

医療提供体制について (その4)

医療提供体制 検討項目とスケジュール

第1回 入院医療

高度急性期・一般急性期、亜急性期等、長期療養、
有床診療所、地域特性

第2回 外来医療

特定機能病院等での専門特化外来等

第3回 医療連携

退院調整、後方病床連携、在宅-入院連携等

第4回 院内体制、リハビリテーション

病院医療従事者負担軽減、チーム医療、院内感染対策、
リハビリテーション等

院内体制について

①病院医療従事者の負担軽減策

平成22年度診療報酬改定の基本方針

(平成21年12月8日、社会保障審議会医療保険部会、医療部会)

1. 重点課題

(1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

(略)

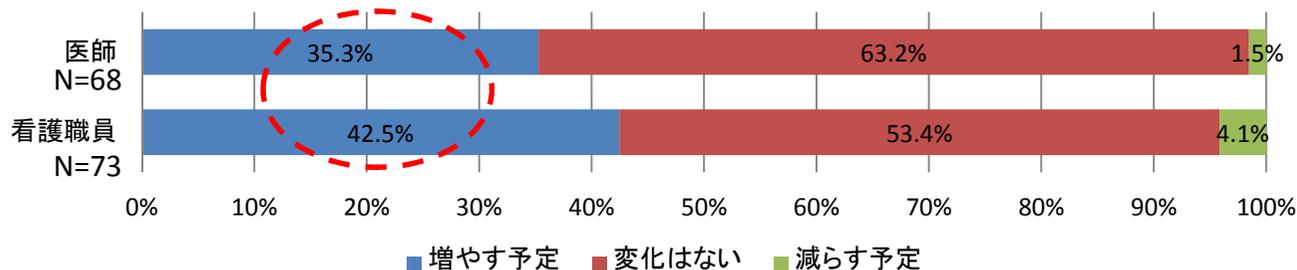
(2) 病院勤務医の負担の軽減(医療従事者の増員に努める医療機関への支援)

- また、救急、産科、小児、外科等の医療を適切に提供できる体制を充実させていくためにも、これらの医療の中心的役割を担う病院勤務医の過酷な業務に関する負担の軽減を図ることが必要であり、そのためには、これらの医療を担う医療機関の従事者の確保や増員、さらには定着を図ることが出来るような環境を整備することが必要である。
- このため、看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価や、看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価など、入院医療の充実を図る観点からの評価について検討するとともに、医療クランクの配置の促進など、医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価などについて検討するべきである。

救急医療に従事する医師、看護職員の平成23年度の採用予定数

- 救急医療に従事する医師、看護職員について、3次、2次、1次いずれの救急医療機関も、平成23年度の採用予定数は前年度より増やす予定の医療機関が、減らす予定の医療機関がより多かった。(1次についてはNの数が少ないことに留意)

【三次救急医療機関】

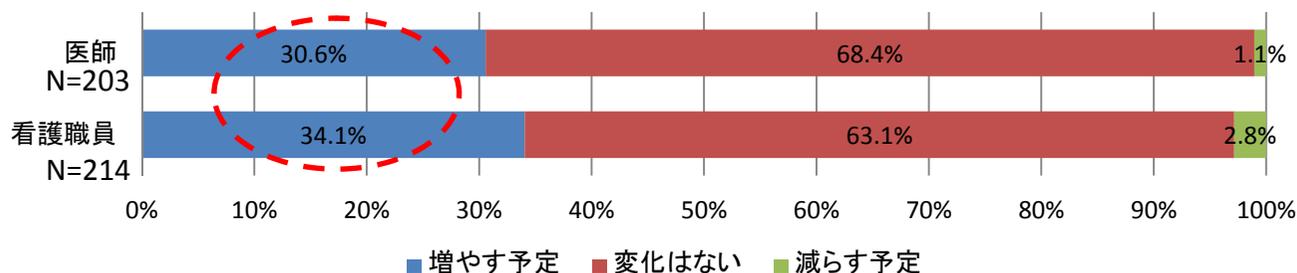


平均採用予定数

医師: 1.9人/100床 (N=44)

看護職員: 7.8人/100床 (N=54)

【二次救急医療機関】

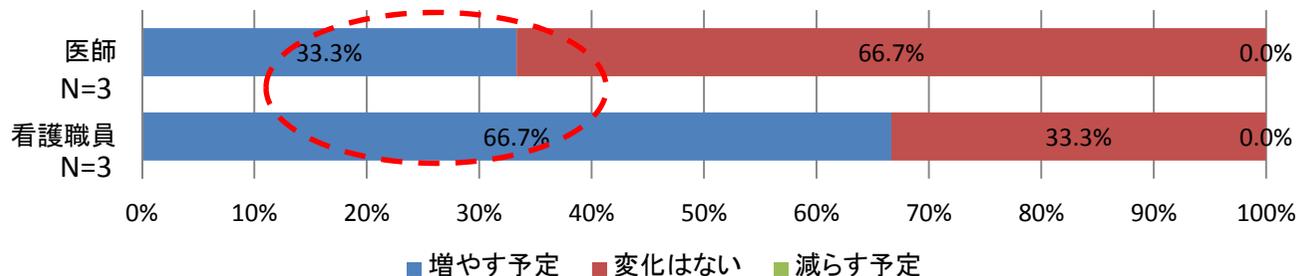


平均採用予定数

医師: 0.5人/100床 (N=188)

看護職員: 2.7人/100床 (N=197)

【一次救急医療機関】



平均採用予定数

医師: 0.3人/100床 (N=6)

看護職員: 0.7人/100床 (N=6)

出典: 平成22年度検証調査

診療科別医師数(施設調査)

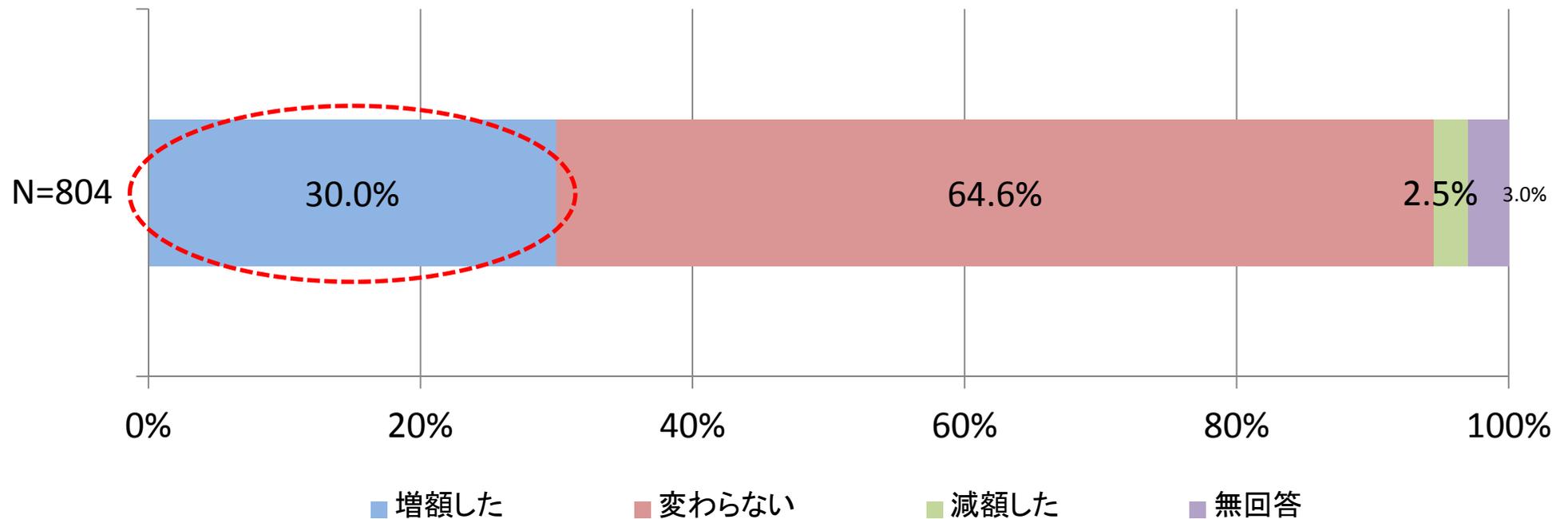
	平成21年6月	平成23年6月	
	常勤医師	常勤医師	割合
総計	20.1	21.0	104%
内科	5.6	5.8	104%
外科	2.5	2.6	104%
救急科	6.7	10.0	149%
小児科	2.0	2.2	110%
産婦人科	2.0	1.9	95%
精神科	1.9	1.9	0%
眼科	1.8	1.8	0%



常勤医師数は増加傾向。

改定後の医師の基本給の変化①(施設調査)

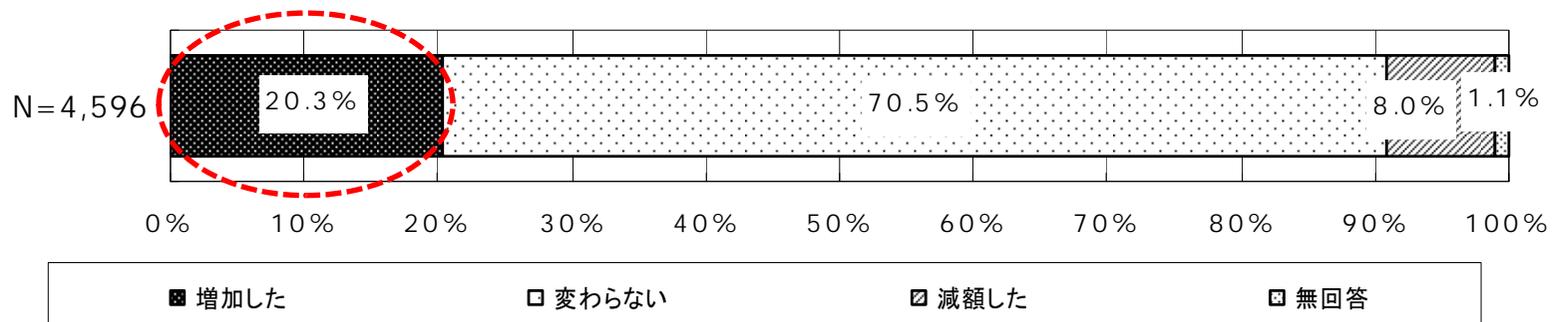
【昇格以外の理由での基本給の変化】



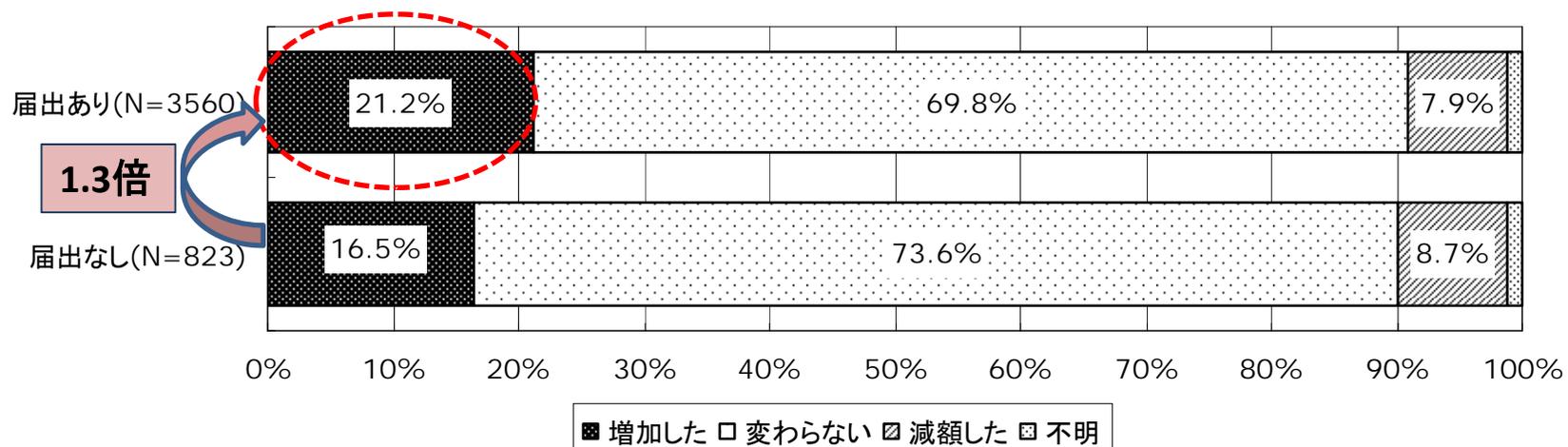
平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査) 病院勤務医の負担軽減の状況調査(速報)

改定後の医師の基本給の変化②(医師調査)

【全体】



【加算有無別】



注.「届出あり」は「医師事務作業補助体制加算」「急性期看護補助体制加算」「栄養サポートチーム加算」「呼吸ケアチーム加算」「総合入院体制加算」「ハイリスク分娩管理加算」「救命救急入院料」「小児入院医学管理料」のいずれかの届出をしている施設、「届出なし」はこれらのすべてに届出をしていない施設。

平成22年度改定病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇改善につながるよう、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を実行することを要件として項目を拡大する。

3項目から8項目に対象拡大

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目】

現行

- 入院時医学管理加算
- 医師事務作業補助体制加算
- ハイリスク分娩管理加算



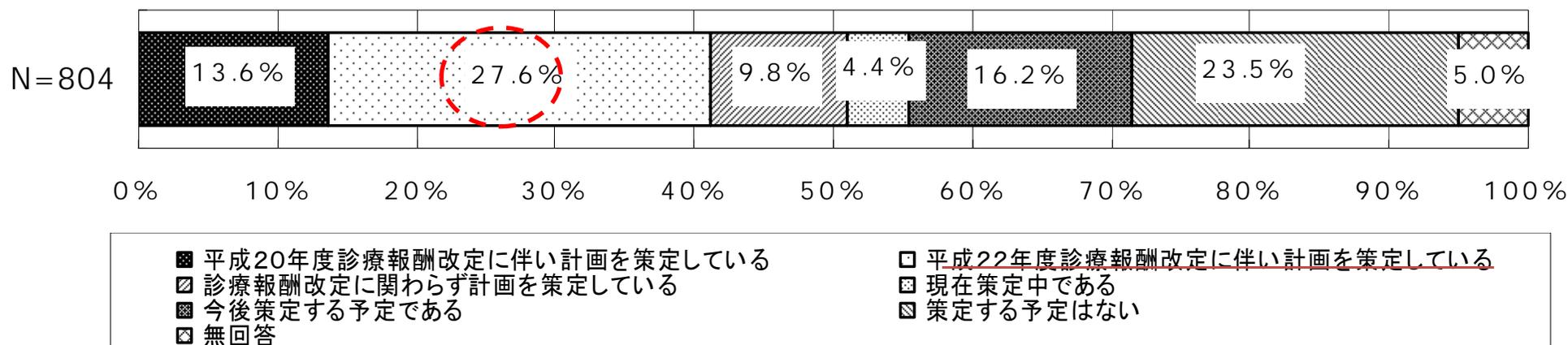
改定後

- 総合入院体制加算(旧:入院時医学管理加算)
- 医師事務作業補助体制加算
- ハイリスク分娩管理加算
- 急性期看護補助体制加算
- 栄養サポートチーム加算
- 呼吸ケアチーム加算
- 小児入院医療管理料1及び2
- 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

勤務医負担軽減策の取り組み状況①

施設調査

図表4-60 勤務医の負担の軽減策および処遇の改善に資する計画の策定状況



外来資料
勤務医 負担軽減策要件のあるところとないところでの比較

平成22年度診療報酬改定を期に一定程度勤務医負担軽減策の計画策定が進んでいる

出典：平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成23年度調査）
病院勤務医の負担軽減の状況調査 結果概要（速報）（案）

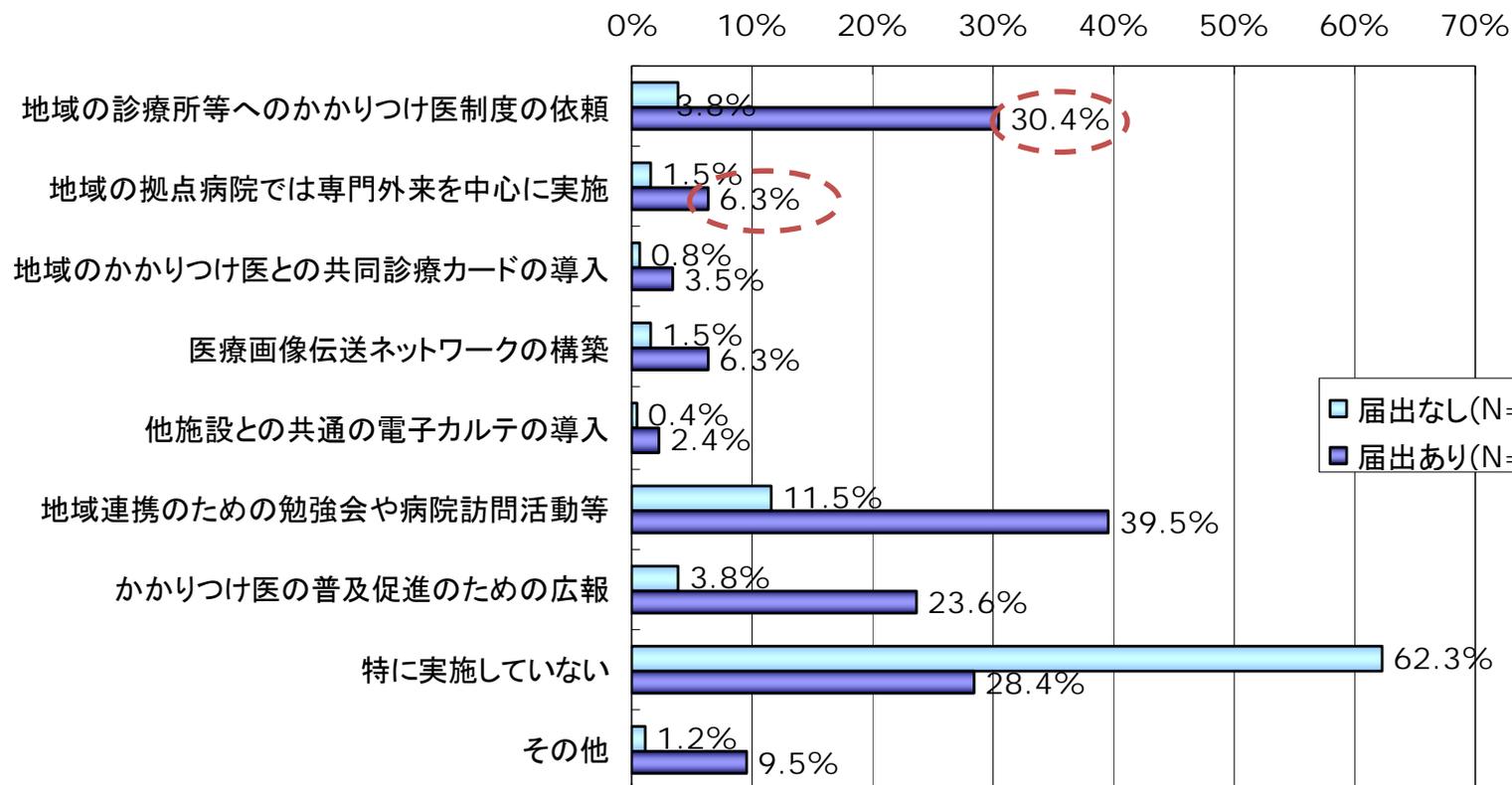
勤務医負担軽減策の取り組み状況②

平成23年
11月30日
中医協資料

施設調査

・加算の有無との関係

図表4-70 外来縮小に向けた地域での取り組み（加算有無別）（複数回答）



注. 「届出あり」は「医師事務作業補助体制加算」「急性期看護補助体制加算」「栄養サポートチーム加算」「呼吸ケアチーム加算」「総合入院体制加算」「ハイリスク分娩管理加算」「救命救急入院料」「小児入院医学管理料」のいずれかの届出をしている施設、「届出なし」はこれらのすべてに届出をしていない施設。

勤務医負担軽減が要件となっている加算の届出がある施設は、全ての項目で、取り組み率が高くなっている。

病院勤務医の負担軽減に資する計画

- ① 医師・看護師等の業務負担
- ② 医師に対する医療事務作業補助体制
- ③ 交代勤務制導入
- ④ 短時間正規雇用の医師の活用
- ⑤ 地域の他の医療機関との連携（12月2日中医協議論）
- ⑥ 外来縮小の取り組み（11月30日中医協議論）

(参考)

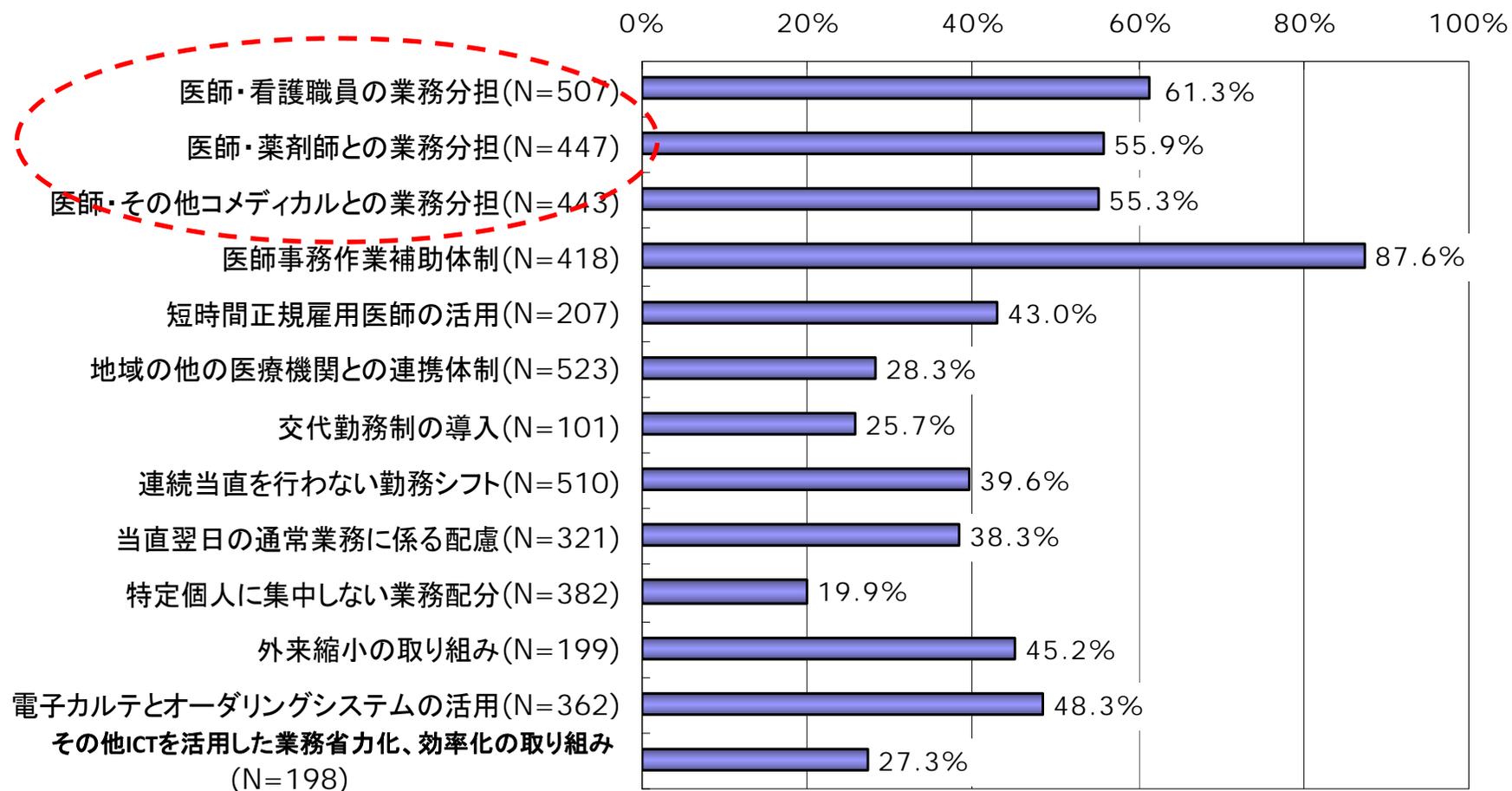
地域医療の機能強化に関する厚生労働省の取組み（平成23年度予算等）

	課題	対応
医師確保・医療人材確保対策等の推進	<p>(病院の勤務医の過重労働)</p> <p>○病院の医師が夜勤・当直などで疲弊し、病院の医師不足に拍車をかけている。</p>	<p>◆医師の診療科偏在・地域偏在対策</p> <ul style="list-style-type: none">➢ 医師のキャリア形成の支援と一体的に医師不足病院への医師の配置等を行うため、先行的に15の都道府県が実施する「地域医療支援センター」の運営を支援（23年度予算・新規 5.5億円）➢ 救急、分娩、新生児医療を担う勤務医等の手当への財政支援（23年度予算 37億円）➢ 都市部の病院と医師不足地域の中小病院・診療所が連携した臨床研修を行うことについて支援（23年度予算・新規 10億円）➢ 医師不足地域の臨床研修病院において研修医が宿日直等を行う場合の医療機関への財政支援（23年度予算 13億円） 等
	<p>(医師の診療科偏在)</p> <p>○産科、救急など特定の診療科の医師が不足している。</p>	<p>◆女性医師等の離職防止・復職支援（23年度予算 22億円）</p> <ul style="list-style-type: none">➢ 出産・育児等により離職している女性医師の復職支援のための都道府県への受付・窓口の設置等の支援➢ 病院内保育所の運営等に対する財政支援
	<p>(医師の地域偏在)</p> <p>○対人口比で見ても、全国的に大都市に医師が集中し、周辺地域やへき地で医師が不足している。</p>	<p>◆地域医療再生基金（22年度補正予算 2,100億円）</p> <ul style="list-style-type: none">➢ 都道府県に設置された基金を拡充し、都道府県（三次医療圏）単位の医療課題の解決に向けて都道府県が策定する「地域医療再生計画」に基づく取組を支援
	<p>(チーム医療・看護人材確保)</p> <p>○医療の高度化・複雑化に伴い業務量が増大している。</p>	<p>◆チーム医療の推進（23年度予算・新規 3.6億円）</p> <ul style="list-style-type: none">➢ チーム医療を推進し、医療関係職種の特長性を高めるとともに、業務の効率化を図るため、チーム医療の安全性や効果の実証を実施

() 医師・看護師等の業務分担について

勤務医の負担軽減に効果があった取り組み（施設調査）

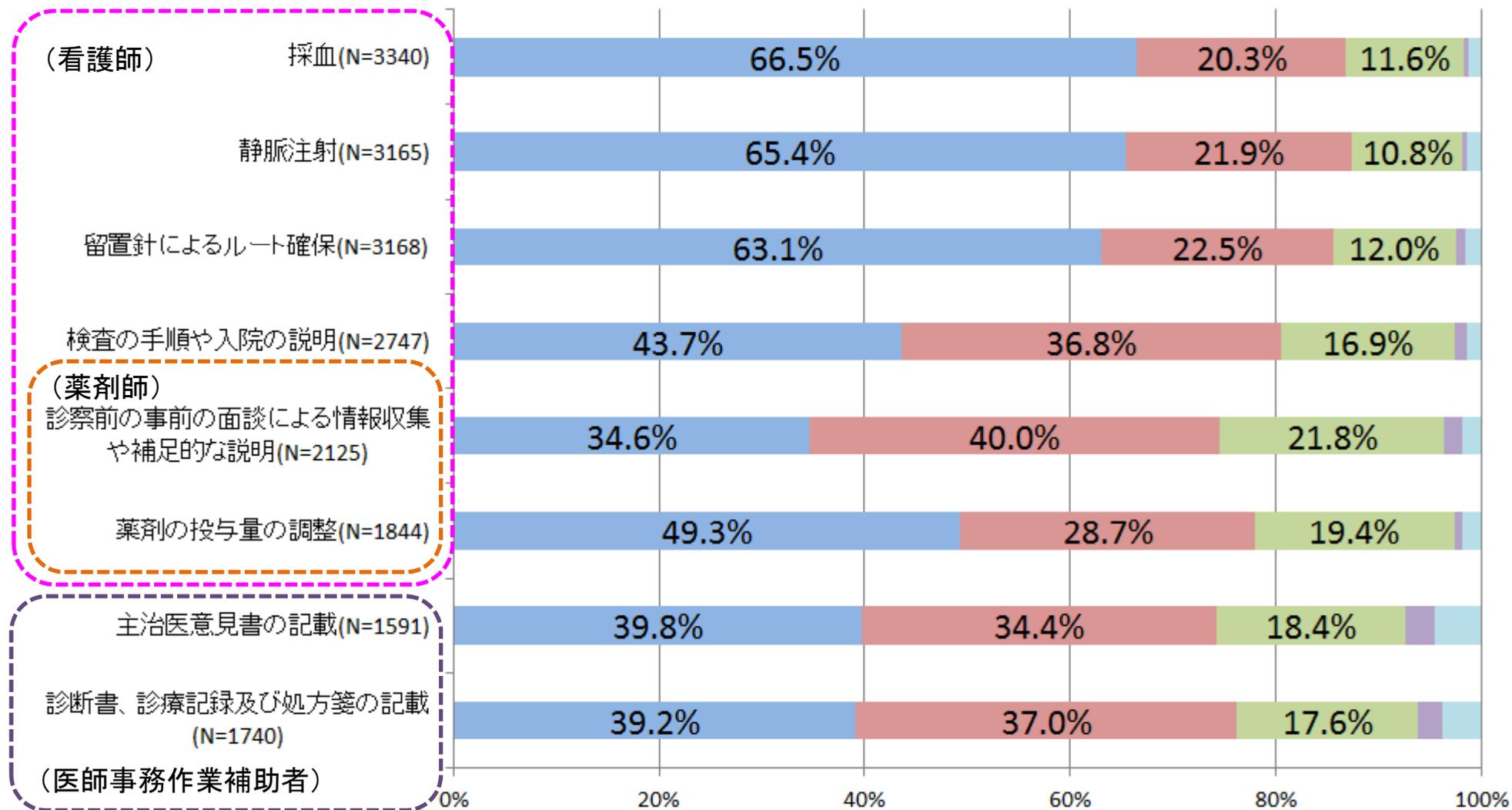
【各負担軽減策に取り組んだ施設が効果があったと回答した割合】（N=804）



平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査) 病院勤務医の負担軽減の状況調査(速報)

他職種との業務分担による負担軽減の効果（医師調査）

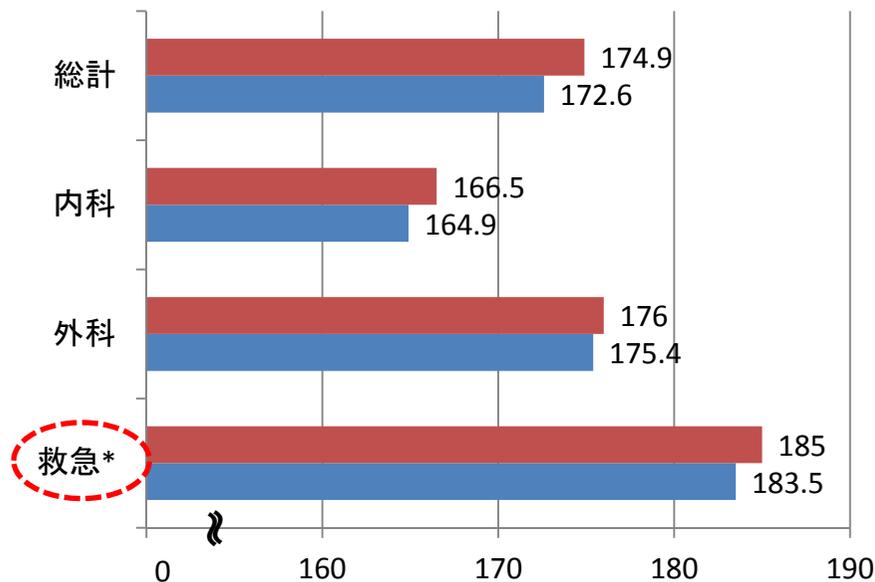
(N=5,465) ■ 効果があった ■ どちらかといえば効果があった ■ どちらともいえない ■ どちらかといえば効果がなかった ■ 効果がなかった



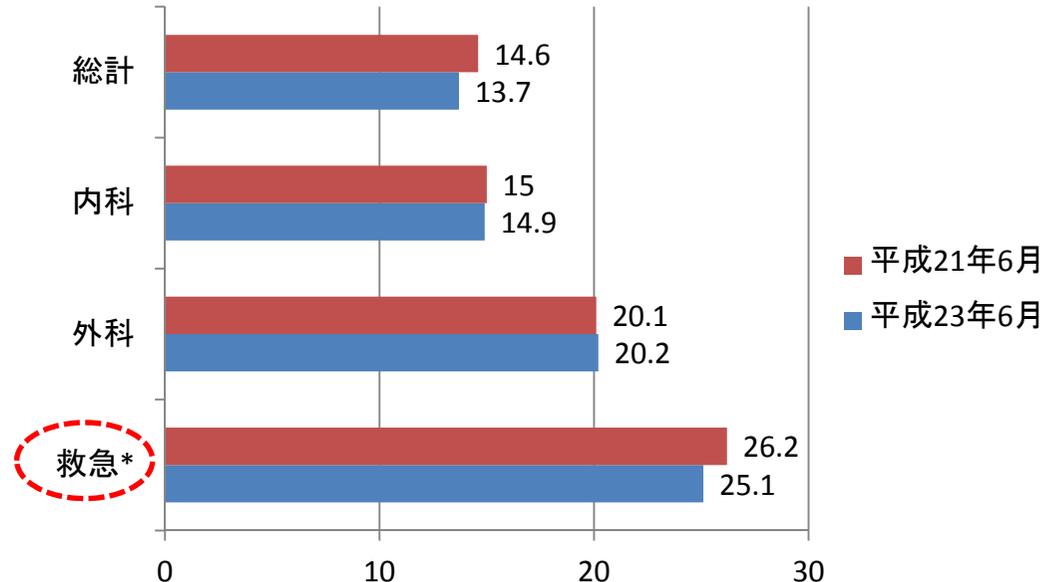
医療的、事務的作業の業務分担は勤務医負担軽減に一定の効果があり、あらかじめ業務分担を医療機関全体で取り決めを行うことを勤務医負担軽減の前提としてはどうか。

医師の勤務状況（施設調査）

【医師の勤務時間】

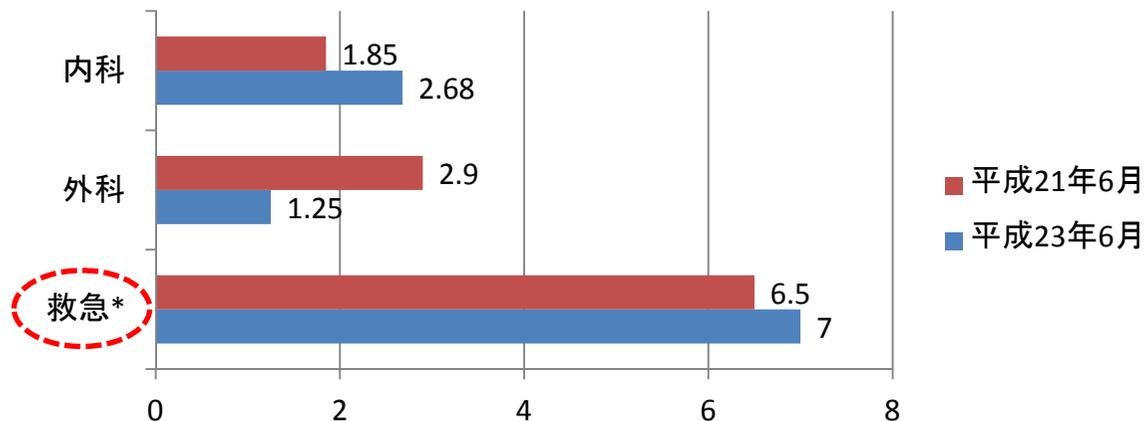


【医師の残業時間】



*救急には各診療科から救急部門に集まっている医師が含まれる

【医師の1人あたり当直回数】

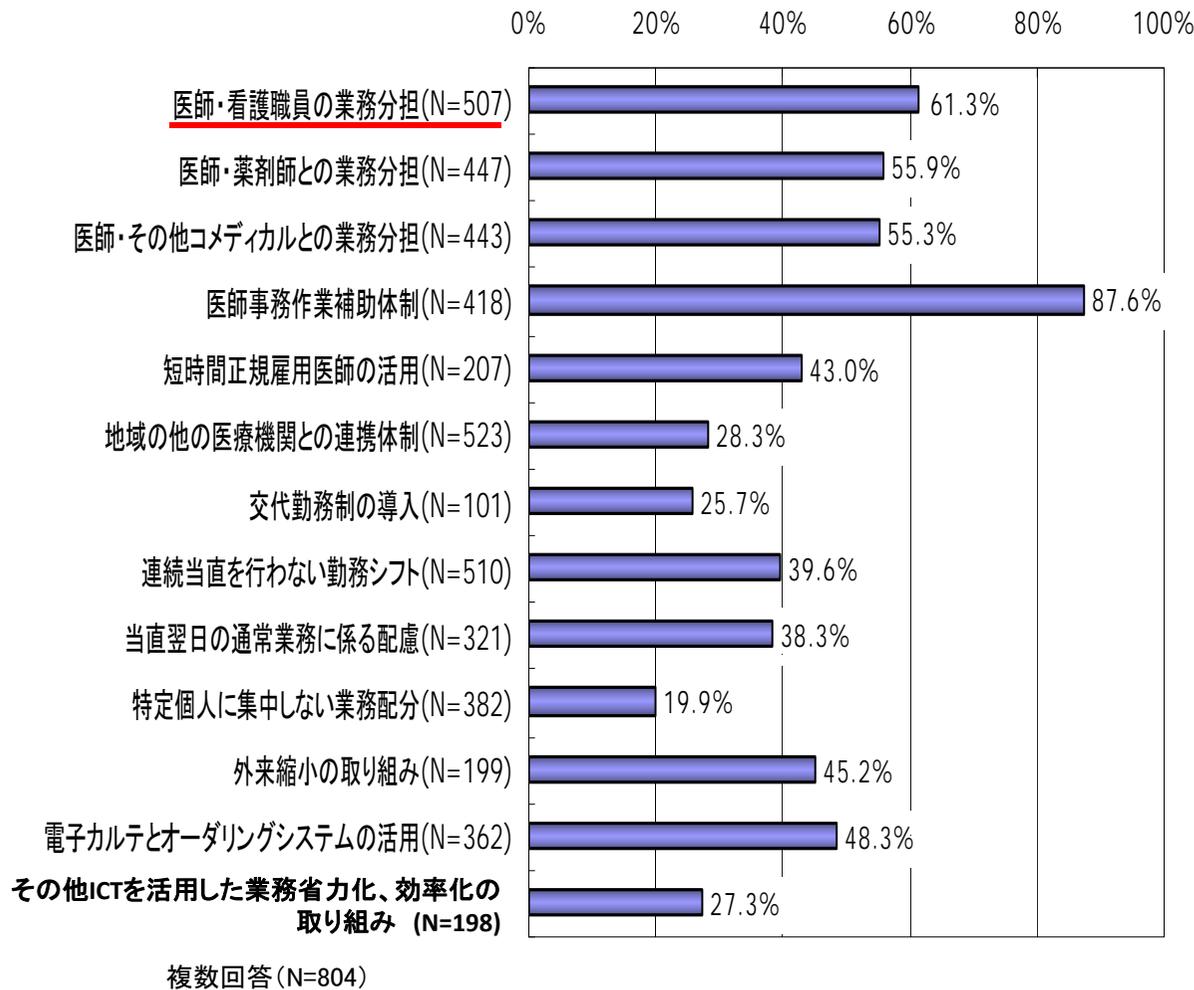


()看護職員の勤務負担軽減について

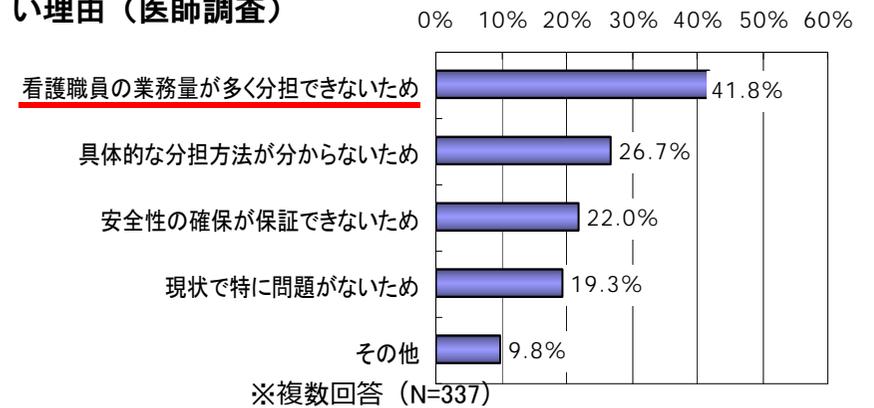
勤務医の負担軽減について

- 医師・看護職員の業務分担を推進することは、勤務医負担軽減に効果があるとされる一方で、業務分担が進まない理由としては、看護職員の業務量の多さが指摘されている。
- 急性期看護補助体制加算についても約3割が勤務医の負担軽減につながると回答している。

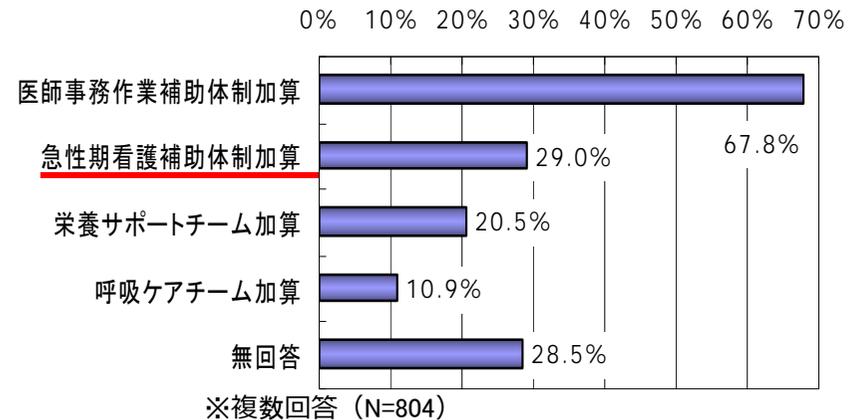
勤務医の負担軽減に効果があった取り組み（施設調査：複数回答）



医師業務の看護職員との分担に取り組みない・取り組めない理由（医師調査）



勤務医の負担軽減につながる取り組みを評価したもののうち、勤務医の負担軽減の取組の促進に効果があると考えられる項目（施設調査：複数回答）

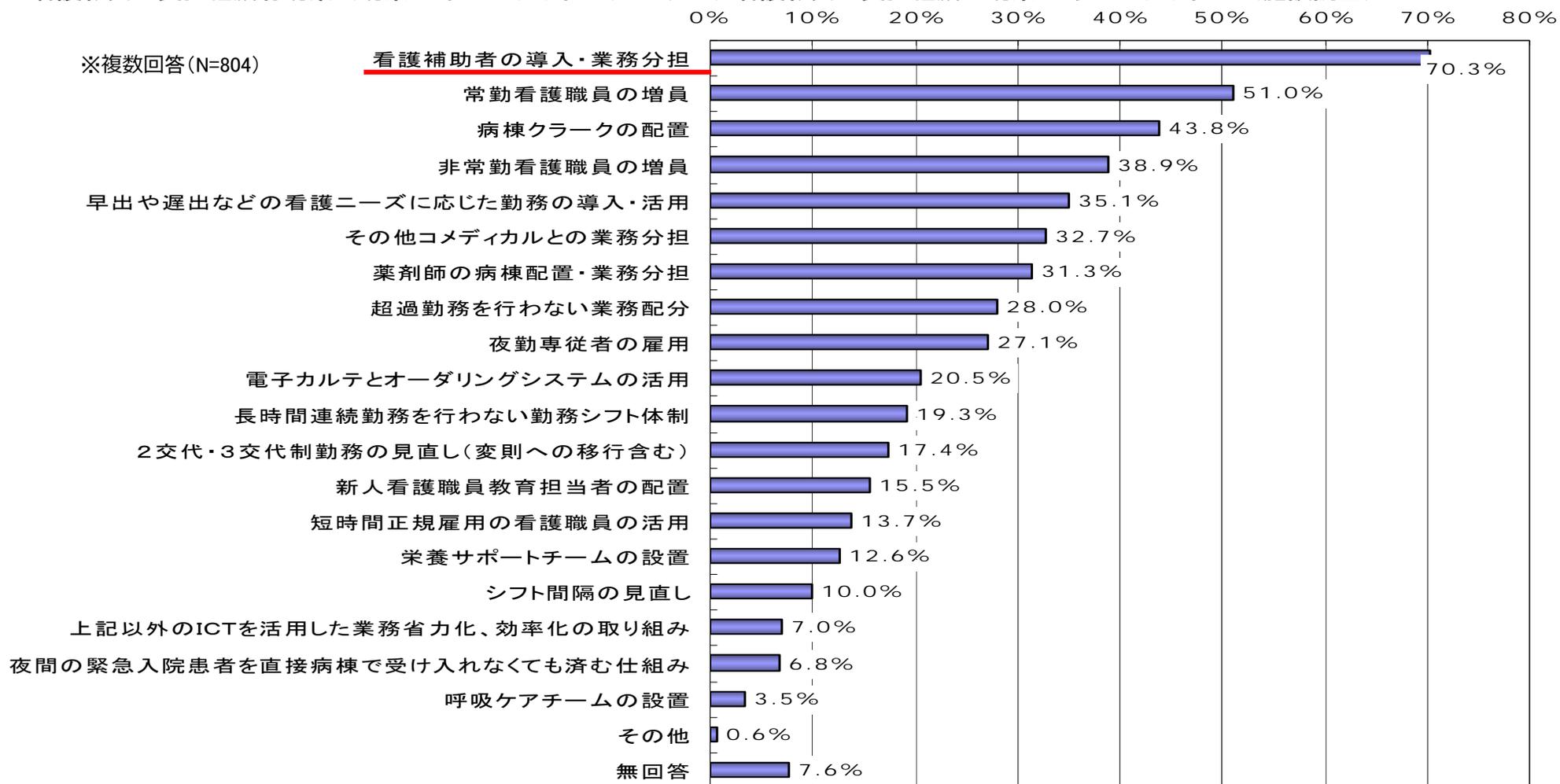


平成23年検証調査

看護職員の負担軽減について

○看護職員の負担軽減有効策のうち、看護補助者の導入・業務分担は、看護職員の負担軽減に効果があった取り組みとして最も多くあげられ、7割を超えている。

看護職員の負担軽減有効策（効果があった取り組み）のうち、看護職員の負担軽減に効果があった取り組み（施設調査）



平成23年検証調査

看護補助者の配置の評価

急性期の入院医療においても、患者の高齢化等に伴い、看護補助業務の重要性が増している。病院勤務医の負担軽減の観点からも、医師が行っている業務の一部を看護職員が担いつつ、看護職員でなければならない業務に専念するため、看護補助者の配置を評価する。

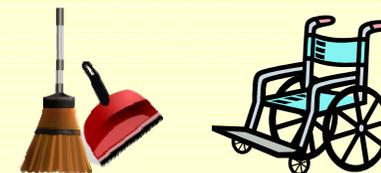
＜計算方法＞原則として入院基本料の看護配置の計算と同様(様式9)であり、**みなし看護補助者***の時間数の算入も可能である。

※看護補助者の数を算出するに当たっては、入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員を看護補助者とみなして差し支えない

新 急性期看護補助体制加算(1日につき、14日を限度)

1 急性期看護補助体制加算1 (50対1) 120点

2 急性期看護補助体制加算2 (75対1) 80点



[対象患者]

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病棟入院基本料であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者

[施設基準]

(1)年間の**緊急入院患者数**が**200名以上**の病院又は**総合周産期母子医療センター**を有する病院

(2)一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が

➤ 7対1入院基本料においては**15%以上**

➤ 10対1入院基本料においては**10%以上**

(3)看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を実施

一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

平成23年
11月26日
中医協資料加筆

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0から4回	5回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、 ② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、 ④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理	なし		あり

測定・評価が
要件となるもの

	重症者※の割合
7対1入院基本料	10%以上
一般病棟看護必要度評価加算	要件なし
急性期看護補助体制加算 ・7対1入院基本料の場合 ・10対1入院基本料の場合	15%以上 10%以上

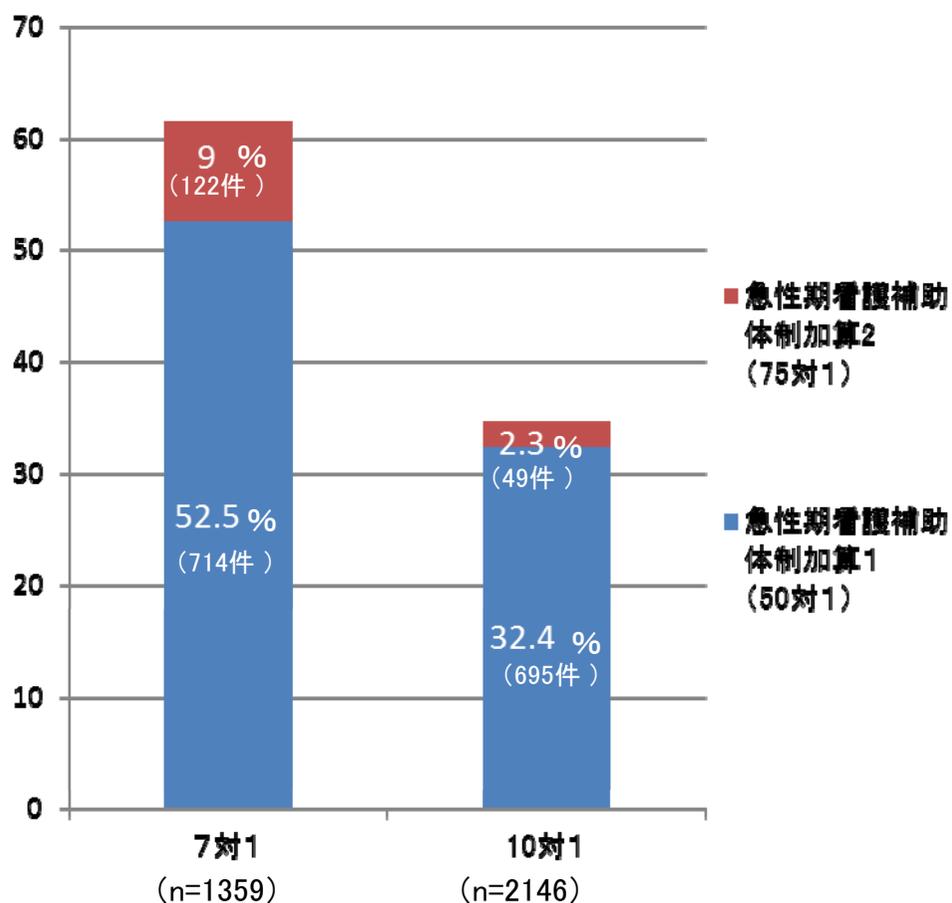
A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

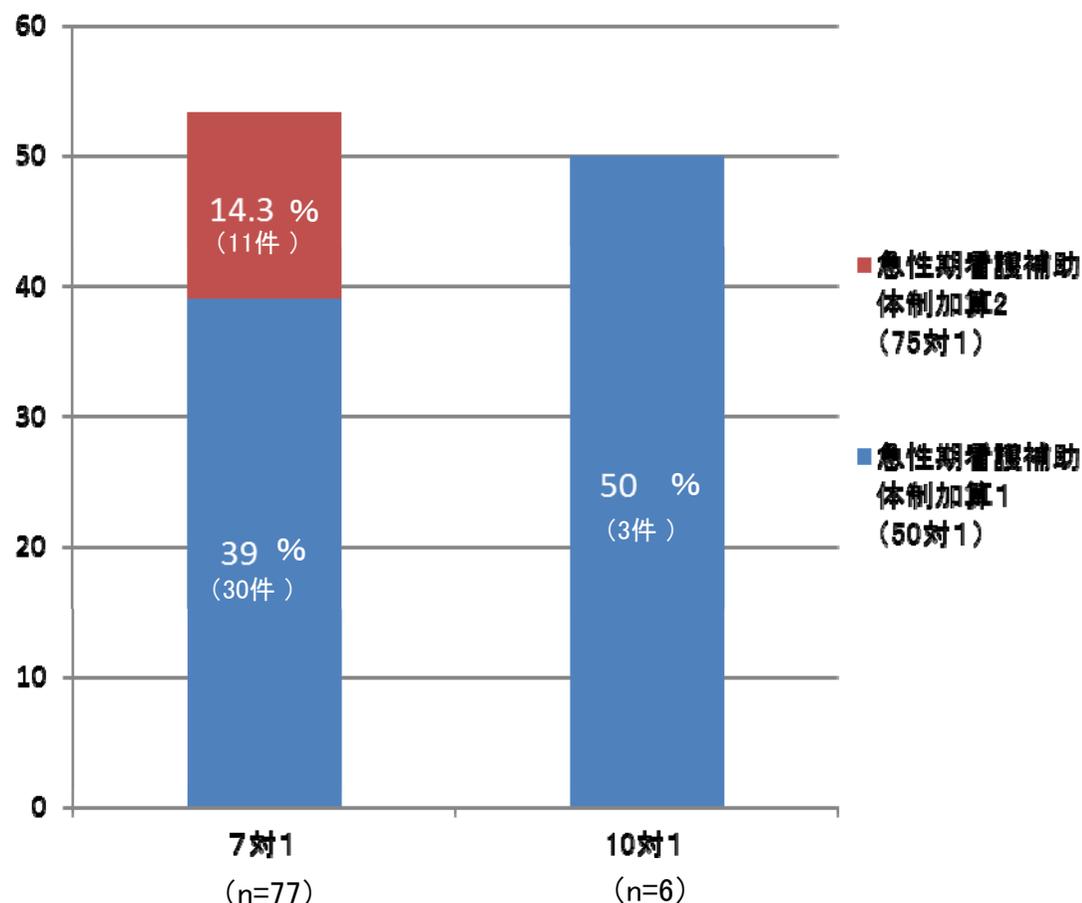
急性期看護補助体制加算の算定状況

○7対1入院基本料を算定している医療機関において急性期看護補助者体制加算を算定している件数は多いが、前項のスライド等によりみなし看護補助者が10対1入院基本料に比べて多い。

(%) 【一般病棟入院基本料算定医療機関】



(%) 【特定機能病院入院基本料(一般病棟)算定医療機関】

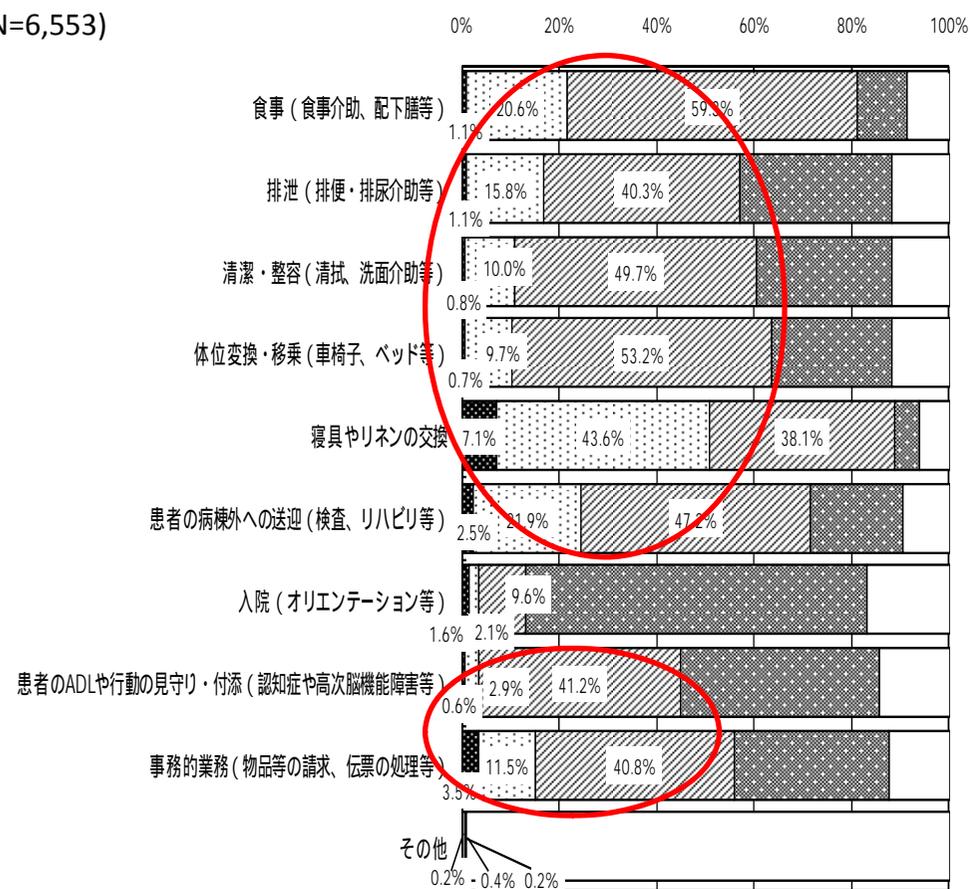


看護補助者が行っている業務の実態

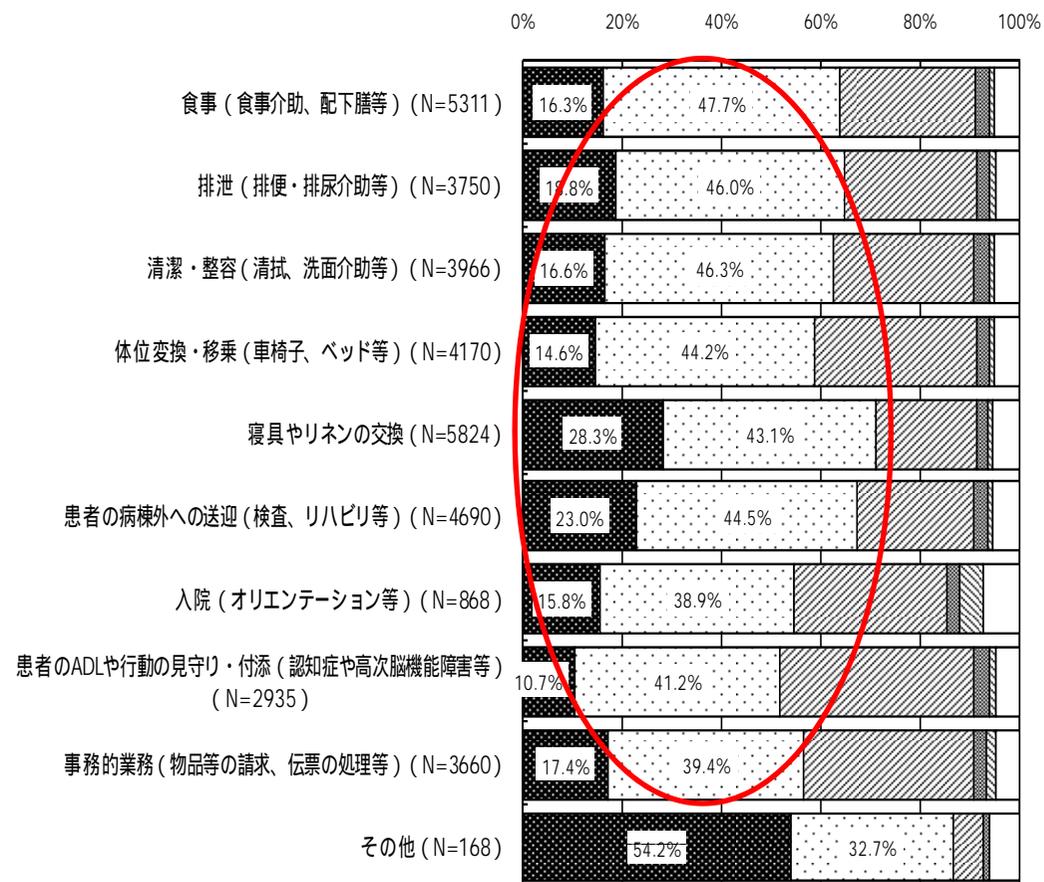
- 実際に入院（オリエンテーション等）以外の業務で患者に接するような業務についても一部～すべて担っているという看護職員の回答は半数を超えている。
- 分担している業務の負担軽減についての評価は効果的であるという回答が半数を超えている。

【看護補助者との業務分担の状況（看護職員調査）】

(N=6,553)



【負担軽減への効果（看護職員調査）】



■看護補助者がすべて担っている □看護補助者がほぼ担っている □看護補助者が一部担っている ■分担推進していない □無回答

■効果があった □どちらかといえば効果があった □どちらともいえない ■どちらかといえば効果がなかった □効果がなかった □無回答

看護補助者が分担していると回答した職員について集計

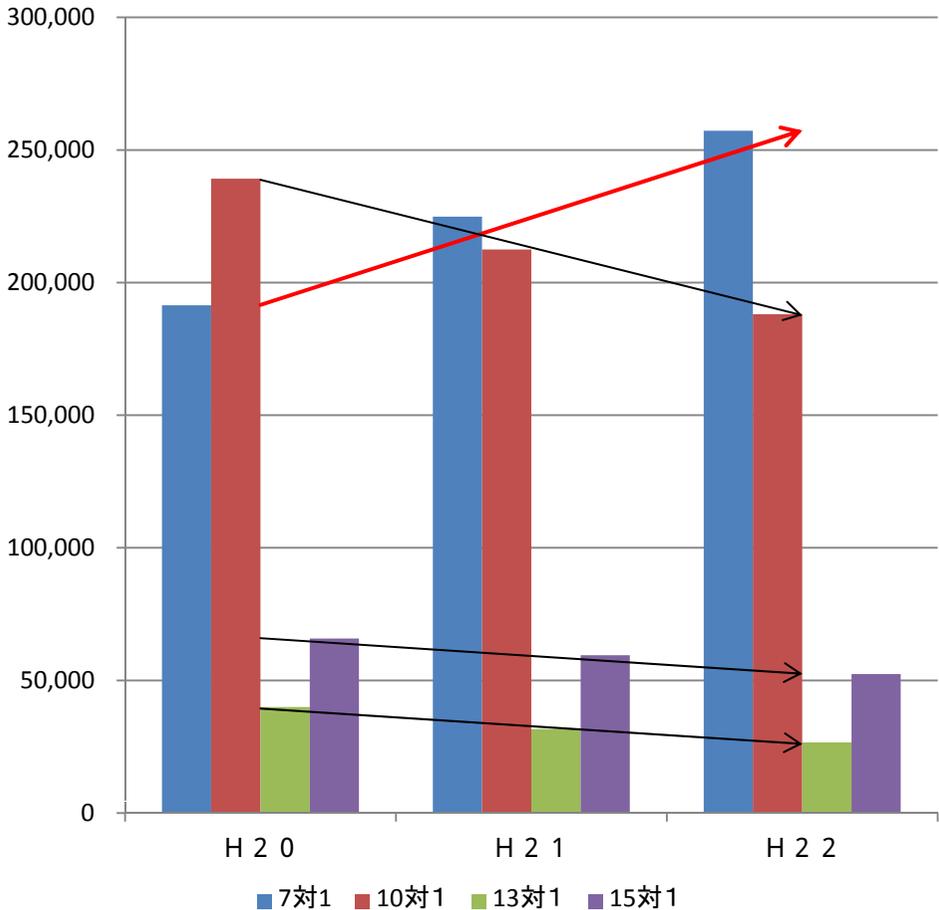
平成23年検証調査

一般病棟の患者100人対看護要員数の推移

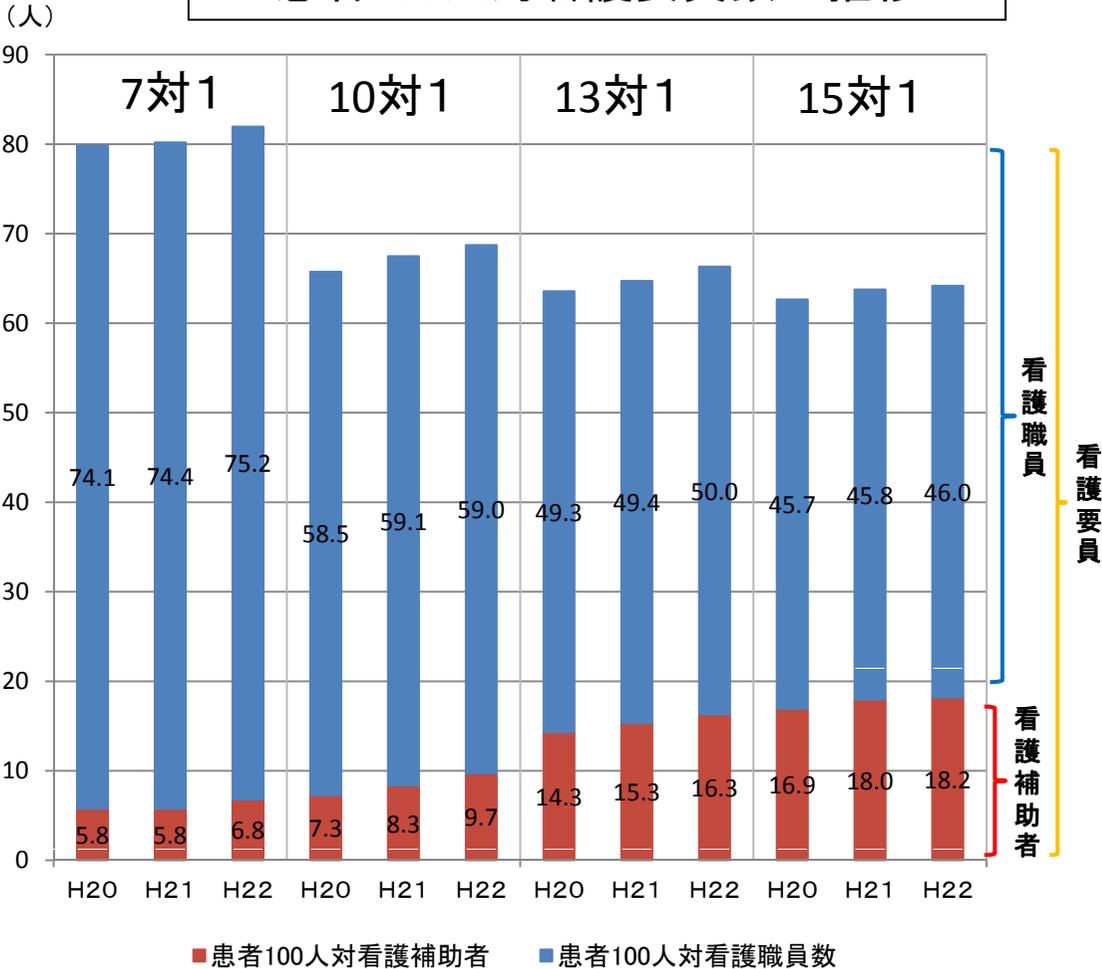
○ 10対1、13対1、15対1届出病床の看護要員※1は減少しているが、当該病床の入院患者数も減少しているため、患者100人当たりの看護要員数は増加している。

