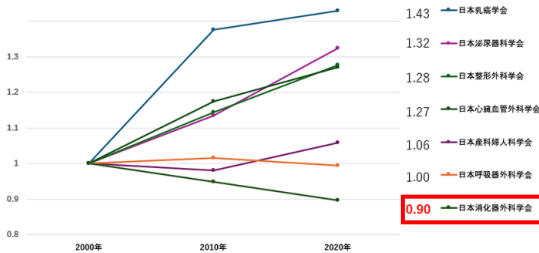


本邦消化器外科の現状

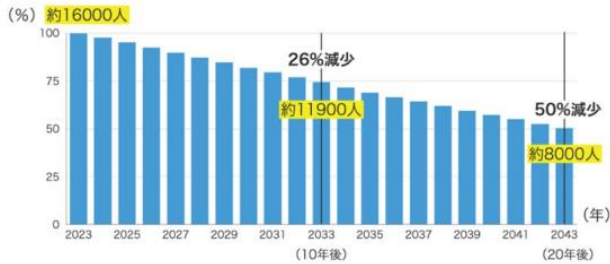
外科系学会の会員数の推移グラフ

2000年を1.0とした場合の
各外科系学会の会員数



本学会が各外科系学会に行った調査データより作成

日本消化器外科学会 65歳以下会員数 今後の予測



消化器外科学会の年齢別データおよび過去5年の入会・退会者数から試算

消化器外科医は外科系医師の中で唯一減少。特に若手医師の減少が顕著



消化器外科医のインセンティブ
消化器外科の集約化

医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進②

外科医療確保特別加算の新設

- 地域の基幹的な医療機関において、高度手術を実施する体制を整備し、外科医の勤務環境の改善を図った上で、当該手術を実施した場合の加算を新設する。

(新) 外科医療確保特別加算 (1回につき)

〔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、**長時間かつ高難度な手術を実施した場合であって、対象診療科の医師が、当該手術を行ったときは**、外科医療確保特別加算として、**当該手術の所定点数の100分の15に相当する点数を加算**する。

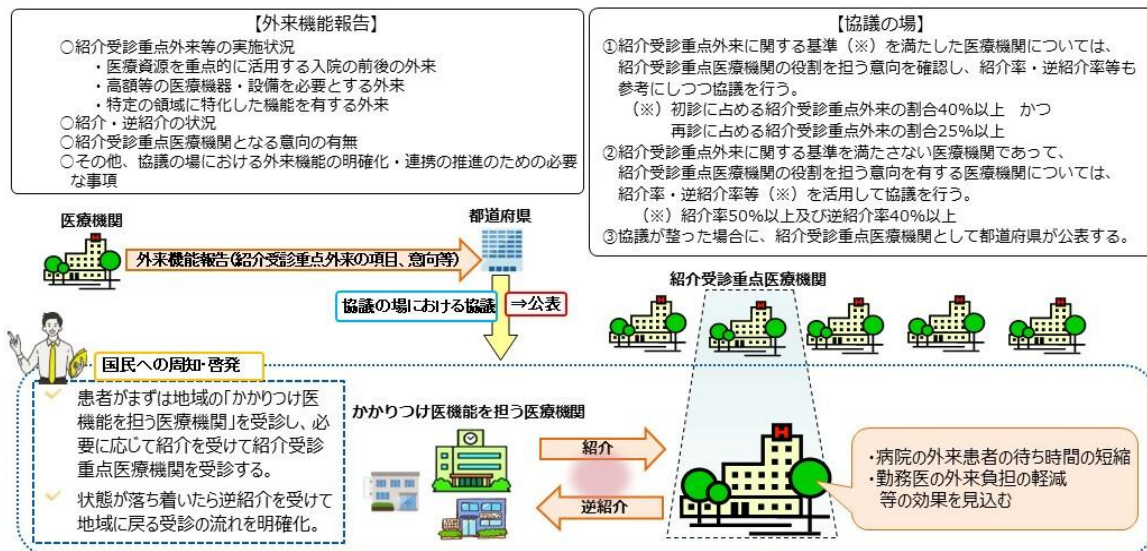
〔施設基準〕

- 外科医療確保特別加算を算定する診療科を届け出ていること。
- 特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ていること。
- 医科点数表第2章第10部に掲げる**長時間かつ高難度な手術を合わせて年間200例以上実施していること。**
- 当該加算を算定する全ての診療科において、以下の全てを実施していること。
 - 当該診療科の経験を5年以上有する常勤の医師が6名以上配置されていること。
 - チーム制又は交代勤務制を導入していること。
 - 当該診療科に配置されている常勤の医師については、特定対象医師（B水準、連携B水準又はC水準が適用される医師）であるかどうかにかかわらず、特定対象医師に対するものと同様の勤務間インターバル及び代償休息を確保すること。また、宿日直勤務中の労働について、宿日直勤務後の休息時間を確保するように配慮していること。
- 他の保険医療機関との連携体制について、次のいずれにも該当していること。
 - 地域の他の保険医療機関と、対象手術の実施体制及び術後フォローアップの体制等について、事前に協議を行っていること。
 - 当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関において、対象手術の実施体制及び術後のフォローアップ体制等に係る協議内容について、公表するとともに、当該患者に説明していること。
- 外科医療確保特別加算を算定する診療科の専門研修体制が整備されていること。
- 外科医療確保特別加算を算定する診療科は、地域医療体制確保加算2において処遇に係る配慮を行っている診療科（特定診療科）であること。
- 当該診療科の医師が行った対象手術件数に応じ、休日・時間外・深夜手当、当直手当等とは別に、**当該加算額の100分の30以上に相当する手当を当該診療科の医師に支給**（その8割以上を常勤医師に支給）しており、全ての医師に周知していること。

