

入院医療（その6）

入院医療（その6）

1. 重症度、医療・看護必要度について

- 評価項目について
- 判定基準について
- 見直しを踏まえた施設基準の設定について

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度Ⅰ」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり

B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(4日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・基準①: A得点2点以上かつB得点3点以上 ・基準②: 「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・基準③: A得点3点以上 ・基準④: C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」の概要

※対象病棟の入院患者についてA項目及びC項目は日々の診療実績データを用い測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり

B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(4日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・基準①: A得点2点以上かつB得点3点以上 ・基準②: 「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・基準③: A得点3点以上 ・基準④: C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上

入院医療（その6）

1. 重症度、医療・看護必要度について

- 評価項目について
- 判定基準について
- 見直しを踏まえた施設基準の設定について

重症度、医療・看護必要度(A項目)

A項目 治療等のモニタリング、処置、入院時の状況等について、実施や管理したことを測定

平成20年：導入
9項目（うち、「専門的な治療・処置」は7種類）



平成26年：急性期病棟で行われる項目のみへ見直し（慢性期病棟でも一般的に行われている項目を削除）
→7項目（うち、「創傷処置」は2種類、「専門的な治療・処置」は10種類）



平成28年：医療の必要性の高い患者の状態追加
→8項目（うち、「創傷処置」は2種類、「専門的な治療・処置」11種類）



平成30年：必要度Ⅱ※のみ、「救急搬送後の入院（2日間）」は対象外とする

行為の実施

行為の実施
及び管理

入院受入
（実施）

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 （①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）	なし	あり	—
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 （①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用（注射剤のみ）、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、 ⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療）	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院（2日間）	なし	—	あり

重症度、医療・看護必要度（B項目、C項目）

B項目 患者自身のADLの状況、療養上の世話等の内容を測定

平成20年：導入
7項目



平成28年：他の項目と類似する2項目を削除し、認知症、せん妄状態の患者が含まれるよう新たに2項目を追加
→ 7項目

	B	患者の状況等	0点	1点	2点
患者の状態	9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
	10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
介助の必要性	11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
	12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
	13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
患者の状態	14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
	15	危険行動	ない	—	ある

C項目 手術、救命等の入院して管理が必要な侵襲性の高い治療について、実施日からの期間にあわせて測定

平成28年：導入
A項目では評価されない医療の必要性の高い項目を創設
→ 7項目（うち、「救命等に係る内科的治療」は3種類）

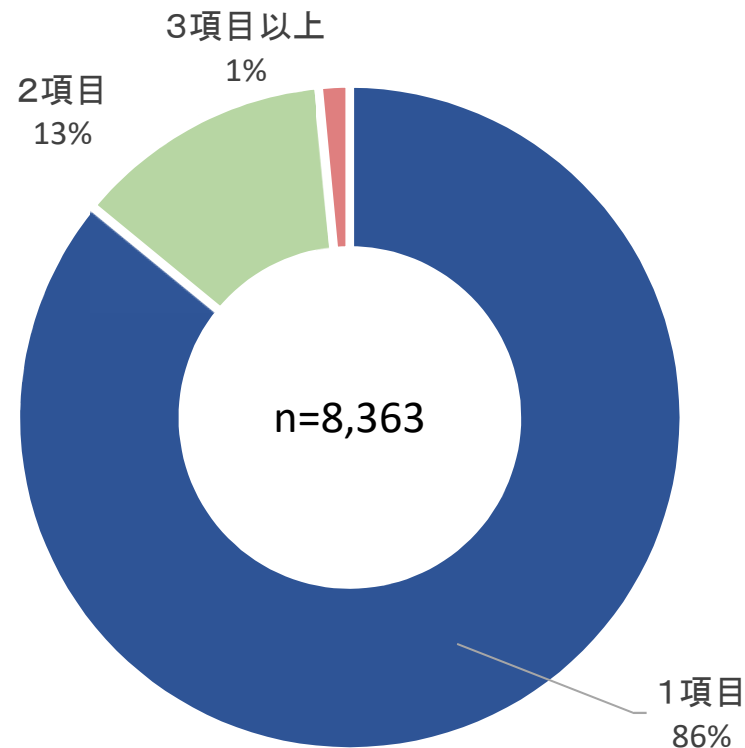


平成30年：「開腹手術」の該当日数を短縮

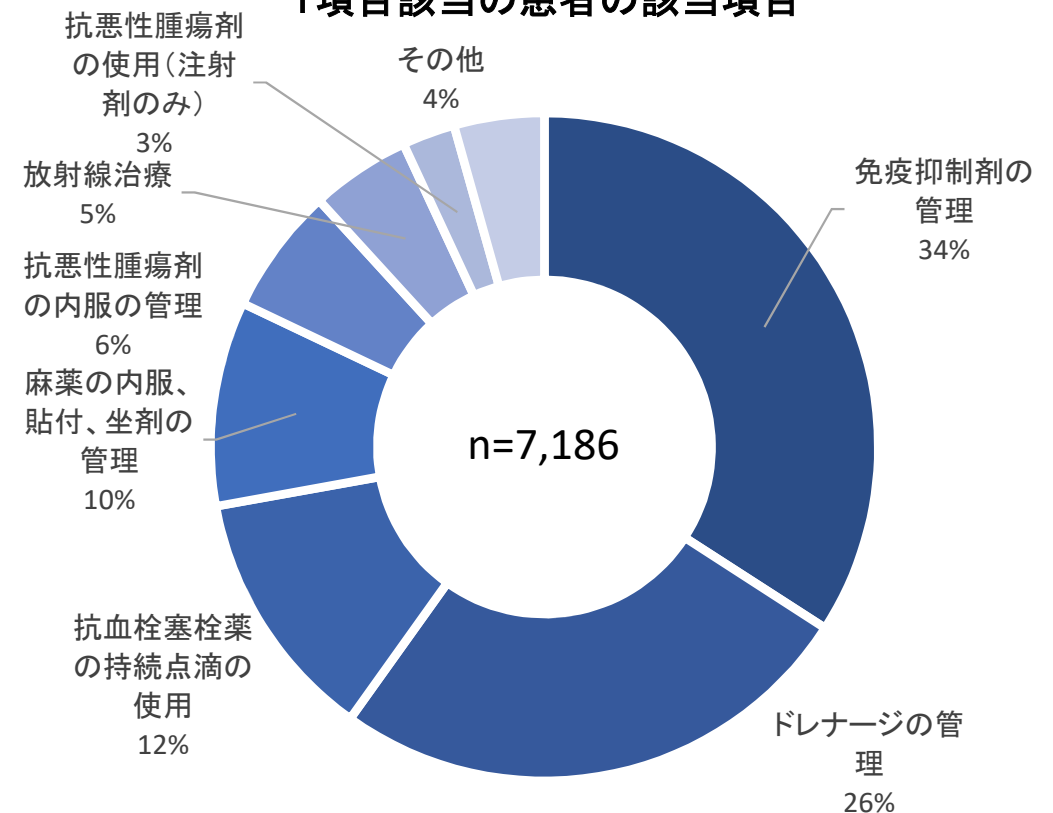
	C	手術等の医学的状況	0点	1点
手術	16	開頭手術（7日間）	なし	あり
	17	開胸手術（7日間）	なし	あり
	18	開腹手術（4日間）	なし	あり
	19	骨の手術（5日間）	なし	あり
	20	胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）	なし	あり
	21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（2日間）	なし	あり
内科的治療	22	救命等に係る内科的治療（2日間） ①経皮的血管内治療 ②経皮的心的筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療	なし	あり

