

Dr武藤の看護マネジメントプチ動画講座
2022年診療報酬改定
～高度急性期医療とチーム医療～



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

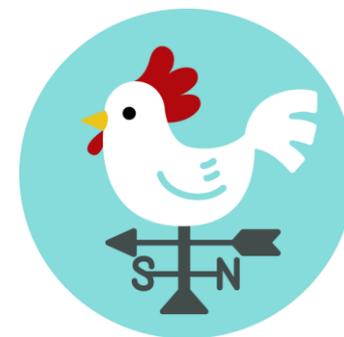


長瀬
ケアセンター

浦賀

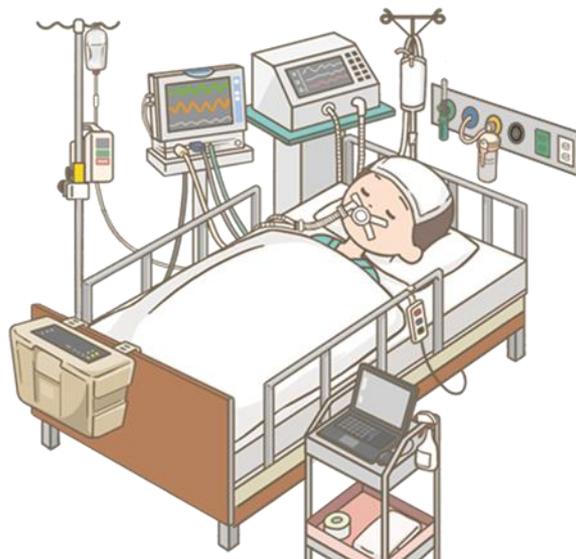
目次

- パート 1
 - 急性期充実体制加算と
総合入院体制加算
- パート 2
 - 急性期医療とチーム医療



パート1

急性期充実体制加算と 総合入院体制加算



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

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制（イメージ）

- ▶ 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、地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、高度かつ専門的な急性期医療を提供する体制として、以下のような取組が考えられる。

急性期・高度急性期

- 医療機関の外来機能分化に係る取組の実施
- 医療従事者の負担軽減に資する取組の実施

① 高度かつ専門的な医療の提供

- 全身麻酔の手術等の実施の高い実績
- 専門的な知識を有する医療従事者による集中治療の提供
- 十分な感染防止に係る取組の実施
- 院内心停止を減らす取組を通じた安全な医療の提供を支える仕組み
- 早期に回復させる実績



② 重症救急患者に対する医療の提供

- 24時間の救命救急医療提供や救急搬送の受入れの一定の実績
- 緊急手術の実施



③ 自宅や後方病床等への退院支援する機能

- 充実した入退院支援
- 回復期・慢性期入院医療等を担う地域の医療機関等との役割分担

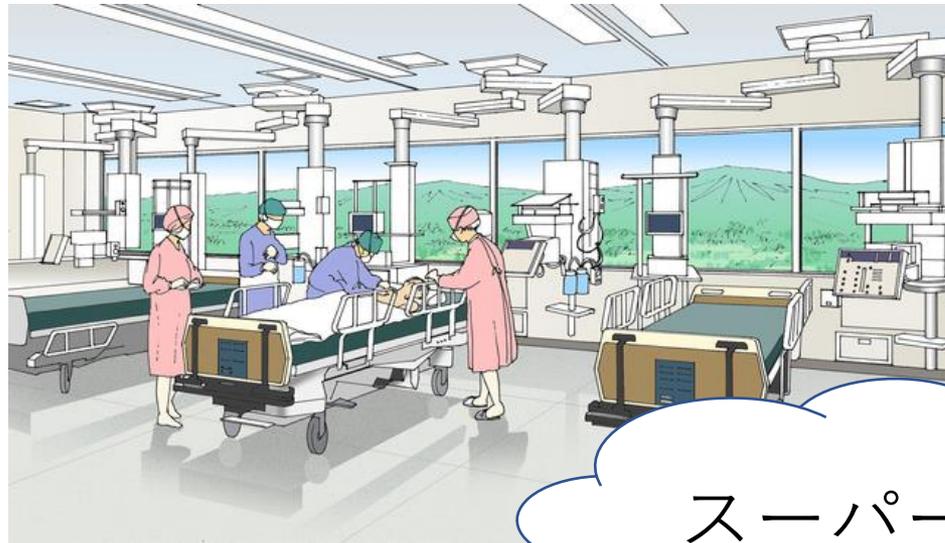
回復期・慢性期病棟



自宅・介護施設等



①急性期充実体制加算



スーパー7対1

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

- ▶ 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
47,600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、当該患者が当該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

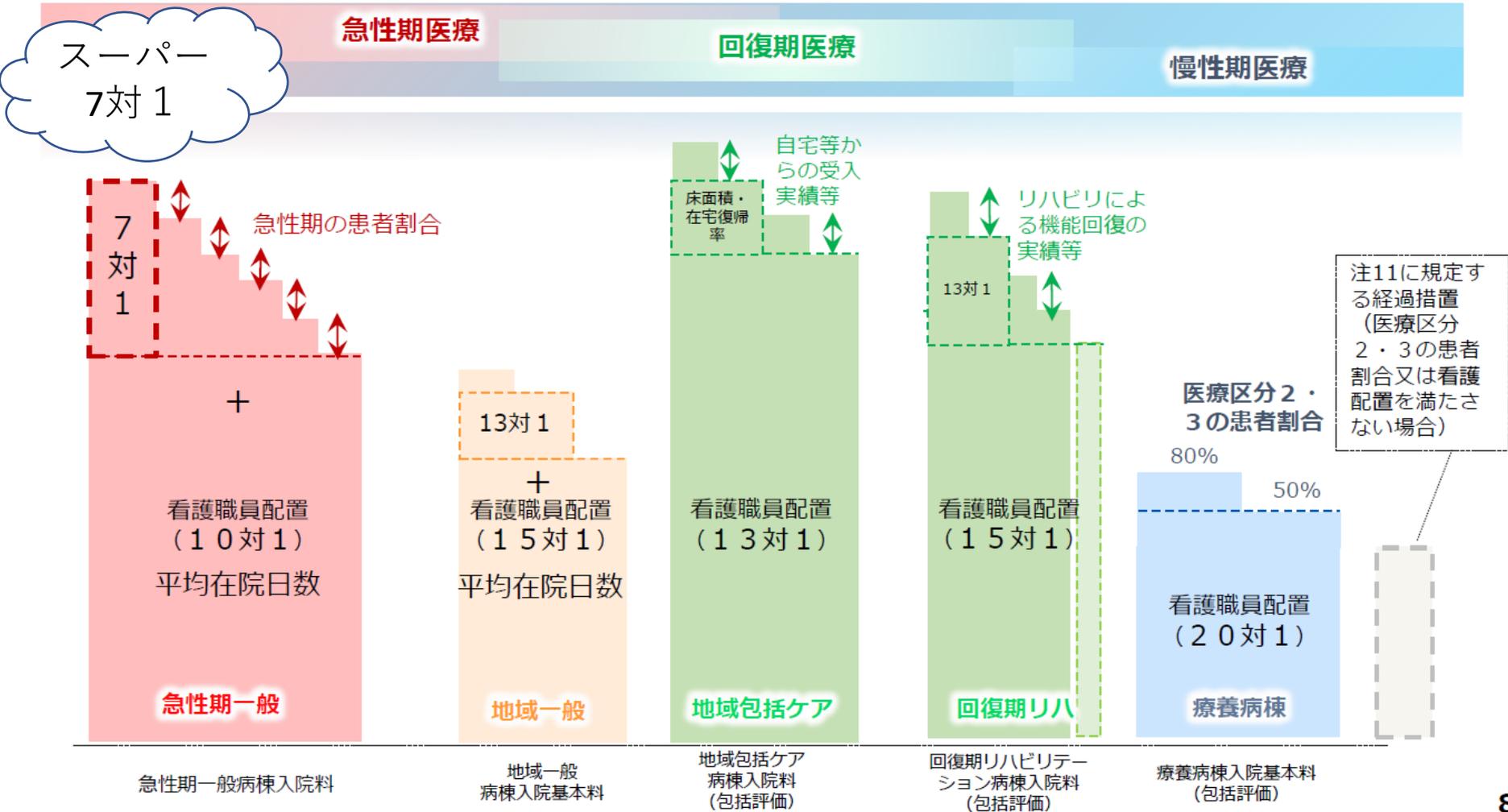
手術件数、救急搬送数、化学療法・放射線療法件数など

院内迅速対応システムRRS

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

○ 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。



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：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割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 	
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"> 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 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 同一建物内に特別養護老人ホーム、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 	

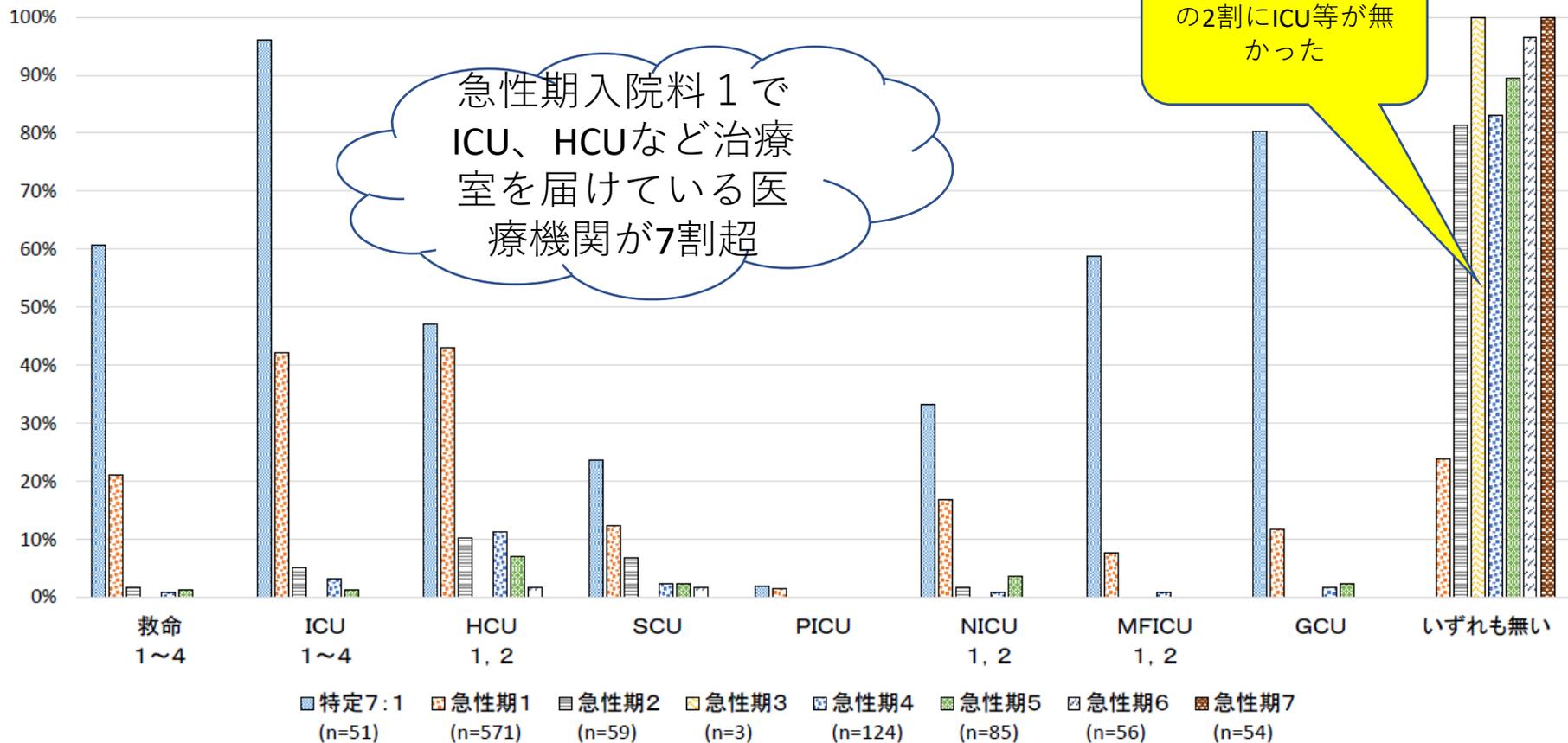
スーパー7対1
急性期病院を想定

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)



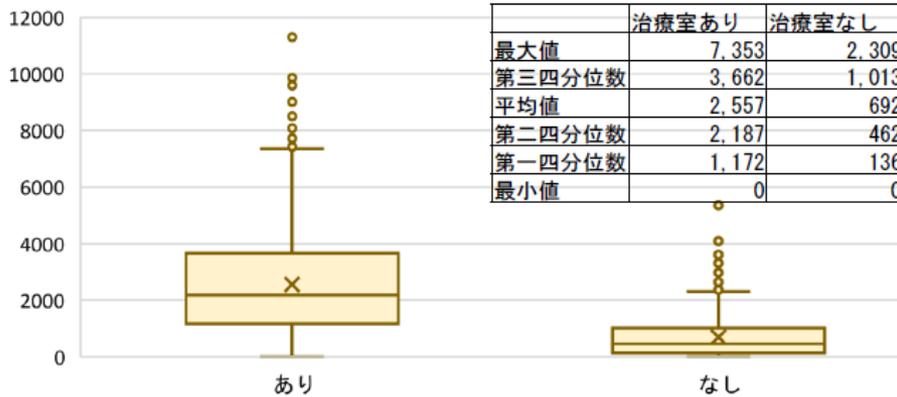
急性期 1 における治療室の有無別、手術等の状況①

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

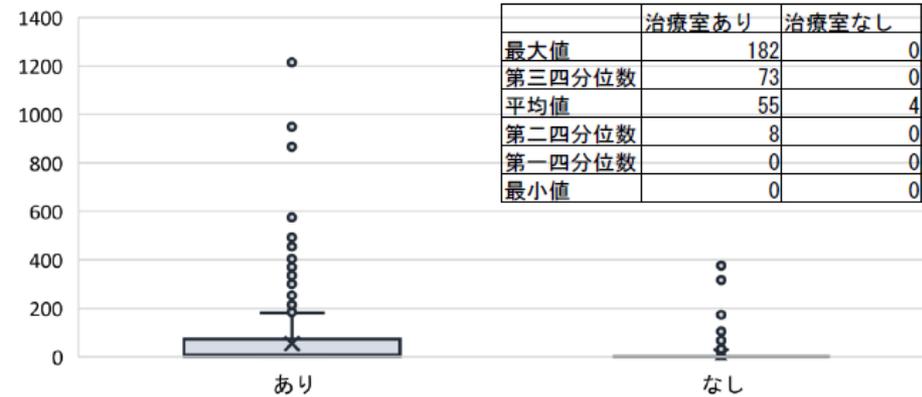
急性期一般入院料1における、治療室の有無別、手術等の状況

(治療室あり:n=863 治療室なし:n=587)

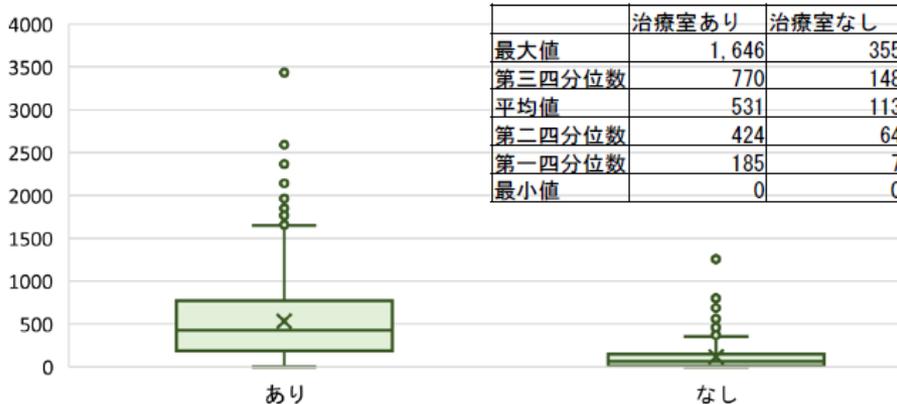
全身麻酔の手術 (算定回数/年)



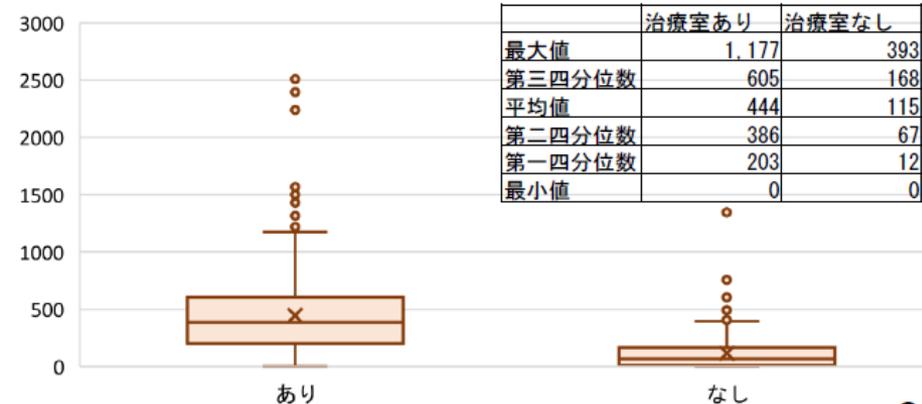
人工心肺を用いた手術 (算定回数/年)



悪性腫瘍の手術 (算定回数/年)



腹腔鏡下手術 (算定回数/年)



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

急性期 1 における治療室の有無別、手術等の状況②

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

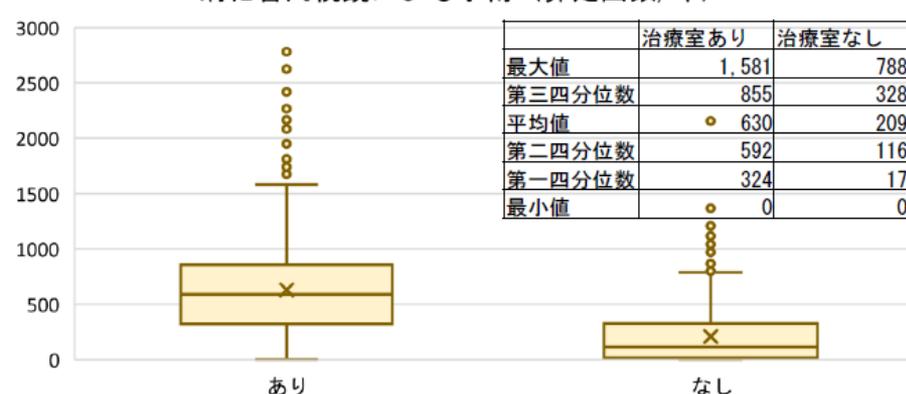
急性期一般入院料1における、治療室の有無別、手術等の状況

(治療室あり:n=863 治療室なし:n=587)

