

# 2040年問題とチーム医療

~2024年惑星直列まであと2年~



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



- 1949年神奈川県川崎市生まれ B型うお座
- 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  
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】





富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

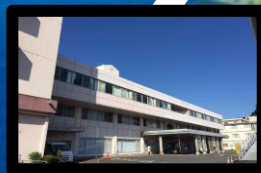
衣笠病院グループ



長瀬  
ケアセンター

浦賀

三浦





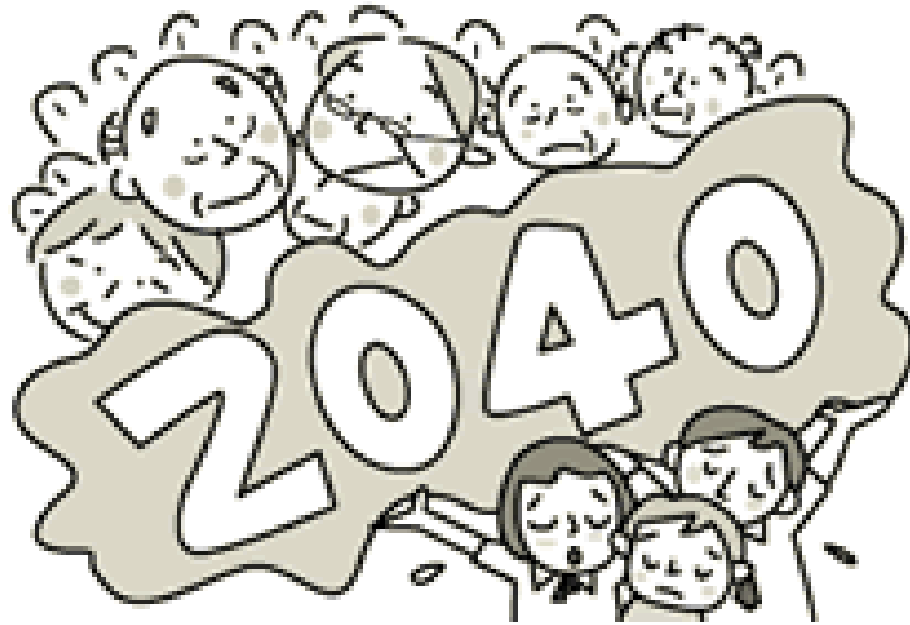
# 目次



- パート 1
  - 2025年、2040年問題とは？
- パート 2
  - 2024年惑星直列まであと2年  
医師等の働き方改革
- パート 3
  - タスクシフティング
- パート 4
  - 2022年診療報酬改定とチーム医療

# パート1

2025年、2040年問題とは？





# 65歳以上の高齢者の人口推移

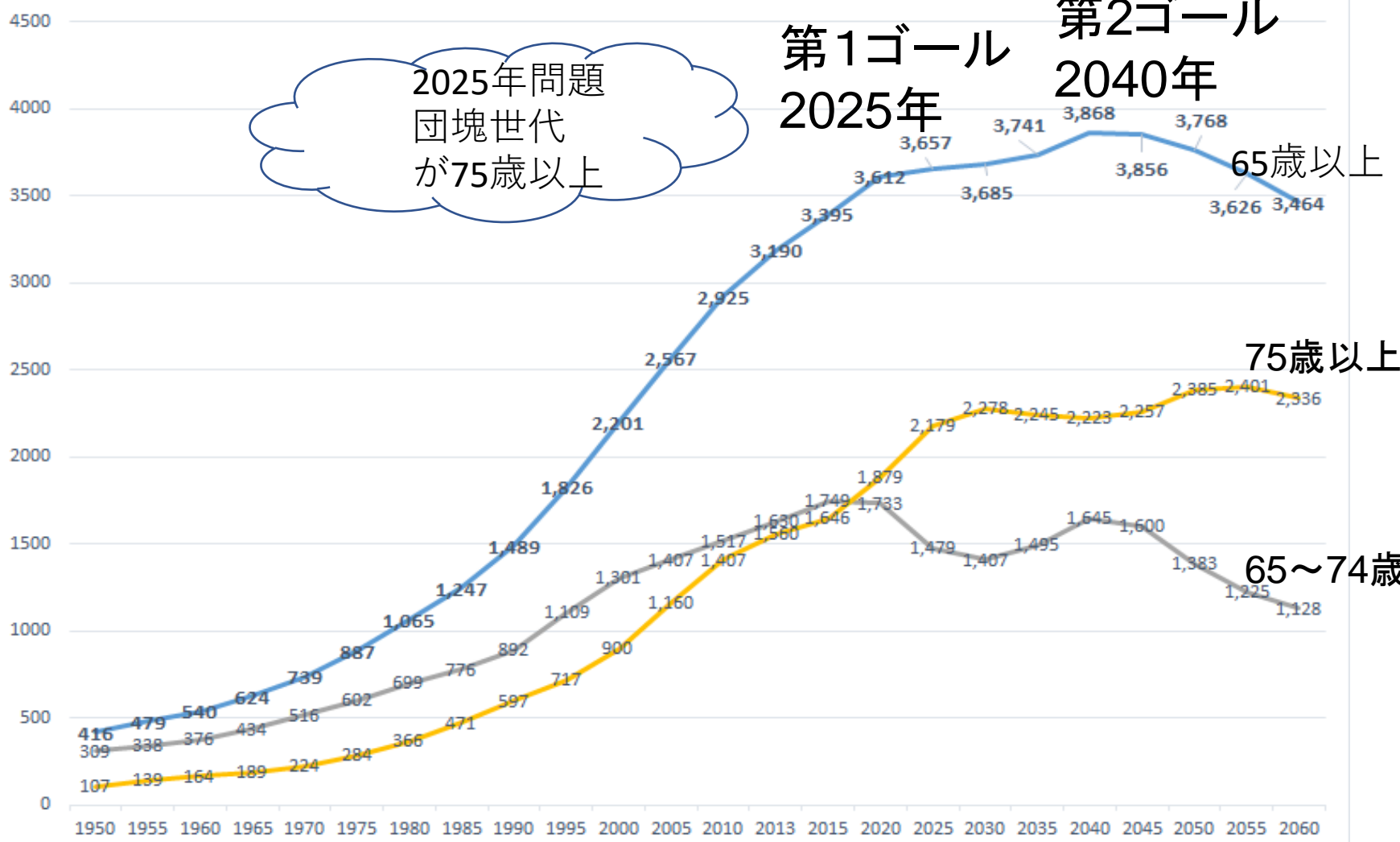
65～74歳 75歳以上 65歳以上(計)

2040年問題  
団塊ジュニア  
が65歳以上

2025年問題  
団塊世代  
が75歳以上

第1ゴール  
2025年

第2ゴール  
2040年



75歳以上

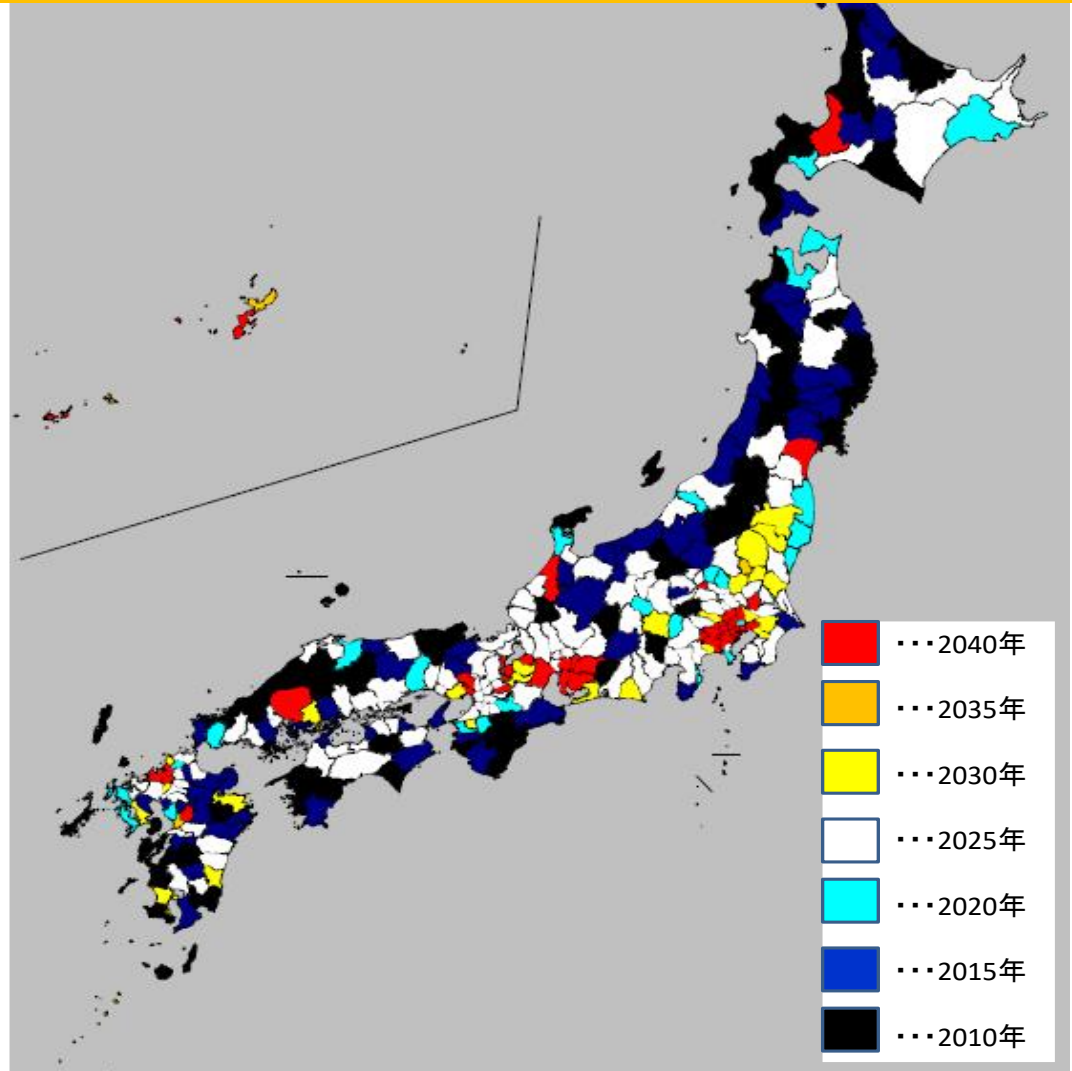
65～74歳

65歳以上

# 高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

地域により  
医療需要ピークの時期  
が大きく異なる

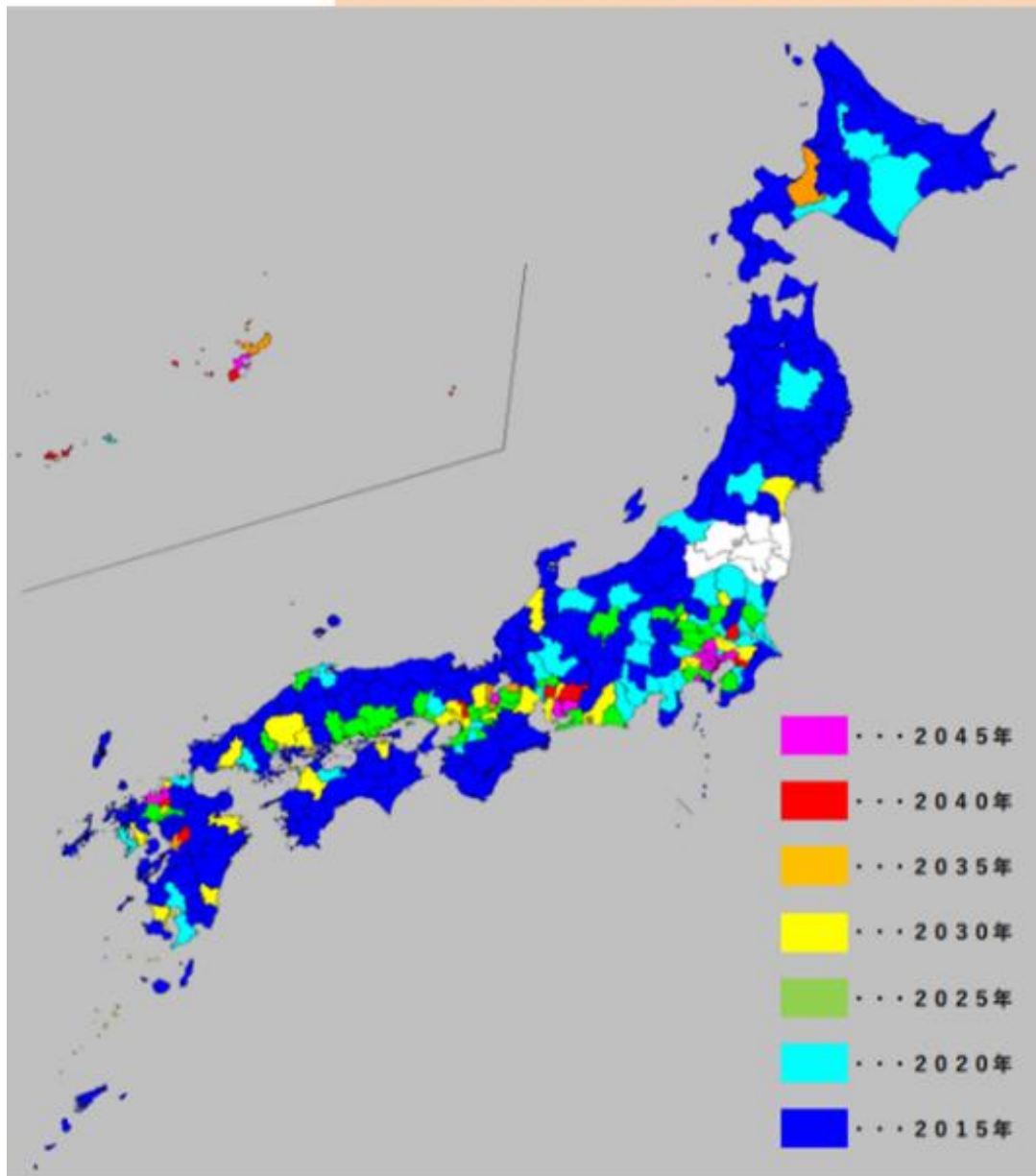
2040年に高齢化のピークを  
迎えるのは首都圏を始めと  
した大都市圏、地方では  
ピークを過ぎている



出典：社会保障制度国民会議資料（平成25年4月19日 第9回  
資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料）



## 二次医療圏ごとの外来患者推計のピーク



外来医療については、多くの地域ですでに需要のピークを迎えていると考えられる。

### 【出典】

- ・国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」
- ・厚生労働省「平成29年患者調査」

### 【データ加工】

- ・産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツールAJAPA」

### ※「地域別人口変化分析ツールAJAPA」による推計方法

患者調査で把握できる都道府県・性・年齢階級・傷病別の受療率が将来も継続すると仮定し、将来推計人口の通り人口構造が変化した場合の患者数増減を推計している。（2010年を100としたときの患者数を示している。）

※ 福島県については、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」において、東日本大震災の影響により市町村別の人口推移等を推計することが困難との理由からデータが掲載されていないため、着色していない。

# 年齢別の推計外来患者数の推移

千人

5,000

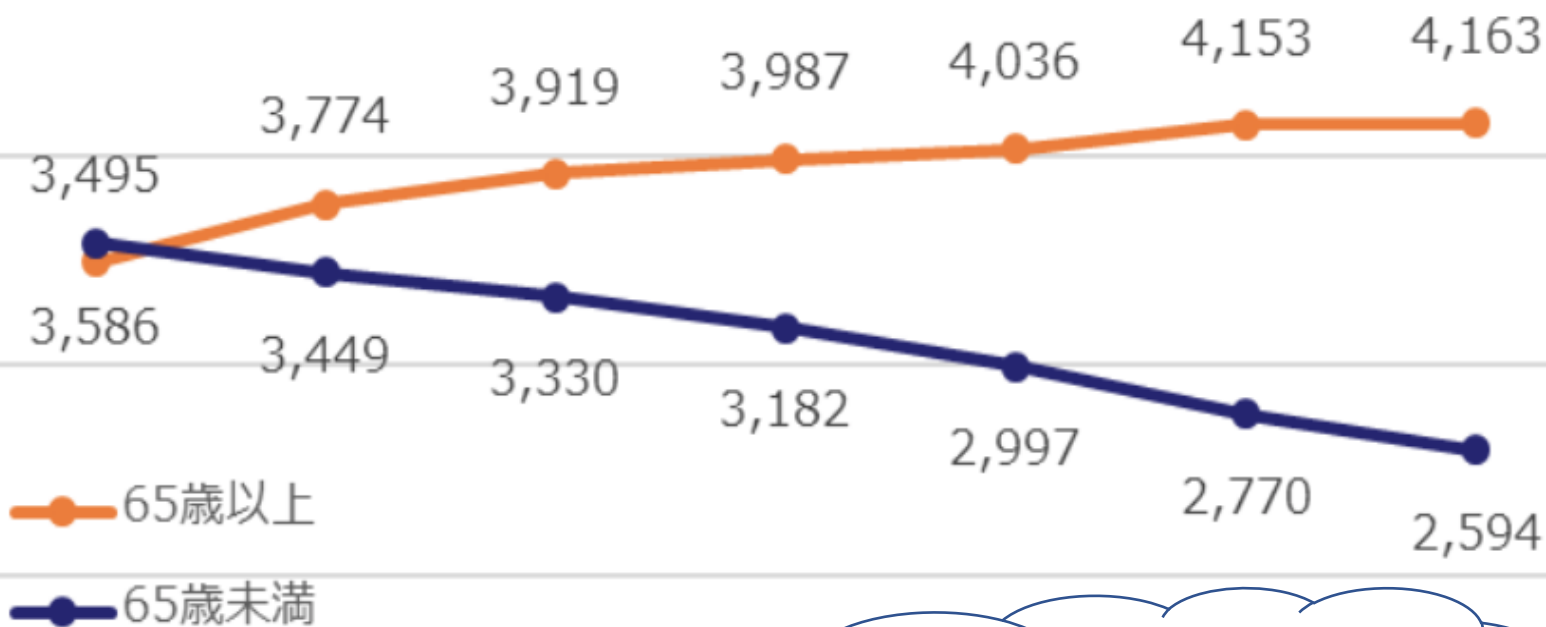
4,000

3,000

2,000

1,000

0



減るのは65歳未満の若い外来患者

2015年

2020年

2025年

2030年

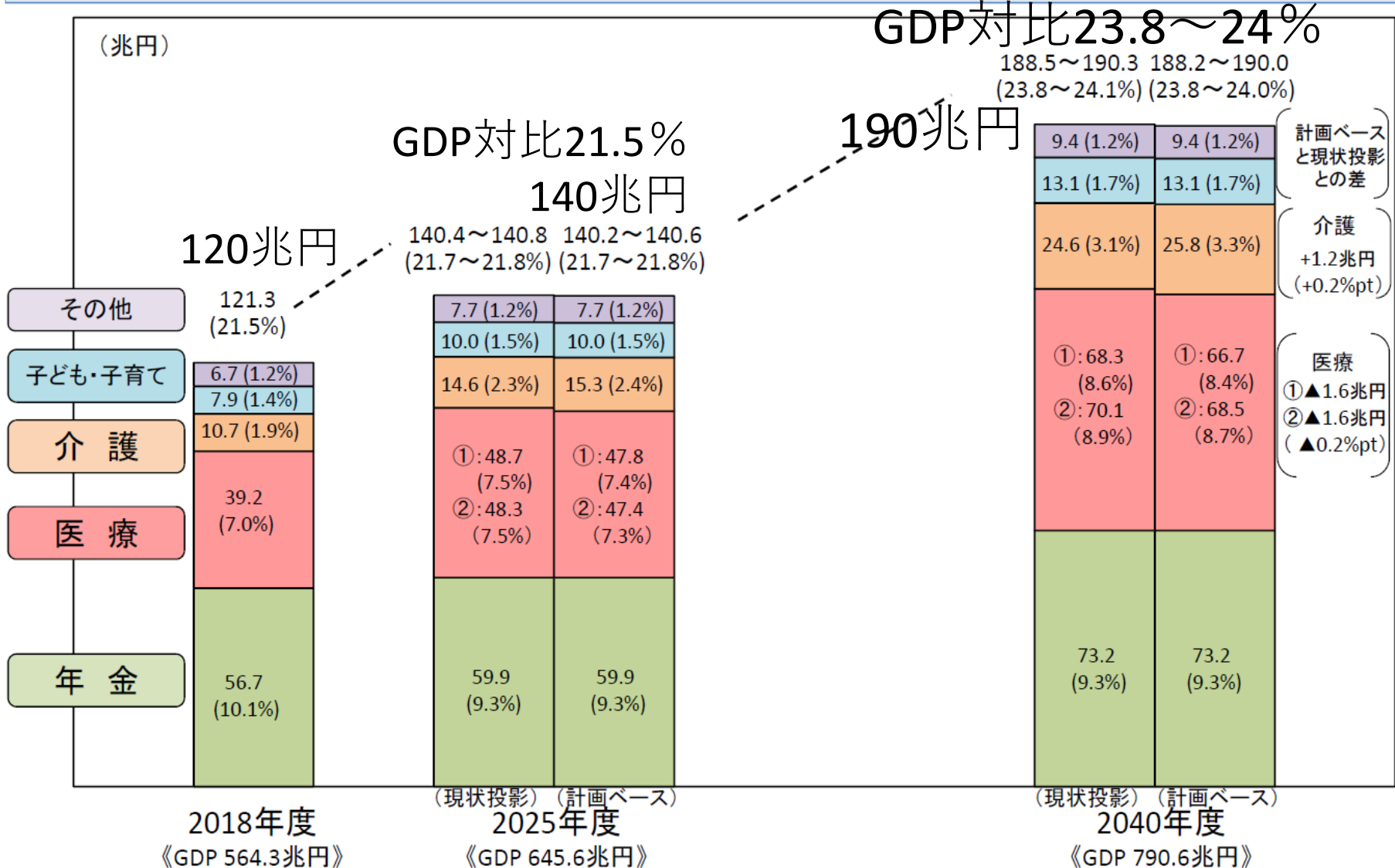
2035年

2040年

2045年



# 社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）



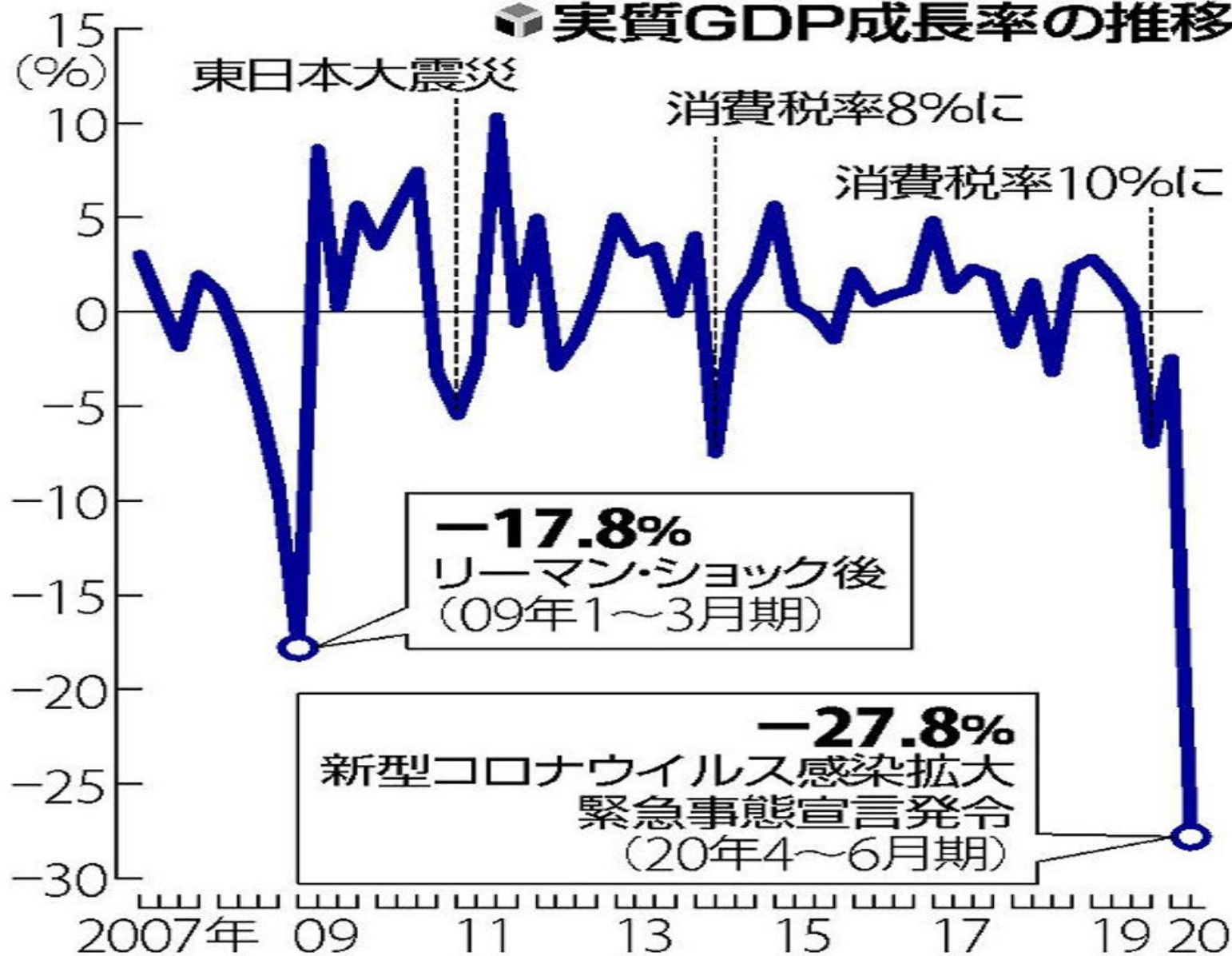
(注1) ( )内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおいており給付費に幅がある。

(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

でも、コロナで国の財政は  
戦後最大ピンチ

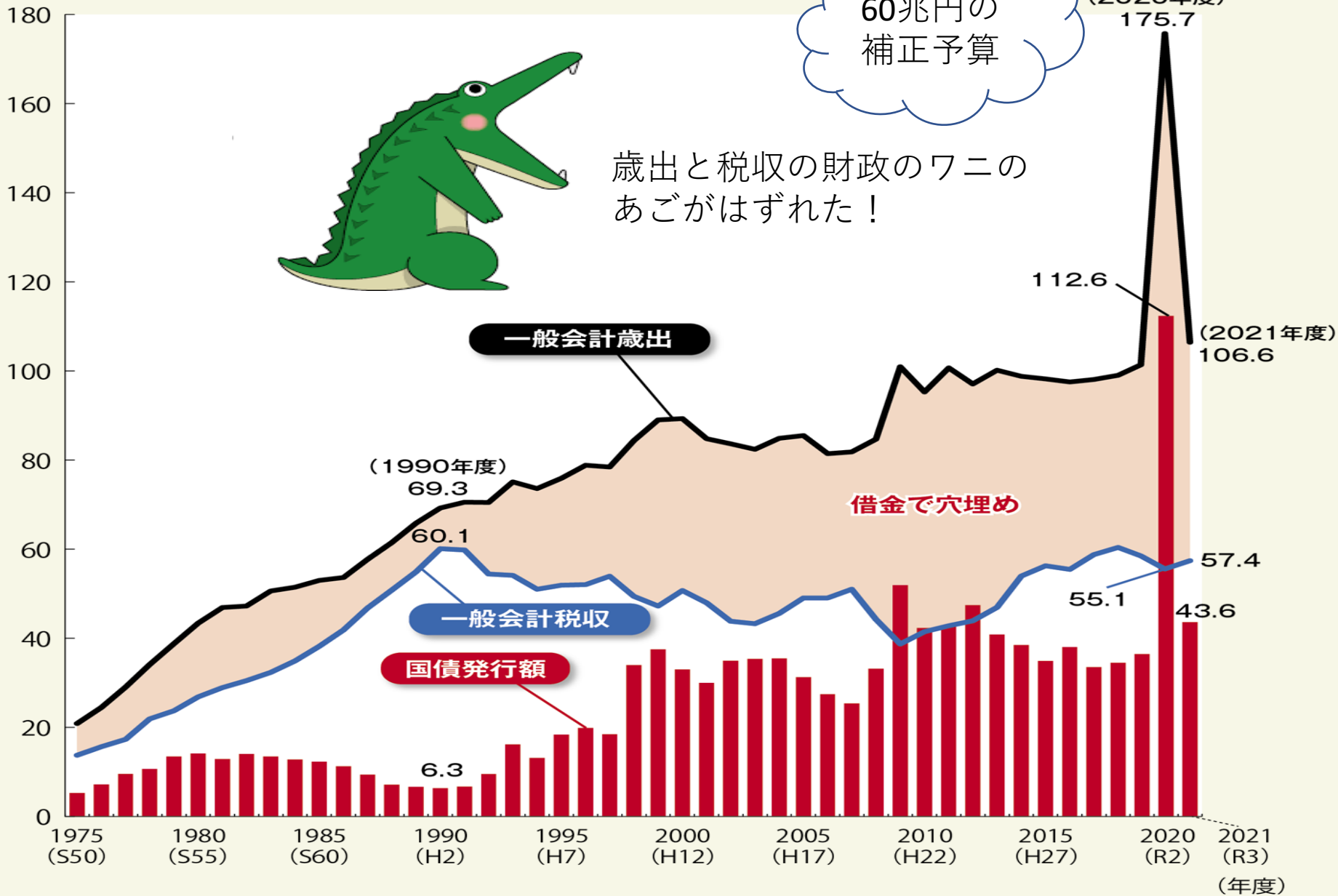


# 実質GDP成長率の推移



※四半期ごとの前期比増減率の年率換算

(兆円)



(注1) 2019年度までは決算、2020年度は第3次補正後予算、2021年度は政府案による。  
 (注2) 2019年度及び2020年度の計数は、臨時・特別の措置に係る計数を含んだものである。

財務省資料より



# 年齢区分別人口(日本の将来推計人口・平成29年推計)

団塊の世代の高齢化



2022年から  
人口問題の  
ワニの口が開く

(注) 出生中位、死亡中位  
(出典) 年齢区分別人口(日本の将来推計人口・平成29年推計)をもとに健保連が作成

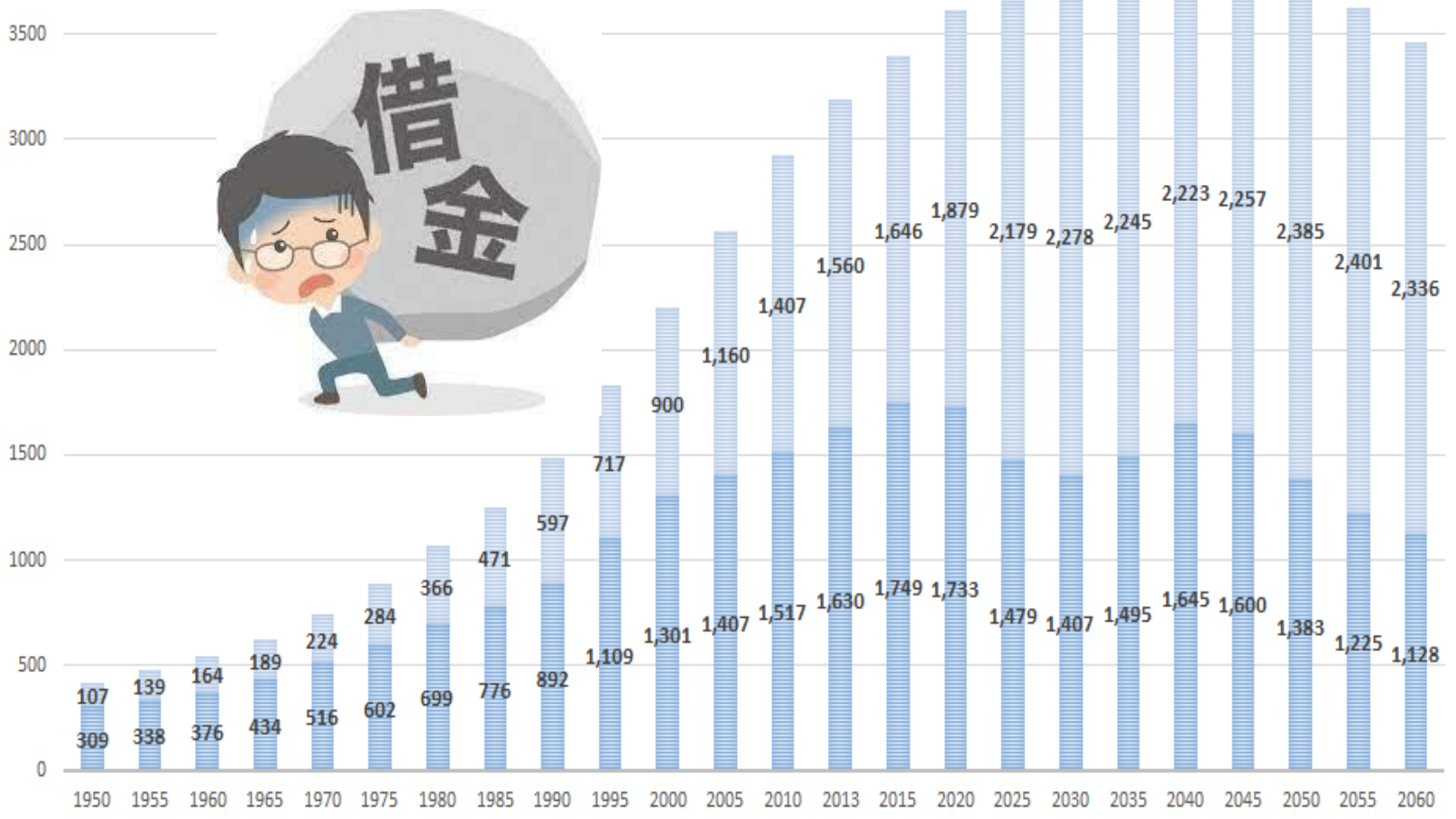
### 65歳以上の高齢者の人口推移

# 2040年

■ 65~74歳 ■ 75歳以上

4000 万人

### 団塊世代の高齢化 2025年



# 2040年へ向けての 医療・介護・福祉 改革プラン

「多様な働き方を目指して」

2040年を展望した社会保障・働き方改革本部の取り  
まとめから（2019年5月）

# 医療・福祉サービス改革プランの概要

## ● 以下4つの改革を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図る

→2040年時点において、医療・福祉分野の単位時間サービス提供量（※）について**5%（医師については7%）以上の改善**を目指す

※（各分野の）サービス提供量＝従事者の総労働時間で算出される指標（テクノロジーの活用や業務の適切な分担により、医療・福祉の現場全体で必要なサービスがより効率的に提供されると改善）

I

### ロボット・AI・ICT等の実用化推進、 データヘルス改革

- ◆ 2040年に向けたロボット・AI等の研究開発、実用化  
(未来イノベーションWGの提言を踏まえ、経済産業省、文部科学省等と連携し推進)
- ◆ データヘルス改革(2020年度までの事業の着実な実施と改革の更なる推進)
- ◆ 介護分野で①業務仕分け、②元気高齢者の活躍、③ロボット・センサー・ICTの活用、④介護業界のイメージ改善を行うパイロット事業を実施  
(2020年度から全国に普及・展開)
- ◆ オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実  
(本通常国会に薬機法改正法案を提出、指針の定期的な見直し) 等

II

### タスクシフティング、 シニア人材の活用推進

- ◆ チーム医療を促進するための人材育成(2023年度までに外科等の領域で活躍する特定行為研修を修了した看護師を1万人育成 等)
- ◆ 介護助手等としてシニア層を活かす方策(2021年度までに入門的研修を通じて介護施設等とマッチングした者の数を2018年度から15%増加) 等