※1 看護職員(保健師、助産師、看護師、准看護師) + 看護補助者

1日平均入院患者数の推移



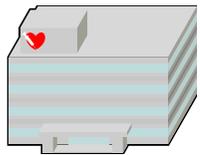
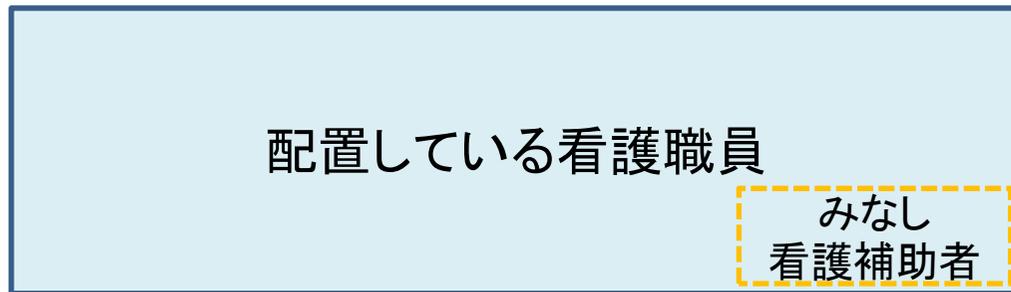
患者100人対看護要員数の推移



保険局医療課調べ(H22速報値)

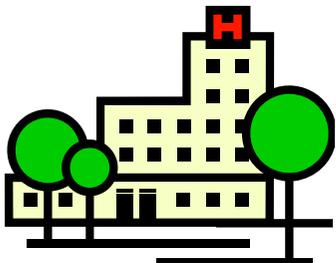
急性期看護補助体制加算の算定イメージ

○急性期看護補助体制加算には、看護職員や看護補助者の配置状況により①必要数より多く配置している看護職員(以降、みなし看護補助者)のみ、②みなし看護補助者+看護補助者、③看護補助者のみ、の3つのパターンがある。



7対1

一般病棟入院基本料
特定機能病院入院基本料(一般病棟)
専門病棟入院基本料



10対1

一般病棟入院基本料
特定機能病院入院基本料(一般病棟)
専門病棟入院基本料

【看護補助者の配置によりどちらか算定可能】

○急性期看護補助体制加算1
50対1 120点

○急性期看護補助体制加算2
75対1 80点

○急性期看護補助体制加算1
50対1 120点

○急性期看護補助体制加算2
75対1 80点

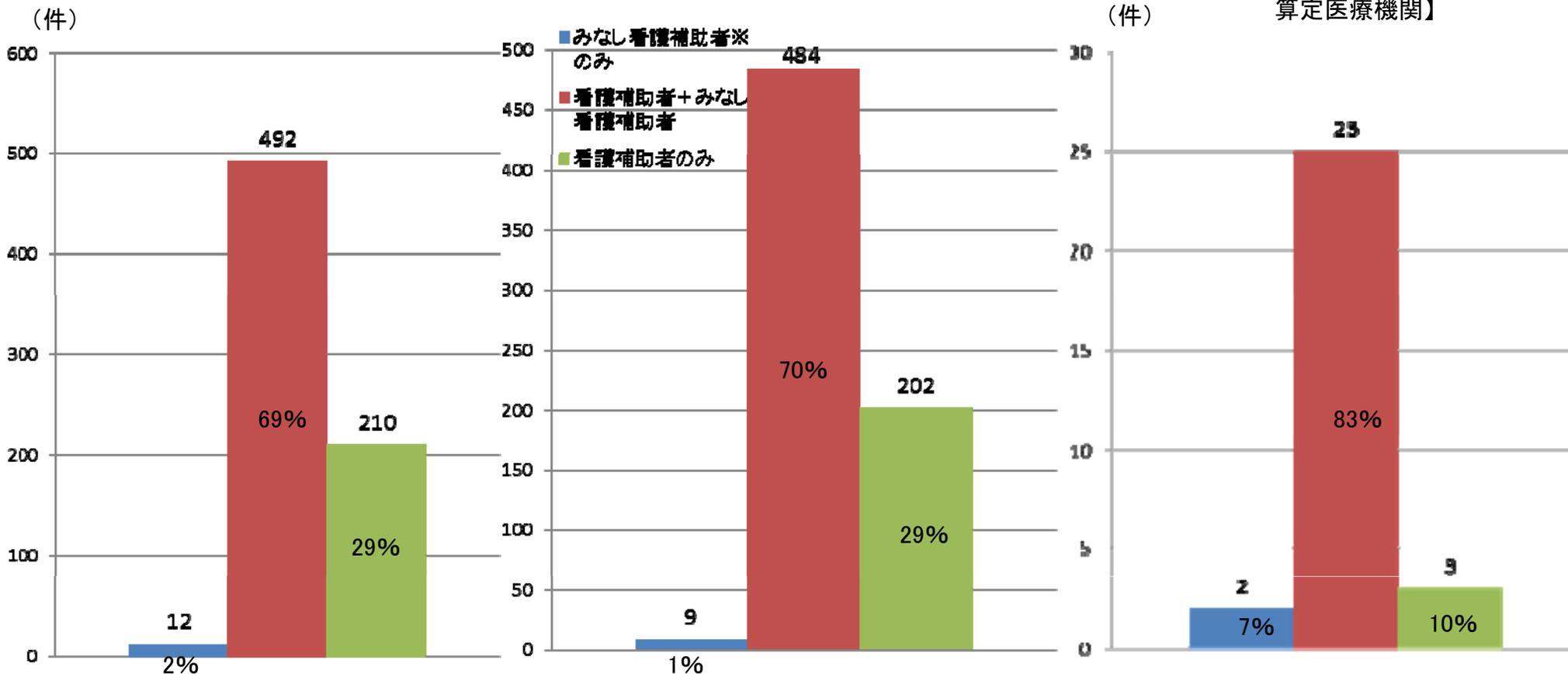
急性期看護補助体制加算1の算定医療機関における 看護補助者の雇用状態の内訳

○同じ急性期看護補助体制加算1を算定している7対1入院基本料の医療機関でも、特定機能病院入院基本料に比べ、一般病棟入院基本料の方が看護補助者の雇用及び活用が進んでいる。

【一般病棟入院基本料(7対1)算定医療機関】

【一般病棟入院基本料(10対1)算定医療機関】

【特定機能病院入院基本料(一般7対1)算定医療機関】



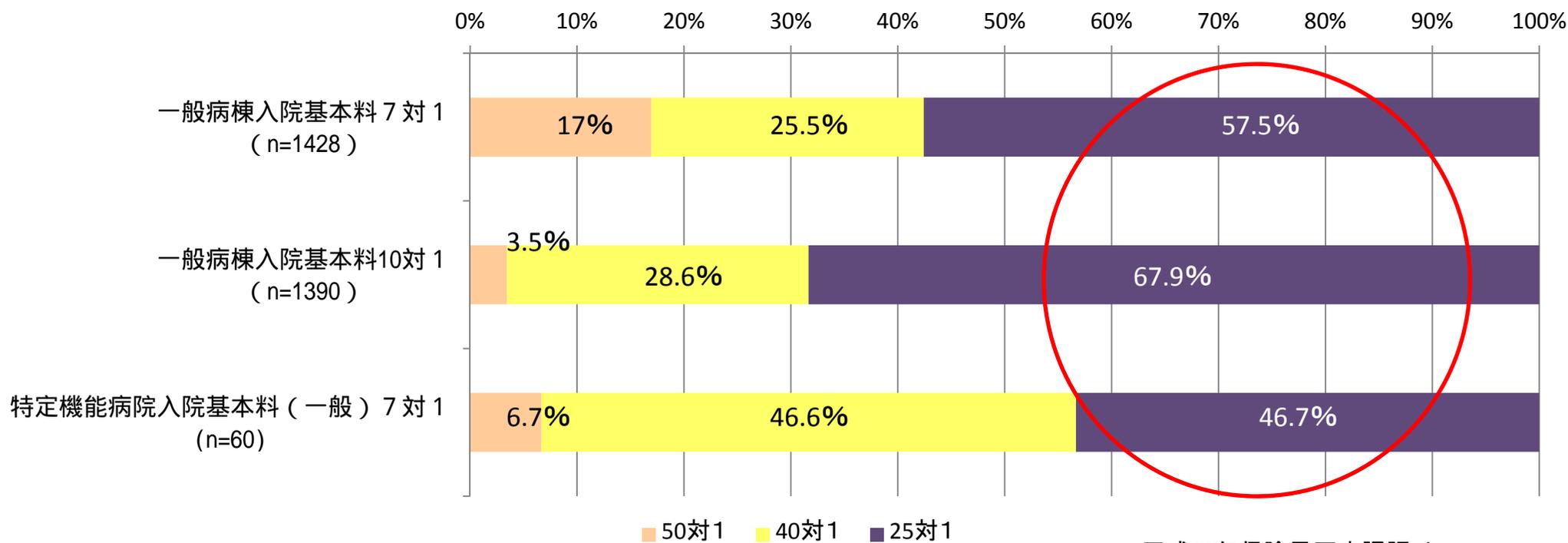
入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員のこと

平成22年保険局医療課調べ

現行の急性期看護補助体制加算1(50対1)を上回る配置を行っている医療機関数の割合

- 一般病棟入院基本料7対1で急性期看護補助体制加算1(50対1)を算定している医療機関は、1359施設中**714施設**あり、そのうち、25対1をクリアしている医療機関:**411施設**
- 一般病棟入院基本料10対1で急性期看護補助体制加算1(50対1)を算定している医療機関は、2146施設中**695施設**あり、そのうち、25対1をクリアしている医療機関:**472施設**
- 特定機能病院入院基本料(一般)7対1で急性期看護補助体制加算1(50対1)を算定している医療機関は、77施設中**30施設**あり、そのうち、25対1をクリアしている医療機関:**14施設**

【急性期看護補助体制加算1(50対1)算定医療機関数の看護補助者配置別割合】



平成22年保険局医療課調べ

急性期看護補助体制加算の算定イメージ

○急性期看護補助体制加算には、看護職員や看護補助者の配置状況により①必要数より多く配置している看護職員(以降、みなし看護補助者)のみ、②みなし看護補助者+看護補助者、③看護補助者のみ、の3つのパターンがある。

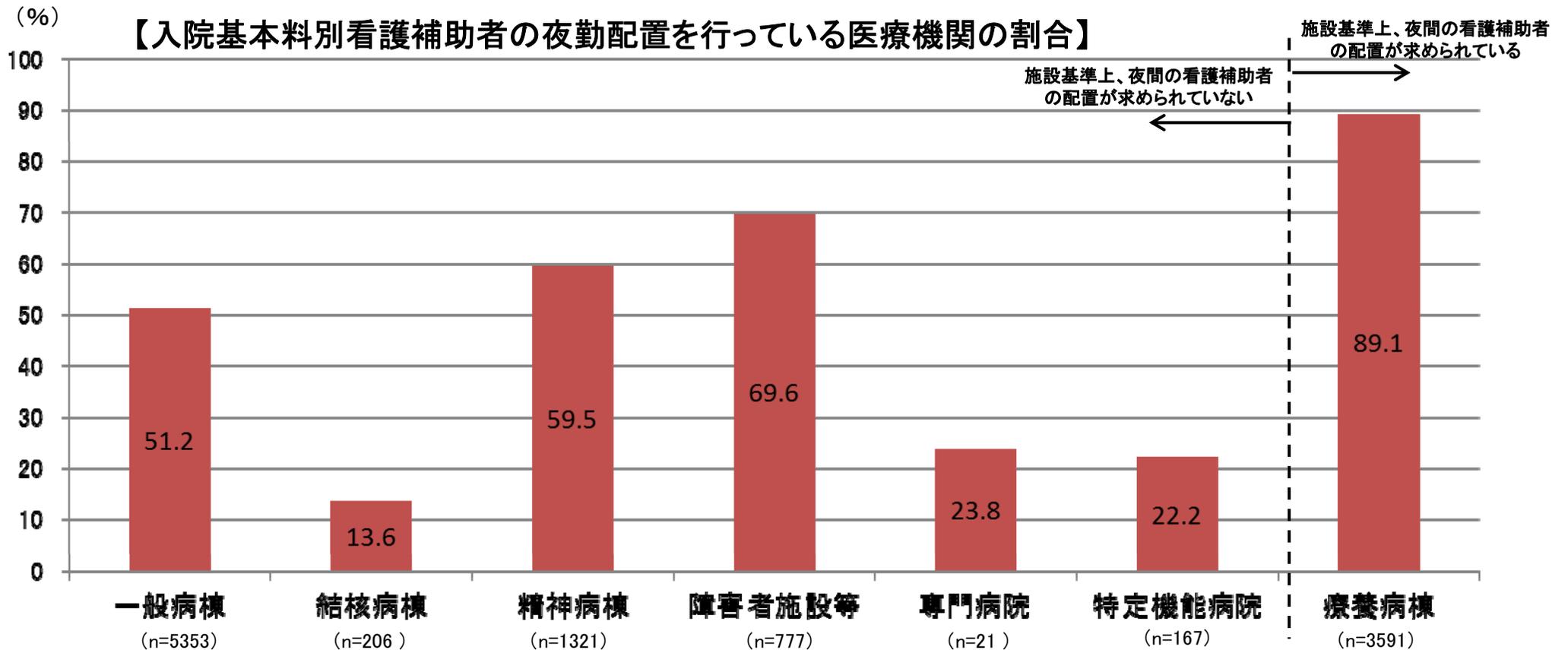
一般病棟7対1入院基本料(急性期看護補助体制加算1)算定医療機関の内訳



急性期看護補助体制加算とは、7対1、10対1の看護配置をしている医療機関の看護職員が看護業務に専念するために看護補助者を配置することを評価したものであり、より一層、この加算の趣旨から、より役割分担を進めていくためには、みなし看護補助者ではなく、看護補助者を配置することに対する評価であることを明確にしてはどうか。

看護補助者の夜間配置を行っている入院基本料別 医療機関数とその割合

- 一般病棟入院基本料の医療機関よりも、療養病棟入院基本料や障害者施設等入院基本料や精神病棟入院基本料の方が、夜間に看護補助者(みなしを除く)を配置している。
- 結核病棟入院基本料を除くと、特定機能病院入院基本料が最も夜間の看護補助者(みなしを除く)の配置が進んでいない。

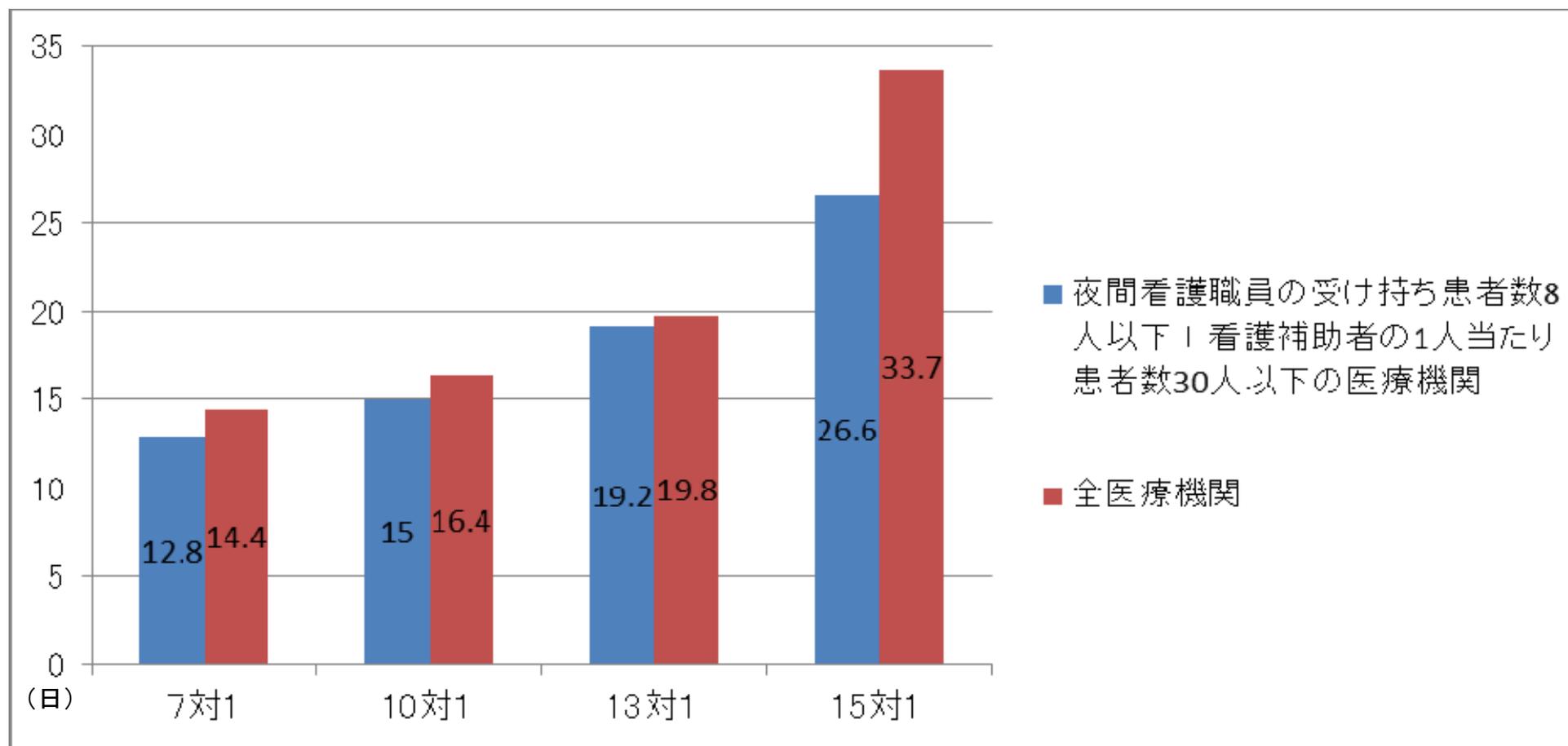


平成22年保険局医療課調べ

夜間の看護要員（看護職員＋看護補助者）配置の手厚さと平均在院日数の関係

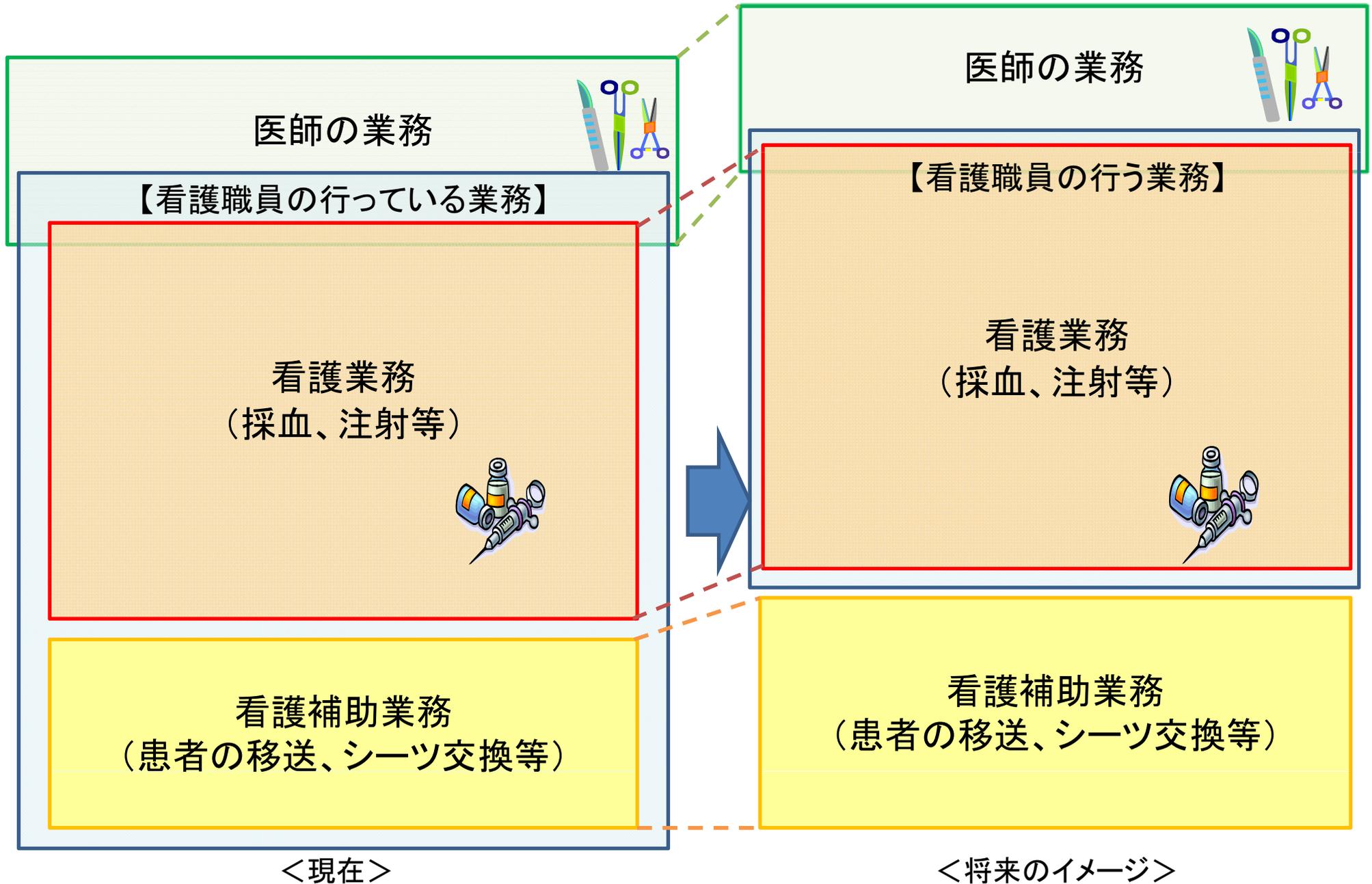
○いずれの一般病棟入院基本料においても、夜間の看護要員の配置が手厚い医療機関における平均在院日数は短い。

【入院基本料別平均在院日数の比較】



平成22年保険局医療課調べ

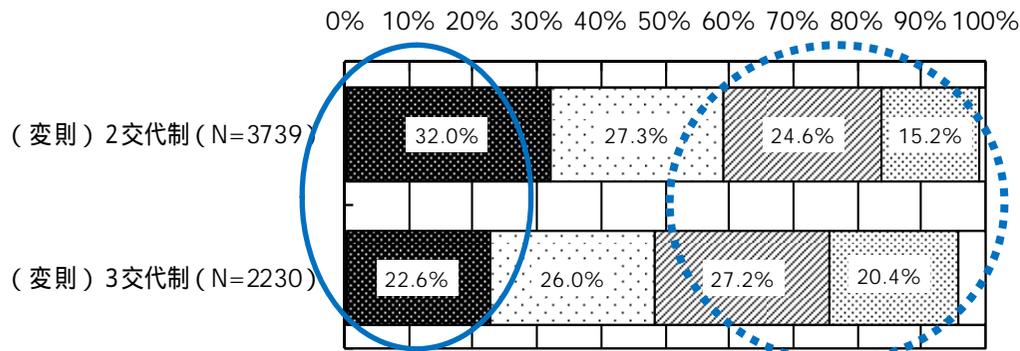
看護職員の有効活用について(イメージ)



看護職員の勤務形態別の疲労蓄積度等

- (変則)3交代の看護職員の方が(変則)2交代に比べて疲労蓄積度は高い傾向にある。
- 日勤深夜のようなシフト間隔が8時間以下のシフトがある看護職員の場合、疲労蓄積度は高傾向にある。
- いずれの勤務形態であっても、休憩時間が短ければ短いほど、疲労蓄積度は高くなる。

勤務形態別にみた疲労蓄積度（仕事による負担度）



【(変則) 3交代制勤務】シフト間隔8時間以下のシフトの有無別にみた疲労蓄積度（仕事による負担度）



■低いと考えられる □やや高いと考えられる □高いと考えられる □非常に高いと考えられる □不明

■低いと考えられる □やや高いと考えられる □高いと考えられる □非常に高いと考えられる □不明

疲労蓄積度（仕事による負担度）別にみた休憩時間

	日勤		2交代夜勤		3交代準夜		3交代深夜	
	人数	平均休憩時間	人数	平均休憩時間	人数	平均休憩時間	人数	平均休憩時間
低いと考えられる	1,703人	55.2分	1,000人	62.4分	413人	44.2分	406人	52.5分
やや高いと考えられる	1,603人	52.8分	909人	58.2分	495人	37.3分	496人	43.7分
高いと考えられる	1,494人	51.6分	832人	54.1分	547人	36.3分	543人	43.7分
非常に高いと考えられる	1,005人	49.0分	529人	52.3分	406人	33.2分	398人	40.3分

平成23年検証調査

看護職員の勤務形態の変化

「看護職のニーズ」

- ・ライフスタイルを支援してもらいながら通常勤務がしたい
- ・プライベートの時間を確保したい
- ・キャリアプランに応じた働き方がしたい
- ・育児支援を受けて早期に復帰したい など

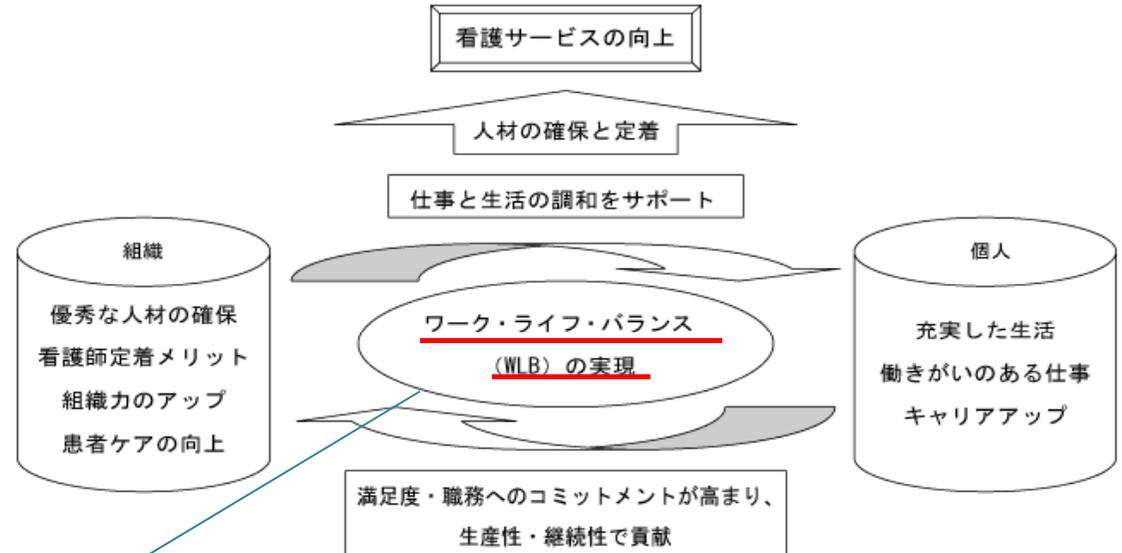
「医療機関のニーズ」

- ・今いる優秀な人材の定着
- ・育児休暇等の長期休暇からの早期復帰
- ・潜在看護師などの新規採用の促進
- ・地域的な看護職不足の解消 など



看護職が仕事と生活を調和(ワーク・ライフ・バランス)させ、働き続けられるためには、働き方の柔軟性が求められている。

「看護職のワーク・ライフ・バランス概念図」



【多様な勤務形態】⇒ワーク・ライフ・バランス支援策の1つ

正職員として・・・

- 働く時間の長さが選べる: ◇短時間勤務 ◇圧縮労働時間 ◇ワーク・シェアリング
- 働く時間帯が選べる: ◇複数の勤務時間帯 ◇フレックスタイム ◇時差出勤・終業
- 交代制の働き方が選択できる: ◇同一の病棟内で2交代・3交代の選択 ◇日勤のみ勤務、夜勤のみ勤務
- 業務にバリエーションがある: ◇一般的な病棟・外来等以外の働く場がある

＜多様な勤務形態導入の看護職員に関する効果＞

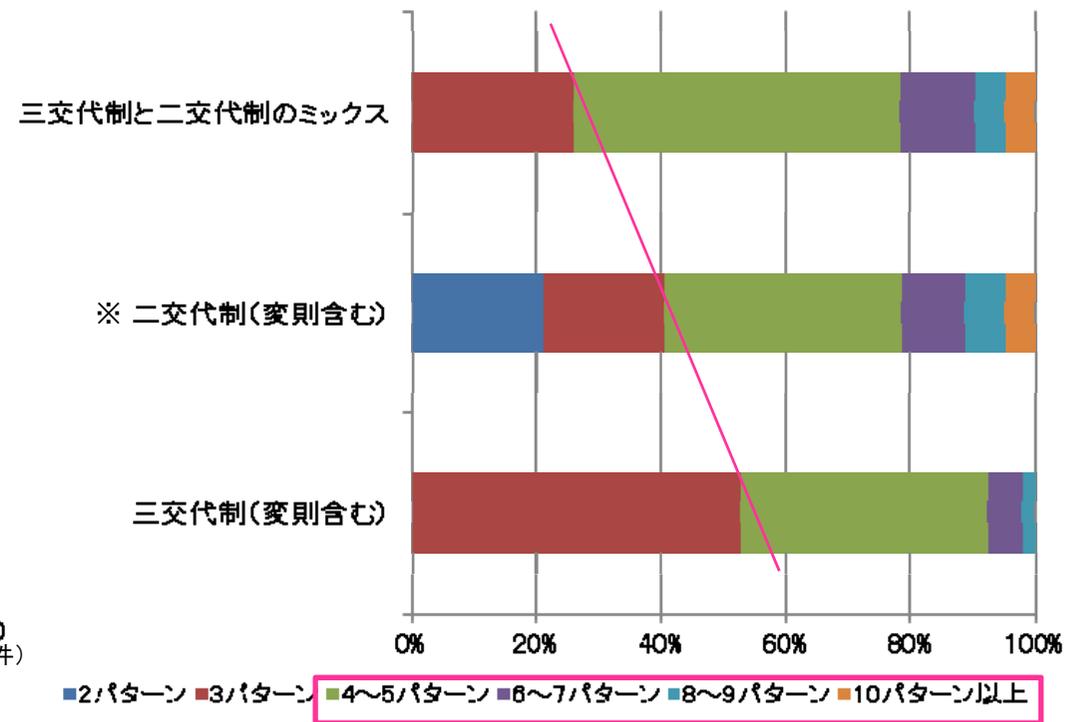
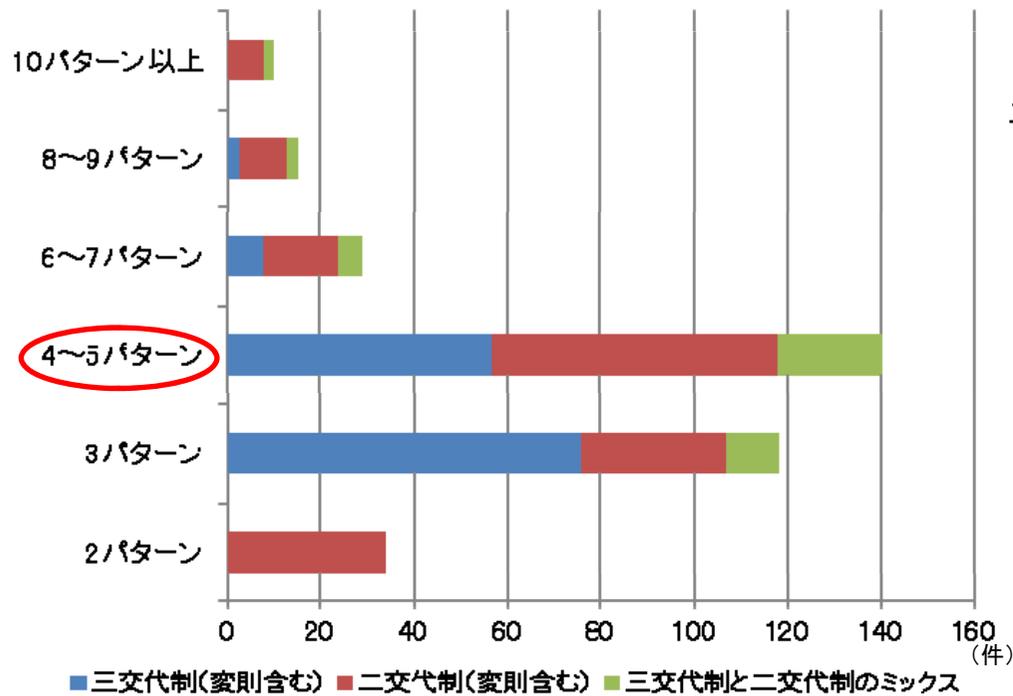
- ・離職率の安定もしくは低下
- ・育児休暇取得者、育児休暇復帰者の増加
- ・超過勤務時間の減少
- ・職員満足度の向上
- ・有給休暇取得率の増加
- ・採用に好影響
- ・業務改善の促進
- ・提供する看護サービスの向上 など

看護職員の勤務形態の変化

- 設定している勤務パターン数の平均は、「三交代制(変則含む)」が3.8パターン、「二交代制勤務(変則含む)」が4.6パターン、「三交代制と二交代制のミックス」が5.2パターンとなっている。
- 「三交代制」で4パターン以上、「二交代制」で3パターン以上の勤務パターンを設定している割合は、それぞれ約4.5割、約6割に上っている。

【夜勤・交代制勤務の形態と勤務パターン数(複数回答含む)】

対象: 全国の高度救命救急センターを有する病院(19病院)で夜勤・交代制勤務を行っている看護単位(病棟)の看護師長409名



※三交代制(変則含む)に比べ、二交代制(変則含む)の方が勤務パターン数が多いのは、早出や遅出、ロング日勤等の工夫を行っているためであると考えられる

看護職員の勤務形態の変化

○短時間正職員の導入が近年進んでおり、看護職員の離職が減少するなどの一定の効果が報告されている。

短時間正職員の導入状況(H20)

	件数	割合
既に導入している	448	17.7%
導入を検討している	478	18.9%
導入の予定はない	1,460	57.6%
無回答・不明	149	5.9%
計	2,535	100.0%

「2008年 病院における看護職員需給状況調査」日本看護協会

短時間正職員制度の導入状況 (H21)

	件数	割合
既に導入している	856	24.5%
導入を検討している	758	21.7%
導入の予定はない	1,798	51.4%
不明・無回答	83	2.4%
計	3,495	100.0%

「2009年 病院における看護職員需給状況調査」日本看護協会

短時間正職員制度導入の効果

(短時間正職員制度を「既に導入している」と回答した病院のみ集計) (複数回答、n=856)

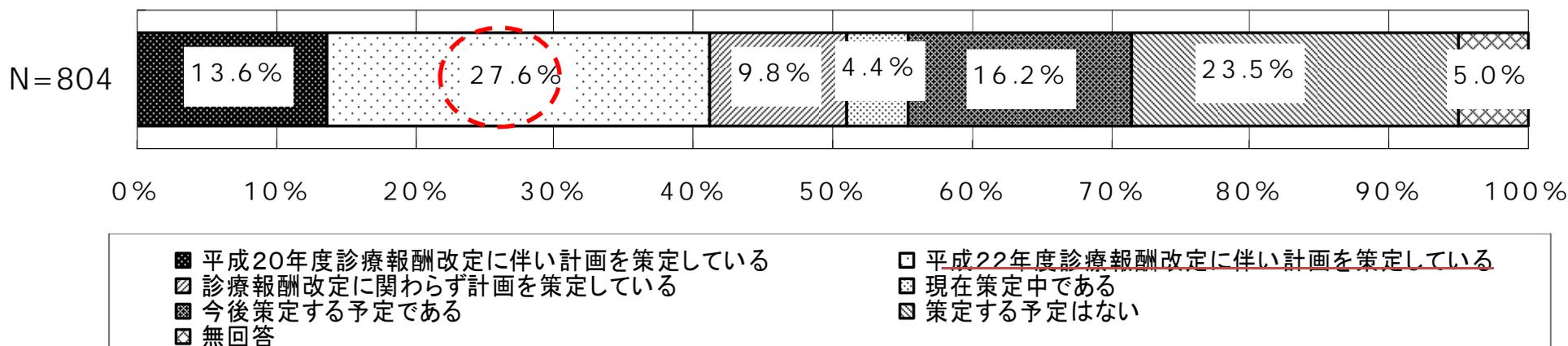
	件数	割合
仕事と生活の両立に対する職員の不安が軽減された	441	51.5%
職員の離職が減少した	287	33.5%
人材の有効活用ができた	286	33.4%
職員の職場への満足度が向上した	124	14.5%
入職希望者が増加した	103	12.0%
職員の勤労意欲が向上した	93	10.9%
病院のイメージ・知名度が向上した	62	7.2%
超過勤務が軽減された	57	6.7%
提供するサービスの質が向上した	34	4.0%
教育訓練にかかるコストが減少した	5	0.6%
目標設定や評価基準が明確になった	5	0.6%
その他	60	7.0%
特になし	107	12.5%
不明・無回答	62	7.2%
計	856	100.0%

日本看護協会調査研究報告 No.82 2010

勤務医負担軽減策の取り組み状況①

施設調査

図表4-60 勤務医の負担の軽減策および処遇の改善に資する計画の策定状況

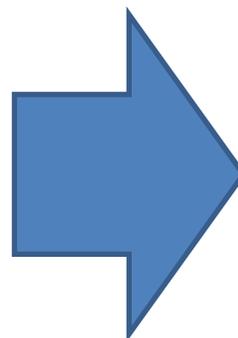


平成22年度診療報酬改定を期に一定程度勤務医負担軽減策の計画策定が進んでいる

出典：平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成23年度調査）
病院勤務医の負担軽減の状況調査 結果概要（速報）（案）

勤務負担軽減および処遇の改善に対する体制に係る届出(報告)様式13の2

様式13の2			
病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制 (新規・4月報告)			
1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況(既に届出を行っているものについてチェックし、届出年月日を記載すること。)			
項目名	届出年月日	項目名	届出年月日
<input type="checkbox"/> 総合入院体制加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 栄養サポートチーム加算	年 月 日
<input type="checkbox"/> 医師事務作業補助体制加算 (対1補助体制加算)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 呼吸ケアチーム加算	年 月 日
<input type="checkbox"/> ハイリスク分娩管理加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 救命救急入院料 注3加算	年 月 日
<input type="checkbox"/> 急性期看護補助体制加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児入院医療管理料1又は2(該当する方に○をつけること)	年 月 日
2 新規届出時又は毎年4月の報告時点の状況について記載する事項			
平成__年__月__日時点の病院勤務医の負担の軽減に対する体制の状況			
(1) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画			
<input type="checkbox"/> 医師・看護師等の業務分担 <input type="checkbox"/> 医師事務作業補助者の配置 <input type="checkbox"/> 短時間正規雇用の医師の活用 <input type="checkbox"/> 地域の他の医療機関との連携体制 <input type="checkbox"/> 交代勤務制の導入 <input type="checkbox"/> 外来縮小の取組み ア 初診における選定療養の額 _____円 イ 診療情報提供料等を算定する割合 _____割 <input type="checkbox"/> その他			
(2) 病院勤務医の勤務時間の把握等			
<input type="checkbox"/> 勤務時間 (平均週 _____時間(うち、残業 _____時間)) <input type="checkbox"/> 連続当直を行わない勤務シフト(平均月当たり当直回数 _____回) <input type="checkbox"/> 当直翌日の通常勤務に係る配慮(<input type="checkbox"/> 当直翌日は休日としている <input type="checkbox"/> 当直翌日の業務内容の配慮を行っている <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)) <input type="checkbox"/> 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系の策定 <input type="checkbox"/> その他			
(3) 職員等に対する周知 (有 _____ 無 _____)			
具体的な周知方法(_____)			
(4) 役割分担推進のための委員会又は会議			
ア 開催頻度 (_____回/年)			
イ 参加人数 (平均 _____人/回) 参加職種(_____)			
(5) 勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る責任者 (名前: _____ 職種: _____)			



看護職員版を作成して
はどうか？

【病院勤務医用】

課題と今後の方向性

(医師と看護師等の業務分担、看護職員の勤務負担軽減)

- 医師と看護師等との業務分担は様々な負担軽減策の中でも効果が大きく、採血のような医療行為や文書作成等の事務作業について他職種との役割を決め、医師は診察や手術、病状の説明等医師としての職務に専念できる環境を整備することが重要と考えられた。
- 様々な看護職員の負担軽減策が医療機関で実施されているものの、業務量に対する負担感は依然として大きく、負担軽減策の中では、看護補助者の導入・業務分担などが効果的であることが指摘されている。
- 看護補助者の雇用は近年緩やかな増加傾向にあり、急性期看護補助体制加算を算定している医療機関においては、現行の基準にある50対1を大幅に上回る看護補助者(みなしを含む)を配置している医療機関が多い。
- 一方で、急性期看護補助体制加算を算定している医療機関では、看護職員を看護補助者としてみなしているところが多く、看護補助者の雇用のみで加算を算定しているところは少ない。
- 看護職員の勤務形態は近年、3交代も2交代も複数の勤務パターンが設定されており、短時間制職員制度等も導入され、医療機関も様々な工夫を行い、多様化してきている。

【今後の方向性】



- 医師と看護師等との業務分担をあらかじめ医療機関全体で取り決めを行うことを勤務医負担軽減を要件とする加算の算定の前提としてはどうか。
- 救急患者を一定以上受け入れ、勤務医負担軽減に積極的に取り組んでいる急性期の医療機関について、現行の急性期看護補助体制加算の基準(50対1)を大幅に上回る看護補助者を雇用・配置している場合、例えば25対1といった手厚い区分を創設して評価することをどのように考えるか。
- 夜間における看護ニーズに対応し、人的資源を有効活用するため、看護補助者を手厚く配置することをどのように考えるか。
- 各医療機関で様々な看護職員の負担軽減策が講じられているが、さらにそれらが推進されるよう、勤務医と同様に、勤務負担軽減および処遇の改善に対する体制に係る届出(報告)様式13の2を看護職員にも導入してはどうか。

() 医師事務作業補助者について

平成22年度改定医師事務作業補助体制加算①

急性期の入院医療を担う病院勤務医にとって、診断書の作成、診療録の記載等の書類作成業務が特に大きな負担となっていること、医師事務作業補助者の配置により一定の負担軽減効果が見られていることから、**医師事務作業補助体制加算の引上げを行うとともに、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設ける。**

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
25対1	355点
50対1	185点
75対1	130点
100対1	105点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点

一般病床数に対する配置人数に応じて加算

平成22年度改定医師事務作業補助体制加算②

[施設基準] 各項目のいずれかに該当すればよい

1 15対1補助体制加算、20対1補助体制加算の場合

- ・第三次救急医療機関
- ・小児救急医療拠点病院
- ・総合周産期母子医療センター
- ・年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院



2 25対1補助体制加算、50対1補助体制加算の場合

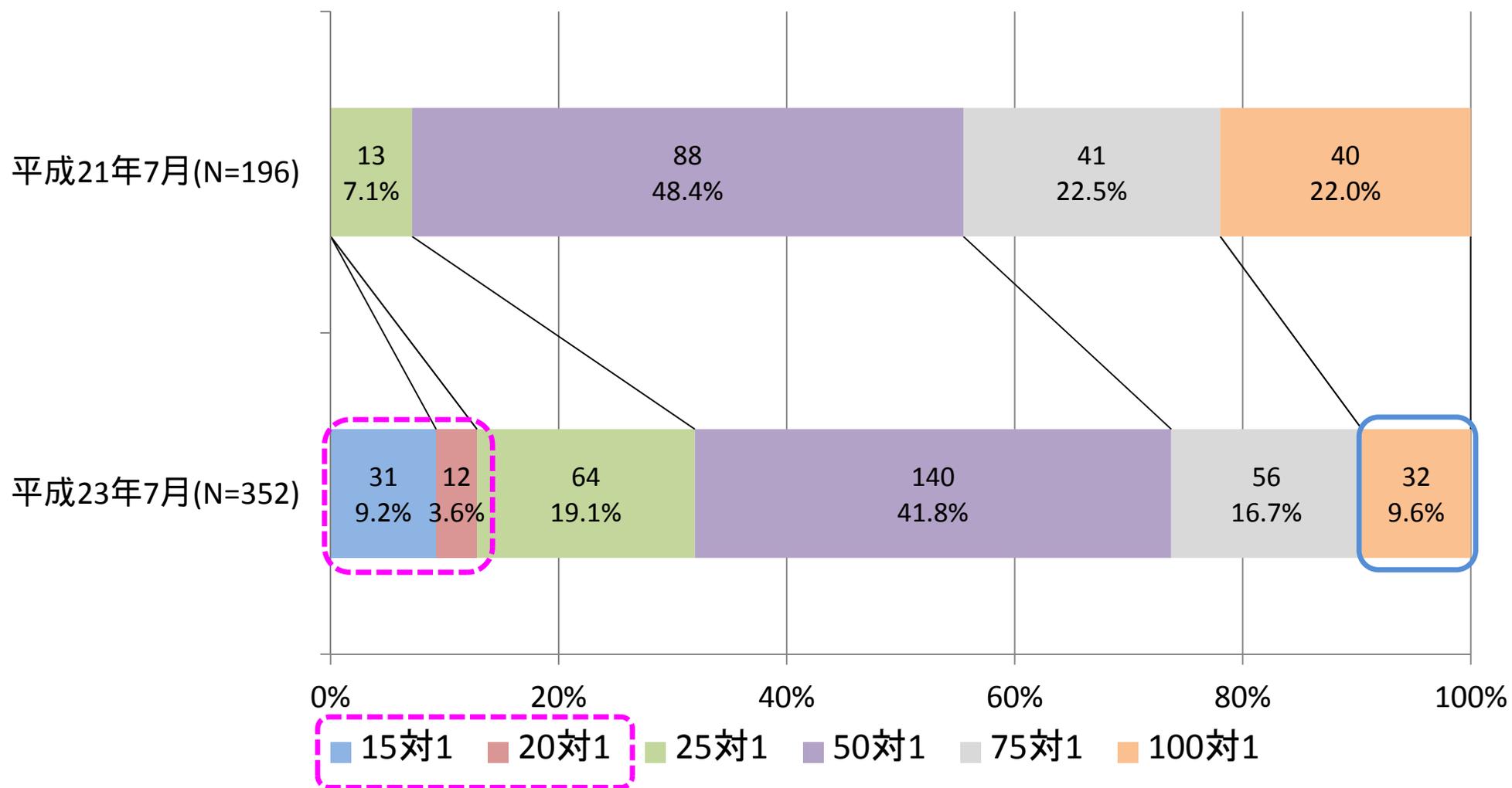
- ・「15対1又は20対1補助体制加算の施設基準」を満たしている
- ・災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院
- ・年間の緊急入院患者数が200名以上
- ・又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上

3 75対1補助体制加算、100対1補助体制加算の場合

- ・「15対1及び20対1補助体制加算の施設基準」又は「3 25対1及び50対1補助体制加算の施設基準」を満たしている
- ・年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院であること。

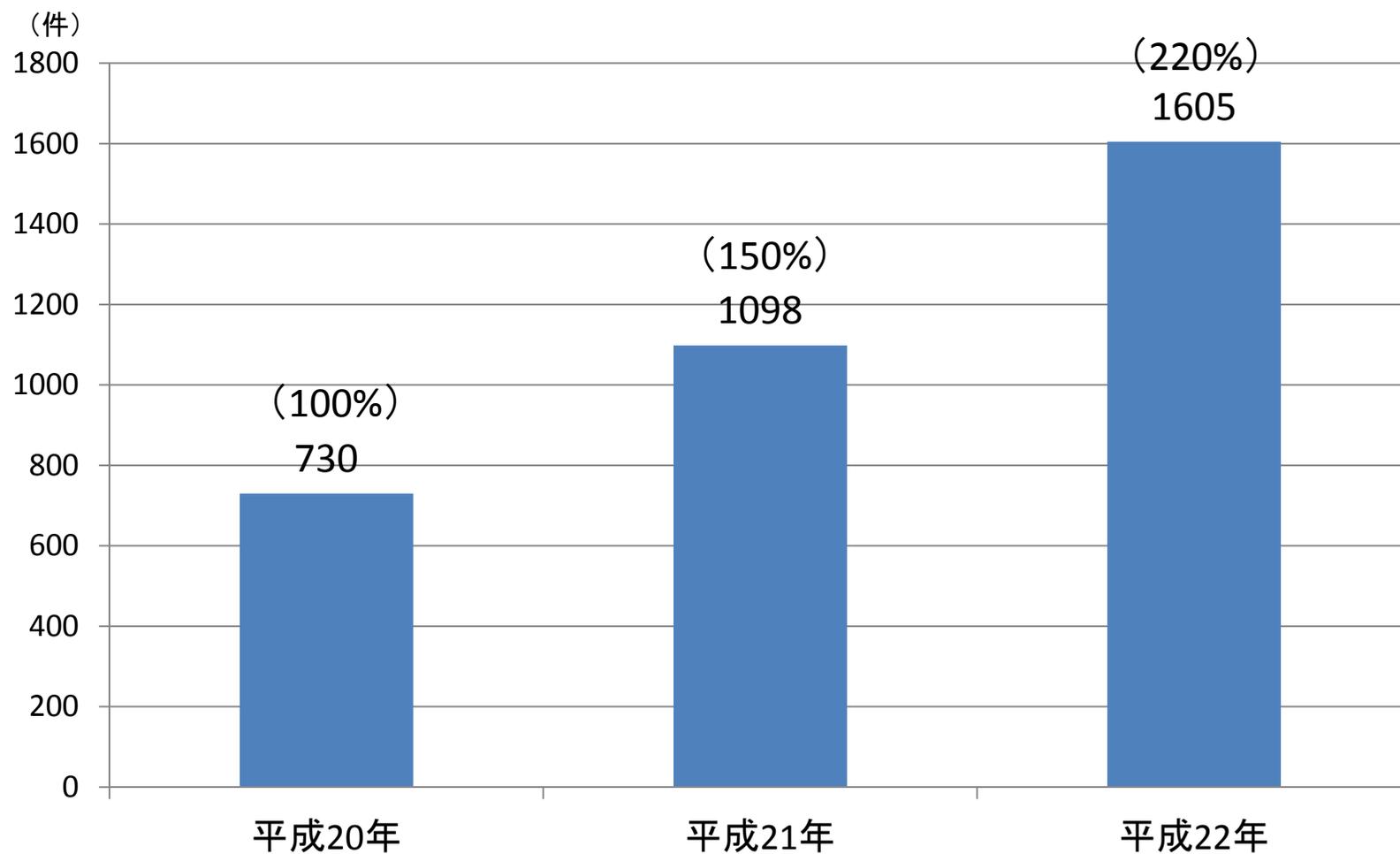
★医師事務作業補助者の配置場所は、業務として医師の指示に基づく医師の事務作業補助を行う限り問わないことを明記した。

医師事務作業補助者の配置状況（施設調査）



平成22年度に15対1、20対1を新設。

医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数

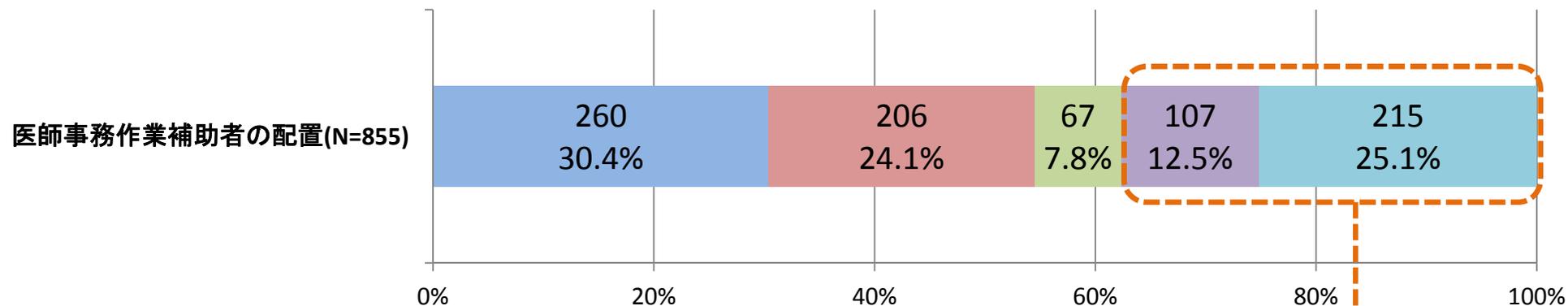


保険局医療課調べ

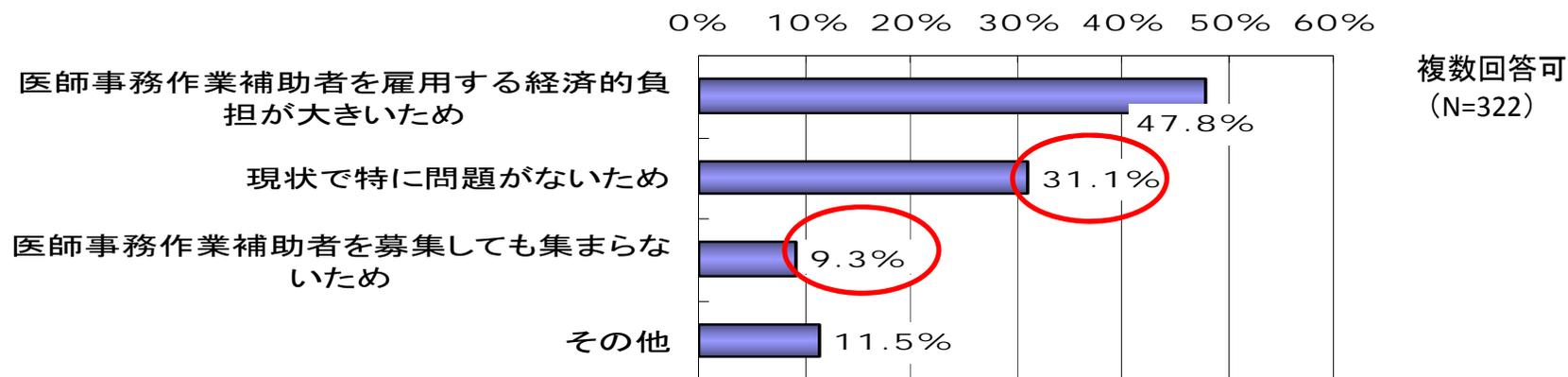
医師事務作業補助体制加算の状況（医師調査）

負担軽減策の実施状況

■ 平成21年度以前から実施中 ■ 平成22年度から実施中 ■ 実施予定がある ■ 実施したいができない ■ 実施する予定はない

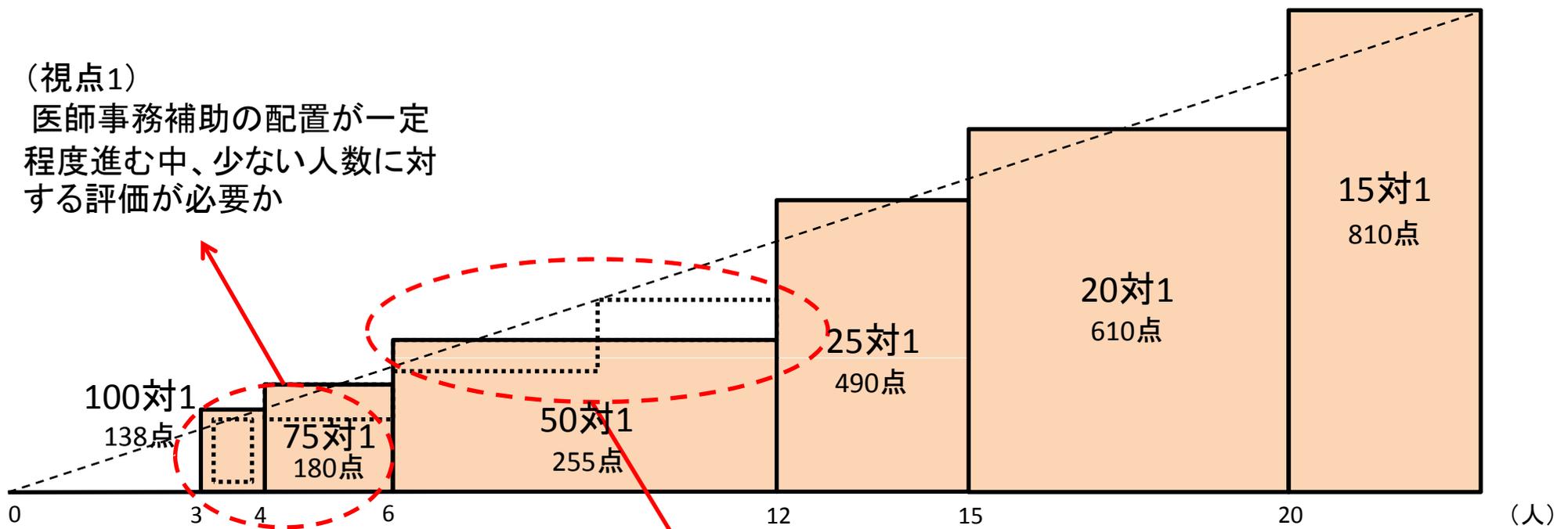


医師事務作業補助者の配置に取り組まない・
取り組むことができない理由（複数回答）



医師事務補助者の数と評価の関係

(300床として仮定)



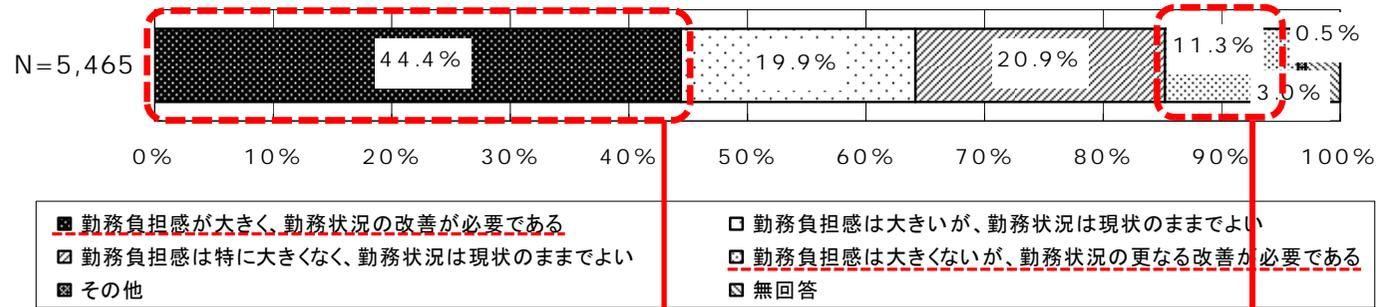
(視点1)
医師事務補助の配置が一定
程度進む中、少ない人数に対
する評価が必要か

(視点2)
より配置人数に応じきめ細やかに
評価することはできないか

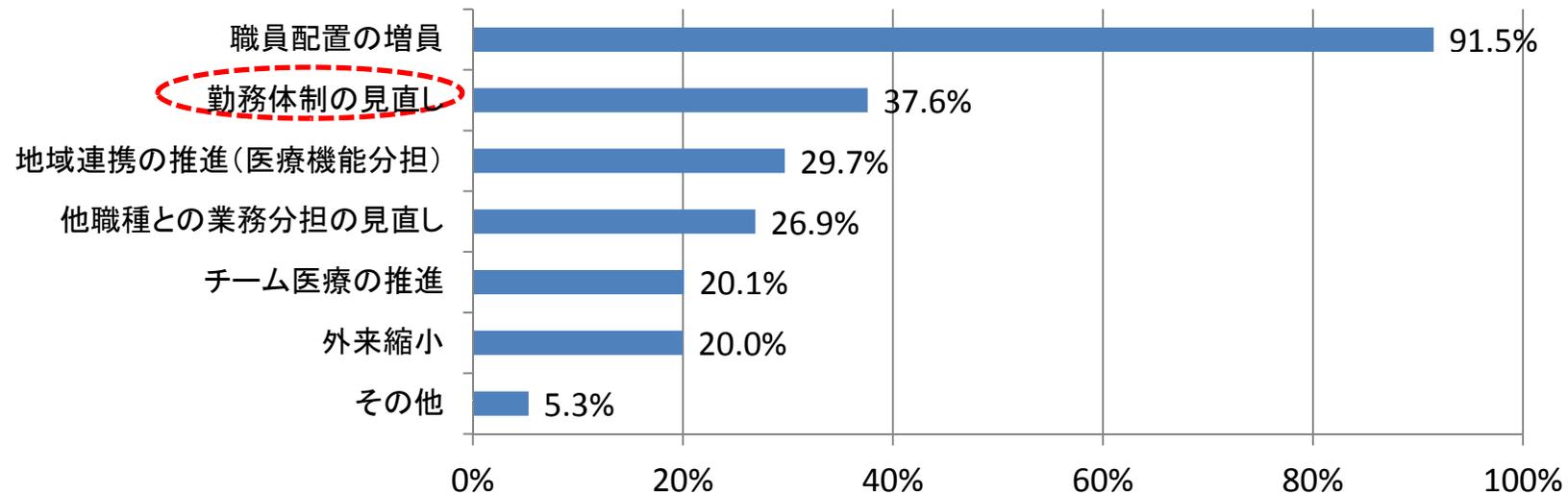
()交代勤務制について

勤務状況の改善の必要性(医師調査)

【勤務の改善の必要性】

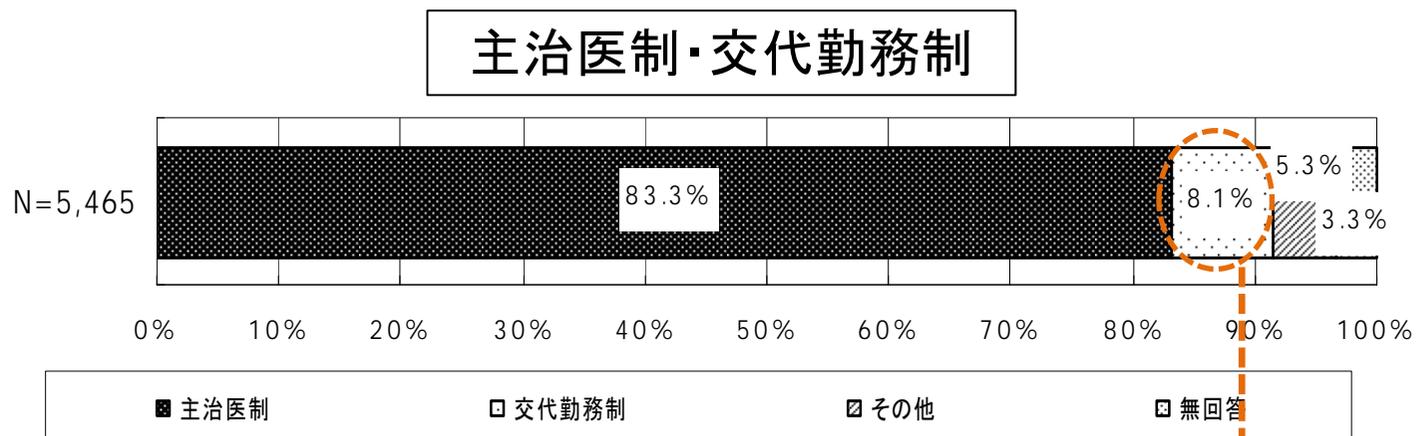


【今後必要であると考える対策】

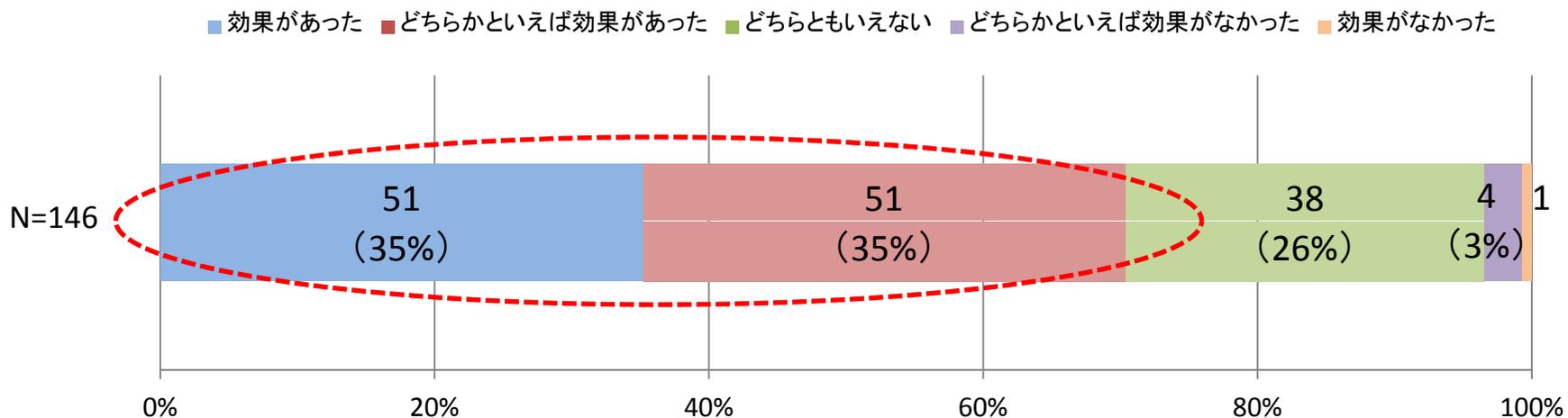


複数回答可
(N=3,045)

