

看護マネジメント特論Ⅱ（経営戦略論）

2022年診療報酬改定の振り返り ～急性期充実体制加算と感染対策向上加算～



社会福祉法人
日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
相談役 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長

自己紹介



- 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

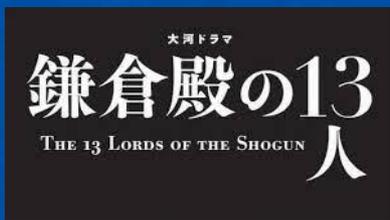
江の島

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

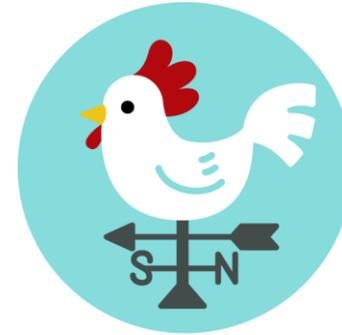
三浦



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

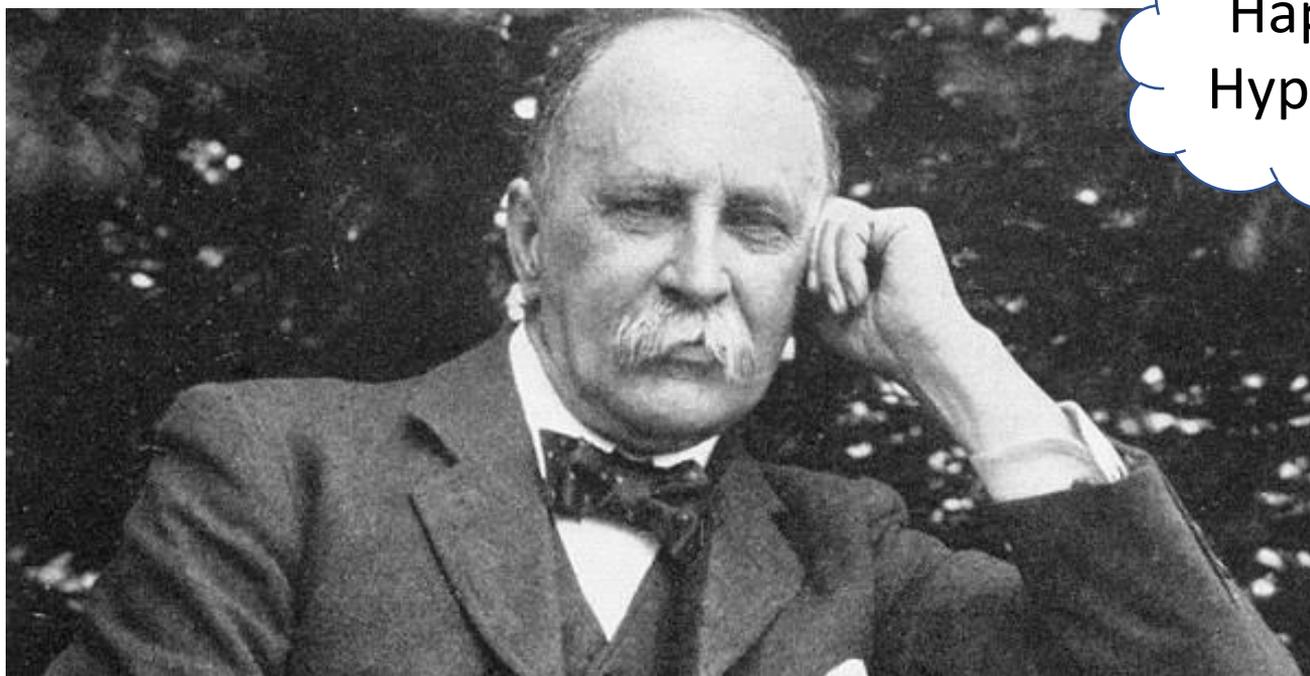
コロナと急性期医療



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・・・

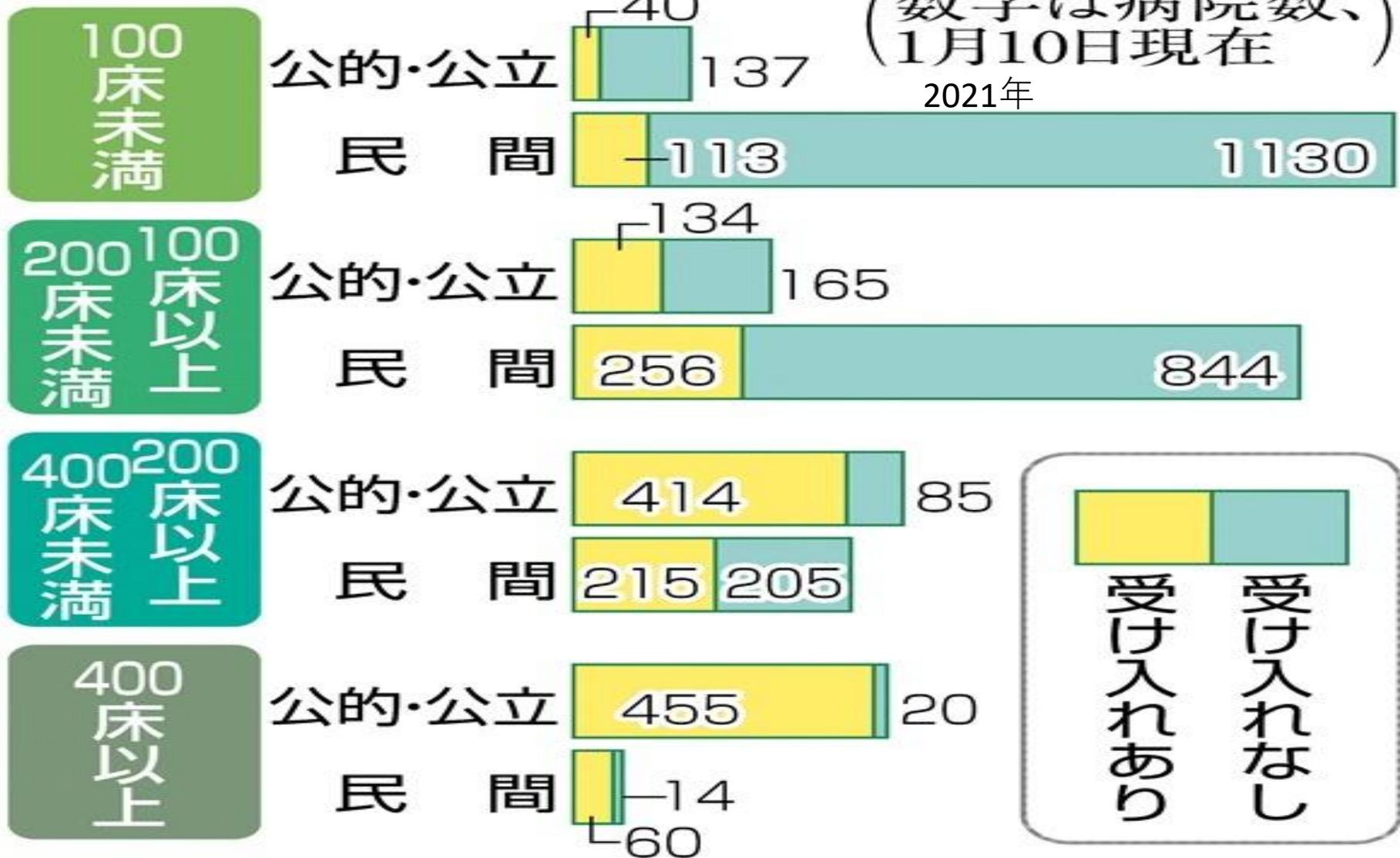


Happy
Hypoxia

ウィリアム・オスラー (1849～. 1919)

新型コロナウイルス患者の受け入れ状況

(数字は病院数、)
1月10日現在
2021年

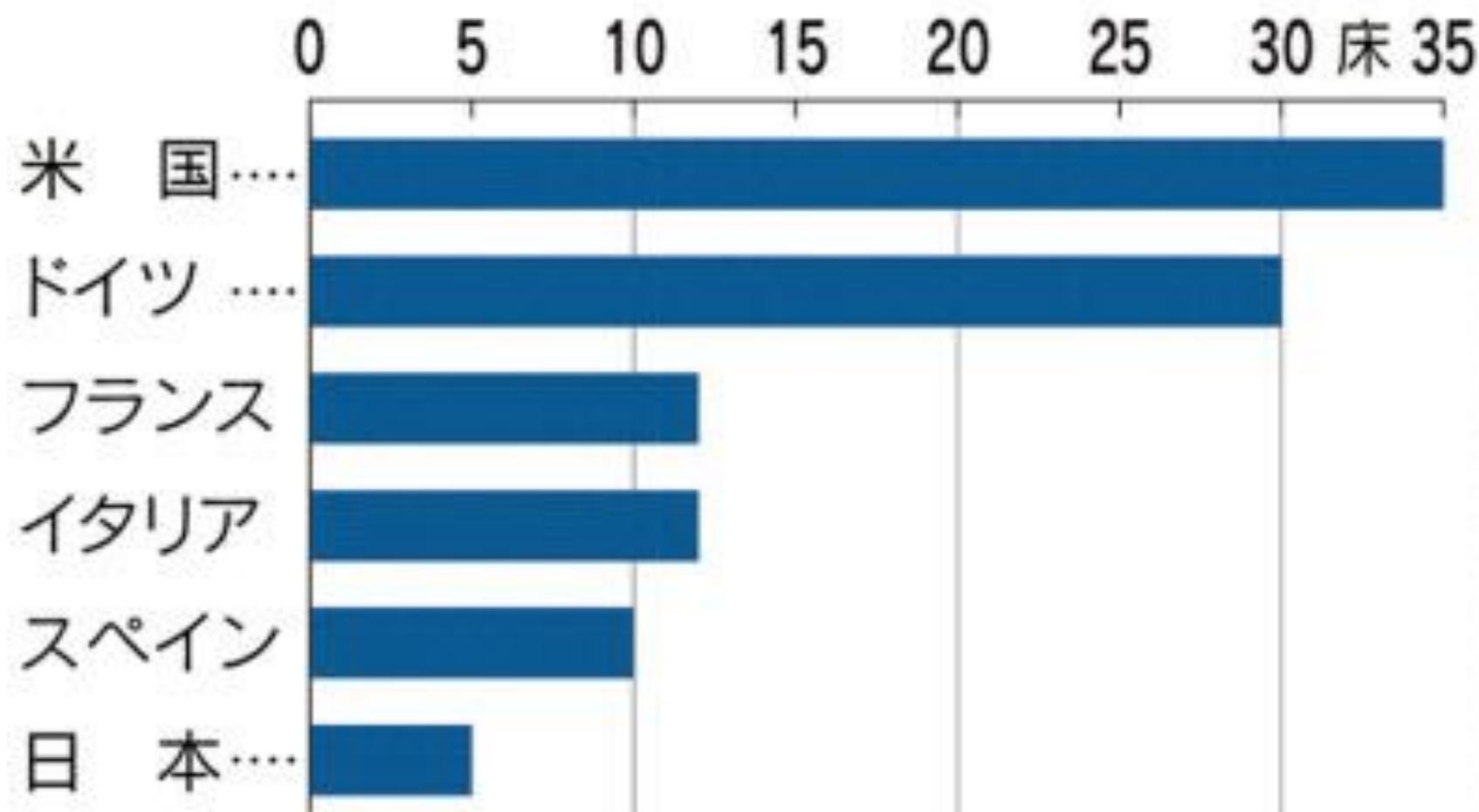


※厚生労働省の資料より。対象は急性期病床を持つ4297病院。公的は日赤、済生会のほか、民間の地域医療支援病院など

コロナでICU不足



人口10万人当たりのICU病床数



(出所) 米国立バイオテクノロジー情報センター
などの資料を基に作成

ICUの病床数とピーク時の重症者 (推計)

