

午前の部

2022年診療報酬改定疑義解釈と結果速報 ～急性期充実体制加算と感染対策向上加算～



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

自己紹介



- 1974年新潟大学医学部卒業、1978年新潟大学大学院医科学研究科修了
- 1978年旧国立横浜病院にて外科医師として勤務。同病院在籍中厚生省から1986年～1988年までニューヨーク州立大学家庭医療学科に留学
- 1994年旧国立医療・病院管理研究所医療政策研究部長
- 1995年旧国立長野病院副院長
- 2006年より国際医療福祉大学三田病院副院長・同大学大学院医療経営福祉専攻教授
- 2020年7月より社会福祉法人日本伝道協会衣笠グループ相談役。
- 政府委員
 - 医療計画見直し等検討会座長（厚労省2010年～2011年）
 - 中医協入院医療等の調査評価分科会会長（厚労省2012年～2018年）
 - 規制改革推進会議医療・介護ワーキンググループ専門委員（内閣府2019年～2021年）

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

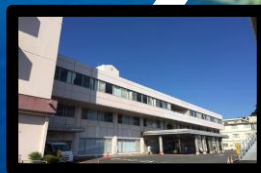
衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ

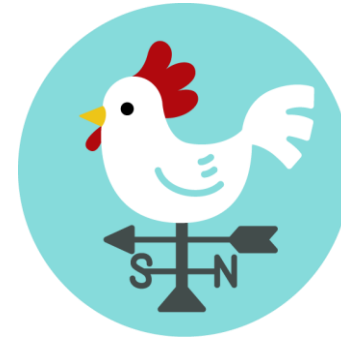
三浦



長瀬
ケアセンター

浦賀

目次



- パート 1
 - コロナと急性期医療
- パート 2
 - 急性期充実体制加算と総合入院体制加算
- パート 3
 - 急性期充実体制加算と結果速報
- パート 4
 - 感染防止向上加算疑義解釈と結果速報
- パート 5
 - 紹介受診重点病院と逆紹介
- パート 6
 - 地域包括ケア病棟の結果速報
- グループワーク

パート1

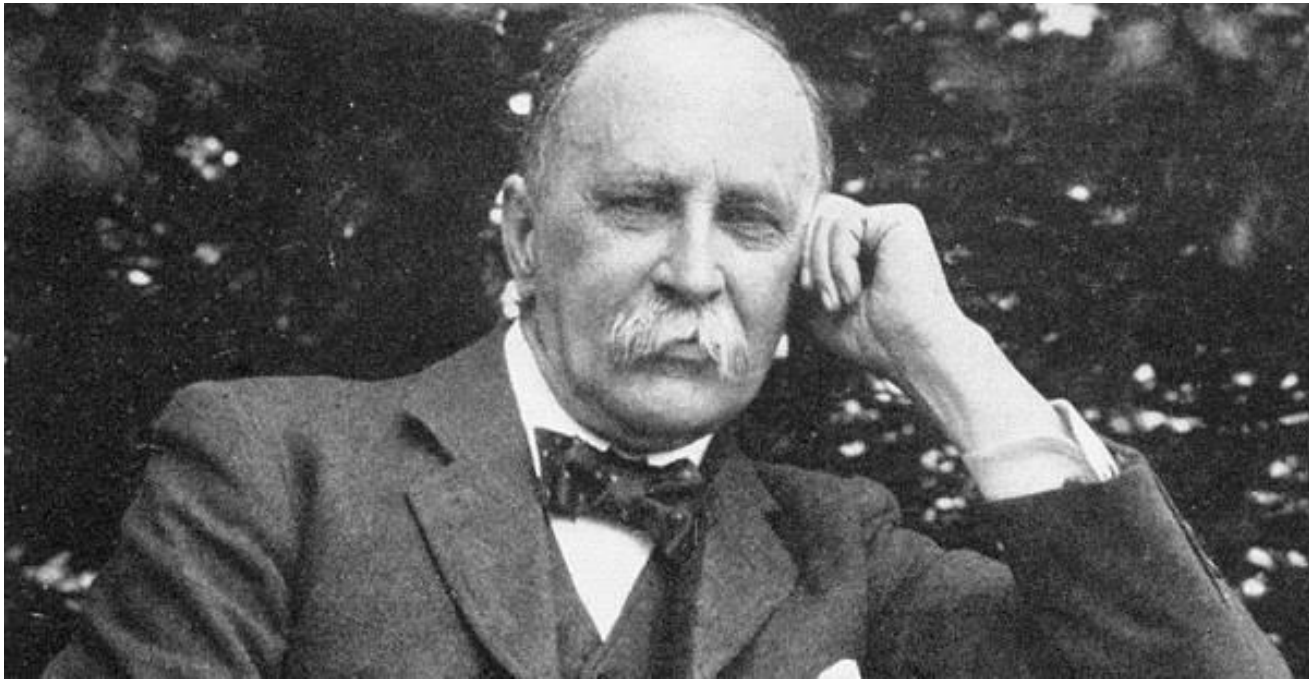
コロナと急性期医療



2020年3月の第一波で新型コロナウイルスで
1か月感染症病棟に入院



肺炎は老人の友である・・・

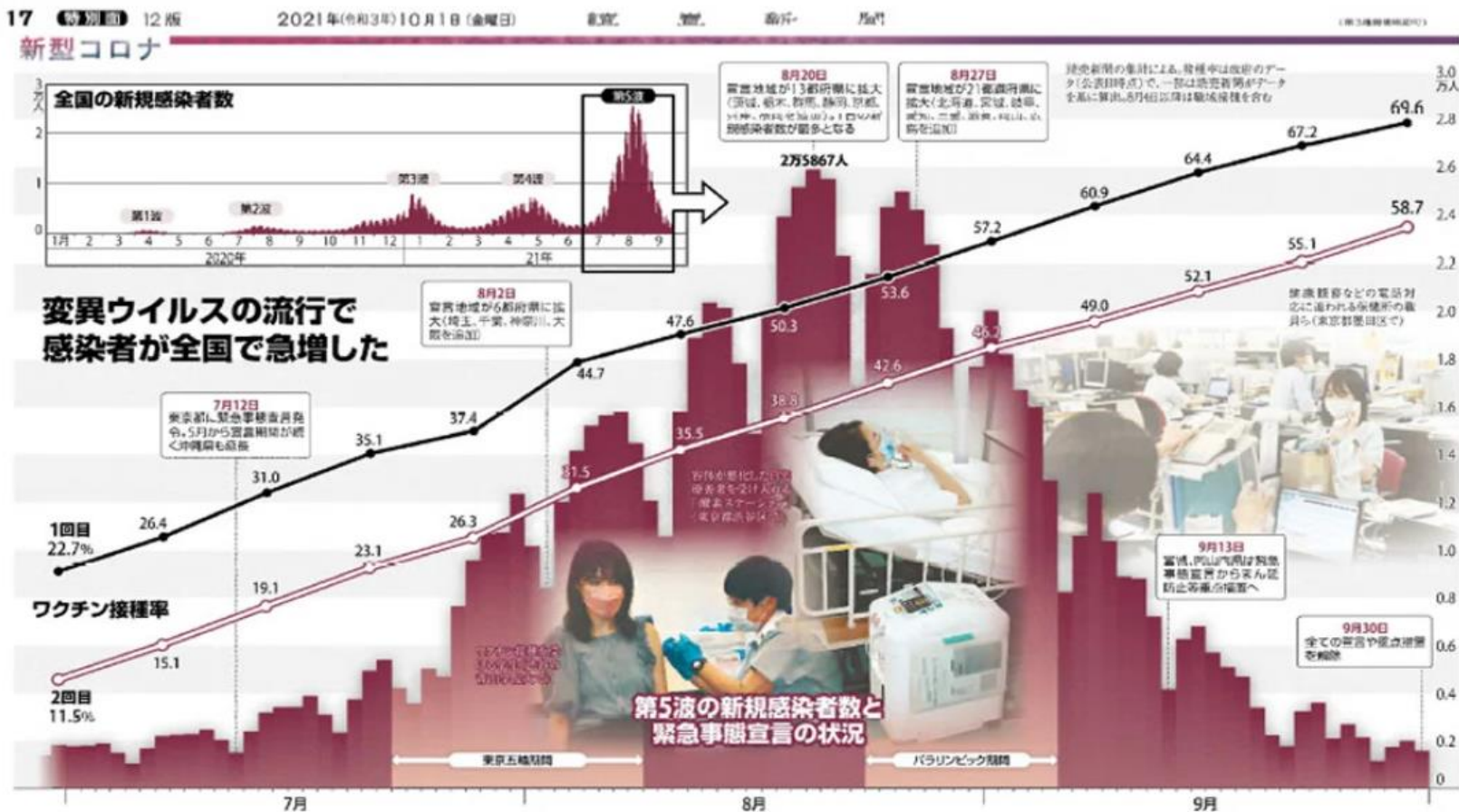


ウィリアム・オスラー (1849～. 1919)

「厚労省きつての医療政策通」に聞いた...どうする？ コロナ「第5波」後の医療提供体制

2021/11/11 15:00

読売新聞オンライン



デルタ株の特徴(従来株との比較、要注)

感染力	約2倍とされる
変異化しやすさ	高い可能性あり
ワクチン	効果低下が下がる恐れ

「第5波」で急増した感染者を受け入れる「感染センター」(東京都墨田区)

受け入れられた感染者を受け入れる「感染センター」(東京都墨田区)

「第5波」で急増した感染者を受け入れる「感染センター」(東京都墨田区)

受け入れられた感染者を受け入れる「感染センター」(東京都墨田区)

第5波「災害級」

コロナ重症者用の集中治療ができる病院の整備ができていなかった

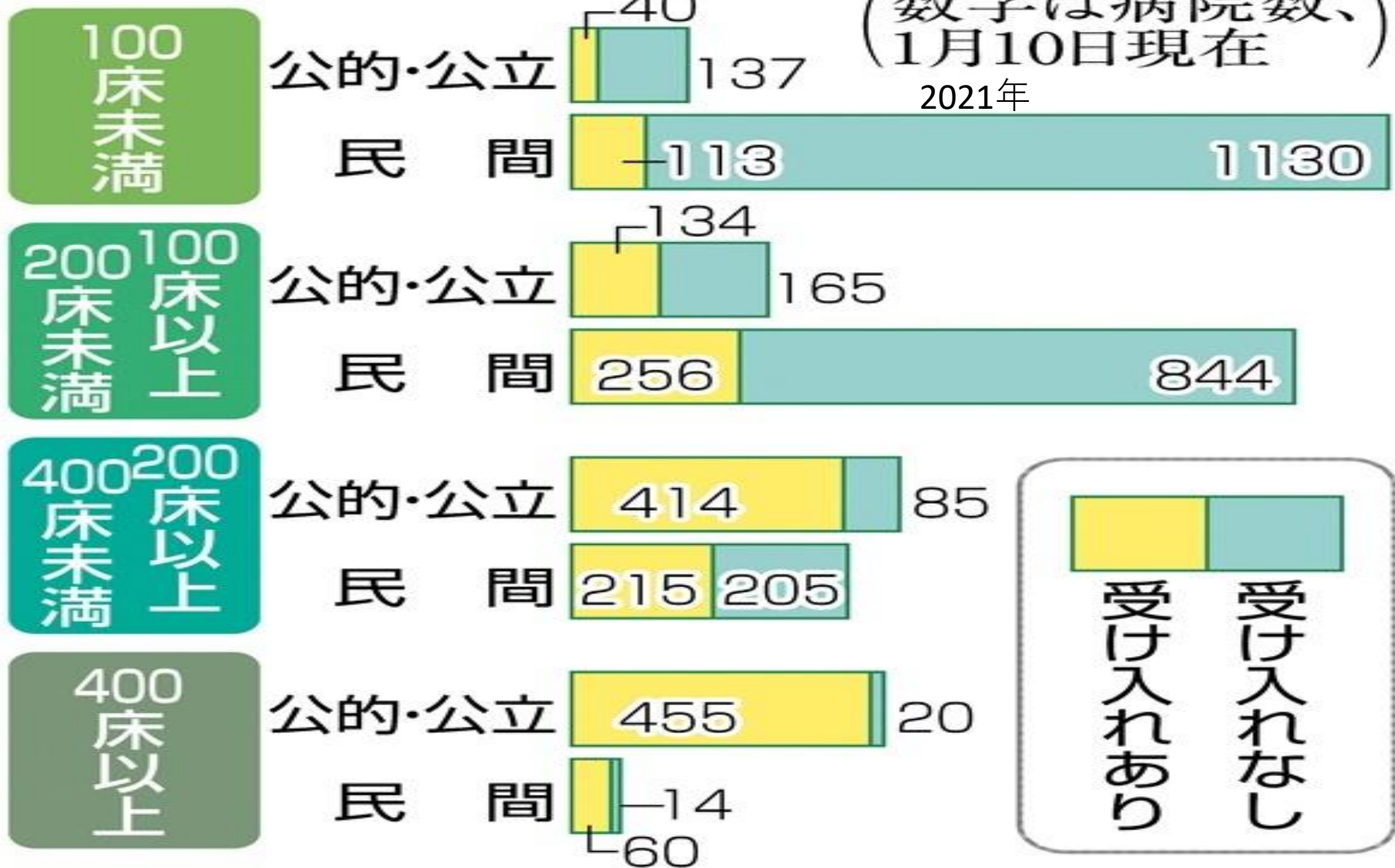
- 厚労省が病床削減を床病が省で入院し、重症者用の集中治療ができていなかった。厚労省が病床削減を床病が省で入院し、重症者用の集中治療ができていなかった。
- 今回の明らかな重症患者の増加は、医療体制の整備が追いついていない。今回の明らかな重症患者の増加は、医療体制の整備が追いついていない。
- 重症患者の増加は、医療体制の整備が追いついていない。重症患者の増加は、医療体制の整備が追いついていない。

- 武田俊彦さん（元厚労省医政局長）



新型コロナウイルス患者の受け入れ状況

(数字は病院数、)
1月10日現在
2021年

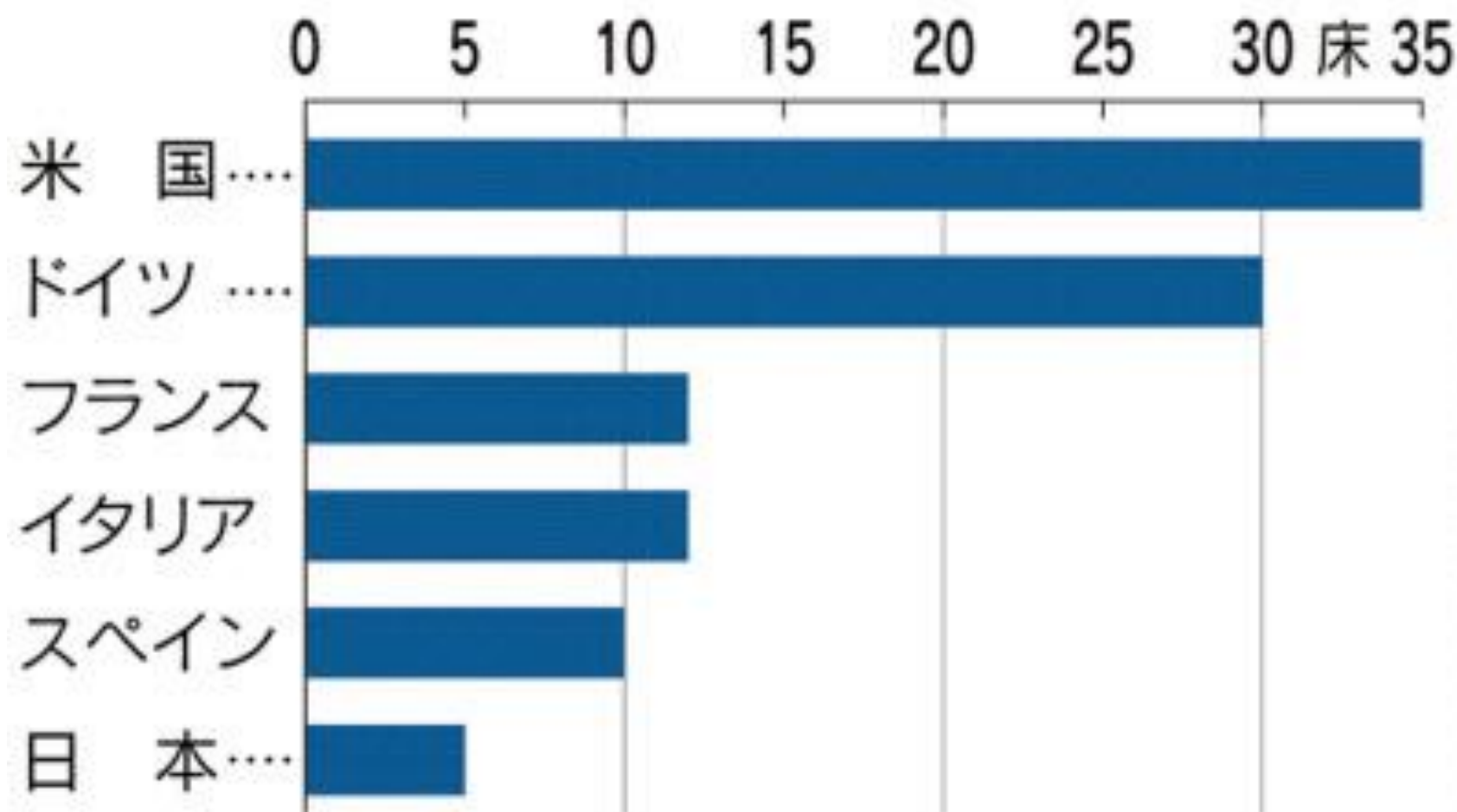


※厚生労働省の資料より。対象は急性期病床を持つ4297病院。公的は日赤、済生会のほか、民間の地域医療支援病院など

コロナでICU不足



人口10万人当たりのICU病床数



(出所) 米国立バイオテクノロジー情報センター
などの資料を基に作成

ICUの病床数とピーク時の重症者 (推計)

	重症患者数	ICU病床数		重症患者数	ICU病床数
北海道	346人	223床	滋賀	79	58
青森	85	38	京都	158	126
岩手	83	32	大阪	513	499
宮城	139	110	兵庫	334	288
秋田	72	30	奈良	86	61
山形	74	31	和歌山	62	34
福島	121	83	鳥取	37	6
茨城	177	122	島根	47	41
栃木	116	80	岡山	119	183
群馬	121	75	広島	173	99
埼玉	418	230	山口	94	68
千葉	367	289	徳島	50	21
東京	699	764	香川	63	56
神奈川	503	349	愛媛	91	58
新潟	149	32	高知	49	44
富山	69	28	福岡	303	327
石川	70	52	佐賀	51	30
福井	49	37	長崎	89	56
山梨	52	12	熊本	113	79
長野	135	74	大分	77	42
岐阜	124	74	宮崎	72	50
静岡	228	112	鹿児島	106	86
愛知	409	351	沖縄	73	135
三重	110	34			

重症者は厚生労働省の推計式から国勢調査(2018年10月現在)を基に算出。ICU病床は日本アルトマークの調査(2019年11月現在)

コロナで治療室を有する
急性期病棟の強化の課題
が明らかになった



パート 2

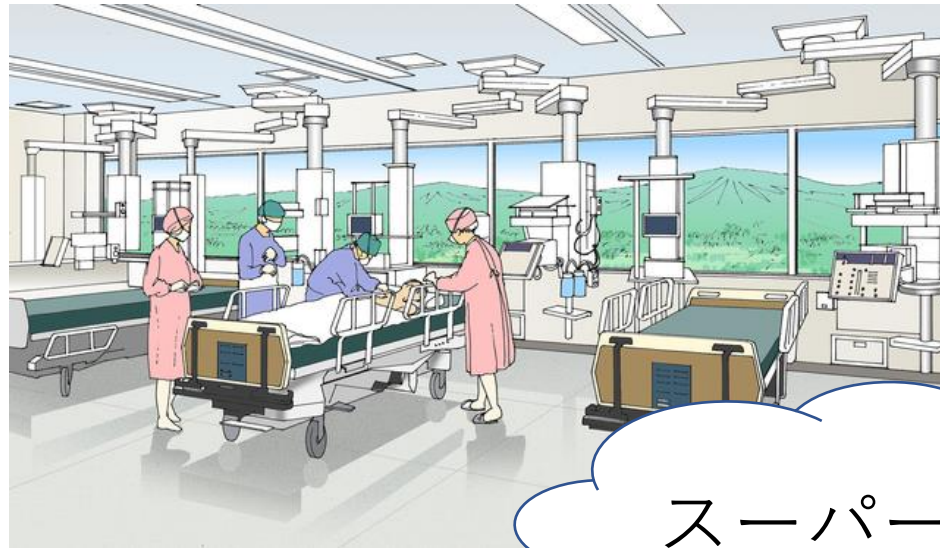
急性期充実体制加算と 総合入院体制加算



shutterstock.com • 1427561408

- 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

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
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、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

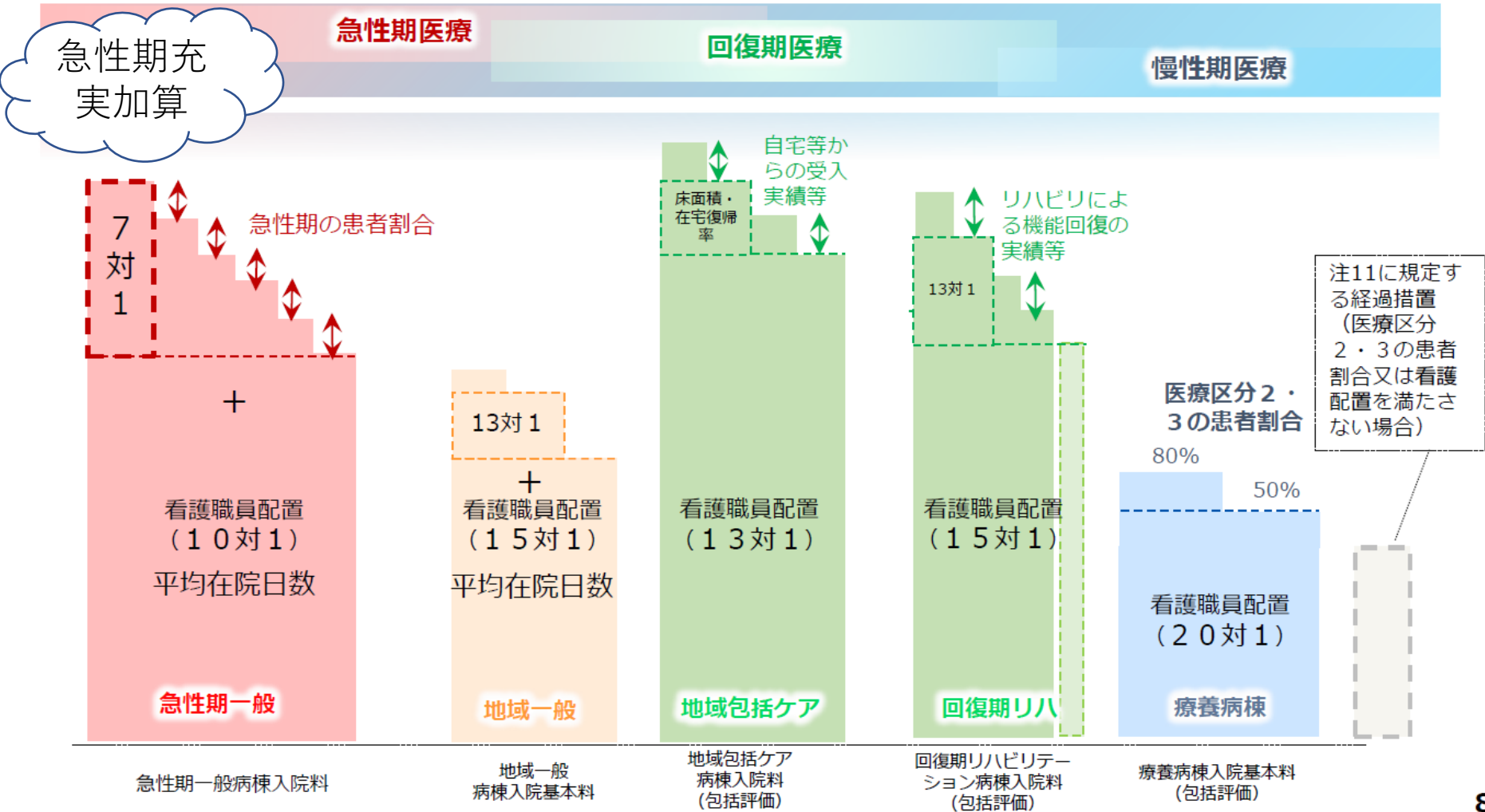
手術件数、救急搬送数、化学療法・放射線療法件数など

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

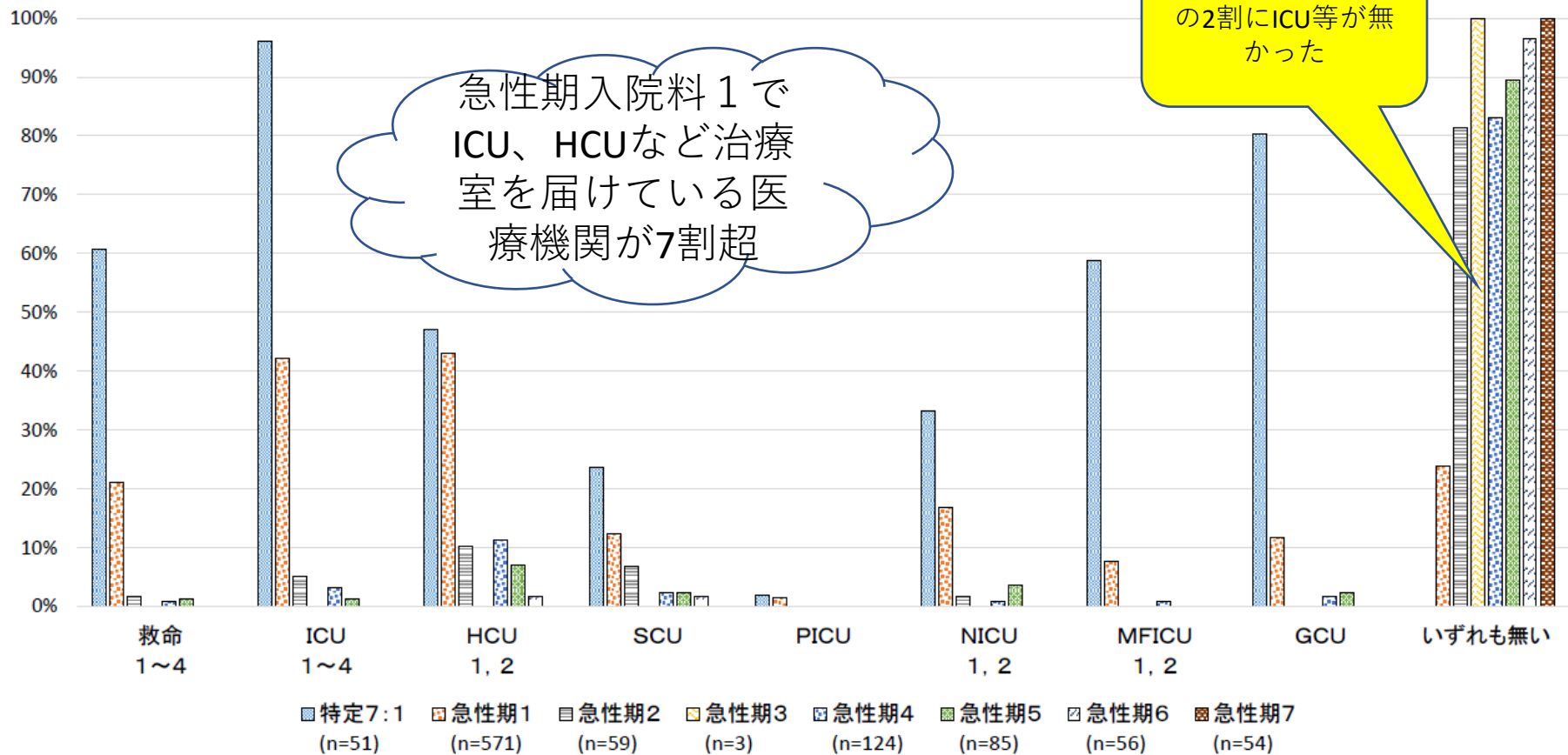
入院料等	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料1を届け出ている（急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている） 敷地内禁煙に係る取組を行っている ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である 総合入院体制加算の届出を行っていない 			
24時間の救急医療提供	いずれかを満たす	<ul style="list-style-type: none"> ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満：6.0件/年/床以上 自院又は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	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>ア 右のうち、4つ以上満たす</p> <p>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</p> <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 </td> <td style="vertical-align: top;"> <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。） </td> </tr> </table>	<p>ア 右のうち、4つ以上満たす</p> <p>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</p> <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。）
<p>ア 右のうち、4つ以上満たす</p> <p>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</p> <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 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 			

