

個別事項

(その5:勤務医等の負担軽減等について)

平成25年12月6日

本日の内容

1. 勤務医等の負担軽減等について
2. 院内感染防止対策、救急医療、
周産期・小児医療について
3. 認知症対策について
4. 褥瘡対策について
5. その他

勤務医等の負担軽減等について

1. 病院勤務医の負担軽減について
2. 医師事務作業補助者について
3. 看護職員の負担軽減について
4. チーム医療について
 - (i) 病棟薬剤師について
 - (ii) 在宅患者訪問薬剤管理指導について

1. 病院勤務医の負担軽減について
2. 医師事務作業補助者について
3. 看護職員の負担軽減について
4. チーム医療について
 - (i)病棟薬剤師について
 - (ii)在宅患者訪問薬剤管理指導について

病院勤務医等の負担軽減の課題と論点

【課題】

- 平成24年度診療報酬改定において、病院勤務医の負担軽減の体制を要件とする項目の増加、薬剤師の病棟業務の評価、医師事務作業補助者の配置についての、よりきめ細かい評価等を行っている。
- 「薬剤師の病棟配置等」、「医師事務作業補助者の配置等」等に取り組んでいる割合は高いが、「交代勤務制の導入」や「当直翌日の通常勤務に係る配慮」等は低い傾向がある。
- しかし、医師の勤務時間、当直回数は減少しておらず、総合的に見た勤務状況は、「改善した」「どちらかという改善した」より、「悪化した」「どちらかという悪化した」が多い。
- 勤務医の負担の原因としては、当直や夜間の呼び出しなど、「時間外・休日・深夜の対応」によるものが大きい。
- 現在、診療報酬上、内視鏡検査については「時間外・休日・深夜」の対応の評価を行っておらず、処置、手術の時間外・休日・深夜の加算については、勤務医負担軽減に関する算定要件はない。
- 時間外・休日・深夜の手術のリスクについて、通常の手術よりも死亡率が高い場合がある。また、医師が支援を希望する内容として、時間外緊急手術手当等の時間外・休日・深夜の手術の対応の評価に関するものの割合が一定程度ある。
- 交代勤務制の導入率は低いが、導入した場合の勤務医負担軽減効果は高い。
- 勤務時間を短縮することにより、医療事故発生率低下等、医療安全についての改善効果があるとの報告がある。また、当直明けの手術についてリスクが高いと考える医師の数は多い。
- 他業種との分担による勤務医負担軽減効果について、採血等においては、その効果が高く、取り組まれている割合も高いが、取り組んでいない医療機関が一定数ある。

【論点】

- 時間外・休日・深夜における内視鏡検査について、新たな評価を設けることをどのように考えるか。
- 時間外・休日・深夜の処置(1000点以上の処置に限る)・手術の評価を充実させることをどのように考えるか。
- 時間外・休日・深夜の処置(1000点以上の処置に限る)・手術の評価を更に充実させる際に、下記を要件とすることをどのように考えるか。
 - ・医師の時間外・休日・深夜の対応に関する配慮を実施すること(予定手術前の当直の免除や交代勤務制の導入、時間外・休日・深夜の対応に対する手当)
 - ・採血・静脈注射・留置針によるルート確保について、他業種との役割分担の推進すること

(H24改定時の対応) 病院医療従事者の勤務体制の改善等①

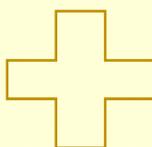
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を要件とする項目を今般新たに評価する項目等に拡大し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善を推進する。

8項目から15項目に対象拡大

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目】

現行

- ① 総合入院体制加算
- ② 医師事務作業補助体制加算
- ③ ハイリスク分娩管理加算
- ④ 急性期看護補助体制加算
- ⑤ 栄養サポートチーム加算
- ⑥ 呼吸ケアチーム加算
- ⑦ 小児入院医療管理料1及び2
- ⑧ 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合



新たに追加

- ⑨ 総合周産期特定集中治療室管理料
- ⑩ (新)小児特定集中治療室管理料(スライド10)
- ⑪ (新)精神科リエゾンチーム加算(スライド41)
- ⑫ (新)病棟薬剤業務実施加算(スライド45)
- ⑬ (新)院内トリアージ実施料(スライド34)
- ⑭ (新)移植後患者指導管理料(スライド42)
- ⑮ (新)糖尿病透析予防指導管理料(スライド92)

(H24改定時の対応) 勤務医負担軽減策の見直しのイメージ

要件とする項目

- ① 総合入院体制加算(旧:入院時医学管理加算)
- ② 医師事務作業補助体制加算
- ③ ハイリスク分娩管理加算
- ④ 急性期看護補助体制加算
- ⑤ 栄養サポートチーム加算
- ⑥ 呼吸ケアチーム加算
- ⑦ 小児入院医療管理料1及び2
- ⑧ 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

負担軽減の項目

- ・ 医師・看護師等の業務分担
- ・ 医師に対する医療事務作業補助体制
- ・ 交代勤務制導入
- ・ 短時間正規雇用の医師の活用
- ・ 地域の他の医療機関との連携
- ・ 外来縮小の取り組み

いずれの項目も任意

改定後

- ① 総合入院体制加算(旧:入院時医学管理加算)
- ② 医師事務作業補助体制加算
- ③ ハイリスク分娩管理加算
- ④ 急性期看護補助体制加算
- ⑤ 栄養サポートチーム加算
- ⑥ 呼吸ケアチーム加算
- ⑦ 小児入院医療管理料1及び2
- ⑧ 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

- ⑨ 総合周産期特定集中治療室管理料
- ⑩ 小児特定集中治療室管理料
- ⑪ 精神科リエゾンチーム加算
- ⑫ 病棟薬剤業務実施加算
- ⑬ 院内トリアージ実施料
- ⑭ 移植後患者指導管理料
- ⑮ 糖尿病透析予防指導管理料

新規追加

【必須項目】

- ・ 医師・看護師等の役割分担

一定以上医師が配置されている、小児、産科、救急関係入院料では必ず検討する事項とする
(左の青字項目で必須)

【一部の病院で必須】

- ・ 交代勤務制導入
- ・ 外来縮小の取り組み

特定機能病院及び一般病床が500床以上の病院では必ず検討することとする

【任意項目】

- ・ 医師に対する医療事務作業補助体制
- ・ 短時間正規雇用の医師の活用
- ・ 地域の他の医療機関との連携
- ・ (新) 予定手術前の当直に対する配慮

(H24改定時の対応)チーム医療の推進

薬剤師の病棟における業務に対する評価

- 薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設し、勤務医の負担軽減等を図る。

(新) 病棟薬剤業務実施加算 100点(週1回)

[算定要件]

薬剤師が病棟において病院勤務医等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薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施している場合に、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。

[施設基準]

- (1) 病棟※ごとに専任の薬剤師が配置されていること。
(※障害者施設等入院基本料又は特定入院料(病棟単位で行うものに限る)を算定する病棟を除く。)
 - (2) 薬剤師が実施する病棟薬剤業務が十分な時間(1病棟・1週当たり20時間相当以上)確保されていること。
 - (3) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。
 - (4) 当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。
 - (5) 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - (6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
- 病棟薬剤業務実施加算の新設に伴い、実施業務が重複する薬剤管理指導料における医薬品安全性情報等管理体制加算 50点は廃止する。

(H24改定時の対応) 病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

- 医師事務作業補助者の配置について、よりきめ細かく評価し、病院勤務医の負担を軽減する体制の推進を図る。

医師事務作業補助体制加算

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
(新) <u>30対1</u>	<u>410点</u>
(新) <u>40対1</u>	<u>330点</u>
50対1(※)	255点
75対1	180点
100対1	138点

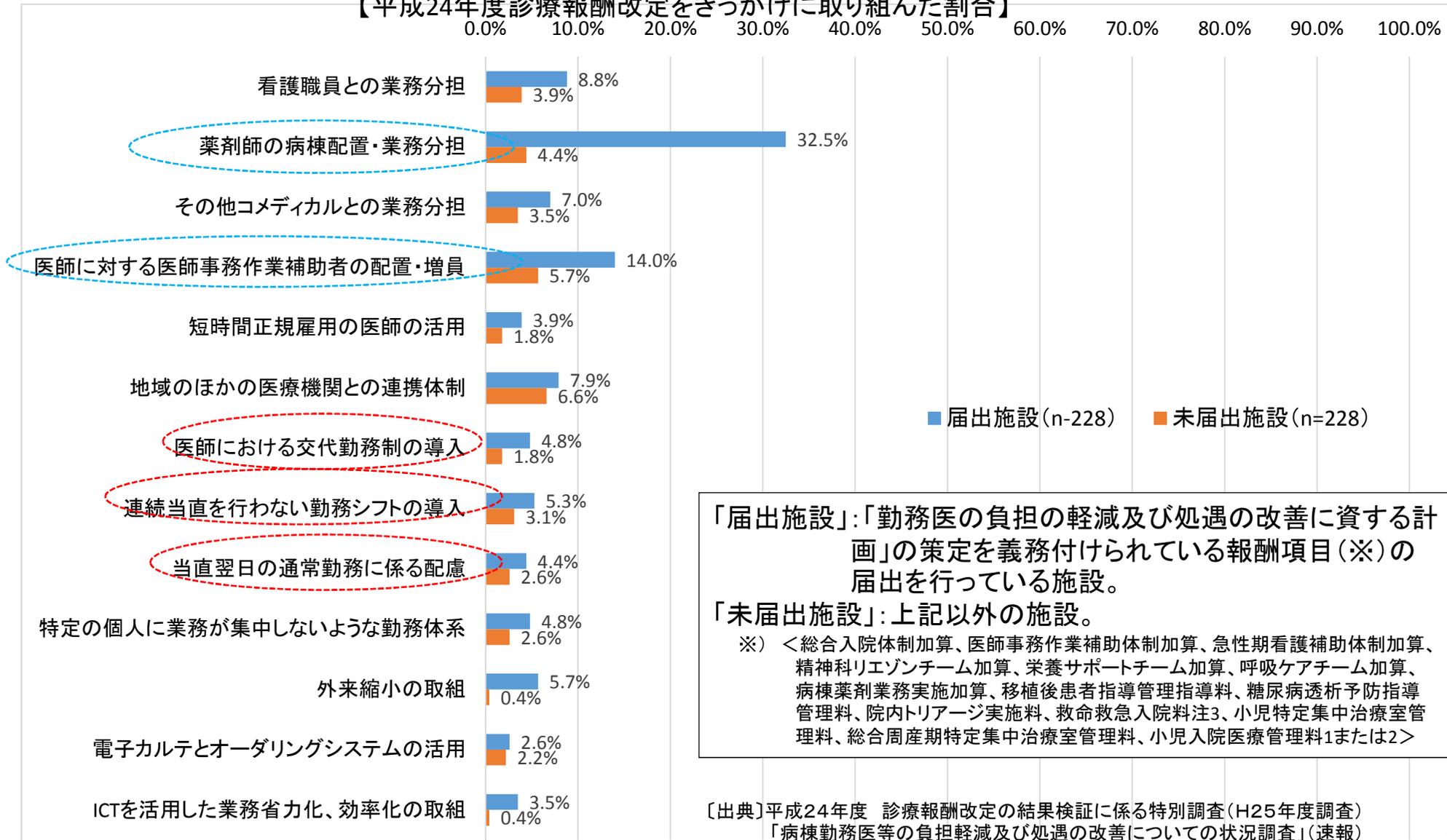
※50対1については、年間の緊急入院患者数の実績要件を緩和する。(年間の緊急入院患者数が100名以上でも算定可能とする。)

- 精神科救急医療に特化した精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料1、精神科救急・合併症入院料でも医師事務作業補助体制加算を算定可能とし、精神科救急医療に携わる医師の負担軽減の推進を図る。

勤務医負担軽減策の取組の契機が平成24年度診療報酬改定であるもの

○「薬剤師の病棟配置等」、「医師事務作業補助者の配置等」に取り組んでいる割合は高いが、「交代勤務制の導入」や「当直翌日の通常勤務に係る配慮」等は低い傾向がある。

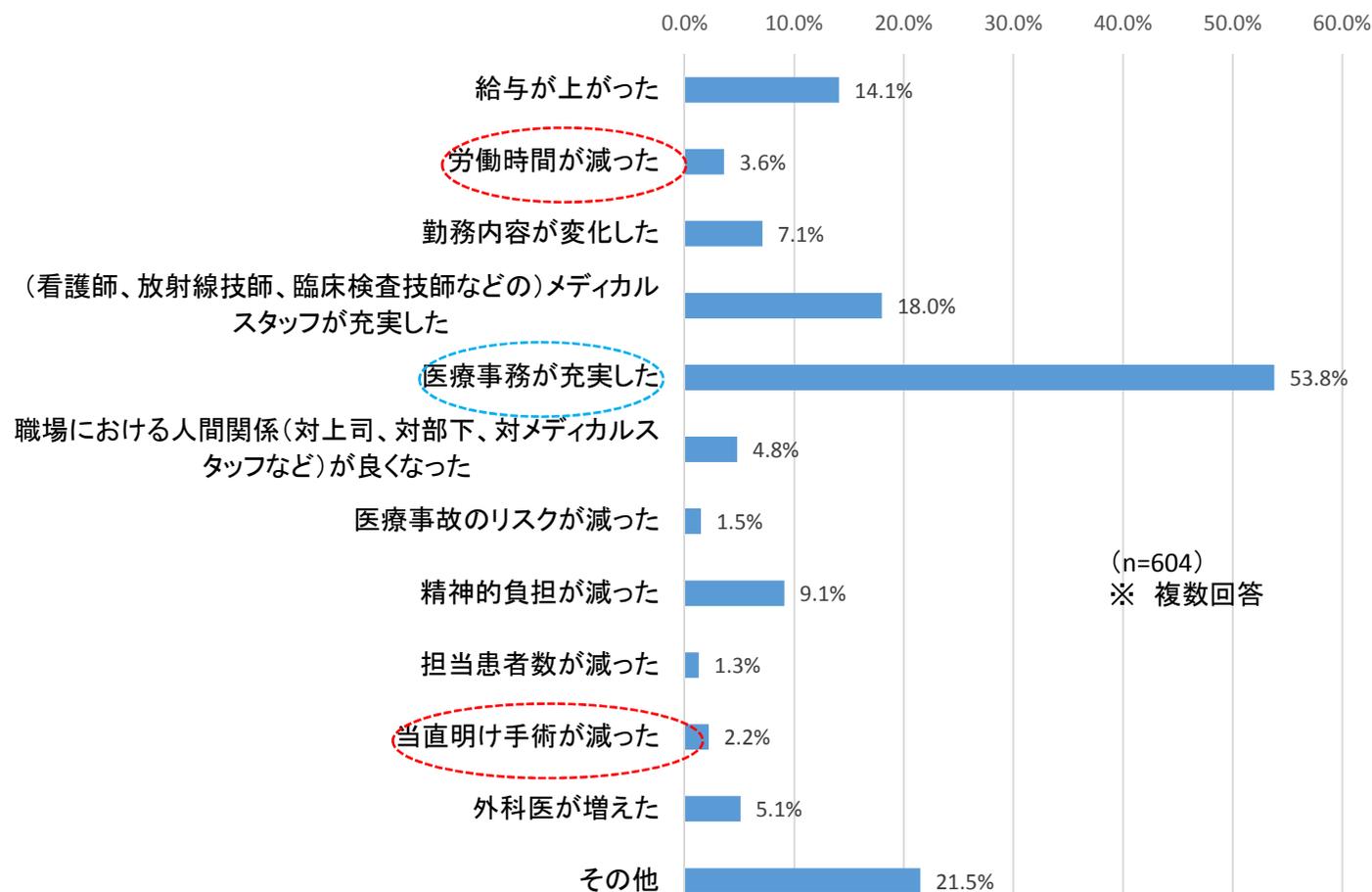
【平成24年度診療報酬改定をきっかけに取り組んだ割合】



労働環境が改善したと感じる点

- 「医師事務が充実した」と感じている割合が大きい、「労働時間が減った」、「当直明け手術が減った」と感じている割合は少ない。

【H24改定後、労働環境が改善したように感じた場合、具体的に改善されたと感じる点】

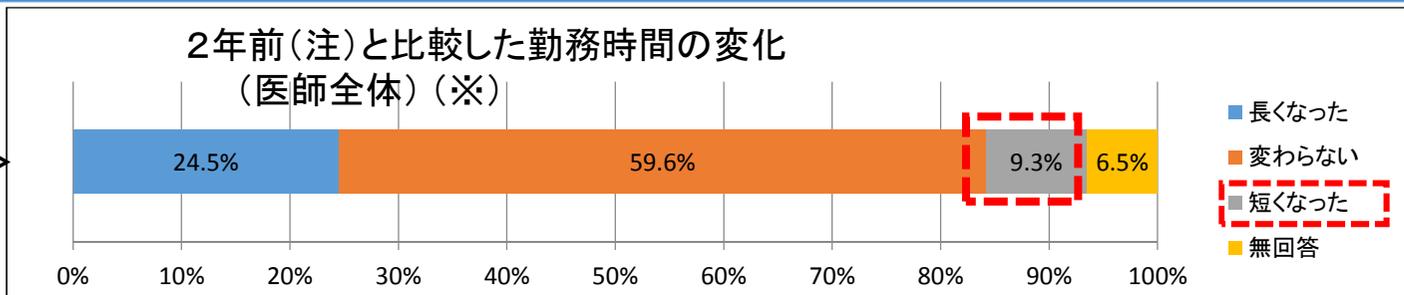


出典:平成24年度「日本外科学会会員の労働環境に関するアンケート調査」より(平成25年2月)

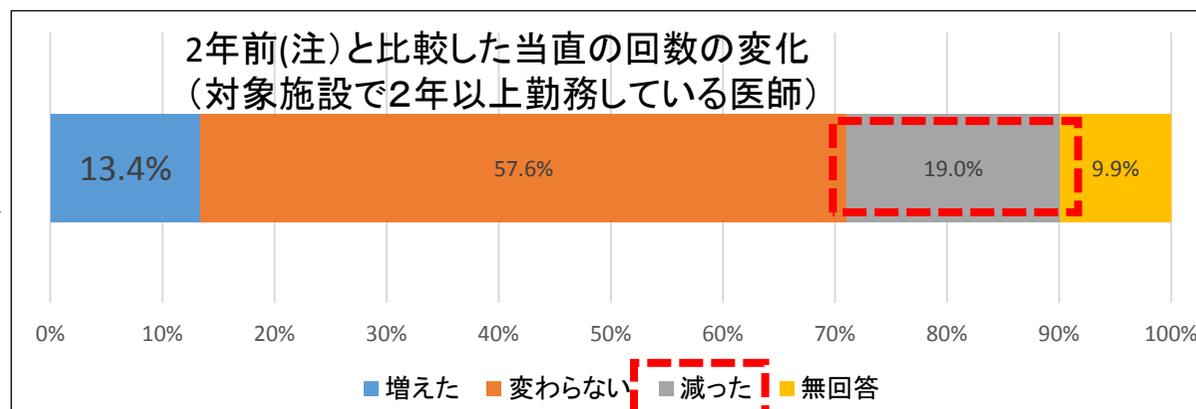
医師の勤務状況の変化

- 勤務時間、当直回数が減少したとする者は、少ない。
- 総合的に見た勤務状況の変化は、「改善した」「どちらかというと改善した」とする者より、「悪化した」「どちらかというと悪化した」とする者が多い。

<勤務時間の変化>

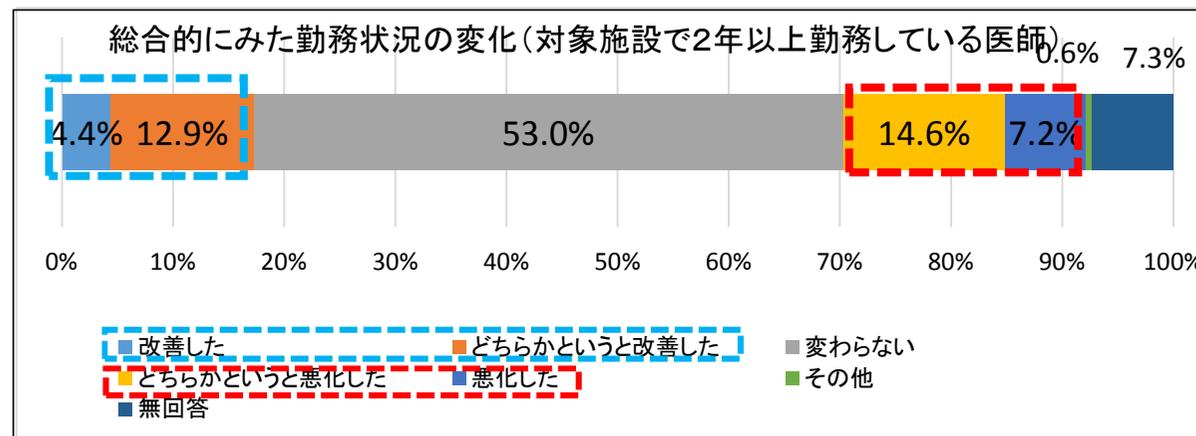


<当直回数の変化>



注)平成23年と平成25年の比較

<総合的にみた勤務状況の変化>



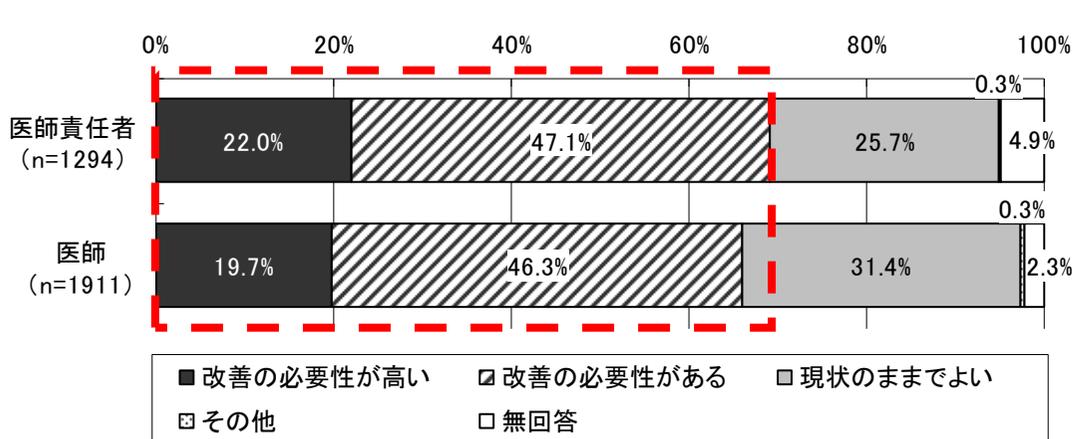
[出典]平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)
「病棟勤務医等の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査」(速報)

勤務状況についての今後の意向等<医師責任者・医師>

医師調査

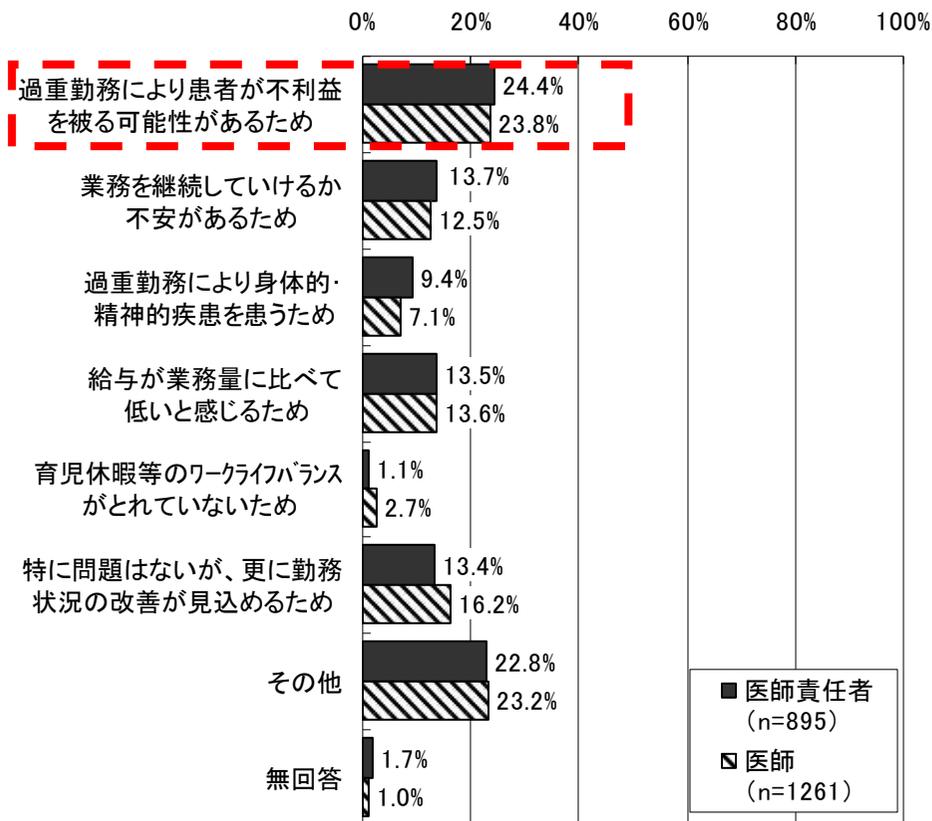
①現在の自身の勤務状況に対する考え

図表 285 現在の自身の勤務状況に対する考え



②現在の自身の勤務状況を改善する必要があるとした最大の理由

図表 286 現在の自身の勤務状況を改善する必要があるとした最大の理由
 (「改善の必要性が高い」「改善の必要性がある」と回答した医師、単数回答)



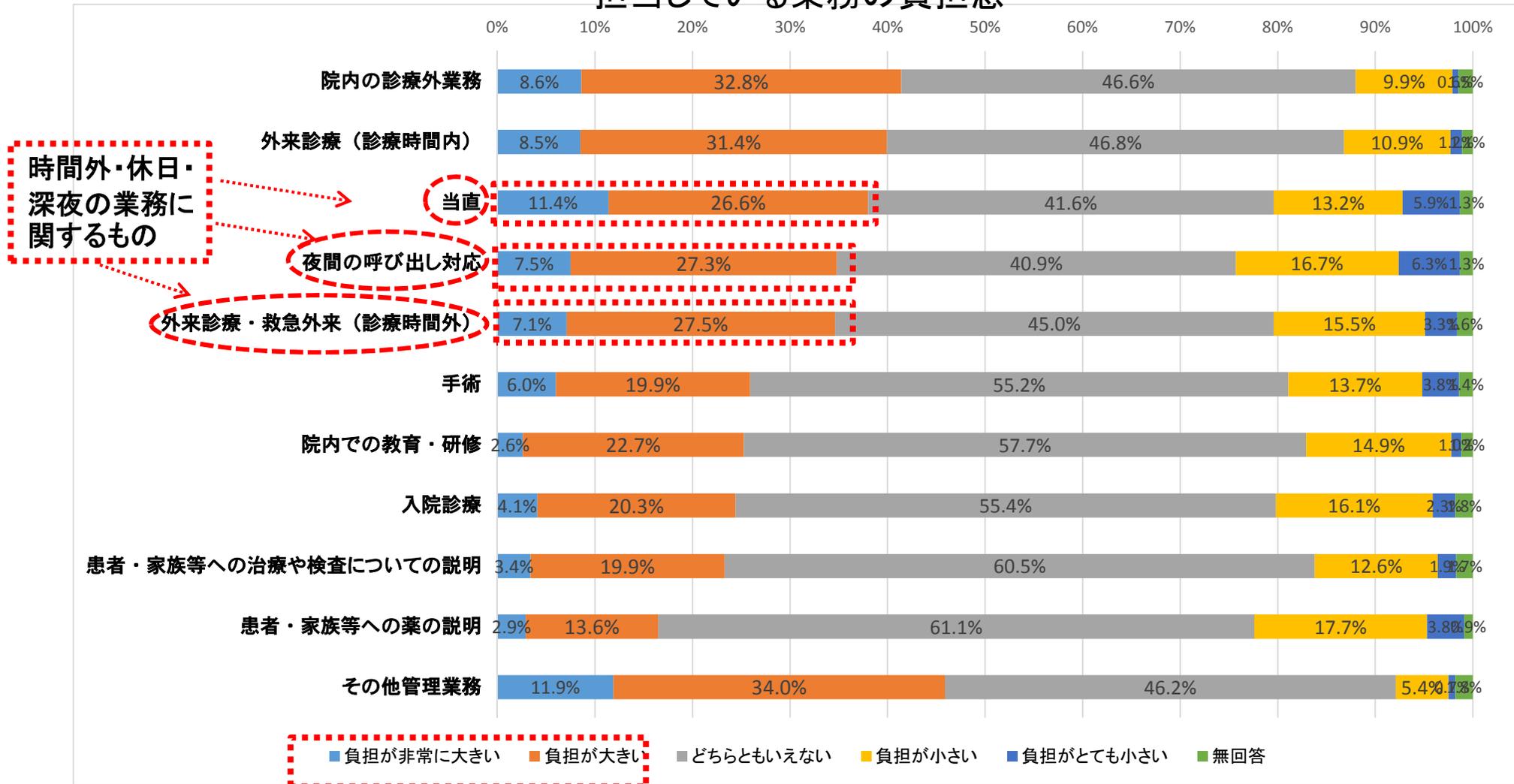
勤務状況について、「改善の必要性が高い」又は「改善の必要性がある」と回答した医師は約7割であり、その最大の理由として、「過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため」と回答した医師が最も多かった。

[出典]平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)
 「病棟勤務医等の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査」(速報)

医師の業務負担感の要因

○ 時間外・休日・深夜の業務に関するものの負担感が大きい

担当している業務の負担感



〔出典〕平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（H25年度調査）
「病棟勤務医等の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査」（速報）

現在の診療報酬における時間外・休日・深夜の対応の評価

- 検体検査、画像診断については、「時間外・休日・深夜」の対応が評価されているが、内視鏡検査については、評価されていない。
- 手術、処置については、「時間外・休日・深夜」の対応が評価されているが、勤務医等の負担軽減等の算定要件は設けられていない。

・ 検査、画像診断

検査	
検体検査	<時間外緊急院内検査加算> 110点
生体検査 ・内視鏡検査	加算なし
画像診断	<時間外緊急院内検査加算> 110点

・ 処置、手術

【勤務医等の負担軽減について、算定要件なし】

処置 (150点以上の処置に限る)	<時間外加算> 所定点数の100分の40 <休日加算> 所定点数の100分の80 <深夜加算> 所定点数の100分の80
手術	<時間外加算> 所定点数の100分の40 <休日加算> 所定点数の100分の80 <深夜加算> 所定点数の100分の80

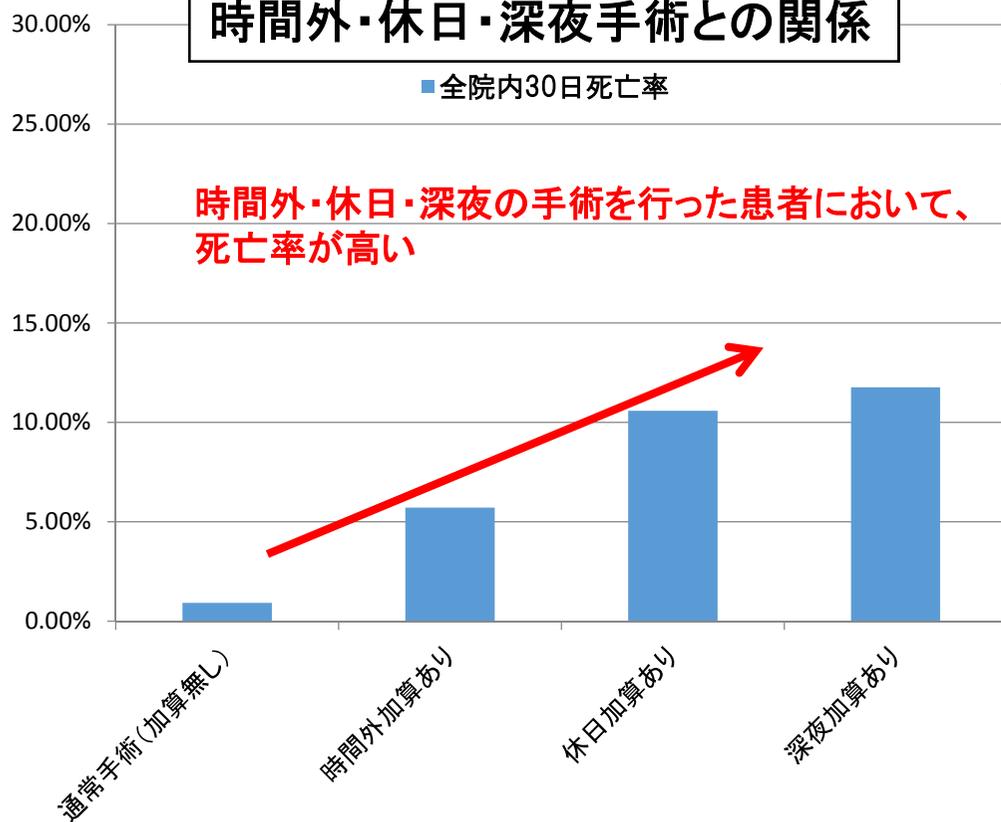
医師の時間外・休日・深夜の対応の負担軽減に係る取組の 具体例

	内容
佐賀大病院	○ <u>緊急診療に対応した医師に対して、(病棟、救急外来において、所定の勤務時間外の診療を2時間以上した場合(交代制の者を除く。)) 手当を支給。</u>
聖マリア病院(産科)	○ <u>準夜帯、深夜帯ごとに担当を置く交代勤務制を実施。</u> ○24時間勤務の後の日勤を休みとしている。 ○夜勤は通常業務と同じ給与体系だが、 <u>夜間の分娩等の手当等</u> がある。
藤沢市民病院(小児科)	○ <u>2名が1カ月間、曜日交代(週3回)で夜勤勤務(16:30~翌9:00)に専念する取組を実施。(原則、昼間の一般外来、病棟受持ちは免除)</u> ○土曜、日曜は別の医師が夜勤を担当。 ○準夜帯の応援医師(1名)は22時まで勤務(翌日全休、又は半休)

時間外・休日・深夜の手術のリスク・手当等について

- 時間外・休日・深夜の手術を行った患者のリスクについて、通常の手術より、死亡率が高い場合がある。
- 医師自身が希望する支援の内容としては、時間外・休日・深夜の評価に関するものが一定数ある。

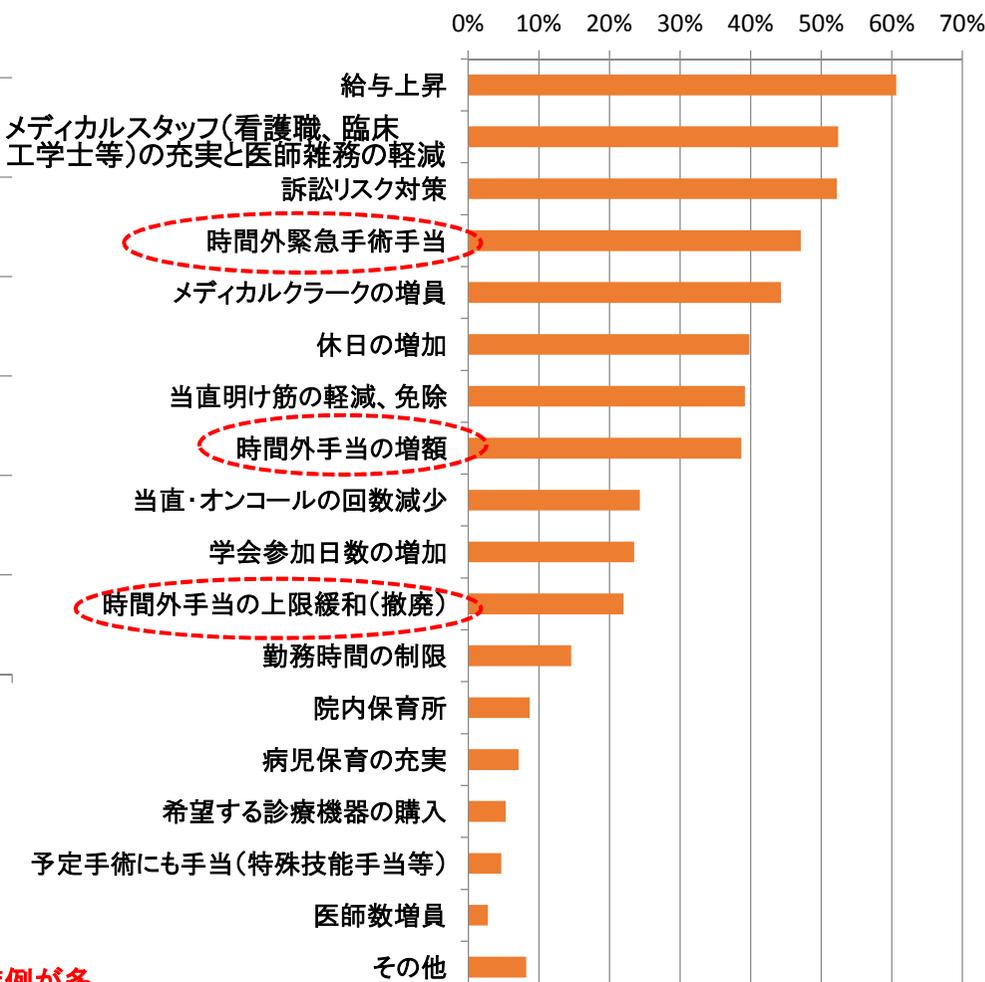
大腸手術の死亡率における 時間外・休日・深夜手術との関係



時間外・休日・深夜の手術を行った患者において、死亡率が高い

・平成24年度DPCデータによる
 ・結腸切除術 全切除, 亜全切除又は悪性腫瘍手術を実施した患者
 ※英国で行われた同様の研究においては、休日等に手術を行う患者は、重症例が多いことが死亡率が高い一因と指摘している。(「待機可能と一旦判断され、結局重症化し、緊急手術が必要になった症例」など) (BMJ 2013;346:f2424) P Aylin et al

医師が希望する支援の内容



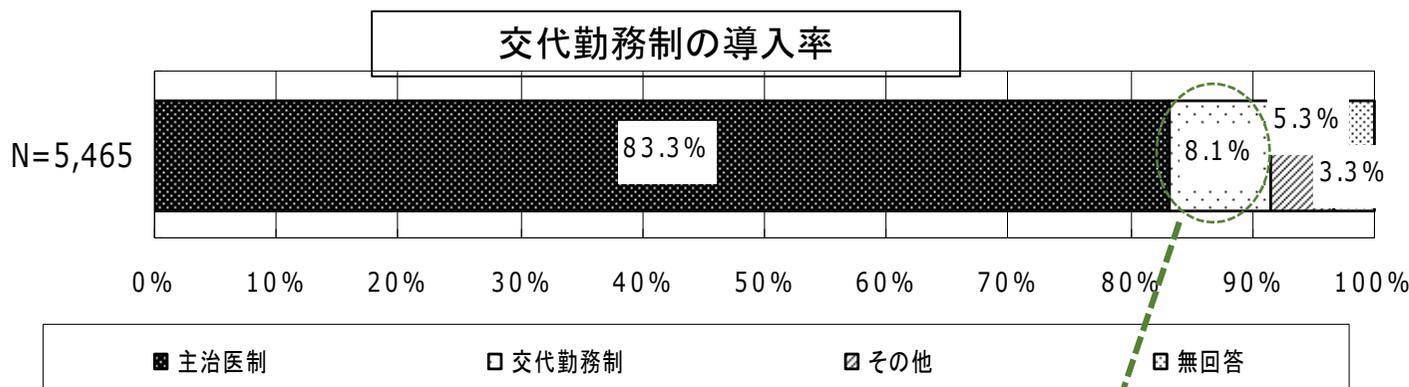
出典:平成24年度「日本外科学会会員の労働環境に関するアンケート調査」より(平成25年2月) ※ 複数回答

交代勤務制の効果

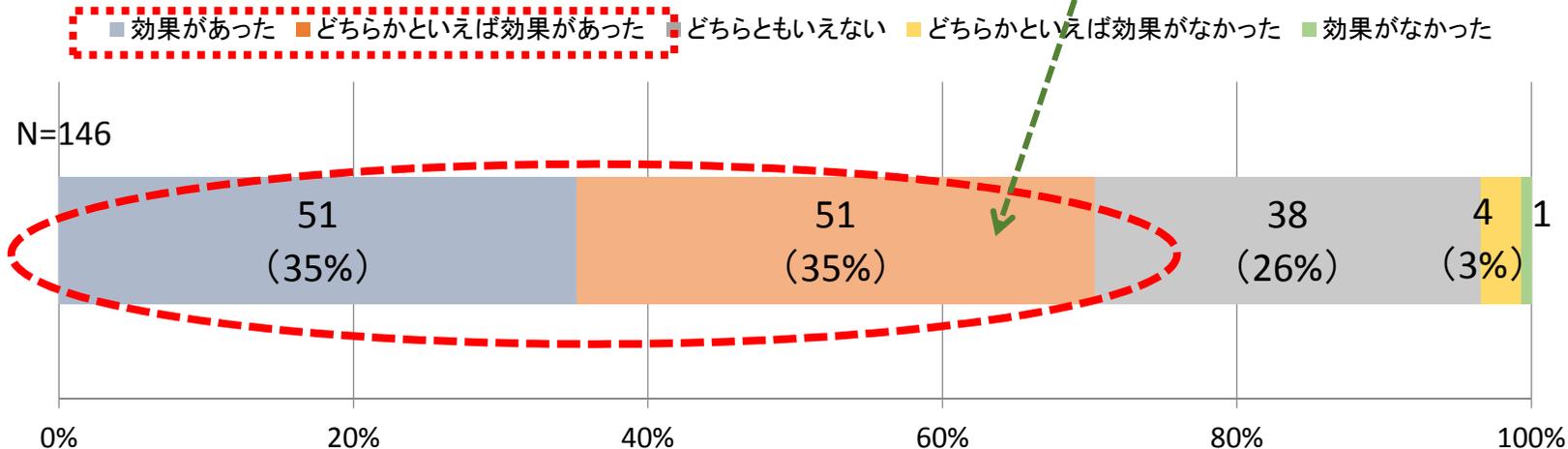
○交代勤務制が実施された場合、その効果は高い。

※主治医制であっても、チーム制とオンコール当番等を組み合わせることで、主治医に、緊急連絡等が集中しない仕組みを実施している場合もある。

(チーム制: チーム内で患者を共有し、患者への対応がチーム内の誰でも行えるようにする仕組み)



交代勤務制導入による負担軽減の効果



勤務時間の短縮が医療安全に与える影響について

●勤務時間の医療安全に与える影響を分析した先行研究をレビューした論文※によると、4つの研究は勤務時間を短縮するという介入により、医療事故の減少等、医療安全の改善に効果があったという報告であった。

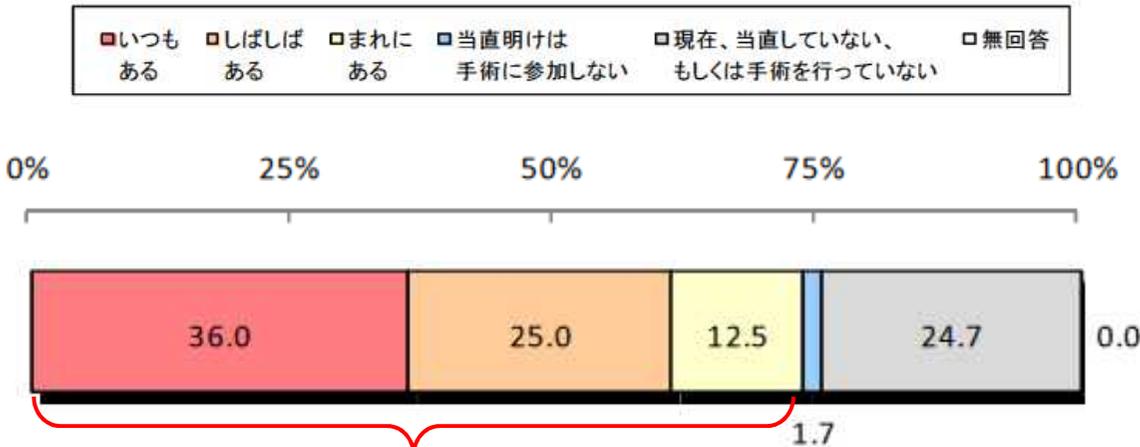
※ Ehara A. Are long physician working hours harmful to patient safety?.Pediatr Int .2008;50:175-178

研究	研究デザインと対象	対照	介入	結果
Landrigan et al. ¹	Prospective, randomized study 研修医	従来型の3日1回、24時間以上(34時間)の勤務をするグループ	○ 連続勤務を行わない (1シフトを16時間までに制限 +週の勤務時間を削減)	重大な医療事故の発生率を35.9%削減 [対照:136.0] 対 [介入:100.1](患者千人・1日当たり)
Bailit and Blanchard ²	Retrospective cohort study Metro Health Medical Center産婦人科	4日1回オンコール(睡眠時間1~2時間) 36時間/1シフト	○ 連続勤務を行わない。 (勤務時間改革(全てのレジデントは1シフト当たり24時、週80時間以内等)を実施。24時間/1シフト)	出産後出血・新生児蘇生の件数減少 ([対照:2.0%]対[介入1.2%])有意差あり ([対照:30.1%]対[介入:26.3%])有意差あり
Baldwin et al. ³	Descriptive study 卒後1~2年のレジデント	週80時間以上の勤務	○ 初期研修医を週80時間未満の勤務とする。	重大な事故や障害の減少 週80時間勤務するレジデントは、週80時間未満勤務するレジデントより、重大な事故や障害の経験が1.58倍上昇する。
Mann and Danz ⁴	Prospective cohort study 研修医の放射線科プログラム	放射線科プログラムにおいて、オンコール対応レジデントに、そのレジデントを夜間サポートする流動的な補助レジデントを配置 補助レジデントがいなければ、睡眠時間は2.75時間(33時間勤務)	○補助レジデントによる、睡眠時間の確保(5.75時間(33時間勤務))	誤診率が減少 (レジデントと主治医の診断の不一致) [補助なし:1.69/1シフト] 対 [補助あり:1.0/1シフト]

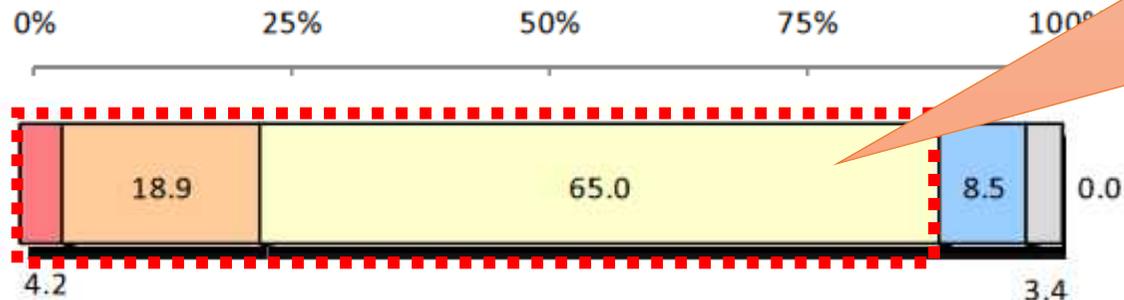
1. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care unit. N Engl J Med.2004; 351: 1838-1848.
2. Balit JL, Blanchard MH. The effect of house staff working hours on the quality of obstetric and gynecologic care. Obstet Gynecol.2004; 103: 613-616.
3. Baldwin DC, Daugherty SR, Tsai R, et al. A national survey of residents' self-reported work hours; Thinking beyond specialty. Acad Med.2003; 78: 1154-1163.
4. Mann FA, Danz PL. The night stalker effect: Quality improvements with a dedicated night-call rotation. Invest Radiol.1993; 28: 92-96.

