

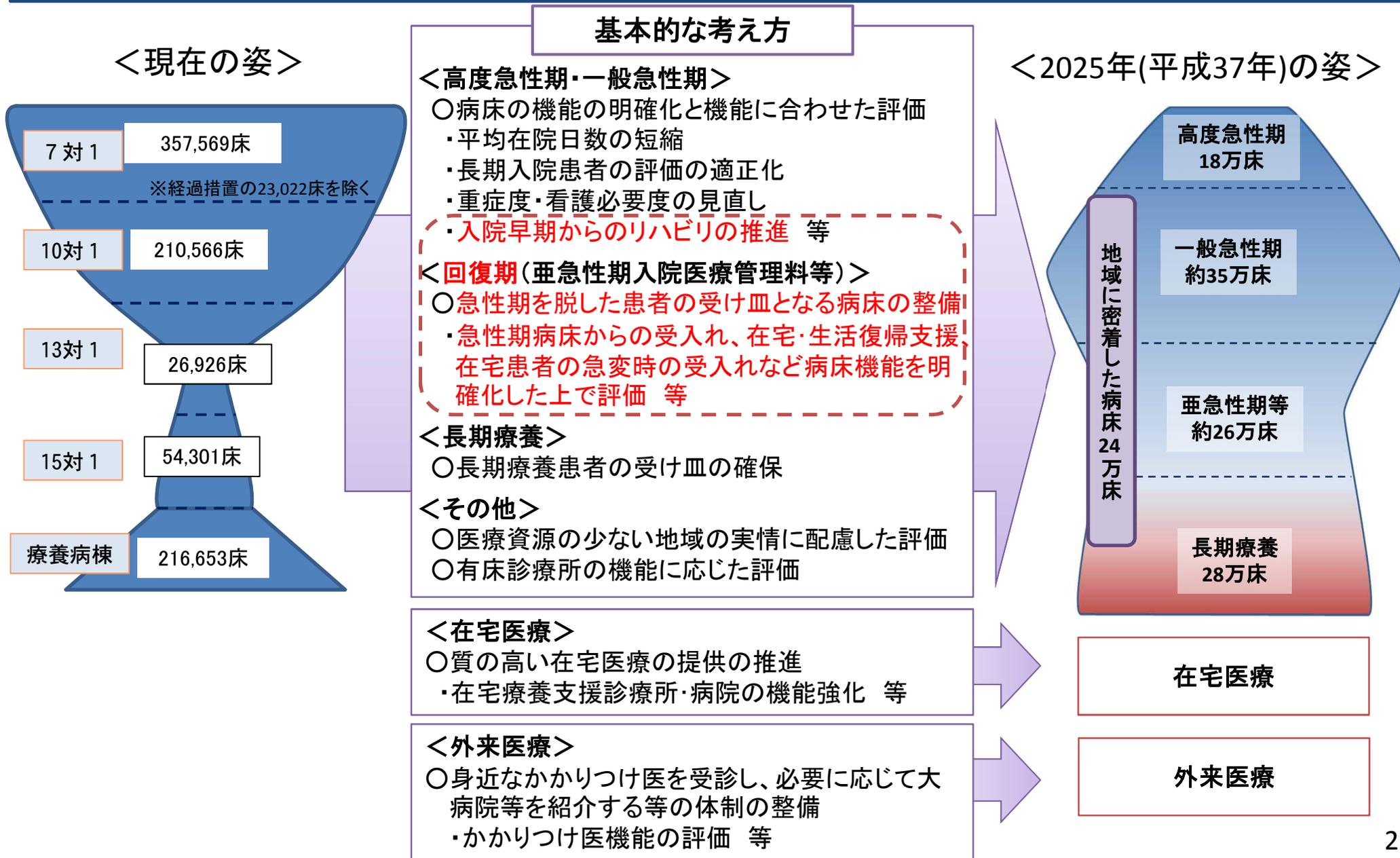
中	医	協	総	—	1	
2	5	.	1	2	.	4

個別事項 (その3:リハビリテーション)

平成25年12月4日

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)



「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

2. 次期診療報酬改定の社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について

(1) 入院医療について

① 高度急性期・一般急性期について

- 高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価を行う観点から、急性期病床の患者像の検証を基に、以下の事項について検討を行う必要。
 - ・ 急性期病床の担う機能の明確化を行い、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能強化
 - ・ 重症度・看護必要度の見直し等による、患者の状態に応じた医療の提供
 - ・ 入院早期からのリハビリテーションや退院・転院支援の推進
 - ・ 退院・転院に係る連携の強化
 - ・ 急性期病床の平均在院日数の短縮 等

② 長期療養について

- 長期療養患者の受け皿を確保し、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化を図る観点から、いわゆる社会的入院が発生しないように留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要。
 - ・ 急性期病床における長期入院患者の評価の適正化
 - ・ 長期療養を担う病床の急性期等との連携強化、受入体制の充実 等

③ 回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)について

- 医療機能に着目した診療報酬上の評価を行う観点から、回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを踏まえつつ、例えば、急性期病床からの患者の受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど、診療報酬上の亜急性期入院医療管理料における患者像や機能を明確化し、回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料・回復期リハビリテーション病棟入院料等)の病床の機能に応じた評価について検討を行う必要。

他方、在宅患者の急性増悪には急性期病床が対応すべきであり、また、亜急性期という表現の中で急性期と回復期を含むと非常に分かりにくいため、病期に応じて報告する病床の区分に合わせ議論を整理すべきという意見があった。

④ 地域特性について (略)

⑤ 有床診療所における入院医療について (略)

医療保険によるリハビリテーションの概要

中医協 総 - 1 - 1
2 3 . 1 2 . 7

<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。



一般病棟入院基本料等

回復期リハビリテーション
入院料

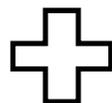
療養病棟入院基本料等



疾患別リハビリテーション料

<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。

本日の内容

1. 早期リハビリテーションの充実

- 1) 急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止
- 2) 外来のリハビリテーションにおける初期加算、早期加算
- 3) 運動器リハビリテーションの外来への早期移行

2. 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

3. 廃用症候群の評価の見直し

4. 維持期リハビリテーションについて

1. 早期リハビリテーションの充実

1) 急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止

2) 外来のリハビリテーションにおける初期加算、早期加算

3) 運動器リハビリテーションの外来への早期移行

2. 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

3. 廃用症候群の評価の見直し

4. 維持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充実における課題と論点

－急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止－

【課題】

- 入院中にADLが低下した患者は、7対1病院で約3.7%、10対1病院で約4.1%存在する。
- 入院時にADLが自立している患者の場合、在院日数が長いほど退院時にADLが低下している値が大きい。また、65歳以上の患者の方がADLの変化が大きい。
- 早期からのリハビリテーションによりADLが改善する報告や、理学療法士の病棟配置により、入院患者のADLの向上、入院日数の短縮につながったという報告があるが、専従理学療法士の病棟配置状況は、7対1病棟で2.1%、10対1病棟で6.1%にとどまっている。
- 理学療法士を2名以上配置している病棟は、「循環器系の疾患」、「新生物」、「消化器系の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「呼吸器系の疾患」の患者を多くみている病棟が多い。

【入院医療等分科会とりまとめ】

1. 一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し
(3)その他の指標について
②救急搬送される患者に高齢者が増えていることを踏まえ、急性期病棟におけるADLの低下や関節拘縮等の予防、そのための早期からのリハビリテーション等による介入ができる体制整備が必要である。ただし、リハビリテーションの実施により、かえって入院期間が長期化してしまうことのないような規定を設けた上で、評価する指標を検討する必要がある。



【論点】

- ADLの低下防止を目的として、リハビリテーションの設備と人材を有する医療機関において、循環器系の疾患、新生物、消化器系の疾患等の患者が多く、65歳以上の患者が●割以上の急性期病棟(7対1、10対1病棟)に理学療法士等のリハビリテーションの専門職を配置した場合の評価についてどのように考えるか。
- また、リハビリテーションの専門職を配置した病棟(7対1、10対1病棟)では、例えば「入院時に比べ退院時にADLが低下した者の割合が●%以下」等の具体的数値目標を評価の要件とすることについて、どのように考えるか。

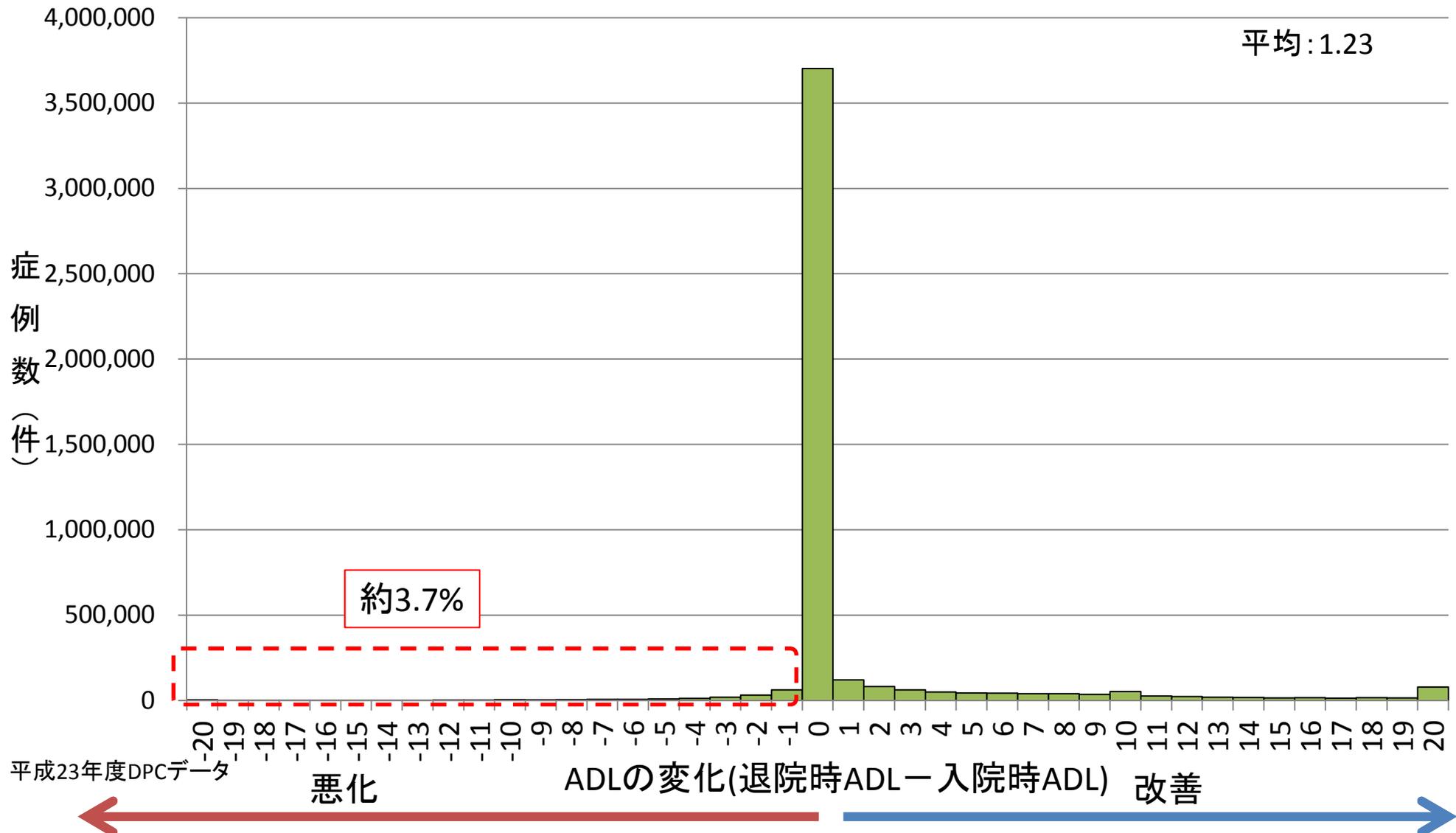
7対1病院における入院中のADLの変化 ①(DPCデータ)

(改) 中医協 総-1-2
2 5 . 1 1 . 1

注: ADL評価に不明が含まれる症例を除く

入院時ADLと退院時ADLの変化(TOTAL)

N=4,676,063



・7対1病院において、入院中にADLが低下した患者が、約3.7%程度存在する。

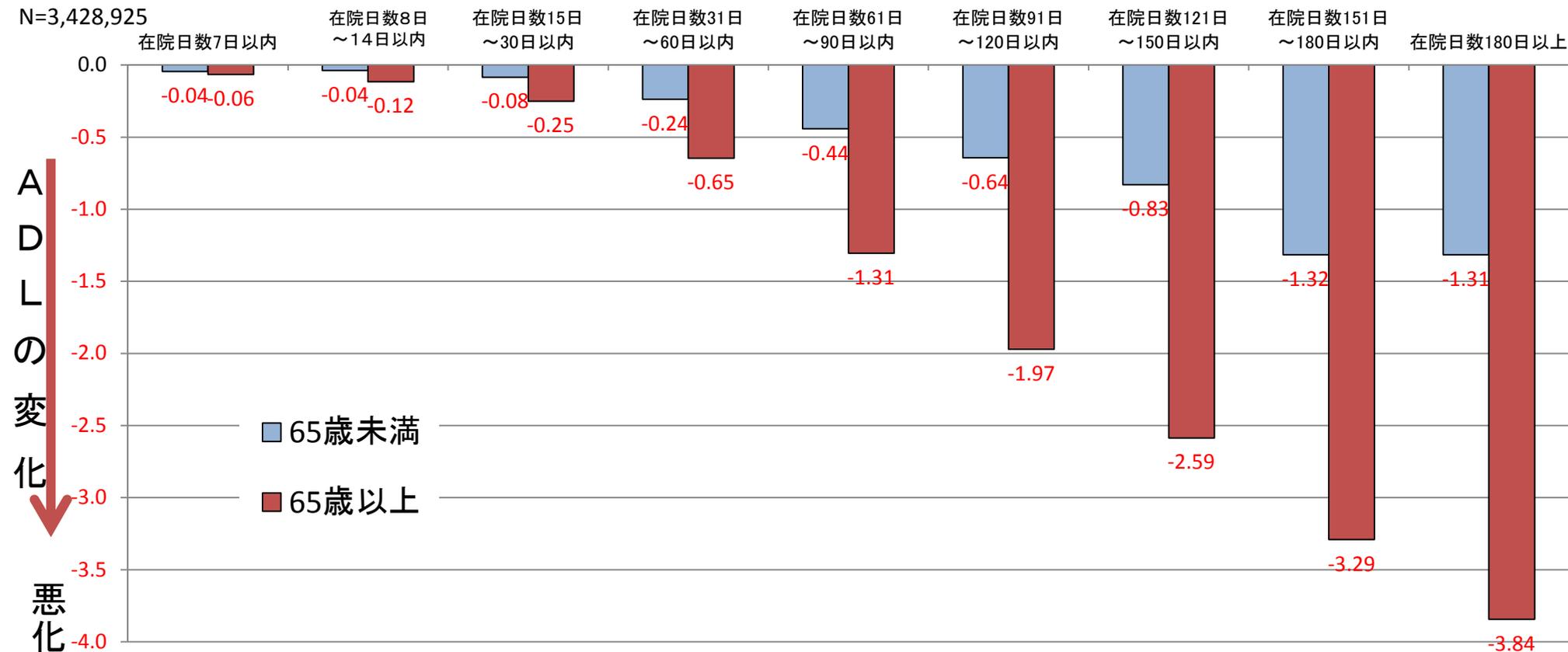
7対1病院における入院中のADLの変化 ②(DPCデータ)

中医協 総 - 1 - 2
2 5 . 1 1 . 1

注: ADL評価に不明が含まれる症例を除く

入院時のADLが自立(20点満点)の患者の入院中のADL変化 (在院日数別、年齢階級別、平均ADL変化値)

N=3,428,925



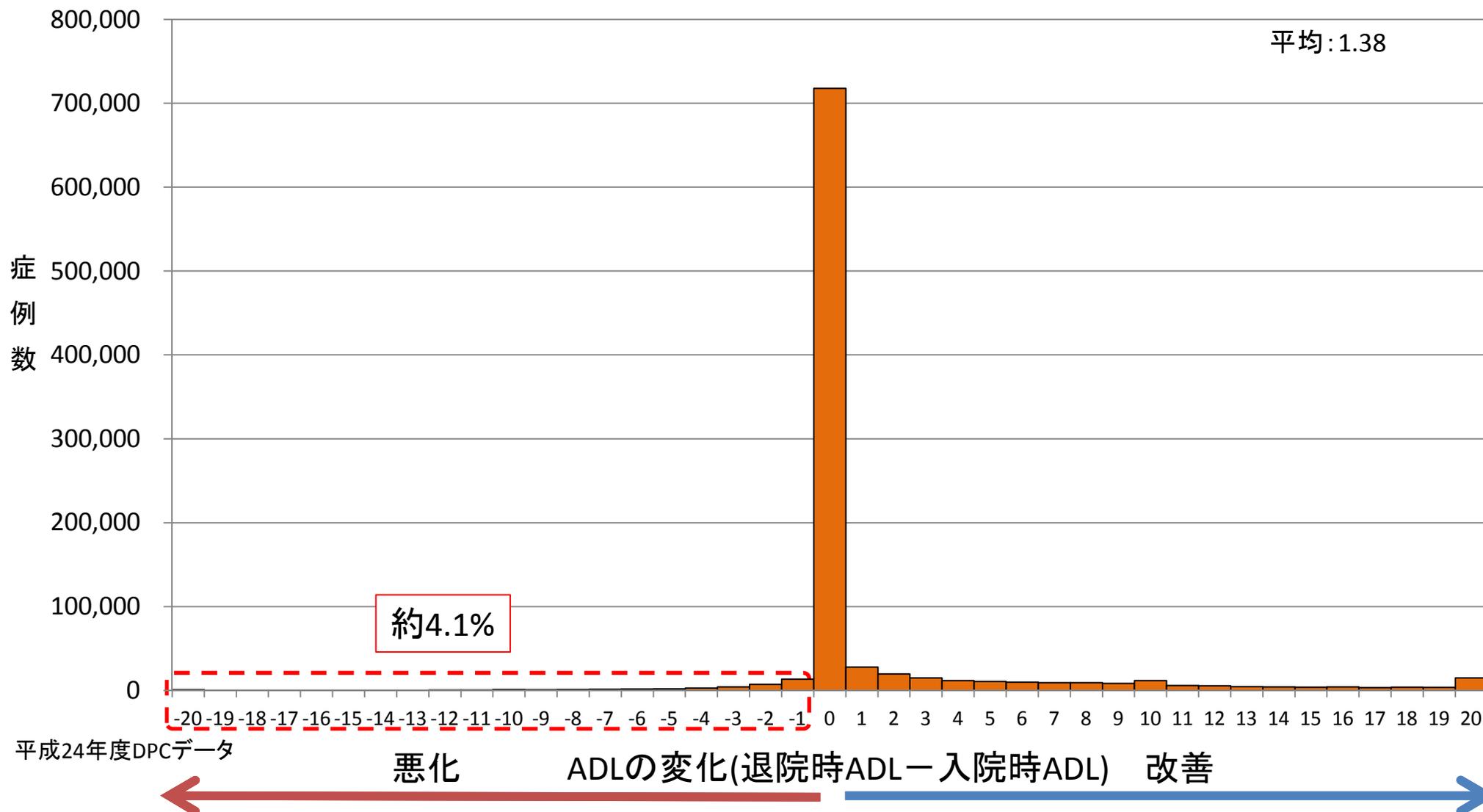
・入院時にADLが自立している患者の場合、在院日数が長いほど退院時にADLが低下している値が大きい。また、65歳以上の患者の方が低下するADLの値が大きい。

10対1病院における入院中のADLの変化 ①(DPCデータ)

注: ADL評価に不明が含まれる症例を除く

N=942,418

入院時ADLと退院時ADLの変化(TOTAL)



平成24年度DPCデータ

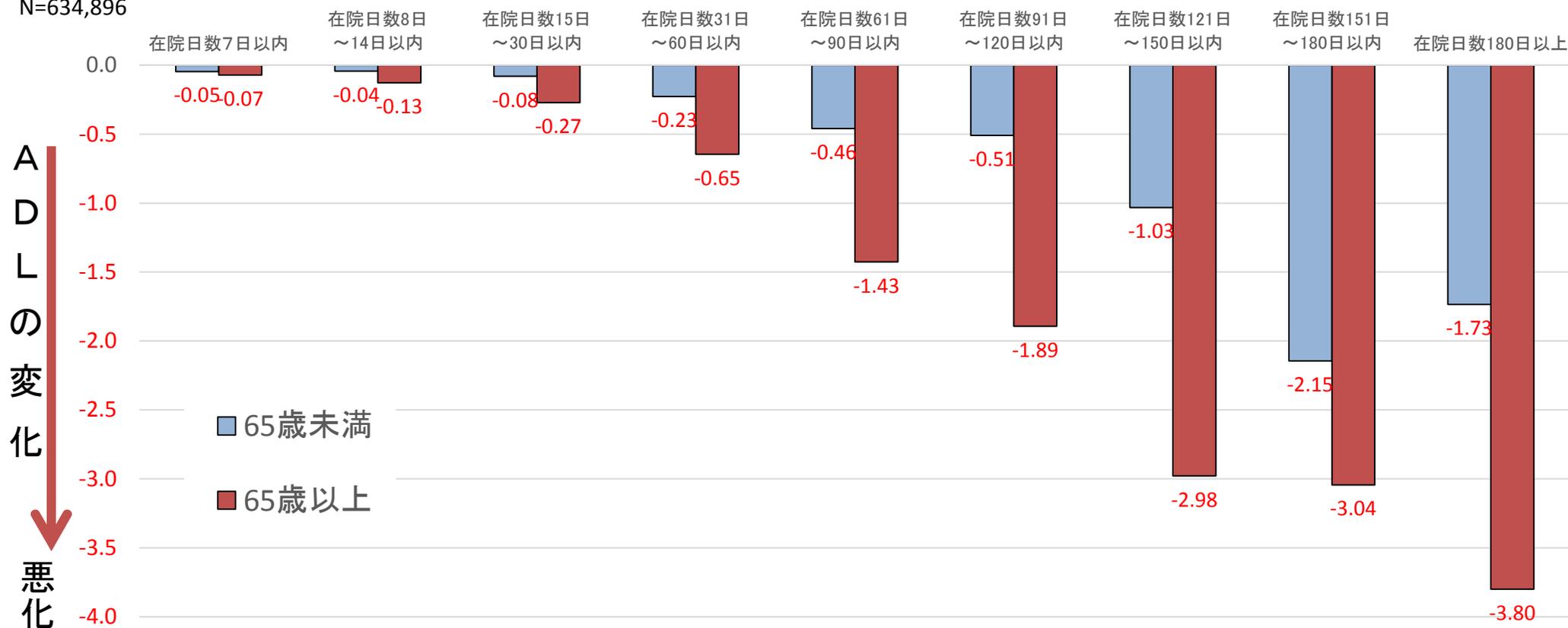
・10対1病院において、入院中にADLが低下した患者が、約4.1%程度存在する。

10対1病院における入院中のADLの変化 ②(DPCデータ)

注: ADL評価に不明が含まれる症例を除く

入院時のADLが自立(20点満点)の患者の入院中のADL変化 (在院日数別、年齢階級別、平均ADL変化値)

N=634,896



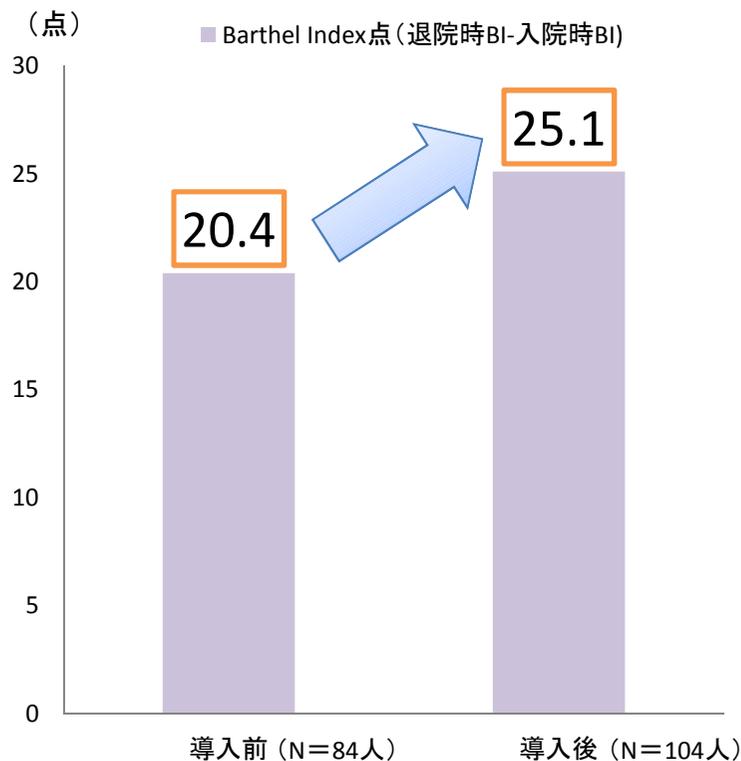
・入院時にADLが自立している患者の場合、在院日数が長いほど退院時にADLが低下している値が大きい。また、65歳以上の患者の方が低下するADLの値が大きい。

理学療法士の配置における効果

対象 : 広島大学病院実績
期間 : (病棟配置導入前)07年10月～08年3月 (病棟配置導入後)08年10月～09年3月
病棟 : 脳神経内科・脳神経外科病棟
人員配置: 理学療法士2名を専属
専属理学療法士の業務: ・病棟内でのリハビリテーション ・脳神経内科・脳神経外科それぞれの症状検討カンファレンス(1/週、60～120分)
・病棟カンファレンス(1/週、30分)に毎週参加 ・カンファレンスでは患者のリハビリ状況をビデオ撮影し、平均3例の経過報告を5分程度毎週行う。
・看護師を対象とした勉強会を開催

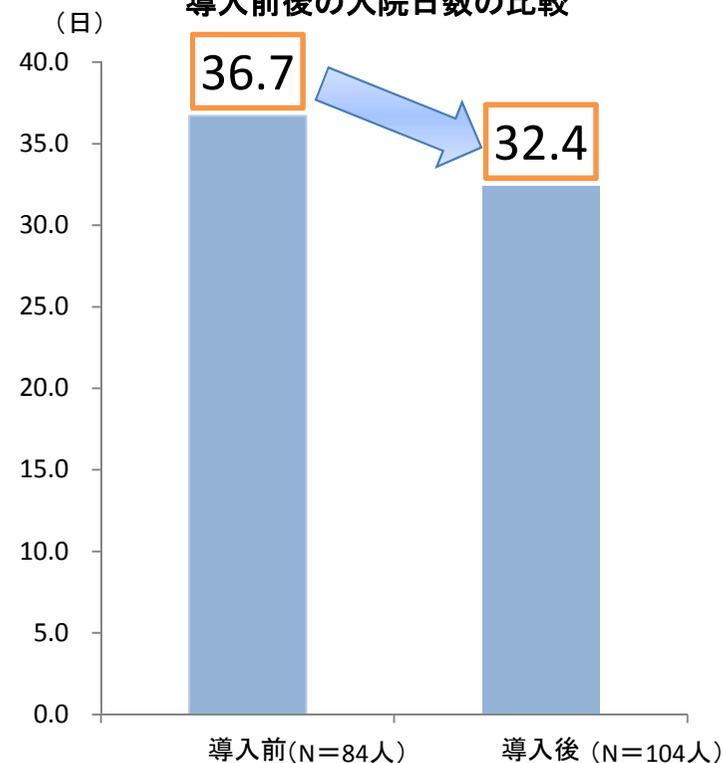
ADLの早期回復

入院患者のADL回復程度(Barthel Index:BI※)の比較
(理学療法士の病棟配置導入前後の比較)



入院日数の短縮

理学療法士の病棟配属体制の導入前後の入院日数の比較



※BI: 基本的な生活動作に対する評価(食事・移動・整容等10項目)

出典: 平田, 他 国立大学法人リハビリテーションコ・メディカル学術大会誌 31, 20-22, 2010 ー日本理学療法士協会提供資料ー

・理学療法士の病棟配置により、入院患者のADLの回復促進、入院日数の短縮につながった。

(参考) FIM及びBIについて

FIM(機能的自立度評価表)

評価18項目 (各項目7段階評価:満点126点)	
セルフケア	1 食事
	2 整容
	3 清拭
	4 更衣(上半身)
	5 更衣(下半身)
	6 トイレ
排泄	7 排尿コントロール
	8 排便コントロール
移乗	9 ベッド、椅子、車椅子
	10 トイレ
	11 浴槽・シャワー
移動	12 歩行、車椅子
	13 階段
コミュニケーション	14 理解(聴覚的・視覚的)
	15 表出(言語的・非言語的)
社会認識	16 社会的交流
	17 問題解決
	18 記憶

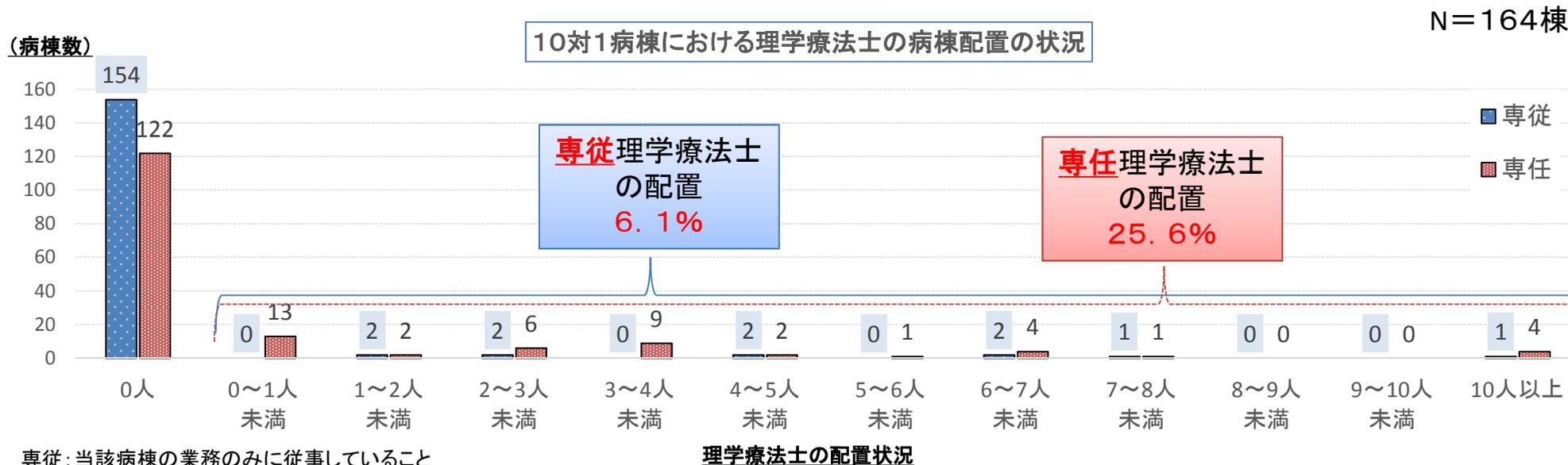
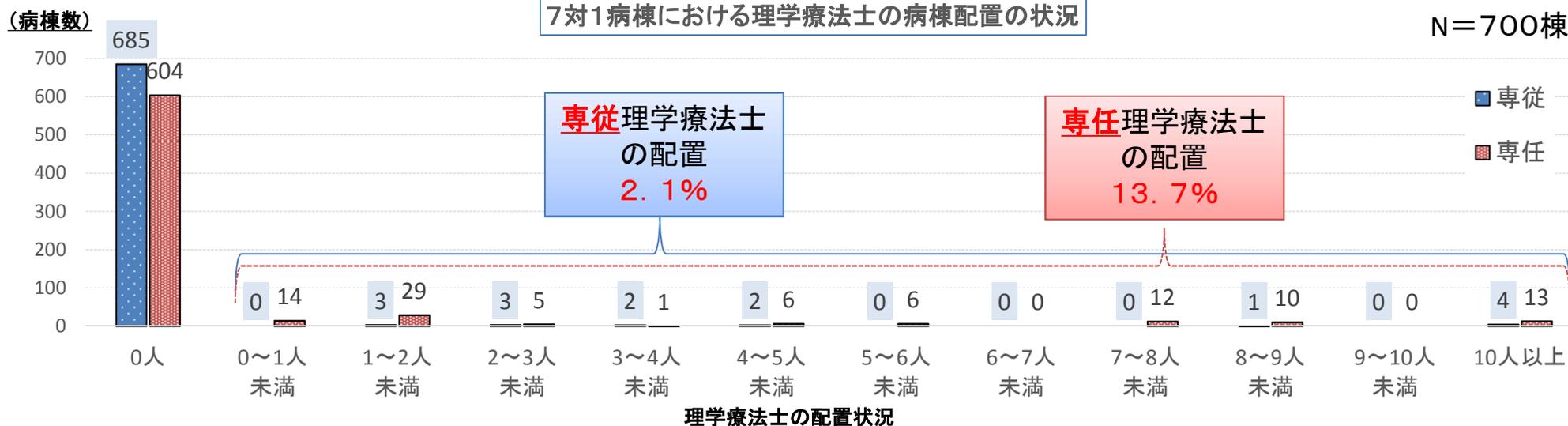
評価点数

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

BI(基本的生活動作)

評価項目	点数 (満点100点)	
食事	10点	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える
	5点	部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう)
	0点	全介助
車椅子から ベッドへの移動	15点	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む
	10点	軽度の部分介助または監視を要する
	5点	座ることは可能であるがほぼ全介助
	0点	全介助または不可能
整容	5点	自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)
	0点	部分介助または不可能
トイレ動作	10点	自立(衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む)
	5点	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する
	0点	全介助または不可能
入浴	5点	自立
	0点	部分介助または不可能
歩行	15点	45m以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず
	10点	45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む
	5点	歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能
	0点	上記以外
階段昇降	10点	自立、手すりなどの使用の有無は問わない
	5点	介助または監視を要する
	0点	不能
着替え	10点	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む
	5点	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える
	0点	上記以外
排便コントロール	10点	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能
	5点	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む
	0点	上記以外
排尿コントロール	10点	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能
	5点	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む
	0点	上記以外

7対1病棟、10対1病棟における理学療法士の病棟配置の状況について



専従: 当該病棟の業務のみに従事していること

専任: 当該病棟での業務とその他の部署等での業務の兼務していること

出典: 平成24年度 入院医療等の調査より

- ・専従理学療法士の配置状況について、7対1病棟では2.1%、10対1病棟では6.1%であった。
- ・専任理学療法士の配置状況について、7対1病棟では13.7%、10対1病棟では25.6%であった。

7対1病棟、10対1病棟におけるリハビリテーション専門職の病棟配置の状況について

	7対1病棟 N=700病棟		10対1病棟 N=164病棟	
	専従	専任	専従	専任
理学療法士	2.1%	13.7%	6.1%	25.6%
作業療法士	1.1%	9.3%	4.3%	12.2%
言語聴覚士	0.9%	8.7%	1.2%	13.4%

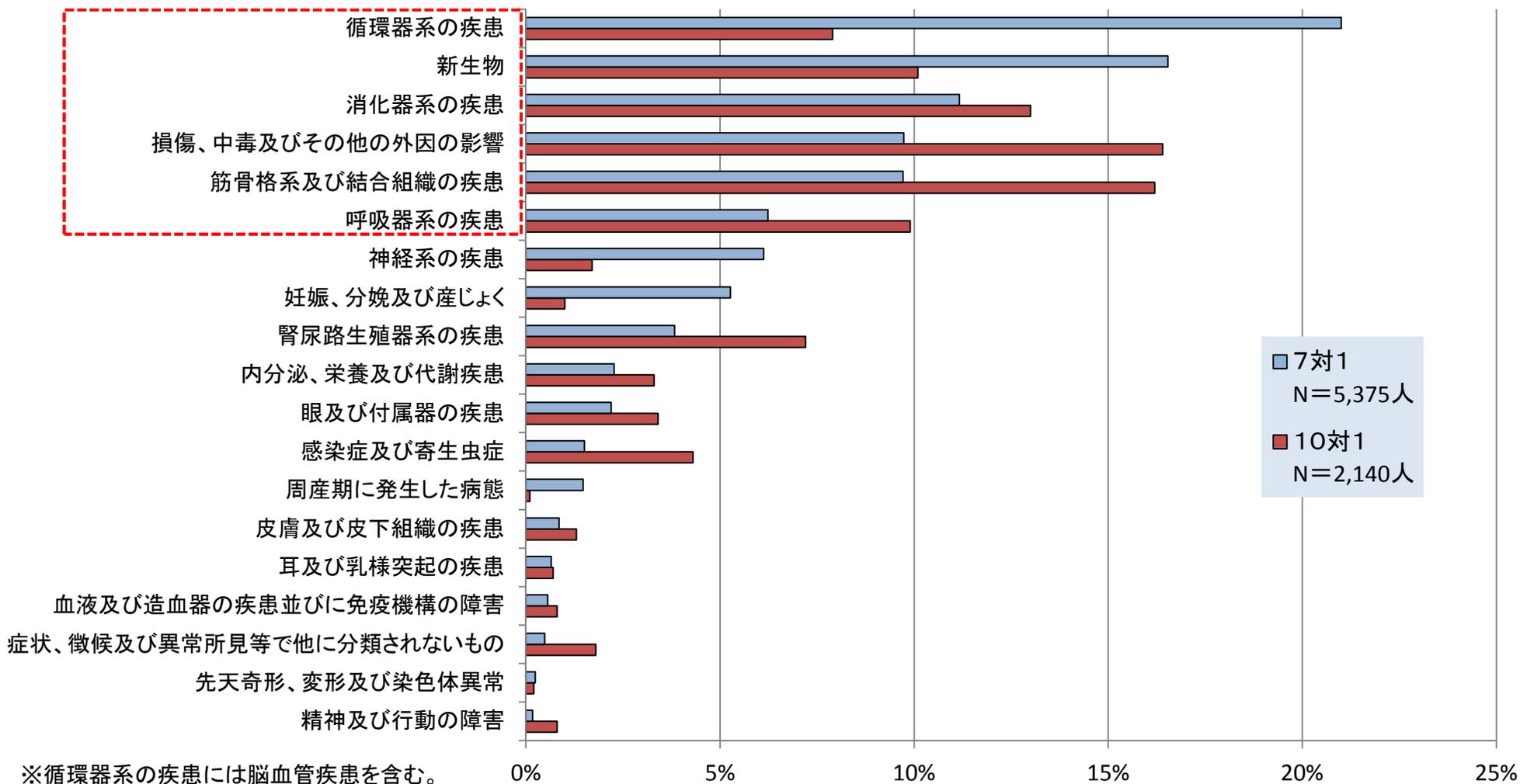
専従: 当該病棟の業務のみに従事していること

専任: 当該病棟での業務とその他の部署等での業務の兼務していること

・リハビリテーションの専門職が、専従または専任で配置されている病棟が一部みられる。

理学療法士を配置している病棟の特徴①

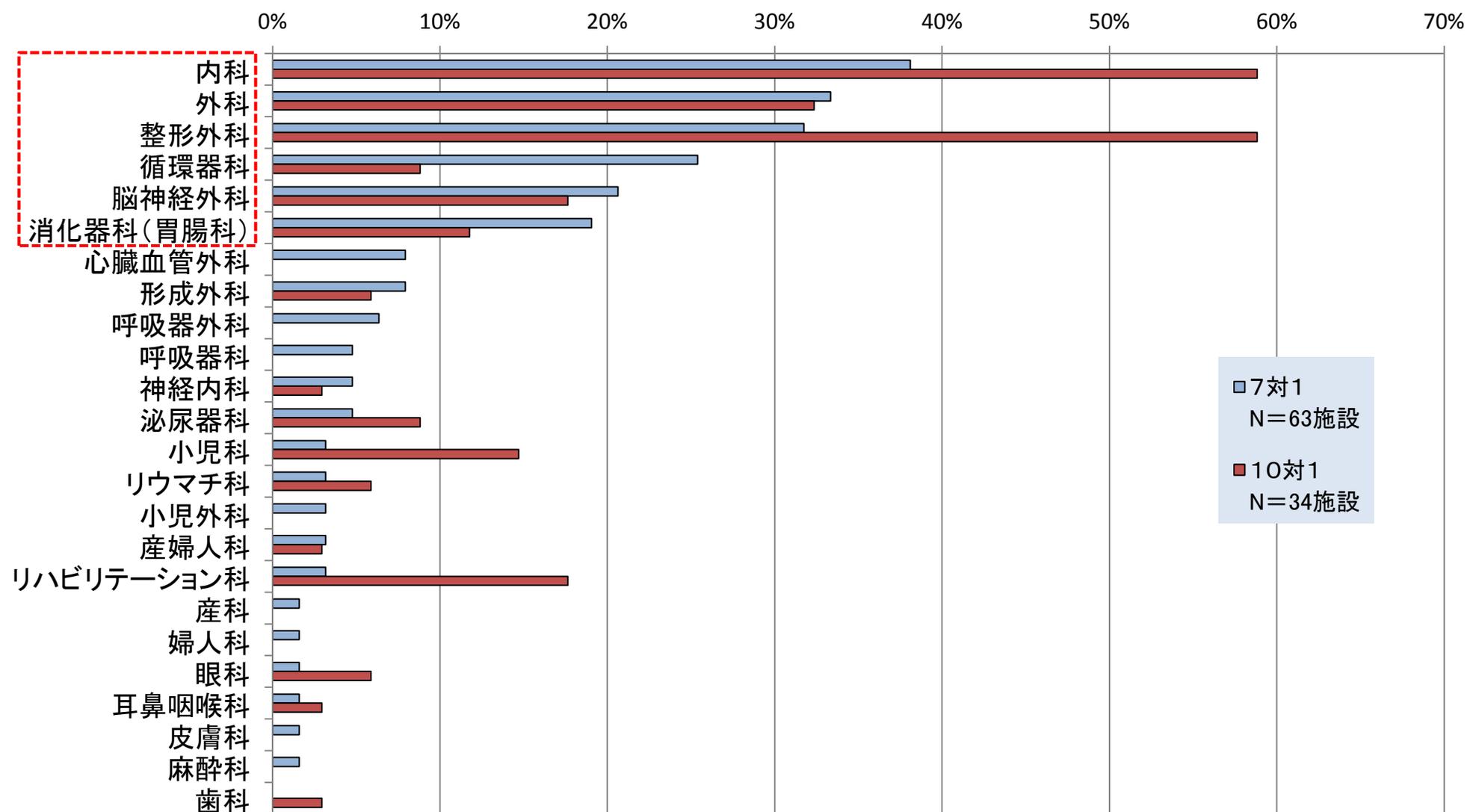
理学療法士を2名(専従と専任を合計した数)以上配置している7対1、10対1病棟の新入院患者における主たる疾患の割合



・理学療法士を2名以上配置している病棟は、「循環器系の疾患」、「新生物」、「消化器系の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「呼吸器系の疾患」の患者を多くみている病棟が多い。

(参考)理学療法士を配置している病棟の特徴②

理学療法士を2名(専従と専任を合計した数)以上配置している7対1、10対1病棟の主な診療科(最も近似する診療科を3つまで)の割合



・理学療法士を2名以上配置している病棟の主な診療科目は、「内科」、「外科」、「整形外科」、「循環器科」、「脳神経外科」、「消化器科(胃腸科)」が多い。

早期リハビリテーションの充実における課題と論点

－急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止－

【課題】

- 入院中にADLが低下した患者は、7対1病院で約3.7%、10対1病院で約4.1%存在する。
- 入院時にADLが自立している患者の場合、在院日数が長いほど退院時にADLが低下している値が大きい。また、65歳以上の患者の方がADLの変化が大きい。
- 早期からのリハビリテーションによりADLが改善する報告や、理学療法士の病棟配置により、入院患者のADLの向上、入院日数の短縮につながったという報告があるが、専従理学療法士の病棟配置状況は、7対1病棟で2.1%、10対1病棟で6.1%にとどまっている。
- 理学療法士を2名以上配置している病棟は、「循環器系の疾患」、「新生物」、「消化器系の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「呼吸器系の疾患」の患者を多くみている病棟が多い。

【入院医療等分科会とりまとめ】

1. 一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し
(3)その他の指標について
②救急搬送される患者に高齢者が増えていることを踏まえ、急性期病棟におけるADLの低下や関節拘縮等の予防、そのための早期からのリハビリテーション等による介入ができる体制整備が必要である。ただし、リハビリテーションの実施により、かえって入院期間が長期化してしまうことのないような規定を設けた上で、評価する指標を検討する必要がある。

【論点】

- ADLの低下防止を目的として、リハビリテーションの設備と人材を有する医療機関において、循環器系の疾患、新生物、消化器系の疾患等の患者が多く、65歳以上の患者が●割以上の急性期病棟(7対1、10対1病棟)に理学療法士等のリハビリテーションの専門職を配置した場合の評価についてどのように考えるか。
- また、リハビリテーションの専門職を配置した病棟(7対1、10対1病棟)では、例えば「入院時に比べ退院時にADLが低下した者の割合が●%以下」等の具体的数値目標を評価の要件とすることについて、どのように考えるか。

1. 早期リハビリテーションの充実

1) 急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止

2) 外来のリハビリテーションにおける初期加算、早期加算

3) 運動器リハビリテーションの外来への早期移行

2. 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

3. 廃用症候群の評価の見直し

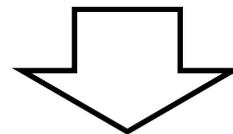
4. 維持期リハビリテーションについて

早期リハビリテーションの充実における課題と論点

－外来リハビリテーションにおける初期加算、早期加算－

【課題】

- 発症早期からのリハビリテーションについては「リハビリテーション初期加算(14日まで)」と「早期リハビリテーション加算(30日まで)」で評価されているが、算定は入院中の患者に限定される。
- 一方、リハビリテーションの計画は入院・外来の区別無く作成されている。
- 介護報酬では、施設・通所にかかわらず短期の集中的なリハビリテーションを評価している。
- また、これまで医療機関の連携を推進するため、救急患者については、紹介と受入の両方を評価している。



【論点】

- 初期加算・早期加算について、地域連携診療計画管理料の対象となっている大腿骨頸部骨折及び脳卒中に限り、退院後、外来でも当該加算を算定可能とし(ただし、算定日数は入院と外来での算定日数を通算したものとする)、入院と外来のリハビリテーションが別の医療機関で行われる場合は、外来リハビリテーションを提供する医療機関へ早期に紹介した場合を評価することについてどのように考えるか。

リハビリテーションの充実

平成24年
診療報酬改定

早期リハビリテーションの評価

➤ 発症早期より開始するリハビリテーションは有効性が高いことから、疾患別リハビリテーションの早期加算の評価体系を見直し、早期のリハビリテーションの充実を図る。

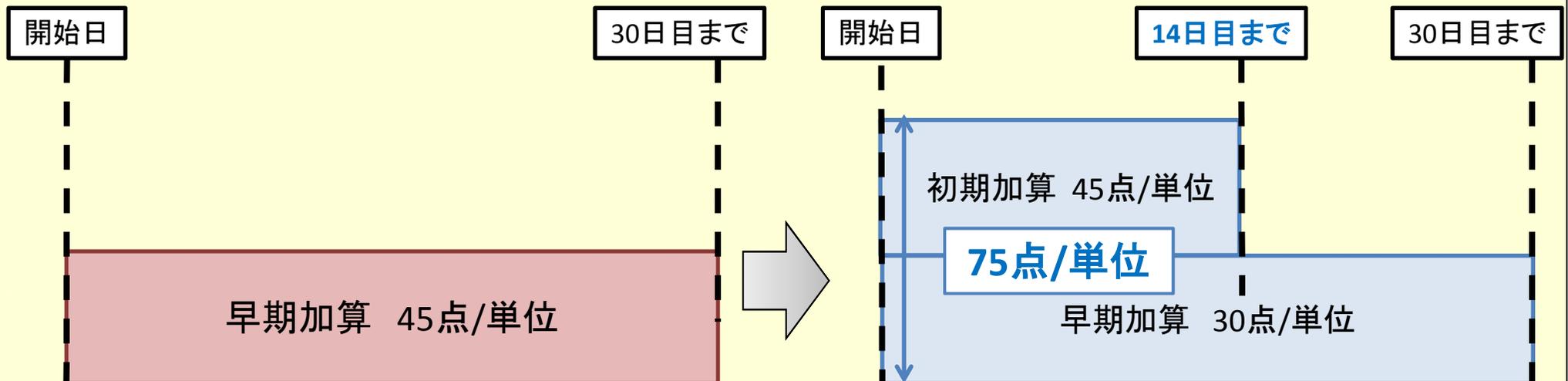
(新) リハビリテーション初期加算 45点 (14日目まで)

(改) 早期リハビリテーション加算 45点 → 30点 (30日目まで)

- リハビリテーション初期加算はリハビリテーション科の常勤医師が勤務している場合に算定できる。
- リハビリテーション初期加算と早期リハビリテーション加算は併算定可能。
- 算定は入院中の患者に限定。

