

診療報酬調査専門組織 (DPC評価分科会) 座席表

(日時) 平成21年11月18日(水) 14:30~16:30

(会場) 厚生労働省専用第21会議室(17階)

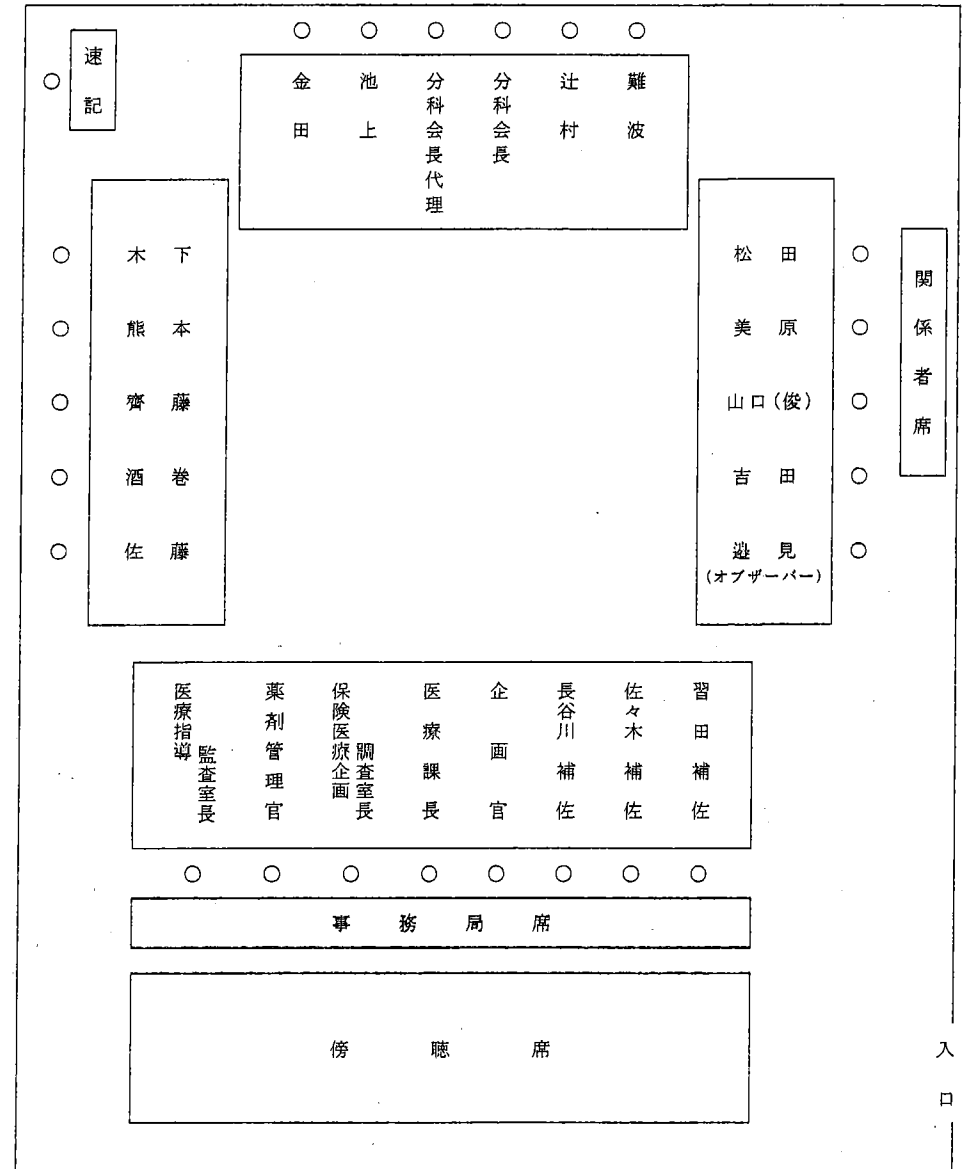
平成21年度 第13回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

日時: 平成21年11月18日(水) 14:30~16:30

場所: 厚生労働省専用21会議室(17階)

議事次第

- 1 新たな機能評価係数について
- 2 その他



<委員>

氏名	所属等
相川 直樹	財団法人国際医学情報センター理事長
池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授
伊藤 澄信	独立行政法人 国立病院機構本部医療部研究課長
金田 道弘	特定医療法人緑社会理事長兼金田病院長
木下 勝之	医療法人社団九折会 成城木下病院理事長
熊本 一朗	鹿児島大学医療情報管理学教授
○ 小山 信彌	東邦大学医療センター大森病院心臓血管外科部長
齊藤 壽一	社会保険中央総合病院名誉院長
酒巻 哲夫	群馬大学医療情報部教授
佐藤 博	新潟大学教授・医歯学総合病院薬剤部長
嶋森 好子	慶應義塾大学看護医療学部教授
辻村 信正	国立保健医療科学院次長
難波 貞夫	富士重工業健康保険組合総合太田病院病院長
◎ 西岡 清	横浜市立みなと赤十字病院院長
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
美原 盤	財団法人美原記念病院院長
山口 俊晴	癌研究会有明病院消化器外科部長
山口 直人	東京女子医科大学医学部衛生学公衆衛生学第二講座主任教授
吉田 英機	昭和大学医学部名誉教授

◎ 分科会長 ○ 分科会長代理

<オブザーバー>

氏名	所属等
邊見 公雄	赤穂市民病院名誉院長

新たな機能評価係数について

- 経緯等
 - 新たな機能評価係数について、平成20年12月17日の中央社会保険医療協議会基本問題小委員会の合意（「新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方」）をもとに、DPC評価分科会において議論を重ねてきた。
 - データが不足しているとされていた「救急医療」や「診療ガイドライン」、「病棟の職員配置」等について特別調査を実施し、今般その結果がまとまったところ。
 - これらのことから、次期診療報酬改定より、新たな機能評価係数として加える項目について、具体的に選定を行う。
- 機能評価係数の具体案（たたき台）
 - これまでの議論及び集計結果等を踏まえ、これまで候補として絞り込まれていた項目について、別紙のように各指標等を用いて評価してはどうか。

新たな機能評価係数の具体案(たたき台)

別紙

参考資料 1 21.11.18	中医協 診-2-1 21.6.24	診調組 D-4 21.6.19
--------------------	----------------------	--------------------

項目	名称	考え方	設定方法	留意点等
1	DPC病院として正確なデータを提出していることの評価 (正確なデータ提出のためのコスト、前位不明・詳細不明コードの発生頻度、様式1の非必須項目の入力割合等) ・医療の質に係るデータを公開していることの評価	DPC対象病院において、十分な体制で、詳細なデータを作成・提出され、そのデータが公開されることで、医療の透明化や透明化等を推進することの評価	DPC導入に適切に参加していることで、一律に一定の係数で評価ただし、適切に参加出来ない場合には減算	適切に参加出来ない場合は、例えば、 ①データ提出の遅延 ②前位不明、詳細不明のICD10コード使用割合が40%以上等
2	効率化に対する評価 (効率性指数、アウトカム評価と合わせた評価等)	平均在院日数が短いと、病棟業務が繁忙になることから、患者の医療構成の違いを補正した上で、相対的に在院日数が短いことを評価	在院日数の指数(効率性指数)をもとに連続的評価	在院日数の指数(効率性指数) = 全DPC対象病院の平均在院日数 / 当該医療機関の患者構成が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数
3	複雑性指数による評価	全DPC対象病院の平均で補正した上で、在院日数又は1入院あたり点数が大きいかを評価	患者構成の指数(複雑性指数)をもとに連続的評価	(案1)患者構成の指数(複雑性指数) = 当該医療機関の各診断群分類の在院日数が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数 / 全病院の平均在院日数 (案2)患者構成の指数(複雑性指数) = 当該医療機関の各診断群分類の入院あたり点数が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均入院あたり点数 / 全病院の平均入院あたり点数
4	診断群分類のカバー率による評価	一定数以上算定している診断群分類数の、全診断群分類数に対する割合による評価	患者の多様性の指数(カバー率)をもとに連続的評価	患者の多様性の指数(カバー率) = 当該医療機関で(一定数以上の)出現した診断群分類の数 / 全診断群分類の数 ※ただし、専門病院においては、当該医療機関が主に算定している診断群(6桁分類)に限定して計算し、係数とする際の重み付けは、別に設定する。
5	救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価	考え方1 緊急性の高い患者を多く受け入れる医療機関では、他の医療機関より医療資源の投入量が多くなることを補正 考え方2 救急医療を提供するための体制を有していることの評価	(案1)救急患者割合をもとに連続的評価 (案2)一定の基準(患者数や人員配置等)を満たす場合に一律の評価	※ 救急患者割合 = 救急車あり又は入院初日の初診科において時間外・休日・夜間加算ありのDPC対象患者数 / DPC対象患者数 ・ 〇歳以下の患者、医療資源をもっとも投入した患者が重症患者の患者、入院精神療法の算定があった患者は、〇倍してカウント ・ 常時、救急部門に専任の医師または看護師が院内に配置されている。 ・ 常時、薬剤師、臨床検査技士及び放射線技師が院内に配置されている。
6	医療計画で定める事業等について、地域での実施状況による評価	医療計画(4疾病・5事業)において地域で一定の役割を担っていることの評価 ※4疾病:がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病 5事業:救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療	医療計画での役割に応じて、定数の係数による評価	
7	患者の年齢構成による評価			
8	診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価			
9	医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価			

新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方

- 1 DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。
- 2 DPC導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点(医療全体の質の向上)が期待できる係数を検討するべきではないか。
- 3 DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないか。
- 4 地域医療への貢献という視点も検討する必要性があるのではないか。
- 5 DPCデータを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一定の基準により段階的な評価を行うばかりではなく、連続的な評価の導入についても検討してはどうか。
その場合、診療内容に過度の変容を来たさめ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。
- 6 DPC対象病院であれば、すでに急性期としてふさわしい一定の基準を満たしていることから、プラスの係数を原則としてはどうか。
- 7 その他の機能評価係数として評価することが妥当なものがあれば検討してはどうか。

※ 平成20年12月17日 中医協・基本問題小委員会において承認

DPC評価分科会における 新たな「機能評価係数」の絞り込みについて(案)

A項目における新たな機能評価係数の 候補の絞り込みに当たっての考え方(案)

評価すべき項目

- (1) 診断群分類点数表では、評価が困難である、若しくは、当該DPC病院において、特別にコストがかかっているもの
- (2) DPC病院における医療の質を担保するためのもの
- (3) 当該病院に入院する全DPC対象患者が負担することが妥当なもの
- (4) 地域として必要な機能と思われるもの
- (5) 既に十分なデータがあるもの、又は容易に調査可能なもの
- (6) 新たな機能評価係数とすることについて、比較的合意が得られやすいもの
- (7) 機能評価係数として評価した場合に、病院での診療や診療報酬の請求において、問題が生じにくいもの

(参考)

- (1) 『調整係数が果たしていた役割のうち、「(1)前年度並の収入確保」については廃止することとし、「(2)現在の機能評価係数のみでは対応できていない病院機能の評価」については、新たな「機能評価係数」として評価できるものを検討する。』
(平成20年12月12日中医協・基本小委において承認)
- (2) 調整係数の廃止に当たっては、激変緩和を目的とした段階的廃止を実施することとされている。
(平成21年3月25日中医協・基本小委において承認)

※ A項目：平成21年4月15日 中医協・基本問題小委員会において、『新たな「機能評価係数」に関する検討の整理』において、「A. DPC対象病院において評価を検討すべき項目」として分類された項目

I. 次期改定での導入が妥当と考えられた項目

項目	評価指標の例
1 DPC病院として正確なデータを提出していることの評価 (正確なデータ提出のためのコスト、部位不明・詳細不明コードの発生頻度、様式1の非必須項目の入力割合等)	① 部位不明・詳細不明コード/全DPC対象患者 ② 様式1の非必須項目の入力患者数/非必須項目の対象となる患者数 ③ DPC調査において、データ提出の遅滞があった回数
2 効率化に対する評価 (効率性指数、アウトカム評価と合わせた評価等)	① 全DPC対象病院の平均在院日数 / 当該医療機関の患者構成が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数 (再入院調査の結果と合わせて評価)
3 複雑性指数による評価	① 当該医療機関の各診断群分類の在院日数が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数 / 全病院の平均在院日数
4 診断群分類のカバー率による評価	① 当該医療機関で(一定数以上の)出現した診断群分類の数 / 全診断群分類の数

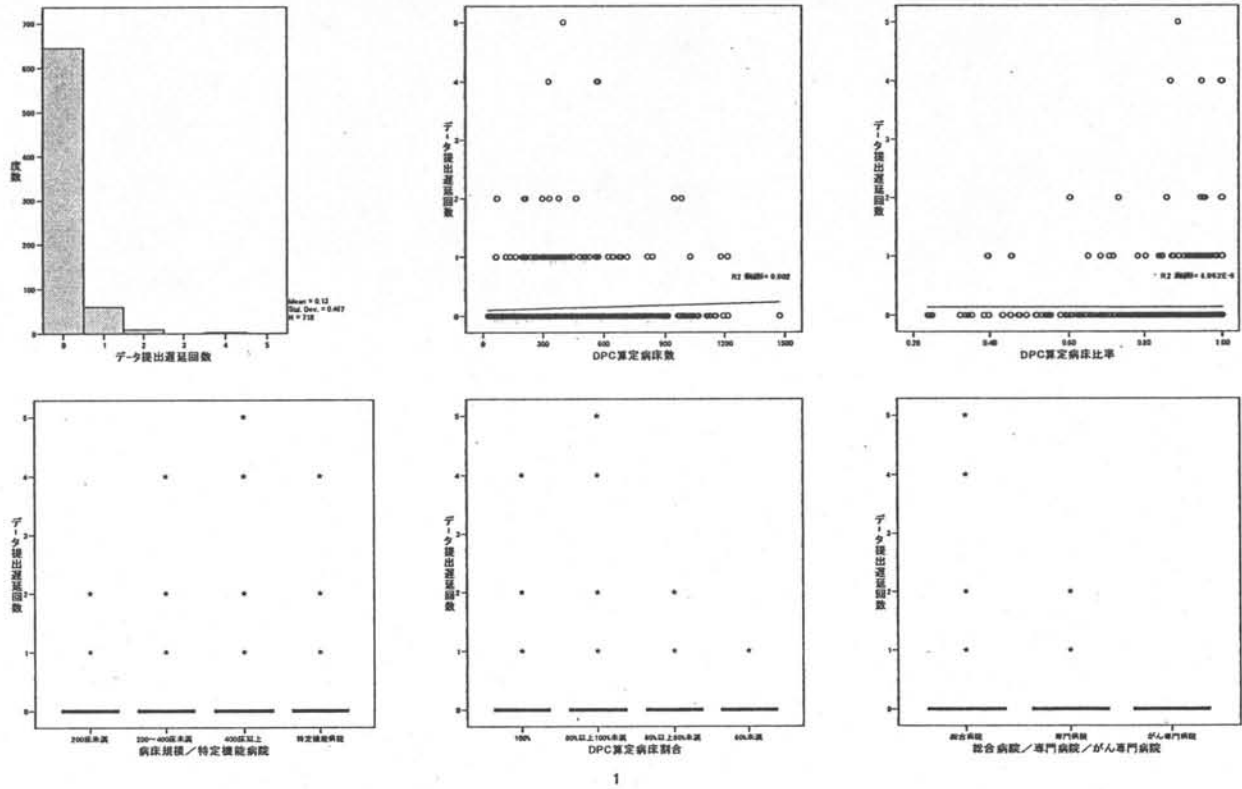
II. 次期改定での導入を検討するため、更にデータ分析や追加の調査を実施すべきとされた項目

項目	評価指標の例
救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価	①-1 救急車で搬送され入院した患者数 ①-2 救急車で搬送され入院した患者数 / 全DPC対象患者 ①-3 救急車で搬送され入院した患者数 / 当該医療機関の所属する2次医療圏の人口 ②-1 入院初日に初診料の時間外・深夜・休日加算が算定されて入院した患者数 ②-2 入院初日に初診料の時間外・深夜・休日加算が算定されて入院した患者数 / 全DPC対象患者 ②-3 入院初日に初診料の時間外・深夜・休日加算が算定されて入院した患者数 / 当該医療機関の所属する2次医療圏の人口 ③-1 緊急入院の小児の患者数 ③-2 緊急入院の小児の患者数 / 全DPC対象患者 ④-1 救急車で搬送され入院した患者で、入院精神療法又は救命救急入院料において精神保健指定医が診療した場合の加算が算定されている患者数 / 全DPC対象患者 ④-2 入院初日に初診料の時間外・深夜・休日加算が算定されて入院した患者で、入院精神療法又は救命救急入院料において精神保健指定医が診療した場合の加算が算定されている患者数 / 全DPC対象患者 ⑤ 複数の診療科における24時間対応体制
2 患者の年齢構成による評価	① 年齢構成指数 (全DPC対象病院のデータを基に、各年齢層の疾病構成が同じと仮定した場合の、年齢階級別の1入院あたり医療資源の投入量を指数化する。その指数を用いて、各医療機関の患者の年齢構成による医療資源の投入量の差異を表す)
3 診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価	① 診療ガイドラインを明示して、患者へ治療方針の説明を行っているか否か ② 診療ガイドラインから選れた診療を行う場合、十分に検討するための委員会等が設置されているか否か ③ 患者及び職員が、診療ガイドラインを閲覧できる体制・設備が整備されているか否か
4 医療計画で定める事業等について、地域での実施状況による評価	① 3疾病(4疾病から糖尿病を除く)による入院患者数 ② 3疾病(4疾病から糖尿病を除く)による入院患者数 / 全DPC対象患者 ③ 3疾病(4疾病から糖尿病を除く)による入院患者数 / 当該医療機関の所属する2次医療圏の人口
5 医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価	① 病院に勤務している各職種の職員数 / 全DPC対象患者 ② 病棟に勤務している各職種の職員数 / 全DPC対象患者
6 医療の質に係るデータを公開していることの評価	① 特定のデータ(医療の質の評価等につながる項目)の公表を行っているか否か。

○: DPCデータで集計が可能な指標
●: 特別調査を行う等で医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能と考えられる指標

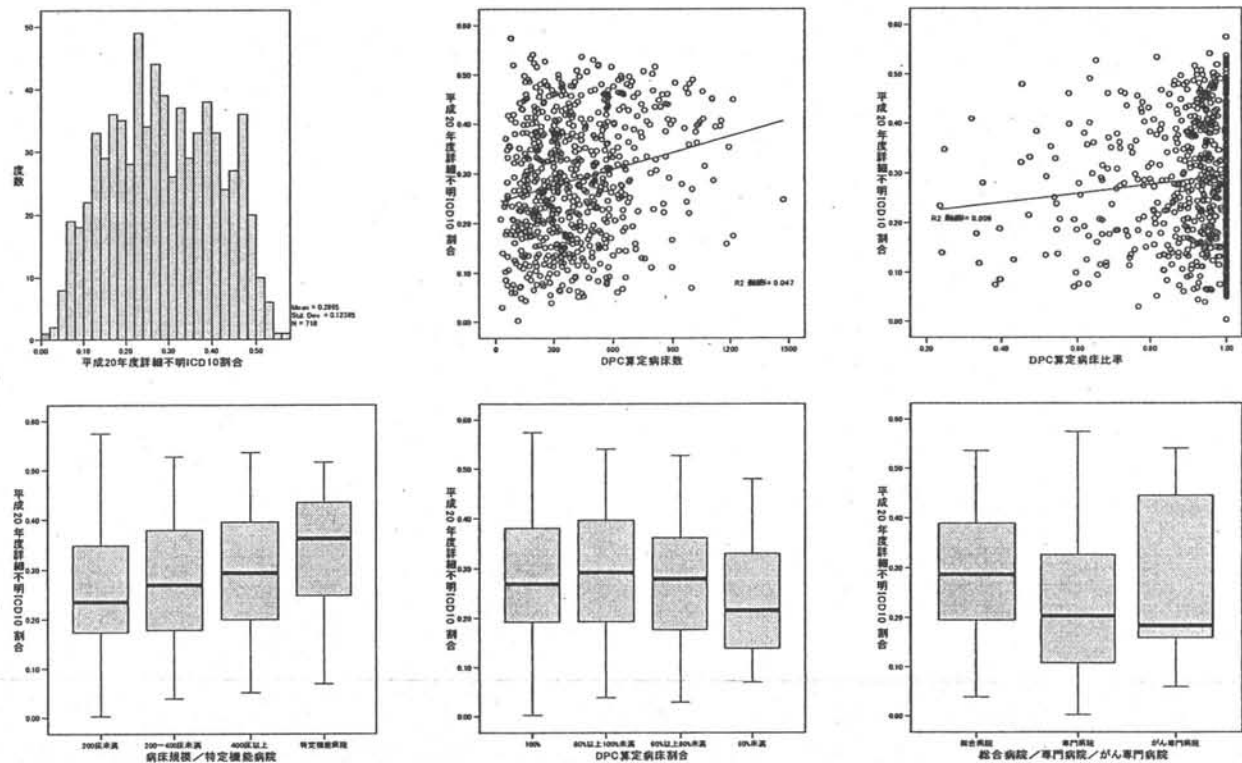
1. DPC対象病院として正確なデータを提出していることの評価①データ提出の遅滞

※データ提出遅延回数



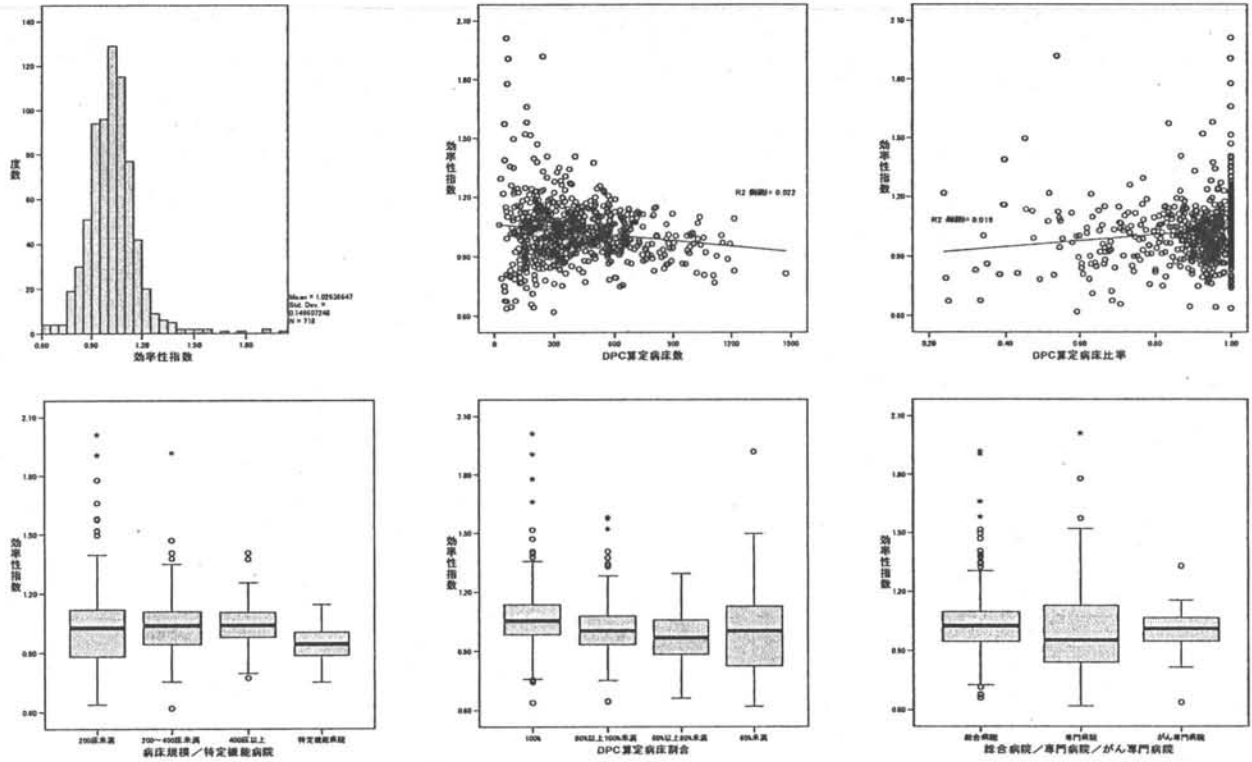
1. DPC対象病院として正確なデータを提出していることの評価②詳細不明等症例の割合

※部位不明、詳細不明のICD10コード使用割合



2. 効率化に対する評価(平均在院日数の効率性指数)

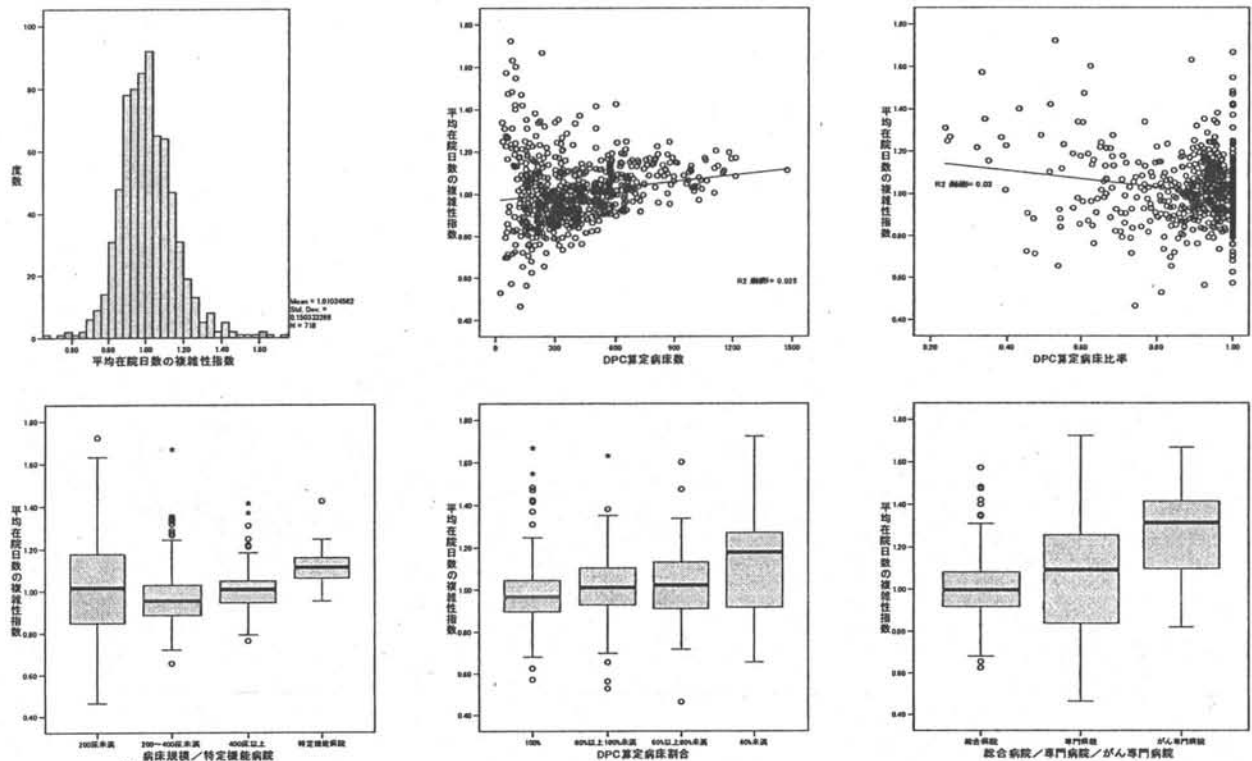
※全DPC対象病院の平均在院日数
 /当該医療機関の患者構成が、全DPC対象病院と同じとした場合の平均在院日数



3

3. 複雑性による評価(案1)平均在院日数の複雑性指数

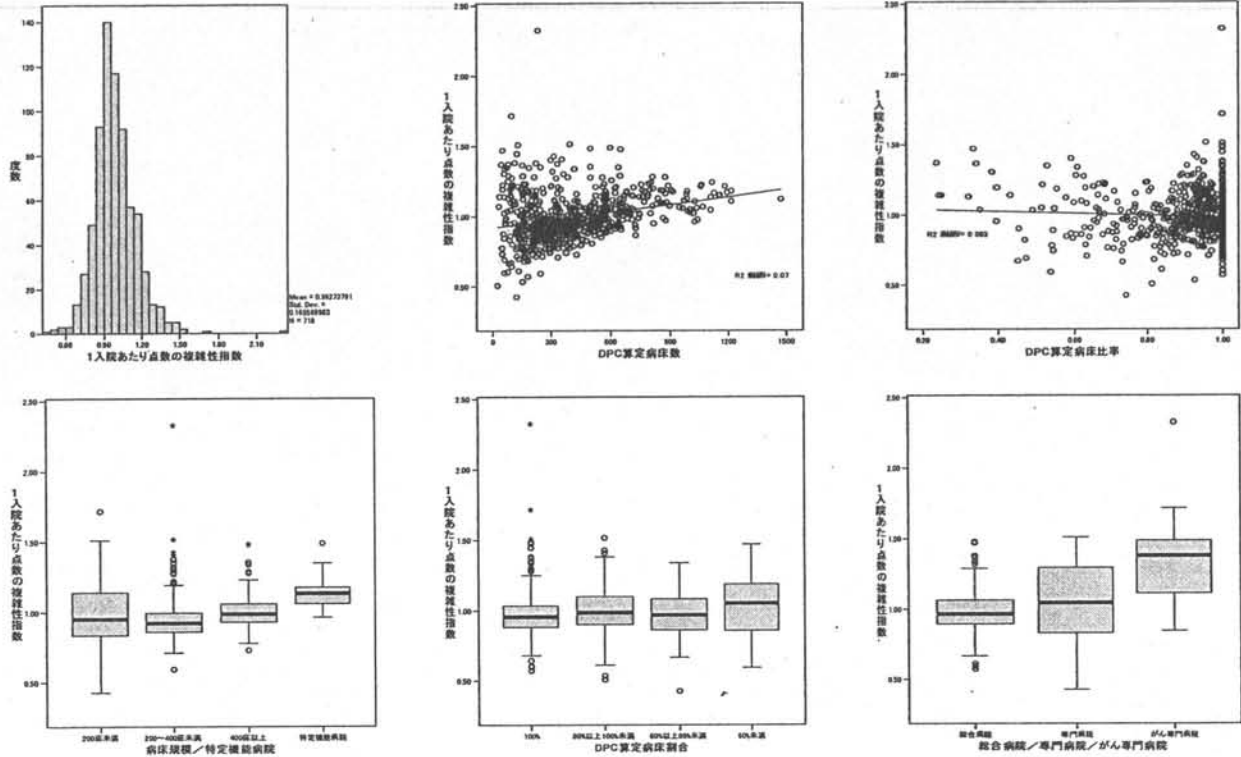
※当該医療機関の全診断群分類毎の在院日数が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数
 /全病院の平均在院日数



4

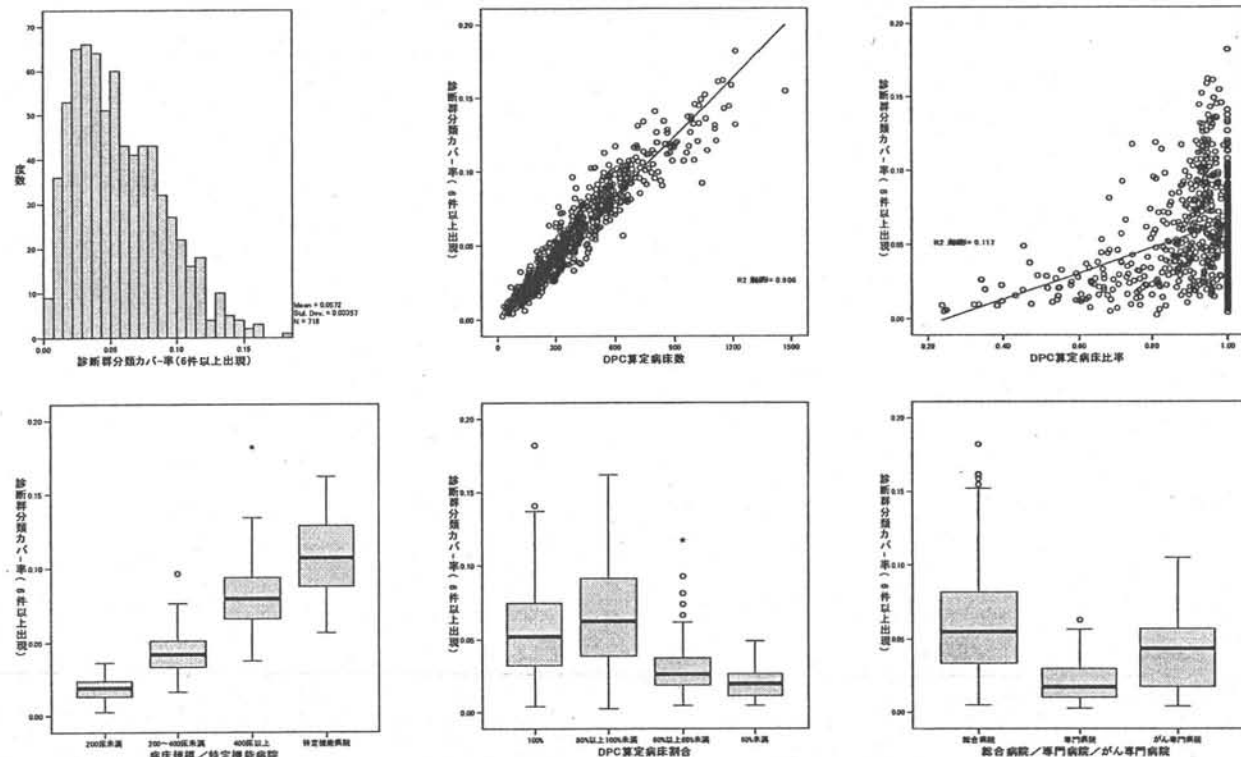
3. 複雑性による評価(案2)1入院あたり点数の複雑性指数

※当該医療機関の各診断群分類の一入院あたり点数が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均一入院あたり点数
 / 全病院の平均一入院あたり点数



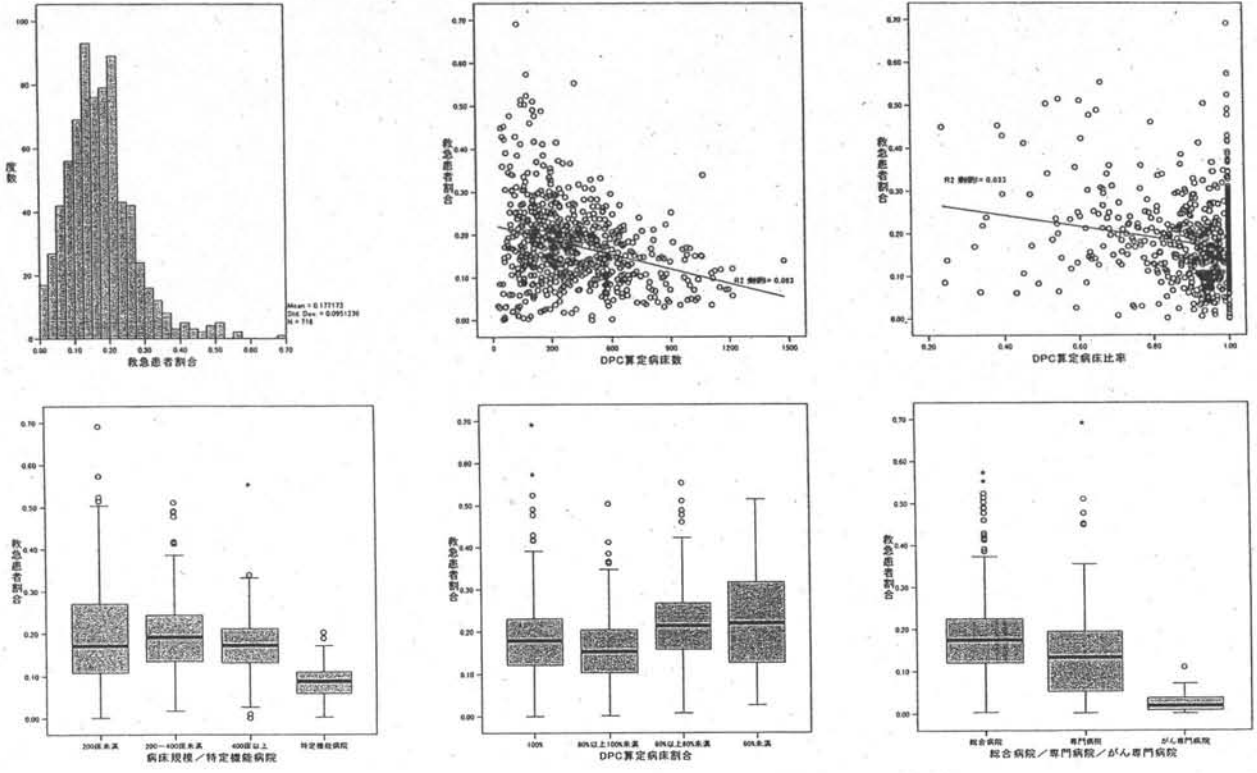
4. 診断群分類のカバー率による評価

※当該医療機関で6件以上出現した診断群分類の数
 / 全診断群分類の数(2451分類)



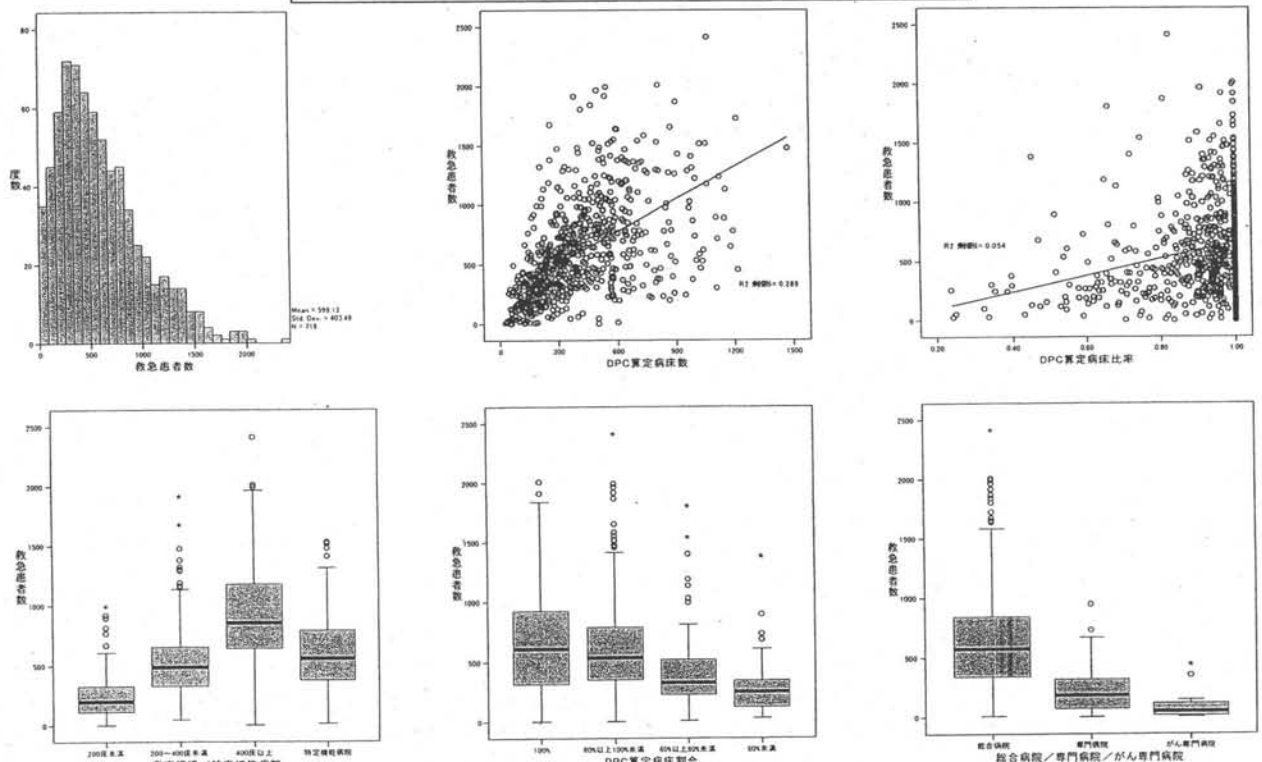
5. 救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価(案1)救急患者割合

※救急車あり又は入院初日の初診料において時間外・休日・深夜加算ありのDPC対象患者数
 /DPC対象患者数



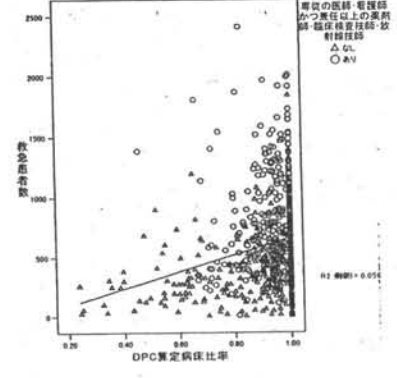
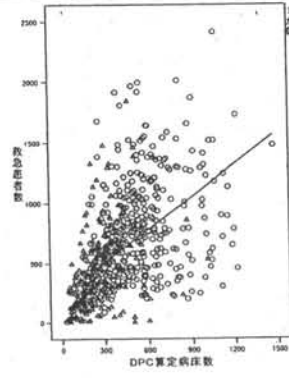
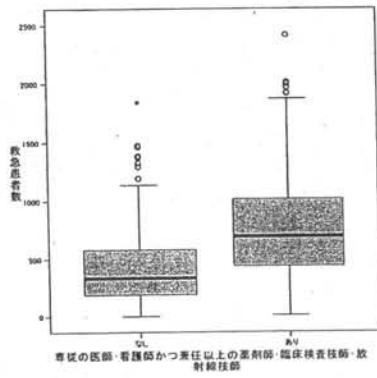
5. 救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価(案2)救急医療提供体制

※救急車あり又は入院初日の初診料において時間外・休日・深夜加算ありのDPC対象患者数



5. 救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価(案2) 救急医療提供体制

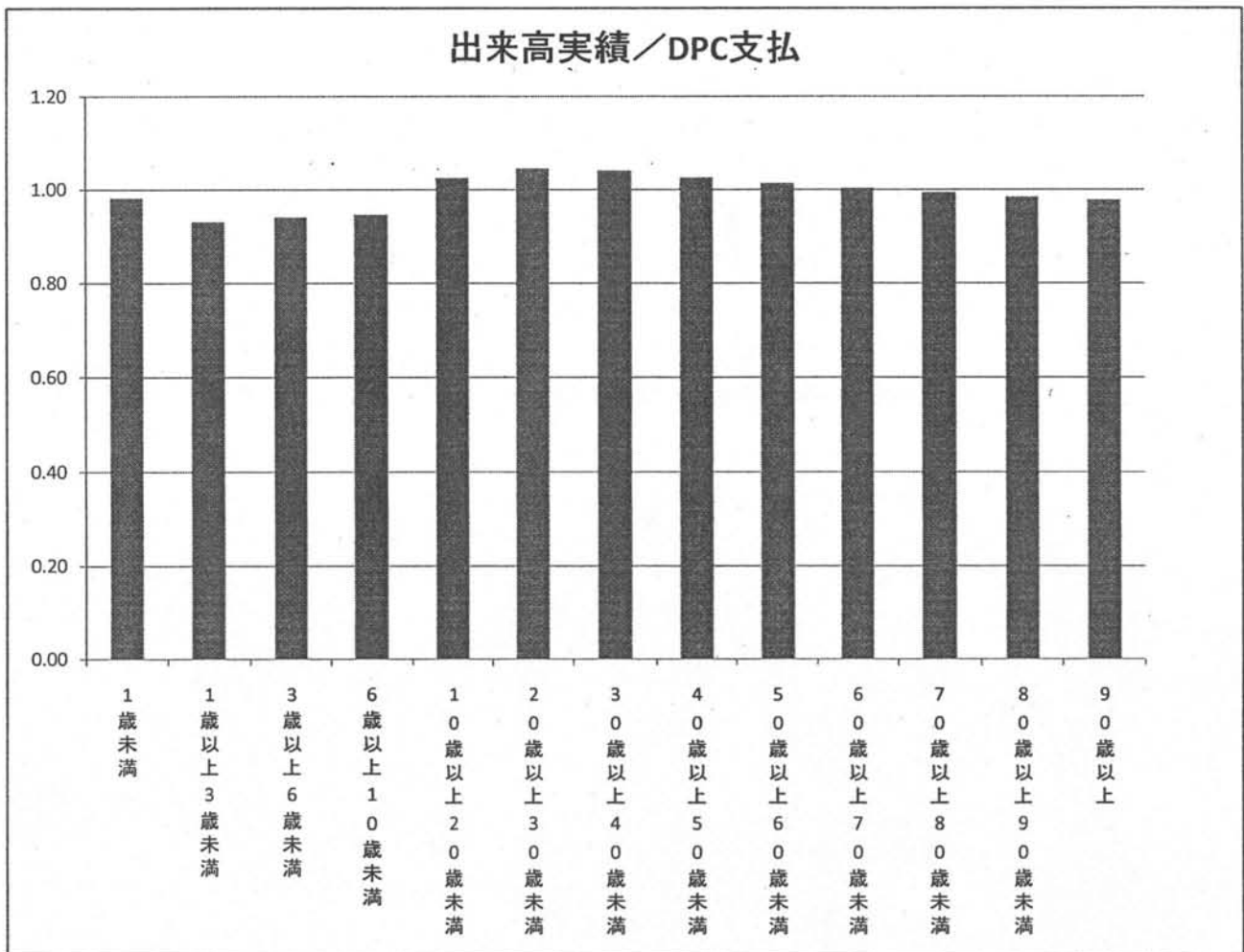
※深夜・準夜・休日のすべてにおいて
 医師及び看護師が専従で配置されており、かつ、薬剤師、臨床検査技師
 士及び放射線技師が専従又は兼任で配置



年齢階級ごとの平均在院日数と1日あたり点数

区分	件数	構成比	平均在院日数	患者構成を補正した平均在院日数	患者構成を補正した平均在院日数の相対値	平均1日あたり点数(出来高実績)	平均1日あたり点数(DPC支払)	出来高実績/DPC支払
1歳未満	74,272	2.89%	11.75	12.43	0.85	2,200	2,336	0.98
1歳以上3歳未満	56,844	2.21%	6.56	10.25	0.70	2,228	2,462	0.93
3歳以上6歳未満	42,572	1.65%	6.78	9.71	0.66	2,267	2,478	0.94
6歳以上10歳未満	33,454	1.30%	7.52	10.74	0.73	2,266	2,466	0.95
10歳以上20歳未満	68,761	2.67%	9.79	11.65	0.79	2,487	2,503	1.03
20歳以上30歳未満	96,960	3.77%	10.53	12.57	0.86	2,570	2,490	1.05
30歳以上40歳未満	158,258	6.15%	11.24	12.73	0.87	2,615	2,540	1.04
40歳以上50歳未満	172,814	6.72%	12.22	13.14	0.89	2,796	2,720	1.03
50歳以上60歳未満	319,078	12.40%	14.06	14.13	0.96	2,867	2,832	1.01
60歳以上70歳未満	526,182	20.45%	14.91	14.77	1.01	2,804	2,802	1.00
70歳以上80歳未満	628,187	24.42%	16.58	16.19	1.10	2,671	2,694	0.99
80歳以上90歳未満	332,740	12.94%	19.03	17.45	1.19	2,540	2,561	0.98
90歳以上	62,272	2.42%	21.58	18.42	1.25	2,470	2,481	0.98
全数	2,572,394	100.00%	14.69	14.69	1.00	2,662	2,668	1.00

※平成20年度(6ヶ月)データを使用
 ※平成15年～20年DPC対象病院データ(718病院)を対象とする。
 ※包括評価となる診断群分類に該当したデータでのみ集計



新たな機能評価係数に係る特別調査

(散布図)

■調査対象期間:平成21年7月27日～8月2日の7日間

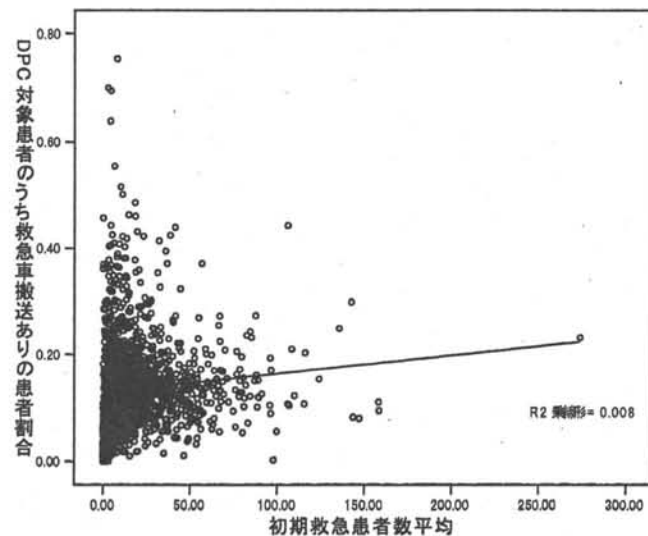
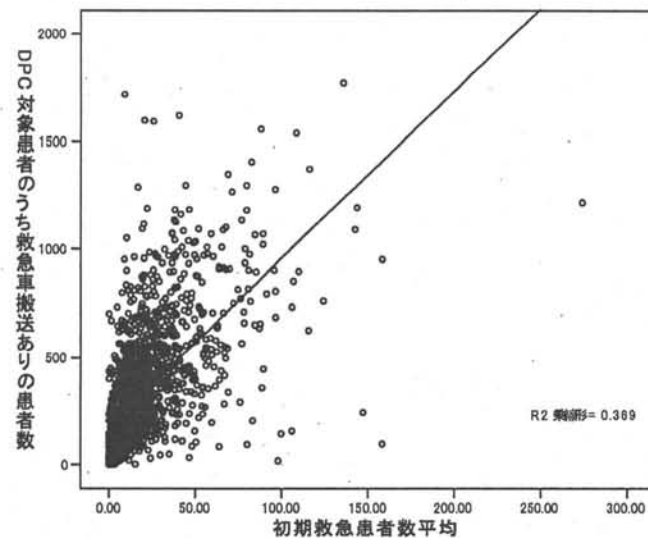
■調査対象施設

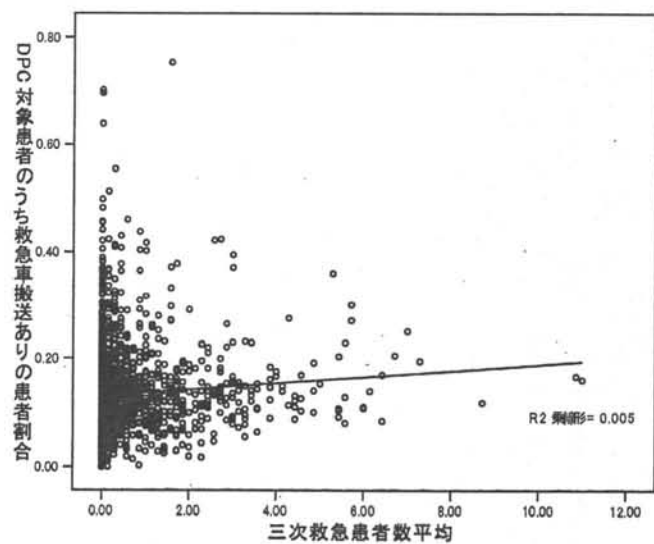
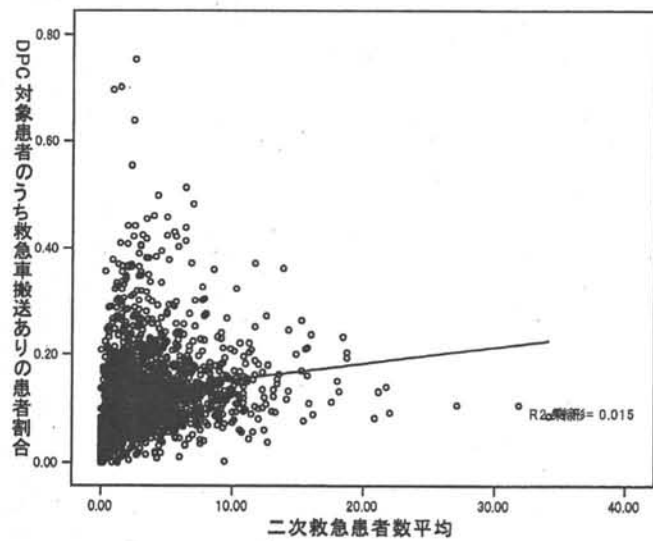
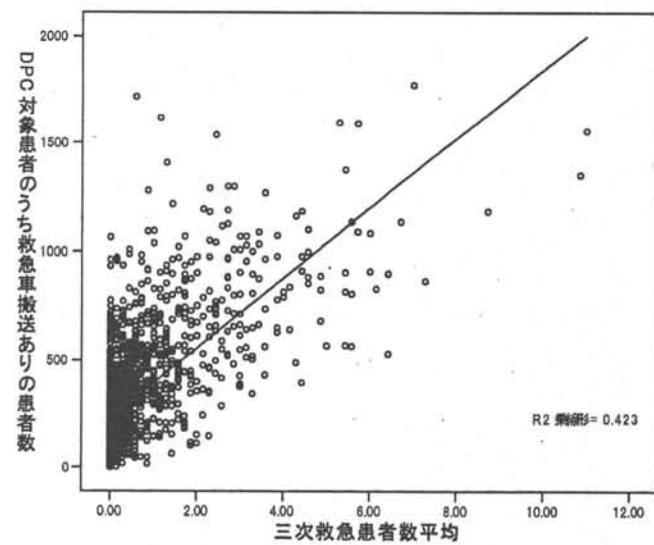
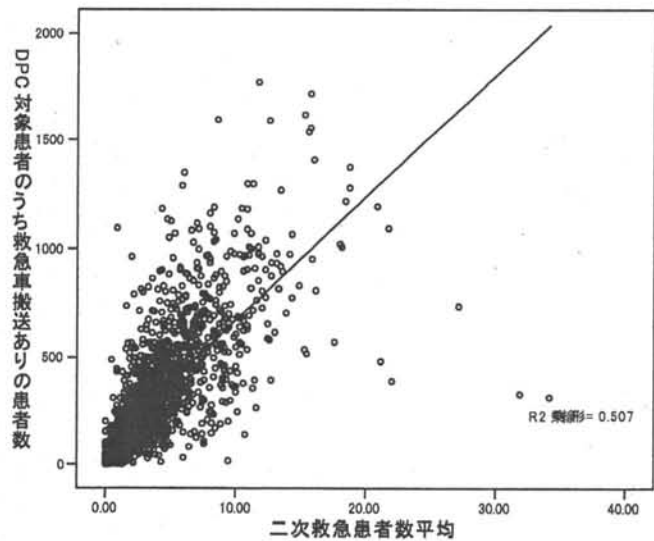
内訳	施設数	備考
調査票配布	1,818	
調査票回収	1,608	
未提出	8	(うち、3施設は調査票配布後にDPC準備病院を辞退)

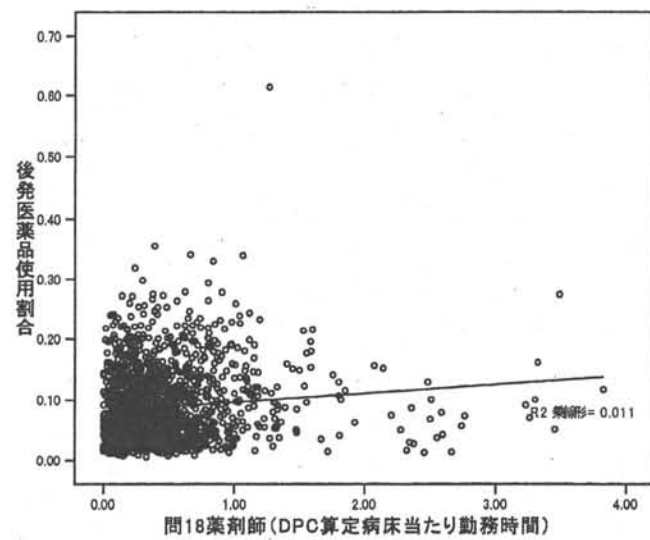
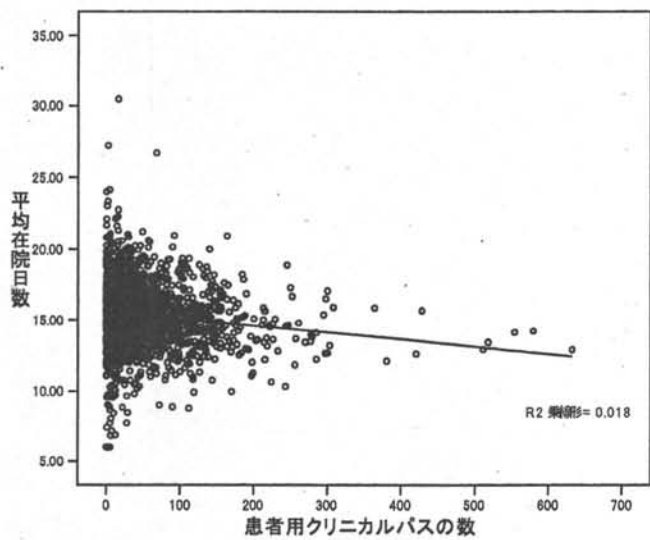
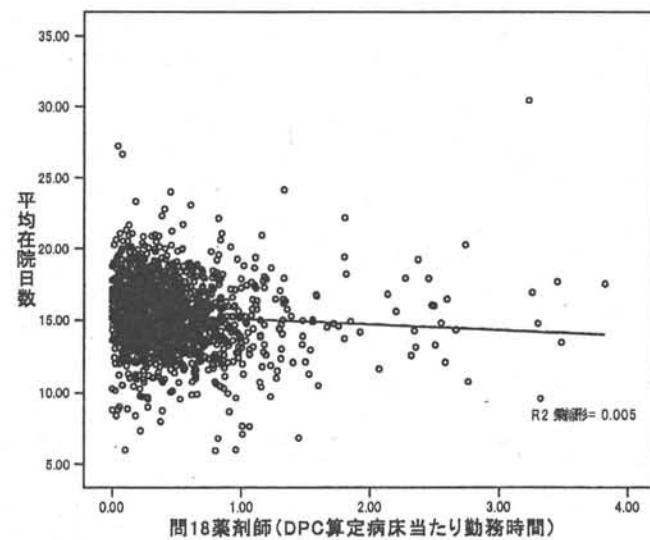
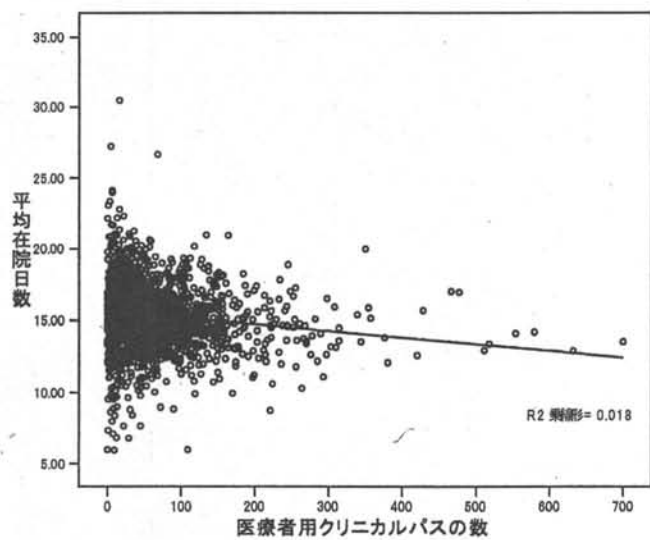
■今回の集計対象施設内訳

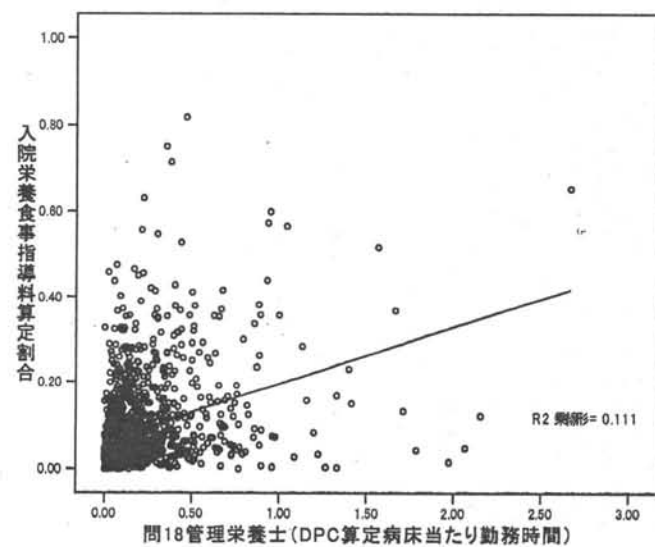
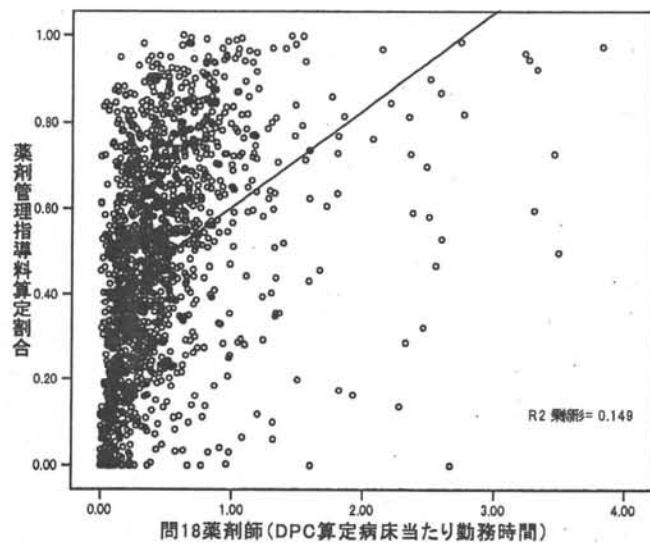
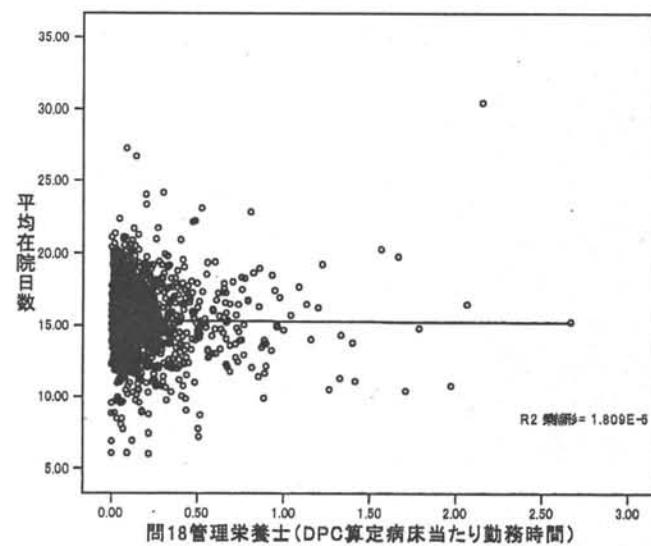
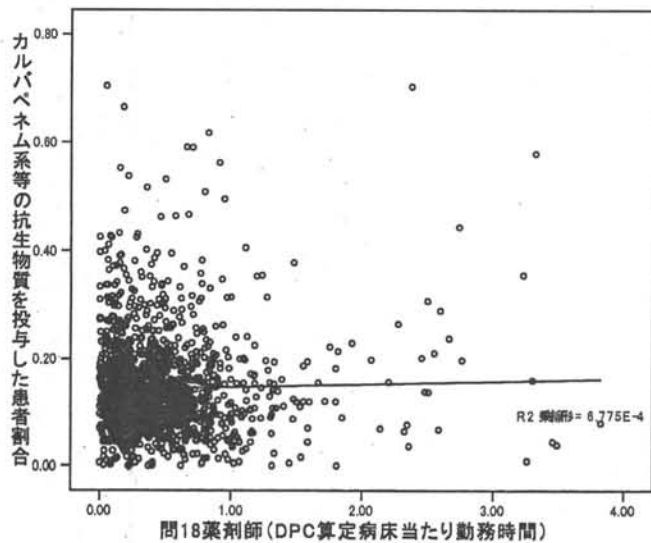
調査票が回収された施設のうち、平成21年度DPC準備病院を除いた、平成21年7月時点でのDPC対象病院ならびにDPC準備病院とする。

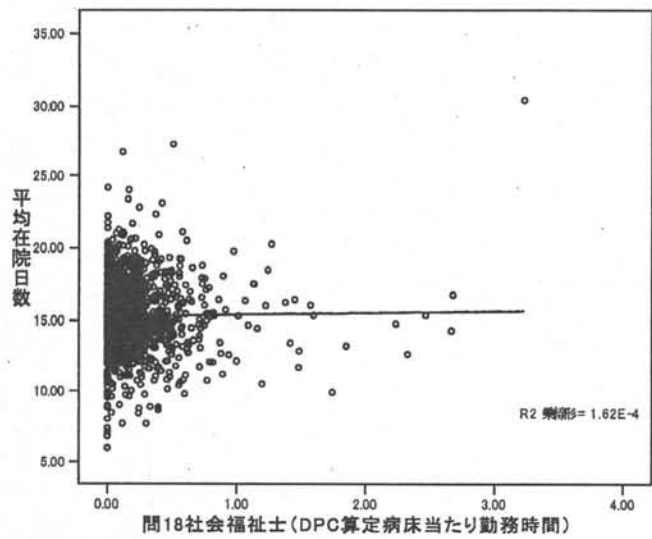
集計用分類	施設数
平成15年度DPC対象病院	81
平成16年度DPC対象病院	82
平成18年度DPC対象病院	215
平成20年度DPC対象病院	356
平成21年度DPC対象病院	587
平成18年度DPC準備病院	10
平成19年度DPC準備病院	119
平成20年度DPC準備病院	134
合計	1,544











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

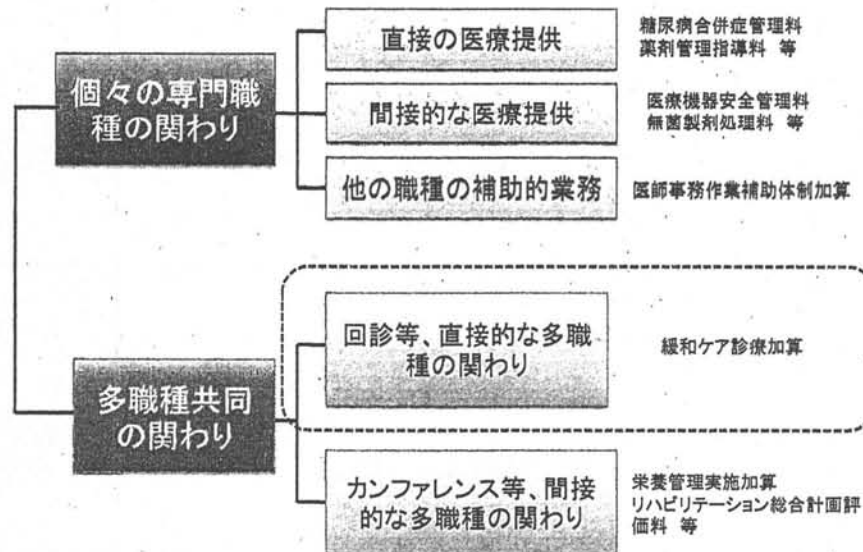
第4 論点

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)

栄養サポートチームの活動

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～



NST活動の普及状況

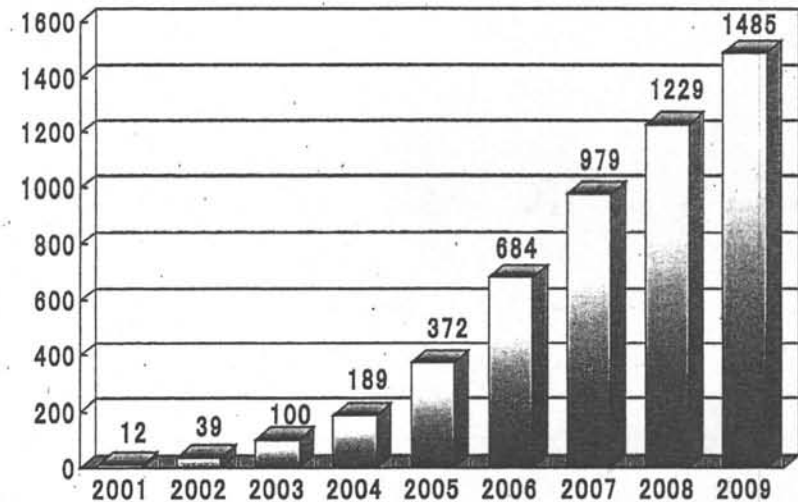


図1. 日本静脈経腸栄養学会・NSTプロジェクト参加施設中のNST稼働施設数の推移。

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

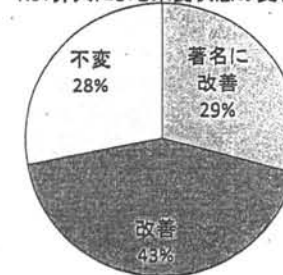
東口高志: Grand Rounds Nutrition Support Team(NST). 消化器の臨床 12(2):125~133,2009

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—

	急性期病状			慢性期病状		
	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
抗菌薬購用量(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-その重要性和運営のコン. 消化器の臨床 12(5), 2009

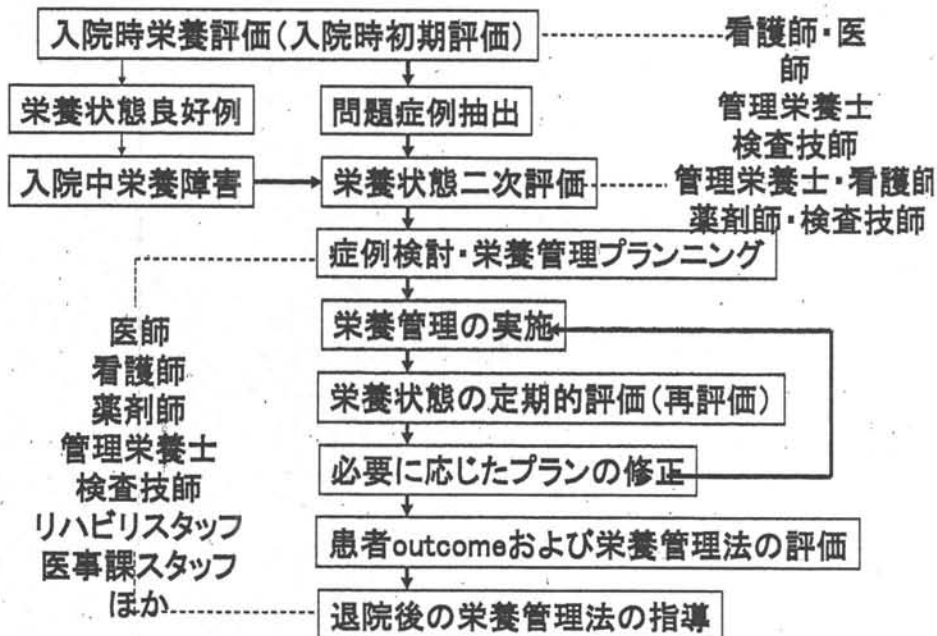


図2. NST活動のフローチャート

東口高志編: NST活動のための栄養療法データブック. 中山書店, 東京, 2008

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

近森病院における急性期栄養サポートチームの取組み

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長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。

NSTの効果

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↓

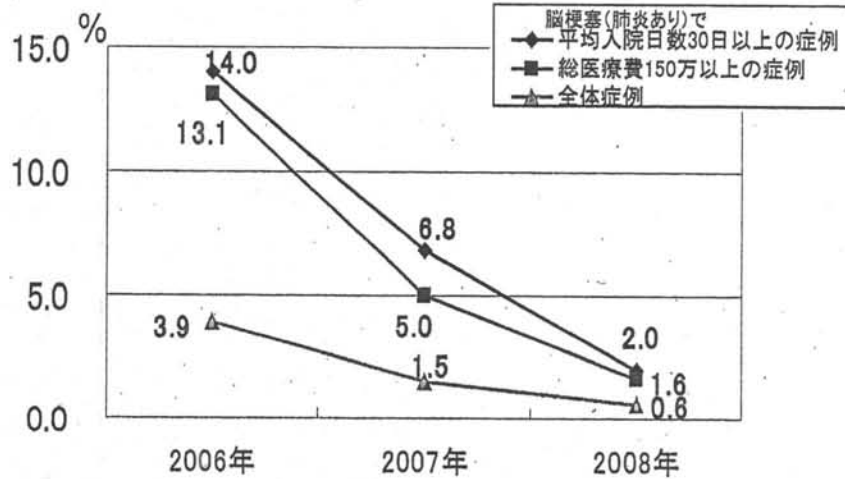
||
 チーム医療で労働生産性を高め、相対的に人的コストの削減
 +物的コストの削減+医療の質の向上

↓
 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!!

近森病院(338床)のNST介入症例数



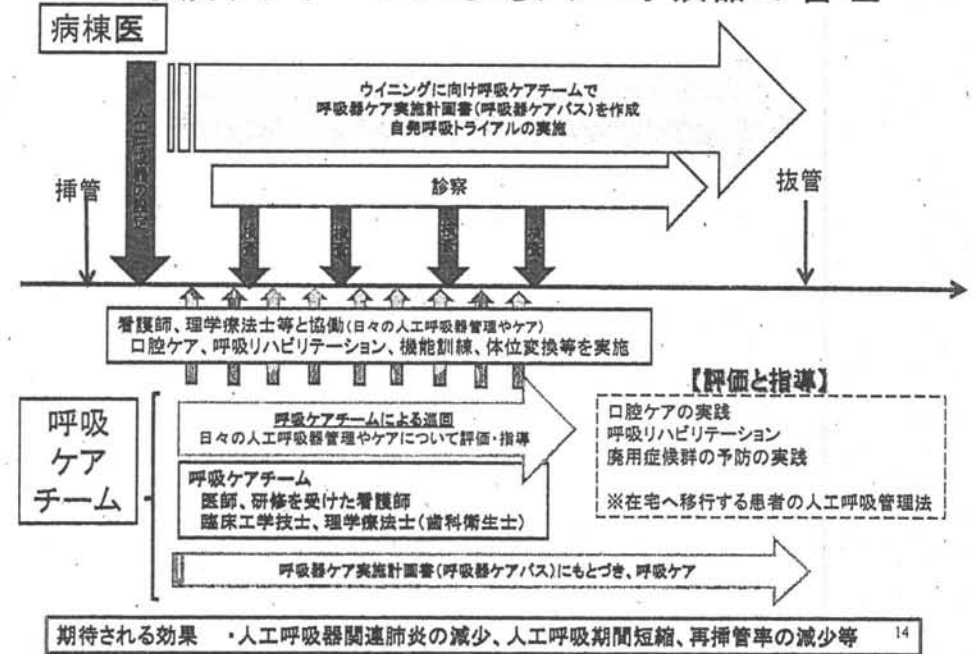
脳梗塞における肺炎ありの推移



12

呼吸ケアチームの活動

呼吸ケアチームによる人工呼吸器の管理



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.

13

15

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

デンタルブ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
プロトコー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。

