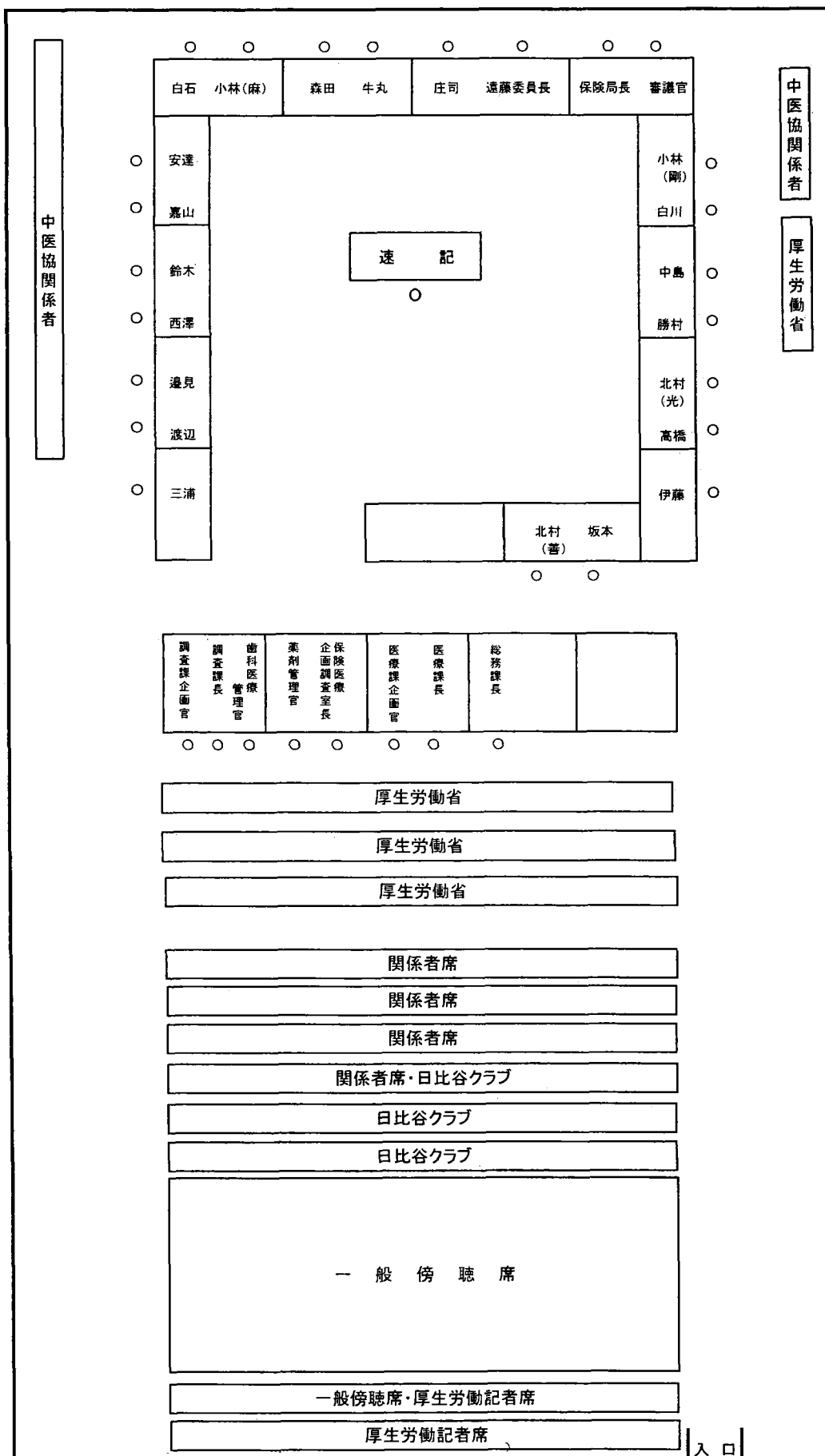


中央社会保険医療協議会 基本問題小委員会座席表

日時:平成21年11月13日(金) 10:00(目途)~12:00
会場:全国都市会館 第2会議室(3階)



中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会（第147回）
議事次第

平成21年11月13日（金）
於 全国都市会館

議 題

- 医療機関連携について
- 入院医療における多職種共同の取組みについて
- 感染症対策について
- その他

医療機関連携について

第1 医療機能の分化と連携について

高齢化の進展、マンパワー、諸外国と比較して多い病床、長い平均在院日数等の状況に鑑み、我が国においても医療機能の分化を進め、必要な機能に必要な資源の集中的な投入をすることが必要と考えられる。医療機能の分化が進んだ場合、同時にそれぞれの専門分化した医療機関同士の連携を推進することも必要である。(参考資料 P2-4)

第2 現状と課題

- 1 大腿骨頸部骨折、脳卒中について、退院後も入院から継続したリハビリテーションや介護サービスの提供を行うことが重要である。(参考資料 P5-7)
- 2 病院が機能分化を進める中で、退院調整部門の関わりが患者の適切な療養環境の選択に重要な役割を占めている。(参考資料 P8-13)
- 3 医療機関同士の連携のためには、適切な診療情報の提供が重要である。患者の情報の提供に当たっては、診療情報提供料で評価される部分と、患者への実費請求となっている部分がある。(参考資料 P14)

第3 現行の診療報酬上の評価の概要

- 1 大腿骨頸部骨折に対して、あらかじめ作成した共通の診療計画に基づいた急性期の医療機関と亜急性期・回復期の医療機関の連携の評価を行っている。平成 20 年度には対象疾患に脳卒中を追加した。

B005-2 地域連携診療計画管理料(退院時) 900 点

改

B005-3 地域連携診療計画退院時指導料(退院時) 600 点

届出医療機関数 (上段: 病院数/下段: 診療所数)

	平成 19 年	平成 20 年
地域連携診療計画管理料	209 —	405 —
地域連携診療計画退院時指導料	604 144	1,274 205

社会医療診療行為別調査 (平成 20 年 6 月審査分)

	平成 19 年		平成 20 年	
	実施件数	算定件数	実施件数	算定件数
地域連携診療計画管理料	247	247	1,133	1,133
地域連携診療計画退院時指導料	37	37	817	817

2 療養病棟、精神病棟等に入院する患者について、退院に向けた計画を作成し、計画に沿って退院した場合の評価を設けた。一般病棟に入院する高齢者についても同様の評価を行った。

A238 退院調整加算

新

1 退院支援計画作成加算(入院中 1 回) 100 点

2 退院加算(退院時 1 回)

イ 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料等 100 点

ロ 障害者施設等入院基本料等 300 点

A241 後期高齢者退院調整加算(退院時 1 回) 100 点

新

届出医療機関数

	平成 20 年
退院調整加算	2,613
後期高齢者退院調整加算	2,621

社会医療診療行為別調査（平成 20 年 6 月審査分）

			平成 2 0 年	
			実施件数	算定件数
退 院 調 整 加 算	退院支援計画作成加算		4 255	4 260
	退院 加算	療養病棟入院基本料、 結核病棟入院基本料等	2 884	2 884
		障害者施設等入院基本料等	127	127
後期高齢者退院調整加算			4 801	4 807

- 3 医療機関同士が診療情報を共有することにより患者の療養に資することを評価している。退院時の情報提供について、円滑な地域移行を支援する観点から、退院の翌月までの情報提供を評価した。

B009 診療情報提供料(Ⅰ)(月1回) 250 点

注7 退院時添付加算 200 点 (改)

社会医療診療行為別調査（平成 20 年 6 月審査分）

	平成 19 年		平成 20 年	
	実施件数	算定件数	実施件数	算定件数
診療情報提供料(Ⅰ)	1,685,763	1,739,480	1,560,664	1,602,863
退院時添付加算	75,807	77,914	88,709	89,964

第4 論点

- 1 医療機関同士が大腿骨頸部骨折、脳卒中の診療計画を共有し、連携を図る取組みについて、退院後のリハビリテーションを担う医療機関や介護サービスも含めた診療計画に基づき連携を行った場合の診療報酬上の評価をどう考えるか。(参考資料 P5-7)
- 2 急性期医療機関を中心に、患者がスムーズに適切な療養に移行するための取組みについて、診療報酬上の評価をどう考えるか。(参考資料 P8-13)
- 3 診療情報提供料について、医療機関同士が情報を共有することにより継続的な医療を確保する観点から整理することについてどう考えるか(参考資料 P14)。

入院中患者における他医療機関からの 診療・指導について

第1 現状と課題

近年、医療機能の分化が進む中、専門分野に特化した医療機関同士の連携が重要となっている。その中には、患者が入院している医療機関に他医療機関の医師が赴いて専門医療を提供する形態も含まれる(参考資料 P15)。

第2 診療報酬上の評価

- 1 入院中の患者に対して診療上必要があると認める場合は、他の保険医療機関の保険医の立合診療を、対診という形で受けることができる。この場合、対診を行った医療機関の医師は往診料、基本診療料等を算定することができる。

C000 往診料（対診も含む） 600 点

算定状況（社会医療診療行為別調査 各年6月審査分）

	平成19年		平成20年	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
往診料	128,673	239,020	132,623	249,913

- 2 在宅へ移行する患者について、退院後の在宅療養を担う医師等が入院中の保険医療機関に赴いて入院中の保険医療機関の医師等と共同して指導を行った場合を評価している。ハイリスクの妊産婦を紹介した医師が紹介先の病院に赴き共同で指導を行った場合を評価している。

B004 退院時共同指導料 1

1 在宅療養支援診療所 1,000 点

2 1 以外 600 点

B005 退院時共同指導料 2 300 点

B005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ） 500 点

B005-5 ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ） 350 点

届出医療機関数（上段：病院数/下段：診療所数）

		平成19年	平成20年
ハイリスク妊産婦共同管理料	(I)	191	236
		498	646
	(II)	184	—
		—	

社会医療診療行為別調査（各年6月審査分）

		平成19年		平成20年	
		実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
退院時共同指導料1	1	—	—	204	204
	2	1,074	1,074	363	363
退院時共同指導料2	1	38	38	1,051	1,051
	2	659	659		
ハイリスク妊産婦共同管理料(I)		—	—	—	—
ハイリスク妊産婦共同管理料(II)		—	—	12	12

- 3 他医療機関に勤務する医師が非常勤医師として当該医療機関で診療を行う場合については、報酬は給与として支払われる。

第3 論点

入院中患者に対して、他医療機関から診療・指導に来る際の評価をどのように考えるか(参考資料 P15)。

障害者施設等の機能分化の促進のための移行措置

第1 障害者施設等の果たす役割

NICU の空床確保は円滑な周産期医療の推進のために重要である。肢体不自由児（者）施設等においても、小児救急を行う医療機関と連携し、病状に応じて適切に患者を受け入れることが必要とされる（参考資料 P16, 17）。

第2 現状と課題

- 1 障害者施設入院基本料等を算定する病棟については、本来設けられた趣旨・目的に照らして対象となる疾患の見直しを行うと共に、当該病棟に入院していた患者が療養病床に移行した場合について、経過措置を設けたが、その期限が平成 22 年 3 月 31 日までとなっている（参考資料 P18）。

第3 診療報酬上の評価の概要

肢体不自由児（者）、重症心身障害児、筋ジストロフィー患者、難病患者等を対象とする病棟に対し、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等を設定している。本来設けられた趣旨・目的に照らして対象となる疾患の見直しを行うとともに、療養病床に転換した場合の経過措置を設けた。

A106 障害者施設等入院基本料

- ・肢体不自由児施設、重症心身障害児施設及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟
- ・重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟

改定前	平成 20 年度改定後	改
7 対 1 入院基本料 1, 269 点	7 対 1 入院基本料 1, 555 点	
10 対 1 入院基本料 1, 092 点	10 対 1 入院基本料 1, 300 点	
13 対 1 入院基本料 954 点	13 対 1 入院基本料 1, 092 点	
15 対 1 入院基本料 954 点	15 対 1 入院基本料 954 点	
[算定要件]	[算定要件]	
□ 重度の肢体不自由児（者）、脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね 7 割以上入院させている病棟	□ 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。）、脊椎損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。）、重度	

	<p>の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね 7 割以上入院させている病棟</p> <p>[経過措置]（療養病床に移行している場合又は移行する場合）</p> <p>平成 20 年 3 月 31 日の時点で障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院する重度の肢体不自由児（者）等の患者については、平成 22 年 3 月 31 日までの間に限り、医療区分 1 に該当する患者は医療区分 2、医療区分 2 に該当する患者は医療区分 3 の患者とみなす</p>
<p>A306 特殊疾患入院医療管理料（1 日につき）</p> <p>・ 重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等であり、主として長期にわたり療養が必要な患者を入院させる病室</p>	<p>1,943 点 改</p>
<p>A309 特殊疾患病棟入院料（1 日につき）</p> <p>1 特殊疾患病棟入院料 1 1,943 点</p> <p>・ 当該病棟の入院患者の概ね 8 割以上が、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、又は難病患者である。</p> <p>2 特殊疾患病棟入院料 2 1,570 点</p> <p>・ 肢体不自由児施設等である、あるいは、当該病棟の入院患者の概ね 8 割以上が重度の肢体不自由児（者）等の重度の障害者である。</p> <p>※対象者の見直し、経過措置については上記入院料についても同様の措置を行った。</p>	<p>改</p>

第 4 論点

- 1 障害者施設等が今後更に NICU を経た患者の受け皿となるなど、その期待される役割を担うため、その他の入院患者が長期療養にふさわしい病床に転院することに対する支援を目的に、前回改定時に設けた経過措置について、どのように考えるか（参考資料 P16-18）。

医療機関連携について (参考資料)

