

Dr武藤のミニ動画⑬
2022年診療報酬改定ダイジェスト
～入院医療と薬剤師～



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
よこすか地域包括推進センター長



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

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ

三浦



長瀬
ケアセンター

浦賀

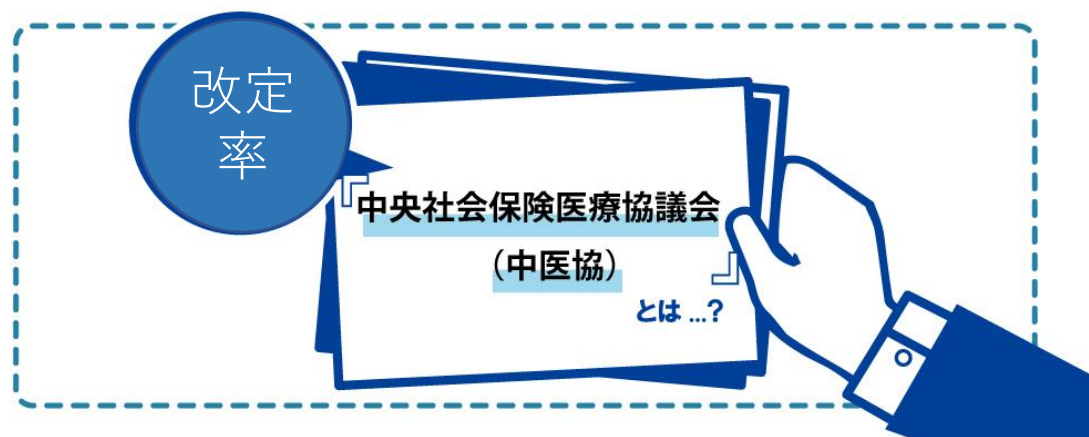
目次

- パート 1
 - 2022年改定の基本方針と改定率
- パート 2
 - 感染防止対策と薬剤師
- パート 3
 - 医師の働き方改革と薬剤師
- パート 4
 - 急性期充実体制加算など
- パート 5
 - 紹介受診重点病院の創設
- パート 6
 - 入退院支援と薬局



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%

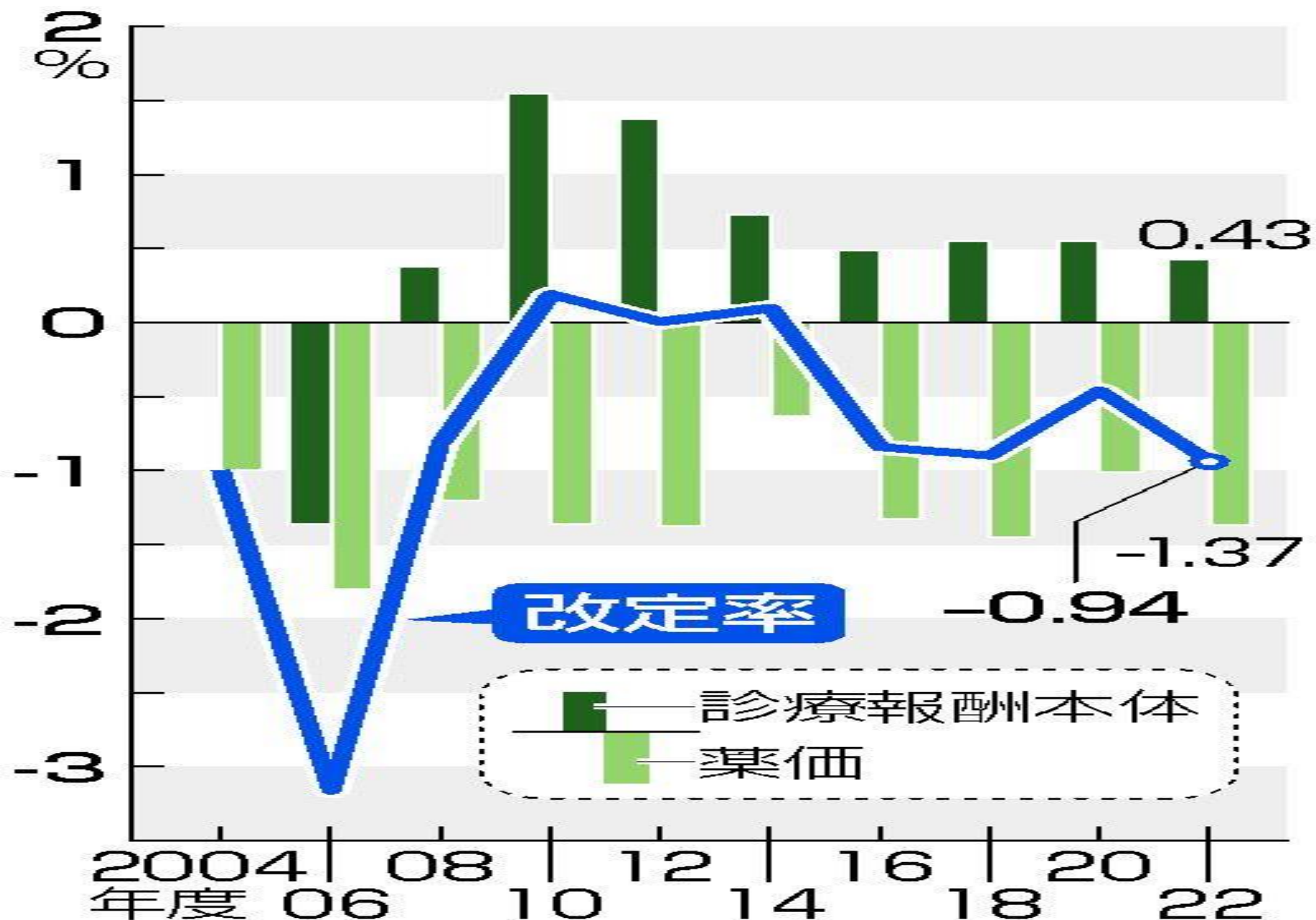


全体

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**

| | |
|----------|---------------|
| | <u>+0.23%</u> |
| 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200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。
- * 薬剤師については「給与水準が高い」ため対象に含まれない



中医協答申 2022年2月9日

3月4日告示・通知



佐藤英道
厚生労働副大臣

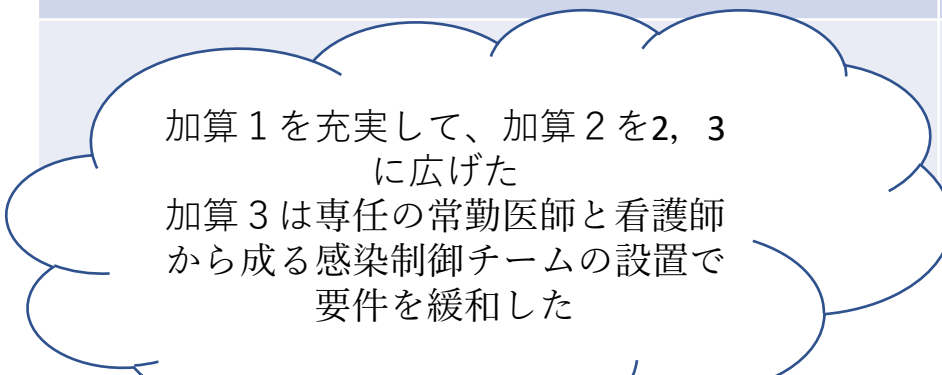
中医協会長
小塩隆士氏

パート 2

感染防止対策と薬剤師



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 |
|  <p>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</p> | 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 |

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

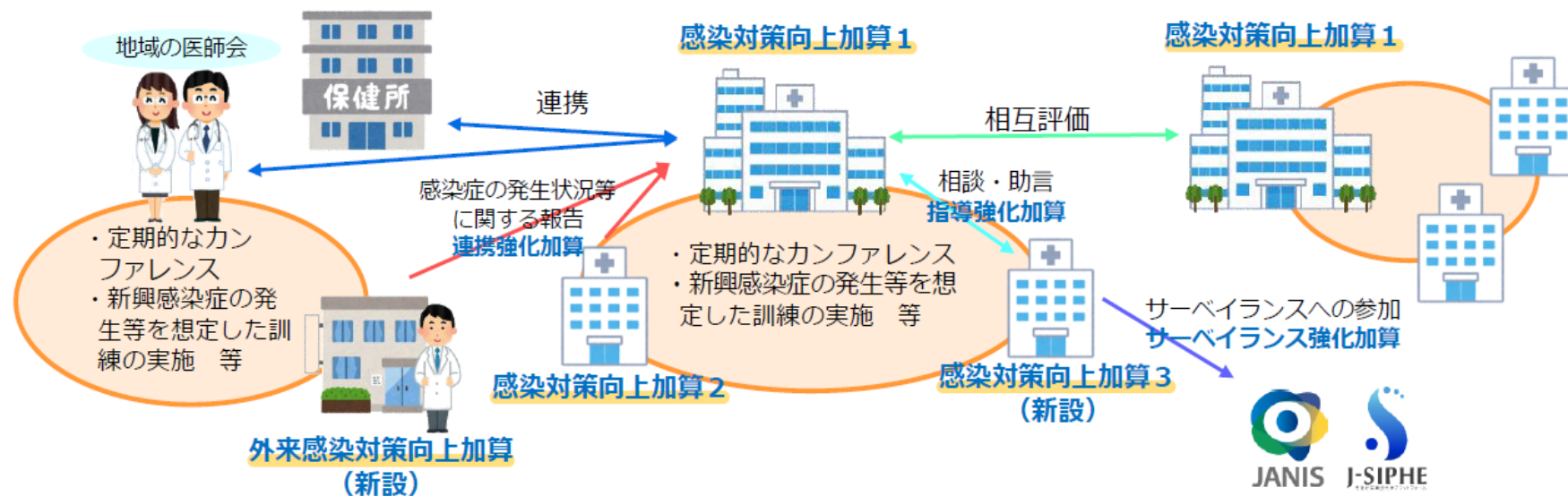
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

| 現行 | 改定後 |
|------------|-----------------|
| 【感染防止対策加算】 | (新) 【感染対策向上加算】 |
| 感染防止対策加算 1 | 感染対策向上加算 1 |
| 感染防止対策加算 2 | 感染対策向上加算 2 |
| (新設) | 感染対策向上加算 3 |
| 390点 | 710点 (入院初日) |
| 90点 | 175点 (入院初日) |
| | 75点 (入院初日、90日毎) |

- 感染対策向上加算 1 の保険医療機関が、加算 2、加算 3 又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算 2、加算 3 の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

(新) 指導強化加算 30点 (加算 1 の保険医療機関)

(新) 連携強化加算 30点、サーベイランス強化加算 5点 (加算 2 又は 3 の保険医療機関)



外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し③

| | 感染対策向上加算1 | 感染対策向上加算2 | 感染対策向上加算3 | 外来感染対策向上加算 |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 点数 | 710点 | 175点 | 75点 | 6点 |
| 算定要件 | 入院初日 | | 入院初日+入院期間が90日を超える毎に1回 | 患者1人の外来診療につき月1回に限り算定 |
| 届出基準 | (外来感染対策向上加算の届出がないこと) | | 保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準とする(外来感染対策向上加算の届出がないこと) | |
| 感染制御チームの設置 | 以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師(感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師(感染管理の経験5年以上かつ研修修了) ・専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上) ・専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上) ※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。 ※ 必要時に、専従の医師又は看護師を、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間に含めてよいものとする。 | 以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師(感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師(感染管理の経験5年以上) ・専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了) ・専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了) | 以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師(適切な研修の修了が望ましい) ・専任の看護師(適切な研修の修了が望ましい) | 院内感染管理者(※)を配置していること。 ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。 |
| 医療機関間・行政等との連携 | ・保健所、地域の医師会と連携し、加算2及び3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施(このうち1回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること)。 ・加算2、3及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している | ・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする)。 ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している | ・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする)。 ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している | ・年2回以上、加算1の医療機関又は地域医師会が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする)。 ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している |
| サーベイランスへの参加 | 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)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること | 地域や全国のサーベイランスに参加している場合、サーベイランス強化加算として5点を算定する。 | | サーベイランス強化加算として1点を算定する。 |
| その他 | <div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 20px; text-align: center;"> <p>薬剤耐性 (AMR) に 抗菌薬適正使用</p> </div> ・抗菌薬の適正使用を監視するための体制 | | ・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行う | ・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行う ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行う |
| | ・新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する ・令和4年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする | ・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する | ・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する | ・新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する |
| | 感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、指導強化加算として、30点を算定する。 | 感染対策向上加算2又は3を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、連携強化加算として30点を算定する。 | | 連携強化加算として3点を算定する。 |

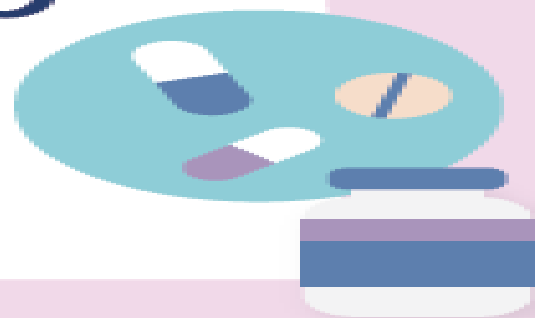
第4回 薬剤耐性 あるある川柳



抗菌薬

コロナにも
風邪にも効かぬ

ロズマイン



抗菌薬は細菌による感染症に効く薬です。
コロナや風邪はウイルスが原因なので、
抗菌薬をのんでも効果はありません。



AMR 臨床リファレンスセンター

Antimicrobial Resistance Clinical Reference Center

<http://amr.ncgm.go.jp> (厚生労働省委託事業)

パート 3

医師の働き方改革と 薬剤師



タスクシフト・タスクシェア

医師等の働き方改革

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



【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) 以下のうち少なくとも1つを有すること。</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、救急搬送に係る実績を相当程度有していること。</p> |

地域医療体制確保加算の見直し

地域医療体制確保加算の見直し

- 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、医師労働時間短縮計画の作成を要件に追加し、評価を見直す。

| 現行 | |
|-------------------------------------------------------------|------|
| 【地域医療体制確保加算】 | |
| 地域医療体制確保加算 | 520点 |
| [施設基準] 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。 | |
| 救急医療に係る実績として、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件以上であること。 | |



| 改定後 | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 【地域医療体制確保加算】 | |
| 地域医療体制確保加算 | <u>620点</u> |
| [施設基準] <u>「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成</u> すること。 | |
| <u>以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。</u> | |
| ア 救急医療に係る実績として、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件以上であること。 | |
| イ <u>救急医療に係る実績として、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1,000件以上であり、かつ、区分番号「A237」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u> | |
| ウ <u>「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。</u> | |

① 医師の働き方改革と 看護特定行為



特定行為の実施の流れ

◆ 研修を受けるとこのようになります

(脱水を繰り返すAさんの例)

研修
受講前

医師

Aさんの診察後、脱水症状があれば連絡するよう看護師に指示



看護師

Aさんを観察し、脱水の可能性を疑う



看護師

医師にAさんの状態を報告

医師

医師から看護師に点滴を実施するよう指示

看護師

点滴を実施

医師

医師に結果を報告

研修
受講後

医師

Aさんを診察後、手順書により脱水症状があれば点滴を実施するよう看護師に指示

看護師

Aさんを観察し、脱水の可能性を疑う

手順書に示された



手順書によりタイムリーに

症状の範囲内



点滴を実施

医師に結果を報告

症状の範囲外

医師に報告

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 |

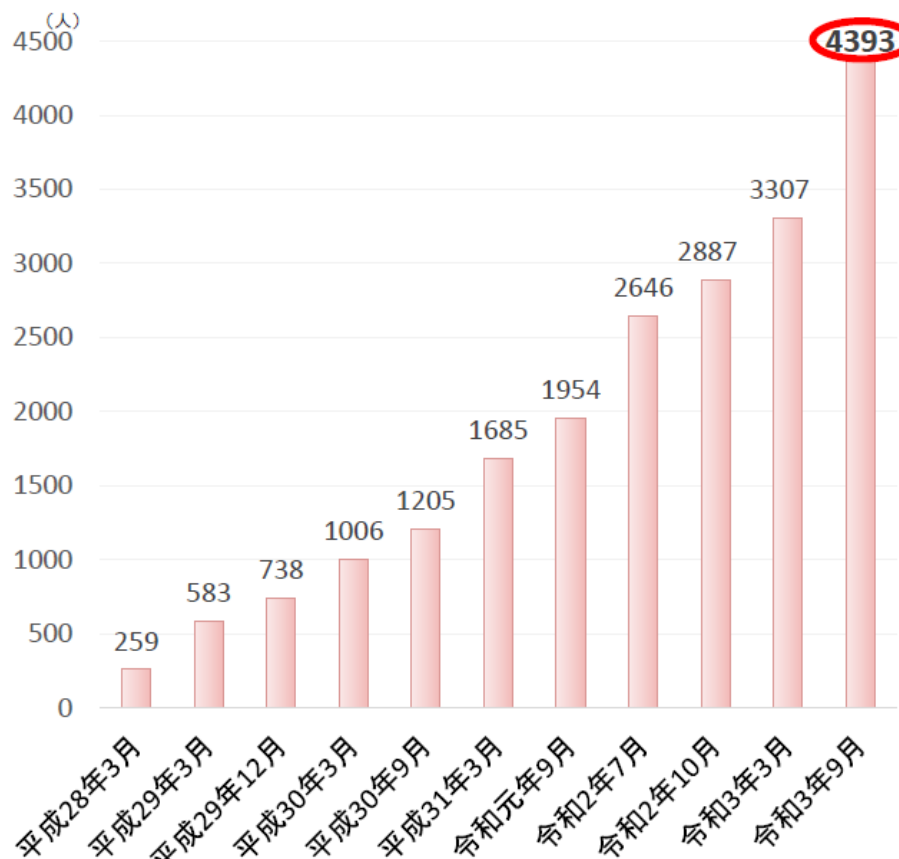
| 特定行為区分 | 特定行為 |
|-------------------|------------------------------------------|
| 創傷管理関連 | 褥(じよく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 |
| | 創傷に対する陰圧閉鎖療法 |
| 創部ドレーン管理関連 | 創部ドレーンの抜去 |
| 動脈血液ガス分析関連 | 直接動脈穿刺法による採血 |
| | 橈骨動脈ラインの確保 |
| 透析管理関連 | 急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理 |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中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)

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 |

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 |
| 心臓ドレーンの抜去 | 11 |
| 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧 | 1 |
| 胸腔ドレーンの抜去 | 2 |
| 中心静脈カテーテルの抜去 | 11 |
| 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入 | 8 |
| 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 | 2 |
| 創傷に対する陰圧閉鎖療法 | 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的投与 | 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
 の19%時短
 に成功

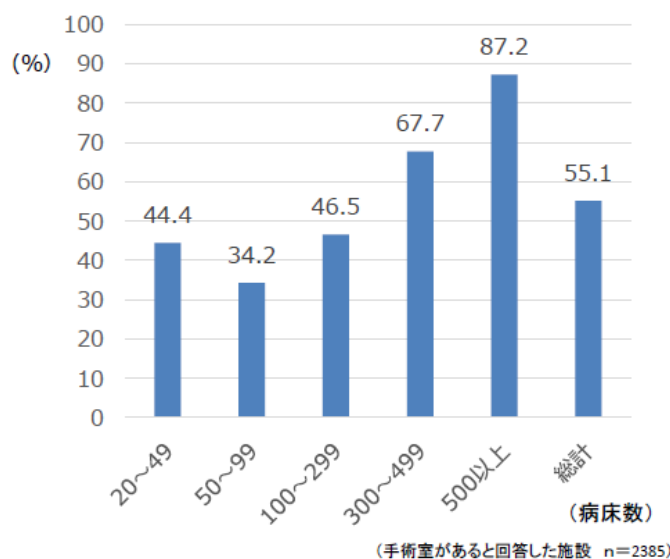
②医師の働き方改革 と薬剤師

周術期薬学管理の評価と
リフィル処方

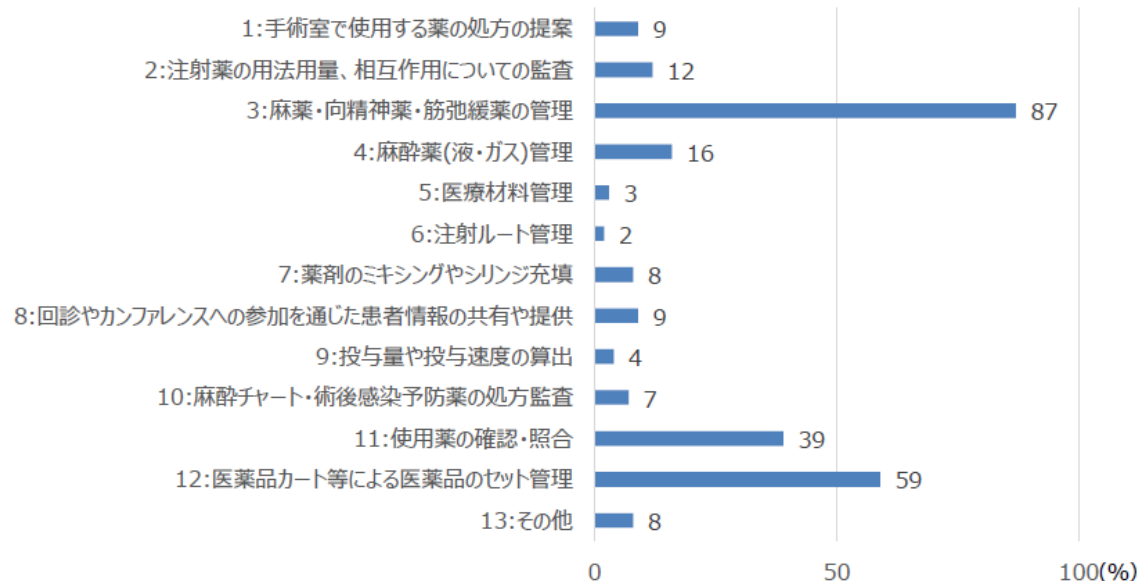
周術期の薬剤師関与の状況

- 手術室があると回答した施設のうち、薬剤師が手術関連業務に関与している施設は55.1%だった。
- 薬剤師が行っている手術関連業務の内容について、「麻薬・向精神薬・筋弛緩薬の管理」が87%、「医薬品カート等による医薬品のセット管理」が59%が多かった。
- 関与は「専従」が5.5%、「専任・兼務」が94.5%だった。

薬剤師が手術関連業務に関与している割合



薬剤師が行っている手術関連業務の内容



専従、専任、兼務で関与している割合

| | | 病床規模 | | | | | 全体 |
|-------|-----|--------|--------|---------|---------|-------|-------|
| | | 20~49 | 50~99 | 100~299 | 300~499 | 500以上 | 総計 |
| 専従 | 施設数 | 0 | 0 | 2 | 6 | 63 | 71 |
| | | 0% | 0% | 0.4% | 1.6% | 22.7% | 5.5% |
| 専任・兼務 | 施設数 | 56 | 119 | 445 | 380 | 215 | 1215 |
| | | 100.0% | 100.0% | 99.6% | 98.4% | 77.3% | 94.5% |

広島大学病院手術室薬剤師の業務

- ①手術患者の評価
- ②医薬品情報提供
- ③リスクマネジメント
- ④医薬品の法や規制に基づく管理
- ⑤注射薬調製
- ⑥薬品運用の効率化
- ⑦副作用、術中イベントのレビューと病棟薬剤師への申し送り



麻薬/毒薬管理・セット化



手術室配置薬供給、管理

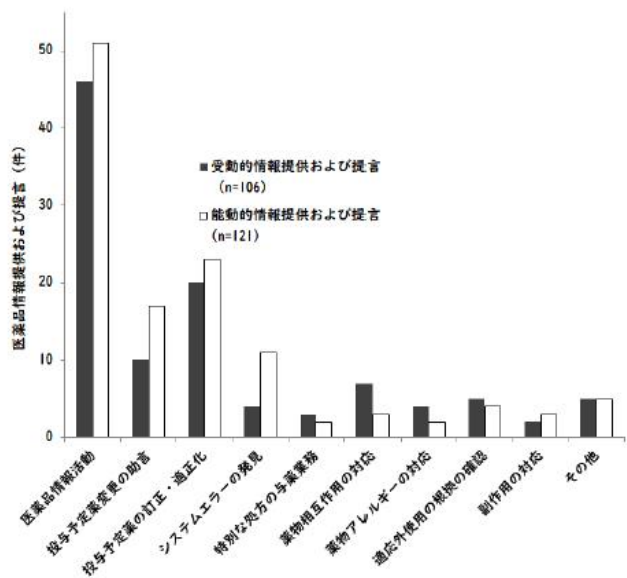


麻酔薬等セット化



注射薬調製

図1 手術室専任薬剤師による医薬品情報提供および提言の形態別件数



柴田ゆうかほか日病薬誌48(10)1185-1189,2012

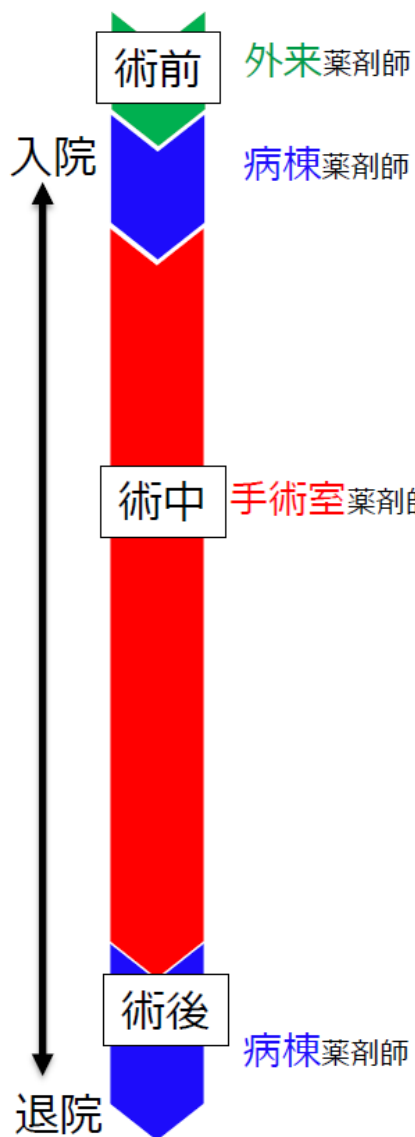
表2 薬剤師配置後の注射剤調製

| 注射剤混合調製 | 1月あたり平均混合件数(件) | 従来の混合調製 | |
|---------------------------------------|----------------|---------|---------------------|
| | | 職種 | 混合状況 |
| patient controlled analgesia(PCA) 用薬液 | 76.8 | 麻酔科医師 | 手術中に麻酔管理をしながら混合調製 |
| 心筋保護液・充填液・自己血回収装置用抗凝固剤 | 10 | 臨床工学技士 | 手術開始時に機器管理をしながら混合調製 |
| ポリビニルアルコールヨウ素(眼洗浄用消毒剤) | 80.3 | 看護師 | 手術中に手術介助をしながら混合調製 |

柴田ゆうかほか日病薬誌43(7)923-926,2007

周術期における薬剤師の関与の具体例

○ 術前, 術中, 術後にわたり薬学的介入を行っている。



副作用・アレルギー歴, 常用薬・サプリメント確認, 既往歴評価, 医師への情報提供
術前休薬必要な薬の確認, 休薬指導, かかりつけ薬局との連携

術前休薬状況の確認

周術期処方設計 (術後感染予防抗菌薬, ステロイドカバー, 静脈血栓塞栓症予防, せん妄予防等)

① 手術患者の評価

術前評価 (副作用・アレルギー歴, 出血・血栓リスク)
麻酔記録, 手術記録に基づく術中・術後使用薬チェック

② 医薬品情報提供

術式ごとに定められた手順書, 電子カルテ, 患者情報モニターシステムなどを活用し, 薬物療法に関する問題点の抽出を行い
文書や口頭で情報提供および提言
医薬品の安全性情報, 行政通知, 供給状況の伝達と対応協議

③ リスクマネジメント

手術室内における医薬品使用状況と適応外使用の確認
適正使用推進, 注射ルート管理
医薬品の安全使用のための業務手順書に基づく手順や体制整備

④ 医薬品の法や規制に基づく管理

麻薬, 毒薬, 向精神病薬, 習慣性医薬品, 劇物, 特定生物由来製品

⑤ 注射薬調製

⑥ 薬品運用の効率化

麻酔薬等セット化, 配置薬適正化

⑦ 副作用, 術中イベントのレビューと病棟薬剤師への申し送り

表1 手術室専任薬剤師による
医薬品情報提供および提言の受諾状況

| 情報提供および提言 内容の分類 | 情報提供および 提言の受諾状況 | |
|--------------------|--------------------|------------|
| | 件数 (件) | 受諾率 (%) |
| 医薬品情報活動 | 97 | 99 |
| 投与予定薬変更の助言 | 27 | 100 |
| 投与予定薬の訂正・適正化 | 43 | 98 |
| システムエラーの発見 | 15 | 100 |
| 特別な処方の与薬業務 | 5 | 100 |
| 薬物相互作用の対応 | 10 | 100 |
| 薬物アレルギーの対応 | 6 | 100 |
| 適応外使用の根拠の確認 | 9 | 100 |
| 副作用の対応 | 5 | 100 |
| その他 | 10 | 100 |
| 全体 | 227 | 99 |

