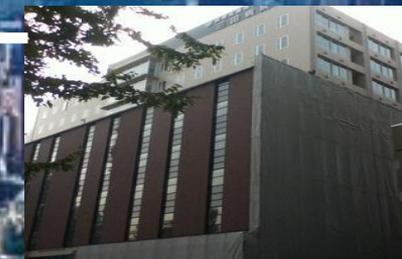


2025年へのロードマップと 臨床検査



国際医療福祉大学大学院教授
参議院厚生労働委員会調査室客員調査員
武藤正樹



国際医療福祉大学 三田病院

渡邊清明先生



国際医療福祉大学
三田病院

国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

目次

- パート1
 - 医療介護一括法の成立
- パート2
 - 病床機能報告制度と地域医療ビジョン
- パート3
 - 2014年診療報酬改定と入院病床の機能分化
- パート4
 - これまでのチーム医療と臨床検査を振り返る
- パート5
 - 地域包括ケアと臨床検査技師の役割とは



パート1

医療介護一括法



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論
社会保障制度改革国民会議（会長 清家慶応義塾大学学長）
が2012年11月30日から始まった

社会保障・税一体改革(8月10日)

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年4月に8%、15年10月に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は…
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題



2012年8月10日、参議院を通過

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

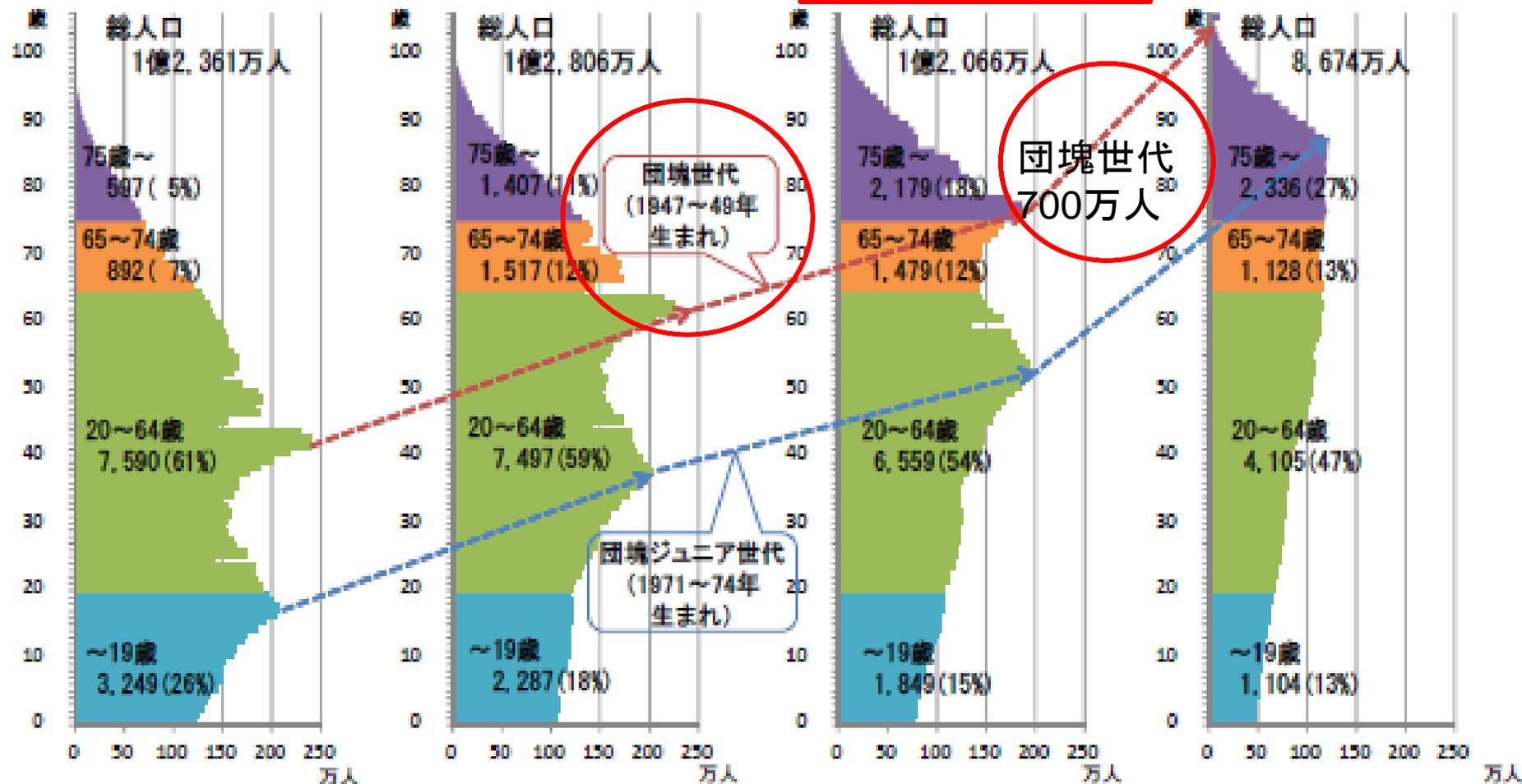
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

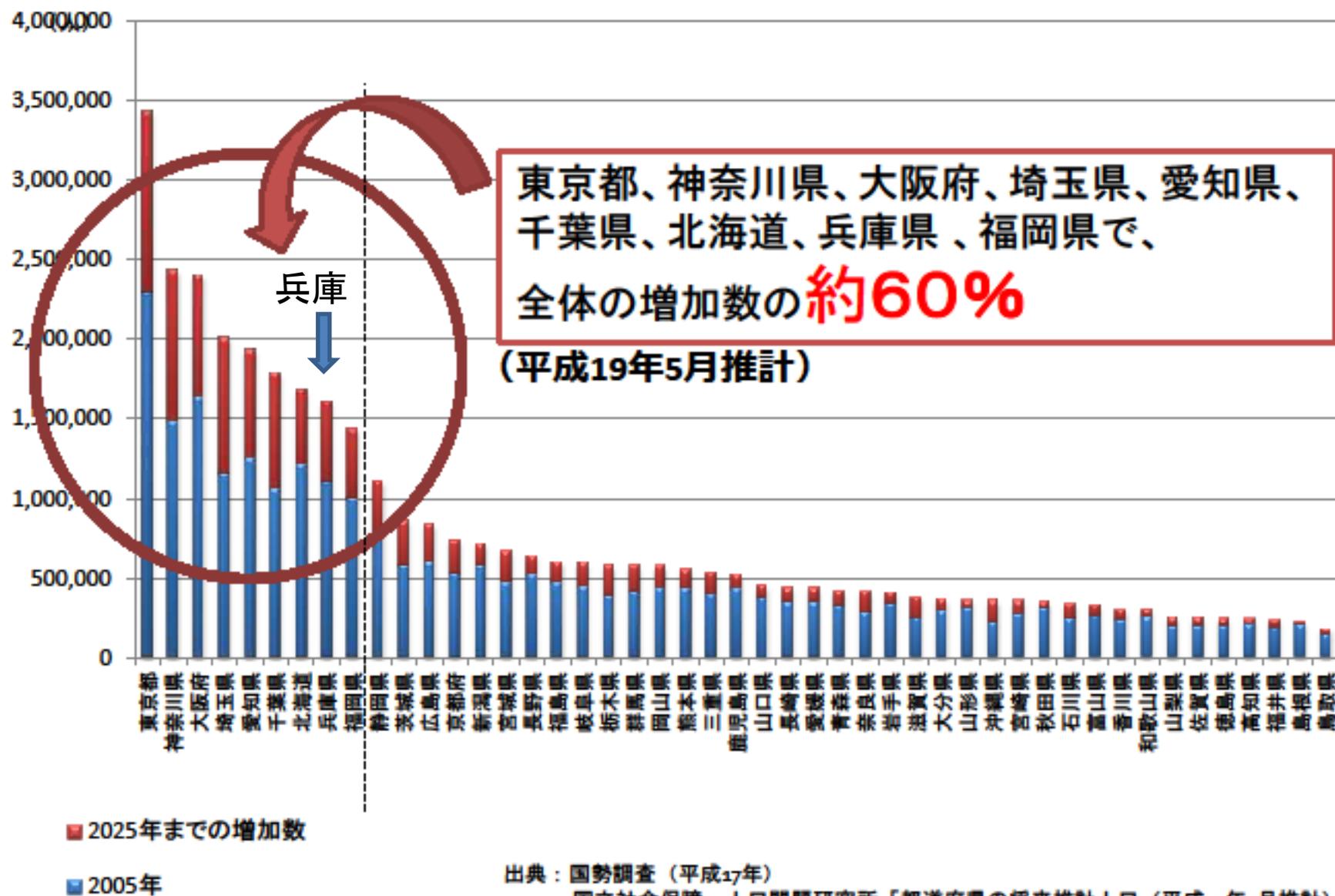
平成22年 (2010年) (実績)

平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)

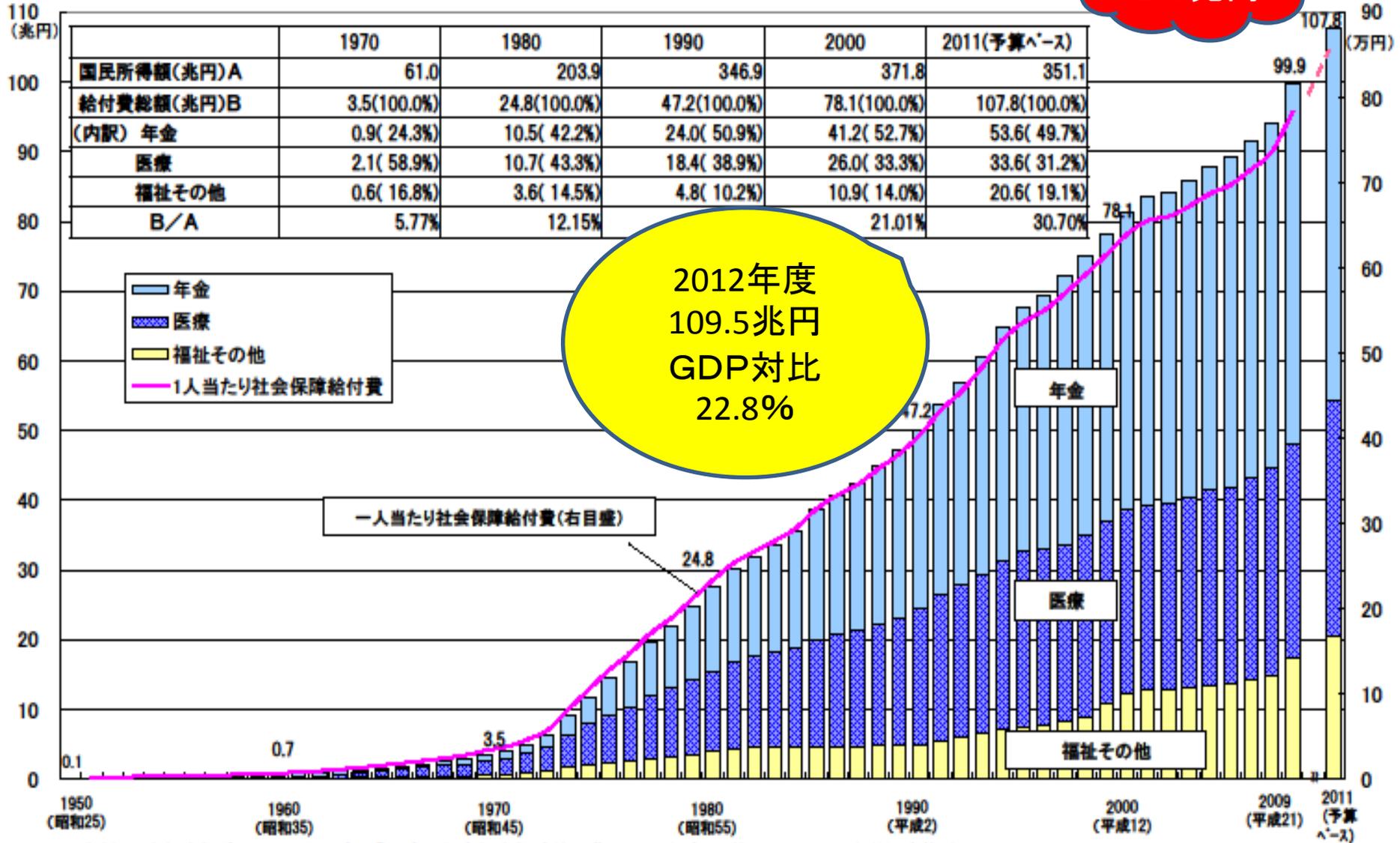


都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



社会保障給付費の推移

2025年
149兆円



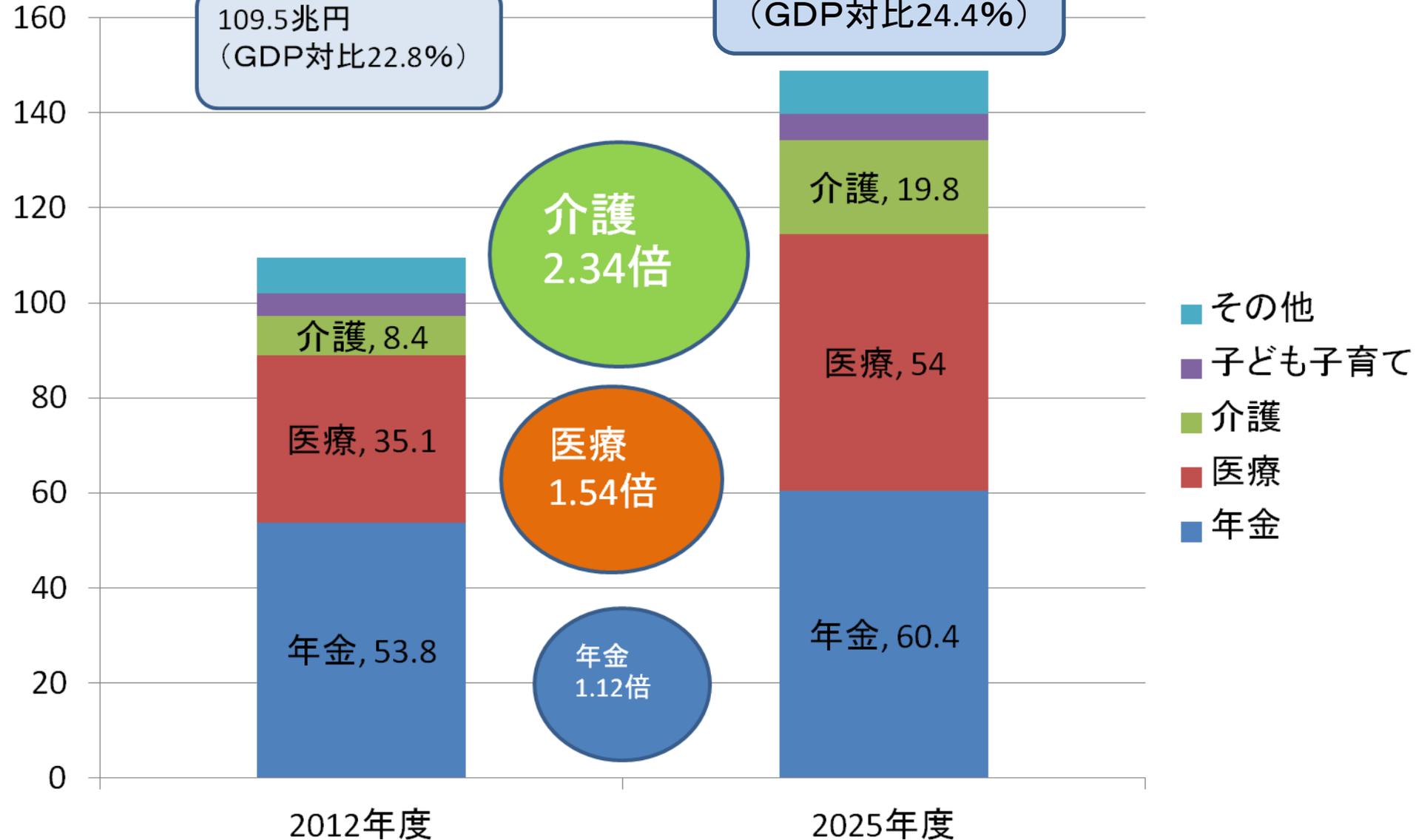
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