- A項目の「専門的な治療・処置」に該当がある患者について、該当項目数をみたところ、「1項目該当」が8割以上であった。
- 1項目該当の患者について、該当項目の内訳をみたところ、「免疫抑制剤の管理」が最も多く、次いで、「ドレナージの管理」が多かった。

専門的な治療・処置の該当項目数



1項目該当の患者の該当項目

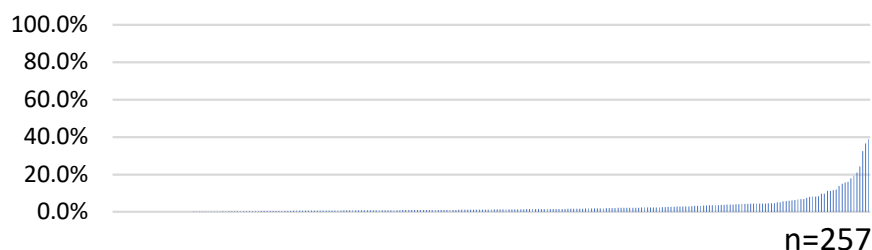


抗悪性腫瘍剤・免疫抑制剤の内服を入院で使用する割合

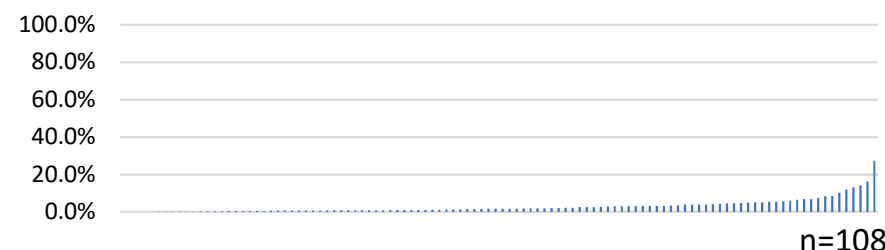
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの「専門的な医療・処置」に該当する抗悪性腫瘍剤及び免疫抑制剤の内服薬等を入院で使用する割合は全体的に低かった。

薬剤を入院で使用する割合（必要度Ⅱの対象薬剤）

抗悪性腫瘍剤（内服）



免疫抑制剤（内服/坐剤/軟膏）



出典：NDBデータ（平成30年度）

令和元年11月15日中医協総会の論点

【現状及び課題】

- A項目の「専門的な治療・処置」に該当する薬剤のうち、抗悪性腫瘍剤や免疫抑制剤の内服薬は、全体的に入院で実施される割合が低い。

【論点】

- 原則として入院で実施される医療を適切に評価する観点から、入院の必要性等に応じてA項目・C項目の評価対象の整理を行うことについてどのように考えるか。

主なご意見

- 入院で実施する割合が低いものは、評価対象から除外すべき。
- ただし、主に外来で実施されているものであっても、導入期には副作用等の評価をするために、入院で実施することが必要な場合もあることに留意が必要。

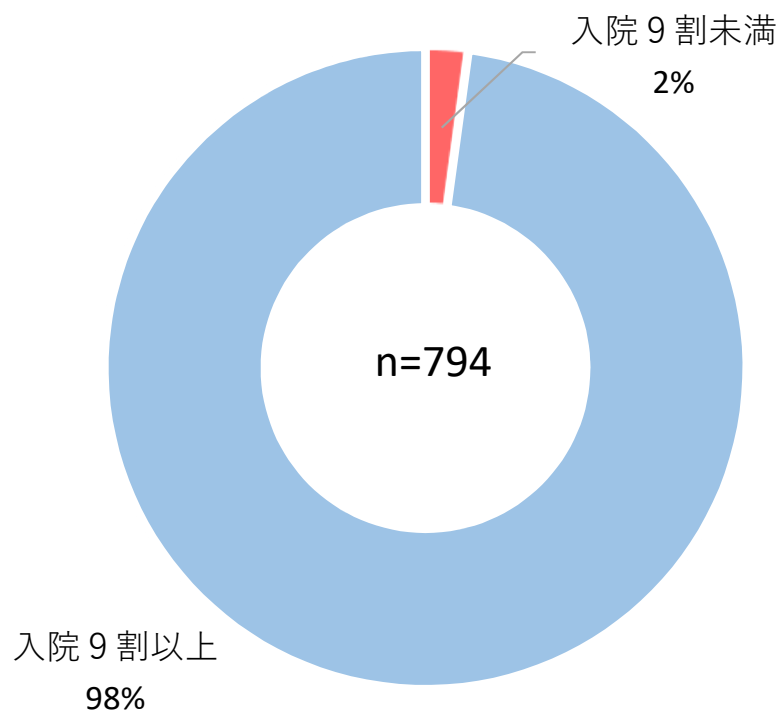


ご意見を踏まえ、抗悪性腫瘍剤の内服治療については、導入期の評価や治療中の副作用等の理由で特に入院の必要性が高い場合があることを考慮し、引き続き評価の対象としてはどうか。

- 重症度、医療・看護必要度ⅡにおいてC項目に該当する手術について、手術ごとに入院で実施される割合をみると、多くの手術が入院が9割以上であったが、一部に9割未満の手術もあった。