III

### 組織マネジメント改革

- ◆ 意識改革、業務効率化等による医療機関における労働時間短縮・福祉分野の生産性向上ガイドラインの作成・普及・改善（優良事例の全国展開）
- ◆ 現場の効率化に向けた工夫を促す報酬制度への見直し  
(実績評価の拡充など)（次期報酬改定に向けて検討）
- ◆ 文書量削減に向けた取組(2020年代初頭までに介護の文書量半減)、報酬改定対応コストの削減(次期報酬改定に向けて検討) 等

IV

### 経営の大規模化・ 協働化

- ◆ 医療法人・社会福祉法人それぞれの合併等の好事例の普及(今年度に好事例の収集・分析、2020年度に全国に展開)
- ◆ 医療法人の経営統合等に向けたインセンティブの付与(今年度に優遇融資制度を創設、2020年度から実施)
- ◆ 社会福祉法人の事業の協働化等の促進方策等の検討会の設置(今年度に検討会を実施し、検討結果をとりまとめ) 等



## パート 2

2024年惑星直列の年まであと2年

第8期医療計画スタート年

診療報酬改定・介護報酬改定同時改定

働き方改革スタート年

第9期介護保険事業計画スタート年

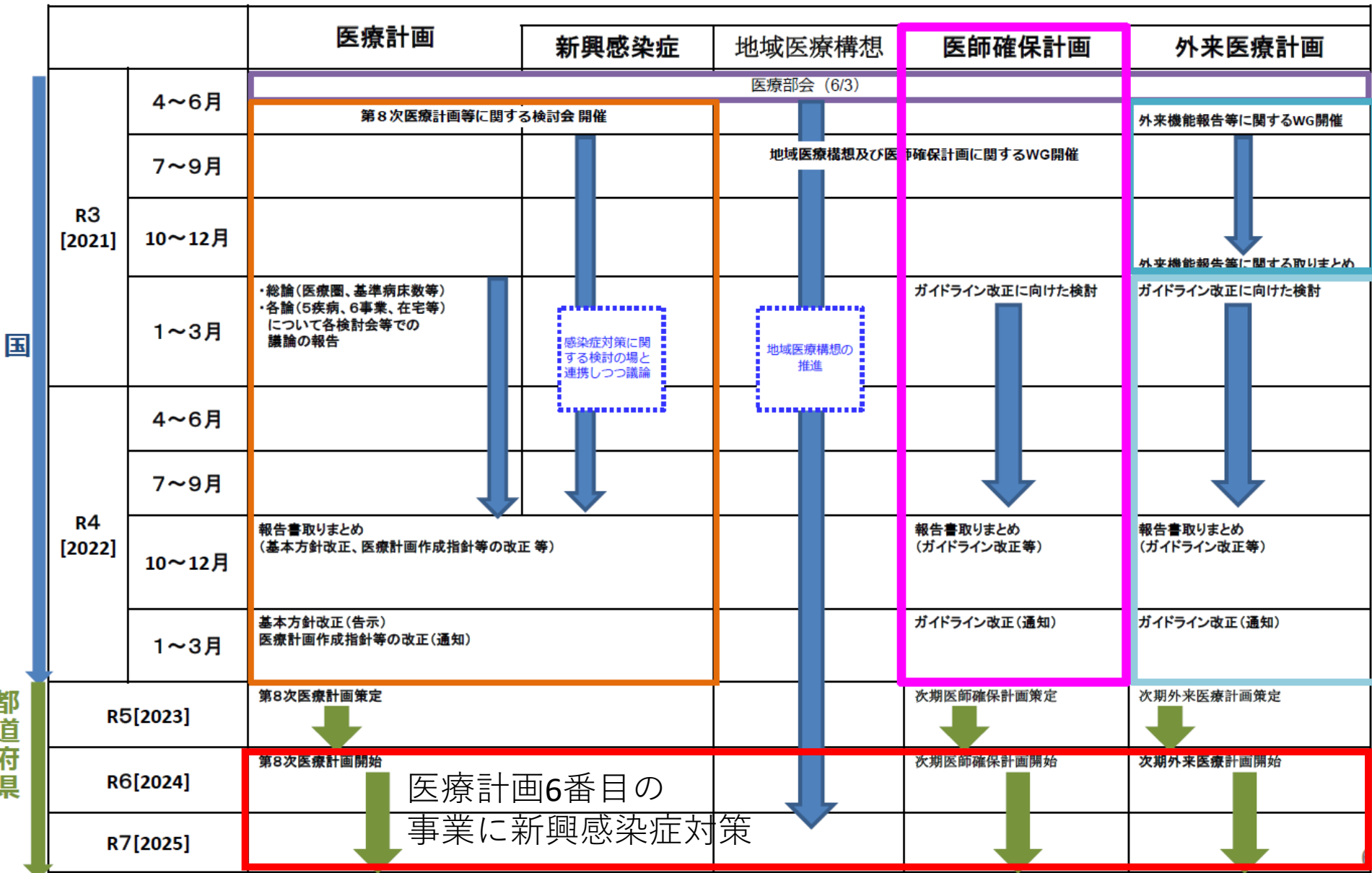
第4期医療費適正化計画スタート年

# 2024年惑星直列の工程表

年度 事項	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	
地域医療計画・ 地域医療構想	第7次医療計画					第8次医療計画 (中間見直し)					第9次医療計画 (見直し)								
診療報酬・介護報酬		診療報酬改定	介護報酬改定	診療報酬改定		同時改定		診療報酬改定	介護報酬改定	診療報酬改定		同時改定		診療報酬改定	介護報酬改定	診療報酬改定		同時改定	
働き方改革	<ul style="list-style-type: none"> <li>実態調査</li> <li>医師の労働時間短縮のための実効的な支援策（マネジメント改革、特定行為研修制度のパッケージ化等）により暫定特例水準の対象をなるべく少なくする努力</li> <li>必要に応じて追加的支援策の検討</li> </ul>					施行			(実態調査・検討)			(実態調査・検討)			(実態調査・検討)			2036.3 暫定特例水準の適用 終了目標	(この後も引き続き)
	(B) 水準：実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討																		
	(C) 水準：研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証																		

# 第8次医療計画に向けた取組（全体イメージ）

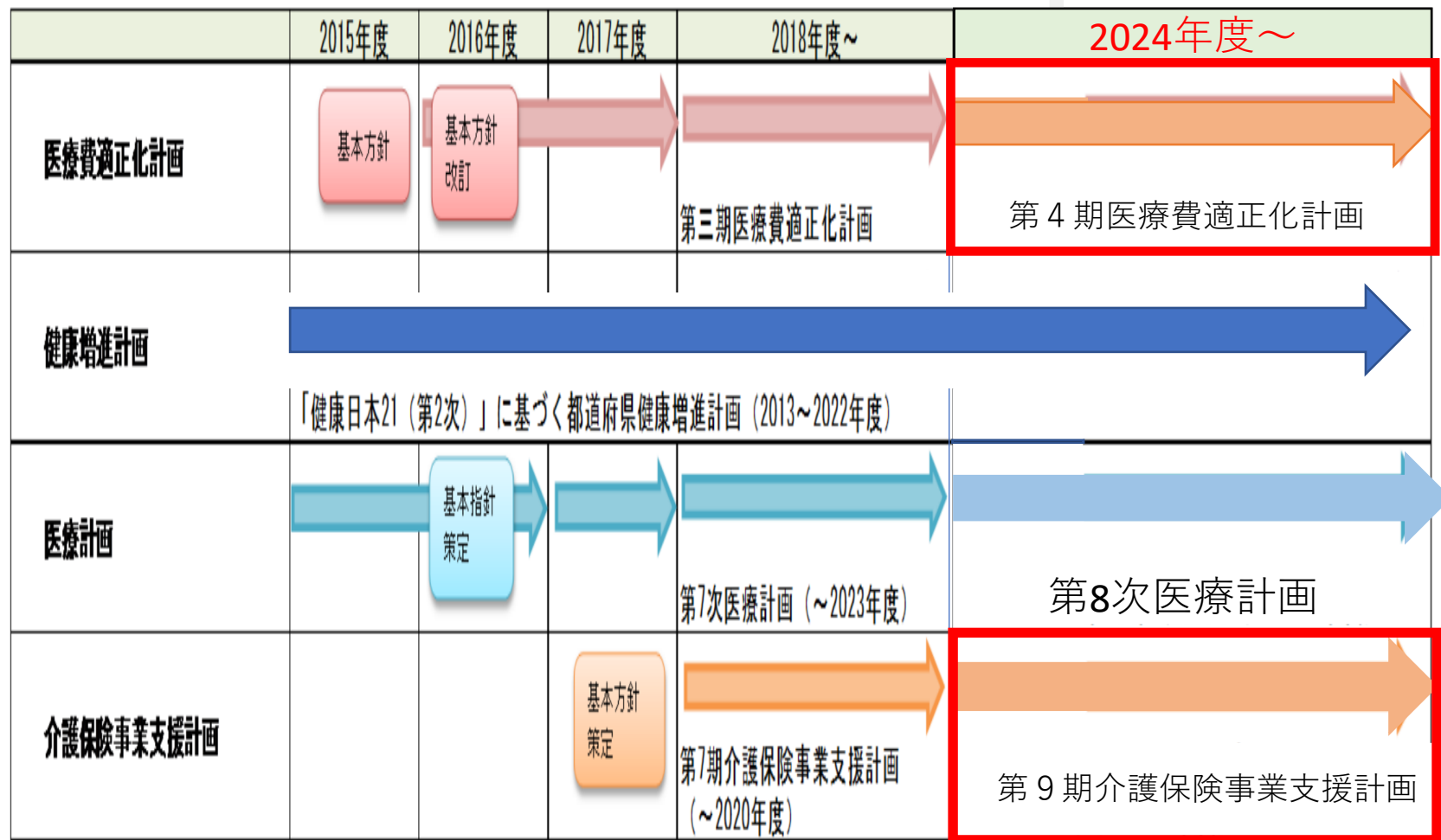
令和3年6月18日  
第8次医療計画等に関する検討会資料（一部改）



国

都道府県

図表2 直近の医療費適正化計画と密接する様々な計画



(出所) 厚生労働省ウェブサイトより大和総研作成



# 2024年はトリプル改定

診療報酬、介護報酬、障害者サービスの  
同時改定年

# 医師の働き方改革



## 働き方改革関連法

### 時間外労働（残業）の上限を規制



大企業

2019年4月～

中小企業

2020年4月～

#### 【原則として】

🕒 月45時間・年360時間

#### 【例外でも】

🕒 年720時間以内（※休日労働を含まない）

🕒 単月100時間未満、  
2~6か月平均80時間以内（※休日労働を含む）



医師への適用は **2024年4月～**、  
**上限時間も別に設定**



# 医師の時間外労働時間の上限規定

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



# 2024年4月とその後に向けた改革のイメージ②(案)

- 2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなり、暫定特例水準対象の医師についても、時間外労働が年960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組んでいく。

## 病院勤務医の働き方の変化のイメージ

(時間外労働の年間時間数)

現状



2024.4  
上限規制適用

2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

2023年度末までに  
解消

約1割  
約2万人

約3割  
約6万人

1,900~  
2,000時間程度

水準B  
暫定特例水準  
2035年度末までに解消

暫定特例水準対象についても、  
時間外労働が年960時間以内と  
なることを目指し、さらなる  
労働時間短縮に取り組む

960時間

2024年度以降適用される

水準A

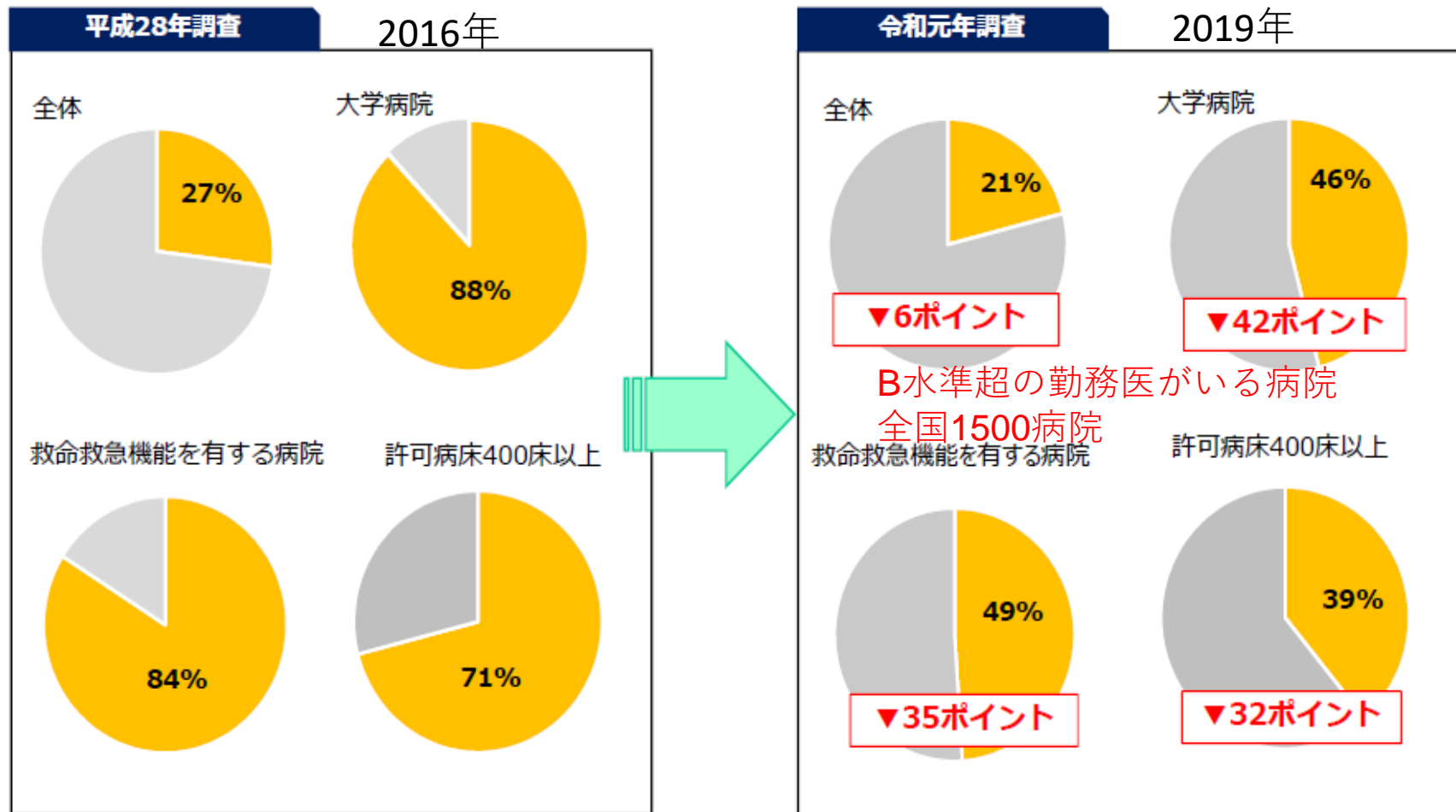
約6割  
約12万人

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

# 地域医療確保暫定特例水準を超える働き方の医師がいる病院の割合

時間外労働が年1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

- 平成28年調査と比較し、時間外労働が年1860時間を超えると推定される、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる病院の割合が減少している。
- 大学病院・救命救急機能を有する病院・許可病床400床以上の病院においては、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる割合が7割～8割を占めていたところ、いずれも割合が大幅に減少し、労働時間の短縮が認められる。



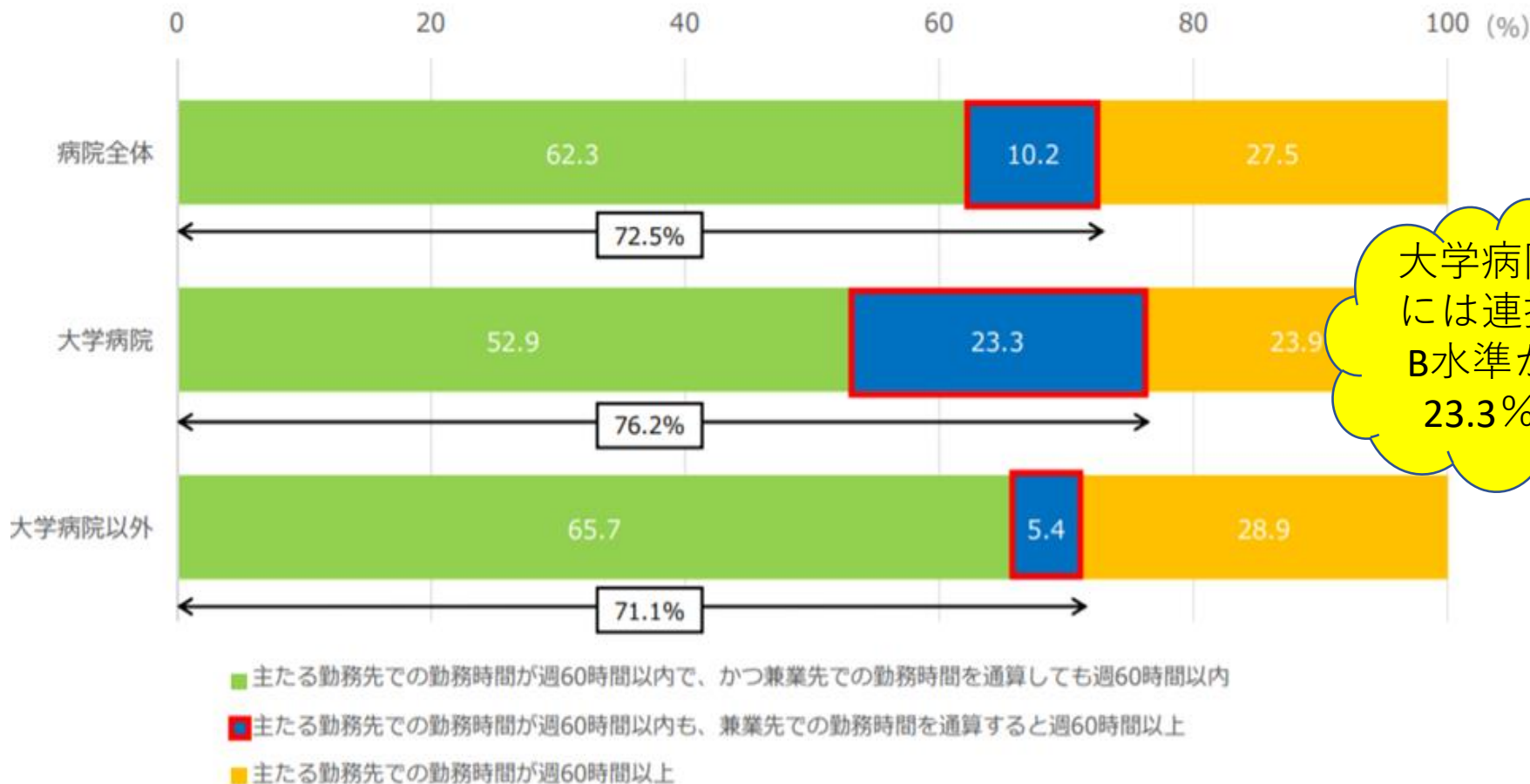
※ H28調査：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診察外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

※ R元年調査：診療外時間から指示の無い診察外時間を除外し、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

※※ 平成30年病床機能報告救急機能とは、救急告示病院、二次救急病院、救命救急（三次救急）病院のいずれかに該当するもので、救命救急機能は、三次救急病院に該当するもの。なお、救急車受入件数は、平成30年病床機能報告で報告された件数から抽出した。

## 副業・兼業：主たる勤務先と兼業先の勤務時間（全体・大学病院・大学病院以外）

○ 主たる勤務先である大学病院での勤務時間が週60時間（年間時間外・休日労働960時間換算）の範囲内に収まる医師は全体の76.2%であるが、兼業先での勤務時間を通算すると週60時間を超過する医師が全体の23.3%と、大学病院以外の医師よりもその割合が高い。

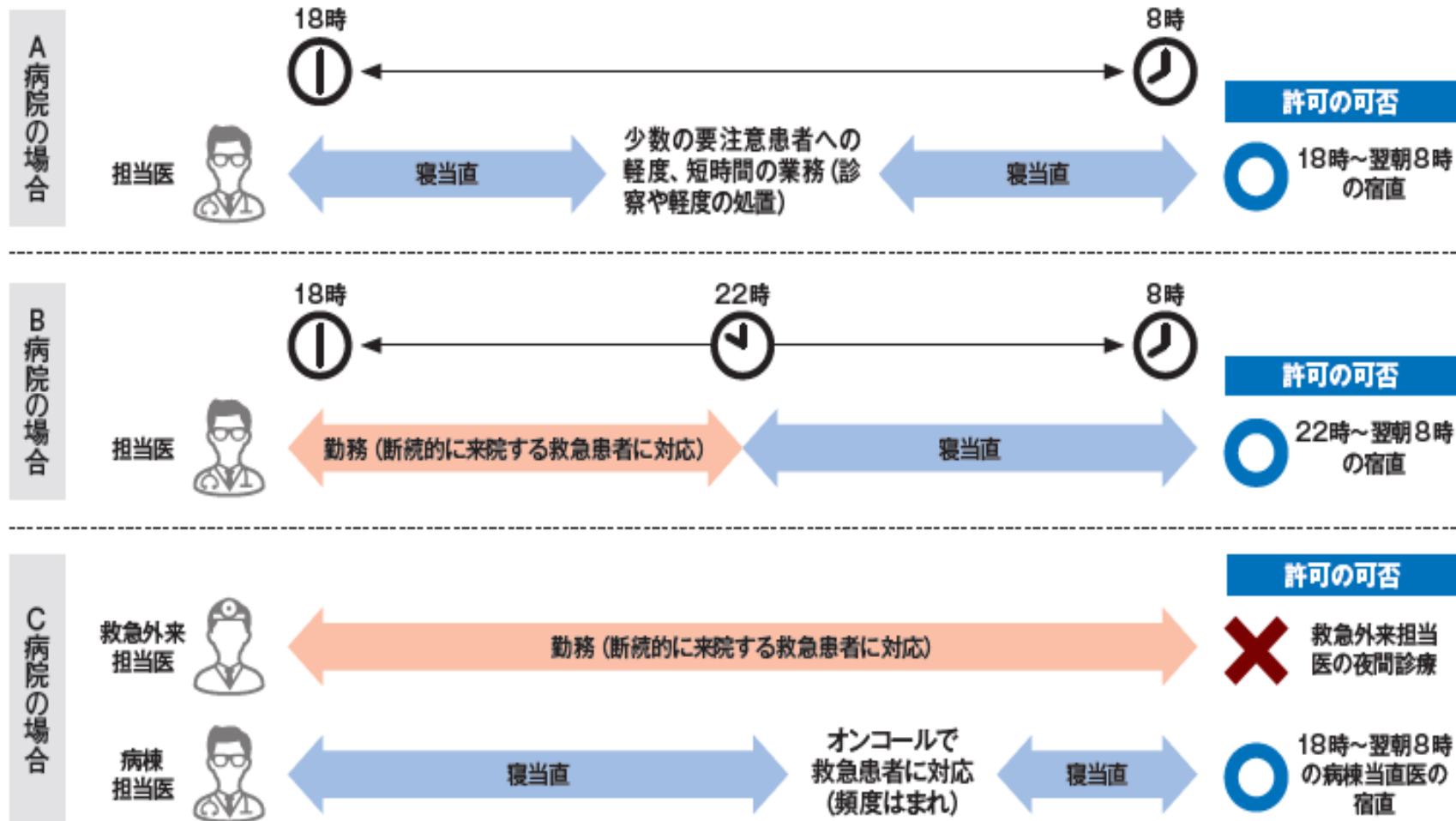


大学病院には連携B水準が23.3%

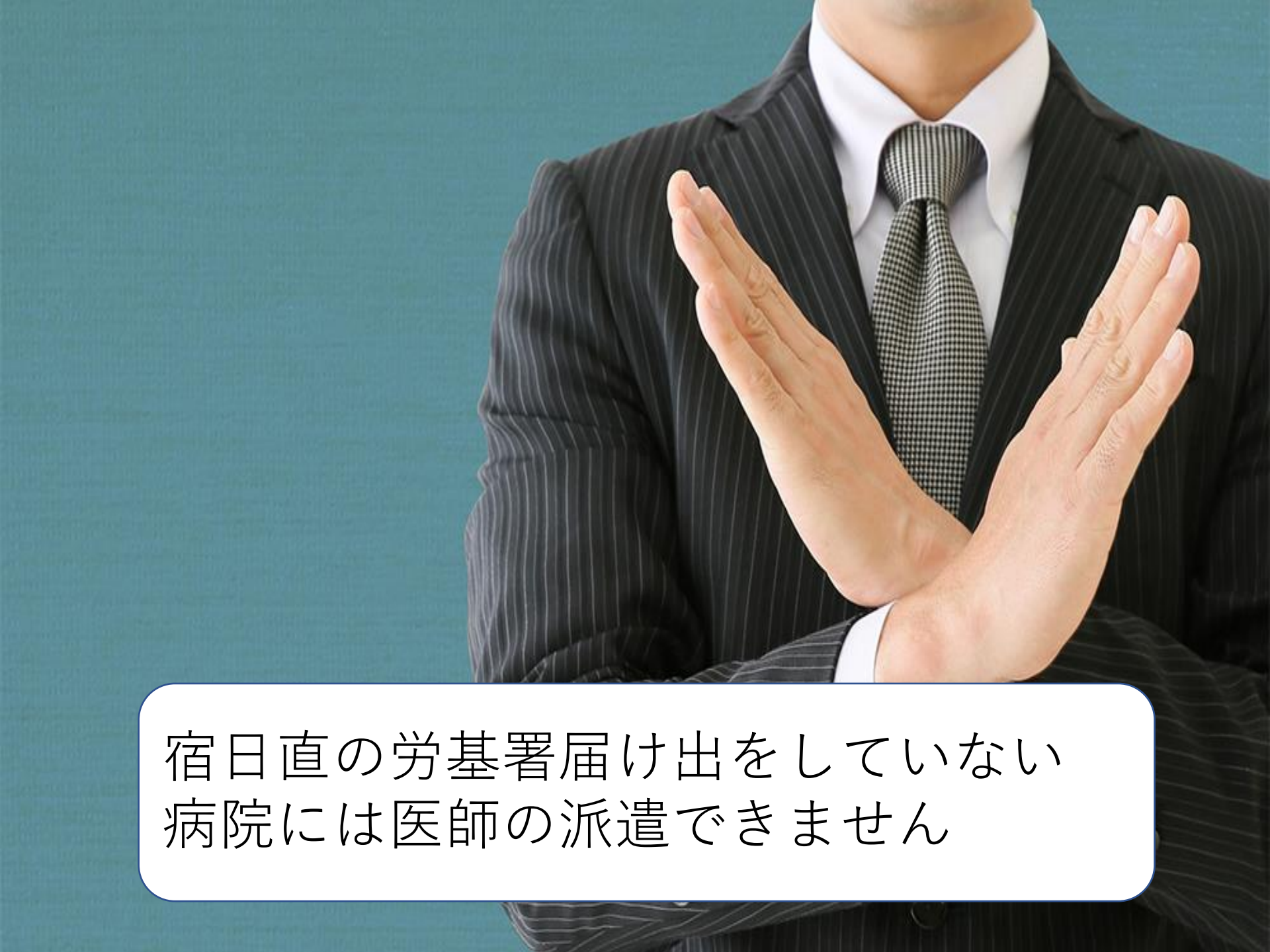
※ 宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

# 宿日直許可

全自病調査では353病院調査  
の中で118病院（33.5%）が  
許可を取得していなかった  
（2022年1月）





A man in a dark pinstriped suit, white shirt, and patterned tie is shown from the chest up. He has his hands raised in front of him, palms facing forward, in a gesture that means 'stop' or 'no'. The background is a solid teal color.

宿日直の労基署届け出をしていない  
病院には医師の派遣できません



# 【医師】医療機関での勤務形態（派遣・受け入れ）

	%
専ら医師を派遣する病院である	4.1%
医師の派遣、受け入れは概ね半々程度の病院である	12.0%
専ら医師を受け入れている病院である	83.9%
合計	100.0%

(n=3,549)

派遣元...受入先の各医師の勤務時間を全て掌握することになる？  
受入先...各医師の勤務時間を派遣元に全て報告することになる？  
半々 ...両方に対応する必要がある

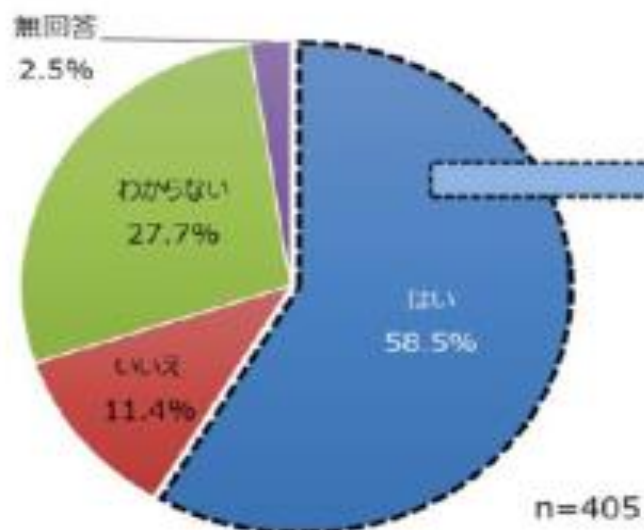
《把握しなければならない人数が多い→事務作業の煩雑化？》

➡ 各医療機関での対応は可能？

外来や宿日直  
を派遣医師に  
頼っている

⑤ 医師の時間外労働の上限規制は、地域医療の崩壊を招く危険性があると思いますか。

	病院数	割合
はい	237	58.5%
いいえ	46	11.4%
わからない	112	27.7%
無回答	10	2.5%
合計	405	100.0%



⑥ ⑤で「はい」と回答した病院にお聞きします。どのような影響があると考えますか。（複数回答可）

	病院数	割合
救急医療からの撤退	211	89.0%
外来診療の制限・縮小	152	64.1%
病院の経営破綻	151	63.7%
産科・小児科医療からの撤退	139	58.6%
医療の質の低下	121	51.1%
過疎地・へき地医療の確保	116	48.9%
長時間手術の制限	98	41.4%
医師のプロフェッショナリズム・モラルの低下	85	35.9%
医療へのアクセスや利便性の低下	84	35.4%
研修医教育の制限	81	34.2%
高度医療の提供制限	69	29.1%
その他	5	2.1%
無回答	2	0.8%

n=237



# 働き方改革で 地域医療崩壊？



# パート3 タスクシフティング



# 改革2

## タスクシフトディング

- ① 特定行為研修
- ② 特定認定看護師
- ③ 診療看護師 (NP)
- ④ 救急救命士
- ⑤ スチューデントドクター



# ①特定行為研修



「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」  
(座長:有賀徹・昭和大学病院院長)



## 医療・介護関連一括法案を閣議決定 特定行為の研修制度 法制化へ

医療介護一括法で法制化（2014年6月）

12日の閣議で「地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する法律の整備等に関する法律案」の国会提出が決定した。

この法案は、地域における効率的かつ質の高い医療提供体制の構築などを通じ、必要な医療・介護を推進するための関係法律の整備を行うもの。特定行為に係る看護師の研修制度の創設など、看護関連の法改正事項が数多く盛り込まれている。具体的な内容は以下の通り。

### 【保健師助産師看護師法の改正】

高度・専門的な知識・技能が必要な特定行為を手順書（プロトコール）に基づいて行う看護師に指定研修機関での研修を義務付けること

### 【医療法の改正】

医療従事者の勤務環境改善のため国における指針の策定や都道府県での取り組みを支援する仕組みの創設

### 【看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正】

看護師等の離職時等における都道府県ナースセンターへの届出規定（努力義務）の創設

### 【都道府県への基金造成】

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度として都道府県への基金の造成など

# 特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

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

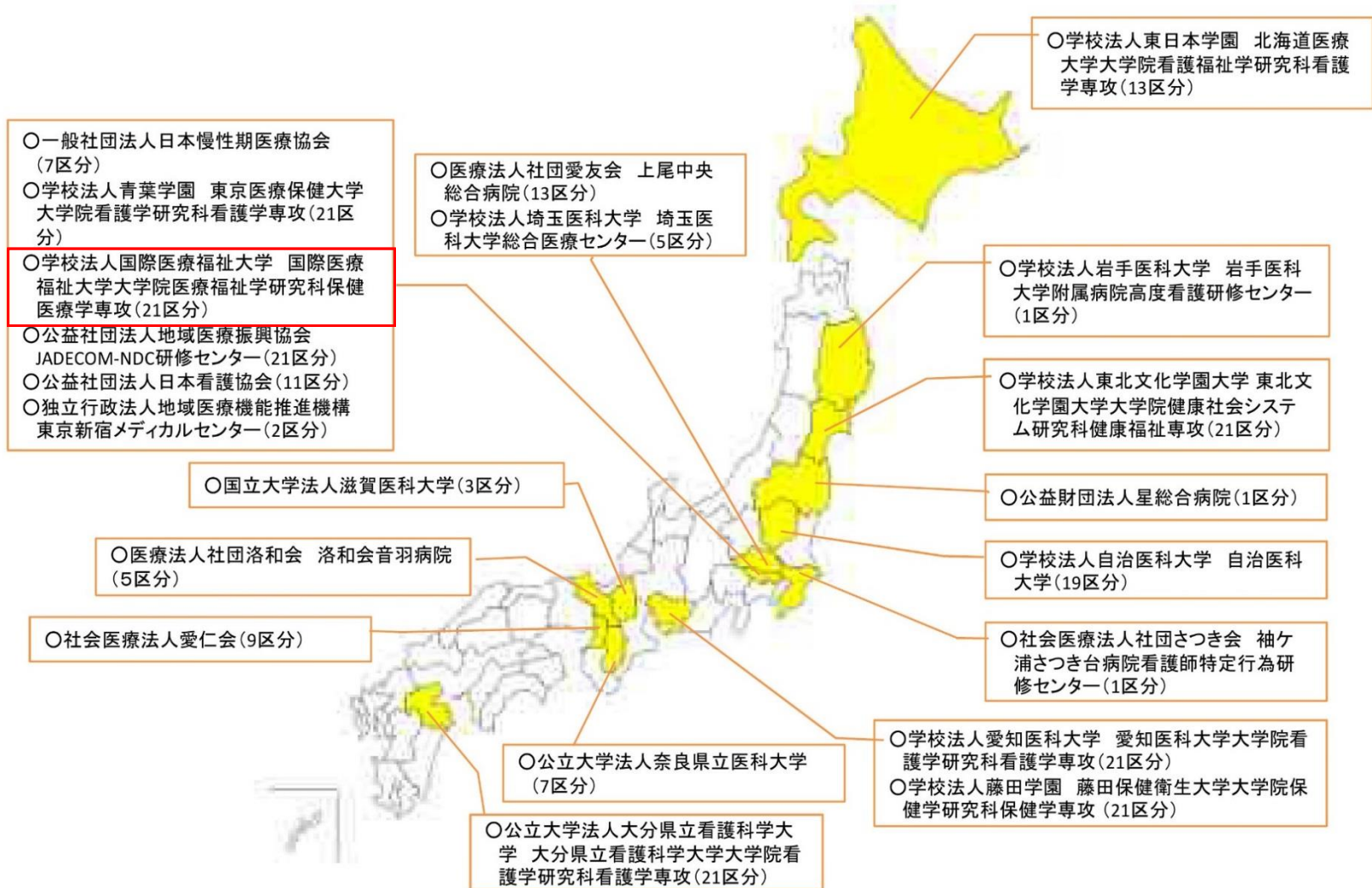
特定行為区分	特定行為
創傷管理関連	褥(じょく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
	創傷に対する陰圧閉鎖療法
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血
	橈骨動脈ラインの確保
透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
術後疼痛管理関連	硬膜外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