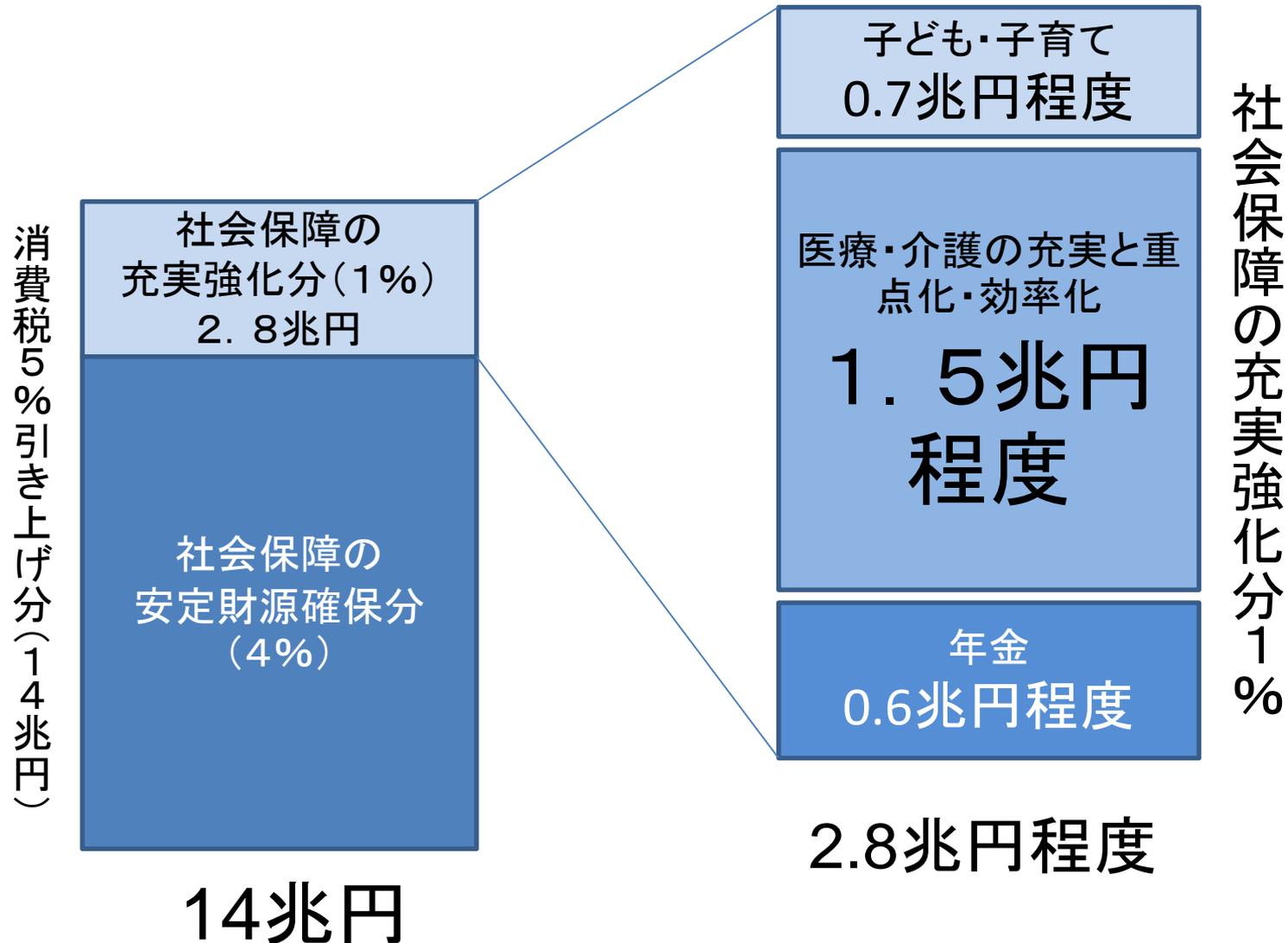
(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会給付費の見通し

(兆円)



消費税増税分の使い道



社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

- 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

○地域包括ケア体制の整備

- ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

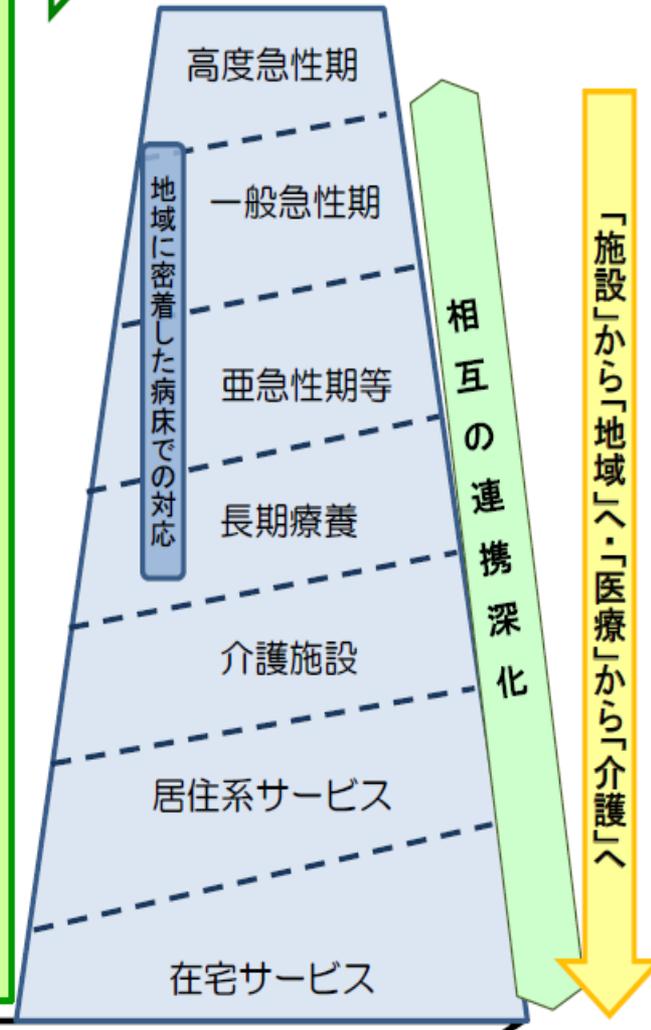
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年目途法案化)

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

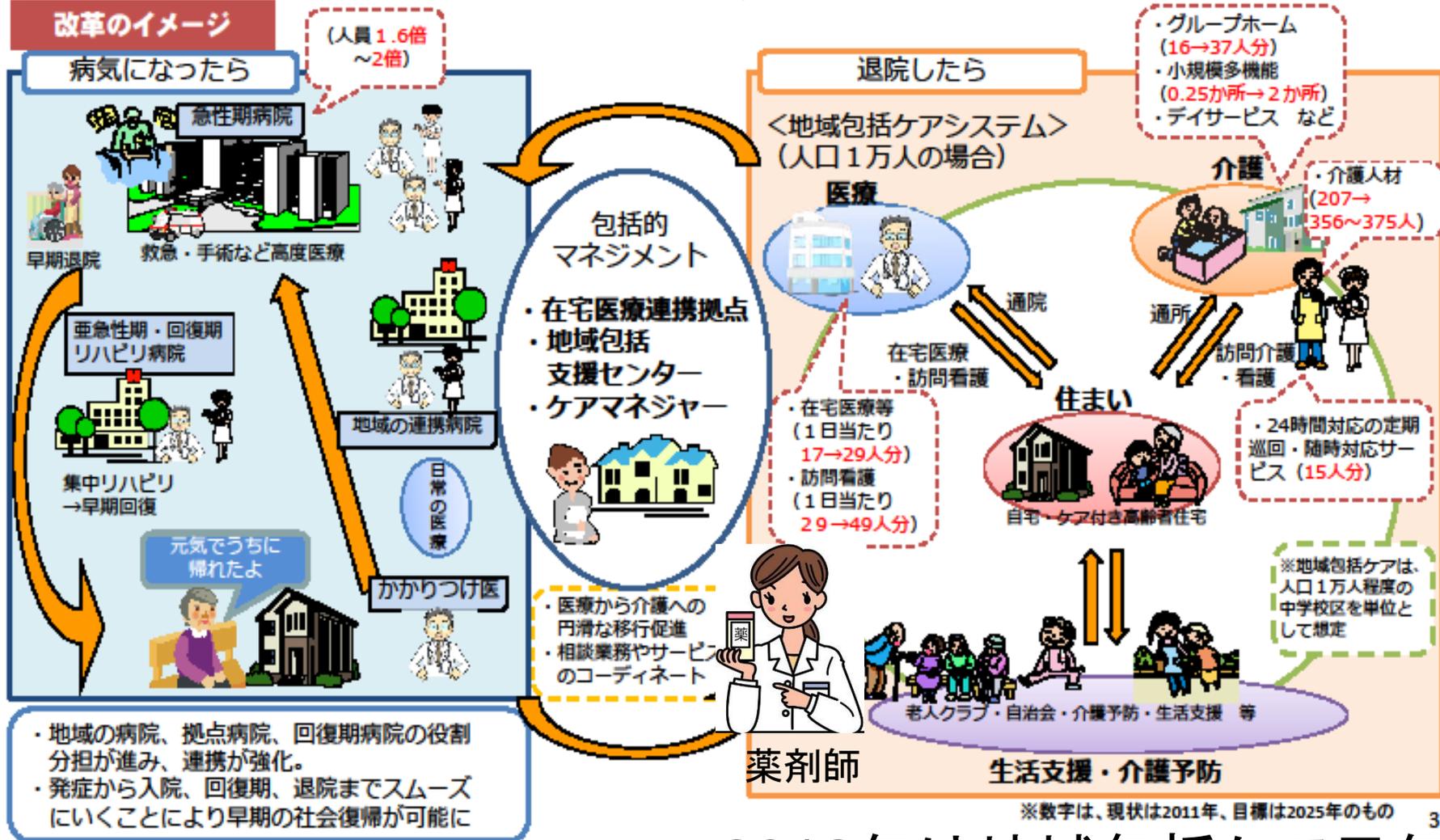
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



2012年は地域包括ケア元年

社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
 - 病床機能情報報告制度の早期導入
 - 病床機能の分化と連携の推進
 - 在宅医療の推進
 - 地域包括ケアシステムの推進
 - 医療職種の業務範囲の見直し
 - 総合診療医の養成と国民への周知

地域医療介護一括法のポイント

医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

6月18日可決
成立

(カッコ内は施行時期)

臨床検査技師の業務範囲の見直しについて

1. 現行制度

- 臨床検査技師は、医師の具体的指示を受けて採血行為を行うことが認められている。
 - これは、血液を検体とする検査において特に高い精度と迅速な処理が要求されるため臨床検査技師が採血及び検査を一貫して行う必要がある場合に備えたものである。
- なお、採血行為それ自体は臨床検査技師の本来業務ではない。

臨床検査技師が行う検査について、その精度を高くするとともに、迅速な処理を行う観点から、当該検査と一貫して行う必要がある場合が想定され、一定程度、ルーティン化しうる行為があるのではないかと考えられる。

2. 見直しの方向性

以下の行為については、それぞれ検査と一貫して行うことにより、高い精度と迅速な処理が期待されることから、診療の補助として医師の具体的指示を受けて行うものとして、臨床検査技師の業務範囲に追加する。

- ①微生物学的検査等(インフルエンザ等)における検体採取
(鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液等の採取)
- ②微生物学的検査等(細菌・真菌検査等)における検体採取
(表在組織から膿、表皮・粘膜表面などの直接採取)
(手足指から表皮の直接採取、頭部ブラシ法(白癬菌等の検出))
- ③微生物学的検査等(糞便検査)における検体採取
(スワブを用い肛門部から便の直接採取)

臨床検査技師等に関する法律
(昭和33年法律第76号)の一部改正

3. 教育内容等の見直し

- 関係法令・通知等を改正し、追加された行為を安全かつ適切に行うために必要な教育内容を、現行の教育内容に配慮しつつ追加。
- 既に臨床検査技師の資格を取得している者について、医療現場において追加された行為を実施する際には、追加研修を受講することを義務化。

5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート

強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

パート2

病床機能報告制度と 地域医療ビジョン

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

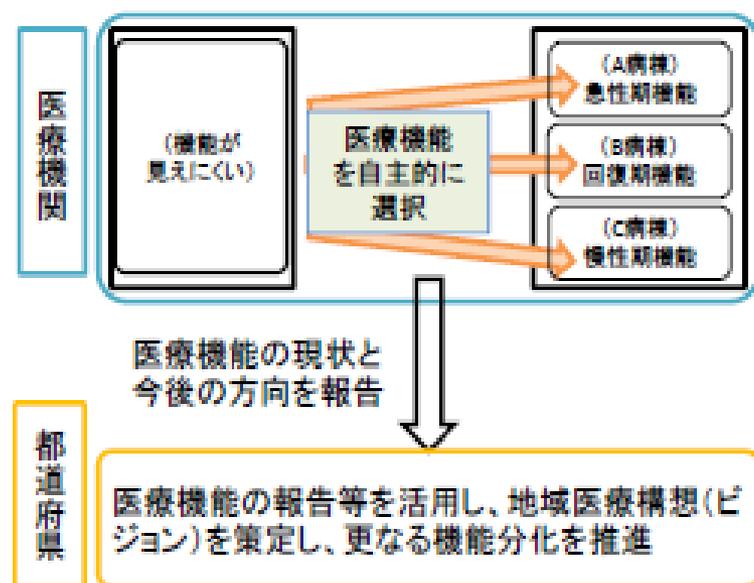
○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度～）。



(地域医療構想(ビジョン)の内容)

1. 2025年の医療需要
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制
・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ)。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