外科医の当直明けの手術参加について

最近（ここ1～2年）における、当直明けの手術参加の有無－全体－



当直が手術に与える影響



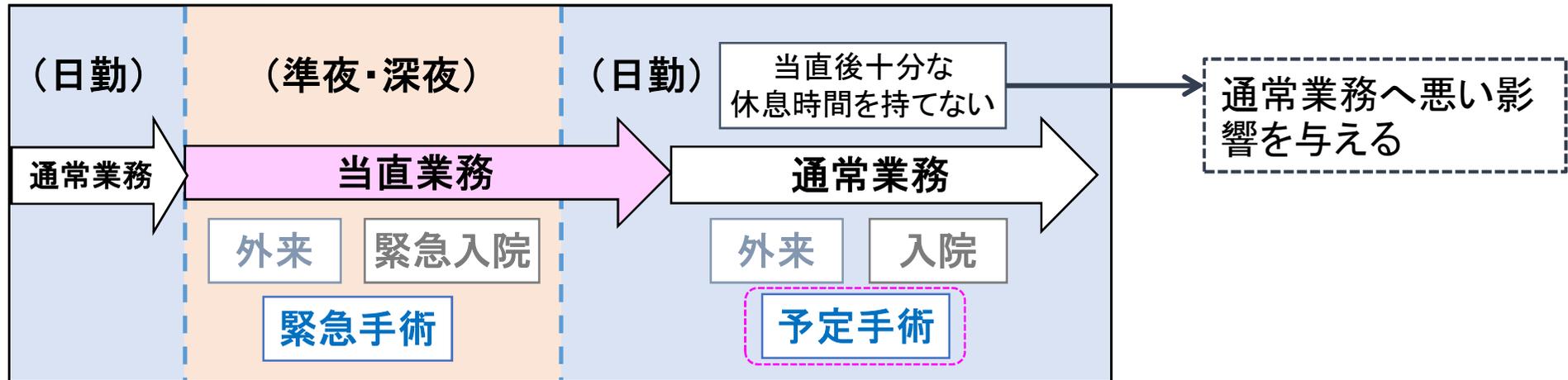
当直明けに手術参加している外科医の約88%が「当直が手術に影響を与える」としている。

出典：平成24年度「日本外科学会会員の労働環境に関するアンケート調査」より(平成25年2月)

疲労による医療事故・インシデントの経験がある
 医療事故・インシデントはないが、手術の質が低下することが多い
 医療事故・インシデントはないが、まれに手術の質が低下することがある
 当直業務は翌日の手術に影響しない
 その他
 無回答

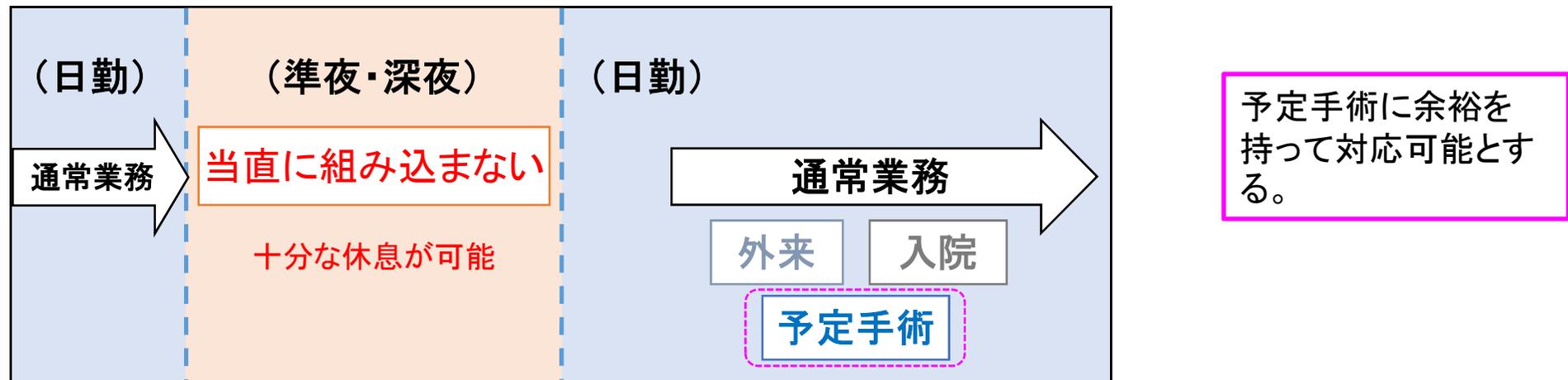
「予定手術前の当直への配慮」のイメージ

① 通常の体制（配慮を行わない場合）



「予定手術前の当直」に組み込まない

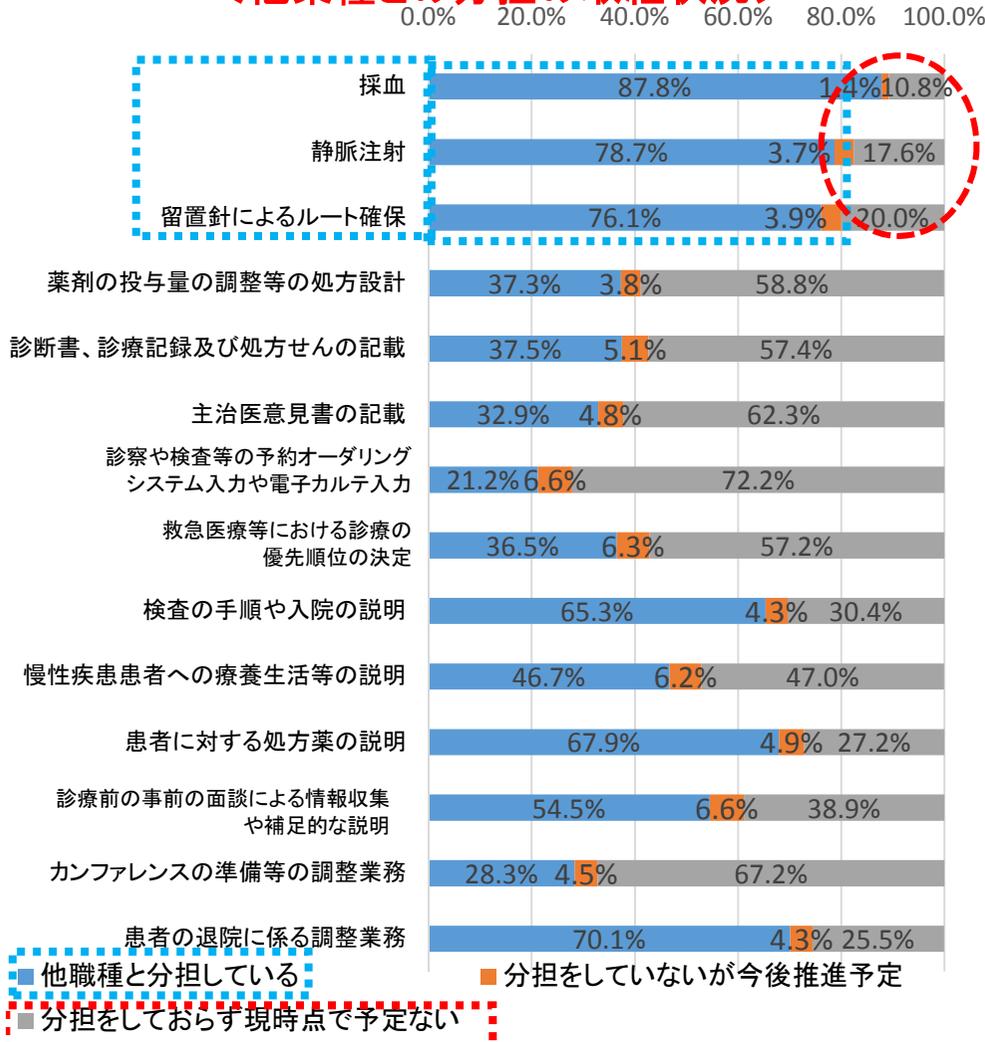
② 配慮を行う場合



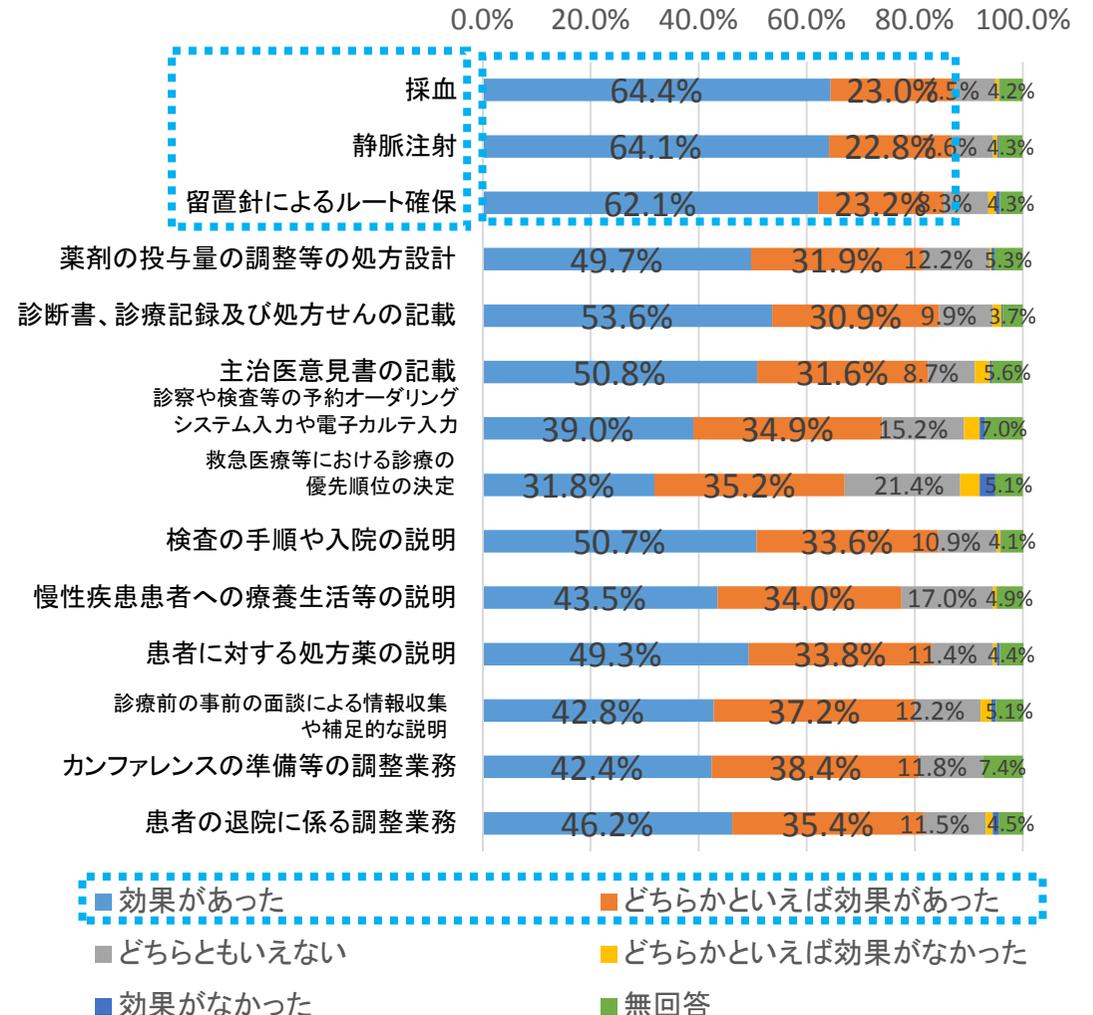
他職種との分担による負担軽減効果と取組状況

○ 採血、静脈注射、留置針によるルート確保については、取り組まれている割合が高く、負担軽減効果も高いが、一部の医療機関では、取組がなされていない。

＜他業種との分担の取組状況＞



＜他業種との分担による負担軽減効果＞



〔出典〕平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)「病棟勤務医等の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査」(速報)

勤務医負担軽減策の見直しのイメージ

現行

- ① 総合入院体制加算(旧:入院時医学管理加算)
- ② 医師事務作業補助体制加算
- ③ ハイリスク分娩管理加算
- ④ 急性期看護補助体制加算
- ⑤ 栄養サポートチーム加算
- ⑥ 呼吸ケアチーム加算
- ⑦ 小児入院医療管理料1及び2
- ⑧ 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合
- ⑨ 総合周産期特定集中治療室管理料
- ⑩ 小児特定集中治療室管理料
- ⑪ 精神科リエゾンチーム加算
- ⑫ 病棟薬剤業務実施加算
- ⑬ 院内トリアージ実施料
- ⑭ 移植後患者指導管理料
- ⑮ 糖尿病透析予防指導管理料

【検討が必須】

- ・ 医師・看護師等の役割分担

【検討が必須(一部の病院)】

- ・ 交代勤務制導入 (左下線部を算定する場合)
- ・ 外来縮小の取り組み(特定機能病院及び一般病床500床以上)

【任意項目】

- ・ 医師に対する医療事務作業補助体制
- ・ 短時間正規雇用の医師の活用
- ・ 地域の他の医療機関との連携
- ・ 予定手術前の当直に対する配慮

処置・手術の時間外・休日・深夜加算(新たに充実した評価を行うもの)を算定する場合

改定後(案)

- ① 総合入院体制加算(旧:入院時医学管理加算)
- ② 医師事務作業補助体制加算
- ③ ハイリスク分娩管理加算
- ④ 急性期看護補助体制加算
- ⑤ 栄養サポートチーム加算
- ⑥ 呼吸ケアチーム加算
- ⑦ 小児入院医療管理料1及び2
- ⑧ 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合
- ⑨ 総合周産期特定集中治療室管理料
- ⑩ 小児特定集中治療室管理料
- ⑪ 精神科リエゾンチーム加算
- ⑫ 病棟薬剤業務実施加算
- ⑬ 院内トリアージ実施料
- ⑭ 移植後患者指導管理料
- ⑮ 糖尿病透析予防指導管理料
- ⑯ **処置(1000点以上の処置に限る)・手術の時間外・休日・深夜加算(新たに充実した評価を行うもの)を算定する場合**

【実施が必須(一部の病院)】

- ・ **予定手術前の当直の免除、交代勤務制*導入または時間外・休日・深夜の緊急対応への手当の実施**
- ・ **医師・看護師等の役割分担(採血、静脈注射、留置針によるルート確保)** ※主治医制であっても、チーム制等により負担軽減を行っている場合を含む

【検討が必須】

- ・ 医師・看護師等の役割分担(一部の病院では採血、静脈注射、留置針によるルート確保以外)

【検討が必須(一部の病院)】

- ・ 交代勤務制の導入(左表の下線部を算定する場合)
- ・ 外来縮小の取り組み(特定機能病院及び一般病床500床以上)

【任意項目】

- ・ 医師に対する医療事務作業補助体制
- ・ 短時間正規雇用の医師の活用
- ・ 地域の他の医療機関との連携
- ・ 予定手術前の当直に対する配慮

病院勤務医等の負担軽減の課題と論点

【課題】

- 平成24年度診療報酬改定において、病院勤務医の負担軽減の体制を要件とする項目の増加、薬剤師の病棟業務の評価、医師事務作業補助者の配置についての、よりきめ細かい評価等を行っている。
- 「薬剤師の病棟配置等」、「医師事務作業補助者の配置等」等に取り組んでいる割合は高いが、「交代勤務制の導入」や「当直翌日の通常勤務に係る配慮」等は低い傾向がある。
- しかし、医師の勤務時間、当直回数は減少しておらず、総合的に見た勤務状況は、「改善した」「どちらかという改善した」より、「悪化した」「どちらかという悪化した」が多い。
- 勤務医の負担の原因としては、当直や夜間の呼び出しなど、「時間外・休日・深夜の対応」によるものが大きい。
- 現在、診療報酬上、内視鏡検査については「時間外・休日・深夜」の対応の評価を行っておらず、処置、手術の時間外・休日・深夜の加算については、勤務医負担軽減に関する算定要件はない。
- 時間外・休日・深夜の手術のリスクについて、通常の手術よりも死亡率が高い場合がある。また、医師が支援を希望する内容として、時間外緊急手術手当等の時間外・休日・深夜の手術の対応の評価に関するものの割合が一定程度ある。
- 交代勤務制の導入率は低いが、導入した場合の勤務医負担軽減効果は高い。
- 勤務時間を短縮することにより、医療事故発生率低下等、医療安全についての改善効果があるとの報告がある。また、当直明けの手術についてリスクが高いと考える医師の数は多い。
- 他業種との分担による勤務医負担軽減効果について、採血等においては、その効果が高く、取り組まれている割合も高いが、取り組んでいない医療機関が一定数ある。

【論点】

- 時間外・休日・深夜における内視鏡検査について、新たな評価を設けることをどのように考えるか。
- 時間外・休日・深夜の処置(1000点以上の処置に限る)・手術の評価を充実させることをどのように考えるか。
- 時間外・休日・深夜の処置(1000点以上の処置に限る)・手術の評価を更に充実させる際に、下記を要件とすることをどのように考えるか。
 - ・医師の時間外・休日・深夜の対応に関する配慮を実施すること(予定手術前の当直の免除や交代勤務制の導入、時間外・休日・深夜の対応に対する手当)
 - ・採血・静脈注射・留置針によるルート確保について、他業種との役割分担の推進すること

1. 病院勤務医の負担軽減について
- 2. 医師事務作業補助者について**
3. 看護職員の負担軽減について
4. チーム医療について
 - (i)病棟薬剤師について
 - (ii)在宅患者訪問薬剤管理指導について

医師事務作業補助者に係る課題と論点

【課題】

- 平成20年度診療報酬改定で導入された医師事務作業補助者の配置は様々な負担軽減策の中でも最も効果が大きく、より多くの医師事務作業補助者を配置していることを要件とする医師事務作業補助体制加算の届出が増加している。
- 各勤務医負担軽減策を実施していない施設のうち、医師事務作業補助者を雇用する経済的負担が大きいため、配置ができないと回答したところが約50%みられた。
- 負担軽減のため必要と考える対策として、「職員配置の増員」を回答する医師が最も多かった。そのうち、医師・看護師の増員以外では、医師事務作業補助者の増員が必要と回答する者が最も多く約50%みられた。
- 一方で、病棟で勤務している医師事務作業補助者は約16%に留まっている

【論点】



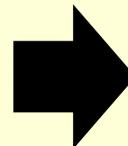
- 医師事務作業補助者の配置による効果を勘案し、当該補助者の勤務場所に一定の制限を設けた上で、医師事務作業補助者との適切な業務分担による勤務医負担軽減を、更に推進することについて、どう考えるか。

再掲 (H24改定時の対応) 病院勤務医の負担を軽減する体制の評価①

- 医師事務作業補助者の配置について、よりきめ細かく評価し、病院勤務医の負担を軽減する体制の推進を図る。

医師事務作業補助体制加算

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
(新) <u>30対1</u>	<u>410点</u>
(新) <u>40対1</u>	<u>330点</u>
50対1(※)	255点
75対1	180点
100対1	138点

※50対1については、年間の緊急入院患者数の実績要件を緩和する。(年間の緊急入院患者数が100名以上でも算定可能とする。)

- 精神科救急医療に特化した精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料1、精神科救急・合併症入院料でも医師事務作業補助体制加算を算定可能とし、精神科救急医療に携わる医師の負担軽減の推進を図る。

(現行) 医師事務作業補助体制加算の施設基準について

[施設基準] ※各項目のいずれかに該当すればよい

1 15対1補助体制加算、20対1補助体制加算の場合

- ・第三次救急医療機関
- ・小児救急医療拠点病院
- ・総合周産期母子医療センター
- ・年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院



2 25対1、30対1、40対1補助体制加算の場合

- ・「15対1又は20対1補助体制加算の施設基準」を満たしている
- ・災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院
- ・年間の緊急入院患者数が200名以上
- ・全身麻酔による手術件数が年間800件以上

3 50対1、75対1、100対1補助体制加算の場合

- ・「15対1及び20対1補助体制加算の施設基準」又は「3 25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準」を満たしている
- ・年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院であること。

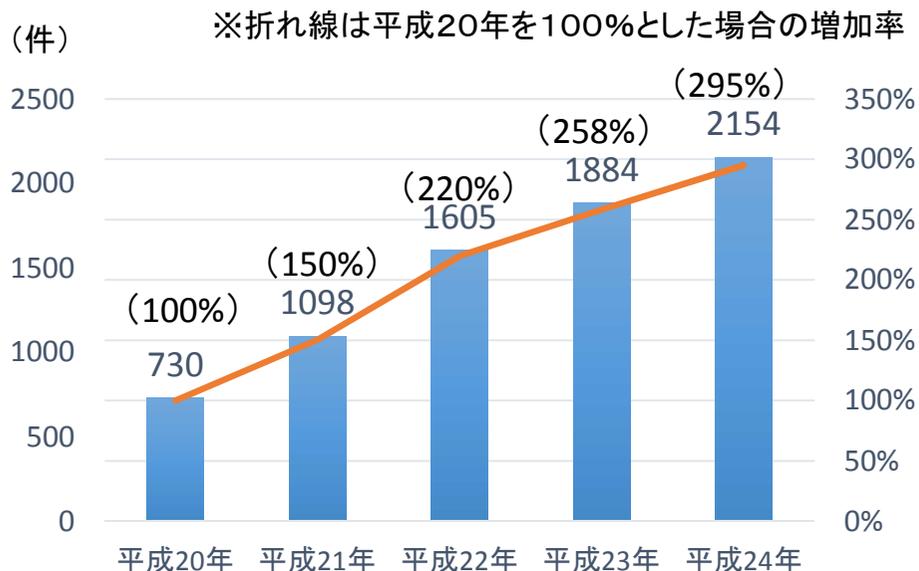
※1 医師事務作業補助者の業務は、医師(歯科医師を含む)の指示の下に、診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業(診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等)並びに行政上の業務(救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等)への対応に限定する。

なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務(DPCのコーディングに係る業務を含む)、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としない。

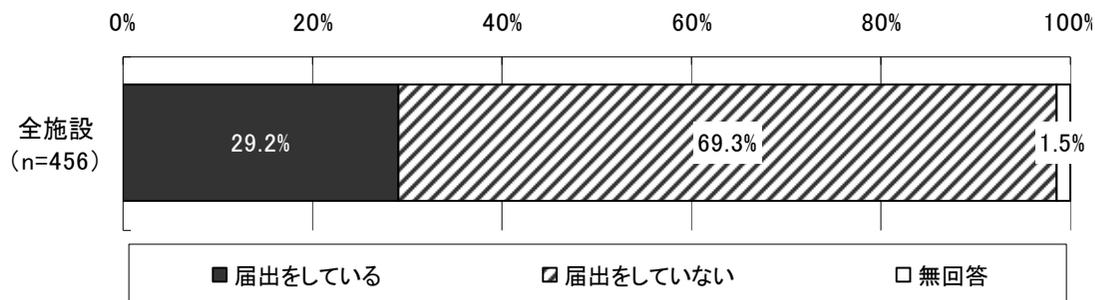
※2 医師事務作業補助者が実際に勤務する場所は、業務として医師の指示に基づく医師の事務作業補助を行う限り問わないことから、外来における事務補助や、診断書作成のための部屋等における勤務も可能である。

医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数

医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数



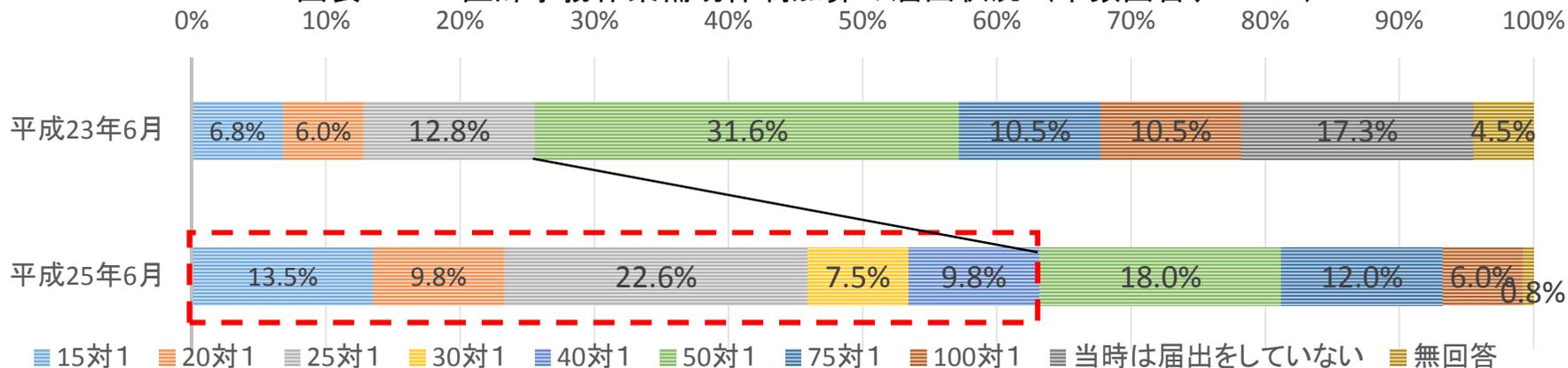
図表 197 医師事務作業補助体制加算の届出状況



〔出典〕平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)「病棟勤務医等の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査」(速報)

保険局医療課調べ

図表 198 医師事務作業補助体制加算の届出状況 (単数回答、n=133)



※平成22年度に15対1、20対1を新設。平成24年度に30対1、40対1を新設。

〔出典〕平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)「病棟勤務医等の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査」(速報)

○ 医師事務作業補助体制加算の届出は増加傾向にあり、特に40対1以上の配置が増加している。

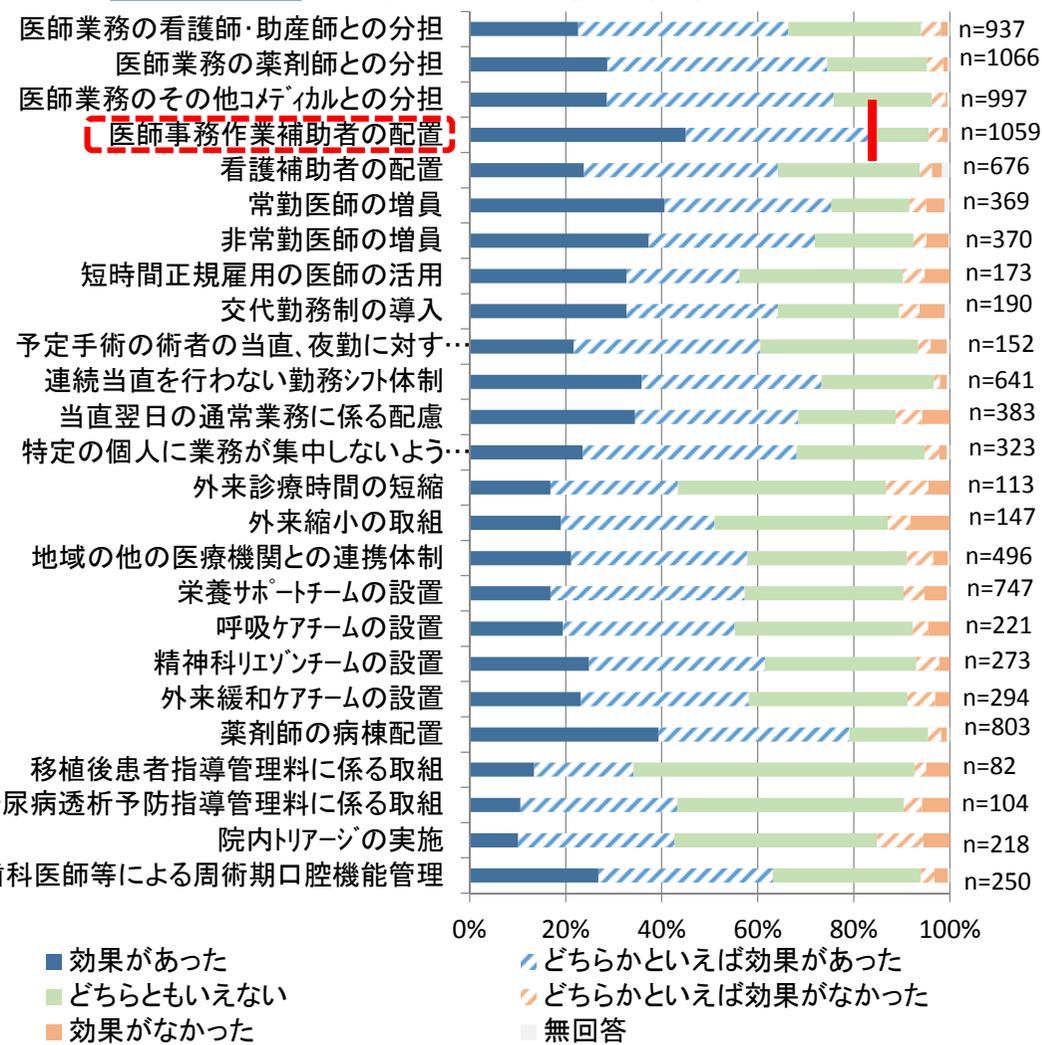
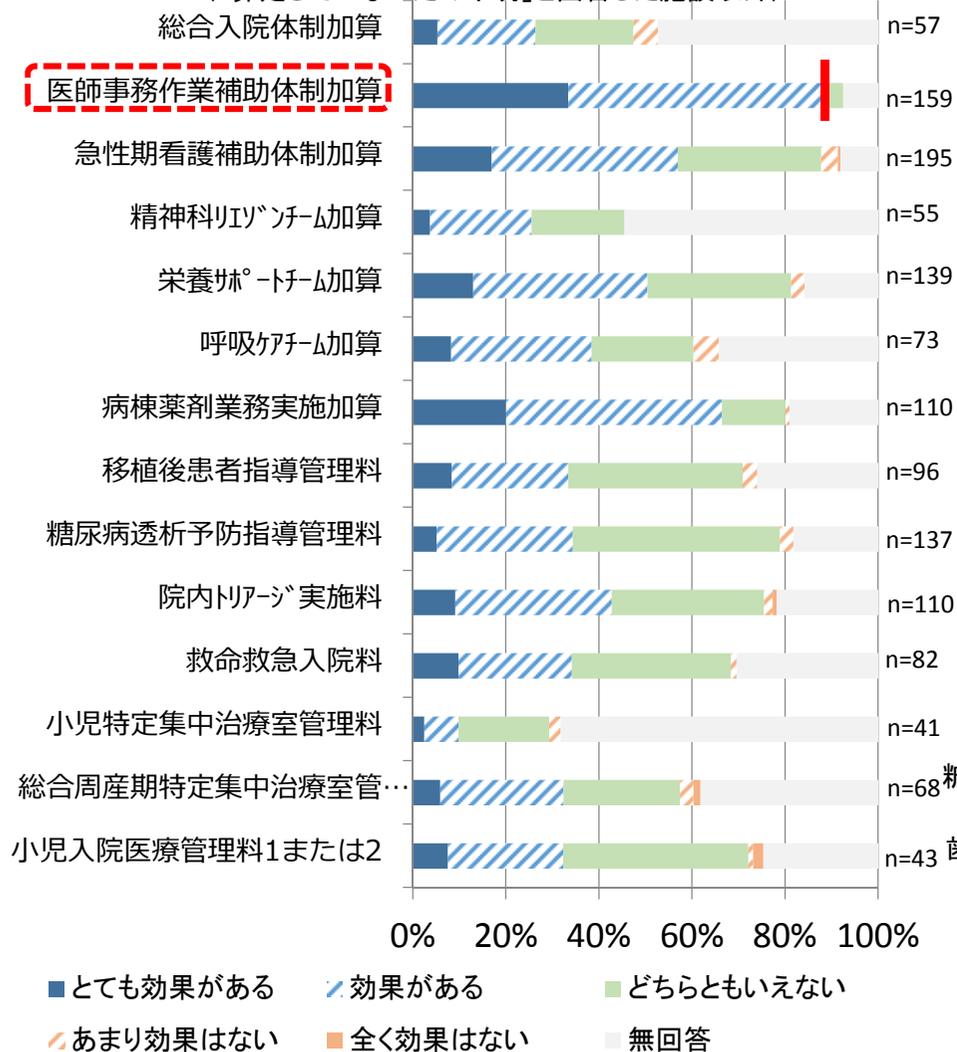
勤務医負担軽減策の効果

病院調査

図表193 勤務医負担軽減策作成義務化診療報酬項目に関する勤務医の負担軽減及び処遇改善上の効果
 (「算定していないため不明」と回答した施設以外)

医師調査

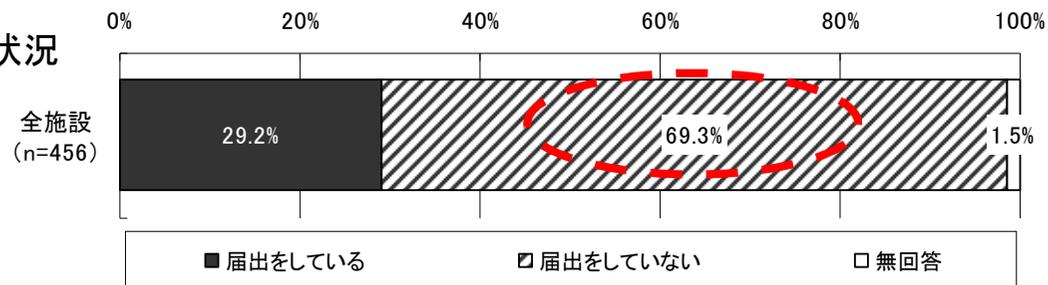
図表268 診療科で取り組んでいる勤務医負担軽減策の効果
 (取り組んでいると回答した医師)



○ 「医師に対する医師事務作業補助者の配置・増員」を導入した施設のうち約8割が効果があったと回答しており、他の項目と比べ、もっとも割合が高い。

医師事務作業補助体制加算の届出が出来ない理由

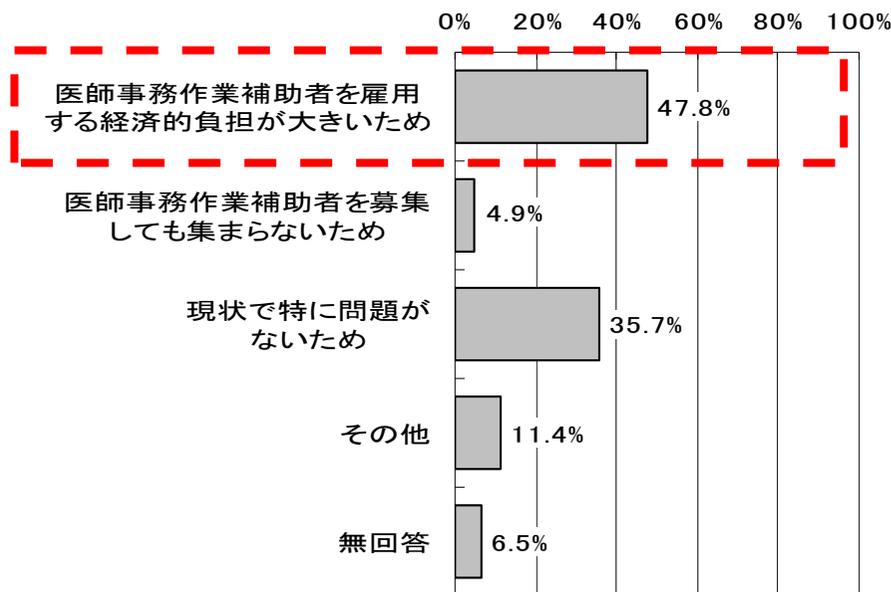
(再掲) 図表 197 医師事務作業補助体制加算の届出状況



医師責任者調査

図表 228 各勤務医負担軽減策を実施していない場合の理由
(実施していない施設、複数回答)

医師事務作業補助者の配置 (複数回答、n=370)



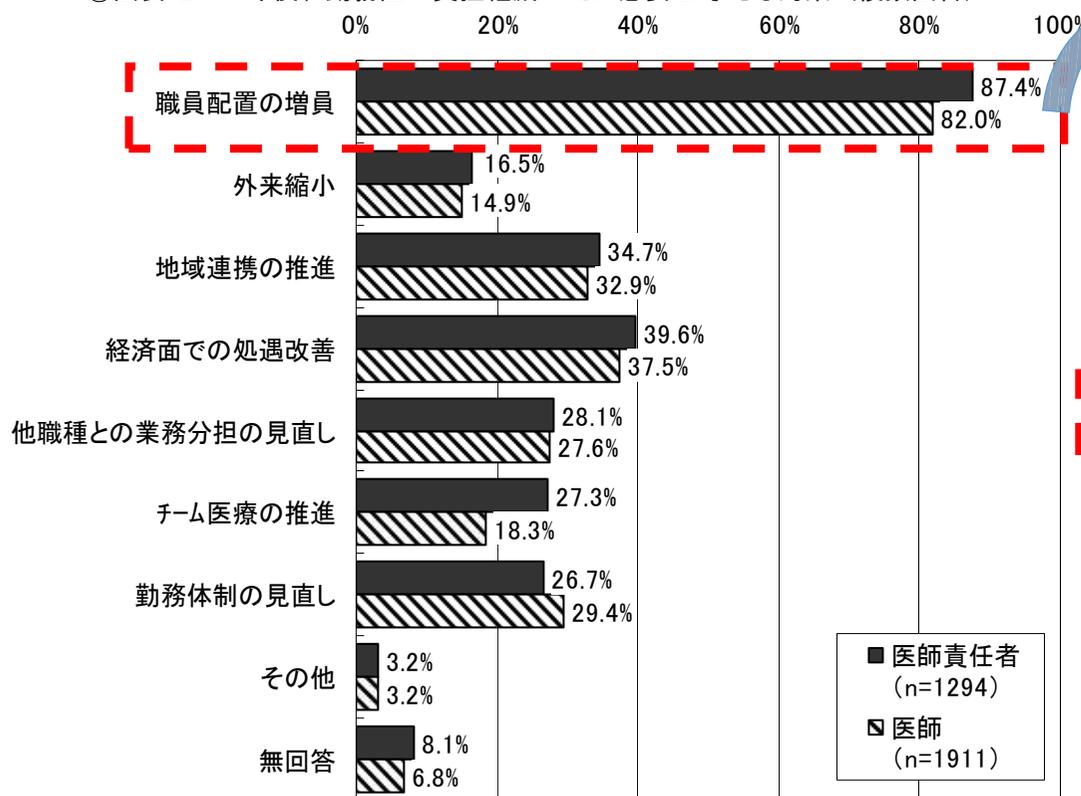
各勤務医負担軽減策を実施していない施設のうち、医師事務作業補助者を雇用する経済的負担が大きいため、配置ができないと回答したところが約50%みられた。

[出典]平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)
「病棟勤務医等の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査」(速報)

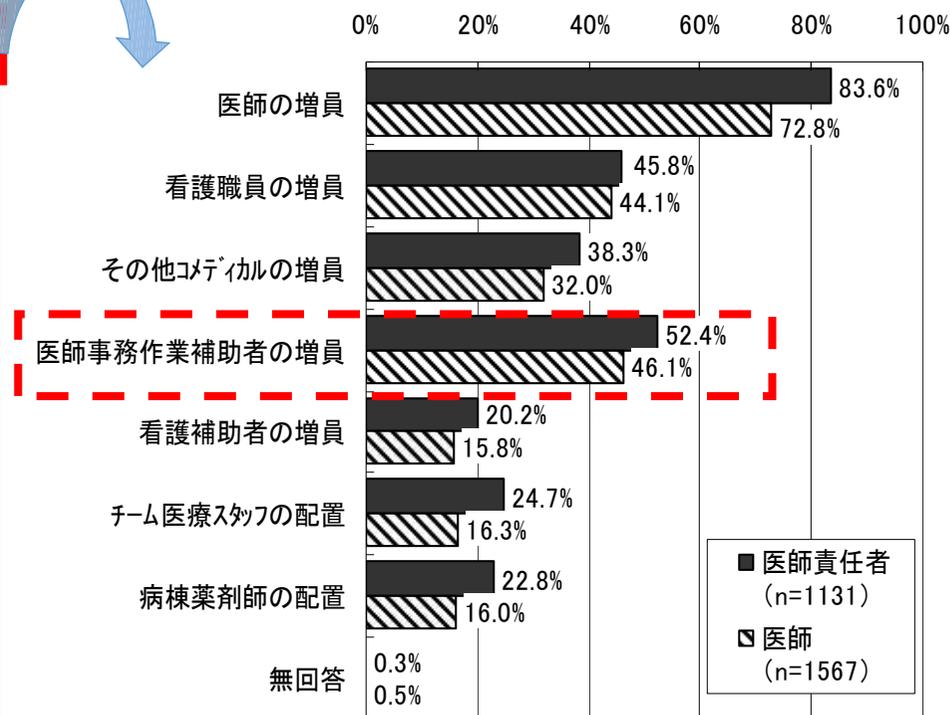
今後、勤務医の負担軽減のため必要と考える対策 ＜医師責任者・医師＞

医師調査

③図表 287 今後、勤務医の負担軽減のため必要と考える対策（複数回答）



図表 288 今後、勤務医の負担軽減のため必要と考える対策として増員が必要な職種として「職員配置の増員」が必要と回答した医師、複数回答

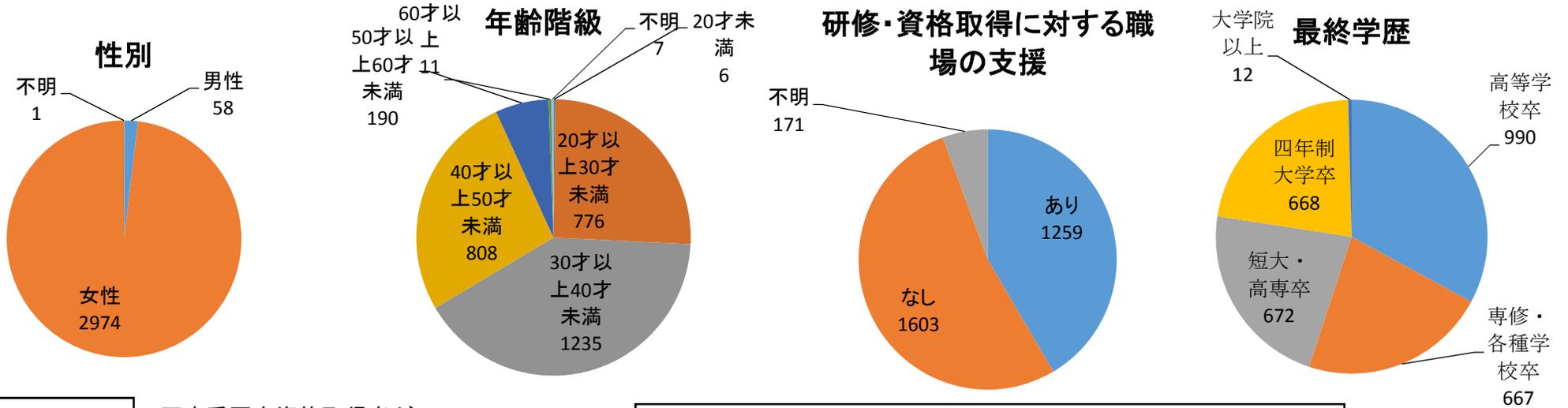


今後、勤務医の負担軽減のため必要と考える対策として、「職員配置の増員」を回答する医師が最も多く、そのうち、医師・看護職員の増員以外では、医師事務作業補助者の増員が必要と回答する者が最も多く約50%みられた。

医師事務作業補助者の概況等について

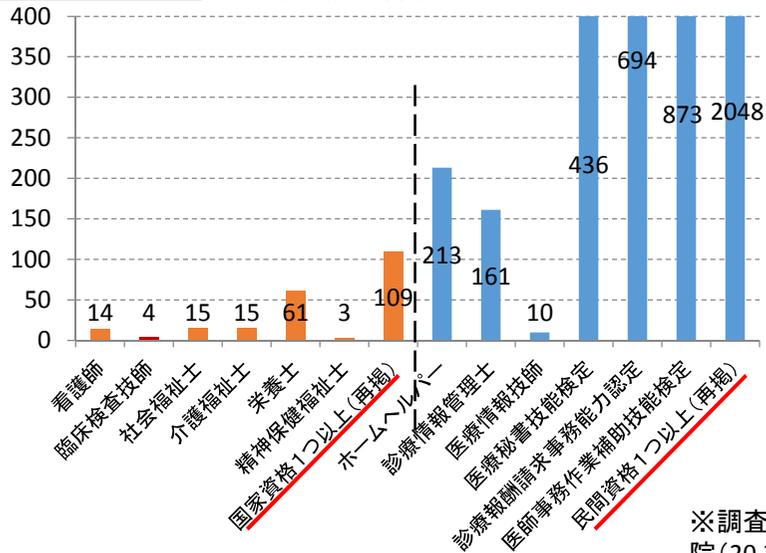
■ 医師事務作業補助者の概況及び教育背景

(n=3,033)

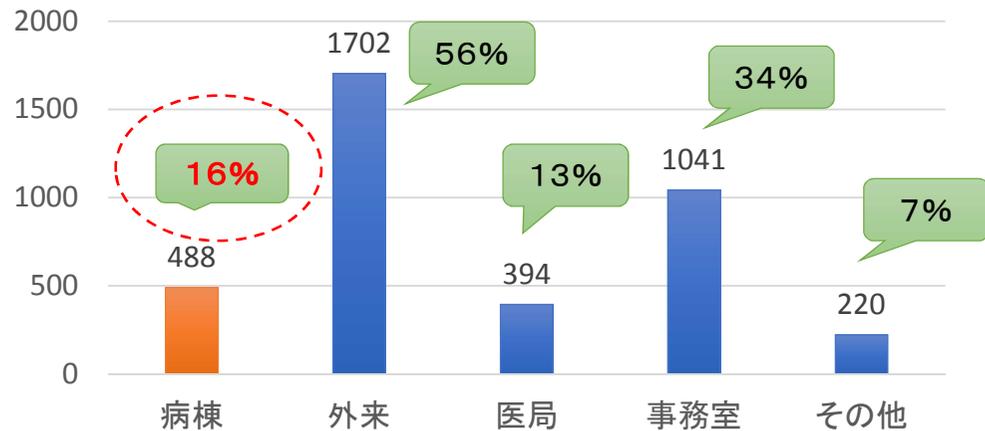


■ 保有資格

医療系国家資格取得者が3.6%
民間資格取得者が67.5%



■ 医師事務作業補助者の勤務場所(複数回答)



※調査対象:平成24年11月1日時点の医師事務作業補助体制加算届出病院2,187施設のうち協力を得られた442病院(20.2%)に勤務する全ての医師事務作業補助者 4,588名。うち、3,033名より有効回答 (有効回答率66.1%)

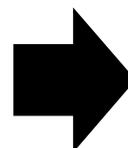
病棟に勤務している医師事務作業補助者は約16%に留まっている

平成26年度診療報酬改定(案)

- 医師事務作業補助者の配置について、より充実した評価を行い、医師事務作業補助者との適切な業務分担による勤務医負担軽減の更なる推進を図る。

医師事務作業補助体制加算

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
30対1	410点
40対1	330点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点



改定後(案)
<u>より充実した評価</u>

※ただし、適切な業務分担による勤務医負担軽減を行えるよう、医師事務作業補助の勤務場所には一定の制限を設ける。

医師事務作業補助者に係る課題と論点

【課題】

- 平成20年度診療報酬改定で導入された医師事務作業補助者の配置は様々な負担軽減策の中でも最も効果が大きく、より多くの医師事務作業補助者を配置していることを要件とする医師事務作業補助体制加算の届出が増加している。
- 各勤務医負担軽減策を実施していない施設のうち、医師事務作業補助者を雇用する経済的負担が大きいため、配置ができないと回答したところが約50%みられた。
- 負担軽減のため必要と考える対策として、「職員配置の増員」を回答する医師が最も多かった。そのうち、医師・看護師の増員以外では、医師事務作業補助者の増員が必要と回答する者が最も多く約50%みられた。
- 一方で、病棟で勤務している医師事務作業補助者は約16%に留まっている

【論点】



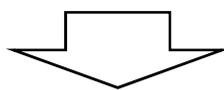
- 医師事務作業補助者の配置による効果を勘案し、当該補助者の勤務場所に一定の制限を設けた上で、医師事務作業補助者との適切な業務分担による勤務医負担軽減を、更に推進することについて、どう考えるか。

1. 病院勤務医の負担軽減について
2. 医師事務作業補助者について
- 3. 看護職員の負担軽減等について**
4. チーム医療について
 - (i)病棟薬剤師について
 - (ii)在宅患者訪問薬剤管理指導について

看護職員の負担軽減に係る課題と論点

【課題】

- 看護補助者の導入は、看護職員だけでなく、勤務医の負担軽減にも効果的であることから、平成22、24年度診療報酬改定において看護補助者を手厚く配置している病棟に対して評価を行ってきた。
- また、急性期を担う医療機関における夜間の手厚い看護配置を評価するために、25対1急性期看護補助体制加算を届出している医療機関に看護職員夜間配置加算を新設した。
- 夜間の看護職員の手厚い病棟は、重症者が多く入院しているにもかかわらず、在院日数が短いという傾向にあった。



【論点】

- 重症度が高い患者を多く受け入れている病棟において、夜間急性期看護補助体制加算および看護職員夜間配置加算の評価の充実を検討してはどうか。

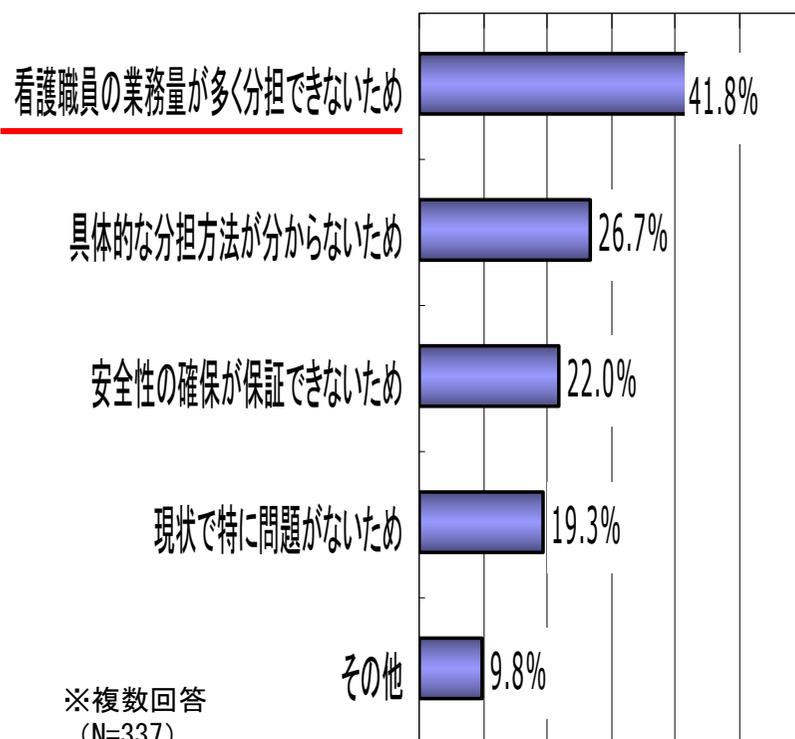
勤務医の負担軽減について

(改)中医協総1-1
平成23.12.7

- 医師・看護職員の業務分担を推進することは、勤務医負担軽減に効果があるとされる一方で、業務分担が進まない理由としては、看護職員の業務量の多さが指摘されている。
- 急性期看護補助体制加算についても約3割が勤務医の負担軽減につながると回答している。

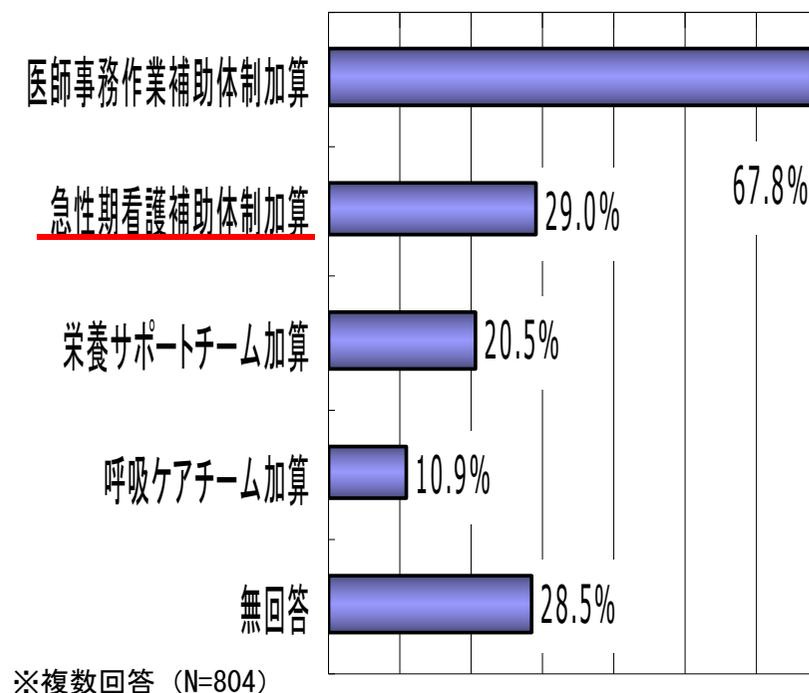
医師業務の看護職員との分担に取り組まない・
取り組めない理由（医師調査）

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60%



勤務医の負担軽減につながる取り組みを評価したもの
のうち、勤務医の負担軽減の取組の促進に効果がある
と考える項目（施設調査：複数回答）

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70%

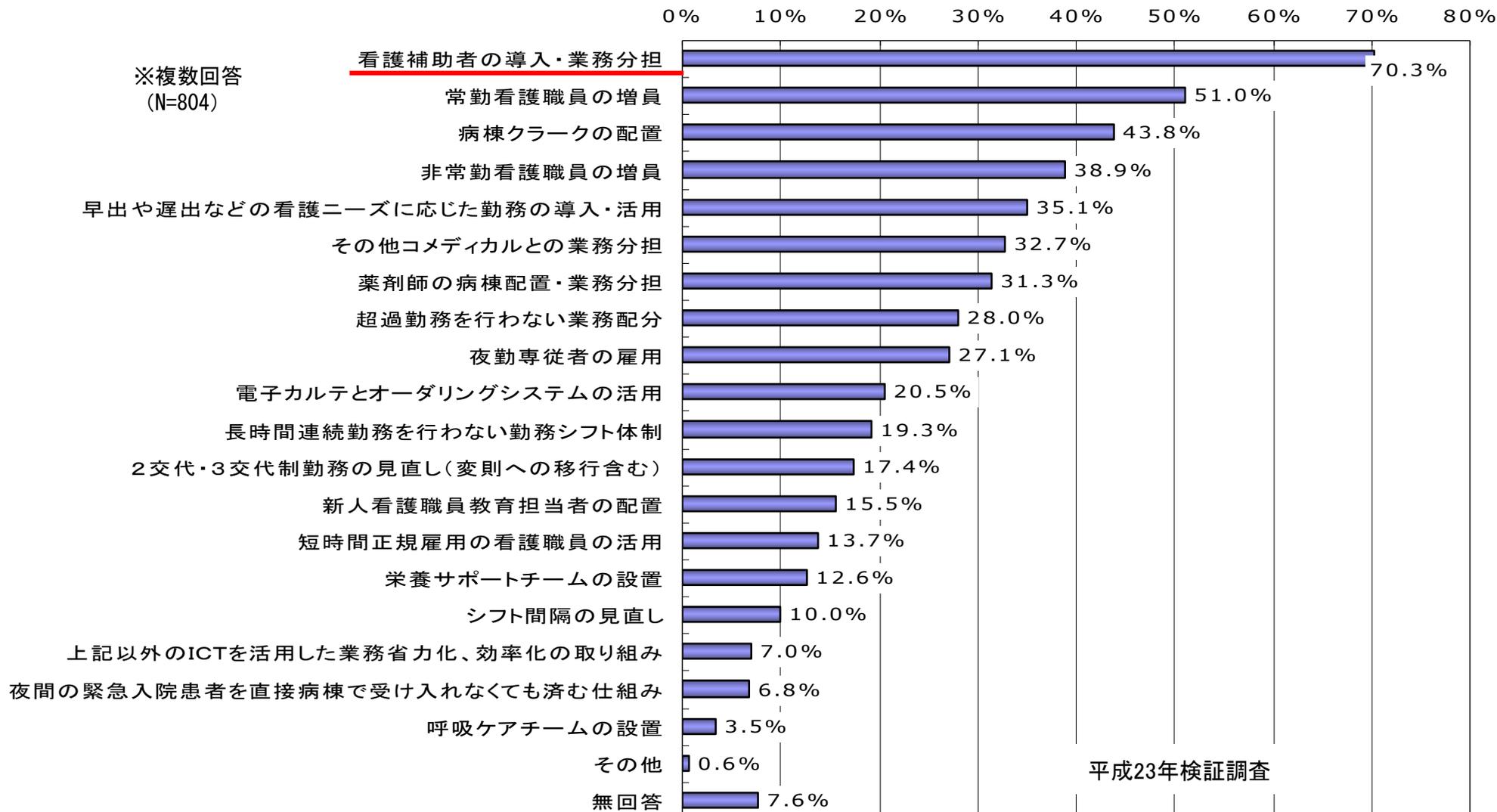


看護職員の負担軽減について

中医協総 1 - 1
平成 23 . 12 . 7

○看護職員の負担軽減有効策のうち、看護補助者の導入・業務分担は、看護職員の負担軽減に効果があった取り組みとして最も多くあげられ、7割を超えている。

看護職員の負担軽減有効策（効果があった取り組み）のうち、看護職員の負担軽減に効果があった取り組み（施設調査）



看護補助者配置の評価の充実について

H24改定

看護補助者配置の手厚い評価

➤ 看護補助者の夜間配置

(新) <u>夜間 50対1急性期看護補助体制加算</u>	<u>10点</u> (1日につき、14日まで)
(新) <u>夜間100対1急性期看護補助体制加算</u>	<u>5点</u> (1日につき、14日まで)