交代勤務の状況(医師調査)

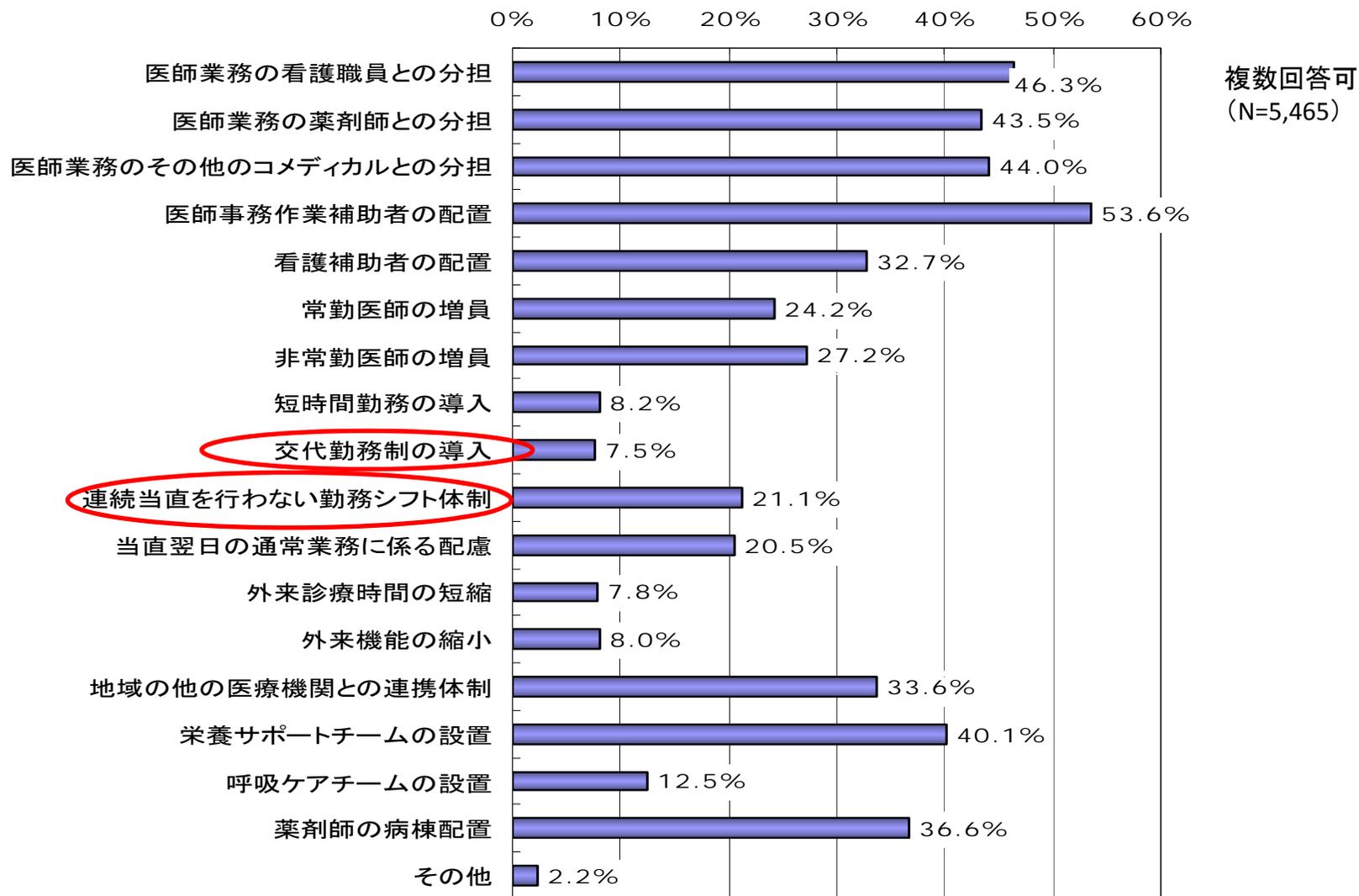


交代勤務制導入による負担軽減の効果



勤務医負担軽減策の取組状況(施設調査)

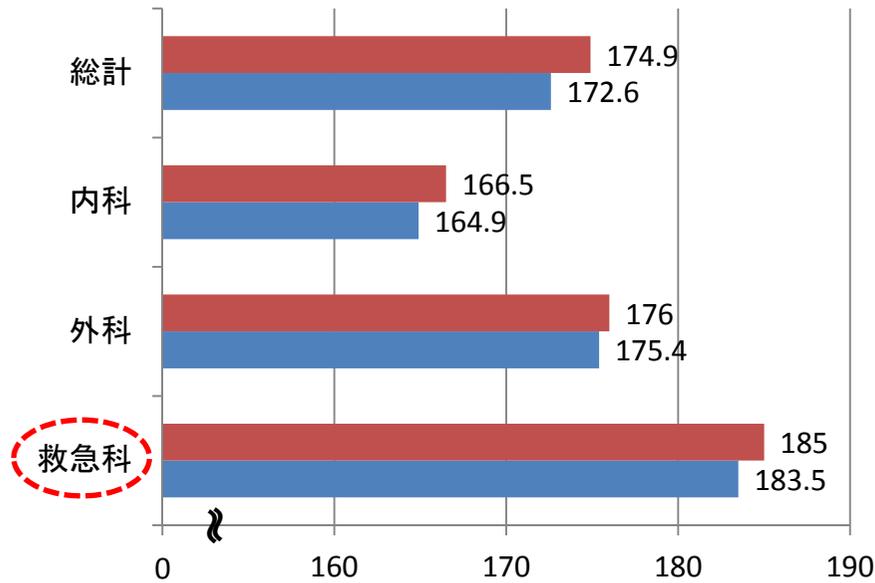
【実施されている勤務医負担軽減策】



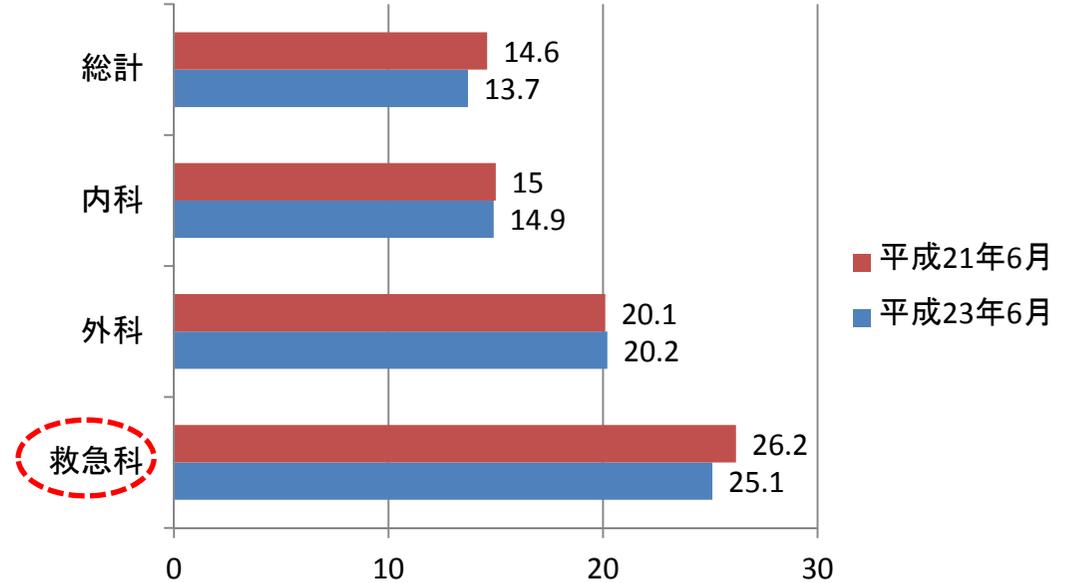
医師の勤務状況（施設調査）

再掲

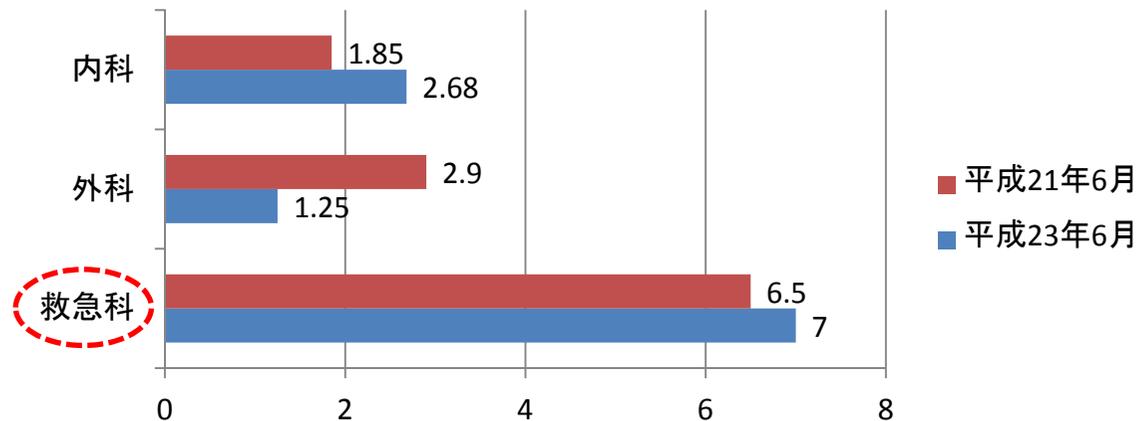
【医師の勤務時間】



【医師の残業時間】

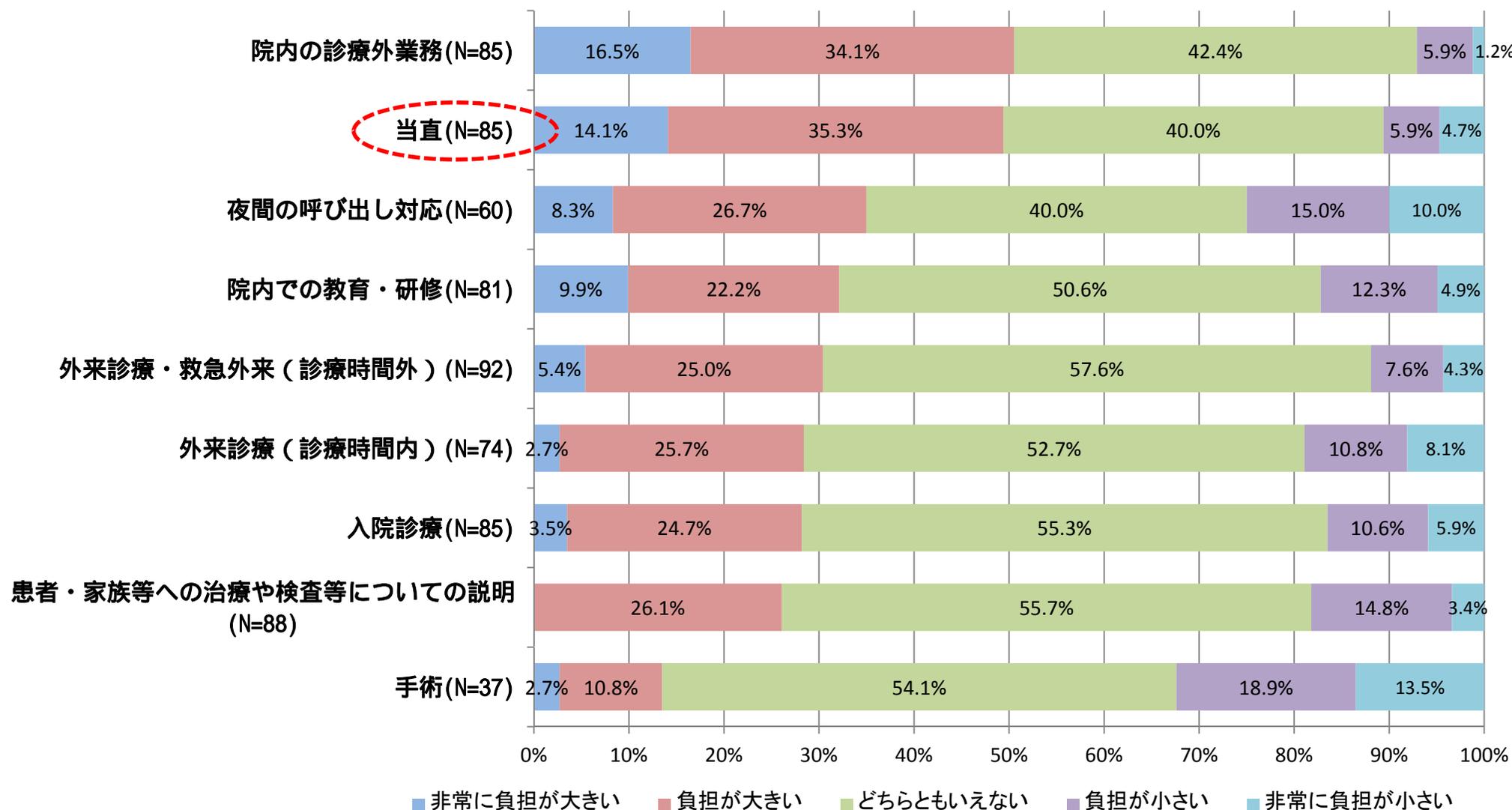


【医師の1人あたり当直回数】



救急科医師の業務ごとの負担感（医師調査）

再掲



勤務時間の短縮が医療安全に与える影響について

●勤務時間の医療安全に与える影響を分析した7つの先行研究をレビューした論文 によると、4つの研究は勤務時間を短縮するという介入が医療安全に関する指標に良い影響を与え、残りの3つの研究では有意な関連性はないが、患者の予後に悪影響は与えていないという報告であった。

Ehara A. Are long physician working hours harmful to patient safety?. *Pediatr Int* .2008;50:175-178

	研究	研究デザインと対象	対照	介入	結果
介入の効果があつたと報告	Landrigan et al. ¹	Prospective, randomized study 研修医	従来型の3日1回、24時間以上(34時間)の勤務をするグループ	1シフトを16時間までに制限+週の勤務時間を削減	介入により、重大な医療事故の発生率を35.9%削減 [対照:136.0] 対 [介入:100.1](患者千人・1日当たり)
	Bailit and Blanchard ²	Retrospective cohort study Metro Health Medical Center産婦人科	4日1回オンコール(睡眠時間1~2時間) 36時間/1シフト	勤務時間改革(全てのレジデントは1シフト当たり24時、週80時間以内等)を実施。24時間/1シフト	勤務時間制限により、出産後出血([対照:2.0%]対[介入1.2%])・新生児蘇生([対照:30.1%]対[介入:26.3%])の件数が統計学的有意に減少
	Baldwin et al. ³	Descriptive study 卒後1~2年のレジデント	週80時間以上の勤務	週80時間未満の勤務	週80時間勤務するレジデントは、週80時間未満勤務するレジデントより、重大な事故や障害の経験が1.58倍上昇する。
	Mann and Danz ⁴	Prospective cohort study 研修医の放射線科プログラム	放射線科プログラムにおいて、オンコール対応レジデントに、そのレジデントを夜間サポートする流動的な補助レジデントを配置 補助レジデントがいなければ、睡眠時間は2.75時間(33時間勤務)	補助レジデントにより、睡眠時間は5.75時間(33時間勤務)	誤診率(レジデントと主治医の診断の不一致) [補助なし:1.69/1シフト] 対 [補助あり:1.0/1シフト]
介入の効果が認められなかったと報告	Rogers et al. ⁵	Retrospective cohort study Fletcher Allen Health Care/University of Vermont	卒後1年:90.82 ± 16.29 h/week 卒後2年:85.95 ± 23.3 h/week 卒後3年:91.75 ± 13.92 h/week	卒後1年:76.85 ± 5.24 h/week 卒後2年:80.66 ± 8.73 h/week 卒後3年:81.80 ± 12.98 h/week	Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)によるレジデントの週80時間の制限の前後で、合併症・診断の遅れ・誤診の発生に統計学的変化はなかった。
	Davydov et al. ⁶	Prospective cohort study	2つの内科における処方ミスと、24時間シフトの間の勤務時間の関係		相関関係なし
	Lee et al. ⁷	Prospective self-controlled trial	conventional overnight call system (ONCS) 28.2 ± 1.6 h/shift, 70-80/week	night shift call system (NSCS) 12.0 ± 0 h/shift, 1 week night duty and 7 weeks of daytime duties	ONCSとNSCSで、医療ミスや誤診の数に有意な差はなかった。

1. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care unit. *N Engl J Med*.2004; 351: 1838-1848.

2. Balit JL, Blanchard MH. The effect of house staff working hours on the quality of obstetric and gynecologic care. *Obstet Gynecol*.2004; 103: 613-616.

3. Baldwin DC, Daugherty SR, Tsai R, et al. A national survey of residents' self-reported work hours; Thinking beyond specialty. *Acad Med*.2003; 78: 1154-1163.

4. Mann FA, Danz PL. The night stalker effect: Quality improvements with a dedicated night-call rotation. *Invest Radiol*.1993; 28: 92-96.

5. Rogers F, Shackford S, Daniel S, et al. Workload redistribution: A new approach to the 80-hour workweek. *J Trauma*.2005; 58: 911-916.

6. Davydov L, Caliendo G, Mehl B, et al. Investigation of correlation between house-staff work hours and prescribing errors. *Am J Health Syst Pharm*.2004; 61: 1130-1133.

7. Lee DTY, Chan SWW, Kwok SPY. Introduction of night call system for surgical trainees: a prospective self-controlled trial. *Med Educ*.2003; 37: 495-499.

聖マリア病院産科における長時間連続勤務への対応の取組み

【概要】

- ・総合周産期母子医療センター、救命救急センター、地域災害拠点病院
- ・産科は交代勤務制
- ・産婦人科常勤医師8名

【勤務態勢】

日曜日			月曜日			火曜日			水曜日			木曜日			金曜日			土曜日		
深夜	日勤	準夜																		
休日			日勤	拘束		深夜			日勤	拘束		日勤			休日			日勤		

深夜勤務後は休み

準夜 3人 (MFICU・準夜外来・当直 各1名)

深夜 3人 (MFICU・外来ER2名、拘束1名)

完全な3交代勤務は困難なため、深夜勤務後の日勤は休み。

【効果】

- 深夜勤務後に十分な休息が取れる。
- 精神的・身体的負担が軽減され、各勤務帯に医師の集中力が維持され、事故防止に繋がり、以前に比べゆとりある診療が行うことができる。
- 夜勤を通常業務と評価されるが、夜間の分娩手当や他の手当があり、収入が増加。
- 4週8休だが、4週12休のような感覚に近く、休息が十分取ることができる。

【問題点】

- 日勤帯に主治医がいないことが週3回ある。(休日2回と深夜明け1回)
- 週末に全く勤務がない機会は少ない。

藤沢市民病院小児科における長時間連続勤務への対応の取組み

【概要】

- ・小児救急医療拠点病院、救命救急センター
- ・小児科は交代勤務制
- ・小児科医師13名（一般小児科7名、NICU4名、交代勤務制2名）
- ・夜間小児外来患者数 約13,000人/年

【勤務態勢】

救急 外来	日	月	火	水	木	金	土
昼	C						D
夜	A	B	A	B	A	B	E

- ・2名(A,B)が1カ月、曜日交代(週3回)で夜勤勤務(16:30～翌9:00)に専念。(原則、昼間の一般外来、病棟受持ちは免除)
- ・土曜、日曜昼は別の医師(C,D,E)が担当。
- ・準夜帯の応援医師(1名)は22時まで勤務し、翌日全休、又は半休。

【効果】

- 医師の精神的、身体的負担が軽減。
- 医師の集中力が維持され、事故防止に繋がる。
- 救急外来に専念でき、時間外診療であっても十分な医療を提供できる。
- 患者に対する接遇が改善。

【問題点】

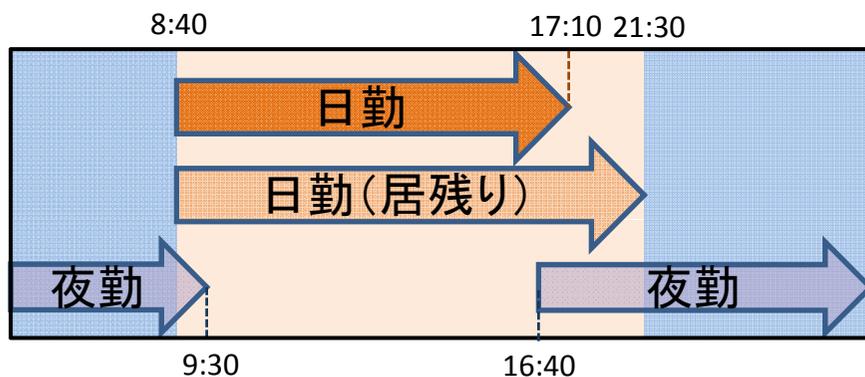
- 外来・入院の一般診療で担当医が入れ替わるため、継続的な診療が困難。
- 昼間の専門外来との両立が困難。
- 体力、年齢、疾病、妊娠、家族の状況等により夜勤勤務が制限される。
- 夜勤を通常業務と評価するため、当直料はなく収入が減少する。

徳島赤十字病院小児科における長時間連続勤務への対応の取組み

【概要】

- ・小児救急医療拠点病院として、24時間体制で対応
- ・小児科は2交代勤務制
- ・小児科医師9名(小児救急は7名で対応)
- ・時間外小児外来患者数 約1万~2万人/年

【勤務態勢】



- 日勤 1~3人 8:40~17:10(休憩45分)
日勤(居残り) 1人 8:40~21:30(休憩60分)
夜勤 1人 16:40~翌9:30(休憩60分)
日勤(平日2~3人、土曜日1人、日祝日2人)

【効果】

- 長時間勤務が改善。

【問題点】

- 当直体制に比し、給料が少なくなる。
- 勤務が不規則(平均週1回夜勤)になる。
- 主治医が継続して診療することが困難。

【今後の展望】

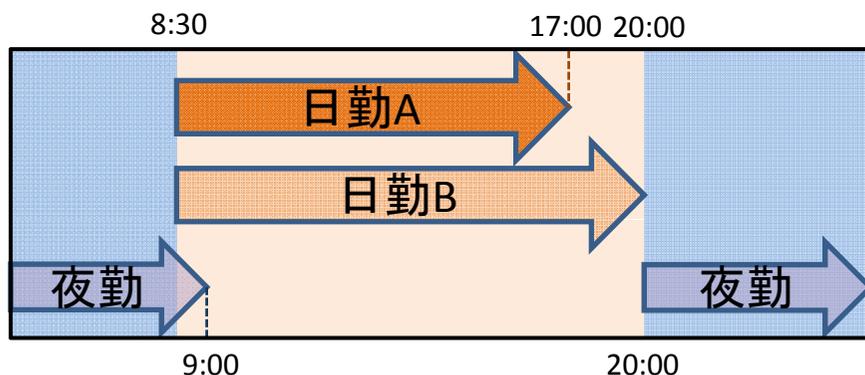
- 小児科は交代勤務制の導入に必要な医師数が確保されていたが、他の診療科では新たに医師を確保し、交代勤務制の導入は困難。

日本赤十字社医療センター産科における長時間連続勤務への対応の取組み

【概要】

- ・総合周産期母子医療センター、救命救急センター、地域救急医療センター
- ・産科は2交代勤務制(平成21年6月より開始)
- ・産科常勤医師25名

【勤務態勢】



日勤A 16人 8:30～17:00(休憩45分)
日勤B 3人 8:30～20:00(休憩60分)
夜勤 3人 20:00～9:00(休憩120分)

残り3人は休み

【効果】

- 連続勤務がなくなり負担が軽減。
- 当直体制時には、当直回数のばらつきや、当直分担の偏りがあったが、交代勤務により改善。
- 制度変更に伴う分娩数や患者数に大きな変動なし。

【問題点】

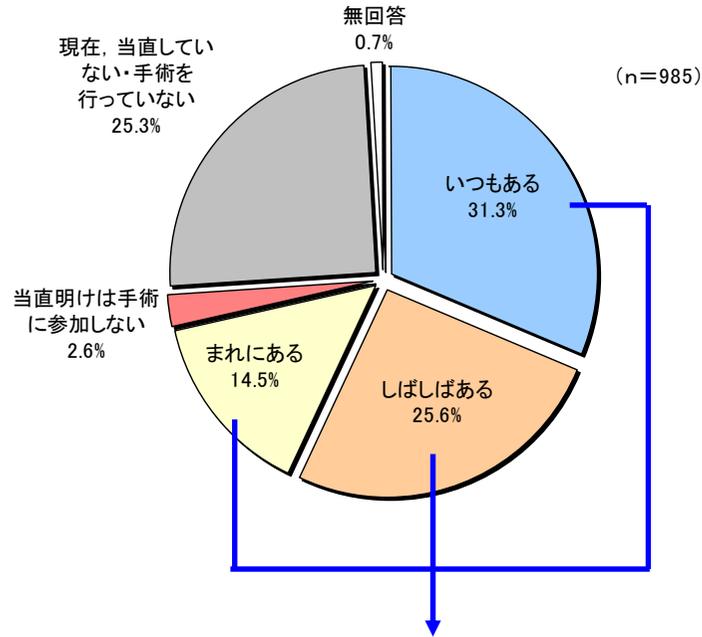
- 交代勤務制による夜勤は所定内労働で、時間外手当や当直手当等は支給されず、給与が若干減少。
- 外来診療で、診察日の担当医を固定することが難しい。

【今後の展望】

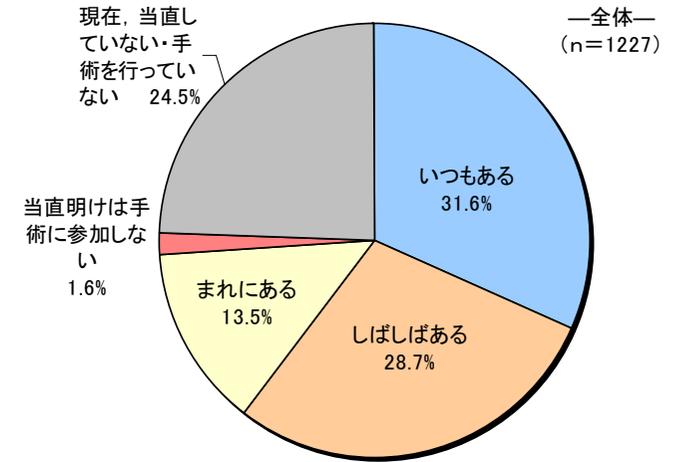
- 医師の人数の確保が可能ならば、交代勤務制を他の診療科で行うことを検討。

外科医の当直明けの手術参加について

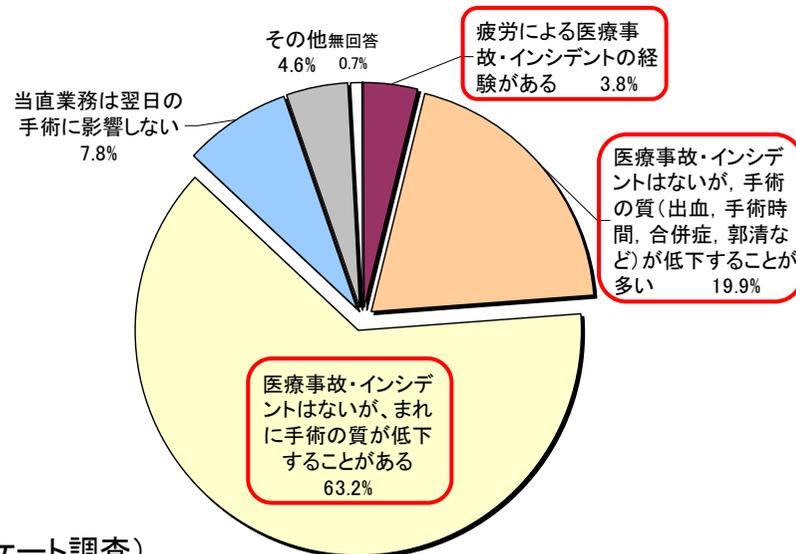
【直近1～2年間における当直明けの手術参加の有無】



【参考：前回（平成19年）調査結果】



【参加有の場合、当直が手術に与える影響】 (n=703)



当直明けに手術に参加している外科医のうち、約87%が何らかの影響を訴えている。

病院勤務医の勤務体制について

①交代勤務制 (小児科・産科・救急科で実施例あり)

	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
日勤	○	×	○	○	×	○	×
夜間	当直	×	×	当直	×	×	×

○:勤務 ×:休み

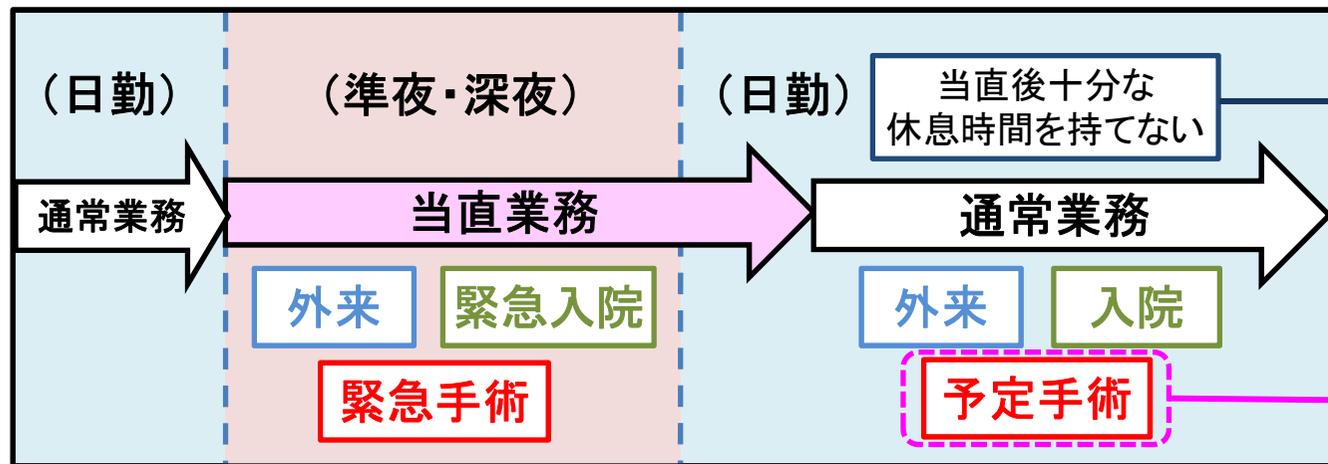
(現状)

当直明けや週末の勤務に配慮がなされ、勤務負担軽減の効果あり

(今後)

勤務医負担軽減策の1つとして、交代勤務制の計画又は実施を評価してはどうか

②外科医の勤務体制 (現在の状況)



(現状)

通常業務へ悪い影響を与える

(今後)

「当直明けは予定手術に組み込まない体制」を勤務医負担軽減策の1つとしてはどうか

病院医療従事者の負担軽減策のまとめ

現行

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目】

- 総合入院体制加算(旧:入院時医学管理加算)
- 医師事務作業補助体制加算
- ハイリスク分娩管理加算
- 急性期看護補助体制加算
- 栄養サポートチーム加算
- 呼吸ケアチーム加算
- 小児入院医療管理料1及び2
- 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

【病院勤務医の負担軽減に資する計画】

- ① 医師・看護師等の業務負担
- ② 医師に対する医療事務作業補助体制
- ③ 交代勤務制導入
- ④ 短時間正規雇用の医師の活用
- ⑤ 地域の他の医療機関との連携
- ⑥ 外来縮小の取り組み

いずれの項目も任意

急性期看護補助体制加算

改定案

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目】

- 総合入院体制加算(旧:入院時医学管理加算)
- 医師事務作業補助体制加算
- ハイリスク分娩管理加算
- 急性期看護補助体制加算
- 栄養サポートチーム加算
- 呼吸ケアチーム加算
- 小児入院医療管理料1及び2
- 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

負担軽減策として
必須事項とする

小児、産科等に係る項目やチーム医療に係る項目の追加

新たに「負担軽減策を要件とする項目」として追加したものについて、外来縮小を必ず検討する事項とする。(11月30日検討)

【病院勤務医の負担軽減に資する計画】

- ① 医師・看護師等の業務負担
- ② 医師に対する医療事務作業補助体制
- ③ 交代勤務制導入
- ④ 短時間正規雇用の医師の活用
- ⑤ 地域の他の医療機関との連携
- ⑥ 外来縮小の取り組み

(新)⑦ 当直後の予定手術に対する配慮

- ・ 少数配置評価(100対1、75対1)の適正化
- ・ 項目(50対1)の細分化

一定以上医師が配置されている、小児、産科、救急関係入院料では必ず検討する事項とする

- 急性期看護補助体制加算
- ・ 手厚い看護補助体制の評価
 - ・ みなし看護補助者の適正化
 - ・ 夜間看護補助者配置の評価
 - ・ 看護職員負担軽減策の届出

「当直後の予定手術に対する配慮」を検討事項の1つとする

課題と今後の方向性

(医師事務作業補助者、交代勤務制)

- 医師事務作業補助者の配置は様々な負担軽減策の中でも最も効果が大きく、より多くの医師事務補助者の配置や医師事務作業補助体制加算の届出が増加している。
- 他方、医師事務作業補助者の配置していない医療機関の、配置しない理由として、補助者の雇用負担だけでなく、求人困難や、そもそも現体制で問題がないことをあげる医療機関もある。
- 勤務状況の改善が必要と考える医師は全体の6割あり、増員を除くと勤務体制の見直しを上げる割合が高い。
- 医師の8.1%が交代勤務制を行っており、負担軽減効果は高いと評価されている。特に救急医は他と比べ勤務時間は長く、当直に対する負担感は強い。
- 勤務時間を短縮することで医療安全に関する指標に良い影響を与えるとの報告があり、当直明けの手術についてリスクが高いと考える医師の数は多い。

【今後の方向性】



- 一定程度配置が進んだ医師事務補助者について、少ない人数(100対1、75対1等)に対する評価の必要性についてどのように考えるか。
- 医師事務補助者の配置人数に応じ、よりきめ細やかに評価することは可能か。
- 産科、小児科、救急といった診療科に係る特定入院料(小児入院医療管理料等)や入院基本料等加算(ハイリスク分娩管理加算等)は広くその算定にあたって、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目の対象の一つとし、交代勤務制についても負担軽減策の一つとして検討することとしてはどうか。
- 特に勤務時間の長い救急医療については、医師の常時配置を必要とする入院料(救命救急入院料等)の算定にあたって、交代勤務制を実施していることに一定の評価を行ってはどうか。
- 当直後の手術に対し一定の配慮を行うことを、勤務医負担軽減策の1つとして追加してはどうか。

②チーム医療について

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

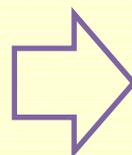
実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇改善につながるよう、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を要件とする項目を今般新たに評価する項目に拡大する。

3項目から8項目に対象拡大

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目】

現行

- 入院時医学管理加算
- 医師事務作業補助体制加算
- ハイリスク分娩管理加算



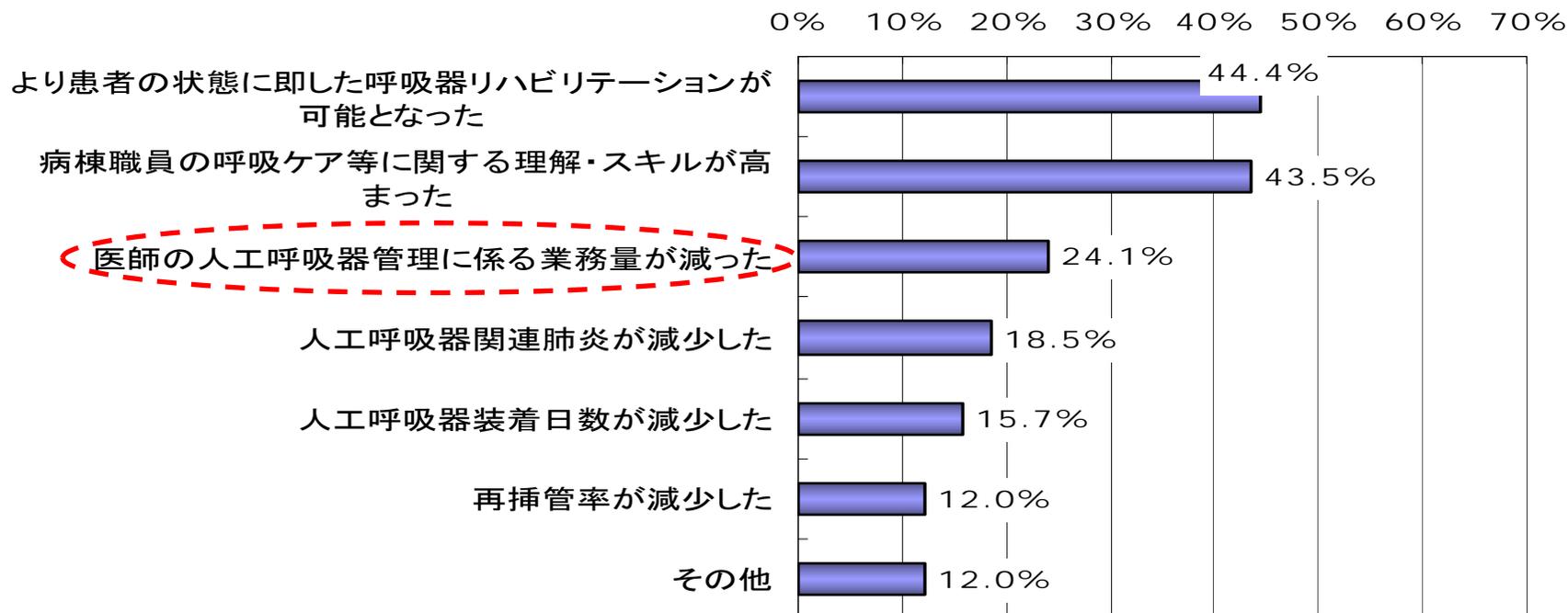
改定後

- 総合入院体制加算(旧:入院時医学管理加算)
- 医師事務作業補助体制加算
- ハイリスク分娩管理加算
- 急性期看護補助体制加算
- 栄養サポートチーム加算
- 呼吸ケアチーム加算
- 小児入院医療管理料1及び2
- 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

()呼吸ケアチームについて

呼吸ケアチームの設置による効果（医師調査）

複数回答（N=108）



平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成23年度調査） 病院勤務医の負担軽減の状況調査（速報）

【平成22年度 呼吸ケアチーム加算の状況】

算定件数	302件
届け出医療機関数	179施設

算定件数：平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成23年度調査）
 病院勤務医の負担軽減の状況調査（速報）
 届け出医療機関数（平成22年7月1日現在）：保険局医療課調べ

() 栄養サポートチームについて

栄養サポートチーム加算（平成22年診療報酬改定）

急性期の入院医療を行う一般病棟において、栄養障害を生じている患者又は栄養障害を生じるリスクの高い患者に対して、医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士などからなるチームを編成し、栄養状態改善の取組が行われた場合の評価。

⑧ 栄養サポートチーム加算 200点（週1回）

[対象患者]

7対1入院基本料又は10対1入院基本料届出病棟に入院している栄養障害を有する者

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される栄養管理に係るチームが設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。

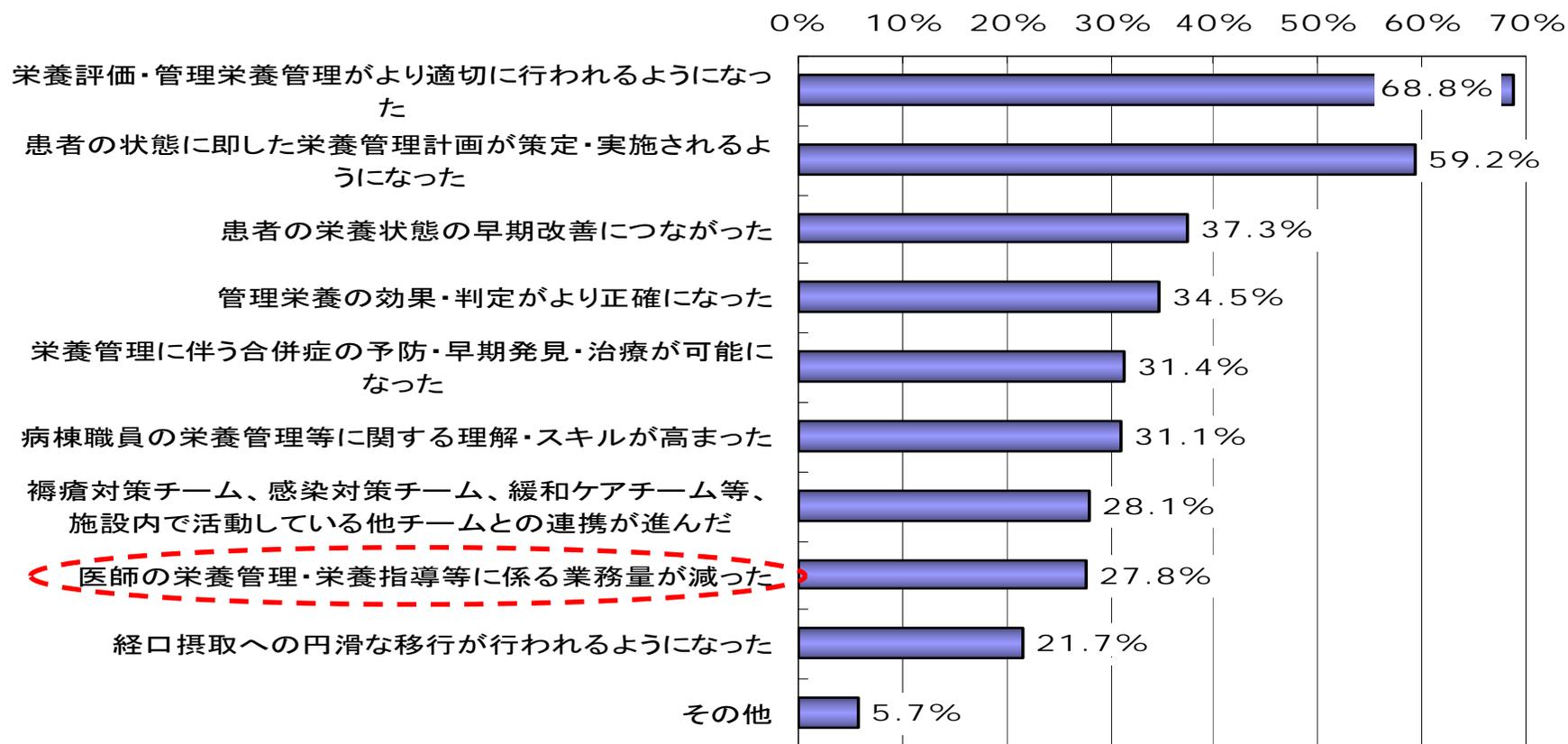
- ① 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師
- ② 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師
- ③ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師
- ④ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士

上記のほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

ただし、常勤医師を除き、専任の職員については、平成23年3月31日までに研修を修了する見込みである旨を届け出ることにより。

栄養サポートチームの設置による効果(医師調査)

複数回答 (N=576)

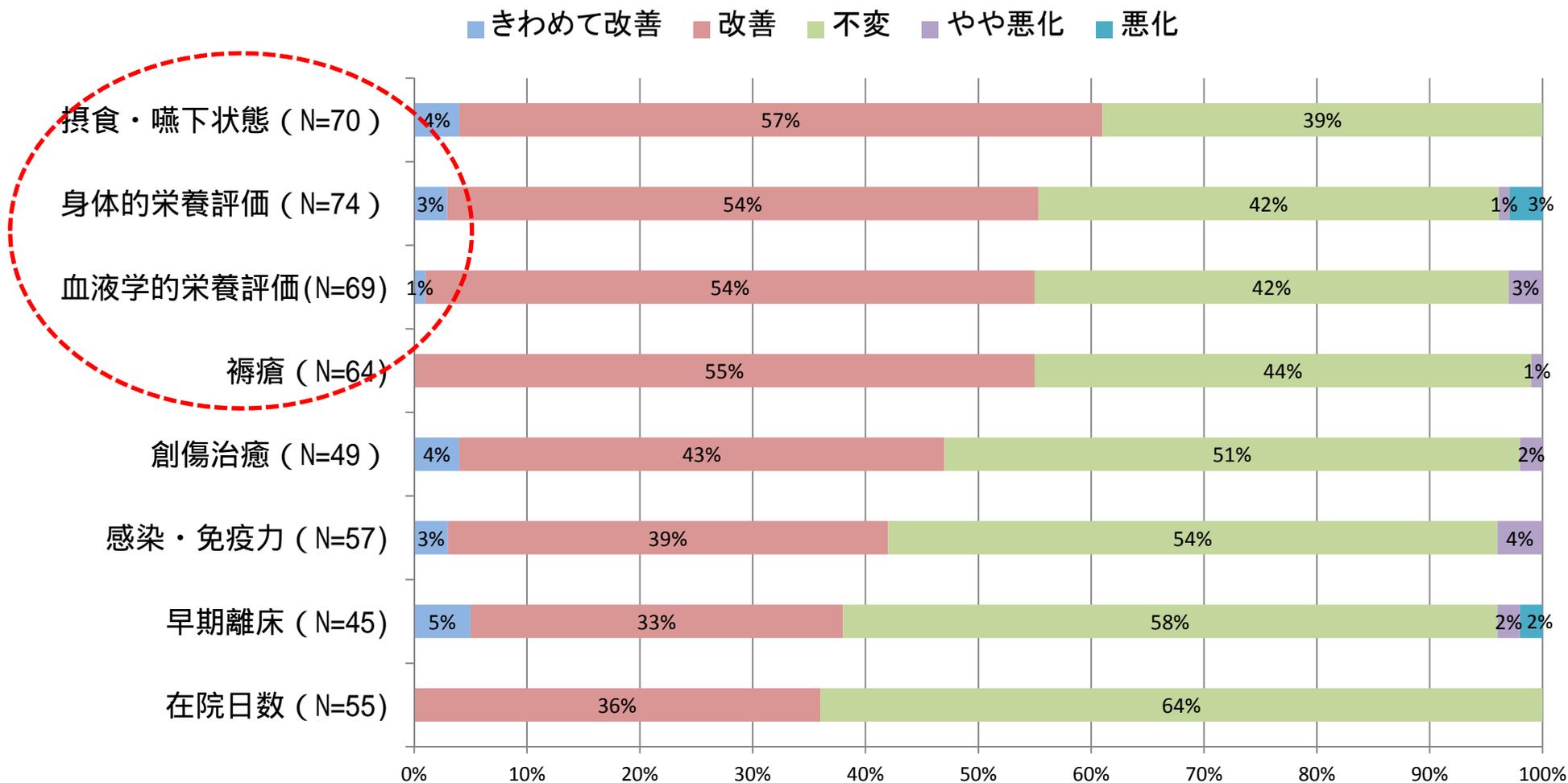


平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査) 病院勤務医の負担軽減の状況調査(速報)

栄養サポートチーム（NST）加算の評価項目について

摂食・嚥下状態、身体的栄養評価、血液学的栄養評価、褥瘡は、いずれも50%以上の施設から改善という結果になり、NST活動の有用性が示された。

（対象施設：入院基本料看護基準7:1、10:1）



栄養サポートチーム加算に関するアンケート調査2011(日本静脈経腸栄養学会)

NST稼働効果の検証

—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—

一般病床
(看護基準7:1、10:1)

稼働前 稼働後



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

NST稼働効果の検証

—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—

一般病床
(看護基準13:1、15:1)

■ 稼働前 ■ 稼働後



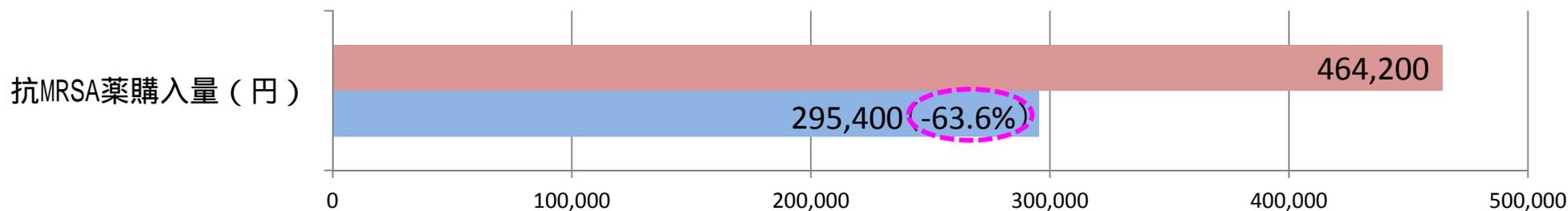
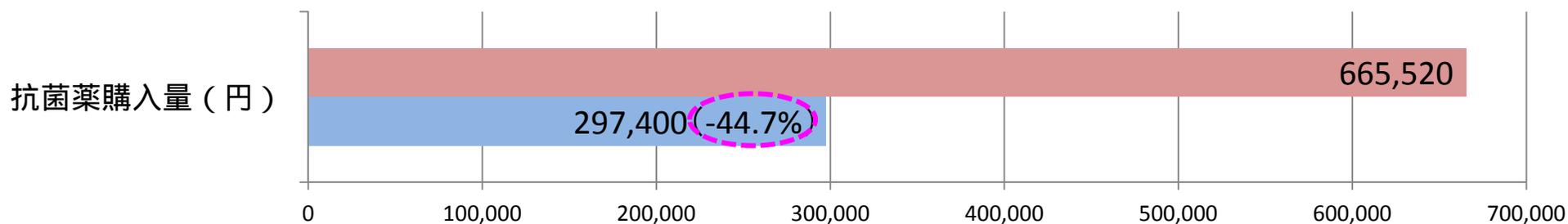
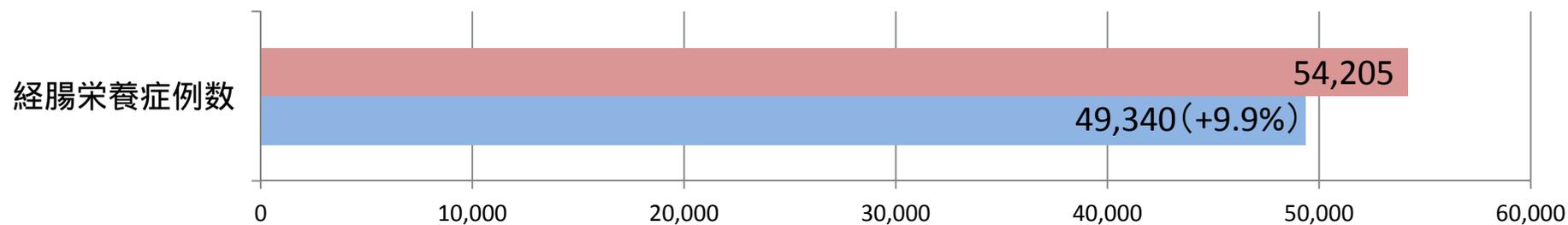
東口高志、伊藤彰博：NSTの今後—日本栄養療法推進協議会発足をふまえて。臨床検査106：700—704、2005

NST稼働効果の検証

—長期療養施設の1例—

療養病床

■ 稼働前 ■ 稼働後



(iii) その他

(臓器・造血幹細胞移植後のフォローアップについて)

移植施設

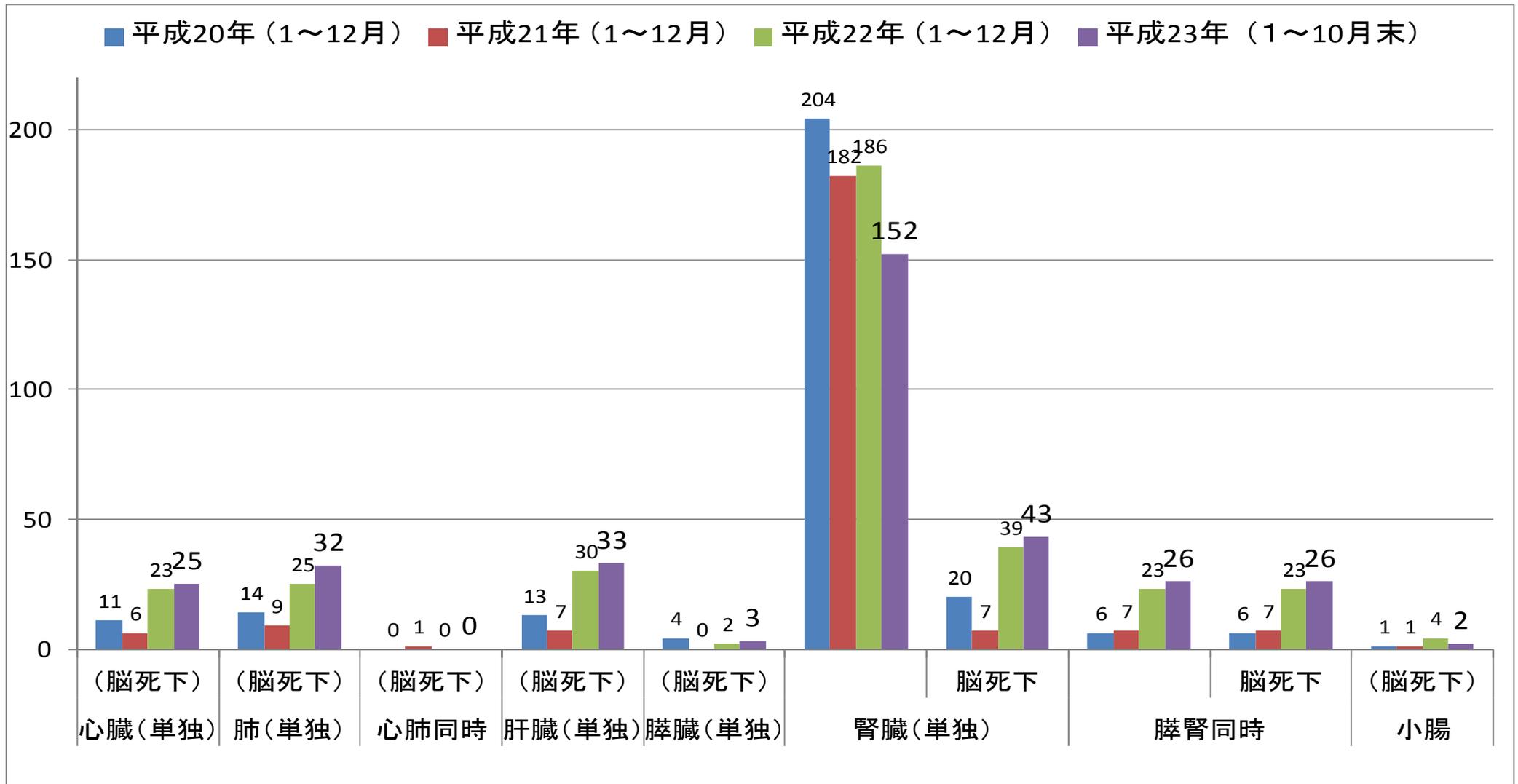
脳死した者の身体から摘出された臓器の移植の実施については、移植関係学会合同委員会において選定された施設に限定する。

臓器	移植施設名	数
心臓	東京女子医科大学病院、大阪大学医学部附属病院、国立循環器病研究センター、東京大学医学部附属病院、東北大学病院、九州大学病院、北海道大学病院、埼玉医科大学国際医療センター、岡山大学病院	9
肺	東北大学病院、京都大学医学部附属病院、大阪大学医学部附属病院、岡山大学病院、獨協医科大学病院、福岡大学病院、長崎大学病院	7
肝臓	信州大学医学部附属病院、京都大学医学部附属病院、北海道大学病院、東北大学病院、東京大学医学部附属病院、名古屋大学医学部附属病院、大阪大学医学部附属病院、岡山大学病院、九州大学病院、慶應義塾大学病院、新潟大学医歯学総合病院、広島大学病院、長崎大学病院、自治医科大学附属病院、国立成育医療研究センター、順天堂大学医学部附属順天堂医院、金沢大学附属病院、三重大学医学部附属病院、京都府立医科大学附属病院、神戸大学医学部附属病院、熊本大学医学部附属病院、岩手医科大学附属病院	22
膵臓	北海道大学病院、東北大学病院、福島県立医科大学附属病院、東京女子医科大学病院、名古屋第二赤十字病院、京都府立医科大学附属病院、大阪大学医学部附属病院、神戸大学医学部附属病院、広島大学病院、九州大学病院、国立病院機構千葉東病院、東京医科大学八王子医療センター、新潟大学医歯学総合病院、奈良県立医科大学附属病院、香川大学医学部附属病院、藤田保健衛生大学病院、獨協医科大学病院、京都大学医学部附属病院	18
小腸	北海道大学病院、東北大学病院、慶應義塾大学病院、新潟大学医歯学総合病院、名古屋大学医学部附属病院、京都大学医学部附属病院、大阪大学医学部附属病院、岡山大学病院、九州大学病院、旭川医科大学病院、自治医科大学附属病院、成育医療研究センター、熊本大学医学部附属病院	13

心臓移植施設のうち、レシピエントが10歳以下の小児の移植も可能な施設は、
東京大学医学部附属病院、大阪大学医学部附属病院、国立循環器病研究センターの3施設

2 心肺同時移植可能施設(国立循環器病研究センターについては肺のみの移植は行わない)

心停止・脳死臓器移植の実施状況



【移植希望待機患者数】（平成23年9月30日現在）

心臓	肺	心肺	肝臓	膵臓	腎臓	膵腎同時	小腸
190	149	5	365	49	11,993	141	4

心停止・脳死臓器移植成績の日米比較

	生存率					
	1年		3年		5年	
	日本	米国	日本	米国	日本	米国
心臓	97.70%	88.30%	97.70%	81.50%	95.30% >	74.90%
肺	84.50%	83.30%	77.90%	66.20%	73.60% >	54.40%
肝臓	85.20%	88.40%	82.10%	79.30%	79.80% >	73.80%
腎臓	96.10%	95.60%	93.00%	89.10%	90.70% >	81.90%
膵臓	96.20%	97.80%	96.20%	92.30%	96.20% >	88.70%
小腸	83.30%	89.30%	83.30%	72.00%	—	57.90%
	生着率					
	1年		3年		5年	
	日本	米国	日本	米国	日本	米国
心臓	97.70%	87.90%	97.70%	80.60%	95.30% >	73.70%
肺	84.50%	81.60%	77.90%	63.50%	69.20% >	51.50%
肝臓	85.20%	84.30%	82.10%	74.20%	79.80% >	68.40%
腎臓	87.20%	91.00%	80.40%	80.10%	74.00% >	69.30%
膵臓	86.50%	75.50%	81.40%	59.50%	75.80% >	51.50%
小腸	83.30%	78.90%	83.30%	58.70%	—	39.60%

出典：2009 OPTN/SRTR Annual Report、日本臓器移植ネットワークより

臓器移植レシピエント外来の特殊性

移植した臓器を生着させ、臓器の機能の大幅な改善といった効果を長期間維持するためには、外来において、専門性の高く、きめ細やかな総合的医学管理が必要不可欠である。

臓器移植レシピエント外来における専門性の高い総合的医学管理

- 免疫治療の計画的な管理（拒絶反応等の管理）
 - 特有の感染症管理
 - サイトメガロウイルスやEBウイルス感染、真菌感染症等
 - 肝炎ウイルス管理（主に肝移植患者）
 - 悪性疾患の管理
-
- 患者・家族からの医療相談及び指導
 - 患者の身体的状態、検査データ及び日常生活状況の把握
 - 患者の異常時、緊急時の医療相談の連絡窓口
 - 検査データ管理
- 等

レシピエントCoが協働して行う場合もある。

心臓移植後の外来における指導管理の実際

【医学的指導管理】

○拒絶反応について

急性及び慢性拒絶反応の症状や治療等の説明を行い、拒絶反応の早期発見のために体温や体重、体調の変化についての管理を行う。

（参考）急性拒絶反応：症状；発熱、全身倦怠感、むくみ

治療；免疫抑制剤の投与量増量、ステロイド剤の大量投与

慢性拒絶反応：症状；除神経心であるために初期症状がなく、進行してから心不全症状が出現

予防；高血圧や高脂血症の管理、サイトメガロウイルス感染の予防

治療；冠動脈硬化に対する治療又は再移植

○免疫抑制療法について

- ・ 3剤併用療法 服薬の時間・量の厳格な管理、副作用の注意

○感染症について

- ・ サイトメガロウイルス感染症、EBウイルス感染症や真菌の症状等の説明
- ・ 日常生活での諸注意：人ごみを避ける、外出時のマスク着用、歯磨きの徹底、ガーデニング、建設現場、動物等からの感染リスクを避ける 等

○予防接種について

- ・ 各ワクチンの接種の可否、接種した人との接触の可否等の指導

○悪性腫瘍について

免疫抑制状態であり、悪性腫瘍にかかりやすいため、定期的な身体診察、血液検査、潜血検査、超音波検査や必要に応じて内視鏡や病理検査を行い、早期発見・早期診断を行う。

○日常生活について

- ・ 体重、血圧・脈拍、体温管理 ・ 服薬忘れや市販薬等を飲む際の注意
- ・ 食事：カロリー管理、脂質接種管理（慢性拒絶反応の一因）、アルコール・喫煙の注意、食品制限の注意（チーズ、調理後2時間以上経過した食品、生肉等を避ける）
- ・ 運動、スポーツ：徐神経心を考慮した適度な運動を行う ・ 皮膚の手入れ 等

臓器移植レシピエント外来における業務負担

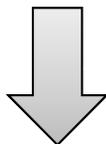
移植患者では、通常の外科患者に比べ、検査の多さや日常生活指導等のために、外来業務が多くなっている。

■ とてもそう思う ■ ややそう思う ■ どちらともいえない ■ あまりそう思わない ■ そう思わない

0% 20% 40% 60% 80% 100%

移植患者の増加により、外来業務にかかる負担が大きくなっている

移植患者は通常の外科患者に比べ、外来での業務が多い

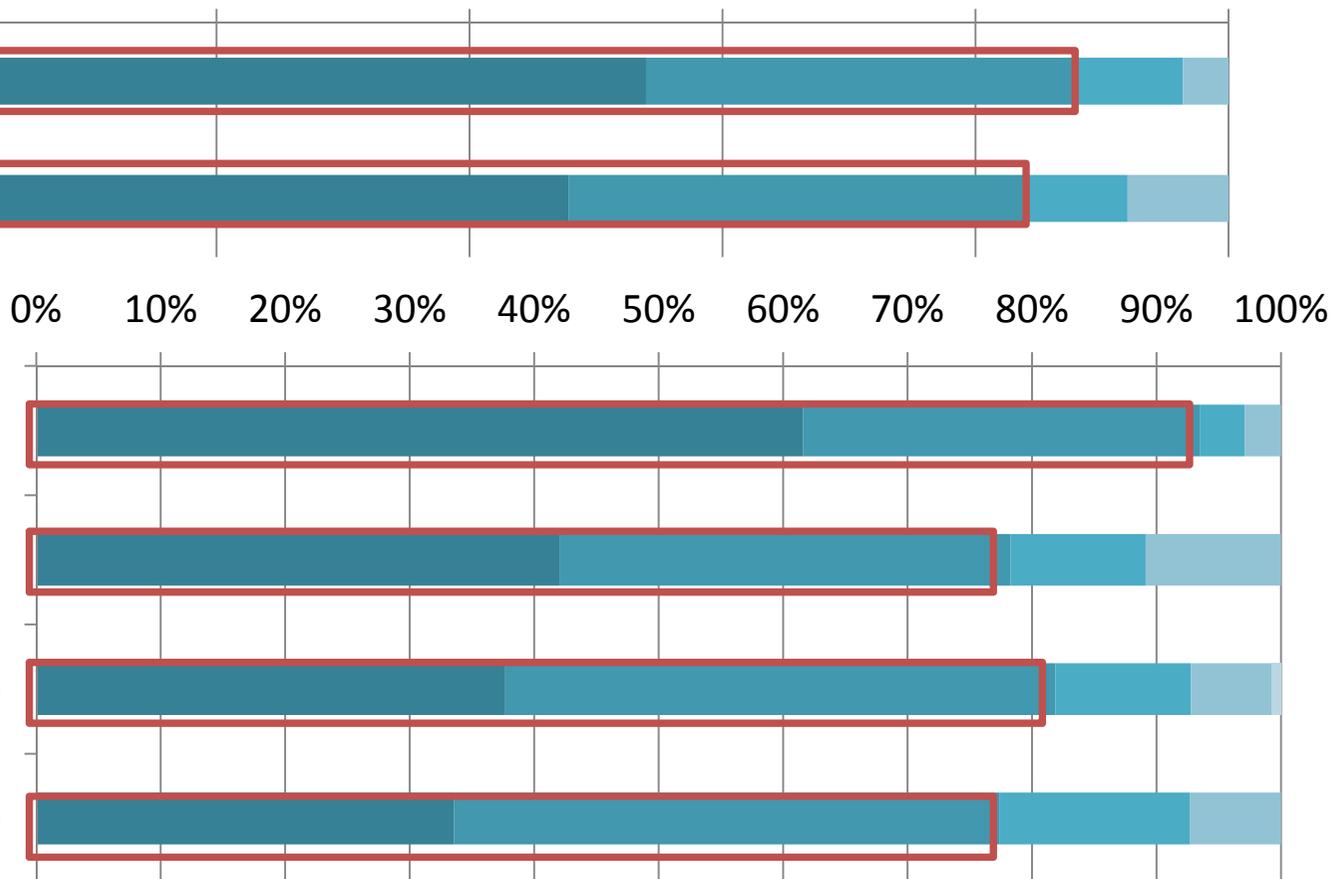


検査結果等のチェック項目が多い

検査や内服のオーダーに時間がかかる

日常生活指導に時間がかかる

精神的支援に時間がかかる

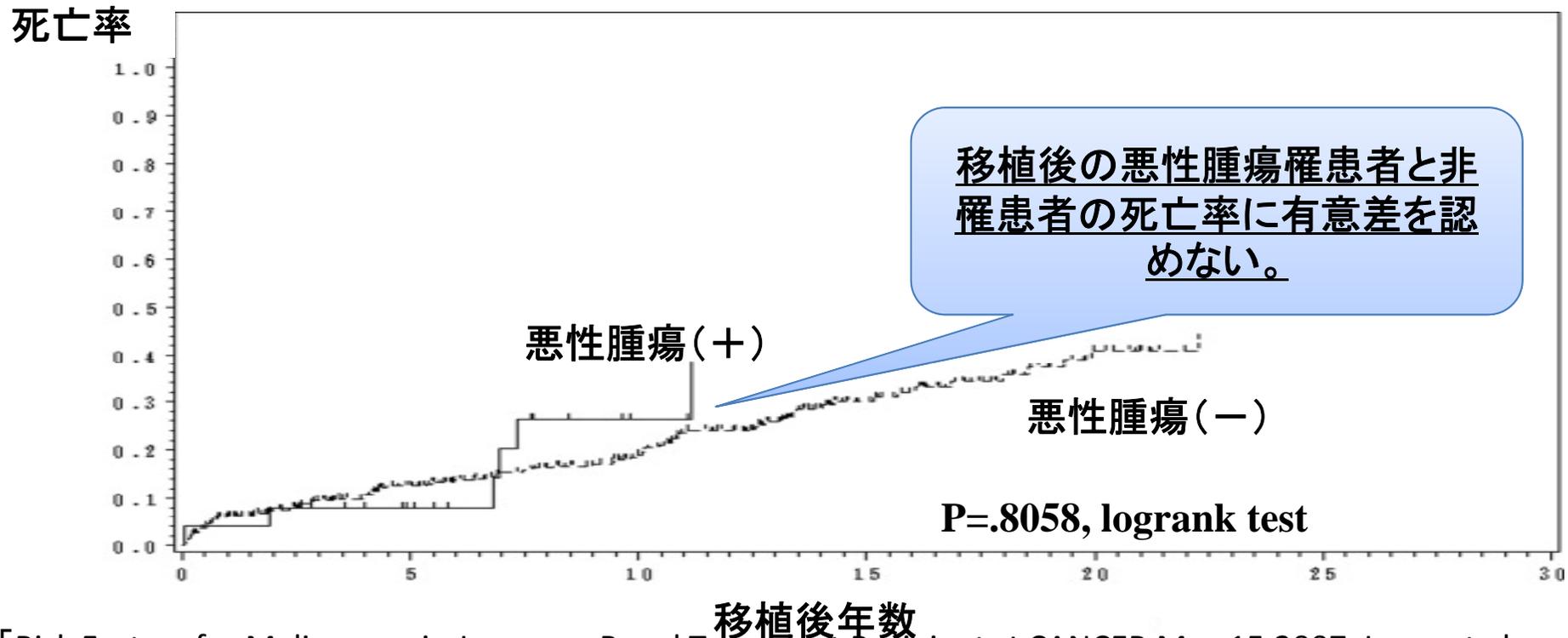


臓器移植施設140/233施設へのアンケート調査結果(大阪大学附属病院移植医療部調べ)

臓器移植レシピエント外来の成果

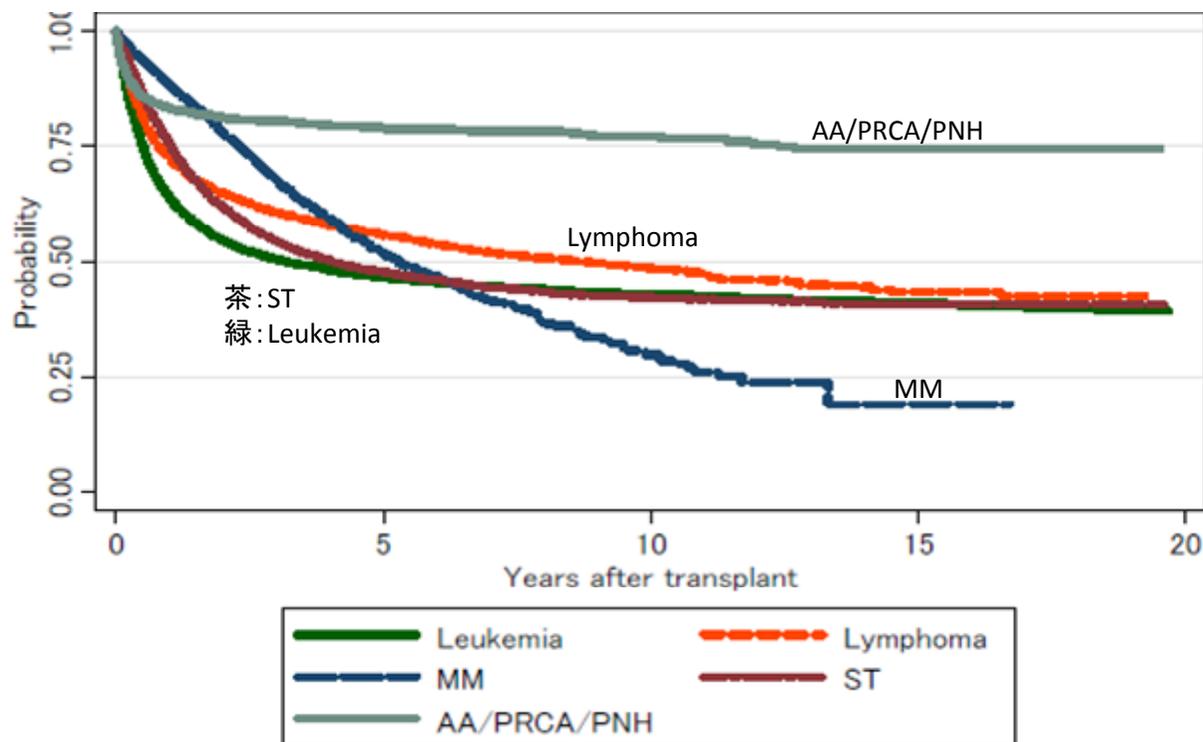
レシピエント外来において、移植後患者の丁寧なフォローにより、移植後患者に発症しやすい悪性腫瘍を早期発見し、生存率の低下を防ぐことができる。

外来において、定期的な身体診察、血液検査、潜血検査、超音波検査や必要に応じて内視鏡や病理検査を行い、悪性腫瘍の早期発見・早期診断に努めている。



「Risk Factors for Malignancy in Japanese Renal Transplant Recipients」CANCER May 15,2007 Imao et al.

