

入院医療(その4)

平成27年10月23日

1. 急性期医療における患者像の評価について

2. 総合入院体制加算について

7対1入院基本料の経緯(「重症度、医療・看護必要度」・平均在院日数)

平成17年 医療制度改革大綱

「急性期医療の実態に即した看護配置について適切に評価した改定を行う」

平成18年 7対1入院基本料創設

平成19年 中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議

「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定で対応すること」

平成20年 7対1入院基本料の基準の見直し

一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入

「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」

平成24年 7対1入院基本料の基準の再見直し

一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し

「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」

平均在院日数要件の見直し

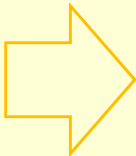
「平均在院日数が19日→18日以下」

平成26年度診療報酬改定

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

➤急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、**モニタリング及び処置等の項目(A項目)について、急性期患者の特性を評価する項目**とし、「**一般病棟用の重症度、医療・看護必要度**」に名称を変更する。

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



改定後(A項目)
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) (削除) (削除)
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)
3 点滴ライン同時3本以上の管理
4 心電図モニターの管理
5 シリンジポンプの管理
6 輸血や血液製剤の管理
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理、⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理

・1～6は各1点
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※ B項目については変更なし。
[経過措置]
・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし。
※救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟、及び、
専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)についても、1割5分以上の基準を適用。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	
4 心電図モニターの管理	なし	あり	
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ)、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり

測定・評価が
要件となるもの

	重症者※の割合
7対1入院基本料	<u>15%以上</u>
10対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)
看護必要度加算 一般病棟10対1入院基本料、 専門病院10対1入院基本料	<u>10%又は15%以上</u>
急性期看護補助体制加算 一般病棟7対1及び10対1 入院基本料	7対1の場合 <u>15%以上</u> 10対1の場合 <u>5%以上</u>
一般病棟看護必要度 評価加算 一般病棟13対1入院基本料、 専門病院13対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)

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

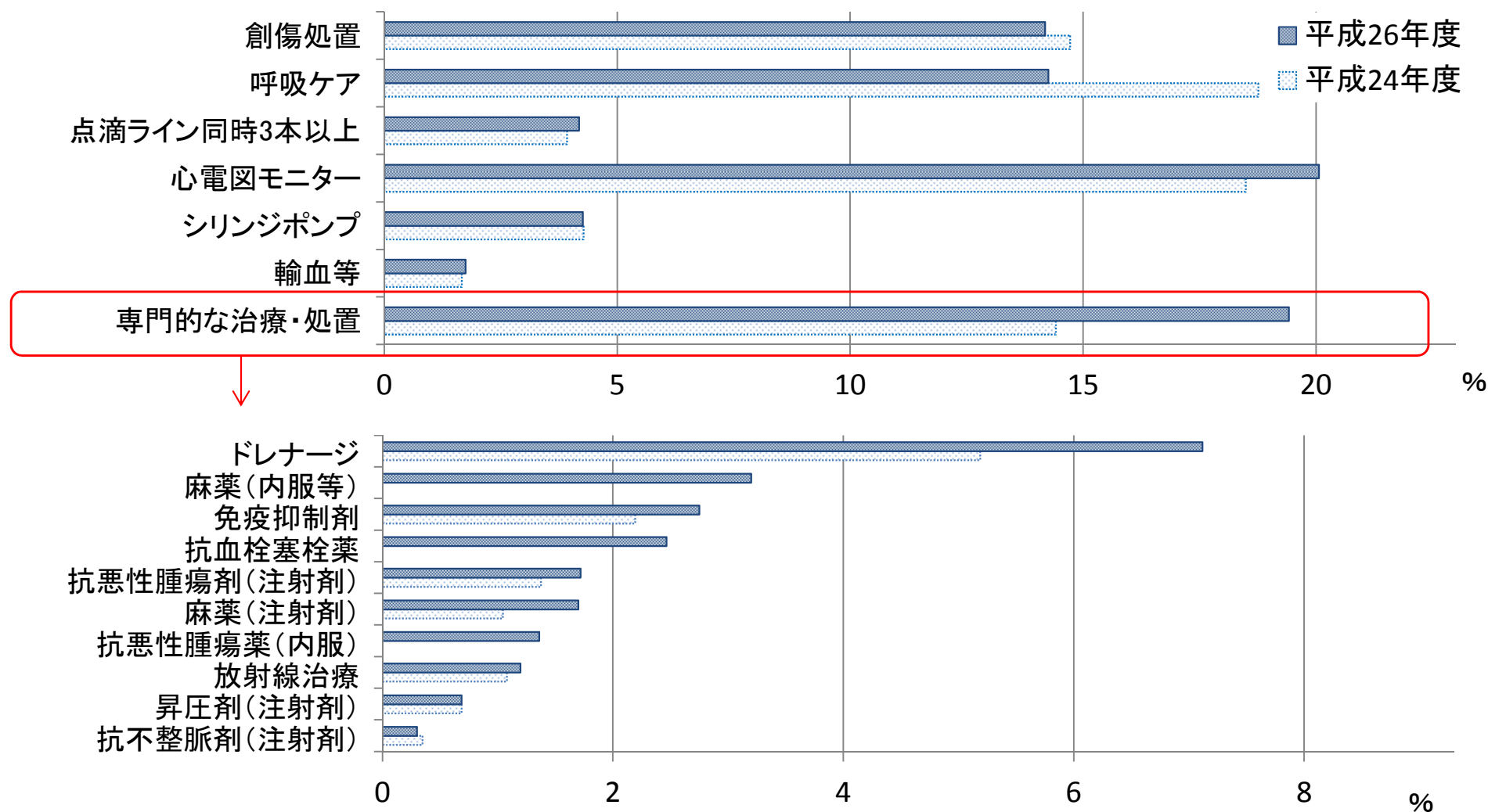
※ A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

重症度、医療・看護必要度の評価項目毎の該当割合①

○ 「重症度、医療・看護必要度」について、個々の項目別にみた場合、平成26年度診療報酬改定で見直しを行った「呼吸ケア」等の割合が低下し、「専門的な治療・処置」の割合が大きくなっている。

＜看護必要度の項目別該当患者割合(A項目)＞

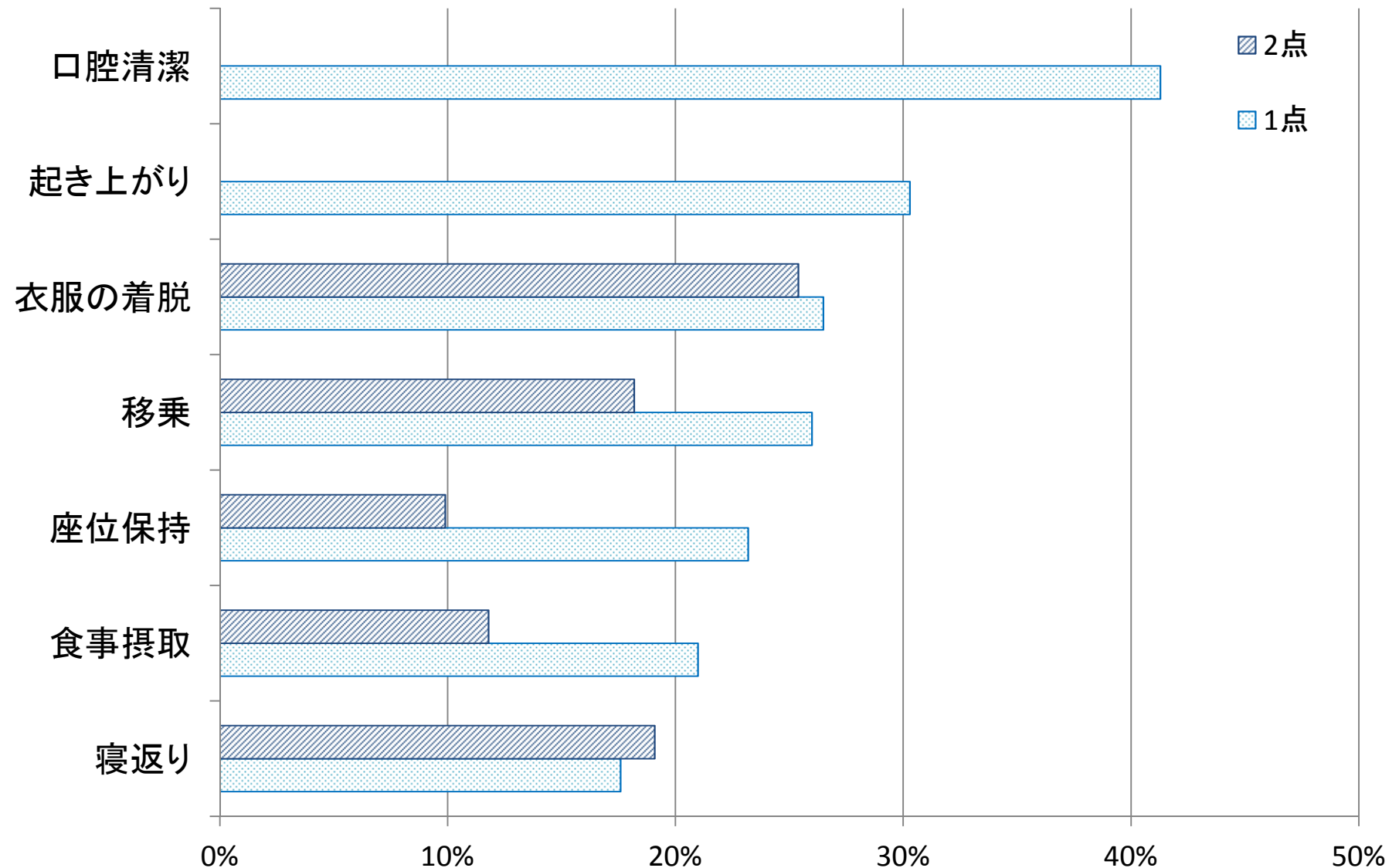
7対1一般病棟



重症度、医療・看護必要度の評価項目毎の該当割合②

＜看護必要度の項目別該当患者割合(B項目)＞

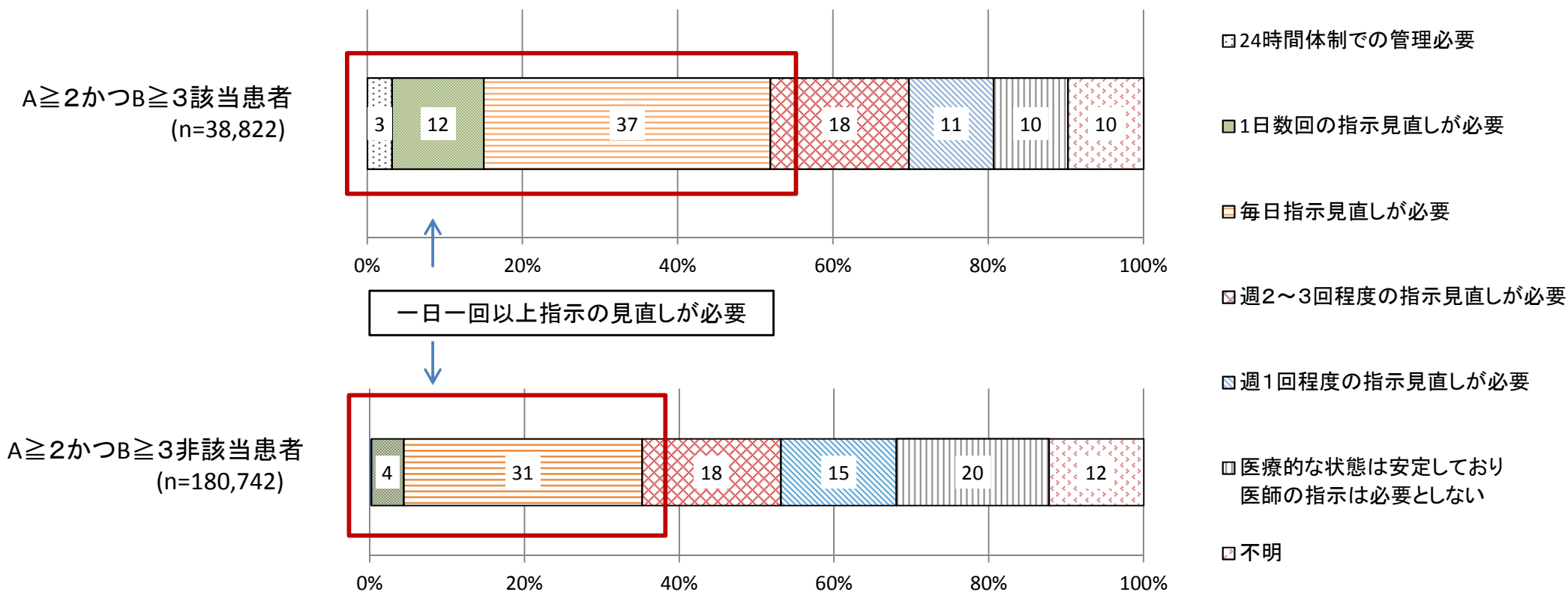
7対1一般病棟



重症度、医療・看護必要度別の医師の指示見直しの頻度

- 重症度、医療・看護必要度の「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者において、1日1回以上指示の見直しが必要な患者の割合は、50%強程度であった。
- 一方、「A項目2点以上かつB項目3点以上」の基準を満たさない患者であっても、1日1回以上の指示の見直しが必要な患者は35%程度存在した。

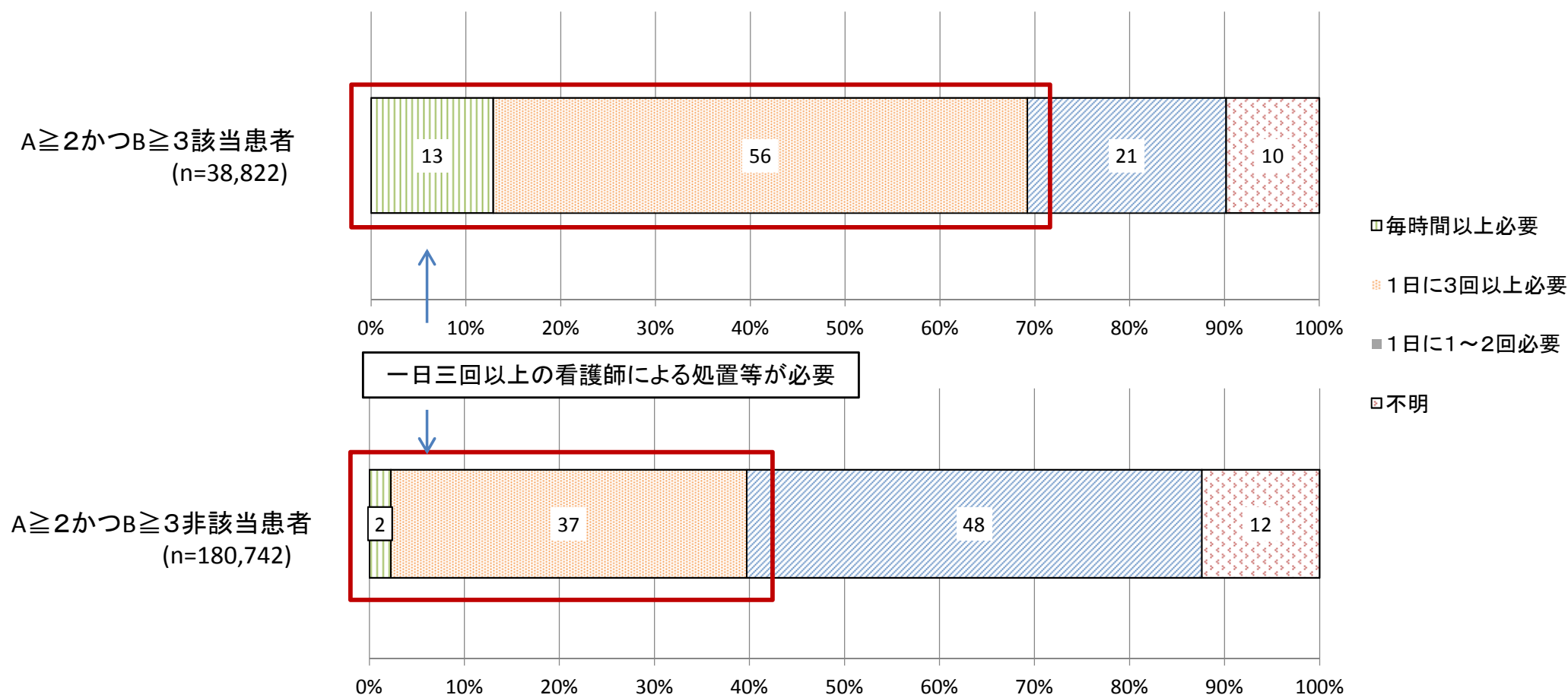
＜医師による指示の見直し頻度＞



重症度、医療・看護必要度別の看護師による処置等が必要な頻度

- 重症度、医療・看護必要度の「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者において、1日3回以上看護師による処置等が必要な患者の割合は70%程度であった。
- 一方、「A項目2点以上かつB項目3点以上」の基準を満たさない患者であっても、1日3回以上が必要な患者は40%程度存在した。

