

# 日医工医療行政情報

https://stu-ge.nichiiko.co.jp/

# 2021年11月10日 中医協総会(病院)「入院(その2)」 ~急性期入院医療について~

作成:日医工株式会社(公社)日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6178号 栗原盛一

日医工株式会社(公社)日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345号 寺坂裕美

参考資料:2021年11月10日 中医協総会資料「入院(その2)」

・次期診療報酬改定に向けて、中医協総会においてテーマごとに議論され、論点整理が進んでいます。 10月より個別・具体的な検討・議論(いわゆる第2ラウンド)が開始され、例年、年明け1月に諮問、 2月に答申、3月初旬に告示が行われます。

資料No.20211116-1156

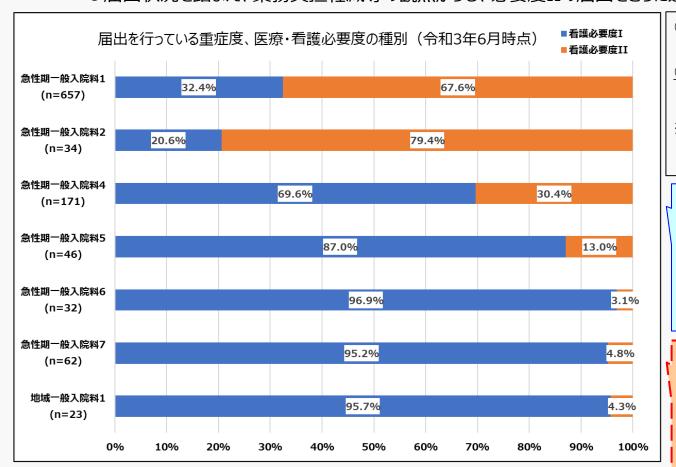
本資料は、2021年11月10日迄の情報に基づき、日医工(株)が編集したものですが、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます



- ・11月10日には、厚生労働省側より「入院(その2)」として、「急性期入院医療」について課題が示されました。
- ・「一般急性期入院医療」と「高度急性期入院医療」に分けて、 重症度、医療・看護必要度等について論点が示されました。
- ・今後の議論のポイントとなりそうな課題を抜粋し、
   総会で 支払側(1号) 診療側(2号) 専門委員 の各委員から述べられた意見を要約しています。

## 重症度、医療・看護必要度 Ⅱ への移行を促す改定とするか

●届出状況を踏まえ、業務負担軽減等の観点からも、必要度IIの届出をさらに進めることについて、どのように考えるか。



【2021年11月10日中医協総会資料より日医工(株)が作成】

- ○重症度、医療・看護必要度Ⅰ 各項目(A、B、C項目)の評価を評価票の記入で行う
- ○重症度、医療·看護必要度II

A、C項目の評価を診療実績データの抽出で行う

(B項目については、評価票の記入で行う)

※許可病床数400床以上(急性期一般入院料1~6)、 7対1特定機能病院入院基本料については、 必要度IIでの評価が要件

## 診療側意見

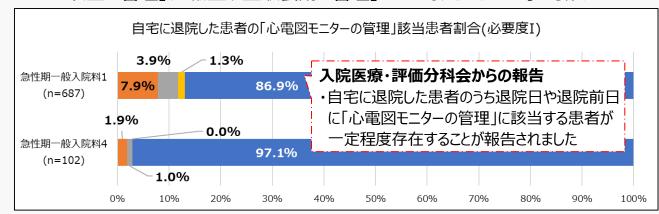
- ・急性期一般入院料1でもIIの届出割合は7割程度、 入院料4~7ではまだ普及していない
- ・業務負担軽減の観点からIIへの移行を進めることに ついては一定程度理解しているが、**IIへの移行を** 進めるとしても現場負担への配慮が必要

