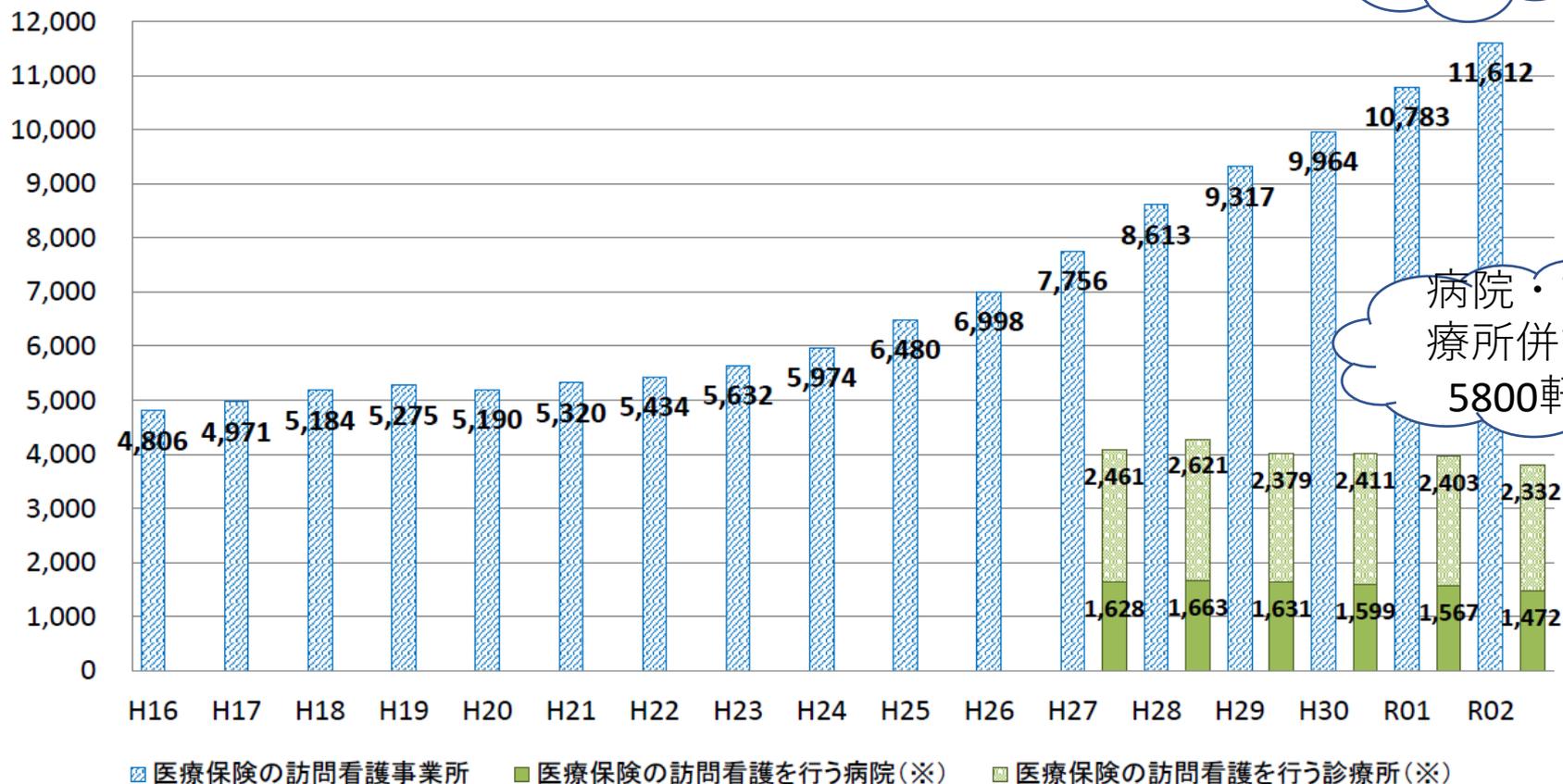
【出典】介護給付費実態調査(各年5月審査分)、訪問看護療養費実態調査(平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計)