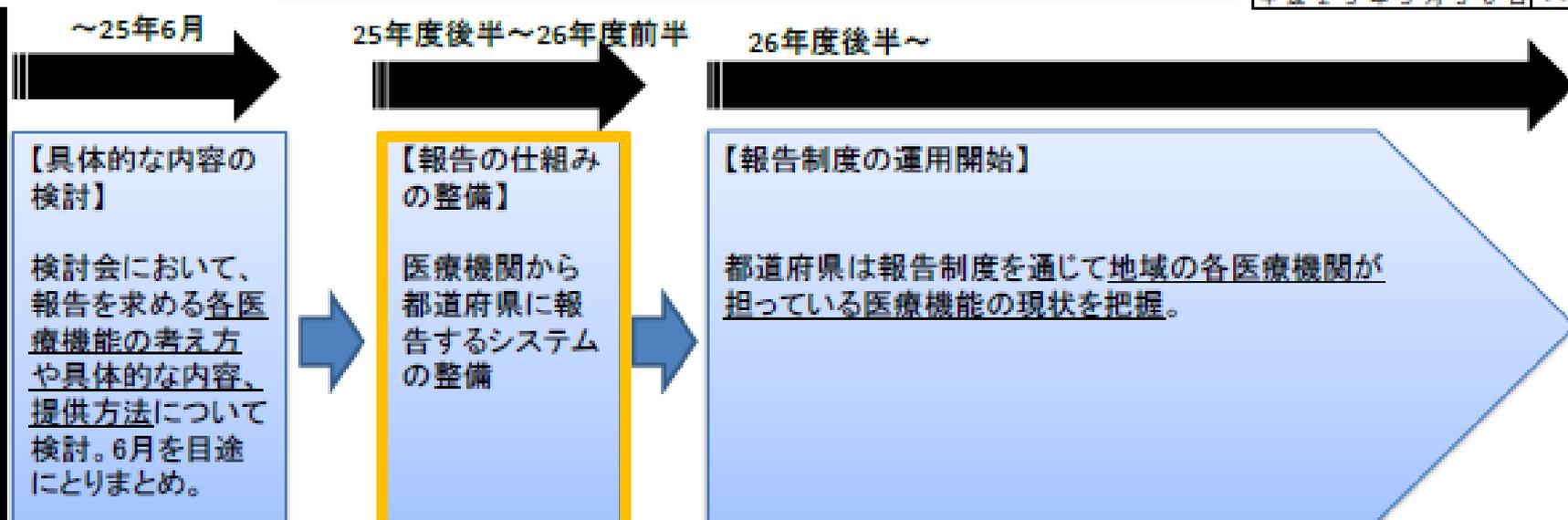
(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

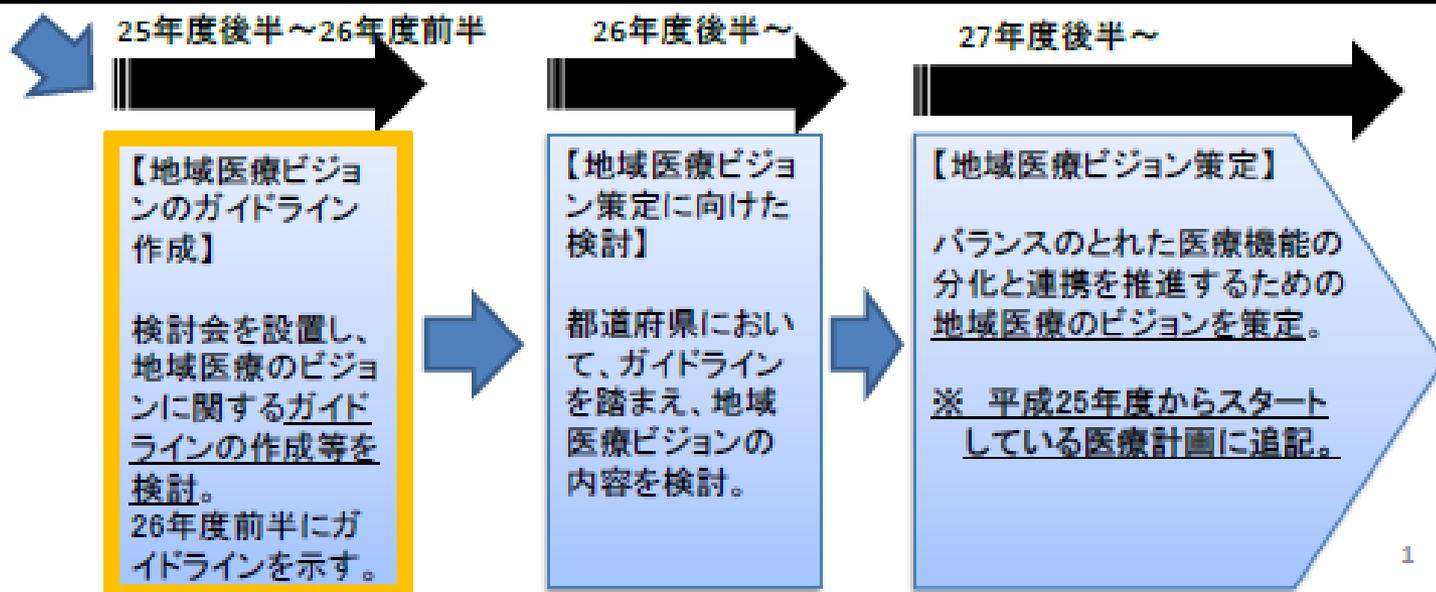
◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ

報告制度



地域医療ビジョン



病床機能報告制度と地域医療ビジョン

- 報告項目

- 人員配置・医療機器等

- 医療機関が看護職数などの人員配置や医療機器などの設備について、厚労省が整備するサーバーへ送る項目（病棟単位23項目、病院単位22項目）

- 手術・処置件数等

- 手術件数や処置件数など、提供している医療の内容を「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」を活用して自動的に集計する項目（81項目）

- 地域医療構想（ビジョン）

- 病床機能の「今後の方向」は6年後の方向性
 - 「地域医療構想（ビジョン）のためのガイドラインを策定する検討会」で議論

報告項目(案)(未定稿)

※原則としていずれの機能を選択しても、以下の全ての項目について報告することとする。

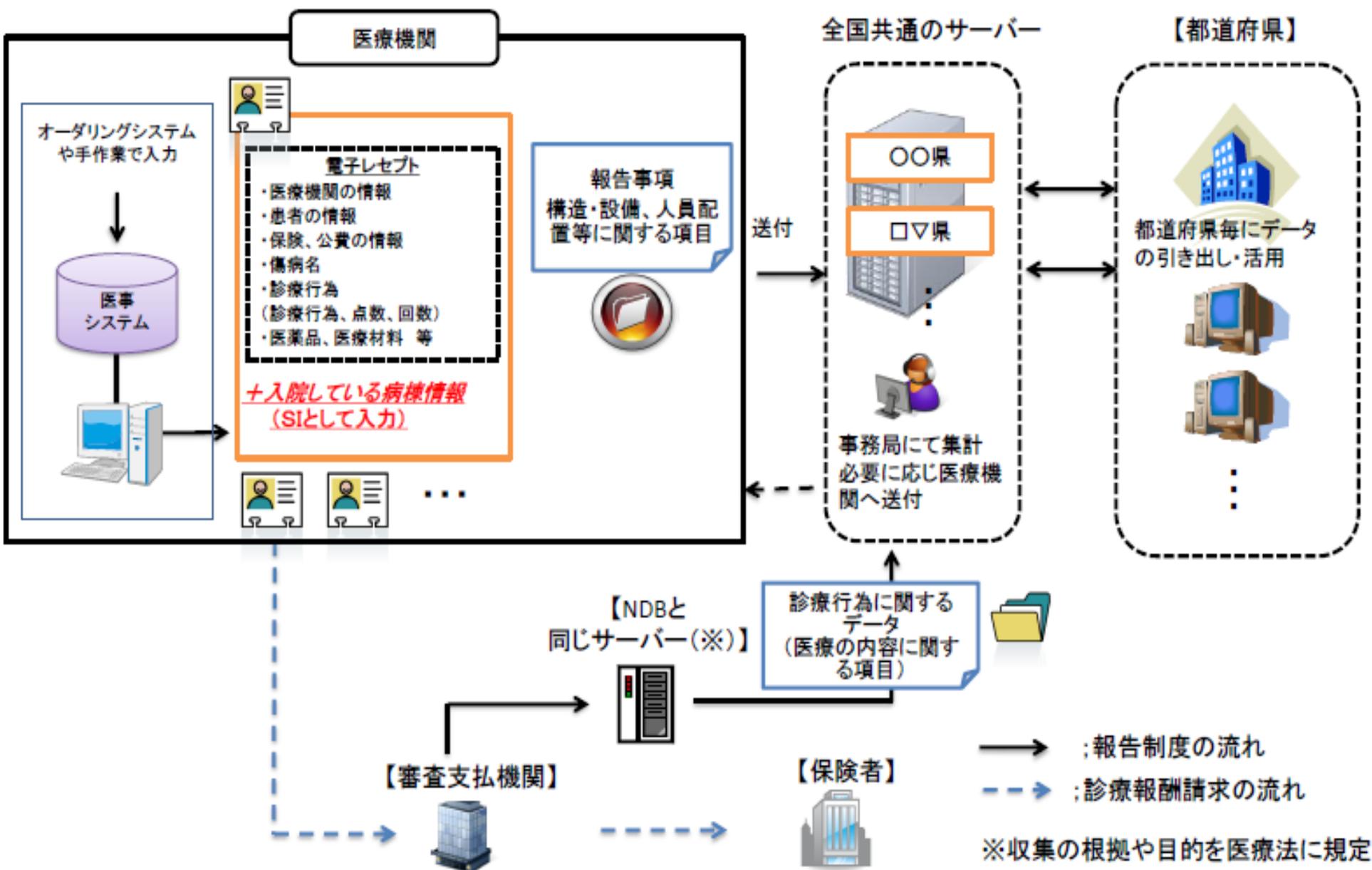
- : 概ね外科のみで実施され则认为される項目
- ☆: 医療計画において示されている指標例に類すると考えられる項目
- #: 構造設備・人員配置等に関する項目のうち、有床診療所からの報告を求めるもの
- △: 前回の資料からの変更点

第12回病院機能情報の調査・調査の具体的なあり方に関する検討会	資料2
平成26年7月24日	

担う役割	具体的な項目	病院単位で報告を 求める項目		備考	
			レセプト を活用		
医療機能	# 現在の機能、将来時点の機能の予定	○			
(1) 構造設備・人員配置等に関する項目					
病床数・人員配置・機能など	# 許可病床数(療養病床の場合そのうち介護療養病床の数)	○			
	# 稼働病床数(療養病床の場合そのうち介護療養病床の数)	○			
	# 一般病床、療養病床の別	○			
	# 医療法上の経過措置に該当する病床数	○			
	# 看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数	○		○	傾斜配置も含め病床毎の配置を記載する。また、外来、手術室も別途記載する
	# 理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、薬剤師数、臨床工学技士	○		○	病床単位も記載する
	# 主とする診療科	○			一つの病棟を複数の診療科で活用することを基本とする場合の選択肢を設ける
	# 算定する入院基本料・特定入院料	○	(○)		
	DPC群			○	
	在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院の届出の有無			○	
	上記届出を行っている場合、医療機関以外での看取り数、医療機関での看取り数			○	介護老人保健施設等の入所施設は医療機関以外に含む
☆	二次救急医療施設、救急告示病院の有無			○	
	64列以上のCT			○	
	16列以上64列未満のCT			○	
	16列未満のCT			○	
	3T以上のMRI			○	
	1.5T以上3T未満のMRI			○	
	1.5T未満のMRI			○	

病床機能報告制度における集計等の作業について

別添2



病床機能報告制度に基づく病床配分の適正化(私案)

情報公開

全国平均

高度急性期

- ・ 対象医療行為 200件/100床/日

一般急性期

- ・ 対象医療行為 400件/100床/日

回復期

- ・ 対象医療行為 300件/100床/日

慢性期

- ・ 対象医療行為 100件/100床/日

医療圏平均

高度急性期

- ・ 対象医療行為 100件/100床/日

一般急性期

- ・ 対象医療行為 200件/100床/日

回復期

- ・ 対象医療行為 400件/100床/日

慢性期

- ・ 対象医療行為 200件/100床/日

〇〇病院

高度急性期

- ・ 対象医療行為 10件/100床/日

一般急性期

- ・ 対象医療行為 150件/100床/日

回復期

- ・ 対象医療行為 500件/100床/日

慢性期

- ・ 対象医療行為 300件/100床/日



病床区分ごとの基準病床数

- 社会保障審議会医療部会(部会長:永井良三・自治医科大学学長)2013年10月4日
- 1案
 - 新しい病床機能の定義を、次期医療法改正に盛り込んだ上で、現行の基準病床数(一般病床、療養病床を含む)に基づく新規開設、増床の許可に係る仕組みを適用する
- 2案
 - 医療法上の定義は変えないものの、病床機能報告制度の中で定量的な基準を設けて、著しい偏りがあるなどの場合、都道府県が一定の範囲内で補正できる仕組みを取り入れる。
-

病床区分ごとの基準病床数案に反対相次ぐ

- 日本病院会副会長 相沢孝夫氏
 - 「医療機関が必要な連携をしつつ、自主的に機能分化が進めるのが前提のはず。2つ目の案で、(病床数適正化に向けて)『誘導』との表現があるが、強制的に進めるようにしか見えない」。
- 日本医師会副会長 中川俊男氏
 - 1案について「病床基準数を法律で定めるというのは硬直的な案。5年後、10年後、何があるか分からず、柔軟に地域の医療機関が決められるようにすべき」、2案についても、基準を定める方向性に不満を示した。
- 全国自治体病院協議会会長 辺見公雄氏
 - 「公的病院では、自主的なベッド削減をほとんどやっている。民間病院も経営の必要があり、上が決めなくても、ふさわしい医療をやっていく」
- 慶応義塾大学経営大学院教授の田中滋氏
 - 「がちがちに基準を決めるのは良くない」

第3案(修正案)

- 修正案

- 地域医療ビジョンで定めた医療機能の必要量に収斂させていくため、医療機関相互の「協議の場」を設置
- 医療機関に対して、協議の場への参加と合意事項への協力などを努力義務とする案
- 合意を無視して、必要量に照らして過剰な医療機能の病床を増やそうとする、あるいは何らかの事情により、協議が機能不全になったなどの場合に、都道府県によるペナルティー的な対応を行う

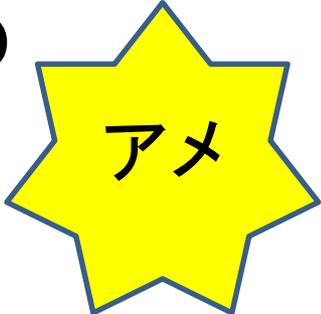
- ペナルティー案

- ①医療機関名の公表、②各種補助金の交付対象や福祉医療機構による融資対象からの除外、③地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消