＜看護師による処置、観察、アセスメントが必要な頻度＞



重症度、医療・看護必要度に係る医療機関の状況について

- 重症度、医療・看護必要度が「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者及び「A項目2点以上」の患者が占める割合によって、医療機関の実績を比較したところ、
- ・ 「A項目2点以上」の患者が多い医療機関では、該当患者が多い医療機関の方が実績値が高い傾向がみられた。
 - ・ 一方、「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者が多い医療機関では、該当患者が多い医療機関の方が実績値が低い傾向がみられた。

7対1病棟を有する医療機関における、年間の手術等の実施件数と入院単価の比較 (n=140)

	A項目2点以上 の患者割合による比較		(A) - (B)	A項目2点以上かつ B項目3点以上 の患者割合による比較		(C) - (D)
	該当患者割合が 多い医療機関 (A)	該当患者割合が 少ない医療機関 (B)		該当患者割合が 多い医療機関 (C)	該当患者割合が 少ない医療機関 (D)	
100床当たりの全麻手術の件数	564	494	70	513	550	-37
100床当たりの人工心肺を用いた手術件数	5	1	4	2	4	-2
100床当たりの悪性腫瘍の手術件数	138	110	28	111	110	1
100床当たりの腹腔鏡下手術件数	73	74	-1	64	80	-16
100床当たりの放射線治療件数	385	3	382	106	132	-26
100床当たりの化学療法件数	613	314	299	422	615	-193
100床当たりの分娩件数	54	39	15	0	36	-36
レセプトの一日当たり入院単価	5,437	4,500	937	5,005	4,625	380

(※「A $\geq$ 2」、「A $\geq$ 2かつB $\geq$ 3」の該当患者割合が、それぞれ中央値を超える群と中央値以下の群に分け、項目毎に中央値を集計した)

急性期医療における患者像の評価に関する論点

- 急性期医療を要する患者像や、急性期医療が提供されている患者像をより適切に評価する方法についてどう考えるか。
 - 現行の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たさないものの、急性期の入院医療の必要性が高いと考えられる患者の取扱いについてどう考えるか。
 - 「重症度、医療・看護必要度」のB項目について、相関の高い項目がみられることを踏まえ、評価の効率化を行うことについてどう考えるか。
 - 急性期病棟における術後の早期離床やチーム医療の推進を促すための評価のあり方について、どう考えるか。

現行の「重症度、医療・看護必要度」の評価の基準に含まれないが、急性期入院医療の必要性や看護の提供頻度の高い状態(A項目・B項目)

入院医療等の調査・評価分科会 とりまとめより

【A項目】

- 手術直後の患者
- 救急搬送後の患者
- 無菌治療室での管理が必要な患者

手術直後の患者や救急搬送後の患者は、急性期の入院医療を受けているが、処置やADLの状況等により、現行の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たさないことも多い。このほか、現行の基準には含まれないが、医師の指示の見直しが頻回で、急性期の医療の必要性が高い状態として、無菌治療室での管理等が挙げられた。

- A項目が3点以上の患者

A項目のみに着目した評価と、現行の基準による評価を比較したところ、「A項目3点以上の患者」では「A項目2点以上かつB項目3点以上の患者」と比べ、医師による指示の見直しや看護師による観察等が頻回に必要な患者の割合は概ね同等又はやや多かった。

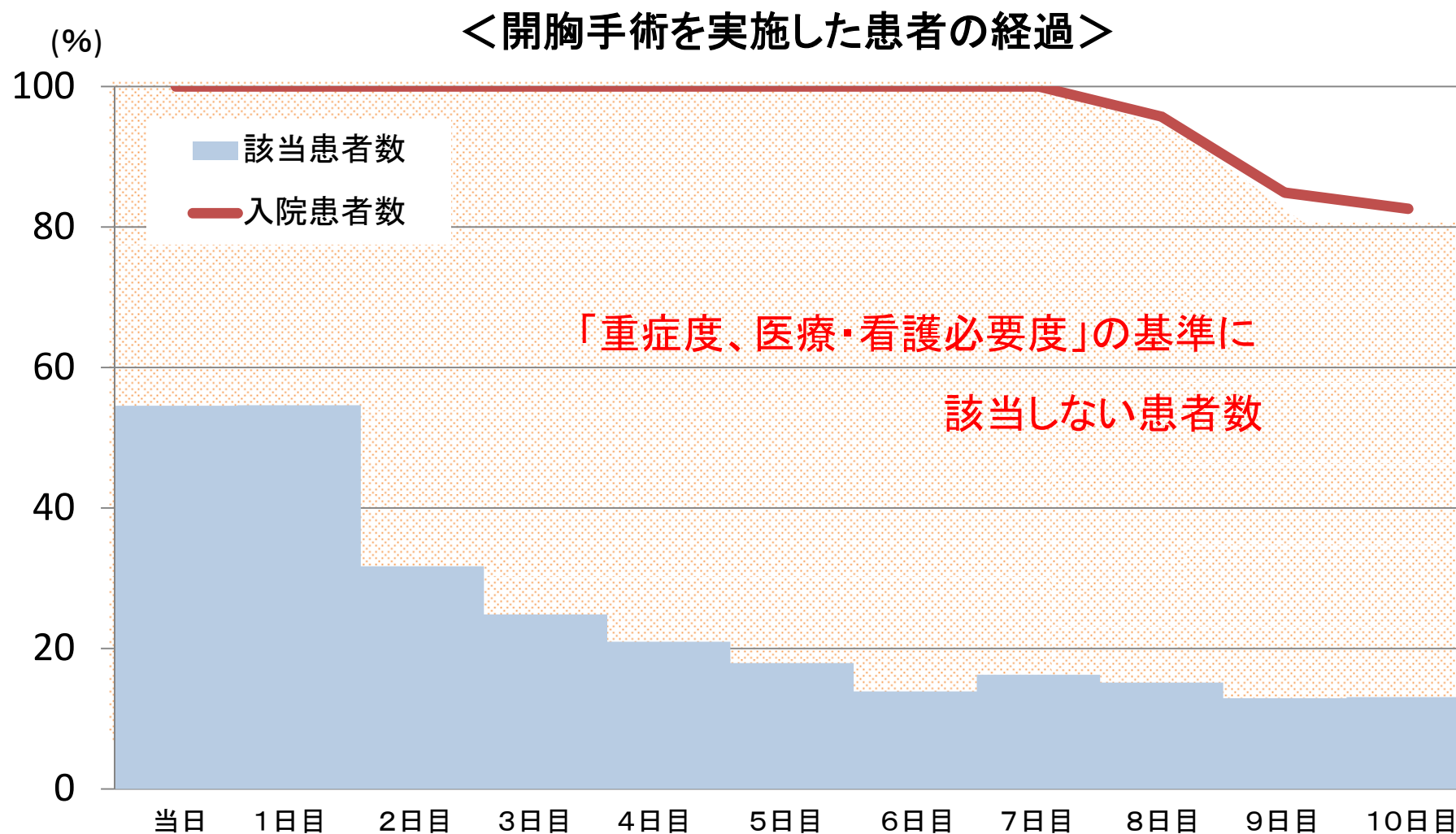
【B項目】

- 認知症の患者
- せん妄の患者

認知症患者は増加する傾向にあり、急性期医療機関における受け入れが課題となっている。認知症患者には様々な行動・心理症状がみられ、看護提供頻度は高い傾向にある。また、せん妄は急性期の入院治療中にしばしばみられ、看護提供頻度は高い傾向にある。現行の一般病棟用のB項目にはない「他者への意思の伝達」「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の3項目は、認知症及びせん妄と特に関係が強かった。なお、このうち、「他者への意思の伝達」「診療・療養上の指示が通じる」は類似の状態を評価していた。

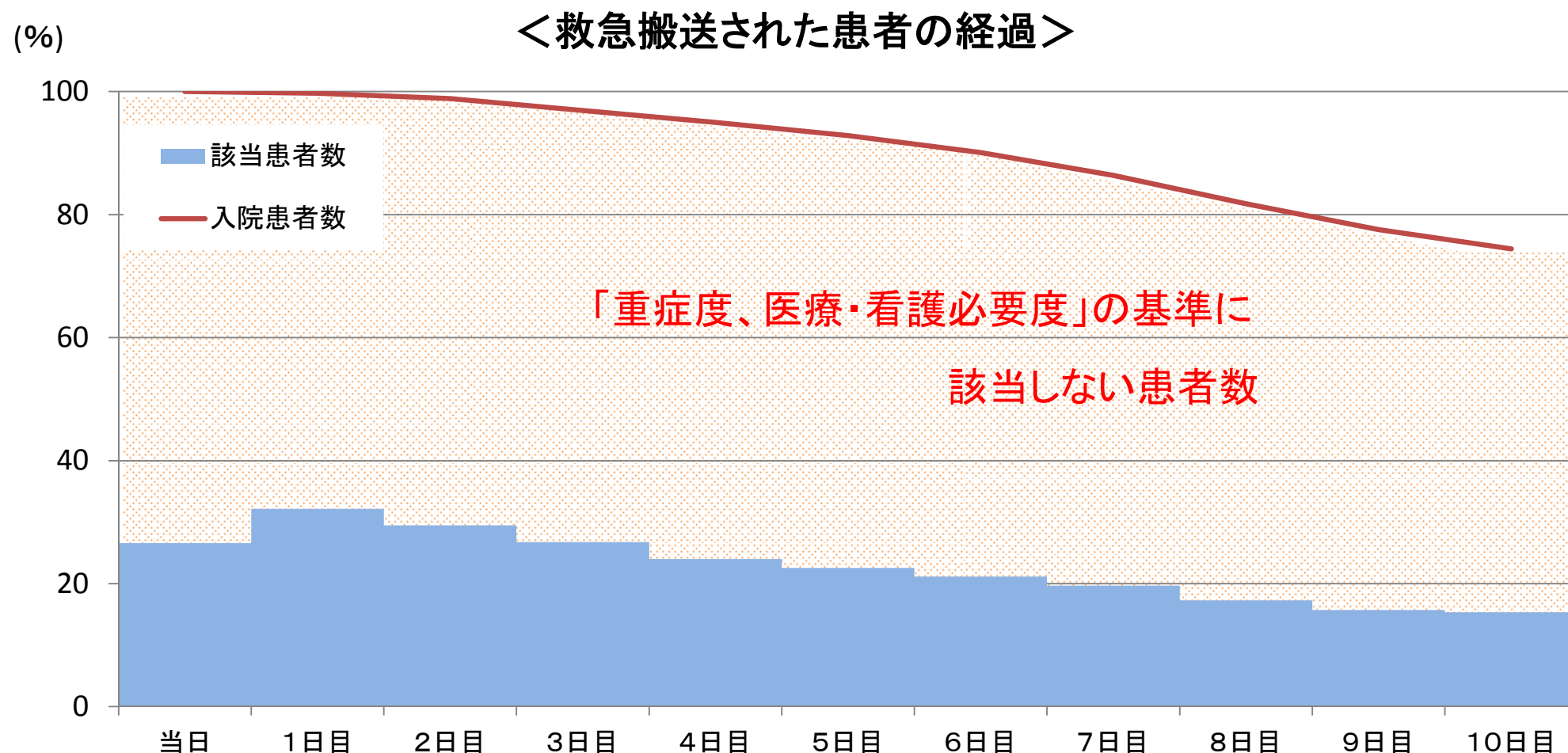
開胸手術実施患者の術後の経過について

- 開胸手術を実施した患者は、全て入院7日目まで入院しているが、重症度、医療・看護必要度の基準に該当患者は、術直後でも50%程度であり、術後3日には25%を下回る結果となった。



救急搬送された患者の入院後の経過について

- 救急搬送された患者のうち、重症度、医療・看護必要度に該当する患者は、入院当日で20%強、最大でも30%強であった。



医師の指示の見直しの頻度が高い算定項目について

- 7:1入院基本料の入院患者の各診療報酬項目の実施された患者のうち、実施日に、「医師の見直しの頻度が1日1回以上必要な患者」の割合が60%以上であるものを検索した結果、現在の重症度、医療・看護必要度のA項目で評価されていない項目として、ICU/HCUで評価されている項目や、極度の免疫抑制時に実施される検査・治療が挙げられた。

＜診療報酬項目と、医師の指示の見直しの頻度との関連に関する分析＞

各診療報酬項目の実施された患者のうち、実施日に「医師の指示の見直しが1日1回以上必要」な患者の割合が60%以上であった項目（※）	特徴	現在の取り扱い	
人工呼吸器の使用、終末呼気炭酸ガス濃度測定等	呼吸ケア	既存のA項目に関連が強いもの	既存のA項目で評価されていない項目
保存血液輸血、自己血輸血等	輸血や血液製剤の使用		
無菌製剤処理料	抗悪性腫瘍剤の使用		
FDP定性、全血凝固、AT活性、Dダイマー定性	凝固異常 （抗血栓塞栓薬の持続点滴）		
麻酔管理料、閉鎖循環式全身麻酔等	手術後の患者	第5回入院分科会で議論	
夜間休日救急搬送医学管理料、創傷処置等	救急搬送後の患者		
中心静脈圧測定、観血的動脈圧測定	ICU／HCUで評価されている項目	その他	
無菌治療室管理加算、サイトメガロウイルス抗体価、サイトメガロウイルス抗原、アスペルギルス抗原、細菌培養同定（口腔）、細菌培養同定（消化管）、β-D-グルカン、集菌塗抹法加算	抗悪性腫瘍剤の投与後など 極度の免疫抑制時に実施される検査・治療		
基本的検体検査実施料、基本的エックス線診断料等	特定機能病院で実施される項目		
ケトン体アンプル法、フィブリノゲン半定量、抗核抗体、β2-ミクログロブリン、アミラーゼ（尿）、トランスサイレチン、腰椎穿刺、Tf脈波図・心機図・ポリグラフ、誘発筋電図、他医撮影の写真診断、間歇的導尿	その他の処置・血液検査項目		

