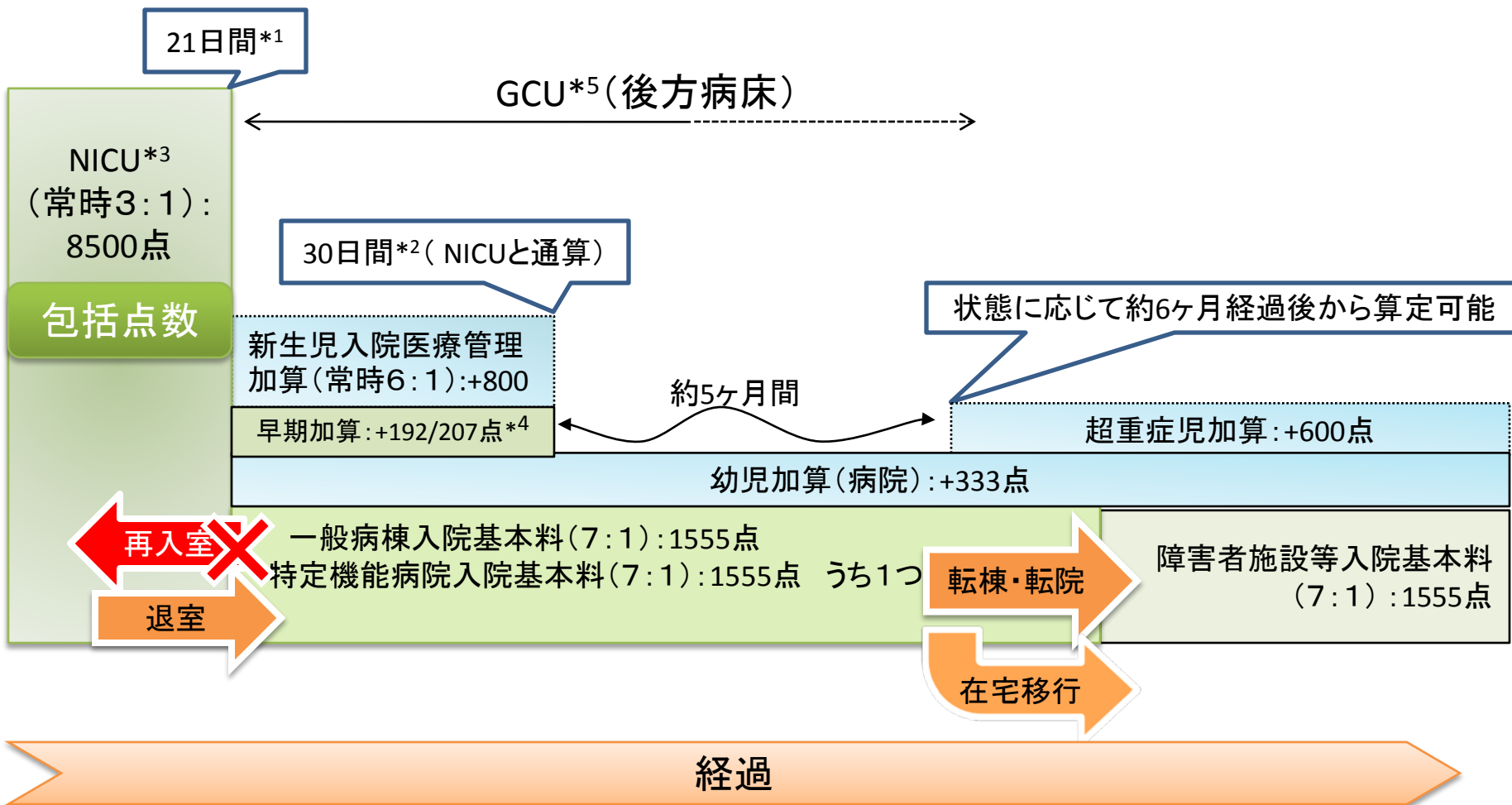


NICU入院後の診療報酬点数の推移 <小児入院医療管理料を算定しない場合>

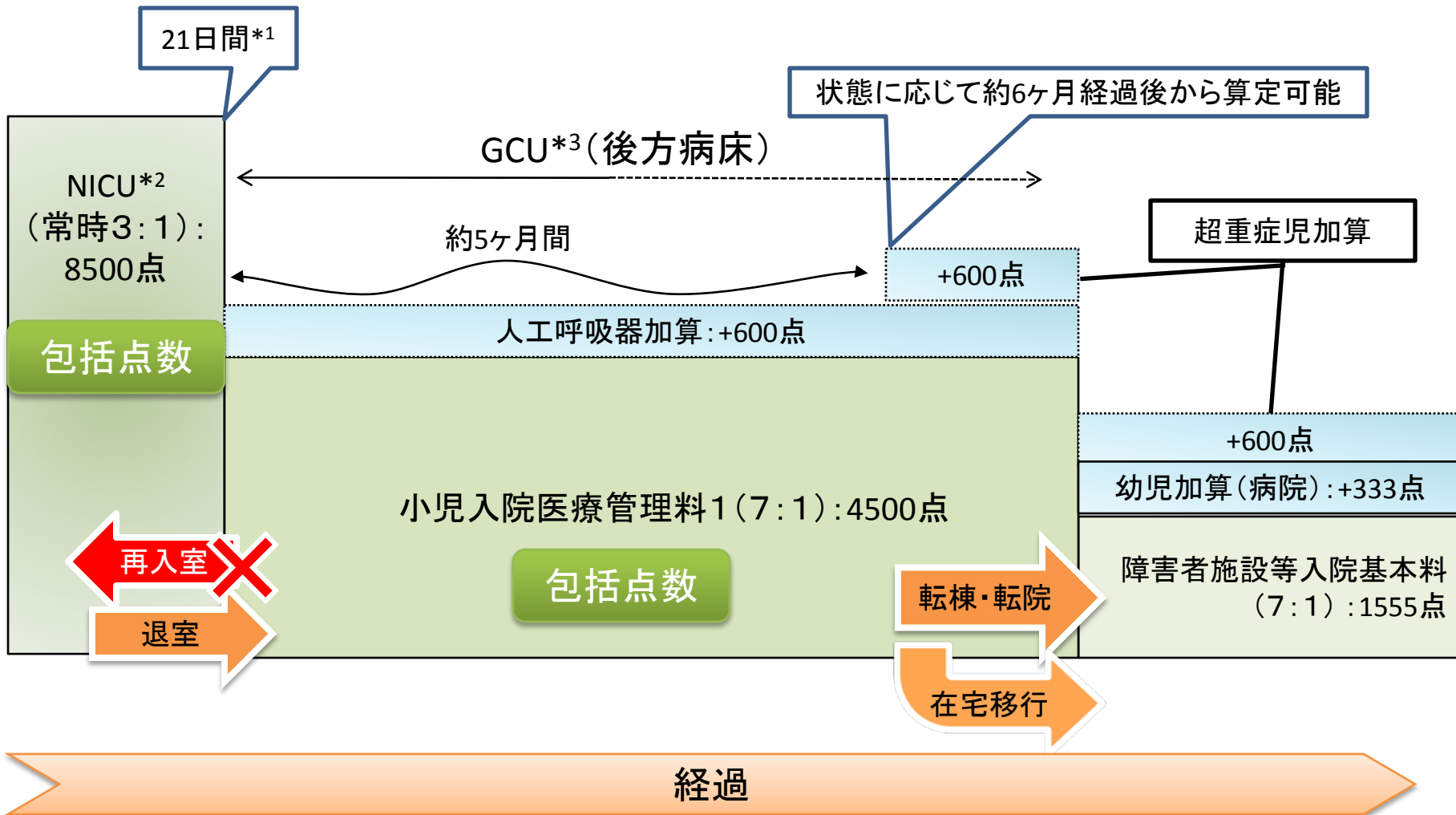


入院料の後の()内は診療報酬上の看護配置を記載

- *1 体重により最大90日まで
- *2 体重により最大120日まで
- *3 1回の入院中にNICUへの再入院はできない
- *4 入院から15日以上30日以内において一般入院基本料は192点、特定機能病院入院基本料は207点の加算がつく
- *5 周産期整備指針において看護配置は常時8対1