ムチ！

機能分化と連携を進める 医療機関に基金制度



アメ

- 2014年度予算政府案
 - 厚生労働省が「新たな財政支援制度」として検討を進めている基金制度に、約602億円を充てる
 - 地方の負担分を含めた基金の総額は約904億円
 - 機能分化・連携を進める医療機関への補助財源とするほか、現在は地域医療再生基金を活用して取り組む医療従事者の確保・養成を目的とする事業も補助対象とする予定
 - 地域包括ケアシステムの構築を推進する目的で、在宅医療・介護サービスの充実にも活用できるようにする方針

2025年へのロードマップ

診療報酬改定、介護報酬改定
医療計画と介護保険事業計画

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

報酬改定



医療計画

医療計画

医療計画

医療計画

医療計画

介護
保険
事業
計画

介護
保険
事業
計画

介護
保険
事業
計画

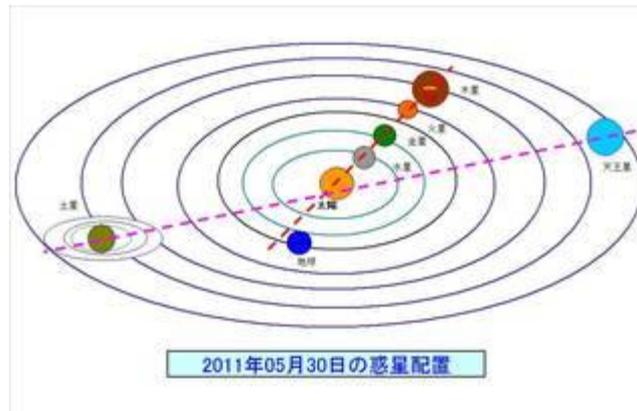
介護
保険
事業
計画

介護保
険事業
計画

介護
保険
事業
計画

介護
保険
事業
計画

医療介護のあるべき姿



惑星直列をもう一度

- ・医療計画を6年にすることで介護保険事業計画とサイクルを合わせる
- ・介護保険改定を2年に1回あるいは診療報酬改定を3年に1回として毎回同時改定とする



パート3 2014年診療報酬改定 と入院病床の機能分化

中医協調査専門組織
入院医療等調査・評価分科会

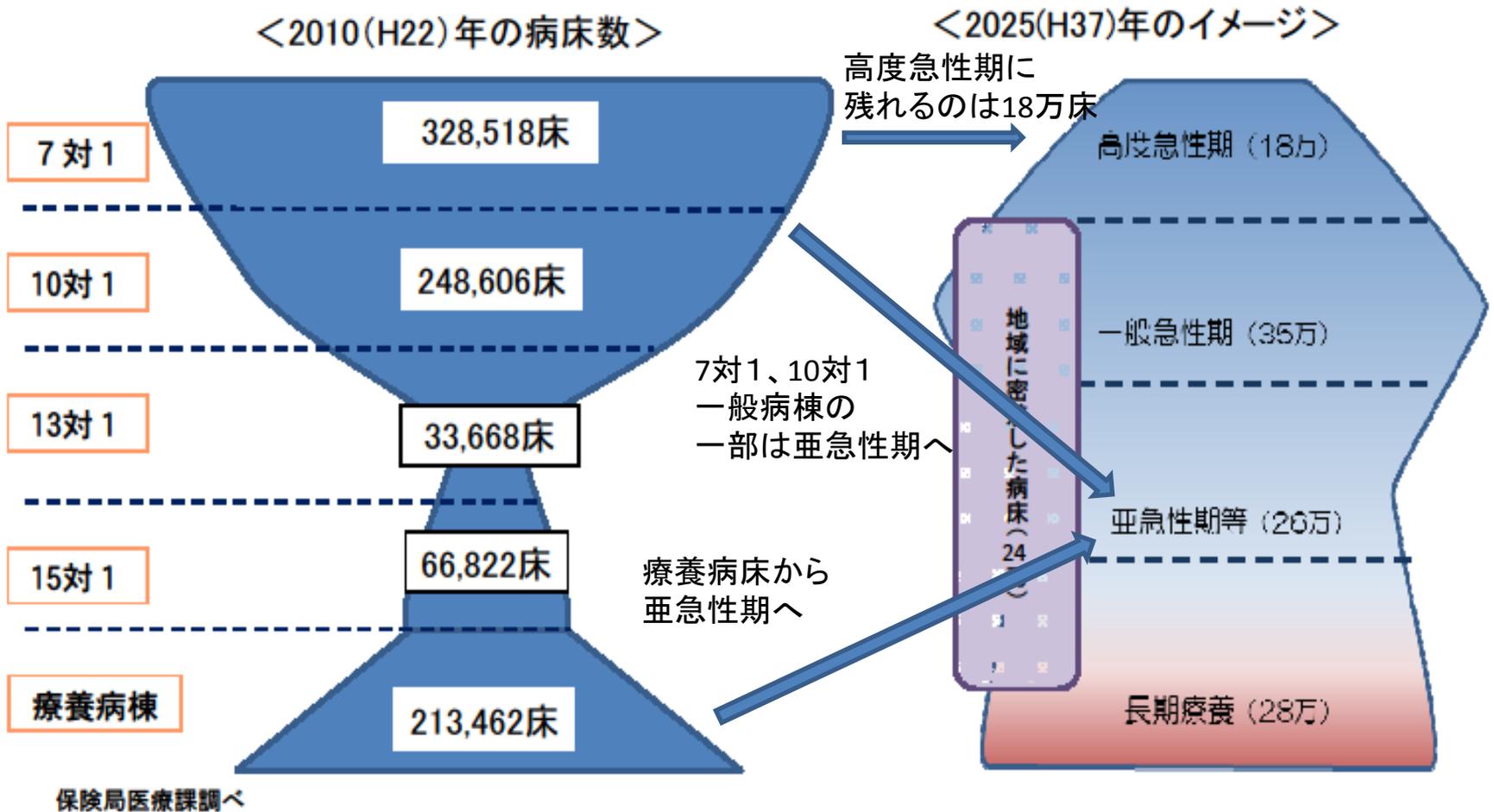
診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会

委員名簿

氏名	所属
あんどう ぶんえい 安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学 薬学部 薬学科 教授
いしかわ ひろみ 石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
かつき すすむ 香月 進	福岡県 保健医療介護部 医監
かんの まさひろ 神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
こうち えいたろう 高智 英太郎	健康保険組合連合会 理事
さなぎ すすむ 佐柳 進	独立行政法人国立病院機構関門医療センター一病院長
しまもり よしこ 嶋森 好子	社団法人東京都看護協会 会長
たけひさ ようぞう 武久 洋三	医療法人平成博愛会 理事長
つつい たかこ 筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
ふじもり けんじ 藤森 研司	北海道大学病院地域医療指導医支援センター一長
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○ : 分科会長

診療報酬による機能分化 ～杯型から砲弾型へ～



○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

入院医療等の調査・評価分科会

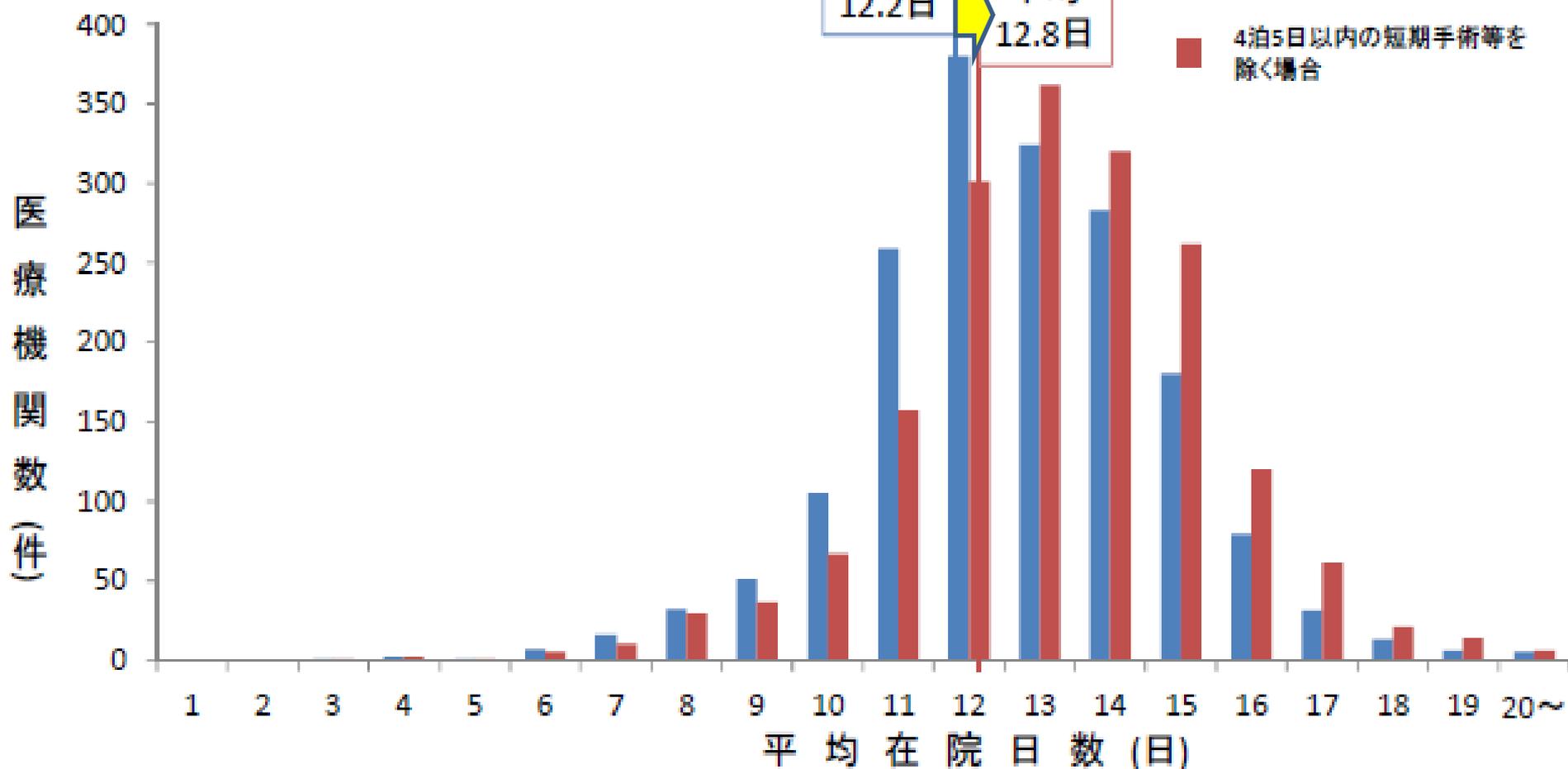
- (1) **一般病棟入院基本料**の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し
 - ①平均在院日数について
 - ②重症度・看護必要度の項目
 - ③その他の指標について
- (2) **亜急性期入院医療管理料**等の見直し
- (3) 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討

7対1入院基本料のあり方

- 7対1入院基本料を算定している医療機関は、長期療養を提供することや、特定の領域に特化し標準化された短期間の医療を提供するのではなく、主に「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供すること」と考えられる。
- 7対1入院基本料を算定している医療機関のあり方を踏まえ、平均在院日数の算出において、治療や検査の方法等が標準化され、短期間で退院可能な手術や検査は平均在院日数の計算対象から外す
- 退院支援の強化と受け皿となる病棟の評価を検討することを前提に、特定除外制度については13対1・15対1と同様の取り扱いとする

DPCデータ提出病院における短期手術等に係る平均在院日数の影響

N=1,775
(10対1病院を含む全DPCデータ提出病院)



4泊5日以内の短期手術等の症例を除いた場合、平均在院日数の差は全体で約0.6日 (+4.9%)程度

短期滞在手術基本料の見直し

▶一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを踏まえて、短期滞在手術基本料3の対象を21種類に拡大するとともに、包括範囲を全診療報酬点数とする。

<対象検査>

D237 終夜睡眠ポリグラフィー1 携帯用装置を使用した場合
D237 終夜睡眠ポリグラフィー2 多点感圧センサーを有する
睡眠評価装置を使用した場合
D237 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合
D291-2 小児食物アレルギー負荷検査
D413 前立腺針生検法

<対象手術>

K008 腋臭症手術2皮膚有毛部切除術
K093-2 関節鏡下手根管開放手術
K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)
K282 水晶体再建術1 眼内レンズを挿入する場合 口その
他のもの
K282 水晶体再建術2 眼内レンズを挿入しない場合
K474 乳腺腫瘍摘出術1長径5cm未満
K617 下肢静脈瘤手術1抜去切除術
K617 下肢静脈瘤手術2硬化療法
K617 下肢静脈瘤手術3高位結紮術
K633 ヘルニア手術5鼠径ヘルニア
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術
K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術1長径2cm未満
K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術2長径2cm以上
K743 痔核手術 2硬化療法(四段階注射法)
K867 子宮頸部(腔部)切除術
K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

短期滞在手術・検査は1
入院包括になる！
次は糖尿病教育入院？

※ 入院5日目までに該当手術・検査を実施した患者については、他に手術を実施した場合を除き、本点数を算定する。また、本点数のみを算定した患者は平均在院日数の計算対象から除く。

特定除外制度

90日越えの特定入院基本料から
さらに平均在院日数の
計算対象から除外する患者

90日超患者のうちの特定除外患者割合

	全体	入院期間90日超		うち 特定除外患者に該当する	
		人数	割合	人数	割合
7対1一般病棟入院基本料	3,810	223	5.9%	142	3.7%
10対1一般病棟入院基本料	1,727	147	8.5%	112	6.5%
療養病棟入院基本料1	1,703	1,374	80.7%	-	-
療養病棟入院基本料2	1,080	800	74.1%	-	-

○ 7対1、10対1一般病棟入院基本料を届出している医療機関においても90日を超えて長期入院する患者がある程度存在した。

出典：平成24年度 入院医療等の調査より

特定除外患者の内訳(平成24年度調査)

		7対1 一般病棟入院基本料		10対1 一般病棟入院基本料	
		件数	割合	件数	割合
全体		142	100.0%	112	100.0%
特定除外患者該当状況	[01] 難病患者等入院診療加算を算定する患者	4	2.8%	3	2.7%
	[02] 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	—	—	3	2.7%
	[03] 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等	7	4.9%	10	8.9%
	[04] 悪性新生物に対する治療を実施している状態	37	26.1%	16	14.3%
	[05] 観血的動脈圧測定を実施している状態	—	—	—	—
	[06] リハビリテーションを実施している状態(入院日から起算して180日間に限る)	45	31.7%	20	17.9%
	[07] ドレーン法もしくは胸腔または腹腔の洗浄を実施している状態	4	2.8%	3	2.7%
	[08] 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	13	9.2%	6	5.4%
	[09] 人工呼吸器を使用している状態	11	7.7%	6	5.4%
	[10] 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過または血漿交換療法を実施している状態	6	4.2%	36	32.1%
	[11] 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術日から30日間に限る)	4	2.8%	—	—
	[12] 上記 [1]～[11] に掲げる状態に準ずる状態にある患者	9	6.3%	6	5.4%
[99] 未記入	2	1.4%	3	2.7%	

