

個別事項(その3)

1. 高度急性期医療について

2. 救急医療について

3. 小児・周産期医療について

4. 医科・歯科連携による栄養管理について

5. 栄養食事指導について

平成26年度診療報酬改定の概要①

質の高い集中治療の評価

➤ より体制の充実した特定集中治療室（ICU）の評価を新設する。

(新) 特定集中治療室管理料1

イ 7日以内の期間	13,650点
ロ 8日以上14日以内の期間	12,126点

(新) 特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合）

(1) 7日以内の期間	13,650点
(2) 8日以上60日以内の期間	12,319点

[施設基準]

- ① 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む。
- ② 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは1床当たり20m²以上である。
- ③ 専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務している。
- ④ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、A項目3点以上かつB項目3点以上である患者が9割以上であること。

※従前の特定集中治療室管理料1，2については、特定集中治療室管理料3，4とする。

（ただし、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準は変更）

平成26年度診療報酬改定の概要②

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直し

- ▶ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しを踏まえて、名称を「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。
- ▶ 急性期患者の特性を踏まえ、**評価方法の変更**を行うとともに、これらの影響を緩和するため、既存の評価基準に加え、新たな**評価基準を設定**する。

改定前		点数
特定集中治療室管理料1	イ 7日以内の期間	9,211点
	ロ 8日以上14日以内の期間	7,711点
特定集中治療室管理料2 (広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合)		
	イ 7日以内の期間	9,211点
	ロ 8日以上60日以内の期間	7,901点
A項目3点以上またはB項目3点以上である患者が9割以上であること		



改定後		点数
特定集中治療室管理料3	イ 7日以内の期間	9,361点
	ロ 8日以上14日以内の期間	7,837点
特定集中治療室管理料4 (広範囲熱傷特定集中治療管理料の場合)		
	イ 7日以内の期間	9,361点
	ロ 8日以上60日以内の期間	8,030点
A項目3点以上かつB項目3点以上である患者が8割以上であること		

[経過措置]

- ・平成26年3月31日までに届出を行っている治療室については、平成27年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

- ▶ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しを踏まえて、**モニタリング及び処置等の項目(A項目)**について同様に見直し、「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。
- ▶ 急性期患者の特性を踏まえ、**評価方法の変更**を行うとともに、これらの影響を緩和するため、既存の評価基準に加え、新たな**評価基準を設定**する。

改定前	点数
ハイケアユニット入院医療管理料 ・看護配置常時4対1 ・A項目3点以上またはB項目7点以上である患者が8割以上であること	4,511点



改定後	点数
(改)ハイケアユニット入院医療管理料1 ・看護配置常時4対1 ・A項目3点以上かつB項目7点以上である患者が8割以上であること	6,584点
(改)ハイケアユニット入院医療管理料2 ・看護配置常時5対1 ・A項目3点以上かつB項目7点以上である患者が6割以上であること	4,084点

[経過措置]

- ・平成26年3月31日までに届出を行っている治療室については、平成26年9月30日までの従前の入院料を算定する。

高度急性期医療に関する論点①

○ 高度急性期医療における適切な患者像の評価についてどう考えるか。

- 特定集中治療室管理料において、「重症度、医療・看護必要度」のA項目が3点以上であることが要件となっているが、A項目が3点の患者には、医療密度が低い患者が多く含まれており、これらの患者の割合が著しく多い医療機関がみられることについてどう考えるか。
- 現在、一般病棟用・特定集中治療室用・ハイケアユニット用にB項目は分けられているが、類似の状態を評価している項目も多く、これらの簡素化を図ることについてどう考えるか。

特定集中治療室における適正な患者像の評価について

入院医療等の調査・評価分科会 とりまとめより

【特定集中治療室の適正な利用について】

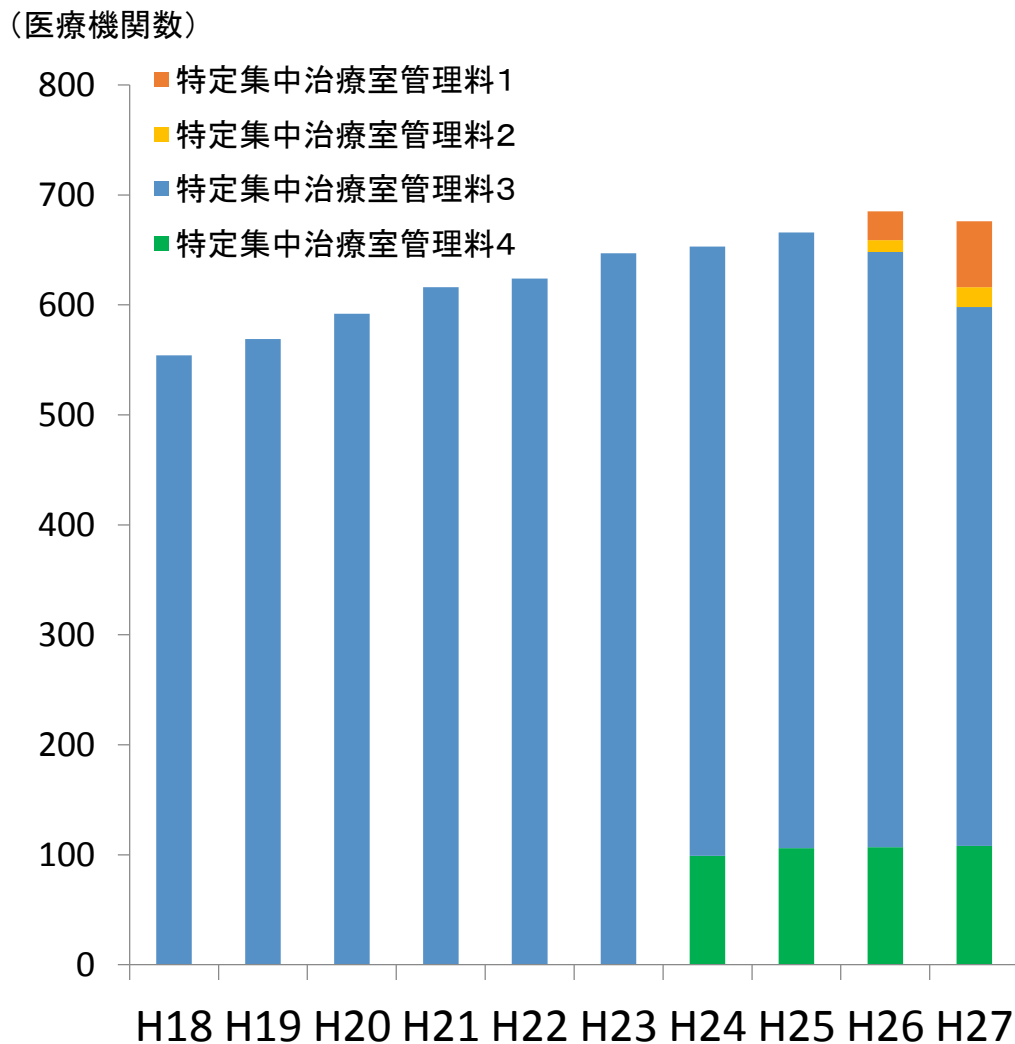
- 「心電図モニター」「輸液ポンプ」に該当する患者が90%であり、高い相関がみられた
- A項目が3点の患者には、相対的に医療密度の低い患者が多かった
- 「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」にのみ該当する患者の割合が著しく高い医療機関がみられた



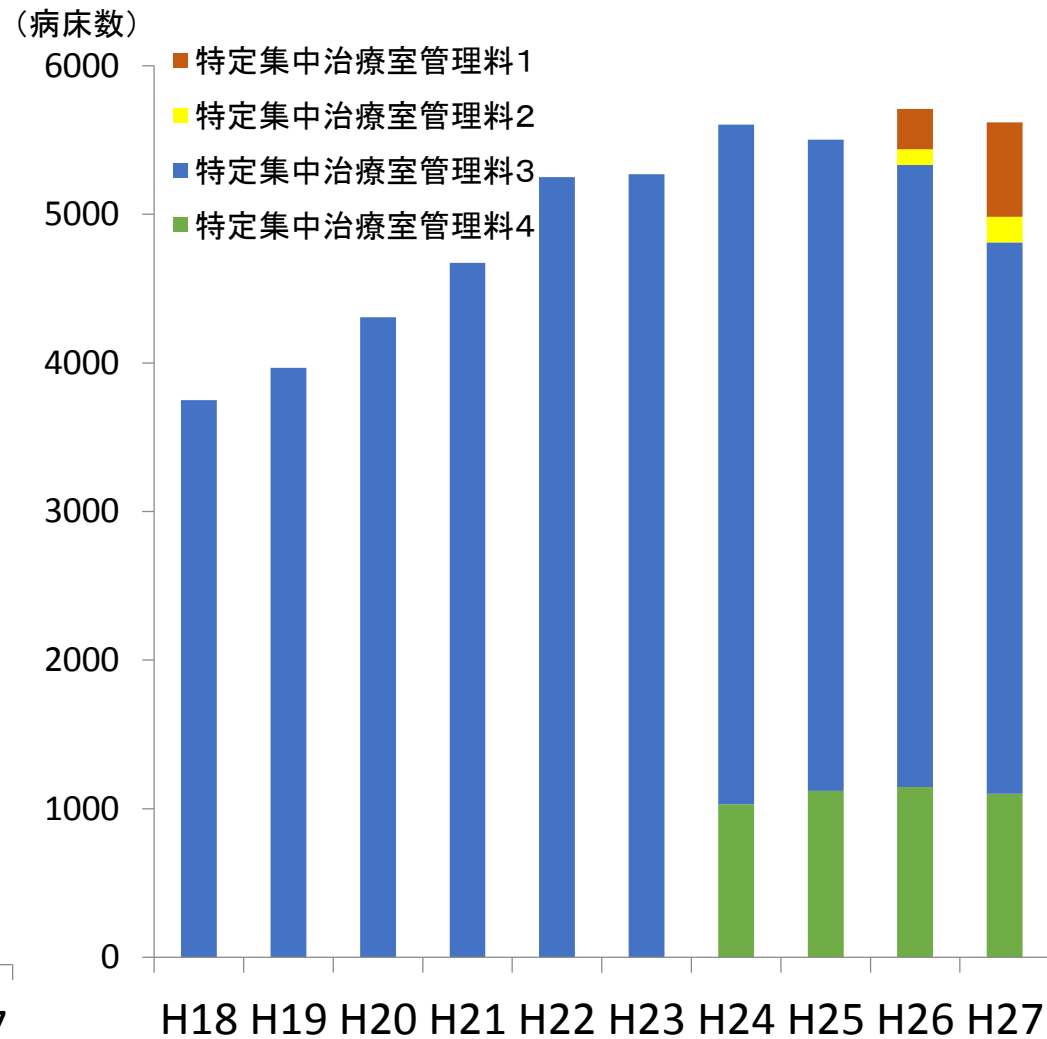
例えば、「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」にのみ該当する患者の「重症度、医療・看護必要度」に関する評価を適正化したうえで、基準から外れる患者は一定の割合に限って入室の対象とするなど、特定集中治療室を重症患者が一層適正に利用するための要件の設定について検討を要する。

特定集中治療室管理料の届出状況

＜届出医療機関数の推移＞



＜届出病床数の推移＞



重症度に係る評価票 【特定集中治療室(ICU)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 心電図モニターの管理	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 輸液ポンプの管理	なし	あり	11 起き上がり	できる	できない	
3 動脈圧測定(動脈ライン)	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 シリンジポンプの管理	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 輸血や血液製剤の管理	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 特殊な治療法等 (CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓、 ICP測定, ECMO)	なし	あり				

算定要件:A項目が**3点**以上、**かつ**、B項目が**3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)

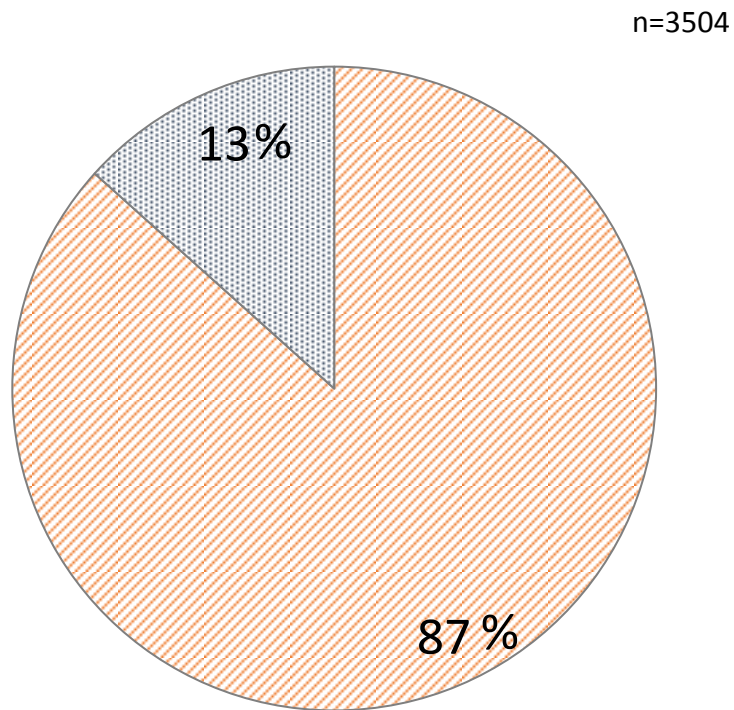
第3 届出受理後の措置等

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。

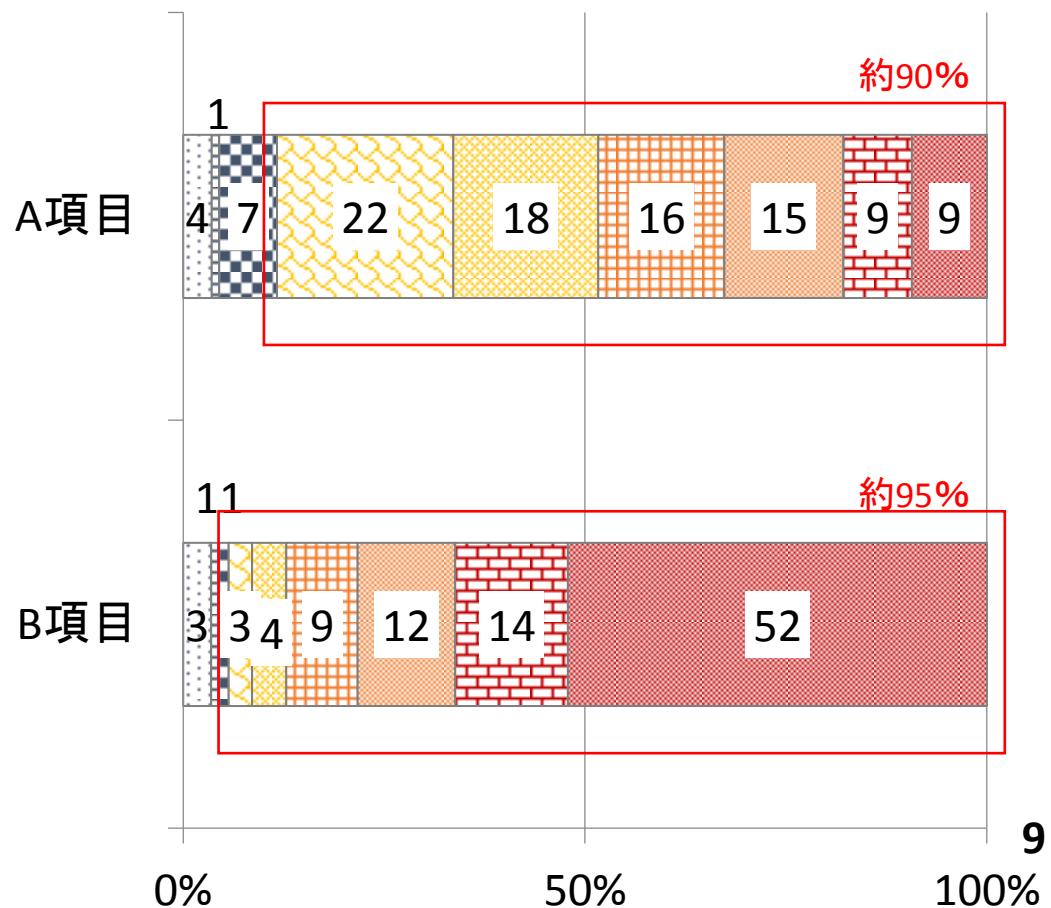
(5)算定要件中の該当患者の割合については、**暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動**

ICUにおける重症度、医療・看護必要度に関する状況

<該当患者の割合>



<患者の内訳:点数別>



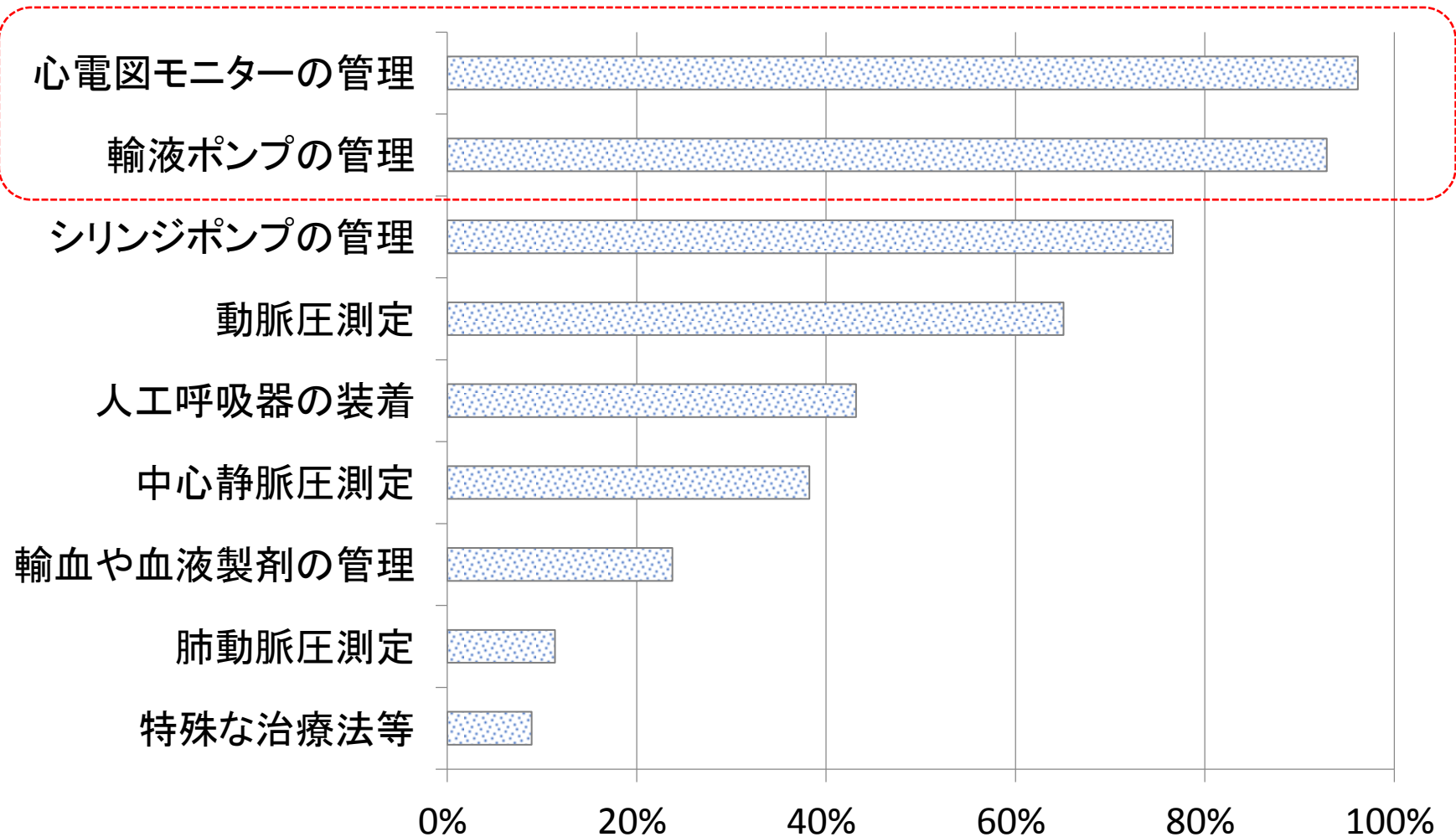
出典: 保険局医療課調べ(DPC病院対象)

重症度、医療・看護必要度の項目別該当割合

○ ICUに入室している患者のうち、90%以上の患者が「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」に該当していた。

＜A項目の該当割合＞

n=3504



A項目間の相関係数

○ A項目の各項目のうち、「心電図モニター」の管理」と「輸液ポンプの管理」については、高い正の相関がみられた。

<A項目間の相関係数>

ICU	心電図 モニター の管理	輸液ポンプ の管理	動脈圧 測定	シリンジ ポンプの 管理	中心静脈 圧測定	人工 呼吸器 の装着	輸血や 血液製剤 の管理	肺動脈圧 測定	特殊な 治療法等
心電図モニター	1.000								
輸液ポンプ	0.682	1.000							
動脈圧測定	0.255	0.257	1.000						
シリンジポンプ	0.341	0.366	0.260	1.000					
中心静脈圧測定	0.151	0.179	0.421	0.314	1.000				
人工呼吸器の装着	0.169	0.199	0.368	0.324	0.449	1.000			
輸血や血液製剤の管理	0.105	0.134	0.257	0.183	0.345	0.301	1.000		
肺動脈圧測定	0.067	0.092	0.240	0.177	0.435	0.315	0.338	1.000	
特殊な治療法等	0.063	0.001	0.132	0.121	0.177	0.201	0.148	0.169	1.000

参考)相関係数

- +0.600～+1.000 高い正の相関
- +0.400～+0.599 中位の正の相関
- +0.200～+0.399 低い正の相関
- 0.199～+0.199 無相関
- 0.399～-0.200 低い負の相関
- 0.599～-0.400 中位の負の相関
- 1.000～-0.600 高い負の相関

重症度、医療・看護必要度に該当する医療処置等の実施状況

○ ICUに入院している患者において、該当するA項目の組合せとして最も多くみられたものは、「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」の3項目の組合せであった。

<該当するA項目の組合せ(上位15位)>

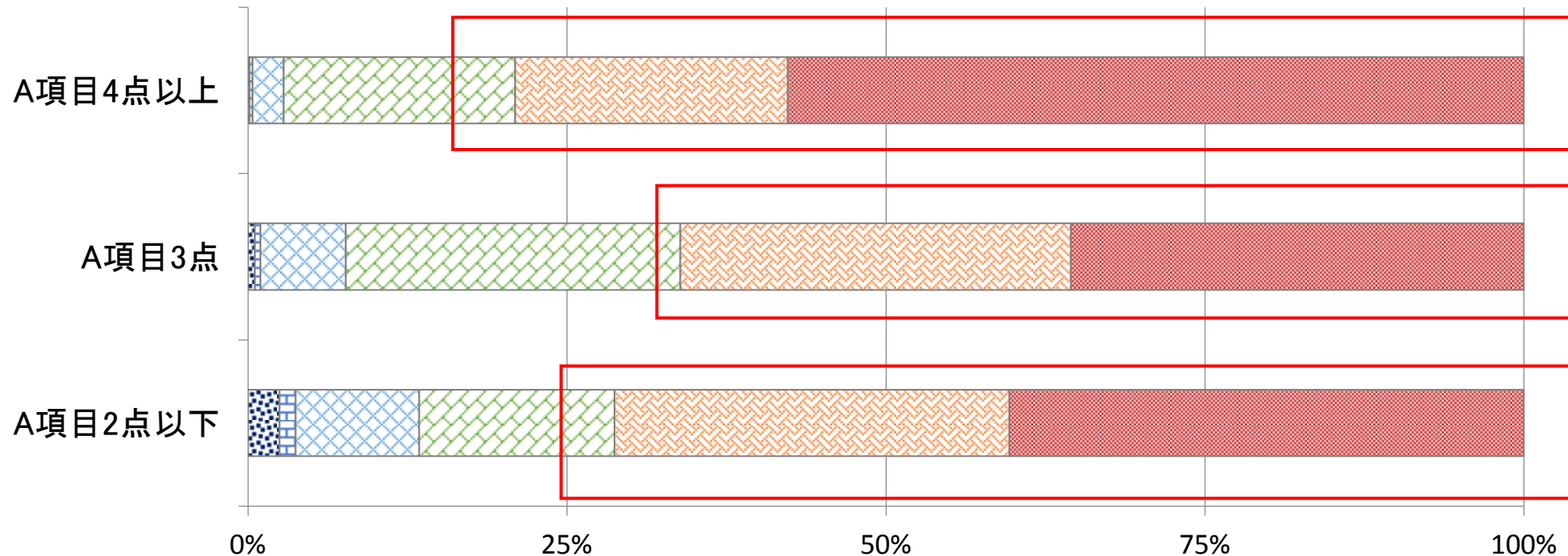
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	該当患者割合
	心電図モニター	輸液ポンプ	シリンジポンプ	動脈圧測定	中心静脈圧測定	人工呼吸器	輸血や血液製剤	肺動脈圧測定	特殊な治療法等	
1位	○	○	○							13.0%
2位	○	○	○	○						9.7%
3位	○	○	○	○	○	○				8.5%
4位	○	○	○	○		○				6.2%
5位	○	○								5.9%
6位	○	○		○						5.7%
7位	○	○	○	○	○	○	○	○		5.4%
8位	○	○	○	○	○	○	○			4.7%
9位	○	○	○	○	○					4.4%
10位										3.6%
11位	○	○	○			○				3.0%
12位	○	○	○	○			○			1.9%
13位	○	○	○	○		○	○			1.9%
14位	○	○	○	○	○	○		○		1.7%
15位	○	○	○	○	○	○	○		○	1.7%

医師による指示の見直しの頻度

- 重症度、医療・看護必要度の基準はA項目3点以上に設定されているが、A項目が3点の患者では、A項目が2点以下の患者よりも、頻回の指示の見直しが必要な患者の割合は小さかった。

<医師による指示の見直しの頻度>

n=3144



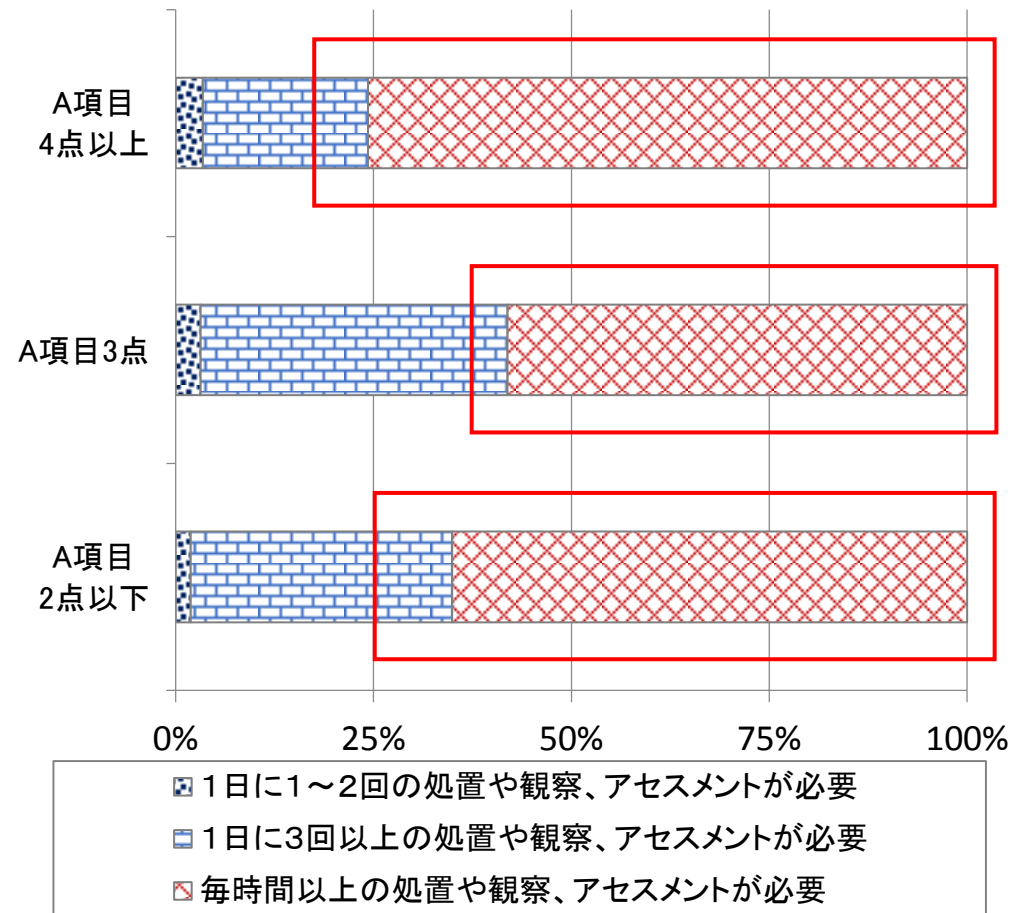
- 医療的な状態は安定しており医師の指示は必要としない
- 週2～3回程度の指示見直しが必要
- 週1回程度の指示見直しが必要
- 毎日指示見直しが必要
- 1日数回の指示見直しが必要
- 24時間体制での管理必要

看護師による看護の提供頻度

- 重症度、医療・看護必要度の規準はA項目3点以上に設定されているが、A項目が3点の患者では、A項目が2点以下の患者よりも、看護師による毎時間以上の観察等が必要な患者の割合は小さかった。
- A項目が3点の患者と2点以下の患者で、1日3回以上の観察等が必要な患者に占める、病状が不安定な患者の割合は概ね同等であった。

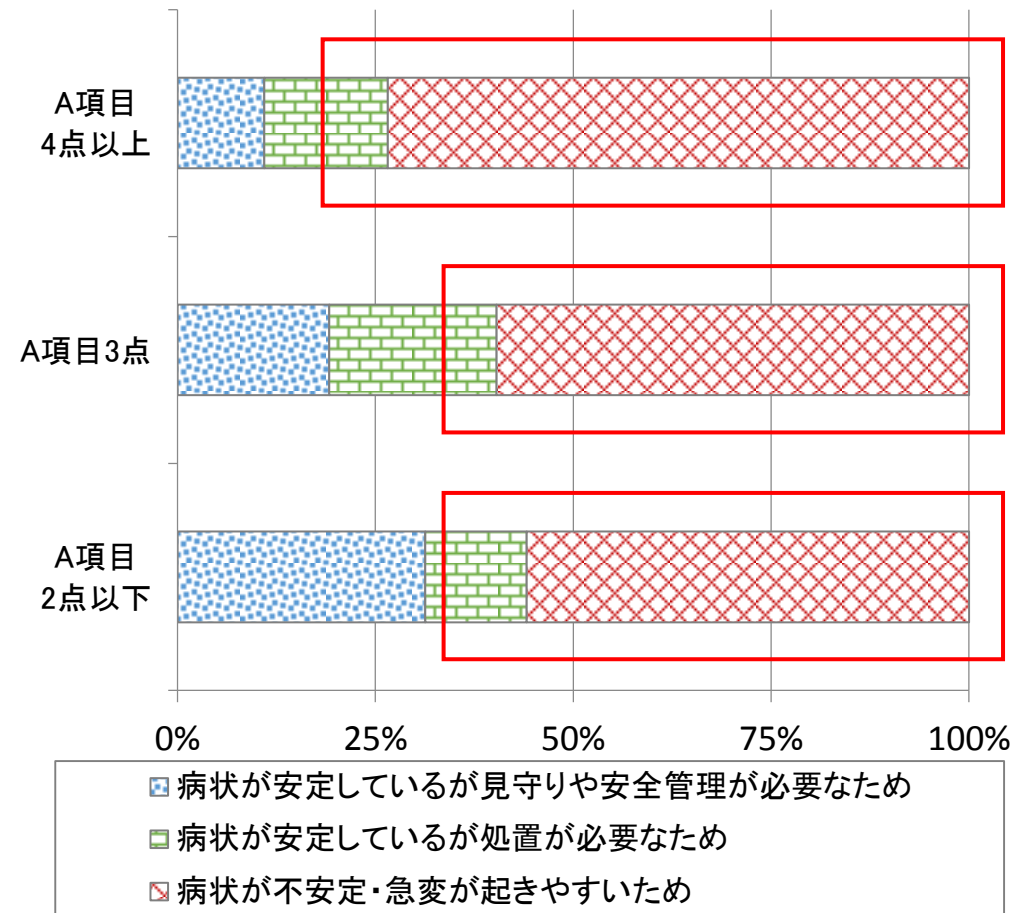
<看護師による直接看護提供頻度>

n=3116



<1日に3回以上の観察等が必要な理由>

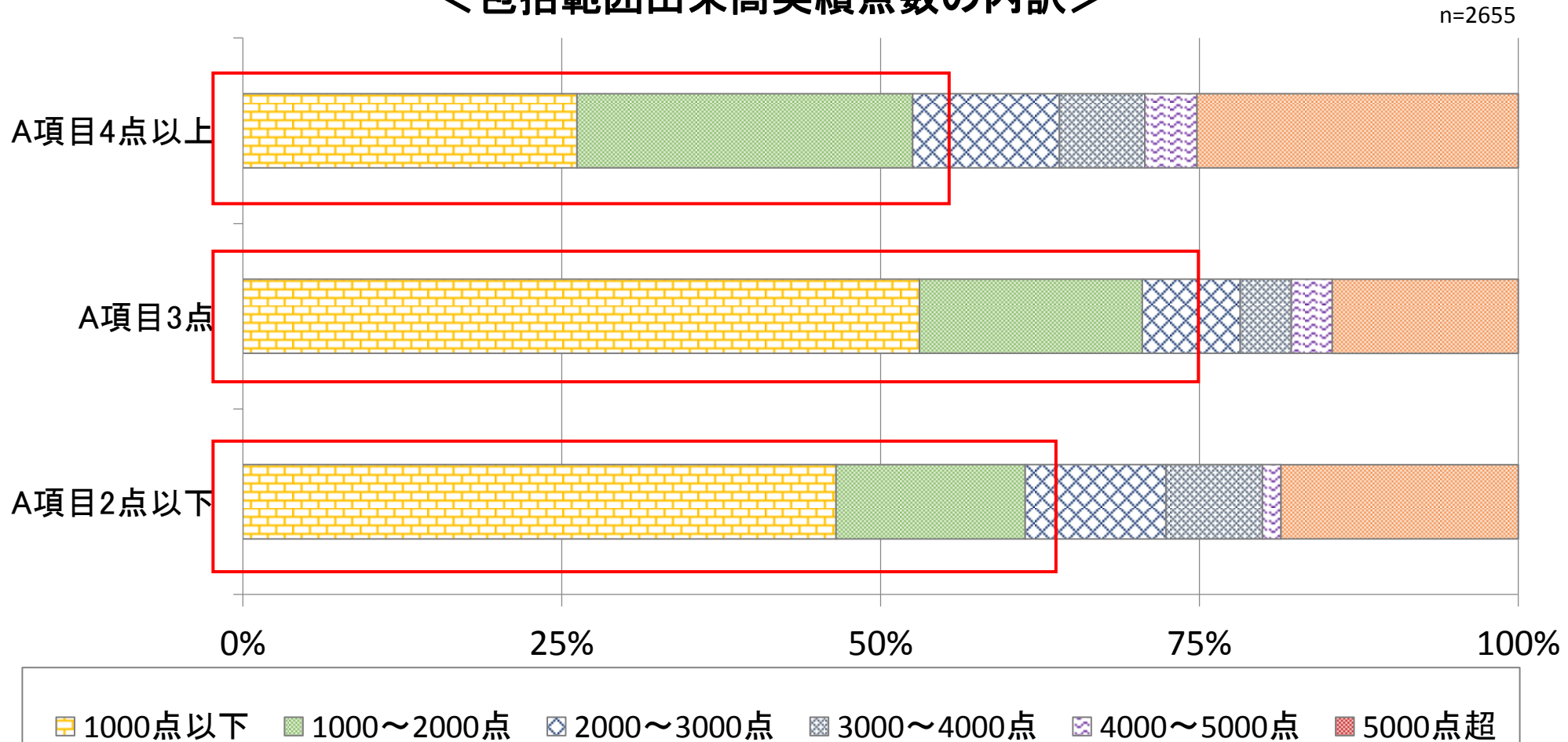
n=2886



包括範囲出来高実績点数の状況

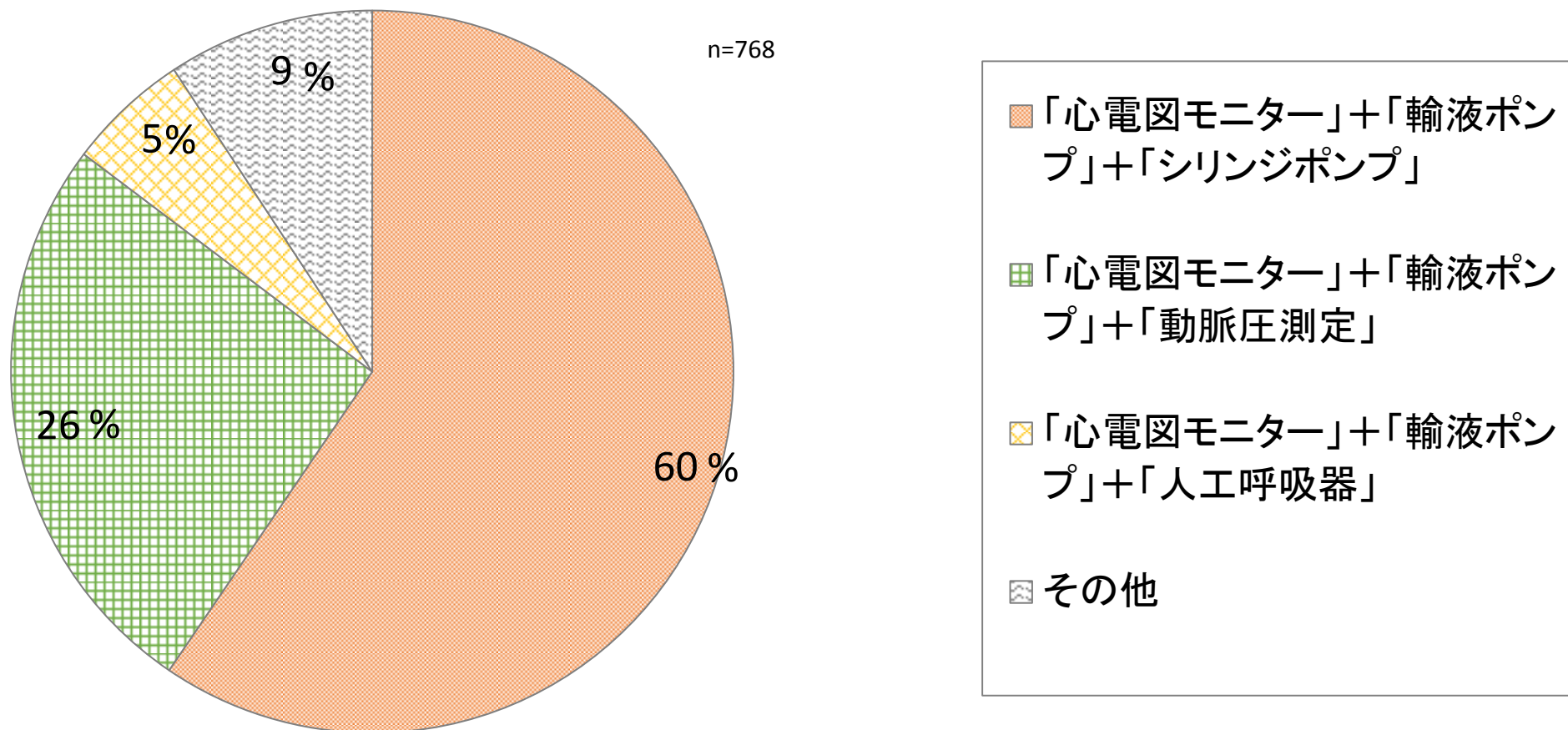
- 重症度、医療・看護必要度の規準はA項目3点以上に設定されているが、A項目が3点の患者では、A項目が2点以下の患者よりも、包括範囲出来高実績点数の低い患者の割合が高かった。