※DPC対象医療機関の患者約25000人を対象に2週間の調査を行い、EFファイルから、延べ100回以上算定された項目について網羅的に分析。

重症度、医療・看護必要度別の医師の指示見直し頻度

- 重症度、医療・看護必要度の「A項目3点以上」の患者と「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者では、「A項目3点以上」の患者の方が医師による頻回の指示の見直しが必要な患者がやや多かった。
- また、その他の患者においては、医師による頻回の指示の見直しが必要な患者は少なかった。

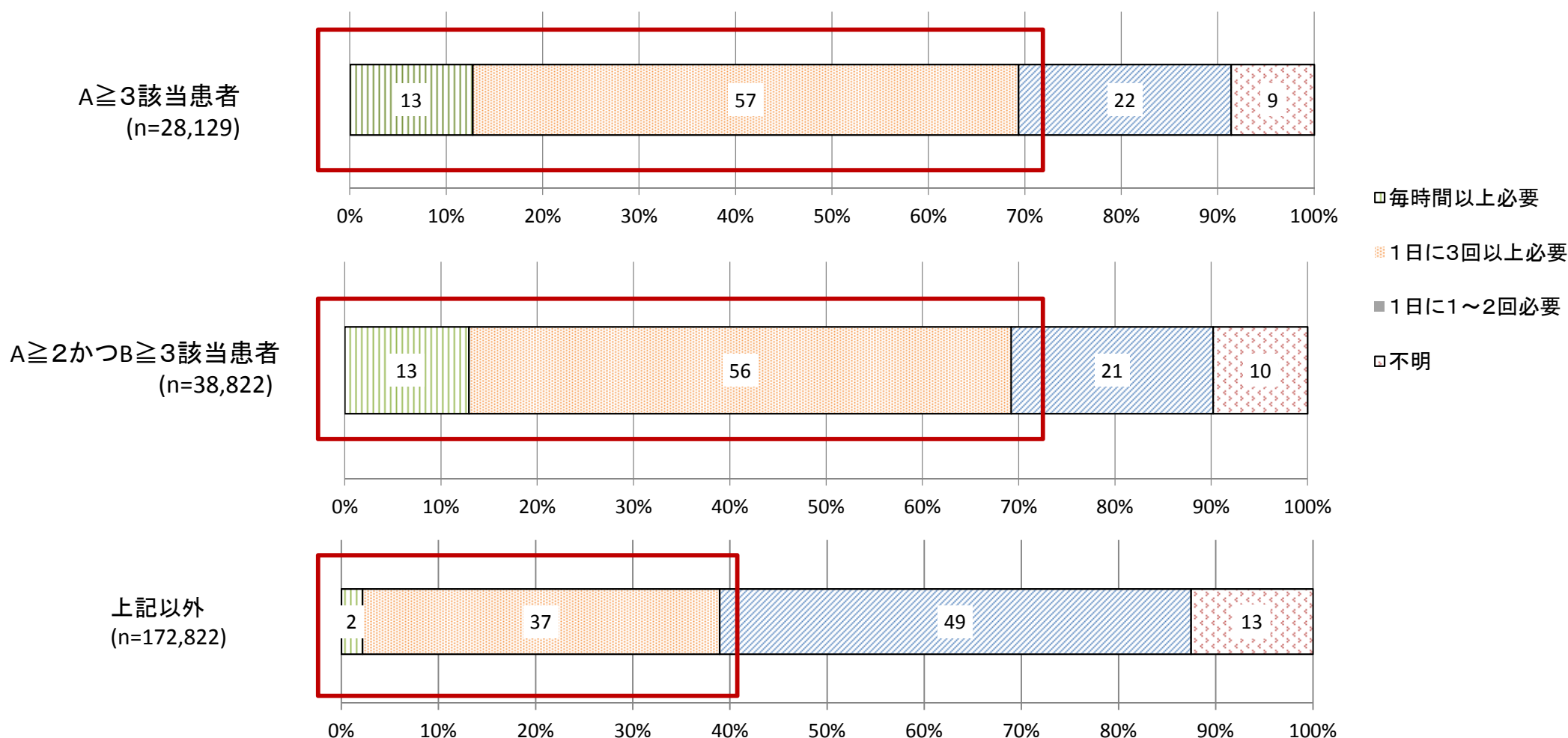
＜医師による指示の見直し頻度＞



重症度、医療・看護必要度別の看護師による処置等が必要な頻度

- 重症度、医療・看護必要度の「A項目3点以上」の患者と「A項目2点以上かつB項目3点以上」の患者では、看護師による頻回の看護が必要な患者割合はほぼ同等であった。
- また、その他の患者においては、看護師による頻回の看護が必要な患者は少なかった。

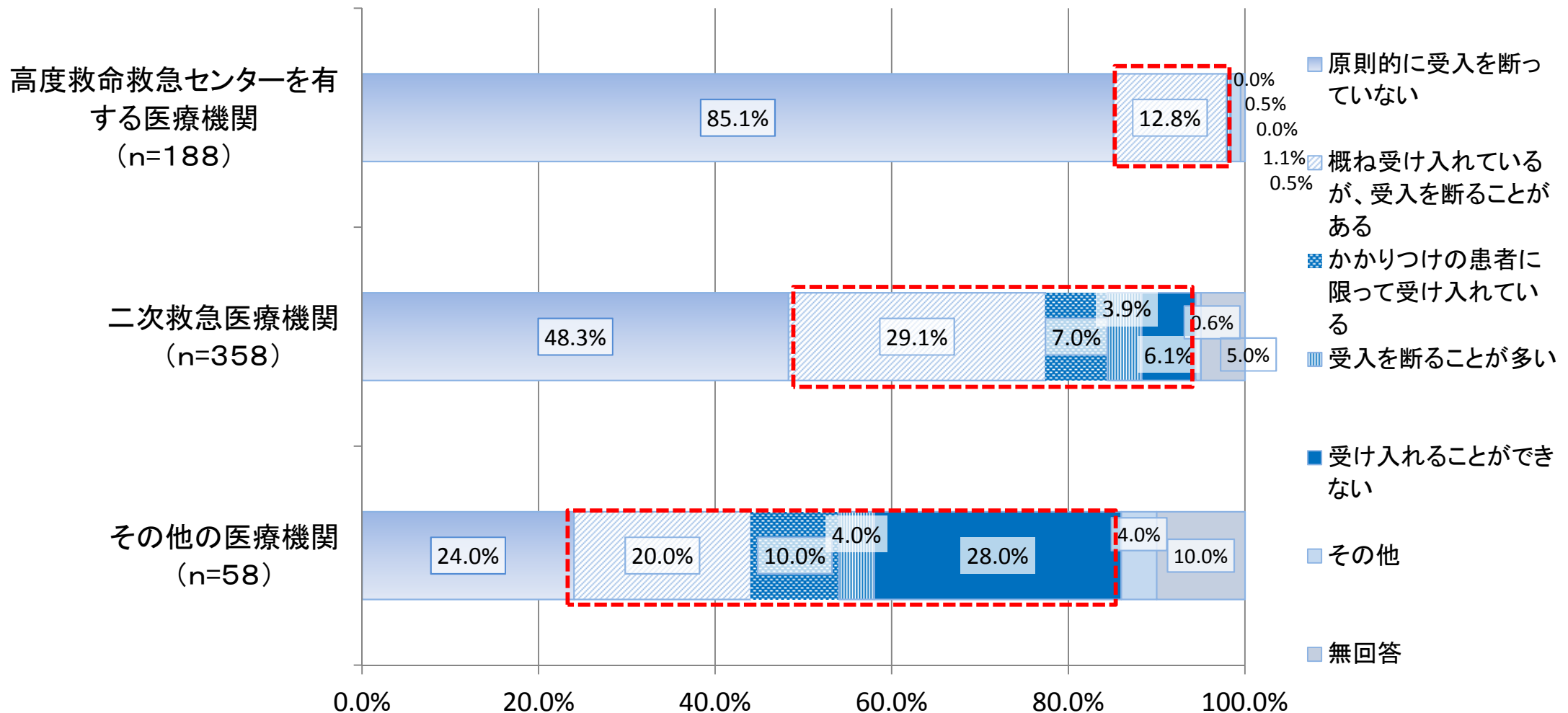
＜看護師による処置、観察、アセスメントが必要な頻度＞



認知症の合併をもつ救急患者の受入状況

- 認知症を合併した救急患者は、約半数の二次救急医療機関で受け入れられないことがあるとされるなど、急性期医療機関への受け入れが忌避されやすい傾向にあった。

＜受入対応方針（認知症の合併）＞



認知症の有無と看護提供頻度

- 7対1入院基本料対象病棟において、認知症の有無と、看護提供頻度の関係をみると、認知症ありの患者に対する看護提供頻度は高かった。また、B項目2点以下の患者においても同様であった。

<7対1入院基本料>

	全体 (n=193,327)	認知症あり (n=13,454)	認知症なし (n=177,182)
1日に1～2回の処置や観察、アセスメントが必要	49.0%	26.2%	50.5%
1日に3回以上の処置や観察、アセスメントが必要	46.3%	61.9%	45.4%
毎時間以上の処置や観察、アセスメントが必要	4.7%	11.9%	4.2%

<7対1入院基本料:B項目2点以下>

	全体 (n=107,956)	認知症あり (n=1,491)	認知症なし (n=105,005)
1日に1～2回の処置や観察、アセスメントが必要	59.5%	39.2%	59.5%
1日に3回以上の処置や観察、アセスメントが必要	38.8%	48.7%	38.9%
毎時間以上の処置や観察、アセスメントが必要	1.7%	12.1%	1.6%

認知症の有無と、B項目（ハイケアユニット用13項目）の関係①

- 7対1入院基本料対象病棟において、認知症の有無と、B項目との関係をみると、現在の評価項目についても、認知症とある程度の相関がみられた。
- 一方、現在の評価対象項目以外では、「診療・療養上の指示が通じる」「他者への意思の伝達」「危険行動」の3項目は、認知症と特に関係が強かった。

		認知症あり(n=11,436)		認知症なし(n=63,803)		相対危険度
B項目		1点以上	0点	1点以上	0点	
B項目	[1] 寝返り	8,229	3,207	17,699	46,104	2.6
	[2] 起き上がり	7,600	3,836	13,274	50,529	3.2
	[3] 座位保持	8,013	3,423	14,738	49,065	3.0
	[4] 移乗	8,674	2,762	22,813	40,990	2.1
	[5] 口腔清潔	9,358	2,078	19,430	44,373	2.7
	[6] 食事摂取	7,597	3,839	15,514	48,289	2.7
	[7] 衣服の着脱	9,807	1,629	26,519	37,284	2.1
	[8] 床上安静の指示	1,348	10,088	3,468	60,335	2.2
	[9] どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	1,344	10,092	2,048	61,755	3.7
	[10] 移動方法	5,758	5,678	13,753	50,050	2.3
	[11] 他者への意思の伝達	4,532	6,904	3,762	60,041	6.7
	[12] 診療・療養上の指示が通じる	4,246	7,190	3,199	60,604	7.4
	[13] 危険行動	3,042	8,394	2,481	61,322	6.8

7対1病棟で評価を要する7項目

7対1病棟では評価がなされない項目

せん妄の有無と、B項目（ハイケアユニット用13項目）の関係①

- 7対1入院基本料対象病棟において、せん妄の有無と、B項目との関係をみると、現在の評価項目についても、せん妄とある程度の相関がみられた。
- 一方、現在の評価対象項目以外では、「診療・療養上の指示が通じる」「他者への意思の伝達」「危険行動」の3項目は、せん妄と特に関係が強かった。

(せん妄の有無とB項目)7対1		全体		「せん妄」が”あり”の患者				「せん妄」が”なし”の患者		相対危険度
				術後		術後以外				
B 項 目		1点以上	0点	1点以上	0点	1点以上	0点	1点以上	0点	
	[1] 寝返り	80,523人	139,041人	771人	277人	3,926人	1,307人	66,316人	119,245人	4.7
	[2] 起き上がり	62,954人	156,610人	705人	343人	3,526人	1,707人	50,824人	134,737人	4.8
	[3] 座位保持	72,798人	146,766人	764人	284人	3,934人	1,299人	59,542人	126,019人	5.5
	[4] 移乗	96,443人	123,121人	918人	130人	4,193人	1,040人	79,705人	105,856人	5.2
	[5] 口腔清潔	84,215人	135,349人	826人	222人	4,531人	702人	68,788人	116,773人	7.9
	[6] 食事摂取	67,430人	152,134人	639人	409人	3,623人	1,610人	55,420人	130,141人	4.3
	[7] 衣服の着脱	107,706人	111,858人	938人	110人	4,736人	497人	89,505人	96,056人	8.2
	[8] 床上安静の指示	19,769人	199,795人	197人	851人	930人	4,303人	17,814人	167,747人	2.0
	[9] どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	11,052人	208,512人	48人	1,000人	681人	4,552人	9,874人	175,687人	2.3
	[10] 移動方法	79,671人	139,893人	758人	290人	3,772人	1,461人	71,634人	113,927人	3.6
	[11] 他者への意思の伝達	29,520人	190,044人	503人	545人	3,416人	1,817人	24,003人	161,558人	8.6
	[12] 診療・療養上の指示が通じる	24,862人	194,702人	469人	579人	3,331人	1,902人	19,617人	165,944人	9.9
[13] 危険行動	18,860人	200,704人	625人	423人	3,283人	1,950人	13,481人	172,080人	14.5	

7対1病棟で評価を要する7項目

7対1病棟では評価がなされない項目

現行の「重症度、医療・看護必要度」における、評価の効率化その他の検討事項

入院医療等の調査・評価分科会 とりまとめより

【評価の効率化に係る検討事項】

➤ B項目における「寝返り」「起き上がり」「座位保持」の取扱い

一般病棟用のB項目については、すべての項目の間に高い相関があり、特に「寝返り」「起き上がり」「座位保持」の項目間には極めて高い相関がみられ、「起き上がり」「座位保持」の項目を除いても、該当患者割合への影響は小さかった。なお、これら3項目のうち、「寝返り」の項目は看護業務の負担からみても最も重要であるとの意見があった。

【その他の検討事項】

➤ 術後の早期離床を促すための評価のあり方

急性期医療では、発症早期のリハビリテーションや術後の早期離床等が推奨されているが、現在の基準では、医師の指示によって動作を制限した場合にB項目の点数が得られることとされており、早期離床を進めにくくすることが懸念される。例えば、術後の一定日数等の患者においては、B項目の点数によらず基準を満たすこととすれば、こうした懸念は解消されうる。

➤ 看護職員以外の職種が処置・介助等を実施した場合の評価のあり方

チーム医療の推進に伴い、看護職員以外の職種が病棟で患者に関わる機会が増えており、看護職員以外の職種が、それぞれの行う業務の中で患者の状態を確認した場合等についても、「重症度、医療・看護必要度」の評価に含まれるようにすることで、患者の状態がよりの確に反映されると考えられる。

B項目間の相関係数

- 7対1入院基本料算定病床における、B項目の該当状況について、すべての項目の間に高い相関があった。特に、「寝返り」「起き上がり」「座位保持」の項目間には、極めて高い相関があった。