紹介受診重点医療機関について

○ 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、紹介受診重点外来の機能に着目して、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化する。

- ① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、
- ② 「協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。



紹介受診重点医療機関に係る基準及び医療機関の意向について

	基準を満たす医療機関名	一般病床数	紹介受診重点外来の基準 ※1		意向
			初診 40%以上	かつ 再診 25%以上	
1	一般財団法人津山慈風会 津山中央病院	471	56.0 (○)	34.7 (○)	あり

- ・ 「一般病床数」は、各医療機関から提出の対応方針等による。
- ・ 「紹介受診重点外来の基準 ※1」は、令和7年度外来機能報告による。

※1 紹介受診重点外来の基準

- ・ 初診基準: 40%以上（初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）
- ・ 再診基準: 25%以上（再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）

津山・英田圏域救急医療体制整備事業 (R6～)

R7実績

R8.3.26

現状・課題

救急患者

- ・津山中央病院（以下、津中）をかかりつけ医とする患者が多い。 **入口問題**
- ・救急医療のひっ迫について知っている住民が35%と少ない（R6出前講座アンケート）。

救急搬送

- ・平日日中に、軽症～中等症も、津中を第一選択として搬送するケースがある。 **トリアージ問題**

救急医療機関

○三次救急医療機関（津山中央病院）

- ・初期・二次・三次救急の役割をすべて担っている。 **入口問題**
- ・昼夜問わず救急搬送患者が集中。
- ・空床確保できず、新たな重篤患者の受入れが困難。 **出口問題**
- ・人員が限られ救急の下り搬送ができない。
- ・院内で「病院間見える化システム(以下、システム)」の活用ができていない。 **システム活用問題**

○二次救急医療機関

- ・リアルタイムでシステムを入力する負担が大きい。 **入口問題**
- ・津中からの下り搬送患者が少ない。
- ・準夜帯以降(内科)の受入れは津中しかない。

平日日中は、津山中央病院以外の二次救急医療機関へ救急患者を分散する。
津中は準夜帯以降に備える。

取組

1 病床の見える化システムの運用 ※R7年度夏季に名称変更

- 当該システムに協力する医療機関（**13病院**）に対し報奨金を支給するもの
- ・内容：平日日中の「当日受入れ可能患者数」を入力する
平日の日中軽症～中等症（内科）の救急搬送（転院も含む）受入情報の閲覧は、協力医療機関、消防機関のみとする。
- ・報奨金：1病院当たり10千円/月
- ・運用期間：令和7年8月～令和8年2月の計7カ月

システム活用促進
入口・出口問題解消
トリアージ問題の解消

2 下り搬送への上乗せ補助

- 津山中央病院の下り搬送について上乗せ補助するもの
- ・対象医療機関：津山中央病院
- ・上乗せ補助額：入院1～3日目の転院搬送 **計8件**
1日目6,000円、2日目10,000円、3日目12,000円
(基準：当日の転院搬送18,000円を上限に3日目まで同額とする)
- ・運用期間：R7.8～R8.2月の計7カ月

出口問題解消
新規患者獲得

3 冬季平日日中の空床確保補助

- 冬季の平日日中に救急患者を受け入れるために休床を確保した医療機関（圏域内計2床/日）に補助するもの。
- ・対象医療機関：協力を得られた**7病院**（救急告示+2救急病院） **計43床利用**
- ・補助額：10千円/床
- ・運用期間：R7.12.1（月）～R8.2.27（金）の平日計3か月（57日）

入口問題解消

4 救急医療に係る普及啓発活動

- 市町村と連携し、救急医療に係る現状や課題、救急医療の適正利用について広く周知し、住民等の理解と協力を促す。
- ・普及啓発資材配布（研修会）
- ・市民向け普及啓発出前講座（**出前講座：2回計92名、ミニ講座：2回計24名**）

入口問題解消

5 消防機関等との連携

- 美作地域メディカルコントロール協議会、津山・英田圏域救急医療体制推進協議会等において、救急搬送ルールを検討する。

トリアージ問題解消

目指すべき姿

適切な救急医療機関の利用促進、二次・三次救急医療機関への適切な搬送体制構築により、住民が安心して必要な医療を受けられる地域を目指す。

津山・英田圏域救急医療体制整備事業 (R6～)