＜包括範囲出来高実績点数の内訳＞



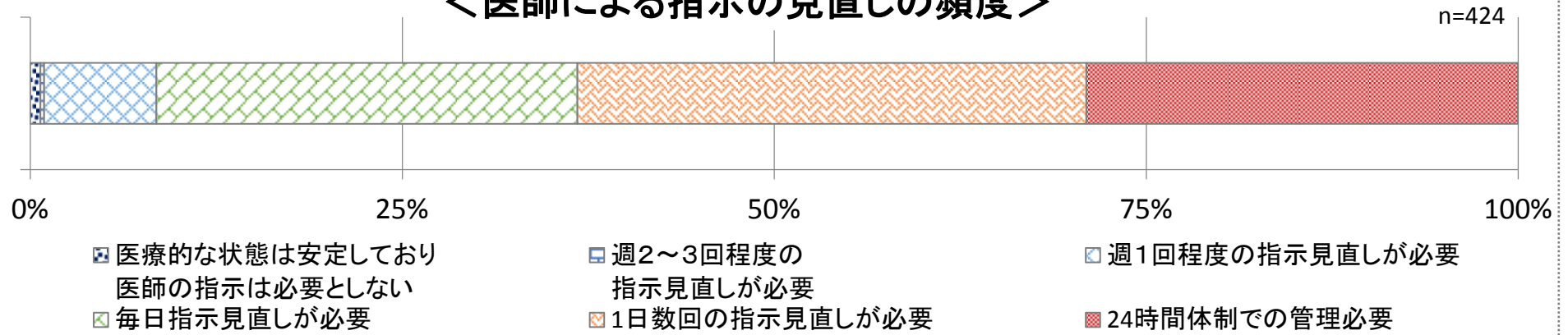
A項目が3点の患者が満たしている項目

○ ICUに入院しているA項目が3点の患者が満たしている項目の組合せは、「心電図モニター＋輸液ポンプ＋シリンジポンプ」の組合せが最も多く、全体の60%に上っていた。

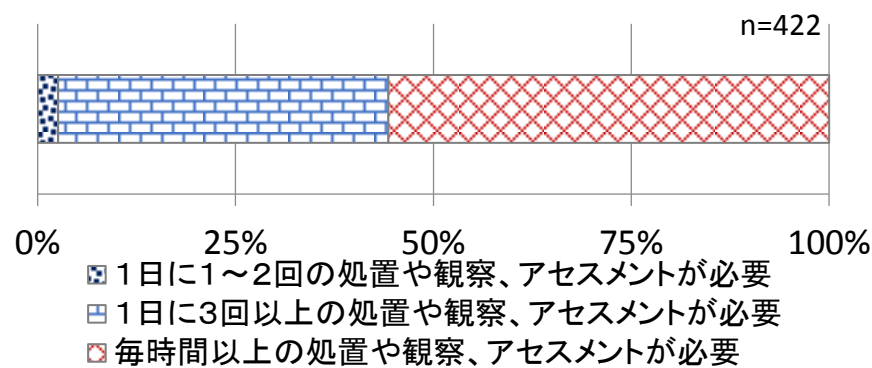


心電図モニター・輸液ポンプ・シリンジポンプにのみ該当する患者の概況

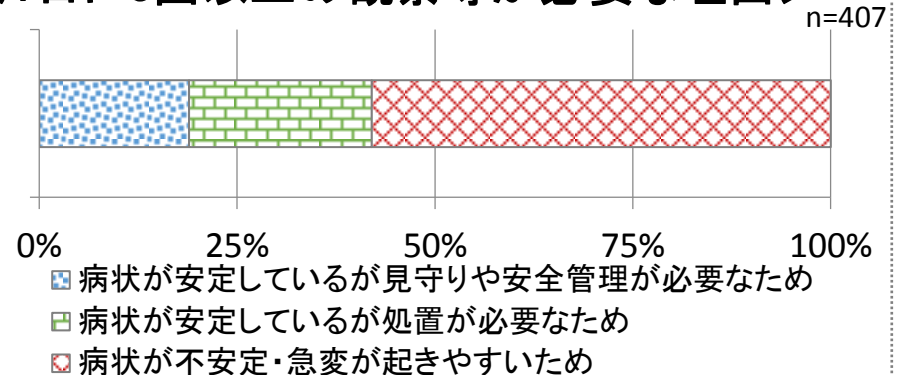
＜医師による指示の見直しの頻度＞



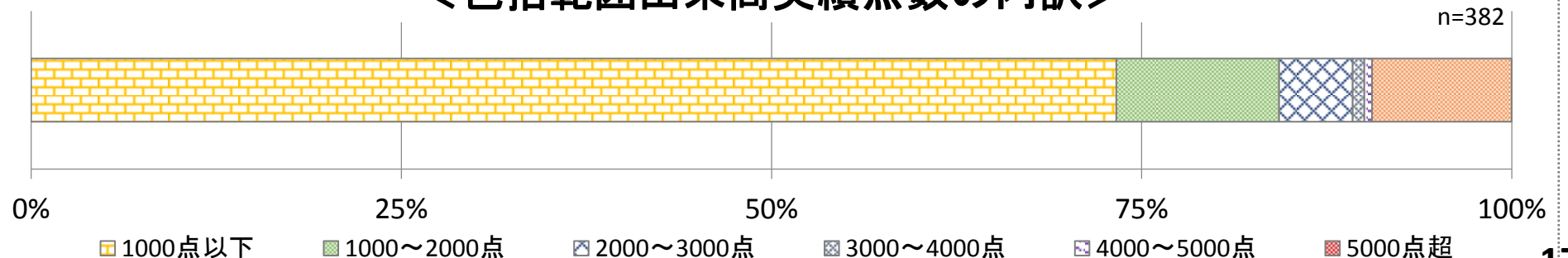
＜看護師による直接看護提供頻度＞



＜1日に3回以上の観察等が必要な理由＞

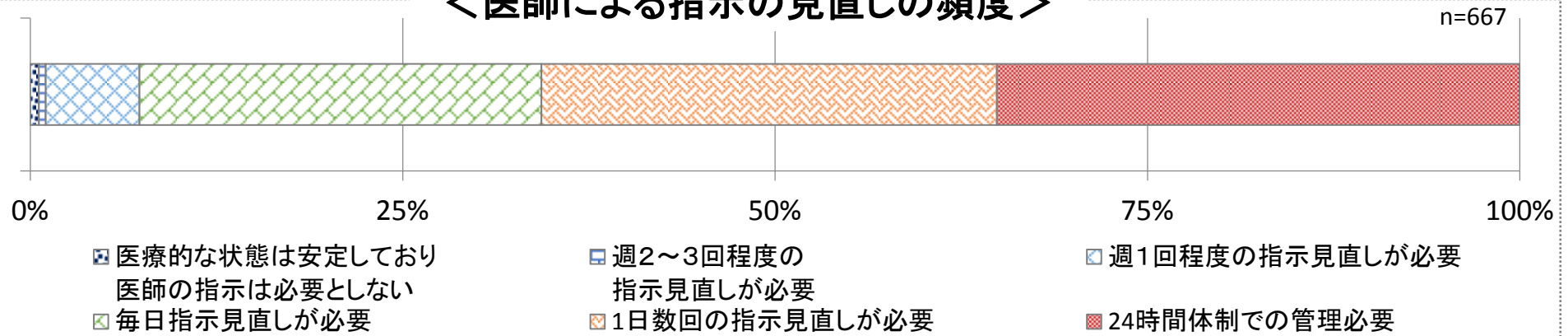


＜包括範囲出来高実績点数の内訳＞

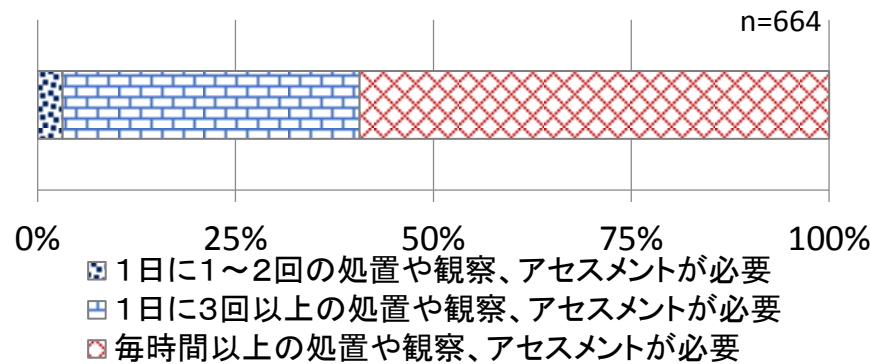


A項目3点かつ「輸液ポンプ」に該当する患者の概況

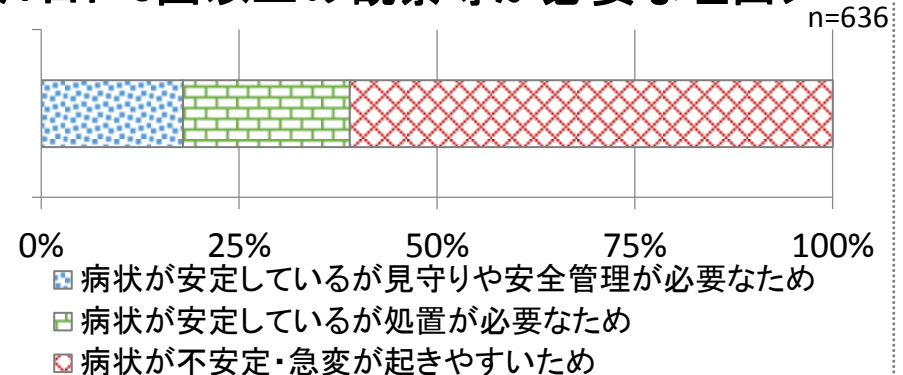
<医師による指示の見直しの頻度>



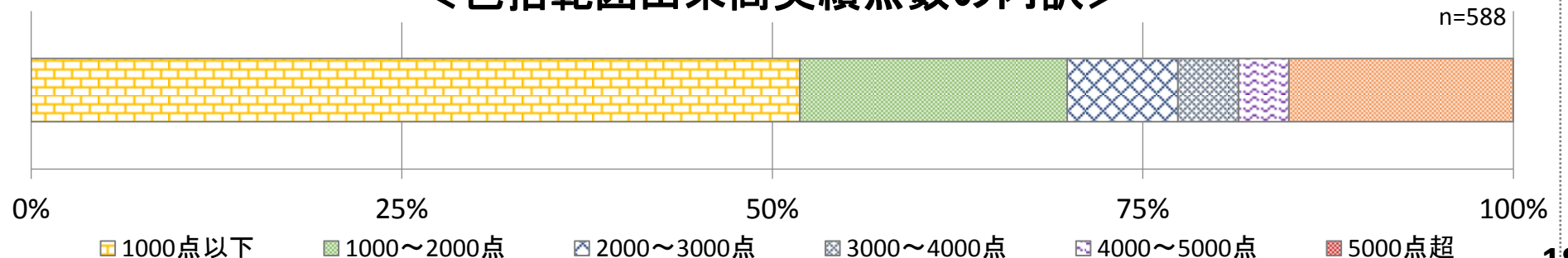
<看護師による直接看護提供頻度>



<1日に3回以上の観察等が必要な理由>



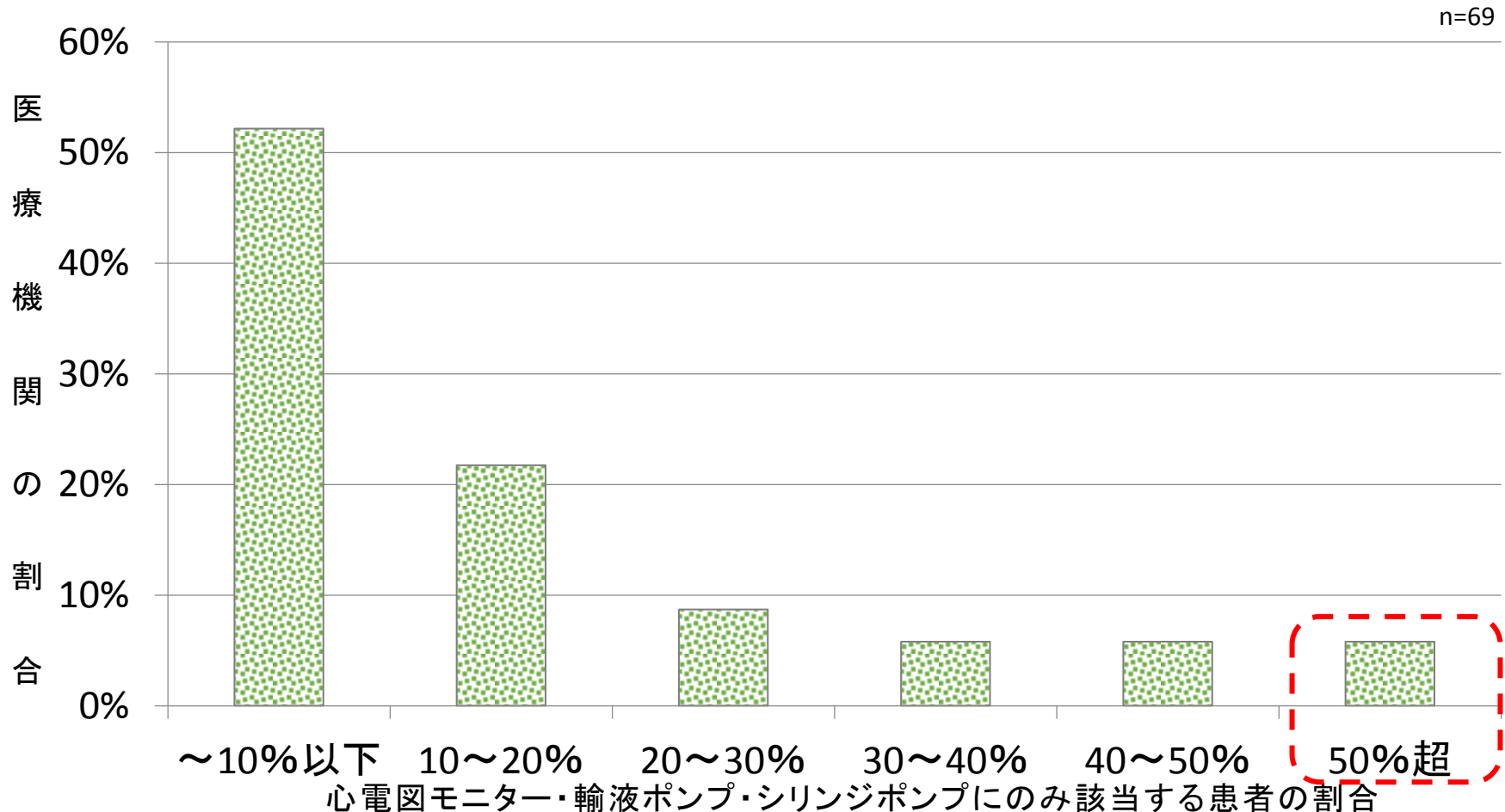
<包括範囲出来高実績点数の内訳>



心電図モニター・輸液ポンプ・シリンジポンプ にのみ該当する患者の割合

- ICUにおいて、「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者が80%以上入院していることが要件となっているが、一部に「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」にのみ該当する患者が全体の50%以上を占める医療機関がみられた。

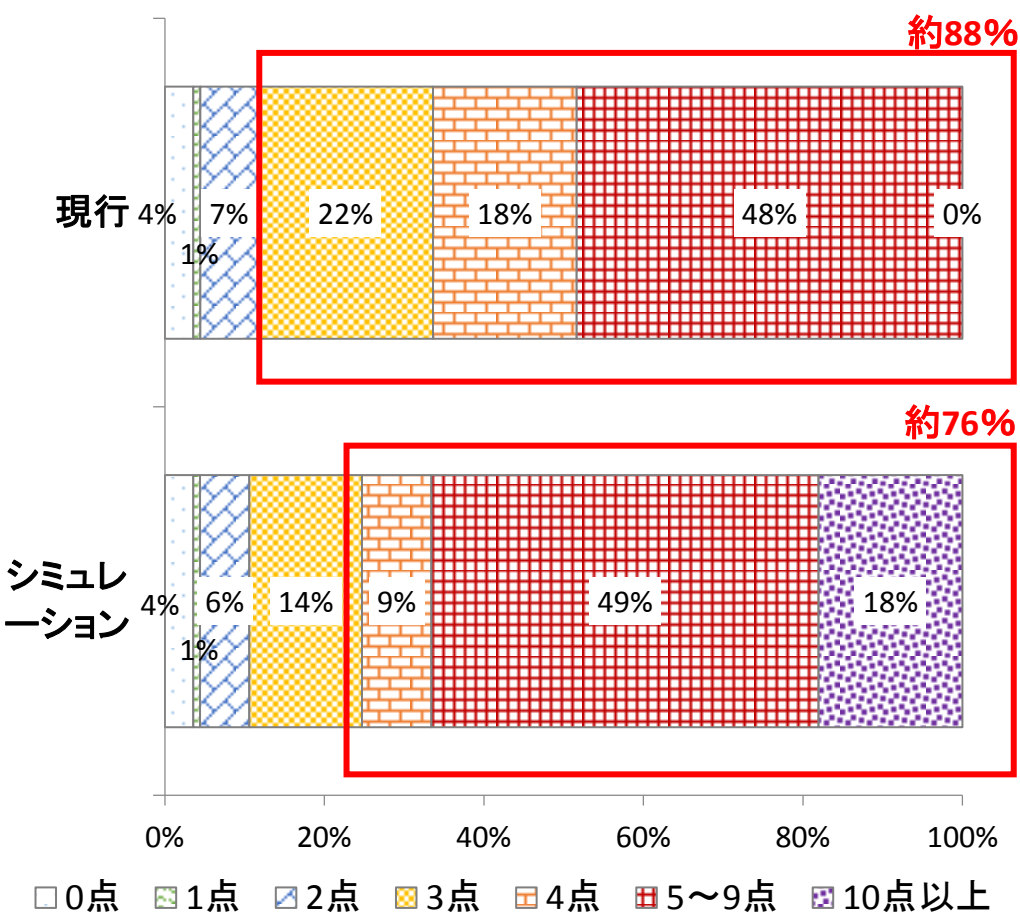
＜心電図モニター・輸液ポンプ・シリンジポンプにのみ該当する患者が占める割合＞



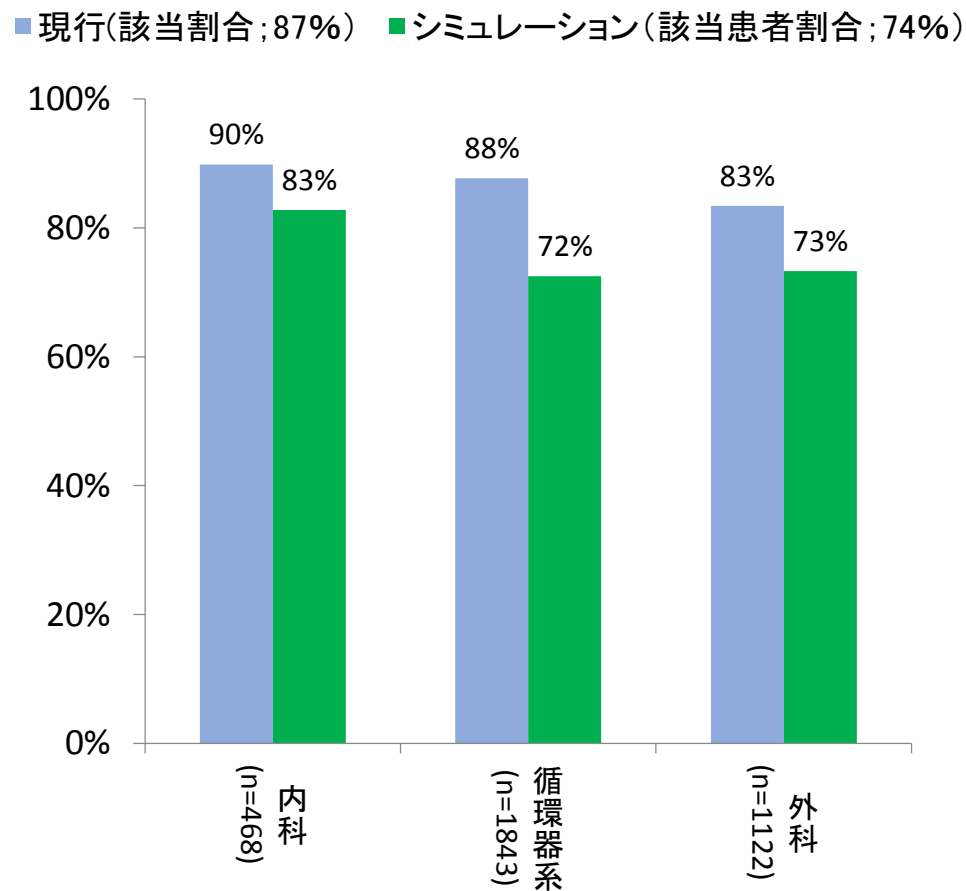
「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」以外のA項目の評価を重み付けした場合の影響

○ A項目のうち「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」以外の項目を2点とし、A項目4点以上の患者を該当患者としたシミュレーションを実施したところ、A項目の該当患者割合は全体で12%程度低下した。また、診療科別にみた場合、A項目・B項目の両方に該当する患者の割合は概ね70~80%であった。

＜A項目の点数別患者分布＞



＜診療科別のA・B項目該当患者割合＞



※内科; 内科系の診療科(循環器科以外)、循環器系; 循環器科・心臓血管外科、外科; 外科系の診療科(心臓血管外科以外)

特定集中治療室におけるB項目の取扱いについて

入院医療等の調査・評価分科会 とりまとめより

【特定集中治療室におけるB項目の取扱いについて】

- ハイケアユニットの患者について、B項目を、現行の13項目から仮の7項目に置き換えた場合、基準点を4点とすれば、当該患者割合は現行と同程度であった
- 特定集中治療室の患者について、B項目を、現行の5項目から仮の7項目に置き換えた場合、基準点を3点とすれば、該当患者割合に大きな変化はなかった



重症度、医療・看護必要度のB項目を、現行の項目から仮の7項目に置き換えた場合、ハイケアユニット、特定集中治療室のいずれにおいても、現行の評価と一致する患者が大半であった。なお、B項目が統一されることにより、患者の継続的な評価につながる等の意見があった。

重症度、医療・看護必要度の「B;患者の状況等」に係る評価票

<一般病棟用>

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

<特定集中治療室用>

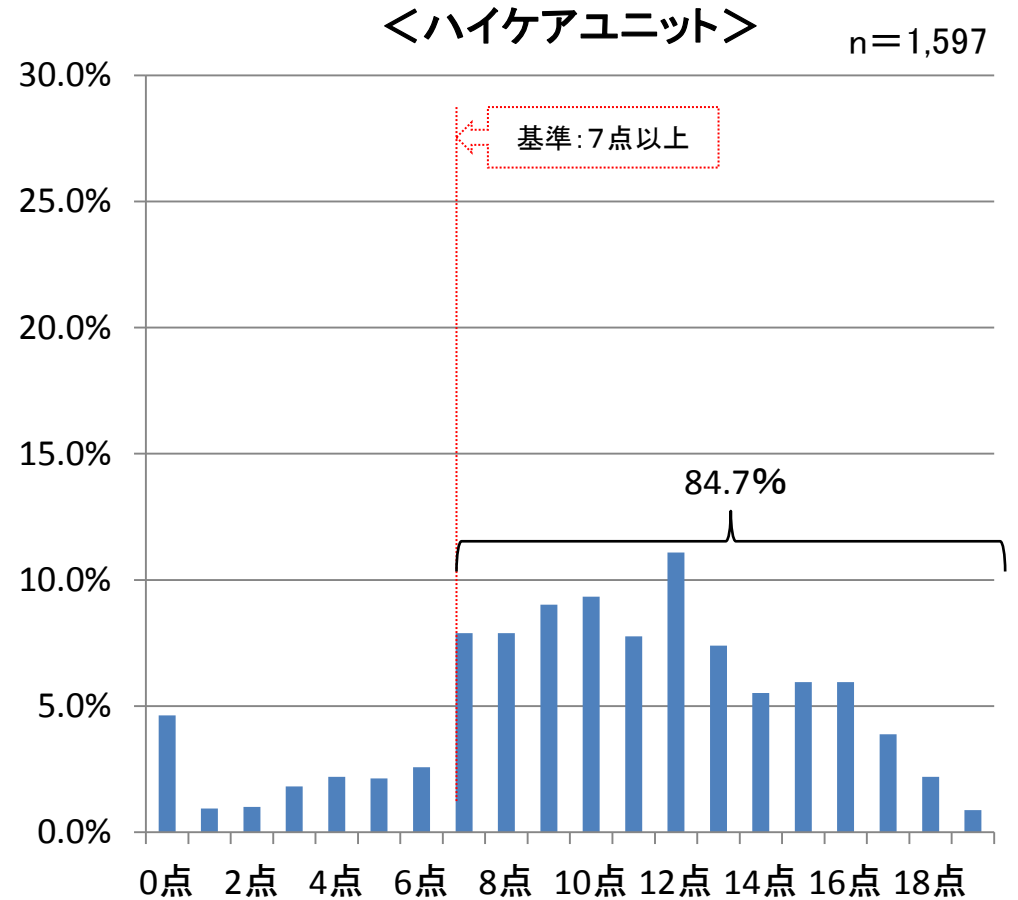
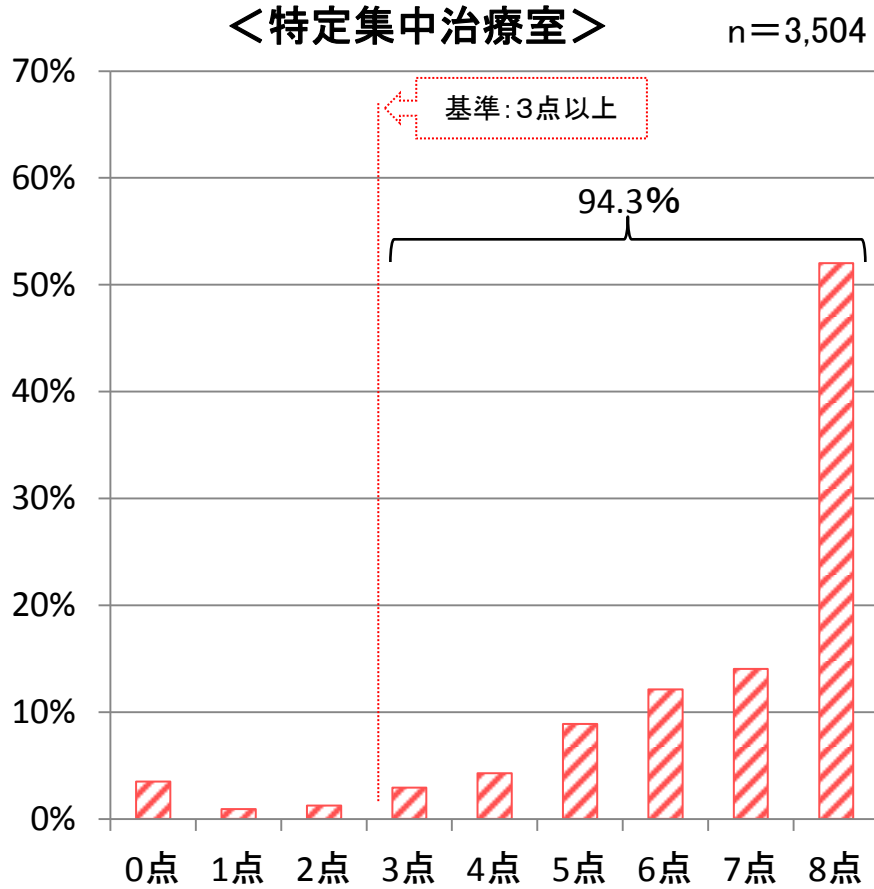
B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	

<ハイケアユニット用>

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 床上安静の指示	なし	あり	
2 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 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
4 起き上がり	できる	できない	
5 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
6 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
7 移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
8 口腔清潔	できる	できない	
9 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
10 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
11 他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
12 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
13 危険行動	ない	ある	

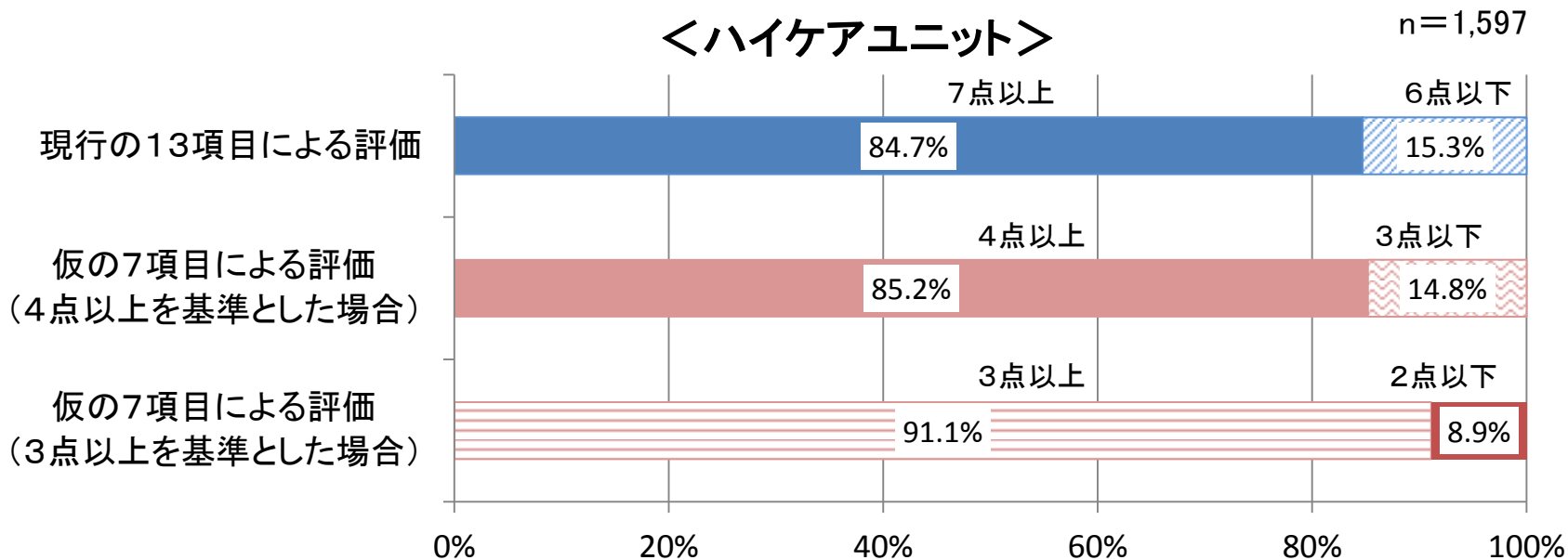
B項目の得点別該当患者割合(特定集中治療室、ハイケアユニット)

- 特定集中治療室では約9割以上、ハイケアユニットでは約8割以上の患者が基準を満たしていた。



13項目での評価と、7項目での評価の比較(ハイケアユニット)

- 一般病棟用のB項目について、仮に「起き上がり」「座位保持」の2項目を削除し、「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の2項目を追加した仮の7項目で基準を4点以上としてハイケアユニットにおいて評価した場合、現行の13項目の基準である7点以上の患者割合と同程度であった。



ハイケアユニット		現行の13項目による評価		
		7点以上	6点以下	計
仮の7項目による評価	3点以上	1,349	106	1455
	2点以下	4	138	142
	計	1353	244	1597

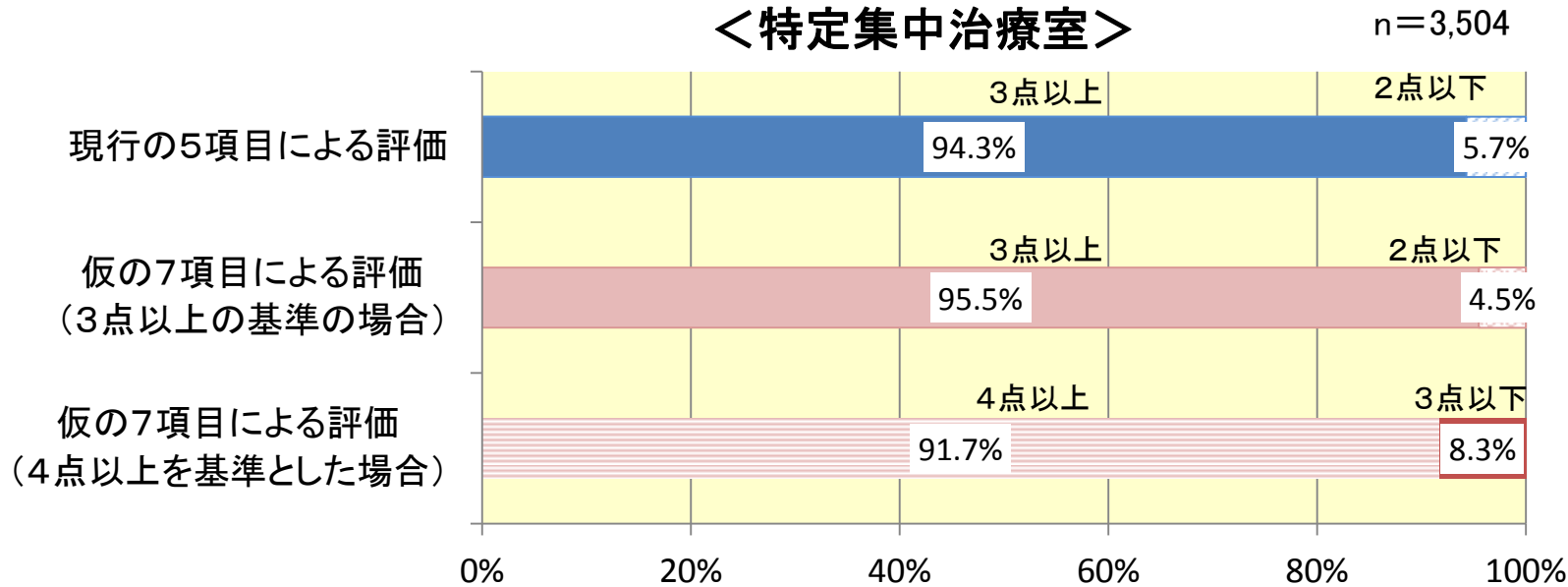
感度 99.7%
特異度 56.6%

ハイケアユニット		現行の13項目による評価		
		7点以上	6点以下	計
仮の7項目による評価	4点以上	1,314	46	1360
	3点以下	39	198	237
	計	1353	244	1597