< 7対1入院基本料 >

n=75, 936

		B(01) 寝返り	B(02) 起き上がり	B(03) 座位保持	B(04) 移乗	B(05) 口腔清潔	B(06) 食事摂取	B(07) 衣服の着脱
一般 病棟 用	B(01) 寝返り	1.000						
	B(02) 起き上がり	0.804	1.000					
	B(03) 座位保持	0.795	0.822	1.000				
	B(04) 移乗	0.644	0.657	0.678	1.000			
	B(05) 口腔清潔	0.663	0.680	0.657	0.648	1.000		
	B(06) 食事摂取	0.595	0.588	0.556	0.533	0.602	1.000	
	B(07) 衣服の着脱	0.730	0.714	0.697	0.664	0.720	0.616	1.000

参考)相関係数

+0.600～+1.000	高い正の相関
+0.400～+0.599	中位の正の相関
+0.200～+0.399	低い正の相関
-0.199～+0.199	無相関
-0.399～-0.200	低い負の相関
-0.599～-0.400	中位の負の相関
-1.000～-0.600	高い負の相関

B項目のうち、仮に1項目を除いた場合の影響

- B項目のうち、仮に1項目を除いて、残りの6項目で評価するとした場合、「起き上がり」「座位保持」を除いても、3点以上を満たす者の割合への影響は小さかった。

< 7対1入院基本料 >

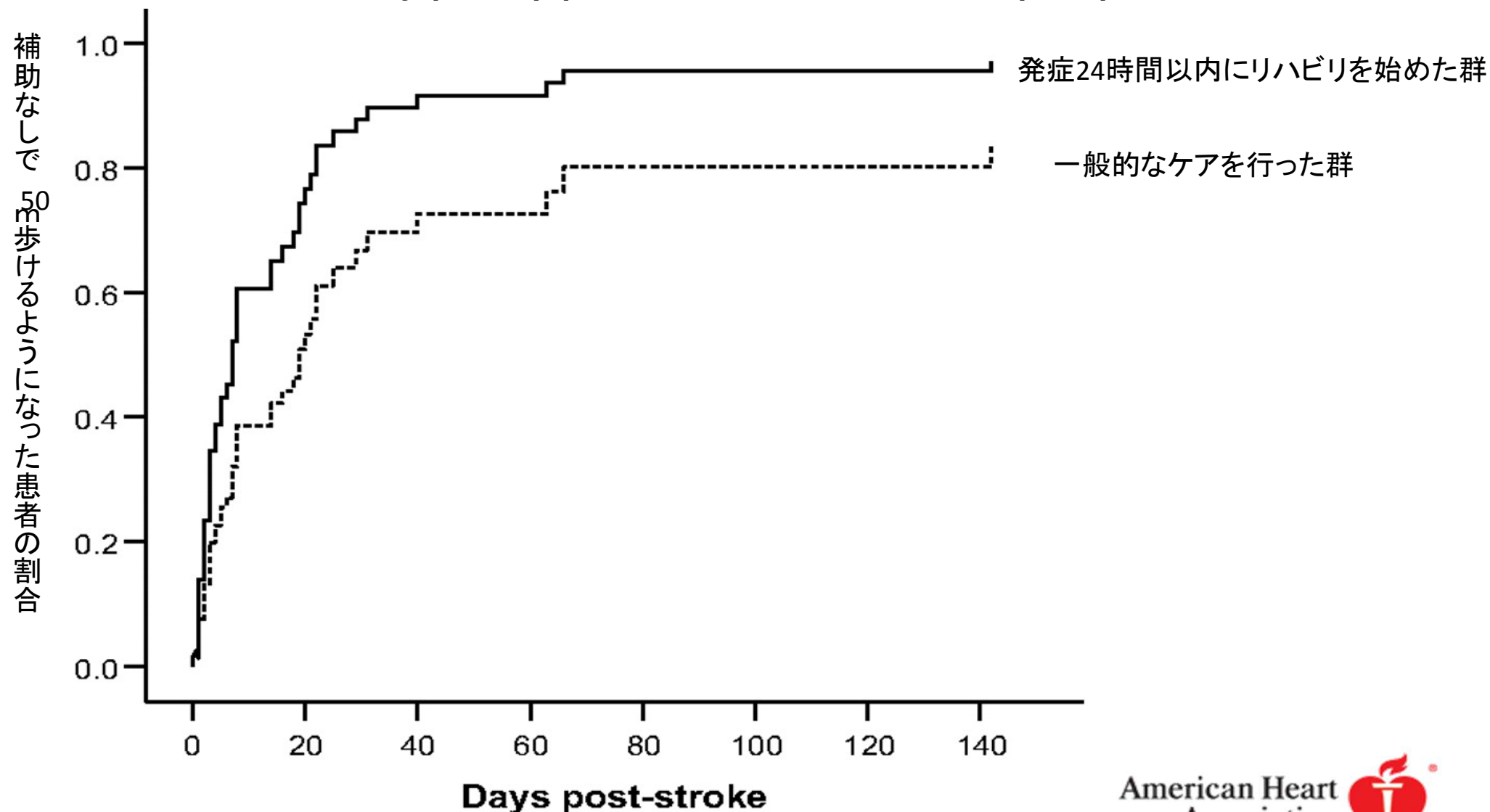
n=75, 936

		B<3 該当者数	B≥3		1項目を除いた場合の影響	
			該当者数	該当割合		
一般病棟用B得点(7項目)		44,226人	31,710人	41.8%	人	割合
除外項目	B(01)寝返り	45,503人	30,433人	40.1%	1,277人	1.7%
	B(02)起き上がり	44,474人	31,462人	41.4%	248人	0.3%
	B(03)座位保持	44,643人	31,293人	41.2%	417人	0.5%
	B(04)移乗	47,779人	28,157人	37.1%	3,553人	4.7%
	B(05)口腔清潔	46,519人	29,417人	38.7%	2,293人	3.0%
	B(06)食事摂取	46,135人	29,801人	39.2%	1,909人	2.5%
	B(07)衣服の着脱	48,018人	27,918人	36.8%	3,792人	5.0%

脳卒中発症早期に開始するリハビリテーションの有用性

中医協 総-1-1
23. 12. 7

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



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

術後の早期離床等に関するガイドライン

ERASプロトコールについて

- ERAS(enhanced recovery after surgery)プロトコールは、ERAS Society、ESPEN（ヨーロッパ静脈経腸栄養学会）、IASMEN（国際外科代謝栄養学会）により提唱されている周術期のケアに関するプロトコールで、エビデンスのあるケアの手法を集約し構成されている。
- ERASプロトコールは、術前・術中・術後におけるケアプログラムを通じて、患者の術後合併症のリスク低減やケア時間の短縮等をもたらし、術後の早期回復・退院を実現することを目的とするものである。

<直腸/骨盤内手術における推奨例>

項目	具体的内容	エビデンスレベル	推奨度
早期離床	術当日の2時間の離床、翌日からの6時間の離床	low	strong
術後栄養管理	術後4時間での経口摂取の開始	Moderate	strong
	術後のONS（経口的栄養補充）	low	strong

<大腸手術における推奨例>

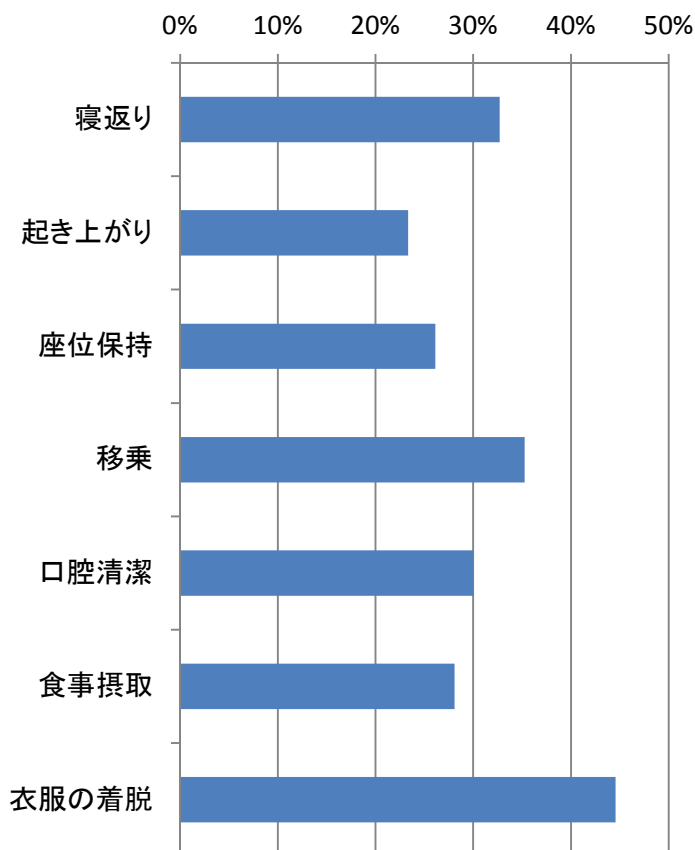
項目	具体的内容	エビデンスレベル	推奨度
早期離床	早期の理学療法 of 開始	low	strong
術後栄養管理	早期の経腸栄養の開始	High	strong
	術後のONS（経口的栄養補充）	low	strong

※その他、膀胱癌手術、膵十二指腸切除術、胃切除術においても同様のガイドラインが定められている。

術後のB項目の評価について

○ 術後の患者のB項目については「衣服の着脱」、「寝返り」、「移乗」の該当率が高かった。

術後10日間のB項目平均該当率



重症度、医療・看護必要度に係る評価表 評価の手引き(抜粋)

<B項目共通事項>

医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。

<寝返り>

(項目の定義)

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド、柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

(判断に際しての留意点)

寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護師等がおこなっている場合は「できない」となる。

<移乗>

(項目の定義)

移乗が自力でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

(判断に際しての留意点)

医師の指示により自力での移乗が制限されていた場合は「できない」とする。

重症度、医療・看護必要度の評価の対象となる処置等の実施者

- チーム医療の推進により、薬剤師や理学療法士等の様々な職種が、病棟において処置・介助等を実施する機会が増えているが、現在の「重症度、医療・看護必要度」の評価において、基本的には、看護職員以外の職種が実施した場合や評価の記録は、評価の対象となっていない。

＜看護職員以外の職種が実施することのある処置・介助等の例＞

項目の例		評価対象となる処置等の内容	看護職員以外に実施することが考えられる職種の例
A項目	「7 専門的な治療・処置」 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	薬剤の使用に関する指導、内服確認、内服後の副作用の観察等	薬剤師
B項目	「8 寝返り」	寝返りが自分でできるかどうか、何かにつかまればできるかどうかの評価	理学療法士、作業療法士等
	「12 口腔清潔」	口腔内を清潔にするための一連の行為を自分でできるかどうか、見守りや介助を行っているかどうかの評価	歯科衛生士
	「13 食事摂取」	食事介助の状況の評価	管理栄養士



こうした項目も、看護職員が処置等を実施し記録した場合のみが、「重症度、医療・看護必要度」の評価の対象となっている。

重症度、医療・看護必要度の評価方法

- 各項目において、実施を評価する項目と、実施後の観察等を含む看護師等による管理を評価する項目がある。
- 評価対象の処置・介助等の実施者又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護師等でなければならないとされており、評価の根拠においても医師の指示記録と看護師等による記録だけが評価の対象となっている。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き(抜粋)

1. 評価の対象

7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料や看護補助加算等の入基本料等を届出ている病棟に入院(算定)している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等(A項目)並びに患者の状況等(B項目)について、毎日評価を行うこと。

2. 評価票の記入者

評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。

3. 評価項目の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項と項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

4. 評価時刻

評価時刻は24時とする。

5. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間である。

6. 評価対象場所

当該病棟内を評価の対象場所とする。手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外で実施された治療・処置・看護や観察については、評価の対象場所に含めない。

7. 評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護師等でなければならない。

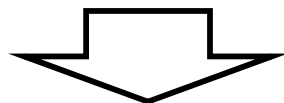
8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。

急性期医療における患者像の評価についての課題と論点

【課題】

- 急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、平成26年度診療報酬改定において、「重症度、医療・看護必要度」の名称を変更するとともに項目の見直しを行った。
- 「重症度、医療・看護必要度」は、医療処置等に関するA項目とADL等に関するB項目からなる基準を満たす患者が15%以上であることが要件となっているが、基準を満たす患者以外にも、医師による指示の見直しや看護師による看護が頻回に必要な患者が存在している。
- 急性期医療を要する患者であっても、現行の「重症度、医療・看護必要度」において、手術直後の患者、救急搬送後の患者、無菌治療室での管理が行われている患者などは、評価項目に含まれていない。また、せん妄や認知症の症状についても、評価項目に含まれていない。
- A項目が特に高い患者は、密度の高い医療を要しているが、現行の「重症度、医療・看護必要度」では、A項目とB項目の両方の基準を満たす必要がある。また、術後の早期離床を進めると、B項目が低く評価され、現行の「重症度、医療・看護必要度」では基準を満たしにくくなるとの課題も指摘されている。
- B項目の「寝返り」「起き上がり」「座位保持」は、項目間の相関が特に高く、類似した状態を評価していると考えられる。
- チーム医療の推進に伴い、看護職員以外の職種が病棟で処置・介助等を実施する機会が増えているが、看護職員以外の職種がそれぞれの業務の中で患者の状態を確認しても、「重症度、医療・看護必要度」の評価に含まれないこととされている。



【論点】

- 「重症度、医療・看護必要度」については、現行の基準を満たす患者以外にも、医療の必要性が高い患者も多くみられることから、手術直後の患者、認知症・せん妄の患者等を含め、急性期に密度の高い医療を必要とする状態が「重症度、医療・看護必要度」等において適切に評価されるよう、見直してはどうか。
- 併せて、項目間の相関の高いB項目の集約などによりできるだけ評価の簡素化を図るとともに、術後の早期離床等の促進や、看護職員以外とのチーム医療の推進にも資するよう、評価方法等を見直してはどうか。

1. 急性期医療における患者像の評価について

2. 総合入院体制加算について

平成26年度診療報酬改定

総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関の評価

- 総合入院体制加算について、一定の実績等を有する医療機関に対し、より充実した評価を行う。
なお、従前の総合入院体制加算については、総合入院体制加算2として引き続き評価を行う。

(新) 総合入院体制加算1(1日につき・14日以内) 240点

[施設基準]

- ① 全身麻酔による手術件数が年800件以上である。なお、併せて以下のアからカの全てを満たすこと。

ア 人工心肺を用いた手術 40件／年以上	エ 放射線治療(体外照射法) 4,000件／年以上
イ 悪性腫瘍手術 400件／年以上	オ 化学療法 4,000件／年以上
ウ 腹腔鏡下手術 100件／年以上	カ 分娩件数 100件／年以上
- ② 救命救急医療(第三次救急医療)として24時間体制の救急を行っていること。
- ③ 医療法上の精神病床を有する医療機関であること。また、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。
- ④ 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料および療養病棟入院基本料の届出を行っていない医療機関であること。
- ⑤ 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
- ⑥ 総合入院体制加算2の要件を全て満たすこと。

総合入院体制加算2 (1日につき・14日以内) 120点

- ※ 新規に届け出る際は、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料および療養病棟入院基本料の届出を行っていない医療機関であること。

総合入院体制加算の概要

総合入院体制加算 1 (1日につき) 240点

総合入院体制加算 2 (1日につき) 120点

※一般病棟入院基本料の届出病床で算定

趣旨: 十分な人員配置及び設備等を備え **総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制** 及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価