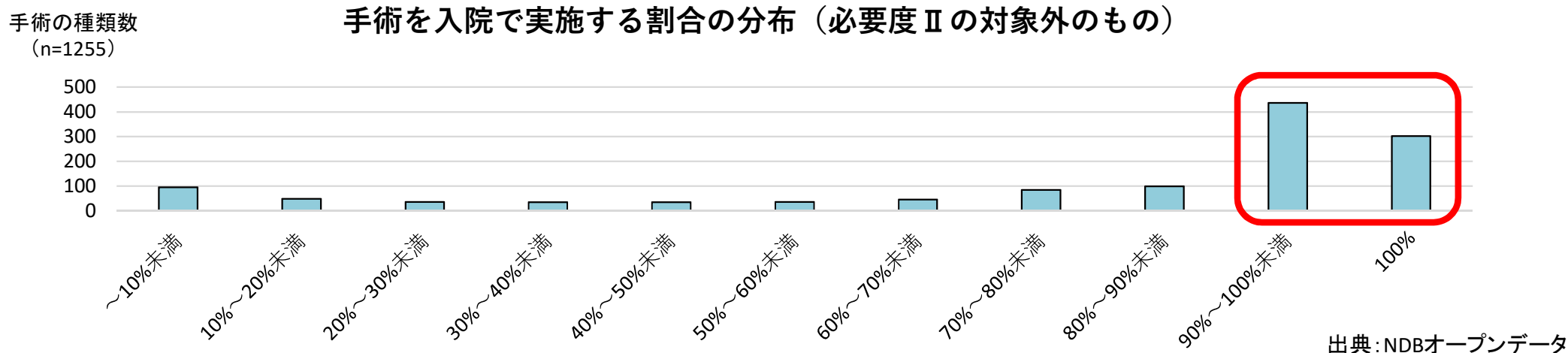
入院の実施が9割未満の手術（例）

必要度Ⅱの評価対象手術



種別	診療行為	入院の割合
開胸手術	胸壁腫瘍摘出術	84.6%
	静脈形成術、吻合術(胸腔内静脈)	76.9%
開腹手術	腹直筋離開手術	85.7%
	直腸脱手術(骨盤底形成)	84.7%
	膀胱内凝血除去術	64.2%
	膀胱異物摘出術(膀胱高位切開術)	70.3%
	膀胱脱手術(その他)	42.9%
骨の手術	骨部分切除術(上腕)	87.6%
	骨部分切除術(前腕)	84.1%
	骨部分切除術(手)	69.5%
	骨部分切除術(その他)	79.6%
	腐骨摘出術(手)	58.8%
	腐骨摘出術(足その他)	89.9%
	骨腫瘍切除術(手)	74.4%
	骨腫瘍切除術(足)	83.6%
	骨腫瘍切除術(その他)	58.7%
	関節切除術(手)	82.3%
胸腔鏡・腹腔鏡手術	腹腔鏡下卵管形成術	80.8%
	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	89.4%
救命等に係る 内科的治療	植込型心電図記録計移植術	88.6%
	植込型心電図記録計摘出術	74.1%
	小腸結腸内視鏡的止血術	88.5%

- 現在、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象外である手術について、入院で実施される割合の分布を見ると、90%以上100%未満が最も多く、次いで100%が多かった。



令和元年11月15日中医協総会の論点

【現状及び課題】

- C項目の評価対象である手術等には入院で実施される割合が9割未満のものもある一方で、入院で実施される割合が9割以上であるが現在評価対象となっていないものも多くある。

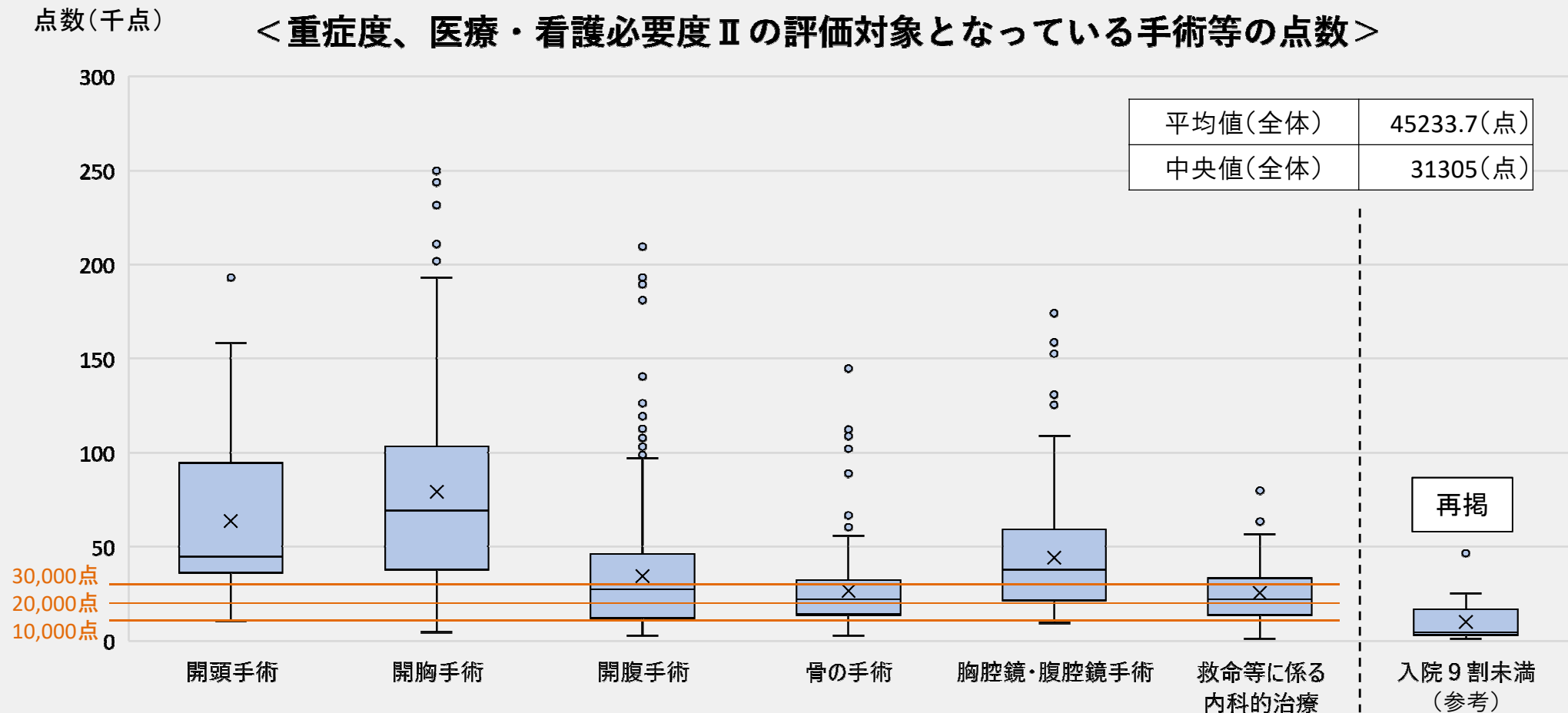
【論点】

- 原則として入院で実施される医療を適切に評価する観点から、入院の必要性等に応じてA項目・C項目の評価対象の整理を行うことについてどのように考えるか。

主なご意見

- 入院で実施される手術や検査については、広く評価されるようにC項目に組み込んでいくべき。
- ただし、C項目は手術等の侵襲性の高さに着目して評価されている項目であることを踏まえ、入院で実施される割合が高いものを全て追加するのではなく、点数などを参考に判断基準に一定の線引きを設けていく必要があるのではないか。