R8計画

R8.2.13

現状・課題

救急患者

- ・津山中央病院（以下、津中）をかかりつけ医とする患者が多い。入口問題
- ・救急医療のひっ迫について知らない住民が47.4%と多い（R7出前講座アンケート）。

救急搬送

- ・平日日中に、軽症～中等症も、津中を第一選択として搬送するケースがある。トリアージ問題

救急医療機関

〇三次救急医療機関（津山中央病院）

- ・初期・二次・三次救急の役割をすべて担っている。入口問題
- ・昼夜問わず救急搬送患者が集中。
- ・空床確保できず、新たな重篤患者の受入れが困難。出口問題
- ・人員が限られ救急の下り搬送ができない。

〇二次救急医療機関

システム活用問題

- ・リアルタイムでシステムを入力する負担が大きい。入口問題
- ・津中からの下り搬送患者が少ない。
- ・準夜帯以降(内科)の受入れは津中しかない。

平日日中は、津山中央病院以外の二次救急医療機関へ救急患者を分散する。
津中は準夜帯以降に備える。

取組

1 病床の見える化システムの運用

- 〇当該システムに協力する医療機関（14病院）に対し報奨金を支給するもの
 - ・内容：平日日中の「当日受入れ可能患者数」を1日1回以上入力する
平日の日中軽症～中等症（内科）の救急搬送（転院も含む）受入情報の閲覧は、協力医療機関、消防機関のみとする。
 - ・報奨金：1病院当たり1回/日入力10千円/月、**2回以上/日入力15千円/月**
 - ・運用期間：令和8年4月～令和9年2月の計11カ月

システム活用促進
入口・出口問題解消
トリアージ問題の解消

2 下り搬送への上乗せ補助

- 〇津山中央病院の下り搬送について上乗せ補助するもの
 - ・対象医療機関：津山中央病院
 - ・上乗せ補助額：入院1～3日目の転院搬送
1日目6,000円、2日目10,000円、3日目12,000円
（基準：当日の転院搬送18,000円を上限に3日目まで同額とする）
 - ・運用期間：R8.4～R9.2月の計11カ月

出口問題解消
新規患者獲得

3 夏季・冬季平日日中の空床確保補助

- 〇**夏季・冬季**の平日日中に救急患者を受け入れるために空床を確保した医療機関（**夏季1床/日、冬季2床/日**）に補助するもの。入口問題解消
- ・対象医療機関：協力を得られた8病院（救急告示+2救急病院）
- ・補助額：10千円/床
- ・運用期間：**夏季R8. 7.1（水）～ R8.9.30（火）の平日計3カ月（61日）**
冬季R8.12.1（火）～ R9.2.26（金）の平日計3か月（57日）

4 救急医療に係る普及啓発活動23千円>

- 〇市町村と連携し、救急医療に係る現状や課題、救急医療の適正利用について広く周知し、住民等の理解と協力を促す。入口問題解消
- ・普及啓発資材配布（R6年度作成済）
- ・普及啓発動画の修正（R6年度作成済）
- ・市民向け普及啓発出前講座（計5回）

5 消防機関等との連携

- 〇美作地域メディカルコントロール協議会、津山・英田圏域救急医療体制推進協議会等において、救急搬送ルールを検討する。トリアージ問題解消

目指すべき姿

適切な救急医療機関の利用促進、二次・三次救急医療機関への適切な搬送体制構築により、住民が安心して必要な医療を受けられる地域を目指す。

鏡野町国民健康保険病院整備事業 見直しについて (R 8. 6. 1 8現在)

	現計画	新計画 (案)
敷地面積	1 2, 2 8 9 m ²	1 2, 2 8 9 m ²
延床面積	約 5, 6 0 0 m ²	約 4, 3 0 0 m ²
病 床 数	7 0 床 (一般 5 0 床、療養 2 0 床)	6 0 床 (一般病床 (回復期))
構 造	R C 造	S 造
	免震	耐震
階 数	3 階	2 階
発注方式	E C I 方式	未定
建築工事開始	令和 8 年 4 月	令和 1 0 年 4 月
開院時期	令和 1 0 年 5 月	令和 1 2 年度

※今後変更する可能性あり

鏡野町在宅医療・介護連携事業推進協議会からのご報告

鏡野町在宅医療・介護連携事業推進協議会
連携推進部会 部会長 藤本 宗平
(一般財団法人 共愛会 芳野病院 理事長)

<はじめに>

令和 8 年度診療報酬改定には、新たな地域医療構想の考え方が反映され、来年度には介護報酬改定が予定されていますが、今のところ、岡山県版の新たな地域医療構想のガイドラインが示されるのを待っている状況です。

また、厚生労働省の関連資料では、「医療と介護の連携」の推進が示され、地域、特に市町村において「協議の場」の設置が提案されています。「鏡野町在宅医療・介護連携事業推進協議会」は、当町における「協議の場」の役割を担うことになると考えます。

