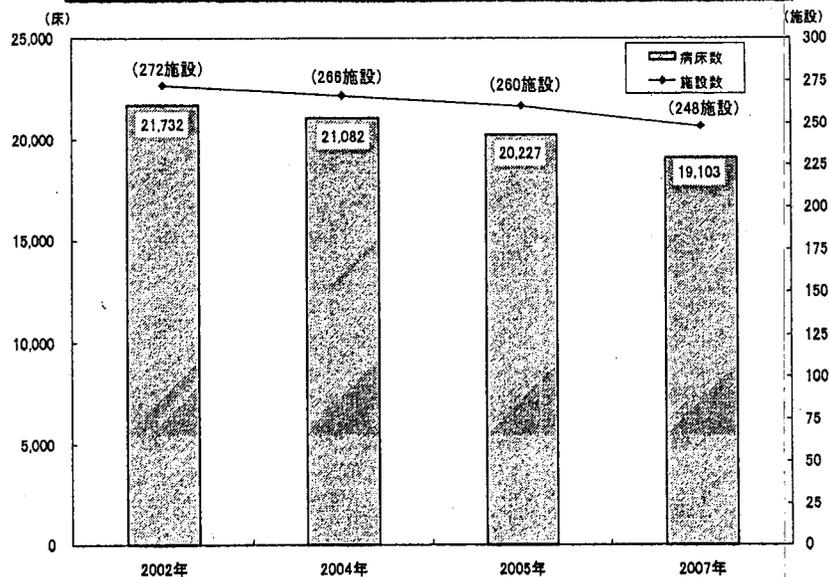


総合病院精神科病床の減少



2007年の病床数は2002年の92.1%に減少
2007年の施設数は2002年の91.2%に減少

(総合病院基礎調査などから算出)

日本総合病院精神医学会藤原修一郎先生提供データより作成

30

これまでの宿題事項について

周産期・救急③

宿題1 重症の患者がNICUから後方病床に移行する過程における診療報酬上の評価は現状どうなっているか。

(平成21年9月30日 坂本委員)

NICUから後方病床に至るまでの診療報酬上の評価

(1) 評価の概要

NICU病床からの退室者については、

- ① 通常の入院基本料及び幼児加算に加えて、看護配置等の条件が整った病床においては、新生児入院医療管理加算や超重症児加算により、
- ② 小児入院管理料を算定する病棟においては、幼児加算、検査や処置等の診療に係る費用が包括により評価されている(宿題資料1)。

(2) 診療報酬上の課題

NICU(新生児特定集中治療室管理料)については、一度NICUを退室すると再度入室しても新生児特定集中治療室管理料を算定することができない。

また、NICUの定員を一時的であっても超過して患児を受け入れた場合については、NICU入室児全員が新生児特定集中治療室管理料を算定できなくなる。

宿題2 NICU から地域への移行阻害要因の調査について平成 20 年度厚生労働科学研究報告書において「家族の受け入れ不良」が挙げられているが、具体的にはどのような記載があったのか。

(平成 21 年 9 月 30 日坂本委員)

平成 20 年度厚生労働科学研究の調査において、退院できない理由として挙げられた回答の具体的な記載は以下の通りであった(宿題資料 2)。

○ 家族の受け入れ不良

「家族が受け入れない」、「面会少なく受け入れ不良」等

○ 家庭環境

「核家族で母以外に面倒を見る人がいない」、「他に介護を要する人がいる」、「両親の健康状態に問題がある」等

○ 地域のサポート体制

「自施設で在宅人工換気患者のフォローを行っていない」、「緊急時の対応ができない」等。

宿題3 ハイリスク分娩管理加算の効果について、検証部会の調査結果を用いて何か分析できないか。

(平成 21 年 9 月 30 日遠藤委員長)

平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査において、病院勤務医の負担軽減策の取組み状況等の把握、負担軽減と処遇改善等に関する調査・検証を行った。ただし、調査結果はハイリスク分娩管理加算の効果を確認に表すものではなく、勤務負担軽減を検証したものである。