- 現在、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となっている手術等の点数の分布を領域ごとにみると、以下のとおりであった。



入院で実施する割合が高い手術を新たに対象とする場合、中医協のご意見を踏まえ、一定の点数以上の手術に限って追加することとしてはどうか。その水準について、現在評価対象となっている手術等の点数の分布を踏まえ、どのように考えるか。

入院で実施する割合が特に高い検査について

- 入院で実施する割合が特に高く、かつ、一定の手技等を伴う検査として、生体検査のほか、例えば以下のような項目がある。

令和元年11月15日中医協資料より

検査を入院で実施する割合（例：生検検査）

区分	名称	入院の割合	総件数	点数
D404-2	骨髓生検	48.7%	41328	730
D409	リンパ節等穿刺又は針生検	8.2%	66700	200
D409-2	センチネルリンパ節生検（片）（併用法）	54.3%	313	5000
D409-2	センチネルリンパ節生検（片）（単独法）	70.0%	230	3000
D410	乳腺穿刺又は針生検（片）（その他）	0.8%	173334	200
D410	乳腺穿刺又は針生検（片）（生検針）	1.8%	97605	650
D411	甲状腺穿刺又は針生検	3.0%	157741	150
D412	経皮的針生検法	96.0%	78237	1600
D413	前立腺針生検法	43.7%	28558	1400
D414	内視鏡下生検法	7.6%	4095296	310
D414-2	EUS-FNA	95.6%	23518	4000
D415	経気管肺生検法	77.3%	90483	4000
D415-2	EBUS-TBNA	79.6%	14842	5500

経皮的針生検やEUS-FNAは、
入院で実施する割合が高い

入院で実施する割合が90%以上の検査※

【既に重症度、医療・看護必要度の評価対象となっているもの】

- － 呼吸心拍監視
- － カルジオスコープ（ハートスコープ）
- － カルジオタコスコープ

【現在、評価の対象となっていないもの】

- － 経皮的針生検法
- － EUS-FNA
- － 心臓カテーテル検査（左心・右心）
- － 胸腔鏡
- － 腹腔鏡
- － 縦隔鏡
- － 関節鏡 等

※検討対象の考え方

- ・ 診療報酬上の「検査」の項目であって、一定の手技等の負担を伴うもの
- ・ 検査後（あるいは検査中）主に一般病棟に入院することが想定されるもの
- ・ 入院で実施されている割合が90%以上、かつ、一定の件数があるもの

対象となる手術等の該当日数について

- 現在、重症度、医療・看護必要度の評価対象となっている手術等について、評価されている日数は平均的な在院日数の約2～3割程度である。

➡ 術後の医学管理を適切に評価するため、在院日数の実態を踏まえ、該当日数を見直してはどうか。

現行の評価基準（C項目）

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(4日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

対象手術全体の在院日数※

	在院日数の中央値
開頭手術(7日間)	26.4
開胸手術(7日間)	24.1
開腹手術(4日間)	14.7
骨の手術(5日間)	23.5
胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	9.9
救命等に係る内科的治療(2日間)	9

※考え方

- ・ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの対象手術の診療実績より算出
- ・ 各手術の在院日数の中央値より、算定件数を踏まえて加重平均

見直しのイメージ

	在院日数の中央値	現行の評価日数	在院日数に占める割合
開頭手術	26.4	7	26.5%
開胸手術	24.1	7	29.0%
開腹手術	14.7	4	27.2%
骨の手術	23.5	5	21.3%
胸腔鏡・腹腔鏡手術	9.9	3	30.3%
救命等に係る内科的治療	9	2	22.2%

見直し後の評価日数	在院日数に占める割合
○日	○%
○日	○%
○日	○%
○日	○%
○日	○%
○日	○%

専門的な治療・処置（薬剤の使用）や手術等の医学的状況の定義

- A・C項目の対象について、現在、重症度、医療・看護必要度Ⅰでは項目の定義に従って看護師等が該当性を個別に判断しているが、必要度Ⅱはレセプト電算処理システム用コードで指定されている。
- A項目の「専門的な治療・処置」のうち薬剤の使用や、C項目の手術等については、基本的には必要度ⅠとⅡで同じ治療・処置や医学的状況を評価することを想定している。
- 入院で実施する割合が高い手術等を新たに評価対象とする場合、レセプト電算処理システム用コードで対象を指定することとなる。



今回の対象の整理と併せて、必要度ⅠのA・C項目のうち一部の項目の判定方法も、Ⅱと同様に、指定された薬剤・手術等の実施がある場合を該当と判断することとしてはどうか。

令和元年11月15日中医協資料より

[illegible]

必要度Ⅰの場合、
各項目の定義に
従って看護師等が
判定する

必要度Ⅱの場合、
評価対象はコード
で指定されている

入院医療（その6）

1. 重症度、医療・看護必要度について

- 評価項目について
- 判定基準について
- 見直しを踏まえた施設基準の設定について

判定基準に係る前回の論点・意見

令和元年11月15日中医協総会の論点

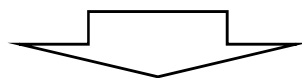
【現状及び課題】

(判定基準について)

- 基準②(B14又はB15に該当し、A1点以上かつB3点以上)のみに該当する患者のA項目は「心電図モニターの管理」が多く、基準②に該当する直前は「いずれの基準にも非該当」の患者が多い。非該当日の状況を見ると、A項目は非該当の患者が多いが、B項目は該当している患者が多い。
- 基準②のみに該当している患者は、他の基準に比べて、年齢が高く、認知症やせん妄を有する割合が高く、要介護度が高く、自立度が低い。また、看護の提供頻度は多いが、医学的な理由による入院の割合が低く、退院に向けた目標・課題が転院先や入所先の確保である割合が高い。

【論点】

- 入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、急性期の入院患者の指標として、重症度、医療・看護必要度の判定基準のうち「B14又はB15に該当し、A1点以上かつB3点以上」の基準をどのように考えるか。