柴田ゆうかほか日病薬誌48(10)1185-1189,2012

術後疼痛・嘔気・せん妄のモニタリングと薬剤提案

術後感染予防管理 (抗菌薬の適正化と血糖管理), 術前休止薬の再開確認

退院時服薬指導, 薬剤管理サマリー作成と転院退院後の医療機関との連携

周術期における薬剤師の活用について

日本手術医学会 手術医療の実践ガイドライン(改定第三版)

○周術期のチーム医療において、薬剤師による手術患者の薬学的管理の重要性の認識が拡大している。手術患者の既往歴や内服歴についての評価を行い、薬剤の術前休止または継続に関する積極的な処方提案、周術期使用薬剤の薬学的管理の実施、副作用モニタリング、プロトコルに基づく薬剤の変更、休止薬再開に関する助言など、周術期患者に医薬品が使用される全ての場面において薬剤師が関与していくことが望まれる。

日本麻酔科学会 周術期管理チーム薬剤師業務モデル

術前： 薬歴聴取，休薬指導，アレルギー・副作用歴の確認，術中使用薬剤の準備・確認
術中： 麻酔薬準備，麻酔薬使用量チェック，PCAポンプ・薬液準備
術後： 術後の薬物管理・提案，PCAポンプ管理

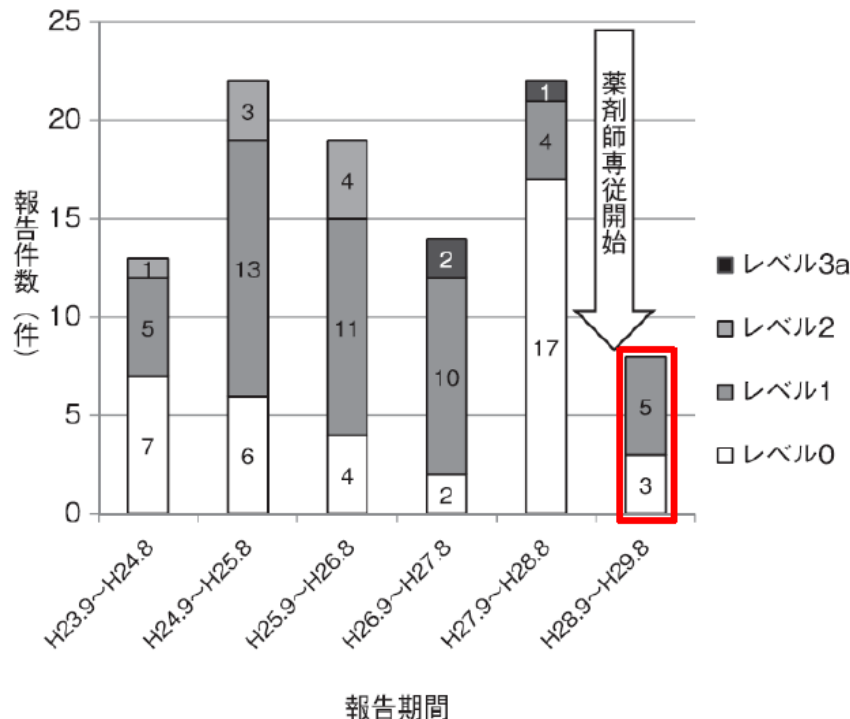
日本麻酔科学会 周術期管理チーム導入済み施設のメリット(薬剤師)

- 術前に中止が必要な薬剤を事前に確認し，適切な休薬を提案
- アレルギー・副作用歴を事前に確認することで，術中使用薬剤(抗菌薬等)の処方変更などを提案
- 手術部スタッフへの医薬品の情報を提供することで，医薬品の適正使用に貢献
- 術後の疼痛コントロールの評価やオピオイド等による副作用のモニタリング

医療安全の効果

○ 薬剤師専従後、薬品関連のインシデント・アクシデント報告件数は減少した。

手術室における薬品関連のインシデント・アクシデント報告の推移



レベル0：間違っただけが発生したが、患者には実施されなかった。
レベル1：間違っただけを実施したが、患者には変化が生じなかった。
レベル2：事故により患者への継続的な観察の強化が必要。
レベル3a：簡単な処置や治療を要した。

[介入]

平日午前8時30分～午後5時の終日（昼休憩1時間を除く）、担当薬剤師1名がローテーションにより手術室に専従し、主に①～④の業務を行った。

- ①麻薬管理業務
- ②毒薬・向精神薬・血液製剤管理業務
- ③その他の薬品の定数薬品管理業務
- ④薬学的管理業務

[方法]

薬剤師専従前5年間と、専従後1年間の手術室における薬品関連のインシデント・アクシデント報告件数と報告事例を比較

業務効率化の効果

○ 対象とした7診療科の手術すべてにおいて手術患者入れ替え時間の短縮が認められた。

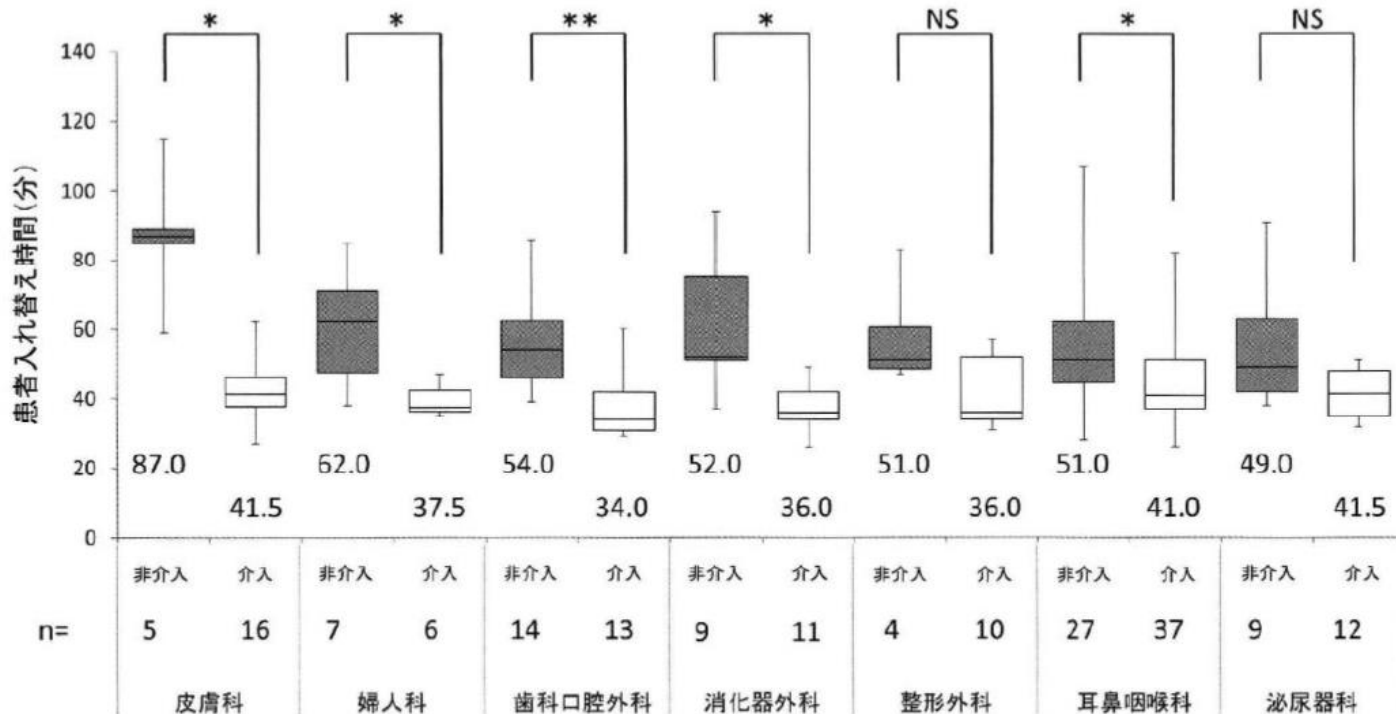
[介入]

・ 薬剤師 1 名が手術室に専従し、麻酔薬調製および麻薬管理を行った。

[方法]

・ 薬剤師専従開始前後 3 ヶ月（10月～12月）の患者入れ替え時間を比較（麻酔科医管理下の吸入麻酔薬による全身麻酔）

診療科別の患者入れ替え時間比較



| | 2008年10月 (専従開始前) | 2014年10月 (専従開始後) |
|-------------|---------------------|---------------------|
| 手術室数(部屋) | 9 | 11 |
| 手術室スタッフ数(人) | | |
| 麻酔科医 | 12 | 16 |
| 看護師 | 31 | 40 |
| 看護助手 | 4 | 5 |
| 臨床工学技士 | 4 | 4 |
| 清掃員 | 2 | 2 |
| 薬剤師 | 0 | 1 |

薬剤師専従開始前後における手術室数と手術室スタッフ数の変化

* $P < 0.05$, ** $P < 0.001$, NS: not significant

周術期における薬学的管理の評価の新設

- 薬剤師による周術期の薬物療法に係る医療安全に関する取組の実態を踏まえ、質の高い周術期医療が行われるよう、手術室の薬剤師が病棟の薬剤師と薬学的管理を連携して実施した場合の評価を新設する。

麻酔管理料（Ⅰ）・麻酔管理料（Ⅱ）

2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合

（新） 周術期薬剤管理加算 75点

[算定要件]

- ・ 専任の薬剤師が周術期における医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する周術期薬剤管理を病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して実施した場合に算定する。
- ・ 周術期薬剤管理とは、次に掲げるものであること。なお、ア及びイについて、その内容を診療録等に記載すること。
 - ア **「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について（令和3年9月30日医政発0930第16号）」の3の3**①等に基づき、周術期の薬学的管理等を実施すること。
 - イ アについては**病棟薬剤師等と連携して実施**すること。
 - ウ **時間外、休日及び深夜においても、当直等の薬剤師と連携し、安全な周術期薬剤管理が提供できる体制を整備**していること。
また、病棟薬剤師等と連携した周術期薬剤管理の実施に当たっては、「根拠に基づいた周術期患者への薬学的管理ならびに手術室における薬剤師業務のチェックリスト」（日本病院薬剤師会）等を参考にすること。

[施設基準の概要]

- ・ 当該保険医療機関内に周術期の薬学的管理を行うにつき必要な**専任の薬剤師**が配置されていること。
- ・ **病棟薬剤業務実施加算1に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
- ・ 周術期薬剤管理に関する**プロトコルを整備**していること。なお、周術期薬剤管理の実施状況を踏まえ、定期的な**プロトコルの見直し**を行うこと。
- ・ 周術期薬剤管理加算の施設基準における専任の薬剤師、病棟薬剤業務実施加算の施設基準における専任の薬剤師及び医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各薬剤師が周術期薬剤管理を実施するにつき必要な情報が提供されていること。
- ・ 医薬品の安全使用や、重複投与・相互作用・アレルギーのリスクを回避するための手順等を盛り込んだ**薬剤の安全使用に関する手順書（マニュアル）を整備し、必要に応じて当直等の薬剤師と連携**を行っていること。

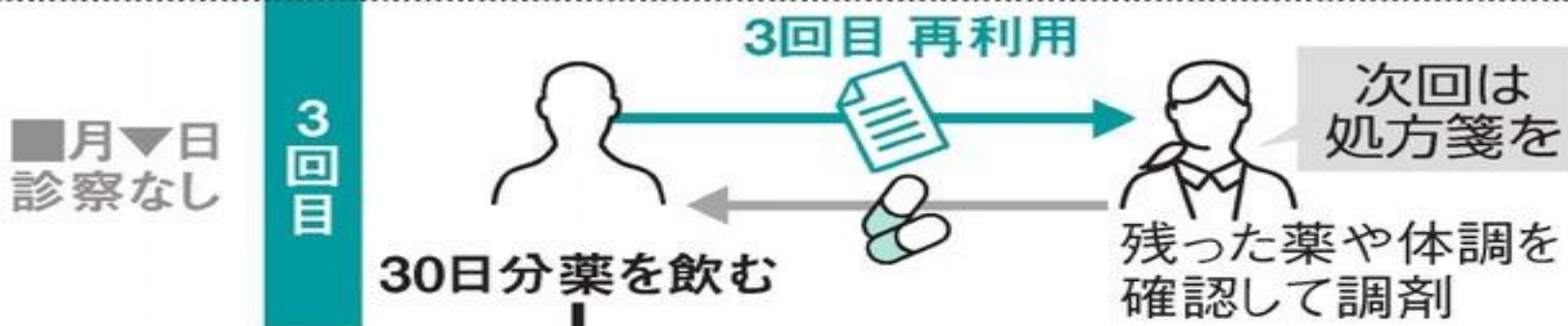
リフィル処方箋は医師と 薬剤師のタスクシェア

慢性疾患患者を医師と薬剤師が協働して支える

リフィル処方箋のイメージ

医師が1回30日分の薬を
3回処方してよいと判断したケース

リフィル処方箋
3回までリフィル可



診察 ← 処方箋を出してもらうため受診へ

リフィルの次はCDTM (共同薬物治療管理)

Collaborative Drug Therapy Management (CDTM)

- 米国の薬剤師は、Collaborative Drug Therapy Management (CDTM)によって、いわゆる調剤業務に加えて、医薬品の処方や、処方変更、修正や治療中止などの薬物療法のマネージングを行っている。
- CDTMは、1997年にAmerican College of Clinical Pharmacy (ACCP)が提唱。2018年時点で、全米50州中48州で導入。

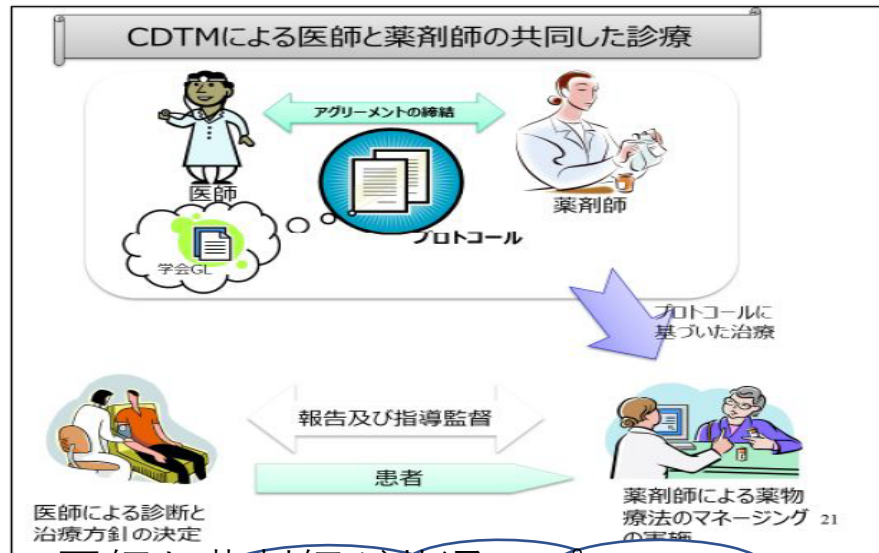


表2 米国のプロトコール例

| 環境 | 分類 | プロトコール・対象薬剤名 | 説明 |
|-------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 保険薬局 | 予防接種 | インフルエンザワクチン 肺炎球菌ワクチン A型肝炎ワクチン B型肝炎ワクチン 帯状疱疹/水痘ワクチン | 予防接種を行う薬剤師は、緊急時の対応等、定められた研修を修了する必要がある。 |
| | | 高血圧管理 | 降圧薬の副作用モニタリングに必要な検査のオーダー、降圧薬の開始、変更、投与量調整等。 |
| | | 抗凝固薬管理 | ワルファリンプロトコール |
| 薬剤師外業 | 喘息管理 | 吸入薬プロトコール | 患者の喘息コントロールの状況を確認し、薬剤師が吸入薬の種類と投与量を決定・変更する等。 |
| | HIV管理 | HIV薬管理プロトコール | CD4やウイルス量の検査オーダー、CD4値による日和見感染予防薬の投与開始・中止等。 |
| | ①阿片薬スイッチ | ACE阻害薬代替プロトコール ARB代替プロトコール スタチン代替プロトコール | 院内未採用の薬剤が処方された際に、院内採用の薬剤に処方変更する。 |
| 病院薬局 | ②投与量・投与日数の決定、薬剤変更およびモニタリング | ヘパリンプロトコール アミオダロンプロトコール 制吐薬プロトコール | 薬の開始・処方・投与量変更、モニタリング。 |
| | ③腎機能障害時の投与量・用法変更 | 左に同じ | 患者の腎機能に基づき、用法・用量を変更。 |
| | ④医薬品適正使用モニタリング | フェンタニルパッチ、ニコチンアルファ | 警告 (black box warning) のある薬剤について、適正使用を確認する。 |
| | ⑤注射剤から経口剤へのスイッチ療法 (IV/PO スイッチ) | 左に同じ | プロトコールで定められた基準により、該当患者の処方のみ、注射剤から経口剤への変更が可能。 |
| | ⑥プロトコールによる投与設計およびモニタリング (薬剤師が処方設計) | TPN、パンコマイシン、アミノグリコシド系抗菌薬、フェニトイン、ワルファリン | プロトコールに従い、薬剤師が臨床検査値のオーダーや投与設計をすることが可能。 |

改定のポイント



- 新設の感染防止向上加算 1, 2, 3 で診療所も巻き込んだ地域ぐるみの感染防止対策が始まる
- 感染防止向上に一貫としての抗菌剤適正使用
- 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。
- 医師から看護師へのタスクシフト（看護特定行為）が加速する。
- 医師から薬剤師へのタスクシフトも進む
- リフィル処方 は 医師と薬剤師へのタスクシェア
- リフィルの次はCDTMによるタスクシフト

パート4

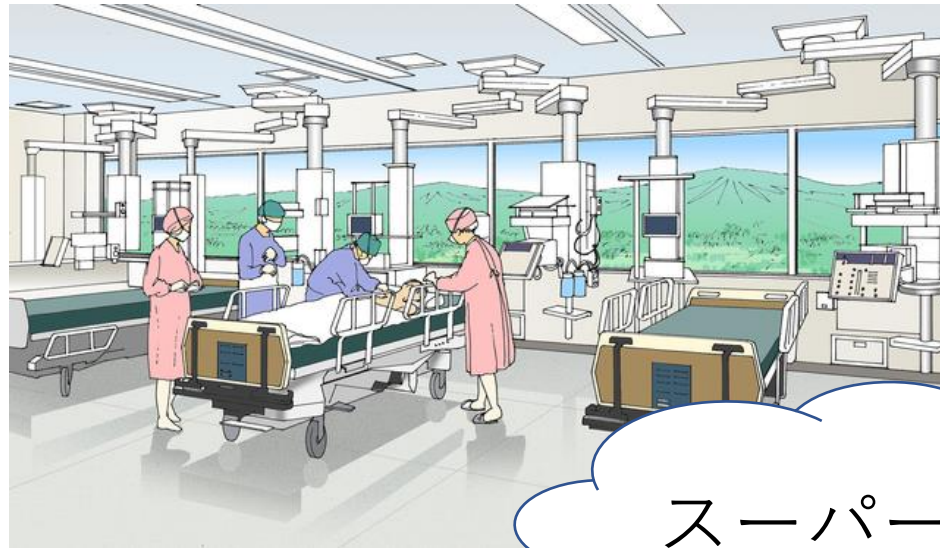
急性期充実体制加算など



shutterstock.com · 1427561408

- ① 急性期充実体制加算（スーパー急性期）
- ② スーパーICU
- ③ 総合入院体制加算の見直し

①急性期充実体制加算



スーパー急性期

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

- ▶ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供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) | 7日以内の期間 | 460点 |
| | 8日以上11日以内の期間 | 250点 |
| | 12日以上14日以内の期間 | 180点 |

14日で
47600円

[算定要件]

- 入院した日から起算して14日を限度として、急性期一般入院料1又は特定一般病棟入院料に加算する。なお、ここでいう入院した日とは、加算を算定できる病棟に入院又は転棟した日のことをいう。総合入院体制加算は別に算定できない。

[主な施設基準]

- 一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1に限る。)を算定する病棟を有する保険医療機関であること。・総合入院体制加算の届出を行っていないこと。
- 手術等に係る実績について、以下のいずれかを満たしていること。前年度の手術件数等を毎年7月に届け出るとともに、院内に掲示すること。

ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち4つ以上において実績の基準を満たす。

(イ)全身麻酔による手術 (ロ)悪性腫瘍手術 (ハ)腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 (ニ)心臓カテーテル法による手術 (ホ)消化管内視鏡による手術
(ヘ)化学療法(外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っており、かつ、レジメンの4割が外来で実施可能であること)

イ 以下のいずれかを満たし、かつアの(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち2つ以上において実績の基準を満たす。

(イ)異常分娩 (ロ)6歳未満の乳幼児の手術

- 24時間の救急医療提供として、救命救急センター若しくは高度救命救急センターを有している、又は救急搬送の件数について実績の基準を満たす。
- 精神科に係る体制として、自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備していること等。
- 高度急性期医療の提供として、救命救急入院料等の治療室を届け出ていること。・感染対策向上加算1の届出を行っていること。
- 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。
- 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出を行っていること。
- 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制として「院内迅速対応チーム」の整備等を行っていること。
- 外来を縮小する体制を確保していること。・手術・処置の休日加算1等の施設基準の届出を行っていることが望ましい。
- 療養病棟又は地ケア病棟の届出を行っていないこと。一般病棟の病床数の割合が、許可病床数(精神病棟入院基本料等を除く)の9割であること。
- 同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していないこと。特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がないこと。
- 入退院支援加算1又は2を届け出ていること。・一般病棟における平均在院日数が14日以内であること。

(新) 精神科充実体制加算 (1日につき) 30点

- 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保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届け出た保険医療機関に入院している患者について、更に所定点数に加算する。
- 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。
- 精神科を標榜する保険医療機関であること。・精神病棟入院基本料等の施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

施設基準

急性期一般入院料1の加算

ICU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

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

急性期充実体制加算

| | | |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入院料等 | <ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料1を届け出ている（急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている） 敷地内禁煙に係る取組を行っている ・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又はこれに準ずる病院である 総合入院体制加算の届出を行っていない | |
| 24時間の救急医療提供 | いずれかを満たす <ul style="list-style-type: none"> ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満：6.0件/年/床以上 | <ul style="list-style-type: none"> 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 精神疾患診療体制加算2の算定件数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精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上 |
| | <ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上）又は300床未満：6.5件/年/床以上（緊急手術 1.15件/年以上） | |
| 手術等の実績 | いずれかを満たす <ul style="list-style-type: none"> ア 右のうち、4つ以上満たす イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす <ul style="list-style-type: none"> ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 | <ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.5件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：0.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：0.5件/年/床以上（外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレンブラント手術は外来で実施可能であること。） |
| 高度急性期医療の提供 | <ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている | |
| 感染防止に係る取組 | <ul style="list-style-type: none"> 感染対策向上加算1を届け出ている | |
| 医療の提供に係る要件 | <ul style="list-style-type: none"> 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている | |
| 院内心停止を減らす取組 | <ul style="list-style-type: none"> 院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている | |
| 早期に回復させる取組 | <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満 | |
| 外来機能分化に係る取組 | いずれかを満たす <ul style="list-style-type: none"> ◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆紹介受診重点医療機関 | |
| 医療従事者の負担軽減 | <ul style="list-style-type: none"> 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい | |
| 充実した入退院支援 | <ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算1又は2の届出を行っている 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない | |
| 回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担 | <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 同一建物内に特別看護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない | |

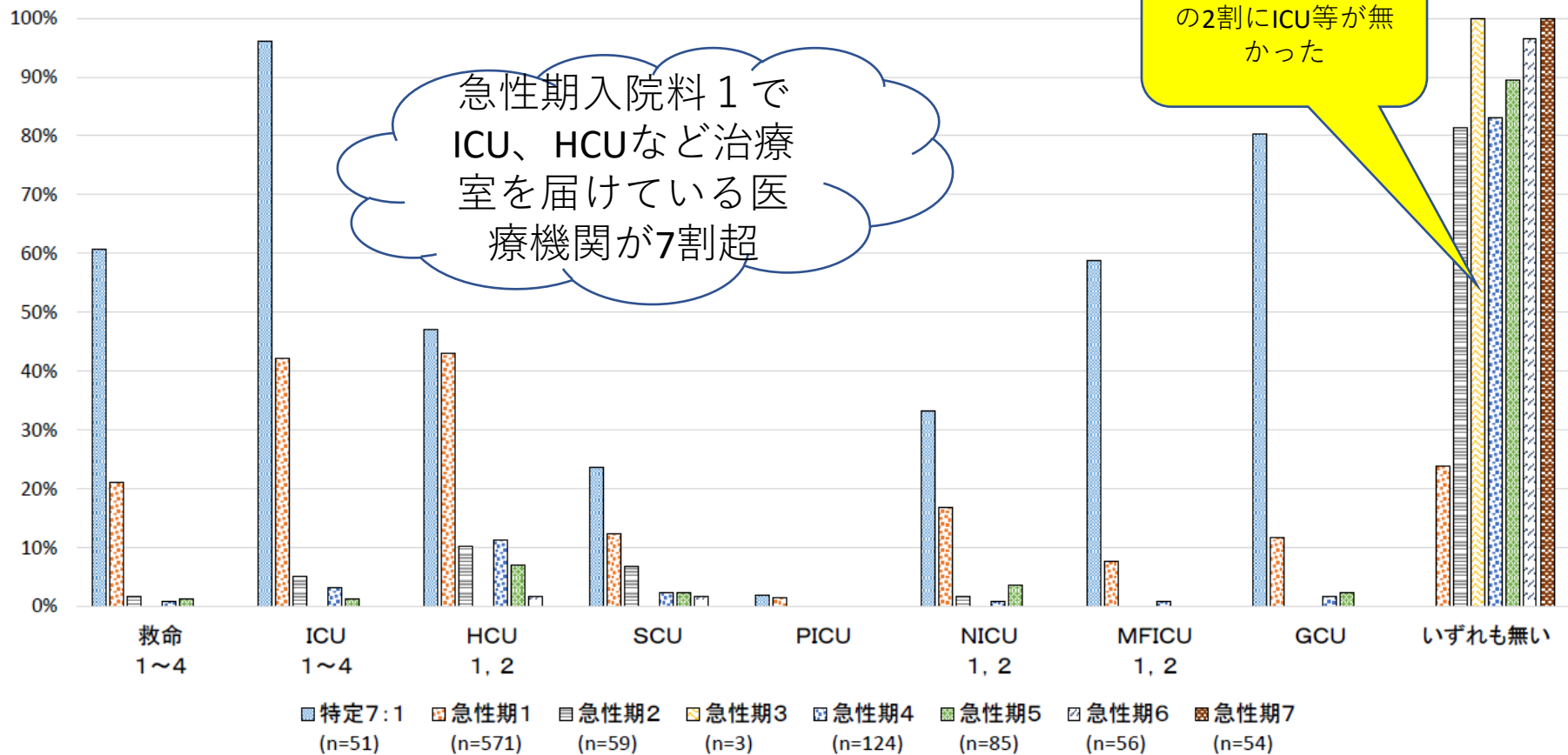
外科系スーパー急性期病院を想定

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)




急性期充実加算要件で 敷地内薬局締め出し

急性期充実
加算病院



②重症患者対応 体制強化加算



スーパー
ICU加算

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

- 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を確保している場合の評価を新設する。

救命救急入院料 2・4、特定集中治療室管理料 1～4

(新) 重症患者対応体制強化加算

| | | |
|---|--------------|------|
| イ | 3日以内の期間 | 750点 |
| ロ | 4日以上7日以内の期間 | 500点 |
| ハ | 8日以上14日以内の期間 | 300点 |

[算定要件]

重症患者の対応に係る体制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病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

[施設基準の概要]