感度 97.1%
特異度 81.1%

5項目での評価と、7項目での評価の比較(特定集中治療室)

- 一般病棟用のB項目について、仮に「起き上がり」「座位保持」の2項目を削除し、「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の2項目を追加した仮の7項目で、基準を3点以上として特定集中治療室において評価した場合、現行の5項目の基準である3点以上の患者割合と同程度であった。



特定集中治療室		現行の5項目による評価		
		3点以上	2点以下	計
仮の7項目による評価	3点以上	3,267人	78人	3,345人
	2点以下	39人	120人	159人
	計	3,306人	198人	3,504人

感度 98.8%
特異度 60.6%

特定集中治療室		現行の5項目による評価		
		3点以上	2点以下	計
仮の7項目による評価	4点以上	3,176人	37人	3,213人
	3点以下	130人	161人	291人
	計	3,306人	198人	3,504人

感度 96.1%
特異度 81.3%

高度急性期医療に関する論点②

- 高度急性期医療におけるチーム医療の推進や長期にわたる治療を要する患者の取扱いについてどう考えるか。
 - 特定集中治療室において薬剤師を配置している施設が半数程度あり、一定の効果を示していることについてどう考えるか。
 - 新生児特定集中治療室や小児特定集中治療室において、当該入院料の算定日数を超えて入院を要する重篤な患者がいることについてどう考えるか。

特定集中治療室管理料の職員配置状況

- 特定集中治療室管理料1・2は、特定集中治療室管理料3・4と比較して病床数が多く、専従の医師等が全ての患者に関与している割合が高かった。
- ICUにおいて、施設基準上は求められていないが、一定程度薬剤師が配置されていた。

<職員の配置状況等>

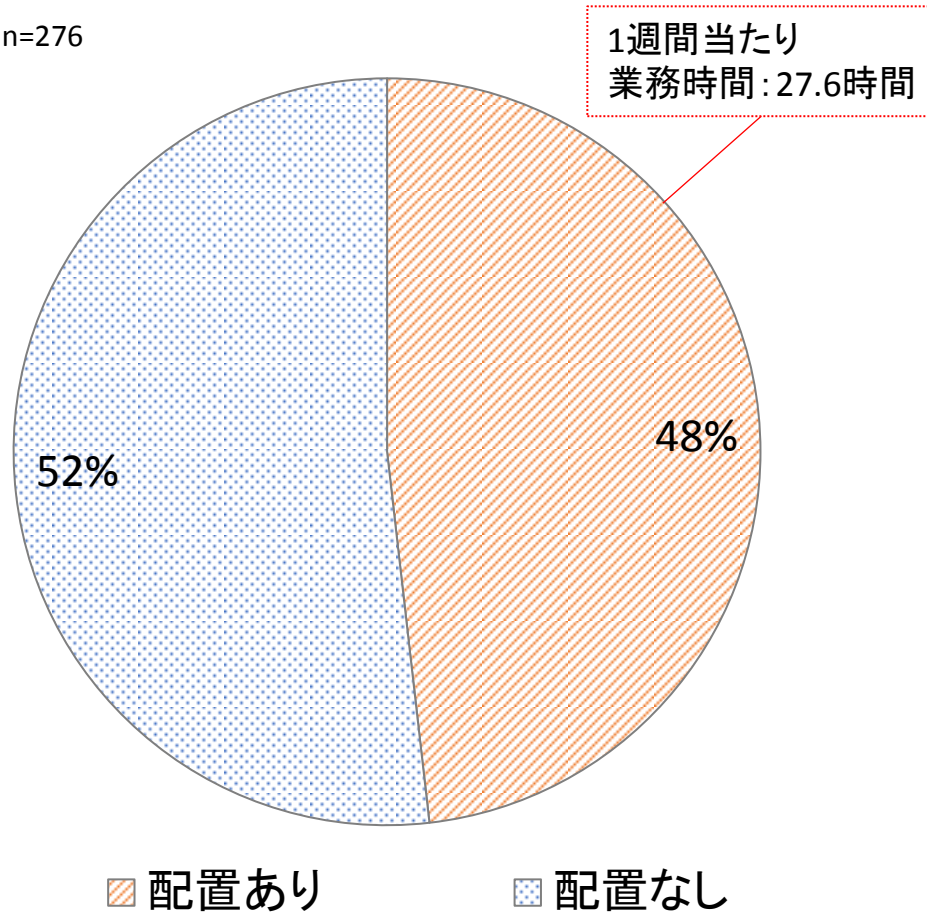
	特定集中治療室管理料1・2	特定集中治療室管理料3・4
病床数(平均)	15.8	9.7
5年以上の経験等を有する専従の医師数(平均)	4.6	2.3
専従の医師等が全ての患者に関与している割合	90%	60%
看護師数(平均)	41.9	28.3
臨床工学技士(平均)	3.3	0.9
薬剤師(平均)	1.3	0.6

特定集中治療室管理料における薬剤師の配置状況

- 約半数のICUでは、専任の薬剤師を配置していた。
- ICUでの薬剤師の業務としては、医薬品安全情報等の周知や投薬状況の把握等多彩であった。

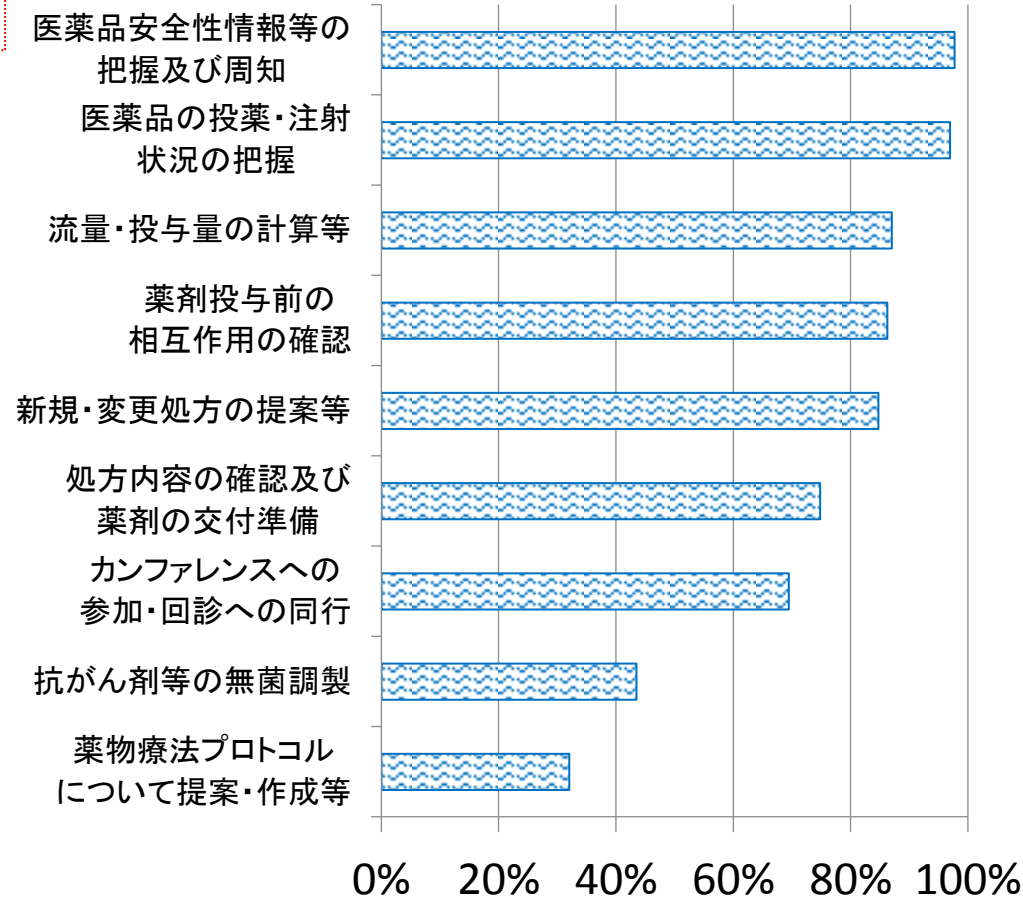
<薬剤師の専任配置>

n=276



<薬剤師が実施している業務>

n=131



ICUにおける薬剤師配置の効果①

○ 薬剤師配置による効果として、「医師・看護師の業務負担軽減」「副作用の回避や病状安定化への寄与」「薬剤関連インシデントの減少」等が挙げられた。

○ ICU等に薬剤師を配置した施設において、配置後に薬剤関連インシデントが減少したとの報告がある。

<薬剤師配置による効果>

n=127

医師・看護師の業務負担が軽減した

副作用の回避、軽減や病状の安定化に寄与した

薬剤関連のインシデントが減少した

薬剤種類数が減少した

感染症発症率、抗生剤使用量が減少した

0% 20% 40% 60%

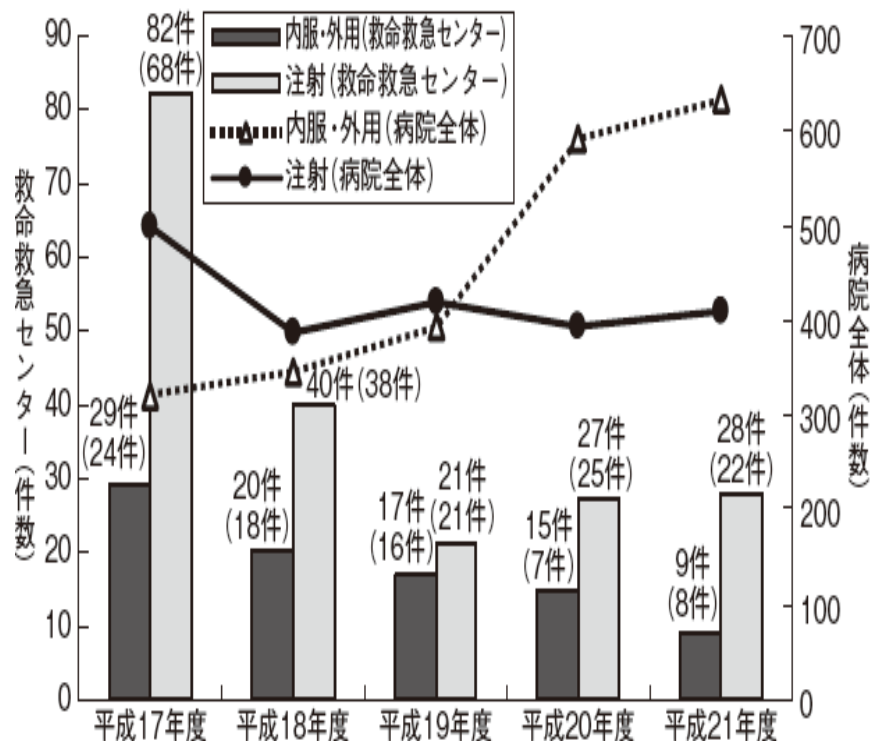
(参考)

<薬剤師配置による効果>

～高知医療センターの事例～

[対象]: ICU(8床)、CCU(4床)、HCU(8床)

[介入]: 平成17年3月以降薬剤師(2~3名)を常駐し、薬剤関連インシデントに対する対策の検討等を実施。



() は看護師がかかわったインシデント件数を示す

ICUにおける薬剤師配置の効果②

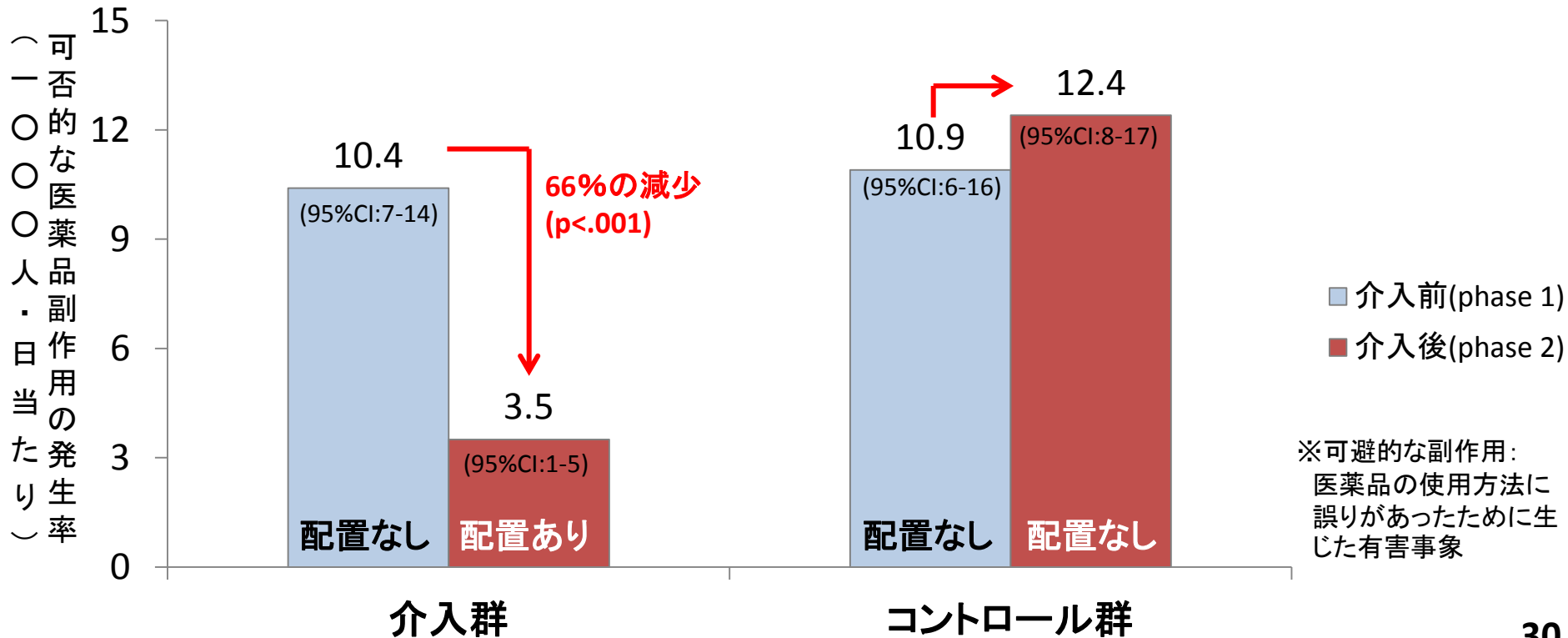
[方法]
・対象群(ICU)における介入前後の可否的な医薬品副作用の発生率を比較

[調査対象者]
・1993年2月1日～7月31日(phase 1)及び1994年10月1日～1995年7月7日(phase 2)の期間の入院患者から対象を無作為に抽出
・介入群: phase 1; 75人(787人・日)、phase 2; 75人(861人・日) ・コントロール群: phase 1; 50人(461人・日)、phase 2; 75人(644人・日)

[介入]
・介入群(ICU)で、phase 2の期間に薬剤師の配置(午前のみ; 回診への同行、コンサルテーション等を実施)及び日中のオンコール対応を実施
・コントロール群(CCU)では、phase 1・2ともに薬剤師の配置は行われなかった

[結果]
・コントロール群では両期間の可否的な医薬品副作用の発生率に明らかな違いはみられなかったが、介入群では有意な発生率の低下がみられた。

<可避的な副作用※の発生率(1,000人・日あたり)>



出典: Leape II et al. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. JAMA. 1999 Jul 21;282(3):267-70

ICUにおける薬剤師の役割について

ICUにおける安全管理指針検討作業部会（報告書）

- ICUにおける医薬品の取扱いにあたっては、薬剤師を管理責任者とし、薬剤管理の権限と責任を明確化すること。
 - ・本来は薬剤師がICU内に常時勤務することが望ましいが、関与の方法によっては、薬剤部の薬剤師による関与でも可能とすること。
 - ・薬剤師の関与の方法としては、例えば処方内容を含めた治療計画への関与や、ICUを薬剤師が朝夕訪れ、薬剤投与の適切性の確認や在庫管理等を行うことが考えられる。

日本集中治療医学会による集中治療部設置のための指針

- 集中治療部における薬剤管理・薬剤調整などに関与する薬剤師が集中治療部内に勤務することが望ましい。

諸外国におけるガイドライン等

[ICU設置のためのガイドライン(American College of Critical Care Medicine)]

- ・専門医、薬剤師、呼吸器等のセラピスト、栄養士、福祉サービス等の専門家、牧師その他多職種によるチーム医療の提供により、医療の質は向上することが示されている。

[ICUにおける基本的な要件に関する提言(European Society of Intensive Care Medicine; Working Group on Quality Improvement)]

- ・通常の営業時間内は、薬剤師へのコンサルテーションが可能な体制であるべきである。薬事との十分な連携は、患者の安全性を考慮するに当たり特に重要なものである。

病棟薬剤業務実施加算(週1回) 100点

薬剤師が医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する業務を実施していることを評価。**なお、特定入院料等の届出病床に入院している患者については算定できない。**

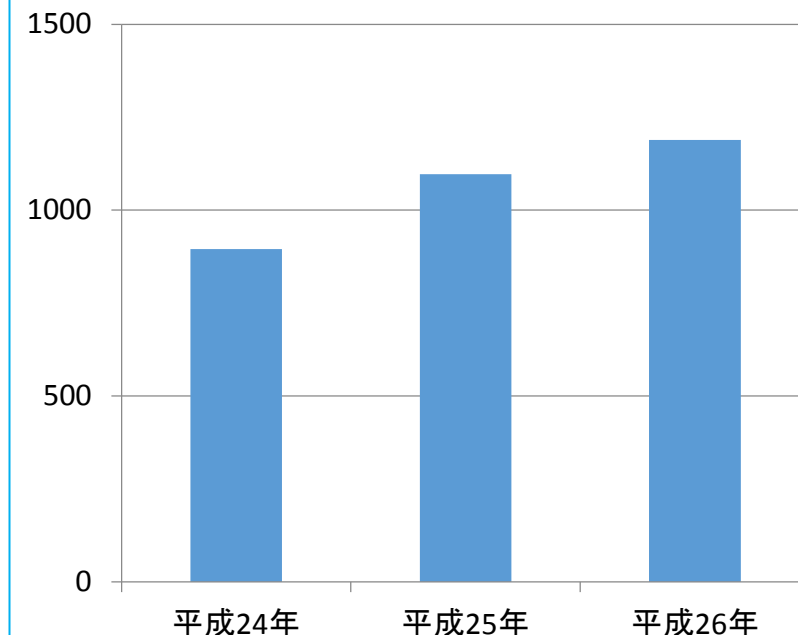
【主な病棟薬剤業務】

- ・ 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
- ・ 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

【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。

届出施設数



平成26年度診療報酬改定の概要

重症な新生児の集中治療①

➤ 出生体重が1,500g以上の一部の先天奇形等を有する新生児について、新生児特定集中治療室管理料等の算定日数上限を延長する。

改定前	
出生体重	算定日数 (NICU*1、GCU*2合算)
1,500g以上	NICU 21日 GCU 30日
—	—
1,000g以上1,500g未満	NICU 60日 GCU 90日
1,000g未満	NICU 90日 GCU 120日



改定後	
出生体重	算定日数 (NICU、GCU合算)
1,500g以上	NICU 21日 GCU 30日
<u>1,500g以上で、一部の先天奇形等*3を有する場合</u>	<u>NICU 35日</u> <u>GCU 50日</u>
1,000g以上1,500g未満	NICU 60日 GCU 90日
1,000g未満	NICU 90日 GCU 120日

*1 NICUとは新生児特定集中治療室管理料1、2及び総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)をさす。

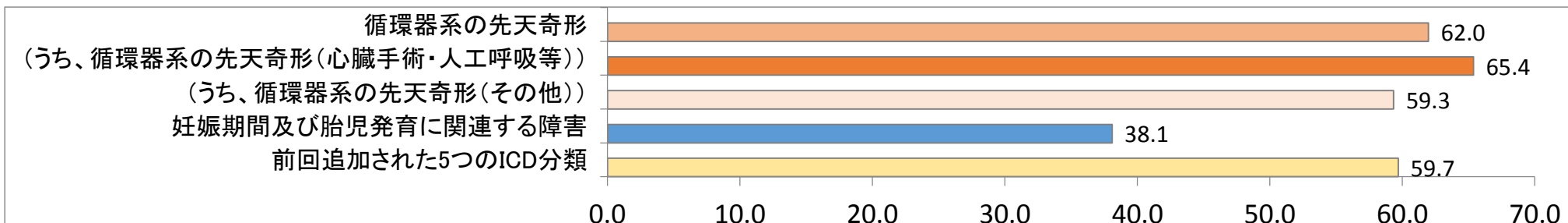
*2 GCUとは新生児治療回復室入院医療管理料をさす。

*3 対象疾患は先天性水頭症、全前脳胞症、二分脊椎(脊椎破裂)、アーノルド・キアリ奇形、後鼻孔閉鎖、先天性喉頭軟化症、先天性気管支軟化症、先天性のう胞肺、肺低形成、食道閉鎖、十二指腸閉鎖、小腸閉鎖、鎖肛、ヒルシュスプルング病、総排泄腔遺残、頭蓋骨早期癒合症、骨(軟骨を含む)無形成・低形成・異形成、腹壁破裂、臍帯ヘルニア、ダウン症候群、18トリソミー、13トリソミー、多発奇形症候群

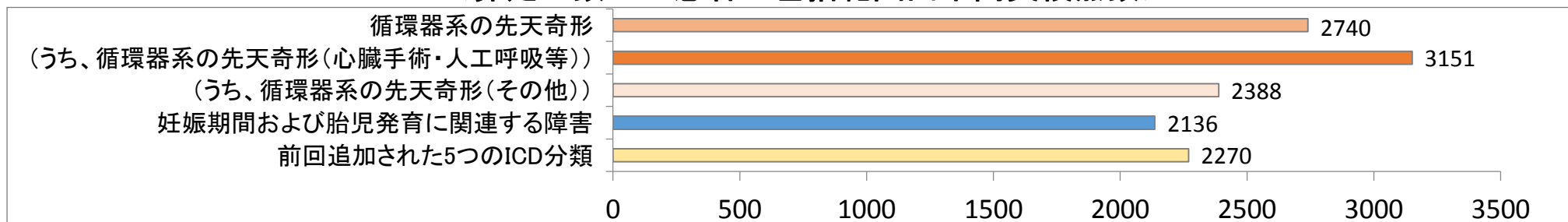
新生児特定集中治療室における算定日数21日患者

○ 「循環器系の先天奇形」のうち心・脈管の手術や人工呼吸を実施した患者については、NICUで一般的に想定される「妊娠期間及び胎児発育に関連する障害」よりも、平均在院日数や1日当たり包括範囲出来高実績点数、21日算定患者の割合が高い傾向がみられた。

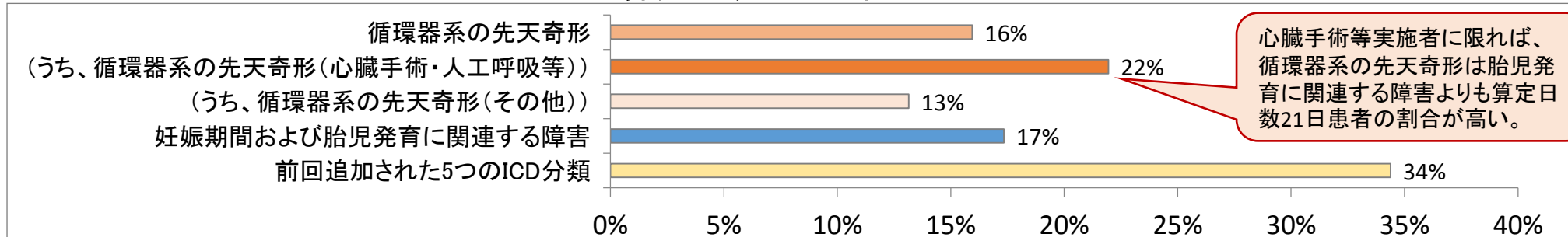
＜算定日数21日患者の平均在院日数＞



＜算定日数21日患者の包括範囲出来高実績点数＞



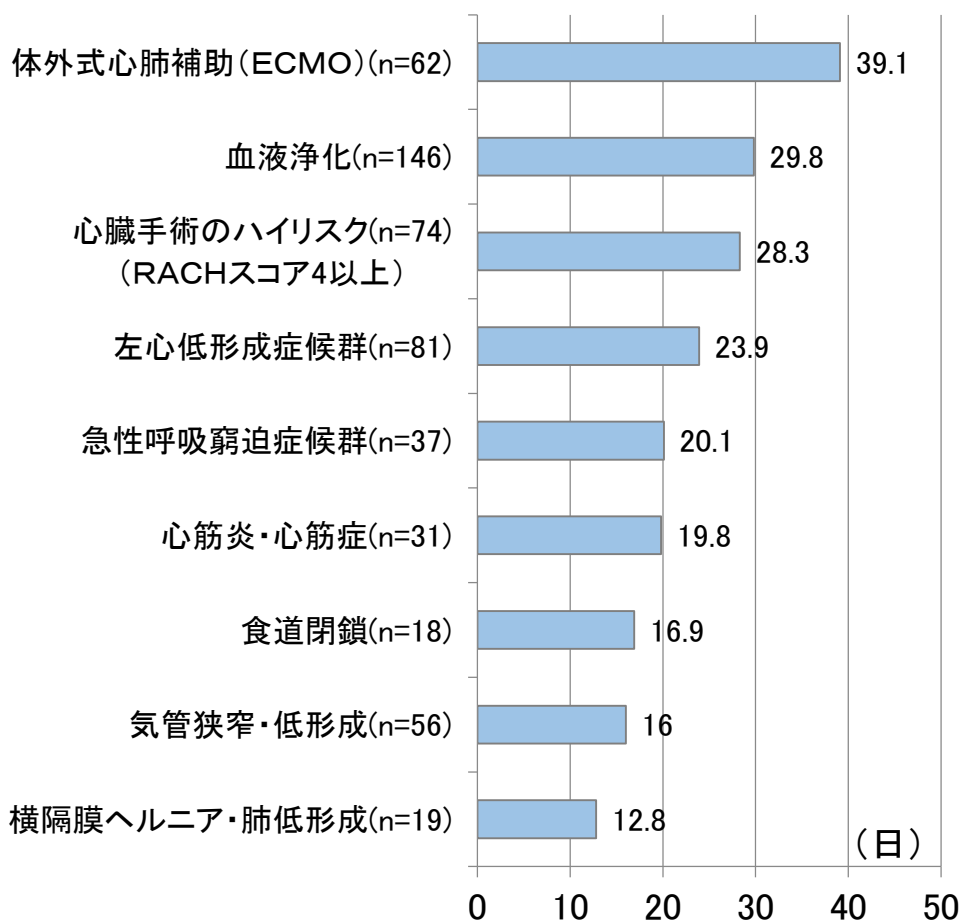
＜算定日数21日患者の割合＞



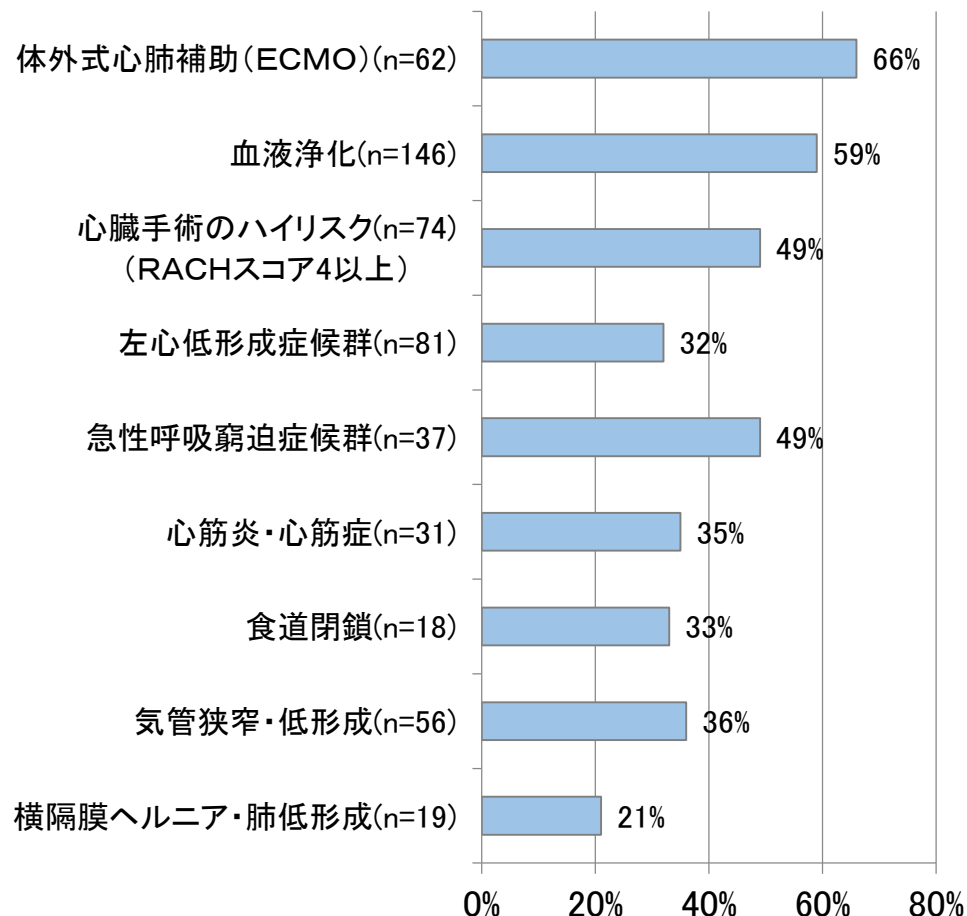
小児特定集中治療室における算定日数14日患者

○ 小児特定集中治療室において、一部に算定日数の上限となっている14日を超えて入室が必要な疾患が一部にみられる。

＜平均在院日数＞



＜14日を超えて入室が必要であった患者割合＞



特定集中治療室管理料等についての課題と論点

【現状と課題】

- 特定集中治療室に入院している患者の90%以上が「重症度、医療・看護必要度」A項目の「心電図モニター」「輸液ポンプ」に該当しており、これらの項目には高い相関がみられた。また、特定集中治療室に入院している患者で最も多くみられたA項目の組合せは、「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」の3項目にのみ該当する患者であった。
- A項目が3点の患者は、A項目が2点以下の患者よりも、医師による指示の見直しが頻回な患者や看護師による頻回の処置・観察が必要な患者の割合が少なく、包括範囲出来高実績点数の低い患者が多くみられた。また、特定集中治療室に入院している患者のうち、「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」にのみ該当する患者の割合が平均よりも著しく高い医療機関がみられた。
- 現在、「重症度、医療・看護必要度」B項目は対象病棟によって評価体系・項目が異なるが、ハイケアユニット用の13項目での評価に代えて、一般病棟用の仮の7項目で評価した場合や、特定集中治療室用の5項目での評価に代えて、一般病棟用の仮の7項目で評価した場合、現行の評価結果と一致する患者が多かった。
- 現在、病棟薬剤業務実施加算の算定対象に特定集中治療室等は含まれていないが、約半数の特定集中治療室において薬剤師が配置されており、配置による医療従事者の負担軽減や副作用の回避等の効果が得られたとする回答・報告があった。
- 新生児特定集中治療室に入院している「循環器の先天奇形」の患者のうち、人工呼吸や心・脈管の手術を実施した者については、新生児特定集中治療室で一般的に想定される「妊娠期間及び胎児発育に関連する障害」よりも、平均在院日数や1日当たり包括範囲出来高実績点数、21日算定患者の割合が高い傾向がみられた。また、在院日数の長い患者は小児特定集中治療室においても一定程度みられた。



【論点】

- 特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」について、重症患者に対する評価を充実させるため、A項目のうち「心電図」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」に対する評価の見直し等を図ってはどうか。また、評価の簡素化を図るため、特定集中治療室・ハイケアユニット用のB項目を一般病棟用の評価と揃えることとしてはどうか。
- 特定集中治療室など高度急性期医療を行う特定入院料の病棟において、薬剤関連業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置することを評価してはどうか。
- 新生児特定集中治療室及び小児特定集中治療室において、算定上限を超えて入院している割合が高い一部の重症な患者について、算定可能な日数を一定程度延長してはどうか。

1. 高度急性期医療について

2. 救急医療について

3. 小児・周産期医療について

4. 医科・歯科連携による栄養管理について

5. 栄養食事指導について

2. 救急医療について

(1)二次救急医療機関等における夜間休日の救急医療体制
について

(2)救急医療管理加算について

救急医療の充実

- ・ICT活用した搬送システムの構築
- ・地域の搬送・受入ルールの策定
- ・MC協議会への専任医師の配置
- ・一時的であっても必ず受け入れる医療機関の整備
- ・ドクターヘリの全国的な配備や広域連携 等

三次救急医療(救命救急医療)

救命救急センター(271カ所)
(うち、高度救命救急センター(32カ所))
※ ドクターヘリ(44カ所) 平成27年2月16日現在

- ・転院等が可能な地域の体制確保
- ・転院等や施設間連携を図るための専任者の配置
- ・情報開示と国民の理解 等

- ・適切な振分け
- ・円滑な搬送・受入

救急患者の発生

搬送・受入

- ・救急利用の適正化

二次救急医療(入院を要する救急医療)

- ・病院群輪番制病院(393地区、2,825カ所)
- ・共同利用型病院(11カ所) 平成26年3月31日現在

「出口の問題」解消

後方病院

転院・転床
退院

初期救急医療

- ・在宅当番医制(621地区)
- ・休日夜間急患センター(560カ所) 平成26年3月31日現在

- ・地域の医療機関が連携しつつ、救急医療提供体制を整備・充実
- ・救急医療を担う医師の労働環境の改善

- ・住民への普及啓発
- ・救急医療情報キット等の推進
- ・小児救急電話相談事業(#8000)の拡充 等

- ・診療実績に応じた、救命救急センターや二次救急医療機関への支援の充実
- ・診療所医師の救急医療への参画の推進
- ・救急医療を担う医師に対する手当への支援
- ・院内トリアージを行う看護師等の配置、医師事務作業補助者の配置 等

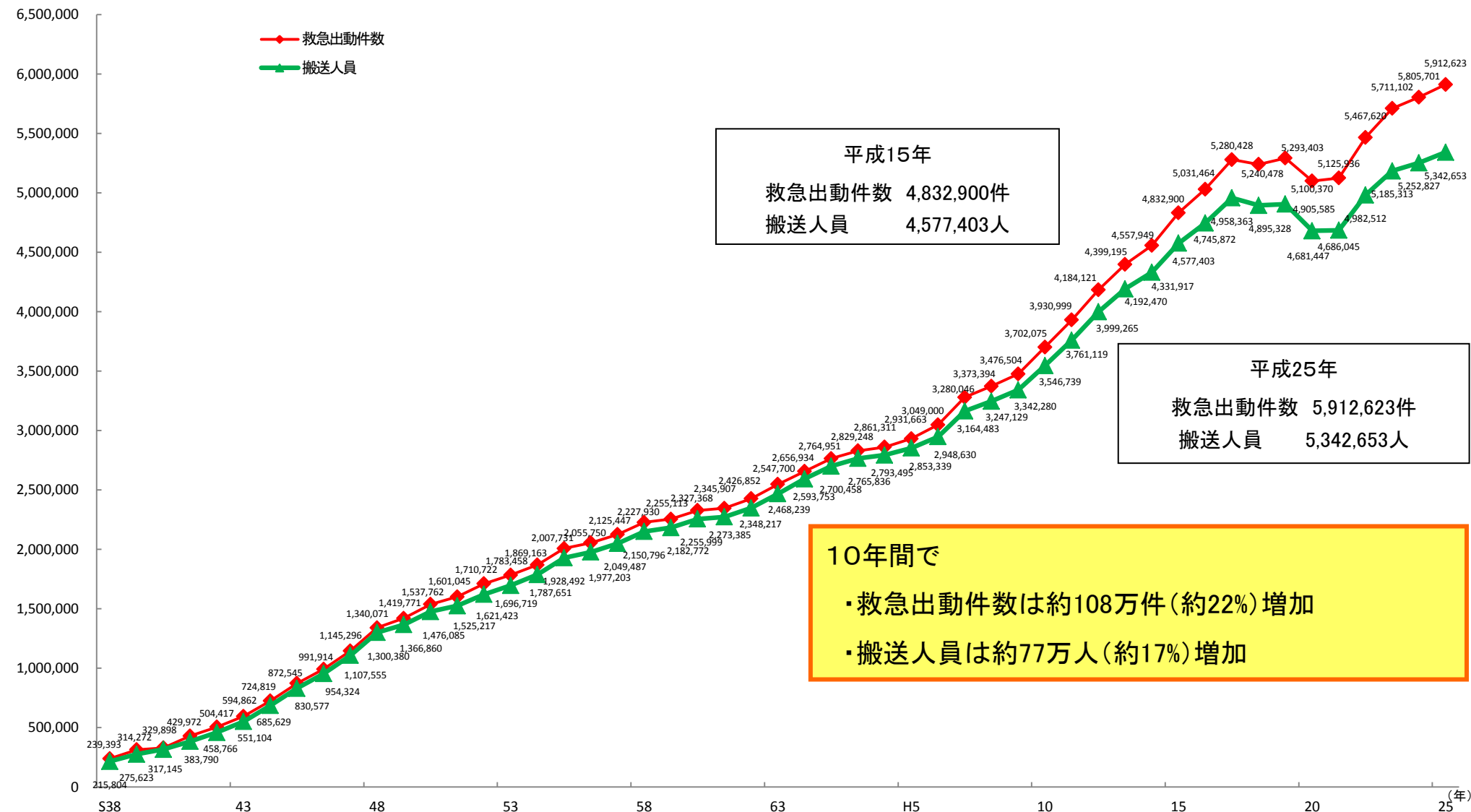


在宅
社会復帰

救急出動件数および搬送人員の推移

(件・人)