NICU入院後の診療報酬点数の推移

<小児入院医療管理料を算定する場合(1を算定)>



入院料の後の()内は診療報酬上の看護配置を記載

*1 体重により最大90日まで *2 1回の入院中にNICUへの再入院はできない *3 周産期整備指針において看護配置は常時8対1

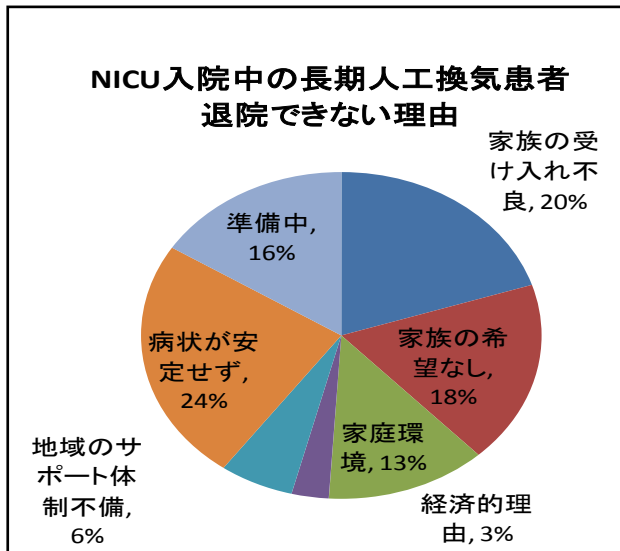
宿題資料2

平成20年度厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)

「中間施設としての小児救急・慢性呼吸循環管理病室の在り方の検討」

主任研究者 田村正徳より

前回提出資料: NICU から在宅への阻害要因



質問票から抜粋

1-17. 現在 NICU 入院中の患者で 6 ヶ月以上人工呼吸管理中の患者数 名

1-18. 1-17 の患者のうち、在宅人工換気の適応のある患者数 名

1-19. 1-18 の患者の診断名、年齢と在宅人工換気ができない理由を 1 症例ずつお書き下さい

診断名	年齢	在宅人工換気ができない理由
1 (<input type="text"/>) (<input type="text"/>) 歳 (<input type="text"/>)		
2 (<input type="text"/>) (<input type="text"/>) 歳 (<input type="text"/>)		
3 (<input type="text"/>) (<input type="text"/>) 歳 (<input type="text"/>)		
4 (<input type="text"/>) (<input type="text"/>) 歳 (<input type="text"/>)		
5 (<input type="text"/>) (<input type="text"/>) 歳 (<input type="text"/>)		

「家族の受け入れ不良」に分類された具体的記載内容

家族が受け入れない、受け入れが悪い、受け入れ体制、低酸素性虚血性脳症に至った背景
家族の受け入れで問題あり、面会少なく受け入れ不良、家庭での受け入れ不可
受け入れ拒否、家族の受け入れが十分にできていない など

(参考)