訪問看護ステーション数及び訪問看護を行う医療機関数の年次推移

○ 訪問看護ステーションは増加傾向、訪問看護を行う病院・診療所は横ばい。

単独型
1.2万軒

■ 医療保険の訪問看護ステーション数及び医療保険の訪問看護を行う医療機関数



病院・診療所併設
5800軒

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

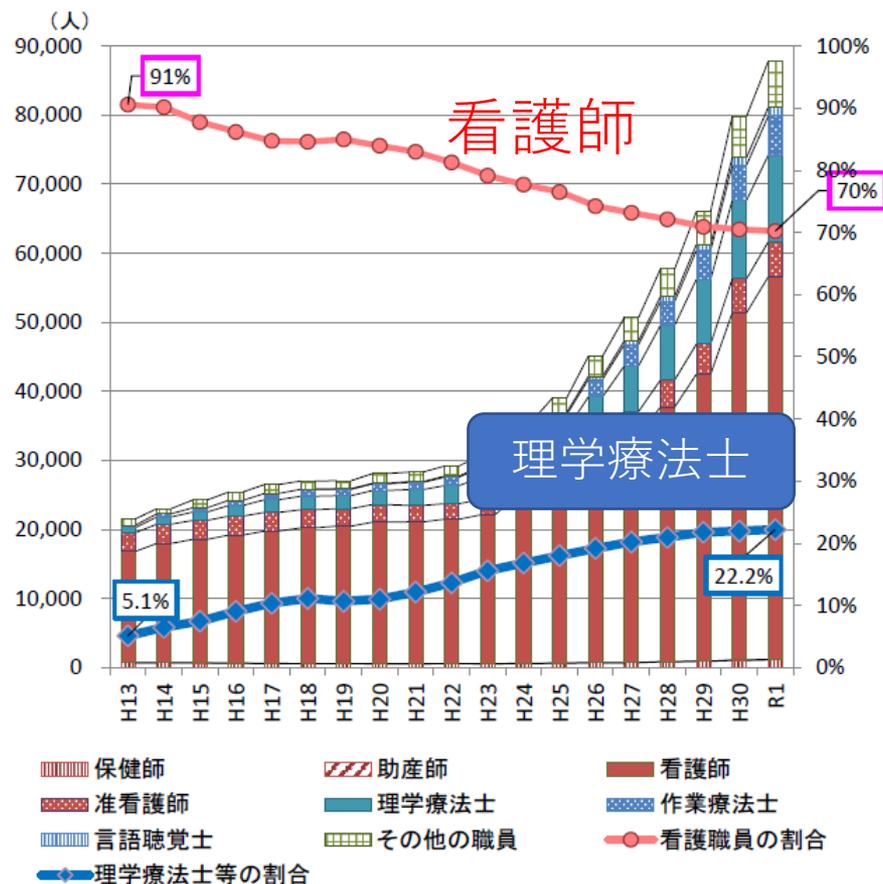
②訪問看護ステーション におけるリハビリ問題



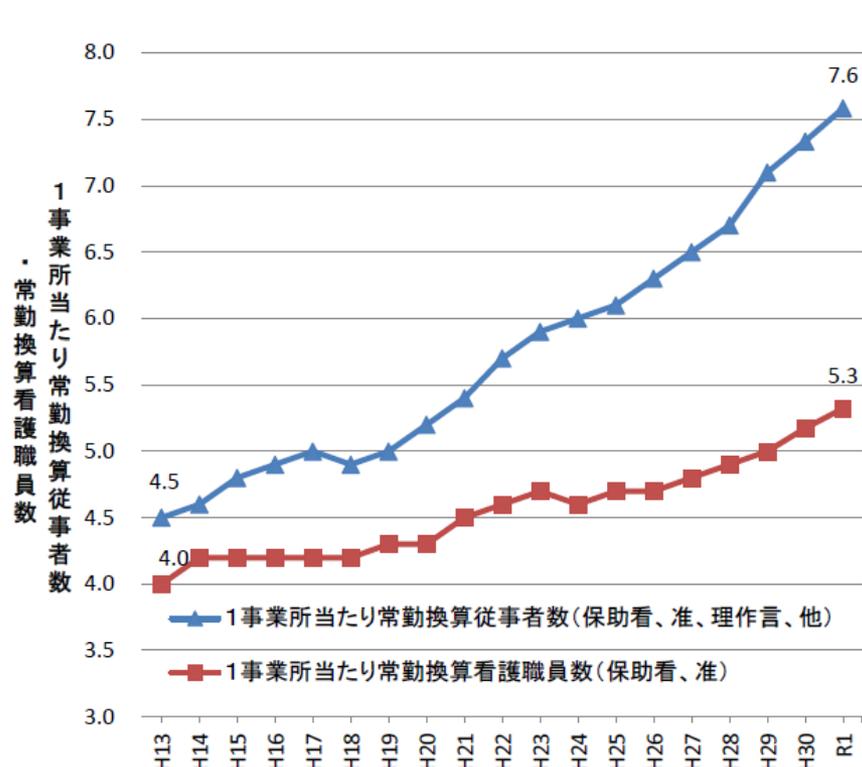
訪問看護ステーションにおける理学療法士等の状況

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

■ 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数の推移(常勤換算)