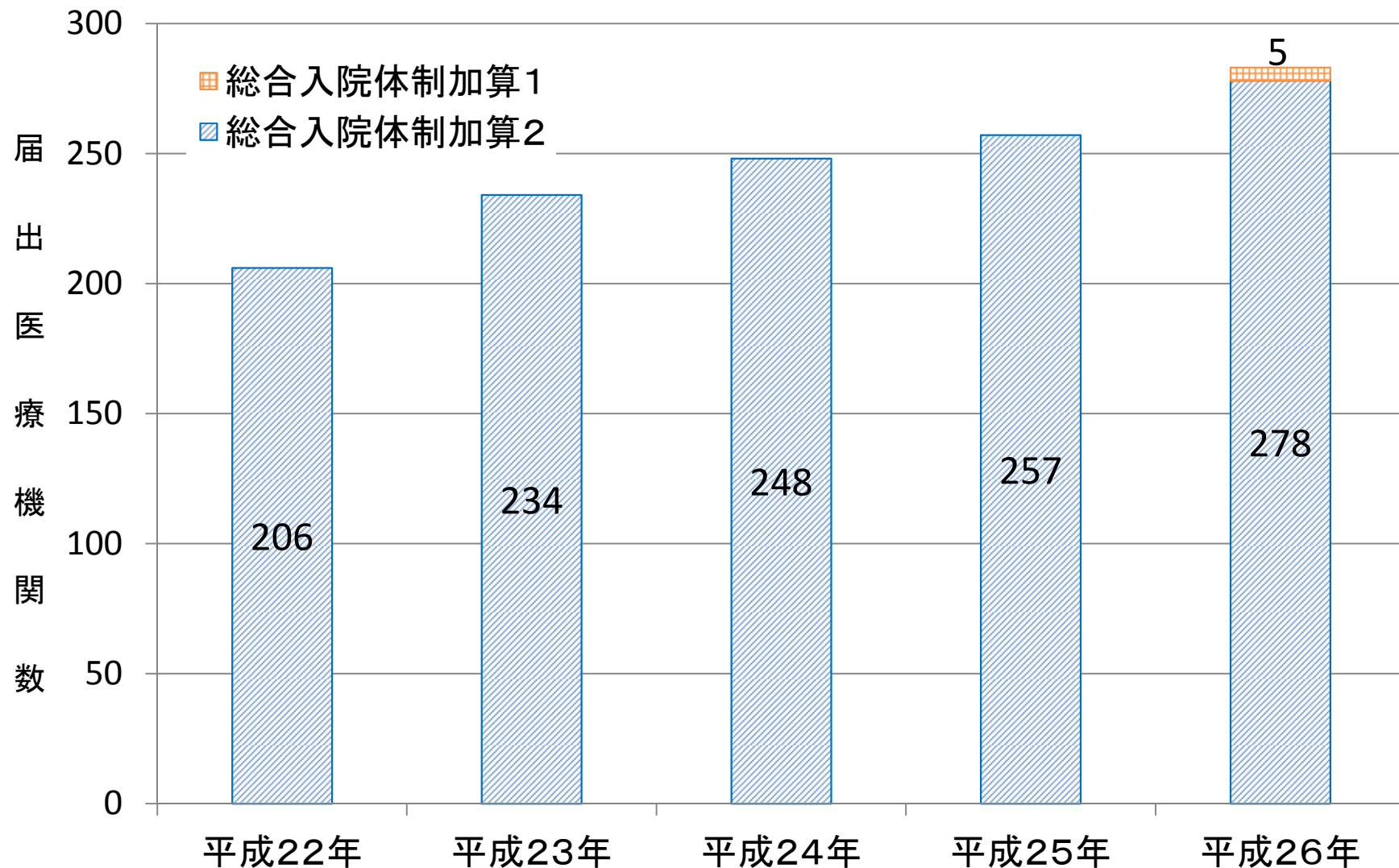
【主な施設基準】

総合入院体制加算1	総合入院体制加算2
○ 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している医療機関。	
○ 精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法上の精神病床を有していること。また、 精神病棟入院基本料等の届け出ており、現に入院を受け入れていること。	○ 精神科については、 24時間対応できる体制があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としない。
○ 24時間の救急医療体制(救命救急センター、高度救命救急センター)	○ 24時間の救急医療体制(第2次救急医療機関、救命救急センター、高度救命救急センター、総合周産期母子医療センター等)
○ 画像診断、検査及び調剤を24時間実施できる体制	
○ 全身麻酔の手術件数が年800件以上であること。	
○ 以下の要件を 全て満たしていること。	○ 以下の要件を 満たすことが望ましい。
ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法) 4,000件/年以上 オ 化学療法 4,000件/年以上 カ 分娩件数 100件/年以上	

総合入院体制加算の届出数の推移

- 総合入院体制加算の届出医療機関は増加傾向にある。

＜総合入院体制加算の届出医療機関数の推移＞



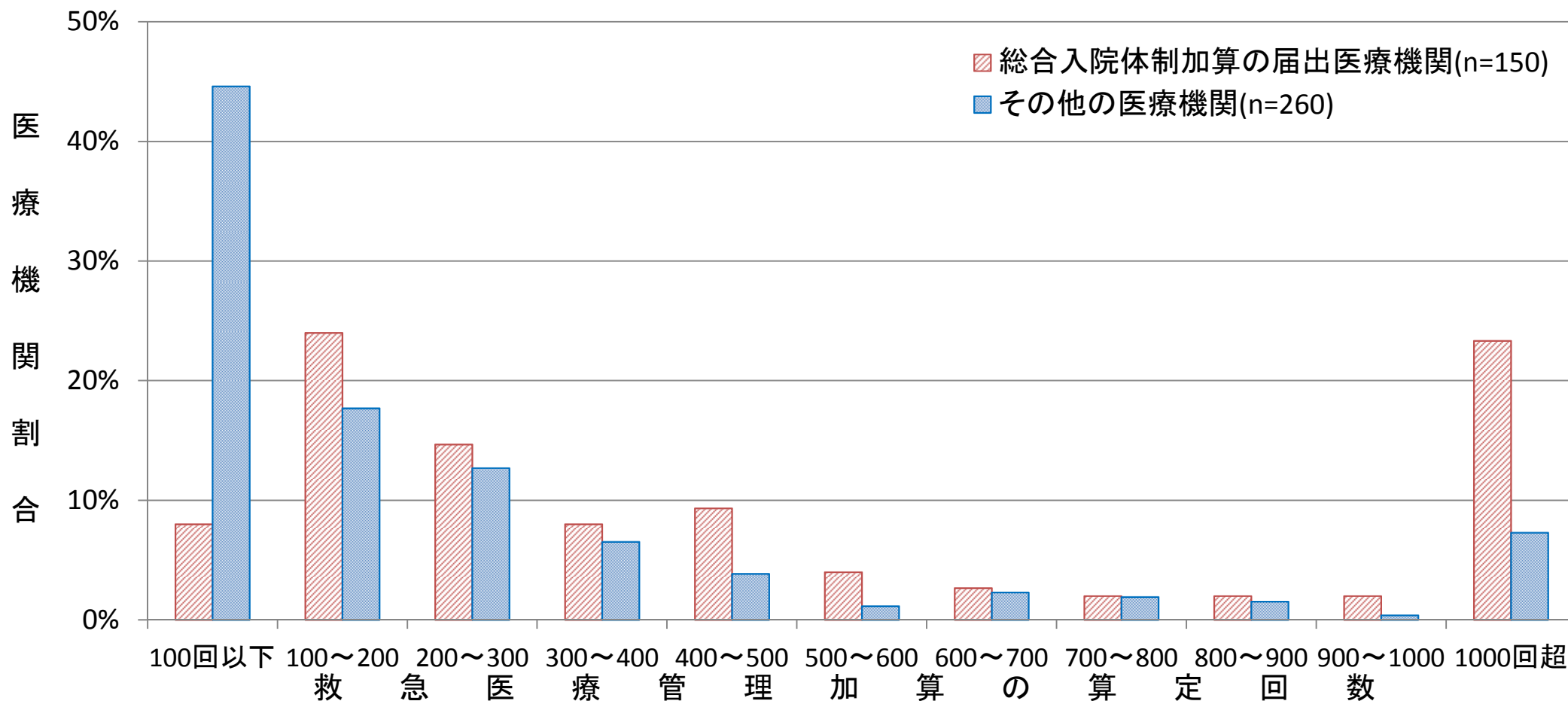
総合入院体制加算に関する論点

- 総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる提供体制をどのように確保していくか。
- 総合入院体制加算の届出を行っている医療機関であっても、救急患者の受入について限定的な対応をとっている施設がみられるが、特に受入が進んでいない認知症や精神疾患を合併する患者の受入についてどう考えるか。
- 総合入院体制加算1の届出に当たって求められる6つの実績要件のうち、「化学療法が4,000件／年」の要件を満たすことが困難とする医療機関が多かったことについてどう考えるか。
- 総合入院体制加算について、現在、手術件数等医療の「提供量」に着目した基準が主体となっているが、医療機関によって病床数当たりの医療の提供密度に差がみられることについてどう考えるか。
- 総合入院体制加算2の届出医療機関のうち、当該加算の届出医療機関が満たすことが望ましいと規定されている実績要件をほとんど満たしていない医療機関がみられたことについてどう考えるか。

救急患者の受入状況

- 総合入院体制加算の届出医療機関では、救急医療を担うその他の医療機関と比べて、救急医療管理加算の算定回数が1000回/月を超え、緊急に入院を必要とする重症患者を多く受け入れている医療機関が多くみられた。
- 他方、総合入院体制加算の届出医療機関であっても、緊急に入院を要する重症患者の受入が少ない医療機関も一定程度みられた。

＜救急医療管理加算の算定回数(1か月当たり)＞

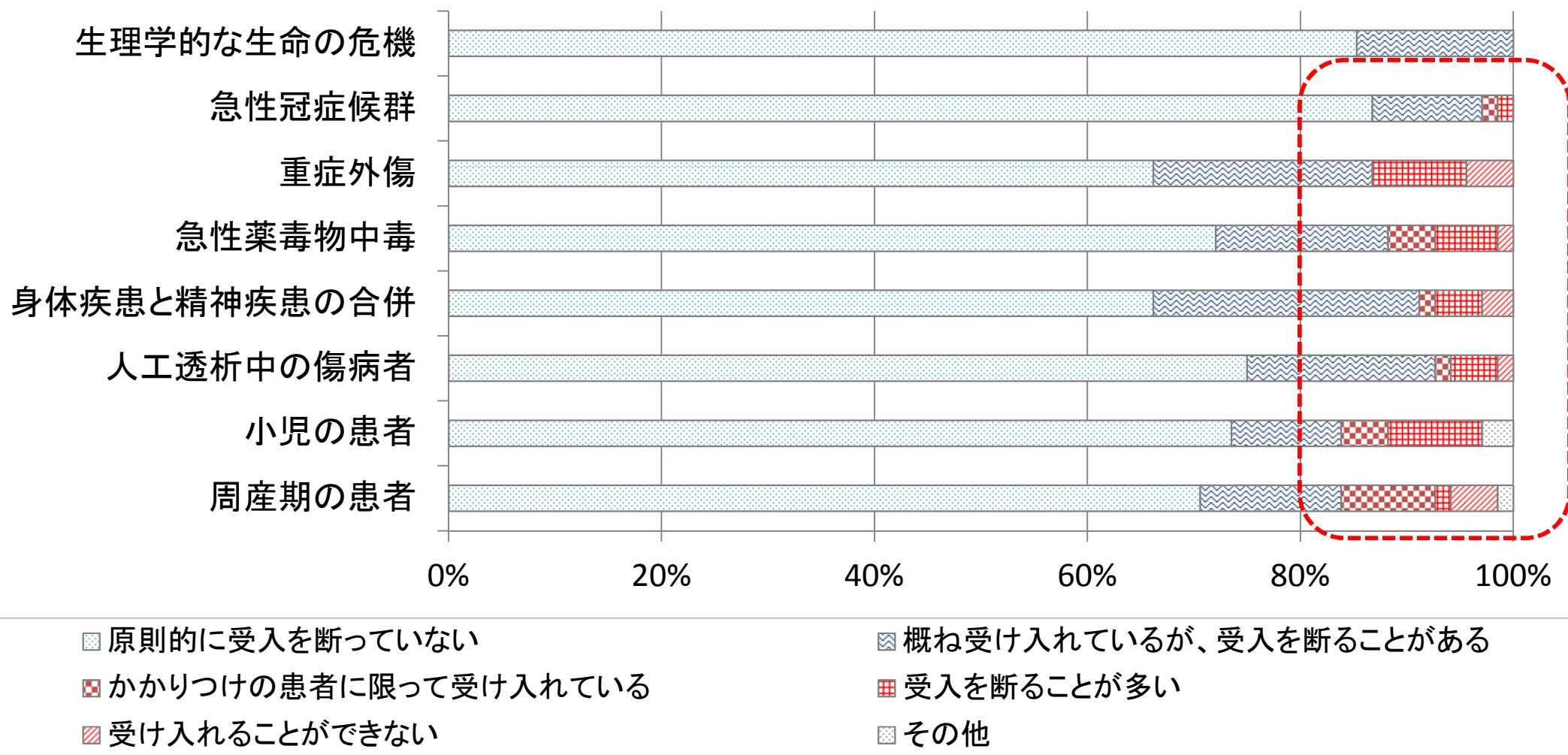


出典：平成26年度検証調査(救急医療：「救命救急入院料、新生児特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、総合入院体制加算のいずれかの届出を行っている医療機関(悉皆533施設)」及び「救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料の届出を行っている医療機関(無作為抽出467施設)」の合計1000施設を対象に調査を実施)

総合入院体制加算届出医療機関における救急患者受入方針

- 総合入院体制加算の届出医療機関であっても、一部の医療機関では、重症外傷や小児・周産期等の救急患者の受入に関して、限定的な対応方針をとっていた。

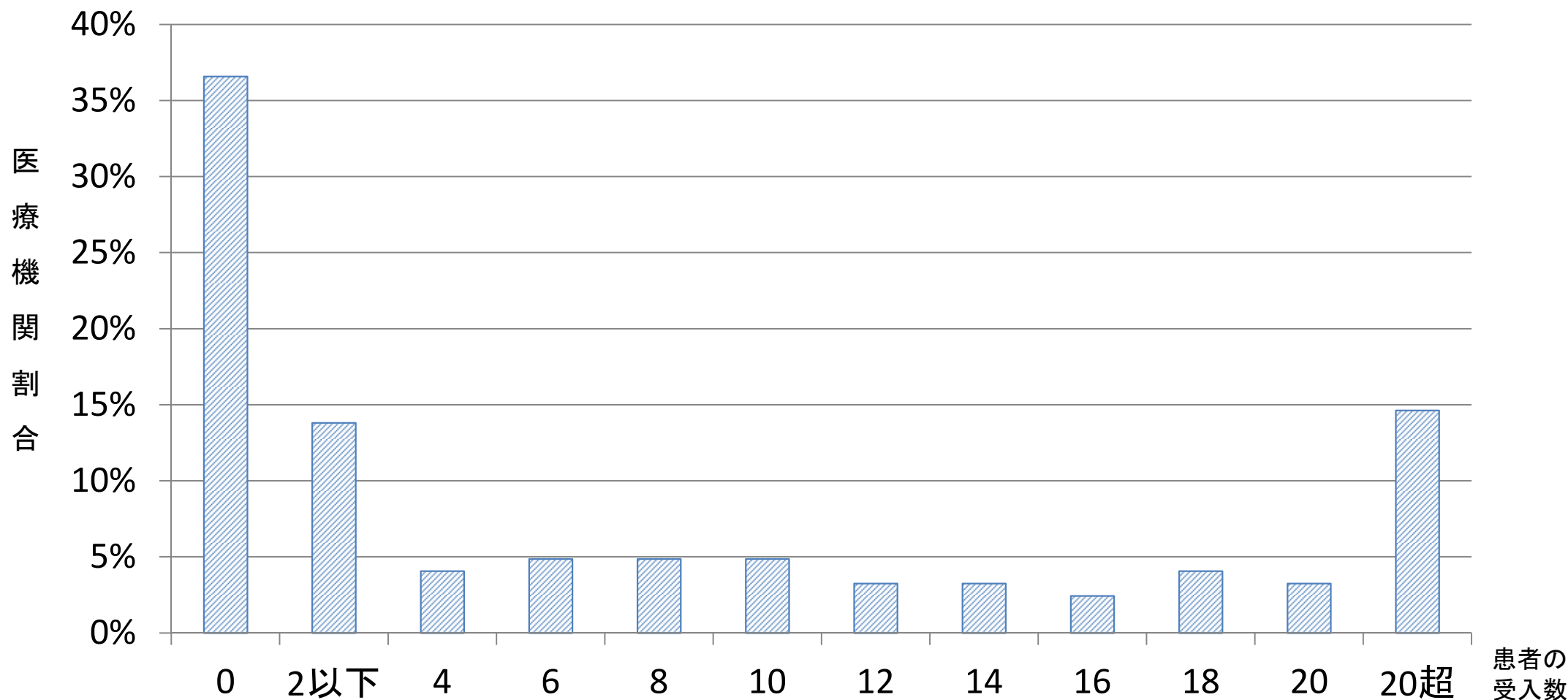
＜総合入院体制加算届出医療機関の救急患者の受入方針＞



総合入院体制加算届出医療機関における認知症患者の受入状況

- 総合入院体制加算の届出医療機関であっても、認知症の救急搬送患者の受け入れをほとんど行っていない医療機関がみられた。

＜認知症の救急搬送患者の受入実績(1か月当たり)＞



出典：平成26年度検証調査(救急医療：「救命救急入院料、新生児特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、総合入院体制加算のいずれかの届出を行っている医療機関(悉皆533施設)」及び「救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料の届出を行っている医療機関(無作為抽出467施設)」の合計1000施設を対象に調査を実施)