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)



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	<ul style="list-style-type: none"> 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 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	<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） 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 <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	<ul style="list-style-type: none"> 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

院内迅速対応チーム：RSS

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

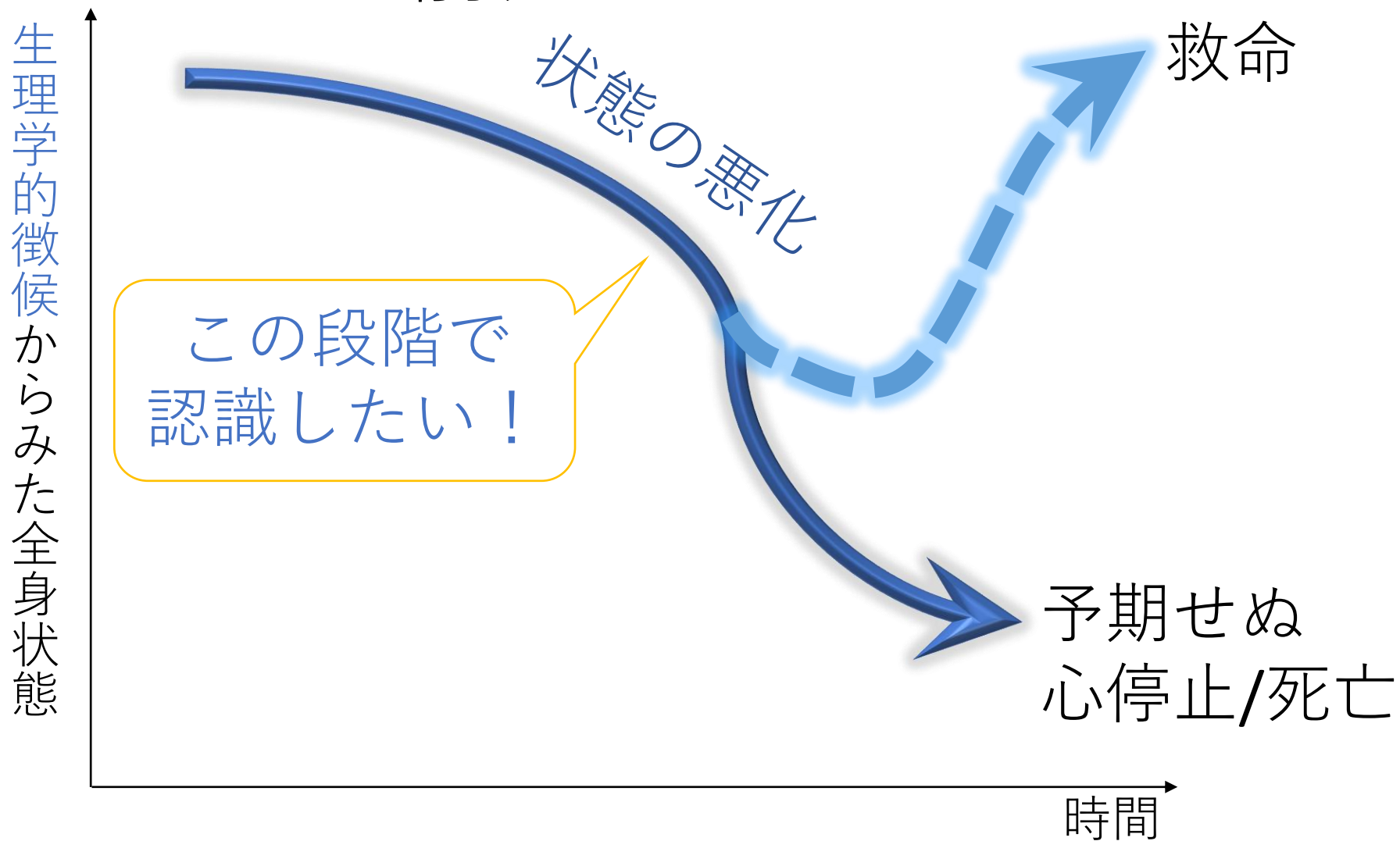
Rapid Response System

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



Rapid Response System

- **RRS**：院内迅速対応システム
- 患者に対する有害事象を軽減することを目的とし、迅速な対応を要するバイタルサインの重大な増悪を含む急激な病態変化を覚知して対応するために策定された介入手段

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%

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)

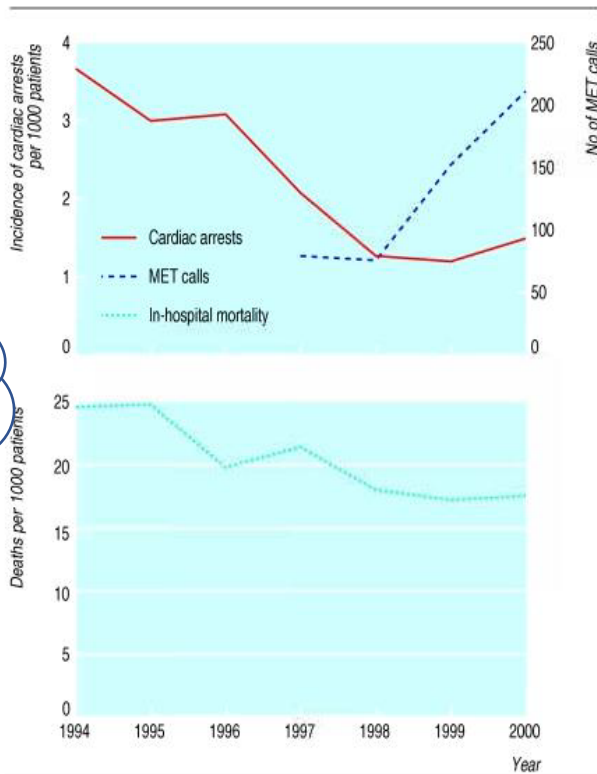
- ICU退室患者と懸念のある入院患者を定期的に訪床して回り、起動基準に抵触する患者を早期発見する

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

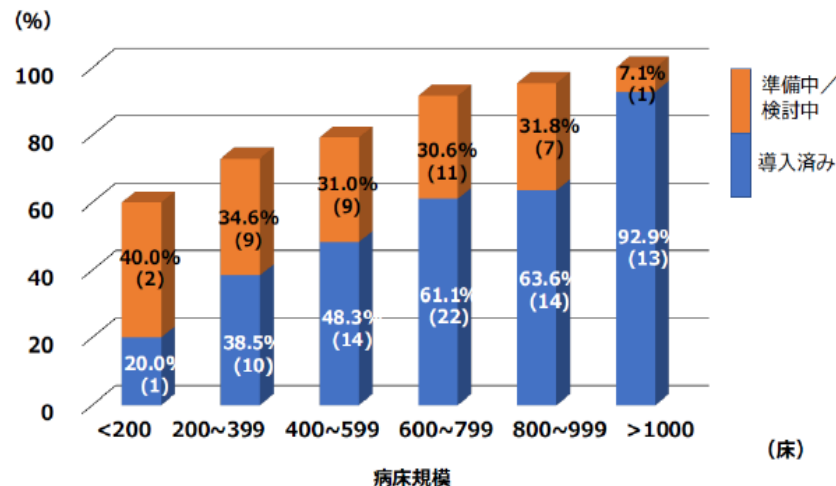
●アメリカにおいて行われた「100,000 Lives Campaign」(医療安全対策キャンペーン)に参加した医療機関の院内死亡が、RRS導入により15%減少した。

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

RRS要件と疑義解釈

- 救急または集中治療経験を有し、所定研修を修了した医師1名
- 救急または集中治療経験を有し、所定研修を修了した専任看護師1名一を核に構成される「院内迅速対応チーム」を設置し、24時間対応体制を確保すること

院内迅速対応チームの医師、及び専任の看護師については救命救急入院料、特定集中治療室管理料等の常時配置が求められている医師看護師との兼任は認められない

RSS研修と疑義解釈

- **【既に疑義解釈1で示された研修】**

- 日本集中治療医学会の「Rapid Response System 出動スタッフ養成コース(日本集中治療医学会認定ハンズオンセミナー)」
- SCCM(米国集中治療医学会)の「FCCS(Fundamental Critical Care Support)」
- 医療安全全国共同行動の「RRSセミナー～急変時の迅速対応とRRS」

- **【疑義解釈15で、新たに示された研修】**

- 日本内科学会の「JMECC(日本内科学会認定救急・ICLS講習会)～RRS対応」

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

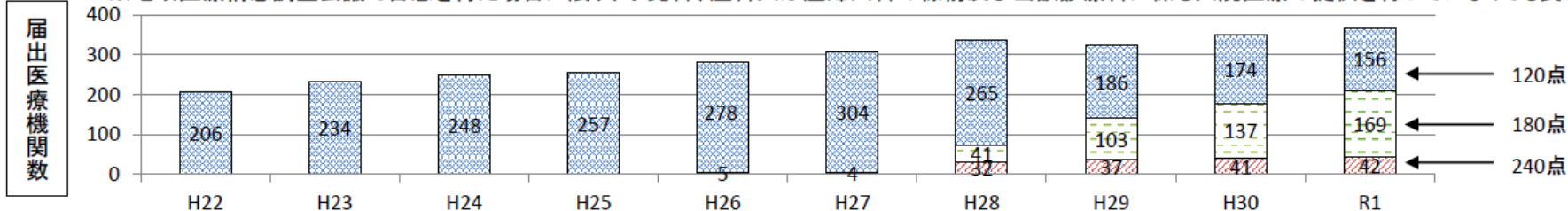
総合入院体制加算の概要

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	<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
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること		
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	—
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A得点2点以上又はC得点1点以上)	3割以上	3割以上	2割7分以上

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。



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。

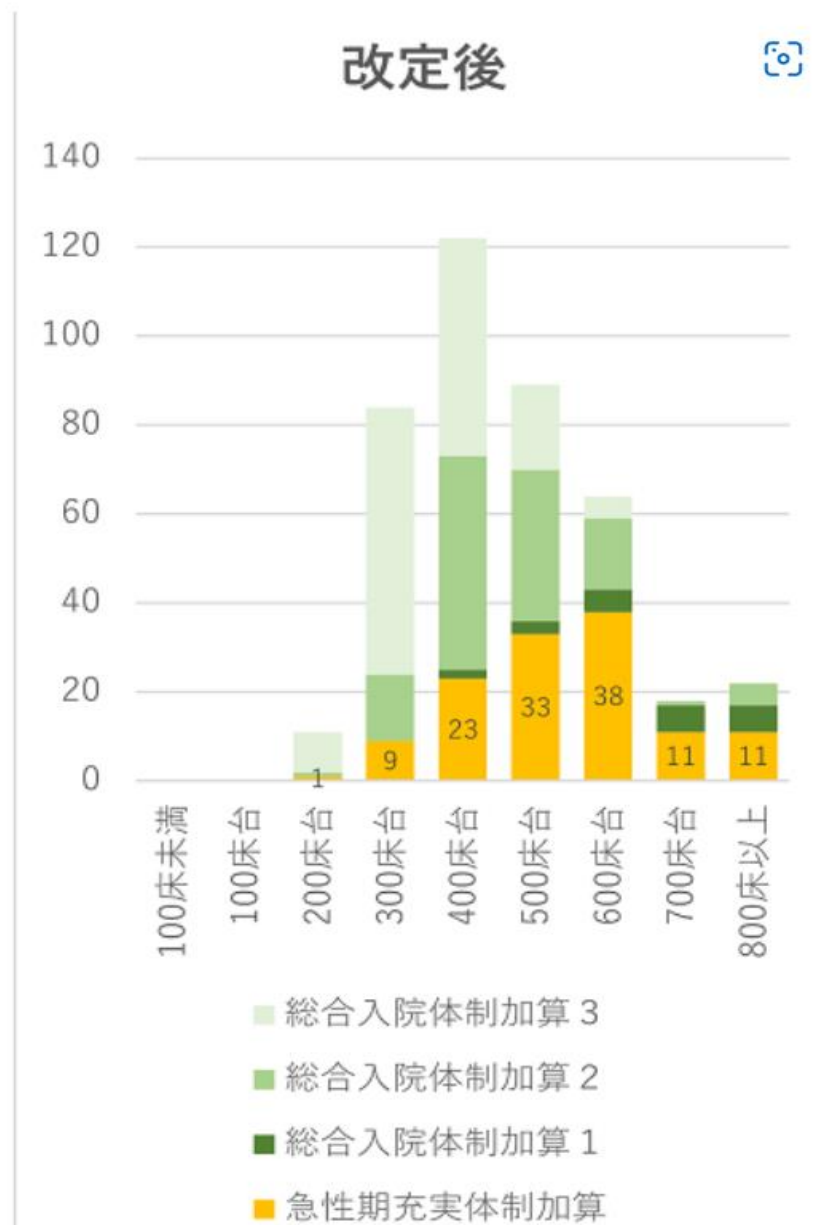
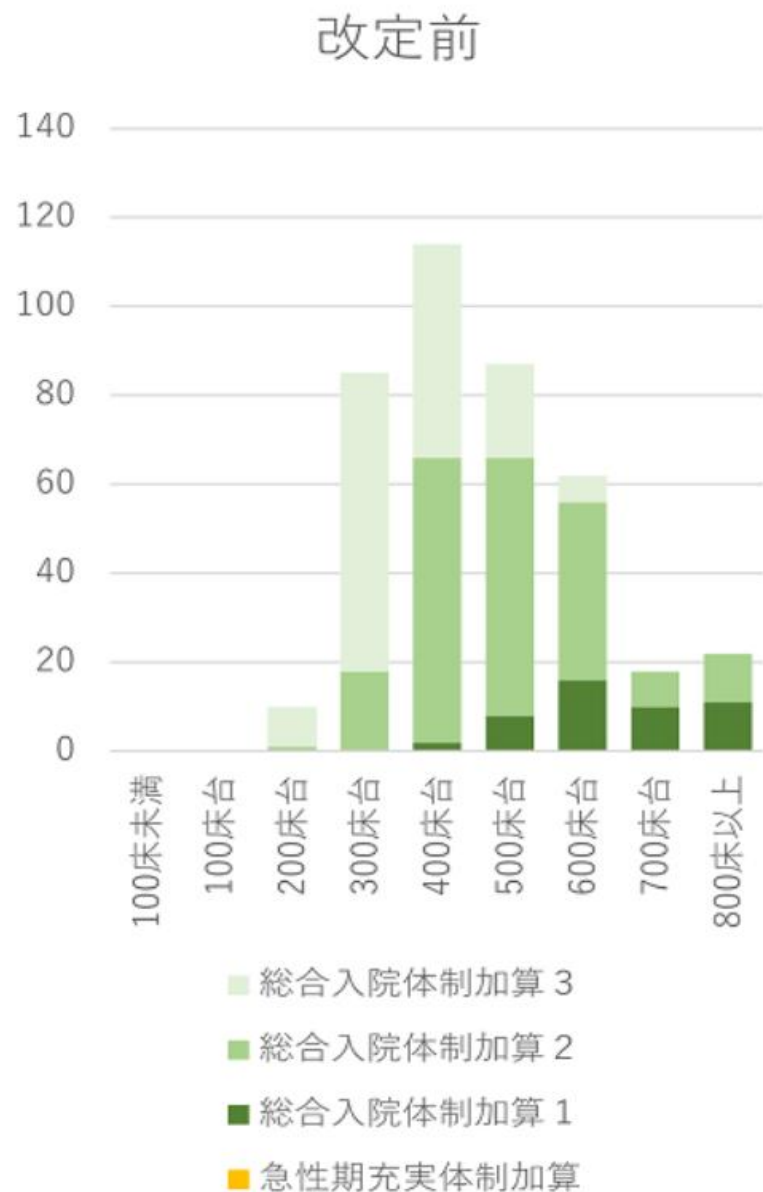
総合入院体制加算と急性期充実加算は同時算定できない

点数と要件	急性期充実体制加算	総合入院体制加算 1
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	○	○

パート 3
急性期充実体制加算
結果速報

2022年6月現在126病院

グラフ1 22年度改定前後の病床規模別 急性期充実体制加算・総合入院体制加算の届出施設数（左）改定前 （右）改定後



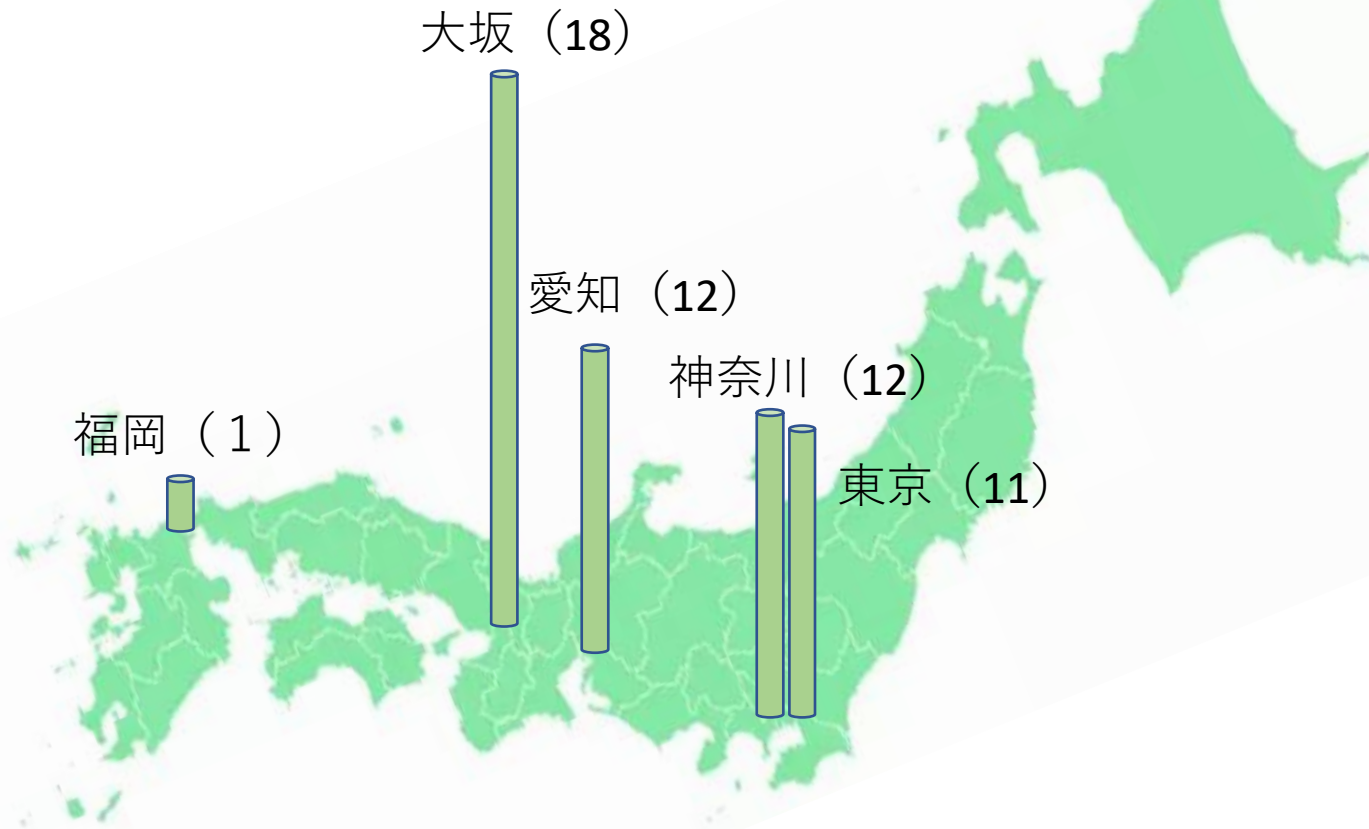
総合入院体制加算から急性期充実体制加算へ

		改定後					総合入院体制加算からの移行率
		急性期充実	総合入院 1	総合入院 2	総合入院 3	届出なし	
改定前	総合入院 1	27	19				58.7%
	総合入院 2	79	1	108		1	41.8%
	総合入院 3	7		3	138	2	4.7%
	届出なし	9	1	2	4		—
合計		122	21	113	142	3	—

出所：改定前 各地方厚生局 届出受理医療機関名簿(2022年1月1日または2月1日現在)、改定後 各地方厚生局 届出受理医療機関名簿(東北・関東信越 2022年4月1日現在、中国：2022年5月1日現在、その他：2022年6月1日現在)を基に作成

※埼玉県は6/10時点で未公表のため、改定前後どちらにも含めていない。

都道府県別の急性期充実体制加算



急性期充実体制加算と 敷地内薬局

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
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 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!



敷地内薬局をすでに持っている
と、急性期充実加算を
取れない!



規制改革会議と敷地内薬局



敷地内薬局

病院

どうして病院と薬局
の間にフェンスがあ
るの?!

薬局



保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則

(2016年3月4日厚生労働省令第27号)

- (健康保険事業の健全な運営の確保)
- 第二条の三 保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、次の各号に掲げる行為を行ってはならない。
 - 一 保険医療機関と一体的な構造とし、又は保険医療機関と一体的な経営を行つこと。
 - 二 保険医療機関又は保険医に対し、患者に対しの特等以上の利益を供与すること。
指し、患者にき旨の財
- 2 前項に規定するほか、保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

規制改革会議公開 デスカッション（2015年3月）



公開デスカッションで
フェンス問題が取り上
げられた。
委員のほとんどがフェ
ンス撤廃を訴えた

門前から地域のかかりつけ薬局へ

- 2015年「患者のための薬局ビジョン」
 - 門前から地域のかかりつけ薬局へ
 - 厚労省は病院との構造的一体に対しては「第二薬局問題」もあり絶対反対



しかし、
ついに厚労
省が認めた

中医協 総 - 5
28 . 1 . 27

2016年

保険薬局の構造規制の見直し等について（案）

1. 課題

- 現在、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）において、医薬分業の下、保険医療機関と保険薬局は、「一体的な経営」だけでなく「一体的な構造」も禁止されており、公道等を介さずに専用通路等により患者が行き来する形態であってはならないとされている。
- これについては、車いすを利用する患者や高齢者等に過度な不便を強いているのではないかとの指摘があり、「規制改革実施計画」（平成27年6月閣議決定）において、「医薬分業の本旨を推進する措置を講じる中で、患者の薬局選択の自由を確保しつつ、患者の利便性に配慮する観点から、保険薬局と保険医療機関の間で、患者が公道を介して行き来することを求め、また、その結果フェンスが設置されるような現行の構造上の規制を改める。保険薬局と保険医療機関の間の経営上の独立性を確保するための実効ある方策を講じる。」とされた。（平成27年度検討・結論、平成28年度措置）

2. 対応の方向性

- 保険薬局の独立性と患者の利便性の向上の両立を図る観点から、現在の「一体的な構造」の解釈を改め、公道等を介することを一律に求める運用を改めることとしてはどうか。（「平成8年3月8日付保険発第22号」の改正）

- ただし、その場合であっても、保険薬局の独立性の確保のため、保険医療機関の建物内に保険薬局がある形態や、両者が専用通路等で接続されている形態については、引き続き、認めないこととしてはどうか。

- また、公道等を介さずに行き来する形態であっても、
 - ・ 保険薬局の存在や出入口を公道等から容易に確認できないもの
 - ・ 保険医療機関の休診日に、公道等から保険薬局に行き来できなくなるもの
 - ・ 実際には、当該医療機関を受診した患者の来局しか想定できないもの等は認めないこととしてはどうか。
※現地の実態を踏まえ、地方社会保険医療協議会において検討し、地方厚生局で判断。

- 保険薬局の経営上の独立性を確保するため、保険薬局の指定の更新時に、不動産の賃貸借関連書類や経営に関する書類など、「一体的な経営」に当たらないことを証明する書類の提出を求めることとしてはどうか。

- なお、これらの見直しについては、円滑な施行のため、一定の周知期間を設けることとしてはどうか。

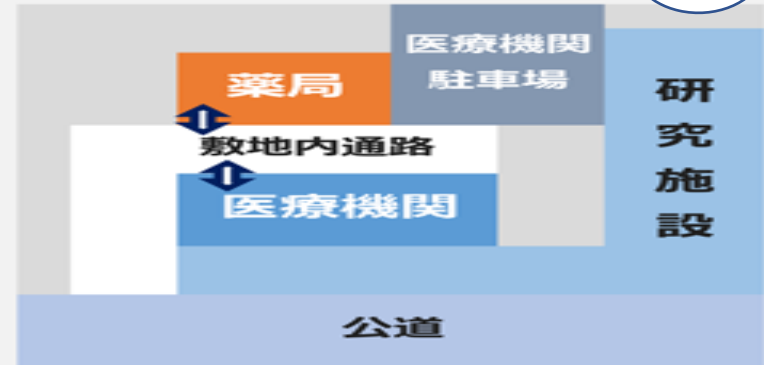
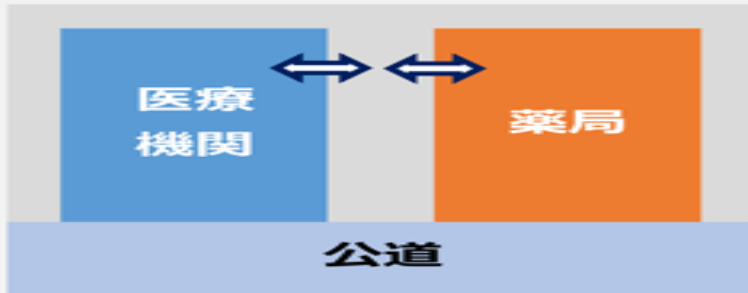
薬局の構造上の独立をめぐる規制の見直し

は駐車場などの敷地



医療機関と薬局を区切るフェンスは不要に
以下のような形態も認められるようになる
(地方厚生局が個別に判断)

2016年
敷地内薬局
の解禁



次のようなケースは引き続き認められない



同じ建物内



専用の通路でつながっている

規制改革会議の
主張は患者（利用者）
の利便性



敷地内薬局は41都道府県187 施設に増加（2020年12月）

- 日本薬剤師会は2021年4月、保険医療機関の敷地内薬局の誘致状況の実態調査結果について、41都道府県187施設だったことを明らかにした
- 調査は2020年12月10日付けで、都道府県薬剤師会を通じて実施した
- 2018年9月に発表された前回調査では33都道府県64施設だった

日本薬剤師会は大反対

- 2018年日本薬剤師会
- 「近頃、複数の公的保険医療機関が当該敷地内に保険薬局を積極的に誘致しているとの情報が寄せられている。もしこうした動向が保険医療機関の経営上の観点から起きているならば、医薬分業の理念を損なうばかりでなく保険医療機関としての矜持のほころびも懸念される。こうした動きはまた患者のための薬局ビジョンの趣旨にも逆行する」