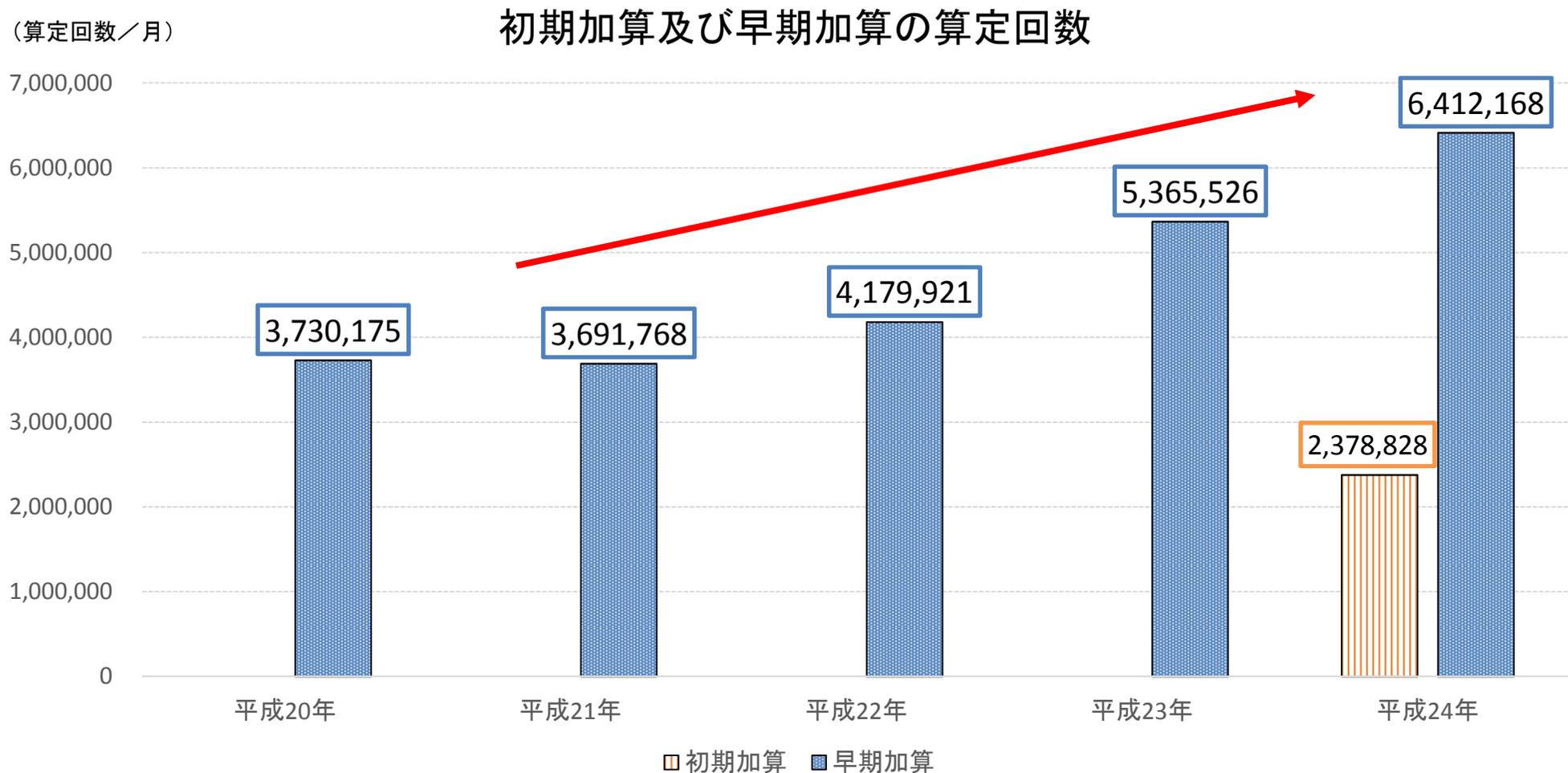
【現行】

【改定後】



疾患別リハビリテーションの初期加算・早期加算は、入院中の患者に限られる。

疾患別リハビリテーションにおける初期加算・早期加算の算定状況



・初期加算・早期加算の算定回数は、年々増加している。

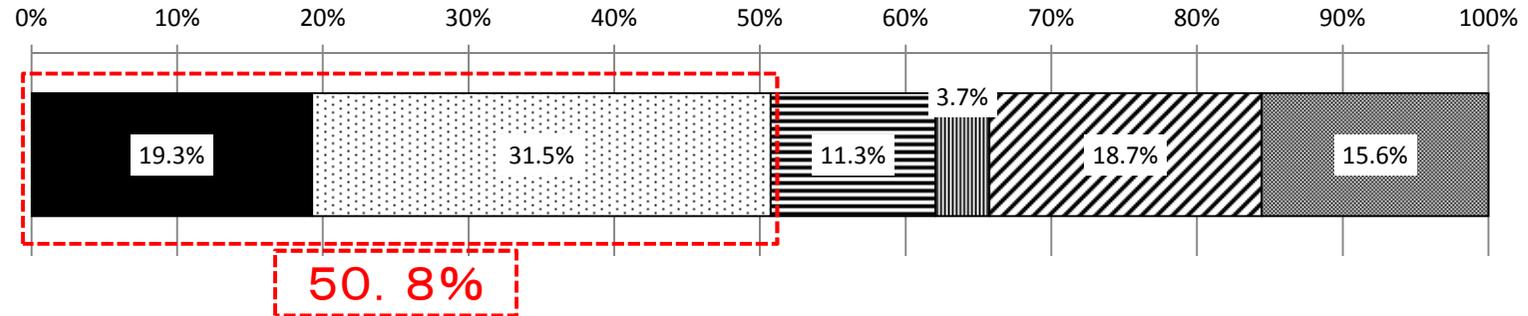
初期加算の効果

初期加算の効果

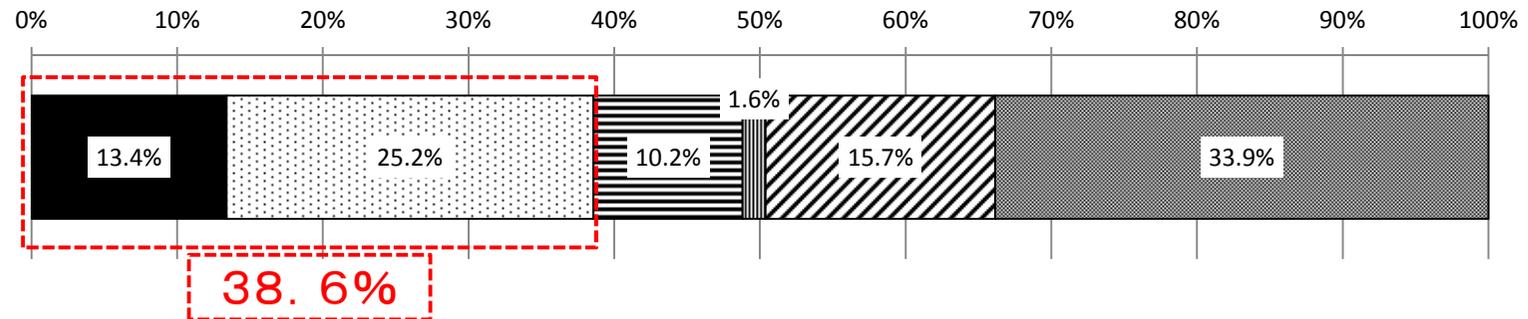
質問内容：

初期加算の導入により、より早い時期からリハビリテーションが開始されるようになった。
または早期にリハビリテーションを開始される患者が増えたなど、主観的な評価として質問

【病院】
(n=540)



【診療所】
(n=127)



■非常に効果があった □まあまあ効果があった ▣あまり効果はなかった ▤まったく効果はなかった ▥どちらともいえない ■無回答

・初期加算の効果について、「非常に効果があった」、「まあまあ効果があった」の合計は、病院で50.8%、診療所で38.6%であった。

地域連携診療計画管理料の概要

地域連携診療計画管理料の概要	
評価内容	<p>・<u>転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、計画管理病院が、あらかじめ地域連携診療計画を作成し、治療等を担う別の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、患者に対して、入院時に当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、文書により提供するとともに、当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等に患者に係る診療情報を文書により提供した場合に算定</u></p> <p>※<u>介護サービス事業所…介護老人保健施設、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所</u></p>
対象疾患	<p>・<u>大腿骨頸部骨折</u>（大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合）</p> <p>・<u>脳卒中</u>（急性発症又は急性増悪した脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の治療を実施している場合）</p>
点数	900点（転院時又は退院時に1回）

・地域連携診療計画管理料では、大腿骨頸部骨折と脳卒中のパスの評価を行っており、リハビリテーションの地域連携も含まれている。

(参考)介護報酬における短期集中リハビリテーション実施加算について

短期集中リハビリテーション実施加算の概要			
介護 保険 サービス	介護老人保健施設	通所リハビリテーション	
	【イメージ】 医療機関、家庭 等から入所	老健	自宅
	施設サービス	通所サービス	
評価 内容	・医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が集中的にリハビリテーション(20分以上の個別リハビリテーション)を行った場合		・医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が集中的にリハビリテーション(20分以上の個別リハビリテーション)を行った場合
算定 期間	入所日から3月以内		退院(所)日又は認定日から 1月以内
主な 算定 要件	週3日以上: 20分以上の個別リハビリテーションを実施		週2回以上 1回40分以上の個別リハビリテーションの実施
			週2回以上 1回20分以上の個別リハビリテーションの実施
点数	240単位(1日につき)		リハビリテーションマネジメント加算※を算定
			120単位(1日につき)
			60単位(1日につき)

※リハビリテーション実施計画を策定し、月4回以上の通所した場合に算定

・介護報酬では、施設・通所にかかわらず短期の集中的なリハビリテーションを評価している。

地域連携の推進に関する評価の例 救急搬送患者の地域連携

平成24年
診療報酬改定

- 救急搬送患者地域連携紹介加算、受入加算の引き上げを行うとともに、
- ① 対象とする患者の要件を入院5日以内から7日以内に拡大、
 - ② 療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料で受入加算を算定可能とする、
 - ③ 紹介加算、受入加算いずれか1つのみ届出可能であったものを、同一医療機関で紹介加算、受入加算の双方を届出可能とすることとし、救急搬送患者の早期の転院支援を一層推進する。

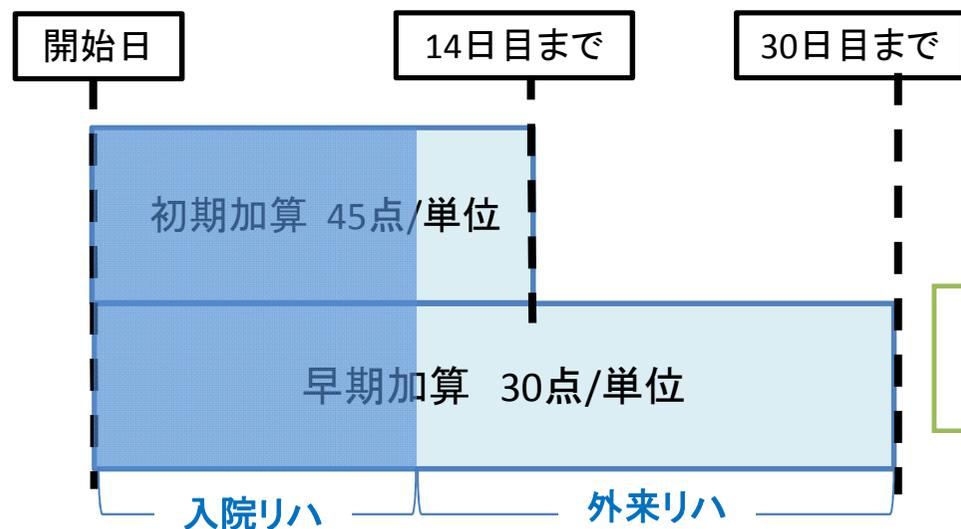
(改) 救急搬送患者地域連携紹介加算 500点→1,000点

(改) 救急搬送患者地域連携受入加算 1,000点→2,000点

・紹介と受入の両方を評価することにより、医療機関の連携を進めることとしている。

外来のリハビリテーションへの早期移行に向けた評価について(案)

現行



入院中のみ算定可能

今後のイメージ

開始日 14日目まで 30日目まで

入院リハと外来リハが同一医療機関の場合

初期加算 45点/単位

早期加算 30点/単位

入院リハ

外来リハ

入院・外来にかかわらず算定

入院リハと外来リハが別の医療機関の場合

初期加算 45点/単位

早期加算 30点/単位

入院リハ

外来リハ

他院外来への紹介を評価

他院外来でも初期加算・早期加算の残り日数を算定可。

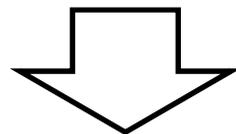
・外来でも初期加算・早期加算を算定可能とし、さらに、リハビリテーションの計画を共有した上で、他院外来へ紹介した場合も評価することにより、早期の外来リハビリテーションへの移行を目指す。

早期リハビリテーションの充実における課題と論点

－外来リハビリテーションにおける初期加算、早期加算－

【課題】

- 発症早期からのリハビリテーションについては「リハビリテーション初期加算(14日まで)」と「早期リハビリテーション加算(30日まで)」で評価されているが、算定は入院中の患者に限定される。
- 一方、リハビリテーションの計画は入院・外来の区別無く作成されている。
- 介護報酬では、施設・通所にかかわらず短期の集中的なリハビリテーションを評価している。
- また、これまで医療機関の連携を推進するため、救急患者については、紹介と受入の両方を評価している。



【論点】

- 初期加算・早期加算について、地域連携診療計画管理料の対象となっている大腿骨頸部骨折及び脳卒中に限り、退院後、外来でも当該加算を算定可能とし(ただし、算定日数は入院と外来での算定日数を通算したものとする)、入院と外来のリハビリテーションが別の医療機関で行われる場合は、外来リハビリテーションを提供する医療機関へ早期に紹介した場合を評価することについてどのように考えるか。

1. 早期リハビリテーションの充実

1) 急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止

2) 外来のリハビリテーションにおける初期加算、早期加算

3) 運動器リハビリテーションの外来への早期移行

2. 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

3. 廃用症候群の評価の見直し

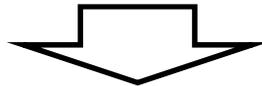
4. 維持期リハビリテーションについて

早期リハビリテーションの充実における課題と論点

ー運動器リハビリテーションの外来への早期移行ー

【課題】

- 運動器リハビリテーション I の算定対象者は、入院患者に限定されている。
- 運動器疾患の加療のため入院した患者も、在院日数は障害の部位によりそれぞれ異なり、短期間(1週間以内)で退院する患者も一定程度みられる。
- リハビリテーションの計画は入院・外来の区別なく作成され、退院後も外来で一連のリハビリテーションとして行われている。



【論点】

○運動器リハビリテーション料 I について、リハビリテーションの実施状況を踏まえ、他の疾患別リハビリテーションと同様、外来患者についても算定可能とすることについて、どのように考えるか。

運動器リハビリテーションの施設基準等について

		運動器リハビリテーション		
		(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)
点数		175点	165点	80点
	要介護被保険者等の場合	158点	149点	80点
人員配置	医師	専任の常勤 1名		
	PT/OT等	PT・OTのいずれか又は合わせて4名以上	① PT:2名以上 ② OT:2名以上 ③ PT・OT 各1名以上 ①②③のいずれかを満たすこと	① PT:1名以上 ② OT:1名以上 ①②のいずれかを満たすこと
設備		病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上	病院・診療所: 45㎡以上	
対象患者		①上・下肢の複合損傷, 脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者 ②関節の変性疾患, 関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により, 一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者 <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> ※運動期リハビリテーションⅠは入院中のみ、算定可 (心大血管疾患、脳血管疾患等、呼吸器リハビリテーションは入院・外来区別なく算定可) </div>		
算定日数上限		150日		

運動器リハビリテーションの評価

大腿骨頸部骨折の手術後等における運動器リハビリテーションについては、発症あるいは術後早期からの集中的なリハビリテーションが重要であることから、より充実した人員配置を評価した新たな区分を新設する。

① 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）**175点（1単位につき）**

[算定要件]

入院中の患者に対し、急性期のリハビリテーションを個別に20分以上提供した場合に算定する。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士が合わせて4名以上勤務していること。

(運動器疾患の部位別)在院日数の分布について①

◆調査概要◆

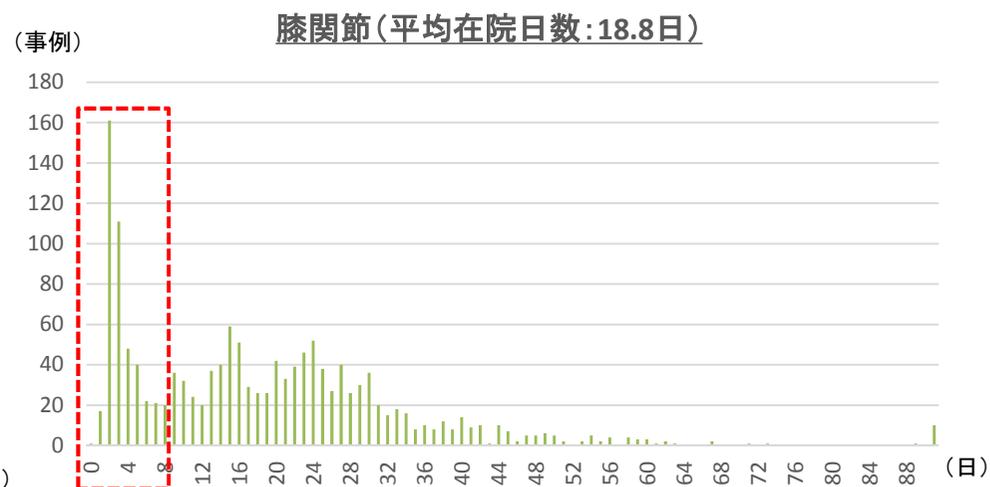
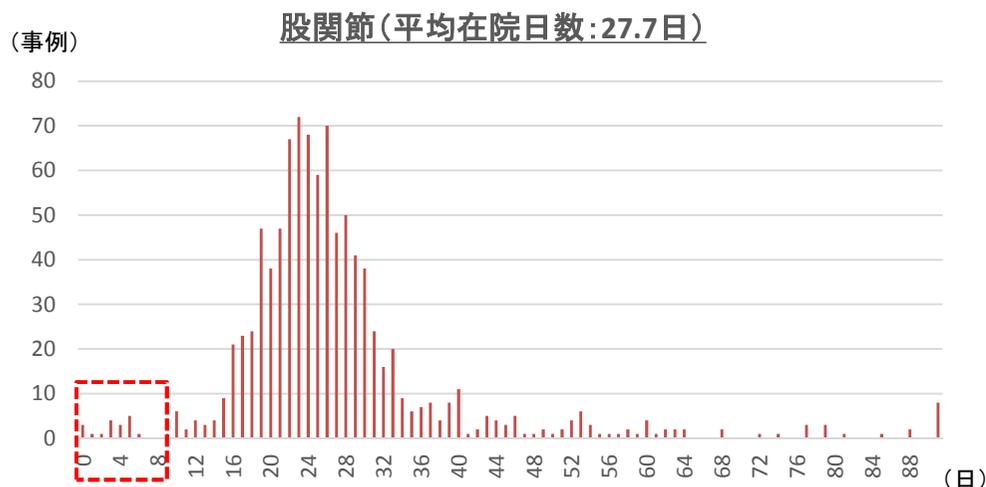
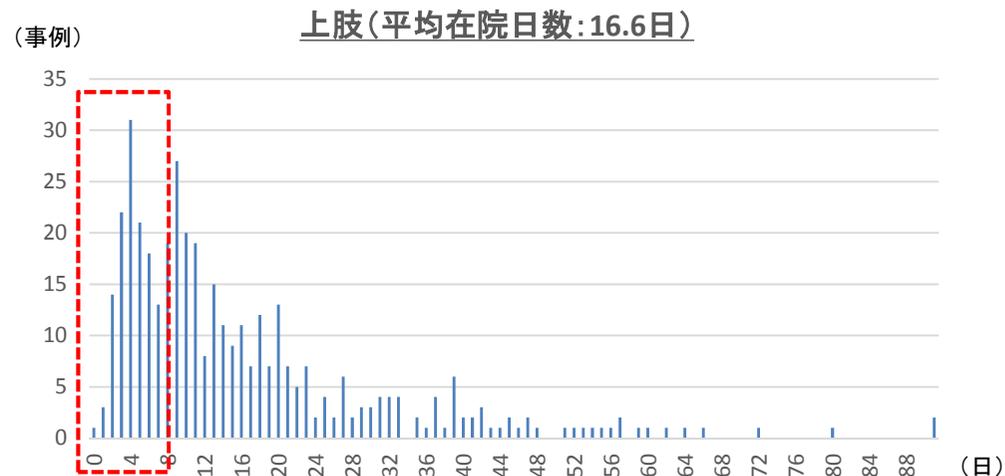
対象:

運動器リハ算定事例 n=5,747 (手術の有無の区別無し)

上肢 : 400事例
 股関節 : 950事例
 膝関節 : 1,463事例
 下腿・足関節 : 476事例
 脊椎 : 1,285事例
 骨盤 : 212事例
 大腿骨 : 961事例

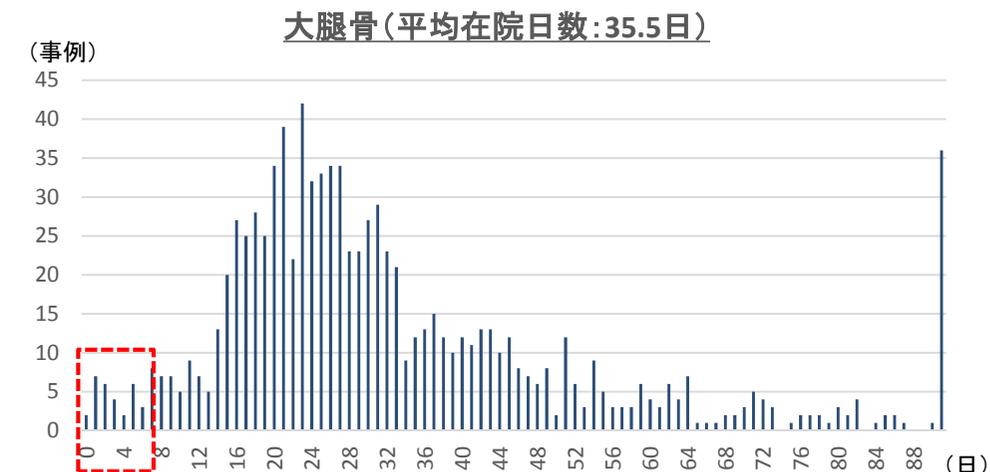
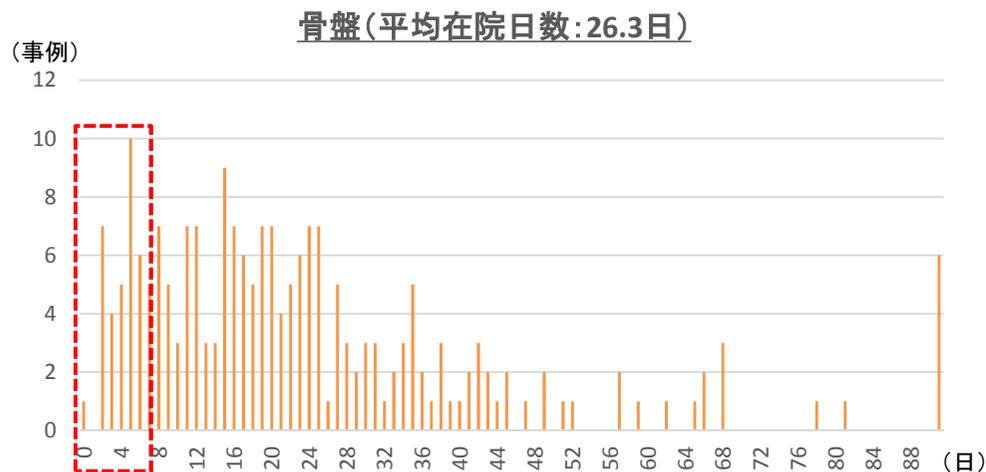
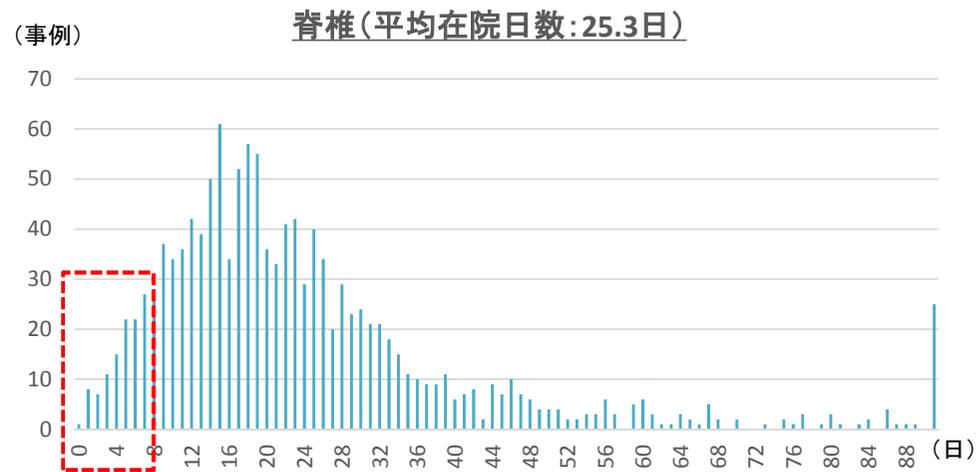
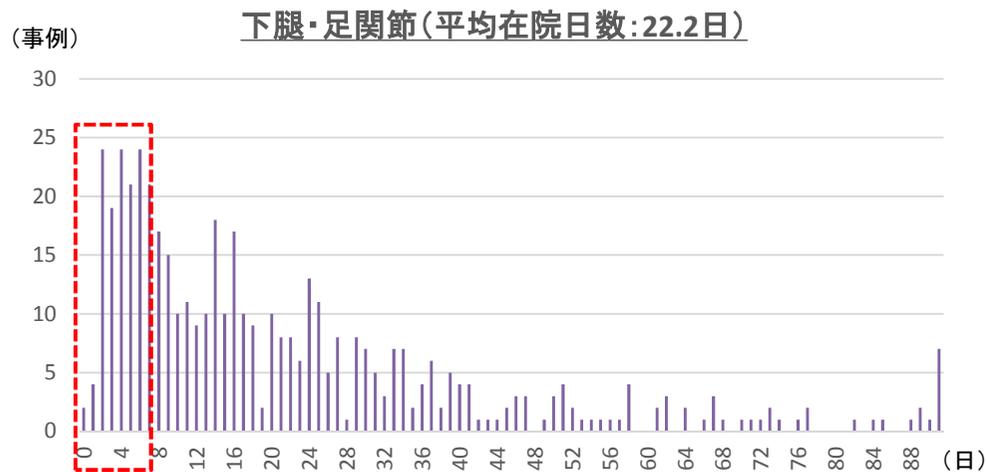
対象期間:

平成20年4月から平成25年10月



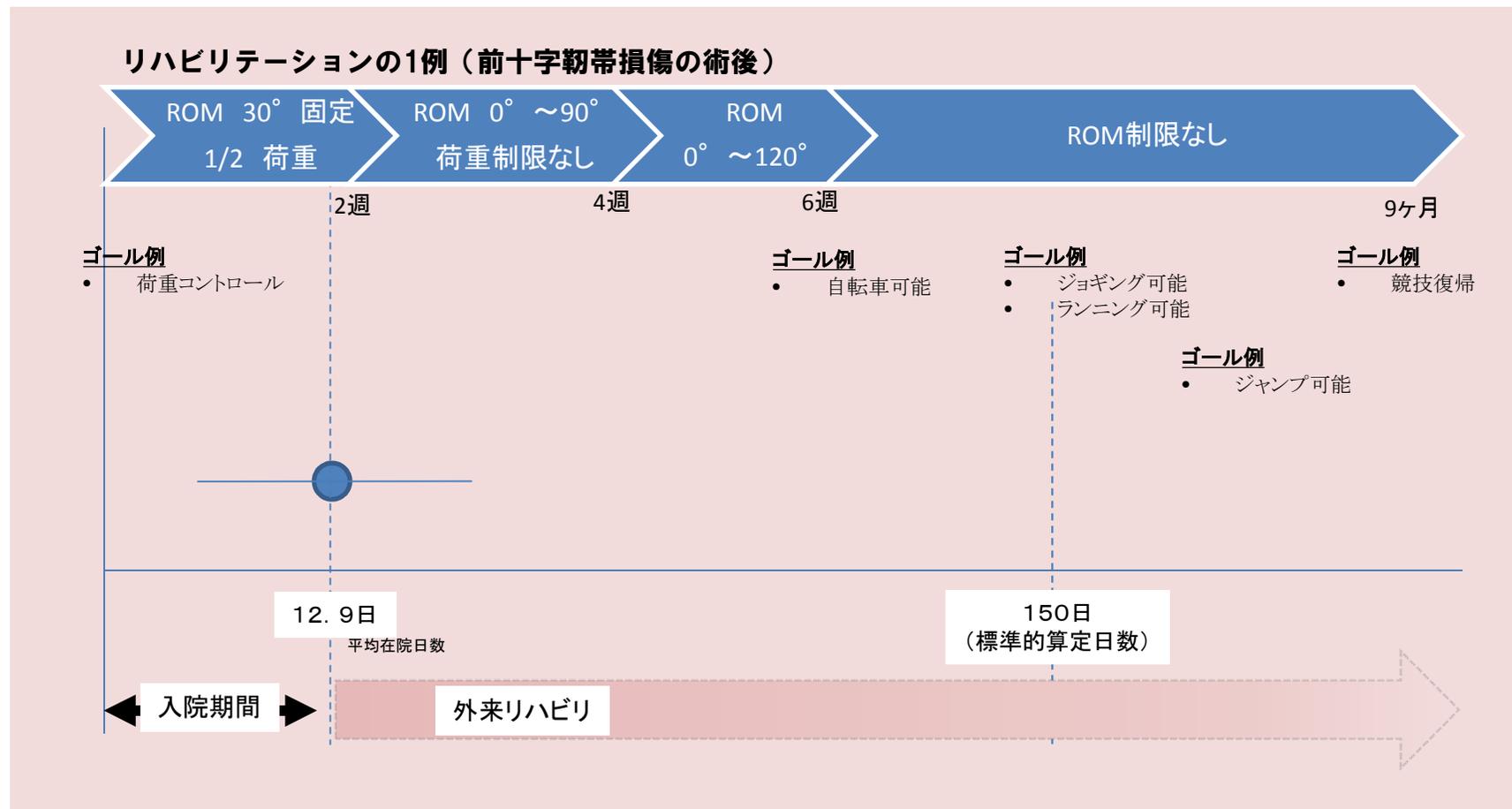
・運動器疾患の部位別にみると、一週間以内に退院している患者も一定程度いる。

(運動器疾患の部位別)在院日数の分布について②



・運動器疾患の部位別にみると、一週間以内に退院している患者も一定程度いる。

リハビリテーションの事例：
スポーツ復帰を目指したリハビリテーション（前十字靭帯損傷の術後）



※1: 参考にしたリハビリテーション: 臨床スポーツ医学編集委員会「スポーツ外傷・障害の理学診断理学療法ガイド」文光堂 2003年

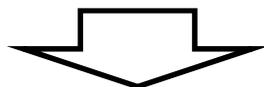
※2: 平均在院日数は、**前十字靭帯損傷n=314例**に基づく(日本理学療法士協会 調べ)

・リハビリテーションは、入院・外来の区別なく作成されており、退院後も、入院のリハビリテーションと同様の機能改善を目的とした治療の継続が必要とされている。

早期リハビリテーションの充実における課題と論点 －運動器リハビリテーションの外来への早期移行－

【課題】

- 運動器リハビリテーション I の算定対象者は、入院患者に限定されている。
- 運動器疾患の加療のため入院した患者も、在院日数は障害の部位によりそれぞれ異なり、短期間(1週間以内)で退院する患者も一定程度みられる。
- リハビリテーションの計画は入院・外来の区別なく作成され、退院後も外来で一連のリハビリテーションとして行われている。



【論点】

○運動器リハビリテーション料 I について、リハビリテーションの実施状況を踏まえ、他の疾患別リハビリテーションと同様、外来患者についても算定可能とすることについて、どのように考えるか。

1. 早期リハビリテーションの充実

- 1) 急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止
- 2) 外来のリハビリテーションにおける初期加算、早期加算
- 3) 運動器リハビリテーションの外来への早期移行

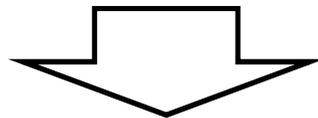
2. 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

3. 廃用症候群の評価の見直し
4. 維持期リハビリテーションについて

回復期リハビリテーション病棟入院料の見直しにおける課題と論点

【課題】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1は、病棟専任医師1名の配置が要件となっているが、病棟専従の医師を配置している病棟では、ADLがより向上することが明らかになっている。一方、回復期リハビリテーション病棟入院料1において、専従の医師を配置している病棟は38.1%である。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1は、病棟専任社会福祉士等1名の配置が要件となっているが、病棟専従の社会福祉士を配置している病棟では、平均在院日数が短縮することが明らかになっている。一方、回復期リハビリテーション病棟入院料1において、専従の社会福祉士を配置している病棟は66.1%である。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している病棟において、休日リハビリテーション提供体制加算を算定していない医療機関が29.1%存在する。



【論点】

- 患者の早期機能回復、早期退院を促すため、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟において、病棟への専従の医師配置、病棟への専従の社会福祉士の配置を行った場合の評価について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟において、リハビリテーション充実のため、休日リハビリテーション提供体制加算を包括し要件とすることについて、どのように考えるか。

回復期リハビリテーション病棟入院料について

	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2	回復期リハビリテーション 病棟入院料3
看護配置	13対1以上	15対1以上	15対1以上
看護補助者の 配置	30対1以上	30対1以上	30対1以上
その他の職種の 配置	専任医師1名以上 専従理学療法士3名以上、 専従作業療法士2名以上、 専従言語聴覚士1名以上、 専任社会福祉士等1名以上	専任医師1名以上、 専従理学療法士2名以上、 専従作業療法士1名以上	専任医師1名以上 専従理学療法士2名以上、 専従作業療法士1名以上
新規入院患者	重症患者が3割以上 看護必要度A項目1点以上の患者が 1割5分以上	重症患者が2割以上	—
在宅復帰率	7割以上	6割以上	6割以上
重症患者の退院時 日常生活機能評価	4点以上改善している患者が3割以上	3点以上改善している患者が3割以上	—
その他	病棟単位で届出 (回りハ3と併存不可)	病棟単位で届出 (回りハ3と併存不可)	病棟単位で届出 (新規以外、回りハ1・2と併存不可)
点数	1,911点	1,761点	1,611点

※重症の患者：日常生活機能評価で10点以上の患者

＜参考＞ 日常生活機能評価表

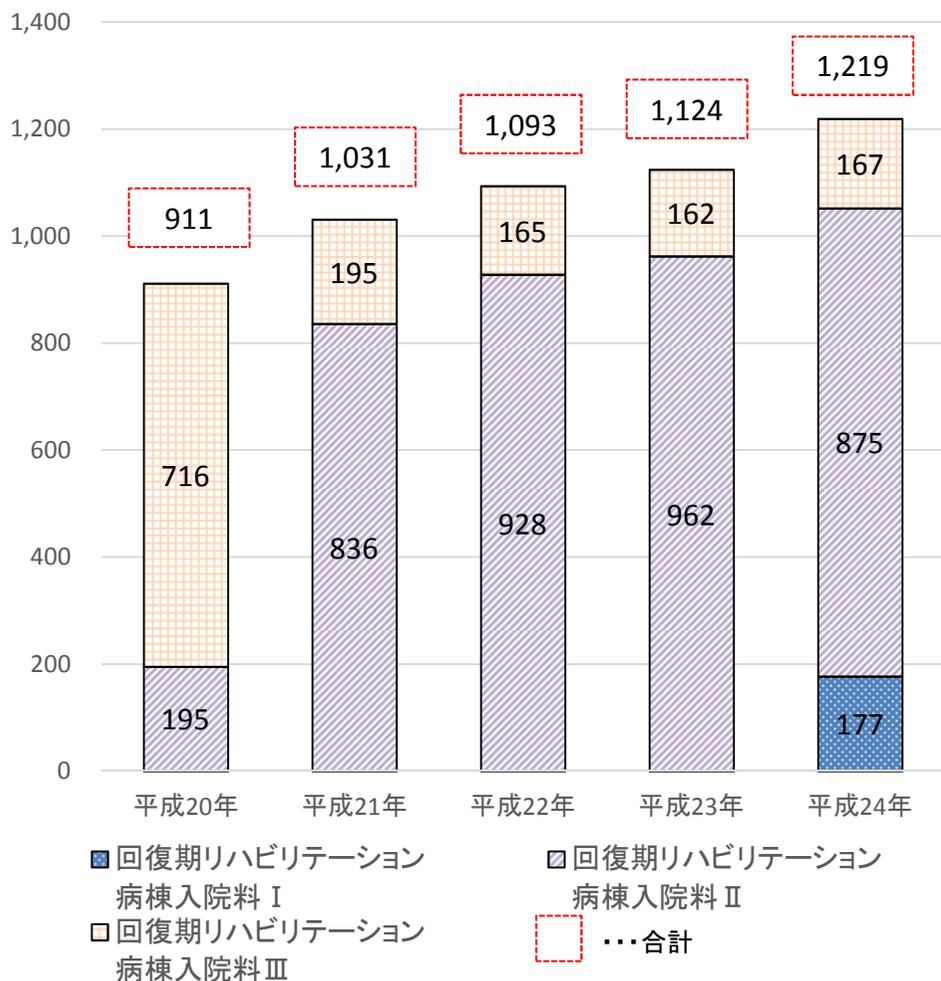
患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔清掃	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	全介助
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	な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

* 得点:0～19点

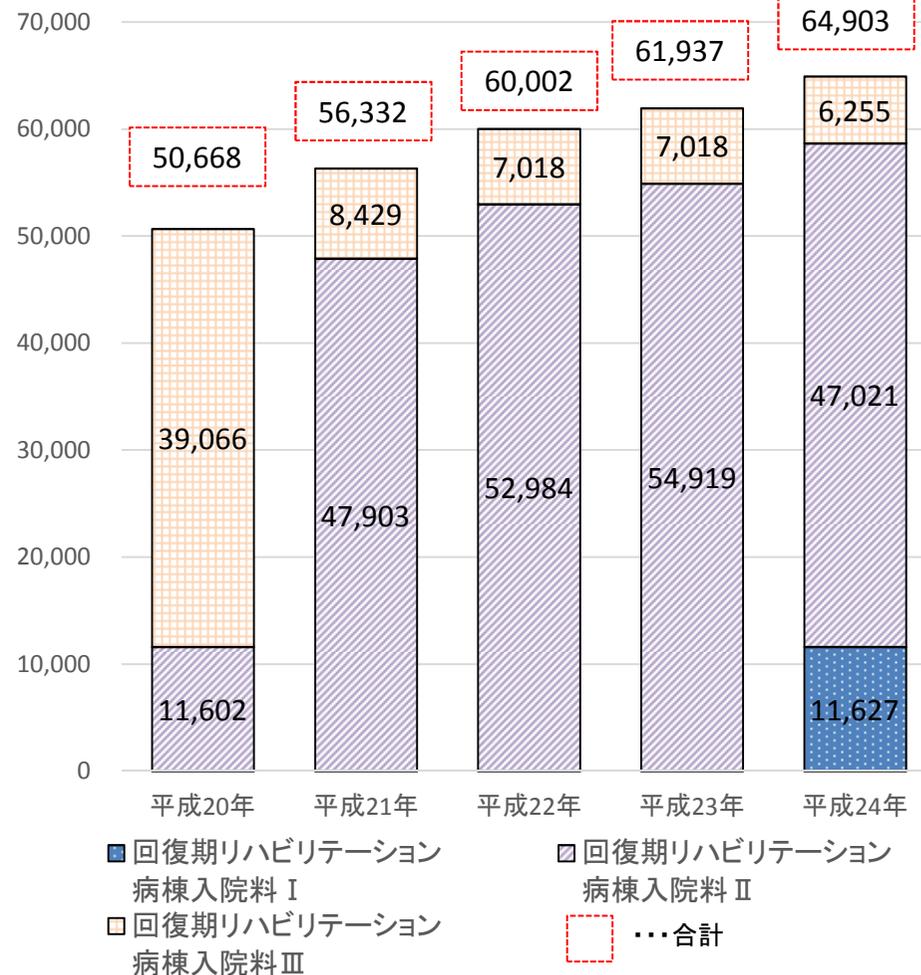
* 得点が低いほど、生活自立度が高い。

回復期リハビリテーション病棟入院料届出医療機関数及び病床数の推移

届出医療機関数の推移



届出病床数の推移

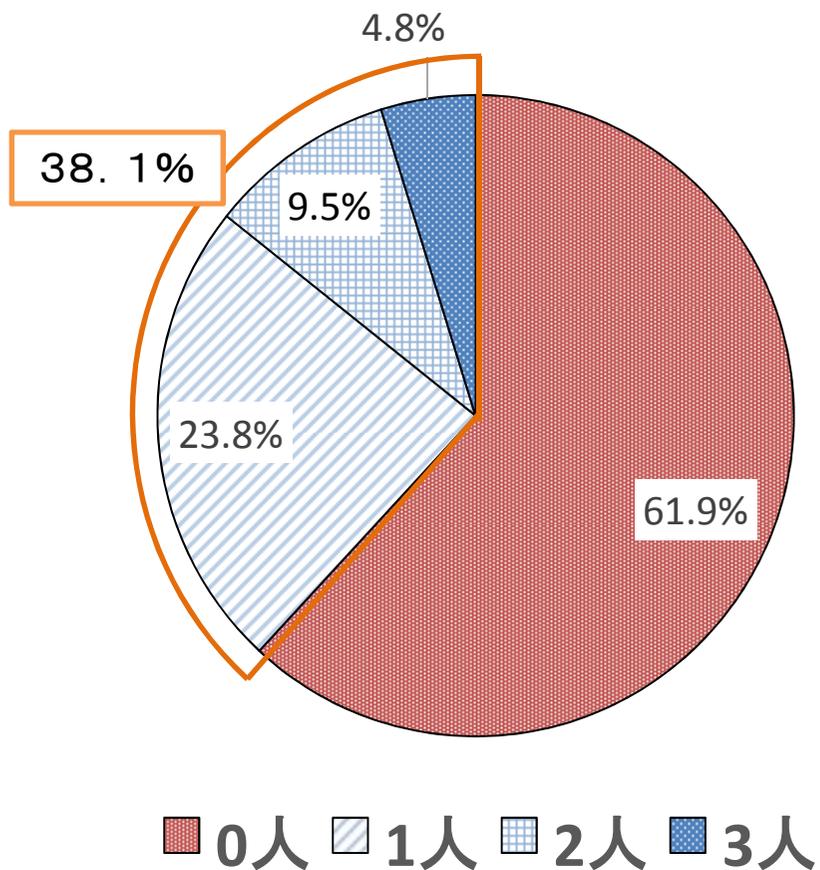


※平成20年から21年における届出医療機関数の推移について：
平成20年4月より在宅復帰率・重症患者の受入割合等に着目し、病棟ごとの質に応じた診療報酬上の評価を開始。要件を満たした医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅱの届出を行っている。

回復期リハビリテーション病棟1における専従医師の配置状況

N=42病棟

回復期リハビリテーション病棟入院料1における
(専従)医師の配置状況



専従:原則として当該病棟の業務のみに従事する者

・回復期リハビリテーション病棟1において、専従の医師を配置している病棟は38.1%である。

回復期リハビリテーション病棟における専従医師の配置の効果

専従医師の配置の有無による退棟時の患者※の日常生活機能評価の改善点数(入棟時との比較)の分布

専従医師あり
(30病棟・185人)

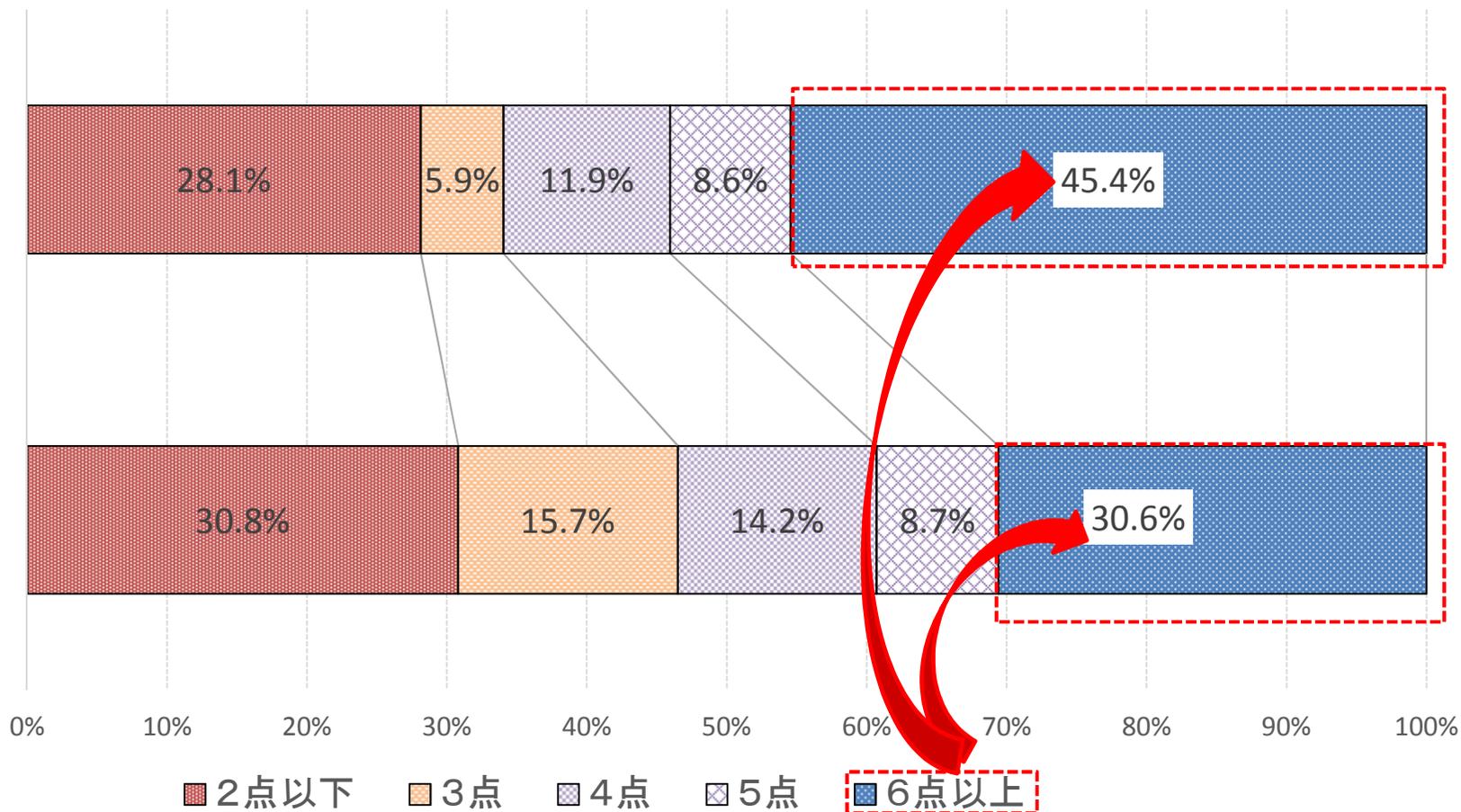
30病棟の内訳

入院料1: 15病棟、86人
入院料2: 11病棟、87人
入院料3: 4病棟、12人

専任医師のみ
(95病棟・458人)

95病棟の内訳

入院料1: 32病棟、188人
入院料2: 50病棟、223人
入院料3: 13病棟、47人



※入棟時の日常生活機能評価が10点以上の患者を対象

・回復期リハビリテーション病棟は専任医師の配置が要件となっているが、専従医師を配置している病棟は、専任医師を配置している病棟より、退棟時の患者の日常生活機能が改善されている。

回復期リハビリテーション病棟入院料について

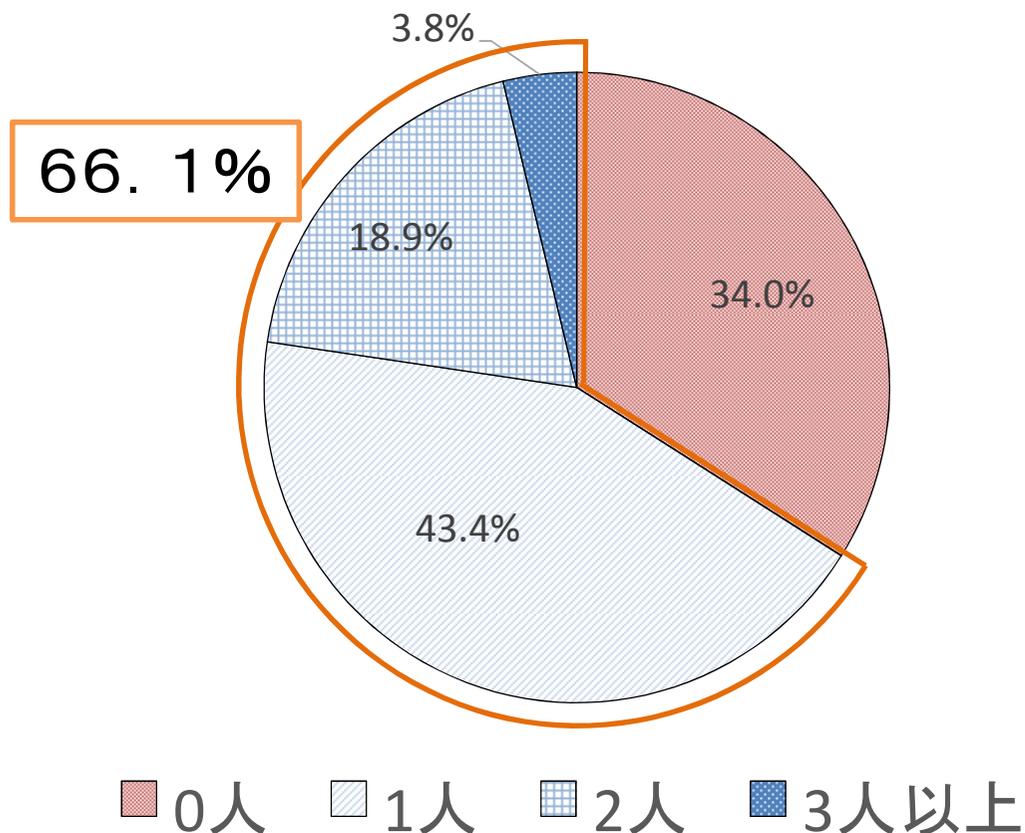
	回復期リハビリテーション 病棟入院料1	回復期リハビリテーション 病棟入院料2	回復期リハビリテーション 病棟入院料3
看護配置	13対1以上	15対1以上	15対1以上
看護補助者の 配置	30対1以上	30対1以上	30対1以上
その他の職種の 配置	専任医師1名以上、 専従理学療法士3名以上、 専従作業療法士2名以上、 専従言語聴覚士1名以上、 専任社会福祉士等1名以上	専任医師1名以上、 専従理学療法士2名以上、 専従作業療法士1名以上	専任医師1名以上、 専従理学療法士2名以上、 専従作業療法士1名以上
新規入院患者	重症患者が3割以上 看護必要度A項目1点以上の患者が 1割5分以上	重症患者が2割以上	—
在宅復帰率	7割以上	6割以上	6割以上
重症患者の退院時 日常生活機能評価	4点以上改善している患者が3割以上	3点以上改善している患者が3割以上	—
その他	病棟単位で届出 (回りハ3と併存不可)	病棟単位で届出 (回りハ3と併存不可)	病棟単位で届出 (新規以外、回りハ1・2と併存不可)
点数	1,911点	1,761点	1,611点