主なご意見

- 基準②に該当している患者は、認知症やせん妄をたまたま合併している患者であって、急性期医療が必要でないわけではない。急性期の高度な医療や複雑な医療を受けている患者は、適切に評価されるべき。
- 基準②のみに該当している患者は、他の基準に比べて医学的な理由で入院が必要な患者の割合が低く、また、急性期病棟よりも療養病棟に多いことから、当該基準は急性期入院医療の基準として適切とは言い難い。
- 基準②で評価されているB14・B15の項目は、認知症患者が増加傾向にある中で、急性期病棟における受け入れを進める観点から平成28年度改定で導入されたものであり、この項目は引き続き評価していくことが必要。
- 認知症やせん妄の患者は全ての病棟に入院しており、医療現場の負担となっている。論点については、基準②をただ外せばよいわけではなく、認知症やせん妄の患者をどのようにみていくかについて、よく考える必要がある。

判定基準の経緯・現状を踏まえた考え方の整理

重症度、医療・看護必要度の経緯と現状

【経緯】

- 重症度、医療・看護必要度は、7対1入院基本料の施設基準として、平成20年度診療報酬改定で導入され、累次の改定において基準の見直しが行われてきた。
- 平成28年度改定において、急性期の入院医療をより適切に評価する観点から、A項目及びB項目の見直し、C項目が新設されるとともに、名称が「重症度、医療・看護必要度」と見直された。
- 平成30年度改定において、入院医療の評価体系が再編・統合され、一般病棟入院基本料については、重症度、医療・看護必要度の実績に応じた段階的な評価となった。また、「B14又はB15に該当する患者」のうちA1点以上の患者は、A0点の患者と比較すると「医師による診察」や「看護師による直接の看護提供の頻度」が多かったことから、「B14又はB15に該当し、A1点以上かつB3点以上」の基準（基準②）が追加された。

【現状】

- 改定後の調査・検証において、基準②のみに該当する患者は、これまでの他の基準と比較して、看護の提供頻度は多いものの、医学的な理由による入院の割合が低く、退院に向けた目標・課題が転院先や入所先の確保である割合が高いことなどが確認された。
- 中医協総会において、当該基準は急性期入院医療の基準として適切とはいえないという意見がある一方で、B14・B15の項目は引き続き評価していくことが必要という意見や、認知症やせん妄の患者を適切にケアする体制について評価を行う必要があるという意見があった。



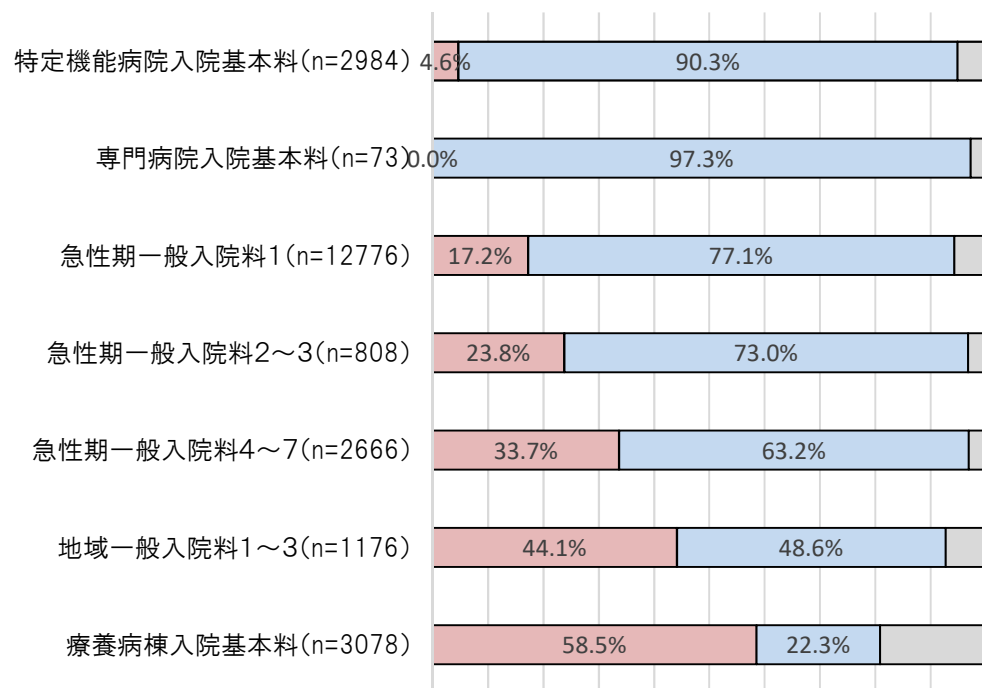
見直しの方向性（案）

- 認知症・せん妄を合併した急性期入院医療の必要性が高い患者が適切に評価されるよう、B14・B15の項目は引き続きB項目の評価対象としつつ、基準②については、改定後の検証を踏まえた評価とすることとしてはどうか。具体的には、A項目が1点である基準②は見直し、平成28年度改定後の水準である、A項目2点以上を対象とすることとしてはどうか。
- 他方、急性期病棟においても認知症・せん妄の患者の対応は重要であることから、これらを合併した患者に対する適切なケアを行う体制が確保されるよう、重症度、医療・看護必要度とは分けて、体制の評価を拡充してはどうか。

- 認知症の患者の割合を入院料別にみると、一般病棟よりも療養病棟で割合が高く、入院料によって差が大きい。
- 他方、せん妄の患者の割合を入院料別にみると、一般病棟と療養病棟で差が少なく、いずれの入院料においても概ね1割程度であった。

認知症の患者の割合

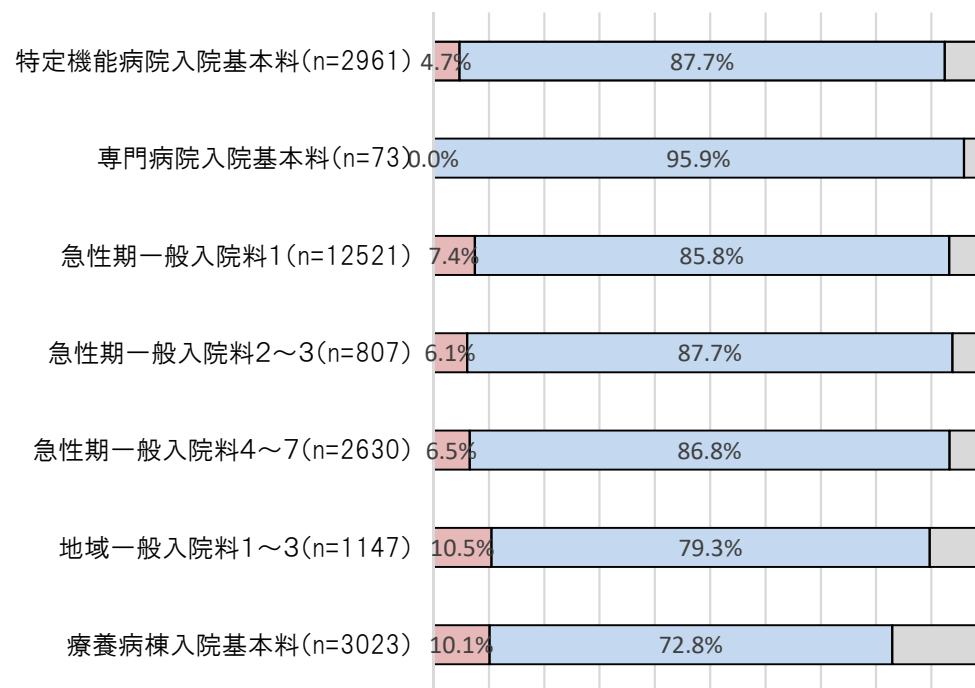
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