急性期充実体制加算で 敷地内薬局を否定

中医協で全く議論しないまま、厚労省は**2014**年敷地内薬局の見直しを急性期充実体制加算の要件で否定



江戸の敵を長崎で打つ

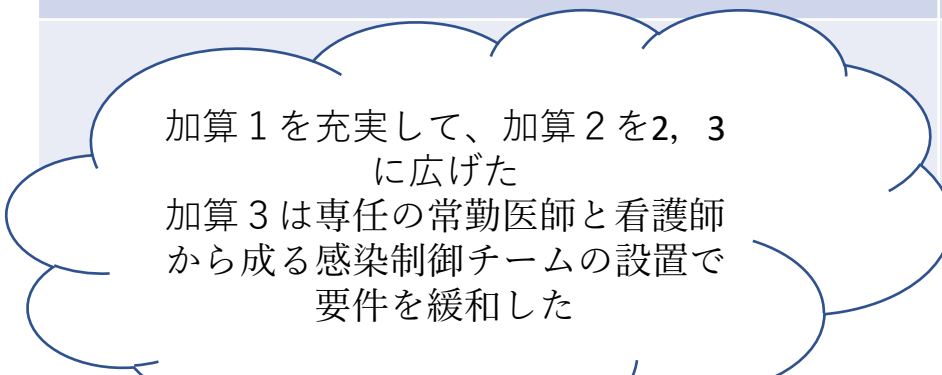
敷地内薬局が急性期充実
体制加算取得のネックと
なっている。

パート4

感染対策向上加算 疑義解釈と結果速報



感染対策向上加算に組み替え

改定前	改定後
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

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

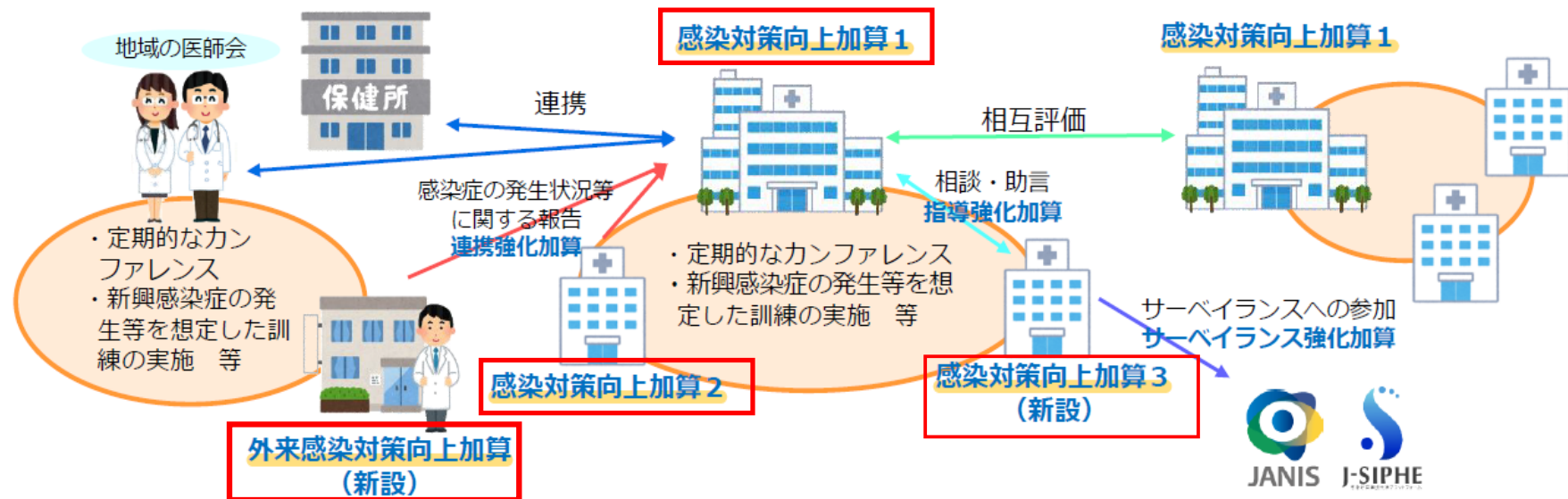
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

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

- 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)



疑義解釈（その1）

感染対策向上加算など

- 感染対策向上加算1 → **重点医療機関に相当**
 - 地域の他医療機関と連携し、「組織的な感染防止対策の基幹的な役割を果たす医療機関」として評価される
- 感染対策向上加算2 → **準備医療機関に相当**
 - 地域の基幹となる加算1取得医療機関と連携し、感染対策に関する十分な経験を持つ看護師・感染管理に関する十分な経験を有するなどの相当程度の感染防止対策体制を敷く医療機関を評価する
- 感染対策向上加算3 → **診療・検査医療機関に相当**
 - 地域の基幹となる加算1取得医療機関と連携し、医師・看護師からなる感染防止対策部門を設置するなどの一定程度の感染防止対策体制を敷く医療機関を評価する
- 外来感染対策向上加算 → **診療所**
 - 地域の基幹となる加算1取得医療機関と連携し、一定程度の感染防止対策体制を敷く診療所を評価する

◆重点医療機関◆

・都道府県が指定。

<施設要件>

○病棟単位で新型コロナウイルス感染症患者あるいは疑い患者用の病床を確保していること

※病棟 = 診療報酬の考え方に準拠、
看護体制 1 単位

○全病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること

○療養病床ではないこと（療養病床利用の場合は種別変更）

◆協力医療機関◆

・都道府県が指定。

<施設要件>

○新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室を設定して、
病床を確保していること

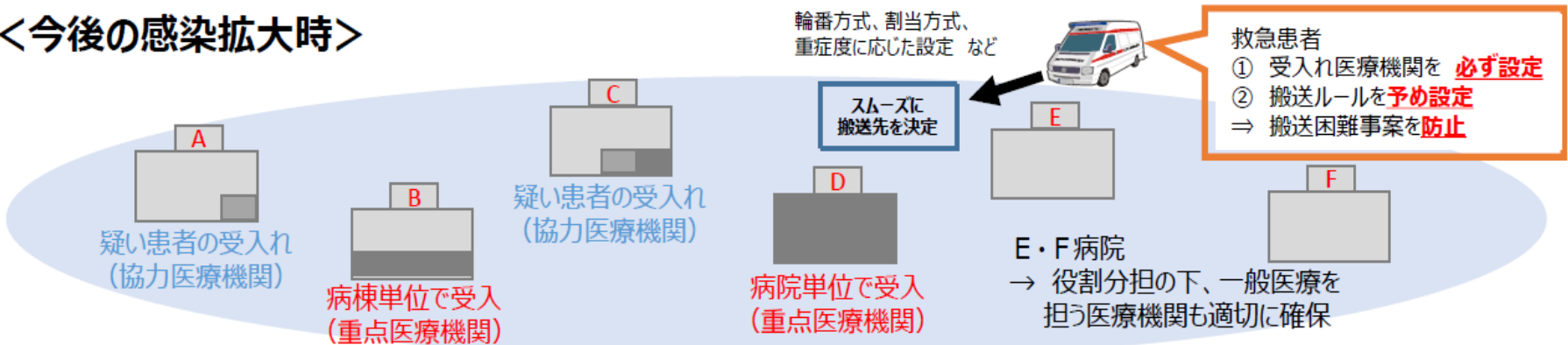
※個室 = シャワー、トレイなど他の患者と動線が独立

○全病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること

○療養病床ではないこと（療養病床利用の場合は種別変更）

○必要な検体採取が行えること

<今後の感染拡大時>



重点医療機関の指定状況

令和4年6月22日時点

令和4年6月24日公表

都道府県	医療機関数	病床数	(参考1) 確保病床数	(参考2) 確保病床数に 占める割合
全国合計	1,745	37,560	43,145	87%
01北海道	123	2,076	2,212	94%
02青森県	22	401	457	88%
03岩手県	19	297	325	91%
04宮城県	24	522	527	99%
05秋田県	4	101	289	35%
06山形県	11	245	245	100%
07福島県	26	631	751	84%
08茨城県	33	531	609	87%
09栃木県	23	516	591	87%
10群馬県	29	574	629	91%
11埼玉県	58	1,436	1,827	79%
12千葉県	77	1,279	1,564	82%
13東京都	135	6,259	7,179	87%
14神奈川県	110	2,100	2,100	100%
15新潟県	21	541	664	81%
16富山県	13	444	481	92%
17石川県	19	379	410	92%
18福井県	23	341	441	77%
19山梨県	11	380	389	98%
20長野県	53	518	520	100%
21岐阜県	20	700	894	78%
22静岡県	34	589	644	91%
23愛知県	70	1,497	1,723	87%
24三重県	27	455	463	98%
25滋賀県	24	471	503	94%
26京都府	40	719	960	75%
27大阪府	170	3,795	4,130	92%
28兵庫県	78	1,425	1,529	93%
29奈良県	29	470	522	90%
30和歌山県	15	507	588	86%
31鳥取県	10	281	350	80%
32島根県	15	319	371	86%
33岡山県	15	290	554	52%
34広島県	27	462	583	79%
35山口県	37	591	595	99%

協力医療機関の指定状況

令和4年6月22日時点

令和4年6月24日公表

都道府県	医療機関数	病床数
全国合計	1,019	3,551
01北海道	120	333
02青森県	4	10
03岩手県	16	12
04宮城県	4	25
05秋田県	2	3
06山形県	18	38
07福島県	21	43
08茨城県	42	261
09栃木県	13	47
10群馬県	32	85
11埼玉県	58	290
12千葉県	17	34
13東京都	34	187
14神奈川県	111	555
15新潟県	21	48
16富山県	22	6
17石川県	17	11
18福井県	8	4
19山梨県	27	75
20長野県	7	34
21岐阜県	18	182
22静岡県	2	4
23愛知県	35	219
24三重県	4	5
25滋賀県	3	5
26京都府	20	64
27大阪府	0	0
28兵庫県	29	139
29奈良県	24	82
30和歌山県	5	69
31鳥取県	1	1
32島根県	9	12
33岡山県	25	64
34広島県	29	59
35山口県	13	48
36徳島県	10	23
37香川県	12	43

疑義解釈（その10）

- 都道府県の判断で一時的に重点医療機関から協力医療機関に変更されるケースがある
- 都道府県の要請により速やかに重点医療機関としての再度指定を受ける体制にあるときは、重点医療機関の体制を有すると考えてもよい。
- この場合は自治体のホームページにおいて当該病院が重点医療機関として指定を受けていた期間、都道府県の要請により速やかに重点医療機関として再度指定を受ける体制にあることを公開する必要がある。

感染対策向上加算の 連携体制と疑義解釈

疑義解釈（その4）連携の実績

- 「当該加算の実績」は以下（これらの実績は届け出の際には求められない）ことが、疑義解釈4で明確化。
- **【感染対策向上加算1】**
 - 「職員を対象とした、年2回程度以上の定期的な院内感染対策に関する研修」の実績
 - 「保健所・地域医師会と連携した、加算2・3医療機関と合同での年4回程度以上の定期的な院内感染対策カンファレンス」「うち少なくとも1回の新興感染症発生等想定訓練」の実績
 - 「他の加算1医療機関と連携した年1回程度以上の相互訪問による感染防止対策に関する評価」（ピアレビュー）の実施（自院による評価の実施、他院による評価受審）の実績
 - 「抗菌薬適正使用を目的とした年2回以上の院内研修」の実績
- **【感染対策向上加算2・感染対策向上加算3】**
 - 「職員を対象とした年2回程度以上の定期的に院内感染対策に関する研修」の実績
 - 「年4回程度以上の、加算1医療機関が主催する定期的な院内感染対策に関するカンファレンス」への参加実績
 - 「加算1医療機関が主催する新興感染症発生等を想定した訓練」への年1回以上の参加実績
- **【外来感染対策向上加算】**
 - 「職員を対象とした年2回程度以上の定期的に院内感染対策に関する研修」の実績
 - 「年2回程度の、加算1医療機関または地域医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス」への院内感染管理者の参加実績
 - 「加算1医療機関または地域医師会が主催する、新興感染症発生等を想定した訓練」への年1回以上の参加実績
- ただし「届け出の際に求められない」だけであり、加算取得後には、これら実績を満たさなければならない
- 加算取得後の1年間で必要な回数の研修実施、カンファレンス・訓練への参加をしなければならない

疑義解釈（その15）

院内感染対策に関するカンファレンス

- 感染対策向上加算1では保健所や地域医師会と連携し、感染制御チームによる院内感染対策に関するカンファレンスを少なくとも年4回程度開催すること、同加算2・3ではこのカンファレンスに感染制御チームが少なくとも年4回程度参加していること
- 感染対策向上加算について同加算1と同加算2・3の届け出医療機関との合同カンファレンスの参加者について、原則として「感染制御チームを構成する各職種で少なくとも1人が参加する必要がある

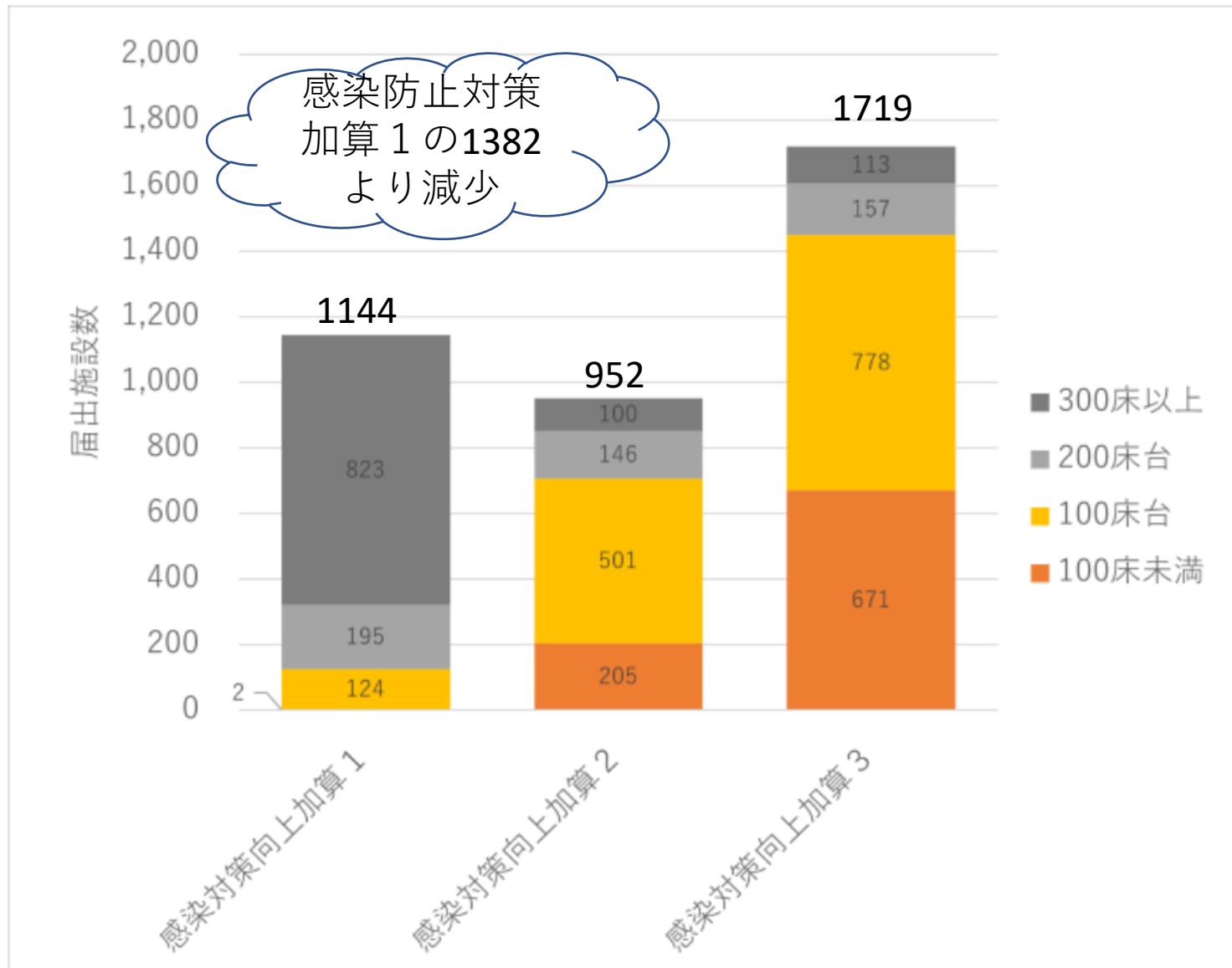
疑義解釈（その10）

定期的な巡回

- 感染対策向上加算の「定期的な院内巡回」
- 感染防止対策部門内の感染制御チームが週1回程度、定期的に院内を巡回して感染事例を公開すると共に院内の感染防止対策の実施状況を把握・指導することを求めている。
- この院内巡回に関して、チーム全員で実施することが望ましいとしたうえで、それが難しい場合は少なくとも2人以上で行うこととした。また必要に応じて各部署を巡回することや、それぞれの病棟を毎回巡回することを求めている。

感染向上対策加算 結果速報

グラフ2 感染対策向上加算の届出状況（病床規模別）



各地方厚生局 届出受理医療機関名簿（東北・関東信越 2022年4月1日現在、中国：2022年5月1日現在、その他：2022年6月1日現在）を基に作成

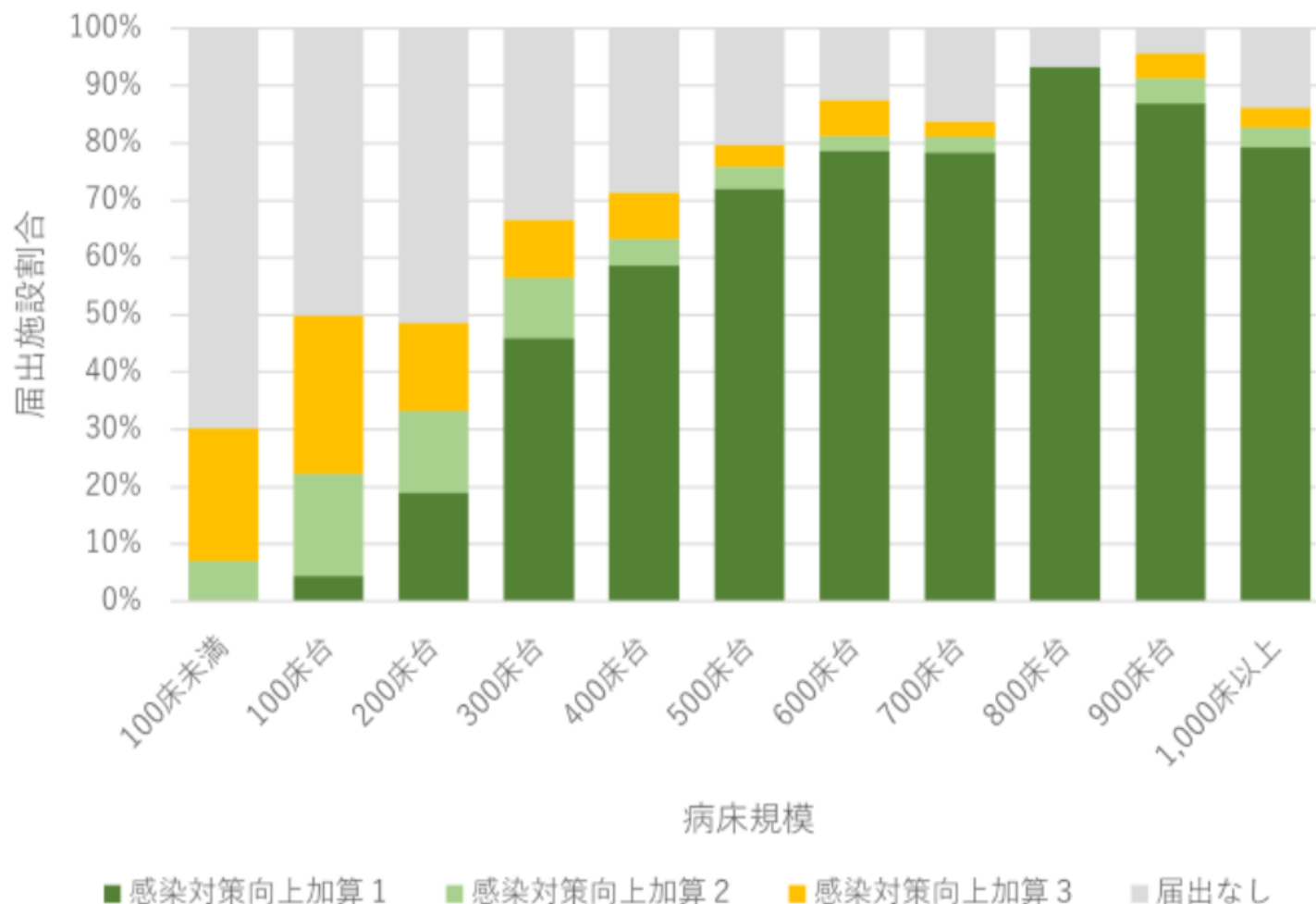
株式会社メディチュア 渡辺優氏資料より

2022年改定前後の取得施設数比較

	感染対策防止加算 (2020年7月)	感染対策向上加算 (2022年6月)
加算 1	1382	1144
加算 2	2728	952
加算 3	—	1719

参考 重点医療機関 1745
協力医療機関 1019
(2022年6月)

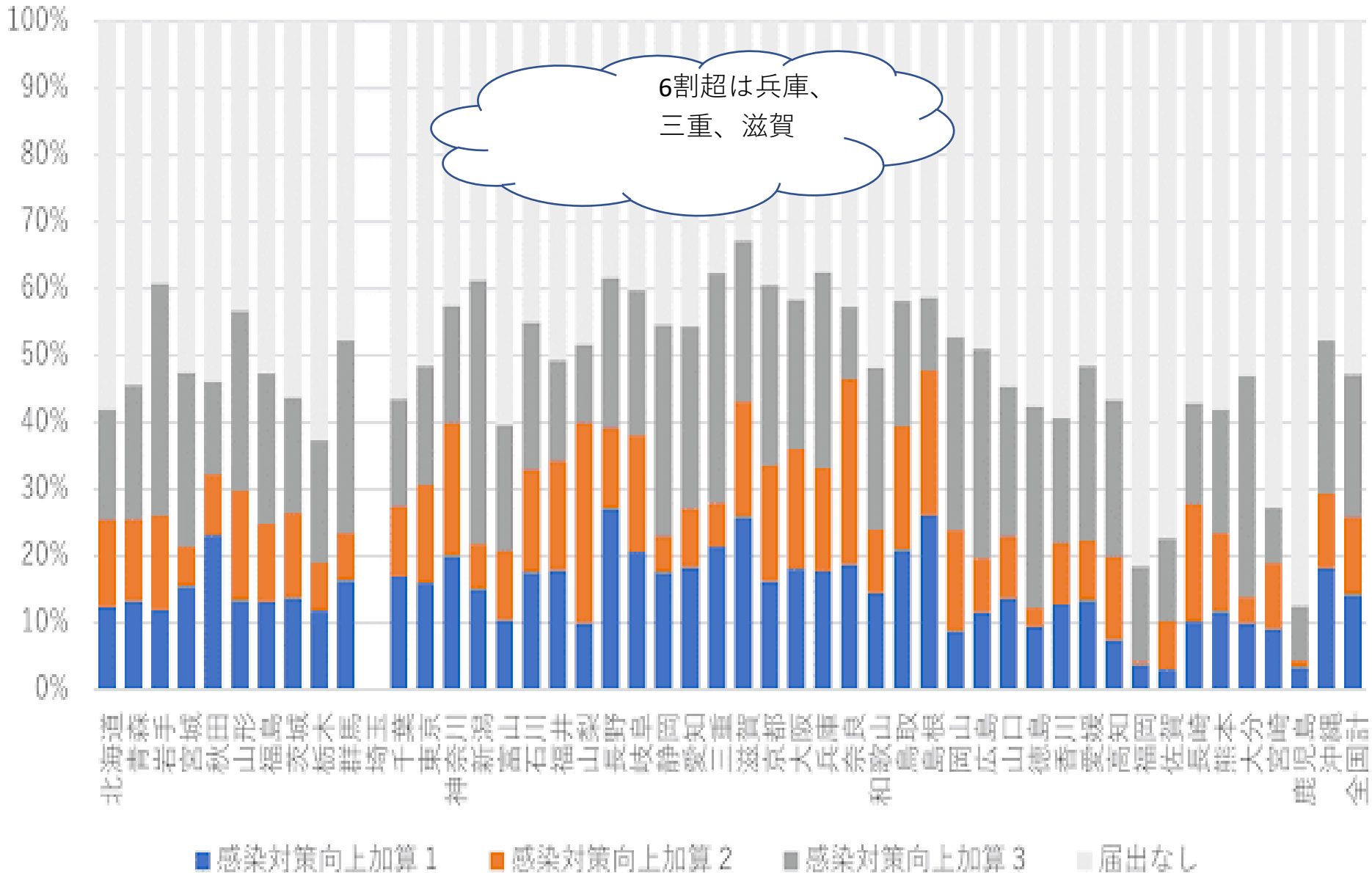
グラフ1 感染対策向上加算の届出状況（病床規模別）



各地方厚生局 届出受理医療機関名簿（東北・関東信越 2022年4月1日現在、中国：2022年5月1日現在、その他：2022年6月1日現在）を基に作成

感染対策向上加算と 地域連携

感染対策向上加算



感染対策向上加算と地域差

- 都道府県別
 - 6割越えの県
 - 滋賀県、三重県、兵庫県
 - 低い県
 - 福岡県、佐賀県、宮崎県、鹿児島県
- 二次医療圏別
 - 100%届け出
 - 淡路（兵庫県）、丹後（京都府）、橋本（和歌山県）

外来感染対策向上加算

- 都道府県別
 - 高い県
 - 岐阜県、群馬県、徳島県、愛媛県
 - 低い県
 - 千葉県、青森県、沖縄県
- 二次医療圏別
 - 高い二次医療圏
 - 群馬県の一部、岐阜県の一部

感染対策向上加算の
取得状況は日ごろの
地域連携に関連している

パート5

紹介受診重点病院と
逆紹介

パート5

紹介受診重点病院と逆紹介



紹介受診重点病院

外来機能分化の流れのなか、
「紹介受診重点病院」
という新類型が出来た

「紹介受診重点医療機関」



2022年改定の
連携課題の最大
の目玉

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。

「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)
- 「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。

医療資源重点活用外来

(参考)地域医療支援病院との関係について

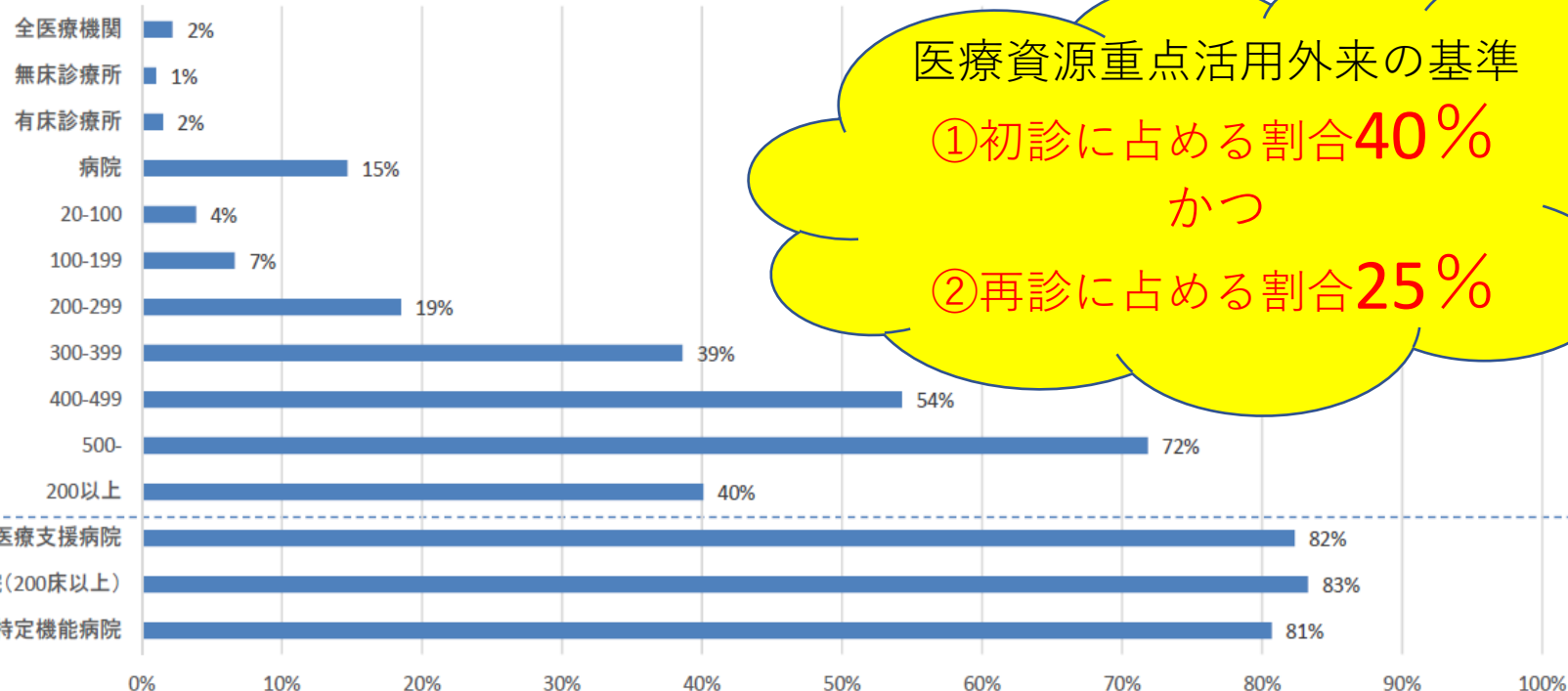
- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 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



(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

(参考) 定額負担の対象病院拡大について

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

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	297 (3.5%)	363 (4.4%)	258 (3.1%)	918 (11.0%)
全体	666 (7.2%)	607 (7.2%)	275 (3.3%)	8,412 (100%)

「拡大」
「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)