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

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

コロナで治療室を有する
急性期病棟の強化の課題
が明らかになった



パート 2

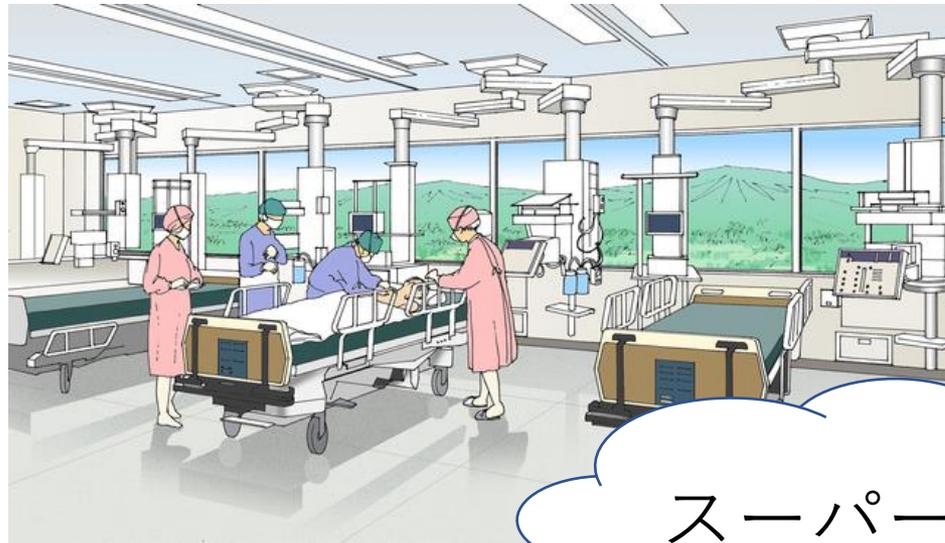
急性期充実体制加算と 総合入院体制加算



shutterstock.com • 1427561408

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

①急性期充実体制加算



スーパー急性期

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

- ▶ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

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

14日で
47,600円

[算定要件]

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

[主な施設基準]

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

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

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

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

(イ)異常分娩 (ロ)6歳未満の乳幼児の手術

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

(新) 精神科充実体制加算 (1日につき) 30点

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

施設基準

急性期一般入院料1の加算

ICU設置

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

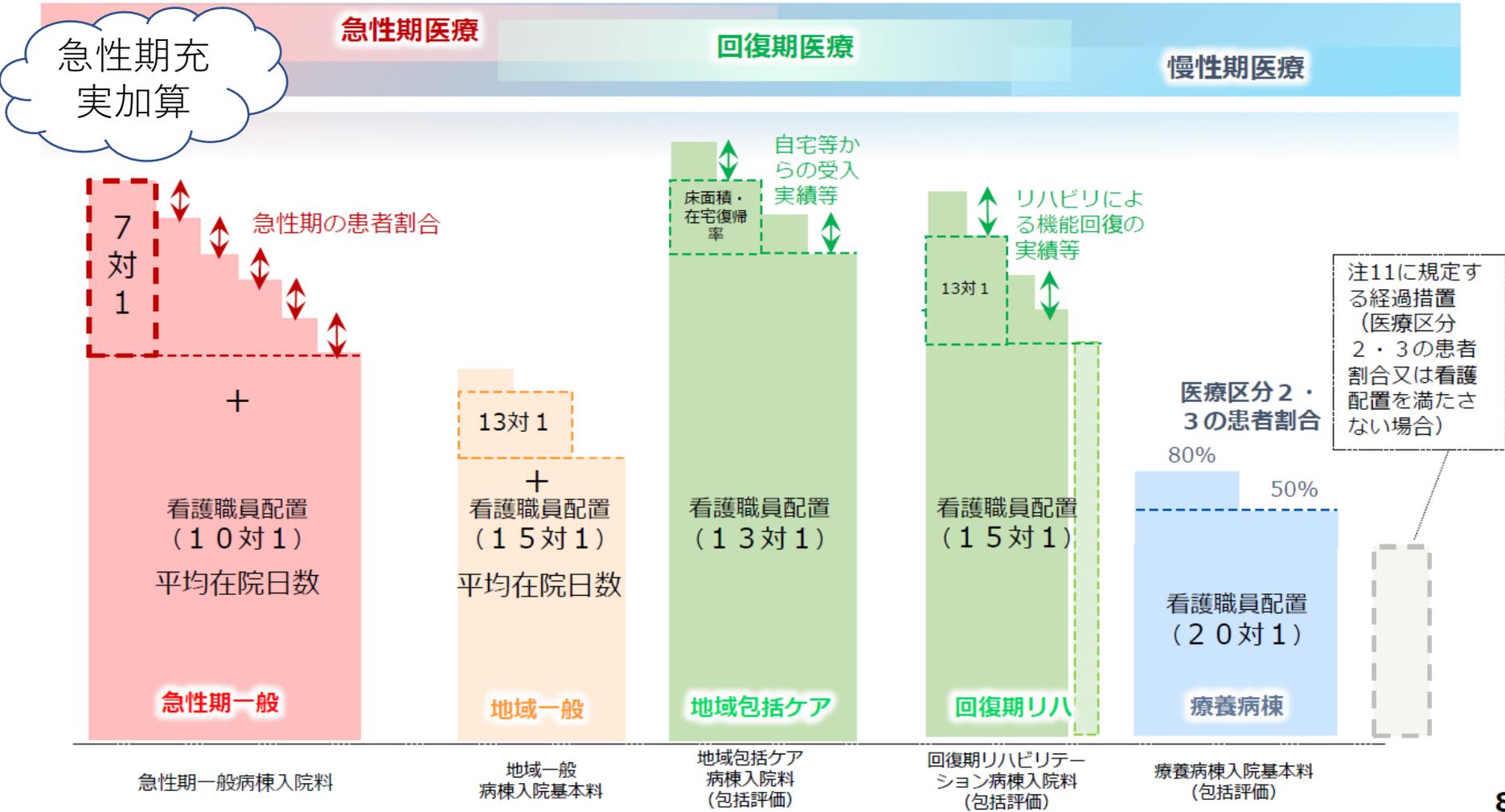
手術件数、救急搬送数、化学療法・放射線療法件数など

院内迅速対応システムRRS

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

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

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



高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

急性期充実体制加算

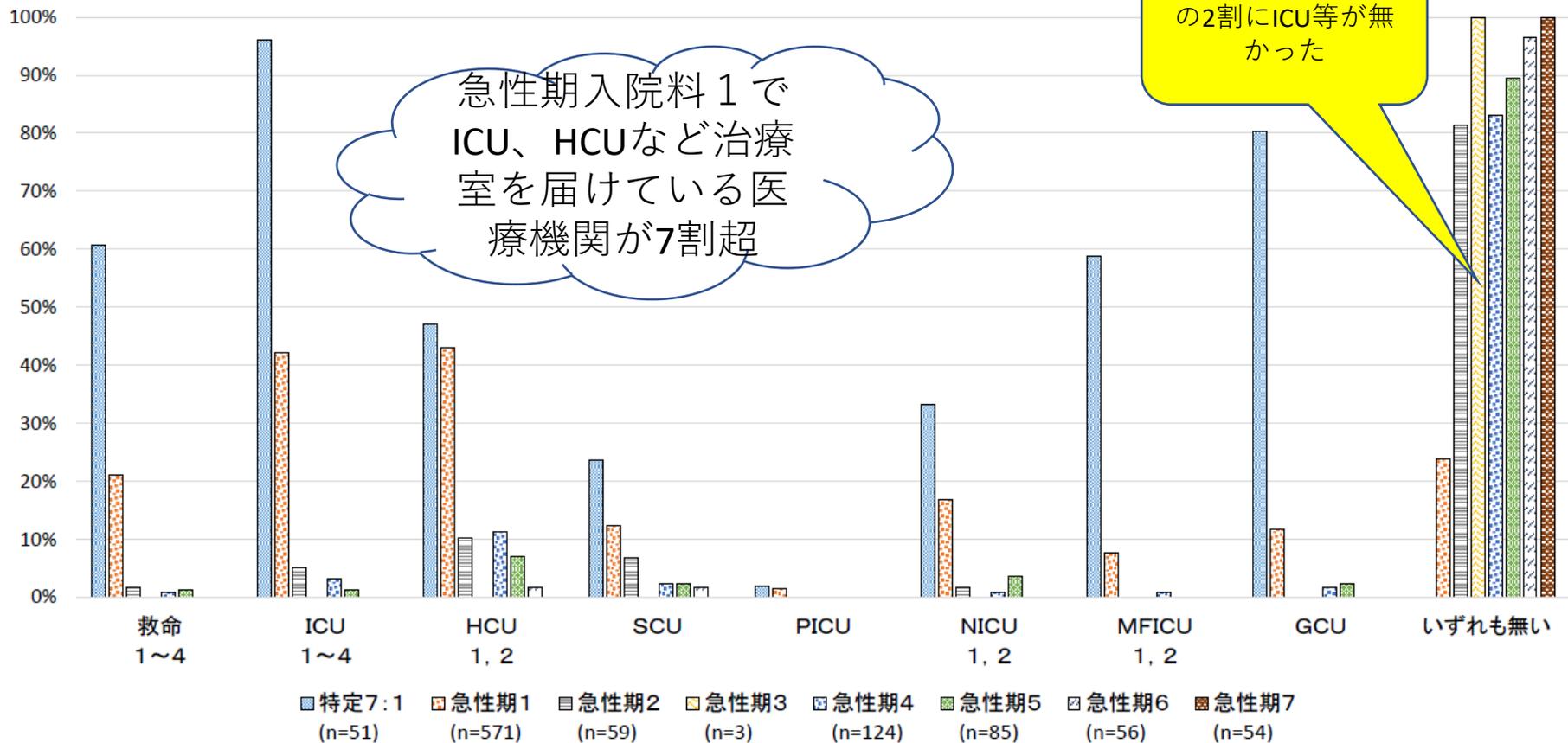
入院料等	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料1を届け出ている（急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている） 敷地内禁煙に係る取組を行っている ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である 総合入院体制加算の届出を行っていない 			
24時間の救急医療提供	いずれかを満たす	<ul style="list-style-type: none"> ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満：6.0件/年/床以上 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上 		
		<ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上） 又は300床未満：6.5件/年/床以上（緊急手術 1.15件/年以上） 		
手術等の実績	いずれかを満たす	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ア 右のうち、4つ以上満たす イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。） </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> ア 右のうち、4つ以上満たす イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 	<ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。）
<ul style="list-style-type: none"> ア 右のうち、4つ以上満たす イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 	<ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。） 			
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている 			
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策向上加算1を届け出ている 			
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている 			
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> 院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている 			
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満 			
外来機能分化に係る取組	いずれかを満たす	<ul style="list-style-type: none"> ◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆紹介受診重点医療機関 		
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい 			
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算1又は2の届出を行っている 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない 			
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない 			

入院基本料別・届け出ている治療室の種類

- 特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)を届け出ている医療機関は、他の入院料と比較して治療室の届出が高い割合となっており、全ての医療機関で届出がされていた。
- 特定機能病院以外においては、ハイケアユニット入院医療管理料を届け出ている医療機関が最も多かった。急性期一般入院料1を届け出ている施設の7割超でなんらかの治療室を届け出ていた。