「家庭環境」に分類された具体的記載内容

核家族で母以外に面倒を見る人がいない、兄弟がいるため患児にかかりきりになれない

ほかに介護を要する人がいる、自営業で母親も仕事をしている、両親の健康状態に問題がある、母子家庭、患児が自宅に帰ることについて、ほかの家族の理解がない など

「地域のサポート体制不備」に分類された具体的記載内容

自施設で在宅人工換気患者のフォローを行っていない、緊急時の対応ができない

レスパイトができない、訪問看護や往診を行えない、地域の訪問看護ステーションがない
など

宿題資料3

急性期病棟における入院料、施設要件、届出数等

	点数	医師配置	看護配置	対象患者	届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:病床数)		
					平成18年	平成19年	平成20年
救命救急 1	~3日 9700点 4~7日 8775点 8~14日 7490点	専任医師 常時センター内	必要数	意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害、大手術後、救急蘇生後、その他外傷、破傷風等で重篤な状態	188	197	202
救命救急 2	~3日 11200点 4~7日 10140点 8~14日 8890点	専任医師 常時室内	常時 2対1		4772	5602	6453
特定集中治療室	~7日 8760点 8~14日 7330点				554	569	592
広範囲熱傷特定集中治療室	~60日 7890点			第2度熱傷30%以上の重症広範囲熱傷患者	3750	3966	4307
					24	24	25
					51	51	52
脳卒中ケアユニット	~14日 5700点	神経内科、脳外科医 (経験5年以上) 常時医療機関内	常時 3対1	脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者がおおむね8割以上	28	49	58
					186	289	355
ハイケアユニット	~21日 3700点	専任常勤医師1名以上 常時医療機関内	常時 4対1	意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害、大手術後、救急蘇生後、その他外傷、破傷風等で重篤な状態に準じる状態 「重症度・看護必要度に係る評価票」にて基準を満たす患者が8割以上	52	59	68
					670	685	776
一般病棟(7対1)	1555点+出来高 ~14日 +428点 15~30日 +192点		7対1		5629	5534	5437
					731566	715413	700358

社会医療診療行為別調 実施件数(6月審査分)

	平成18年	平成19年	平成20年
救急医療管理加算	129,585	206,020	189,716

救急搬送において受入に至らなかった理由について

救急搬送における医療機関の受入状況について

- 救急搬送において医療機関への受入照会回数が多数に及ぶ事案が各地にみられる状況を踏まえ、平成20年3月に総務省消防庁より「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」の結果が公表された。

主な内容については以下のとおり。

（重症以上傷病者搬送人員530,671人から転院搬送人員119,046人を除いた、411,625人について調査。）

（1）医療機関に受入照会を行った回数ごとの件数

- ① 受入が決定するまでに行った照会回数が4回以上が14387件（3.9%）
11回以上が1074件（0.3%）

- ② 地域別の状況をみると、首都圏、近畿圏等の大都市周辺部において照会回数が多くなっている。

※4回以上の割合が全国平均を上回る県（10都府県）

（宮城県、茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、奈良県）

救急搬送において受入に至らなかった理由について

○ 救急搬送において受入に至らなかった理由*1として、以下の項目が挙げられている。

表1. 受入に至らなかった理由ごとの件数（医療機関の区分によらず集計したもの）

1	2	3	4	5	6	7
処置困難	ベッド満床	手術中・患者対応中	専門外	医師不在	初診（かかりつけ医なし）	理由不明及びその他
22.9%	22.2%	21.0%	10.4%	3.5%	0.2%	19.7%

表2. 第三次救急医療機関に限ったもの*2

2	3	1
ベッド満床	手術中・患者対応中	処置困難
37.8%	34.5%	12.7%

表3. 第二次救急医療機関以下に限ったもの*2

1	3	2
処置困難	手術中・患者対応中	ベッド満床
39.0%	16.2%	15.6%

※ いずれも、消防隊員が、医療機関に依頼したものの受入に至らなかった事案において、医療機関との電話でのやりとりの中で聞き取った内容を、消防側の判断で、上記1～7に割り振り集計したもの