■ 認知症あり □ 認知症なし □ わからない

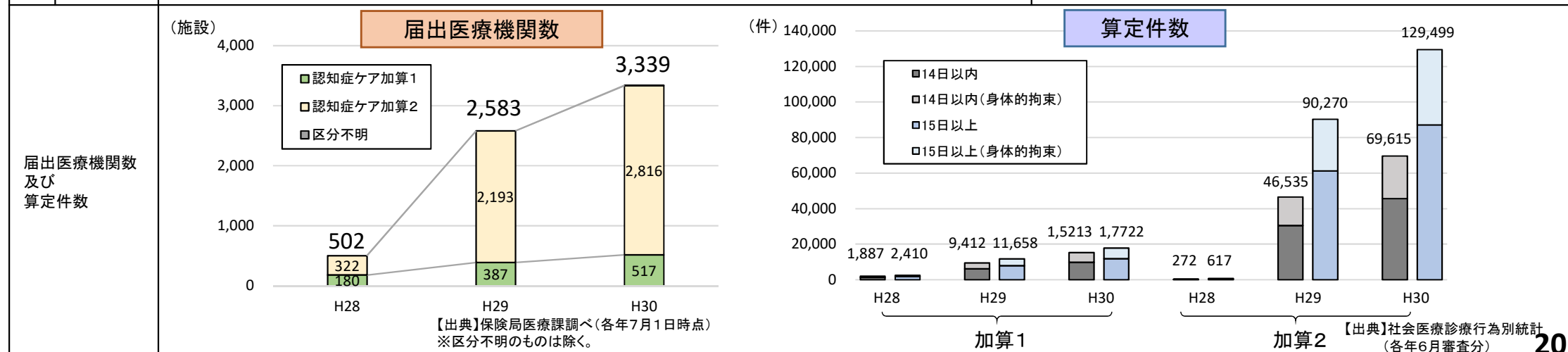
せん妄の患者の割合

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



■ せん妄あり □ せん妄なし □ わからない

		認知症ケア加算1	認知症ケア加算2
点数(1日につき)		イ 14日以内の期間 150点 ロ 15日以上期間 30点 (身体的拘束を実施した日は60%)	イ 14日以内の期間 30点 ロ 15日以上期間 10点 (身体的拘束を実施した日は60%)
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 ランクⅢ以上の患者(重度の意識障害のある者を除く)	
主な算定要件・施設基準	身体的拘束	・日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。 ・やむを得ず身体的拘束をする場合であっても、できる限り早期に解除するよう努める。 ・身体的拘束をするに当たっては、必要性のアセスメント、患者家族への説明と同意、記録、二次的な身体障害の予防、解除に向けた検討を行う。 ・身体的拘束をするかどうかは、当該患者に関わる医師、看護師等、複数の職員で検討する。 ・身体的拘束を避けるために家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならない。	
	病棟職員の対応	・認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む。 ① 入院前の情報収集、アセスメント、看護計画の作成。 - 行動、心理症状がみられる場合には、適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討。 ② 計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施、定期的に評価。 - 身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。 ③ 計画作成の段階から、退院後に必要な支援について患者家族を含めて検討。 ④ ①～③を診療録等に記載。	・当該患者が入院する病棟の看護師等は、行動・心理症状等が出現し治療への影響が見込まれる場合に、適切な環境調整や患者とのコミュニケーション方法を踏まえた看護計画を作成。 ・計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、評価。 ・身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。
	職員の配置等	・以下から構成される認知症ケアチームを設置。 - ア <u>認知症患者の診療に十分な経験を有する専任の常勤医師</u>(精神科5年以上、神経内科5年以上、認知症治療に係る適切な研修の修了のいずれか) - イ <u>認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修(600時間以上)を修了した専任の常勤看護師</u> - ウ 認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士 ・認知症ケアチームは、以下の取組を通じて認知症ケアの質の向上を図る。 ① カンファレンスを週1回程度開催。 ② 各病棟を週1回以上巡回、認知症ケアの実施状況を把握。 ③ 医師、看護師等からの相談に速やかに対応、助言。 ④ 認知症患者に関わる職員を対象に研修を定期的に実施。	・原則として、全ての病棟に認知症患者のアセスメントアセスメントや看護方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置。
	マニュアル	・認知症ケアチームが身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。	・身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。
	院内研修等	・認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、原則として年に1回、認知症ケアチームによる研修又は院外研修を受講。	・適切な研修を受けた看護師を中心として、病棟の看護師等に対して、研修や事例検討会等を少なくとも年に1回実施。



- せん妄の頻度減少と合併症予防のためには、せん妄予防が最も効果的とされており、特にスクリーニングと多要素介入を入院後早期に行うことが有効とされている。

<せん妄予防について>

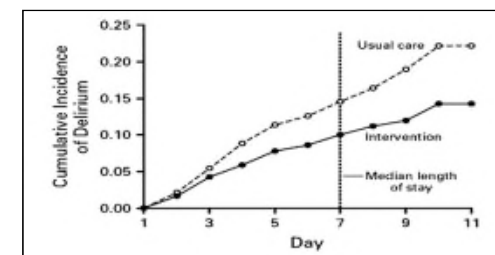
- せん妄予防を目的とした薬物療法としてコリンエステラーゼ阻害薬、抗精神病薬の予防的投与、ガバペンチン、ラメルテオン、鎮痛薬などが研究されているが十分なエビデンスを示したものはない。
- 訓練された医師、看護師、その他職種による非薬物的多要素介入が効果的とされている。

Inouye et al. NEJM 2015
Martinez et al. Age Ageing 2015

<せん妄予防プログラム>

Yale Delirium Prevention Trial

- 多要素介入(認知機能に対する見当識維持等の介入、早期離床、向精神薬削減、睡眠への介入、聴力視力低下の補正、脱水に対する介入)を行うことでせん妄の予防(OR 0.60)およびせん妄の期間短縮(161日vs.105日)が可能と示した。