## 支払側意見

- ・将来的に全ての医療機関でIIを原則とすることを 目指し、IIを要件とする医療機関の更なる拡大を 検討すべき
- 医療機関に対し、IIへの移行についてメリットを さらに周知することが必要

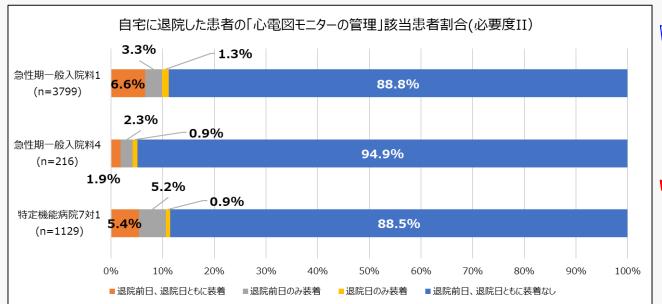
## A項目から「心電図モニターの管理」を除外するか

●急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、A項目の「心電図モニターの管理」、「点滴ライン同時3本 以上の管理」、「輸血や血液製剤の管理」について、どのように考えるか。





- 1 創傷処置
- 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
- 8 I:救急搬送後の入院(5日間)
  - II:緊急に入院を必要とする状態(5日間)



## 診療側意見

- ・心電図モニターは臨床状態を把握する上で重要な 指標であり、正確なデータがない状況で削除する ことはあり得ない
- ・改定の度に評価項目を変更することは医療現場に とって負担

## 支払側意見

- 除外する方向で検討を進めるべき
- ·分科会から、純粋に患者の状態を反映しているとは 必ずしも言えないとの指摘も出ており、次回改定で 必ず解決すべき

【2021年11月10日中医協総会資料より日医工(株)が作成】

本資料は、2021年11月10日迄の情報に基づき、日医工(株)が編集したものですが、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

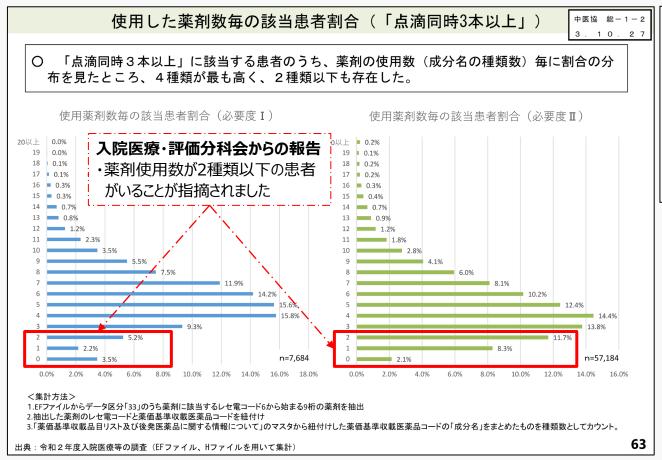


# 重症度、医療・看護必要度(一般急性期) ③



## A項目から「点滴ライン同時3本以上」を除外するか

●急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、A項目の「心電図モニターの管理」、「点滴ライン同時3本以上の管理」、「輸血や血液製剤の管理」について、どのように考えるか。



- ○A項目(一般急性期用)
  - 1 創傷処置
  - 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
  - 8 I:救急搬送後の入院(5日間)
    - II:緊急に入院を必要とする状態(5日間)

## MPSコメント

- ・支払側は分科会からの報告に基づき、「心電図 モニターの管理」と「点滴ライン同時3本以上」に ついて項目からの除外を求めていますが、診療側は 医療現場の負担を鑑み、項目の削除には反対して います
- ・「輸血や血液製剤の管理」についても資料が示されましたが、特にコメントは出されていません

# 重症度、医療・看護必要度(一般急性期)



日医工MPS

## 該当患者割合の基準を引き上げるか

●急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟入院基本料等の該当患者割合について、どのように 考えるか。

## 急性期一般入院料1~7の内容

令和2年度診療報酬改定征

○ 平成30年度改定において、一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価 を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期 一般入院料1~7に再編した。