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 専従の常勤看護師 1名 以上 | ・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師 | | |
| 専従の常勤臨床工学技士 1名 以上 | ・救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士 | <p>*実施業務*</p> <p>・集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施。 院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること</p> <p>① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護 ② 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際</p> | |
| 看護師 2名 以上 ※当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。 ※当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。 | ・集中治療の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。 | | <p>*実施業務*</p> <p>・新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う。（支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい） ・地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域における集中治療の質の向上を目的として、地域の医療機関等と協働することが望ましい。</p> |
| 必要な届出 | <p>・区分番号「A200-2」急性期充実体制加算 ・区分番号「A234-2」感染対策向上加算1 ただし、急性期一般入院料1に係る届出を行っている保険医療機関については、区分番号「A200-2」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和5年3月31日までの間に限り、別添7の様式42の8にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。</p> | | |
| 実績 | <p>・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が 1割5分以上</p> | | |

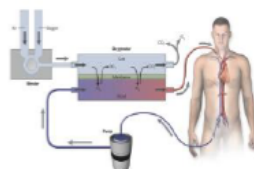
ECMO（体外式膜型人工肺）を用いた診療等に係る評価の見直し

ECMOの評価の見直し

➤ ECMOを用いた重症患者の治療管理について、処置に係る評価を新設し、取扱いを明確化する。

(新) 体外式膜型人工肺（1日につき）

| | | |
|---|-------|---------|
| 1 | 初日 | 30,150点 |
| 2 | 2日目以降 | 3,000点 |



[算定要件]

- (1) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を使用した場合に算定する。
- (2) 実施のために血管を露出し、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手技料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

※あわせて、人工心肺に係る算定要件を整理。

ECMOの治療管理に係る評価の新設

➤ ECMOを用いた重症患者の治療管理について、治療管理に係る評価を新設する。

(新) 体外式膜型人工肺管理料（1日につき）

| | | |
|---|-------------|--------|
| 1 | 7日目まで | 4,500点 |
| 2 | 8日目以降14日目まで | 4,000点 |
| 3 | 15日目以降 | 3,000点 |



[算定要件]

- (1) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合に算定する。
- (2) 治療開始時においては、導入時加算として、初回に限り5,000点を所定点数に加算する。
- (3) 体外式膜型人工肺管理料は、区分番号K601-2に掲げる体外式膜型人工肺を算定する場合に限り算定する。

[施設基準]

- (1) 次のいずれかに係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - ア 区分番号A300に掲げる救命救急入院料
 - イ 区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料
 - ウ 区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料
- (2) 当該保険医療機関内に専任の臨床工学技士が常時一名以上配置されていること。

経皮的動脈血酸素飽和度測定の評価の見直し

現行

経皮的動脈血酸素飽和度測定（1日につき）

30点



改定後

35点

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

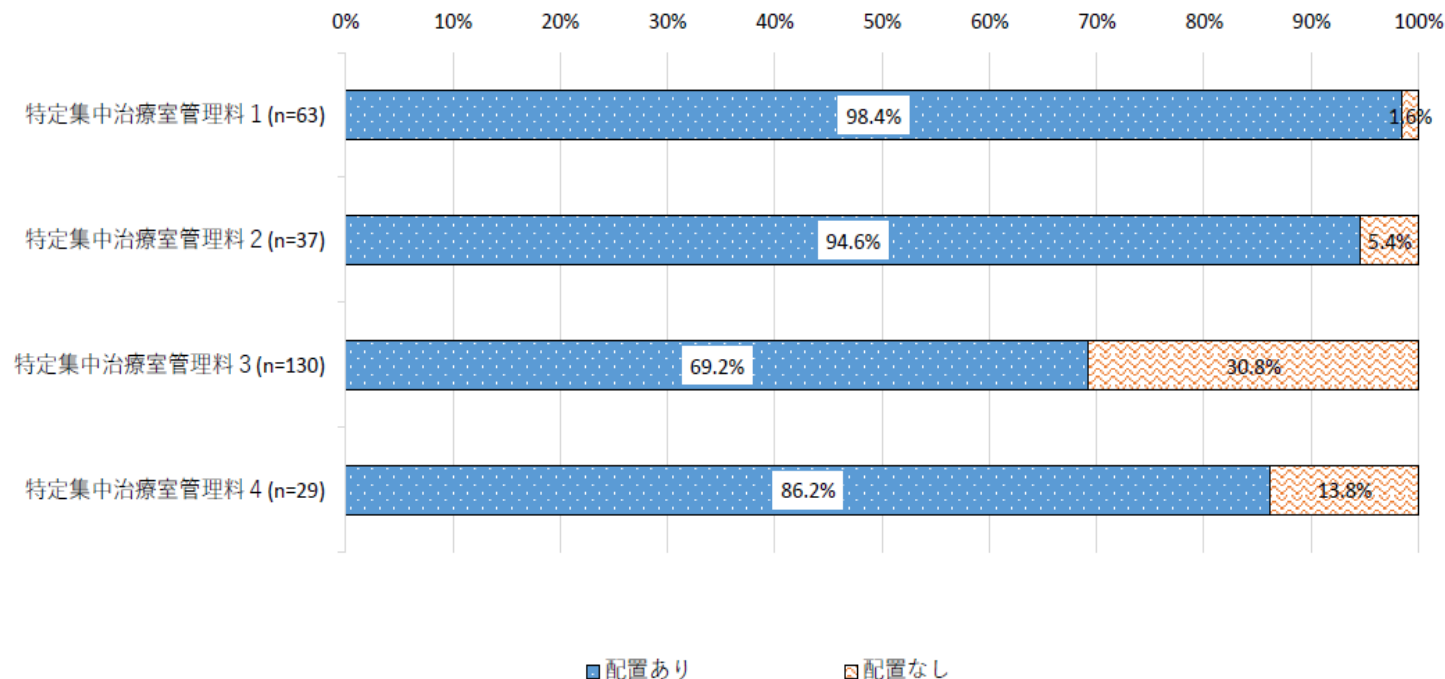
「適切な研修」の内容

| | | 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% |

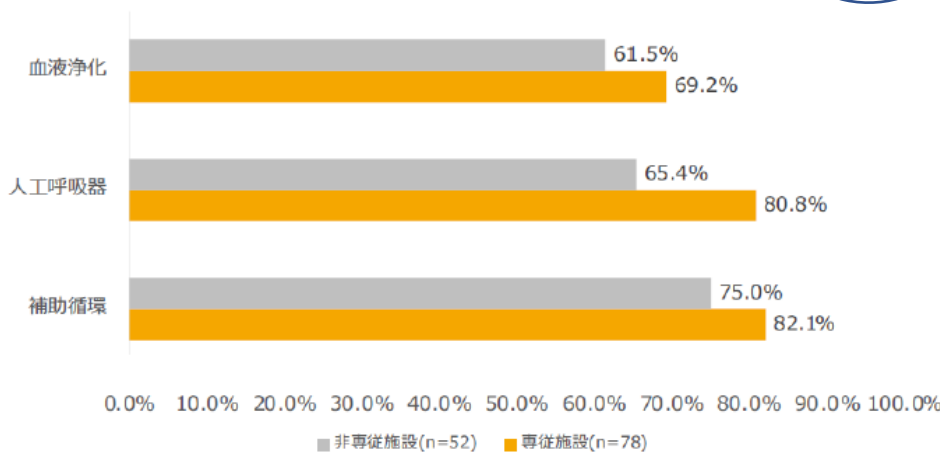
※管理料1, 2は特定集中治療室管理料1及び2を表す

臨床工学技士の手厚い配置によるメリット

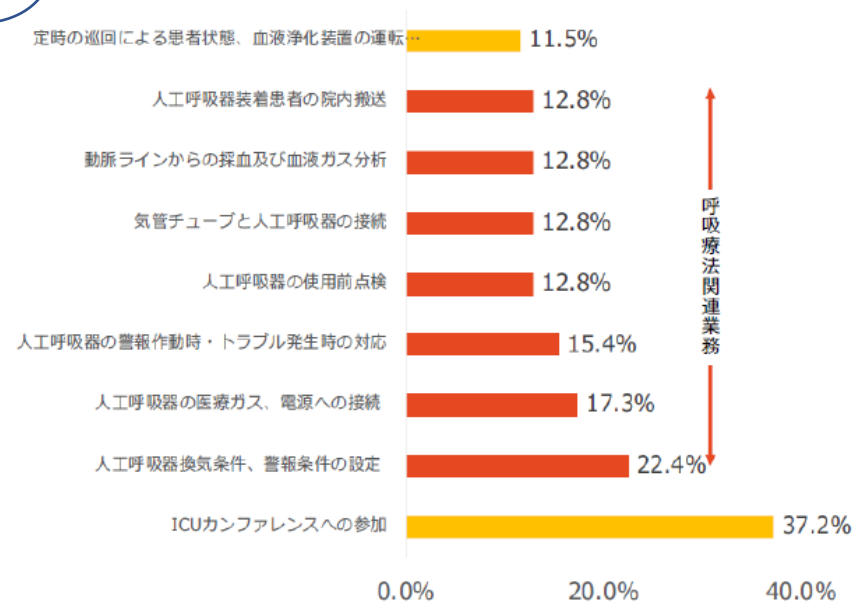
- 臨床工学技士専従施設と非専従施設での警報作動時の初期対応率を比較すると、臨床工学技士専従施設では、臨床工学技士の初期対応率が高い傾向であった。
- 臨床工学技士専従施設と非専従施設の業務実施率の差異をみると、人工呼吸器に関連する業務の実施率が高く、人工呼吸器によるトラブル回避のための行動が多く取られている傾向にあった。

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）

③総合入院体制加算 の見直し

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

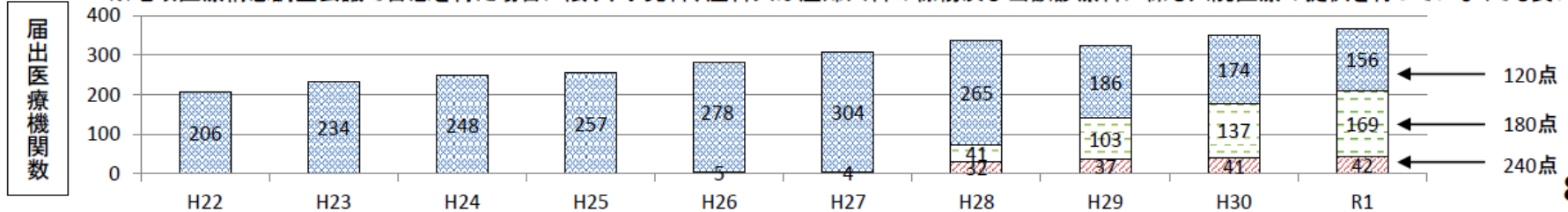
総合入院体制加算の概要

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

| (1日につき/14日以内) | 総合入院体制加算1 240点 | 総合入院体制加算2 180点 | 総合入院体制加算3 120点 |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 共通の施設基準 | <ul style="list-style-type: none"> 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜(※)しそれらに係る入院医療を提供している 全身麻酔による手術件数が年800件以上 | | |
| 実績要件 | <ul style="list-style-type: none"> 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

総合入院体制加算の見直し①

手術の実績に係る見直し

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

現行

【総合入院体制加算1】

〔施設基準〕

全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。

ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上

イ～カ (略)

改定後

【総合入院体制加算1】 (※総合入院体制加算2、3も同様)

〔施設基準〕

全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。

ア 人工心肺を用いた手術 及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 40件/年以上

イ～カ (略)

オフポンプ手術

外来を縮小する体制に係る見直し

- 総合入院体制加算の施設基準である外来を縮小する体制を確保しているものとして、紹介受診重点医療機関を含むこととするとともに、実績に係る要件を見直す。

現行

【総合入院体制加算1】

〔施設基準〕

外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。

ア 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している。

イ 診療情報提供料Iの注8の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。

改定後

【総合入院体制加算1】

〔施設基準〕

外来を縮小するに当たり、ア又はイのいずれかに該当すること。

ア 次のいずれにも該当すること。

- 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している
- 診療情報提供料Iの注8の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数 及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。

イ 紹介受診重点医療機関である。

総合入院体制加算と急性期充実加算は同時算定できない

| 点数と要件 | 急性期充実加算 | 総合入院体制加算 |
|----------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 点数（14日まで） | 47,600円 | 33,600円 |
| 全身麻酔手術件数 | 2000件（緊急手術350件） | 800件 |
| 救命救急センター等の 24時間救急対応 | ○ | 規定なし |
| ICU | ○ | 規定なし |
| 病床規定 | 急性期一般入院料1の加算 病床の9割が一般病床である | 規定なし |
| 地ケア病棟・療養病棟 併設 同一建物内介護施設 敷地内薬局 | 認められない | 規定なし |
| 精神科に対して24時間 対応 | 精神科リエゾンチーム | 加算1では精神科病床が要件 その他、精神科リエゾンチーム |
| 第三者評価 | ○ | ○ |

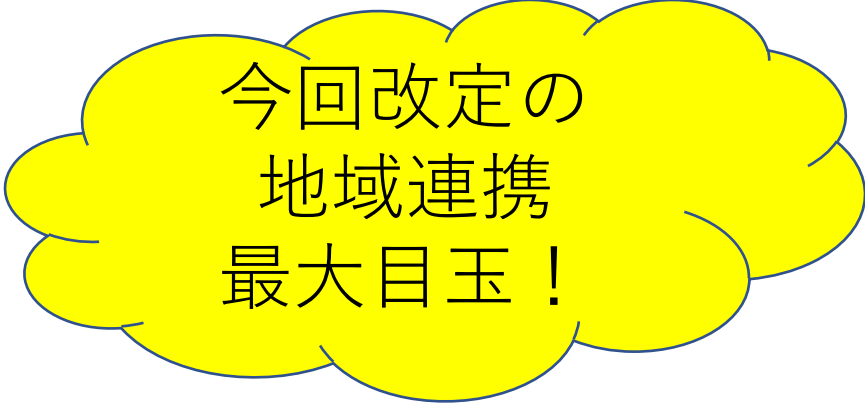
改定のポイント



- 急性期充実体制加算（スーパー急性期加算）で高度急性期が評価された。
- スーパーICUの評価
 - 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
- 急性期充実体制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ながら、どちらを選択するのかを決める必要がある
- 急性期充実加算では敷地内薬局が締め出された

パート5

紹介受診重点病院の創設



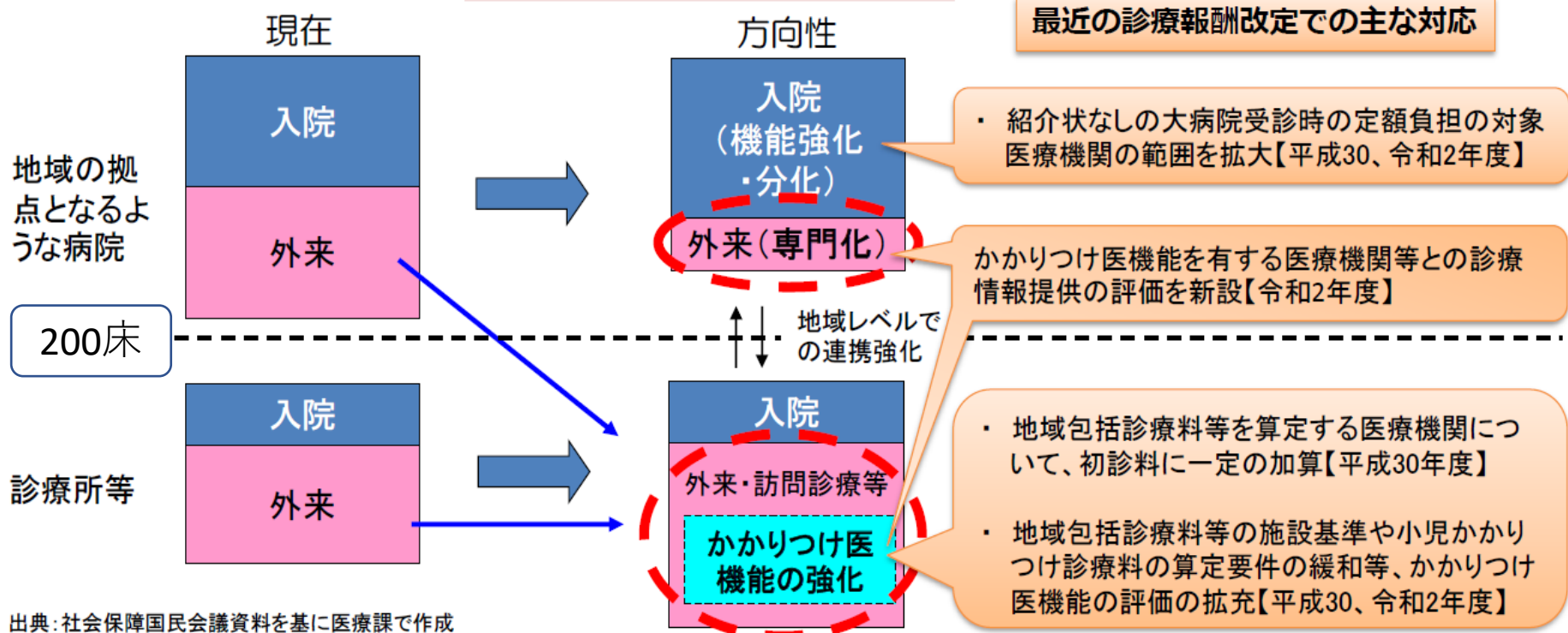
今回改定の
地域連携
最大目玉！

外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

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

外来医療の役割分担のイメージ



出典: 社会保障国民会議資料を基に医療課で作成

国の基準を満たす病院を
「紹介受診重点病院」
という新類型とした

「紹介受診重点医療機関」



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

趣旨

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

明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。

- ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)

NDBで抽出
する

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

(参考)地域医療支援病院との関係について

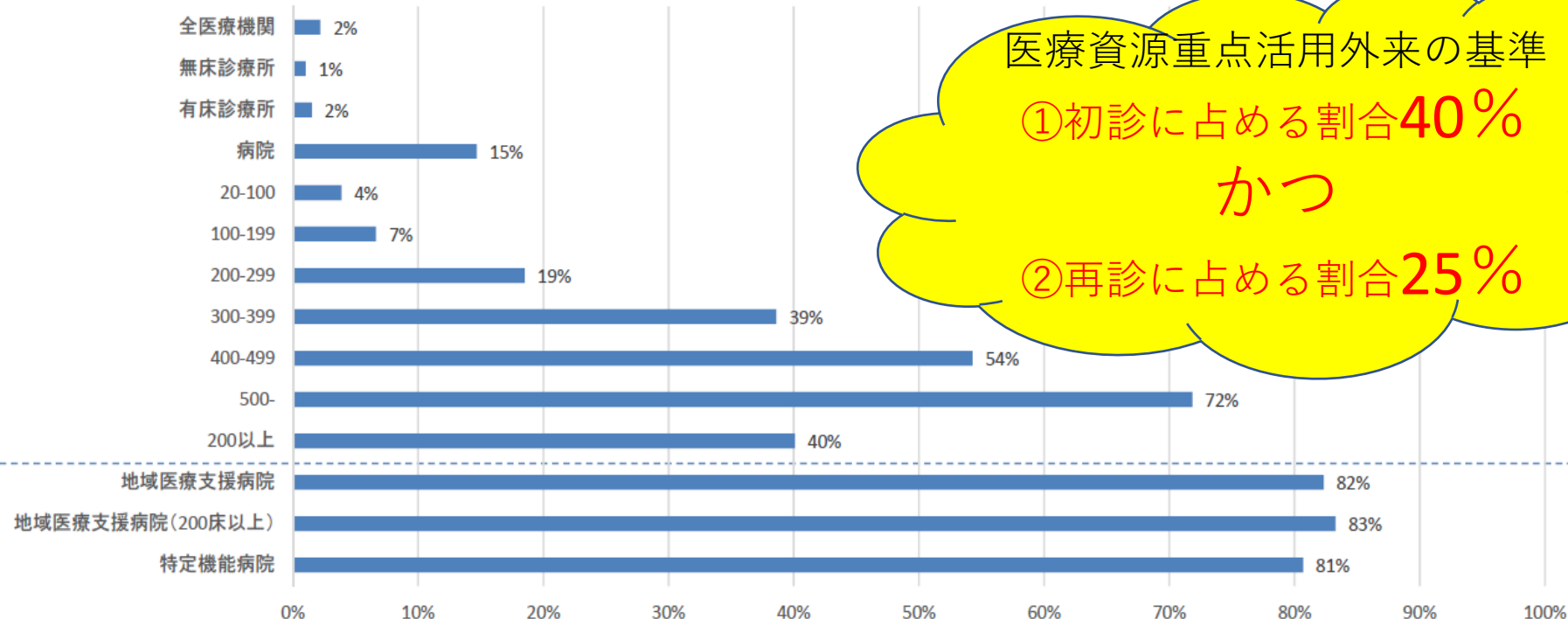
- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

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

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

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

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



医療資源重点活用外来の基準

①初診に占める割合**40%**

かつ

②再診に占める割合**25%**

(注)

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

さらに
紹介率50%以上かつ
逆紹介率40%以上を
参考値とした

2022年診療報酬改定と 紹介受診重点医療機関

「紹介受診重点医療機関」



紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

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

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点(入院初日)

[算定要件]

- (1) 外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）である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。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療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、入院初日に限り所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

- ▶ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
- ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

見直し後

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
 - ・ **紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
- ・ 再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

[保険給付範囲からの控除]

外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**

- ・ 初診：医科 **200点**、 歯科 **200点**
- ・ 再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

| | |
|---------------------------|----------------|
| 定額負担 5,000円 | |
| 医療保険から支給（選定療養費） 7,000円 | 患者負担 3,000円 |

| | |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 定額負担 7,000円 | |
| 医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7) | 患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3) |

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用。**また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
- 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
 - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】 初診料の注2、3 214点 外来診療料の注2、3 55点

(情報通信機器を用いた初診については186点)

| | 特定機能病院 | 地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く) | 紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く) | 許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く) |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| 減算規定の基準 | | 紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満 | | 紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満 |
| 紹介割合 (%) | (紹介患者数 + 救急患者数) / 初診患者数 × 100 | | | |
| 逆紹介割合 (%) | 逆紹介患者数 / (初診 + 再診患者数) × 1,000 | | | |
| 初診患者の数 | 医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者 | | | |
| 再診患者の数 | 患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者 | | | |
| 紹介患者の数 | 他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。 | | | |
| 逆紹介患者の数 | 紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。 | | | |
| 救急搬送者の数 | 地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。 | | | |

■ 紹介割合・逆紹介割合（診療報酬）

【従来】

「注2」にあつては、**紹介率の実績が50%未満**の特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が50%以上の場合を除く。）

「注3」にあつては、**紹介率の実績が40%未満**の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が30%以上の場合を除く。）

【新方式】

「注2」にあつては、**紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が30%未満**の特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び外来機能報告対象病院等（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）

「注3」にあつては、**紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満**の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）

【逆紹介割合】

従来の計算方式

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}} \times 100$$

新しいの計算方式

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}} \times 1000$$

■ 診療報酬改定から見るリフィル処方箋の可能性

特定機能病院

地域医療支援病院

紹介割合・逆紹介割合をアップさせたい
(紹介外来を受ける時間の確保)

逆紹介患者数を増やす

病院から地域の診療所へ慢性疾患患者を紹介する

再診患者を減らす

逆紹介、処方箋の長期化 → リフィル処方

新しいの計算方式

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}} \times 1000$$

逆紹介 = 地域に患者が戻るとは限らない

逆紹介をしても、患者が地域に戻らない

地域によっては、
専門科目診療所が少なく、受入体制が出来ていない

複数診療科目を受診していて、専門診療科目のみ地域に
返すのは難しい

| ⑤外来再診患者数全体に占める他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した再診患者数の割合 (2/①) | ⑥外来再診患者数全体に占める特別の料金を徴収した再診患者数の割合 (3/①) |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 34.2% | 1.3% |
| 32.0% | 0.1% |
| 20.7% | 0.0% |

改定のポイント



- **200床以上**の一般病院で紹介受診重点候補病院は、外来の在り方、紹介率・逆紹介率対策の在り方をもう一度見直すべきだろう。
- 紹介受診重点病院ではリフィル処方が増えるだろう。
- 紹介受診重点病院では外来患者数が減るだろう。

パート6

入退院支援加算・ 入院時支援加算

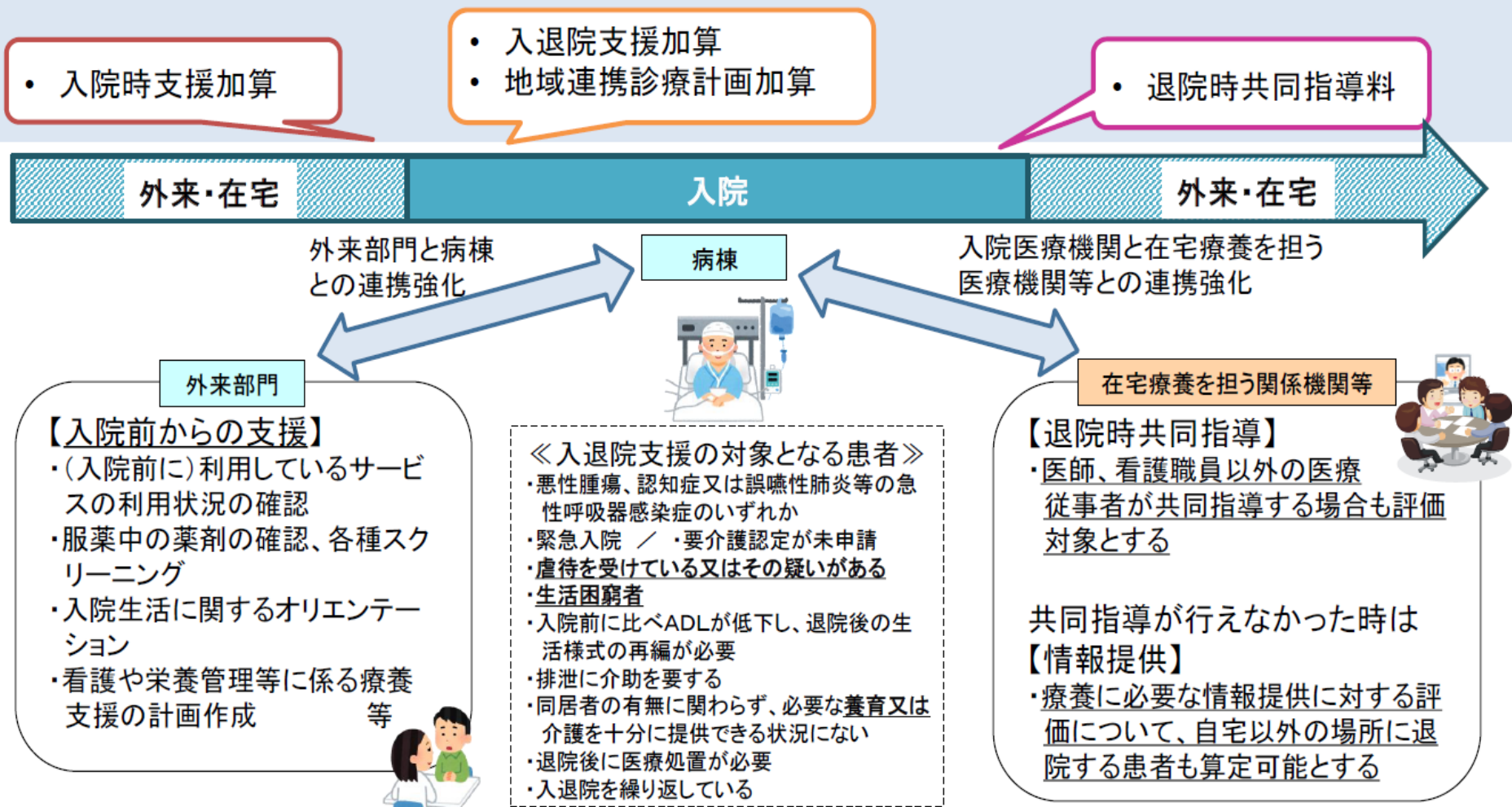


①入退院支援加算

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。



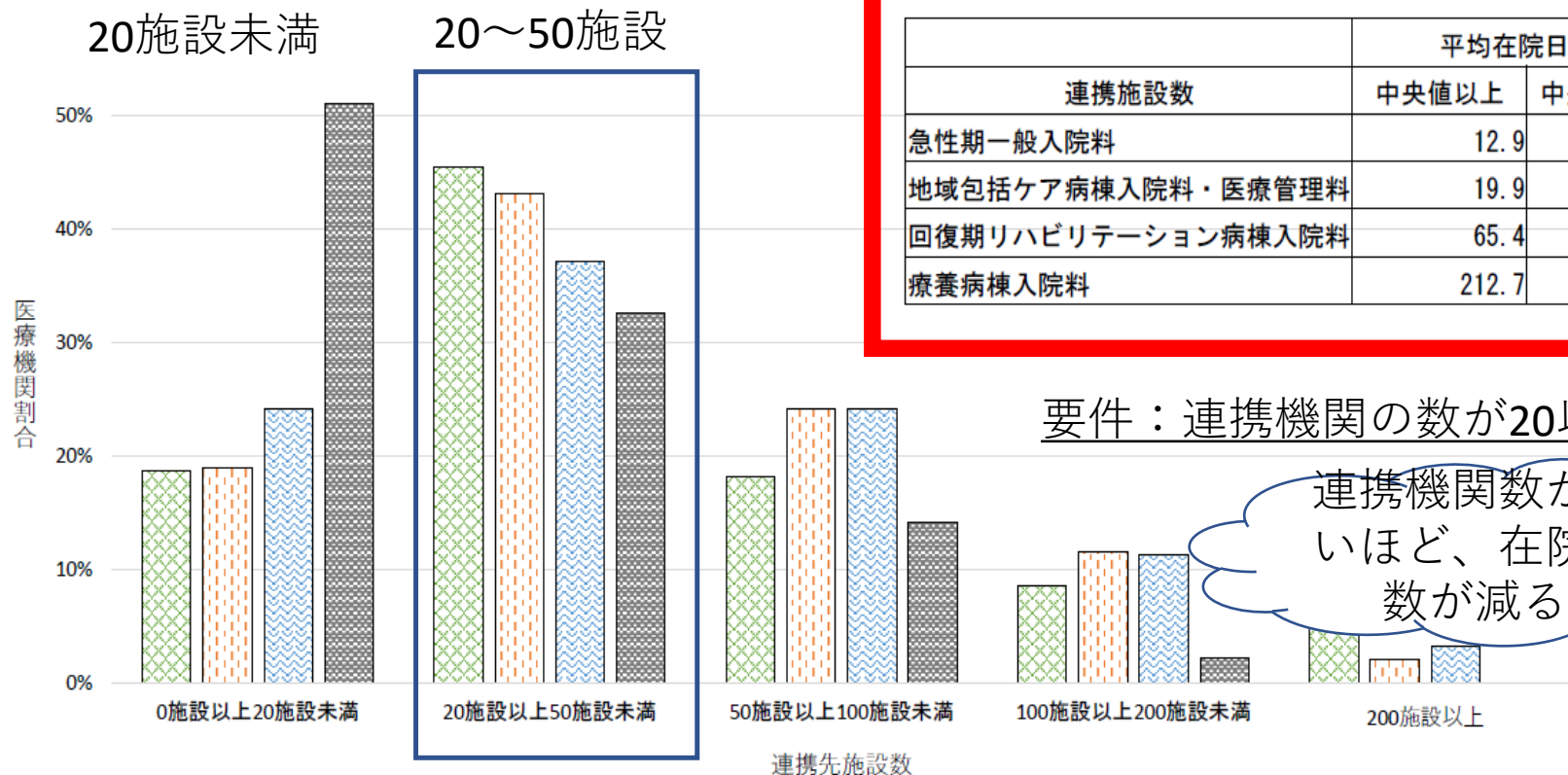
入退院支援加算の要件

| | 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） | — |

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)