自由記載欄に記載された具体的な意見を紹介すると、多胎妊娠等へ対象疾患を拡大すべきとの意見や、病院の収入が増えても産科医の処遇改善にはつながっていないとの意見等があった。

診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成 20 年調査)

「病院勤務医の負担軽減の実態調査」

<自由記載例>

○ 外来診療に係るあなたの業務負担が軽減した理由(ハイリスク分娩管理加算に限らない)

- ・ 外来担当日の減少
- ・ 診療体制の効率化 等

○ 診療科において実施した経済面での処遇改善内容(産科関連)

- ・ ハイリスク妊娠、分娩点数を主治医に全額配分している。
- ・ 時間外の分娩手当、夜間緊急手術時の応援者への補助料金が創設された。
- ・ 救急母胎搬送受入の際、初診療医 1 名に 1 回約 10000 円の手当が付いた。等

○ ハイリスク分娩管理加算についての課題・問題点等

- ・ 適応対象の拡大を要望(既往帝王切開後経膈分娩、双胎妊娠、胎盤機能不全、子宮内胎児発育不全など)
- ・ ハイリスク分娩管理加算の対象患者であるが、自然分娩時には保険請求ができない。
- ・ 病院の増収にはなるが、当事者の産科医の処遇改善には繋がっていない。等

宿題4 救急医療に関係する現在の診療報酬上の評価と算定状況（例えばハイケアユニット等について）を教えてください。

（平成21年9月30日対馬委員）

救急医療に関しては、救命救急入院料をはじめとする特定入院料による評価、救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算等の入院基本料等加算による評価がされている。

それ以外の評価については、ハイケアユニットの届出が平成20年では68医療機関、776床となっている。

また、広範囲熱傷特定集中治療室については、25医療機関で52床の届出となっている。ただし、専用の広範囲熱傷特定集中治療室を設ける施設基準が算定を困難にしているとの指摘もある（宿題資料3）。

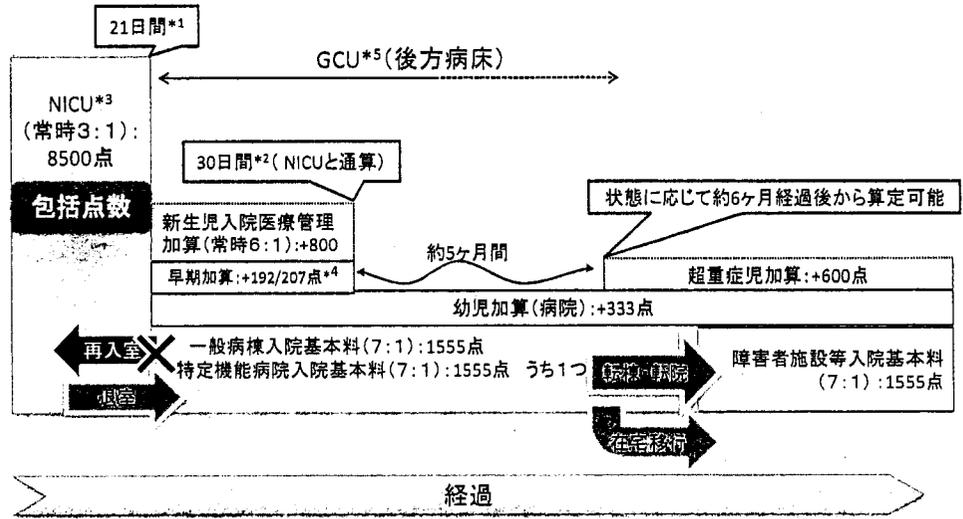
宿題5 救急の受け入れ困難事例の詳細調査結果について教えてください。

（平成21年9月30日坂本委員）

救急患者搬送において受入に至らなかった理由のうち、「ベッド満床」について平成20年6月に医政局指導課が行ったサンプル調査によると、「ベッド満床」には物理的に満床である場合や、物理的に空床があってもその患者にふさわしい病床が空いていない場合、人員不足等の要因が含まれていることが示唆された。

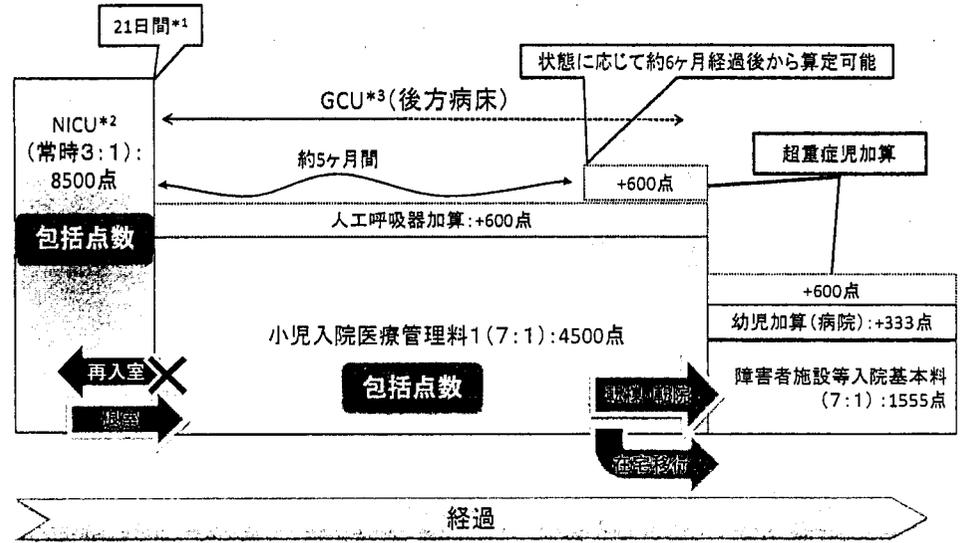
しかしながら、この調査の基になった「救急搬送における医療機関の受入状況等調査」において、受入に至らなかった理由については、医療機関との電話でのやりとりの中で聞き取った内容を消防側の判断で理由を分類したものであり、この詳細調査の結果を踏まえても、「受け入れ困難事例」の詳細についてははっきりとした原因を明らかにするには至っていない（宿題資料4）。

NICU入院後の診療報酬点数の推移 ＜小児入院医療管理料を算定しない場合＞



入院料の後の()内は診療報酬上の看護配置を記載
 *1 体重により最大90日まで *2 体重により最大120日まで *3 1回の入院中にNICUへの再入院はできない
 *4 入院から15日以上30日以内において一般入院基本料は192点、特定機能病院入院基本料は207点の加算がつかう
 *5 周産期整備指針において看護配置は常時8対1

NICU入院後の診療報酬点数の推移 ＜小児入院医療管理料を算定する場合(1を算定)＞

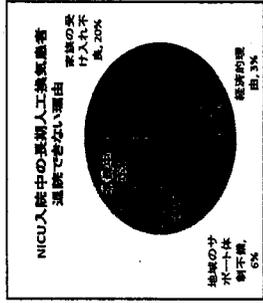


入院料の後の()内は診療報酬上の看護配置を記載
 *1 体重により最大90日まで *2 1回の入院中にNICUへの再入院はできない *3 周産期整備指針において看護配置は常時8対1

宿題資料2

平成20年度厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)
 「中間施設としての小児救急・慢性呼吸器管理病室の在り方の検討」
 主任研究者 田村正徳より

前回提出資料: NICU から在宅への阻害要因



質問票から抜粋

1-17. 現在 NICU 入院中の患者で6ヶ月以上人工呼吸管理中の患者数

1-18. 1-17の患者のうち、在宅人工換気の適応のある患者数

1-19. 1-18の患者の診断名、年齢と在宅人工換気ができない理由を1症例ずつお書き下さい

診断名	年齢	在宅人工換気ができない理由
1 () () ()	() 歳	()
2 () () ()	() 歳	()
3 () () ()	() 歳	()
4 () () ()	() 歳	()
5 () () ()	() 歳	()

「家族の受け入れ不能」に分類された具体的な記載内容

家族が受け入れれない、受け入れが難しい、受け入れ体制、症候素性疾患に達した障害
 家族の受け入れで問題あり、面会少く受け入れ不良、家族での受け入れ不可
 受け入れ拒否、家族の受け入れが十分にできていない など

(参考)

「家庭環境」に分類された具体的な記載内容

探家族で母以外に面倒を見る人がいない、兄弟がいるため母親にばかり寄りかたれない
 母に介護を要する人がいる、自営業で母親も仕事をしている、両親の健康状態に問題がある、母子家庭、
 養育が自宅に帰ることについて、互かの家族の理解がない など

「地域のサポート体制不備」に分類された具体的な記載内容

自施設で在宅人工換気患者のフォローを行っている、緊急時の対応ができない
 レスバイトができない、訪問看護や往診を行えない、地域の訪問看護ステーションがない など

宿題資料4

救急搬送において受入に至らなかった理由について

宿題資料3

急性期療養における入院料、施設要件、層出数等

	点数	医師配置	看護配置	対象患者	層出医療機関数 (上段: 医療機関数/下段: 病床数)		
					平成19年	平成19年	平成20年
救命救急 1	~3日 8700点 4~7日 8775点 8~14日 7480点	専任医師 常時センター内	必要数	意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害、大手術後、救急発生後、その他外傷、破傷風等で重篤な状態	188 4772	197 5602	202 6453
救命救急 2	~3日 11200点 4~7日 10140点 8~14日 8890点	専任医師 常時室内	常時 2対1	第2次動脈30%以上の重症広範囲動脈患者	554 3750	589 3886	592 4307
特定集中治療室	~7日 8780点 8~14日 7390点				24 51	24 51	25 52
広範囲動脈特定集中治療室	~40日 7890点						
脳卒中ケアユニット	~14日 5700点	神経内科、脳外科医 (総数5年以上) 常時医療機関内	常時 3対1	脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者がおおむね8割以上	28 186	49 285	59 355
ハイケアユニット	~21日 3700点	専任常勤医師1名以上 常時医療機関内	常時 4対1	意識障害又は昏睡、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、急性心不全、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害、大手術後、救急発生後、その他外傷、破傷風等で重篤な状態に属する状態 「重症度・看護必要度」に係る評価票にて基準を満たす患者が8割以上	52 870	59 685	68 778
一般病棟(7対1)	1665点+出床費 ~14日 +428点 15~30日 +192点		7対1		5829 73186	5534 715413	5437 700358

社会医療診療行為別額 実施件数(6月書戻分)

	平成19年	平成19年	平成20年
救急医療管理加算	129,585	208,020	169,710

厚生労働省医政局指導課 (平成20年6月10日)

救急搬送における医療機関の受入状況について

○ 救急搬送において医療機関への受入照会回数が多数に及ぶ事案が各地にみられる状況を踏まえ、平成20年3月に総務省消防庁より「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」の結果が公表された。

主な内容については以下のとおり。

(重症以上傷病者搬送人員530,671人から転院搬送人員119,046人を除いた、411,625人について調査。)

(1) 医療機関に受入照会を行った回数ごとの件数

- ① 受入が決定するまでに行った照会回数が4回以上が14387件 (3.9%)
11回以上が1074件 (0.3%)

② 地域別の状況を見ると、首都圏、近畿圏等の大都市周辺部において照会回数が多くなっている。

※4回以上の割合が全国平均を上回る県(10都府県)

(宮城県、茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、奈良県)

厚生労働省消防局指導課 (平成20年6月10日)

救急搬送において受入に至らなかった理由について

○ 救急搬送において受入に至らなかった理由*1として、以下の項目が挙げられている。

表1. 受入に至らなかった理由ごとの件数 (医療機関の区分によらず集計したもの)