入院基本料別・他に届け出ている治療室の種類

(治療室を届け出ている医療機関の割合)



高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

急性期充実体制加算

入院料等	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料1を届け出ている（急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている） 敷地内禁煙に係る取組を行っている ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である 総合入院体制加算の届出を行っていない 		
24時間の救急医療提供	<p>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満：6.0件/年/床以上 <ul style="list-style-type: none"> 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上 		
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上） 又は300床未満：6.5件/年/床以上（緊急手術 1.15件/年以上） <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"> ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。） </td> </tr> </table>	<p>ア 右のうち、4つ以上満たす</p> <p>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 	<ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。）
<p>ア 右のうち、4つ以上満たす</p> <p>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 	<ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。） 		
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている 		
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策向上加算1を届け出ている 		
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている 		
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> 院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている 		
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満 		
外来機能分化に係る取組	<p>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆紹介受診重点医療機関 		
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい 		
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算1又は2の届出を行っている 		
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない 		

院内迅速対応チーム：RSS

迅速対応システム

Rapid Response System

急性期充実体制加算の要件として導入

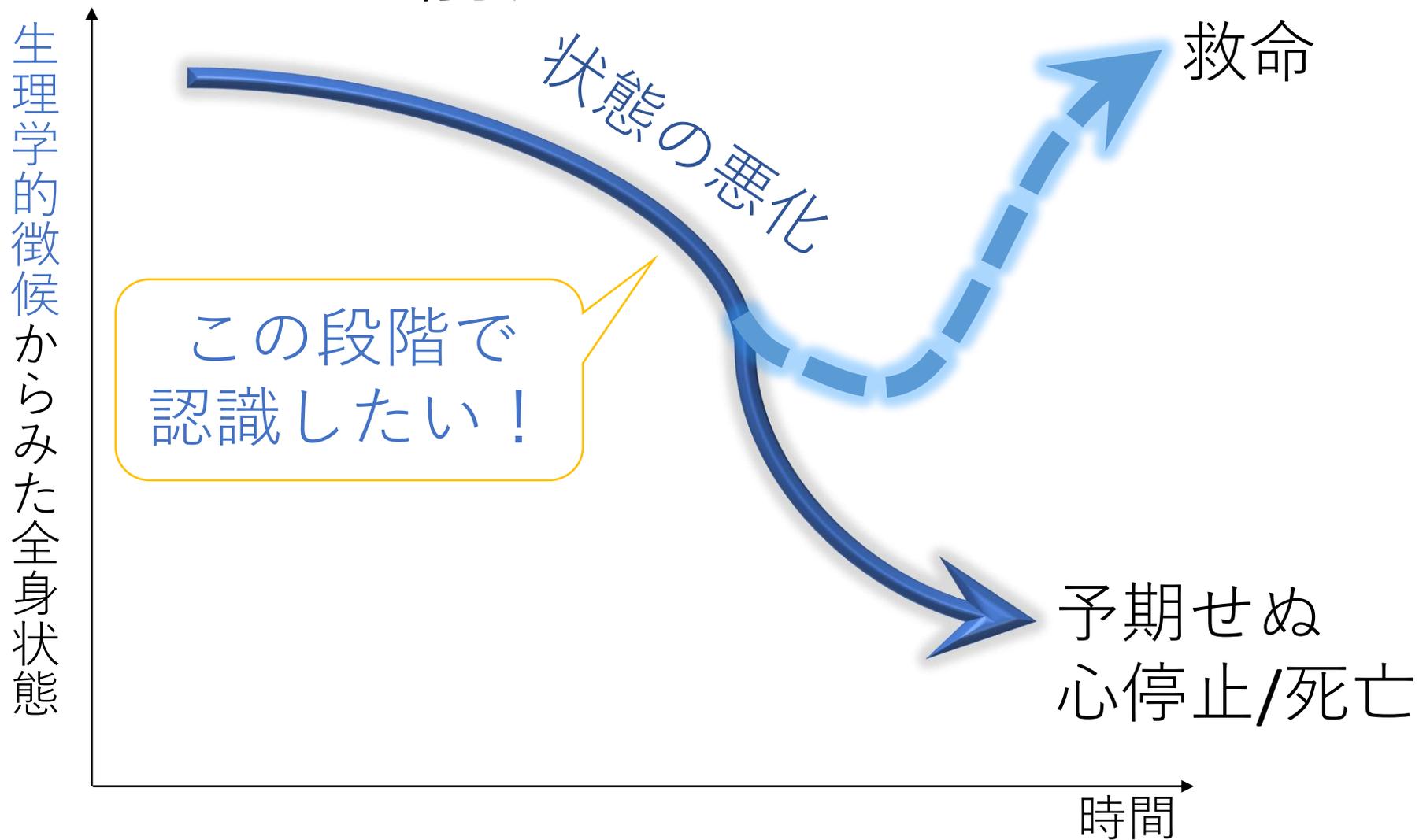
Rapid Response System

日本院内救急検討委員会

日本集中治療医学会

日本臨床救急医学会

多くの「急変」にはかならず 前兆がある



Rapid Response System

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

Code Blue vs. RRS

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

対応要素：チーム構成 (Efferent limb)

Medical Emergency Team (MET)

- 医師を含む
- 二次救命処置をベッドサイドで開始できる

Rapid Response Team (RRT)

- 医師を必ずしも含まない
- 患者の院内トリアージや医師の緊急招請を行う

Critical Care Outreach Team (CCOT)

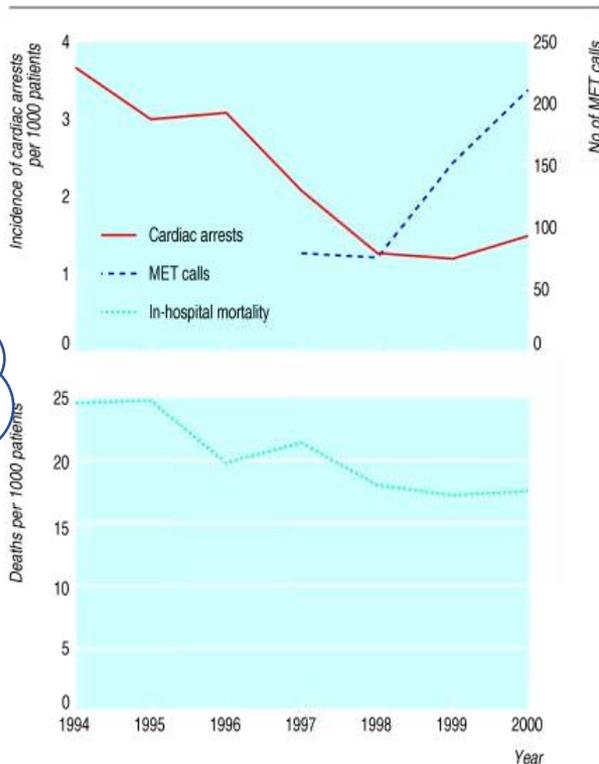
- ICU退室患者と懸念のある入院患者を定期的に訪床して回り、起動基準に抵触する患者を早期発見する

RRSの効果と日本における現状

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

RRSの効果

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



RSSで
院内死亡
が減る

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

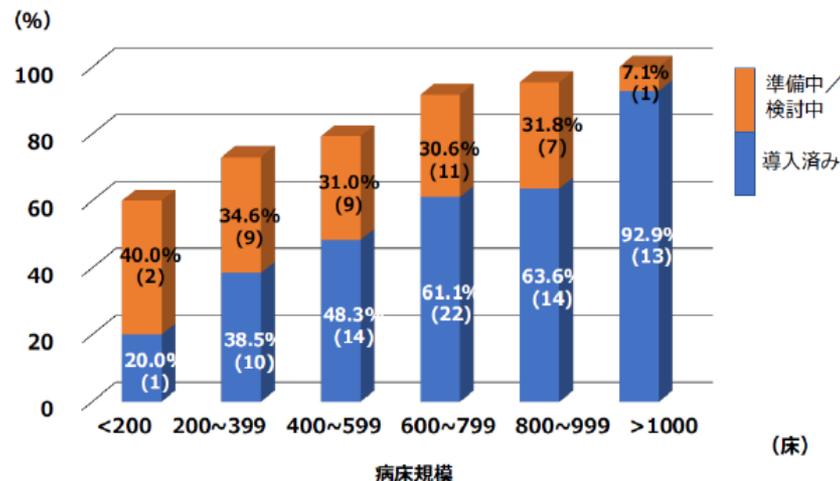
●アメリカにおいて行われた「100,000 Lives Campaign」(医療安全対策キャンペーン)に参加した医療機関の院内死亡が、RRS導入により15%減少した。

出典: JAMA 2005 May 18;293(19):2384-90

日本におけるRRSの現状

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

日本における院内迅速対応システム(RRS)導入率



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

RRS要件と疑義解釈

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

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

RSS研修と疑義解釈

- **【既に疑義解釈1で示された研修】**

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

- **【疑義解釈15で、新たに示された研修】**

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

②総合入院体制加算

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

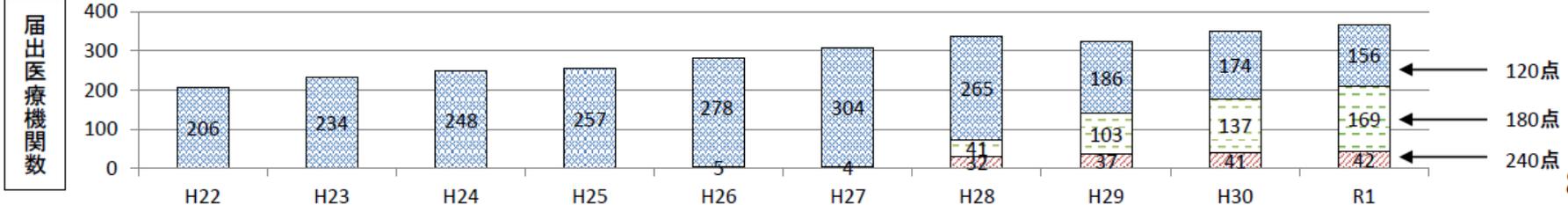
総合入院体制加算の概要

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

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜(※)しそれらに係る入院医療を提供している 全身麻酔による手術件数が年800件以上 		
実績要件	<ul style="list-style-type: none"> ア 人工心肺を用いた手術:40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術:400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術:100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法):4,000件/年以上 オ 化学療法:1,000件/年以上 カ 分娩件数:100件/年以上 		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること		
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	—
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A得点2点以上又はC得点1点以上)	3割以上	3割以上	2割7分以上

加算1を14日
とると33,600円

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



総合入院体制加算の見直し①

手術の実績に係る見直し

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

現行

【総合入院体制加算1】

〔施設基準〕

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

ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上

イ～カ (略)

改定後

【総合入院体制加算1】 (※総合入院体制加算2、3も同様)

〔施設基準〕

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

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

イ～カ (略)