厚生労働省令第33号(平成27年3月13日)



# 特定行為研修を行う指定研修機関

2021年8月現在、289機関



# 国際医療福祉大学大学院(東京青山キャンパス) 特定行為看護師養成分野

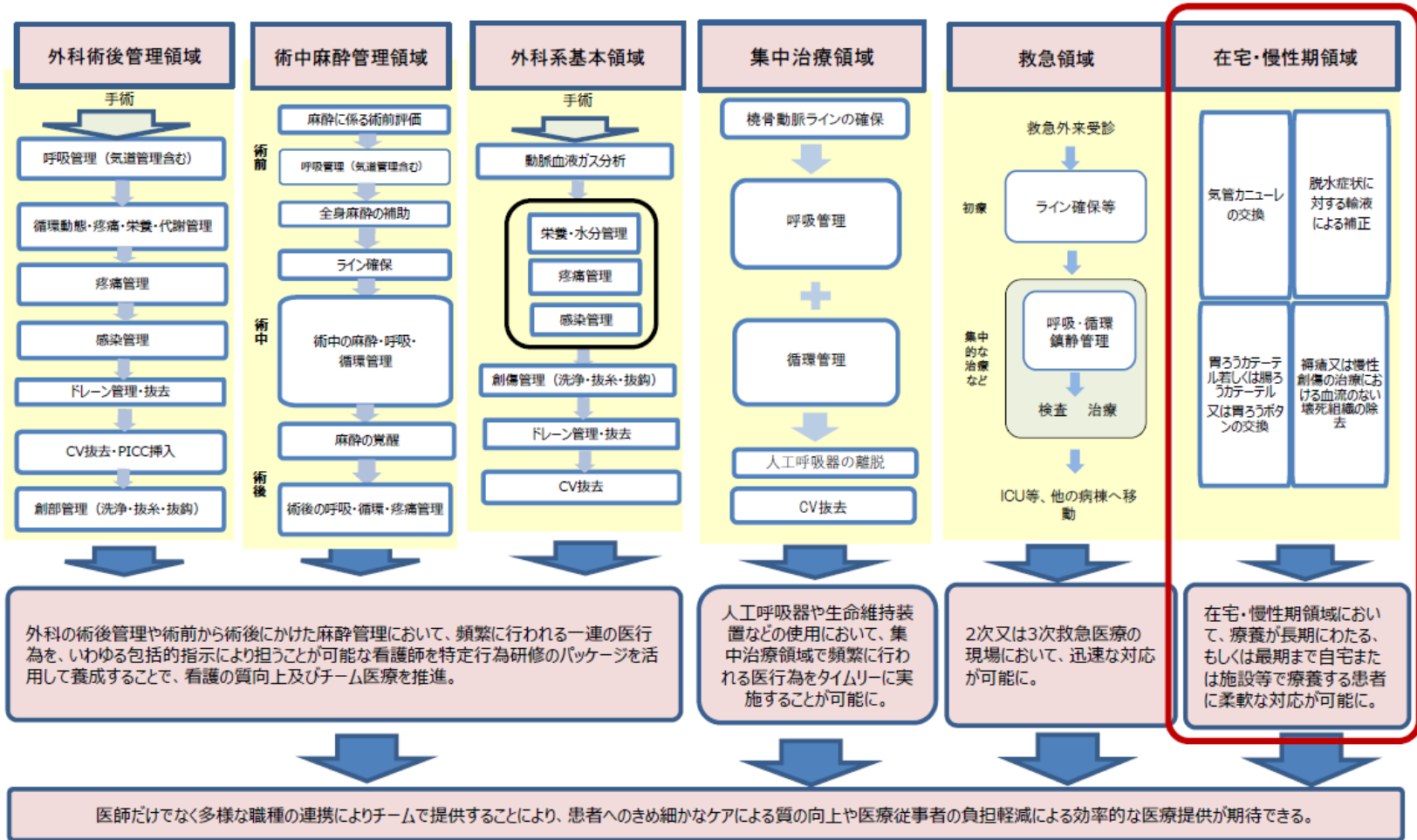


旧ナースプラクティショナー養成講座1年生



# 特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

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

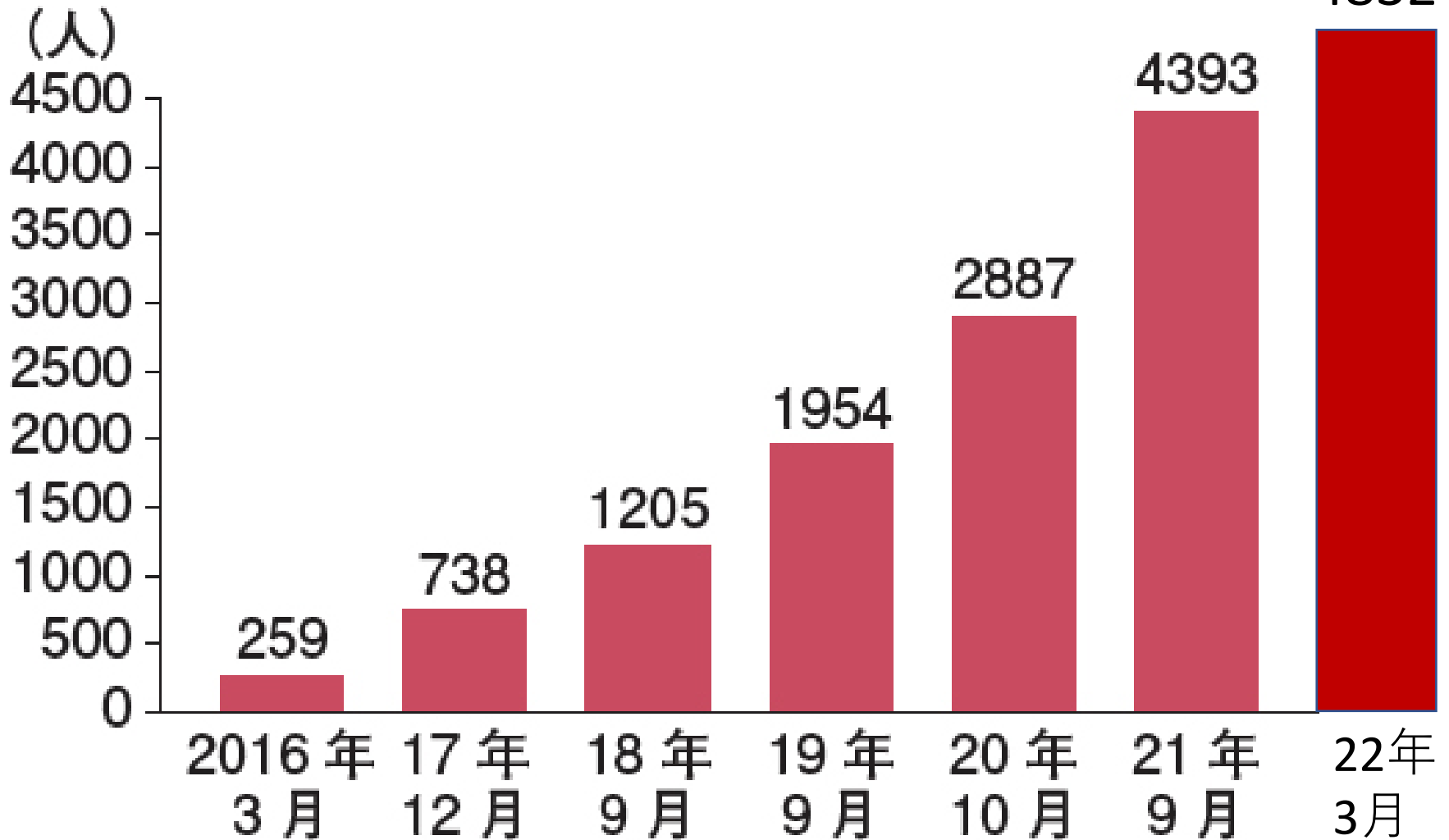


訪問看護での活躍が期待される領域

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

# 特定行為研修修了者数推移

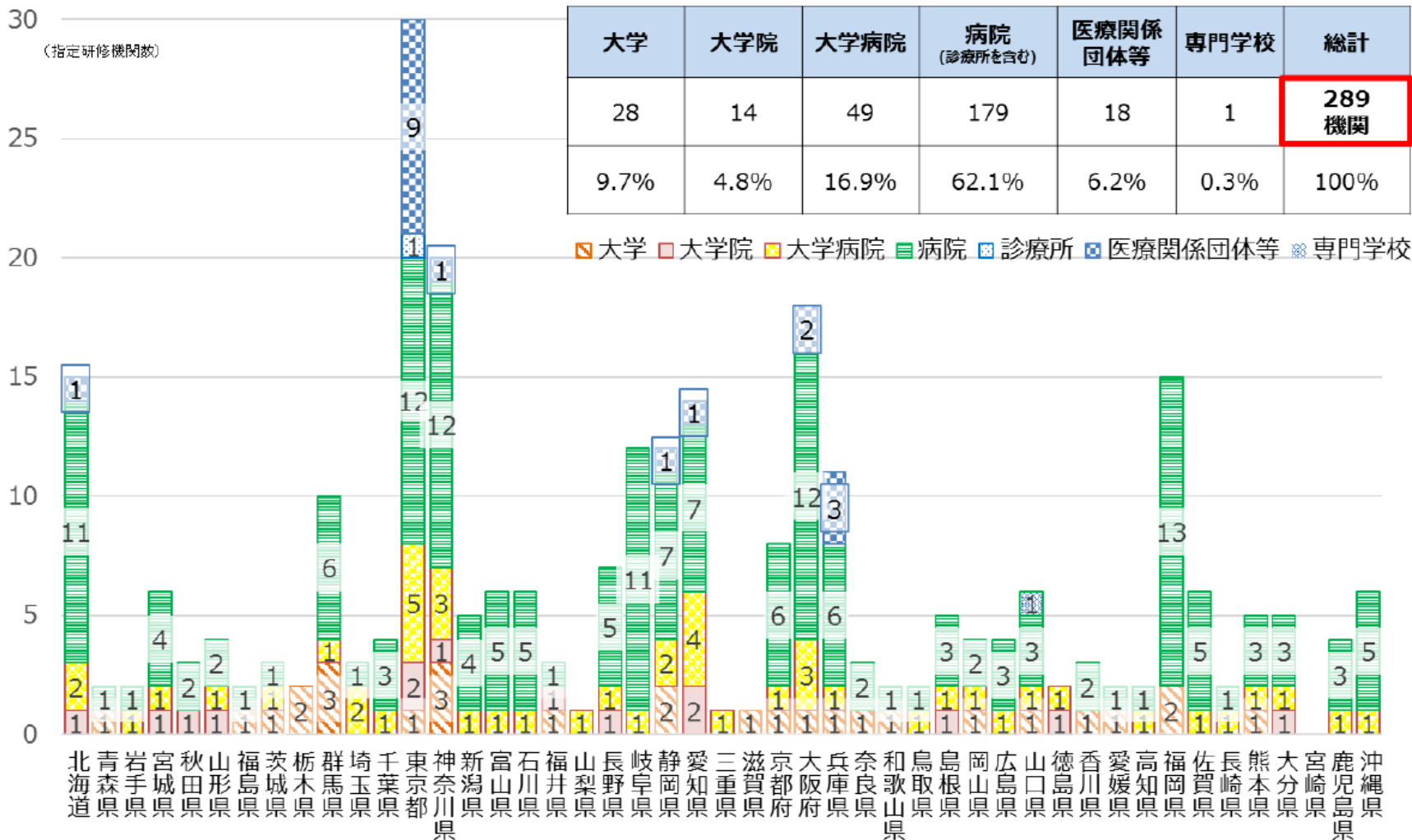
2023年3月  
までに1万  
人目標



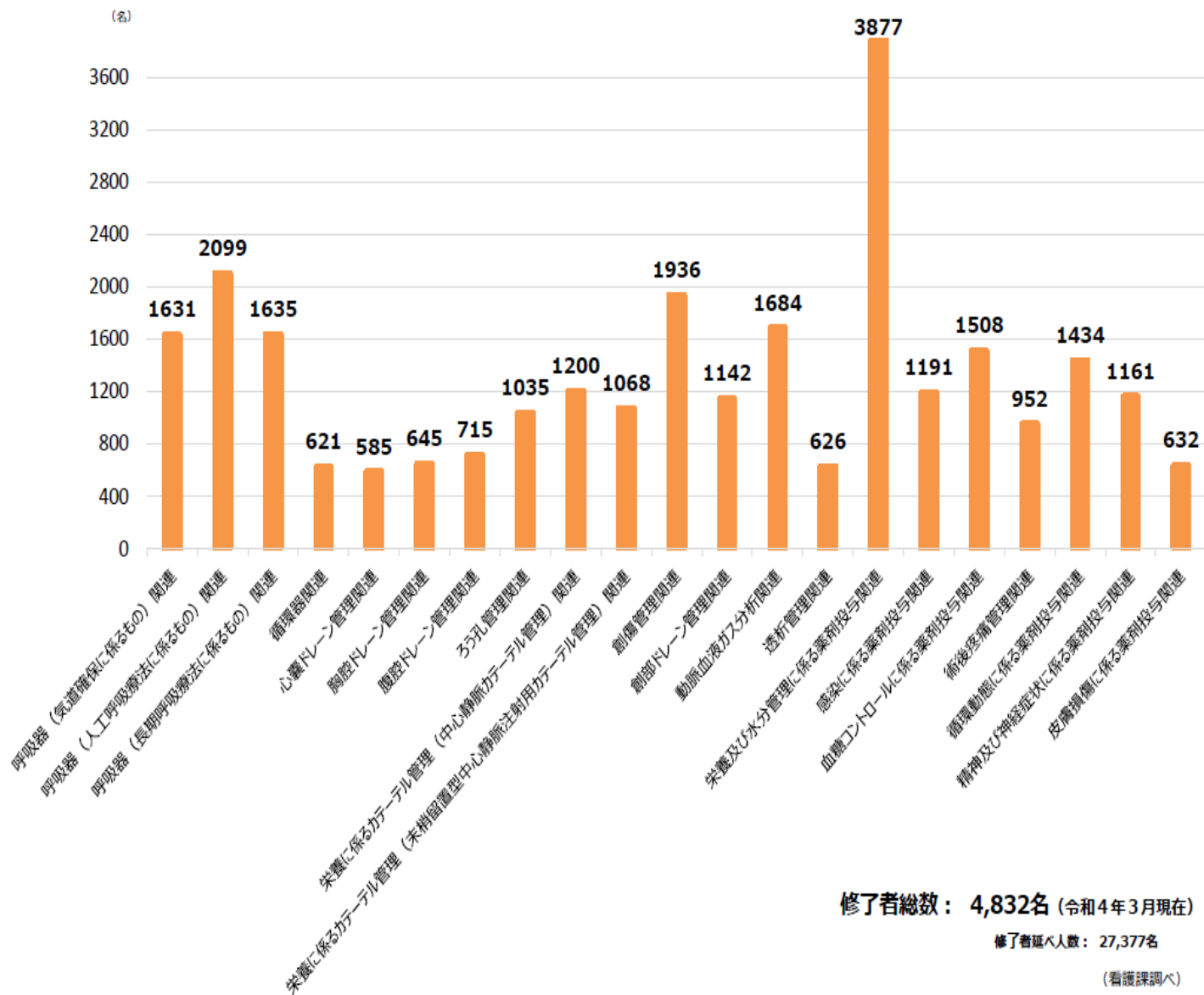
# 特定行為研修を行う指定研修機関等の状況

■都道府県別指定研修機関数(令和3年8月現在)

■施設の種別別指定研修機関数(令和3年8月現在)



## 特定行為研修を修了した看護師数（特定行為区別）



## ②特定認定看護師

### • 特定認定看護師とは

- 日本看護協会は、従来からある認定看護師が特定行為研修を修了した場合、「特定認定看護師」と名乗ることを可能とした。
- 認定看護師とはある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有する者を日本看護協会が認定する看護師のことで、全国に2万人いる。
- 特定認定看護師が2021年6月までに922名に達した
- 特定認定看護師
  - 「皮膚・排せつケア」：300人
  - 「クリティカルケア」：217人
  - 「感染管理」：96人
  - 「糖尿病看護」：81人



# 特定行為研修修了者 配置による効果



# 特定行為研修修了者配置による医師の労働時間への影響

## (研究方法)

デザイン: 後ろ向き調査及び研修修了者へのヒアリング  
 調査項目: 出退勤時刻に基づいた医師の年間勤務時間  
 調査期間: 特定行為研修修了者配置前 2016年度  
 特定行為研修修了者配置後 2017年・2018年度  
 調査施設: 特定機能病院(500床以上)  
 修了者の配置: 心臓血管外科に2名の  
 特定行為研修修了者(21区分修了)を配置

## (研究結果)

特定行為研修修了者の配置前と比べ、  
 配置後に**医師の年間平均勤務時間が有意に短縮**。

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

## 研修修了者の活動内容

- ◆病棟管理を主とし、それまで医師が実施していた外来との調整や入院のベッドコントロールを実施
- ◆医師不在時は、病棟看護師からの相談・報告を受けて、医師の包括指示の範囲内で対処
- ◆修了者2名で、1か月間で28の特定行為を計281件実施  
 <実施内容>  
 術前の患者管理(検査・他科依頼・麻酔科外来)、心臓血管外科外来、病棟回診・処置の介助、看護師との合同カンファレンス、ICUでの術後管理(人工呼吸器管理など)、CV抜去やPICC挿入、輸液量の調整など

## <ヒアリング前1か月間で実施した特定行為>

特定行為	実施件数
経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	5
侵襲的陽圧換気の設定の変更	20
非侵襲的陽圧換気の設定の変更	3
人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整	10
人工呼吸器からの離脱	5
気管カニューレの交換	5
一時的ペースメーカーの操作及び管理	11
一時的ペースメーカーリードの抜去	9
ペースメーカーの管理	5
ペースメーカーの離脱を行うときの補助の頻度の調整	1
心臓圧の設定及びその変更	11
胸腔ドレーンの抜去	12
中心静脈カテーテルの抜去	11
末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入	8
褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	2
創傷に対する陰圧閉鎖療法	18
創部ドレーンの抜去	7
直接動脈穿刺法による採血	23
持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	7
脱水症状に対する輸液による補正	20
感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与	4
インスリンの投与量の調整	5
持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整	20
持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整	13
持続点滴中の降圧剤の投与量の調整	22
持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整	10
持続点滴中の利尿剤の投与量の調整	3

年間450時間も  
 医師の勤務時間  
 が減った

# A病院における特定行為研修修了者の活動による効果

## (研究方法)

デザイン：カルテによる後ろ向き調査

調査項目：年齢・性別などの基本情報、糖尿病関連情報、介入内容と状況、血糖コントロール状況

調査期間：特定行為研修修了者配置前 2016年11月～2017年10月

特定行為研修修了者配置後 2017年10月～2018年8月

調査施設：約400床の急性期病院

修了者の配置：看護部に所属し科を横断して活動

(血糖コントロールに係る薬剤投与関連など2区分修了)

インスリンの投与量の調整を主に行う

	配置前 (N = 165)	配置後 (N = 169)	P値
空腹時血糖値改善率	85.7%	98.8%	< 0.01
目標血糖到達率	92%	98%	< 0.01
目標血糖到達日数	10.4日	4.3日	< 0.01
介入期間	21.7日	16.3日	< 0.01
低血糖発現件数の割合	0.38%	0.05%	< 0.01
手術までの血糖改善値*	85.7 mg/dl	98.8 mg/dl	< 0.01
術後血糖安定日数*	9.3日	3.8日	< 0.01

\*配置前N = 97; 配置後N = 76

## (研究結果)

特定行為研修修了者の配置前に比べ、修了者配置後に**空腹時血糖改善率、目標血糖到達率が有意に上昇し、介入期間の短縮、低血糖発作発現件数の減少、手術時までの有意な血糖改善および術後速やかな血糖安定がみられた**

(考察: 有意な改善がみられた理由)  
研修修了者による医療的介入とタイムリーな対応が安全で効果的な血糖コントロールにつながっていると考えられる。  
(修了者へのヒアリングより)

# B病院における特定行為研修修了者の活動による効果

## (研究方法)

デザイン：カルテによる後ろ向き調査

調査項目：特定行為（壊死組織除去）を行った件数・人数、平均年齢、在院日数、褥瘡治癒日数、DESIGN-R

調査期間：特定行為研修修了者配置前 2011年度

特定行為研修修了者配置後 2017年度

調査施設：約500床の急性期病院

修了者の配置：看護部に所属し科を横断して活動。施設や在宅への訪問も行う。

(創傷管理関連など4区分修了)

創傷の壊死組織の除去、創傷に対する陰圧閉鎖療法などを実施

## (研究結果)

特定行為研修修了者の配置前に比べ、配置後に**初回介入時と治癒時のDESIGN-Rの点数の差が上昇し、褥瘡の治癒日数は短縮する**傾向にあった。平均在院日数においては有意差は無かった。

	配置前 (褥瘡件数 N = 60)	配置後 (褥瘡件数 N = 38)
初回介入時と治癒時のDESIGN-Rの点数の差*	11.2	19.3
褥瘡の治癒日数*	36.8日	34.2日
平均在院日数	44.6日 (SD: 56.4)	40.4日 (SD: 45.2)

\*D3以上の褥瘡のうち治癒した褥瘡 (配置前 N = 19; 配置後 N = 4)

## (考察)

在院日数に関しては、褥瘡を保有していても特定行為研修修了者が在宅・高齢者施設までカバーできるので、早めに退院できるようになってきていることが影響している可能性がある。重症褥瘡の治癒期間、転帰に関しては、在宅・高齢者施設までフォローできるようになった事で、治癒まで追えるようになってきている。(修了者へのヒアリングより)

# ③診療看護師（NP）

一般社団法人日本NP教育大学院協議会



# 一般社団法人日本NP教育大学院 協議会のNP定義

- 診療看護師（Nurse Practitioner:NP）とは・・・
- 「医師や他の医療従事者と連携・協同し、対象とする個々の患者の診療上および療養生活上のニーズを包括的に的確に評価し、倫理的かつ科学的な根拠に基づき、必要とされる絶対的医行為を除く診療を自律して、効果的、効率的、タイムリーに提供し、患者および患者家族のQOLの向上に係る看護師」
- 一般社団法人日本NP教育大学院協議会  
（2019年1月30日）

# 診療看護師（NP）の養成課程

- 絶対的医行為を除く診療行為を自律的に実践していくためには、①フィジカルアセスメント、②臨床薬理、③疾病論を含む医学の基礎的な知識・技術を修得したうえで、臨床推論に基づき的確な診療行為が提供できる知識・技術等が不可欠とされる。
- このため、診療看護師の教育は、大学院修士課程（実践者育成コース）で行うこととし、教育の標準化を図るために日本NP教育大学院協議会では、養成教育（大学院）の課程認定を行っている。なお、教育の標準化を図る一環として、①入学時の「能力確認試験」、②実習に先立つ、OSCEを含む「実習前試験」の実施を推奨している。

# NP資格認定試験

- 日本NP教育大学院協議会では、養成課程（大学院修士課程）において、上記7つの能力を修得したことを確認するために、**2011**年から「NP」資格認定試験を実施しており、2018年3月で359名の合格者を社会に輩出している。

訪問看護事業所から、タスク・シフト推進を求める声が多い。海外の「ナースプラクティショナー制度」を参考に、医師法や保助看護などの制度を見直していく（福井トシ子会長）。

2022年6月28日日本看護協会記者会見



令和 4 年 7 月 25 日

厚生労働大臣  
後藤茂之 殿

公益社団法人 日本看護協会  
会 長 福井 トシ子



一般社団法人 日本看護系大学協議会  
代表理事 鎌倉 やよい



一般社団法人 日本 NP 教育大学院協議会  
会 長 草間 朋子



### ナース・プラクティショナー（仮称）制度の創設に関する要望書

高齢者のさらなる増加、地域包括ケアの推進等により、病気を抱えながら地域で療養する人々が、今後、さらに増加していきます。一方で、労働人口は減少しつづけるため、今後の少子超高齢多死社会においては、質の高い医療を効率的かつ効果的に提供できる医療提供体制の構築が不可欠です。看護師については、2014年に「特定行為に係る看護師の研修制度」が創設され、研修修了者の活躍が広がりつつあり、看護師



## ナース・プラクティショナー（仮称）制度の創設に関する要望書

高齢者のさらなる増加、地域包括ケアの推進等により、病気を抱えながら地域で療養する人々が、今後、さらに増加していきます。一方で、労働人口は減少しつづけるため、今後の少子超高齢多死社会においては、質の高い医療を効率的かつ効果的に提供できる医療提供体制の構築が不可欠です。看護師については、2014年に「特定行為に係る看護師の研修制度」が創設され、研修修了者の活躍が広がりつつあり、看護師のタイムリーな対応により、医療の質や患者や利用者のQOLが向上している実態も示されています。しかし、「医師の指示のもとでの診療の補助」を超えない仕組みである特定行為研修制度だけでは対応できない国民の医療ニーズがあることも明らかになっています。

諸外国では効率的な医療提供の一方策として、大学院修士課程以上の教育を受け、一定レベルの診断や治療などを行うことができる看護の資格（ナース・プラクティショナー制度）を創設する国が増加しており、制度導入によって医療へのアクセスの改善、重症化予防、患者満足度の向上などの効果が出ていることが実証されています。

国民に安心・安全な医療・看護を提供し続けていくため、グローバル・スタンダードに沿ったナース・プラクティショナー（仮称）制度を創設していただくよう強く要望します。

# 諸外国の例：従来の業務範囲を越える看護師の役割

十分な教育を受け、従来の業務範囲を越える役割を担う看護師は、医師と同等以上の質のケアを提供し、医療へのアクセス改善や質向上に寄与(OECD報告書)

## ナース・プラクティショナー制度

導入国	アメリカ、カナダ、アイルランド、オーストラリア、ニュージーランド、オランダ、 <u>シンガポール*</u> など
制度創設の目的	医師の供給に限られる中での医療へのアクセスの改善、ケアの質向上など
業務内容	診断とヘルスアセスメント、検査の指示、治療の判断、医薬品の処方、患者の他の専門職への紹介など
資格要件(例)	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師の資格や登録の保有</li> <li>臨床経験</li> <li>統一基準に基づき、臨床推論などを含む認可された大学院修士課程を修了</li> </ul>
成果・評価	以下のエビデンスが示されている <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 医師と同等もしくはそれ以上の質のケアを提供</li> <li>➢ 入院・再入院の減少</li> <li>➢ 患者満足度の向上</li> </ul>

## 看護師による薬剤処方

国名	処方可能な範囲	要件
イギリス	能力の範囲内で、いかなる症状に対するいかなる医薬品も処方可能 (規制薬物を含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 処方に関するコースの修了</li> <li>➢ 臨床経験3年</li> <li>➢ 監督・支援する医師等</li> </ul>
スウェーデン	医薬品とワクチンのリストから処方可能	薬理学と生理学の科目を履修
アイルランド	医師との連携診療契約の条件に基づき、業務範囲内であらゆる医薬品を独立して処方可能	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 処方に関する科目の履修</li> <li>➢ 看護学の学位</li> <li>➢ 3年の職歴</li> <li>➢ 専門領域で1年以上の雇用</li> <li>➢ 連携契約等</li> </ul>
スペイン	ガイドラインに沿って、医師の監督のもとで処方可能	薬理学の科目を履修
デンマーク	誰が、どの医薬品を、誰に(患者群・特定の患者)処方できるかを定めた枠組みの中で、医師の監視のもと標準ガイドラインに沿って処方可能	特定の研修を修了

出典: Maier, C., L. Aiken and R. Busse (2017), "Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation", OECD Health Working Papers, No. 98, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>.

\*シンガポールはSingapore Nursing Boardホームページ(<https://www.healthprofessionals.gov.sg/snb/advanced-practice-nurse>)等からの本会調べ

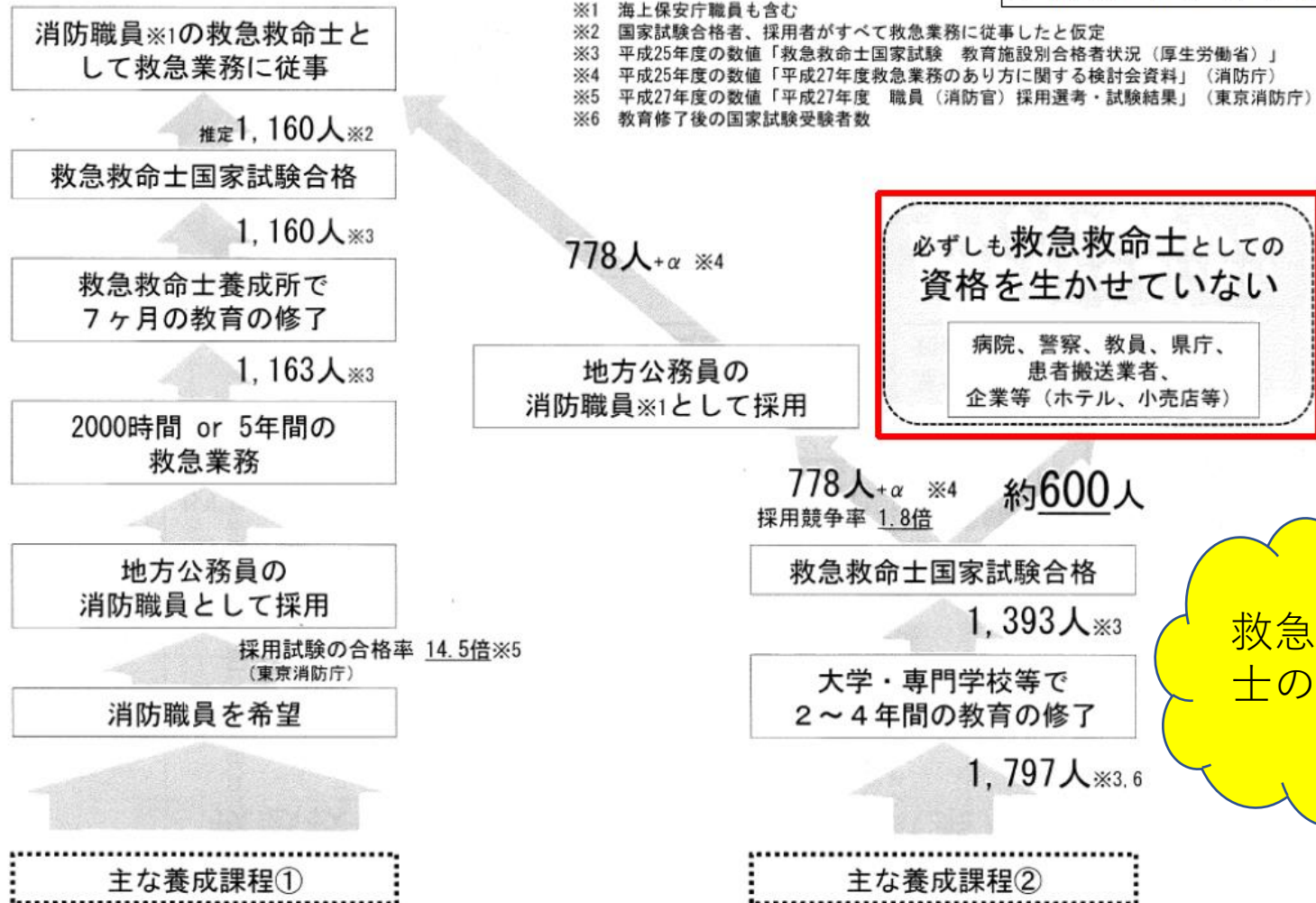
# ④救急救命士





# 救急救命士の養成と消防機関への採用の現状について

第14回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会  
令和元年5月23日 資料 2



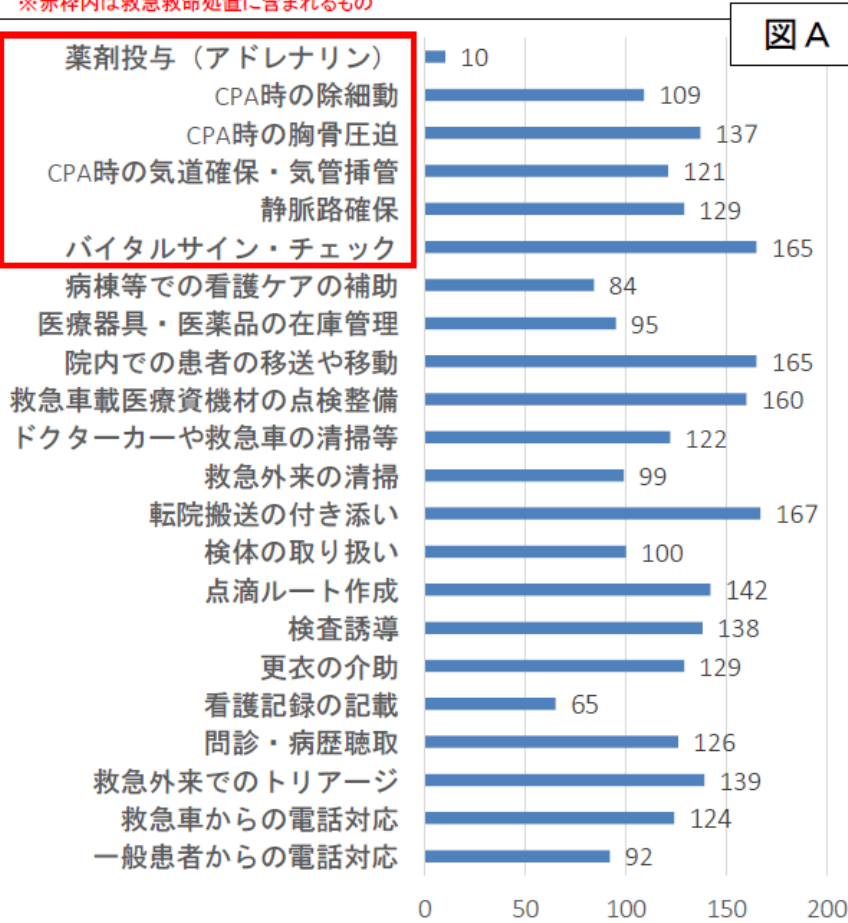
- ※1 海上保安庁職員も含む
- ※2 国家試験合格者、採用者がすべて救急業務に従事したと仮定
- ※3 平成25年度の数値「救急救命士国家試験 教育施設別合格者状況（厚生労働省）」
- ※4 平成25年度の数値「平成27年度救急業務のあり方に関する検討会資料」（消防庁）
- ※5 平成27年度の数値「平成27年度 職員（消防官）採用選考・試験結果」（東京消防庁）
- ※6 教育修了後の国家試験受験者数

平成27年度 厚生労働科学研究「救急医療体制の推進に関する研究」（山本班）研究協力者 田邊晴山

## 病院救命士を雇用した場合に、病院側が期待している業務内容について

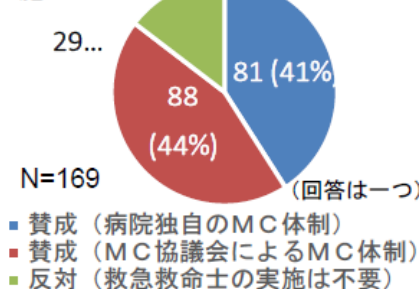
病院救命士にどのような院内業務を期待しますか。

※赤枠内は救急救命処置に含まれるもの

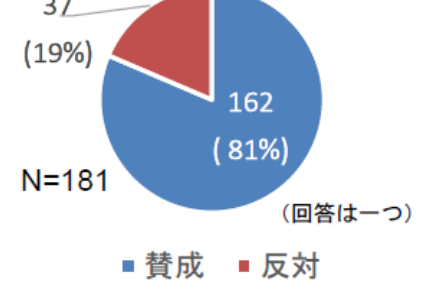


救急救命士を雇用していない202病院が回答した。  
 ▷救急外来、患者搬送業務の補助目的で**病院救命士を雇用することに、82.1%の病院が賛成した。**  
 ▷MC協議会又は院内MCの関与のもとで、**病院救命士が院内で救急救命処置を行うことに85%の病院が賛成した。**（図①）  
 ▷救急救命士に期待する業務は、①転院搬送の付き添い、②バイタルサインチェック、③院内での患者の移送や移動の順で多かった。78.2%の病院が、CPA時の静脈路確保、気道確保・気管挿管、除細動、アドレナリン投与まで期待していた。（図A）  
 ▷緊急度の低い又は病状の安定した患者を、**医師、看護師に代わり病院救命士が搭乗して病院救急車で搬送することに81%の病院が賛成した。**（図②）