特定除外患者を含めて計算した場合の平均在院日数*

*調査票における入院日から調査日までの入院期間を元に算出しているため診療報酬上の基準とは異なる

(単位:日)

	7対1一般病棟入院基本料		10対1一般病棟入院基本料	
	(N=1,826)	特定除外患者を 含めない場合 (N=1,799)	(N=763)	特定除外患者を 含めない場合 (N=745)
全体	22.5	21.0	25.2	22.0
		← 1.5日延長		← 3.2日延長

平均在院日数

- 4泊5日以内の**短期手術等の症例を除いて**平均在院日数を計算した場合
 - 12.2日→12.8日(+0.6日延長)
- 7対1、10対1入院基本料を算定する医療機関で、**特定除外患者を含めて**平均在院日数を計算した場合
 - 7対1 21.0日→22.5日(+1.5日延長)
 - 10対1 22.0日→25.2日(+3.2日延長)

重症度・看護必要度



② 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票(平成24年診療報酬改定後)

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

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

測定・評価が要件となるもの

7対1入院基本料	重症者※の割合 15%以上 (がん専門病院については10%)
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入院基本料届出病棟)	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 (一般病棟10対1及び7対1入院基本料届出病棟)	10対1の場合 10%以上 7対1の場合 15%以上
一般病棟看護必要度評価加算 (一般病棟13対1入院基本料届出病棟)	測定・評価のみ (要件なし)

※A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

厚生科学研究特別研究で追加項目を検討

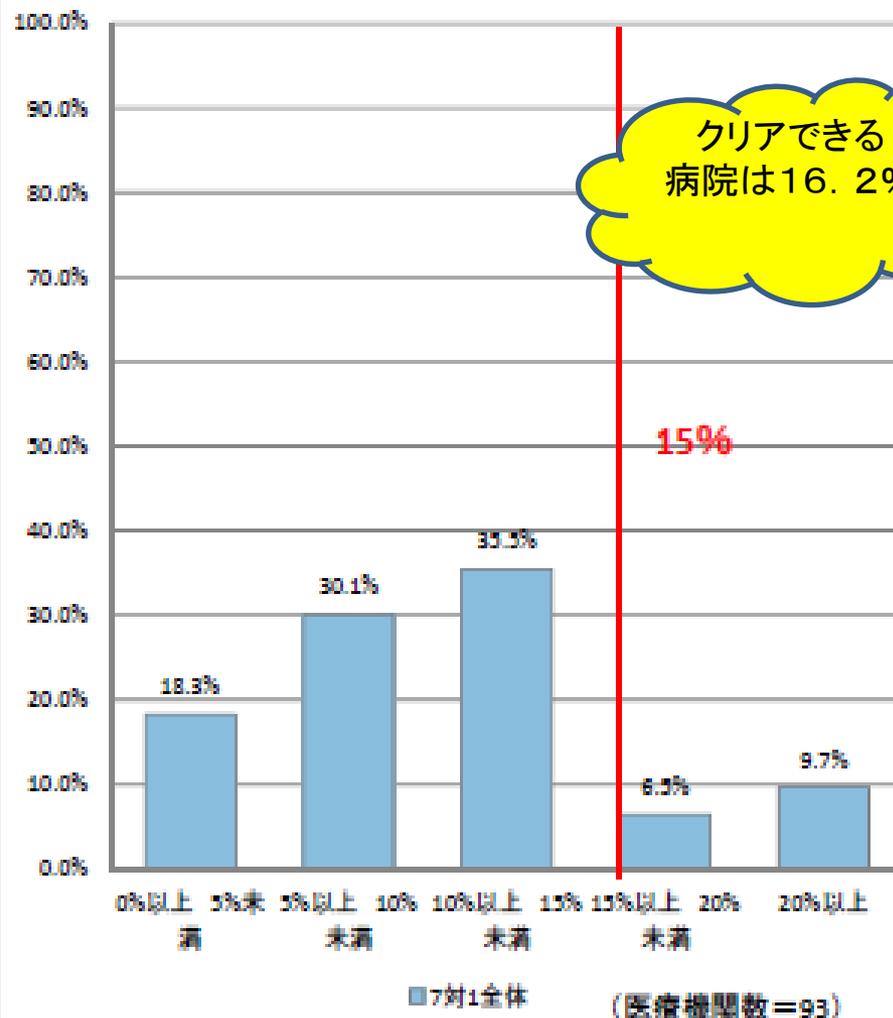
重症度・看護必要度

- 複雑な病態をもつ急性期の患者に必要とされる重症度・看護必要度とは何かという観点から見直し
 - 時間尿測定及び血圧測定は削除
 - 「創傷処置」については、褥瘡の処置とそれ以外の手術等の縫合部等の処置を分ける
 - 「呼吸ケア」については、痰の吸引を定義から外す
- 新しい項目の追加
 - 抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴をA項目に追加
 - 10分以上の指導・意思決定支援については、実施すべき内容等定義を明確にした上でA項目に追加

＜削除項目と追加項目の組み合わせのシミュレーション＞
 パターン2:「時間尿測定」「血圧測定」「創傷処置」「呼吸ケア」の削除と
 追加項目の全てを反映した場合①

A モニタリング及び処置等	
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	○
計画に基づいた10分以上の指導	○
計画に基づいた10分以上の意思決定支援	○
9 専門的な治療・処置1	○
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	○
抗悪性腫瘍剤の内服	○
麻薬の内服・貼付	○
抗血栓塞栓薬の持続点滴	○
B 患者の状況等	
1 寝返り	○
2 起き上がり	○
3 座位保持	○
4 移乗	○
5 口腔清潔	○
6 食事摂取	○
7 衣服の着脱	○

基準該当者割合別の施設割合(%)



青字:削除項目案 赤字:追加項目案

【集計について】7対1入院基本料を算定する医療機関の「基準該当者割合」別に医療機関の分布を集計

中医協総会（11月27日）

- 「計画に基づいた10分以上の指導・意思決定支援」を除くと・・・
- 「重症度・看護必要度の高い患者割合15%以上」の要件を満たせる病院は？
 - 全体の56.5%（25.9ポイント減）
 - 3カ月を超えず1割以内に変動の範囲内にある病院（点数算定が認められる）を含めると70.6%（16.5ポイント減）

その他指標

- 7対1入院基本料を算定している医療機関の診療実態を明らかにし、継続的に調査分析を行うためにDPCデータの提出を要件とすること
- 在宅復帰率75%
 - 退院支援の取り組みの評価としての在宅復帰率（自宅、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、在宅復帰機能強化加算を届けている療養病床への退院）
- 早期リハ
 - 急性期病棟におけるADL低下や関節拘縮等の予防のための早期リハによる介入ができる体制を評価する指標

高度急性期・急性期



在宅復帰の流れ(イメージ)

(改) 中医協 総-3
25.3.13

亜急性期・回復期等



在宅復帰率
回復期リハ病棟1: 7割以上
回復期リハ病棟2: 6割以上
亜急性期: 6割以上

7対1病棟
在宅復帰率75%

地域包括ケア病棟
在宅復帰率70%

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭



診療所等



外来・訪問サービス等

老健



長期療養



在宅復帰機能強化加算
在宅復帰率50%

【参考】在宅復帰率(介護保険)
在宅復帰支援型の老健 > 5割
上記以外※ > 3割
※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

全ての施設で在宅復帰率が導入
「全ての道は在宅へ通ず」

亜急性期入院医療

亜急性期入院医療が大きく見直しされる

亜急性期入院医療

- 亜急性期病床の役割・機能
 - ①急性期病床からの患者受け入れ
 - 重症度・看護必要度
 - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
 - 二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出
 - ③在宅への復帰支援
 - 在宅復帰率
- データ提出
 - 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するDPCデータの提出

地域包括ケアを支援する病棟の評価

▶ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められる。

(新)	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1	2,558点	(60日まで)
	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2	2,058点	(60日まで)
	看護職員配置加算	150点	
	看護補助者配置加算	150点	
	救急・在宅等支援病床初期加算	150点	(14日まで)

[施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることはいできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

亜急性期病棟は
「地域包括ケア病棟」
リハは包括化された

パート4

これまでのチーム医療と 臨床検査を振り返る



病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

(2010年改定) ①総合入院体制加算

②医師事務作業補助体制加算

③ハイリスク分娩管理加算

④急性期看護補助体制加算

⑤**栄養サポートチーム加算**

⑥呼吸ケアチーム加算

⑦小児入院医療管理料 1 及び 2

⑧救命救急入院料 注 3 に掲げる加算を算定する場合

⑨**感染防止対策加算**

(2012年改定)

⑩(新) 小児特定集中治療室管理料

⑪(新) 精神科リエゾンチーム加算

⑫(新) 病棟薬剤業務実施加算

⑬(新) 院内トリアージ実施料

⑭(新) 移植後患者指導管理料

⑮(新) 糖尿病透析予防指導管理料

⑯(改) 感染防止対策加算

H24.1.27 中医協
総会

2014年診療報酬改定とチーム医療

- 急性期病棟に入院している患者について、ADLの低下が一部にみられることから、病棟におけるリハビリテーションスタッフの配置等についての評価を新設する。
- 長期入院後や入退院を繰り返す病状が不安定な患者の地域移行を推進する観点から、24時間体制の多職種チームによる在宅医療について評価を新設する。
- 在宅における褥瘡対策を推進するため、多職種から構成される褥瘡対策チームによる褥瘡患者へのケアについて評価を行う

2010年診療報酬改定と 臨床検査



検体検査評価の充実について

- 基本的な考え方
 - 各種検体検査は診断や治療に必須のものであり、良質かつ適切な医療を提供するために、その質の確保及び迅速化は重要な課題である。このため、検体検査の質の確保や迅速化について重点的な評価を行う。
- 具体的な内容
 - 特定機能病院等の大規模病院においては、高度な医療の提供を求められている。こうした検査の質を確保する観点から、より充実した体制で検体検査を実施する場合の評価を新設する。

検体検査管理加算(Ⅳ) 500点

- 算定要件

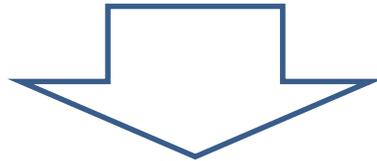
- 入院中の患者に対して、1人につき月1回算定する

- 施設基準

- ①院内検査を行っている病院又は診療所であること
 - ②当該保健医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師が配置されていること
 - ③当該保健医療機関内に常勤の臨床検査委技師が10名以上配置されていること
 - ④当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること

外来迅速検体検査管理加算の 引き上げ

- 外来迅速検体検査管理加算
– 5点／件（最大5件まで）



- 改定
– 10点／件（最大5件まで）

感染防止対策加算(入院初日) 100点 (2010年改定)

- 算定要件

- ①医療安全対策加算①の届け出を行っている医療機関において、感染防止対策について更なる取り組みを行っている場合に算定する。
- ②感染症対策に3年以上の経験を有する常勤医師、感染管理に係る6か月以上の研修を修了した看護師のうち専従1名、専任1名以上が配置されていること
- ③3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師、臨床検査技師が配置されていること
- ④感染防止対策部門の設置、感染対策チームが広域抗生剤等(カルバペネム、バンコマイシン等)の使用を管理していること

2012年診療報酬改定

- 感染防止対策加算
 - 感染防止対策加算1 (400点)
 - 感染防止対策加算2 (100点)
- 感染防止対策地域連携加算 (100点)

中小規模の医療機関における院内感染対策の体制および医療機関間連携(概要)



中小規模の医療機関
(目安として300床未満)

院内感染対策委員会



病床規模の大きい医療機関
におけるような感染制御チーム
による病棟ラウンドが困難

感染防止対策加算2
(100点)

支援

地域の専門家等に相談

年4回以上の
共同カンファレンスで
感染防止対策加算2
(100点)

医療機関
(目安として300床以上)

ICTを有する300床
以上病院

相互チェックで
感染防止対策
地域連携加算
(100点)

感染制御
チーム

日常的な相互の
協力関係を築く

感染制御
チーム

感染制御
チーム

感染制御
チーム

地域における
ネットワークを支援



保健所
地方自治体

感染防止対策加算1
(400点)

医療機関間ネットワーク

感染防止対策加算と アウトブレイク対策

地域で取り組む感染防止対策

とくに感染アウトブレイク対応が期待されている

大学病院におけるアウトブレイク事例

年度	大学	事例
2004年	秋田大学	心臓血管外科におけるMRSA及びVREアウトブレイク
2004年	新潟大学	耳鼻咽喉科・産婦人科でのセパシア・セラチア集団発生
2004年	大阪大学	心臓血管外科・小児外科術後患者での多剤耐性緑膿菌アウトブレイク
2004年	京都大学	血液内科における多剤耐性緑膿菌感染アウトブレイク
2005年	鳥取大学	VRE院内感染事例
2005年	金沢大学	術後輸血後HBs抗原陽転事例
2005年	長崎大学	多剤耐性緑膿菌感染症複数発生事例
2006年	高知大学	多剤耐性緑膿菌の院内感染事例
2006年	自治医科大学	<i>Bacillus cereus</i> 血流感染症アウトブレイク
2006年	神戸大学	心臓血管外科におけるMRSAアウトブレイク
2007年	大阪大学	気管支鏡を介した多剤耐性緑膿菌アウトブレイク
2008年	札幌医科大	高度救命救急センターにおける多剤耐性緑膿菌感染多発事例
2008年	山梨大学	多剤耐性緑膿菌多発検出事例
2009年	岐阜大学	心臓血管外科手術後縦隔炎多発事例
2009年	山口大学	心臓外科における術後縦隔洞炎多発事例
2010年	藤田保健衛生大学	多剤耐性 <i>Acinetobacter baumannii</i> 複数検出事例

アウトブレイク時の対応 (多剤耐性菌を想定)



院内感染によるアウトブレイクが疑われる場合
(多剤耐性菌一例目の発見から4週間以内に計3例以上の
感染症例の発病症例等)

医療機関内の対応: 院内感染対策委員会、感染制御チーム

支援 ↔ 地域の専門家に相談



医療機関間ネットワーク

新たな感染症の発病症例を認める

地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家に
感染拡大防止に向けた支援を依頼

報告

指導・助言



保健所

同一医療機関内で同一菌種による感染症の
発病症例が多数にのぼる場合 (目安として10名以上)

保健所に報告

栄養サポートチーム加算 (週1回200点)2010年改定

- 栄養サポートチーム加算の対象患者
 - 7対1または10対1入院基本料の届出病棟に入院
 - 栄養管理実施加算が算定されている栄養障害を有する患者など
 - 算定は週1回に限る。
- 算定要件
 - [1]週1回以上の栄養カンファレンスと回診
 - [2]栄養治療計画に基づくチームによる診療
 - [3]1日当たり算定患者数は1チームにつき概ね30人以内
- 専任チーム
 - 栄養管理に関する所定の研修を修了した常勤の医師、看護師、薬剤師、管理栄養士による編成を必須条件とする。
 - 歯科医師や臨床検査技師らの参加については、望ましい規定とする