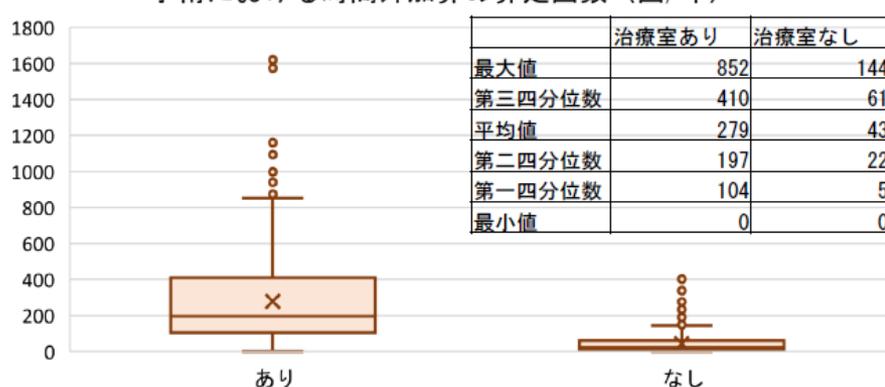
心臓カテーテル法による手術 (算定回数/年)



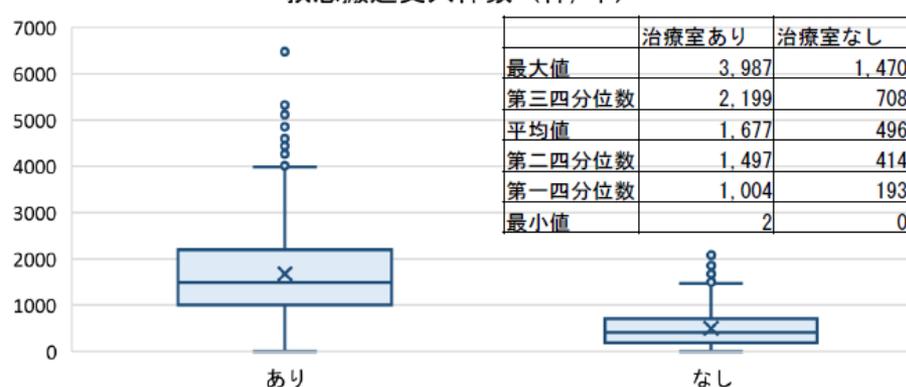
消化管内視鏡による手術 (算定回数/年)



手術における時間外加算の算定回数 (回/年)



救急搬送受入件数 (件/年)



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

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	<p>いずれかを満たす</p> <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 								
手術等の実績	<p>いずれかを満たす</p> <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） <table border="1"> <tr> <td>ア 右のうち、4つ以上満たす</td> <td> <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 </td> </tr> <tr> <td>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。） </td> </tr> <tr> <td>◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上</td> <td></td> </tr> <tr> <td>◆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</td> <td></td> </tr> </table>	ア 右のうち、4つ以上満たす	<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 	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"> ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。） 	◆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	
ア 右のうち、4つ以上満たす	<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 								
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"> ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。） 								
◆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									
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	<p>いずれかを満たす</p> <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 								

急性期充実体制加算要件で 敷地内薬局締め出し

急性期充実
加算病院

ダメ!



②総合入院体制加算

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

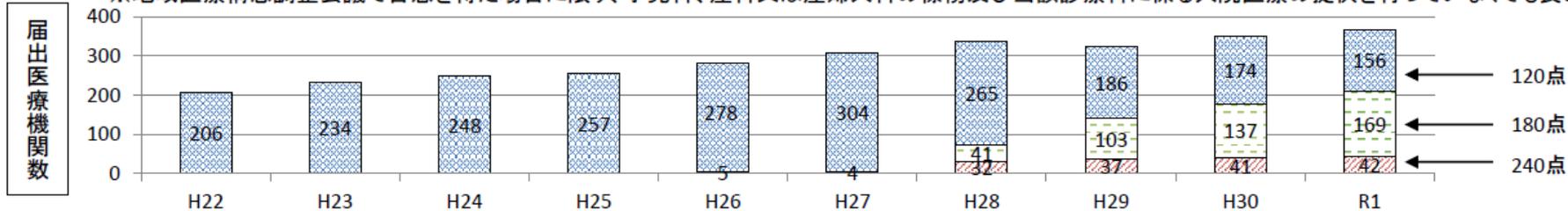
総合入院体制加算の概要

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

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	・内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜(※)しそれらに係る入院医療を提供している ・全身麻酔による手術件数が年800件以上		
実績要件	ア 人工心肺を用いた手術:40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術:400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術:100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法):4,000件/年以上 オ 化学療法:1,000件/年以上 カ 分娩件数:100件/年以上		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす -
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること		
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33,600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)

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
急性期充実体制加算は
同時算定できない

オフポンプ手術

点数と要件	急性期充実体制加算	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時間の救急対応	○	規定なし
救急車搬送件数	2000件	2000件
ICU 迅速対応チーム（RRS）	○	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	○	○

チェックポイント



- 急性期充実体制加算は急性期一般入院料 1（旧7対1）の加算で超高額の加算が設定。
 - 全身麻酔手術件数2000件や、救急車台数2000件以上、ICU設置が基準でハードル高い。
- 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、点数は急性期充実体制加算が高い
 - 総合入院体制加算から急性期充実体制加算に鞍替えするところもでてくるだろう。

パート 2

ICU強化とチーム医療

- ①重症患者対応体制強化加算（スーパーICU加算）
- ②重症患者初期支援充実加算など
- ③人工呼吸器管理の評価
- ④ECMOの評価

① 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> <ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>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> <ol style="list-style-type: none"> 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護 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>パンデミックの時に他の医療機関の支援を行う</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。		
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>		

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

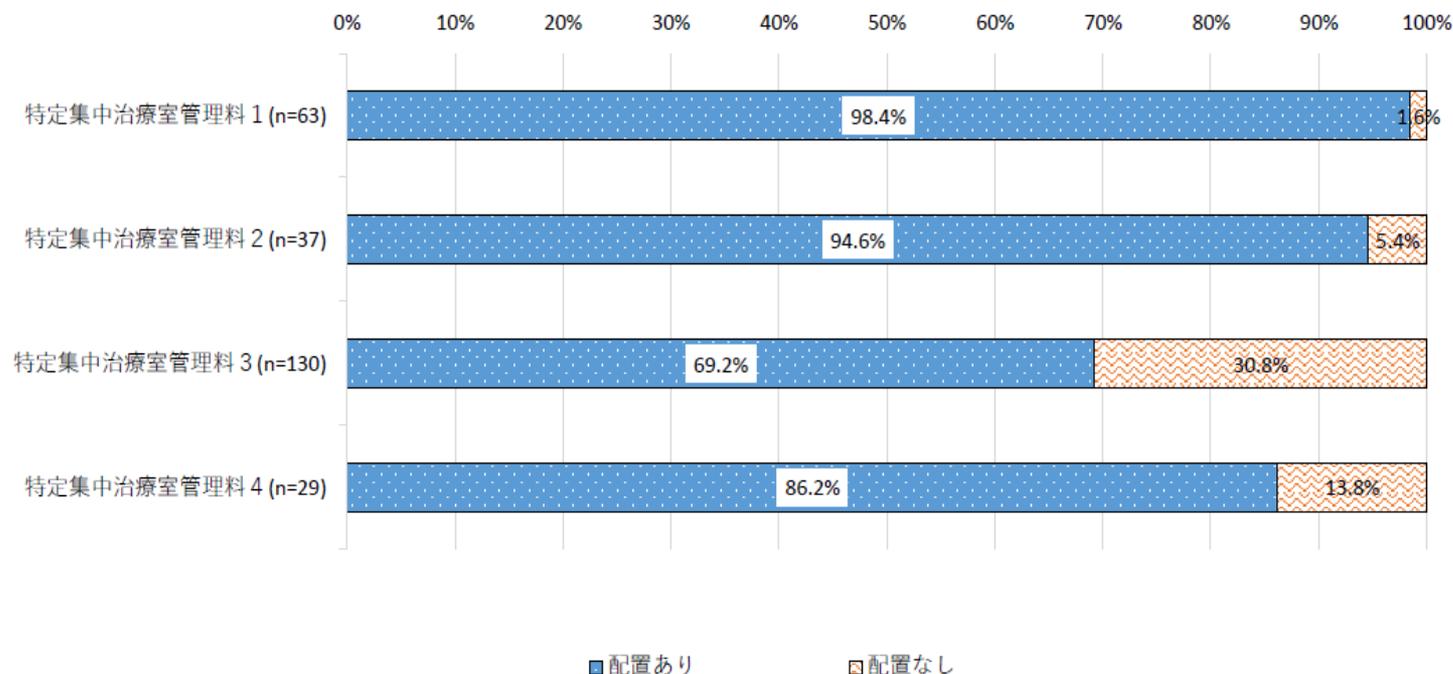
「適切な研修」の内容

		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	認定看護師の分野
		<ul style="list-style-type: none"> ・救急看護 ・集中ケア 	・クリティカルケア
		<ul style="list-style-type: none"> ・新生児集中ケア ・小児救急看護 	・新生児集中ケア ・小児プライマリケア
		専門看護師の分野 <ul style="list-style-type: none"> ・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	
		<ul style="list-style-type: none"> ・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%

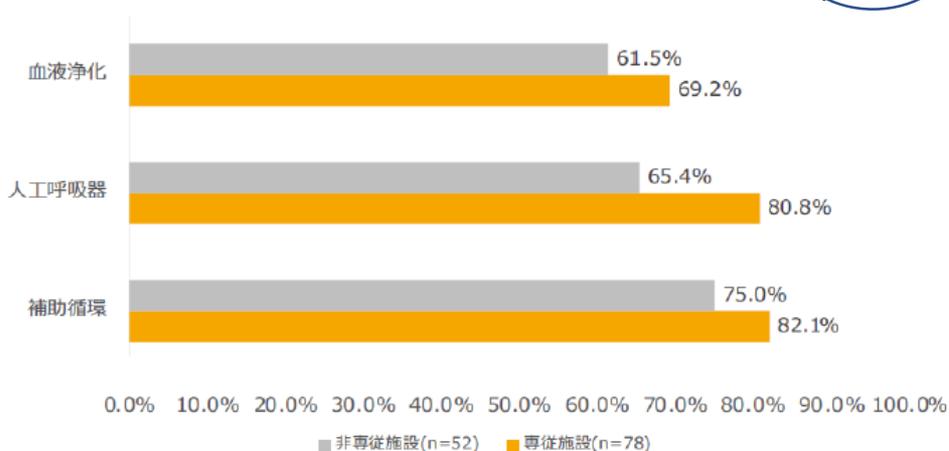
※管理料1, 2は特定集中治療室管理料1及び2を表す

臨床工学技士の手厚い配置によるメリット

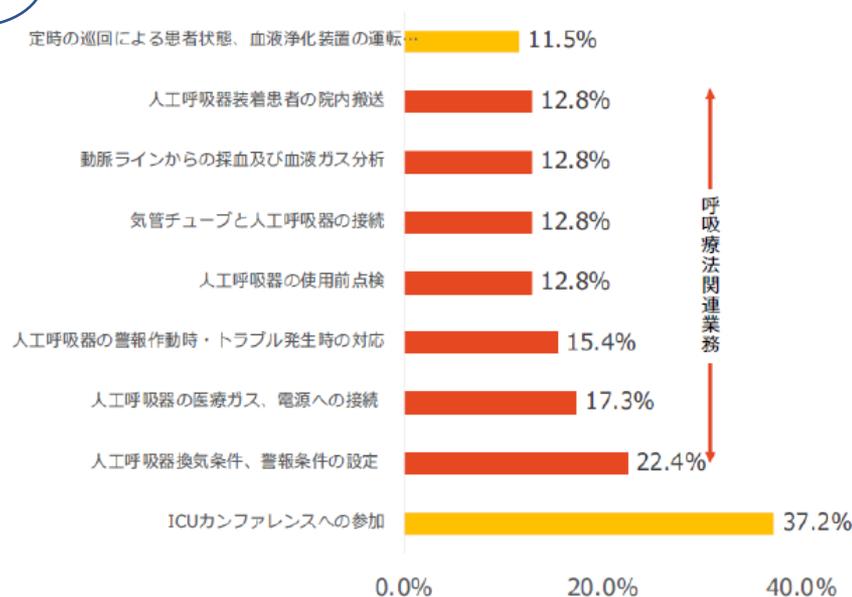
- 臨床工学技士専従施設と非専従施設での警報作動時の初期対応率を比較すると、臨床工学技士専従施設では、臨床工学技士の初期対応率が高い傾向であった。
- 臨床工学技士専従施設と非専従施設の業務実施率の差異をみると、人工呼吸器に関連する業務の実施率が高く、人工呼吸器によるトラブル回避のための行動が多く取られている傾向にあった。

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）

② 重症患者
初期支援充実加算

重症患者等に対する支援に係る評価の新設

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

(新) 重症患者初期支援充実加算 300点（1日につき）

[算定要件]

- 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3節の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実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、**入院した日から起算して3日を限度**として所定点数に加算する。
- 入院時重症患者対応メディエーターは、以下の業務を行うものとする。
 - ア **当該患者及びその家族等の同意を得た上で、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明することを、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、支援を行う。**
 - イ 支援の必要性が生じてから**可能な限り早期に支援**するよう取り組む。
 - ウ 当該患者及びその家族等の**心理状態に配慮した環境で支援**を行う。
 - エ 当該患者及びその家族等に対して実施した支援の内容及び実施時間について診療録等に記載する。

[施設基準]

- (1) 患者サポート体制充実加算に係る届出を行っていること。
- (2) **特に重篤な患者及びその家族等に対する支援を行うにつき必要な体制が整備されていること。**
- (3) **当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者**（以下「**入院時重症患者対応メディエーター**」という。）を配置していること。なお、支援に当たっては、**当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援**を行うこと。
- (4) 入院時重症患者対応メディエーターは、**当該患者の治療に直接関わらない者**であって、以下のいずれかであること。
 - ア **医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者**（医療関係団体等が実施する研修を令和5年3月31日までに修了していることが望ましい）
 - イ **医療有資格者以外の者であって、医療関係団体等が実施する研修を修了し、かつ、支援に係る経験を有する者**
- (5) **支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月1回程度開催**されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。
- (6) **支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。**
- (7) 支援の内容その他必要な実績を記録していること。
- (8) 定期的に支援体制に関する取組の見直しを行っていること。

救急・集中治療領域の重症患者の家族に対する支援に係る取組

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

入院時重症患者対応メディエーター

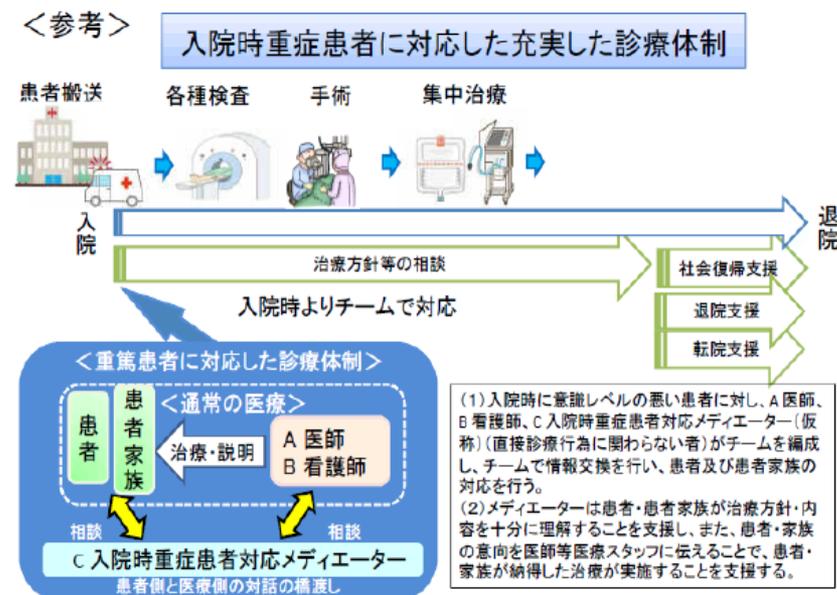
一般社団法人日本臨床救急医学会では、救急・集中治療領域において、重症患者の家族へのサポートを行う役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」に係る認定講習会を開催している。

「入院時重症患者対応メディエーター」の役割や特徴は以下のとおり。

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

(出典：「入院時重症患者対応メディエーター」養成テキスト)

入院時重症患者対応メディエーターの役割 (イメージ)



※日本臨床救急医学会にて、今年度、認定講習会開催。

17

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

治療に直接関与しない職員の必要性

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

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

③人工呼吸器管理の 評価



呼吸不全の治療について

- 呼吸不全の患者に対しては、原因疾患の治療とともに、必要に応じて、酸素療法等の補助療法が実施される。酸素療法等で対応しきれない重症呼吸不全の患者に対しては、人工呼吸や、ECMO（体外式膜型人工肺）等の補助療法が実施される場合がある。

呼吸不全に対する人工呼吸

- 肺炎や心不全などの原因疾患による重症の呼吸不全の患者に対して、酸素化の維持や換気の補助等を目的として実施される、補助的な治療。
- ※ 「人工呼吸」は、狭義には、気管挿管を伴う「侵襲的陽圧換気（IPPV）」を指す。



（参考：現在の診療報酬上の評価）

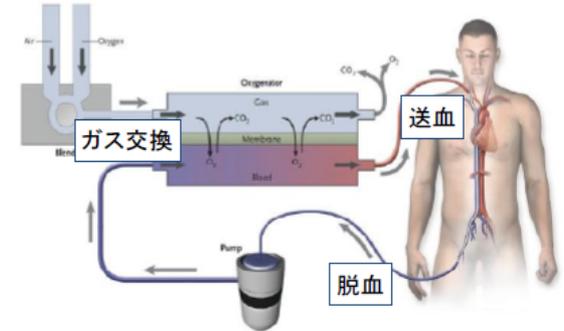
J045 人工呼吸

- | | | |
|---|----------------------------------|------|
| 1 | 30分までの場合 | 242点 |
| 2 | 30分を超えて5時間までの場合 | |
| | 242点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数 | |
| 3 | 5時間を超えた場合（1日につき） | 819点 |