図① 院内の救急救命処置の実施



図② 病院救命士による患者搬送



（平成30年度厚生労働科学特別研究：消防救急車の代替搬送手段における病院救急車の活用に資する研究）」

**いわゆる救急外来においては、救急搬送されてきた重度傷病者に対する救急救命処置のニーズがある。**



# ⑤ スチューデント・ドクター

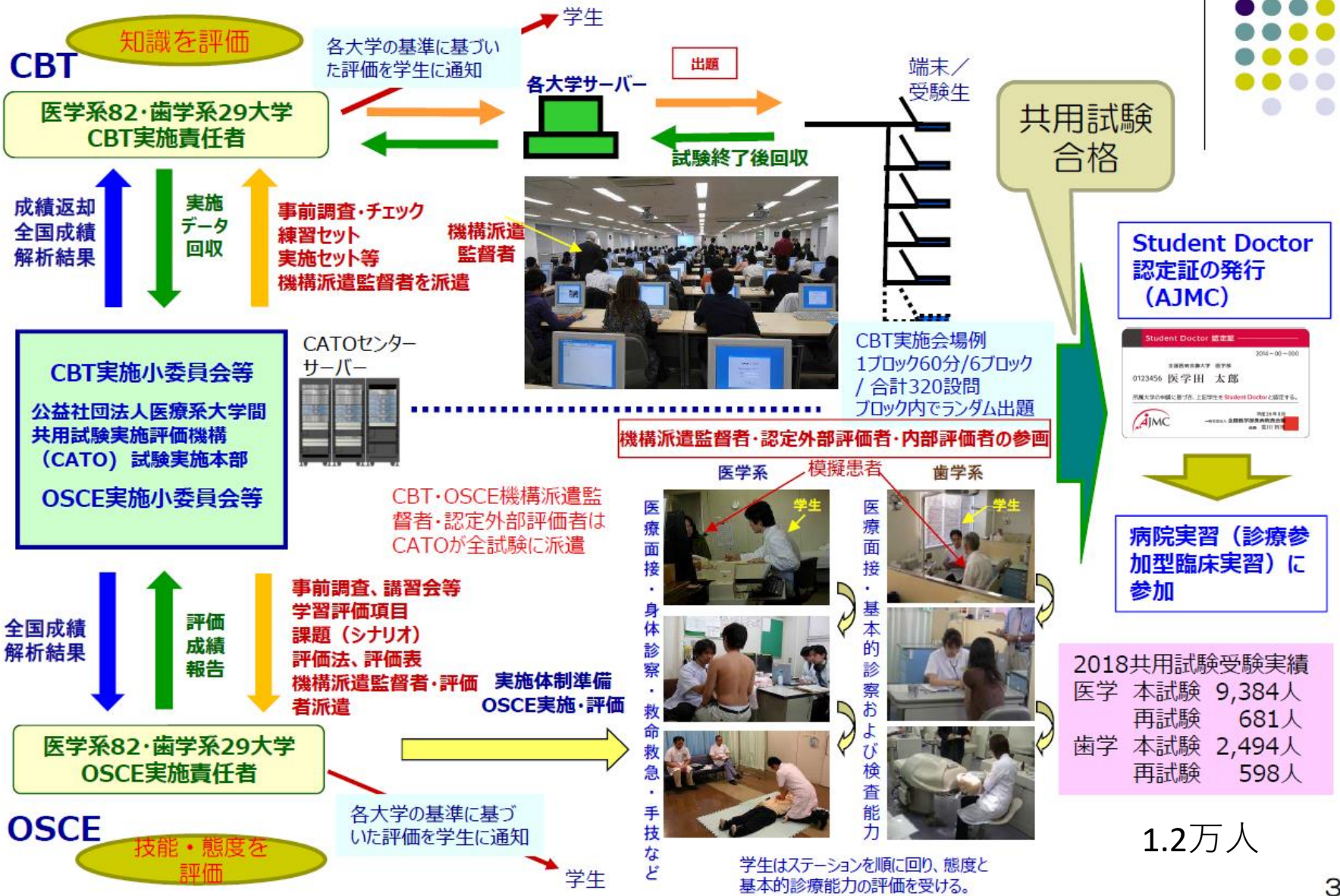


# 医療系大学共用試験

- 「共用試験実施機構」が2005年より実施
- 医学部4年生時に実施、不合格であれば5年生に進級できない。
- 医療系大学共用試験
  - CBT:Computer Based Testing（コンピュータ試験）
  - OSCE:Objective Structured Clinical Examination（客観的臨床能力試験）
- 合格すると臨床実習（診療参加型臨床実習）に参加できるスチューデントドクターになれる

# 共用試験実施の概要 (H17年12月から正式実施)

医道審議会 医師分科会  
令和元年6月19日  
CATO提出資料



## 1 医師国家試験の受験資格における共用試験合格の要件化

### <背景>

- 大学における臨床実習開始前の医学生の能力を全国的に一定の水準に確保することを目的として、公益社団法人「医療系大学間共用試験実施評価機構」が実施する「共用試験」（臨床実習前OSCE、CBT）については、平成17年から正式に実施され、現在は、全ての医学生が受験するなど、大学における医学教育の中で臨床実習前に医学生の知識・技能を試験する機会として確立されている。



### <改正の内容>

大学における医学教育の中で重要な役割を果たしている**共用試験**について、**医師国家試験の受験資格の要件として医師法上位置づける**こととする。また、共用試験の合格は医学生が一定水準の技能・態度のレベルに達していることを担保するものであることから、**共用試験に合格していることを臨床実習において医業を行うための要件とする**。

共用試験を医師  
国家試験受験資  
格要件とする

## 2 医学生が臨床実習において行う医業の法的位置づけの明確化

### <背景>

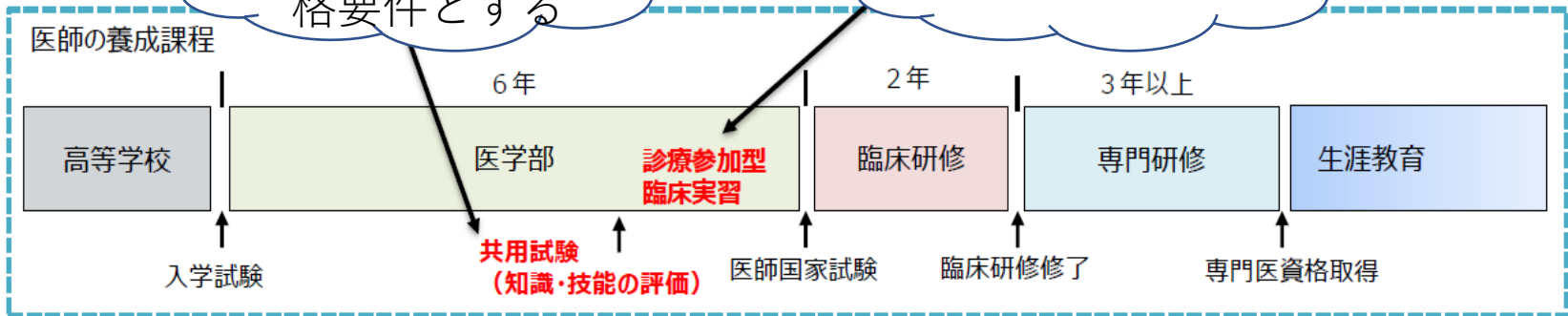
- 医師法第17条により医師でないものの医業は禁じられているところ、医師免許を持たない医学生が大学における臨床実習で行う医行為については、その目的・手段・方法が社会通念から見て相当であり、医師の医行為と同程度の安全性が確保される限度であれば基本的に違法性はないと考えられている。
- 一方で、大学が行う臨床実習については、診療参加型の実習が十分に定着しておらず、その要因として、医学生が臨床実習で行う医行為についての法的な担保がなされていないことが指摘されている。



### <改正の内容>

医学生がより診療参加型の臨床実習において実践的な実習を行うことを推進し、医師の資質向上を図る観点から、「**共用試験に合格した医学生について、医師法第17条の規定にかかわらず、大学が行う臨床実習において、医師の指導監督の下、医療に関する知識及び技能を修得するために医業を行うことができる**こととする。

共用試験合格者  
に医業を認める





# シームレスな医師養成に向けた共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけについて

## 医道審議会医師分科会 報告書 概要 (令和2年5月)

- 従来より卒前教育と卒後教育は分断され、連続性が乏しいと評されてきたが、医師が修得すべき知識・技能が増加していることや、プロフェッショナリズム教育の重要性が増していることなどから、**卒前教育においても医学生が診療に参加し、医療現場を中心として一貫して行う必要性が認識**されてきた。
- 医学生が診療チームの一員として診療に参加する診療参加型臨床実習の充実のため、**医学生の質の担保とその医行為について法的な位置付けが重要**。
- 今回は、**(1)共用試験CBTの公的化、(2)共用試験臨床実習前OSCEの公的化、(3)いわゆるStudent Doctorの法的位置づけ**について検討した。

### (1) 共用試験CBTの公的化

- ・全大学で実施され、項目反応理論などの**問題の精度管理の手法**や**評価手法が確立**している。
- ・医学教育でその位置付けは確立されており、医師国家試験の受験要件とする等による**公的化に相当する試験**である。

### (2) 共用試験臨床実習前OSCEの公的化

- ・現状の**医学教育の中で臨床実習前に技能と態度を試験する機会**として確立している。
- ・臨床実習前に一定水準の技能・態度のレベルに達していることを試験することは極めて重要であり、**共用試験CBTとともに公的化すべき**である。
- ・模擬患者が重要な役割を果たしており、全国的に取り組む組織の創設や模擬患者に対する研修体制の整備などの検討が必要。

### (3) いわゆるStudent Doctorの法的位置づけ

- ・臨床実習開始前の**共用試験を公的化**することで、一定の水準が公的に担保されることから、実習において医行為を行う、**いわゆるStudent Doctorを法的に位置づけることが可能**となる。
- ・実施する行為については、指導する医師が適宜、医学生の能力と患者の状態等を勘案して判断すべき。

#### 共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけによる影響

##### (1) 医学教育への影響

- ・臨床実習の**診療参加型化の促進**につながる。

##### (2) 医学生(医師)個人への影響

- ・手技等を経験する機会が増加し、手技の比重が高い診療科に対する積極的な効果により、**診療科偏在是正に対する効果**が期待される。
- ・臨床研修における負担が一部軽減され**医師の働き方改革にも資**することが期待される。

##### (3) いわゆるStudent Doctorが診療参加型臨床実習を行う際の患者同意等

- ・**同意を患者から得られやすくなる**ことで、診療参加型臨床実習が促進される。
- ・将来的に患者理解が進んだ場合、一般的な処置について、特別な同意取得の必要なく、診療参加型実習において行うことを可能となることが望ましい。

##### (4) 地域における実習と地域医療への影響

- ・主体性を持って**地域医療を体感**することで、**将来のキャリアに良い影響**が与えられる。
- ・各養成課程の中で**現状よりも地域に貢献**することが可能となる。

#### 他の診療参加型臨床実習の充実のための取組

##### (1) 患者の医育機関等へのかかり方

患者自身も共に医師を育てる認識に基づいた、患者の協力が不可欠であり、下記の点を国民に広く周知する取り組みを行う必要がある。

- ・**いわゆるStudent Doctorが共用試験に合格し、診療参加型の臨床実習を行うに足る学生**であること。
- ・大学病院はその設置目的に**医学生の育成が盛り込まれている**こと。
- ・将来的な地域医療や総合的な診療能力を持つ医師の確保のため、大学病院以外の医療機関で臨床実習が行われること。

##### (2) 診療参加型臨床実習の指導体制

- ・**教員等が十分に学生教育に時間を充てる**ことができ、また**評価される必要がある**。
- ・臨床研修医や専攻医も屋根瓦式に**医学生への指導を積極的**に行うことが望ましい。

##### (3) 医学生が加入する保険

- ・医学生を保護する観点から**強く推奨**されるべき。



# 「スチューデントドクター」

診療参加型臨床実習を行う上で、医師を目指す医学生に、医師としての自覚、心構え、医療に携わる者としての責任感や使命感を再認識してもらうこと、患者さんや地域社会からも医学生であっても医療に関して一定レベルの知識と技量を有しているとの理解を図るため、学生の診療行為を病院が保証することを目的としてその称号を与られます。称号を与えられた学生は、医師と同様な態度・心構えで患者さんと接することが求められます！

認定証授与式のようす







4年、5年の医学部学生  
1.8万人のSDが誕生

# スチューデントドクターができる医行為

- スチューデント・ドクターは臨床指導医の指導のもと、患者の同意を得て、以下の医行為の実施を臨床実習中できることになる。
- 必須項目
  - 静脈採血、胃管挿入、皮膚縫合、超音波検査、処方・点滴オーダー等
- 推奨項目
  - 分娩介助、小児からの採血、膿瘍切開、排膿、気管挿管等

# パート4

## 急性期医療とチーム医療 (2022年診療報酬改定)

- 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



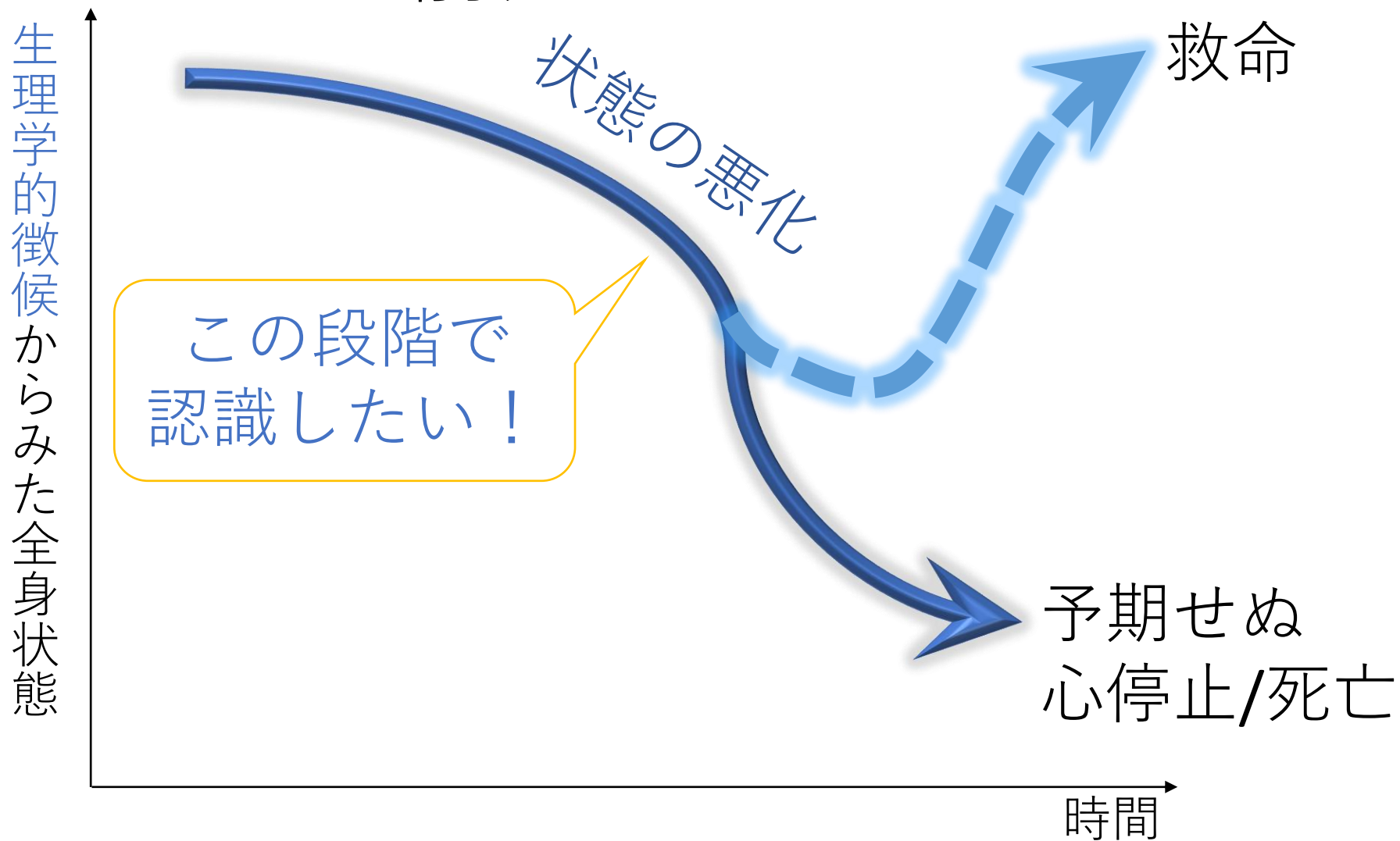
# Rapid Response System

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



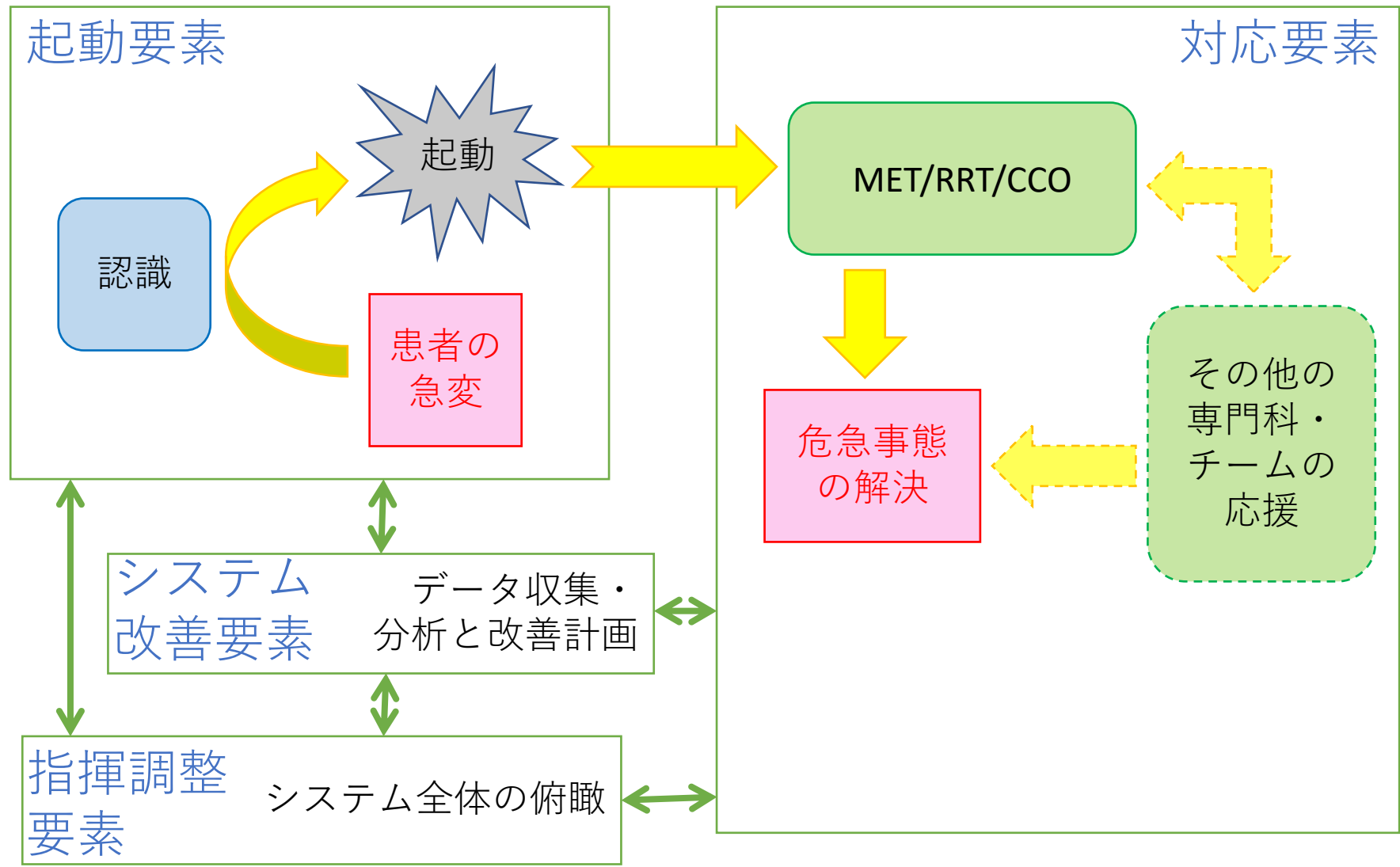
# Rapid Response System

- **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<
  - SpO<sub>2</sub> <90% (高流量O<sub>2</sub>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)

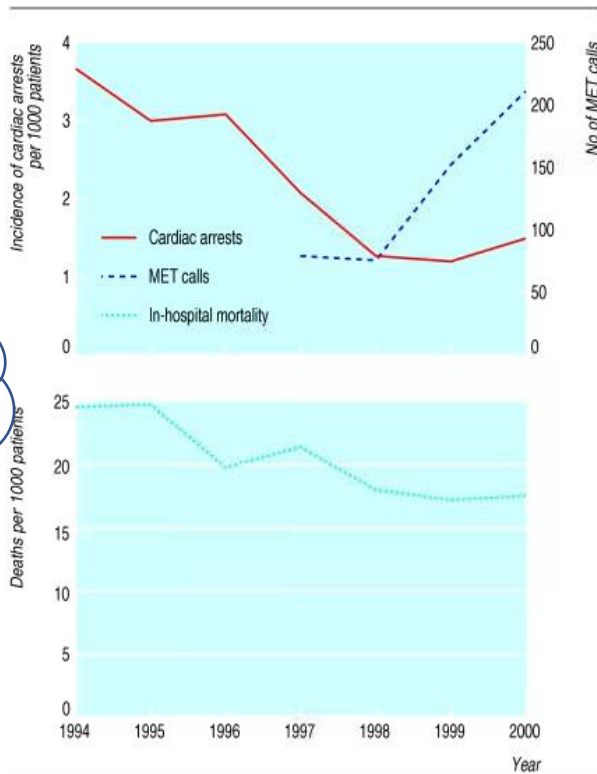
- ICU退室患者と懸念のある入院患者を定期的に訪床して回り、起動基準に抵触する患者を早期発見する

# 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

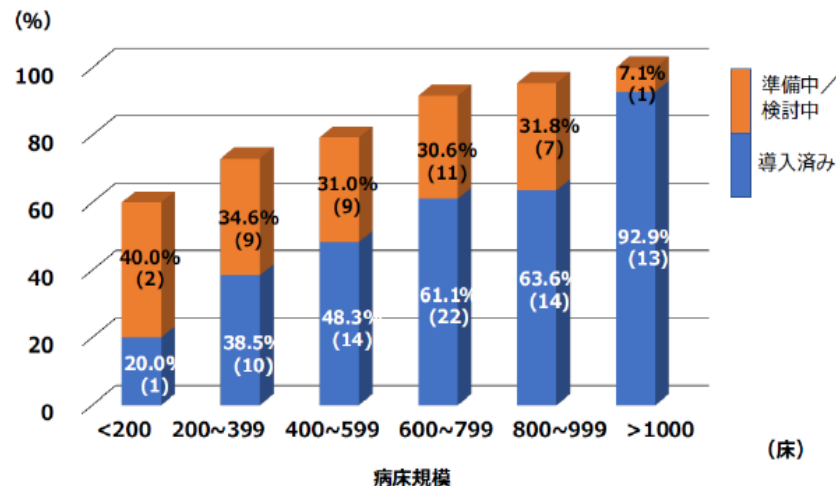
●アメリカにおいて行われた「100,000 Lives Campaign」(医療安全対策キャンペーン)に参加した医療機関の院内死亡が、RRS導入により15%減少した。

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 <sup>a</sup>	
	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.  
<sup>a</sup>The 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<sup>a</sup>

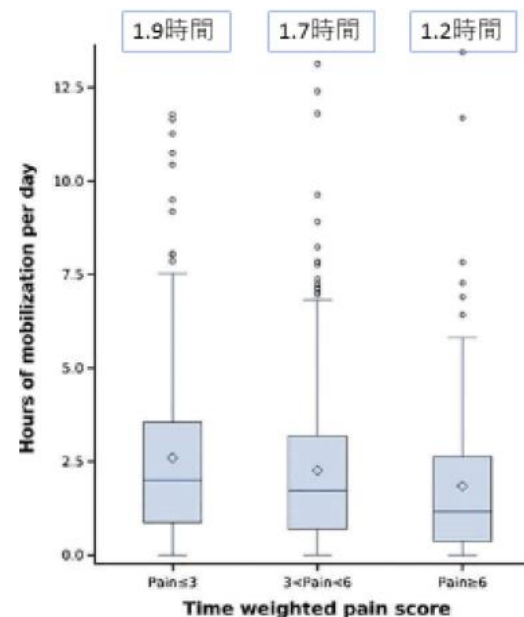
	M-ADL Group (51 patients)	ADL Group (49 patients)	P Value
Intraoperative complications	None	None	
Postoperative complications	None	None	
Postoperative PSURT	64.41 degrees ± 1.59	57.77 degrees ± 1.85	0.02
● Value of postoperative pain by VAS 痛みの強さ	12.3 mm ± 0.9	24.7 mm ± 11.5	<0.0001
No. of patients ambulatory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

<sup>a</sup> 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.

Mastrorardi L, et al. Neurosurgery, 2002

→ 術後痛が強い患者群で在院日数が長期化した

## 【術後痛と活動時間】

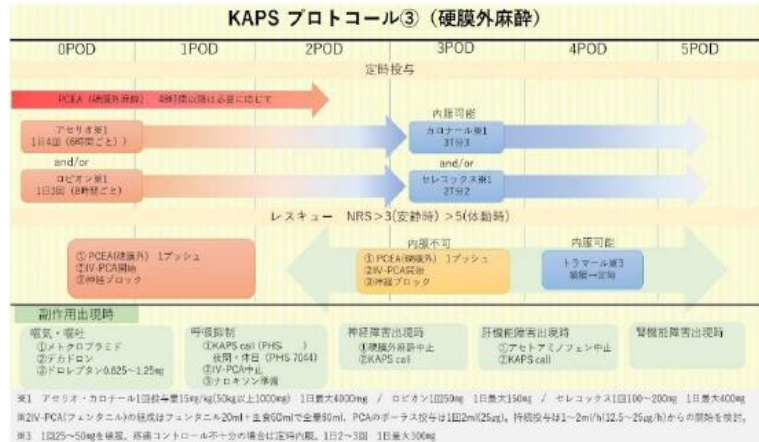


Rivas et al. Anesthesiology, 2021

→ 腹部手術後48時間で活動を維持できた時間は疼痛スコアが高いほど短い

# 術後疼痛管理チームの構成及び介入方法について

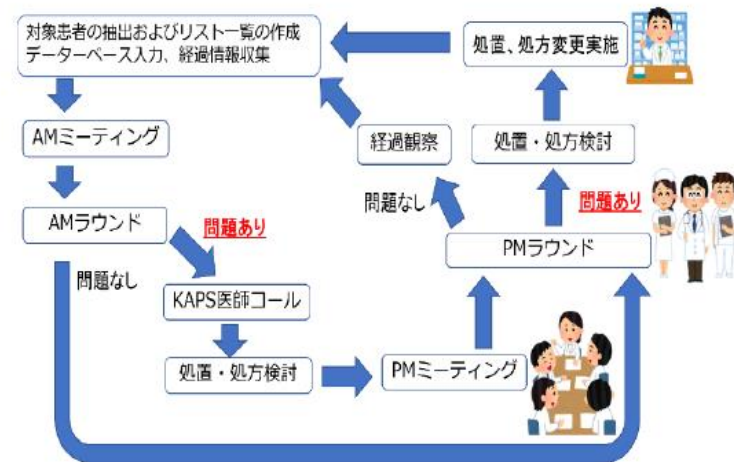
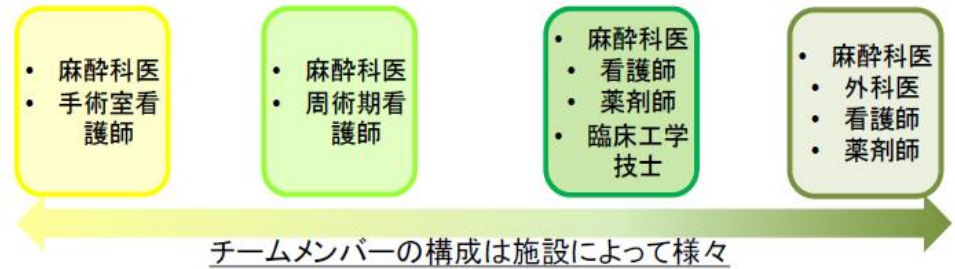
- 医療機関毎にチームの構成は異なるが、概ね麻酔科医、看護師、薬剤師、臨床工学技士から構成されている。
- 術後の全患者を対象とするが、概ね持続硬膜外鎮痛や持続末梢神経ブロック、静脈内自己調節鎮痛法を実施している患者を対象とすることが多く、疼痛コントロールが不十分な患者、嘔気・嘔吐の強い患者など必要に応じて施設ごとに対応している。



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

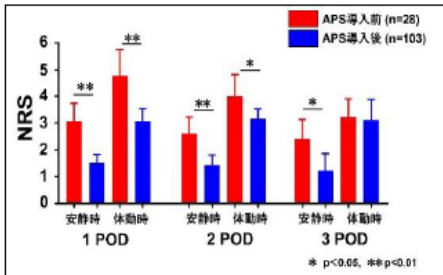


# 術後疼痛管理チームの介入結果について

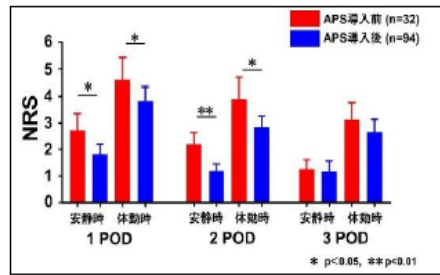
- 術後疼痛管理チームの介入による変化については以下のとおり。
  - ・ 概ね術後疼痛が軽減し、患者のQOLを向上させることができた。
  - ・ 術後合併症を評価することにより下肢神経障害などの発生を減らすことができた。
  - ・ 在院日数が短縮した。
  - ・ 麻酔科医の術後鎮痛回診・処置に要する時間が減少した。

## <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>

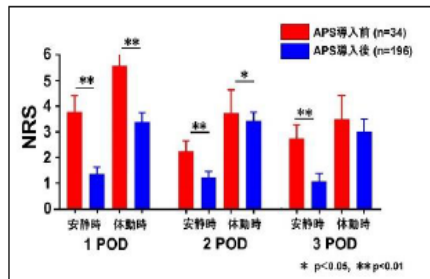
(杏林大学医学部附属病院の例)



婦人科開腹手術



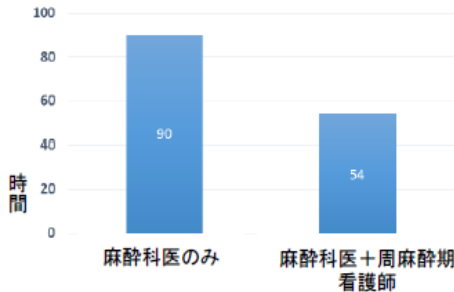
上部消化管手術



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変えることなく、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

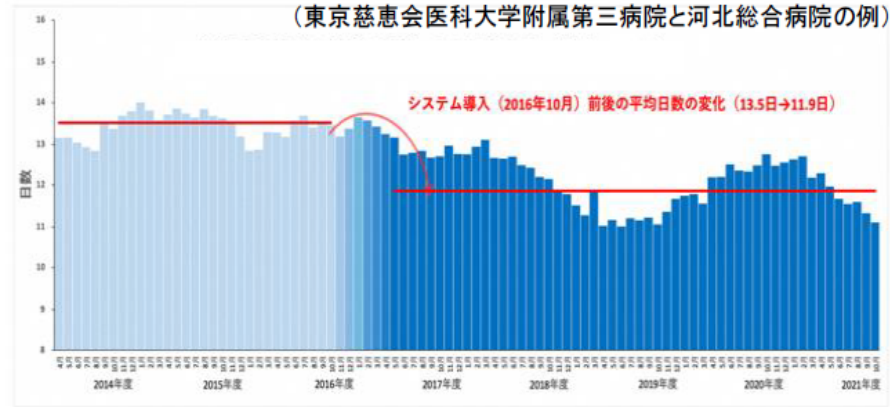
婦人科良性疾患の開腹手術において、術後に下肢しびれ感(感覚低下、筋力低下)を訴える患者がAPSのデータにおいて多く見られた。



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)