[施設基準]

25対1、50対1又は75対1のいずれかの急性期看護補助体制加算を算定している病棟であること。

➤ 看護職員の夜間配置

(新) <u>看護職員夜間配置加算</u>	<u>50点</u> (1日につき、14日まで)
-----------------------	--------------------------

[施設基準]

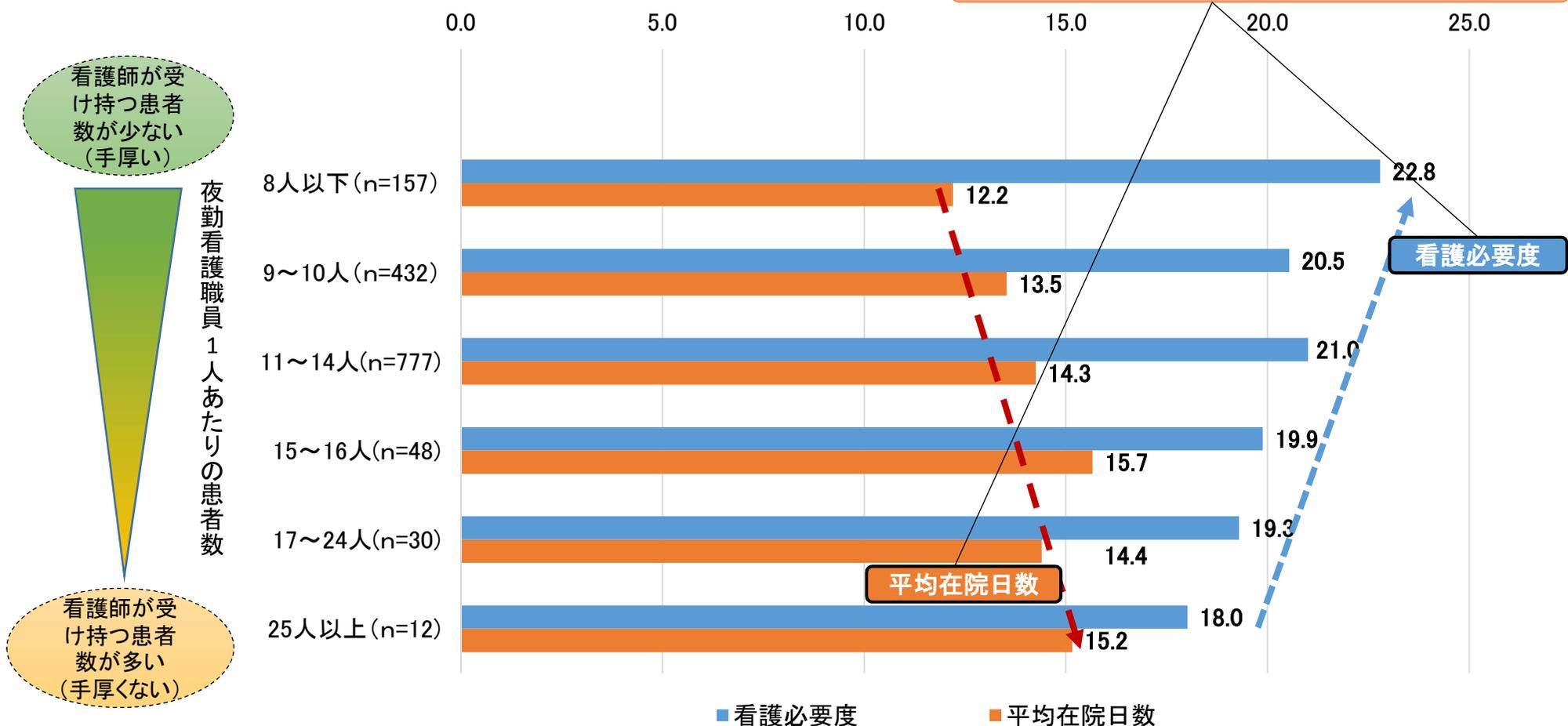
- ① 25対1急性期看護補助体制加算を算定している病棟であること。
- ② 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が12対1以上であること。

夜勤看護職員の多寡による看護必要度と平均在院日数

○ 夜勤看護職員の配置が手厚いほど、重症度・看護必要度該当者(A得点2点かつB得点3点以上)割合が高いが、平均在院日数は短い傾向にある。

【夜勤看護職員の多寡別看護必要度・在院日数】

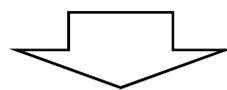
より重症な患者が早く退院できている



看護職員の負担軽減に係る課題と論点

【課題】

- 看護補助者の導入は、看護職員だけでなく、勤務医の負担軽減にも効果的であることから、平成22、24年度診療報酬改定において看護補助者を手厚く配置している病棟に対して評価を行ってきた。
- また、急性期を担う医療機関における夜間の手厚い看護配置を評価するために、25対1急性期看護補助体制加算を届出している医療機関に看護職員夜間配置加算を新設した。
- 夜間の看護職員の手厚い病棟は、重症者が多く入院しているにもかかわらず、在院日数が短いという傾向にあった。



【論点】

- 重症度が高い患者を多く受け入れている病棟において、夜間急性期看護補助体制加算および看護職員夜間配置加算の評価の充実を検討してはどうか。

月平均夜勤時間要件について

月平均夜勤時間要件に係る課題と論点

【課題】

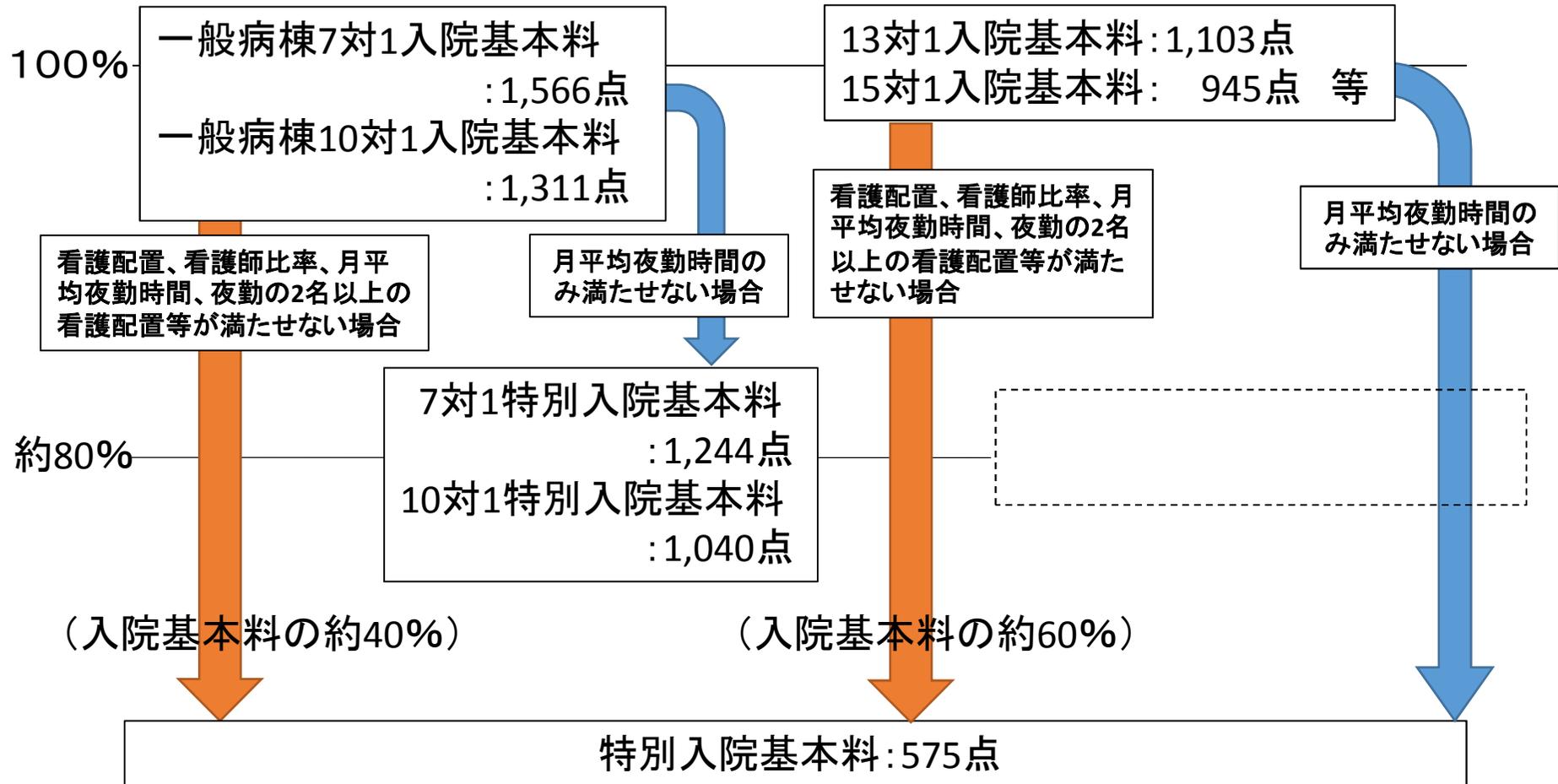
- 入院基本料の通則が満たされない場合、特別入院基本料を算定することになるが、月平均夜勤時間72時間のみを満たせない場合については、一般病棟7対1入院基本料、一般病棟10対1入院基本料それぞれ20%減額となる7対1特別入院基本料、10対1特別入院基本料がある。
- 13対1、15対1、その他の入院基本料については、そのような緩和措置がないため、約40%程度減算となる。



【論点】

- 月平均夜勤時間72時間要件のみが満たされない場合、一般病棟7対1入院基本料、一般病棟10対1入院基本料だけではなく、その他の72時間要件が対象となる入院基本料についても同様の取扱いとしてはどうか。

月平均夜勤時間を満たせない場合の対応



入院基本料の施設基準が満たされない場合、特別入院基本料を算定することになるが、月平均夜勤時間72時間のみを満たせない場合については、入院基本料の約20%減額となる7対1特別入院基本料、10対1特別入院基本料がある。13対1、15対1については、そのような緩和措置がないため特別入院基本料となる。

月平均夜勤時間要件に係る課題と論点

【課題】

- 入院基本料の通則が満たされない場合、特別入院基本料を算定することになるが、月平均夜勤時間72時間のみを満たせない場合については、一般病棟7対1入院基本料、一般病棟10対1入院基本料それぞれ20%減額となる7対1特別入院基本料、10対1特別入院基本料がある。
- 13対1、15対1、その他の入院基本料については、そのような緩和措置がないため、約40%程度減算となる。



【論点】

- 月平均夜勤時間72時間要件のみが満たされない場合、一般病棟7対1入院基本料、一般病棟10対1入院基本料だけではなく、その他の72時間要件が対象となる入院基本料についても同様の取扱いとしてはどうか。

1. 病院勤務医の負担軽減について

2. 医師事務作業補助者について

3. 看護職員の負担軽減について

4. チーム医療について

(i)病棟薬剤師について

(ii)在宅患者訪問薬剤管理指導について

- 1. 薬剤師の病棟業務における平成24年度の主な改定内容**
2. 平成25年度病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善についての状況調査結果における主な評価
 - (1) 病棟薬剤業務実施加算の検証について
 - (2) 療養病棟又は精神病棟における病棟薬剤業務の検証について

平成24年度診療報酬改定における薬剤師の病棟業務の改定内容①

病棟薬剤業務実施加算の算定要件等

薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設し、勤務医の負担軽減等を図る。

(新) 病棟薬剤業務実施加算 100点(週1回)

なお、病棟薬剤業務実施加算の新設に伴い、実施業務が重複する薬剤管理指導料における医薬品安全性情報等管理体制加算は廃止する。

[算定要件]

薬剤師が病棟において病院勤務医等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薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施している場合に、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。

病棟薬剤業務

- ・ 当該保険医療機関における医薬品の投薬・注射状況の把握
- ・ 当該保険医療機関で使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
- ・ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案
- ・ 2種以上(注射薬及び内用薬を1種以上含む。)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
- ・ 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明
- ・ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施
- ・ その他、必要に応じ、医政局通知(平成22年4月30日医政発0430第1号)で定める業務 (③、⑥及び⑧を除く)

平成24年度診療報酬改定における薬剤師の病棟業務の改定内容②

病棟薬剤業務実施加算の施設基準等

[施設基準]

- ① **病棟※ごとに専任の薬剤師が配置されていること。**
(※障害者施設等入院基本料又は特定入院料(病棟単位で行うものに限る)を算定する病棟を除く。)
- ② **薬剤師が実施する病棟薬剤業務が十分な時間(1病棟・1週当たり20時間相当以上)確保されていること。**
- ③ **医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。**
- ④ **当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。**
- ⑤ **薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。**
- ⑥ **病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。**

病棟薬剤業務実施加算の届出医療機関数

病棟薬剤業務実施加算の届出医療機関数：

895施設(平成24年7月1日現在)

[出典]厚生労働省保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

病棟薬剤業務実施加算の算定回数：

140,390回／月

[出典]：社会医療診療行為別調査

1. 薬剤師の病棟業務における平成24年度の主な改定内容

2. 平成25年度病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善
についての状況調査結果における主な評価

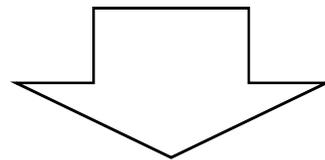
(1) 病棟薬剤業務実施加算の検証について

(2) 療養病棟又は精神病棟における病棟薬剤業務の検証について

病棟薬剤業務実施加算の検証についての課題と論点

【課題】

- 検証調査では、薬剤師の病棟配置・業務分担について効果があったと回答している。
- 加算を算定している病棟の薬剤師は、病棟薬剤業務を週平均26.6時間行っている。
- 退院患者の薬剤指導については、病棟薬剤業務として約8割の看護職員から求められている。



【論点】

- 薬剤師の病棟配置に効果が見られることから、平成26年度以降も病棟薬剤業務実施加算について継続していくこととしてはどうか。
- 退院時の薬剤指導等を病棟薬剤業務として充実させてはどうか。

診療報酬改定 答申書附帯意見

診療報酬改定 答申書附帯意見(抜粋)

(平成24年2月10日)

次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。

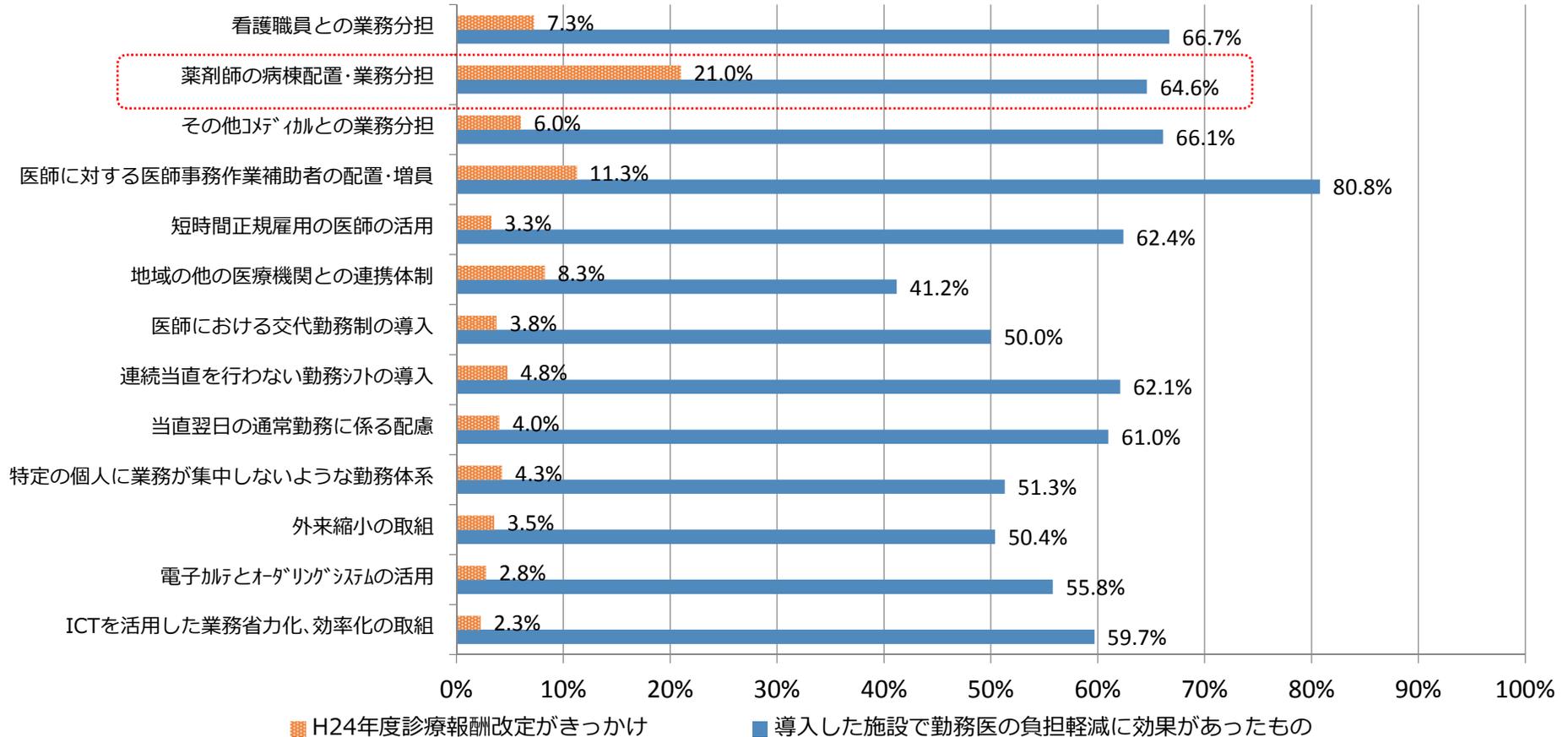
- ・ **薬剤師の病棟業務(療養病棟又は精神病棟における業務を含む。)**
 - ・ 歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理
 - ・ 糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態
 - ・ 栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組
- 等

勤務医の負担軽減策の導入のきっかけと効果

病院調査

勤務医の各負担軽減策の導入のきっかけは平成24年度改定か？また、導入した施設においてその効果はあったか？

施設N=456



[出典]平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)
「病棟勤務医等の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査」(速報)

○ 「薬剤師の病棟配置・業務分担」を平成24年改定をきっかけとして導入したのが約2割であり、導入した施設のうち約6割が効果があったと回答している。

病棟での主な業務に要する平均時間(1週間当たり)

病棟調査

	全体	病棟薬剤業務実施加算を算定している病棟	病棟薬剤業務実施加算を算定していない病棟
薬剤師の1週間あたりの病棟薬剤業務実施加算に該当する時間 (以下の①～⑭までの合計)	16.8 (N=2,333)	26.6 (N=612)	13.2 (N=1,697)
①医薬品の投薬・注射状況の把握	4.6 (N=1,900)	6.3 (N=596)	3.9 (N=1,280)
②医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知	1.1 (N=1,453)	1.5 (N=477)	0.9 (N=956)
③入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案	4.2 (N=1,856)	5.0 (N=578)	3.8 (N=1,257)
④複数薬剤同時投与時の投与前の相互作用の確認	1.8 (N=1,459)	2.4 (N=521)	1.4 (N=915)
⑤患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明	1.8 (N=1,221)	2.0 (N=442)	1.6 (N=762)
⑥薬剤の投与における、流量又は投与量の計算等の実施	1.7 (N=1,138)	2.2 (N=477)	1.3 (N=648)
⑦薬物療法プロトコルについて提案、協働で作成、進行管理	1.2 (N=426)	1.3 (N=190)	1.0 (N=227)
⑧患者の状態に応じた積極的な新規・変更処方の提案等	1.4 (N=1,242)	1.9 (N=455)	1.2 (N=771)
⑨抗がん剤等の無菌調製	2.9 (N=823)	2.9 (N=261)	3.0 (N=551)
⑩他の医療スタッフへの助言や相談への応需	1.3 (N=1,767)	1.7 (N=523)	1.2 (N=1,223)
⑪カンファレンスへの参加及び回診への同行	1.8 (N=1,078)	1.8 (N=352)	1.8 (N=714)
⑫医薬品管理業務	1.0 (N=1,756)	1.2 (N=522)	0.9 (N=1,216)
⑬処方内容の確認及び薬剤の交付準備	2.8 (N=1,015)	3.3 (N=380)	2.5 (N=623)
⑭その他	3.2 (N=303)	3.3 (N=148)	3.1 (N=146)

[出典]平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)「薬剤師の病棟業務に関する実態調査」(速報)

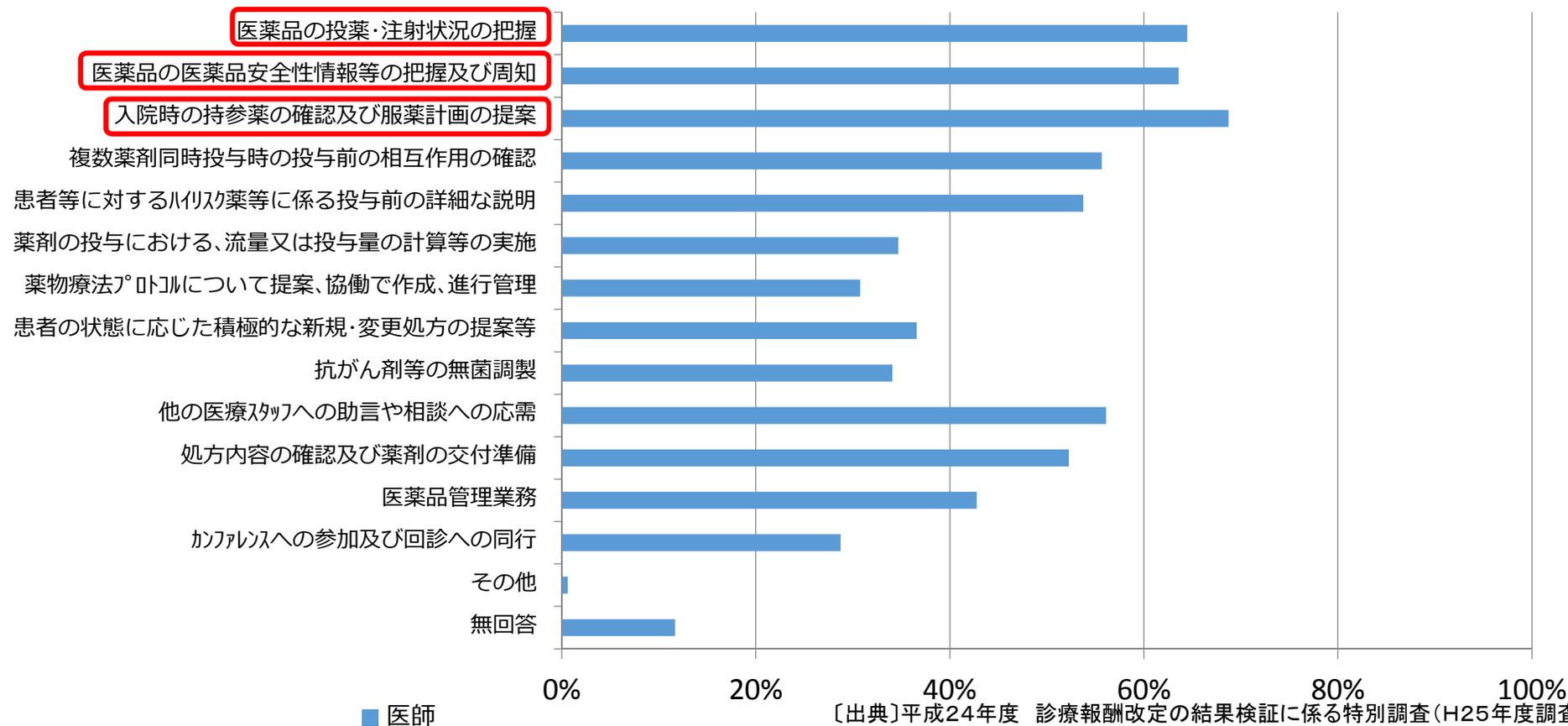
○ 加算を算定している病棟の薬剤師は、病棟薬剤業務を週平均26.6時間行っている。

病棟に配置された薬剤師との連携に対する効果

医師調査

医師の負担軽減及び医療の質の向上につながったと考えられる病棟業務は何か？（複数回答）

医師N=1,148人



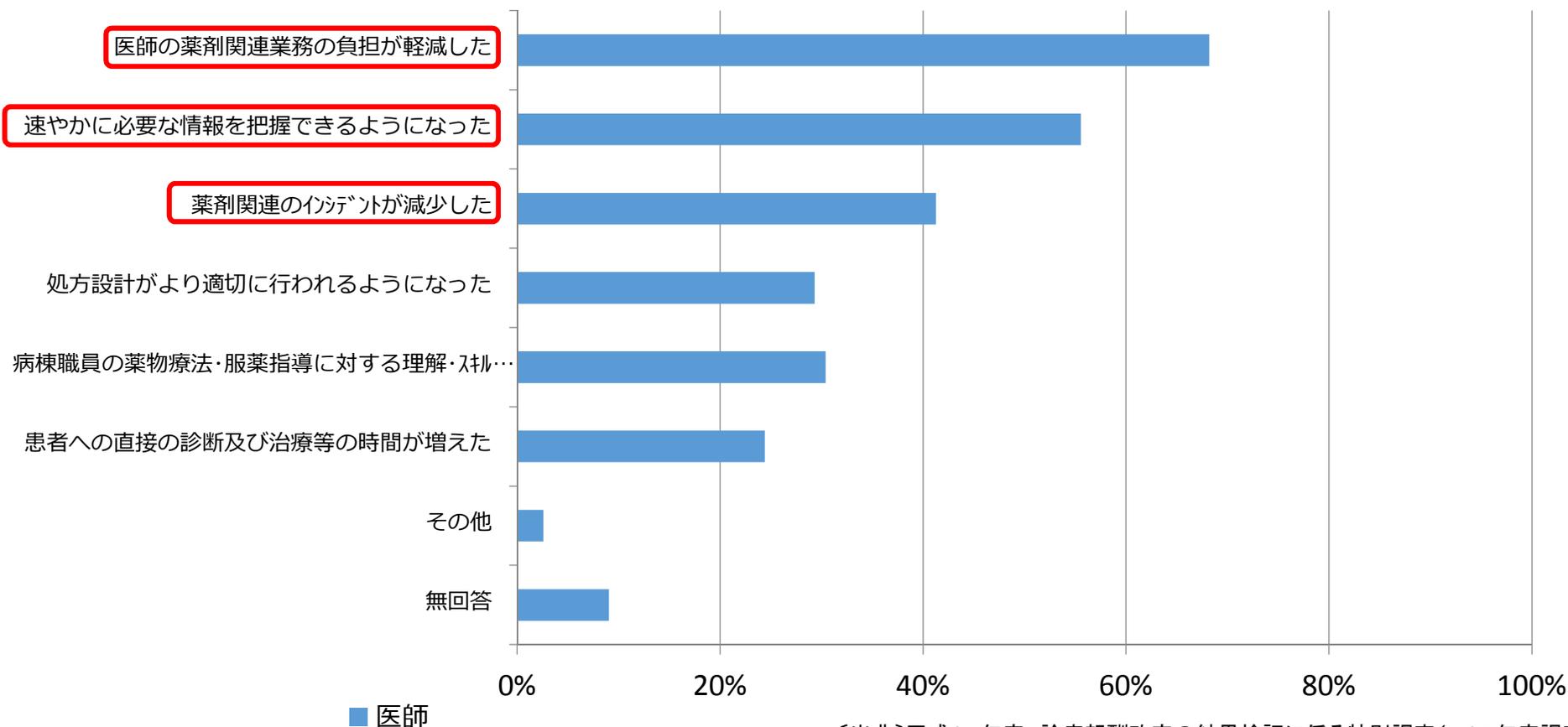
○ 医師は、病棟に配置された薬剤師と連携している業務のうち、「医薬品の投薬・注射状況の把握」、「医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知」、「入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案」等が負担軽減及び医療の質の向上につながったと考えている。

薬剤師の病棟での業務による勤務医のメリット

医師調査

薬剤師の病棟での業務によるメリットは何か？（複数回答）

医師N=1,204人

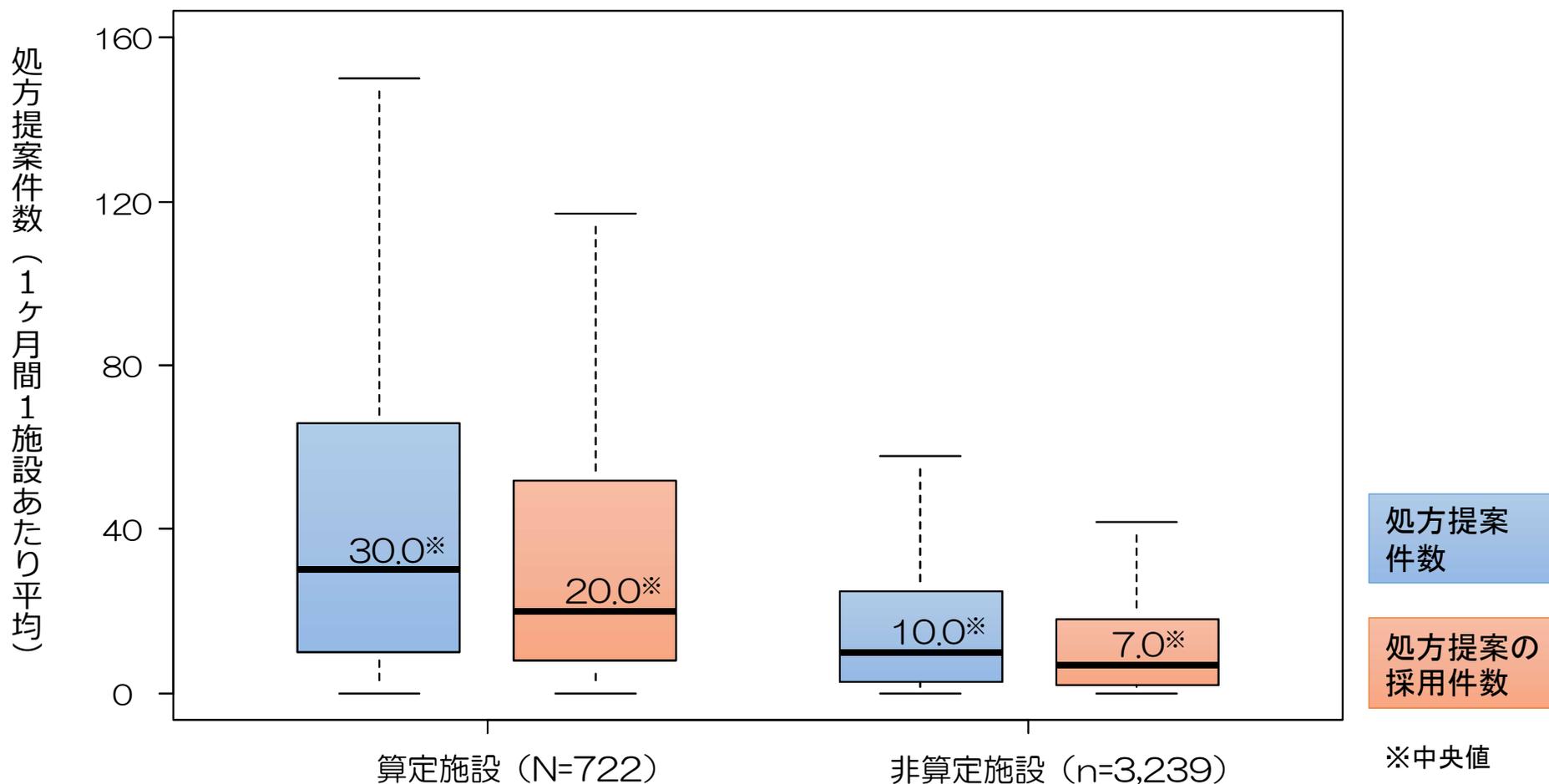


〔出典〕平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（H25年度調査）
「病棟勤務医等の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査」（速報）

○ 医師は薬剤師の病棟での業務により、「薬剤関連業務の負担が軽減した」、「速やかに必要な情報を把握できるようになった」「薬剤関連のインシデントが減少した」等のメリットがあると考えている。

病棟薬剤業務実施加算の算定と処方変更の関係について

病棟薬剤業務実施加算の有無と処方提案の比較

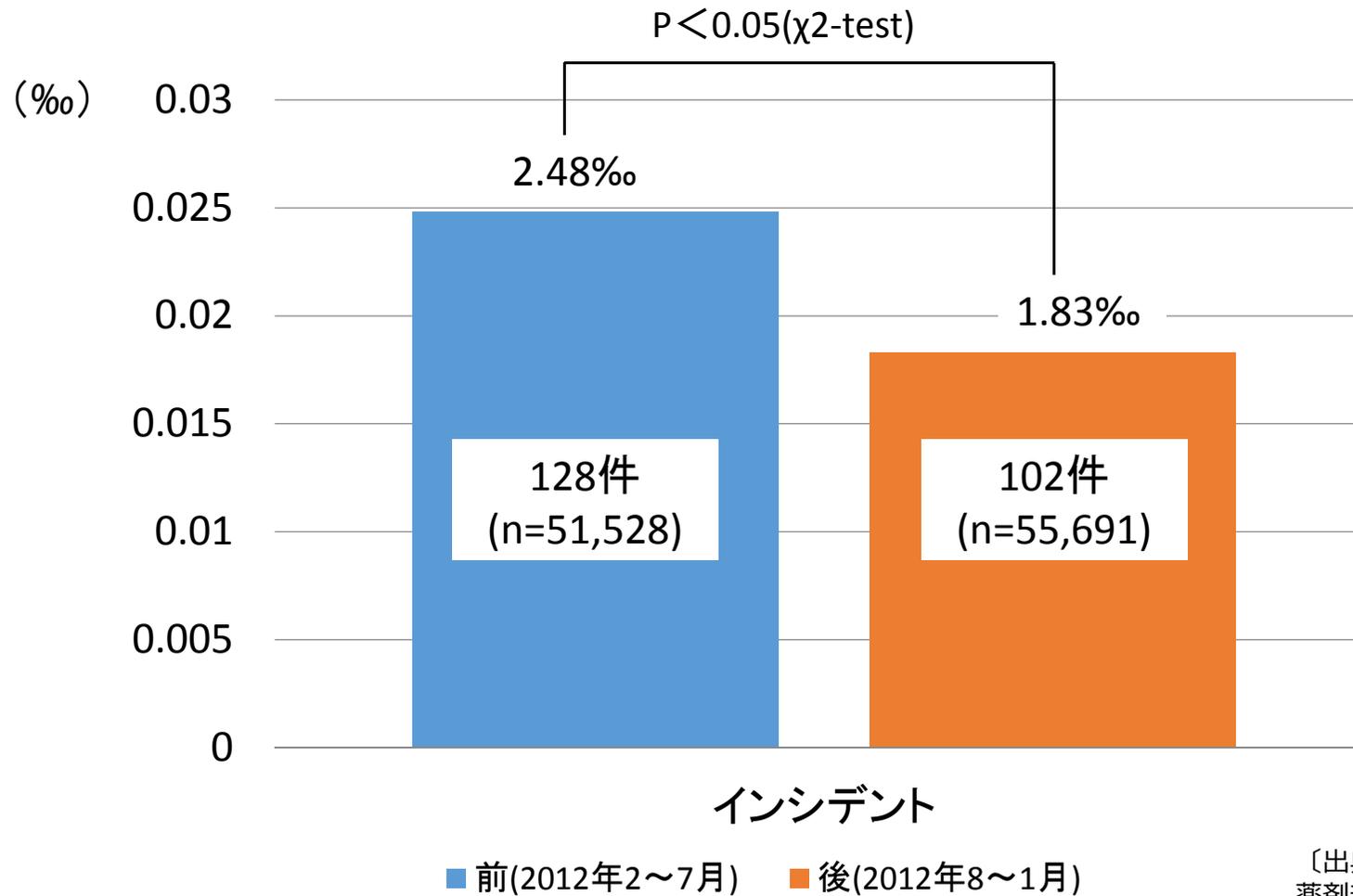


〔出典〕日本病院薬剤師会平成25年度「病院薬剤部門の現状調査」

○ 病棟薬剤業務実施加算を算定している施設の方は、非算定施設に比べ処方提案をしている件数が多い。

内服薬のインシデントの発生率について

病棟薬剤業務実施前後6カ月の内服薬インシデントの発生率(1/1,000 ‰)の比較(全病棟)



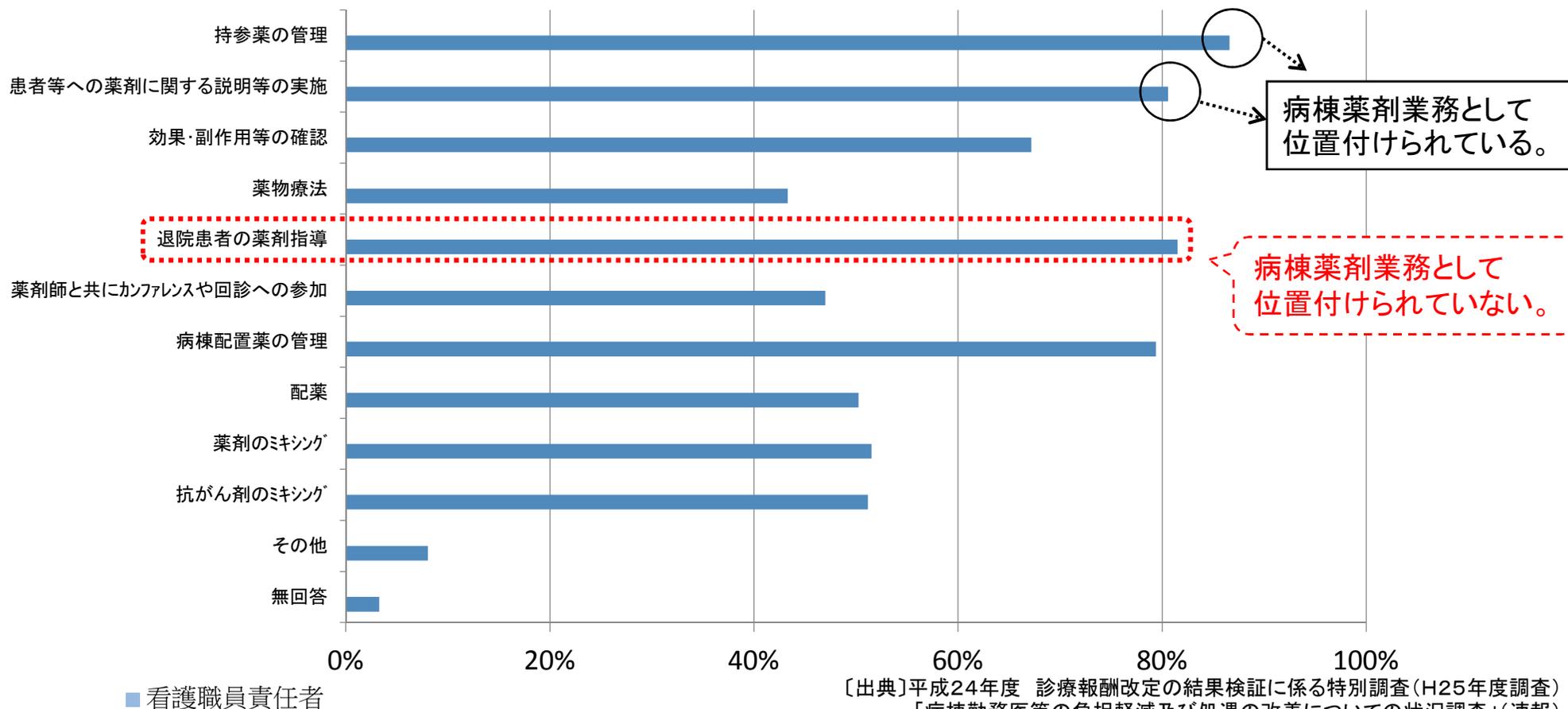
○ 病棟薬剤業務実施前後6カ月においてインシデントの発生件数が有意に減少している。

看護職員が有効と考える又は望まれている薬剤師の病棟での業務

看護職員責任者調査

有効と考える又は薬剤師に望む薬剤師の病棟業務は何か？（複数回答）

看護職員責任者N=1,194人



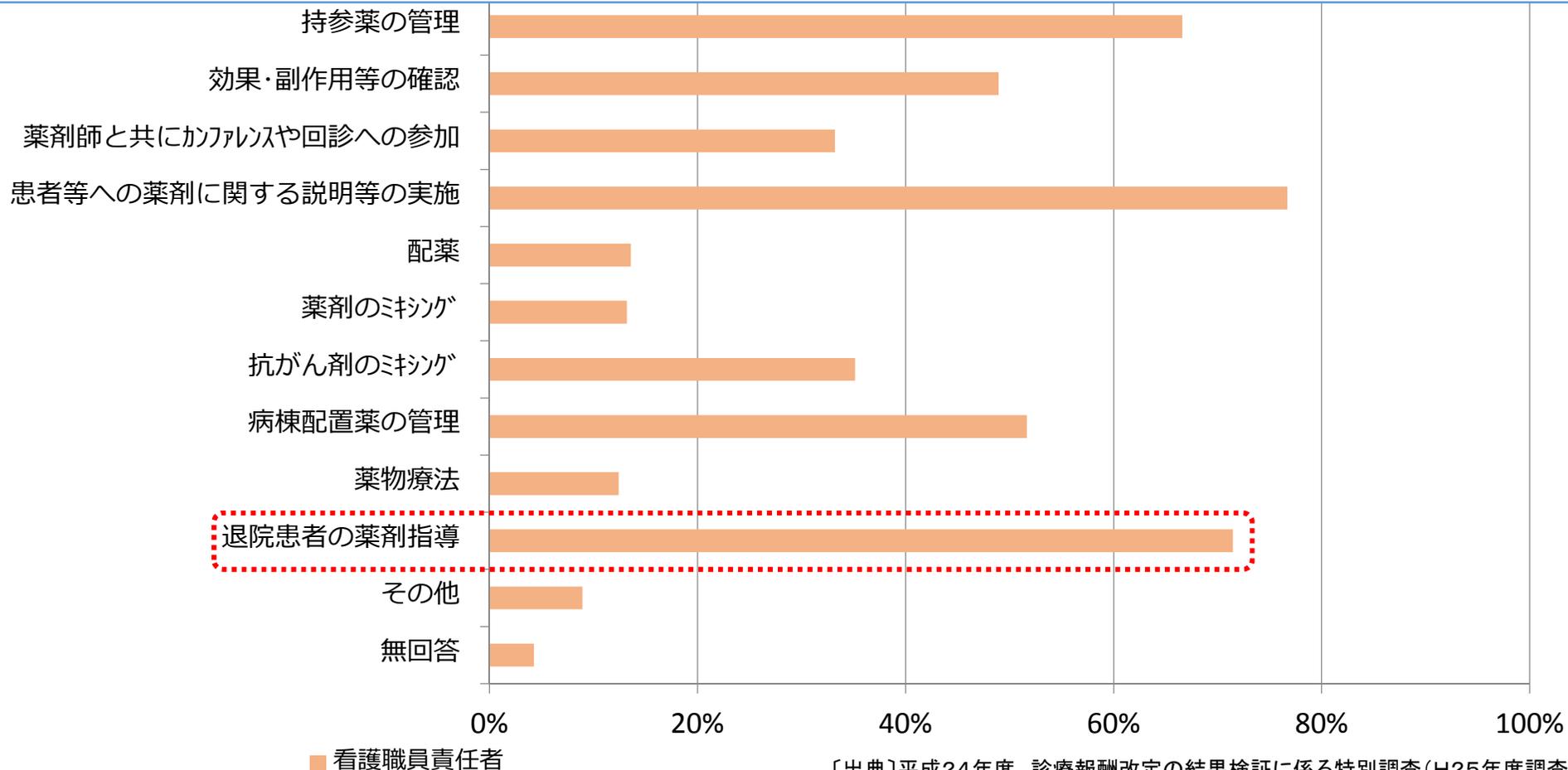
○ 退院患者の薬剤指導については、病棟薬剤業務として約8割の看護職員から求められているが、病棟薬剤業務として位置付けられていない。

病棟に配置された薬剤師と看護職員との連携内容

看護職員責任者調査

病棟に配置された薬剤師との連携している業務は何か？

看護職員責任者N=515人



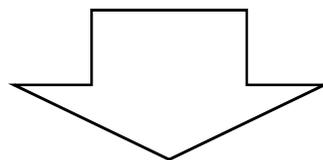
〔出典〕平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)
「病棟勤務医等の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査」(速報)

○ 薬剤師が配置されている病棟の約7割で看護師が薬剤師と連携して退院患者の薬剤指導をすでに実施している。

病棟薬剤業務実施加算の検証についての課題と論点

【課題】

- 検証調査では、薬剤師の病棟配置・業務分担について効果があったと回答している。
- 加算を算定している病棟の薬剤師は、病棟薬剤業務を週平均26.6時間行っている。
- 退院患者の薬剤指導については、病棟薬剤業務として約8割の看護職員から求められている。



【論点】

- 薬剤師の病棟配置に効果が見られることから、平成26年度以降も病棟薬剤業務実施加算について継続していくこととしてはどうか。
- 退院時の薬剤指導等を病棟薬剤業務として充実させてはどうか。

1. 薬剤師の病棟業務における平成24年度の主な改定内容

2. 平成25年度病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善
についての状況調査結果における主な評価

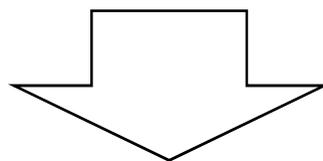
(1) 病棟薬剤業務実施加算の検証について

(2) 療養病棟又は精神病棟における病棟薬剤業務の検証について

療養病棟又は精神病棟における病棟薬剤業務の検証についての課題と論点

【課題】

- 療養病棟や精神病棟での病棟薬剤業務実施加算の算定については、入院した日から起算して4週間を限度とした。
- 療養病棟又は精神病棟において、薬剤師が4週間以降も継続して病棟薬剤業務をしている病棟は約8割あり、「薬剤師の病棟業務」が「日常的に必要な業務だと考えている」医師は約9割いる。また、「薬剤師の病棟配置」について、効果があると回答した医師の割合は、「一般病棟」と「療養病棟又は精神病棟」で同等である(約8割)。
- また、処方提案件数については、病棟薬剤業務実施加算導入前後で有意差がある。



【論点】

- 療養病棟・精神病棟における病棟配置の入院後4週間としている制限についてどのように考えるか。

平成24年度診療報酬改定における薬剤師の病棟業務の改定内容

病棟薬剤業務実施加算の算定要件等

薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設し、勤務医の負担軽減等を図る。
(新) 病棟薬剤業務実施加算 100点(週1回)

なお、病棟薬剤業務実施加算の新設に伴い、実施業務が重複する薬剤管理指導料における医薬品安全性情報等管理体制加算は廃止する。

[算定要件]

薬剤師が病棟において病院勤務医等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薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施している場合に、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、**療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。**

病棟薬剤業務
・ 当該保険医療機関における医薬品の投薬・注射状況の把握
・ 当該保険医療機関で使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
・ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案
・ 2種以上(注射薬及び内用薬を1種以上含む。)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
・ 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明
・ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施
・ その他、必要に応じ、医政局通知(平成22年4月30日医政発0430第1号)で定める業務 (③、⑥及び⑧を除く)

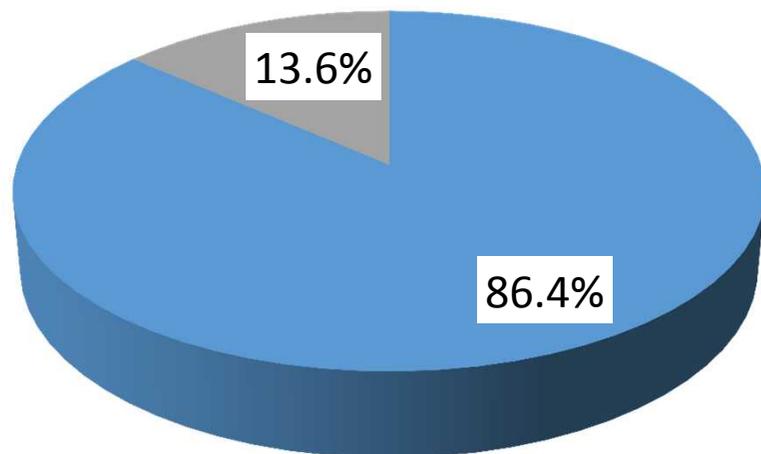
○ 療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して4週間を限度となっている。

入院後4週間以降の療養病棟又は精神病棟における実施 及び病棟薬剤業務の継続性について

病棟調査

療養病棟又は精神病棟において入院後4週間以降も病棟薬剤業務を実施しているか？

病棟調査N=22病棟



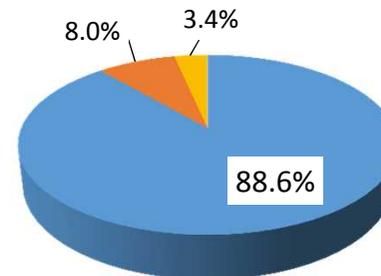
■ 4週間以降も実施している ■ 4週間以降は実施していない
■ 無回答

医師調査

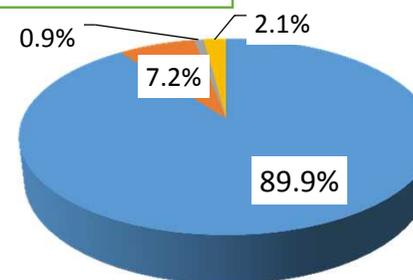
病棟に薬剤師が配置されている医師にとって、病棟薬剤業務は継続して必要な業務だと考えるか？

医師N=1,204人

一般病棟



療養病棟又は精神病棟



■ 日常的に必要な業務だと考える ■ 一時的で十分な業務だと考える
■ 不要な業務だと考える ■ 無回答

[出典]平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)「薬剤師の病棟業務に関する実態調査」(速報)