現在の定額負担(義務)対象病院

現在の定額負担(任意)対象病院

特定機能病院・地域支援病院で666病院

200床以上一般病院688病院の40%、275病院が該当

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

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

「紹介受診重点医療機関」に該当する病院

種別	施設数	クリア施設数	クリア割合
大都市型	122	72	59.0%
地方都市型	180	111	61.7%
過疎地域型	53	22	41.5%
大都市型 400 床～	37	25	67.6%
200 床～ 399 床	59	37	62.7%
～ 199 床	26	10	38.5%
地方都市型 400 床～	58	49	84.5%
200 床～ 399 床	79	50	63.3%
～ 199 床	43	12	28.0%
過疎地域型 400 床～	15	9	60.0%
200 床～ 399 床	20	7	35.0%
～ 199 床	18	6	33.3%

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 (←288点) 外来診療料の注2、3 55点 (←74点)
 (情報通信機器を用いた初診については186点) **減算**

	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 (%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
逆紹介割合 (%)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
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。 <ul style="list-style-type: none"> 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。 <ul style="list-style-type: none"> 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）。 <ul style="list-style-type: none"> 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。 <ul style="list-style-type: none"> 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

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

新しい式では分母に
再診患者が入った！

逆紹介割合向上の 5つのポイント

- ポイント1 リフィル処方への活用
 - リフィル処方を利用して再受診率の低減
 - リフィル3回まで可
- ポイント2 地域連携パスへの活用
 - 節目定期受診を入れた地域連携パスを患者に渡してかかりつけ医に逆紹介
 - 地域連携パスに逆紹介先へ節目検診の紹介状ひな形を添付
 - 患者の病院との「縁切り不安を解消」役立つ
- ポイント3 逆紹介希望の患者アンケート調査
 - 逆紹介を言い出しにくい患者のため、逆紹介希望アンケートを定期的に実施
 - 逆紹介希望患者の掘り起こし

リフィル処方箋の仕組み

リフィル処方箋の仕組み

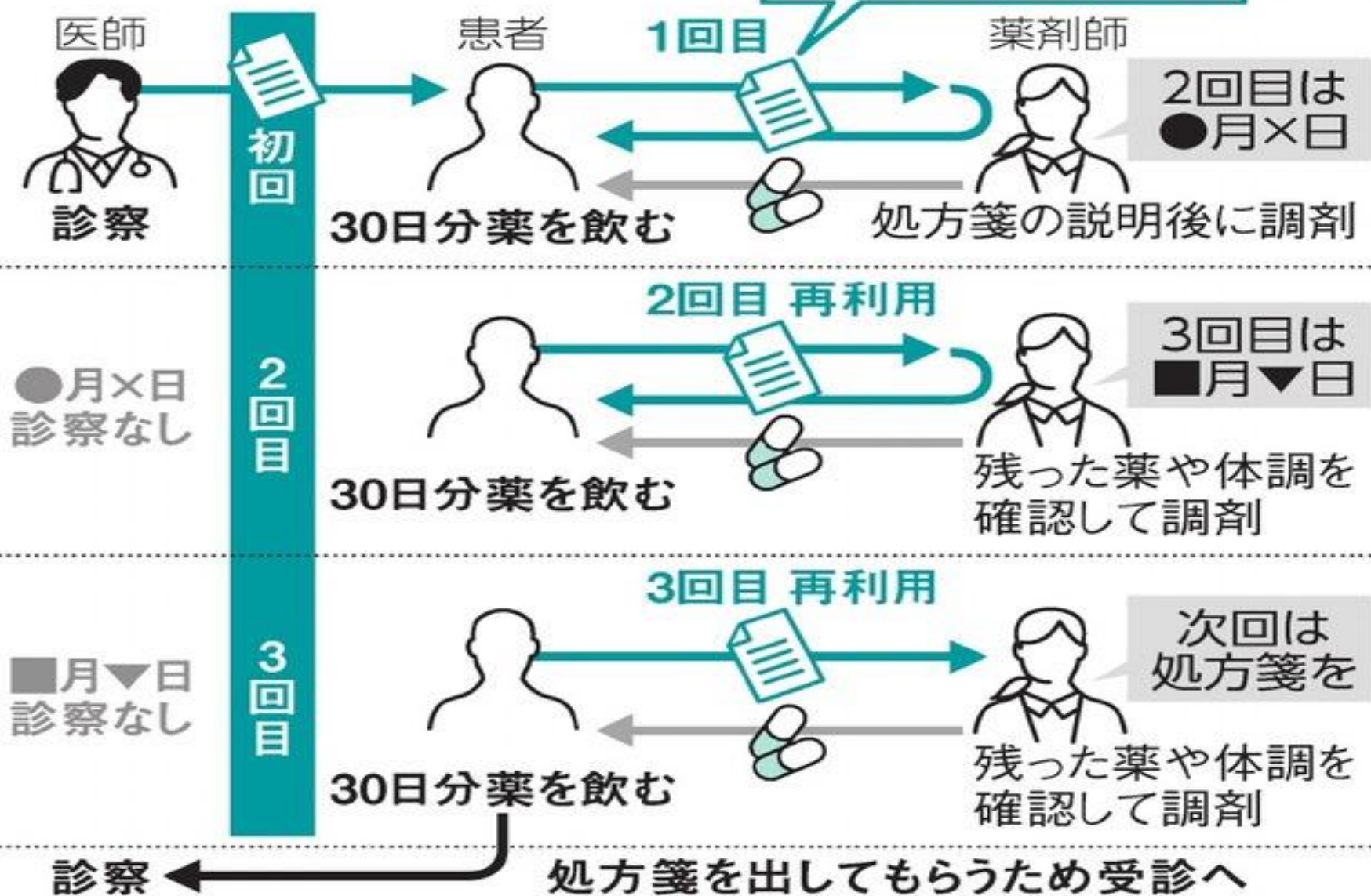
- 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。

処方箋	
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)	
公費負担番号	保険者番号
公費負担診療の受給者番号	新保険者証・新保険者番号の記号・番号 (特番)
氏名	保険医療機関の所在地及び名称
生年月日	電話番号
性別	保険医氏名
区分	新保険者 新被保険者
交付年月日	令和 年 月 日
処方箋の使用期間	令和 年 月 日
変更不可	(※)この処方箋について、保険医療機関(ジェネリック医薬品)への変更を望み、変更があると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
備考	<p>保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)</p> <p>保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供</p> <p>調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)</p> <p>□1回目調剤日(年 月 日) □2回目調剤日(年 月 日) □3回目調剤日(年 月 日)</p> <p>次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)</p>
リフィル可	□ (回)
保険医署名	(「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)
備考	<p>保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供</p> <p>調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)</p> <p>□1回目調剤日(年 月 日) □2回目調剤日(年 月 日) □3回目調剤日(年 月 日)</p> <p>次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)</p>
調剤年月日	令和 年 月 日
公費負担診療番号	
保険薬局の所在地及び名称	公費負担診療の受給者番号

	リフィル可 □ (回)
備考	保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。) □1回目調剤日(年 月 日) □2回目調剤日(年 月 日) □3回目調剤日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供

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



循環型地域連携パス

糖尿病連携パス、がん連携パス、急性心筋梗塞連携パス、認知症連携パス



乳がん 診察・検査予定表

手術日：20 年 月 日

手術後	1年			2年			3年							
	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月					
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
手術病院				●			●				●			
連携先	●	●	●		●	●	●		●	●	●		●	●
診察	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
乳房検査														
マンモグラフィ (MMG)				◎				◎				◎		
乳房超音波 (US)		○		○		○		○		○		○		○
採血	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部X線		○		○		○		○		○		○		○
婦人科				○				○				○		
骨密度		○		○		○		○		○		○		○
内服確認	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
LH-RH注射														

病院再診

病院再診

病院再診

逆紹介向上の5つのポイント

- ポイント4 逆紹介外来センターの開設
 - 逆紹介先を探したり、紹介状、多科診療の患者の処方箋整理、逆紹介状の作成など
 - 総合診療科の外来が地域医療連携室と協働して行うのがふさわしいだろう。
- ポイント5 逆紹介データベースを作成
 - 逆紹介できる診療所の機能をあらかじめ調査して、データベース化
 - (例) インスリン治療患者の受け入れの可否、がん患者の受け入れの可否など
 - 逆紹介パターンのデータベース化
 - Uターン (紹介元に返す)
 - Iターン (紹介状を持たずに来院した患者の逆紹介)
 - Jターン (紹介元とは別の医療機関に逆紹介する)
 - こうしたデータベースを逆紹介に活かす

逆紹介外来センター

- 総合診療科に逆紹介外来センターを設置
- 地域連携室と協働
 - 逆紹介先を探し
 - 多科診療の患者の処方箋整理
 - 逆紹介状の作成など
- 逆紹介先データベースの作成
 - 診療所診療機能
 - 逆紹介パターンの把握



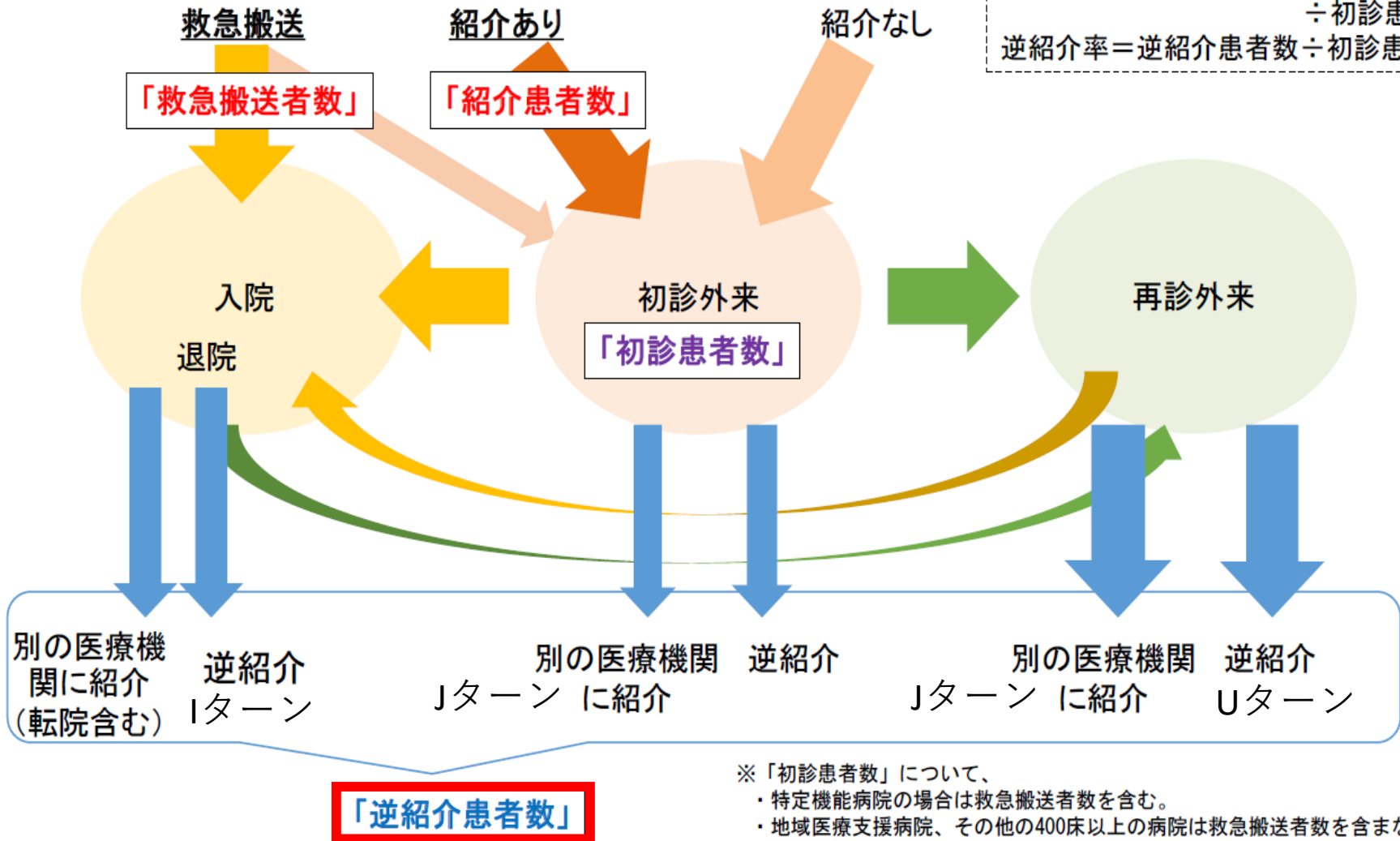
関西医科大学附属病院
総合診療科・地域医療連携部

外来医療における患者の流れと、紹介率・逆紹介率（イメージ）

○ 外来医療における患者の流れを踏まえ、現行の紹介率・逆紹介率について、算出方法に含まれる数値を表現した場合のイメージは以下のとおり。

$$\text{紹介率} = (\text{紹介患者数} + \text{救急搬送者数}) \div \text{初診患者数}$$

$$\text{逆紹介率} = \text{逆紹介患者数} \div \text{初診患者数}$$



※ 「初診患者数」について、
 ・ 特定機能病院の場合は救急搬送者数を含む。
 ・ 地域医療支援病院、その他の400床以上の病院は救急搬送者数を含まない。 37

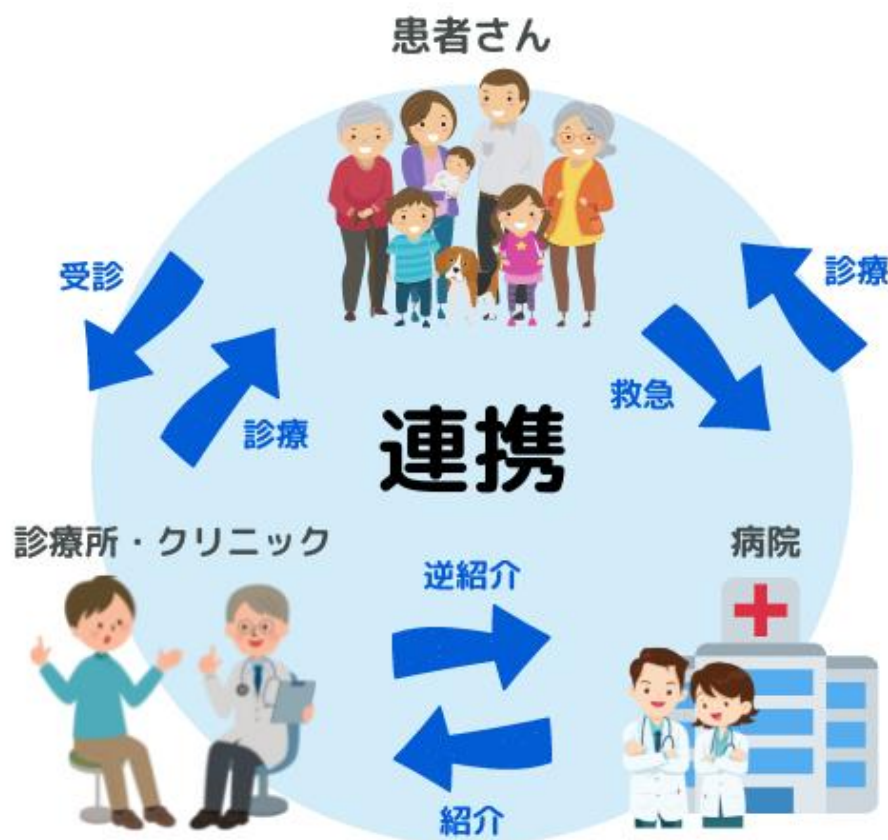
病院は逆紹介を受けるクリニックを探すべき

- 診療所の機能を明確にして病院側に実績をアピールする診療所をさがす
 - 糖尿病のインスリン治療の患者も受けます
 - 抗がん剤服用中の外来患者も受けます
 - CKDの患者も受けます
 - COPDの患者も診ます
 - 認知症の患者も診ます
 - 心不全患者の外来フォローもします
 - パーキンソン患者も診ます

ホームページ
で患者実績を
公表している
クリニックを
さがす



基幹病院との連携する クリニックを探そう

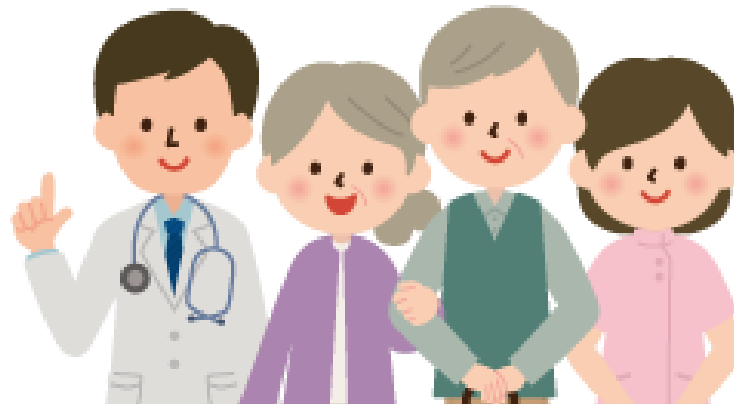


紹介受診重点病院の指定

- 2022年9月から外来報告が始まる
- 2023年1月～3月に地域医療構想調整会議で
紹介受診重点病院の手上げと指名が行われる
- 2023年4月から400床以上病院で紹介受診重点
病院がスタートする
- 2023年4月から指名された病院は紹介受診重点
医療機関入院診療加算800点を算定し、紹介状
のない初診、再診患者に定額負担を徴取できる
ようになる。

パート 6

地域包括ケア病棟の 結果速報



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

急性期・高度急性期



急性期

亜急性期病床の役割

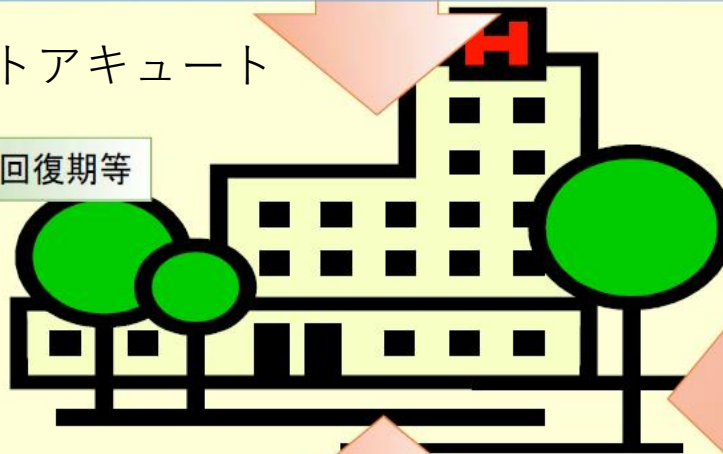
①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

入院患者データの提出

ポストアキュート

亜急性期・回復期等



②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

サブアキュート

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養
介護等

介護施設等

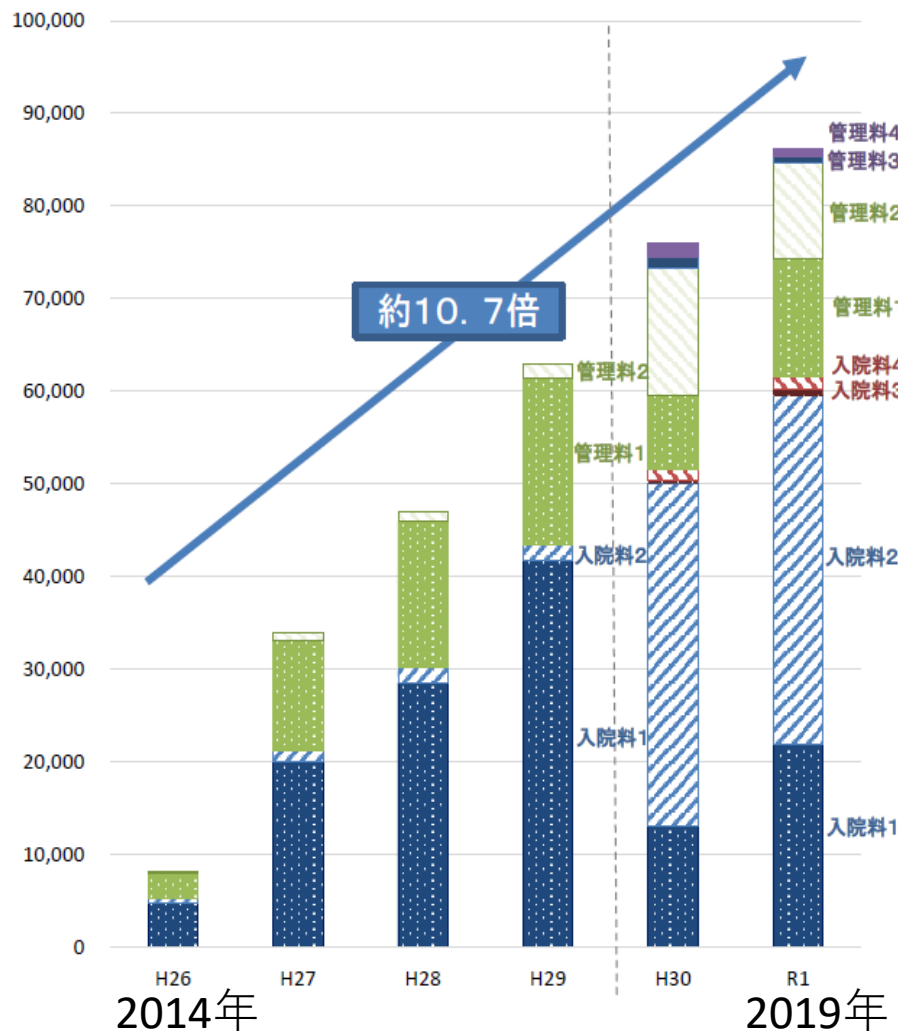


自宅・在宅医療

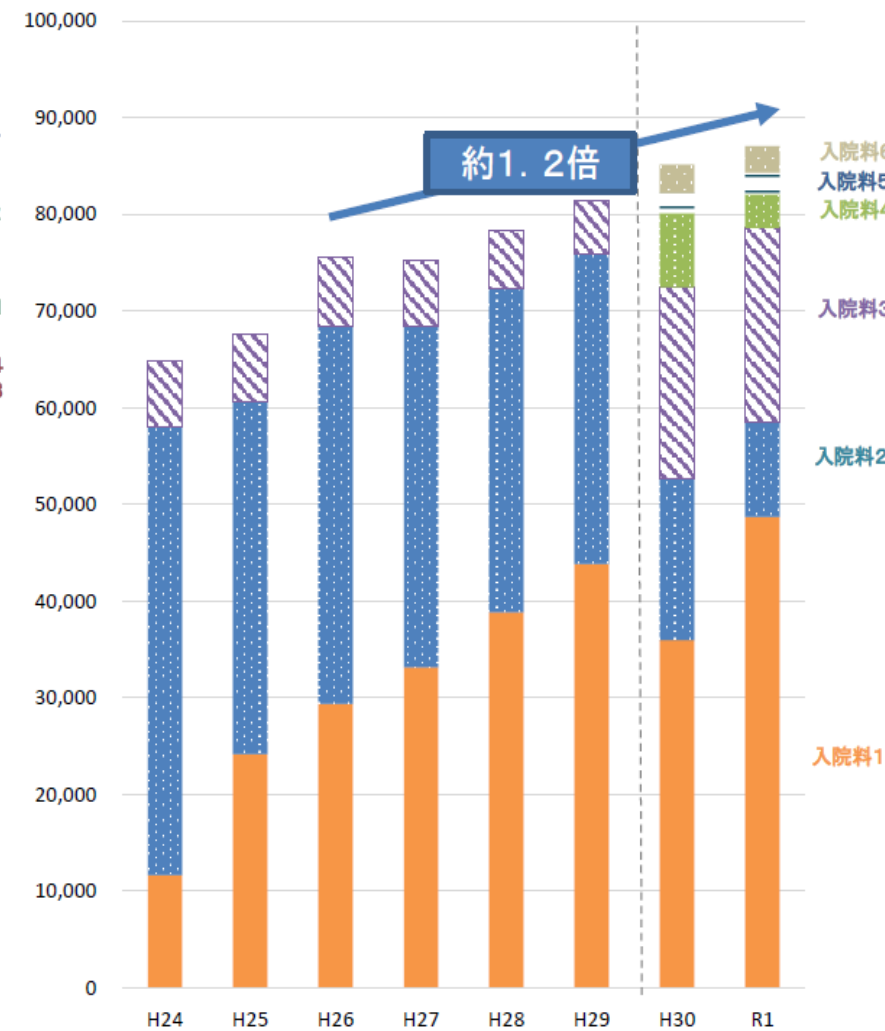
入院料別の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

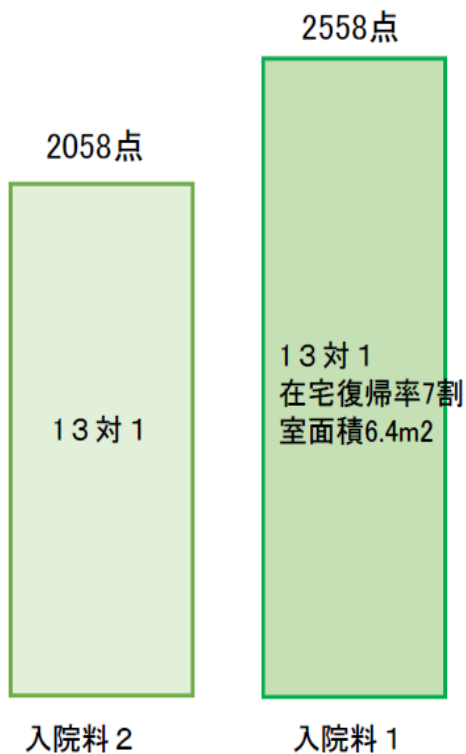


(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

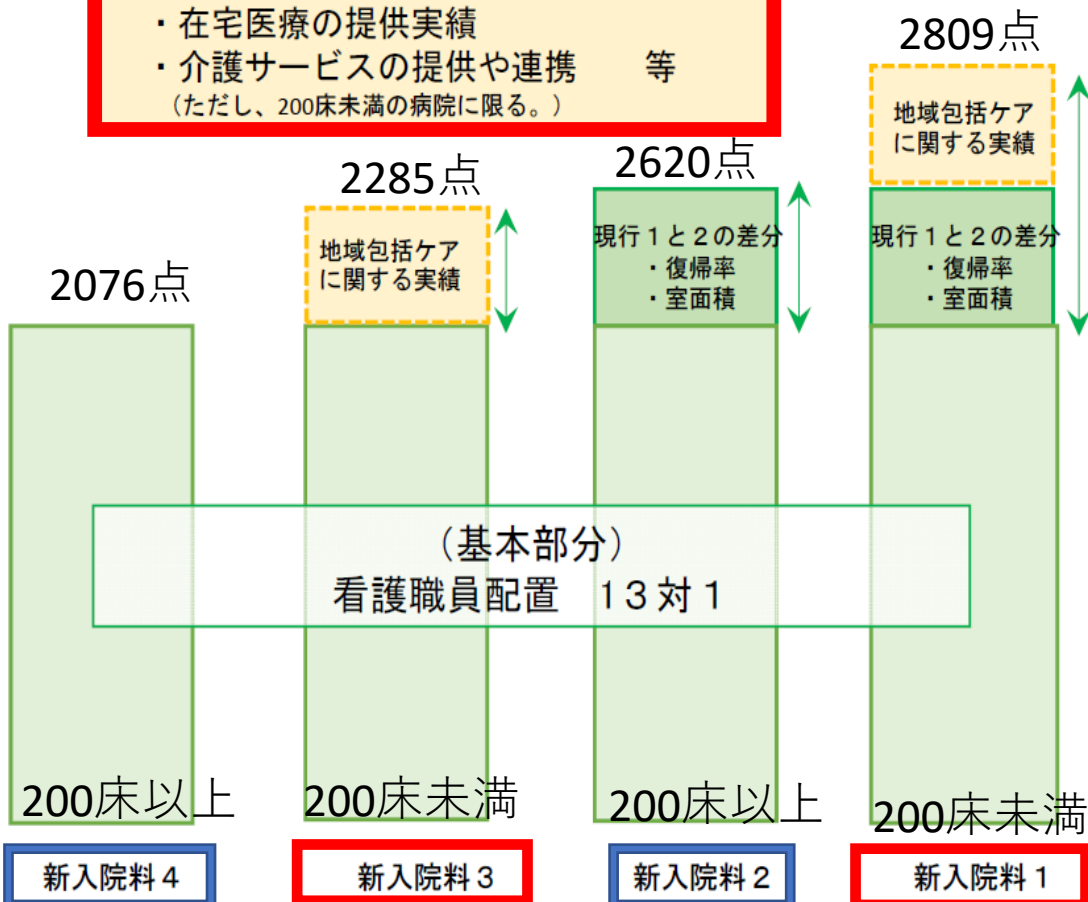


再編

【平成30年度改定の見直し（案）】

【地域包括ケアに関する実績部分】

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



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

要件	入院料	改定による変更点	減算
在宅復帰率	地ケア1・2	70%以上から72.5%以上へ	できなければ 10%減算
	地ケア3・4	70%以上要件新設	
自院の一般病棟から転棟患者割合 60%未満	地ケア2・4	対象病院を許可病床数400床以上から200床以上へ拡大	60%以上の場合 減算額を10%から15%へ
自宅等からの入院患者割合	地ケア1・3	15%から20%以上へ 自宅等からの緊急の入院受け入れを3か月に6人から9人以上へ	
自宅等からの入院患者割合など	地ケア2・4	20%以上を新設	できなければ 10%減算
入退院支援加算 1	地ケア1・2	許可病床100床以上に義務化	できなければ 10%減算
一般病床 療養病床	地ケア	救急医療の基準	一律5%減算
	地ケア		