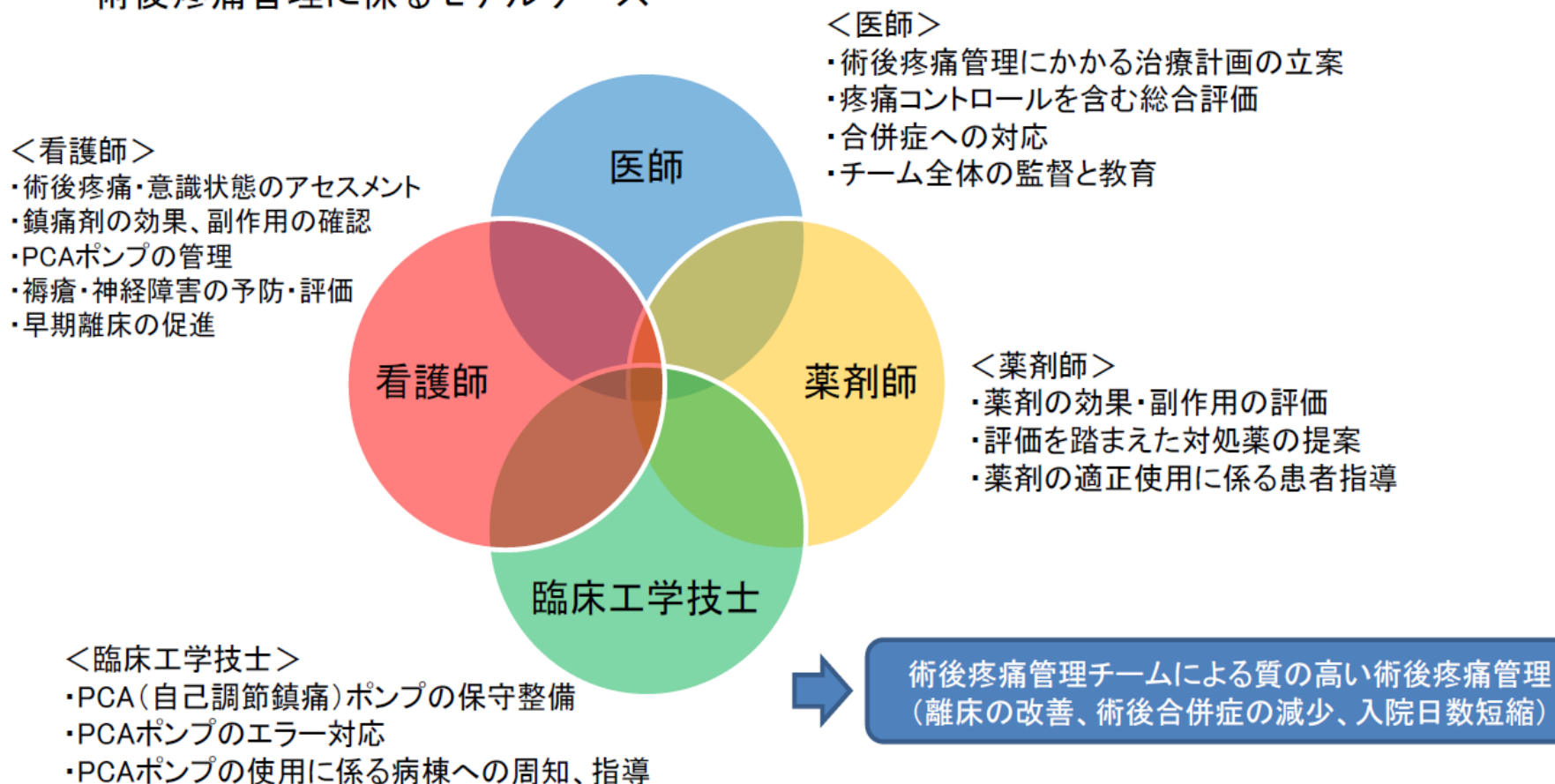


術後疼痛管理チームの介入により、在院日数が短縮した。

# 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。



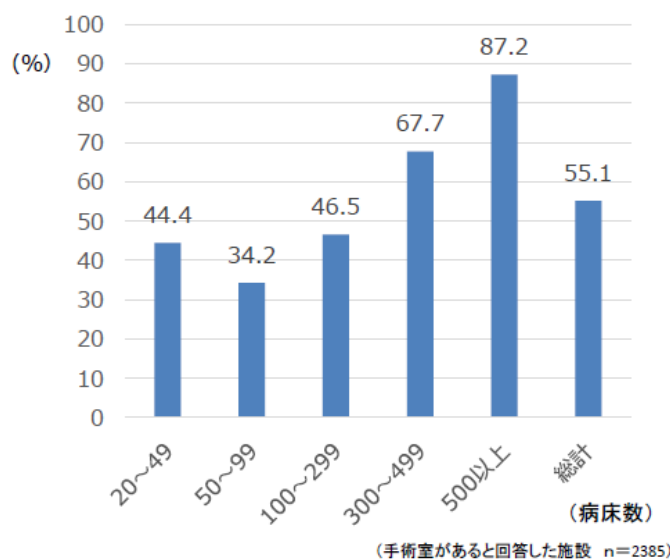
# ③周術期薬学管理の 評価



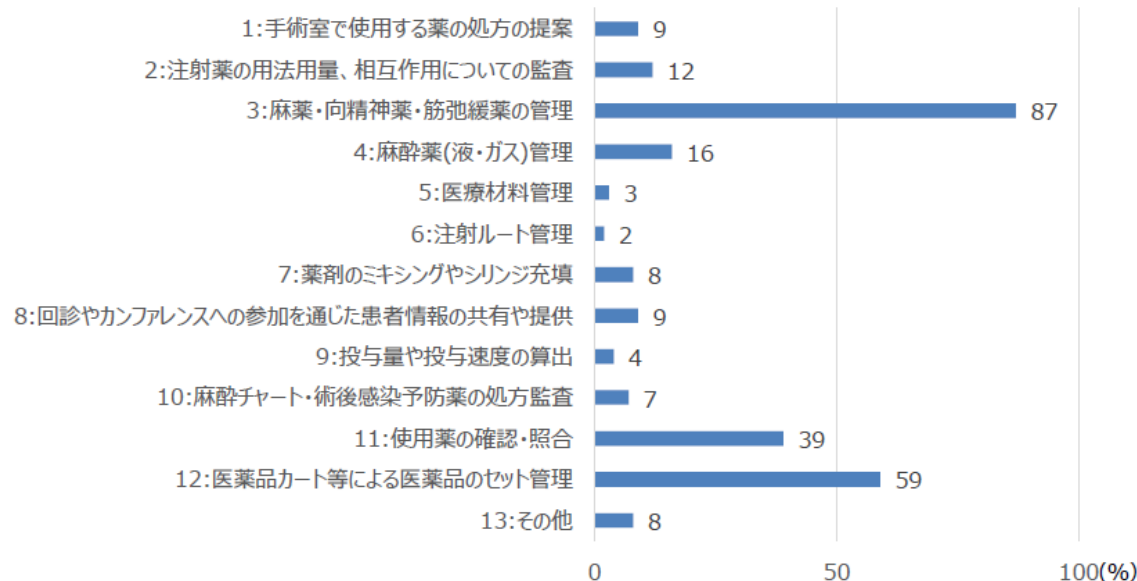
# 周術期の薬剤師関与の状況

- 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

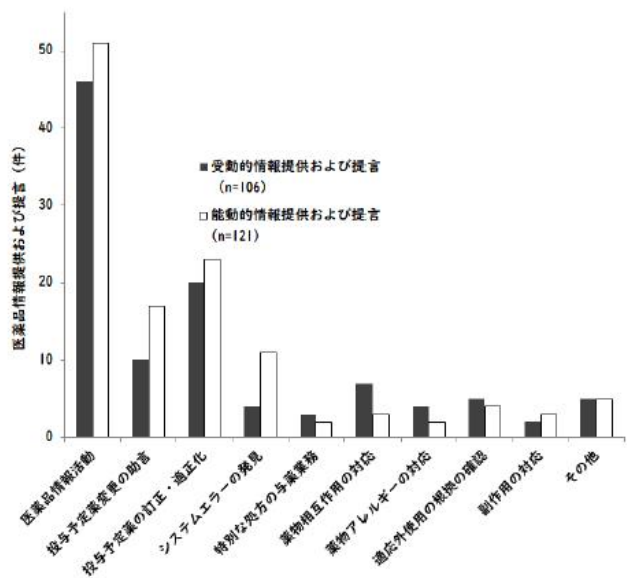


麻酔薬等セット化



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

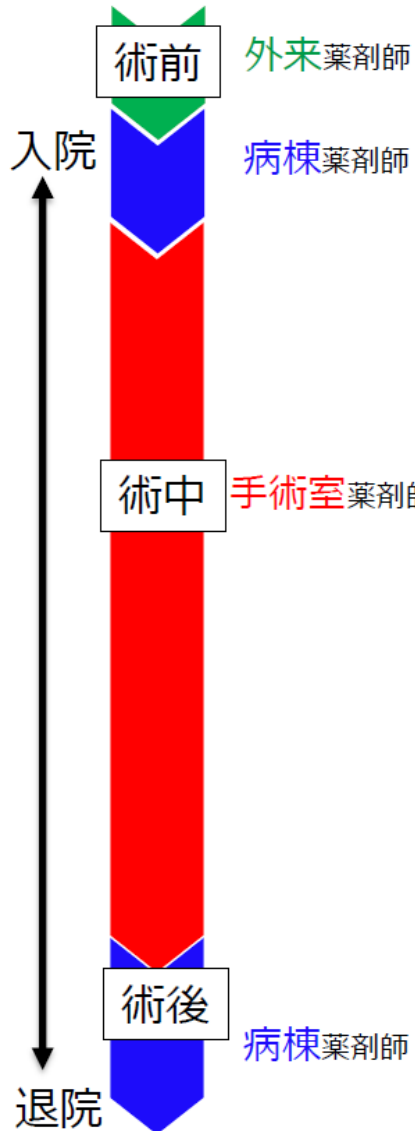
表2 薬剤師配置後の注射剤調製

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)

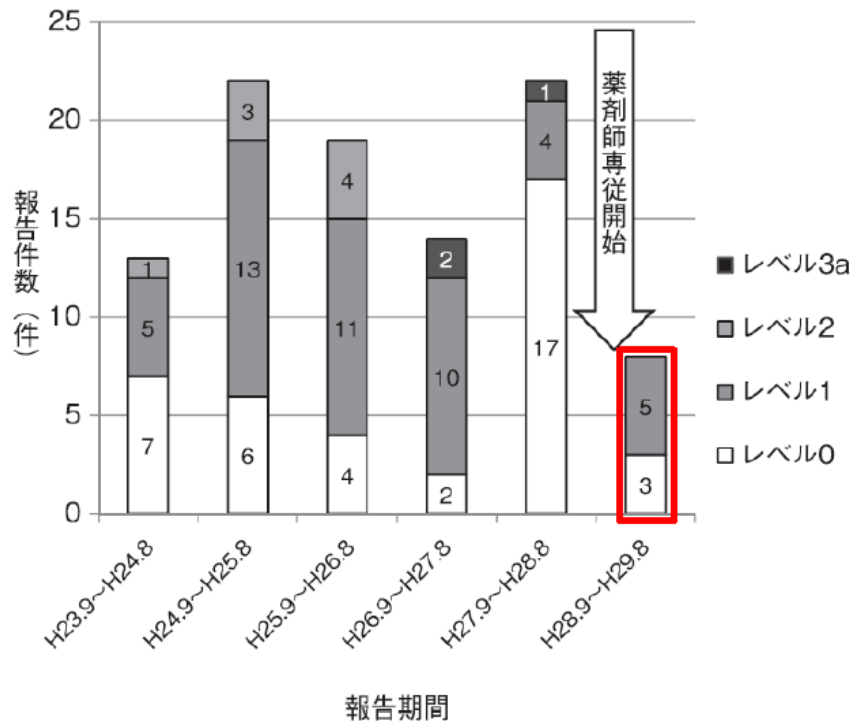
- 術前に中止が必要な薬剤を事前に確認し、適切な休薬を提案
- アレルギー・副作用歴を事前に確認することで、術中使用薬剤(抗菌薬等)の処方変更などを提案
- 手術部スタッフへの医薬品の情報を提供することで、医薬品の適正使用に貢献
- 術後の疼痛コントロールの評価やオピオイド等による副作用のモニタリング



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

### [介入]

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

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

### [方法]

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

# 業務効率化の効果

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

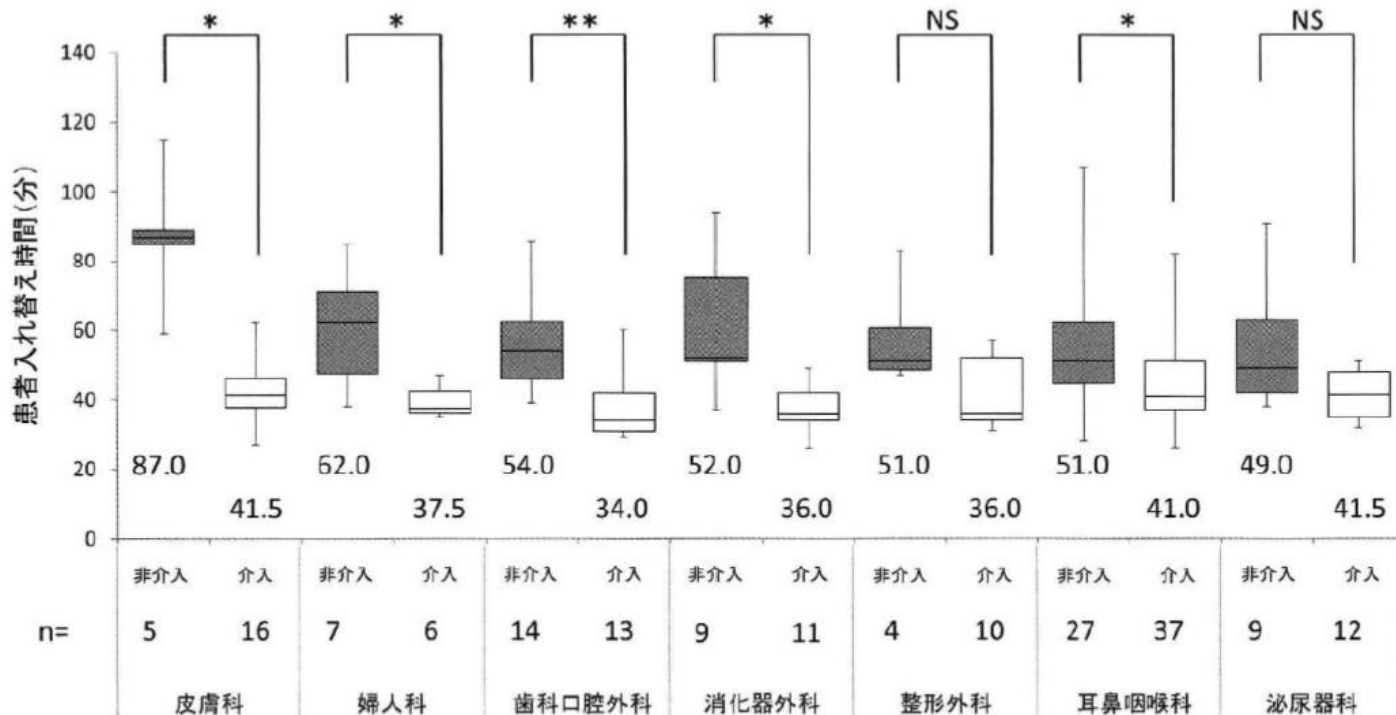
## [介入]

・ 薬剤師 1 名が手術室に専従し、麻酔薬調製および麻薬管理を行った。

## [方法]

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

診療科別の患者入れ替え時間比較



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

薬剤師専従開始前後における手術室数と手術室スタッフ数の変化

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

## 周術期における薬学的管理の評価の新設

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

### 麻酔管理料（Ⅰ）・麻酔管理料（Ⅱ）

#### 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合

#### **（新） 周術期薬剤管理加算 75点**

#### [算定要件]

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

#### [施設基準の概要]

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

# ④周術期の栄養管理





# 栄養に関する診療報酬上の主な評価(入院時食事療養以外)

## 入院

### ○栄養サポートチーム加算

(200点/週1回)

対象入院料(結核病棟、精神病棟)の追加

### ○早期栄養介入管理加算

(400点/1日)

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

### ○入院栄養食事指導料1

(初回260点、2回目200点/週1回・入院中2回)

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

※ 特定入院料では算定不可(回リハ入院料1を除く)

### ○入院栄養食事指導料2

(初回250点、2回目190点/週1回・入院中2回)

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

### ○栄養情報提供加算

(50点/入院中1回) ※入院栄養食事指導料の上乗せ

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

### ○集団栄養食事指導料※

(80点/月1回) ※ 外来患者も指導対象

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

### ○摂食障害入院医療管理加算

(200点(30日以内)、100点(31~60日以内))

※治療を行う職種に管理栄養士が含まれる

### ○個別栄養食事管理加算※

(70点(1日につき)) ※緩和ケア診療加算の上乗せ

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

### ○摂食嚥下支援加算※

(200点/月1回) ※ 外来患者も指導対象

※ 摂食嚥下支援チームの一員に管理栄養士が含まれる。  
外来患者も指導対象

### ○回復期リハビリテーション病棟入院料

(2, 129~1, 678点)

入院料1は、管理栄養士の病棟配置が必須

入院料2~6は、管理栄養士の病棟配置が努力義務

### ○栄養管理体制

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



# 入院に係る栄養管理に対する主な評価について

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

## 入院前



### 外来栄養食事指導料

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

### 入院時支援加算

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

## 入院中

### 入院栄養食事指導料

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



### 栄養情報提供加算

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

### 栄養サポートチーム加算

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

### 早期栄養介入管理加算

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

## 退院後



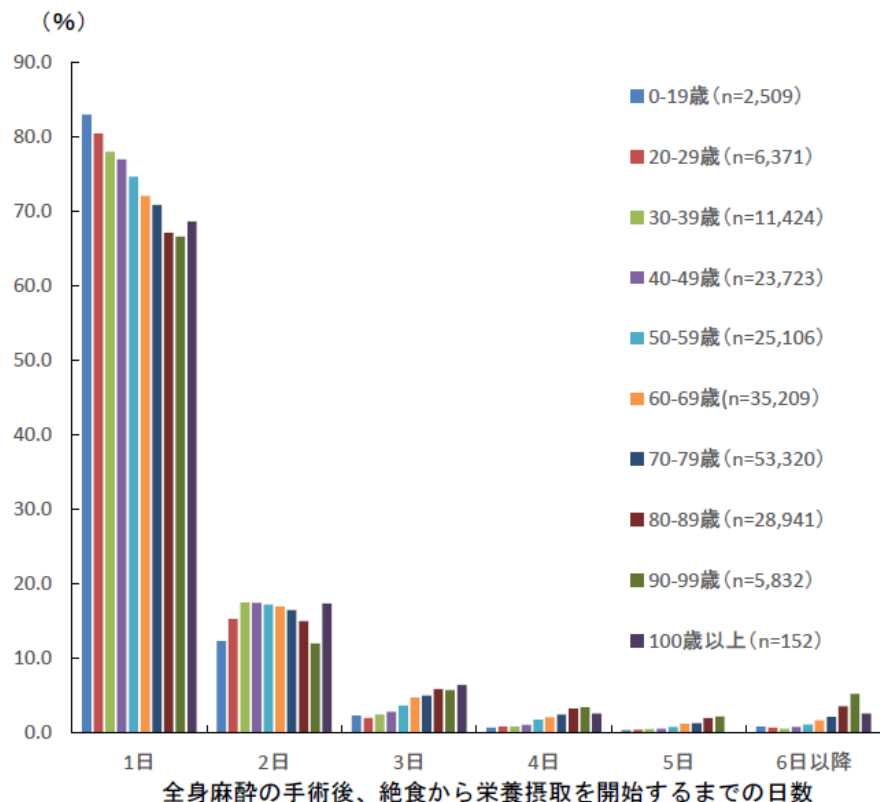
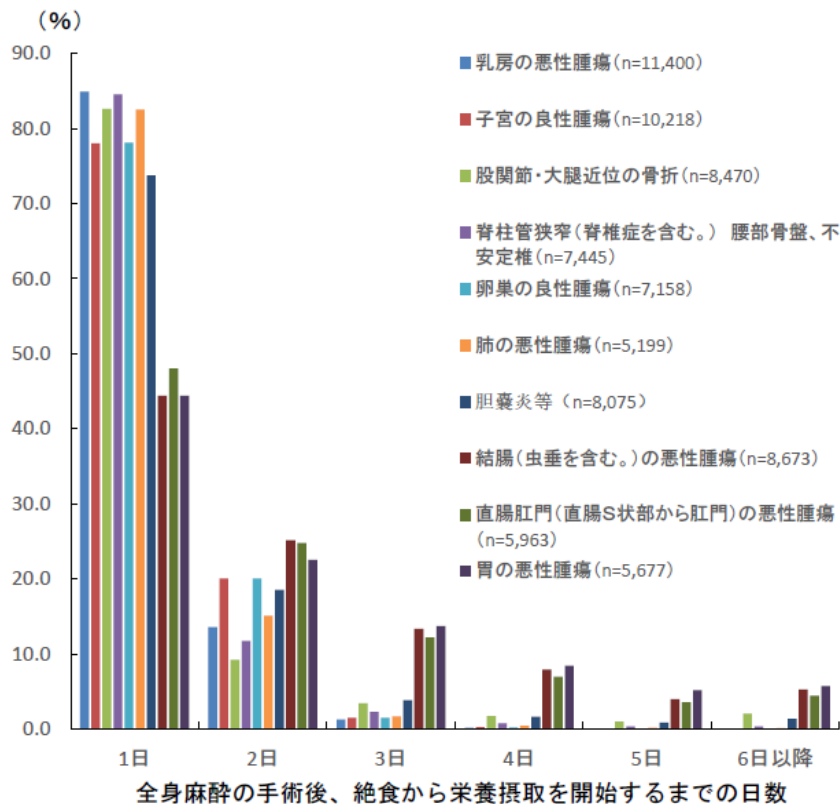
### 外来栄養食事指導料 (再掲)

### 在宅患者訪問栄養食事指導料

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

## 術後の栄養摂取開始の状況

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



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

# 各ガイドラインにおける周術期の栄養管理について

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

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

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

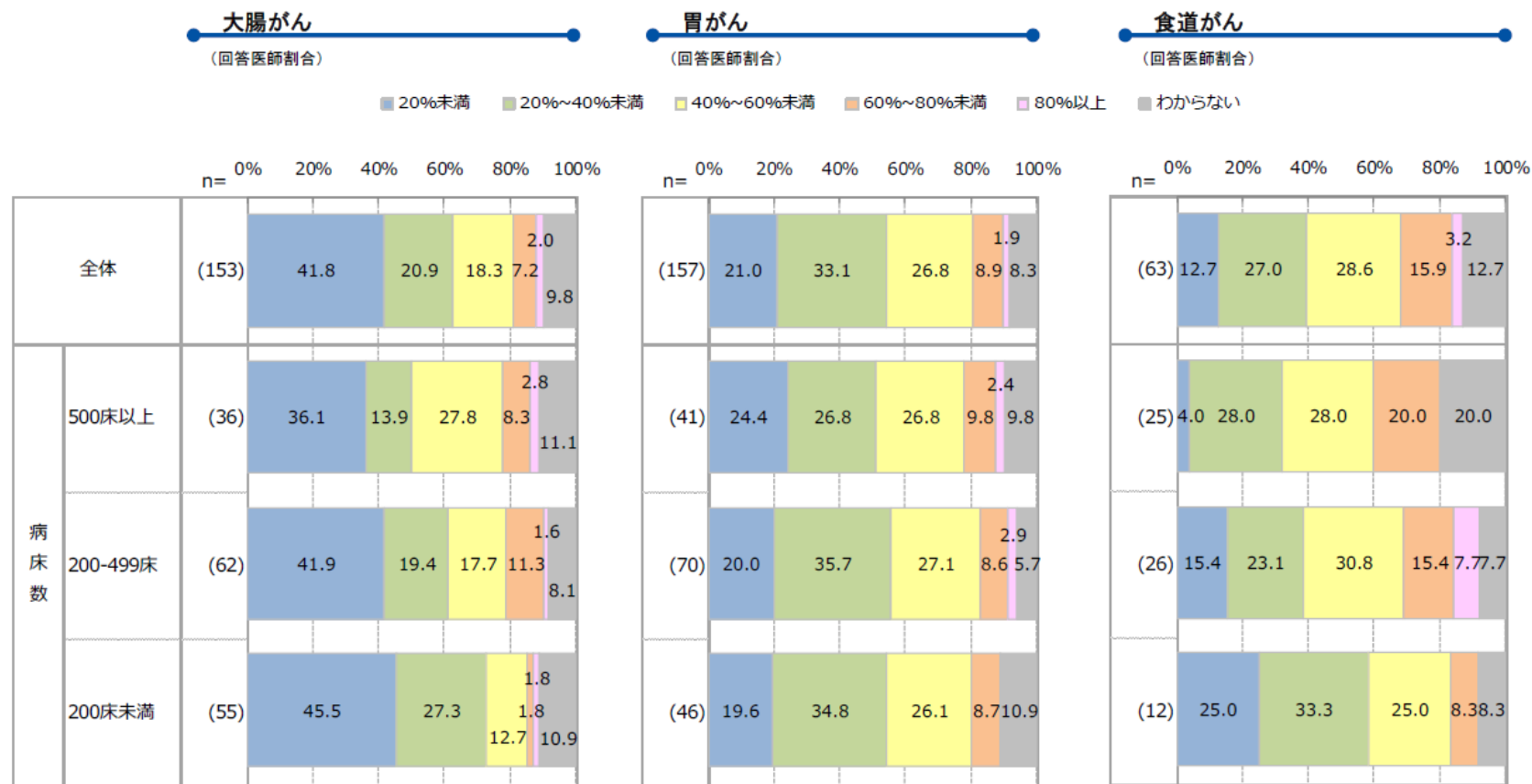
## Clinical nutrition in surgery(抜粋) (欧州臨床栄養代謝学会:ESPEN)

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

# 術前の経口栄養剤の摂取の状況

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

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



(n=30未満は参考値として掲載)



# 周術期の栄養ケア・マネジメントについて

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

## 【対象・方法等】

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

## 【対象・方法等】

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

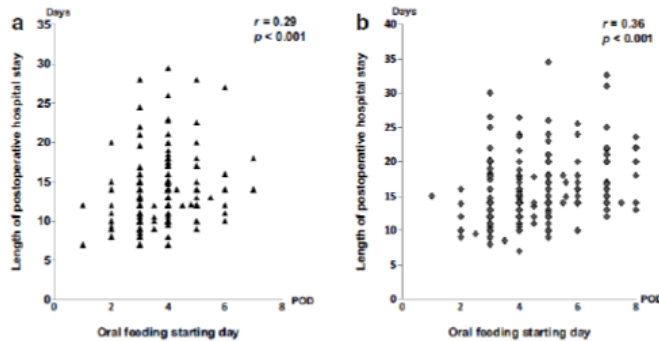
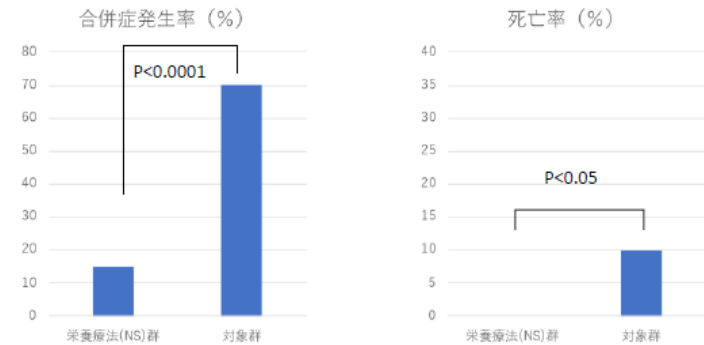


Fig. 7 Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay ( $n = 226$ ). a Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay in distal gastrectomy (including laparoscopic surgery) analyzed by

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



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

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

Surg Today (2017) 47:1460–1468.

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



## 周術期の栄養管理の推進

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

### **(新) 周術期栄養管理実施加算 270点 (1手術に1回)**

[算定対象]

**全身麻酔を実施した患者**

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**手術の前後に必要な栄養管理を行った場合**であって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式**全身麻酔を伴う手術を行った**場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。

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

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

[施設基準]

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

## 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

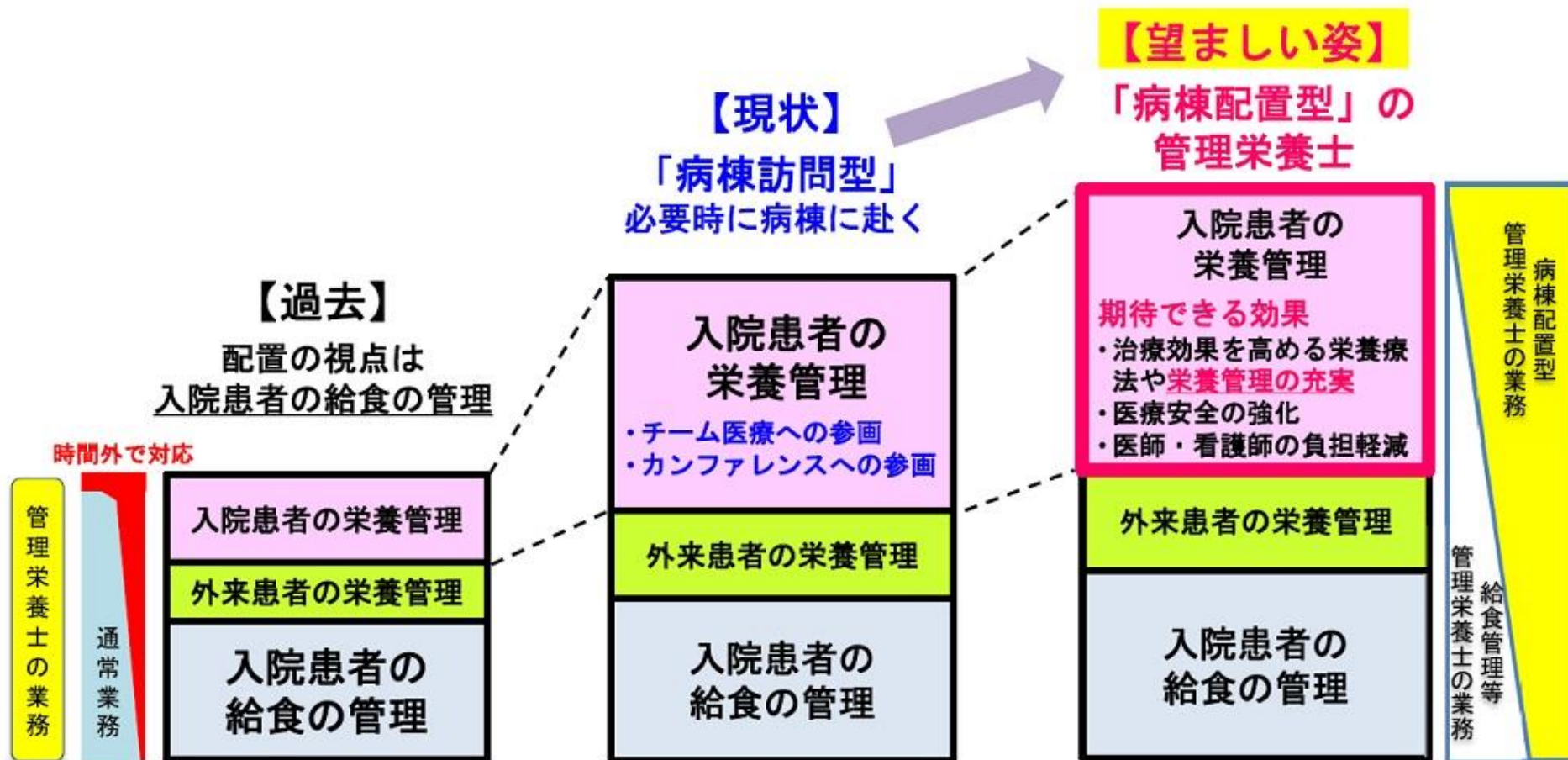
# ⑤ 入院栄養管理体制加算



# 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。



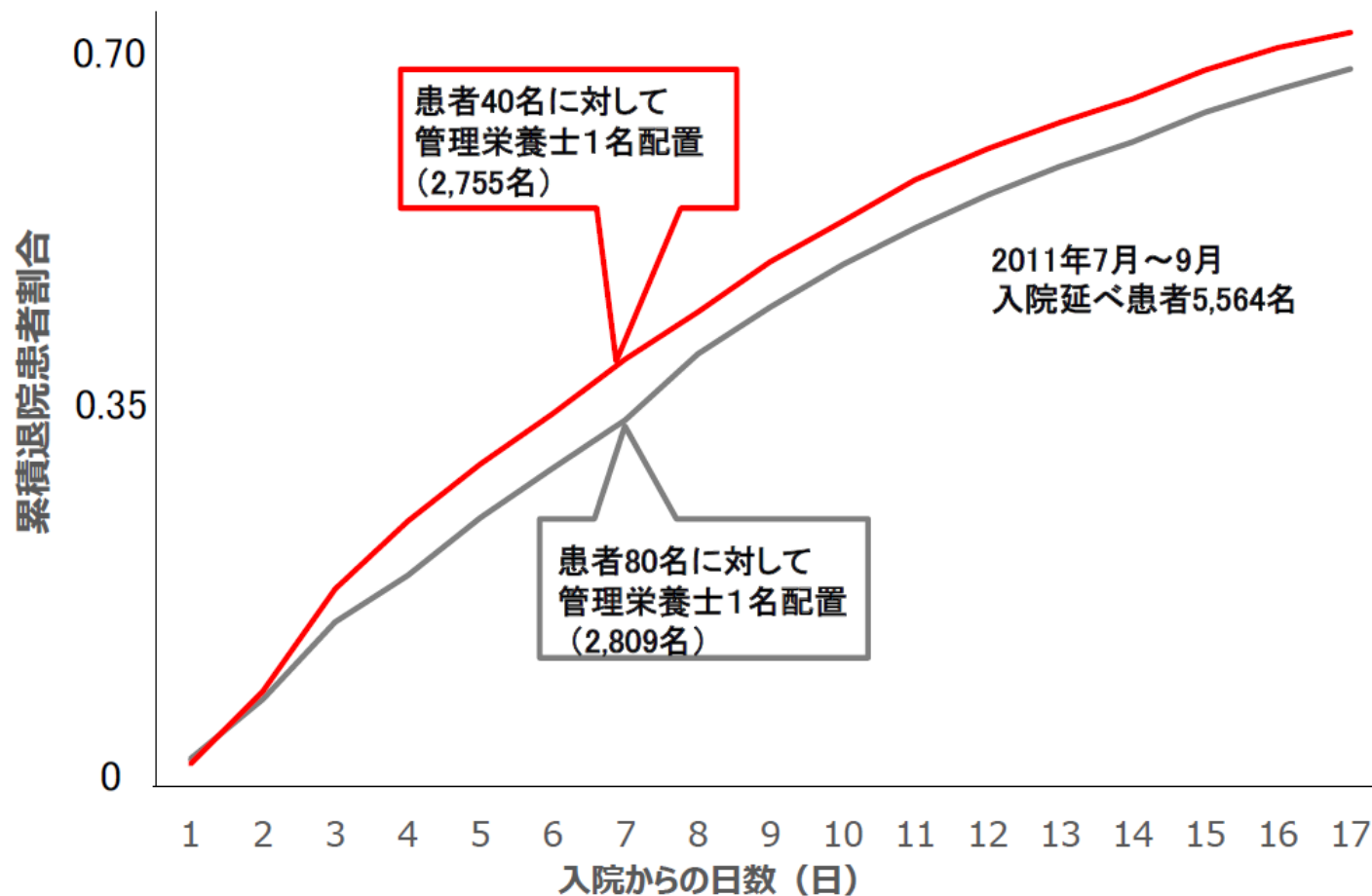


## 管理栄養士の病棟業務の効果等①

○ 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】

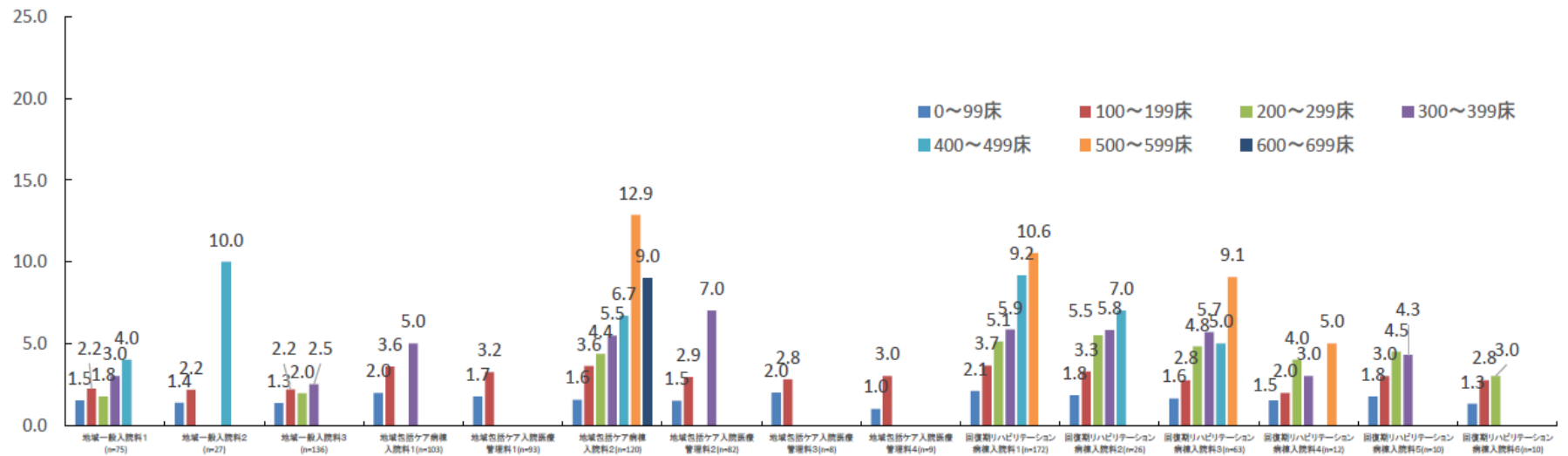
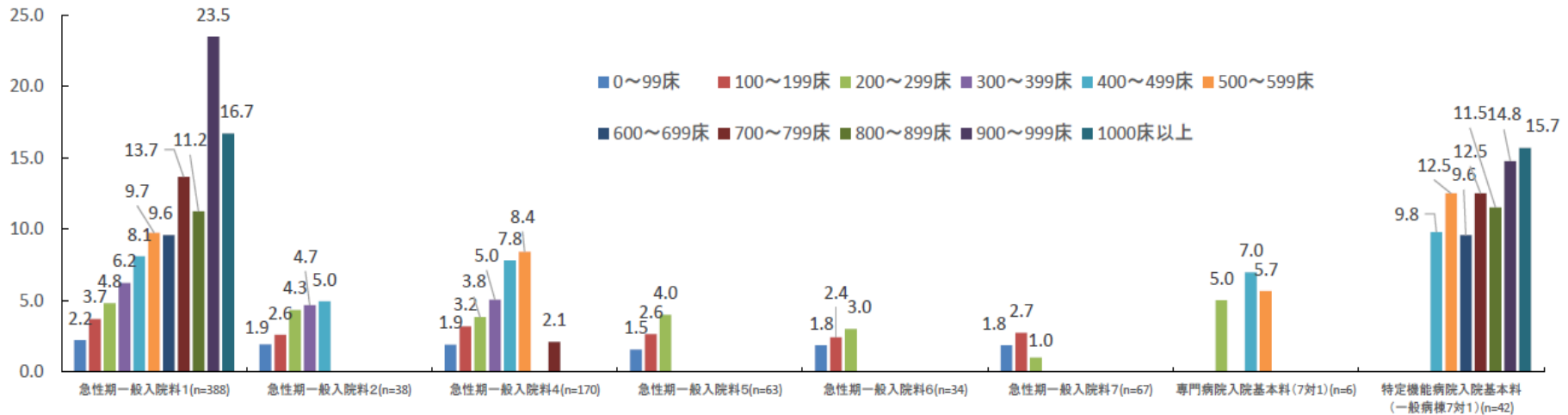
2011年度、特定機能病院に入院した患者5,564名を対象に、管理栄養士1人に対して40人の患者の栄養ケアを担当した場合と80名の栄養ケアを担当した場合の累積退院患者の割合を比較。