呼吸不全に対するECMO

- 人工呼吸器を用いた管理では対応しきれない、より重症の呼吸不全の患者に対して、酸素化の維持・二酸化炭素の除去等を目的として実施される、補助的な治療。
- ※ 患者の脱血・送血位置及び回路構成に応じて、VV-ECMO、VA-ECMO等の呼称がある。



（参考：現在の診療報酬上の評価）

K601 人工心肺（1日につき）

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

（算定留意事項）

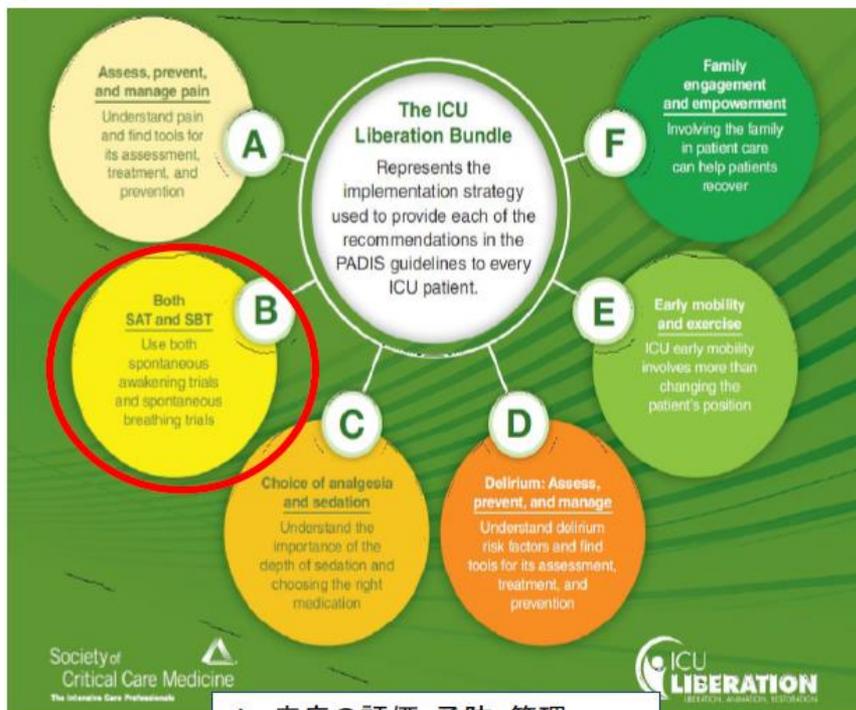
- 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない場合に使用した場合は、本区分により算定する。



重症患者の管理について

- 集中治療管理を要する患者に対する管理方針として、「The ICU Liberation Bundle」が提唱されている。
- その中で、人工呼吸器管理を要する患者に対しては、自発覚醒トライアル(SAT)と自発呼吸トライアル(SBT)の実施が推奨されている。

The ICU Liberation Bundle



- A 疼痛の評価・予防・管理
- B SAT及びSBT双方の実施
- C 鎮痛薬・鎮静薬の選択
- D せん妄の評価・予防・管理
- E 早期の可動・運動
- F 家族のケアへの参加促進

SAT; spontaneous awakening trials

- 鎮静薬を中止または減量し、自発的に覚醒が得られるか評価する試験のこと。
- 麻薬などの鎮痛薬は中止せずに継続し、気管チューブによる苦痛を最小限にすることも考慮する。
- 観察時間は30分から4時間程度を目安とする。
- 鎮静スケール(※1)を用いて覚醒の程度を評価する。

※1 鎮静スケール:

- ・ RASS; Richmond Agitation-Sedation Scaleを用いる。+4(闘争的、好戦的～0(覚醒、静穏状態)～-5(昏睡)の10段階で評価する。
- ・ RASS -1～0かつ、鎮静薬中止後30分以上経過しても興奮・不安状態にならない場合、SAT成功と判断する。

SBT; spontaneous breathing trials

- 人工呼吸による補助がない状態に患者が耐えられるかどうか確認するための試験のこと。
- 患者がSBT開始基準(※2)を満たせば、人工呼吸器設定をCPAPまたはTピースに変更し、30分から2時間観察する。
- SBT成功基準を満たせば抜管を考慮する。

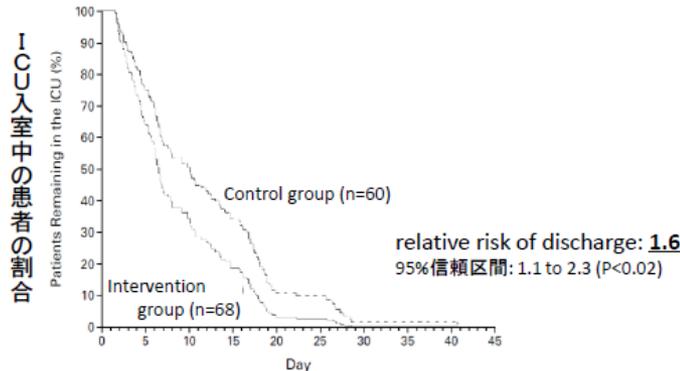
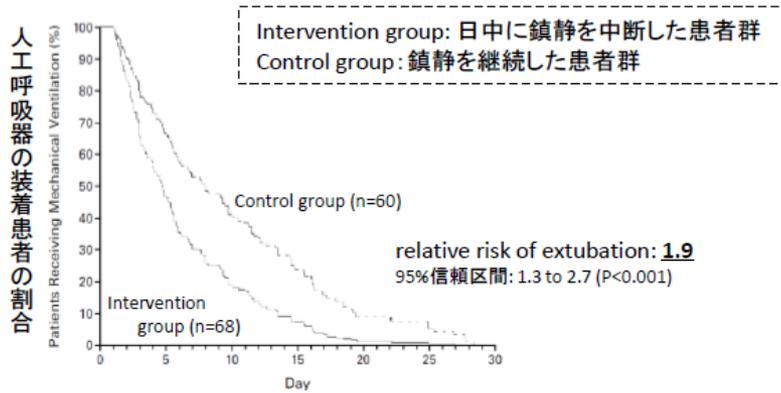
※2 SBT開始安全基準:

- ・ 原疾患の改善を認め、以下の①～⑤の全てをクリアした場合、SBTを行う。
 - ① 酸素化が十分である
 - ② 血行動態が安定している
 - ③ 十分な吸気努力がある
 - ④ 異常呼吸パターンを認めない
 - ⑤ 全身状態が安定している

鎮静薬の中断・減量による効果について

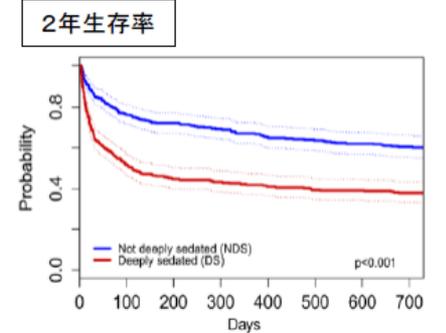
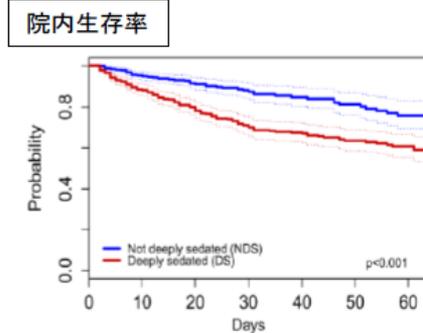
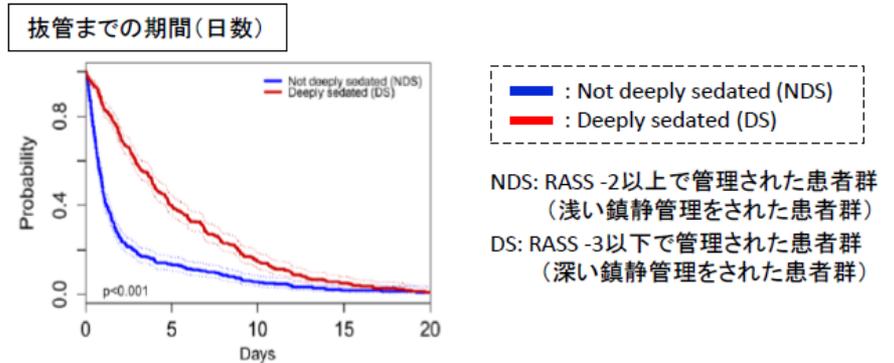
- 日中に鎮静を中断した患者群と、鎮静を継続した患者群とを比較すると、鎮静を中断した患者群において、人工呼吸器の装着期間及びICU滞在期間が短かった。
- 浅い鎮静管理をされた患者群と、深い鎮静管理をされた患者群とを比較すると、浅い鎮静管理をされた患者群において、抜管までの期間が短く、また、院内生存率及び2年生存率が高かった。

人工呼吸器管理中の重症患者に対する鎮静薬中断について



出典: John P, et al. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. The New England Journal of Medicine, May 18, 2000.

深鎮静管理のリスクについて



出典: Jfelix Balzer, et al. Early deep sedation is associated with decreased in-hospital and two-year follow-up survival. Critical Care(2015) 19:197

人工呼吸の評価の見直し

人工呼吸の評価の見直し

- 人工呼吸を実施する患者について、開始からの日数に応じた評価とするとともに、自発覚醒トライアル及び自発呼吸トライアルを実施した場合の評価を新設する。

現行	改定後
【人工呼吸】 3 5時間を超えた場合（1日につき） 819点 [算定要件] （新設）	【人工呼吸】 3 5時間を超えた場合（1日につき） イ 14日目まで 950点 ロ 15日目以降 815点 [算定要件] (1) 「3」について、 <u>他院において人工呼吸器による管理が行われていた患者</u> については、人工呼吸の算定期間を通算する。 (2) 「3」について、 <u>自宅等において人工呼吸器が行われていた患者</u> については、治療期間にかかわらず、「ロ」の所定点数を算定する。

（新） 覚醒試験加算 100点（1日につき）

（新） 離脱試験加算 60点（1日につき）

【算定要件（抜粋）】

注3 気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、1日につき100点を所定点数に加算する。

(1) 「注3」の覚醒試験加算は、人工呼吸器を使用している患者の意識状態に係る評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。

ア 自発覚醒試験を実施できる状態であることを確認すること。

イ 当該患者の意識状態を評価し、自発的に覚醒が得られるか確認すること。その際、必要に応じて、鎮静薬を中止又は減量すること。なお、観察時間は、30分から4時間程度を目安とする。

ウ 意識状態の評価に当たっては、Richmond Agitation-Sedation Scale(RASS)等の指標を用いること。

エ 評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。

【算定要件（抜粋）】

注4 注3の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、1日につき60点を更に所定点数に加算する。

(1) 「注4」の離脱試験加算は、人工呼吸器の離脱のために必要な評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。

ア 自発覚醒試験の結果、自発呼吸試験を実施できる意識状態であることを確認すること。

イ 以下のいずれにも該当すること。

(イ) 原疾患が改善している又は改善傾向にあること。(ロ) 酸素化が十分であること。等

ウ 人工呼吸器の設定を以下のいずれかに変更し、30分間経過した後、患者の状態を評価すること。

(イ) 吸入酸素濃度 (FIO₂) 50%以下、CPAP (PEEP) ≤5cmH₂OかつPS≤5cmH₂O

(ロ) FIO₂ 250%以下相当かつTピース

エ ウの評価に当たっては、以下の全てを評価すること。

(イ) 酸素化の悪化の有無 (ロ) 血行動態の悪化の有無 等

オ ウの評価の結果、異常が認められた場合には、その原因について検討し、対策を講じること。

カ 評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。

④ECMO（体外式膜型人工肺）

呼吸不全の治療について

- 呼吸不全の患者に対しては、原因疾患の治療とともに、必要に応じて、酸素療法等の補助療法が実施される。酸素療法等で対応しきれない重症呼吸不全の患者に対しては、人工呼吸や、ECMO(体外式膜型人工肺)等の補助療法が実施される場合がある。

呼吸不全に対する人工呼吸

- 肺炎や心不全などの原因疾患による重症の呼吸不全の患者に対して、酸素化の維持や換気の補助等を目的として実施される、補助的な治療。
- ※ 「人工呼吸」は、狭義には、気管挿管を伴う「侵襲的陽圧換気(IPPV)」を指す。



(参考: 現在の診療報酬上の評価)

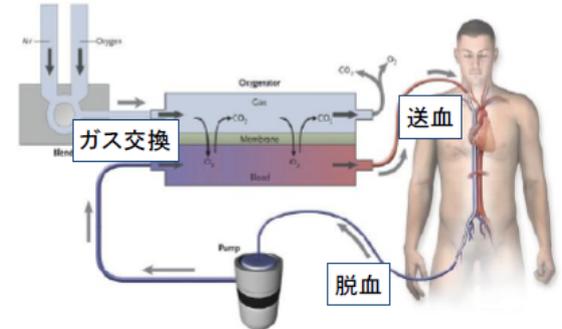
J045 人工呼吸

- | | |
|----------------------------------|------|
| 1 30分までの場合 | 242点 |
| 2 30分を超えて5時間までの場合 | |
| 242点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数 | |
| 3 5時間を超えた場合(1日につき) | 819点 |



呼吸不全に対するECMO

- 人工呼吸器を用いた管理では対応しきれない、より重症の呼吸不全の患者に対して、酸素化の維持・二酸化炭素の除去等を目的として実施される、補助的な治療。
- ※ 患者の脱血・送血位置及び回路構成に応じて、VV-ECMO、VA-ECMO等の呼称がある。



(参考: 現在の診療報酬上の評価)

K601 人工心肺(1日につき)

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

(算定留意事項)

- 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場合に使用した場合は、本区分により算定する。



ECMOを用いた治療の実際について

- 人工呼吸器で対応できない重症呼吸不全の患者に対して、ECMOを用いた治療を実施することにより、救命できる場合がある。
- ECMOを用いた治療の実施に当たっては、原疾患の治療に加えて、様々な治療管理が必要となる。

導入時

- ・ カニューレ挿入(必要に応じて外科的処置)
- ・ 血液検査(必要に応じて輸血)、抗凝固療法



維持・継続管理

- ECMOの回路の管理
 - ・ 回路トラブルの予防
 - 血液凝固系管理、抗凝固療法
 - ・ 回路トラブルの早期発見
 - 回路内圧モニタリング、ECMOチャート作成
 - ・ 回路トラブルへの対応
 - 回路交換、カニューレ交換 等



○ ECMOによる合併症の予防・早期発見・早期対応

- ・ 出血合併症
 - ・ 気道粘膜・肺胞 → 気管内吸引物の観察、愛護的処置
 - ・ カニューレ刺入部 → 局所の観察
 - ・ 消化管 → 胃管排液・排泄物の観察
 - ・ 膀胱 → 膀胱留置カテ排液の観察
 - ・ 筋肉内血腫 → 全身・四肢の観察
 - ・ 脳出血 → 瞳孔径、意識レベル、麻痺等の観察
- ・ 感染症

ECMO離脱に向けた管理・離脱後の管理

- ・ 自己肺の状態改善のための処置
- ・ 離脱に向けたテスト(酸素化能、CO₂クリアランス、呼吸数・呼吸様式の評価)
- ・ 離脱後の深部静脈血栓症の検索 等

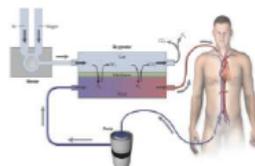
ECMO（体外式膜型人工肺）を用いた診療等に係る評価の見直し

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

パート 3

急性期医療とチーム医療

- ①迅速対応システム (RRS)
- ②術後疼痛管理チーム
- ③周術期薬学管理の評価
- ④周術期の栄養管理
- ⑤入院栄養管理体制加算
- ⑥二次性骨折予防の評価