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1	
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)							
患者割合	重症度、 医療·看護 必要度 I	測定していること	18%以上	20%以上	22%以上 [20%以上] <sup>※3</sup>	25%以上 [23%以上] <sup>※2</sup>	28%以上 [26%以上]* <sup>1</sup>	31%以上	
[ ]内は 200床未満の 経過措置	重症度、 医療・看護 必要度 Ⅱ	測定していること	15%以上	18%以上	20%以上 [18%以上] <sup>※3</sup>	23%以上 [21%以上] <sup>※2</sup>	26%以上 [24%以上] <sup>※1</sup>	29%以上	
平均在	院日数	21日以内							
在宅? 病床機能	復帰・ 能連携率	-						8割以上	
その他		<ul><li>・入院医療等に関する調査への 適切な参加</li><li>ー ・届出にあたり入院料1の届出実績 が必要</li></ul>						医師の員数が入 院患者数の100 分の10以上	
データ摂	是出加算	〇(要件)							
点数		1,382点	1,408点	1,429点	1,440点	1,545点	1,619点	1,650点	
【経過措置】 <全体>		※[_]内は許可病床数200床未満の病院の新 <200床未満> ※1現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る。							

# MPSコメント

6

令和2年3月31日時点で施設基準の届出あり

・一般急性期における重症度、医療・看護必要度の項目の見直しや該当患者割合については、 更に具体的なデータやシミュレーションが示された上で検討される予定です

許可病床数200床未満の病院

## 入院医療・評価分科会からの報告

- ・一部の入院料を除き、必要度IIの該当患者割合が、 令和元年より令和2年の方が高い傾向にあることが 示されました
- ・新型コロナの影響が少ない医療機関では、令和元年度より令和2年度の方が該当患者割合が高い傾向であることが示されました
- ・新型コロナ患者の受入を行っている医療機関の方が、 該当患者割合が低いという結果が示されました

## 診療側意見

・新型コロナ患者を受け入れている医療機関の該当 患者割合が低いことに対し、どう考えるかという視点 や工夫が必要でないか

## 支払側意見

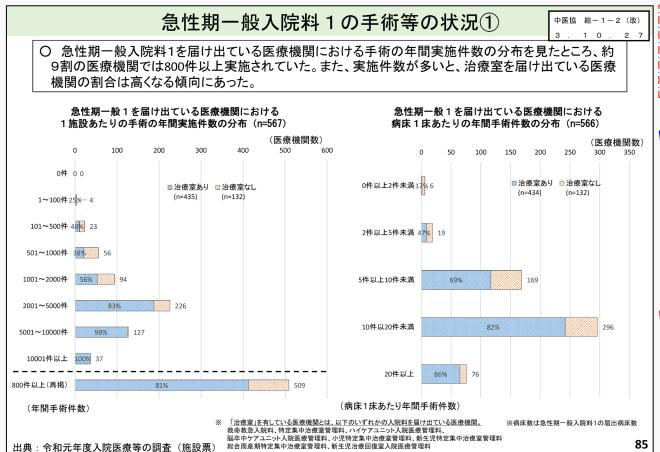
- ・令和元年度よりも令和2年度の該当患者割合が高い傾向にあることを踏まえ、各項目の見直しを 行った上で、患者割合についても十分な検討を すべき
- ・入院料1の基準を引き上げでメリハリをつけることにより、急性期医療の必要性を適切に反映した報酬設定になると考える

本資料は、2021年11月10日迄の情報に基づき、日医工(株)が編集したものですが、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## 急性期一般入院料1の評価について

## ICU等の設置や救急搬送受入等の実績が高い医療機関の評価を更に充実させるか

●他の治療室入院料等の届出状況や、救急搬送受入件数、手術(緊急手術等を含む)等の実績に差がある実態を踏まえ、 充実した急性期入院医療を担っている医療機関に対する評価の在り方について、どのように考えるか。