■ 訪問看護ステーションの1事業所当たり従事者数(常勤換算)



※ 理学療法士等:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

訪問看護事業所における リハビリ問題

- 一部の訪問看護事業所では、スタッフのほとんどをリハビリ専門職が占めているところがある。
 - このような事業所では24時間体制を取っていない
 - 重症な利用者の対応を行わない
 - ターミナルケアの実施が十分でない
- 訪問看護事業所は訪問看護だけでは経営が安定しない。
 - 利用者が入院したり死亡したりすることで利用者数が変動し収入が一定しない。
 - こうした事業所ではリハビリ専門職による訪問リハビリを併用することで経営が安定する
- リハビリ専門職も単独開業が認められていない。
 - このため訪問看護事業所から訪問リハビリを行わざるを得ない。
- 訪問看護と訪問リハビリの両者の利害の一致
 - リハビリ専門職の多い訪問看護事業所が増えている。

訪問看護提供体制の充実

機能強化型訪問看護ステーションに係る人員配置要件の見直し

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

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費】

[施設基準]

機能強化型1

- 常勤の看護職員 7人以上

機能強化型2

- 常勤の看護職員 5人以上

機能強化型3

- 常勤の看護職員 4人以上



改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費】

[施設基準]

機能強化型1

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

機能強化型2

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

機能強化型3

- 常勤の看護職員 4人以上
- 看護職員 6割以上*

[経過措置] (看護職員割合の要件について)

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

看護職員
6割以上

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

【I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑫】

⑫ 訪問看護指示書の記載欄の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (年 月 日 ～ 年 月 日)
 点滴注射指示期間 (年 月 日 ～ 年 月 日)

患者氏名		生年月日	年	月	日			(歳)	
患者住所									
主たる傷病名		(1)	(2)	(3)					
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態								
	投与中の薬剤の用量・用法	1.				2.			
		3.				4.			
		5.				6.			
	日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1 C2
		認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
	要介護認定の状況	要支援 (1 2)				要介護 (1 2 3 4 5)			
	褥瘡の深さ	DESIGN分類 D3 D4 D5			NPUAP分類 III度 IV度				
	装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置		2. 透析液供給装置		3. 酸素療法 (l/min)			
		4. 吸引器		5. 中心静脈栄養		6. 輸液ポンプ			
		7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻 : サイズ)				、 日に1回交換			
		8. 留置カテーテル (部位 : サイズ)				、 日に1回交換			
		9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定)							
		10. 気管カニューレ (サイズ)							
		11. 人工紅門		12. 人工膀胱		13. その他 ()			
留意事項及び指示事項									
I 療養生活指導上の留意事項									
II 1. リハビリテーション (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり 20・40・60・()分を週 ()回 (注: 介護保険の訪問看護を行う場合に記載))									
2. 褥瘡の処置等									
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理									
4. その他									
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)									
緊急時の連絡先 不在時の対応									
特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)									
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 : 指定訪問看護ステーション名)									
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有 : 訪問介護事業所名)									