※重症の患者：日常生活機能評価で10点以上の患者

回復期リハビリテーション病棟1における社会福祉士の配置状況

N=53病棟

回復期リハビリテーション病棟入院基本料1における
(専従)社会福祉士の配置状況

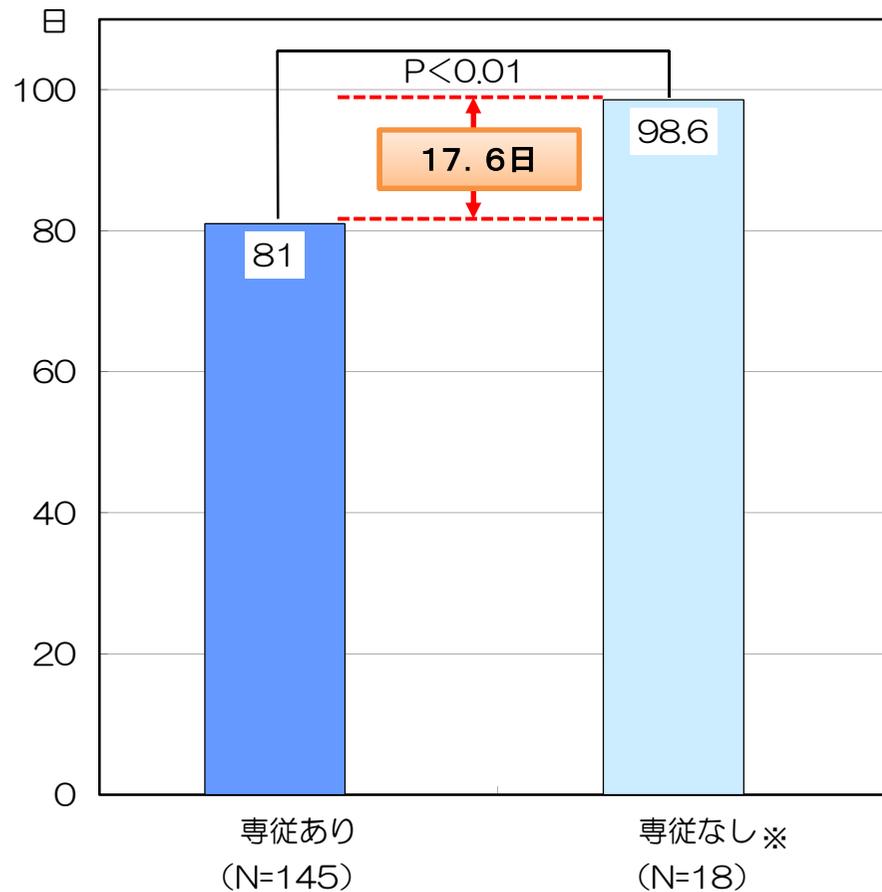


専従:原則として当該病棟の業務のみに従事する者

・回復期リハビリテーション病棟入院料1において、専従の社会福祉士を配置している病棟は66.1%ある。

回復期リハビリテーション病棟における社会福祉士の病棟専従配置の効果 (2013年7月31日 回復期リハビリテーション病棟協会調査)

病棟専従の社会福祉士の有無と平均在院日数
(回復期リハビリテーション病棟入院料1で休日リハビリテーション提供
体制加算、リハビリテーション充実加算ありの病棟)



※専従なし:専任社会福祉士の配置

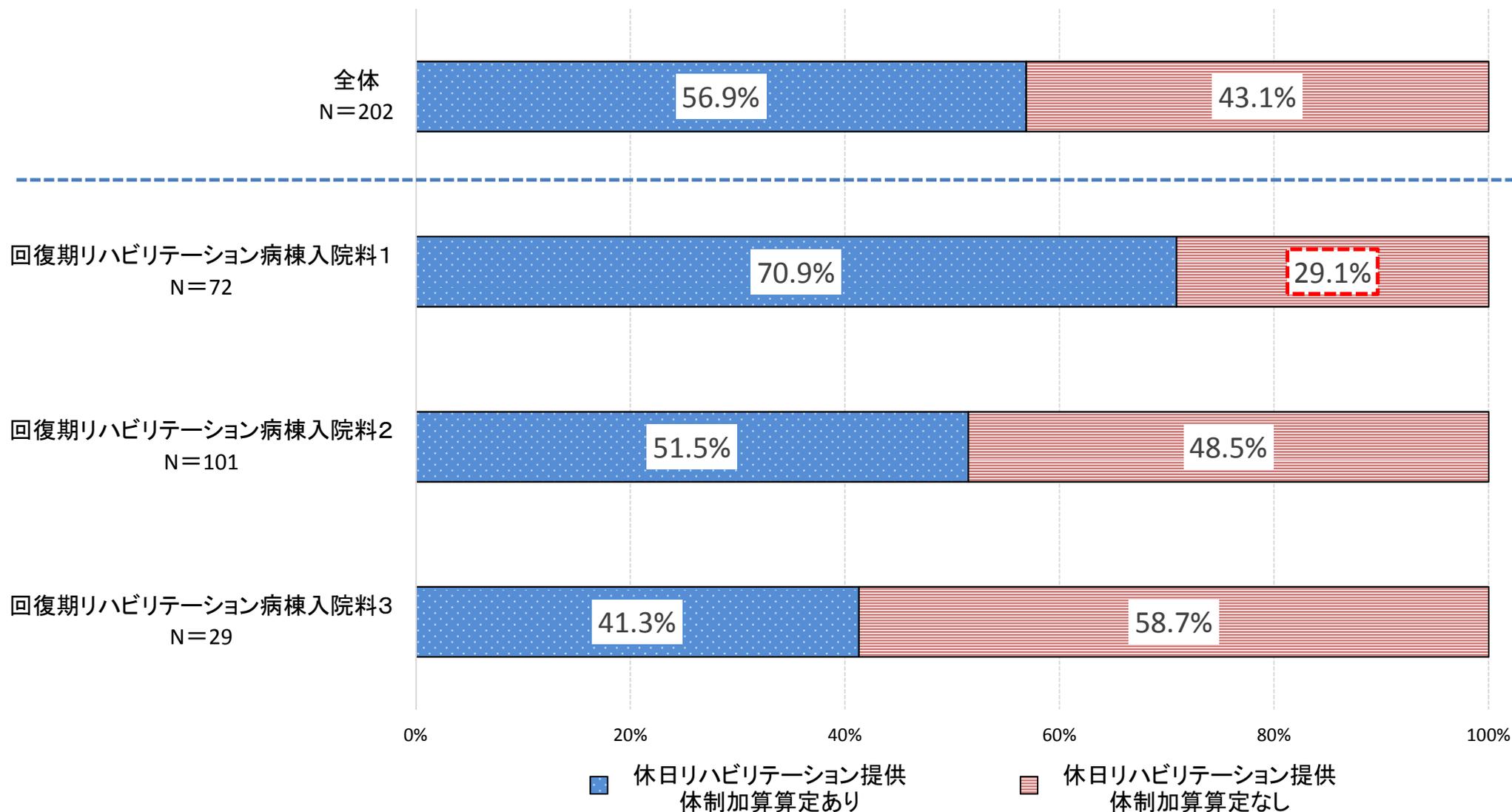
出典:回復期リハビリテーション病棟協会調査
(2013年7月31日)より

・病棟専従の社会福祉士を配置する回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟では、平均在院日数が17.6日短縮している。

休日リハビリテーション提供体制加算の概要

休日リハビリテーション提供体制加算の概要	
評価内容	・入院当初から集中的なリハビリテーションを継続して受けられるよう、休日であっても平日と同様のリハビリテーションの提供が可能な体制をとる保険医療機関を評価
施設基準	<p>①休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えている。 (休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とする)</p> <p>②専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち1名以上がいずれの日においても配置。</p> <p>③看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮する。</p>
点数	60点(患者一人一日につき)

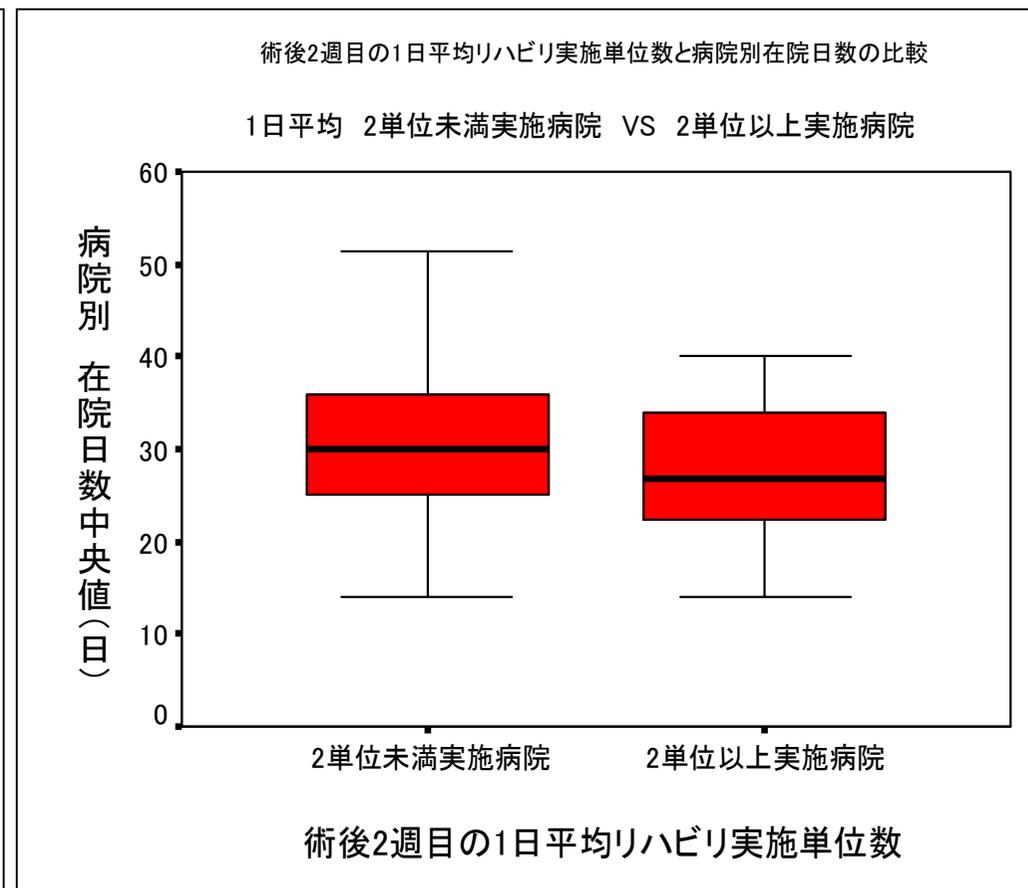
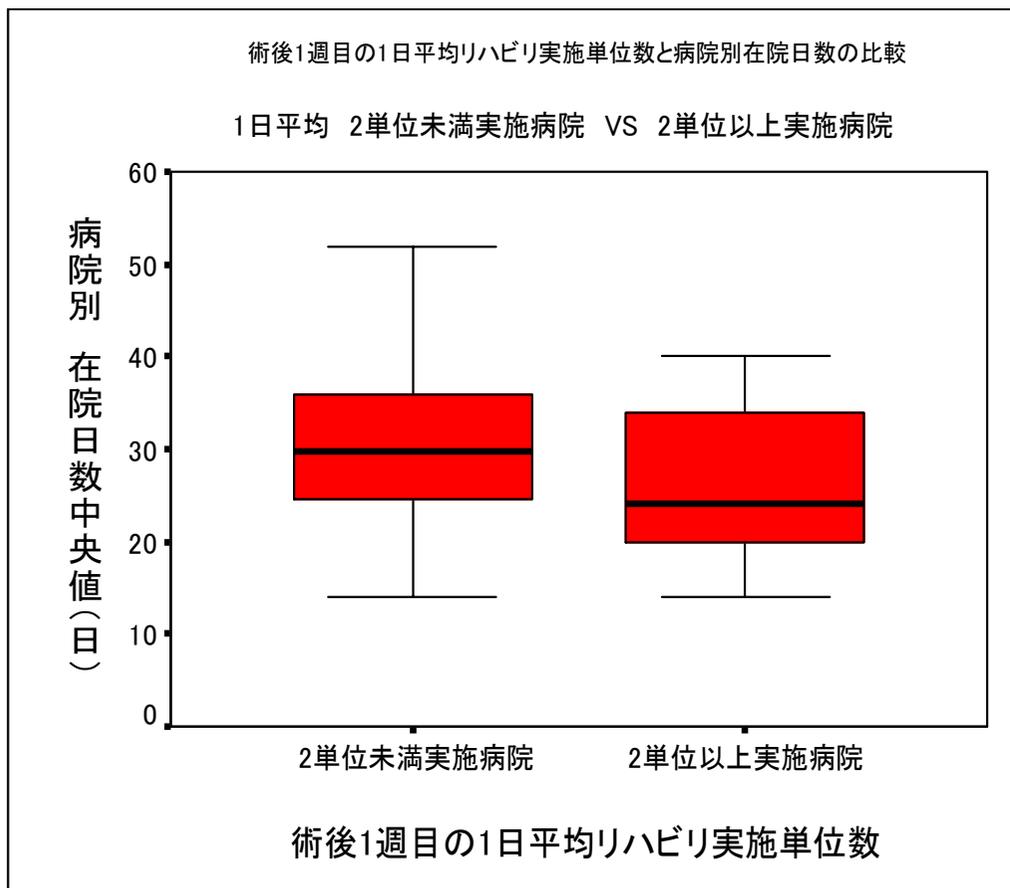
回復期リハビリテーション病棟の加算の算定状況(入院料区分別)



・回復期リハビリテーション病棟入院料1であっても、休日リハビリテーション提供体制加算を算定していない病棟が29.1%を占める。

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

中医協 総 - 1 - 1
2 3 . 1 2 . 7



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	30.7	9.1	0.033
2単位以上	17	25.8	7.9	

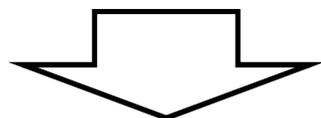
術後2週間目の1日あたり平均リハビリ実施単位数と在院日数

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

回復期リハビリテーション病棟入院料の見直しにおける課題と論点

【課題】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1は、病棟専任医師1名の配置が要件となっているが、病棟専従の医師を配置している病棟では、ADLがより向上することが明らかになっている。一方、回復期リハビリテーション病棟入院料1において、専従の医師を配置している病棟は38.1%である。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1は、病棟専任社会福祉士等1名の配置が要件となっているが、病棟専従の社会福祉士を配置している病棟では、平均在院日数が短縮することが明らかになっている。一方、回復期リハビリテーション病棟入院料1において、専従の社会福祉士を配置している病棟は66.1%である。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している病棟において、休日リハビリテーション提供体制加算を算定していない医療機関が29.1%存在する。



【論点】

- 患者の早期機能回復、早期退院を促すため、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟において、病棟への専従の医師配置、病棟への専従の社会福祉士の配置を行った場合の評価について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟において、リハビリテーション充実のため、休日リハビリテーション提供体制加算を包括し要件とすることについて、どのように考えるか。

1. 早期リハビリテーションの充実

1) 急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止

2) 外来のリハビリテーションにおける初期加算、早期加算

3) 運動器リハビリテーションの外来への早期移行

2. 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

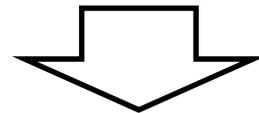
3. 廃用症候群の評価の見直し

4. 維持期リハビリテーションについて

廃用症候群の評価の見直しにおける課題と論点

【課題】

- 廃用症候群に対するリハビリテーションの算定回数は増加傾向であり、脳血管疾患等リハビリテーションを算定する新規患者数に対する新規廃用症候群患者数の割合が5割を超える医療機関は41.7%となっている。
- 廃用症候群の理由は手術後が約3割、手術以外が約7割を占める。このうち、手術後については、心大血管、運動器、呼吸器術後が入院で29%、外来で38%を占める。また、手術以外については、呼吸器系、循環器系、筋骨格系割合が59%を占める。
- 廃用症候群の原因疾患と各疾患別リハビリテーションの対象患者を比べると、本来疾患別リハビリテーションを算定すべき患者が、廃用症候群を算定していることも想定される。
- 廃用症候群に係る評価表、廃用症候群に係る実績報告書には、廃用症候群以外の疾患別リハビリテーション料が適用にならない理由を記載する欄が設けられていないため、廃用症候群に対するリハビリテーションとして適切に算定されているか検証することが困難である。



【論点】

○そもそも廃用症候群はその予防が重要であること、また、廃用症候群以外のリハビリテーション料を算定することが可能な場合は、当該リハビリテーション料を算定すべきであることから、廃用症候群に対するリハビリテーションを実施する場合には、それ以外のリハビリテーション料が適用にならない理由の記載欄を評価表や実績報告書に設け、その適用を厳格化することについてどのように考えるか。

脳血管疾患等リハビリテーションの主な施設基準等について

		脳血管疾患等リハビリテーション		
		(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)
点数	廃用症候群以外の場合	245点	200点	100点
	廃用症候群の場合	235点	190点	100点
	要介護被保険者等で廃用症候群以外の場合	221点	180点	90点
	要介護被保険者等で 廃用症候群の場合	212点	171点	90点
人員配置	医師	専任の常勤 2名	専任の常勤 1名	
	PT/OT等	① PT:5名以上 ② OT:3名以上 ③ ST:1名以上 (STを行う場合) ①~③の合計で10名以上	PT・OT・ST (STを行う場合) が各1名以上 合計4名以上	① PT:1名以上 ② OT:1名以上 ③ ST:1名以上 ①②③のいずれかを満たすこと
設備	病院・診療所:160㎡以上 (STは個別療法室 8㎡以上)	病院: 100㎡以上、診療所:45㎡以上 (STは個別療法室 8㎡以上)		
対象患者	廃用症候群以外	①脳梗塞, 脳出血, くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者 ②脳腫瘍, 脳膿瘍, 脊髄損傷, 脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者 ③多発性神経炎, 多発性硬化症, 末梢神経障害その他の神経疾患の患者 ④パーキンソン病, 脊髄小脳変性症その他の慢性の神経筋疾患の患者 ⑤失語症, 失認及び失行症並びに高次脳機能障害の患者 ⑥難聴や人工内耳植込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者 ⑦顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者 ⑧外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する状態の患者であって, 一定程度以上の基本動作能力, 応用動作能力, 言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの		
	廃用症候群	○外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群の患者であって, 治療開始時において, FIM 115以下, BI 85以下の状態等のもの		
算定日数上限		180日		

FIM(機能的自立度評価表)

評価18項目 (各項目7段階評価:満点126点)	
セルフケア	1 食事
	2 整容
	3 清拭
	4 更衣(上半身)
	5 更衣(下半身)
	6 トイレ
排泄	7 排尿コントロール
	8 排便コントロール
移乗	9 ベッド、椅子、車椅子
	10 トイレ
	11 浴槽・シャワー
移動	12 歩行、車椅子
	13 階段
コミュニケーション	14 理解(聴覚的・視覚的)
	15 表出(言語的・非言語的)
社会認識	16 社会的交流
	17 問題解決
	18 記憶

評価点数

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

BI(基本的生活動作)

評価項目	点数 (満点100点)	
食事	10点	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える
	5点	部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう)
	0点	全介助
車椅子から ベッドへの移動	15点	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む
	10点	軽度の部分介助または監視を要する
	5点	座ることは可能であるがほぼ全介助
	0点	全介助または不可能
整容	5点	自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)
	0点	部分介助または不可能
トイレ動作	10点	自立(衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む)
	5点	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する
	0点	全介助または不可能
入浴	5点	自立
	0点	部分介助または不可能
歩行	15点	45m以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず
	10点	45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む
	5点	歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能
	0点	上記以外
階段昇降	10点	自立、手すりなどの使用の有無は問わない
	5点	介助または監視を要する
	0点	不能
着替え	10点	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む
	5点	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える
	0点	上記以外
排便コントロール	10点	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能
	5点	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む
排尿コントロール	0点	上記以外
	10点	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能
	5点	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む
	0点	上記以外

(参考) 廃用症候群とは

定義

- ・身体の不活動によって引き起こされる二次的な障害の総称
- ・廃用によって起こる様々な症候をまとめたもの
- ・明らかな診断基準はなく、タイプ分類や重症度分類もない

病態

- ・身体の不活動によって各生体器官、機能に変化が起こる
- ・「ギブス固定や不動化によって局所に起きる変化」と「身体活動の低下などによって全身に起こる変化」に分けられる

原因別にみた廃用症候群の諸症状 例:

I. 局所性廃用によるもの

- ①関節拘縮 ②廃用性筋萎縮(a. 筋力低下 b. 筋耐久性低下) ③骨粗鬆症—高カルシウム尿
- ④皮膚萎縮 ⑤褥瘡

II. 全身性廃用によるもの

- ①心肺機能低下(a. 心1回拍出量の低下 b. 頻脈 c. 1回呼吸量減少)
- ②消化器機能低下(a. 食欲不振 b. 便秘) ③易疲労性

III. 臥位・低重力によるもの

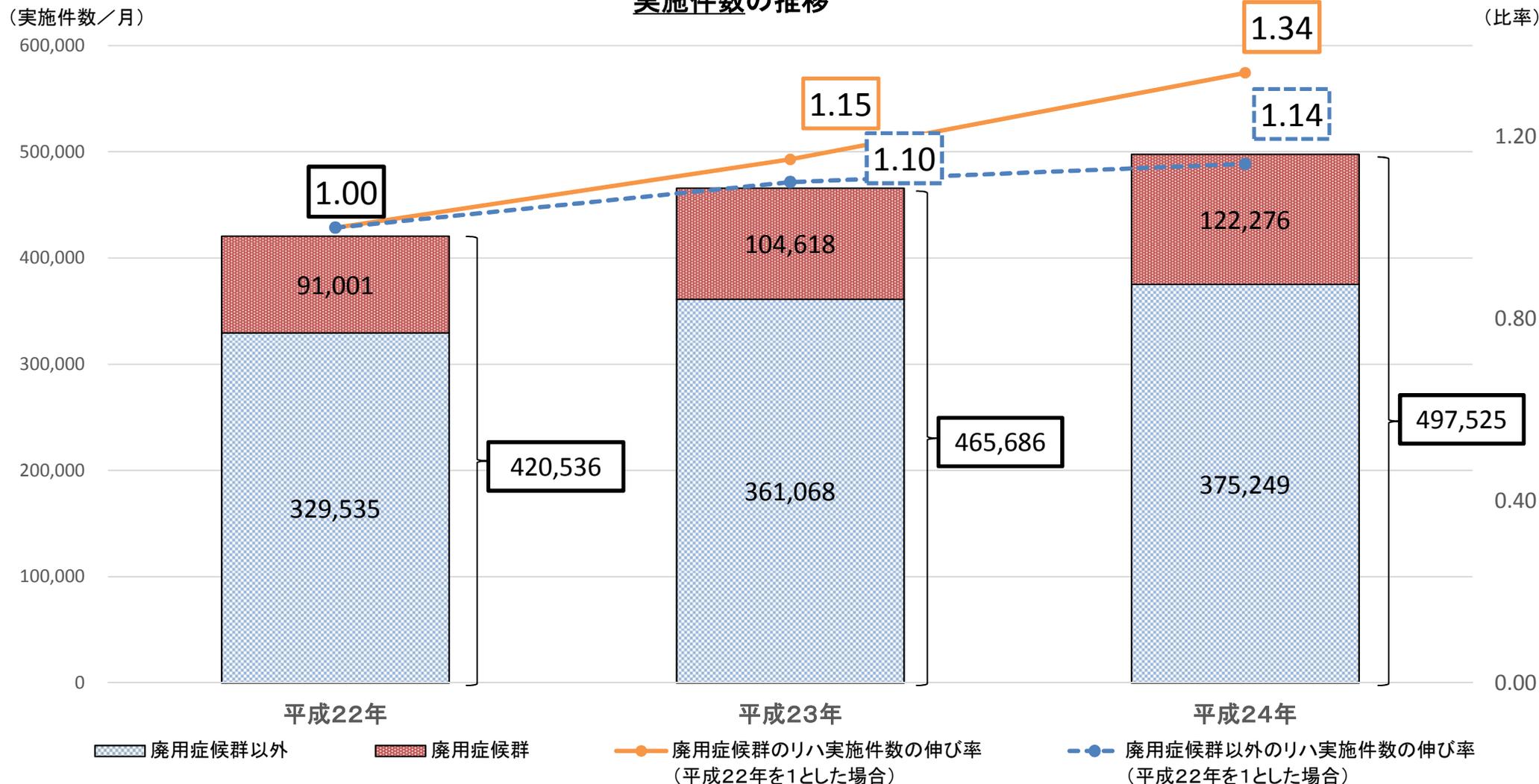
- ①起立性低血圧 ②利尿 ③ナトリウム利尿 ④血液量減少

IV. 感覚・運動刺激の欠乏によるもの

- ①知的活動低下 ②自律神経不安定 ③姿勢・運動調節機能低下

脳血管疾患等リハビリテーション(廃用症候群)の算定状況について

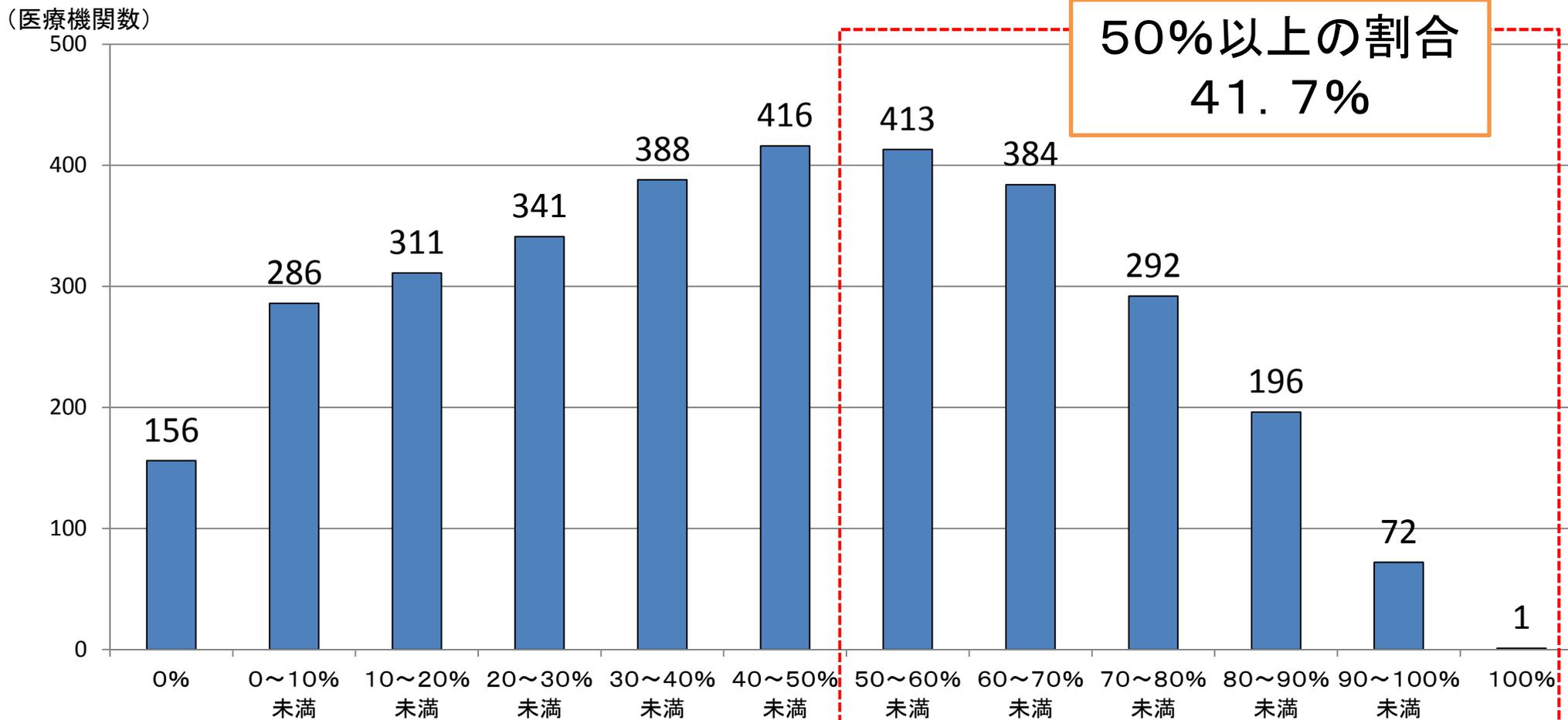
脳血管疾患等リハビリテーションの 実施件数の推移



・脳血管疾患等リハビリテーションの実施件数は増加しており、特に廃用症候群のリハビリテーション実施件数の伸び率は、廃用症候群以外より高くなっている。

(医療機関別)脳血管疾患等リハビリテーション新規患者数に占める廃用症候群の割合

集計対象医療機関:報告のあった医療機関(6,545機関)のうち、平成23年7月1日から平成24年6月30日までの脳血管疾患等リハビリテーション算定新規患者数100人以上であった医療機関(3,256機関)を対象



(①のうち廃用症候群を算定した新規患者数/①1年間の脳血管疾患等リハビリテーション算定新規患者数)

・1年間の脳血管疾患等リハビリテーション算定新規患者数のうち、脳血管疾患等リハビリテーション(廃用症候群)を算定した新規患者数の占める割合が、50%以上である医療機関が41.7%を占める。

患者が廃用症候群の対象となった理由

廃用症候群の理由別患者割合

出典：平成25年検証調査より

手術後 手術以外

入院

病院
N=10, 286



診療所
(N=108)



外来

病院
(N=343)



診療所
(N=92)



0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

■ 手術後 □ 手術以外

手術後：

心大血管疾患の手術後、脳血管疾患の手術後、運動器の手術後、呼吸器疾患の手術後、
その他の手術後：上記以外の手術後

手術以外：

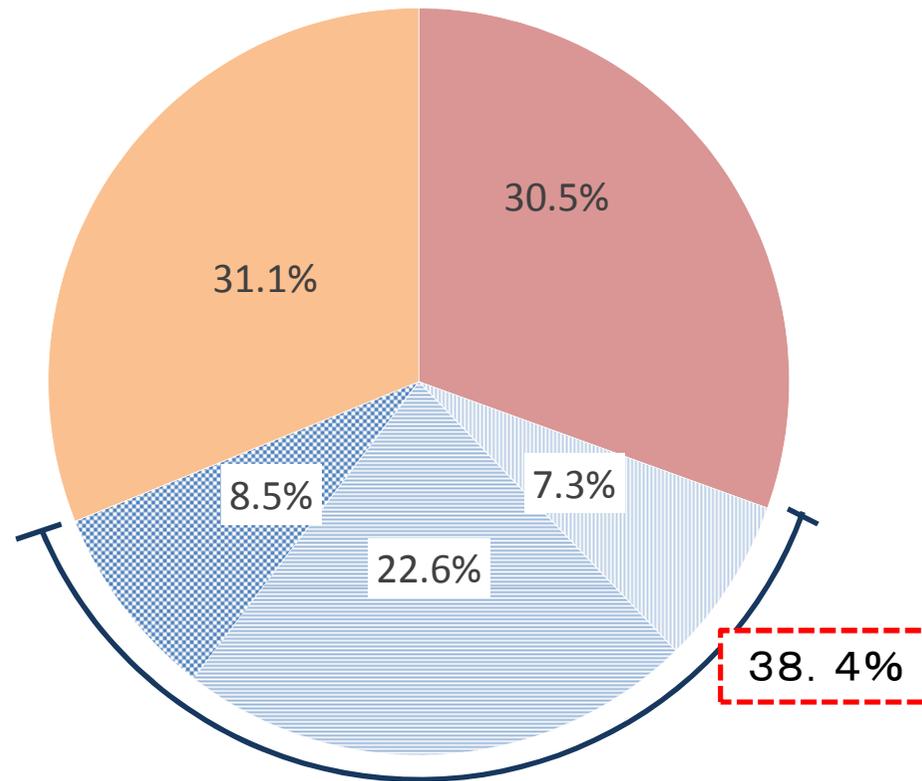
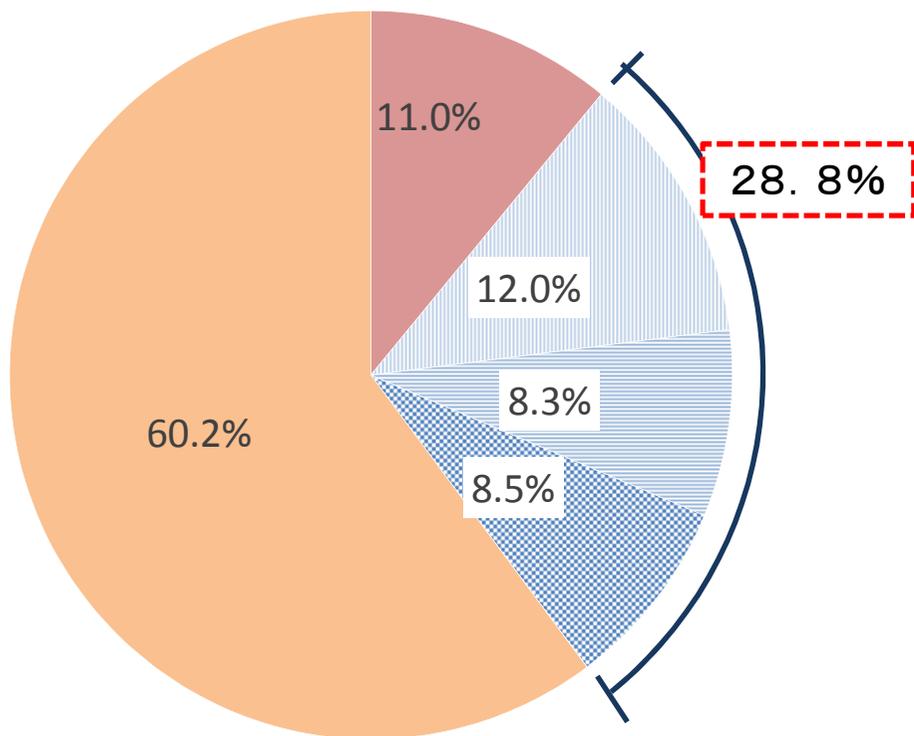
手術以外の治療（肺炎等の手術以外の治療）

・患者が廃用症候群の対象となった理由は、手術後が23.9%から40.2%、手術以外が59.8%から76.1%となっている。

廃用症候群の対象となった理由のうち手術後に関するものの内訳

入院患者 N=2,476

外来患者 N=164



- 脳血管疾患の手術後
- 運動器の手術後
- その他の手術後

- 心大血管疾患の手術後
- 呼吸器疾患の手術後

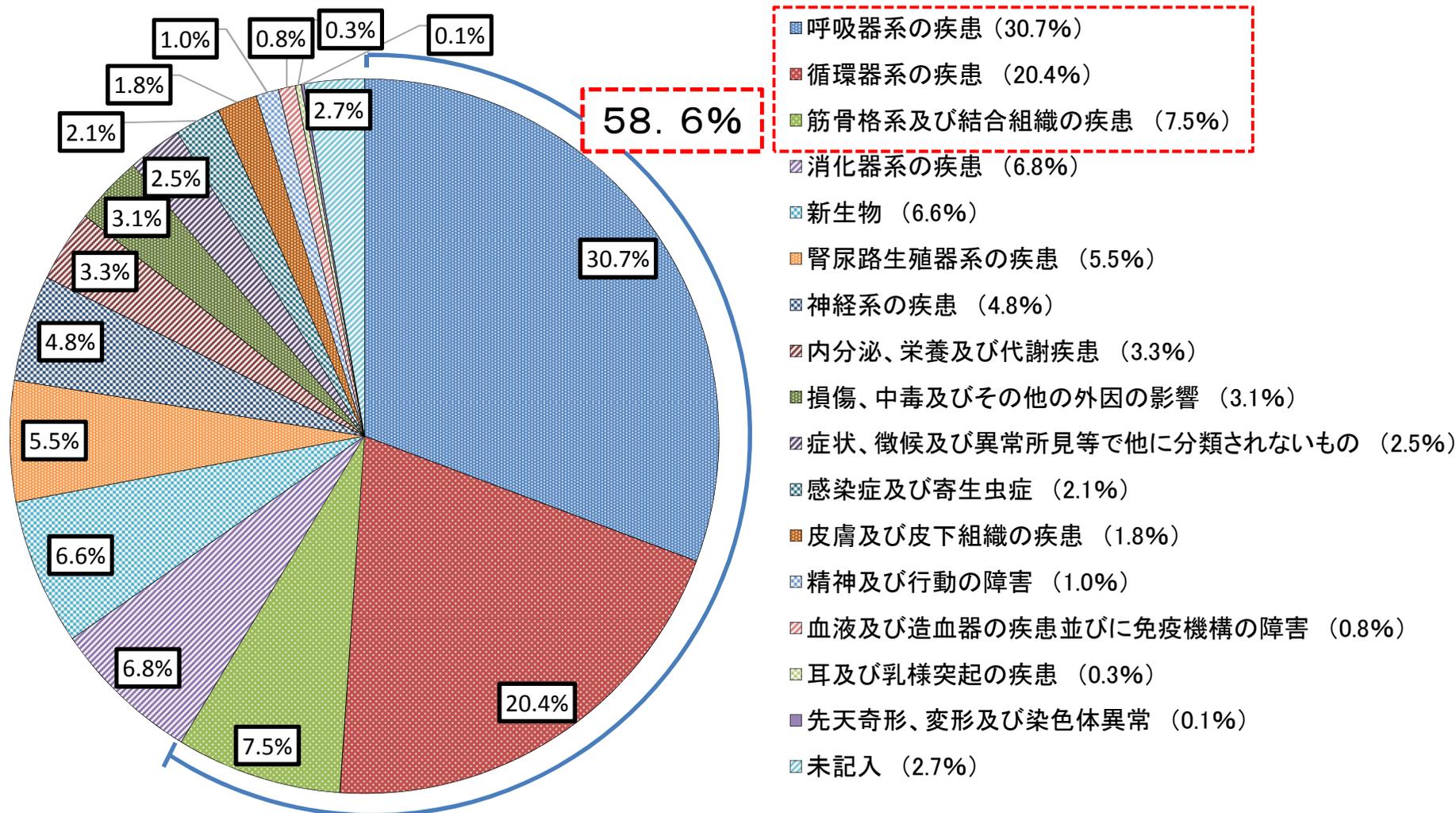
- 脳血管疾患の手術後
- 運動器の手術後
- その他の手術後

- 心大血管疾患の手術後
- 呼吸器疾患の手術後

・廃用症候群の対象となった理由のうち、手術後に関するものの内訳について、心大血管疾患・運動器・呼吸器疾患の手術後の患者の割合は、入院患者では28.8%、外来患者では38.4%であった。

廃用症候群の対象となった理由のうち手術以外に関するものの内訳

脳血管疾患リハビリテーション(廃用症候群)を算定している患者のうち、手術のなかった患者の疾患の分布(N=769人)



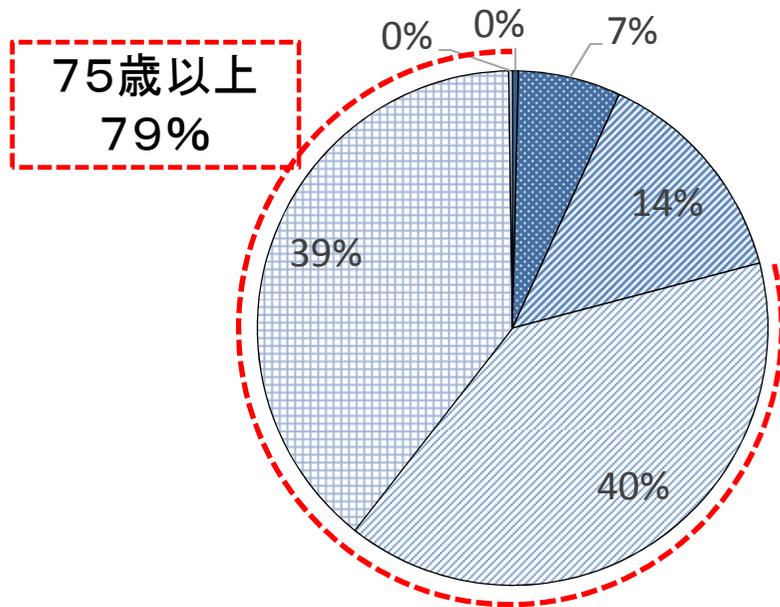
・廃用症候群の対象となった理由のうち、手術以外に関するものの内訳は、呼吸器系、循環器系、筋骨格系疾患の割合が58.6%であった。

廃用症候群のリハビリを受けている患者の年齢と要介護度

入院患者を対象

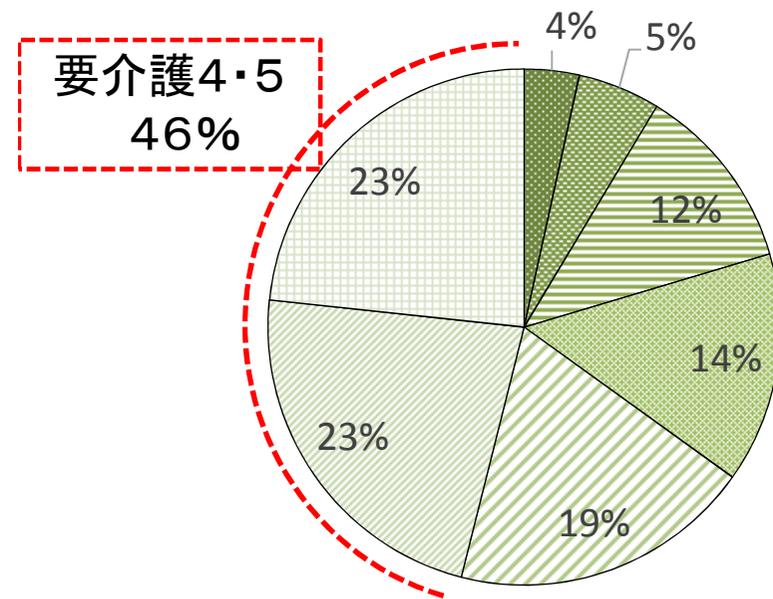
N=817

- 40歳未満
- 40歳以上～65歳未満
- 65歳以上～75歳未満
- 75歳以上～85歳未満
- 85歳以上
- 無回答



N=519

- 要支援1
- 要支援2
- 要介護1
- 要介護2
- 要介護3
- 要介護4
- 要介護5



・廃用症候群のリハビリテーションを受けている患者の79%が75歳以上、46%が要介護4・5となっている。

疾患別リハビリテーションの対象患者の概要

	心大血管疾患 リハビリテーション	脳血管疾患等リハビリテーション ()は廃用症候群	運動器 リハビリテーション	呼吸器 リハビリテーション
点数	I : 200点 II : 100点	I : 245点 (235点) II : 200点 (190点) III : 100点 (100点)	I : 175点 II : 165点 III : 80点	I : 170点 II : 80点
対象患者	<p>①急性心筋梗塞, 狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者</p> <p>②慢性心不全, 末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管疾患により, 一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者</p>	<p>廃用症候群以外:</p> <p>①脳梗塞, 脳出血, くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者</p> <p>②脳腫瘍, 脳膿瘍, 脊髄損傷, 脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者</p> <p>③多発性神経炎, 多発性硬化症, 末梢神経障害その他の神経疾患の患者</p> <p>④パーキンソン病, 脊髄小脳変性症その他の慢性の神経筋疾患の患者</p> <p>⑤失語症, 失認及び失行症並びに高次脳機能障害の患者</p> <p>⑥難聴や人工内耳植込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者</p> <p>⑦顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者</p> <p>⑧外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する状態の患者であって, 一定程度以上の基本動作能力, 応用動作能力, 言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの</p> <p>廃用症候群:</p> <p>○外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群の患者であって, 治療開始時において, FIM 115以下, BI 85以下の状態等のもの</p>	<p>①上・下肢の複合損傷, 脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者</p> <p>②関節の変性疾患, 関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により, 一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者</p> <p>※運動期リハビリテーションIは入院中のみ、算定可</p>	<p>①肺炎, 無気肺, その他の急性発症した呼吸器疾患の患者</p> <p>②肺腫瘍, 胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者</p> <p>③慢性閉塞性肺疾患(COPD), 気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により, 一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者</p> <p>④食道癌, 胃癌, 肝臓癌, 咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者</p>

・廃用症候群の原因疾患と各疾患別リハビリテーションの対象患者を比べると、本来疾患別リハビリテーションを算定すべき患者が、廃用症候群を算定していることが想定される。

廃用症候群に係る評価表について

(別紙様式 2 2)

廃用症候群に係る評価表

患者氏名	男・女	入院・外来
生年月日	年 月 日 (歳)	入院日 年 月 日
主傷病	リハビリテーション起算日	年 月 日

算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)	脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III
1 廃用をもたらすに至った要因	
2 臥床・活動性低下の期間	<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 2週間から1ヶ月 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月から6ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上
3 廃用に陥る前のADL	<input type="checkbox"/> FIM70点未満 <input type="checkbox"/> B. I 45点未満 <input type="checkbox"/> FIM70点から114点 <input type="checkbox"/> B. I 45点から84点 <input type="checkbox"/> FIM115点以上 <input type="checkbox"/> B. I 85点以上
4 廃用の内容	
5 介入による改善の可能性 (該当する数字に○をつける)	
6 改善に要する見込み期間	<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 2週間から1ヶ月 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月から6ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上
7 前回の評価からの改善や変化	

廃用症候群に該当するものとして脳血管疾患等リハビリテーション料を算定する場合に、別紙様式22を用いて、月ごとに評価し、診療報酬明細書に添付する又は同様の情報を摘要欄に記載するとともに、その写しを診療録に添付する

(別紙様式 13)

廃用症候群に係る実績報告書	
都道府県名	
保険医療機関名	
保険医療機関番号	
① 1年間の脳血管疾患等リハビリテーション算定新規患者数	名
② うち、廃用症候群について、脳血管疾患等リハビリテーションを算定した患者数	名
③ 廃用症候群リハビリテーションの割合 (②/①)	%
④ 廃用症候群以外の患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーション総単位数	単位
⑤ 廃用症候群の患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーション総単位数	単位
⑥ 廃用をもたらすに至った要因	1
	2
	3

施設基準の届出状況等の報告の一項目。

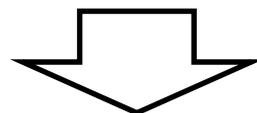
保険医療機関等の届出の実態を把握するための報告であり、各医療機関が厚生(支)局へ報告するもの

・現在の様式では、廃用症候群以外の疾患別リハビリテーション料が適用にならない理由を記載する欄が設けられていないため、適切に廃用症候群に対するリハビリテーション料が算定されているのか検証することが困難。

廃用症候群の評価の見直しにおける課題と論点

【課題】

- 廃用症候群に対するリハビリテーションの算定回数は増加傾向であり、脳血管疾患等リハビリテーションを算定する新規患者数に対する新規廃用症候群患者数の割合が5割を超える医療機関は41.7%となっている。
- 廃用症候群の理由は手術後が約3割、手術以外が約7割を占める。このうち、手術後については、心大血管、運動器、呼吸器術後が入院で29%、外来で38%を占める。また、手術以外については、呼吸器系、循環器系、筋骨格系割合が59%を占める。
- 廃用症候群の原因疾患と各疾患別リハビリテーションの対象患者を比べると、本来疾患別リハビリテーションを算定すべき患者が、廃用症候群を算定していることも想定される。
- 廃用症候群に係る評価表、廃用症候群に係る実績報告書には、廃用症候群以外の疾患別リハビリテーション料が適用にならない理由を記載する欄が設けられていないため、廃用症候群に対するリハビリテーションとして適切に算定されているか検証することが困難である。



【論点】

○そもそも廃用症候群はその予防が重要であること、また、廃用症候群以外のリハビリテーション料を算定することが可能な場合は、当該リハビリテーション料を算定すべきであることから、廃用症候群に対するリハビリテーションを実施する場合には、それ以外のリハビリテーション料が適用にならない理由の記載欄を評価表や実績報告書に設け、その適用を厳格化することについてどのように考えるか。