*1 救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査（総務省消防庁 平成20年3月11日）

平成19年中に行われた救急搬送のうち、重症以上傷病者搬送人員530,671人から転院搬送を除いた119,046について調査した結果

*2 実態調査のうち集計可能な宮城県、埼玉県、東京都、静岡県、愛知県、広島県、福岡県における数値

「ベッド満床」について

救急医療機関の病床利用率

○ 第二次・第三次救急医療機関の病床利用率

（平成17年医療施設静態調査と平成18年病院報告による）

第二次救急医療機関

全国平均 81.8%
（10県平均 78.8%）

第三次救急医療機関

全国平均 80.6%
（10県平均 80.8%）

○ 救命救急センターとセンターが属する病院全体の病床利用率

（平成20年度 救命救急センター現況調べによる（43都道府県分））

救命救急センター

全国平均 71.3%
（10県平均 78.9%）

センターが属する病院全体

全国平均 83.7%
（10県平均 81.3%）

救急医療機関が受入に至らなかった理由としての「ベット満床」の意味について (サンプル調査 結果①)

			第二次 医療機関 (30施設)	第三次 医療機関 (23施設)	総計 (53施設)
A. 物理的に満床である	1. 病院全体が物理的に満床である。	(1)常に満床(病床が少ない、転院や退院が滞っている等)	2	2	4
		(2)時期、時間によって希に満床	16	10	26
	2. 救急部門の病床は満床であるが、一般病床には空床がある。	(1)常に満床(病床が少ない、一般病床への転床が滞っている等)	1	2	3
		(2)時期、時間によって希に満床	8	14	22
B. 物理的には空床がある	1. 救急部門には空床はあるが、その患者にふさわしい空床が空いていない。(CCU、SCU等の利用区分を設けている。)		17	10	27
	2. 空床はあるが、人手(看護師等)、医療資器材の整った病床がない。	(1)救急部門にない	10	3	13
		(2)一般病床にない	9	5	14
	3. その他	(1)受け入れを断る理由に使った。	2	1	3
		(2)消防への情報伝達過程の誤解である。	0	1	1
		(3)その他	12	7	19

10都府県(宮城県、茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、奈良県)を通じて調査を実施。

『救急医療機関が受入に至らなかった理由としての「ベット満床」』について、該当するものを、「各都府県5施設程度、各施設3項目選択」により調査し、集計。 4

救急医療機関が受入に至らなかった理由としての「ベッド満床」の意味について （サンプル調査 結果②）

第二次救急医療機関からの「ベッド満床について」のコメント

- 翌日入院予定のため救急に使用できない。
- 専門科目を求める人の増加と夜間の病院の人材不足が一番の原因。

第三次救急医療機関からの「ベッド満床」についてのコメント

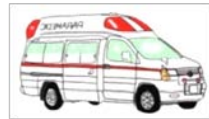
- 相当の努力をして、空床確保に努めており、「ベッド満床」を理由に断ったことはない。現行の医療制度では、漫然と運営してベッドを満床にしておいた方が、努力して空床を作った場合より、収益は多くなる。空床確保について十分な支援をしてほしい。
- 急性期を過ぎて、後方病院にさせようとしても、なかなか転院できない。これが当院では最大の問題である。
- たとえ満床でも「必要な初療処置のみ実施」して、適切な医療機関への転送という対応もあり得る。
- 第三次救急医療機関として常に患者の受入に努力しているが（満床でも+2～3人までは受け入れている。）、物理的に受入困難なときのみ断る。
- 肺炎などの急性期病態を改善しても、それ以前の全身状態が在宅や療養施設でギリギリの状態で介護されている患者も多く、引き受け手がないのが実情であり、満床の原因となっている。
- 大学病院には救急医療以外の高度専門医療を担う役割があり、それに大きな負担をかけて院内転床をすすめているが、限界がある。

消防法の一部を改正する法律の概要 (平成21年5月1日公布)

- 傷病者の搬送及び受入れを円滑に行うことが、傷病者の救命率の向上や後遺症の軽減等の観点から、重要な課題。このため、消防法を改正し、都道府県において、医療機関、地域の医師会、消防機関等が参画する協議会を設置し、地域の搬送・受入ルールを策定することとしたところ。