1	2	3	4	5	6	7
処置困難	ベッド満床	手術中・患者対応中	専門外	医師不在	初診(かかりつけ医なし)	理由不明及びその他
22.9%	22.2%	21.0%	10.4%	3.5%	0.2%	19.7%

表2. 第三次救急医療機関に限ったもの*2

2	3	1
ベッド満床	手術中・患者対応中	処置困難
37.8%	34.5%	12.7%

表3. 第二次救急医療機関以下に限ったもの*2

1	3	2
処置困難	手術中・患者対応中	ベッド満床
39.0%	16.2%	15.6%

※ いずれも、消防隊員が、医療機関に依頼したものの受入に至らなかった事案において、医療機関との電話でのやりとりの中で聞き取った内容を、消防側の判断で、上記1~7に割り振り集計したもの

*1 救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査(総務省消防庁 平成20年3月11日)
平成19年中に行われた救急搬送のうち、重症以上傷病者搬送人員530,671人から転院搬送を除いた119,046人について調査した結果

*2 実態調査のうち集計可能な宮城県、埼玉県、東京都、静岡県、愛知県、広島県、福岡県における数値

「ベッド満床」について

救急医療機関の病床利用率

○ 第二次・第三次救急医療機関の病床利用率

(平成17年医療施設静態調査と平成18年病院報告による)

第二次救急医療機関

全国平均 81.8%
(10県平均 78.8%)

第三次救急医療機関

全国平均 80.6%
(10県平均 80.8%)

○ 救命救急センターとセンターが属する病院全体の病床利用率

(平成20年度 救命救急センター現況調べによる(43都道府県分))

救命救急センター

全国平均 71.3%
(10県平均 78.9%)

センターが属する病院全体

全国平均 83.7%
(10県平均 81.3%)

厚生労働省消防局指導課 (平成20年6月10日)

救急医療機関が受入に至らなかった理由としての「ベッド満床」の意味について (サンプル調査 結果①)

		第二次救急医療機関 (30施設)	第三次救急医療機関 (23施設)	総計 (53施設)	
A. 物理的に満床である	1. 病院全体が物理的に満床である。	(1)常に満床(病床が少ない、転院や退院が滞っている等)	2	2	4
		(2)時期、時間によって希に満床	16	10	26
	2. 救急部門の病床は満床であるが、一般病床には空床がある。	(1)常に満床(病床が少ない、一般病床への転床が滞っている等)	1	2	3
		(2)時期、時間によって希に満床	8	14	22
B. 物理的には空床がある	1. 救急部門には空床はあるが、その患者にふさわしい空床が空いていない。(CCU、SCU等の利用区分を設けている。)		17	10	27
		(1)救急部門にない	10	3	13
		(2)一般病床にない	9	5	14
	3. その他	(1)受け入れを断る理由に使った。	2	1	3
(2)消防への情報伝達過程の誤解である。		0	1	1	
(3)その他		12	7	19	

10都府県(宮城県、茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、奈良県)を通じて調査を実施。

「救急医療機関が受入に至らなかった理由としての「ベッド満床」について、該当するものを、「各都府県5施設程度、各施設3項目選択」により調査し、集計。

救急医療機関が受入に至らなかった理由としての「ベッド満床」の意味について (サンプル調査 結果②)