医療機関連携に関する議論

入院医療における患者の流れ としての連携

急性疾患に対する急性期・回復期等が連携した在宅復帰のための一連の連携

地域連携診療計画管理料・地域
連携診療計画退院時指導料

退院後の患者に適切な医療・介護サービスを提供するための連携

退院調整加算

情報の流れとしての連携

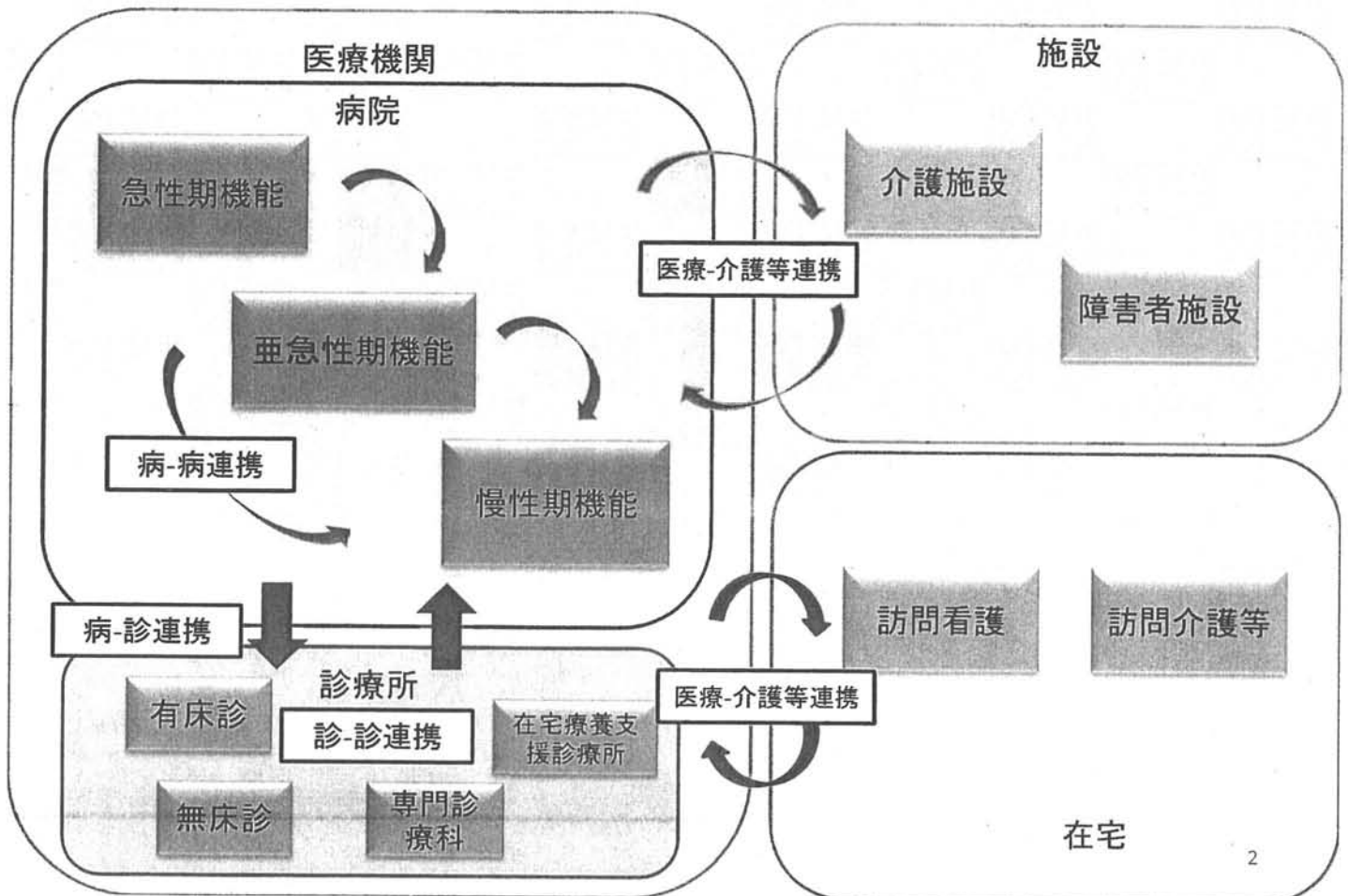
医療機関同士の患者の紹介、診療情報の提供のための連携

診療情報提供料

医師が入院先に赴いて行う連携

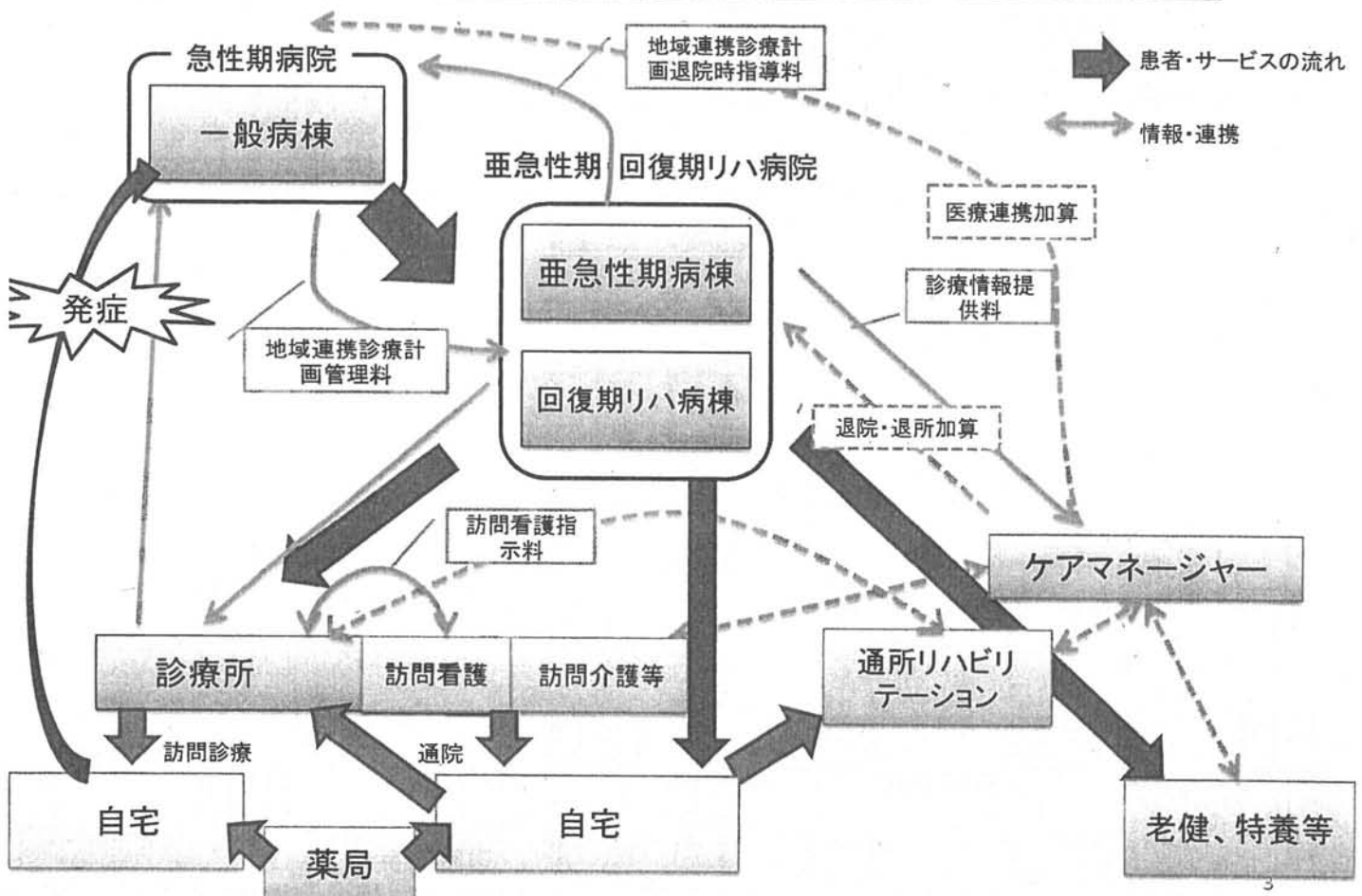
対診
退院時共同指導料
ハイリスク妊娠 婦共同指導料 等 ¹

医療機関等の連携について



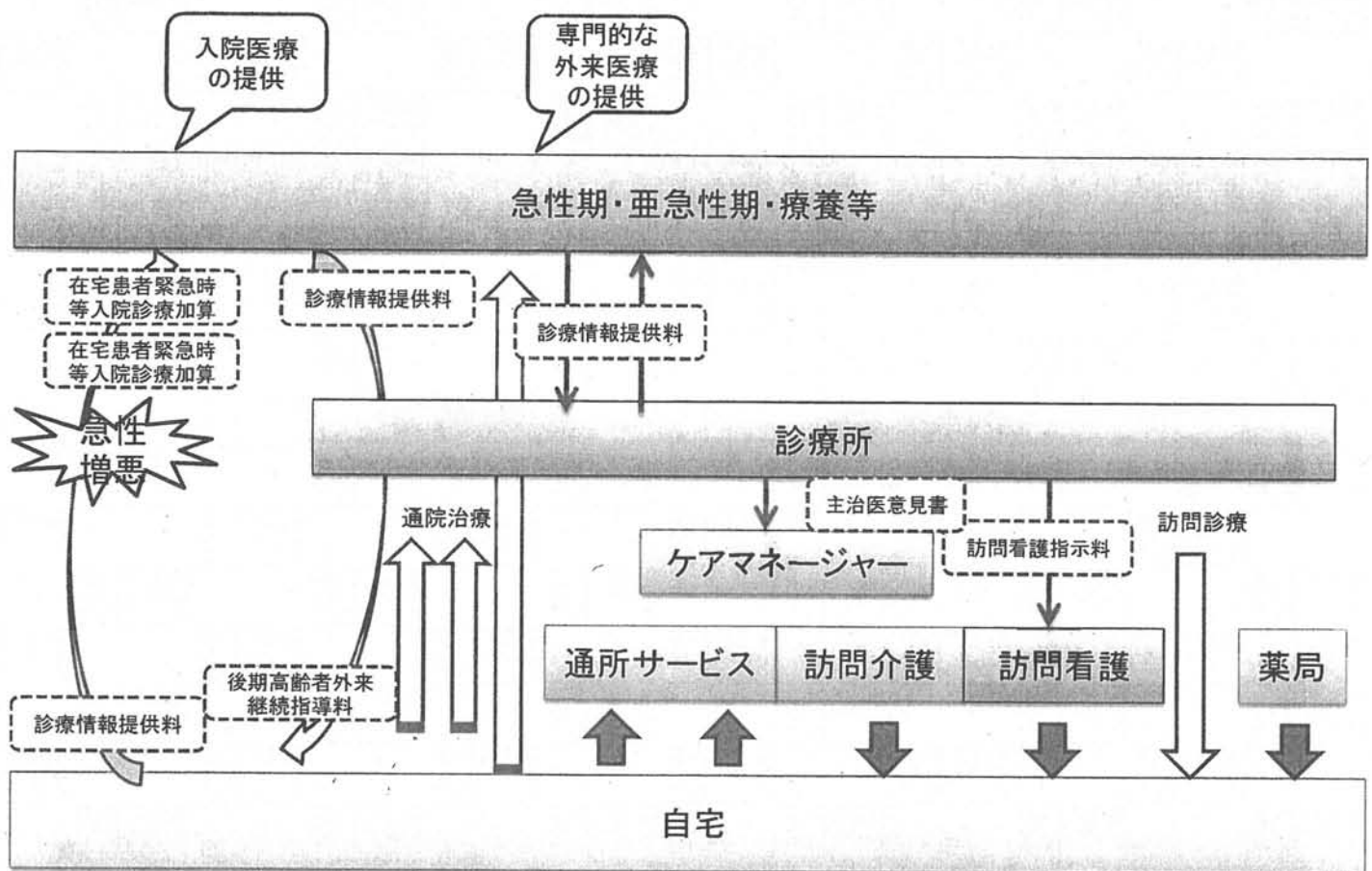
2

急性疾患発症からの一連の連携

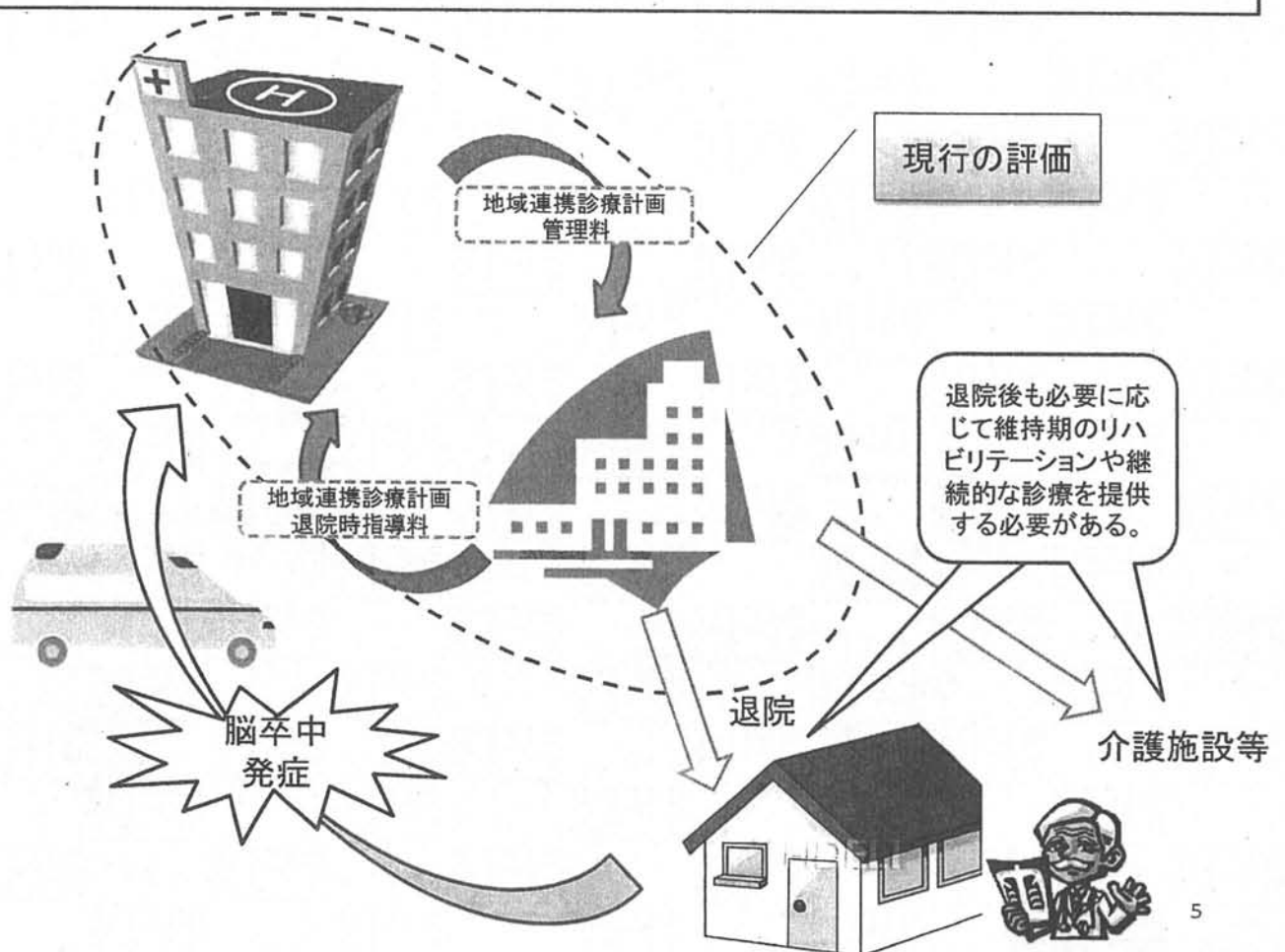


3

慢性疾患の治療における連携



診療報酬上の地域連携クリティカルパスへの評価(現状)



脳卒中における地域連携の取組み

急性期

回復期

維持期



連携バス

連携バス

リハビリテーション

<ADL指標>

移動能力
mRS, (BI)



FIM, BI

老人日常生活自立度



老人日常生活自立度
(FIM, BI)

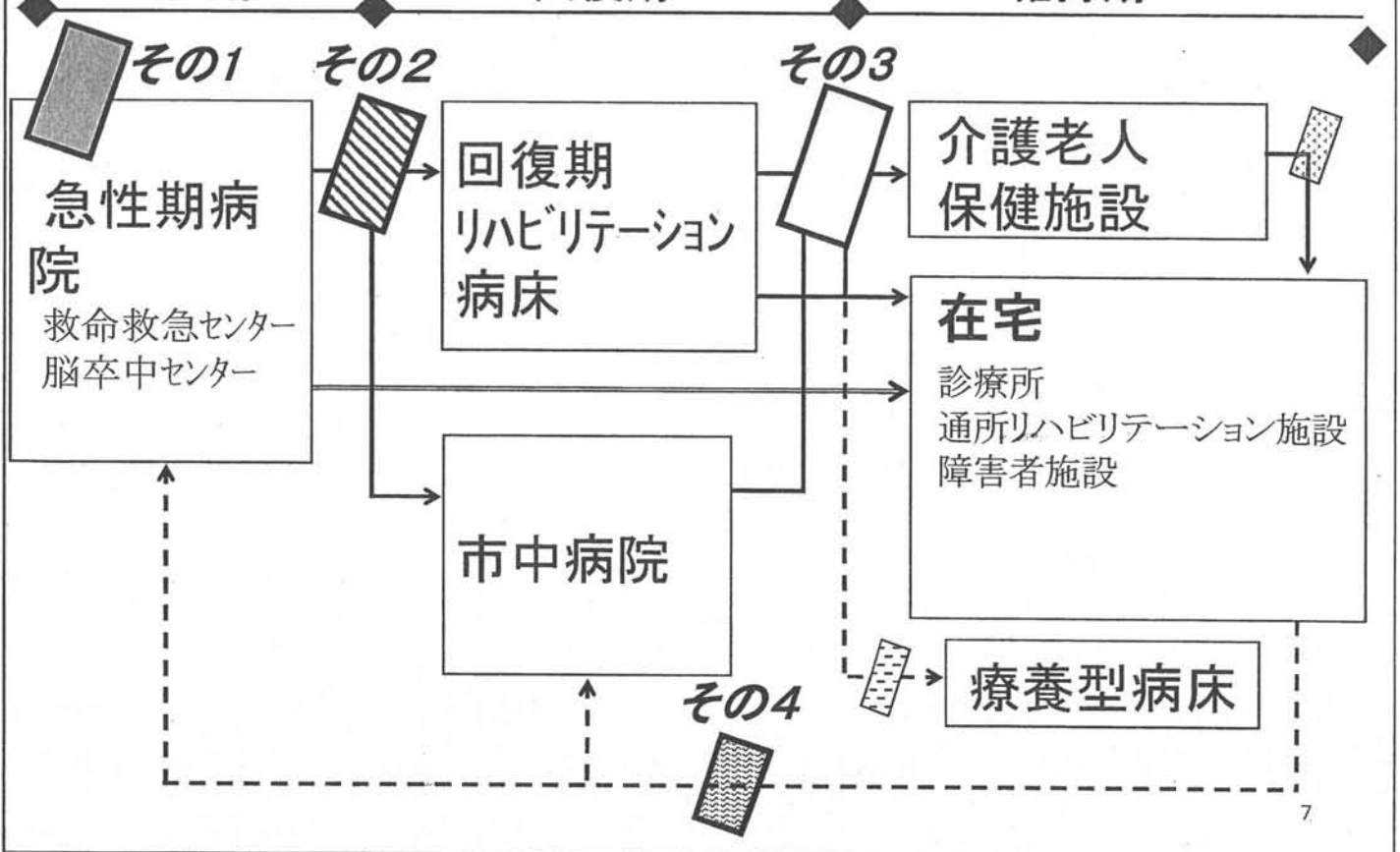
診療情報の共有・治療の継続性 (再発予防・併存疾患の管理)

脳卒中における地域連携の取組み

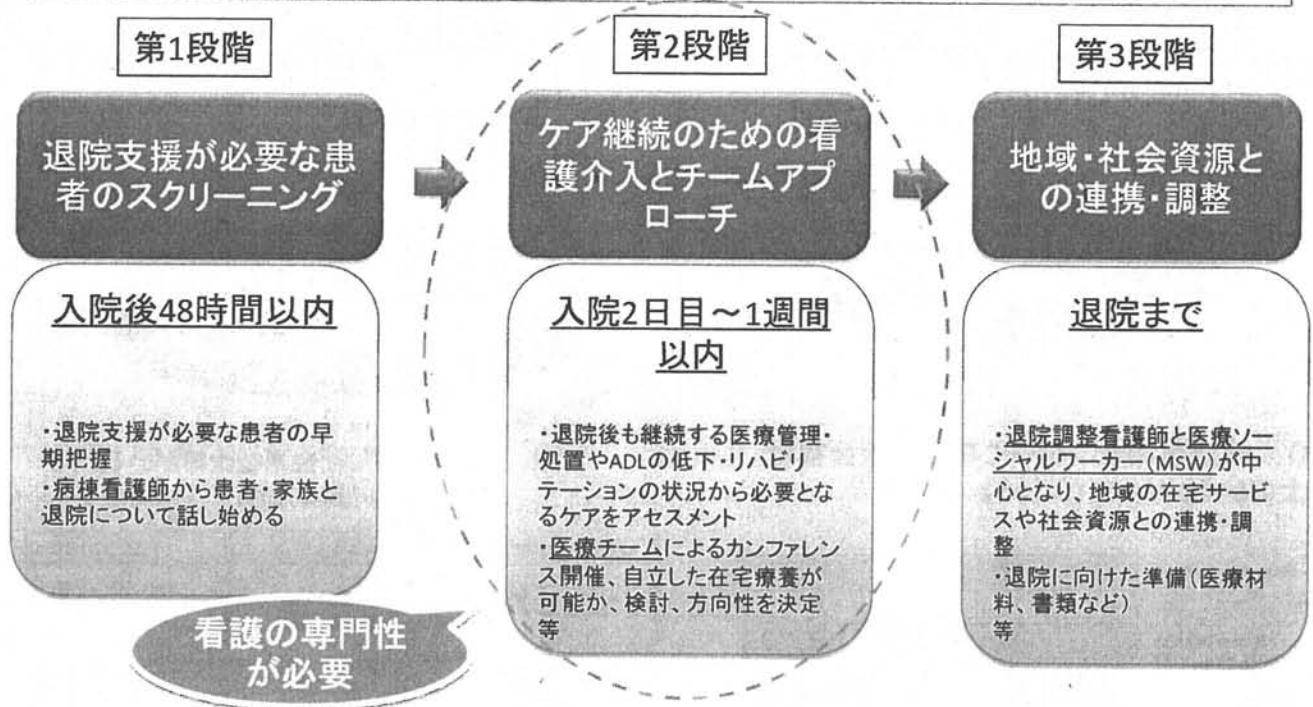
急性期

回復期

維持期



退院調整(支援)のプロセス

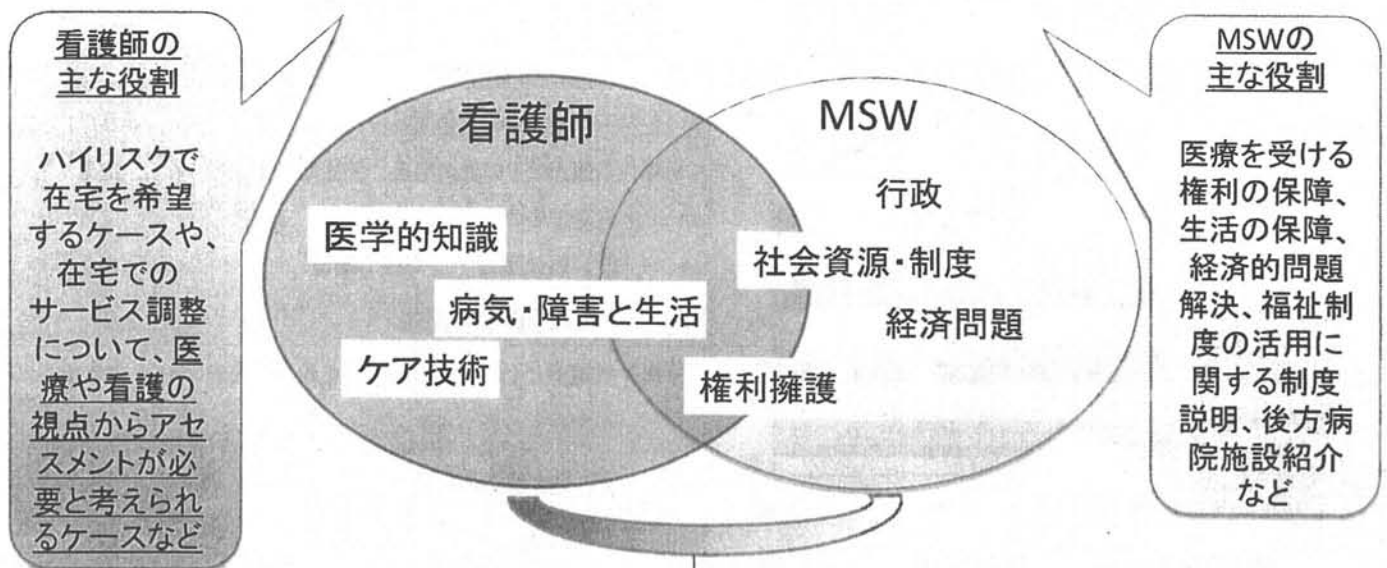


出典: 任和子他、退院支援に看護の原点が見える、看護管理、19(12)、1022-1030、2009
宇都宮宏子編、病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例、日本看護協会出版会、P12、2009

○ 退院支援は入院後早期から関わるのが重要であり、看護師やMSWをはじめ、医師、コメディカルとのチームアプローチが必要

8

退院調整における看護師と医療ソーシャルワーカー(MSW)の役割分担

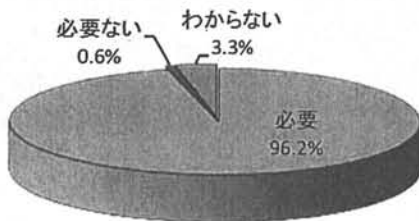


それぞれの専門性を生かし協働して退院調整を行うことが重要

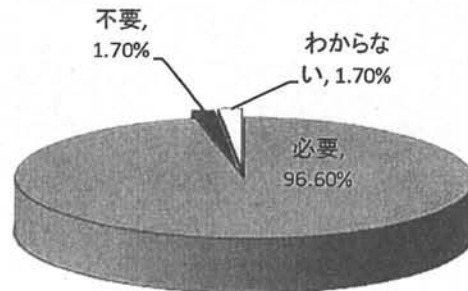
出典: 岡田美幸、退院調整実務者としての視点から、看護管理、15(4)、271-276、2005

急性期治療領域における退院調整の必要性

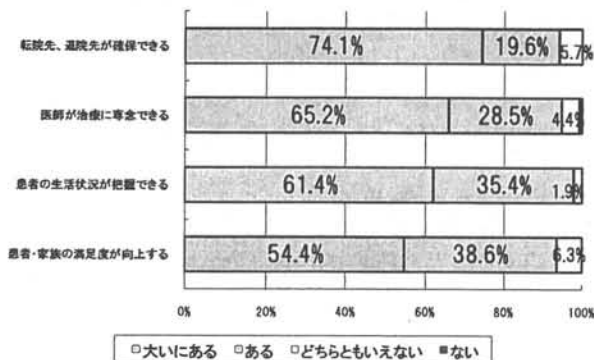
Q1. 救急救命センターに専任の社会福祉士は必要か(n:158)



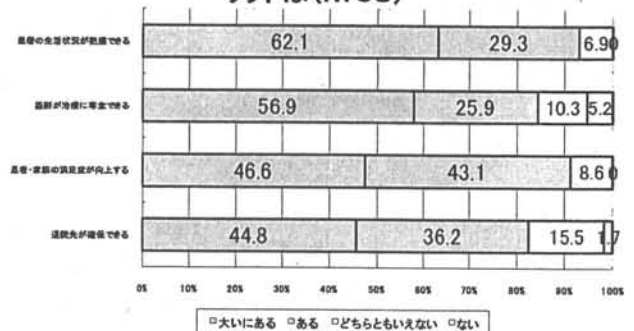
Q1.NICU長期入院児問題解決に社会福祉士等は必要か(n:58)



Q2. 救急救命センターに専任の社会福祉士のいるメリット(n:158)



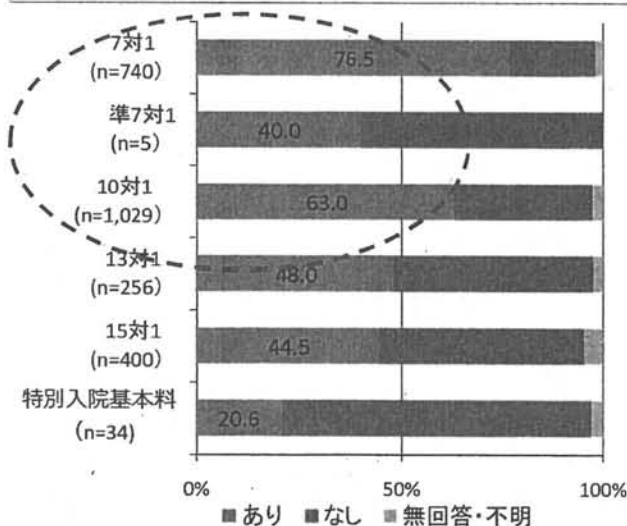
Q2. 周産期部門に社会福祉士等がいるメリットは(n:58)



出典: 日本医療社会事業協会調査(平成21年4月~7月)

退院調整部門※の設置と職員配置状況

一般病棟※※の届出区分ごとの退院調整部門の設置状況の有無(n=2,535)



一般病棟※※の退院調整部門における職員配置状況(n=1,575)

	(%)
専任(注1)の職員を配置	74.3
＜再掲＞看護師とその他の職員※※※を専任で配置	28.8
看護師を専任で配置	7.4
その他の職員※※を専任で配置	38.2
兼任(注2)の職員を配置	23.5
＜再掲＞看護師とその他の職員※※※を兼任で配置	10.1
看護師を兼任で配置	3.1
その他の職員※※を兼任で配置	10.3
無回答・不明	2.2

※地域連携室、医療相談室等の一つの機能として退院調整を行っている場合も含む。

※※一般病棟・特定機能病院(一般病棟)・専門病院

※※※医療ソーシャルワーカー、事務職員など

(注1)診療報酬上の「専従」を意味する。

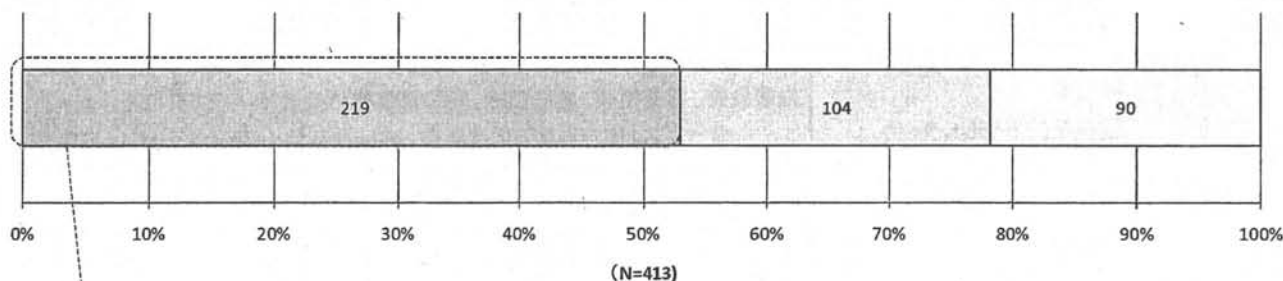
(注2)診療報酬上の「専任」を意味する。

出典: 2008年病院における看護職員受給状況等調査 日本看護協会

- 看護配置が手厚い施設ほど、退院支援の体制が整備されている傾向がある。
- 複数名の専従配置を行っている施設は約30%

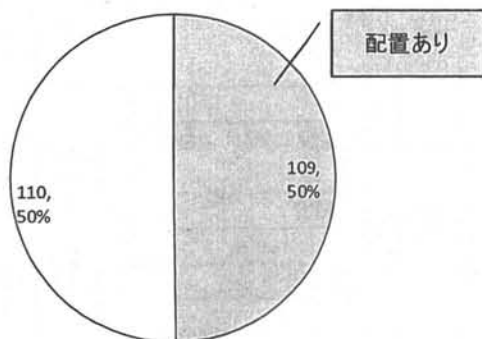
退院調整部門の設置状況

7対1入院基本料算定医療機関における退院調整に関する部門の設置状況

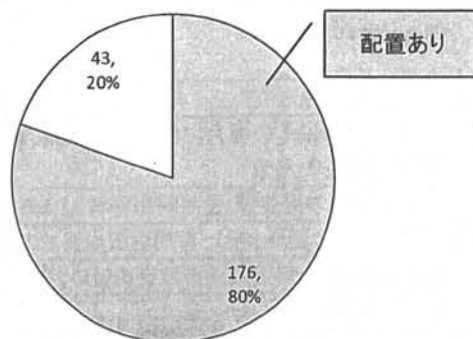


□退院調整部門に専従職員を配置している医療機関 □退院調整部門を設置している医療機関 □退院調整部門を設置していない医療機関

専従職員として看護師を配置している医療機関



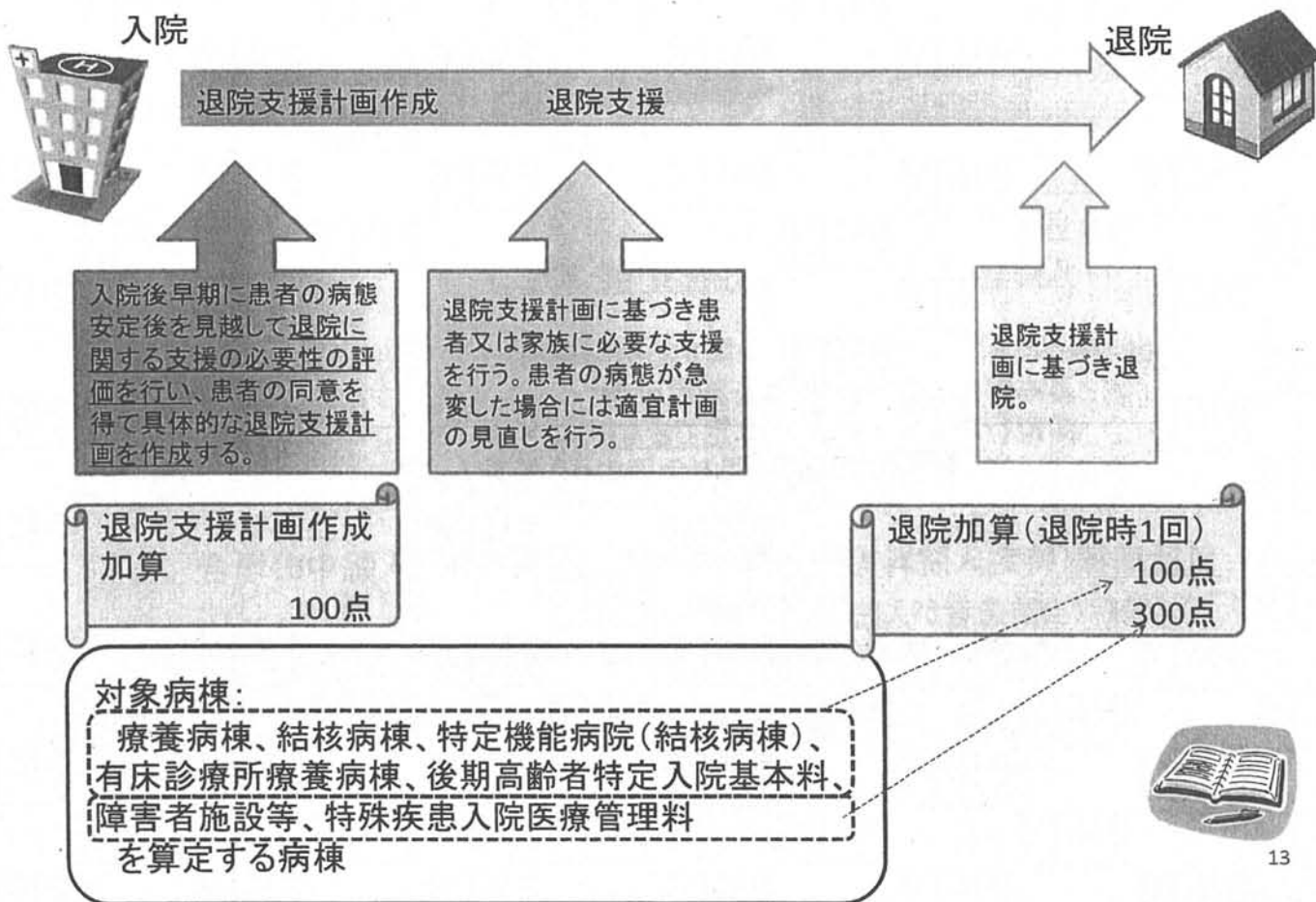
専従職員としてソーシャルワーカーを配置している医療機関



出典:平成21年度検証部会調査

12

退院調整加算(H20新設)