入退院支援の推進

入退院支援加算の評価・要件の見直し

- 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1の評価及び要件を見直す

現行

- 【入退院支援加算1】
 [算定要件]
 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
- [施設基準]
 ・「連携機関」の数が20以上であること。
 ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること

改定後

- 【入退院支援加算1】
 [算定要件]
 イ 一般病棟入院基本料等の場合 **700点**
 □ 療養病棟入院基本料等の場合 **1,300点**
- [施設基準]
 ・「連携機関」の数が**25以上**であること。
 ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で**対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)**が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること



- 入院時支援加算の対象に合わせて明確化を図るため、入退院支援加算1及び2の対象者にサを追加するとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算1及び2の対象患者にシ及びスを追加する。

現行

- 【入退院支援加算1及び2】
 [算定要件]
 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のいずれかであること
 イ 緊急入院であること
 ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること(介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。)
 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こと
 オ 生活困窮者であること
 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であること(必要と推測されること。)
 キ 排泄に介助を要すること
 ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
 ケ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む。)が必要なこと
 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アからコまでに準ずると認められる場合

改定後

- 【入退院支援加算1及び2】
 [算定要件]
 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のいずれかであること
 イ 緊急入院であること
 ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること(介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。)
 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こと
 オ 生活困窮者であること
 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であること(必要と推測されること。)
 キ 排泄に介助を要すること
 ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
 ケ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む。)が必要なこと
 コ 入退院を繰り返していること
サ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること
シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
 セ その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合

医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化

情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

- 医療従事者等により実施されるカンファレンス等について、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施する場合の入退院支援加算等の要件を緩和する。

現行 (例：入退院支援加算)



原則対面 (ICT活用に制限)



改定後



リアルタイムの画像を介したコミュニケーション (ビデオ通話) が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

現行 (例：在宅患者訪問看護・指導料)

関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、要件を満たす場合は、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。



改定後

1人以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

入退院支援の推進

入退院支援加算の評価・要件の見直し

➤ 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1の評価及び要件を見直す



現行

【入退院支援加算1】

[算定要件]

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

[施設基準]

- ・「連携機関」の数が20以上であること。
- ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること

改定後

【入退院支援加算1】

[算定要件]

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 **700点**
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 **1,300点**

[施設基準]

- ・「連携機関」の数が**25以上**であること。
- ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で**対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて**面会し、情報の共有等を行っていること

➤ 入院時支援加算の対象に合わせて明確化を図るため、入退院支援加算1及び2の対象者にサを追加するとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算1及び2の対象患者にシ及びスを追加する。

現行

【入退院支援加算1及び2】

[算定要件]

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のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
- 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こと
- オ 生活困窮者であること
- 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であること（必要と推測されること。）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できないこと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- 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アからコまで

改定後

【入退院支援加算1及び2】

[算定要件]

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のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
- 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こと
- オ 生活困窮者であること
- 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であること（必要と推測されること。）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ **入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること**
- シ **家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること**
- ス **児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること**
- セ その他患者の状況から判断してアからサまでに準ずると認められる場合

ヤングケア
ラーを追加

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看病をしている



厚労省実態調査
「一日に7時間以上世話に費やしている」と回答したのは小学6年生で7.1%、大学3年生で6.4%

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）

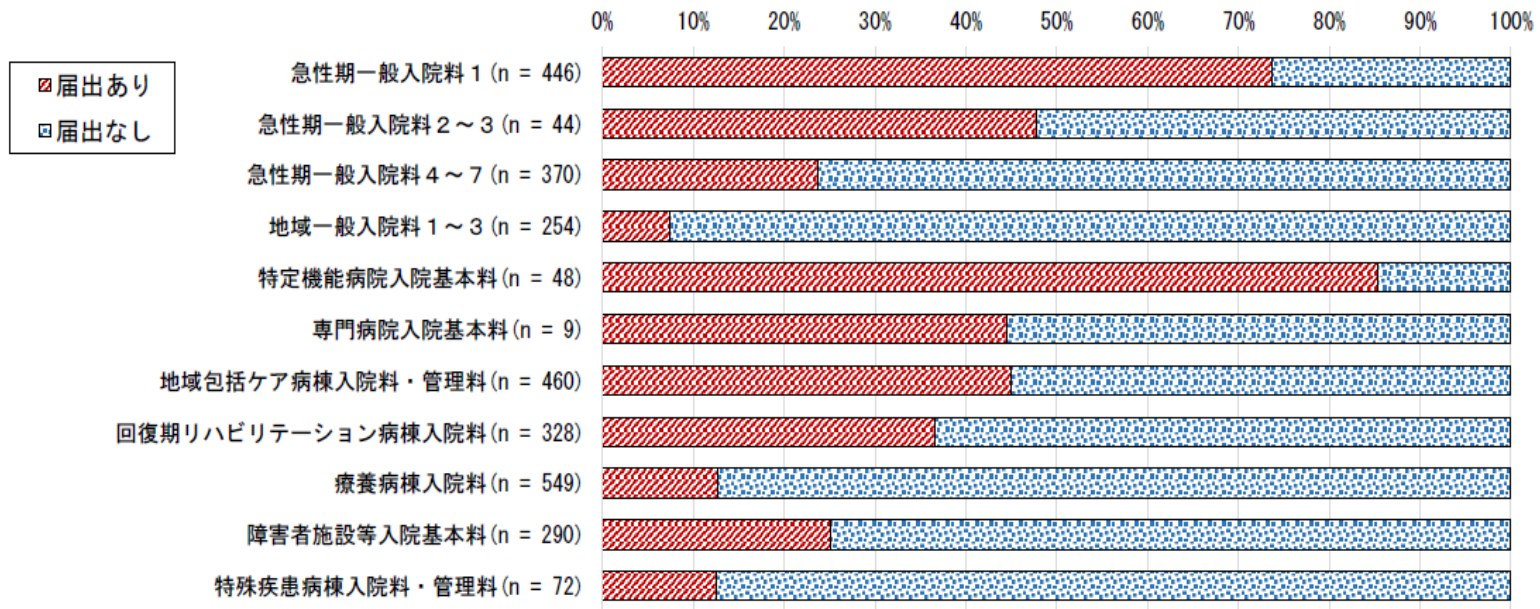
[算定要件]

- 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。

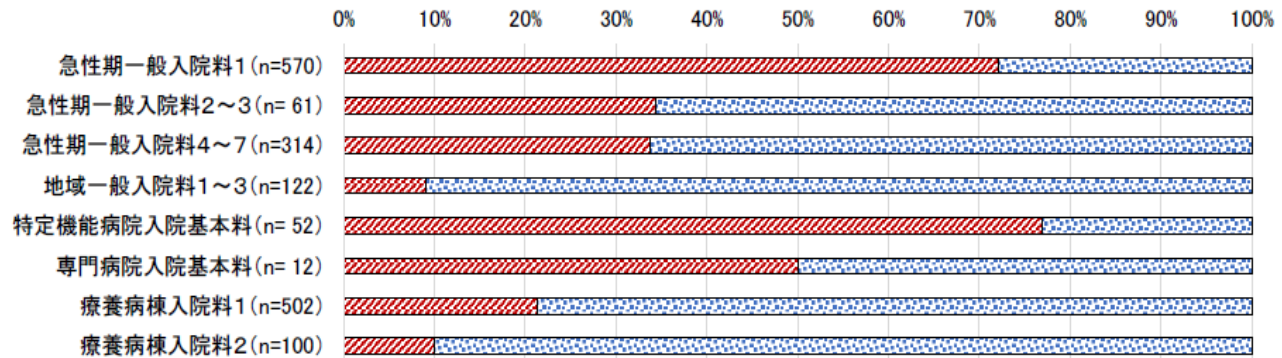
入院時支援加算の届出状況

○ 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



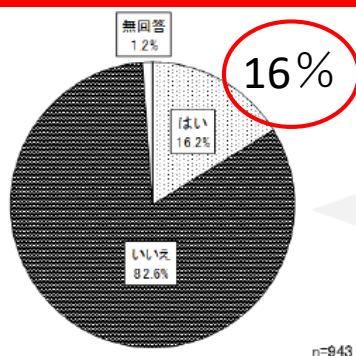
薬局による 入院時の持参薬整理代行



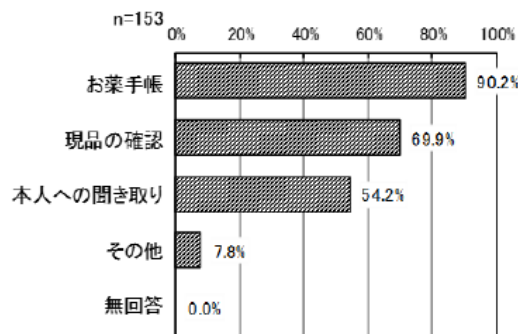
保険薬局における入院前の持参薬整理

○ 患者が入院する際に、医療機関に代わって持参薬の確認と整理等を行っているかについては、「はい」が約16.2%であった。また、持参薬の確認方法については、「お薬手帳」が約90.2%で最も多く、次いで「現品の確認」が約69.9%であった。

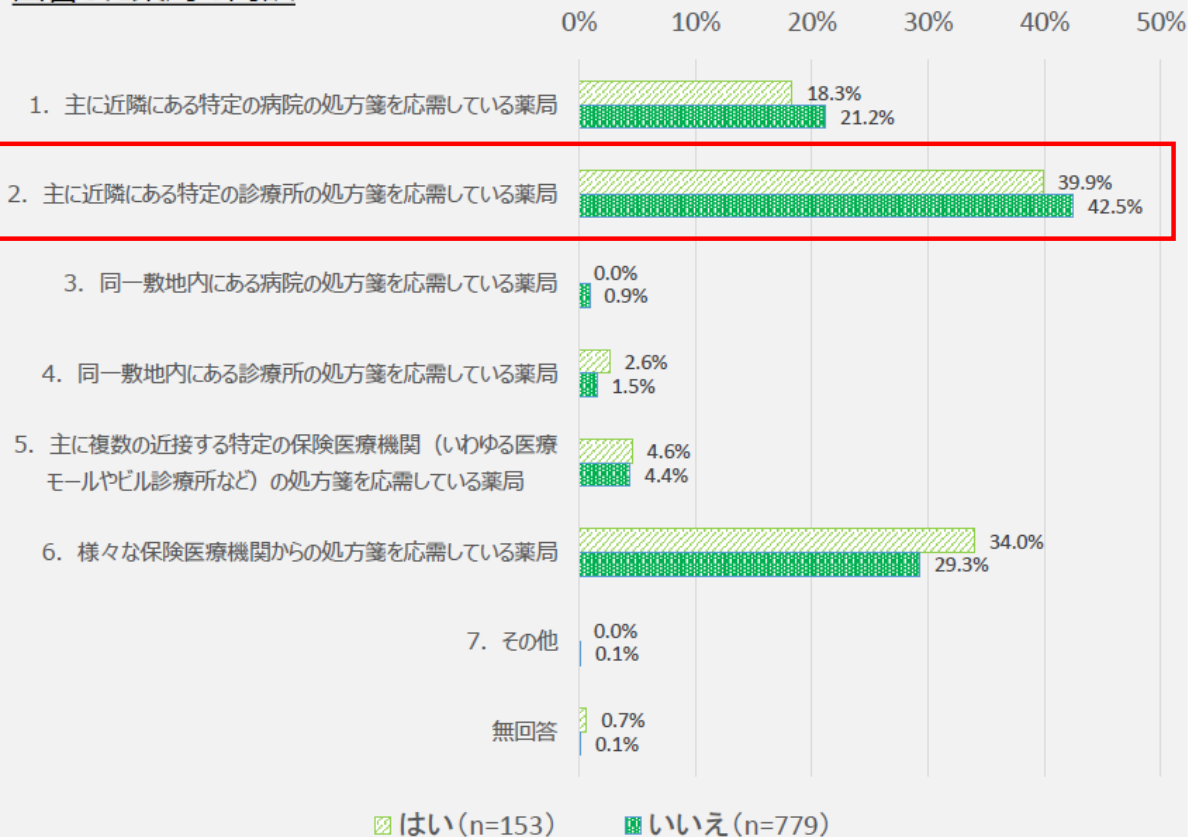
(1) 患者が入院する際に、医療機関に代わって持参薬の確認と整理等を行っているか



(2) 持参薬の確認方法



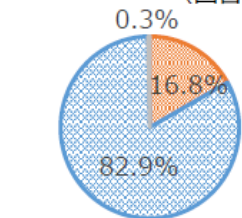
回答した薬局の内訳



医療機関における入院時の持参薬整理①

- 入院前に持参薬の整理を依頼しない理由としては「自院の薬剤部（薬局）で整理するから」や「薬局が対応可能かどうか分からないから」といった回答が多かった。
- 入院時に薬局に担ってほしい支援としては「普段の服用状況、副作用の状況等の情報提供」、「持参薬の管理」や「重複投薬等の有無の確認」といった回答が多かった。

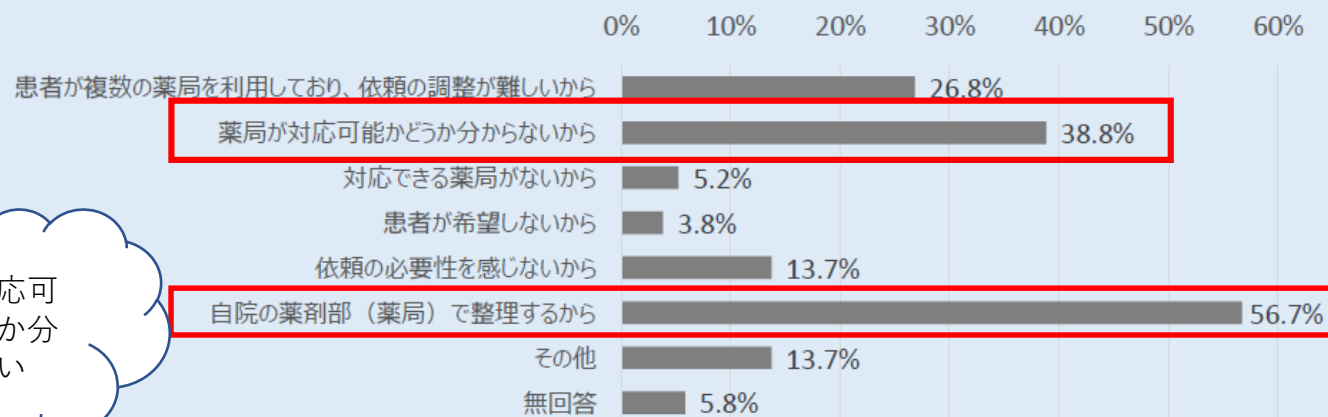
入院前に薬局に患者の持参薬の整理を依頼すること
(回答病院数=351)



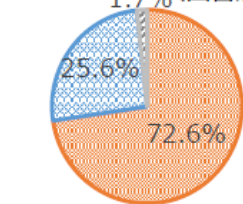
整理を依頼すること
 整理を依頼しない
 無回答

薬局が対応可能かどうか分からない

▼ 薬局に持参薬の整理を依頼しない理由 (回答病院数=291, 複数回答)

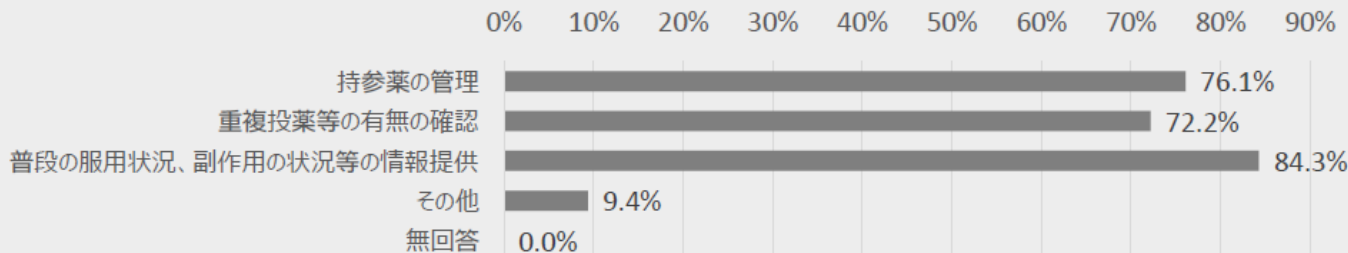


入院時に薬局に担ってほしい支援
(回答病院数=351)



ある
 ない
 無回答

▼ 入院時に薬局に担ってほしい支援の内訳 (回答病院数=255, 複数回答)



薬局における対人業務の評価の充実

服薬情報等提供料の見直し

- 服薬情報等提供料について、医療機関からの求めに応じて、薬局において入院予定の患者の服用薬に関する情報等を一元的に把握し、必要に応じて持参した服用薬の整理を行うとともに、医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書により提供した場合の評価を新設する。

(新) 服薬情報等提供料3

50点 (3月に1回に限り)

[算定要件]

- 入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に3月に1回に限り算定する。
- これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

(参考) 服薬情報等提供料1・2

| | |
|-----------|-----|
| 服薬情報等提供料1 | 30点 |
| 服薬情報等提供料2 | 20点 |

[算定要件]

1については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

2については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者、その家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

改定のポイント



- 入退院支援加算、入院時支援加算の改定に注目
- 退院時カンファレンスはオンラインで参加を。
- 入院時の持参薬整理代行を薬局は行おう。

まとめと提言

- 2022年診療報酬改定では、コロナ禍を受けて高度急性期、急性期の強化が図られた。
- 2024年から始まる医師の働き方改革で、看護師、薬剤師へのタスクシフト・タスクシェアが加速する
- 入退院支援加算、入院時支援加算で病院と薬局との連携も強化される。薬局は入院時の持参薬の整理代行を行おう。

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

質問・ご意見・感想コーナー



質問

Dr武藤のミニ動画⑭

2022年診療報酬改定ダイジェスト ～在宅医療と訪問看護～



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
よこすか地域包括推進センター長



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

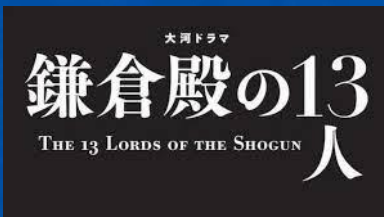
江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム



横須賀

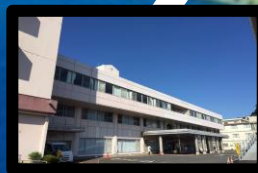
衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦



目次

- パート 1
 - 在宅医療
- パート 2
 - 訪問看護



パート1 在宅医療

- (1) 2025年の在宅必要量
- (2) 2022年診療報酬改定と在宅医療

(1) 2025年の在宅必要量

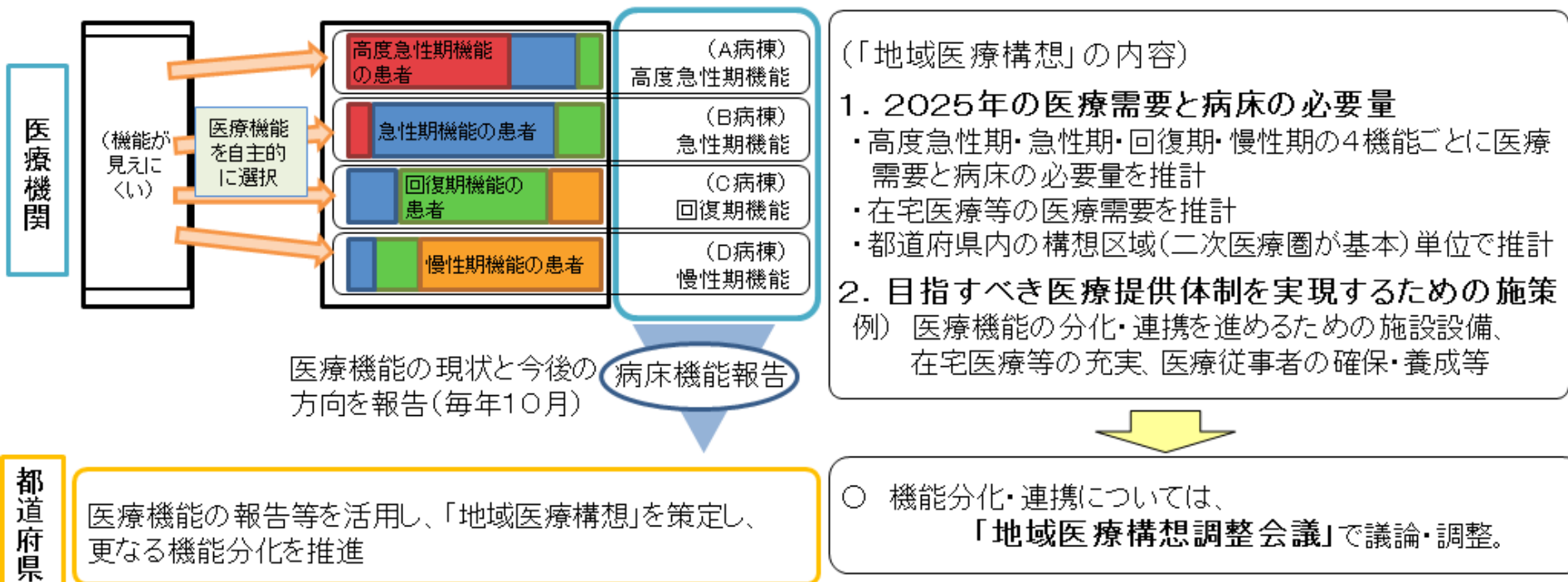
地域医療構想

「第11回 地域医療構想に関するワーキンググループ」
「第3回 在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」
合同会議 2018年3月2日



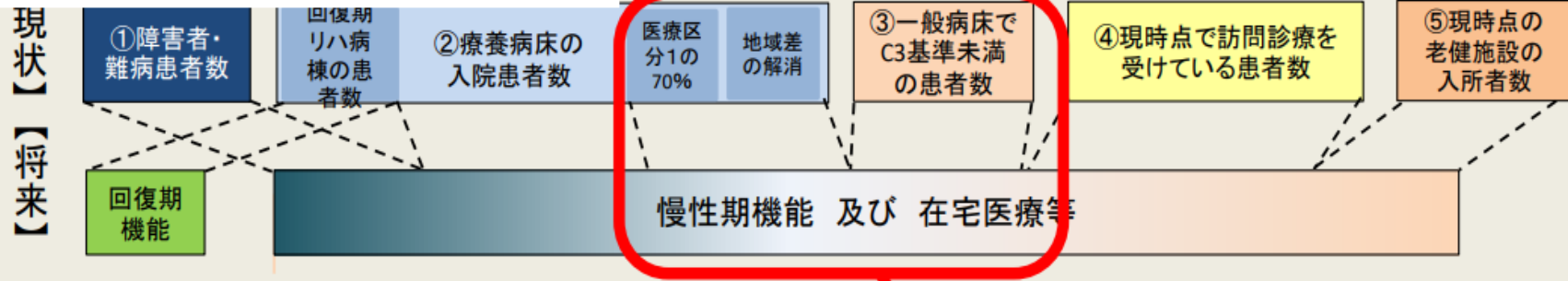
地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



いわゆる在宅医療等で追加的に対応する患者数について

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



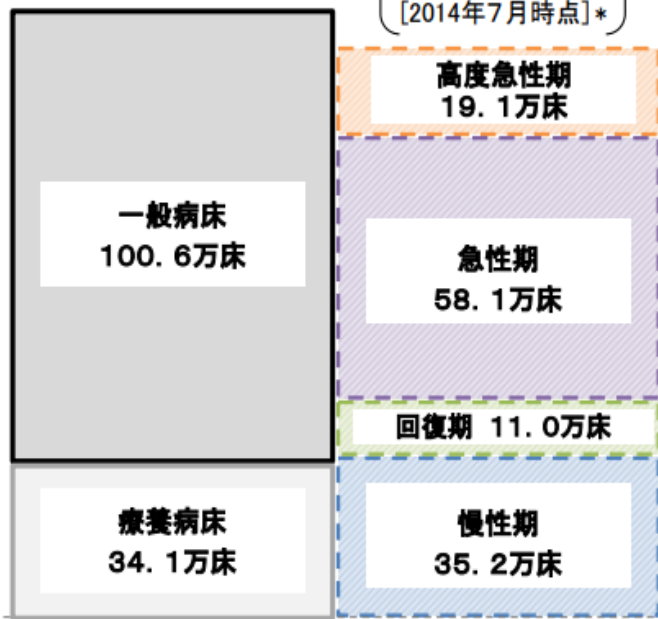
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