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

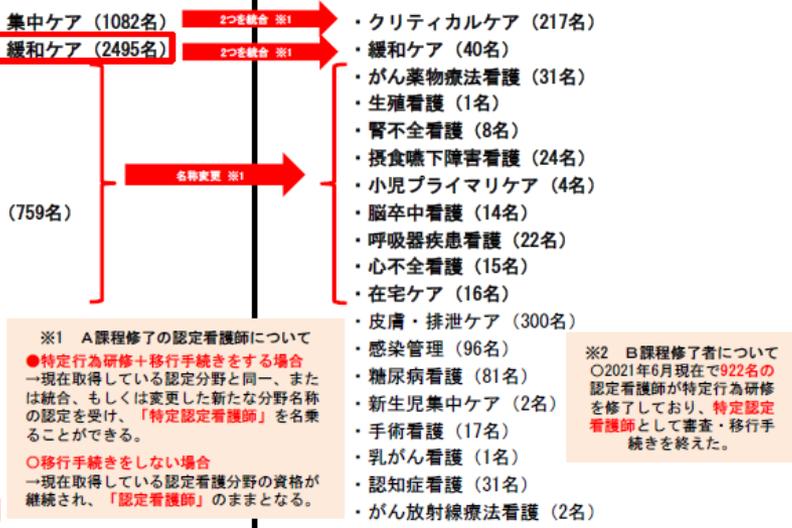
③ 専門性の高い看護師 による同行訪問



専門看護師・認定看護師の概要

※日本看護協会HP・R2看護白書をもとに作成 (2021.6)

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



専門性の高い看護師による同行訪問

○ 褥瘡ケア等のニーズを有する在宅療養者に対する専門の研修を受けた看護師による同行訪問は、医療機関によるものが多い。

■専門性の高い看護師に係る診療報酬上の評価

■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）・（Ⅱ）

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

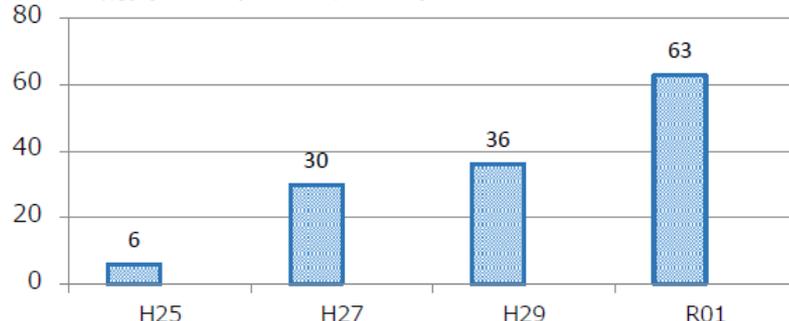
■ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料³

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

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

※平成30年度診療報酬改定において人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを追加

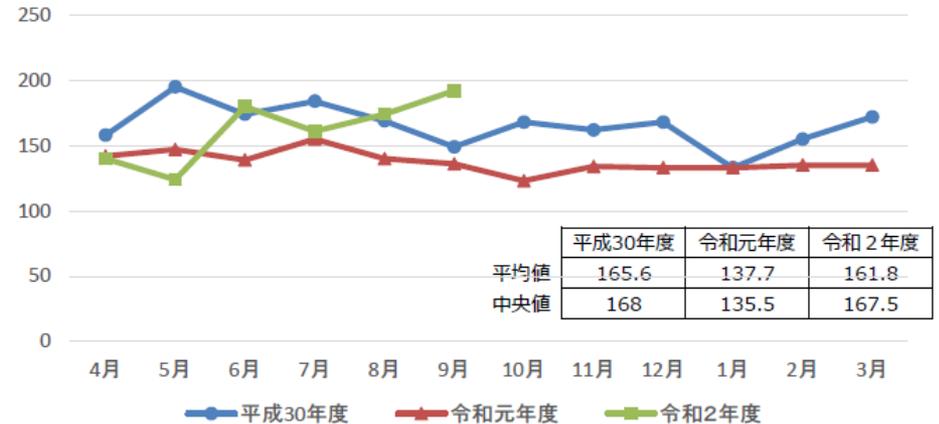
■訪問看護ステーションにおける専門の研修を受けた看護師の同行訪問※1の算定件数(6月審査分)



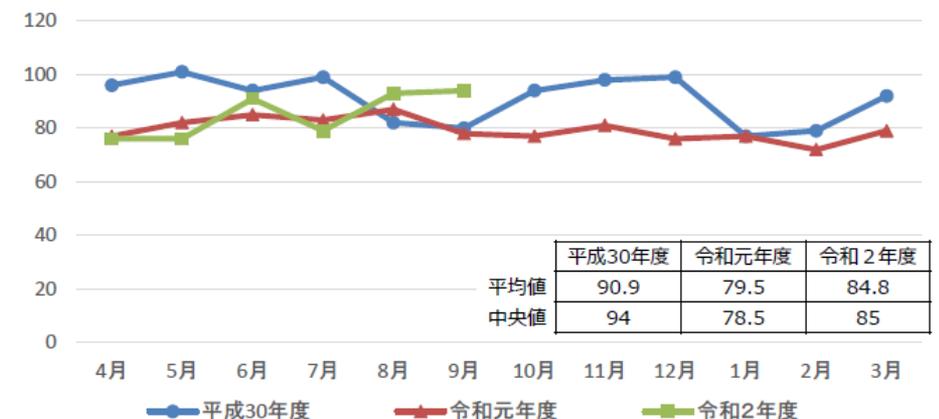
※1訪問看護基本療養費（Ⅰ）・（Ⅱ）ハ（悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合）の合計