## 入院医療・評価分科会からの報告

・急性期一般入院料1を届け出ている医療機関においてICU等の届出の有無により、手術や放射線療法、 化学療法等の実績件数に差があると示されました

## 診療側意見

- ・<u>充実した急性期入院医療を担う医療機関を更に</u> 評価する方向性で検討すべき
- ・一方、**地方の中小病院などでは、**構造・人員配置の観点からICU等の届出が難しくも急性期入院 医療を担っている医療機関もあり、これらの評価を 引き下げることには反対

## 支払側意見

- ・特に充実した急性期入院医療を担っている医療機関を評価する方向性については異論ないが、 報酬体系を更に複雑化することは避けるべき
- ・分科会の報告は一つの大きな成果であり、<u>急性期</u>
  入院医療の評価にメリハリをつける新たな切り口に なると考える

## 院内迅速対応システム(RSS)を導入している医療機関を評価か

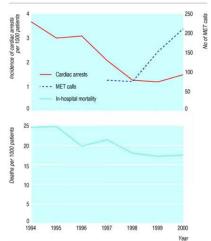
●状態が不安定な患者の急変の兆候をとらえ、急変を未然に防ぐ取組として(RSS)を実施し、充実した急性期入院医療を担っている医療機関に対する評価の在り方について、どのように考えるか。

## RRSの効果と日本における現状

- RRSが院内死亡を減少させるとのエビデンスがある。
- 日本においても、特に病床規模の大きい医療機関を中心に、一定程度RRSが導入されている医療機関が存在する。

#### RRSの効果

●MET(院内急変対応 チーム、RRSの一部)の コール件数が上昇してか ら心停止の件数と院内死 亡件数が減少している。



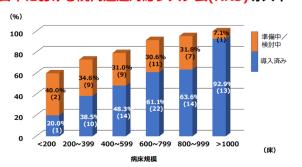
出典: Michael D Buist et al. BMJ. 2002;324:387-390

●アメリカにおいて行われた「100,000 Lives Campain」(医療安全対策キャンペーン)に参加した医療機関の院内停止が、RRS導入により15%減少した。 出典: JAMA 2005 May 18;293(19):2384-90

#### 日本におけるRRSの現状

●市中病院や大学病院等を対象として実施されたアンケートでは、特に病床規模の大きい医療機関では、RRSを導入している割合が高いという結果だった。

#### 日本における院内迅速対応システム(RRS)導入率



出典:日本集中治療医学会Rapid Response System検討委員会、日本 臨床救急医学会患者安全検討委員会RRTワーキンググループにより実 施されたアンケート調査

- ○院内迅速対応システム (RSS=**R**apid **R**esponse **S**ystem)
- ・患者の急変の前兆を捉えるために予め起動基準を定め、 院内の患者が当該基準を満たした場合には医師、看護師 等からなるチームが要請され、速やかに患者の安定化と 管理を行うことで、致死性の急変に至るのを未然に防ごうと するシステム

## 診療側意見

- ・RSSの活用を評価する方向性について賛同する
- ・全職員が急変患者に対応できるようなトレーニング 等を行っている医療機関を評価することは非常に 重要

## 支払側からは特にコメントなし

#### MPSコメント

・特に反対意見もなかったことから、RSS導入医療機関への評価が追加されると予想されます

## 患者サポート体制充実加算の対象職種に「入院時重症患者対応メディエーター」を追加か

● 救急・集中治療領域において、重症患者の家族への支援が必要とされることから、「入院時重症患者対応メディエーター」の 養成が行われていること等を踏まえ、重症患者対応に係る取組への評価の在り方について、どのように考えるか。