①迅速対応システム

Rapid Response System

急性期充実体制加算の要件として導入

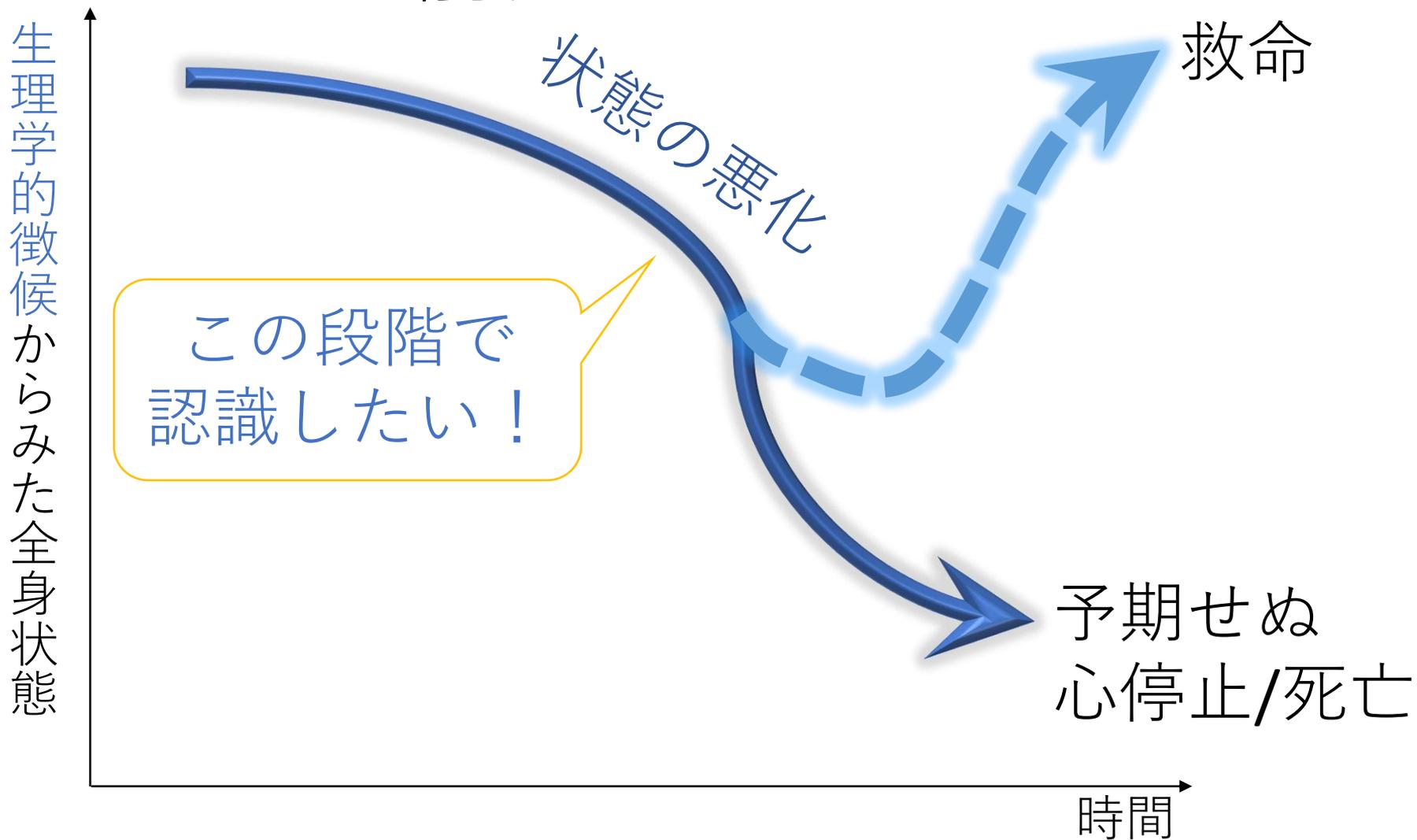
Rapid Response System

日本院内救急検討委員会

日本集中治療医学会

日本臨床救急医学会

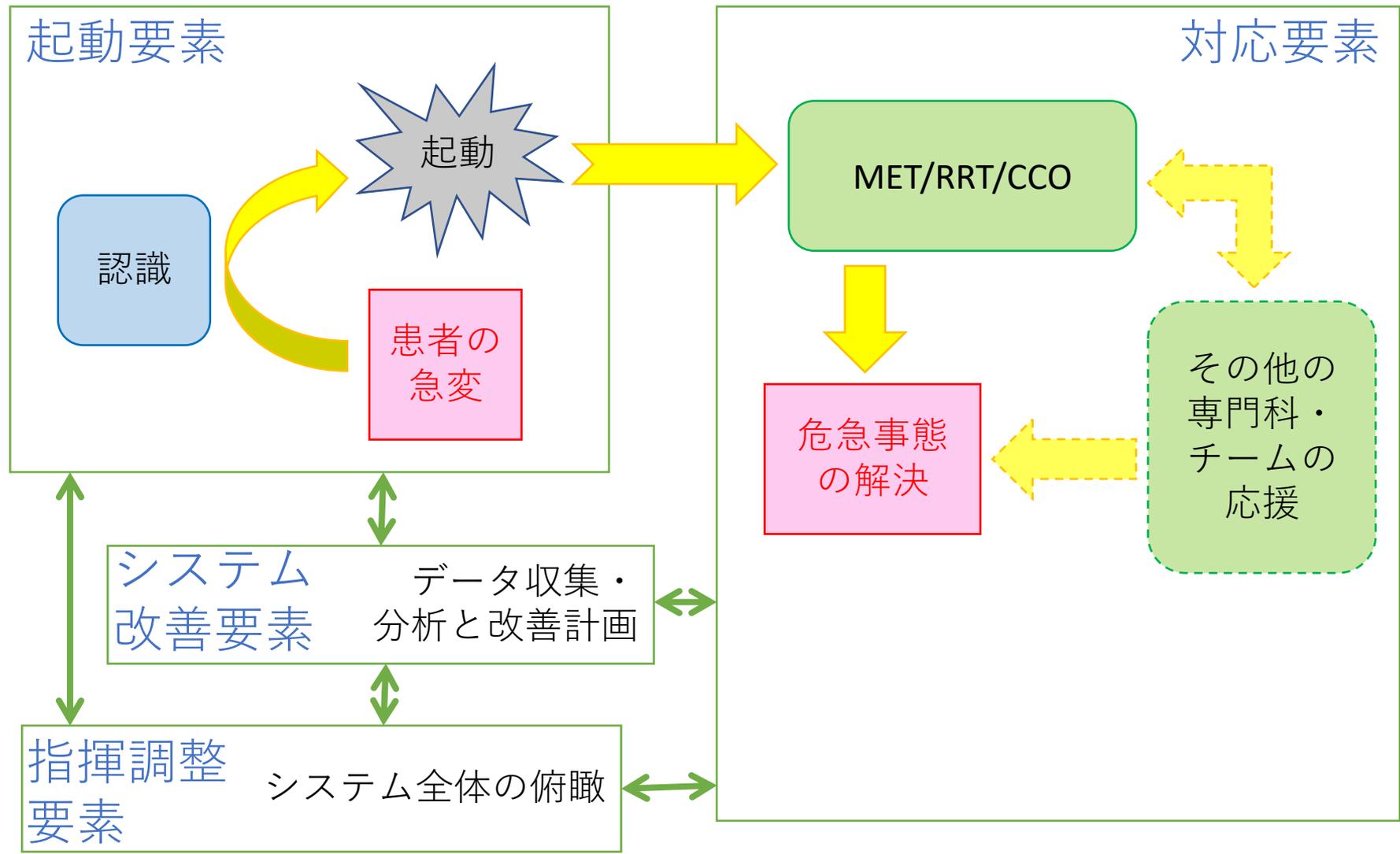
多くの「急変」にはかならず 前兆がある



Code Blue vs. RRS

	Code Blue	RRS
起動基準	心停止 呼吸停止	VS異常 意識レベル低下 etc.
対象となる病態	(同上)	呼吸不全 ショック 不整脈 脳血管障害 etc.
起動率 (成人・ 1,000入院あたり)	0.5~5	20~40
院内死亡率 (成人)	70~90%	0~20%

RRSの4要素



起動要素：単一パラメータ方式 (Afferent limb)

- Austin Hospitalの例
 - 医療スタッフの強い懸念
 - RR <8, 30<
 - SpO₂ <90% (高流量O₂使用でも)
 - HR <40, 130<
 - 収縮期BP <90mmHg
 - 急激な意識レベルの変化
 - 尿量 <50mL/4時間

起動要素：スコア方式(EWS) (Afferent limb)

- **Early Warning Score**（早期警戒スコア）
 - 複数のバイタルサインなどを点数化して計算
 - 単一パラメータ方式より重症患者の検出精度が高い
- **英国 National Early Warning Score (NEWS)**
 - 重症患者の検出精度が最も高い
 - 英国全土において、病院前～外来～病棟で統一記録
(Track & Trigger system)

対応要素：チーム構成 (Efferent limb)

Medical Emergency Team (MET)

- 医師を含む
- 二次救命処置をベッドサイドで開始できる

Rapid Response Team (RRT)

- 医師を必ずしも含まない
- 患者の院内トリアージや医師の緊急招請を行う

Critical Care Outreach Team (CCOT)

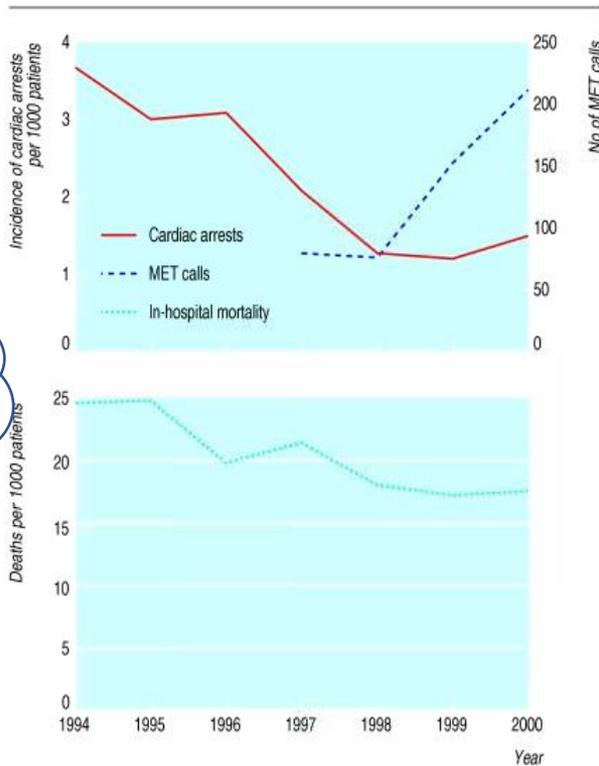
- ICU退室患者と懸念のある入院患者を定期的に訪床して回り、起動基準に抵触する患者を早期発見する

RRSの効果と日本における現状

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

RRSの効果

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



RSSで
院内死亡
が減る

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

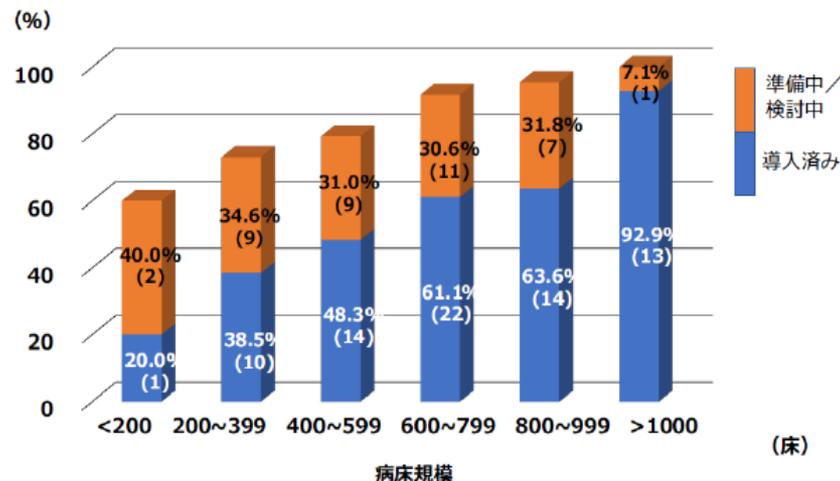
●アメリカにおいて行われた「100,000 Lives Campaign」(医療安全対策キャンペーン)に参加した医療機関の院内死亡が、RRS導入により15%減少した。

出典: JAMA 2005 May 18;293(19):2384-90

日本におけるRRSの現状

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

日本における院内迅速対応システム(RRS)導入率



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

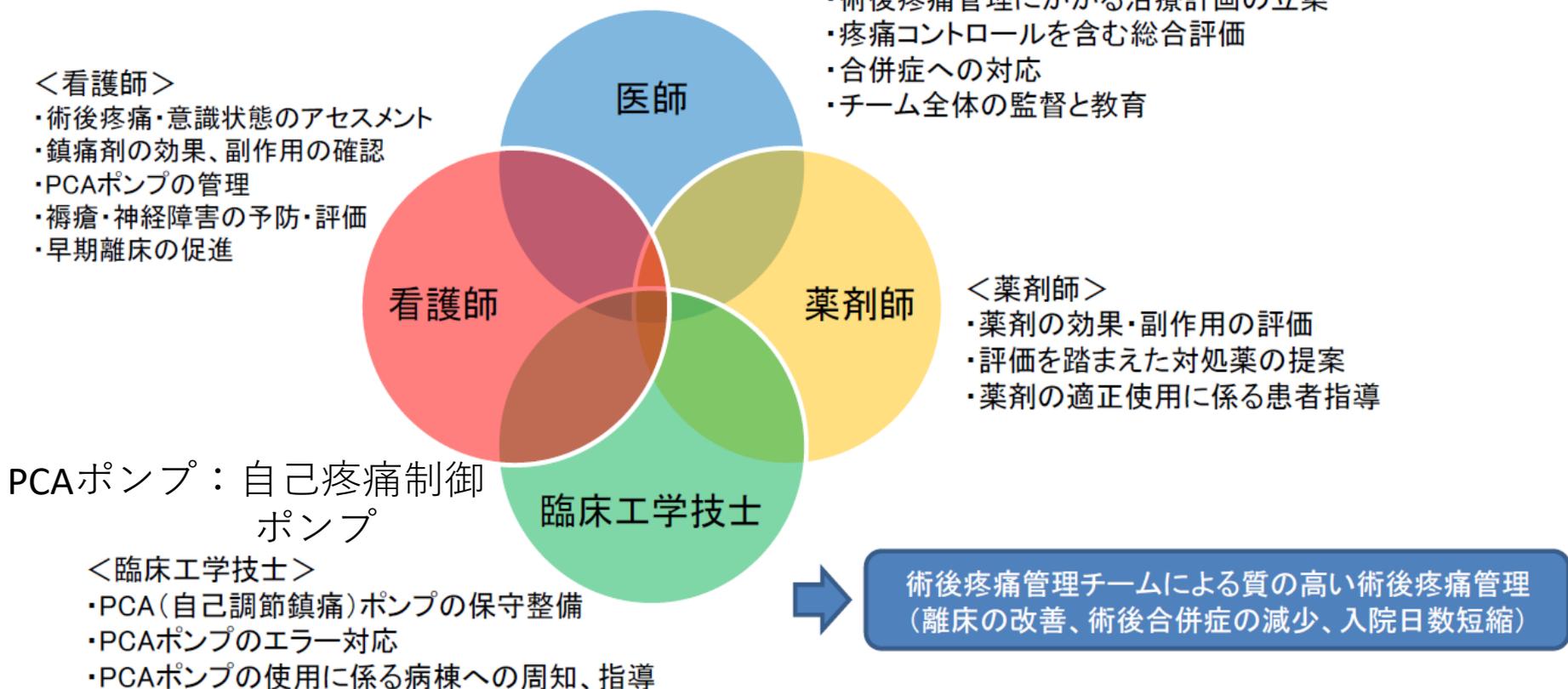
②術後疼痛管理チーム



術後疼痛管理の適切な推進について

- APSの活動条件として 1) 24時間対応できる術後痛の管理、2) 鎮痛薬・鎮痛方法(自己調節鎮痛法:PCAなど)の標準化(プロトコル)、3) 管理内容の記録、4) 多職種で構成されたチームの編成等があげられている。
- APSを構成するメンバーとして、医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士等から編成され、周術期管理の一環として質の高い術後疼痛管理等ができるよう育成し、知識や理解のレベルアップが図られる仕組み(周術期管理チーム認定制度)が進められている。

術後疼痛管理に係るモデルケース Acute Pain Services (APS)



術後痛について

- 術後痛の遷延は早期離床の妨げとなり、術後合併症の発症率増加や在院日数の延長につながる事が指摘されている。
- 術後痛は以下のような課題がある。
 - ・ 安静時痛が術後せん妄のリスクとなり、術後せん妄は早期離床を妨げ、在院日数を延長させる。
 - ・ 術後痛の強さが在院日数に影響する。
 - ・ 強い術後痛により坐位・立位を維持できる時間が短縮する。

【疼痛と術後せん妄のリスク】

Table 4. Pain and Risk of Developing Delirium

	Controlled for procedure		Controlled for risk factors and procedure ^a	
	Risk ratio	P value	Risk ratio	P value
● Rest pain 安静時痛	1.20 (1.04,1.37)	0.015	1.20 (1.01,1.43)	0.04
Movement pain	1.09 (0.95,1.26)	0.23	1.07 (0.91,1.25)	0.42
Maximal pain	1.14 (0.97,1.33)	0.10	1.11 (0.94,1.29)	0.23

The risk ratio (95% confidence interval) represents the increased risk of delirium for each 1-cm increment in pain score.
^aThe risk factors for which we controlled are: age, preoperative cognitive status, Specific Activity Scale class, abnormal electrolytes, and alcohol abuse.

→ 安静時痛が術後せん妄のリスクとなる

Lynch EP, et al. Anesth Analg, 1998

【術後痛と在院日数】

TABLE 2. Postoperative Data of Morphine-Adcon-L and Adcon-L Trial Groups^a

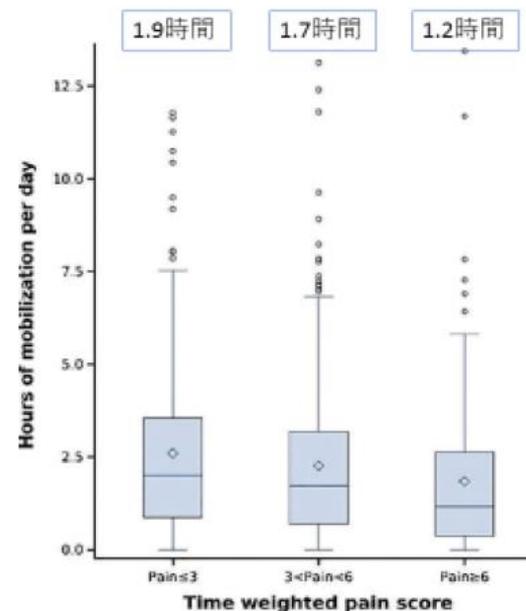
	M-ADL Group (51 patients)	ADL Group (49 patients)	P Value
Intraoperative complications	None	None	
Postoperative complications	None	None	
Postoperative PSURT	64.41 degrees ± 1.59	57.77 degrees ± 1.85	0.02
● Value of postoperative pain by VAS 痛みの強さ	12.3 mm ± 0.9	24.7 mm ± 11.5	<0.0001
No. of patients ambulatory by day of surgery	45	3	<0.0001
● Average time to discharge (d) 退院までの期間	1.37 ± 0.07	2.53 ± 0.12	<0.0001
Assumption of postoperative analgesics	57.4%	95.9%	<0.0001
Assumption of analgesics at home (2-wk follow-up)	23.5%	55.1%	<0.0001
2-week subjective overall result	E, 80.4%; G, 19.6%	E, 59.2%; G, 40.8%	0.02
Mean postoperative work time loss (d)	21.67 ± 0.92	29.47 ± 1.18	<0.0001

^a Mean values ± standard error of the mean. M-ADL, morphine-Adcon-L; ADL, Adcon-L; PSURT, passive straight leg-raising test; VAS, visual analog scale; E, excellent; G, good.