平成27年6月15日
内閣官房「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」公表

【現状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



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

機能分化等をしないうまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



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

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

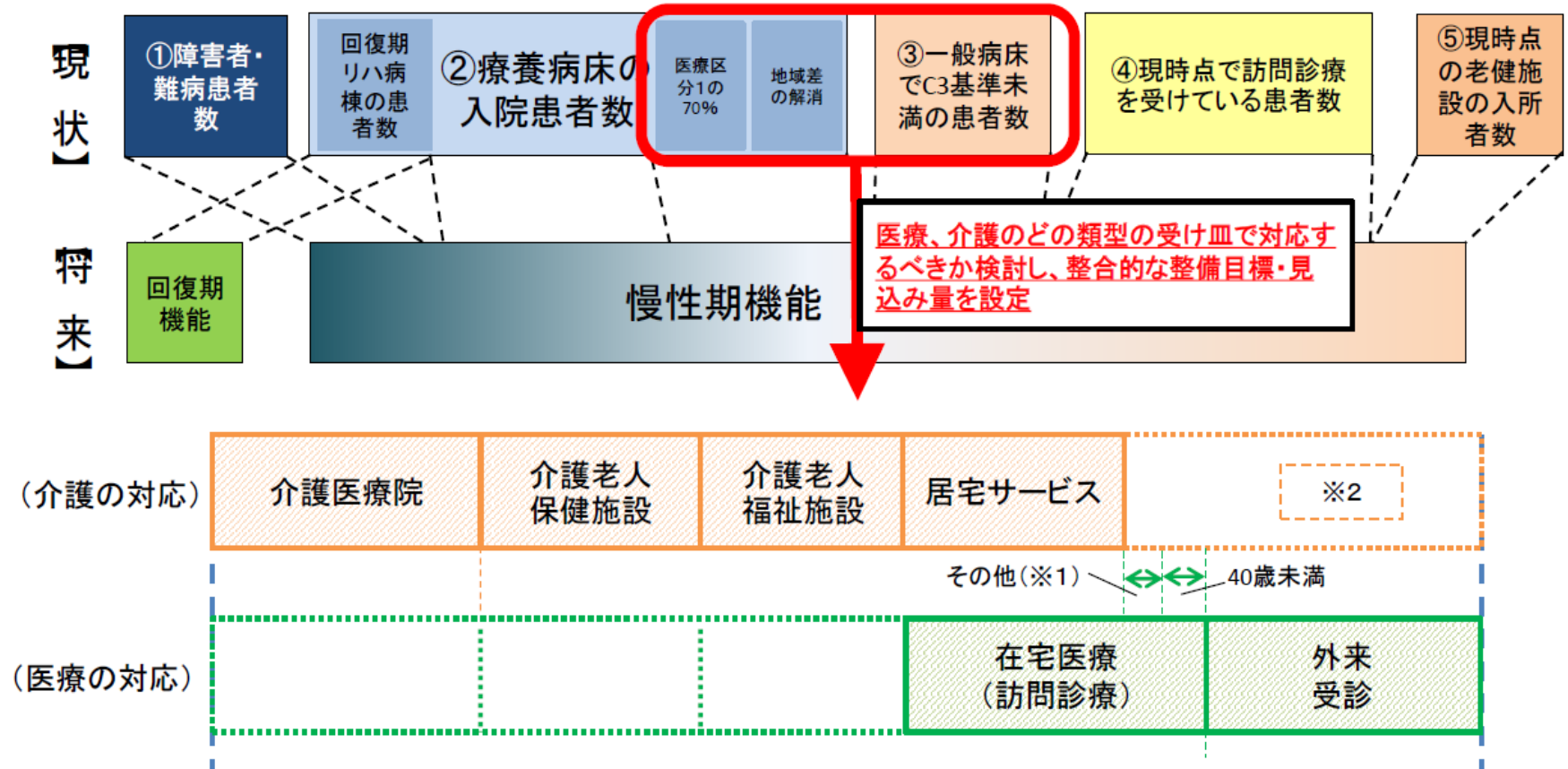
* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
なお、2014年度の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

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

介護施設・在宅医療等の新たなサービス必要量の考え方について

第10回医療計画の見直し等に関する検討会
平成29年3月8日
資料 1改

都道府県及び市町村は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、協議の場を活用し医療、介護各々の主体的な取組により受け皿整備の責任を明確にした上で、次期医療計画及び介護保険事業計画における統合的な整備目標・見込み量を設定する。

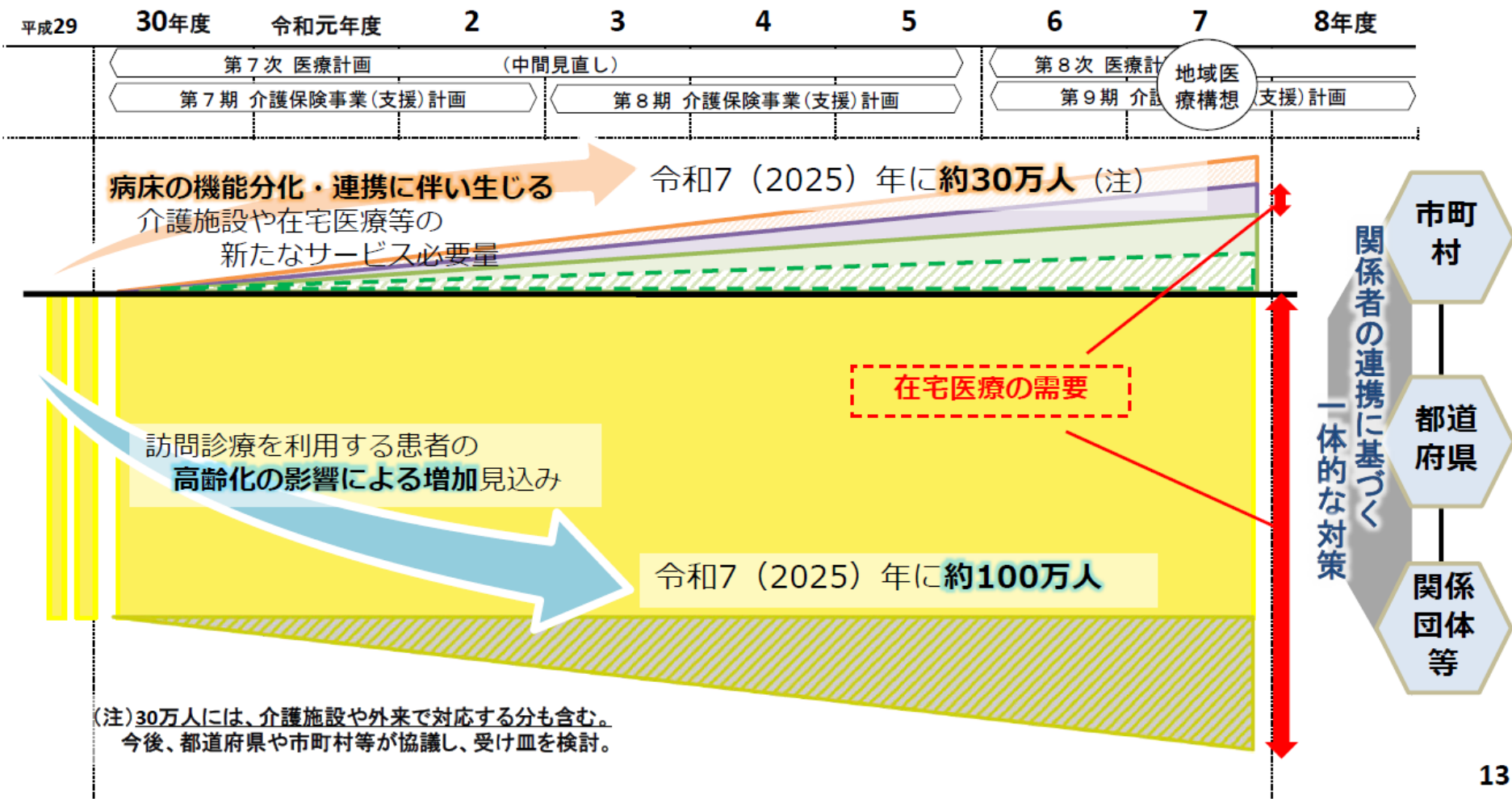


(※1) その他: 介護保険の要介護被保険者等が訪問看護等の提供を受ける場合、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに、医療保険の給付が行われる。

(※2) 外来サービスを利用する者の一部には、居宅サービスを利用する者もあり

2025年に向けた在宅医療の体制構築について

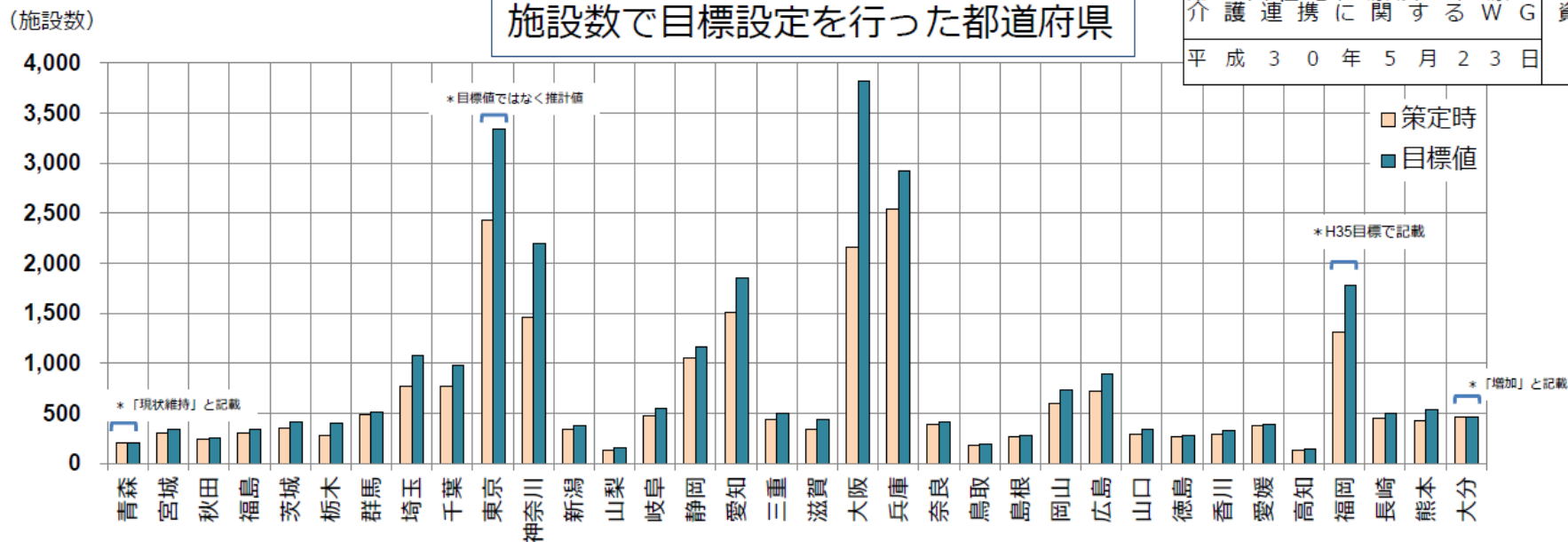
- 2025年に向け、在宅医療の需要は、「**高齢化の進展**」や「**地域医療構想による病床の機能分化・連携**」により**大きく増加**する見込み。
- こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、**都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築**してることが重要。



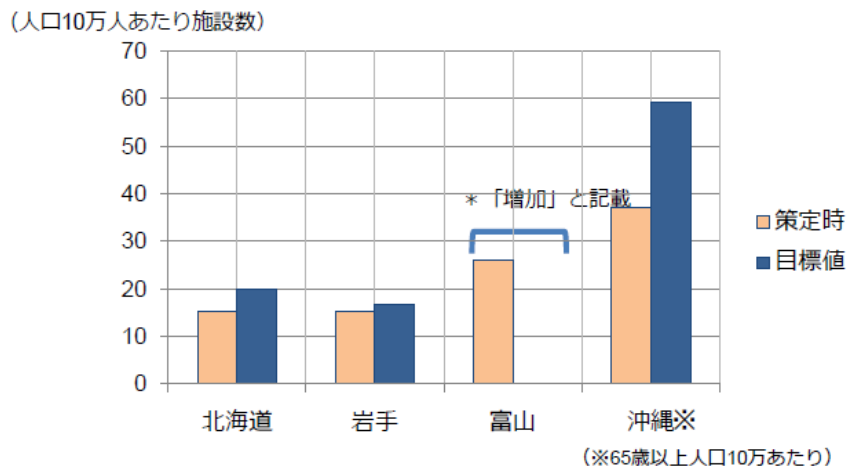
訪問診療を行う診療所・病院数に関する目標設定

第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
平成30年5月23日
資料 1

施設数で目標設定を行った都道府県



人口10万人あたりの施設数で目標設定を行った都道府県



施設数の増加率で目標設定を行った都道府県

(訪問診療を実施している医療機関の割合)

| | 策定時 | 目標値 |
|-----|-------|-------|
| 鹿児島 | 30.7% | 35.7% |

(再掲) 提出資料(参考資料3)において「訪問診療を実施している診療所、病院数」に関する目標項目の記載のなかった都道府県：山形、石川、福井、長野、京都、和歌山、佐賀、宮崎

在宅医療の体制

| | |
|----------------------|-----------|
| 第13回医療計画の見直し等に関する検討会 | 資料 1-2 |
| 平成30年9月28日 | 一部改変 |

【概要】

- 地域医療構想や介護保険事業計画と整合性のとれた、実効的な整備目標を設定し、在宅医療の提供体制を着実に整備する。
- 多様な職種・事業者を想定した取組、市町村が担う地域支援事業と連携した取組など、より効果的な施策を実施する。

実効的な整備目標の設定

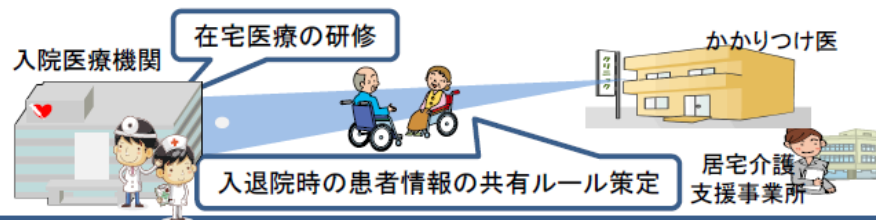
- 医療サービスと介護サービスが、地域の実情に応じて補完的に提供されるよう、都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を設置し、介護保険事業計画等における整備目標と整合的な目標を検討。



- 地域医療構想において推計した将来必要となる訪問診療の需要に対応する、具体的な診療所・病院の数値目標を記載することを原則化。

多様な職種・事業者を想定した取組

- 在宅医療の提供者側に対する施策に偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定した施策を実施。
(例)・地域住民に対する普及啓発
・入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
・入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための連携ルール等の策定 等



地域支援事業と連携した取組

- 医師会等と連携し、また保健所を活用しながら、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援。
特に、以下のような医療に係る専門的・技術的な対応が必要な取組は、重点的に対応。
(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築
(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
- 広域的な連携が必要な事項については、都道府県の支援のもと、複数の関係市町村、関係者等と連携し、協議・検討を実施。¹¹

(2) 2022年診療報酬改定 と在宅医療



在宅医療の6つのポイント

- ①継続診療加算
- ②在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院
- ③外来と在宅の連携
- ④ACPの施設基準化
- ⑤小児緊急往診
- ⑥医療的ケア児の薬学管理

ポイント①

継続診療加算

継続診療加算について

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料 (平成30年度診療報酬改定において新設)

継続診療加算 216点(1月に1回)

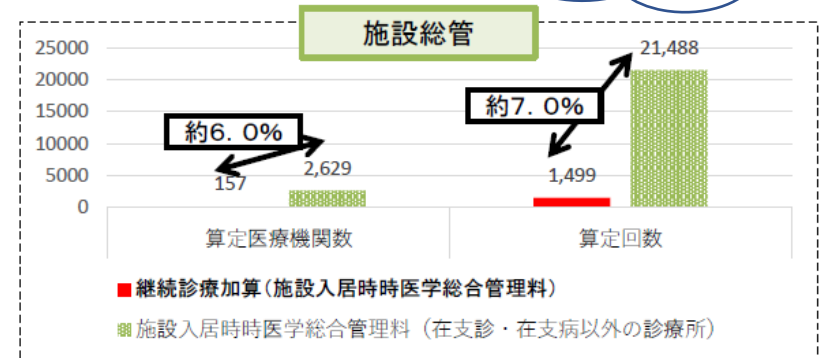
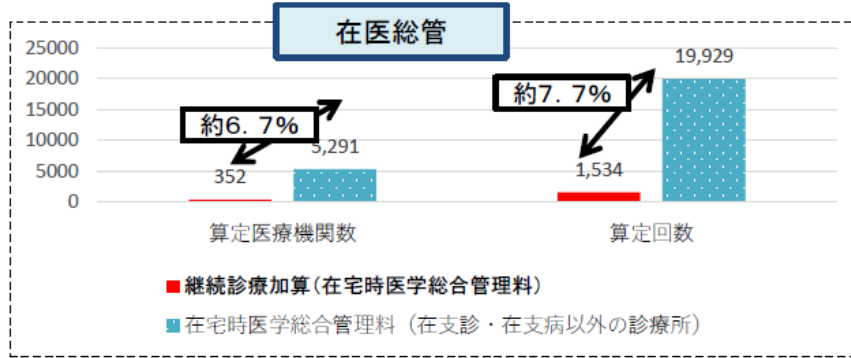
在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の評価。

[主な算定要件]

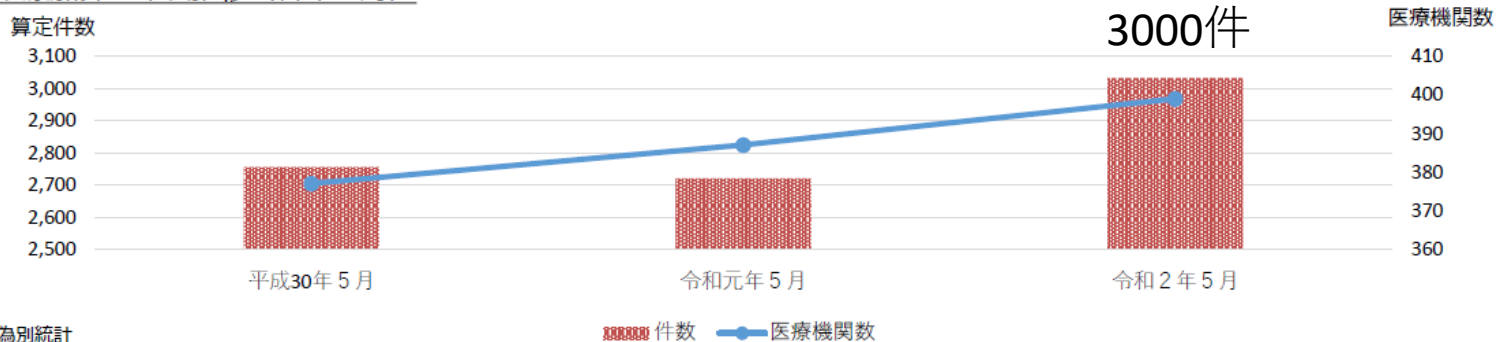
- (1) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者であること。
- (2) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築していること。
- (3) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること。

在医総管、
施設総管の
7%!

●継続診療加算等の算定状況(令和2年5月診療分)



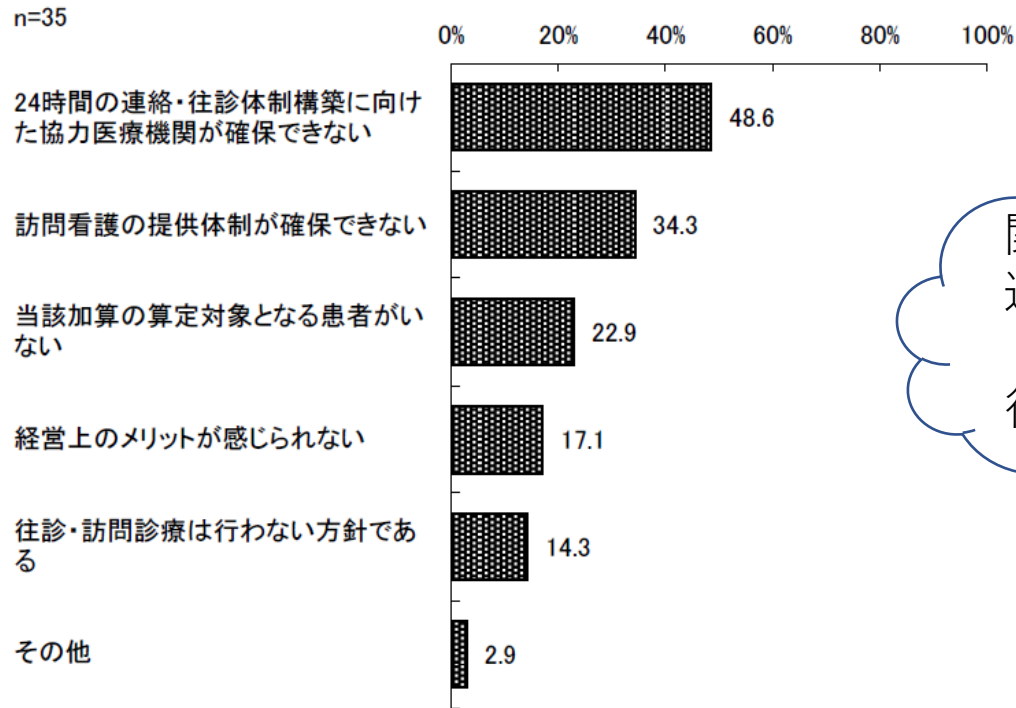
●継続診療加算の年次推移(各年5月)



継続診療加算について

○ 継続診療加算を算定していない理由は以下のとおりであり、最も多いものは、「24時間の連絡・往診体制構築に向けた協力医療機関が確保できない」であった。

継続診療加算を算定していない理由



関係機関の
連携で24時
間体制を
行っては？

「24時間」の要件について

- 24時間の往診体制や連絡体制等についての要件は以下のとおり。
- 継続診療加算においては、当該医療機関単独又は他の医療機関と連携した上で、24時間の「往診を行う体制」及び「連絡を受ける体制」を求めている。

| | | 24時間要件 | | | | | |
|-----------|-----|---------|----|-----------|----|----------|----|
| | | 往診を行う体制 | | 訪問看護を行う体制 | | 連絡を受ける体制 | |
| | | 単独 | 連携 | 単独 | 連携 | 単独 | 連携 |
| 在宅療養支援診療所 | 単独型 | ○ | × | ○ | ○ | ○ | × |
| | 連携型 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | その他 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | × |
| 在宅療養支援病院 | 単独型 | ○ | × | ○ | ○ | ○ | × |
| | 連携型 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | その他 | ○ | × | ○ | ○ | ○ | × |
| 継続診療加算 | | ○ | ○ | — | — | ○ | ○ |

○:要件を満たす
 ×:要件を満たさない
 —:施設基準上の要件ではない

地域で取り組まれている在宅医療連携モデル(例)

○ 各地域において、在宅医療を提供している医療機関同士の連携が、様々な形で行われている。

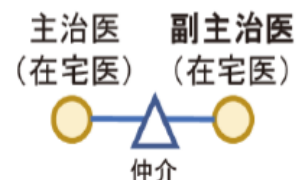
(1) 在宅医の相互協力

背景

- 板橋区ではもともと地域に根付いた2代目、3代目の在宅医が多く、地域に根付いた医療が行われていた。
- 区主催の「在宅医療推進協議会」(年1回開催)では病床確保等について協議が行われ、同じく板橋区主催(H28までは医師会主催)の「在宅療養ネットワーク懇和会」(半年に1回開催)では、医師会・薬剤師会・歯科医師会・ケアマネジャー等が持ちまわりで主催を行い、地域医療についての検討が行われている。

連携の一例

- 医師会療養相談室が仲介を行う主治医・副主治医制の運用
- 在宅医が学会等へ参加する等の事情で看取りが必要な患者の対応ができない可能性がある等の場合、別の在宅医が当該患者の対応を行えるシステムを運用



地域で有効に機能している在宅医療連携モデル(例)

○ 各地域において、在宅医療を提供している医療機関同士の連携が、様々な形で行われている。

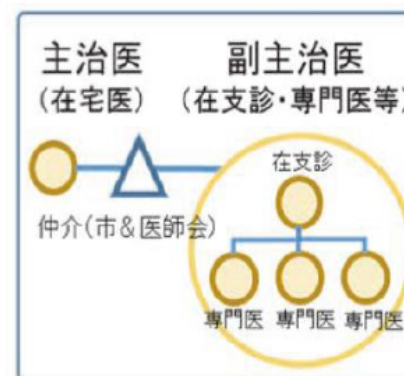
(2) かかりつけ医によるグループ形成

背景

- 柏市では、長寿化の進展により慢性疾患患者が増加し、「病院完結型」から、在宅生活を支える「地域完結型」の医療・介護サービス提供に迫られている(病院は多いが病床稼働率が高く、早晚患者受入れの限界になる)。
- 一方、診療所は外来対応で忙しく、専門領域外の医療や24時間対応に不安があり、在宅医療に取り組む医師が少なかった。
- そこで、柏市は柏市医師会と理念共有のもとで、多職種を巻き込みながら、在宅医の増加・連携づくり・市民啓発に取り組んでいる。

連携の一例

- 医師会及び市による、かかりつけ医グループ形成によるバックアップ
- 主治医(患者を主に訪問診療する医師)と副主治医(主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師)とが相互に協力して患者に訪問診療を提供する。



24時間往診・連携体制確保が 困難な理由

- 算定クリニック側から、退院に協力を依頼しにくい
 - 算定クリニックAが協力クリニックBに協力依頼をしても、加算の算定はAクリニックのみ。
 - 1か月あたり216点の継続診療加算を2つのクリニック間で契約で分配しても微々たるもの
- 地域医師会が仲介して、医療機関の協力を面で推進することも考えられる。
- 次回改定ではこうした地域体制を評価してはどうか？

在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

在宅療養移行加算の新設

- 継続診療加算について、名称を在宅療養移行加算に変更する。
- 従来の継続診療加算に加えて、市町村や地域医師会との協力により、往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有している場合の評価を新設する。

現行

【継続診療加算】

継続診療加算 216点

【施設基準】

継続診療加算

- ア 24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること
- イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明

改定後

(新) 【在宅療養移行加算】

在宅療養移行加算1 216点

在宅療養移行加算2 116点

【施設基準】

在宅療養移行加算1

- ア 24時間の往診体制及び24時間の連絡体制
- イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明

在宅療養移行加算2

- ア 当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していること。
- イ 24時間の連絡体制を有していること
- イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明

ポイント②

在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院

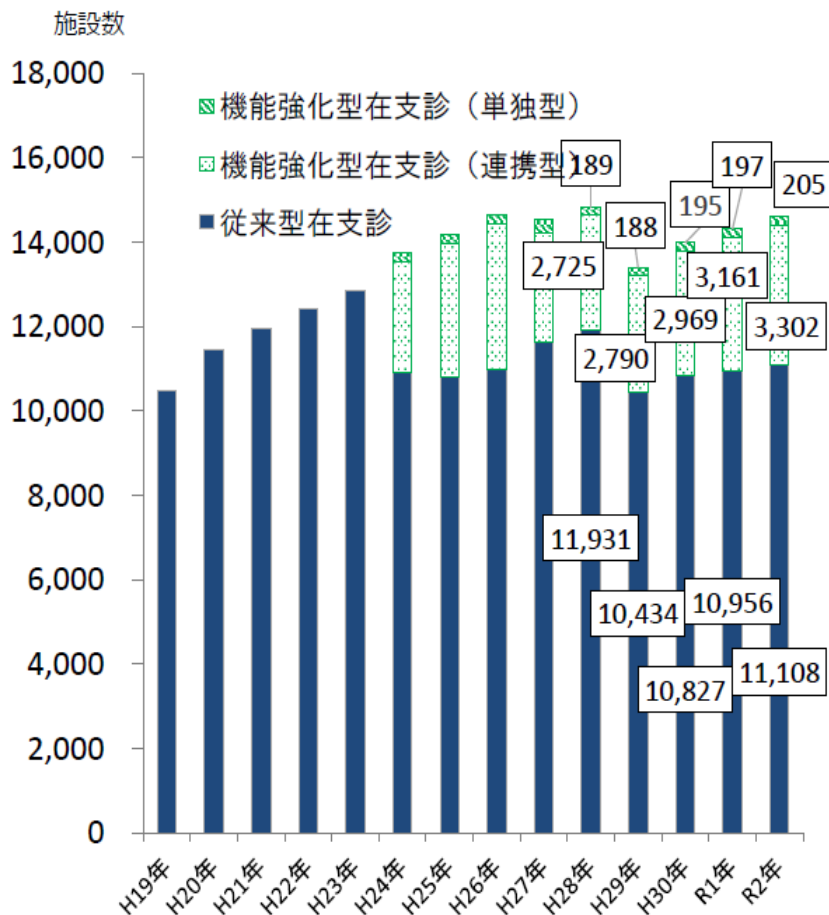
在宅療養支援診療所(在支診)及び在宅支援病院(在支病)の施設基準の概要(平成30年度～)

| | 機能強化型在支診・在支病 | | 在支診・在支病 | (参考)在宅療養後方支援病院 |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 単独型 | 連携型 | | |
| 全ての在支診・在支病が満たすべき基準 | ① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している | | / | ○ 許可病床数 200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) <small>※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること</small> ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成 |
| 全ての在支病が満たすべき基準 | 「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては240床未満 | | | |
| 機能強化型在支診・在支病が満たすべき基準 | ⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上 ⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上 | ⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上 ⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上 | | |