1. 早期リハビリテーションの充実

1) 急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止

2) 外来のリハビリテーションにおける初期加算、早期加算

3) 運動器リハビリテーションの外来への早期移行

2. 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

3. 廃用症候群の評価の見直し

4. 維持期リハビリテーションについて

維持期リハビリテーションにおける課題と論点

【課題】

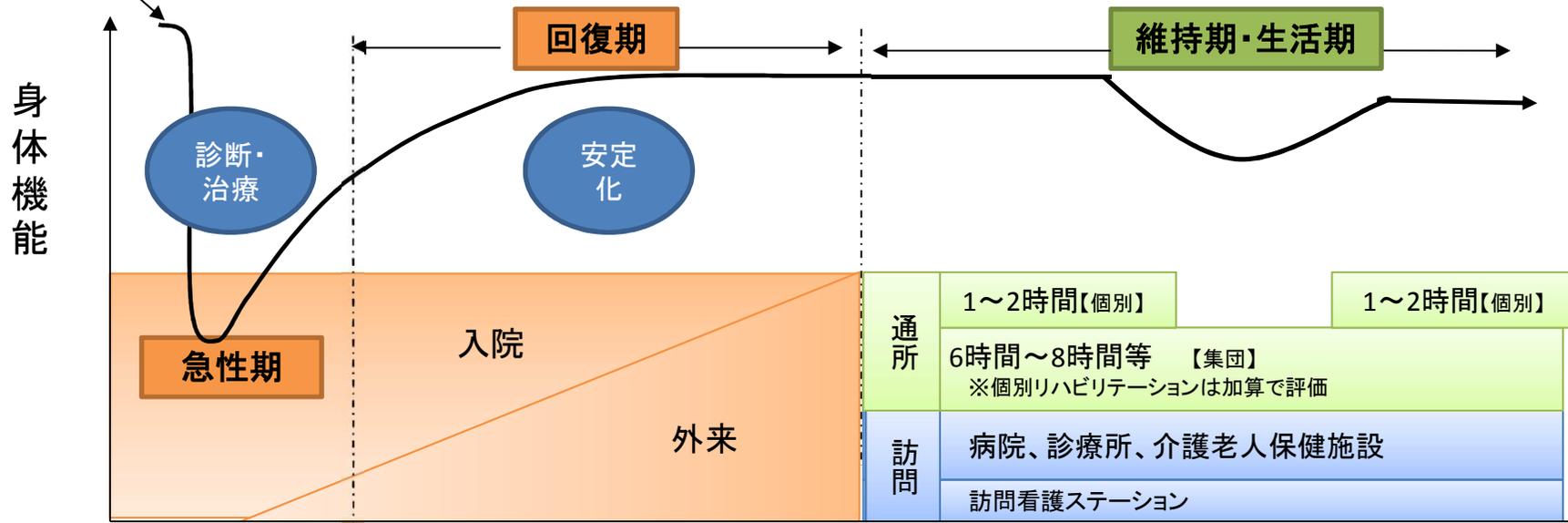
- 要介護被保険者等に対する、維持期のリハビリテーション（脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料）は原則として平成26年3月31日までとしている。
- 維持期のリハビリテーションの患者のうち、要介護被保険者等の1施設当たりの実人数及び1施設当たりに占める比率は増加している。
- 平成24年診療報酬改定後、通所リハビリテーションを実施する医療機関は増加している。
- 通所リハビリテーションを提供していない医療機関のうち、通所リハビリテーションの開設意向が「ない」と回答した医療機関が5割超ある。開設意向がない主な理由として、「専従する人員を確保できない」、「別途場所の確保が必要となる」、「外来の医師の負担が重くなる」、「利用者の送迎体制を整えることが困難」が多かった。
- 介護保険におけるリハビリテーションの充実に向けた取組として、平成24年介護報酬改定において、通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーションの評価を充実したことにより短時間の通所リハビリテーションが普及しつつある。また介護老人保健施設における在宅復帰支援機能の強化を行っており、リハビリテーションの充実に向けた取組は、一定程度の効果があったものと考えられる。
- 介護支援連携指導料は、入院中の患者に限定されているものの、医療と介護の連携を評価している。

【論点】

- 維持期リハビリテーションについては、医療と介護の役割分担の観点から、要介護被保険者等の医療から介護への移行を進めているところであるが、維持期リハビリテーションを医療保険で受けている者の数は増加しており、医療保険での維持期リハビリテーションに一定のニーズが未だあることを踏まえると、経過措置を延長する必要があるのではないか。
- 介護保険におけるリハビリテーションへの移行を促すため、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）等との連携や事業所への紹介等を評価することについてどのように考えるか。

リハビリテーションの役割分担

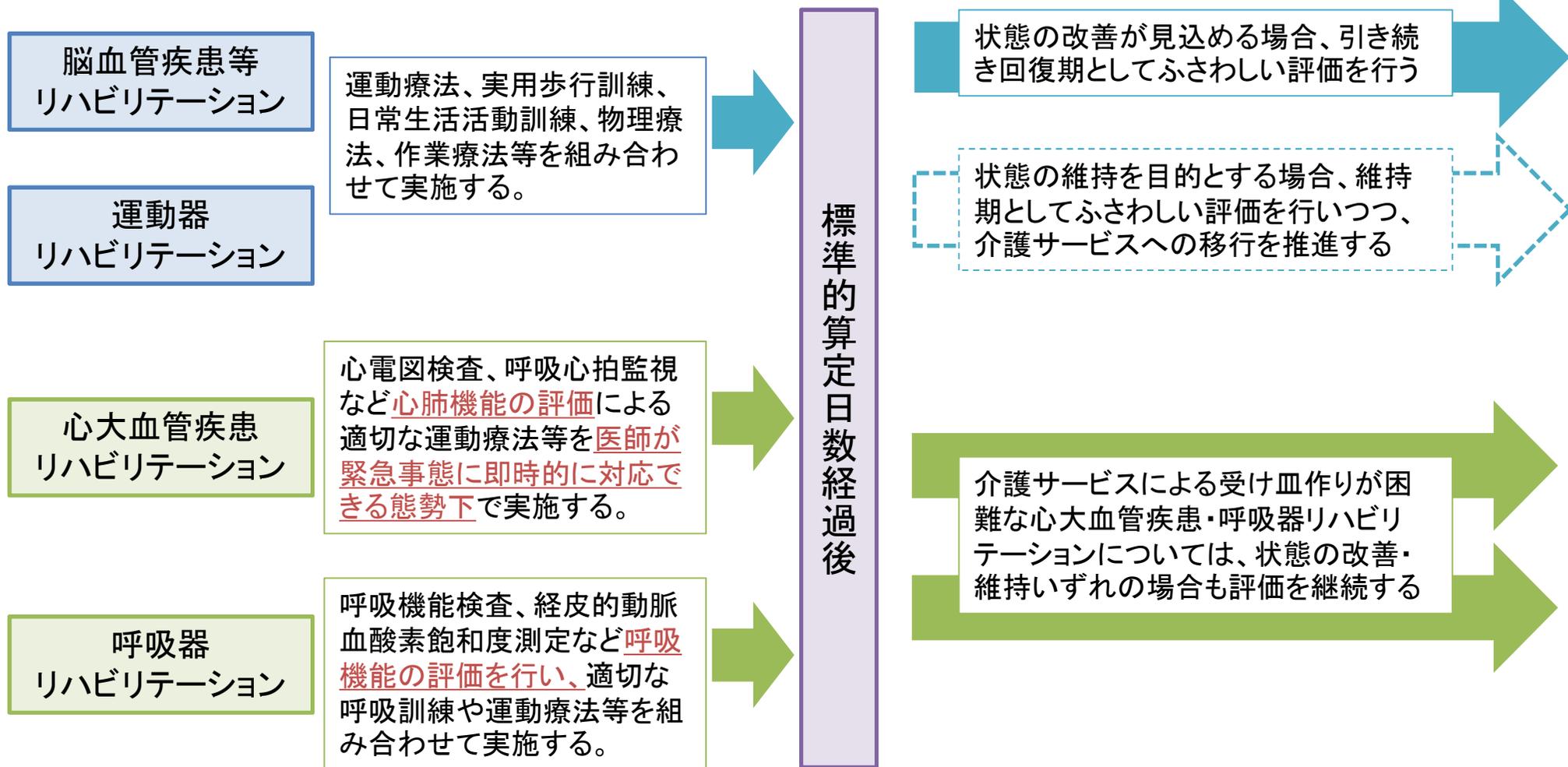
脳卒中等の発症



	急性期	回復期	維持期・生活期
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

これからのリハビリテーションの流れ (イメージ)

中医協 総 - 1 - 1
2 3 . 1 2 . 7



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。

維持期リハビリテーションの評価

平成24年
診療報酬改定

維持期リハビリテーションの評価

- 要介護被保険者等に対する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の評価の見直しを行い、維持期のリハビリテーション※について医療と介護の役割分担を明確化する。

※標準的算定日数を超えた患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断されないが、状態の維持等を目的として行われるリハビリテーション

【現行】 <要介護被保険者等に対するリハビリテーション料>

【改定後】

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	245点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	200点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	100点
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	175点
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	165点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	80点



脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>221点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>180点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	<u>90点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>158点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>149点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	80点

(注) 廃用症候群の場合に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

要介護被保険者等に対する、維持期のリハビリテーションは原則として平成26年3月31日までとする。(次回改定時に介護サービスにおける充実状況等を確認する)

維持期のリハビリテーション患者数の比較(平成23年7月、平成25年7月)

	回答 施設数	平成23年7月			回答 施設数	平成25年7月		
		平均値 (人)	比率	中央値 (人)		平均値 (人)	比率	中央値 (人)
全体	592施設	167.3	100.0%	123.5	687施設	184.9	100.0%	137.0
標準的算定日数を 超えた患者	489施設	44.7	26.7%	23.0	591施設	53.5	28.9%	27.0
(うち) 維持期リハの患者	457施設	24.5	14.6%	7.0	549施設	29.1	15.7%	11.0
(うち) 要介護被保険者等	399施設	6.7	4.0%	0	521施設	11.8	6.4%	3.0

平均値: 1施設当たりの平均患者実人数

・維持期のリハビリテーションの患者のうち、要介護被保険者等は、1施設当たりの実人数及び1施設当たりに占める比率についても増加している。

維持期リハビリテーションが介護へ移行できない理由（複数回答）

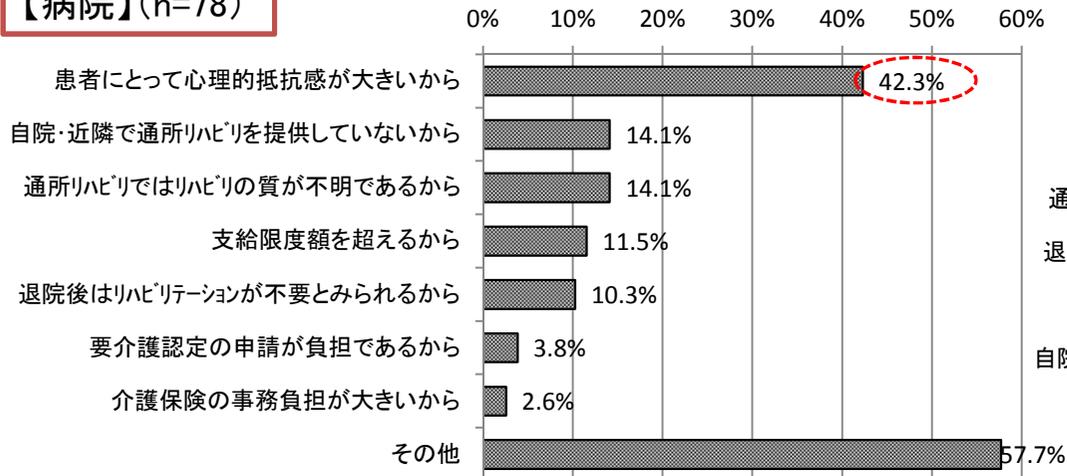
介護保険に移行することが困難と見込まれる患者がいる医療機関の調査結果

出典：平成25年検証調査より

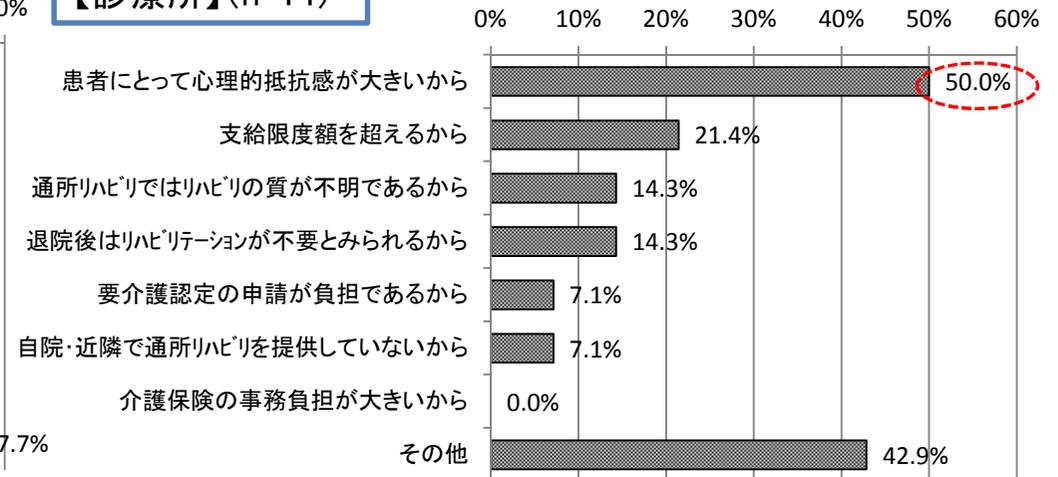
入院患者について

介護保険に移行することが困難と見込まれる患者がいる医療機関が回答

【病院】(n=78)

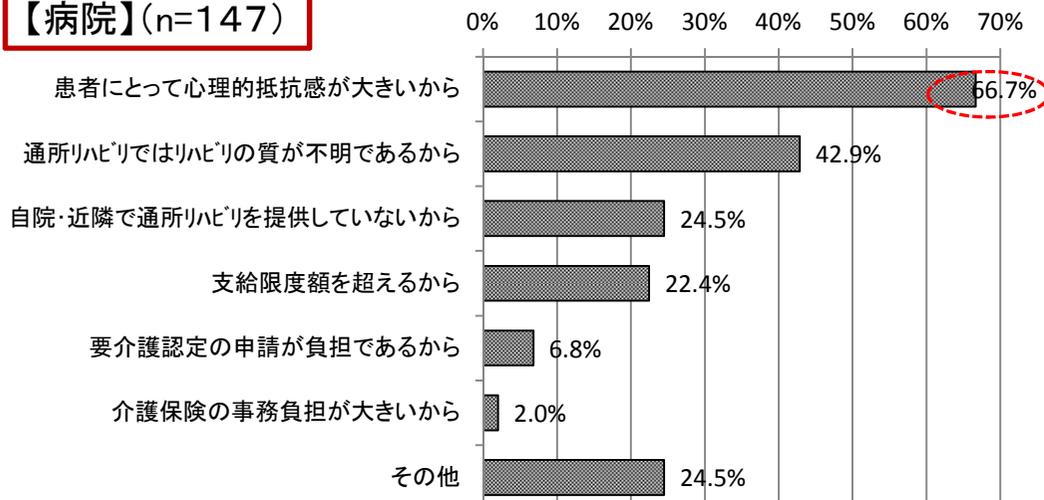


【診療所】(n=14)

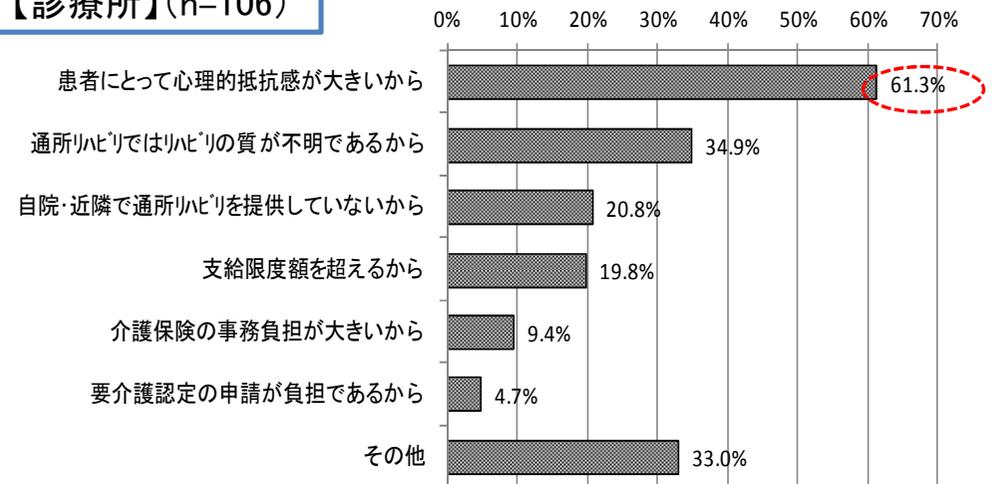


外来患者について

【病院】(n=147)



【診療所】(n=106)



・介護に移行できない一番の理由は、入院患者・外来患者ともに「患者にとって心理的抵抗感が大きいから」であった。

(参考) 介護保険法における指定居宅サービス事業者の特例について

(改) 中医協 総-3

25.10.9

指定居宅サービス事業所の特例(みなし指定)・・・介護保険法 第71条の要約

病院等について、健康保険法第63条第3項第一号の規定による保険医療機関又は保険薬局の指定があったとき(同法第69条の規定により同号の指定があったものと見なされたときも含む)は、その指定の時に、当該病院等の開設者について、当該病院等により行われる居宅サービス(病院又は診療所にあつては、居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションに限り、薬局にあつては居宅療養管理指導に限る)の指定があったものとみなす。

(参考)

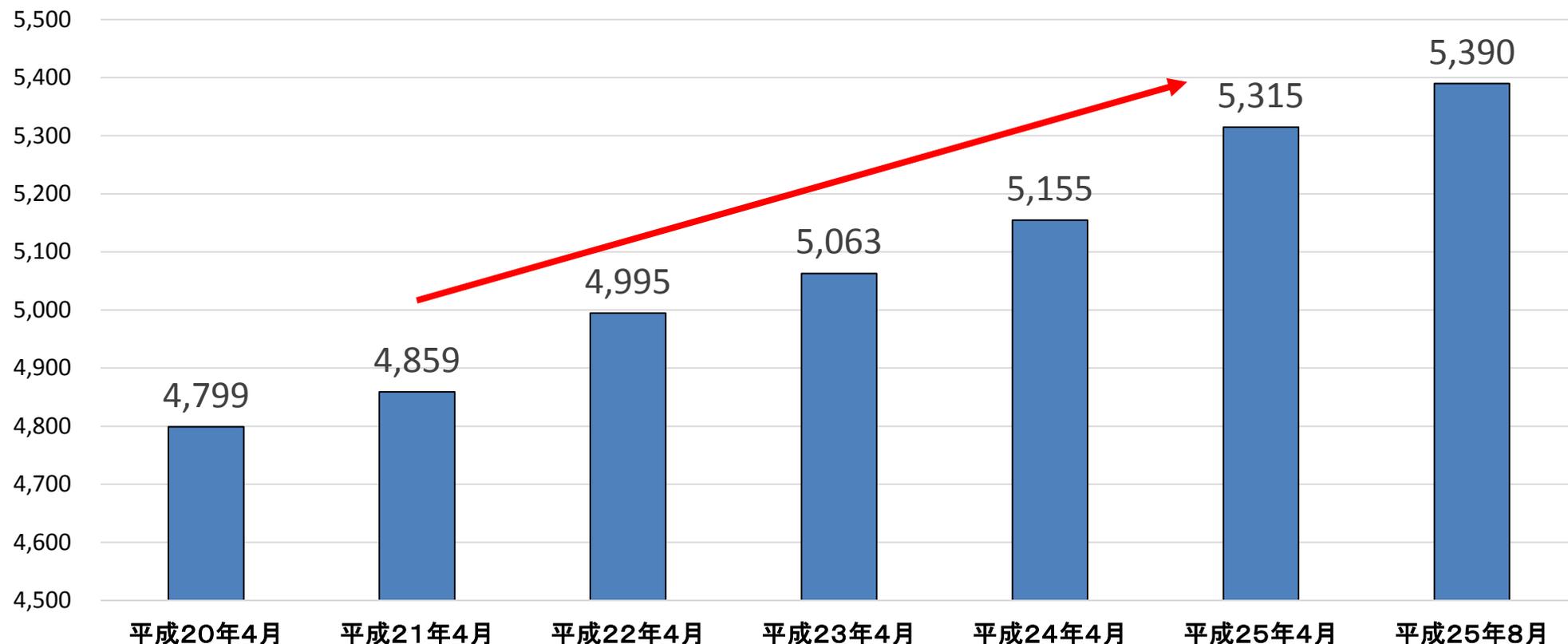
○医療法人が行う介護保険サービス種類別の請求事業所数

居宅療養管理指導を提供している事業所数	5,712事業所
訪問看護を提供している事業所数	3,346事業所
訪問リハビリテーションを提供している事業所数	2,466事業所
通所リハビリテーションを提供している事業所数	5,390事業所

出典:介護給付費実態調査(平成25年8月審査分)

医療法人が行う通所リハビリテーションの請求事業所数

(事業所数)



・医療法人が行う通所リハビリテーションの請求事業所数は増加している。

通所リハビリテーションの実施の有無

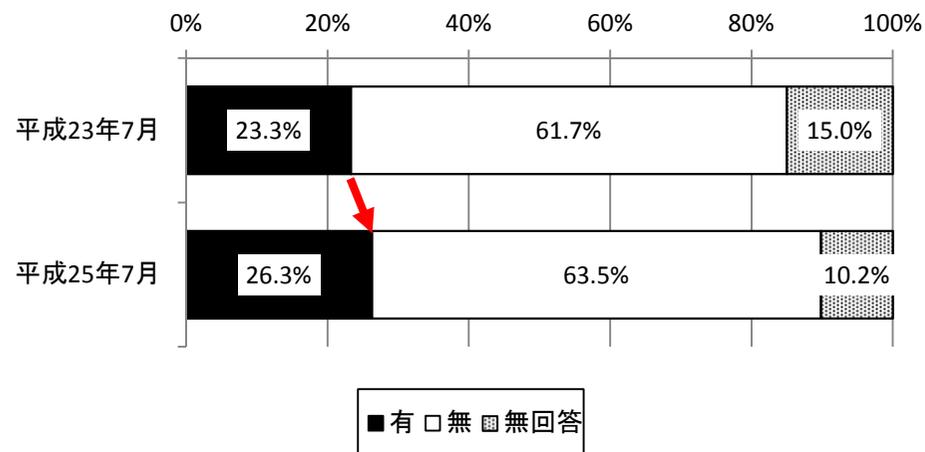
調査対象医療機関:

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院、

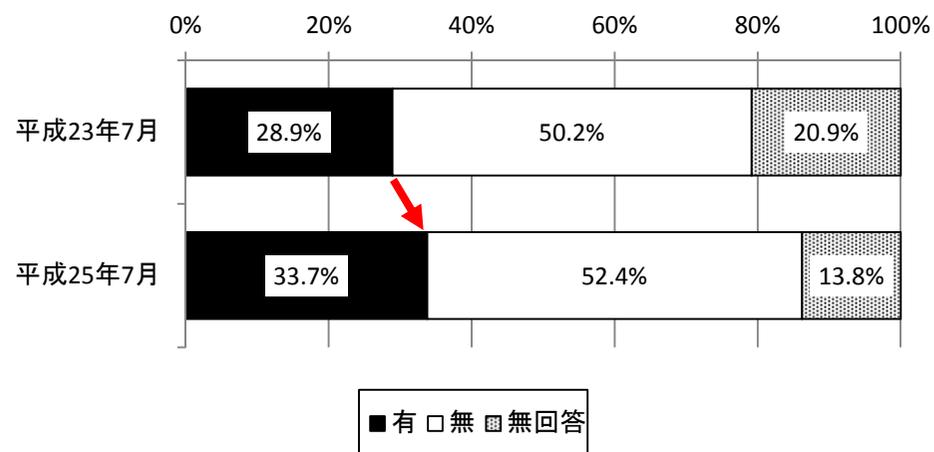
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院以外で、

「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」を算定している病院・診療所
に対し、調査

【病院】 (n=540)



【診療所】 (n=412)



・平成24年度診療報酬改定前後で、通所リハビリテーションを実施する医療機関は増加している。

通所リハビリテーションの開設意向の有無

通所リハビリテーションを実施していないと回答した医療機関の調査結果

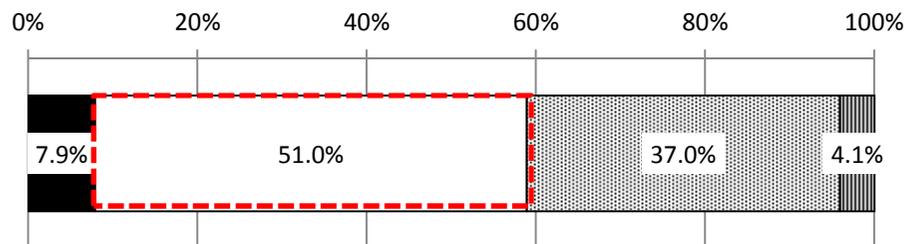
調査対象医療機関:

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院、

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院以外で、

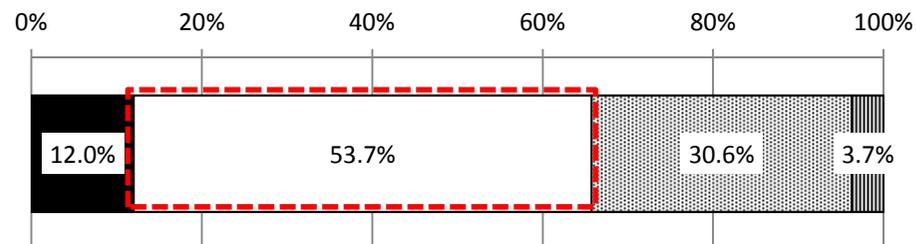
「脳血管疾患等リハビリテーション料」、「運動器リハビリテーション料」を算定している病院・診療所
に対し、調査

【病院】 (n=343)



■ある □ない ▨わからない ▩無回答

【診療所】 (n=216)



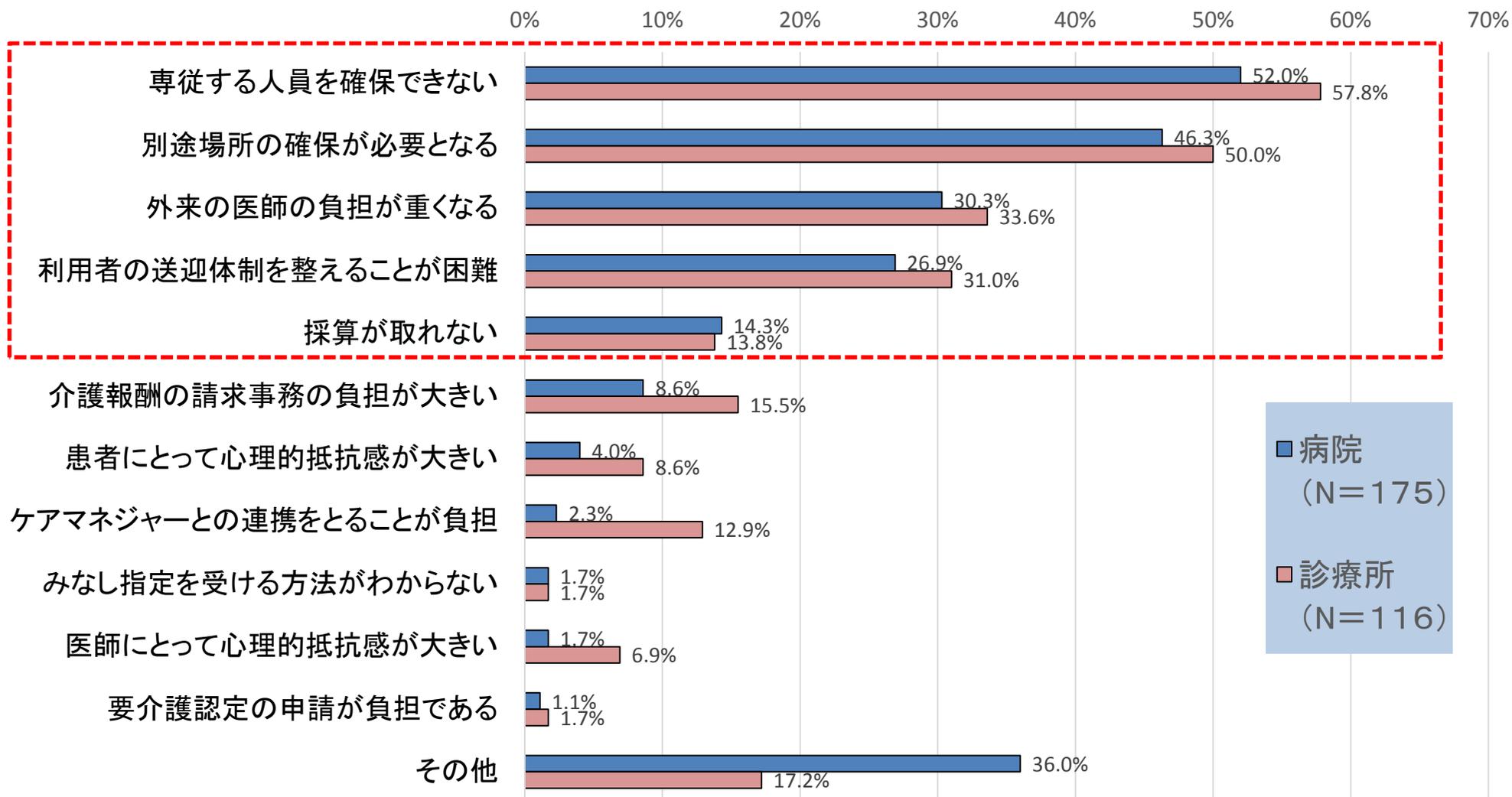
■ある □ない ▨わからない ▩無回答

・通所リハビリテーションの開設意向が「ない」と回答した医療機関が5割超ある。

通所リハビリテーションの開設意向がない理由

病院・診療所別（複数回答）

通所リハビリテーションを実施していない医療機関の調査結果



・開設意向がない主な理由として、「専従する人員を確保できない」、「別途場所の確保が必要となる」、「外来の医師の負担が重くなる」、「利用者の送迎体制を整えることが困難」があげられている。

通所リハビリテーション及び運動器リハビリテーション料の施設基準等の比較

		通所リハビリテーション		運動器リハビリテーション		
				(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)
点数	要介護被保険者等の場合			175点	165点	80点
				158点	149点	80点
設備		・専用の部屋等※1 ・3㎡×利用定員(老健の場合:食堂の面積を加えても可)		病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上		病院・診療所: 45㎡以上
人員配置	医師	専任・常勤: 1人以上	専任: 1人以上 (医師1人に1日48名以内)	専任の常勤 1名		
	PT OT ST 看護職員 介護職員	① 利用者10人に対し、専従で1人以上※2 ② ①に掲げる人員のうち、専らリハビリテーションの提供に当たる専従PT、OT、STが、利用者100人に対し、1人以上※2	① 専従で1人以上※2 ② ①に掲げる人員のうち、専らリハビリテーションの提供に当たる専従PT、OT、ST又はリハに1年以上従事した経験のある看護師が、常勤換算で0.1人以上※2	PT・OTのいずれか又は合わせて4名以上	① PT: 2名以上 ② OT: 2名以上 ③ PT・OT 各1名以上 ①②③のいずれかを満たすこと	① PT: 1名以上 ② OT: 1名以上 ①②のいずれかを満たすこと
		●1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションについては、定期的に適切な研修を修了している看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ師をPT等を含めることができる				

※1疾患別リハビリテーションの届出を行っている保険医療機関において、1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを実施する際には、当該利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、疾患別リハビリテーションを行っているスペースと同一のスペースにおいて行うことは差し支えない

※2指定通所リハビリテーションのうち、リハビリテーションを提供する時間帯に、当該職種の従事者が常に確保されるよう必要な配置を行うよう定めたもの

注)ただし、通所リハビリテーションの運営に当たっては、居宅介護支援事業所が開催するサービス担当者会議への出席等、新たな業務も発生する。

・医療保険と介護保険によるリハビリテーションを一体的に提供するためには、医療保険でリハビリテーションを提供している医療施設であっても、必要に応じて介護職員などの人員の新たな確保を要する場合がある。

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）－生活期（維持期）－

(改) 中医協 総-1-1
2 3 . 1 2 . 7

【医療保険※1】

疾患別リハビリテーション

脳血管:180日超

運動器:150日超

例) 20分×13回/月 = 260分

(上限:13単位/月×20分=260分/月)

【介護保険】

(通常規模型:通所リハビリテーション:短時間リハビリテーションの場合※2)

～1ヶ月

例) 40分×8回/月 = 320分

(短期集中リハビリを実施した場合の下限)

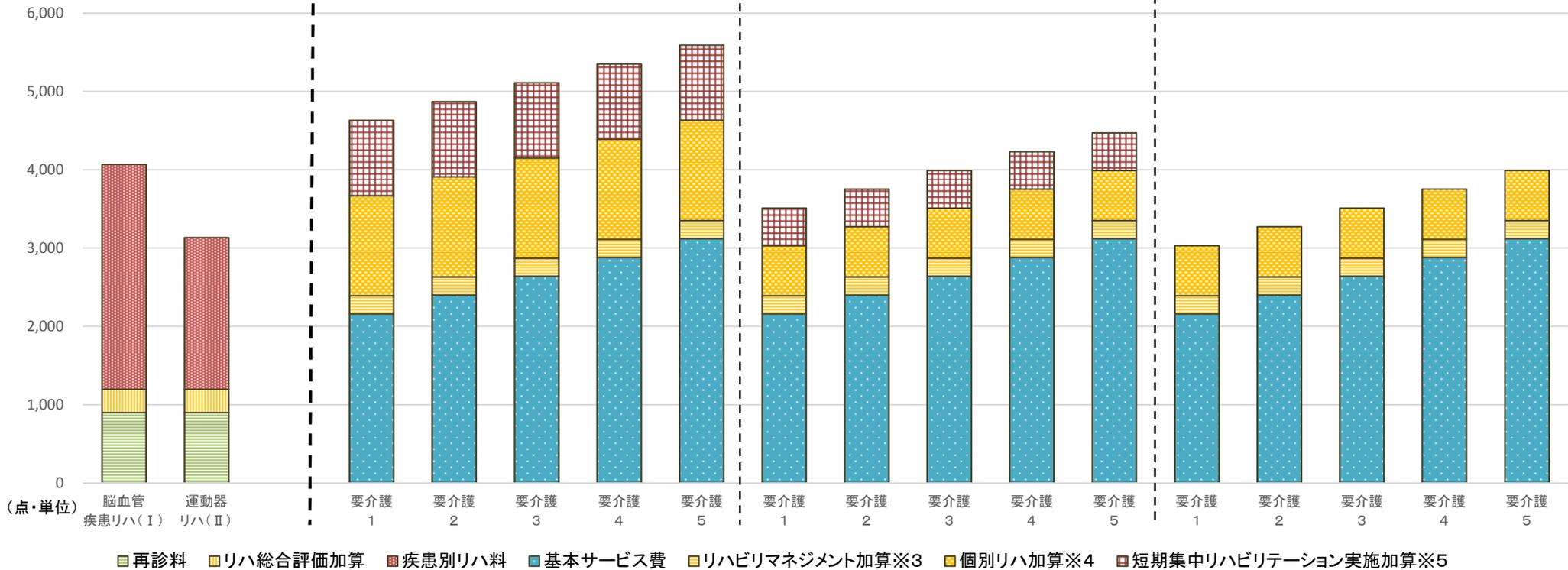
1～3ヶ月

例) 20分×8回/月 = 160分

(短期集中リハビリを実施した場合の下限)

3ヶ月～

例) 20分×8回/月 = 160分



一診療報酬一

<再診料>
69点/日

<リハ総合評価加算>
300点/月

<疾患別リハ>一要介護保険者等一

脳血管等(I) 221点/単位

運動器(II) 149点/単位

一介護報酬一

<基本サービス費>

要介護1 270単位/日、要介護2 300単位/日

要介護3 330単位/日、要介護4 360単位/日

要介護5 390単位/日

<リハビリマネジメント加算※3>
230単位/月

<個別リハ加算※4>
80単位/1回20分以上

<短期集中リハビリテーション実施加算※5>

～1ヶ月:120点/日、1～3ヶ月:60点/日

※1: 医療機関の外来リハビリテーションを受けていると仮定。

※2: 1～2時間未満のリハビリテーションを提供した場合と仮定。

※3: リハビリテーション実施計画を策定し、月4回以上通所リハビリテーションを実施した場合に算定。

※4: 個別リハビリテーション実施加算は、個別リハビリテーションを20分以上実施した場合に算定。

※5: 退院(所)日または認定日から1ヶ月以内:週2回以上、1回当たり40分以上の個別リハビリテーションを行った場合に算定できる。

退院(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分以上の個別リハビリテーションを行った場合に算定できる。

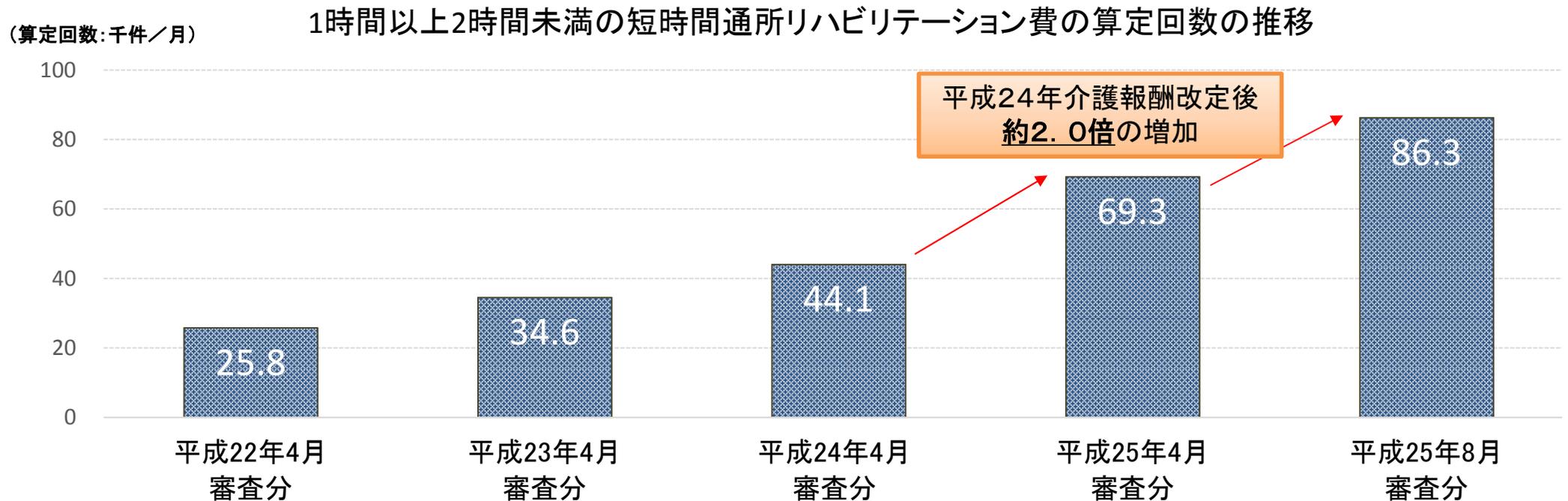
介護保険におけるリハビリテーションの充実に向けた取組①－平成24年介護報酬改定のポイント－

○短時間型通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーションの充実

医療保険から介護保険の円滑な移行及び生活期におけるリハビリテーションを充実させる観点から、個別リハビリテーション実施加算の算定要件を見直す。

・所要時間1時間以上2時間未満において、個別リハビリテーション実施加算の1日複数回算定を可能とする。

個別リハビリテーション実施加算: 医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、利用者に対して、個別にリハビリテーションを20分以上実施した場合算定



※1～2時間未満のリハビリテーション: 平成21年介護報酬改定において新設

・平成24年介護報酬改定以後、平成25年8月の短時間リハビリテーションの算定回数は、平成24年4月と比較した場合、約2.0倍に増加している。

介護保険におけるリハビリテーションの充実に向けた取組②－平成24年介護報酬改定のポイント－

○介護老人保健施設の在宅復帰支援機能の強化

在宅復帰支援型の介護老人保健施設を強化する観点から、在宅復帰の状況及びベッドの回転率を指標とした報酬体系の見直し等を行う。

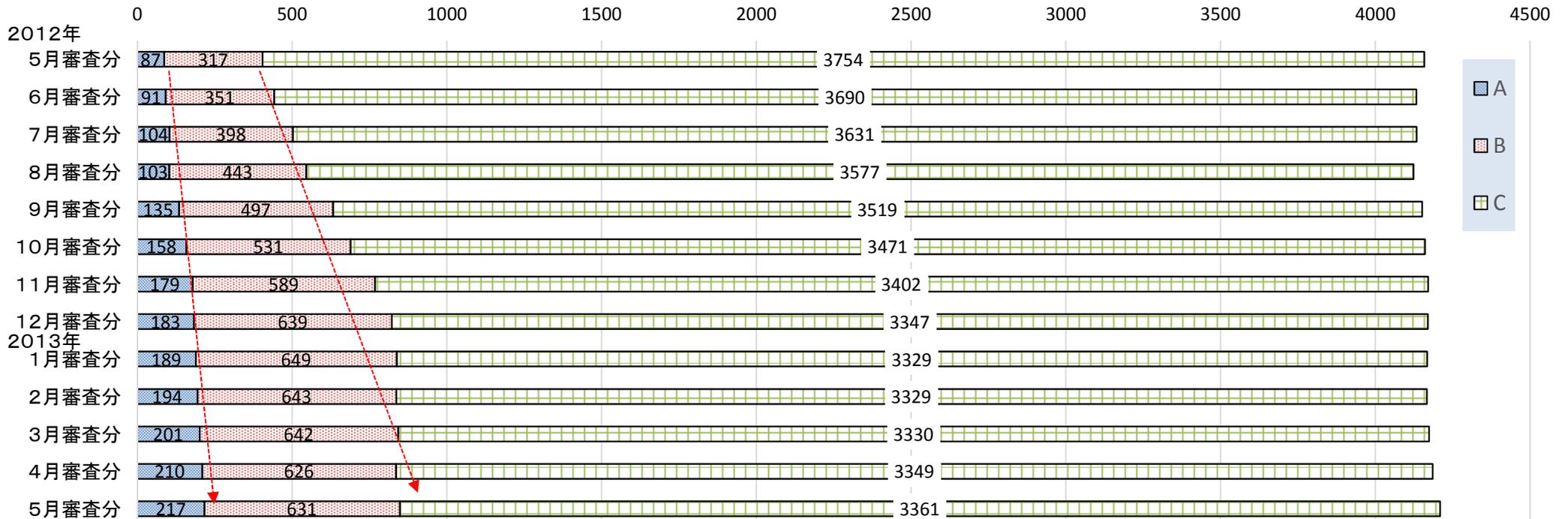
・在宅復帰率及びベッドの回転率が高い施設をより評価した基本施設サービス費の創設

・在宅復帰・在宅療養支援機能加算の創設 **在宅復帰・在宅療養支援機能加算(新規) ⇒ 21単位/日**

・入所前に入所者の居室を訪問し、早期退所に向けた計画を策定する場合を評価

入所前後訪問指導加算(新規) ⇒ 460単位/回<入所者1人につき1回を限度>

介護老人保健施設(在宅強化型、在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健、その他老健)数の推移



A: 在宅強化型老健(介護保険施設サービス費(I)(ii)または(iv)・ユニット型含む)→在宅復帰率が50%を超え、毎月10%以上のベッドが回転している老健
B: 在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健(ユニット型含む) →在宅復帰率が30%を超え、毎月5%以上のベッドが回転している老健
C: A, B以外の老健 →在宅復帰率が30%以下、または毎月のベッド回転が5%未満の老健

・平成24年度介護報酬改定以後、在宅復帰率・ベッド回転率の高い介護老人保健施設が増加している。

介護支援連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員(ケアマネジャー)と連携し退院後のケアプラン作成につなげることに対する評価を新設。

介護支援連携指導料 300点(入院中2回)

[算定要件]

医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設等の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定する。

このような取り組みに当たっては、入院時における基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等の総合的な評価が重要であることから、後期高齢者総合評価加算の名称を変更し、**総合評価加算として、対象年齢を65歳以上の患者等に拡大する。**

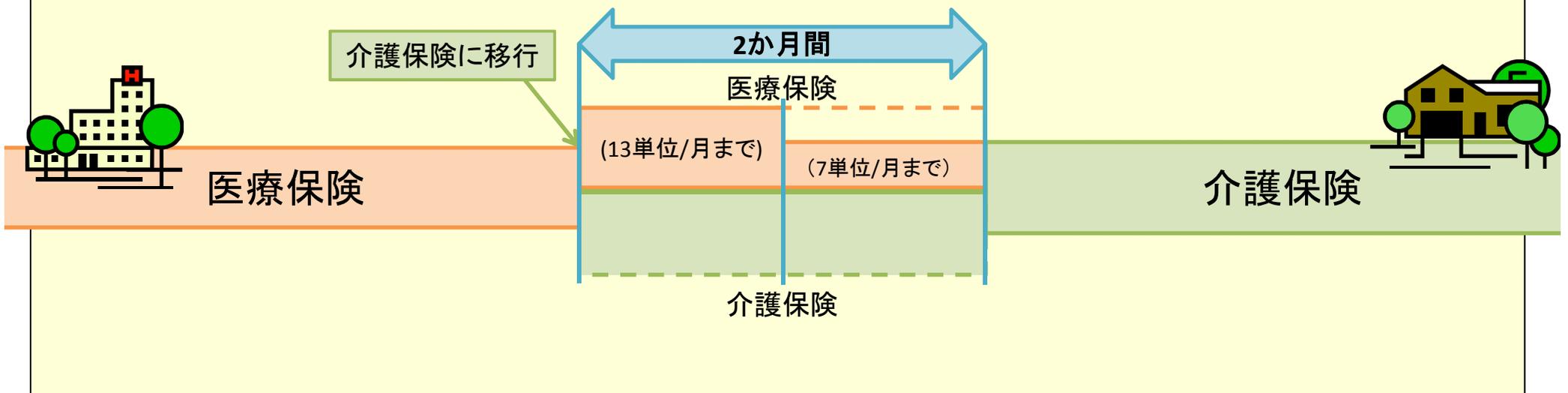
・介護支援連携指導料は、入院中の患者に限定されているものの、医療と介護の連携を評価している。

リハビリテーションの医療から介護への円滑な移行

平成24年
診療報酬改定

リハビリテーションの医療から介護への移行期間について

- 介護保険のリハビリテーションに移行後、医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を2月間に延長する。また、2月目については、疾患別リハビリテーションの算定可能な単位数を7単位までとし、医療保険から介護保険への円滑な移行を促進する。



- ・さらに、医療保険から介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を促進するため、2か月間併用することを認めている。

維持期リハビリテーションにおける課題と論点

【課題】

- 要介護被保険者等に対する、維持期のリハビリテーション（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）は原則として平成26年3月31日までとしている。
- 維持期のリハビリテーションの患者のうち、要介護被保険者等の1施設当たりの実人数及び1施設当たりに占める比率は増加している。
- 平成24年診療報酬改定後、通所リハビリテーションを実施する医療機関は増加している。
- 通所リハビリテーションを提供していない医療機関のうち、通所リハビリテーションの開設意向が「ない」と回答した医療機関が5割超ある。開設意向がない主な理由として、「専従する人員を確保できない」、「別途場所の確保が必要となる」、「外来の医師の負担が重くなる」、「利用者の送迎体制を整えることが困難」が多かった。
- 介護保険におけるリハビリテーションの充実に向けた取組として、平成24年介護報酬改定において、通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーションの評価を充実したことにより短時間の通所リハビリテーションが普及しつつある。また介護老人保健施設における在宅復帰支援機能の強化を行っており、リハビリテーションの充実に向けた取組は、一定程度の効果があったものと考えられる。
- 介護支援連携指導料は、入院中の患者に限定されているものの、医療と介護の連携を評価している。

【論点】

- 維持期リハビリテーションについては、医療と介護の役割分担の観点から、要介護被保険者等の医療から介護への移行を進めているところであるが、維持期リハビリテーションを医療保険で受けている者の数は増加しており、医療保険での維持期リハビリテーションに一定のニーズが未だあることを踏まえると、経過措置を延長する必要があるのではないか。
- 介護保険におけるリハビリテーションへの移行を促すため、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）等との連携や事業所への紹介等を評価することについてどのように考えるか。

個別事項 (その4:有床診療所について)

平成25年12月4日

有床診療所についての内容

1. 有床診療所の現状
2. 有床診療所の診療報酬上の評価
3. これまでの議論
4. 有床診療所の評価の見直しについて
 - イ. 機能に応じた評価について
 - ロ. 栄養管理について

有床診療所についての内容

1. 有床診療所の現状
2. 有床診療所の診療報酬上の評価
3. これまでの議論
4. 有床診療所の評価の見直しについて
 - イ. 機能に応じた評価について
 - ロ. 栄養管理について

有床診療所について

○有床診療所とは

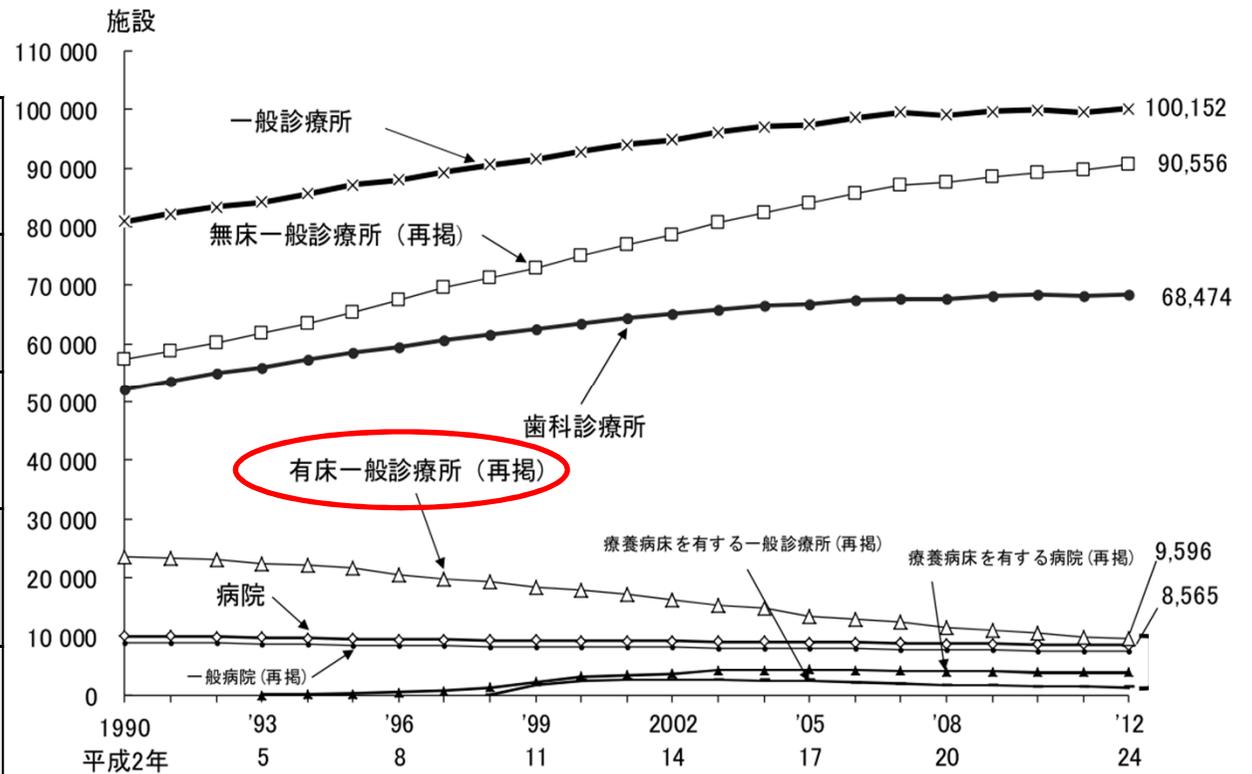
医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、患者を入院させるための施設を有しないもの又は19人以下の患者を入院させるための施設を有するもの。

