

## これまでの宿題事項について

宿題1 大腿骨頸部骨折、脳卒中のそれぞれについて、地域連携診療計画管理料・退院時指導料の算定割合はどの程度か。

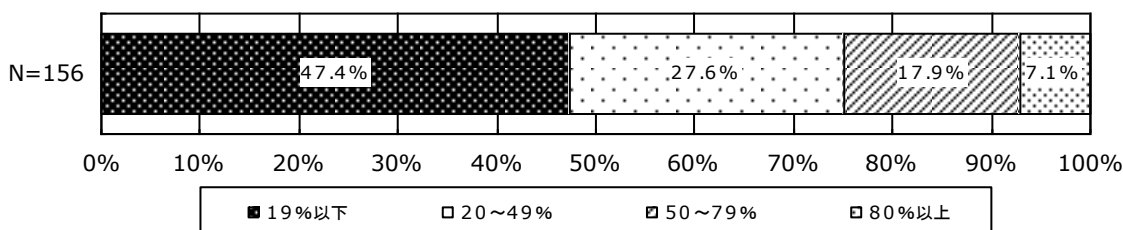
(11月13日 鈴木委員)

1 計画管理病院における大腿骨頸部骨折患者に占める算定患者の割合は平均29.5%であった。19%以下の医療機関が47.4%である一方、80%以上の患者に適用している医療機関が7.1%見られた。退院時指導料を算定している患者の割合は、平均26.3%であった。

大腿骨頸部骨折に係る計画管理料を算定している患者の割合(図表4-8)

… 平均 29.5%

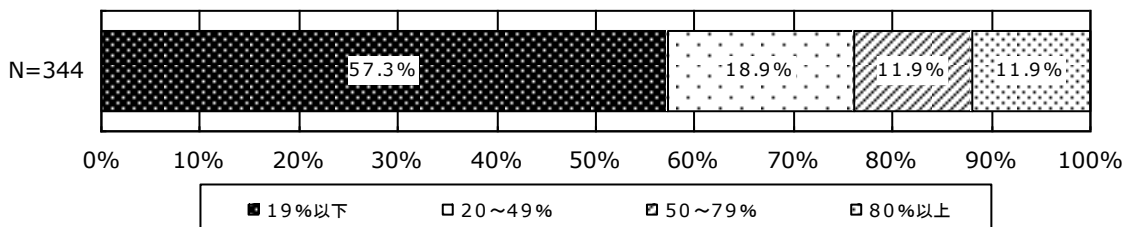
※有効回答 156 件で集計



大腿骨頸部骨折に係る退院時指導料を算定している患者の割合(図表4-10)

… 平均 26.3%

※有効回答 344 件で集計

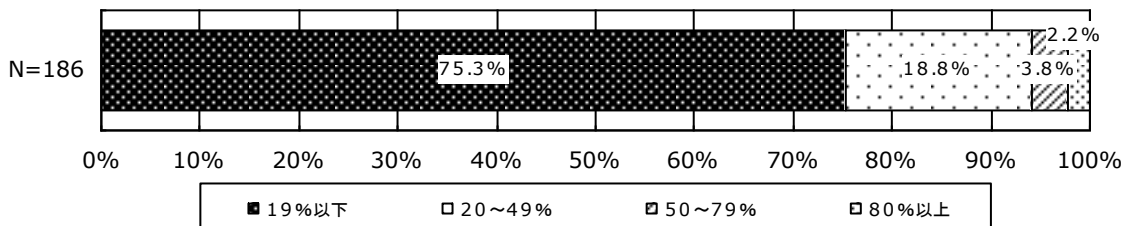


2 計画管理病院における脳卒中患者に占める算定患者の割合は平均13.2%であり、19%以下の医療機関が75.3%であった。退院時指導料を算定している患者の割合は、平均16.1%、19%以下の医療機関が77.3%であった。

脳卒中に係る計画管理料を算定している患者の割合（図表 4-12）

… 平均 13.2%

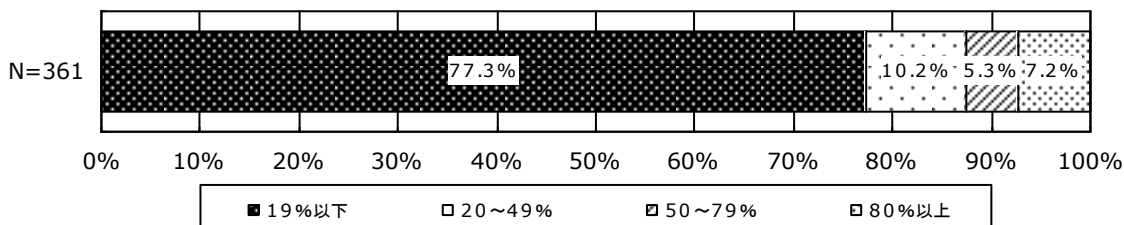
※有効回答 186 件で集計



脳卒中に係る退院時指導料を算定している患者の割合（図表 4-14）

… 平均 16.1%

※有効回答 361 件で集計



（平成 21 年度検証部会「地域連携クリティカルパス」に係る調査結果より）

宿題2 地域連携診療計画管理料・退院時指導料の都道府県別届出医療機関数はどのようになっているか。  
 （11月13日 小林委員）

地域連携診療計画管理料・退院時指導料の届出医療機関数は、都道府県ごとに届出数のばらつきがあり、秋田県、埼玉県、奈良県では届出がない一方、徳島県のように届出数の多い都道府県も見られる。（参考資料P2～5）

宿題3 入院中の患者が他医療機関を受診する際の診療報酬の算定の考え方はどうなっているのか。

(11月13日 遠藤委員長)

(12月16日 中島委員)

通知の内容を図示した(参考資料 P6~7)。

また、最近のDPC病院の動向等を踏まえて、整理すべき内容を「整理案」として図示した(参考資料 P8~9)。

宿題4 慢性期医療の包括評価として、医療区分とADL区分を組み合わせた9の分類を用いているにも関わらず、療養病棟入院基本料が5区分となっているのはなぜか。

(11月20日 白川委員)

- (1) 療養病棟入院基本料では、医療区分及びADL区分を組合せた9の患者分類(ケースミックス分類)を用いて包括評価を行っている。同分類は、もともと、中医協基本問題小委員会の下部組織である調査専門組織・診療報酬調査専門組織慢性期入院医療の包括評価分科会が、調査データに基づき提案したものであり、平成18年度診療報酬改定より採用され、平成20年度診療報酬改定に際して部分的な修正が行われて現在に至る(参考資料P10~11)。
- (2) これに対し、療養病棟入院基本料は、平成18年度よりA~Eの5種類の設定となっている。当時、異なる患者分類を同一点数で評価した理由としては、診療報酬体系の簡素化を図るという全体的な方向性に加えて、医療区分3・ADL区分1及び医療区分3・ADL区分2の患者の数が少なかったために、個別の点数設定を行うだけのデータが得られていなかったためと聞いている(参考資料P11)。
- (3) なお、現行の診療報酬においては、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っていることを要件とした上で、ADL区分3に相当する患者については褥瘡評価実施加算(1日につき15点)を設けていることから、入院基本料の分類として、事実上7分類となっている。
- 実際に、褥瘡評価実施加算の算定回数は、療養病棟入院基本料の算定回数の36%を占めており(平成20年度社会医療診療行為別調査より)、ADL区分3相当の患者については適切に加算がなされているものと考えられる(参考資料P11)。

宿題5 入院時医学管理加算の届出状況を二次医療圏別で分析できないか。

(11月27日 遠藤委員長)

平成19年時点の入院時医学管理加算の算定要件と平成20年改定後の算定要件は全く異なるものであるため、一律に比較すべきものではないが、平成19年時点では、同一県内の一つの医療圏に多くの届出医療機関が集中している都道府県が多いのに対し、平成21年では、より多くの医療圏に届出医療機関が分布している都道府県が多い(参考資料P12～16)。

宿題6 医療機関とケアマネージャーが連携することで、患者にとってどのようなメリットがあるのか。病診連携や既存の評価では代替できないのか。

(12月4日 白川委員)

- 1 介護サービスの提供は、介護サービス計画（ケアプラン）に基づき行われるが、この作成業務を行うのがケアマネージャーである。ケアマネージャーは利用者の心身の状況等を踏まえて、適切な介護サービスを選択し、ケアプランの作成を行う必要がある（参考資料P17）。
- 2 しかしながら、ケアマネージャーは必ずしも医療専門職ではなく、また、医療従事者も必ずしも地域の介護サービスの状況を詳細に把握しているわけではないことから、両者がお互いの専門性を生かし、情報交換を行うことによって、個々の患者の状態に応じたより適切な介護サービスが提供されることが期待される（参考資料P17～19）。

宿題7 退院時共同指導料の中でもケアマネージャーとの連携を評価しているのではないか。

(12月4日 西澤委員)

- 1 退院時共同指導料は、退院後の在宅療養を担う医師又は医師の指示を受けた看護職員が、入院中の保険医療機関に赴き、その医療機関の医師又は看護職員と共同して患者に対して退院後の療養に関する指導を行った場合を評価した項目である。さらに、入院中医療機関が在宅療養を担う医師又は看護職員に加え、歯科医師、保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等のうち2者以上と共同して指導を行った場合に加算が設けられている。
- 2 上記の加算を算定するための構成員の一人としてケアマネージャーも認められるが、2者のうちに必ずしもケアマネージャーを含まなくても算定可能な点数である。また、これらの構成員のうち、介護サービスに直接関連する職種はケアマネージャーのみであるが、単独のケアマネージャーと医療関係職種が共同して入院中の患者に指導を行った場合の評価はない。（参考資料P20）