NSTの主な活動と役割

管理栄養士



理学・作業療法士
言語聴覚士



嚥下状態や食事形態の相談

歯科医、衛生士



口腔内の状態やケアの相談

薬剤師



薬と食事の相互作用や投与方法

医師



複雑な病態や
治療方法の相談

看護師



摂食状況や患者情報

臨床検査技師



食事と臨床検査値との関係

- ・栄養状態の評価
- ・栄養管理が必要か判定
- ・適切な栄養療法の提言
- ・栄養管理のチェック
- ・栄養療法の効果判定
- ・栄養管理上の問題に答える
- ・新しい知識・技術の紹介・啓蒙
- ・在宅医療など地域医療との連携

栄養アセスメント蛋白

- レチノール結合蛋白 (RBP)
 - 半減期 0.5日
- プレアルブミン・トランスサイレチン (TTR)
 - 半減期 2日
- トランスフェリン (Tf)
 - 半減期 7日
- アルブミン (Alb)
 - 半減期 21日

糖尿病透析予防管理指導料 2012年改定



血液透析

糖尿病透析予防指導の評価

- 透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行い、糖尿病患者の透析移行の予防を図る。

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)

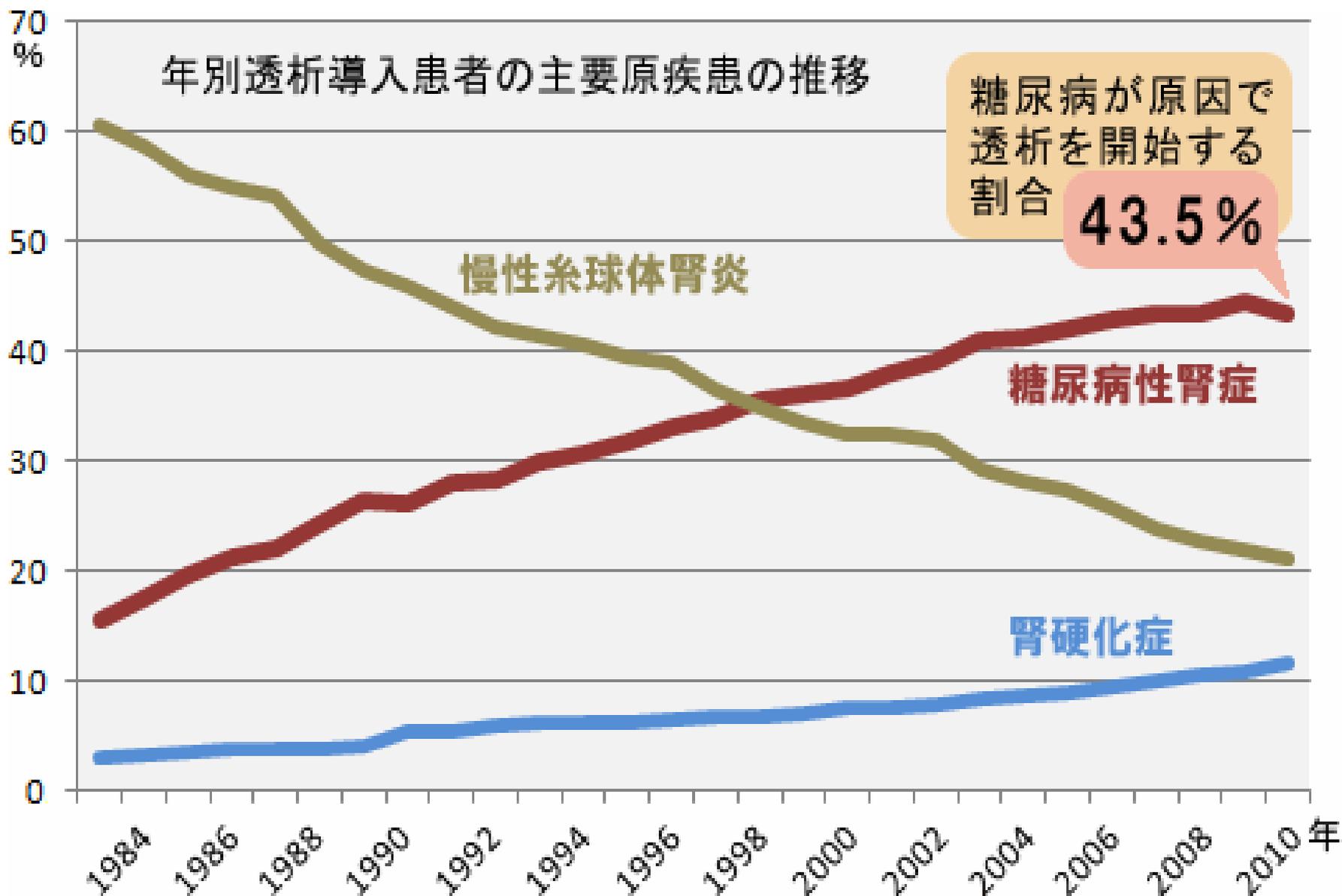
[算定要件]

1. ヘモグロビンA1c(HbA1c)が6.1%(JDS 値)以上、6.5%(国際標準値)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、**糖尿病性腎症第2期以上の患者**(透析療法を行っている者を除く)に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。
2. 透析予防診療チームが、「1」の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて実施した場合に算定する。

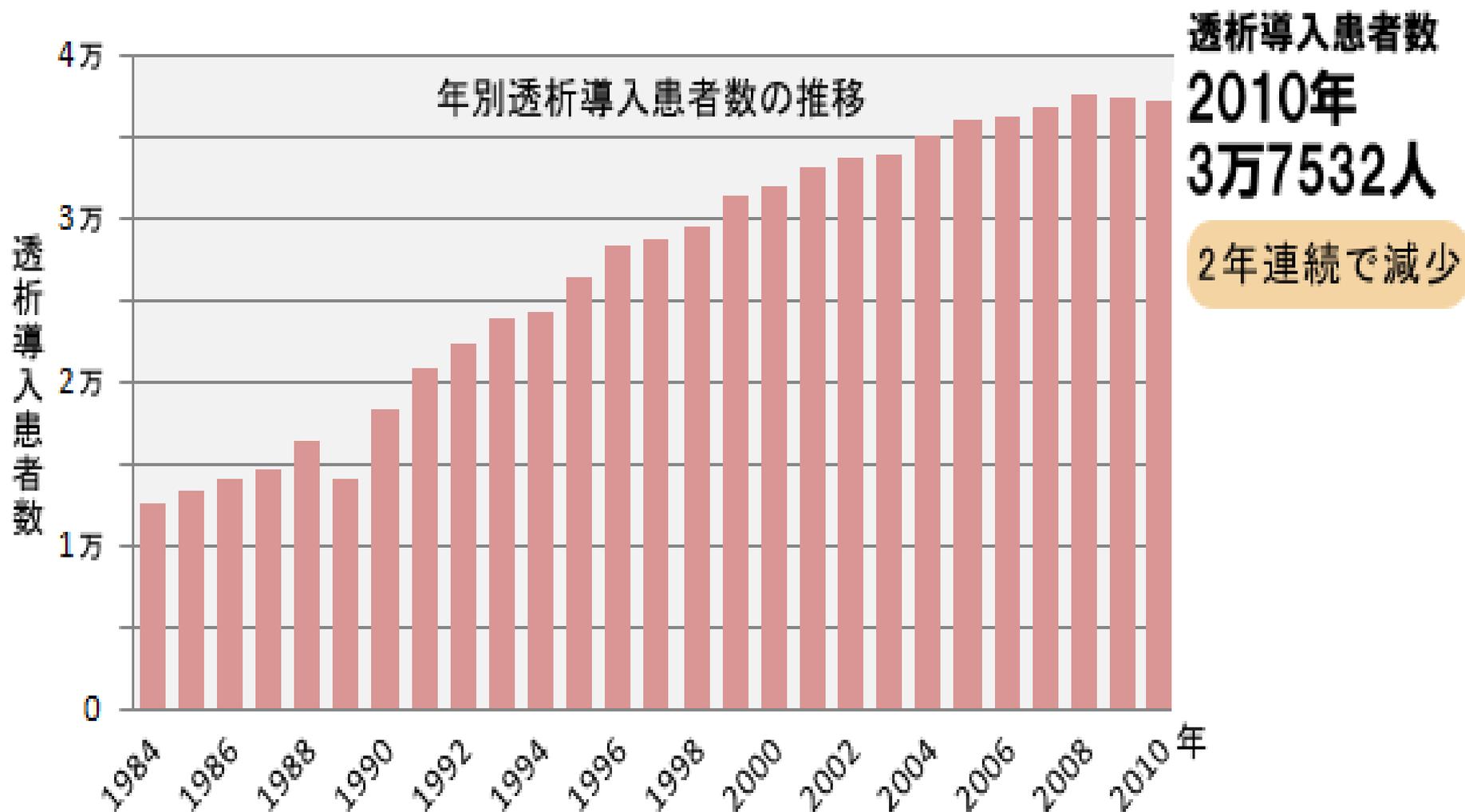
[施設基準]

- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- ② 糖尿病教室を定期的実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。
- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。
- ④ 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。

糖尿病性腎症による透析導入



年別透析導入患者数推移



糖尿病症腎症

- 透析医療費 1兆円
 - 糖尿病性腎症による透析7万人
 - 毎年1万人増えている
 - 一人当たり年間550万円
- 糖尿病性腎症による累積透析患者数
 - 10万2788人(2010年末)
 - 糖尿病腎症による透析医療費は年間、およそ5600億円

透析予防診療チーム

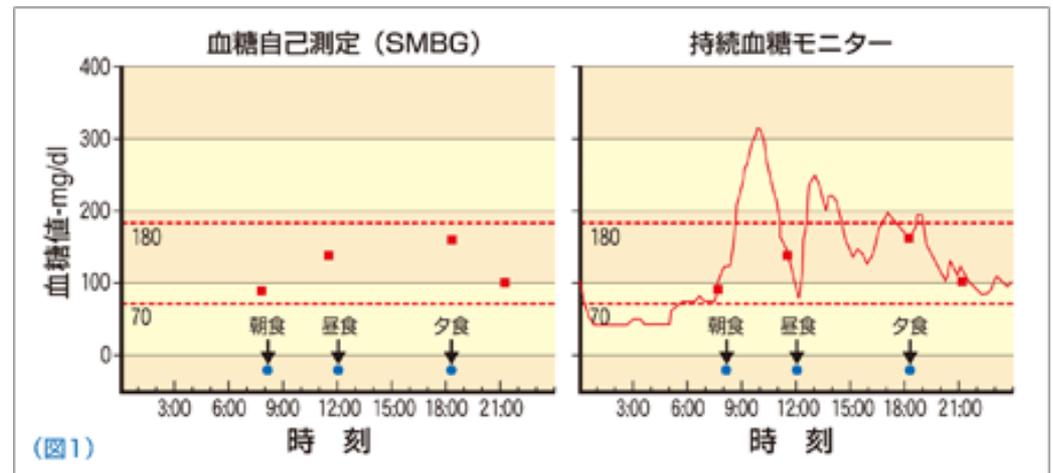
- 透析予防診療チームとその業務
 - 専任の医師、専任の看護師(又は保健師)、管理栄養士
 - 日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」に沿った個別指導等
 - 患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等
 - リスク評価と指導計画策定
 - 成果報告
 - HbA1cが改善または維持された患者の割合
 - 血中クレアチニン値またはeGFRが改善または維持された患者の割合
 - 血圧が改善または維持された患者の割合

持続血糖モニター（CGM） 2012年改定

- 腹部に電極を挿入して持続的に血糖値をモニターする



●(写真1) 持続血糖モニター機器



(図1)

皮下グルコース測定電極に係る 技術料の評価(2012年改定)

- D231-2 皮下連続式グルコース測定
 - 700点(一連につき)
- 算定要件
 - ①糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の専門医が2名以上配置されていること
 - ②持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

**医療情報化に関するタスクフォース
「どこでもMY病院」糖尿病記録に関する作業部会
報告書付属資料**

平成24年5月

「どこでもMY病院」糖尿病記録に関する作業部会の設置について

作業部会で検討、その検討結果を踏まえて他の疾病や今後の展開について検討することとした。

IT戦略本部

企画委員会(副大臣級会合)

IT政策担当大臣、国家戦略室及び関係府省の副大臣又は政務官

幹事会

IT政策担当大臣、国家戦略室・内閣府・総務省・経済産業省の副大臣又は政務官

CIO連絡会議

情報通信技術
利活用のための規
制・制度改革に関
する
専門調査会

電子行政に関する
タスクフォース

医療情報化に関する
タスクフォース

ITSに関する
タスクフォース

作業指示

「どこでもMY病院」
糖尿病記録に関する作
業部会

二次医療圏レベルを超
えた地域連携に
おける標準的な
アーキテクチャ
作業部会

レセプト情報等の
活用
作業部会

「どこでもMY病院」糖尿病記録の位置付け

「どこでもMY病院」糖尿病記録は、個人が自らの医療・健康情報を医療機関等から受け取り、自己管理に活用し、また、医療機関等に提示することで、糖尿病及び糖尿病合併症の発症、進展の阻止に役立たせるものである。具体的に扱う情報としては、食事量や運動量、日常の血圧等の「自らが登録する情報」や臨床検査データ等の「医療機関から提供される情報」、健診結果等の「健診センター等から提供される情報」が挙げられる。個人がこれらの情報を受け取ることで、個人が自らの健康状態を把握することや医師に診療の参考となる情報として提示することで糖尿病の疾病管理に活用することが可能となる。



「どこでもMY病院」糖尿病記録データセット

①各セット共通の「共通基本情報」

項番	データ項目名
1~3	氏名、性別、生年月日

※患者、個人に関する基本情報

②医療機関等より提供される「臨床データ」

項番	データ項目名
実施情報	検査日、受診した医療機関
①	身長
②	体重(検査時)
③	診断年齢(年代別:10歳未満、10歳代、20歳代、と10歳ごとに選択)
④	血糖
⑤	HbA1c
⑥	血圧(収縮期/拡張期)
⑦	血清クレアチニン
⑧	尿蛋白(一、±~+、++以上)
9	尿中アルブミン
⑩	LDLコレステロール
11	HDLコレステロール
12	中性脂肪

項番	データ項目名
⑬	ALT
14	AST
⑮	網膜症(あり、なし、不明)
16	神経障害(あり、なし、不明)
17	歯科受診(あり、なし、不明) ※1年以内の定期的
⑯	喫煙(あり、なし、過去にあり)

※「臨床データ」は日本糖尿病学会及び日本医療情報学会の合同委員会決定された「ミニマム項目(※番号に丸を記載)」及び「どこでもMY病院」糖尿病記録作業部会にて「境界型～糖尿病発症～合併症の発症時」の個人・患者が自ら疾病管理をする際に必要とされた項目から構成される。

③医療機関より提供される「追加データ/コメント」

※患者の病態や病期などの目的別に追加できる拡張性を確保

④健診センター等から提供される「健診データ」

項番	データ項目名
実施情報	検査日、検査施設
1~14	身長、体重、腹囲、BMI(身長・体重から算出)、 血圧 尿糖、尿蛋白 中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステ ロール 空腹時血糖 and/or HbA1c AST、ALT、γ-GTP