○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、4年連続の増加となり、過去最多となった。

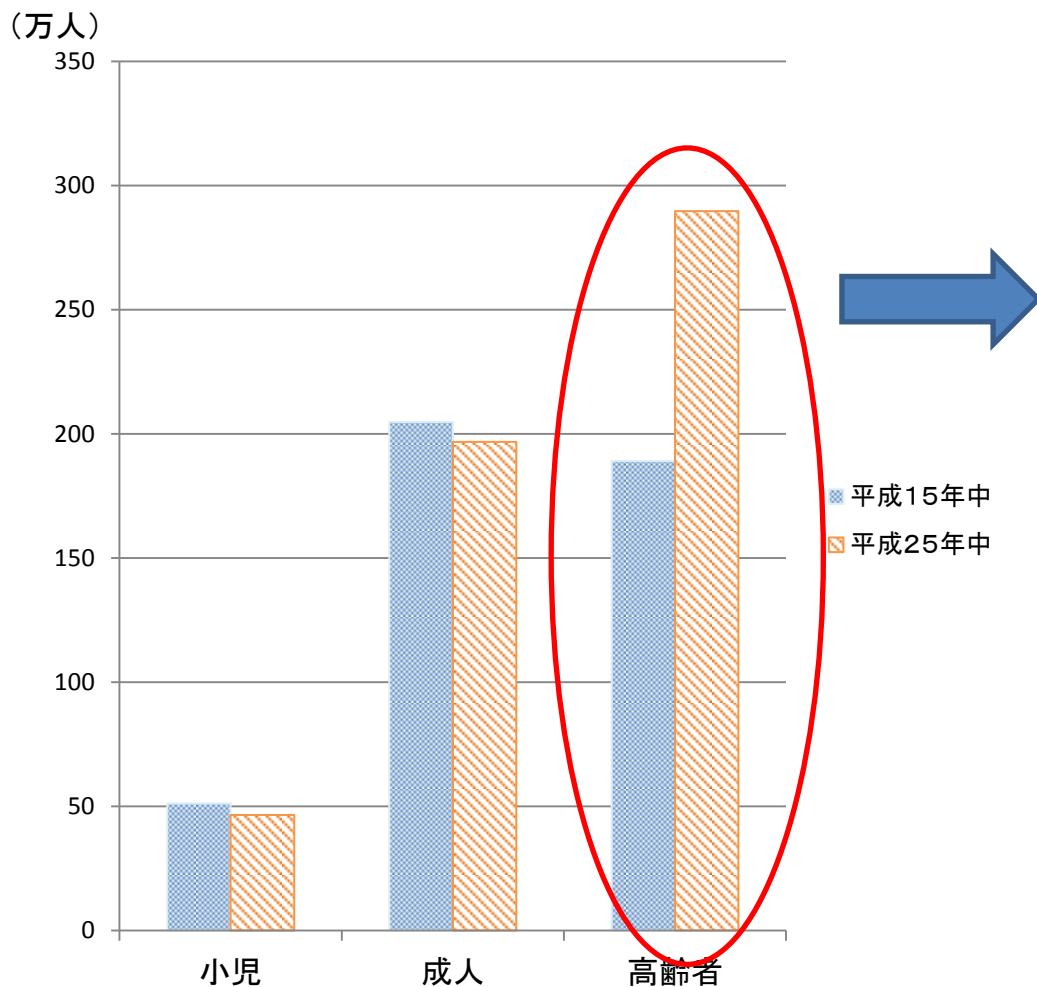


(注) 1 平成10年以降の救急出動件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。
 2 各年とも1月から12月までの数値である。

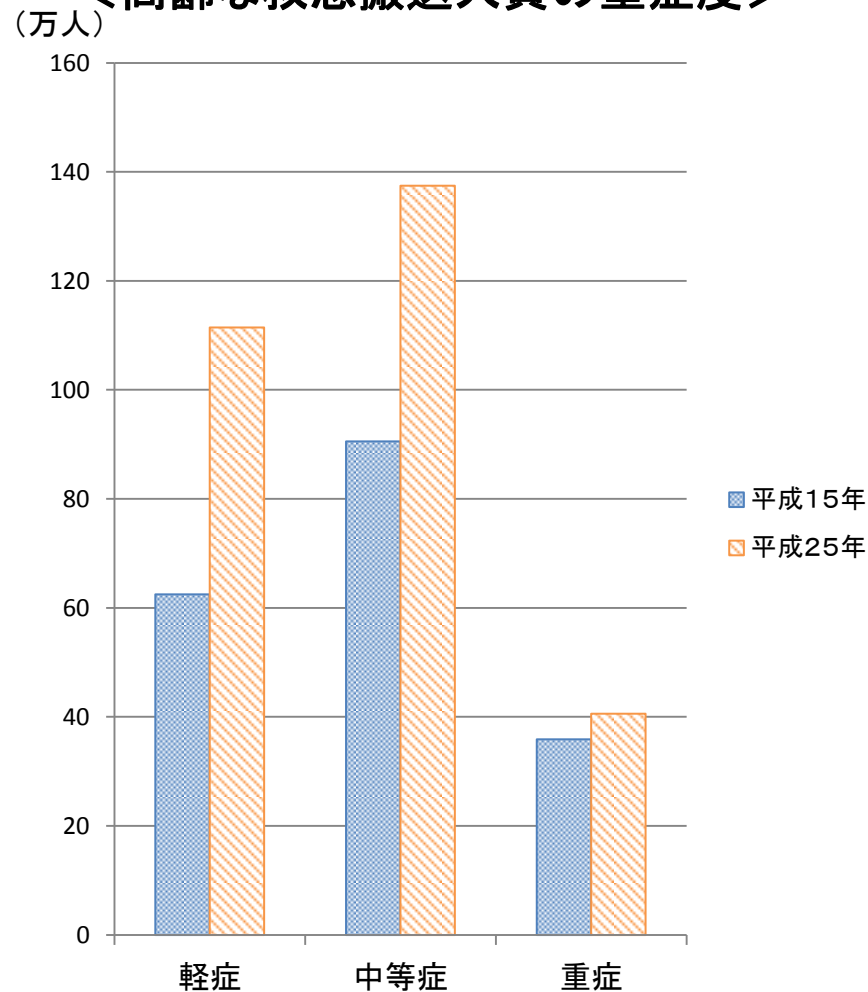
年齢別の救急搬送人員の変化

○ ここ10年の年齢別の救急搬送人員については、高齢者で伸びが大きい傾向がみられた。

<年齢別の救急搬送人員>



<高齢な救急搬送人員の重症度>



(注) 小児・・・18歳未満 成人・・・18歳～64歳 高齢者・・・65歳以上

出典：平成25年 国民生活基礎調査
「救急・救助の現況」(総務省消防庁)

救急搬送における医療機関の受入状況（重症以上傷病者）

- 医療機関の照会回数4回以上の事案が15,132件（全体の3.4%）あり、現場滞在時間30分以上の事案が23,950件（5.4%）ある。

現場滞在時間区分ごとの件数

		15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 60分未満	60分以上 120分未満	120分以上	計	30分 以上	45分 以上	60分 以上
		重症以上傷病者	件数	241,917	174,809	17,605	4,028	2,112	205	440,676	23,950
割合	54.9%		39.7%	4.0%	0.9%	0.5%	0.0%	100%	5.4%	1.4%	0.5%

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数

		1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回～	計	4回以上	6回以上	11回以上	最大 照会 回数
		重症以上傷病者	件数	368,154	57,390	10,314	4,196	622	440,676	15,132	
割合	83.5%		13.0%	2.3%	1.0%	0.1%	100%	3.4%	1.1%	0.1%	

救急医療体制の整備状況の推移

○ 近年では、二次救急医療機関は減少する傾向にある。

(各年3月31日時点)

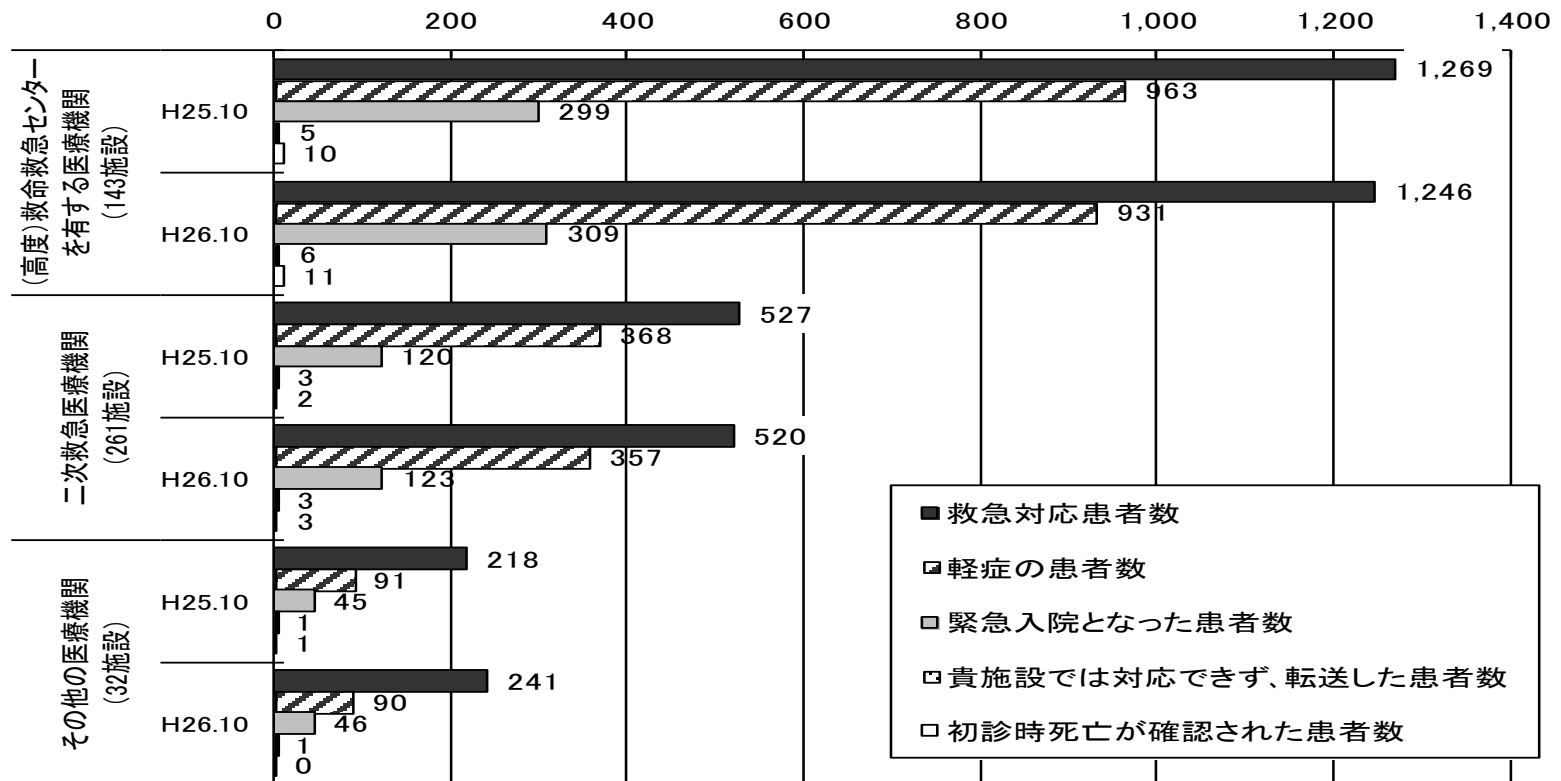
		21年	22年	23年	24年	25年	26年
三次救急 (救命救急)	救命救急センター (施設数)	214	221	235	249	259	266
二次救急 (入院を要する救急)	入院を要する救急医療施設 (施設数)	3,201	3,231	3,315	3,269	2,904	2,836
	(地区数)	(401)	(407)	(409)	(408)	(403)	(404)
初期救急	休日夜間急患センター (施設数)	521	529	553	556	553	560
	在宅当番医制 (実施地区数)	643	636	632	630	622	621

※ 二次救急の(地区数)は、21年までは「輪番制地区のみ」、22年以降は「輪番制地区＋共同利用型地区等」の数値である。

救急対応を行った患者の内訳について

- (高度)救命救急センターを有する医療機関では、救急対応患者を多く受け入れていたが、同時に、軽症の患者も一定数数受け入れている現状が認められた。

＜救急対応を行った患者の内訳＞

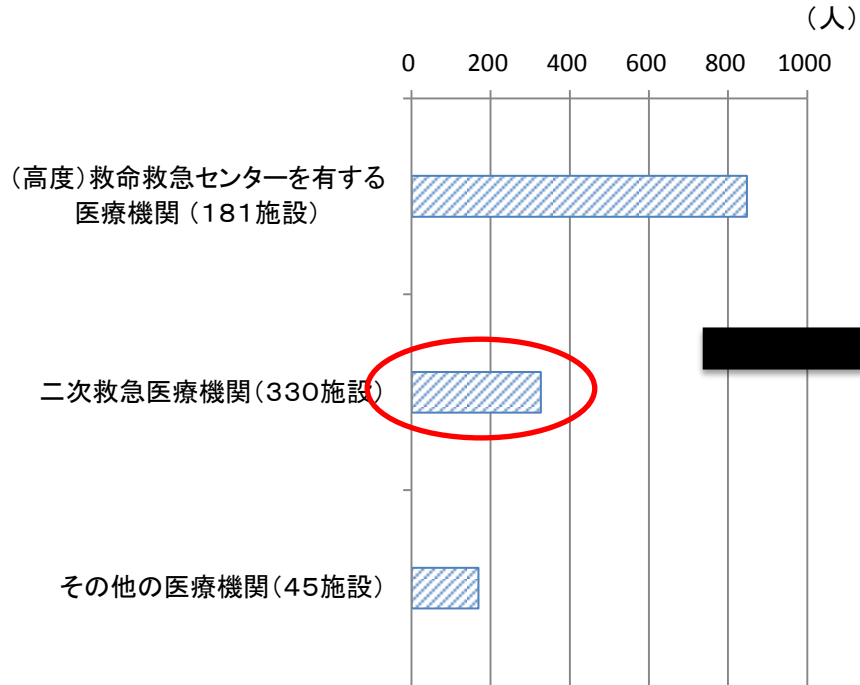


※軽症＝救急外来を受診したもののうち、入院を要さなかったもの

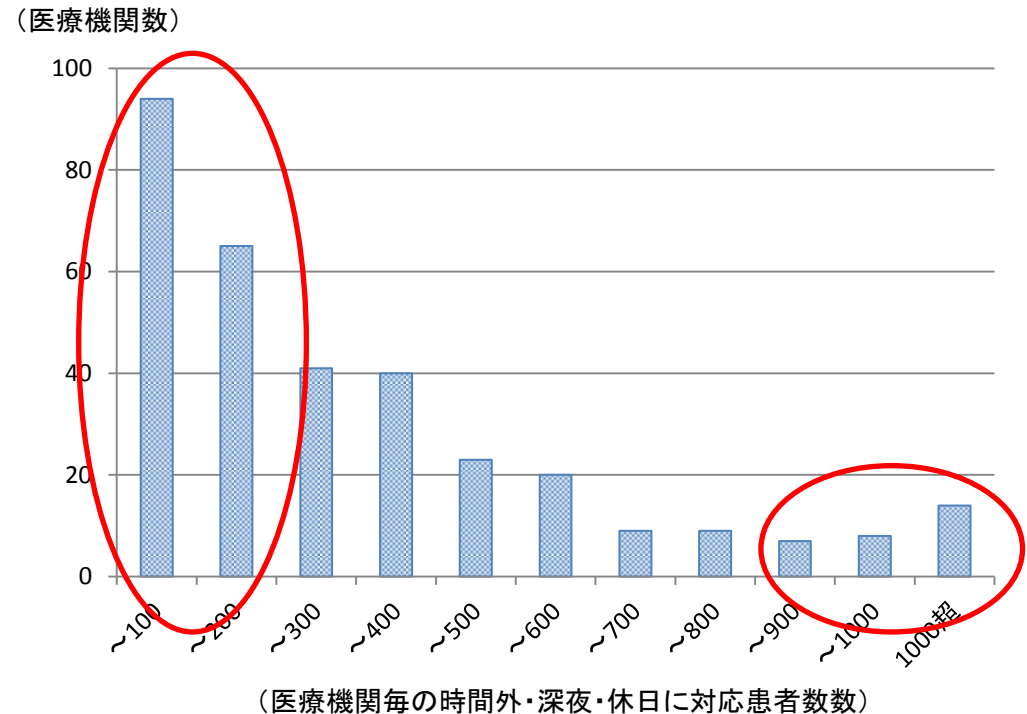
二次救急医療機関における救急医療体制について

- 二次医療機関毎の時間外・深夜・休日に対応した患者数の分布をみると、(高度)救命救急センターを有する医療機関と同等以上の対応を行っている医療機関も存在する一方で、対応数の極めて少ない医療機関も存在している。

＜1月に時間外・深夜・休日に対応した患者数＞
(救急搬送患者を除く)



＜1月に二次医療機関毎の時間外・深夜・休日に対応した患者数の内訳(救急搬送患者を除く)＞



二次救急医療機関における評価

救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進

- 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。

夜間休日救急搬送医学管理料 200点(初診時)

(通知:抜粋)

- (1) 二次救急医療機関又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設において、深夜、時間外(土曜日に限る)、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する。
- (2) 「注2」に規定する精神疾患患者等受入加算の対象患者は、深夜、土曜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で搬送された患者のうち、以下のいずれかのものとする。
 - イ 過去6月以内に精神科受診の既往がある患者
 - ロ アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

(施設基準:抜粋)

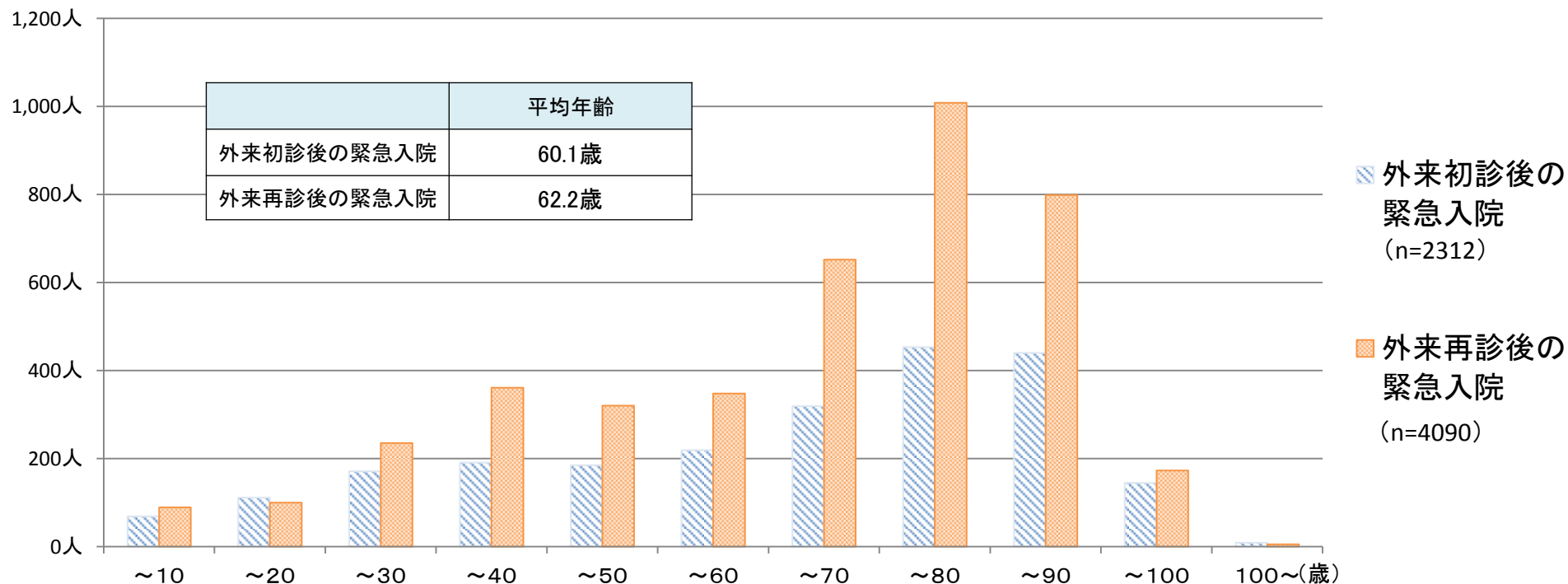
1 夜間休日救急搬送医学管理料に関する施設基準

- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている認められる保険医療機関であって、医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること、又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

外来受診後に緊急入院となった患者の内訳

- 外来受診後に緊急入院となった患者の内訳を見ると、外来再診後の緊急入院の方が件数が多く、また、外来再診後の緊急入院は特に高齢者に多い。

＜外来受診後に緊急入院となった患者の年齢分布＞



時間外・休日・深夜加算の取り扱いについて

- 現在の診療報酬において、再診を行った後に緊急で即日入院となった場合、再診の時間外加算・休日加算・深夜加算は算定することは出来ない。

(第1部 初・再診料 通則3 抜粋)

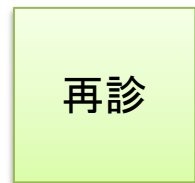
入院中の患者(第2部第4節に規定する短期滞在手術基本料を算定する患者を含む。)に対する再診の費用は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

<初診の場合>



時間外加算・休日加算・
深夜加算は算定可能

<再診の場合>



時間外加算・休日加算・
深夜加算は算定不可

2. 救急医療について

(1)二次救急医療機関等における夜間休日の救急医療体制
について

(2)救急医療管理加算について

救急医療等の推進について

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算の算定基準が明確でない点があること等を踏まえ、適正化の観点から算定基準を明確化するとともに評価の見直しを行う。

改定前

A205 救急医療管理加算 800点
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

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



改定後

A205 救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点(新)
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

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

<救急医療管理加算1>

- 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

<救急医療管理加算2>

コ その他，「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

※ 当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。

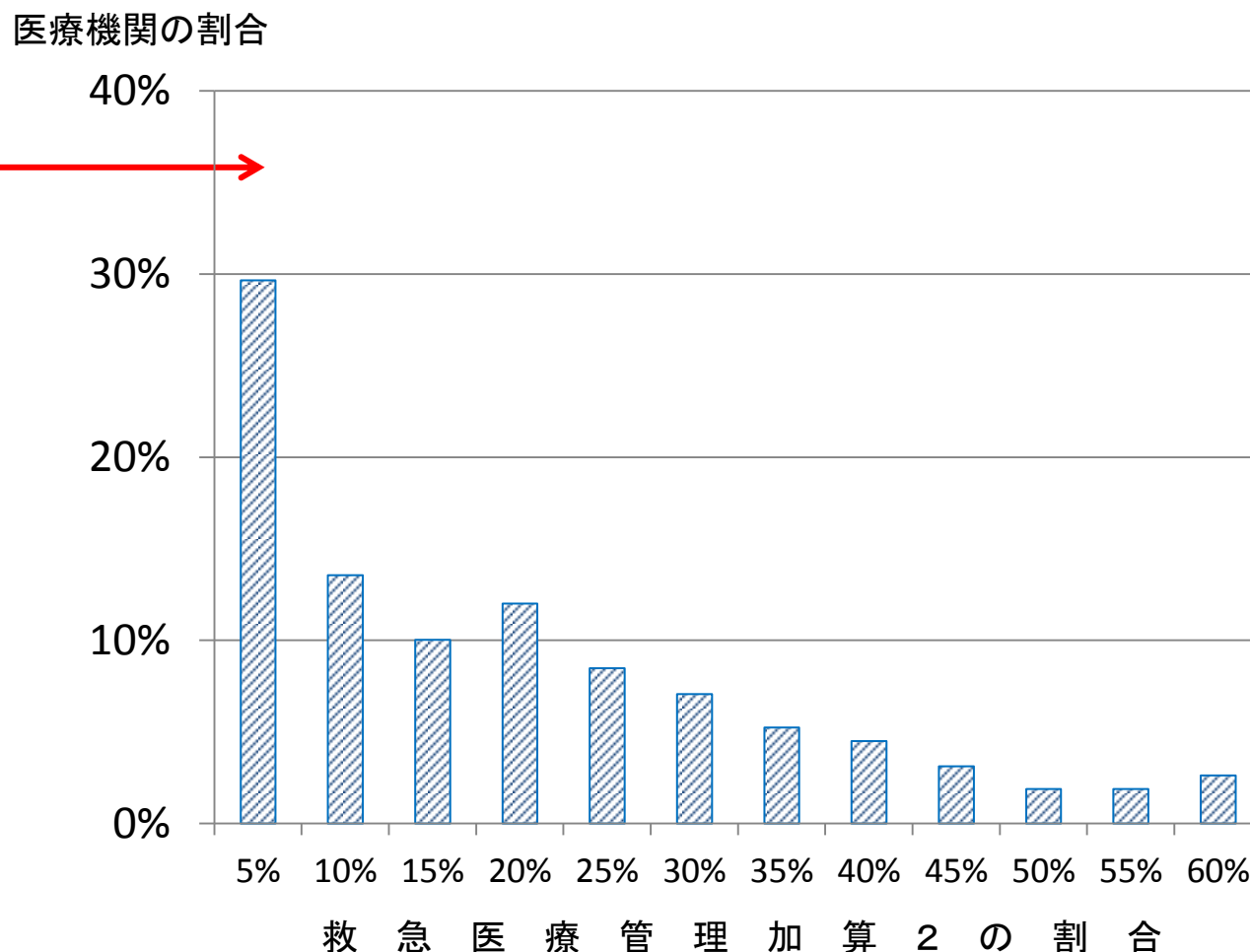
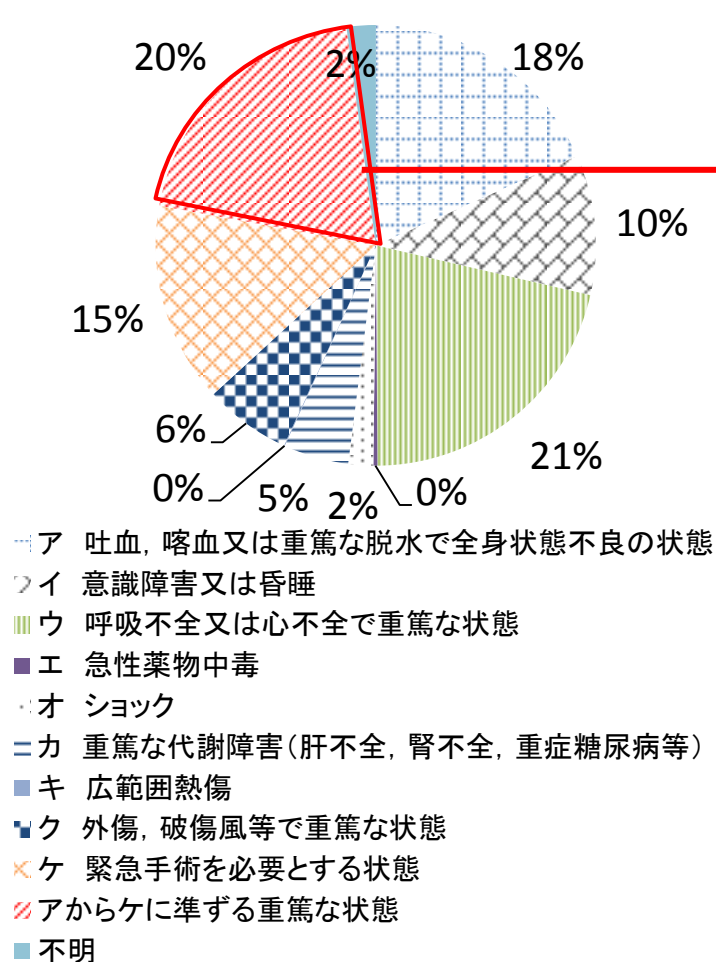
※ 年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行うこと。

救急医療管理加算の算定状況

○ 救急医療加算を算定したもののうち、その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態として救急医療管理加算2を算定した割合はおよそ20%程度であった。

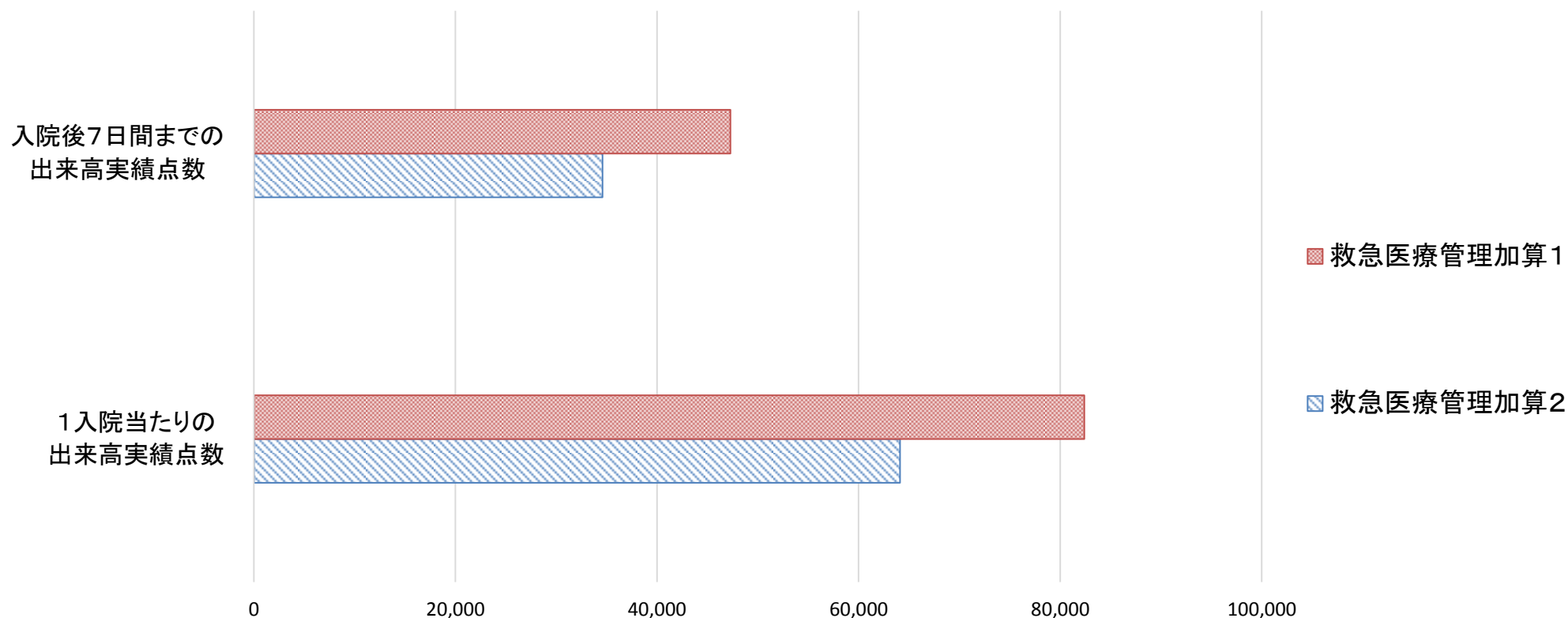
救急医療管理加算の算定理由

救急医療管理加算2の算定割合別の医療機関分布



救急医療管理加算算定患者の出来高実績点数

- 救急医療管理加算について、加算1を算定したものと加算2を算定したもので分析を行うと、入院7日間までの出来高実績点数、1入院当たりの出来高実績点数、いずれも加算1を算定した群の方が高い傾向が認められた。



救急医療管理加算2対象患者の内訳

- 救急医療管理加算2を算定している患者のうち、算定回数の多い疾患の平均在院日数及び入院後7日以内の出来高実績点数について集計を行った。
- 救急医療管理加算1を算定した患者の7日以内出来高算定点数の平均を上回るものとして、脳梗塞でt-PAを施行したものや、狭心症・慢性虚血性心不全でPCIや心臓カテーテル検査を施行したものがあつた。

順位	疾患コード	分類名	7日以内平均点数	算定回数(月)
1	010060	脳梗塞 t-PAあり	83,629	108,981
		脳梗塞 上記以外	40,312	
2	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	28,124	51,511
3	060210	ヘルニアの記載の無い腸閉塞	31,250	51,129
4	110310	腎臓または尿路の感染症	27,700	39,463
5	060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	43,551	33,683
6	060102	穿孔または膿瘍を伴わない憩室性疾患	28,813	31,811
7	080011	急性膿皮症	26,264	21,512
8	060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	39,143	21,450
9	040081	誤嚥性肺炎	30,840	20,839
10	050050	狭心症、慢性虚血性心疾患 PCI・心カテ等あり	57,390	20,039
		狭心症、慢性虚血性心疾患 PCI・心カテ等なし	22,809	

(参考) 救急医療管理加算1を算定した患者の7日以内平均点数 47,272

救急医療に係る課題と論点

【課題】

- 救急出動件数及び搬送人数については、ここ数年増加傾向にある。その中で、医療機関への照会回数が複数回に及ぶ場合や、現場滞在時間が長時間に及ぶ場合が存在する。
- 時間外・深夜・休日に対応した患者数について、二次医療機関の中でも(高度)救命救急センターを有する医療機関と同等数以上の対応を行っている医療機関も存在する一方で、同じ医療機関で軽症の患者を相当数受け入れている医療機関も存在した。
- 高齢者においては、再診後の緊急入院が多い傾向にある。なお、現在の診療報酬において、再診を行った後に緊急で即日入院となった場合、時間外加算・休日加算・深夜加算は算定することは出来ない。
- 救急医療管理加算2を算定した患者のうち、脳梗塞でt-PAを施行したのものや、狭心症・慢性虚血性心疾患でPCIや心臓カテーテル検査を施行したのものについては、入院後7日以内の出来高算定点数が比較的高い傾向が認められた。

【論点】



- 高齢化等により増加する救急患者の受け入れ体制を確保するため、二次救急医療機関における夜間休日の救急患者の受け入れや、夜間休日における再診後の緊急入院を評価してはどうか。
- 現在救急医療管理加算2で算定されている患者のうち、脳梗塞でt-PAを施行したのものや、狭心症などで緊急に冠動脈の検査や治療が必要なものについては、「ケ 緊急手術を必要とする状態」に準じて救急医療管理加算1として評価してはどうか。