〈医療法第1条の5第2項〉

○施設の概況

	施設数と割合	病床数
一般診療所	100443 (100%)	—
有床	9257 (9.2%)	121533
療養病床を有するもの(再掲)	1237 (1.2%)	12555
無床	91186 (90.1%)	—

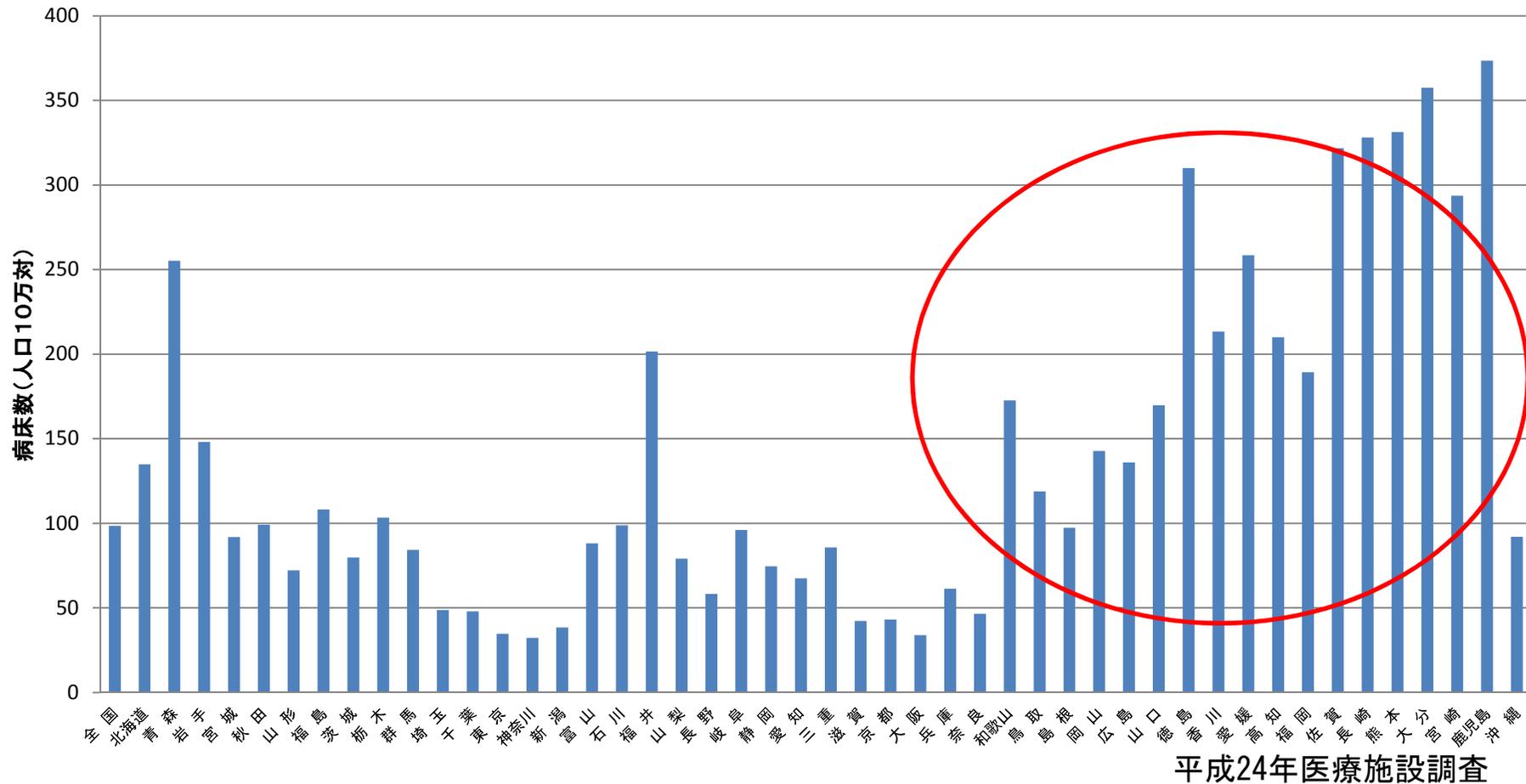
医療施設動態調査（平成25年8月末概数）



平成24年医療施設調査

有床診療所の施設数は減少傾向

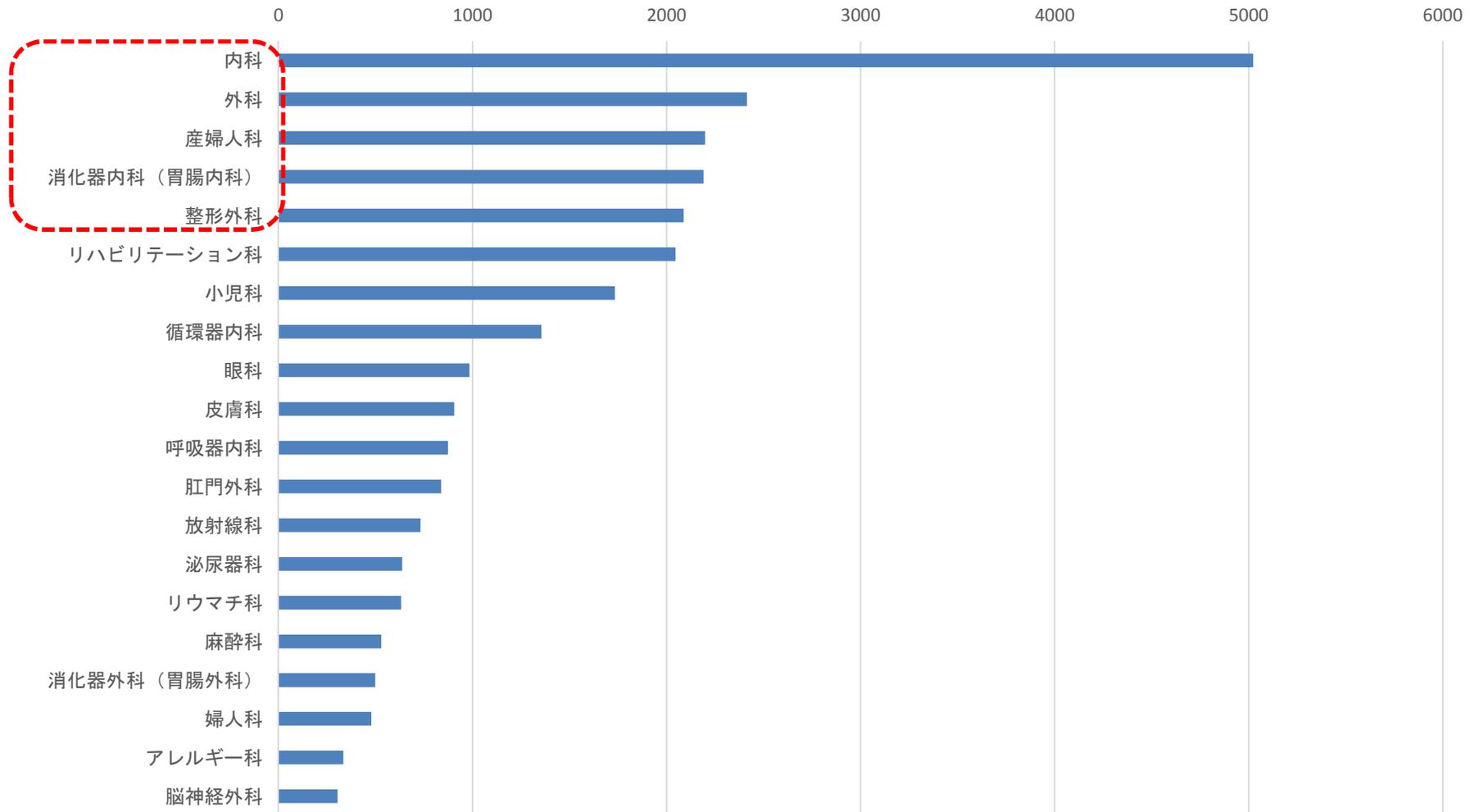
一般診療所の都道府県別病床数(人口10万対)



有床診療所の分布は都道府県間に差があり、西日本に多い。

診療科目別有床診療所数

診療科目別(上位20)有床診療所数(重複計上)



有床診療所の診療科は内科、外科、産婦人科、整形外科等が多い。

平成23年医療施設調査

有床診療所についての内容

1. 有床診療所の現状
- 2. 有床診療所の診療報酬上の評価**
3. これまでの議論
4. 有床診療所の評価の見直しについて
 - イ. 機能に応じた評価について
 - ロ. 栄養管理について

有床診療所入院基本料(平成24年診療報酬改定後)

一般病床

100点

有床診療所一般病床初期加算

※有床診療所入院基本料3については、医師配置加算、看護配置加算、夜間看護配置加算は算定できない。

医師配置加算 1 88点 (当該診療所に勤務する医師が2人以上)

看護配置加算 1 25点 (看護師3名を含む看護職員10名以上)

夜間看護配置加算 1 80点

有床診療所
入院基本料 1
(看護職員配置7人以上)

771点

601点

511点

有床診療所
入院基本料 2
(看護職員配置4~6人)

691点

521点

471点

有床診療所
入院基本料 3
(看護職員配置1~3人)

511点

381点

351点

~14日

~30日

点数

医療法上の病院・診療所の施設基準の比較

病院の一般病床		診療所の一般病床	
人員配置	構造設備	人員配置	構造設備
○医師 16:1 ○看護職員 3:1 ○薬剤師 70:1	○必置施設 ・各科専門の診察室 ・手術室・処置室 ・臨床検査施設 (外部委託する場合を除く) ・X線装置 ・調剤所 等 ○病床 6.4㎡/床以上※1	●医師 1人	●必置施設 ・特になし ●病床 一人部屋 6.3㎡/床以上 二人部屋～ 4.3㎡/床以上
病院の療養病床		診療所の療養病床	
人員配置	構造設備	人員配置	構造設備
○医師 48:1 ○看護職員 4:1※2 ○看護補助者 4:1※2 ○薬剤師 150:1	○一般病床の必置施設に加え ・機能訓練室 ・談話室 ・食堂 ・浴室 ○病床 6.4㎡/床以上※3	●医師 1人 ●看護職員 4:1※4 ●看護補助者 4:1※4 ただし、当面の間、看護職員・看護補助者あわせて2:1で可	●必置施設 ・機能訓練室 ・談話室 ・食堂 ・浴室 ●病床 6.4㎡/床以上※3

※1 既設(H13.3.1時点)の場合、一人部屋6.3㎡/床以上、二人部屋～4.3㎡/床以上

※2 既設(H24.4.1時点)はH30.3.31までは6:1で可(経過措置)

※3 既設(H13.3.31時点)の場合、6.0㎡/床以上

※4 既設(H24.4.1時点)はH30.3.31までは6:1又は看護職員・看護補助者あわせて3:1で可(経過措置)

平成24年度有床診療所における主な改定項目

(1) 有床診療所の機能に着目した評価

- 緩和ケアの評価を新設する。
- ターミナルケアの評価を新設する。

(2) 在宅医療の推進

- 複数の医療機関による連携、ベッドを有する医療機関との連携を行った場合、往診等の評価を引き上げる。
- 在宅療養中の患者が急変した際、緊急入院受け入れを行った場合に対する評価を引き上げる。

(3) 時間外の患者対応に着目した評価

- 時間外に患者からの電話等による問い合わせに対応する診療所への評価を充実させる。

(4) 有床診療所の病床の柔軟な運用

- 有床診療所の入院基本料の評価は、一般病床、療養病床で区別されているが、相互の柔軟な算定を可能とする。
- 介護療養病床入院患者が急性増悪した際に、医療保険を算定できる病床は2室8床に限られているが、より柔軟な運用を可能とする。

有床診療所についての内容

1. 有床診療所の現状
2. 有床診療所の診療報酬上の評価
- 3. これまでの議論**
4. 有床診療所の評価の見直しについて
 - イ. 機能に応じた評価について
 - ロ. 栄養管理について

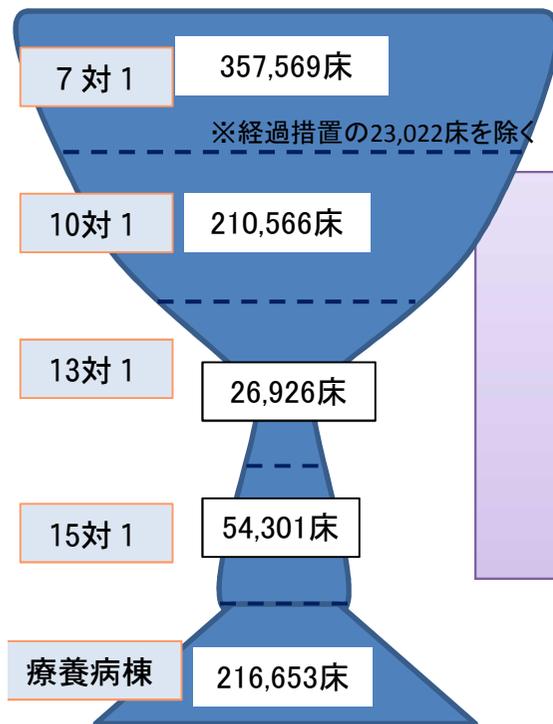
「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会

改) 中医協 総-1

25.11.20

<現在の姿>



基本的な考え方

<高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
 - ・平均在院日数の短縮
 - ・長期入院患者の評価の適正化
 - ・重症度・看護必要度の見直し
 - ・入院早期からのリハビリの推進 等

<回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
 - ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

<長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

<その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

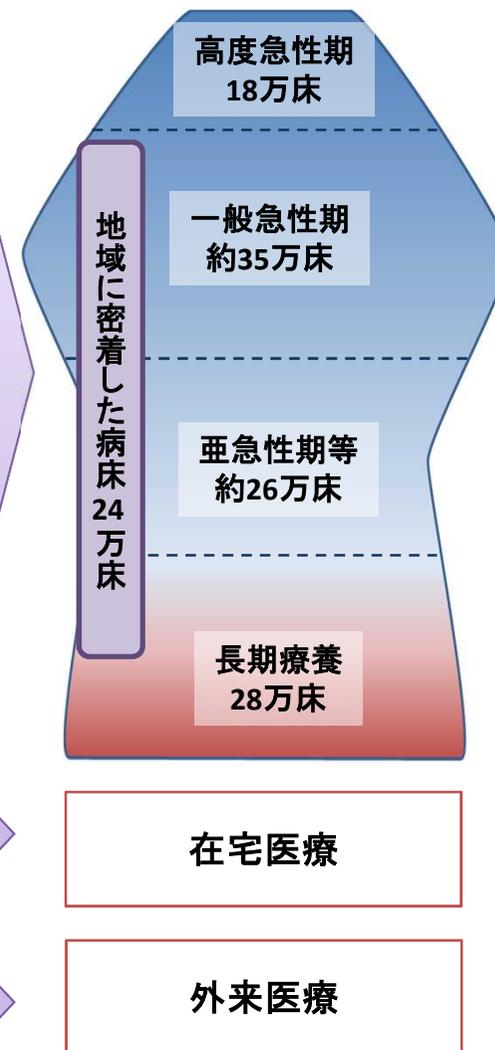
<在宅医療>

- 質の高い在宅医療の提供の推進
 - ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

<外来医療>

- 身近なかかりつけ医を受診し、必要に応じて大病院等を紹介する等の体制の整備
 - ・かかりつけ医機能の評価 等

<2025年(平成37年)の姿>



「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)抜粋 (平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

改)中医協 総-1
25.11.20

2. 次期診療報酬改定の社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について

(1) 入院医療について

① 高度急性期・一般急性期について

- 高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価を行う観点から、急性期病床の患者像の検証を基に、以下の事項について検討を行う必要。
 - ・ 急性期病床の担う機能の明確化を行い、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能強化
 - ・ 重症度・看護必要度の見直し等による、患者の状態に応じた医療の提供
 - ・ 入院早期からのリハビリテーションや退院・転院支援の推進
 - ・ 退院・転院に係る連携の強化
 - ・ 急性期病床の平均在院日数の短縮 等

② 長期療養について

- 長期療養患者の受け皿を確保し、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化を図る観点から、いわゆる社会的入院が発生しないように留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要。
 - ・ 急性期病床における長期入院患者の評価の適正化
 - ・ 長期療養を担う病床の急性期等との連携強化、受入体制の充実 等

③ 回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)について

- 医療機能に着目した診療報酬上の評価を行う観点から、回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを踏まえつつ、例えば、急性期病床からの患者の受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど、診療報酬上の亜急性期入院医療管理料における患者像や機能を明確化し、回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料・回復期リハビリテーション病棟入院料等)の病床の機能に応じた評価について検討を行う必要。

他方、在宅患者の急性増悪には急性期病床が対応すべきであり、また、亜急性期という表現の中で急性期と回復期を含むと非常に分かりにくいため、病期に応じて報告する病床の区分に合わせ議論を整理すべきという意見があった。

④ 地域特性について

- 医療資源の少ない地域では、一つの病院が複数の機能を担うことが必要な場合もあり、平成24年度診療報酬改定において、地域に配慮して入院基本料等で一定の要件を緩和した評価が行われたが、そのような地域の実情に配慮した評価のあり方について、患者の負担にも留意しつつ、検討する必要。

⑤ 有床診療所における入院医療について

- 有床診療所については、病院からの早期退院患者の受入れ機能、在宅患者の急変時の受入れ機能、在宅医療の拠点機能、終末期医療を担う機能、専門医療を担う機能等を有しており、それらの機能に応じた評価について検討を行う必要。

有床診療所に係る課題と論点

中医協 総 - 3
25.3.13

- 平成24年診療報酬改定において、有床診療所の機能に着目した評価として、夜間に看護師が配置されている有床診療所について、緩和ケア診療やターミナルケアに関する評価の新設等を行った。
- 有床診療所について、(1)病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能、(2)専門医療を担って病院の役割を補完する機能、(3)緊急時に対応する医療機能、(4)在宅医療の拠点としての機能、(5)終末期医療を担う機能などを評価することが要望されている。



【論点】

○高齢化の進展に伴い、有床診療所における在宅患者の急変時の受け入れ機能や看取り機能、在宅医療等の機能に応じた有床診療所の評価についてどう考えるか。

有床診療所についての内容

1. 有床診療所の現状
2. 有床診療所の診療報酬上の評価
3. これまでの議論
4. 有床診療所の評価の見直しについて
 - イ. 有床診療所の機能に応じた評価
 - ロ. 栄養管理について

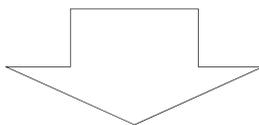
イ. 有床診療所の機能に応じた評価

- ①病院からの早期退院患者の受入れ機能
- ②在宅患者等の急変時の受入れ機能
- ③複数の機能を担う有床診療所の評価

有床診療所の評価について①

【課題】

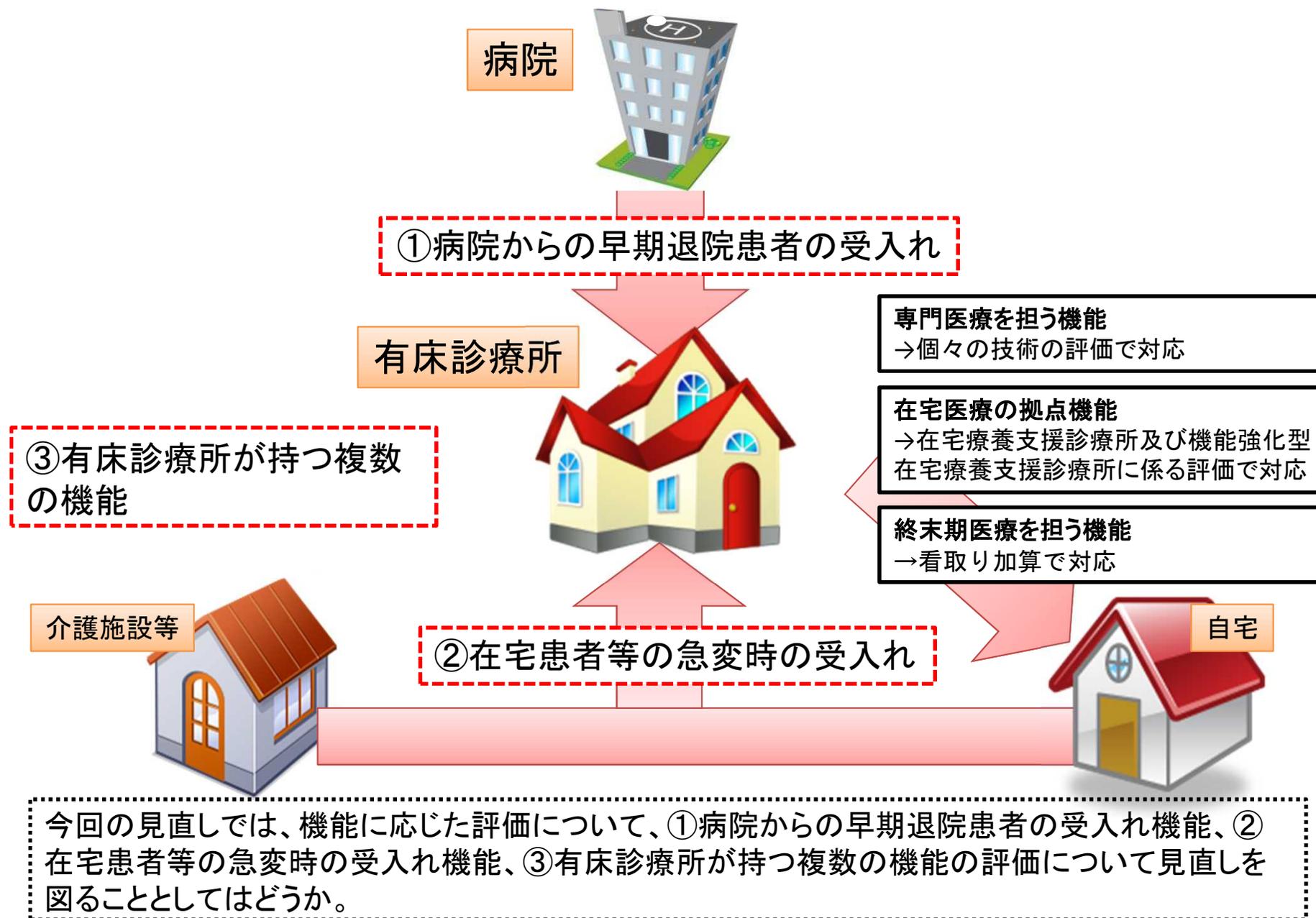
- 有床診療所は、約9,300施設で近年減少傾向である。診療報酬上の評価は、人員配置や設備の基準が病院に比べて緩和されていることを踏まえた入院基本料とする一方、機能に応じて加算で評価している。
- 有床診療所は病院からの早期退院患者の受入れ機能を担っており、平成22年診療報酬改定において「有床診療所一般病床初期加算」が設けられたが、他の類似の評価に比べて低い評価となっている。
- また、有床診療所は地域の夜間救急や緊急入院の役割を担っているが、緊急入院が多い有床診療所ほど、経常利益率が悪いことが明らかになっており、手厚い人員配置が一因となっていると考えられる。
- 有床診療所の入院患者は病院に比べて高齢者が多く、入院理由も多岐にわたる。また、31日以上長期入院患者が約43%を占める。在院日数が長い患者であっても呼吸管理、心電図モニター、持続点滴を必要とする患者が一定程度いる。
- 有床診療所の中で、併設施設を所有し、介護事業を行っている施設は25.9%。事業の種類は通所リハ、通所介護、居宅介護支援事業所が多い。また有床診療所の医師は、在宅当番医等地域で多様な役割を担っている。



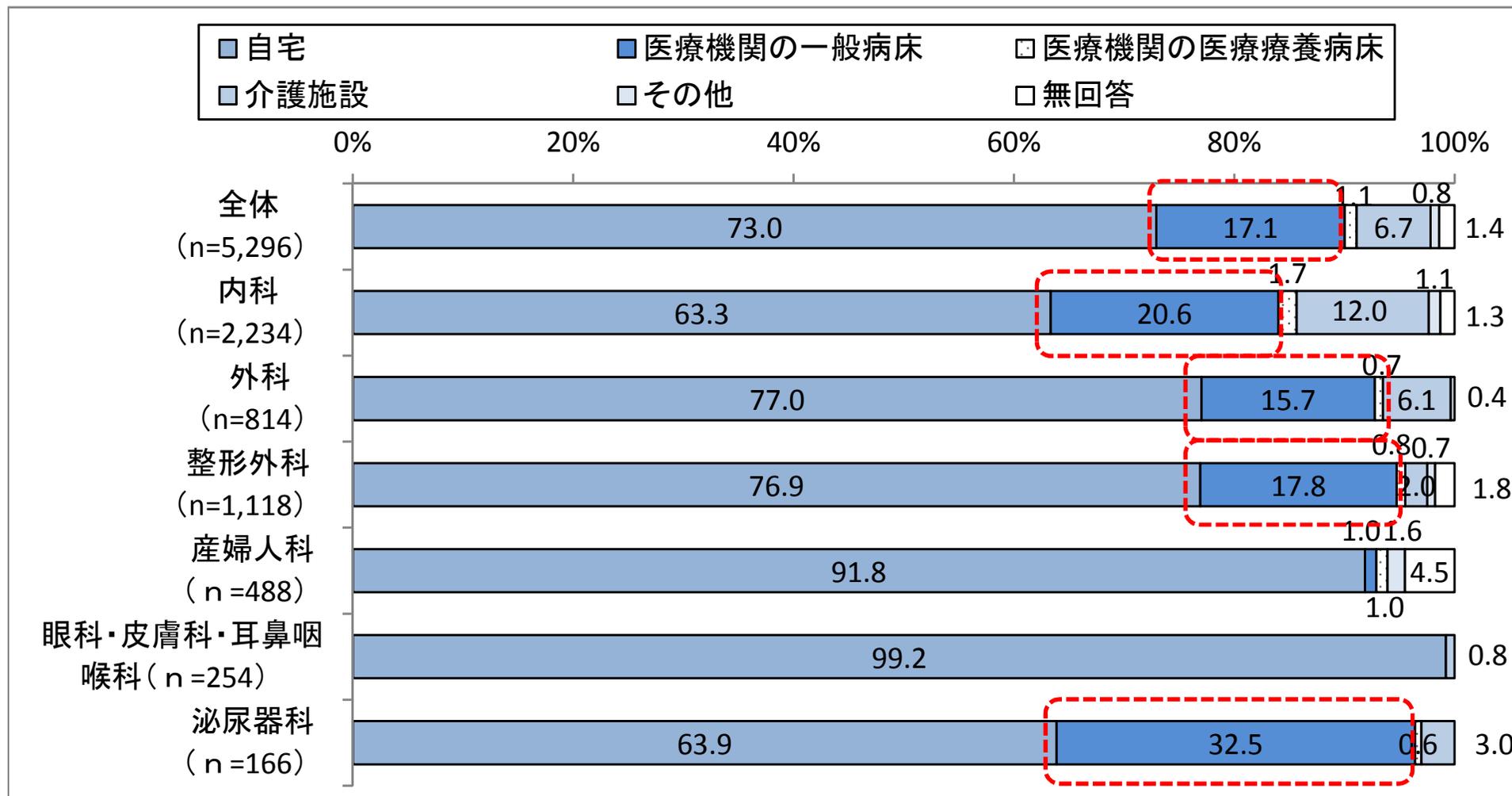
【論点】

- 「有床診療所一般病床初期加算」について、その趣旨を踏まえ、他の類似の加算と同等の評価とすることについてどのように考えるか。
- 緊急時の入院についてより充実した体制(特に看護補助者の配置)の評価についてどのように考えるか。
- 有床診療所の入院患者の実態や地域で担っている多様な役割を踏まえ、多機能を持つ有床診療所の入院基本料についてどのように考えるか。

有床診療所の機能に応じた評価



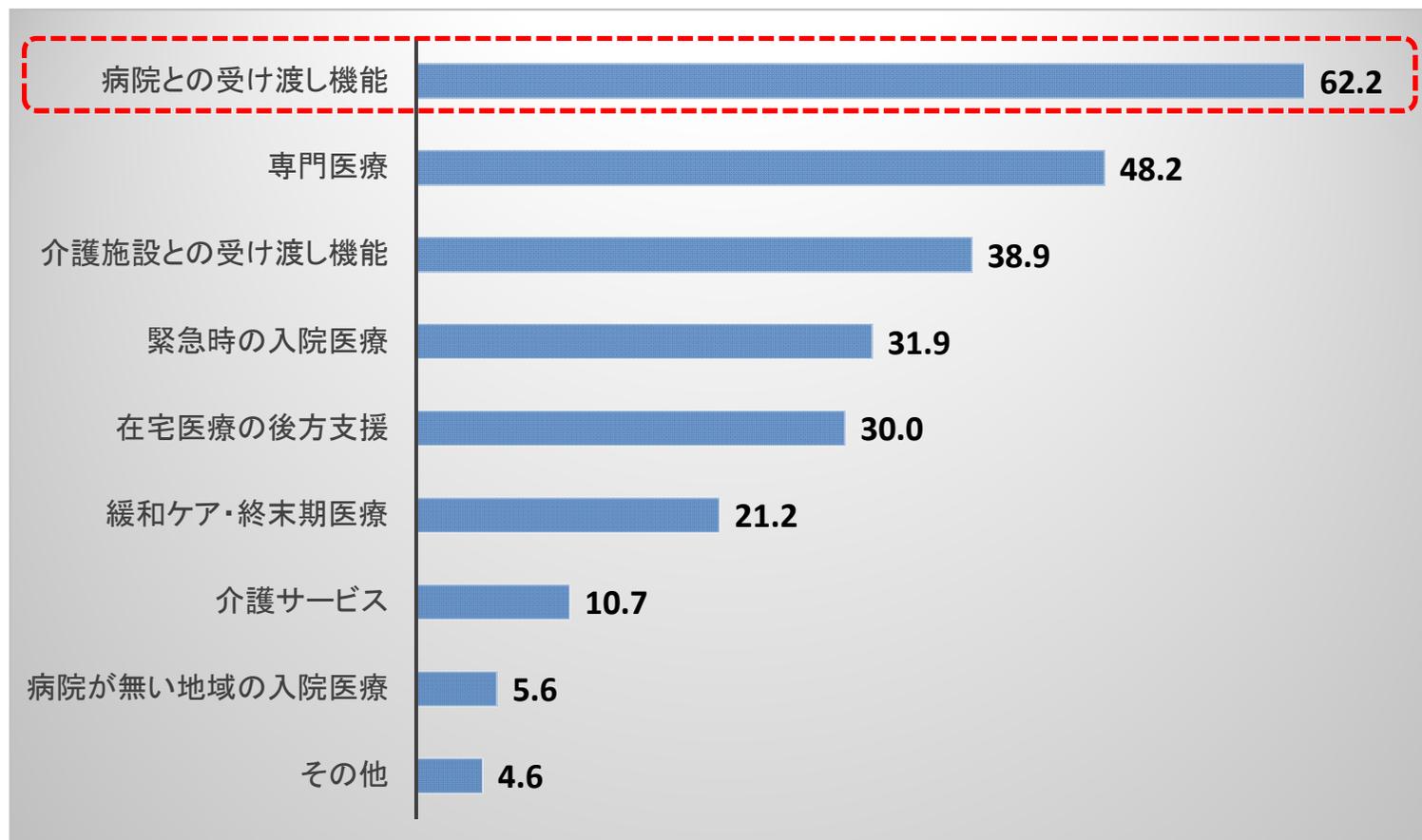
入院患者の入院前の居場所(一般病床)



有床診の入院患者の入院前の居場所は、医療機関の一般病床からの入院が17.1%を占める。診療科別では、内科・外科・整形外科・泌尿器科が多い。

地域医療の中での役割(複数回答)

N=839 単位%



自院の地域での役割は「病院との受け渡し機能」であると
回答した施設が62.2%ともっとも多い。

出典: 日医総研ワーキングペーパー 平成25年有床診療所の現状調査(2013年10月28日)

急性期医療の後方病床の確保の評価について

①有床診療所入院基本料

有床診療所一般病床初期加算

100点(7日以内、1日につき)

②有床診療所療養病床入院基本料

救急・在宅等支援療養病床初期加算

150点(14日以内、1日につき)

③13対1、15対1一般病棟入院基本料

救急・在宅等支援病床初期加算

150点(14日以内、1日につき)

④療養病棟入院基本料

救急・在宅等支援療養病床初期加算

150点(14日以内、1日につき)

※療養病棟入院基本料1の場合は1日300点

[考え方]急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護施設等の入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床の確保することを目的とする。

[対象患者]急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者

[①有床診療所一般病床初期加算施設基準]

次のいずれかに該当すること。

- イ 過去1年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所である。
- ロ 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔を伴う手術を年間30件以上実施。
- ハ 救急病院等を定める省令に基づき認定されている。
- ニ 病院群輪番制又は在宅当番医制に参加している。
- ホ がん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
- ヘ 夜間看護配置加算を算定しており、夜間の診療応需体制を有している。

[②救急・在宅等支援療養病床初期加算施設基準]

過去1年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所である。

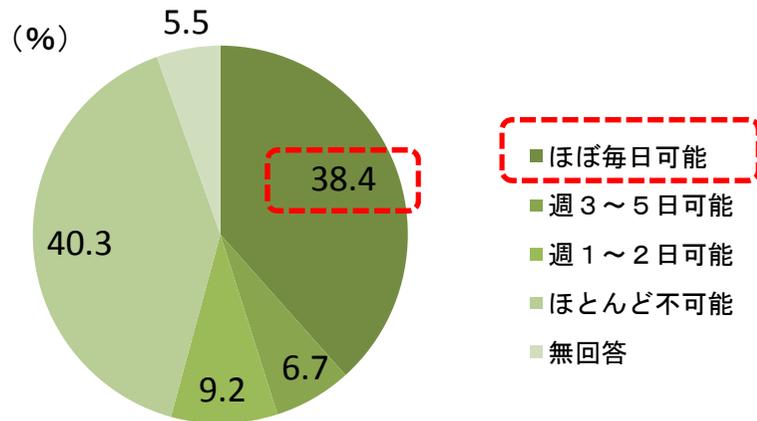
[③・④]

施設基準は特になし。

急性期医療の後方病床や、在宅患者等の軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保するため、類似の評価が設けられているが、有床診療所一般病床初期加算のみ低い評価となっている。

夜間救急対応・緊急入院

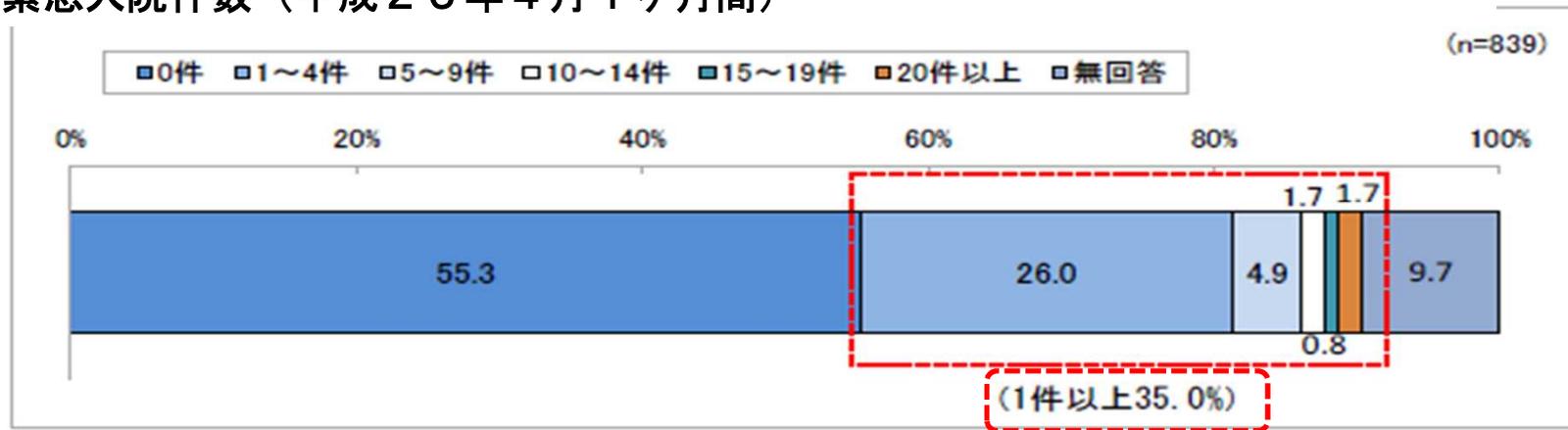
夜間救急対応(外来)の可否(n=839)



予定入院と緊急入院の割合

	予定入院	緊急入院	無回答
一般病床 (n=5296)	60.0	37.9	2.2
医療療養病床 (n=834)	71.6	24.8	3.6
介護療養病床 (n=662)	76.9	11.0	12.1

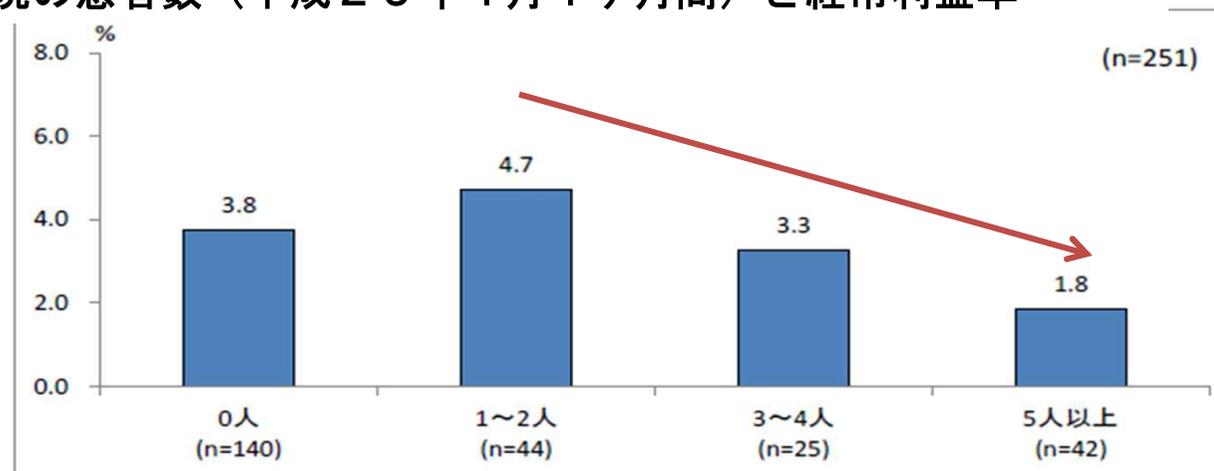
緊急入院件数 (平成25年4月1ヶ月間)



ほぼ毎日夜間救急に対応できる有床診療所は38.4%、一般病床における緊急入院の割合は37.9%、1月1件以上の緊急入院を受入れている施設の割合は35.0%。
→有床診は地域において夜間救急や緊急入院の役割を担っている。

緊急入院件数と経常利益率・職員配置

緊急入院の患者数（平成25年4月1ヶ月間）と経常利益率



緊急入院の患者数と医師・看護職員等の配置状況（平成25年4月1ヶ月間）

（すべて常勤換算。看護職員は看護師と准看護師を含む。無回答は除く）

	医師数	看護職員	看護補助者	夜間		
				総職員数	うち看護職員	うち看護補助者
0件 (n=464)	1.9	8.5	1.7	1.2	1.0	0.2
1~4件 (n=218)	2.0	10.3	2.4	1.6	1.3	0.3
5件以上 (n=76)	2.8	13.4	3.2	1.5	1.2	0.3
全体 (n=758)	2.0	9.5	2.1	1.4	1.1	0.2

全て常勤換算。看護職員は看護師と准看護師を含む。無回答は除く。

緊急入院が増えるにつれて経常利益率は悪化し、その一因として、緊急入院に備えるため、職員配置が手厚くなっていることが考えられる。

有床診療所入院基本料に関する人員配置の加算

加算	点数 (1日につき)	要件
夜間緊急体制確保 加算	15	・入院患者の病状急変に備えた緊急の診療提供体制を確保
医師配置 加算1	88	・当該診療所の医師数が2以上 かつ、次のいずれかに該当すること ・在宅療養支援診療所で訪問診療を実施 ・急性期医療を担う診療所
医師配置 加算2	60	・当該診療所の医師数が2以上
看護配置 加算1	25	・当該診療所(療養病床除く)の看護職員数が看護師3を含む10以上
看護配置 加算2	10	・当該診療所(療養病床を除く)の看護職員数が10以上
夜間看護配置 加算1	80	・当該診療所の夜間看護要員の数が看護職員1を含む2以上
夜間看護配置 加算2	30	・当該診療所の夜間看護職員の数が1以上

有床診療所では、看護補助者に関する配置加算は設けられていない。

有床診療所入院基本料(平成24年診療報酬改定後)

一般病床

100点

有床診療所一般病床初期加算

※有床診療所入院基本料3については、医師配置加算、看護配置加算、夜間看護配置加算は算定できない。

医師配置加算 1 88点 (当該診療所に勤務する医師が2人以上)

看護配置加算 1 25点 (看護師3名を含む看護職員10名以上)

夜間看護配置加算 1 80点

有床診療所
入院基本料 1
(看護職員配置7人以上)

771点

601点

511点

有床診療所
入院基本料 2
(看護職員配置4~6人)

691点

521点

471点

有床診療所
入院基本料 3
(看護職員配置1~3人)

511点

381点

351点

~14日

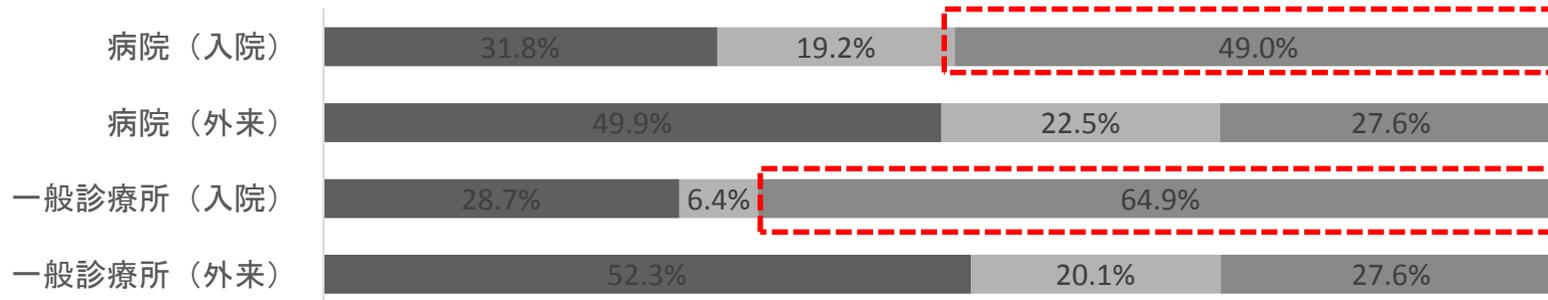
~30日

点数

31日以上の入院基本料は351点から511点となっている。

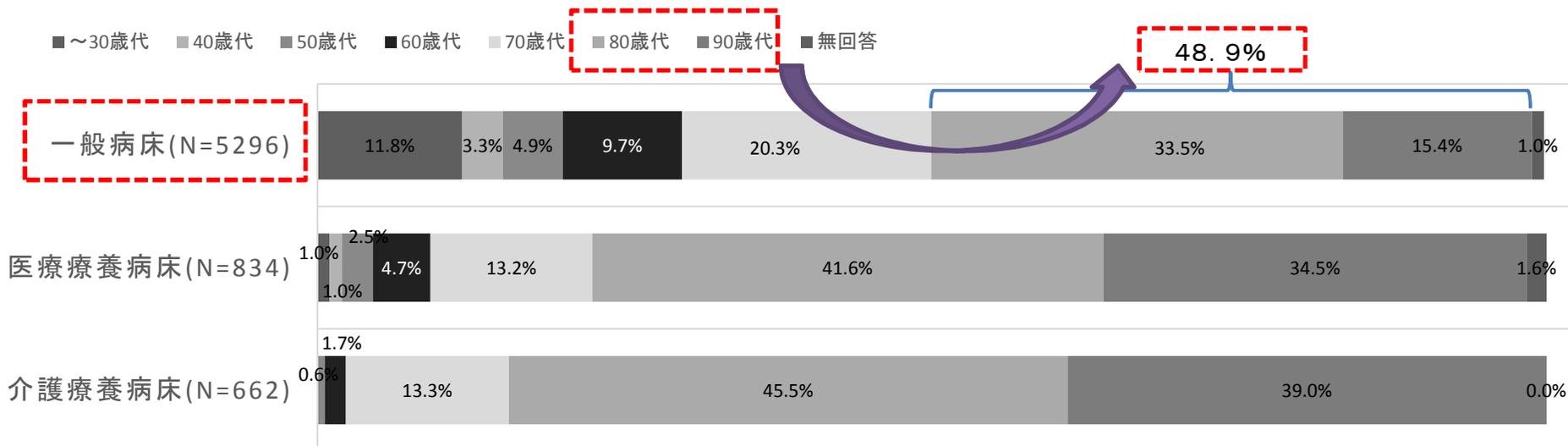
病院・診療所の患者の年齢階級別構成割合

病院・一般診療所別 入院・外来別 年齢階級別構成割合 ■ 0～64歳 ■ 65～74歳 ■ 75歳以上



(出典)厚生労働省「平成23年患者調査」

有床診療所の入院患者の年齢階級別構成割合



※ショートステイ、無回答は除く

(出典)出典:日医総研ワーキングペーパー 平成25年有床診療所の現状調査(2013年10月28日)

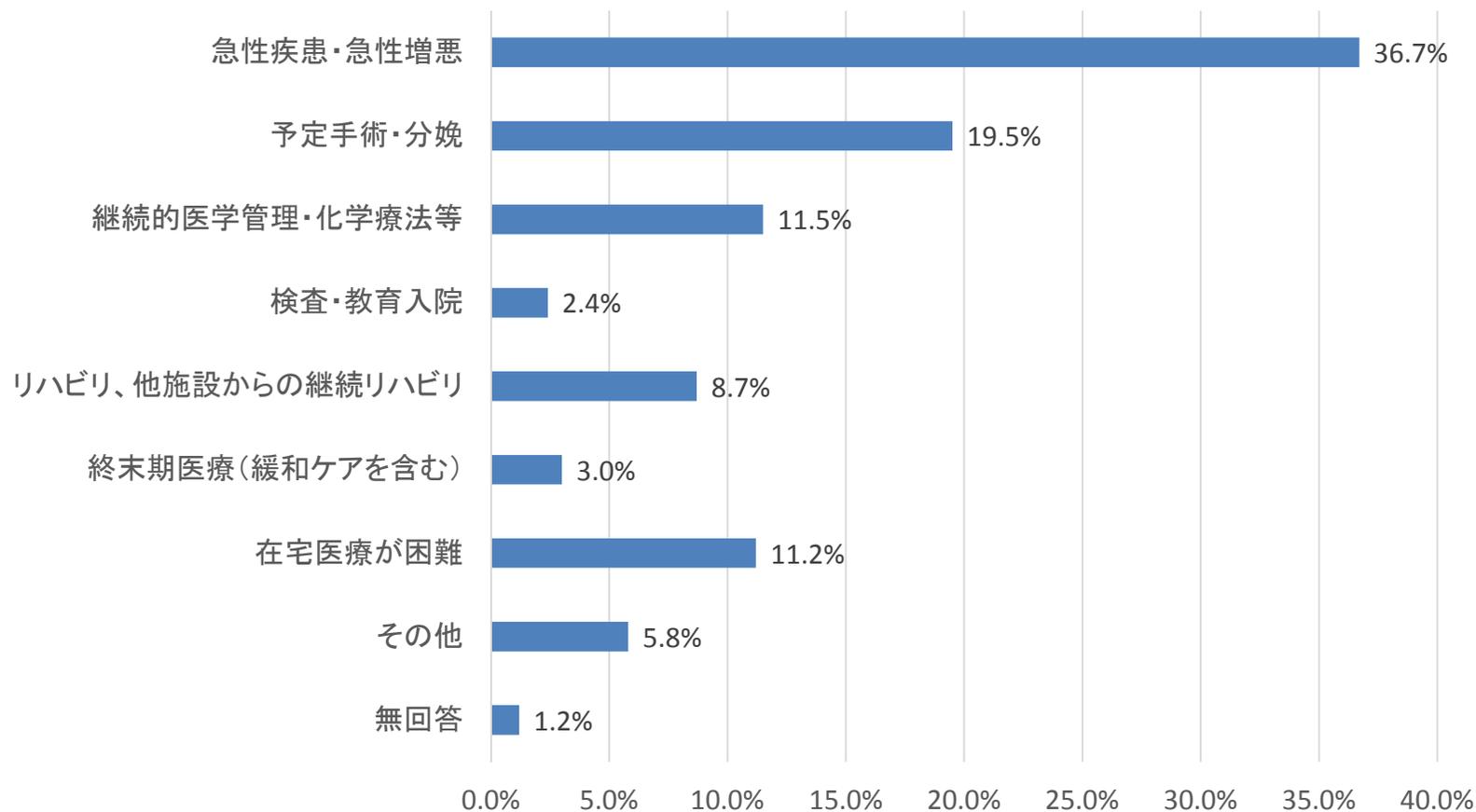
(グラフ上段) 一般診療所の入院患者は、75歳以上が64.9%と病院(49.0%)に比べて高齢者が多くなっている。

(グラフ下段) 有床診療所の一般病床では、80歳以上が48.9%を占める。

→有床診療所は特に地域の高齢者の入院施設として機能している。

入院の理由(一般病床)