13

診療情報提供料

診療情報提供料(Ⅰ) (月1回) 250点

○情報提供先

注1 他の医療機関	医療機関間の有機的連携の強化
注2 市町村(特別区を含む) 保健所 精神保健福祉センター 指定居宅介護支援事業者 地域包括支援センター	保健福祉サービスのため 健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス、ホームケア促進事業、ショートステイ、デイサービス、日常生活給付等の介護保険の居宅サービス若しくは福祉サービスを有効かつ適切に実施するために必要な診療並びに家庭の状況に関する情報
注3 保険薬局	在宅患者訪問薬剤管理指導のため
注4 障害福祉施設(精神のみ) 精神障害者施設	「入所している患者」の医療機関での診察に基づく情報の提供
注5 介護老人保健施設	入所等のため
注6 老人性認知症センター	認知症の鑑別診断、治療方針の選定等のため

○加算

加算の対象	加算点数
退院月又はその翌月に保険医療機関、精神障害者施設、介護老人保健施設に対し「退院時情報を添付」した場合	200点
「ハイリスク妊産婦」を共同指導料(Ⅰ)の医療機関から(Ⅱ)の医療機関に紹介	200点
「認知症の疑い」あり、専門医療機関での鑑別診断のため紹介	100点
外来で「うつ病等の精神障害の疑い」あり、診断治療のため、他医精神科に紹介	200点

診療情報提供料(Ⅱ) (月1回) 500点

セカンドオピニオンを得ることを目的とした診療情報の提供

14

入院中の患者に係る対診の取り扱い



・ 出来高病棟に入院中の場合

○A病院(当該患者が入院中の医療機関):

入院基本料＋診療行為に係る費用を算定

○B医療機関(対診を行う医師が所属する医療機関):

基本診療料＋往診料等を算定可能

診療行為に係る費用は算定できない。

※A病院とB医療機関で合議のうえ精算

・ 包括病棟(特定入院料等の病棟又はDPC対象病院)に入院中の場合

○A病院(当該患者が入院中の医療機関):

入院料＋当該特定入院料に含まれない診療行為の費用を算定

○B医療機関(対診を行う医師が所属する医療機関):

基本診療料＋往診料等を算定可能

診療行為に係る費用は算定できない。

※A病院とB医療機関で合議のうえ精算

15

特殊疾患療養病棟・障害者施設等※について

※「障害者施設等入院基本料を算定する病棟」を指すこととする。

《本来の目的》

特殊疾患療養病棟(特殊疾患入院医療管理料を算定する病室を含む)及び障害者施設等は、重症心身障害、脊髄損傷、筋ジストロフィー及び難病等による重度の障害のために医療を必要とする患者を対象とするものである。

《平成18年以降の流れ》

特殊疾患療養病棟 → 療養病床における特殊疾患療養病棟入院料は廃止。
また一般病床、精神病床についても平成20年3月31日をもって廃止が予定されており、それを受けて総病床数が減少している。

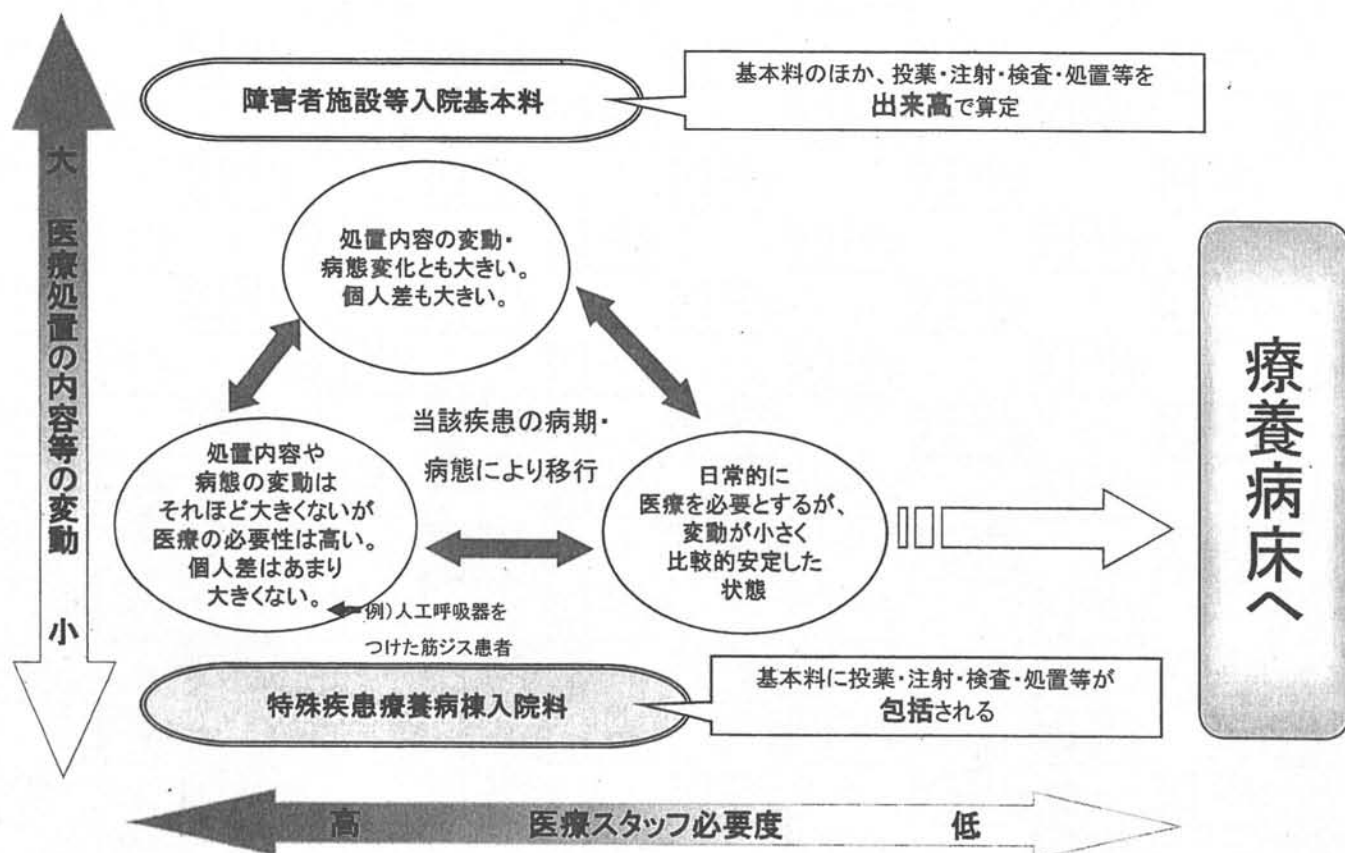
障害者施設等 → 平成17年頃より病床数が急増している。

《平成20年度診療報酬改定について》

特殊疾患療養病棟や障害者施設等が設けられた本来の趣旨・目的に照らして対象となる疾患を見直した上で、特殊疾患療養病棟については存続(名称は特殊疾患病棟と変更)することとした。

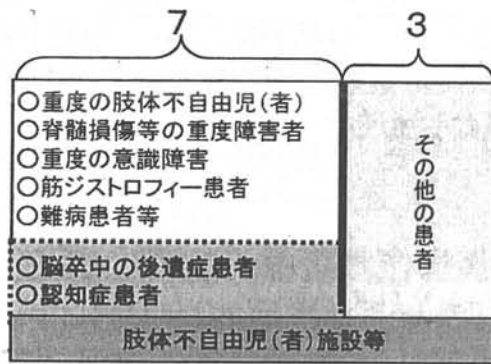
見直しの具体的な内容としては、「脊髄損傷等の重度の障害者」及び「重度の肢体不自由児(者)」には脳卒中の後遺症及び認知症の患者を含めないこととする。
ただし、これらの疾患により重度意識障害を起こしている患者はこの限りでない。 16

障害者施設等・特殊疾患療養病棟の位置づけ(イメージ)



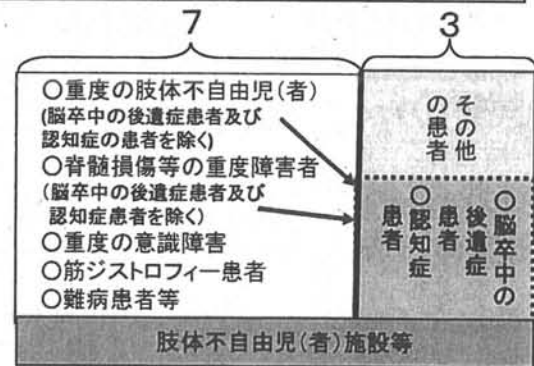
H20改定の具体的内容(障害者施設等)

< ~平成20年3月 >



<平成20年4月~>

障害者施設等入院基本料を算定する場合



経過措置等 患者が療養病床に転床する場合

・平成20年3月31日時点で障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院していた患者については、医療区分1の患者については医療区分2、医療区分2の患者については医療区分3とみなす。

経過措置等 病棟が療養病床に転換する場合

・療養病床に転換した病棟において、平成20年3月31日時点で入院していた対象患者については、医療区分1の患者については医療区分2、医療区分2の患者については医療区分3とみなす。

経過措置の期限は平成22年3月31日までとなっている。

※)特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料についても同様の対応を行った。

入院医療における多職種共同の取組み

第1 入院医療における多職種共同の取組み

急性期から慢性期までの様々な段階において、多職種がそれぞれの専門性を活かし、チームで患者への治療や療養に関わる取組が進められている。チーム医療による取組により、療養の質が上がる事が指摘されている。(参考資料 P1,3,6,11,12,15)

医師と医師以外の医療関係職種との役割分担を進める観点から、厚生労働省に「チーム医療の推進に関する検討会」が設置され、そのあり方について検討が進められている。

第2 現状と課題

緩和ケア、栄養管理、人工呼吸器管理等において、多職種からなるチームによるカンファレンスや回診が行われており、取組みが進んでいる。このような取組みにより、医療・療養の質の向上や合併症の減少などが指摘されている。(参考資料 P3-17)

第3 現行の診療報酬上の評価の概要

1. 医師、看護師、薬剤師等の多職種からなる専従のチームが緩和ケアに係る診療を行うことについて評価している。

A226-2 緩和ケア診療加算(1日につき) 300 点

届出医療機関数

	平成19年	平成20年
緩和ケア診療加算	87	87

(参考) 病院数 平成19年：8,986 平成20年：8,855

算定状況 (社会医療診療行為別調査 各年6月審査分)

	平成19年		平成20年	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
緩和ケア診療加算	1,142	9,763	1,004	13,441

2. 栄養管理、リハビリテーション等において、関係職種が共同して計画を策定し、その計画に基づいた医学的管理を行うことを評価している。

A233 栄養管理実施加算(1日につき) 12点

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料(1月に1回) 300点

届出医療機関数

	平成19年	平成20年
栄養管理実施加算	8,337	8,449

(参考) 平成20年 病院数 8,855 有床診療所数 11,594

算定状況(社会医療診療行為別調査 各年6月審査分)

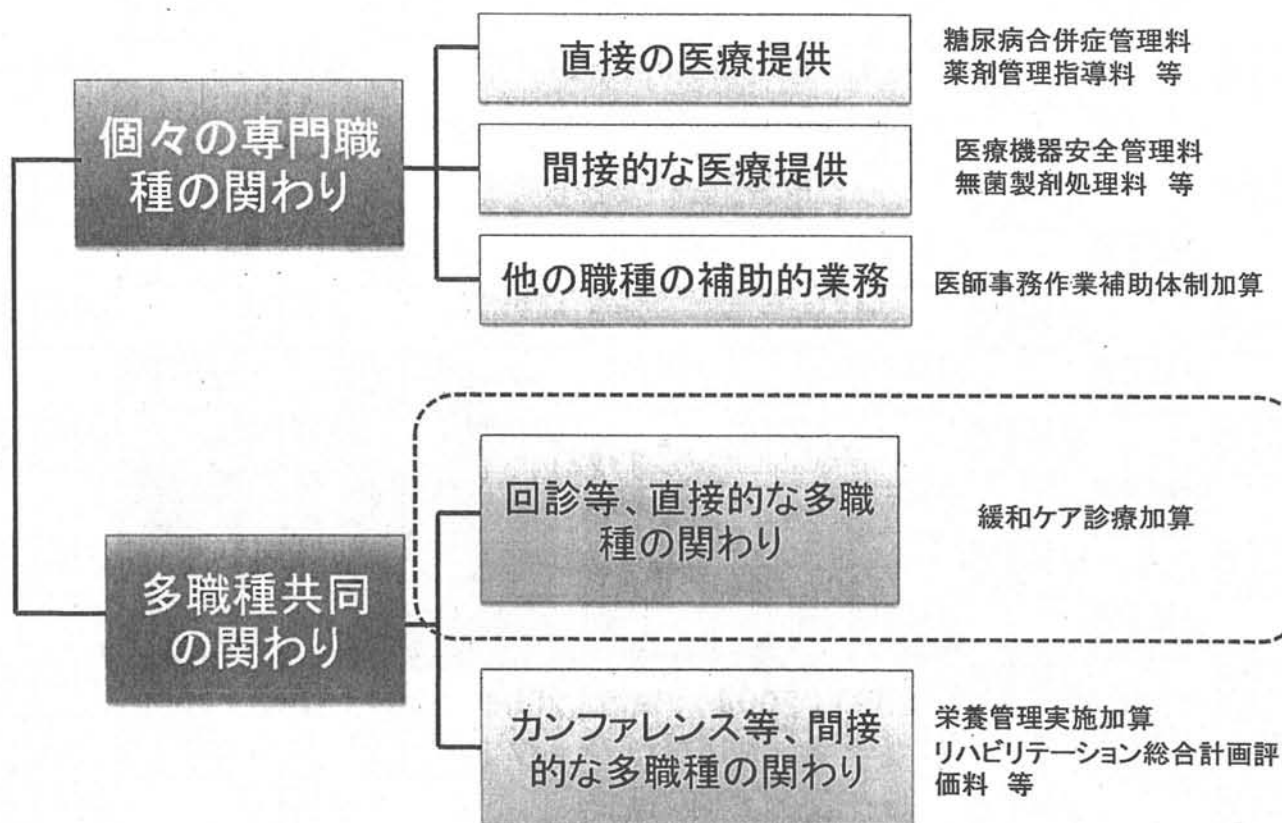
	平成19年		平成20年	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
栄養管理実施加算	1,541,582	25,765,985	1,602,061	28,083,835
リハビリテーション総合 計画評価料	168,142	168,142	366,605	366,605
(参考) 入院料等計	1,976,333	28,851,319	1,996,766	29,693,809

第4 論点

多職種が関わるチームによるカンファレンスや回診を行い、患者の治療・療養に対応することについて、診療報酬上の評価をどのように考えるか。
(参考資料 P1)

入院医療における多職種共同 の取組み (参考資料)

病院内におけるチーム医療の全体像
～医師をはじめとした医療関係職種の関わり～



栄養サポートチームの活動

2

NST活動の普及状況

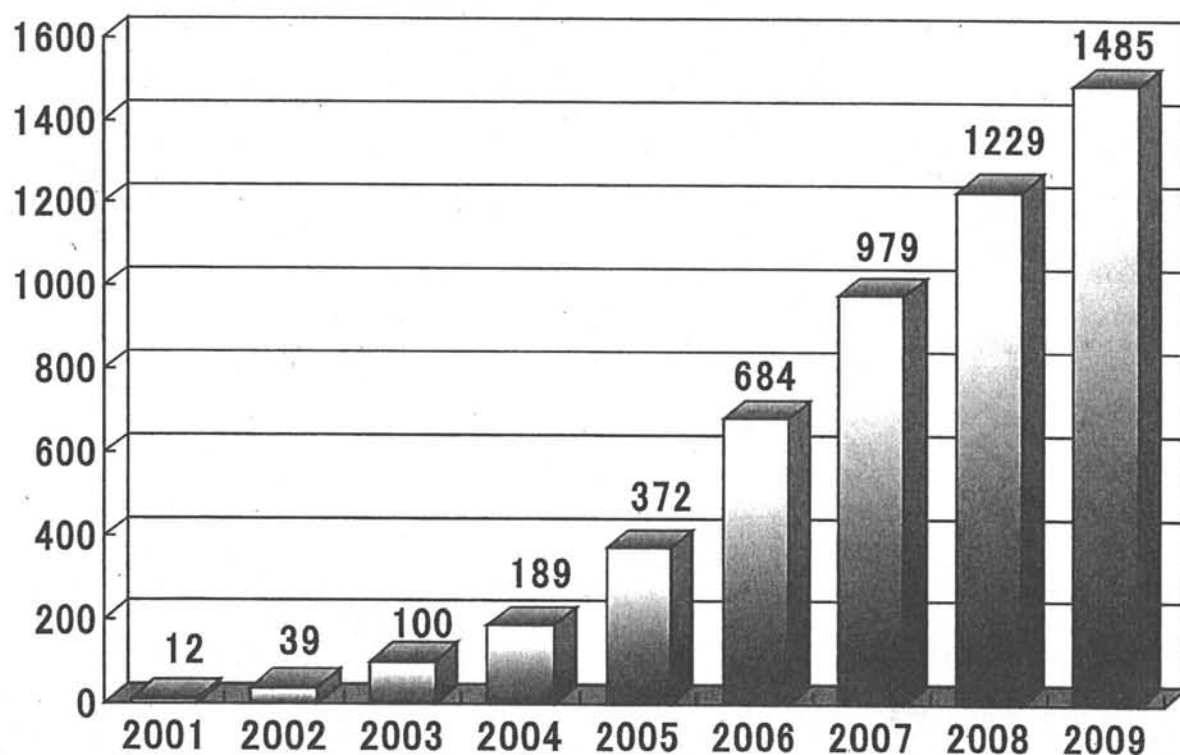


図1. 日本静脈経腸栄養学会・NSTプロジェクト参加施設中のNST稼動施設数の推移.

NSTの活動内容

NST業務の三本柱

- ①NST回診(ラウンド): 回診前症例検討を含む[基本的にサテライトチームで対応困難な症例を対象とする]
サテライトチーム回診・症例検討会: 本回診の前に予備回診を行い問題症例を抽出
- ②NST検討会(ミーティング): 施設全体の問題点や重症症例・問題症例の検討
- ③NST相談(コンサルテーション): 主治医およびスタッフからの依頼に答える

院内活動

- ①NSTチームミーティング: NSTの運営上の会議・情報交換・勉強会
- ②コラボレーションチームミーティング: 他のチームとの連携・連絡会議
- ③治療方針決定検討会: 各診療科での検討会への参加
- ④病院経営関連会議

地域活動・教育活動

- ①地域連携関連会議/医療連携情報交換会(地域一体型NST)
- ②勉強会の開催: Metabolic Clubなど

東口高志: Grand Rounds Nutrition Support Team(NST). 消化器の臨床 12(2):125~133,2009

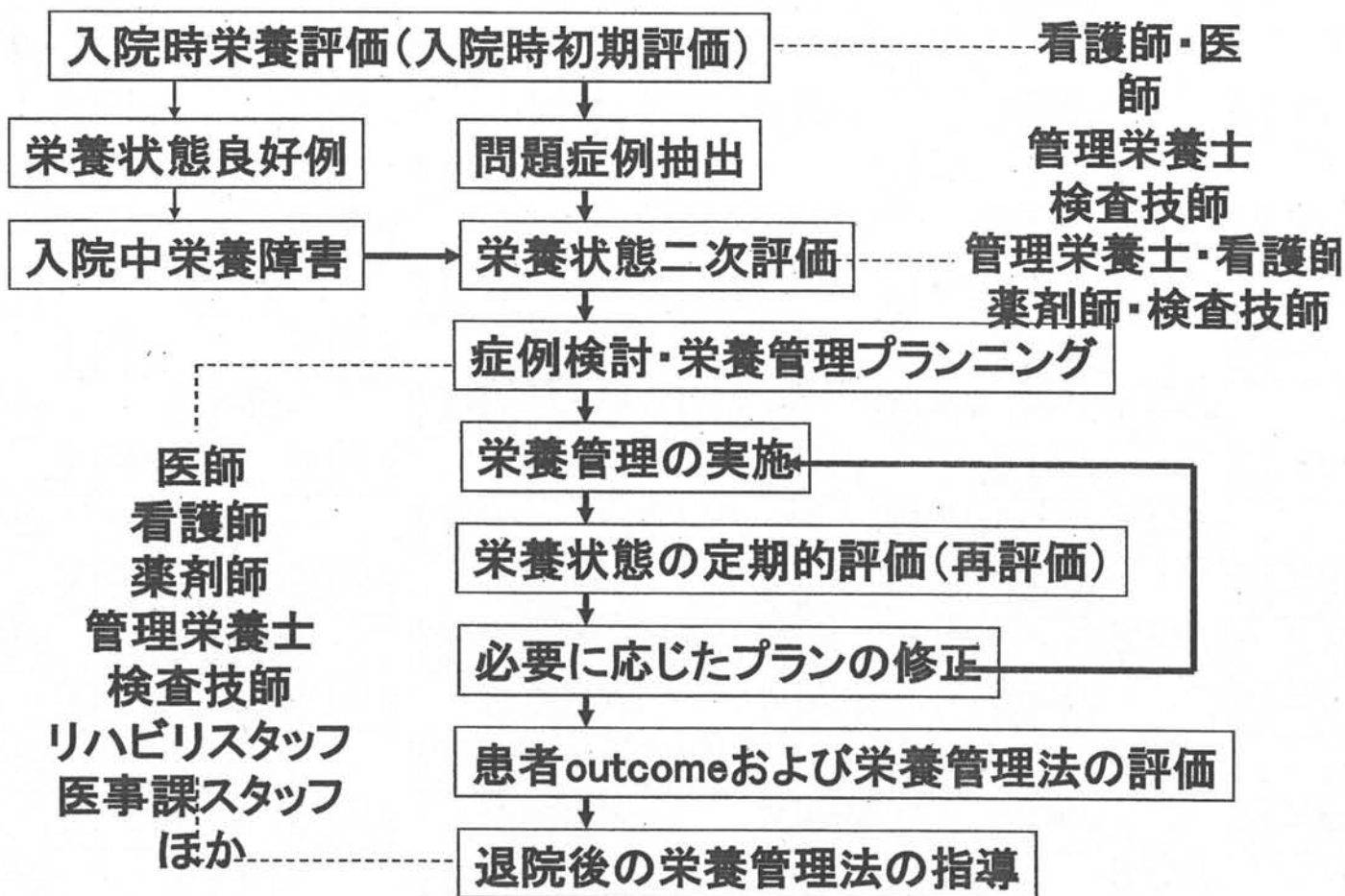


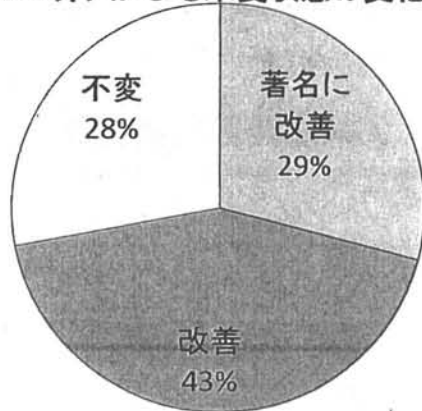
図2. NST活動のフローチャート

NST活動の効果

—2005年度全国主要64施設集計:100床あたり／日本静脈経腸栄養学会NSTプロジェクト—

	急性期病症			慢性期病床		
	稼働前	稼働後	差	稼働前	稼働後	差
中心静脈栄養症例数	913	707	-206	54.5	48.7	-5.8
経腸栄養症例数	275	442	+167	1006	1105	+99
抗菌薬購入量(万円)	2,250	2,150	-100	1,270	1,070	-200
抗MRSA薬(万円)	280	230	-50	190	100	-90
平均在院日数	18.91	17.66	-1.25	29.87	29.19	-0.68