疾患分類別 造血幹細胞移植後生存率



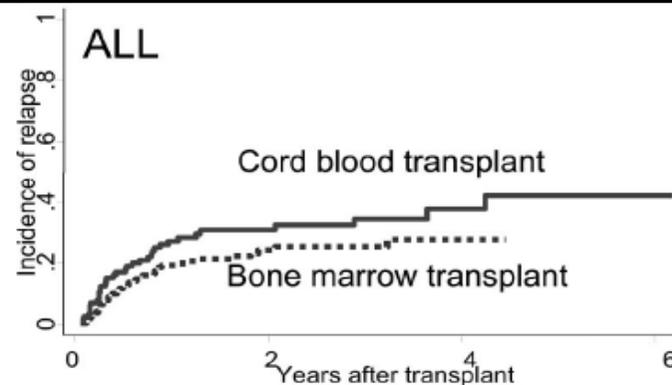
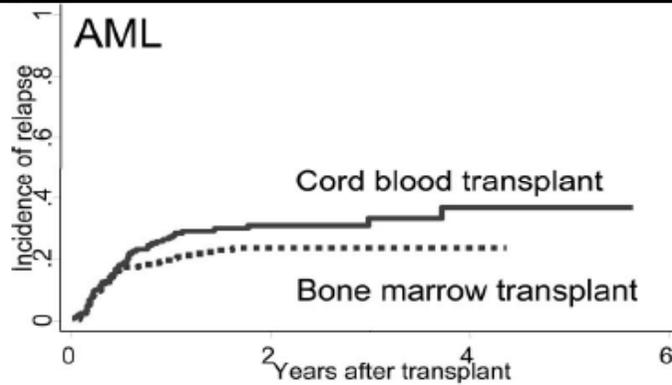
Leukemia:白血病
 Lymphoma:リンパ腫
 MM:多発性骨髄腫
 ST:固形腫瘍
 AA:再生不良性貧血
 PRCA:赤芽球ろう
 PNH:発作性夜間血色素尿症

対象症例	症例数	移植後 1年			移植後 5年		
		生存率	95%信頼区間	観察症例数	生存率	95%信頼区間	観察症例数
① Leukemia	23853	64.0%	63.4-64.6%	14240	46.6%	45.9-47.2%	6234
② Lymphoma	10318	72.6%	71.7-73.5%	6820	55.8%	54.7-56.8%	2650
③ MM	3313	88.4%	87.2-89.5%	2591	51.6%	49.3-53.9%	549
④ ST	3739	75.6%	74.2-77.0%	2698	47.8%	46.0-49.5%	1159
⑤ AA/PRCA/PNH	1562	83.3%	81.3-85.1%	1234	79.0%	76.8-81.0%	725

造血幹細胞移植における長期経過

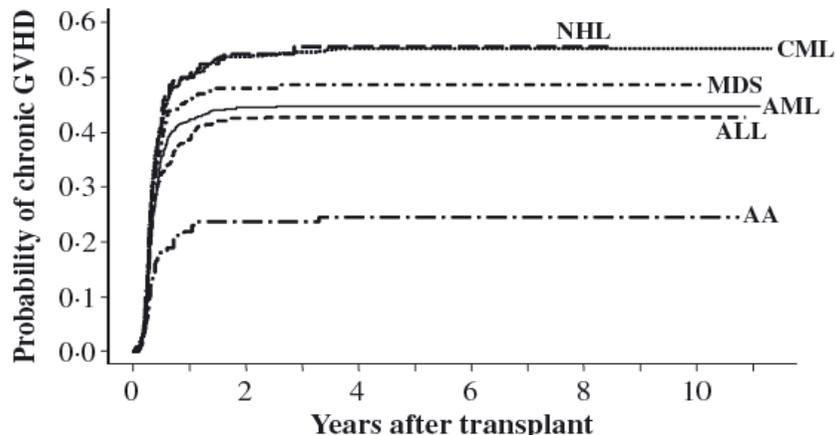
造血幹細胞移植後の患者では、原疾患の増悪・再発、慢性GVHD、二次性発がん等について、長期に渡ってきめ細やかな外来管理が必要である。

急性骨髄性・リンパ球性白血病(AML/ALL)患者の累積再発率



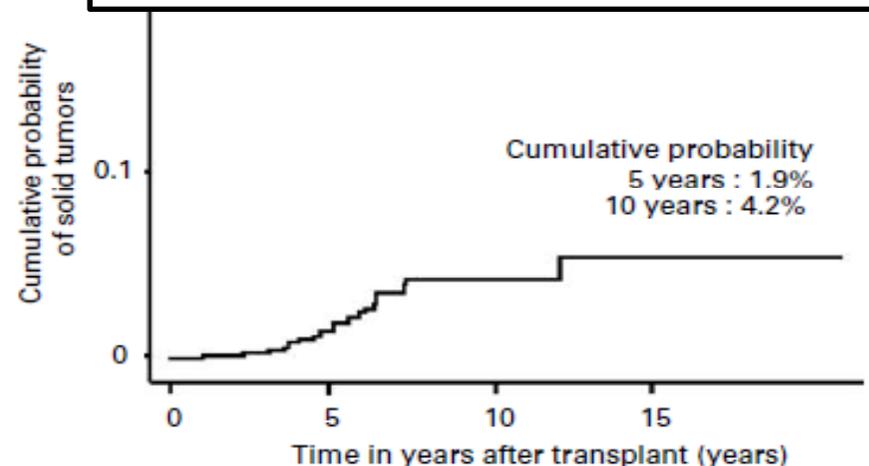
Blood 2009 113: 1631-1638

疾患分類別
移植後の慢性GVHD累積発症率



British Journal of Haematology 137 142-151

移植後の二次固形癌の累積発症率



Bone Marrow Transplantation(2005) 36 115-121

チーム医療に関するまとめ

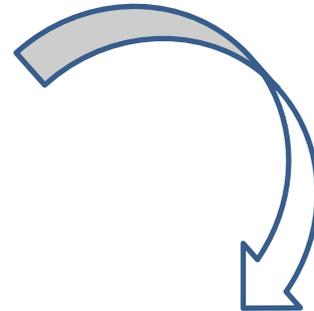
現行

一般病棟等(入院)

呼吸ケアチーム加算

栄養サポートチーム加算()

() 特定機能病院、7対1、10対1一般病棟・専門病院のみ



改定案

一般病棟等(入院)

呼吸ケアチーム加算

栄養サポートチーム加算

* 薬剤師の病棟業務への評価
**

精神科リエゾンへの評価

(11月2日検討)

療養病棟

* 栄養サポートチーム加算
の対象病床の拡大

一般病棟等(外来)

* 移植医療後の
フォローアップ体制の評価

糖尿病チーム医療への評価

(11月9日検討)

* 本日議論

** 総1-2で議論

課題と今後の方向性

(チーム医療)

- 栄養サポートチームについて、現在加算を算定可能としている一般病棟等(7対1、10対1)以外の病床(13対1・15対1一般病床)でも経腸栄養への移行促進や抗菌薬投与の抑制、平均在院日数の低下などの有効性が示されている。
- また、療養病床についても同様の効果が期待された。
- わが国の臓器移植医療の成績は良好で、その要因の1つとして移植後の外来における丁寧な指導管理があげられるが、医師の負担感は大きく、多職種で支援することが必要である。また、造血幹細胞移植後も移植後の丁寧な指導管理が再発や合併症の発生頻度を抑制することが知られている。



【今後の方向性】

- 栄養サポートチームについて、現在の要件(施設基準、対象患者等)を満たす場合には、一般病床等(7対1、10対1)に限らず、13対1、15対1一般病床や療養病床でも算定可能としてはどうか。
- 移植医療後、外来において多職種により、免疫治療の管理等必要な指導を行い、丁寧な医学管理がなされている場合、一定の評価を行ってはどうか。

③院内感染、院内安全に対する 取り組みの評価について

()院内感染について

帝京大学医学部附属病院の院内感染事例

多剤耐性アシネトバクターのアウトブレイク事例

2009年

8月 細菌検査部でアシネトバクター分離（～翌年2月までに14例確認）

2010年

2月 一般集中治療室（GICU病棟）において1例目

5月中旬 複数の内科病棟で10名程度の患者から検出

6月 特定病棟において複数の患者から検出

7月12日 臨時感染制御委員会を開催 7月30日 外部調査委員会で死亡例検討

8月4日 厚生労働省及び東京都による定期立ち入り検査→特段の報告なし

9月2日 厚生労働省、東京都、板橋区保健所に対して報告
（9月1日現在 多剤耐性アシネトバクター検出例 累計46例、現在の保菌者9名）

9月21日 13例の追加報告、累計59例

アウトブレイク

問題点 細菌検査部と感染制御部、臨床医等との院内の連携が不十分であった
アウトブレイク時の対応の遅れがあった
関係機関への報告の遅れがあった

院内感染対策中央会議

1 開催の趣旨（抜粋）

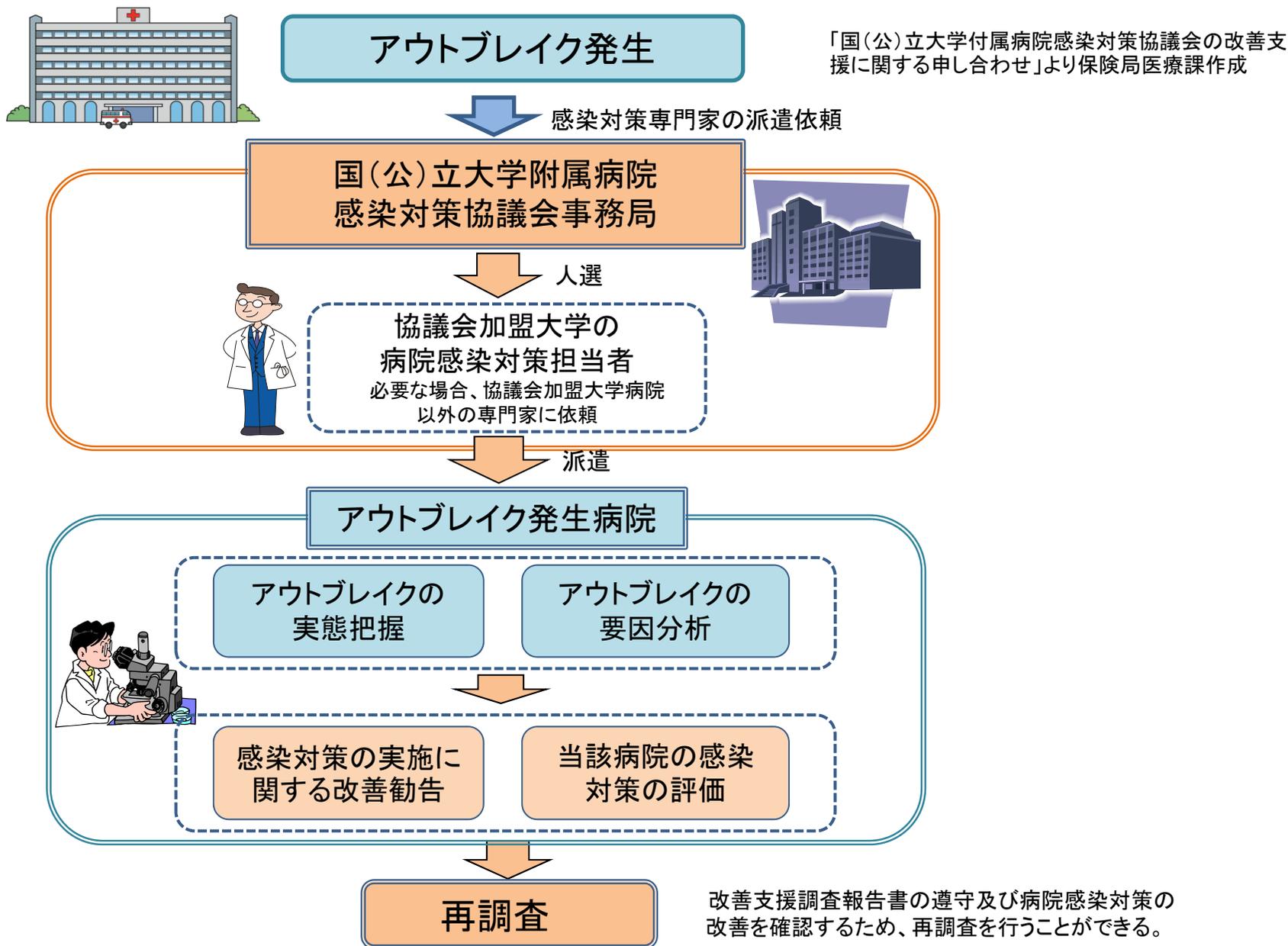
○ 院内感染事例は各地で散発しており、また、大学病院等の大規模医療機関においても死亡事例が発生するなど、院内感染対策については予断を許さない状況にあり、今後もなお一層の院内感染対策の強化が必要であるとされていることから、「院内感染対策中央会議」を開催し、これらの院内感染に関する最近の状況や、院内感染対策有識者会議報告書で示された各種の総論的提言を踏まえた、院内感染対策に関する専門家による各論的な技術的検討を行うもの。

また、この会議において、各地の院内感染対策地域支援ネットワークの取組状況についても情報を収集し、技術的検討を行うものである。

〈構成員〉

荒川 宜親	国立感染症研究所細菌第二部長
一山 智	京都大学感染制御部教授
大久保 憲	東京医療保健大学医療情報学科科長
岡部 信彦	国立感染症研究所感染症情報センター長
賀来 満夫	東北大学大学院医学系研究科教授
木村 哲	東京逋信病院長
切替 照雄	国立国際医療研究センター研究所感染症制御研究部長
倉田 毅	富山県衛生研究所長
洪 愛子	社団法人日本看護協会常任理事
小林 寛伊	東京医療保健大学学長
高野八百子	慶應義塾大学病院感染制御センター調査役

大規模病院間の医療機関間ネットワークの例 (国公立大学附属病院における改善支援調査)

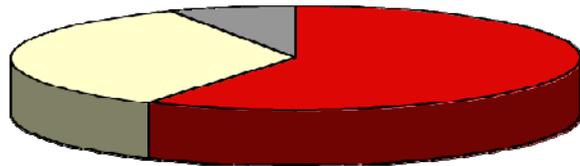


医療機関間のネットワークの例(宮城県の例)

(平成15年度厚生労働省厚生科学特別研究事業)

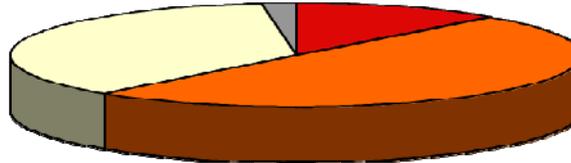
- ・宮城感染コントロール研究会参加の105 医療施設および県内全病院を対象に実施
- ・135施設が回答(回答率81.8%)

感染管理の情報



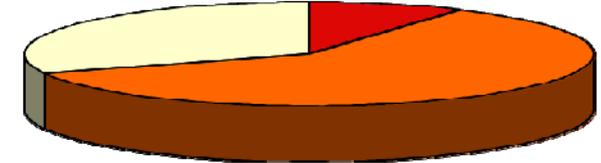
■ 不十分
58.5%

市中感染の日常診療における相談の希望



■ よくある+ ■ ある
61.5%

院内感染についての相談の希望



■ よくある+ ■ ある
68.9%

宮城・東北感染制御地域ネットワーク(117施設)を組織し、 感染対策を地域で実施

①感染対策情報の共有化

- ・感染対策講習会の定期開催
- ・Website、ホームページの活用

②感染対策の協力・連携

- ・共通ガイドライン・マニュアルの策定
- ・共通ポスターの作成と配布
- ・サーベイランスの実施
- ・啓発、教育セミナー

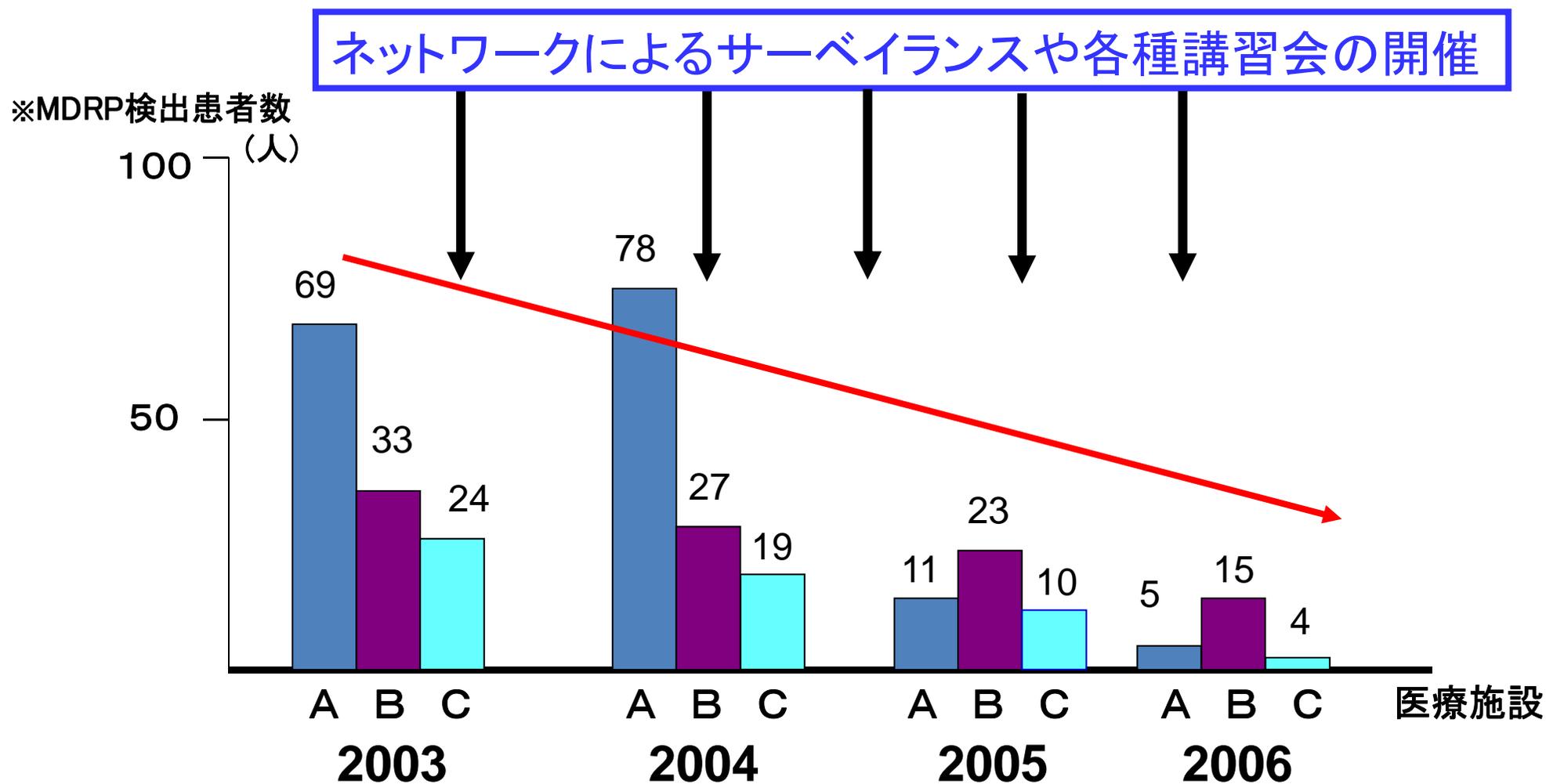
③感染対策の支援

- ・感染症相談窓口の開設
- ・施設を超えた院内感染対策ラウンドの実施
- ・東北厚生局との院内感染研修会の共同開催

④人材育成支援

- ・感染症危機管理人材育成システム
- ・感染症診療地域連携寄附講座の開設

ネットワーク活動による耐性菌制御の効果



MDRP: 多剤耐性緑膿菌 (Multi-Drug Resistant *Pseudomonas aeruginosa*)

院内感染対策中央会議提言(抄) (平成22年12月21日)

1 はじめに

(・略・) 個々の医療機関における日常的な実効ある感染制御の取り組みとともに、地域の医療機関等でネットワークを構築し、院内感染発生時にも各医療機関が適切に対応できるように相互に支援する体制の構築が重要である。(以下略)

2 通常時の対応

(1) 医療機関内における対応

- 1) 医療機関における院内感染対策の組織体制について
- 2) 感染制御チームについて

(2) 医療機関間の連携について

(・略・) 緊急時に地域の医療機関同士が速やかに連携して各医療機関の対応への支援がなされるよう、医療機関相互のネットワークを地域において構築し、日常的な相互の協力関係を築くことが必要である。

(3) 行政の関わり

- 1) 地方自治体の役割
- 2) 国の役割

3 院内感染発生時の対応

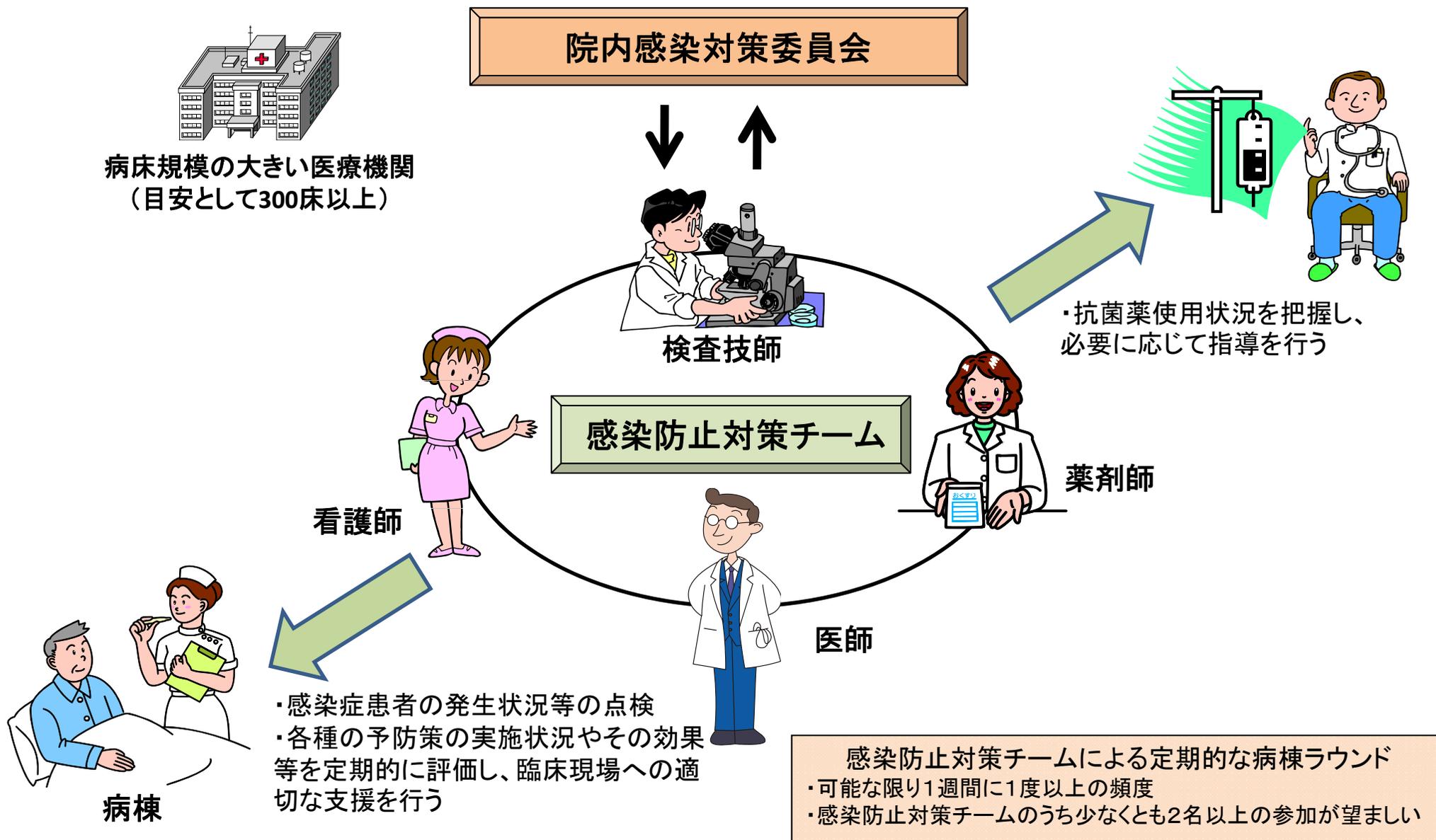
(1) 医療機関内での対応

(2) 医療機関間の連携と支援

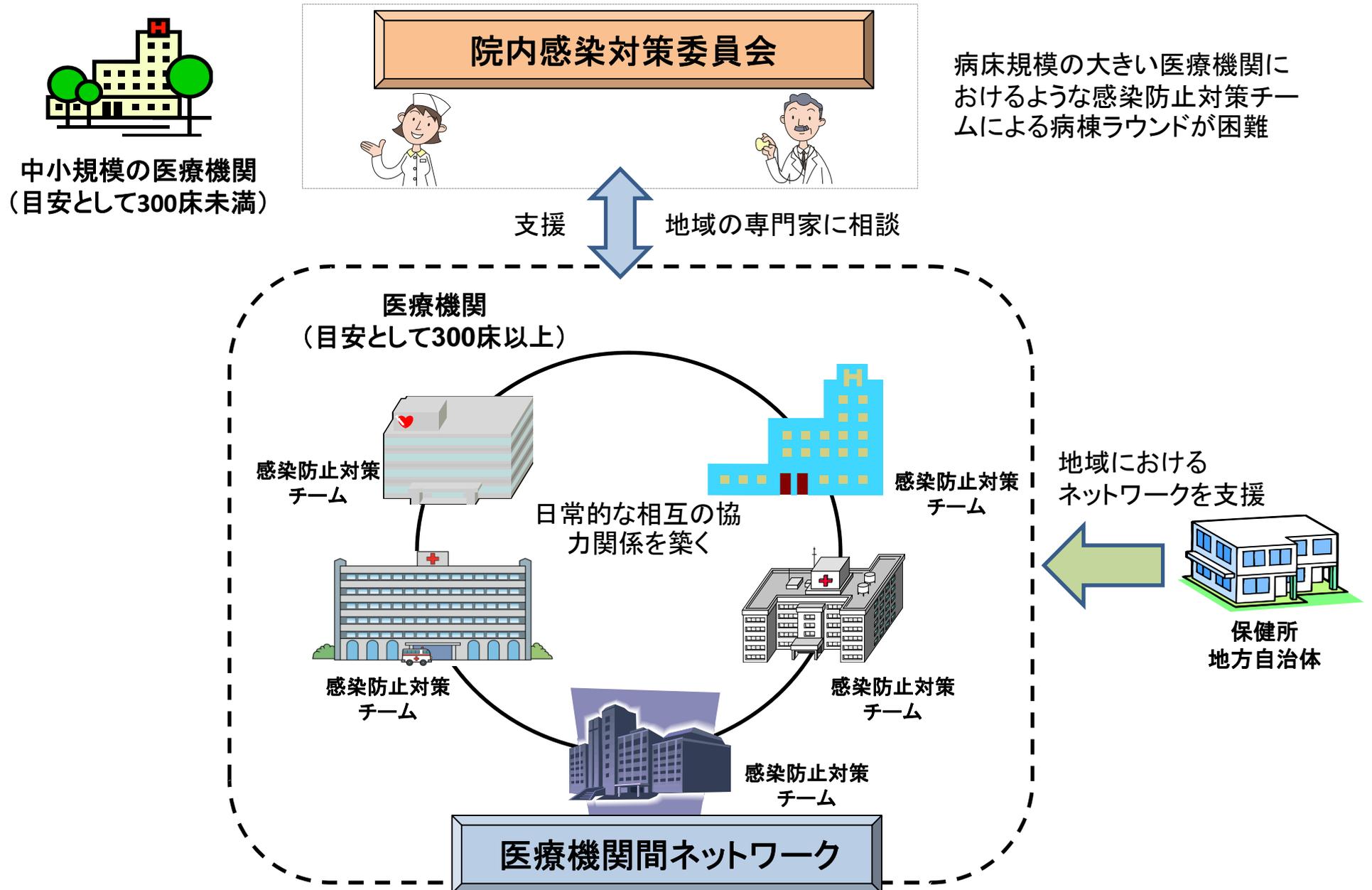
院内感染が発生した医療機関から依頼を受けた地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家は、当該医療機関が策定した院内感染対策の内容や実施方法について助言し支援を行うことが求められる。(以下略)

(3) 行政の関わり

院内感染対策の体制(イメージ・案) (おおむね300床以上)



院内感染対策の体制(イメージ・案) (おおむね300床未満)



診療報酬上の感染防止対策の評価①

医療法第6条の10

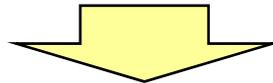
病院、診療所又は助産所の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、医療の安全を確保するための指針の策定、従業者に対する研修の実施その他の当該病院、診療所又は助産所における医療の安全を確保するための措置を講じなければならない。

医療法施行規則第1条の11第2項

病院等の管理者は(中略)次に掲げる措置を講じなければならない

1 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

- 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**(ベッドを有する施設に限る)
- 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**



入院基本料

院内感染防止対策委員会(1回/月)、感染情報レポート(1回/週)
手洗い励行、各病室に水道又は消毒液を設置

診療報酬上の感染防止対策の評価②

(現状)

医療安全対策加算

医療安全対策加算1 (85点)

- 医療安全管理部門を設置、研修を受けた専従の薬剤師、看護師が医療安全管理者として配置
- 専任の院内感染管理者が配置(医療安全管理者とは兼任できない)
- 地域や全国のサーベイランスへの参加が望ましい

医療安全対策加算2 (35点)

- 医療安全管理部門を設置、研修を受けた専任の薬剤師、看護師が医療安全管理者として配置
- 専任の院内感染管理者が配置(医療安全管理者とは兼任できない)
- 地域や全国のサーベイランスへの参加が望ましい

感染防止対策加算 (100点)

感染防止対策部門を設置、感染防止対策チームを組織し、日常業務を行うこと(専任の常勤医師、研修を修了した専任の看護師、専任の薬剤師、専任の臨床検査技師)。医師、看護師のいずれかは専従。

(今後)

感染防止対策
チームの評価

サーベイランス

(視点1)

医療安全対策と一連で評価している院内感染防止対策チームを独立して評価できないか

(視点2)

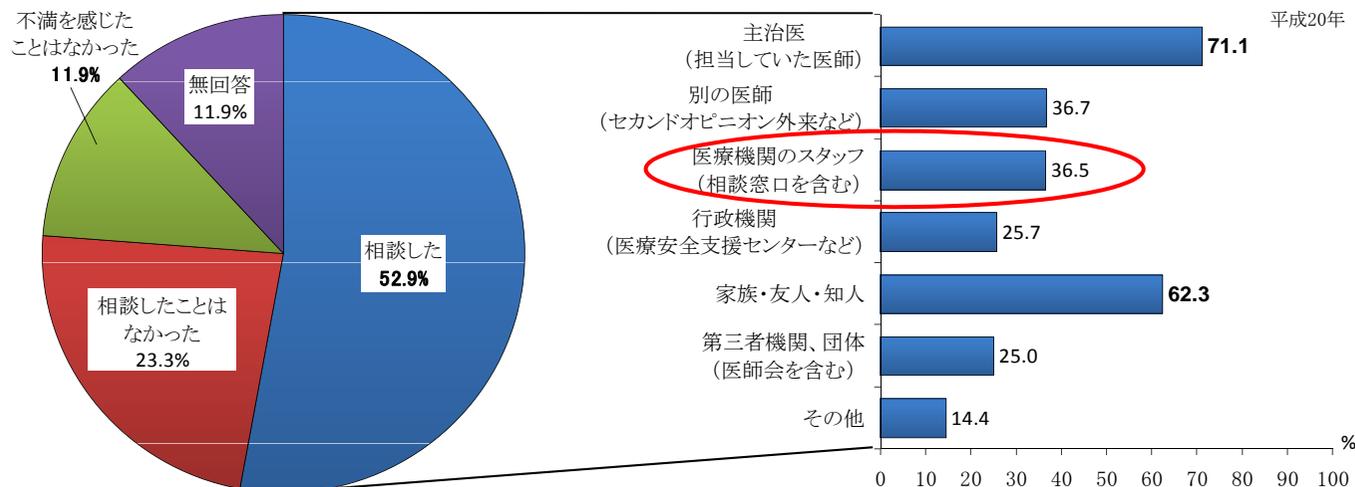
「望ましい」規定としている感染サーベイランス(院内、地域)を一定程度評価できないか

(ii) 患者サポートの充実に対する評価

患者が不満を感じたときの行動・相談結果について

患者が不満を感じたときの行動

N=154,815
(複数回答可)



相談の相手別にみた患者の相談結果

N=154,815

(単位: %)

	計	役立った	役立たなかった	どちらでもない	無回答
主治医 (担当していた医師)	100.0	74.6	6.6	15.2	3.6
別の医師 (セカンドオピニオン外来など)	100.0	51.2	10.3	36.2	2.3
医療機関のスタッフ (相談窓口を含む)	100.0	56.4	10.0	31.7	1.9
行政機関 (医療安全支援センターなど)	100.0	36.8	12.6	48.8	1.7
家族・友人・知人	100.0	60.9	8.3	25.2	5.6
第三者機関、団体 (医師会を含む)	100.0	34.8	11.0	52.0	2.2
その他	100.0	26.2	9.3	59.5	5.0

注: 相談した患者について、それぞれの相談の相手を100とした割合。

平成20年受療行動調査結果

患者・家族からの苦情・クレーム対応における中立的介入による 医師の負担軽減について

★患者・家族からの苦情・クレーム対応における中立的介入とは

○患者・家族の医療に対する期待や思いと医師の認識に違いがあり、医師と患者・家族のコミュニケーションが十分でないために、対立が発生し、医療紛争等に発展する場合がある。



○両者の対立に中立的立場の者が介入し、両者の意思疎通を円滑化するための支援を行い、相互に理解を図ることにより対立を解消し、医療紛争等への発展を防止する。

○また、医師と患者・家族との相互理解が進むことで、関係の再構築を図ることが出来る。

★医師の負担軽減に資する中立的介入とは

○中立的立場の者が介入し、医師と患者・家族の関係を調整することで、双方の納得のいく解決をもたらし、不要な訴訟の発生を抑制する。

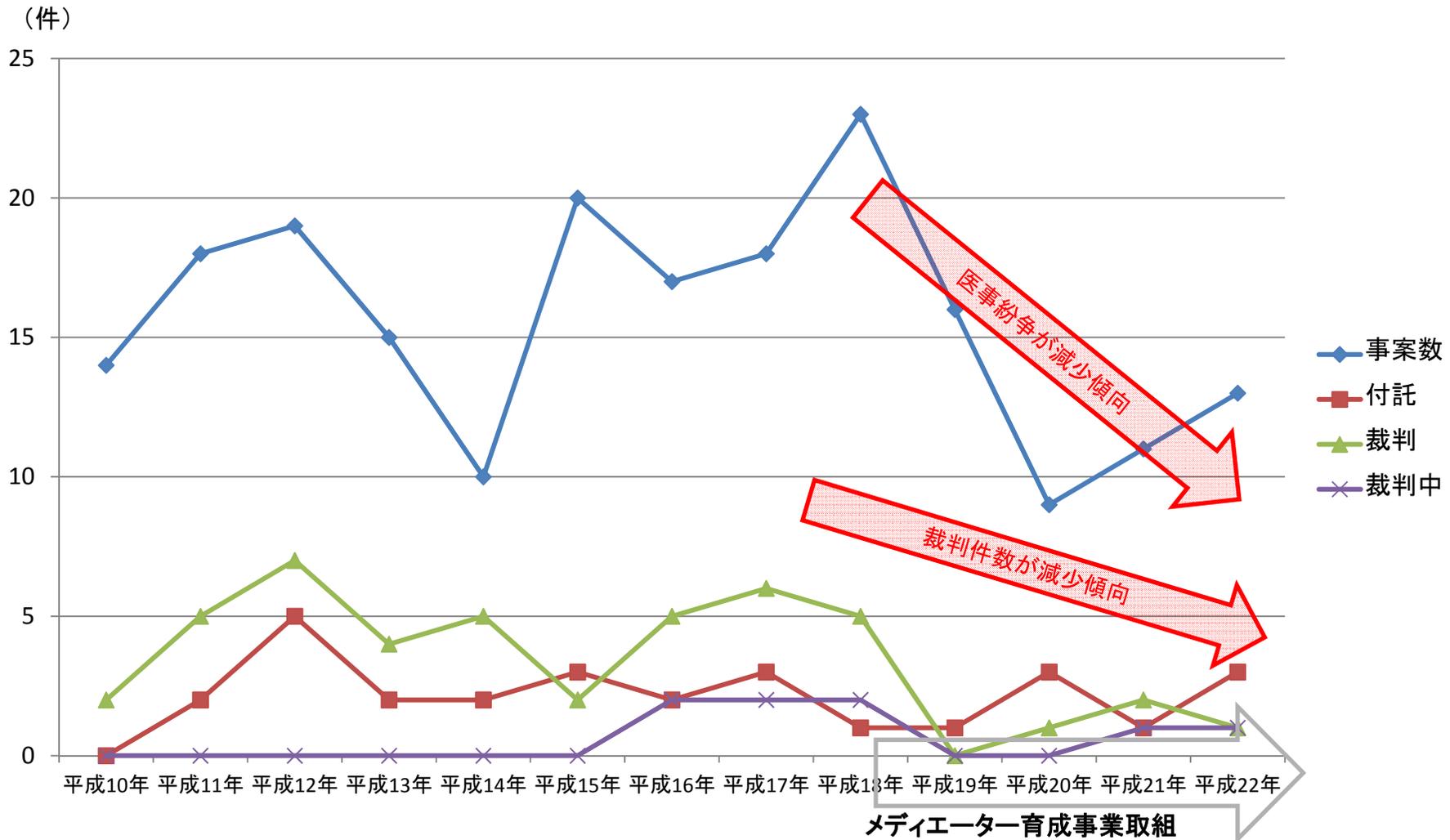
○中立的立場の者が介入し支援することで、医師の精神的ストレスが緩和される。



○医師の負担の軽減に寄与する。

愛媛県医師会医事紛争処理委員会の取り組み

受理事案数・裁判件数(平成10年～22年)



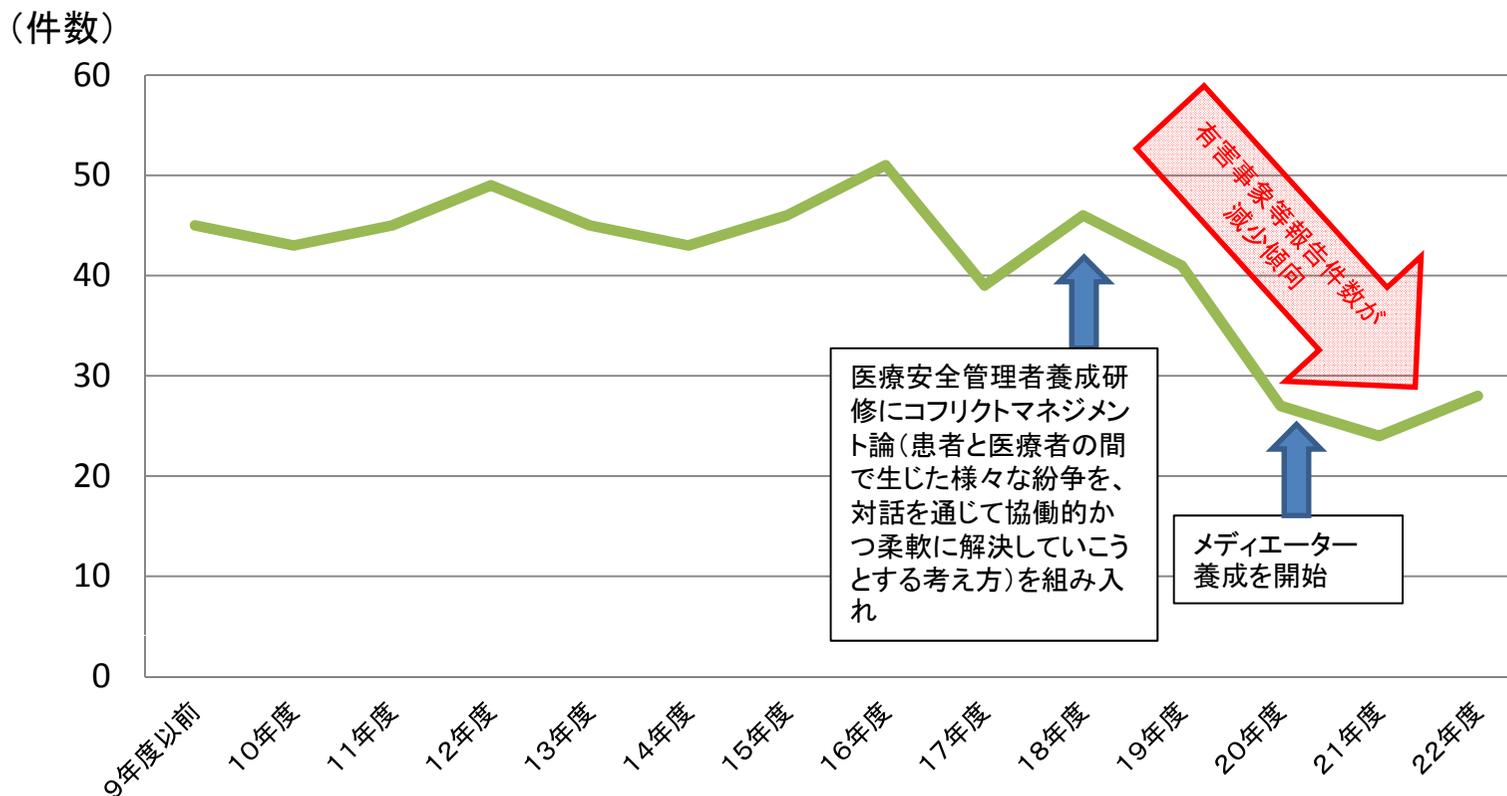
【用語解説】

メディエーターとは、院内での苦情や事故後の初期対応の際に、メディエーションのモデルを採用して患者側と医療側の対話の橋渡しをする役割
 メディエーションとは当事者間の対話を促進することを通して、認知の変容を促し、納得のいく創造的な合意と関係再構築を支援するしくみ

(社)日本医療メディエーター協会HPより

全国社会保険協会連合会の取組み

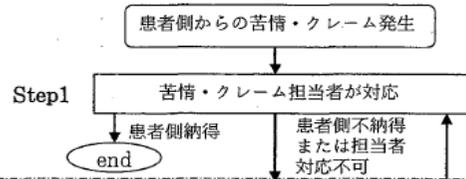
有害事象等報告件数



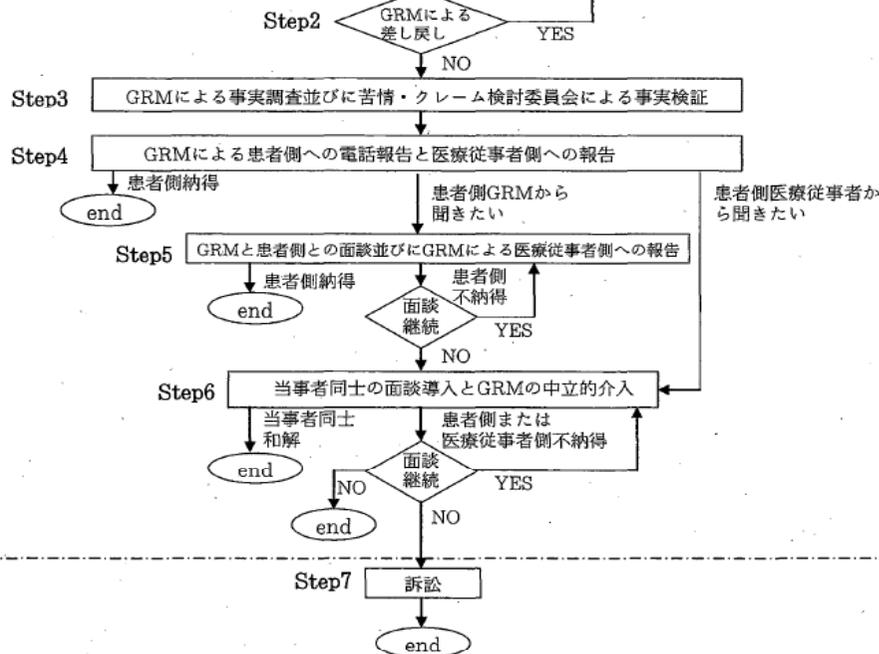
平成19年度までの有害事象等報告件数の平均は44.8件であった。平成18年度から医療安全管理者養成研修にコンフリクトマネジメント論を組み入れ、平成20年度からはメディエーター養成を開始。以降の平均が26.3件と大幅に減少した。

中立的な立場の者の介入による苦情対応の取組の有用性 ～福井総合病院の取り組み事例～

1次対応
(従来実施)



2次対応
(新規導入)



1次対応

: 苦情・クレーム対応者(当事者や各所属長)が対応

2次対応

: 中立的立場のGRMによる対応を導入

3次対応

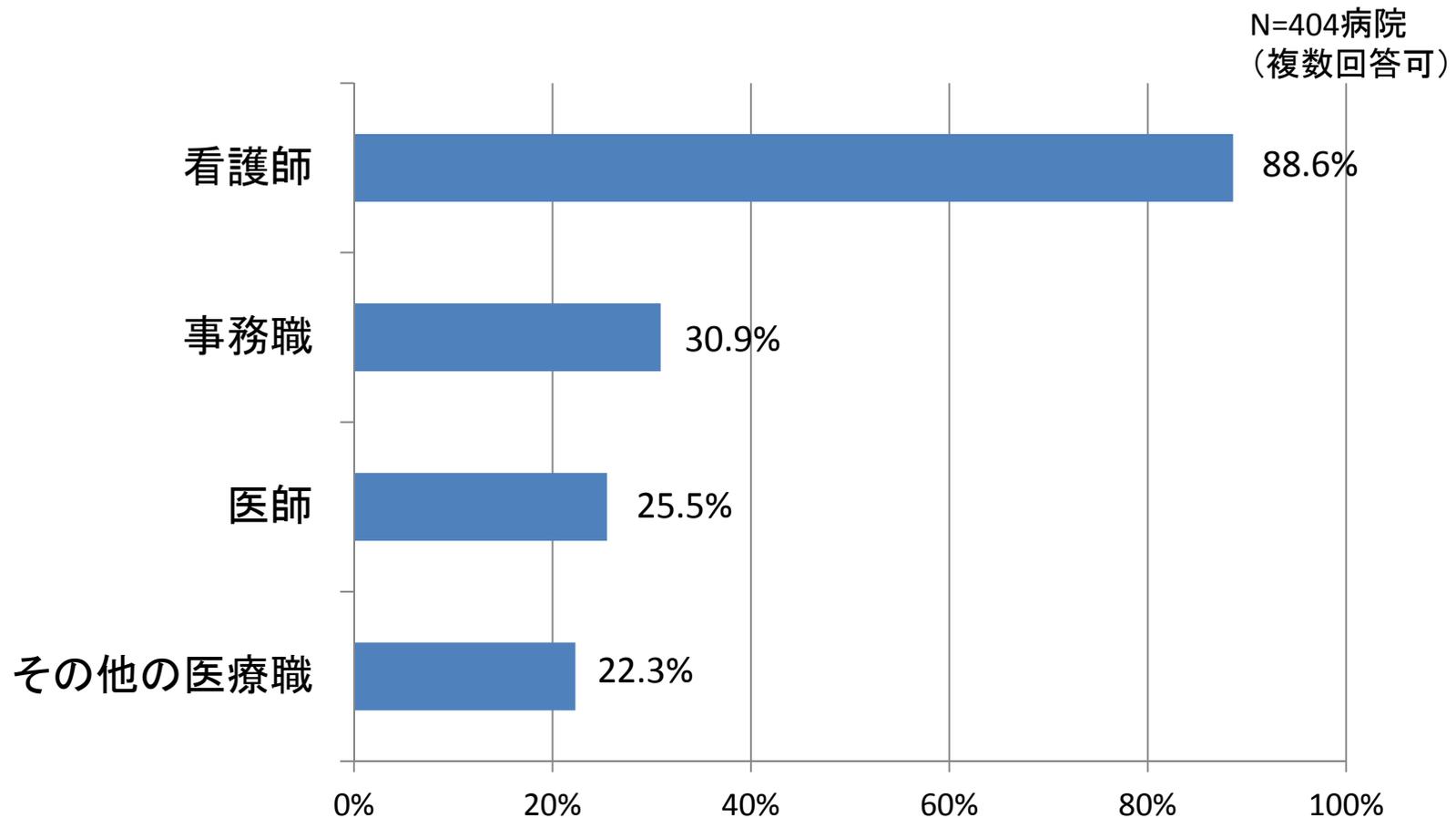
: 事務長や弁護士が対応

図1 福井総合病院における苦情・クレーム対応のためのフローチャート

2002年4月からの3年間の苦情・クレーム発生件数273件のうち、1次対応で納得せず、2次対応に進んだ126件全てに中立的立場のGRM(ジェネラル・リスク・マネージャー)が介入することにより、和解へ進み、訴訟に発展する事例はなかった

院内トラブルを受けた職種の医療機関ごとの割合

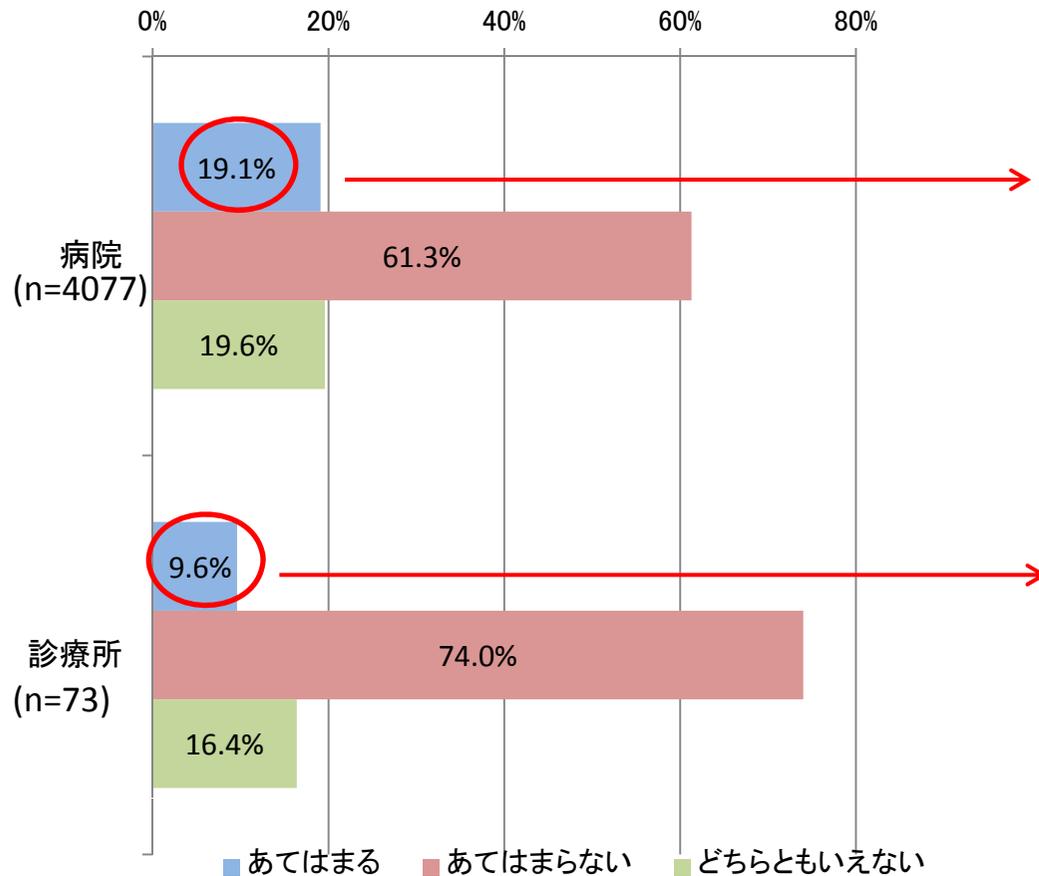
○発生した院内トラブル(精神的暴力、身体的暴力(暴言、脅迫的な言動等)、セクハラ等)によって精神的ショック・怪我・傷害等を受けた職員の職種は、看護師が一番多く、次いで事務職、医師となっている。



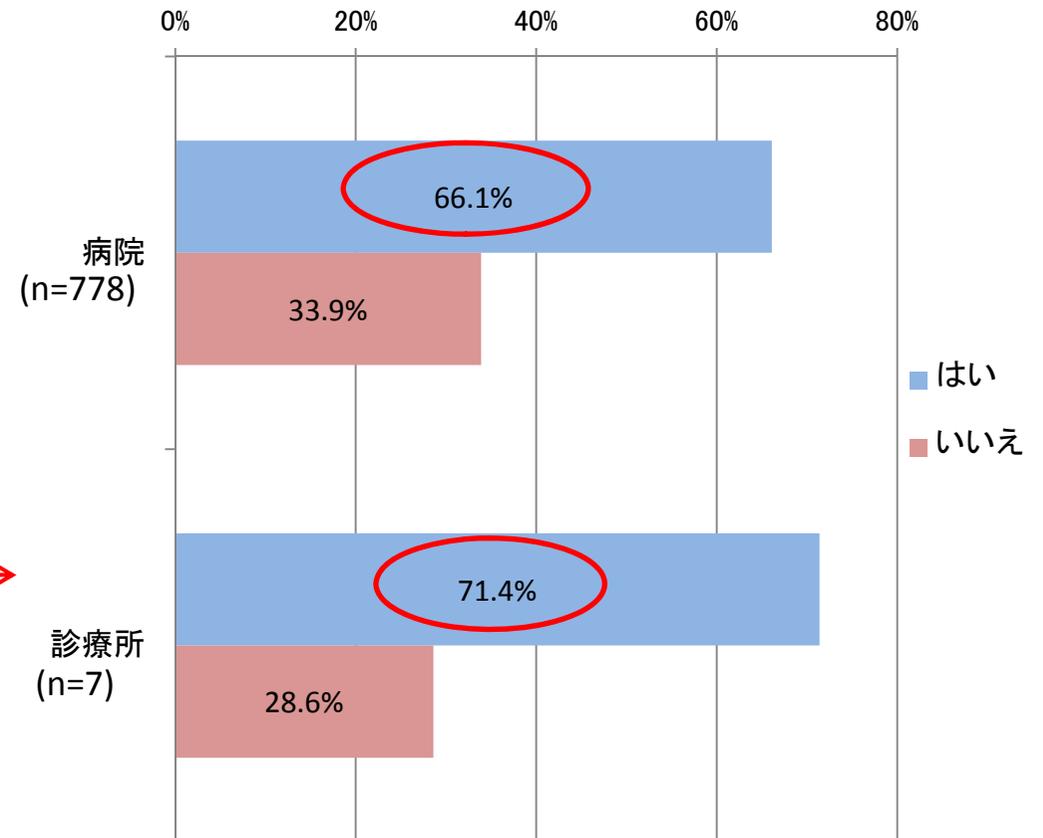
院内トラブルが看護職員に与える影響

○患者や家族から暴言・暴力・セクシュアルハラスメントを受け、悩みや不満を感じたことのある看護職員は、病院で約20%、診療所で約10%にのぼるが、そのうち、離職を考えたことがある看護職員の割合は70%前後と高く、離職に繋がっている可能性がある。

【患者や家族から暴言・暴力・セクシュアルハラスメントを受け、悩みや不満を感じることもあるか】



【患者や家族からの暴言・暴力・セクシュアルハラスメントなどにより離職を考えたことがあるか】



左記で「あてはまる」と回答した看護職員に対して質問

職員に対する院内トラブルの発生件数①

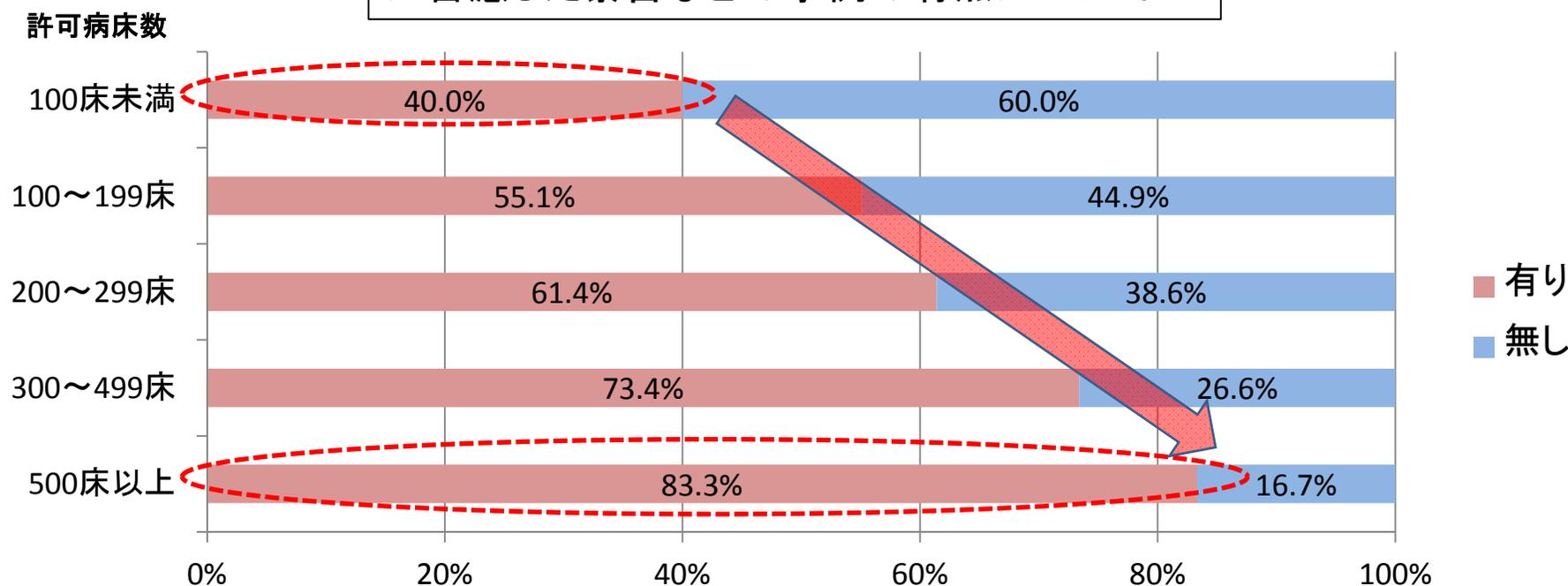
- 過去1年間に職員に対する院内トラブルを経験したのは、52.1%（576病院）であった。
- 内容別には、精神的暴力3436件（49.9%）、身体的暴力2315件（33.6%）、セクハラ935件（13.6%）、その他196件（2.8%）の順であった。
- 原因者別では、総件数の86.9%（5978件）が患者であり、いずれのトラブルにおいても大多数を占めていた。

内容		原因者	年間発生件数	全体件数に占める割合	1施設あたりの平均年間発生件数
身体的暴力	小計		2315	33.6%	4.02±27.32
		患者本人	2253	32.7%	3.91±27.31
		家族、親族、患者関係者等	62	0.9%	0.11±0.55
精神的暴力	小計		3436	49.9%	5.97±26.88
		患者本人	2652	38.5%	4.60±23.16
		家族、親族、患者関係者等	784	11.4%	1.36±5.70
セクハラ	小計		935	13.6%	1.62±16.29
		患者本人	900	13.1%	1.56±16.25
		家族、親族、患者関係者等	35	0.5%	0.06±0.52
その他	小計		196	2.8%	0.34±2.32
		患者本人	173	2.5%	0.30±2.22
		家族、親族、患者関係者等	23	0.3%	0.04±0.52
合計	小計		6882	100%	11.95±55.08
		患者本人	5978	86.9%	10.38±52.21
		家族、親族、患者関係者等	904	13.1%	1.57±5.96