→ 術後痛が強い患者群で在院日数が長期化した

Mastrorardi L, et al. Neurosurgery, 2002

【術後痛と活動時間】



Rivas et al. Anesthesiology, 2021

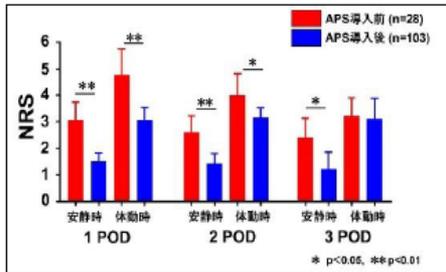
→ 腹部手術後48時間で活動を維持できた時間は疼痛スコアが高いほど短い

術後疼痛管理チームの介入結果について

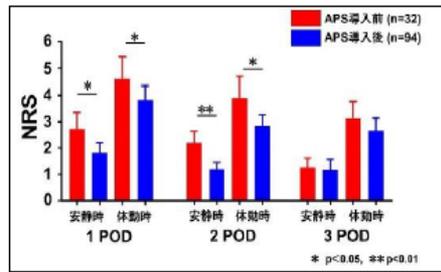
- 術後疼痛管理チームの介入による変化については以下のとおり。
 - ・ 概ね術後疼痛が軽減し、患者のQOLを向上させることができた。
 - ・ 術後合併症を評価することにより下肢神経障害などの発生を減らすことができた。
 - ・ 在院日数が短縮した。
 - ・ 麻酔科医の術後鎮痛回診・処置に要する時間が減少した。

<術後疼痛管理チームの介入による疼痛スコア(NRS: numerical rating scale)の変化>

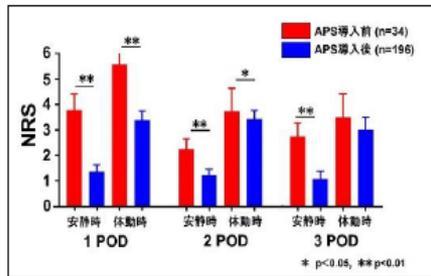
(杏林大学医学部附属病院の例)



婦人科開腹手術



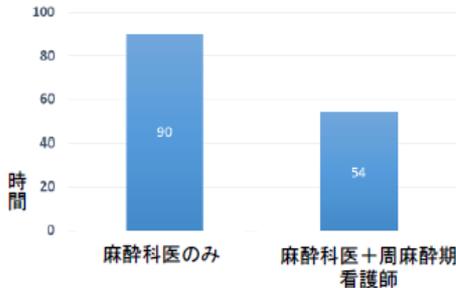
上部消化管手術



下部消化管手術

<術後鎮痛回診・処置に要する時間について(／月)>

(信州大学医学部附属病院の例)



周麻酔期看護師と協働することで術後鎮痛の質を变えることなく、麻酔科医の術後鎮痛に要する時間が40%削減可能となった。

<術後疼痛管理チームの介入による合併症の原因検索と回避>

(東京慈恵会医科大学附属病院の例)

	介入前 (n=70)	介入後 (n=71)	P value	オッズ比 (95%信頼区間)
年齢 (歳)	43±11	44±11	0.84	
身長 (cm)	158±5	159±5	0.28	
体重 (kg)	57±11	57±9	0.75	
手術時間 (分)	146±58	150±47	0.65	
下肢神経障害 (n)	9	1	0.009	6.053 (1.274-29.76)

Mean ± SD

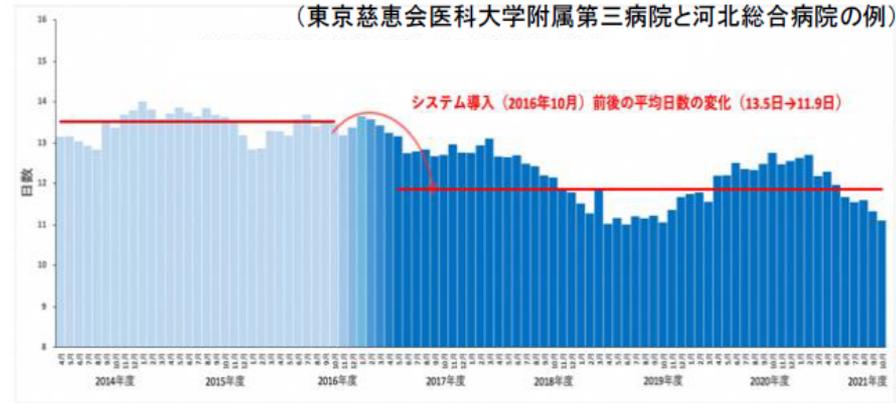
婦人科良性疾患の開腹手術において、術後に下肢しびれ感(感覚低下、筋力低下)を訴える患者がAPSのデータにおいて多く見られた。



APSで前後比較検討したところ、外科的要因による末梢神経障害の可能性を疑い、術中の術野展開方法等の介入を行うことで、術後下肢神経障害を減少させることができた。

<術後疼痛管理チーム関与前後での在院日数の変化>

(東京慈恵会医科大学附属第三病院と河北総合病院の例)



術後疼痛管理チームの介入により、在院日数が短縮した。

手術後の患者に対する多職種による疼痛管理に係る評価の新設

- 術後患者に対する質の高い疼痛管理を推進する観点から、術後疼痛管理チームによる疼痛管理について、術後疼痛管理チーム加算を新設する。

(新) 術後疼痛管理チーム加算 100点 (一日につき)

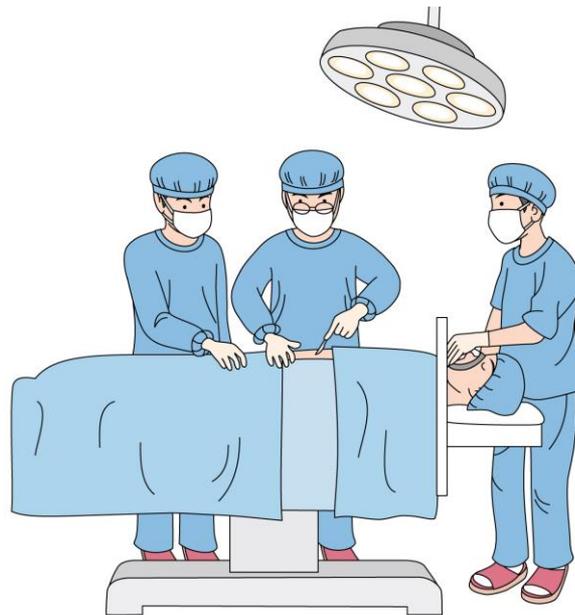
[算定要件]

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おいて、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合に、当該患者（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、術後疼痛管理チーム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、手術日の翌日から起算して3日を限度として所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
 - (2) 手術後の患者の疼痛管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (3) 当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される手術後の患者の疼痛管理に係るチーム（以下「術後疼痛管理チーム」という。）が設置されていること。
 - ア 麻酔に従事する専任の常勤医師
 - イ 手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師なお、アからウまでのほか、手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した臨床工学技士が配置されていることが望ましい。
 - (4) 術後疼痛管理チームにより、手術後の患者に係る術後疼痛管理実施計画が作成されること。また、当該患者に対して、当該計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。
 - (5) 算定対象となる病棟の見やすい場所に術後疼痛管理チームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。
- (※) 急性期一般入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟又は結核病棟に限る。）、専門病院入院基本料、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、小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（母体・胎児集中治療室管理料に限る。）、小児入院医療管理料及び特定一般病棟入院料において算定可能。

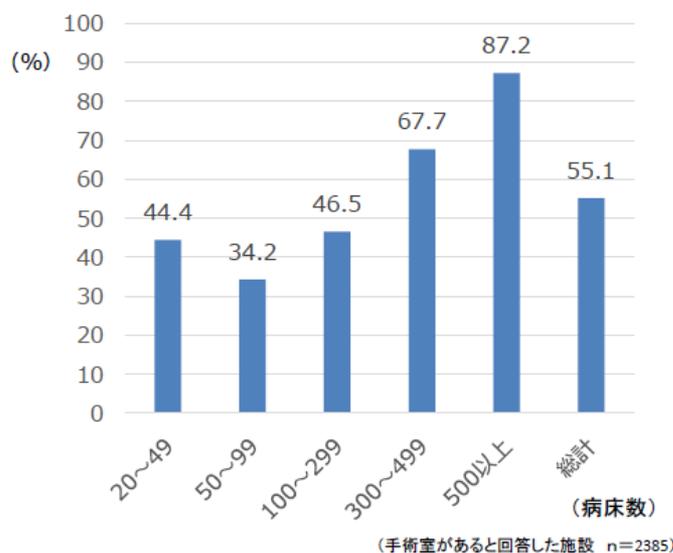
③周術期薬学管理の 評価



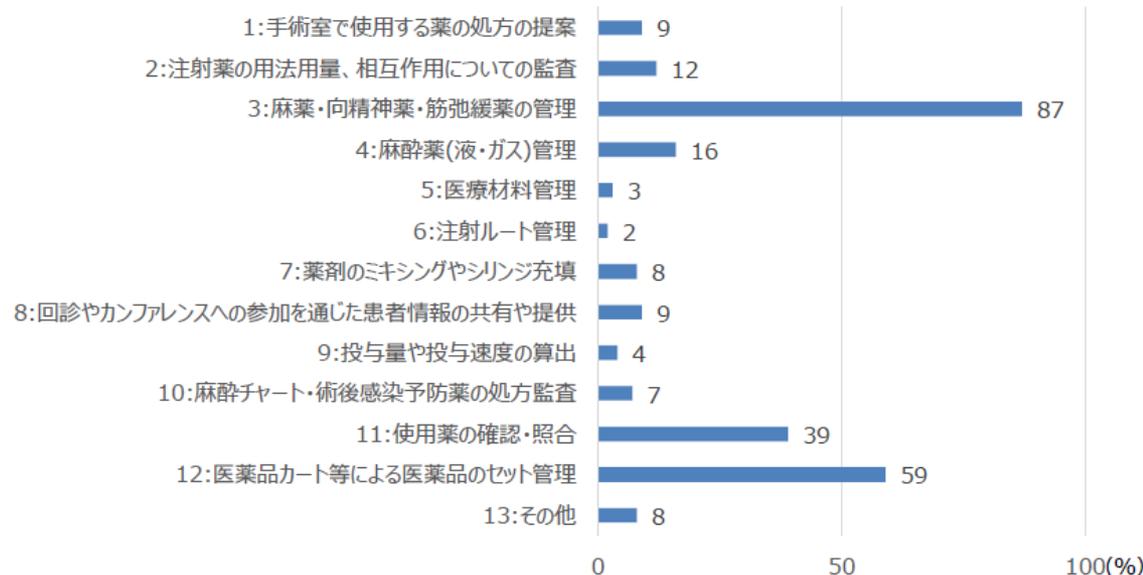
周術期の薬剤師関与の状況

- 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

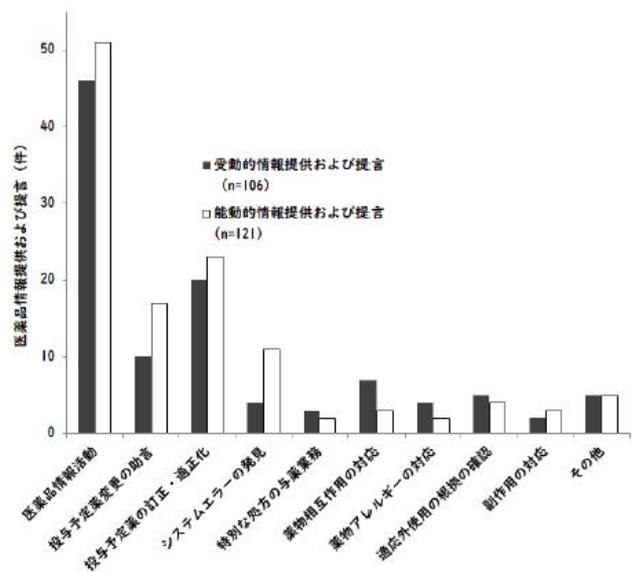


麻酔薬等セット化



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

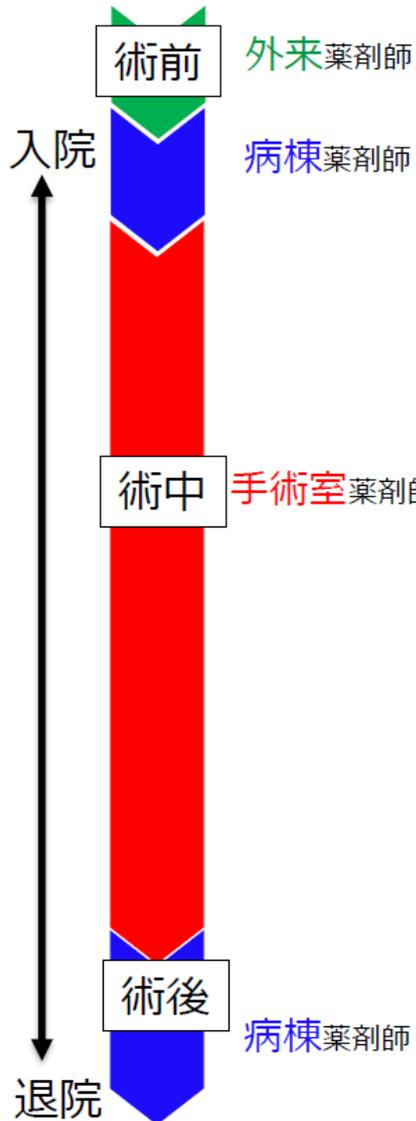
表2 薬剤師配置後の注射剤調製

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

柴田ゆうがほか日病薬誌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

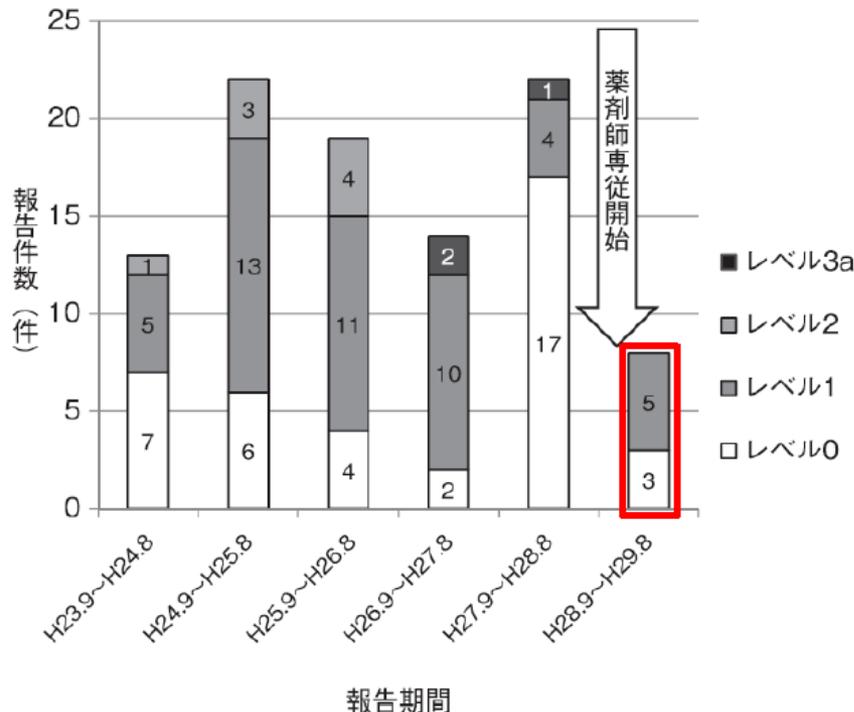
日本麻酔科学会 周術期管理チーム導入済み施設のメリット(薬剤師)

- 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。

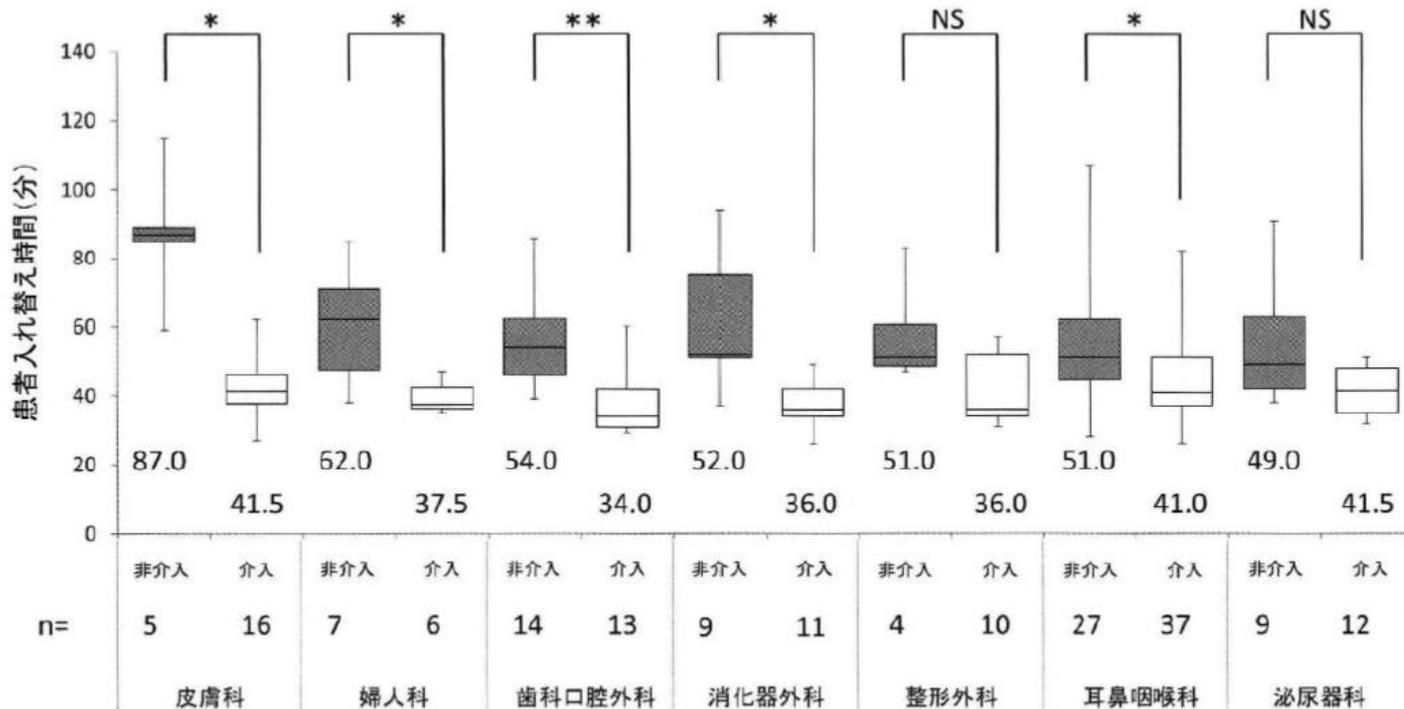
[介入]

・ 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。

④周術期の栄養管理



栄養に関する診療報酬上の主な評価(入院時食事療養以外)

入院

○栄養サポートチーム加算

(200点/週1回)

対象入院料(結核病棟、精神病棟)の追加

○早期栄養介入管理加算

(400点/1日)

入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、栄養アセスメント、栄養管理に係る早期介入の計画を作成、腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

○入院栄養食事指導料1

(初回260点、2回目200点/週1回・入院中2回)

管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の特別食が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上指導を実施

※ 特定入院料では算定不可(回リハ入院料1を除く)

○入院栄養食事指導料2

(初回250点、2回目190点/週1回・入院中2回)