NST介入による栄養状態の変化



東口高志、伊藤彰博:NSTの今後—日本栄養療法推進協議会
発足をふまえて、臨床検査106:700—704, 2005

東口高志:消化器疾患におけるNST-その重要性と運営のコツ、消
化器の臨床 12(5)、2009

近森病院におけるチーム医療の取組(NST)

近森病院(338床)におけるチーム医療の実践

I) 急性期医療をサポートするチーム医療

根本治療をサポートする(早く治すための)チーム医療
専門医師、薬剤師、臨床放射線技師、臨床工学技士等によるサポート

II) 急性回復期をサポートするチーム医療

救命後の回復のための(早く自宅へ帰すための)チーム医療
1) 管理栄養士(13名): 栄養評価と栄養プランの提案と栄養サポート
2) リハビリスタッフ(PT54名・OT14名・ST3名): 病棟でのリハビリの実践

III) 周辺業務サポートの(医師の雑用をなくすための)チーム医療

1) MSW(8名): 転院・在宅へのサポート、社会資源の有効利用etc.
2) 医事課(40名)企画情報室・診療情報管理室(17名): 診療情報管理士(33名)
DPCコーディングや書類作製のサポート、電子カルテサポート
3) 医療秘書(9名): カルテへの代行入力、カンファレンスの用意、研究・調査のサポート

IV) トータルケア(看護の質を上げるため)のチーム医療

感染対策チーム、医療安全チーム、褥瘡チーム、口のリハビリチーム等

↓ コメディカルが病棟業務に関われるよう、患者に接しない仕事は可能な限り外部委託化。

多職種により機械的にその業務が終了するように、業務を切り分ける視点が大事

8

近森病院における急性期栄養サポートチームの取り組み

組織

- ・医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、リハスタッフ、臨床検査技師などの多職種が参加。
- ・医師は、チームリーダーとして病棟毎に部科長の担当医師を配し、看護部は病棟毎にNST担当の栄養看護師を指名。
- ・NSTにおいて中核的な働きをする、専門性の高い優秀な管理栄養士を多数育成し、病棟に配属。

栄養スクリーニング

- ・受け持ち看護師が全入院患者を入院時および退院まで1週間毎にスクリーニング
- ・3kg以上の体重増減、アルブミン3.2g/dl以下等の項目に該当すれば栄養評価の対象者とする

栄養評価、栄養計画

- ・栄養評価と栄養計画は、病棟に配属された管理栄養士が毎日、病棟業務として行なっている。
- ・栄養サポートは栄養プランに基づいて病棟の管理栄養士と担当医師、看護師が日常的に対応し実行している。

カンファレンス、回診

- ・回転の速いICU、CCUは週2回、HCUや一般病棟は週1回のカンファレンスやラウンドを行なっている。
- ・病棟で管理栄養士と医師、看護師が日常的に実行している栄養サポートを、多職種が総合的にチェックし、適切な栄養管理になるよう調整している。

9

20世紀の医師、看護師中心の医療 絶食・末梢輸液・抗生剤の絨毯爆撃



21世紀 高齢社会を迎え、チーム医療で人手をかけて
できるだけ腸を使い、輸液↓、ピンポイントの抗生剤



栄養↑→免疫能↑→感染を防ぎ、長期入院↓、単価↑
在院日数↓、処理患者数↑+物のコスト↓



チーム医療で労働生産性を高め、相対的に人的コストの削減
+物的コストの削減+医療の質の向上

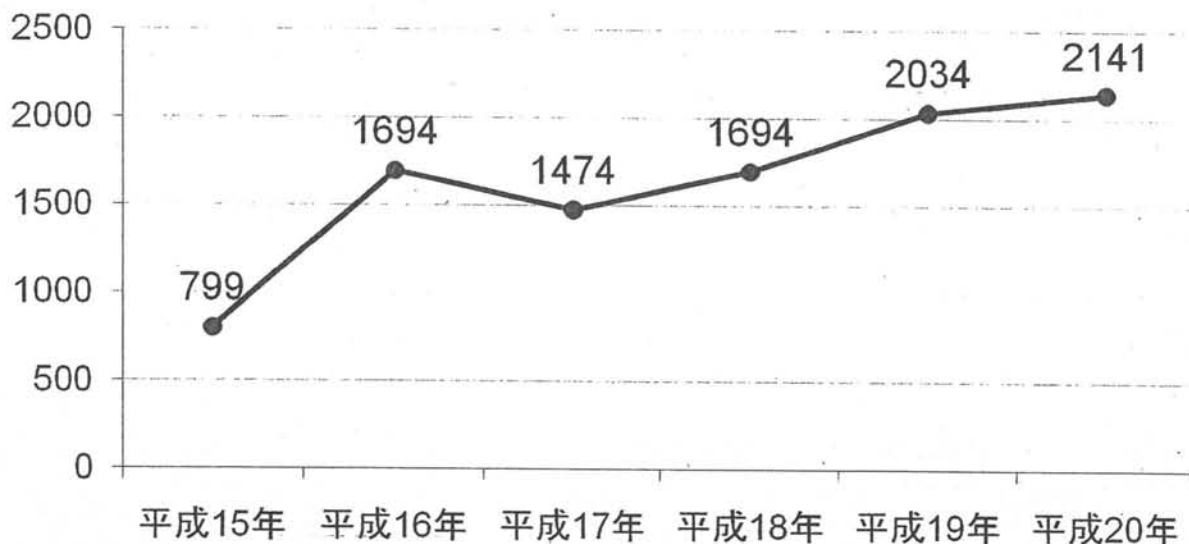


マンパワーの充実したNSTは医療界に最後にやって来た
大型のチーム医療。病院を大きく変える、病院改革の起
爆剤!!

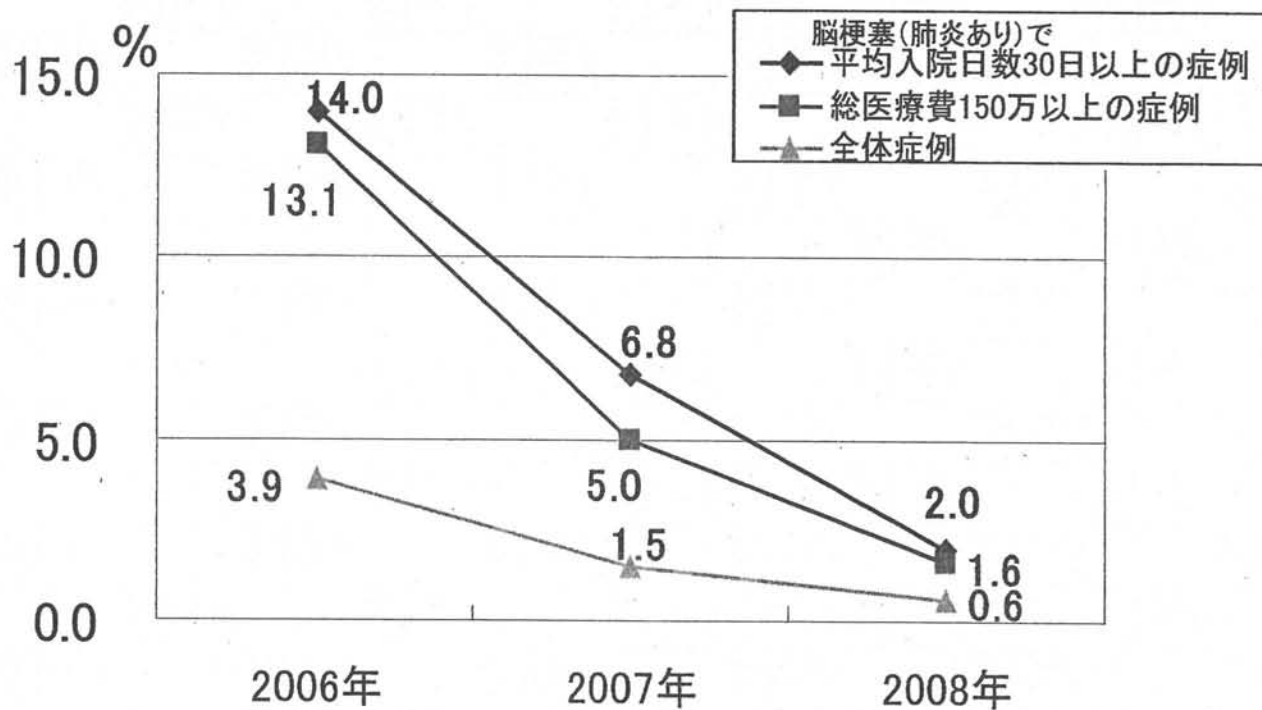
10

近森病院(338床)のNST介入症例数

(症例数)



脳梗塞における肺炎ありの推移

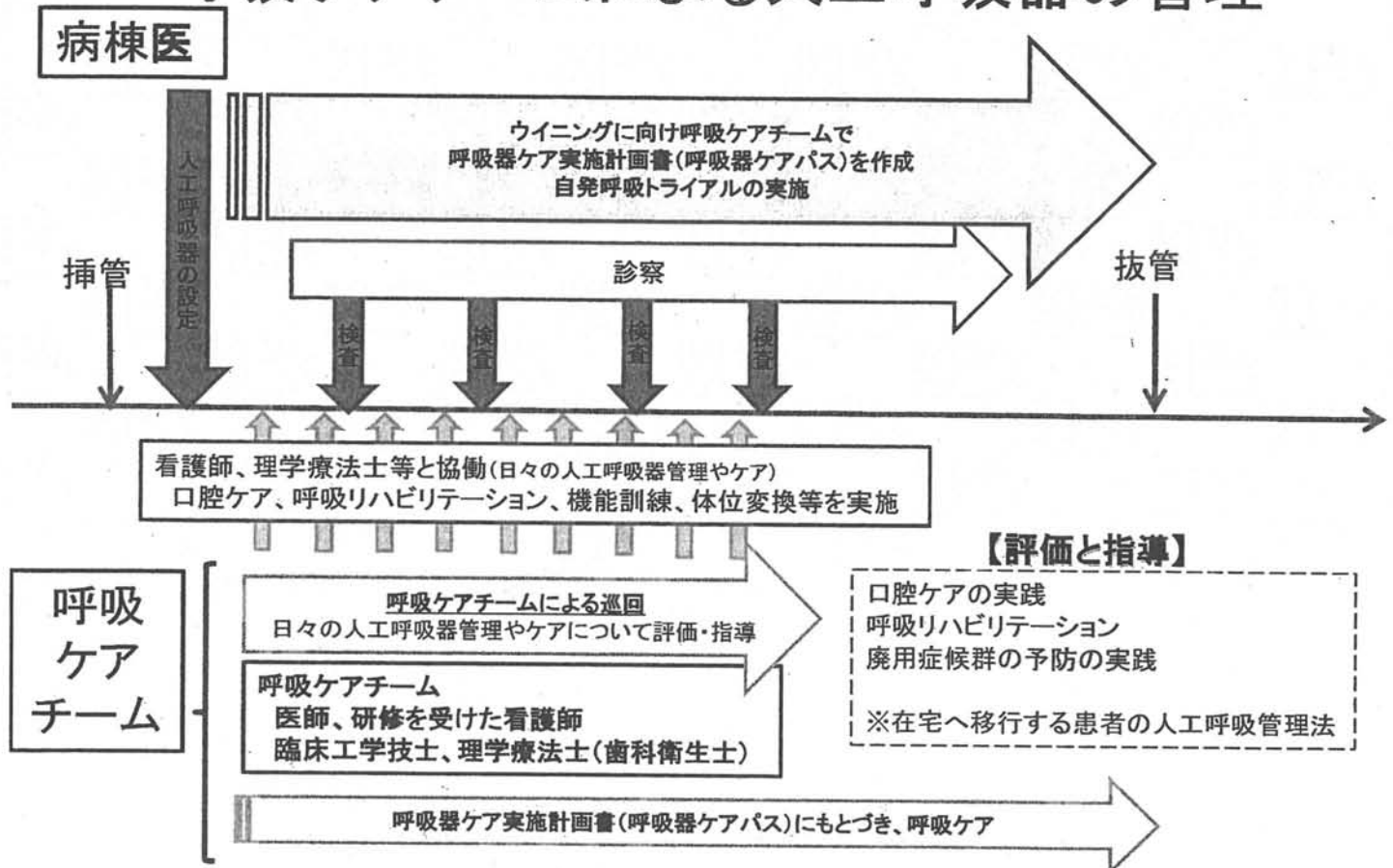


12

呼吸ケアチームの活動

13

呼吸ケアチームによる人工呼吸器の管理



期待される効果 ・人工呼吸器関連肺炎の減少、人工呼吸期間短縮、再挿管率の減少等

14

計画に基づく人工呼吸器ケアの効果

- 合併症(気道損傷、人工呼吸器関連肺炎等)の予防
 - …再挿管の場合、人工呼吸期間は12日増
 - 院内死亡率は12%→43%に増加¹⁾
- ICU入院期間の長期化を防止
 - 医療費の抑制効果
 - 挿管期間を短縮化する方法
- 過度な早期離脱は、再挿管を含む重大リスクを増大させる

(参考:再挿管率は約20%)

計画的な管理により、人工呼吸期間が短縮(1日～7日程度短縮)²⁾

出典

1) Epstein SK, Ciubotaru RL, Wong JB Effect of failed extubation on the outcome of mechanical ventilation. Chest 112:186-192, 1997

2) Kollef MH, Shapiro SD, Silver P, et al. A randomized, controlled trial of protocol-directed versus physician-directed weaning from mechanical ventilation. Crit Care Med 25:567-574, 1997

◆人工呼吸器のウィニングと離脱の判断

計画に基づく人工呼吸器からの離脱

→ 人工呼吸のウィニング時間が平均584±673分→70±42分へ短縮
再挿管率8%→5.3%へ減少、死亡退院 16%→11%へ減少

出典 濱本実也, 自発呼吸トライアル(SBT)による人工呼吸器からの離脱, 看護技術, vol.45(1)2009.

呼吸ケアチームによる具体的なケア(例)

◆安全管理

適切な鎮静・鎮痛管理を行い、
せん妄予防による人工呼吸器装着期間長期化の防止
臨床工学技士による人工呼吸器の点検

◆口腔ケアの実践と指導

デンタルプラークの付着や口腔細菌の増殖を防ぎ、
誤嚥性肺炎など感染症を予防



◆廃用症候群の予防

早期離床・運動療法による心身の機能低下の防止

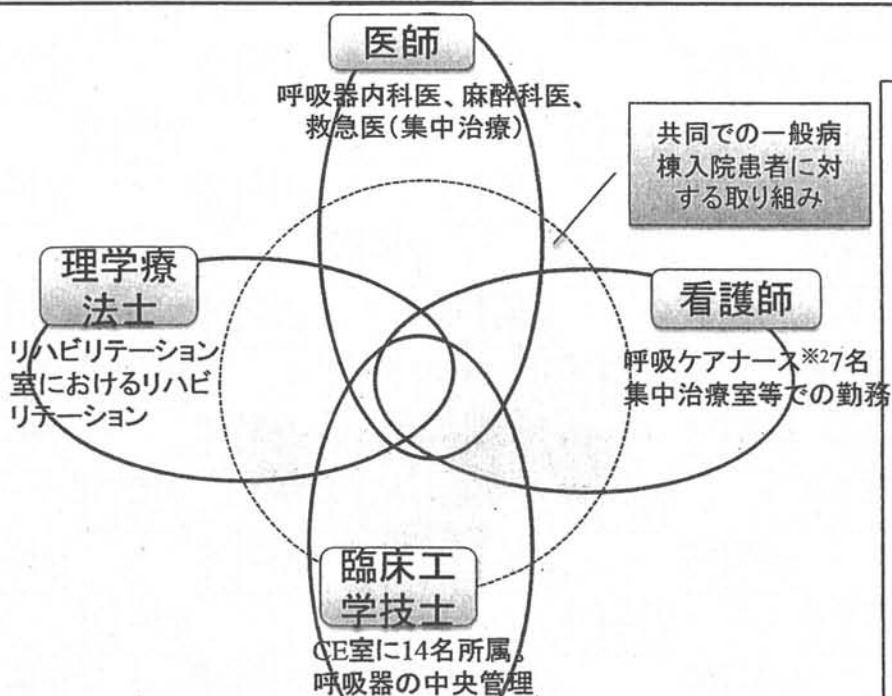
人工呼吸器関連肺炎の予防には早期の人工呼吸器離脱が重要であり、その適切な
プロトコル作成と呼吸ケアの実践に関し、専門性が高く知識が豊富な専門看護師・
認定看護師が関与している。

16

聖路加国際病院における呼吸ケアチームの活動

聖路加病院の特色：

- 急性期病院であり、集中治療を経過した呼吸器装着患者を一般病棟で診ている。
- NPPV※¹導入により在宅復帰に移行する患者が多い。



一般病棟における呼吸器 管理の重要性

対象患者：

一般病棟に入院する人工呼吸器装着患
者(着脱患者も含む)、排痰困難等によ
りコンサルテーションされた患者

活動内容：

1. 回診：週1回、呼吸ケアナース、医
師、臨床工学技士が参加。
・呼吸器設定の確認
・その場で主治医に確認してweaning
に向けた呼吸器の設定変更
・痰の状態、加湿、吸引等について、
病棟看護師にフィードバック
2. 個々の活動
・呼吸ケアナース：主に集中治療部門
に所属し、病棟における呼吸器装着
患者のケア
・臨床工学技士：1日2回、呼吸器装着
患者のラウンド。準夜勤務による、夜
間のみ呼吸器を装着する患者の装着
状況確認。

※1NPPV 非侵襲的陽圧換気

※2呼吸ケアナース 聖路加病院では、3学会(日本胸部外科学会、日本呼吸器学会、
日本麻酔科学会)合同呼吸療法認定士の資格を持つ看護師を指す

新型インフルエンザ対策について

第1 新型インフルエンザ対策について

現在流行している新型インフルエンザは、感染したほとんどの方は比較的軽症のまま数日で回復するが、糖尿病や喘息等の基礎疾患を有する者や妊婦等で重症化するおそれがある。また、多くの人が免疫を持たないため、季節性インフルエンザより流行規模は大きく、感染者数も多くなると考えられている。

このような特徴を踏まえ、基礎疾患を有する等の重症化しやすい者を守り、死亡者や重症者の発生をできるだけ抑制することを新型インフルエンザ対策の基本的考え方としている（参考資料 P3～8）。

第2 現状と課題

- 1 国内における新型インフルエンザの発生事例としては、本年 5 月 16 日に兵庫県神戸市において国内最初の新型インフルエンザ患者の発生が確認され、7 月 28 日昼までに、47 都道府県で計 5,038 名の新型インフルエンザ患者が判明した。7 月 24 日よりサーベイランス体制に移行し、10 月 26 日から 11 月 1 日の 1 週間の定点あたりの報告数は 33.28 となっている（参考資料 P9～11）。
- 2 大規模な流行に対応するための医療体制として、重症患者数の増加に対応できる病床等の確保、重症患者の救命を最優先とする診療体制の充実、基礎疾患を有する者等の感染防止対策の強化等の対策が行われている（参考資料 P7, 8）。
- 3 病床確保については、感染症指定医療機関以外においても重症患者の入院を受入れることとし、都道府県等は重症患者のための病床を確保することとされている（参考資料 P7）。
- 4 医療機関等の体制整備のための施設整備費や個人用防護服等については補助金による整備事業が実施されている（参考資料 2）。

第3 現行の診療報酬上の評価及び対応の概要

- 1 新型インフルエンザの国内発生に伴い、診療報酬上の対応として二類感染症に係る診療報酬の加算の算定を認めている。

A210 難病等特別入院診療加算（1日につき）

2 二類感染症患者入院診療加算 250点

A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日につき） 300点

【算定件数】各年6月審査分

	平成19年		平成20年	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
難病等特別入院診療加算(二類感染症患者)	-	-	47	755
二類感染症患者療養環境特別加算	平成20年度新設		750	6,959

- 2 また、入院患者の一時的な急増や職員が新型インフルエンザに罹患することによる看護職員の一時的な欠員などにより、入院基本料の施設基準を満たせなくなるおそれがあることから、一定の条件下で新型インフルエンザ患者を入院患者数から控除する等の緩和措置を認めた。
- 3 さらに、都道府県等よりインフルエンザ患者の診療を行っている診療所に対して、診療時間の延長や夜間の外来を輪番制で行うことを求めるなどの依頼がなされていることから、依頼を受けた医療機関がインフルエンザ患者に係る時間外の外来診療を診療応需の態勢で行っている場合にも時間外加算の算定を認めた。

第4 論点

- 1 入院患者の増加により、病床数が不足して現在想定している病床以外の病床を利用する場合、診療報酬上の評価についてどう考えるか（参考資料 P5～8）。
- 2 新型インフルエンザ対策において、その他診療報酬上の評価が必要な事項についてどう考えるか（参考資料 P6, 7）。

肝炎対策について

第1 新しい肝炎総合対策について

平成20年度よりB型及びC型肝炎のインターフェロン治療に対する医療費助成が開始され、従前より行われていた肝炎ウイルス検査、医療体制の整備、普及啓発、研究の推進と合わせて新しい肝炎総合対策が実施されている（参考資料P13）。

第2 現状と課題

- 1 我が国における肝炎の患者数は、B型が約10万人、C型が50万人、キャリア（持続感染者）はB型が約100～130万人、C型が150～190万人と推計されている（参考資料P14）。
- 2 C型肝炎の治療法については、ペグインターフェロンとリバビリンの併用療法が行われるようになり、治療成績が向上しているが、様々な副作用に留意して治療を行う必要がある（参考資料P15～17）。
- 3 平成20年度からB型及びC型肝炎のインターフェロン治療に対する医療費助成が開始されたが、治療費助成を利用する者は平成20年度の実績で約4万5千人にとどまっている（参考資料P18）。
- 4 インターフェロン治療を断った患者に対する調査によると、治療を断った主な理由として多忙や副作用などが挙げられている（参考資料P19）。
- 5 インターフェロン治療の導入については、一般的に専門医療機関における2週間程度の入院治療で行われるが、外来における導入やかかりつけ医との連携による治療を実施している医療機関もあり、一定の成果をあげている（参考資料P20～22）。