オフポンプ手術

外来を縮小する体制に係る見直し

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

現行

【総合入院体制加算1】

〔施設基準〕

外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。

ア 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している。

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

改定後

【総合入院体制加算1】

〔施設基準〕

外来を縮小するに当たり、ア又はイのいずれかに該当すること。

ア 次のいずれにも該当すること。

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

イ 紹介受診重点医療機関である。

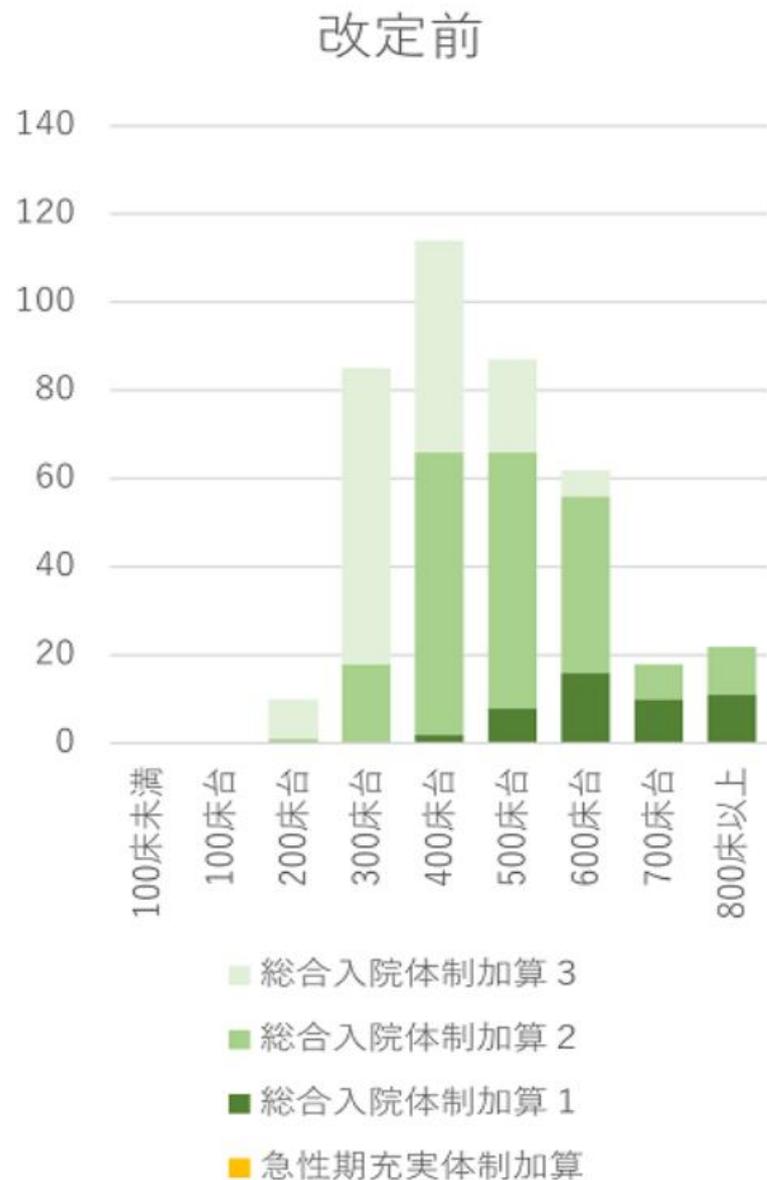
総合入院体制加算と急性期充実加算は同時算定できない

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

パート 3
急性期充実体制加算
結果速報

2022年6月現在126病院

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



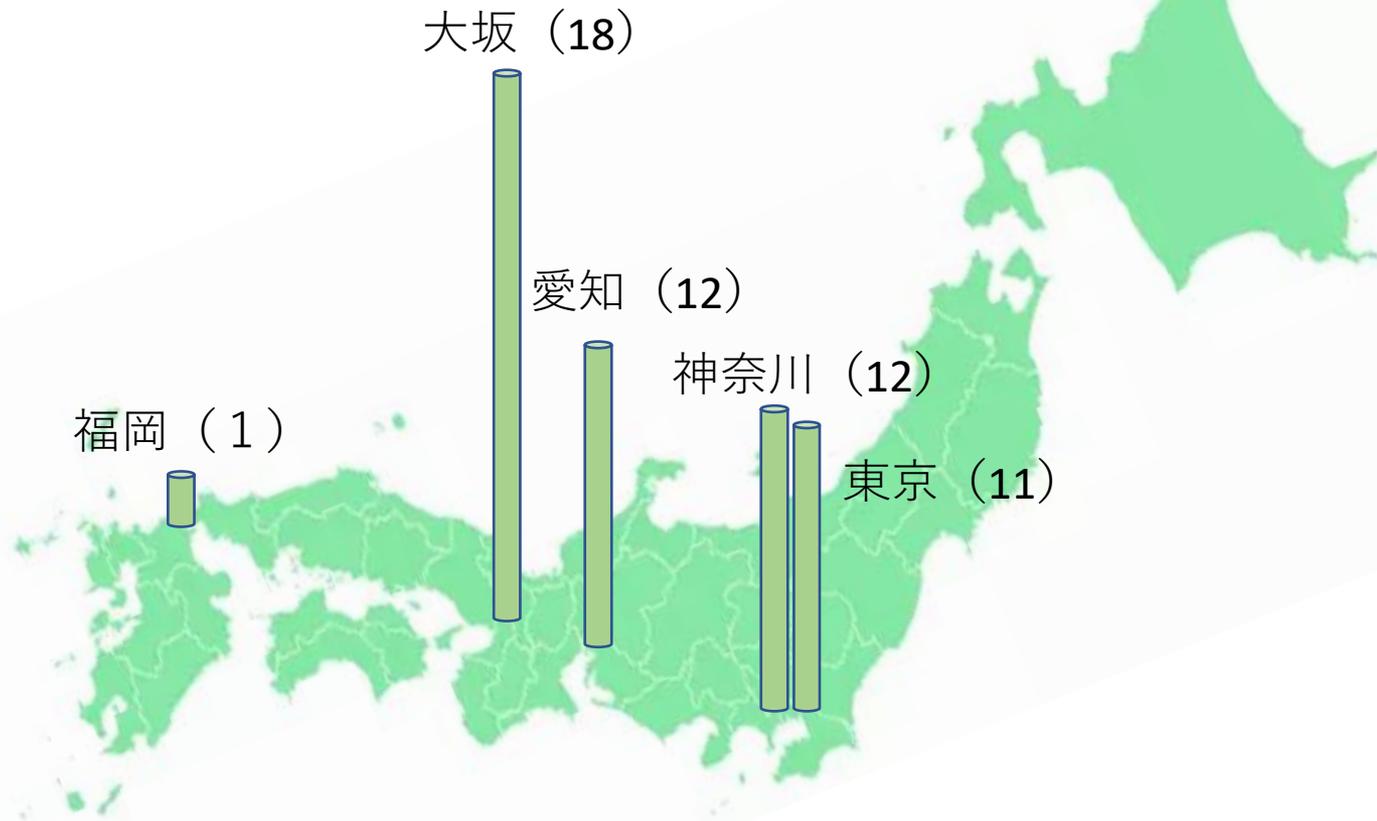
総合入院体制加算から急性期充実体制加算へ

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

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

※埼玉県は6/10時点で未公表のため、改定前後どちらにも含めていない。

都道府県別の急性期充実体制加算



急性期充実体制加算と 敷地内薬局

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

急性期充実体制加算

入院料等	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料1を届け出ている（急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている） 敷地内禁煙に係る取組を行っている ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である 総合入院体制加算の届出を行っていない 		
24時間の救急医療提供	<p>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満：6.0件/年/床以上 <ul style="list-style-type: none"> 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上 		
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上）又は300床未満：6.5件/年/床以上（緊急手術 1.15件/年以上） <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"> ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 (外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。) </td> </tr> </table>	<p>ア 右のうち、4つ以上満たす</p> <p>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 	<ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 (外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。)
<p>ア 右のうち、4つ以上満たす</p> <p>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 	<ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 (外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。) 		
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている 		
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策向上加算1を届け出ている 		
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている 		
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> 院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている 		
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満 		
外来機能分化に係る取組	<p>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆紹介受診重点医療機関 		
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい 		
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算1又は2の届出を行っている 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない 		
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 同一建物内に特別看護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない 		

急性期充実体制加算要件で 敷地内薬局締め出し

急性期充実
加算病院

ダメ!



敷地内薬局をすでに持っている
と、急性期充実加算を
取れない!



規制改革会議と敷地内薬局



敷地内薬局

病院

どうして病院と薬局
の間にフェンスがあ
るの?!

薬局



保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則

(2016年3月4日厚生労働省令第27号)

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

規制改革会議公開 デスカッション（2015年3月）



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

門前から地域のかかりつけ薬局へ

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



しかし、
ついに厚労
省が認めた

中医協 総 - 5
28 . 1 . 27

2016年

保険薬局の構造規制の見直し等について（案）

1. 課題

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

2. 対応の方向性

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

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

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

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

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

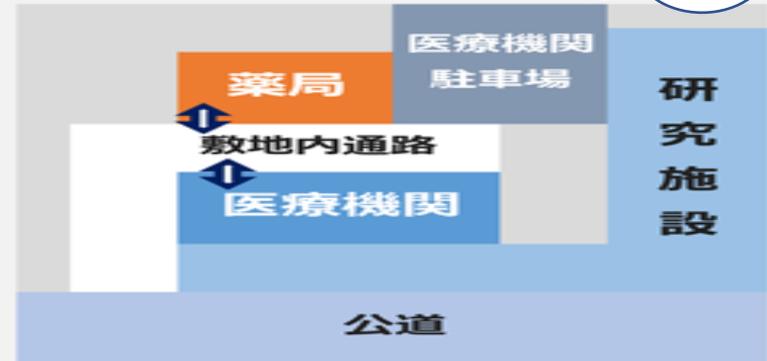
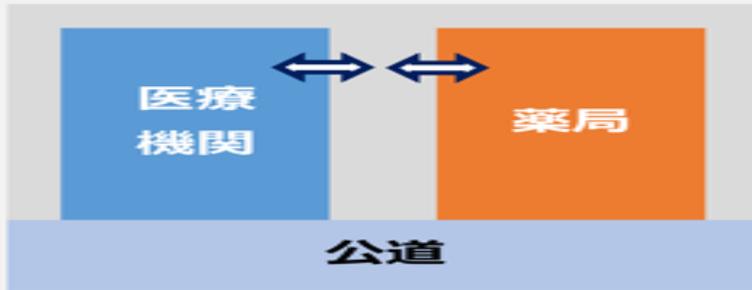
薬局の構造上の独立をめぐる規制の見直し