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

■医療機関における専門の研修を受けた看護師の同行訪問※2の算定件数



■専門の研修を受けた看護師の同行訪問※2を算定した医療機関(施設数)



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

【出典】厚生労働省保険局医療課にてNDBデータをもとに作成

専門性の高い看護師による同行訪問の充実

人工肛門・人工膀胱の合併症を有する利用者を対象に追加

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

現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

[算定要件]

訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、

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

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

- ・緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

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

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



改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

[算定要件]

訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、

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

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

- ・緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

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

ストーマ陥凹の例

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



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

⑭ 専門性の高い看護師による 訪問看護における専門的な管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

改定案	現行
<p>【訪問看護管理療養費】 [算定要件] 注12 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修（以下「特定行為研修」という。）を修了した看護師が、</p>	<p>【訪問看護管理療養費】 [算定要件] (新設)</p>

④訪問看護と 特定行為研修修了者

静岡県立大学法人
静岡県立大学
UNIVERSITY OF SHIZUOKA

あなたの力で支えられる人がいる。

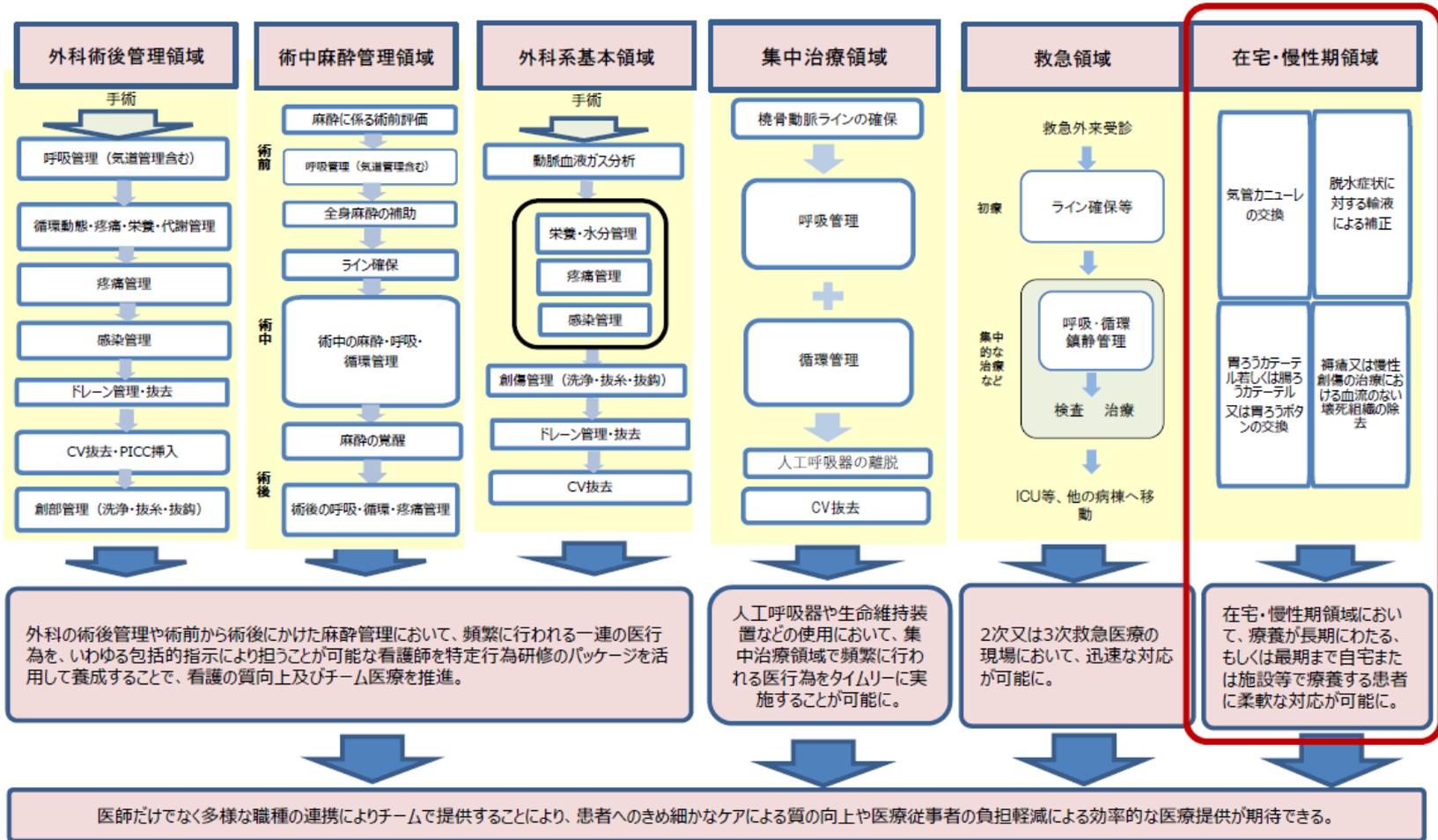
看護を深く知る、
知識を広げる。

静岡県立大学 看護学部 看護実践教育研究センター
**研修生
募集!**
看護師特定行為研修

研修を経て得た知識や判断力、対応力などのスキルは、どの医療現場でも必ず役に立ちます。
患者に適切な医療を提供できる看護師として活躍するために、
自身の専門性を高め、看護のさらなる高みを目指してみませんか？

特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

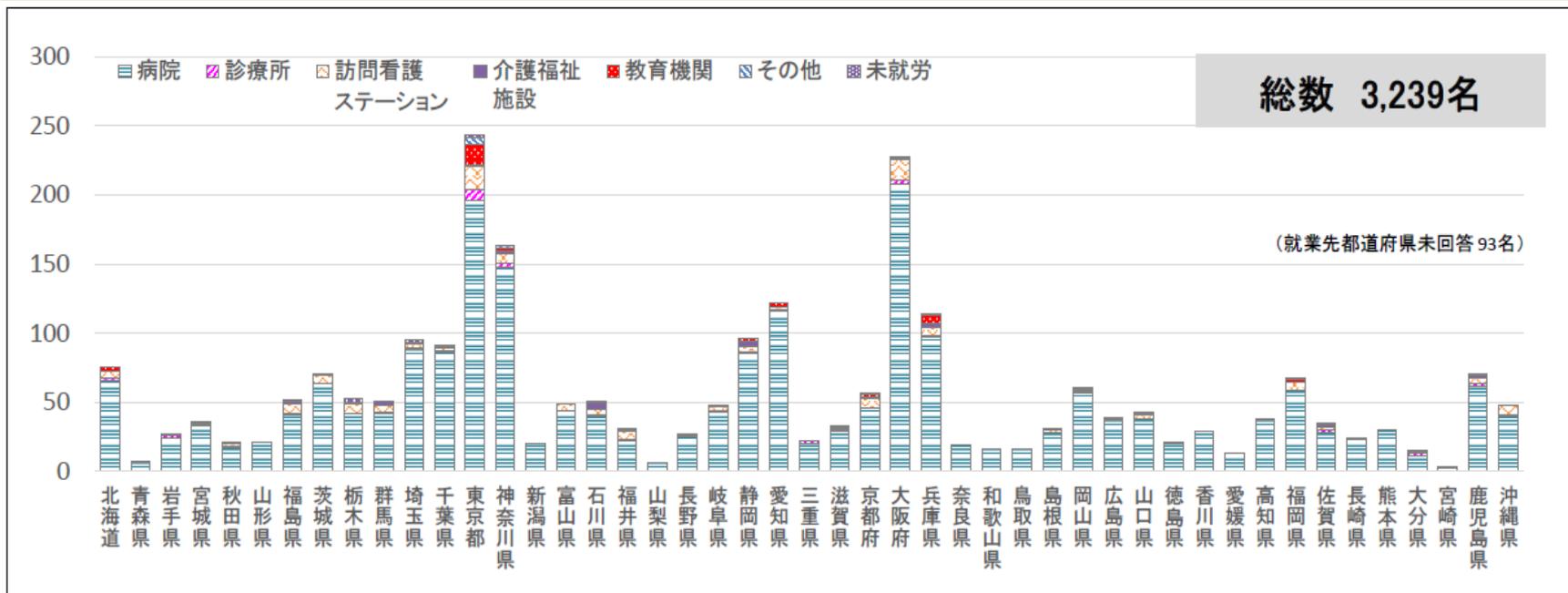
- 特定の領域において頻繁に行われる一連の医行為についてパッケージ化し研修することで特定行為研修修了者を確保する。
- 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。