※データセットは標準化されているものを使用

⑤患者が自ら登録する「自己管理データ」

例) 体重、血圧、運動量、食事量(カロリー)等
実施情報として測定日時

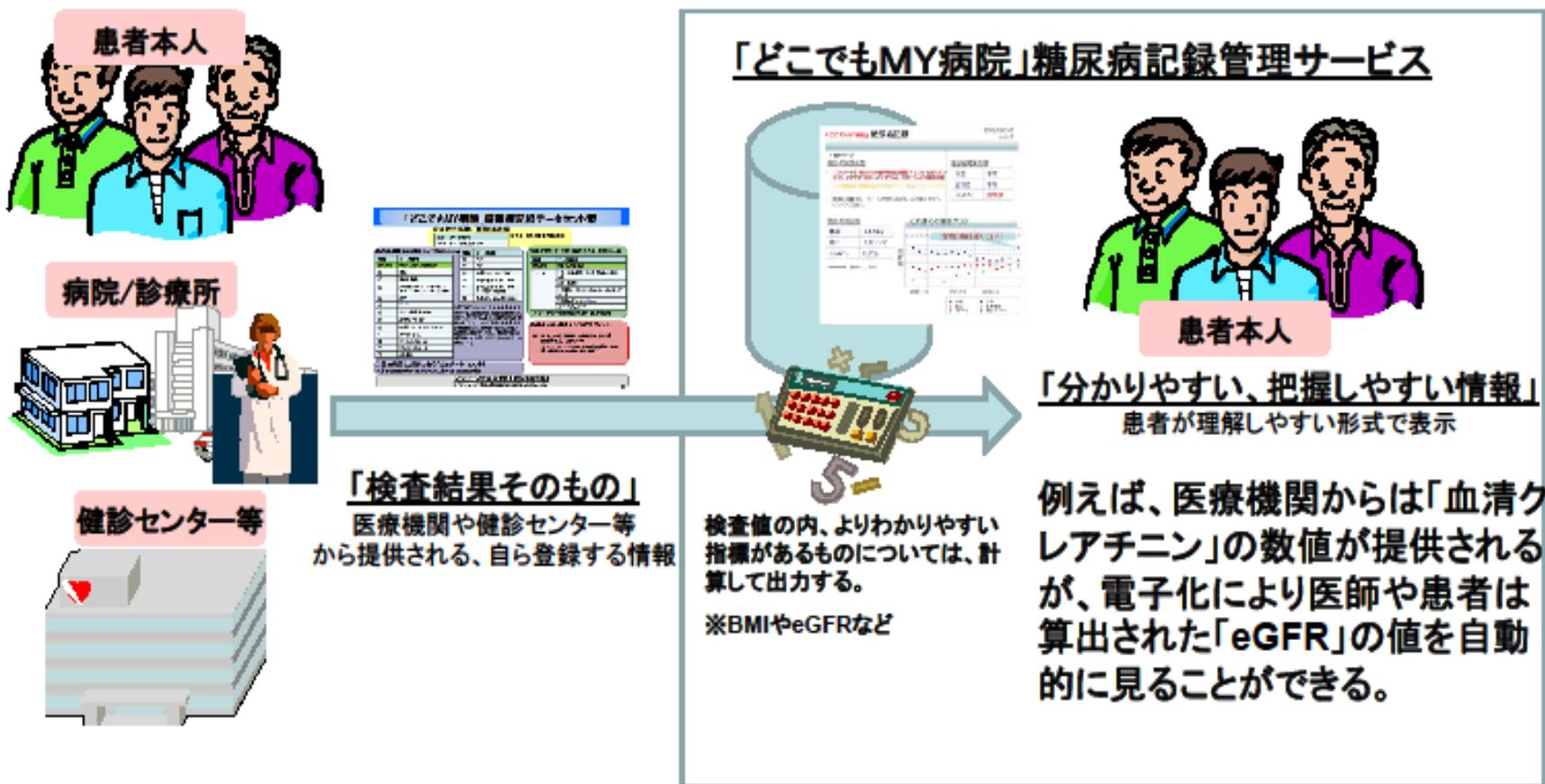
※データセットは必要に応じて「血糖自己測定
値」等が追加できる拡張性を備える

「どこでもMY病院」電子版「お薬手帳」

※「どこでもMY病院」糖尿病記録と併用して利用される。

電子的な管理の特徴「把握しやすい表示内容へ変更」

検査結果から推算値を自動的に算出し、BMIやeGFRなど理解しやすく表示することで患者や医師が病状等を容易に把握することができる。

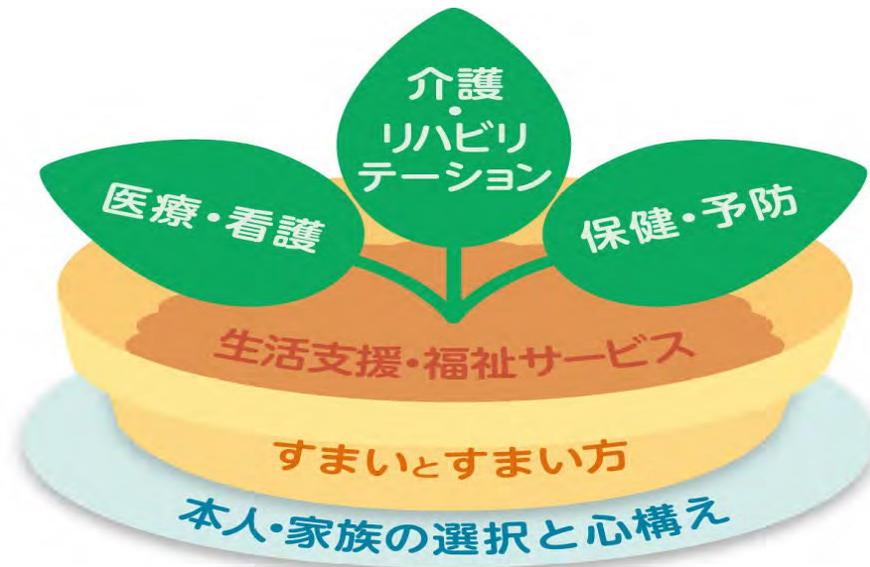


臨床検査技師の役割が 地域へと広がる！

病院内における臨床検査技師の役割見直しとともに、地域に広がる役割についても考えよう！

パート5

地域包括ケアシステムと 臨床検査



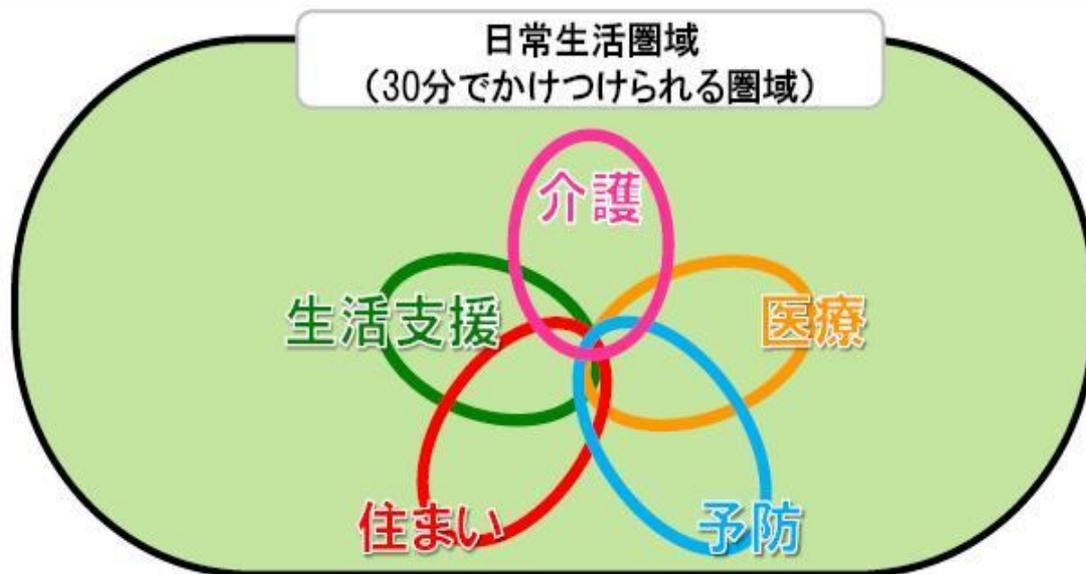
地域包括ケアシステムとは

介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム

地域包括ケアシステムとは

- 人口1万人の中学校区単位の地域で構築する「住まい」を中心とした医療・介護、介護予・生活支援の包括システムのこと
 - 住まいとは、自宅はもちろんのこと、サービス付き高齢者住宅や有料老人ホーム、既存の特養、老健などのような施設系居宅も含まれる
- 地域包括ケアシステムのキーワード
 - 多職種・多施設連携
 - 24時間365日サービス

地域包括ケアシステムについて



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

②介護サービスの充実強化

・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)

・24時間対応の在宅サービスの強化

③予防の推進

・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

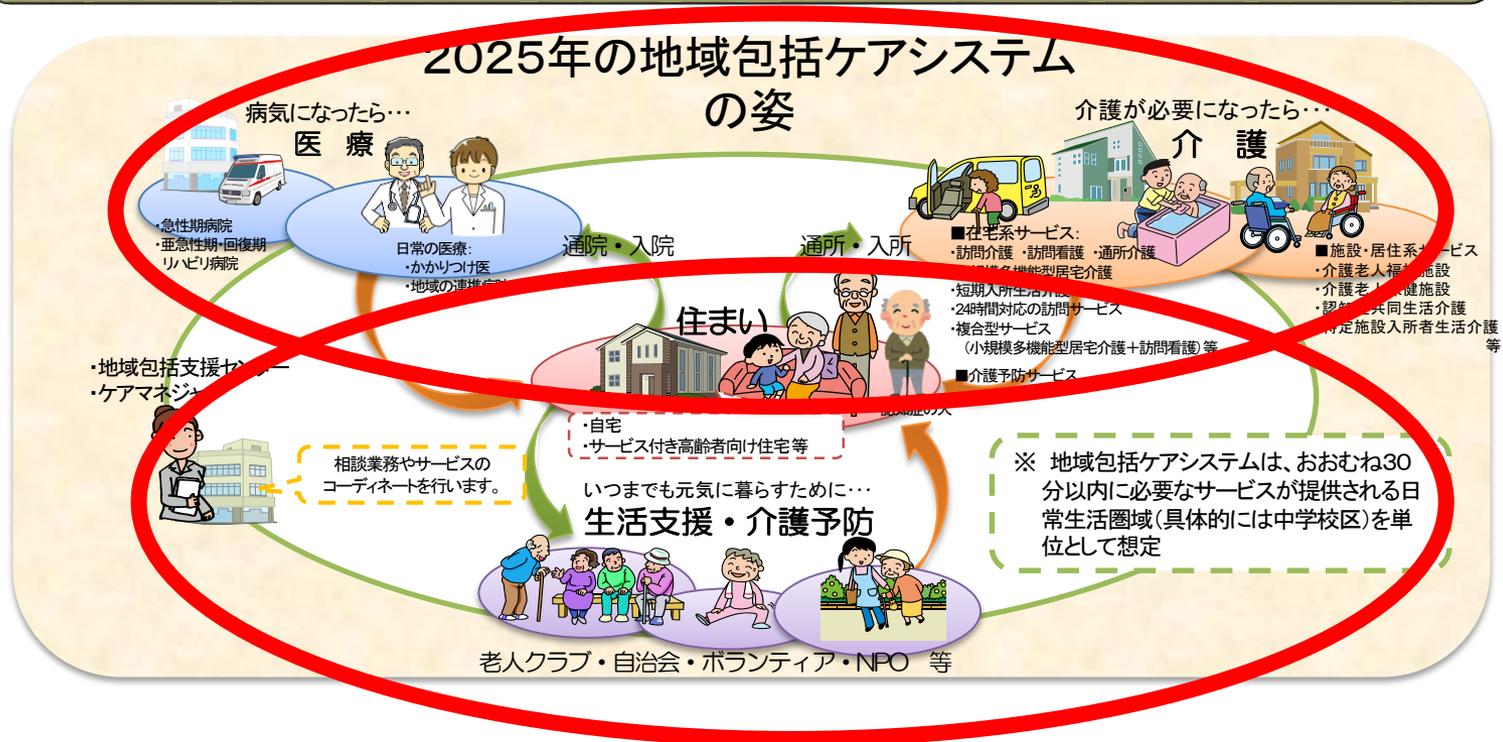
・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進。

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、持ち家のバリアフリー化の推進

平成25年 地域包括ケアシステム

- **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実現**により、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になります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。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**を生じています。
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と POCT(ポイント・オブ・ケア・テストイング)

POCTの定義

- 「POCTとは被検者の傍らで行われる検査、あるいは被検者自らが行う検査であり、検査時間の短縮および、その場での検査という利点を有する検査である。そして迅速かつ適切な診療・看護、疾病の予防、健康管理など医療の質、QOLおよび満足度の向上に資するための検査である」
- 臨床現場即時検査
 - 日本臨床検査自動化学会「POCTガイドライン」