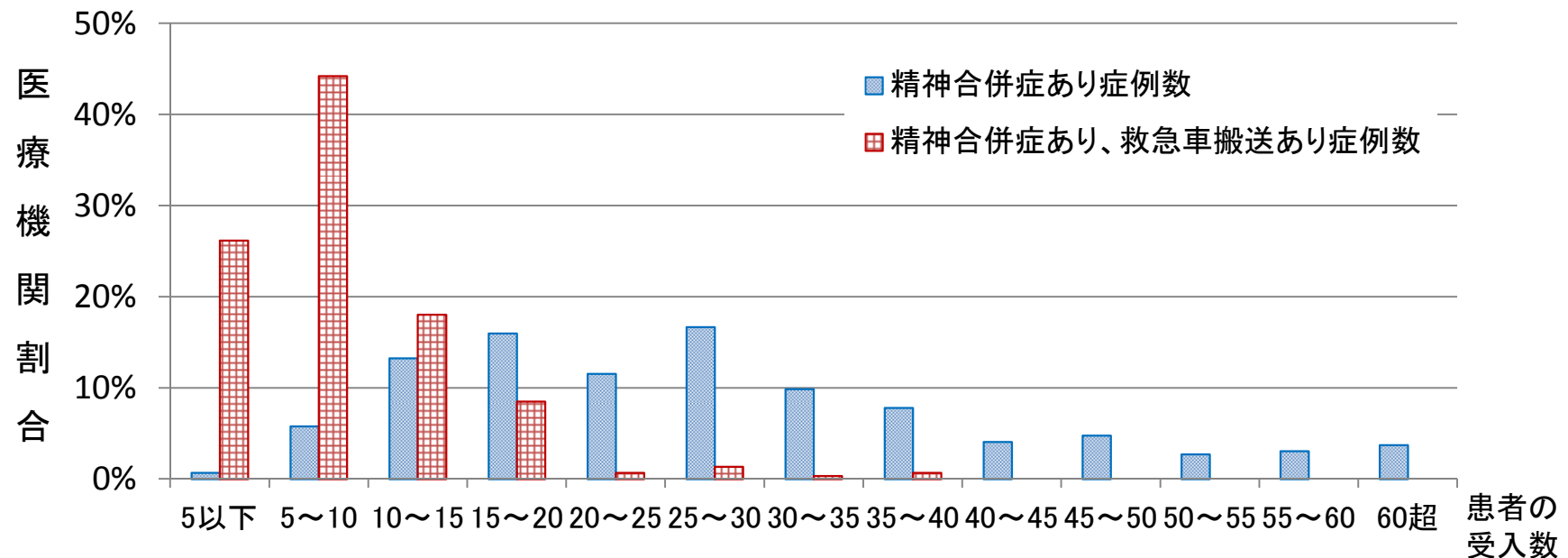
精神疾患合併患者の受入状況

- 総合入院体制加算1の届出医療機関では、精神疾患を合併している患者を多く受け入れていた。また、総合入院体制加算届出医療機関であっても、精神疾患合併患者の受入実績が少ない医療機関がみられた。

	1病院当たりの精神合併症あり※ 症例数(1か月当たり)	1病院当たりの精神合併症あり、 救急車搬送あり症例数(1か月当たり)
加算1届出医療機関	55.3	17.6
加算2届出医療機関	27.7	8.5

※MDC17(精神疾患)の病名をもつ患者

＜精神疾患合併患者の受入実績ごとの医療機関分布(1か月当たり)＞

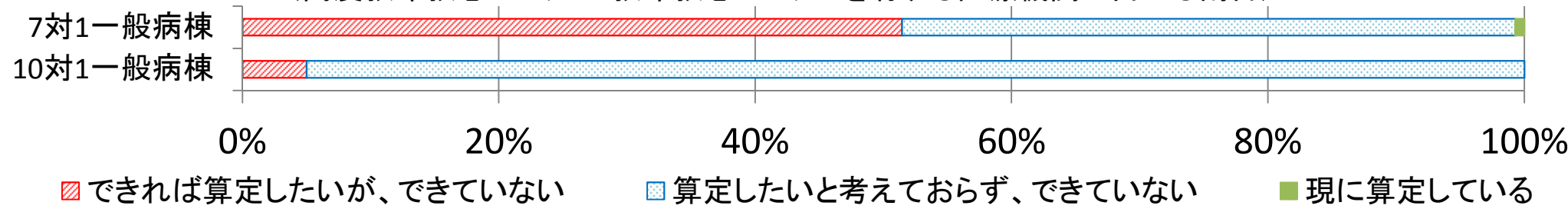


総合入院体制加算1の届出に関する意向

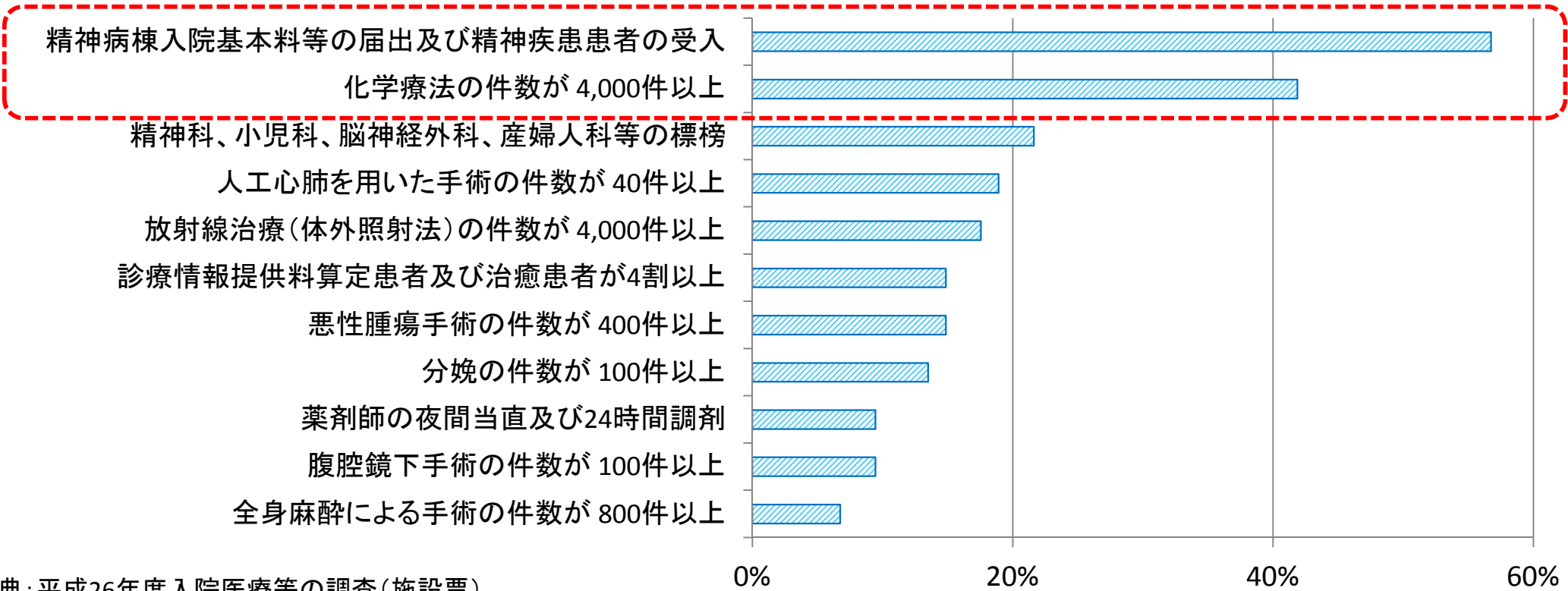
○ 高度救命救急センター等に指定されている7対1一般病棟の半数程度は総合入院体制加算1の届出に関する意向をもっているが、精神疾患の患者の受入や化学療法に関する要件が困難であると考えている場合が多かった。

＜総合入院体制加算1の届出に関する意向＞

(高度救命救急センター・救命救急センターを有する医療機関に占める割合)



＜総合入院体制加算1を算定したいと回答した医療機関が満たすのが困難な要件＞



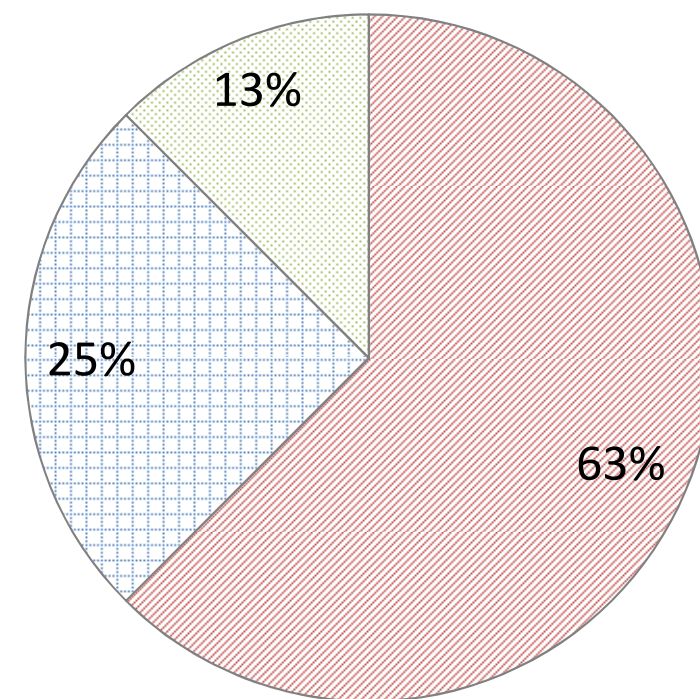
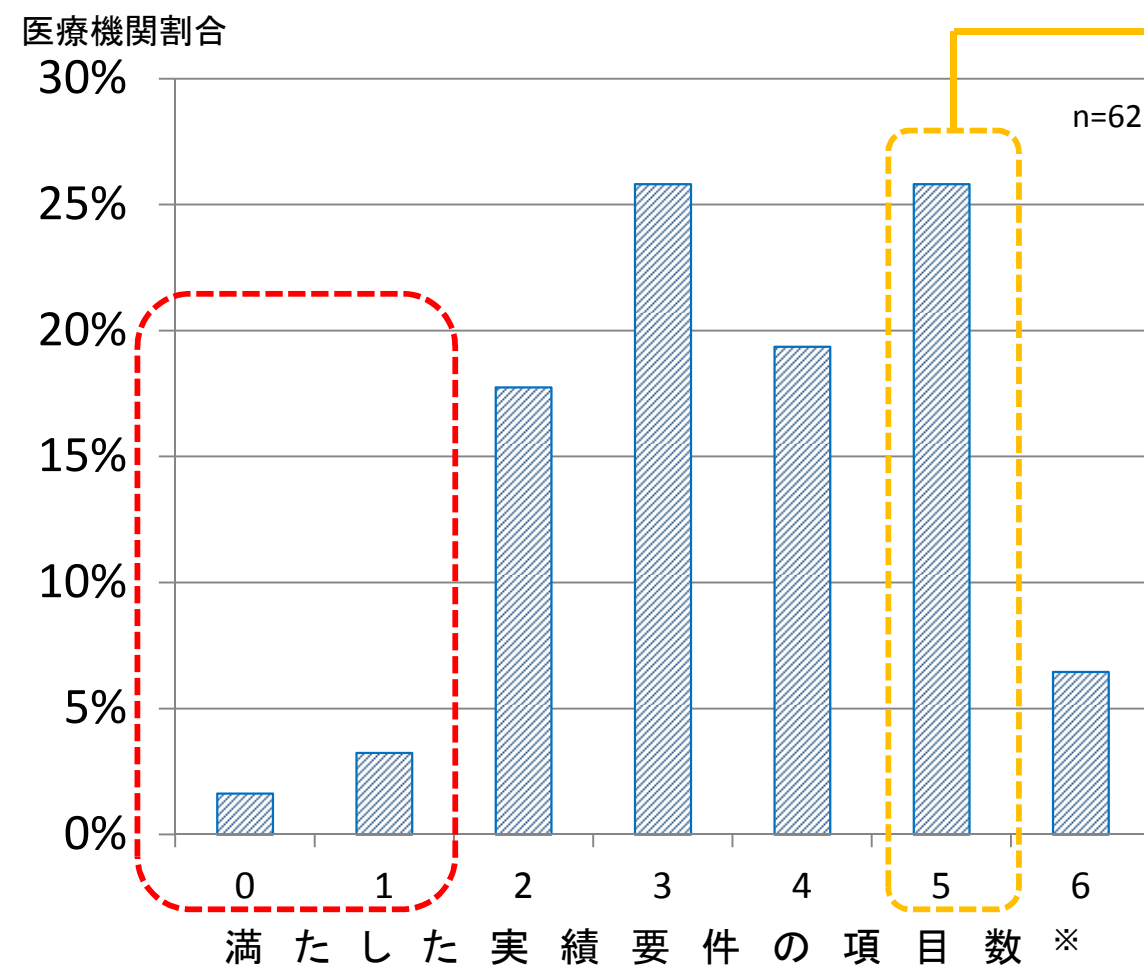
出典:平成26年度入院医療等の調査(施設票)

総合入院体制加算2届出医療機関が総合入院体制加算1を算定できない理由

- 総合入院体制加算2の届出医療機関のうち、実績要件を5項目満たしている医療機関が、総合入院体制加算1を算定するに当たって満たせていない項目として最も多かったのは「化学療法の件数が4,000件以上」の要件であった。
- 総合入院体制加算2の届出医療機関のうち、実績要件をほとんど満たしていない医療機関が一部にみられた。