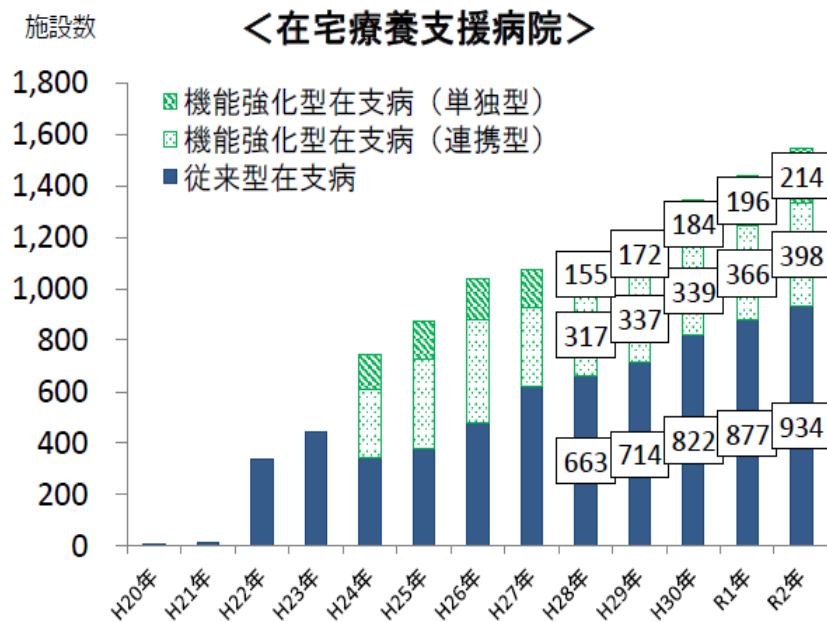
在宅療養支援診療所等の届出数

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばいであり、在宅療養支援病院は、増加傾向である。

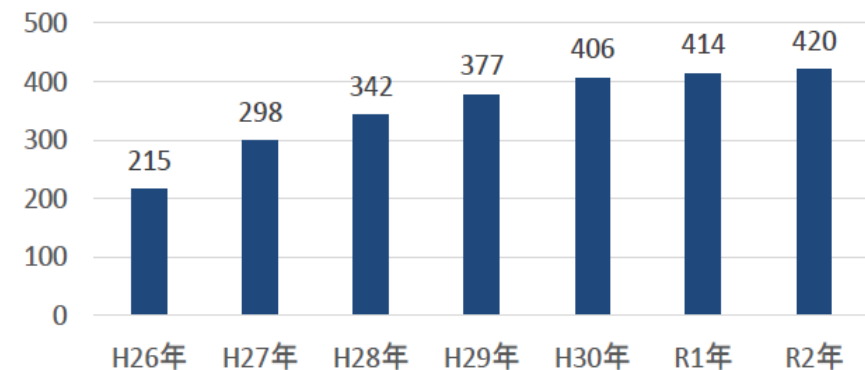
<在宅療養支援診療所>



<在宅療養支援病院>



<在宅療養後方支援病院> ※平成26年新設



- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む） ・薬局
- ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等



在宅療養支援病院の実績について

- 在宅療養支援病院について、年間の緊急往診件数は以下のとおり。
- 0件の病院がみられる一方、31件以上の病院もみられた。
- 緊急往診件数が0件の病院の、在宅患者の年間の入院受入数は、31件以上が最多であった。

〈年間の緊急往診件数〉

| 緊急往診件数 | 0件 | 1～10件 | 11～30件 | 31件以上 |
|--------|----|-------|--------|-------|
| 平成27年度 | 38 | 70 | 47 | 24 |
| 平成28年度 | 42 | 75 | 53 | 31 |
| 平成29年度 | 47 | 81 | 55 | 34 |



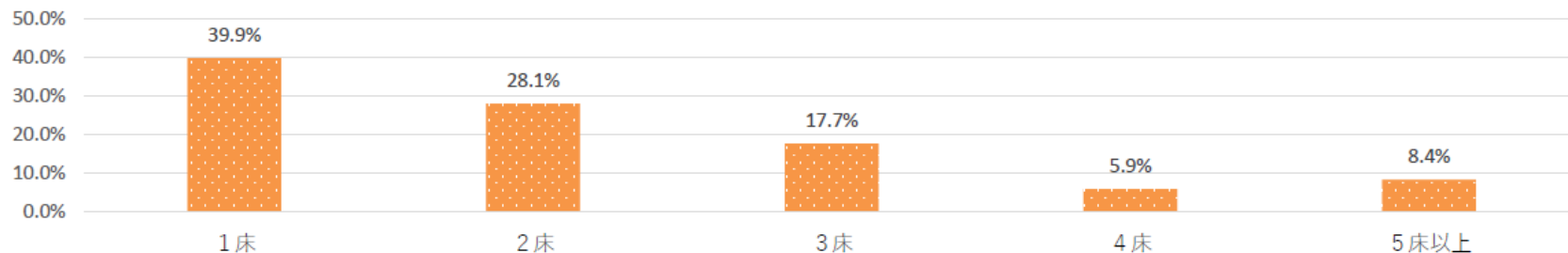
〈在宅患者の年間総入院数〉

| 受入件数 | 0件 | 1～10件 | 11～30件 | 31件以上 | 未記入 | 合計 |
|--------|----|-------|--------|-------|-----|----|
| 平成27年度 | 2 | 3 | 0 | 27 | 6 | 38 |
| 平成28年度 | 3 | 3 | 1 | 27 | 8 | 42 |
| 平成29年度 | 4 | 2 | 0 | 33 | 8 | 47 |

在宅療養支援病院の実績について

- 在宅療養支援病院について、緊急時入院のための常時確保病床の状況及び在宅患者入院受入数は以下のとおり。
- 緊急時入院のための常時確保病床について、1床との病院が最多であった。一方、5床以上の病院もみられた。
- 在宅患者の年間入院受入数について、0件の病院がみられる一方、31件以上の病院もみられた。

緊急時入院のための常時確保病床数 (n=203)



在支診からの在宅患者入院受入数

| 受入件数 | 0件 | 1~10件 | 11~30件 | 31件以上 |
|--------|----|-------|--------|-------|
| 平成27年度 | 57 | 27 | 14 | 19 |
| 平成28年度 | 59 | 29 | 19 | 23 |
| 平成29年度 | 69 | 36 | 18 | 26 |

在支診以外からの在宅患者入院受入数

| 受入件数 | 0件 | 1~10件 | 11~30件 | 31件以上 |
|--------|----|-------|--------|-------|
| 平成27年度 | 33 | 15 | 13 | 49 |
| 平成28年度 | 34 | 15 | 14 | 54 |
| 平成29年度 | 41 | 17 | 14 | 60 |

在支診・在支病の施設基準の見直し

適切な意思決定支援の推進

- ▶ 全ての在支診・在支病について、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。

【経過措置】

令和4年3月31日時点において在宅療養支援診療所等であるものについては、令和4年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

機能強化型在支診・在支病等の地域との協力推進

- ▶ 機能強化型の在支診及び在支病について、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい旨を施設基準に明記する。

機能強化型在支病の要件の見直し

- ▶ 在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直し、緊急の往診の実績に代えて、後方ベッドの確保及び緊急の入院患者の受入実績又は地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1若しくは3の届出により要件を満たすこととする。

現行

【在宅療養支援病院】

〔施設基準〕（抜粋・例）

(1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア～サ（略）

シ 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。

ス（略）



改定後

【在宅療養支援病院】

〔施設基準〕（抜粋・例）

(1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること

ア～サ（略）

シ 以下のいずれかの要件を満たすこと。

- ・ 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。

- ・ 在支診等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保し、在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去1年間で31件以上あること。

- ・ 地域包括ケア病棟入院料・管理料1又は3を届け出ていること。

ス（略）

緊急受け入れの
実績評価を！

ポイント③

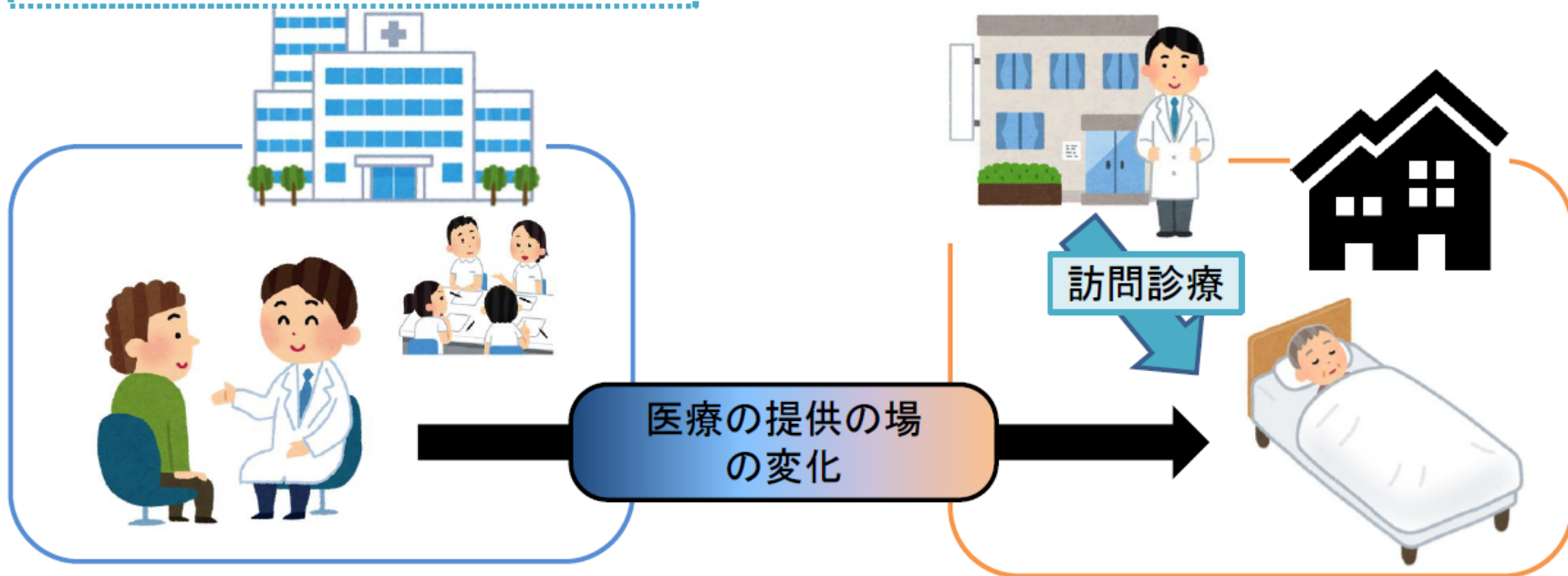
外来と在宅との連携

外来から在宅への移行について

- 外来を受診していた患者が、在宅医療を受けることとなり、主治医が交代する場合がある。
- 移行のタイミングが遅くなると、患者が抱える医療・介護等の課題が複雑化、不可逆化する、との意見がある。

・患者に対して継続的に外来医療を提供している
・16km要件や、医療従事者の不足、医療機関の機能等により、在宅医療を提供していない／できない。

・在宅医療を提供する医療機関(外来医療を提供していた医療機関と別の医療機関)

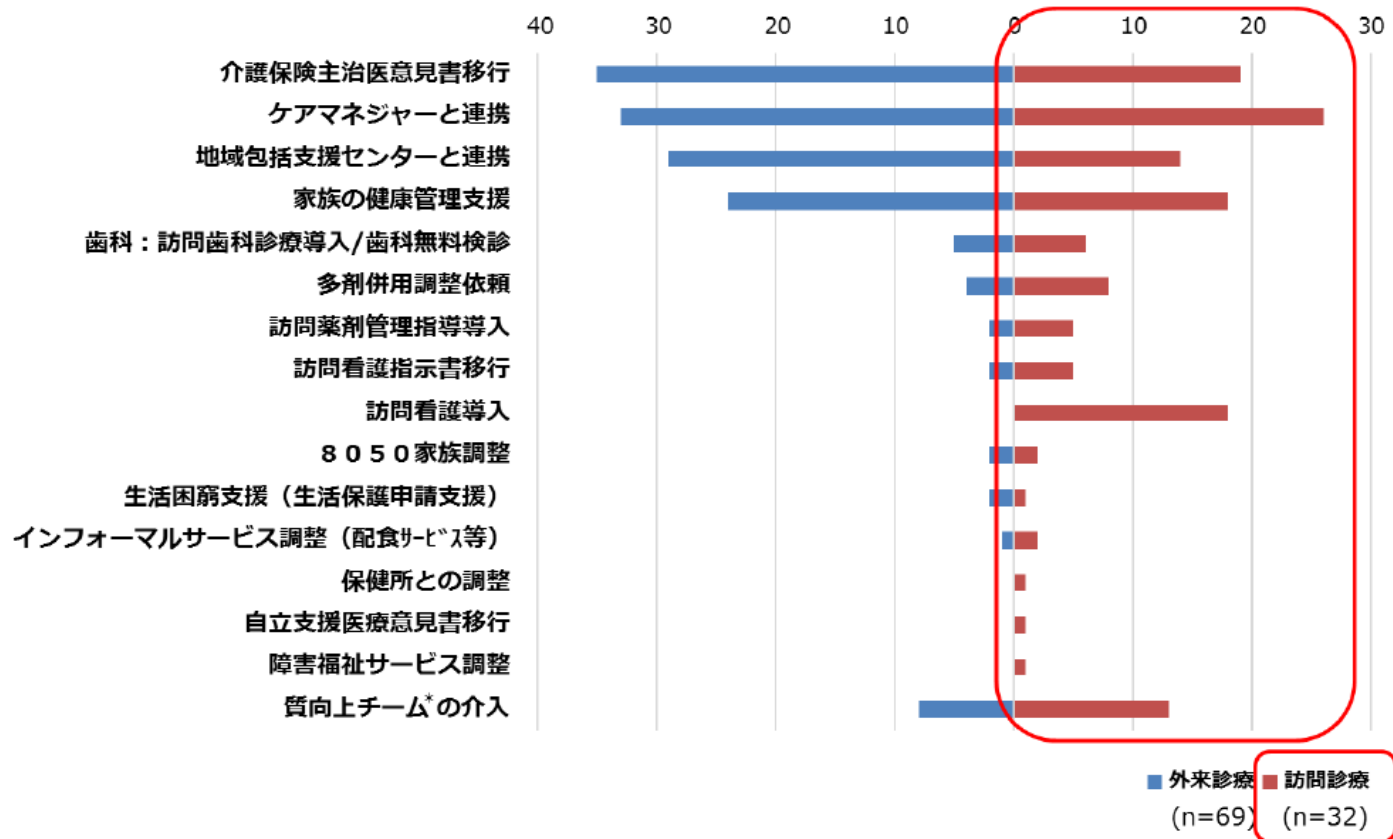


・外来に継続的に通院していた患者
・経過中、「通院困難な者」となる

外来から在宅への移行について

○ 外来から在宅への移行に当たっては、以下のような調整が具体的に必要となりうる。その調整内容は外来・在宅いずれの場においても求められている内容である。

調整内容（重複あり）



*センター所属の歯科衛生士、管理栄養士、リハビリ専門職による、口腔、栄養、身体・高次機能障害の把握またはアセスメント

外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価

- ▶ 通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来在宅共同指導料を新設する。

(新) 外来在宅共同指導料

| | | |
|--------------------|-------------|---------------------------|
| 外来在宅共同指導料 1 | 400点 | (在宅療養を担う保険医療機関において算定) |
| 外来在宅共同指導料 2 | 600点 | (外来において診療を行う保険医療機関において算定) |

[対象患者]

- **外来において継続的に診療（継続して4回以上外来を受診）を受けている患者であって、在宅での療養を行う患者**（他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム又はサービス付き高齢者向け住宅その他施設等に入院若しくは入所する患者については、対象とはならない。）

[算定要件]

- **外来在宅共同指導料 1**
保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、**当該患者の在宅療養を担う保険医療機関**の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。
- **外来在宅共同指導料 2**
外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者1人につき1回に限り算定する。なお、当該保険医療機関の保険医が、在宅での療養上必要な説明及び指導を情報通信機器を用いて行った場合においても算定できる。



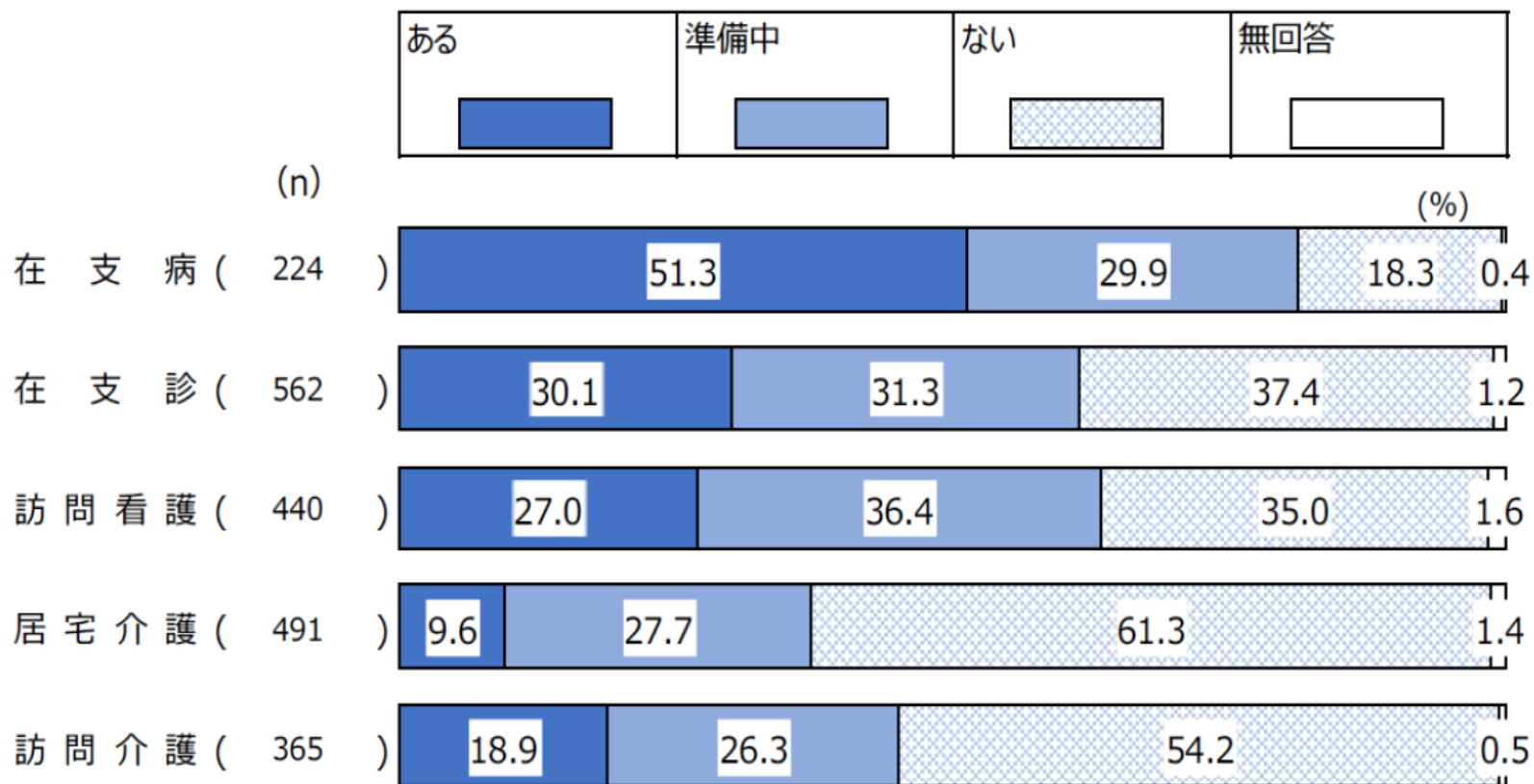
ポイント④

在宅療養支援病院・診療所
へのACPの施設基準化

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応について

- 人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援に関する取組方針の有無については、以下のとおりであった。
- 「ある」及び「準備中」をあわせると、在宅支援病院は約8割、在宅療養支援診療所は約6割であった。

図表. 医療・ケアの意思決定支援に関する取組方針



在支診・在支病の施設基準の見直し

ACPの要件化

適切な意思決定支援の推進

- 全ての在支診・在支病について、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。

【経過措置】

令和4年3月31日時点において在宅療養支援診療所等であるものについては、令和4年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

機能強化型在支診・在支病等の地域との協力推進

- 機能強化型の在支診及び在支病について、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい旨を施設基準に明記する。

機能強化型在支病の要件の見直し

- 在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直し、緊急の往診の実績に代えて、後方ベッドの確保及び緊急の入院患者の受入実績又は地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1若しくは3の届出により要件を満たすこととする。

現行

【在宅療養支援病院】

【施設基準】（抜粋・例）

- (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。
ア～サ （略）
- シ 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。
- ス （略）



改定後

【在宅療養支援病院】

【施設基準】（抜粋・例）

- (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること
ア～サ （略）
- シ 以下のいずれかの要件を満たすこと。
 - 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。
 - 在支診等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保し、在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去1年間で31件以上あること。
 - 地域包括ケア病棟入院料・管理料1又は3を届け出ていること。
- ス （略）

⑤小兒緊急往診

医療的ケア児数

○ 在宅の医療的ケア児は増加している。

医療的ケア児について

- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は約2万人（推計）

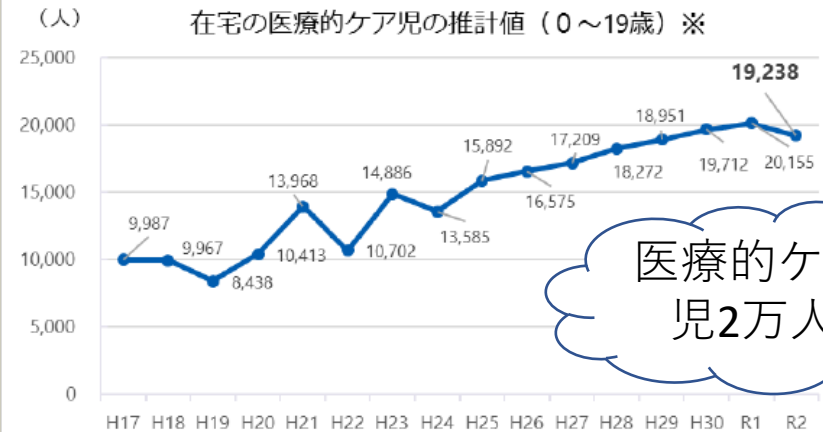


- 歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障害児※1までいる。
- 生きていくために日常的な医療的ケアと医療機器が必要例) 気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、吸引、在宅酸素療法、胃瘻・腸瘻・胃管からの経管栄養、中心静脈栄養等

※1：重症心身障害児とは重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している子どものこと。全国で約43,000人（者も含まれている）。[岡田2012推計値]



* 画像転用禁止



医療的ケア児2万人

（出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」及び当該研究事業の協力のもと社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により障害児・発達障害者支援室で作成）

児童福祉法の改正（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）

第五十六条の六第二項

「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めなければならない。」

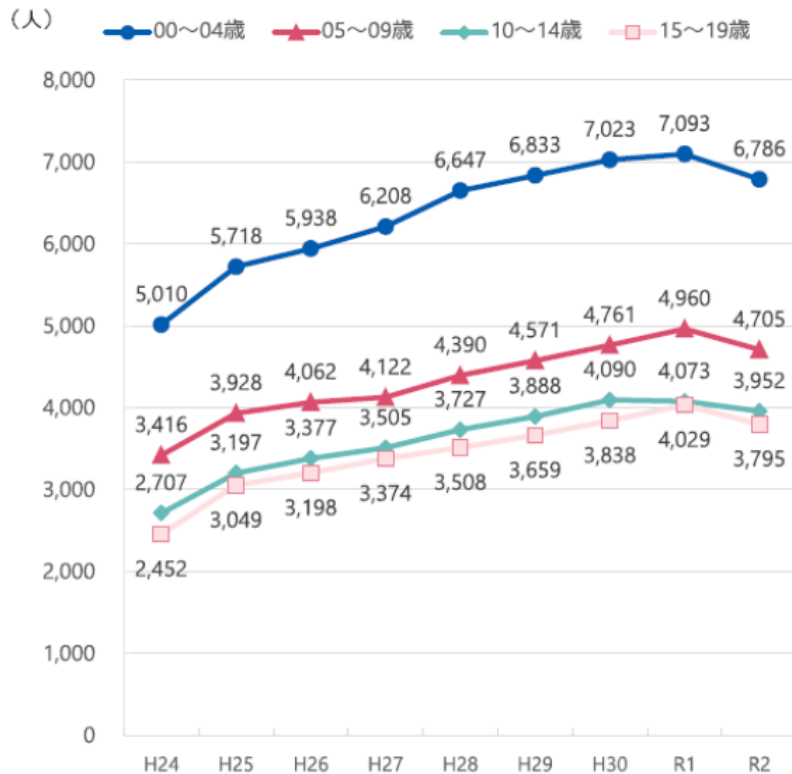
※ 児童福祉法上の児童の定義は満18歳に満たない者であるが、社会医療診療行為別統計は5歳ごとの年齢階級別の統計となっていることから、医療的ケア児数（推計値）は20歳未満の者を含む。

医療的ケア児数

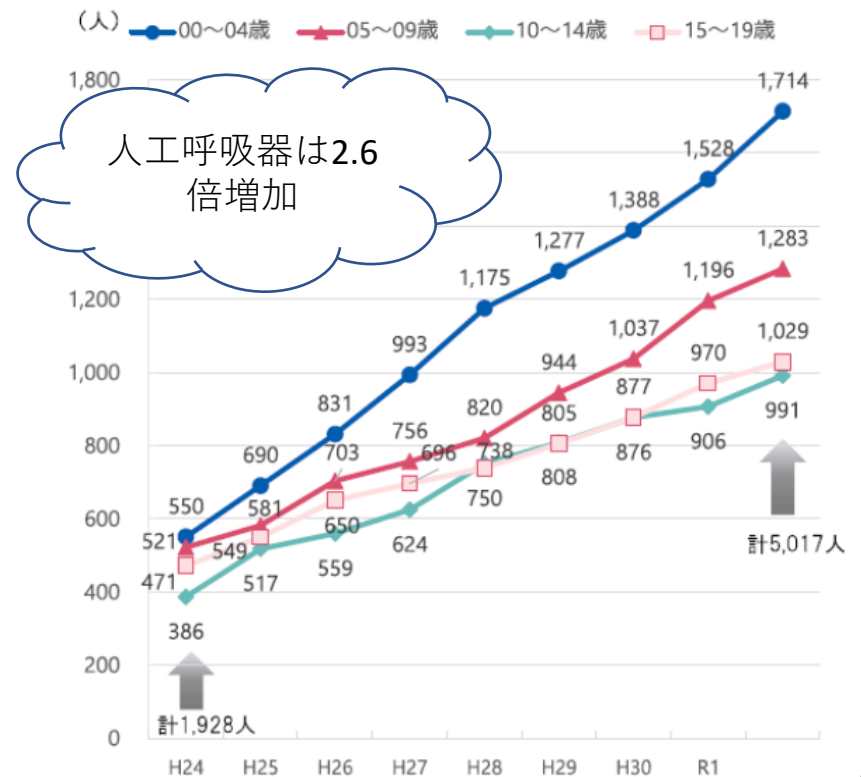
年齢階級別の医療的ケア児数等

- 年齢階級別の医療的ケア児数は、低年齢ほど人数が多く、0～4歳が最も多い。いずれの年齢階級も増加傾向である。
- 人工呼吸器を必要とする児童数は、直近7年で約2.6倍に増加している。0～4歳が最も多く、経年での増え方も大きい。

■ 年齢階級別の医療的ケア児数の年次推移（推計）



■ 年齢階級別の人工呼吸器を必要とする児童数※の年次推移（推計）



出典：社会医療診療行為別統計（調査）（各年6月審査分）により障害児・発達障害者支援室で作成

※出典：同左（「C107 在宅人工呼吸指導管理料」算定者数）

【出典】令和3年度 医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者会議 資料1-1 2021年9月28日