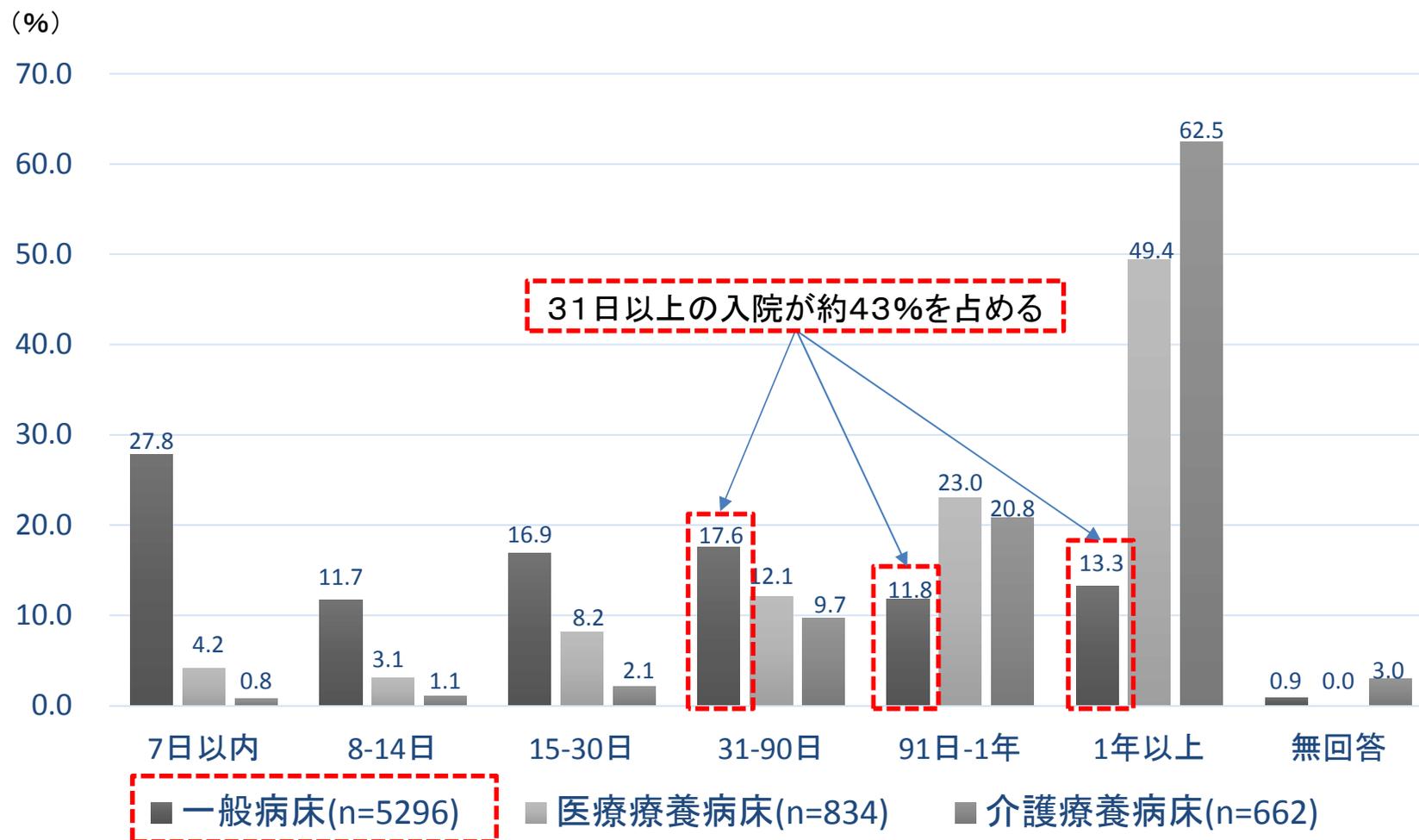
N=5296



出典:日医総研ワーキングペーパー 平成25年有床診療所の現状調査(2013年10月28日)

入院の理由は、急性疾患・急性増悪、予定手術・分娩、化学療法、リハビリ、緩和ケア等多岐に渡る。

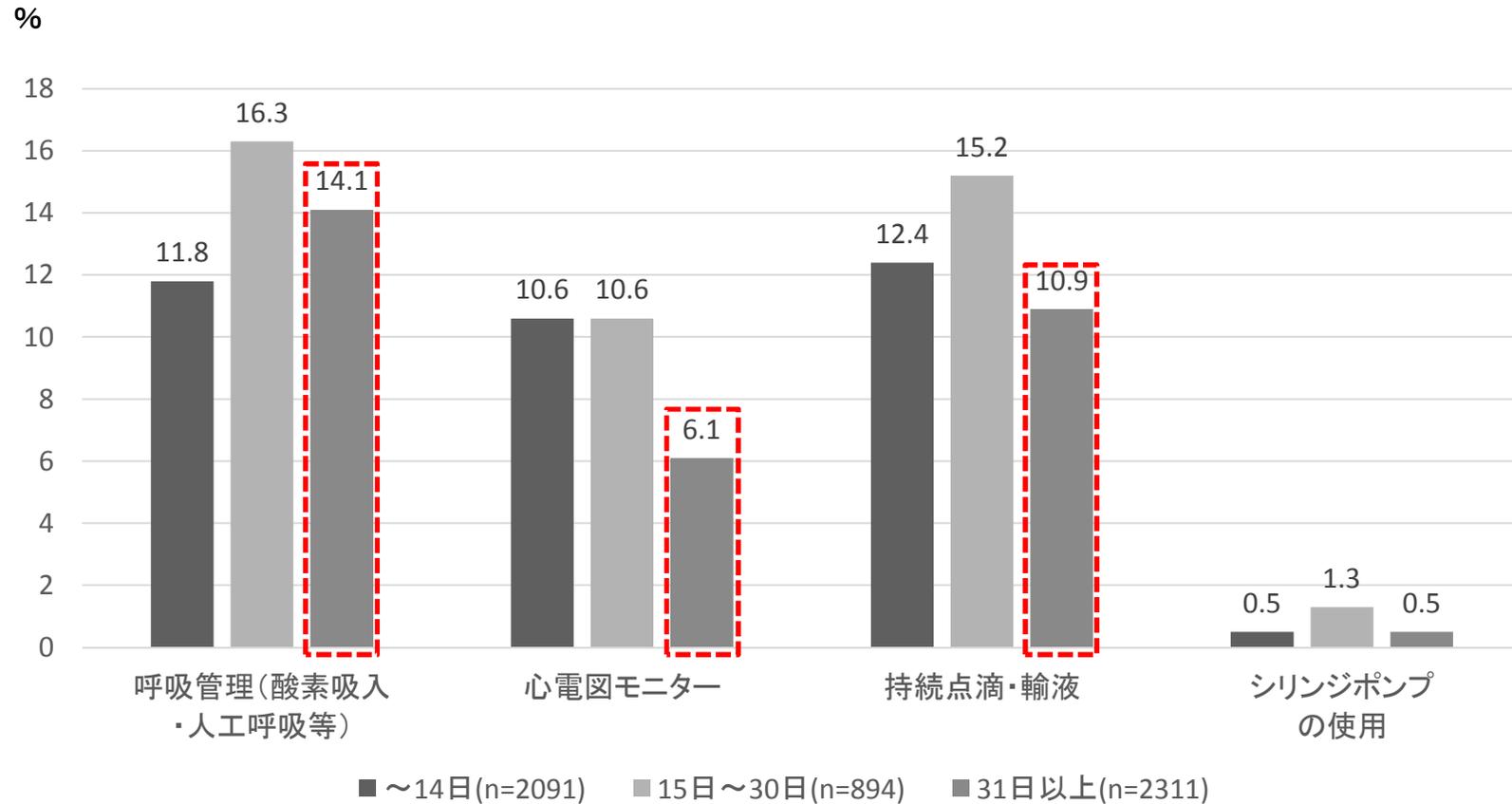
調査日時点での在院日数別の患者割合



出典:日医総研ワーキングペーパー 平成25年有床診療所の現状調査(2013年10月28日)

一般病床でも31日以上入院が約43%を占める。

在院日数別にみた患者の状況

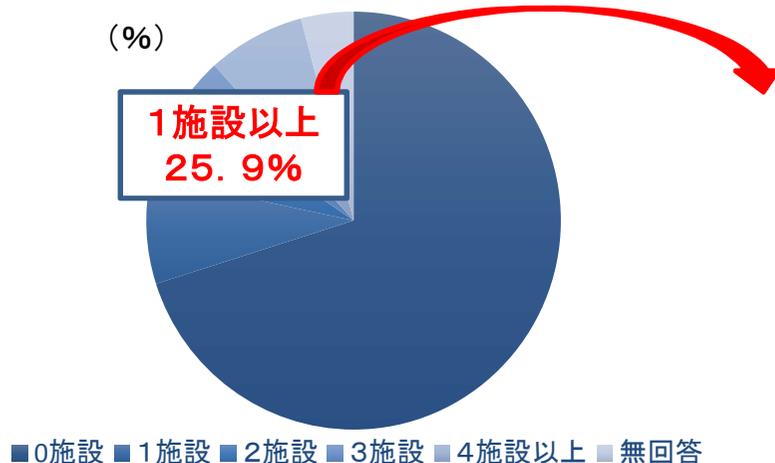


出典: 日医総研ワーキングペーパー 平成25年有床診療所の現状調査(2013年10月28日)

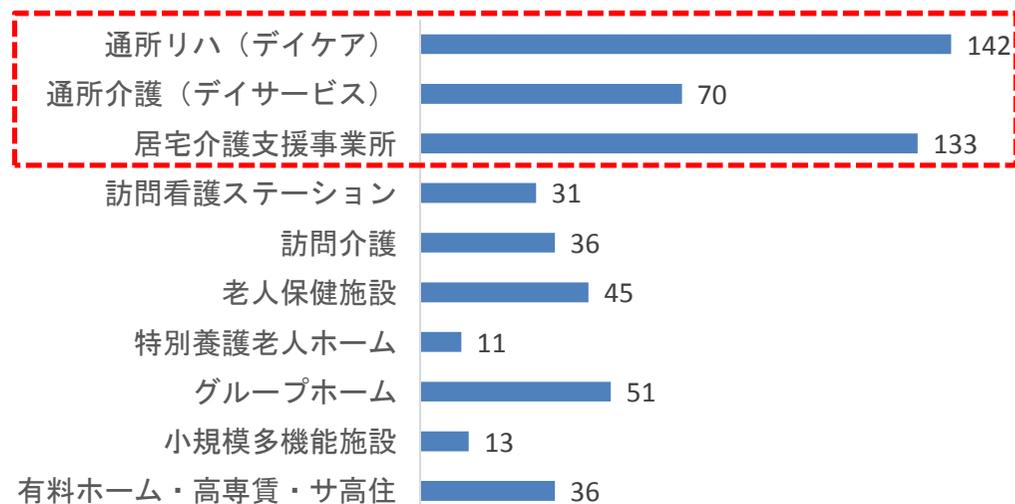
在院日数が31日以上でも、呼吸管理、心電図モニター、持続点滴等を必要とする患者が一定程度いる。

有床診療所の機能(介護、地域貢献)

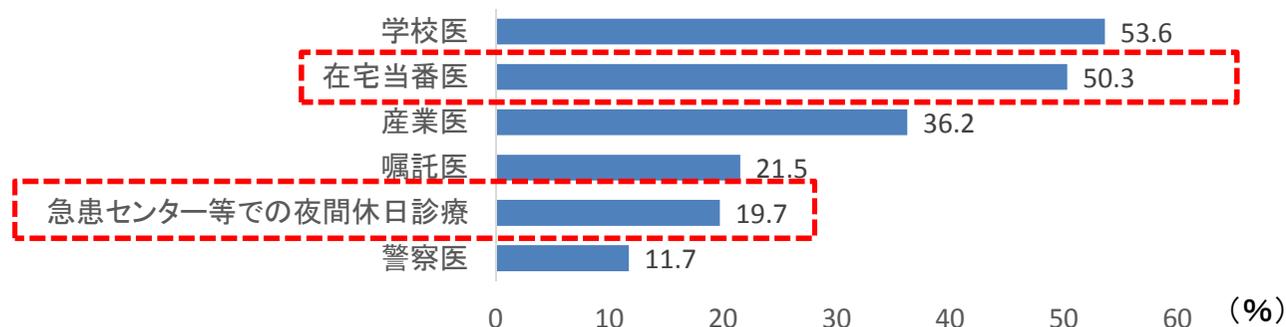
介護事業・併設施設の数(n=839)



介護事業・併設施設の種類(複数回答)



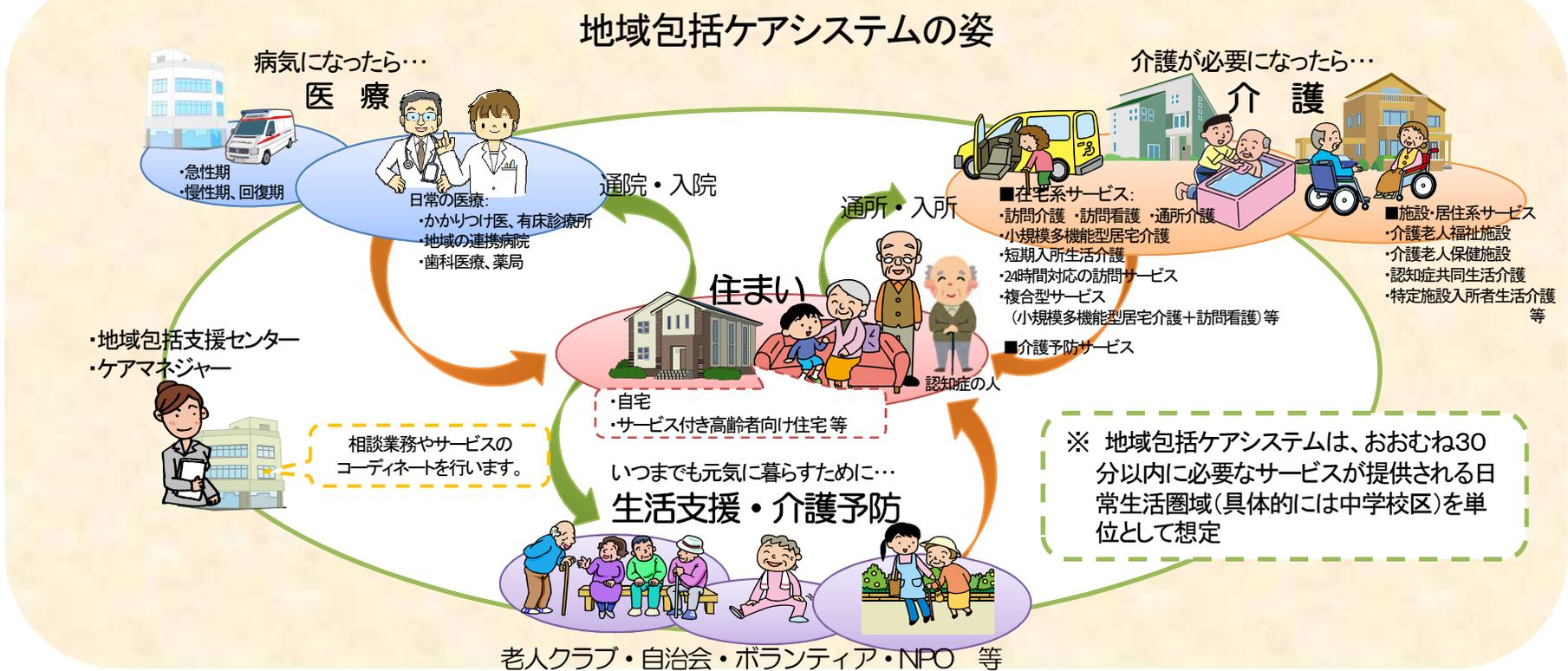
その他地域で担っている役割 (n=839)



併設施設を所有し、介護事業を行っている施設は25.9%。事業の種類は通所リハ、通所介護、居宅介護支援事業所が多い。またその他在宅当番医、急患センター等での夜間休日診療等多様な役割を担っている。

地域包括ケアシステムの構築について

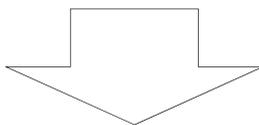
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。



有床診療所の評価について①

【課題】

- 有床診療所は、約9,300施設で近年減少傾向である。診療報酬上の評価は、人員配置や設備の基準が病院に比べて緩和されていることを踏まえた入院基本料とする一方、機能に応じて加算で評価している。
- 有床診療所は病院からの早期退院患者の受入れ機能を担っており、平成22年診療報酬改定において「有床診療所一般病床初期加算」が設けられたが、他の類似の評価に比べて低い評価となっている。
- また、有床診療所は地域の夜間救急や緊急入院の役割を担っているが、緊急入院が多い有床診療所ほど、経常利益率が悪いことが明らかになっており、手厚い人員配置が一因となっていると考えられる。
- 有床診療所の入院患者は病院に比べて高齢者が多く、入院理由も多岐にわたる。また、31日以上長期入院患者が約43%を占める。在院日数が長い患者であっても呼吸管理、心電図モニター、持続点滴を必要とする患者が一定程度いる。
- 有床診療所の中で、併設施設を所有し、介護事業を行っている施設は25.9%。事業の種類は通所リハ、通所介護、居宅介護支援事業所が多い。また有床診療所の医師は、在宅当番医等地域で多様な役割を担っている。



【論点】

- 「有床診療所一般病床初期加算」について、その趣旨を踏まえ、他の類似の加算と同等の評価とすることについてどのように考えるか。
- 緊急時の入院についてより充実した体制(特に看護補助者の配置)の評価についてどのように考えるか。
- 有床診療所の入院患者の実態や地域で担っている多様な役割を踏まえ、多機能を持つ有床診療所の入院基本料についてどのように考えるか。

有床診療所についての内容

1. 有床診療所の現状
2. 有床診療所の診療報酬上の評価
3. これまでの議論
4. 有床診療所の評価の見直しについて
 - イ. 有床診療所の機能に応じた評価
 - ハ. 栄養管理について

有床診療所の評価について②

【課題】

- 平成24年度診療報酬改定において、栄養管理実施加算を入院基本料、特定入院料に包括した。この際、栄養管理実施加算を算定していなかった医療機関については管理栄養士の配置がなくても、平成26年3月31日まで入院基本料等を算定可とする経過措置を設けている。
- 有床診療所では、管理栄養士を確保している割合が増加しているものの、平成24年9月時点で確保していない施設は約7割となっている。また、確保の目処がまったく立っていないと回答した施設はそのうち約5割となっている。
- 平成24年3月時点で栄養管理実施加算を届出していなかった理由について「該当患者がいない」と回答した施設には耳鼻咽喉科、小児科、産婦人科、眼科が多い。
- 一部地域で、栄養管理のため、病診連携を進めている例や、診療所間で管理栄養士を共有している例がみられる。

【入院医療等分科会とりまとめ】

栄養管理実施加算及び褥瘡患者管理加算の包括化について

- ① 平成24年度診療報酬改定で、入院基本料等の要件に包括された栄養管理実施加算及び褥瘡患者管理加算については、病院においては両加算、有床診療所においては褥瘡患者管理加算を入院基本料等に包括する評価を継続することは妥当である。有床診療所の栄養管理実施加算の入院基本料等への包括については、要件となっている、管理栄養士の確保が進んでいないことから、これを踏まえた対応を検討する必要がある。
- ② また、有床診療所の入院患者は高齢者の割合が高く、栄養管理が必要な患者も含まれることから、例えば、包括から除外して評価することとしても、他の医療機関や栄養士会等との地域連携で栄養管理を行うことを検討する必要がある。

【論点】

- 平成24年度診療報酬改定で、入院基本料等の要件に包括された栄養管理実施加算について、有床診療所に限り、加算に戻すことについてどのように考えるか。また、有床診療所では管理栄養士の確保は難しいものの、栄養管理が必要な患者もいることから、他医療機関等との連携で行った場合の評価についてどのように考えるか。

入院中の栄養管理について(平成18年診療報酬改定)

入院患者の栄養管理計画の作成及び当該計画に基づく栄養管理の実施を要件として、個々の患者の栄養状態、健康状態等に着眼した栄養管理を実際に行った場合について、入院基本料に対する加算を新設する。

栄養管理実施加算(1日につき) 12点

[施設基準]

- ①栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- ②患者の入院時に患者ごとの栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して、入院患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画を作成していること。
- ③当該栄養管理計画に基づき入院患者ごとの栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。
- ④当該栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること

入院基本料等加算の簡素化（平成24年診療報酬改定）

栄養管理実施加算の簡素化

- 栄養管理実施加算を算定している医療機関が多いことから、栄養管理体制の確保を入院基本料及び特定入院料の要件とし、診療報酬体系の簡素化を行う。

[入院基本料及び特定入院料の施設基準]

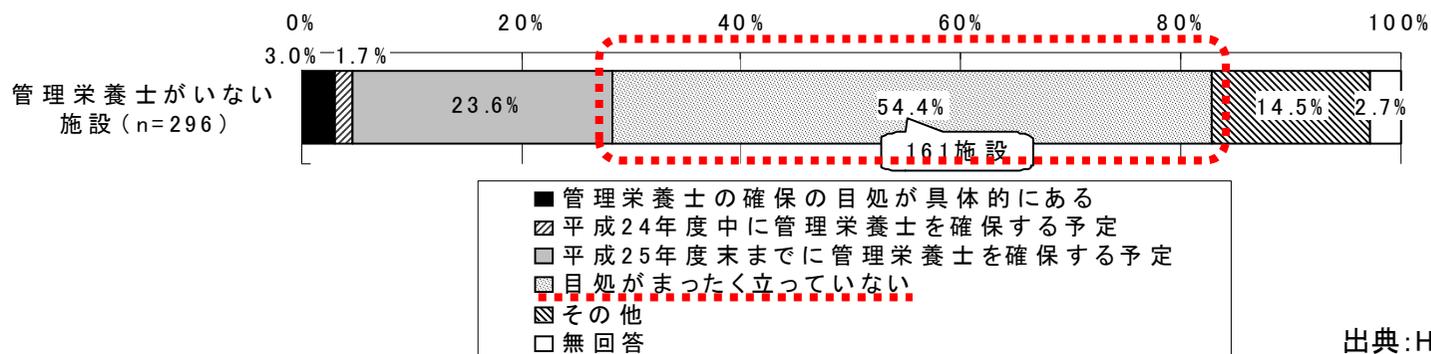
- ① 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。ただし、有床診療所は非常勤であっても差し支えない。
- ② 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
- ③ 入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- ④ ③において、特別な栄養管理が必要とされた患者について、栄養管理計画を作成していること。
- ⑤ 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価間隔等を記載すること。
- ⑥ 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。
- ⑦ 当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- ⑧ 特別入院基本料及び短期滞在手術料1を算定する場合は、①～⑦までの体制を満たしていることが望ましい。
- ⑨ 当該保険医療機関において、①の基準が満たせなくなった場合、当該基準を満たさなくなった日の属する月を含む3か月に限り、従来入院基本料等を算定できる。
- ⑩ 平成24年3月31日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成26年3月31日までの間は地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、①の基準を満たしているものとする。

管理栄養士の確保状況(平成24年検証部会調査)

■ 有床診療所における管理栄養士の確保状況



■ 常勤がいる施設 ■ 常勤はいないが非常勤がいる施設 ■ 常勤・非常勤ともいない ■ 無回答

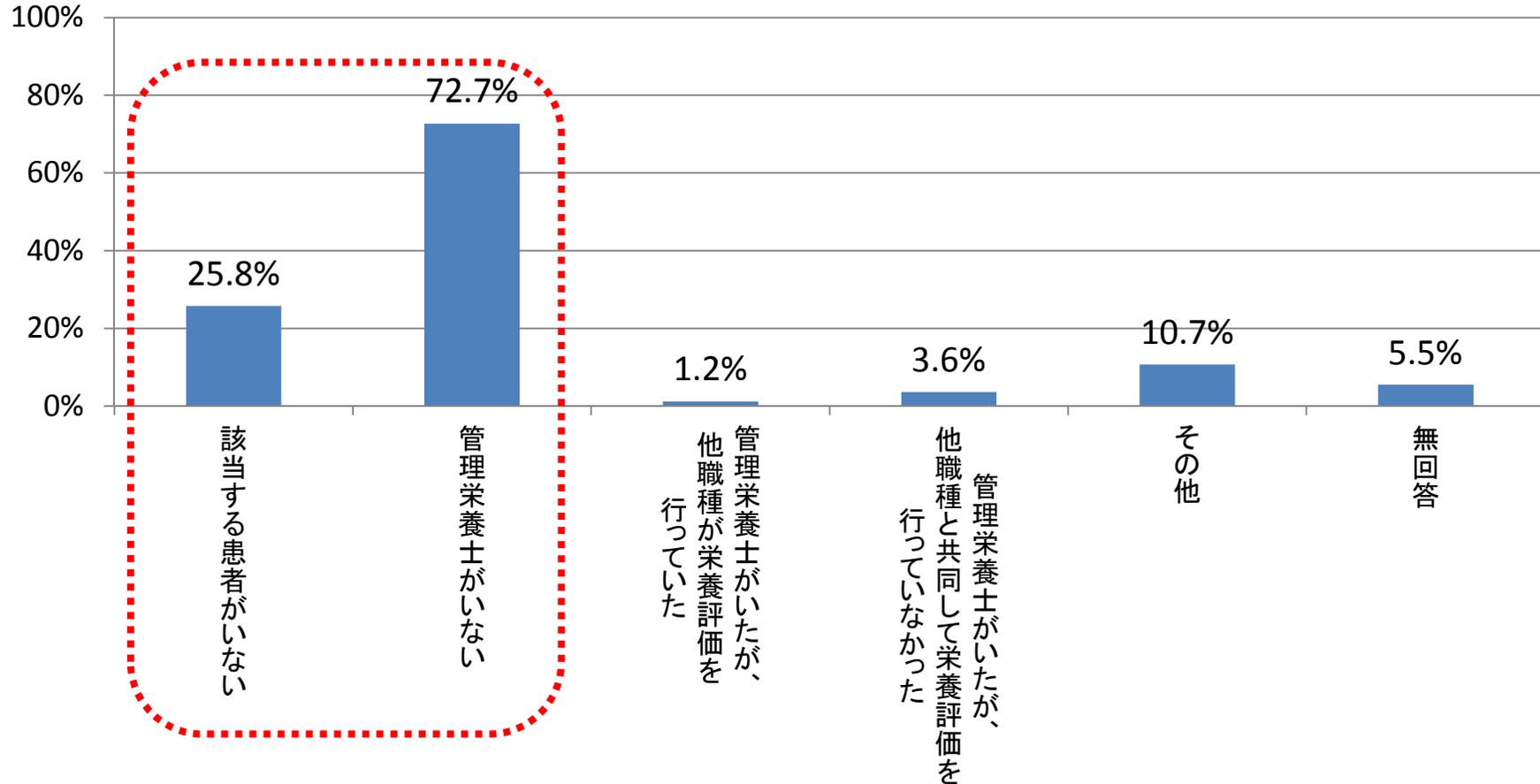


出典: H24検証部会調査

有床診療所では、管理栄養士を確保している割合が増加しているものの、平成24年9月時点で確保していない施設は約7割となっている。また、確保の目処がまったく立っていないと回答した施設はそのうち約5割となっている。

栄養管理実施加算の届出していなかった理由

有床診療所における平成24年3月31日時点で栄養管理実施加算の届出をしていなかった理由
(複数回答、N=422)

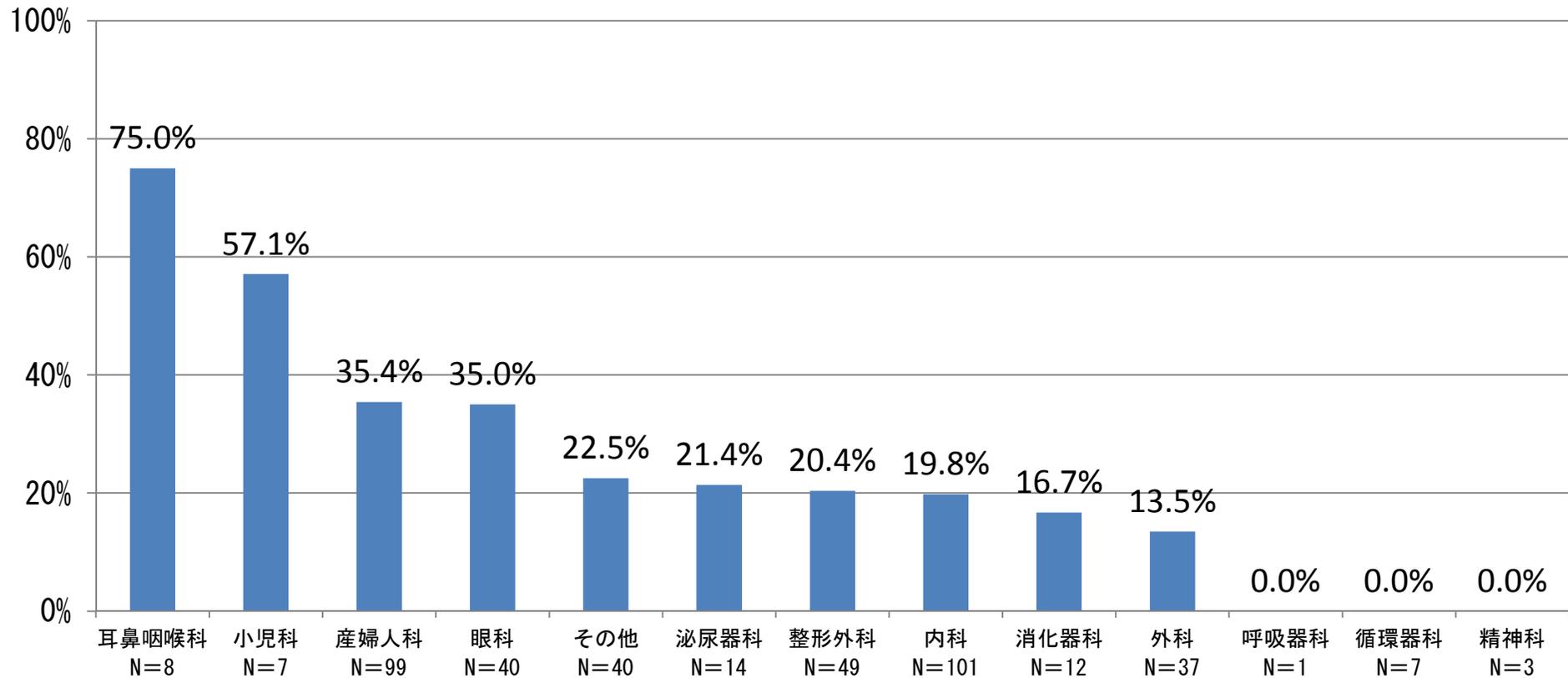


出典：H24検証部会調査

有床診療所では、栄養管理実施加算を届出していなかった理由として、管理栄養士がない、該当する患者がないとの回答が多い。

「該当患者がない」と回答した施設の割合

平成24年3月31日時点で「栄養管理実施加算」の届出をしていなかった施設のうち、「該当する患者がない」と回答した施設の割合

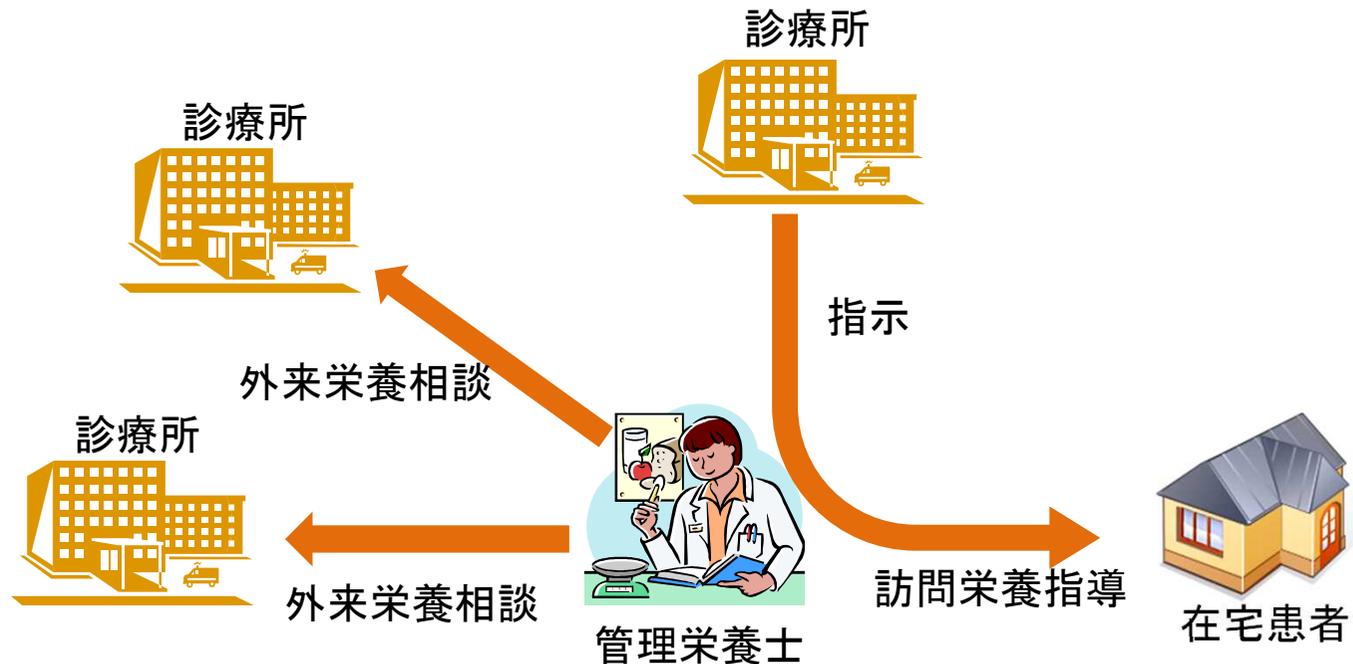


出典：H24検証部会調査

有床診療所において、栄養管理実施加算を届出していなかった施設のうち、「該当する患者がない」と回答した施設の診療科は、特に耳鼻咽喉科、小児科、産婦人科、眼科が多い。

診療所における栄養管理の取り組み事例①

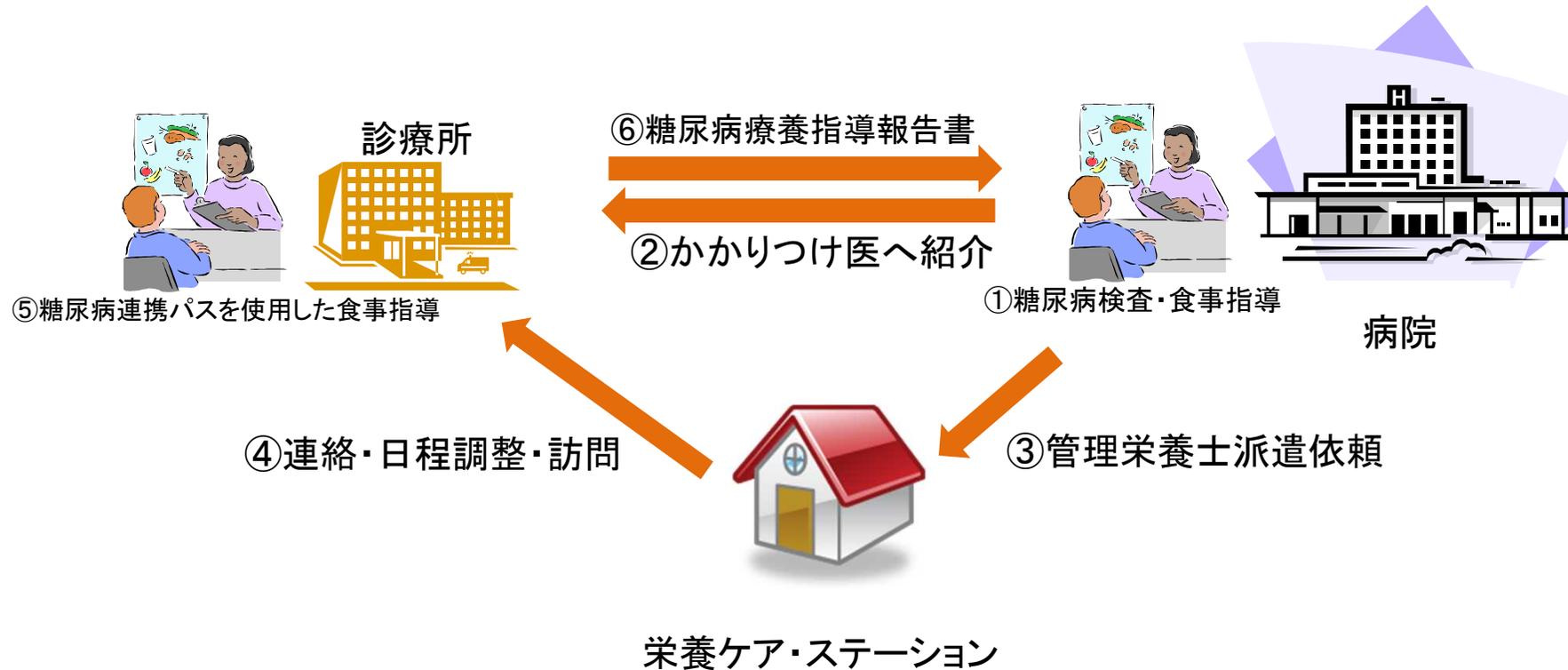
長崎県の事例



管理栄養士を各診療所で確保することは難しいことから、複数の診療所で共有し、非常勤として外来栄養相談を実施したり、医師の指示のもと在宅患者宅を訪問している事例もある。

診療所における栄養管理の取り組み事例②

岡山県の事例



病院で教育入院中に諸検査と食事指導を受けた後、かかりつけ医で継続治療を行う際に、かかりつけ医の指示と患者の承諾を得て、管理栄養士が介入し、糖尿病連携パスを使用した食事指導を行っている。

有床診療所の評価について②

【課題】

- 平成24年度診療報酬改定において、栄養管理実施加算を入院基本料、特定入院料に包括した。この際、栄養管理実施加算を算定していなかった医療機関については管理栄養士の配置がなくても、平成26年3月31日まで入院基本料等を算定可とする経過措置を設けている。
- 有床診療所では、管理栄養士を確保している割合が増加しているものの、平成24年9月時点で確保していない施設は約7割となっている。また、確保の目処がまったく立っていないと回答した施設はそのうち約5割となっている。
- 平成24年3月時点で栄養管理実施加算を届出していなかった理由について「該当患者がいらない」と回答した施設には耳鼻咽喉科、小児科、産婦人科、眼科が多い。
- 一部地域で、栄養管理のため、病診連携を進めている例や、診療所間で管理栄養士を共有している例がみられる。

【入院医療等分科会とりまとめ】

栄養管理実施加算及び褥瘡患者管理加算の包括化について

- ① 平成24年度診療報酬改定で、入院基本料等の要件に包括された栄養管理実施加算及び褥瘡患者管理加算については、病院においては両加算、有床診療所においては褥瘡患者管理加算を入院基本料等に包括する評価を継続することは妥当である。有床診療所の栄養管理実施加算の入院基本料等への包括については、要件となっている、管理栄養士の確保が進んでいないことから、これを踏まえた対応を検討する必要がある。
- ② また、有床診療所の入院患者は高齢者の割合が高く、栄養管理が必要な患者も含まれることから、例えば、包括から除外して評価することとしても、他の医療機関や栄養士会等との地域連携で栄養管理を行うことを検討する必要がある。

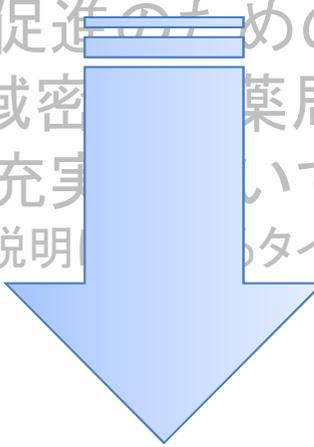
【論点】

- 平成24年度診療報酬改定で、入院基本料等の要件に包括された栄養管理実施加算について、有床診療所に限り、加算に戻すことについてどのように考えるか。また、有床診療所では管理栄養士の確保は難しいものの、栄養管理が必要な患者もいることから、他医療機関等との連携で行った場合の評価についてどのように考えるか。

中	医	協	総	-	3	
2	5	.	1	2	.	4

調剤報酬について

目次

1. 薬局薬剤師における在宅業務について
 2. 後発医薬品の使用促進のための環境整備について
 3. 大型駅前薬局と地域密着型薬局の区別による適正化について
 4. 薬学的管理指導の充実について
 - (1) 薬剤服用歴管理指導の説明のタイミング
 - (2) 残薬への対応
 5. その他
- 

平成25年5月29日、10月23日及び10月30日中医協で議論

目次

1. 薬局薬剤師における在宅業務について
- 2. 後発医薬品の使用促進のための環境整備について**
3. 大型駅前薬局と地域密着型薬局の区別による適正化について
4. 薬学的管理指導の充実について
 - (1) 薬剤服用歴管理指導の説明にかかるタイミング
 - (2) 残薬への対応
5. その他

後発医薬品の使用促進に係る課題と論点

〔課題〕

- 後発医薬品調剤体制加算の調剤割合を見直すことにより、調剤数量は増加している。
- 後発医薬品調剤体制加算の調剤割合は旧指標で示されており、後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップで示された新指標と異なる。また、新指標を用いた場合、調剤割合に極端な偏りがある保険薬局において、後発医薬品の調剤数量が少ないにも係わらず、新指標の数量シェアが高くなってしまう可能性がある。
- 一般名処方が行われた医薬品のうち、先発医薬品の調剤割合は約4割であり、後発医薬品への変更の余地がある。
- 薬剤師からの説明が後発医薬品への変更のきっかけとなる場合が多い。



〔論点〕

- 後発医薬品調剤体制加算の算定要件である後発医薬品調剤割合を引上げ、後発医薬品調剤率が高い方に加重をおいた評価としてはどうか。
- 後発医薬品調剤体制加算の調剤割合は旧指標で示されているが、後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップで示された新指標に変更してはどうか。また、新指標を用いた場合、調剤割合に極端な偏りがある保険薬局においては、後発医薬品調剤体制加算の対象外としてはどうか。
- 一般名処方が行われた医薬品については、原則として後発医薬品が使用されるよう、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について懇切丁寧に説明をし、後発医薬品を選択するよう努める旨を、例えば、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則で規定してはどうか。

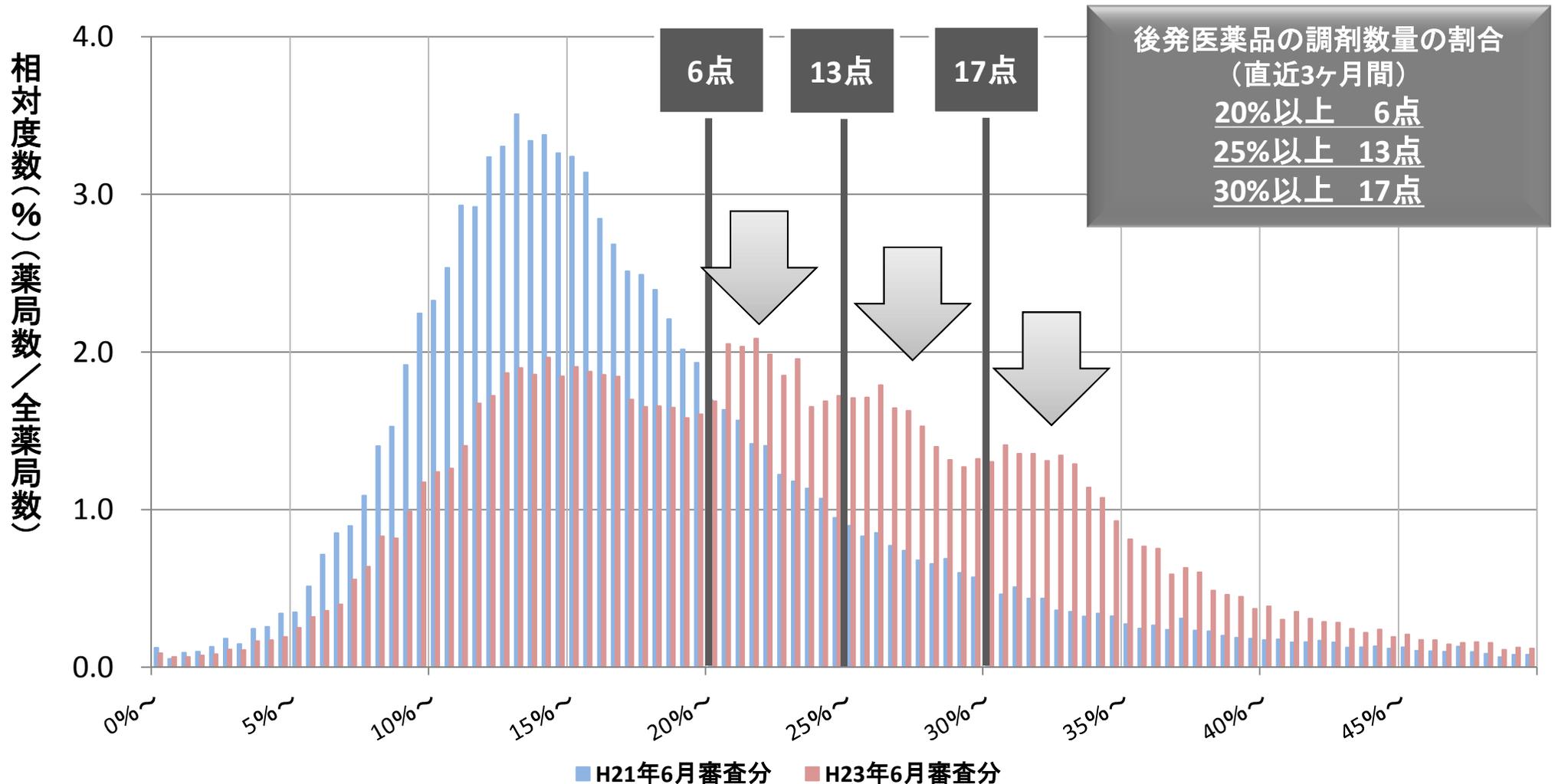
平成24年度診療報酬改定における後発医薬品使用促進策

薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

- 24年改定前、後発医薬品調剤体制加算の要件として、後発医薬品の調剤割合(数量ベース)が20%以上、25%以上及び30%以上の場合に段階的な加算を適用。
- 薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の要件について、数量ベースでの後発医薬品の調剤割合が22%以上、30%以上及び35%以上に改めることとし、特に30%以上及び35%以上の場合を重点的に評価。

20年改定(参考)	22年改定	24年改定																		
<p>【後発医薬品調剤体制加算】 (処方せんの受付1回につき)</p> <p>直近3か月間の処方せんの受付回数 のうち、後発医薬品を調剤した処方せ んの受付回数の割合が30%以上であ ること。</p> <p style="text-align: center;">4点</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算】 (処方せんの受付1回につき)</p> <p>直近3か月間の医薬品の調剤数量(調 剤した医薬品について薬価基準上の規 格単位ごとに数えた数量のことをい う。)のうち、後発医薬品の調剤数量の 割合が、それぞれ、上記のとおりであ ること。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">20%以上</td> <td style="text-align: center;">6点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">25%以上</td> <td style="text-align: center;">13点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">30%以上</td> <td style="text-align: center;">17点</td> </tr> </table>	1	20%以上	6点	2	25%以上	13点	3	30%以上	17点	<p>【後発医薬品調剤体制加算】 (処方せんの受付1回につき)</p> <p>直近3か月間の医薬品の調剤数量 (調剤した医薬品について薬価基準上 の規格単位ごとに数えた数量のことを いう。)のうち、後発医薬品の調剤数量 の割合が、それぞれ、上記のとおりであ ること。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">22%以上</td> <td style="text-align: center;">5点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">30%以上</td> <td style="text-align: center;">15点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">35%以上</td> <td style="text-align: center;">19点</td> </tr> </table>	1	22%以上	5点	2	30%以上	15点	3	35%以上	19点
1	20%以上	6点																		
2	25%以上	13点																		
3	30%以上	17点																		
1	22%以上	5点																		
2	30%以上	15点																		
3	35%以上	19点																		

平成22年度 後発医薬品調剤体制加算の見直しによる影響



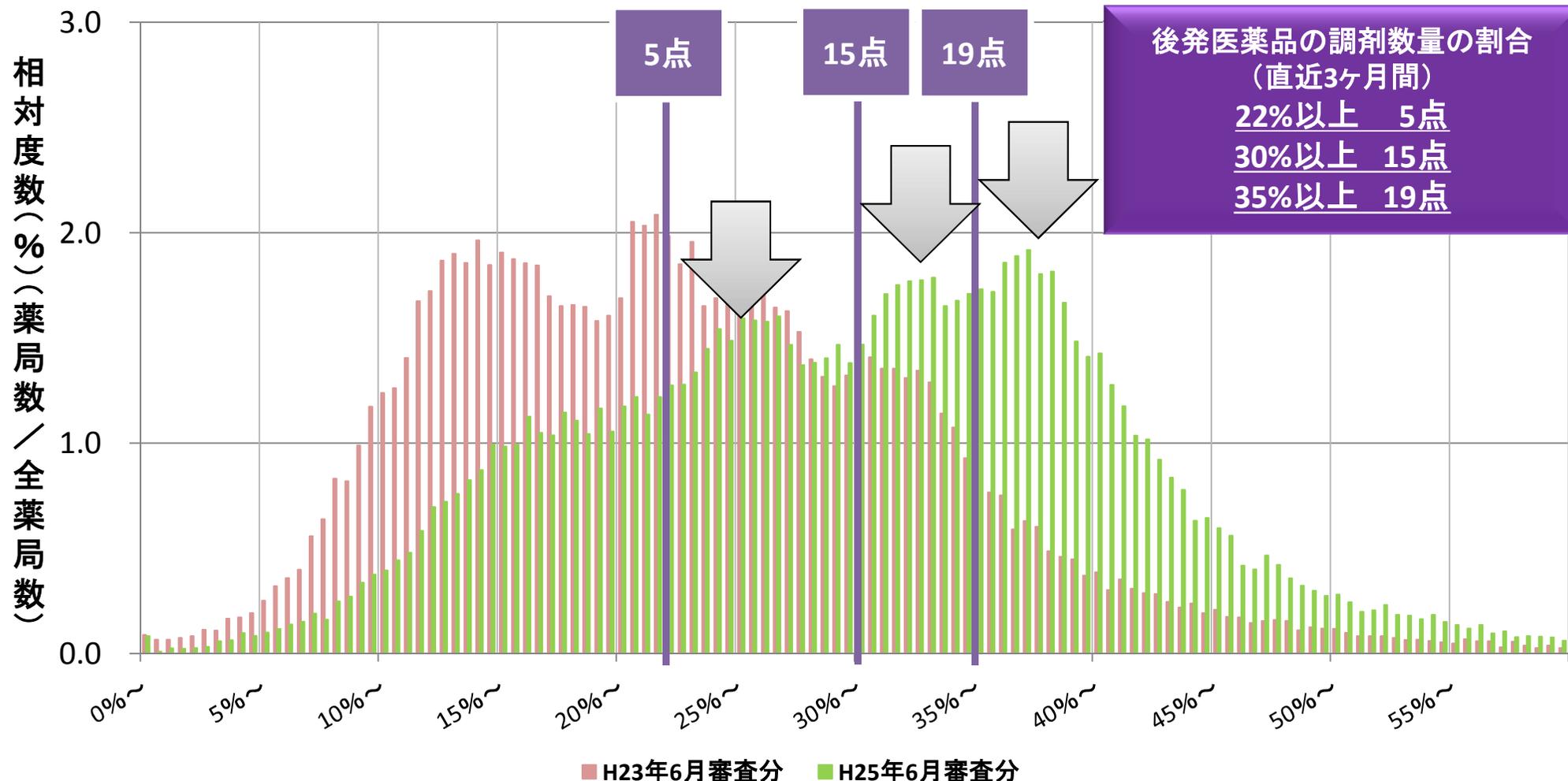
注1) 審査支払機関においてレセプト電算処理システムにより処理された調剤報酬明細書のうち、平成21年6月審査分及び平成23年6月審査分を集計対象としたものである。