# 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

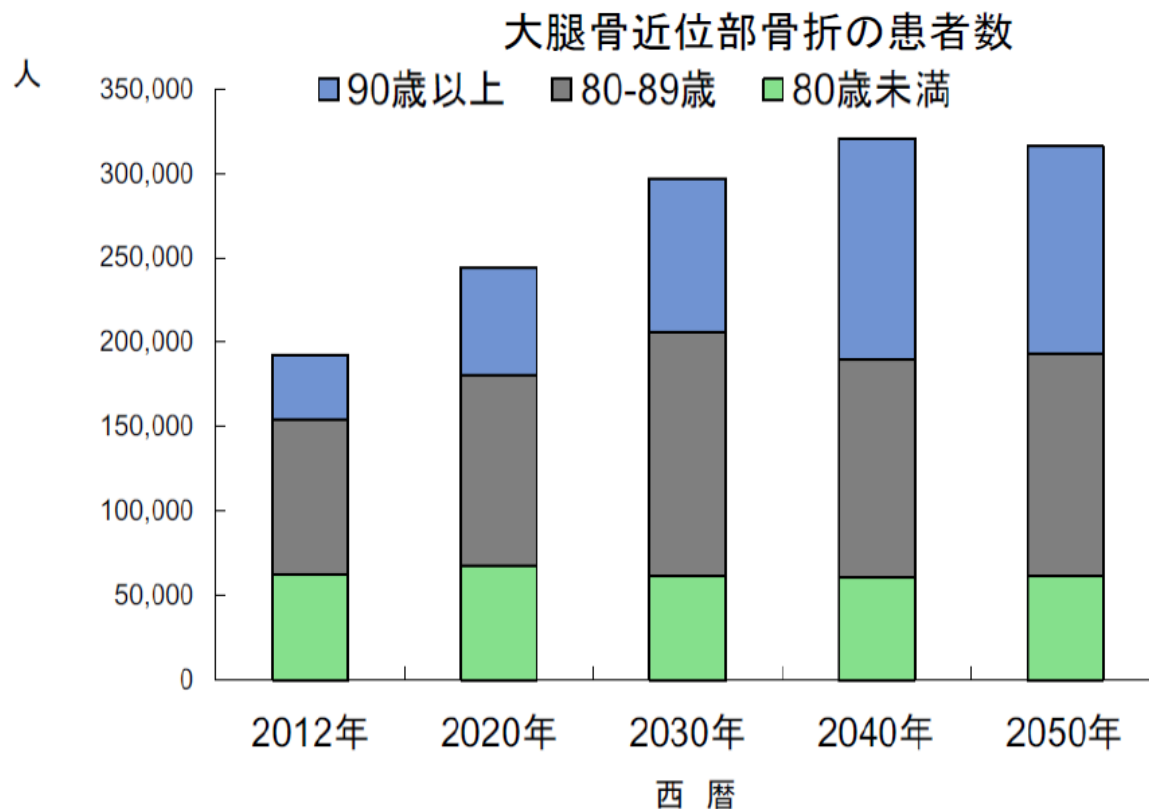
- 40歳以上の一般住民のうち、骨密度検査の結果から大腿骨頸部で男性12.4%、女性26.5%が骨粗鬆症を有していた。
- 2005年の年齢別人口構成に当てはめると、約1070万人の大腿骨頸部の骨粗鬆症患者がいることになる。

### ○ 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

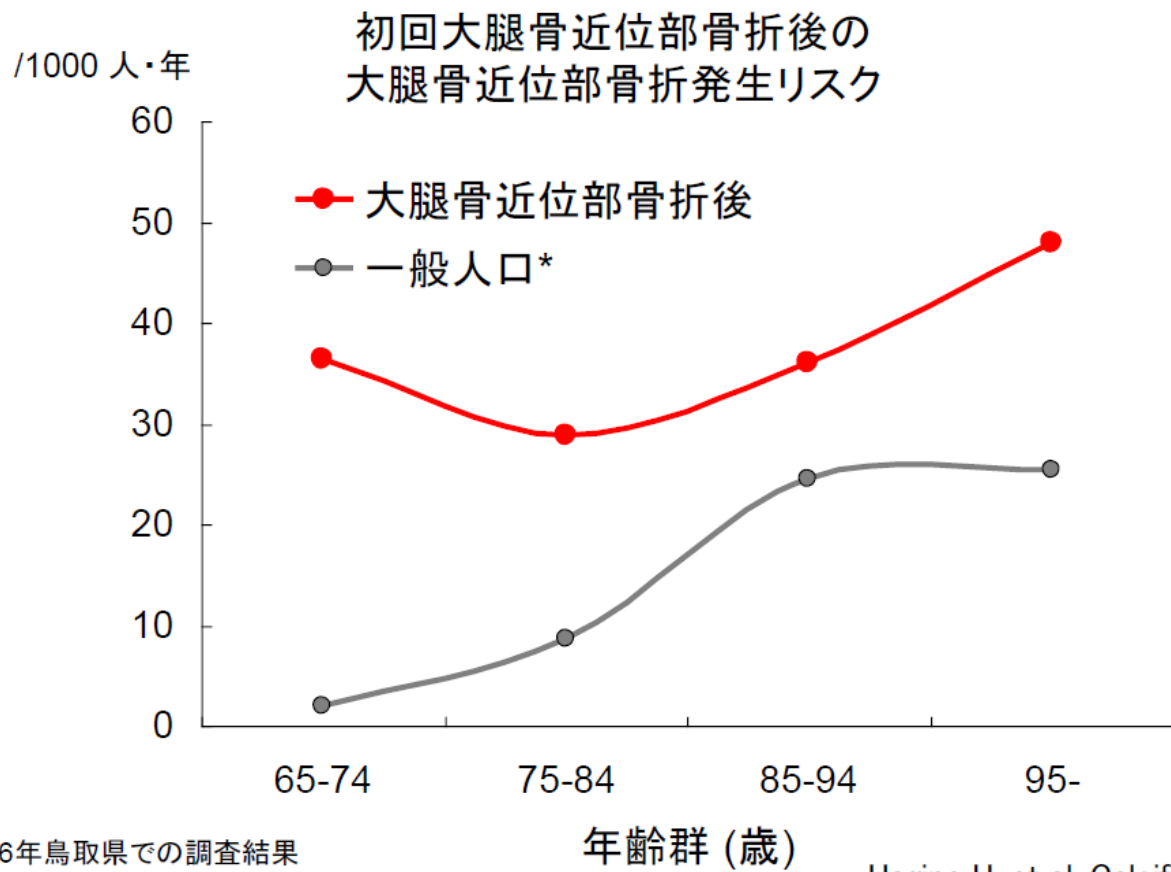
Hagino H, et al. Osteoporos Int. 2009; 20:543-548

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。



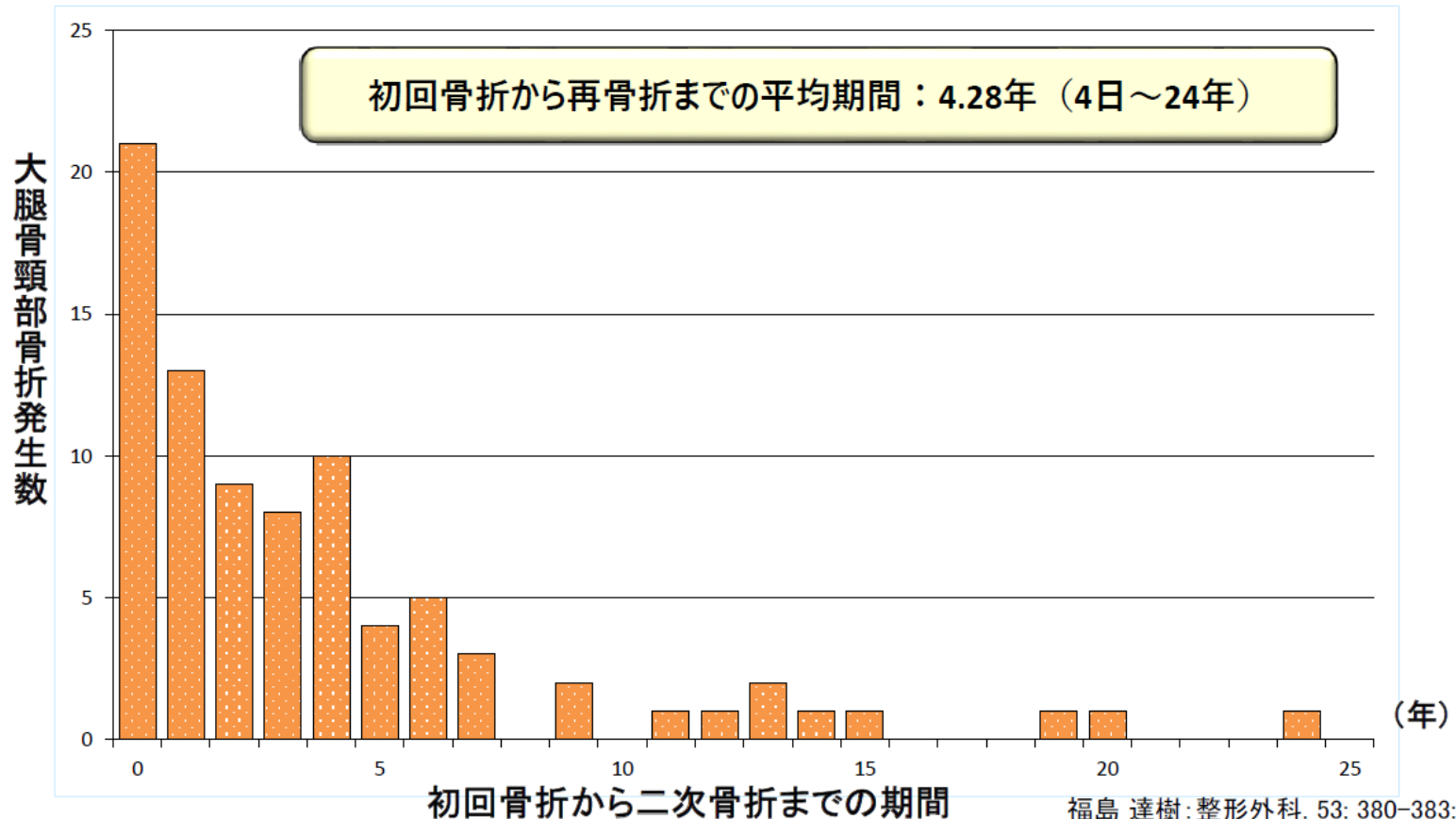
\* 2004-2006年鳥取県での調査結果

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 》



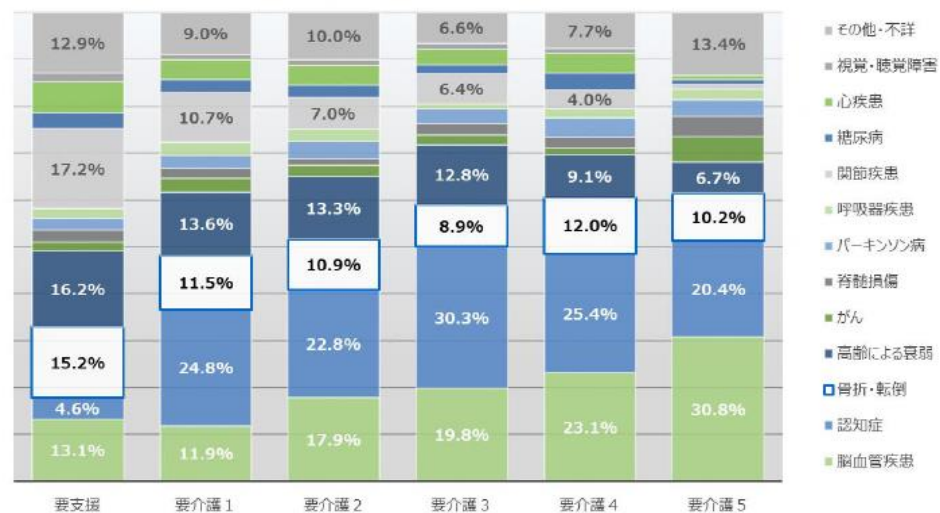
福島 達樹：整形外科, 53; 380-383: 2002.  
新潟リハビリテーション病院山本先生提供

# 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

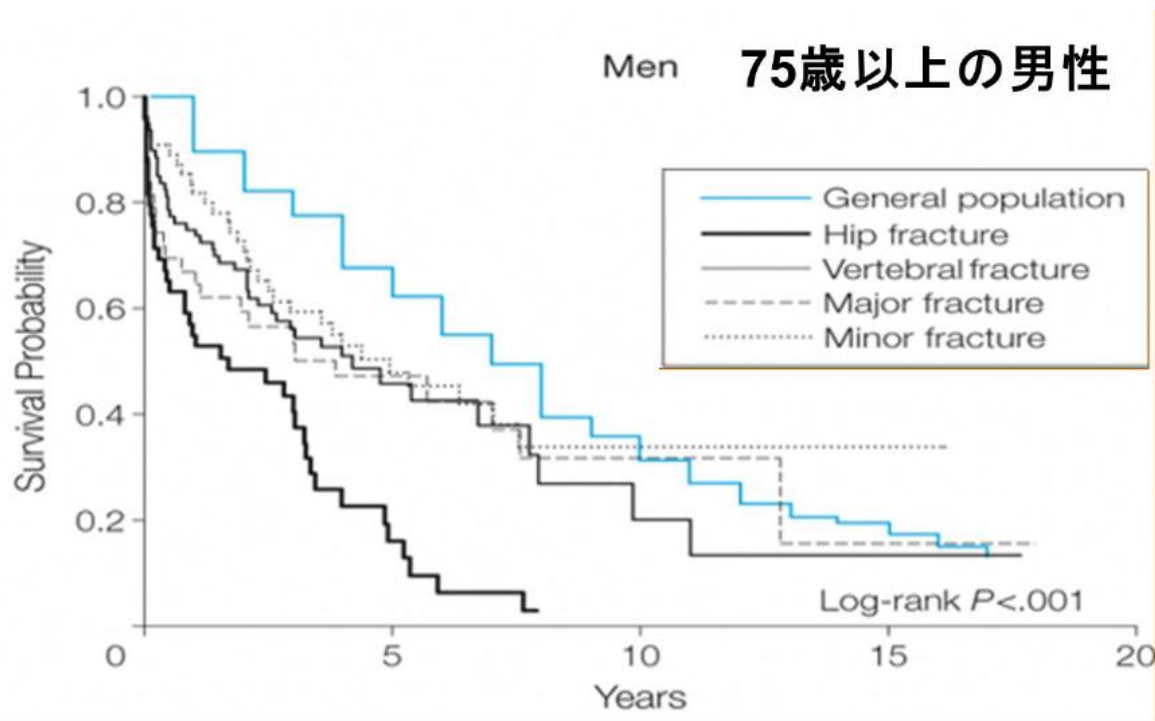
\*1) 厚生労働省「国民生活基礎調査（平成26年）」※熊本県は除外

## 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。

## 骨折リエゾンサービス Fracture Liaison Service

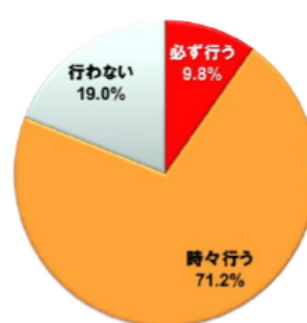
### FLSの始まり

- 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

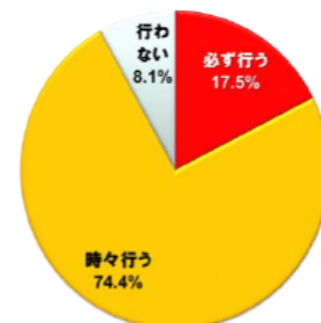
(Freeman C, et al Qual Saf Health Care 11: 239-, 2001)

## 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]

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

#### [施設基準]

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



# まとめと提案

- 2025年問題、2040年問題を見据えよ
- 2024年は惑星大直列の年
- 働き方改革で地域医療が崩壊か？
- タスクシフティングとチーム医療がカギ

# 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](mailto:muto@kinugasa.or.jp)

# グループワーク

- タスクシフティングについて以下の項目について意見交換をしよう
    - ①特定行為研修修了者
    - ②診療看護師（NP）
    - ③救急救命士
    - ④スチューデントドクター
  - 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
- その他、「あったらいいな」と思えるチーム医療について、アイデア交換をしよう





# 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



# 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

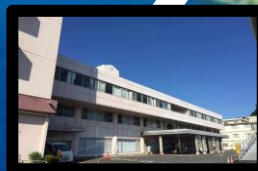
衣笠城址



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

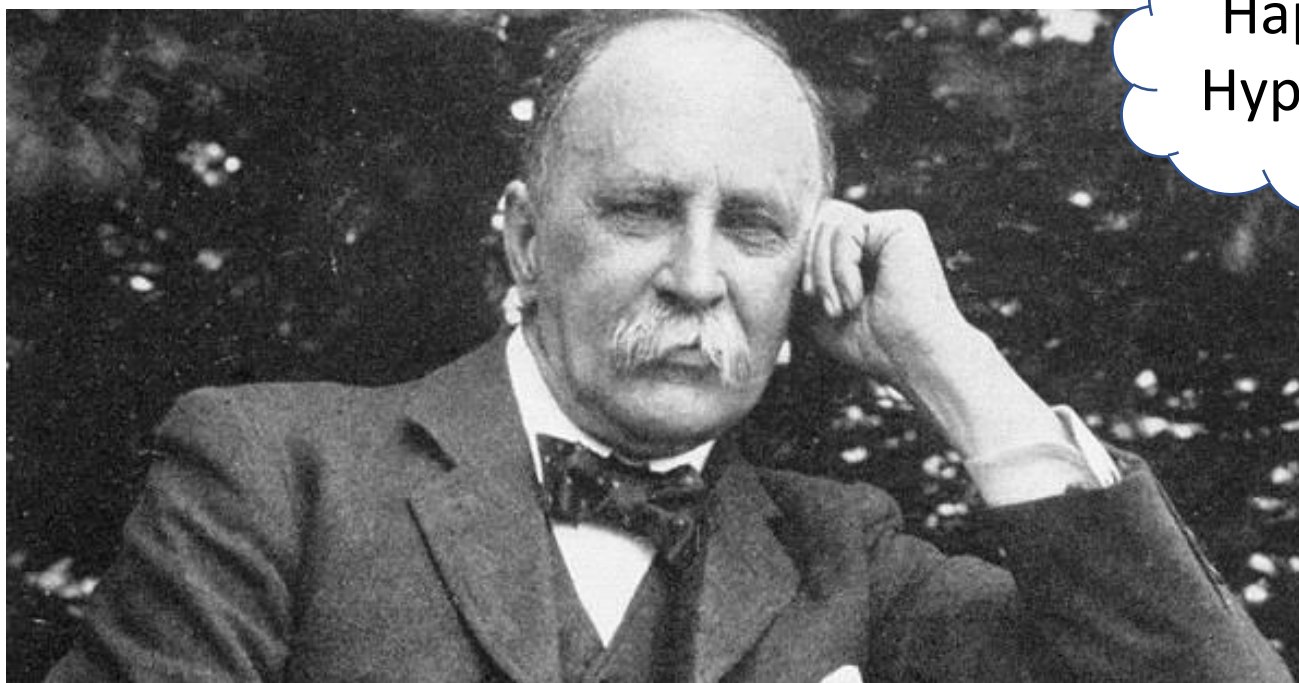


2020年3月の第一波で新型コロナウイルスで  
1か月感染症病棟に入院





肺炎は老人の友である . . .



Happy  
Hypoxia

ウィリアム・オスラー (1849～. 1919)



# 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い。厚労省は、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い。厚労省は、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い。
- 今回の明らかな重症者用の集中治療ができていない。厚労省は、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い。
- 重症者用の集中治療ができていない。厚労省は、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。

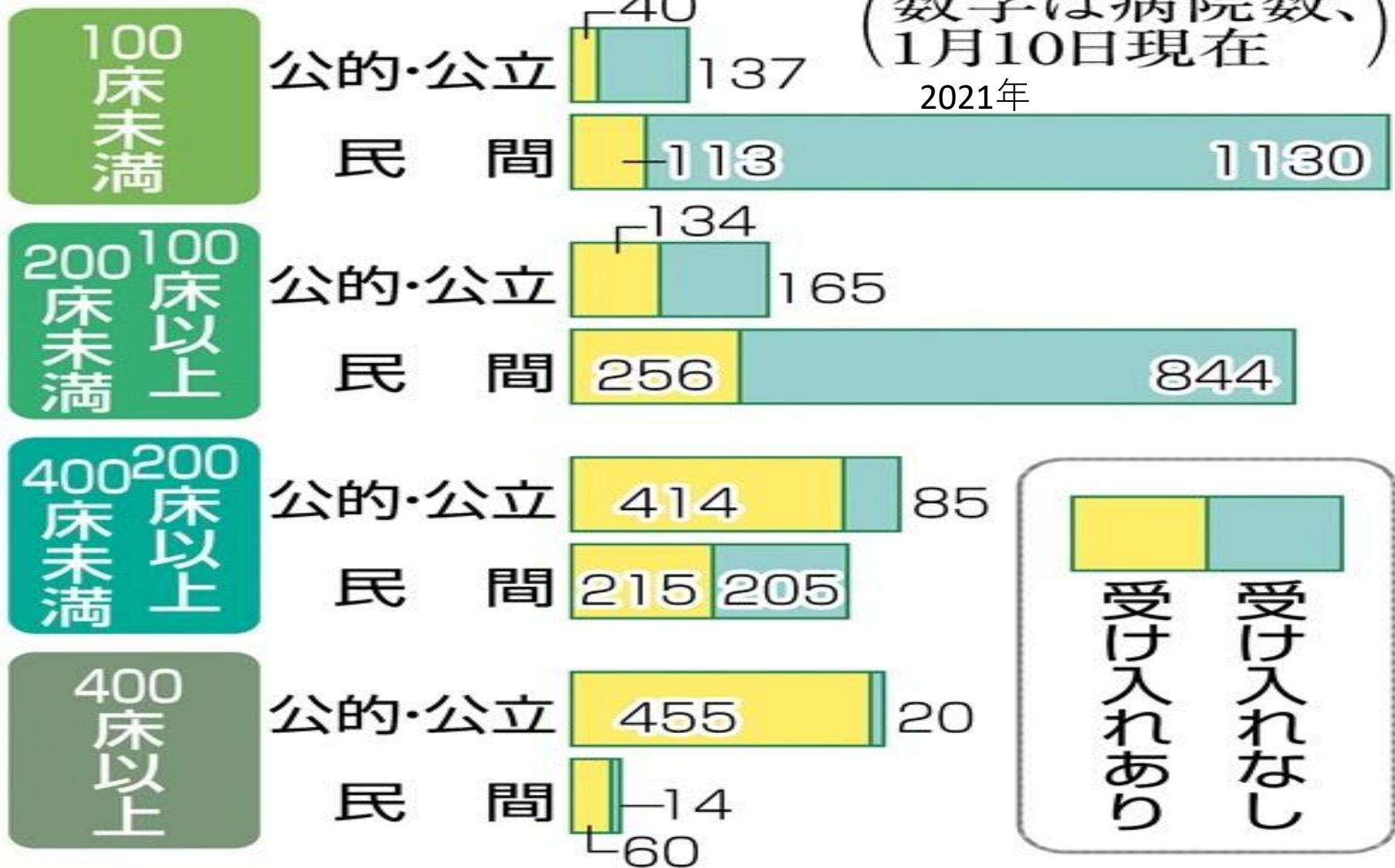
- 武田俊彦さん（元厚労省医政局長）





# 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



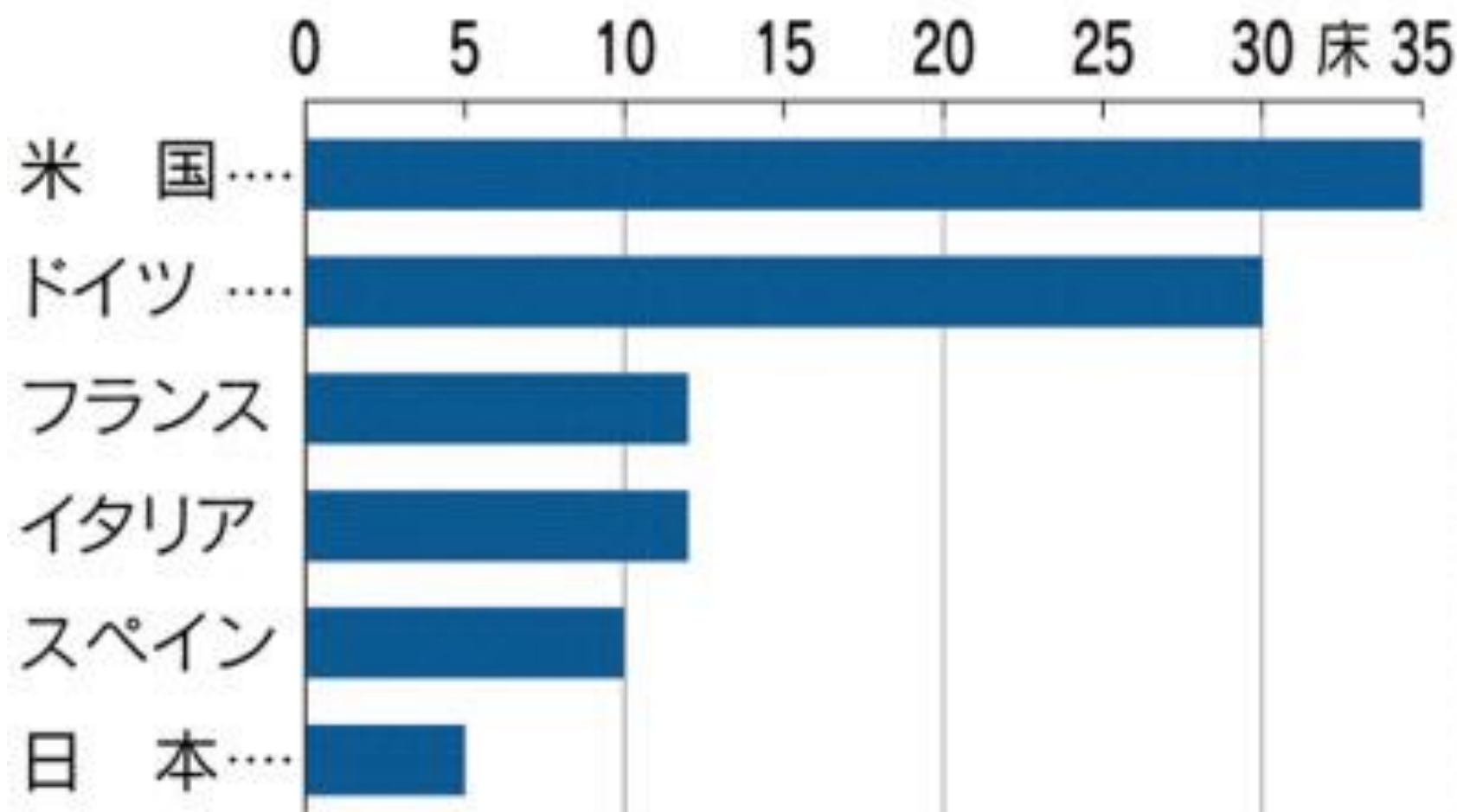
※厚生労働省の資料より。対象は急性期病床を持つ4297病院。公的は日赤、済生会のほか、民間の地域医療支援病院など

# 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

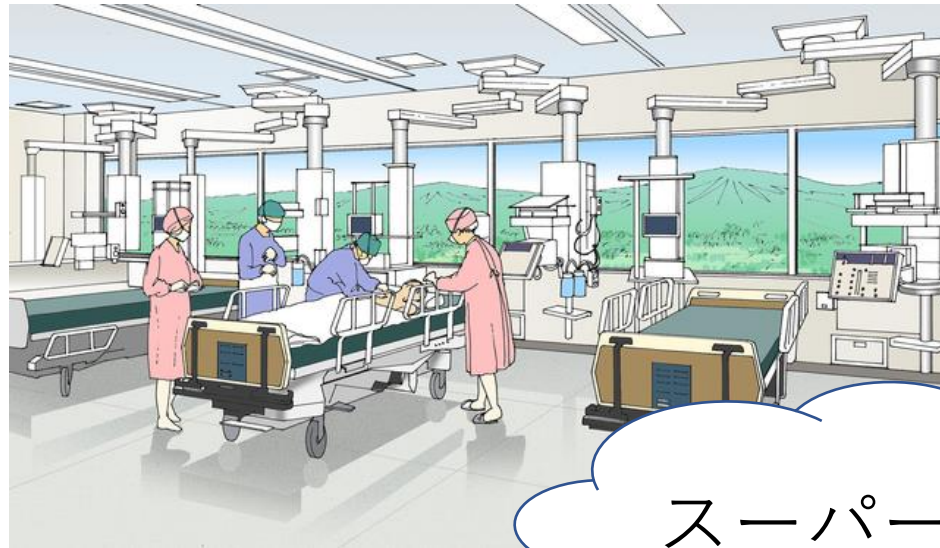


shutterstock.com • 1427561408

- 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。

<b>(新) 急性期充実体制加算 (1日につき)</b>	<b>7日以内の期間</b>	<b>460点</b>
	<b>8日以上11日以内の期間</b>	<b>250点</b>
	<b>12日以上14日以内の期間</b>	<b>180点</b>