小児の緊急の往診について

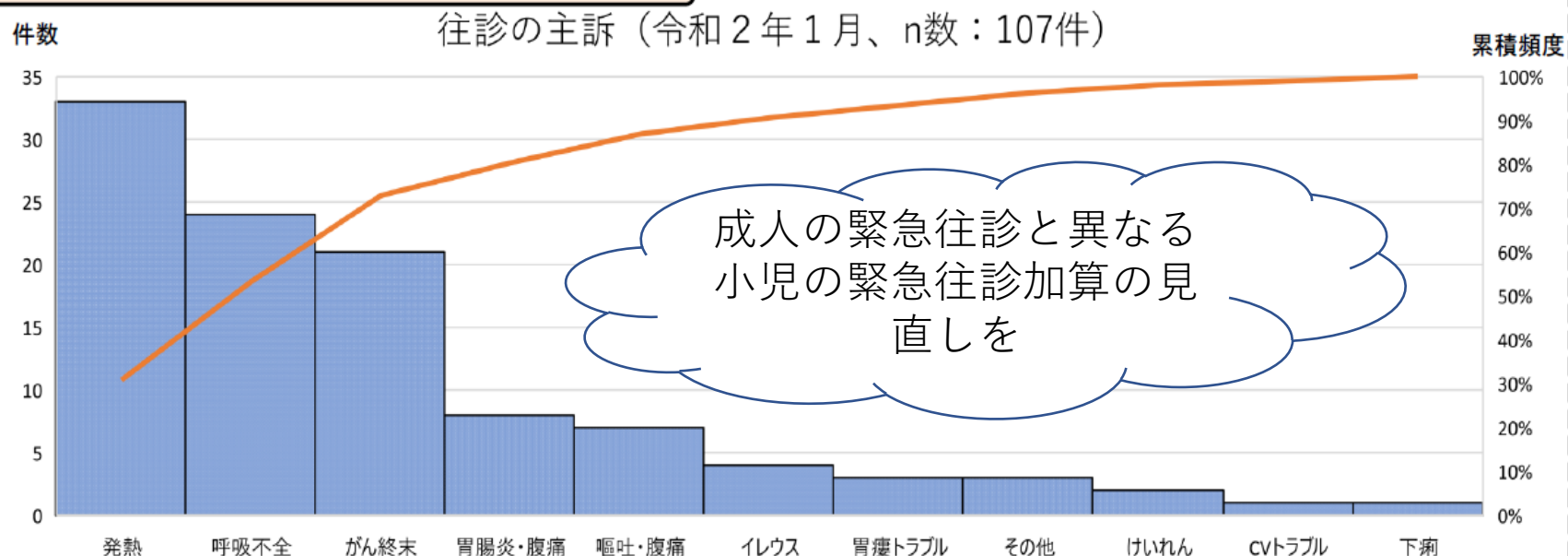
○ 緊急往診加算については、「往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合」に算定できるとされているが、小児においては、これらの状態には当てはまらない、「急性の呼吸不全やけいれん」など、成人と違った理由により緊急の往診が必要となる場合がある。

小児において緊急の往診が必要となる病態のうち、多いもの(例)

- 急性の呼吸不全（呼吸器使用中の患者や酸素使用の患者の低酸素状態等）
- 嘔吐
- けいれん
- 発熱

出典：さいわいこどもクリニック 宮田章子医師

小児における緊急往診が必要となる病態の主訴



出典：医療法人財団 はるたか会 前田浩利理事長

成人と小児のがん患者における終末期の在宅医療の比較

- 疼痛などの症状緩和が容易ではなく、オピオイドを積極的に使用する必要がある。
- また、原疾患には抗腫瘍薬に対する感受性が高いものが多く、終末期まで化学療法が継続されることも多いため、在宅でも輸血の実施が必要となることが多い。

小児がんは脳腫瘍が多い

代表的な静注用麻薬製剤使用量 (一人当たりの使用量平均)

| | 成人 | 小児 |
|----------------|-------|-------------|
| オキシコドン (mg) | 18.8 | 108 |
| モルヒネ (mg) | 195.9 | 1297 |

輸血量 (一人当たりの輸血単位数平均)

| | 成人 | 小児 |
|---------------|----|-------------|
| 濃厚赤血球 (単位) | 0 | 0.5 |
| 濃厚血小板 (単位) | 0 | 15.3 |

(参考)WHOガイドラインにおいては、アセトアミノフェンやイブプロフェンで効果不十分、又は中等度以上の疼痛の場合、成人では3段階ラダーを用いるため、弱オピオイドの使用が推奨されているところ、小児では2段階ラダーを用いるため、モルヒネ等の強オピオイドの使用が推奨されている。

在宅で療養する末期の小児がん患者に訪問診療を行った場合の診療報酬

- 末期のがん患者については、訪問診療に関する基本的な評価が包括された在宅がん医療総合診療料を算定する方法を選択可能な取扱いとなっている。
- 在宅がん医療総合診療料には、注射による鎮痛療法等、専門的な在宅療養に係る指導管理料も包括されている。

<在宅で療養する末期の小児がん患者に訪問診療を行った場合の診療報酬（イメージ）>

- 医療機関の形態： 機能強化型の在宅療養支援診療所（病床を有する）
- 居住形態： 一軒家
- 診療内容： 1日に1回の訪問診療、注射による鎮痛療法、投薬（処方せん交付のみの院外処方）

| | |
|----------------------------------|----------------------------|
| | |
| ①定期的に訪問して診療を行った場合の評価 | 在宅がん医療総合診療料 1日当たり1,800点 |
| ②総合的な医学的管理等を行った場合の評価 | |
| ③指導管理等に対する評価 (在宅療養指導管理料・材料加算) | |

小児に対する在宅医療の評価の見直し

在宅がん医療総合診療料の見直し

- ▶ 在宅医療における小児がん診療のニーズが高まっていることを踏まえ、在宅がん医療総合診療料について小児に係る加算を新設する。

在宅がん医療総合診療料

(新) 小児加算 1,000点 (週に1回に限る)

[算定要件]

15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対して総合的な医療を提供した場合に算定する。

緊急往診加算の見直し

- ▶ 緊急往診加算について、小児に対する在宅医療を適切に評価する観点から、緊急往診加算について要件を見直し、小児特有の速やかな往診が必要な場合を明確にする。

現行

【往診料】

[施設基準]

緊急に行う往診とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合をいう。



改定後

【往診料】

[施設基準]

緊急に行う往診とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合（15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）については、これに加えて、低体温、けいれん、意識障害、急性呼吸不全等が予想される場合）をいう。

⑥医療的ケア児の 薬学的管理



小児の薬物療法に関する情報の特徴

- 小児は服薬支援、粉碎等複雑な調剤が必要になることが多い。
- 粉碎調剤や分包の方法など院内ルールでの調剤が行われることもあり、地域との薬物療法をシームレスにつなぐ必要がある。
- 医療的ケア児、小児慢性特定疾病等、在宅医療は高齢者だけではなく、小児医療での介入も必須である。

投与経路に応じた薬学管理

地域では与薬は**保護者と薬剤師の協働作業**

- 1 経口投与
味に敏感
理解困難
- 2 経管投与
細い(3Fr.~)
- 3 経静脈投与
成長や疾患に応じた
細やかな組成調節

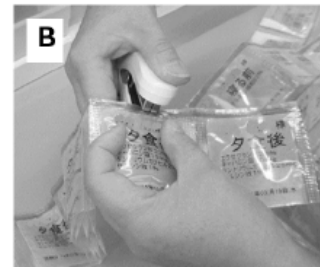


散剤調剤の実際

ハイリスク薬や粉碎・脱カプセルを含む多剤併用

| <別包> | | | |
|-----------------------------|----------------|----|--------|
| ①酸化マグネシウム細粒83%「ケンエー」 | 0.36g | 分3 | 3 0 日分 |
| ②ツムラ六君子湯エキス顆粒® | 3.90g | 分3 | 3 0 日分 |
| ③エクセگران®散20% | 0.80g | 分2 | 3 0 日分 |
| ④チザニジン顆粒0.2%「日医工」 | 0.75g | 分3 | 3 0 日分 |
| ⑤セルシン®散1% | 2.00g | 分4 | 3 0 日分 |
| ⑥ロゼレム®8mg (粉碎) | 0.50T | 分1 | 3 0 日分 |
| ⑦ムコダイン®DS50% ムコサル®DS1.5% | 0.80g 0.80g | 分3 | 3 0 日分 |
| <混合一包化> | | | |
| ⑧フェノバル®散10% | 0.50g | | |
| ファモチジン細粒2%「サワイ」 | 0.50g | 分2 | 3 0 日分 |
| ギャバロン®錠10mg (粉碎) | 1.80T | | |
| ダントリウム®カプセル25mg (脱カプセル) | 0.60C | | |
| ピオフェルミン®配合散 | 1.00g | | |
| ガスモチン®散1% | 0.60g | 分3 | 3 0 日分 |

- A : 処方内容 (下線がハイリスク薬) 総包数 : 660包
 B : 注入タイミングごとにまとめる (23時注入分の②③④⑤⑧)
 C : 1日4回(7時, 15時, 19時, 23時)の各注入分と適宜調整の①⑦(別薬袋とする)



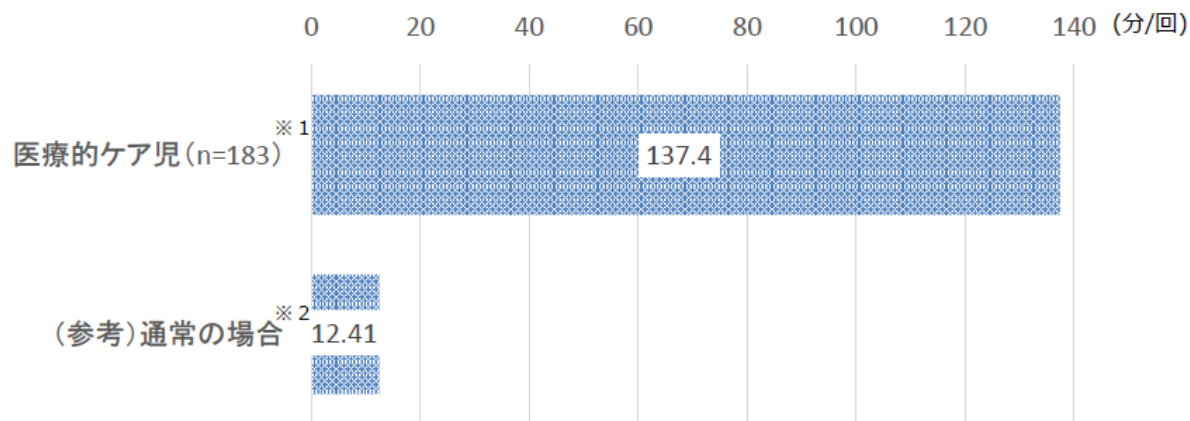
引用) 川名三知代ら, 小児臨床薬理学会雑誌, 32(1), in press (2019).

出典: 第2回成育医療等協議会 日本薬剤師会提出資料(令和2年3月26日)

医療的ケア児の調剤に係る平均所要時間

○ 医療的ケア児（183例）の調剤に係る平均所要時間は約137.4分であった。

調剤に係る所要時間（回答薬局数 = 132）



※ 1

処方入力や処方薬の取り揃えの時間も含めて、計量・分包・調製を行い薬袋に入れるまでにかかる時間の平均。

(出典) 医療的ケア児に対する薬学的ケアの実態調査
(日本薬剤師会) (令和3年度)

※ 2

処方箋1枚あたりの受付・薬袋準備・薬歴確認・処方箋監査、計数調剤、監査、薬剤交付・服薬指導にかかる時間の平均。

(出典) タイムスタディ調査 (令和2年度薬剤師の需給動向把握事業)

処方内容の例

A: 処方内容 (下線がハイリスク薬) 総包数: 660包

<別包>

| | | | |
|-------------------------------|----------------|----|--------|
| ①酸化マグネシウム細粒83%「ケンエー」 | 0.36g | 分3 | 3 0 日分 |
| ②ツムラ六君子湯エキス顆粒® | 3.90g | 分3 | 3 0 日分 |
| ③エクセگران®散20% | 0.80g | 分2 | 3 0 日分 |
| ④チザニジン顆粒0.2%「日医工」 | 0.75g | 分3 | 3 0 日分 |
| ⑤セルシン®散1% | 2.00g | 分4 | 3 0 日分 |
| ⑥ロゼレム®8mg (粉砕) | 0.50T | 分1 | 3 0 日分 |
| ⑦ムコダイン® DS50% ムコサル® DS1.5% | 0.80g 0.80g | 分3 | 3 0 日分 |

<混合一包化>

| | | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------|----|--------|
| ⑧フェノバル®散10% ファモチジン細粒2%「サワイ」 ギャバロン®錠10mg (粉砕) | 0.50g 0.50g 1.80T | 分2 | 3 0 日分 |
| ダントリウム®カプセル25mg (脱カプセル) | 0.60C | | |
| ピオフェルミン®配合散 ガスモチン®散1% | 1.00g 0.60g | 分3 | 3 0 日分 |

B: 注入タイミングごとにまとめる
(23時注入分の②③④⑤⑧)



C: 1日4回(7時, 15時, 19時, 23時)の各注入分と
適宜調整の①⑦(別薬袋とする)



(再掲)

医療的ケア児の調剤を行う上で配慮すべき薬学的管理

- 医療的ケア児の調剤を行う上で配慮すべきこととしては、「粉碎や脱カプセルなどの規格単位に満たない薬用量の調節」、「散剤の配合変化等による別包包装」や「ハイリスク薬の粉碎・脱カプセルによる曝露やコンタミへの対策」などの調剤上の対応が回答として多かった。

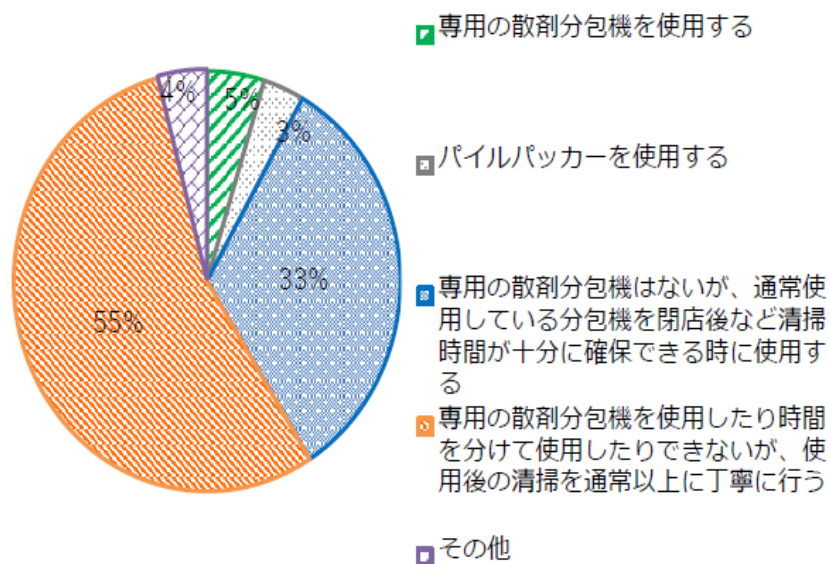
医療的ケア児の調剤を行う上で特に配慮すべき薬学的管理（回答薬局数=207，複数回答）



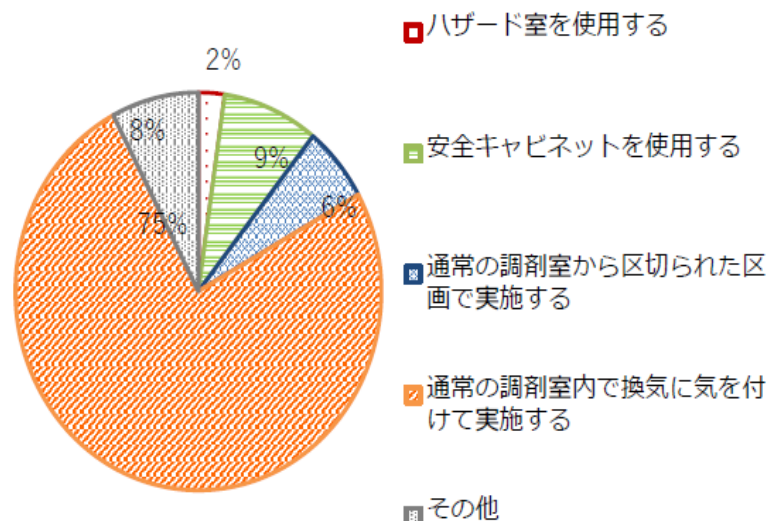
医療的ケア児の調剤を行う上で必要な対応

- コンタミ防止に特に注意が必要な散剤を分包する場合、「専用の散剤分包機」や「パイルパッカー」を使用している薬局は少なく、通常使用している分包機を使用している薬局が多かった。
- 曝露対策が必要な医薬品を調剤する場合、「ハザード室」や「安全キャビネット」を使用している薬局は少なく、通常の調剤室内で換気に気を付けて実施している薬局が多かった。

コンタミ防止に特に注意が必要な散剤を分包する場合の対応 (回答薬局数=130, 複数回答)



調剤者自身や周囲への曝露対策が必要な医薬品の調剤環境 (回答薬局数=146, 複数回答)



医療的ケア児等に対する専門的な薬学管理の評価

- 小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児に対する専門的な薬学管理の必要性を踏まえ、医療機関と薬局の連携を更に推進する観点から、小児入院医療管理料を算定する病棟における退院時の当該患者等に対する服薬指導及び薬局に対する情報提供をした場合の評価を新設する。

小児入院医療管理料 1～5

(新) 退院時薬剤情報管理指導連携加算 150点 (退院時1回)

[対象患者]

- ・ 小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している
 - ・ **小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者**
 - ・ **医療的ケア児である患者**

[算定要件]

- ・ 当該保険医療機関の**医師又は医師の指示に基づき薬剤師**が、小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児の**退院時**に、当該患者又はその家族等に対し退院後の薬剤の服用等に関する**必要な指導**を行い、当該患者又はその家族等の同意を得て、患者又はその家族等が選択する**保険薬局に対して当該患者の調剤に関して必要な情報等を文書により提供**した場合に、退院の日に**1回**に限り算定する。保険薬局への情報提供に当たっては、以下の事項を記載した情報提供文書を作成し、作成した文書の写しを診療録等に添付すること。
 - ア 患者の**状態に応じた調剤方法**
 - イ 服用状況に合わせた**剤形変更に関する情報**
 - ウ **服用上の工夫**
 - エ 入院前の**処方薬の変更又は中止に関する情報**や変更又は中止後の**患者の状態等に関する情報**
- ・ 情報文書の交付方法は、患者又はその家族等の選択する保険薬局に直接送付することに代えて、患者又はその家族等に交付し、患者又はその家族等が保険薬局に持参することでも差し支えない。
- ・ 患者1人につき複数の保険薬局に対し情報提供を行った場合においても、**1回のみ**の算定とする。また、死亡退院の場合は算定できない。

改定のポイント



- 在支診・在支病に実績が求められるようになった
- 外来から在宅医療への連携は多職種連携、薬局も役割を担おう
- 小児がん、小児の緊急往診に加算がついた。
- 医療的ケア児に対する医療機関と薬局の連携に評価がなされた。

パート 2

訪問看護

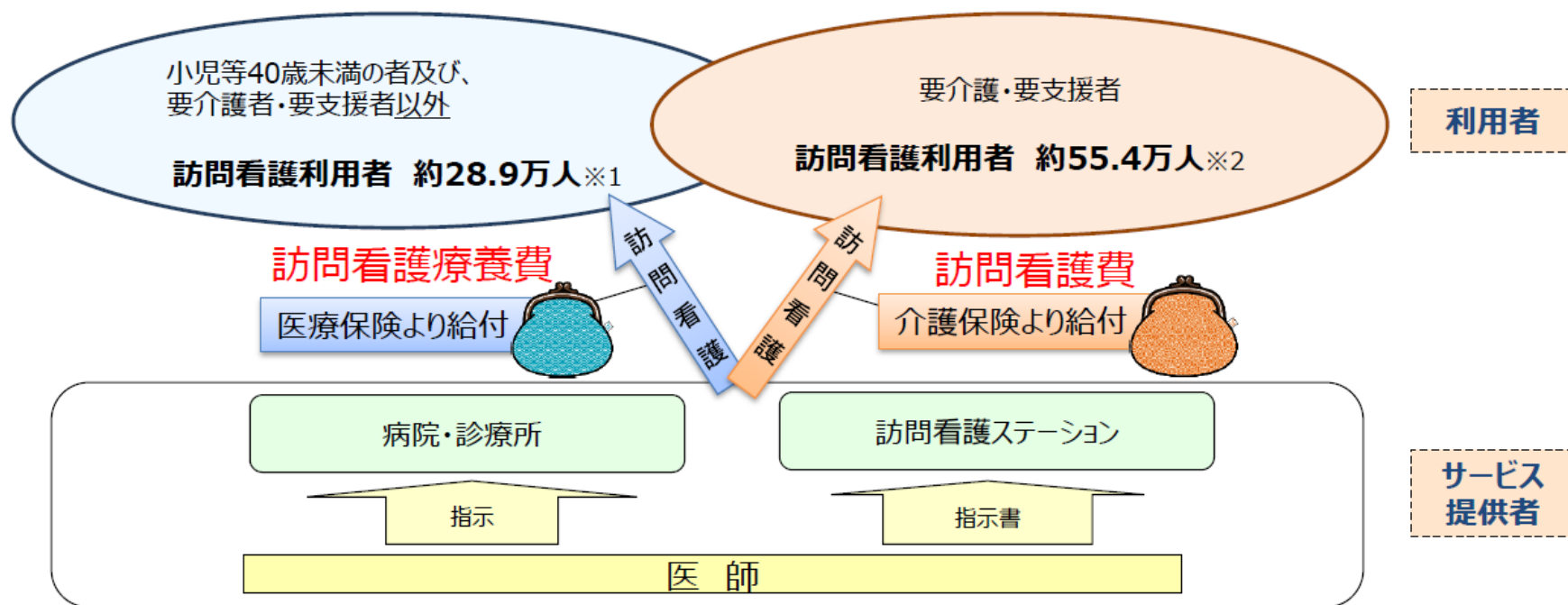
- ①訪問看護の利用者増と訪問看護事業所
- ②訪問看護事業所におけるリハビリ専門職の在り方
- ③専門性の高い看護師による同行訪問
- ④訪問看護と特定行為研修修了者
- ⑤ICTを活用した看取り

①訪問看護の利用者増と 訪問看護事業所



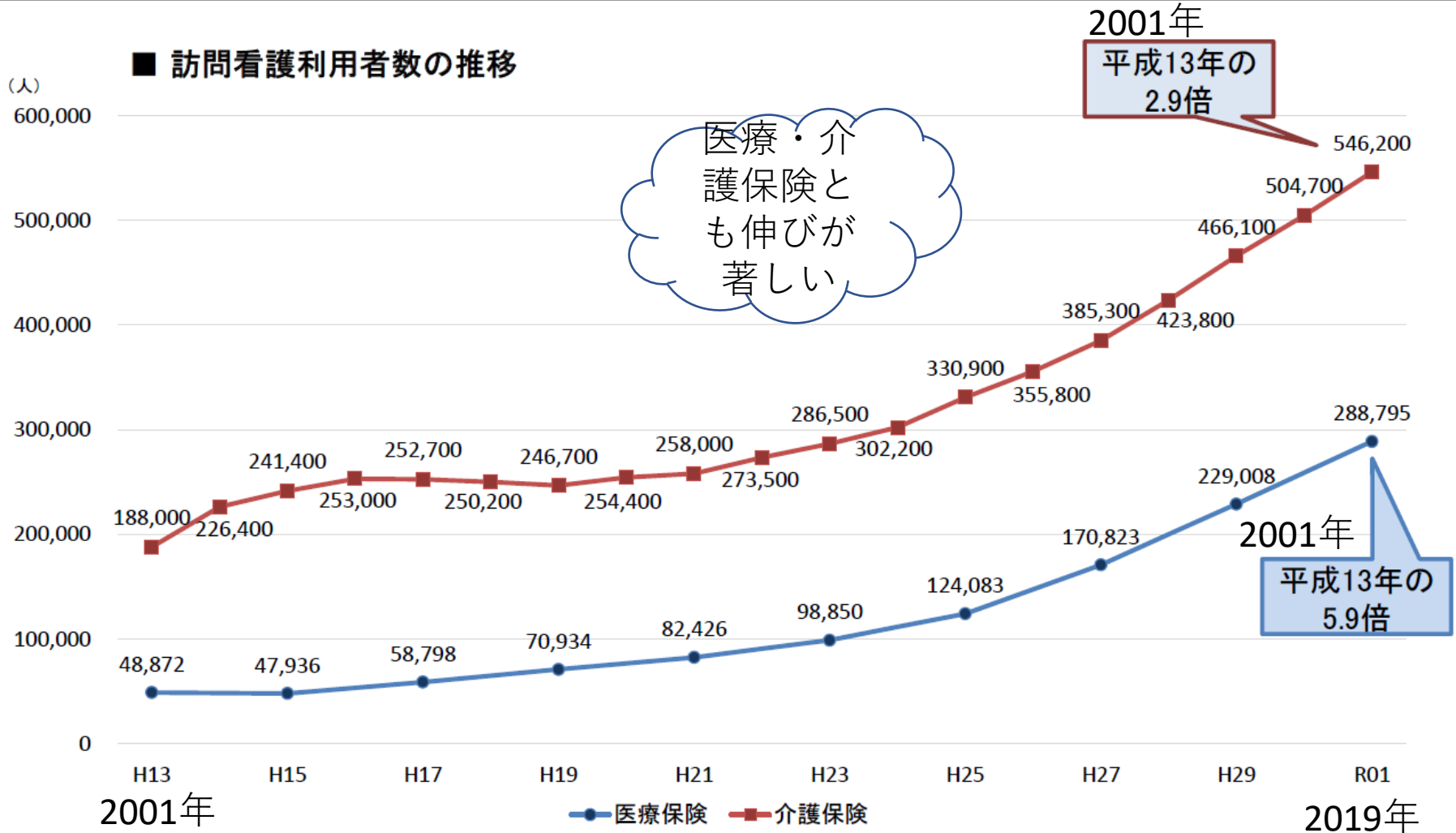
訪問看護の仕組み

- 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



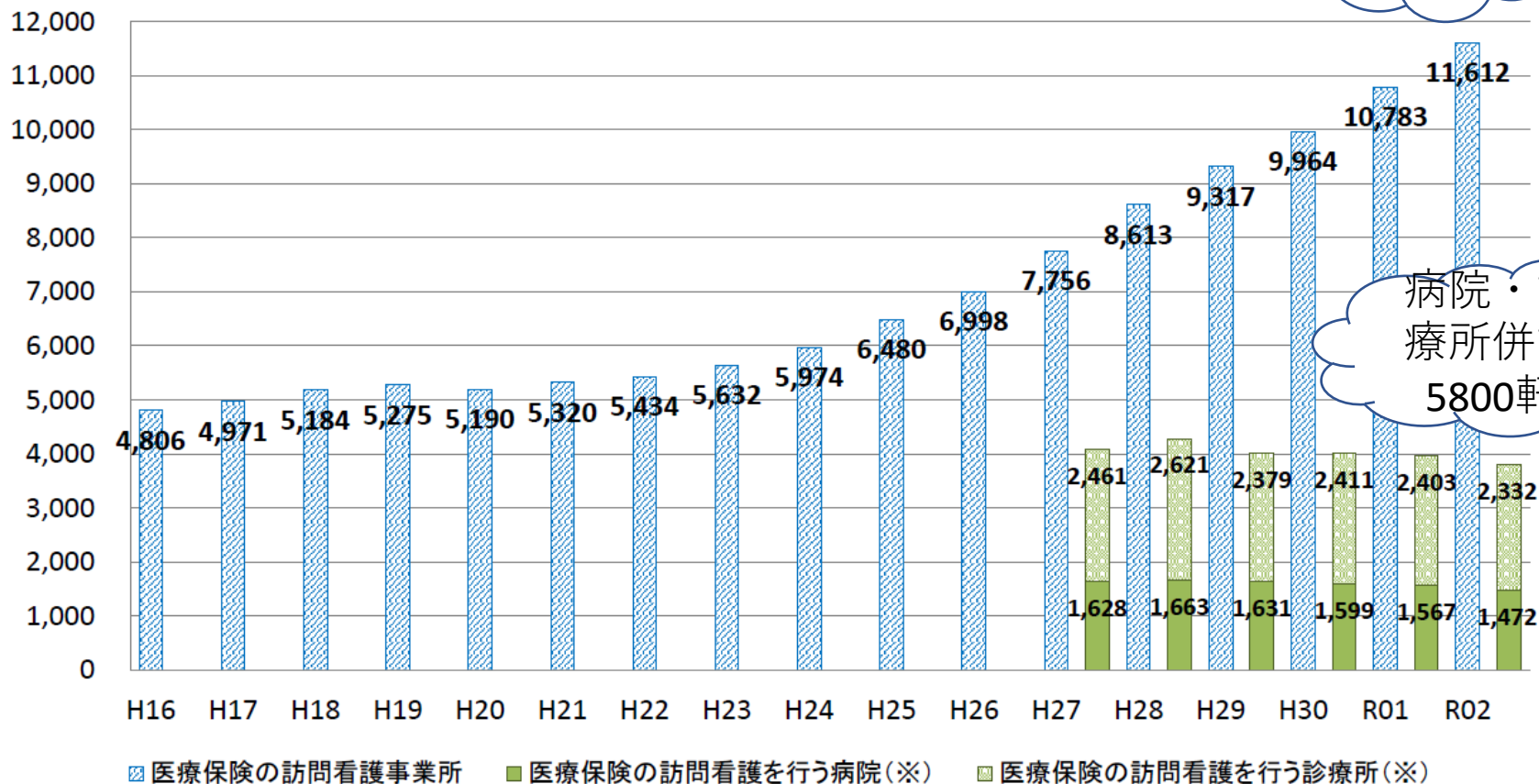
【出典】介護給付費実態調査(各年5月審査分)、訪問看護療養費実態調査(平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計)