第3 現行の診療報酬上の評価の概要

- 1 平成20年度診療報酬改定において、肝炎対策の推進のため、B・C型肝炎患者に対する入院中のインターフェロン等について、薬剤費を包括している入院料等であっても包括外で算定可能とした。

〔算定要件：包括外で算定できる入院料等〕	
後期高齢者特定入院基本料	
A101 療養病棟入院基本料	
A109 有床診療所療養病床入院基本料	
A306 特殊疾患入院医療管理料	
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	
A308-2 亜急性期入院医療管理料	
A309 特殊疾患療養病棟入院料	
A310 緩和ケア病棟入院料	
A312 精神療養病棟入院料	
A314 認知症疾患治療病棟入院料	
A316 診療所老人医療管理料	
介護老人保健施設（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む。）	

改

- 2 B型肝炎感染者、C型肝炎感染症患者について、手術における感染防止対策について、それ以外の患者以上の技術が必要となることによる再評価を行った。

K 手術

通則 11

B型肝炎感染者、C型肝炎感染者、MRSA感染者に対して全身麻酔、硬膜外麻酔脊椎麻酔を行う場合所定点数に加算を行う。

改定前	平成 20 年改定後
100 点	<u>1,000 点</u>

【算定件数】各年 6 月審査分

手術 感染症患者等に対する加算	平成 19 年		平成 20 年	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
	5, 220	5, 220	5, 907	5, 933

改

第4 論点

- 1 長期継続的な治療が必要なインターフェロン治療を受ける肝炎患者に対して、専門的医療機関と地域の医療機関の連携によって治療を受けやすい体制を構築して治療を行うことについての診療報酬上の評価についてどう考えるか（参考資料 P15～17, 22）。
- 2 肝炎対策の推進の観点から、その他診療報酬上の評価が必要な事項についてどう考えるか（参考資料 P13～15）。

結核医療の確保

第1 結核医療を取り巻く状況について

- 1 結核患者数は年々減少傾向にあるが、未だ年間2万4千人以上の患者の発生がある。日本の結核罹患率はOECD諸国と比較すると未だ高い水準にあり、引き続き、結核医療の充実を図る必要がある。(参考資料P24)
- 2 結核患者の新規罹患患者の約半数(49%)が70歳以上である一方、約1/4が40歳以下である。結核患者には路上生活者や外国人労働者も多く、退院を困難とする要因となっている。(参考資料P25,26)
- 3 薬剤感受性結果が判明した患者について、薬剤耐性菌が12.7%を占める。結核入院患者のうち、入院時に何らかの合併症を有する患者が約33%見られ、また治療中に薬剤性肝障害等を合併する患者も一定程度見られる。(参考資料P27-29)
- 4 感染症対策の中での結核の総合的な対策の必要性から、平成18年には結核予防法が廃止され、改正感染症法において二類感染症に位置づけられた。また、それに合わせ、平成19年には結核医療の基準が新たに整備された。(参考資料P30)

第2 現状と課題

- 1 結核の療養においては、二類感染症である特性を踏まえ、十分な期間の入院加療が行われるべきであり、平成19年には「結核医療の基準」において、入院に関する基準、退院に関する基準が定められた。(参考資料P31-33)
- 2 結核患者の減少に伴い、必要とされる病床数も減少傾向にある一方、空気感染をするという結核の特性から、結核患者が発症した際に入院させる病床の確保は必要である。(参考資料P34-40)

第3 現行の診療報酬上の評価の概要

- 1 結核病棟入院基本料として、看護配置に応じた評価を行っている。また、13対1入院基本料において、平均在院日数要件の緩和を行うとともに、他の入院基本料の評価と合わせて10対1入院基本料の評価を行った。

A102 結核病棟入院基本料

2 10対1入院基本料

改定前	平成20年改定後
1,161 点	1,192 点

3 13対1入院基本料

改定前	平成20年改定後
当該病棟の入院患者の平均在院日数が25日以内であること。	削除

結核病棟入院基本料届出

	平成19年	平成20年
医療機関数	236	225
病棟数	265	240
病床数	9,220	8,177

結核病棟入院基本料算定状況（社会医療診療行為別調査 各年6月審査分）

		平成19年		平成20年	
		実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
結核病棟 入院基本 料	7対1	262	1,458	260	3,520
	10対1	184	552	180	4,738
	13対1	—	—	510	9,464
	15対1	4,171	65,550	2,174	42,321
	18対1	—	—	—	—
	20対1	—	—	—	—

- 2 多剤耐性結核に対して陰圧室管理を行った場合の評価を行っている。平成20年度診療報酬改定においては、二類感染症及びHIV感染症にかかる個室での療養環境について評価を行った。

A210 難病等特別入院診療加算1(1日につき) 250 点				
A220-1 二類感染症患者療養環境特別加算(1日につき) 300 点				
算定状況(社会医療診療行為別調査 各年6月)				
	平成19年		平成20年	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
難病等特別入院診療加算(難病患者等)	7,111	161,966	6,232	112,951
二類感染症患者療養環境特別加算	—	—	750	6,959

第5 論点

- 1 結核病棟において、結核の特性に基づいた十分な療養を行うための診療報酬上の評価をどう考えるか。(参考資料 P31-40)
- 2 合併症への対応の充実、小規模な結核病床へ対応の観点から、一般病床等への結核病床の併設について、診療報酬上の評価をどう考えるか。(参考資料 P27-29,35,39,40)

参考資料

感染症対策

感染症対策について

I 新型インフルエンザ対策

- 新型インフルエンザ(A/H1N1)の流行に係る診療報酬上の評価について

II 肝炎対策

- 肝炎に対するインターフェロン治療等に対する診療報酬上の評価について

III 結核対策

- 結核医療の特性を踏まえた診療報酬上の評価について

I 新型インフルエンザ対策

新型インフルエンザ(A/H1N1)の特徴

- 感染したほとんどの方は、比較的軽症のまま数日で回復
 - ー 治療薬(タミフル・リレンザ)が有効である
 - ー 現在の季節性インフルエンザワクチンは有効ではない
- 基礎疾患(糖尿病、ぜん息等)を有する者、妊婦等で重症化するおそれ
(季節性インフルエンザは高齢者、妊婦等で重症化する傾向)
- 多くの人が免疫を持たないため、季節性インフルエンザより流行規模は大きく、感染者数も多いと予想される。
 - ー 季節性インフルエンザよりも伝播力(人に感染させる力)は強い。

新型インフルエンザの状況

【特徴】

基礎疾患(糖尿病、ぜん息等)を有する者、妊婦、小児等で重症化のおそれ

(注:季節性インフルエンザでは高齢者が重症化のおそれ)

【流行の状況】

新型インフルエンザは、本格的な流行期入り

	8/24-8/30	8/31-9/6	9/7-9/13	9/14-9/20
インフルエンザ定点医療機関当たり平均報告数	2.52	2.62	3.21	4.95
(上記から推計された全国の受診患者数:	約14万人	約15万人	約18万人	約27万人※1

今後、9月～10月にかけて、流行が急速に拡大していくおそれ

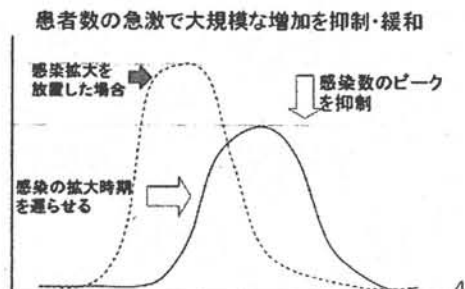
※1国立感染症研究所情報センター発表

対策の基本的考え方

○ 基礎疾患を有する者等の重症化しやすい者を守り、死亡者や重症者の発生をできるだけ抑制する

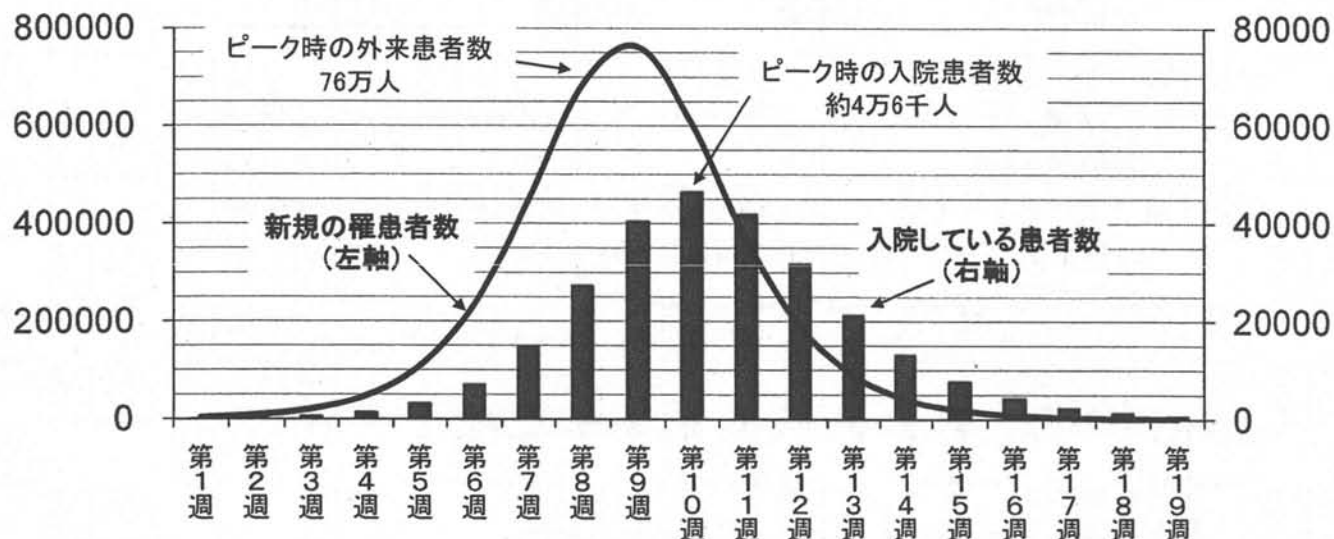
⇒ 患者数の急激で大規模な増加をできるだけ抑制し、社会活動の停滞や医療提供体制への影響を低減

⇒ 医療機関の負担を可能な限り減らし、重症患者に対する適切な医療を確保



新型インフルエンザの流行シナリオ

	中位設定	高位設定	※ 各都道府県において医療体制を確保するための参考として示す仮定の流行シナリオであり、実際の流行予測を行ったものではない。
発症率	20%	30%	
入院率	1.5%	2.5%	
重症化率	0.15%	0.5%	



新型インフルエンザ対策(ポイント)

以下の対策を組み合わせ、総合的に対策を実施

○地方自治体と連携した適切な感染防止対策の実施

⇒ 学校、施設等における感染防止対策の徹底、院内感染の防止 等

○大規模な流行に対応した医療体制の整備

⇒ 重症化防止を最優先とする医療体制の整備(病床の確保、診療体制の充実等)

○ワクチンの確保と接種の実施

⇒ 重症化の防止を目的に、必要量を確保し、ワクチン接種を順次実施(10月下旬～)

- ・9月中にワクチン確保・接種の具体的方法等について決定することが必要
- ・国内生産分のみでは必要量を確保できない見込みのため、輸入による対応が不可欠
- ・輸入のための契約やそのために必要な措置、健康被害が生じた場合の救済措置の検討が急務
- ・安全性の確保

○的確なサーベイランス

⇒ 重症患者、死亡者の把握並びにウイルス性状の変化の探知に重点を置いて実施

○広報の積極的展開

⇒ 全国民対象に感染予防のための基本メッセージ(手洗い、うがいの励行、咳エチケット等)を伝達
基礎疾患等をお持ちの方々への注意喚起を継続

6

大規模な流行が生じた場合に備えた医療体制

(1)重症患者数の増加に対応できる病床等の確保

- 都道府県における重症患者の発生数等について検討
(新型インフルエンザの流行シナリオを示し、地域別の推計方法を提示)
- 都道府県における医療提供体制について確認
(外来医療体制、入院診療医療機関の病床数、人工呼吸器保有台数等)
- 上記の状況を比較し、地域の実情に応じた対策を検討

(2)重症患者の救命を最優先とする診療体制の充実

- 外来医療の確保
(電話相談事業の拡充、住民への啓発、診療時間延長など診療所との連携)
- 入院医療の確保
(定員超過の取扱い明確化、受入体制の把握と調整、妊婦等の重症者の受入体制の把握、県境を越えて搬送・受入を行う場合の調整)
- 医療機関、医療従事者等への情報提供
(院内感染対策の徹底、新型インフルエンザ診療の考え方・症例集等)

(3)基礎疾患を有する者等の感染防止対策の強化

- 院内感染対策の徹底(医療従事者向けガイドラインの作成)
- 基礎疾患を有する者等を対象とした手引きの作成

7

院内感染対策について

①医療機関に新型インフルエンザの院内感染対策に関する情報提供

※全ての医療機関に推奨する感染対策について、ホームページ上で公開、都道府県へ通達

<外来部門>

1. 全ての医療従事者が標準予防策に加えて飛沫予防策を実施する
2. 発熱患者とその他の患者の動線を分ける
3. ハイリスク者へは長期処方をするによりその受診を回避する
4. ファクシミリ等による処方せんの送付について検討する

<入院部門>

1. 発熱患者とその他の患者の病床エリアを分ける
2. ハイリスク者の診療を担当する医療従事者はサージカルマスクを着用する
3. ハイリスク者の待機入院を控える
4. ハイリスク者が入院する病棟への不要不急の見舞いを制限する

②医療機関に対する施設整備や物資の補助

- ・一般の外来部門とは分離した感染症専門の外来部門施設の設置
- ・パーティション設置による空間的分離
- ・個人防護具の設備整備

8

現行のサーベイランス体制

急速に感染が拡大する情勢にあるため、感染拡大の端緒把握を重点に置く体制から、重症患者、死亡者の把握並びにウイルス性状の変化の探知に重点を置く体制に移行。

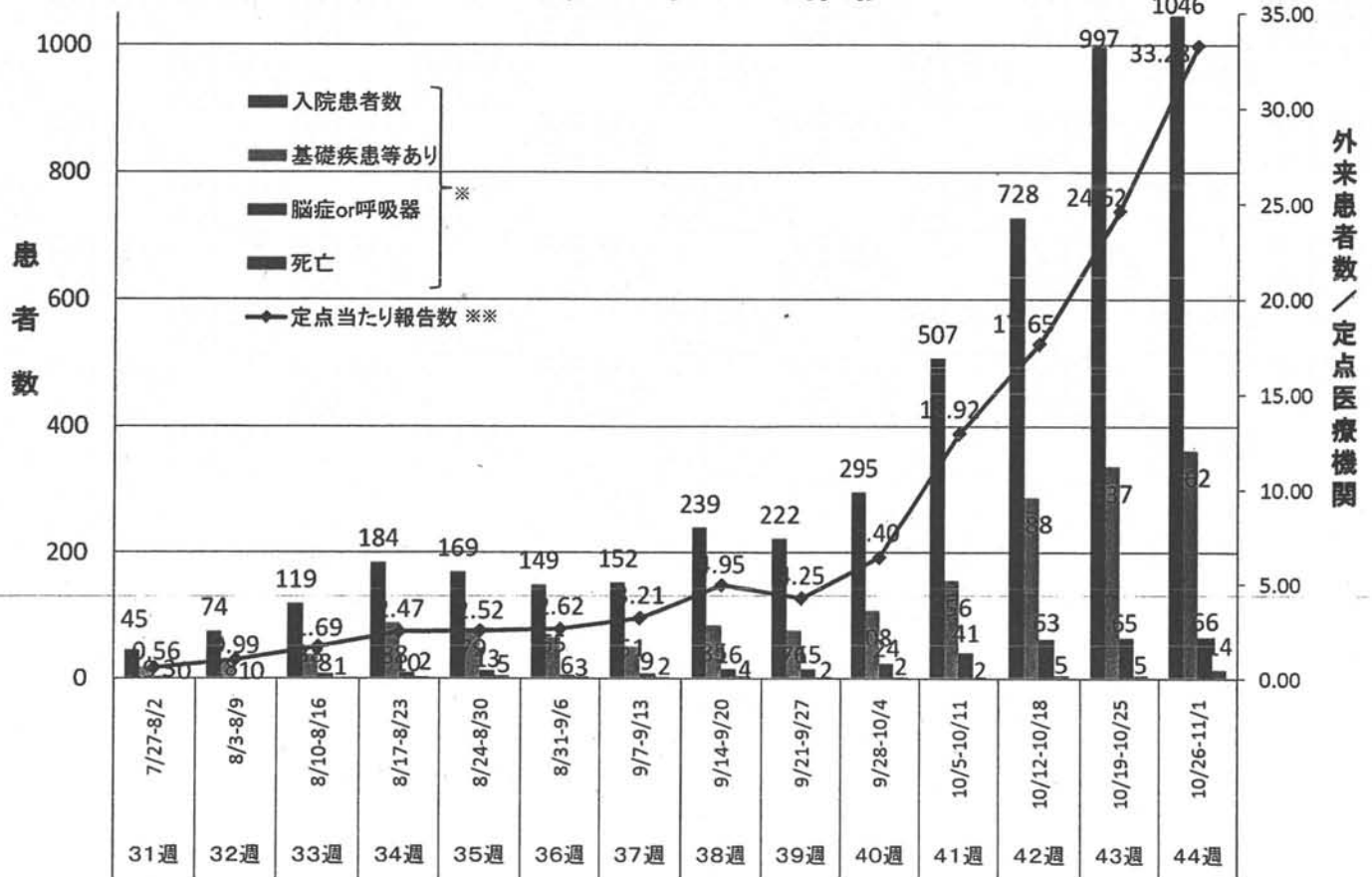
以下の3つのサーベイランスの中で、特に(1)のサーベイランスに重点を置いて実施。

- (1)重症化及びウイルス性状変化の監視のためのサーベイランス
(ウイルス・サーベイランス(約500定点)及び入院サーベイランス(全医療機関))
- (2)地域における全体的な発生動向の把握のためのサーベイランス
(インフルエンザ・サーベイランス(約5,000定点))
- (3)感染拡大防止につなげる集団発生の把握(クラスターサーベイランス)

9

新型インフルエンザ発生状況の推移

—平成21年11月5日時点—



※ 厚生労働省 新型インフルエンザ入院サーベイランスによる週あたりの報告数

※※ 厚生労働省 感染症発生動向調査インフルエンザ定点医療機関における週あたりの外来患者報告数

10

インフルエンザ定点医療機関当たり報告数

自治体	41週	42週	43週	44週
	10/5-10/11	10/12-10/18	10/19-10/25	10/26-11/1
総数	12.92	17.65	24.82	33.28
北海道	38.96	57.93	61.43	49.08
青森県	4.65	11.94	24.89	37.46
岩手県	5.52	12.27	29.11	34.31
宮城県	7.73	9.22	19.99	44.82
秋田県	10.49	19.29	32.15	53.55
山形県	1.00	3.10	10.83	26.69
福島県	3.76	5.93	15.79	27.54
茨城県	9.34	13.23	19.35	26.08
栃木県	5.92	8.33	14.25	26.05
群馬県	6.48	11.25	18.76	27.35
埼玉県	16.89	22.97	28.23	39.39
千葉県	15.79	16.62	23.18	30.7
東京都	18.98	22.20	25.24	28.09
神奈川県	21.63	25.19	29.36	38.39
新潟県	4.57	6.96	22.66	39.25
富山県	1.94	5.35	12.02	23.29
石川県	1.79	4.33	12.94	33.19
福井県	2.59	6.09	14.00	24.47
山梨県	3.60	4.08	10.73	21.13
長野県	2.69	3.91	11.26	18.09
岐阜県	7.45	11.07	20.06	28.45
静岡県	5.39	9.17	13.39	17.14
愛知県	23.52	31.78	39.42	54.44

自治体	41週	42週	43週	44週
	10/5-10/11	10/12-10/18	10/19-10/25	10/26-11/1
三重県	11.07	17.47	29.97	46.14
滋賀県	9.73	16.02	29.13	44.42
京都府	9.81	15.23	22.40	34.15
大阪府	16.96	23.25	27.83	34.77
兵庫県	16.54	22.09	33.51	42.43
奈良県	9.07	10.93	17.80	22.85
和歌山県	5.88	9.48	14.18	21.96
鳥取県	2.28	2.24	6.14	12.93
島根県	1.76	5.24	9.61	13.32
岡山県	3.24	5.18	11.14	20.24
広島県	5.43	7.60	15.63	24.93
山口県	2.06	2.56	7.35	18.54
徳島県	3.27	6.05	8.37	13.97
香川県	4.55	9.98	24.36	34.79
愛媛県	2.03	2.18	10.30	24.93
高知県	4.75	7.31	16.63	26.94
福岡県	23.48	29.08	37.35	45.64
佐賀県	8.23	12.08	22.72	31.72
長崎県	9.90	11.99	15.49	23.38
熊本県	6.44	9.70	15.40	21.99
大分県	7.31	10.91	18.97	36.33
宮崎県	7.56	10.17	22.17	33.42
鹿児島県	3.14	4.58	7.10	15.88
沖縄県	19.48	22.05	24.97	29.55

Ⅱ 肝炎対策

肝炎対策の推進

【施策の方向性】

- 肝がんへの進行予防、肝炎治療の効果的促進のため、経済的負担軽減を図る。
- 検査・治療・普及・研究をより一層総合的に推進する。
- 検査未受診者の解消、肝炎医療の均てん化、正しい知識の普及啓発等を着実に実施していく。

1. インターフェロン療法の促進のための環境整備

- インターフェロン治療に関する医療費の助成の実施

2. 肝炎ウイルス検査の促進

- 保健所における肝炎ウイルス検査の受診勧奨と検査体制の整備
- 市町村等における肝炎ウイルス検査等の実施

3. 健康管理の推進と安全・安心の肝炎治療の推進、肝硬変・肝がん患者への対応

- 診療体制の整備の拡充
- 肝硬変・肝がん患者に対する心身両面のケア、医師に対する研修の実施

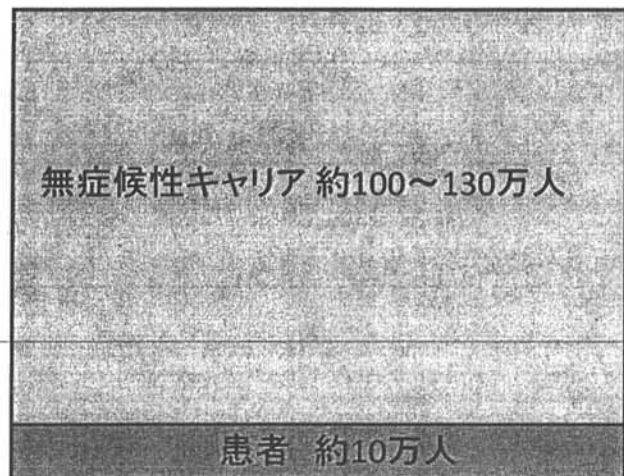
4. 国民に対する正しい知識の普及と理解

- 職場や地域などあらゆる方面への正しい知識の普及

5. 研究の推進

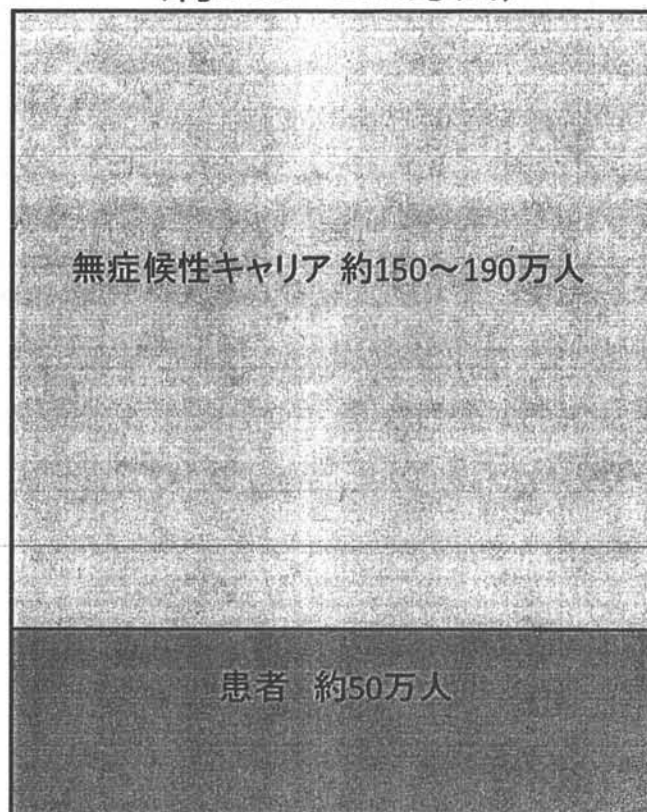
- 肝炎研究7カ年戦略の推進
- 肝疾患の治療等に関する開発・薬事承認・保険適用等の推進