は駐車場などの敷地



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

2016年
敷地内薬局
の解禁



次のようなケースは引き続き認められない



同じ建物内



専用の通路でつながっている

規制改革会議の
主張は患者（利用者）
の利便性



敷地内薬局は41都道府県187 施設に増加（2020年12月）

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

日本薬剤師会は大反対

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

急性期充実体制加算で 敷地内薬局を否定

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



江戸の敵を長崎で打つ

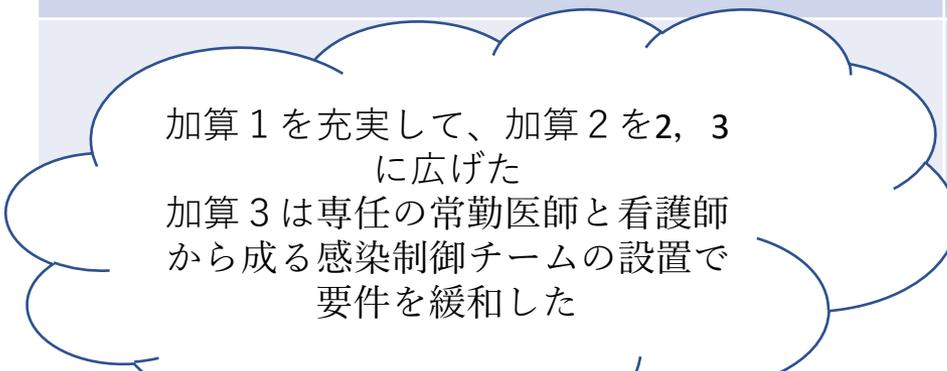
敷地内薬局が急性期充実
体制加算取得のネックと
なっている。

パート4

感染対策向上加算 疑義解釈と結果速報



感染対策向上加算に組み替え

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

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

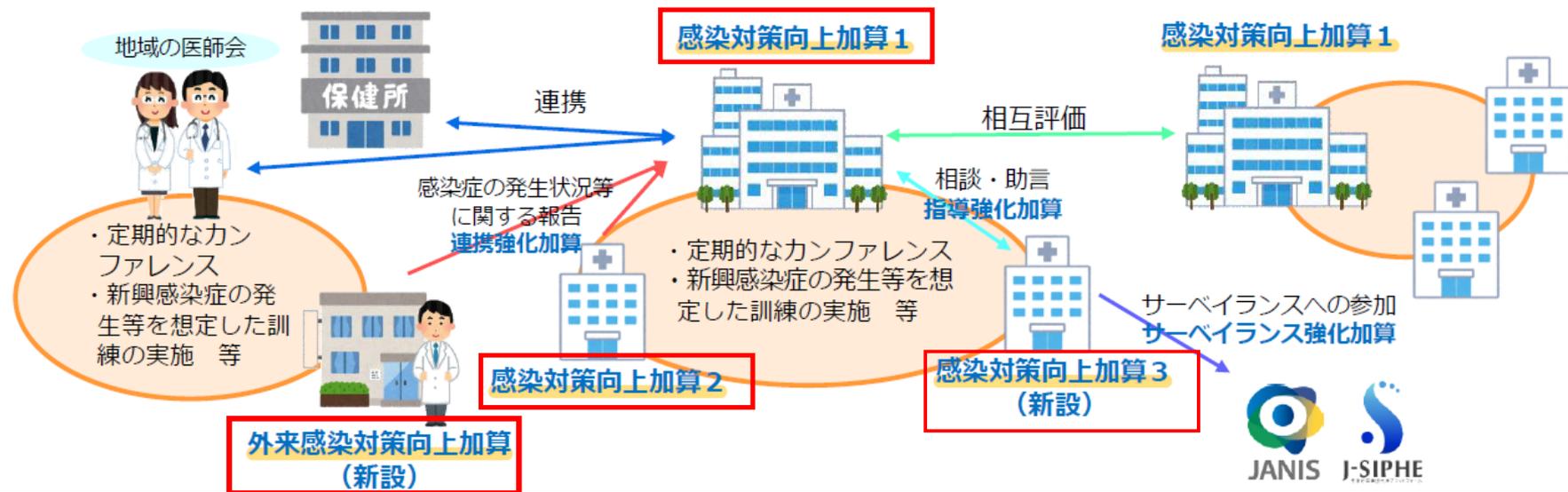
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

現行	改定後
<p>【感染防止対策加算】</p> <p>感染防止対策加算 1 390点</p> <p>感染防止対策加算 2 90点</p> <p>(新設)</p>	<p>(新) 【感染対策向上加算】</p> <p><u>感染対策向上加算 1</u> <u>710点 (入院初日)</u></p> <p><u>感染対策向上加算 2</u> <u>175点 (入院初日)</u></p> <p><u>感染対策向上加算 3</u> <u>75点 (入院初日、90日毎)</u></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 → **協力医療機関に相当**
 - 地域の基幹となる加算1取得医療機関と連携し、感染対策に関する十分な経験を持つ看護師などからなる感染防止対策体制を敷く医療機関を評価する
- 感染対策向上加算3 → **診療・検査医療機関に相当**
 - 地域の基幹となる加算1取得医療機関と連携し、医師・看護師からなる感染防止対策部門を設置するなどの一定程度の感染防止対策体制を敷く医療機関を評価する
- 外来感染対策向上加算 → **診療所**
 - 地域の基幹となる加算1取得医療機関と連携し、一定程度の感染防止対策体制を敷く診療所を評価する

◆重点医療機関◆

・都道府県が指定。

<施設要件>

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

※病棟 = 診療報酬の考え方に準拠、
看護体制 1 単位

○全病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること

○療養病床ではないこと（療養病床利用の場合は種別変更）

◆協力医療機関◆

・都道府県が指定。

<施設要件>

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

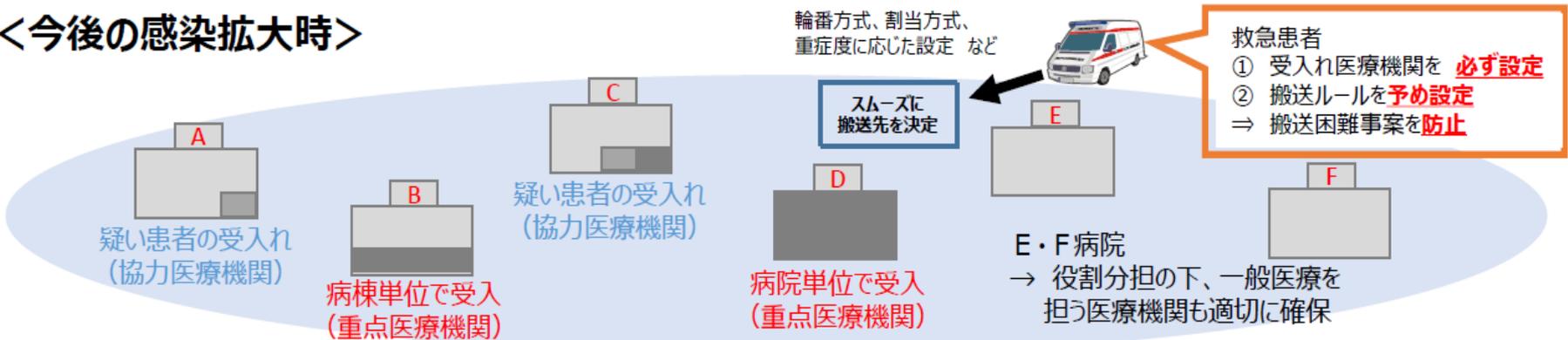
※個室 = シャワー、トレイなど他の患者と動線が独立

○全病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること

○療養病床ではないこと（療養病床利用の場合は種別変更）

○必要な検体採取が行えること

<今後の感染拡大時>



重点医療機関の指定状況

令和4年6月22日時点

令和4年6月24日公表

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

協力医療機関の指定状況

令和4年6月22日時点

令和4年6月24日公表

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

疑義解釈（その10）

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

感染対策向上加算の 連携体制と疑義解釈

疑義解釈（その4）連携の実績

- 「当該加算の実績」は以下（これらの実績は届け出の際には求められない）ことが、疑義解釈4で明確化。
- **【感染対策向上加算1】**
 - 「職員を対象とした、年2回程度以上の定期的な院内感染対策に関する研修」の実績
 - 「保健所・地域医師会と連携した、加算2・3医療機関と合同での年4回程度以上の定期的な院内感染対策カンファレンス」「うち少なくとも1回の新興感染症発生等想定訓練」の実績
 - 「他の加算1医療機関と連携した年1回程度以上の相互訪問による感染防止対策に関する評価」（ピアレビュー）の実施（自院による評価の実施、他院による評価受審）の実績
 - 「抗菌薬適正使用を目的とした年2回以上の院内研修」の実績
- **【感染対策向上加算2・感染対策向上加算3】**
 - 「職員を対象とした年2回程度以上の定期的な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な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