注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注3) 算出にあたり、平成23年6月審査分は「経腸成分栄養剤」及び「特殊ミルク製剤」を除外している。

出典:最近の調剤医療費の動向(調剤メディアス)(保険局調査課特別集計)

平成24年度 後発医薬品調剤体制加算の見直しによる影響



注1) 審査支払機関においてレセプト電算処理システムにより処理された調剤報酬明細書のうち、平成23年6月審査分及び平成25年6月審査分を集計対象としたものである。

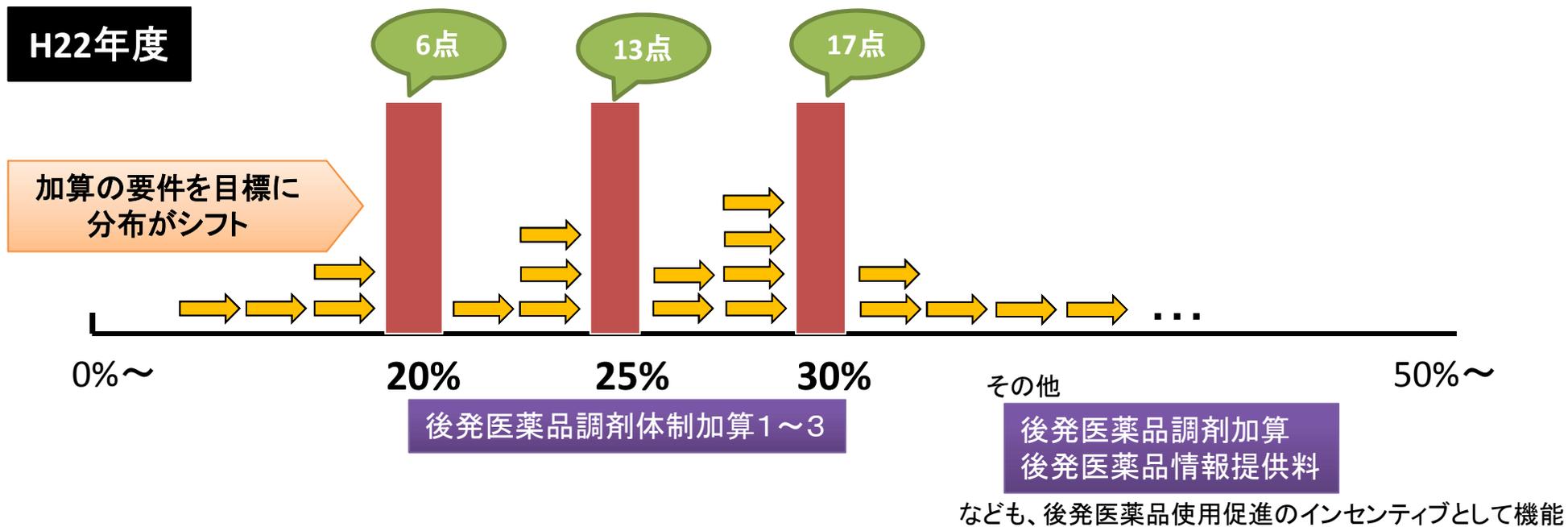
注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注3) 算出にあたり、平成23年6月審査分は「経腸成分栄養剤」及び「特殊ミルク製剤」を除外し、平成25年6月審査分は「経腸成分栄養剤」、「特殊ミルク製剤」、「生薬」、及び「漢方」を除外している。 出典: 最近の調剤医療費の動向(調剤メディアス)(保険局調査課特別集計)

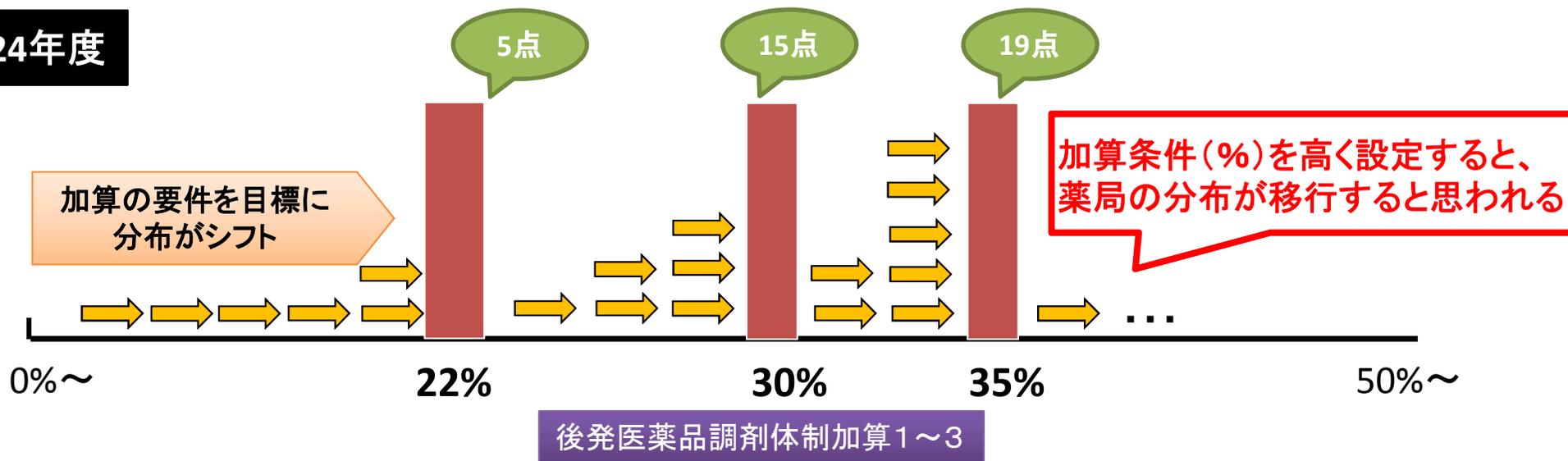
- 加算要件の調剤数量割合を見直すことにより、後発医薬品割合が増加している。
- 加算要件に応じて薬局の分布がシフトしている。

後発医薬品調剤体制加算による効果のイメージ

H22年度



H24年度



保険薬局の後発医薬品の備蓄について

備蓄品目数(保険薬局調査)N=608

		平成24年7月	平成25年7月	増加率
		または把握可能な24年度の1か月分	または把握可能な直近1か月分	
医薬品全品目数(A)	中央値	836.00	882.00	+5.5%
	うち、後発医薬品の品目数(B)	150.00	171.50	+14.3%
(B)／(A)	中央値	17.9%	19.4%	

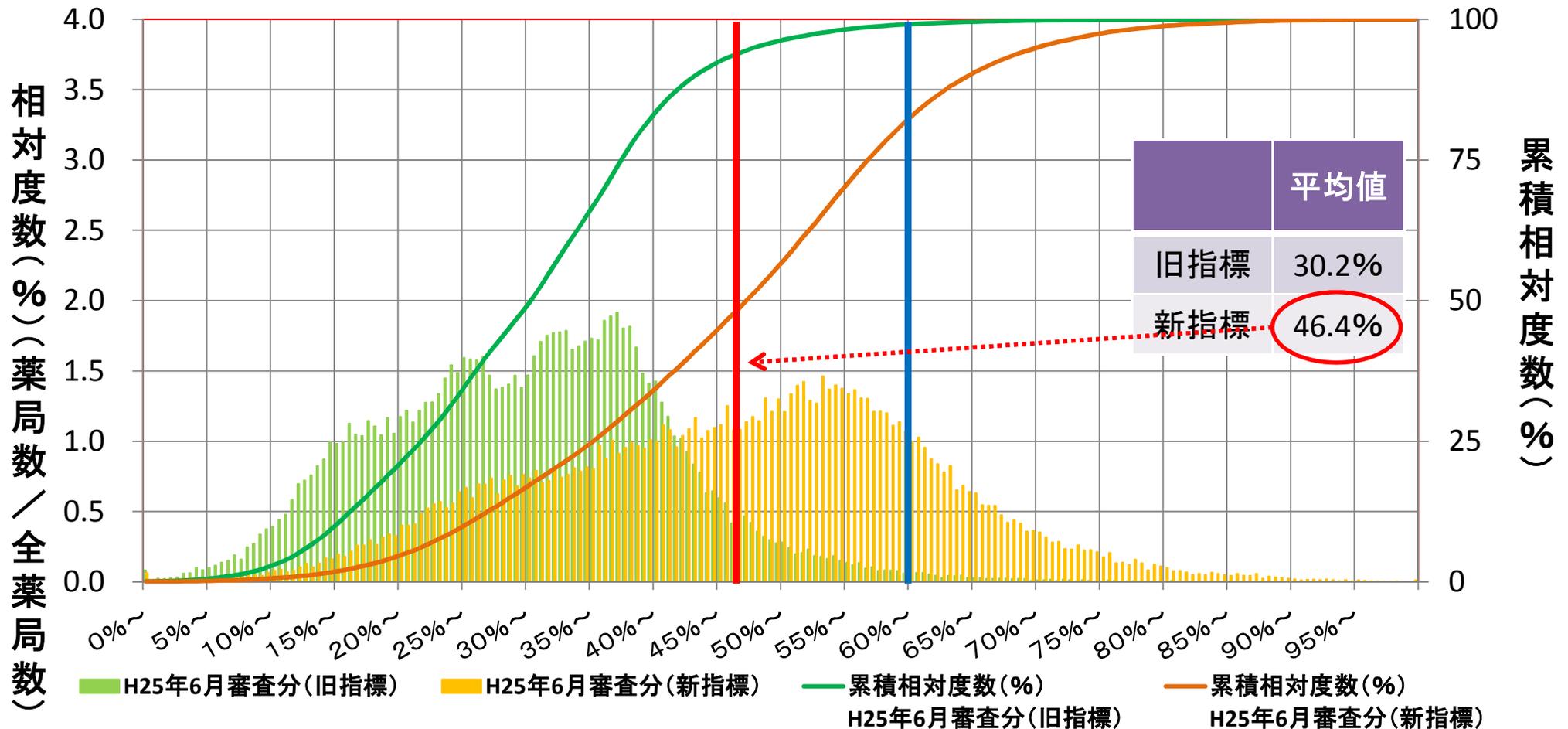
医薬品の在庫金額(保険薬局調査)N=505

		平成24年7月	平成25年7月	増加率
		または把握可能な24年度の1か月分	または把握可能な直近1か月分	
医薬品全品目の在庫金額(円)	中央値	5,700,000	6,144,566	+7.8%
	うち、後発医薬品の在庫金額(円)	594,421	700,000	+17.8%

[出典]平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)
「後発医薬品の使用状況調査」(速報)

○ 備蓄品目数、在庫金額ともに、後発医薬品においては顕著である。

新旧指標による後発医薬品の使用状況割合(数量ベース)



注1) 審査支払機関においてレセプト電算処理システムにより処理された調剤報酬明細書のうち、平成25年6月審査分を集計対象としたものである。

注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

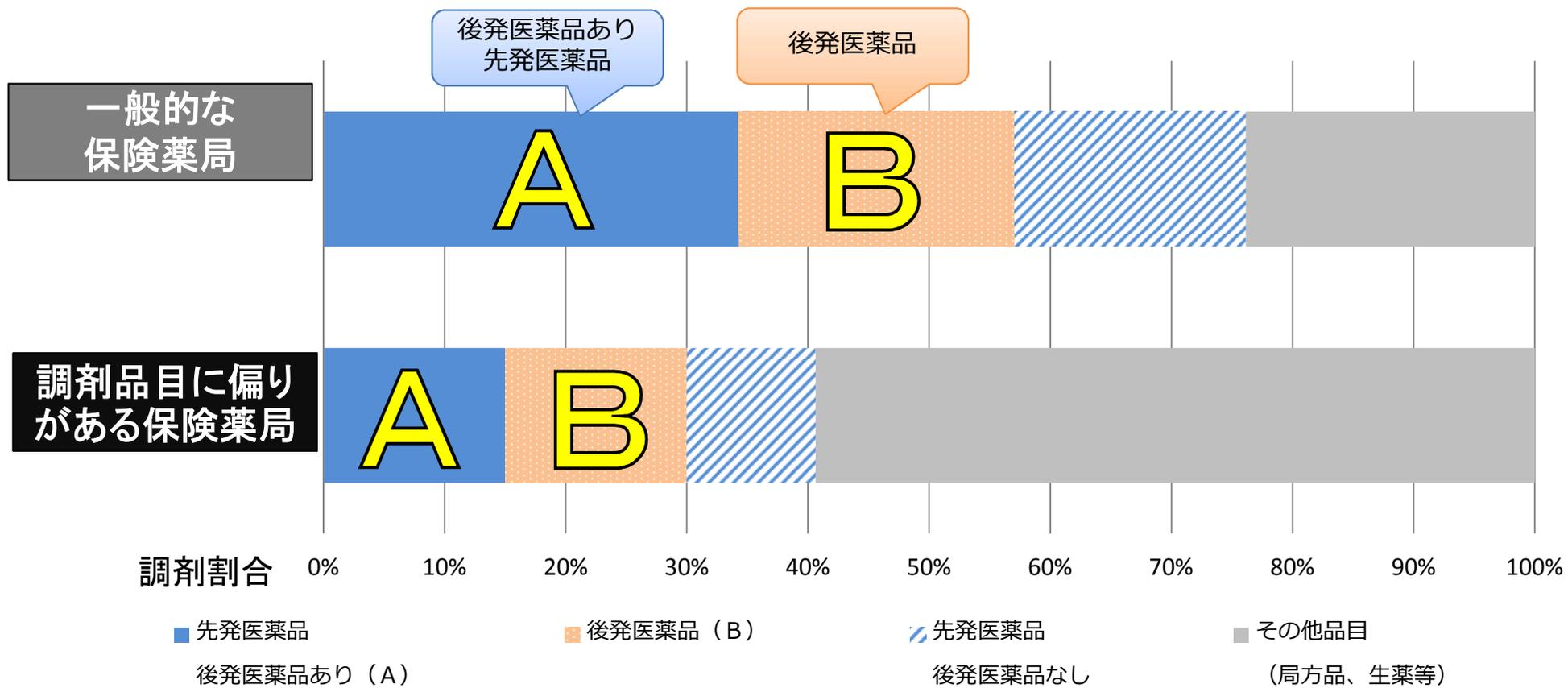
注3) 新指標は、〔後発医薬品の数量〕 / (〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕 + 〔後発医薬品の数量〕) で算出している。

注4) 旧指標の算出にあたり、「経腸成分栄養剤」、「特殊ミルク製剤」、「生薬」、及び「漢方」を除外している。

出典・最近の調剤医療費の動向(調剤メディアス)(保険局調査課特別集計)

○ ロードマップに基づく指標の変更と新指標に基づく薬局の分布を踏まえ、後発医薬品調剤体制加算に新指標を用いて見直してはどうか。

調剤品目に偏りがある保険薬局における新指標の数量シェアについて



$$\text{新指標の数量シェア} = \frac{\text{後発医薬品(B)}}{\text{後発医薬品あり先発医薬品(A)} + \text{後発医薬品(B)}}$$

旧指標の数量シェア = 後発医薬品 / 全医薬品 (「経腸成分栄養剤」、「特殊ミルク製剤」、「生薬」、及び「漢方」を除く。)

○ 調剤品目に偏りがある薬局においては、後発医薬品の調剤数量が少ないにも関わらず、新指標の数量シェアが高くなるため、総調剤数に対する後発医薬品の調剤数量も考慮してはどうか。

平成24年度診療報酬改定における後発医薬品使用促進策

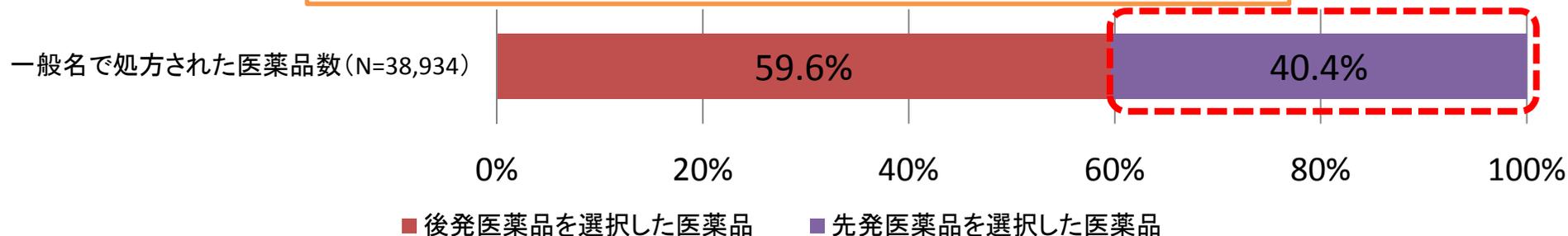
一般名処方薬の推進

- 後発医薬品の使用を一層促進するとともに、保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担を軽減するため、医師が処方せんを交付する際、後発医薬品のある医薬品について一般名処方薬が行われた場合の加算を新設した。

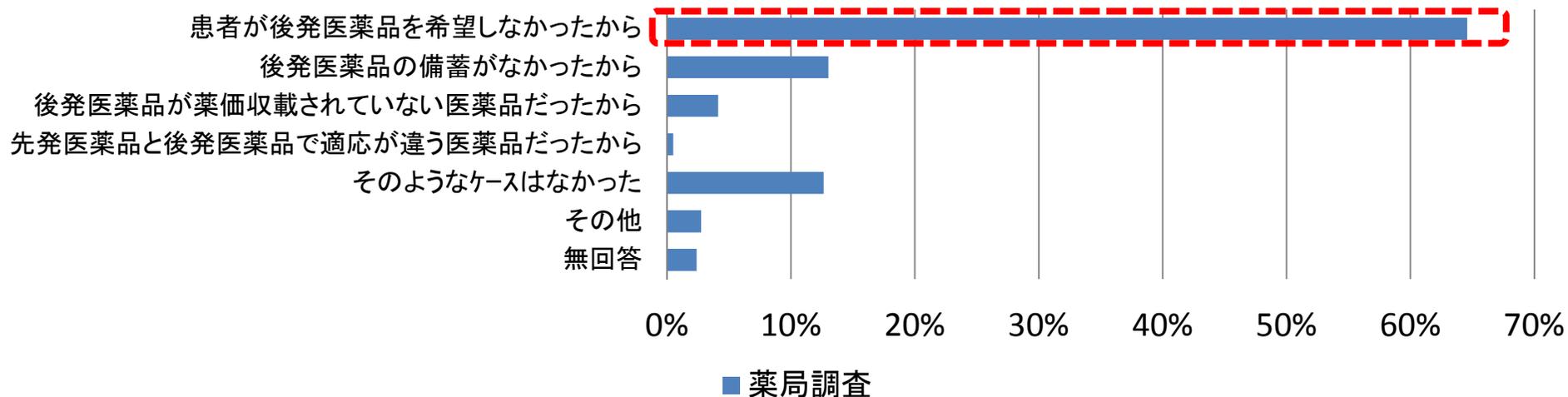
改定前	改定後
<p>【処方せん料】</p> <p>1 7種類以上の内服薬の投薬(臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。)を行った場合 40点</p> <p>2 1以外の場合 68点</p> <p>注1 交付1回につき算定</p> <p>2 乳幼児については、3点加算</p> <p>3 診療所等で特定疾患に係る処方せんは月2回に限り、18点加算</p> <p>4 診療所等で特定疾患について28日以上処方した場合、65点加算(3の併算定不可)</p> <p>5 届出医療機関で抗悪性腫瘍剤処方管理料として月1回に限り70点加算</p>	<p>【処方せん料】</p> <p>1 7種類以上の内服薬の投薬(臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。)を行った場合 40点</p> <p>2 1以外の場合 68点</p> <p>注1 交付1回につき算定</p> <p>2 乳幼児については、3点加算</p> <p>3 診療所等で特定疾患に係る処方せんは月2回に限り、18点加算</p> <p>4 診療所等で特定疾患について28日以上処方した場合、65点加算(3の併算定不可)</p> <p>5 届出医療機関で抗悪性腫瘍剤処方管理料として月1回に限り70点加算</p> <p><u>6 一般名による記載を含む処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき2点を加算</u></p>

一般名処方された医薬品の調剤状況

一般名処方された医薬品における先発医薬品の調剤状況



一般名された処方せんにおいて後発医薬品を調剤しなかった理由 (N=799)

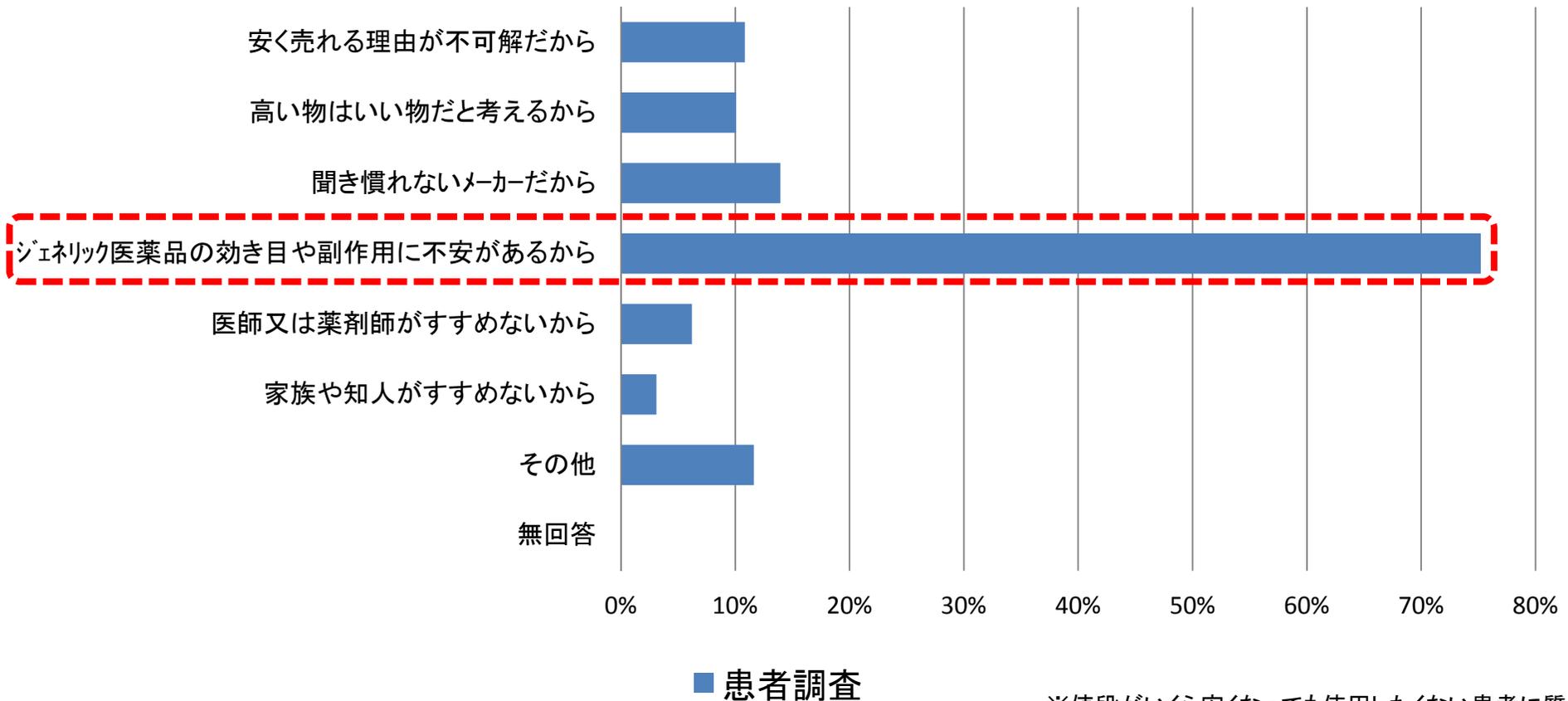


〔出典〕平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 (H25年度調査)
「後発医薬品の使用状況調査」(速報)

- 一般名処方が行われた医薬品のうち、先発医薬品が調剤された割合は約4割である。
- 一般名処方で処方されたにもかかわらず、後発医薬品を調剤した理由として最も多いのは、患者が希望しなかったから(約6割)である。

後発医薬品に関する患者の意向

後発医薬品を使用したくない理由は何か(患者調査)? N=129(※)



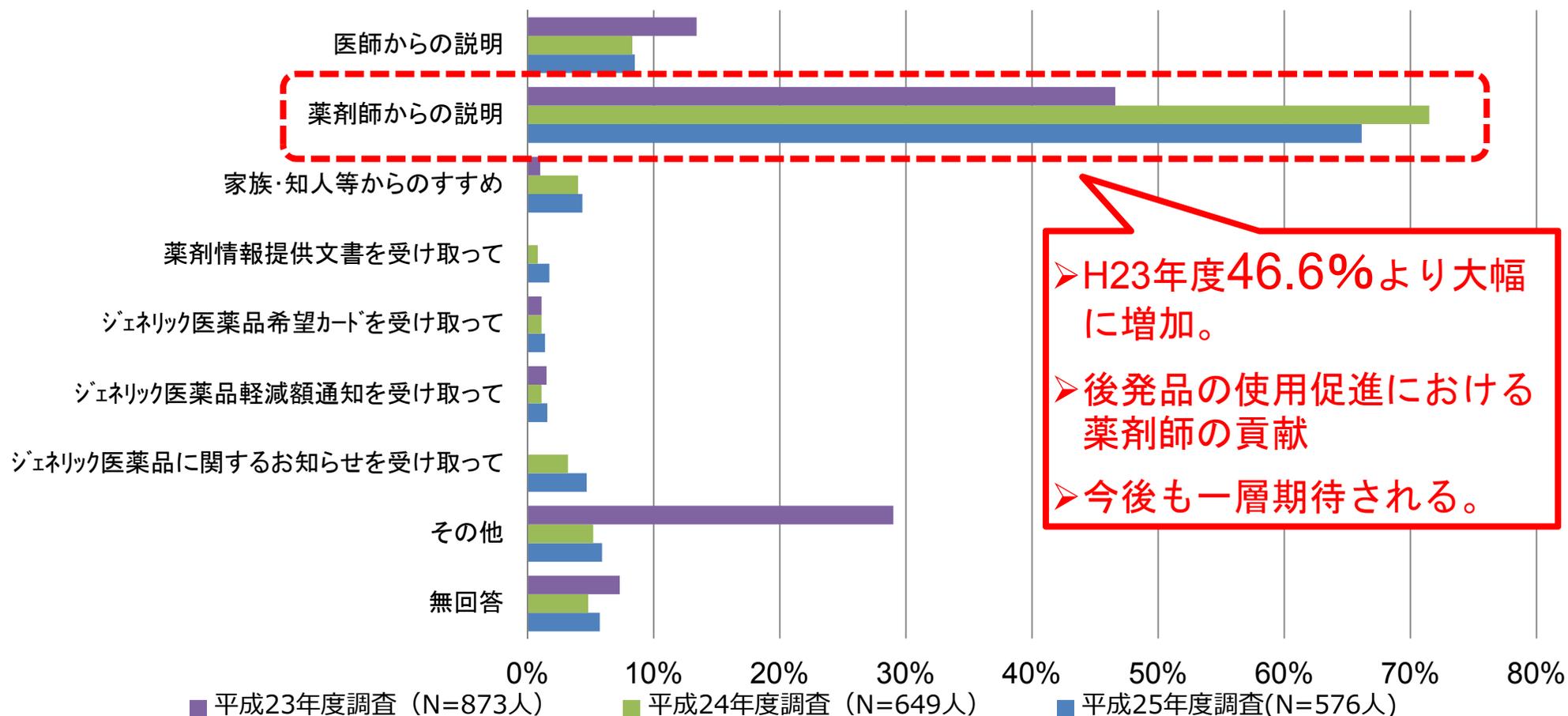
※値段がいくら安くなっても使用したくない患者に質問。

[出典]平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)
「後発医薬品の使用状況調査」(速報)

○ 後発医薬品を使用したくない患者において、その効果や副作用に対する不安がある患者が多い(約8割)。

患者がジェネリック医薬品に変更した最大のきっかけ

患者がジェネリック医薬品に変更したきっかけは何か？
(患者調査)



- H23年度46.6%より大幅に増加。
- 後発品の使用促進における薬剤師の貢献
- 今後も一層期待される。

後発医薬品の使用促進に係る課題と論点

〔課題〕

- 後発医薬品調剤体制加算の調剤割合を見直すことにより、調剤数量は増加している。
- 後発医薬品調剤体制加算の調剤割合は旧指標で示されており、後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップで示された新指標と異なる。また、新指標を用いた場合、調剤割合に極端な偏りがある保険薬局において、後発医薬品の調剤数量が少ないにも関わらず、新指標の数量シェアが高くなってしまう可能性がある。
- 一般名処方が行われた医薬品のうち、先発医薬品の調剤割合は約4割であり、後発医薬品への変更の余地がある。
- 薬剤師からの説明が後発医薬品への変更のきっかけとなる場合が多い。



〔論点〕

- 後発医薬品調剤体制加算の算定要件である後発医薬品調剤割合を引上げ、後発医薬品調剤率が高い方に加重をおいた評価としてはどうか。
- 後発医薬品調剤体制加算の調剤割合は旧指標で示されているが、後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップで示された新指標に変更してはどうか。また、新指標を用いた場合、調剤割合に極端な偏りがある保険薬局においては、後発医薬品調剤体制加算の対象外としてはどうか。
- 一般名処方が行われた医薬品については、原則として後発医薬品が使用されるよう、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について懇切丁寧に説明をし、後発医薬品を選択するよう努める旨を、例えば、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則で規定してはどうか。

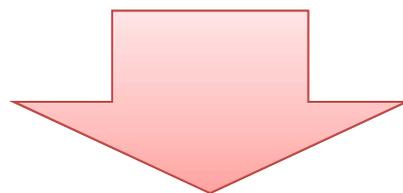
目次

1. 薬局薬剤師における在宅業務について
2. 後発医薬品の使用促進のための環境整備について
3. 大型駅前薬局と地域密着型薬局の区別による適正化について
4. 薬学的管理指導の充実について
 - (1) 薬剤服用歴管理指導の説明にかかるタイミング
 - (2) 残薬への対応
5. その他

大型門前薬局と地域密着型薬局の区別による適正化の課題と論点

〔課題〕

- 同一法人の保険薬局の店舗は、多店舗化するにつれ収益率が高くなる傾向がある。
- 処方せんの受付回数が多く、特定の医療機関からの集中率が高い薬局(門前薬局)には、低い点数の調剤基本料が適用されている。
- 本来の医薬分業の姿として、地域において患者が特定の薬局を選択し、複数の病院・診療所の処方せんであっても、当該薬局の薬剤師が一元的かつ継続的に応需し、患者に応じた薬歴管理や丁寧な服薬指導を行う体制(面分業)を推進していくことが望まれている。



〔論点〕

- 同一法人の保険薬局の店舗数、処方せん枚数や特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合等に着目し、門前薬局と地域において患者個々の薬歴を踏まえた的確な服薬管理・指導を行っている薬局の評価を区別することについてどのように考えるか。

1店舗あたりの保険薬局の店舗数別損益状況

	同一法人の保険薬局の店舗数			
	1店舗	2～5店舗	6～19店舗	20店舗以上
I. 収益	14,774	15,847	16,786	22,251
III. 費用	14,522	15,306	15,630	20,406
1. 給与費	2,735	3,103	2,843	2,987
2. 医薬品等	10,363	10,701	11,286	15,037
V. 税引き後総損益差額	169	435	921	1,485

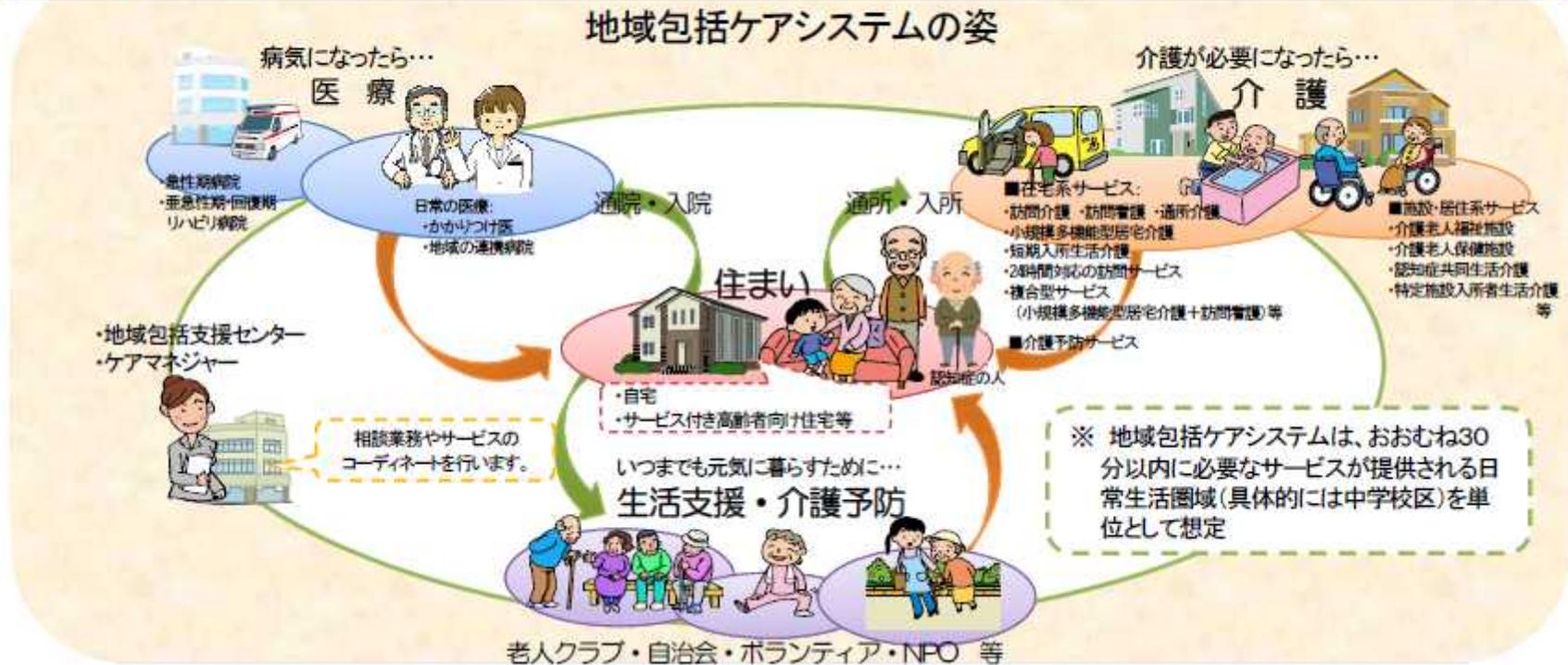
(単位:万円)

〔出典〕第19回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告

○ 同一法人の保険薬局の店舗は、多店舗化するにつれ収益率が高くなる傾向がある。

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**です。

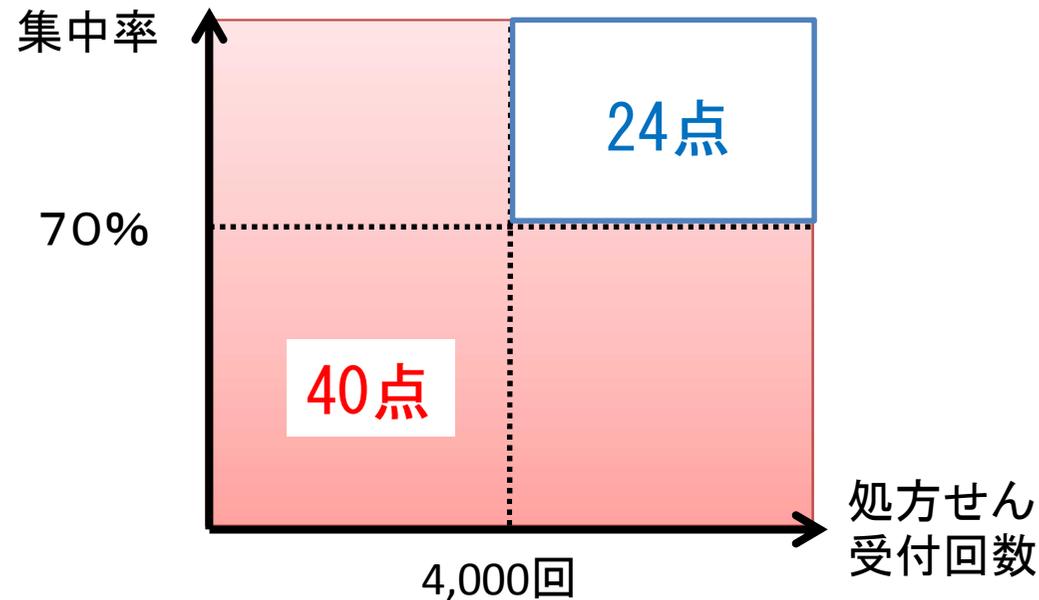


- 地域包括ケアシステムの下で、薬局についても、地域において患者個々の薬歴を踏まえた的確な服薬管理・指導を行っていくことが望ましいと考えられる。

調剤基本料の算定要件について

調剤基本料(処方せんの受付1回につき) 40点

注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局(特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。)においては、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき24点を算定する。

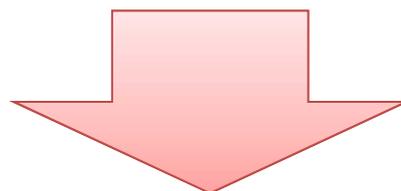


- 処方せんの受付回数が多く、特定の医療機関からの集中度が高い薬局には、低い点数の調剤基本料が適用されている。
- 本来の医薬分業の姿として、地域において患者が特定の薬局を選択し、複数の病院・診療所の処方せんであっても、薬剤師が一元的かつ継続的に応需し、患者に応じた薬歴管理や丁寧な服薬指導を行う体制(面分業)を推進していくことが望まれている。

大型門前薬局と地域密着型薬局の区別による適正化の課題と論点

〔課題〕

- 同一法人の保険薬局の店舗は、多店舗化するにつれ収益率が高くなる傾向がある。
- 処方せんの受付回数が多く、特定の医療機関からの集中率が高い薬局(門前薬局)には、低い点数の調剤基本料が適用されている。
- 本来の医薬分業の姿として、地域において患者が特定の薬局を選択し、複数の病院・診療所の処方せんであっても、当該薬局の薬剤師が一元的かつ継続的に応需し、患者に応じた薬歴管理や丁寧な服薬指導を行う体制(面分業)を推進していくことが望まれている。



〔論点〕

- 同一法人の保険薬局の店舗数、処方せん枚数や特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合等に着目し、門前薬局と地域において患者個々の薬歴を踏まえた的確な服薬管理・指導を行っている薬局の評価を区別することについてどのように考えるか。

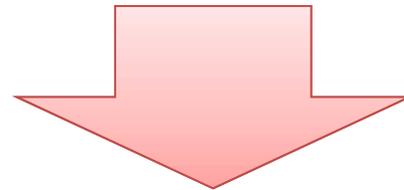
目次

1. 薬局薬剤師における在宅業務について
2. 後発医薬品の使用促進のための環境整備について
3. 大型駅前薬局と地域密着型薬局の区別による適正化について
- 4. 薬学的管理指導の充実について**
 - (1) 薬剤服用歴管理指導の説明にかかるタイミング
 - (2) 残薬への対応
5. その他

薬剤服用歴管理指導の説明のタイミングの課題と論点

〔課題〕

- 疑義を発見するタイミングは、処方せんの受付時、服薬指導又は患者へのインタビューを行った際が大半である。
- 一方、薬剤師による服薬状況と残薬状況の確認のタイミングは、ほとんどが薬剤の交付時であるが、それでは確認結果に応じた適切な対応がとられにくいと考えられる。
- また、後発医薬品使用に関する患者の意向確認のタイミングは、処方せん受付時が最も多く、患者が後発医薬品へ変更するきっかけになっていると考えられる。



〔論点〕

- 服薬状況・残薬状況の確認及び後発医薬品使用に関する患者の意向の確認のタイミングを処方せん受付時(調剤を行う前)とすることとしてはどうか。

疑義発見のタイミングについて

○薬剤師が、疑義を発見するタイミングはいつか？（複数回答）

（N=8,836人）

	患者数	割合
処方せんを受け付けた際	4,650 人	52.6%
患者の薬歴を確認した際	1,983 人	22.4%
患者への服薬指導の際	1,860 人	21.1%
患者へのインタビューを行った際	1,307 人	14.8%
患者のお薬手帳を確認した際	171 人	1.9%
患者・家族等からの連絡によって	97 人	1.1%
電話等で患者のフォローを行った際	13 人	0.1%
患者宅等に在宅患者訪問薬剤管理指導等を行った際	12 人	0.1%
介護保険施設の介護スタッフからの連絡によって	10 人	0.1%
その他の職種からの連絡によって	8 人	0.1%
患者宅等で処方せんを確認した際	3 人	0.0%
その他	97 人	1.1%
無回答	179 人	2.0%

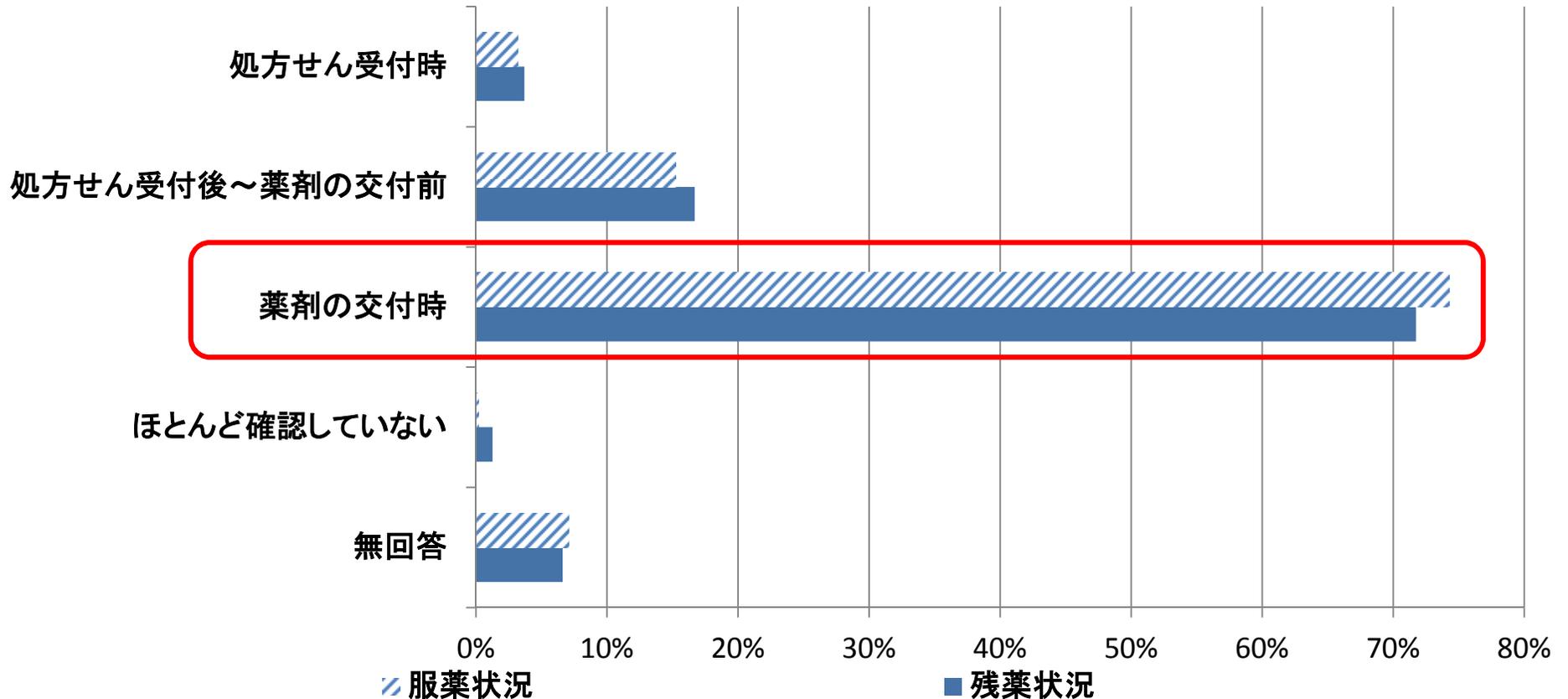
〔出典〕「平成22年薬剤服用歴の活用、疑義照会実態調査」（日本薬剤師会、保険調剤サポート薬局）

○ 疑義を発見するタイミングは、処方せんの受付時、服薬指導又は患者へのインタビューを行った際が大半である。

患者の服薬状況と残薬状況の確認のタイミングについて

○ 薬剤師が、患者の服薬状況と残薬状況の確認するタイミングはいつか？（薬局調査）

（薬局N=1,030）



〔出典〕平成25年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」(速報値)

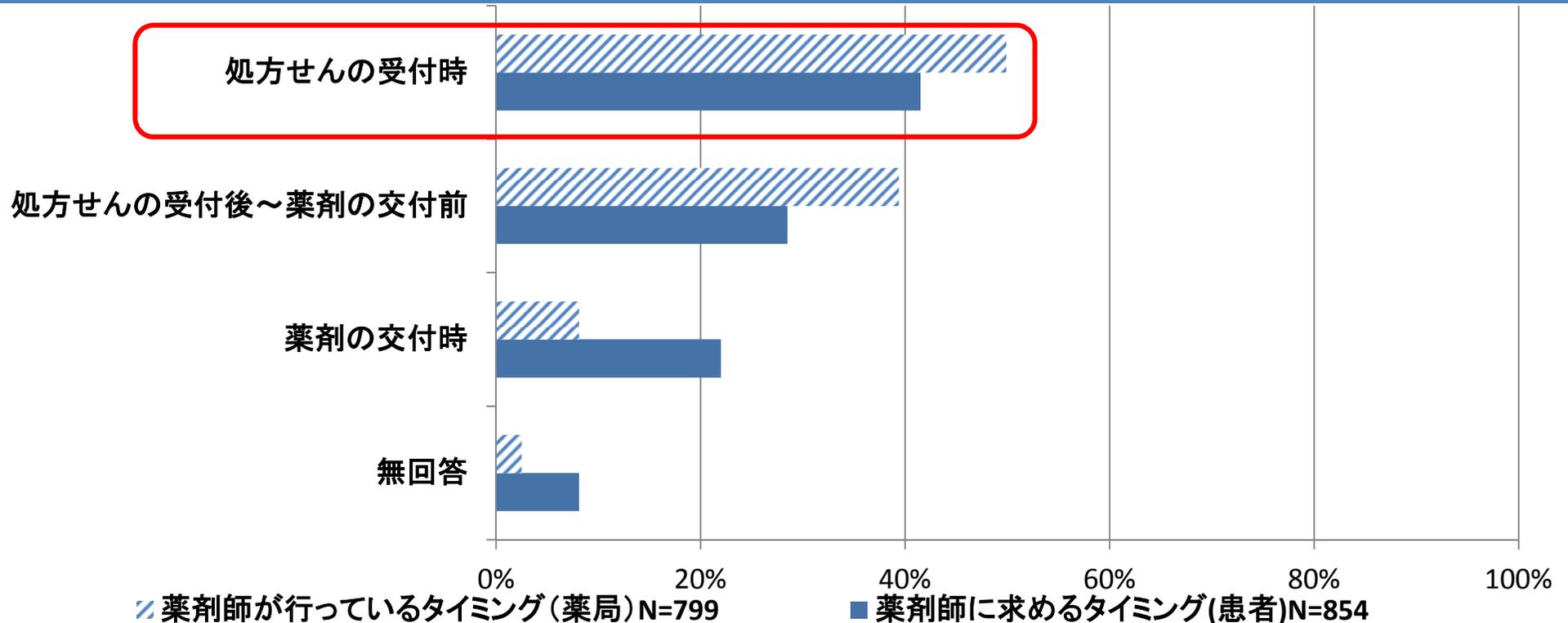
○ 薬剤師による服薬状況と残薬状況の確認のタイミングは、ほとんどが薬剤師の交付時であるが、それでは確認結果に応じた適切な対応がとられにくいと考えられる。

後発医薬品使用に関する患者の意向確認のタイミングについて

○ 薬剤師が、後発医薬品使用に関する患者の意向を確認するタイミングはいつか？（薬局調査）

○ 患者が、後発医薬品使用に関する意向を確認してほしいタイミングはいつか？（患者調査）

（薬局N=799、患者N=854）



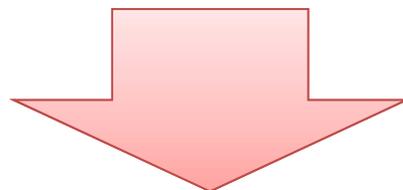
〔出典〕平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)
「後発医薬品の使用状況調査」(速報)