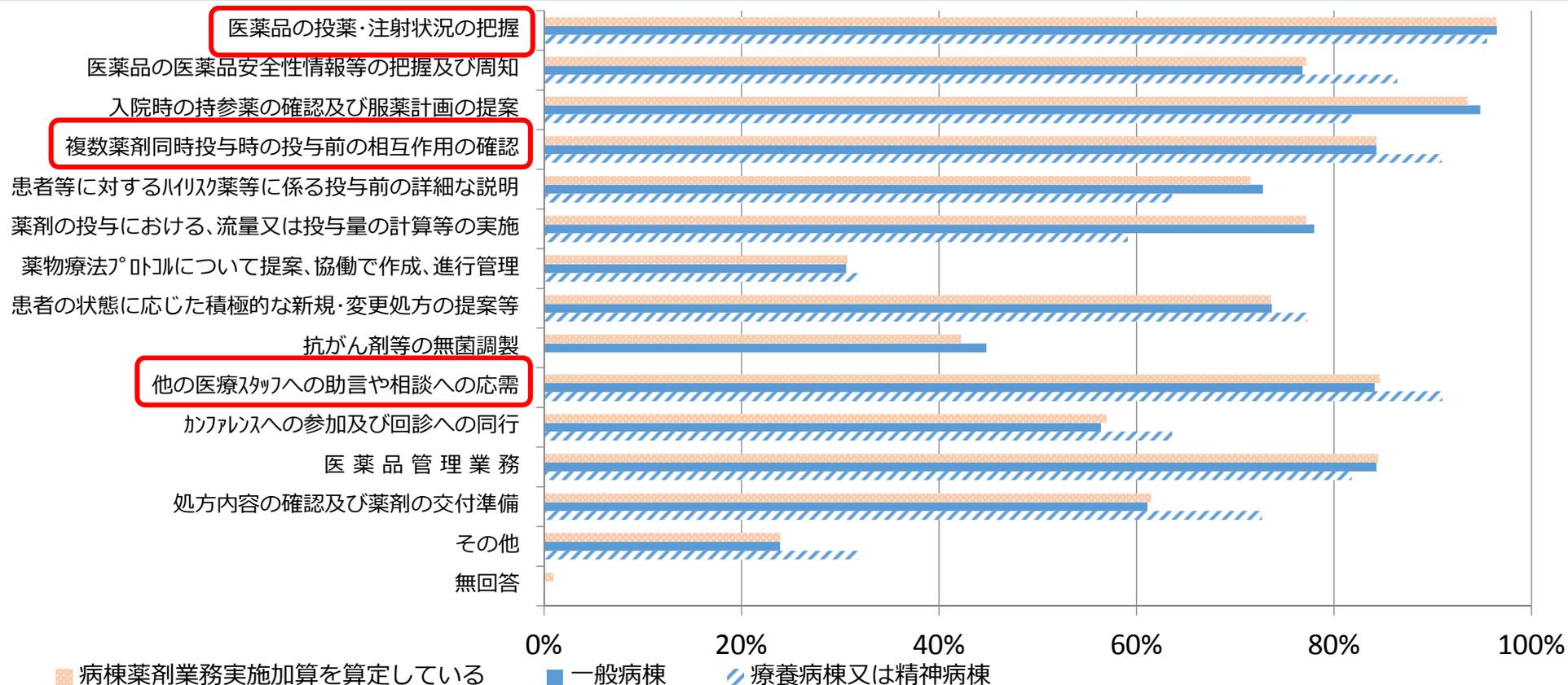
- 療養病棟又は精神病棟に配置された薬剤師の約9割は、入院4週間以降も病棟薬剤業務を行っている。
- 約9割の医師は、病棟薬剤業務が継続して必要な業務だと考えている。

療養病棟又は精神病棟における病棟薬剤業務の主な業務

病棟調査

薬剤管理指導以外で病棟で実施している業務は何か？

算定している病棟N=618病棟、一般病棟N=578病棟、療養病棟又は精神病棟N=22病棟



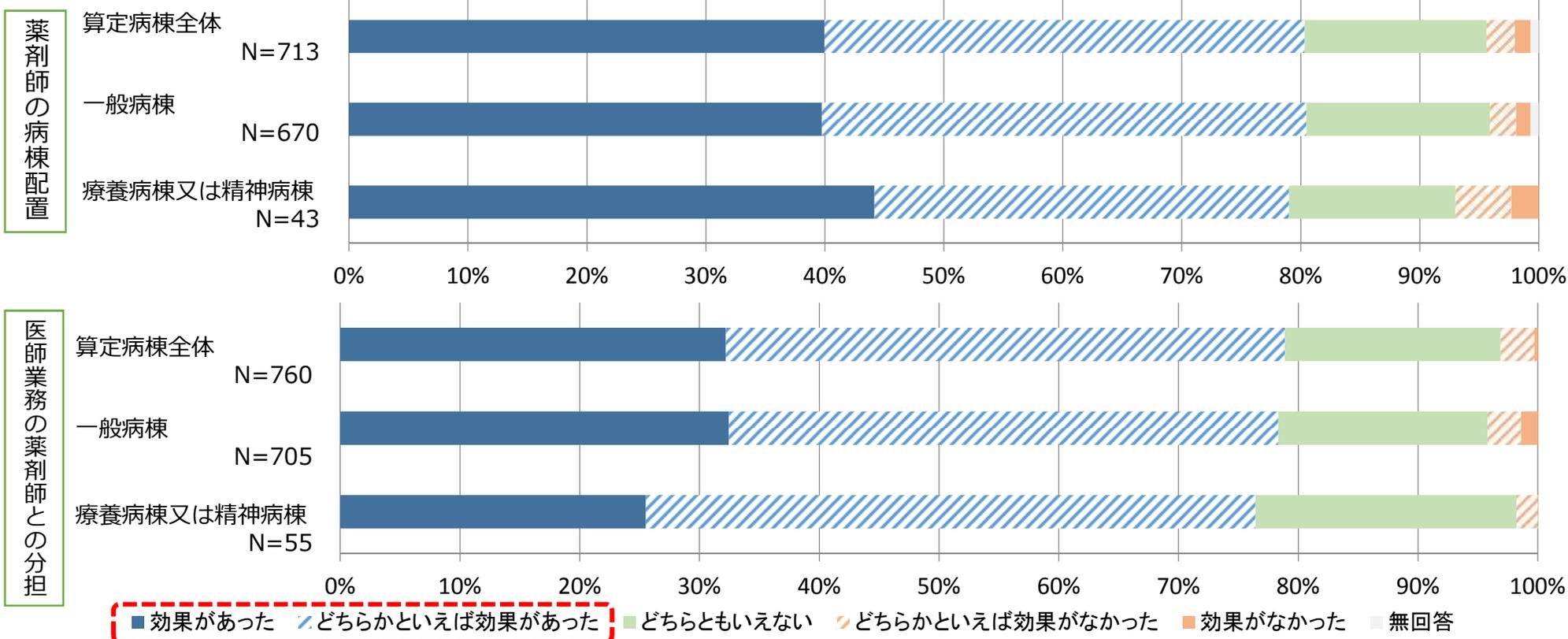
[出典]平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)「薬剤師の病棟業務に関する実態調査」(速報)

○ 療養病棟又は精神病棟に配置された薬剤師は、「医薬品の投薬・注射状況の把握」、「複数薬剤同時投与時の投与前の相互作用の確認」、「他の医療スタッフへの助言や相談応需」等を行っている。

「一般病棟」と「療養病棟又は精神病棟」における薬剤師の病棟配置の比較

医師調査

医師業務の薬剤師との分担及び薬剤師の病棟配置について効果があったか？



〔出典〕平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)
「病棟勤務医等の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査」(速報)

- 「薬剤師の病棟配置」について、効果があると回答した医師の割合は、「一般病棟(約8割)」と「療養病棟又は精神病棟(約8割)」で同等である。
- 「医師業務の薬剤師との分担」について、効果があると回答した医師の割合は、「一般病棟(約8割)」と「療養病棟又は精神病棟(約8割)」で同等である。

病棟薬剤業務実施加算の効果

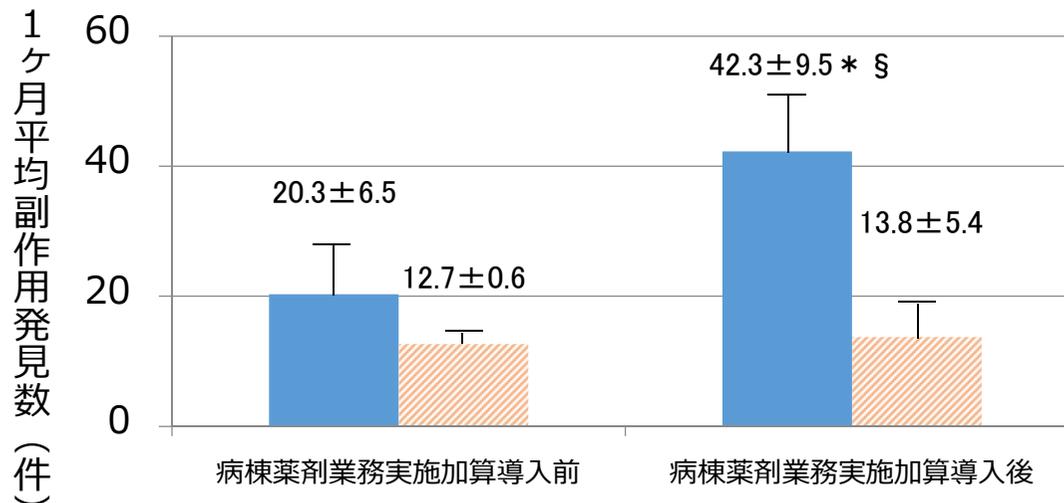
【病棟薬剤業務実施加算導入前後における処方提案件数の変化】

処方提案	病棟薬剤業務実施加算	
	導入前	導入後
処方継続提案 [件数/月]	27.7±1.5	84.2±38.9 *
処方変更提案 [件数/月]	16.0±6.9	60.2±21.5 *

平均値±標準偏差

* 病棟薬剤業務実施加算導入前(2012年1月～3月)に比べて導入後(2012年4月～2013年3月)の方が有意($p < 0.01$ 、Mann-Whitney U検定)

【1ヶ月平均副作用発見数の職種別比較】



■ 病棟専任薬剤師
 ■ 他スタッフ

平均値±標準偏差

* 病棟薬剤業務実施加算導入前(2012年1月～3月)に比べて導入後(2012年4月～2013年3月)の方が有意($p < 0.01$ 、Mann-Whitney U検定)

§ 他スタッフに比べて有意($p < 0.01$)

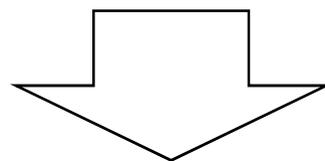
〔出典〕 飯塚病院薬剤部より提供

- 処方提案は、病棟薬剤業務実施加算導入後の方が有意に増加している。
- 副作用発見数は病棟専任薬剤師の方が他のスタッフに比べ有意に増加している。

療養病棟又は精神病棟における病棟薬剤業務の検証についての課題と論点

【課題】

- 療養病棟や精神病棟での病棟薬剤業務実施加算の算定については、入院した日から起算して4週間を限度とした。
- 療養病棟又は精神病棟において、薬剤師が4週間以降も継続して病棟薬剤業務をしている病棟は約8割あり、「薬剤師の病棟業務」が「日常的に必要な業務だと考えている」医師は約9割いる。また、「薬剤師の病棟配置」について、効果があると回答した医師の割合は、「一般病棟」と「療養病棟又は精神病棟」で同等である(約8割)。
- また、処方提案件数については、病棟薬剤業務実施加算導入前後で有意差がある。



【論点】

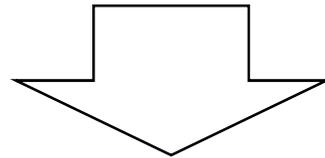
- 療養病棟・精神病棟における病棟配置の入院後4週間としている制限についてどのように考えるか。

1. 病院勤務医の負担軽減について
2. 医師事務作業補助者について
3. 看護職員の勤務負担軽減について
- 4. チーム医療について**
 - (i) 病棟薬剤師について
 - (ii) 在宅患者訪問薬剤管理指導**

在宅患者訪問薬剤管理指導の課題と論点

【課題】

- チーム医療の一つとして、薬剤師による一層の在宅患者訪問薬剤管理指導が求められているが、在宅患者訪問薬剤管理指導料については、薬局に比べ医療機関での算定件数は少ない。



【論点】

- 病棟薬剤業務として、退院時の薬剤指導等を充実させるとともに、当該病棟入院患者に対して退院後も引き続き、必要に応じて、在宅患者訪問薬剤管理指導を行うこととしてはどうか。また、在宅患者訪問薬剤管理指導を薬局と同様にできるように評価してはどうか。

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

1. 基本認識

(2) 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっての留意点

- 入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、介護まで、患者を支える機能が円滑に連携していなければならない。これらの機能がネットワークを構築し、地域全体で地域の医療需要に応じていく「地域完結型」の医療提供について、促進するような評価が必要。また、医療従事者の負担軽減とともに、チーム医療の推進に引き続き取り組むべき。

2. 次期診療報酬改定の社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について

(3) 在宅医療について

- 一人暮らしや高齢者のみの世帯でも住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築することが重要。かかりつけ医を中心として、有床診療所や病院、訪問看護ステーション、歯科診療所、薬局等が連携し、地域で急変時の対応や看取りを含めた在宅医療を提供できる体制を構築する必要。
- 在宅医療を担う医療機関の量の確保と、患者のニーズに対応した質の高い在宅医療の提供を推進するため、介護報酬との連携に留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要。
 - ・ 看取りを含め、在宅療養支援診療所・病院の機能強化
 - ・ 在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関による在宅医療
 - ・ 24時間対応、看取り・重度化への対応など、機能に応じた訪問看護ステーションの評価、訪問看護ステーションの大規模化の推進
 - ・ 在宅歯科医療の推進
 - ・ 在宅薬剤管理指導の推進
 - ・ 訪問診療の適正化 等

- 「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)平成25年9月6日社会保障審議会 医療保険部会・医療部会において、病院から在宅への円滑な連携及び在宅薬剤管理指導の推進が求められている。

診療報酬と調剤報酬における 在宅患者訪問薬剤管理指導の点数

診 療 報 酬

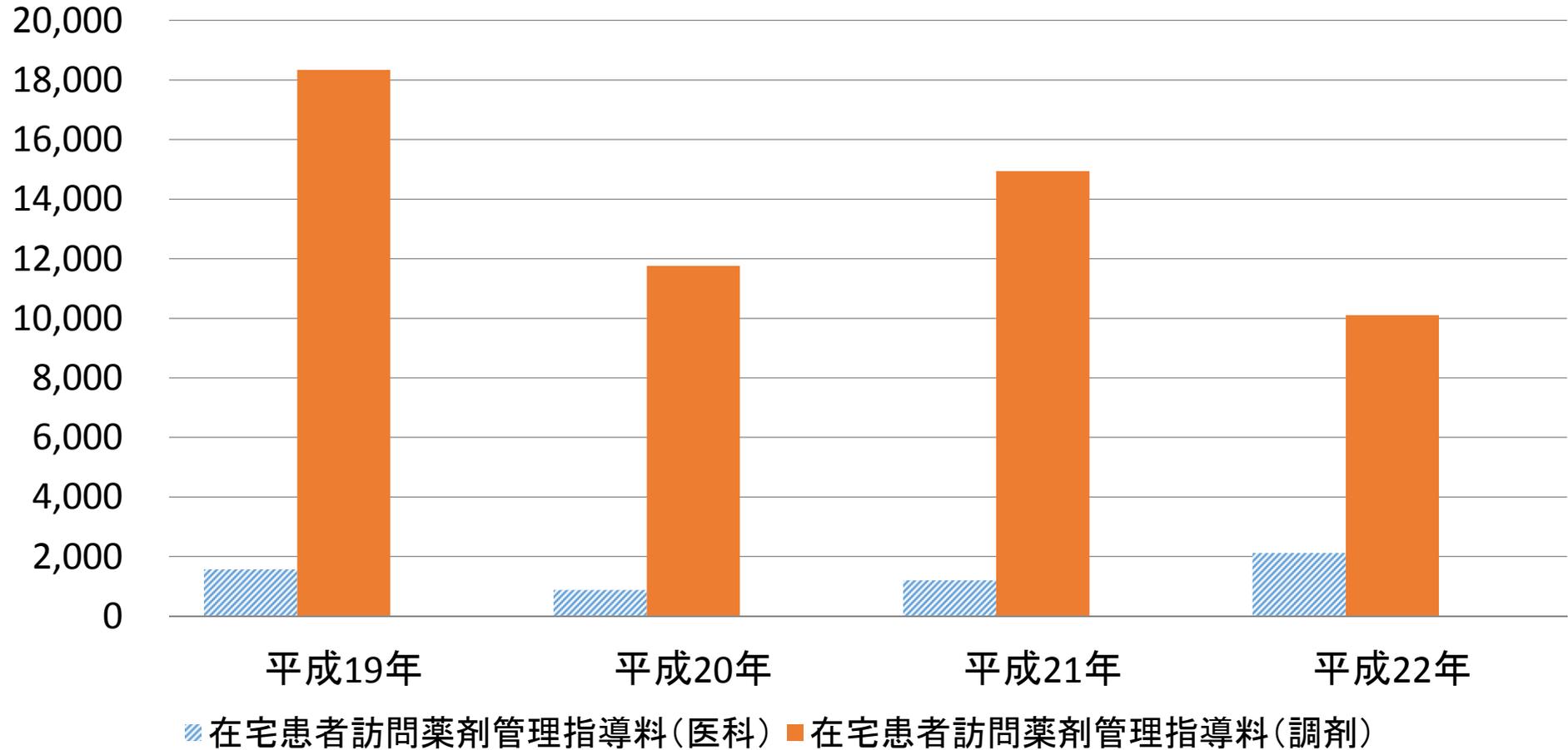
項目	点数	算定上限
○在宅患者訪問薬剤管理指導料 1 同一建物居住者以外の場合 2 同一建物居住者の場合 +麻薬管理指導加算	1 550点 2 385点 +100点	<u>月2回まで</u>

調 剤 報 酬

項目	点数	算定上限
○在宅患者訪問薬剤管理指導料 1 同一建物居住者以外の場合 2 同一建物居住者の場合 +麻薬管理指導加算	1 500点 2 350点 +100点	<u>月4回まで(がん末期患者等の場合は週2回かつ月8回まで)</u>

在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

患者数（レセプト件数）



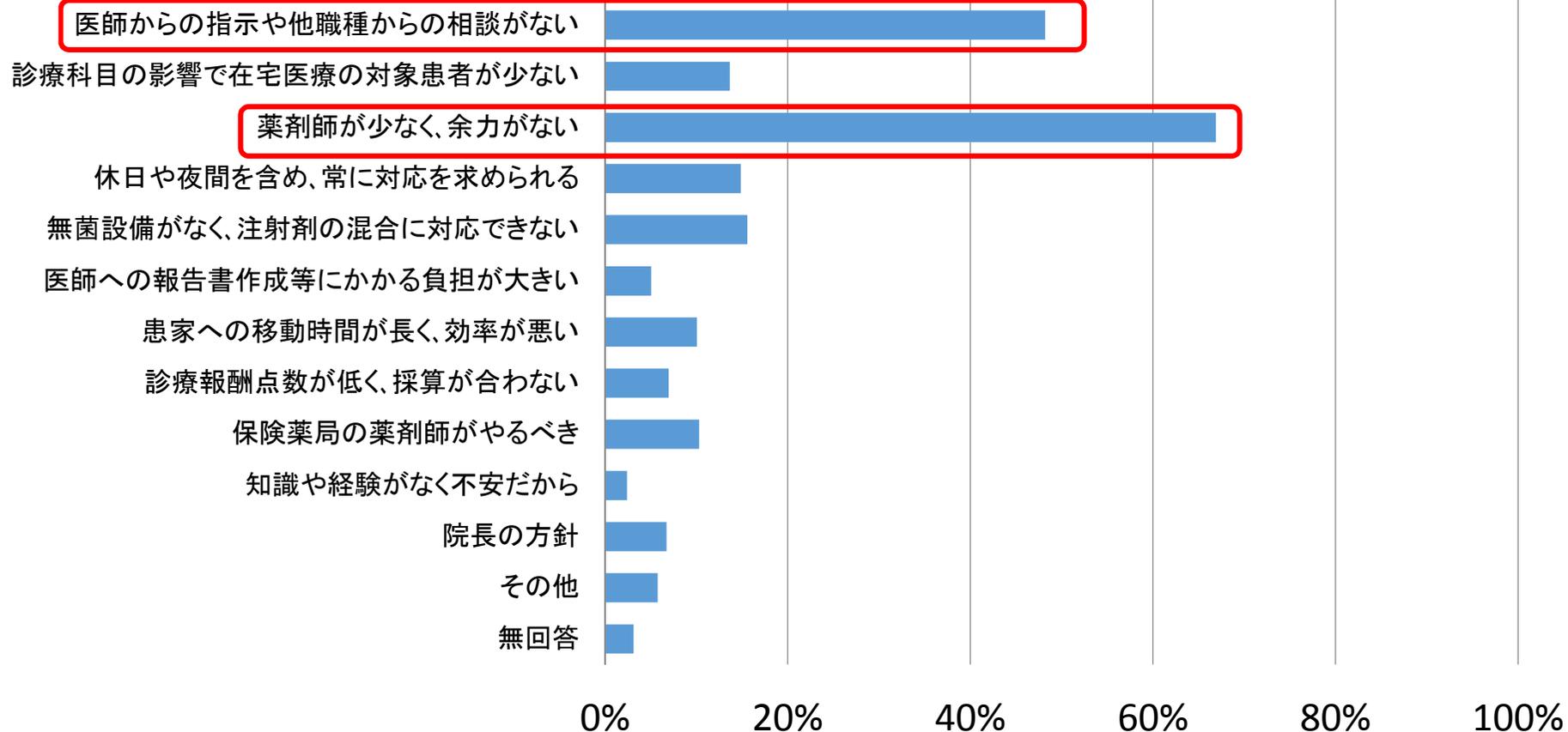
出典:「社会医療診療行為別調査」

○ 在宅患者訪問薬剤管理指導料については、薬局に比べ医療機関での算定件数は少ない。

在宅患者訪問薬剤管理指導を算定していない理由

薬剤部責任者調査

在宅患者訪問薬剤管理指導を算定できない理由は何か？（複数回答）薬剤部責任者N=417人



〔出典〕平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（H25年度調査）「薬剤師の病棟業務に関する実態調査」（速報）

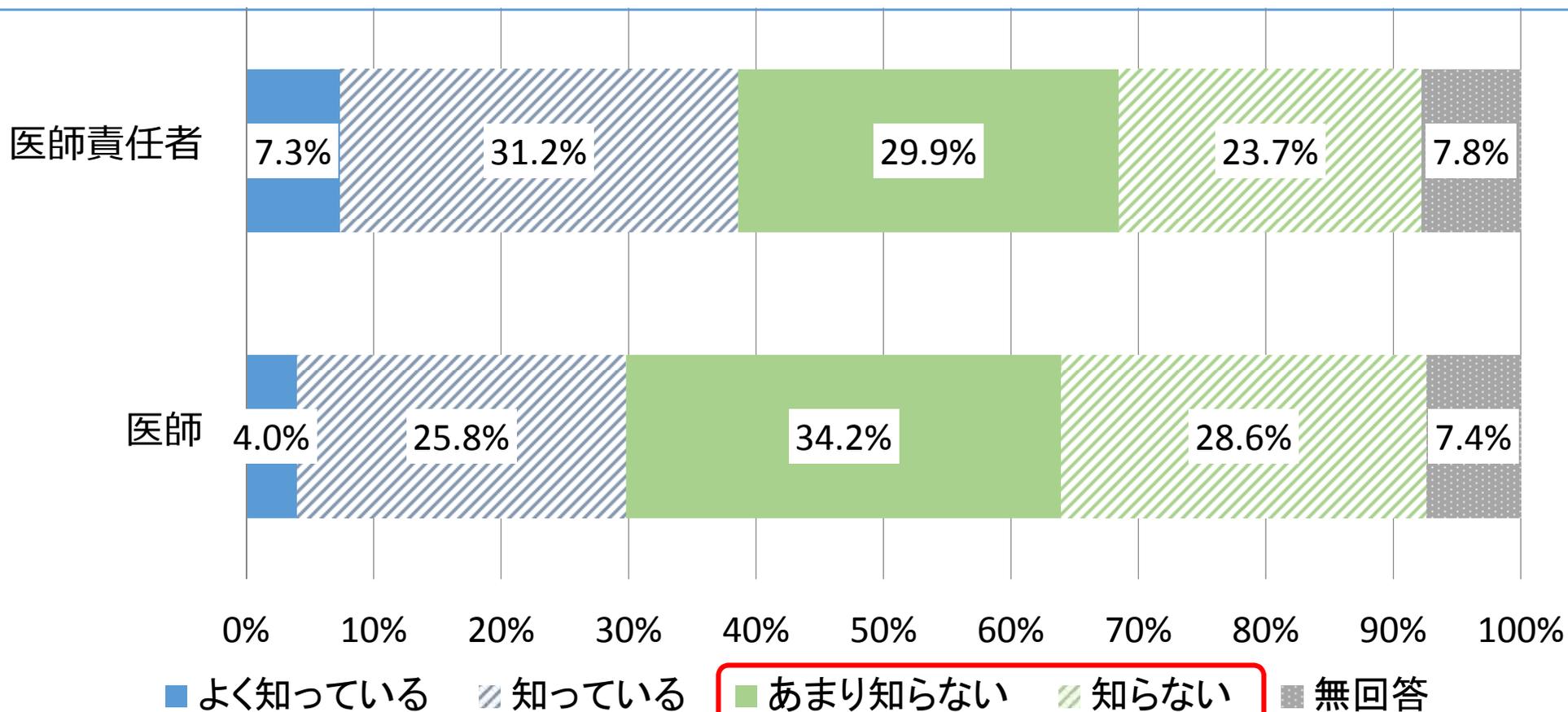
○ 在宅患者訪問薬剤管理指導については「薬剤師が少なく余力がない」、「医師からの指示や他職種からの相談がない」等の理由で算定していない。

在宅患者訪問薬剤管理指導の存在の周知について

医師責任者及び医師調査

薬剤師の業務として在宅患者訪問薬剤管理指導があることを知っているか？

医師責任者N=1,294人、医師N=1,911人



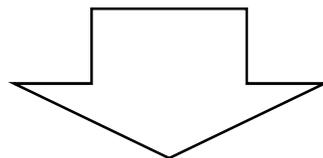
〔出典〕平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)
「病棟勤務医等の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査」(速報)

○ 薬剤師の業務として在宅患者訪問薬剤管理指導があることについて50%以上の医師責任者及び60%以上の医師が「あまり知らない」「知らない」と回答している。

在宅患者訪問薬剤管理指導の課題と論点

【課題】

- チーム医療の一つとして、薬剤師による一層の在宅患者訪問薬剤管理指導が求められているが、在宅患者訪問薬剤管理指導料については、薬局に比べ医療機関での算定件数は少ない。



【論点】

- 病棟薬剤業務として、退院時の薬剤指導等を充実させるとともに、当該病棟入院患者に対して退院後も引き続き、必要に応じて、在宅患者訪問薬剤管理指導を行うこととしてはどうか。また、在宅患者訪問薬剤管理指導を薬局と同様にできるように評価してはどうか。

院内感染防止対策、 救急、周産期・小児医療について

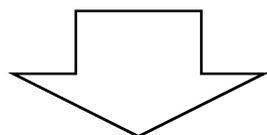
1. 院内感染防止対策について
2. 救急医療について
 - (1) 救急医療管理加算について
 - (2) 救急搬送について
 - (3) 精神疾患を基礎にもつ患者等の救急受入について
3. 周産期・小児医療について
 - (1) 周産期の退院調整について
 - (2) 小児在宅医療等の評価について

1. 院内感染防止対策について

院内感染防止対策に係る課題と論点

【課題】

- ・ 感染防止対策加算には、地域のサーベイランスに参加していることが望ましいとなっており、参加していなくても加算を算定することができる。
- ・ 現在、薬剤耐性菌を中心とした大規模なサーベイランスとして院内感染対策サーベイランス(JANIS)事業が実施されており、院内及び地域の感染対策に貢献している。
- ・ 感染防止対策加算1の届出施設であっても、JANIS事業に参加していない医療機関が一定程度存在している。



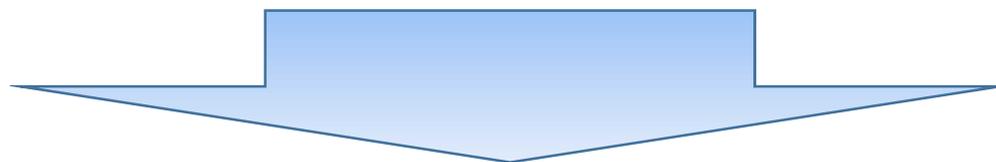
【論点】

- 感染防止対策加算1の算定にあたっては、サーベイランスに参加することを必須とし、特に地域で独自に行っているサーベイランス事業が存在していない場合はJANIS事業への参加を要件としてはどうか。

平成24年度診療報酬改定時の感染防止対策に関する議論

背景

- 平成21年から22年にかけて発生した多剤耐性アシネトバクターのアウトブレイクの反省として、以下の問題点が指摘された。
 - － 細菌検査部と感染制御部、臨床医等との院内の連携が不十分であったこと
 - － アウトブレイク時の対応の遅れがあったこと
 - － 関係機関への報告の遅れがあったこと
- また、院内感染対策中央会議において、院内感染対策に関する専門科による各論的な技術的検討及び各地の院内感染対策地域支援ネットワークの取組状況に関する情報収集と技術的検討が行われた。



対応の方向性

- 上記を背景として、院内感染対策を自院だけで完全に行うことは困難であり、大規模病院であっても複数の医療機関で相互に感染防止対策をチェックし、院内感染予防対策の推進やアウトブレイク時の対応を行うことが重要であること、地域の医療機関同士が連携し、サーベイランス（疫学調査）やアウトブレイク時の対応を行うことが重要であること等が整理された。
- また、対応の方向性として、感染防止対策チームの取り組みに対する評価を医療安全対策とは別に独立して評価すること、医療機関同士の連携（大病院同士、大病院-小病院）に基づいた院内感染対策や地域・院内サーベイランスへの参加を評価することが議論された。

感染症対策の推進

院内における感染防止対策の評価

➤ 院内における感染防止対策の評価を充実させ、院内感染対策に関する取組を推進する。

(新) 感染防止対策加算1 400点(入院初日)

(新) 2 100点(入院初日)

注: 感染防止対策加算の新設に伴い、医療安全対策加算における感染防止対策加算は廃止する。

[主な施設基準]

感染防止対策加算1(従前の医療安全対策加算における感染防止対策加算からの変更点のみ)

- 感染防止対策加算1を算定している医療機関を中心に、加算2を算定する医療機関と年4回以上合同カンファレンスを開催していること。
- 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。

感染防止対策加算2

- ① 感染防止対策加算1に必要な感染制御チームから、研修要件及び専従要件を緩和したチームを作り、感染防止対策に係る業務を行う(業務内容は感染防止対策加算1と同様)。
 - ② 加算2を算定する医療機関は、加算1を算定する医療機関の開催するカンファレンスに年4回以上参加すること。(複数の加算1算定医療機関と連携している場合は、それぞれに少なくとも年1回以上参加すること。)
- 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。

感染防止対策加算には、地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましいとなっており、参加しなければいけないという要件になっていない。

院内感染対策サーベイランス (JANIS)

【開始時期】

平成12年

【目的】

全国の医療機関における院内感染症の発生状況、薬剤耐性菌の分離状況及び薬剤耐性菌による感染症の発生状況等を調査し、情報を提供すること。

【実施主体】

国（ただし、その業務の一部を適当な者に委託することができる）

【対象感染症】

（ア）検査部門

主要菌種とその薬剤感受性

（イ）全入院患者部門

入院患者を対象とした主要な薬剤耐性菌（MRSA, VRE, MDRP, PRSP, VRSA, MDRA）

（ウ）手術部位観戦部門

手術部位の感染菌

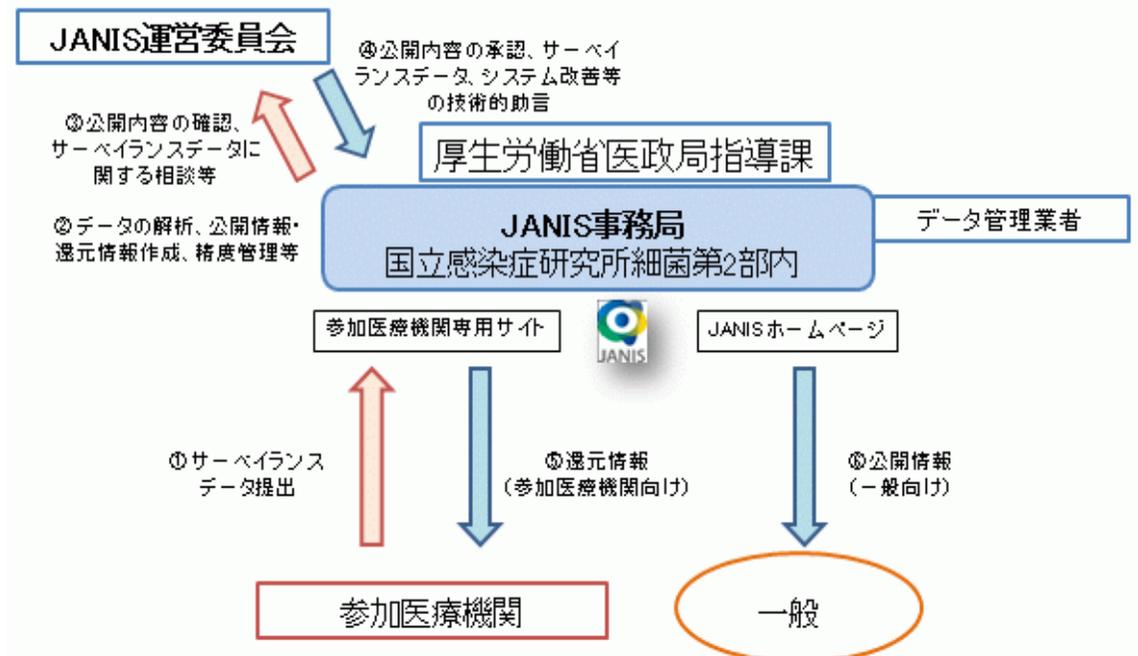
（エ）集中治療室部門

集中治療室で発生する人工呼吸器関連肺炎、カテーテル関連血流感染症、尿路感染症

（オ）新生児集中治療室部門

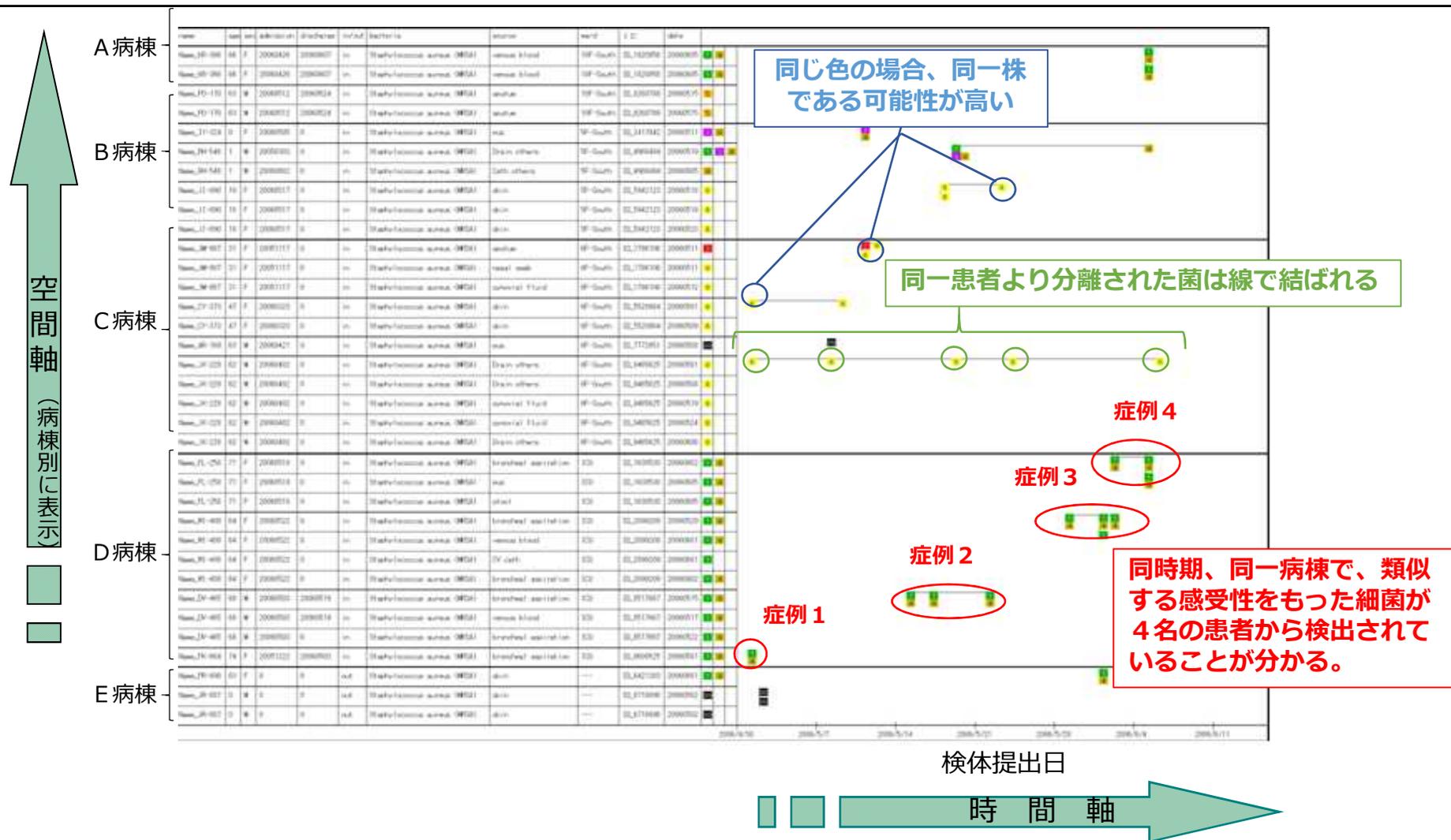
新生児集中治療室の院内感染症

【JANISの運営体制】



院内感染対策サーベイランス（JANIS）事業による情報還元の例①

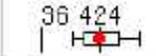
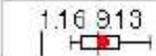
○ 感受性検査結果より同一株である可能性が高い細菌を同色で示し、同一患者を線で結んで表示することによる、院内での菌の広がりを可視化。



院内感染対策サーベイランス（JANIS）事業による情報還元の例②

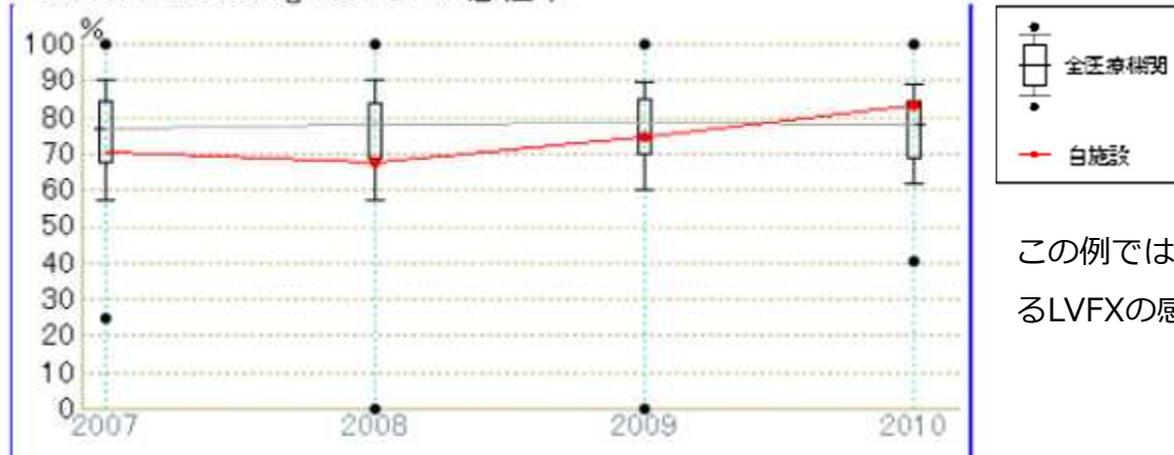
- 全医療機関における、自施設の耐性菌分離率や抗菌薬の感受性率の位置づけ及びその経年的な推移が把握でき、院内感染対策委員会等の資料として活用されている。

1.特定の耐性菌の分離患者数(分離率)

	2007年	2008年	2009年	2010年	全医療機関の 分離率(2010年)	全医療機関(2010年)の分離率分布と 自施設(2010年)分離率との比較
検体提出患者数(人) (100床あたり)	1,558 (213.13)	3,039 (415.73)	3,003 (410.81)	3,003 (410.81)	1,069,216 (457.82)	96,424  2,024
MRSA	224 (14.38%)	357 (11.75%)	297 (9.89%)	299 (9.96%)	100,845 (9.43%)	1,169,13  45,58

この例では、経年的にMRSA分離率が低下していることが分かる

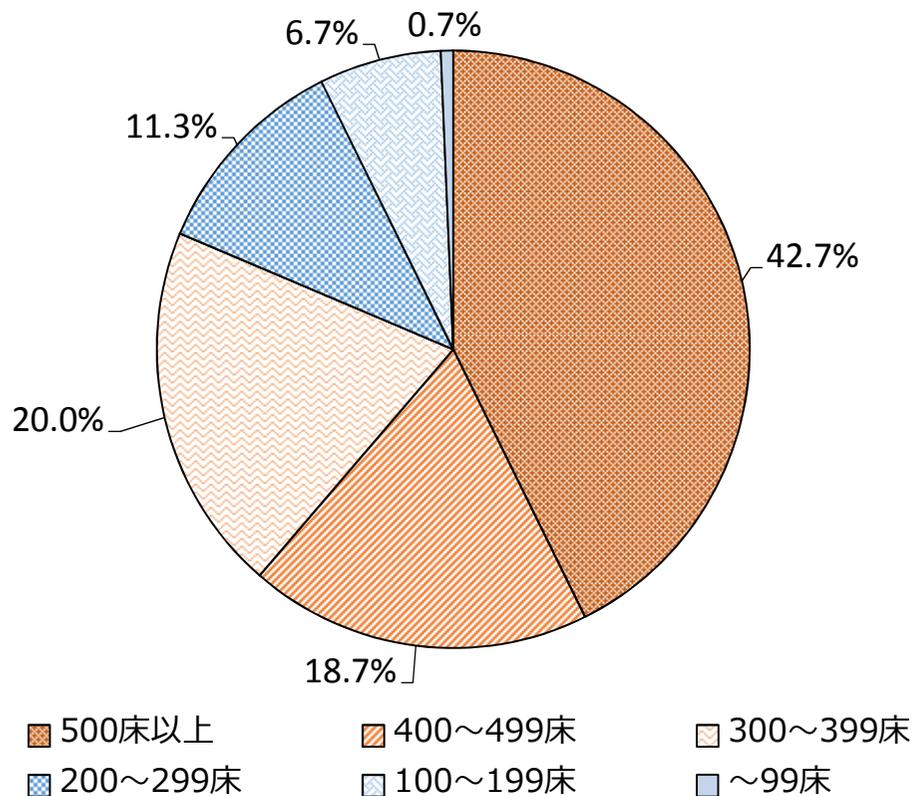
Pseudomonas aeruginosa LVFX感性率



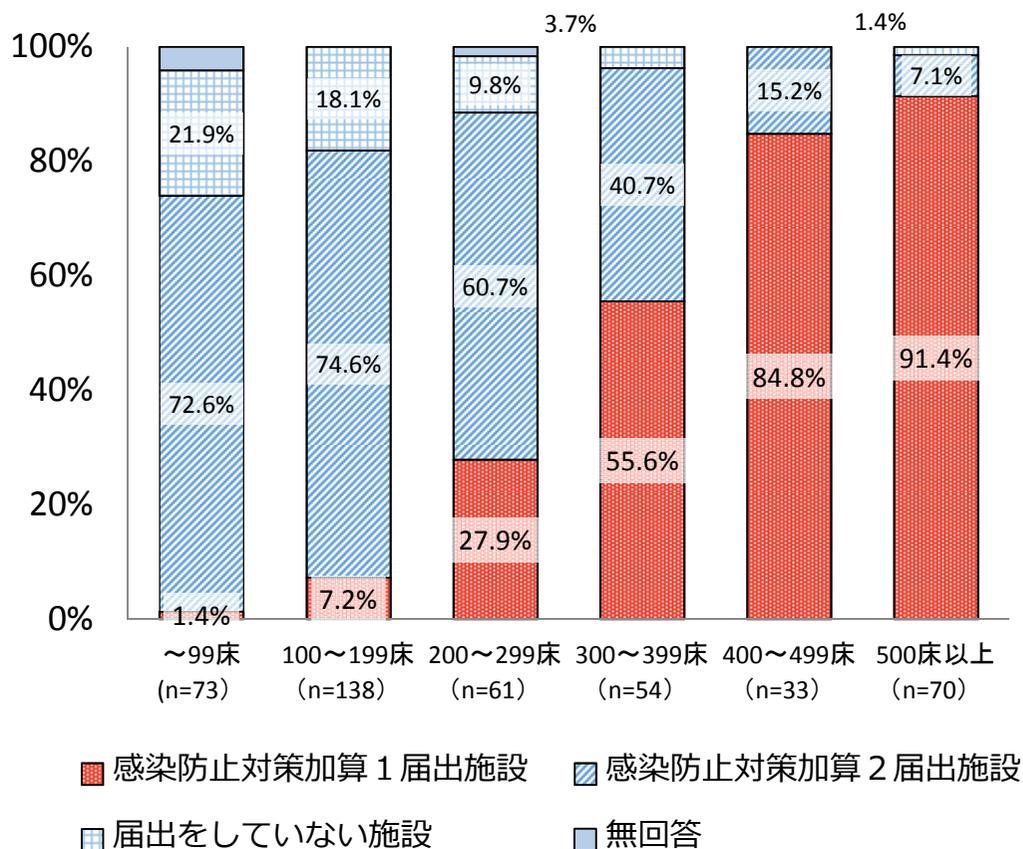
この例では、経年的にPseudomonas aeruginosaに対するLVFXの感性率が改善していることが分かる

「感染防止対策加算1」届出医療機関の状況

感染防止対策加算1届出医療機関の
病床規模別内訳 (n=150)



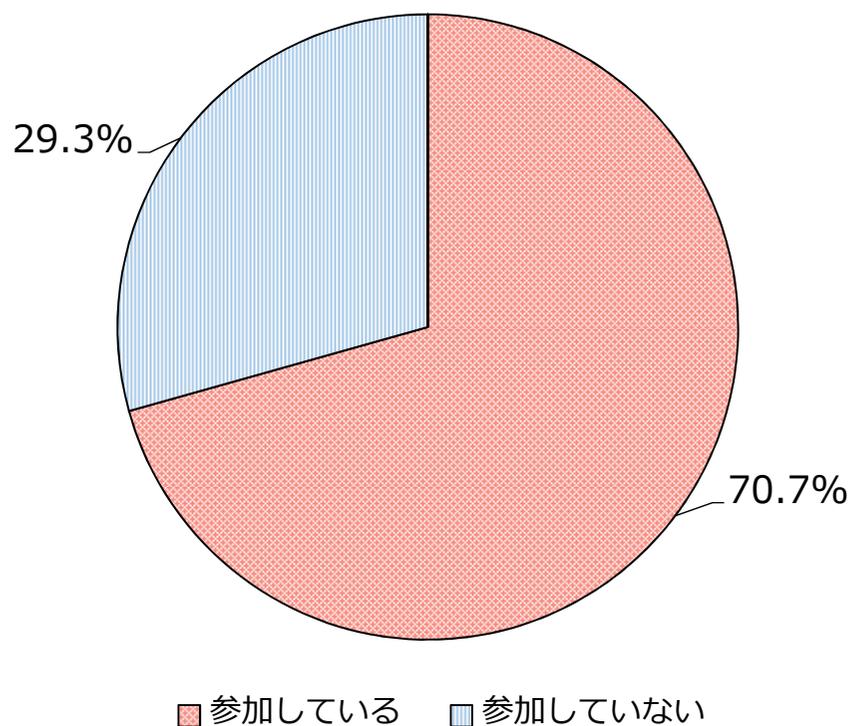
病床規模別の感染防止対策加算の
医療機関届出状況 (n=429)



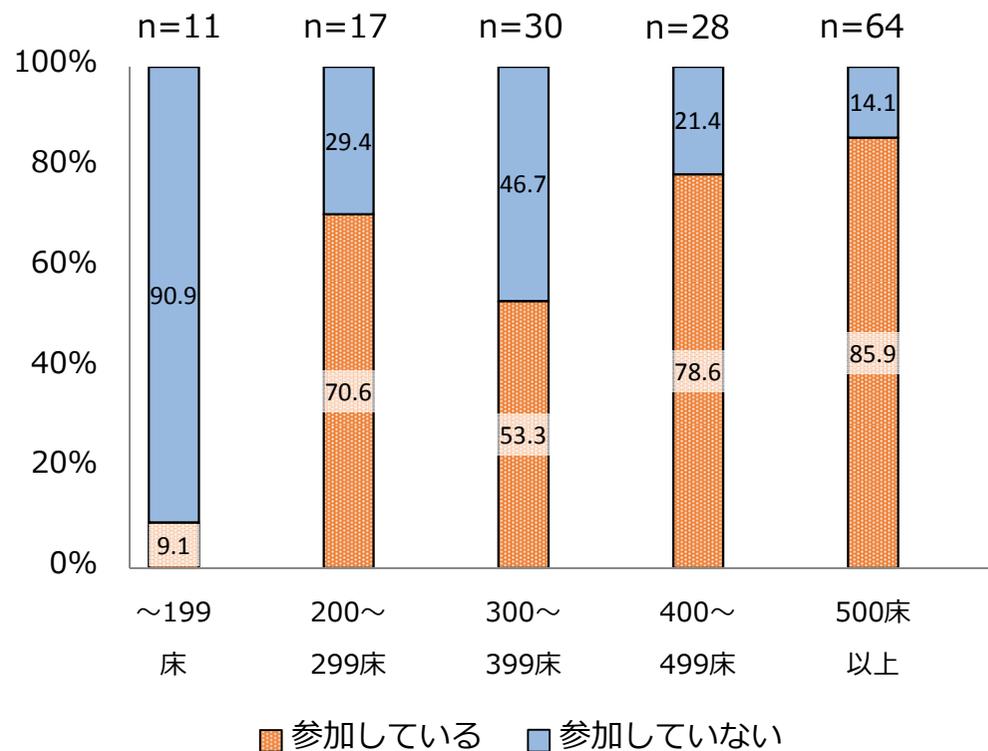
感染防止対策加算1を届け出ている医療機関は500床の医療機関が最も多く、割合で見ると500床以上の医療機関は90%以上が届出を行っている。

感染防止対策加算1届出医療機関における 院内感染対策サーベイランス（JANIS）事業の参加状況

感染防止対策加算1届出医療機関における
JANIS事業の参加割合（n=150）



感染防止対策加算1届出医療機関における
病床規模別JANIS事業の参加割合



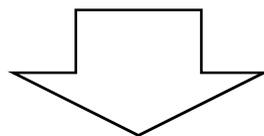
注：平成25年現在、200床未満の医療機関は原則として事業の対象外だが、平成26年度から参加対象に加わることとなっている。

感染防止対策加算1の届出を行っている500床以上であっても、JANIS事業に参加していない医療機関が約15%存在する。

院内感染防止対策に係る課題と論点

【課題】

- ・ 感染防止対策加算には、地域のサーベイランスに参加していることが望ましいとなっており、参加していなくても加算を算定することができる。
- ・ 現在、薬剤耐性菌を中心とした大規模なサーベイランスとして院内感染対策サーベイランス(JANIS)事業が実施されており、院内及び地域の感染対策に貢献している。
- ・ 感染防止対策加算1の届出施設であっても、JANIS事業に参加していない医療機関が一定程度存在して居る。



【論点】

- 感染防止対策加算1の算定にあたっては、サーベイランスに参加することを必須とし、特に地域で独自に行っているサーベイランス事業が存在していない場合はJANIS事業への参加を要件としてはどうか。

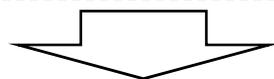
2. 救急医療について

救急医療に係る課題と論点

【課題】

- 救急医療管理加算について、単なる予定外入院等で算定されている場合や「その他、他項目に準ずるような重篤な状態」で算定されている場合が存在する。
- 「その他、他項目に準ずるような重篤な状態」で算定している患者は別の項目で入院している患者よりも1入院あたりの出来高実績点数が少ない。
- 機能分化の観点から、状態が不安定な患者を一時的に高次医療機関へ搬送し、治療を継続するために再び搬送元の医療機関等へ搬送する場合(一般病棟入院基本料を算定)に医師が同乗して診療が行われた場合の評価が存在しない。
- 精神疾患患者や薬物中毒患者については、搬送医療機関が決定するまでにかかる時間が長い。
- 救命救急入院料における精神疾患診断治療に関する評価の算定可能時期について疑義が生じている。
- 救命救急入院料における薬毒物中毒患者の分析に係る評価について、評価基準が不明確なため単なる薬物血中濃度測定等で算定可能となっている。
- 夜間休日救急搬送医学管理料の中で、特に救急での受入が困難な精神疾患を合併する患者や薬毒物中毒患者に対する評価は設けられていない。