## 救急・集中治療領域の終末期にある患者の家族支援の方法

○ 日本集中治療学会より、集中治療領域における終末期にある患者の家族支援の方法について指針が示されている。

#### 集中治療領域における終末期患者の家族支援の方法

- 集中治療領域における終末期にある家族へのこころのケアの具体的方略として、<u>5つの中核的要素</u>を主軸とした直接的アプローチ、管理的アプローチからなるアプローチを複合的に実践することが必要である。
- これらのケアの提供にあたっては、施設ごと、症例ごとの振り返りや教育体制を構築し、医療者の倫理的感性を高めるような取り組みがなされることが望ましい。 (出典より)

#### こころのケアにおける「5つの中核的要素」

#### 1. 家族の権利擁護

<直接的アプローチ>・家族の代理意思決定を支援する

<管理的アプローチ>・社会資源などの情報を提供する

・思いを表出できる環境を整える

#### 2. 家族の苦痛を緩和する

<直接的アプローチ>・苦痛の緩和を図る

・情緒的に安定が得られるように 支援する

・患者に主にかかわる家族への関わり

<管理的アプローチ>・個人的な時間と空間を確保する

#### 3. 家族との信頼関係を維持する

<直接的アプローチ>・医療者の姿勢

・感情・意思の疎通を図る

<管理的アプローチ>・チーム医療の提供

#### 4. 家族に十分な情報を提供する

<直接的アプローチ>・家族が患者の状況を理解できる情報提供を行う

・状況に応じて家族も含めたカ ンファレンスを開催する

<管理的アプローチ>・多職種を含めたカンファレンスを開催する

#### 5. 家族のケア提供場面への参加を促す

<直接的アプローチン・ケアへの参加を促す <管理的アプローチン・環境を調整する

出典:日本集中治療医学会「集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針」

○入院時重症患者対応メディエーター

治療に直接関与しない職員で、救急・集中治療領域に おける**重症患者家族の意思決定を支援する**役割を担う

※今年度、日本臨床救急医学会にて認定講習会が開催されている

#### 診療側意見

- ・重症患者家族への支援として、入院時重症患者 対応メディエーターを**評価する方向性について賛同** する
- ・<u>移植に関しては、教育を受けたメディエーターが</u> いないとスムーズに進まない

育成には時間がかかることからも評価について賛成

## ▶ 支払側意見

・病院職員でありながら治療に関与しない第三者である入院時重症患者対応メディエーターの養成には非常に期待しており、**評価は手厚くしていただきたい** 

#### MPSコメント

103

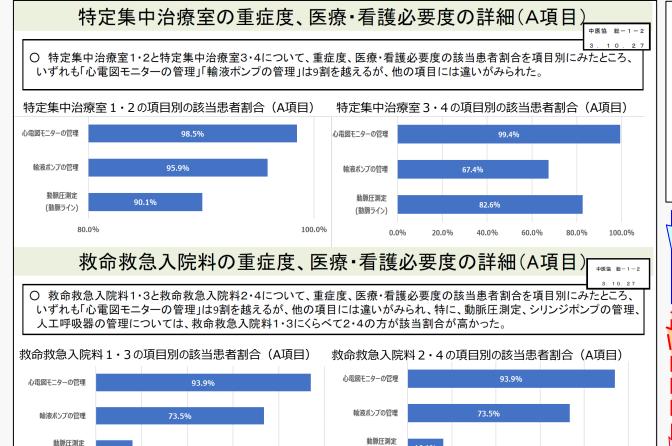
・診療側・支払側双方からの反対意見もなく、入院時 重症患者対応メディエーターへの評価が追加されると 予想されます

# 重症度、医療・看護必要度(高度急性期)



## A項目から「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」を除外するか

●特定集中治療室管理料、救命救急入院料 2・4 におけるA項目の該当患者割合の実態を踏まえ、特定集中治療室用の評価票における「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」についてどのように考えるか。



- ○A項目(特定集中治療室用)
  - 1 心電図モニターの管理
  - 2 輸液ポンプの管理
  - 3.動脈圧測定(動脈ライン)
  - 4 シリンジポンプの管理
  - 5 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)
  - 6 人工呼吸器の管理
  - 7 輸血や血液製剤の管理
  - 8 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)
  - 9 特殊な治療法等