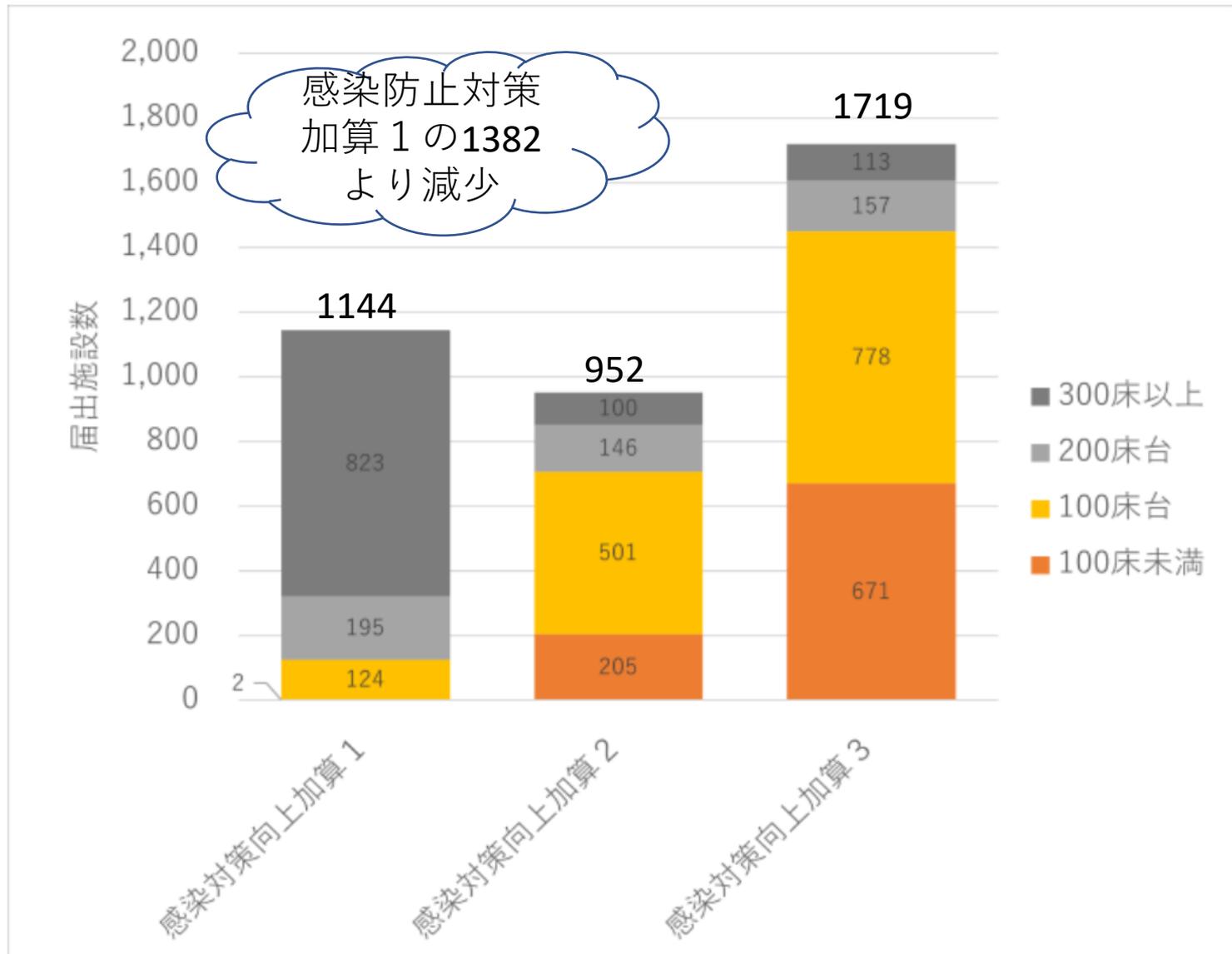
疑義解釈（その10）

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

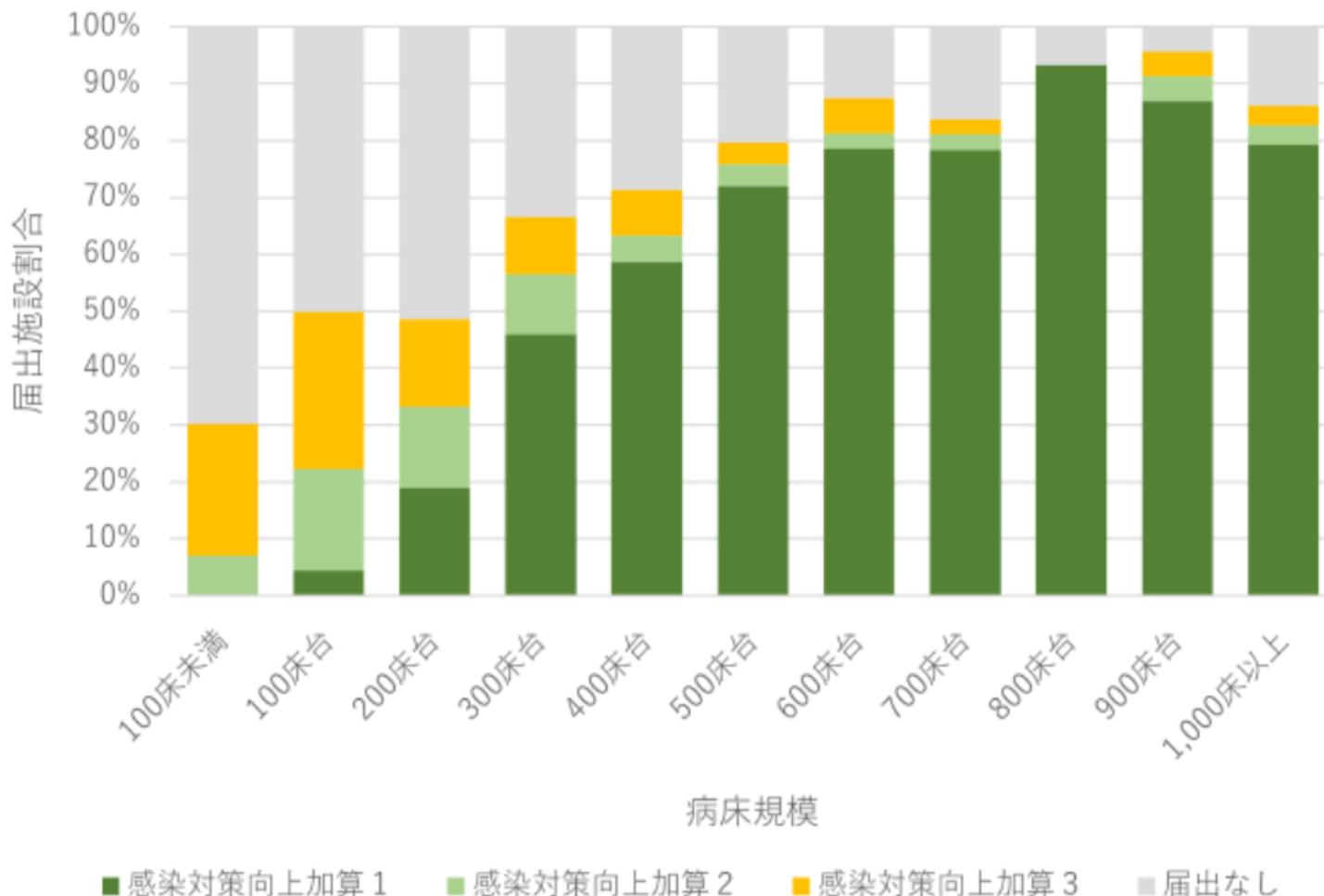
株式会社メディチュア 渡辺優氏資料より

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)

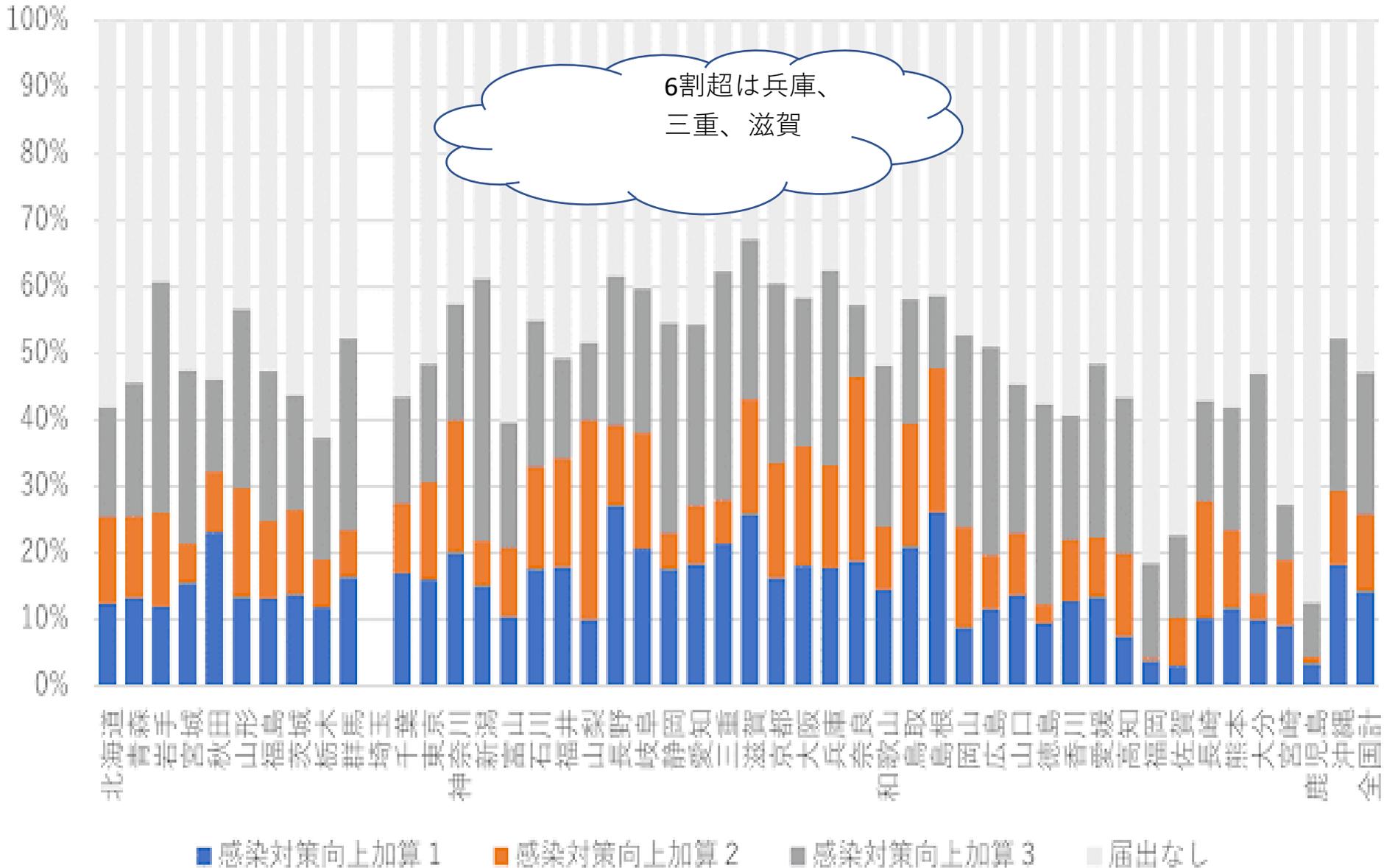
グラフ1 感染対策向上加算の届出状況（病床規模別）



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

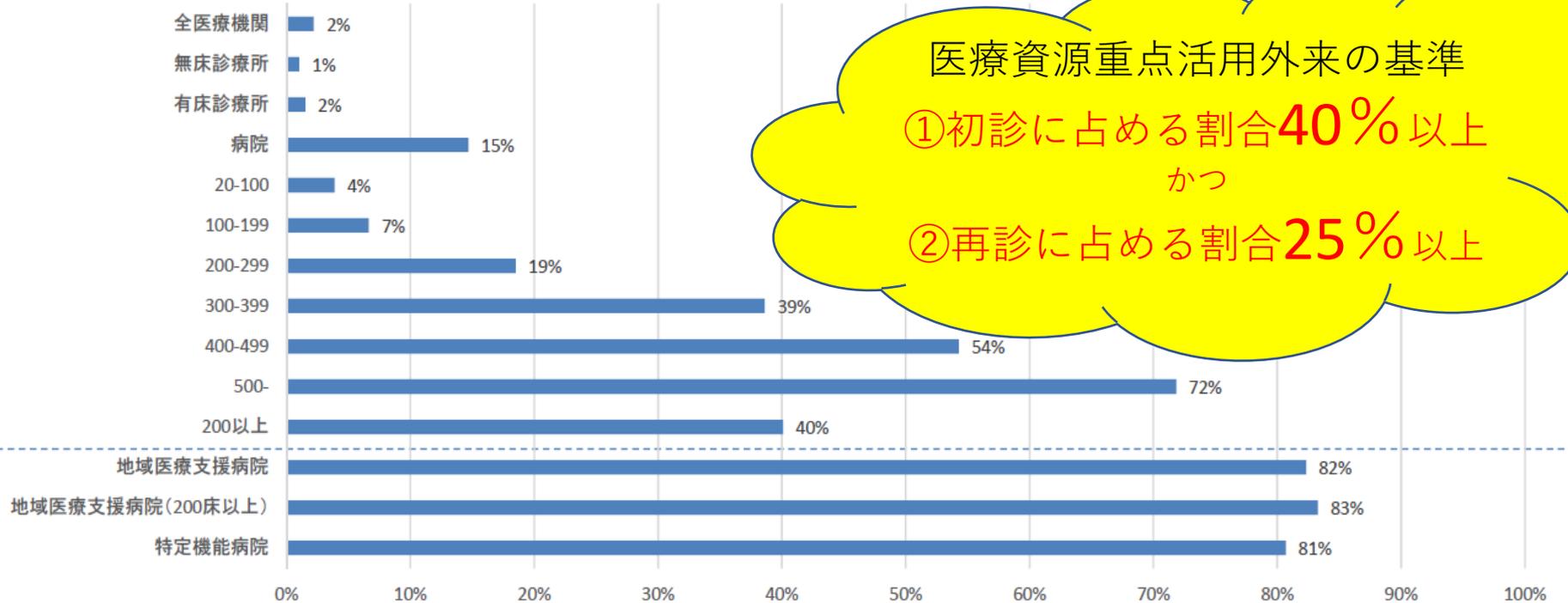
- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 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%**以上
 かつ
 ②再診に占める割合**25%**以上

(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%)	361 (4.3%)	258 (3.1%)	916 (11.0%)
全体	297 (3.5%)	607 (7.2%)	8412 (100%)	8,412 (100%)

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

現在の定額負担(義務)対象病院

現在の定額負担(任意)対象病院

特定機能病院・地域支援病院で666病院

200床以上一般病院688病院の40%、275病院が該当

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

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

「紹介受診重点医療機関」に該当する病院

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

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

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

現行制度

[対象病院]

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

[定額負担の額]

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

見直し後

[対象病院]

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

[定額負担の額]

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

[保険給付範囲からの控除]

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

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

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

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

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

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

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

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

【改定後】 初診料の注2、3 214点 (←288点) 外来診療料の注2、3 55点 (←74点)
 (情報通信機器を用いた初診については186点) **減算**