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

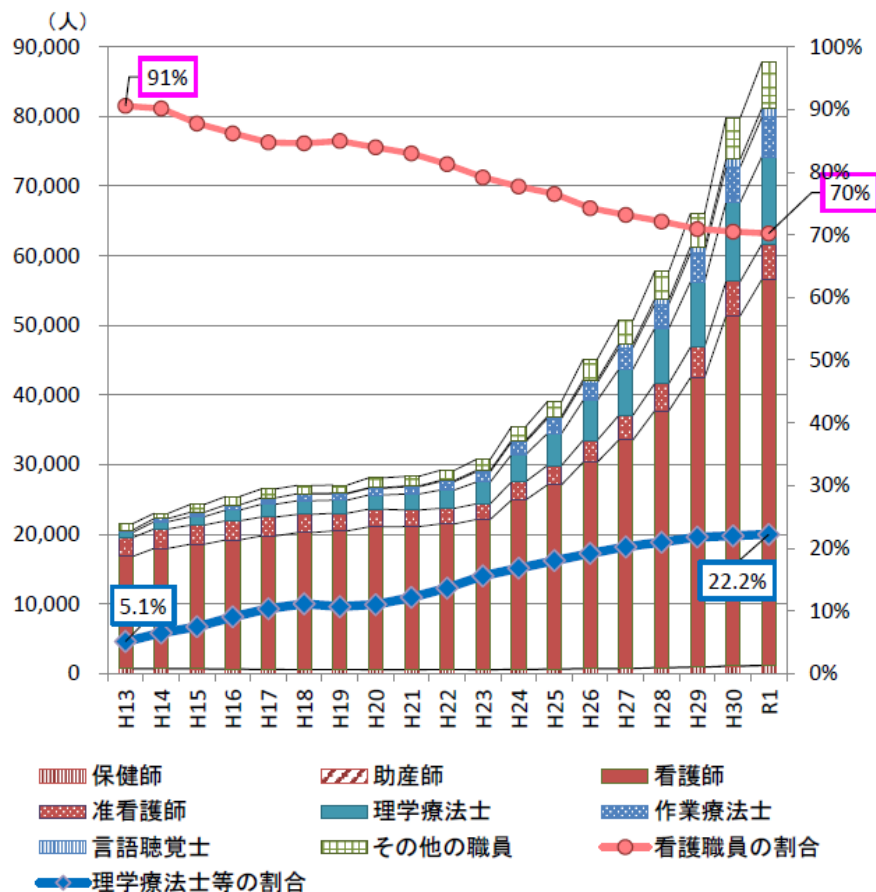
②訪問看護ステーション におけるリハビリ問題



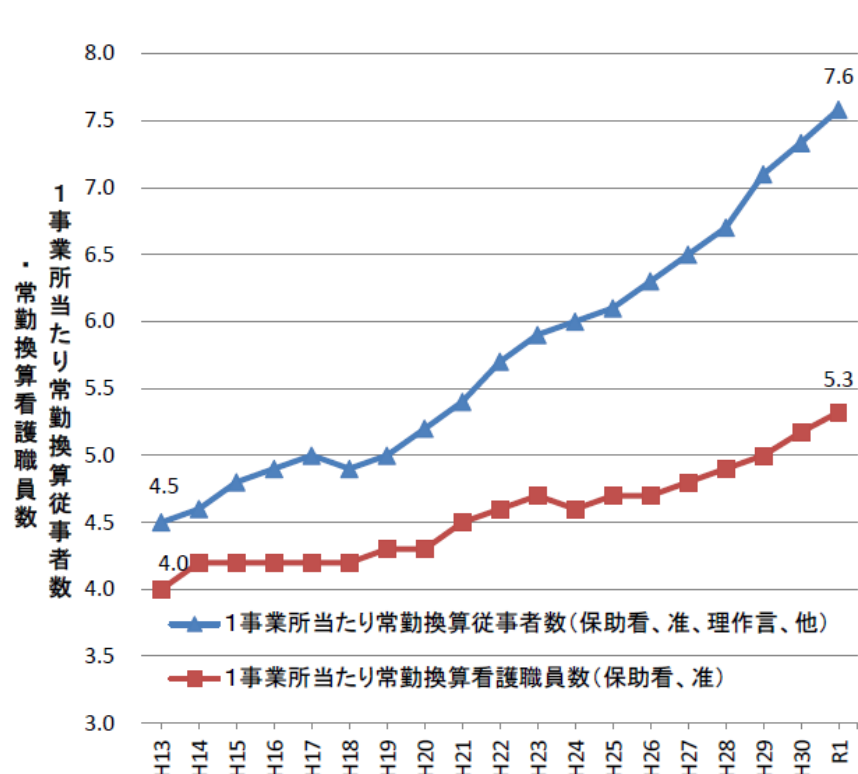
訪問看護ステーションにおける理学療法士等の状況

○ 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)

理学療法士等による訪問看護の見直し

※ 理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

週4日目以降の評価の見直し

➤ 理学療法士等による訪問看護について、週4日目以降の評価を見直す。



現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

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



改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

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

※ 訪問看護基本療養費(Ⅱ)についても同様

計画書・報告書への記載事項の見直し

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

[算定要件]

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

訪問看護指示書の記載欄の見直し

訪問看護指示書の記載欄の見直し

- 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。

(別紙様式16) 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 _____ 電話 () - _____

主たる傷病名 (1) _____ (2) _____ (3) _____

病状・治療状況 _____

投与中の薬剤の用量・用法

1- _____ 2- _____
3- _____ 4- _____
5- _____ 6- _____

現在の状況(該当項目に○等)

| | | | | | | | | | |
|----------|----------|----------------|-----|-----|------|--------|------|-----|----|
| 日常生活 | 寝たきり度 | J1 | J2 | A1 | A2 | B1 | B2 | C1 | C2 |
| 自立度 | 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) | | | | | | | |
| 押さ | 押さ | DESIGN分類 | D3 | D4 | D5 | NPUP分類 | III度 | IV度 | |

医療・使用医療機器等

1. 自動投薬装置 2. 透析供給装置 3. 酸素療法 (1/ 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・経腹 : 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 (挿入式・挿入式 : 設定 _____)
10. 気管カニューレ (サイズ _____)
11. 人工肛門 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(投与薬類・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:薬の処方内容・副作用についての留意事項、薬剤アレルギーの既往、定期検診日、継続的な経過観察等に関する事項は必ず記載し、記載事項がなけ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

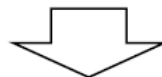
医療機関名 _____ 住所 _____ 電話 _____ (FAX) _____
医師氏名 _____ 印 _____

事業所 _____ 宛 _____

訪問看護指示書 (抜粋)
在宅患者訪問点滴注射指示書

現行

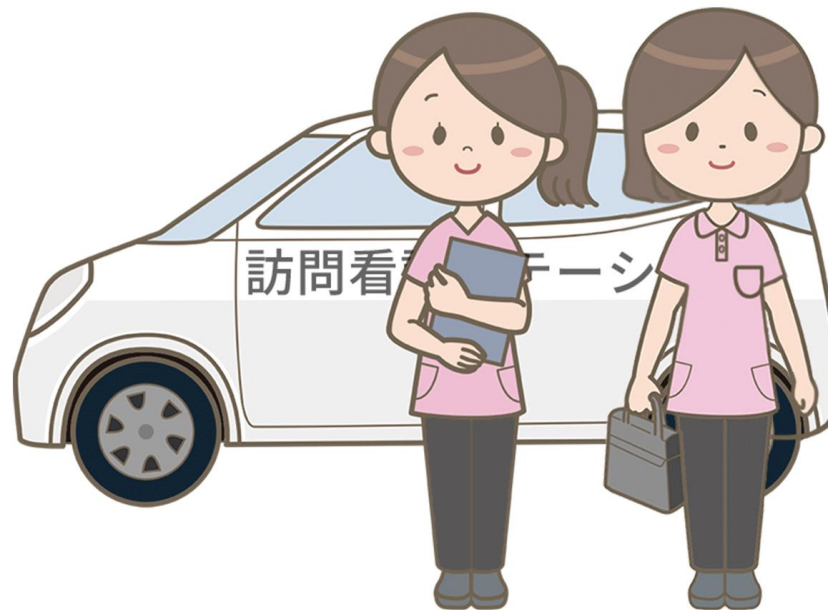
- II 1. リハビリテーション
(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて
1日あたり20・40・60・()分を週()回(注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載))
2. 褥瘡の処置等
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4. その他



改定後

- II 1. **理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護**
1日あたり()分を週()回
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

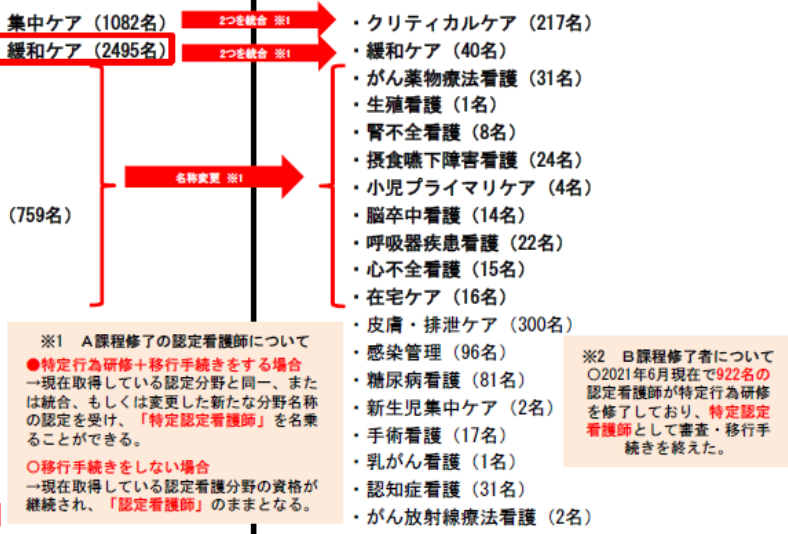
③ 専門性の高い看護師 による同行訪問



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

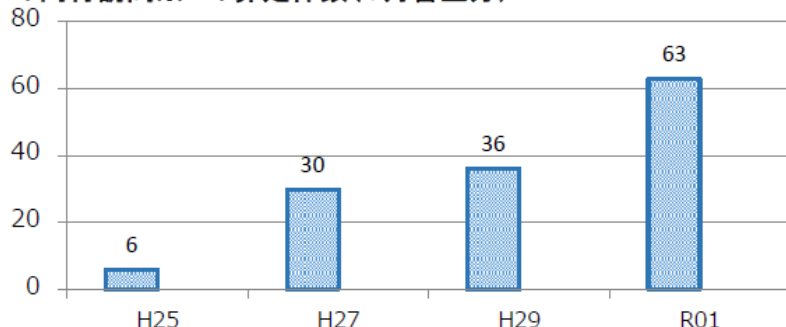
■ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料³

■ 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

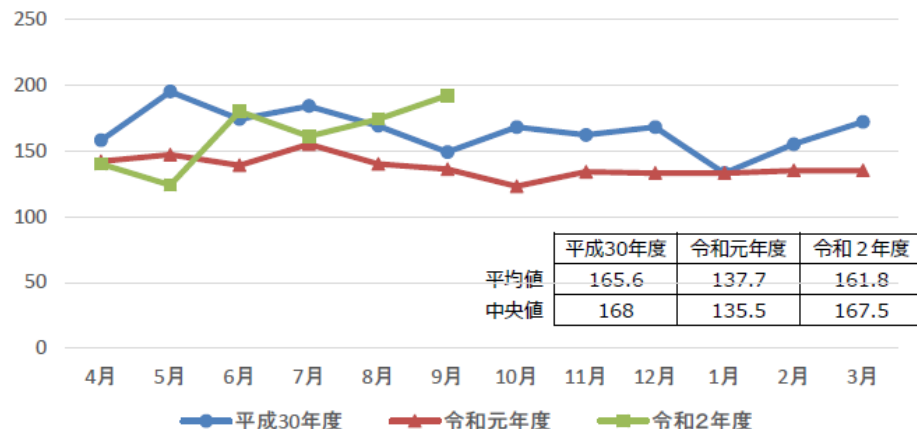
■訪問看護ステーションにおける専門の研修を受けた看護師の同行訪問※1の算定件数(6月審査分)



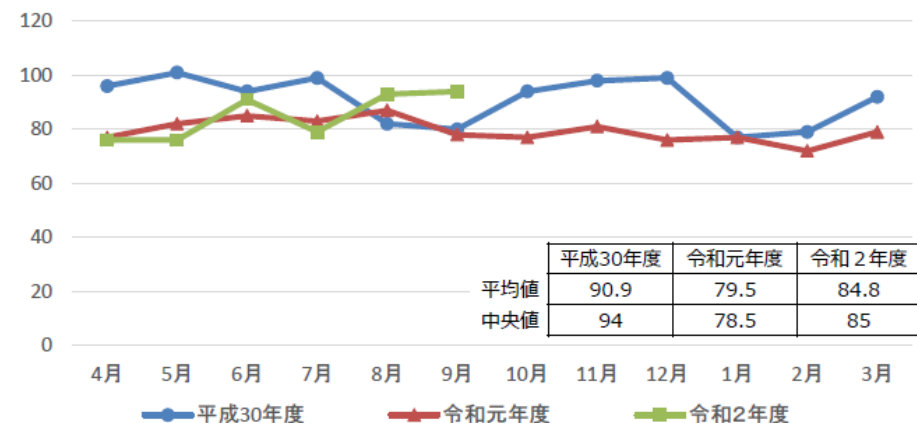
※1訪問看護基本療養費（Ⅰ）・（Ⅱ）ハ（悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合）の合計

【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)

専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

- 褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修を追加する。

現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】

[施設基準]

褥瘡ケアに係る専門の研修

- ・ 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



改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】

[施設基準]

褥瘡ケアに係る専門の研修

- ・ 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
- ・ **特定行為研修(創傷管理関連)**

※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

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

- 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。

(新) 専門管理加算 2,500円(1月に1回)

[算定要件]

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特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、所定額に加算する。

[算定対象]

- イ 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計画的な管理を行った場合
 - ・ 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を造設している者で管理が困難な利用者
- ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合
 - ・ 手順書加算を算定する利用者

※対象の特定行為：気管カニューレの交換、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、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、創傷に対する陰圧閉鎖療法、持続点滴中の高力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

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

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。

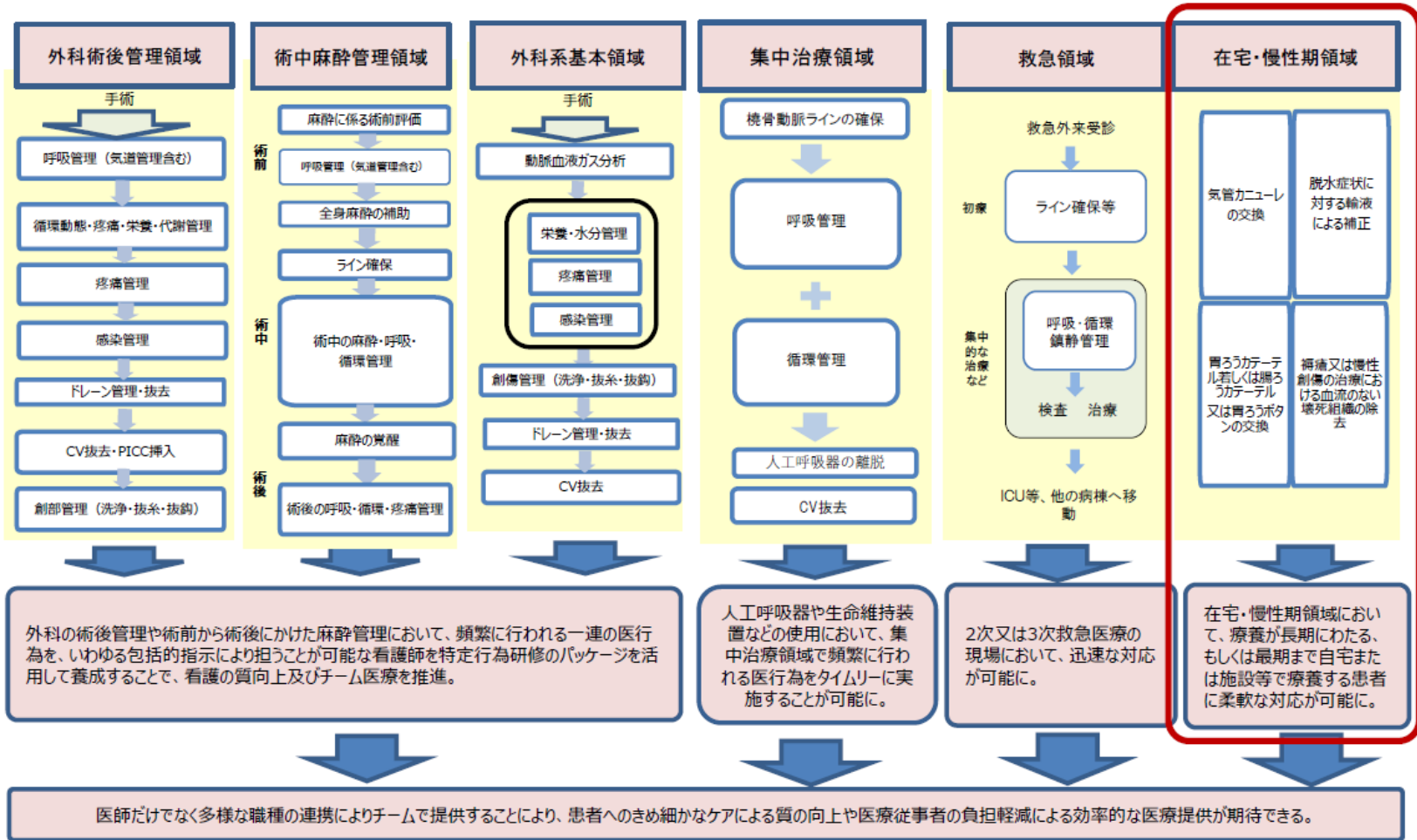
看護を深く知る、
知識を広げる。

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

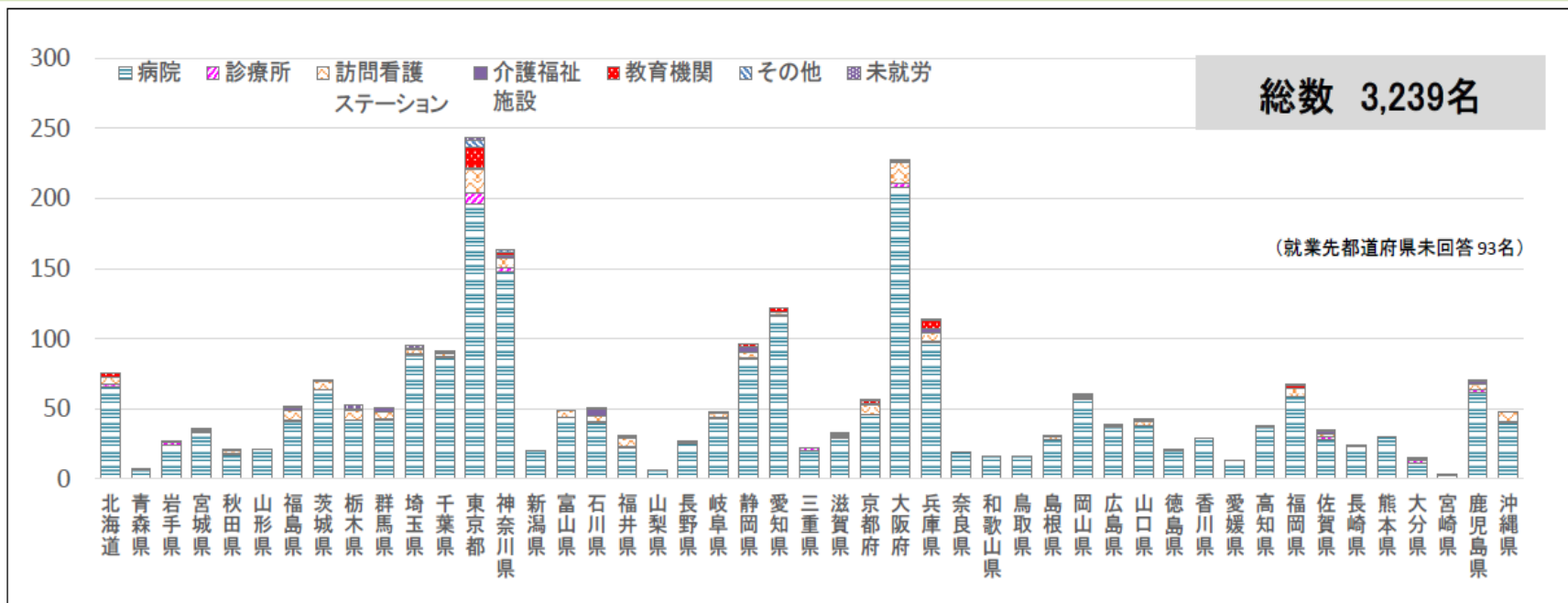
- 特定の領域において頻繁に行われる一連の医行為についてパッケージ化し研修することで特定行為研修修了者を確保する。
- 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。



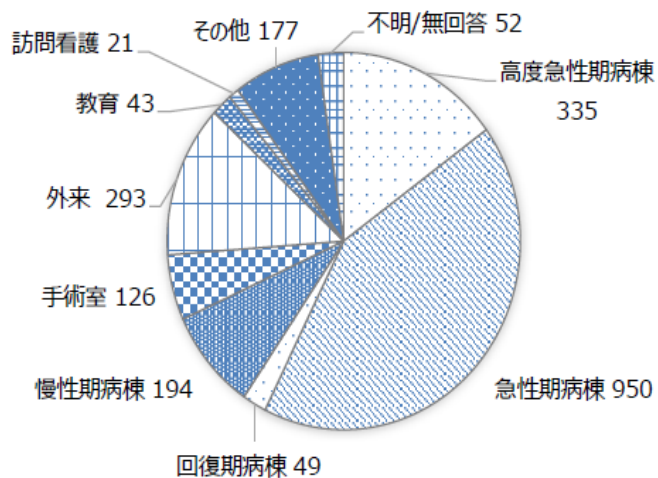
訪問看護での活躍が期待される領域

(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



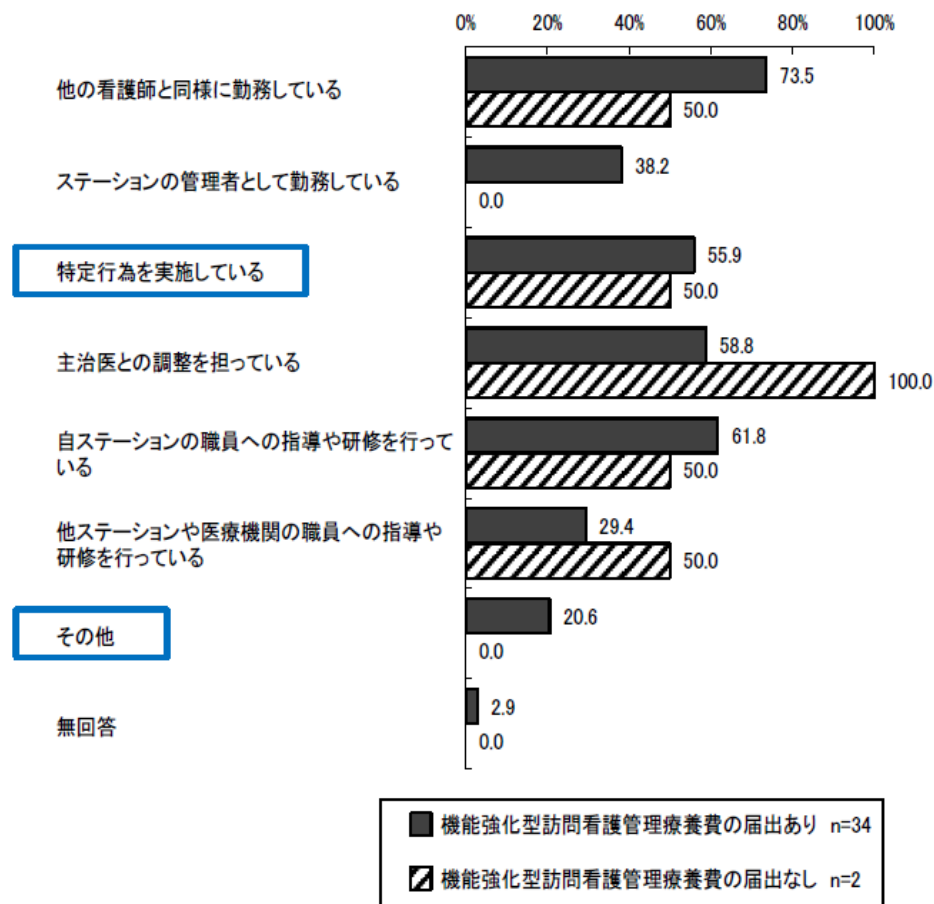
【就業場所別修了者数】

| 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 |

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

専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

- 褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修を追加する。

現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】

[施設基準]

褥瘡ケアに係る専門の研修

- ・ 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



改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】

[施設基準]

褥瘡ケアに係る専門の研修

- ・ 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
- ・ **特定行為研修(創傷管理関連)**

※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

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

- 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。

(新) 専門管理加算 2,500円(1月に1回)

[算定要件]

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特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、所定額に加算する。

[算定対象]

- イ 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計画的な管理を行った場合
 - ・ 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を造設している者で管理が困難な利用者
- ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合
 - ・ 手順書加算を算定する利用者

※対象の特定行為：気管カニューレの交換、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、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、創傷に対する陰圧閉鎖療法、持続点滴中の高力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

※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

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

- 質の高い訪問看護の提供を推進する観点から、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。

(新) 手順書加算 150点(6月に1回)

[算定要件]

当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、手順書を交付した場合に、所定点数に加算する。

※訪問看護において専門の管理を必要とするもの

- 気管カニューレの交換
- 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
- 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
- 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- 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

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。

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

患者や家族が希望する、住み慣れた場所での穏やかな看取りの実現

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

ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業

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

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

【看護師に対する研修内容】

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

計177名の看護師が研修を修了
（令和3年10月末時点）

医師によるICTを利用した死亡診断等をサポートする看護師を対象とした研修

講義・演習

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

実地研修

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

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

○対象者

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

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

ICTを利用した死亡診断等の流れ

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

| STEP1 患者死亡前に準備すべきこと | STEP2 遺族とのコミュニケーション | STEP3 所見記録と死亡診断等を行う医師への報告 | STEP4 医師の指示を受けての死亡診断書作成の補助 | STEP5 遺族への説明と死亡診断書の交付 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> 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

ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設

- 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。

(新) 遠隔死亡診断補助加算 1,500円

[算定要件]

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（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算を算定する利用者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に限る。）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、所定額に加算する。

[施設基準]

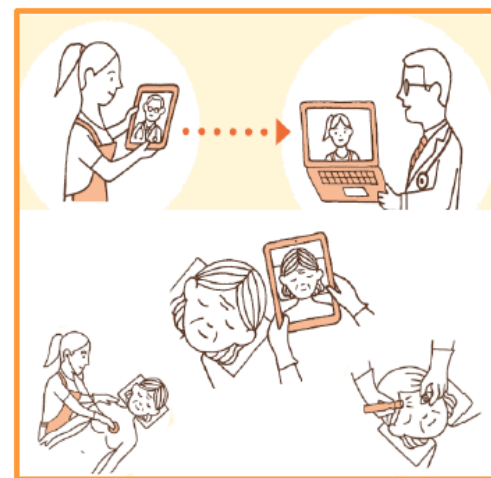
情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること

(参考) 死亡診断加算（在宅患者訪問診療料）

C001 在宅患者訪問診療料(I)
注8 死亡診断加算 200点

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）を利用し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。

- 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。



改定のポイント



- 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

- 2025年、在宅医療は130万人時代！
- 在宅医療と訪問看護の訪問薬剤の必要性がますます高まる
- 2025年までに診療報酬改定は2024年の診療報酬・介護報酬同時改定の1回のみ
- 2025年を目指して在宅医療を充実させよう

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

質問・ご意見・感想コーナー



質問