Inouye et al. NEJM 1999

DELirium Team Approach (DELTA) program

- 癌入院患者に対し専門の教育と研修を受けた医療スタッフが、せん妄リスクスクリーニングと予防を行うことにより、せん妄発生率を7.1%から4.3%に減少させた。

Ogawa et al. Support Care Cancer 2018

英国NICEガイドライン

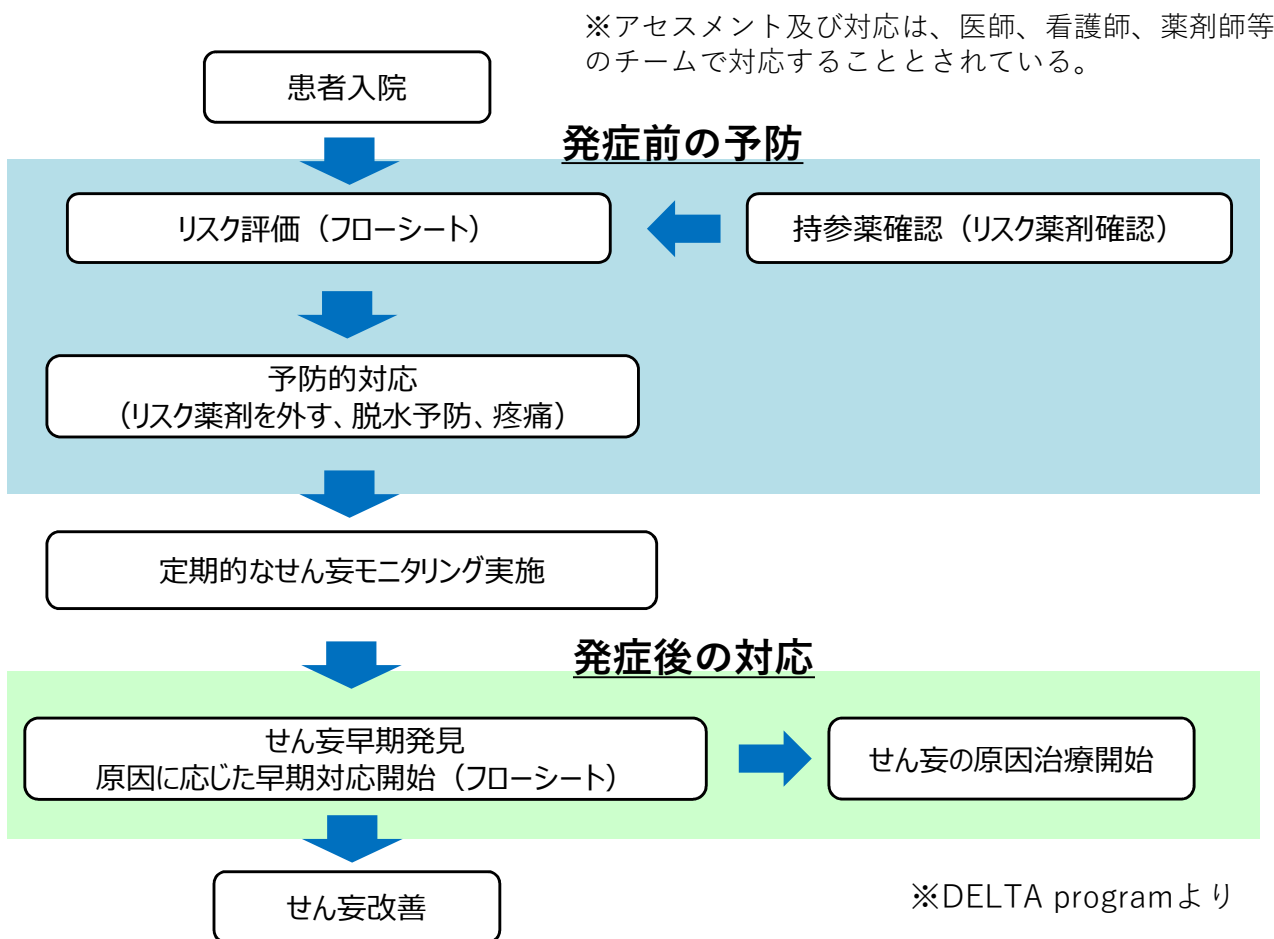
- 入院後24時間以内に評価を行い個別介入する
- 多要素介入はせん妄予防の教育を受けた多職種チームが実施

介入内容

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| ・ 認知機能低下に対する介入（光調整、見当識維持等） | ・ 疼痛治療 |
| ・ 脱水及び便秘の治療 | ・ 薬剤レビュー |
| ・ 低酸素の評価及び必要なら治療 | ・ 栄養管理 |
| ・ 感染予防及び治療 | ・ 感覚低下に対する介入（眼鏡や補聴器等） |
| ・ 早期離床（歩行不能ならROM訓練） | ・ 睡眠に対する介入 |

- せん妄対策の取組として「発症前の予防」と「発症後の対応」があり、どちらもチェックリストを活用した取組の例がある。

＜せん妄予防プログラムの例＞



＜アセスメントする項目＞

アセスメントシート（例）

← 【スクリーニング】
リスク因子の
チェックリスト

← 【早期発見】
せん妄症状の
チェックリスト

← 【発症後対応】
せん妄の対応の
チェックリスト

＜リスク因子＞

- ・ 70歳以上
- ・ 脳器質障害
- ・ 認知症
- ・ アルコール多飲
- ・ せん妄の既往
- ・ ベンゾジアゼピン系薬剤

＜せん妄の対応＞

- ・ 疾病の治療
- ・ 脱水の補正
- ・ 身体拘束を避ける
- ・ 見当識を付ける
- ・ 家族との面会
- ・ リスク薬剤の中止 等

参考 7 対 1 入院基本料の施設基準に係る経緯

平成17年	○ 医療制度改革大綱 ・「急性期医療の実態に即した看護配置について適切に評価した改定を行う」
平成18年	7対1入院基本料創設
平成19年	○ 中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議 ・「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定で対応すること」
平成20年	7対1入院基本料の基準の見直し ○ 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入 ・「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」
平成24年	7対1入院基本料の基準の見直し ○ 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し ・「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」 ○ 平均在院日数要件の見直し ・「平均在院日数が19日→18日以下」
平成26年	7対1入院基本料の基準の見直し ○ 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し ・「名称の変更」及び「A項目について、急性期患者の特性を評価する項目へ見直し」 ○ データ提出加算の要件化、在宅復帰率の導入
平成28年	7対1入院基本料の基準の見直し ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し ・「A項目の一部追加、B項目の項目変更、侵襲性の高い治療を評価するC項目を新設」 ・「A項目2点以上及びB項目3点以上→A項目2点以上及びB項目3点以上、<u>A項目3点以上又はC項目1点以上</u>」 ・「該当患者割合を15%以上→<u>25%以上</u>」 ○ 在宅復帰率の見直し ・「75%以上→<u>80%以上</u>」
平成30年	7対1入院基本料の基準の見直し ○ 一般病棟入院基本料の見直し ・一般病棟入院基本料（7対1、10対1）を「急性期一般入院基本料」へ再編・統合 ○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し ・C項目の内容変更 ・該当患者の基準に「B14又はB15に該当し、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」を追加（総合入院体制加算も同様に基準を追加） ・A項目及びC項目は診療実績データを用い、B項目とあわせて該当患者割合を評価する「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」を新設 ○ 在宅復帰率の見直し ・「在宅復帰・病床機能連携率」と名称を変更 ・指標の定義等の見直し