○ 後発医薬品使用に関する患者の意向確認のタイミングについては、薬剤師が実際に行っている現状、患者の希望ともに、処方せんの受付時が最も多い。

薬剤服用歴管理指導の説明のタイミングの課題と論点

〔課題〕

- 疑義を発見するタイミングは、処方せんの受付時、服薬指導又は患者へのインタビューを行った際が大半である。
- 一方、薬剤師による服薬状況と残薬状況の確認のタイミングは、ほとんどが薬剤の交付時であるが、それでは確認結果に応じた適切な対応がとられにくいと考えられる。
- また、後発医薬品使用に関する患者の意向確認のタイミングは、処方せん受付時が最も多く、患者が後発医薬品へ変更するきっかけになっていると考えられる。



〔論点〕

- 服薬状況・残薬状況の確認及び後発医薬品使用に関する患者の意向の確認のタイミングを処方せん受付時(調剤を行う前)とすることとしてはどうか。

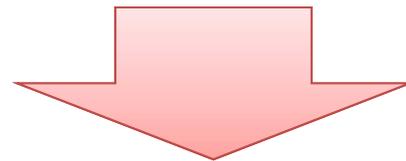
目次

1. 薬局薬剤師における在宅業務について
2. 後発医薬品の使用促進のための環境整備について
3. 大型駅前薬局と地域密着型薬局の区別による適正化について
- 4. 薬学的管理指導の充実について**
 - (1) 薬剤服用歴管理指導の説明にかかるタイミング
 - (2) 残薬への対応**
5. その他

残薬に関する課題と論点

〔 課題 〕

- 残薬が多量に生じたり、入院時に多量の薬剤を持参するといった状況が生じる可能性が高くなっている。
- 残薬の減量を求められたことがあると回答した薬局は約9割である。
- 薬局が関与しても、飲み残しが大量に生じてしまっているケースがある。



〔 論点 〕

- 残薬の状況、調剤後の患者の服薬状況や体調の変化等の把握について、薬局における適切な薬学的管理・指導が必要であると考えられるのではないか。
- 長期投薬における課題と論点をふまえて、特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院から処方された場合に、処方医に連絡しつつ、処方された薬剤を原則分割して調剤し、2回目以降は、患者の主治医と連携し、必要量を調剤するといった対応の試行的導入が考えられないか。
また、その際には、同じ薬局が継続的に対応することで、薬学的管理指導の充実が図られると思われるが、分割して調剤することにもなう費用負担に対する配慮も必要ではないか。

残薬について



○飲み忘れ、飲み残しや症状の変化により生じたと思われる多量の残薬（調剤されたものの服用・使用されなかった薬剤）が生じるケースが見られる。

○また、入院することとなった場合に患者が多量の薬剤を持参するケースも見られる。

（持参薬については、病院の薬剤部が薬剤を特定し、入院時にも服薬を継続するか担当医が判断する等の対応がとられる場合もある。）

平成24年度改定における薬学的管理及び指導の充実

残薬確認も含めた薬剤服用歴管理指導の充実

- 医薬品のさらなる適正使用を図るため、薬歴を活用した残薬確認について薬剤服用歴管理指導料の算定要件として評価。

改定前	改定後
<p>【薬剤服用歴管理指導料】 (処方せんの受付1回につき) 30点 [算定要件] 注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。 イ、ロ 略</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 (処方せんの受付1回につき) 41点 (改) [算定要件] 注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。 イ、ロ、<u>ハ</u> 略 <u>三 患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者又はその家族等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。</u> <u>ホ</u> 略</p>

【留意事項通知にて】

- 残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に連絡し、投与日数等の確認を行うよう努める。
- 残薬の状況の確認にあたり、患者又はその家族等から確認できなかった場合には、次回の来局時には確認できるよう指導し、薬剤服用歴に記録する。

薬学的管理において薬局の求められる機能について

「薬局の求められる機能とあるべき姿」(平成25年11月(暫定版)) より抜粋 薬局の求められる機能とあるべき姿

2. 薬局における薬物療法(薬学的管理)の実施について

(1) 薬学的管理

- ・副作用の発現状況や期待される効能の発現状況の確認を行い、薬学的見地から処方せんを確認し、医師に対し疑義照会を行うとともに、**薬剤の変更や減量等の提案**を行っていること。
- ・飲み忘れ、飲み残し等による**残薬を確認**していること。
- ・飲み残し等が生じていることが確認された場合には、当該残薬の使用期限等を確認した上で、**新たに調剤する当該医薬品の量を減量する等、残薬を解消するよう取り組んでいること**。なお、その際には、残薬が生じる原因を考察し、患者への服薬指導や疑義照会の上、薬剤の変更を行う等の対処を併せて行い、その過程の記録を残していること。

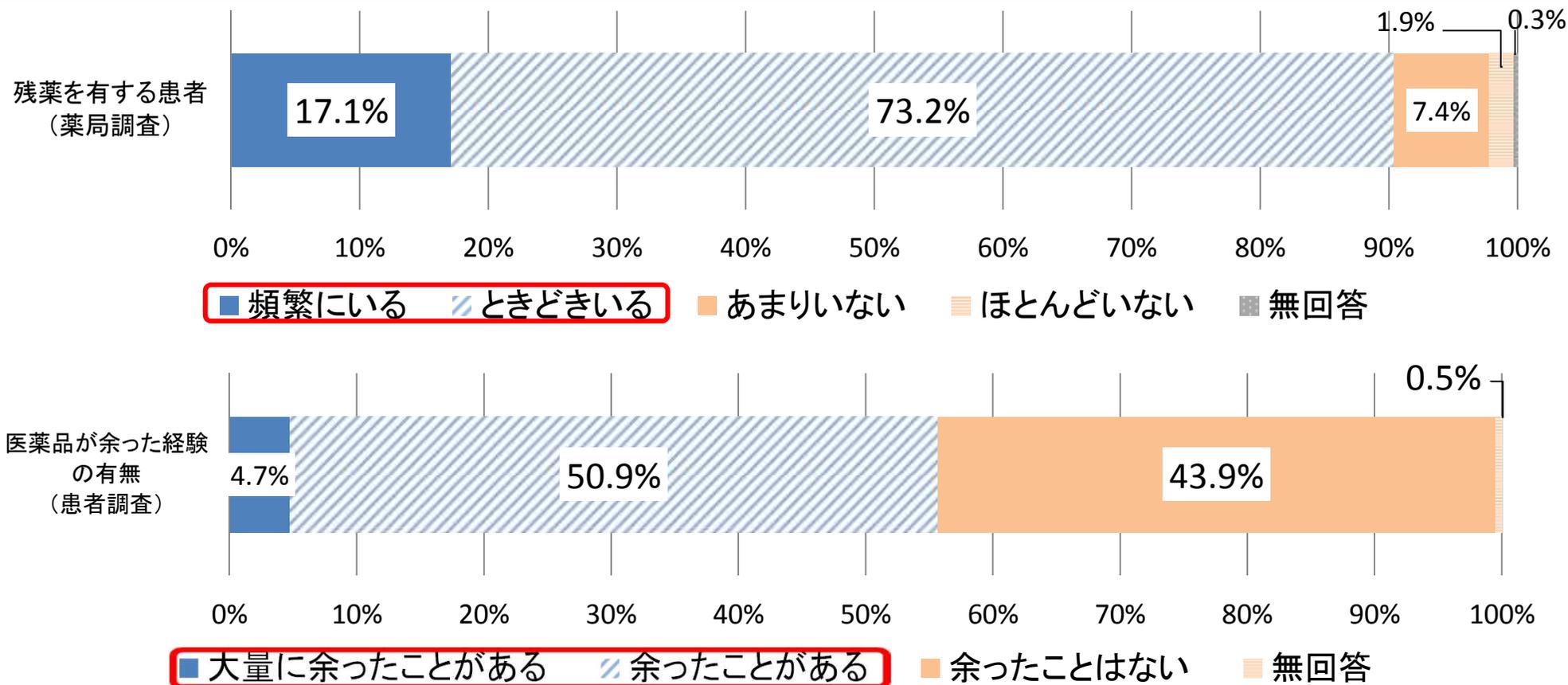
[出典]平成25年度厚生労働科学研究費補助金
(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)
薬剤師が担うチーム医療と地域医療の調査とアウトカムの評価研究

○ 薬学的管理において薬局の求められる機能として、残薬の確認及び解消等が求められている。

残薬の経験の有無について

○患者に残薬確認をした結果、残薬を有する患者はどのくらいいるか？(薬局調査N=998)

○医薬品が余った経験があるか？(患者調査N=1,927)

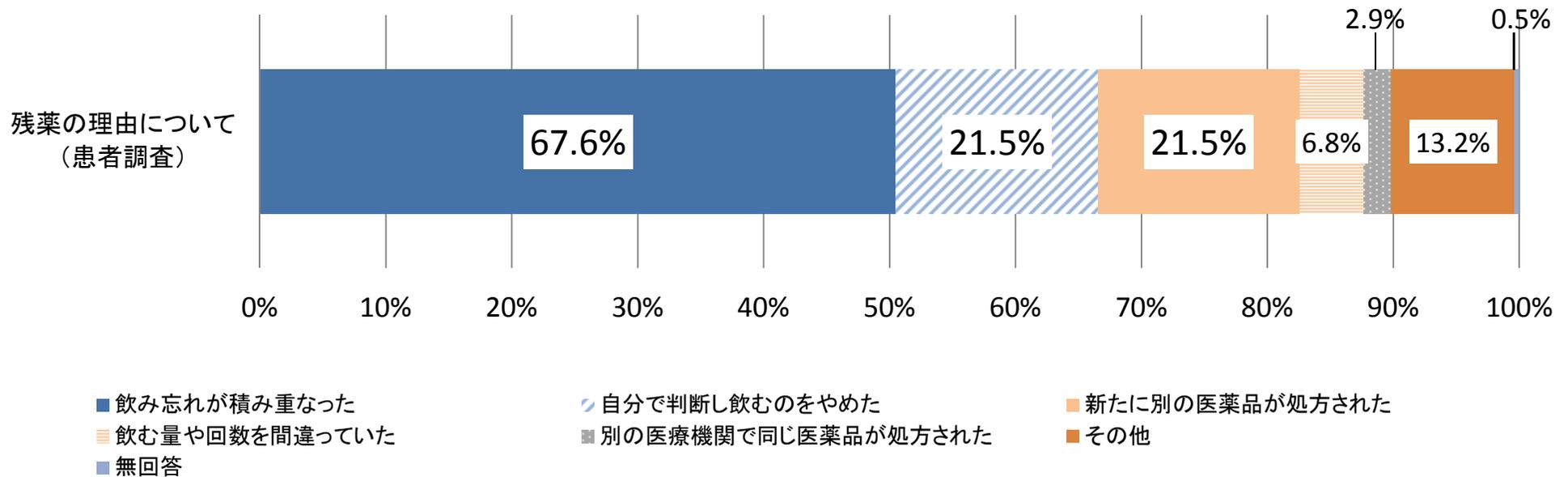


[出典]平成25年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」(速報値)

- 患者に残薬を確認した結果、残薬を有する患者がいた薬局は約9割である。
- また、医薬品が余ったことがある患者が約5割いる。

残薬発生の理由について

○医薬品が余った理由は何か？（複数回答）（患者調査N=1,072）



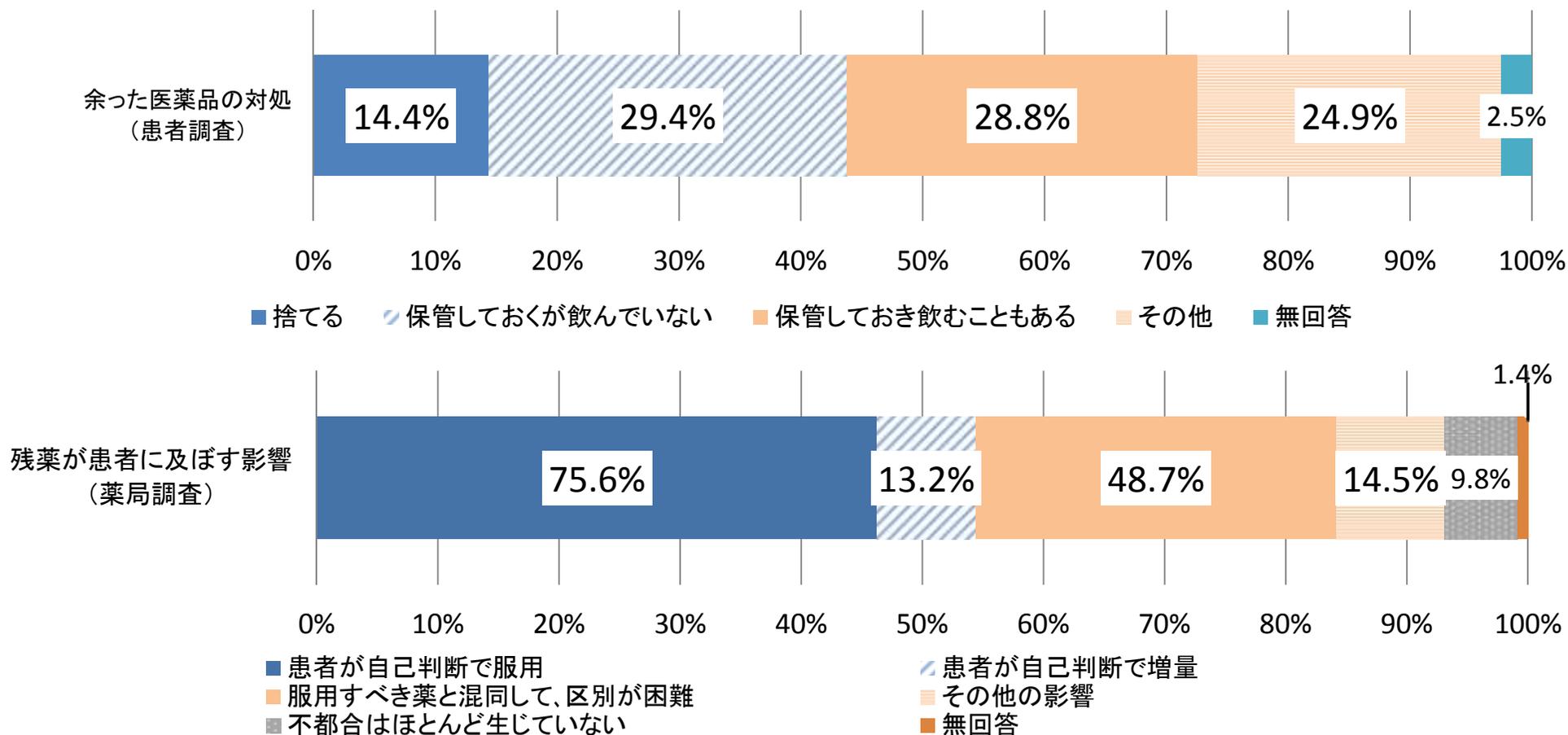
〔出典〕平成25年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」（速報値）

○ 「飲み忘れが積み重なった」が約7割であるが、残薬が発生した理由は様々である。

残薬の影響について

○余った医薬品はどうしているか？(患者調査N=1,927)

○薬剤師が考える残薬が患者に及ぼす影響はなにか？(薬局調査N=998)



[出典]平成25年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」(速報値)

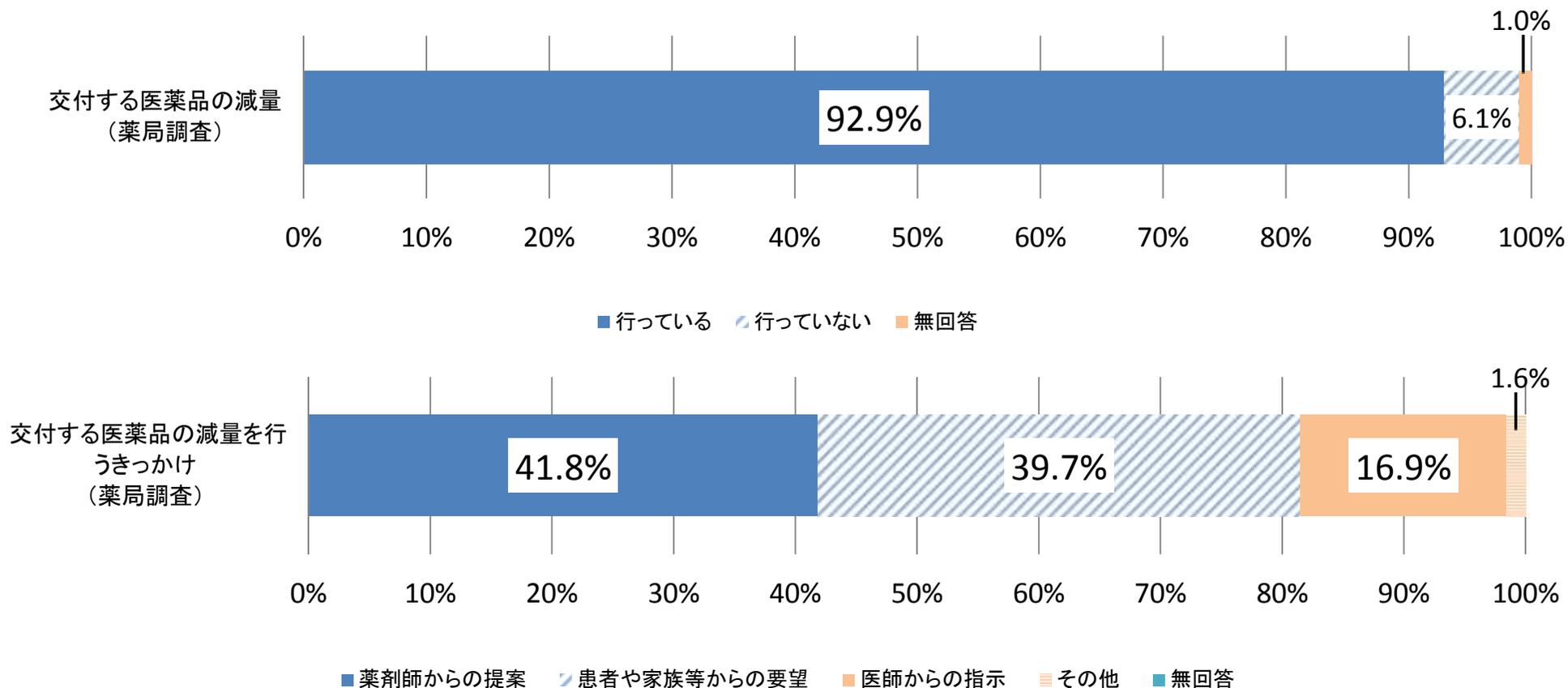
○ 残薬を「保管して飲むことがある」と回答している患者は約3割である。

○ 薬剤師は、「患者が自己判断で服用」、「服用すべき薬と混同して区別が困難」等の影響を懸念している。

残薬への対応の現状について

○残薬が無駄にならないように医薬品の減量を行っているか？(薬局調査N=998)

○医薬品の減量を行うきっかけは何か？(薬局調査N=927)

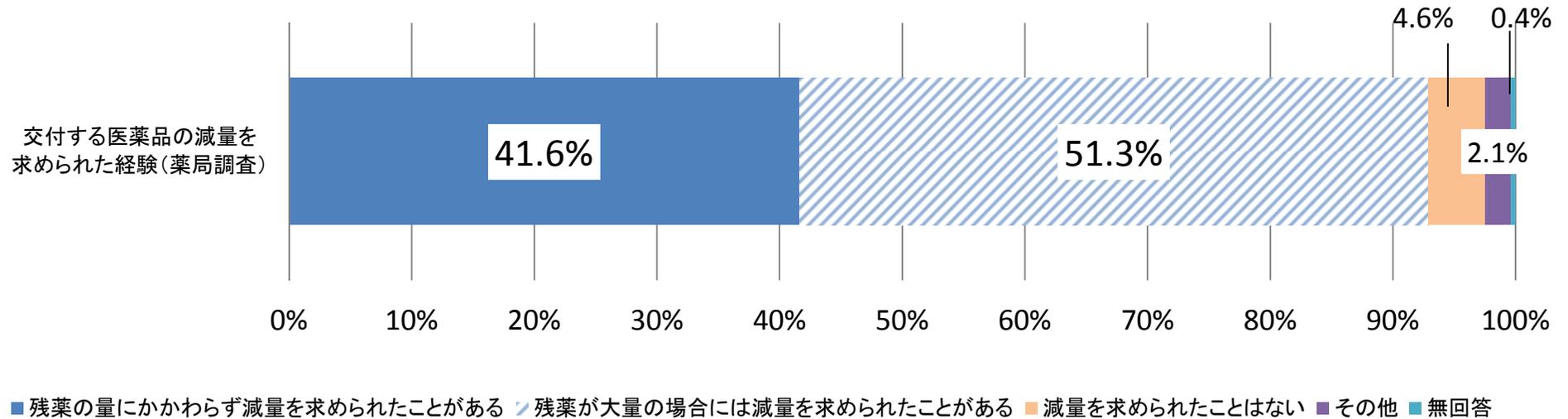


[出典]平成25年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」(速報値)

○ 約9割の薬剤師は交付する医薬品の減量を行っており、そのきっかけは、「薬剤師からの提案」及び「患者や家族等からの要望」が約8割である。

残薬に関する患者の意向について

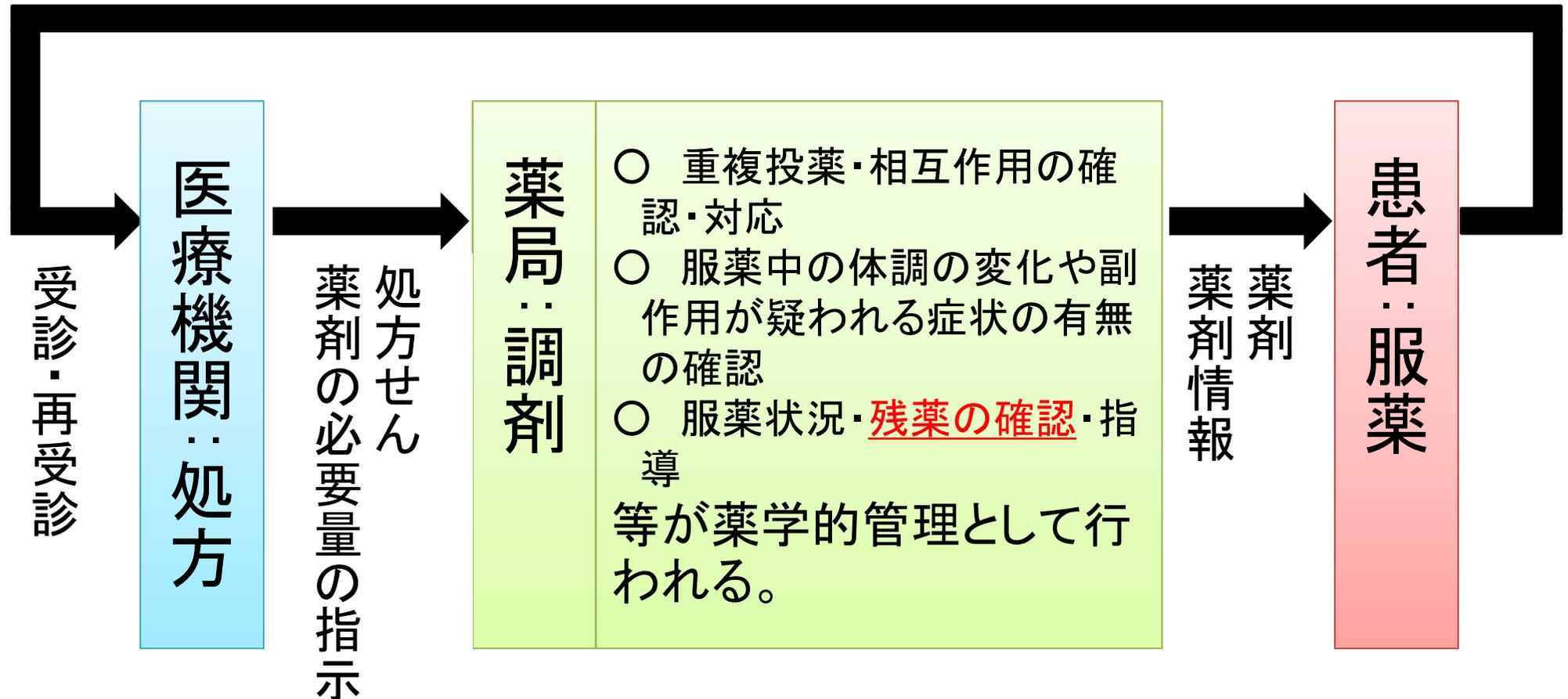
○医薬品の減量を求められた経験があるか？（薬局調査N=998）



〔出典〕平成25年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」（速報値）

○ 残薬が大量に余っている場合に減量を求められたことがあると回答した薬局は全体の約5割である。

薬局における薬学的管理・指導の現状について



- 現在の薬学的管理・指導については、医療機関で診察・処方された直後の確認や指導が主な内容となっている。
- 調剤時の残薬の確認のみでは、調剤後の患者の服薬状況や体調の変化等について、把握することは困難で、仮に、飲み残しが大量に生じている場合であっても、薬局が関与することは難しい。

長期投薬における課題と論点

(改)中医協 総-2
25.11.29

(改)中医協 総-2
25.11.27

【課題】

- 平成14年診療報酬改定において、慢性疾患の増加に伴う投薬期間の長期化等を踏まえ、薬剤投与期間に係る規制を原則廃止した。
- 慢性疾患等の患者のうち5週以上の処方をしている患者の割合が6割超と回答した医師は、全体で20.1%であり、病院医師は29.1%、診療所医師は3.9%であった。
- 病院医師による「慢性疾患等の患者に対する最も多い処方期間」が12週以上と回答した割合は、診療所医師と比べて大幅に高く、病院全体では37.1%、200床以上の病院では41.8%となっている。
- 長期処方を行う理由として、「病状が安定しているから」がもっとも多く68.4%、ついで「患者さんからの要望」が48.5%であった。また、病院医師では「外来患者を少なくして、じっくり診療できるようにするため」が38.0%であった。特に病床数の多い病院外来においては、長期処方を行っている病状が安定した慢性疾患等の患者を一定程度受入れていると考えられる。
- 5週以上の処方が原因と考えられる事例への遭遇として、「患者の容態の変化に気づくのが遅れたこと」がある医師は18.0%、「患者が服薬を忘れて、中断したりしたため、病状が改善しなかったこと」がある医師は35.8%、「患者が次回再診予約時に、診察に来なかったこと」がある医師は54.8%であり、長期処方による問題点も指摘されている。

【論点】



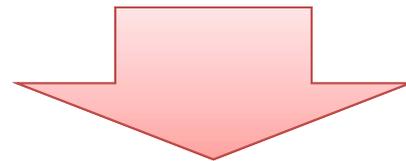
- 病床数の多い病院の外来においても、長期投薬を行える病状が安定した慢性疾患等の患者を一定程度受入れていること等を勘案し、外来の機能分化の更なる推進の観点から、
- ・紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院
 - ・それ以外の許可病床数が500床以上の全ての病院(精神科単科病院や療養病床のみの病院を除く。)のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院については、一部の薬剤を除き、原則的に投薬日数によって投薬に係る費用(処方料、処方せん料、薬剤料)を制限することについて、どのように考えるか。

残薬に関する課題と論点

再掲

〔 課題 〕

- 残薬が多量に生じたり、入院時に多量の薬剤を持参するといった状況が生じる可能性が高くなっている。
- 残薬の減量を求められたことがあると回答した薬局は約9割である。
- 薬局が関与しても、飲み残しが大量に生じてしまっているケースがある。



〔 論点 〕

- 残薬の状況、調剤後の患者の服薬状況や体調の変化等の把握について、薬局における適切な薬学的管理・指導が必要であると考えられるのではないか。
- 長期投薬における課題と論点をふまえて、特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院から処方された場合に、処方医に連絡しつつ、処方された薬剤を原則分割して調剤し、2回目以降は、患者の主治医と連携し、必要量を調剤するといった対応の試行的導入が考えられないか。
また、その際には、同じ薬局が継続的に対応することで、薬学的管理指導の充実が図られると思われるが、分割して調剤することにもなう費用負担に対する配慮も必要ではないか。

空白

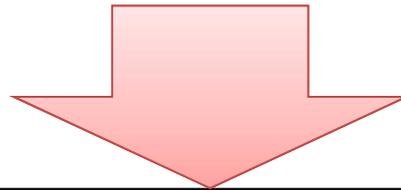
目次

1. 薬局薬剤師における在宅業務について
2. 後発医薬品の使用促進のための環境整備について
3. 大型門前薬局と地域密着型薬局の区別による適正化について
4. 薬学的管理指導の充実について
 - (1) 薬剤服用歴管理指導の説明にかかるタイミング
 - (2) 残薬への対応
- 5. その他**

その他の課題と論点

〔課題〕

- 緩和ケアの推進のための医療用麻薬のニーズが年々増加傾向にある。
- 調剤報酬上評価されていない麻薬の無菌製剤処理についても一定数行われている。
- 麻薬の無菌調剤には中心静脈栄養用輸液と同等の時間を要している。
- 小児用の無菌製剤は、成人用の製剤をそのまま流用するのではなく、臓器の未熟性等を考慮して、症例ごとに組成が細かく異なる輸液を調製しなくてはならない。そのため、調剤に多くの時間を要する。



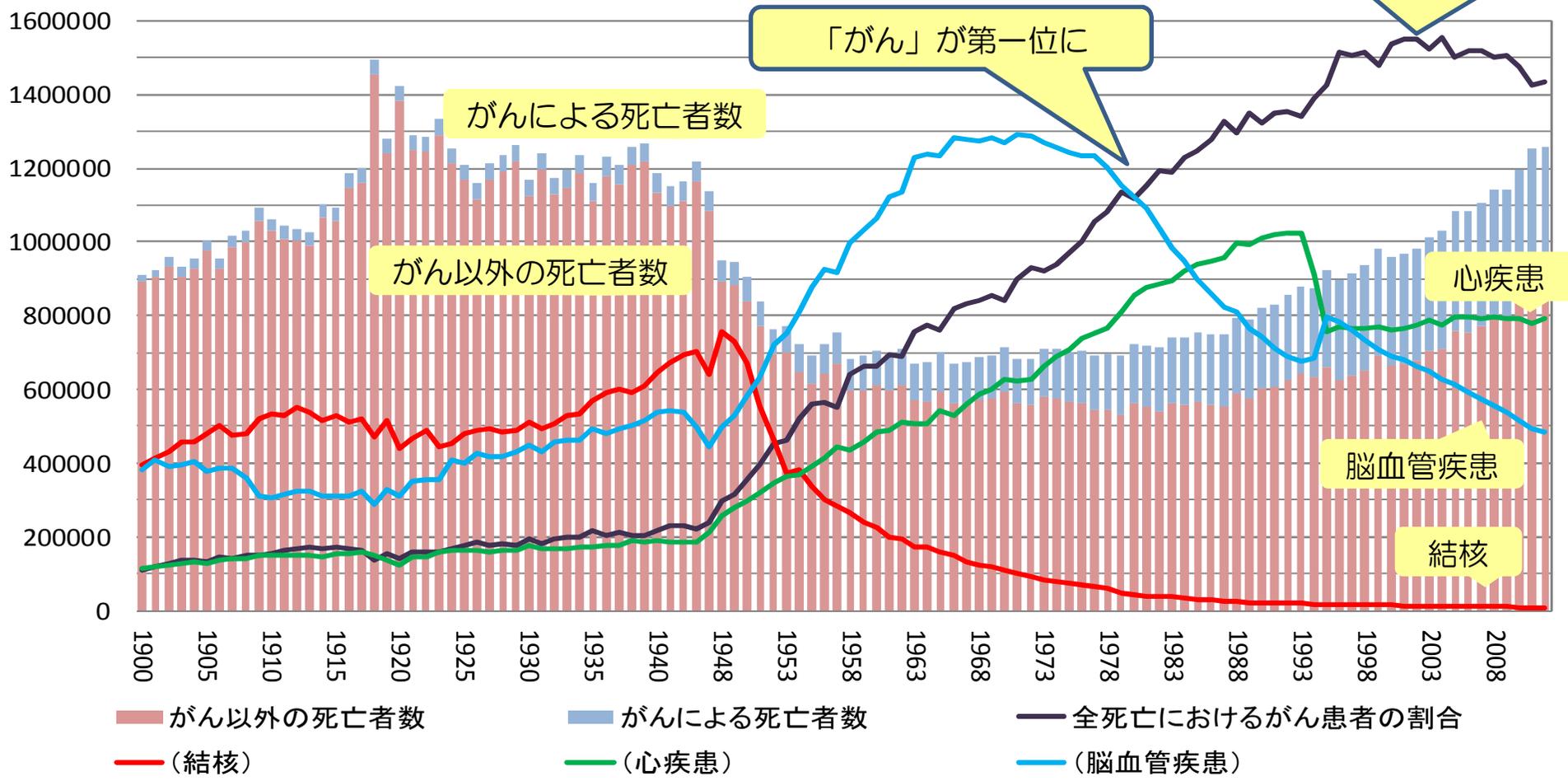
〔論点〕

- 無菌製剤処理の対象薬剤に麻薬を追加してはどうか。
- 小児患者の無菌製剤処理は、成人の無菌製剤処理と区別して評価してはどうか。

がん死亡者数と全死亡者に対する割合

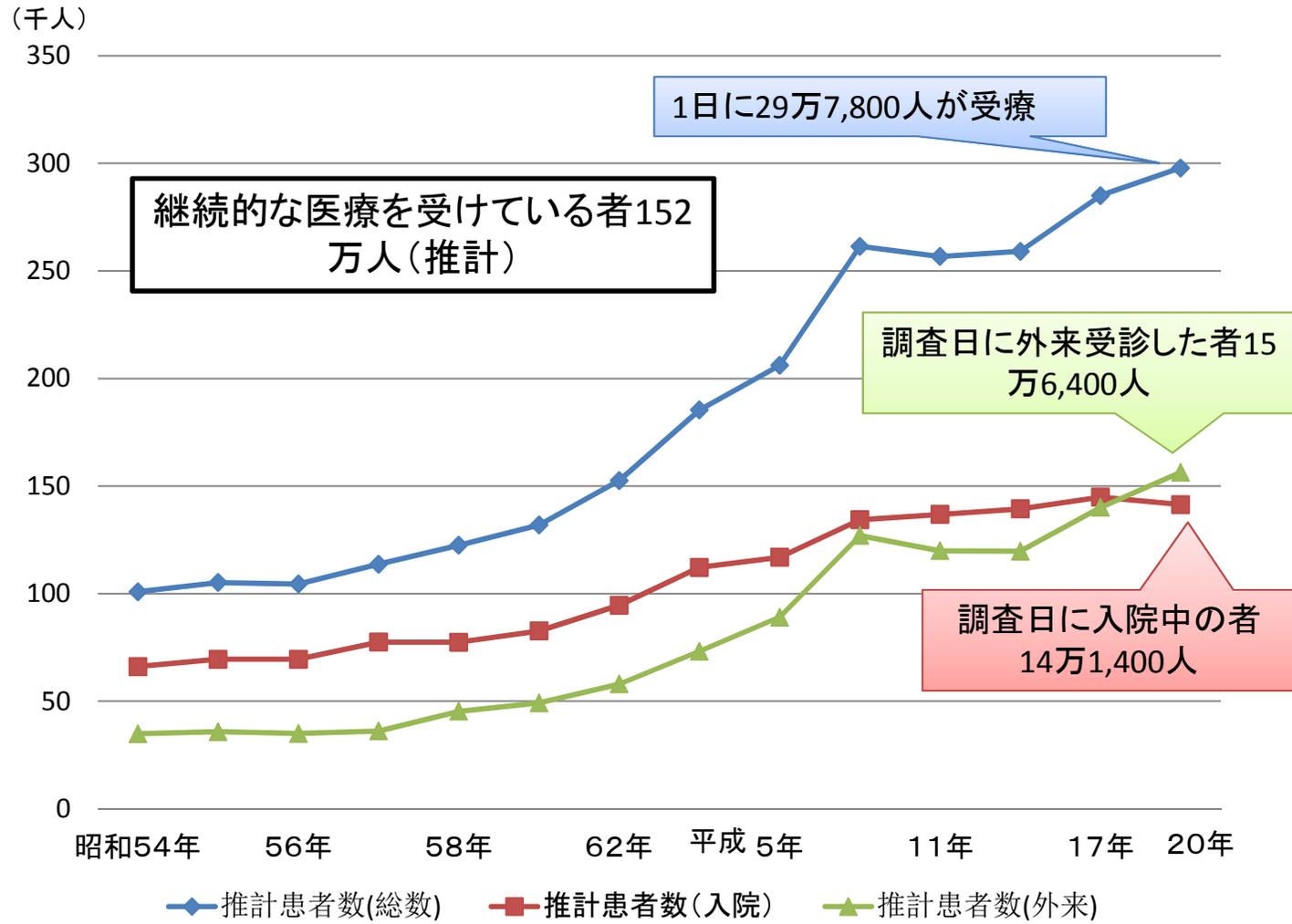
男性:54%、女性:41% → “日本人の2人に1人ががんになる”
年間罹患者数推計70万人

約3人に1人ががんで死亡
(年間死亡者数約35万人)



出典 平成24年(2012)人口動態統計(確定数)の概況

がん患者数の年次推移

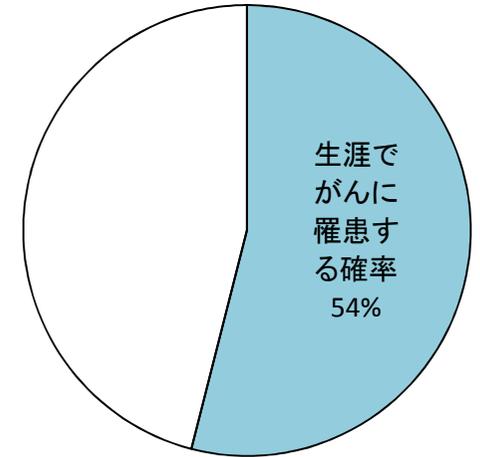


平成8年から第10回修正国際疾病、傷害および死因統計分類(ICD-10)を適用している。

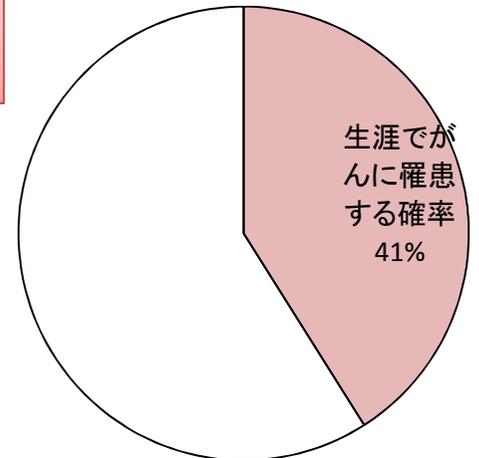
厚生労働省「H20年患者調査」より

生涯リスク
～日本人の2人に1人ががんになる～

男性



女性



平成15年

緩和ケアの推進と医療用麻薬について

がん対策基本法(平成十八年六月二十三日法律第九十八号)(抄)

第二章 がん対策推進基本計画等

(がん対策推進基本計画)

第九条 政府は、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の推進に関する基本的な計画(以下「がん対策推進基本計画」という。)を策定しなければならない。

2~8 (略)

「がん対策推進基本計画」(平成24年6月閣議決定)より抜粋

第4 分野別施策と個別目標

1. がん医療

(3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(取り組むべき施策)

がん性疼痛で苦しむ患者をなくすため、多様化する医療用麻薬をはじめとした身体的苦痛緩和のための薬剤の迅速かつ適正な使用と普及を図る。また、精神心理的・社会的苦痛にも対応できるよう、医師だけでなく、がん診療に携わる医療従事者に対する人材育成を進め、基本的な緩和ケア研修を実施する体制を構築する。

○ 緩和ケアの推進のため医療用麻薬の適正な使用及び普及が求められている。

無菌製剤処理加算の算定要件について

注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ40点又は50点を加算する。



- 中心静脈栄養法用輸液及び抗悪性腫瘍剤の無菌調剤は、調剤報酬で評価されているが、麻薬の無菌調剤は、調剤報酬で評価されていない。
- 高度な技術及び労力が要求される小児患者の無菌製剤処理は、成人の無菌製剤処理と区別して評価されていない。

麻薬の無菌調製について

医療用麻薬適正使用ガイドンス

(平成24年3月 厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課)

6. 自宅における患者・家族による管理

3) 保険薬局による患者・家族の支援

④ 麻薬小売業者免許を有していて無菌調剤室あるいはクリーンベンチを備えている薬局では医療用麻薬の注射剤を調製して携帯型ディスポーザブルポンプ等に充填して交付することができる。また、これらの設備を有していない薬局でも、プレフィルドシリンジ製剤を交付することができる。



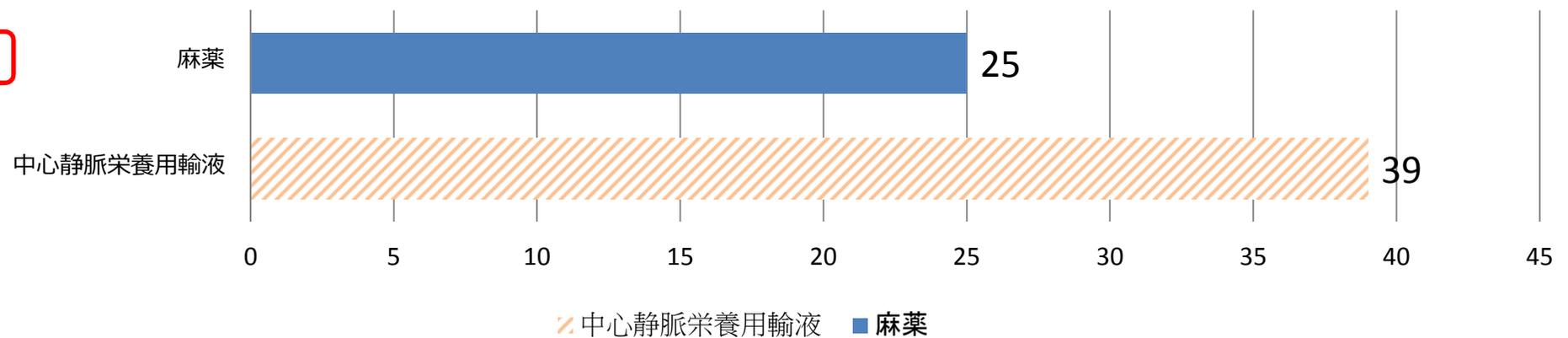
○ プレフィルドシリンジ製剤以外を交付する際は、無菌調剤室又はクリーンベンチを備えている薬局が麻薬の注射剤を調剤することとしている。

無菌製剤を行っている品目及びその所要時間について

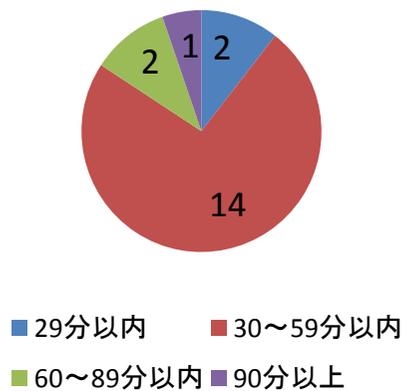
無菌製剤処理を行っている品目(複数回答)(N=41薬局)

未評価

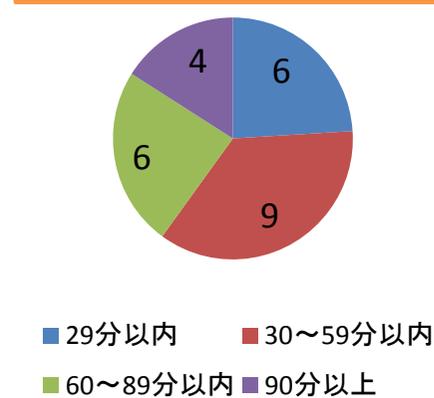
評価済み



麻薬の所要時間(N=19)



中心静脈栄養法用輸液の所要時間(N=25)



[出典]日本緩和医療薬学会の集計に基づき医療課で作成

- 調剤報酬上評価されていない麻薬の無菌調剤についても一定数行われている。
- 麻薬の無菌調剤には中心静脈栄養用輸液と同等の時間を要している。

小児患者への無菌調製について

- 小児は病状、体重により高カロリー輸液の組成が細かく異なる。そのため、臓器の未熟性等を考慮して、症例ごとに組成が細かく異なる輸液を調製しなくてはならず、調剤に時間を要する。



1. 輸液を構成する薬剤数が多い

成人と比べて体重や必要電解質量・水分バランスがまちまちであり、水分量・電解質を細かく調節する必要があり、輸液処方を構成する薬剤数が多くなる。

2. 計量回数が多い

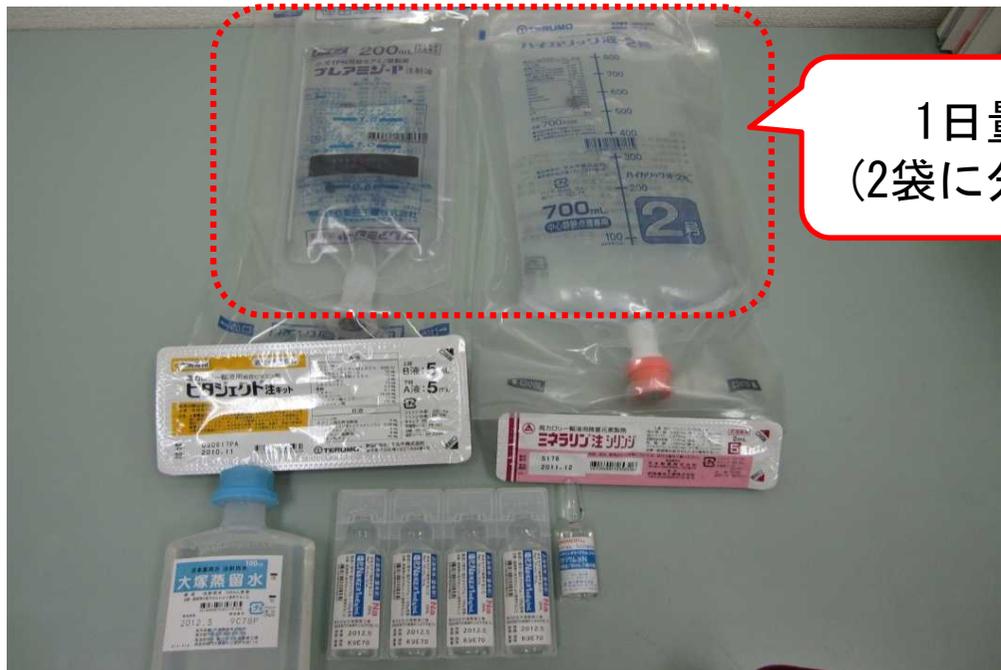
量を細かく調節するため、注射薬のアンプルやバイアル1本単位ではなく、シリンジでmL単位の計量をそれぞれの成分について行うため、計量回数が頻回となる。

3. 空気を除去する必要がある

リュックに背負って使用する為、通常は空気を規定量入れて使用する輸液バッグから空気を全て除去する作業が必要となり、相当な時間を要する。

小児用患者への無菌調製の処方内容

小児処方の一例



1日量
(2袋に分割)

ハイカリック液2号(700mL) 1袋
プレアミンP注射液(200mL/袋) 200mL
ビタジェクトキット(5mL) 0.2キット
ヘパリンナトリウムN(5000単位/5mL) 1mL
補正用塩化ナトリウム(20mEq/20mL) 70mL
ミネラリン注シリンジ(2mL) 2mL
注射用蒸留水 100mL
* ミネラリンは1週間に1日のみ

無菌製剤処理の様子



[出典]日本薬剤師会、株式会社
ホロン すずらん薬局グループより
提供

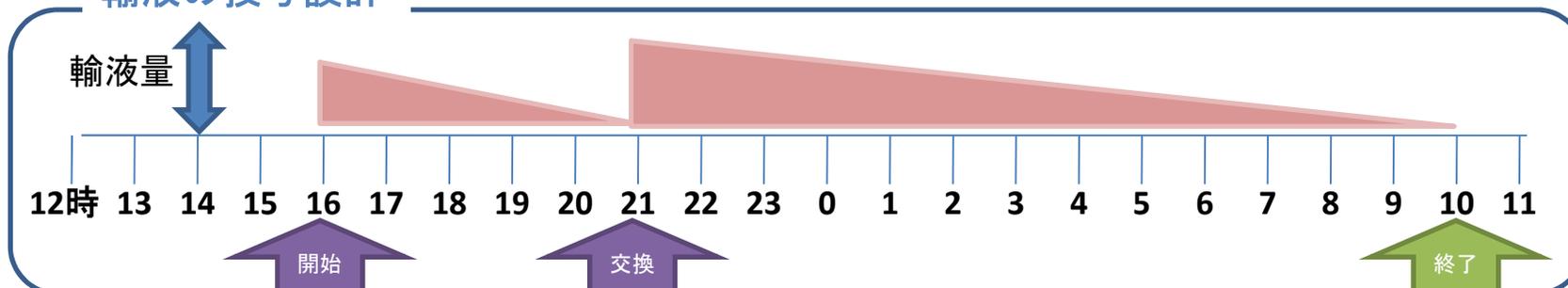
○ 小児は、輸液を構成する薬剤が多く、量を細かく調節する必要があるため、調剤に時間を要する。

小児に対する処方及び調剤上の工夫

リュックの中身



輸液の投与设计



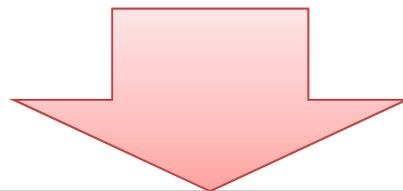
[出典]株式会社 ホロン
すずらん薬局グループ
より提供

○ 1日分を2袋に分割することで、夕方の患者の活動時間中に輸液が軽くなるように（患者が背負って歩けるように）工夫している。

その他の課題と論点

〔課題〕

- 緩和ケアの推進のための医療用麻薬のニーズが年々増加傾向にある。
- 調剤報酬上評価されていない麻薬の無菌製剤処理についても一定数行われている。
- 麻薬の無菌調剤には中心静脈栄養用輸液と同等の時間を要している。
- 小児用の無菌製剤は、成人用の製剤をそのまま流用するのではなく、臓器の未熟性等を考慮して、症例ごとに組成が細かく異なる輸液を調製しなくてはならない。そのため、調剤に多くの時間を要する。



〔論点〕

- 無菌製剤処理の対象薬剤に麻薬を追加してはどうか。
- 小児患者の無菌製剤処理は、成人の無菌製剤処理と区別して評価してはどうか。