1. 高度急性期医療について

2. 救急医療について

3. 小児・周産期医療について

4. 医科・歯科連携による栄養管理について

5. 栄養食事指導について

3. 小児・周産期医療について

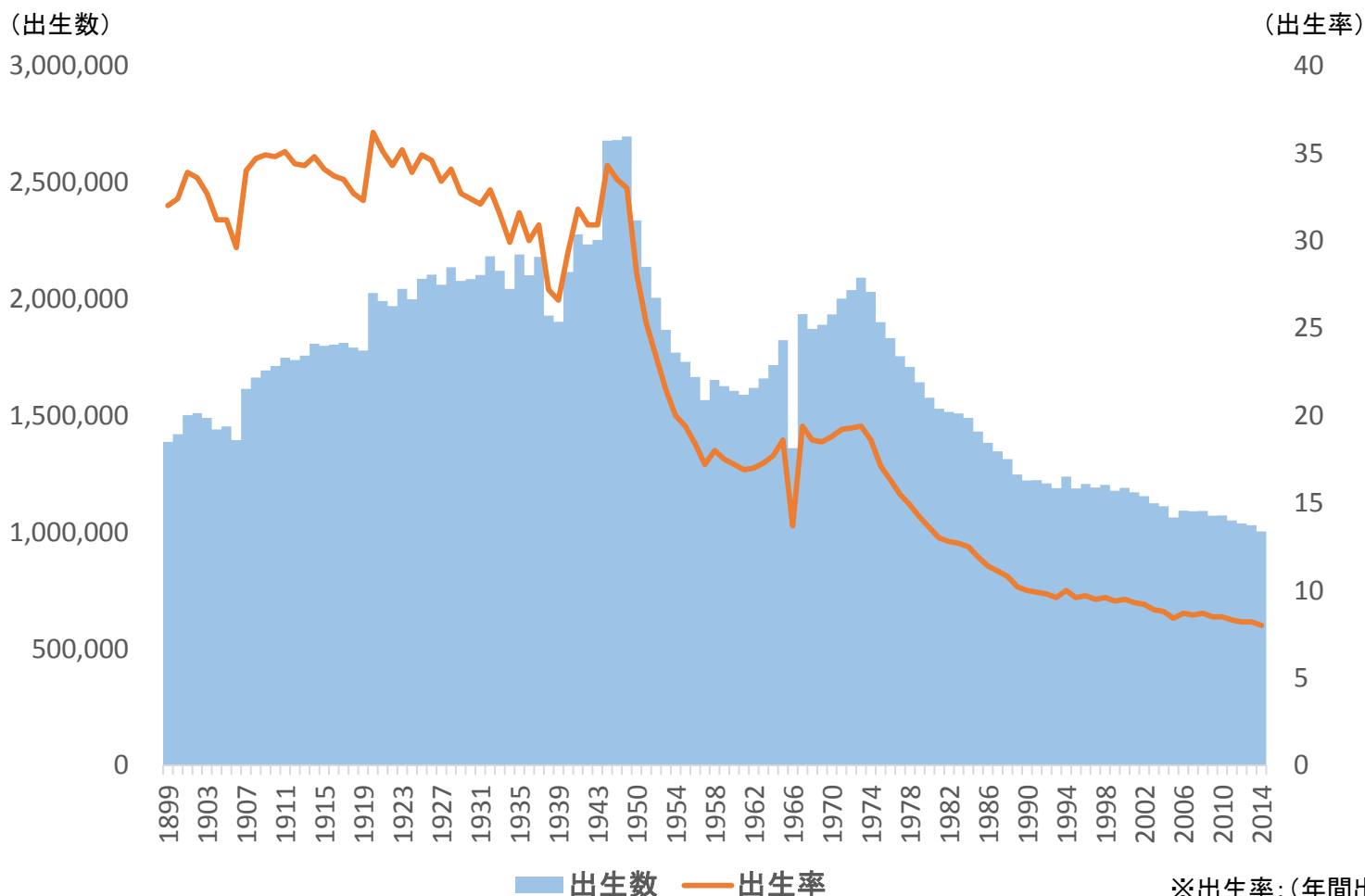
(1) 小児の慢性期医療について

(2) 精神疾患合併妊娠について

出生数・出生率の推移

○ 日本における出生数・出生率は減少傾向にある。

<出生数・出生率の年次推移>



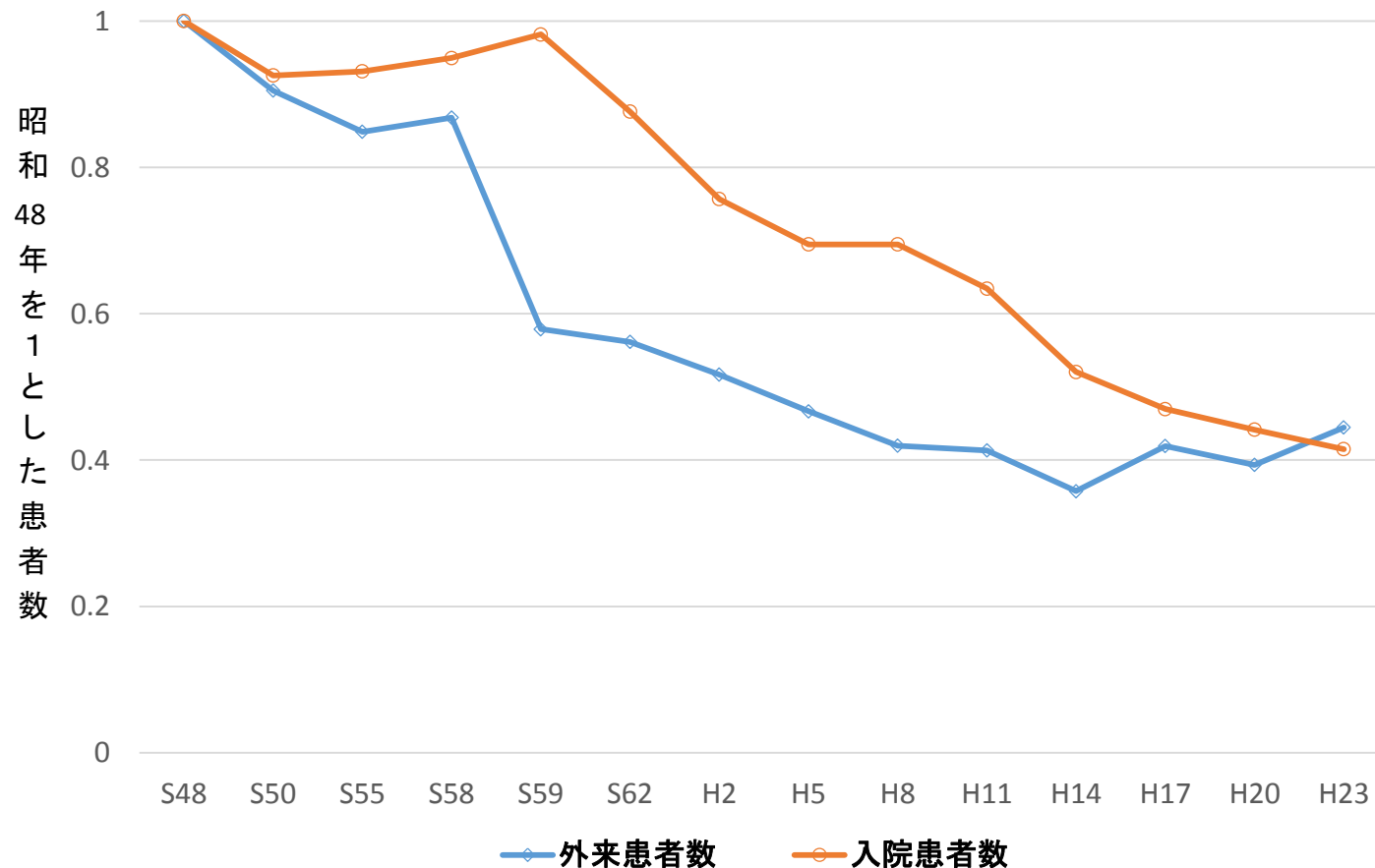
※出生率：(年間出生数)／(人口)×1,000

小児の患者数の推移

- 15歳未満の患者は外来・入院ともに減少する傾向にある。

<15歳未満の外来／入院の推計患者数※の年次推移>

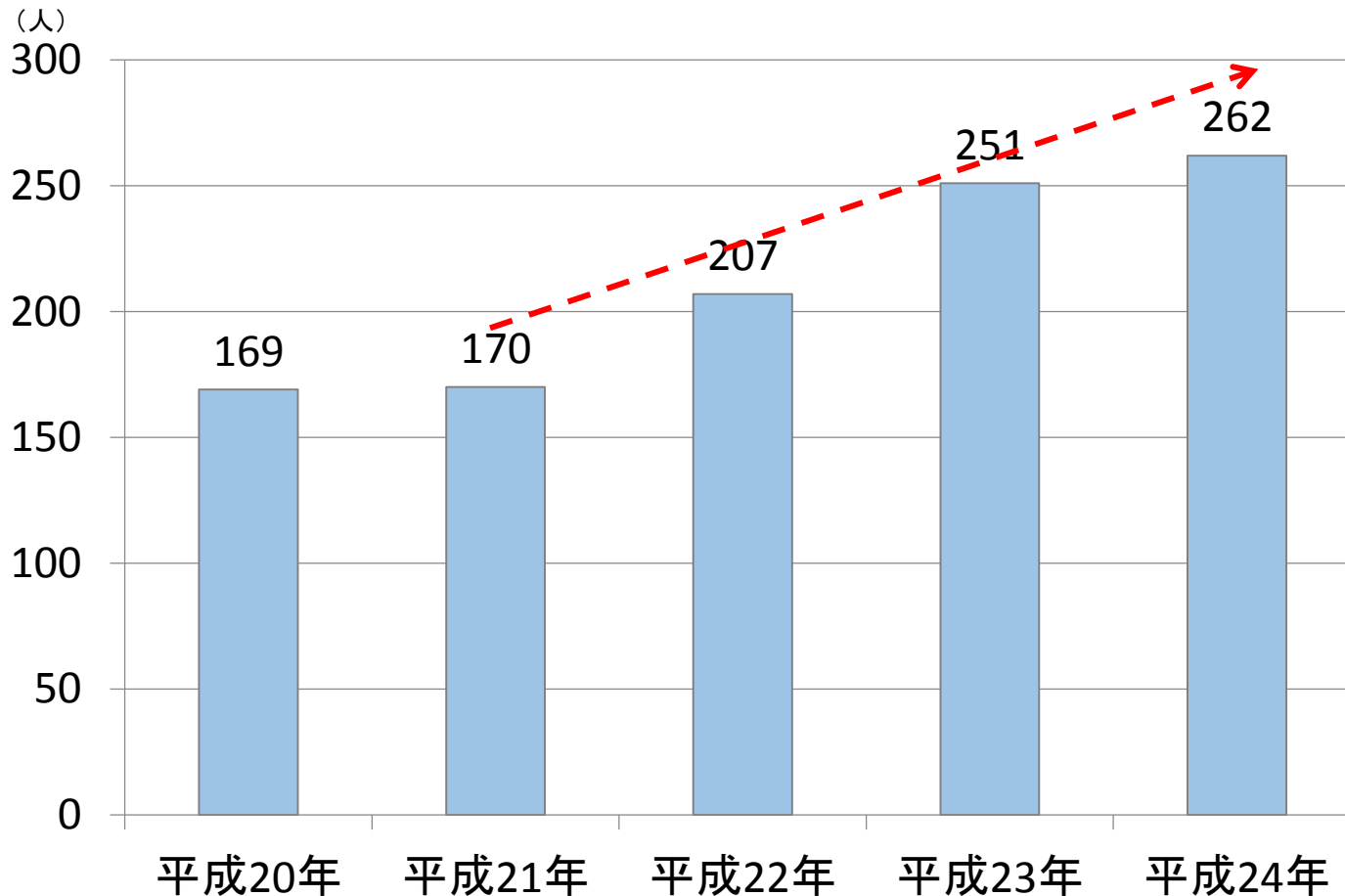
～昭和48年の患者数を1とみなした患者数～



NICUにおける長期入院児の推移

- 新生児特定集中治療室(NICU)における長期入院児(1年以上入院している児)の数は増加傾向にある。

<NICUにおける1年以上の長期入院児数の年次推移(全国推計)>



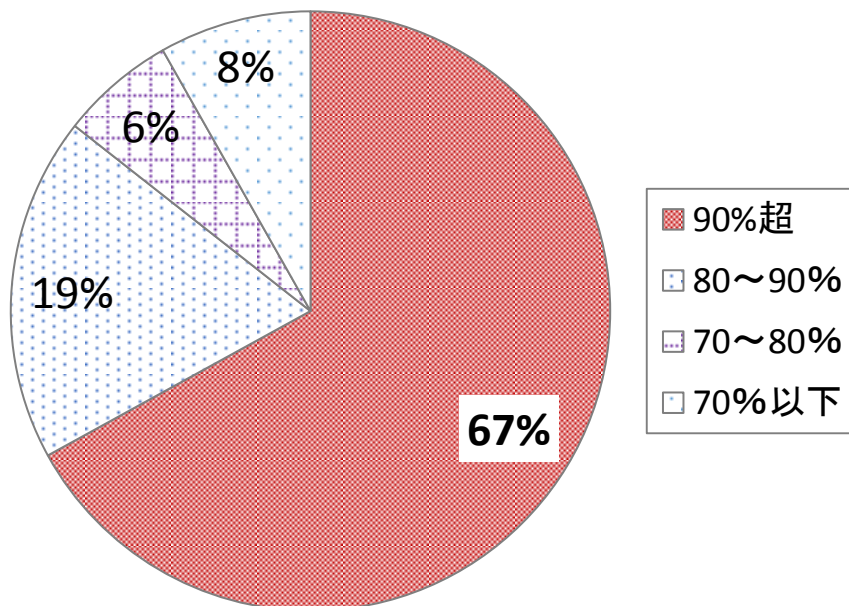
NICUにおける病床利用状況

- 総合周産期母子医療センターの約70%において、NICUの病床利用率は90%を超えていた。
- NICUにおいて母胎・新生児の搬送受入ができなかった事例において、その理由の約90%は満床によるためであった。

<NICUにおける病床の利用状況について>

NICU病床利用率について
(総合周産期母子医療センター97施設)

NICU病床利用率90%超のセンターは約7割



母体及び新生児搬送受入ができなかった理由について
(総合周産期母子医療センター)

受入れができなかった主な理由は「NICU満床」

母体

理由	NICU満床	MFICU満床	診察可能医師不在	その他
センター数	70/79	50/79	17/79	54/79
割合(%) ※	88.6%	63.3%	21.5%	68.4%

新生児

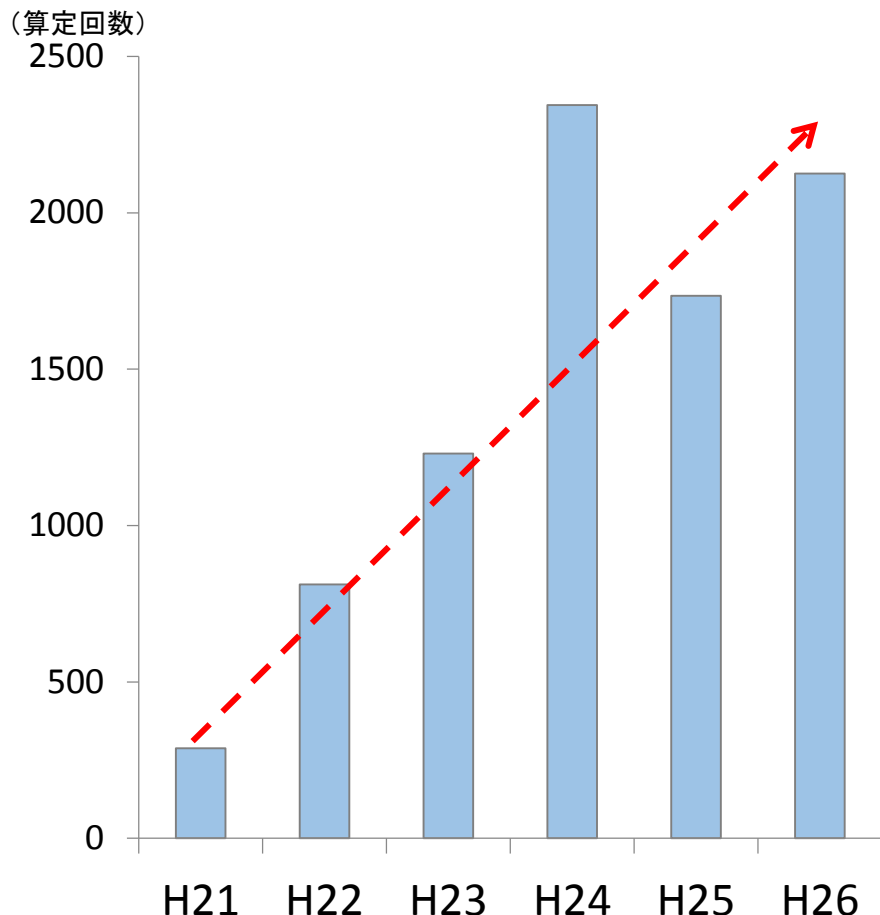
理由	NICU満床	診察可能医師不在	その他
センター数	55/59	6/59	20/59
割合(%) ※	93.2%	10.2%	33.9%

※受入れができなかったことがあるセンター数に対する割合(複数回答可)

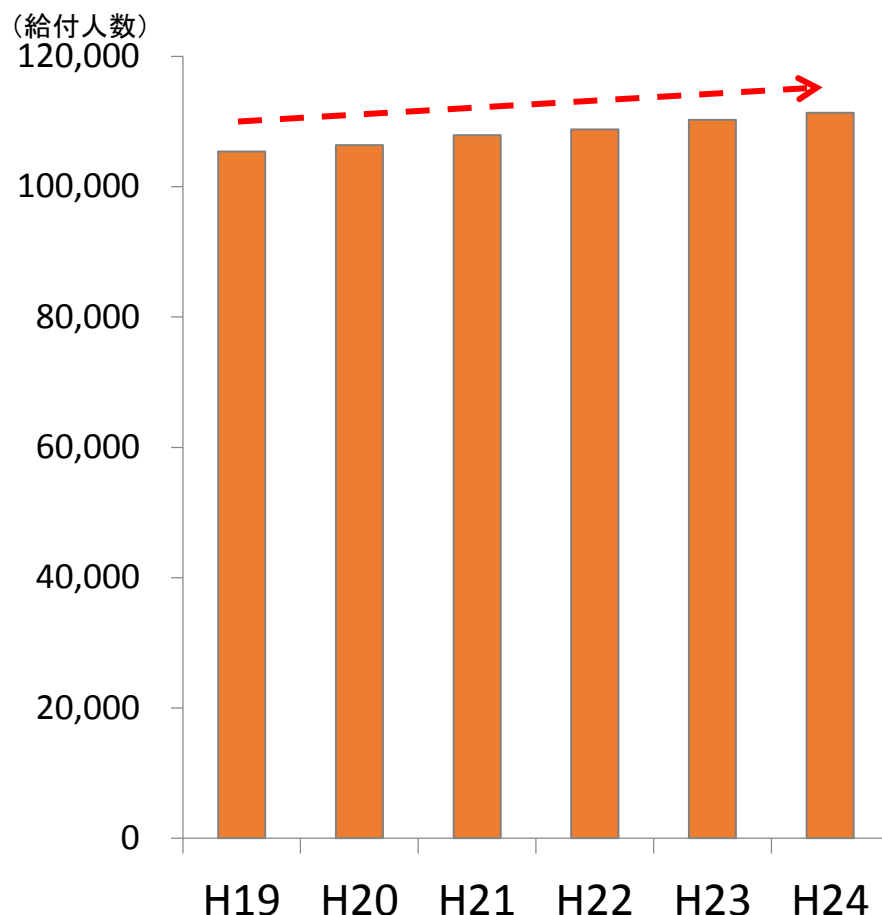
長期にわたり療養を要する小児の推移

- 在宅人工呼吸指導管理料を算定回数や小児慢性特定疾病の給付人数は増加又は微増しており、長期にわたり療養を要する児童の数は増加していく傾向にある。

<在宅人工呼吸指導管理料算定件数数(19歳以下)>



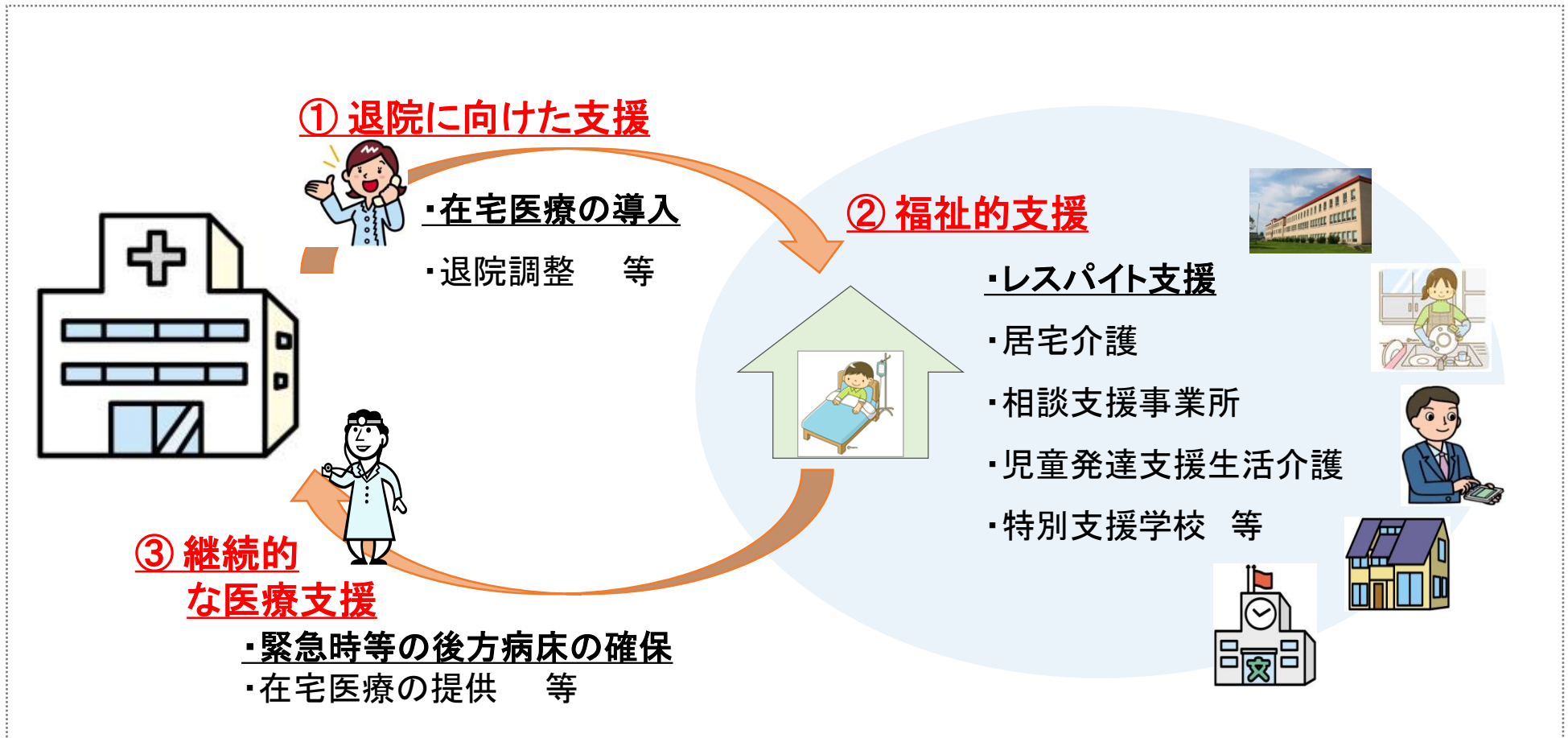
<小児慢性特定疾患治療研究事業の給付人数>



長期の療養が必要な児の在宅移行支援(イメージ)

- 長期の療養が必要な児の在宅移行を支援するための取組として、退院支援、在宅移行後の福祉的支援、継続的な医療支援等が実施されている。

＜長期の療養が必要な児の在宅への移行支援(イメージ)＞



退院に向けた支援① ～退院調整の評価～

- 周産期医療において、退院支援に関する診療報酬上の評価は、退院調整及び重症児の受入・在宅復帰に対する評価を中心として実施されている。

<周産期医療における退院調整に係る主な診療報酬上の評価(イメージ)>

<周産期医療センター等>



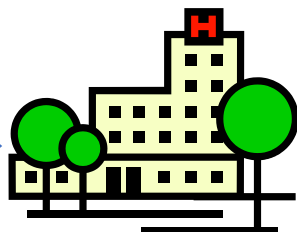
退院調整の評価

新生児特定集中治療室
退院調整加算

受入の評価

- ・新生児特定集中治療室退院調整加算3
- ・重症児(者)受入連携加算
- ・救急・在宅重症児(者)受入加算
- ・(準)超重症児(者)入院診療加算

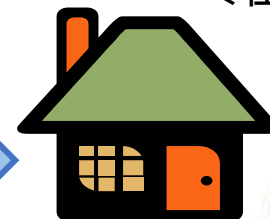
<地域の病院>



在宅復帰の評価

- ・新生児特定集中治療室退院調整加算3

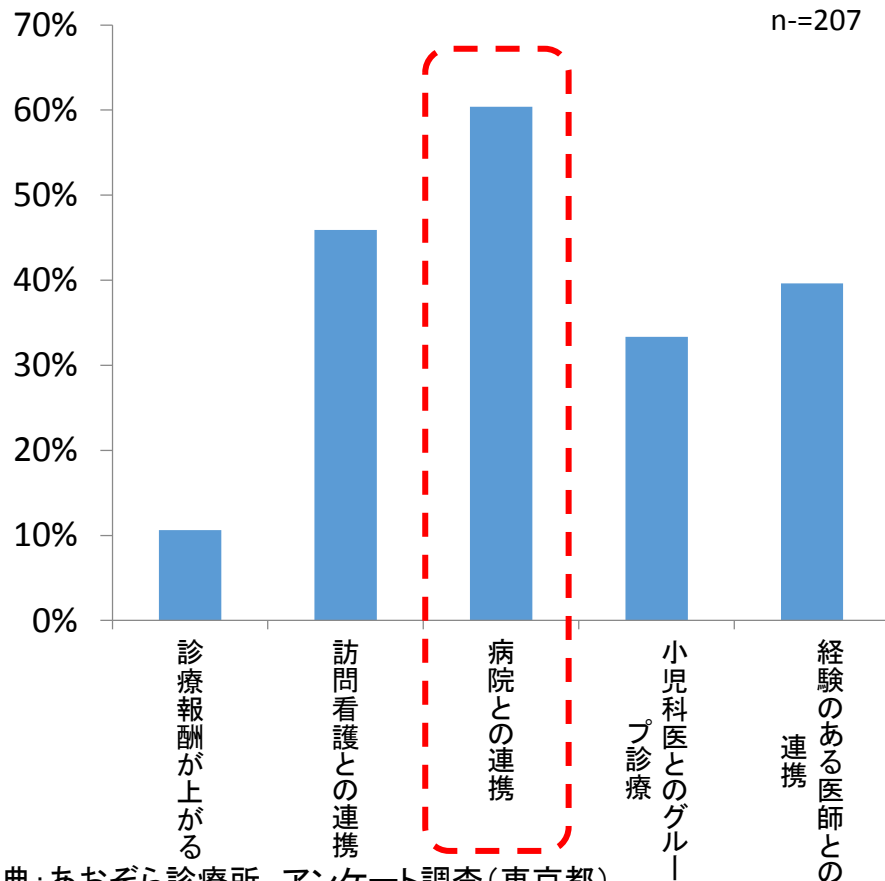
<在宅>



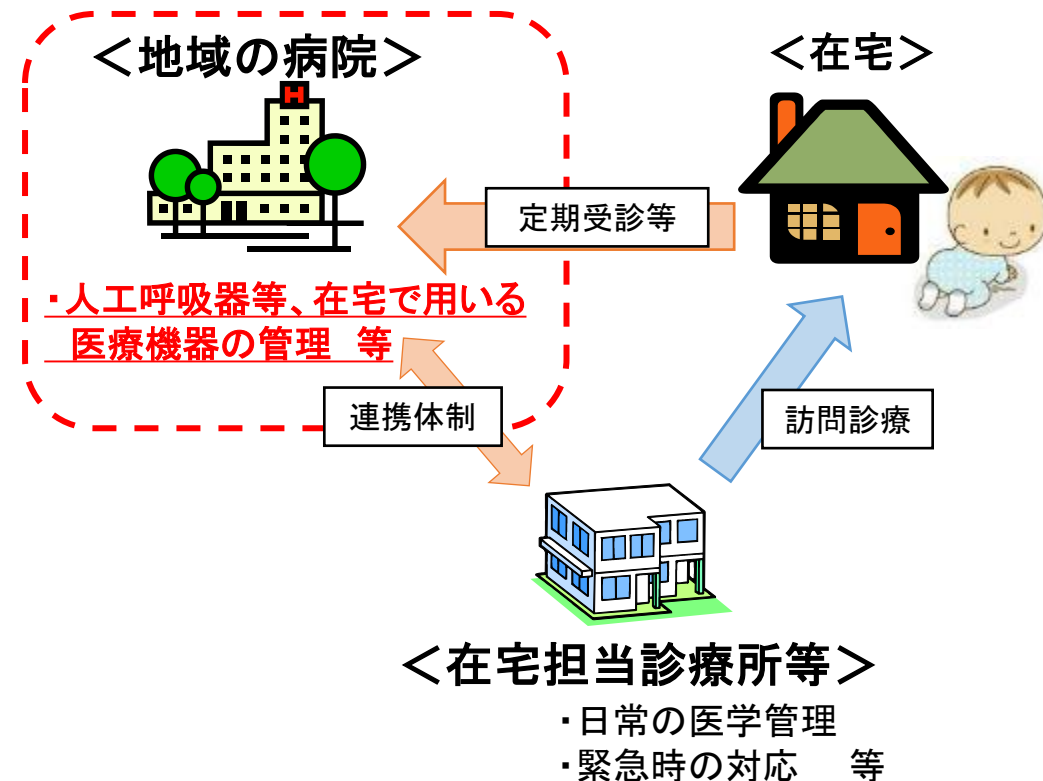
退院に向けた支援② ～小児在宅医療の導入～

- 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。
- 小児在宅医療を推進する上で、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。

＜小児の在宅医療を行う上で必要な支援＞



＜病院と連携した小児在宅医療のあり方(イメージ)＞



退院に向けた支援③～小児入院医療管理料の包括範囲～

- 小児入院医療管理料においては、在宅医療に関する評価は包括範囲に含まれていることから、退院月には、在宅医療に関して、月ごとに算定する管理料については算定できない。

	小児入院医療管理料 の包括範囲
B 医学管理等	○
C 在宅医療	○
D 検査	○
E 画像診断	○
F 投薬	×
G 注射	×
H リハビリテーション	○
I 精神科専門療法	○
J 処置	○
K 手術	×
L 麻酔	×
M 放射線治療	×
N 病理診断	○ 病理診断・判断料除く

在宅医療に関する項目も包括範囲に含まれるため、退院月には在宅療養指導管理や材料加算等を算定できない

例) 在宅人工呼吸指導管理料 2,800点
人工呼吸器加算(陽圧式人工呼吸器) 7,480点

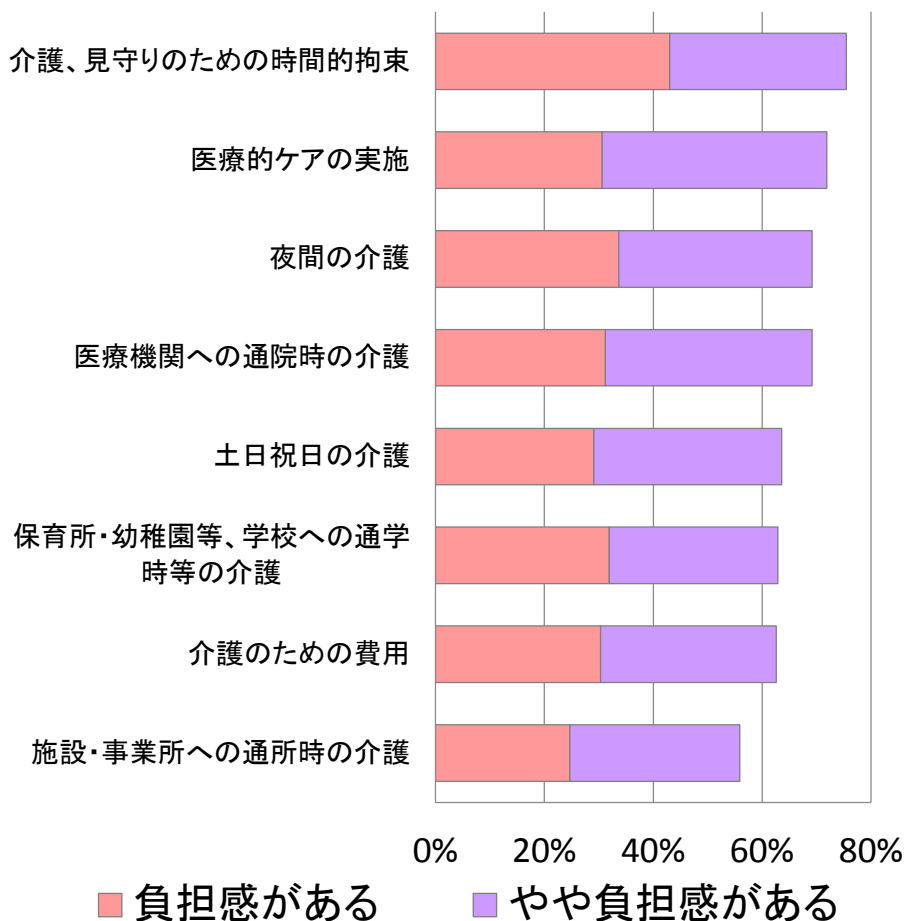


図:フクダ電子株式会社
ホームページより

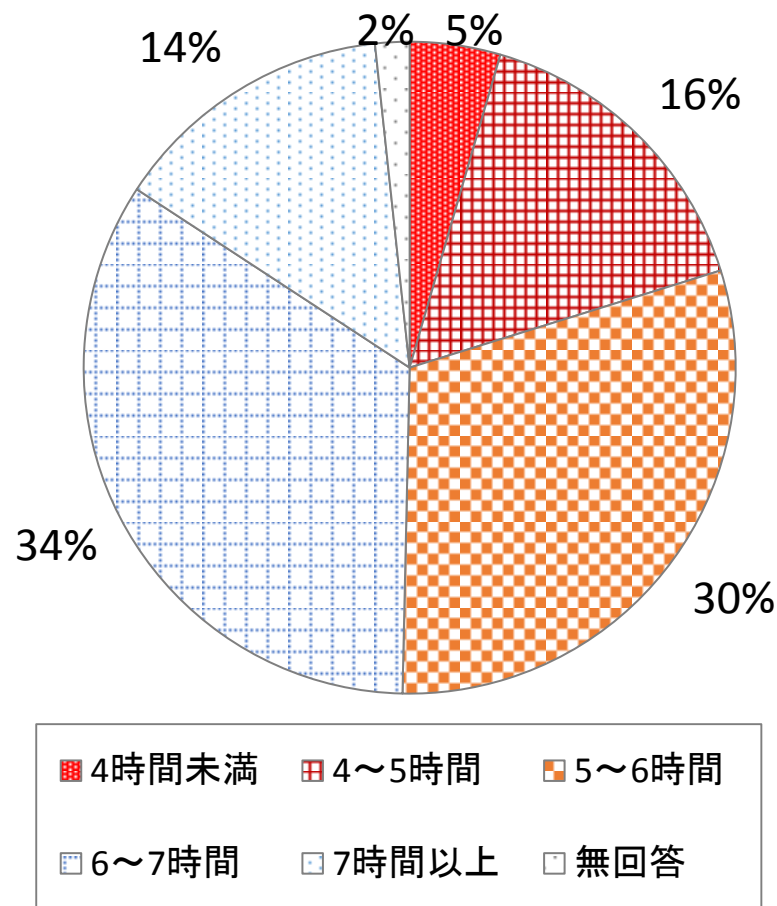
福祉的支援① ～介護者の負担～

- 「介護、見守りのための時間的拘束」をはじめとして、多くの介護者が在宅生活に負担を感じていた。
- 約半数の介護者は、6時間未満の睡眠しか確保できていなかった。

＜在宅生活に当たっての介護者の負担感＞



＜介護者の睡眠時間＞



福祉的支援② ～医療型短期入所サービスの概要～

- 障害福祉サービスの一つに、医療型短期入所サービスがあり、主として医療機関の病床で提供されている
- ② 対象者**

■ 医療型短期入所サービス費(Ⅰ)(Ⅱ)、医療型特定短期入所サービス費(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅳ)(Ⅴ)対象者

ア 18歳以上の利用者 次の(i)又は(ii)のいずれかに該当すること。

(i) 区分6に該当し、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者

(ii) 区分5以上に該当し、進行性筋萎縮症に罹患している者若しくは区分5以上に該当する重症心身障害者

イ 障害児 重症心身障害児

○ サービス内容

- 当該施設に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援を行う
- 本体施設の利用者とみなした上で、本体施設として必要とされる以上の職員を配置し、これに応じた報酬単価を設定

○ 人員・施設基準

■ 医療型短期入所サービス費(Ⅰ)、医療型特定短期入所サービス費(Ⅰ)(Ⅳ)

次の(1)から(3)までのいずれにも該当する指定短期入所事業所

(1) 病院であること

(2) 看護体制は7:1以上、かつ各病棟における夜勤看護職員数は2以上であること

(3) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の100分の70以上が看護師であること

■ 医療型短期入所サービス費(Ⅱ)、医療型特定短期入所サービス費(Ⅱ)(Ⅴ)

次の(1)又は(2)のいずれかに該当する指定短期入所事業所

(1) 病院又は有床診療所

(2) 介護老人保健施設

○ 報酬単価 (平成27年4月～)

■ 基本報酬

(宿泊を伴う場合)

医療型短期入所サービス費(Ⅰ) 2,609単位

医療型短期入所サービス費(Ⅱ) 2,407単位

(宿泊を伴わない場合)

医療型特定短期入所サービス費(Ⅰ) 2,489単位

医療型特定短期入所サービス費(Ⅱ) 2,277単位

(宿泊のみの場合)

医療型特定短期入所サービス費(Ⅳ) 1,738単位

医療型特定短期入所サービス費(Ⅴ) 1,606単位

■ 主な加算

緊急短期入所体制確保加算 (40単位)

→空床の確保を行っている場合

緊急短期入所受入加算(Ⅱ) (180単位)

→緊急時の受入れを行った場合(初日のみ算定)

特別重度支援加算(Ⅰ) (388単位)

→超重症児(者)又は準超重症児(者)の場合

特別重度支援加算(Ⅱ) (120単位)