① 傷病者の発生

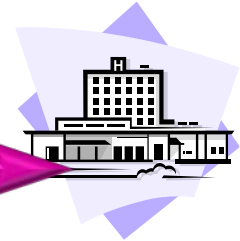
② 搬送先医療機関の選定



③ 救急搬送

受入れ

④ 救急医療



都道府県において、医療機関、地域の医師会、消防機関等が参画する協議会を設置し、地域の搬送・受入ルールを策定

地域の搬送・受入ルールの策定

搬送・受入の調査・分析

※既存のメディカルコントロール協議会等の活用を想定

<搬送・受入ルール>

- ① **傷病者の状況に応じた搬送先となる医療機関のリスト**
- ② 消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先医療機関を選定するためのルール
- ③ 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するためのルール
- ④ **搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷病者を受け入れる医療機関を確保するためのルール**

総務大臣
厚生労働大臣

指針の策定等の援助

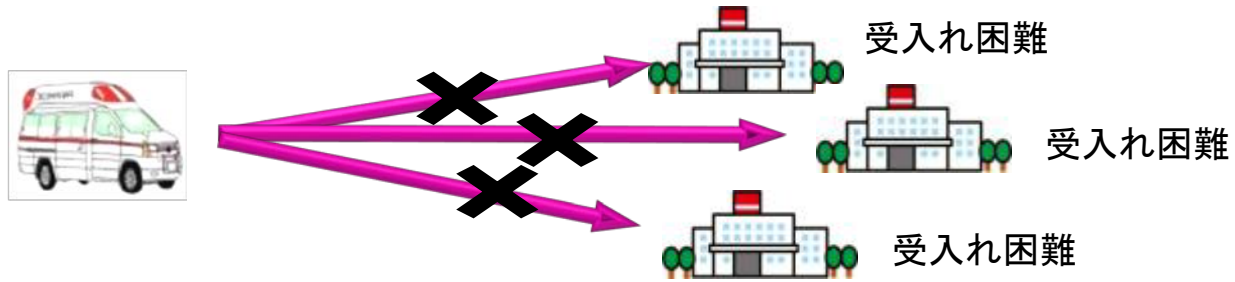
消防機関は、搬送・受入ルールを遵守しなければならない

医療機関は、搬送・受入ルールを尊重するよう努めるものとする

施行期日：公布の日から6月以内の政令で定める日

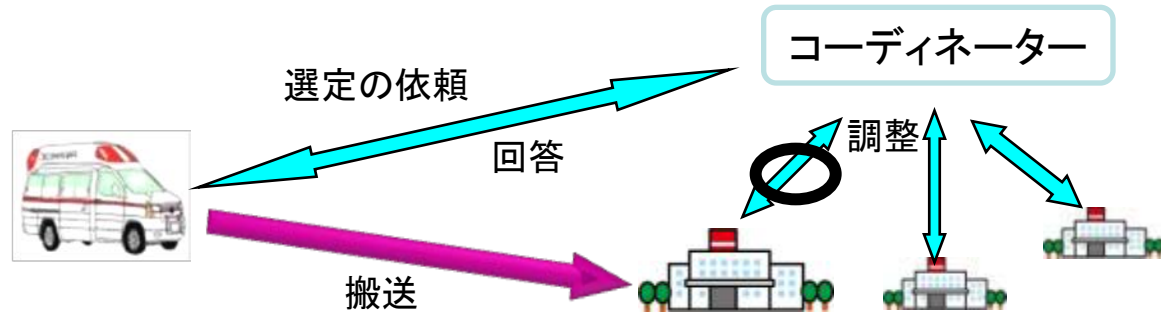
搬送先医療機関が速やかに決定しない場合に医療機関を確保するためのルールイメージ

搬送先医療機関が速やかに決定しない場合



(例) コーディネーターによる調整

コーディネーターが受入医療機関の調整を行い、その調整結果に基づき、傷病者の搬送及び受入れを実施



基幹病院による受入れ

地域の基幹病院が応急的な処置を行い、その後の治療は、必要に応じて転院先医療機関で実施