【論点】



- 救急医療管理加算の算定要件における「その他、他項目に準ずるような重篤な状態」の患者については、患者像が不明確なことから評価を見直すこととしてはどうか。
- 状態が不安定な患者を一時的に高次医療機関へ搬送し、治療を継続するために再び搬送元の医療機関等へ搬送する場合(一般病棟入院基本料を算定)について、医師が同乗して診療が行われた場合の評価を行ってはどうか。
- 救命救急入院料における精神疾患診断治療に関する評価は救命救急入院料の算定期間中、精神科医が最初に行ったものについて算定することとしてはどうか。
- 救命救急入院料における薬毒物中毒患者の分析に係る評価について、①単なる薬物血中濃度測定等を行う場合と中毒学会ガイドラインに基づく詳細な分析装置を用いたものとの評価を分けた上で、②高度救命救急センター以外の救命救急センターでも算定可能とすることとしてはどうか。
- 夜間休日救急搬送医学管理料について、精神疾患を合併する患者や薬毒物中毒患者について新たな評価を設けてはどうか。

1. 院内感染防止対策について
2. 救急医療について
 - (1) 救急医療管理加算について
 - (2) 救急搬送について
 - (3) 精神疾患を基礎にもつ患者等の救急受入について
3. 周産期・小児医療について
 - (1) 周産期の退院調整について
 - (2) 小児在宅医療等の評価について

救急入院患者の評価

A205 救急医療管理加算 800点(1日につき)

- 二次救急医療機関、三次救急医療機関において、緊急に入院を必要とする重症患者に対して、入院した日から7日間算定する。
- 当該加算の対象となる患者は、次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
 - ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
 - イ 意識障害又は昏睡
 - ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
 - エ 急性薬物中毒
 - オ ショック
 - カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
 - キ 広範囲熱傷
 - ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
 - ケ 緊急手術を必要とする状態
 - コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

現在の救急医療管理加算については、緊急に入院が必要であると認めた「重症患者」に対して算定することとなっているが、対象患者について具体的な定めがない「準ずるような」状態の患者が含まれている。

DPCデータ 様式1

3.入退院情報 (9)予定・救急医療入院

- ・ 「予定入院」の場合は“100”を、
- ・ 「救急医療入院以外の予定外入院」の場合の入院は“200”を、
- ・ 「救急医療入院」の場合は“3**”を入力する。

[留意事項]

「予定入院」とは、予め当該医療機関に入院すること(入院日)が決まっていた場合の入院

「救急医療入院」とは、**A205 救急医療管理加算の患者要件と同一**の患者の入院

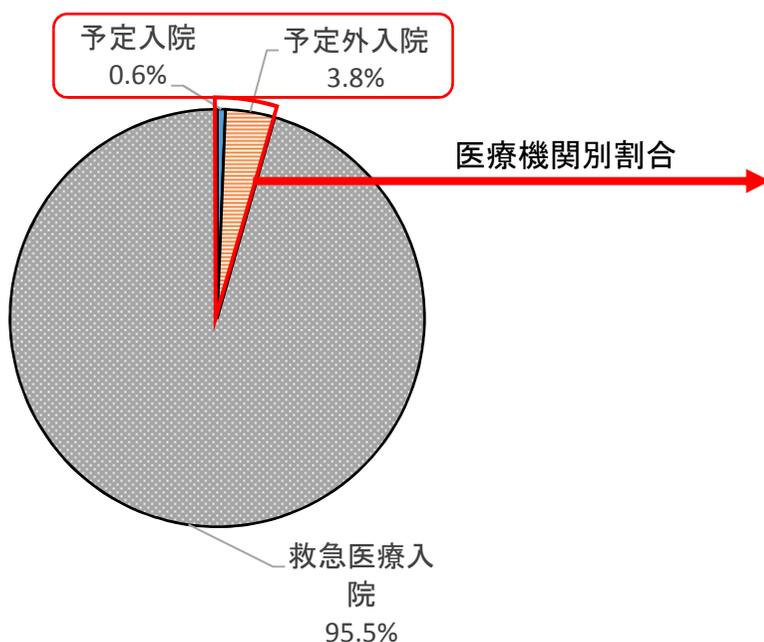
救急医療入院の場合については、その**理由別に入力**する。

- 301 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- 302 意識障害又は昏睡
- 303 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- 304 急性薬物中毒
- 305 ショック
- 306 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- 307 広範囲熱傷
- 308 外傷、破傷風等で重篤な状態
- 309 緊急手術を必要とする状態
- 310 その他上記の要件に準ずるような重篤な状態

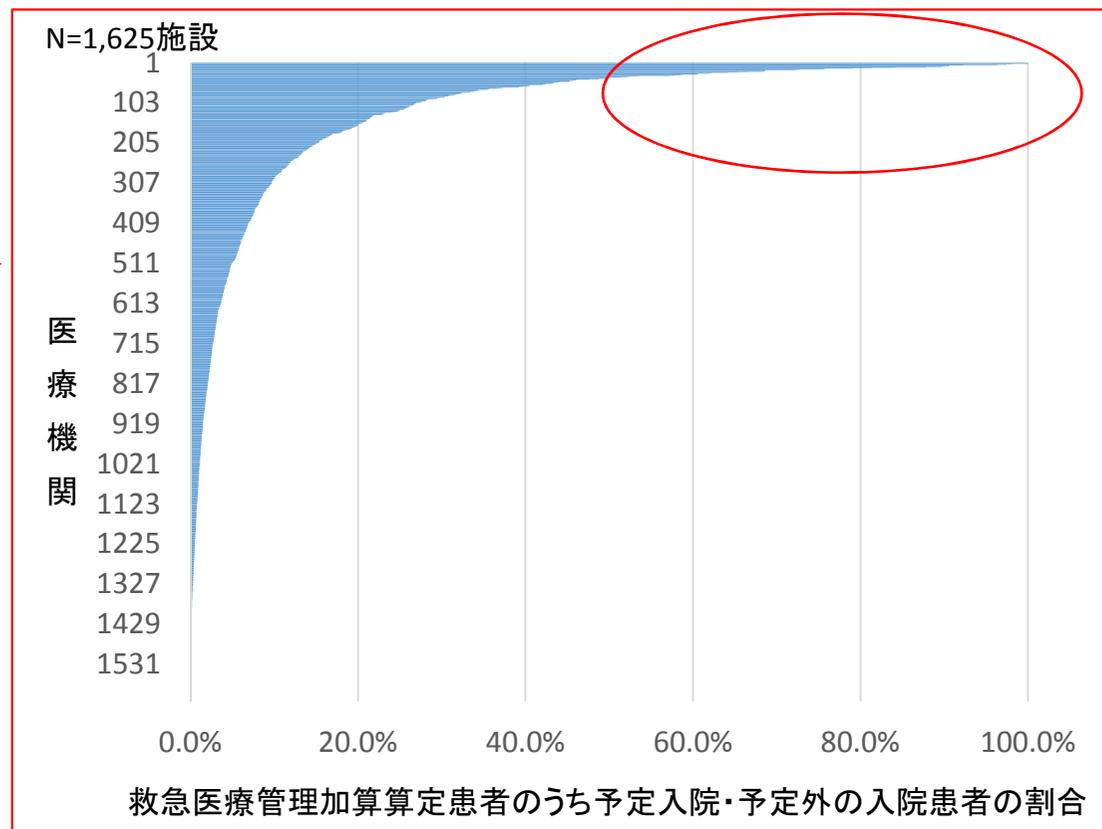
DPCデータで見る救急医療管理加算の実態①

救急医療管理加算算定患者の内訳

N=924,853症例



予定入院・予定外入院患者の割合 (救急医療管理加算算定患者、医療機関別)



出典：平成24年度4月～9月DPCデータ。

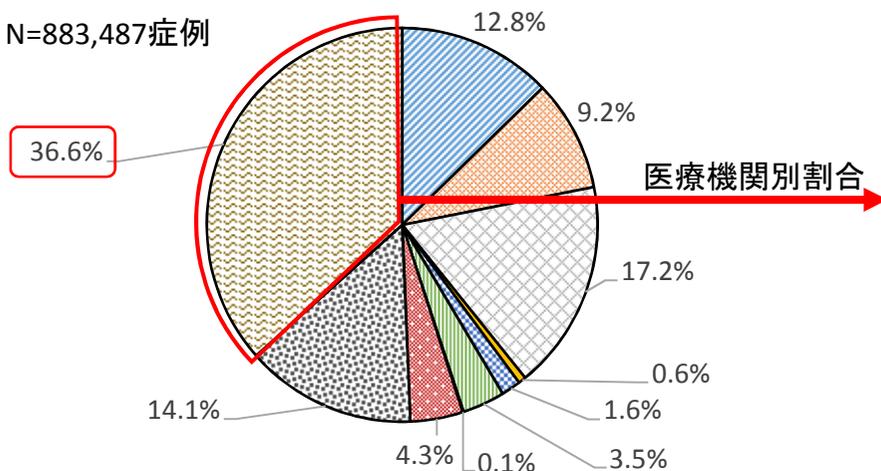
DPC病院、DPC準備病院、データ提出病院のうち、救急医療管理加算を12件以上算定していた医療機関を対象として集計。

救急医療管理加算を予定入院や単なる予定外入院で算定している患者が約4%存在しており、ごく一部の医療機関については大半の患者について単なる予定外入院等で算定している。

DPCデータで見る救急医療管理加算の実態②

救急医療管理加算の算定理由の内訳

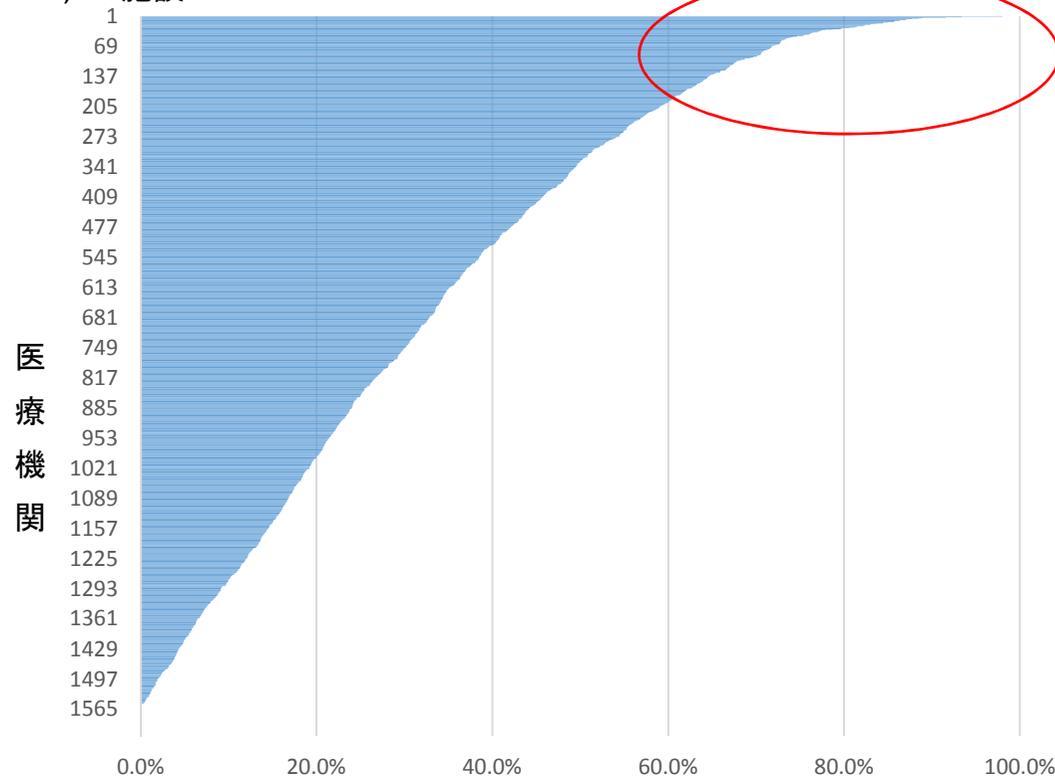
N=883,487症例



- 01_吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- 02_意識障害または昏睡
- 03_呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- 04_急性薬物中毒
- 05_ショック
- 06_重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- 07_広範囲熱傷
- 08_外傷、破傷風等で重篤な状態
- 09_緊急手術を必要とする状態
- 10_その他上記の要件に準ずるような状態

「その他上記の要件に準ずるような状態」の割合 (救急医療管理加算算定患者、医療機関別)

N=1,625施設



救急医療管理加算の算定理由うち「準ずるような状態」の割合

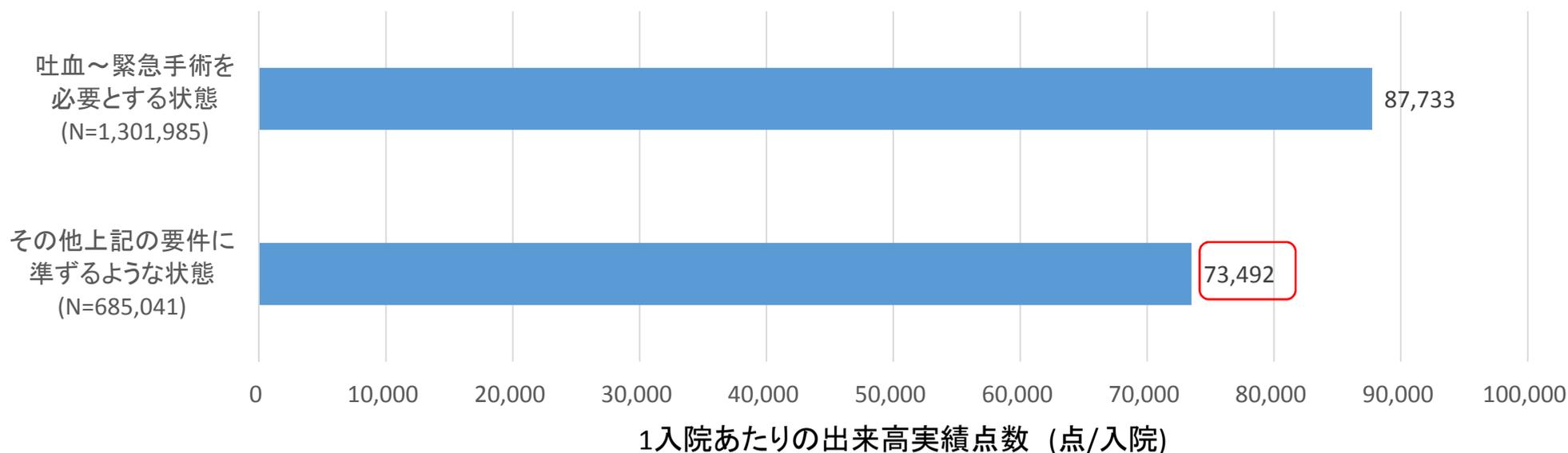
出典:平成24年度4月～9月DPCデータ。

DPC病院、DPC準備病院、データ提出病院のうち、救急医療管理加算を12件以上算定していた医療機関を対象として集計。

救急医療管理加算の算定理由のうち最も多い理由は「その他上記の要件(他の項目を指す)に準ずるような状態」であり、医療機関によっては大半の患者について当該理由で算定している。

DPCデータで見る救急医療管理加算の実態③

救急医療管理加算の算定理由別の1入院あたり出来高実績点数



出典：平成24年度DPCデータ

「その他、他項目に準ずるような重篤な状態」で算定している患者は別の項目で入院している患者よりも1入院あたりの出来高実績点数が少ないことから、他の項目よりも軽症者が含まれている可能性がある。

⇒ 患者像が不明確であることから、評価を見直すこととしてはどうか。

1. 院内感染防止対策について
2. 救急医療について
 - (1) 救急医療管理加算について
 - (2) 救急搬送について
 - (3) 精神疾患を基礎にもつ患者等の救急受入について
3. 周産期・小児医療について
 - (1) 周産期の退院調整について
 - (2) 小児在宅医療等の評価について

救急搬送の評価

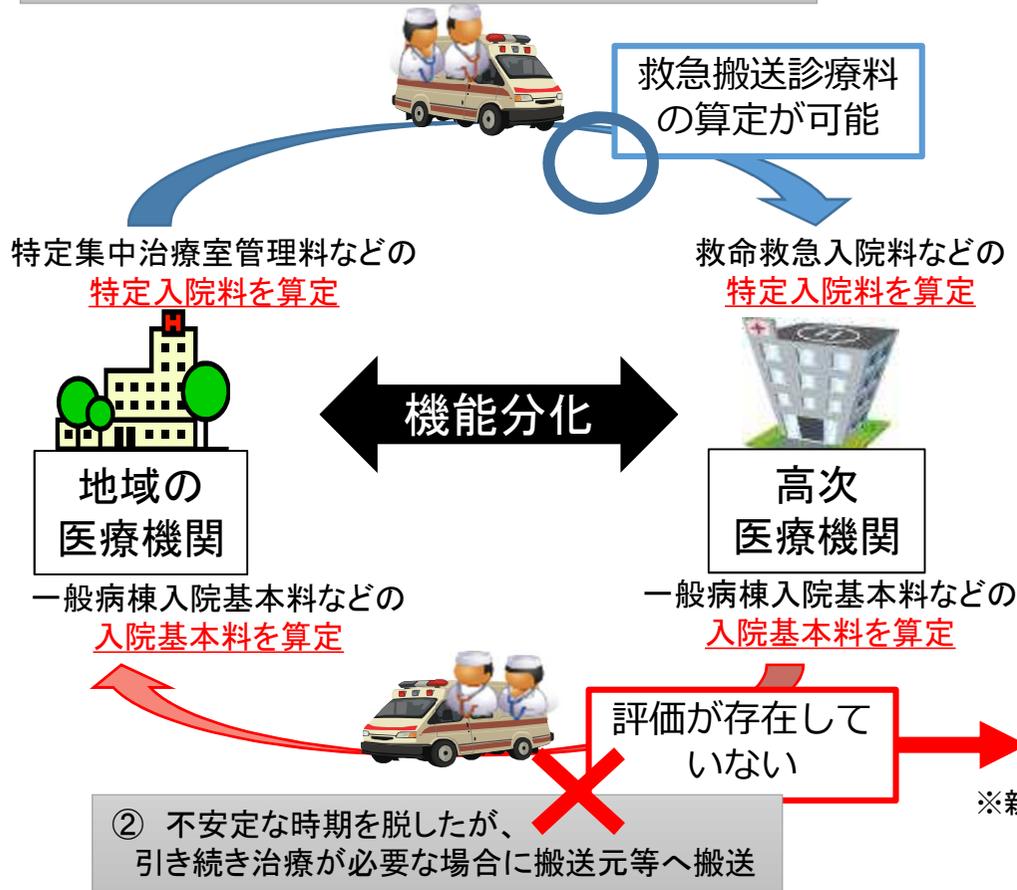
C004 救急搬送診療料 1,300点

- 患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、医師が同乗して診療を行った場合に算定する。
- 救急用の自動車とは、消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車であって当該保険医療機関に属するものをいう。
- 救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する「救急医療用ヘリコプター」による搬送される患者に対して、救急医療用ヘリコプター内において診療を行った場合についても算定することができる。
- 入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、入院基本料を算定した日には救急搬送診療料を算定できない。

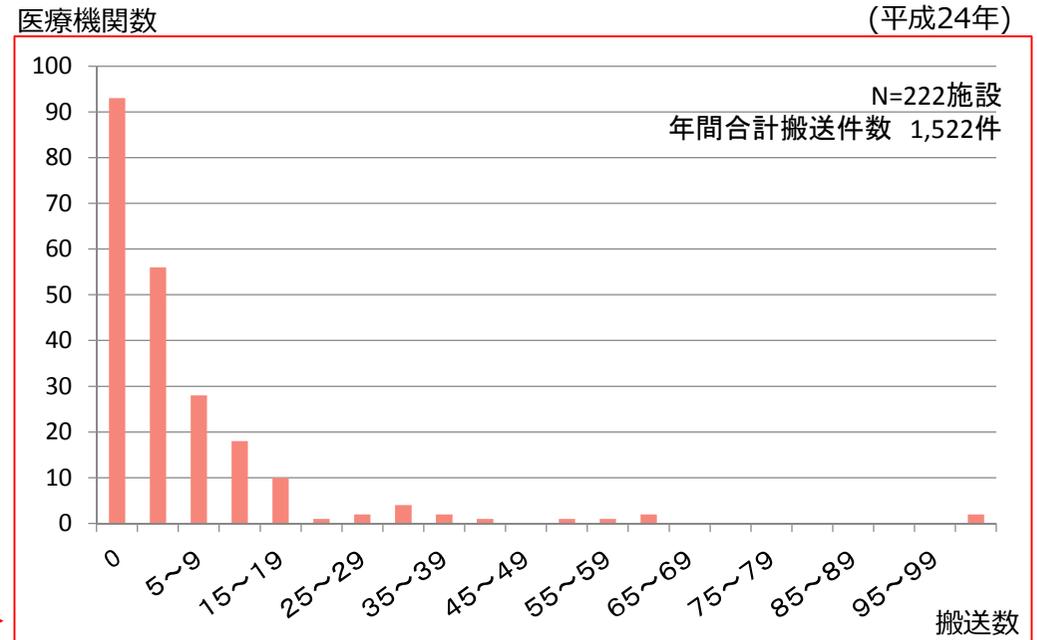
現在の救急搬送診療料は病院間搬送を行う場合、患者が特定入院料(精神科急性期治療病棟入院料等の救急搬送診療料が包括されている入院料を除く)ではなく入院基本料を算定している場合には算定することができない。

救急搬送における救急搬送診療料の状況

① 患者の状態が不安定な場合に高次医療機関へ搬送



不安定な状態を脱した後に
高次医療機関から地域の医療機関へ搬送した件数



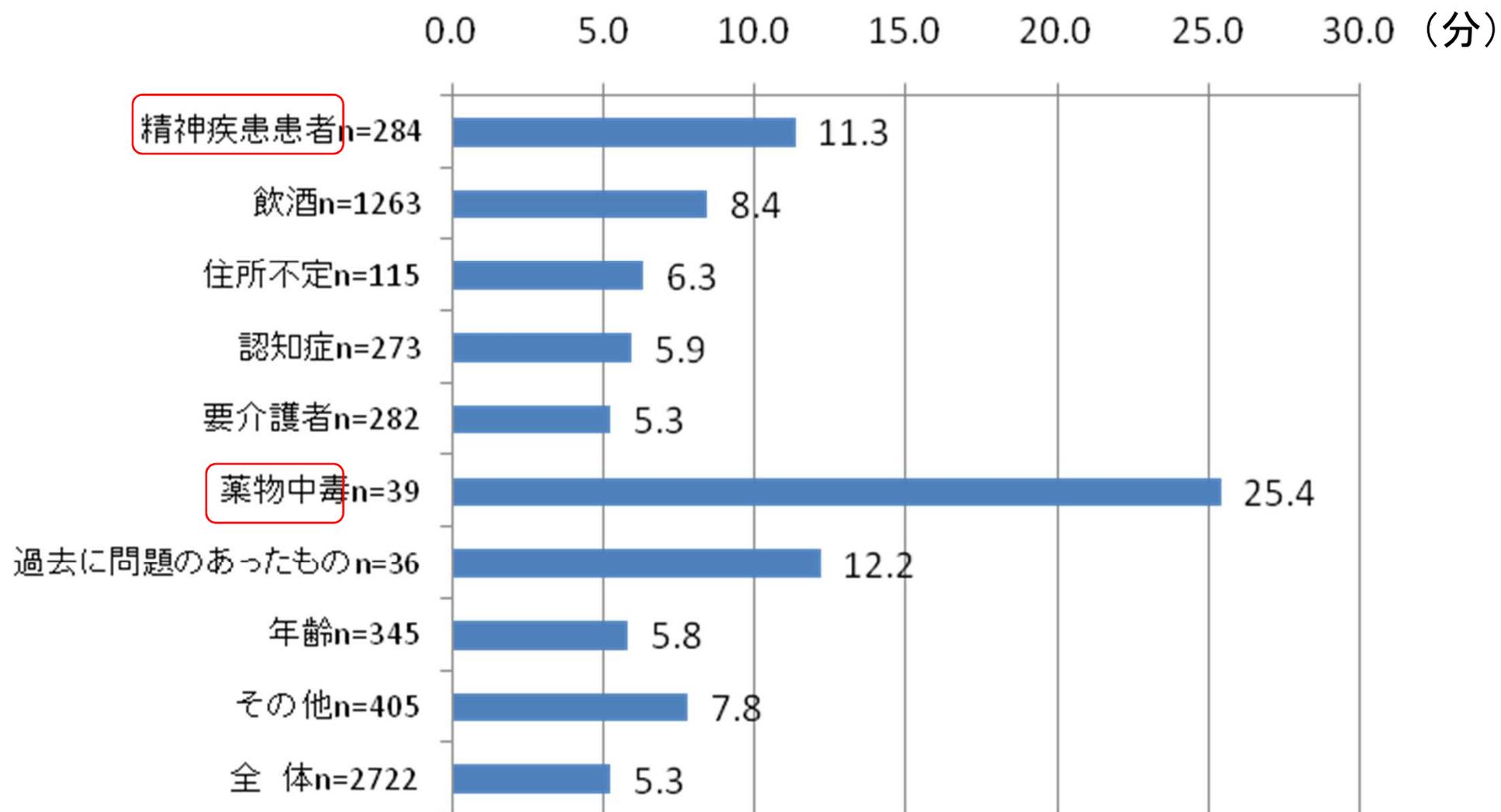
※新生児対応ドクターカーについての全国周産期母子医療センターへのアンケート調査結果 (新生児医療連絡会しらべ)

機能分化の観点から、状態が不安定な患者を一時的に救命救急センター等の高次医療機関へ搬送し、治療を継続するために再び搬送元の医療機関等へ搬送する場合が存在するが、その際に入院基本料を算定している場合は医師が同乗して診療が行われていても評価が存在していない。

⇒ このような場合について、医師が同乗して診療が行われた場合の評価を行ってはどうか。

1. 院内感染防止対策について
2. 救急医療について
 - (1) 救急医療管理加算について
 - (2) 救急搬送について
 - (3) 精神疾患を基礎にもつ患者等の救急受入について
3. 周産期・小児医療について
 - (1) 周産期の退院調整について
 - (2) 小児在宅医療等の評価について

傷病者背景別 搬送先決定までに要した時間(地域調査 大阪市)



薬物中毒患者や精神疾患患者は、搬送先決定までに時間を要する傾向にある

大阪市全数調査(平成21年12月1か月間):平成22年度救急業務高度化推進検討会より

救急搬送における医療機関の受入状況等詳細調査結果

○調査対象:

平成20年12月16日(火) 8:30~22日(月)8:29 に東京消防庁管内で救急搬送した全事案(転院搬送除く)

計9,414件

図1. 医療機関に受入の照会を行った回数:

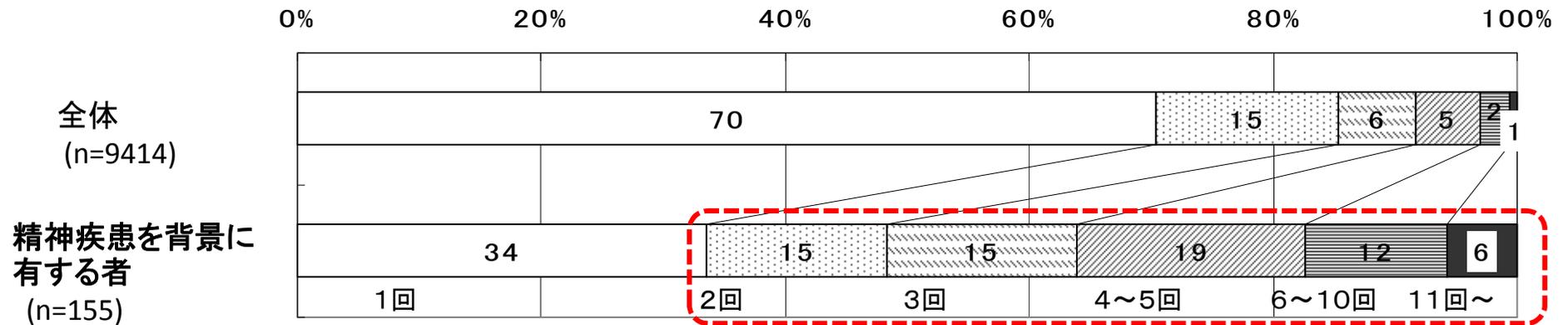
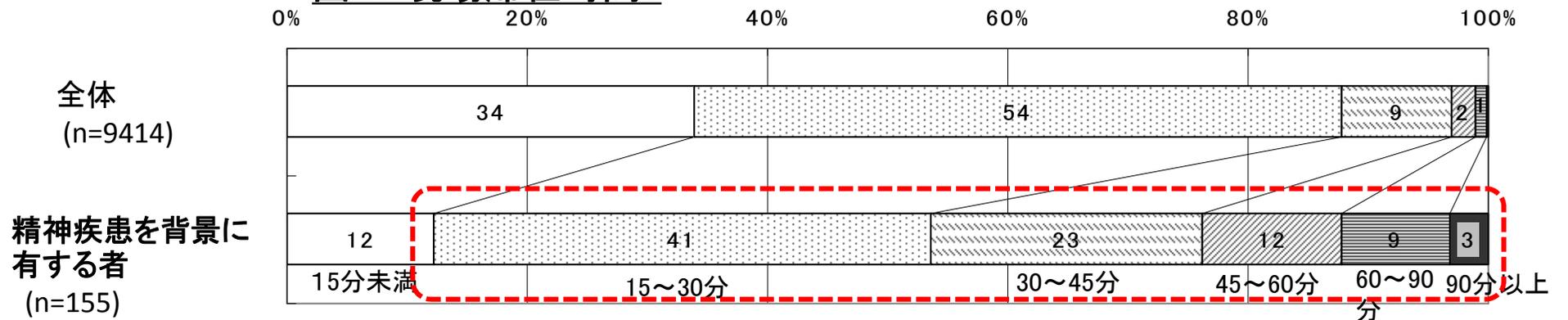


図2. 現場滞在時間:



精神疾患を背景に有する者は、医療機関への受入の照会回数が多く、現場滞在時間が長くなっている。

救命救急センターにおける精神疾患合併救急患者の評価

精神疾患を合併する救急患者の受入の推進

- 自殺企図等による重篤な患者への精神科救急診療について、救命救急入院料に設けられている加算を精神保健指定医以外の精神科医や自院以外の精神保健指定医でも算定可能とする。

救命救急入院料 注2加算* 3,000点

* 初回の精神疾患診断治療に対する評価

[算定要件]

精神保健指定医(自院以外の精神保健指定医を含む。)又は精神保健指定医以外の精神科医が当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合、**最初の診療時に限り**算定。



最初の診療時の定義が不明確なため、「入院初日でないと算定できないのではないか」といった疑義が生じており、点数の趣旨に照らし合わせて、**救命救急入院料の算定期間中、精神科医が最初に行ったものについて算定**することを明確化してはどうか。

高度救命救急センターにおける薬物中毒患者の評価

- 急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合に算定。

救命救急入院料 注6加算 5,000点(入院初日)

[施設基準]

高度救命救急センターであること。

[算定要件]

急性薬毒物中毒(催眠鎮静剤、抗不安剤による中毒を除く)が疑われる患者に対して、原因物質の分析等、必要な救命救急管理を実施した場合に算定する。



現在、救命救急入院料 注6の加算については

- 原因物質の分析方法について具体的な規定がないため、分析機器を用いた詳細な分析だけでなく自動分析器による単なる薬物血中濃度測定等でも算定可能となっている
- 高度救命救急センターに限られており、一般の救命救急センターでは算定できない。

<分析機器を用いた分析>

- ・ 分析機器の設定、試薬の組み合わせで幅広い化合物の定性・定量評価に対応(日本中毒学会で分析方法のガイドラインを作成)
- ・ どんな薬物による中毒か不明な場合に使用

<自動分析器>

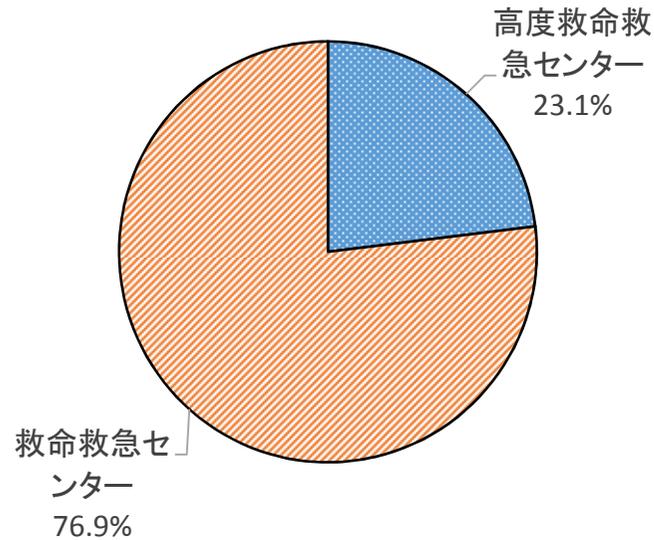
- ・ 特定の薬物に反応する試薬のみ使用することができ、自動的に定量測定が可能
- ・ 特定の薬毒物による中毒が強く疑われる場合に使用

⇒ 日本中毒学会のガイドラインに基づく分析機器を用いた分析と自動分析器等との評価を分けることとしてはどうか。

救命救急センターにおける薬物中毒患者の診療

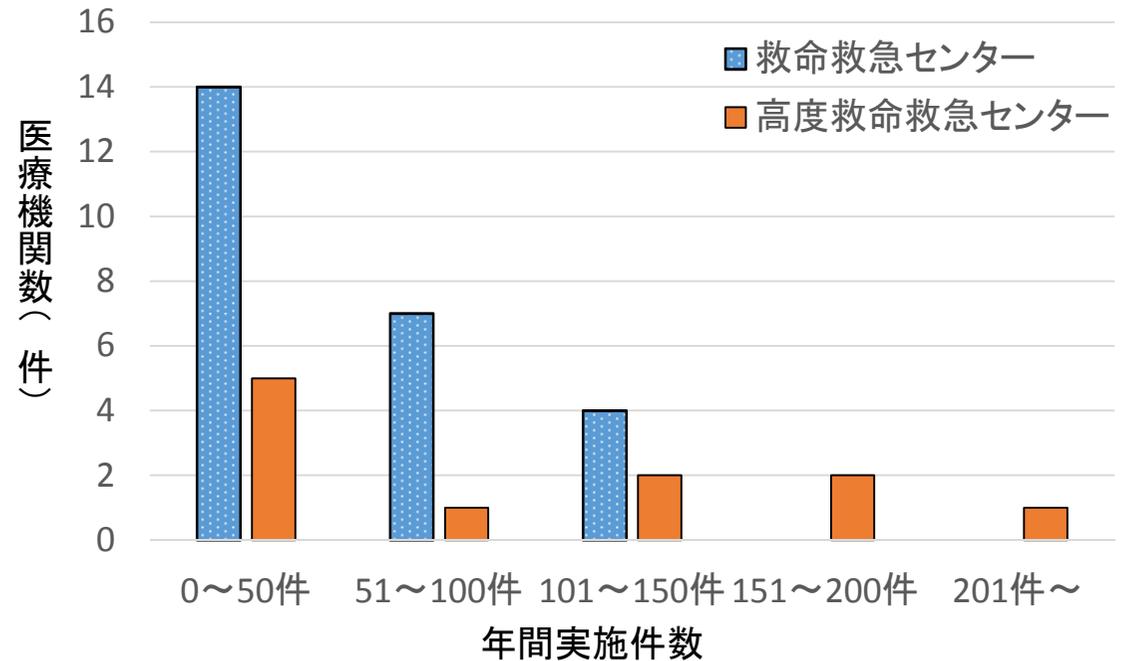
薬毒物分析機器が配備されている施設の状況

N=52



薬毒物分析の年間実施件数(利用実績のある施設のみ)

N=36



薬毒物分析機器は、高度救命救急センターだけでなく救命救急センターにも配備されており、救命救急センターについても一定程度、薬毒物の分析実績がある。

⇒ 算定可能な施設を救命救急センター全体に広げることとしてはどうか。

二次救急機関における救急患者の評価

- 二次救急医療機関における深夜・土曜・休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療に対する評価を新設し、救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進する。

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料 200点

[算定要件]

二次救急医療機関又は精神科救急医療施設において、深夜、時間外(土曜日に限る)、又は休日に救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって初診のものについて、必要な医学管理が行われた場合に算定。



二次救急医療機関が深夜、土曜、休日の救急搬送患者に対して外来で初期診療を行った場合の評価について、精神疾患を合併する患者や薬毒物中毒患者についての加算は設けられていない。

- ⇨ 精神疾患の合併がある患者や薬毒物中毒患者の診療について、さらなる評価を行ってはどうか。

救急医療に係る課題と論点

【課題】

- 救急医療管理加算について、単なる予定外入院等で算定されている場合や「その他、他項目に準ずるような重篤な状態」で算定されている場合が存在する。
- 「その他、他項目に準ずるような重篤な状態」で算定している患者は別の項目で入院している患者よりも1入院あたりの出来高実績点数が少ない。
- 機能分化の観点から、状態が不安定な患者を一時的に高次医療機関へ搬送し、治療を継続するために再び搬送元の医療機関等へ搬送する場合(一般病棟入院基本料を算定)に医師が同乗して診療が行われた場合の評価が存在しない。
- 精神疾患患者や薬物中毒患者については、搬送医療機関が決定するまでにかかる時間が長い。
- 救命救急入院料における精神疾患診断治療に関する評価の算定可能時期について疑義が生じている。
- 救命救急入院料における薬毒物中毒患者の分析に係る評価について、評価基準が不明確なため単なる薬物血中濃度測定等で算定可能となっている。
- 夜間休日救急搬送医学管理料の中で、特に救急での受入が困難な精神疾患を合併する患者や薬毒物中毒患者に対する評価は設けられていない。

【論点】

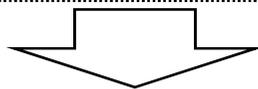
- 
- 救急医療管理加算の算定要件における「その他、他項目に準ずるような重篤な状態」の患者については、患者像が不明確なことから評価を見直すこととしてはどうか。
 - 状態が不安定な患者を一時的に高次医療機関へ搬送し、治療を継続するために再び搬送元の医療機関等へ搬送する場合(一般病棟入院基本料を算定)について、医師が同乗して診療が行われた場合の評価を行ってはどうか。
 - 救命救急入院料における精神疾患診断治療に関する評価は救命救急入院料の算定期間中、精神科医が最初に行ったものについて算定することとしてはどうか。
 - 救命救急入院料における薬毒物中毒患者の分析に係る評価について、①単なる薬物血中濃度測定等を行う場合と中毒学会ガイドラインに基づく詳細な分析装置を用いたものとの評価を分けた上で、②高度救命救急センター以外の救命救急センターでも算定可能とすることとしてはどうか。
 - 夜間休日救急搬送医学管理料について、精神疾患を合併する患者や薬毒物中毒患者について新たな評価を設けてはどうか。

3. 周産期・小児医療について

周産期・小児医療に関する課題と論点

【課題】

- 長期入院児になった患者の疾患は先天異常、極低出生体重児、新生児仮死、染色体異常で約90%となっている。
- 長期入院児の対策として家族に早期から密接な説明を行うことが効果的との回答が多く見られ、実際に説明の開始時期は早くなっている。
- 周産期医療センター等のNICUを有する病院から直接人工呼吸器をつけて在宅に帰る患者が増加している。
- NICUを有する病院から直接在宅へ退院することにより、地域の医療機関との関係が希薄となり、出生時の病院の近所へ転居するような事例が発生している。
- 埼玉県済生会川口総合病院において、周産期医療センター等と連携して退院前に一度転院を受入、その後在宅に退院している事例があるが、このような急性期病院において在宅へ帰ることを前提とした退院調整の評価が存在しない。
- 小児の在宅医療を行う場合には病院との連携が重要となっている。
- 在宅療養指導管理料について、他の医療機関で算定がある場合には別の医療機関で算定できない場合がある。
- NICU後の患者等に対して投与する注射について、高額なため小児科外来診療料(包括評価)では対応が困難な薬剤が存在する。



【論点】

- 新生児特定集中治療室退院調整加算について、ハイリスクの患者について早期から退院調整を行うことを要件としてはどうか。
- 周産期医療センター等と連携し、在宅へ帰ることを前提として急性期病院でNICU後の重症児を受け入れることや、当該病院における退院支援を評価してはどうか。
- 連携先の医療機関で在宅療養指導管理料を算定している場合であっても、他の医療機関で行われた指導管理と別の指導管理が行われた場合については、在宅療養指導管理料を算定可能としてはどうか。
- パリビズマブの注射当日の診療は小児科外来診療料ではなく、出来高で算定することとしてはどうか。

1. 院内感染防止対策について
2. 救急医療について
 - (1) 救急医療管理加算について
 - (2) 救急搬送について
 - (3) 精神疾患を基礎にもつ患者等の救急受入について
3. 周産期・小児医療について
 - (1) 周産期の退院調整について
 - (2) 小児在宅医療等の評価について

新生児特定集中治療室における退院調整の充実

- 新生児特定集中治療室(NICU)における退院調整に係る評価について、NICUに勤務経験のある看護師が退院調整に参画することを要件とした上で評価を引き上げる。また、超低出生体重児等ハイリスク者に対しては加算を2回算定可能とし、きめ細やかな退院調整を評価する。

新生児特定集中治療室退院調整加算

(改) 退院調整加算1(退院時1回) 300点→600点

(新) 退院調整加算2

イ 退院支援計画作成加算(入院中1回) 600点

ロ 退院加算(退院時1回) 600点

[施設基準]

(改定前) 退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。

⇒(改定後) 下記のいずれかを満たす場合

- ・ 新生児の集中治療及び退院調整に関する十分な経験を有する専従の看護師が1名以上配置。
- ・ 新生児の集中治療及び退院調整に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士がそれぞれ1名以上配置。

[退院調整加算2の算定要件]

出生時体重が1,500g未満の者又は超重症、準超重症の状態が28日以上継続しているもの。

早期の在宅療養への円滑な移行や 地域生活への復帰に向けた取組の促進

効果的な退院調整の評価

効果的な退院調整を行うため、退院調整部門を強化し、早期の退院を評価する。

(入院日より)

(新) 退院調整加算1	イ	14日以内	340点
	ロ	30日以内	150点
	ハ	31日以上	50点
(新) 退院調整加算2	イ	30日以内	800点
	ロ	31日以上90日以内	600点
	ハ	91日以上120日以内	400点
	ニ	121日以上	200点

- ・退院困難な要因を有する者の抽出
- ・退院支援計画の作成に着手

入院後7日以内

入院

- 退院困難な要因を有する者を7日以内に抽出する。
- 退院困難な要因を有する者については、できるだけ早期に患者家族と退院後の生活について話し合い7日以内に退院支援計画の作成に着手する。
- 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること、緊急入院であること、介護保険が未申請の場合、入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)、排泄に介護を要すること、同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと、退院後に医療処置が必要なこと、入退院を繰り返していること 等

【退院調整加算1】

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料を算定している患者

【退院調整加算2】

療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(結核病棟)、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は特定入院基本料を算定している患者

[施設基準]

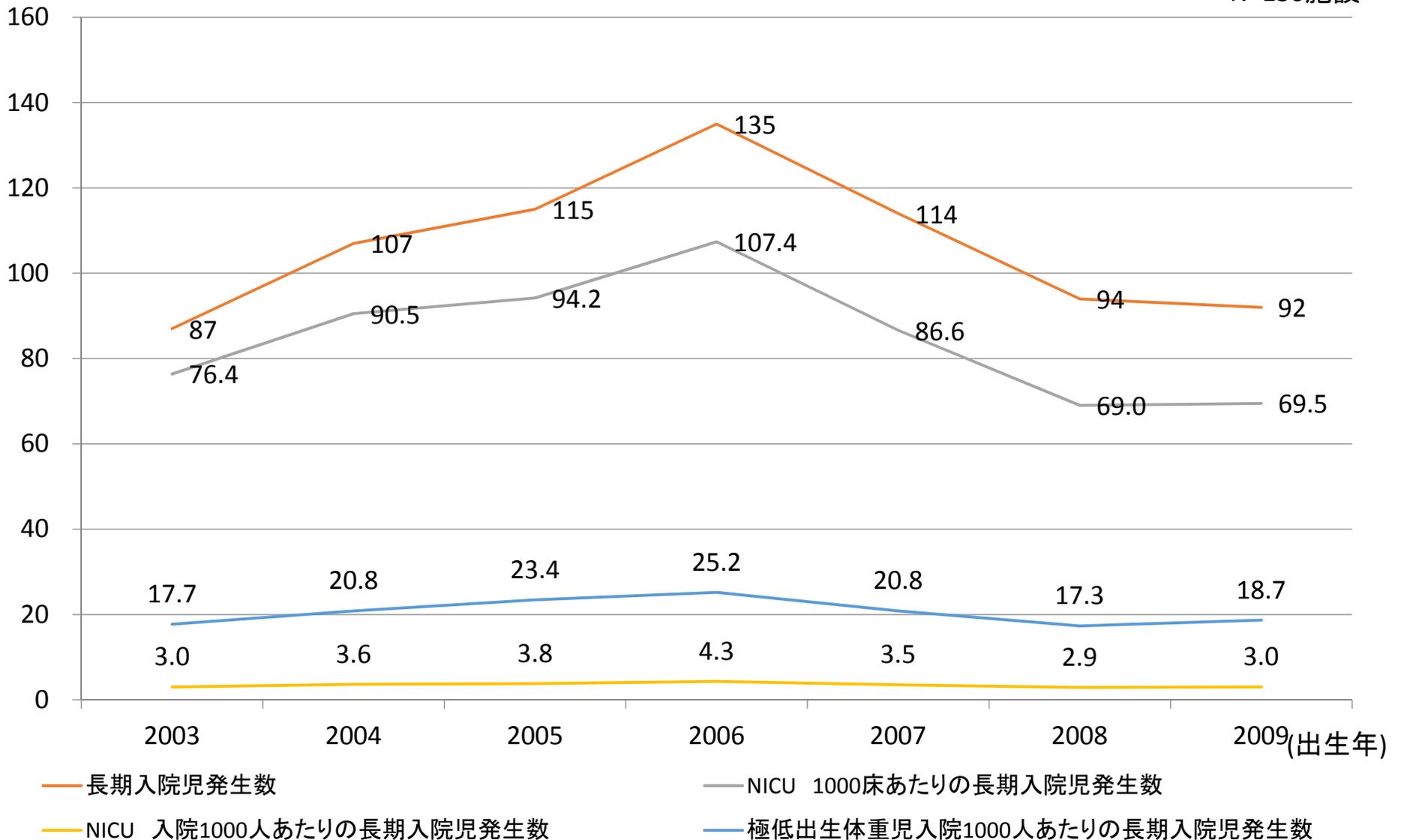
- 病院の場合は、以下の基準をすべて満たしていること。
- イ 当該保険医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。
- ロ 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。
- ハ 専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。
- 診療所の場合は、退院調整を担当する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が配置されていること。

長期入院児*発生数の推移

(改) 中医協 総-2
23.10.19

(人)*長期入院児とは新生児期から1年以上継続して同一の新生児医療施設に入院した、あるいは入院中の症例

N=136施設

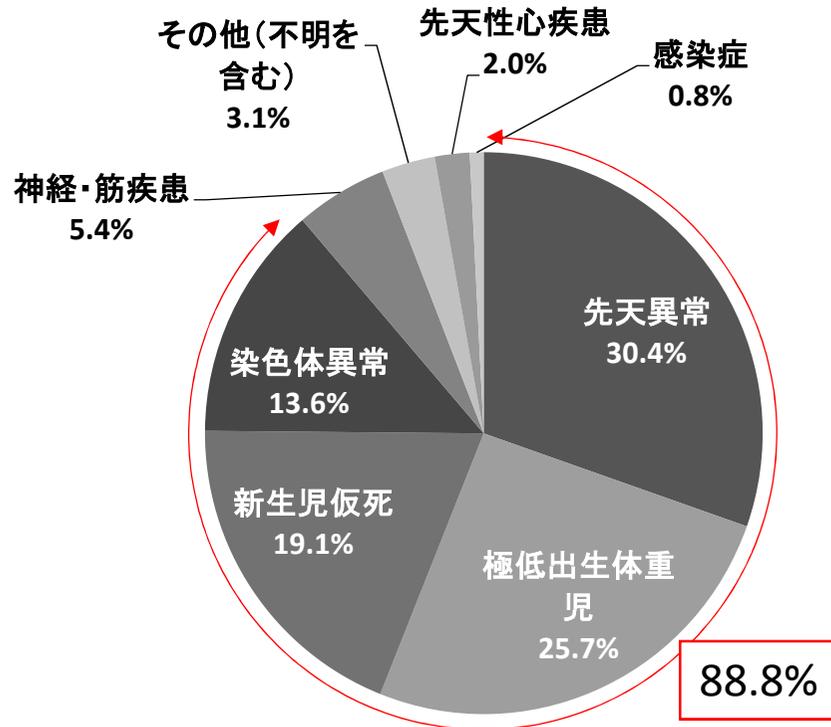


NICUの長期入院児は2006年を境に減少傾向であるが近年はおおむね横ばいとなっている。

NICU長期入院児の疾患内訳

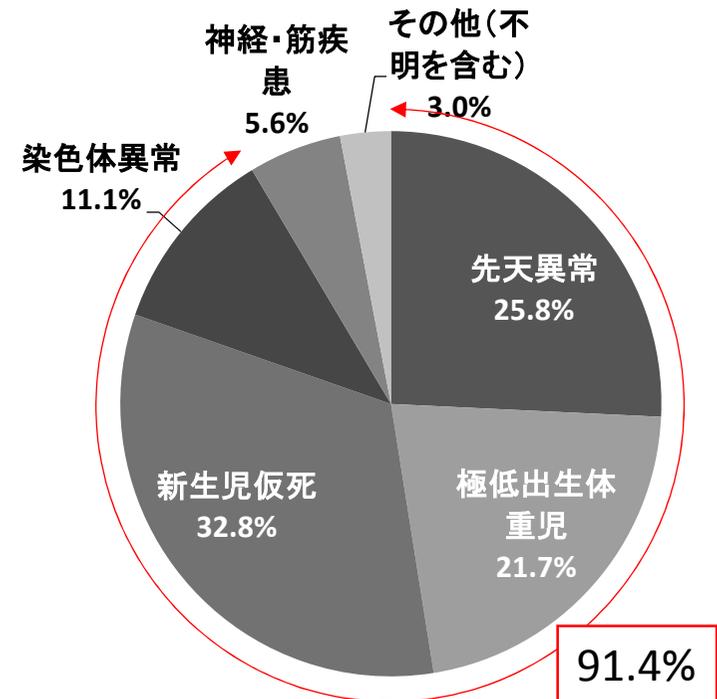
1年以上の長期入院児の疾患内訳

N=136施設(744人)



2年以上の長期入院児の疾患内訳

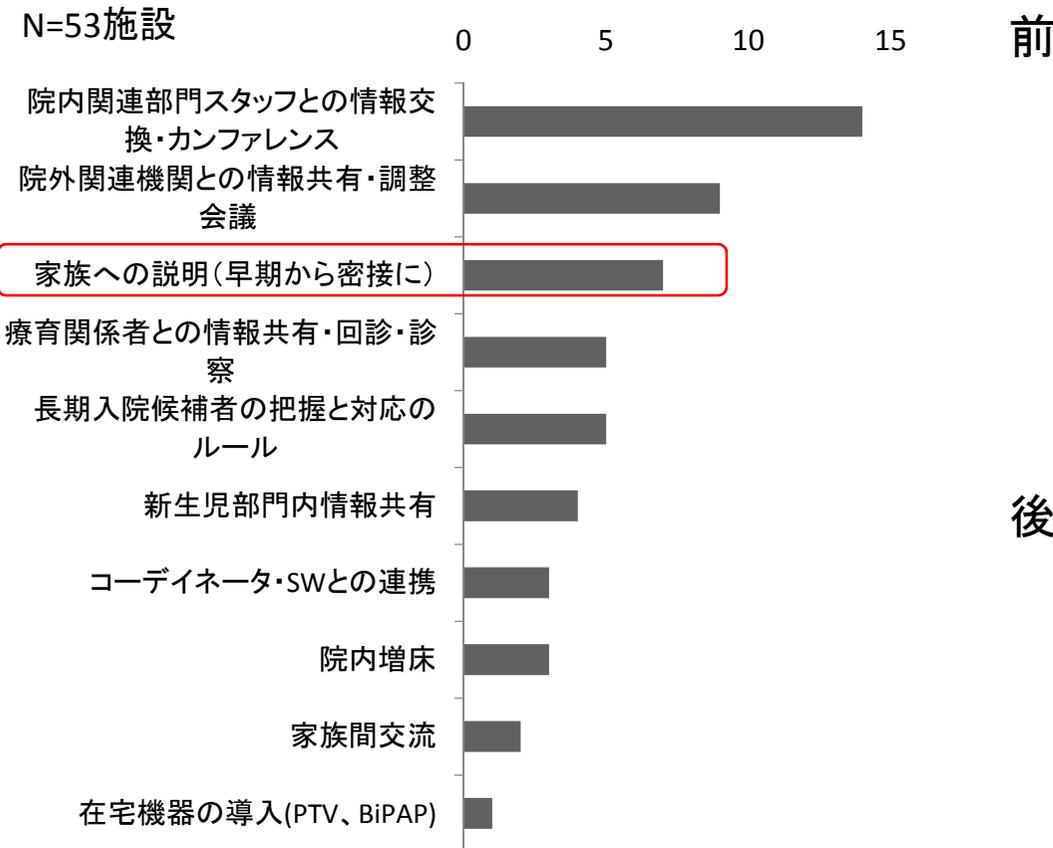
N=136施設(202人)