（参考）平成14年 特定集中治療室管理料に重症度の判定基準及び患者割合を導入
平成16年 ハイケアユニット入院医療管理料に重症度・看護必要度の判定基準及び患者割合を導入

入院医療（その6）

1. 重症度、医療・看護必要度について

- 評価項目について
- 判定基準について
- 見直しを踏まえた施設基準の設定について

重症度、医療・看護必要度の見直し⑤

各入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」に係る該当患者割合要件の変更

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し及び入院医療の評価体系の見直し等に伴い、入院料等の施設基準に定められている該当患者割合要件について、見直しを行う。

()内は200床未満の経過措置

平成30年度改定前の基準を満たす患者割合の要件

一般病棟7対1入院基本料	25%(23%)
看護必要度加算1(一般)	24%
看護必要度加算2(一般)	18%
看護必要度加算3(一般)	12%
7対1入院基本料(特定、専門)	25%(23%)
看護必要度加算1(特定、専門)	24%
看護必要度加算2(特定、専門)	18%
看護必要度加算3(特定、専門)	12%
7対1入院基本料(結核)	10%
総合入院体制加算1・2	30%
総合入院体制加算3	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%
看護補助加算1	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%



平成30年度改定後の基準を満たす患者割合の要件

	重症度、医療・看護 必要度Ⅰ	重症度、医療・看護 必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	30%	25%
急性期一般入院料2	—(27%)	24%(22%)
急性期一般入院料3	—(26%)	23%(21%)
急性期一般入院料4	27%	22%
急性期一般入院料5	21%	17%
急性期一般入院料6	15%	12%
7対1入院基本料(特定、専門)	28%	23%
看護必要度加算1(特定、専門)	27%	22%
看護必要度加算2(特定、専門)	21%	17%
看護必要度加算3(特定、専門)	15%	12%
7対1入院基本料(結核)	11%	9%
総合入院体制加算1・2	35%	30%
総合入院体制加算3	32%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%

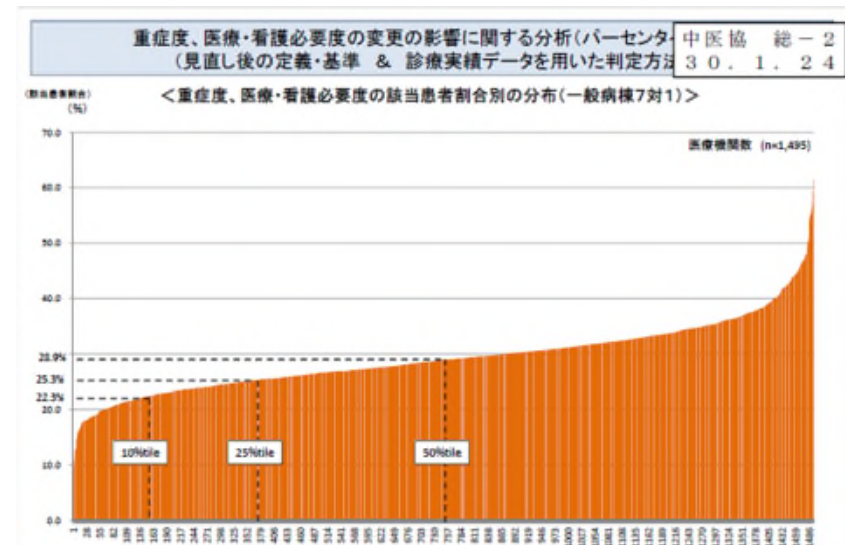
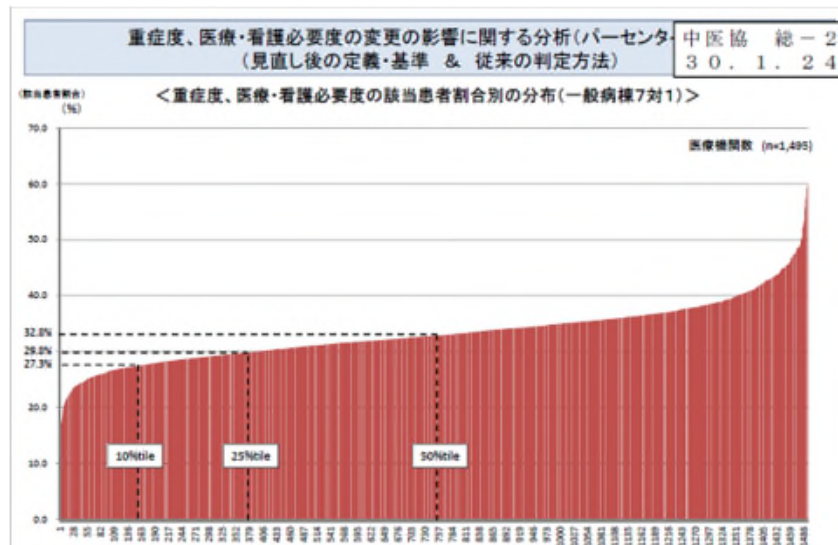
見直しを踏まえた施設基準の設定について

- これまでの議論を踏まえ、以下のような条件で該当患者割合のシミュレーションを行い、結果を踏まえて施設基準の見直しを検討してはどうか。
- 急性期入院医療を適切に評価する観点から、他に検討すべき視点はあるか。

シミュレーションを行う条件（案）

- 判定基準より、基準②（B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上）を除外
- A項目より、免疫抑制剤の内服を除外
- C項目に、入院実施割合が90%以上の手術（○点以上に限る）及び検査を追加
- C項目の評価対象日数を、在院日数の○%程度まで広げる

シミュレーションのイメージ（平成30年度改定に係る中医協資料）



重症度、医療・看護必要度に係る現状及び課題と論点（案）

【論点】

- 重症度、医療・看護必要度について、評価項目・判定基準の見直しの方向性や、見直しを踏まえた施設基準の設定について、それぞれどのように考えるか。