職員に対する院内トラブルの発生件数②

- 院内トラブルを経験した割合は病床数が多いほど高くなっており、被害を把握するシステムが整備されている病院に多い傾向があった（下段表参照）。
- 院内トラブルのうち、警察への届出を行ったのは5.8%（397件）、弁護士への相談を行ったのは2.1%（144件）であった。
- 院内トラブルを経験した医療機関の70.1%（404病院）は、被害にあった職員が怪我・傷害・精神的ショック等を受けたと回答し、24.7%（142病院）が施設や備品の損壊があったと回答している。

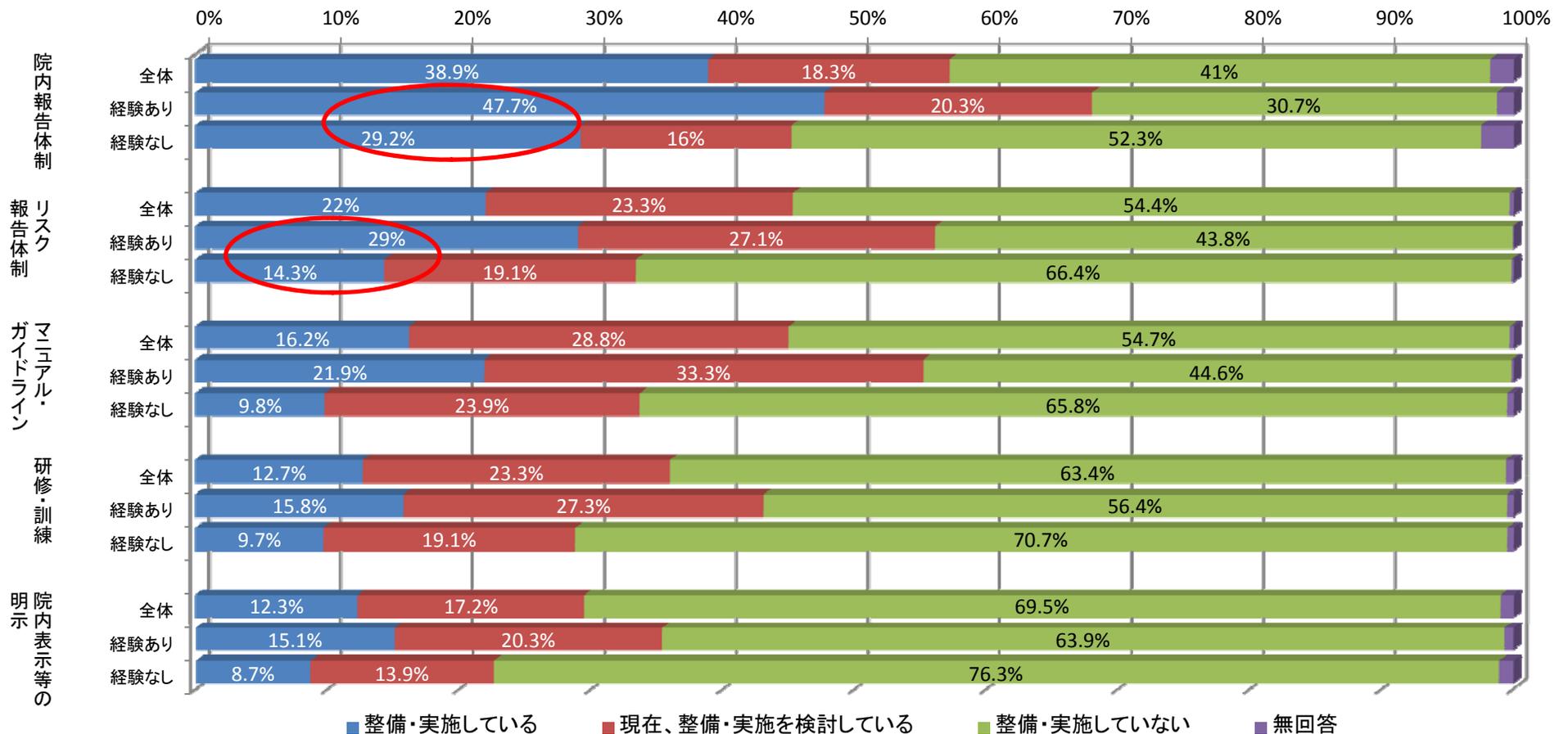
過去1年間に職員に対する院内トラブル・対応に苦慮した暴言などの事例の有無について



院内トラブルに対する体制整備

- 院内トラブルの被害を把握するための報告体制は38.9%が、院内トラブルに対する組織的なリスク管理体制は22.0%が整備されており、他の対策と比較すると高い傾向にあった。
- その他、院内トラブルに対応したマニュアルやガイドラインの整備は16.2%、暴力回避のための職員研修の実施が12.7%、院内掲示やパンフレットによる明示が12.3%の医療機関に留まっていた。
- 院内トラブルの経験の有無別では、院内トラブルを経験した医療機関は、経験していない医療機関と比較して、院内体制が整備されている傾向にあった。

医療機関の管理体制の整備状況



課題と今後の方向性

(院内感染、院内安全)

- 院内感染対策を自院だけで完全に行うことは難しく、大規模病院であっても複数の医療機関で相互に感染防止対策をチェックし、院内感染予防対策の推進やアウトブレイク時の対応を行うことが重要とされている。また地域の医療機関同士が連携し、サーベイランス(疫学調査)やアウトブレイク時の対応を行うことも重要とされている。
- 院内感染対策は入院医療に必要なものとして、入院基本料に含まれるものであるが、感染防止対策チームの取り組み等は医療安全対策(ヒヤリハット対策)の1つとして加算として評価している。
- 患者等に対する相談窓口の設置など、患者サポート体制の充実は、患者と医療従事者との意思疎通を円滑化し、患者の不安の解消に寄与するとともに、院内トラブルへの発展を抑制することも期待された。院内トラブルは医療従事者の負担感の増大や離職の要因にもなりかねないが、その発生を想定し、体制を整えている医療機関は限られていた。

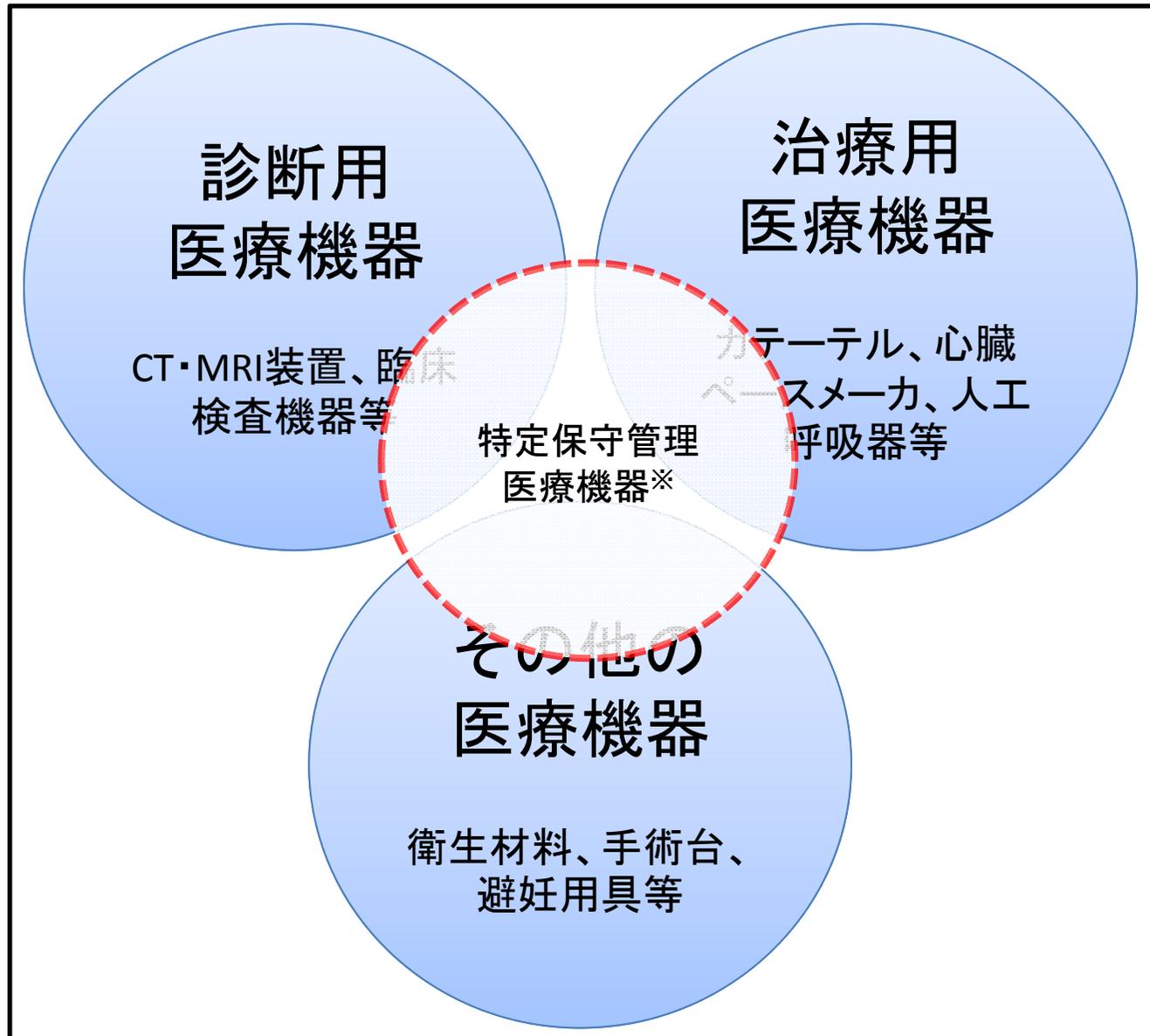


【今後の方向性】

- 感染防止対策チームの取り組みの評価は医療安全対策と別に独立して評価することとし、併せて、医療機関間が連携(大病院同士、大病院-小病院)し、院内感染対策を行っていることや、地域・院内サーベイランスについて評価することとしてはどうか。
- 患者等に対する相談窓口の設置など、患者サポート体制を充実するとともに院内トラブルに対する具体的な対応策をあらかじめ準備し、患者の不安の解消に積極的に取り組んでいる医療機関への評価をどのように考えるか。

() 医療機器の保守管理等について

医療機器の種類



特定保守管理医療機器
薬事法上、保守点検、修理その他の管理に専門的な知識及び技能を必要とすることからその適正な管理が行われなければ疾病の診断、治療又は予防に重大な影響を与えるおそれがあるものとして、厚生労働大臣は薬事・食品衛生審議会の意見を聴いて指定するもの。

薬事法上の取り扱い

特定保守管理医療機器の指定(第二条第八項)

保守点検、修理その他の管理に専門的な知識及び技能を必要とすることからその適正な管理が行われなければ疾病の診断、治療又は予防に重大な影響を与えるおそれがあるものとして、厚生労働大臣は薬事・食品衛生審議会の意見を聴いて指定する。

X線CT診断装置、MR装置、造影剤注入装置等を告示で指定。

添付文書への保守点検事項の記載(第六十三条の二)

特定保守管理医療機器の添付文書には、保守点検に関する事項が記載されていなければならない。

情報提供と情報活用(第七十七条の三)

医療機器の製造販売業者は、特定保守管理医療機器の保守点検に関する情報を含む適正使用のために必要な情報を医療機関の開設者等への提供に努めなければならない。

医療機関の開設者等は、提供された情報の活用(特定保守管理医療機器の保守点検の実施等)に努めなければならない。

医療法上の取扱

～医療機器の保守管理について(平成18年6月)～

第一条の十一

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
(省略)

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(省略)

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

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 平成19年3月30日 厚生労働省医政局長

第2 医療の安全に関する事項

4 医療機器の保守点検・安全使用に関する体制について

病院等の管理者は、(中略)医療機器に係る安全管理のための体制を確保しなければならないものであること。
なお、当該医療機器には病院等において医学管理を行っている患者の自宅その他病院等以外の場所で使用される医療機器も含まれる。

(1) 医療機器の安全使用のための責任者

病院等の管理者は、医療機器の安全使用のための責任者を配置すること

(2) 従業者に対する医療機器の安全使用のための研修

医療機器安全管理責任者は、以下に掲げる従業者に対する医療機器の安全使用のための研修を行うこと。

- ① 新しい医療機器の導入時の研修
- ② 特定機能病院における定期研修

(3) 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検

医療機器安全管理責任者は、医療機器の特性等にかんがみ、保守点検が必要と考えられる医療機器については保守点検計画の策定等を行うこと。

- ① 保守点検計画の策定
- ② 保守、点検の適切な実施

(4) 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

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確保を目的とした改善のための方策の実施については、次の要件を満たすものとする。

- ① 添付文書等の管理
- ② 医療機器に係る安全性情報等の収集
- ③ 病院等の管理者への報告

実際の保守点検の例（MRI装置の場合）

添付文書から抜粋

＜始業点検＞

- (1) 室内の温度・湿度の確認
指定された温度・湿度の範囲内であることを確認します。
- (2) 酸素モニタの動作確認
撮影室内の酸素濃度、酸素モニタの動作を確認。
- (3) 使用する RF コイルの外観チェック
ケーブルの被覆の破れ、金属部の露出を確認します。
- (4) 装置及び設備の確認
装置及び設備に異常がないことを確認します。
- (5) システムリブート
システムをリブートします。
- (6) 液体ヘリウム量の確認
磁石の液体ヘリウム残量を確認します。
- (7) 各キャビネットの冷却ファンの確認
各キャビネットの冷却ファンの動作を確認します。
- (8) ペーシエントコールの点検
ペーシエントコールを押してブザーが鳴ることを確認します。
- (9) 患者モニタシステムの点検
患者モニタが正常に動作することを確認します。
- (10) ファントムでの S/N 測定
ファントムを用いて信号ノイズ比(S/N)を測定します。

毎回実施

＜終業点検＞

- (1) RF コイル、ファントムの片付け
所定の場所へ戻します。
- (2) 寝台
天板を確実に引き出して、最も低い位置まで下げます。
- (3) 装置および空調設備の確認
電源オフしません。正常動作を確認します。
- (4) 患者モニタ／液晶モニタの電源オフ
患者モニタと液晶モニタの電源をオフします。
- (5) 清掃
装置及び周辺を清掃します。
- (6) マウスの清掃
マウスの内部にゴミが付着した場合は清掃します。
- (7) 戸締まり
常時磁場が発生していますので戸締まりを確実に行ってください。

＜定期点検＞

製品の安全性・性能を維持するために、3か月ごと、6か月ごと、1年ごと等の定期点検をサービスエンジニアにご依頼ください。

定期的実施

医療機器の保守管理に関する診療報酬上の取扱について

平成18年6月

医療法改正

病院管理者が安全管理のため体制を確保すべき事項として、
「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」が記載

平成20年4月

医療機器安全管理料の新設

医療機器の安全確保や適正使用を一層推進するため、臨床工学技士の配置について評価
放射線治療の質の向上を図るため、放射線治療機器の保守管理、精度管理及び照射計画策
定の体制を評価

平成22年4月

医療機器安全管理料の再評価

医療機器の安全使用を推進するためさらなる評価を実施

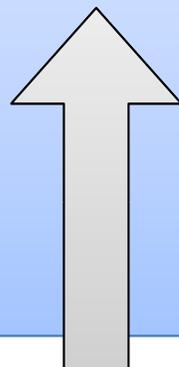
【診療報酬上の評価】

	点数			算定要件	施設基準
	H20年度		H22年度		
医療機器安全管理料1 (1月に1回)	50点	→	100点	臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、 <u>生命維持管理装置（人工心肺装置、補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置(人工腎臓を除く)、除細動装置、閉鎖式保育器）を用いて治療を行う場合に算定</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤の臨床工学技士が1名以上 ・<u>医療機器安全管理責任者が配置されていること</u> ・医療機器の安全使用のための研修が行われていること ・医療機器の保守点検が適切に行われていること。
医療機器安全管理料2 (一連につき)	1,000点	→	1,100点	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 <u>射線治療計画を策定した場合</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>放射線治療を専ら担当する常勤医師を1名以上配置</u> ・放射線治療に係る<u>医療機器の安全管理等を担当する技術者等</u>

主な医療機器の診療報酬上の評価について

	生命維持管理装置	放射線治療機器	放射線診断機器
【装置】	人工心肺装置、補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置(人工腎臓を除く)、除細動装置、閉鎖式保育器	【装置】 高エネルギー放射線治療装置(直線加速器) ガンマナイフ装置	【装置】 CT撮影装置 MRI撮影装置 造影剤注入装置 等
【医療法】	医療機器安全管理責任者による保守管理		
【技術料】	K601 人工心肺 K603 補助人工心臓 J045 人工呼吸 J039 血漿交換療法 等	J038 人工腎臓	M001 体外照射 M001-2 ガンマナイフによる 定位放射線治療 M001-3 直線加速器による 定位放射線治療 等
【保守管理に係る評価】	B011-4 医療機器安全管理料1 【要件等】 常勤の臨床工学技士が1名以上 医療機器安全管理責任者が配置 されていること 医療機器の安全使用のための 研修が行われていること 医療機器の保守点検が適切に 行われていること。	J038 人工腎臓 透析液水質確保加算 【要件等】 専任の臨床工学技士が1名 以上配置されていること 透析機器安全管理委員会に おいて作成した透析機器及 び水処理装置の管理計画を 添付すること	B011-4 医療機器安全管理料2 【要件等】 <u>放射線治療を専ら担当す る常勤医師を1名以上配 置</u> <u>放射線治療に係る医療機 器の安全管理等を担当す る技術者等</u>

E200 CT撮影
E202 MRI撮影 等

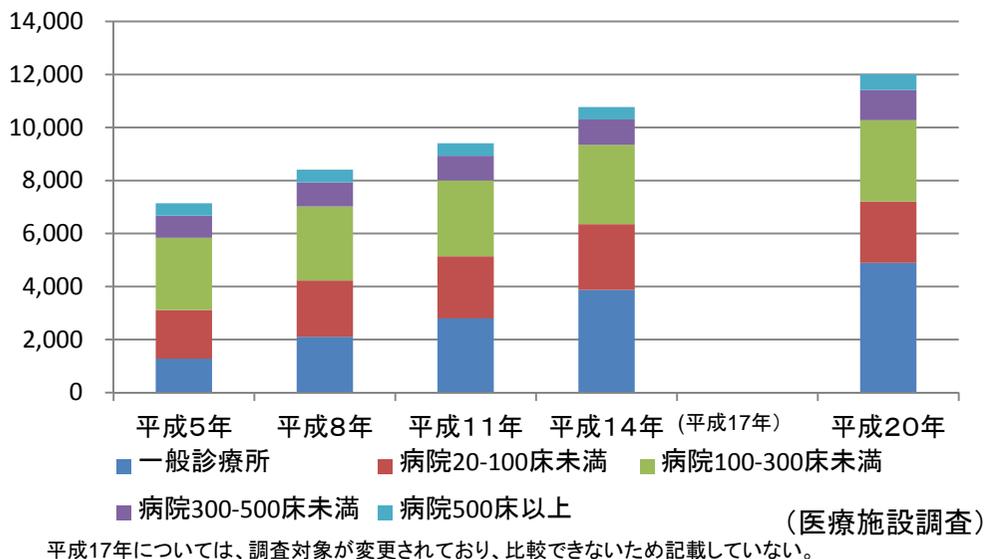


医療機器の保守管理について特定の
人員配置をしている場合に評価

我が国で既に広く普及しているCTやMRI検査の実施に
際し、医療機関で実施することとされている保守点検に
ついて診療報酬上どのように考えるか

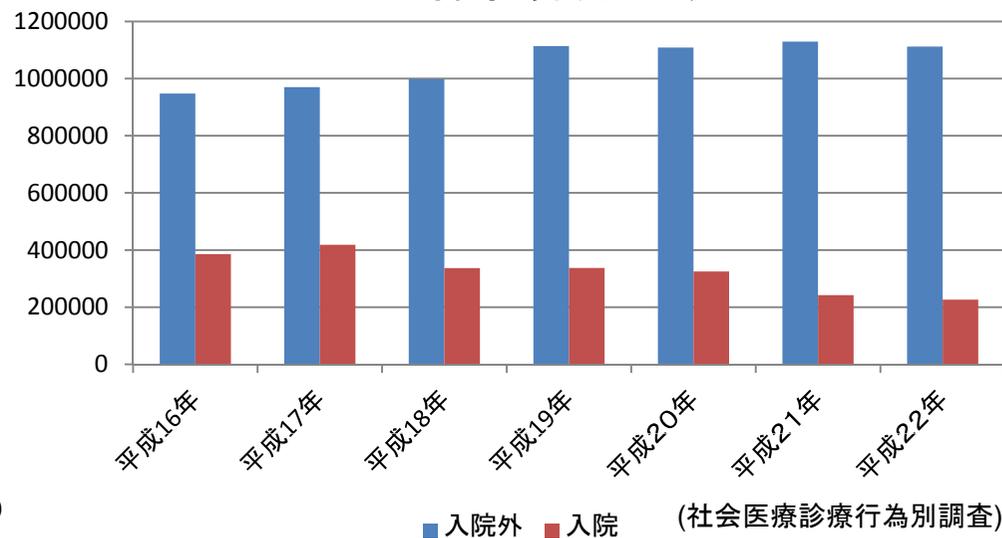
(施設数)

CT保有医療機関数



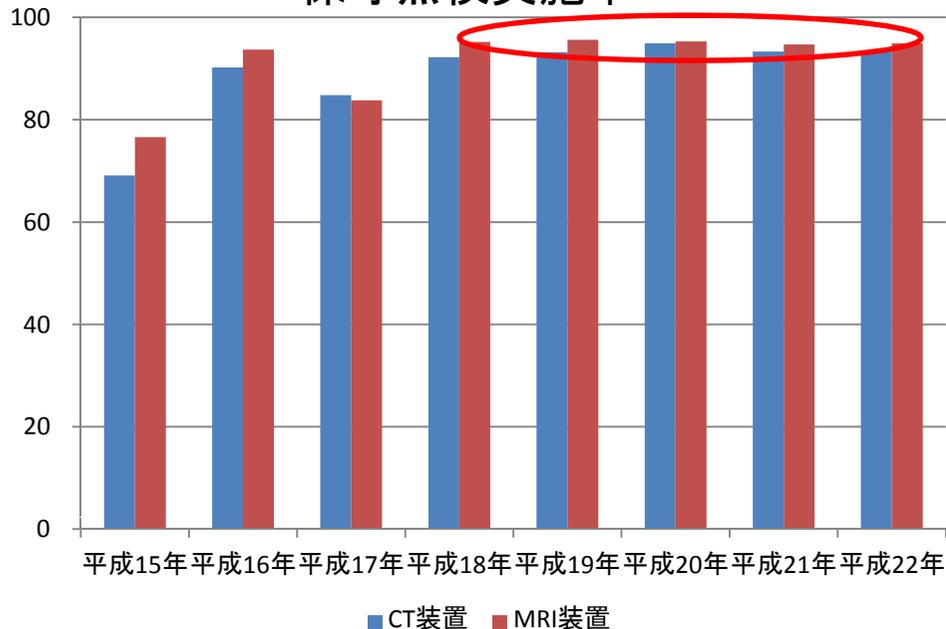
(回)

CT撮影算定回数

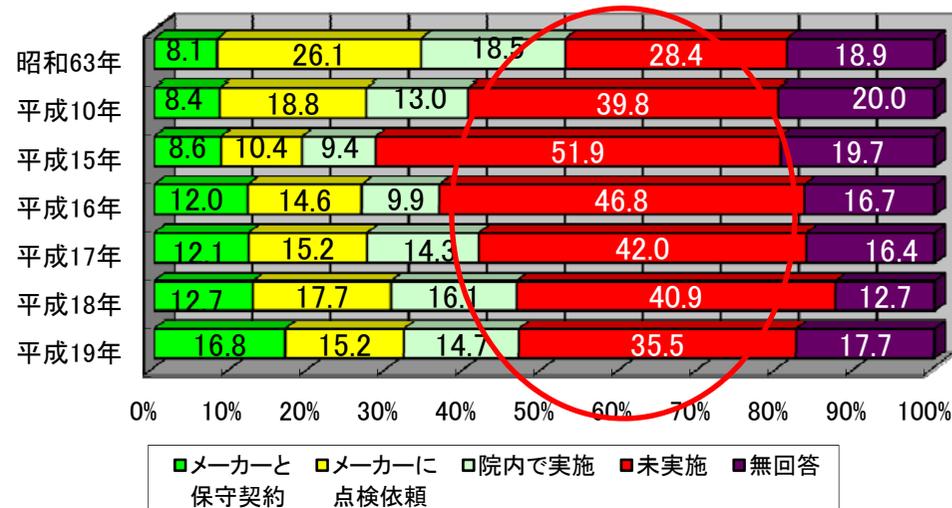


(%)

保守点検実施率



造影剤注入装置 保守実施状況



出典: JIRA「画像医療システム等の導入状況と安全確保に関する調査」

造影剤注入装置（CT撮影装置用）の落下事故例

（落下事例1）



（落下事例2）



インジェクター本体部の落下状況

（日本放射線技師会提供）

X線CT装置不具合事例(1)

検査段階別 不具合事例数

病院A
期間:平成19年度～平成22年11月

検査前	単純撮影終了後	造影撮影時中止		計
		造影剤注入済	造影剤追加	
4	3	6	4	17

不具合の内容

- (1)CT装置のフリーズ
- (2)画像再構成系の不良
- (3)XCの動作エラー
- (4)アーチファクトの発生
- (5)CT装置とインジェクターとの連動不良

(日本放射線技師会提供)

X線CT装置不具合事例（2）

病院B
期間：平成13年～平成22年

	事故 レベル	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	件数										
装置1 1997.5 設置	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0		3										
	2	0	2	2	1	4	2	9	0	6	1	4	13									
	3	2	0	3	7	6	3	3	3	4		31										
装置2 2000.1 設置	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1										
	2	1	5	1	2	3	3	2	5	11	18	1	4	7	8	6	10	1	3	0	0	33
	3	3	1	0	3	7	3	1	4	3	1	4	2	0	24							
装置3 2003.2 設置	1			0	0	1	1	2	2	1	5	12										
	2			0	4	0	2	3	7	0	6	0	3	3	9	3	6	2	14	11		
	3			4	2	3	5	1	4	2	7	28										
装置4 2007.1 設置	1							0	0	0	0	0										
	2							2	5	2	4	4	8	0	4	8						
	3							3	2	4	4	13										
件数		7	4	11	16	31	14	26	28	22	18	177										

事故レベル1：検査・治療には全く影響を及ぼさないと思われるレベル

事故レベル2：検査・治療前に故障が発見され、そのまま検査・治療を行っていたら影響を及ぼす恐れがあるレベル

事故レベル3：検査・治療中に起こり、何らかの影響を及ぼした事例

（日本放射線技師会提供）

CT撮影・MRI撮影の診療報酬上の評価

E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)

1 CT撮影

イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合	900点
--------------------------	------

ロ 2列以上、16列未満のマルチスライス型の機器による場合	820点
-------------------------------	------

ハ イ、ロ以外の場合	600点
------------	------

+ 造影剤使用加算 500点

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)

1 1.5テスラ以上の機器による場合	1330点
--------------------	-------

2 1以外の場合	1000点
----------	-------

+ 造影剤使用加算 250点

 ; 診療報酬項目は施設基準の届出が必要となる。

施設基準

16列以上若しくは2列以上のマルチスライスCT装置又は1.5テスラ以上のMRI装置のいずれかを有している。

届出に関する事項

当該撮影を行う画像診断機器の機種名、型番、メーカー名、テスラ数(MRIの場合)を記載する。

医療機器の保守管理等における課題と論点

- 薬事法では、保守点検に関して、必要と考えられる医療機器の指定や、添付文書への保守点検事項の記載などが求められている。
- 医療法では、平成18年から、医療機器安全管理者による保守点検が必要な医療機器についての保守点検計画の策定を求めている。
- 診療報酬上も、CT撮影やMRI撮影は、機器の性能に応じて段階的な評価を行っており、より高性能の機器においては、施設基準の届出を求めている。
- 一方で、医療機器の保守管理に関する調査によると、これらのCT撮影装置やMRI撮影装置の数%が保守管理を行っておらず、併せて使用される造影剤注入装置においても十分な保守管理が行われていない場合があるとの指摘がある。

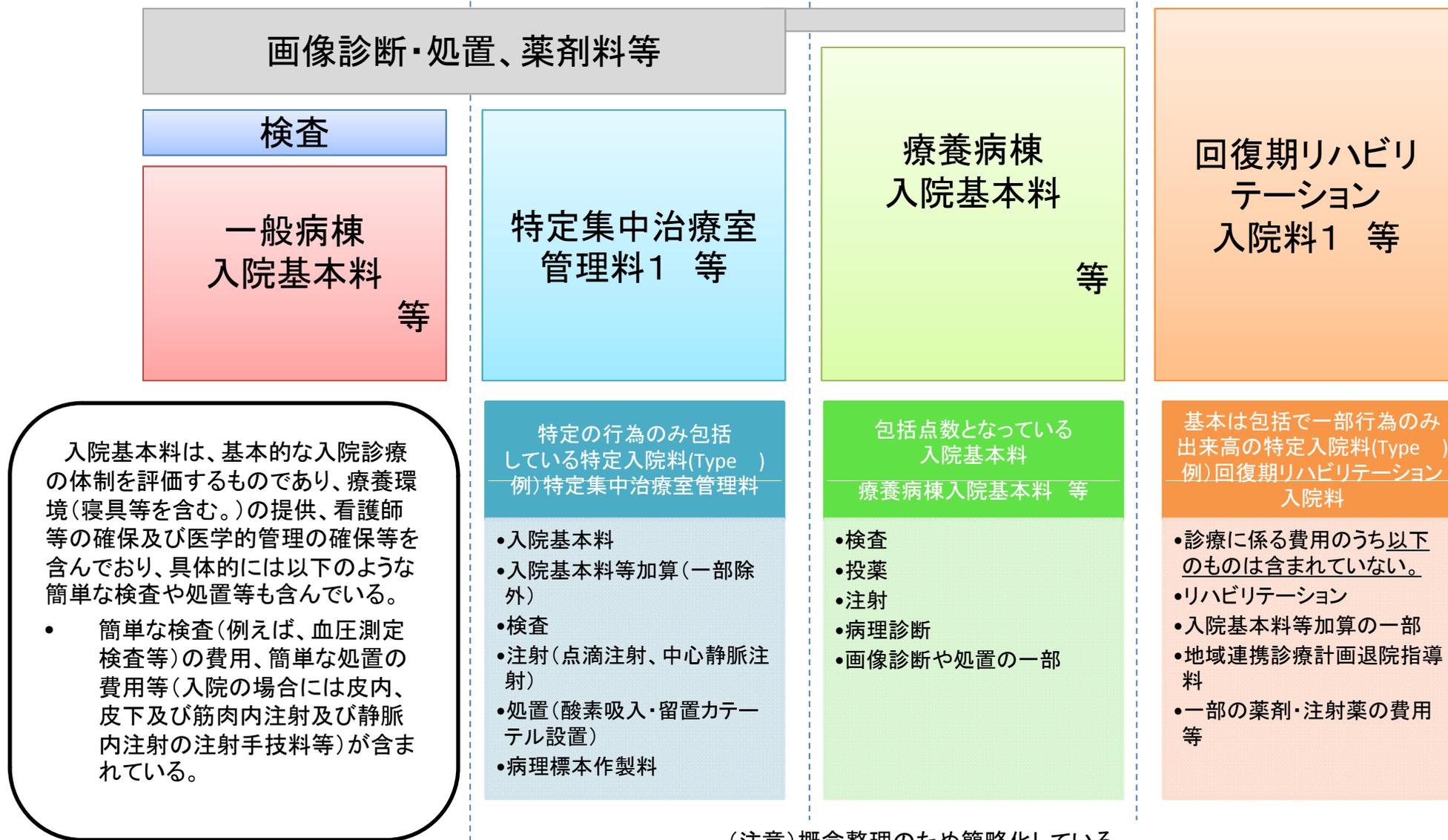


【論点】

○より高性能のCT装置やMRI装置あるいは造影剤注入装置を用いる画像撮影に関し、診療報酬請求をするための施設基準についてどのように考えるか。

④入院基本料等加算の整理

入院料の類型とその包括範囲(概念図)



(注意)概念整理のため簡略化している

入院基本料等加算の類型

①医療機関の評価

- ・病院の体制の評価
- ・地域特性の評価
- ・療養環境の評価
- ・看護配置の評価
- ・特殊病室の評価

②医療連携の評価

- ・紹介・受入の評価
- ・退院調整の評価

③特定の疾患や病態に対する特殊診療の評価等

- ・脳卒中
- ・救急
- ・小児
- ・産科
- ・精神科
- ・精神疾患と身体疾患の合併
- ・小児精神
- ・褥瘡・重症皮膚潰瘍
- ・栄養管理
- ・人工呼吸器離脱
- ・介護連携
- ・がん
- ・難病等

入院料と入院基本料等加算の全体像

入院基本料等加算

特定入院料 で加算不可	○	×	○	×
条件を満た せば加算可	○	○	○	○

+

+

+

+

入院期間に応じた加算等

入院期間に応じた加算等

+

+

+

+

画像診断・処置、薬剤料等

検査

一般病棟
入院基本料
等

特定集中治療室
管理料1 等

療養病棟
入院基本料
等

回復期リハビリ
テーション
入院料1 等

入院基本料

特定入院料()
(特定の行為のみ包括)

入院基本料
(療養病棟)

特定入院料()
(基本は包括で
一部行為のみ出来高)

入院基本料等加算の簡素化に係る視点の例示①

～栄養管理実施加算～

栄養管理実施加算 12点（1日毎加算） 平成18年新設

DPCでは出来高評価

【施設基準】

- 常勤の栄養管理士(1名以上)
- 入院時に患者毎の栄養状態の評価
- 医療従事者が共同して栄養管理計画を作成
- 計画に基づいた栄養状態の定期的評価、必要に応じた見直し ...等

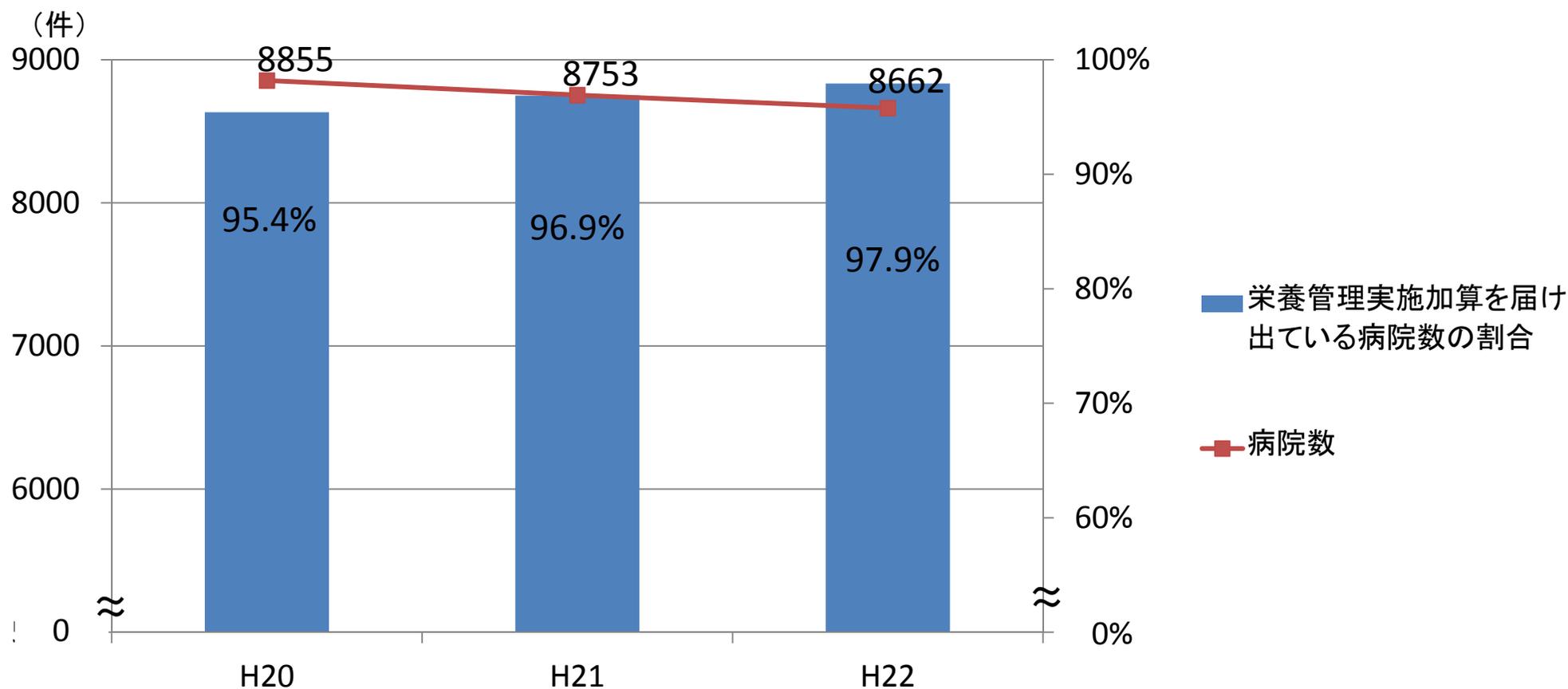
【加算可能な入院料等】

入院料等全て(特別入院基本料、短期滞在入院基本料1を除く)

	算定回数(A)	算定可能回数(B)	比率(A/B)
平成22年	28,829,315	32,594,305	88.4%
平成21年	27,754,615	32,399,249	85.7%
平成20年	28,083,835	33,196,975	84.6%

各年度算定回数: 社会医療診療行為別調査
算定可能回数: 保険局医療課調べ

栄養管理実施加算を届け出ている病院の割合及び病院数の推移

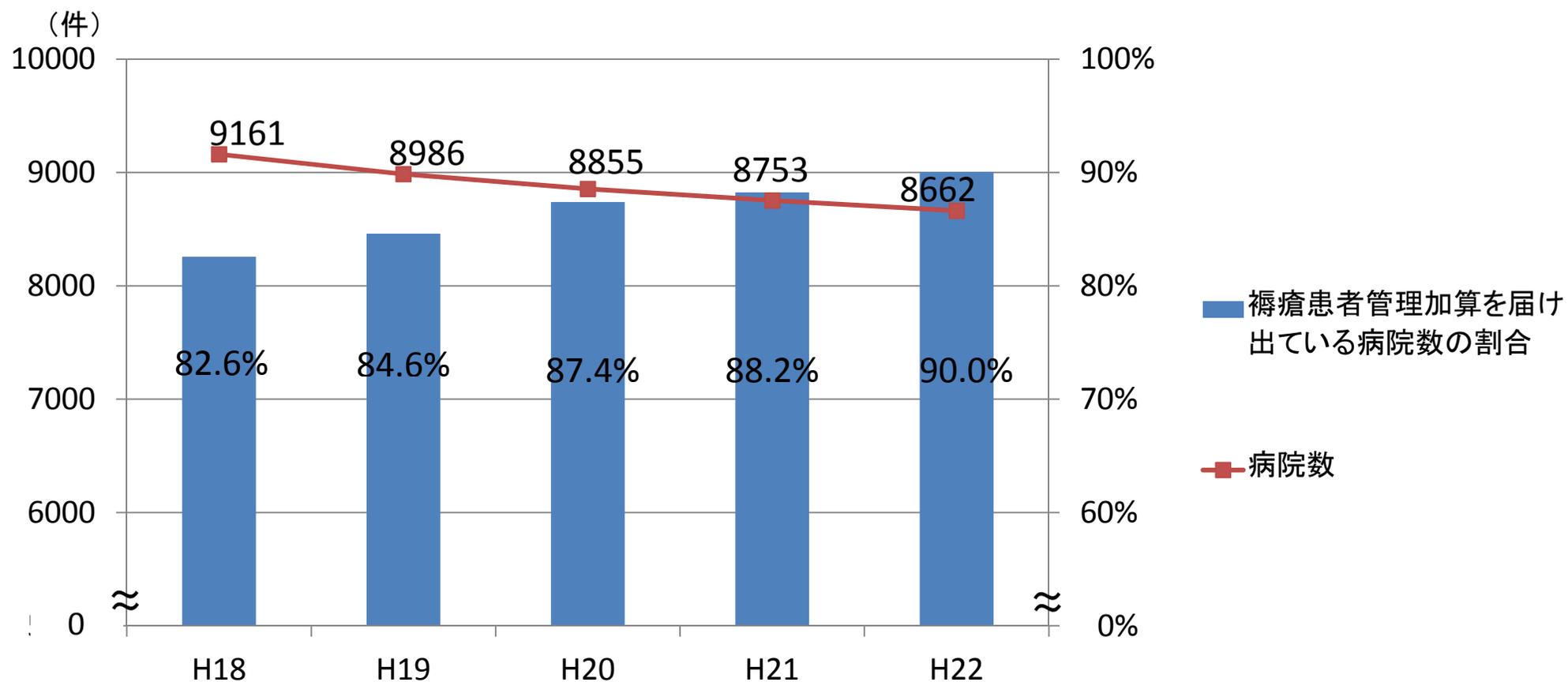


	H20	H21	H22
病院数	8,855	8,753	8,662
届出病院数	8,449	8,479	8,482

入院基本料等加算の簡素化に係る視点の例示② ～褥瘡患者管理加算～

	入院基本料における褥瘡対策	褥瘡患者管理加算 (20点)	褥瘡ハイリスク患者ケア加算(500点)
対象者	日常生活の自立度が低い入院患者(自立度がJ1～A2の場合、評価表作成は不要)	褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者	所定の方法による褥瘡リスクアセスメントの結果、特に重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者
人員要件	要件なし (病棟の看護職員等)	褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して5年以上の臨床経験を有する専任の看護師	褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を5年以上有する褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者を褥瘡管理者として専従配置
様式	褥瘡に関する危険因子評価票 ○褥瘡の有無 ○日常生活自立度 ・基本的動作能力 ・病的骨突出関節拘縮 ・栄養状態低下 ・皮膚浸潤 ・浮腫	褥瘡対策に関する診療計画書 ○危険因子評価票の内容 ○褥瘡の状態の評価 ○看護計画	褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書 ○ハイリスク項目及び他の危険因子 ○発生予測部位及び発生部位 ○リスクアセスメント結果 ○重点的な褥瘡ケアの必要性 ○予防治療計画 ○褥瘡ケア結果の評価
ケアの実施	制限なし	制限なし	褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有する褥瘡管理者
その他			カンファレンス及び職員研修の開催

褥瘡患者管理加算を届け出ている病院の割合及び病院数の推移



	H18	H19	H20	H21	H22
病院数	9,161	8,986	8,855	8,753	8,662
届出病院数	7,564	7,602	7,739	7,724	7,799

入院基本料等加算の簡素化に係る視点の例示③ ～療養病棟療養環境加算と診療所療養病床療養環境加算～

療養病棟療養環境加算と診療所療養病床療養環境加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供される療養環境を総合的に評価(病室や機能訓練室、食堂の床面積、廊下の幅等)したものの。

【療養病棟療養環境加算】(1日につき)

療養病棟療養環境加算1 132点

療養病棟療養環境加算3 90点

療養病棟療養環境加算2 115点

療養病棟療養環境加算4 30点

【診療所療養病床療養環境加算】(1日につき)

診療所療養病床療養環境加算1 100点

診療所療養病床療養環境加算2 40点

【平成22年度療養病棟療養環境加算の状況】

算定回数(A)	算定可能回数(B)	比率(A/B)
4,368,555	5,321,980	82.1%
届出病床数(A)	算定可能病床数(B)	比率(A/B)
207,792	213,462	97.3%

【平成22年度診療所療養病床療養環境加算の状況】

算定回数(A)	算定可能回数(B)	比率(A/B)
145,502	164,397	88.5%
届出病床数(A)	算定可能病床数*(B)	比率(A/B)
10,783	11,824	91.2%

算定回数: 社会医療診療行為別調査

算定可能回数・届出病床数・算定可能病床数: 保険局医療課調べ

*平成21年医療施設動態調査・介護サービス施設事業所調査

療養病棟療養環境加算の施設基準と医療法上の構造設備基準の比較

	加算1	加算2	加算3	加算4	医療法上の 構造設備基準
1室につき4床以下	○	○	○		○
6.4㎡/床以上	○	○	○	△ 6.0㎡/床以上	○
廊下幅1.8m以上 (両側に居室がある場合は2.7m以上)	○	○			○*
40㎡以上の機能訓練室	○	○	○	△ 面積規定なし	○**
1㎡/人以上の食堂	○	○	○	○	○***
談話室(食堂と兼用可)	○	○	○	○	○***
身体の不自由な患者の利用の適した浴室	○	○	○	○	○***
病棟床面積16㎡/人以上	○				

医療法上の構造設備基準を一部下回っている

- * 既存施設については、1.2m以上（両側に居室がある場合は1.6m以上）
- ** 既存施設については、機能訓練を行うために十分な広さを有していれば可
- *** 既存施設については、当面の間適応しない

診療所療養病床療養環境加算の施設基準と医療法上の構造設備基準の比較

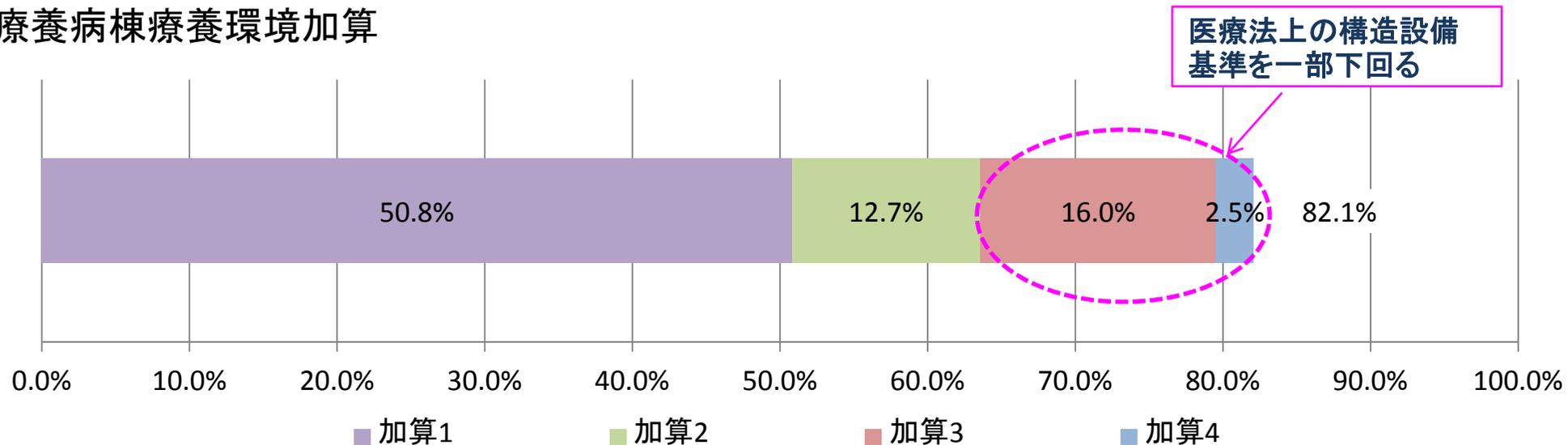
	加算1	加算2	医療法上の 構造設備基準
1室につき4床以下	○		○
6.4㎡/床以上	○	△ 6.0㎡/床以上	○*
廊下幅1.8m以上 (両側に居室がある場合は2.7m以上)	○		○**
機能訓練室	○	○	○
1㎡/人以上の食堂	○		○***
談話室(食堂と兼用可)	○		○***
身体の不自由な患者の利用の適した浴室	○		○***

医療法上の構造設備基準を一部下回っている

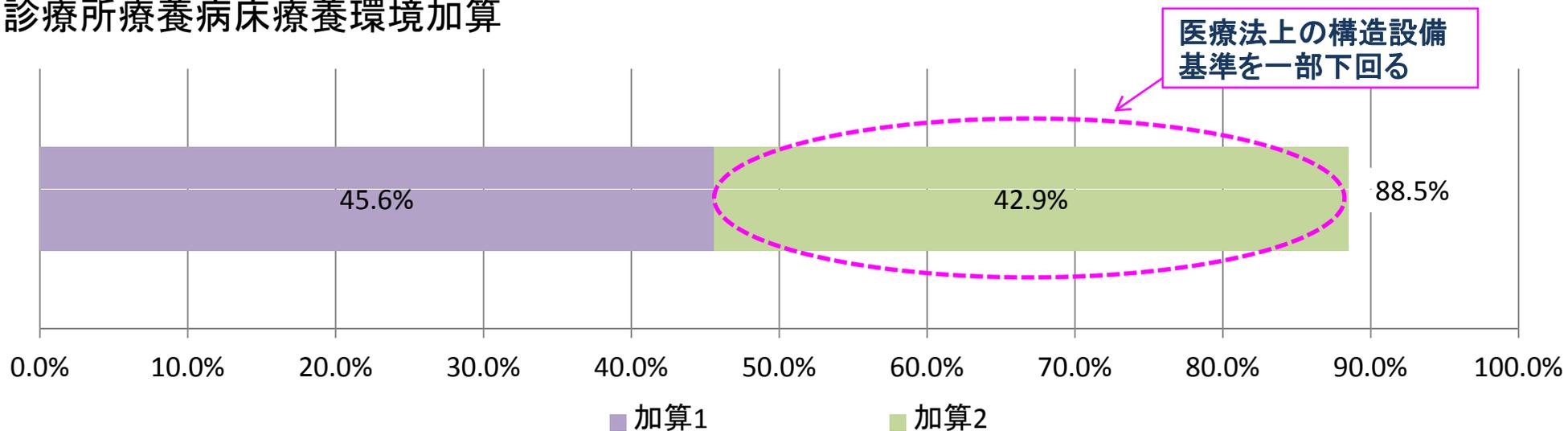
- * 既存施設については、6.0㎡/床以上
- * 平成10年4月1日時点で既に開設の許可を受けていた診療所内の病床を、平成12年3月31日までに転換して設けられた療養型病床群で転換して設けられた療養型病床群であった場合は、6.0㎡/床
- ** 既存施設については、1.2m以上（両側に居室がある場合は1.6m以上）
- *** 既存施設については、当面の間適応しない

加算別にみた算定回数の割合

療養病棟療養環境加算



診療所療養病床療養環境加算



入院基本料等加算の算定率 ①

<平成22年社会医療診療行為別調査を元に算出 (主に毎日又は入院から一定期間算定するもの)>

区分	診療報酬名	算定率	区分	診療報酬名	算定率
A200	総合入院体制加算	1.9%	A220	HIV感染者療養環境特別加算	0.0%
A204	地域医療支援病院入院診療加算	2.7%	A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算	0.3%
A204-2	臨床研修病院入院診療加算	21.7%	A221	重症者等療養環境特別加算	5.7%
A205	救急医療管理加算	48.7%	A221-2	小児療養環境特別加算	0.4%
	乳幼児救急医療管理加算		A222	療養病棟療養環境加算	82.1%
A205-2	超急性期脳卒中加算	0.0%	A223	診療所療養病床療養環境加算	88.5%
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算	0.7%	A225	放射線治療病室管理加算	0.0%
A206	在宅患者緊急入院診療加算	0.1%	A226	重症皮膚潰瘍管理加算	0.3%
A207	診療録管理体制加算	45.3%	A226-2	緩和ケア診療加算	0.1%
A207-2	医師事務作業補助体制加算	26.7%	A227	精神科措置入院診療加算	1.0%
A207-3	急性期看護補助体制加算	30.3%	A228	精神科応急入院施設管理加算	0.4%
A208	乳幼児加算・幼児加算	1.0%	A229	精神科隔離室管理加算	67.5%
A210	難病等特別入院診療加算	1.0%	A230	精神病棟入院時医学管理加算	16.1%
A211	特殊疾患入院施設管理加算	23.2%	A230-2	精神科地域移行実施加算	18.7%
A212	超重症児(者)入院診療加算	5.3%	A231	児童・思春期精神科入院医療管理加算	0.4%
	準超重症児(者)入院診療加算		A231-2	強度行動障害入院医療管理加算	0.3%
A213	看護配置加算	16.5%	A232	がん診療連携拠点病院加算	2.6%
A214	看護補助加算	49.6%	A233	栄養管理実施加算	88.4%
A218	地域加算	73.0%	A234	医療安全対策加算	33.4%
A218-2	離島加算	0.4%	A238-5	救急搬送患者地域連携受入加算	0.1%
A219	療養環境加算	39.6%	A243	後発医薬品使用体制加算	11.6%

*赤文字は算定率の低いもの、緑文字は算定率の高いもの

入院基本料等加算の算定率 ②

＜届出施設数、病床数を元に算出（主に入院中に一定回数又は週一定回数算定するもの）＞

区分	診療報酬名	算定率
A230-3	精神科身体合併症管理加算	81.1%
A231-3	重度アルコール依存症入院医療管理加算	1.4%
A231-4	摂食障害入院医療管理加算	1.3%
A233-2	栄養サポートチーム加算	11.9%
A235	褥瘡患者管理加算	90.0%
A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	25.3%
A236-2	ハイリスク妊娠管理加算	13.7%
A237	ハイリスク分娩管理加算	45.5%
A238	慢性期病棟等退院調整加算	29.8%
A238-2	急性期病棟等退院調整加算	29.1%
A238-3	新生児特定集中治療室退院調整加算	4.5%
A238-4	救急搬送患者地域連携紹介加算	9.3%
A240	総合評価加算	8.5%
A242	呼吸ケアチーム加算	3.3%

＜算定率の算出が難しいもの＞

区分	診療報酬名	算出が難しい理由
A224	無菌治療室管理加算	1入院中に90日間まで算定するもので、かつ届出が不要なため

*緑文字は算定率の高いもの

算定率の低い加算について

＜患者の病態が算定要件となっている加算＞

区分	診療報酬名	算定率	主な算定要件
A220	HIV感染者療養環境特別加算	0.0%	後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者について算定する。
A226-2	緩和ケア診療加算	0.1%	悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群の患者で、疼痛等身体症状や抑うつ等精神症状を持つ者に緩和ケアチームが診療を行った場合に算定する。
A226	重症皮膚潰瘍管理加算	0.3%	重症な皮膚潰瘍を有している者に医学管理を行った場合に算定する。
A231-2	強度行動障害入院医療管理加算	0.3%	強度行動障害スコア10以上及び医療度判定スコア24以上の患者に、経験を有する医師等による専門的入院医療が提供された場合に算定する。
A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算	0.3%	二類感染症の患者及び疑似症状患者を個室又は陰圧室へ入院させた場合に算定する。
A221-2	小児療養環境特別加算	0.4%	麻疹等に罹患しており、他の患者への感染の危険性が高い、又は易感染性により、感染症罹患の危険性が高い、個室に入院した15歳未満の患者について算定する。
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算	0.7%	緊急分娩に対応できる医療機関において、妊娠に係る異常のため緊急入院を必要とする妊産婦(直近3ヶ月以内に入院医療を要する原因疾患で受診歴のある場合をのぞく)が、緊急搬送され入院した場合に入院初日に算定する。
A231	児童・思春期精神科入院医療管理加算	0.4%	概ね8割以上が20歳未満の精神疾患を有する患者である病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者について算定する。
A228	精神科応急入院施設管理加算	0.4%	応急入院患者等に対する診療応需態勢を整えている医療機関において、 <u>応急入院患者等を入院させた初日</u> に算定する。

＜治療法が算定要件となっている加算＞

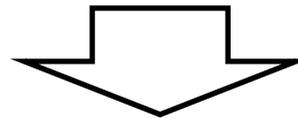
区分	診療報酬名	算定率	主な算定要件
A225	放射線治療病室管理加算	0.0%	悪性腫瘍の患者に対して、密封小線源あるいは治療用放射性同位元素により治療を受けている患者を入院させる場合に算定する。
A205-2	超急性期脳卒中加算	0.0%	脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師1名以上配置などの要件を満たす施設において、 <u>脳梗塞と診断された患者に発症3時間以内にプラスミノゲン活性化因子を投与した場合</u> に算定する。
A226-2	緩和ケア診療加算（再掲）	0.1%	悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群の患者で、疼痛等身体症状や抑うつ等精神症状を持つ者に緩和ケアチームが診療を行った場合に算定する。

＜制度が算定要件となっている加算＞

区分	診療報酬名	算定率	主な算定要件
A238-5	救急搬送患者地域連携受入加算	0.1%	紹介元医療機関と受入先医療機関とが連携をとっており、高次の救急医療機関に <u>緊急入院した患者を入院から5日以内に受け入れた場合</u> に算定する。
A206	在宅患者緊急入院診療加算	0.1%	在宅で療養を行っている患者が急変した際に入院を受け入れた場合に算定する。
A218-2	離島加算	0.4%	離島地域に入院している患者に対して算定する。

算定率の低い加算について

- 今回の算定率の計算にあたっては、各入院基本料等加算が算定された回数を分子とし、当該加算が算定可能な入院基本料、特定入院料が算定された回数を広く分母として計算しているため、分母を大きく見積もっている可能性が高い。
- したがって、各入院基本料等加算がターゲットとしている、特定の病態や治療法、制度に対し、実際どの程度算定されているか計算するためには、分母となる病態や治療法等の実態を個別に調査する必要がある。
- また、各入院基本料等加算の施設要件や患者要件などの算定要件が必要以上に厳格なものとなっていないか確認する必要がある。



- 算定率の低い入院基本料等加算は、施設要件や患者要件などで必要以上に厳格なものがないか確認し、今回改定で必要に応じ見直しを行う。
- さらに次回改定までに分母となる病態や治療法等の実態を個別に調査したうえで、その利用状況を把握し、そののちに加算として役割を終えたと考えられるものは廃止する。

課題と今後の方向性

(入院基本料等加算の整理)

- 入院に係る費用は入院基本料、特定入院料をベースに、施設・設備や医療機関間の連携、特定の疾患や病態に対する特殊診療の評価を入院基本料等加算で評価している。
- 入院基本料等加算のうち、いくつか(栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算)は算定可能な病床数に対し、多く算定や届出がなされている。
- 療養病棟療養環境加算や診療所療養病床療養環境加算は現在経過措置が講じられている医療法上の施設基準への移行を支援するため、医療法そのもの、あるいはそれを下回る基準を設定しているものもある。
- 入院基本料等加算のうち、算定率の低いものは、患者の病態や、治療法、制度などが算定要件となっており、特定の病態や治療法、制度に対し、実際どの程度算定されているか計算するためには、分母となる病態や治療法等の実態を個別に調査する必要がある。
- また、各入院基本料等加算の施設要件や患者要件などの算定要件が必要以上に厳格なものとなっていないか確認する必要がある。

【今後の方向性】



- 診療報酬項目の簡素化の観点から、すでに多くの医療機関で算定されている入院基本料等加算は入院基本料、特定入院料の要件とし、一体として評価することとしてはどうか。
- 療養病棟療養環境加算や診療所療養病床療養環境加算の一部のような、医療法上の施設基準を下回る加算は、評価を行わないこととしてはどうか。
- 算定率の低い入院基本料等加算は施設要件や患者要件などで必要以上に厳格なものがないか確認し、今回改定で必要に応じ見直しを行ったうえで、次回改定までに分母となる病態や治療法等の実態を個別に調査し、その利用状況を把握したうえで、加算として役割を終えたと考えられるものは廃止することとしてはどうか。

リハビリテーションについて

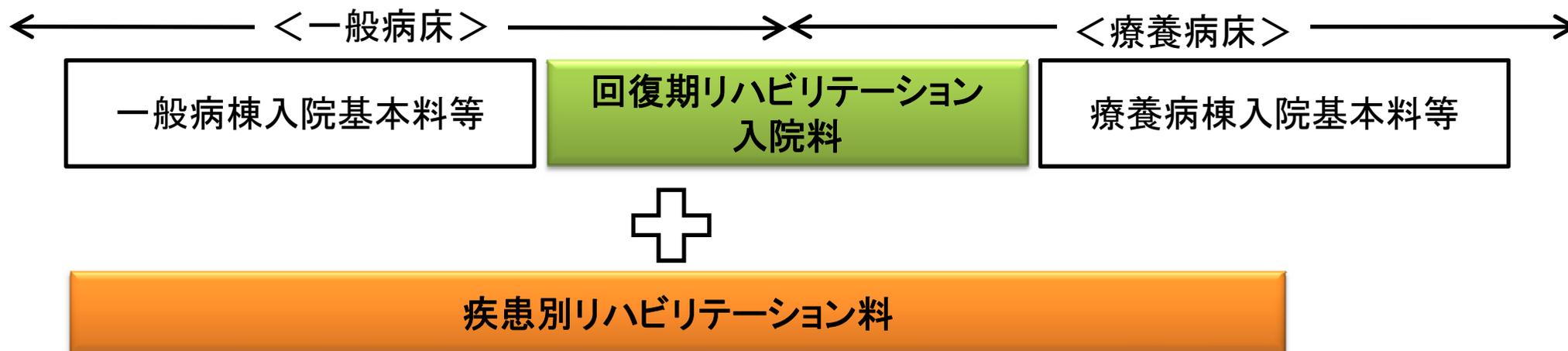
医療保険によるリハビリテーションの概要

<入院>

【回復期リハビリテーション入院料】

脳血管疾患または大腿骨頸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。



<外来>

疾患別
リハビリテーション料



初再診料

【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はじめ、リハビリテーションを包括していない入院、外来においても算定が可能。

① 回復期リハビリテーション病棟について

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等

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 1,720点
(疾患により、60日、90日、150日、180日算定可能)
52,984床 (平成22年7月1日現在)

回復期リハビリテーション病棟入院料2

回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,600点
(疾患により、60日、90日、150日、180日算定可能)
7,018床 (平成22年7月1日現在)

<共通の要件>

- ・ 看護職員配置15:1以上(看護師比率4割以上)、看護補助者30:1以上、専任医師1名以上、専従理学療法士2名・作業療法士1名以上
- ・ 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)もしくは(III)、運動器リハビリテーション料(I)もしくは(II)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。
- ・ 回復期リハビリテーションを要する状態の患者が8割以上入院していること
- ・ 病室面積6.4㎡/床、廊下幅1.8m以上(両側に居室がある場合は2.7m以上)
- ・ リハビリテーションの実施計画の作成体制、リハビリテーションの効果、実施方法等の評価体制がとられていること。
- ・ 1日あたり平均2単位以上リハビリテーションを提供している