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

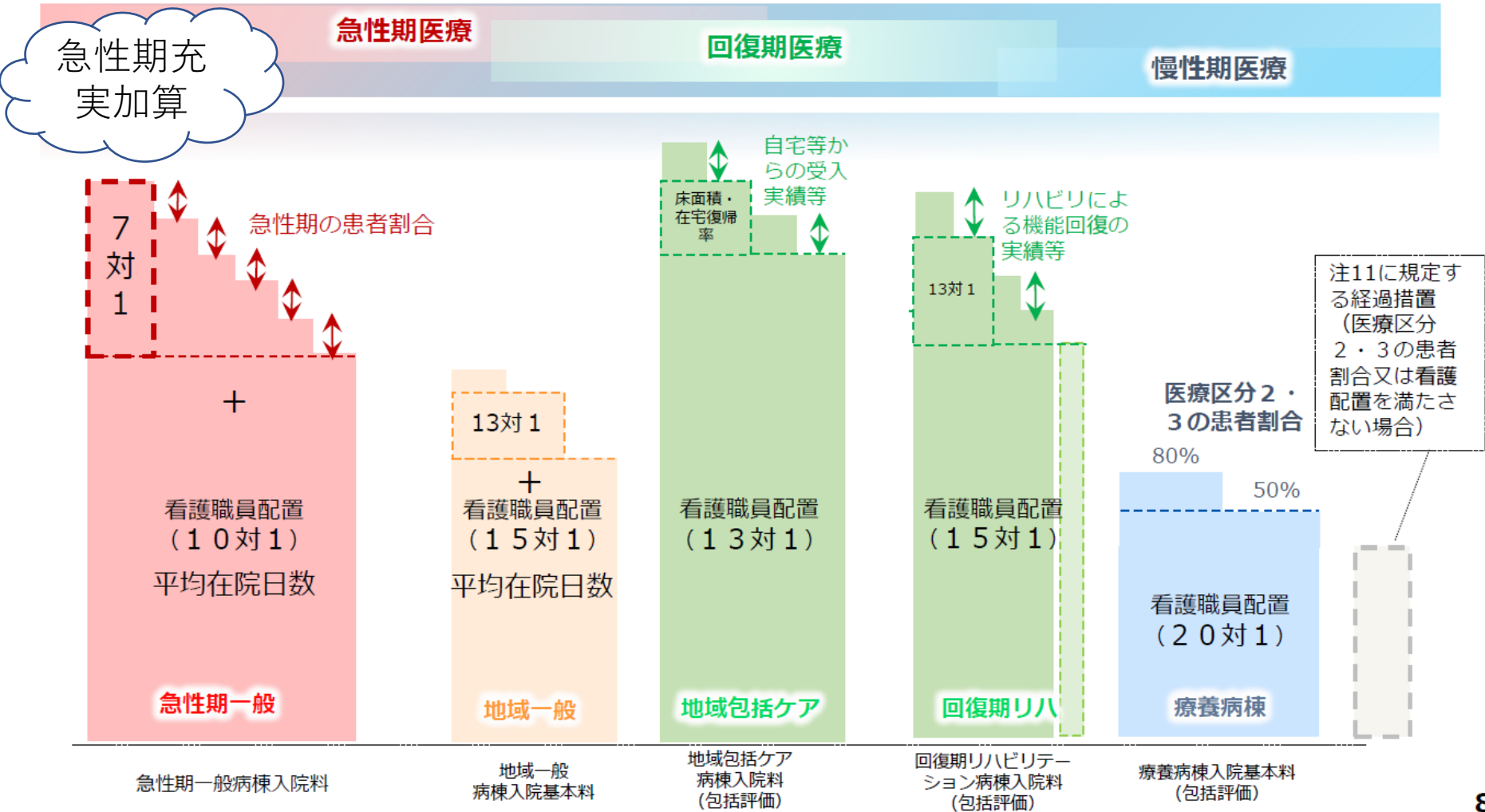
手術件数、救急搬送数、化学療法・放射線療法件数など

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

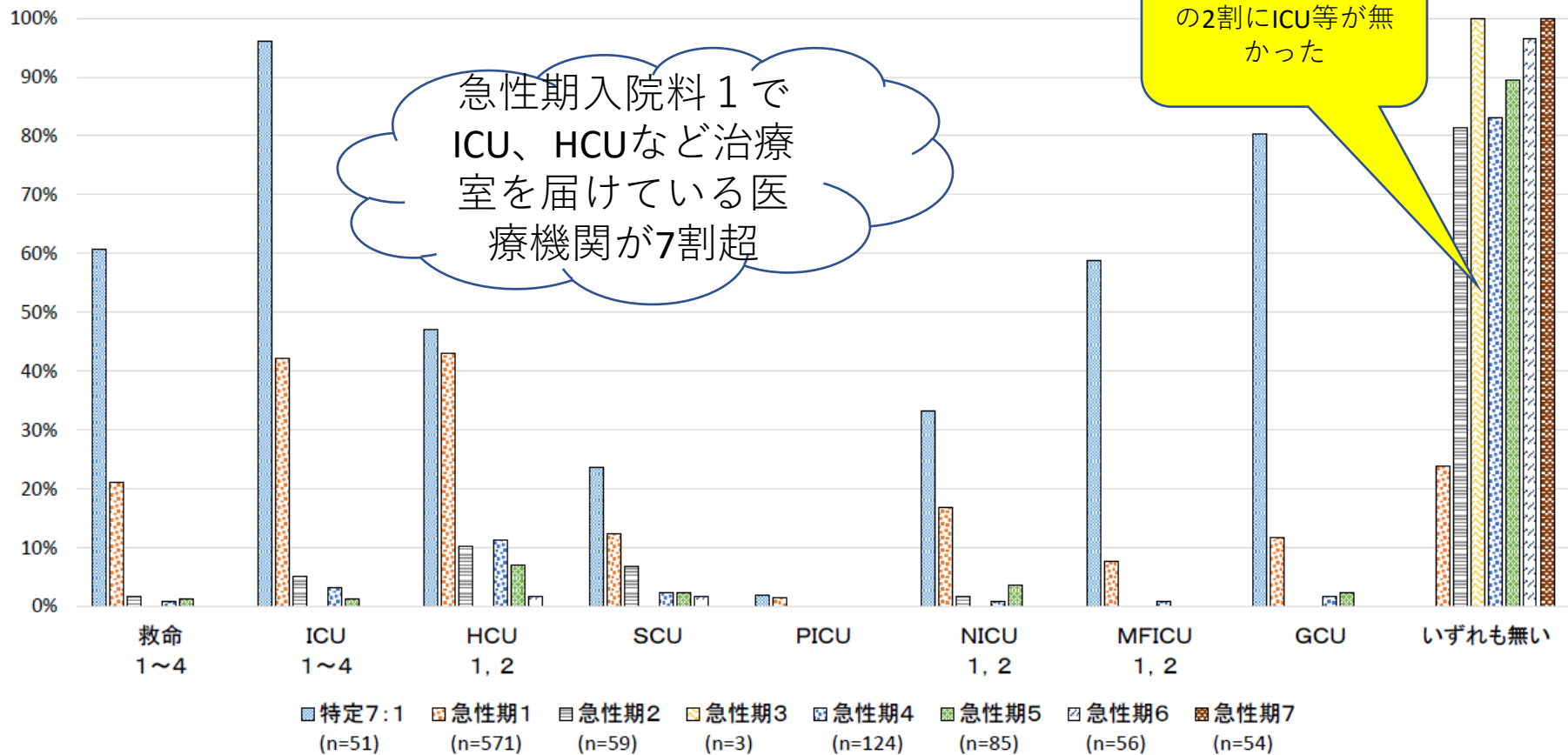
入院料等	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院料1を届け出ている（急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている）</li> <li>敷地内禁煙に係る取組を行っている ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である</li> <li>総合入院体制加算の届出を行っていない</li> </ul>			
24時間の救急医療提供	いずれかを満たす	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター</li> <li>◆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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> </ul>		
手術等の実績	いずれかを満たす	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 右のうち、4つ以上満たす</li> <li>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</li> <li>◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上</li> <li>◆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</li> </ul> </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> <li>◆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</li> <li>◆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</li> <li>◆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</li> <li>◆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。）</li> </ul> </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ア 右のうち、4つ以上満たす</li> <li>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</li> <li>◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上</li> <li>◆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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> <li>◆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</li> <li>◆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</li> <li>◆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</li> <li>◆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。）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ア 右のうち、4つ以上満たす</li> <li>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</li> <li>◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上</li> <li>◆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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> <li>◆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</li> <li>◆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</li> <li>◆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</li> <li>◆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。）</li> </ul>			
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>			
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>感染対策向上加算1を届け出ている</li> </ul>			
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul>			
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>			
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟における平均在院日数が14日以内</li> <li>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</li> </ul>			
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"> <li>◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施</li> <li>◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上</li> <li>◆紹介受診重点医療機関</li> </ul>		
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>			
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>入退院支援加算1又は2の届出を行っている</li> <li>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</li> </ul>			
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"> <li>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</li> <li>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</li> <li>特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない</li> </ul>			

# 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"> <li>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）</li> <li>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</li> <li>総合入院体制加算の届出を行っていない</li> </ul>		
24時間の救急医療提供	<p>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター</li> <li>◆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</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul>		
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> </ul> <p>いずれかを満たす</p> <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"> <li>◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上</li> <li>◆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</li> </ul> </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> <li>◆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</li> <li>◆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</li> <li>◆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</li> <li>◆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。）</li> </ul> </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"> <li>◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上</li> <li>◆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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> <li>◆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</li> <li>◆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</li> <li>◆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</li> <li>◆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。）</li> </ul>
<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"> <li>◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上</li> <li>◆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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> <li>◆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</li> <li>◆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</li> <li>◆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</li> <li>◆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。）</li> </ul>		
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>		
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>感染対策向上加算1を届け出ている</li> </ul>		
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul>		
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>		
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟における平均在院日数が14日以内</li> <li>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</li> </ul>		
外来機能分化に係る取組	<p>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施</li> <li>◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上</li> <li>◆紹介受診重点医療機関</li> </ul>		
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>		
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>入退院支援加算1又は2の届出を行っている</li> <li>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</li> </ul>		
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"> <li>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</li> <li>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</li> <li>特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない</li> </ul>		

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



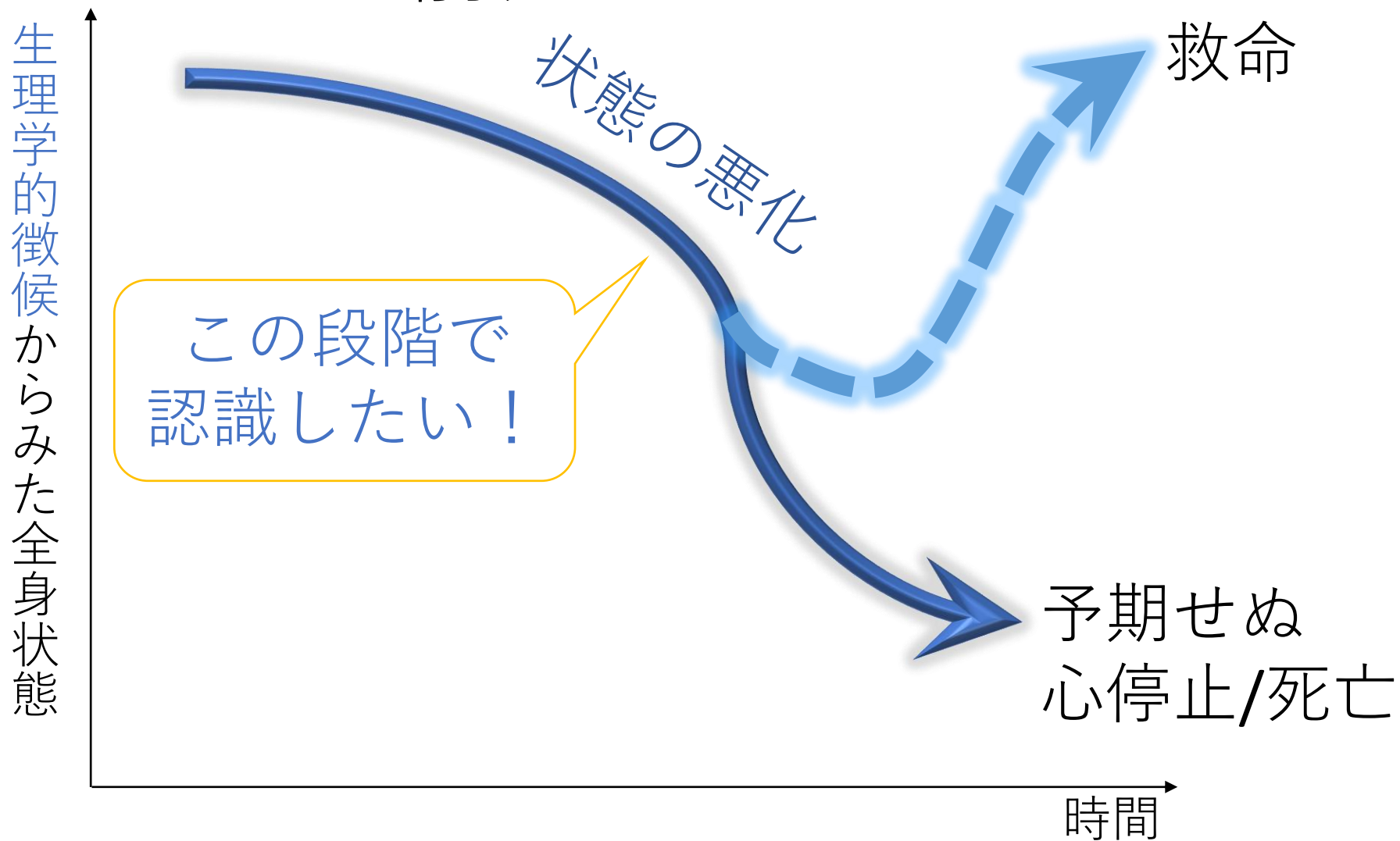
# Rapid Response System

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)

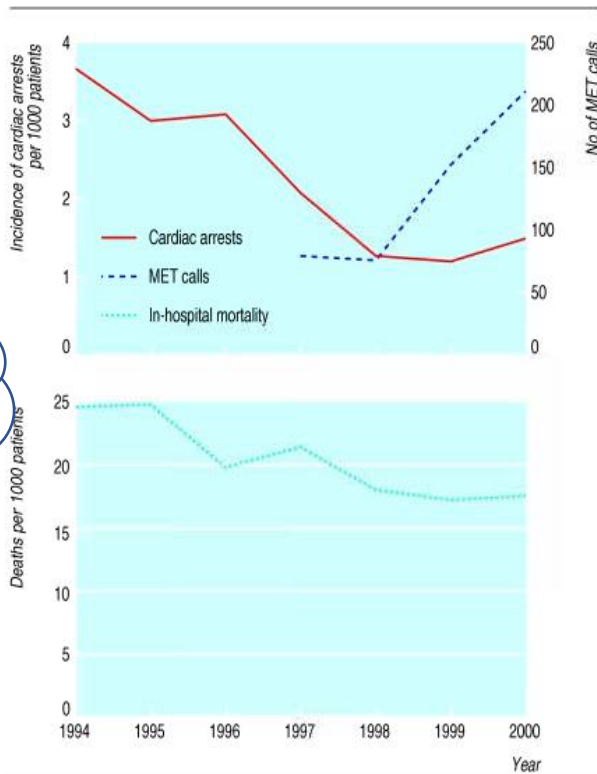
- ICU退室患者と懸念のある入院患者を定期的に訪床して回り、起動基準に抵触する患者を早期発見する

# 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

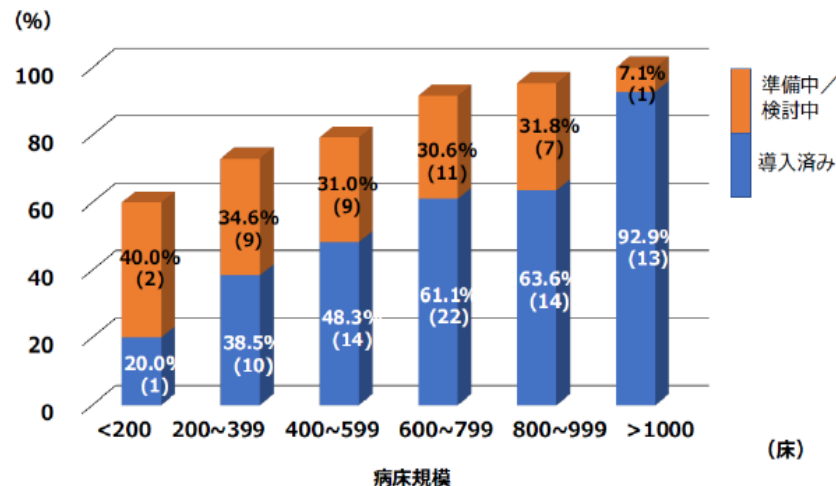
●アメリカにおいて行われた「100,000 Lives Campaign」(医療安全対策キャンペーン)に参加した医療機関の院内死亡が、RRS導入により15%減少した。

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



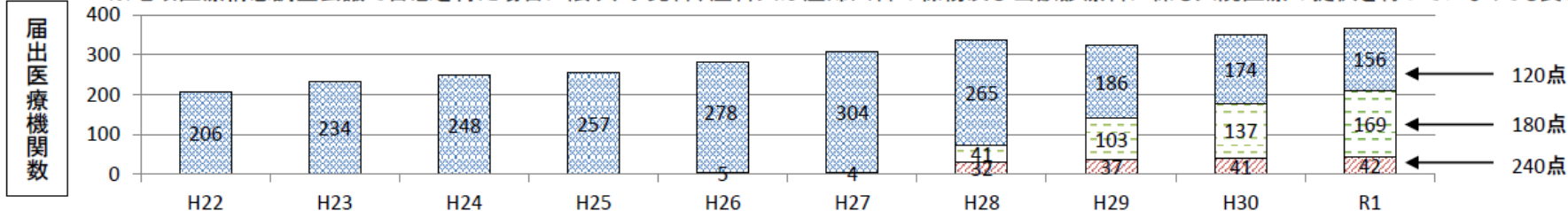
# 総合入院体制加算の概要

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"> <li>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</li> <li>全身麻酔による手術件数が年800件以上</li> </ul>		
実績要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>ア 人工心肺を用いた手術:40件/年以上</li> <li>イ 悪性腫瘍手術:400件/年以上</li> <li>ウ 腹腔鏡下手術:100件/年以上</li> <li>エ 放射線治療(体外照射法):4,000件/年以上</li> <li>オ 化学療法:1,000件/年以上</li> <li>カ 分娩件数:100件/年以上</li> </ul>		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす
(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること			
精神科要件	以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上	以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上	以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	—
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A得点2点以上又はC得点1点以上)	3割以上	3割以上	2割7分以上

加算1を14日  
とると33,600円

※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行ってなくても良い。



## 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。

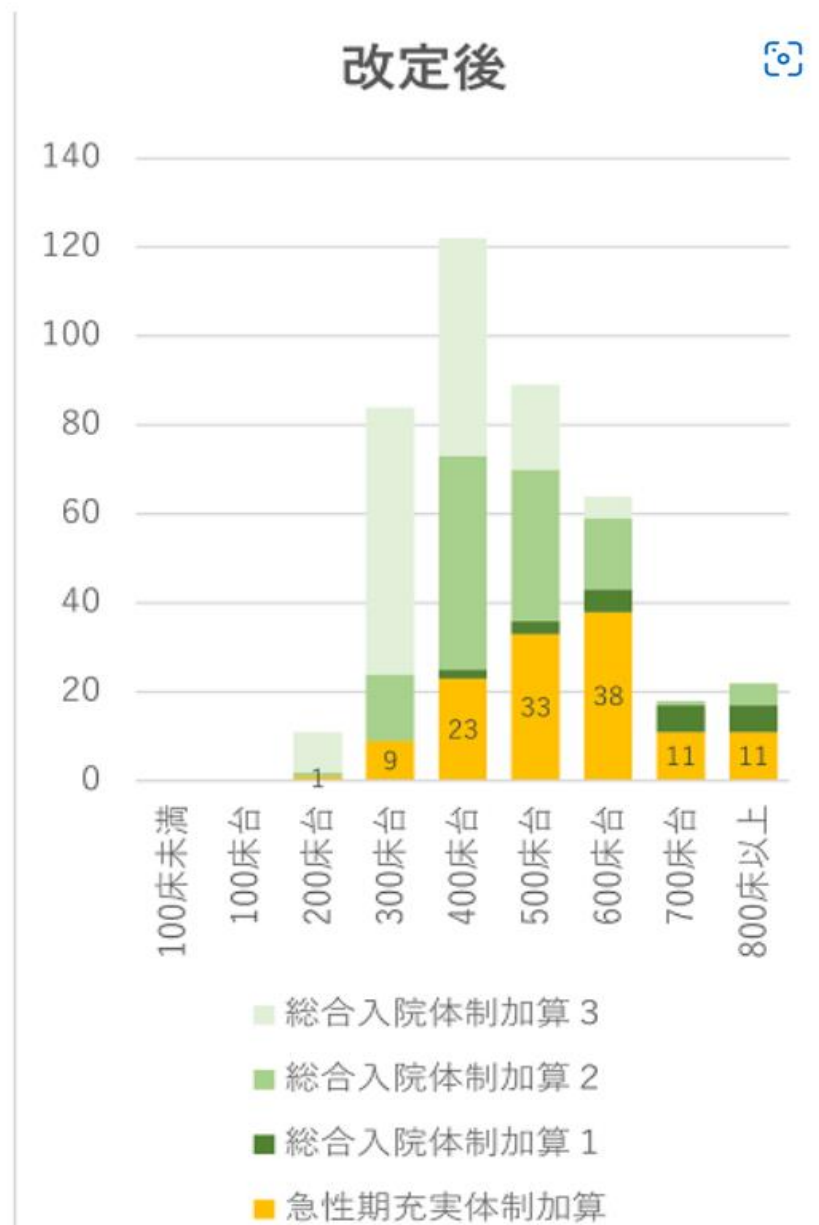
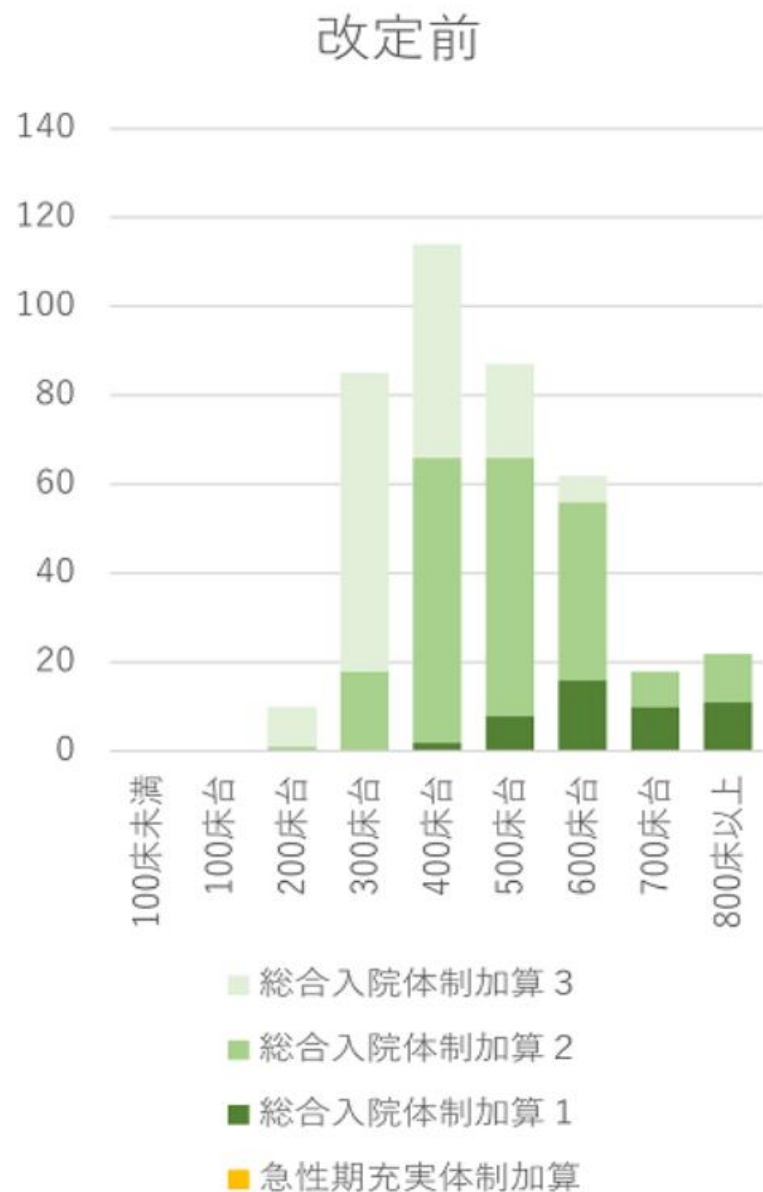
総合入院体制加算と急性期充実加算は同時算定できない

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





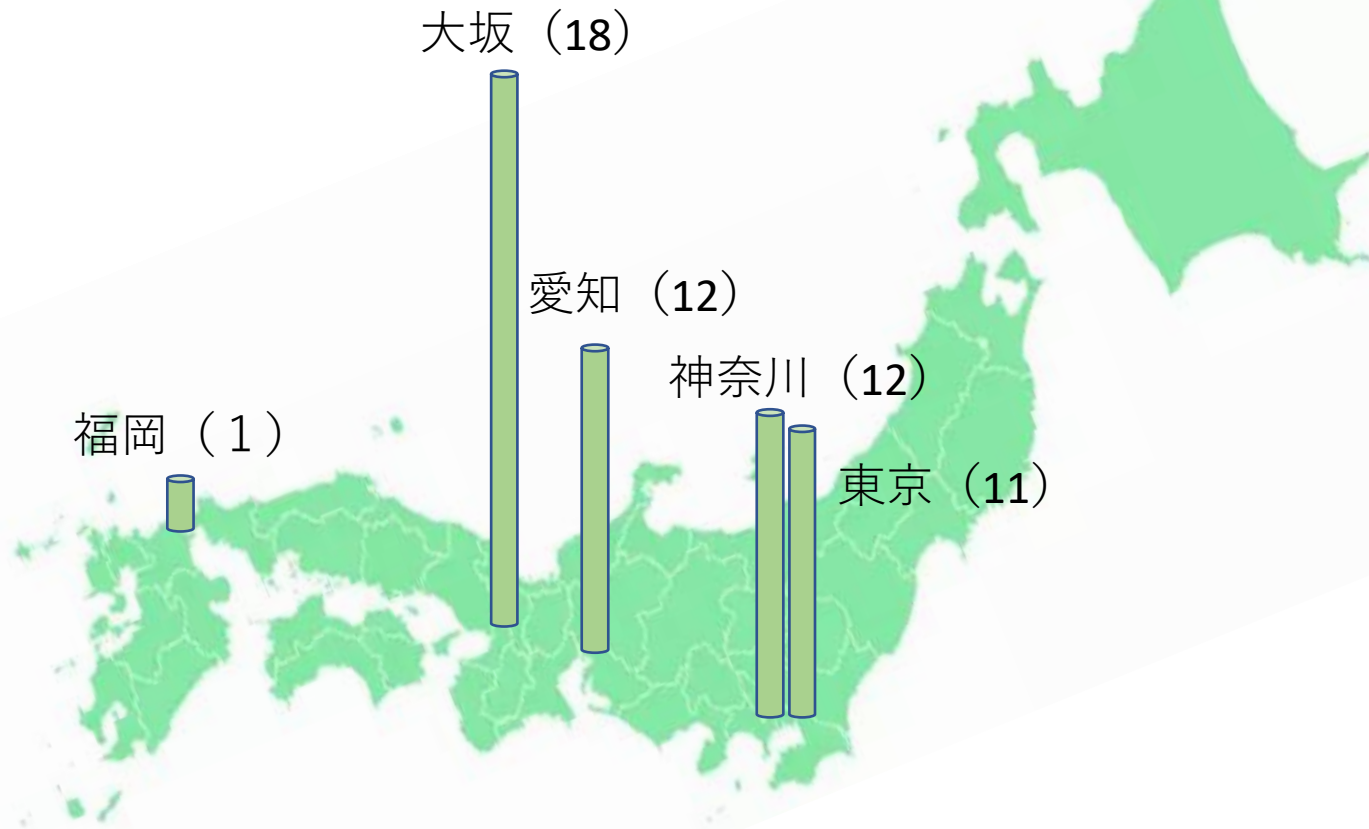
# 総合入院体制加算から急性期充実体制加算へ

		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		—
<b>合計</b>		<b>122</b>	<b>21</b>	<b>113</b>	<b>142</b>	<b>3</b>	—

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"> <li>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）</li> <li>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</li> <li>総合入院体制加算の届出を行っていない</li> </ul>	
24時間の救急医療提供	いずれかを満たす <ul style="list-style-type: none"> <li>◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター</li> <li>◆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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul>
手術等の実績	いずれかを満たす <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 右のうち、4つ以上満たす</li> <li>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"> <li>◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上</li> <li>◆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</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> <li>◆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</li> <li>◆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</li> <li>◆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</li> <li>◆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。）</li> </ul>
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>感染対策向上加算1を届け出ている</li> </ul>	
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟における平均在院日数が14日以内</li> <li>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</li> </ul>	
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"> <li>◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施</li> <li>◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上</li> <li>◆紹介受診重点医療機関</li> </ul>	
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>入退院支援加算1又は2の届出を行っている</li> <li>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</li> </ul>	
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"> <li>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</li> <li>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</li> <li>特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない</li> </ul>	

# 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、患者に対しの特等の特典を享受し、患者にき旨の財  
指し示の上の利益を供与すること。
- 2 前項の規定するほか、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。

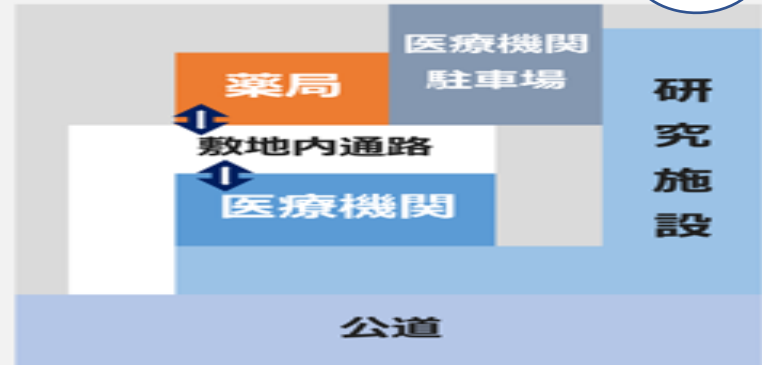
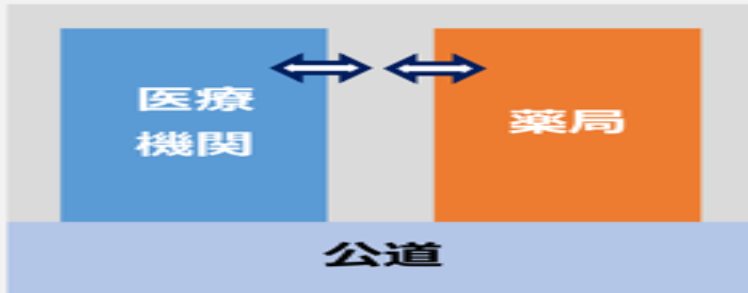
# 薬局の構造上の独立をめぐる規制の見直し

は駐車場などの敷地



2016年  
敷地内薬局  
の解禁

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)



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

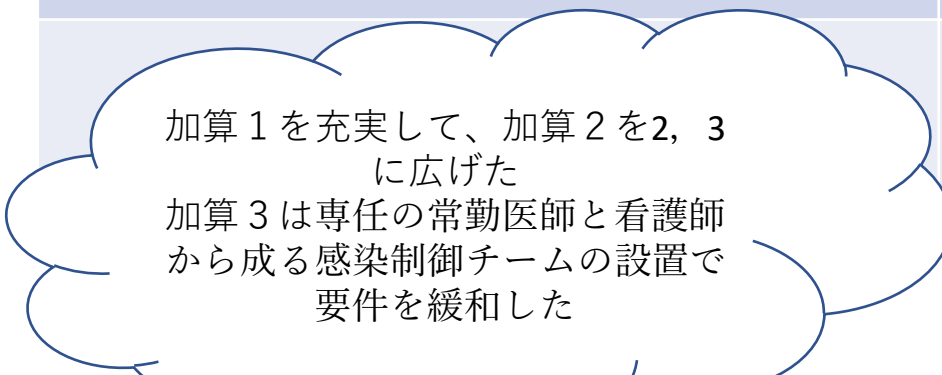
敷地内薬局が急性期充実  
体制加算取得のネックと  
なっている。

# 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

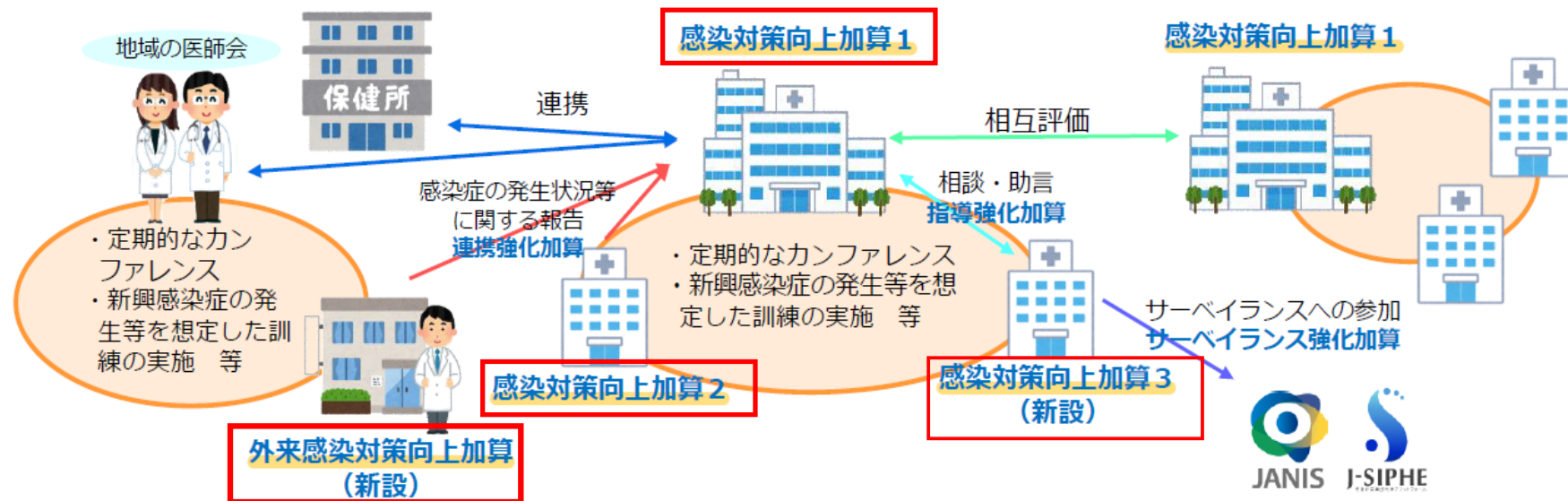
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

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る経験を有する看護師・感染管理に関する十分なる経験を有する看護師など、感染防止対策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