## 診療側意見

・該当患者が9割を超えている現状を踏まえると、 見直しには大きな影響を生じるため、該当患者 基準についても併せて検討が必要

## 支払側意見

- ・<u>少なくとも心電図モニターの管理については除外</u> する方向で検討を進めてはどうか
- ・分科会の分析結果を踏まえて見直すことが必要

## MPSコメント

・ICU用のA項目見直しについては一般急性期とは 対照的に診療側・支払側ともに方向性は一致して います

本資料は、2021年11月10日迄の情報に基づき、日医工(株)が編集したものですが、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

2021年11月10日 中医協資料を日医工(株)で

# 重症度、医療・看護必要度(高度急性期)

## 日医工MPS

## B項目の測定を継続するか、除外するか

● B項目の基準を満たしていない患者割合の実態や、早期のリハビリテーションの介入等、患者の状態を改善させる取組が進められている実態も踏まえ、特定集中治療室におけるB項目の測定についてどのように考えるか。

## 特定集中治療室管理料の重症度、医療・看護必要度B項目の該当状況

- 特定集中治療室管理料を算定する患者において、必要度A項目の基準は満たしているがB項目を満たしていない割合は 1.7%だった。
- 上記の患者について、最も医療資源を投入した疾患を見たところ、上位10疾患は以下のとおりだった。

## 必要度の該当状況

## ★ 疾患別患者数

	A項目4点 未満 (基準未満)	<u>A項目4点</u> 以上 (基準以上)	全体		医療資源最傷病 ICD10 I710	資源病名 大動脈の解離 [各部位]	患者数 625
		4			I210	前壁の急性貫壁性心筋梗塞	601
B項目3点	14,887 (1.4%)	18,773	33,660		1714	腹部大動脈瘤,破裂の記載がないもの	571
未満 (基準未満)		(1.7%)	(3.1%)		C341	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	523
	75,214 (7.0%)		1,043,159		I211	下壁の急性貫壁性心筋梗塞	469
<u>B項目3点</u>		967,945			1350	大動脈弁狭窄(症)	419
<u>以上</u> <u>(基準以上)</u>		(89.9%)	(96.9%)		1500	うっ血性心不全	409
	90,101 (8.4%)				C343	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 下葉, 気管支又は肺	378
全体		986,718 (91.6%)	1,076,819		I671	脳動脈瘤, 非<未>破裂性	315
<b>工</b> 件			(100%)		1712	胸部大動脈瘤,破裂の記載がないもの	315

出典:令和2年度 年度DPCデータ(EFファイル、Hファイル)、様式1

※nは患者数×日数(人・日) ※新型コロナウイルス感染症患者は除く。

- ○B項目(特定集中治療室用)
- ・寝返り・移乗・口腔清潔・食事摂取
- ・衣服の着脱 ・診療・療養上の指示が通じる
- •危険行動
- について、患者の状態と介助の実施を踏まえ評価

## 診療側意見

- ・高齢者が増えていく中で、高度急性期であっても 高齢者を診ることになる
- B項目を外すことは、今後の流れを考えても現時 点ではありえない
- ・分科会の意見はわかるが、なぜ高度急性期にB項 目評価が組み入れられたかが加味されていない 安易にこのB項目を削除することはあってはならない

## 専門委員

・ICUの患者に対し看護の必要量がどのくらいかを 把握しながら一般病棟への受入を検討しているので、継続して見る指標としては非常に重要

## 支払側意見

117

- ・看護師の業務負担の観点から、**測定を必須とする** のではなく患者の状態に応じ測定するなど緩和して はどうか
- ・ICU等では、B項目は削除すべき

本資料は、2021年11月10日迄の情報に基づき、日医工(株)が編集したものですが、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 重症度、医療・看護必要度(高度急性期)