入院栄養食事指導料1と同様の内容を当該指導料を算定する医療機関以外の管理栄養士が指導を実施

○栄養情報提供加算

(50点/入院中1回) ※入院栄養食事指導料の上乗せ

栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、在宅担当医療機関等に情報提供を実施

○集団栄養食事指導料※

(80点/月1回) ※ 外来患者も指導対象

管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の特別食が必要な複数の患者(15人以内/1回)に対して、1回40分以上の指導を実施

○摂食障害入院医療管理加算

(200点(30日以内)、100点(31~60日以内))

※治療を行う職種に管理栄養士が含まれる

○個別栄養食事管理加算※

(70点(1日につき)) ※緩和ケア診療加算の上乗せ

緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を実施

○摂食嚥下支援加算※

(200点/月1回) ※ 外来患者も指導対象

※ 摂食嚥下支援チームの一員に管理栄養士が含まれる。
外来患者も指導対象

○回復期リハビリテーション病棟入院料

(2, 129~1, 678点)

入院料1は、管理栄養士の病棟配置が必須

入院料2~6は、管理栄養士の病棟配置が努力義務

○栄養管理体制

常勤管理栄養士1名以上を配置(非常勤管理栄養士又は常勤栄養士の場合は入院基本料から1日につき40点減算。それも満たせない場合は、特別入院基本料を算定。)

入院に係る栄養管理に対する主な評価について

- 入院に係る栄養管理に対する主な評価は、以下のとおり。
- 入院中の評価としては、入院栄養食事指導料や栄養サポートチーム加算を中心として、一部の状態に着目した加算による評価も導入している。

入院前



外来栄養食事指導料

(初回260点、2回目以降200点/月1回)
管理栄養士が医師の指示に基づき、栄養指導が必要な患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目以降は概ね20分以上指導を実施
または、外来化学療法を実施している患者に関しては、月2回以上の指導を実施

入院時支援加算

(200、230点/退院時1回)
入院予定患者に対して治療方針、服薬中の薬の確認、栄養スクリーニングを入院前に実施

入院中

入院栄養食事指導料

(初回260点、2回目200点/週1回・入院中2回)
管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の特別食が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上指導を実施



栄養情報提供加算

(50点/入院中1回)
栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、在宅担当医療機関等に情報提供を実施

栄養サポートチーム加算

(200点/週1回)
医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなるチームを編成し、低栄養患者等の栄養状態改善の取組を実施した場合を評価

早期栄養介入管理加算

(400点/1日)
特定集中治療室の入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、栄養アセスメント、栄養管理に係る早期介入の計画を作成、腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

退院後



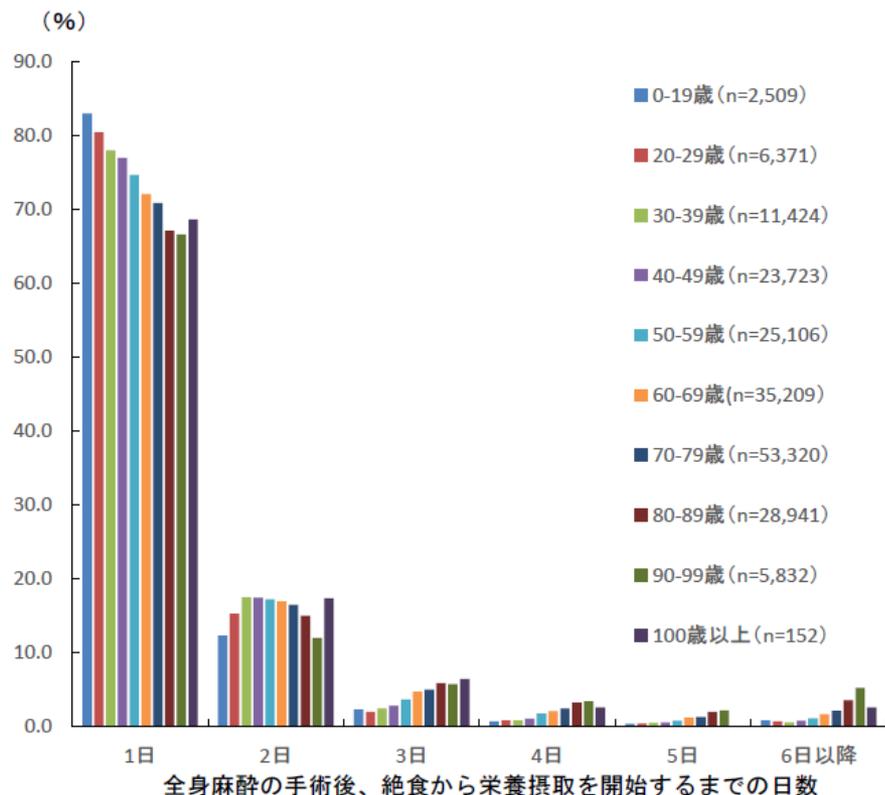
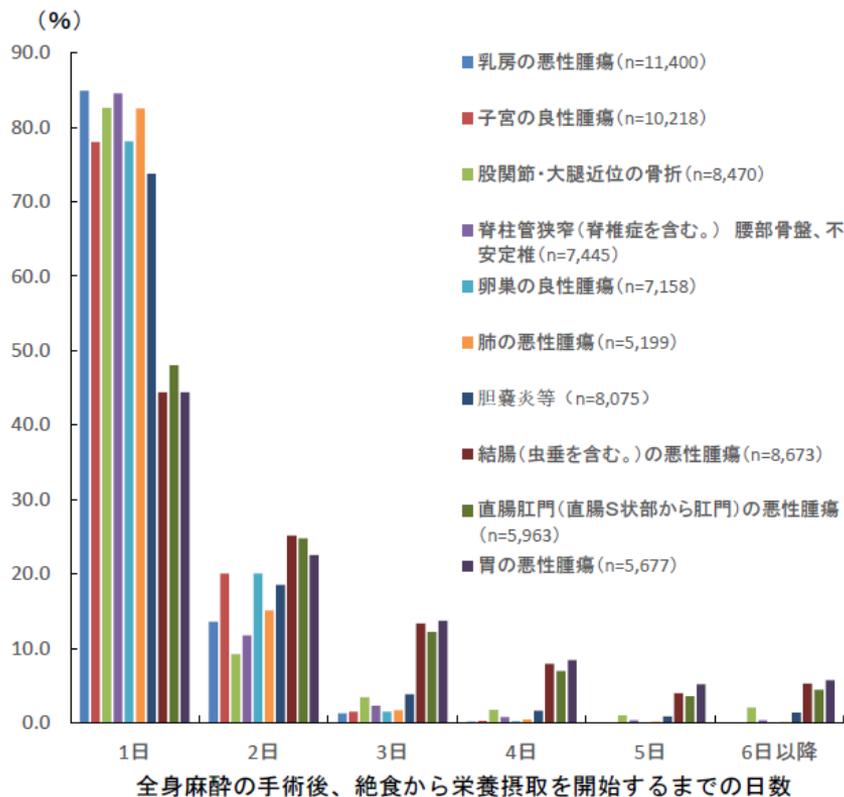
外来栄養食事指導料 (再掲)

在宅患者訪問栄養食事指導料

(440~530点/月2回)
在宅で療養を行っており通院が困難であって、腎臓食等の特別が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して、管理栄養士が医師の指示に基づき食事計画案などを交付し、栄養管理に係る指導を概ね30分以上実施

術後の栄養摂取開始の状況

- 全身麻酔の手術を行った患者が絶食等から、経口摂取、経管栄養等を開始するまでの日数の疾患別の患者割合は、消化器疾患において、開始までの日数のかかる患者割合が高い傾向である。
- 全身麻酔の手術を行った患者が絶食等から、経口摂取、経管栄養等を開始するまでの日数の年齢階級別の患者割合は、年齢が上がるほど開始までの日数のかかる患者割合が高い傾向である。



2020年度データ(2020年4月1日入院以降症例)の新評価表において、「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(加算は含まずに本体のみ)」を行った日(複数ある場合は最初)に、重症度、医療・看護必要度の「B患者の状態等」で「食事摂取(患者の状態)が2:全介助」かつ「食事摂取(介助の実施)が0:実施無し」の患者が、重症度、医療・看護必要度の「B患者の状態等」で「食事摂取(患者の状態)が2:全介助」かつ「食事摂取(介助の実施)が0:実施無し」から変更されるまでの日数別患者割合

各ガイドラインにおける周術期の栄養管理について

- 静脈経腸栄養ガイドライン等において、周術期(術前、術後)の栄養管理に関して、具体的な方法が示されている。

静脈経腸栄養ガイドライン第3版(抜粋) (日本臨床栄養代謝学会:JSPEN)

- 1) 術前の栄養状態の評価
- 2) 栄養状態不良な場合、術後に栄養のリスクが存在する場合には、術前からの栄養療法の施行(経口サプリメントの投与、免疫経腸栄養剤、腸を使えない場合の静脈栄養など)が必要
- 3) 術後早期からの経口摂取再開、経腸栄養の開始
- 4) 術後1週間以上、経口摂取・経腸栄養を施行できない場合は完全静脈栄養の施行
- 5) 経腸栄養でエネルギー必要量を満たせない場合は静脈栄養の併用
- 6) 術後に経腸栄養を行う場合は、標準組成を第一選択とするが、栄養不良・大侵襲手術患者では免疫経腸栄養剤を考慮

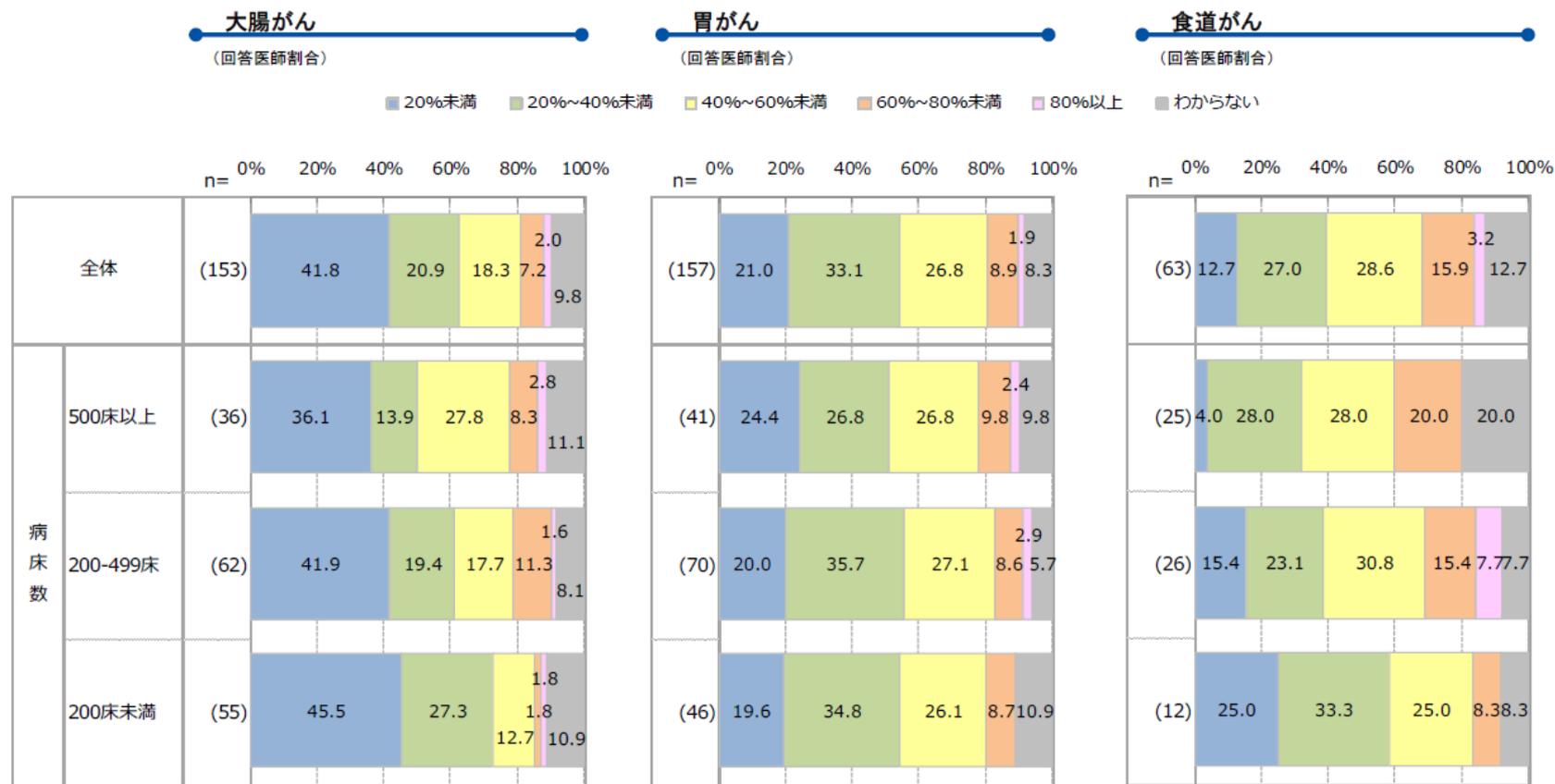
Clinical nutrition in surgery(抜粋) (欧州臨床栄養代謝学会:ESPEN)

- 1) 術前の絶飲食を避ける
- 2) 個々の患者の忍容性、手術のタイプに応じて経口摂取
- 3) Major surgeryにおいては、術前・術後に栄養状態を評価
- 4) 低栄養患者、低栄養のリスクがある患者(周術期に5日より長く経口摂取ができないと予想される場合、7日より長く推奨量の50%を摂取できないと予想される場合)には遅滞なく周術期の栄養管理(経口あるいは経腸を第一選択とした栄養療法:エネルギーは25-30 kcal/kg、たんぱく質は1.5 g/kg ideal body weight)を行う。))
- 5) 7日より長く、経口あるいは経腸栄養で必要量の50%のエネルギーを投与できない場合は、補助的な静脈栄養投与を開始する
- 6) 低栄養の、がん手術患者には周術期に免疫栄養剤を投与する
- 7) 重度栄養障害を有する患者では、たとえがん手術であっても7-14日間の術前栄養療法を行う
- 8) 可能であれば、経口・経腸栄養を優先する
- 9) 通常食で必要量の栄養を摂取できない場合は栄養状態が良好であっても術前に経口的な栄養サプリメントを投与する

術前の経口栄養剤の摂取の状況

○ 術前に栄養管理を実施するため経口栄養剤が出されている患者について、栄養剤の半分以下しか摂取できていない患者の割合が、病床規模にかかわらず一定程度存在している。

図 術前管理を行った患者での経口栄養剤のアドヒアランス：提供量の半分以下しか摂取できていない患者の割合



(n=30未満は参考値として掲載)

周術期の栄養ケア・マネジメントについて

- 術後の経口摂取再開までの日数が短い場合、在院日数が有意に短い。
- 大腿骨近位部骨折のように術後すぐに経口摂取の開始が可能な手術においても、適切な栄養管理を実施することにより、術後の合併症発生率や死亡率が有意に低下する。

【対象・方法等】

全国242施設、20,858例の胃切除患者において周術期栄養管理が術後経過に及ぼす影響に関する調査を実施。

【対象・方法等】

大腿骨近位部骨折患者80名を術後に通常食のみ摂取させたコントロール群(40名)、術後3日間1,000kcal/日の静脈栄養を追加し、その後7日間の400kcal/日の経口栄養剤を追加した栄養療法群(40名)に分け、術後合併症等を検証。

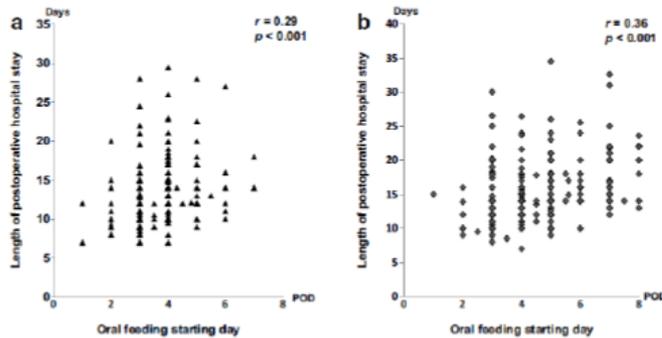
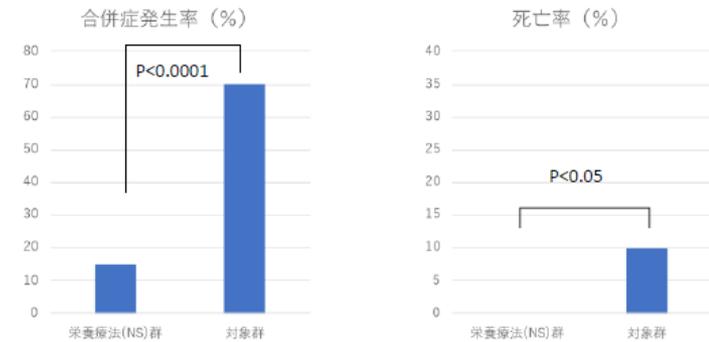


Fig. 7 Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay ($n = 226$). a Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay in distal gastrectomy (including laparoscopic surgery) analyzed by

Spearman's rank correlation coefficient. b Relationship between oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay in total gastrectomy (including laparoscopic surgery) analyzed by Spearman's rank correlation coefficient. POD postoperative day



栄養療法(NS)群：1日1000 kcalの静脈内栄養を3日間施行した後、400kcalの経口栄養補助食品を7日間投与
対照群：通常の病院の飲食

出典：Shimizu N, Hatao F, Fukatsu K, Aikou S et al. Results of a nationwide questionnaire based survey on nutrition management following gastric cancer resection in Japan.

Surg Today (2017) 47:1460–1468.

出典：Magnus Eneroth, Ulla-Britt Olsson, Karl-Göran Thorngren. Nutritional Supplementation Decreases Hip Fracture-related Complications. CLINICAL ORTHOPAEDICS AND RELATED RESEARCH. 451(2006) 212–217.