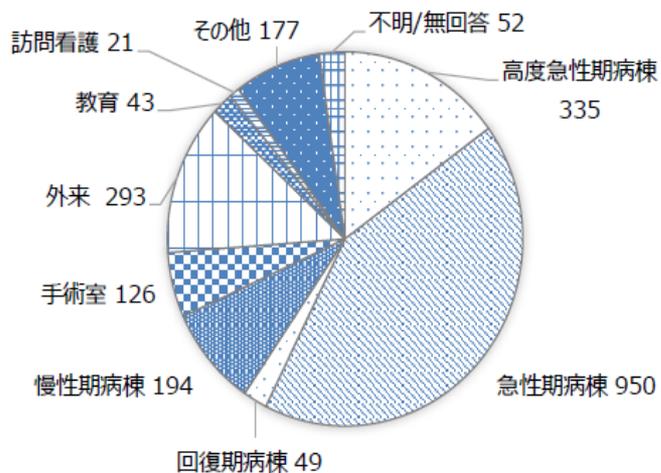
訪問看護での活躍が期待される領域

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

都道府県別 特定行為研修修了者就業状況



病院に就業する修了者の活動場所



【就業場所別修了者数】

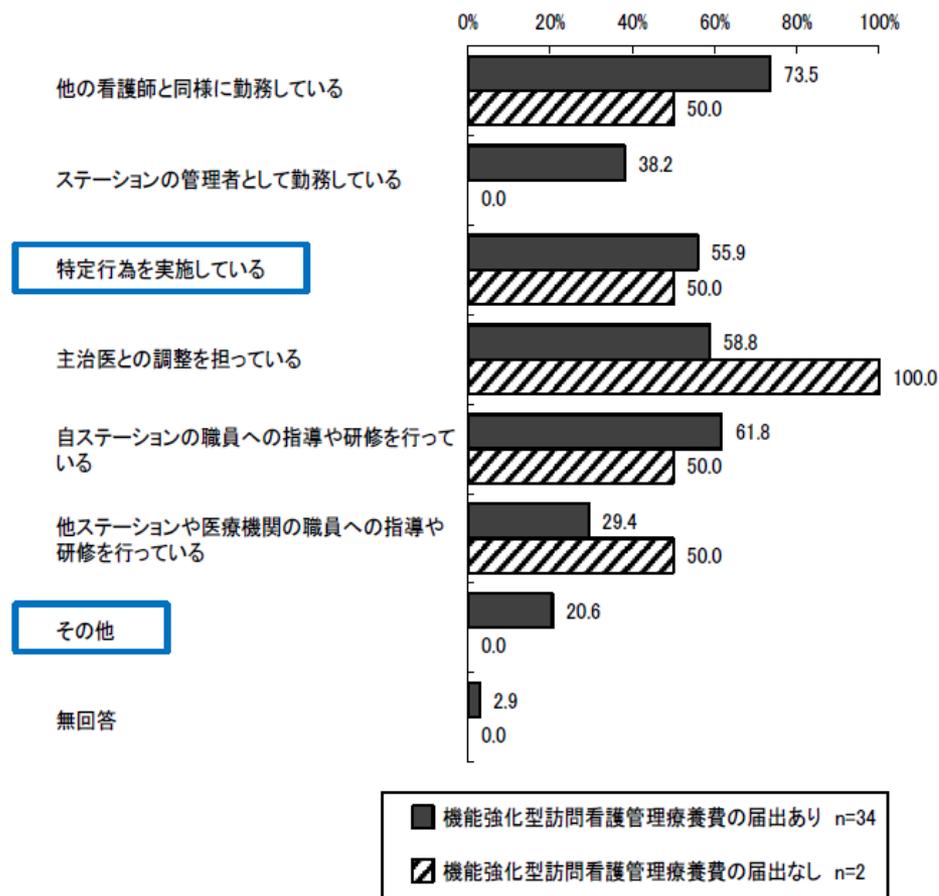
就業場所	割合	人数
病院	69.2%	2,240
診療所	1.2%	40
訪問看護ステーション	4.5%	145
介護福祉施設	1.0%	34
教育機関	1.3%	41
その他	0.5%	16
未就労	0.5%	16
不明	21.8%	707
総数	100%	3,239名