第二次救急医療機関からの「ベッド満床について」のコメント

- 翌日入院予定のため救急に使用できない。
- 専門科目を求める人の増加と夜間の病院の人材不足が一番の原因。

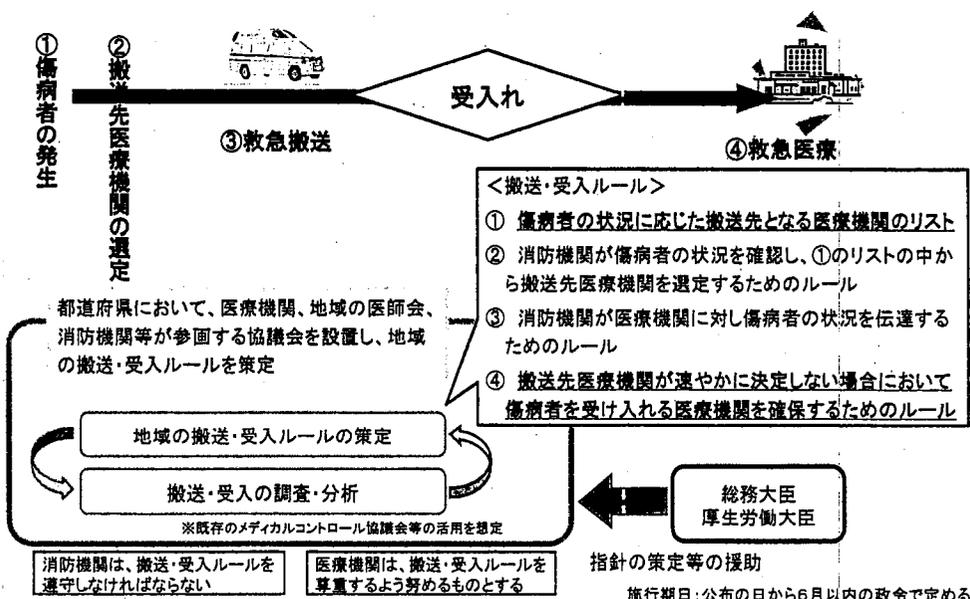
第三次救急医療機関からの「ベッド満床」についてのコメント

- 相当の努力をして、空床確保に努めており、「ベッド満床」を理由に断ったことはない。現行の医療制度では、漫然と運営してベッドを満床にしておいた方が、努力して空床を作った場合より、収益は多くなる。空床確保について十分な支援をしてほしい。
- 急性期を過ぎて、後方病院にさせようとしても、なかなか転院できない。これが当院では最大の問題である。
- たとえ満床でも「必要な初療処置のみ実施」して、適切な医療機関への転送という対応もあり得る。
- 第三次救急医療機関として常に患者の受入に努力しているが(満床でも+2~3人までは受け入れている。)、物理的に受入困難なときのみ断る。
- 肺炎などの急性期病態を改善しても、それ以前の全身状態が在宅や療養施設でギリギリの状態で紹介されている患者も多く、引き受け手がないのが実情であり、満床の原因となっている。
- 大学病院には救急医療以外の高度専門医療を担う役割があり、それに大きな負担をかけて院内転床をすすめているが、限界がある。

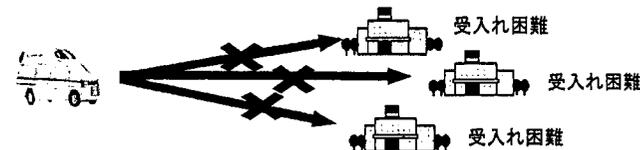
5

消防法の一部を改正する法律の概要(平成21年5月1日公布)

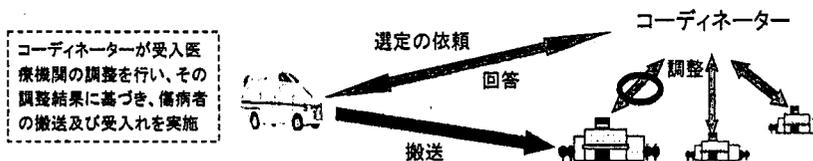
○ 傷病者の搬送及び受入れを円滑に行うことが、傷病者の救命率の向上や後遺症の軽減等の観点から、重要な課題。このため、消防法を改正し、都道府県において、医療機関、地域の医師会、消防機関等が参画する協議会を設置し、地域の搬送・受入ルールを策定することとしたところ。



搬送先医療機関が速やかに決定しない場合



(例) コーディネーターによる調整



基幹病院による受入れ