<総合入院体制加算2届出医療機関の実績状況>

<5項目を満たした医療機関が満たせない項目>

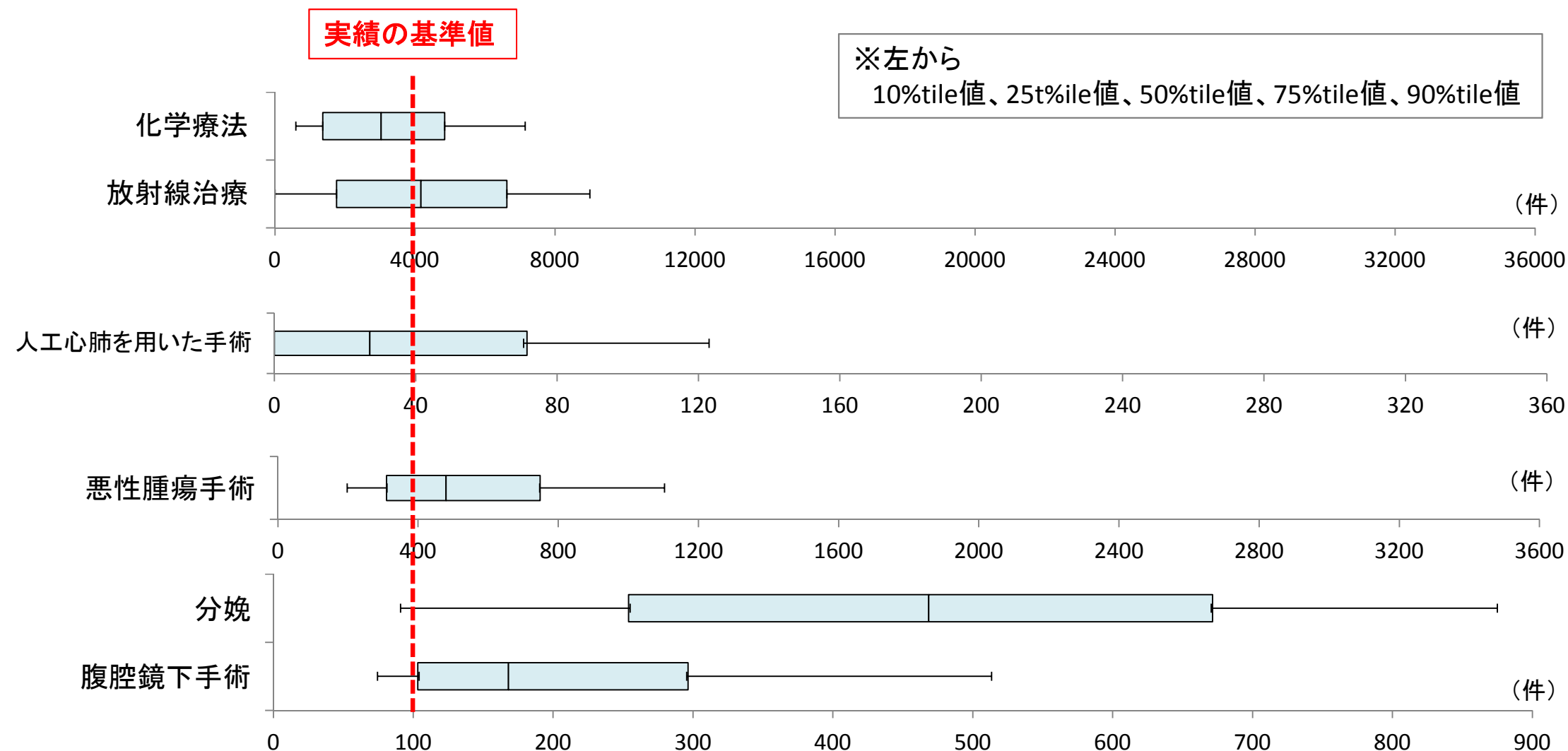


- 化学療法
- 人工心肺を用いた手術
- 放射線治療(体外照射法)

※実績要件:「人工心肺を用いた手術が40件以上」「悪性腫瘍手術が400件以上」「腹腔鏡下手術が100件以上」「放射線治療(体外照射法)が4,000件以上」「化学療法の件数が4,000件以上」「分娩の件数が100件以上」

総合入院体制加算2届出医療機関の診療状況

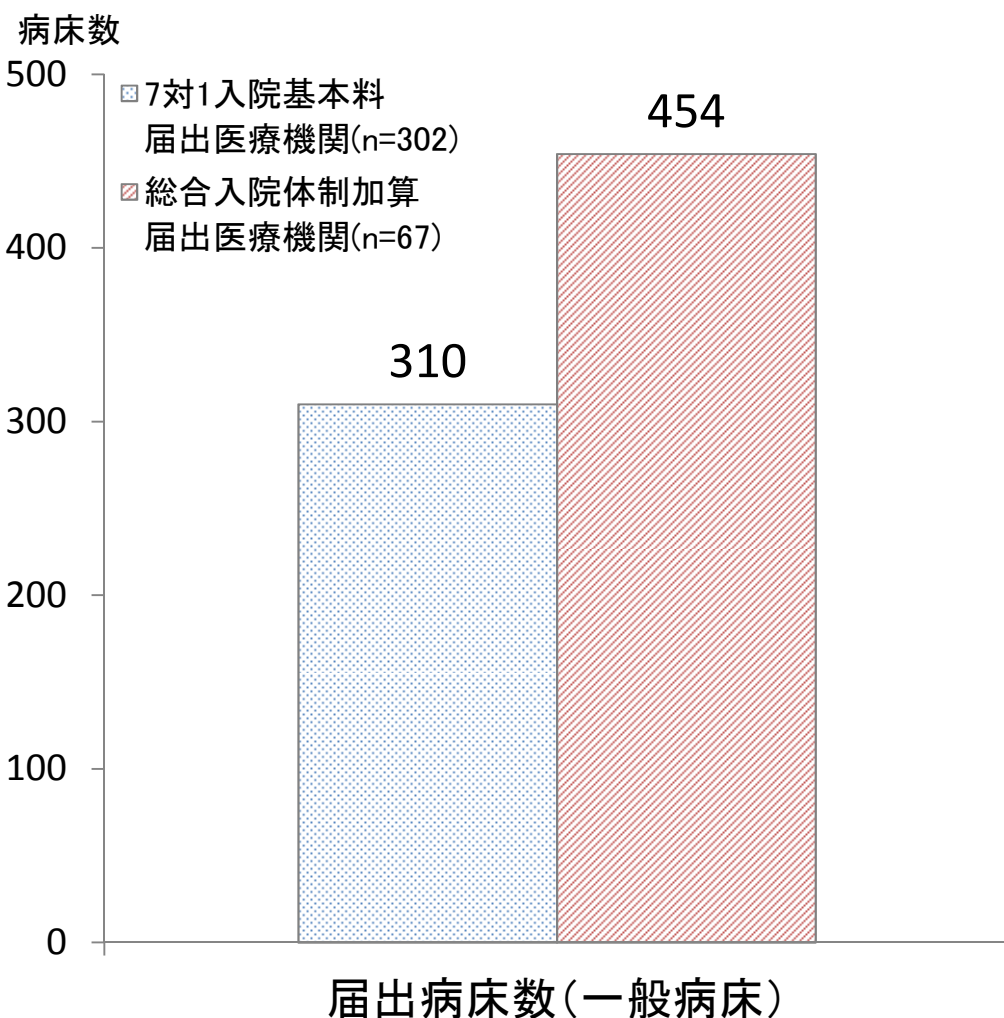
- 総合入院体制加算2の届出を行っている医療機関における診療実績は以下の通りであり、化学療法については中央値が基準値を下回っており、基準値と比較して診療実績のばらつきは相対的に小さかった。



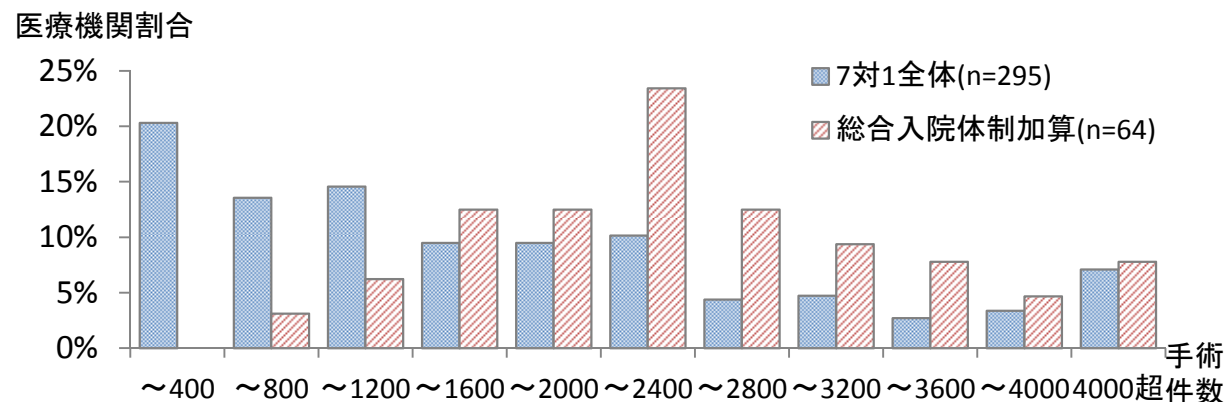
総合入院体制加算届出医療機関の病床当たり診療状況

- 総合入院体制加算の届出医療機関は、病床数が多く、医療機関当たりの全身麻酔手術の実施件数が多い傾向にあった。
- 一方、病床数当たりの手術件数を比較した場合、7対1入院基本料届出医療機関全体と最頻値は同じであり、当該加算の届出医療機関であっても、必ずしも病床数当たりの手術の実施件数は多くなかった。

＜一般病床の届出病床数(中央値)＞

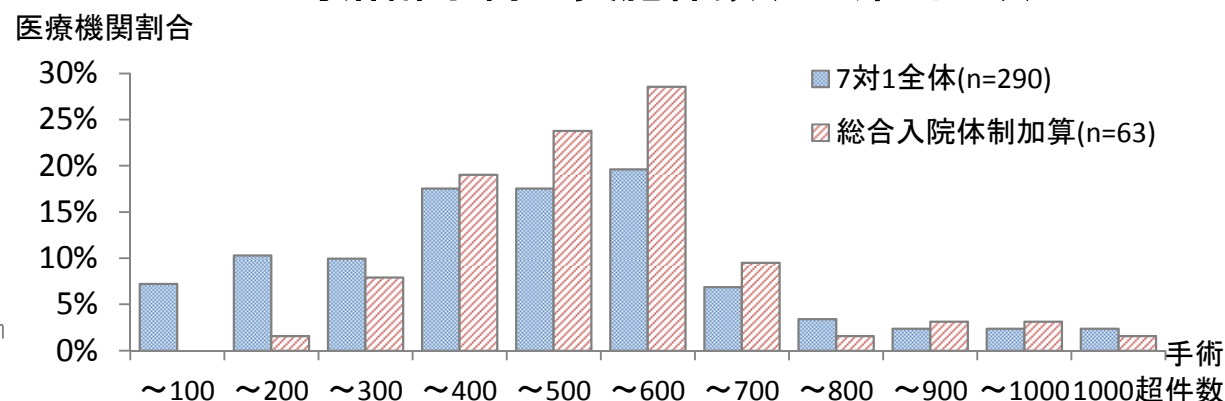


＜全身麻酔手術の実施件数(医療機関当たり)＞



病床数当たり
に換算

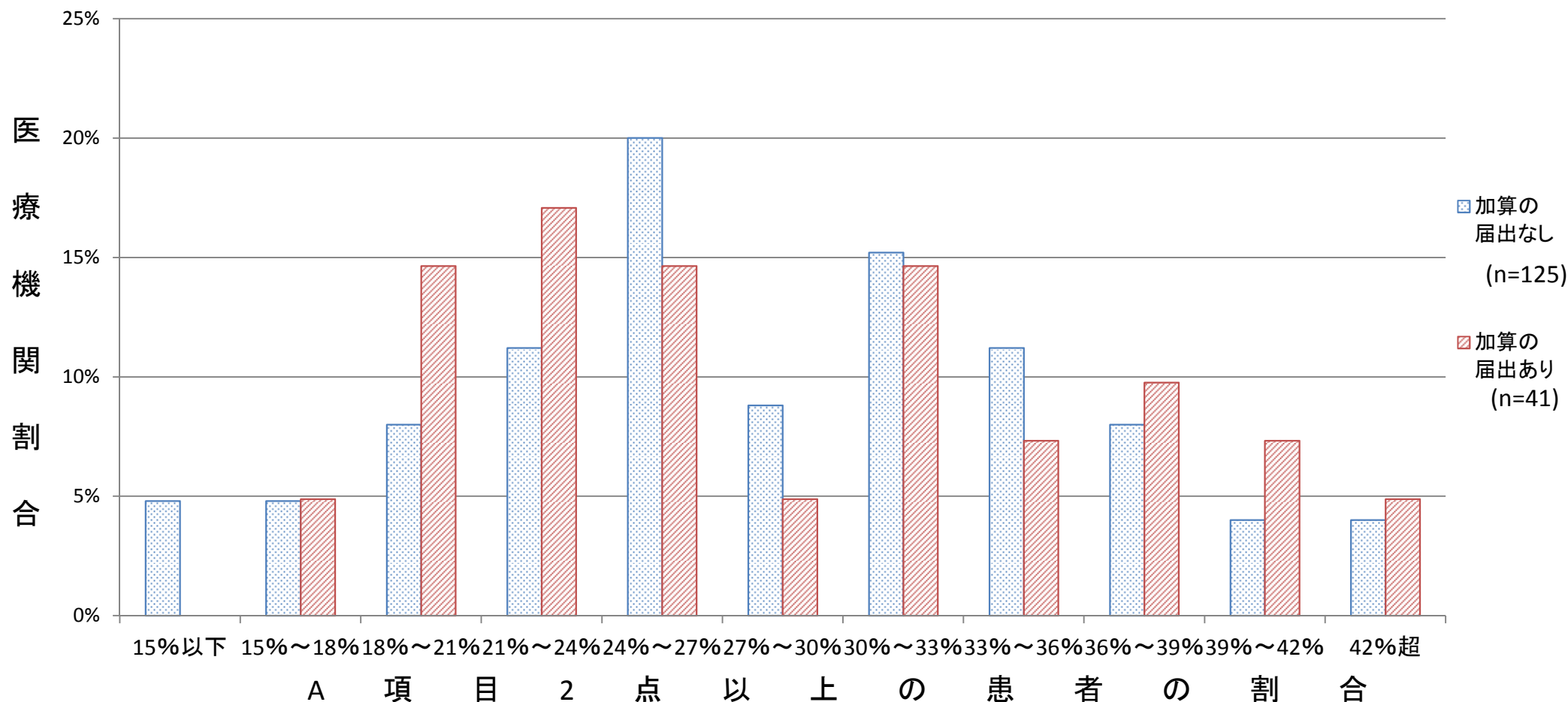
＜全身麻酔手術の実施件数(100床当たり)＞



A項目該当患者割合別の医療機関の該当割合

- 総合入院体制加算の届出医療機関とその他の7対1入院基本料の届出医療機関を比較した場合、A項目が2点以上の患者割合は類似の分布を示しており、総合入院体制加算の届出医療機関であってもA項目の患者が少ない医療機関がその他の医療機関と同等またはそれ以上にみられた。