★ 鏡野町 医療・介護・福祉 経営協働化 2026 について

1. 背景と目的

現在、鏡野町内の医療・介護・福祉現場は、人材不足、サービス需要の減少傾向、物価・人件費の上昇、そして職員の負担増大という厳しい状況に直面しています。特に小規模事業所においては、単独での運営継続が限界に達しつつあります。こうした課題を解決するため、これまでの「単独経営」という考え方から脱却し、「地域全体で支える経営」へと転換を図ることで、職員が働き続けられる環境と、地域サービスの持続可能性を確保することを目的とします。

2. 「経営の協働化」の定義

本事業における「経営の協働化」とは、複数の法人や事業所が連携し、人材・業務・設備・ノウハウ等を共有することを指します。これにより、地域全体の医療・介護・福祉サービスの質の向上と、持続可能な経営基盤の構築を目指します。この取り組みは、法人格(社会福祉法人、医療法人、株式会社等)や業種を問わず、町内のすべての関連機関を対象としています。

3. 協働化による期待されるメリット

協働化を推進することで、職員側と経営側の双方に大きな利点(メリット)が期待されます。

○職員側のメリット

- ・ 業務負担の軽減と休暇の取得しやすさの向上
- ・ ICT 活用による業務の効率化
- ・ 共同研修や多職種交流による自己成長・スキルの向上

○経営側のメリット

- ・ 共同採用・共同サイト等による採用力の強化
- ・ 物品の共同購入や事務の共同化によるコスト削減
- ・ BCP(事業継続計画)の対応強化や経営の安定化

4. 具体的な協働化の事業・活動(案)

参加事業所からの提案を基に、協働化を具体化します。事業案は下記の通りです。

- ①人材確保の共同化: 地域合同就職説明会の開催、共同採用サイトの構築、外国人材支援の共同実施。など
- ②ICT・DX の共同導入: ケアプランデータの連携、記録ソフトの共同利用。など

- ③オンライン研修、会議の実施：医療・介護情報の共有など
- ④バックオフィスの共同化：経理・労務業務の共同化、物品の一括購入、送迎業務の連携。など
- ⑤災害・感染症対応：応援職員の相互派遣、備蓄物資の共有、BCP の連携策定。など

5. 推進体制の再編

実効性のある推進のため、また「協議の場」を築くため、在宅医療・介護連携事業推進協議会の部会体制を以下のように統合・再編します。

○システム部会を連携推進部会へ改編

介護現場の経営協働化、ICT・DX 推進の具体化、施設間の実務連携を主導します。

○研修企画部会・認知症部会を普及啓発部会へ統合

住民や従事者への認知症理解、介護予防、ACP(人生会議)などの普及啓発活動を担います。

6. 重点事業：ケアプランデータ連携システム

協働化の第一歩として、「ケアプランデータ連携システム」の導入を最優先で進めます。

概要： ケアマネジャーとサービス事業所間でのデータ連携をデジタル化し、転記作業や FAX 等のアナログ業務を削減する

戦略： システム導入費用が無料の期間内に、すべての町内事業所が参加できるよう啓発を行う
5 月の時点で各事業所の ICT 環境やソフト利用状況の調査を実施済み

7. 実施スケジュールと進め方

厚生労働省が示した協働化ガイドラインを参考に、短期・中期・長期の目標を分けて進めます。

令和 8 年 1 月 厚生労働省「経営の協働化・大規模化の進め方ガイドライン」に沿った計画策定

5 月 協議会全体会での提案と意向調査

6 月 津山英田圏域地域医療構想調整会議にて、鏡野町の取り組み(働きやすい職場環境づくり)をアピールし、圏域全体の協力を得る

9 月 第 10 回岡山県地域包括ケアシステム学会学術大会にて、これまでの活動報告を行う

8. 新たな地域医療構想との連動(2040 年を見据えて)

本戦略は、国が進める「新たな地域医療構想」の方向性と合致しています。

○2040 年問題への対応

85 歳以上人口の増加や現役世代の急減に備え、地域の実情に応じた「地域包括ケアシステム」を深化させる

○広域連携

二次医療圏単位(津山英田圏域)での調整会議や、必要に応じたワーキンググループ(WG)を活用し、都道府県や周辺市町と整合性を図りながら進める

9. まとめ

鏡野町独自の目標として、DX の導入にとどまらず、自由な発想を取り入れながら「働きやすい仕組みづくり」を推進していきます。町内の事業所が人員不足の状況にあっても無理なく参加できるよう、オンラインによるグループワークやリアルタイムアンケートなどを活用し、負担の少ない形での「協働」を実現していきます。

経営の協働化は、単なるコスト削減を目的とするものではありません。地域の医療・介護・福祉を将来にわたって持続可能なものとし、地域住民が安心して暮らし続けられる環境を守るための重要な取り組みであると考えています。

2026.6.18

令和8年度津山・英田圏域地域医療構想調整会議(第1回)

鏡野町在宅医療・介護連携事業 推進協議会からの報告

連携推進部会 部会長 藤本 宗平
(一般財団法人 共愛会 芳野病院 理事長)