B型肝炎ウイルス患者・感染者 (約110～140万人)



※肝炎患者 約7万人
肝硬変・肝がん 約3万人

C型肝炎ウイルス患者・感染者 (約200～240万人)



※肝炎患者 約40万人
肝硬変・肝がん 約10万人

14

C型慢性肝炎治療の進歩

投与方法の工夫

{ インターフェロンの長期投与
(2002年 2月から)
インターフェロンの自己注射
(2005年 4月から)

新薬の開発

{ ペグインターフェロン
(2003年12月から)
コンセンサスインターフェロン
(2001年12月から)

他剤との併用

{ 従来型IFN + リバビリン
(2001年12月から)
PEG-IFN + リバビリン
(2004年12月から)

インターフェロン治療について

【インターフェロンとは】

免疫系・炎症の調節等の働きを持つ薬剤

【インターフェロンの治療効果】

B型肝炎の場合

約3割

C型肝炎の場合

約5割～9割

※治療効果は遺伝子型やウイルス量などによって異なる

【副作用】

インフルエンザ様症状(発熱、頭痛、筋肉痛など)

白血球・好中球減少、血小板減少、不眠や抑うつ

投与部位の紅斑・痛み、脱毛、めまいなど

16

治療開始区分別にみた有害事象(治療中止例)の出現状況

治療開始区分	～2週目	～4週目	～3ヶ月目	～6ヶ月目	～12ヶ月目
入院 86/489 (17.6%)	・皮疹 3例 ・精神症状 1例 ・全身倦怠感 1例 ・好中球減少 1例 ・強制退院 1例	・皮疹 4例 ・うつ症状 3例 ・網膜症 1例 ・間質性肺炎 1例 ・下痢 1例 ・飲酒継続 1例	・全身倦怠感 4例 ・食思不振 4例 ・皮疹 3例 ・自己中断 3例 ・うつ症状 2例 ・効果不良 2例 ・網膜症 1例 ・経済的理由 1例 ・飲酒継続 1例 ・理由不明 1例	・効果不良 7例 ・自己中断 3例 ・うつ症状 2例 ・全身倦怠感 2例 ・末梢神経障害 2例 ・甲状腺機能亢進症 2例 ・血小板減少症 1例 ・サルコイドーシス 1例 ・肺炎 1例 ・脳梗塞 1例 ・くも膜下出血 1例 ・胃癌 1例	・効果不良 9例 ・全身倦怠感 3例 ・網膜症 2例 ・皮疹 1例 ・うつ症状 1例 ・甲状腺機能亢進症 1例 ・無汗症 1例 ・サルコイドーシス 1例 ・大動脈解離症 1例 ・経済的理由 1例 ・自己中断 1例
	7例	11例	22例	24例	22例
外来 38/386 (9.8%)	・自己中断 1例	・眼症状 1例 ・精神症状 1例	・効果不良 3例 ・自己中断 2例 ・皮疹 1例 ・網膜症 1例 ・全身倦怠感 1例 ・うつ症状 1例 ・他疾患(詳細不明) 1例	・全身倦怠感 2例 ・皮疹 1例 ・間質性肺炎 1例 ・特発性血小板減少症 1例 ・心不全 1例 ・効果不良 1例 ・経済的理由 1例 ・自己中断 1例	・皮疹 3例 ・全身倦怠感 2例 ・効果不良 2例 ・うつ症状 1例 ・不眠症 1例 ・眼症状(中心静脈閉塞症) 1例 ・ヘモグロビン低下 1例 ・他疾患による死亡 1例 ・背部痛 1例 ・胸水貯留 1例 ・経済的理由 1例 ・夫の介護 1例
	1例	2例	10例	9例	16例

17

平成20年度肝炎インターフェロン医療費助成に係る治療受給者証の交付実績

<ポイント>

1. 交付件数について

全国分の交付件数(年間)

44, 731件

2. 階層区分別の交付件数割合について

(1)A階層(自己負担限度月額1万円)

48. 3%

(2)B階層(同 上 3万円)

33. 3%

(3)C階層(同 上 5万円)

18. 4%

18

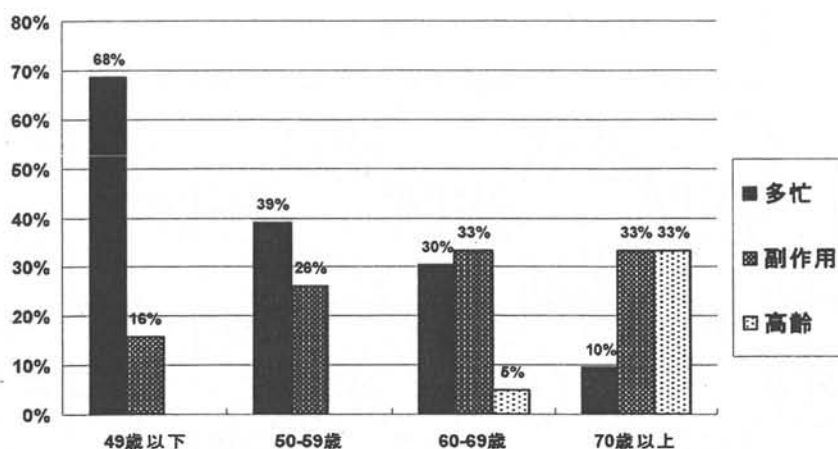
インターフェロン治療を断った理由

Q.インターフェロン治療を断った方(130人)のうち、その理由の中で最も当てはまると思うものについて。
(有効回答数(N=97)、頻度の高い順に列記)

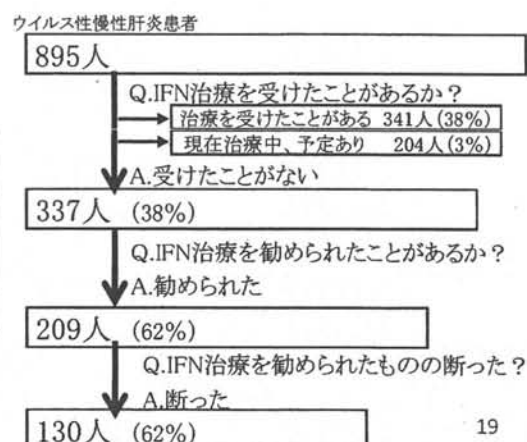
1. 忙しく、入院や通院ができない 34人(35%)
2. 副作用が心配 27人(28%)
3. 高齢だから 8人(8%)
4. 自覚症状が無く、必要ない 6人(6%)
5. お金がかかるから 5人(5%)

※2008年10月10日から12月8日までの期間、28の医療機関(27国立病院機構病院および国立国際医療センター)で実施したインターフェロン(IFN)治療に関する患者アンケート集計結果(N=895)

(参考)インターフェロン治療を医師に勧められるも治療を断った主な理由の頻度 年齢層別の比較(N=96)

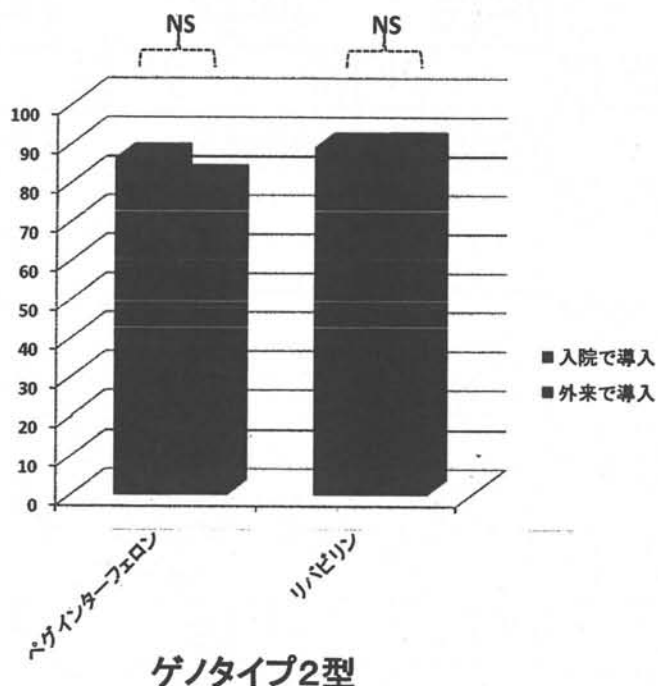
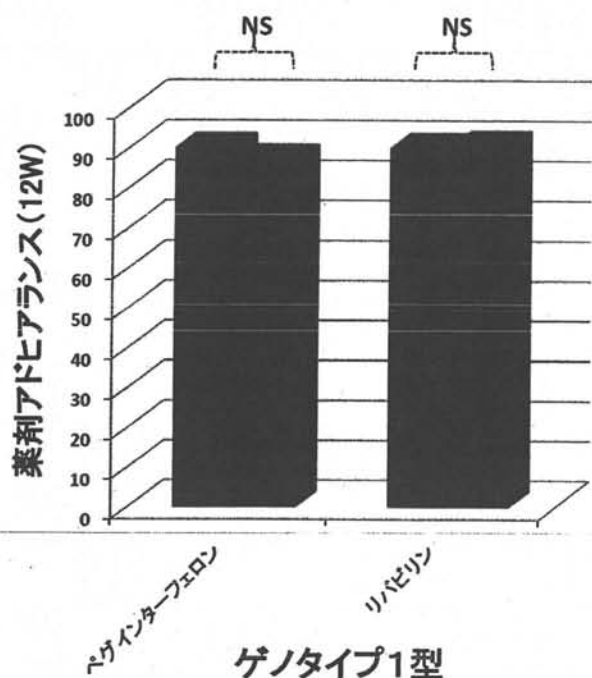


[アンケート概要]



19

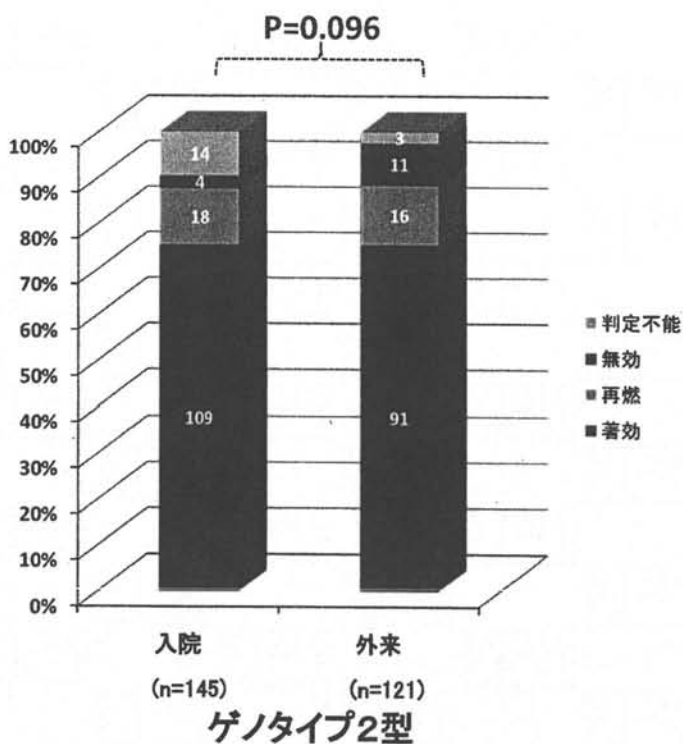
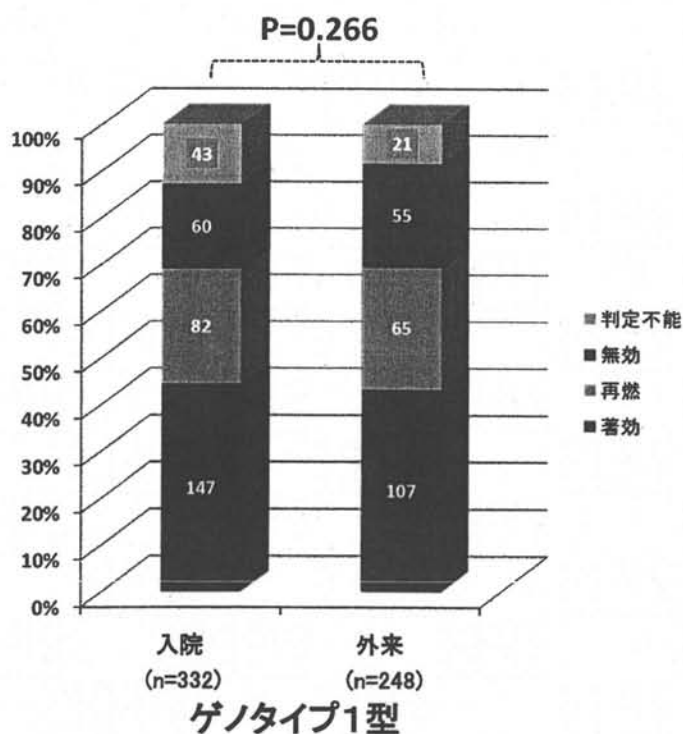
入院導入と外来導入における薬剤アドヒアランスの比較



(Mann-Whitney U-test)

20

インターフェロン治療導入の形態とウイルス学的治療効果



(Pearsonのカイ2乗検定)

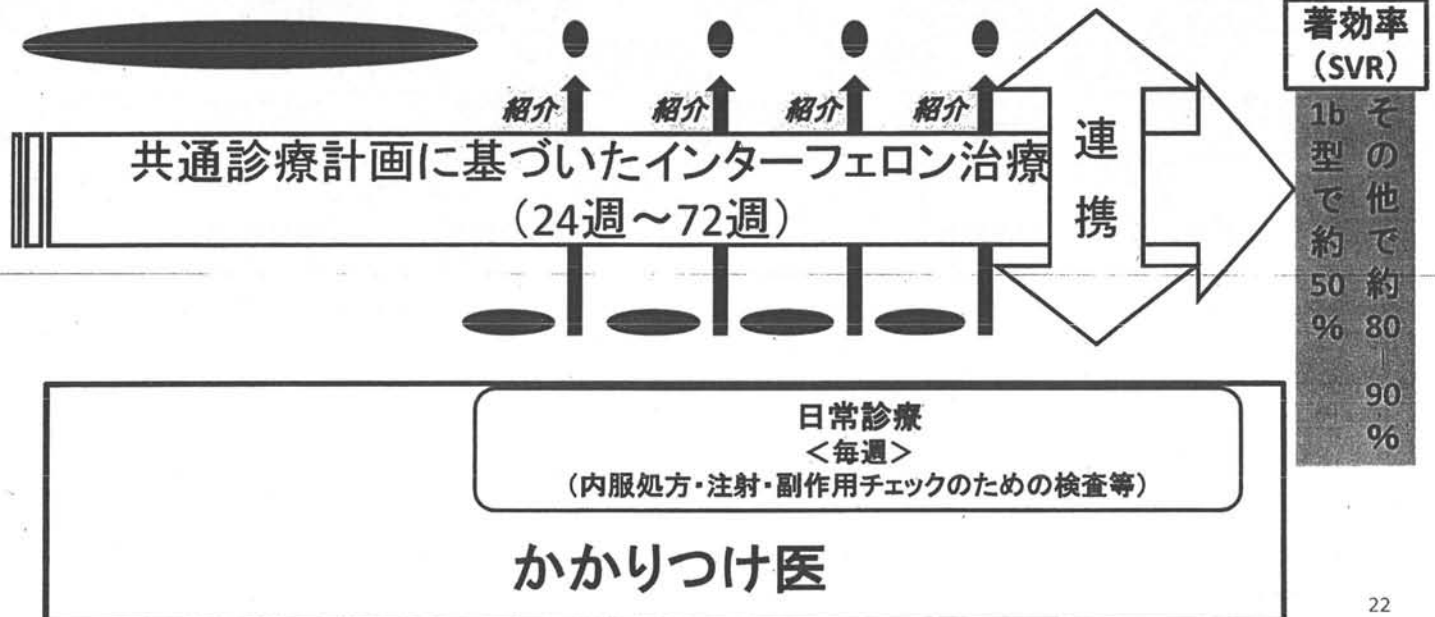
21

インターフェロン治療における 専門医療機関とかかりつけ医の治療連携

肝疾患に関する専門医療機関

治療方針決定・治療導入
(共通診療計画作成・副作用説明)
<治療導入後2週間>

専門的医療の提供
(治療方針の確認・副作用対応・肝がんスクリーニング)
<月1回>

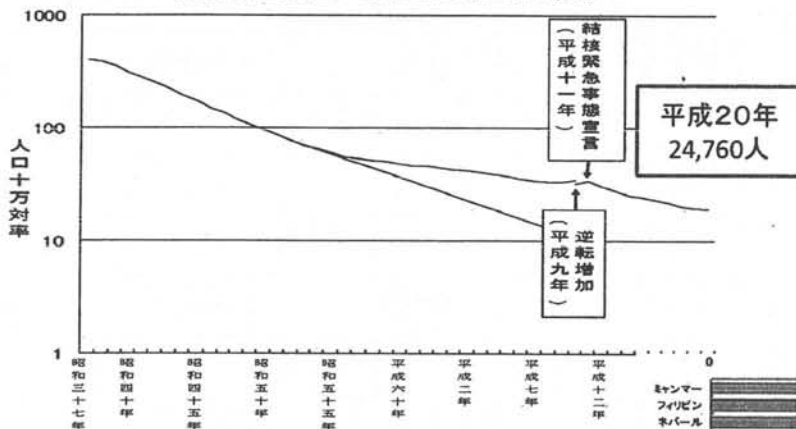


Ⅲ 結核医療の確保

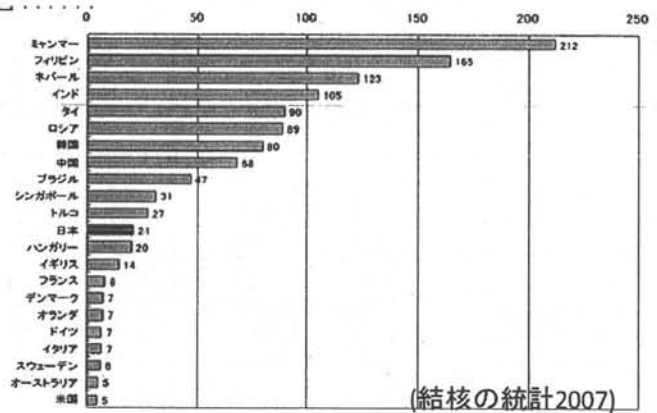
結核罹患率

○ 結核罹患率は全体として減少傾向にある。平成9年には増加が見られ、平成11年には結核緊急事態宣言が出されたが、その後順調に減少している。

結核罹患率の推移(全結核)



結核罹患率(人口10万人対)の各国比較
～アジア諸国と先進諸国～



日本: 2006年統計、外国: 2005年統計(WHO Report 2007)

24

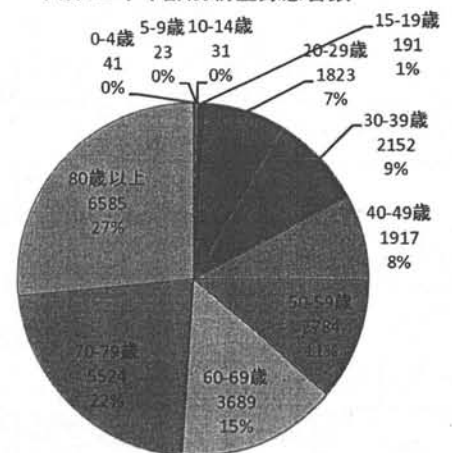
年齢階級別結核罹患率

5-1. 年次別・年齢階級別 新登録結核患者数

区分	平成 16年	平成 17年	平成 18年	平成 19年	平成 20年
総 数	29,736(100.0)	28,319(100.0)	26,384(100.0)	25,311(100.0)	24,760(100.0)
0～4歳	62(0.2)	56(0.1)	35(0.1)	47(0.2)	41(0.2)
5～9歳	19(0.1)	22(0.1)	18(0.1)	19(0.1)	23(0.1)
10～14歳	36(0.1)	39(0.1)	32(0.1)	26(0.1)	31(0.1)
15～19歳	302(1.0)	284(1.0)	214(0.8)	201(0.8)	191(0.8)
20～29歳	2,528(8.5)	2,303(8.1)	2,069(7.8)	1,924(7.6)	1,823(7.4)
30～39歳	2,738(9.2)	2,677(9.5)	2,417(9.2)	2,308(9.1)	2,152(8.7)
40～49歳	2,346(7.9)	2,220(7.8)	2,037(7.7)	1,935(7.6)	1,917(7.7)
50～59歳	3,991(13.4)	3,676(13.0)	3,336(12.6)	3,035(12.0)	2,784(11.2)
60～69歳	4,656(15.7)	4,328(15.3)	3,837(14.5)	3,694(14.6)	3,689(14.9)
70～79歳	6,833(23.0)	6,332(22.4)	6,109(23.2)	5,659(22.4)	5,524(22.3)
80歳以上	6,225(20.9)	6,382(22.5)	6,280(23.8)	6,463(25.5)	6,585(26.6)

() 内は構成比

平成20年年齢別新登録患者数



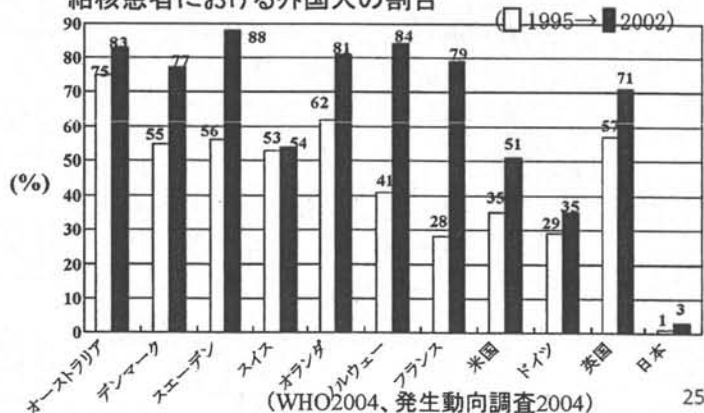
15-1. 年次別 無職臨時日雇等の新登録結核患者数

() 内は新登録に占める割合

	平成19年	平成20年
合 計	2,397 (26.0)	2,308 (26.6)
20～24歳	151 (18.7)	123 (16.4)
25～29歳	201 (18.0)	213 (19.9)
30～34歳	213 (18.2)	221 (20.4)
35～39歳	271 (23.8)	238 (22.2)
40～44歳	247 (25.2)	275 (27.2)
45～49歳	264 (27.6)	244 (26.9)
50～54歳	347 (31.0)	355 (32.2)
55～59歳	703 (36.7)	639 (38.0)

(注) 無職臨時日雇等: 接客業、医療従事者、他の常用勤労者・自営業等、家事従事者、学生を除く。合計は20歳～59歳の計。

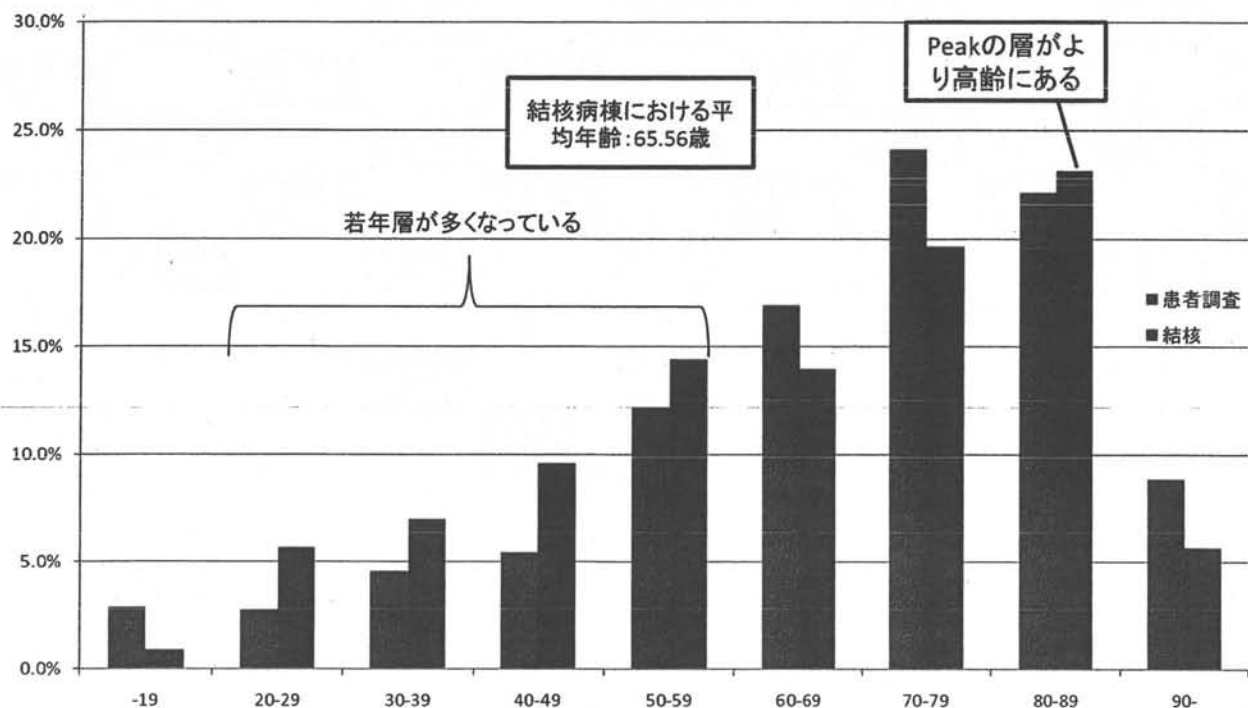
結核患者における外国人の割合



25

結核病棟入院患者の年齢分布

- 結核病棟入院患者を患者調査の入院患者の分布と比較すると、20～40歳の若年層の患者の割合が高い。
- 高齢者のピークは80から89歳にあり、年齢層の分布が二峰性となっている。



平成19年度指定研究報告研究課題名:結核医療のDRG/PPS化に関する調査研究 主任研究者 坂谷 光則 (近畿中央胸部疾患センター) 報告書

26

多剤耐性結核の状況

表 4. 新登録肺結核薬剤感受性検査結果把握中
耐性率(%)－療研・サーベイランス結果の比較－

	療研 2002年	サーベイ 2007年	サーベイ 2008年
全数			
INH耐性	－	6.2	4.9
多剤耐性 (INH, RFP)	－	1.2	1.1
何らかに耐性	－	15.0	12.7
初回治療			
INH耐性	2.8	5.2	4.2
多剤耐性 (INH, RFP)	0.7	0.6	0.7
何らかに耐性	8.2	13.8	12.1
再治療			
INH耐性	18.9	16.8	12.3
多剤耐性 (INH, RFP)	9.8	7.2	5.1
何らかに耐性	22.8	28.5	18.2

注：全数；治療歴不明を含む。療研；結核療法研究協議会。
耐性の判断；サーベイでは耐性か否か、療研では耐性基準による
(INH 0.2μg/m耐性)。

表8 結核予防対策のあゆみ

明22年(1889)	兵庫県須磨浦にわが国最初の結核療養所設立	平6 ('94)	結核予防法一部改正 (BCG接種を努力義務に)
37 (1904)	結核予防に関する内務省令公布	7 ('95)	結核予防法一部改正 (公費負担の見直し)
大8 ('19)	旧結核予防法公布	8 ('96)	結核医療の基準 (告示) の一部改正
昭12 ('37)	国立結核療養所官制公布		PZAを加えた初回短期強化療法の導入
14 ('39)	(財)結核予防会設立	11 ('99)	公衆衛生審議会「21世紀に向けての結核対策について(意見)」公表
26 ('51)	新結核予防法公布(医療費の公費負担等を規定)		結核緊急事態宣言
27 ('52)	結核医療の基準を告示		結核医療の基準(告示)の一部改正
30 ('55)	結核予防法一部改正 (結核検診全国民に拡大)		薬剤耐性判定基準の変更
32 ('57)	結核予防法一部改正 (無料結核検診実施)	12 (2000)	結核緊急対策検討班報告書「重点的に実施すべき結核対策について」公表
36 ('61)	結核予防法一部改正 (患者管理制度改正、命令入所制度強化)	13 ('01)	「結核緊急事態調査報告書」公表
49 ('74)	結核予防法一部改正 (定期健康診断の実施年齢を緩和)	14 ('02)	厚生科学審議会感染症分科会結核部会「結核対策の包括的見直しに関する提言」公表
61 ('86)	結核医療の基準を全面改正 結核予防費補助金一般財源化、結核対策特別促進事業の開始	15 ('03)	「日本版21世紀型DOTS戦略推進体系図」の提示
62 ('87)	結核・感染症サーベイランス事業の開始	16 ('04)	結核医療の基準 (告示) の一部改正 結核予防法一部改正 (BCG直接接種、健診の見直し、DOTSの推進等) (平成17年4月施行)
		18 ('06)	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の一部を改正する法律 (平成19年4月施行) (結核予防法廃止、改正法に統合)
		19 ('07)	結核医療の基準 (告示) を全面改正
		21 ('09)	結核医療の基準 (告示) を適用 潜在性結核感染症の明確化 新技術の導入、間欠療法の適用

30

入退院基準と就業制限基準

感染性	患者の状態		想定される事例	入院基準	退院基準	就業制限基準
<div>↑</div> <div>高</div> <div>↓</div> <div>低</div>	塗抹(＋)			入院勧告	退院不可	制限する
	塗抹(－)培養又はPCR(＋)	呼吸器等の症状から入院が必要と判断される	・咳や痰が持続している例			
		近い将来に感染性が高くなると判断される	・治療中の排菌量が増加した例 ・治療中断等により再発した例			
		上記以外	・無症状で、培養や核酸増幅法によって感染を診断された例 ・治療が成功して症状が消失した例	入院不要	退院可能	
	塗抹(－)培養(－)		・病歴や画像所見等から結核と診断された例 ・治療が成功して症状が消失し、培養陰性になった例		退院させなければならない	制限なし
無症状病原体保有者		・無症状で、塗抹や培養以外の検査(ツベルクリン反応やQFT等)によって結核菌の感染を診断された例				

31

退院させなければならない基準

- ①病原体を保有していないこと又は、
- ②当該感染症の症状が消失したこと
 - ・咳、発熱、結核菌を含む痰の症状が消失した場合

退院させることができる基準

以下の全てを満たした場合

- ①2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。
- ②2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である。
- ③患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における結核患者の入退院及び就業制限の取扱いについて」(健感初第0907001号 平成19年9月7日)

塗抹検査

- 検体(喀痰)の質により結果が左右される
- 3日連続で陽性、または3日連続で陰性となることは少なく、2回陰性、1回陽性などのパターンが多い
- 1日目陰性、2日目陰性、3日目陽性では退院不可
- これを繰り返すと検査の回数過多として査定の対象となる
- 施設にもよるが週に1回ないし2週に1回程度のスケジュールが一般的

「3回の塗抹陰性」が確認出来る可能性は発病当時の排菌量の多少により大きく左右される

32

結核医療の基準に規定される標準化学療法

結核の治療は、化学療法によることを原則とし、化学療法のみによっては治療の目的を十分に達することができない場合には、外科的療法又は装具療法の実施を検討する。

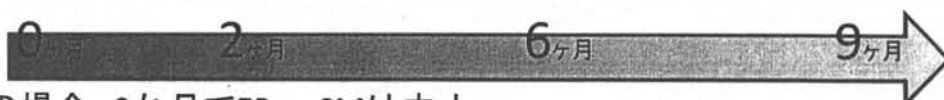
○標準治療 A法

リファンピシン(RFP)	<input type="text"/>
イソニアジド(INH)	<input type="text"/>
エタンブートル(EB) or ストレプトマイシン(SM)	<input type="text"/>
ピラジナミド(PZA)	<input type="text"/>

間歇療法可

○標準治療 B法 80才以上、慢性肝炎、肝硬変

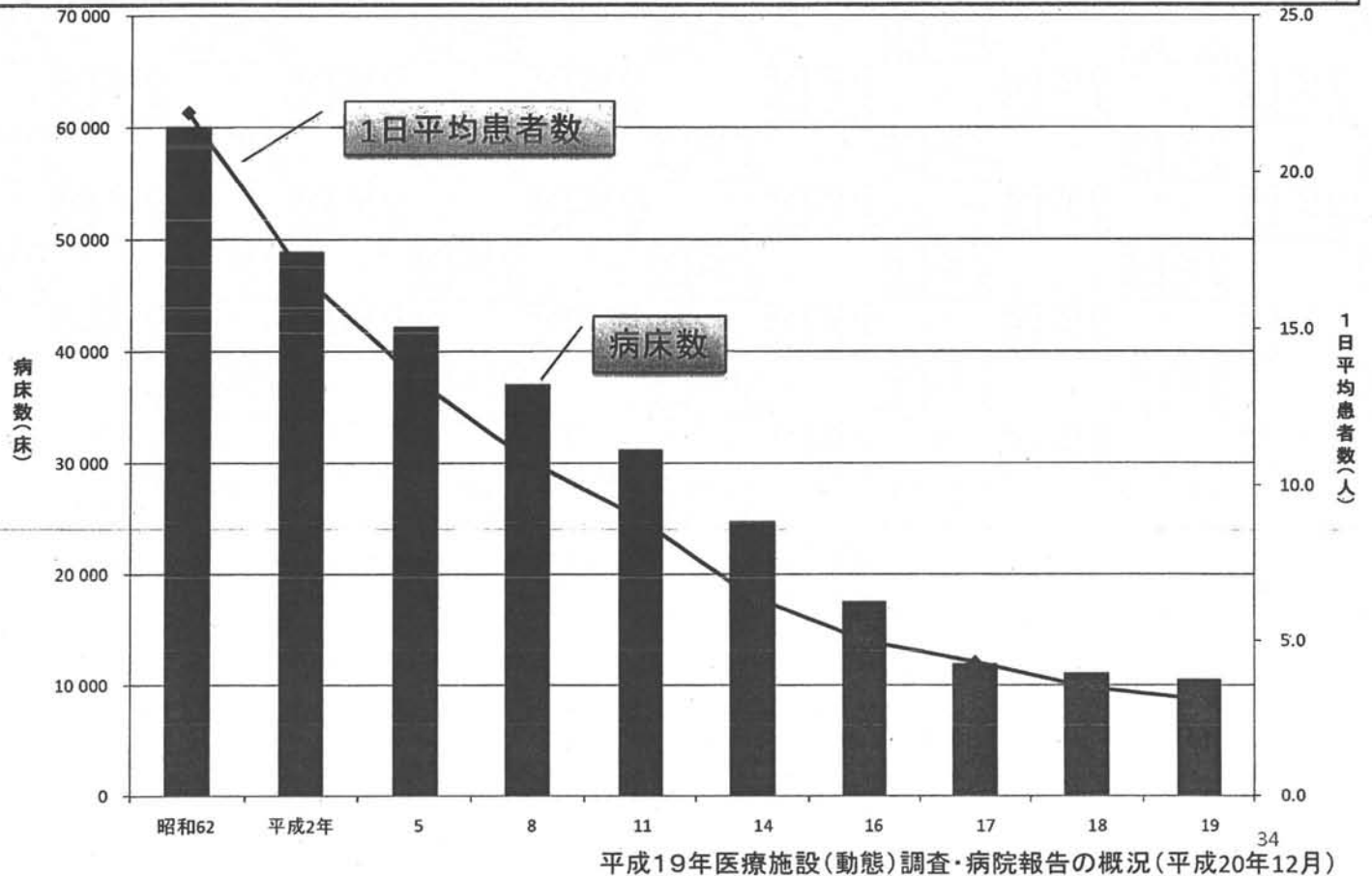
RFP	<input type="text"/>
INH	<input type="text"/>
EB or SM	<input type="text"/>



RFP、INHともに感受性の場合、2か月でEB or SMは中止

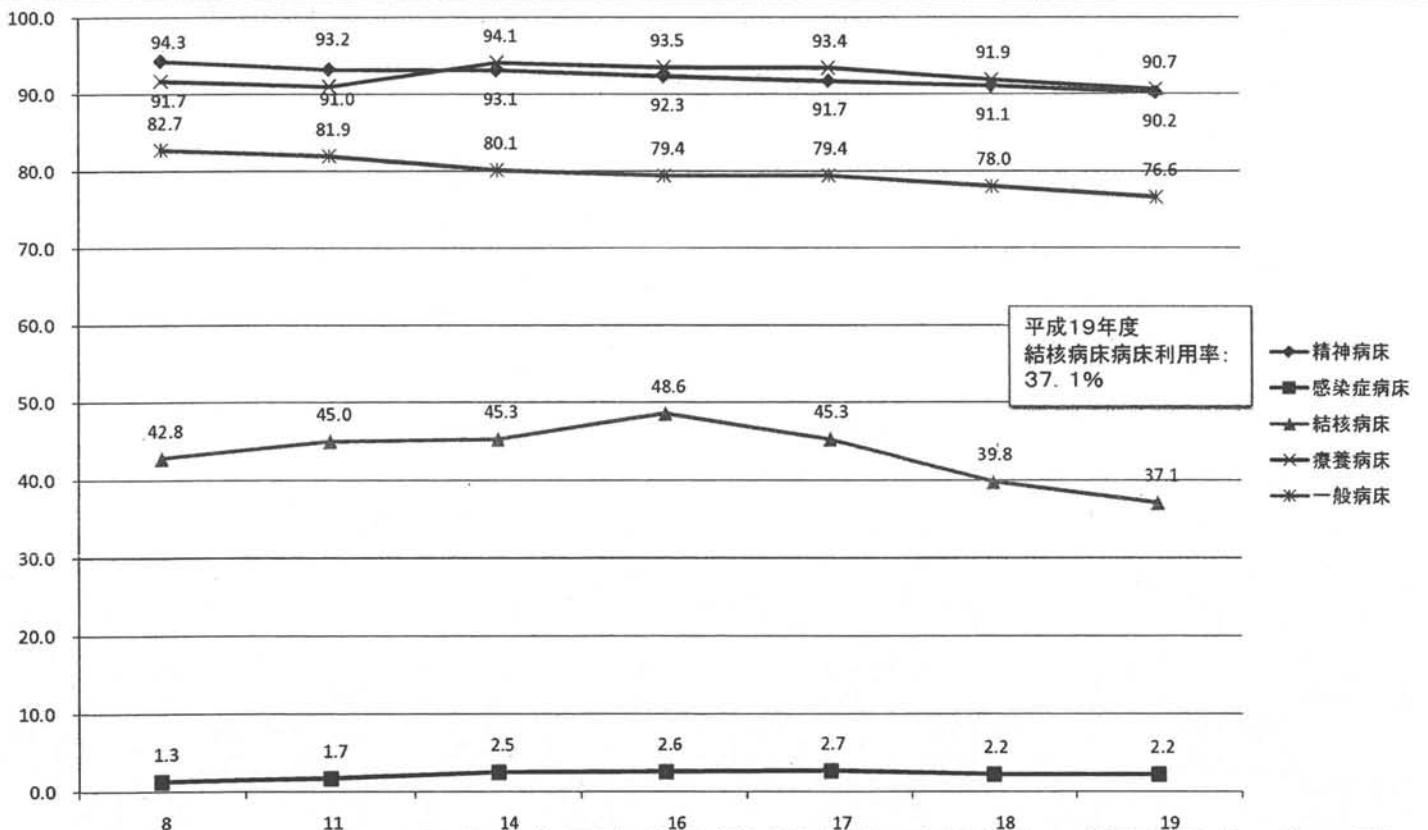
結核病床数(人口10万対)と結核病床における1日平均患者数

○ 1日平均患者数の減少とともに、病床数も減少傾向にある。



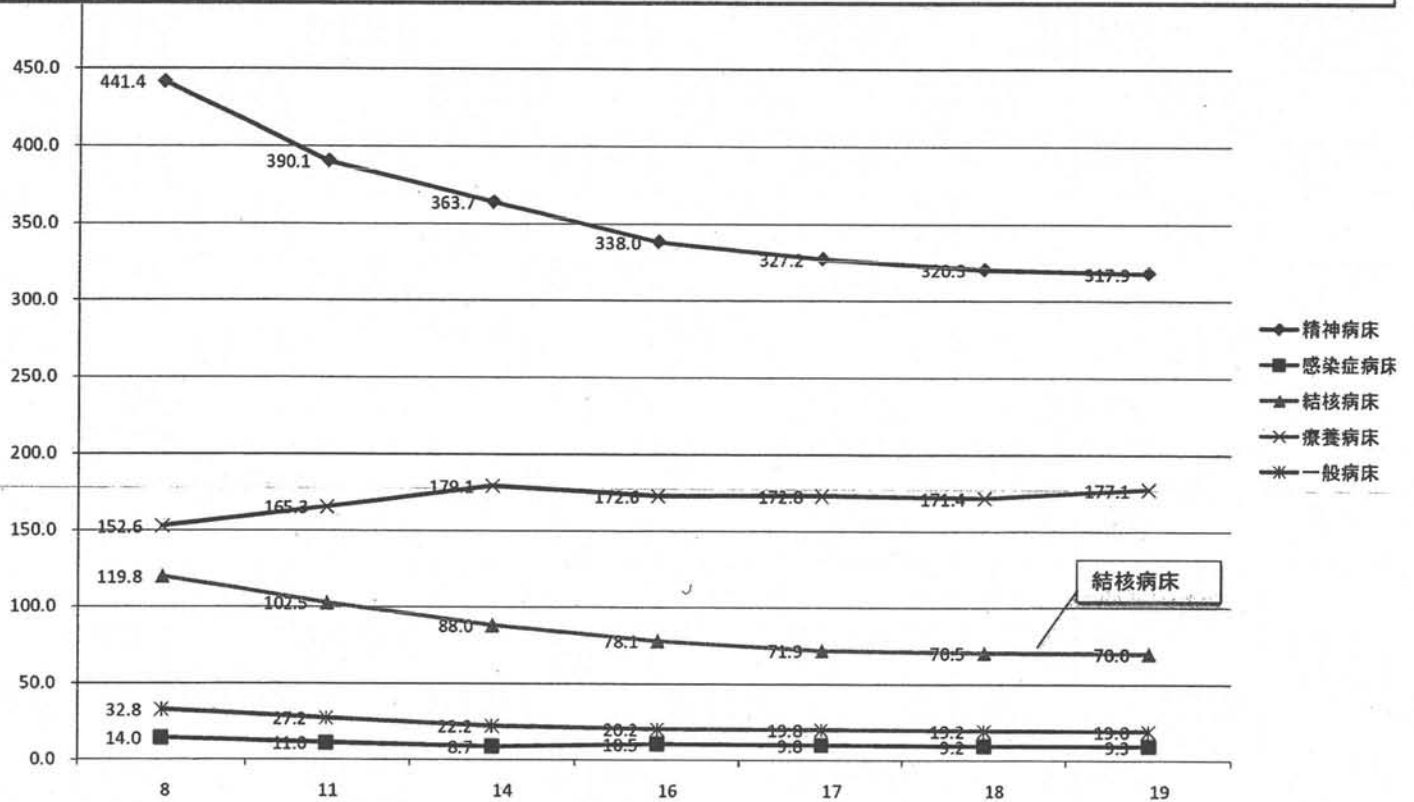
病床種類別病床利用率の推移

○ 平成16年以降、病床利用率は低下傾向が見られており、平成19年度において、37.1%となっている。



病床種類別平均在院日数の推移

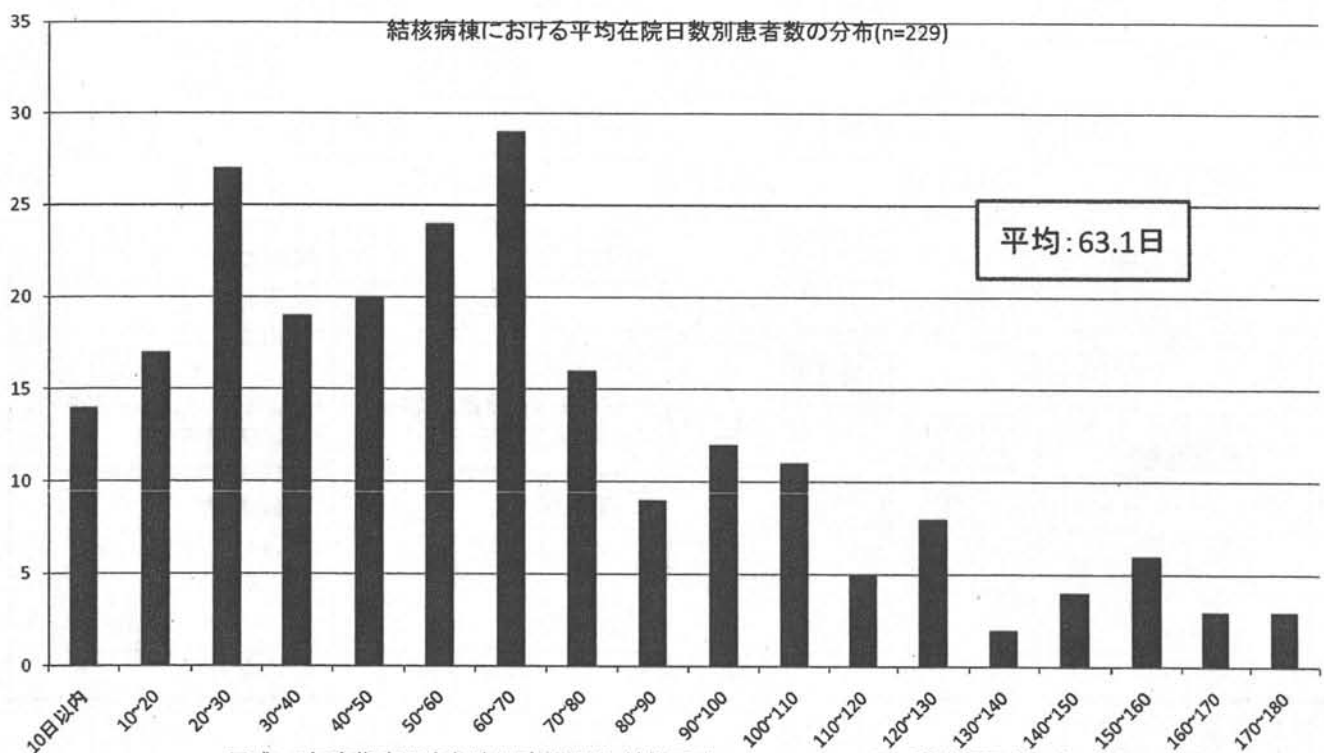
- 平均在院日数は短縮傾向にあり、平成19年現在70.0日となっている。
- 精神病床、療養病床と比較すると短い、一般病床、感染症病床と比較すると長くなっている。