長期入院児は、先天異常、極低出生体重児、新生児仮死、染色体異常で約90%となっている。新生児仮死の患者は、2年以上の長期入院で割合が増加しており、長期化のリスクが高い。

家族への説明について

効果的だった長期入院対策(自由記載)



近年(特に2006年以前)と比較した説明時期の目安(自由記載)

家族への説明を開始した時期	施設数
入院時	1施設
3~4か月頃	6施設
退院の目安が立った頃	4施設
半年以降	3施設
状態安定した頃	1施設
2~3歳頃	1施設



後

家族への説明を開始した時期	施設数
入院時(出生前も含む)	6施設
1か月以内	5施設
3~4か月頃	4施設
状態安定した頃	2施設
1歳	1施設
できるだけ早期	2施設
入院中(具体的になし)	3施設

長期入院児の退院に効果的であった取り組みとしては、院内外での連携強化に加え、家族への早期から密接な説明があげられる。また、家族への説明開始時期は早期化している。

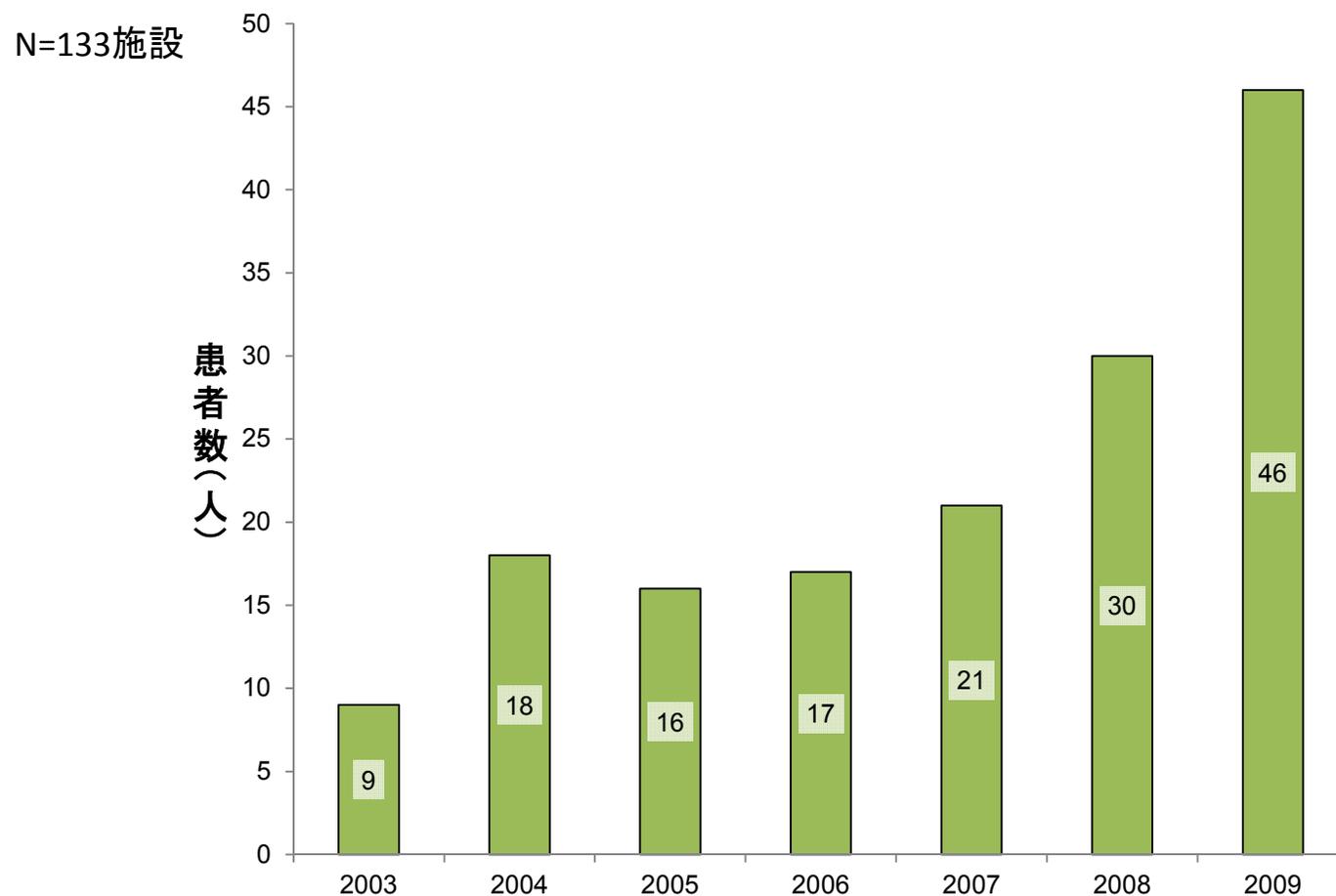
⇒ 成人の退院調整加算についてリスクに応じた早期からの退院支援計画の評価を行っており、新生児についてもリスクに応じて早期からの退院支援を行うことを要件としてはどうか。

1. 院内感染防止対策について
2. 救急医療について
 - (1) 救急医療管理加算について
 - (2) 救急搬送について
 - (3) 精神疾患を基礎にもつ患者等の救急受入について
3. 周産期・小児医療について
 - (1) 周産期の退院調整について
 - (2) 小児在宅医療等の評価について

＜在宅へ帰るまでの評価＞

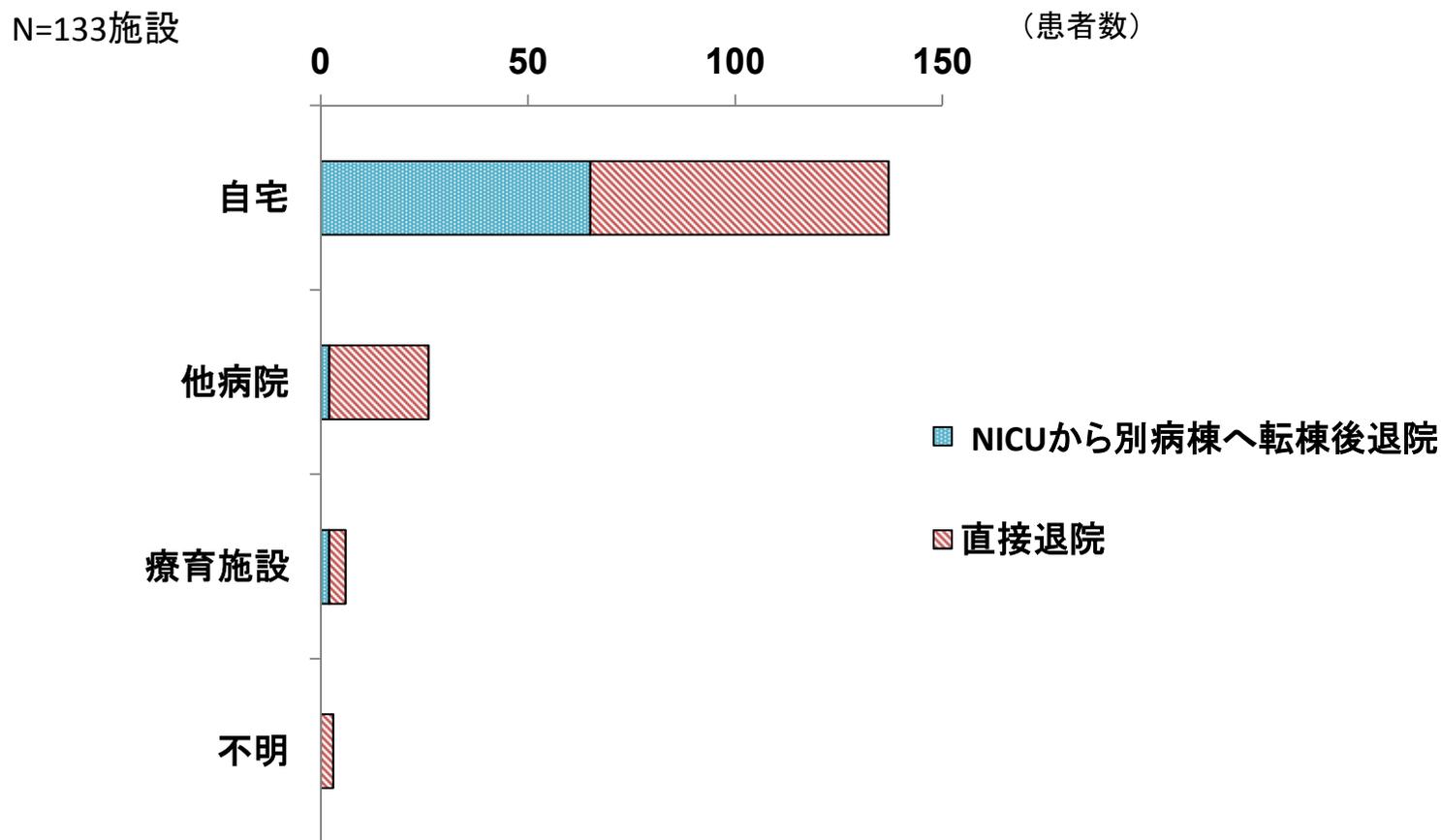
NICU退院患者の状況について

人工換気を必要としたまま退院した患者数の推移



人工換気等の処置が必要な状況でNICUから退院する児が増加している。

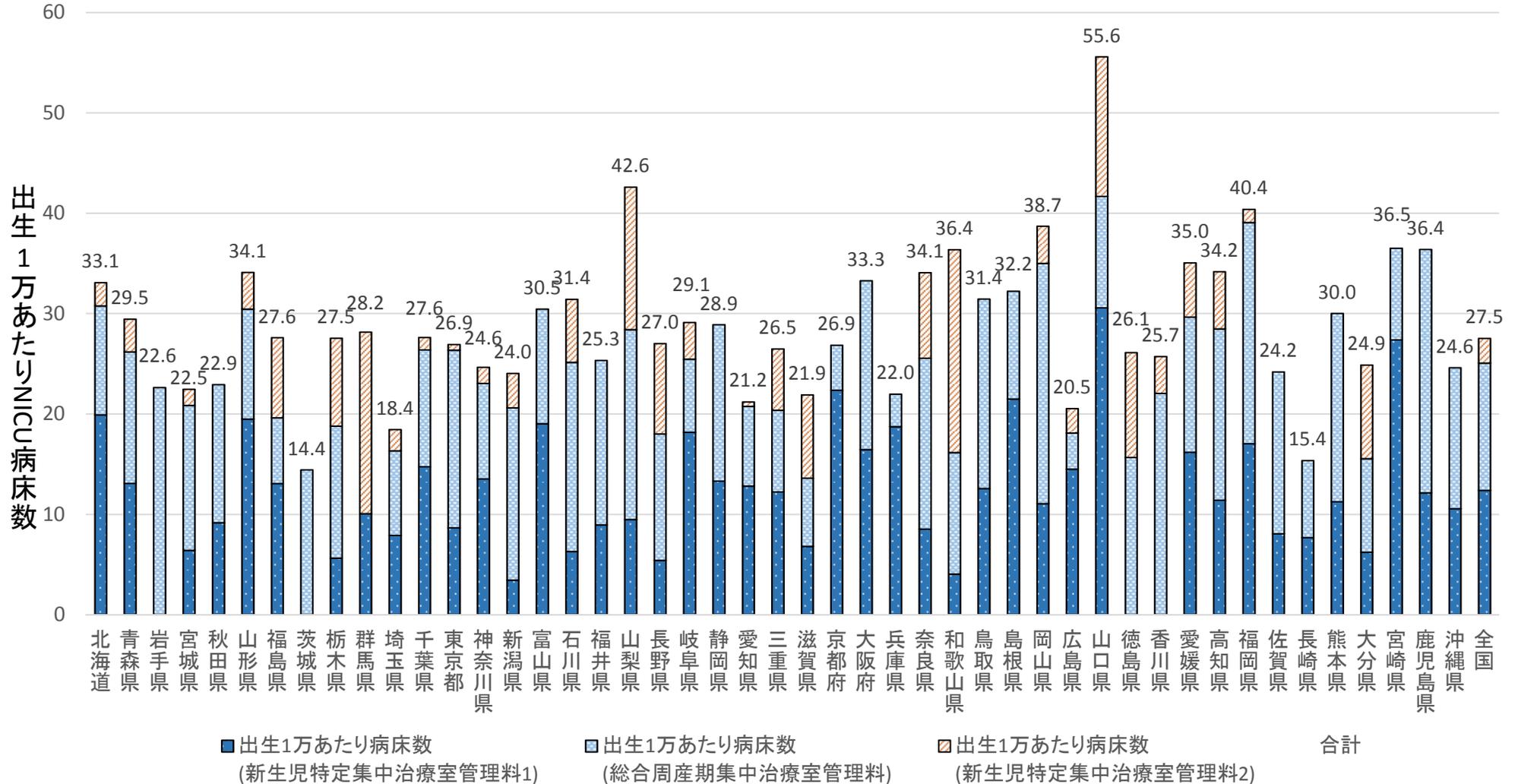
人工換気のまま1年以内に退院した患者の退院先



NICUのある施設から、直接自宅へ退院するケースが最も多い。

都道府県別出生1万あたりNICU*病床数

*新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)を指す。



出生1万あたりNICUの病床数は地域によって大きく差があり、出生時には地域と離れた遠方の施設に入院せざるを得ない場合がある。

NICUのある施設から直接退院する場合の問題点

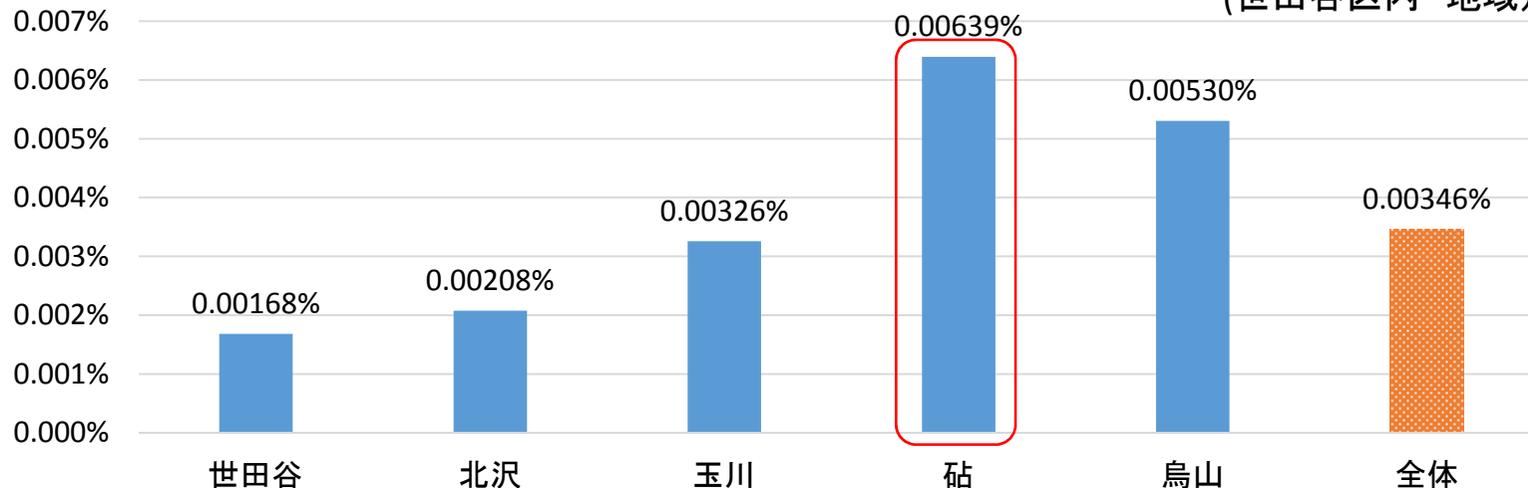
- ① 地域によって受けることができるサービスが異なるため、遠方から入院した患者の場合、福祉サービスに関する支援が困難。
- ② 地域の病院との連携が薄いため、患者がNICUのある施設の近所に転居する場合がある

<参考>

N=866,492人

20歳未満人工呼吸患者割合

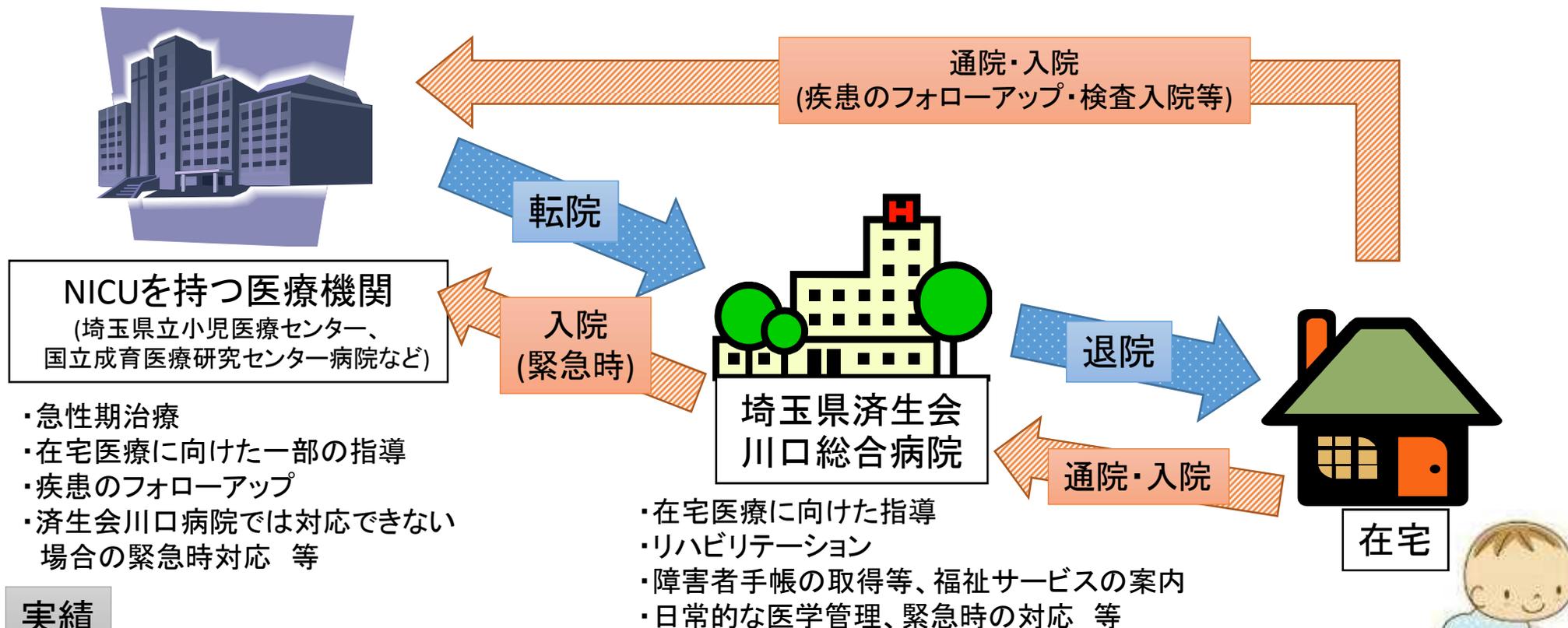
(世田谷区内 地域別)



出典:「世田谷区災害時個別支援計画作成事業に係る調査」(平成25年8月世田谷区保健所取りまとめ)

国立成育医療研究センター病院の所在する砧地区の20歳未満人工呼吸患者は世田谷区全体の約2倍の割合になっている。

埼玉県済生会川口総合病院における取組み事例



実績

症例1

済生会川口病院の受診: 月1回+臨時の受診+往診

NICUを持つ医療機関の受診: 退院直後→月1回 退院4か月目以降→**2月に1回**

症例2

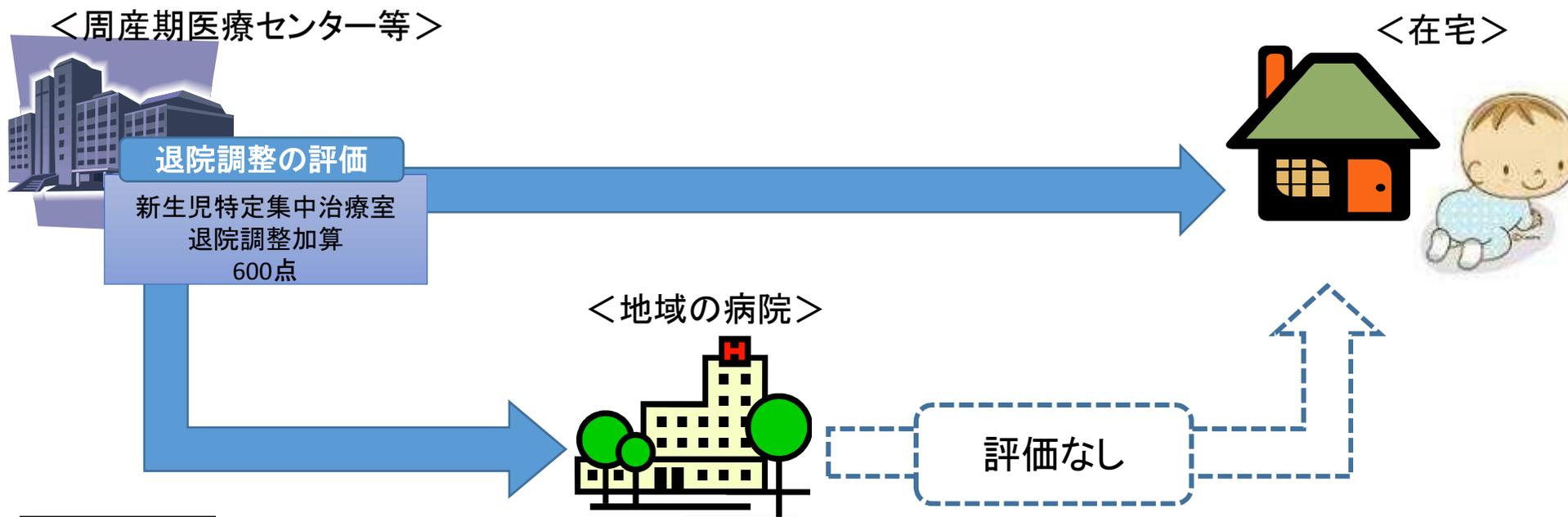
済生会川口病院の受診: 月1~3回+臨時の受診+往診+訪問看護

NICUを持つ医療機関の受診: **不定期**(検査入院を含む)

退院時に地域の病院に一度転院をしてから在宅に退院することで、地域の病院との関係性を築き、遠方のNICUを持つ医療機関への受診回数が減少している。

周産期医療の退院調整に係る主な診療報酬上の評価

退院調整の評価



受入の評価

後方受入の評価

重症児(者)受入連携加算
2,000点(入院時1回)

受け入れた場合の 初期診療の評価

救急・在宅重症児(者)受入加算
200点(1日につき)

受け入れた場合の 日々の診療の評価

(準)重症児(者)入院診療加算
800点(1日につき)
※6歳未満の重症児の場合

13対1、15対1、療養病棟、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の
比較的長期の入院を行う病棟が対象となっており、急性期病院では算定不可。

7対1、10対1を含む一般病棟、療養病棟ともに算定可能。

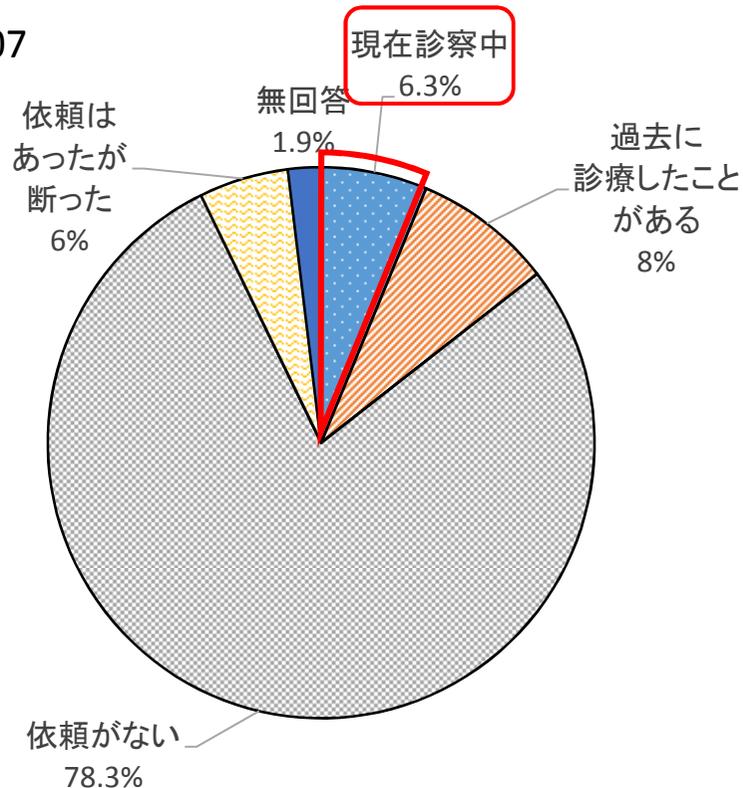
現在の周産期医療の退院調整に係る評価は急性期病院における在宅へ退院することを前提とした後方受入、退院調整の評価が存在していない。

＜在宅における指導管理の評価等＞

在宅療養支援診療所における小児在宅医療の状況

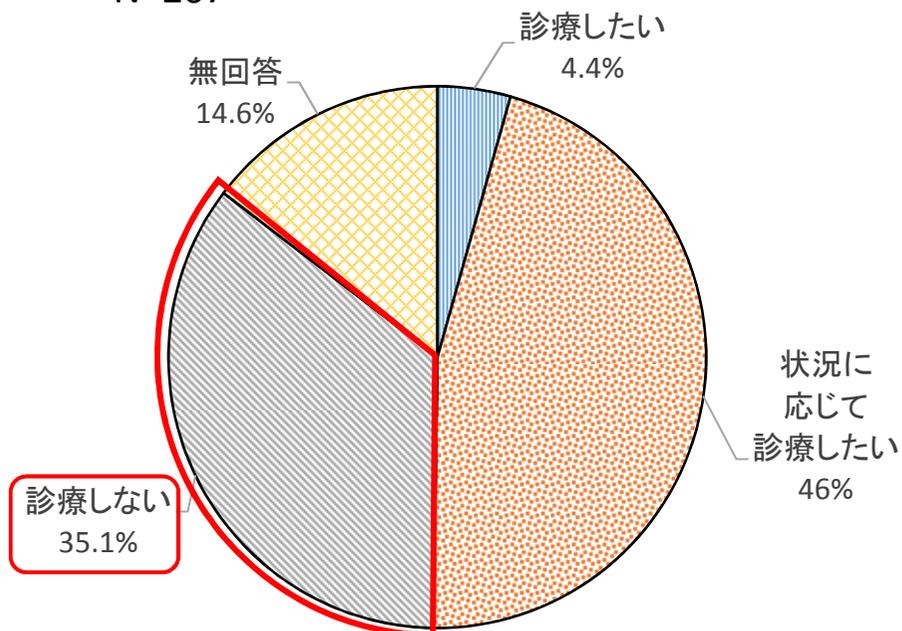
小児の在宅医療の実施状況

N=207



今後の小児在宅医療の希望

N=207

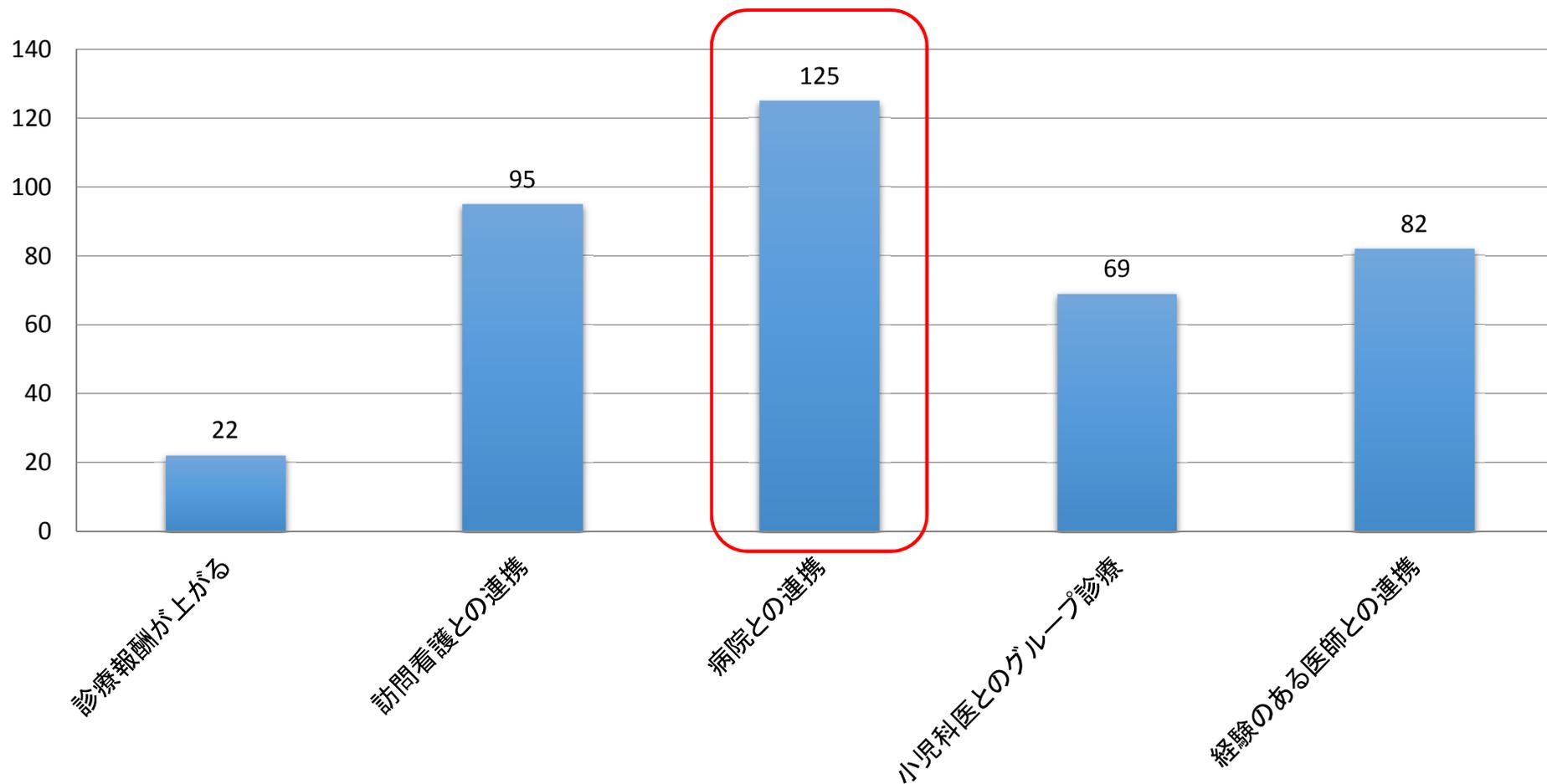


出典:あおぞら診療所 アンケート調査(東京都)

現在、小児在宅医療を行っている在宅療養支援診療所は約6%にとどまっている。また、今後も小児の診療を行わないとしていない診療所は約35%に上る。

在宅療養支援診療所における小児在宅医療に必要な支援

小児の在宅医療を行う上で必要な支援

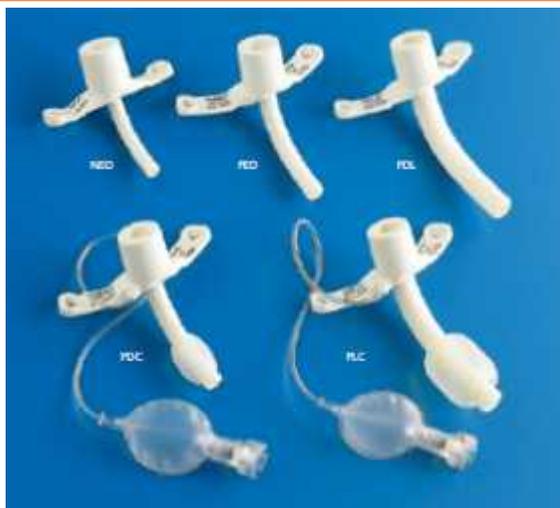


出典:あおぞら診療所 アンケート調査(東京都)

小児在宅医療を行うにあたり必要な支援としては病院との連携が最も多い。

小児在宅で用いる医療機器の例

新生児・小児用の気管切開チューブ



小児新生児用				
カタログ番号	内径 (mm)	外径 (mm)	長さ (mm)	CRD (mm)
新生児用				
3.0 NEO	3.0	4.5	30	-
3.5 NEO	3.5	5.2	32	-
4.0 NEO	4.0	5.9	34	-
4.5 NEO	4.5	6.5	36	-
小児用				
3.0 FED	3.0	4.5	39	-
3.5 FED	3.5	5.2	40	-
4.0 FED	4.0	5.9	41	-
4.5 FED	4.5	6.5	42	-
5.0 FED	5.0	7.1	44	-
5.5 FED	5.5	7.7	46	-

小児用ロング型				
5.0POL	5.0	7.1	90	-
5.5POL	5.5	7.7	92	-
6.0POL	6.0	8.3	94	-
6.5POL	6.5	9.0	96	-
小児用ソフト				
4.0POC	4.0	5.9	41	12.4
4.5POC	4.5	6.5	42	12.5
5.0POC	5.0	7.1	44	15.0
5.5POC	5.5	7.7	46	14.9
小児用ロング型ソフト				
5.0PLC	5.0	7.1	50	15.0
5.5PLC	5.5	7.7	52	14.9
6.0PLC	6.0	8.3	54	19.3
6.5PLC	6.5	9.0	56	19.3

22種類

成人用の気管切開チューブ



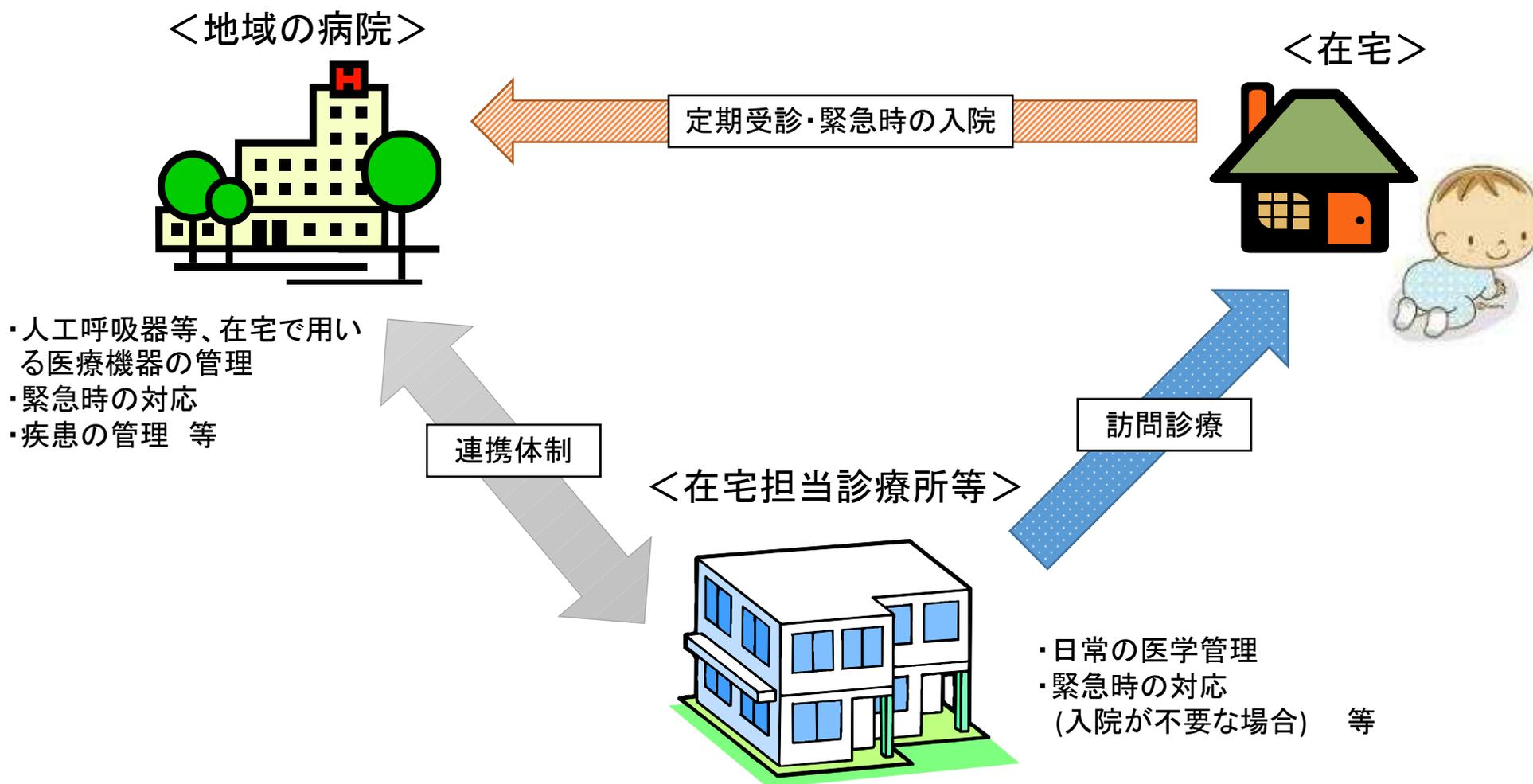
アスピーエース	アスピーエース (内管付)					
カタログ番号	カタログ番号	内径 (mm)	外径 (mm)	長さ (mm)	CRD (mm)	カラー
2261-160ZE	-	6.0	8.7	48	20	グリーン
2261-170ZE	-	7.0	10.0	62	24	ブラウン
2261-175ZE	2263-275ZE	7.5	10.7	64.5	26	オレンジ
2261-180ZE	2263-280ZE	8.0	11.3	67	28	イエロー
2261-185ZE	2263-285ZE	8.5	12.0	67	30	ブルー
2261-190ZE	2263-290ZE	9.0	12.8	76	32	パイオレット
2261-195ZE	-	9.5	13.4	80	34	ホワイト

11種類

小児の機器は種類が多い

小児の在宅医療では、使用する機器の種類が成人と比較して多く、成長に合わせて適宜使い分ける必要があることから、診療所等で在庫管理を行うことは困難。

病院と連携した小児在宅医療のあり方（イメージ）



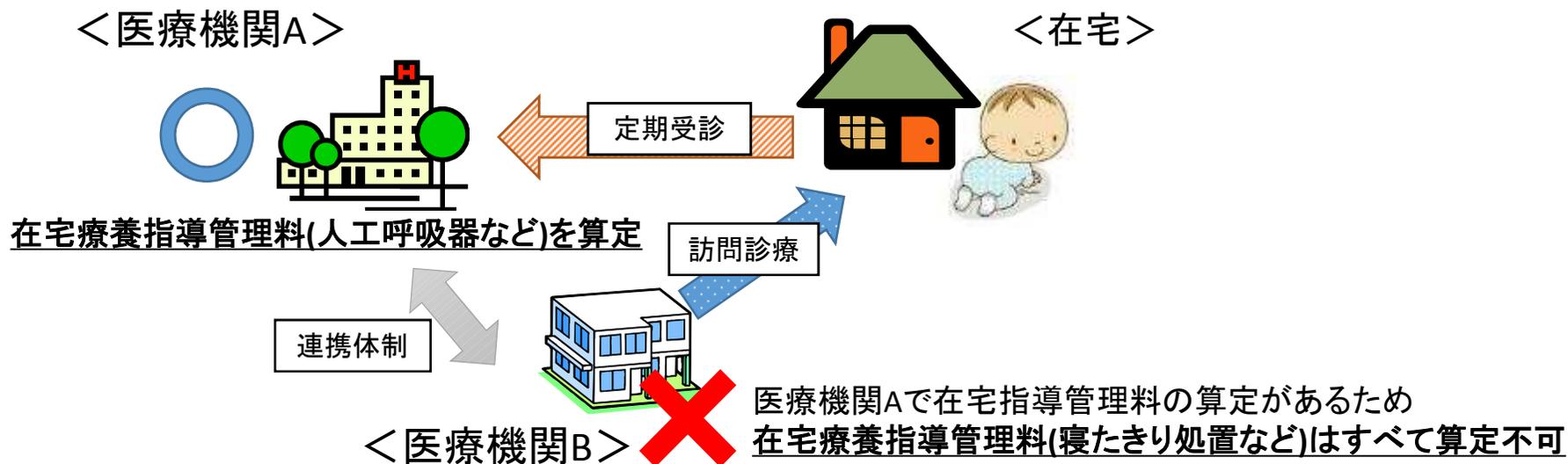
小児在宅を推進する上で、地域の病院において診療所等では対応が困難な医療機器の管理をはじめとする医学管理を行った上で、日常的な医学管理を診療所等からの訪問診療で行っていくことが重要。

在宅療養指導管理料

通則3

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合には、紹介が行われた月に限り、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

(注: 上記以外の場合において、2以上の医療機関で在宅療養指導管理料の算定を行える規定はない)



現在、患者が別の医療機関で在宅療養指導管理料の算定があった場合、当該医療機関では別の医療機関で算定された在宅療養指導管理料に加え、そのほかの在宅療養指導管理料も算定ができない。

⇒ 連携先の医療機関で行われた指導管理と別の在宅療養指導管理料を算定可能としてはどうか。

小児科外来診療料におけるパリビズマブについて

○ 製剤名: シナジス筋注用 (一般名: パリビズマブ)

○ 効能・効果:

次記の新生児、乳児及び幼児におけるRSウイルス感染(Respiratory Syncytial Virus)による重篤な下気道疾患の発症抑制

○ 対象患者

RSウイルス感染流行初期において、

- 1). 在胎期間28週以下の早産で、12カ月齢以下の新生児及び乳児
- 2). 在胎期間29週～35週の早産で、6カ月齢以下の新生児及び乳児
- 3). 過去6カ月以内に気管支肺異形成症(BPD)の治療を受けた24カ月齢以下の新生児、乳児及び幼児
- 4). 24カ月齢以下の血行動態に異常のある先天性心疾患(CHD)の新生児、乳児及び幼児
- 5). 24カ月齢以下の免疫不全を伴う新生児、乳児及び幼児
- 6). 24カ月齢以下のダウン症候群の新生児、乳児及び幼児

○ 用法・用量

パリビズマブ(遺伝子組換え)として体重1kgあたり15mgをRSウイルス流行期を通して月1回筋肉内に投与する。なお、注射量が1mLを超える場合には分割して投与する。

○ 薬価

50mg 1瓶→76,819円 (約0か月児(正期産)の用量)、 100mg 1瓶→152,072円 (約3か月児(正期産)の用量)

(注: 小児科外来診療料を届け出ている場合は包括されており別に算定できない)

パリビズマブの適応患者の場合、RSウイルス流行期(概ね秋～翌春にかけて)に毎月注射を行うこととなり、薬剤料が包括される小児科外来診療料では対応することが困難な状況となっている。

⇒ パリビズマブの注射当日の診療は小児科外来診療料ではなく、出来高で算定することとしてはどうか。

【課題】

- 長期入院児になった患者の疾患は先天異常、極低出生体重児、新生児仮死、染色体異常で約90%となっている。
- 長期入院児の対策として家族に早期から密接な説明を行うことが効果的との回答が多く見られ、実際に説明の開始時期は早くなっている。
- 周産期医療センター等のNICUを有する病院から直接人工呼吸器をつけて在宅に帰る患者が増加している。
- NICUを有する病院から直接在宅へ退院することにより、地域の医療機関との関係が希薄となり、出生時の病院の近所へ転居するような事例が発生している。
- 埼玉県済生会川口総合病院において、周産期医療センター等と連携して退院前に一度転院を受入、その後在宅に退院している事例があるが、このような急性期病院において在宅へ帰ることを前提とした退院調整の評価が存在しない。
- 小児の在宅医療を行う場合には病院との連携が重要となっている。
- 在宅療養指導管理料について、他の医療機関で算定がある場合には別の医療機関で算定できない場合がある。
- NICU後の患者等に対して投与する注射について、高額なため小児科外来診療料(包括評価)では対応が困難な薬剤が存在する。



【論点】

- 新生児特定集中治療室退院調整加算について、ハイリスクの患者について早期から退院調整を行うことを要件としてはどうか。
- 周産期医療センター等と連携し、在宅へ帰ることを前提として急性期病院でNICU後の重症児を受け入れることや、当該病院における退院支援を評価してはどうか。
- 連携先の医療機関で在宅療養指導管理料を算定している場合であっても、他の医療機関で行われた指導管理と別の指導管理が行われた場合については、在宅療養指導管理料を算定可能としてはどうか。
- パリビズマブの注射当日の診療は小児科外来診療料ではなく、出来高で算定することとしてはどうか。

認知症対策について

認知症対策

1. 認知症疾患医療センター診療所型(仮称)について
2. 重度認知症加算について
3. 認知症リハビリテーションについて

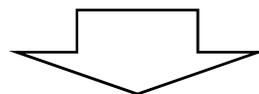
認知症対策

1. 認知症疾患医療センター診療所型(仮称)について
2. 重度認知症加算について
3. 認知症リハビリテーションについて

認知症疾患医療センター診療所型(仮称)に係る課題と論点

【課題】

- 医療機関を受診する認知症患者数は51.2万人にのぼり、特に外来患者数の伸びが大きい。
- 平成20年度より、認知症疾患に関する鑑別診断の実施など、地域の認知症医療提供体制の拠点として、認知症疾患医療センターの整備を開始し、現在全国に237カ所指定されている。
- 診療報酬上も、認知症の早期診断を進めるため、認知症疾患医療センターにおける専門診断の評価を行っている。
- 認知症疾患医療センターは、認知症疾患の鑑別診断等において、地域拠点として機能している一方、受診までの時間が長いことやカバーする圏域が広すぎることで課題となっている。
- こうした課題に対応するため、平成25年度より認知症を専門とする医師1名以上が配置され、検査体制や急性期入院治療を行う医療機関との連携体制を確保する等の要件を満たす全国9カ所の診療所で認知症医療支援診療所(仮称)地域連携モデル事業を開始した。
- これらの診療所では、特に周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、地域連携機能が高いことが明らかとなっており、平成26年度より認知症疾患医療センター診療所型(仮称)として、さらに拡大する予定としている(目標設置数は認知症疾患医療センター合計で全国500カ所)。

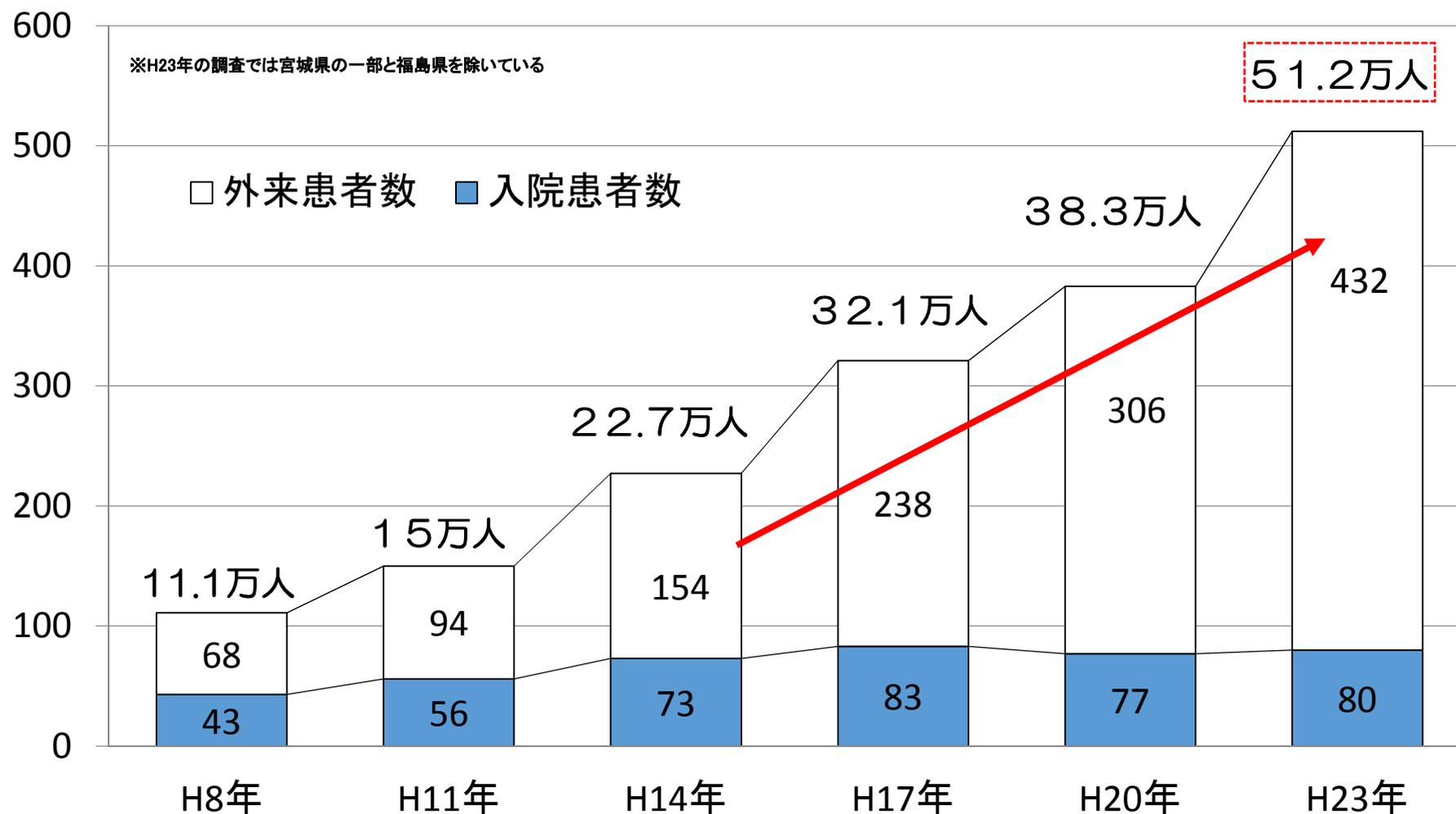


【論点】

- 認知症の早期診断・早期介入をより進めるため、認知症疾患医療センター診療所型(仮称)についても、他医療機関からの紹介を受けて認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定した場合や、認知症の症状が増悪(BPSD)した患者の紹介を受けて、療養計画を示した場合、認知症疾患医療センターに準じた評価をすることについてどのように考えるか。

認知症患者数の年次推移

単位:千人

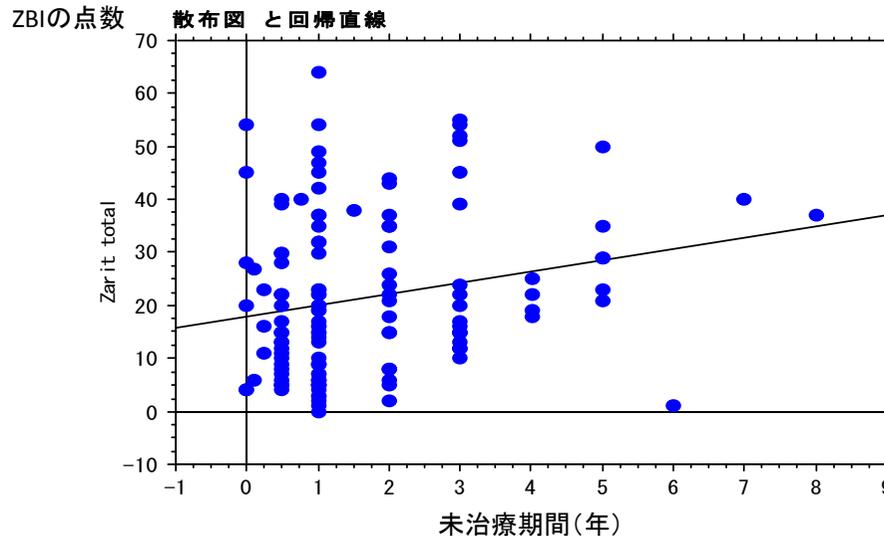


医療機関を受診する認知症患者数は51.2万人にのぼり、特に外来患者数の伸びが大きい。

認知症患者の未治療期間の影響

2001年1月1日～2010年12月27日までに高知大学医学部附属病院神経科精神科もの忘れ外来を初診した131名の未治療期間と認知症に関する評価尺度との相関を検討。

認知症の未治療期間の長さ と ZBI (介護負担度) との相関



ZBI (Zarit介護負担尺度): 介護負担を測定する尺度。0点～88点。
点数が高い方が介護負担が強い

評価尺度	相関係数
ZBI	0.48*

* P<0.01

認知症の未治療期間と介護負担度は相関することから、認知症の悪化を防ぐためには、早期診断・早期介入が重要である。

(参考) 認知症の中核症状と周辺症状

<p>中核症状</p> <p>記憶障害 見当識障害 判断の障害 実行機能の障害</p>
--

特徴	対応
<ul style="list-style-type: none"> ・すべての患者で病期を通じてみられる ・徐々に進行し、改善は見込めない 	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患によってはドネペジル(アリセプト)投与により、進行の遅延が期待できる
<ul style="list-style-type: none"> ・一部の患者に、経過中にみられることがある ・出現する症状やその重症度は様々 	<ul style="list-style-type: none"> ・薬物投与等の精神科治療技術や、手厚いマンパワーを要する ・適切な治療により、多くは1~3ヶ月で改善可能

BPSD*
(周辺症状)

<p>行動障害</p> <p>徘徊 失禁 自傷・他害</p>	<p>精神症状</p> <p>幻覚 妄想 作話</p>
<p>感情障害</p> <p>うつ 不安 焦燥</p>	<p>意欲の障害</p> <p>意欲低下 意欲亢進</p>

*BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (認知症の行動・心理症状)

認知症疾患医療センターについて

【認知症疾患医療センター】

- 認知症疾患に関する鑑別診断の実施など、地域での認知症医療提供体制の拠点としての活動を行う事業（H20年～）
- 実施主体：都道府県・指定都市（鑑別診断に係る検査等の総合的評価が可能な医療機関に設置）
- 設置数：全国に237か所（平成25年9月現在 都道府県知事又は指定都市市長が指定）

		基幹型(11か所)	地域型(226か所)
設置医療機関		病院(総合病院)	病院(単科精神科病院等)
設置数(平成25年9月現在)		11か所	226か所
基本的活動圏域		都道府県圏域	二次医療圏域
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談	
	人員配置	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任のPSW又は保健師等(2名以上) 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任のPSW又は保健師等(2名以上)
	検査体制 (※他の医療機関との連携確保対応で可)	<ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI ・SPECT(※) 	<ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI(※) ・SPECT(※)
	BPSD・身体合併症対応	空床を確保	急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保
	医療相談室の設置	必須	
地域連携機能		<ul style="list-style-type: none"> ・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療連携協議会」の組織化 等 	

平成20年度より、認知症疾患に関する鑑別診断の実施など、地域での認知症医療提供体制の拠点として、認知症疾患医療センターの整備を開始し、現在全国に237カ所指定されている。

平成24年度診療報酬改定 認知症外来医療の評価

認知症外来医療の評価

- 早期診断をより一層推進するため、認知症専門診断管理料の評価を引き上げる。
- 認知症の症状が増悪(BPSD)した患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設する。

認知症専門診断管理料
500点(1人につき1回)

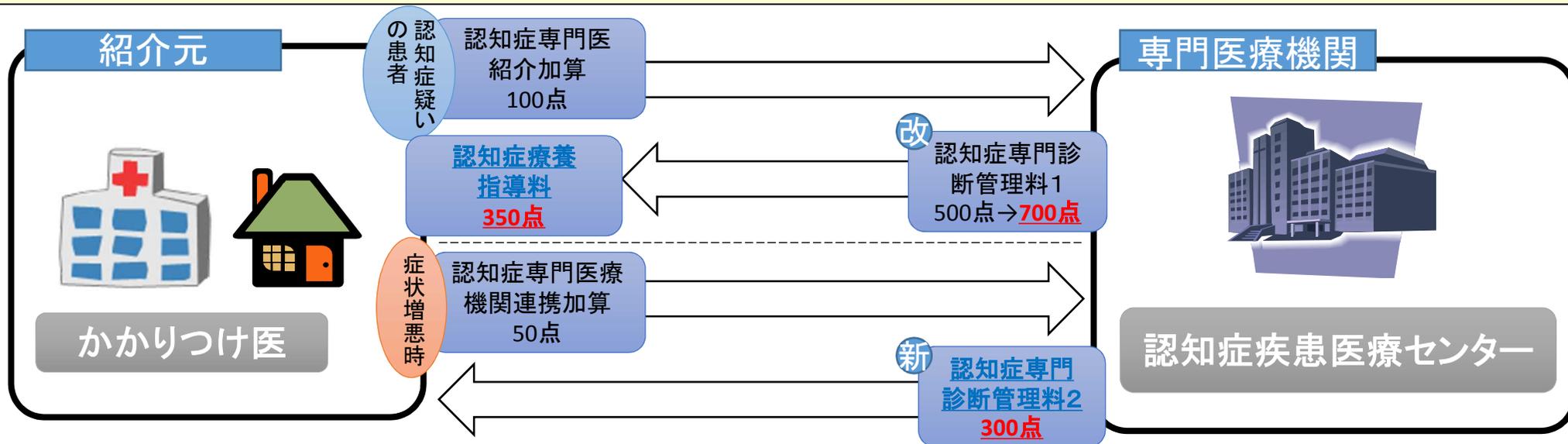


(改) 認知症専門診断管理料1
700点(1人につき1回)

(新) 認知症専門診断管理料2
300点(3月に1回)

- 専門医療機関において、認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことの評価を新設する。

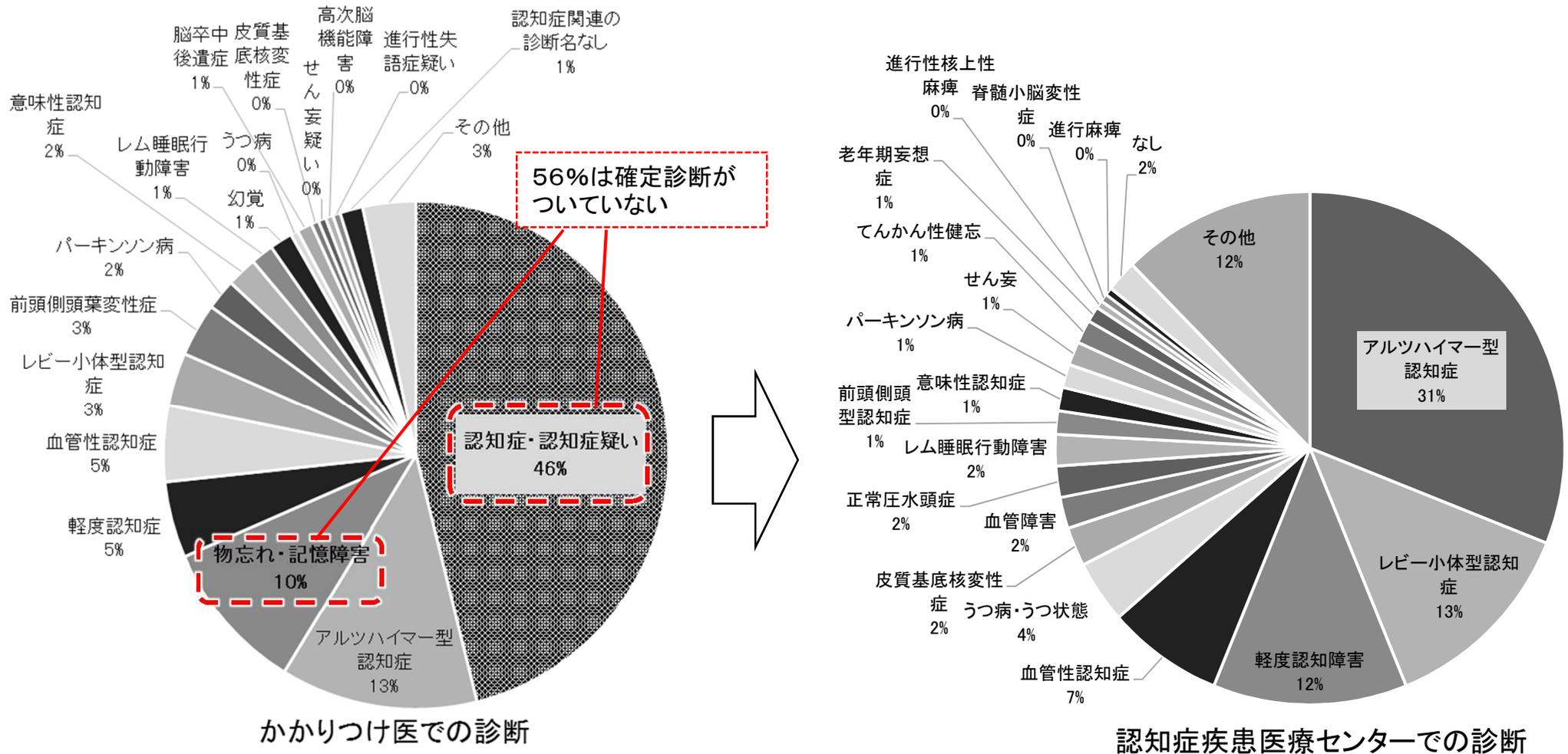
(新) 認知症療養指導料 350点(月1回、6月まで)



認知症の早期診断を進めるため、認知症疾患医療センターにおける専門診断の評価を行っている。

かかりつけ医と認知症疾患医療センターにおける診断の差

平成21年1月～12月までの期間に熊本大学医学部附属病院神経精神科(認知症疾患医療センター)の認知症専門外来を受診した患者275名中、かかりつけ医から紹介のあった166名について、かかりつけ医での診断名と認知症疾患医療センターでの診断名の内訳を比較

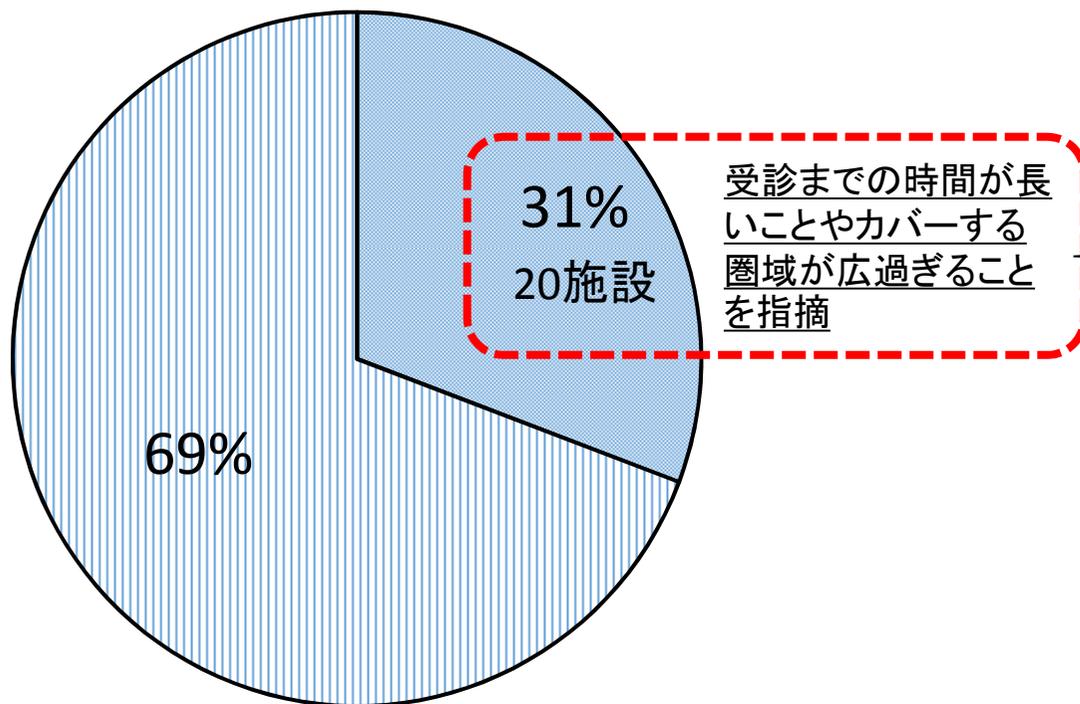


かかりつけ医では認知症の確定診断が難しい症例がある一方、認知症疾患医療センターでは詳細な鑑別診断が可能である。

認知症疾患医療センターにおける課題

認知症疾患医療センターアンケート調査

対象：平成24年10月認知症疾患医療センター118施設のうち、自由記述回答のあった65施設



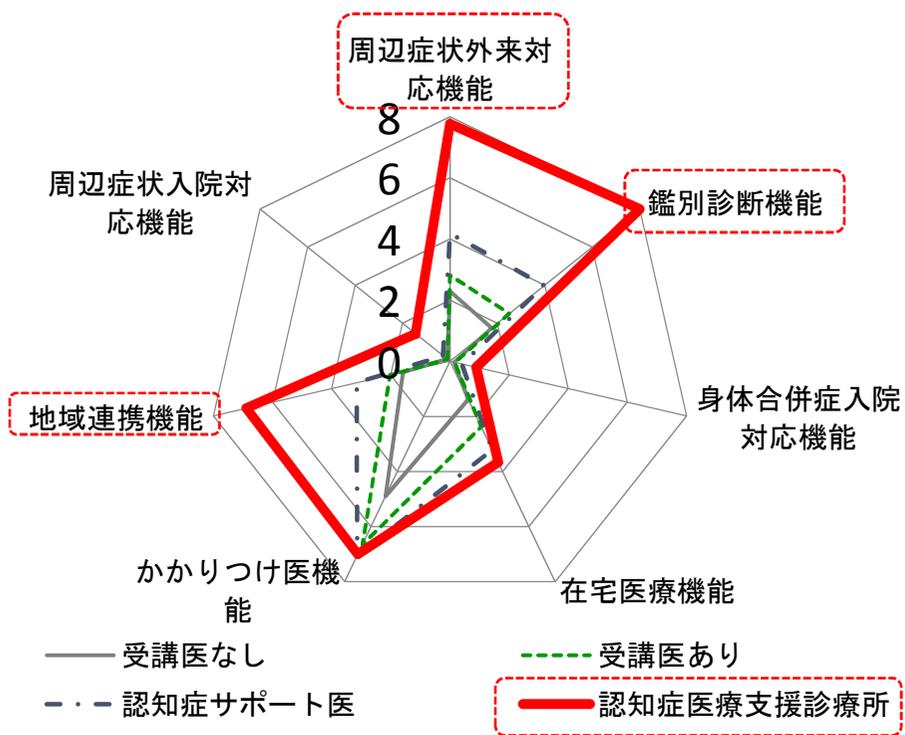
- 1) 圏域が広すぎて連携が十分にとれない。
- 2) 広域のためセンターが様々な役割を担うのは限界。
- 3) 高齢化率が高く、圏域面積も広く、センターを利用するにあたり地理的問題がある。
- 4) 広域であるため、地域包括支援センターや行政との密な連携が図れない。
- 5) 人口に比してセンターが少ないので期待が過大となる。
- 6) 各センターの担当市町村が多すぎて全地域をカバーできない。
- 7) 認知症患者がセンターに集中してしまうため、予約待機日数が長くなる。医療圏(6市)全体をカバーしきれない。
- 8) 県内に1箇所しか設置されていないので、予約待機日数が長い。
- 9) 待機日数が増加傾向にある。
- 10) 鑑別診断の予約まで日数がかかる。入院が必要な方を待たせることが多々ある。
- 11) 鑑別診断の対応のため「物忘れ外来」で外来患者を診るようにしているが、予約待ちが2ヶ月と長くなっている。
- 12) 受診予約から実際の受診までが約2ヶ月かかっている。
- 13) 相談から受診までの待機時間が長い。
- 14) 受診までの期間が2~3ヶ月になっている。待機できる方はよいが、早急に受診希望のケースには全ては対応できない。
- 15) 高齢者の増加とともに認知症の人も増え、外来・入院ともにスムーズな受け入れが難しくなっている。現在、外来待機待ち状況(2ヶ月)。
- 16) 新規患者が多く予約待機期間が長期化している。
- 17) 受診予約から診察日までに待ち期間が長期化している。
- 18) 認知症の専門外来に対する需要が多く、受診予約してからの待機期間がどんどん長くなっている。センターとして一番の課題であると感じている。
- 19) 新患受診の待ち期間が2~3ヶ月の状況で十分に対応できていない。
- 20) 外来待ち時間の短縮(相談件数の増加に伴う)。

認知症疾患医療センターでは、受診までの時間が長いことやカバーする圏域が広過ぎることが課題となっている。

認知症医療支援診療所(仮称)の対応能力

認知症疾患医療センターの課題を踏まえ、診療所型の認知症疾患医療センターを整備・検証するため、平成25年度より認知症医療支援診療所(仮称)地域連携モデル事業を開始し、全国9施設で実施している。

東京都の診療所1877施設のうち、①研修受講医がない診療所(かかりつけ医認知症対応力向上研修※に参加した医師がない診療所)、②研修受講医がいる診療所(かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した医師がいる診療所、ただし認知症サポート医※※は除く)、③認知症サポート医がいる診療所と、④認知症医療支援診療所(仮称)地域連携モデル事業に参加した診療所(9施設)において、「認知症のための医療サービス調査票」を用いて認知症対応能力を比較。



※かかりつけ医認知症対応力向上研修
認知症サポート医が都道府県医師会等と連携して地域のかかりつけ医に対する、認知症に関する知識・技術や、本人や家族支援のための地域資源との連携等についての研修

※※認知症サポート医養成研修
認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担う「認知症サポート医」の養成のための研修

認知症のための医療サービス調査票

項目	実施していない	状況に応じて実施している	通常業務として実施している
1 認知症疾患医療センターやもの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介	0	1	2
2 介護保険主治医意見書の記載	0	1	2
3 合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する通院治療	0	1	2
4 アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬の投薬	0	1	2
5 アルツハイマー型認知症の診断	0	1	2
6 脳血管性認知症の診断	0	1	2
7 レビー小体型認知症診断	0	1	2
8 前頭側頭型認知症(またはピック病)の診断	0	1	2
9 随伴する抑うつ症状に対する通院治療	0	1	2
10 随伴する幻覚や妄想に対する通院治療	0	1	2
11 随伴する興奮や徘徊に対する通院治療	0	1	2
12 せん妄に対する通院治療	0	1	2
13 随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療	0	1	2
14 随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療(時間外入院を含む)	0	1	2
15 自院の精神科医療への緊急入院のための空床確保	0	1	2
16 精神科救急システムと連携した緊急事例の対応	0	1	2
17 合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する入院治療	0	1	2
18 貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療	0	1	2
19 入院による終末期医療	0	1	2
20 周辺症状(精神症状・行動障害)と身体疾患の併存例に対する入院治療	0	1	2
21 往診・訪問診療による身体疾患の治療	0	1	2
22 往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療(精神科との連携下でも可)	0	1	2
23 往診による施設(グループホーム、介護老人福祉施設など)での診療	0	1	2
24 往診・訪問診療による終末期医療	0	1	2
25 行政が関わっている事例の診断・助言	0	1	2
26 介護支援専門員への助言又は連携	0	1	2
27 地域包括支援センター職員への助言又は連携	0	1	2
28 グループホームなど施設職員への助言・指導	0	1	2

鑑別診断機能

周辺症状外来対応機能

地域連携機能

認知症医療支援診療所(仮称)は、周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、地域連携機能が高い。

認知症疾患医療センター診療所型(仮称)の施設基準(案)

【認知症疾患医療センター診療所型(仮称)】

平成26年度より認知症医療支援診療所(仮称)地域連携モデル事業をふまえ、認知症疾患医療センター運営事業実施要綱※を改正し、「基幹型・地域型」に、「診療所型(仮称)」を加える予定。

※「認知症対策総合支援事業の実施について」(平成25年7月4日老発0704第1号;老健局長通知)別添8

		基幹型	地域型	診療所型(仮称)
設置医療機関		病院(総合病院)	病院(単科精神科病院等)	診療所
設置数(平成25年9月現在)		11か所	226か所	—
基本的活動圏域		都道府県圏域	二次医療圏域	
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談		
	人員配置	・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任のPSW又は保健師等(2名以上)	・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任のPSW又は保健師等(2名以上)	・専門医(1名以上) ・臨床心理技術者(1名:兼務可) ・専任のPSW又は保健師等(1名以上:兼務可)
	検査体制 (※他の医療機関との連携確保対応可)	・CT ・MRI ・SPECT(※)	・CT ・MRI(※) ・SPECT(※)	・CT(※) ・MRI(※) ・SPECT(※)
	BPSD・身体合併症対応	空床を確保	急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保	
	医療相談室の設置	必須	—	
地域連携機能		<ul style="list-style-type: none"> ・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療連携協議会」の組織化等 		

(注) 本表は、従前類型の「基幹型/地域型」に加え、平成25年度現在における「認知症医療支援診療所(仮称)地域連携モデル事業」の事業運営スキームを踏まえ、比較整理を行ったもの。

平成26年度より、認知症専門医1名以上配置され、検査体制や急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保する等が要件の認知症疾患医療センター診療所型(仮称)を新設する予定

認知症疾患医療センターの設置数と目標数

○認知症疾患医療センター設置数（平成25年9月現在）

診療所型 （仮称）	地域型	基幹型	計
－	226か所	11か所	237か所

○認知症疾患医療センター設置目標数（～H29年度）：500か所

「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」

2. 早期診断・早期対応

○ 早期診断等を担う医療機関の数

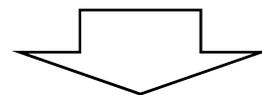
・平成24～29年度

認知症の早期診断等を行う医療機関を、**約500か所整備**する。

認知症疾患医療センターの設置目標数は診療所型（仮称）含めて約500か所

【課題】

- 医療機関を受診する認知症患者数は51.2万人にのぼり、特に外来患者数の伸びが大きい。
- 平成20年度より、認知症疾患に関する鑑別診断の実施など、地域の認知症医療提供体制の拠点として、認知症疾患医療センターの整備を開始し、現在全国に237カ所指定されている。
- 診療報酬上も、認知症の早期診断を進めるため、認知症疾患医療センターにおける専門診断の評価を行っている。
- 認知症疾患医療センターは、認知症疾患の鑑別診断等において、地域拠点として機能している一方、受診までの時間が長いことやカバーする圏域が広すぎることで課題となっている。
- こうした課題に対応するため、平成25年度より認知症を専門とする医師1名以上が配置され、検査体制や急性期入院治療を行う医療機関との連携体制を確保する等の要件を満たす全国9カ所の診療所で認知症医療支援診療所(仮称)地域連携モデル事業を開始した。
- これらの診療所では、特に周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、地域連携機能が高いことが明らかとなっており、平成26年度より認知症疾患医療センター診療所型(仮称)として、さらに拡大する予定としている(目標設置数は認知症疾患医療センター合計で全国500カ所)。



【論点】

- 認知症の早期診断・早期介入をより進めるため、認知症疾患医療センター診療所型(仮称)についても、他医療機関からの紹介を受けて認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定した場合や、認知症の症状が増悪(BPSD)した患者の紹介を受けて、療養計画を示した場合、認知症疾患医療センターに準じた評価をすることについてどのように考えるか。

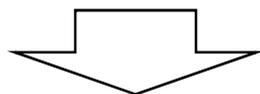
認知症対策

1. 認知症疾患医療センター診療所型(仮称)について
2. 重度認知症加算について
3. 認知症リハビリテーションについて

重度認知症加算に係る課題と論点

【課題】

- 認知症治療病棟入院料では、BPSDの改善に入院日から概ね1ヶ月程度の治療が重要であることを踏まえ、30日までの入院をより充実した評価とした。
- 一方、精神科入院基本料の重度認知症加算は3月以内の算定となっている。



【論点】

- 重度認知症加算についても、より短期間に限り、重点的に評価する加算へ見直すことについてどのように考えるか。

平成24年度診療報酬改定 認知症治療病棟入院料の見直し

認知症治療病棟入院料の見直し

- 認知症の行動・心理症状(BPSD)の改善に入院日から概ね1カ月程度の治療が重要であることを踏まえ、入院日数に応じた評価体系に見直し、短期集中的な認知症治療の推進を図る。

【現行】

認知症治療病棟入院料1	
60日以内の期間	1,450点
61日以上	1,180点

認知症治療病棟入院料2	
60日以内の期間	1,070点
61日以上	970点



【改定後】

認知症治療病棟入院料1	
(改) 30日以内の期間	<u>1,761点</u>
(改) 31日以上60日以内の期間	<u>1,461点</u>
(改) 61日以上	<u>1,171点</u>

認知症治療病棟入院料2	
(改) 30日以内の期間	<u>1,281点</u>
(改) 31日以上60日以内の期間	<u>1,081点</u>
(改) 61日以上	<u>961点</u>

認知症治療病棟入院料では、BPSDの改善に入院日から概ね1ヶ月程度の治療が重要であることを踏まえ、30日までの入院をより充実した評価とした。

精神科入院基本料の重度認知症加算

重度認知症加算

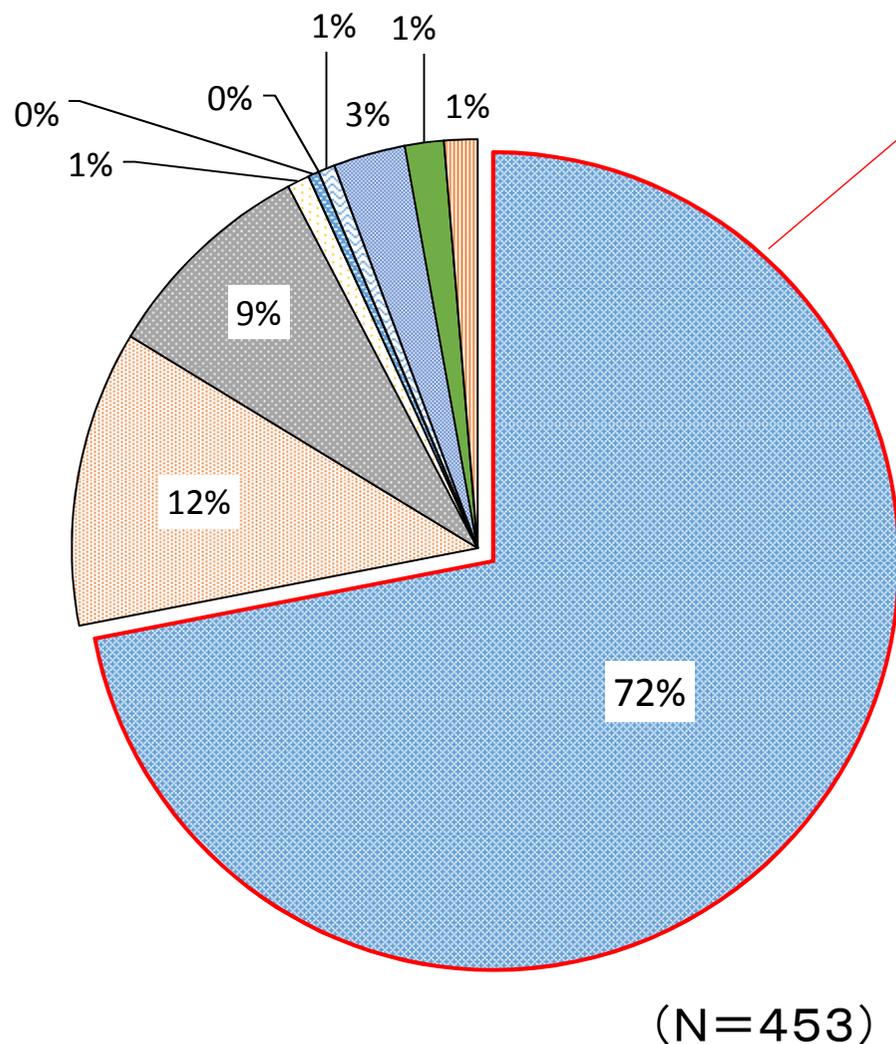
重度認知症加算 100点(1日につき 3月以内)

[施設基準]

- イ 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、2以上(看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は1以上)であることとする。
- ロ 重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な状態であること。

精神科入院基本料の重度認知症加算は3月以内の算定となっている。

精神病床における認知症入院患者の入院理由



精神症状・異常行動が著明となり、在宅療養や介護施設等での対応が困難となったため

精神科以外の医療施設で身体合併症の治療を行っていたが、精神症状・異常行動が著明となり治療継続ができなくなったため

身体疾患の急性期状態が安定し、精神症状の加療が必要なため

精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われるが、適切な施設に空きがなかったため

精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われ、適切な施設に空きはあったが、医療介護サービスの対応が困難と言われたため

精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療が確保できないため

精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅介護サービスが確保できないため

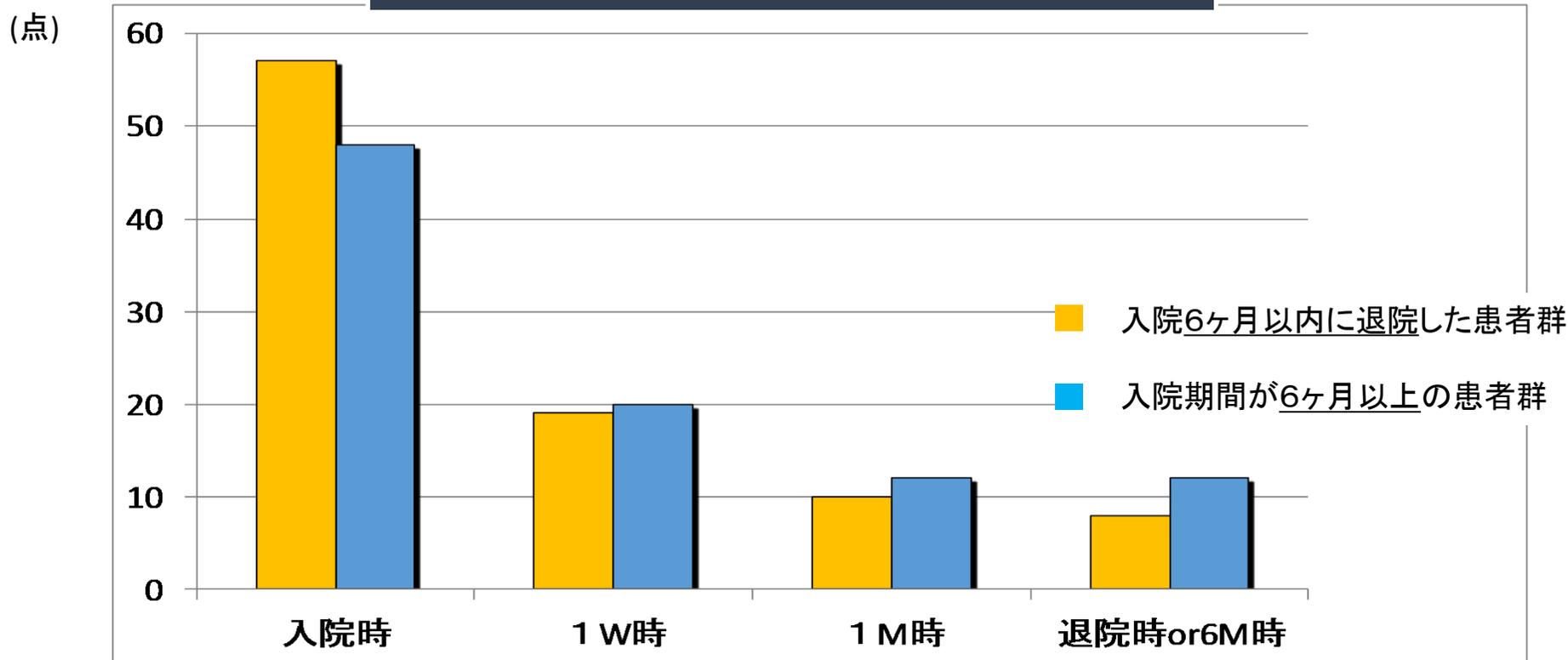
精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、家族の介護困難、又は介護者不在のため

上記以外で、家族等が強く希望するため

その他

入院経過に伴うBPSD症状の変化

専門病院での治療によるNPI 合計の推移



2009年5月11日から2010年11月5日に浅香山病院、大阪大学医学部附属病院神経科・精神科、東加古川病院、ためなが温泉病院に入院した患者140名のうち6ヶ月以内に退院可能であった群(92名)と入院期間が6ヶ月となった群(48名)に対してNPIの推移を調査

- 入院後6ヶ月以内に退院した患者群と入院期間が6ヶ月以上の患者群共に、入院1ヶ月時点でBPSDはほぼ改善している。

NPI (Neuro Psychiatric Inventory) による重症度評価

NPIは、BPSDの有無、程度、変化を半定量的に評価。介護者との面接で、直近の生活状況の中から患者の行動領域10項目について質問し評価。

行動領域	例
A: 妄想	患者は誰かが自分のものを盗んでいると信じていますか？
B: 幻覚	患者は他の人には見えないものを見たと言ったり、見えているかのように振る舞ったりしますか？
C: 激越と攻撃性	患者は非協力的で、人からの助けに抵抗しようとすることがありますか？
D: 抑うつ症状と不快気分	患者は自分のことを卑下したり、だめな人間だと思ったりしますか？
E: 不安	患者が予定している行事について心配だと言いますか？
F: 気分高揚と多幸	患者は他の人には面白くないことを面白がって笑いますか？
G: アパシーと無関心	患者はいつもより自発的および活動的でなくなったようにみえますか？
H: 脱抑制	患者は衝動的に行動し、結果を考えていないようにみえますか？
I: 易刺激性と不安定性	患者は些細なことで不機嫌になったり、急に怒り出したりしますか？
J: 異常な運動行動	患者はこれといった目的もなく家の中を歩き回りますか？

Geriat. Med. 48(3) 2010

各項目を採点(頻度 × 重症度)し、10項目の総和がNPIの合計点になる。(最小0、最大120)

頻度の採点

- 1: 時々(週<1回)
- 2: しばしば(週1回)
- 3: 頻繁
- 4: 非常に頻繁(毎日)



重症度の採点

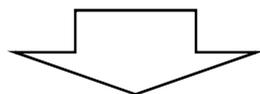
- 1: 軽度(患者の苦痛なし)
- 2: 中等度(介護者が患者の気を晴らすことができる)
- 3: 重度(介護者が患者の気を晴らすことは困難)

NPIは点数が低いほどBPSDの重症度が低い

重度認知症加算に係る課題と論点

【課題】

- 認知症治療病棟入院料では、BPSDの改善に入院日から概ね1ヶ月程度の治療が重要であることを踏まえ、30日までの入院をより充実した評価とした。
- 一方、精神科入院基本料の重度認知症加算は3月以内の算定となっている。



【論点】

- 重度認知症加算についても、より短期間に限り、重点的に評価する加算へ見直すことについてどのように考えるか。

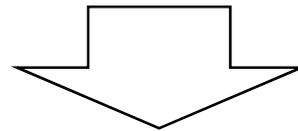
認知症対策

1. 認知症疾患医療センター診療所型(仮称)について
2. 重度認知症加算について
3. 認知症リハビリテーションについて

認知症リハビリテーションにおける課題と論点

【課題】

- 通所リハビリテーション利用者に対し、認知症リハビリテーションを実施した場合において、BPSDについて、有意な改善があったという報告もある。
- 介護報酬において、施設・通所にかかわらず、認知症短期集中リハビリテーションを評価している。介護報酬における認知症リハビリテーションの対象となる利用者は、MMSE【認知機能検査】又はHDS-R【改訂長谷川式簡易知能評価スケール】において、概ね5点～25点に相当する者であり、軽度から中重度の認知症利用者が対象となっている。
- 在宅復帰率・ベッド回転率の高い介護老人保健施設において、認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している割合が高いという結果がある。



【論点】

○今後、認知症高齢者の増加が見込まれるなか、精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とした認知症治療病棟に入院したBPSD患者に対して、認知症リハビリテーションを行うことの評価について、どのように考えるか。

認知症リハビリテーションの実施—BPSDの改善効果について①—

調査概要:

調査期間:平成24年10月～平成25年1月

対象者:以下のすべてを満たす利用者

- ①通所リハビリテーション利用者
- ②認知症を有する利用者(認知症レベル問わず)
- ③調査開始時点において、認知症(痴呆)短期集中リハを行っていない利用者
- ④一人暮らしではない利用者(自宅において家族等に介護を受けている)

介入群・対照群の設定:無作為

調査期間中:

・対象者に提供する認知症短期集中リハ(1対1、1回20分以上)の提供回数任意

有効回答施設:20施設

調査期間において実施された認知症短期集中リハビリテーションの内容:

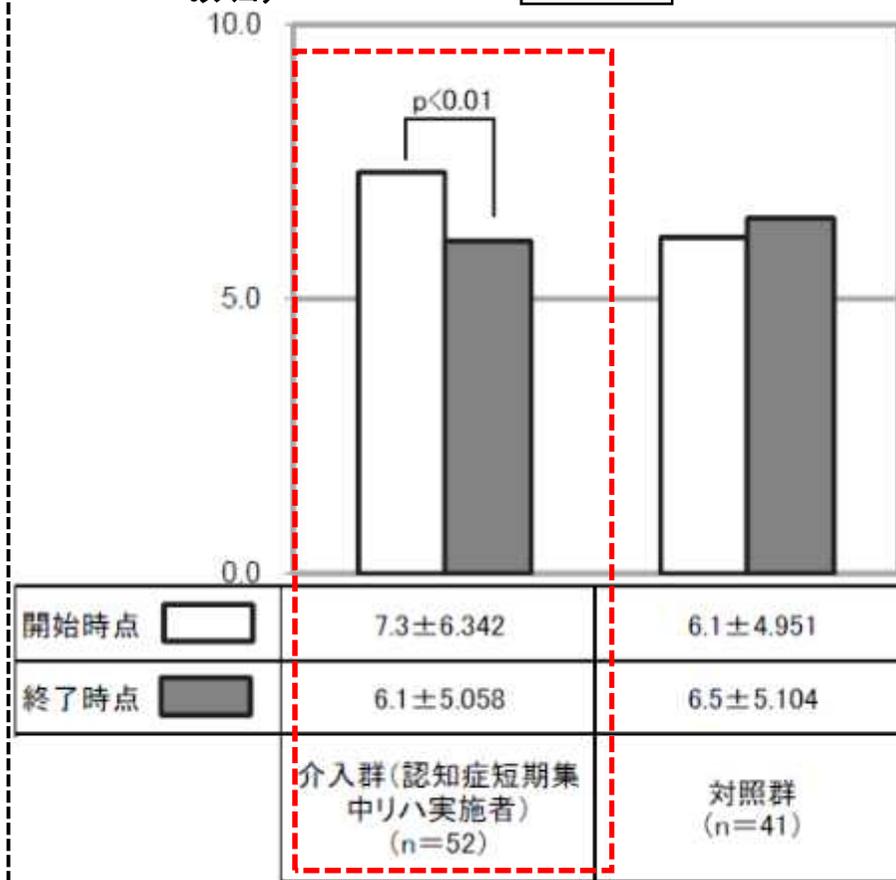
【見当識訓練、学習(訓練)療法、記憶の訓練、作業療法、運動療法、回想法】

・3ヶ月間の調査期間において実施された認知症短期集中リハビリテーションの回数は49人の介入群(認知症短期集中リハビリテーション実施者)に対して970回であり、1人平均19回(1月6回)であった。

・介入群(認知症リハビリテーション実施者)におけるBPSDについて、有意な改善が認められた。

BPSD13
(認知症行動障害尺度)
のスコア

BPSD



見当識訓練:今は、何月何日なのか、季節はいつなのかといった時間や今いる場所等が判らないなどの見当識障害を解消するための訓練、現実認識を深めることを目的
回想法:高齢者の思い出に対して専門家が共感的に受け入れる姿勢をもって意図的に働きかけることによって、高齢者に人生に対する再評価や自己の強化を促し、心理的な安定や記憶力の改善をはかる療法

認知症リハビリテーションの実施－BPSDの改善効果について②－

認知症短期集中リハビリテーション実施前後におけるBPSD (DBD13) 下位項目の改善比較
(Wilcoxon 順位和検定)

	介入群 (認知症短期集中リハ実施者) (n=52)				対照群 (n=41)			
	改善	不変	悪化	p	改善	不変	悪化	p
物をなくす、置き場所を間違える、物を隠す	9	41	2	p<0.05	2	35	4	ns
昼間寝てばかりいる	3	46	3	ns	0	35	6	ns
介護拒否	3	49	0	ns	2	35	4	ns
同じことを何度も訊く	5	47	0	p<0.05	3	37	1	ns
暴言	4	48	0	ns	1	37	3	ns
言いがかりをつける	5	47	0	p<0.05	1	38	2	ns
場違いな、季節外れの服装をする	6	46	0	p<0.05	1	39	1	ns
物をため込む	2	47	3	ns	1	39	1	ns
日常的な物事に関心を示さない	9	41	2	p<0.05	4	33	4	ns
昼夜逆転	4	45	3	ns	0	41	0	ns
同じ動作をいつまでも繰り返す	6	44	2	ns	1	37	3	ns
物を散らかす	3	49	0	ns	0	40	1	ns
徘徊	6	46	0	p<0.05	0	40	1	ns

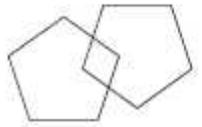
・介入群では、「物をなくす、置き場所を間違える、物を隠す」「同じことを何度も訊く」「言いがかりをつける」「場違いな、季節外れの服装をする」「日常的な物事に関心を示さない」「徘徊」において改善が認められた。

(参考)介護報酬における認知症リハビリテーションの評価

認知症短期集中リハビリテーション実施加算の主な概要		
介護保険 サービス	介護老人保健施設 【施設サービス】	通所リハビリテーション 【通所サービス】
単位数(点数)	240単位(1日につき)	
算定日数	1週に3日を限度 (入所日から3月以内)	1週に2日を限度 (退院【所】又は通所開始日から3月以内)
対象となる 利用者	認知症の利用者であって生活機能改善が見込まれると判断された者 <u>(MMSE【認知機能検査】又はHDS-R【改訂長谷川式簡易知能評価スケール】において、概ね5点～25点に相当する者)</u>	
主な算定要 件	—	リハビリテーションマネジメント加算を算定 (月4回以上の通所)
	<ul style="list-style-type: none"> ・医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、集中的なリハビリテーションを個別に行った場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症利用者の生活機能の改善を目的として行う。 ・記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週2日実施することを標準
	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症入居者の在宅復帰を目的として行う。 ・記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週3日実施することを標準 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症利用者の生活機能の改善を目的として行う。 ・記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週2日実施することを標準
	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科医師もしくは神経内科医師または認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により実施 ・認知症リハビリテーションを20分以上実施 	

・介護報酬において、施設・通所にかかわらず、認知症短期集中リハビリテーションを評価している。

(参考) MMSE【認知機能検査】又はHDS-R【改訂長谷川式簡易知能評価スケール】

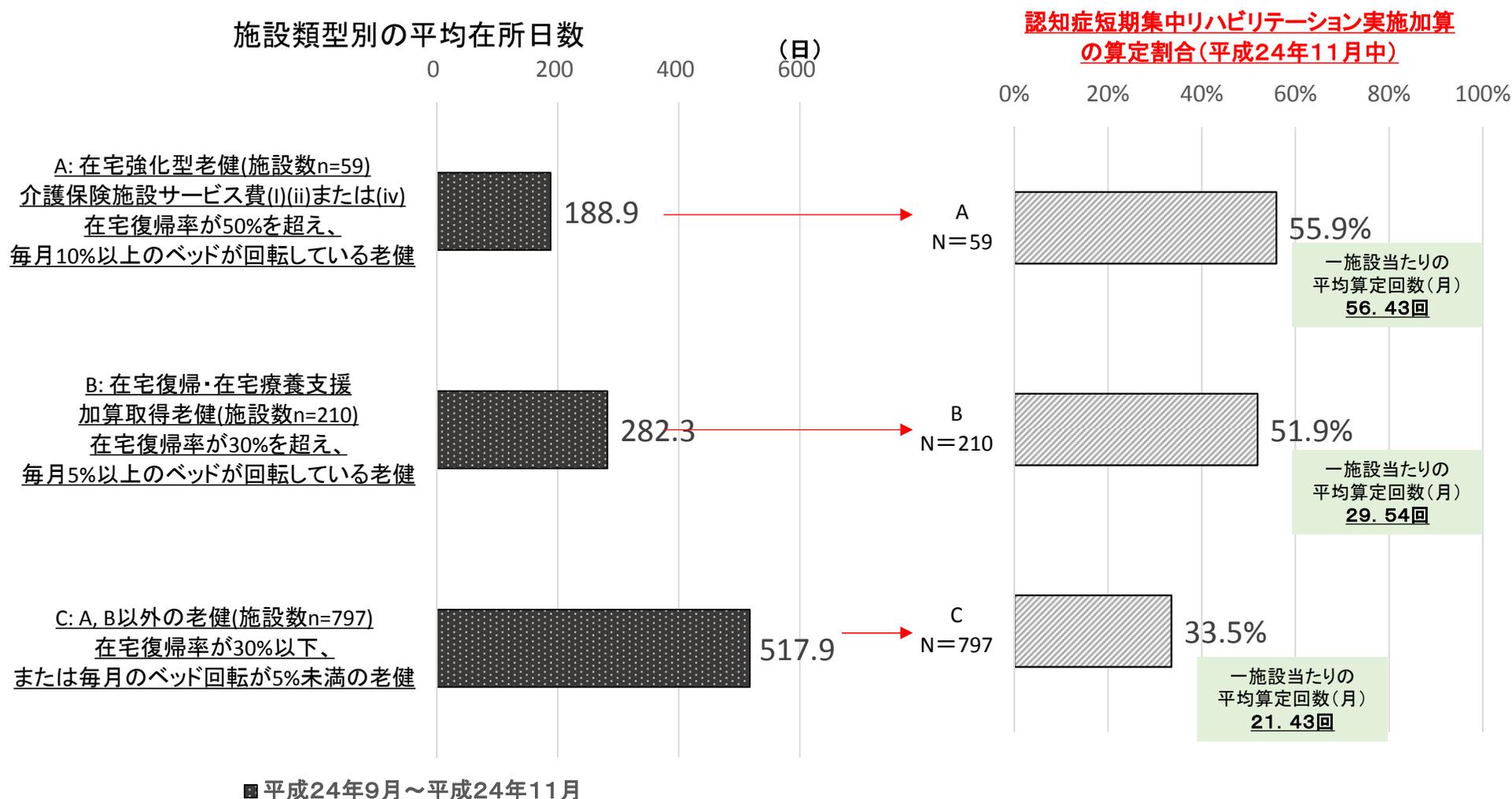
MMS (Mini-Mental State)		点数
1 見当識(5点)	今年は何年ですか 今日は何月ですか 今日は何日ですか 今の季節は何ですか 今日は何曜日ですか	
2 見当識(5点)	ここは何県ですか ここは何市ですか この施設名は何ですか ここは何階ですか ここは何地方ですか	
3 記名(3点)	ゆっくりと、互いに関連のない3語、たとえば「みかん、電車、サル」といってきかせ、直後にその通りに繰り返して言えば3点とします。その単語を覚えておくようにいいます。	
4 計算(5点)	100から順々に、7を引くことを5回繰り返させる (93 86 79 72 65)	
5 想起(3点)	約5分たってから、「さっきいった三つの言葉を思い出していってください」と尋ねます。正しく3つ思い出せれば、3点とします。	
6 命名(2点)	時計を見せて、これは何ですかと聞く 鉛筆を見せて、これは何ですかと聞く	
7 復唱(1点)	「ちりもつもれば、やまとなる」をゆっくりいって、同じように繰り返すように言います。	
8 三段階口頭命令(3点)	紙切れを机の上に並べておいてから、ゆっくり指示します 「右手でこの紙を取ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「机の上に置いてください」	
9 書字命令(1点)	「目を閉じてください」とかいてある紙を見せて、その通りに動作でやれるかどうかをみます。	
10 文章(1点)	なにか文章を書いてくださいと指示します。	
11 図形(1点)	下の図を、手本として示して、それをみながら、同じ図を描いてもらいます。 	
計		

改訂長谷川式スケール		点数	
1. 年齢	お歳はいくつですか？(2年までの誤差は正解)	0 1	
2. 日時の見当識	今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？(年、月、日、曜日が正解でそれぞれ1点づつ)	年	0 1
		月	0 1
		日	0 1
		曜日	0 1
3. 場所の見当識	私たちが今いるところはどこですか？(自発的にできれば2点 5秒おいて、家ですか？ 病院ですか？ 施設ですか？の中から正しい選択をすれば1点)	0 1 2	
4. 3つの言葉の記憶	これから言う3つの言葉を覚えて下さい。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。 (以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく) 1) a) 桜 b) 猫 c) 電車 2) a) 梅 b) 犬 c) 自転車	0 1	
		0 1	
		0 1	
5. 計算	100から7を順番に引いてください。 (「100引く7は？ それからまた7を引くと？」と質問する。最初の答えが不正解の場合は打ち切る) 「60…なんぼ…？」	(93) 0 1 (86) 0 1	
6. 数字の逆唱	私がこれから言う数字を逆から言って下さい。「全然わからんな」(6-8-2, 3-8-2-9を逆に言ってもらう。3桁逆唱に失敗したら打ち切る)	2-8-6 0 1 9-2-5-3 0 1	
7. 遅延再生	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度覚えて下さい。 (自発的に回答があれば各2点。 もし回答がない場合以下のヒントを与え、正解であれば1点) a) 植物 b) 動物 c) 乗り物	a: 0 1 2 b: 0 1 2 c: 0 1 2	
8. 物品記憶	これから5つの品物を見せませう。それを隠しますので何があったか覚えて下さい。(時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの)	0 1 2 3 4 5	
9. 言葉の流暢性	知っている野菜の名前をできるだけ多く覚えて下さい。 (答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、約10秒間待っても出ない場合にはそこで打ち切る) 0~5=0点、6=1点、7=2点、8=3点、9=4点、10=5点	0 1 2 3 4 5	
計			

【HDS-R】 30点満点
20点以下で認知症

【MMSE】 満点30点
20点以上正常範囲
15~19点軽度の認知症
10~14点中等度の認知症
9点以下重度の認知症

介護老人保健施設における認知症短期集中リハビリテーションの実施

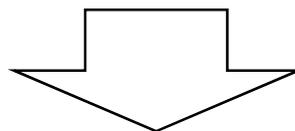


介護老人保健施設等の在宅療養支援及び医療提供のあり方に関する調査研究事業報告書
(平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金)

・在宅復帰率・ベッド回転率の高い介護老人保健施設において、認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している割合が高い。

【課題】

- 通所リハビリテーション利用者に対し、認知症リハビリテーションを実施した場合において、BPSDについて、有意な改善があったという報告もある。
- 介護報酬において、施設・通所にかかわらず、認知症短期集中リハビリテーションを評価している。介護報酬における認知症リハビリテーションの対象となる利用者は、MMSE【認知機能検査】又はHDS-R【改訂長谷川式簡易知能評価スケール】において、概ね5点～25点に相当する者であり、軽度から中重度の認知症利用者が対象となっている。
- 在宅復帰率・ベッド回転率の高い介護老人保健施設において、認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している割合が高いという結果がある。



【論点】

○今後、認知症高齢者の増加が見込まれるなか、精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とした認知症治療病棟に入院したBPSD患者に対して、認知症リハビリテーションを行うことの評価について、どのように考えるか。