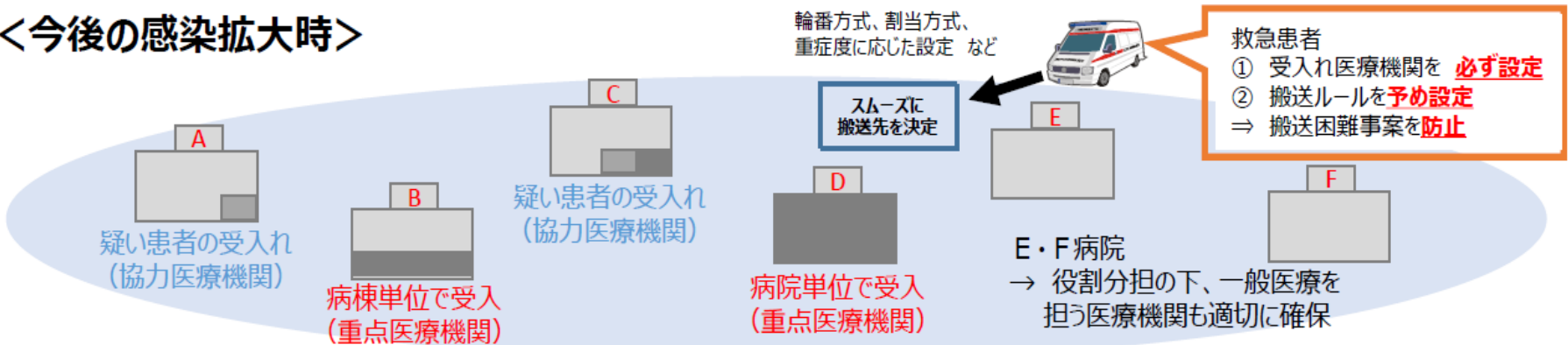
※個室 = シャワー、トレイなど他の患者と動線が独立

○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）

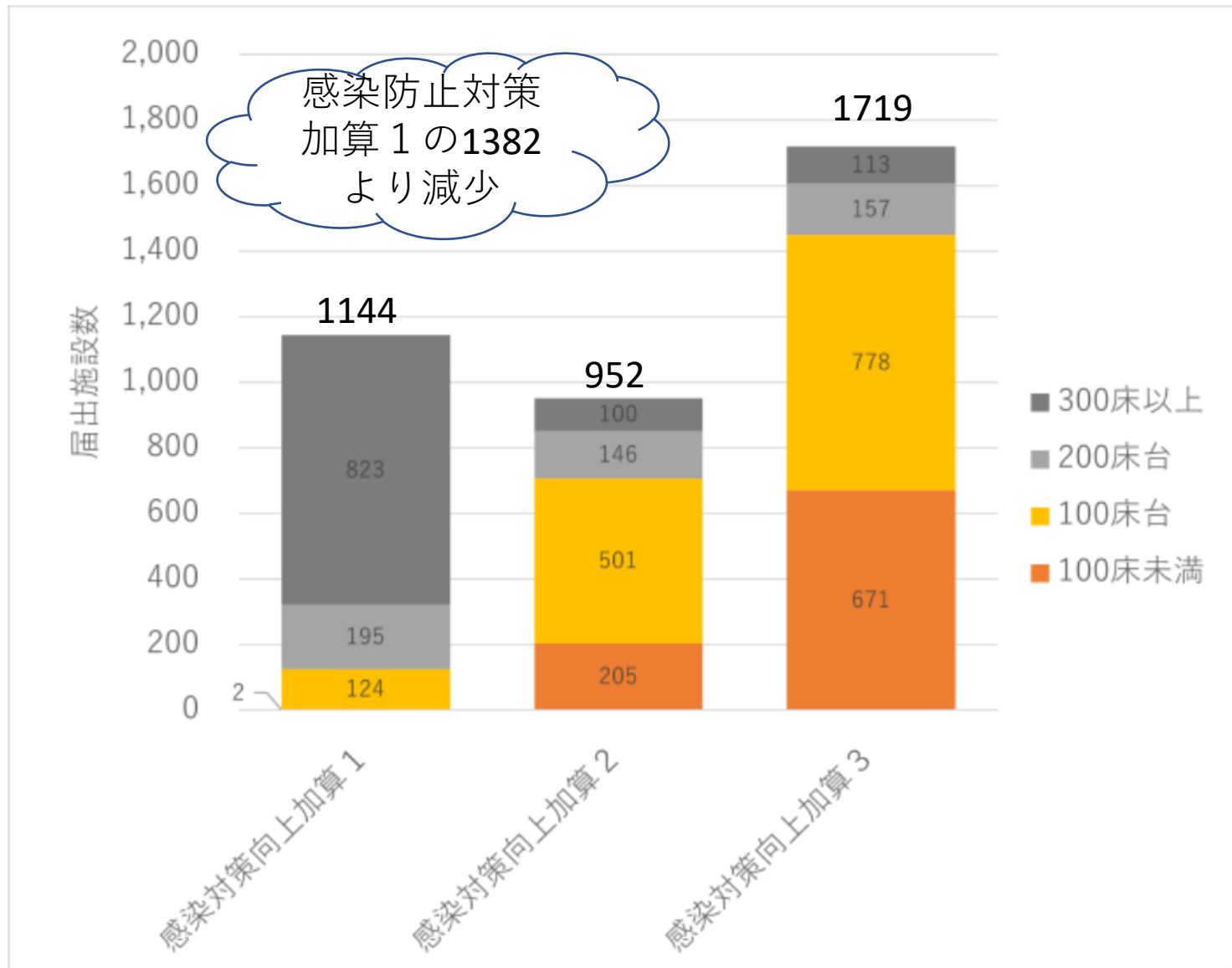
## 定期的な巡回

- 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

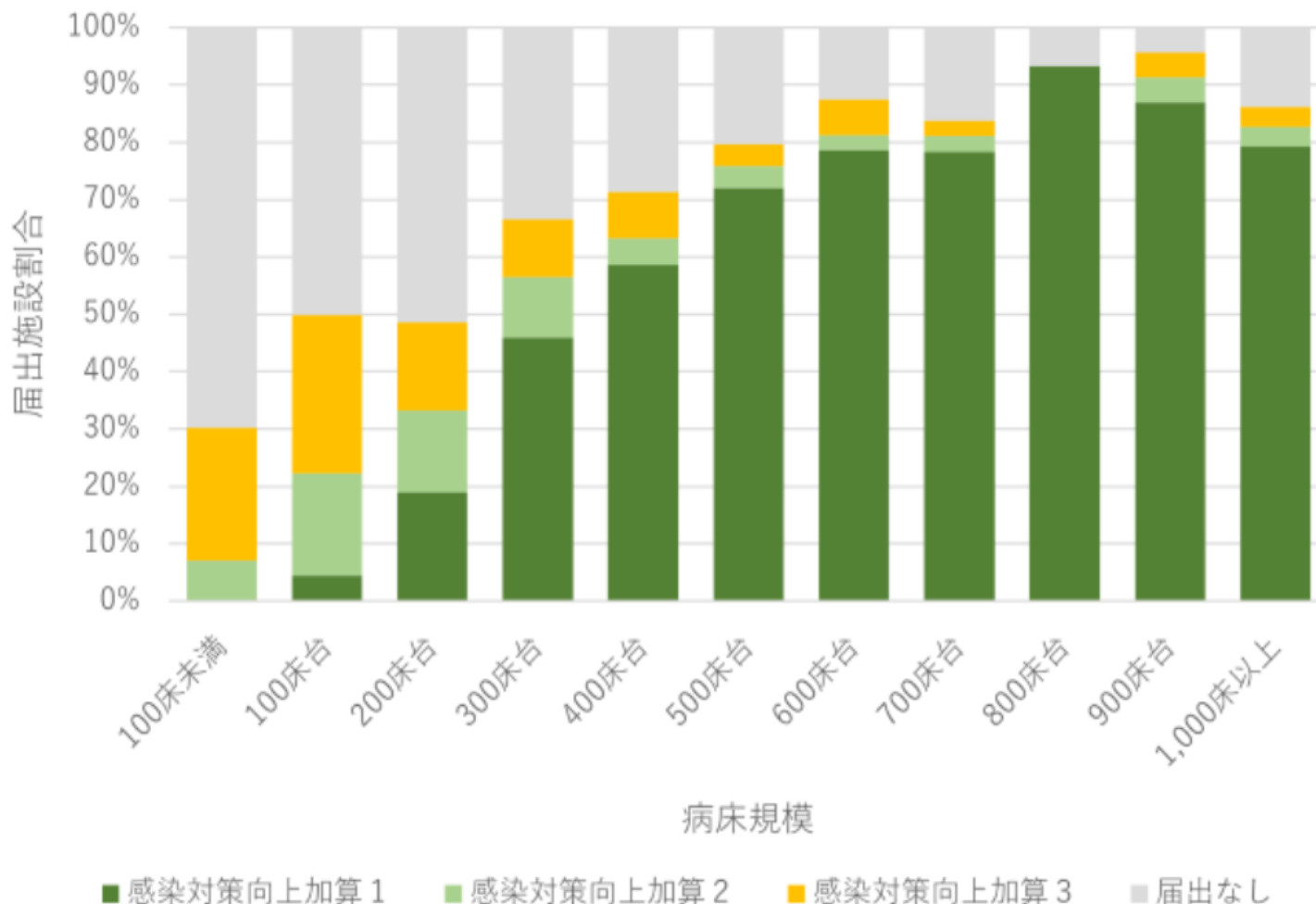
株式会社メディチュア 渡辺優氏資料より

# 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）

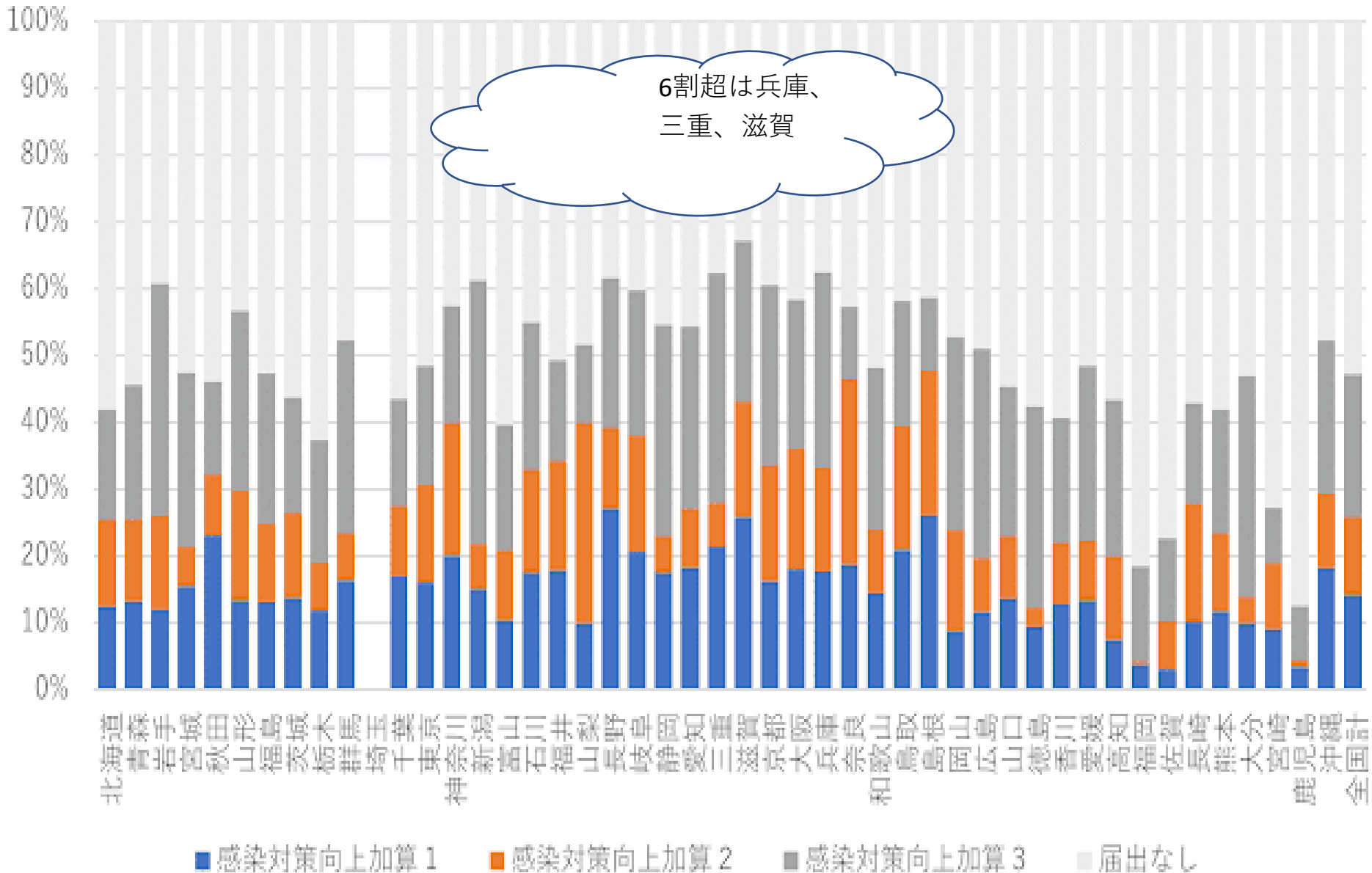


各地方厚生局 届出受理医療機関名簿（東北・関東信越 2022年4月1日現在、中国：2022年5月1日現在、その他：2022年6月1日現在）を基に作成

# 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

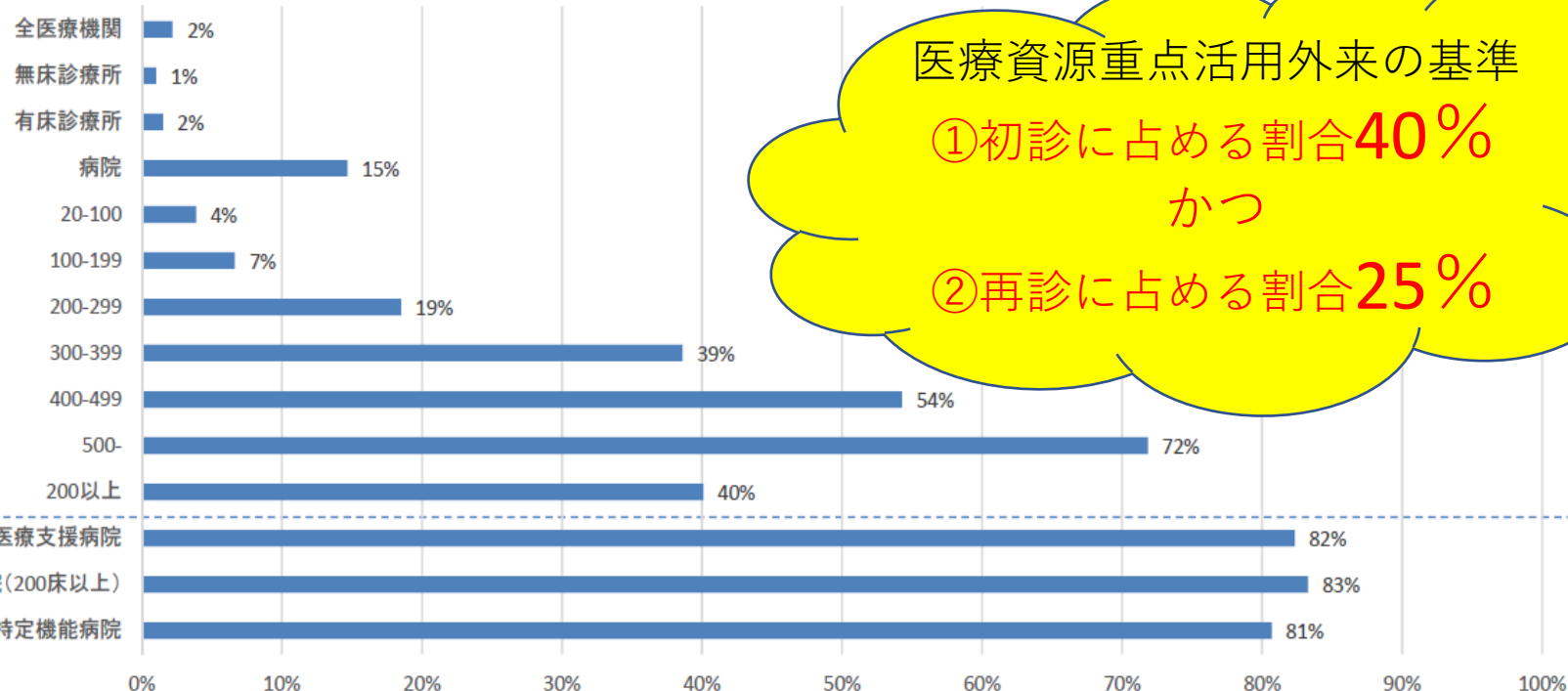
- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 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



医療資源重点活用外来の基準

①初診に占める割合**40%**  
かつ

②再診に占める割合**25%**

(注)

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



**(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%)	369 (4.4%)	258 (3.1%)	924 (11.0%)
全体	297 (3.5%)	607 (7.2%)	842 (10.0%)	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 <b>7,000円</b>	
医療保険から支給（選定療養費） <b>5,600円</b> (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 <b>2,400円</b> (=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)	<b>紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)</b>	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		<b>紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満</b>		<b>紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満</b>
<b>紹介割合 (%)</b>	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
<b>逆紹介割合 (%)</b>	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
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"> <li>救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者</li> </ul>			
再診患者の数	<b>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。</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>			
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"> <li>情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。</li> </ul>			
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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>			
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

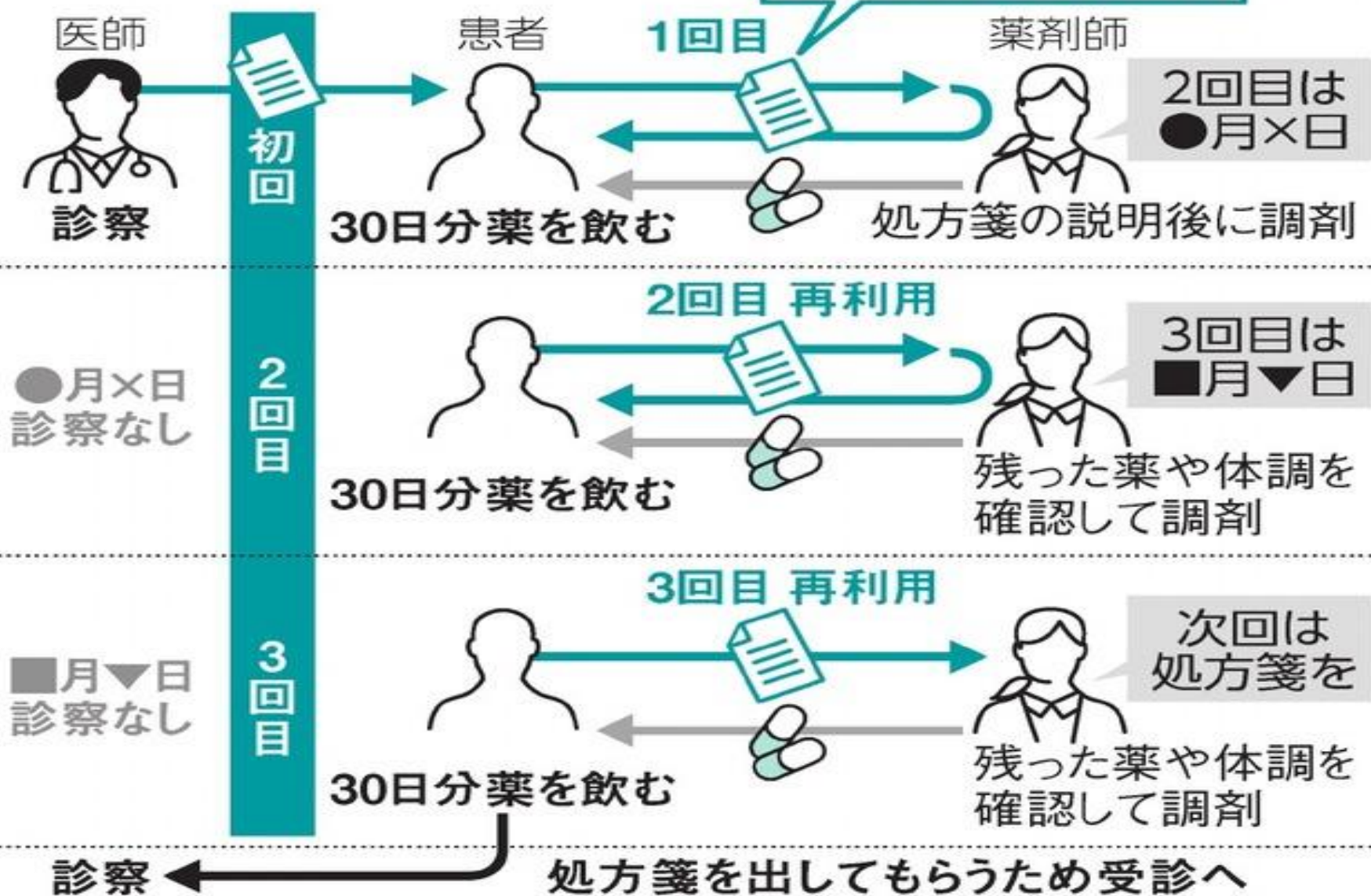
- 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。

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。)</p> <p><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><b>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。)</b></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 <input type="checkbox"/> ( 回 )	

備考	<p>リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回 )</p> <p>保険医署名欄に「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。)</p> <p><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><b>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。)</b></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



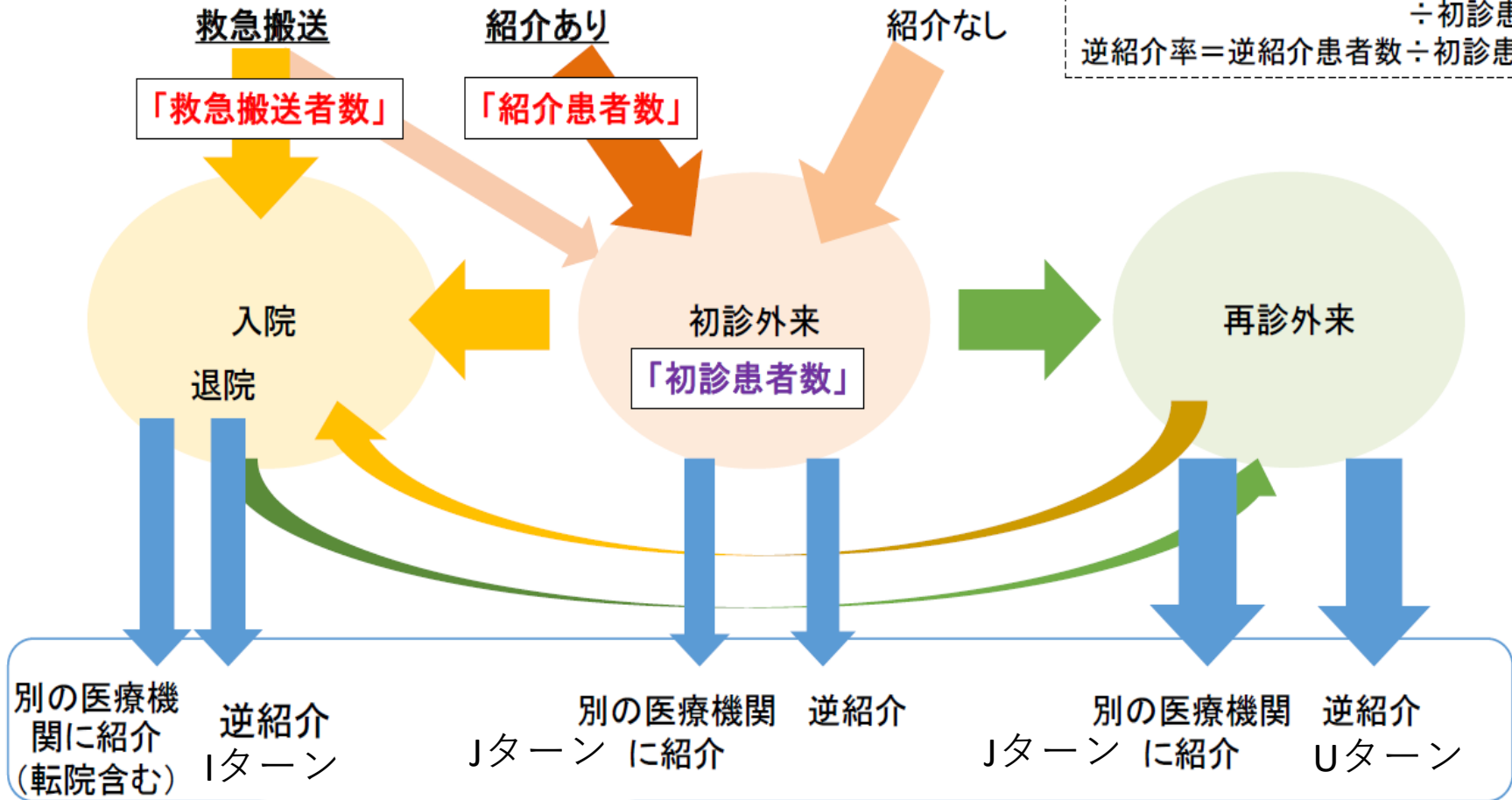
関西医科大学附属病院  
総合診療科・地域医療連携部

# 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。

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

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



**「逆紹介患者数」**

※「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



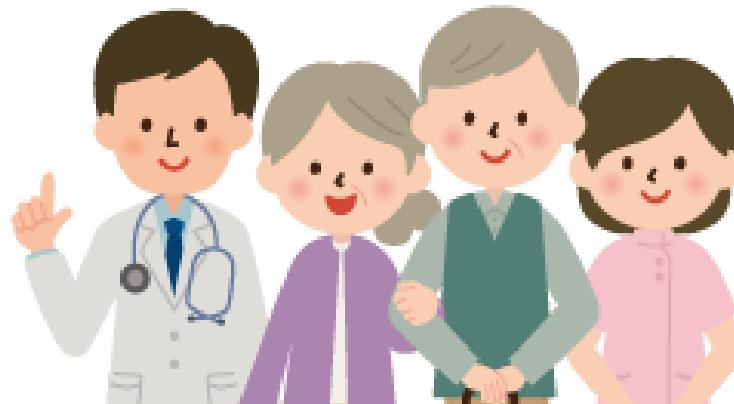


# 紹介受診重点病院の指定

- 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

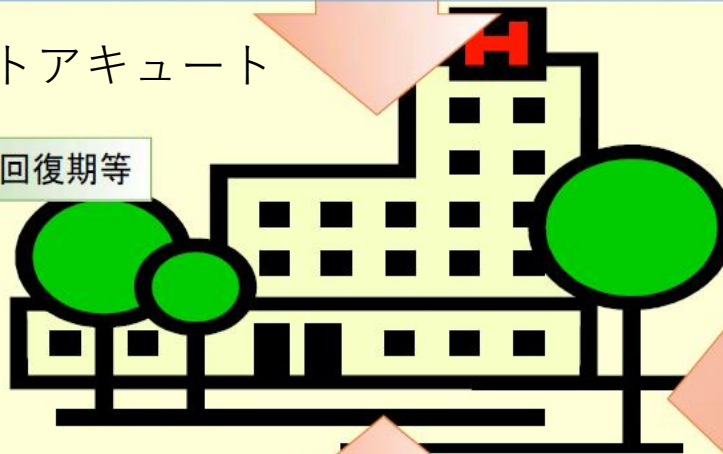
①急性期からの受け入れ

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

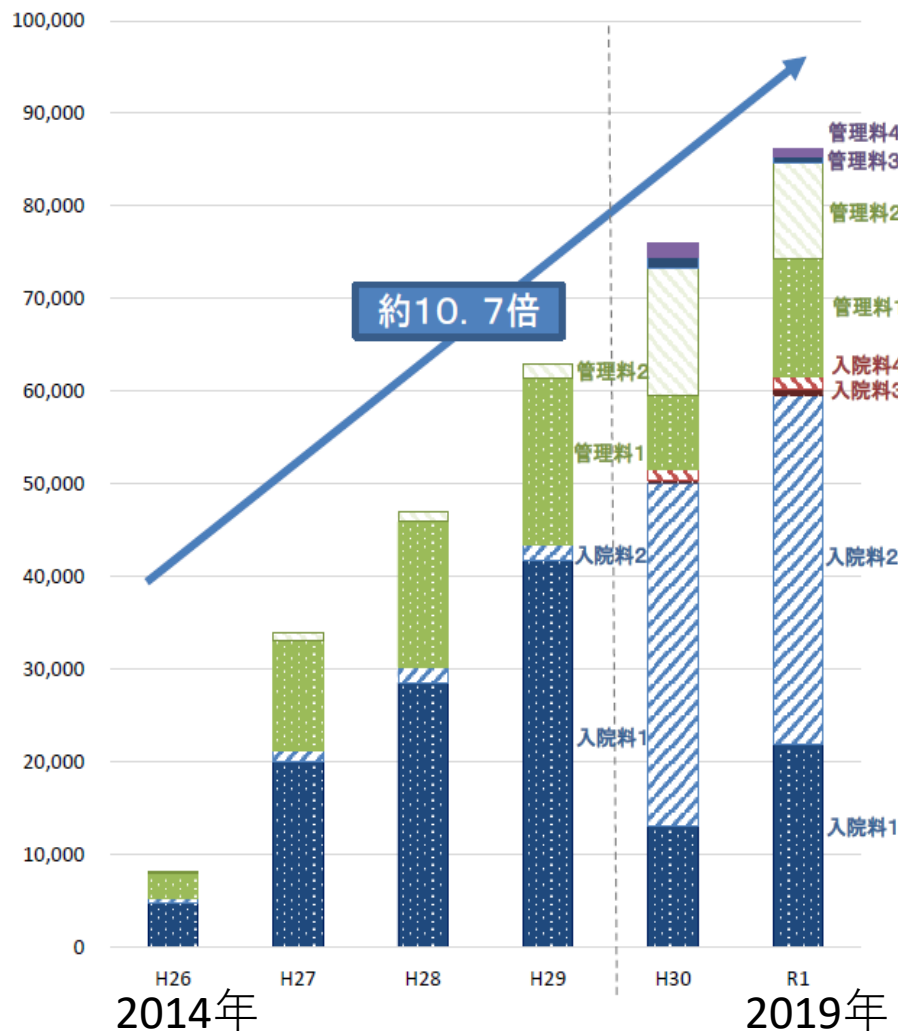


自宅・在宅医療

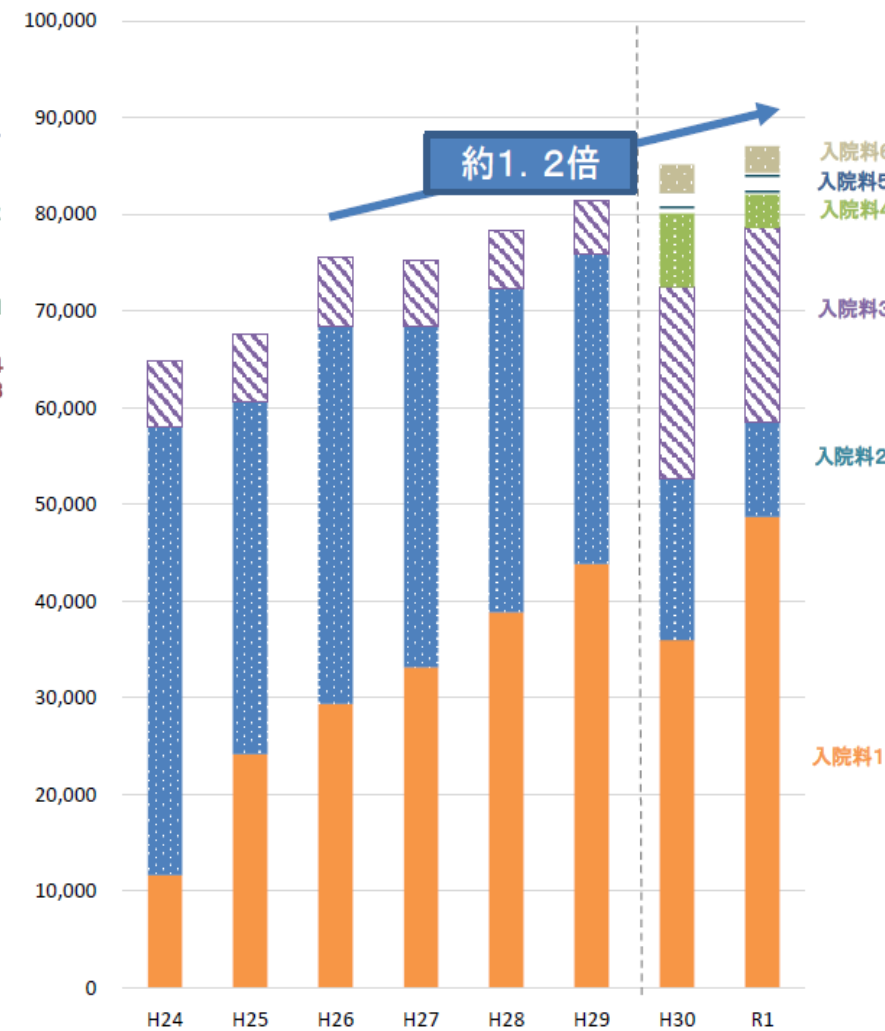
# 入院料別の届出病床数の推移

○ 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

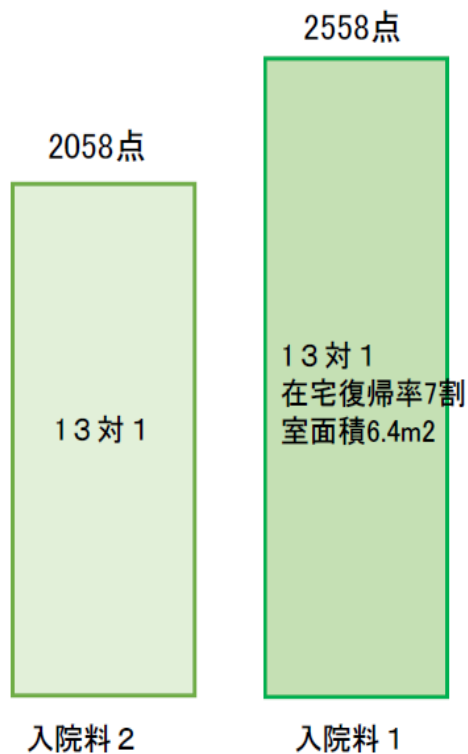


(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



# 地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

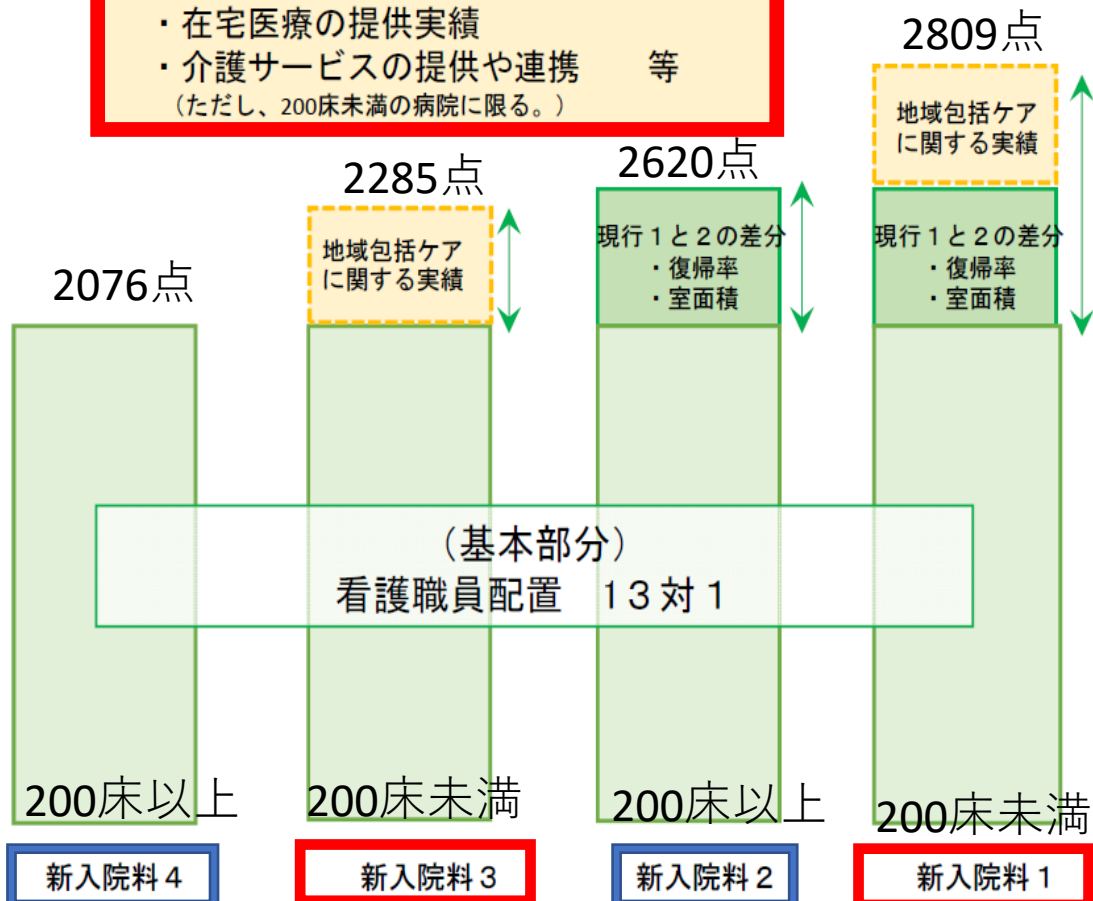


再編

【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 <b>1,129法人</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● 急性期一般入院基本料</li><li>● 地域包括ケア病棟入院料</li><li>● 回復期リハビリテーション病棟入院料</li></ul>
回答数	302法人（332病院）
回答率	<b>26.7%</b>
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
<b>全体</b>	<b>332</b>	<b>100.0%</b>	<b>161.8</b>

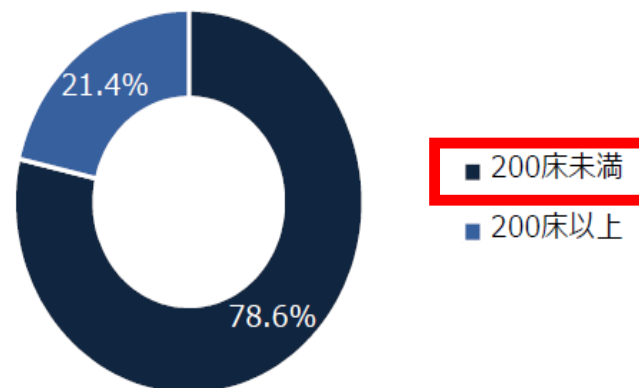
n=332

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%と最も高く、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	
	地ケア		一律5%減算

## 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%

- ▶ 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

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

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		

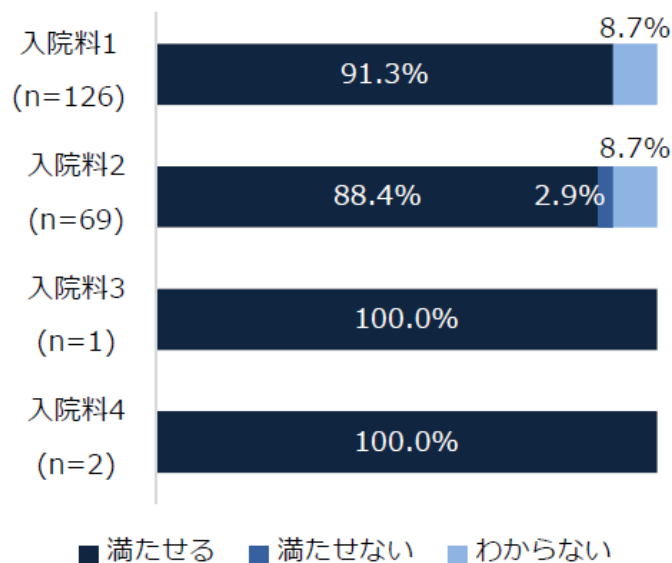
## 地域包括ケア病棟入院料（管理料）

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](mailto: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