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準		紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満		紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
逆紹介割合 (%)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 <ul style="list-style-type: none"> 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者 			
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 <ul style="list-style-type: none"> 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者 			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 <ul style="list-style-type: none"> 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。 			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 <ul style="list-style-type: none"> B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。 			
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

■ 紹介割合・逆紹介割合（診療報酬）

【従来】

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

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

【新方式】

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

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

【逆紹介割合】

従来の計算方式

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

新しい計算方式

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

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

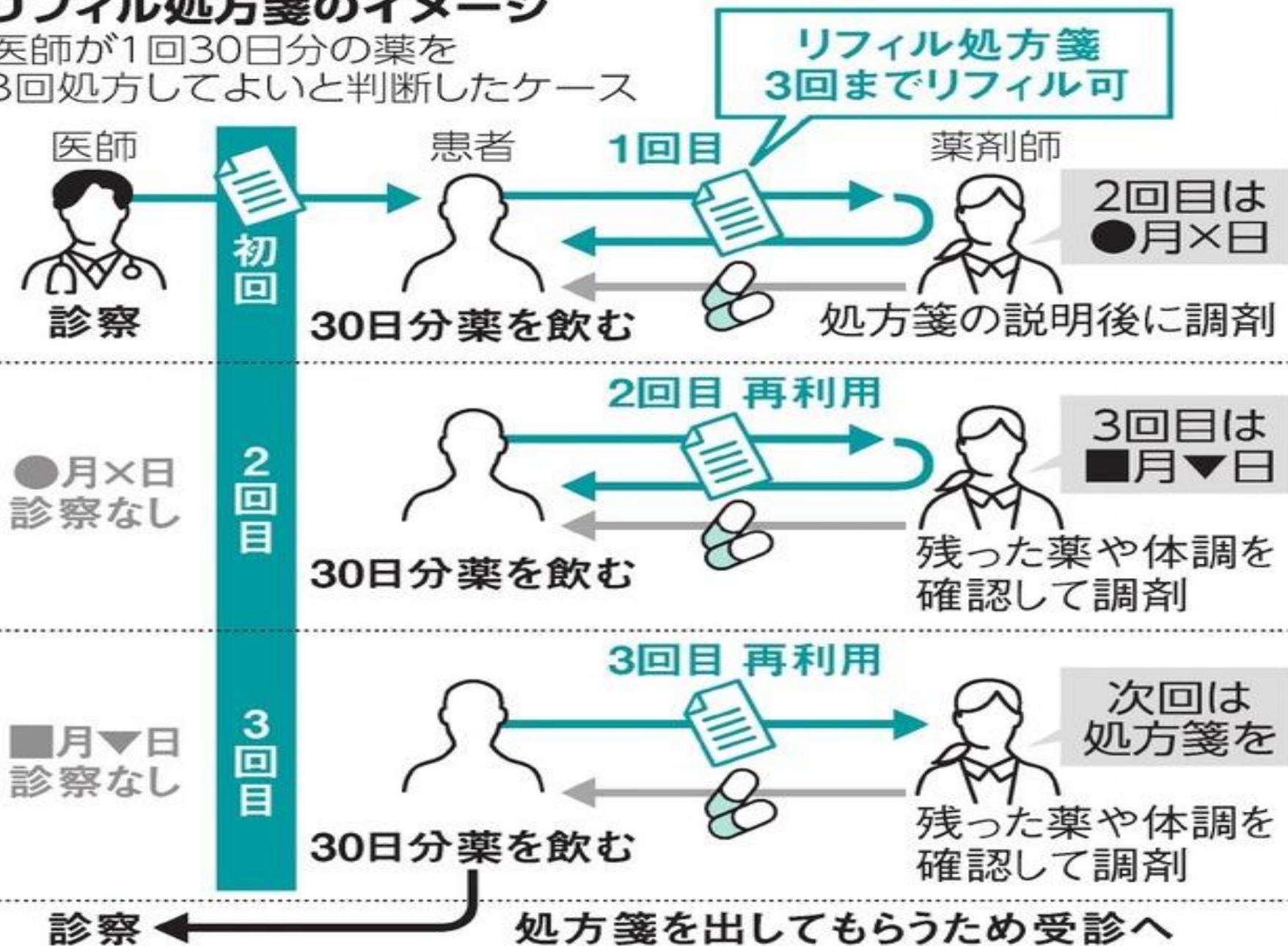
- 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。

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>調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)</p> <p>□1回目調剤日(年 月 日) □2回目調剤日(年 月 日) □3回目調剤日(年 月 日)</p> <p>次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)</p>
リフィル可 <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>調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)</p> <p>□1回目調剤日(年 月 日) □2回目調剤日(年 月 日) □3回目調剤日(年 月 日)</p> <p>次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)</p>
----	---

リフィル処方箋のイメージ

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



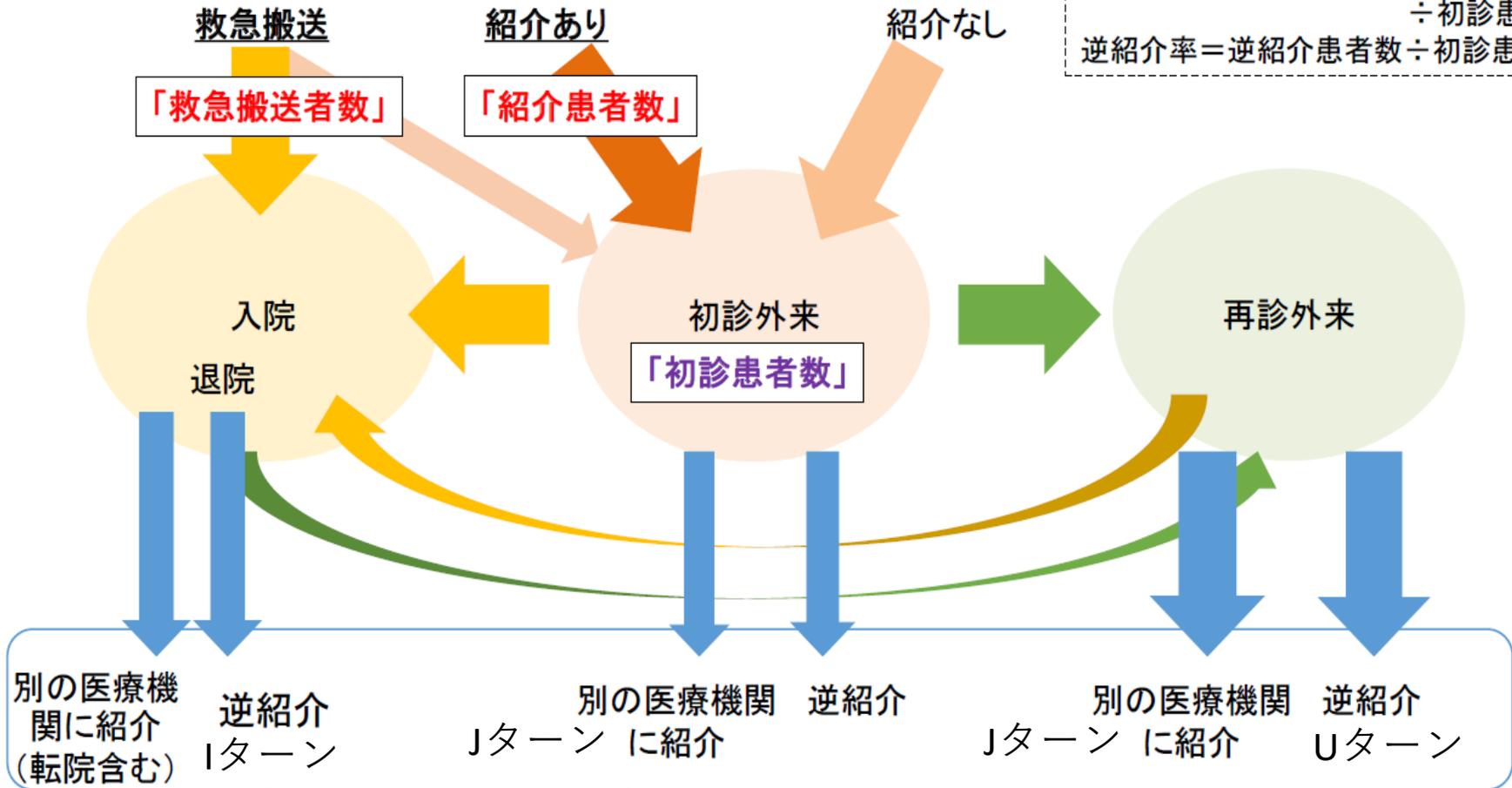
関西医科大学附属病院
総合診療科・地域医療連携部

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

パート 6

地域包括ケア病棟の 結果速報



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

急性期・高度急性期



急性期

亜急性期病床の役割

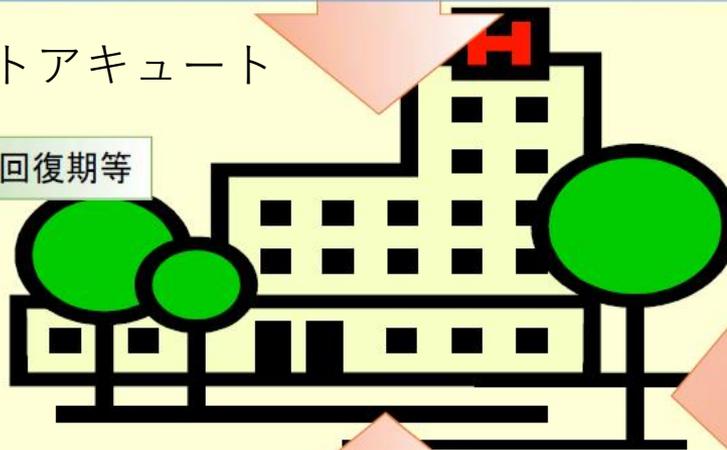
①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