周術期の栄養管理の推進

- 周術期における適切な栄養管理を推進する観点から、管理栄養士が行う周術期に必要な栄養管理について、周術期栄養管理実施加算を新設する。

(新) 周術期栄養管理実施加算 270点 (1手術に1回)

[算定対象]

全身麻酔を実施した患者

[算定要件]

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おいて、**手術の前後に必要な栄養管理を行った場合**であって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式**全身麻酔を伴う手術を行った**場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。

- (1) 周術期栄養管理実施加算は、**専任の管理栄養士が医師と連携**し、周術期の患者の日々変化する栄養状態を把握した上で、**術前・術後の栄養管理を適切に実施した場合**に算定する。
- (2) 栄養ケア・マネジメントを実施する際には、日本臨床栄養代謝学会の「静脈経腸栄養ガイドライン」又はESPENの「ESPEN Guideline : Clinical nutrition in surgery」等を参考とし、以下の項目を含めること。なお、必要に応じて入院前からの取組を実施すること。
「栄養スクリーニング」、「栄養アセスメント」、「周術期における栄養管理の計画を作成」、「栄養管理の実施」、「モニタリング」、「再評価及び必要に応じて直接的な指導、計画の見直し」
- (3) (2)の栄養ケア・マネジメントを実施する場合には、院内の周術期の栄養管理に精通した医師と連携していることが望ましい。

この場合において、特定機能病院入院基本料の注11に規定する**入院栄養管理体制加算**並びに救命救急入院料の注9、特定集中治療室管理料の注5、ハイケアユニット入院医療管理料の注4、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4及び小児特定集中治療室管理料の注4に規定する**早期栄養介入管理加算は別に算定できない。**

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に周術期の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する**専任の常勤の管理栄養士が配置**されていること。
- (2) **総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。

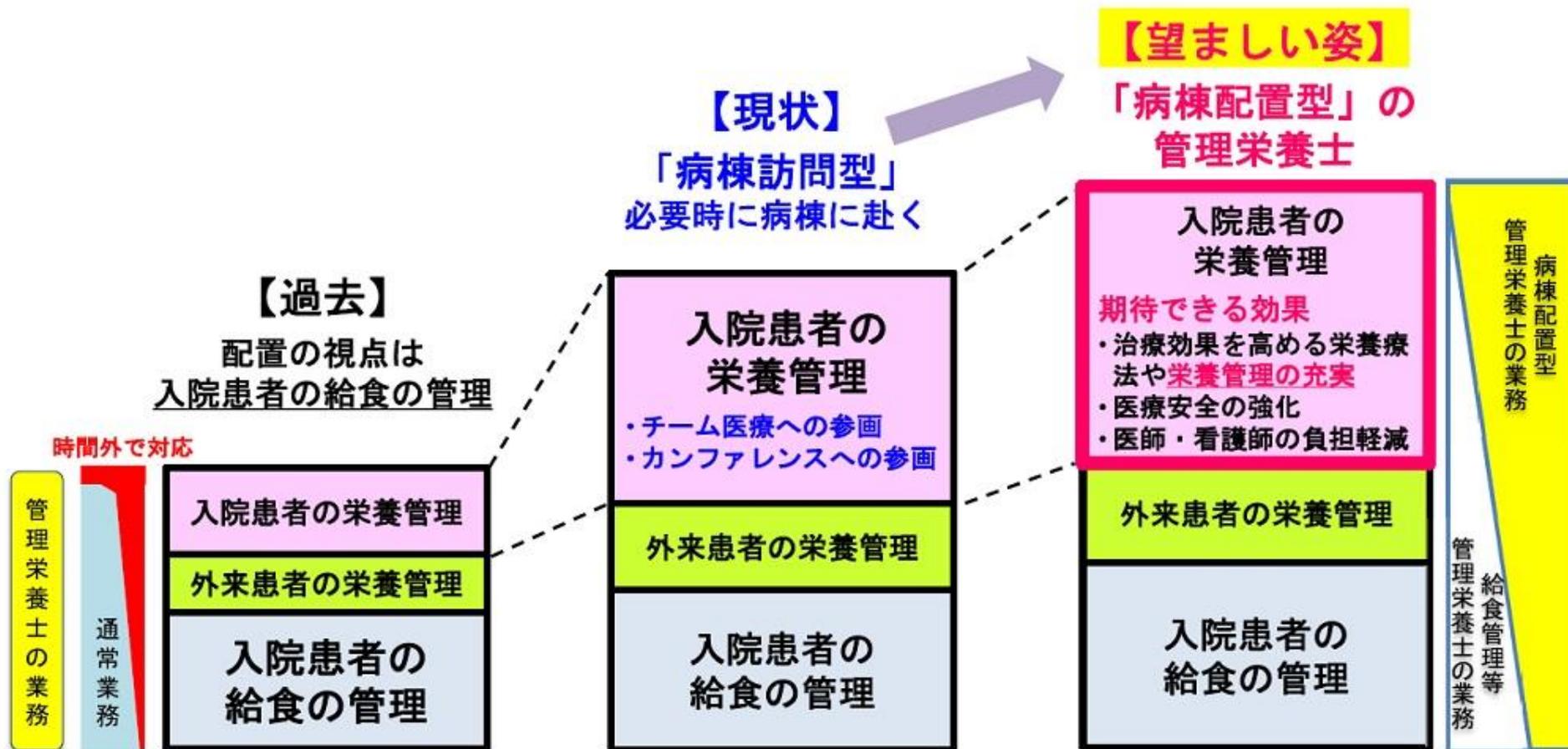
⑤入院栄養管理体制加算



管理栄養士の業務のイメージ

中医協 総-2-2
3. 1 1. 1 2

- チーム医療が定着する前は、管理栄養士の業務は、給食管理が主であった。
- 近年は、病棟での業務の増加等により、入院患者の栄養管理の業務が主になってきている。
- 入院患者の栄養管理を更に充実させるため、管理栄養士が病棟配置されることが望ましいと考えられる。

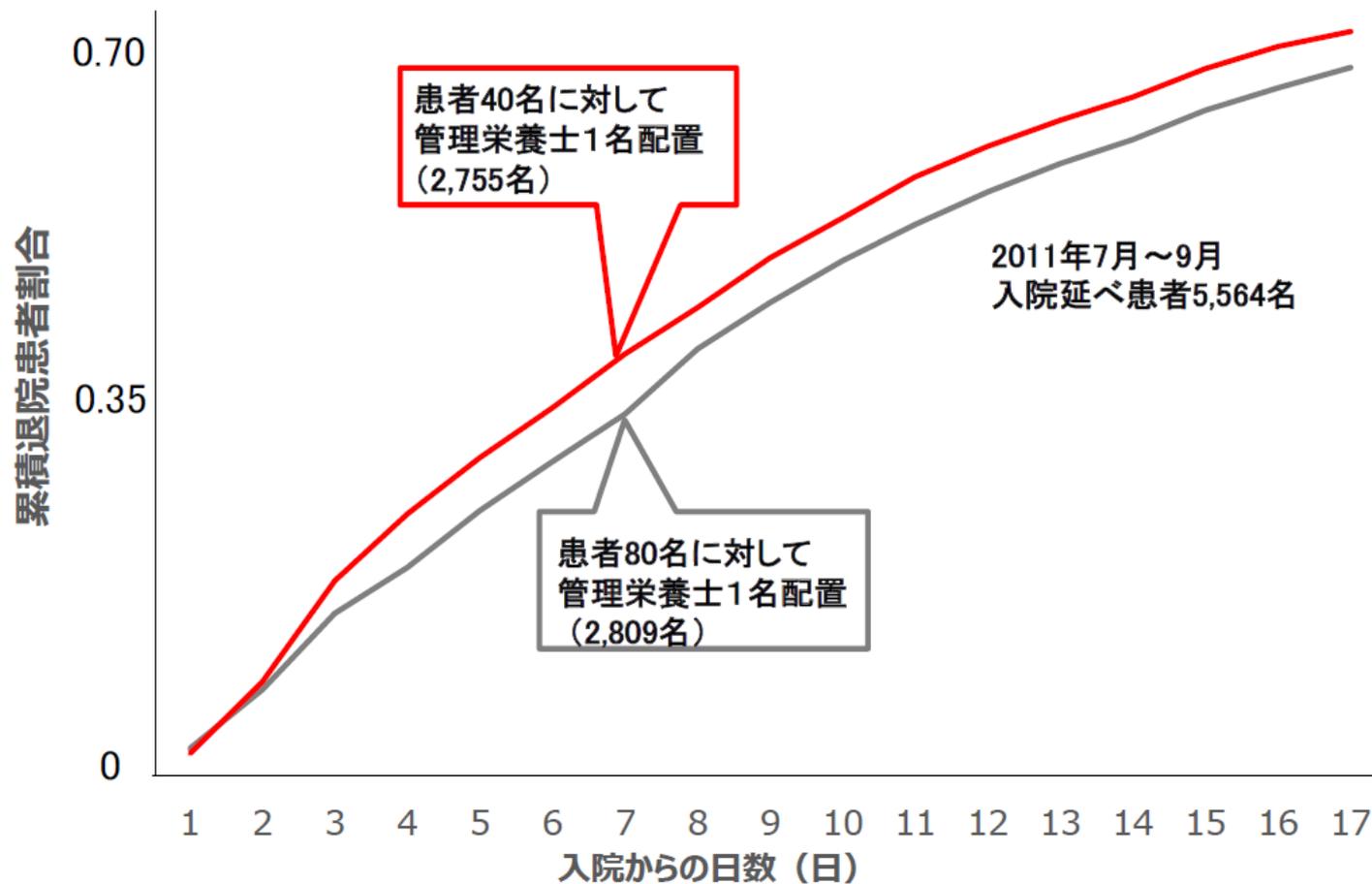


管理栄養士の病棟業務の効果等①

○ 栄養ケアを強化し、患者40人に対して管理栄養士1人を配置している病院の方が、早期退院が推奨され、在院日数は、短縮されていた。

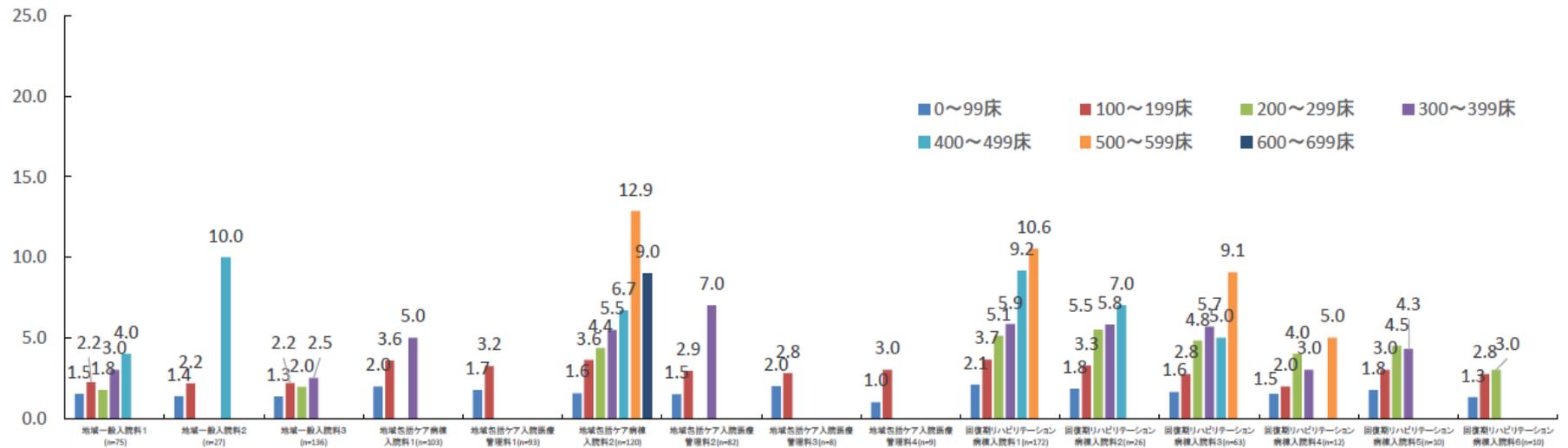
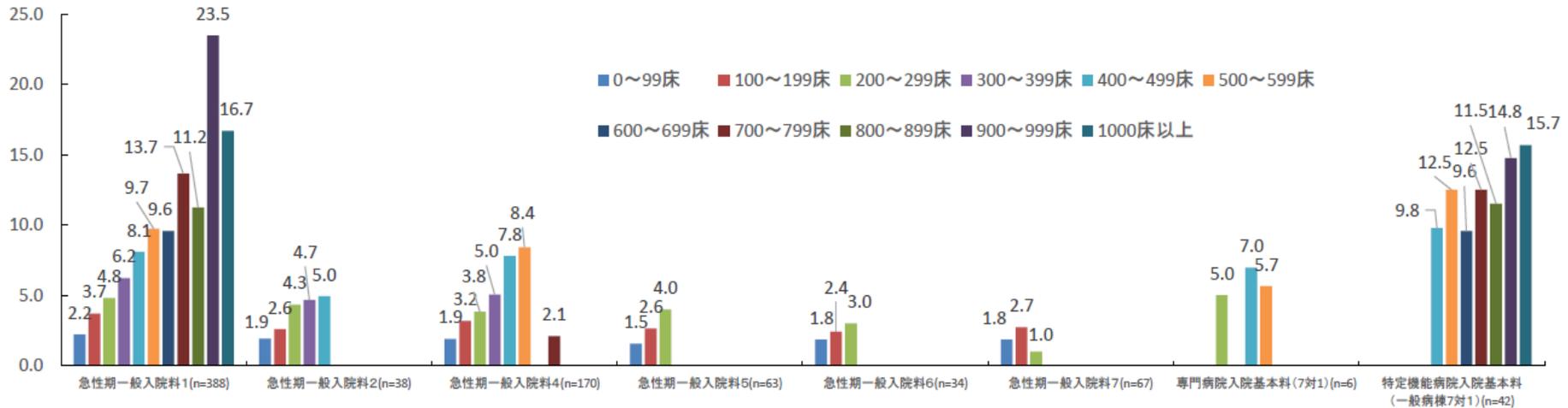
【対象と方法】

2011年度、特定機能病院に入院した患者5,564名を対象に、管理栄養士1人に対して40人の患者の栄養ケアを担当した場合と80名の栄養ケアを担当した場合の累積退院患者の割合を比較。



管理栄養士の配置の状況

- 管理栄養士数は、急性期一般入院料、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においては、病床規模に応じて、多く配置されていた。
- 特定機能病院入院基本料においては、病床規模による差が比較的小さかった。



病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

- 患者の病態・状態に応じた栄養管理を推進する観点から、特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細かな栄養管理を行う体制について、入院栄養管理体制加算を新設する。
- 退院後の栄養食事管理に関する指導を行い、入院中の栄養管理に関する情報を他の保険医療機関等に提供した場合について評価する。

(新) 入院栄養管理体制加算 270点 (入院初日及び退院時)

[対象患者]

特定機能病院入院基本料を算定している患者

[算定要件]

(1) 特定機能病院入院基本料を現に算定している患者に対して、**管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合**に、入院初日及び退院時にそれぞれ1回に限り所定点数に加算する。この場合において、**栄養サポートチーム加算及び入院栄養食事指導料**は別に算定できない。

入院栄養管理体制加算については、病棟に常勤管理栄養士を配置して患者の病態・状態に応じた栄養管理を実施できる体制を確保していることを評価したものであり、**病棟の管理栄養士は、次に掲げる管理を実施**する。

- ア **入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定**を行う。
- イ 当該病棟に入院している患者に対して、**栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じたミールラウンド、栄養食事指導又は当該患者の病態等に応じた食事内容の調整等の栄養管理**を行う。
- ウ **医師、看護師等**と連携し、当該患者の**栄養管理状況等について共有**を行う。

(2) 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設と共有した場合に、退院時1回に限り、**栄養情報提供加算**として**50点**を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 当該病棟において、**専従の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
- (2) **入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
- (3) 栄養情報提供加算の対象患者は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者であること。

⑥二次性骨折予防



骨粗鬆症及び骨折の病態と疫学①

<病態>

骨粗鬆症とは骨折リスクが増大した状態である。骨粗鬆症はWHOにより、低骨量と骨組織の微細構造の異常を特徴とし、骨の脆弱性が増大する疾患である、と定義されている。

- 骨折
- 身体機能の低下
- 運動機能障害
- 内臓障害
- 寝たきり

<疫学>

○ 患者数

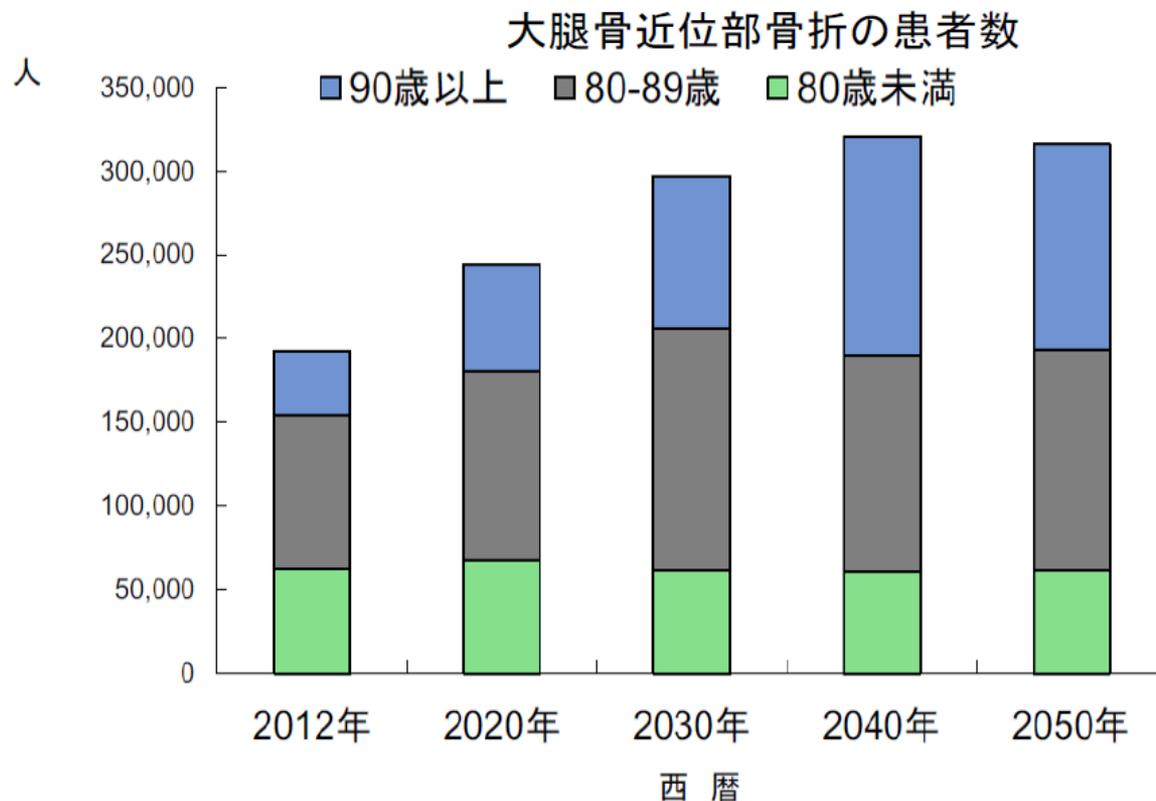
- 40歳以上の一般住民のうち、骨密度検査の結果から大腿骨頸部で男性12.4%、女性26.5%が骨粗鬆症を有していた。
- 2005年の年齢別人口構成に当てはめると、約1070万人の大腿骨頸部の骨粗鬆症患者がいることになる。