1

鏡野町内の医療機関

病院	2	
診療所	7	(3 公的)
眼科	1	
歯科	7	(3 公的)
保険調剤薬局	3	

計 20施設

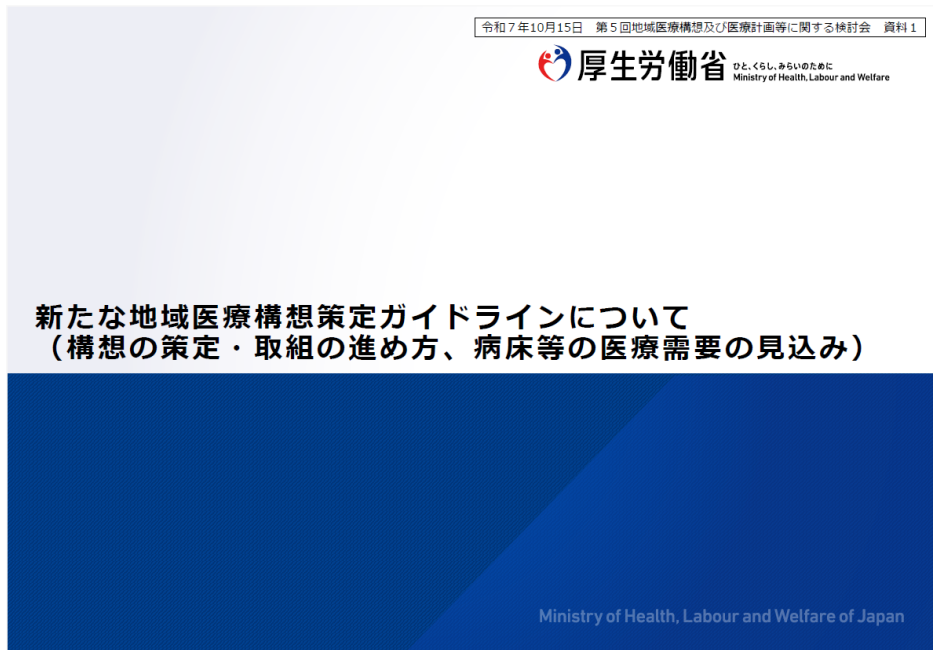
2

鏡野町の介護保険事業所

1. 居宅介護支援	5	施設	11. 看護小規模多機能型居宅介護	1
2. 訪問看護	1		12. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	1
3. 訪問介護(ホームヘルプサービス)	2		13. 福祉用具貸与・特定福祉用具購入	1
4. 通所介護(デイサービス)	6		14. 地域包括支援センター	1
5. 通所リハビリテーション(ディケア)	1		15. 社会福祉協議会	4
6. 短期入所生活介護(ショートステイ)	2		16. 養護老人ホーム	1
7. 短期入所療養介護(医療型ショートステイ)	1		17. 住宅型有料老人ホーム	2
8. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	2			
9. 介護老人保健施設	1			
10. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	5			