2022年度（令和4年度）診療報酬改定 の影響等に関するアンケート結果

－回復期・働き方改革関連等－

令和4年8月
独立行政法人福祉医療機構
経営サポートセンター
リサーチグループ

アンケート概要

本アンケートは、当機構の貸付先のうち急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。以下同じ）または回復期リハビリテーション病棟入院料のいずれかの届出を行っている病院を対象として実施しており、開設主体が公立のものを含んでいない。

対象	下記の入院基本料等のうちいずれかの届出を行っている病院を運営する 1,129法人 <ul style="list-style-type: none">● 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
回答数	302法人（332病院）
回答率	26.7%
実施期間	2022年5月30日（月）～2022年6月20日（月）
方法	Webアンケート

病院基本情報

n=332

病床規模	病院数	割合	平均病床数
100床未満	111	33.4%	68.7
100床以上200床未満	150	45.2%	150.9
200床以上300床未満	36	10.8%	245.1
300床以上400床未満	23	6.9%	328.7
400床以上	12	3.6%	589.1
全体	332	100.0%	161.8

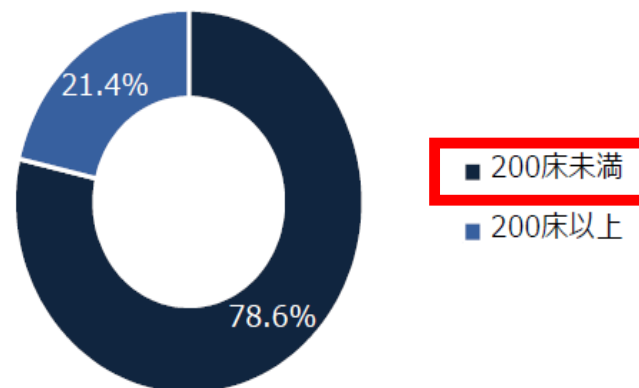
n=332

開設主体	病院数	割合
医療法人	280	84.3%
社団・財団法人	24	7.2%
社会福祉法人	7	2.1%
その他	21	6.3%

注1) 医療法人には社会医療法人(48法人)を含む

注2) 社団・財団法人には一般・公益を含む

200床未満の病院が占める割合



- ▶ 規模別にみると、100床以上200床未満が45.2%と最も多く、次いで100床未満が33.4%と続く
- ▶ 78.6%が200床未満の病院である
- ▶ 平均病床数は全体で161.8床である
- ▶ 開設主体別にみると、医療法人が84.3%と最も多く、次いで社団・財団法人が7.2%と続く

病院の経営状況

問1.1

(2022年5月1日時点で
「急性期一般入院基本料」の届出を行っている病院) n=252

2021年4月と比べた 2022年4月における 医業収益の状況	病院数	割合
増収 (+2%以上)	73	29.0%
横ばい	86	34.1%
減収 (▲2%以上)	93	36.9%

(2022年5月1日時点で
「回復期リハビリテーション病棟入院料」の届出を行っている病院) n=125

2021年4月と比べた 2022年4月における 医業収益の状況	病院数	割合
増収 (+2%以上)	39	31.2%
横ばい	46	36.8%
減収 (▲2%以上)	40	32.0%

(2022年5月1日時点で
「地域包括ケア病棟入院料 (管理料)」の届出を行っている病院) n=208

2021年4月と比べた 2022年4月における 医業収益の状況	病院数	割合
増収 (+2%以上)	67	32.2%
横ばい	70	33.7%
減収 (▲2%以上)	71	34.1%

- 入院基本料・特定入院料別にみると、急性期一般入院基本料および地域包括ケア病棟入院料 (管理料) では、それぞれ減収が36.9%および34.1%ともっとも高い
- 回復期リハビリテーション病棟入院料では、横ばいが36.8%ともっとも高く、減収は32.0%である

地域包括ケア
病棟の34%が
減収

主な改定事項による病院の経営への影響

問2.3

(2022年5月1日時点で「地域包括ケア病棟入院料（管理料）」の届出を行っている病院)

n=208

「地域包括ケア病棟入院料（管理料）」に係る 施設基準の見直しのうち、経過措置期間終了後、 もっとも経営に影響があると考えられるもの	病院数	割合	うち入院料1または3 (n=134)		うち入院料2または4 (n=75)	
			病院数	割合	病院数	割合
重症患者割合の見直し	17	8.2%	11	8.2%	6	8.0%
自宅等から入棟した患者割合の見直し	35	16.8%	13	9.7%	22	29.3%
自宅等からの緊急患者の受入数の見直し	21	10.1%	12	9.0%	9	12.0%
在宅復帰率の見直し	31	14.9%	27	20.1%	4	5.3%
救急医療の実施に関する施設基準の見直し	14	6.7%	9	6.7%	5	6.7%
いずれの見直しも経営への影響はほとんどない	90	43.3%	62	46.3%	29	38.7%

- ▶ 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」に関する見直しのうち、経過措置期間終了後、経営にもっとも影響があると考えられるものは、いずれの見直し等も経営への影響はほとんどなかった病院を除くと、自宅等から入棟した患者割合の見直しが16.8%ともっとも高く、次いで在宅復帰率の見直しが14.9%と続く
- ▶ 入院料1または3では、在宅復帰率の見直しが20.1%ともっとも高く、次いで自宅等から入棟した患者割合の見直しが9.7%と続く
- ▶ 入院料2または4では、自宅等から入棟した患者割合の見直しが29.3%ともっとも高く、次いで自宅等からの緊急患者の受入数の見直しが12.0%と続く

注) 割合は各列の計 (=n)に対するもの

要件	入院料	改定による変更点	減算
在宅復帰率	地ケア1・2	70%以上から72.5%以上へ	できなければ 10%減算
	地ケア3・4	70%以上要件新設	
自院の一般病棟から転棟患者割合 60%未満	地ケア2・4	対象病院を許可病床数400床以上から200床以上へ拡大	60%以上の場合減算額を10%から15%へ
自宅等からの入院患者割合	地ケア1・3	15%から20%以上へ 自宅等からの緊急の入院受け入れを3か月に6人から9人以上へ	
自宅等からの入院患者割合など	地ケア2・4	20%以上を新設	できなければ 10%減算
入退院支援加算 1	地ケア1・2	許可病床100床以上に義務化	できなければ 10%減算
一般病床 療養病床	地ケア	救急医療の基準	一律5%減算
	地ケア		

地域包括ケア病棟入院料（管理料）

問5.7、問5.7.1

（「地域包括ケア病棟入院料2」または「地域包括ケア病棟入院料4」の届出を行っている病院）

n=75、複数回答

施設基準における実績部分について 満たしているもの	施設数	割合
自宅等から入棟した患者割合が20%以上	36	48.0%
自宅等からの緊急患者の受入が3月で9人以上	34	45.3%
在宅医療等の実施	37	49.3%
満たしている実績はない	9	12.0%

（2022年9月までに満たしている実績がない病院）

n=9、複数回答

満たしていない実績について、 2022年9月30日までの予定	施設数	割合
自宅等から入棟した患者割合が20%以上を満たす予定	3	33.3%
自宅等からの緊急患者の受入が3月で9人以上を満たす予定	1	11.1%
在宅医療等の実績を満たす予定	2	22.2%
満たす予定の実績がなく、2022年10月1日以降は所定点数の100分の90を算定する予定	1	11.1%
満たす予定の実績がなく、2022年10月1日以降は地域包括ケア病棟入院料以外の届出を行う予定	2	22.2%

▶地域包括ケア病棟入院料2または4の届出を行っている病院について、施設基準における実績部分のうち満たしているものは、在宅医療等の実施が49.3%ともっとも高く、次いで自宅等から入棟した患者割合が20%以上が48.0%と続く

▶満たしている実績がない9病院のうち、1病院は要件を満たさず、2022年10月1日以降は所定点数の100分の90を算定する予定と答え、2病院は地域包括ケア病棟入院料以外の届出を行う予定と答えた。なお、届出を行う予定の地域包括ケア病棟入院料以外の入院基本料等は、それぞれ急性期一般入院料4・6であった（いずれの病院もすでに急性期一般入院基本料の届出を行っている病棟を有している）

注）「地域包括ケア病棟入院料2」または「地域包括ケア病棟入院料4」の届出を行っている病院のみ回答

要件	入院料	改定による変更点	減算
在宅復帰率	地ケア1・2	70%以上から72.5%以上へ	できなければ 10%減算
	地ケア3・4	70%以上要件新設	
自院の一般病棟から転棟患者割合 60%未満	地ケア2・4	対象病院を許可病床数400床以上から200床以上へ拡大	60%以上の場合 減算額を10%から15%へ
自宅等からの入院患者割合	地ケア1・3	15%から20%以上へ 自宅等からの緊急の入院受け入れを3か月に6人から9人以上へ	
自宅等からの入院患者割合など	地ケア2・4	20%以上を新設	できなければ 10%減算
入退院支援加算1	地ケア1・2	許可病床100床以上に義務化	できなければ 10%減算
一般病床 療養病床	地ケア	救急医療の基準	一律5%減算
	地ケア		

地域包括ケア病棟入院料

問5.2.1

(200床以上で「地域包括ケア病棟入院料2」
(管理料での届出は含まない)の届出を行っている病院) n=24

経過措置期間終了後、地域包括 ケア病棟へ入棟した患者に占め る自院の一般病棟から転棟した 患者割合の基準を満たせるか	施設数	割合
満たせる	18	75.0%
満たせない	3	12.5%
わからない	3	12.5%

➤ 許可病床数200床以上で「地域包括ケア病棟入院料2」の届出を行っている病院の75.0%は、経過措置期間終了後、自院の一般病棟から転棟した患者割合の基準を満たせると答えた

(「満たせる」と回答した病院)

当該基準を満たすための取組 (自由記述、抜粋)

- 一般病棟の在宅からの入院を地域包括ケア病棟に回す
- 病棟の運営方針の変更対応。院外からの受入れを積極的に行う運用。急性期へ原則入院対応を疾患等による地ケアへ入院
- 緊急・予定を問わず直接入院を増やし基準を満たせるようにする
- 外来患者の入院時トリアージ機能強化、他院からの転院受入強化
- 数値を見ながらベッドコントロールしている
- 在宅からの直接入院を増やす

注) 許可病床数200床以上で「地域包括ケア病棟入院料2」(管理料での届出は含まない)の届出を行っている病院が集計の対象

地域包括ケア病棟入院料

問5.2.1.1、問5.2.2

(経過措置期間終了後、地域包括ケア病棟へ入棟した患者に占める
自院の一般病棟から転棟した患者割合の基準を満たせない病院) n=3

経過措置期間終了後、地域包括ケア病棟へ入棟した患者に占める自院の一般病棟から転棟した患者割合の基準を満たせない場合の届出の予定	施設数	割合
現在と同じ地域包括ケア病棟入院料の届出を行い、所定点数の100分の85を算定する予定	2	66.7%
地域包括ケア病棟入院料以外の入院基本料等の届出を行う予定	1	33.3%

自院の一般病棟からの患者の割合満たせなければ減算受け入れ

- ▶ 許可病床数200床以上で「地域包括ケア病棟入院料2」の届出を行っている3病院のうち、経過措置期間終了後、地域包括ケア病棟入院料以外の入院基本料等の届出を行う予定と答えた病院は1病院である
- ▶ 変更後の届出を行う予定の入院基本料等は、急性期一般入院料1であった（当該病院はすでに急性期一般入院料1の届出を行っている病棟を有している）
- ▶ なお、減算や入院基本料等の変更による経営への影響に対する取組（自由記述）について有効な回答はなかった

注) 許可病床数200床以上で「地域包括ケア病棟入院料2」（管理料での届出は含まない）の届出を行っている病院が集計の対象

要件	入院料	改定による変更点	減算
在宅復帰率	地ケア1・2	70%以上から72.5%以上へ	できなければ 10%減算
	地ケア3・4	70%以上要件新設	
自院の一般病棟から転棟患者割合 60%未満	地ケア2・4	対象病院を許可病床数400床以上から200床以上へ拡大	60%以上の場合 減算額を10%から15%へ
自宅等からの入院患者割合	地ケア1・3	15%から20%以上へ 自宅等からの緊急の入院受け入れを3か月に6人から9人以上へ	
自宅等からの入院患者割合など	地ケア2・4	20%以上を新設	できなければ 10%減算
入退院支援加算 1	地ケア1・2	許可病床100床以上に義務化	できなければ 10%減算
一般病床 療養病床	地ケア	救急医療の基準	一律5%減算
	地ケア		

地域包括ケア病棟入院料（管理料）

問5.3、問5.3.1

（許可病床数100床以上で「地域包括ケア病棟入院料1」
または「地域包括ケア病棟入院料2」の届出を行っている病院） n=139

「入退院支援加算1」の届出の状況	施設数	割合
届出を行っている	101	72.7%
届出を行っていない	38	27.3%

（許可病床数100床以上で「地域包括ケア病棟入院料1」
の届出を行っている病院） n=83

「入退院支援加算1」の届出の状況	施設数	割合
届出を行っている	63	75.9%
届出を行っていない	20	24.1%

（許可病床数100床以上で「地域包括ケア病棟入院料2」
の届出を行っている病院） n=56

「入退院支援加算1」の届出の状況	施設数	割合
届出を行っている	38	67.9%
届出を行っていない	18	32.1%

（「入退院支援加算1」の届出を行っていない病院） n=38

2022年9月30日までの「入退院支援加算1」の届出の予定	施設数	割合
届出を行う予定	29	76.3%
届出を行わない予定	9	23.7%

（「入退院支援加算1」の届出を行っていない病院） n=20

2022年9月30日までの「入退院支援加算1」の届出の予定	施設数	割合
届出を行う予定	16	80.0%
届出を行わない予定	4	20.0%

（「入退院支援加算1」の届出を行っていない病院） n=18

2022年9月30日までの「入退院支援加算1」の届出の予定	施設数	割合
届出を行う予定	13	72.2%
届出を行わない予定	5	27.8%

- ▶ 許可病床数100床以上で地域包括ケア病棟入院料1または2の届出を行っている病院の72.7%は、入退院支援加算1の届出を行っている
- ▶ 加算の届出を行っていない病院の76.3%は、2022年9月30日までに届出を行う予定である

要件	入院料	改定による変更点	減算
在宅復帰率	地ケア1・2	70%以上から72.5%以上へ	できなければ 10%減算
	地ケア3・4	70%以上要件新設	
自院の一般病棟から転棟患者割合 60%未満	地ケア2・4	対象病院を許可病床数400床以上から200床以上へ拡大	60%以上の場合 減算額を10%から15%へ
自宅等からの入院患者割合	地ケア1・3	15%から20%以上へ 自宅等からの緊急の入院受け入れを3か月に6人から9人以上へ	
自宅等からの入院患者割合など	地ケア2・4	20%以上を新設	できなければ 10%減算
入退院支援加算1	地ケア1・2	許可病床100床以上に義務化	できなければ 10%減算
一般病床 療養病床	地ケア	救急医療の基準	一律5%減算
	地ケア		

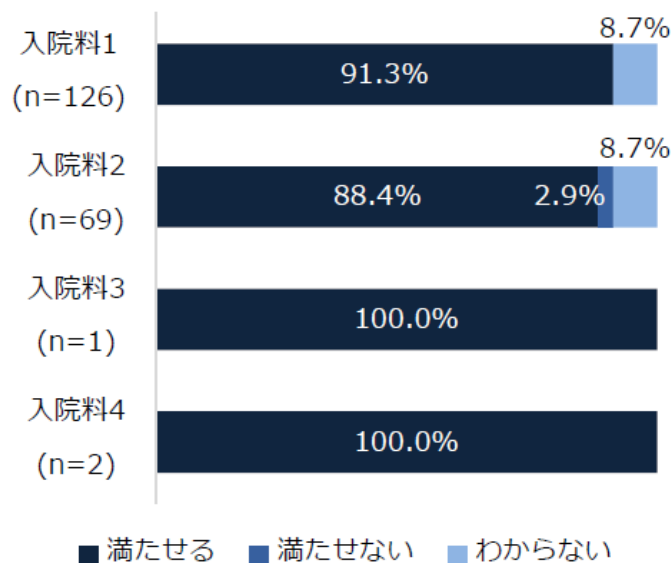
地域包括ケア病棟入院料（管理料）

問5.1.1

（在宅復帰率を算出している病院）

n=196

経過措置期間終了後、在宅復帰率の基準を満たせるか	施設数	割合
満たせる	177	90.3%
満たせない	2	1.0%
わからない	17	8.7%



- 在宅復帰率を算出している病院の90.3%は、経過措置期間終了後、在宅復帰率の基準を満たせると答えた
- 地域包括ケア病棟入院料（管理料）1では、在宅復帰率の基準を満たせると答えた病院は、91.3%である
- 地域包括ケア病棟入院料（管理料）2では、在宅復帰率の基準を満たせると答えた病院は、88.4%である

在宅復帰率の要件を満たせないのが8.7%

地域包括ケア病棟

- 地域包括ケア病棟の要件が厳格化
 - 地域の一般病棟からの転院（ポストアキュート）、サブアキュート、在宅復帰支援など偏りのないバランスが重要だ。
- もう一度、地域包括ケア病棟を200床未満、200床以上の病院それぞれで見直そう

まとめと提言

- コロナで急性期医療の強化の課題が明らかになった
- 総合入院体制加算から急性期充実体制加算への鞍替えが起きた
- 敷地内薬局が鞍替えのネックになった
- 感染対策向上加算1の算定施設数が改定前より減少した。
- 感染対策向上加算は地域連携がポイント
- 連携先進地域では加算取得が多い傾向
- 紹介受診重点病院が新設される

新型コロナで医療が変わる



武藤正樹（社会福祉法人日本医療伝道会
衣笠病院グループ相談役／よこすか地域
医療包括ケア推進センター長）

日本医学出版(2020) ISBN:978-4-86577-
043-8

新型コロナに感染し、無事生還した著者が
実体験を語る。

2025年、2040年に大きな節目を迎える予
定だった医療制度は新型コロナにより大
きく転換することとなった。

医療制度の専門家として新型コロナの視
点を踏まえ、もう一度2025年、2040年の
医療・介護の近未来を考える。

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

グループワーク

- ① コロナと急性期病棟の現状と課題について意見交換しよう
- ② 急性期充実加算、総合入院体制加算について自施設の加算の取得状況と課題について意見交換しよう
- ③ 感染対策向上加算の自施設の取得状況と課題について意見交換しよう
- ④ 紹介受診重点病院について意見交換をしよう
- ⑤ 地域包括ケア病棟について意見交換をしよう



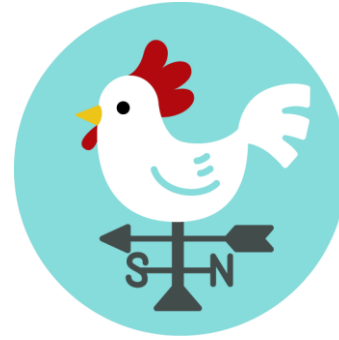
午後の部
2022年診療報酬改定
～急性期医療とチーム医療～



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

目次



- パート 1
 - ICU強化とチーム医療
- パート 2
 - 急性期医療とチーム医療

パート1


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

特定集中治療室等における重症患者の対応体制強化に係る評価

- 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の観点から、特定集中治療室等において重症患者対応を強化し、必要な人材を育成していく体制として、以下のような取組が考えられる。

特定集中治療室等における重症患者の対応強化



特定集中治療室

特定集中治療室管理料の対象患者

- ・意識障害又は昏睡
- ・急性期呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- ・急性心不全（心筋梗塞を含む）
- ・急性薬物中毒
- ・ショック
- ・重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- ・広範囲熱傷
- ・大手術後
- ・救急蘇生後
- ・その他外傷、破傷風等で重篤な状態

① 重症患者に対する24時間体制の医療提供

➤ 重症患者に対する24時間体制の医療提供の一定の実績

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

② 専門性の高い看護師・臨床工学技士の手厚い配置

➤ ICU等における専門性の高い看護師（認定・専門・特定行為）の活用

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看護に関する適切な研修を修了した看護師（専従の常勤看護師 1名以上）

➤ 高度な医療機器の管理等を実施する臨床工学技士の活用

救命救急入院料又は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（専従の常勤臨床工学技士 1名以上）

➤ 高水準なケアを維持するための人材育成、有事における機動的な人員配置

集中治療を必要とする患者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（2名以上）

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）

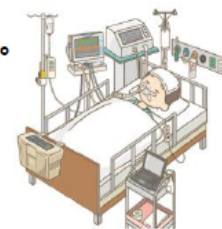
③ 重症患者への対応力向上を目的とした院内・院外研修

➤ 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。

- ・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

➤ 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。



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。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 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>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

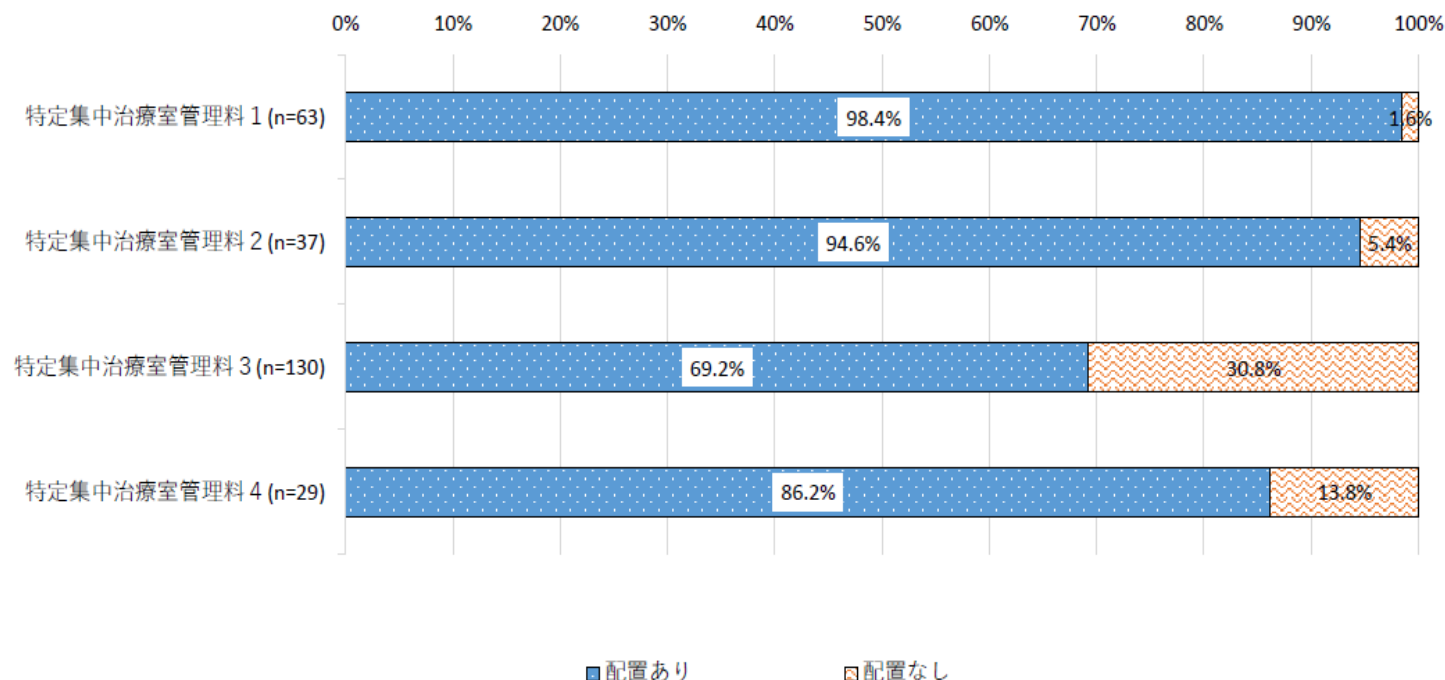
「適切な研修」の内容

		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 ・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%

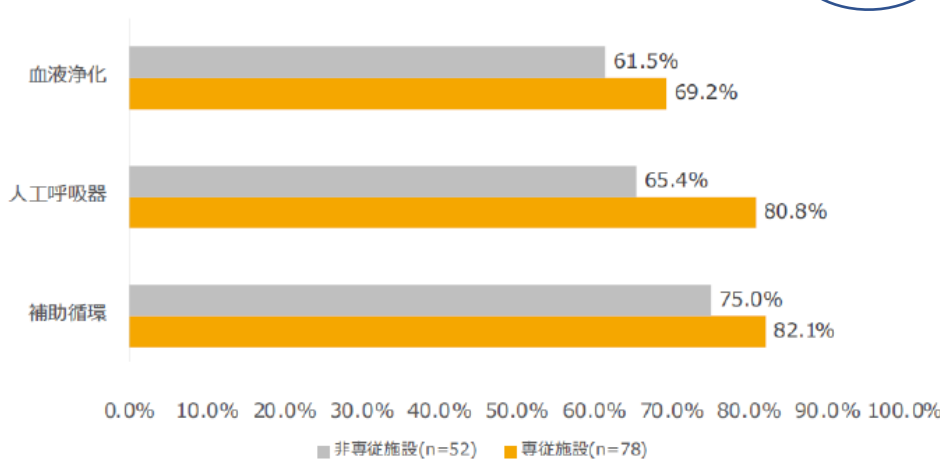
※管理料1, 2は特定集中治療室管理料1及び2を表す

臨床工学技士の手厚い配置によるメリット

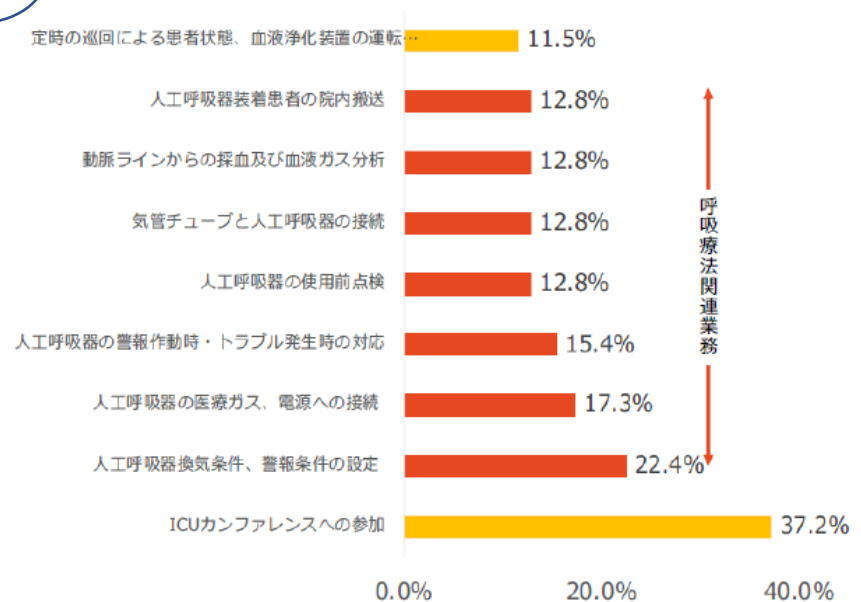
- 臨床工学技士専従施設と非専従施設での警報作動時の初期対応率を比較すると、臨床工学技士専従施設では、臨床工学技士の初期対応率が高い傾向であった。
- 臨床工学技士専従施設と非専従施設の業務実施率の差異をみると、人工呼吸器に関連する業務の実施率が高く、人工呼吸器によるトラブル回避のための行動が多く取られている傾向にあった。