入院患者データの提出

ポストアキュート

亜急性期・回復期等



②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

サブアキュート

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養
介護等

介護施設等

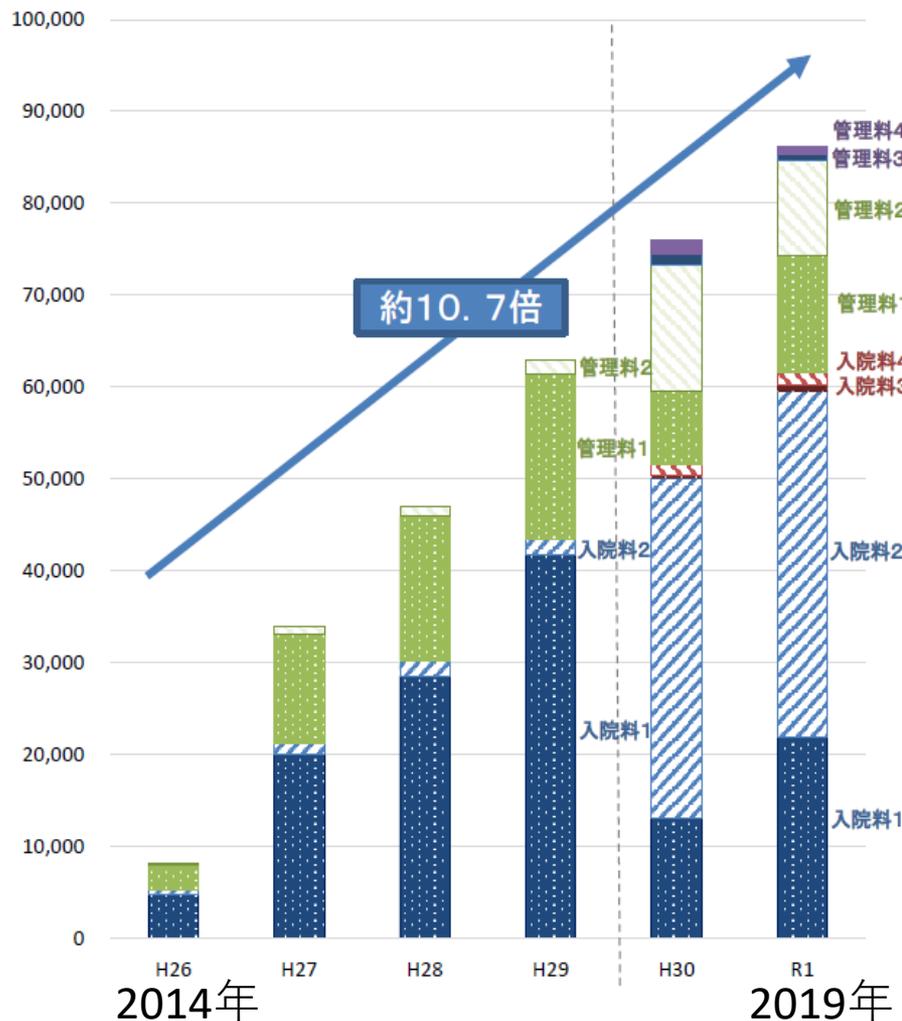


自宅・在宅医療

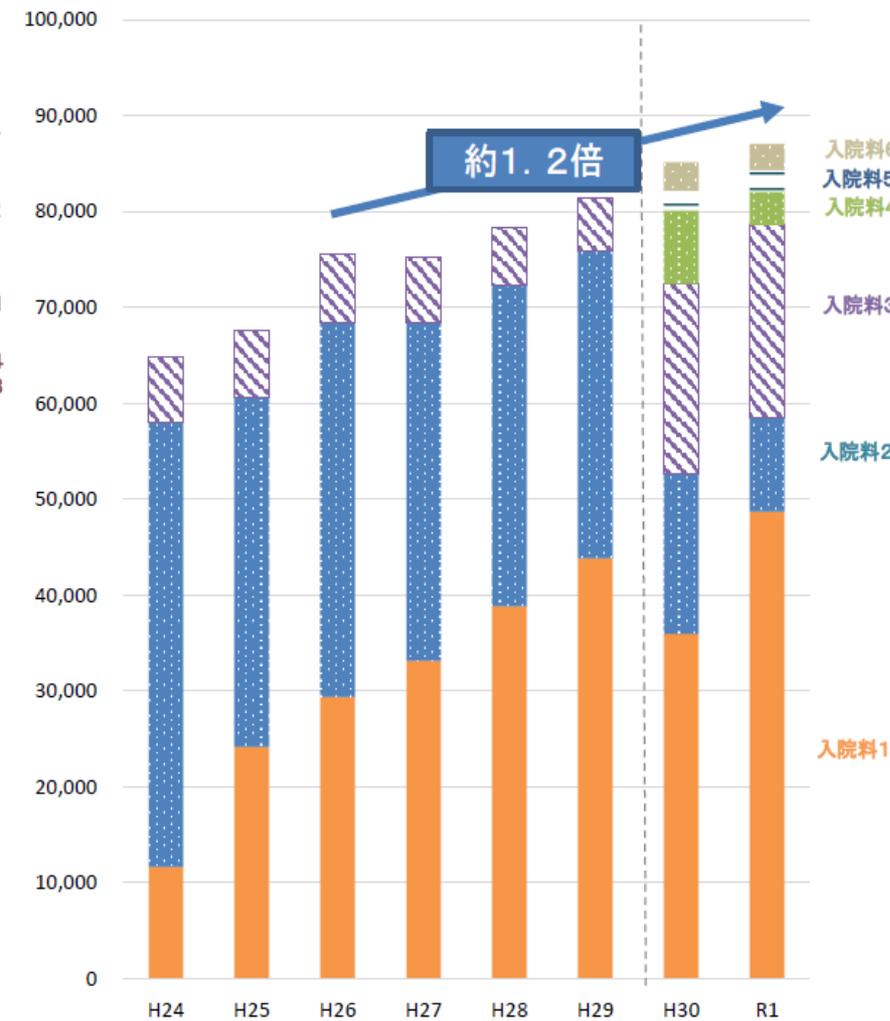
入院料別の届出病床数の推移

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

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

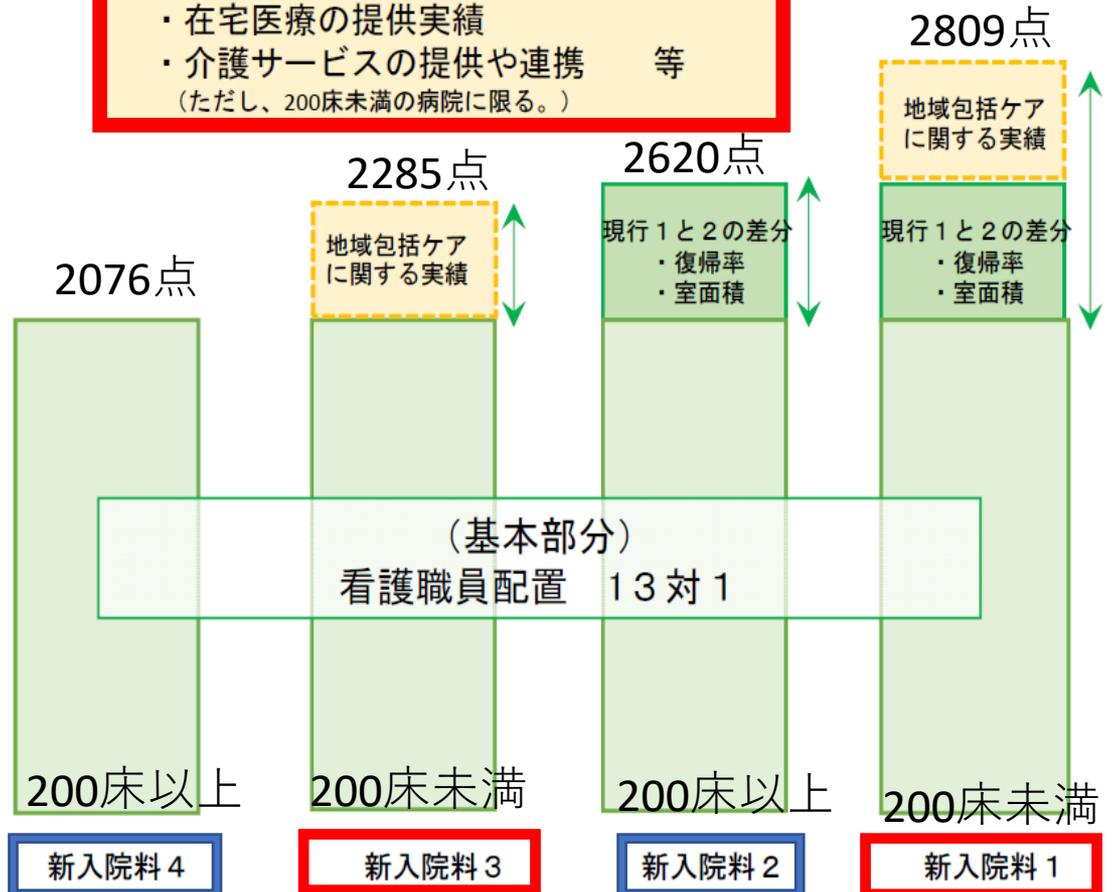


再編

【平成30年度改定の見直し（案）】

【地域包括ケアに関する実績部分】

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



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

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

2022年度（令和4年度）診療報酬改定
の影響等に関するアンケート結果
－回復期・働き方改革関連等－

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

アンケート概要

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

対象	下記の入院基本料等のうちいずれかの届出を行っている病院を運営する 1,129法人 <ul style="list-style-type: none">● 急性期一般入院基本料● 地域包括ケア病棟入院料● 回復期リハビリテーション病棟入院料
回答数	302法人（332病院）
回答率	26.7%
実施期間	2022年5月30日（月）～2022年6月20日（月）
方法	Webアンケート

病院基本情報

n=332

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

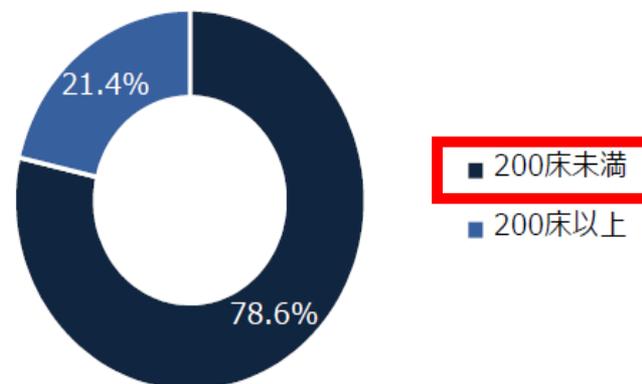
n=332

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

注1) 医療法人には社会医療法人(48法人)を含む

注2) 社団・財団法人には一般・公益を含む

200床未満の病院が占める割合



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

病院の経営状況

問1.1

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

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

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

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

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

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

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

地域包括ケア
病棟の34%が
減収

主な改定事項による病院の経営への影響

問2.3

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

n=208

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

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

注) 割合は各列の計 (=n)に対するもの

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

地域包括ケア病棟入院料（管理料）

問5.7、問5.7.1

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

n=75、複数回答

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

（2022年9月までに満たしている実績がない病院）

n=9、複数回答

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

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

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

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

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

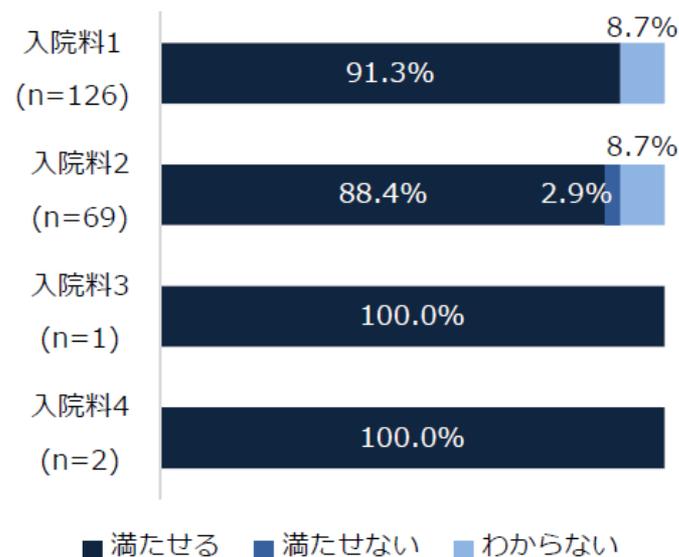
地域包括ケア病棟入院料（管理料）

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

コロナで変わる 「かかりつけ医」制度



次のコロナの備えをするのは、今だ!!

- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか
- なぜ、今かかりつけ医制度が必要なのか
- かかりつけ医の制度化に必要なポイントとは何か
—コロナで変わる「かかりつけ医」や「総合診療医」の在り方を
最新情報をまじえてやさしく解説!



- 武藤正樹著
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか?
- なぜ、いまかかりつけ医制度が必要なのか
- 発売日：2022/09/22
- 出版社：[ぱる出版](#)
- ISBN：978-4-8272-1360-7

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp

グループワーク

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

発表は11：30から