計 37施設

3



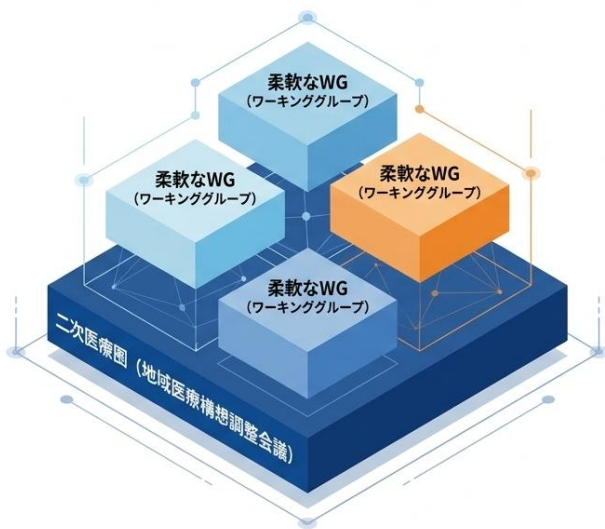
4

新たな地域医療構想策定にあたり 地域に期待されていること

「連携」と「協議の場」

5

キーワード②「協議の場」の設置基準と柔軟な運用



設置の原則（基盤）

「二次医療圏」単位での設置を基本とし、広域な視点での検討基盤とする。

柔軟な運用（WGの機動的設置）

特定の課題（在宅医療や医療・介護連携など）に対しては、調整会議の下にワーキンググループ（WG）を設置し、機動的に議論。

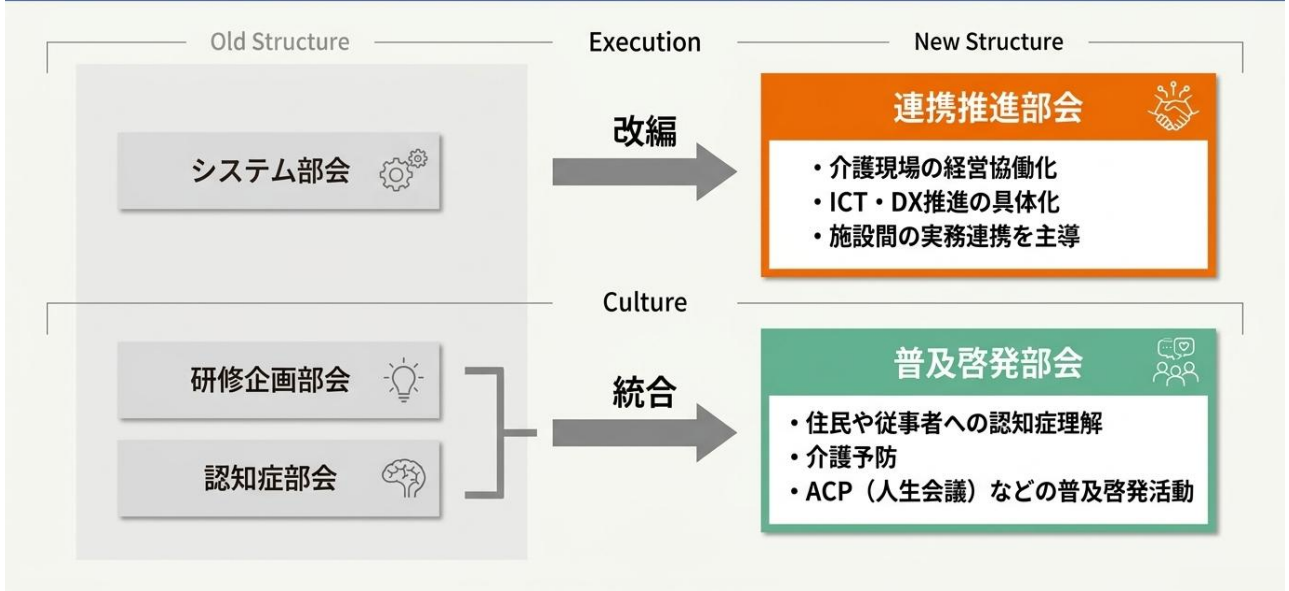
既存リソースの活用

圏域内で提供体制に課題がある地域は、新たに会議体を乱立させるのではなく「既存の協議の場」を有効活用して具体的に検討。

6

Lead Message

実効性のある「協議の場」を構築するため、既存の部会を再編・統合し、意思決定と実行のスピードを上げる。



7

鏡野町 医療・介護・福祉 経営協働化2026

単独経営から「地域全体で支える経営」への転換

鏡野町

8

介護現場の働きやすい職場環境づくりに向けた
経営の協働化・大規模化の進め方ガイドライン

令和8年1月
厚生労働省 老健局

9

深刻化する外部環境の圧力に対し、「単独での運営継続」から
「地域全体での協働」へパラダイムシフトを図る。

- ① 人材不足
- ② サービス需要の減少傾向
- ③ 物価・人件費の上昇
- ④ 職員の負担増大



小規模事業所の単独運営は限界へ

転換

目的：地域全体で支える経営



- ✓ 職員が働き続けられる環境の確保
- ✓ 地域サービスの持続可能性の確保

10

「経営の協働化」とは、法人格や業種の壁を取り払い、
地域資源(人材・業務・設備・ノウハウ)を共有する枠組みである。

社会福祉法人・医療法人・株式会社 等
法人格・業種を問わず、町内すべての関連機関が対象！

11

協働化は単なるコスト削減ではなく、現場の「働きやすさ」と経営の「安定化」を同時に実現する。

職員側のメリット

現場の負担軽減とキャリア形成



業務負担の軽減と
休暇の取得しやすさの向上



ICT活用による業務の効率化



共同研修や多職種交流による
自己成長・スキルの向上

経営側のメリット

持続可能な経営基盤の構築



共同採用・共同サイト等による
採用力の強化



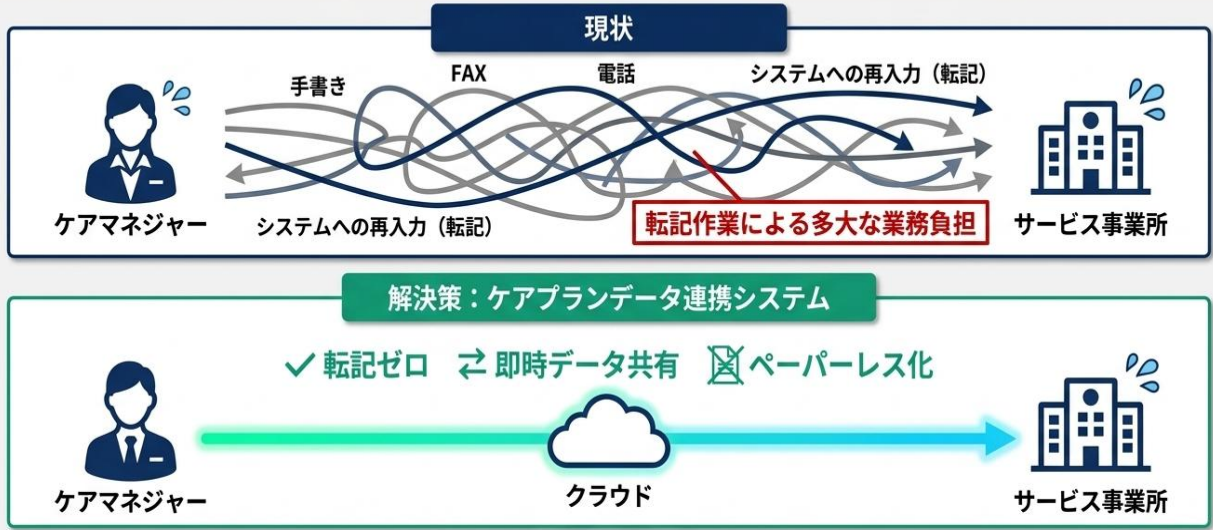
物品の共同購入や事務の共同化
によるコスト削減



BCP（事業継続計画）の
対応強化や経営の安定化

12

協働化の第一歩として、アナログ業務を根本から削減する
『ケアプランデータ連携システム』の導入を最優先で実行する。



13

オンライン定期研修会



芳野病院



老人保健施設



特別養護老人ホーム

介護施設と協力医療機関・芳野病院のオンライン定期研修会 より

14

Lead Message

経営協働化の真の目的はコスト削減ではない。
「働きやすい仕組み」を作り、地域住民が安心して暮らせる環境を未来へ繋ぐことである。

安心して暮らせる環境

将来にわたって持続可能な
医療・介護・福祉サービスの維持

負担の少ない協働

オンライン活用(グループワーク・リアルタイムアンケート)
自由な発想 / 無理のない参加

働きやすい仕組みづくり

DX導入 / 業務負担軽減 /
人員不足下でも定着する職場

「地域資源を共有し、鏡野町の未来を共に創る。」

15

	地域医療連携推進法人	協働化（介護・医療分野）
 イメージ	「制度」 （国が定めルールに基づく）	「仕組み」 （現場主導の業務・経営の工夫）
 目的・影響	全体最適 （地域の医療提供体制の調整）	経営改善・効率化 （個々の事業所の質向上と人材確保）
 組織形態	新たな法人設立 （ガバナンスの構築）	独立性を維持 （柔軟な連携）
 対象・連携内容	医療機関中心 （病床機能の分担・地域医療計画の実行）	幅広い事業者による共同化 （人事・ICT・購買等バックオフィスの共有）

16

入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

入院料ごとの役割に応じた出来高算定可能な見直し

- 入院料ごとに医療機能を適切に評価し、機能に応じた患者の入棟を円滑にする観点から、入院料に薬剤料が包括されない薬剤及び注射薬について、以下の見直しを行い、介護保険との給付調整についても同様の対応を行う。
- 別表第 5 の 1 の 2、4 及び 5 が適用されていた入院料（除外薬剤の種類が限られていた入院料）のうち、**回復期リハビリテーション病棟入院料や精神病棟で算定される特定入院料等**（緩和ケア病棟入院料以外）において、
① 抗悪性腫瘍剤
② 疼痛コントロールのための医療用麻薬
③ エリスロポエチン等の腎性貧血に対して使用する薬剤
を出来高算定可能な薬剤に追加し、**地域包括ケア病棟入院料等と薬剤の包括範囲を統一**する。
これに伴い、除外薬剤・注射薬の別表を 1 つにまとめる。
 - 血友病の患者に使用する医薬品について、**血友病類縁疾患に使用する場合も出来高算定可能**とする。
 - 出来高算定可能な薬剤として、新たに**生物学的製剤及び JAK 阻害薬**（いずれも**免疫・アレルギー疾患の維持期の治療に用いられており、他の治療薬で代替不能な場合に限り**。）**を追加**する。
 - 「令和 6 年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」（令和 6 年 3 月 5 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）に示された、**抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能又は効果を有するものに限り。）に係る取扱いについて、令和 8 年 5 月 31 日をもって終了**し、以降は包括対象とする。
 - 介護保険との給付調整において医療保険で算定する薬剤の範囲について、上記 1 ～ 4 と同様に整理する。

入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲

青字が変更点

改定前の別表番号 (改定後は別表第 5 の 1 の 2)	第 5 + 第 5 の 1 の 2	第 5 の 1 の 2		第 5 の 1 の 3	第 5 の 1 の 4 又は 5	特掲診療料 第 16
入院料等	療養病棟 障害者施設等の注 6、 13、14 有床診療所療養病床	緩和ケア	特定入院 基本料 回リハ 特殊疾患	地域包括医療 地域包括ケア 短期滞在手術	精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料 精神療養病棟入院料 地域移行機能強化病棟入院料	介護老人保健施設・介護医療 院等に入所中の患者、入院中 の患者であって短期入所療養 介護を受けている患者
抗悪性腫瘍剤	○	(包括)	(包括) →○	○	(包括) →○	○※ ※入院中の患者であって短期入所療 養介護を受けている患者を除く
疼痛コントロールのための 医療用麻薬	○	(包括)	(包括) →○	○	(包括) →○	○
エリスロポエチン、ダルベポエ チン、エポエチンベータベゴル、 HIF-PH阻害薬	○	(包括)	(包括) →○	○	(包括) →○	○
インターフェロン製剤	○	○		○	○	○
抗ウイルス剤	○	○		○	○	○
抗ウイルス剤 (新型コロナウイルス治療薬)	○→ (包括)	○→ (包括)		○→ (包括)	○→ (包括)	○→ (包括)
血友病の患者に使用する医薬品	○	○		○	○	○
血液凝固因子障害等（血友病以 外）の患者に使用する医薬品	(包括) →○	(包括) →○		(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○
生物学的製剤、J A K 阻害剤 (免疫・アレルギー疾患の維持 期の治療のために使用され、他 剤で代替不能な場合に限り。)	(包括) →○	(包括)	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○
クロザピン 持続性抗精神病注射薬剤	—	—	—	—	○	—

岡山県北部心不全療養指導ネットワーク (NOHF-net)



メンバー募集

心不全療養指導に関わる・学びたい多職種のみなさんへ

岡山県北部で、心不全療養指導に携わる多職種のつながりを広げるためのネットワークです。
資格の有無を問わず、心不全療養指導に関わりたい方、関わっているが自信がない方も歓迎します。

**有資格者でなくても
大歓迎！**



こんな方におすすめ

- ✓ 心不全患者さんの療養支援に関わっている
- ✓ これから心不全療養指導を学びたい
- ✓ 退院支援や地域連携に関心がある
- ✓ 多職種で情報交換したい
- ✓ 心不全療養指導士の取得を目指す

主な活動

- 多職種交流・情報交換
- 勉強会・症例共有
県民公開講座での講演、運営
- 地域連携の推進
- 心不全療養指導の実践支援

対象



看護師／薬剤師／管理栄養士／理学療法士・作業療法士／
臨床検査技師／医師／MSW／介護・福祉職 など

お問い合わせ・参加希望

NOHF-net 事務局

津山中央病院 循環器内科 藤本
津山中央病院 リハビリテーション部 渡邊
芳野病院 リハビリテーション部 前原
または X (@nohf_net) のDM まで



Xはこちら
@nohf_net

地域で支える心不全療養を、一緒に広げていきましょう

慢性心不全の再入院予防の評価の新設

心不全再入院予防継続管理料の新設

- 心不全治療による再入院予防を推進する観点から、急性心不全で入院した患者に対して、早期から多職種による介入を実施し、退院後も必要な治療を地域で連携して実施した場合について、新たな評価を行う。

(新) 心不全再入院予防継続管理料

- 1 心不全再入院予防継続管理料1 1,000点 (入院中1回に限り算定)
 2 心不全再入院予防継続管理料2 6回目まで700点 7回目以降225点 (1年を限度として月に1回・外来で算定)
 3 心不全再入院予防継続管理料3 6回目まで400点 7回目以降225点 (1年を限度として月に1回・外来で算定)

	管理料1 (入院中)	管理料2 (外来)	管理料3 (外来)
主な施設基準	○一般病棟入院基本料、7対1入院基本料、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 ○心不全再入院予防チーム（心不全指導の経験を3年（医師は5年）以上有する常勤の医師、看護師又は保健師、管理栄養士）の設置（いずれかは研修を修了した者であることが望ましい） ○常勤の薬剤師及び理学療法士の配置 ○心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出 ○院内職員、3を算定する保険医療機関等を対象とした研修会を年に各1回以上実施		○心不全再入院予防チーム（心不全指導の経験を3年（医師は5年）以上有する医師、看護師又は保健師、うち1名以上は常勤）の設置 ○栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ○管理料1又は2の医療機関が主催する研修会への参加
主な算定要件	○心不全を主病とする患者に対し、以下を全て満たす場合に算定 ・心不全に対し、ガイドラインに基づいて心機能の評価、原疾患の精査、リスク評価及び必要な治療等を実施されていること。 ・当該入院中に早期離床・リハビリテーション加算又は心大血管疾患リハビリテーション料を算定していること。 ・当該入院中に入院栄養食事指導料又は薬剤管理指導料のうち、いずれか1つを算定していること。	○初回算定日の6月以内に1を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、ガイドラインに基づき、心不全再入院予防チームが治療効果の評価等を実施し、薬物治療に加え、医師の指示のもと、心不全に関する当該患者に必要な療養指導、食事指導又は運動指導のうちいずれかを1つ以上を個別に合計30分以上実施した場合に算定	○初回算定日の6月以内に1又は2を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、ガイドラインに基づき、治療効果の評価等を実施し、必要な治療を継続して実施した場合に算定
	○心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づき指導計画を作成する。心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に添付又は記載		