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

訪問看護ステーションに所属する特定行為研修修了者

○ 事業所に所属する特定行為研修者の活動状況は以下の通り。

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



実施している特定行為

- ・創傷関連
- ・気管カニューレの交換、胃瘻チューブ交換、膀胱瘻カテーテル交換
- ・ろう孔、潰瘍・褥瘡処置
- ・デブリードマン(壊死組織除去)、陰圧閉鎖療法
- ・呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連、栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
- ・脱水症状に対する輸液補正

その他の活動

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

⑬ 専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>【訪問看護基本療養費（I）・（II）】 〔施設基準〕</p> <p>4 訪問看護基本療養費の注2及び注4に規定する専門の研修を受けた看護師</p> <p>次の当該訪問看護ステーションにおいて、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。なお、ここでいう緩和ケアに係る専門の研修とは(1)の、褥瘡ケアに係る専門の研修とは(2)の、人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修とは(3)のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式4を用いること。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 褥瘡ケアに係る専門の研修</p> <p>ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律</p>	<p>【訪問看護基本療養費（I）・（II）】 〔施設基準〕</p> <p>4 訪問看護基本療養費の注2及び注4に規定する専門の研修を受けた看護師</p> <p>次の当該訪問看護ステーションにおいて、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。なお、ここでいう緩和ケアに係る専門の研修とは(1)の、褥瘡ケアに係る専門の研修とは(2)の、人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修とは(3)のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式4を用いること。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 褥瘡ケアに係る専門の研修</p> <p>ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの</p>

訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

- 訪問看護ステーション等の看護師に対して、医師が特定行為の実施に係る手順書を交付した場合の評価を新設する。
 - ア 気管カニューレの交換
 - イ 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
 - ウ 膀胱ろうカテーテルの交換
 - エ 褥瘡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
 - オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法
 - カ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
 - キ 脱水症状に対する輸液による補正

⑤ICTを活用した看取り

○C島の概要 人口約700人。市営の渡船が1日7往復する。

○C島の医療提供体制の状況

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

○事例

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



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

ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業

【背景】

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

規制改革実施計画（平成28年6月2日閣議決定）

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

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

患者や家族が希望する、住み慣れた場所での穏やかな看取りの実現

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

ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業

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

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

【看護師に対する研修内容】

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

計177名の看護師が研修を修了
（令和3年10月末時点）

医師によるICTを利用した死亡診断等をサポートする看護師を対象とした研修

講義・演習

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

実地研修

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

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

○対象者

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

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

ICTを利用した死亡診断等の流れ

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

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

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

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

ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等

ICTを利用した死亡診断

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

現行

【在宅患者訪問診療料】

患者において死亡診断を行った場合には、200点を所定点数に加算する。

[算定要件]

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



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



改定後

【在宅患者訪問診療料】

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

[算定要件]

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

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

ア 当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。

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

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

参考) 算定回数

	算定回数
在宅患者訪問診療料 死亡診断加算※	187

【出典】算定回数：令和2年社会医療診療行為別統計（令和2年6月審査分）

※往診又は訪問診療を行った場合とICTを活用した場合の両方を含む

②④ ICT を活用した遠隔死亡診断の補助 に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

改定案	現行
<p>【遠隔死亡診断補助加算（訪問看護ターミナルケア療養費）】 [算定要件] 注4 <u>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科点数表の区分番号C001の注8に規定する死亡診断加算を算定する利用者（特掲診療料の施設基準等（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、1,500円を所定額に加算する。</u></p>	<p>【遠隔死亡診断補助加算（訪問看護ターミナルケア療養費）】 [算定要件] (新設)</p>

看護部への ワンポイントアドバイス



- 訪問看護事業所のリハビリテーションの適正化は今後とも続く
- 訪問看護事業所への専門性の高い看護師（認定、専門、特定行為など）の配置が必要となる
- 病院併設型の訪問看護ステーションの出番ではないか？
- ICTを活用した看取りは今後、離島ばかりでなく都市部の休日夜間にも活用されるかもしれない。

まとめと提言

- 2022年診療報酬改定は、コロナ禍にもかかわらず病床機能分化に踏み込んだ改定となった。
- 2025年は団塊の世代800万人が後期高齢者となる年
- 2024年はその直前の改定の年、
診療報酬・介護報酬同時改定の年
- 2024年改定が病床機能分化の本番の年となるだろう。

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