○ 骨粗鬆症による骨折の発生率

- 2007年の研究報告では、大腿骨近位部骨折発生数は年間148,100人(男性31,300人、女性116,800人)であった。

骨粗鬆症及び骨折の病態と疫学②

- 脆弱性骨折の代表的な疾患である大腿骨近位部骨折は年間約20万人発症している。
- 今後、さらに増加することが見込まれる。



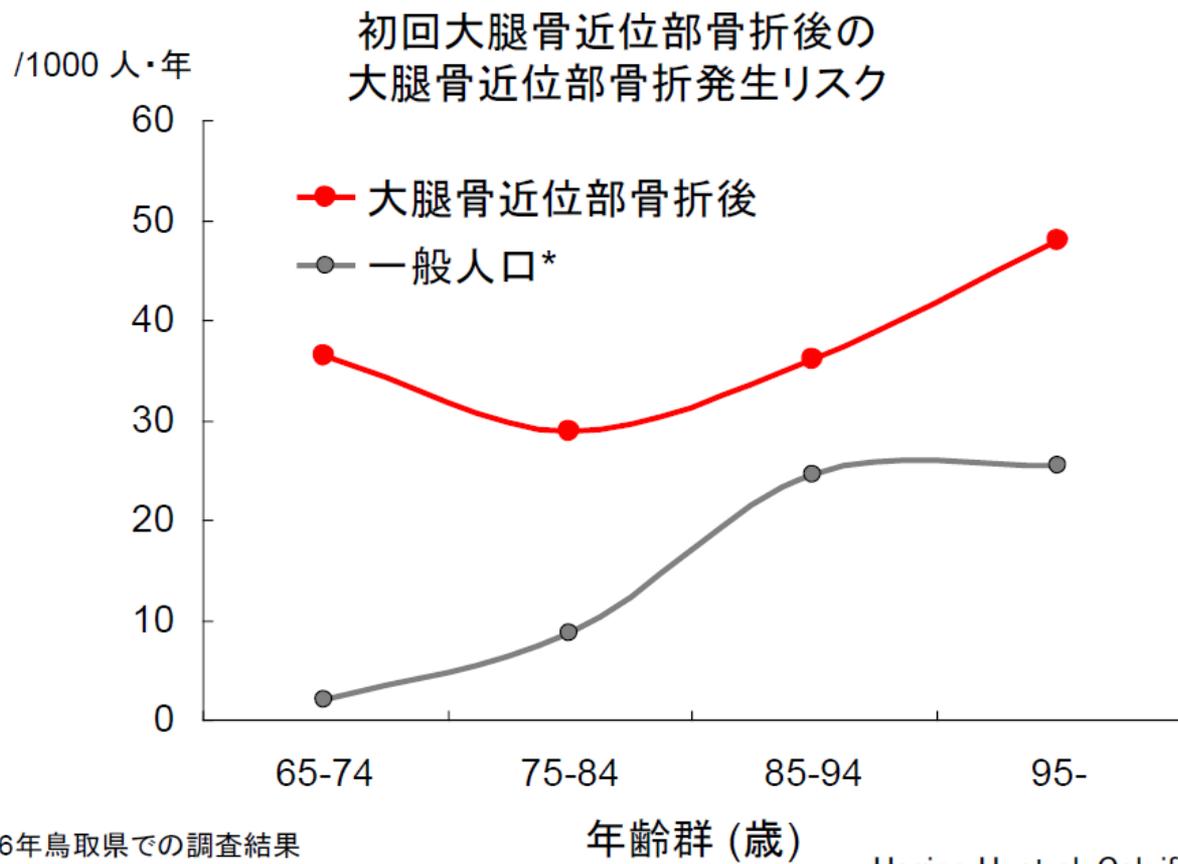
鳥取県での性・年齢階級別発生率(2004-2006年平均値)を元に、日本の将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所平成24年1月推計)に基づいて推計

Hagino H, et al. Osteoporos Int. 2009; 20:543-548

新潟リハビリテーション病院山本先生提供

初回骨折後の二次骨折

- 初回の骨折が続発する骨折の危険因子であることが知られている。



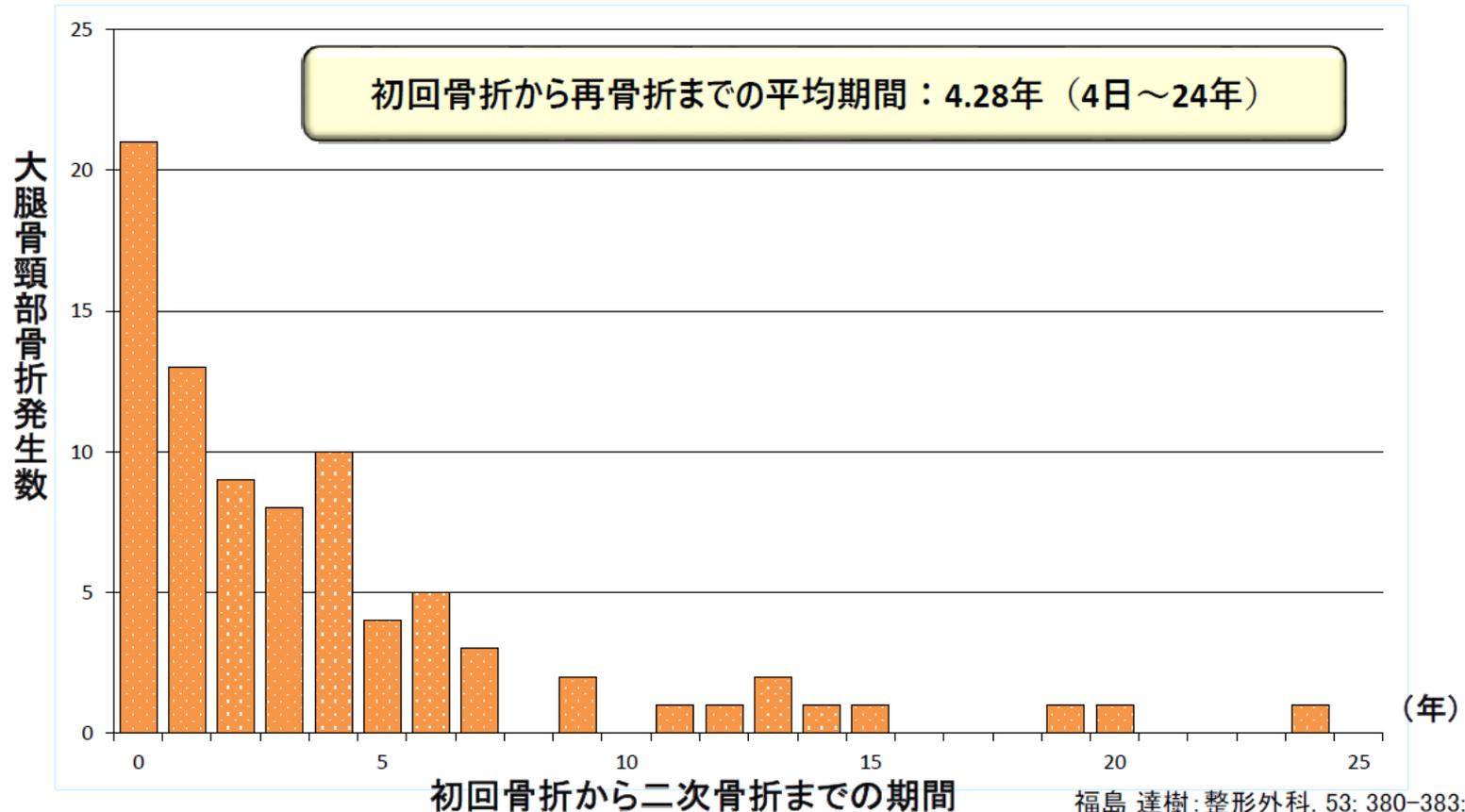
* 2004-2006年鳥取県での調査結果

Hagino H, et al. Calcif Tissue Int. 2012 ;90:14-21.

初回骨折後の二次骨折

- 初回骨折から再骨折までの期間は、4日から24年と幅があるが、平均期間は4.28年と比較的短い期間で発生している。

《 大腿骨頸部 骨折の健側骨折発生数と二次骨折までの期間 》



福島 達樹：整形外科, 53; 380-383: 2002.
新潟リハビリテーション病院山本先生提供

介護が必要となった原因について

○ 「骨折・転倒」は、介護が必要となった原因のうちの、約1割を占めている。

要介護となった理由

要介護度別 介護が必要になった理由*1



(単位：支援・介護を要する者10万人に対する割合)

出典：新潟リハビリテーション病院山本先生提供

「要支援」：要支援1と要支援2の合計値

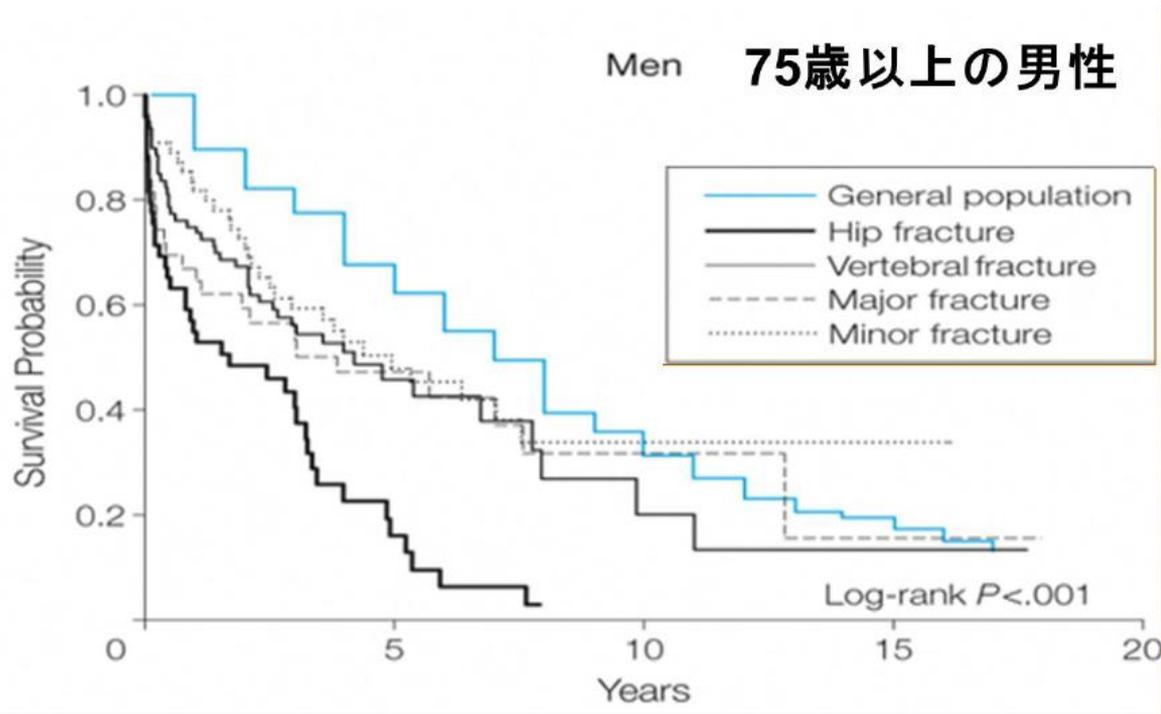
*1) 厚生労働省「国民生活基礎調査（平成26年）」※熊本県は除外

骨粗鬆症の予後

- 骨粗鬆症を有する大腿骨骨折の患者の生命予後は、健常人やその他の部位の骨折患者と比較して、生命予後が悪いことが指摘されている。

骨粗鬆症性骨折と生命予後

JAMA. 2009;301(5):513-521. doi:10.1001/jama.2009.50



二次骨折予防のための取り組みについて

- 二次骨折予防のための取り組み等について、英国において大腿骨近位部骨折後の患者の二次性骨折等が問題となり、二次骨折予防等の取り組みが始められた。
- 日本における骨折後の骨粗鬆症治療の実施率調査では、骨粗鬆症治療を必ず行うと回答した医療機関は急性期の医療機関で約1割、回復期の医療機関で約2割であった。

骨折リエゾンサービス

FLSの始まり

Fractre Liaison Services

- **1980年～1990年代の英国の状況**
 - 大腿骨近位部骨折患者増加と病院間格差の問題
 - 手術治療の遅れ、未熟な手技
 - 骨折後高い死亡率、褥瘡発生、
 - 術後合併症による再入院、骨折連鎖の放置
- **1992年と1997年 多施設審査Clinical Audit**
 - 医療の質の継続的向上が必要と結論

(Freeman C, et al Qual Saf Health Care 11: 239-, 2001)

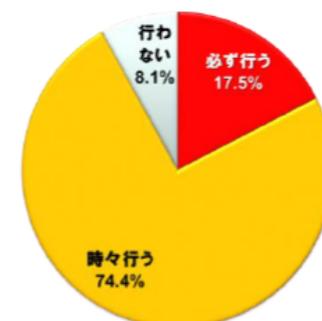
出典:新潟リハビリテーション病院山本先生提供

地域連携パスにおける骨折後の骨粗鬆症治療

大腿骨近位部骨折地域連携パス全国調査



急性期 267病院



回復期 414病院

宮腰ら 日整会誌 86、913-920、2012

骨折後の二次骨折予防による骨粗しょう症治療を行うところは1～2割

関係学会によるガイドラインについて

- 日本骨粗鬆症学会等による「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」においては、骨粗鬆症の一次予防からその治療までが示されている。
- 「骨折リエゾンサービスクリニカルスタンダード」においては、骨折患者の骨粗鬆症治療開始率を上げること等を目的に、クリニカルスタンダードの内容が示されている。

○ 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン

編集：日本骨粗鬆症学会、日本骨代謝学会、骨粗鬆症財団

目的

医師と医療従事者のために骨粗鬆症予防に関する啓発と最新治療法の普及が目的

骨粗鬆症の
予防と治療ガイドライン
2015年版

- ・ 骨粗鬆症の定義・疫学および成因
- ・ 骨粗鬆症の診断
- ・ 骨粗鬆症による骨折の危険因子とその評価
- ・ 骨粗鬆症の予防
- ・ 骨粗鬆症の治療
- ・ 続発性骨粗鬆症
- ・ 資料

○ 骨折リエゾンサービスクリニカルスタンダード

監修：日本骨粗鬆症学会、日本脆弱性骨折ネットワーク

支持：日本骨折治療学会、日本整形外科学会等

目的

骨粗鬆症治療開始率及び治療継続率を上げること等により、脆弱性骨折患者が二次骨折を回避し、QOLを維持すること



- ・ 対象患者の特定
- ・ 二次骨折リスクの評価
- ・ 投薬を含む治療の開始
- ・ 患者のフォローアップ
- ・ 患者と医療従事者への教育と情報提供

二次骨折予防のための取り組みについて

- 脆弱性骨折患者に対する骨粗鬆症治療の開始率と継続率向上のために、以下のリエゾンサービスが提言されている。
- チームメンバーは、医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、医療ソーシャルワーカー、介護福祉士等から構成される。
- 「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2015年版」を中心に、骨折予防に対してエビデンスをもつ薬物治療と転倒予防を基本的介入として行うこととされている。



- ステージ1：
FLS によって治療されるべき脆弱性骨折の患者であることを特定しFLS チームメンバーに周知させる
- ステージ2：
骨折後できる限り早期に評価し、少なくとも骨折後90日以内に、「[骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015年版](#)」に基づいて評価
- ステージ3：
二次骨折リスクの評価終了後すぐに「[骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2015 年版](#)」を中心に、骨折予防に対してエビデンスをもつ薬物治療と転倒予防を基本的介入として行う。
- ステージ4：
退院後3～4ヵ月、1年後の追跡フォロー。長期治療計画には、薬物治療、転倒発生の有無、二次骨折状況、日常活動、生存状況を含める。
- ステージ5：
医療から介護まで、脆弱性骨折に関わるすべての職種および患者・家族に対して骨粗鬆症に対する知識の共有とFLSの意義について啓発する。

骨粗鬆症の
予防と治療ガイドライン
2015年版

継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設

- ▶ 大腿骨近位部骨折の患者に対して、関係学会のガイドラインに沿って継続的に骨粗鬆症の評価を行い、必要な治療等を実施した場合の評価を新設する。

(新) 二次性骨折予防継続管理料

イ 二次性骨折予防継続管理料 1 1,000点 (入院中1回・手術治療を担う一般病棟において算定)

ロ 二次性骨折予防継続管理料 2 750点 (入院中1回・リハビリテーション等を担う病棟において算定)

ハ 二次性骨折予防継続管理料 3 500点 (1年を限度として月に1回・外来において算定)

[対象患者]

- イ： **大腿骨近位部骨折を発症し、手術治療を担う保険医療機関の一般病棟に入院している患者であって、骨粗鬆症の有無に関する評価及び必要な治療等を実施したもの**
- ロ： **イを算定していた患者であって、リハビリテーション医療等を担う病棟において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの**
- ハ： **イを算定していた患者であって、外来において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの**

[算定要件]

1. イについては、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨折の予防を目的として、骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。
2. ロについては、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。
3. ハについては、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おいて、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。
4. イについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス (FLS) クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療等が実施された場合に算定する。
5. ロ及びハについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス (FLS) クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び骨粗鬆症の治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に算定する。
6. 診療に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎ックス線写真等による必要な評価を行うこと。

[施設基準]

1. 骨粗鬆症の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
2. 当該体制において、骨粗鬆症の診療を担当する医師、看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。なお、薬剤師については、当該保険医療機関内に常勤の薬剤師が配置されていない場合に限り、地域の保険医療機関等と連携し、診療を行う体制が整備されていることで差し支えない。
3. イの施設基準に係る病棟については、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料に限る。)に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。
4. ロの施設基準に係る病棟については、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

まとめと提言

- ・急性期充実体制加算やICU強化など高度急性期が評価
- ・新たな急性期医療チームが加わった
 - ①迅速対応システム (RRS)
 - ②術後疼痛管理チーム
 - ③周術期薬学管理の評価
 - ④周術期の栄養管理
 - ⑤入院栄養管理体制加算
 - ⑥二次性骨折予防の評価

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