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）

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。

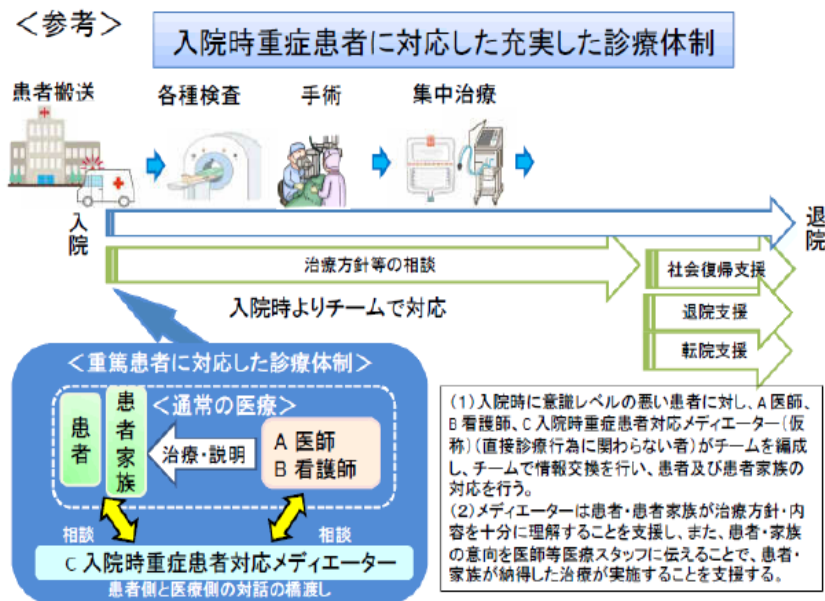
(出典：「入院時重症患者対応メディエーター」養成テキスト)

治療に直接関与しない職員の必要性

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

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

入院時重症患者対応メディエーターの役割 (イメージ)



※日本臨床救急医学会にて、今年度、認定講習会開催。

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

17

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)

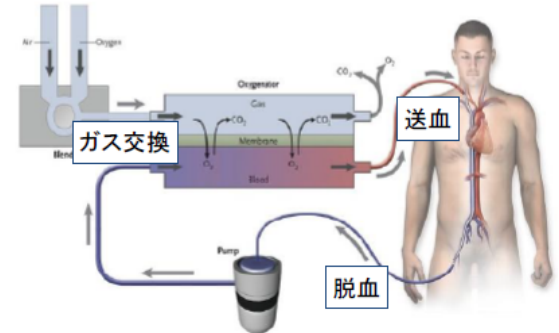
J045 人工呼吸

- | | |
|----------------------------------|------|
| 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)

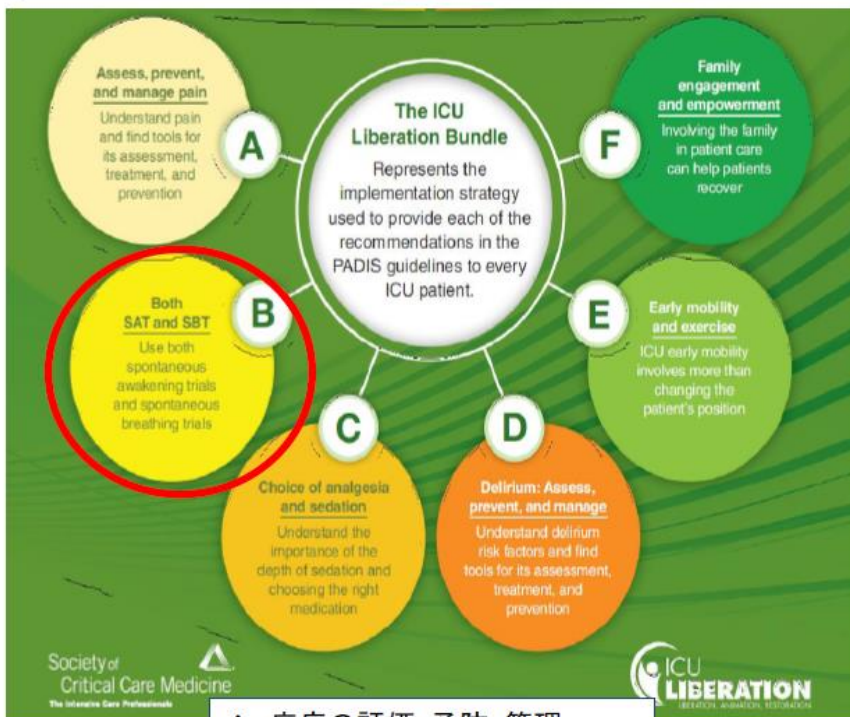
- 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない場合に使用した場合は、本区分により算定する。



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。

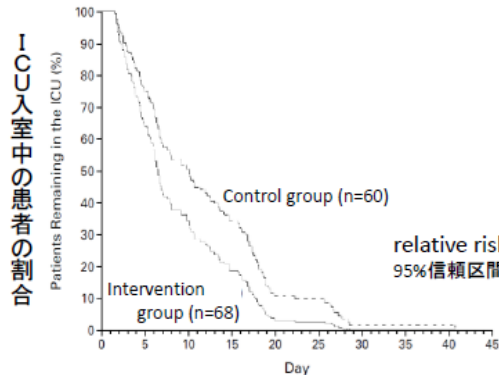
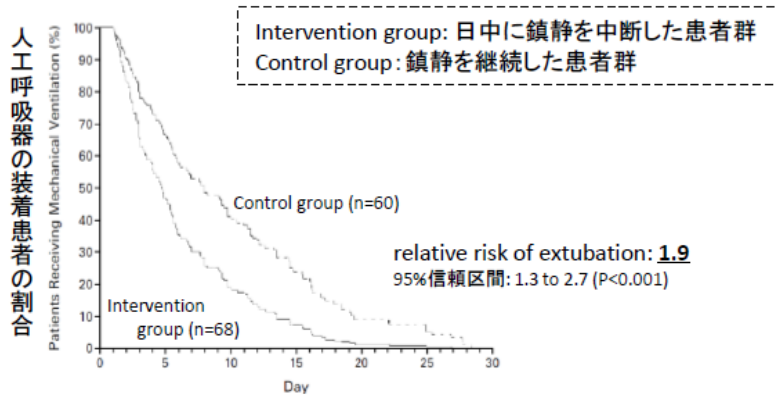
※2 SBT開始安全基準:

- 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。

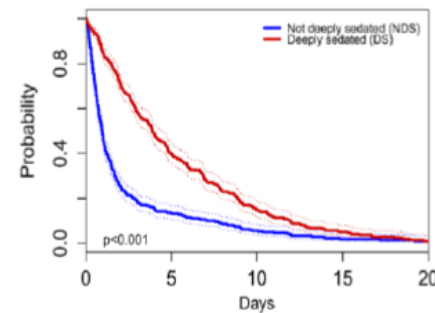
人工呼吸器管理中の重症患者に対する鎮静薬中断について



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

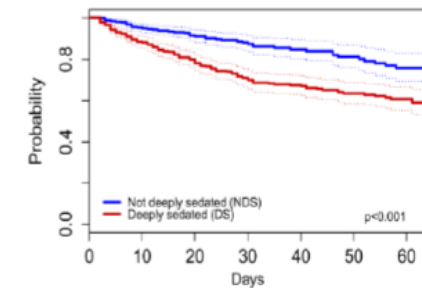
抜管までの期間(日数)



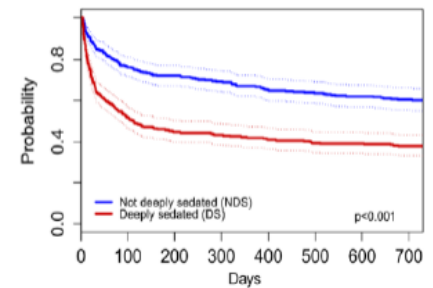
■ : Not deeply sedated (NDS)
■ : Deeply sedated (DS)

NDS: RASS -2以上で管理された患者群
(浅い鎮静管理をされた患者群)
DS: RASS -3以下で管理された患者群
(深い鎮静管理をされた患者群)

院内生存率



2年生存率



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	
【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)	



改定後	
【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)

[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。

(新) 離脱試験加算 60点 (1日につき)

[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 (F I O₂) 50%以下、CPAP (PEEP) ≤5cmH₂OかつPS≤5cmH₂O
 - (ロ) F I O₂ 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)

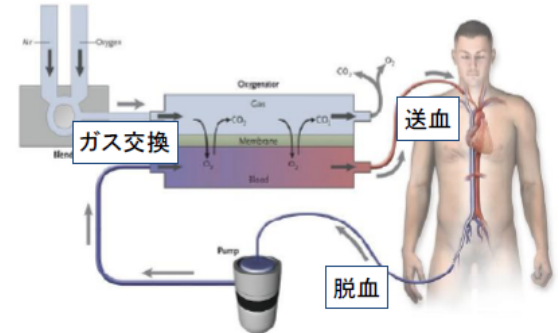
J045 人工呼吸

- | | | |
|---|----------------------------------|------|
| 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

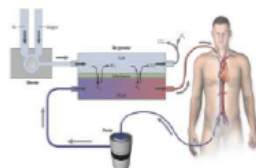
ECMO（体外式膜型人工肺）を用いた診療等に係る評価の見直し

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

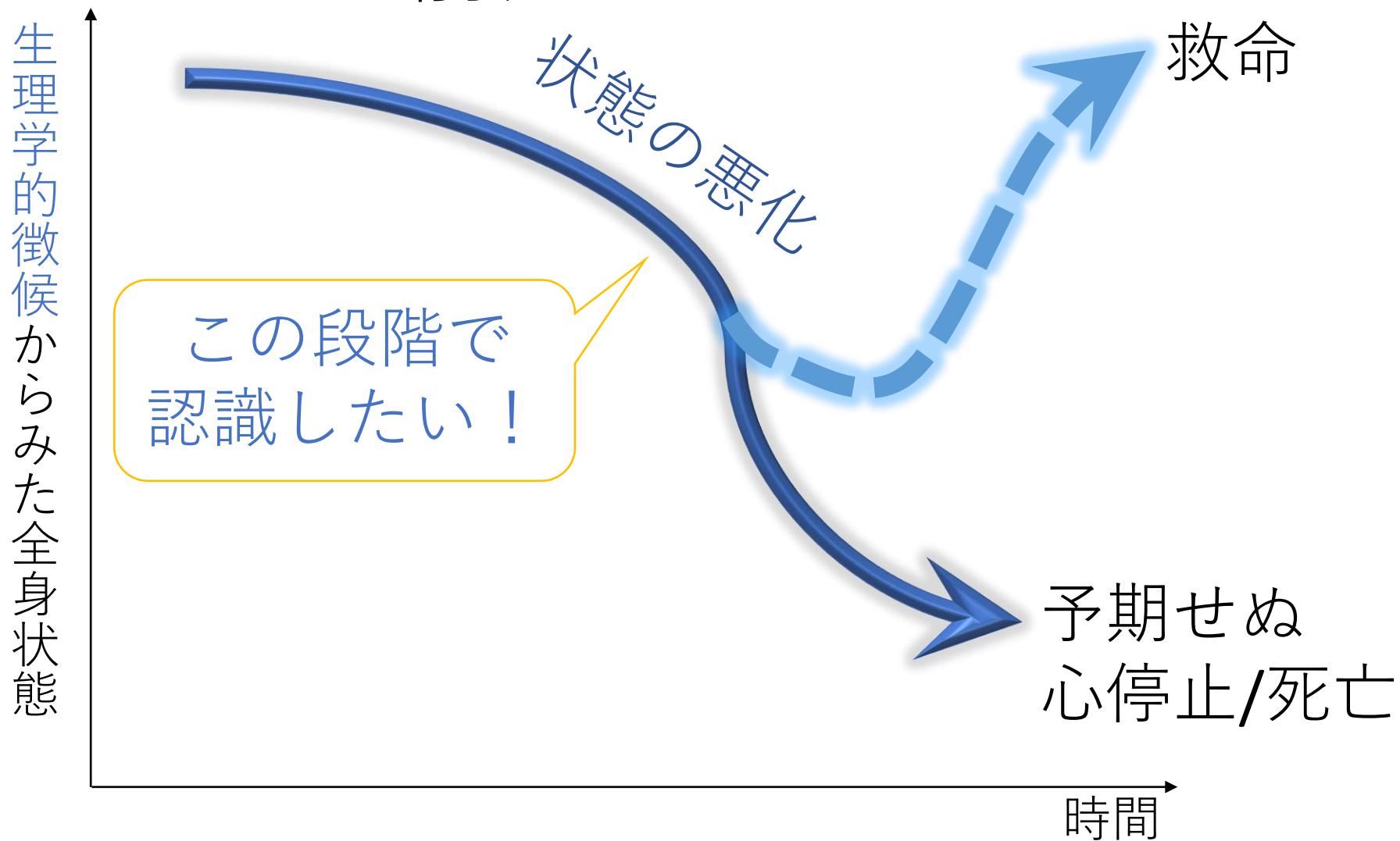
Rapid Response System

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



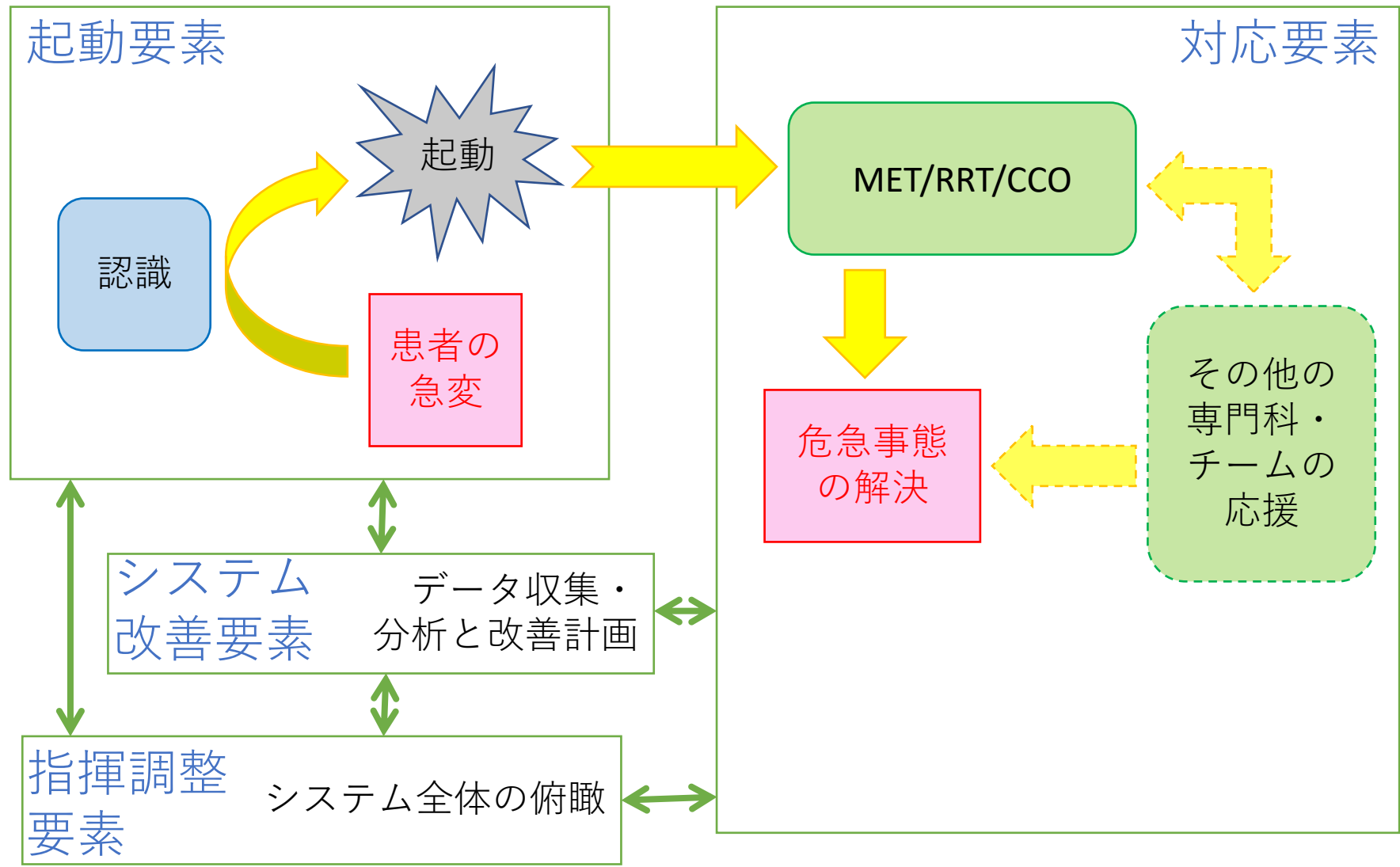
Rapid Response System

- **RRS**：院内迅速対応システム
- 患者に対する有害事象を軽減することを目的とし、迅速な対応を要するバイタルサインの重大な増悪を含む急激な病態変化を覚知して対応するために策定された介入手段

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<
 - SBP <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)

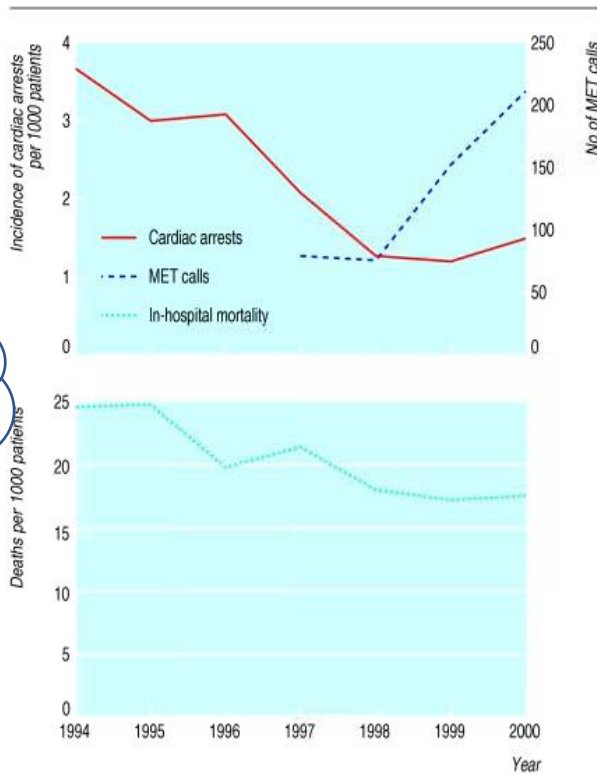
- ICU退室患者と懸念のある入院患者を定期的に訪床して回り、起動基準に抵触する患者を早期発見する

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

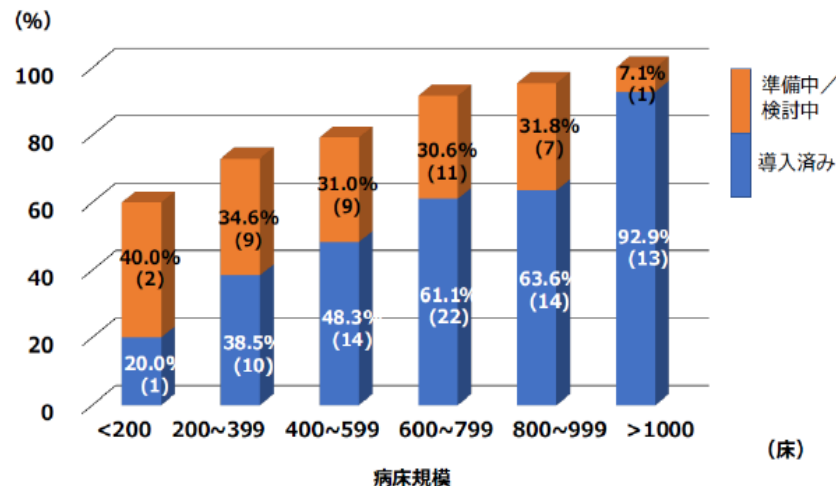
●アメリカにおいて行われた「100,000 Lives Campaign」(医療安全対策キャンペーン)に参加した医療機関の院内死亡が、RRS導入により15%減少した。

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

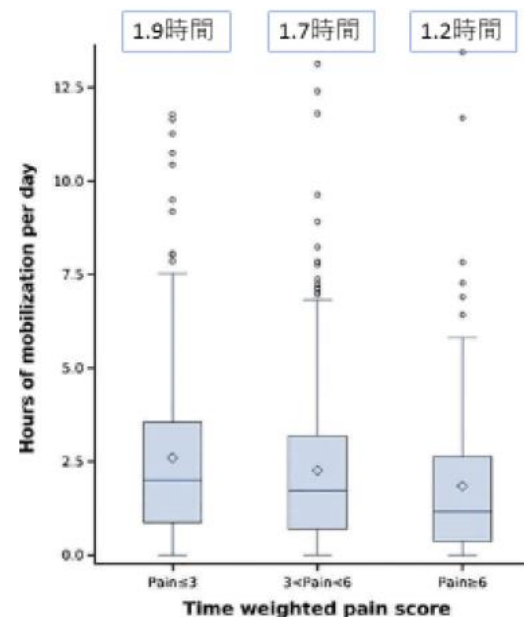
	M-ADL Group (51 patients)	ADL Group (49 patients)	P Value
Intraoperative complications	None	None	
Postoperative complications	None	None	
Postoperative PSURT	64.41 degrees ± 1.59	57.77 degrees ± 1.85	0.02
● Value of postoperative pain by VAS 痛みの強さ	12.3 mm ± 0.9	24.7 mm ± 11.5	<0.0001
No. of patients ambulatory 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】

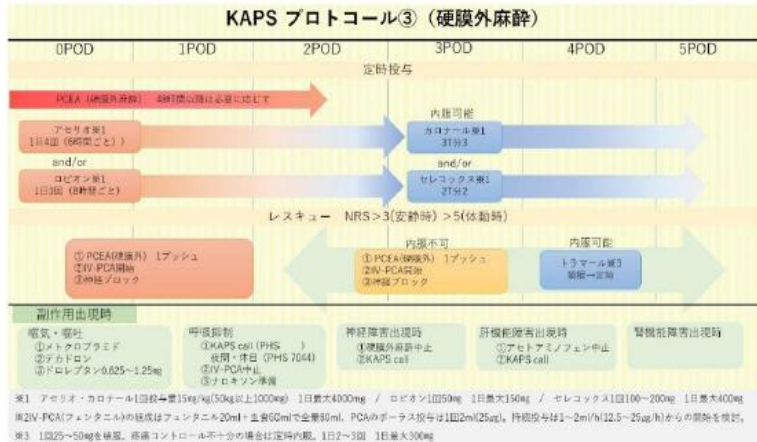


Rivas et al. Anesthesiology, 2021

→ 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構成及び介入方法について

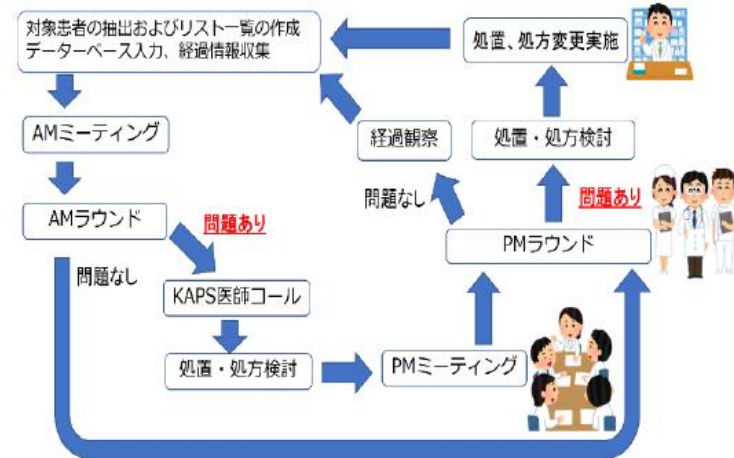
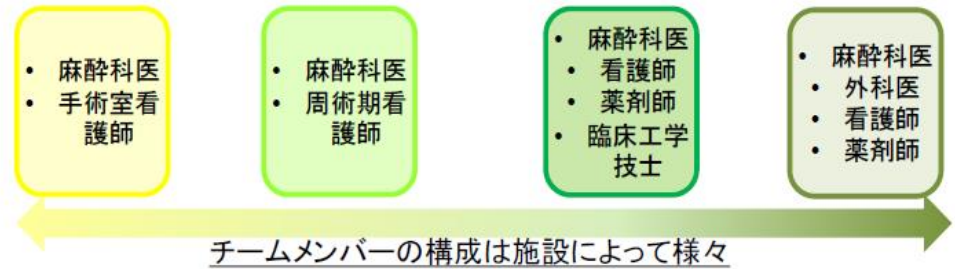
- 医療機関毎にチームの構成は異なるが、概ね麻酔科医、看護師、薬剤師、臨床工学技士から構成されている。
- 術後の全患者を対象とするが、概ね持続硬膜外鎮痛や持続末梢神経ブロック、静脈内自己調節鎮痛法を実施している患者を対象とすることが多く、疼痛コントロールが不十分な患者、嘔気・嘔吐の強い患者など必要に応じて施設ごとに対応している。



Kyorin Acute Pain Service(KAPS)のプロトコルの一例 (杏林大学医学部附属病院)



鎮痛薬・鎮痛方法のアルゴリズム(例:iv-PCA)の一例(東京慈恵会医科大学第三病院)



Kyorin Acute Pain Service(KAPS)の活動内容

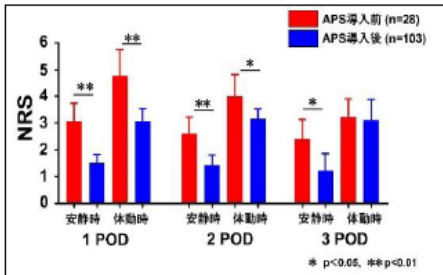
杏林大学医学部附属病院、名古屋市立大学病院、岡山大学病院、自治医科大学附属病院、信州大学医学部附属病院、東京慈恵会医科大学附属病院、東京慈恵会医科大学附属第三病院、河北総合病院における術後疼痛管理チームに係る資料を参考に保険局医療課において作成

術後疼痛管理チームの介入結果について

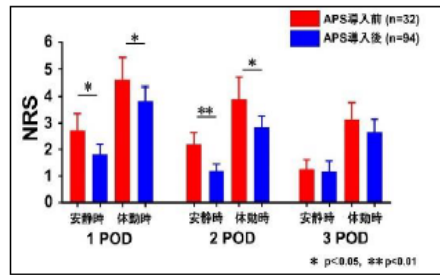
- 術後疼痛管理チームの介入による変化については以下のとおり。
 - ・ 概ね術後疼痛が軽減し、患者のQOLを向上させることができた。
 - ・ 術後合併症を評価することにより下肢神経障害などの発生を減らすことができた。
 - ・ 在院日数が短縮した。
 - ・ 麻酔科医の術後鎮痛回診・処置に要する時間が減少した。

<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>

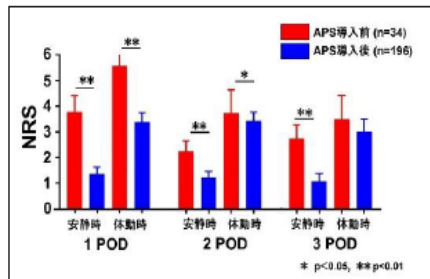
(杏林大学医学部附属病院の例)



婦人科開腹手術



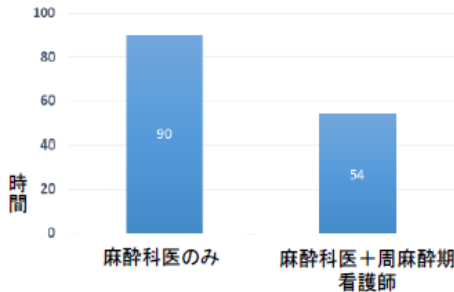
上部消化管手術



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

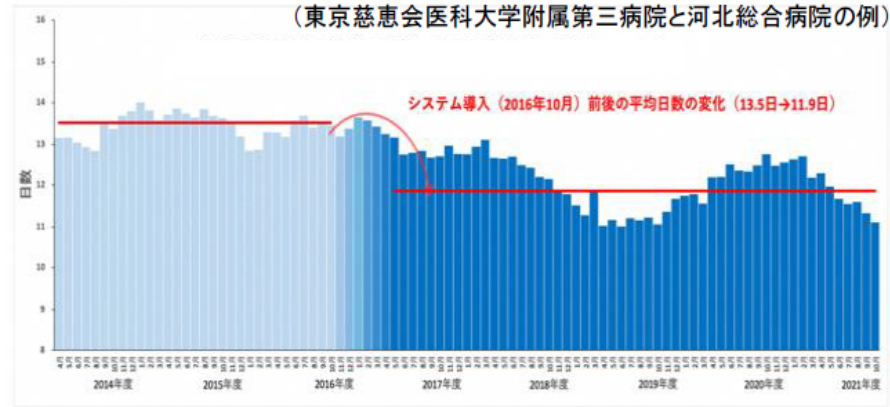
婦人科良性疾患の開腹手術において、術後に下肢しびれ感(感覚低下、筋力低下)を訴える患者がAPSのデータにおいて多く見られた。



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)