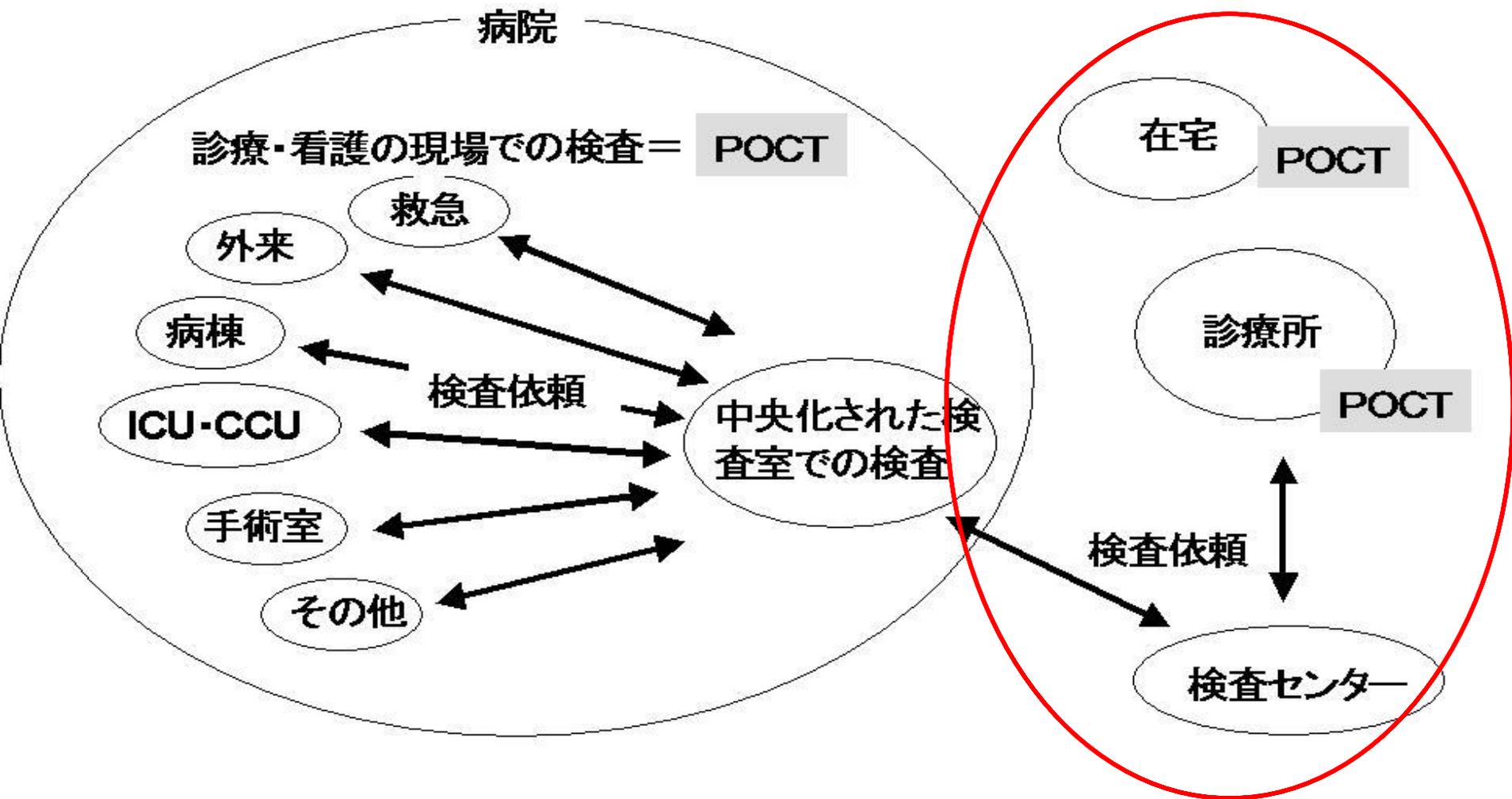


図 1. POCT の位置づけ

臨床検査は、中央化された検査室や検査センターで行われる大規模な検査と診療・看護の現場で行われる小規模なPOCTがある。

表1. POCT対象の疾患・病態と検査項目（検体検査）

疾患・病態	目的	検査項目
糖尿病	治療モニター	血糖, HbA1c, 尿中アルブミン(腎症)
急性心筋梗塞	診断、治療モニター	トロポニン, 脂肪酸結合蛋白 ミオグロビン, CK-MB
心不全	診断、病勢把握	脳性ナトリウム利尿ペプチド 心房性ナトリウム利尿ペプチド
妊娠	診断	ヒト絨毛ゴナドトロピン(尿)
悪性腫瘍	治療モニター 抗癌剤副作用モニター	各種腫瘍マーカー 血球算定(CBC)
内分泌疾患	治療モニター 腫瘍摘出術時モニター	甲状腺ホルモン、性ホルモンなど インスリン、副甲状腺ホルモンなど
てんかん	治療モニター	各種抗てんかん薬血中濃度
気管支喘息	治療モニター	血中テオフィリン濃度
不整脈、心不全	治療モニター	血中ジギタリス濃度
感染症	診断	インフルエンザ, ロタウイルス, アデノウイルス 肺炎球菌, レジオネラ菌、髄膜炎菌など
炎症	診断、治療モニター	CBC, C反応性蛋白
肝疾患	治療モニター	AST, ALTなど
腎疾患	治療モニター	尿検査、尿素窒素、クレアチニン
心臓弁置換術後、血栓症	治療モニター	プロトロンビン時間
心臓手術時、腎透析中	抗凝固剤の効果、副作用	全血凝固時間

在宅医療における
POCT(ポイント・オブ・ケア・テストイング)
の現状と有用性の検討

神戸常盤大学保健科学部看護学科
畑吉節末先生

訪問看護ステーションへの アンケート調査

- アンケート調査は2010年に全国の訪問看護ステーションを対象に行われた
- 訪問看護の現場からは「POCTがあればこんなことが防げた」という声が、以下のように多数寄せられた。

アンケートから

- 「遷延性意識障害の患者さんで、胃ろうの患者さんが、水分・栄養管理がされているのににもかかわらず、痩せや脱水症状で日に日に状態が悪くなってきた。結局、救急搬送された病院で高血糖であることが分かった」
- 「お年寄りで熱はなく風邪症状だけの方が翌日、救急搬送された先で重症肺炎が見つかって5日後に亡くなってしまった。検査をしていれば無症候性肺炎を見抜くことができたのでは？」

アンケートから

- 「食欲低下のみで本人の自覚症状もなかったが、結果的に入院して調べたらCRPが20もあった」
- 「状態から脱水や電解質異常を疑ったが、客観的な検査データがあればもっと適切な処置ができたと思う」
- 「高Na血症、低Na血症や脱水などが早期に分かれれば食事や水分対応で入院しなくても済んだと思う」

アンケートから

- 「じょく瘡の悪化でアルブミン値など栄養評価をしたかったが、主治医から指示を出してもらえなかった」
- 「休日・夜間の主治医との連絡がとれず、緊急時の検査がその場でできれば治療開始も早まったのではと思った」
- 「水中毒で緊急入院した例があった。POCTをしていればもっと早く発見できて入院に至らなくても済んだと思えた」

アンケートから

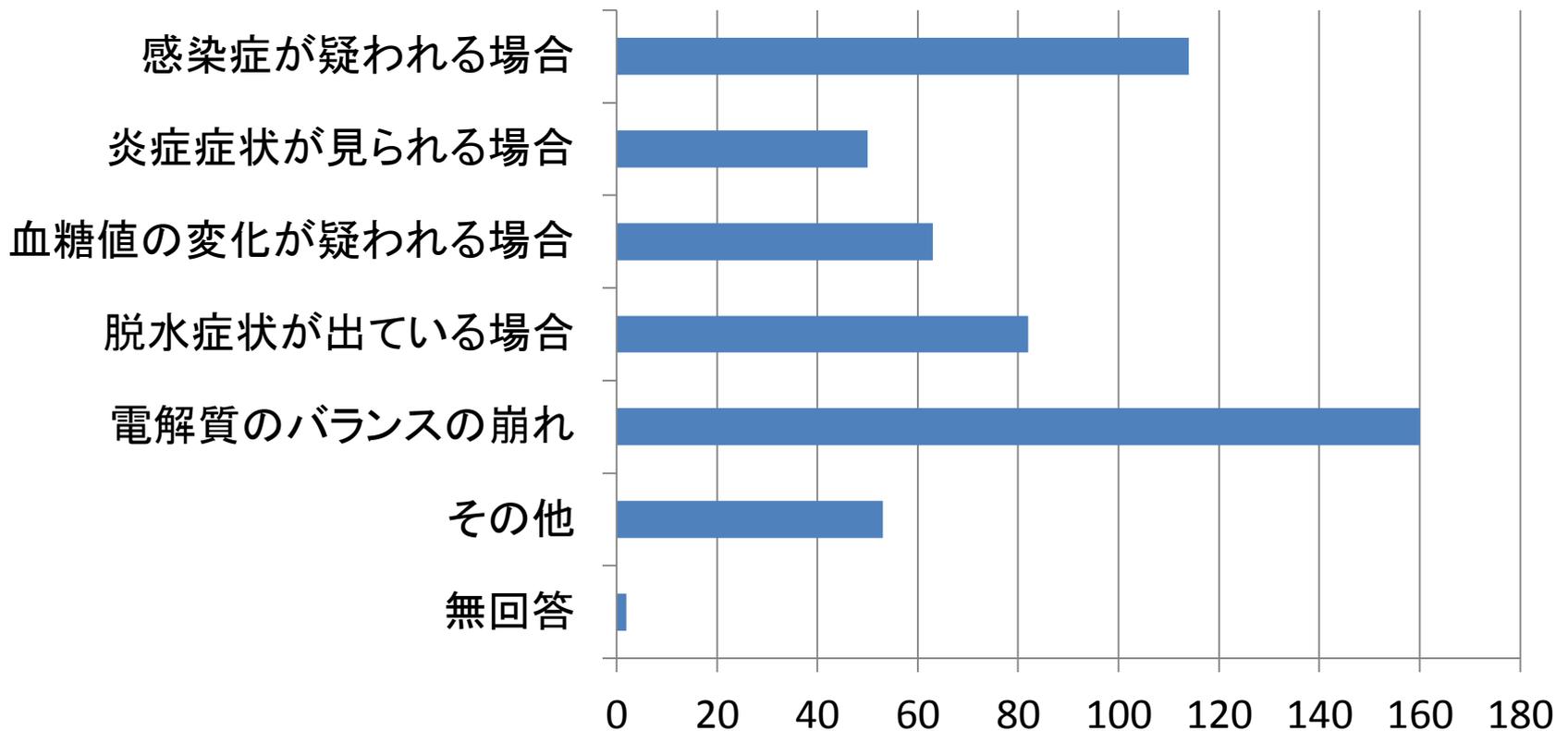
- 「病院から『とにかく連れて来て・・・』と言われて検査目的で受診し、『この値なら在宅で様子を見る』と言われて、大変な思いをして病院まで連れていったのにも思った。在宅で検査ができれば患者さんにも負担がなかったのにも思った」
- 「在宅酸素療法の方で、貧血のため酸素飽和度があてにならなかった。その場で血液ガスが取れたらと思った」

アンケートのまとめ

- 訪問看護ステーション利用者で検査を必要とする利用者の割合は67%にも達する
- 検査が実際に必要になる場面としては、電解質インバランス、感染症、脱水、血糖値異常、炎症症状の順に多い
- 実際に実施している検査項目としては血糖、CRP、血算、感染症、凝固、収容マーカー、投与薬剤のモニタリング、心筋マーカーの順に多い
- 検査の実施頻度は不定期が最も多いが、それをのぞけば月に1回程度、週に1回程度である
- 検査場所は利用者の自宅、つぎに主治医の病院、診療所の順であった。

検査の実際の場合

回答数



畑吉節末「在宅医療におけるポイント・オブ・ケア・テストの現状と有用性の検討」
2011年より

地域包括ケアシステムにおける POCTの活用へ向けて

- 在宅に係わる医師ばかりでなく多職種がPOCTを活用する道を切り開くこと
- まず訪問看護師とPOCTの関係については、かかりつけ医の指示待ちではなく、かかりつけ医と看護師との間で事前に包括的に定められたプロトコールの範囲の中で、看護師もPOCTを自ら活用する道を切り拓くことが必要

看護師とPOCT

- 地域医療介護総合推進法では看護師の「特定行為」とその研修が法制化された
- 特定行為には看護師による臨床検査や画像診断のオーダーとそのアセスメントの項目もあって、在宅におけるPOCTの訪問看護師による活用の道が期待されている。

診療の補助における特定行為(案)

※本資料において、「歯科医行為」の場合は「医師」を「歯科医師」と読み替えるものとする。

アセスメントと
検査オーダー

＜特定行為とは＞

- ・行為そのものに「技術的な難易度又は判断の難易度」があることに加えて、
- ・予め対象となる病態の変化に応じた行為の内容が明確に示された、特定行為に係るプロトコールに基づき、看護師が患者の病態の確認を行った上で実施することがある行為

行為番号	行為名 ※すべての特定行為は医師又は歯科医師の指示の下に行うものである。	行為の概要
2	直接動脈穿刺による採血	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無など)や検査結果(SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が、医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、経皮的に橈骨動脈、上腕動脈、大腿動脈等を穿刺し、動脈血を採取した後、針を抜き圧迫止血を行う。
57	気管カニューレの交換	医師の指示の下、プロトコールに基づき、気管カニューレの状態(カニューレ内の分泌物の貯留、内腔の狭窄の有無など)、身体所見(呼吸状態など)や検査結果(SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、留置している気管カニューレを交換する。
59	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節	医師の指示の下、プロトコールに基づき身体所見(呼吸音、一回換気量、胸郭の上がりなど)及び検査結果(SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)、レントゲン所見など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、適切な部位に位置するように、経口・経鼻気管挿管チューブの深さの調節を行う。
60	経口・経鼻気管挿管の実施	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無など)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し経口・経鼻気管挿管を実施する。
61	経口・経鼻気管挿管チューブの抜管	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無、意識レベルなど)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が、医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、気管チューブのカフの空気を抜いて、経口または経鼻より気道内に留置している気管挿管チューブを抜去する。抜管後に気道狭窄や呼吸状態が悪化した場合は、再挿管を実施する。
62	人工呼吸器モードの設定条件の変更	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(人工呼吸器との同調、一回換気量、意識レベルなど)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、酸素濃度や換気様式、呼吸回数、一回換気量等の人工呼吸器の設定条件を変更する(NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)を除く)。



薬剤師とPOCT

- 2014年3月の臨床検査技師等に関する法律に基づく告示の一部改正により薬局における患者の血糖自己測定も可能となった
- これにより薬局で患者が血糖自己測定できる道が切り開かれ、薬剤師の服薬指導にもPOCTが活用できるようになった
- これからの薬局薬剤師は検査値を患者と共有することで、より適切な服薬指導が可能となる

薬局で血糖値検査が可能に

- 厚労省は3月31日、臨床検査技師等に関する法律に基づく告示の一部を改正し、告示した
- 薬局などが衛生検査所の登録をしなくても、血糖自己測定等の検査が可能であることを明確にした。
- あらたに「受験者自らが採血（自己採血）したものに限り、診療の用に供さない生化学的検査を行う施設」を追加した
- 糖尿病の早期発見や、そのための受診を促すことを目的にしたもの



一般検査薬の拡大

- 政府の規制改革会議は市販されている一般検査薬の項目拡大を厚生労働省に提案している。
- 20年前、承認された項目は、妊娠検査薬・尿たんぱく・尿糖の3項目
- 医薬品の業界団体は、生活習慣病や肝機能検査など、49項目の検査薬を承認するよう要望している。
- 欧米などでは、がん、うつ、性病など多種の項目が一般販売されている



POCTは、今後、地域包括ケアシステムの
進展に従って、医師、看護師、薬剤師等へ
と業務拡大していこう

その中において臨床検査師の
役割は何だろうか？

POCTコーディネーター

- 臨床検査技師の役割は医師、看護師等の測定者への教育・指導、検査の有効活用の促進・監視、測定データの一元管理など、POCTコーディネーターとしての業務が必要では？
- とくに今後は訪問看護ステーション看護師や薬局薬剤師への働きかけが重要となるだろう
- 臨床検査技師の地域包括ケアシステムにおける新しい役割を見出そう！

2025年へのロードマップ

～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- 2013年4月発刊



これは
良く分
かる

日野原先生にもお読みいただいています。

まとめと提言

- ・2025年へむけて病床機能分化と地域連携がさらに進む
- ・医療介護一括法の最大の政策課題は
地域包括ケアシステムの構築
- ・チーム医療の中で、臨床検査技師の役割見直しと
業務拡大を行おう
- ・地域包括ケアシステムにおける臨床検査技師の役割、
とくにPOCTにおける役割を考えよう！

ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで
お友達募集中！

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp