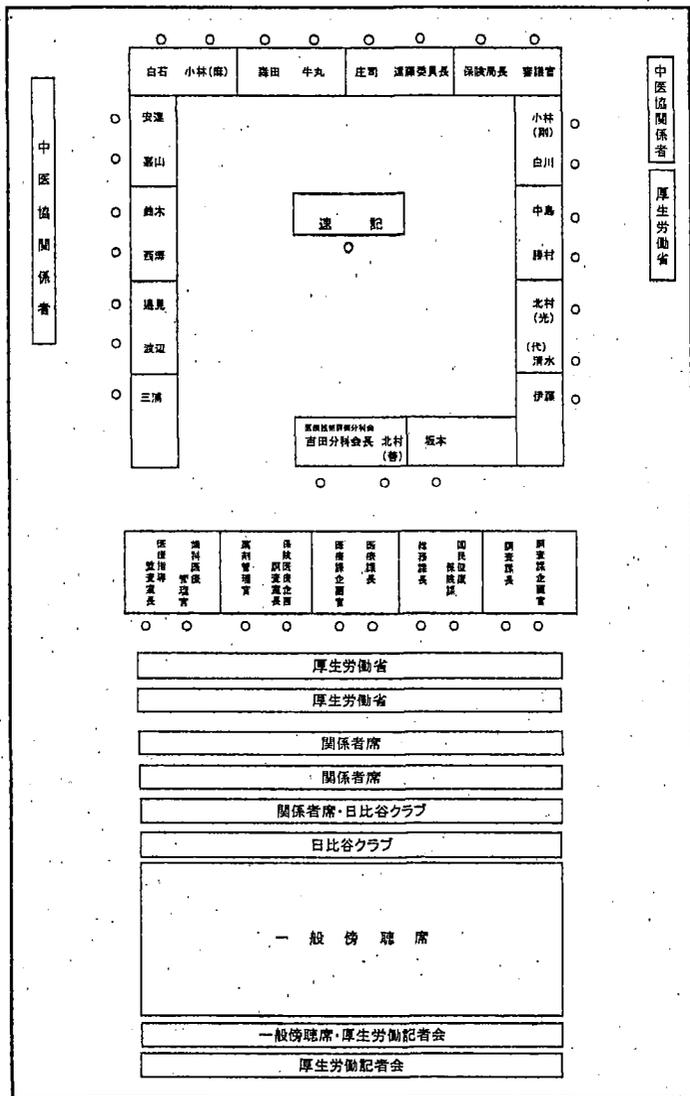


日時:平成21年11月18日(水) 10:00(目途)~10:00
 会場:はあといん乃木坂 フルール (B1F)



中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会 (第148回)
 議事次第

平成21年11月18日(水)
 於 はあといん乃木坂

議 題

- 医療技術の評価について
- リハビリテーションについて
- 医療安全に関する体制について
- その他

医療技術の評価・再評価（1次評価結果）について

平成21年11月18日
診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会
分科会長 吉田 英機

1 これまでの検討状況

- (1) 診療報酬における医療技術の適正な評価の観点から、診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会において、学会等から提出される医療技術評価提案書に基づき、新規医療技術の評価及び既存医療技術の再評価を実施することとされ、本年2月から中医協基本問題小委員会において、平成22年改定に向けた検討作業を開始。
- (2) 具体的には、本年3月から6月にかけて、関係学会等から合計731件（重複を除く）の医療技術の評価・再評価希望書が厚生労働省に提出され、現在、臨床医を中心としたワーキンググループによる1次評価が終了し、その結果が取りまとめられたところ。
- (3) 今後、2次評価において検討することが適当とされた医療技術について、医療技術評価分科会において分野横断的なより幅広い観点から2次評価を行い、基本問題小委員会へ報告することとしている。

2 1次評価の実施方法

保険診療に精通した医学、歯学、薬学、看護学等の有識者で構成される以下の6分野のワーキンググループを設置し評価を行った

- WG 1: 眼科、耳鼻咽喉科、歯科系、皮膚・皮下組織
- WG 2: 循環器系、救急、麻酔、放射線
- WG 3: 消化器、肝臓・胆道・膵臓、乳腺、呼吸器、在宅医療
- WG 4: 泌尿器・男性生殖器、産婦人科・女性生殖器、新生児・小児
- WG 5: 内分泌・栄養・代謝、血液・造血器・免疫臓器、調剤、看護、病理、その他
- WG 6: 精神、神経、筋骨格

3 医療技術の1次評価結果

【1次評価結果】

項目		件数
医療技術評価・再評価提案件数		731件 (重複分をカウントすると896件)
1 次 評 価 結 果	① 2次評価において検討することが適当とされた技術	344件 新規技術 159件 既存技術 185件
	② その他の技術（有効性・成熟度が低い又は安全性・倫理性・社会的妥当性等から問題有りとなされたもの等）	304件
	③ 基本診療料及び指導管理等に係る提案書、個別の技術評価ではなく制度に対する提案書（注1）	45件
	④ 薬事法上の承認が得られていない医薬品及び医療機器等を用いる技術（注2）	19件
	⑤ 先進医療専門家会議において保険導入等について議論する技術（注3）	19件

- 注1：基本診療料、指導管理等については、医療技術評価分科会の評価の対象外。
注2：薬事法上の承認が得られていないものは、保険診療において使用することができない。保険と併用する方法として高度医療（第3項先進医療）がある。
注3：先進医療については、先進医療専門家会議において、実績報告等に基づき、別途保険導入について評価が行われるため、2次評価の対象とはしない。

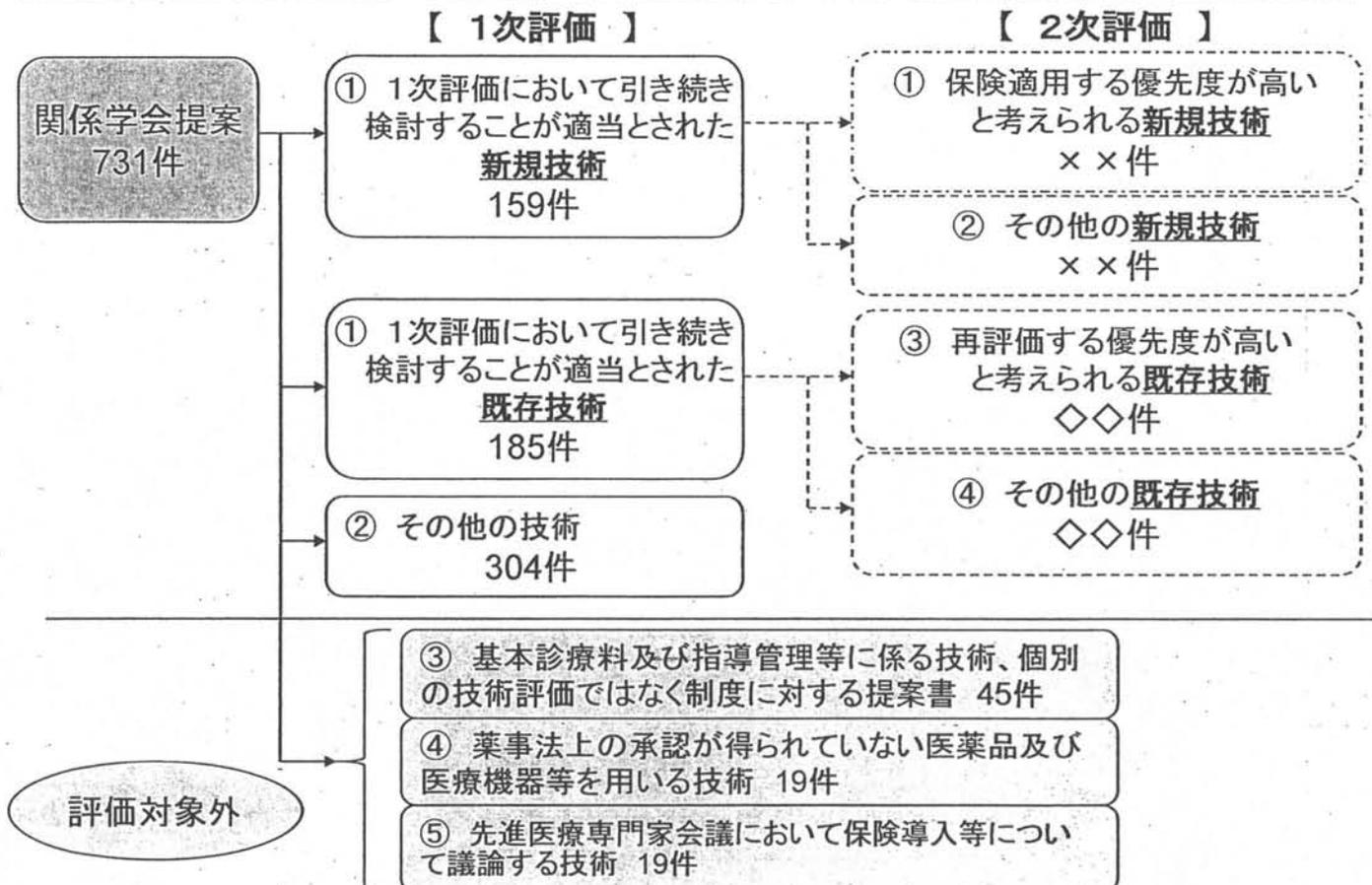
【参考：平成20年度改定】

項目		件数
医療技術評価・再評価提案件数		681件 (重複分をカウントすると812件)
1 次 評 価 結 果	① 2次評価において検討することが適当とされた技術	233件 新規111件 既存122件
	② その他の技術	345件
	③ 基本診療料、指導管理等、在宅医療に係る技術	103件

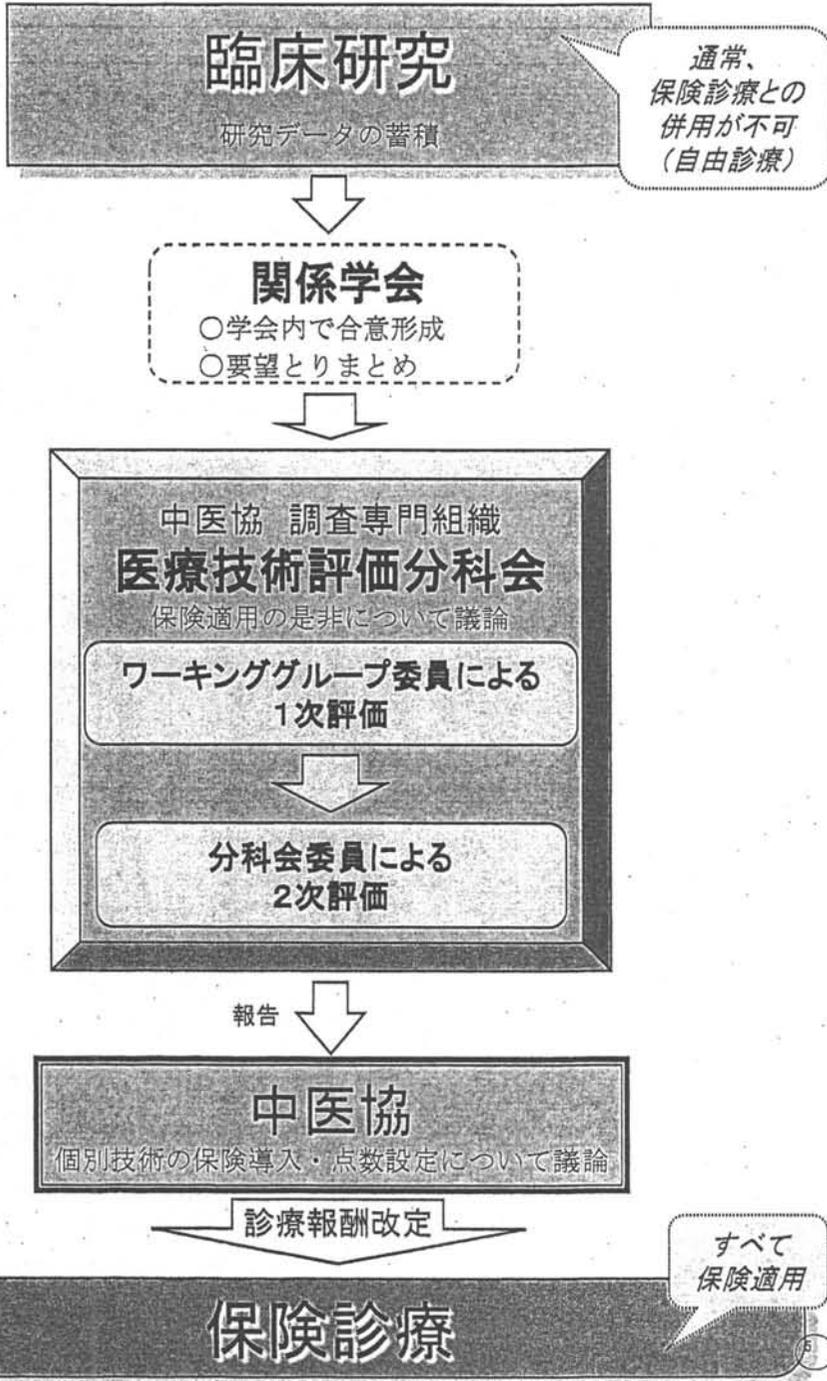
今後、医療技術評価分科会を2回程度開催し、二次評価結果をとりまとめた上で、平成22年1月下旬頃に基本問題小委員会へ報告する予定

【参考：平成20年改定におけるスケジュール】
 平成19年12月 3日 医療技術評価分科会（1次評価報告）
 平成20年 1月21日 医療技術評価分科会（2次評価）
 1月23日 評価結果を基本問題小委員会へ報告

平成21年度 医療技術の評価・再評価(1次評価結果)について(概要)



個々の医療技術が保険適用されるまでの基本的な流れ



次期診療報酬改定に向けた医療技術の評価・再評価に係る
評価方法等について（案）

概要

次期診療報酬改定に向けた新規医療技術の評価及び既存技術の再評価を実施するにあたり、当分科会において評価方法等について検討する。

医療技術評価分科会においては、平成15年度より学会等に技術評価希望書の提出を求め、医療技術評価の参考にしてきたところであるが、平成20年度改定においては、臨床医を中心としたワーキンググループによる一次評価及び当分科会における二次評価を行い、中央社会医療協議会基本問題小委員会へ報告した。次期改定においても、平成20年度改定と同様に下記のとおり実施してはどうか。

1. 分科会における評価対象技術

分科会における評価対象技術は、原則、医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第2部（在宅医療）から第13部（病理診断）、又は歯科診療報酬点数表第2章特掲診療料第2部（在宅医療）から第14部（病理診断）に該当する技術として評価されている又はされることが適当な医療技術とする。

2. 分科会において評価対象とする評価提案書

以下の学会から提出された評価提案書（別紙）について評価を実施する。

- 日本医学会分科会、内科系学会社会保険連合、外科系学会社会保険委員会連合、日本歯科医学会分科会（認定分科会含む）の何れかに属する学会、日本薬学会、並びに看護系学会等社会保険連合

3. 評価方法

評価は2段階で実施する。

- （1次評価）臨床医を中心としたワーキンググループを設置し、専門的観点から当該技術に係る評価を実施。技術評価分科会の委員はいずれかのワーキンググループに属する。ワーキンググループは原則非公開とする。
- （2次評価）1次評価結果において高く評価された一定数以上の技術を対象に、医療技術評価分科会全体会合において、より幅広い観点から評価を実施。

4. 評価結果の取り扱い

評価結果は中央社会保険医療協議会基本問題小委員会に報告する。

5. 実施スケジュール

平成21年3月上旬	提案書配布
6月19日	提出締め切り、重複・裏事法などの確認
7～9月	ワーキンググループによる評価
10月以降	1次評価終了、医療技術評価分科会にて2次評価 評価結果を中央社会保険医療協議会基本問題小委員会に報告

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

申請団体名 _____
 代表者名 _____
 提出年月日 平成21年 月 日

※ 概要版はポイントのみを、本紙に既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、1枚に収めること。欄外には記載しないこと。
 ※ 保険既収載の技術であっても、対象疾患の適用拡大等に係る評価である場合は、本用紙を用いること。
 ※ 技術そのものが新設であっても、すでに保険診療の中で認められているものについては、「保険既収載技術用」を用いること。

技術名	
技術の概要	
対象疾患名	
保険収載の必要性のポイント	
【評価項目】	
①有効性 ・ 治癒率・死亡率・QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベルの明確化	エビデンスレベル: I II III IV V VI *エビデンスレベルについては別紙参照の上記載すること
②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	
③普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	年間対象患者数 _____ 人 年間実施回数 (1人当たり) _____ 回
④技術の成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度 (専門性・施設基準等)	
⑤倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	
⑥妥当と思われる診療報酬の区分 (1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
妥当と思われる点数及びその根拠 (新設の場合)	点数 _____ 点
⑦代替する保険既収載技術との比較	当該技術の導入より代替される既収載技術 (区分番号と技術名) 無・有)
・ 効果 (安全性等を含む) の比較	
・ 費用の比較	
⑧予想される医療費への影響 (年間)	予想影響額 _____ 円 増・減 *増加と記載されたことにより技術への評価が変わるものではない
(影響額算出の根拠を記載する。) ・ 予想される当該技術に係る医療費 ・ 当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費 (費用-効果分析などの経済評価を実施していれば記載可)	
⑨その他	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【詳細版】

申請団体名 _____
 代表者名 _____
 提出年月日 平成21年 月 日

※ 概要版に記載した内容の背景、根拠、算術方式等について4枚を上限として記載する。
 ※ 本紙に既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載すること。欄外には記載しないこと。
 ※ 必要があれば、海外のデータを用いることも可能。

技術名	
技術の概要	
対象疾患名	
保険収載の必要性のポイント	
【評価項目】	
①有効性 ・ 治癒率・死亡率・QOLの改善等 ・ 学会のガイドライン等 ・ エビデンスレベルの明確化	エビデンスレベル: I II III IV V VI *エビデンスレベルについては別紙参照の上記載すること
②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	
③普及性 ・ 年間対象患者数 ・ 年間実施回数等	年間対象患者数 _____ 人 年間実施回数 _____ 回
④技術の成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度 (専門性・施設基準等)	
⑤倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	
⑥妥当と思われる診療報酬の区分 (1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
妥当と思われる点数及びその根拠 (新設の場合)	点数 _____ 点
⑦代替する保険既収載技術との比較	当該技術の導入より代替される既収載技術 (区分番号と技術名) 無・有)
・ 効果 (安全性等を含む) の比較	
・ 費用の比較	

⑧予想される医療費への影響（年間）	予想影響額 円 増・減 *増加と記載されたことにより技術への評価が変わるものではない
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費 (費用-効果分析などの経済評価を実施していれば記載可)	
⑨当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況	
⑩当該技術の先進医療としての取扱い	当該技術は先進医療として a. 承認を受けている b. 届出されたが承認されなかった c. 届出中 d. 届出はしていない e. 把握していない
その他	
関係学会、代表的研究者等	
担当者、連絡先（住所、電話番号、ファックス番号、E-MAIL）	

⑪当該技術に医薬品を用いる場合、その主なものの内容を記載

* 薬事法内容等不明な場合は添付文書を読むか、製造販売会社等に問い合わせること。

名称（販売名、一般名）	薬事法の承認の有無	薬事法の「使用目的、効能又は効果」	薬価収載（保険収載）の有無
	有・無 (承認番号)		有・無

⑫当該技術に医療機器を用いる場合、その主なものの内容を記載

* 薬事法内容等不明な場合は添付文書を読むか、製造販売会社等に問い合わせること。

名称（販売名、一般名）	薬事法の承認の有無	薬事法の「使用目的、効能又は効果」	保険収載の有無	特定保険医療材料
	有・無 (承認番号)		有・無	該当・非該当 ↓ 番号: 名称: 価格:
	有・無 (承認番号)		有・無	該当・非該当 ↓ 番号: 名称: 価格:
	有・無 (承認番号)		有・無	該当・非該当 ↓ 番号: 名称: 価格:
	有・無 (承認番号)		有・無	該当・非該当 ↓ 番号: 名称: 価格:

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

中医協 診-2-4
21, 2, 25

診調組 技-5
21, 2, 13

申請団体名

代表者名

提出年月日 平成21年 月 日

- ※ 本紙に既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、1枚に納めること。欄外には記載しないこと。
- ※ 技術そのものが新設であっても、すでに保険診療の中で認められているものについては、本用紙を用いること。
- ※ 必要があれば海外のデータを用いることも可。

技術名	
診療報酬区分 (1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	
技術の概要	
再評価区分	1. 算定要件の見直し (施設基準、回数制限等) 2. 点数の見直し (増点) 3. 点数の見直し (減点) 4. 保険収載の廃止 5. その他 ()
具体的な内容	
【評価項目】	
①再評価の理由	
②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化 現在 人→ 人 増・減・変化無し 年間実施回数の変化 現在 人→ 人 増・減・変化無し
③予想される医療費へ影響 (年間)	予想影響額 円 増・減
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術の医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費	
④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品医療機器 (未採用技術の例にならって記載)	
その他	
関係学会、代表的研究者等	
担当者 連絡先 (住所、電話番号、ファックス番号、E-MAIL)	

保険未収載技術 一次評価 評価票

番号:
評価対象技術:
評価者:
評価結果

評価項目	評価結果	コメント	事務局記載欄
1. 技術の有効性・成熟度 (含むデータの質・信頼度) について	1 2 3 4 5 (低 ⇨ 高)		
2. 安全性・倫理性・社会的妥当性の観点から見た、保険収載の適切性について	問題あり 問題なし		
3. 普及性に係るデータ等の妥当性について	低 中 高		
4. 実施施設の限定について	1. 先進医療とすべき 2. 施設基準を設けるべき 3. 必要なし		

(評価上の留意事項)

- ・「1. 技術の有効性・成熟度について」は、提案書①有効性及び④技術の成熟度に記載された内容を、エビデンスレベル等のデータの質・信頼度も含め総合的に評価し、該当点数を○で囲むこと。
- ・「2. 安全性・倫理性・社会的妥当性の観点から見た、保険収載の適切性について」は、提案書②安全性及び⑤倫理性・社会的妥当性に記載された事項を評価し、保険収載の適切性について問題あり・なしを判断すること。
- ・「3. 普及性に係るデータの妥当性について」は、提案書③普及性に記載された内容等について、臨床的観点からその妥当性を3段階 (低、中、高) で評価し、該当項目を○で囲むこと。
- ・「4. 実施施設の限定について」は、提案書④技術の成熟度等を踏まえ、当該技術は保険収載に至るにはまだ十分普及していないため先進医療としての取扱いが妥当である、又は保険収載するにあたり施設基準等を用いた実施施設の限定が必要である、と判断した場合は、それぞれ1. 又は2. (それ以外は3.) を○で囲むこと。
- ・必要に応じて「コメント」欄にコメントを記載すること。

なお、「事務局記載欄」は、事務局が提案書記載内容の確認を行った際等に気づいた点について記載するものであり、評価に際しては参考として用いること。

保険未収載技術 二次評価 評価票

番号：
 評価対象技術：
 評価者：
 評価結果

評価項目	評価結果	コメント	事務局記載欄
1. 当該技術の保険収載に係る必要性・妥当性について	1 2 3 4 5 (低 \Rightarrow 高)		
2. 実施施設の限定について	1. 先進医療とすべき 2. 施設基準を設けるべき 3. 必要なし		

(評価上の留意事項)

- ・「1. 当該技術の保険収載の必要性・妥当性について」は、一次評価の結果及び提案書に記載された内容を総合的に評価し、該当点数を○で囲むこと。
- ・特に、提案書⑩予想される医療費への影響については、影響額の多寡のみだけでなく、当該技術が保険収載されることにより国民の健康、保険財政等へもたらす影響を総合的に勘案し、評価を実施すること。
- ・「2. 実施施設の限定について」は、一次評価結果、提案書③普及性、④技術の成熟度、⑤倫理性・社会的妥当性及び⑥予想される医療費への影響等を踏まえ、当該技術は先進医療としての取扱いが妥当である、又は保険収載するにあたり施設基準等を用いた実施施設の限定が必要である、と判断した場合は、それぞれ1. 又は2. (それ以外は3.) を○で囲むこと。
- ・必要に応じて「コメント」欄にコメントを記載すること。

なお、「事務局記載欄」は、事務局が提案書記載内容の確認を行った際等に気づいた点について記載するものであり、評価に際しては参考として用いること。

保険既収載技術 一次評価 評価票

番号：
 評価対象技術：
 評価者：
 評価結果

評価項目	評価結果	コメント	事務局記載欄
1. 再評価の必要性・妥当性について	1 2 3 4 5 (低 \Rightarrow 高)		
2. 普及性に係るデータの妥当性について	低 中 高		

(評価上の留意事項)

- ・「1. 再評価の必要性・妥当性について」は、提案書⑪再評価の理由を、データの質・信頼度も含め総合的に評価し、該当点数を○で囲むこと。
- ・「2. 普及性に係るデータの妥当性について」は、提案書②普及性の変化に記載された内容等について、臨床的観点からその妥当性を3段階(低、中、高)で評価し、該当項目を○で囲むこと。
- ・必要に応じて「コメント」欄にコメントを記載すること。

なお、「事務局記載欄」は、事務局が提案書記載内容の確認を行った際等に気づいた点について記載するものであり、評価に際しては参考として用いること。

保険既収載技術 二次評価 評価票

番号：
 評価対象技術：
 評価者：
 評価結果

評価項目	評価結果	コメント	事務局記載欄
1. 再評価の必要性・妥当性について	1 2 3 4 5 (低  高)		

(評価上の留意事項)

- ・「1. 再評価の必要性・妥当性について」は、一次評価の結果及び提案書に記載された内容を総合的に評価し、該当点数を○で囲むこと。
- ・特に、提案書⑥予想される医療費への影響については、影響額の多寡のみだけでなく、当該技術が再評価されることにより国民の健康、保険財政等へもたらす影響を総合的に勘案し、評価を実施すること。
- ・必要に応じて「コメント」欄にコメントを記載すること。

なお、「事務局記載欄」は、事務局が提案書記載内容の確認を行った際等に気づいた点について記載するものであり、評価に際しては参考として用いること。

医師の技術料 ～米国のRBRVSの場合～

中央社会保険医療協議会

委員・嘉山 孝正
(山形大学医学部長)

Yamagata University
T. Kayama



米国の多様な健康保険制度 三つのM(MANAGED CARE, MEDICARE, MEDICAID)

**民間保険
(70%)**

- ・マネージドケア(管理医療、58%)
- ・出来高払い保険(12%)

**公的保険
(25%)**

- ・メディケア(高齢者保険、13%)
- ・メディケイド(低所得者保険、12%)
- ・現役・退役軍人保険(0.1%)

**無保険
(16%)**

- ・約4,700万人
(米国民7人に1人)

※ %は対人口比

Yamagata University
T. Kayama



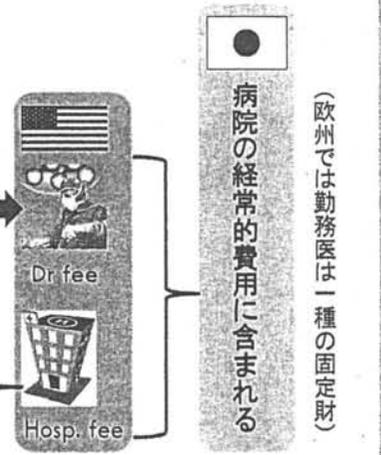
医療費と技術料 日本と米国の違い

経常的費用 operating cost

- ・医師の人件費(=技術料)
- ・医師以外の人件費
- ・材料費
- ・経費、教育費、研究費

資本的費用 capital cost

- ・土地、建て替え費
- ・減価償却費、賃貸料、利息
- ・保険料、租税

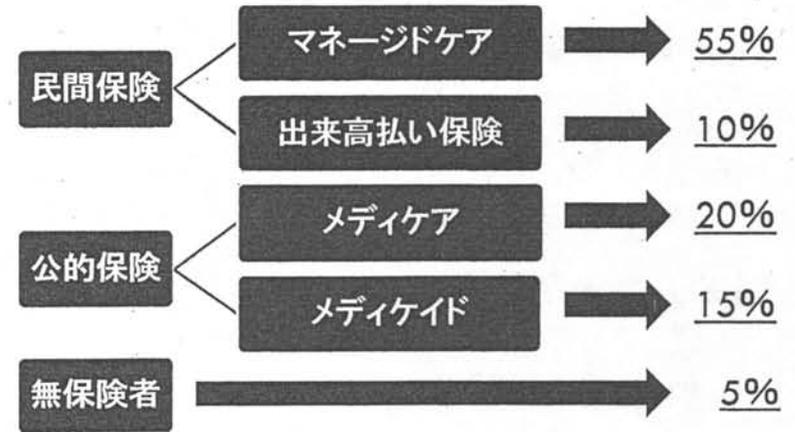


・国民医療費に計上されていない
・補助金・借入金

Yamagata University
T. Kayama



ドクターフィー(医師収入)の保険別内訳



民間保険の支払いもメディケアに準じている。

Yamagata University
T. Kayama



米国のドクターフィー評価システム

RBRVS (RESOURCE-BASED RELATIVE VALUE SYSTEM)

- 医師の技術料の系統的定量化を行うシステム (1992年からメディケアPart Bの支払いに導入※)

※ Part Aがホスピタルフィー、Part Bがドクターフィー。

- 手技・処置ごとに3つの相対値(RVU)を設定

○ Work RVU

(狭義の医師技術料): RVU全体の約52%

○ Practice expense RVU

(医師以外の人件費、材料費、間接費用): RVU全体の約44%

○ Professional Liability Insurance RVU

(医事訴訟保険額): RVU全体の約4%

- 支払額 = $\sum(RVU_i \times \text{地域補正係数}_i) \times \text{転換係数}$

5

Yamagata University
T. Kayama



WORK RVU(狭義の医師技術料)の構成 (ハーバード大学公衆衛生学教室の研究)

1. 技術提供にかかる時間

2. 技能や身体的な労力

3. 判断に伴う精神的労力

4. 医療事故に対する心理的ストレス

7

Yamagata University
T. Kayama



なぜRBRVSが導入されたのか

従来のMedicare Part Bは、各医師が慣習的に
妥当と思われる額(CPR charge)を請求
(地域や診療科、医師によるばらつきが大きかった)

ばらつきに対する不満が政府側・医師側から上がった
(同じ外科手術でも2~3倍の差!)

行為ごとの出来高払いを堅持し、資源投入量を反映
させた支払額を決定する方式を医師会側が提示し(1985年)、
政府側もこれを採択

6

Yamagata University
T. Kayama



WORK RVUの具体的な算定方法

- 基準となる診療内容を1.0とした場合に、その診療内容が総合的にみて何倍負担になるかを医師パネルに尋ね※、その回答結果を平均して相対的な負担度を算出
- 異なる専門領域間の調整: 10名程度の医師からなる医師パネルが協議によって、異なる領域間で仕事量がほぼ同じである医療行為を同定し、共通尺度化

例: 子宮摘出術は精神療法(45分間)の4.99倍の仕事量

1. 技術提供にかかる時間: 2倍
2. 技能や身体的な労力: 4.47倍
3. 判断に伴う精神的労力: 3.8倍
4. 医療事故に対する心理的ストレス: 4.24倍

※当初の段階では、約2,000名の医師に個別に電話インタビューを実施。

8

Yamagata University
T. Kayama



RBRVSによるドクターフィーの例(2009年)

術式	Work 技術料	PE 諸費用	PLI 保険料	Total RVUs	支払額
腰椎椎間板手術 CPT 63030 (整形外科)	13.03	8.69	3.01	24.73	\$891.93
脳動脈瘤手術 CPT 61698 (脳神経外科)	69.45	31.19	12.54	113.18	\$4,082.02
冠動脈ステント留置術 CPT 92980 (1本) (循環器科)	14.82	7.66	1.03	23.51	\$847.93
CABG(1本) CPT 33510 (心臓血管外科)	34.87	14.49	4.41	53.77	\$1,939.30

※地域補正係数は省略、転換係数は\$36.0666

[出所] AMA, Medicare RBRVS 2009: The Physicians' Guide, 2009

9

Yamagata University
T. Kayama



米国の専門医の平均年収と平均就業時間

専門領域	総収入(円)	週就業時間(時間)
脳神経外科医	5,356万6,340	60
心臓内科医	5,248万0,290	68
整形外科医	5,123万3,740	66
心臓外科医	4,426万6,970	74
一般外科医	3,753万2,390	72
一般内科医	1,926万0,000	60
小児科医	1,797万0,650	68
家庭医	1,712万0,000	68
全国医師平均	3,210万0,000	60

参考(日本)	総収入(円)	週就業時間(時間)
大学勤務医(全職位平均)	701万1,337	74
公立病院勤務医	1,496万4,504	66

[出所] AMA news 2000, \$1=107円、大学勤務医は、山形大学・タイムスタディ調査(2009年1月24日~30日、n=156)による。公立病院の総収入は、17回医療経済実態調査。週就業時間は、「医師需給に係る医師の勤務状況調査」による常勤病院勤務医の平均値。

・順天堂大学・伊藤昌徳先生資料を改変

10

Yamagata University
T. Kayama



疾患別リハビリテーションについて

第1 疾患別リハビリテーションに係る診療報酬上の評価の変遷

1 平成18年度診療報酬改定（参考資料 P3, 4）

（1）疾患別リハビリテーションの導入

それまで人員配置、機能訓練室の面積等を要件とする施設基準により区分されていた評価体系を見直し、疾病や障害の特性に応じた4つの疾患別リハビリテーション料を設けた。また、集団療法に係る評価は廃止し、個別療法のみに係る評価とした。

（2）急性期のリハビリテーションの充実

急性期のリハビリテーションの充実を図るため、1日に算定可能な最大単位数を6単位から9単位とした。

（3）維持期のリハビリテーション

平成16年1月の「高齢者リハビリテーション研究会報告」において、リハビリテーションに関する問題点として、長期にわたって効果の明らかでないリハビリテーション医療が行われていること、医療から介護への連続するシステムが機能していないこと等が指摘された。

この報告書を踏まえ、疾患の特性に応じた標準的な治療期間を踏まえ、長期にわたり継続的にリハビリテーションを行うことが有用である一部の疾患等を除き、算定日数に上限を設定して算定日数の上限を超えるリハビリテーションは介護保険が中心となって対応することとされた。

2 平成19年4月リハビリテーション料の見直し（参考資料 P5）

平成18年度診療報酬改定検証部会調査結果より、少数であるが医学的に改善の見込みがあるにも関わらず医療保険でのリハビリテーションが継続されていないと思われる事例等があること、維持期のリハビリテーションについては①少数ながら介護保険の対象とならない若年患者が存在すること、②介護保険において必ずしもニーズに合った適切なリハビリテーションが実施されていなかったことが明らかになった。

また、多くの患者が算定日数上限より前にリハビリテーションを終了していることも明らかになった。

調査結果を踏まえ、①医師が改善が期待できると判断する場合に標準的算定日数の除外対象疾患となる疾患の見直し、②維持期のリハビリテーションを医療保険で実施することを可能とするリハビリテーション医学管理料の新設、③早期に行われるリハビリテーションへの重点化を強めるために疾患別リハビリテーションに逡減制を導入した。

3 平成20年度診療報酬改定（参考資料 P6）

（1）早期加算の新設

発症後早期のリハビリテーションの充実を図るため、疾患別リハビリテーション料の算定日数上限の起算日から30日間の入院中の患者について、早期リハビリテーション加算を新設した。

（2）維持期のリハビリテーションの評価

医療保険における維持期のリハビリテーションを評価するため、各疾患別リハビリテーションの標準的リハビリテーション実施日数を超えたものについては、1ヶ月当たり13単位まで実施可能とした。

また、医師が改善が期待できると判断する場合は、従来通り標準算定日数を超えても実施可能とした。

4 平成21年度介護報酬改定（参考資料 P7）

平成21年度介護報酬改定において、以下のような取組みをおこない、医療保険でリハビリテーションを受けている利用者の円滑な介護保険のリハビリテーションへの移行を図った。

（1）保険医療機関のみなし指定

医療保険でリハビリテーションを受けている患者が、同じ施設で引き続き介護保険のリハビリテーションを受けられるように、保険医療機関を介護保険の通所リハビリテーション事業所の「みなし指定」を行うこととした。

（2）短時間・個別リハビリテーションに対する評価

介護保険のリハビリテーションにおいても、医療保険と同様に短時間かつ20分以上の個別リハビリテーションについて評価を行った。

（3）短期集中リハビリテーション実施加算

介護保険のリハビリテーション初期の早期の集中的なりハビリテ

ーションに対する評価の引き上げを行った。

第2 現状と課題

- 回復期のリハビリテーションの充実が進む一方、発症後早期からのリハビリテーションについては十分とは言えないとの指摘が見られる。特に、運動器リハビリテーションについては、発症後早期の患者に対応する場合に人員配置等の基準が十分ではないことから、大腿骨頸部骨折の手術後患者などの急性期の患者に対して十分なリハビリテーションが提供されていない場合があることが指摘されている（参考資料 P16）。
- 脳血管疾患等リハビリテーションの対象患者とされている廃用症候群については、患者の状態像や提供されているリハビリテーションの内容について実態が十分に把握できていないとの指摘がある（参考資料 P17）。
- 心大血管リハビリテーションは、外来で実施されるケースも増加しているが、施設基準等の要件が厳しいことにより実施施設数が限定されているとの指摘がある（参考資料 P18-22）。

第3 診療報酬上の評価

- 平成20年度診療報酬改定において、疾患別リハビリテーションの通減制を廃止するとともに、脳血管疾患等リハビリテーションを3段階の区分とした。

改

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料（Ⅰ）	200点	235点	170点	170点
リハビリテーション料（Ⅱ）	100点	190点	80点	80点
リハビリテーション料（Ⅲ）		100点		

【届け出件数】

		平成19年		平成20年	
心大血管リハビリテーション料	(Ⅰ)	病院数	217	(Ⅰ)	286
		診療所数	1		5
	(Ⅱ)	病院数	122	(Ⅱ)	111
		診療所数	17		16
脳血管疾患等リハビリテーション料	(Ⅰ)	病院数	1,808	(Ⅰ)	1,980
		診療所数	60		61
	(Ⅱ)	病院数		(Ⅱ)	1,060
		診療所数			259
	(Ⅲ)	病院数	3,399	(Ⅲ)	2,240
		診療所数	1,366		1,082
運動器リハビリテーション料	(Ⅰ)	病院数	4466	(Ⅰ)	4637
		診療所数	3103		3292
	(Ⅱ)	病院数	1062	(Ⅱ)	976
		診療所数	644		644
呼吸器リハビリテーション料	(Ⅰ)	病院数	2561	(Ⅰ)	2719
		診療所数	87		105
	(Ⅱ)	病院数	997	(Ⅱ)	967
		診療所数	168		165

【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			
		算定件数	算定回数	算定件数	算定回数		
心大血管疾患リハビリテーション料	(I)	通減前	6,227	72,243	(I)	9,742	104,094
		通減後	350	7,090			
	(II)	通減前	2,168	23,577	(II)	826	18,292
		通減後	-	-			
心大血管疾患リハビリテーション医学管理料	(I)	-	-	/			
	(II)	3	3				
脳血管疾患等リハビリテーション料	(I)	通減前	154,613	5,255,413	(I)	253,641	7,205,973
		通減後	74,985	1,653,623			
	/				(II)	53,515	1,031,411
	(II)	通減前	63,634	1,107,300	(III)	66,012	849,507
		通減後	33,764	447,520			
脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料	(I)	4,566	7,566	/			
	(II)	15,514	25,275				
運動器リハビリテーション料	(I)	通減前	456,910	4,495,077	(I)	505,994	5,917,826
		通減後	57,049	421,001			
	(II)	通減前	288,026	1,977,444	(II)	345,964	2,313,430
		通減後	31,496	146,671			
運動器リハビリテーション医学管理料	(I)	9,510	14,563	/			
	(II)	14,755	21,280				
呼吸器リハビリテーション料	(I)	通減前	15,255	150,594	(I)	28,728	277,052
		通減後	739	10,553			
	(II)	通減前	148	699	(II)	6,909	40,048
		通減後	80	640			
呼吸器リハビリテーション料	(I)	194	388	/			
	(II)	-	-				

2 発症後早期のリハビリテーションの充実を図るため、より早期に実施したものについて評価を設けた。

早期リハビリテーション加算 30点 (1単位につき) 新		
【算定要件】		
1 疾患別リハビリテーション料の算定日数上限の起算日から30日間に限り算定できる		
2 入院中の患者についてのみ算定できることとする		
【算定件数】平成20年6月審査分		
	実施件数	算定回数
心大血管疾患リハビリテーション料 早期リハビリテーション 加算	6,661	64,811
脳血管疾患等リハビリテーション料 早期リハビリテーション 加算	96,842	2,012,158
運動器リハビリテーション料 早期リハビリテーション 加算	104,580	1,527,591
呼吸器リハビリテーション料 早期リハビリテーション 加算	14,505	125,615

3 各疾患別リハビリテーションの標準的算定日数を超えたものについては、1か月当たり13単位まで医療保険で算定できることとした。

第4 論点

- 1 発症後早期のリハビリテーションについて、診療報酬上の評価をどう考えるか。また、急性期の運動器リハビリテーションが患者の必要度に応じて十分な体制の下で提供されることについて、診療報酬上の評価をどう考えるか（参考資料 P8-10, 16）。
- 2 廃用症候群の患者に対して、そのニーズに応じたりハビリテーションを提供するための診療報酬上の措置についてどう考えるか（参考資料 P17）。
- 3 心大血管リハビリテーションについて、その普及性の向上のために、一定の体制を確保している医療機関における診療報酬上の評価についてどう考えるか。（参考資料 P18-22）
- 4 平成 21 年度介護報酬改定を踏まえ、維持期のリハビリテーションについて診療報酬上の評価についてどう考えるか（参考資料 P3-7）。

回復期リハビリテーション病棟について

第1 回復期リハビリテーション病棟に係る診療報酬の評価の変遷

- 1 平成 12 年度診療報酬改定
脳血管疾患又は大腿骨頭部骨折等の患者に対して、ADL 能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行う病棟について、回復期リハビリテーション病棟入院料として診療報酬上の新たな評価を設けた（参考資料 P24）。
- 2 平成 18 年度診療報酬改定
回復期リハビリテーション病棟入院料について、更なる普及を図る観点から、算定対象となるリハビリテーションを要する状態を拡大するとともに、一律に 180 日を算定上限とする取扱いを改め、リハビリテーションを要する状態ごとに算定上限を設定した（参考資料 P25）。
- 3 平成 20 年度診療報酬改定
回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入し、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合に着目した評価を行うとともに、病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえて、当該病棟における医師の専従配置を緩和した（参考資料 26）。

改定前	平成 20 年度改定後
<p>A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 1,680 点</p> <p>【算定要件】 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>【施設基準】 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること</p>	<p>A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,690 点</p> <p>【算定要件】 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させており、かつ以下の要件を満たすこと 1 新規入院の1割5分以上が重症の患者であること 2 退院患者の在宅復帰割合が6割以上であること</p> <p>【施設基準】 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること</p> <p>【重症患者回復病棟加算】 50 点（1日につき）</p> <p>【算定要件】 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること</p> <p>【施設基準】 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であること</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,595 点</p> <p>【算定要件】 当該病棟において、回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させ、かつ回復期リハビリテーション病棟入院料1の基準を満たさないもの</p>

	<p>【施設基準】 回復期リハビリテーション病棟入院料1と同じ。</p>
--	--

【届出状況】

			平成 19 年	平成 20 年	
回復期リハビリテーション病棟入院料	1	医療機関数		27388	
		一般病棟	病棟数	115	
			病床数	5047	
		療養病棟	病棟数	140	
	病床数		6555		
	2	医療機関数	794	716	
		一般病棟	病棟数	366	311
			病床数	16137	13770
療養病棟		病棟数	598	561	
	病床数	27388	25296		

【算定状況】各年6月審査分

		平成 19 年	平成 20 年
回復期リハビリテーション病棟入院料	実施件数	54,023	49,920
	算定回数	1,124,190	1,085,337
重症患者回復病棟加算	実施件数		9,483
	算定回数		193,685

第2 平成 20 年度診療報酬改定調査検証部会の調査結果

1 平成 21 年度診療報酬改定結果検証調査によると、回復期リハビリテーション病棟の退棟患者の約 70-75%が在宅に移行している（参考資料 P29, 30）。

2 重症患者の入院割合については、回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅰを算定している病棟が約 30%、入院料Ⅱを算定している病棟のうち平成 20 年 4 月以降に施設基準を取得した病棟が約 27%、それ以前に施設基準を取得した病棟が約 17%となっており、Ⅰを算定する病棟の方が重症者の入院割合が高くなっていった。また、重症患者のうち約 60%が退棟時に日常生活機能評価の点数が3点以上改善

していた（参考資料 P31,32）。

- 3 患者 1 人 1 日当たりのリハビリテーション提供単位数は平均 4.5～5.7 単位であったが、2 単位以下という病棟も見られた。病棟におけるリハビリテーション提供体制については、平日と比較して日曜日の人員配置が著しく少なくなっていた（参考資料 P33-35）。

第 3 論点

- 1 調査検証結果を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟入院料の質の評価についてどう考えるか（参考資料 P26-32）。
- 2 回復期リハビリテーション病棟において、患者の回復に必要なリハビリテーションが十分に提供される体制の担保について、診療報酬上の評価をどう考えるか（参考資料 P33-35）。

参考資料

リハビリテーション

リハビリテーションに関する議論について

①

疾患別リハビリテーション料

患者に対して20分以上個別療法として理学療法や作業療法、言語聴覚療法等の療法を行った場合に1単位として算定する費用。
回復期リハビリテーション病棟を始め、リハビリテーション料を包括していない入院、外来においても算定が可能。

②

回復期リハビリテーション入院料

脳血管疾患又は大腿骨頭部骨折等の患者に対して、ADL能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟において算定する入院料。
リハビリテーションの費用は別に算定できる。

参考資料

疾患別リハビリテーション

リハビリテーションについての問題点等

「高齢者リハビリテーション研究会報告(平成16年1月)」において、リハビリテーションに関する問題点として、

- ◆ もっとも重点的に行われるべき急性期のリハビリテーション医療が十分行われていない
- ◆ 長期にわたって効果の明らかでないリハビリテーション医療が行われている
- ◆ 医療から介護への連続するシステムが機能していない
- ◆ リハビリテーションとケアの境界が明確に区分されておらず、リハビリテーションとケアが混在して提供されているものがある
- ◆ 在宅におけるリハビリテーションが十分でない

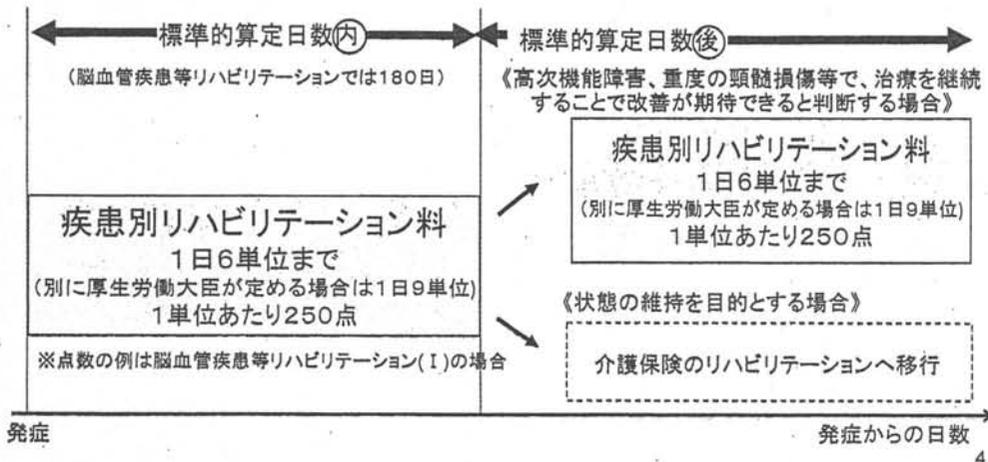
との指摘を受けたところ。

今後の高齢者のリハビリテーションのあるべき方向性として、

- ◆ リハビリテーションは、利用者の生活機能に関する最適の目標をひとりひとりに設定し、その目標を実現させるために立てられた個別的な計画に基づき、期間を設定して行われるべきものである。
- ◆ 目標や計画に基づかない単なる機能訓練を漫然と実施することがあってはならない。ことが指摘されたところ。

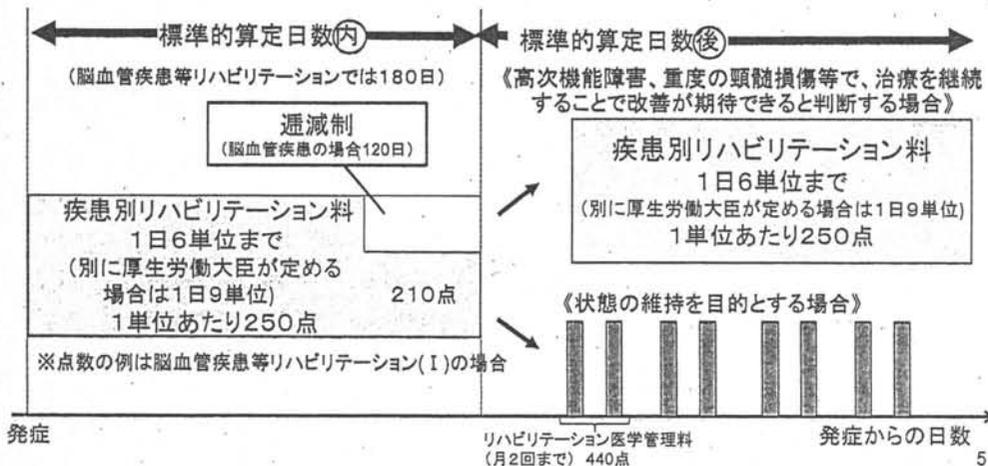
平成18年度診療報酬改定後の疾患別リハビリテーション(イメージ)

- 理学療法、作業療法、言語聴覚療法の区分を廃止し、疾患別の評価体系を導入。
- 集団療法の評価の廃止。(介護保険では集団療法存続)
- 1人1日あたりの上限は4単位から6単位に拡大。



疾患別リハビリテーションの見直し(平成19年度 イメージ)

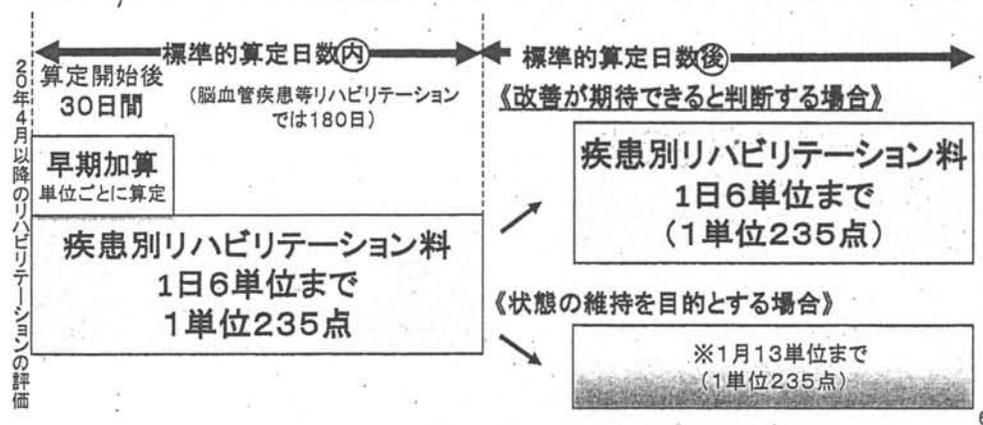
- 医師が改善が期待できると判断する場合に標準的算定日数上限の除外対象となる疾患の見直し。
- 疾患別リハビリテーションに通減制を設けると共に、維持期のリハビリテーションに対してリハビリテーション医学管理料を新設。



平成20年度診療報酬改定後の疾患別リハビリテーション(イメージ)

- 医師が改善が期待できると判断する場合は、従来どおり、標準的算定日数内外にかかわらず1日6単位まで算定可能
- それ以外(状態の維持を目的とする場合)であっても、標準算定日数(180日等)を超えるリハビリを評価

例:1ヶ月13単位まで(1単位の点数は標準的算定日数以前と同じ)



通所リハビリテーションに関する介護報酬の主な改定内容(平成21年度)

1. 保険医療機関のみなし指定について

医療保険でリハビリテーションを受けている利用者が、同じ施設で引き続きリハビリを続けられるよう、保険医療機関については、介護保険の通所リハビリテーション事業所の「みなし指定」を行うこととした。特に、医療保険において、脳血管疾患等リハビリテーション又は運動器疾患リハビリテーションを算定している病院・診療所については、通所リハ事業所の施設基準を満たすことから、実際に介護報酬を算定することが可能となった。

2. 短時間・個別リハビリテーションに対する評価

医療保険の疾患別リハビリテーションと同様に、介護保険においても、短時間かつ20分以上の個別リハを提供するリハビリテーションについて評価を行った。
(例)通常規模リハビリテーション費所要時間1時間以上2時間未満の場合 要介護3 330単位

3. 短期集中リハビリテーション実施加算

早期の集中的なリハビリテーションに対する評価の引き上げを行った。
(例)・退院・退所日又は認定日から起算して1月以内 180単位/日 ⇒ 280単位/日
・退院・退所日又は認定日から起算して1月超3月以内 130単位/日 ⇒ 140単位/日
注 退院・退所日又は認定日から起算して3月を超えている期間に、個別リハビリテーションを行った場合には、個別リハビリテーション実施加算として80単位/日を算定可能(月13回を限度)

疾患別リハビリテーションの点数と人員配置

		心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
PT/OT等のスタッフ	10名		(I)235点		
	4名		(II)190点		
	2名	(I)200点	(III)100点	(I)170点	(I)170点
	1名			(II)80点	(II)80点
	常勤でない従事者1名	(II)100点			
算定日数上限		150日	180日	150日	90日

8

疾患別リハビリテーション料の施設基準について②

呼吸器	I	病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上	専任の常勤医師 1名 PT・OTの合計2名以上	170点
	II	病院・診療所: 45㎡以上	専任の常勤医師 1名 ① PT: 1名以上 ② OT: 1名以上 ①②のいずれかを満たすこと	80点
心大血管	I	病院 : 30㎡以上 診療所: 20㎡以上	専任の常勤医師 1名 ① PT: 2名以上 ② 看護師: 2名以上 ③ PT・看護師 各1名以上 ①②③のいずれかを満たすこと	200点
	II	病院 : 30㎡以上 診療所: 20㎡以上	常勤医師 1名 ① PT: 1名以上 ② 看護師: 1名以上 ①②のいずれかを満たすこと (PT・看護師は常勤でなくてもよい)	100点

10

疾患別リハビリテーション料の施設基準について①

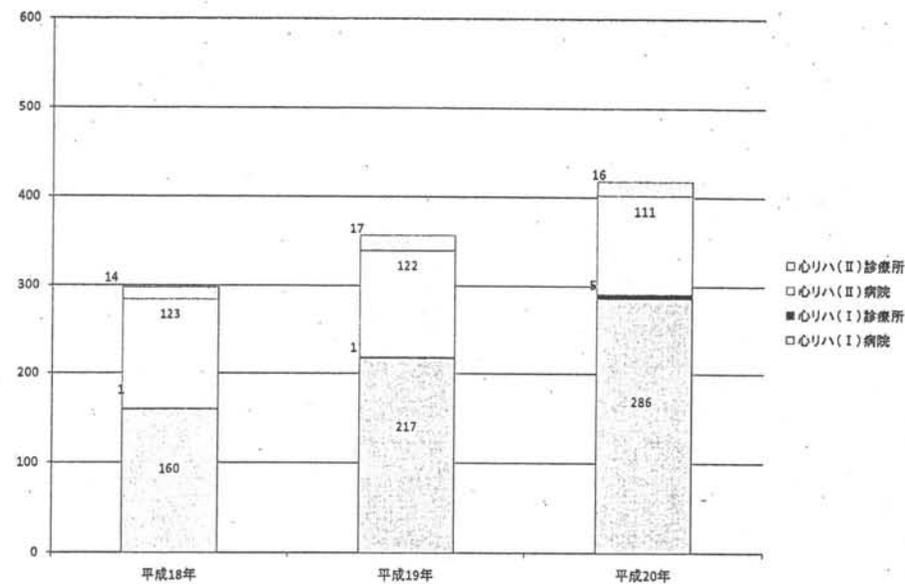
脳血管疾患等 ※1	I	病院・診療所: 160㎡以上 (STは個別療法室8㎡以上)	専任の常勤医師 1名 ① PT: 5名以上 ② OT: 3名以上 ③ ST: 1名以上 (STを行う場合) ①~③の合計で10名以上	235点
	II	病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上 (STは個別療法室8㎡以上)	専任の常勤医師 1名 PT・OT・ST (STを行う場合) が各1名以上 合計4名以上	190点
	III	病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上 (STは個別療法室8㎡以上)	専任の常勤医師 1名 ① PT: 1名以上 ② OT: 1名以上 ③ ST: 1名以上 ①②③のいずれかを満たすこと	100点
運動器 ※2	I	病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上	専任の常勤医師 1名 ① PT: 2名以上 ② OT: 2名以上 ③ PT・OT 各1名以上 ①②③のいずれかを満たすこと	170点
	II	病院・診療所: 45㎡以上	専任の常勤医師 1名 ① PT: 1名以上 ② OT: 1名以上 ①②のいずれかを満たすこと	80点

※1 脳血管疾患等リハビリテーション(II)の施設であっても、研修を終了したあん摩マッサージ指圧師等が訓練を行った場合は脳血管リハビリテーション(III)の点数を算定する

※2 運動器リハビリテーション(I)の施設であっても、研修を終了したあん摩マッサージ指圧師等が訓練を行った場合は運動器リハビリテーション(II)の点数を算定する

9

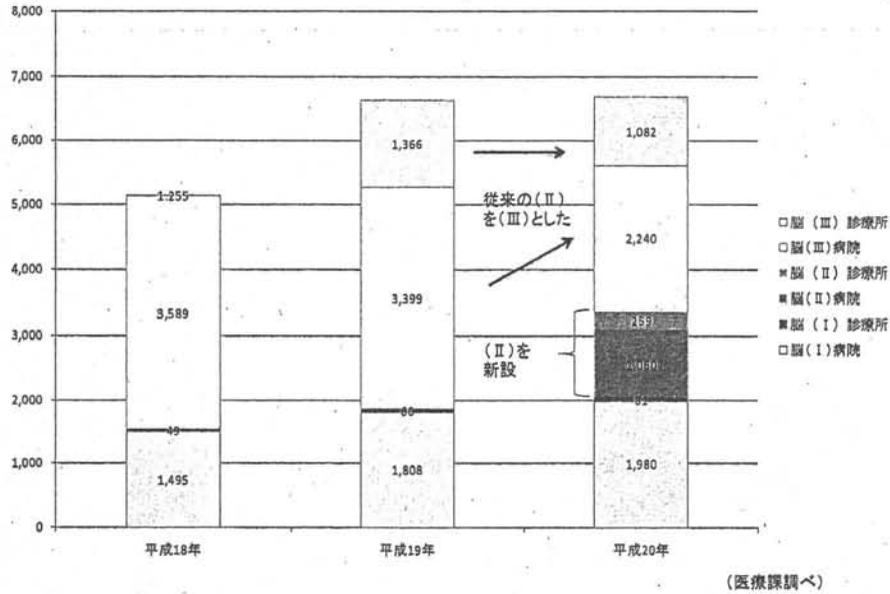
心大血管疾患リハビリテーション料届出施設数



(医療課調べ)

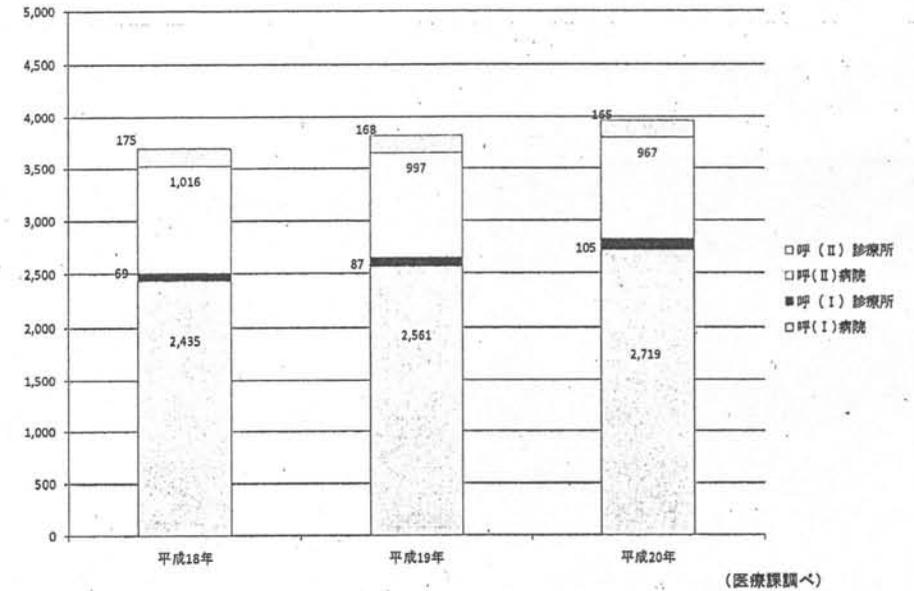
11

脳血管疾患等リハビリテーション料届出施設数



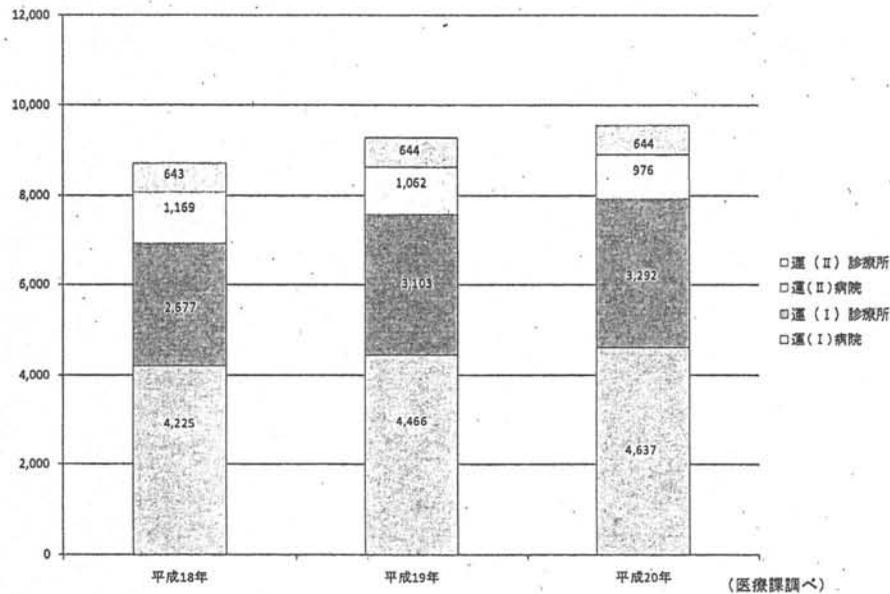
12

呼吸器疾患リハビリテーション料届出施設数



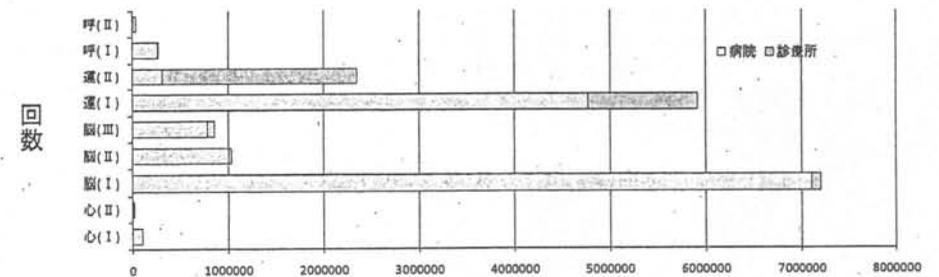
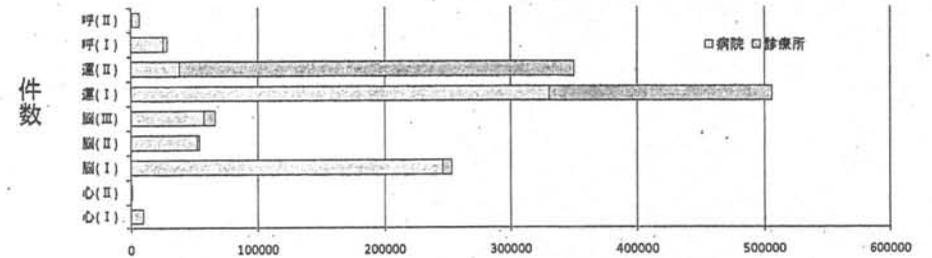
14

運動器疾患リハビリテーション料届出施設数



13

リハビリテーション料の算定件数、回数



(平成20年社会医療診療行為別調査)

15

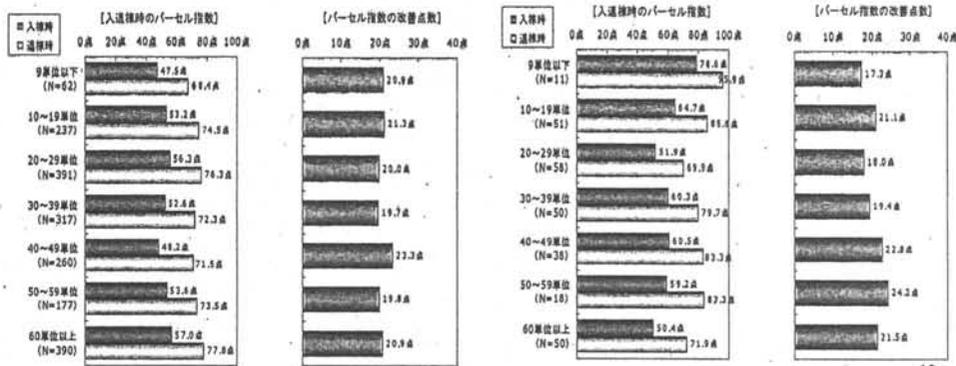
早期リハビリテーションについて

	早期加算算定件数	早期加算算定回数	1件あたり早期加算算定回数
脳血管疾患等リハビリテーション	96842	2012158	20.8
運動器リハビリテーション	104580	1527591	14.6

(H20社会医療診療行為別調査)

〔回復リハビリテーション入院料1算定患者〕
理学+作業+言語療法の1人当たり実施単位数
平均41.0単位

〔回復リハビリテーション入院料2算定患者〕
理学+作業+言語療法の1人当たり実施単位数
平均37.3単位

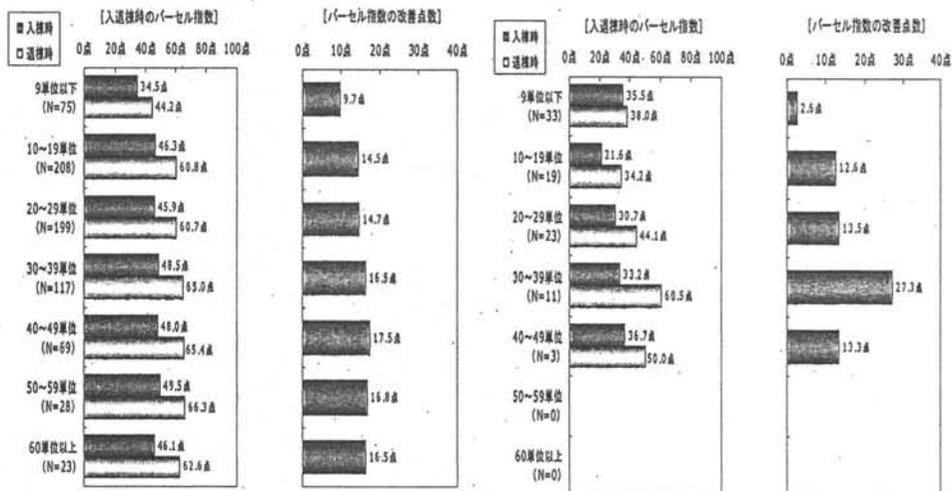


(平成21年度検証部会調査「回復期リハビリテーション病棟において導入された「質の評価」の効果の実態調査」)

廃用症候群に関するリハビリテーションの効果

〔回復リハビリテーション入院料1算定患者〕
理学+作業+言語療法の1人当たり実施単位数
平均25.4単位

〔回復リハビリテーション入院料2算定患者〕
理学+作業+言語療法の1人当たり実施単位数
平均17.1単位



(平成21年度検証部会調査「回復期リハビリテーション病棟において導入された「質の評価」の効果の実態調査」)

心臓リハビリテーションの効果

心筋梗塞に対するリハビリテーション

急性期・回復期・維持期に分類される。

- ・運動耐用能の改善
- ・リスクファクター改善・・・心拍数減少、血圧低下、体重・脂肪過多改善等
- ・抗血栓効果・・・血漿量の増加、血液年度の低下、血小板凝集の低下等
- ・心筋障害と致死性心室性頻脈性不整脈の発生リスクの低下

心臓術後のリハビリテーション

上記に加え、

- ・バイパスグラフト開存率の改善
- ・開心術後の再入院率の減少

狭心症に対するリハビリテーション

狭心症状の改善、冠動脈病変の進行抑制、心筋灌流改善

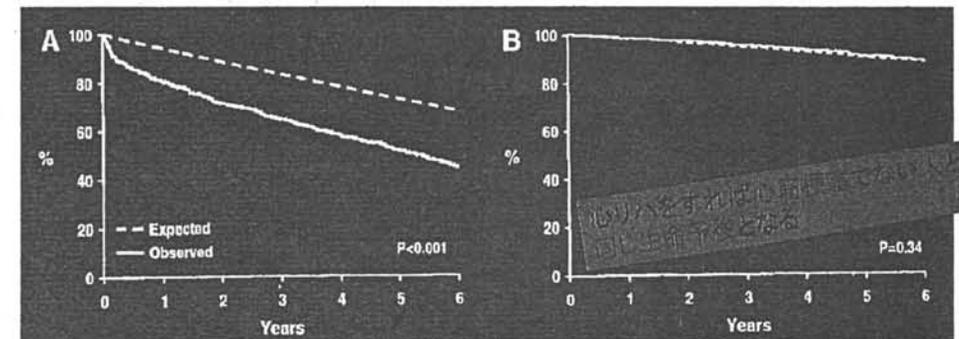
慢性心不全に対するリハビリテーション

安定期の慢性心不全に対し、運動耐用能、QOL、長期予後の改善

(心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン(2007年改訂版))

心筋梗塞後心臓リハビリテーションの効果

心リハを行った例(55%)と行わなかった例との生命予後比較。

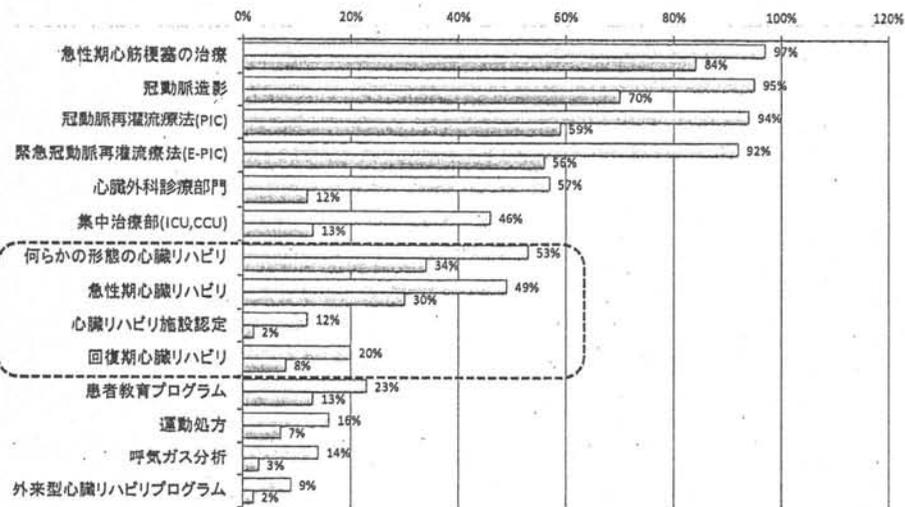


対象:ミネソタ州オルムステッド郡の心筋梗塞患者1821例
結果:観察期間6.6±4.6年、死亡774例、MI再発493例。
死亡は56%減少、再発は28%減少

JACC 2004;44:988-96 (破線はミネソタ州の予測生存曲線)

心臓リハビリテーションの普及状況

*p<0.01



□心臓治療、リハビリテーションの普及状況 日本循環器学会認定教育施設(n=526)

□心臓治療、リハビリテーションの普及状況 日本循環器学会協力病院(n=194)

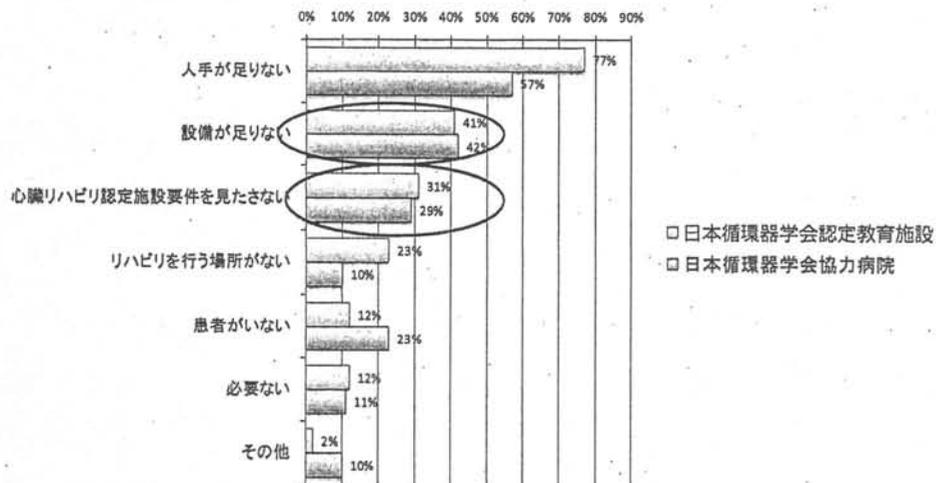
(Goto Y et al. Circ J 173-179, 2007.)

21

参考資料

回復期リハビリテーション病棟

心臓リハビリテーションが普及しない理由



□日本循環器学会認定教育施設

□日本循環器学会協力病院

Data were collected from 222 of the 245 JCS training hospitals (left panel) and 106 of the 128 JCS associate hospitals (right panel) that were not performing any cardiac rehabilitation. The first reason and the second reason were cumulated.

(Goto Y et al. Circ J 173-179, 2007.)

22

回復期リハビリテーション病棟とは？

ADL能力の向上による寝たきり防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟

<要件の概要>

- ・回復期のリハビリテーションを要する患者が常時8割以上入院していること。
- ・病棟に専任医1名以上を常勤配置すること。
- ・病棟に専従の理学療法士2名、作業療法士1名以上を常勤配置すること。

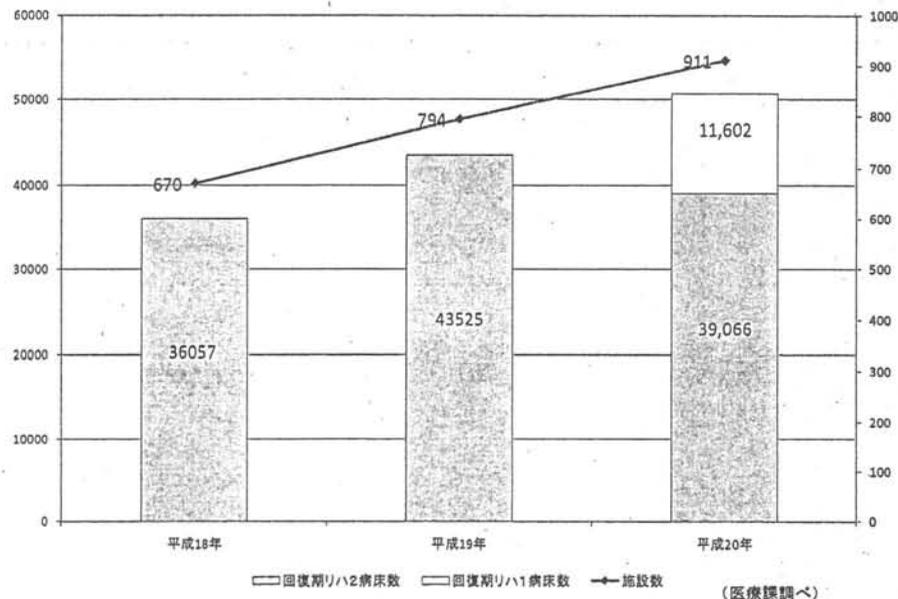
回復期リハビリテーション病棟入院料

入院期間に応じた評価(イメージ)	対象患者等	在院日数要件	施設数 病床数
<p style="text-align: center;">1,690点 (入院料1の場合) 診療に係る費用は包括※1</p> <p style="text-align: right;">↑ .180日※2</p>	・脳血管疾患又は大腿骨頭部骨折等の回復期リハビリテーションの必要性が高い患者を8割以上入院させている	なし	・入院料1 195 5,047(一般) 6,555(療養) ・入院料2 716 13,770(一般) 25,296(療養)
	主な人員基準等 ・専任の医師:1名 ・専従の理学療法士:2名 ・専従の作業療法士:1名 ・看護職員:15対1 ・看護師比率40%	主な施設基準等 ・居室面積・患者1人あたり0.4m ² ・患者の利用に適した浴室及び便所 ・廊下の幅 1.8mが望ましい (ただし両側に居室がある場合2.7m) (入院料1) ・新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること ・在宅復帰率が6割以上であること	

※1 リハビリテーションに係る費用等を除く

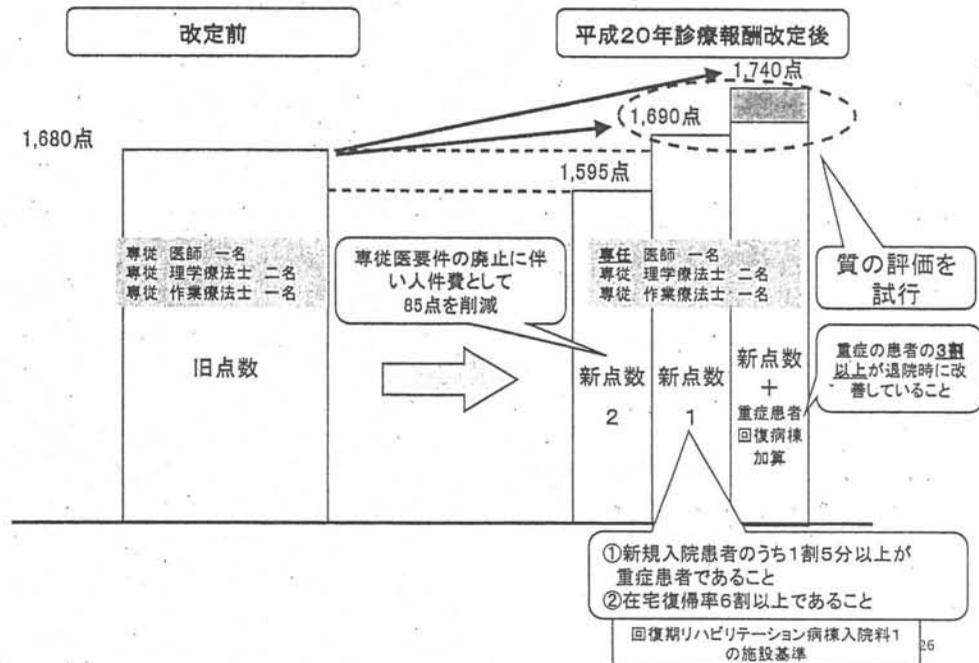
※2 高次脳機能障害を伴う重症脳血管障害等の場合

回復期リハビリテーション病棟入院料届出施設数、病床数



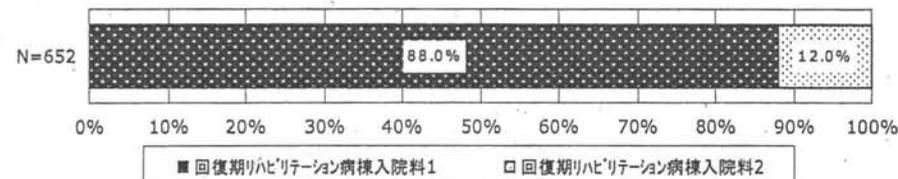
27

回復期リハビリテーション病棟の質の評価について



26

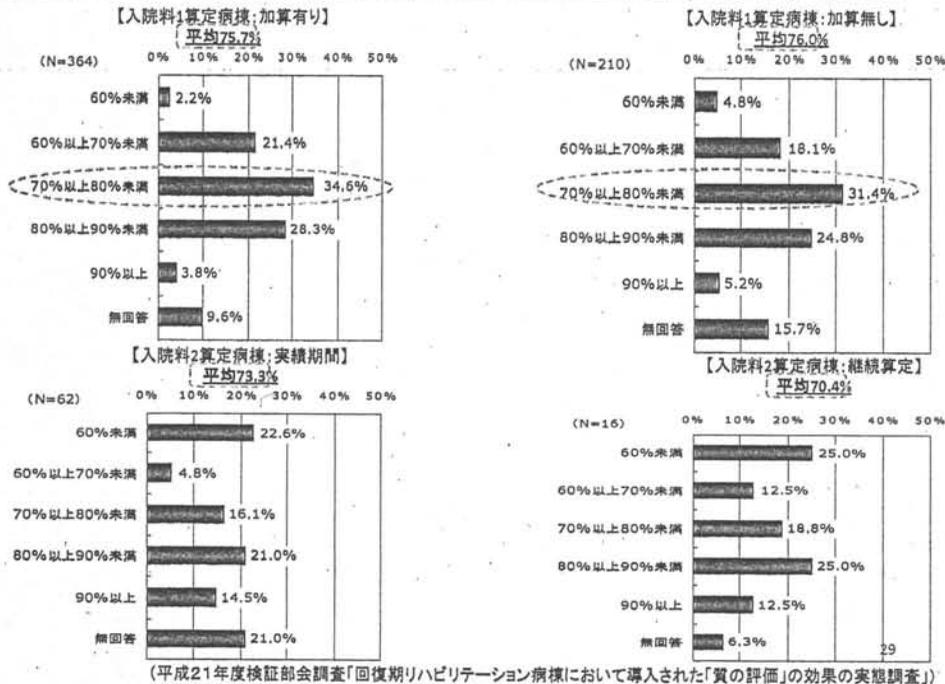
検証部会の結果



- ・重症患者回復病棟加算... 入院料1の算定病棟の63.4%
- ・入院料2のうちH20.4以降に基準取得(実績期間)... 入院料2の算定病棟の79.5%
- ・入院料2のうちH20.3以前に基準取得(継続算定)... 入院料2の算定病棟の20.5%

28

在宅復帰率



重症者の改善状況、退棟患者の退棟後の居場所

・入院時に重症であった患者の退棟時の日常生活機能評価の改善状況(図表3-17)
【全体】

	人数	割合
退棟患者	27,423人	100.0%
【再掲】入院時の日常生活機能評価の点数が10点以上の患者	7,457人	27.2%
【再々掲】退棟時に点数が3点以上改善していた患者	4,329人	15.8%

・退棟患者の退棟後の居場所(図表3-18)

退棟後の居場所	全体 (N=28,868)	入院料1 【加算有り】 (N=16,831)	入院料1 【加算無し】 (N=9,214)	入院料2 【実績期間】 (N=2,048)	入院料2 【継続算定】 (N=775)
① 在宅	68.6%	68.6%	69.5%	65.9%	67.1%
自 院					
② ①を除く回復期リハビリテーション病棟	0.2%	0.3%	0.0%	0.6%	0.0%
③ ②を除く一般病棟	4.5%	4.5%	4.4%	5.1%	3.6%
④ ②を除く療養病棟	2.2%	1.8%	1.7%	5.7%	7.3%
⑤ ②~④を除くその他の病棟	0.3%	0.3%	0.2%	0.1%	0.4%
他 院					
⑥ 回復期リハビリテーション病棟【病院】	0.6%	0.6%	0.6%	0.5%	0.7%
⑦ ⑥を除く一般病棟【病院】	6.4%	6.5%	6.8%	5.3%	4.4%
⑧ ⑥を除く療養病棟【病院】	3.1%	3.4%	2.7%	2.1%	3.4%
⑨ ⑥~⑧を除くその他の病棟【病院】	0.4%	0.5%	0.3%	0.7%	0.1%
⑩ 有床診療所	0.2%	0.2%	0.1%	0.7%	0.0%
そ の 他					
⑪ 介護老人保健施設	7.3%	7.4%	7.8%	5.9%	5.6%
⑫ 介護老人福祉施設	1.7%	1.7%	1.5%	2.3%	2.2%
⑬ グループホーム	0.7%	0.7%	0.7%	0.8%	0.7%
⑭ 有料老人ホーム・軽費老人ホーム	2.0%	2.1%	1.9%	2.1%	2.3%
⑮ 高齢者専用賃貸住宅	0.3%	0.3%	0.3%	0.5%	0.6%
⑯ 障害者支援施設	0.2%	0.1%	0.3%	0.1%	0.0%
⑰ 死亡	0.6%	0.6%	0.5%	1.1%	0.3%
⑱ その他	0.4%	0.4%	0.5%	0.3%	0.1%
合 計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

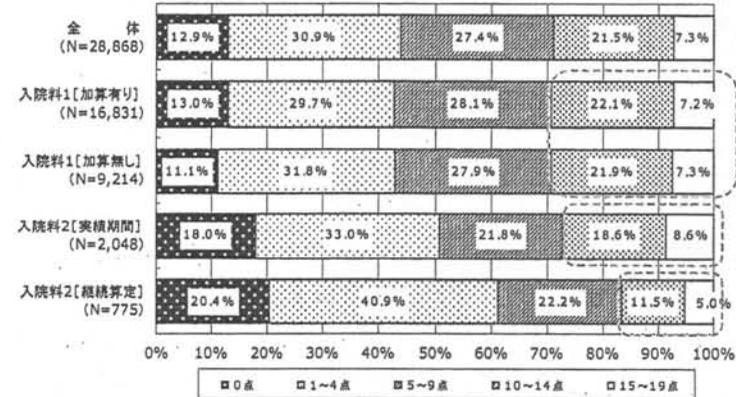
(平成21年度検証部会調査「回復期リハビリテーション病棟において導入された「質の評価」の効果の実態調査」)

重症者の割合

・新入棟患者の日常生活機能評価の点数の分布(図表3-14)

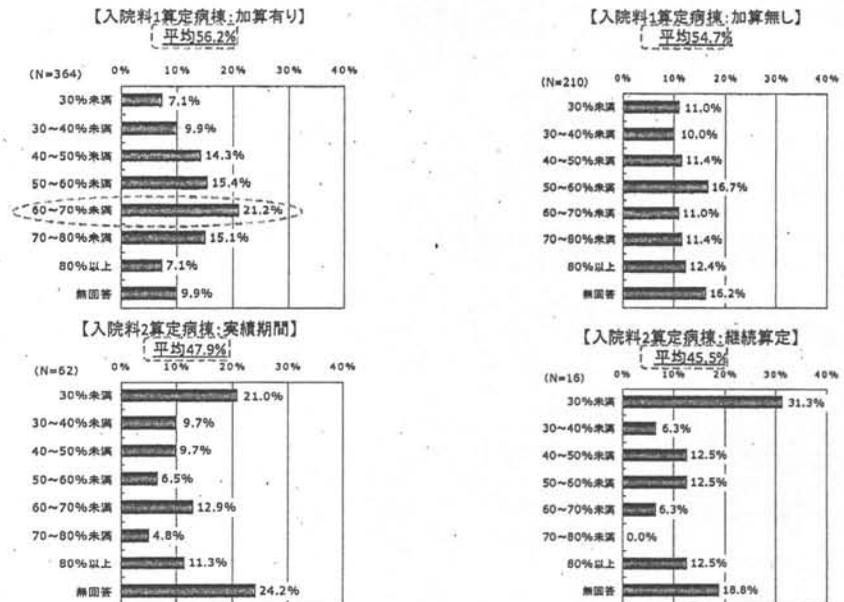
⇒10点以上の重症患者の割合

- 入院料1算定病棟(重症患者回復病棟加算有り) ... 29.3%
- 入院料1算定病棟(重症患者回復病棟加算無し) ... 29.2%
- 入院料2算定病棟(H20.4以降に基準取得:実績期間) ... 27.2%
- 入院料2算定病棟(H20.3以前に基準取得:継続算定) ... 16.5%



31

重症患者回復率



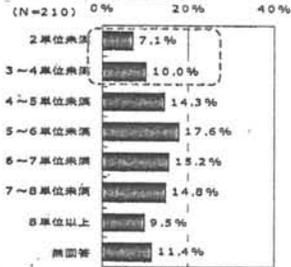
32

入床患者1人1日当たりリハビリテーション実施単位数

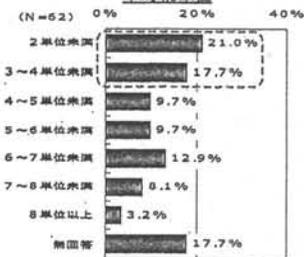
【回復期リハビリテーション病棟入院料1算定病棟
:重症患者回復病棟加算有り】
平均5.6単位



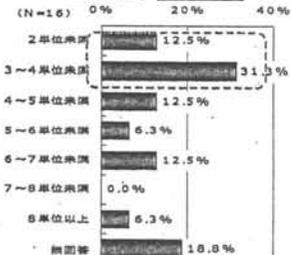
【回復期リハビリテーション病棟入院料1算定病棟
:重症患者回復病棟加算無し】
平均5.7単位



【回復期リハビリテーション病棟入院料2算定病棟:実績期間】
平均4.5単位



【回復期リハビリテーション病棟入院料2算定病棟
:継続算定】平均4.5単位



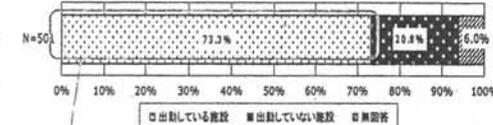
(平成21年度検証部会調査「回復期リハビリテーション病棟において導入された「質の評価」の効果の実態調査」)

土日のリハビリテーション提供体制

・土曜【平成21年7月4日(土)】のリハビリテーションに係る職種の出動状況



・日曜【平成21年7月5日(日)】のリハビリテーションに係る職種の出動状況



・土曜に出動したリハビリテーション業務に係る専任・専従職員数(実人数)

職種	1施設当たり出動した職員数			100床当たり出動職員数	平日の出動者数に対する割合
	常勤	非常勤	合計		
医師【専任】	1.8人	0.3人	2.0人	1.0人	64.7%
看護師【専従】	7.7人	0.5人	8.2人	3.8人	80.6%
理学療法士【専従】	9.2人	0.1人	9.3人	4.4人	70.8%
作業療法士【専従】	6.3人	0.1人	6.3人	3.0人	71.0%
言語聴覚士【専従】	2.2人	0.1人	2.3人	1.1人	67.3%
介護支援員・あん摩マッサージ指圧師【専従】	0.2人	0.0人	0.2人	0.1人	82.0%
合計	27.3人	1.1人	28.3人	13.3人	72.7%
1施設当たり病床数	212.9床				

・日曜に出動したリハビリテーション業務に係る専任・専従職員数(実人数)

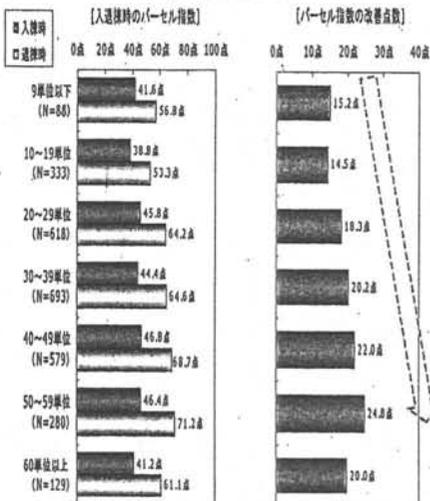
職種	1施設当たり出動した職員数			100床当たり出動職員数	平日の出動者数に対する割合
	常勤	非常勤	合計		
医師【専任】	0.4人	0.2人	0.6人	0.3人	19.7%
看護師【専従】	8.0人	0.3人	8.3人	3.9人	69.4%
理学療法士【専従】	3.2人	0.0人	3.2人	1.5人	24.3%
作業療法士【専従】	2.3人	0.0人	2.3人	1.1人	25.6%
言語聴覚士【専従】	0.5人	0.0人	0.5人	0.2人	15.4%
介護支援員・あん摩マッサージ指圧師【専従】	0.0人	0.0人	0.0人	0.0人	2.3%
合計	14.3人	0.5人	14.9人	7.0人	36.6%
1施設当たり病床数	212.9床				

(平成21年度検証部会調査「回復期リハビリテーション病棟において導入された「質の評価」の効果の実態調査」)

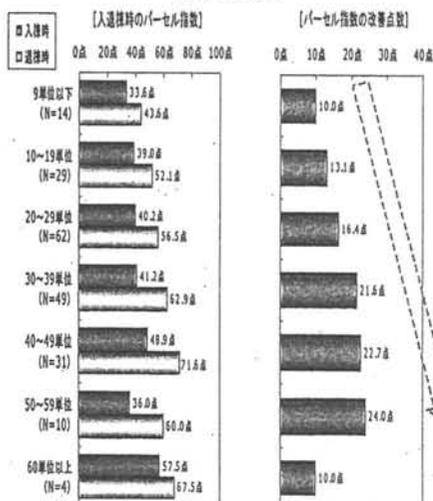
リハビリテーション提供単位数と改善状況

入床日の翌週1週間のリハビリテーション(理学+作業+言語療法)の実施状況別に見た パーセル指数の改善状況(図表4-37) 【脳血管疾患】

【回復リハビリテーション入院料1算定患者】
平均34.4単位



【回復リハビリテーション入院料2算定患者】
平均29.7単位



(平成21年度検証部会調査「回復期リハビリテーション病棟において導入された「質の評価」の効果の実態調査」)

医療安全に関する体制について

第1. 現状と課題

- 1 医療安全に関しては、医療法上、各医療機関の有すべき体制について網羅的に規定されており、具体的には、院内感染対策の体制、医薬品に係る安全管理の体制及び医療機器に係る安全管理の体制について規定されている。(参考資料 P1~2)
- 2 他方、診療報酬上は、入院基本料の通則の基準として、院内感染防止に関する体制及び医療安全管理に関する体制が規定されているほか、医療安全対策加算において、専従の医療安全管理者を配置し、組織的に医療安全対策を実施している医療機関を評価している。(参考資料 P1,3)
- 4 また、医療機器安全に関連した項目として医療機器安全管理料が、医薬品安全に関連した項目として薬剤管理指導料があるが、いずれも、取り組むべき安全管理そのものを評価したものではなく、医療法の規定と一致していない。(参考資料 P1)
- 3 院内感染対策については、感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる、感染患者に対する回診や抗生剤の適正使用の指導等の院内感染管理の取組みが進んでいる。(参考資料 P4~10)
- 5 医薬品の安全管理については、安全性情報を一元的に管理するとともに、その評価結果に関連する医療関係者に周知し、必要な措置を速やかに講じる体制を構築することがより重要となっている。また、医療法上の医薬品安全管理責任者の役割等を診療報酬上の要件中で明示することで、より一層の医薬品安全につながるものと考えられる。(参考資料 P11~20)

第2. 現行の診療報酬上の評価の概要

- 1 入院基本料通則において、院内感染防止対策、医療安全管理体制について規定されている。

院内感染防止対策の基準(一部省略)

- (1)(3)省略
- (2)院内感染防止対策委員会が設置され、当該委員会がつき1回程度、定期的に開催されていること。
- (4)各病棟の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」が週1回程度作成されており、当該レポートが院内感染防止対策委員会において十分に活用される体制がとられていること。
- (5)職員等に対し手洗いの励行を徹底させるとともに、各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されていること。

医療安全管理体制の基準

- (1)(2)省略
- (3)安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。
- (4)安全管理のための委員会が開催されていること。
- (5)安全管理の体制確保のための職員研修が開催されていること。

- 2 平成18年度診療報酬改定において、専従の医療安全管理者を配置し、医療安全対策を行った場合の評価を新設。

A234 医療安全対策加算(入院初日) 50点

【算定要件】

医療安全対策に係る適切な研修を終了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること等。

届出医療機関数(上段:医療機関数/下段:病床数)

	平成19年	平成20年
医療安全対策加算	1,409	1,522
	505,528	529,515

(参考) 病院数/病床数 平成19年:8,986/1,563,065 平成20年:8,855/1,559,914
有床診療所/病床数 平成19年:11,907/149,501 平成20年:11,594/144,710

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
医療安全対策加算	298,534	298,912	269,167	269,643

3 平成20年度診療報酬改定においては生命維持装置、放射線治療機器に関する安全管理を評価。

B011-4 医療機器安全管理料 新	
1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（1月につき） 50点	
2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき） 1,000点	

届出医療機関数（上段：医療機関数/下段：診療所数）

		平成20年
医療機器安全管理料	1	2,103 186
	2	389 7

（参考）病院数/病床数 平成19年：8,986/1,563,065 平成20年：8,855/1,559,914

有床診療所/病床数 平成19年：11,907/149,501 平成20年：11,594/144,710

算定状況（社会医療診療行為別調査 平成20年6月審査分）

		実施件数	算定回数
医療機器安全管理料	1	32,586	32,586
	2	10,094	10,264
（参考）放射線治療計		43,795	345,059

4 入院患者に対する薬剤師の薬学的管理及び指導について、ハイリスク薬を使用する患者及び救命救急入院料等の算定対象となる重篤な患者に対して実施した場合を重点的に評価した。

平成20年度改定前	平成20年度改定後
【薬剤管理指導料】 350点	【薬剤管理指導料】 改
	1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 430点
	2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合（1に該当する場合を除く。） 380点
	3 1及び2以外の患者に対して行う場合 325点
施設基準に適合する病院である保険医療機関に入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する	施設基準に適合する保険医療機関に入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合に、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する
	<救命救急入院料等を算定している患者> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット、（略）のいずれかを算定している患者
	<特に安全管理が必要な医薬品> 抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤及び抗HIV薬

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
薬剤管理指導料	5,563	5,603
	-	8

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
薬剤管理指導料	1	494,959	872,381	2,486	2,858
	2			208,485	401,560
	3			327,703	508,602

第3. 論点

- 1 院内感染について、専門知識を有する医療関係職種による抗生剤の適正使用やサーベイランス、多職種による回診等、より手厚い管理について、診療報酬上の評価をどう考えるか。（参考資料 P4～10）
- 2 専従の医薬品安全管理責任者を配置し、医薬品情報管理室又は薬剤部門で医薬品の安全性情報を一元的に管理するとともに、その評価結果を関連する医療関係者に周知し、必要な措置を速やかに講じる体制について、診療報酬上の評価をどう考えるか。（参考資料 P11～20）

参考資料

医療安全に関する体制について

医療安全に係る医療法施行規則と診療報酬上の評価

【医療安全】	【医療法施行規則】 医療に係る安全管理のための指針整備、委員会の開催、職員研修、事故報告等	＜入院基本料＞	＜医療安全対策加算＞ 50点(入院初日) 研修を終了した専従の医療安全管理者とその活動実績、安全管理部門の設置、専任の院内感染管理者、医療安全確保のための業務改善計画書、週1回のカンファレンス
【院内感染】	院内感染対策のための体制委員会の開催、感染症の発生状況の報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策 院内感染対策のための指針策定、研修	委員会の開催(月1回程度) 手洗いの励行の徹底、各病室に消毒液の設置	
【医療機器】	医療機器に係る安全管理 医療機器の安全使用のための責任者の配置、研修、保守点検等	＜医療機器安全管理料1＞ 50点(月につき) 常勤臨床工学技士1名以上配置、責任者配置、医療安全管理部門の設置	＜医療機器安全管理料2＞ 1000点(一運につき) 放射線治療医1名以上、医療機器管理等の技術者1名以上、高エネルギー放射線治療装置又はガンマナイフ装置
【医薬品】	医薬品に係る安全管理 医薬品の安全使用・管理のための責任者配置、研修、業務手順書等	＜薬剤管理指導料1＞ 430点(月4回を限度) 救命救急入院料等を算定している患者 ＜薬剤管理指導料2＞ 380点(月4回を限度) 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者 ＜薬剤管理指導料3＞ 325点(月4回を限度) 1及び2の患者以外の患者	薬剤師2人以上、医薬品情報管理と常勤薬剤師1人以上、医薬品情報管理室の薬剤師からの有効性等の情報提供(施設基準)

医療法上の医療安全に係る規定

医療法第六条の十
 病院、診療所又は助産所の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、医療の安全を確保するための指針の策定、従業者に対する研修の実施その他の当該病院、診療所又は助産所における医療の安全を確保するための措置を講じなければならない。

医療法施行規則第一条の十一
 病院等の管理者は、法第六条の十の規定に基づき、次に掲げる安全管理のための体制を確保しなければならない(ただし、第二号については、病院、患者を入院させるための施設を有する診療所及び入所施設を有する助産所に限る。)
 一 医療に係る安全管理のための指針を整備すること。
 二 医療に係る安全管理のための委員会を開催すること。
 三 医療に係る安全管理のための職員研修を実施すること。
 四 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずること。
 2 病院等の管理者は、前項各号に掲げる体制の確保に当たっては、次に掲げる措置を講じなければならない。
 一 院内感染対策のための体制の確保に係る措置として次に掲げるもの(ただし、ロについては、病院、患者を入院させるための施設を有する診療所及び入所施設を有する助産所に限る。)
 イ 院内感染対策のための指針の策定
 ロ 院内感染対策のための委員会の開催
 ハ 従業者に対する院内感染対策のための研修の実施
 ニ 当該病院等における感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策の実施
 二 医薬品に係る安全管理のための体制の確保に係る措置として次に掲げるもの
 イ 医薬品の使用に係る安全管理(以下この条において「安全使用」という。)のための責任者の配置
 ロ 従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施
 ハ 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施
 ニ 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策の実施
 三 医療機器に係る安全管理のための体制の確保に係る措置として次に掲げるもの
 イ 医療機器の安全使用のための責任者の配置
 ロ 従業者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施
 ハ 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施
 ニ 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施

入院基本料通則における院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策の基準

院内感染防止対策

＜告示＞
 ○メチシリン耐性黄色ブドウ球菌の感染を防止するにつき十分な設備を有していること。
 ○メチシリン耐性黄色ブドウ球菌の感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。
 ＜通知＞
 院内感染防止対策委員会を月1回程度開催。
 院内感染防止医務会は病院長、看護部長、各部門責任者、感染症の経験を有する医師等で構成される入院患者からの各種細菌検出状況や薬剤感受成績パターンを記した「感染情報レポート」が週1回程度作成されている。職員に流水による手洗いの励行を徹底させること。各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液の設置

医療安全管理体制

＜告示＞
 ○医療安全管理体制が整備されていること。
 ＜通知＞
 ・安全管理のための指針が整備されていること
 ・安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること
 ・安全管理のための委員会が開催されていること(月1回程度)
 ・安全管理の体制確保のための職員研修が開催されていること。(年2回程度)

褥瘡対策

＜告示＞
 ○褥瘡対策につき十分な体制が整備されていること。
 ＜通知＞
 ・褥瘡対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。
 ・日常生活の自立度が低い入院患者につき、褥瘡に関する危険因子の評価を実施すること。

1 院内感染対策に関する責任と権限および組織

- 1.1 病院、有床診療所の管理者(以下、施設管理者)は院内感染対策など医療安全の確保に関して責任をもつ。
- 1.2 施設管理者は、院内感染対策に関する委員会(infection control committee; ICC)を設置する。
- 1.3 施設管理者は、院内感染対策に関する委員会の構成員として、施設管理者、看護部、薬剤部門、検査部門、事務部門の責任者および感染症対策専門の医師等の職員を配置する。
- 1.4 施設管理者は院内感染対策委員会を月に1回程度開催する。
- 1.5 施設管理者は、感染対策の実務的責任者(感染管理者)を任命する方が**良い**。
- 1.6 施設管理者は、感染対策チーム(インフェクションコントロール:ICT)を組織し、院内感染対策に関する日常活動を行う方が**良い**。

※院内感染防止のために必要とされている多数の項目の中から、EvidencebasedClinical Practice Guideline 作成の方法に従って、エビデンスのレベルや推奨度等を考慮しつつ、医療施設において励行されるべき「骨子」について整理し記述したもの。

出典:医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き(案)(070413 ver. 3.0)*、平成18年度厚生労働科学研究費補助金、「薬剤耐性菌等に関する研究」主任研究者:荒川直観

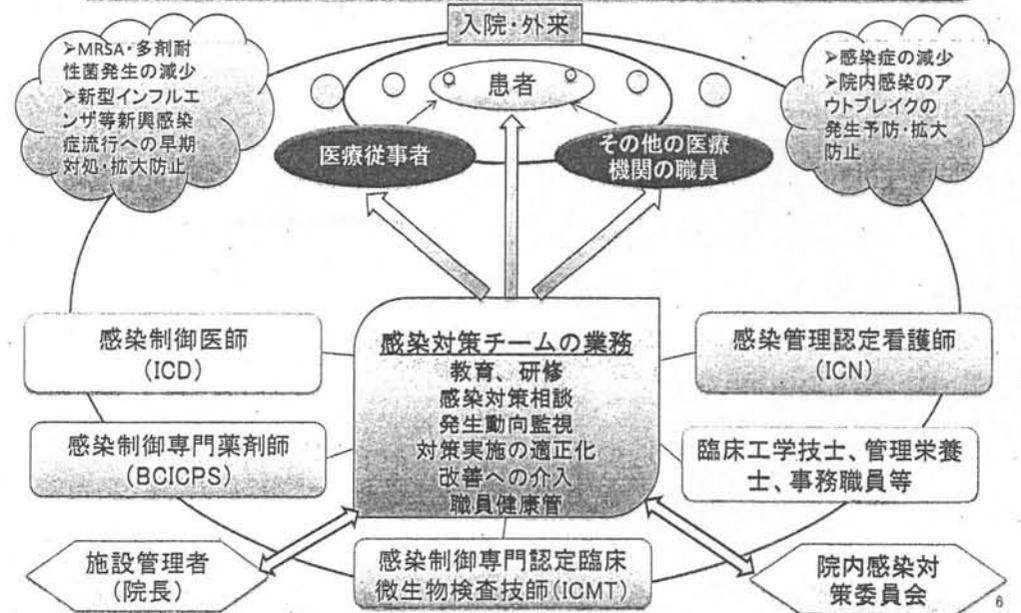
2 感染管理者(ICT:感染対策チームなど)の機能と業務

- 2.1 施設管理者は感染管理者に院内感染対策の実施に関する**権限を委譲**する。
- 2.2 施設管理者は院内感染対策の実施に関する財政的措置を行なう。
- 2.3 感染管理者あるいはICTの構成員は、医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師などとする方が**良い**。
- 2.4 感染管理者あるいはICTの構成員は、感染制御医師(ICD)、感染管理認定看護師(ICN)、および感染制御専門薬剤師、感染制御専門認定臨床微生物検査技師(ICMT)などの専門認定を取得する方が**よい**。
- 2.5 感染管理者あるいはICTは、院内感染対策として職員の健康管理、教育、感染対策相談(コンサルテーション)、発生動向監視(サーベイランス)、対策実施の適正化(レギュレーション)、および介入(インターベンション)を行なう。

※院内感染防止のために必要とされている多数の項目の中から、EvidencebasedClinical Practice Guideline 作成の方法に従って、エビデンスのレベルや推奨度等を考慮しつつ、医療施設において励行されるべき「骨子」について整理し記述したもの。

出典:医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き(案)(070413 ver. 3.0)*、平成18年度厚生労働科学研究費補助金、「薬剤耐性菌等に関する研究」主任研究者:荒川直観

医療機関における患者と感染対策チームの関わり(イメージ図)



(例)感染対策チーム(ICT)の活動の実際①

- 大阪厚生年金病院
(570床、平均在院日数13日、地域中核型の病院)
- ICTのメンバー:
感染管理医師、感染管理看護師、細菌検査技師、
薬剤師、歯科衛生士、事務職員
(+病棟にリンクドクター※、リンクナース※)
- 主な活動:
病院感染サーベイランス活動、コンサルテーション、
アウトブレイクの早期発見と対応、職業感染対策、
職員教育など

※ リンクドクター・リンクナースとは、感染対策チーム(ICT)と連携し、各部署において現場の感染対策を実践する役割を担う医師又は看護師をいう

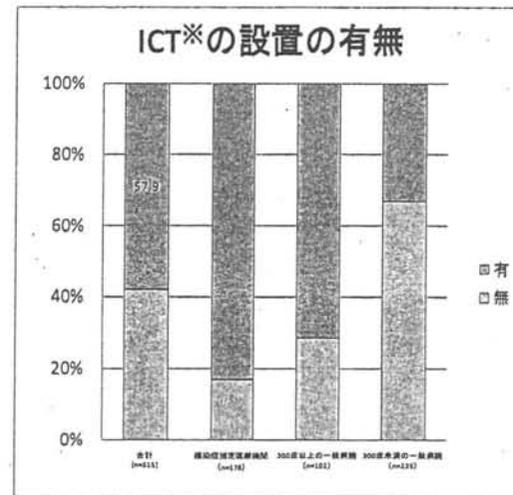
(例)感染対策チーム(ICT)の活動の実際②

- ICT回診:週1回実施(抗菌剤の長期使用、抗菌薬による局所洗浄の実施、敗血症症例などテーマを決め、院内を巡回する。)
- ターゲットサーベイランス:
手術部位感染、中心静脈カテーテル関連血流感染、尿道留置カテーテル関連尿路感染などについて実施
→問題点の明確化、改善策の構築など
- マニュアルの整備:
感染対策マニュアル、カテーテル挿入管理基準(例:CVカテーテル挿入管理マニュアル、気管挿管患者感染予防マニュアルなど)の作成

出典:柴谷涼子、院内感染サーベイランスに基づく改善策とコスト効果、看護展望、30(6)、21-26、2005

8

感染制御組織化の状況②



※インフェクションコントロールチーム(感染対策チーム)

ICTの平均構成人数

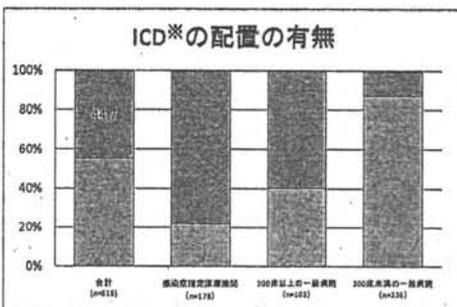
	感染制御指定医療機関 (n=178)	300床以上の一般病院 (n=182)	300床未満の一般病院 (n=235)
合計(人)	11.8	12.4	10.1
医師	2.7	3.4	1.3
歯科医師	0.1	0.1	0
薬剤師	1.2	1.4	0.9
看護師	4.8	4.6	4.9
検査技師	1.3	1.3	0.9
病院事務員	0.9	0.9	1.1
その他	0.7	0.8	1.1

○ 感染対策チームは多職種から構成されており、1施設当たりの合計は約11人となっている。

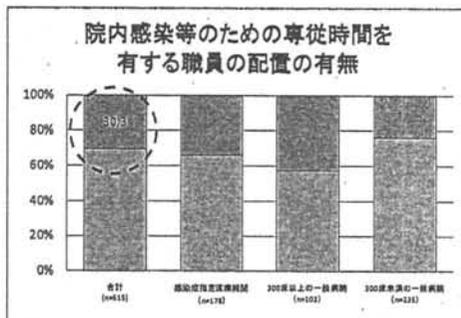
出典:宮崎久義他、医療施設における感染制御の組織化の現状、日本医事新報、4440、pp.85-88、2009

10

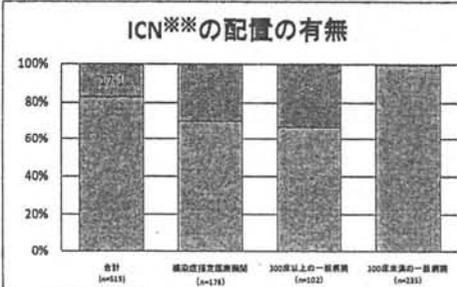
感染制御組織化の状況①



※ インフェクションコントロールドクター



- 全国の病院1,200施設を対象に調査を実施し、回収率43% (n=515)
- 感染症指定医療機関では、ICD、ICN、専従職員の配置の割合が全体の割合より高い傾向にある。
- 専従職員の配置の割合は全体で約30%となっている。



※※ 感染管理認定看護師 出典:宮崎久義他、医療施設における感染制御の組織化の現状、日本医事新報、4440、pp.85-88、2009

9

医療機関における医薬品の安全管理に係る見直しの提言

薬害再発防止のための医薬品行政等の見直し

- (1) 基本的な考え方
- (2) 臨床試験・治験
- (3) 承認審査
- (4) 市販後安全対策等
- (5) 健康被害救済制度
- (6) 医療機関における安全対策
- (7) 専門的な知見を有効に活用するための方策
- (8) 製薬企業に求められる基本精神
- (9) 医薬品行政を担う組織の今後の在り方

(6) 医療機関における安全対策(抄)

① 医療機関の取組の強化

・医療機関内の薬事委員会や薬剤部門等においても、各医療機関内の情報伝達、医薬品の使用に係る安全性と有効性の客観的な情報収集・評価など、健康被害の発生や薬害防止の観点から積極的な取組を行い、一定の役割を担うよう努めるべきである。

・医療機関の安全管理責任者(医薬品安全管理責任者・医療機器安全管理責任者)を中心に一層の安全対策に取り組むべきである。

② 医療機関での措置のチェック体制の構築

・添付文書情報の周知が困難な現状から、薬剤師等の医薬品情報を取り扱う部門が医療安全確保に関する情報を収集・評価し、その結果を臨床現場に伝達するシステムを構築するとともに、その伝達状況に薬剤師が関与し、確認すべきである。

・情報が多すぎて、医師にかかる負担だけが大きくなり、大事な情報が伝わらなくなることがないように、担当医以外の医師や、薬剤師等コメディカルも含めた安全性情報管理をチーム医療に組み込み、徹底するべきである。

出典:平成21年4月30日「薬害再発防止のための医薬品行政等の見直しについて(第一次提言)」(薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会)より抜粋

11

手順書の作成

- 医薬品の採用・購入
 - ・名称、外観の類似性
- 医薬品の管理
 - ・麻薬、向精神薬、覚せい剤原料
 - ・毒薬・劇薬、特定生物由来製品
 - ・特に安全管理が必要な薬剤等
- 投薬指示から調剤
 - ・患者情報の収集(服用歴、持ち込み薬)
 - ・処方せんの記載方法、
 - ・調剤方法、監査方法
- 与薬や服薬指導
- 安全使用に係る情報の取扱い
- 他施設(病院等、薬局等)との連携

従業者に対する研修の実施

- 医薬品の有効性・安全性、使用方法
- 業務に関する手順書に関する事項
- 副作用等が発生した場合の対応
(施設内での報告、行政機関への報告)

業務手順書に基づく業務

- 従業者の業務が手順書に基づいているか、定期的に確認し、確認内容の記録

情報の収集、改善のための方策

- 情報を広く収集し、管理する
- 必要な情報を取り扱う従業者に迅速かつ確実に周知徹底をはかる
- 安全性情報の情報源
 - ・添付文書、製造販売業者、行政機関、学術誌等

出典:平成19年3月30日医政局長通知「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」(医政発第0330010号)を基に作成

- 緊急安全性情報 (厚生労働省が指示、製薬企業が配布。)
- 医薬品・医療機器等安全性情報 (厚生労働省)
- Drug Safety Update (製薬業界)
- 添付文書改訂のお知らせ (製薬企業)
- 日本医療機能評価機構 医療安全情報
- PMDA 医療安全情報 (医薬品医療機器総合機構)

PMDA医療安全情報
<http://www.info.pmda.go.jp/info/dx-iryouzen.html>



緊急安全性情報
医薬品・医療機器等安全性情報
Drug Safety Update
<http://www.info.pmda.go.jp/>

日本医療機能評価機構
医療安全情報
<http://www.med-safe.jp/>

出典:平成20年5月12日 第2回 医薬品安全使用実践推進検討会資料より一部改変

医薬品の安全管理体制のイメージ



医薬品安全管理責任者は、安全管理委員会等との連携の下、これらの業務が適切に実施される体制を確保する。

出典:平成19年3月30日医政局長通知「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」(医政発第0330010号)を基に作成

新たな安全性情報を踏まえて迅速に対応した例①

<安全性情報の概要>

- 麦角系ドパミン作動薬Aの使用上の注意が改訂されて、禁忌の項に「心臓弁膜の病変が確認された患者およびその既往のある患者」が追加された。

<医療機関における対応の概要>

- 電子カルテ等が導入されていない施設。
医薬品情報担当薬剤師が薬歴管理簿から患者と処方医を特定し、処方医へ情報提供。薬局長と院長は医薬品安全管理委員会で全使用患者に対する検査実施を決定し安全を確認した事例。

出典:平成20年5月12日 第2回 医薬品安全使用実践推進検討会資料より一部改変

新たな安全性情報を踏まえて迅速に対応した例②

<安全性情報の概要>

- ・ 抗生物質Aの添付文書が改訂され、重大な副作用に「劇症肝炎」が追加された。

<医療機関における対応の概要>

- ・ 添付文書の改訂情報について、薬剤師が処方オーダーリングシステムを活用して、当該医薬品を使用している医師へターゲットを絞り、処方時に情報提供。
- ・ あわせて、病棟薬剤師が入院患者の副作用チェックをした事例。

出典：平成20年5月12日 第2回 医薬品安全使用実践推進検討会資料より一部改変

18

4月19日

- ・ 厚生労働省、使用上の注意の改訂を指示。

4月20日

- ・ 医薬品情報室担当薬剤師が、MRから「添付文書改訂のお知らせ」を受理。
- ・ 担当薬剤師は、薬剤科長に報告するとともに、薬歴管理簿から必要な情報を抽出して、当該薬剤の処方医と処方患者を特定。
- ・ 医薬品情報室担当薬剤師は、処方医へ速報として「添付文書改訂のお知らせ」を持参し情報提供。

4月24日

- ・ 院長をはじめとする全医師、薬剤師、看護師が参加する「医薬品安全管理委員会」で本安全性情報を審議。院長は、処方医に対し、当該薬剤服用患者の心臓弁膜病変の有無を確認するよう指示。検査室へも協力を要請。

5月 1日

- ・ 「医薬品安全管理委員会」に該当患者全員に問診等でわかる副作用所見は認められていない旨の報告。

5月 9日

- ・ 入院中の患者については心エコー検査を実施。異常がないことを確認。

出典：平成20年5月12日 第2回 医薬品安全使用実践推進検討会資料より一部改変

15

<例①の経過(その2)>

5月15日

- ・ 医薬品情報室担当薬剤師は、MRから当該薬剤が海外で市場撤退した旨の情報を入手。薬剤科長と院長、診療科医師で協議し、次回の「医薬品安全管理委員会」で検討することに決定。

5月22日

- ・ 「医薬品安全管理委員会」で審議し、市場撤退のお知らせに記載のある危険因子である長期間の服用が必要な薬剤であること、当該事象が高齢者では重篤となりうることへ配慮して、全医師了解のもと採用中止を決定。
- ・ 医薬品情報室担当薬剤師は、採用薬の中から代替薬となる医薬品を調査し、非麦角アルカロイド製剤を推奨。同時に、本剤の安易な中止や切り替えに伴い発症するおそれのある悪性症候群の危険性について、各主治医に注意喚起。
- ・ 外来患者についてもエコー検査を実施し、当該副作用が発現していないことが報告され対応の完了を確認。

出典：平成20年5月12日 第2回 医薬品安全使用実践推進検討会資料より一部改変

17

<例②の経過>

8月30日

- ・ 医薬品・医療機器等安全性情報より当該情報を入手。
- ・ 医薬情報室担当薬剤師は、医薬品情報管理室手順に従い、医師等への情報提供を開始。

9月 1日

- ・ 医薬情報室担当薬剤師が、院内LANシステムに当該情報を登録。
- ・ 病棟薬剤師に対して、担当患者が抗生物質Aを使用していた場合、検査値の確認等、副作用の発現の確認を指示。

9月 3日

- ・ 医薬情報室担当薬剤師が、院内情報紙を作成、発行。

出典：平成20年5月12日 第2回 医薬品安全使用実践推進検討会資料より一部改変

19

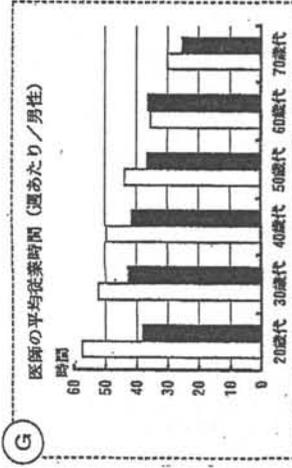
- ① 医療施設において安全性情報を有効に活用するために、医薬品情報室において安全性情報の収集・評価と、最適な措置を立案しうる人材が配置されていた。
 - × 不特定多数を対象とした「お知らせ」等による情報提供では不十分
 - ITの活用と、面談による情報提供の使い分けが望ましい
- ② 医療施設において処方医、使用患者、入院・外来の状況、来院日を特定できる処方管理ツールが整備されていた。
- ③ 医療施設において医薬品安全性情報の活用対策を実践するためのコンセンサス形成と院内協力体制を確保するための委員会が存在していた。
- ④ 入院患者を対象とした安全性情報の活用体制として病棟薬剤師が機能していた。

出典：平成20年5月12日 第2回 医薬品安全使用実践推進検討会資料より一部改変

嘉山委員提出資料
21.11.18

仕分け作業(平成21年11月11日)で使われた資料と実態

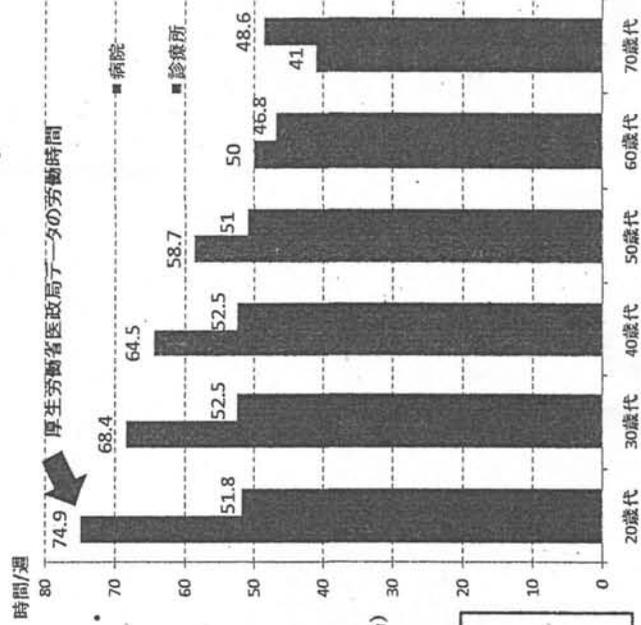
行政刷新会議ワーキンググループ・配布資料
(11月11日午後の部6)



(出典)「医師需給に係る医師の勤務状況調査」(厚生労働省医政局)(17年11月の抽出調査)

医療(問診、手術、検査、手術研修、~~病状観察~~、待機~~と~~常態化)、患者さんに関する文献検索)

医師の平均労働時間(週あたり/男性)



出典：平成18年7月28日厚生労働省医政局発表「労働時間」「医師の需給に関する検討会報告書」



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) 650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

平成21年11月13日中医協基本問題小委員会提出資料訂正について

「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」

「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」(平成21年11月13日
中医協診-1,p5), の往診料の記載に誤記がありましたので訂正いたします。

○ 誤 第1の1, 枠囲い中
C000 往診料(対診も含む) 600点



○ 正 C000 往診料(対診も含む) 650点