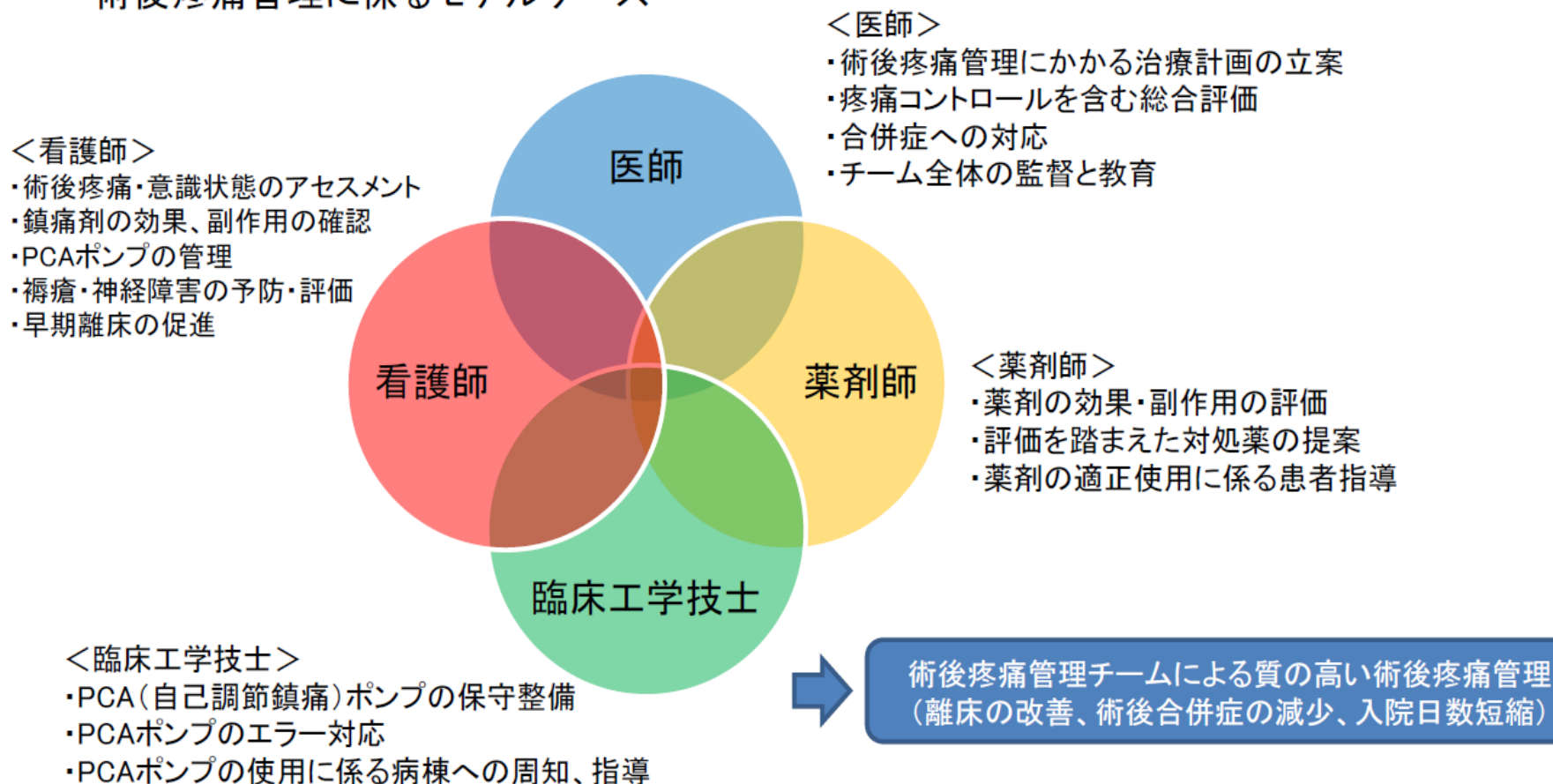


術後疼痛管理チームの介入により、在院日数が短縮した。

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(プロトコール)、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



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。

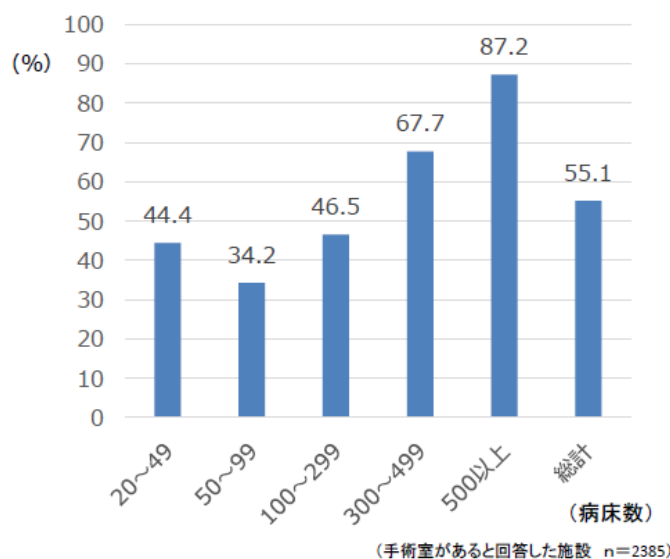
③周術期薬学管理の 評価



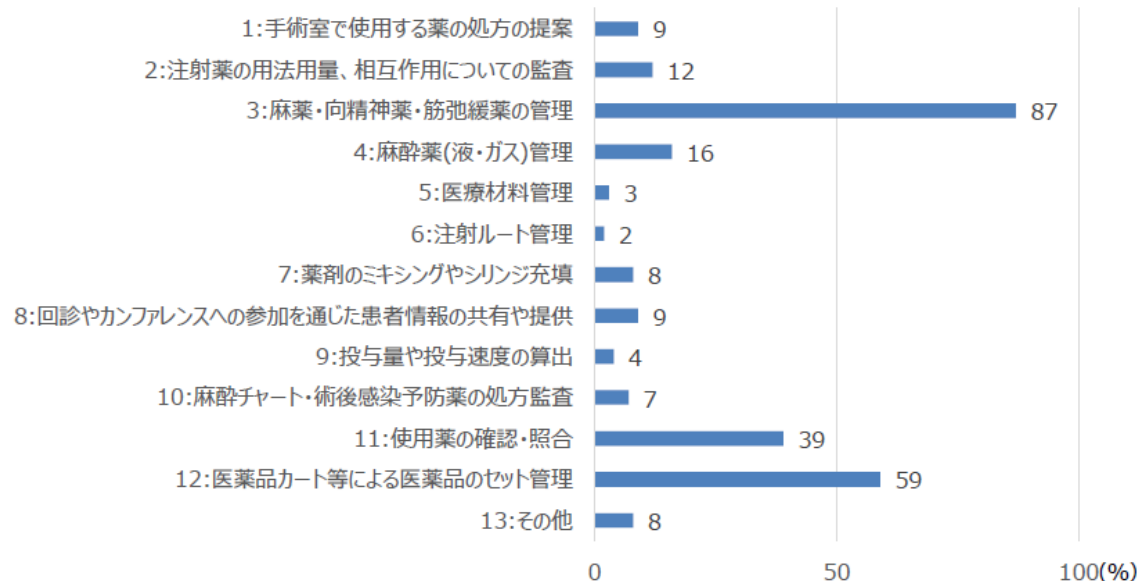
周術期の薬剤師関与の状況

- 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

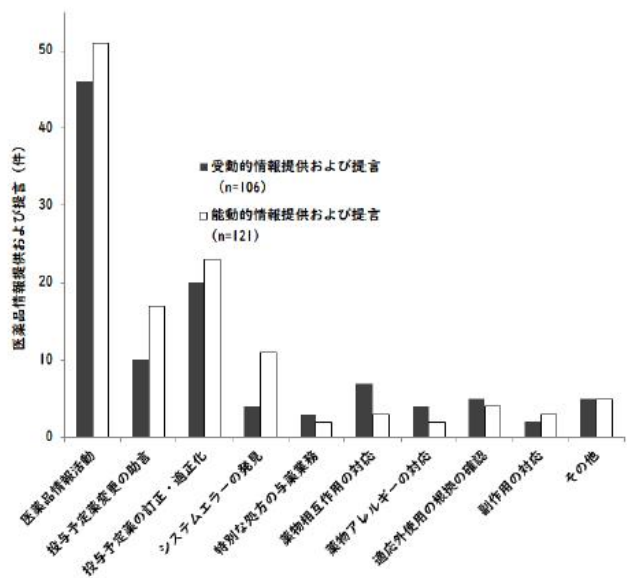


麻酔薬等セット化



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

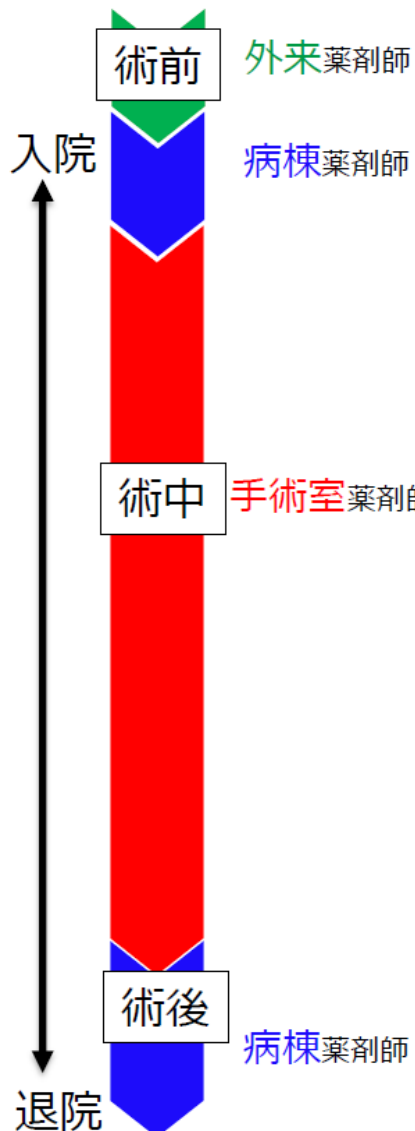
表2 薬剤師配置後の注射剤調製

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

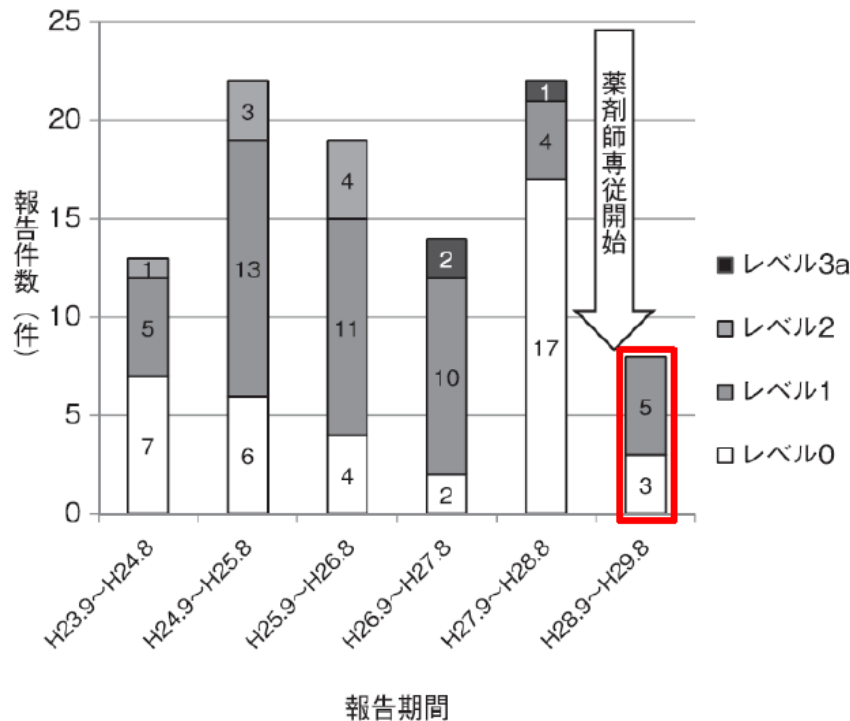
日本麻酔科学会 周術期管理チーム導入済み施設のメリット(薬剤師)

- 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：間違ったことが発生したが、患者には実施されなかった。
レベル1：間違ったことを実施したが、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。

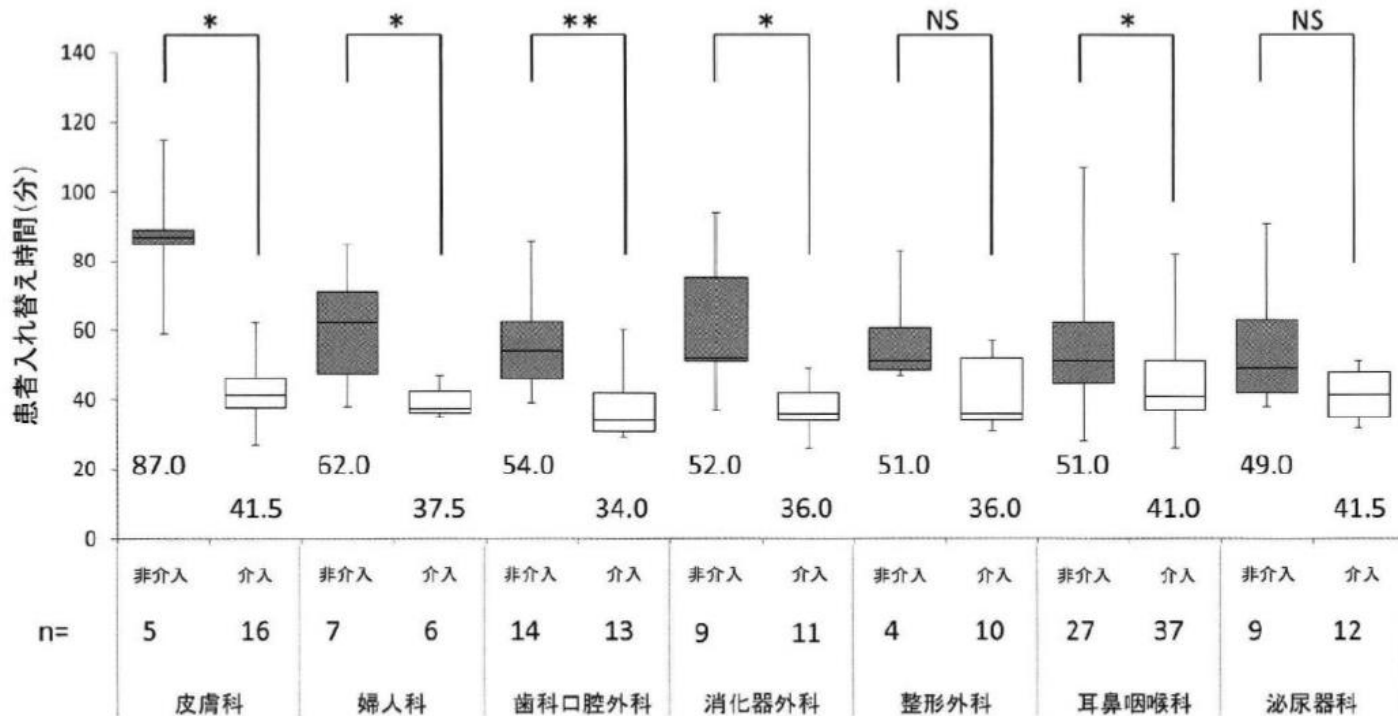
[介入]

・ 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



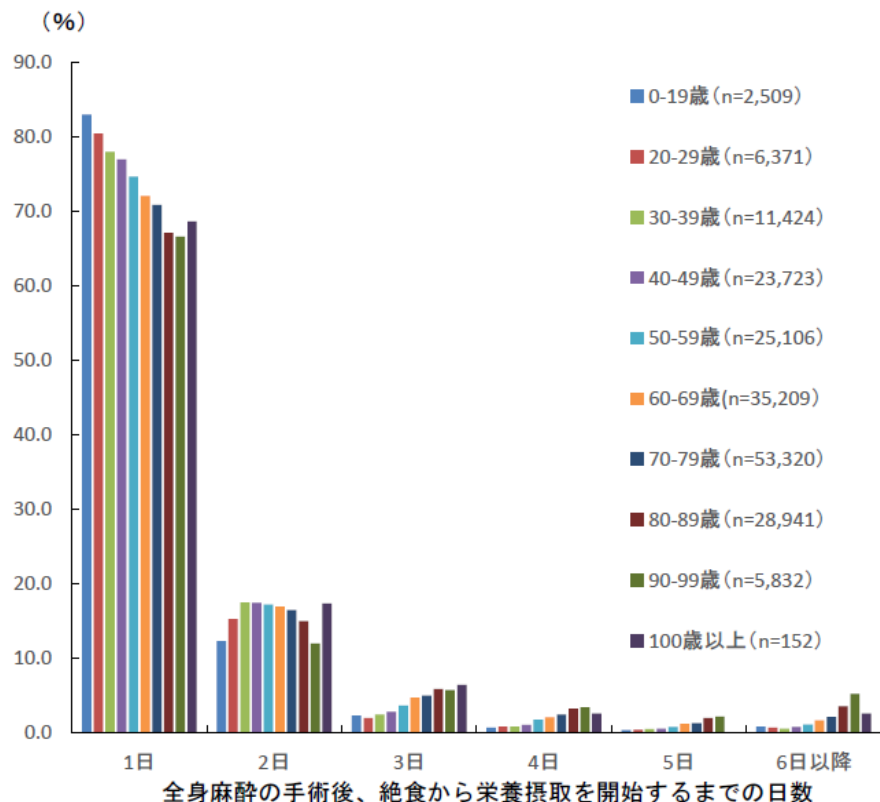
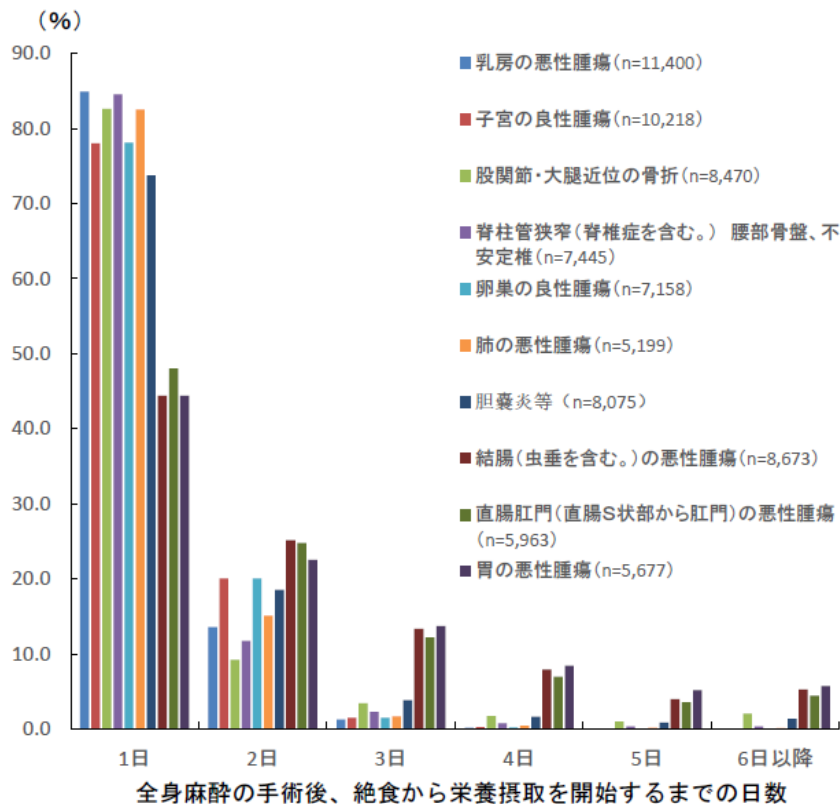
外来栄養食事指導料 (再掲)

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

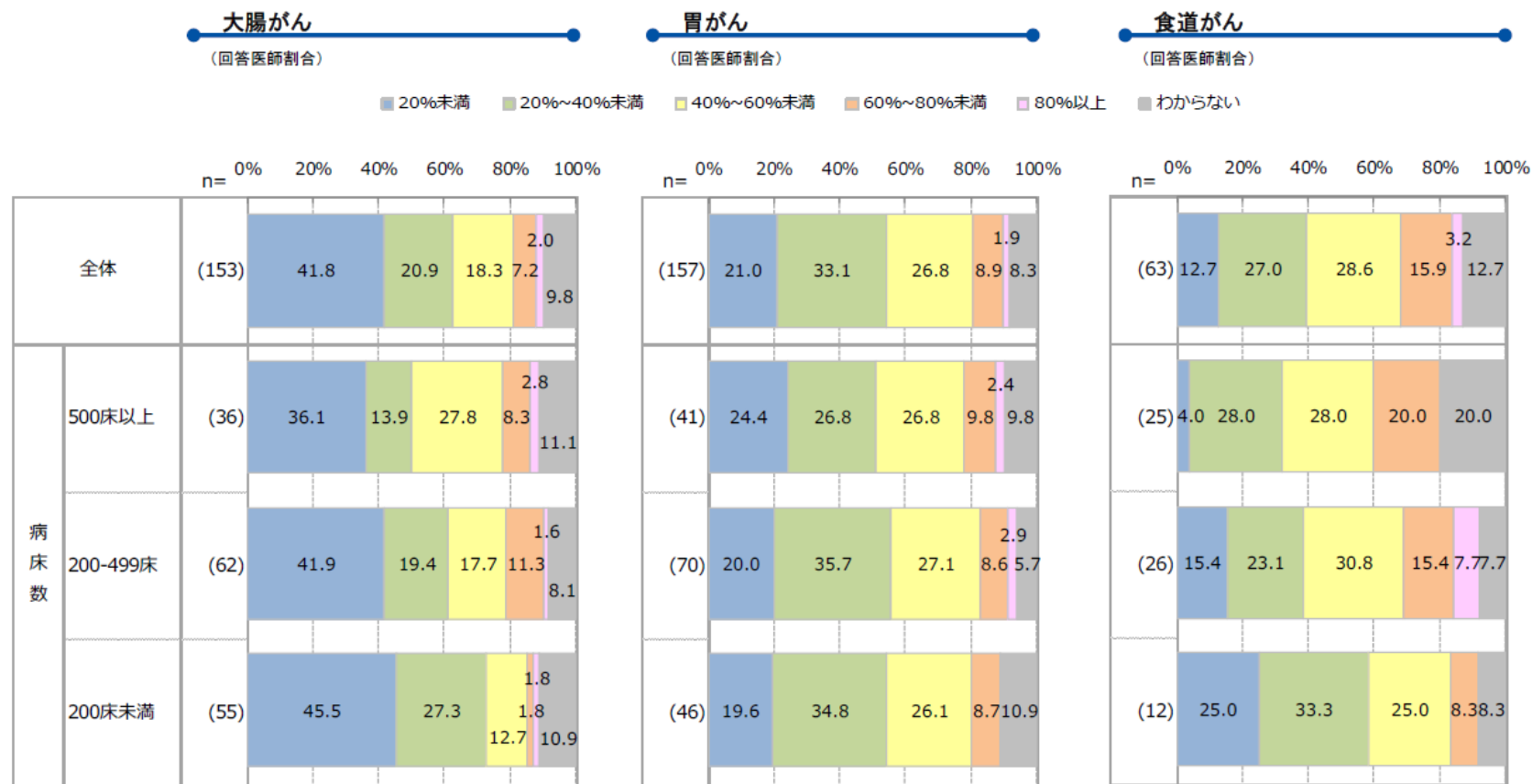
Clinical nutrition in surgery(抜粋) (欧州臨床栄養代謝学会:ESPEN)

- 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。

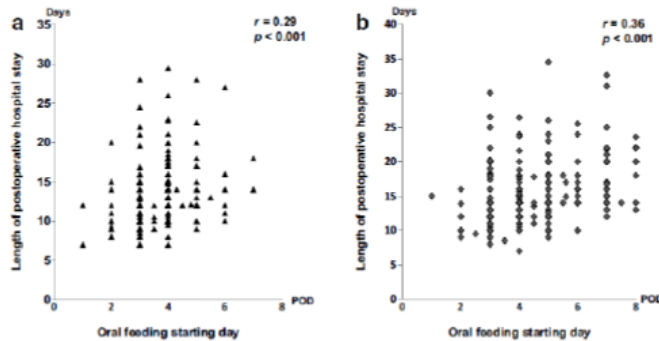
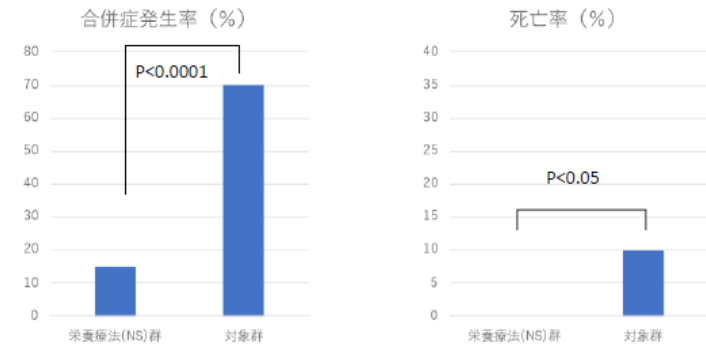


Fig. 7 Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay ($n = 226$). a Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay in distal gastrectomy (including laparoscopic surgery) analyzed by

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。

早期からの回復に向けた取組への評価

職種要件・算定要件の見直し

- 入室後早期から実施する離床に向けた取組を更に推進するため、早期離床・リハビリテーションに関わる職種に**言語聴覚士を追加**する。

早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

- 早期栄養介入管理加算について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直す。

現行

【早期栄養介入管理加算】

〔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病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。

〔施設基準〕

・当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。

改定後

【早期栄養介入管理加算】

〔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病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として**250点(入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点)を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。**

〔施設基準〕

イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。

□ **当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制*が整備されていること。**

※ 当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして**院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。**また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

- 特定集中治療室以外の治療室においても、患者の入室後早期から離床に向けた総合的な取組を行っている実態及びその効果を踏まえ、早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算の対象となる治療室を見直す。

- 早期離床・リハビリテーション加算
500点(1日につき)(14日まで)
- 早期栄養介入管理加算
400点(1日につき)(7日まで)

現行

特定集中治療室管理料 1～4

改定後

特定集中治療室管理料 1～4
救命救急入院料 1～4
ハイケアユニット入院医療管理料 1、2
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