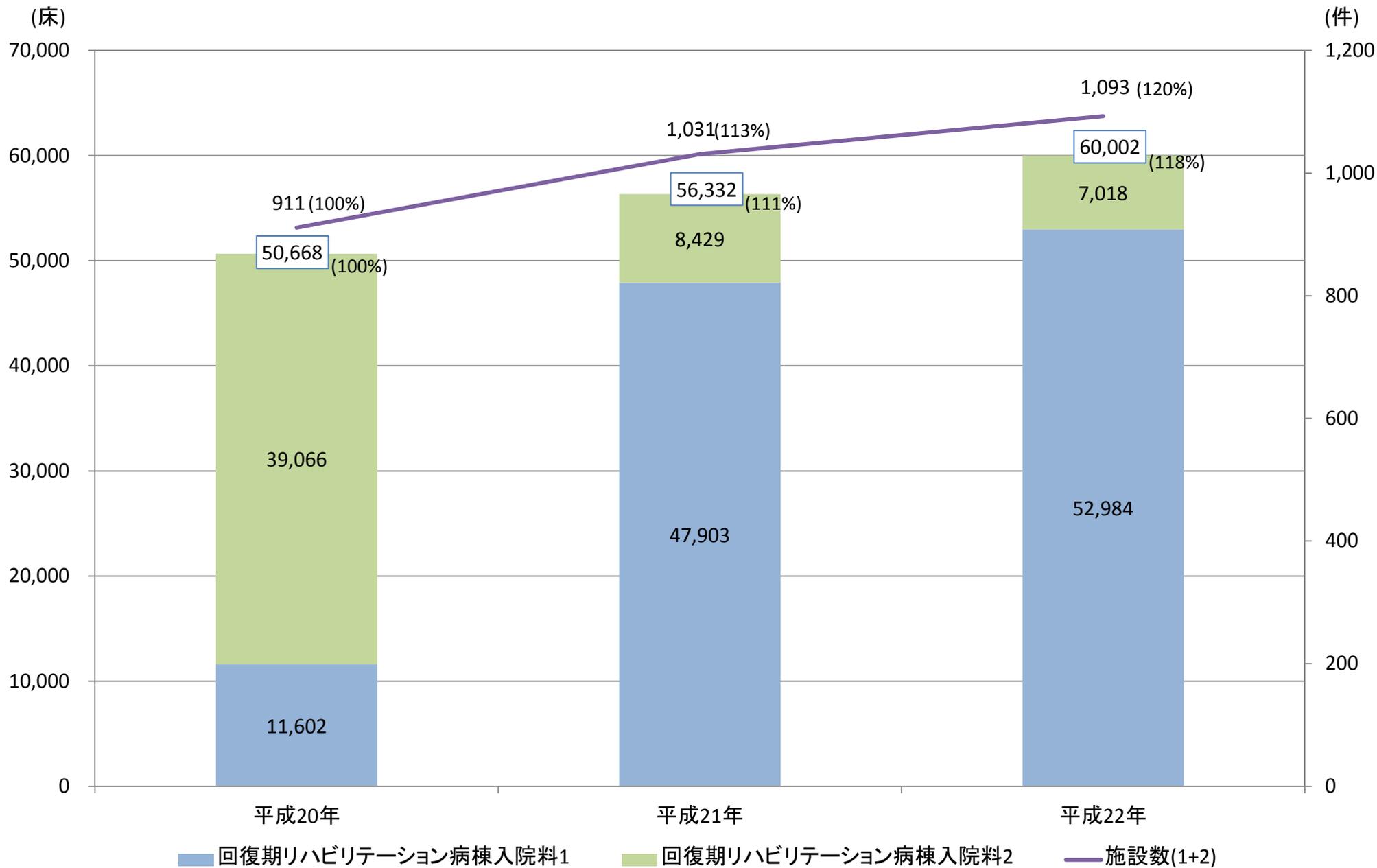
など



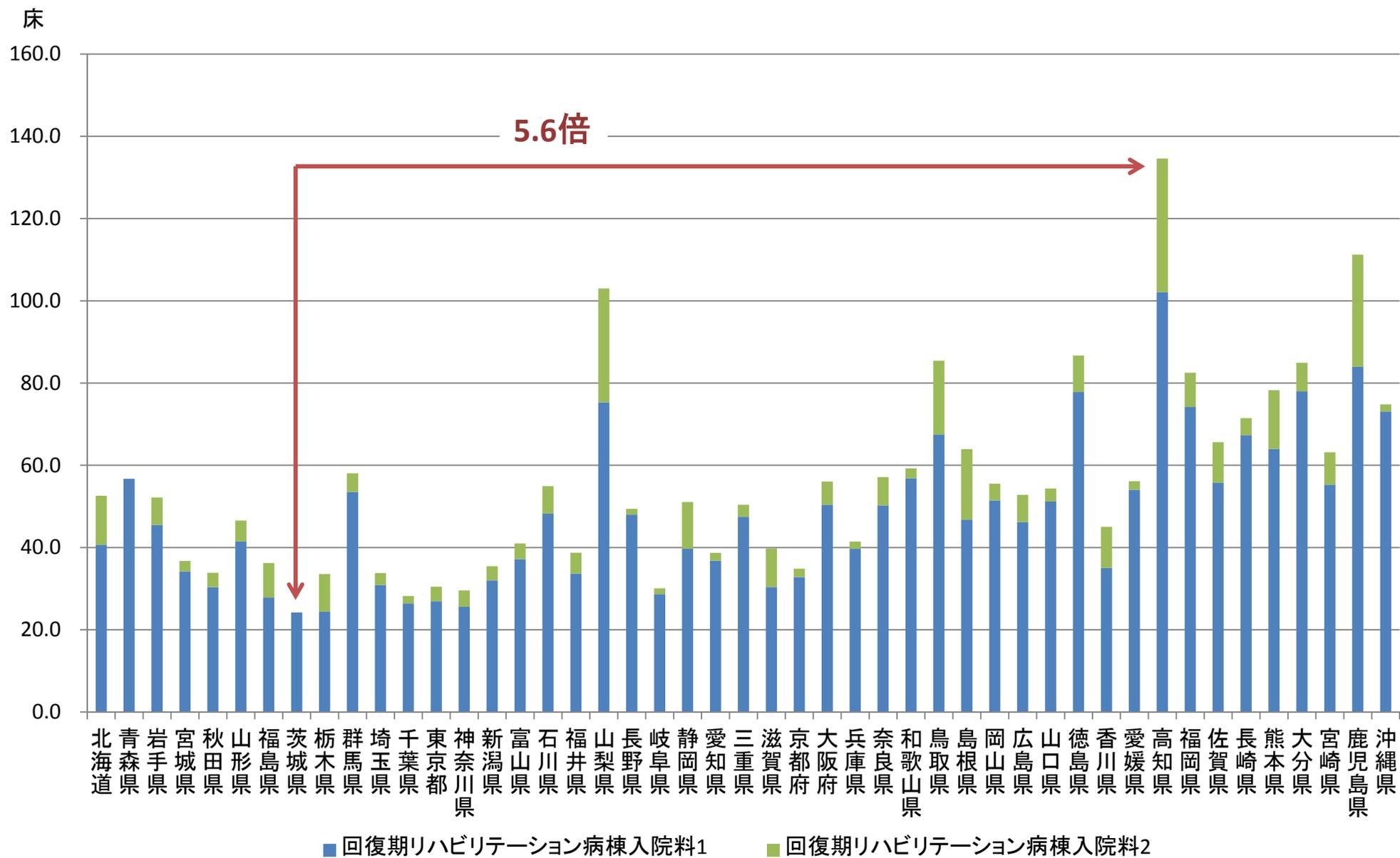
<回復期リハビリテーション病棟1のみの要件>

- ・ 直近6ヶ月以内に新たに入院した患者のうち2割以上が日常生活機能評価点数が10点以上であること
- ・ 在宅復帰率6割以上

回復期リハビリテーション病棟入院料届出施設数・病床数の推移



都道府県別人口10万あたり回復期リハ病床数



平成22年7月1日現在 保険局医療課調べ

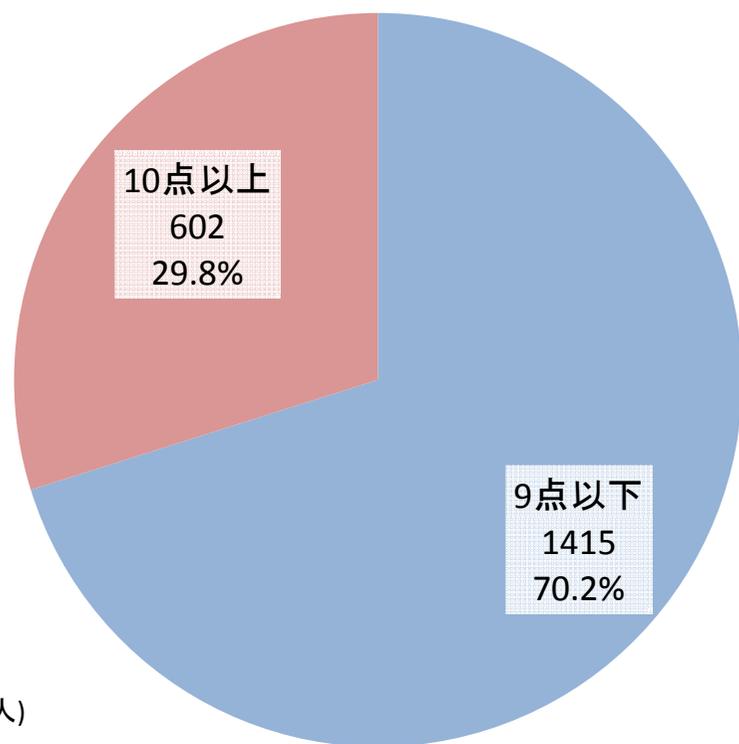
回復期リハビリテーション病棟入院料1の要件について

<回復期リハビリテーション病棟入院料1のみの要件>

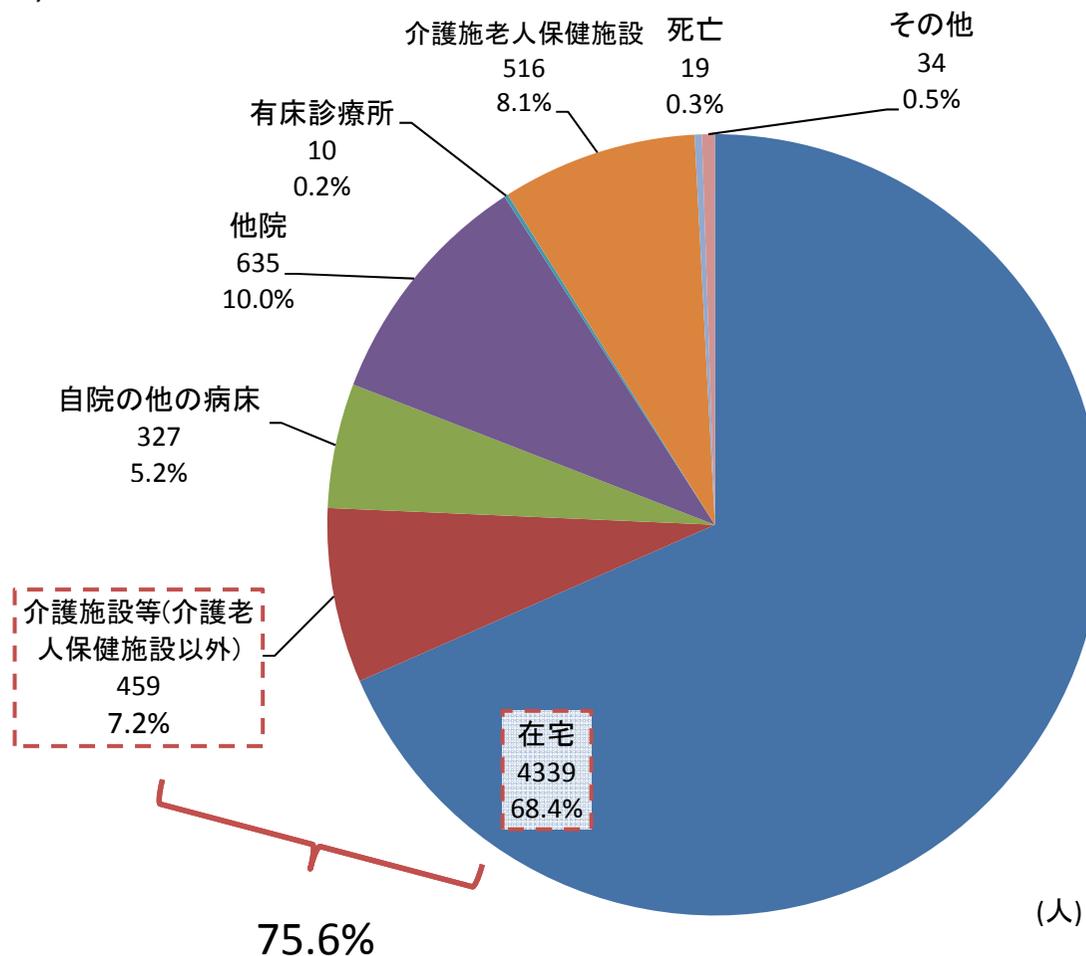
- ・直近6ヶ月以内に新たに入院した患者のうち2割以上が日常生活機能評価点数が10点以上であること
- ・在宅復帰率(介護老人保健施設や医療機関等以外へ退院した患者の割合)が6割以上

<入院時の日常生活機能評価点数*> (N=2,017)

*得点が高い方が生活自立度が低い



<入院患者の退棟先> (N=6,339)



＜参考＞ 日常生活機能評価表

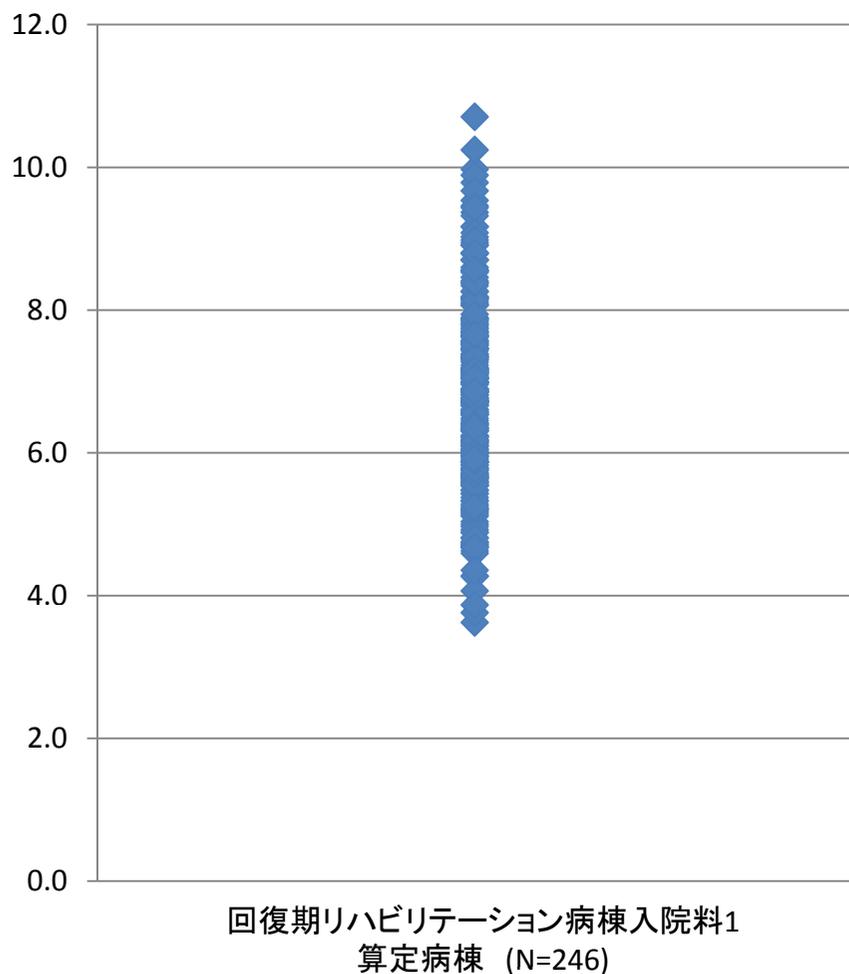
患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔清掃	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	全介助
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	

* 得点:0～19点

* 得点が低いほど、生活自立度が高い。

病棟ごとの新規入棟者の平均入院時日常生活機能評価の分布

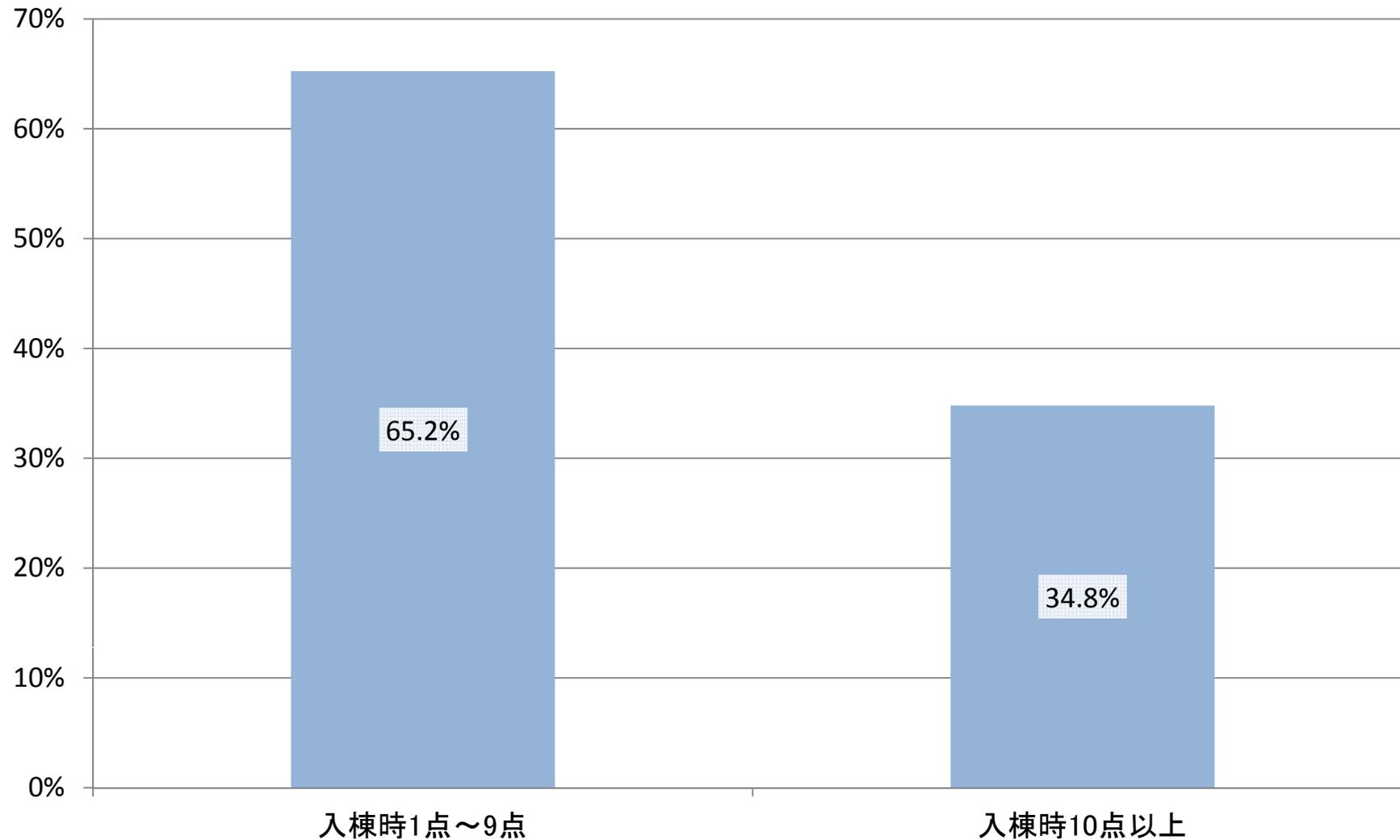
平均点数



回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定病棟は2割以上が重症患者(日常生活機能評価10点以上)でなければならないが、病棟全体の平均日常生活機能評価点数については規定がなく、その他の患者については軽症な患者を多く受け入れている病棟や、重症患者を多く受け入れている病棟などばらつきが大きい。

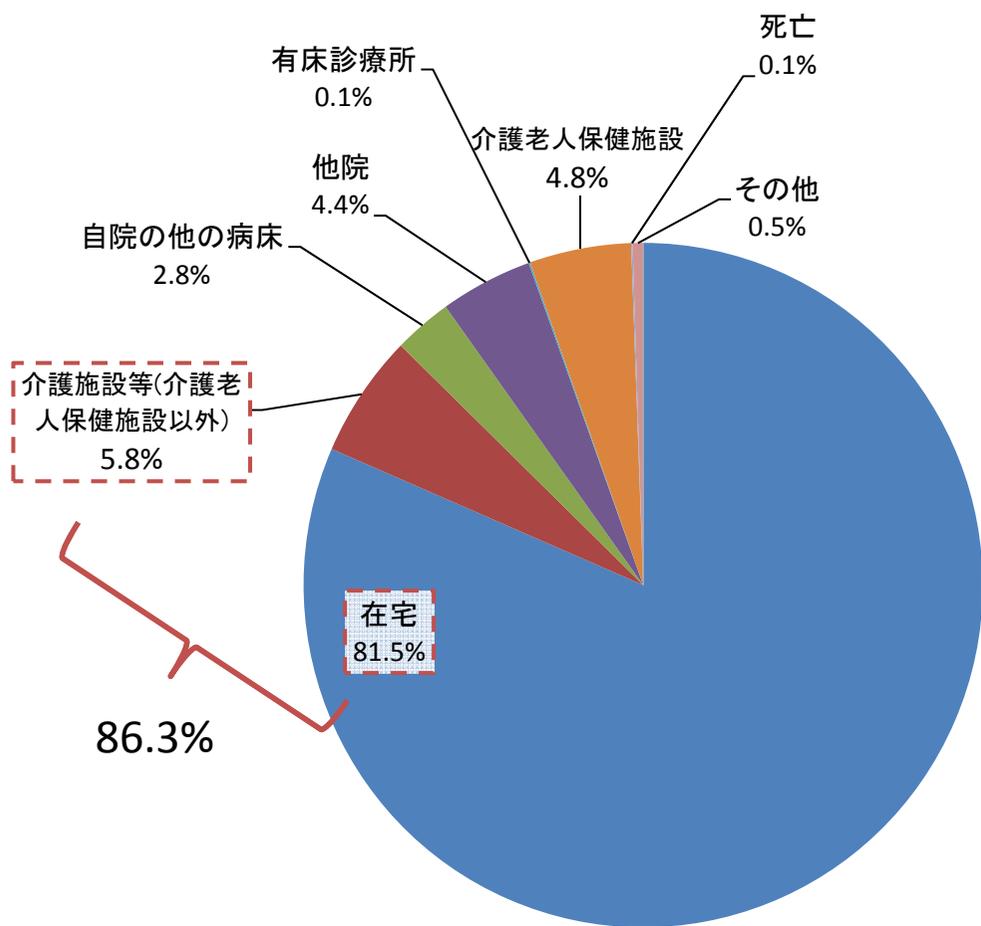
入院時の日常生活機能評価点数ごとの平均改善率

＜退棟時の日常生活機能評価点数改善率＞

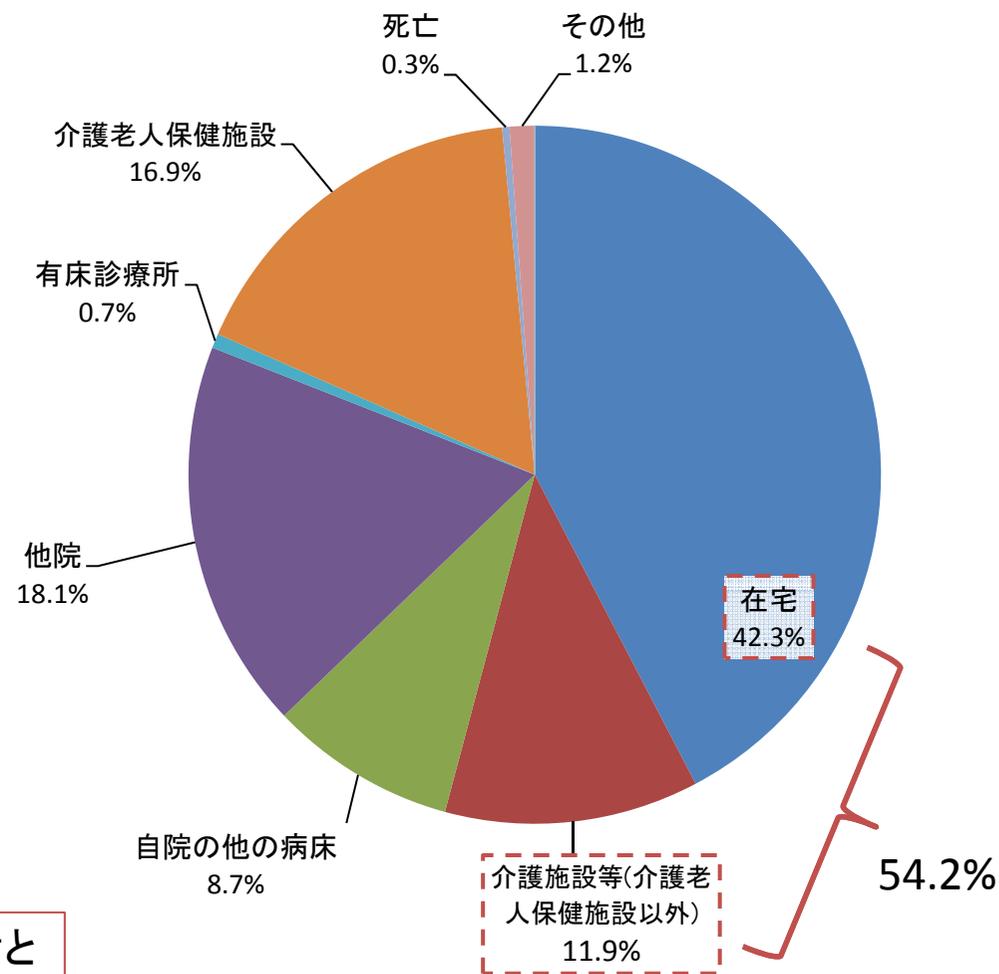


入院時の日常生活機能評価点数別の在宅復帰率

＜入棟時9点以下患者の退棟先＞

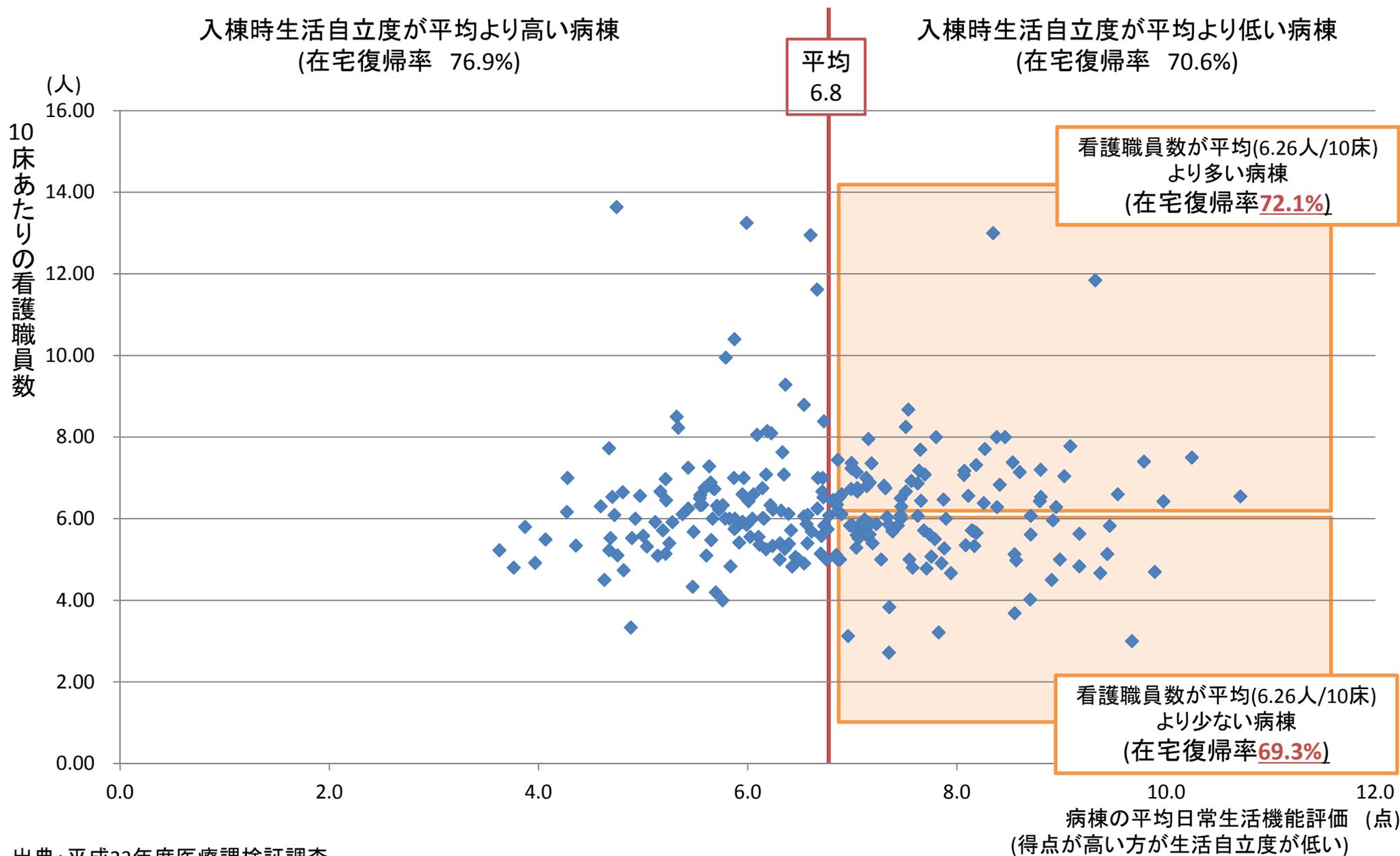


＜入棟時10点以上患者の退棟先＞

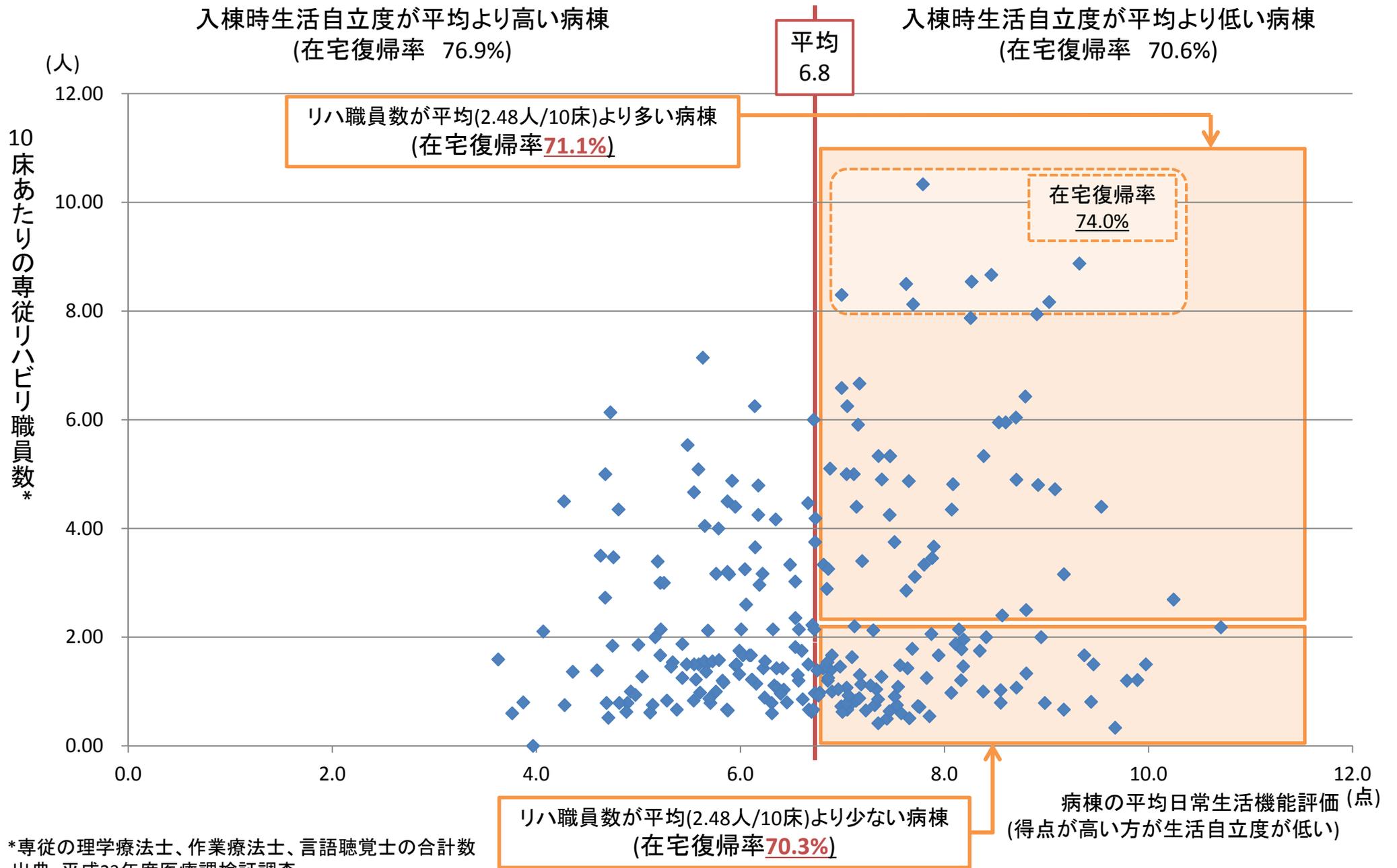


入棟時の日常生活機能評価点数が9点以下の患者と10点以上の患者で在宅復帰率が異なる。

病棟毎の平均日常生活機能評価点数と看護職員の関係



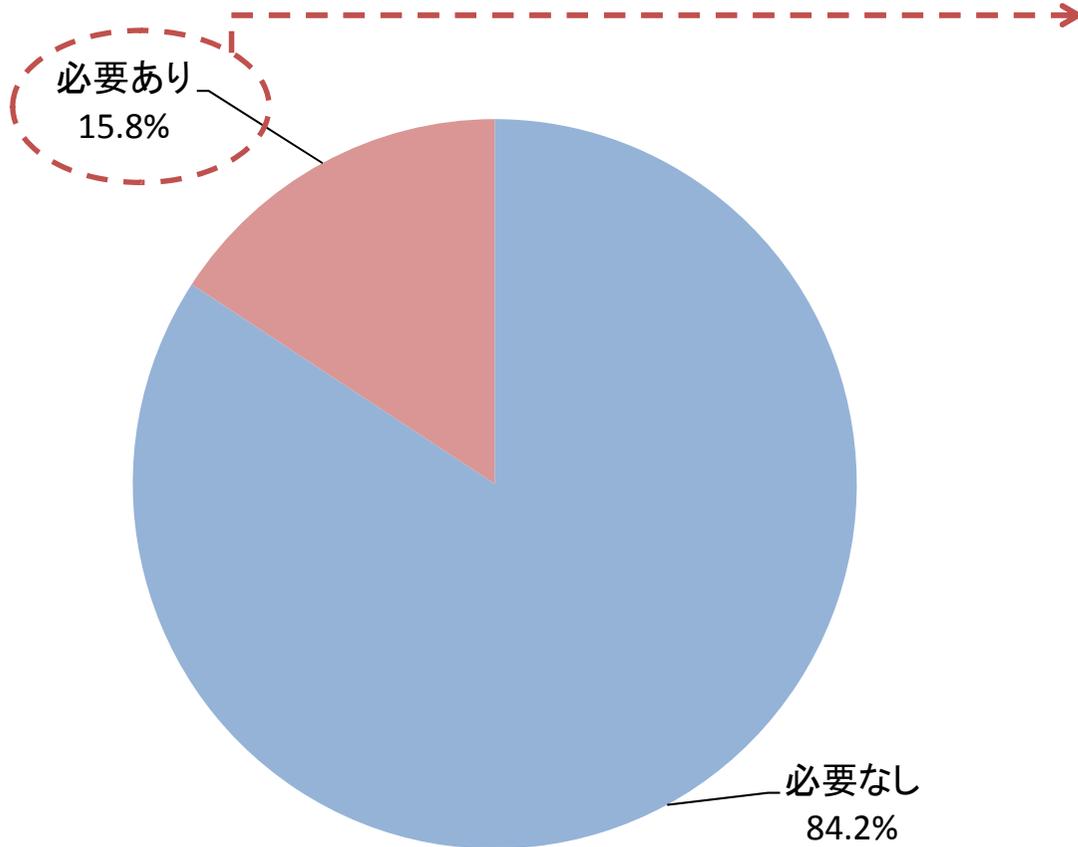
病棟毎の平均日常生活機能評価点数と専従リハビリ職員数の関係



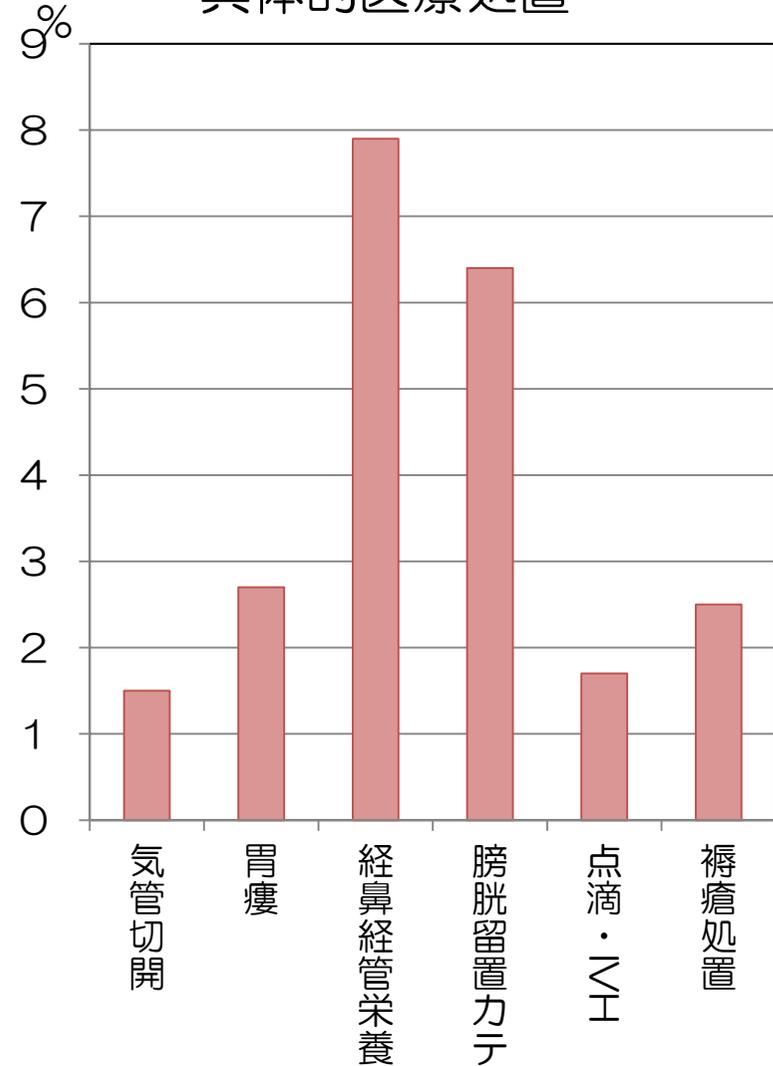
医療的処置を必要とする患者割合

2010年回復期リハ病棟看護必要度調査 (N=5,359)

＜何らかの医学的処置の必要性の有無＞

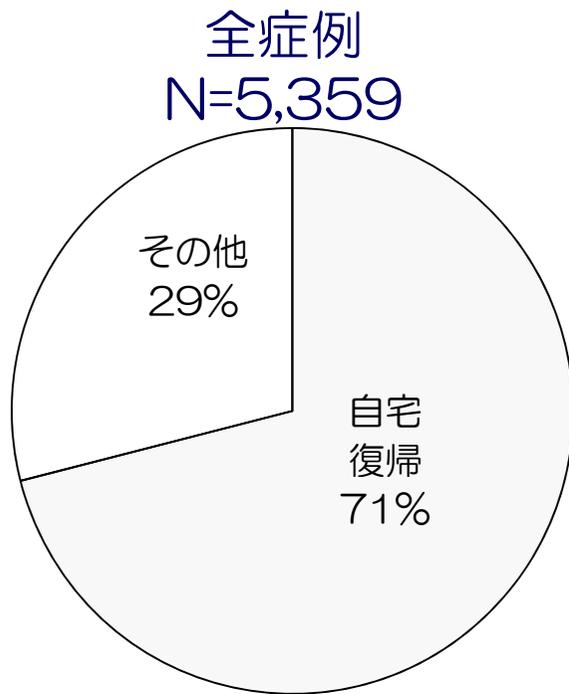


具体的医療処置

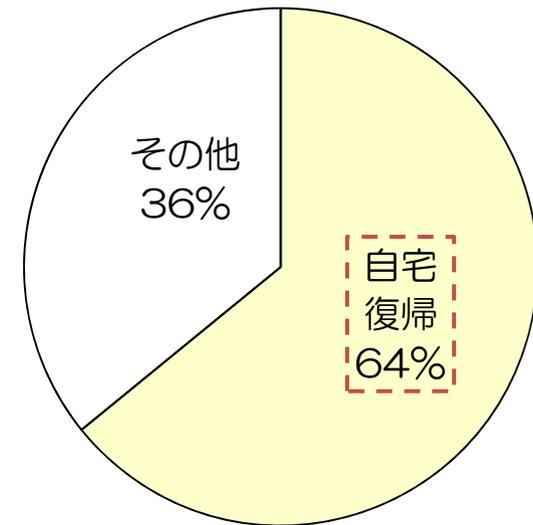


医学的処置の必要性の有無による自宅復帰率

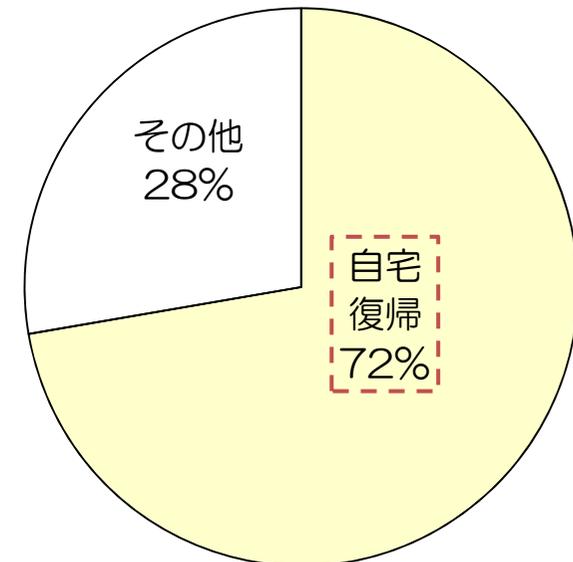
2010年回復期リハ病棟看護必要度調査 (N=5,359)



医学的処置必要あり
N=783 (14.6%)



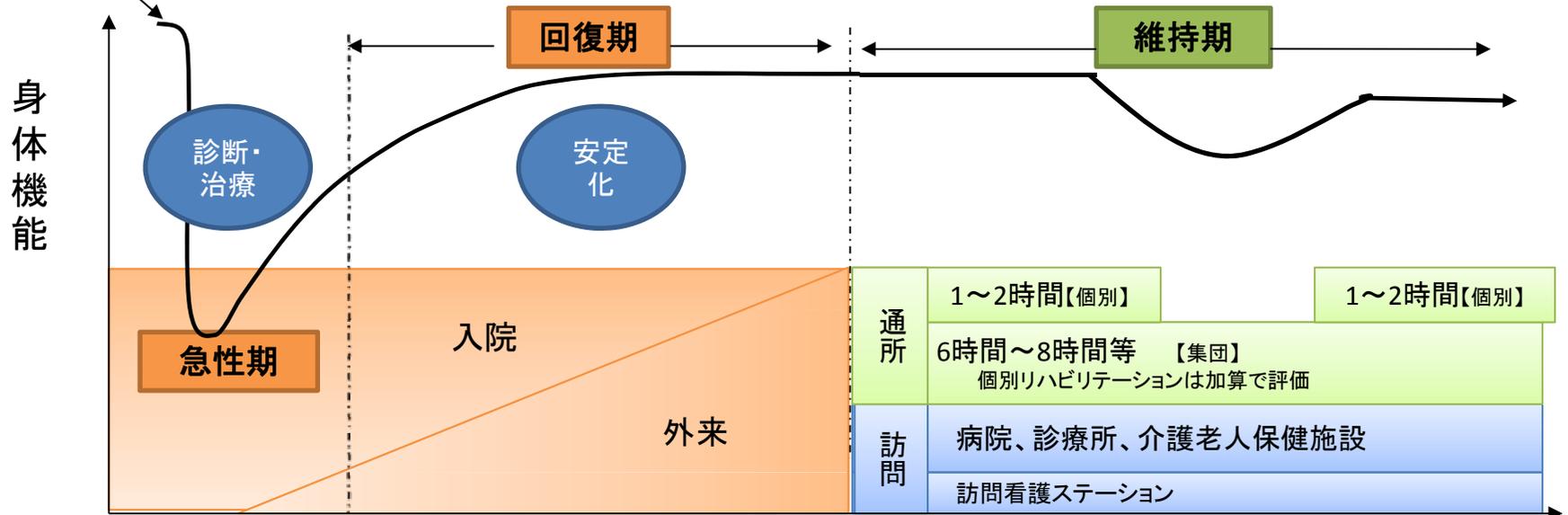
医学的処置必要なし
N=4,576 (85.4%)



② リハビリテーションについて

リハビリテーションの役割分担

脳卒中等の発症



役割分担

主に医療保険

主に介護保険

	急性期	回復期	維持期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
生活機能	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	—	—	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成

(i) 早期リハビリテーションについて

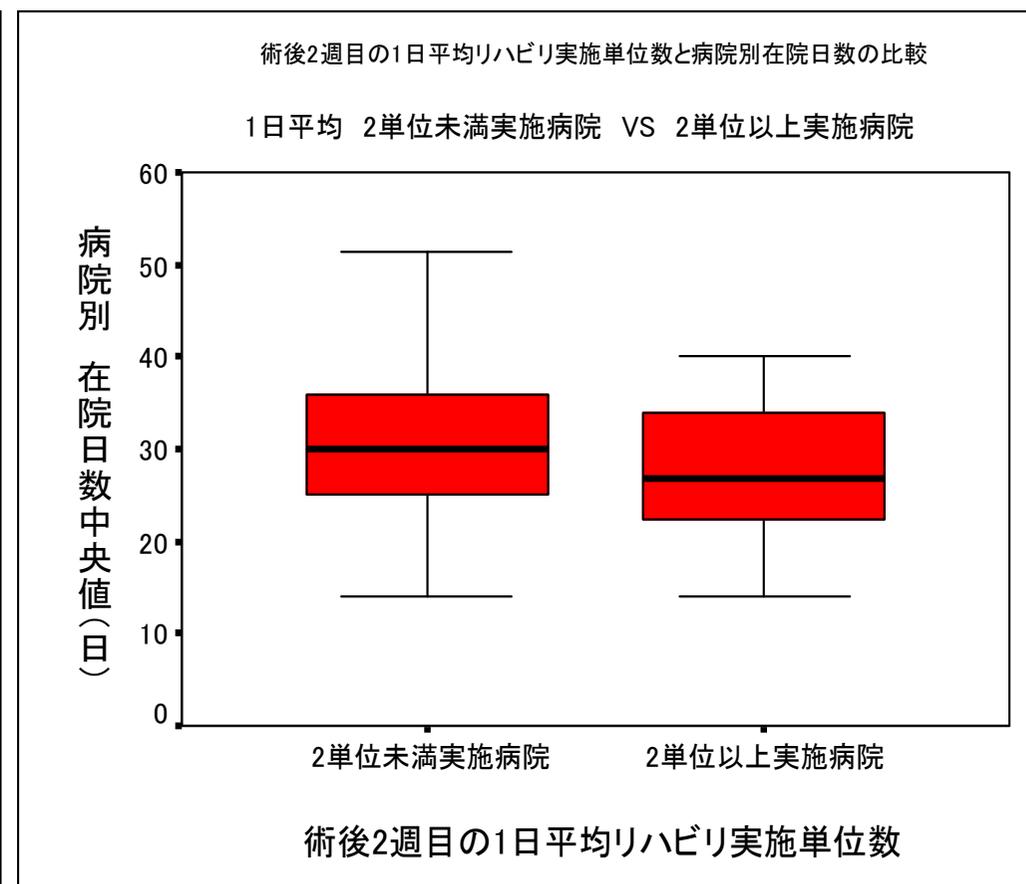
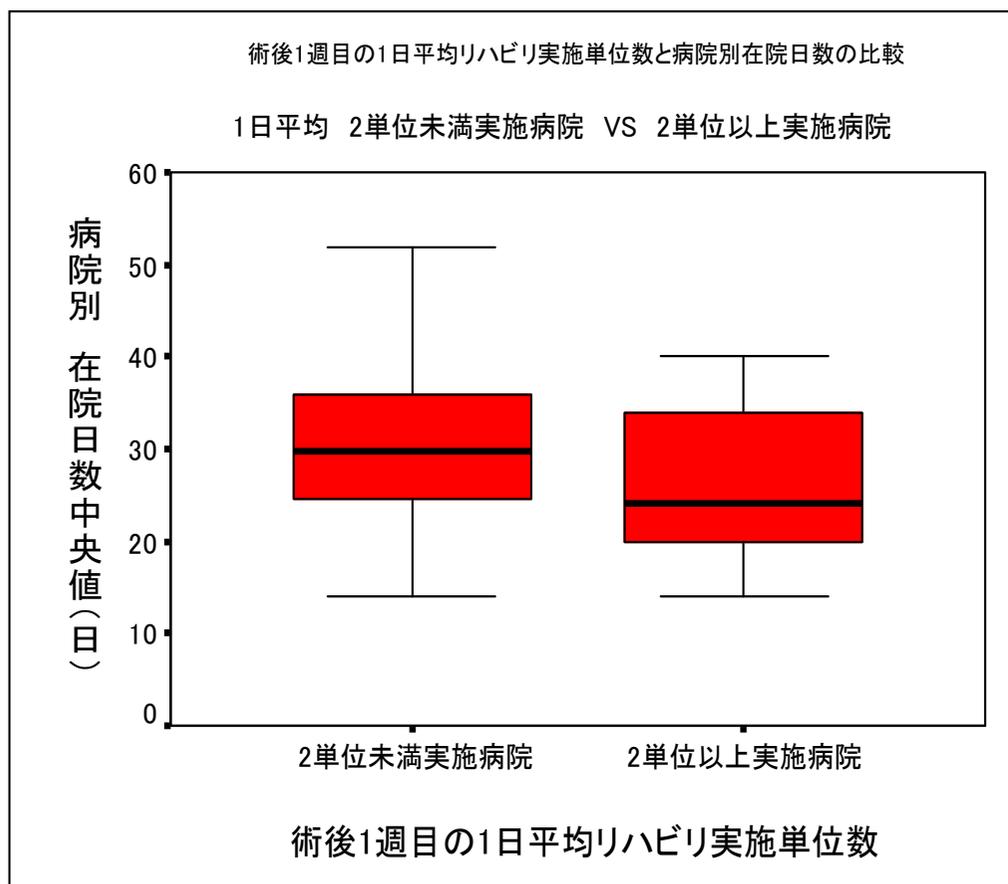
早期リハビリテーションの評価

発症早期からのリハビリテーションの評価

心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患棟リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料を算定する場合に発症又は手術後45日以内の場合に45点を加算する。

早期リハビリテーション加算 45点(1単位につき)

術後早期に開始するリハビリテーションの有用性について



術後1週間目の1日あたり平均リハビリ実施単位数と在院日数

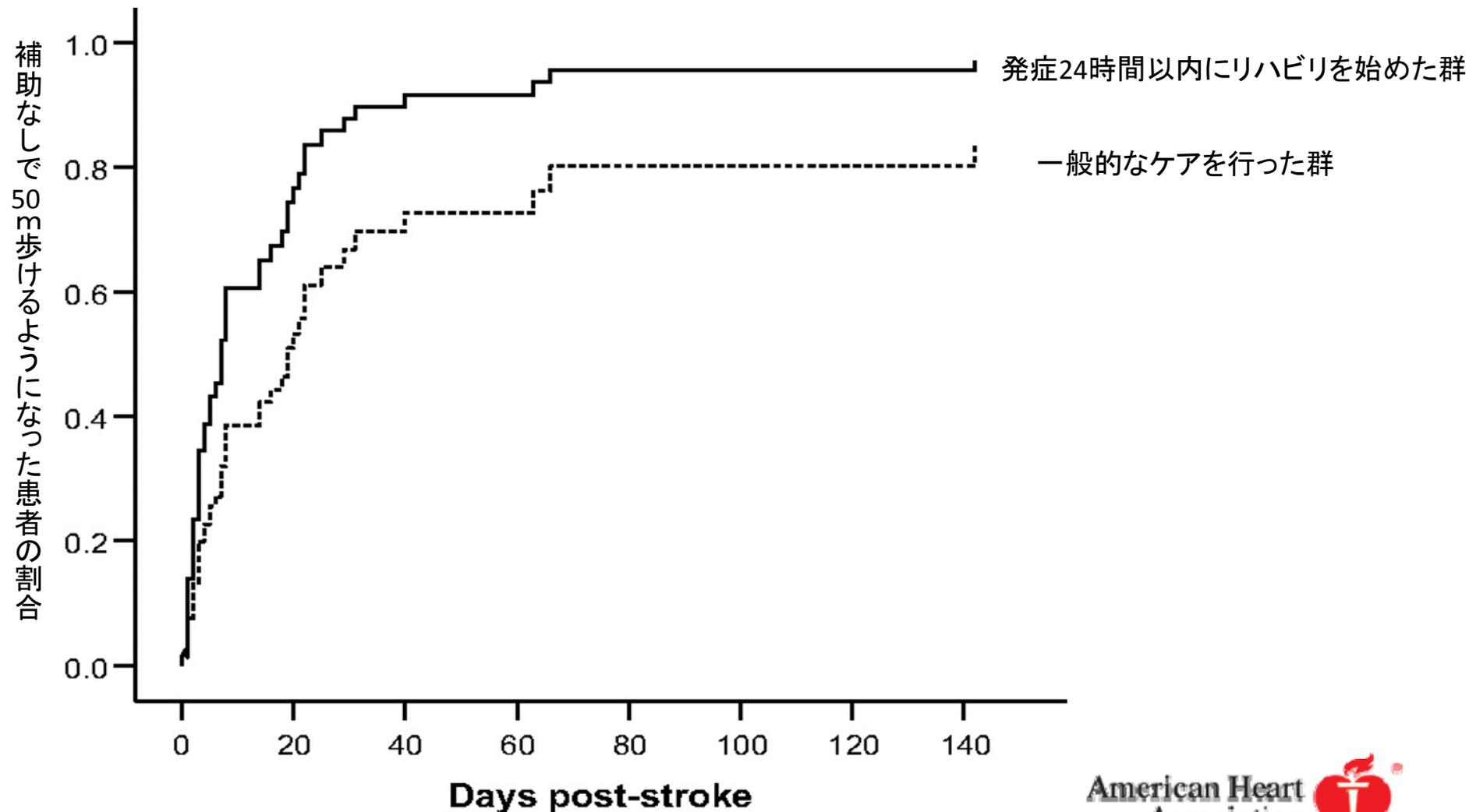
	度数	在院日数	標準偏差	P値
2単位未満	198	<u>30.7</u>	9.1	0.033
2単位以上	17	<u>25.8</u>	7.9	

術後2週間目の1日あたり平均リハビリ実施単位数と在院日数

	度数	在院日数	標準偏差	P値
2単位未満	149	<u>31.4</u>	9.6	0.015
2単位以上	66	<u>28.1</u>	7.6	

脳卒中発症早期に開始するリハビリテーションの有用性について

Number of days to walking 50 m unassisted in VEM and SC groups, adjusted for age, sex, stroke severity (NIHSS), premorbid mRS, and diabetes (N=71).

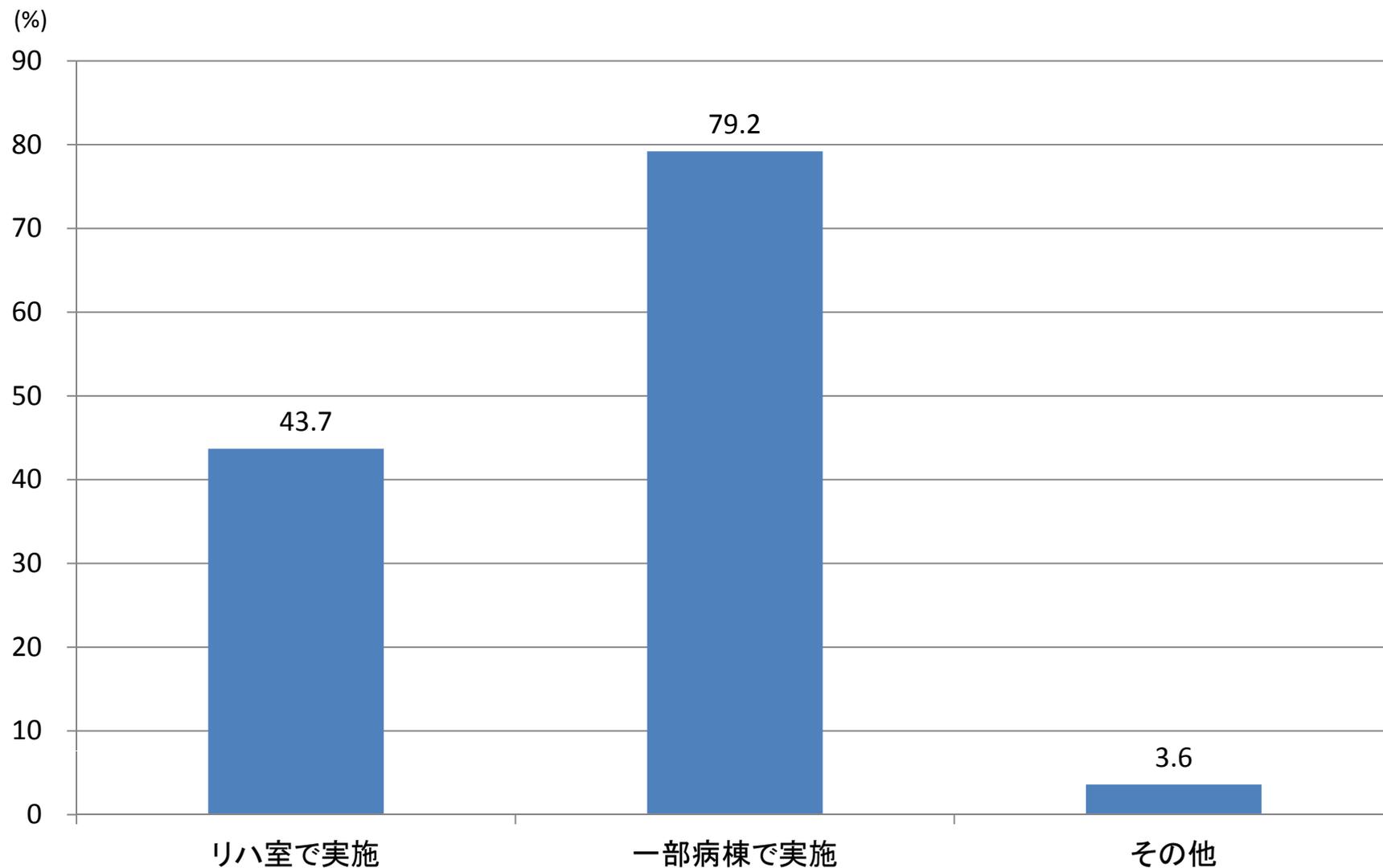


Cumming T B et al. Stroke 2011;42:153-158

Copyright © American Heart Association



リハビリテーションを行っている場所 (複数回答)



リハビリテーションを一部病棟で行っている医療機関が多い

発症・術後早期とその後のリハビリテーションの流れ(イメージ)

急性期病棟

手術、発症



直ちにリハビリテーションを開始

2週間目まで



病室等でリハビリテーションを実施

回復期リハビリテーション病棟・外来等

社会復帰

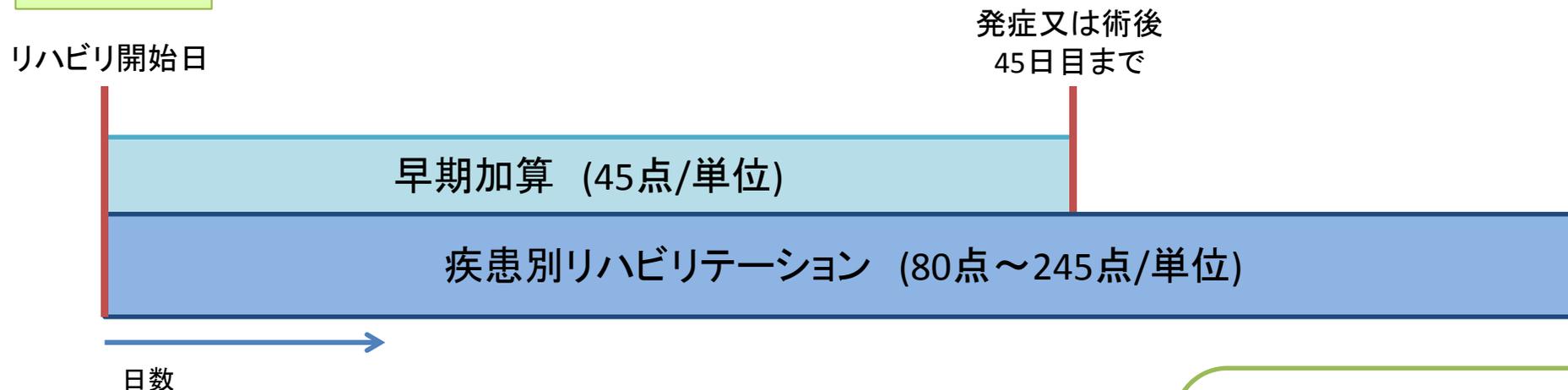


- ・急性期病棟に入院したまま、院内のリハビリテーション室で実施
- ・退院し、外来でリハビリテーションを実施
- ・回復期リハビリテーション病棟へ転棟

等

疾患別リハビリテーションにおけるこれからの早期加算(イメージ・案)

<現行>



<案>



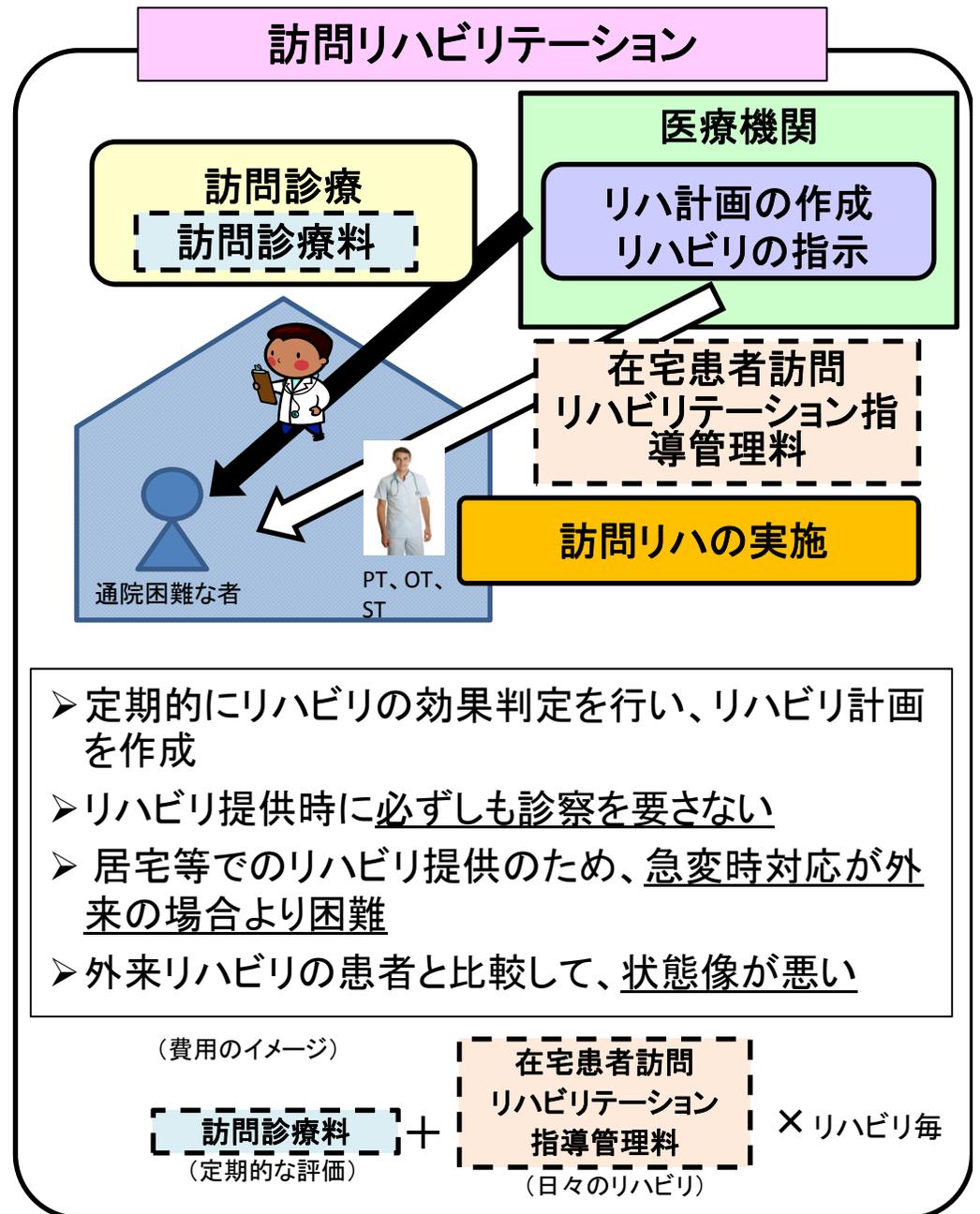
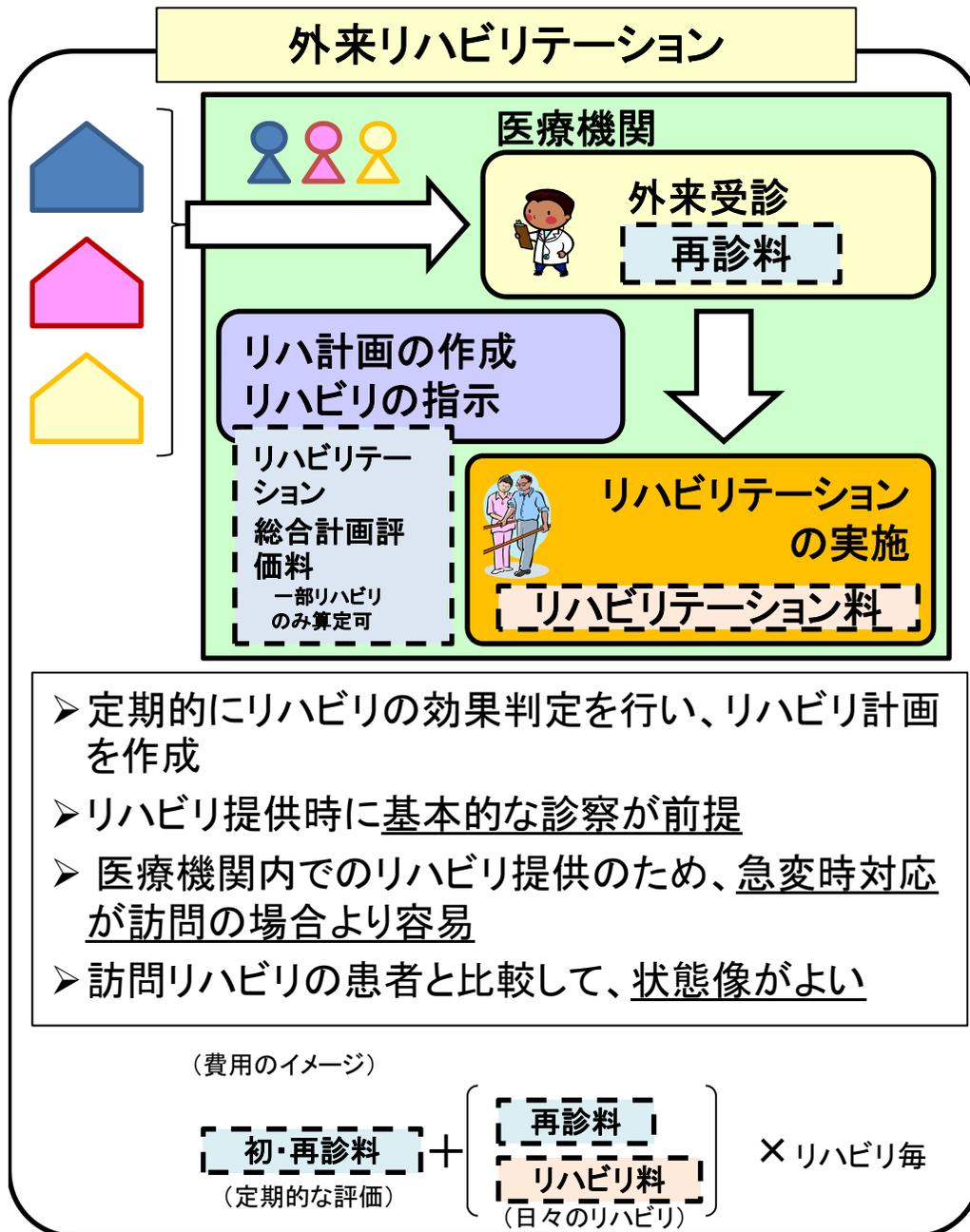
早期からのリハビリテーションの例