平成19年医療施設(動態)調査・病院報告の概況(平成20年12月)³⁶

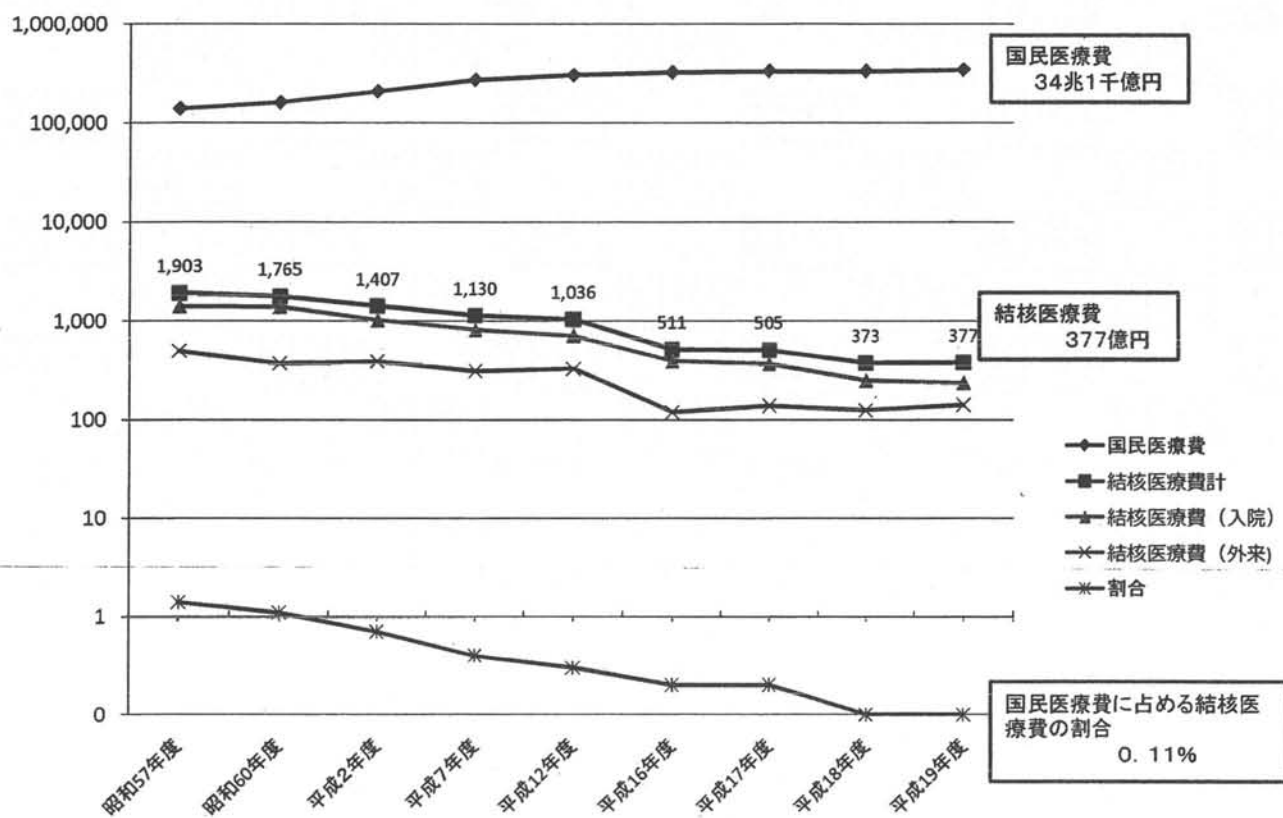
結核入院患者の平均在院日数

- 結核病棟における平均在院日数は63.1日であった。
- 死亡退院は14.4%であった。



平成19年度指定研究報告研究課題名:結核医療のDRG/PPS化に関する調査研究 主任研究者 坂谷 光則 (近畿中央胸部疾患センター) 報告書(N229)

国民医療費・結核医療費の年次推移



38
出典:厚生労働省統計情報部 平成19年度国民医療費

医療法に定める主な構造設備の基準及び人員の標準

区 分	一般病床	結核病床	参考 (感染症病床)
定 義	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床	結核の患者を入院させるための病床	感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床
人員配置標準	医師 16:1 看護職員 3:1 薬剤師 70:1	医師 16:1 看護職員 4:1 薬剤師 70:1	医師 16:1 看護職員 3:1 薬剤師 70:1
必置施設	・各科専門の診察室 ・手術室 ・臨床検査施設 ・X線装置 ・調剤所 等	一般病床の必置施設に加え、 ・機械換気設備 ・感染予防のためのしゃ断 ・消毒施設	一般病床の必置施設に加え、 ・機械換気設備 ・感染予防のためのしゃ断 ・消毒施設
病床面積	6.4㎡/床 以上 (既設:4.3㎡/床以上)	6.4㎡/床 以上 (既設:4.3㎡/床以上)	6.4㎡/床 以上 (既設:4.3㎡/床以上)

結核病棟入院基本料(一般病棟入院基本料との比較)

	結核病棟入院基本料			一般病棟入院基本料		
看護配置	平均在院日数	点数	算定件数(件)	平均在院日数	点数	算定件数(件)
7対1	25日以内	1,477点	260	19日以内	1,555点	247850
10対1	25日以内	1,192点	180	21日以内	1,300点	458761
13対1	—	949点	510	24日以内	1,092点	74292
15対1	—	886点	2174	60日以内	954点	97532
18対1	—	757点	—			
20対1	—	713点	—			

※ 結核病棟入院基本料13対1入院基本料算定患者は退院基準に基づき退院させることができることが確定した日以降は特別入院基本料550点を算定する。

40

算定件数:平成20年社会医療診療行為別調査(6月審査分)

平成21年度新型インフルエンザ医療体制整備関連予算について

1. 保健衛生施設等施設・設備整備費補助金

	施 設	補 助 内 容	補助率	補助先	平成21年度 予算額	新型インフルエンザ医療体制整備に係る 感染症指機関等内示済額
施設整備衛生施設補助等金	感染症指定医療機関	感染症指定医療機関の新設、増設又は改築のために必要な経費	1 / 2	直接補助：都道府県 間接補助：都道府県 (市町村、医療機関)	735百万円 の内数	75百万円
	新型インフルエンザ 患者入院医療機関	新型インフルエンザ患者入院医療機関の新設、増設又は改築のために必要な経費				
	感染症外来協力医療機関	感染症外来協力医療機関の新設、増設又は改築のために必要な経費				
設備整備衛生施設補助等金	感染症指定医療機関	・初度設備費(基準額：130,000円) ・簡易陰圧装置(基準額：4,200,000円)	1 / 2	直接補助：都道府県 間接補助：都道府県 (市町村、医療機関)	1,700百万円 の内数	20百万円 20百万円の内訳 ・簡易陰圧装置 23台 19百万円 ・初度設備費 0.5百万円 ※人工呼吸器及び 個人防護具につい ては、20年度予算 からの繰越分 1,851百万円に対 し、1,010百万円 を別途内示済み。
	新型インフルエンザ 患者入院医療機関	・人工呼吸器(基準額：2,160,000円) ・個人防護具(基準額：3,550円) ・簡易陰圧装置(基準額：4,200,000円) ・簡易ベット(基準額：50,000円) ・初度設備費(130,000円)				
	感染症外来協力医療機関	・HEPAフィルター付空気清浄機(陰圧対応可能なこと)(基準額：880,000円) ・HEPAフィルター付パーテーション(基準額：200,000円) ・個人防護具(基準額：3,550円)				

○ 上表のうち下線を引いたものについては、平成21年度8月27日付け事務連絡「保健衛生施設等施設・設備整備補助金の改正(予定)について」により補助対象とする旨周知済み。正式な要綱の発出については、都道府県あて9月25日までに予定。

○ 予算については、執行残額7億円(保健衛生施設等施設整備費補助金2億円、保健衛生施設等設備整備費補助金5億円)で対応する。

2. 疾病予防対策事業費等補助金

新型インフルエンザ対策事業（協議会設置、診療従事者訓練・研修、情報共有のための説明会開催）

（補助率） 1／2

（補助先） 直接補助：都道府県

39百万円

3. 新型インフルエンザ対策事業（本省費）

医療従事者研修事業

必要な医療体制を整備できるよう医療従事者を対象とする研修

3百万円

保医発0914第1号

平成21年9月14日

地方厚生（支）局医療指導課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

}

殿

厚生労働省保険局医療課長

新型インフルエンザの流行に伴う診療報酬上の臨時的な取扱いについて

現在、新型インフルエンザ（A／H1N1）の流行に備え、都道府県等において重症化した患者の入院医療機関の受入体制の検討を行っているところであるが、新型インフルエンザ患者を受け入れる保険医療機関においては、入院患者の一時的な急増や職員が新型インフルエンザに罹患することによる看護職員の一時的な欠員などにより、地方厚生（支）局に届け出ている入院基本料の施設基準を満たせなくなるおそれがある。

今般、新型インフルエンザ患者を受け入れた保険医療機関の診療報酬上の評価を適切に行う観点から、当該保険医療機関の入院基本料に係る施設基準について、臨時的な対応として下記のとおり取り扱うこととしたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関に対し周知徹底を図られたい。

なお、下記における「新型インフルエンザ患者」とは、新型インフルエンザ（A／H1N1）と診断された患者及び新型インフルエンザとの確定診断には至らないがインフルエンザと診断された患者のことをいうものとし、「流行期」とは、国立感染症研究所感染症情報センターの「警報・注意報発生システム」により、インフルエンザの注意報が発せられている日の属する月のことをいうものであり、都道府県単位で判断するものとするが、当該都道府県管内保健所の1箇所でも注意報が発せられている場合には、当該都道府県は流行期にあるものとする。

また、下記の取扱いは、新型インフルエンザ患者を受け入れた保険医療機関の診療報酬上の評価を適切に行う観点から行うものであって、看護要員の労働時間が適切であることが求められることは当然のことであり、例えば、非常勤職員を新たに採用するなど、看護要員の過重労働の防止に配慮すべきであることを申し添える。

記

- 1 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成20年3月5日保医発第0305002号。以下「基本診療料の施設基準等通知」という。）別添2の第2の4（1）の規定にかかわらず、臨時的な対応として別途通知するまでの間、流行期（※注）において新型インフルエンザ患者の入院診療を行った保険医療機関においては、入院していた新型インフルエンザ患者は入院患者の数から除くことができるものとする。ただし、入院患者数から除くことのできる新型インフルエンザ患者の数は、当該保険医療機関の平均入院患者数（基準月（新型インフルエンザ患者を入院患者数から除いて計算しようとする月の前月をいう。）から起算して過去1年間の平均入院患者数とする。）を超えて入院した新型インフルエンザ患者の数に限るものとする。
（※注）「流行期」とは、国立感染症研究所感染症情報センターの「警報・注意報発生システム」により、インフルエンザの注意報が発せられている日の属する月のことをいうものであり、都道府県単位で判断するものとするが、当該都道府県管内保健所の1箇所でも注意報が発せられている場合には、当該都道府県は流行期にあるものとする。
- 2 基本診療料の施設基準等通知の第3の1（1）の規定にかかわらず、臨時的な対応として別途通知するまでの間、流行期において新型インフルエンザ患者の入院診療を行った保険医療機関においては、月平均夜勤時間数については、流行期の間の2割以内の一時的な変動の場合には、変更の届出を行わなくてもよいものとする。
- 3 基本診療料の施設基準等通知の第3の1（3）及び（4）の規定にかかわらず、臨時的な対応として別途通知するまでの間、流行期において新型インフルエンザ患者の入院診療を行った保険医療機関においては、1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者（以下「看護要員」という）の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、流行期の間の2割以内の一時的な変動の場合には、変更の届出を行わなくてもよいものとする。
- 4 上記1から3の臨時的な取扱いを行う保険医療機関においては、流行期における新型インフルエンザの入院患者数について別紙様式を参考として整理し、それに基づき基本診療料の施設基準等通知の別添7様式9を整理しておくこと。
- 5 国立感染症研究所感染症情報センターの発表するインフルエンザの注意報は、以下のHPにおいて毎週更新されるものであるため、保険医療機関においては留意すること。

※国立感染症研究所感染症情報センターの「インフルエンザ流行レベルマップ」
<https://hasseidoko.mhlw.go.jp/Hasseidoko/Levelmap/flu/index.html>

別紙様式

※本様式の内容を全て含んでいるものであれば、
これ以外の様式による整理でも可である。

平成 年 月分 新型インフルエンザ入院患者整理表

A 前月から起算して過去一年間の平均入院患者数 (例) 120 人

日 付	(例1)	(例2)	(例3)	1	2	3	4			25	26	27	28	29	30	31
B 入院患者数	130	130	110													
C Aを超えた入院患者数 (B-A)	10	10	—													
D 新型インフルエンザ 入院患者数	5	15														
E CとDのうち小さい数	5	10														
F B-E	125	120	110													

注1) 「前月から起算して過去1年間の平均入院患者数」を超えて入院させた新型インフルエンザの患者については、入院患者数から除外できる。

したがって、Fの数値を入院患者数として扱うことができる。

注2) 「前月から起算して過去1年間の平均入院患者数」とは、例えば、平成21年9月に入院した新型インフルエンザ患者数の除外を計算する際には、

平成20年9月から平成21年8月までの平均入院患者数のことを言う。

注3) 例3のように、入院患者数Bが、Aを超えない場合には、Bをそのまま入院患者数としてカウントすることとなる。

(参 考)

- 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて (抜粋)
(平成 20 年 3 月 5 日保医発第 0305002 号)

第 1 基本診療料の施設基準等

基本診療料の施設基準等については、「基本診療料の施設基準等」(平成 20 年厚生労働省告示第 62 号)に定めるものの他、下記のとおりとする。

- 2 入院基本料等の施設基準等は別添 2 のとおりとする。

第 3 届出受理後の措置等

- 1 届出を受理した後において、届出の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等を行うものであること。また、病床数に著しい増減があった場合にはその都度届出を行う。

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。

- (1) 平均在院日数及び月平均夜勤時間数については、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。
- (2) 医師と患者の比率については、暦月で 3 か月を超えない期間の次に掲げる範囲の一時的な変動
- ア 医療法に定める標準数を満たしていることが届出に係る診療料の算定要件とされている場合
- 当該保険医療機関における医師の配置数が、医療法に定める標準数から 1 を減じた数以上である範囲
- イ 「基本診療料の施設基準等」第五の二の(2)、四の(2)及び六の(3)の場合
- 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に 100 分の 10 を乗じて得た数から 1 を減じた数以上
- (3) 1 日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者 (以下「看護要員」という。)の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師 (以下「看護職員」という。)の数に対する看護師の比率については、暦月で 1 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動。
- (4) 医療法上の許可病床数 (感染症病床を除く。)が 100 床未満の病院及び特別入院基本料を算定する保険医療機関にあっては、1 日に当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、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。
- (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。

- (6) 算定要件中の紹介率及び逆紹介率については、暦月で3か月間の一時的な変動。
- (7) 算定要件中の他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合については、3か月間（暦月）の平均実績が6割未満とならない範囲の一時的な変動。

別添2

入院基本料等の施設基準等

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4 入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。

(1) 入院患者の数については、次の点に留意する。

ア 入院患者の数には、保険診療に係る入院患者のほか、正常の妊産婦、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、人間ドックなどの保険外診療の患者であって、看護要員を保険診療を担当する者と保険外診療を担当する者との明確に区分できない場合の患者を含むものであること。

イ 入院患者の数については、届出時の直近1年間（届出前1年から6か月の間に開設又は増床を行った保険医療機関にあつては、直近6か月間とする。）の延入院患者数を延日数で除して得た数とし、小数点以下は切り上げる。

なお、届出前6か月の間に開設又は増床した病棟を有する保険医療機関に係る入院患者の数の取扱いについては、便宜上、一般病棟にあつては一般病棟の病床数の80%、療養病棟にあつては療養病棟の病床数の90%、結核病棟にあつては結核病棟の病床数の80%、精神病棟にあつては精神病棟の病床数の100%とする。

また、一般病棟に感染症病床がある場合は、届出時の直近1年間の入院患者数が0であっても、感染症病床数の5%をもって感染症病床に係る入院患者の数とすることができる。

ウ 届出前1年の間に減床を行った保険医療機関については、減床後の実績が3か月以上ある場合は、減床後の延入院患者数を延日数で除して得た数とする。なお、減床後から3か月未満の期間においては、減床後の入院患者数として届出を行うことができるものとするが、当該入院患者数が、減床後3か月の時点での減床後の延入院患者数を延日数で除して得た数を満たしていないことが判明したときは、当該届出は遡って無効となり、変更の届出を行わせること。

エ 病棟単位で算定する特定入院料、「基本診療料の施設基準等」の別表第三に規定する治療室、病室及び短期滞在手術基本料1に係る回復室に入院中の患者については、入院患者の数から除く。

保医発0915第2号
平成21年9月15日

地方厚生（支）局医療指導課長 都道府県民生主管部（局） 国民健康保険主管課（部）長 都道府県後期高齢者医療主管部（局） 後期高齢者医療主管課（部）長	}	殿
--	---	---

厚生労働省保険局医療課長

新型インフルエンザに係る保険医療機関の時間外診療等について

新型インフルエンザに係る夜間の外来診療体制の確保については、別添の事務連絡において、「夜間の外来診療体制については、救急外来を設置する医療機関だけでなく、例えば、インフルエンザ患者の診療を行っている診療所に対して診療時間の延長や、夜間の外来を輪番制で行うことを求めるなど、地域の診療所等との連携を図ること。特に、小児患者の外来診療体制については、地域の小児科を有する病院だけでなく、地域の小児科診療所等との連携確保に努める」旨の依頼がなされているところであり、各地域においてはこれを踏まえた対応がなされているものと承知している。

今般、このような取り組みを行っている保険医療機関の初診料及び再診料の時間外加算等について、臨時的な対応として別途通知するまでの間、下記のとおり取り扱うこととしたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関等に対し周知徹底を図られたい。

記

- 1 都道府県、保健所設置市、特別区からの依頼を受けインフルエンザ患者に係る時間外の外来診療を行っている保険医療機関については、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成20年3月5日保医発第0305001号）別添1第1章第1部第1節A000初診料の(11)のイの規定を適用しないものとし、同アにより時間外とされる場合であれば、時間外加算を算定できるものとする。
- 2 上記1の取扱いは、再診料についても同様とする。

- 3 都道府県、保健所設置市、特別区からの依頼を受けインフルエンザ患者に係る時間外の調剤を行っている保険薬局については、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成20年3月5日保医発第0305001号）別添3区分01調剤料の(10)のウの(ロ)の規定を適用しないものとし、同(イ)により時間外とされる場合であれば、時間外加算を算定できるものとする。

【 別 添 】

事 務 連 絡

平成 2 1 年 8 月 2 8 日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部

新型インフルエンザ患者数の増加に向けた医療提供体制の確保等について

平成 2 1 年第 3 3 週の感染症発生動向調査（8 月 2 1 日公表）によれば、インフルエンザ定点当たりの報告数が 1. 6 9 となっており、流行開始の目安としている 1. 0 0 を上回りましたので、インフルエンザ流行シーズンに入ったと考えられ、新型インフルエンザ患者数が急速に増加することが懸念されます。

このため、各都道府県、保健所設置市及び特別区においては、「新型インフルエンザの流行シナリオ」（別添 1）を参考に、下記の手順に従い重症者の発生について確認の上、入院診療を行う医療機関の病床数等について確認及び報告をいただくとともに、受入医療機関の確保や重症患者の受入調整機能の確保等、地域の実情に応じて必要な医療提供体制の確保対策等を講じていただくようお願いします。

なお、上記シナリオは、医療体制を確保するための参考として示す仮定のものであり、実際の流行を予測するものではないことを申し添えます。

記

1. 各都道府県においては、自都道府県における新型インフルエンザ患者や重症者の発生数等について、「新型インフルエンザの流行シナリオ」（別添 1）、過去の季節性インフルエンザの流行状況等をもとに検討をお願いします。また、感染症発生動向調査のインフルエンザ定点当たりの報告数を注視するとともに、都道府県内のインフルエンザの流行状況や対策等について医療機関等への情報提供をお願いします。
2. 各都道府県においては、新型インフルエンザ患者数が急速に増加した場合

に、重症者の受入調整等が行えるよう、次の（１）～（４）の状況について、確認及び報告をお願いします。

- （１）外来医療体制の状況（別添２－１）
- （２）入院診療を行う医療機関の病床数及び稼働状況（別添２－２）
- （３）人工呼吸器保有台数、稼働状況（別添２－３）
- （４）透析患者、小児、妊婦等の重症者の搬送・受入体制の確保状況（別添２－４）

３．各都道府県、保健所設置市及び特別区においては、新型インフルエンザ患者数が急速に増加した場合にも対応できる医療提供体制の確保のため、「新型インフルエンザに係る医療提供体制の確保対策及び情報提供について」（別添３）を参考に、地域の実情を踏まえて必要な対応策について検討をお願いします。

【照会先】

厚生労働省

新型インフルエンザ対策推進本部事務局

医療班 FAX 03-3506-7332

新型インフルエンザに係る医療提供体制の確保対策及び情報提供について

1. インフルエンザ患者の外来診療の確保対策について

各都道府県、保健所設置市及び特別区においては、外来診療体制の確保のため、次の対策を検討すること。

(1) 電話相談体制の拡充

インフルエンザ患者数の急速な増加に備えて、発熱相談センターや小児救急電話相談事業（＃８０００）等の電話相談体制の拡充（時間の延長、電話回線の増設等）を検討すること。

(2) 地域住民への呼びかけ

外来診療体制を確保するため、救急外来時間帯等における緊急以外の外来受診を控えることや、電話相談窓口を活用することなどについて、地域住民に対して呼びかけること。

(3) 夜間の外来診療に係る地域の診療所等との連携

夜間の外来診療体制については、救急外来を設置する医療機関だけでなく、例えば、インフルエンザ患者の診療を行っている診療所に対して診療時間の延長や、夜間の外来を輪番制で行うことを求めるなど、地域の診療所等との連携を図ること。特に、小児患者の外来診療体制については、地域の小児科を有する病院だけでなく、地域の小児科診療所等との連携確保に努めること。

(4) 医療従事者の確保

インフルエンザ患者数が急速に増加するような場合には、医療従事者を確保するため、隣県の医療機関に応援を求めることや、必要に応じて、基礎疾患を有する者等である医療従事者に抗インフルエンザウイルス薬の予防投与を行うこと等について検討すること。

2. インフルエンザ重症患者の入院医療機関の確保について

各都道府県においては、インフルエンザ重症患者の入院医療機関の確保のため、次の対策を検討すること。

「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（抜粋）
（平成20年3月5日保医発第0305001号）

別添1

医科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

第1節 初診料

(11) 時間外加算

ア 各都道府県における医療機関の診療時間の実態、患者の受診上の便宜等を考慮して一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前8時前と午後6時以降（土曜日の場合は、午前8時前と正午以降）及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休診日とする保険医療機関における当該休診日とする。

ただし、午前中及び午後6時以降を診療時間とする保険医療機関等、当該標準によることが困難な保険医療機関については、その表示する診療時間以外の時間をもって時間外として取り扱うものとする。

イ アにより時間外とされる場合においても、当該保険医療機関が常態として診療応需の態勢をとり、診療時間内と同様の取扱いで診療を行っているときは、時間外の取扱いとはしない。

ウ 保険医療機関は診療時間をわかりやすい場所に表示する。

エ 時間外加算は、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により時間外に診療が開始された場合は算定できない。

オ 時間外加算を算定する場合には、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。

第2節 再診料

(3) 再診料における時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例及び夜間・早朝等加算の取扱いは、初診料の場合と同様である。

別添 3

調剤報酬点数表に関する事項

区分 0 1 調剤料

(10) 調剤技術料の時間外加算等

ア 時間外加算は調剤基本料を含めた調剤技術料の100分の100、休日加算は100分の140、深夜加算は100分の200であり、これらの加算は重複して算定できない。

イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額（調剤基本料＋調剤料）には、基準調剤加算及び後発医薬品調剤体制加算並びに注 8 に係る加算分は含まれ、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算に係る加算分は含まれない。

ウ 時間外加算

(イ) 各都道府県における保険薬局の開局時間の実態、患者の来局上の便宜等を考慮して、一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前 8 時前と午後 6 時以降及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休業日とする保険薬局における当該休業日とする。

(ロ) (イ)により時間外とされる場合においても、当該保険薬局が常態として調剤応需の態勢をとり、開局時間内と同様な取扱いで調剤を行っているときは、時間外の取扱いとはしない。

(ハ) 時間外加算等を算定する保険薬局は開局時間を当該保険薬局の内側及び外側のわかりやすい場所に表示する。

(ニ) 「注 4」のただし書に規定する時間外加算の特例の適用を受ける保険薬局とは、一般の保険薬局の開局時間以外の時間における救急医療の確保のため、国又は地方公共団体等の開設に係る専ら夜間における救急医療の確保のため設けられている保険薬局に限られる。

(ホ) 「注 4」のただし書に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、当該地域において一般の保険薬局が概ね調剤応需の態勢を解除し、翌日調剤応需の態勢を再開するまでの時間であって、深夜時間を除いた時間をいう。