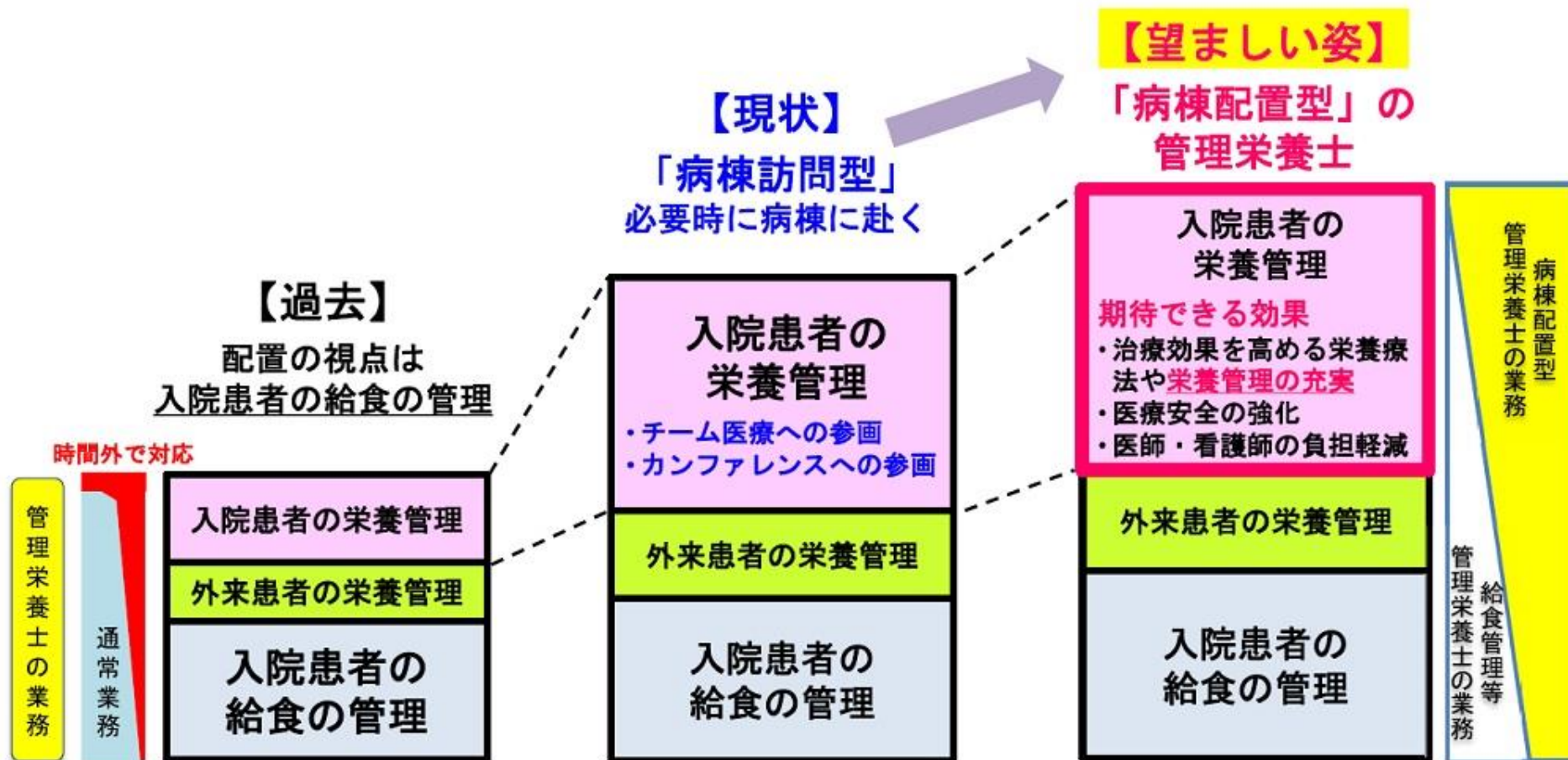
⑤入院栄養管理体制加算



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。

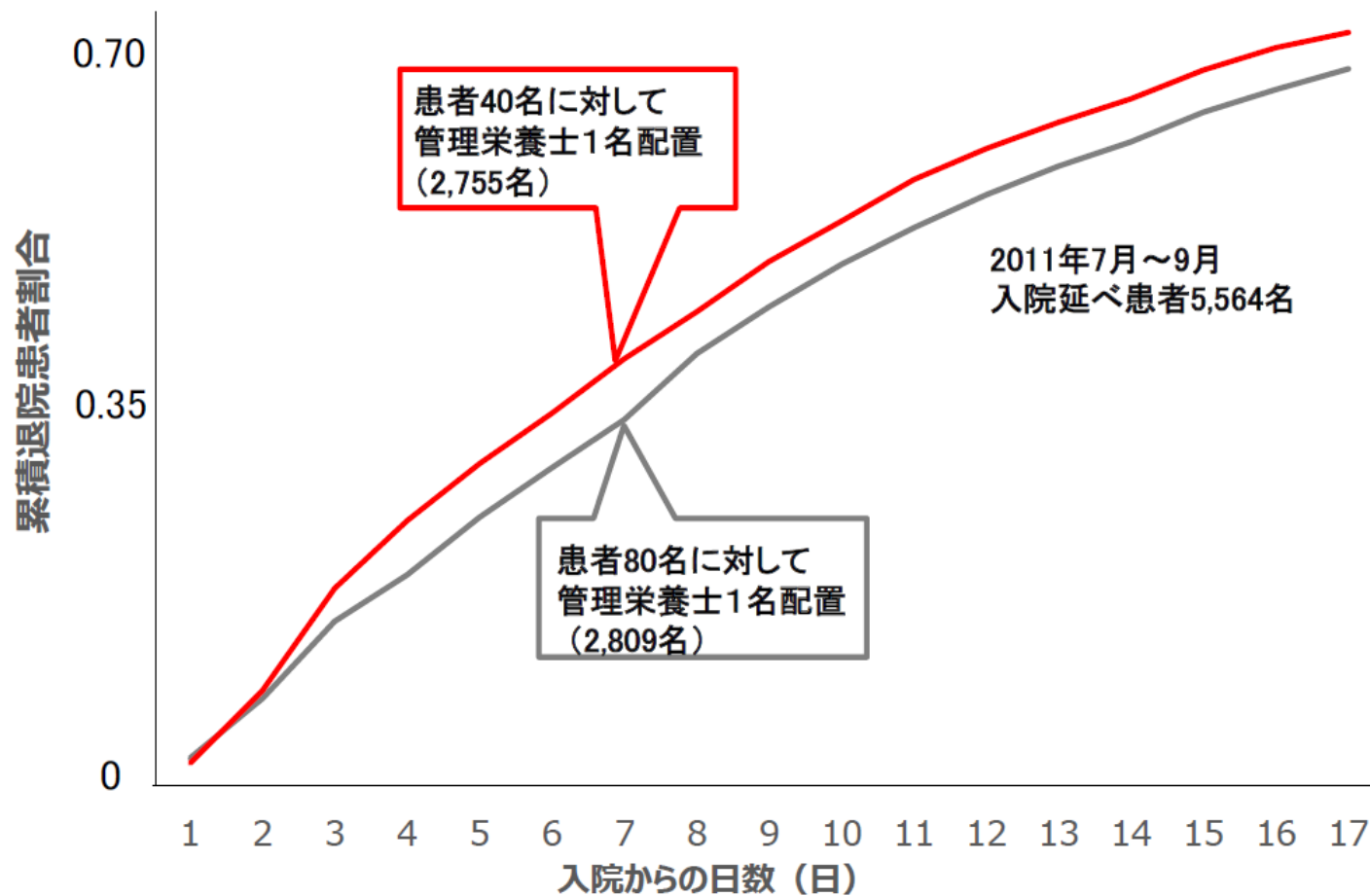


管理栄養士の病棟業務の効果等①

○ 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。

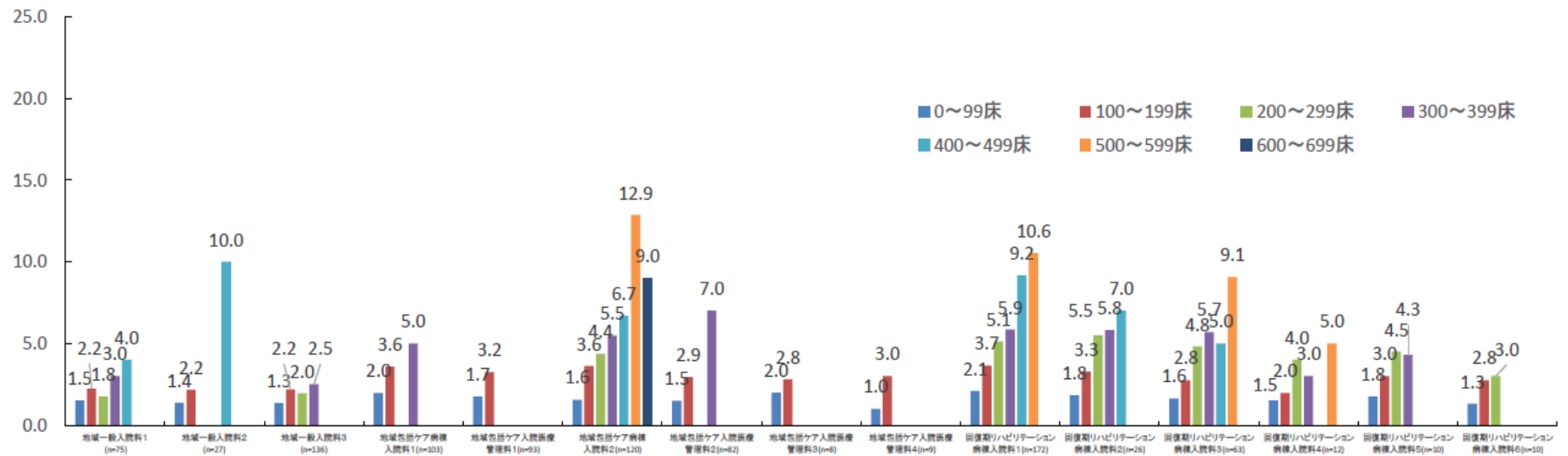
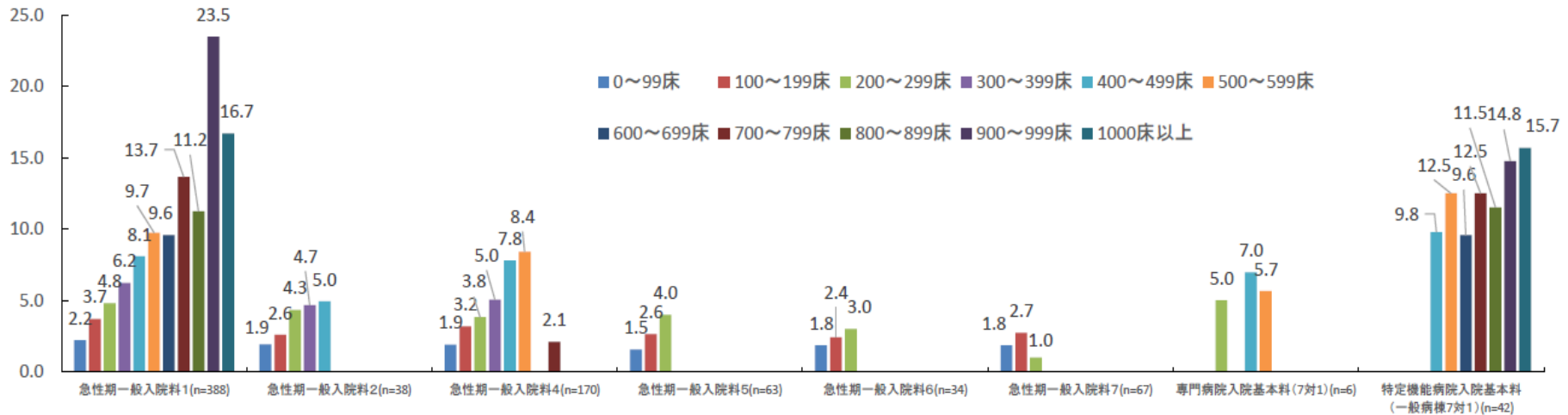
【対象と方法】

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

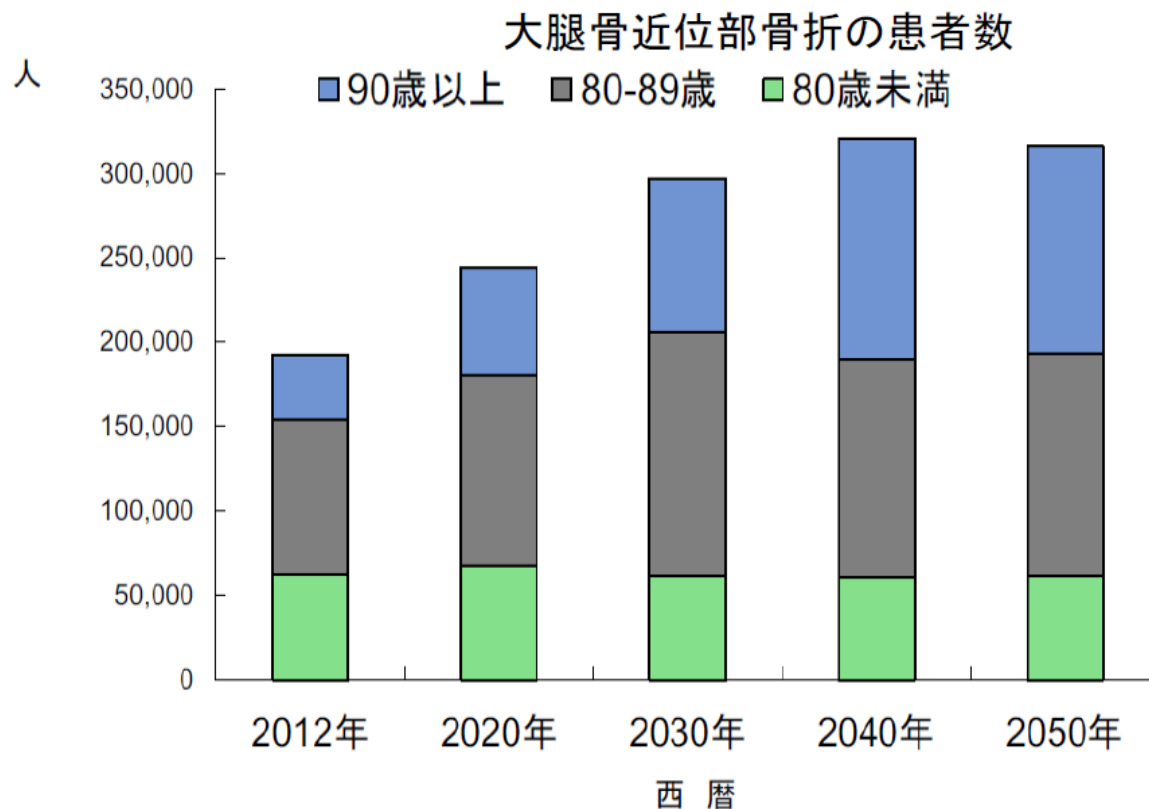
- 40歳以上の一般住民のうち、骨密度検査の結果から大腿骨頸部で男性12.4%、女性26.5%が骨粗鬆症を有していた。
- 2005年の年齢別人口構成に当てはめると、約1070万人の大腿骨頸部の骨粗鬆症患者がいることになる。

○ 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。



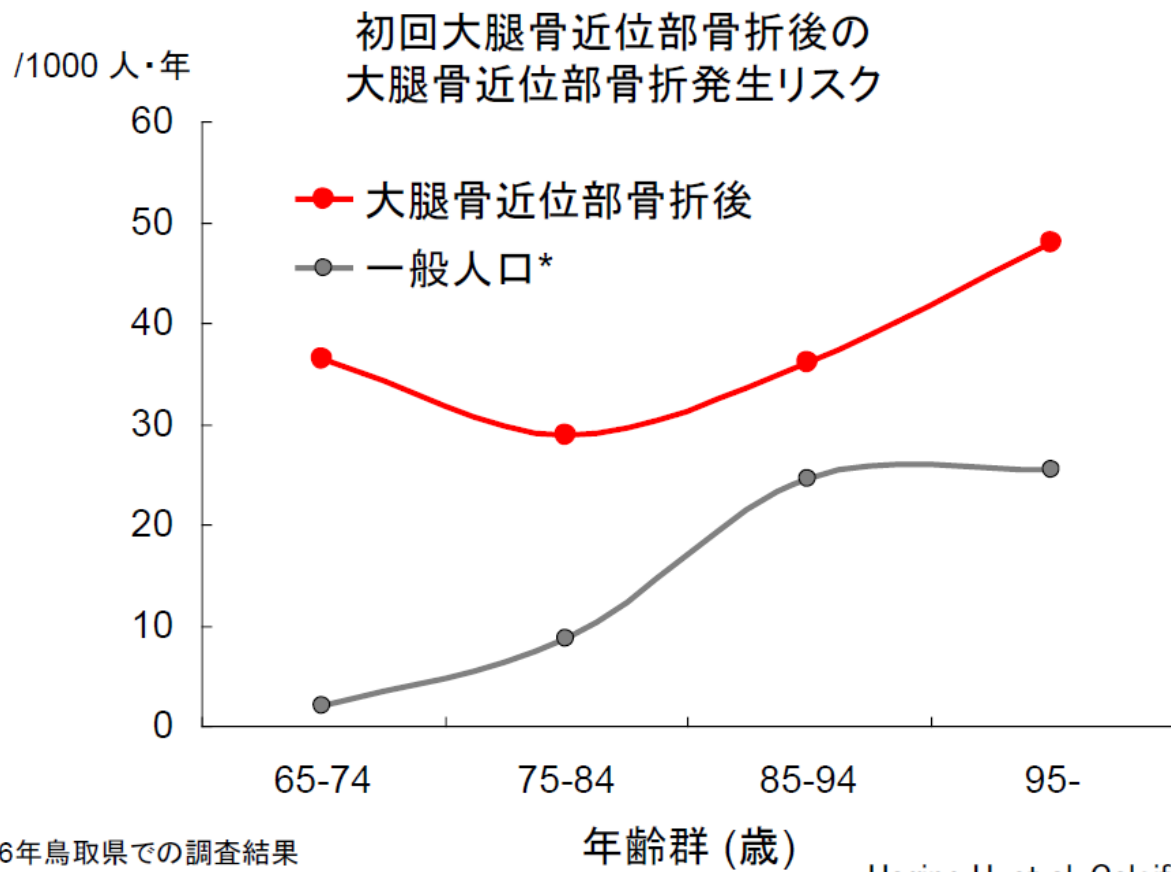
鳥取県での性・年齢階級別発生率(2004-2006年平均値)を元に、日本の将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所平成24年1月推計)に基づいて推計

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。



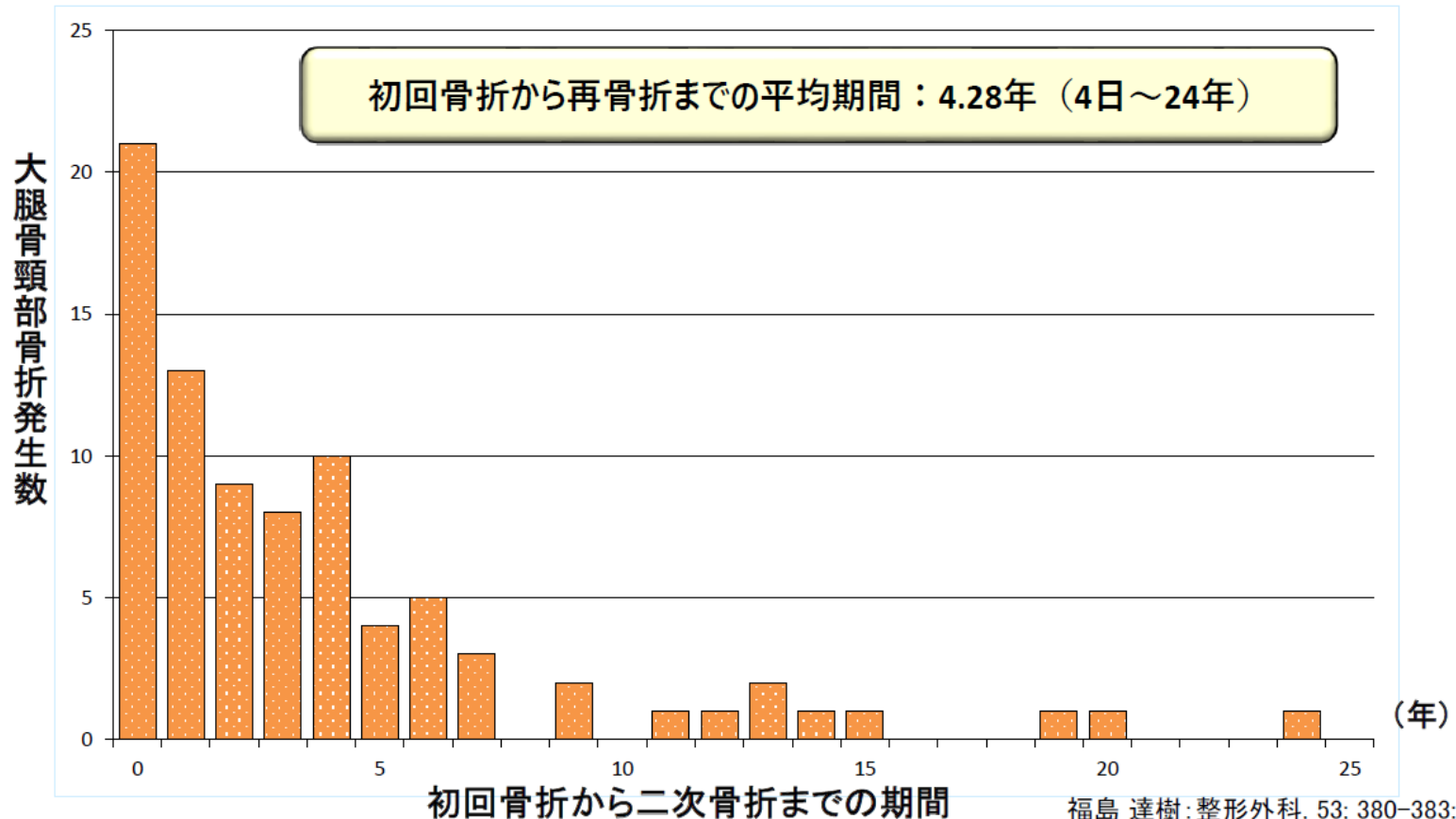
* 2004-2006年鳥取県での調査結果

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 》



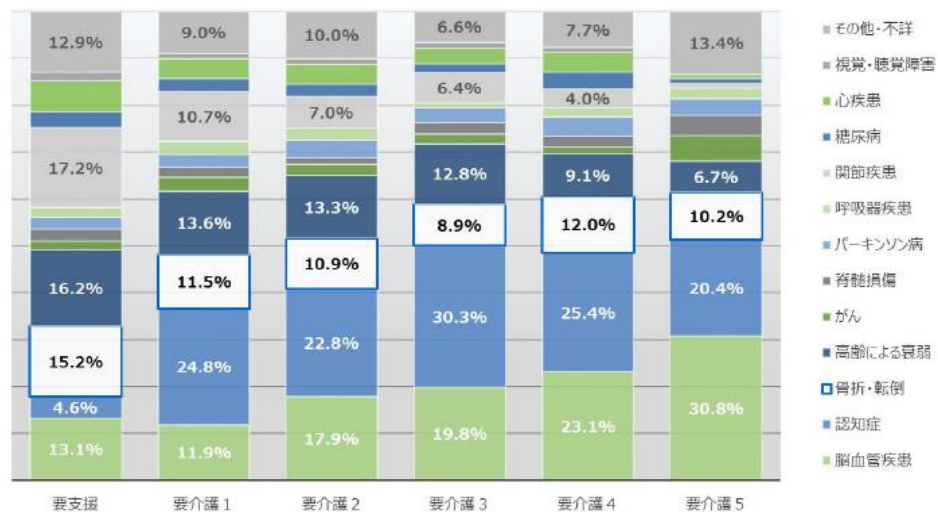
福島 達樹: 整形外科, 53; 380-383: 2002.
新潟リハビリテーション病院山本先生提供

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

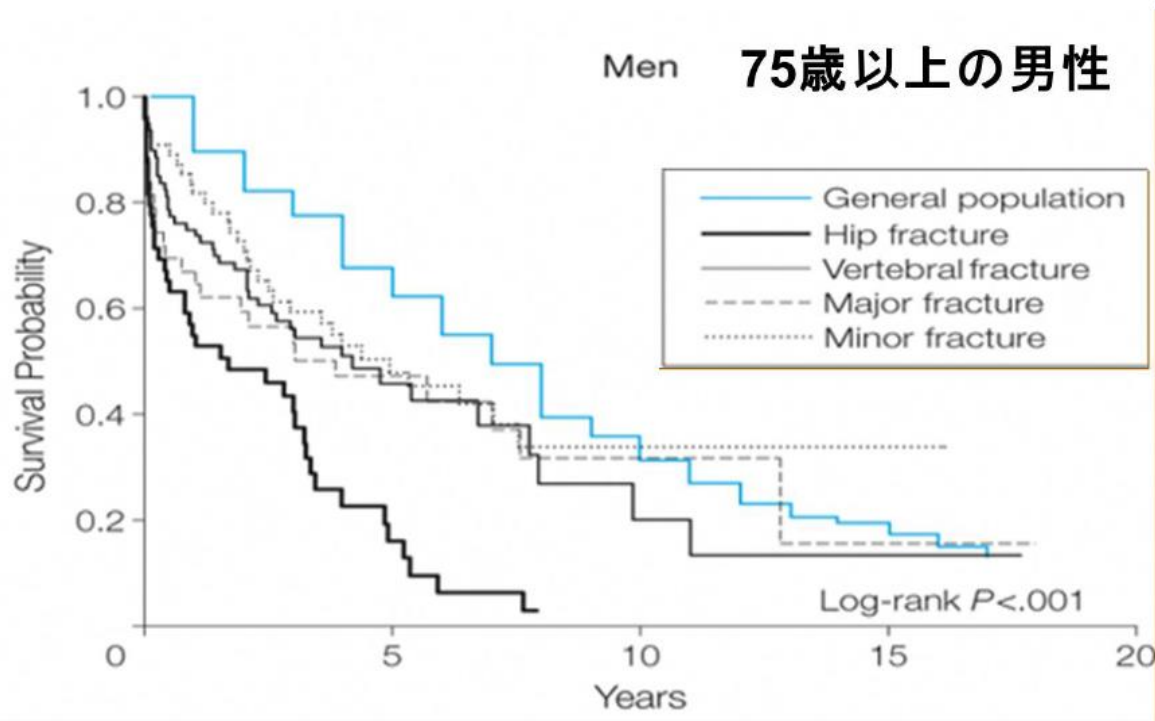
*1) 厚生労働省「国民生活基礎調査（平成26年）」※熊本県は除外

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。

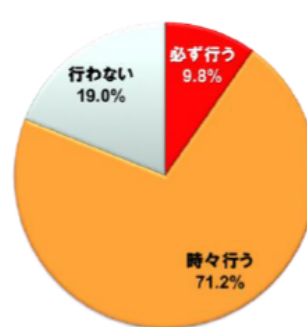
FLSの始まり

- 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

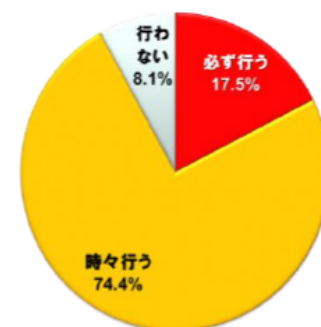
(Freeman C, et al Qual Saf Health Care 11: 239-, 2001)

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

出典:新潟リハビリテーション病院山本先生提供

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

編集
日本骨粗鬆症学会、日本骨代謝学会、骨粗鬆症財団

- ・ 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

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、その中において、骨粗鬆症骨折患者に対する際二次骨折予防のための診療支援システムとして骨折リエゾンサービスを紹介している。同時に、「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、当該クリニカルスタンダードにおいて、骨粗鬆症の治療等に当たっては骨粗鬆症の予防と治療ガイドラインを参照することとされている。

○ 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

骨粗鬆症の治療等に当たっては
骨粗鬆症の予防と治療ガイド
ラインを参照することとされている

骨粗鬆症骨折患者に対する際骨
折予防のための診療支援システ
ムとして紹介

○ 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



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

二次骨折予防のための取り組みについて

- 骨折リエゾンサービス(FLS)を実施した場合、以下のような有用性があることが報告されている。
- 具体的には、骨粗鬆症に対する治療開始率の上昇や、再骨折率の低下、死亡率の低下がある。

【骨折予防リエゾンサービスの有用性についての臨床試験の例】

効果	文献	例数 (FLS/ 非FLS)	成績	エビデンス レベル
治療開始率	1061	11096/ —	FLS 治療開始率 88 ~ 96%, 非FLS 患者の推計治療開始率 15 ~ 38%	IV
骨折率	1062	1412/1910	50 歳以上の非椎体骨折患者での再骨折ハザード比 0.44 (0.25 ~ 0.79)	III
	1063	240/220	50 歳以上の非外傷性骨折患者の、骨折後 2 年間の骨折率 FLS 群 5.1% vs 非FLS 群 16.4 %	III
	1064	246/157	50 歳以上の非外傷性骨折患者の、骨折後 2 年間の骨折率 FLS 群 4.1% vs 非FLS 群 19.6 %	III
治療継続率	1065	240/220	50 歳以上の非外傷性骨折患者の、骨折後 2 年間の治療継続率 FLS 群 81.3% vs 非FLS 群 54.1%	III
死亡率	1062	1412/1910	50 歳以上の非椎体骨折患者で、2 年間で FLS による死亡ハザード比 0.65 (0.53 ~ 0.79)	III
費用対効果	1067	110/110	RCT で 100 例あたり 260,000 カナダドルの節約	II

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]

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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]

- 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。
- 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。
- 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。
- 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

新型コロナで医療が変わる



武藤正樹（社会福祉法人日本医療伝道会
衣笠病院グループ相談役／よこすか地域
医療包括ケア推進センター長）

日本医学出版(2020) ISBN:978-4-86577-
043-8

新型コロナに感染し、無事生還した著者が
実体験を語る。

2025年、2040年に大きな節目を迎える予
定だった医療制度は新型コロナにより大
きく転換することとなった。

医療制度の専門家として新型コロナの視
点を踏まえ、もう一度2025年、2040年の
医療・介護の近未来を考える。

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

グループワーク

- 自施設のチーム医療の現状と課題について、以下の項目について意見交換しよう
 - ①重症患者対応体制強化加算
 - 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
 - ⑤迅速対応システム（RRS）
 - ⑥術後疼痛管理チーム
 - ⑦周術期薬学管理の評価
 - ⑧周術期の栄養管理
 - ⑨入院栄養管理体制加算
 - ⑩二次性骨折予防の評価その他、チーム医療一般について、意見交換をしよう