→超重症児(者)又は準超重症児(者)以外の医療ニーズの高い障害児・者の場合

福祉的支援③ ～医療型短期入所の供給増に向けた対策～

- 平成27年度障害福祉サービス等報酬改定において、空床の確保・提供体制の整備の更なる推進や緊急時の受け入れに関する初期アセスメントを評価するため、加算の算定要件の見直し等を実施。

平成27年度障害福祉サービス等の報酬改定の概要

短期入所

- 緊急短期入所体制確保加算及び緊急短期入所受入加算の見直し

加算の算定要件を緩和するとともに、緊急時の初期のアセスメントを手厚く評価する観点から、受入れ初日に対する評価に重点化。

【現行】

緊急短期入所体制確保加算

(算定要件)

- ・利用定員の5/100に相当する空床の確保・提供体制の整備
- ・過去3か月の利用率が90/100以上
- ・連続する3月間算定がなかった場合は、続く3か月は算定しない

【見直し後】

緊急短期入所体制確保加算

(算定要件)

- ・利用定員の5/100に相当する空床の確保・提供体制の整備
- ・過去3か月の利用率が90/100以上

【現行】

緊急短期入所受入加算(Ⅰ) 60単位/日

緊急短期入所受入加算(Ⅱ) 90単位/日

(算定要件)

- ・緊急短期入所体制確保加算を算定
- ・介護者が急病等の場合(7日又は14日を限度として算定)
- ・連続する3月間算定がなかった場合は、続く3か月は算定しない

【見直し後】

緊急短期入所受入加算(Ⅰ) 120単位/日

緊急短期入所受入加算(Ⅱ) 180単位/日

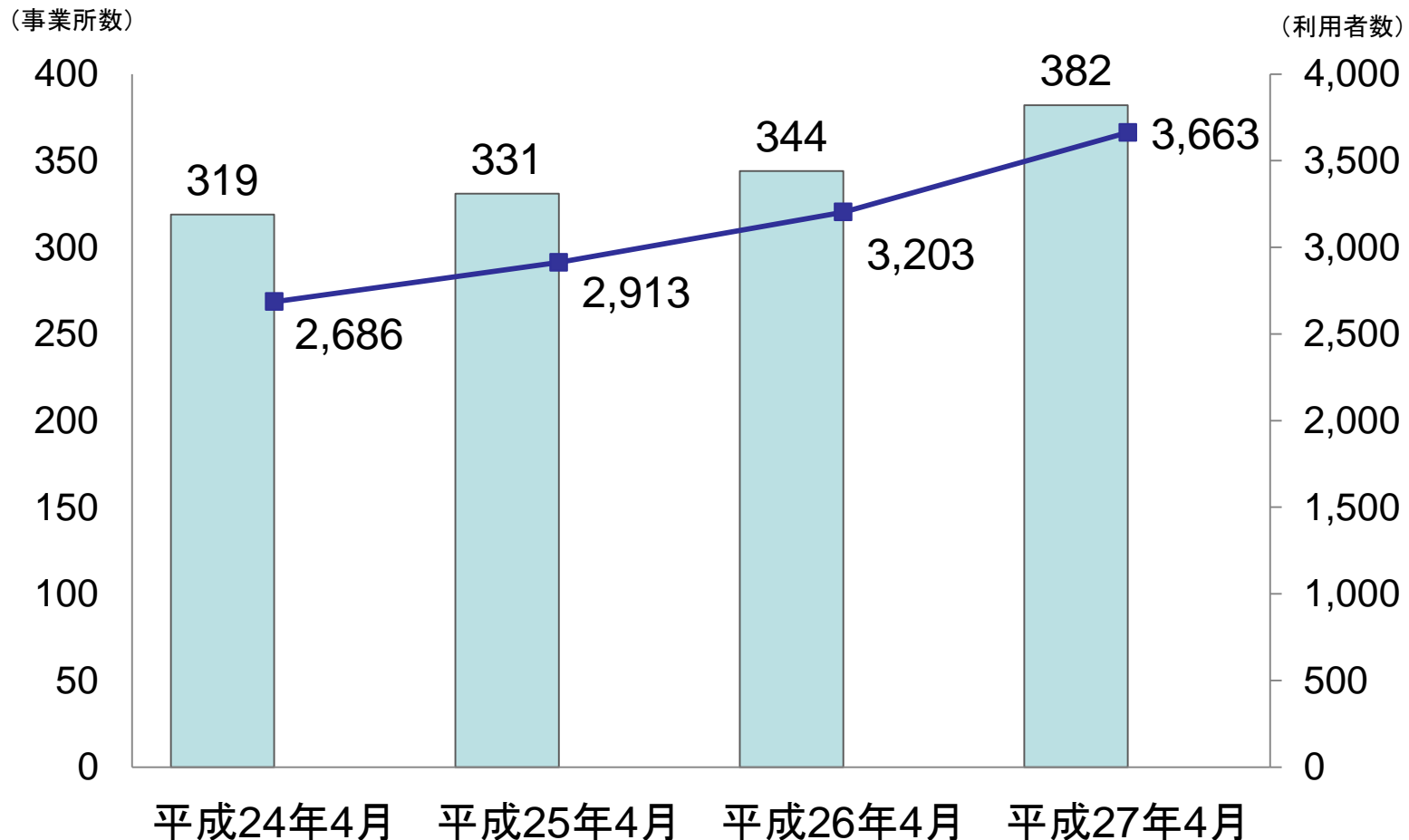
(算定要件)

居宅においてその介護を行う者の急病等の理由により、指定短期入所を緊急に行った場合に、利用を開始した日に限り、当該緊急利用者のみに対して算定。

福祉的支援④ ～医療型短期入所の供給量・利用者数～

○ 医療型短期入所の事業所及び利用者は増加傾向にある。

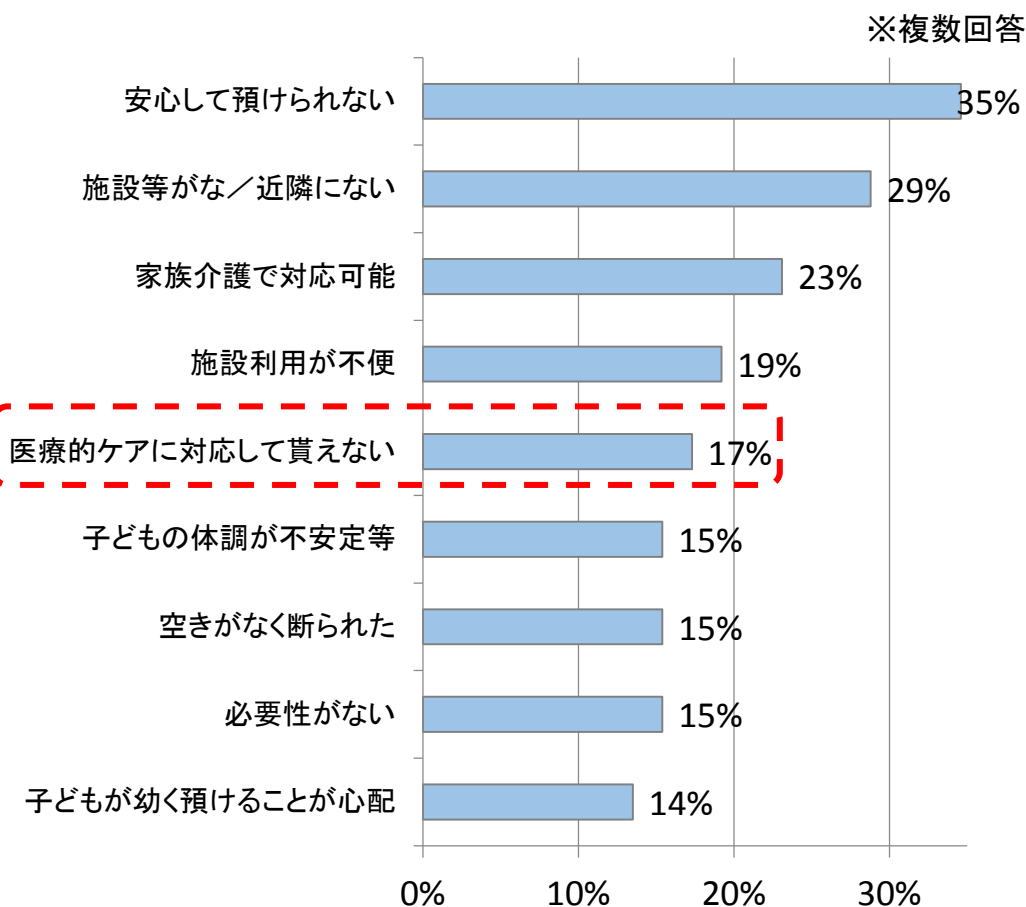
＜医療型短期入所の事業所数・利用者数の年次推移＞



福祉的支援⑤ ～医療型短期入所の利用状況～

- 人工呼吸器の管理を要する重症児が医療型短期入所を利用していない理由の一つとして、「医療的ケアに対応して貰えない」とする回答が一定程度みられた。
- 医療型短期入所サービスは、医療機関に入院しているものの、入院料を算定するものではないため、明文化されていないが、「J045 人工呼吸」の算定ができないと解釈されている。

＜人工呼吸器の管理を要する児が医療型短期入所を利用していない主な理由＞



＜医療型短期入所における処置等の算定＞

例) J045 人工呼吸

- 1 30分までの場合 242点
- 2 30分を超えて5時間までの場合
242点に30分又はその端数を増す毎に50点を加算して得た点数
- 3 5時間を超えた場合 819点

[留意事項]

- C107在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、**入院中の患者を除く。**)については、人工呼吸の費用は算定できない。

医療型短期入所サービスの利用中も、「J045 人工呼吸」の算定ができないと解釈されている。

継続的な医療支援① ～小児入院医療管理料の対象年齢～

- 小児入院医療管理料の対象は15歳未満の患者に限られており、例えば、小児慢性特定疾病の患者であっても、15歳以降は当該入院料の算定対象とならない。

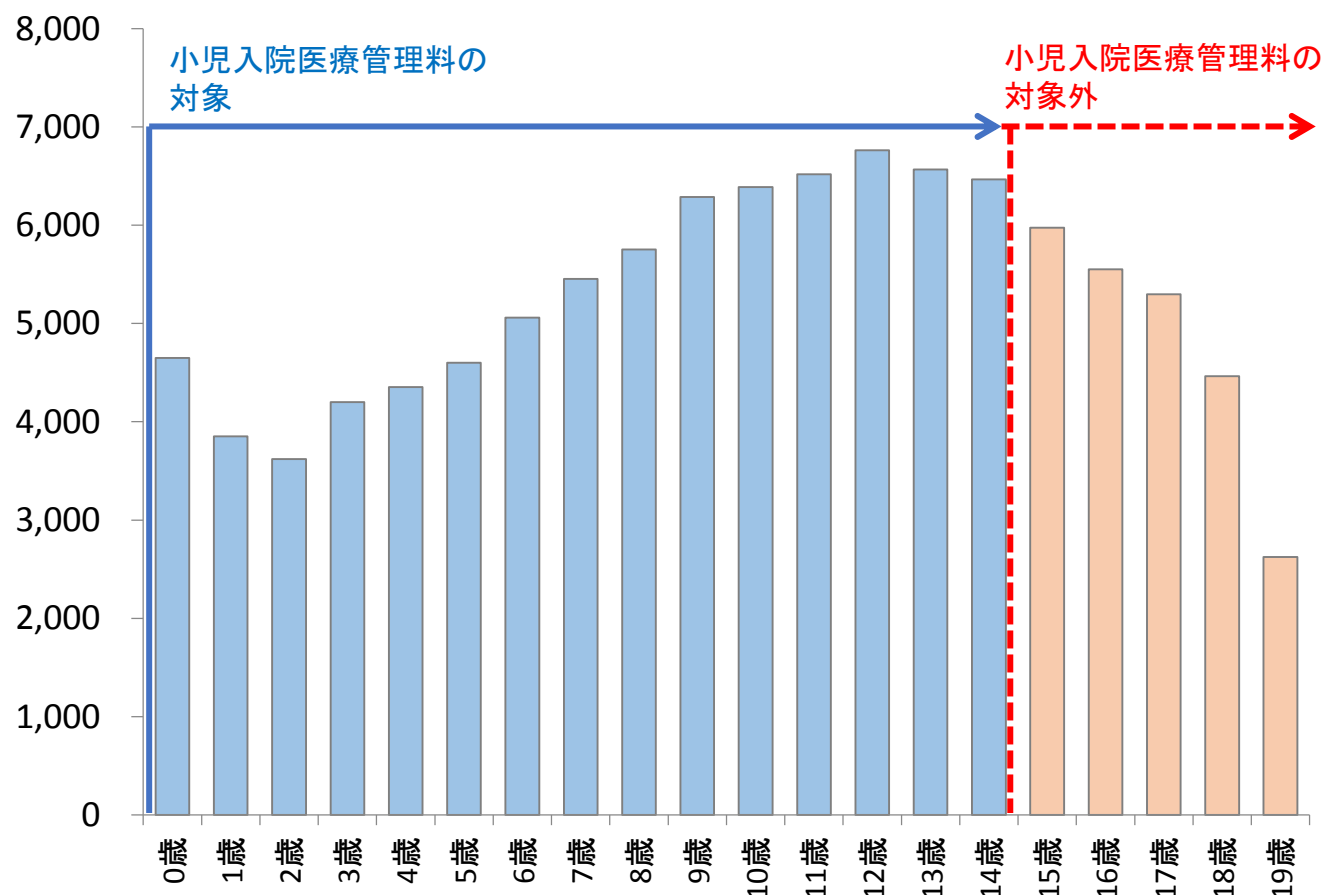
A307 小児入院医療管理料1～4

届け出た保険医療機関における入院中の**15歳未満の患者を対象とする。**

※小児入院医療管理料1～4;算定要件に合致しない患者が当該病棟に入院した場合には、当該医療機関が算定している入院基本料等を算定

<小児慢性特定疾患治療研究事業の登録件数>

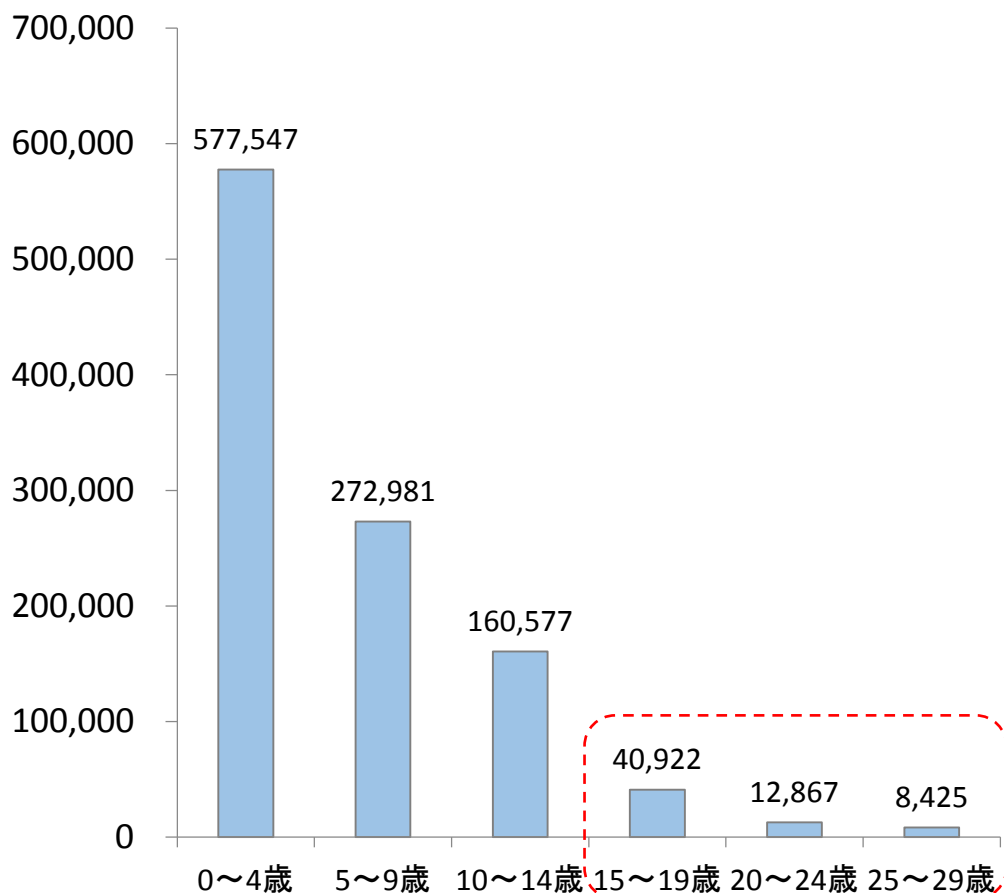
～年齢階級別～



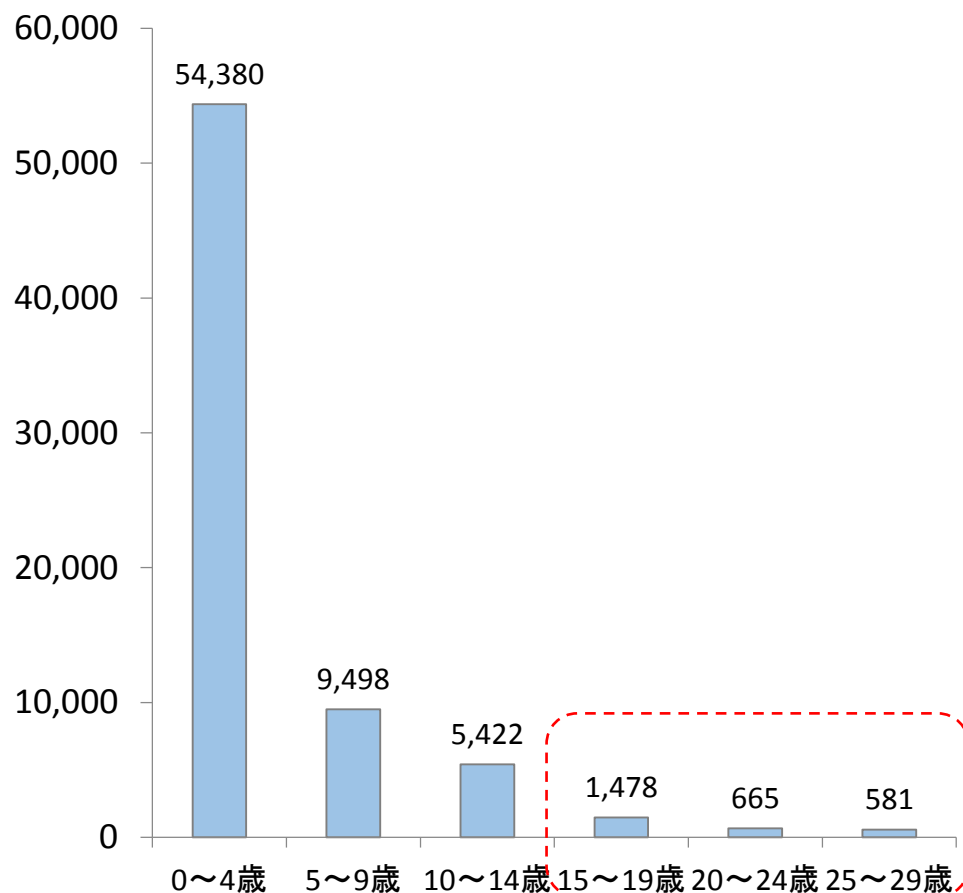
継続的な医療支援② ～年齢階級別の入院患者～

○ 15歳を超えても、小児科を外来受診する患者や小児科に入院する患者は一定程度存在する。

＜年齢階級別の小児科の外来患者＞



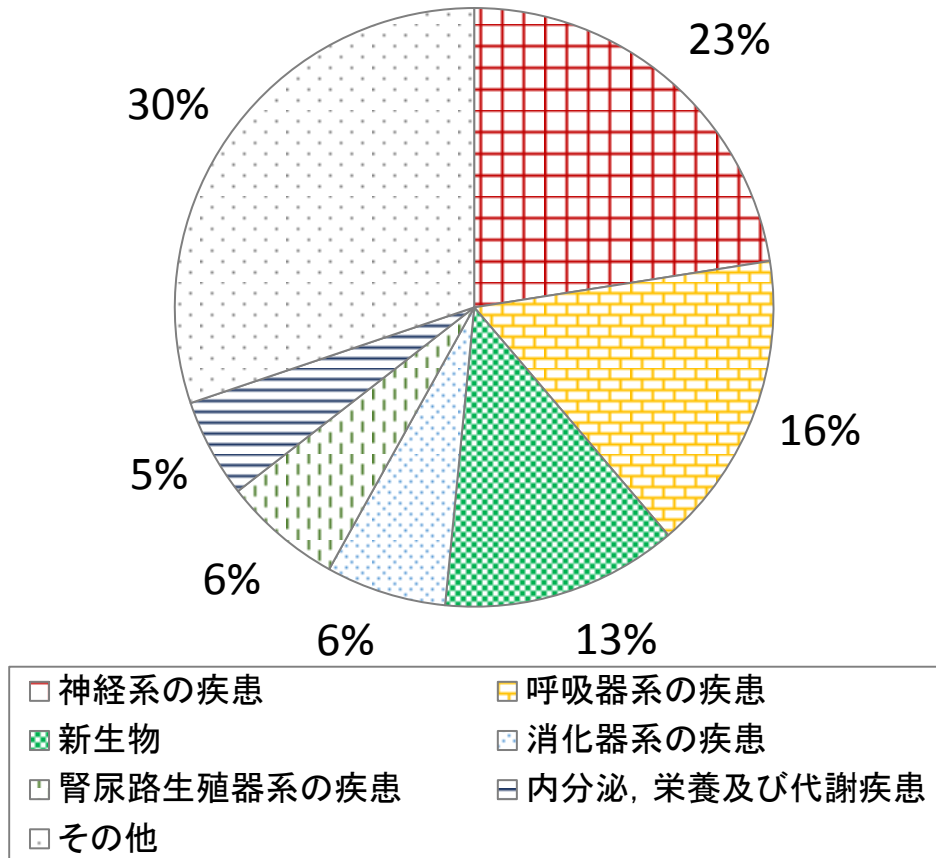
＜年齢階級別の小児科の入院患者＞



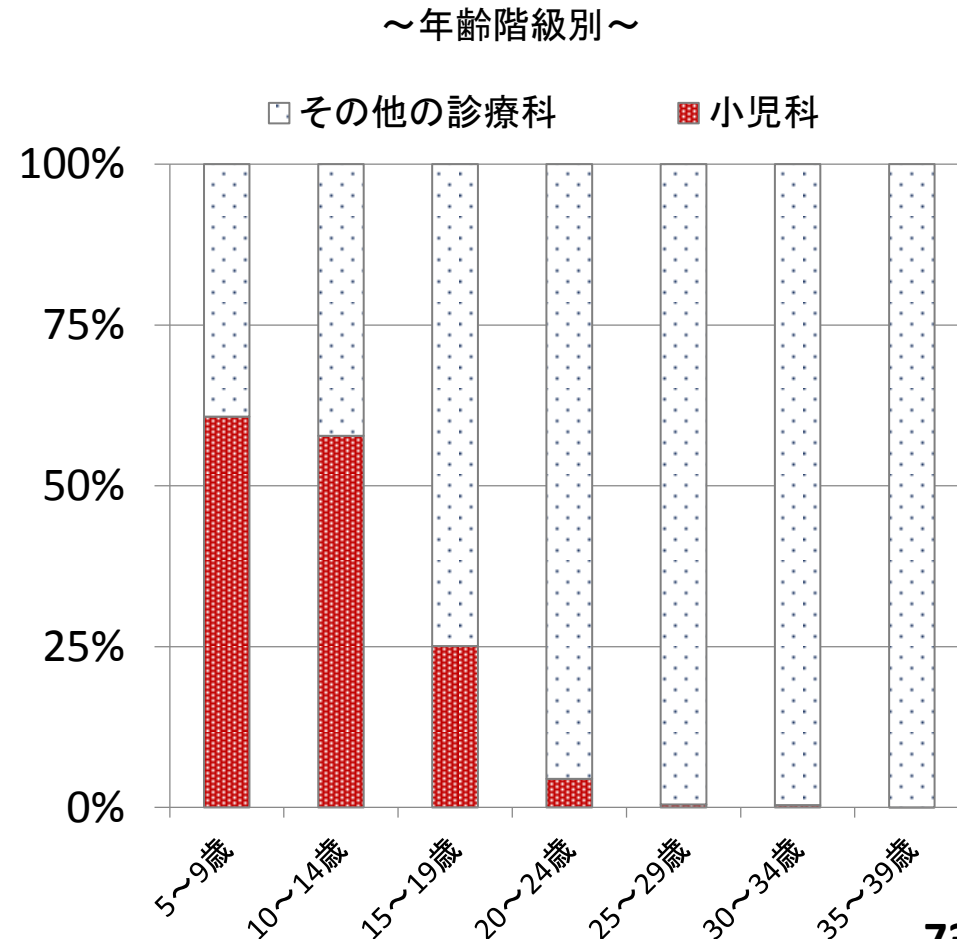
継続的な医療支援② ～15歳以上の小児科入院患者～

- 15歳～19歳の小児科入院患者の主傷病は、神経系・呼吸系・新生物の割合が高かった。
- 新生物の患者について、15～19歳までは小児科において診療を行っている患者が相当程度存在した。

＜15～19歳の小児科入院患者の主傷病＞



＜新生物が主傷病の患者の診療科＞



小児慢性期医療における課題と論点

【課題】

- 我が国の出生数・出生率は減少傾向にあり、15歳未満の外来・入院患者数も減少している。他方、NICUにおける長期入院児の数は増加傾向にあり、NICUでは満床のために救急搬送の受入ができない事例が生じている。
- 在宅での人工呼吸器管理を要する児や小児慢性特定疾患の患者数は増加傾向にあり、長期の療養が必要な児の在宅移行支援策の充実が求められている。
- 現在、退院に向けた支援は主として退院調整について行われている。重症児の退院に当たっては在宅医療の導入が重要となるが、小児入院医療管理料において在宅医療に関する評価は包括範囲に含まれており、積極的な評価は行われていない。
- 在宅移行後の支援として、医療型短期入所サービスは重要な役割を果たしており、種々の対策により事業所数・利用者数は増加傾向にある。人工呼吸器の管理を要する重症児が当該サービスを利用できない理由として「医療的ケアに対応して貰えない」ためとする回答が一定程度存在したが、医療型短期入所サービスが入院に当たるのかどうか取扱いが明確になっていないため、「J045 人工呼吸」の算定可否が不明確になっている。
- 小児慢性特定疾患の患者など長期の療養が必要な児については、継続的な診療が重要であると考えられるが、小児入院医療管理料の算定は15歳未満の患者に限定されており、診療の継続性の確保が困難な一因となっている。なお、実態として、15歳を超える児であっても小児科による入院診療を受けている患者が一定程度存在する。



【論点】

- 小児入院医療管理料について、在宅療養指導管理料や在宅療養指導管理材料加算など在宅医療の導入に係る項目については、退院した月にも算定できることとしてはどうか。
- 障害福祉サービスの一つである、医療型短期入所サービスの利用中も、障害福祉サービス報酬で評価される範囲を超えた、医療上の専門的な処置等については診療報酬上の評価を行うよう、診療報酬と、医療型短期入所サービスにかかる障害福祉サービス報酬の、給付調整ルールを明確化してはどうか。
- 小児入院医療管理料について、小児慢性特定疾患等小児科による長期にわたる療養を要する疾病等については、対象年齢の上限を延長することとしてはどうか。

3. 小児・周産期医療について

(1) 小児の慢性期医療について

(2) 精神疾患合併妊娠について

リスクの高い妊娠管理に関する評価の変遷

H20

【平成20年度改定】

・ハイリスク妊娠管理加算の創設

趣旨；合併症等により、リスクの高い妊婦に対する入院管理の評価

対象患者；妊娠22週から32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、心疾患等

H22

【平成22年度改定】

・ハイリスク妊娠管理加算等の対象を拡大

追加した対象疾患；多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延

H24

【平成24年度改定】

・ハイリスク妊産婦共同管理料の対象拡大及び評価の引き上げ

追加した対象疾患；多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延

・ハイリスク妊娠管理加算の評価の引き上げ

- 診療報酬上、身体疾患を合併した妊娠に対する評価は行われているが、精神疾患を合併する妊娠に対する評価は行われていない。

ハイリスク妊娠管理加算の概要

ハイリスク妊娠管理加算(1日につき) 1,200点

[趣旨]

保険診療の対照となる合併症を有している以下に掲げる疾患等の妊婦であって、医師がハイリスク妊娠管理が必要と認めた者に対して算定する(1入院に20日を限度)。

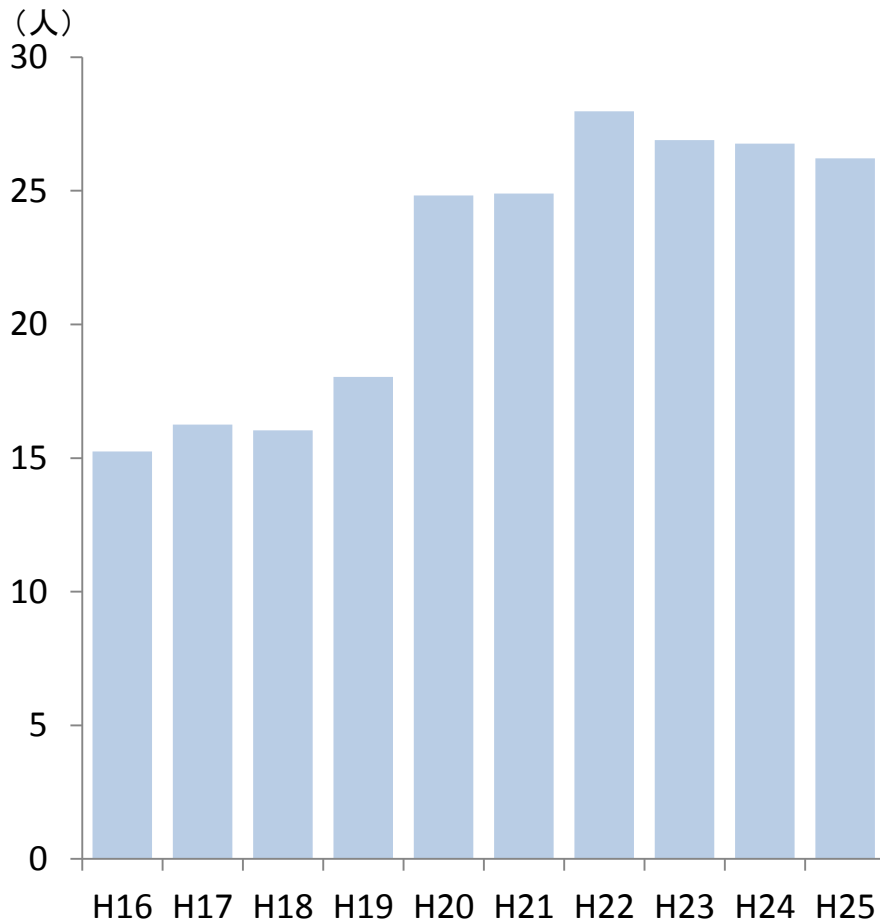
[対照疾患等]

妊娠22週から32週未満の早産の患者	腎疾患の患者
妊娠高血圧症候群重症の患者	膠原病の患者
前置胎盤(妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る)	特発性血小板減少性紫斑病の患者
妊娠30週未満の切迫早産の患者であって、子宮収縮、子宮出血、頸管の改題、短縮又は何かのいずれかの徴候を示しかつ前期破水等を合併する者	白血病の患者
	血友病の患者
多胎妊娠の患者	出血傾向の患者
子宮内胎児発育遅延の患者	HIV陽性の患者
心疾患の患者	Rh不適合の患者
糖尿病の患者	当該妊娠中に帝王切開術以外の回復手術を行った患者 又は行う予定のある患者
甲状腺疾患の患者	

精神疾患合併妊娠に係る状況

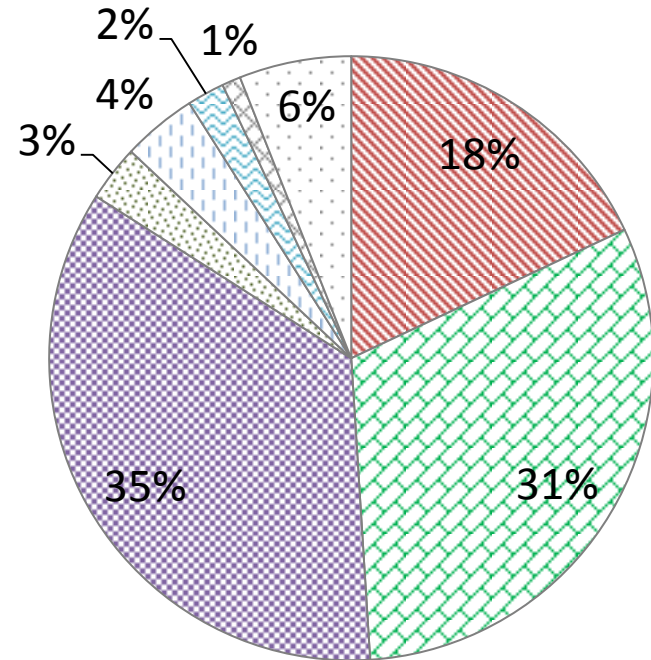
- 精神疾患を抱えながら妊娠・出産する女性は増加傾向にある。
- 妊婦が抱える精神疾患としては、「統合失調症」「気分障害」「適応障害」が大部分を占める。

<精神疾患合併妊娠の頻度(妊娠1000人当たり)>



<精神疾患の内訳>

～横浜市立大学センター病院における精神合併妊娠～



- | | |
|-----------------|-----------------|
| ■ 統合失調症・非定型精神病等 | ■ 気分障害・うつ病・躁鬱病等 |
| ■ パニック障害・適応障害 | ■ 摂食障害 |
| ■ 人格障害・境界型人格障害等 | ■ 精神発達遅滞 |
| ■ 中毒精神病 | ■ その他 |

精神疾患が妊娠に与える影響について

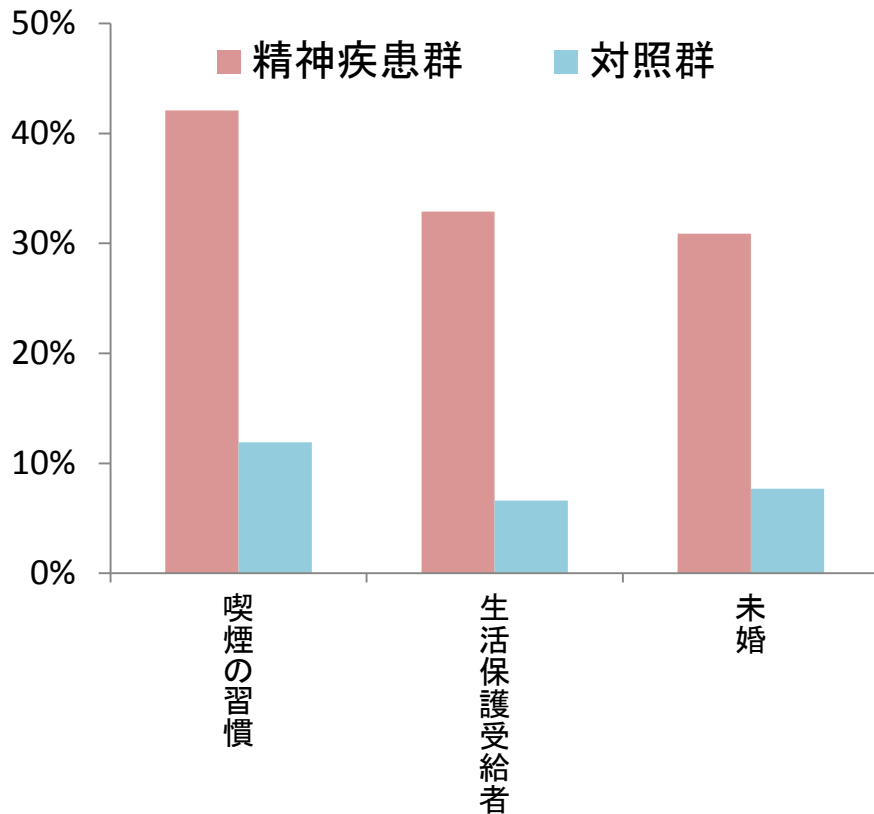
○ 精神疾患を合併する妊娠については、催奇形性や産科的合併症・新生児合併症のリスクが指摘されており、十分な管理を要する。

疾患	催奇形性	産科的合併症	新生児合併症
神経症性障害	—	<ul style="list-style-type: none"> ・器械分娩の増加 ・遅延分娩 ・誘発分娩 ・NRFS ・早産 ・流産 	<ul style="list-style-type: none"> ・発達障害 ・適応不良
うつ病	—	<ul style="list-style-type: none"> ・胎児発育不全 	<ul style="list-style-type: none"> ・低出生体重 ・副腎ホルモン高値 ・NICU入院率上昇
双極性障害	—	<ul style="list-style-type: none"> ・胎児発育不全 	<ul style="list-style-type: none"> ・低出生体重 ・副腎ホルモン高値 ・NICU入院率上昇
統合失調症	<ul style="list-style-type: none"> ・心血管奇形 ・その他の先天奇形 	<ul style="list-style-type: none"> ・早産 ・胎児発育不全 ・胎盤異常 ・分娩前の出血 	<ul style="list-style-type: none"> ・低出生体重 ・新生児死亡