＜総合入院体制加算届出別の重症度、医療・看護必要度のA項目の該当患者状況＞



A項目の該当患者割合別にみた医療機関の実績

○総合入院体制加算の届出の有無にかかわらず医療機関全体で見た場合でも、A項目が2点以上の該当割合が高い医療機関のほうが、総じて病床当たりの年間手術件数や一日当たりのレセプト単価の中央値が高い傾向が認められた。

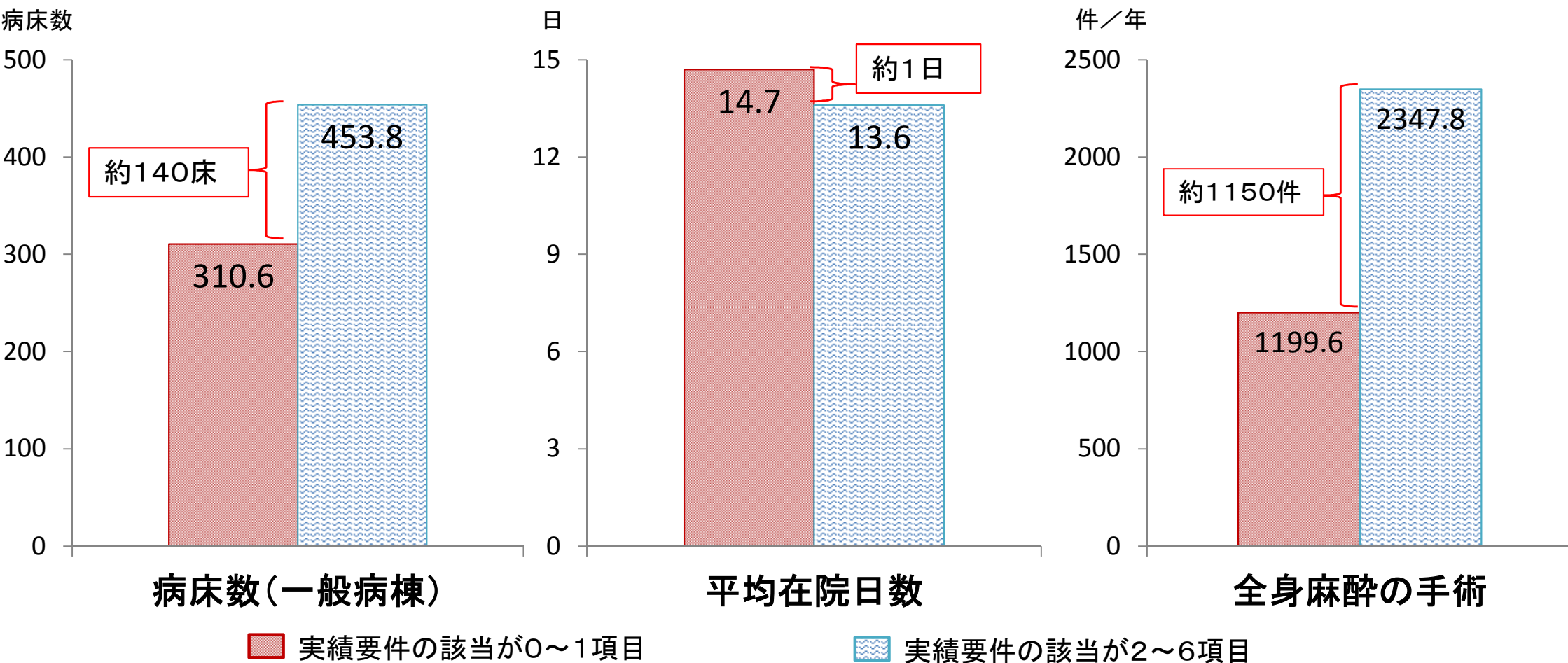
<A項目が2点以上の患者割合別の手術件数等の実績(中央値)>

A $\geq$ 2該当割合	100床当たりの全麻手術の件数	100床当たりの人工心肺を用いた手術件数	100床当たりの悪性腫瘍の手術件数	100床当たりの腹腔鏡下手術件数	100床当たりの放射線治療件数	100床当たりの化学療法件数	100床当たりの分娩件数	救急自動車により搬送された初診患者数	レセプトの一日当たり入院単価
25%未満(n=44)	502	0	96	77	0	305	41	402	4,334
25～35%(n=55)	560	2	107	72	140	451	190	465	4,980
35%～(n=26)	569	2	148	67	893	603	65	486	5,806

実績要件の該当項目数別の診療状況等①

- 実績要件の該当項目が少ない医療機関は、一定程度実績要件に該当している医療機関と比較して、病床規模が小さく、平均在院日数が長い傾向にあった。また、全身麻酔の手術件数も少ない傾向がみられた。

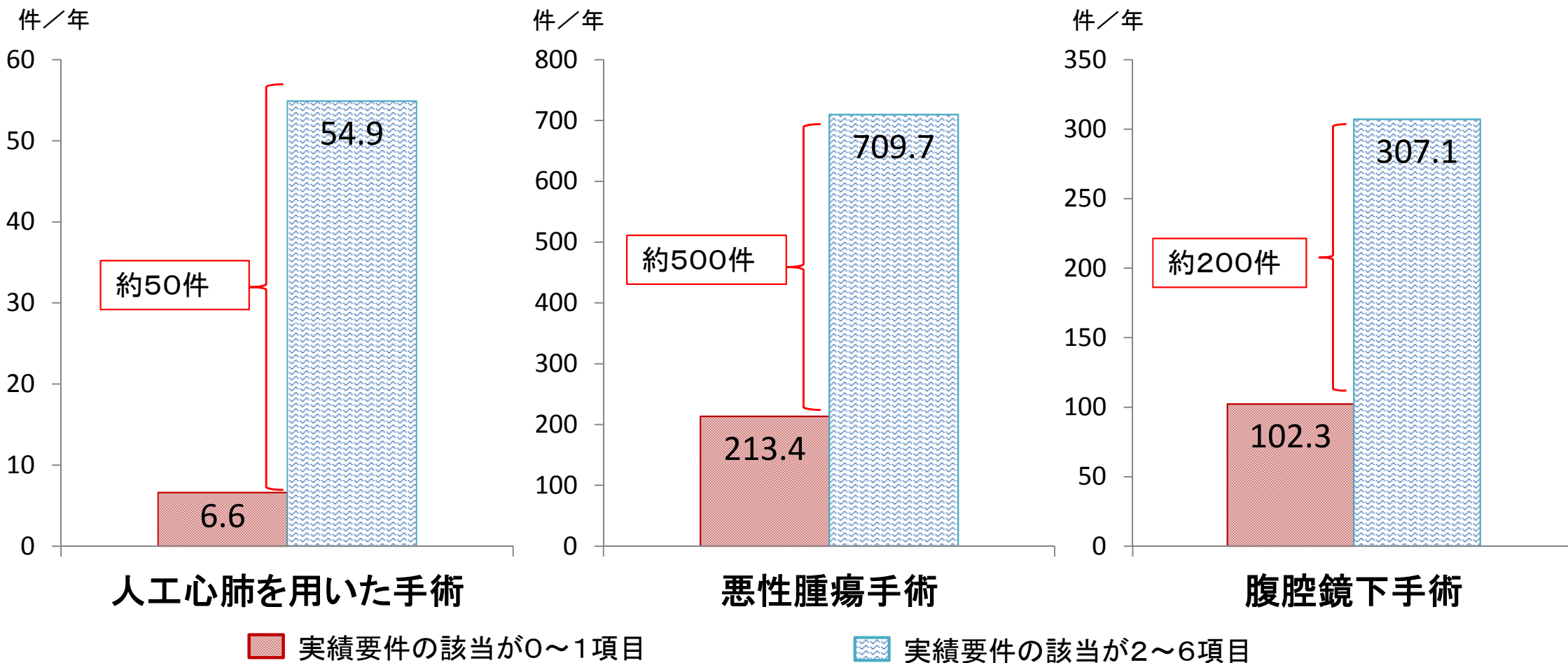
＜実績要件の該当項目別の医療機関の診療状況(平均値)＞



実績要件の該当項目数別の診療状況等②

- 実績要件の該当項目が少ない医療機関は、一定程度実績要件に該当している医療機関と比較して、各種手術の実施件数が少ない傾向があった。

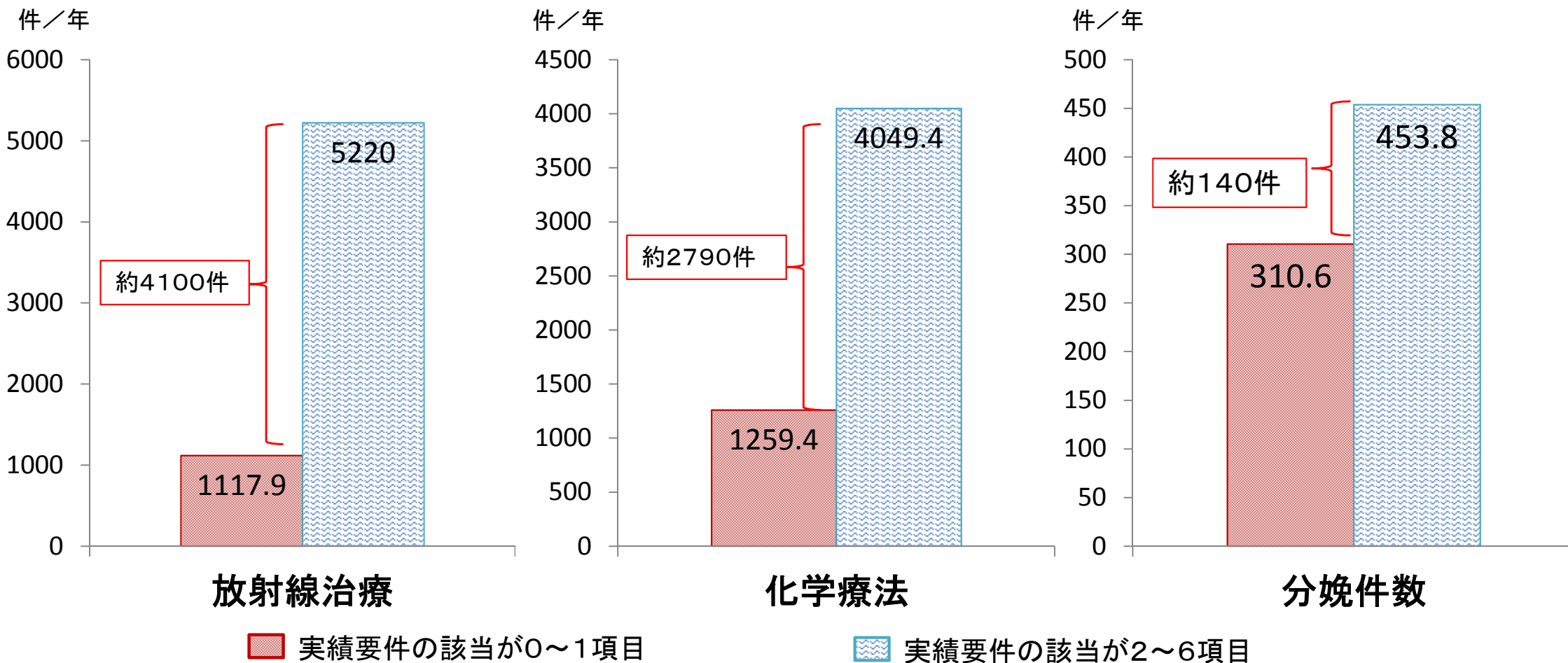
＜実績要件の該当項目別の医療機関の診療状況(平均値)＞



実績要件の該当項目数別の診療状況等③

- 実績要件の該当項目が少ない医療機関は、一定程度実績要件に該当している医療機関と比較して、放射線治療、化学療法及び分娩件数が少ない傾向にあった。

＜実績要件の該当項目別の医療機関の診療状況(平均値)＞



入院医療等の調査・評価分科会 とりまとめ(抜粋)

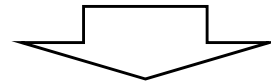
- 総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制の確保が求められていることから、平成22年度診療報酬改定で総合入院体制加算が創設され、その届出医療機関数は増加している。平成26年度の届出医療機関数は、総合入院体制加算1が5か所、総合入院体制加算2が278か所であった。
- 総合入院体制加算の届出を行っている医療機関であっても、救急患者の受入について限定的な対応方針をとっている施設や重症の入院患者の割合が少ない医療機関がみられた。また、特に受入が進んでいない認知症や精神疾患を合併する患者については、受入を推進するための方策を更に検討すべきとの意見があった。
- 総合入院体制加算1の届出に当たって求められる6つの実績要件のうち、「化学療法が4,000件／年」の要件を満たすことが困難とする医療機関が多かった。
- 総合入院体制加算を届け出た医療機関において、「重症度、医療・看護必要度」A項目の該当患者割合には大きな差がみられた。A項目の該当患者割合が高い医療機関では、手術等の医療機関における件数だけでなく、病床数当たりの件数も高い傾向がみられ、より高い密度で高度な医療が提供されていた。
- 総合入院体制加算2の届出医療機関のうち約5%は、当該加算の届出医療機関が満たすことが望ましいと規定されている6つの実績要件のうち1つ以下しか満たしていなかった。これらの医療機関は、実績要件の多くを満たす医療機関と比較して、手術の実績等において大きな差があるほか、平均在院日数が約1日長かった。

総合入院体制加算についての課題と論点

【課題】

- 総合入院体制加算は、総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制等をもつ医療機関に対する評価として、平成22年度改定で創設され、その届出医療機関数は増加している。
- 総合入院体制加算を届け出ている医療機関であっても、救急患者の受入について限定的な対応方針をとっている施設等がみられ、特に認知症や精神疾患を合併する患者の受入状況には大きな差がみられた。
- 総合入院体制加算1の届出に当たって求められる6つの実績要件のうち、「化学療法が4,000件／年」の要件を満たすことが困難とする医療機関が多かった。
- 総合入院体制加算を届け出た医療機関において、「重症度、医療・看護必要度」A項目の該当患者割合には大きな差がみられた。A項目の該当患者割合が高い医療機関では、手術等の医療機関における件数だけでなく、病床数当たりの件数も高い傾向みられ、より高い密度で高度な医療が提供されていた。
- 総合入院体制加算2の届出医療機関のうち約5%は、当該加算の届出医療機関が満たすことが望ましいと規定されている6つの実績要件のうち1つ以下しか満たしていなかった。これらの医療機関は、実績要件の多くを満たす医療機関と比較して、手術の実績等において大きな差があるほか、平均在院日数が約1日長かった。

【論点】



- 総合入院体制加算の届出医療機関において、精神疾患の患者や認知症患者等の受入が十分に進んでいないことから、これらの患者を受け入れるよう、体制だけでなく実際の取り組みや実績についても、要件に含めることとしてはどうか。
- 総合入院体制加算1において、化学療法の実施件数が最も困難な要件に設定されていることから、当該基準を見直すことについてどう考えるか。
- 現在は、医療機関の手術件数など、「提供量」を評価する基準が主体であるが、病床数当たりの医療の提供密度に差がみられることから、急性期機能の機能分化を図る観点からは、例えば「重症度、医療・看護必要度」のA項目のように、病床数に対する医療の提供密度に関する要件を設けることとしてはどうか。
- 総合入院体制加算2の届出医療機関の一部に、実績要件をほとんど満たしておらず、診療実績の低い医療機関がみられることから、総合入院体制加算2についても一定の実績要件を求めることについて、どう考えるか。