褥瘡対策について

褥瘡対策に係る課題と論点

【課題】

- ・ 院内褥瘡発生率は、一般病棟で1.5%、療養病棟で5.1%、入院時褥瘡保有率は、一般病棟で4.5%、療養病棟で7.3%、褥瘡有病率は、一般病棟で6.0%、療養病棟で12.4%、となっている。
- ・ 入院時褥瘡保有率は増加傾向であり、入棟前の居場所としては、一般病棟では自宅が多く、ケアミックスの療養病棟では、自院の病床からの入院が高くなっているが、褥瘡の発生場所は特定できていない。
- ・ 入院時すでに褥瘡を保有していた患者は自宅から入院している割合が多く、在宅での褥瘡対策は重要である。訪問看護指示書に褥瘡の状態を記載する欄があるが、褥瘡のリスク評価について明確な規定はない。
- ・ 在宅における多職種による褥瘡対策チームの活動により、褥瘡症例数の減少、重度の褥瘡の減少や早期治癒などの効果があるとの報告がある。

【入院医療等分科会とりまとめ】

褥瘡の定義を明確化し、有病率や発生率等の基礎データを収集した上で、褥瘡ハイリスク患者ケア加算の見直しを含めた有効な褥瘡対策へつなげていくことが必要である。

在宅で褥瘡が発生している者も多いと推定されることから、在宅においても、褥瘡を発生させないためのアセスメントや治療を一層推進する必要がある。既存の調査では、褥瘡の発生場所を特定できないことから、褥瘡の発生場所を把握する調査や仕組みが必要であるとの意見があった。



【論点】

- 褥瘡対策を推進していくために、特定日の褥瘡の患者数、院内発生患者数等の報告を求めることとしてはどうか。また、DPCデータを提出している病院については、データ提出の仕組みを活用し、入退院時の褥瘡の状況について提出させることとしてはどうか。
- 訪問看護利用者についても褥瘡の状態のリスク評価について明確に規定してはどうか。また、訪問看護ステーションについても褥瘡の患者数、過去1か月の褥瘡発生患者数等を報告することとしてはどうか。
- 在宅ですでに褥瘡が発生している患者については、チームによる褥瘡ケアを評価してはどうか。

褥瘡対策の経緯

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 2 6

平成14年 入院基本料における褥瘡対策の評価

- 褥瘡対策未実施減算の新設。医療安全管理体制の整備や褥瘡対策が行われていない場合に、入院基本料等から減算する仕組みを導入した。

平成16年 褥瘡患者管理加算の新設

- 褥瘡対策について、ハイリスク患者等に対する診療計画の作成や必要な器具の整備などについて、加算評価を行った。

平成18年 褥瘡対策未実施減算の廃止

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の新設

- 褥瘡対策の実施に係る入院基本料の減算の仕組みについて、褥瘡対策の体制が整備されている現状を踏まえ、褥瘡対策の実施に係る入院基本料の減算の仕組みを廃止し、入院基本料の算定要件とした。
- 急性期入院医療において、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画に基づき、総合的な褥瘡対策を実施する場合の評価を行った。

平成20年 褥瘡評価実施加算の新設

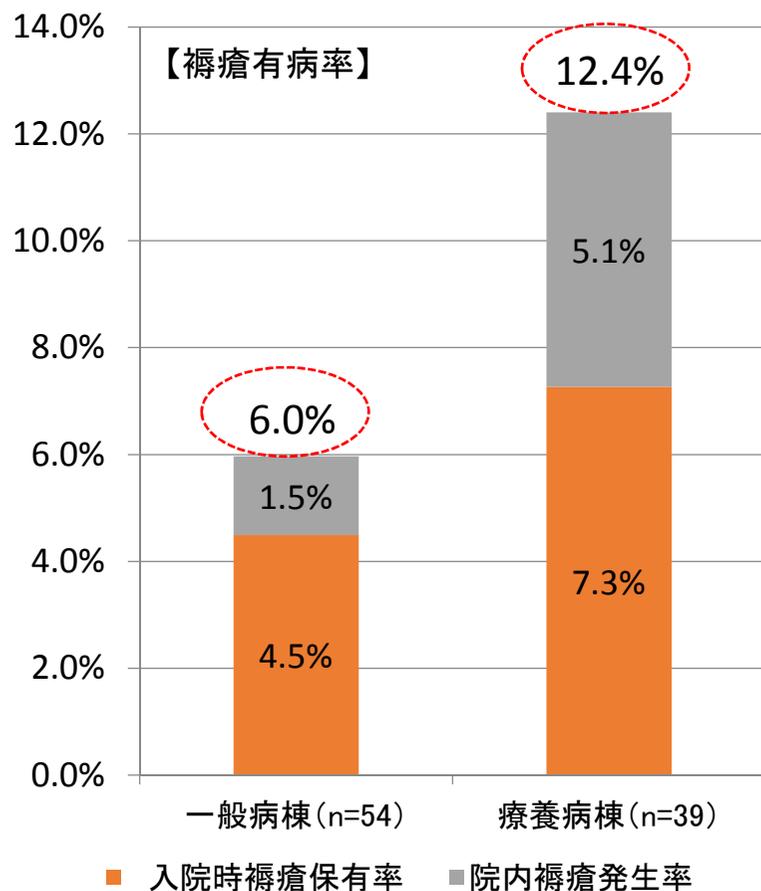
- ADL得点が高く褥瘡発症のリスクが高い患者に対して、患者単位で経時的・継続的に褥瘡の発生割合等の測定を行うことについて、療養病棟・有床診療所療養病棟入院基本料における加算評価を行った。

平成24年 褥瘡患者管理加算の見直し

- 褥瘡患者管理加算について、加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価を行った。

医療機関における褥瘡を有する患者の状況

- 褥瘡有病率は一般病棟が6.0%療養病棟が12.4%であった。
- 院内褥瘡率は、一般病棟が1.5%、療養病棟が5.1%であった。



		一般病棟 (n=54)	療養病棟 (n=39)
入院患者数(①)	人	4,408	2,064
褥瘡を有する入院患者数(②)	人	263	256
褥瘡有病率(②/①)	%	6.0%	12.4%
入院時に既に褥瘡を保有していた入院患者数(③)	人	198	150
入院時褥瘡保有率(③/①)	%	4.5%	7.3%
院内で発生した褥瘡を保有している入院患者数(④=②-③)	人	65	106
院内褥瘡発生率(④/①)	%	1.5%	5.1%

出典：平成24年度入院医療等の調査より

[参考]

院内褥瘡発生率の推移

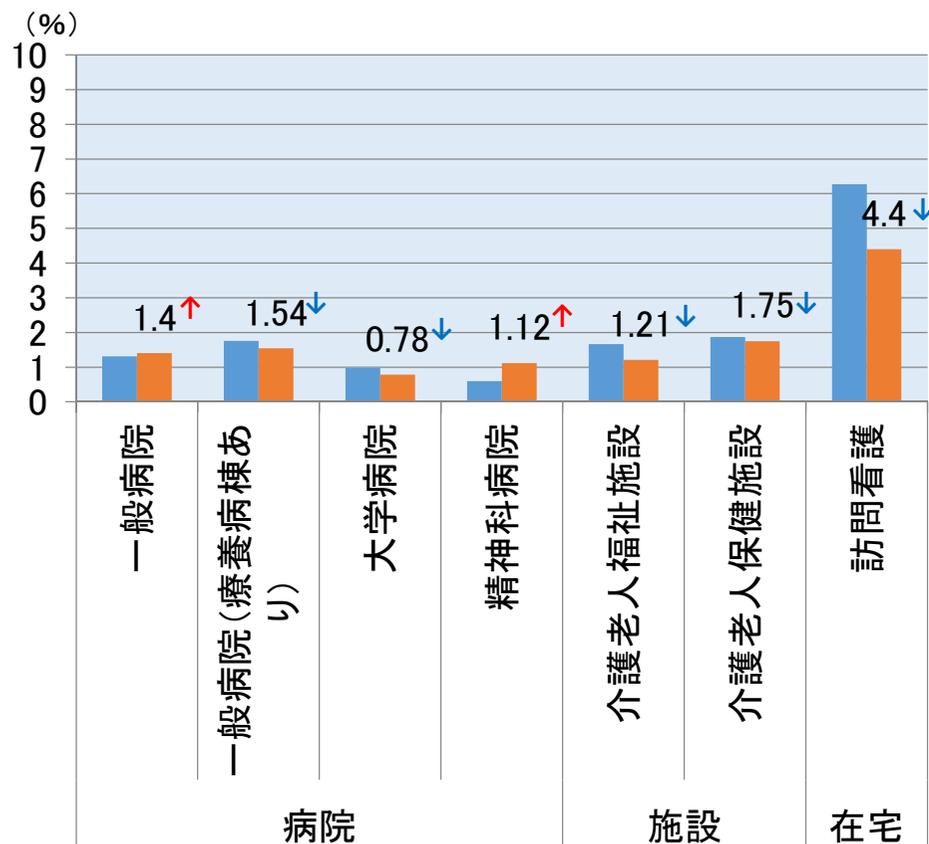
(日本褥瘡学会調査)

院内褥瘡発生率は、

○一般病院と精神科病院で増加。

○療養病棟あり、大学病院、施設、在宅施設、在宅で減少。

診調組 入-1
25.6.26



■ 院内褥瘡発生率 2006年 ■ 院内褥瘡発生率 2010年

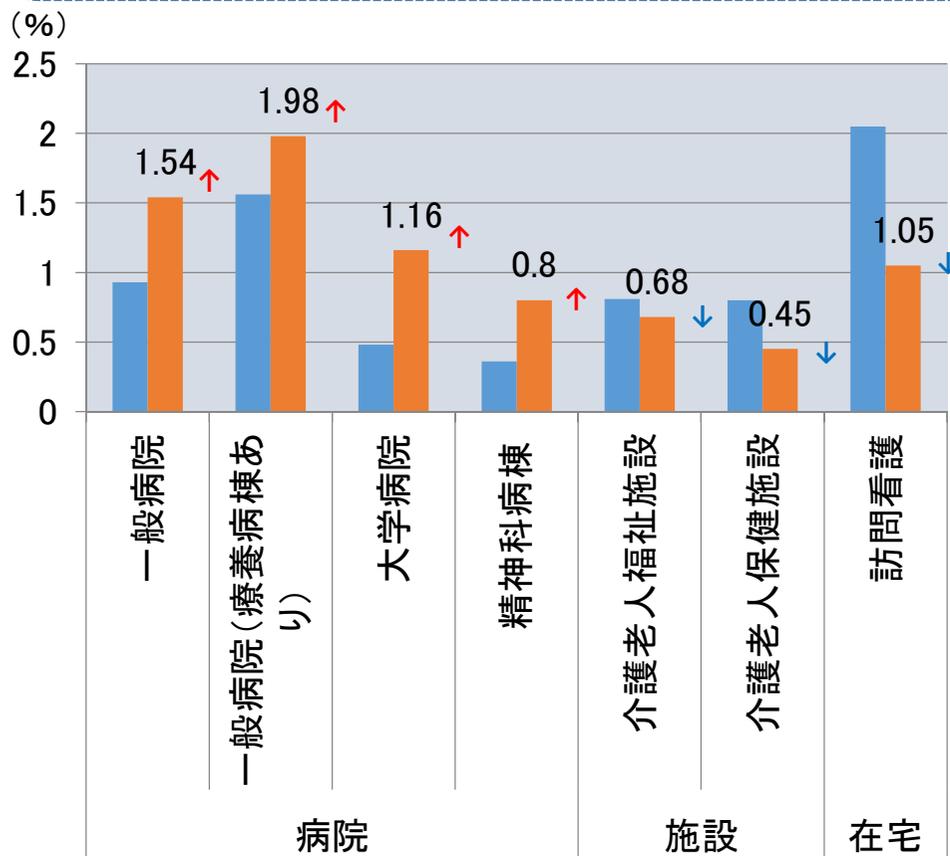
施設	種類	発生率	
		2006年	2010年
病院	一般病院	1.31 (1.16-1.46)	1.40 (1.32-1.49)
	一般病院(療養病棟あり)	1.76 (1.38-2.13)	1.54 (1.30-1.79)
	大学病院	0.98 (0.81-1.16)	0.78 (0.69-0.86)
	精神科病院	0.60 (0.38-0.82)	1.12 (0.54-1.70)
施設	介護老人福祉施設	1.66 (1.36-1.96)	1.21 (0.86-1.57)
	介護老人保健施設	1.87 (1.60-2.13)	1.75 (1.20-2.30)
在宅	訪問看護	6.27 (4.80-7.75)	4.40 (3.75-5.05)

[参考]

入院時褥瘡保有率の推移

入院時褥瘡保有率は、

- 一般病院、療養病棟あり、大学病院、精神科病院で増加。
- 在宅訪問看護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設では、減少。



■ 入院時褥瘡保有率 2006年 ■ 入院時褥瘡保有率 2010年

入院時褥瘡保有率が増加した医療機関が多く、効果的な褥瘡対策を推進するためにも、褥瘡の発生場所を的確に把握する必要がある。

入退院時の褥瘡の状態等の報告について

褥瘡の状態等の報告については、「入院医療等の調査・評価分科会」のとりまとめを踏まえ、「中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織(DPC評価分科会)第8回(平成25年10月30日)」において、下記の提案について検討された。

- 診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」において、院内褥瘡発生率と入院時褥瘡保有率が一般病棟、大学病院等で増加傾向であるという報告があり、褥瘡の有病率や発生率等の基礎データを収集する必要性についてとりまとめられた。
- 以上のような報告を踏まえ、退院患者調査の様式に褥瘡に関する調査項目を加えることとしてはどうか。

内容	考え方
入院時と退院時の褥瘡の深さ (DESIGN-R®d0からdUを入力)	・ 入院前の褥瘡 (いわゆる持ち込み褥瘡) の有無、及び急性期病棟における褥瘡の発生率等に関する基礎データを収集



検討の結果、褥瘡の状態等については、DPCの退院患者調査様式に加える方針となった。

在宅医療における褥瘡対策

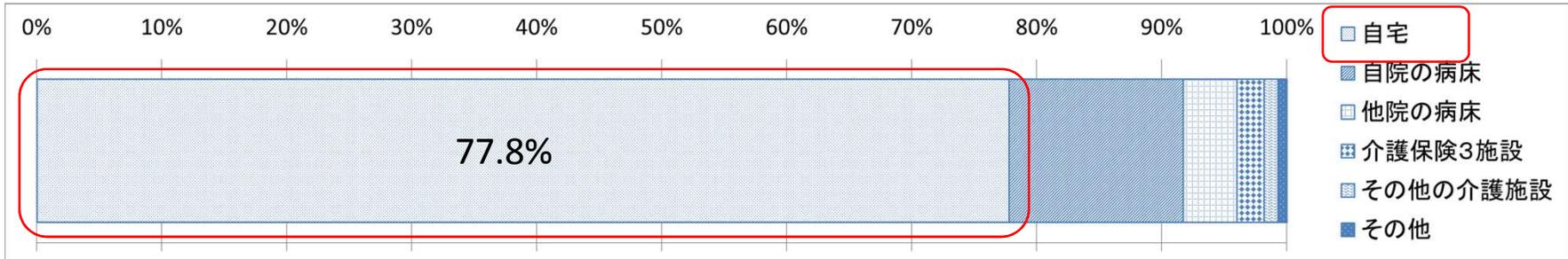
訪問看護における褥瘡のリスク評価

入院時すでに褥瘡を保有していた患者の状況 (褥瘡患者における入棟前の居場所)

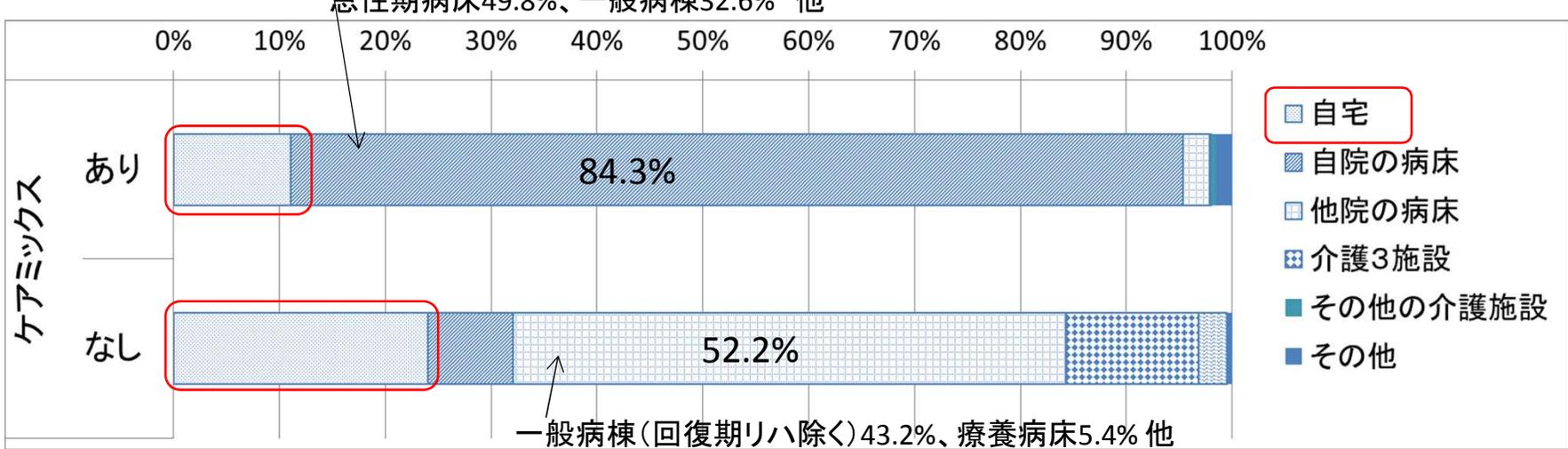
(改) 診調組 入-1
2 5 . 6 . 2 6

- 一般病棟は、自宅からの入院が多く、次いで自院の病床が多い。
- ケアミックスの療養病棟は、自院の急性期病床等一般病床から、ケアミックスでない療養病棟は、他院の病床、介護保険3施設からの入院が多い。

■ 一般病棟 (N=163)



■ 療養病棟 (N=151)



出典：平成24年度入院医療等調査

訪問看護利用者における褥瘡対策 (訪問看護指示書における褥瘡に関する記載)

(別紙様式16)

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
患者住所	電話 () -	
主たる傷病名	(1) (2) (3)	
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療態	
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.
日常生活自立度	寝たきり度	J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2
	認知症の状況	I II a II b III a III b IV M
要介護認定の状況 褥瘡の深さ	要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)	
	DESIGN分類 D3 D4 D5 NPUAP分類 III度 IV度	
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養(経鼻・胃瘻: サイズ) 日に1回交換 8. 留置カテーテル(部位: サイズ) 日に1回交換 9. 人工呼吸器(陽圧式・陰圧式: 設定) 10. 気管カニューレ(サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ()	
留意事項及び指示事項 I 療養生活指導上の留意事項		
II 1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他		
在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)		
緊急時の連絡先 不在時の対応法		
特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)		
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有: 指定訪問看護ステーション名) たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有: 訪問介護事業所名)		

○ 在宅医療においては、訪問看護指示書に褥瘡の状態を記載している。

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住所
電話
(FAX)
医師氏名

印

入院と訪問看護における褥瘡のリスク評価に関する違い

		リスク評価
入院		○ (入院基本料の要件)
訪問看護	医療機関	—
	訪問看護 ステーション	— (訪問看護指示書に褥瘡の状態を記入)



訪問看護については、褥瘡に対するリスク評価についての規定や評価はない。

例) 入院患者に対する褥瘡のリスク評価①

入院患者の日常生活自立度が**B(1, 2)** **C(1, 2)**と低い場合、危険因子の評価を行う。危険因子または、褥瘡がある場合には、褥瘡の発生部位を記載し、次ページの褥瘡の状態や看護計画を立て、実施・評価を行う。

別添6 別紙3

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 _____ 殿 男 女 病棟 _____ 計画作成日 _____
 記入医師名 _____
 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) 記入看護師名 _____
 褥瘡発生日 _____

- 褥瘡の有無
1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他())
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他())

	日常生活自立度		B(1, 2) C(1, 2)		対処
	J(1, 2)	A(1, 2)	できる	できない	
危険因子の評価	・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換)		できる	できない	「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
	(イス上 坐位姿勢の保持、除圧)		できる	できない	
	・病的骨突出		なし	あり	
	・関節拘縮		なし	あり	
	・栄養状態低下		なし	あり	
	・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)		なし	あり	
・浮腫(局所以外の部位)		なし	あり		

例) 入院患者に対する褥瘡のリスク評価②

リスク評価の結果、危険因子がある患者及び褥瘡がある患者に対する褥瘡対策の計画作成、実施、評価

褥瘡の状態の評価 (DESIGN-R 分類)	深さ	(0)なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織をこえる損傷	(5)関節腔、体腔にいたる損傷又は、深さ判定不能の場合	合計点	
	滲出液	(0)なし	(1)少量: 毎日の交換を要しない		(2)中等量: 1日1回の交換	(3)多量: 1日2回以上の交換			
	大きさ (cm ²) 長径 × 長径に直行する最大径	(0)皮膚損傷なし	(1)4未満	(2)4以上16未満	(3)16以上36未満	(4)36以上64未満	(5)64以上100未満		(6)100以上
	炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり (創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛)		(2)局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭)		(3)全身的影響あり (発熱など)		
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創閉鎖又は創が浅い為評価不可能	(1)創面の90%以上を占める	(2)創面の50%以上90%未満を占める	(3)創面の10%以上50%未満を占める	(4)創面の10%未満を占める	(5)全く形成されていない		
	壊死組織	(0)なし	(1)柔らかい壊死組織あり		(2)硬く厚い密着した壊死組織あり				
	ポケット (cm ²) (ポケットの長径 × 長径に直行する最大径) - 潰瘍面積	(0)なし	(1)4未満	(2)4以上16未満	(3)16以上36未満		(4)36以上		

看護計画	留意する項目	計画の内容	
	圧迫、ズレカの排除 <small>(体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)</small>	ベッド上	
	イス上		
	スキンケア		
	栄養状態改善		
	リハビリテーション		

[記載上の注意]

- 日常生活自立度の判定に当たっては「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。
- 日常生活自立度がJ1～A2である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。

在宅における多職種による褥瘡対策

在宅褥瘡対策チームの事例

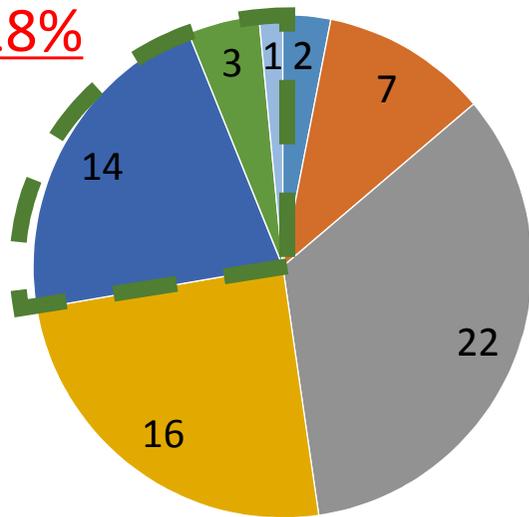
—彦根市立病院 褥瘡専門外来(2008年10月1日開設)—

構成メンバー: 形成外科医師 / 皮膚・排泄ケア認定看護師 / 管理栄養士 等

前期(08年10月~09年9月)

n = 65

重度褥瘡28%

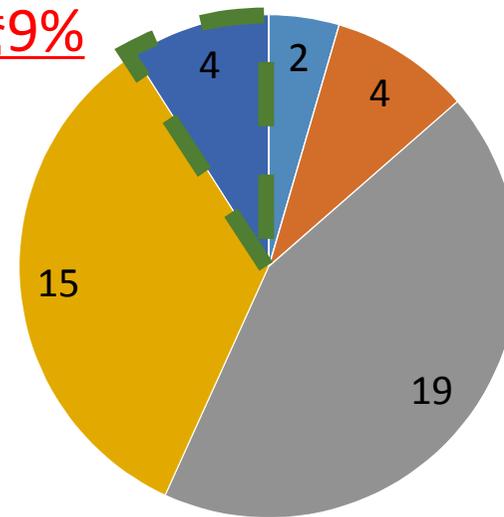


治癒日数 25.5日

後期(09年10月~10年9月)

n = 44

重度褥瘡9%

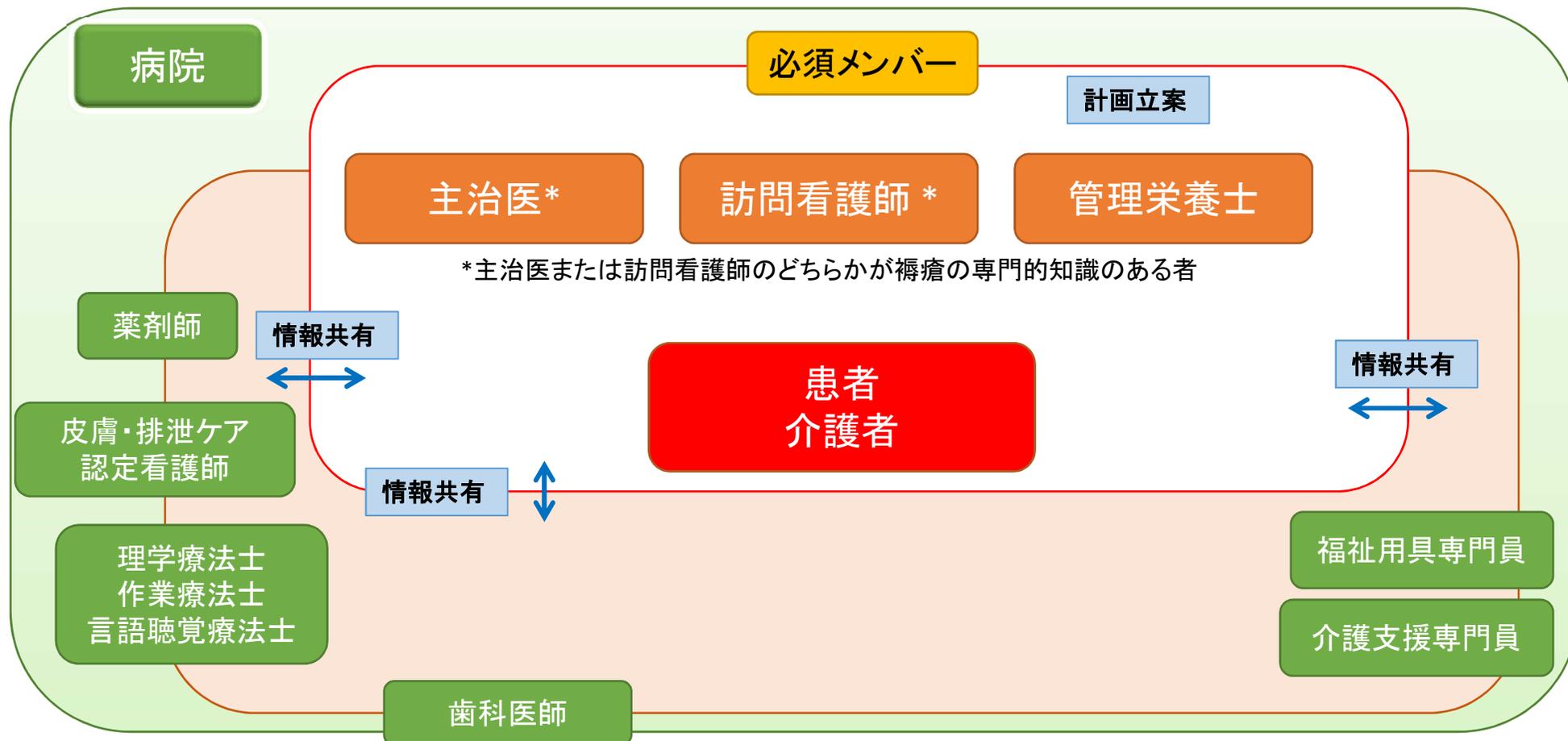


治癒日数 19.5日

- d0
- d1
- d2
- d3
- D4
- D5
- DU

チームで在宅現場へ働きかけることにより、在宅褥瘡症例数が減少、重度褥瘡の減少、早期治癒をもたらした。

在宅褥瘡対策チームのイメージ



- ①褥瘡患者もしくは褥瘡ハイリスク者に対して、初回訪問時に必須メンバーが一堂に会し計画を立案する。
必須メンバー以外は必要に応じて参加する。
- ②計画立案後は計画に従い、月1回以上、個別または共同して患家を訪問し、対策を実施する。
- ③訪問後は、月1回以上、メンバーは報告書を提出し、それぞれ患者の状況及び今後の予定を全員が情報共有する。
- ④初回訪問後、3か月毎に全メンバーが集合し、対策の評価及び計画の見直しを行う。

【課題】

- ・ 院内褥瘡発生率は、一般病棟で1.5%、療養病棟で5.1%、入院時褥瘡保有率は、一般病棟で4.5%、療養病棟で7.3%、褥瘡有病率は、一般病棟で6.0%、療養病棟で12.4%、となっている。
- ・ 入院時褥瘡保有率は増加傾向であり、入棟前の居場所としては、一般病棟では自宅が多く、ケアミックスの療養病棟では、自院の病床からの入院が高くなっているが、褥瘡の発生場所は特定できていない。
- ・ 入院時すでに褥瘡を保有していた患者は自宅から入院している割合が多く、在宅での褥瘡対策は重要である。訪問看護指示書に褥瘡の状態を記載する欄があるが、褥瘡のリスク評価について明確な規定はない。
- ・ 在宅における多職種による褥瘡対策チームの活動により、褥瘡症例数の減少、重度の褥瘡の減少や早期治癒などの効果があるとの報告がある。

【入院医療等分科会とりまとめ】

褥瘡の定義を明確化し、有病率や発生率等の基礎データを収集した上で、褥瘡ハイリスク患者ケア加算の見直しを含めた有効な褥瘡対策へつなげていくことが必要である。

在宅で褥瘡が発生している者も多いと推定されることから、在宅においても、褥瘡を発生させないためのアセスメントや治療を一層推進する必要がある。既存の調査では、褥瘡の発生場所を特定できないことから、褥瘡の発生場所を把握する調査や仕組みが必要であるとの意見があった。

【論点】

- 褥瘡対策を推進していくために、特定日の褥瘡の患者数、院内発生患者数等の報告を求めることとしてはどうか。また、DPCデータを提出している病院については、データ提出の仕組みを活用し、入退院時の褥瘡の状況について提出させることとしてはどうか。
- 訪問看護利用者についても褥瘡の状態のリスク評価について明確に規定してはどうか。また、訪問看護ステーションについても褥瘡の患者数、過去1か月の褥瘡発生患者数等を報告することとしてはどうか。
- 在宅ですでに褥瘡が発生している患者については、チームによる褥瘡ケアを評価してはどうか。

その他

1. ハイケアユニット入院医療管理料の重症度・看護必要度の見直しについて
2. 特定集中治療室管理料における重症度の見直しについて

空白

重症度・看護必要度に係る評価票 【ハイケアユニット入院医療管理用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点	B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	16 床上安静の指示	なし	あり	
2 蘇生術の施行	なし	あり	17 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
3 血圧測定	0から4回	5回以上	18 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
4 時間尿測定	なし	あり	19 起き上がり	できる	できない	
5 呼吸ケア	なし	あり	20 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
6 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	21 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
7 心電図モニター	なし	あり	22 移動方法(主要なもの1つ)	介助を要しない移動	介護を要する移動(搬送を含む)	
8 輸液ポンプの使用	なし	あり	23 口腔清潔	できる	できない	
9 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり	24 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
10 シリンジポンプの使用	なし	あり	25 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
11 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり	26 他者への意思伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
12 人工呼吸器の装着	なし	あり	27 診療と療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
13 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	28 危険行動への対応	ない	ある	
14 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーター)	なし	あり				
15 特殊な治療等 (CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓、ICP測定)	なし	あり				

算定要件:A項目が**3点**以上、または、B項目が**7点**以上である患者 **8割以上**

施設基準の届出後の取り扱い(重症度・看護必要度の該当患者割合について)

第3 届出受理後の措置等

1 届出を受理した後において、届出内容と異なった事情が生じた場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出を行うものであること。(略)ただし次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

(5)算定要件中の該当患者の割合については、**暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動**

ハイケアユニット入院医療管理料における重症度、医療・看護必要度(仮称)の見直しの課題と論点

【課題】

- ハイケアユニット入院医療管理料の現行の評価方法は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(仮称)の「A項目 **かつ** B項目」とは異なり、「A項目 **または** B項目」となっている。
- ハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度(仮称)は、7対1入院基本料の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(仮称)と同一項目を含むものとなっている。
- ハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度(仮称)については、
 - ①評価方法について、「A項目3点以上 **かつ** B項目7点以上」に修正し、推計を行ったところ、ハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度(仮称)の施設基準を満たす医療機関の割合は、現行100%から63.2%となった。
 - ②評価項目について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(仮称)の見直しの方向性を踏まえた項目に修正し、推計を行ったところ、現行の項目の場合の63.2%から42.1%となった。

【論点】

- 
- 評価方法を現行のA項目3点以上 **または** B項目7点以上から、A項目3点以上 **かつ** B項目7点以上とするとともに、評価項目を一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(仮称)の見直しの方向性を踏まえ、修正してはどうか。
 - 上記の見直しを行った場合、例えば、一定期間の経過措置の設置や、基準該当患者割合の緩和等について検討してはどうか。

ハイケアユニット入院医療管理料のシミュレーション

※ 現行のB項目は変更しない

A モニタリング及び処置等	7対1入院基本料(見直しの方向性)	パターン1 (現行)	パターン2 (入院医療等分科会の見直しの方向性)
1 創傷処置	創傷処置	○	○
	褥瘡処置		
2 蘇生術の施行		○	○
3 血圧測定	削除	○	×
4 時間尿測定	削除	○	×
5 呼吸ケア	呼吸ケア(人工呼吸器の管理等喀痰吸引以外)	○	○
	喀痰吸引のみ		×
6 点滴ライン同時3本以上	(不変)	○	○
7 心電図モニター	(不変)	○	○
8 輸液ポンプの使用		○	○
9 動脈圧測定(動脈ライン)		○	○
10 シリンジポンプの使用	(不変)	○	○
11 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)		○	○
12 人工呼吸器の装着	※ 7対1入院基本料の「人工呼吸器の装着」については、「呼吸ケア」で評価している	○	○
13 輸血や血液製剤の使用	(不変)	○	○
14 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)		○	○
15 特殊な治療等 (CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓、ICP測定)		○	○
16 専門的な治療・処置	「抗悪性腫瘍剤の内服等」3項目を新たに追加		

【評価シミュレーションの条件】

7対1入院基本料とハイケアユニット入院医療管理料で同一の評価項目

評価項目 パターン1(現行)の項目

評価方法 現行 : A項目が3点以上、**または**、B項目が7点以上である患者 **8割以上**

ハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度(仮称)の評価の見直し① パターン1: 現行の評価方法を「または」から「かつ」にした場合

評価項目: 現行の項目

評価方法: 現行の評価方法

見直し案の評価方法

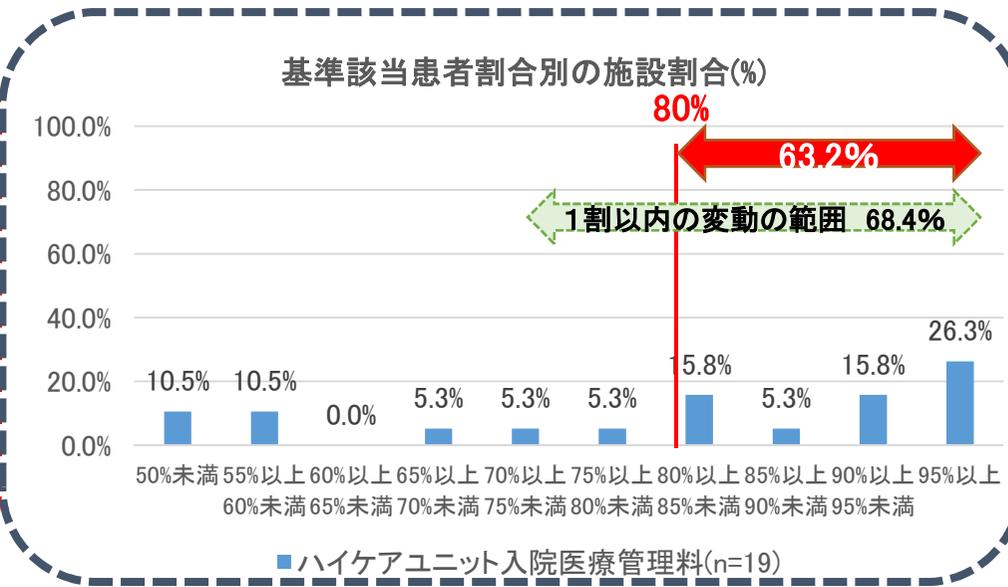
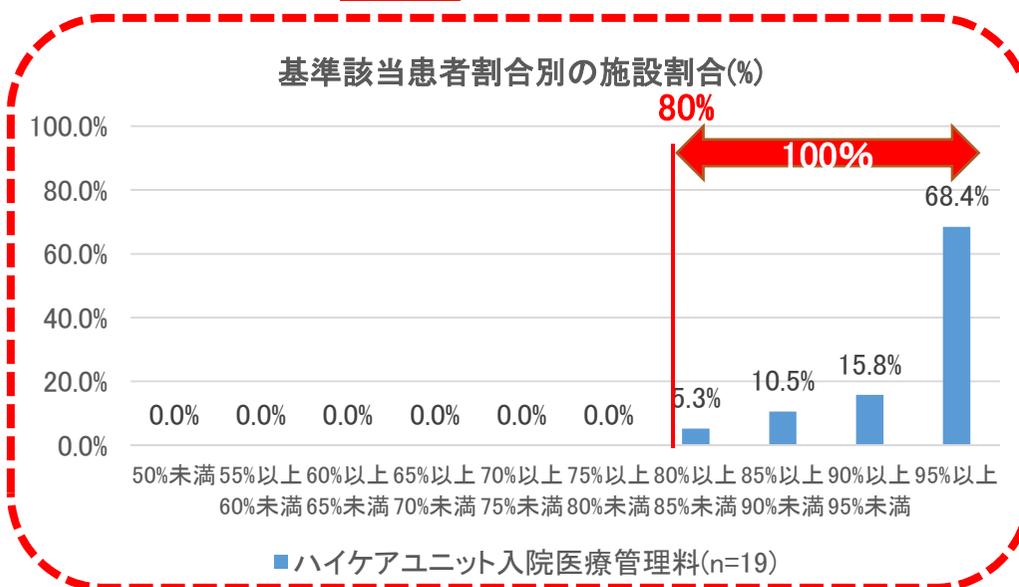
①A項目が3点以上、**または**、B項目が7点以上である患者 8割以上

②A項目が3点以上、**かつ**、B項目が7点以上である患者 8割以上



①A項目3点以上**または**B項目7点以上で評価した場合

②A項目3点以上**かつ**B項目7点以上で評価した場合



○ 現行の評価項目で評価方法をA項目**または**B項目から、A項目**かつ**B項目に変更すると、基準該当患者割合が8割以上の医療機関の割合は、100%から63.2%となった。

A モニタリング及び処置等	7対1入院基本料(見直しの方向性)	パターン1 (現行)	パターン2 (入院医療等分科会の見直しの方向性)
1 創傷処置	創傷処置	○	○
	褥瘡処置		
2 蘇生術の施行		○	○
3 血圧測定	削除	○	×
4 時間尿測定	削除	○	×
5 呼吸ケア	呼吸ケア(人工呼吸器の管理等喀痰吸引以外)	○	○
	喀痰吸引のみ		×
6 点滴ライン同時3本以上	(不変)	○	○
7 心電図モニター	(不変)	○	○
8 輸液ポンプの使用		○	○
9 動脈圧測定(動脈ライン)		○	○
10 シリンジポンプの使用	(不変)	○	○
11 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)		○	○
12 人工呼吸器の装着	※ 7対1入院基本料の「人工呼吸器の装着」については、「呼吸ケア」で評価している	○	○
13 輸血や血液製剤の使用	(不変)	○	○
14 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)		○	○
15 特殊な治療等 (CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓、ICP測定)		○	○
16 専門的な治療・処置	「抗悪性腫瘍剤の内服等」3項目を新たに追加		

【評価シミュレーションの条件】

 7対1入院基本料とハイケアユニット入院医療管理料で同一の評価項目

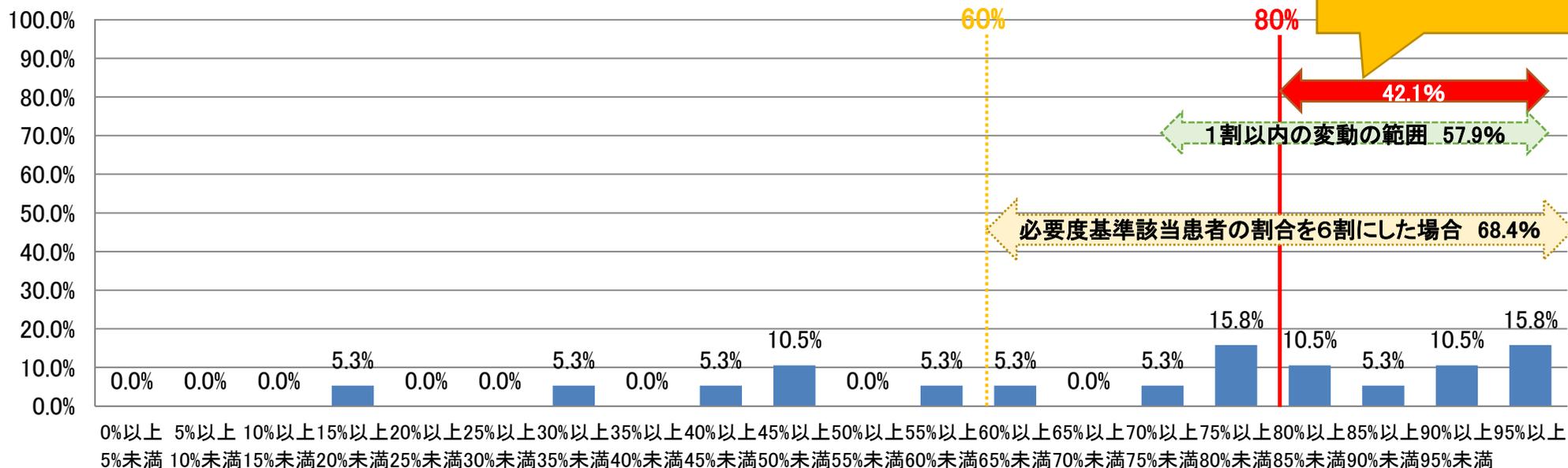
評価項目 パターン2(入院医療等分科会の見直しの方向性)の項目

評価方法 見直し案:A項目が3点以上、かつ、B項目が7点以上である患者 8割以上

ハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度(仮称)の評価の見直し② パターン2:パターン1のシュミレーションに入院料等分科会の見直しの方向性を加えた場合

評価項目:パターン2(入院医療等分科会の見直しの方向性)の項目
評価方法:A項目が3点以上、かつ、B項目が7点以上である患者 8割以上

パターン1②
と比べて、
-21.1%となる



必要度基準該当患者の割合を6割にした場合 68.4%

1割以内の変動の範囲 57.9%

42.1%

- 評価方法について、現行のA項目またはB項目から、A項目かつB項目に変更し、評価項目について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(仮称)の見直しの方向性を踏まえ変更した場合、見直し後の必要度基準該当患者の割合が8割以上の医療機関は42.1%であり、現行の約6割の医療機関が施設基準を満たせなくなる可能性がある。
- 例えば、現行の施設基準の基準該当患者割合8割以上から6割以上に基準を緩和した場合は、68.4%であった。

ハイケアユニット入院医療管理料における重症度、医療・看護必要度(仮称)の見直しの課題と論点

【課題】

- ・ ハイケアユニット入院医療管理料の現行の評価方法は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(仮称)の「A項目 **かつ** B項目」とは異なり、「A項目 **または** B項目」となっている。
- ・ ハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度(仮称)は、7対1入院基本料の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(仮称)と同一項目を含むものとなっている。
- ・ ハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度(仮称)については、
 - ①評価方法について、「A項目3点以上 **かつ** B項目7点以上」に修正し、推計を行ったところ、ハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度(仮称)の施設基準を満たす医療機関の割合は、現行100%から63.2%となった。
 - ②評価項目について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(仮称)の見直しの方向性を踏まえた項目に修正し、推計を行ったところ、現行の項目の場合の63.2%から42.1%となった。

【論点】

- 
- 評価方法を現行のA項目3点以上 **または** B項目7点以上から、A項目3点以上 **かつ** B項目7点以上とするとともに、評価項目を一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(仮称)の見直しの方向性を踏まえ、修正してはどうか。
 - 上記の見直しを行った場合、例えば、一定期間の経過措置の設置や、基準該当患者割合の緩和等について検討してはどうか。

重症度に係る評価票 【特定集中治療室管理用】

A モニタリング及び処置等			B 患者の状況等			
	0点	1点	0点	1点	2点	
1 心電図モニター	なし	あり	10 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 輸液ポンプの使用	なし	あり	11 起き上がり	できる	できない	
3 動脈圧測定	なし	あり	12 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 シリンジポンプの使用	なし	あり	13 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり	14 口腔清潔	できる	できない	
6 人工呼吸器の装着	なし	あり				
7 輸血や血液製剤の使用	なし	あり				
8 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーター)	なし	あり				
9 特殊な治療等(CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓、ICP測定)	なし	あり				

算定要件:A項目が3点以上、または、B項目が3点以上である患者9割以上

施設基準の届出後の取り扱い(重症度・看護必要度の該当患者割合について)

第3 届出受理後の措置等

1 届出を受理した後において、届出内容と異なった事情が生じた場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出を行うものであること。(略)ただし次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

(5)算定要件中の該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動

特定集中治療室管理料における重症度の見直しの課題と論点

【課題】

- 特定集中治療室管理料の重症度の項目のうち、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(仮称)の見直し項目の該当はなかった。
- 特定集中治療室管理料の現行の評価方法は、7対1入院基本料の「A項目 **かつ** B項目」とは異なり、「A項目 **または** B項目」となっている。
- 評価方法について、「A項目3点以上 **かつ** B項目3点以上」とし、推計を行ったところ、特定集中治療室管理料の重症度の施設基準を満たす医療機関の割合は、現行の86.0%から25.6%となった。

【論点】

- ハイケアユニット入院医療管理料の見直しの方向を踏まえ、A項目3点以上 **または** B項目3点以上の評価から、A項目3点以上 **かつ** B項目3点以上の評価に変更することについてどう考えるか。
- A項目3点以上 **かつ** B項目3点以上とした場合、ハイケアユニット入院医療管理料と同様に、例えば、一定期間の経過措置の設置や、基準該当患者割合の緩和等について検討してはどうか。

特定集中治療室管理料の重症度の評価の見直し

評価項目：現行の項目

評価方法：現行の評価方法

見直し案の評価方法

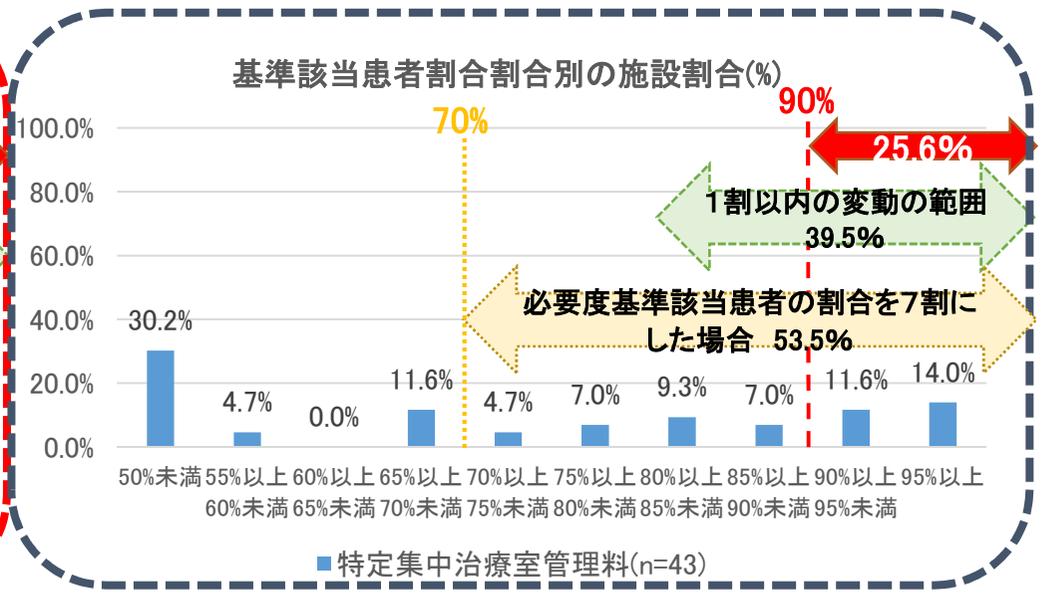
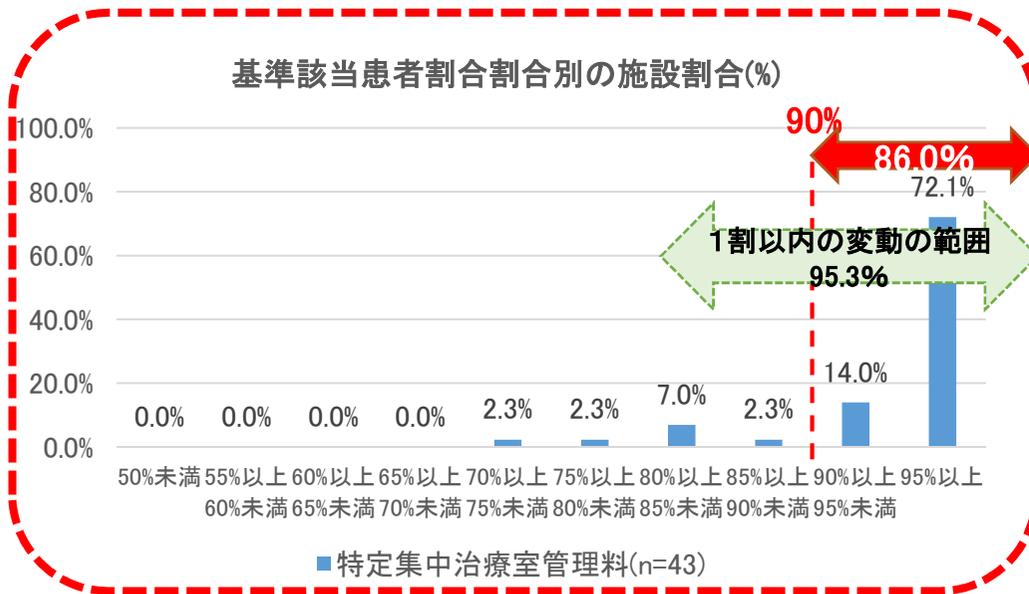
①A項目が3点以上、**または**、B項目が3点以上である患者 9割以上

②A項目が3点以上、**かつ**、B項目が3点以上である患者 9割以上



①A項目3点以上**または**B項目3点以上で評価した場合

②A項目3点以上**かつ**B項目3点以上で評価した場合



- 現行の評価項目で評価方法をA項目**または**B項目から、A項目**かつ**B項目に変更すると、基準該当患者割合が9割以上の医療機関の割合は、86.0%から25.6%となり、多くの医療機関が施設基準を満たせなくなる可能性がある。
- 例えば、現行の施設基準の基準該当患者割合9割以上から7割以上に基準を緩和した場合は、53.5%であった。

【課題】

- 特定集中治療室管理料の重症度の項目のうち、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(仮称)の見直し項目の該当はなかった。
- 特定集中治療室管理料の現行の評価方法は、7対1入院基本料の「A項目**かつ**B項目」とは異なり、「A項目**または**B項目」となっている。
- 評価方法について、「A項目3点以上**かつ**B項目3点以上」とし、推計を行ったところ、特定集中治療室管理料の重症度の施設基準を満たす医療機関の割合は、現行の86.0%から25.6%となった。

【論点】

- ハイケアユニット入院医療管理料の見直しの方向を踏まえ、A項目3点以上**または**B項目3点以上の評価から、A項目3点以上**かつ**B項目3点以上の評価に変更することについてどう考えるか。
- A項目3点以上**かつ**B項目3点以上とした場合、ハイケアユニット入院医療管理料と同様に、例えば、一定期間の経過措置の設置や、基準該当患者割合の緩和等について検討してはどうか。