精神疾患合併妊娠の特徴

○ 2009-2011年間に、大阪府立急性期総合医療センターで取り扱った出産事例1,166例(搬送事例等を除く)について、精神疾患を合併していた152例(精神疾患群)と合併していなかった1,014例(対照群)を比較し、以下の結果を得た。

＜妊婦の生活状況＞



＜精神疾患合併妊娠における早産リスク＞

	調整オッズ比* (95%CI)
早産 (37週未満)	2.46 (1.62 – 3.69)
低出生体重児 (2,500g未満)	1.83 (1.32 – 2.55)

*妊産婦年齢、婚姻状況、出産経歴、喫煙歴、経済状況、不適切な周産期ケア、妊娠高血圧について調整

精神疾患合併妊娠では、その他の妊娠と比べて

- ・妊娠リスクの高い生活状況にある
- ・早産等のリスクが高い

などの傾向がみられた。

参考：精神疾患合併妊娠の一例（統合失調症）

[年齢]

28歳 1回経妊1回経産

[既往歴]

23歳 統合失調症

[家族歴]

特記事項なし

[現病歴]

第1子妊娠時

23歳、結婚した後から感情の起伏が激しくなり、家出先で叫んでいるところを警察に保護され、統合失調症と診断された。内服治療でコントロールは良好であったが、第1子妊娠中に幻覚妄想状態が再燃した。抗精神薬の服用の必要性を説明するも、「赤ちゃんが殺されるから」と拒薬し、腫れるほど自分を叩いたり首を絞めたりするようになり医療保護入院となった。服薬指導により被害妄想や奇異な言動の改善がみられ、自然経膣分娩となった。

第2子妊娠時

状態は安定していたが、第2子の妊娠が判明し自己判断で内服中止した。妊娠35週に妄想が再燃し、刃物を手にするようになったため、医療保護入院となった。妊娠37週で正常経膣分娩したが、その後も被害関係妄想などによる不安恐怖の訴えが強く、閉鎖病棟へ転棟し内服治療が行われた。徐々に精神症状は改善し、産後2か月で退院となった。

統合失調症は、安定した精神状態を維持するために薬剤使用を継続する必要があることが多い。向精神薬の催奇形性や胎児毒性が非常に高い訳ではないという十分な理解を得て服薬継続するのが現実的である。

一方、統合失調症ではコントロールに比してsmall for dates infantや低出生体重、早産など分娩時合併症が多いとする報告もあるため注意が必要である。
(「周産期医学」本文より抜粋)

精神疾患合併患者における妊娠管理

出産前・出産後の精神保健；診療及び医学管理に関するガイドライン

NICE(National Institute for Health and Care Excellence) 17 Dec. 2014

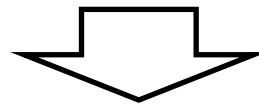
実施に当たっての重要事項（一部要約）

- **妊孕性のある女性への配慮**
 - － 精神疾患の既往がある又は罹患している女性等に対して、疾患やその治療が妊娠・出産・育児等にどのような影響を与えるか等について、説明を行うこと
 - － 妊孕性のある女性に対して長期の治療等にバルプロ酸を勧めないこと
- **妊娠中・出産後のケアについて**
 - － 精神疾患に関する治療や診療に携わる医療従事者の役割、責任等を明確にしたケアプランを作成し、妊娠中及び産後のケアに当たること
- **患者への情報提供と助言**
 - － 個々の患者に合わせて、妊娠中・出産後における精神疾患やその治療のリスク/ベネフィットを適切に説明すること
- **治療の開始、継続、中止**
 - － 妊娠期間中に治療を開始するに当たっては、リスク/ベネフィットを考慮すると薬物療法を実施するハードルは高くなっていることや精神療法の効果等を説明すること
 - － 妊娠初期において、妊婦が催奇形性のある向精神薬を服用した場合には、すぐに妊娠の確認を行うとともに、胎児奇形のリスクや今後の服薬管理、検査の必要性等について説明すること
- **三環系抗うつ薬、選択的セロトニン再取り込み阻害薬、ノルアドレナリン再取り込み阻害薬**
 - － これらの薬剤を使用する場合には、妊娠週数や薬剤の効果・安全性、中止時の離脱症状等についても考慮に入れること
- **妊娠中・出産後の精神状態の把握**
 - － プライマリケアへの初回受診時等には、うつ症状に関する事項をそれとなく質問することを考慮すること
- **妊娠中・出産後の介入について**
 - － 妊娠中に診療を行う医療従事者は、当該期間中の症状の表現系が多様であることに留意する必要がある

精神疾患合併妊娠における課題と論点

【課題】

- これまで、身体疾患を合併した妊娠に対する診療報酬上の評価は行われてきたが、精神疾患を合併する妊娠に対する評価は行われていない。一方、精神疾患を抱えながら妊娠・出産する女性は増加する傾向にあり、統合失調症や気分障害、適応障害等の割合が高い。
- 精神疾患を合併する妊娠については、催奇形性や産科的合併症、新生児合併症のリスクが指摘されている。また、精神疾患合併妊娠症例では喫煙習慣や経済的背景など、その他の妊娠症例とは生活環境に違いがみられた。
- 精神疾患合併妊娠では、精神疾患の管理が重要であり、患者のリスク/ベネフィット等を考慮しつつ、内服治療も含めた医学的な管理が重要である。



【論点】

- 精神疾患を合併した場合の妊娠・出産リスク等を考慮し、ハイリスク妊娠管理加算の対象に、精神疾患に罹患している患者を加えることとしてはどうか。

1. 高度急性期医療について
2. 救急医療について
3. 小児・周産期医療について
- 4. 医科・歯科連携による栄養管理について**
5. 栄養食事指導について

医科・歯科連携に係る主な診療報酬上の評価の変遷

【平成22年度】

栄養サポートチーム加算の新設; 栄養障害を生じている患者又は栄養障害を生じるリスクの高い患者に対して、多職種からなるチームを編成し、栄養状態の改善に向けた取組に対する評価を新設。

【平成24年度】

周術期口腔機能管理料等の新設; 歯科を有する病院や病院と連携した歯科医療機関において、がん患者等の周術期の患者に対する歯科医師の包括的な口腔機能の管理に対する評価を新設。

周術期専門的口腔衛生処置の新設; 入院中の患者を対象とした、歯科衛生士による周術期専門的口腔衛生処置に対する評価を新設。

【平成26年度】

歯科医療機関連携加算の新設;

- ・歯科を標榜していない病院において、歯科医師による周術期口腔機能管理が必要な患者を、術前に歯科を標榜する保健医療機関に対して紹介した場合等の評価を新設。
- ・在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者について、在宅療養歯科診療所に対して情報提供を行った場合を評価

周術期口腔機能管理後手術加算の新設; 歯科医師による周術期口腔機能管理後に手術を実施した場合の手術料の加算の創設。

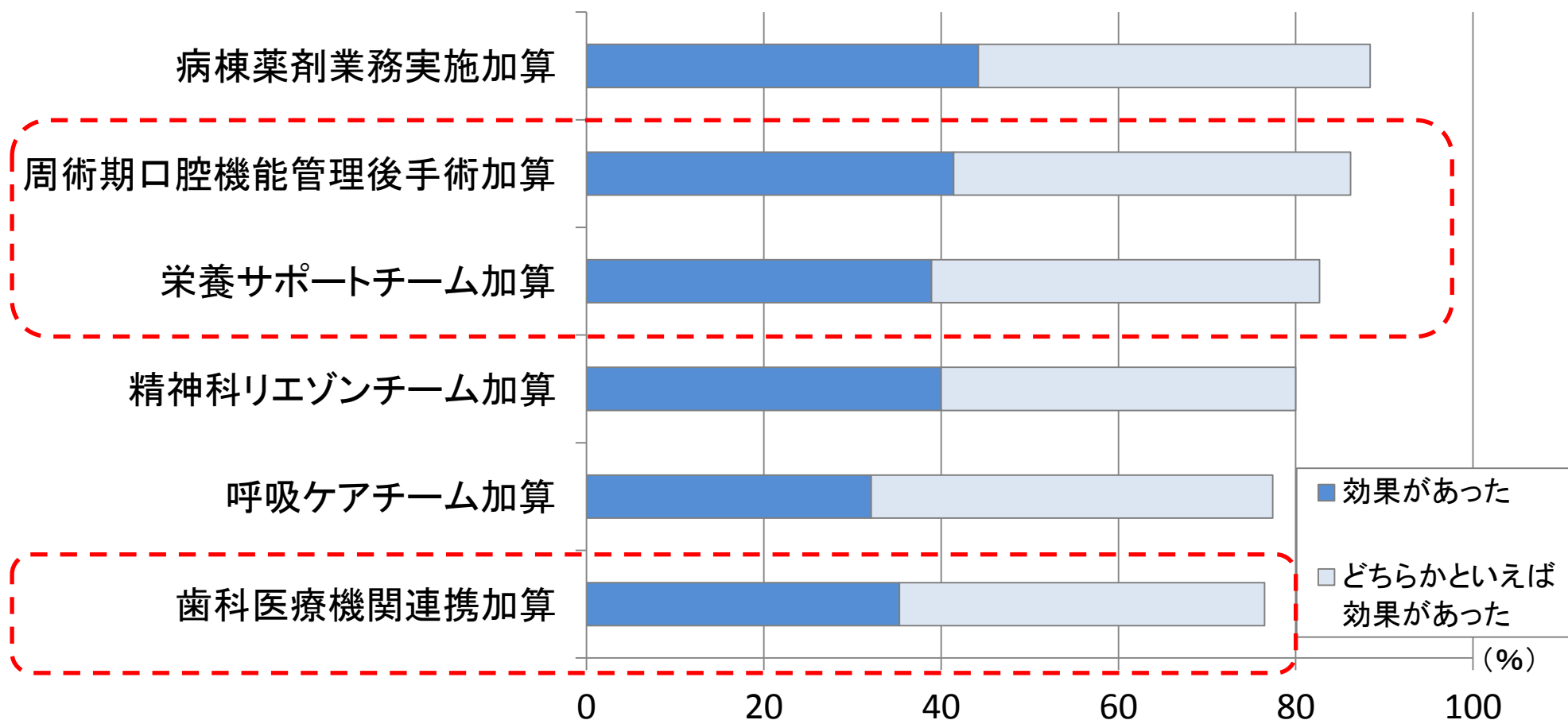
チーム医療に関する診療報酬項目の効果

中医協 総-2
(改)
2 7. 10. 14

- 周術期口腔機能管理後手術加算や栄養サポートチーム加算、歯科医療機関連携加算など歯科医師を含めたチーム医療に関する項目について、概ね80%程度の医療機関が効果があったと回答した。

＜チーム医療に関する診療報酬項目の医療サービス向上効果＞

～各項目を算定している医療機関～



栄養サポートチーム加算の概要

栄養サポートチーム加算(週1回)

200点

[概要]

栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した他職種からなるチームが診療することを評価したもの。

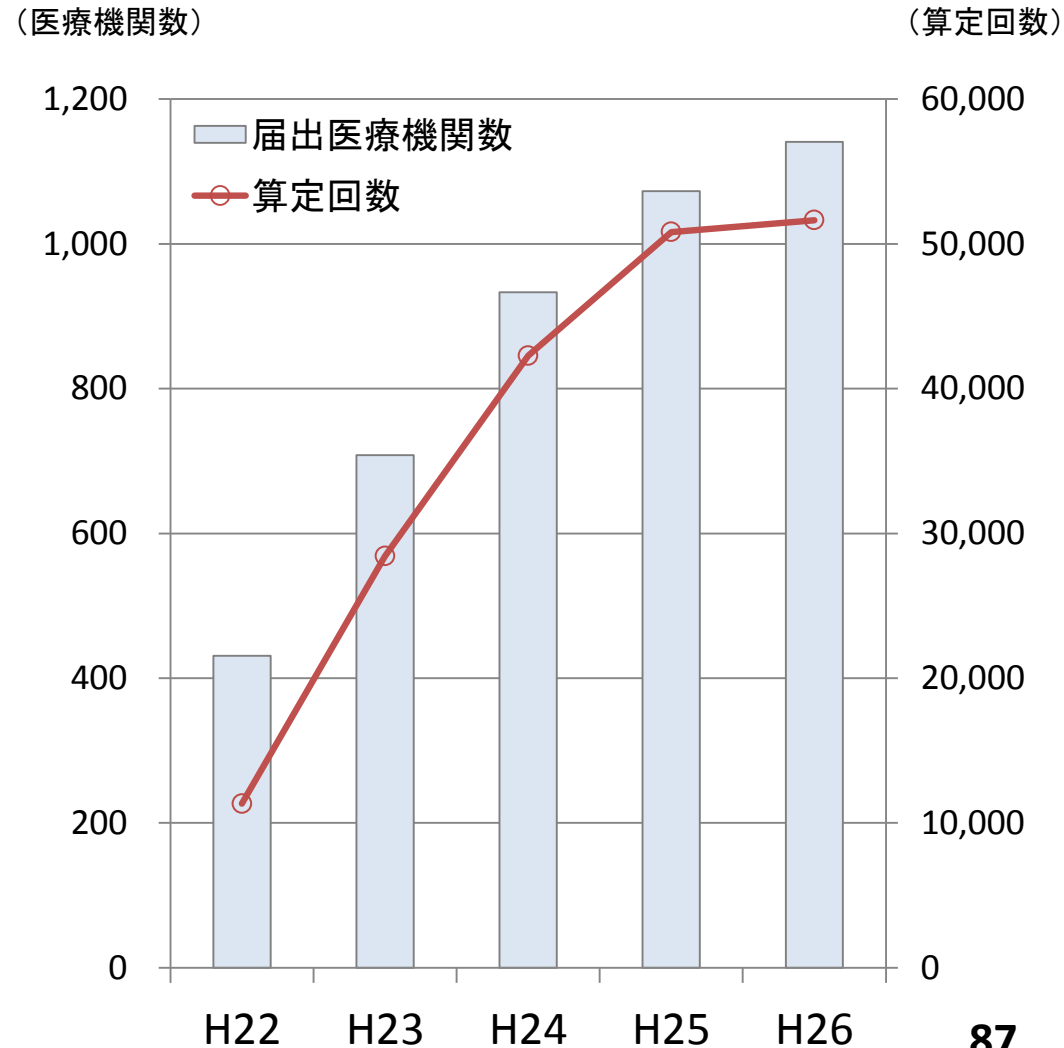
[算定要件]

- ・回診及びカンファレンスの実施
- ・栄養治療実施計画の作成
- ・退院時等の指導
- ・様々なチーム医療の連携 等

[施設基準]

- ・専任の配置が必要な職員
医師・看護師・薬剤師・管理栄養士
- ・配置されることが望ましい職員
歯科医師・歯科衛生士・臨床検査技師・理学療法士・作業療法士・社会福祉士・言語聴覚士 等

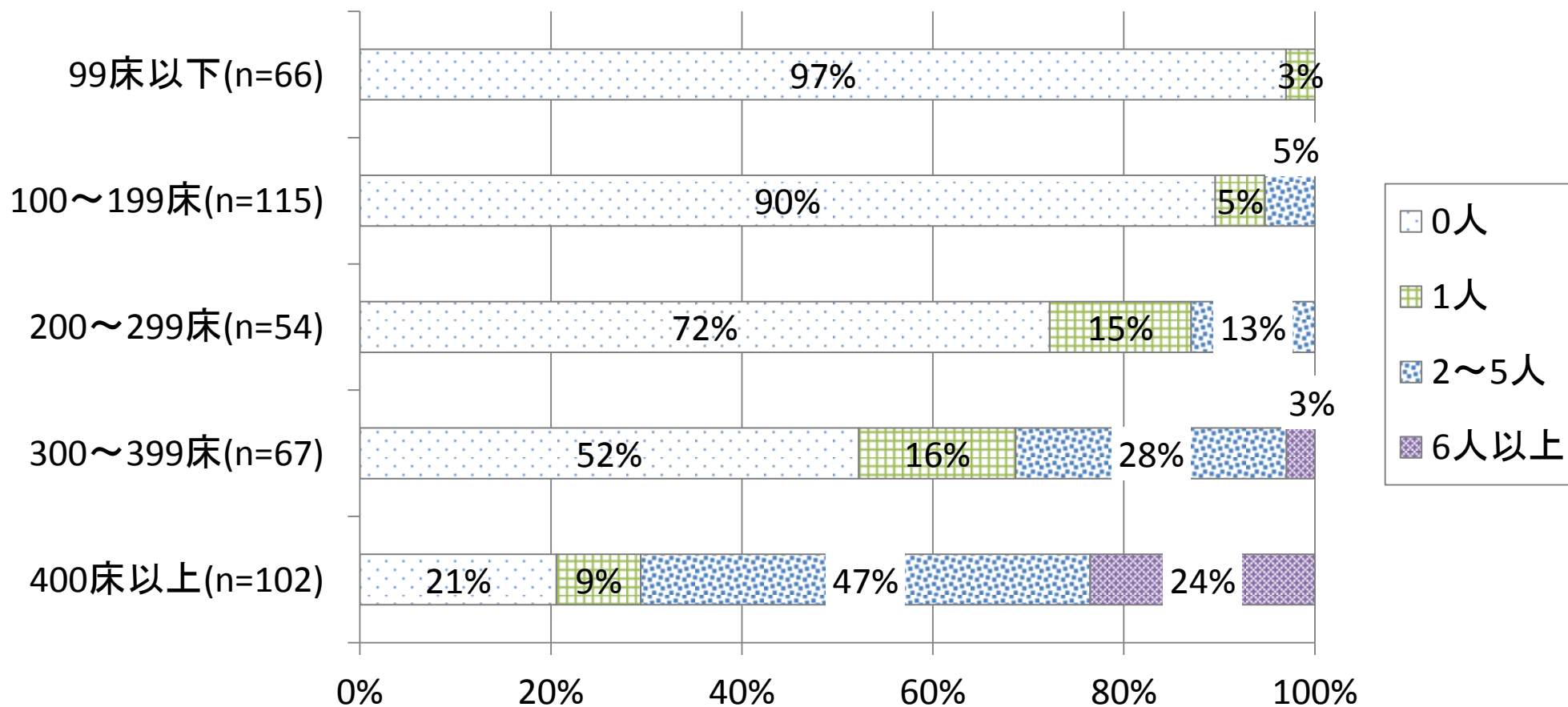
<栄養サポートチーム加算の算定回数・届出医療機関数>



医療機関における歯科医師の配置状況

○ 400床以上の医療機関においては、常勤又は非常勤の歯科医師が勤務している割合が多いが、400床未満の医療機関では多くの医療機関で歯科医師の勤務はみられなかった。

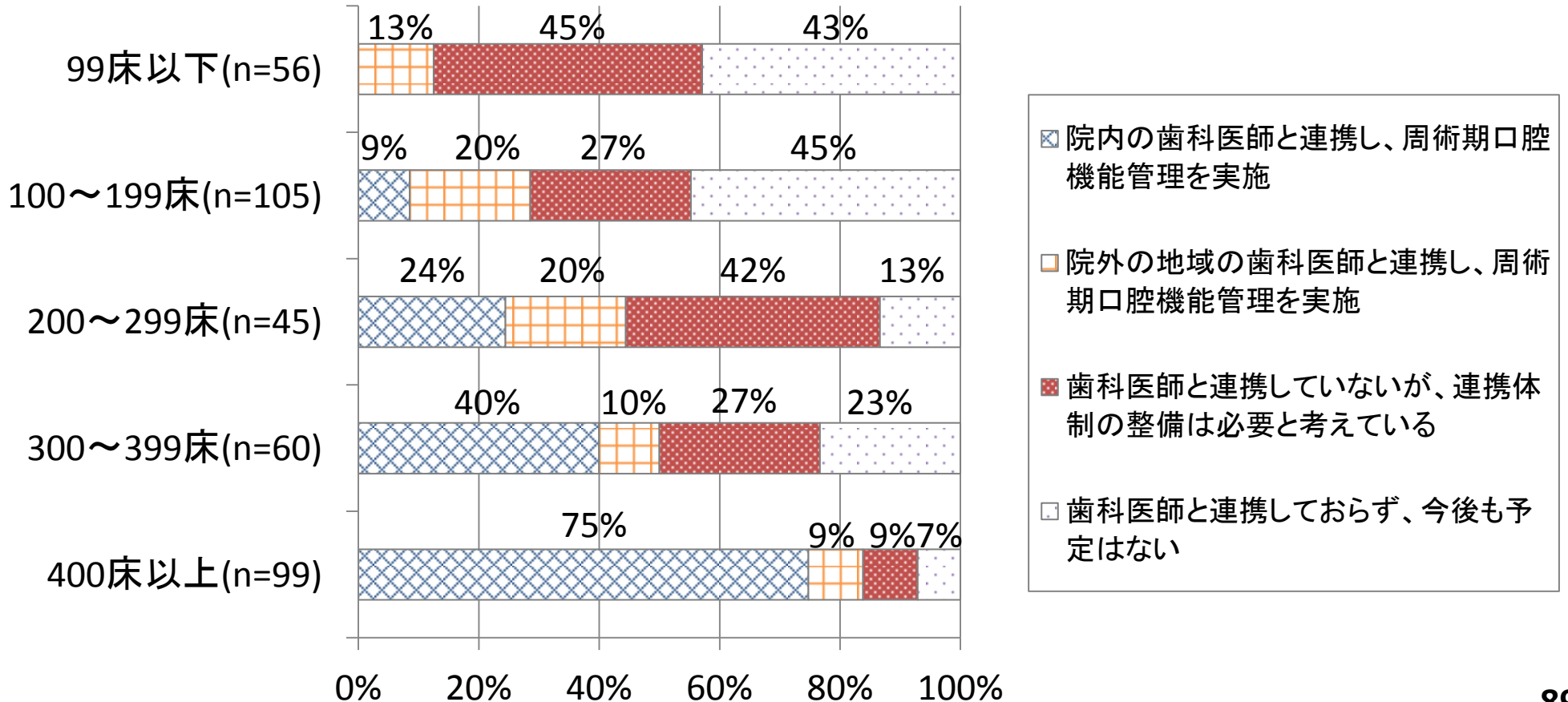
＜常勤・非常勤の歯科医師の勤務状況(病床規模別)＞



歯科医師との連携状況

- 400床未満の医療機関では、
 - 院内の歯科医師との連携の他、院外の歯科医師と連携している施設が一定程度みられた。
 - 30～40%程度の医療機関は、現在は連携していないものの、歯科医師との連携体制の整備が必要であると考えていた。

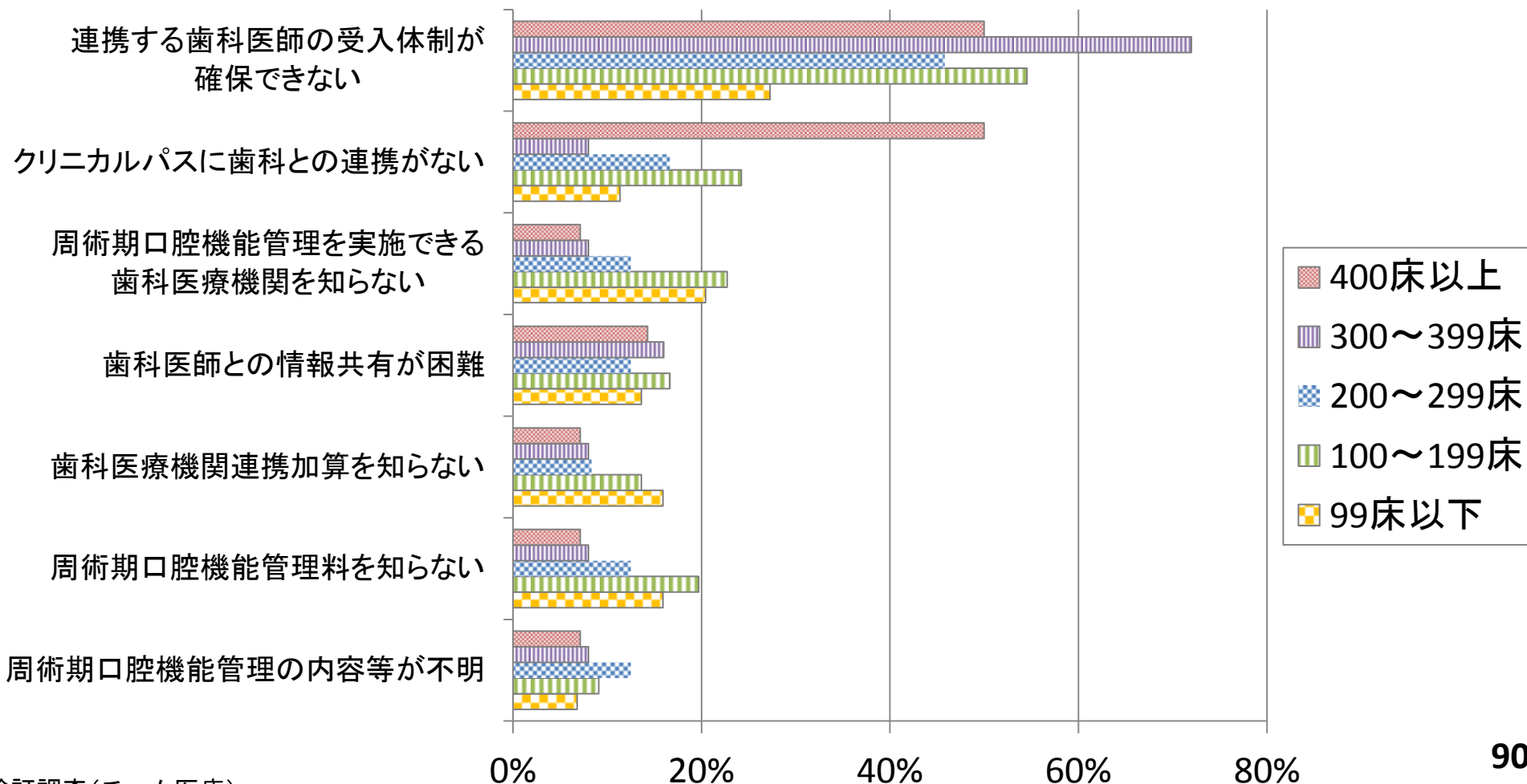
＜歯科医師との連携状況(病床規模別)＞



医療機関が歯科医師と連携できない理由

- 病床規模に関わらず、医療機関が歯科医師と連携できない理由として最も多くみられたのは「連携する歯科医師の受入体制が確保できない」であった。

< 歯科医師と連携していない理由(病床規模別) >



病棟での歯科医師による栄養サポート

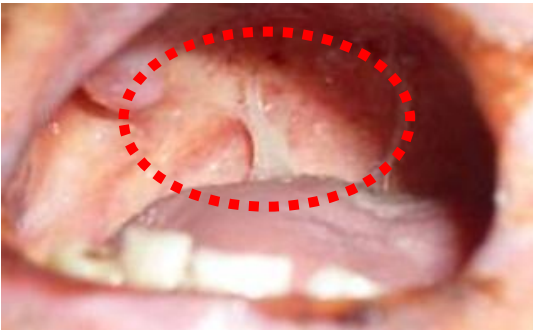
○ 栄養サポートチームにおける連携（例）

- NST回診時、病棟からの依頼や必要に応じて口腔内診査・口腔管理
- 口腔管理（口腔清掃方法、口腔乾燥に対する管理、義歯の使用方法等）に関して、患者本人または看護師等への指導・助言
- 歯科医療関係者による専門的な口腔管理の必要性の判断
- 歯科治療の必要性の判断→必要に応じて応急処置、緊急性がない場合は歯科治療の依頼

【NST回診による連携事例】 化学療法開始後、栄養摂取に困難をきたした症例

（症例）67歳 男性 進行性胃がんにて入院 化学療法施行

NST介入前



- 義歯が装着されず、痰が絡んだ状態となっている

【NST回診による歯科介入】

- キシロカインスプレーを使用した口腔管理
- 上下顎の義歯内面適合法を実施

NST介入前後



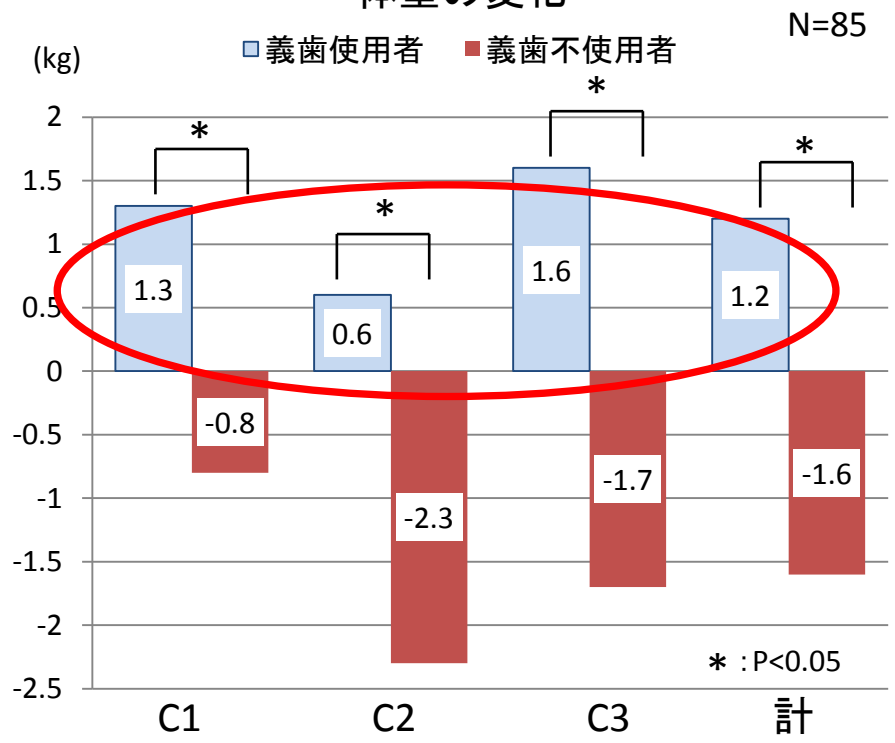
- 口腔内の環境が改善し、義歯の修理・調整を行ったことにより、経口摂取が可能になった
- 栄養摂取量が増加し、一時退院が可能となった

訪問歯科診療による全身状態への影響

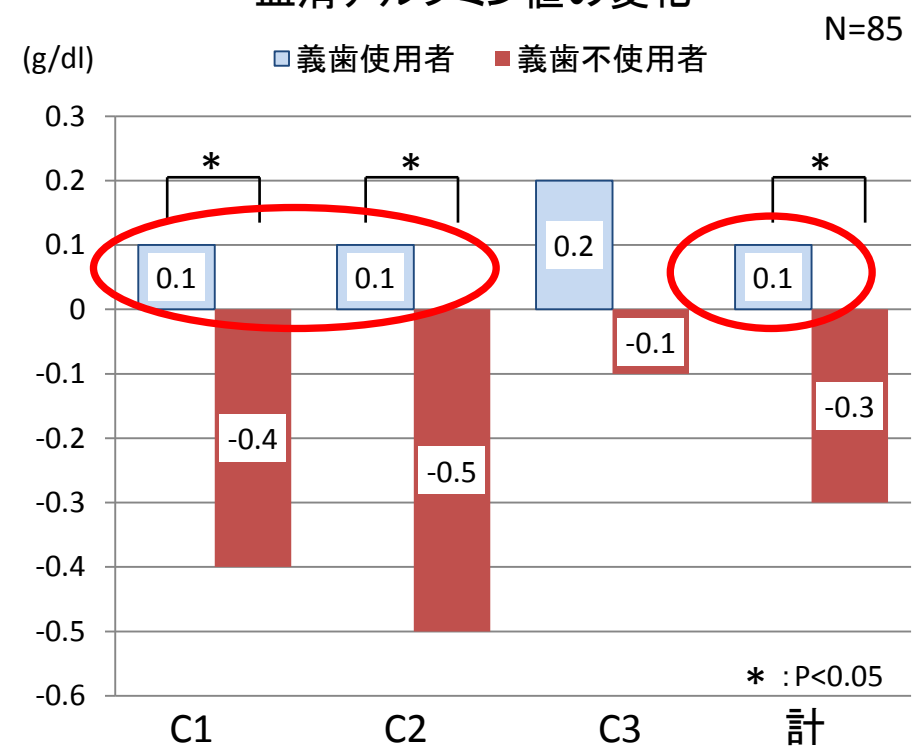
(要介護者に対する義歯治療6か月後の体重と血清アルブミン値の変化)

療養型医療施設入院患者で、アイヒナー分類(咬合支持域の分類)のC群(上下奥歯の接触がなく、咬合が不安定な状態)に該当する85名(平均年齢85.2歳)に対して、義歯治療を行って義歯を使用した者(義歯使用者)と義歯治療を行っていない者(義歯不使用者)の6か月後の体重及び血清アルブミン値を測定

体重の変化



血清アルブミン値の変化



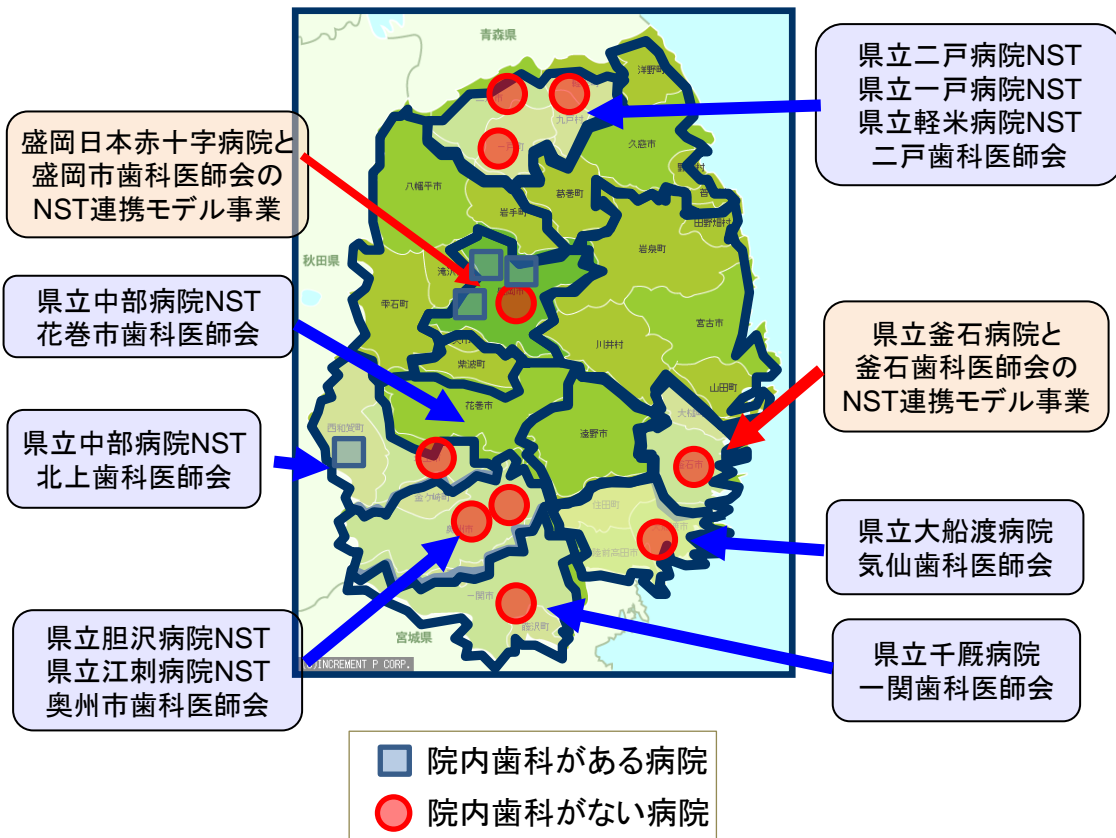
(参考:アイヒナー分類) C1:上下顎に残存歯がある(すれちがい咬合) C2:上下顎のうち片顎が無歯顎 C3:上下顎とも無歯顎

C群に該当する者のうち、義歯使用者は義歯不使用者に比べて、体重や血清アルブミン値が、それぞれ有意に増加している。

NSTにおける医科歯科連携の事例

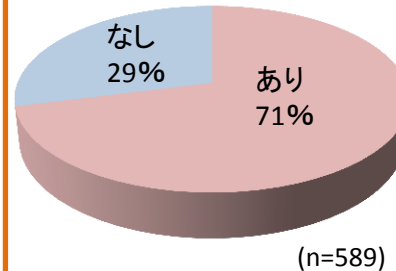
岩手県の例

県内の13地区歯科医師会中、8地区歯科医師会が
“NST”をキーワードとして、病院と組織的連携(H19～)