**(ii) リハビリテーションにおける
医師の診察について**

入院外のリハビリテーションについて

平成23年2月2日
中央社会保険医療協議会資料

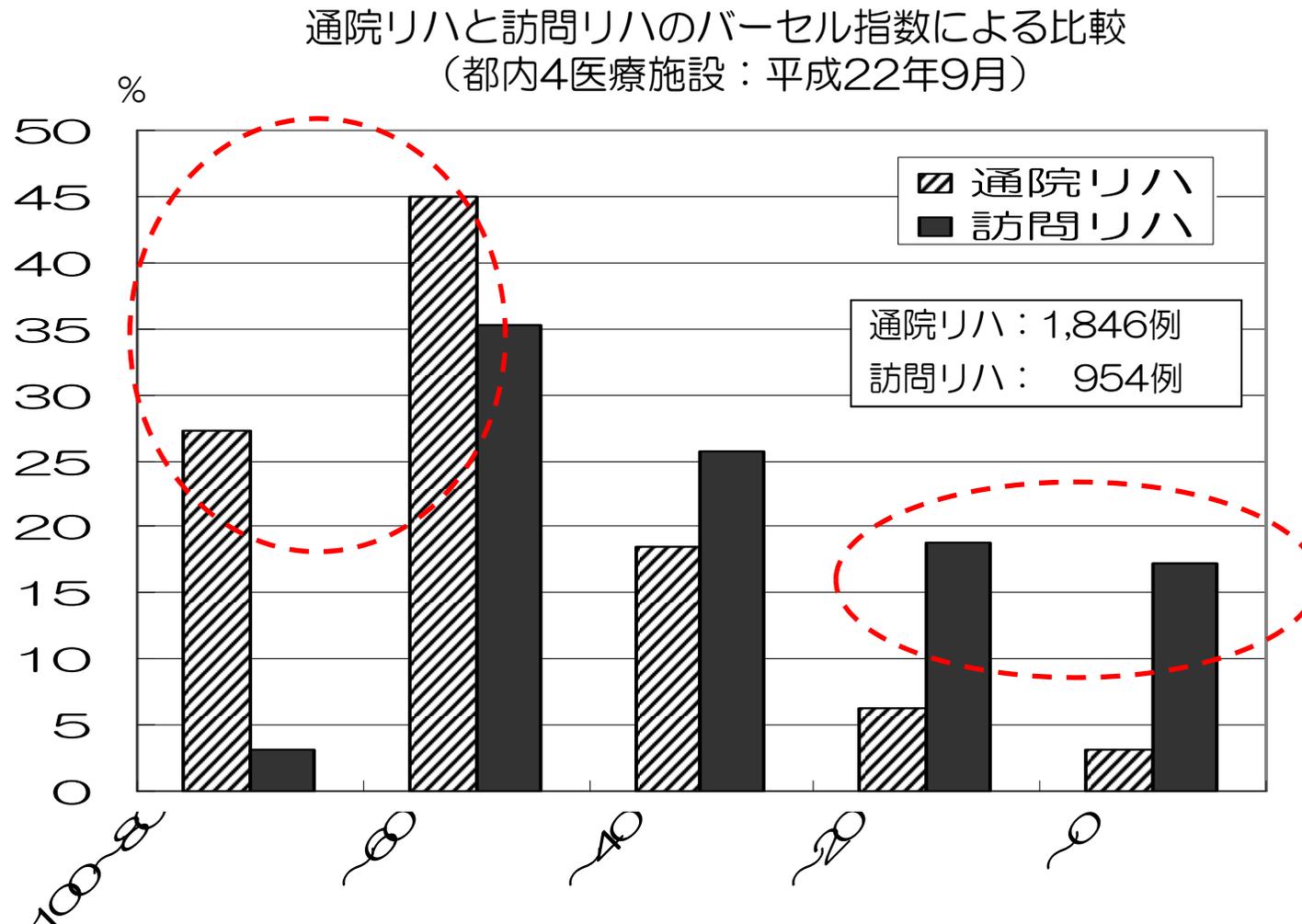


上記は説明のための簡潔な模式図

(医療保険) 通院リハ・訪問リハにおける ADL (バーセル指数*) による利用者数割合の比較

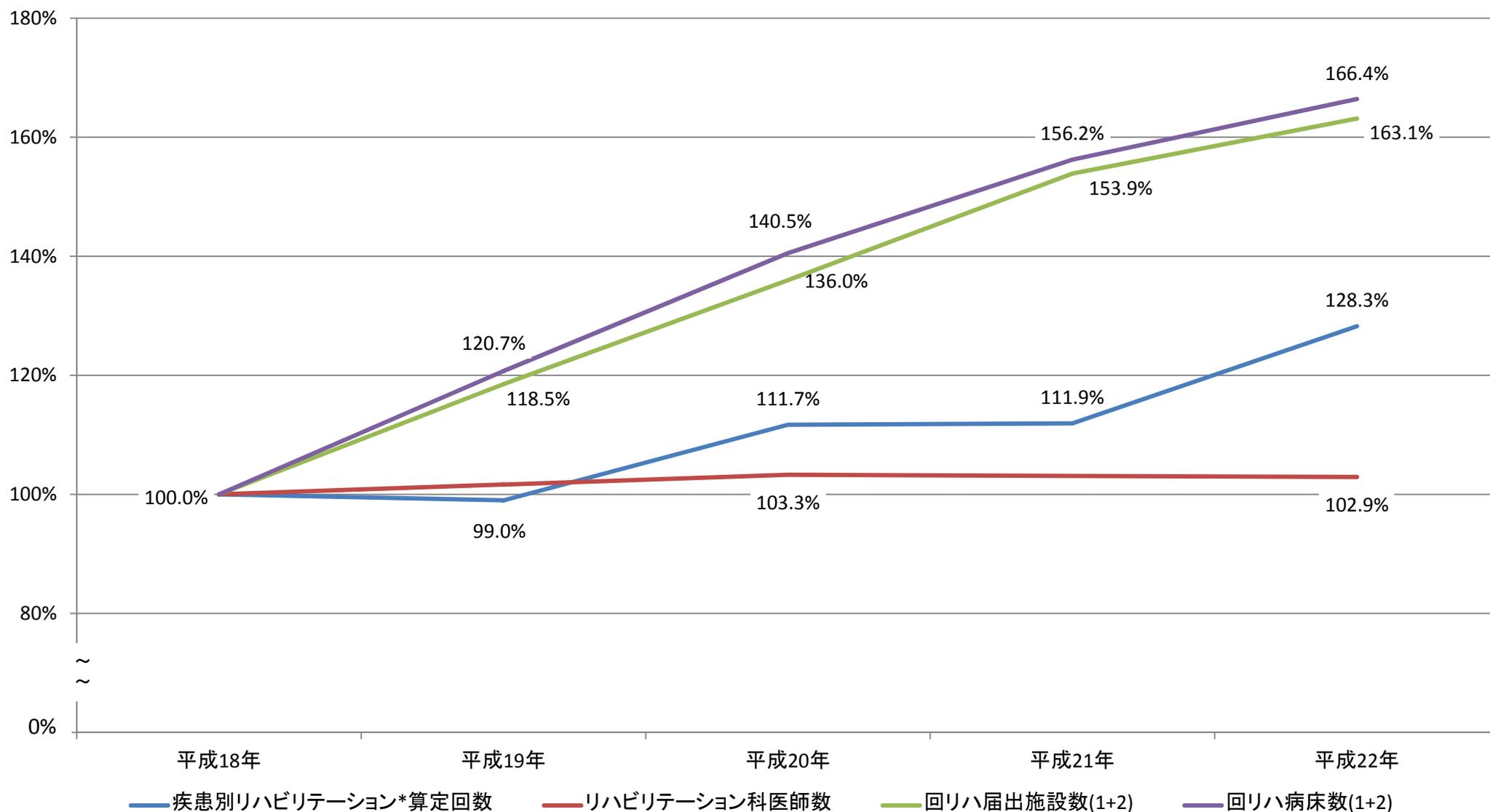
*日常生活機能を表す指標。点数が高い方が日常生活機能が高い(100点満点)。

・通院リハと訪問リハの患者のADL(バーセル指数)を比較すると、通院リハ患者のほうがADLがよい。



出典：全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会より提供

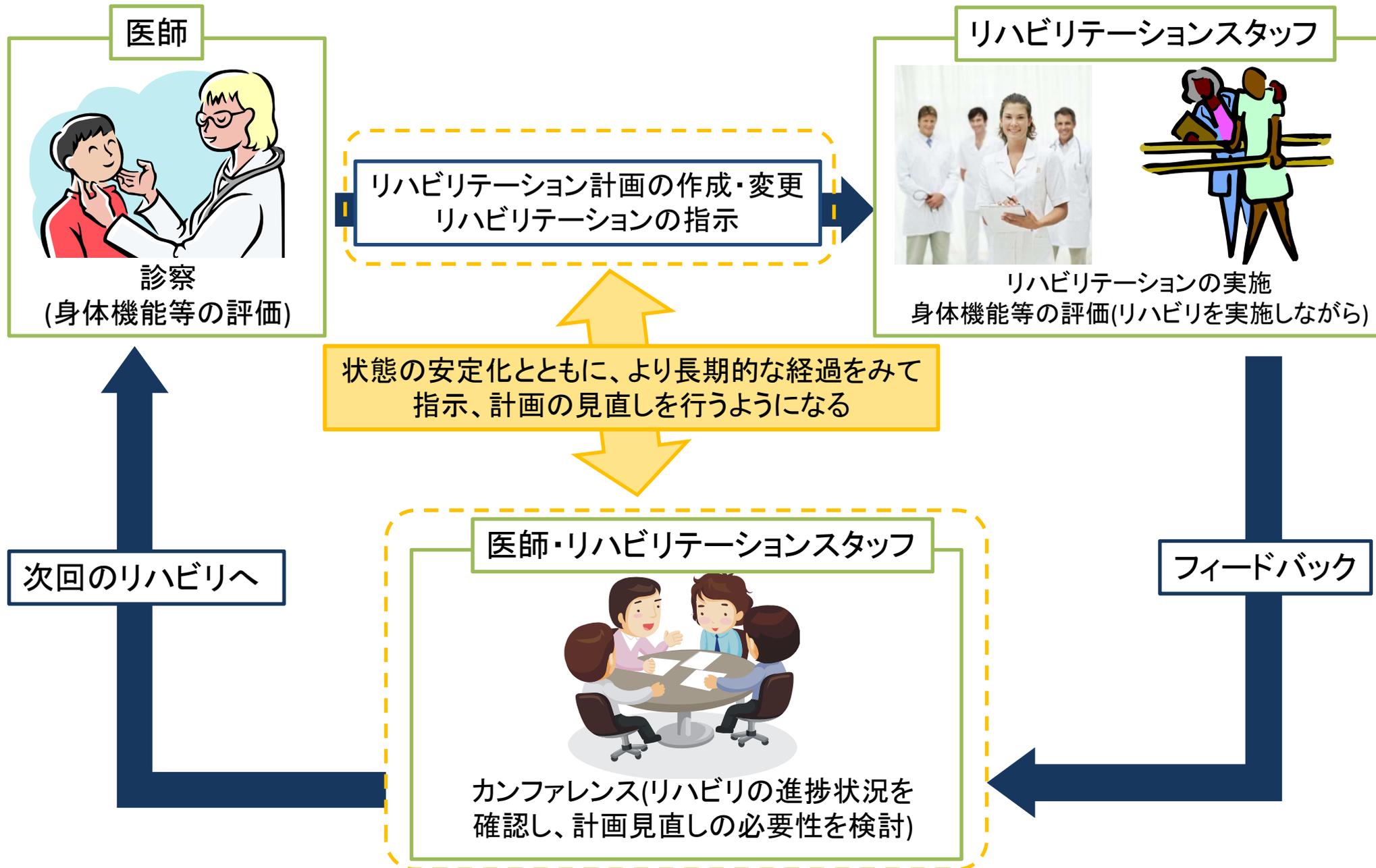
疾患別リハビリテーション算定回数とリハビリテーション科医師数の伸び率



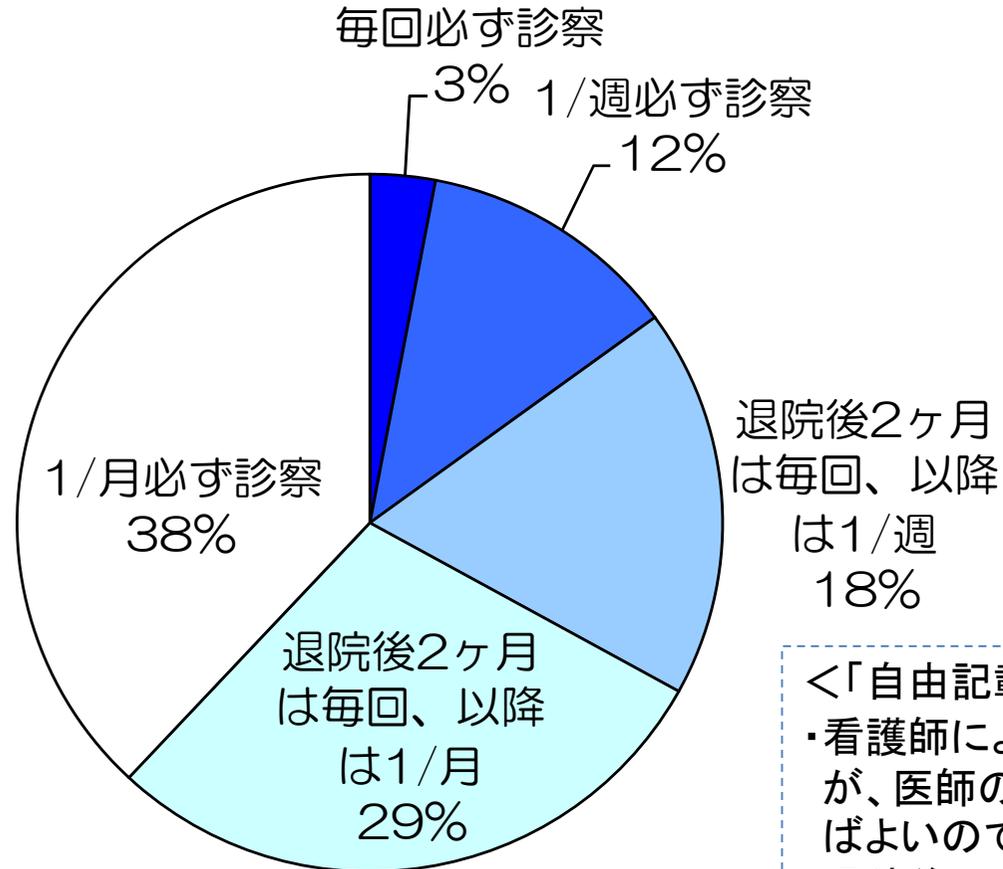
*疾患別リハビリテーション：心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料

出典：社会医療診療行為別調査、医師・歯科医師・薬剤師調査

現在のリハビリテーションの流れ



通院リハ実施患者に対する 再診の必要性に関するアンケート調査結果 「外来における再診の必要頻度についての意見」 (日本リハ病院・施設協会 316施設 2010年8月)

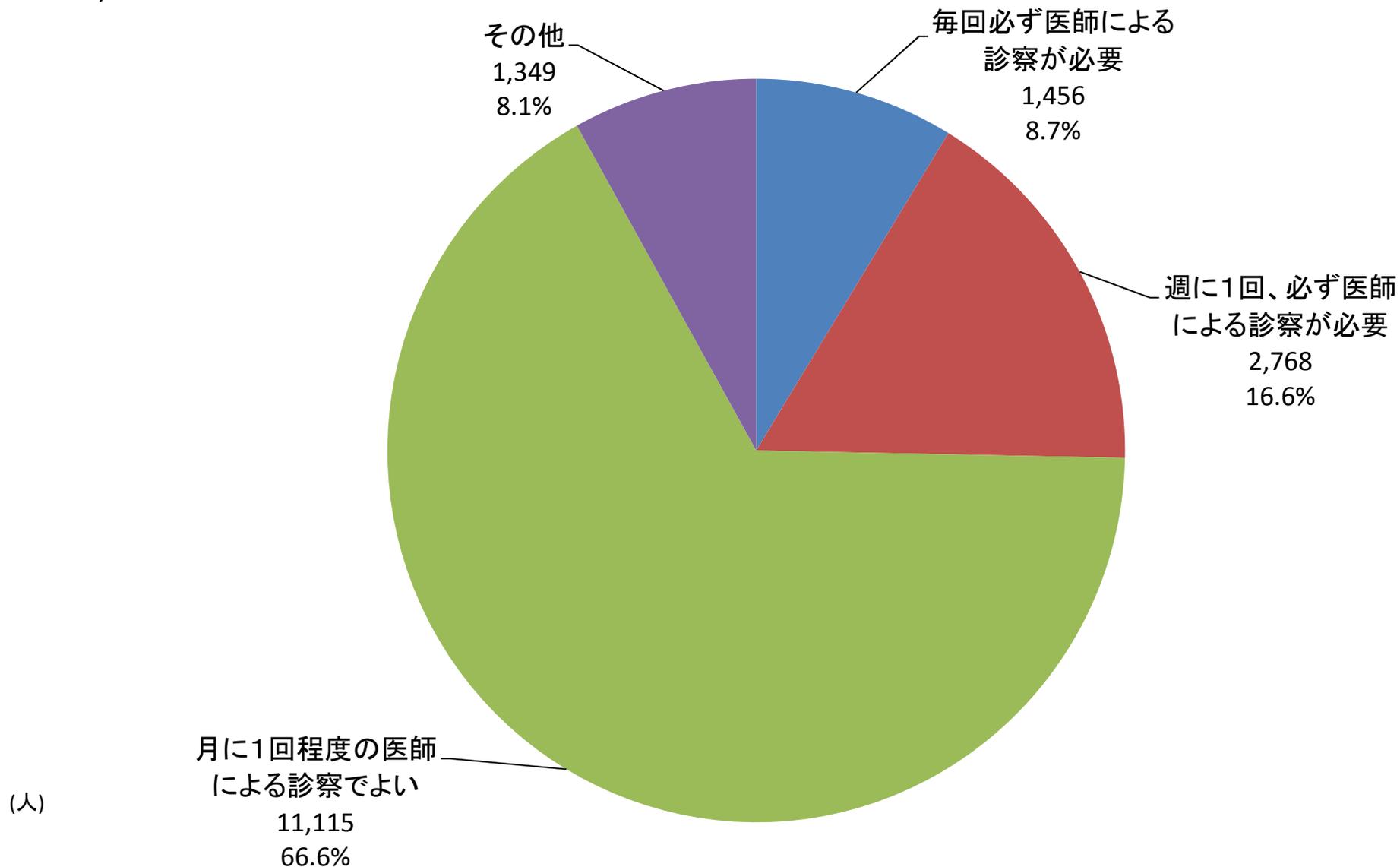


<「自由記載」の例>

- ・看護師による全身状態チェックは必要だが、医師の診察は必要に応じて実施すればよいのではないか。
- ・退院後2ヶ月間は変化することが多いため毎回診察すべきだが、それ以降の最新は最低1/月以上、必要に応じて実施することで十分ではないか。 など

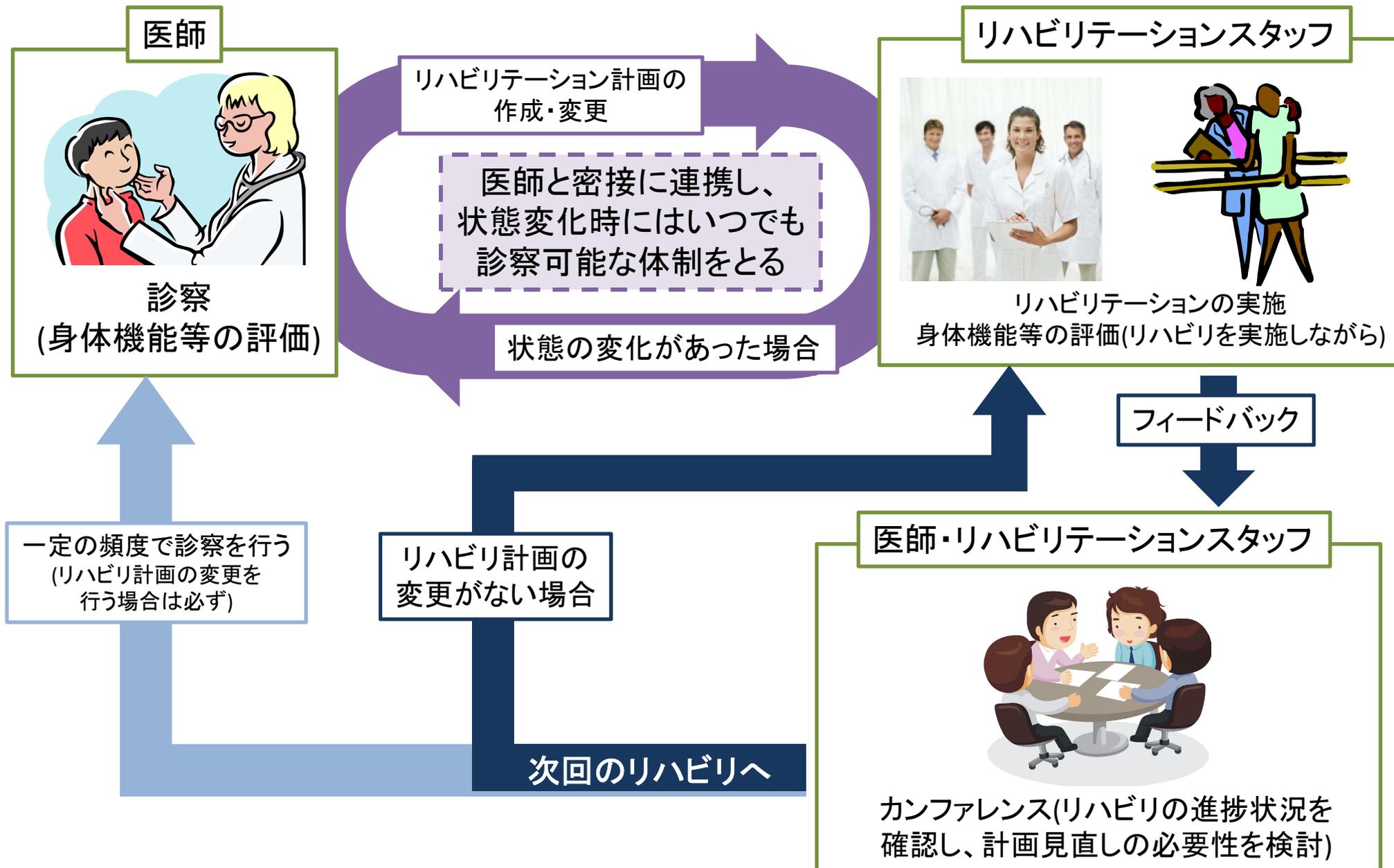
医学的な観点から医師の診察が必要な頻度

N=16,688人



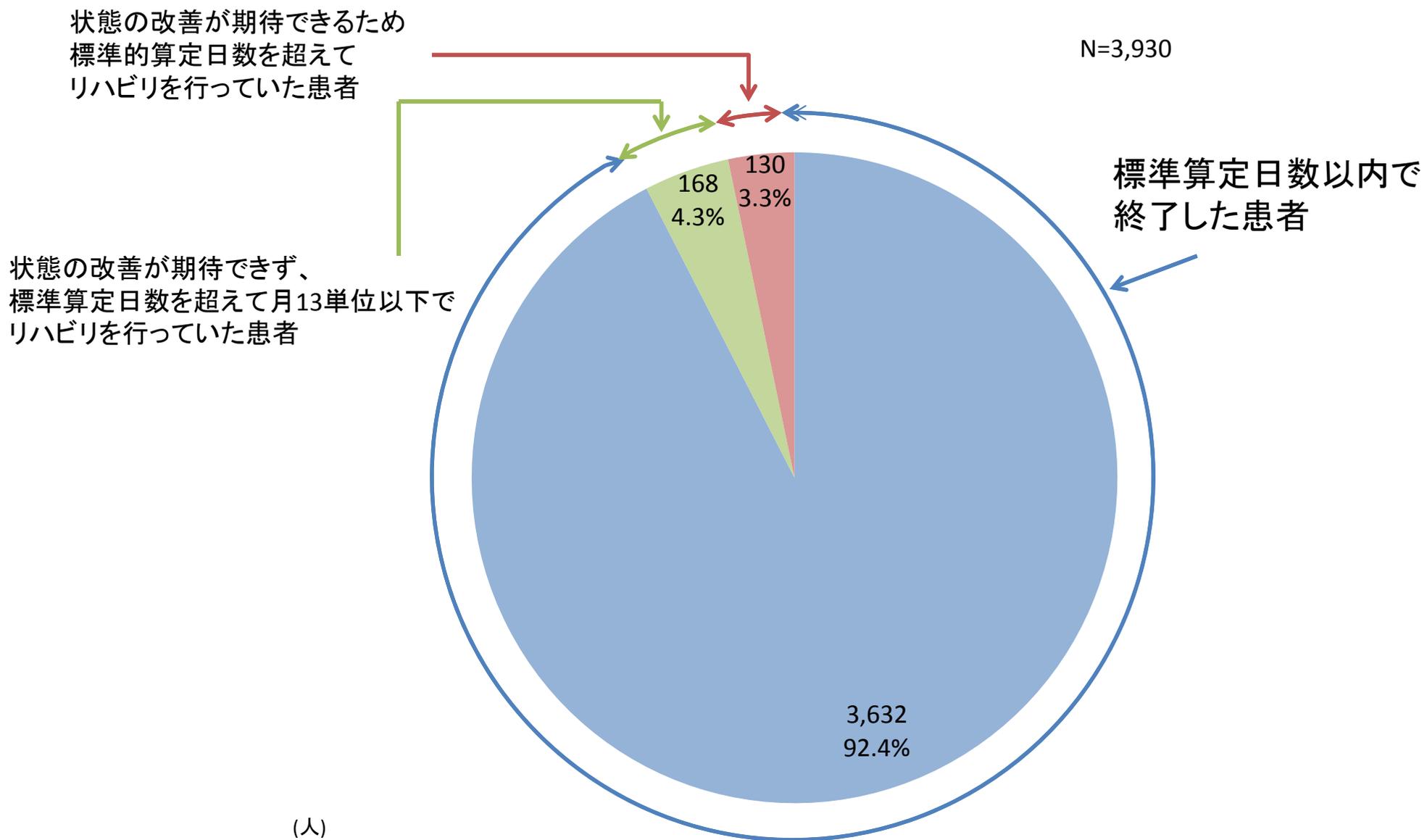
出典:平成23年医療課検証調査

これからのリハビリテーションの流れ(イメージ・案)



(iii) 医療と介護の円滑な移行について

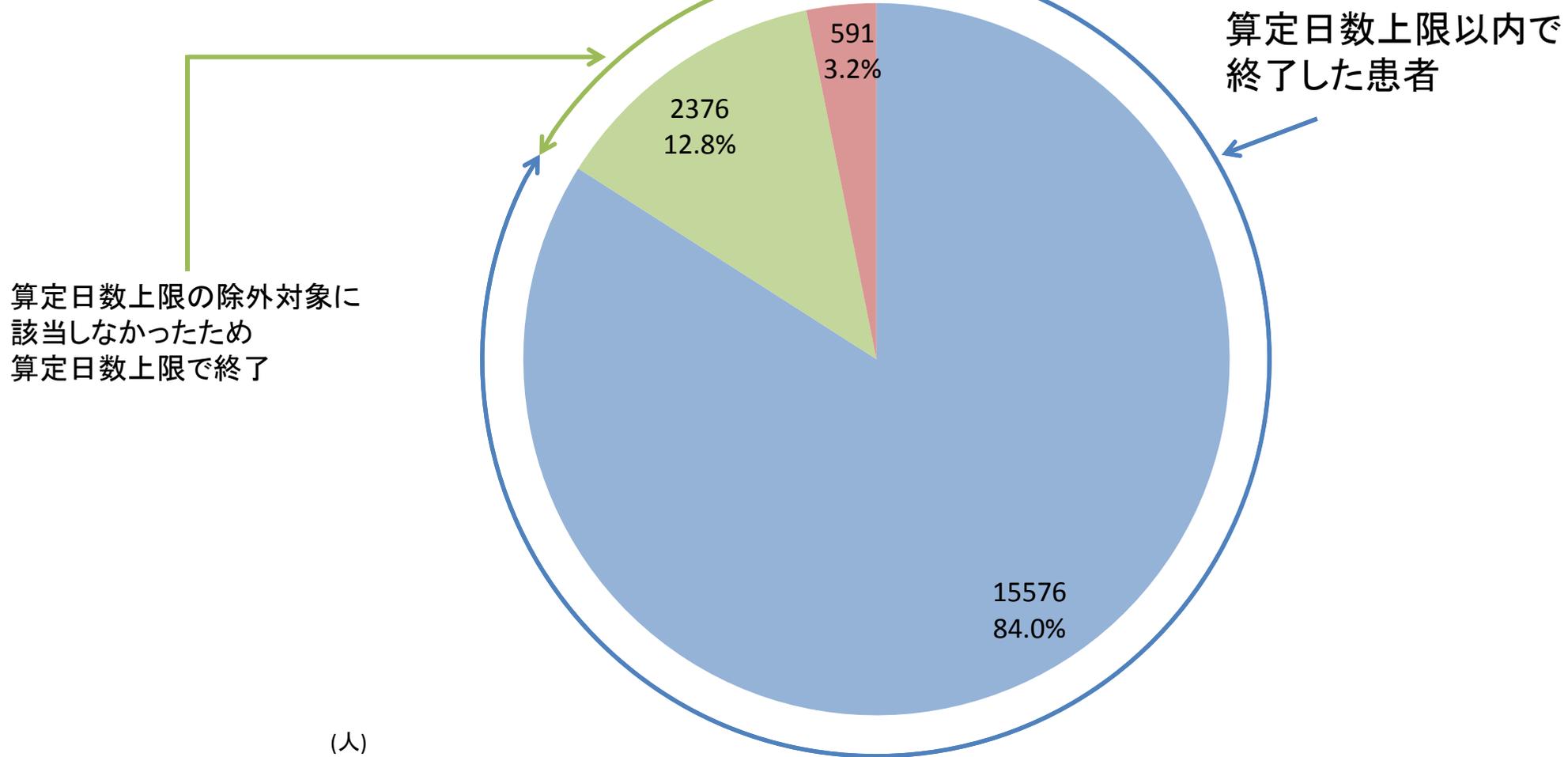
平成23年9月にリハビリテーションを終了した患者の内訳



平成18年11月にリハビリテーションを終了した患者の内訳

算定日数上限の除外対象患者のため
算定日数上限後に終了

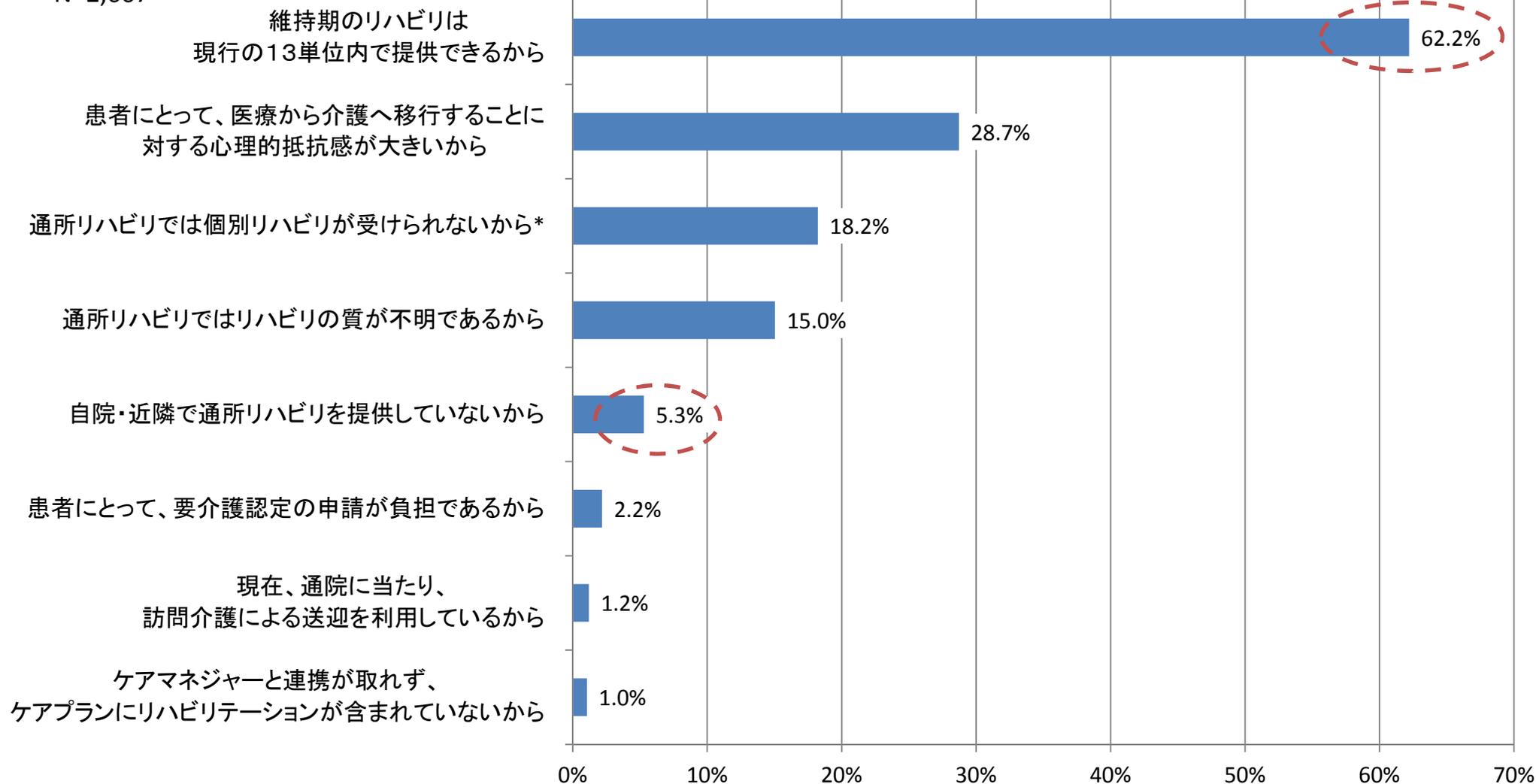
N=18,543



(人)

維持期のリハビリが介護へ移行できない理由 (複数回答)

N=2,667



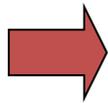
*通所リハビリテーションにおいて、個別に提供されたリハビリテーションについては個別リハビリテーション実施加算等により評価されている

出典:平成23年度医療課検証調査

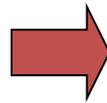
疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションの報酬比較（月額）（イメージ）

平成23年2月2日
中央社会保険医療協議会資料

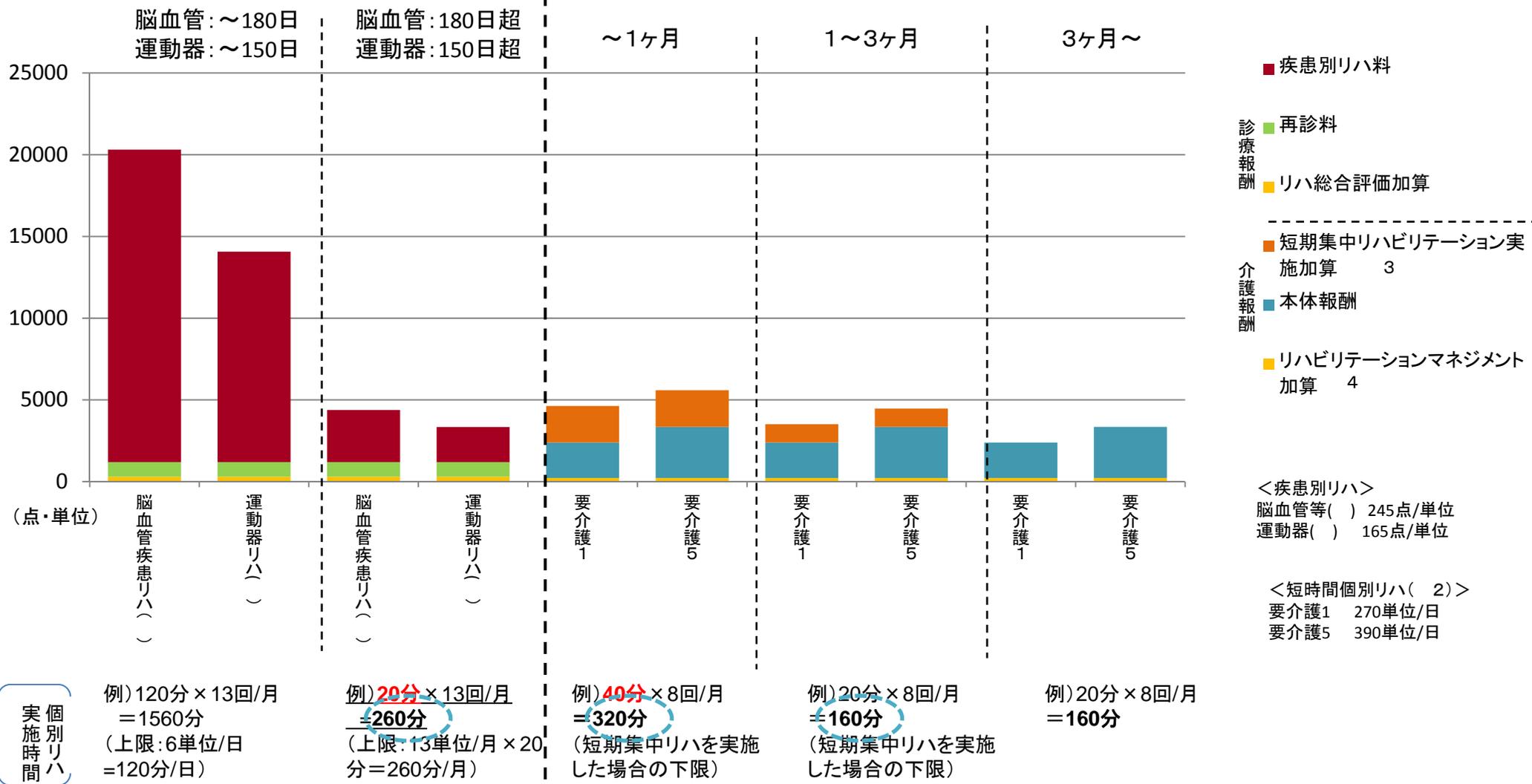
【医療保険¹】
(急性期・回復期)



【医療保険¹】
(生活期(維持期))



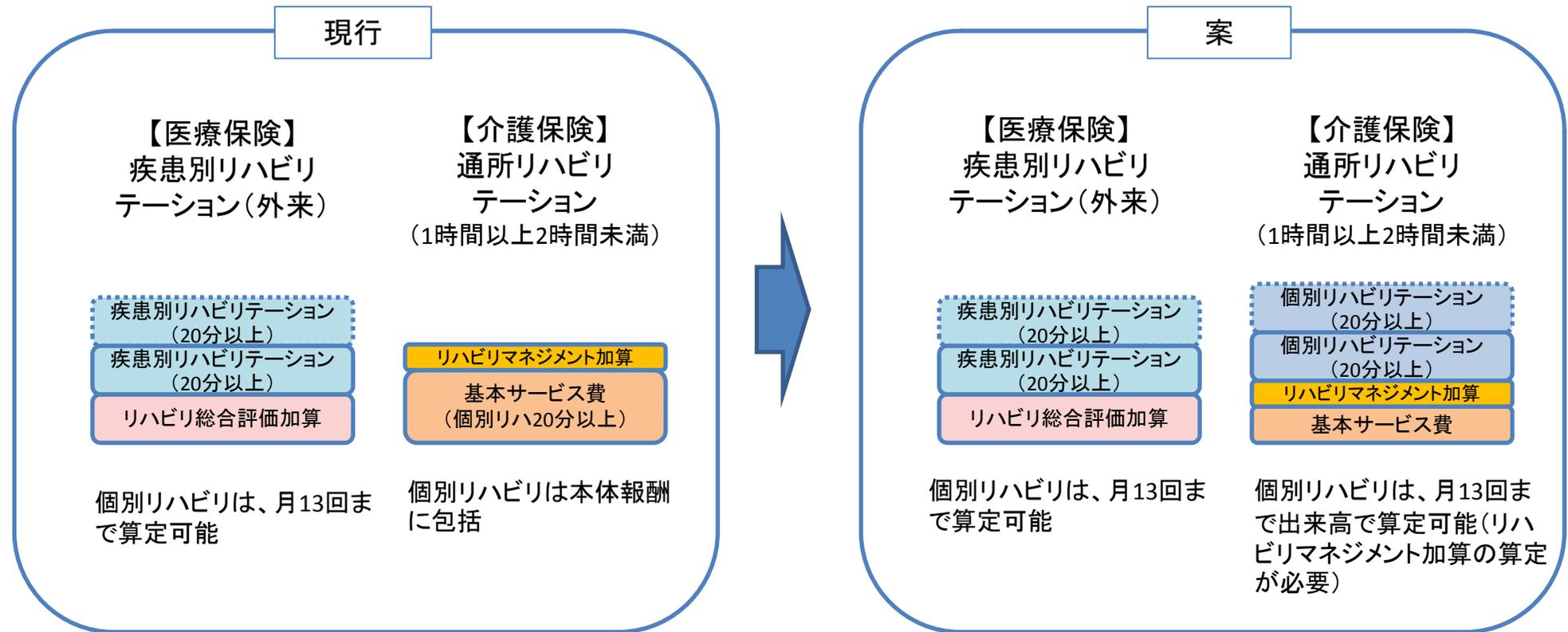
【介護保険(通所リハビリテーション:短時間個別リハ²の場合)】
(生活期(維持期))



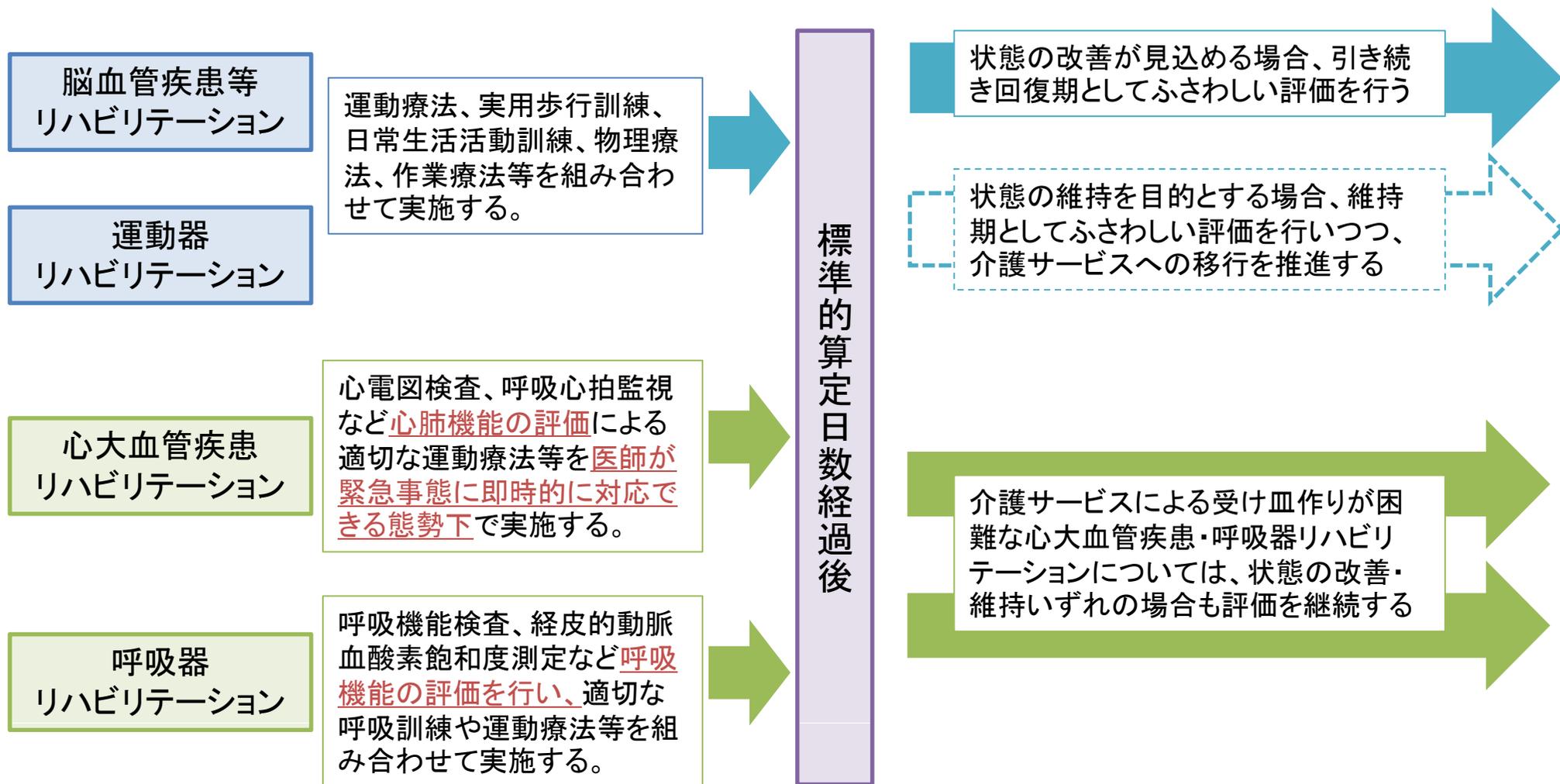
- 1: 医療機関の外来でリハビリテーションを受けていると仮定。
- 2: 1回20分以上の個別リハを実施した場合に限る(2時間未満)。
- 3: 退院・退所日または認定日から1ヶ月以内: 週2回以上、1回40分以上の個別リハを行った場合に算定できる。
退院・退所日または認定日から1ヶ月を超え3ヶ月以内: 週2回以上、1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。
- 4: リハビリテーション実施計画を策定し、月8回以上通所リハビリテーションを実施した場合に算定。

【論点1-②】1時間以上2時間未満の短時間型通所リハビリの強化
所要時間1時間以上2時間未満の通所リハビリにおいては、個別リハビリテーション実施加算を1日に複数回算定可能としてはどうか。

【イメージ図】



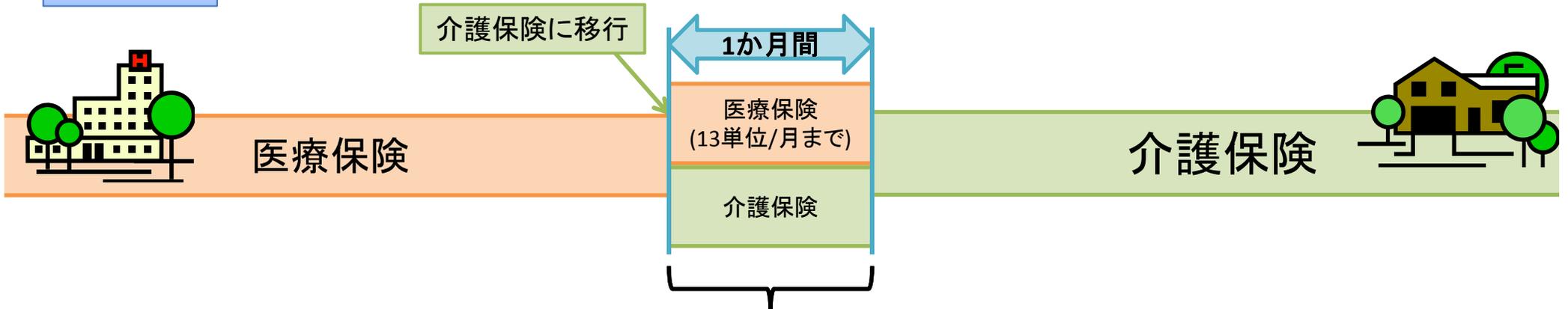
これからのリハビリテーションの流れ (イメージ・案)



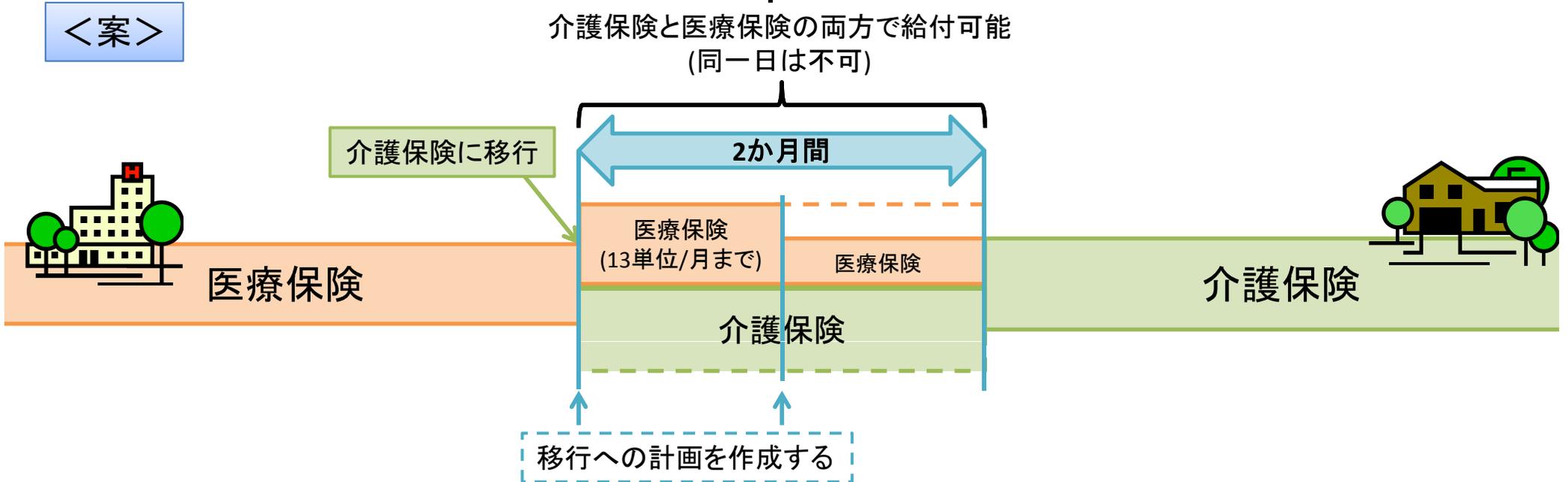
維持期のリハビリテーションについては月13単位まで医療保険で算定可能としているが、介護サービスによる受け皿作りが困難な心大血管疾患・呼吸器リハビリテーションは引き続き評価を行いつつ、脳血管疾患等・運動器リハビリテーションについては、維持期としてふさわしい評価とし、診療報酬改定毎に介護保険におけるリハビリテーションの充実状況を踏まえながら縮小を検討していく。

医療保険と介護保険の併給期間について

< 現行 >



< 案 >

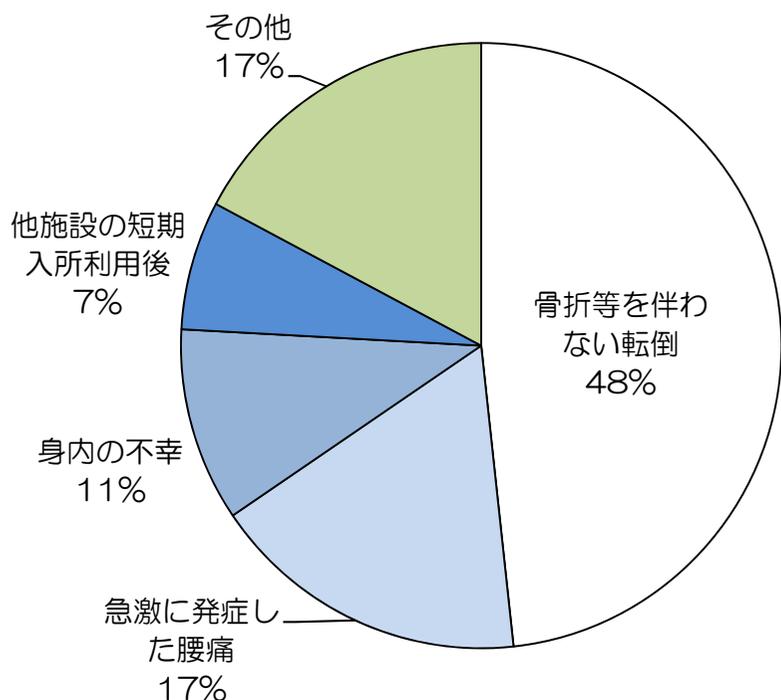


医療保険と介護保険の併給期間を毎月移行への計画を策定した場合には、現在の1か月から例えば2か月に延長し、円滑な移行を図ってはどうか。

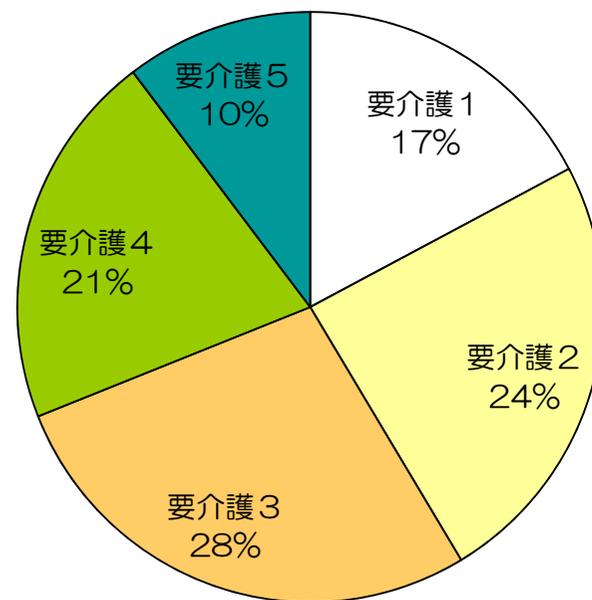
要介護被保険者に対する短期間の集中的訪問リハ実施の効果について

- 救急病院に入院するべき明らかな傷病ではないが、急激に機能やADLが低下した在宅の要介護者（29名）に対して、短期間の集中的な訪問リハを実施。

集中的訪問リハ開始の原因

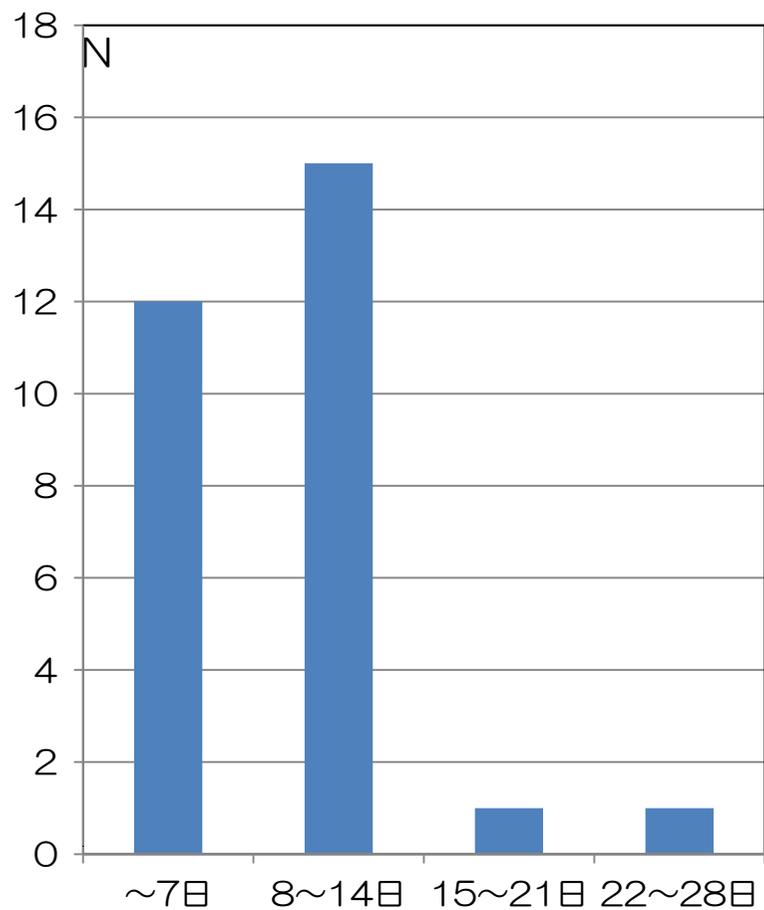


要介護度の分布

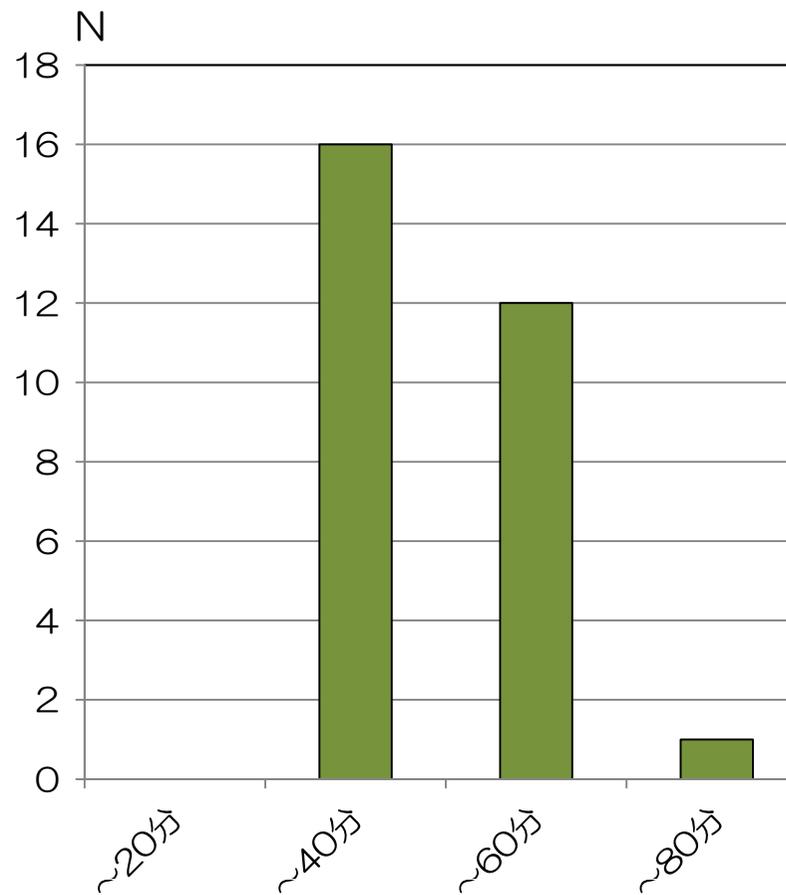


○ 訪問リハの提供期間は平均11日（大部分14日以内）、1日の平均提供時間は50分であった。

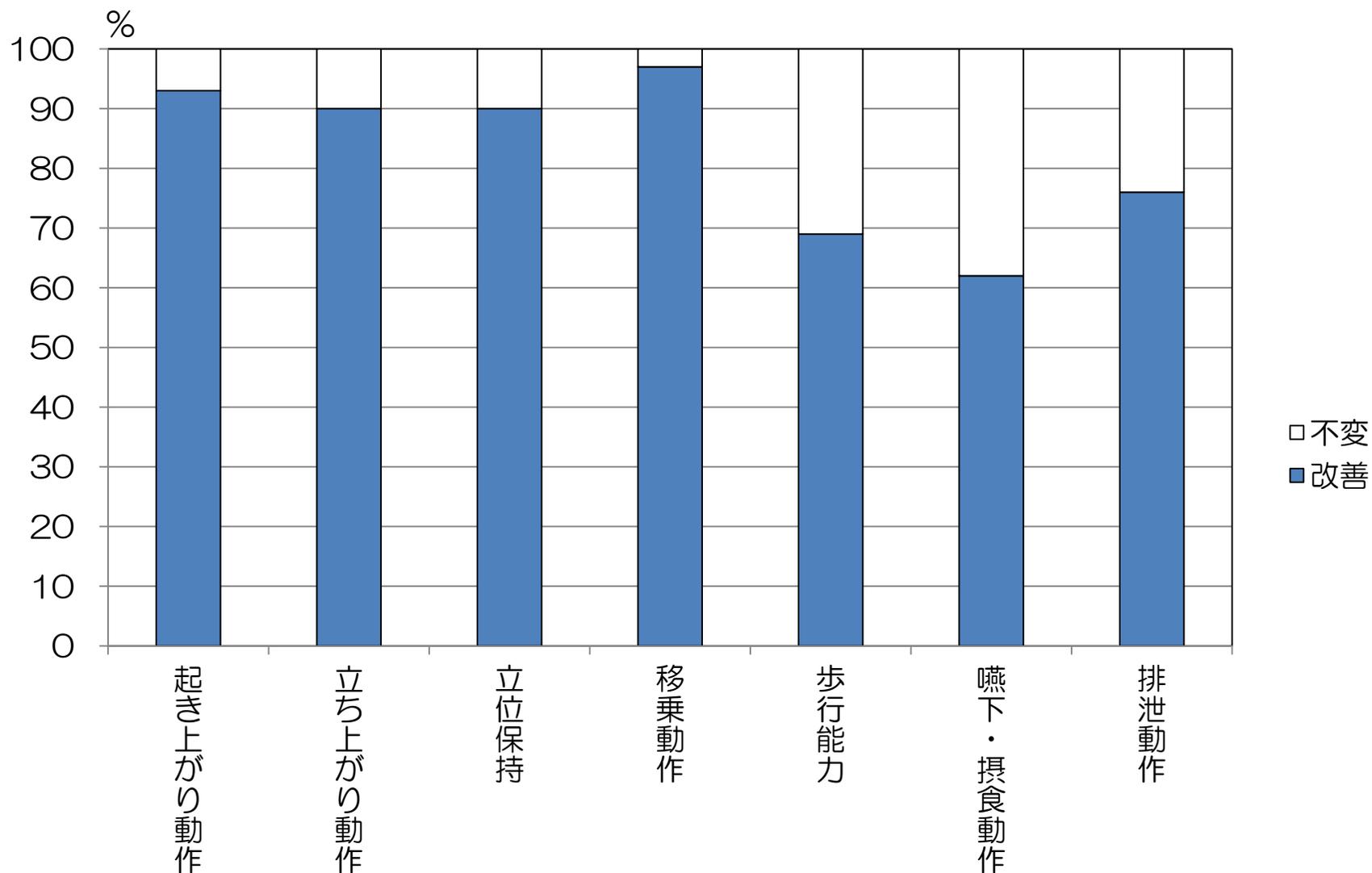
訪問リハ提供期間（日）



1日あたり訪問リハ提供時間（分）



- 実施前後のADLの改善については、起き上がり動作、立ち上がり動作、立位保持、移乗動作等の起居動作で改善が顕著であった。



課題と今後の方向性

(リハビリテーション)

- 回復期リハビリテーション病棟について、重症(日常生活機能評価の得点が高い)の者ほど改善率や在宅復帰率が悪くなること経鼻経管栄養や膀胱留置カテーテル等何らかの医学的処置の必要がある者が15%程度いることがしめされている。
- 重症の者を受け入れている病棟で、看護職員、リハビリ職員の配置と在宅復帰率を比較すると、配置が平均より厚い病棟の方が低い病棟よりも在宅復帰率がよい。
- 発症早期からのリハビリテーションについて、現在45日間、一律の評価しているが、発症後1週間、2週間の超早期リハの介入効果は大きく、急性期病棟の病室等でリハビリテーションが提供されている。
- 外来リハビリテーションはリハビリテーション提供前の診察を必須としているが、専門医が一定の頻度の診察でリハビリテーションの効果の評価可能と考える患者が約9割いる。
- 標準算定日数上限以内でリハビリテーションを終了した者は92%、維持期のリハビリテーションを提供後、終了した者は4.3%で、制度の変更を勘案する必要はあるが、平成18年の同様の調査と比較すると、標準算定に数を超えて医療保険で維持期リハビリのニーズは減少する傾向にある。
- 維持期のリハビリテーションが介護に移行できない理由として、「自院・近隣で通所リハビリを提供していないから」は5.3%で、「維持期のリハビリは現行の13単位内で提供できるから」は62.2%であった。



課題と今後の方向性

(リハビリテーション)

【今後の方向性】

- 回復期リハビリテーション病棟について、より充実した体制で医学的処置の必要のある者や、より重症な者を受け入れ、状態改善や在宅復帰を十分行っている場合の評価について検討してはどうか。
- 発症早期からのリハビリテーションについて、より早期からのリハビリテーションを重点的に評価してはどうか。
- 外来リハビリテーションについて、リハビリテーション提供早期など患者の状態が安定せず、リハビリテーション計画の検証、変更が必要な場合は、医師の診察を要するものの、状態が安定している場合は医師の包括的な指示のもと、PT等リハビリテーションスタッフが患者の観察を行いながら、リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションを提供し、医師は患者の急変時には速やかに対応できる体制は維持しつつ、カンファレンス等でリハビリテーションの効果や進捗状況を確認することを可能としてはどうか。
- 急性期、回復期リハビリテーションは主に医療保険、維持期リハビリテーションは主に介護保険、という医療と介護の役割分担を勘案し、維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについては、医療から介護へ円滑な移行を促進する措置を講じながら、維持期にふさわしい評価とするとともに、要介護等認定者に対するこれらは原則次回改定までとするが、次回改定時に介護サービスの充実状況等を確認することとしてはどうか。

薬剤師の病棟での業務について

薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

- 薬剤師については、医療の質の向上及び医療安全の確保の観点から、薬物療法等において、積極的に活用することが望まれている。
- しかしながら、病棟等において、薬剤師が十分に活用されていないとされている。

「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」

(平成22年4月30日医政発0430第1号医政局長通知)(抜粋)

2. 各医療スタッフが実施することができる業務の具体例

(1) 薬剤師

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

近年、医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しているため、医療の質の向上及び医療安全の確保の観点から、チーム医療において薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが非常に有益である。

また、後発医薬品の種類が増加するなど、薬剤に関する幅広い知識が必要とされているにもかかわらず、病棟や在宅医療の場面において薬剤師が十分に活用されておらず、注射剤の調製(ミキシング)や副作用のチェック等の薬剤の管理業務について、医師や看護師が行っている場面も少なくない。

薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

○ 薬剤師は、現行制度の下において、多くの病棟での業務を行うことが可能である。

「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」(医政局通知)(抜粋)

2. 各医療スタッフが実施することができる業務の具体例

(1) 薬剤師

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

以下に掲げる業務については、現行制度の下において薬剤師が実施することができることから、薬剤師を積極的に活用することが望まれる。

- ① 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。
- ② 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方提案すること。
- ③ 薬物療法を受けている患者(在宅の患者を含む。)に対し、薬学的管理(患者の副作用の状況の把握、服薬指導等)を行うこと。
- ④ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。
- ⑤ 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方提案すること。
- ⑥ 外来化学療法を受けている患者に対し、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施するとともに、薬学的管理を行うこと。
- ⑦ 入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に対し、服薬計画を提案するなど、当該患者に対する薬学的管理を行うこと。
- ⑧ 定期的に患者の副作用の発現状況の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤すること。
- ⑨ 抗がん剤等の適切な無菌調製を行うこと。

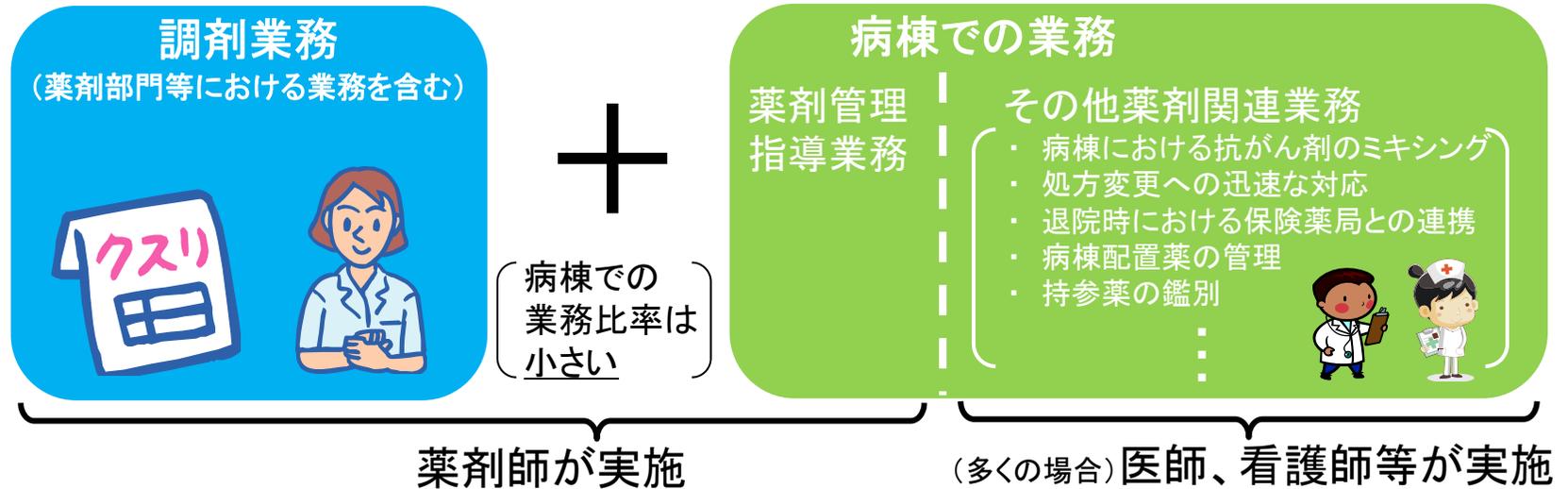
2) 薬剤に関する相談体制の整備

薬剤師以外の医療スタッフが、それぞれの専門性を活かして薬剤に関する業務を行う場合においても、医療安全の確保に万全を期す観点から、薬剤師の助言を必要とする場面が想定されることから、薬剤の専門家として各医療スタッフからの相談に応じることができる体制を整えることが望まれる。

薬剤師の業務のイメージ

- 薬剤師の病棟での業務は、薬剤管理指導業務とその他薬剤関連業務に分類できる。
- 後者は、現状では、医師、看護師等が実施している場合が多いが、医師等の業務負担や医療安全上の問題につながっているものと考えられる。

現状



薬剤師の積極的活用



その他薬剤関連業務を含めて薬剤師が実施 → 医師等の負担軽減、医療安全の向上

薬剤師業務の現状

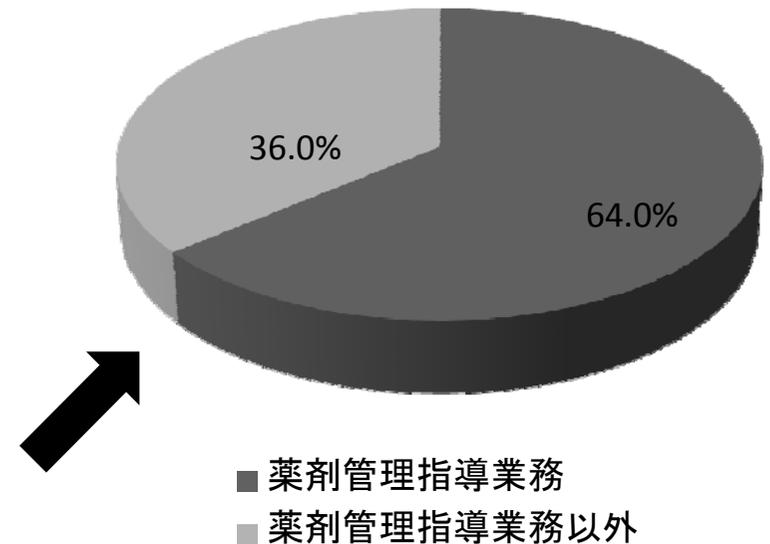
○ 現状では、薬剤師は、調剤所での業務が全業務時間の半分以上、病棟での業務が全業務時間の約4分の1となっており、さらに病棟での業務のうち、薬剤管理指導業務が半分以上となっている。

薬剤師の業務実施場所及び業務時間の現状
(全施設における1週間あたり平均)

n=641

薬剤師の病棟での業務に占める
薬剤管理指導業務の割合

業務実施場所		1人当たり延べ業務時間
薬剤部門等	調剤所	24.6時間
	DI室	3.2時間
	検査部門	0.1時間
病棟等	手術室	0.1時間
	ICU・HCU	0.1時間
	病棟	8.1時間
その他		1.5時間
合計		37.7時間



病棟での主な業務に要する時間

○ 現に病棟での業務を行っている施設のデータによれば、病棟での主な業務に要する時間は、業務の種類により様々ではあるが、合計すると一定程度の時間に達する。

病棟での主な業務に要する時間(1病棟・1週間あたり)

	時間
薬物療法プロトコルについて提案、協働で作成、協働で進行管理 (医政局長通知の1)の①に相当)	2.0時間
患者の状態に応じた積極的な新規・変更処方 ¹ の提案又は同一処方継続可否の提案 (医政局長通知の1)の②及び⑤に相当)	2.1時間
患者の状態観察に基づく薬効・副作用の確認(TDMの実施の提案等を含む。)と結果の 医師への伝達(医政局長通知の1)の④に相当)	2.6時間
持参薬の確認・評価とそれを考慮した服用計画の提案(医政局長通知の1)の⑦に相当)	3.6時間
抗がん剤等の無菌調製(医政局長通知の1)の⑨に相当)	2.2時間
他の医療スタッフへの助言や相談への応需(医政局長通知の2)に相当)	2.3時間
医薬品管理業務(病棟配置薬の管理等)	2.1時間
合計	16.9時間

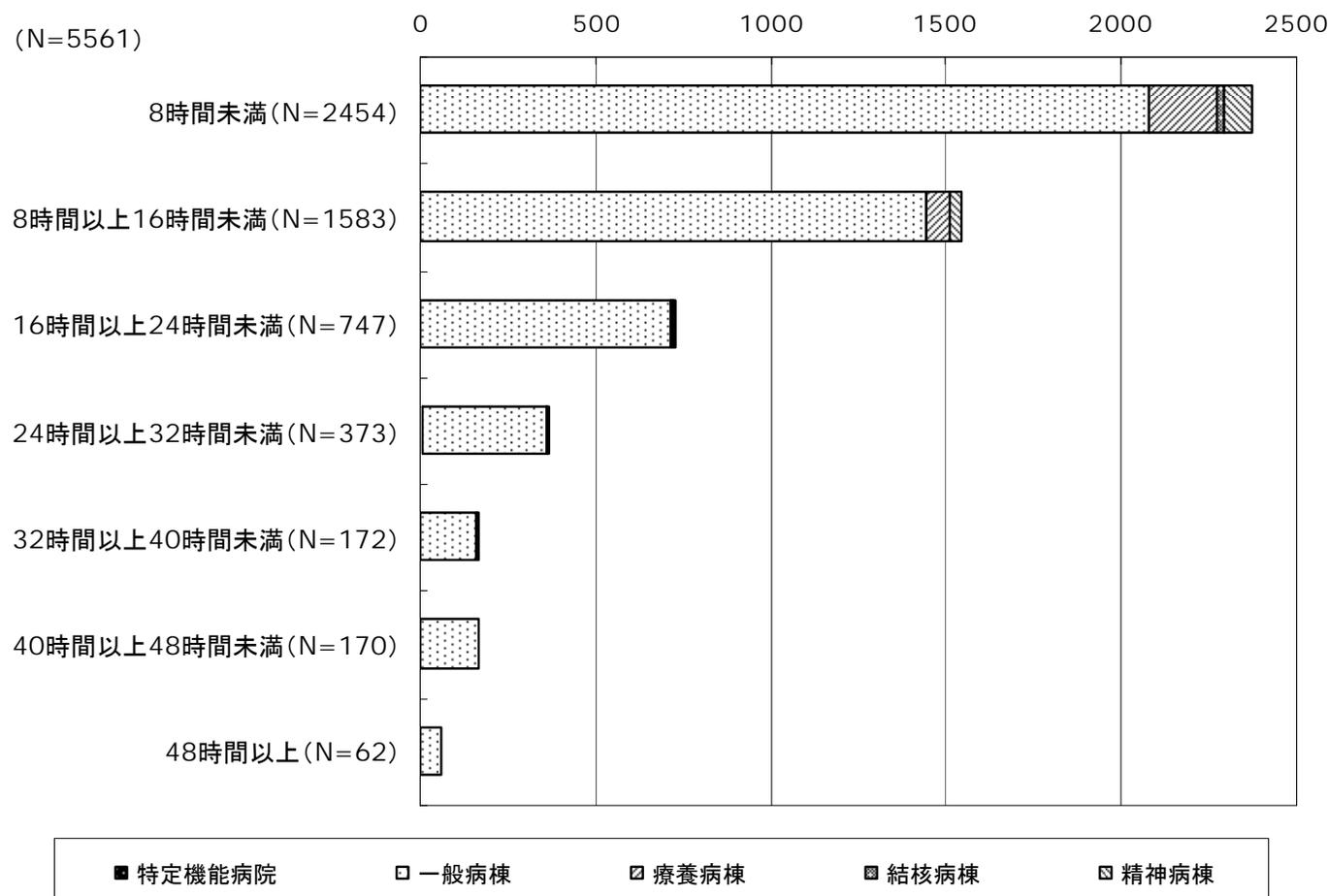
※ 薬剤師の病棟での勤務時間が長い病棟における平均であり、原則として、単に相談を受けた場合等は含まない。

薬剤師の病棟での業務の現状

○ 薬剤師の病棟での業務従事時間は、病棟の種別により異なるが、多くの病棟で週当たり8時間未満である

薬剤師の病棟での業務従事時間別の病棟分布(1週間あたり)

8時間未満の病棟には、病棟での業務が実施されていない病棟も含まれる

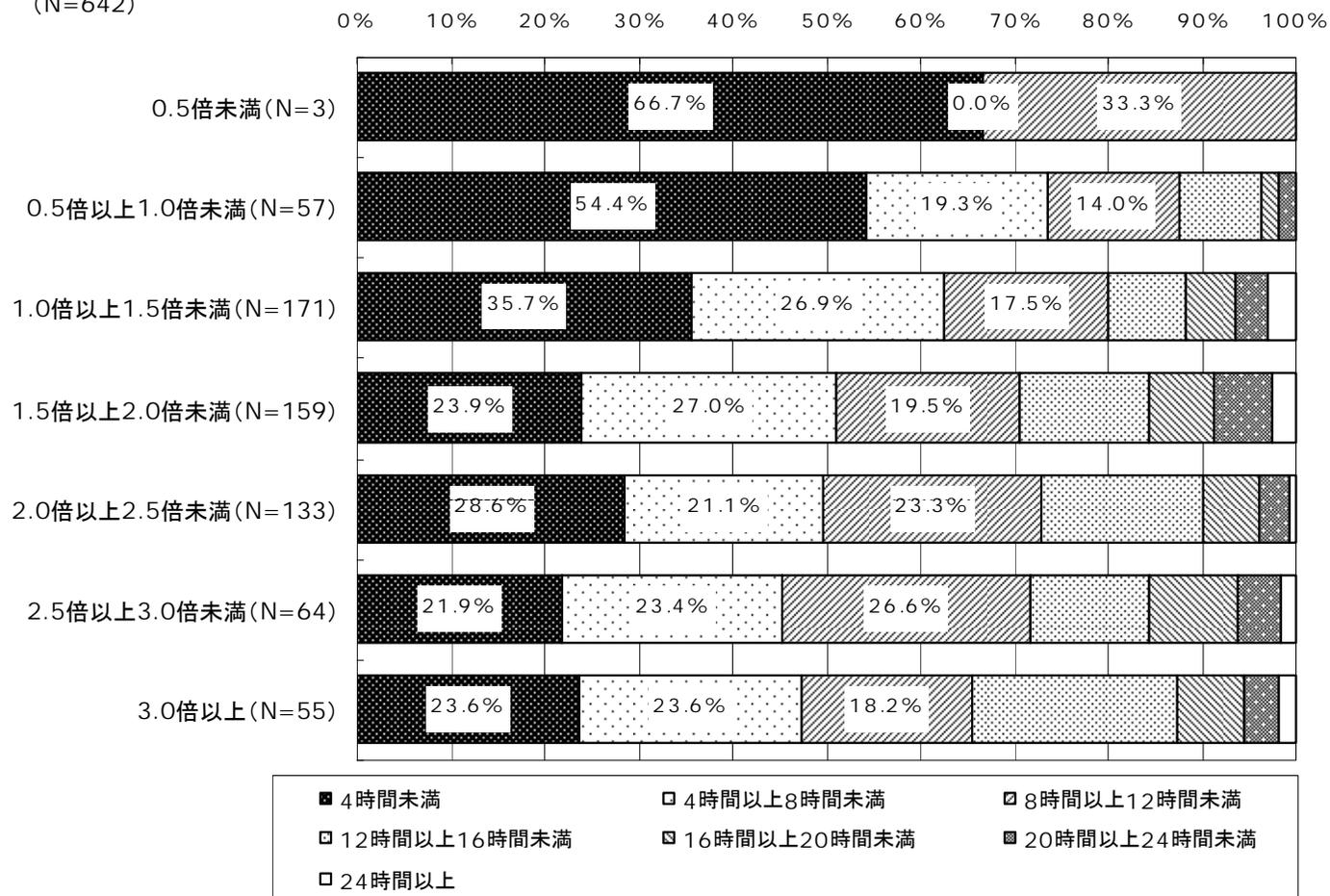


薬剤師の員数密度と病棟での業務時間

○ 薬剤師の員数密度が高い施設は、薬剤師の病棟での業務時間が増加する。

薬剤師の病棟での業務時間(1週間あたり)

(N=642)



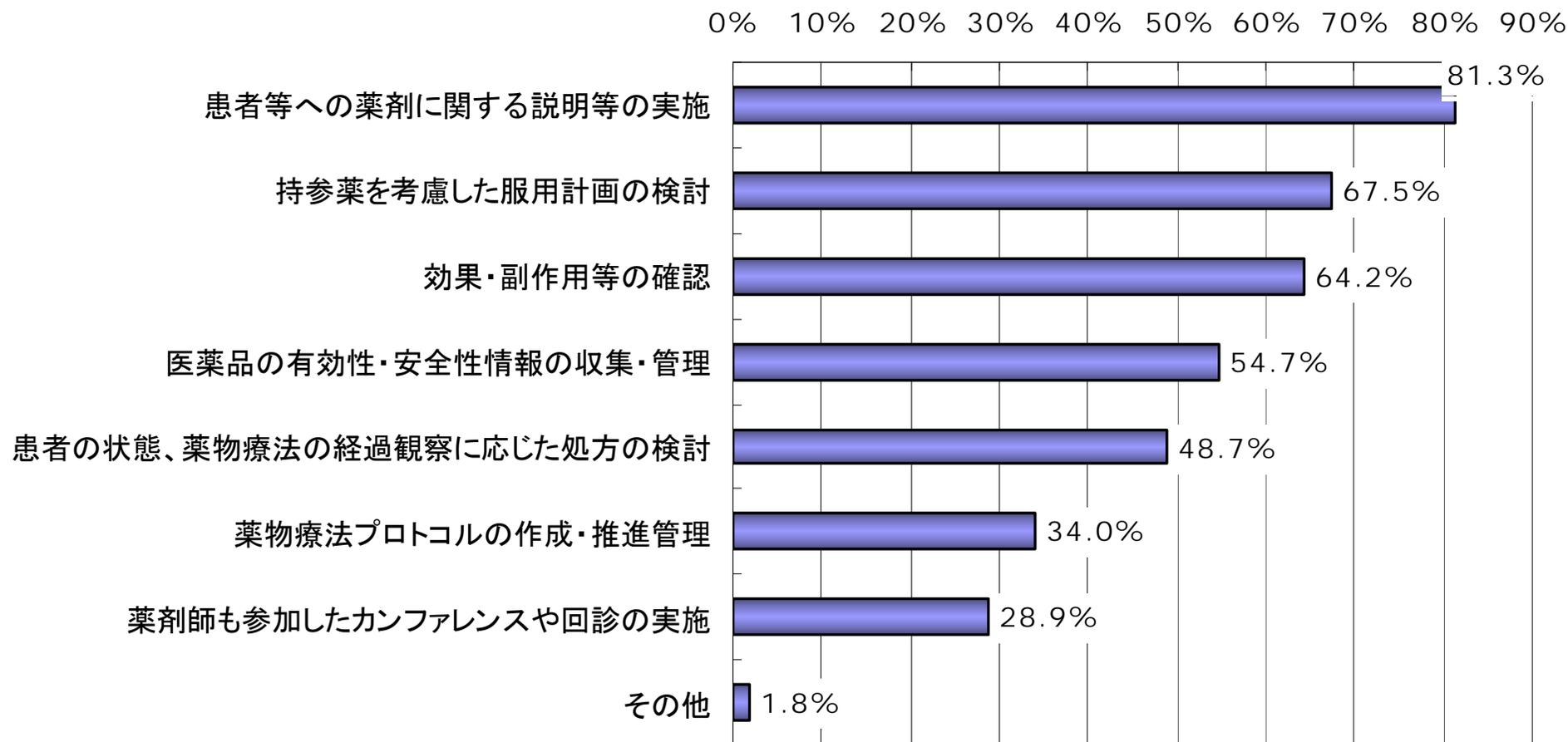
縦軸の倍数は、医療法施行規則における薬剤師の標準員数に対する実際の員数状況を示す

病棟に配置された薬剤師と勤務医との連携内容

- 現状で病棟に配置された薬剤師は、勤務医と連携して、多岐にわたる病棟での業務を実施している。

病棟に配置された薬剤師との連携内容とその割合(医師調査)

n=550

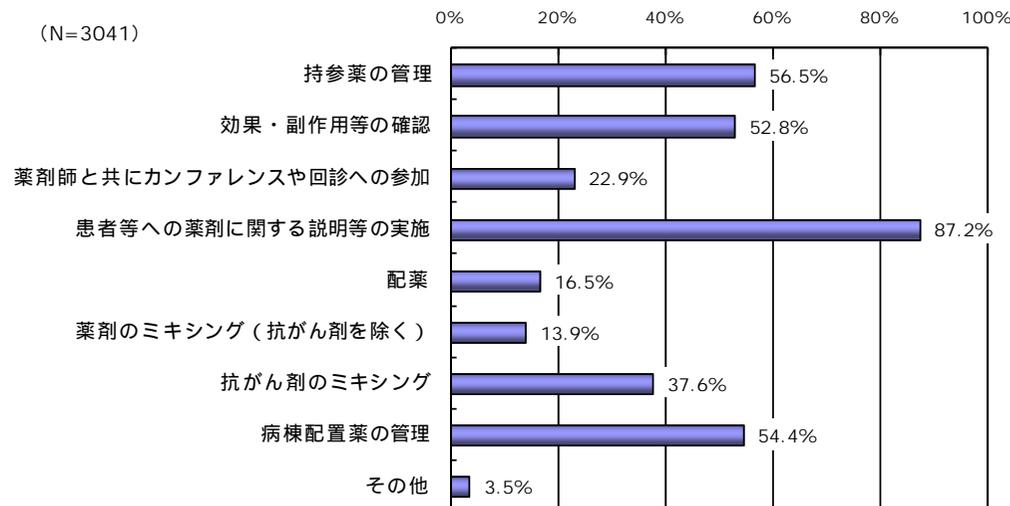
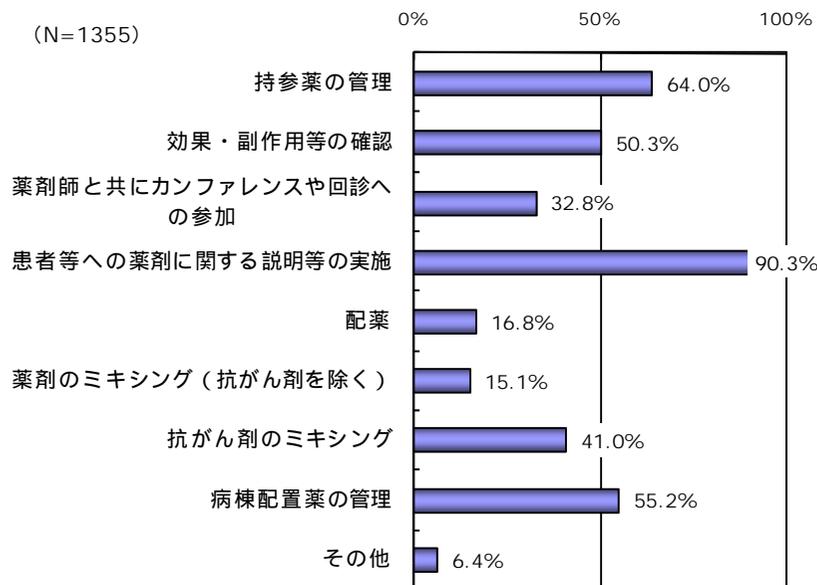


病棟に配置された薬剤師と看護職員との連携内容

○ 病棟に配置された薬剤師は、看護職員と協力して、多岐にわたる病棟での業務を実施している。

病棟に配置された薬剤師との連携内容とその割合(看護師長調査)

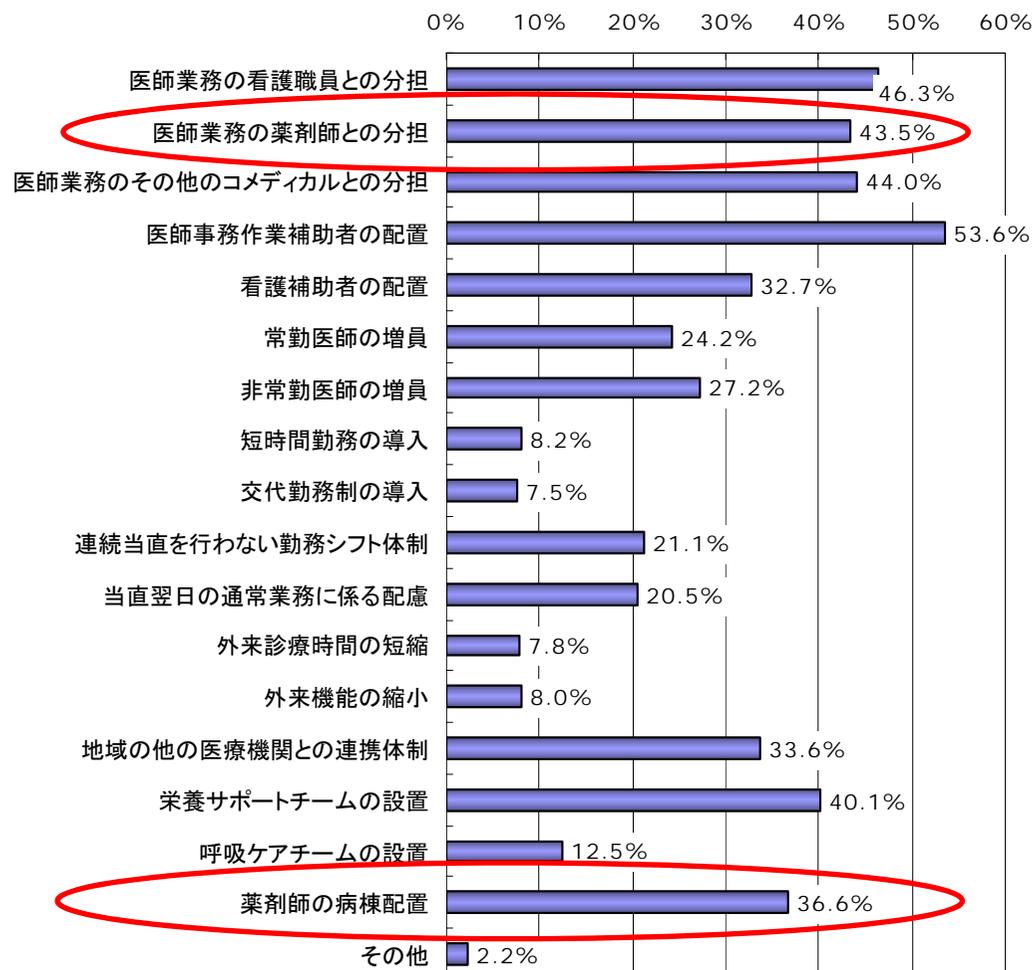
病棟に配置された薬剤師との連携内容とその割合(看護職員調査)



勤務医の負担軽減と薬剤師業務

○ 勤務医の負担軽減策として、「医師業務の薬剤師との分担」又は「薬剤師の病棟配置」が実施されているところは半数にも満たない。

実施されている勤務医の負担軽減策(医師調査)

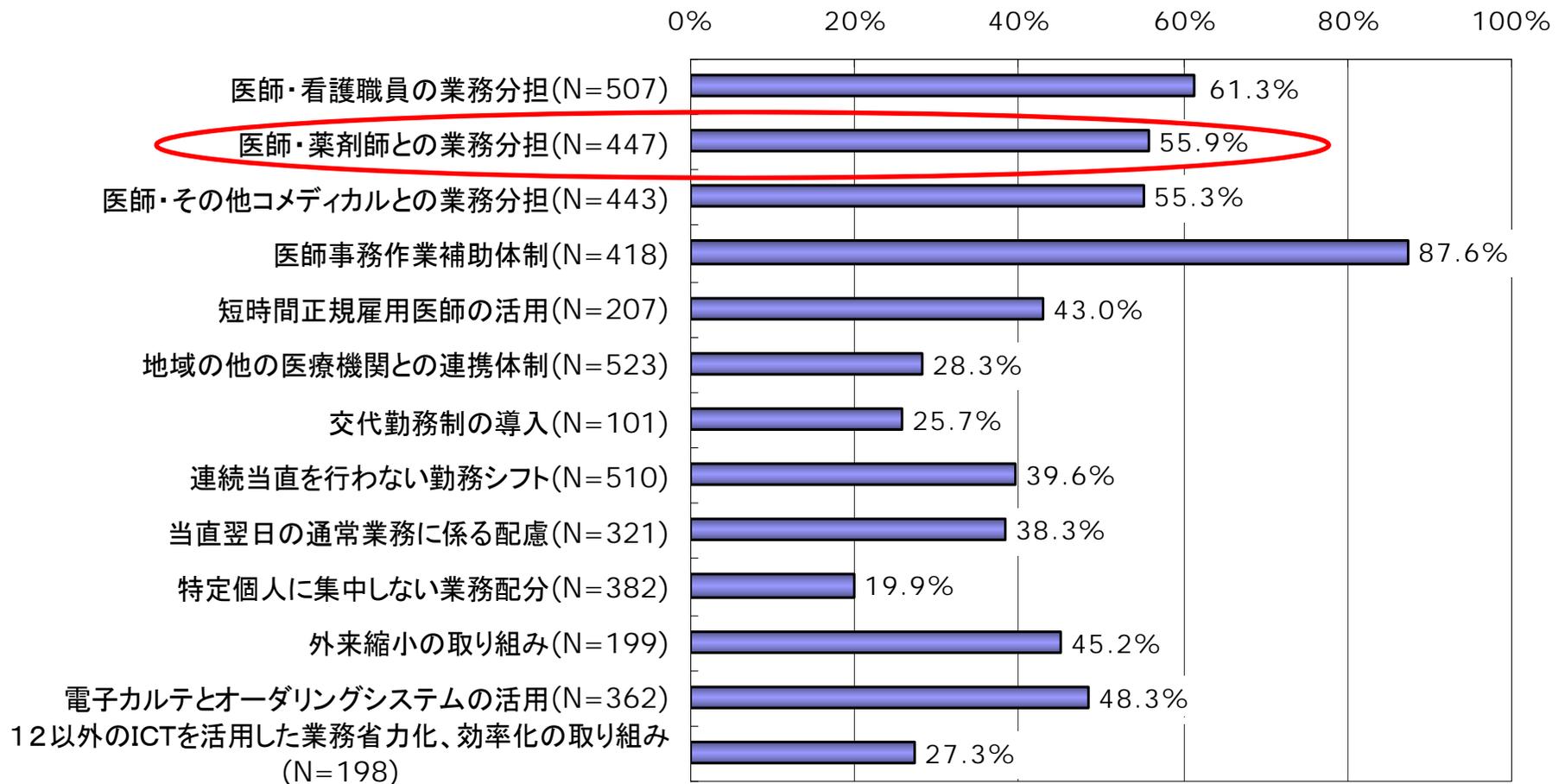


出典)平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査) 病院勤務医の負担軽減の状況調査 結果概要(速報)

勤務医の負担軽減への効果①

○ 勤務医の負担軽減策として、「医師・薬剤師との業務分担」に取り組んだ施設のうち、半数以上が、医師・薬剤師の業務分担は負担軽減に効果があったと回答している。

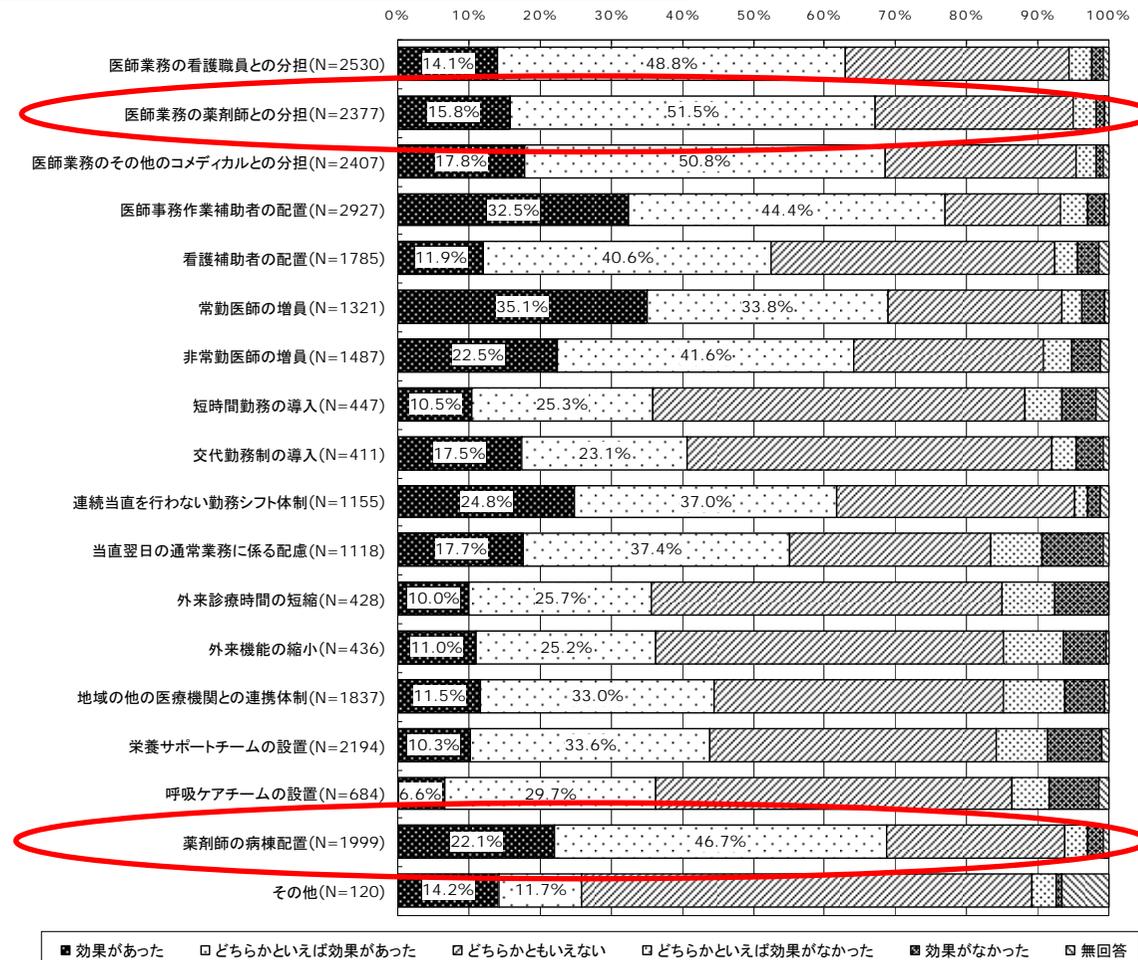
各負担軽減策の勤務医の負担軽減への効果(施設調査)



勤務医の負担軽減への効果②

○ 勤務医の負担軽減策として、「医師業務の薬剤師との分担」又は「薬剤師の病棟配置」に取り組んだ施設のうち、半数以上が、「医師業務の薬剤師との分担」は負担軽減に効果があった(どちらかといえば効果があったと回答した場合を含む。)と回答している。

各負担軽減策の勤務医の負担軽減への効果(医師調査)



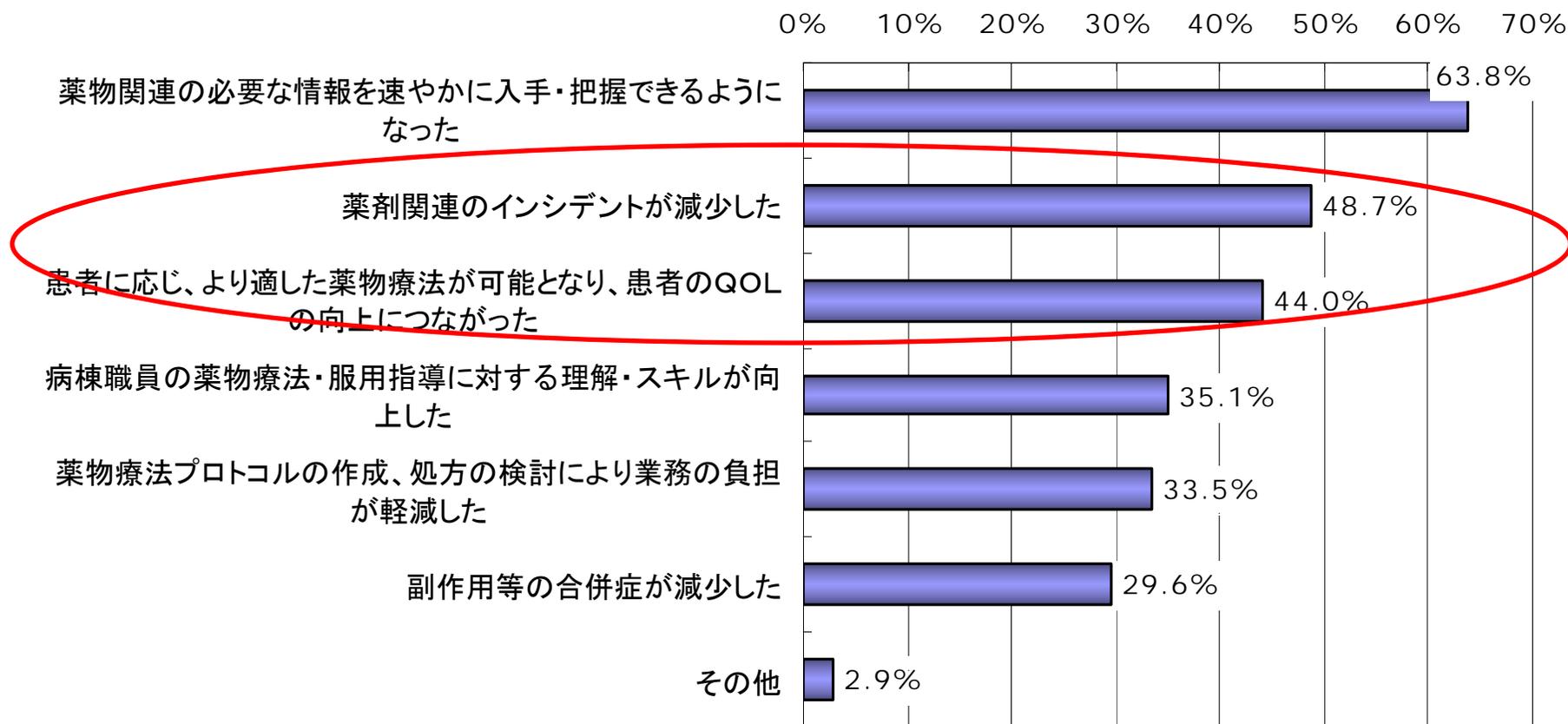
出典)平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査) 病院勤務医の負担軽減の状況調査 結果概要(速報)

薬剤師の病棟での業務によるメリット(負担軽減以外)

○ 薬剤師の病棟での業務については、勤務医の負担軽減だけでなく、医療安全等の観点からもメリットがあるとの回答があった。

薬剤師の病棟での業務によるメリットの内容とその割合(医師調査)

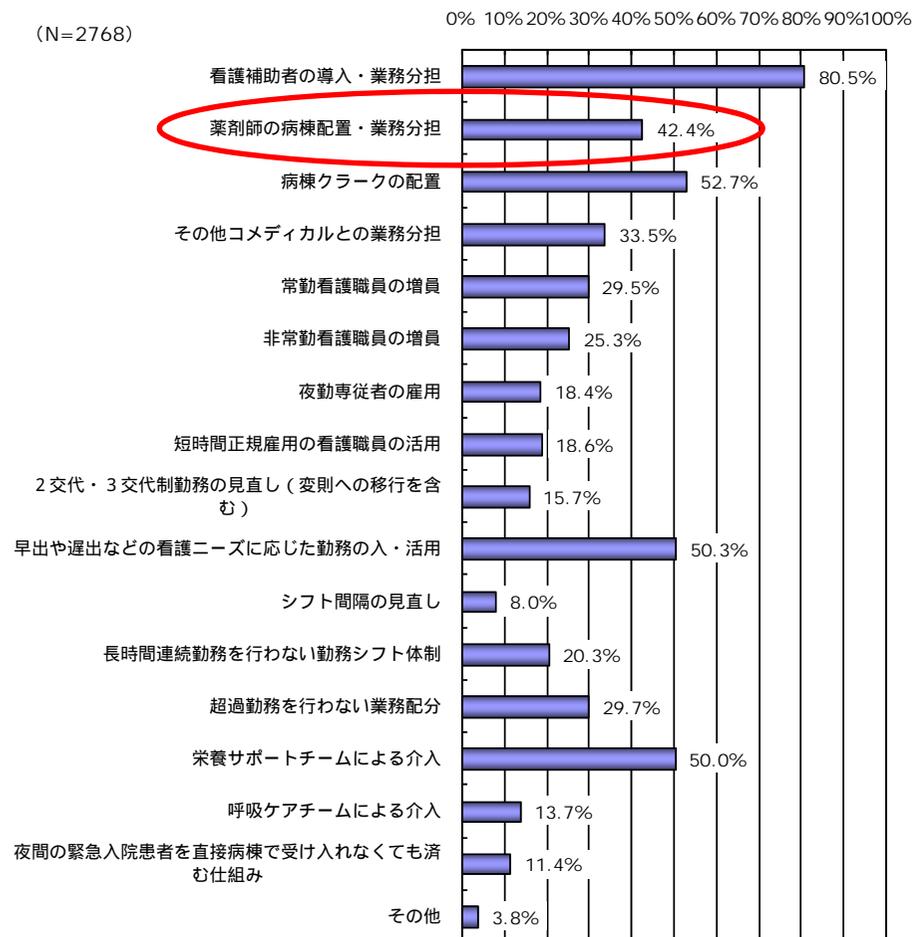
n=550



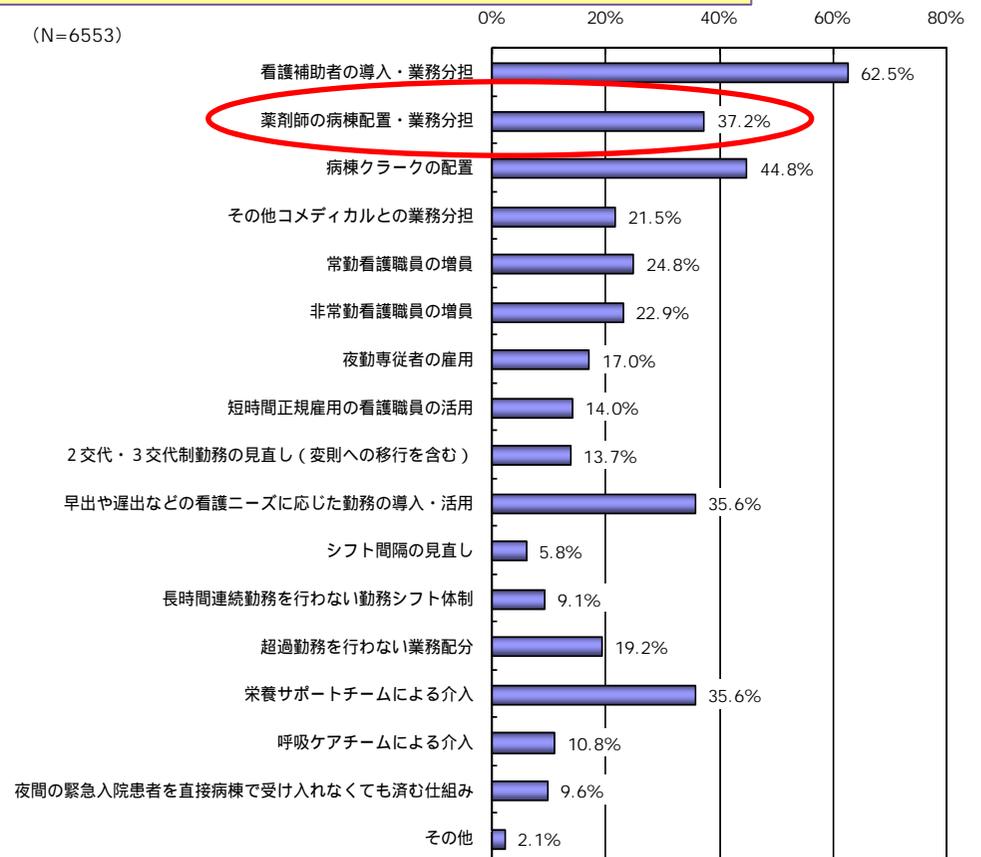
看護職員の負担軽減と薬剤師業務

○ 看護職員の負担軽減策として、「薬剤師の病棟配置・業務分担」が実施されているところは半数にも満たない。

実施されている看護職員の負担軽減策 (看護師長調査)



実施されている看護職員の負担軽減策 (看護職員調査)



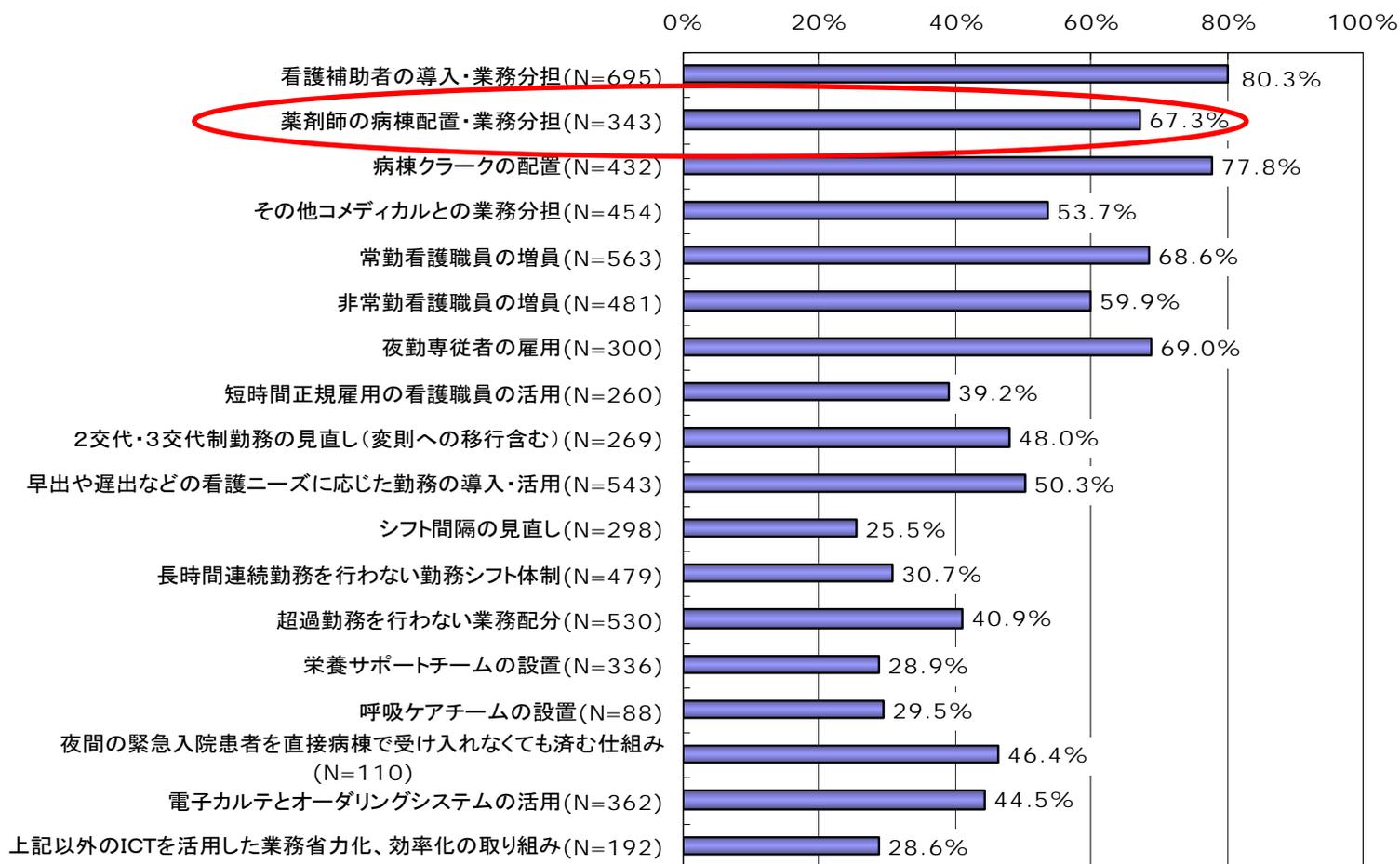
出典)平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査)

病院勤務医の負担軽減の状況調査 結果概要(速報)

看護職員の負担軽減への効果①

○ 看護職員の負担軽減策として、「薬剤師の病棟配置・業務分担」に取り組んだ施設のうち、半数以上が、「薬剤師の病棟配置・業務分担」は負担軽減に効果があったと回答している。

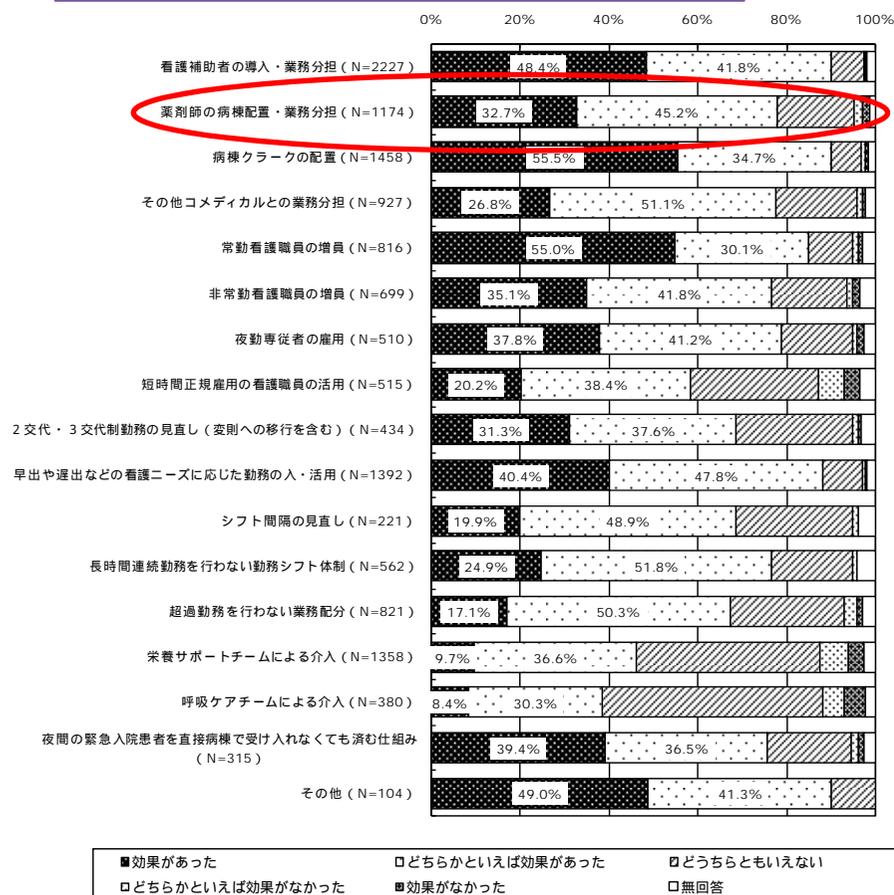
各負担軽減策の看護職員の負担軽減への効果(施設調査)



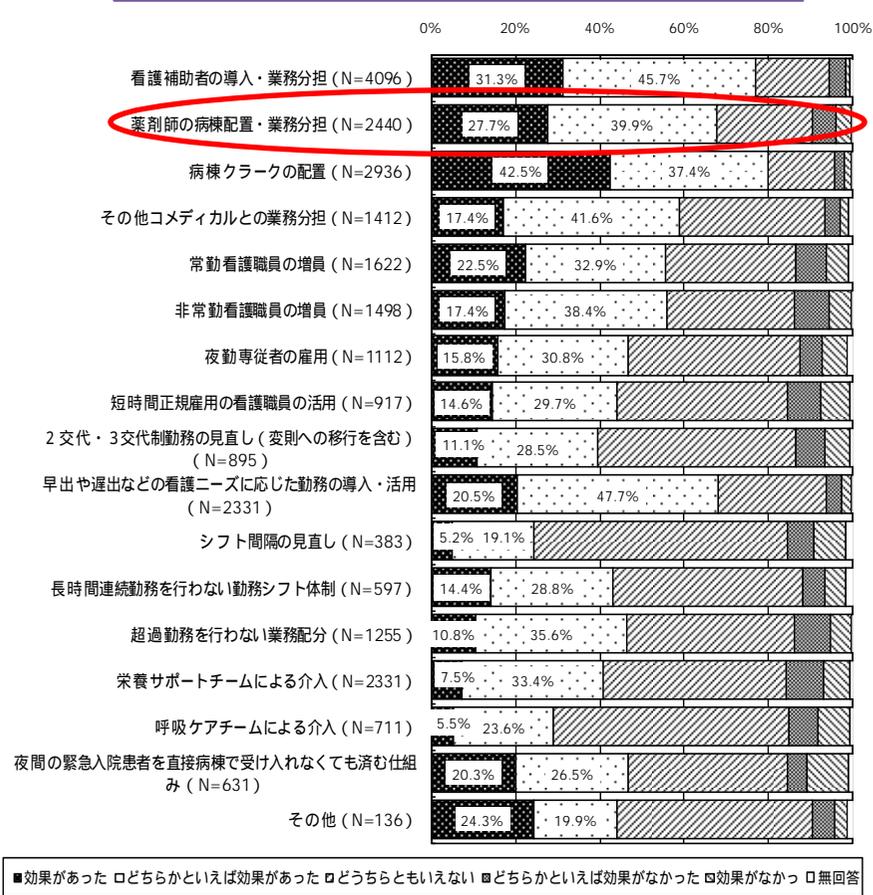
看護職員の負担軽減への効果②

○ 看護職員の負担軽減策として、「薬剤師の病棟配置・業務分担」に取り組んだ施設の看護職員のうち、半数以上が、「薬剤師の病棟配置・業務分担」は負担軽減に効果があった(どちらかといえば効果があったと回答した場合を含む。)と回答している。

各負担軽減策の看護職員の負担軽減への効果(看護師長調査)



各負担軽減策の看護職員の負担軽減への効果(看護職員調査)

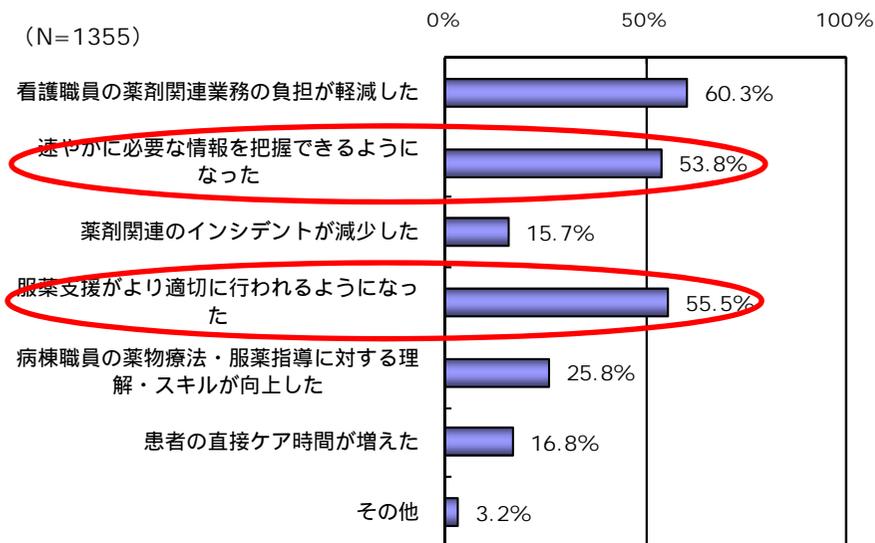


出典)平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査) 病院勤務医の負担軽減の状況調査 結果概要(速報)

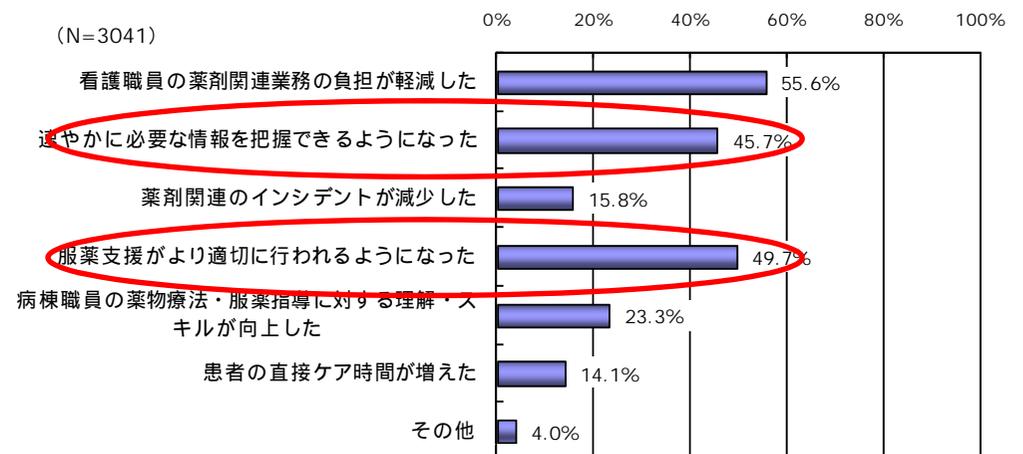
薬剤師の病棟での業務によるメリット(負担軽減以外)

○ 薬剤師の病棟での業務については、看護職員の負担軽減だけでなく、薬物療法の質の向上等の観点からもメリットがあるとの回答があった。

薬剤師の病棟での業務によるメリットの内容とその割合(看護師長調査)



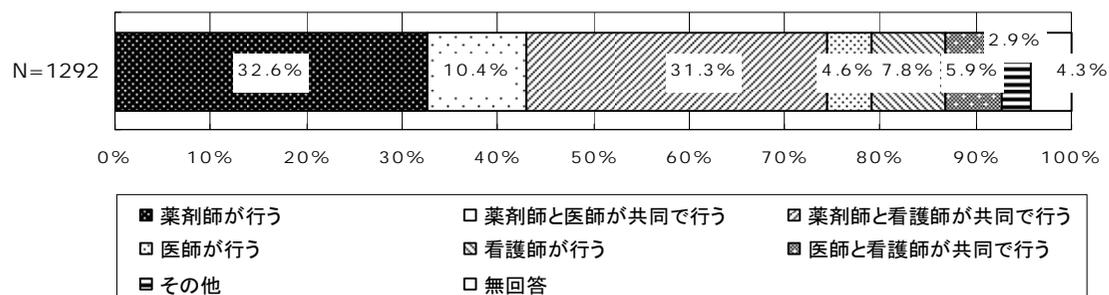
薬剤師の病棟での業務によるメリットの内容とその割合(看護職員調査)



(薬剤師の活用事例) 持参薬関連業務①

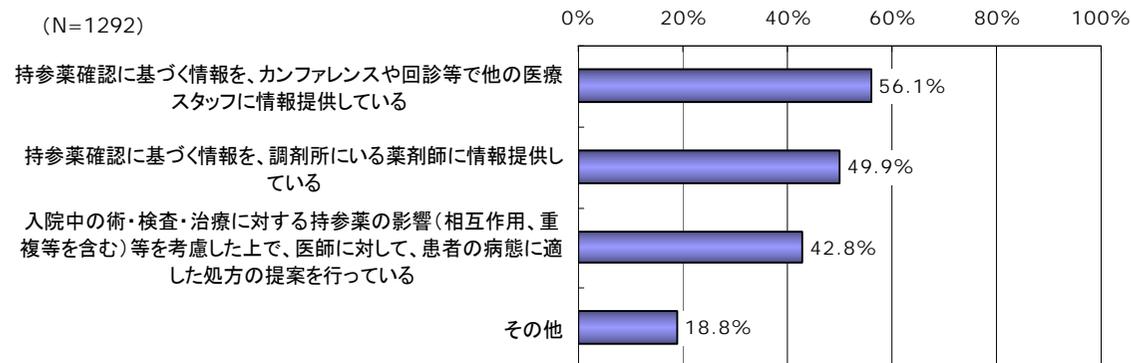
- 持参薬の鑑別業務は、医師、看護職員等の負担軽減だけでなく、医療安全等の観点からも、実施に当たって薬剤師が関与することが望ましいものの、一部の施設では薬剤師が関与していない。
- 鑑別後、持参薬の情報は、他の医療スタッフへ情報提供されるほか、医師に処方の方案等が行われるなど、医薬品の適正使用に寄与している。

持参薬の鑑別業務を利用する割合



持参薬の鑑別後の対応状況

(複数回答)



(薬剤師の活用事例)持参薬関連業務②

- 持参薬の確認等を行う患者の割合は、薬剤師の員数密度の増加に伴い、増加する傾向にある。
- 持参薬の利用により削減される薬剤費は、薬剤師の員数密度の増加に伴い、増加する傾向にある。

持参薬の確認等を行う患者の割合

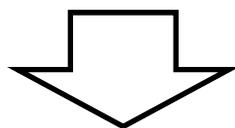
薬剤師の員数密度	0.5倍未満 (n=13)	0.5倍以上 1.0倍未満 (n=185)	1.0倍以上 1.5倍未満 (n=752)	1.5倍以上 2.0倍未満 (n=926)	2.0倍以上 2.5倍未満 (n=693)	2.5倍以上 3.0倍未満 (n=354)	3.0倍以上 (n=214)
持参薬確認患者の割合	35.2%	36.6%	42.6%	51.4%	53.8%	53.0%	60.3%

持参薬の利用により削減された薬剤費(1病棟1月あたり)

倍数は、医療法施行規則における薬剤師の標準員数に対する実際の員数状況を示す

薬剤師の員数密度	0.5倍未満 (n=6)	0.5倍以上 1.0倍未満 (n=70)	1.0倍以上 1.5倍未満 (n=347)	1.5倍以上 2.0倍未満 (n=327)	2.0倍以上 2.5倍未満 (n=154)	2.5倍以上 3.0倍未満 (n=87)	3.0倍以上 (n=59)
削減された薬剤費	139,655円	30,012円	123,004円	156,278円	217,724円	241,112円	331,227円

- 現状では、勤務医等の負担軽減策として、薬剤師が病棟での業務を実施しているところは半数にも満たず、また、実施していたとしても、病棟での業務従事時間は、多くの病棟で週当たり8時間未満であり、薬剤師が十分に活用されているとは言い難い。
- しかしながら、薬剤師を病棟での業務に従事させることにより、勤務医と看護職員の負担軽減につながるだけでなく、医療安全及び薬物療法の質の向上、薬剤費の節減等の観点からも、一定のメリットが確認された。



病棟に一定程度以上従事する薬剤師が、勤務医等の負担軽減のほか、医療安全及び薬物療法の質の向上、薬剤費の節減等に資する業務を行った場合について、診療報酬上、評価することとしてはどうか

平成24年度診療報酬改定について（案）

平成23年12月 日
中央社会保険医療協議会

本協議会は、医療経済実態調査の結果、賃金・物価の動向、薬価調査及び材料価格調査の結果等を踏まえつつ、平成24年度診療報酬改定について審議を行ってきたところであるが、その結果を下記の通り整理したので、厚生労働大臣に意見を申し述べる。

記

1. 診療報酬改定を取り巻く状況について

第18回医療経済実態調査によれば、病院の医業収支は精神科病院を除き、全般的に上昇している。また、診療所の医業収支は全般的に上昇している。

平成22年度診療報酬改定以降の平成22年度から平成23年度までの2年間における賃金・物価の動向については、人事院勧告による賃金の動向は1.7%、消費者物価指数による物価の動向は、本年9月までの消費者物価指数の実績を用いた場合0.5%であった。

薬価調査の速報値による薬価の平均乖離率は約8.4%、材料価格調査の速報値による特定保険医療材料価格の平均乖離率は約7.7%であった。

2. 平成24年度診療報酬改定について

我が国の医療は極めて厳しい状況に置かれており、国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療を受けられる環境を整えていくことは重要な課題である。

社会保障審議会医療保険部会及び医療部会においてとりまとめられた「平成24年度診療報酬改定の基本方針」(以下「基本方針」という。)では、重点的に取り組む課題として、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減を図ることや、医療と介護の役割分担と連携の推進及び在宅医療等の充実を図ることが示された。本協議会は、この基本方針の枠組みの中で、地域の医療提供体制を確保するなど、国民皆が質の高い医療を受け続けるための取組を真摯に進める。こうした基本認識については、支払側と診療側の意見の一致を見た。

しかし、このような基本認識の下で、どのように平成24年度診療報酬改定に臨むべきであるかについては、次のような意見の相違が見られた。

まず、支払側は、景気や雇用情勢の悪化や賃金の低下など、国民生活が厳しい状況にあり、また、医療保険財政も急速に悪化している一方で、医療機関の経営状況は概ね安定的に推移していること等を踏まえれば、患者負担や保険料負担の増加につながる診療報酬全体(ネット)の引き上げを行うことは、とうてい国民の理解と納得が得られず、財源を効率的かつ効果的に配分すべきであるとの意見であった。

一方、診療側は、平成14年度改定から平成20年度改定までの全体(ネット)マイナス改定により、急性期医療を引き受ける大規模病院、地域医療を支える中小病院や一般診療所、歯科診療所、薬局の経営はなお不安定で、前回の全体(ネット)プラス改定のみでは不十分であり、また、国際的に見て我が国の税と保険料を併せた国民負担は低く、引き上げる余地があり、医療機関の経営が厳しい状況にある中で、国民の生命及び健康を守るために、診療報酬の引き上げによる医療費全体(ネット)での底上げを行うべきであるとの意見であった。

本協議会は、社会保険医療協議会法でその組織構成や、審議・答申事項等を規定された法定の審議会である。

行政刷新会議の提言型政策仕分けなど財政的観点から、診療報酬本体について据え置きや抑制を求める意見があることも承知している。本協議会は、これまで医療保険制度を構成する当事者である支払側委員、診療側委員、公益委員が、医療の実態や保険財政等の状況を十分考慮しつつ、国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療を受けられる環境を整えるために真摯な議論を積み重ねることにより、診療報酬改定の責任を果たしてきた。

今後とも、本協議会に与えられた責任を果たすため、支払側委員、診療側委員、公益委員がそれぞれの立場から我が国の医療を議論し、国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療を受けられる環境を整備していく。

本協議会としては、基本方針の実現に向けた診療報酬改定の具体的検討を行う所存である。厚生労働大臣におかれては、本協議会が提起する具体的な診療報酬改定の項目が実現されるよう、平成24年度予算編成に当たって、平成24年度診療報酬改定に係る改定率の設定に関し十分な配慮を求めるものである。

また、東日本大震災からの復興をはじめ、我が国の医療が抱える様々な課題を解決するためには、診療報酬のみならず、幅広い医療施策が講じられることが必要であり、この点についても十分な配慮が行われるよう望むものである。