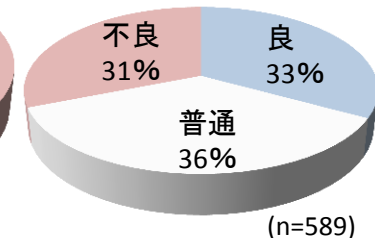


NST連携での口腔に関する指示 ～8年間の状況～

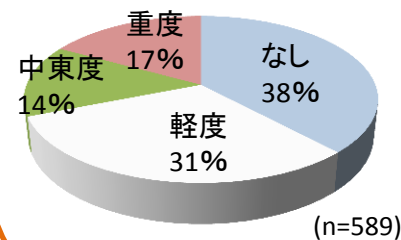
歯科に関連する指示



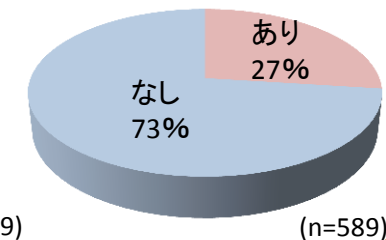
口腔清掃状態



口腔乾燥

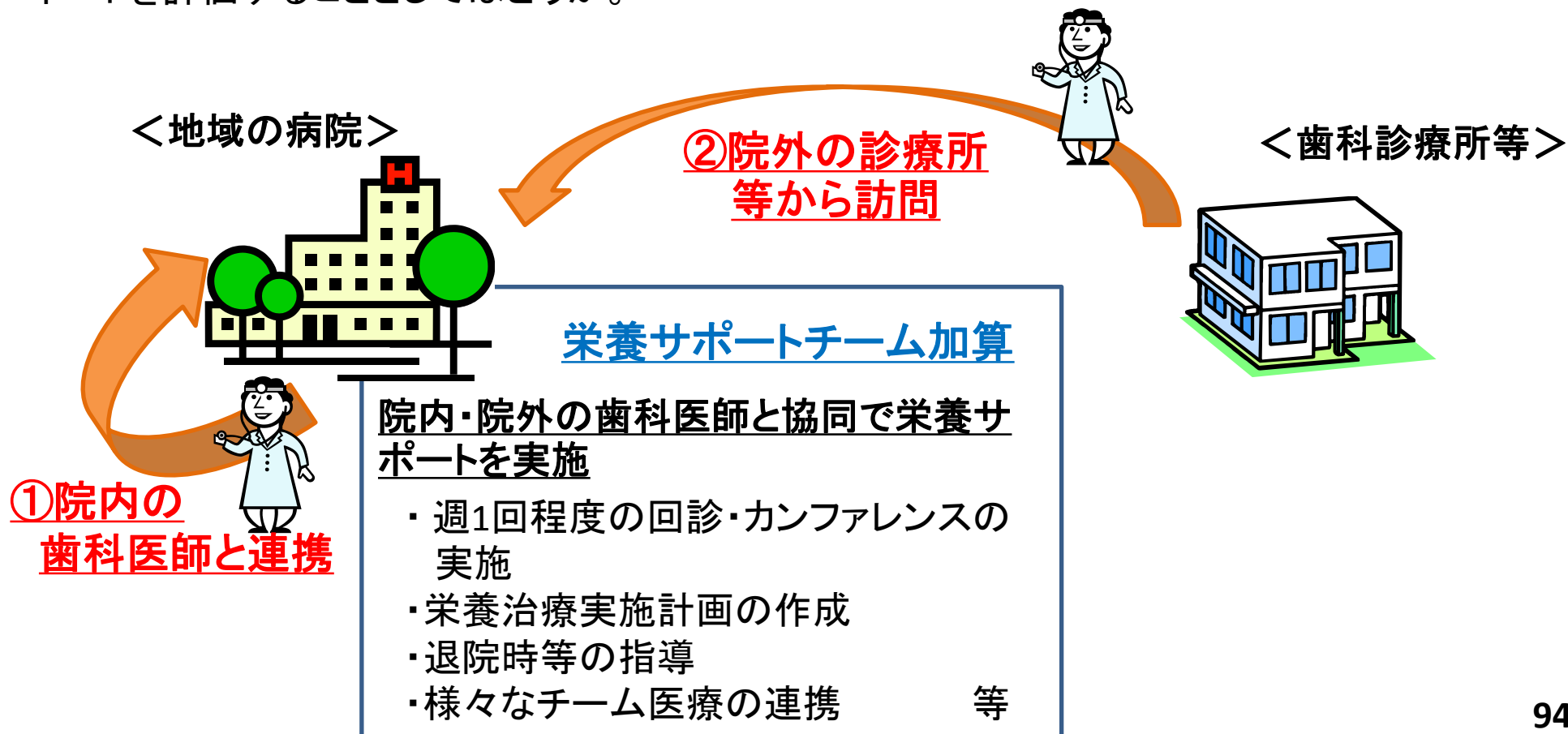


義歯に関連する指示



歯科医師と連携した栄養サポートチーム加算の算定イメージ

- 歯科医師との連携による栄養サポートの推進を図るため、「配置することが望ましい」となっている歯科医師が配置されている場合を評価してはどうか。
- さらに、院外の診療所から歯科医師が訪問した上で、院内のスタッフと協同で実施した栄養サポートを評価することとしてはどうか。



歯科医師との連携による栄養管理の課題と論点

【課題】

- これまで、累次の改定において医科・歯科の連携に係る評価を推進しており、関連する評価項目を算定している医療機関の多くが医療サービスの向上に効果があったと回答している。
- 現行の栄養サポートチーム加算において、施設基準の要件とはなっていないものの、歯科医師が配置されていることが望ましいとされている。
- 大病院では、歯科医師が勤務している割合が高く、院内で歯科医師と連携している医療機関が多かった。他方、小～中規模の医療機関では、歯科医師が勤務している医療機関は少なかったものの、歯科医師との連携が必要であると考えている医療機関が30～40%程度存在しており、一部の医療機関では院外の歯科医師と連携体制を構築していた。
- 歯科医師が栄養サポートチームに加わることで、口腔清掃や義歯の管理等の口腔管理が向上することが期待される。また、適切な義歯治療を行うことで体重や血清アルブミン値が改善することが報告されている。
- 一部の地域において、地域の病院と院外の歯科医療機関が連携して栄養サポートチームを形成している事例がみられる。



【論点】

- 栄養サポートチームに歯科医師が配置されている場合を評価してはどうか。
- また、歯科医師が勤務していない医療機関において、歯科医師との連携による栄養サポートの推進を図るため、院外の診療所等から歯科医師が訪問した上で、院内スタッフと協同で栄養サポートを実施することを評価してはどうか。

1. 高度急性期医療について
2. 救急医療について
3. 小児・周産期医療について
4. 医科・歯科連携による栄養管理について
- 5. 栄養食事指導について**

栄養に関する診療報酬上の主な評価

入院

○栄養サポートチーム加算
(200点/週1回)

○入院栄養食事指導料
(125~130点/週1回・入院中2回)
管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の**特別食が必要な患者**に対して食事計画案などを交付し、**概ね15分以上**指導を実施

○集団栄養食事指導料
(80点/月1回)

○摂食障害入院医療管理加算
※治療を行う職種に管理栄養士が含まれる
(200点(30日以内)、100点(31~60日以内))

特別食 (1食当たり76円を食事療養費に加算)

腎臓食	痛風食	小児食物アレルギー食 ^{注1)}
肝臓食	フェニールケトン尿症食	特別な場合の検査食 ^{注2)}
糖尿食	楓糖尿症食	
胃潰瘍食	ホモシスチン尿症食	注1: 外来及び入院栄養食事指導料に限る。
貧血食	ガラクトース血症食	注2: 単なる流動食及び軟食を除く。
脾臓食	治療乳	
脂質異常症食	無菌食	

外来

○外来栄養食事指導料
(130点/月1回)
管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の**特別食が必要な患者**に対して食事計画案などを交付し、**概ね15分以上**指導を実施

○糖尿病透析予防指導管理料
(350点/月1回)

在宅訪問

○在宅患者訪問栄養食事指導料
(450~530点/月2回)
管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の**特別食が必要な在宅で療養を行っている患者**に対して食事計画案などを交付し、**30分以上調理を介して実技を伴う指導**を実施

○在宅患者訪問褥瘡管理指導料
※在宅褥瘡対策チームの一員に管理栄養士が含まれる
(750点/2回まで)

がん患者の食欲低下と栄養食事指導

- がんによる化学療法中の患者の多くに食欲低下がみられる。
- こうした患者には、症状等に応じたきめ細かな食事の工夫と指導が必要である。

がん化学療法中の入院患者102名のうち、67名(66%)に食欲低下がみられ、その原因は食欲不振、嘔気、味覚変化等であった。

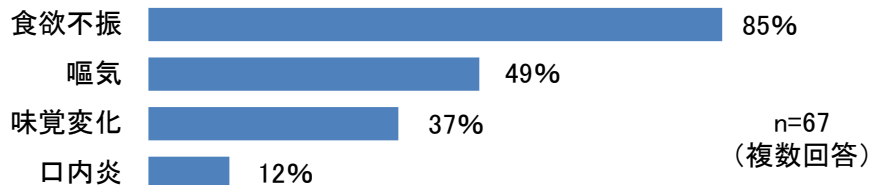


図 食欲低下の理由

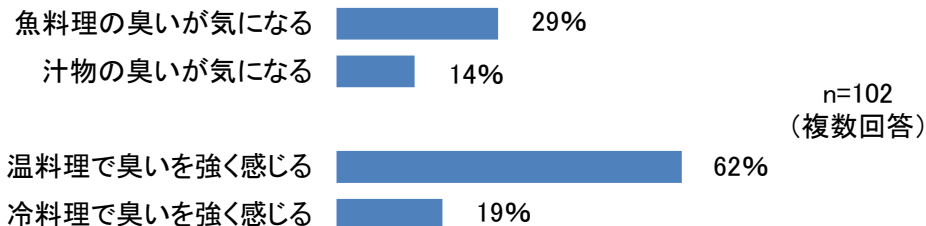


図 嗅覚の変化や温度による臭いの感じ方

(出典: 山田千夏ら. 日本農村医学会雑誌. 60(2), 59-65, 2011)
(図は保険局医療課で作成)

表 化学療法中の食事の工夫及び指導の例

悪心・嘔吐	<ul style="list-style-type: none"> ・ 頻回に少量ずつ分けて食べる。 ・ 刺激の強い食事や油分の多い食事は控える。 ・ 冷たく口当たりの良いものやレモンなどを使用する。 ・ 吐き気が強いときは、食事を休み水分摂取を促す。 ・ いろいろな食品を使わず、シンプルな料理にしてみる。 ・ 同じものを続けて食べない。
味覚異常	<ul style="list-style-type: none"> ・ 味を感じない場合は、味を濃くしてみる。 ・ 塩、醤油味を苦く感じる場合(や金属のような味がする場合は)、塩、醤油を控え、だし味や味噌味を利用してみる。レモンなどの柑橘類を使用してみる。 ・ 食べ物が全体的に苦く感じる場合は、甘みを強くしてみたり、キャラメルなどで口直しをしてみる。 ・ 甘みを強く感じる場合は、砂糖やみりんは控えて、塩味や醤油味を使用してみる。レモンなどの酸味やスパイスを利用してみる。
口腔粘膜炎(口内炎)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事の硬度を減らし、軟らかいものにする。 ・ 極端に熱いものや刺激の強いものは控える。
食欲不振	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食べたい時に、好みの食べたい物を食べる。 ・ 少量ずつ盛りつけて、品数を増やす。 ・ 主食をパンや麺類にかえてみる。 ・ ゼリー状のもの、冷たいもの、香りの良いものを利用する。 ・ 栄養補助食品を利用する。

(出典: 小林由佳ら. 静脈経腸栄養. 28(2), 627-34, 2013)

きめ細かな個別支援が必要

がん患者への栄養食事指導の効果

- 放射線治療を受けるがん患者への個別の栄養食事指導により、栄養状態やQOLが改善するとされている。

A ランダム化比較試験

[対象者] 放射線治療を受ける消化器がん又は頭頸部がん外来患者60名(平均61.9±14.0歳)

[方法] 対象者を**介入群**(放射線治療開始時から管理栄養士による個別栄養食事指導を定期的実施)又は**対照群**(小冊子による栄養情報の提供等、通常ケアを実施)のいずれかにランダムに割り付け、放射線治療開始後12週間の体重増加量やQOLスコア増加量等を比較

管理栄養士の個別栄養食事指導により、体重管理及びQOLに有益な効果

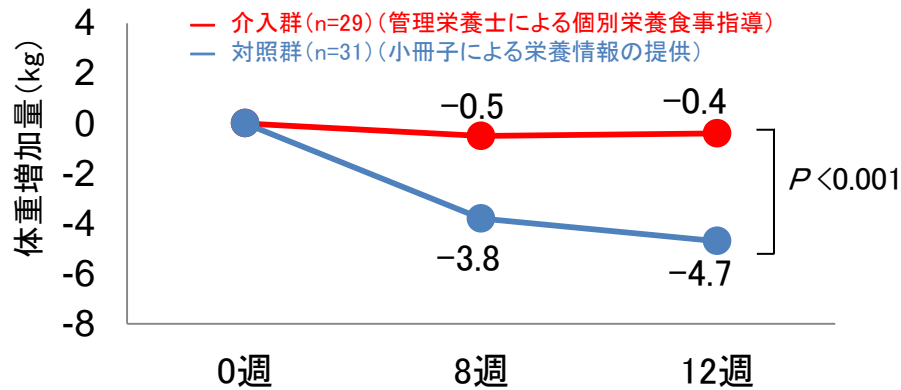


図 体重の変化

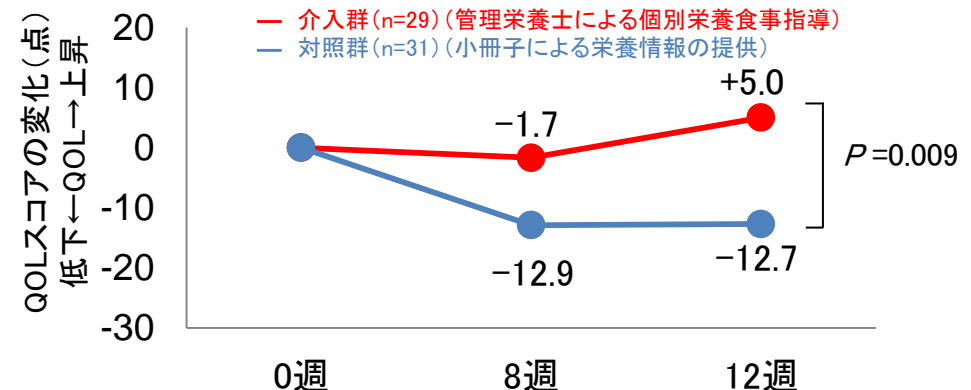


図 QOLスコアの変化

(出典: Isenring EA et al. *Br J Cancer* 2004; 91: 447-52.) (図は保険局医療課で作成)

B 文献評価(システマティックレビュー)

[内容] 放射線治療を受ける頭頸部がん患者に対する栄養的介入が患者の栄養状態やQOL等に与える効果について、Pubmed、EMBASE、Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)、CINAHLを用いて、関連のランダム化比較試験を検索・精査し、データを抽出・評価。

「管理栄養士による個別栄養食事指導は、一般的な栄養アドバイスなどに比べて、放射線治療を受ける頭頸部がん患者の栄養状態、QOL等に有益な効果をもたらす。」

(出典: Langius JA et al. *Clin Nutr* 2013; 32: 671-8.)

嚥下障害への対応

- 患者・家族への嚥下食に関する指導は、実態として比較的多くの施設で既に実施されている。

表 管理栄養士・栄養士が嚥下障害に関して実施している項目(複数回答)

活動内容	施設数 (n=216)	%
病棟スタッフからの嚥下食の相談対応	210	97
ミールラウンド(食事観察)の実施	188	87
患者・家族への嚥下食に関する指導	179	83
栄養サポートチーム活動の一環として嚥下に対応	141	65
症例カンファレンスへの定期的な参加	135	63

[調査対象]

日本栄養士会医療事業部から各都道府県栄養士会医療事業部を通じてアンケート調査を依頼し、同意が得られた全国216施設(病院、介護保険施設等)

(出典: 日本栄養士会: 平成25年度政策課題「嚥下対応食(嚥下調整食)に関するアンケート調査」結果報告)
(表は保険局医療課で一部改変)

低栄養への対応と効果

- 個別栄養食事指導を組み合わせた管理栄養士による栄養的介入により、低栄養のリスクのある患者の体重管理やQOLに有益な効果がみられている。

A ランダム化比較試験

[研究参加者]

低栄養リスク有と判定※¹された、中高年COPD外来患者59名(12か月完遂者37名※²)。

※¹ 英国静脈経腸栄養学会の勧告をベースに開発され、妥当性が確認された栄養スクリーニングツールを用いて判定

※² ベースライン時における、通常体重からの意図しない体重減少量: 平均8.7kg

[方法]

研究参加者をいずれかの群にランダム割り付け

① 介入群(以下の3種類を組み合わせた介入)

- ・栄養強化に関するリーフレットの配布
- ・熟練管理栄養士による個別栄養食事指導
- ・ミルクパウダーによる栄養強化(600kcal/日)

② 対照群(リーフレット配布のみ)

介入
(6か月間)

追跡
(6か月間)

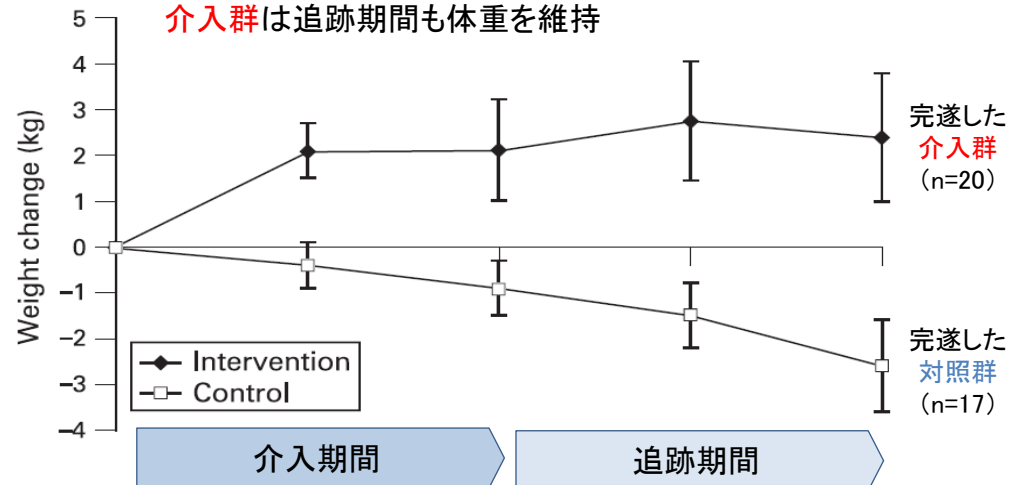
[結果]

(1) エネルギー及びたんぱく質摂取量

介入群 > 対照群 (6か月時点のみ有意)

(2) 体重の変化

介入群は追跡期間も体重を維持



(3) QOLスコア(SF-36)

介入群 > 対照群 (6か月時点、12か月時点とも有意)

○ 単独の栄養食事指導(又は栄養補助食の提供を伴う栄養食事指導)により、疾患に伴い低栄養(又は低栄養リスク有)となっている患者の体重管理に有益な効果があるとされている。

B 文献評価(システマティックレビュー(メタアナリシス))

[内容]

COPD、肝硬変等で低栄養(又は低栄養リスク有)※1となっている患者を対象に、栄養食事指導が体重管理に与える効果について、MEDLINE、EMBASE、Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)、CINAHL等を用いて、関連のランダム化比較試験※2を検索・精査し、データを抽出、評価。

※1 患者による主観的総合評価(PG-SGA)、BMI<18.5、食事量の低下等で判定

※2 栄養食事指導に栄養補助食の提供を組み合わせた栄養的介入の研究を含む

9つの研究結果を統合すると、疾患に伴い低栄養となっている患者の体重は、栄養食事指導を受けた場合のほうが受けなかった場合と比べて、平均で1.47kg増加することが示された。

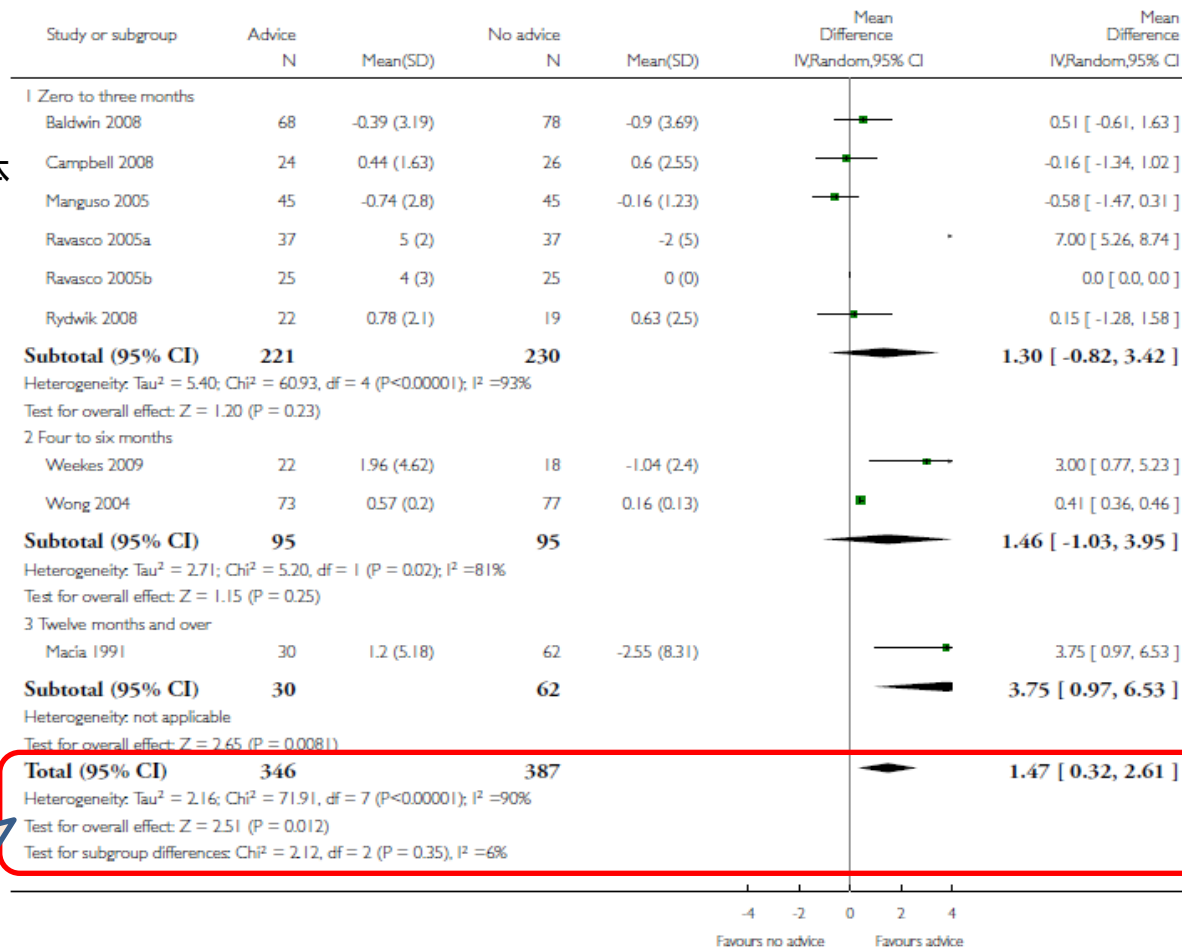


図 疾患に伴い低栄養となっている患者への栄養食事指導が体重管理に与える効果(栄養食事指導を実施しなかった場合との比較)

入院及び外来栄養食事指導に要する指導時間

- 入院及び外来栄養食事指導には、初回は平均で45分程度、2回目以降でも30分程度を要している。

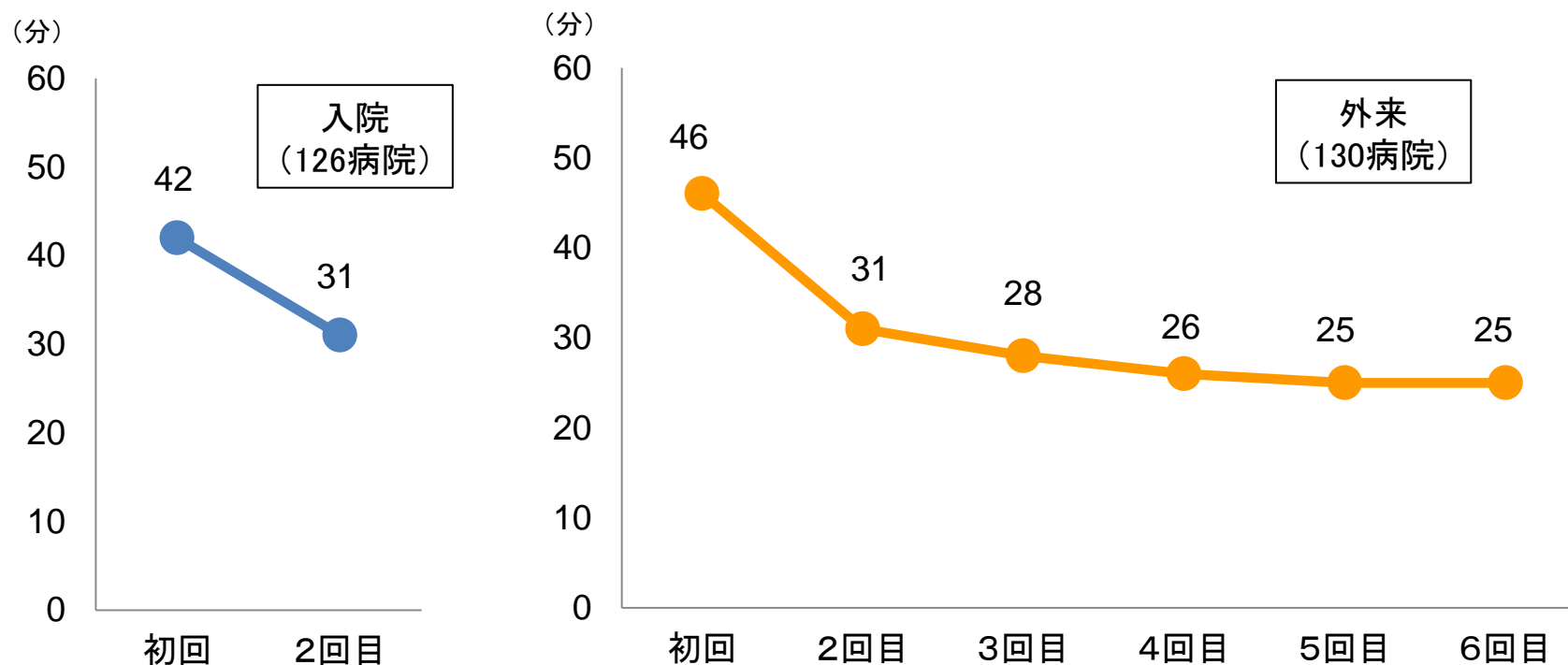


図 入院及び外来栄養食事指導の指導回数別平均指導時間(分)
(糖尿病、高血圧、脂質異常症、肝臓病、腎臓病に関する指導時間の平均値)
[調査対象] 日本医療機能評価機構認定病院より抽出

(出典: 日本栄養士会全国病院栄養士協議会: 平成17年度政策経費報告—栄養食事指導技術
および入院患者に対する栄養管理技術に関する調査)(図は保険局医療課で作成)

高齢者の入院及び外来栄養食事指導に要する指導時間

- 65歳以上の患者への指導時間は65歳未満に比べて長い傾向がある。
- この医療機関の例では、特に「嚥下障害」、「摂食障害」、「その他(がん等)」では平均で1時間近く要している。

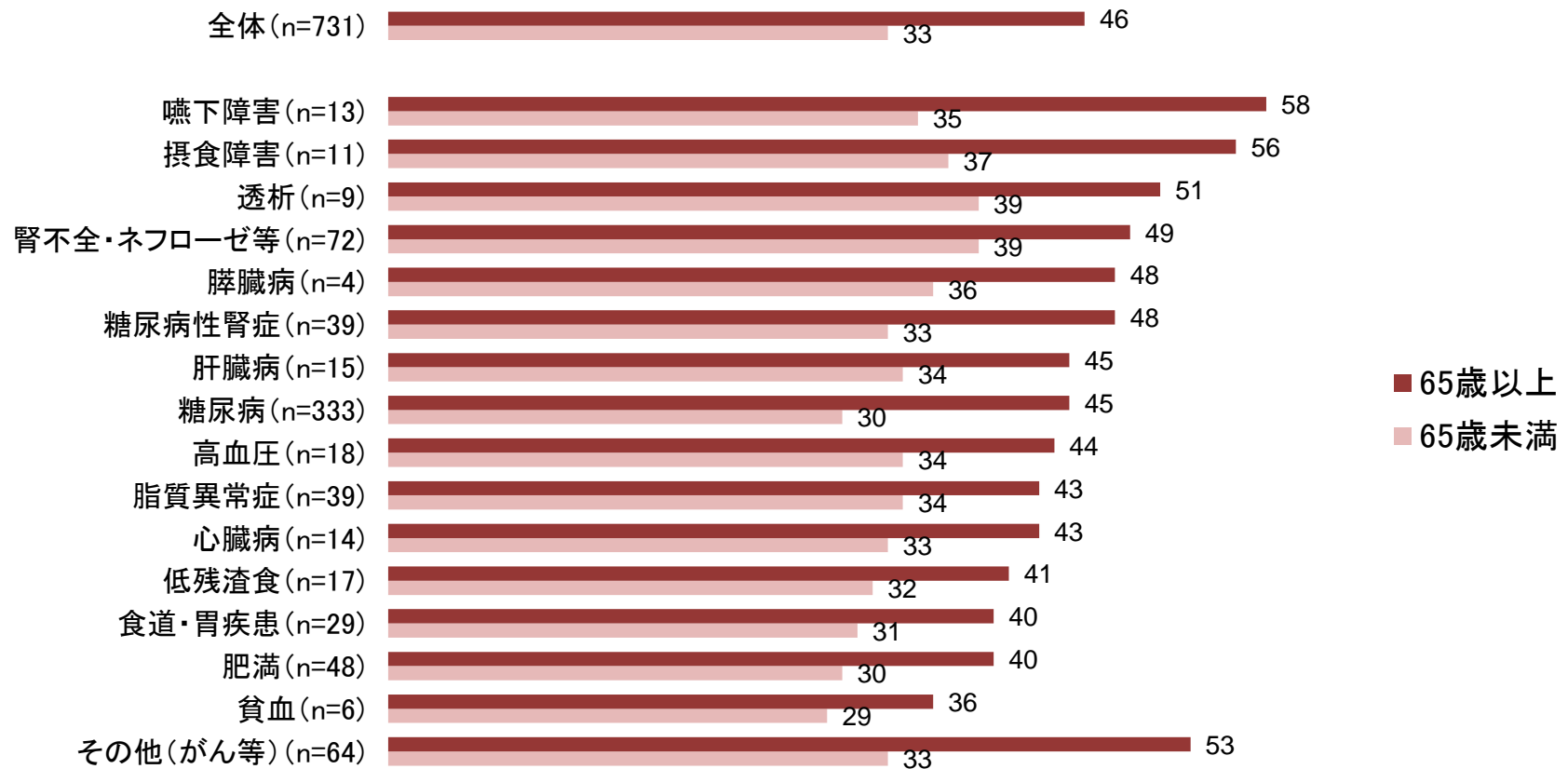


図 A病院(特定機能病院)における入院及び外来栄養食事指導の平均指導時間(分) (平成27年9月)

在宅療養患者への訪問栄養食事指導

- 在宅療養患者への訪問栄養食事指導により、体重、BMIが有意に増加し、栄養状態、ADL及びQOLも改善。
- 在宅療養患者の栄養上の主な課題は、体重や間食の管理、誤嚥の予防など多様である。

[研究参加者]

在宅療養中の高齢者男女62名
(平均76.2±9.6歳、要介護度3.0±1.6)

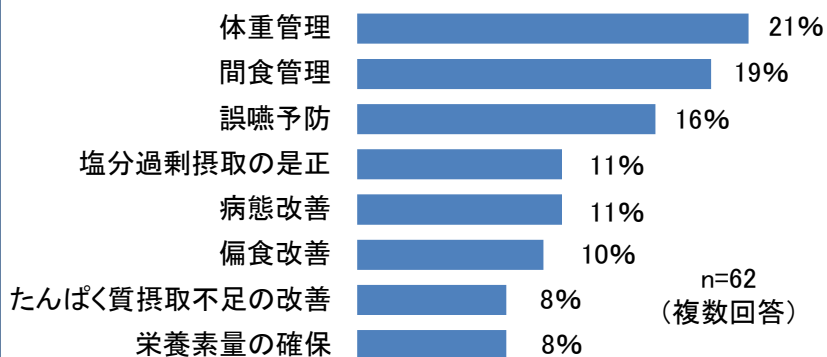


図 研究対象者における訪問指導時の
栄養上の主な課題及びニーズ

なお、在宅訪問栄養食事指導が新規の患者では、「誤嚥予防」と「病態改善」のニーズがそれぞれ50%であった。



管理栄養士による
訪問栄養食事指導
(1.6±0.7回)

指導継続者
53名

脱落者
9名

介入後
(3か月後)



**体重、BMIが有意に増加し、栄養状態、
ADL及びQOLも改善**

表 継続群の介入時と介入後の比較

	介入前	介入後	P値
体重(kg)	50.1±10.3	51.0±10.1	0.01
BMI(kg/m ²)	21.2±3.4	21.4±3.2	0.01
栄養状態[NMA®](点)	20.1±4.4	21.1±3.6	0.05
ADL[Barthel Index](点)	52.4±32.7	54.7±32.2	0.01
QOL下位尺度(点)	44.8±7.2	46.7±6.7	0.05

平均±標準偏差, n=53

MNA®: Mini Nutritional Assessment®

「QOL下位尺度」はSF-8のMH(心の健康)

在宅訪問栄養食事指導の指導内容

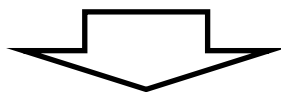
- 医療保険で行われる在宅訪問栄養食事指導は、調理を介して実技を伴う指導を行うことが要件となっているほか、低栄養状態にある者が対象とされていない点で、介護保険による指導（居宅療養管理指導）と異なっている。

	医療保険 (在宅患者訪問栄養食事指導料)	<参考>介護保険 (居宅療養管理指導費)
算定	<ul style="list-style-type: none"> ① 同一建物居住者以外の場合:530点 ② 同一建物居住者の場合:450点 (①と②を合わせて月2回まで算定可能) 	<ul style="list-style-type: none"> ① 同一建物居住者以外の場合:533単位 ② 同一建物居住者の場合:452単位 (①と②を合わせて月2回まで算定可能)
対象	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅療養を行っている患者で、通院による療養が困難な者(要介護認定を受けた者は含まない)であって、 ● 医師が特別食の必要性を認めた場合 	<ul style="list-style-type: none"> ● 要介護認定を受けた者であって、 ● 医師が特別食の必要性を認めた場合 又は低栄養状態にあると判断した場合
指導要件	<p>以下の両方を満たした場合に算定可能</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 患者の生活条件、嗜好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立を示した栄養食事指導せんを患者又はその家族等に対して交付 ② 当該食事せんに従った調理を介して実技を伴う指導を30分以上実施 	<p>以下の両方を満たした場合に算定可能</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 栄養ケア計画を作成した当該計画を患者又はその家族等に対して交付 ② 当該栄養ケア計画に従った栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談又は助言を30分以上実施
備考		<ul style="list-style-type: none"> ● 嚥下困難者のための流動食も対象

栄養食事指導に関する課題と論点

【課題】

- 医師の指示に基づき管理栄養士が入院・外来・在宅の患者に対して行う栄養食事指導は、特別食が必要な患者が対象とされており、他の理由で特別食を必要としない限り、がん、摂食・嚥下困難などの患者は対象とならない。
- がん患者は治療に伴う副作用により、食欲不振や味覚変化など、食事面での困難や低栄養のリスクを抱えている。がん、摂食・嚥下困難及び低栄養の患者の症状、嗜好、生活条件等を踏まえた、実行可能性のある栄養食事指導を管理栄養士が行うことで、治療効果やQOL等の向上に効果が認められている。
- 入院及び外来栄養食事指導料については、1回当たり概ね15分以上行った場合に算定可能とされているが、実際の指導に要する時間は15分を大きく上回る場合も多く、特に高齢者では長い時間を要する。
- 在宅患者訪問栄養食事指導料については、調理実技を伴う指導を行うことが算定要件とされているが、実際の指導上の課題は様々であり、調理実技に関連しないものも含まれている。



【論点】

- 医師の指示に基づき管理栄養士が行う入院・外来・在宅患者訪問栄養食事指導の対象に、がん、摂食・嚥下困難及び低栄養の患者を含めてはどうか。
- 入院及び外来栄養食事指導については、指導に係る実態を踏まえ、より長い時間の指導を評価してはどうか。
- 在宅患者訪問栄養食事指導の指導内容については、患者の生活状況等を踏まえ、調理実技だけでなく、在宅での栄養の改善に有効な実践的な指導を行う場合を含めることとしてはどうか。