## 救命救急入院料1・3の評価票をICU用からHCU用に変更するか

● 救命救急入院料 1・3 及び 2・4 については、看護師配置及び患者の状態像が異なっている実態を踏まえ、用いる評価票についてどのように考えるか。



- ○救命救急入院料の施設基準(主な違い)
- 【1・3】看護配置4対1以上 重症度、医療・看護必要度(ICU用)測定
- 【2·4】看護配置2対1以上

重症度、医療・看護必要度該当患者割合7割以上

## 診療側意見

- ・救命救急入院料1・3と2・4では看護配置や患者の 状態像が異なっていることから、1・3でICU用では なくHCU用の評価表を使用してはという提案は 概ね理解している
- ・ただ、1・3でも現行基準(ICU用の基準: A得点4点以上かつB得点3点以上)を満たす患者を受け入れている場合もあり、HCU用の評価に切り替えた場合に患者の実態をしっかり把握できるのかのシミュレーションが必要

支払側からはコメントなし

#### MPSコメント

・救命救急入院料1・3の患者評価をICU用からHCU用へ変更することについては、この方向で進みそうですが、 基準値が設定されるかなどについては今後具体的なデータが示された上で検討されます

## A項目と入れ替えか、A項目を補う評価として継続か

●重症度、医療・看護必要度とSOFAスコアに係る分析を踏まえ、特定集中治療室におけるSOFAスコアに係る取扱い等について どのように考えるか。

## 必要度の基準該当別のSOFAスコアとA項目の該当

3 . 1 0 . 2 7

○ 必要度の該当別にSOFAスコアごとにA項目の該当状況をみると、以下のとおりであった。

必.	必要度該当あり n = 151,891					
A項目 SOFA	0点	1~5点	6~10点	11~15点	16点以上	SOFAスコフ
該当患者数	(n=22194)	(n=82055)	(n=35183)	(n=11172)	(n=1287)	
心電図モニターの管理	99.9%	99.8%	99.8%	99.7%	99.5%	
輸液ポンプの管理	99.5%	99.1%	98.8%	99.0%	98.4%	
動脈圧測定(動脈ライン)	96.5%	96.0%	95.2%	95.7%	93.6%	
シリンジポンプの管理	58.1%	71.4%	91.2%	96.1%	94.3%	
中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	9.6%	19.9%	<mark>5</mark> 0.5%	59.4%	48.0%	
人工呼吸器の管理	6.7%	20.7%	72.3%	88.6%	88.3%	
輸血や血液製剤の管理	8.0%	16.0%	43.1%	56.9%	59.3%	
肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	1.9%	5.1%	23.7%	30.2%	19.3%	
特殊な治療法等	1.5%	2.8%	10.5%	21.1%	37.8%	
必.	要度該当な	<b>L</b> n = 23,56	7			
A項目 SOFA	0点	1~5点	6~10点	11~15点	16点以上	SOFAスコア
該当患者数	(n=5212)	(n=14346)	(n=3226)	(n=703)	(n=80)	
心電図モニターの管理	92.6%	86.8%	67.1%	48.9%	57.5%	
輸液ポンプの管理	89.0%	83.2%	60.7%	38.4%	36.3%	
動脈圧測定(動脈ライン)	28.5%	31.4%	27.0%	23.0%	17.5%	
シリンジポンプの管理	43.2%	45.8%	40.6%	33.1%	21.3%	
中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	1.8%	4.3%	12.2%	15.2%	7.5%	
人工呼吸器の管理	0.9%	2.8%	13.7%	20.8%	25.0%	
輸血や血液製剤の管理	2.6%	4.3%	10.6%	14.8%	11.3%	
肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	0.3%	0.9%	5.6%	8.5%	2.5%	
特殊な治療法等	0.3%	0.7%	2.8%	3.6%	5.0%	

## ○SOFAスコア(生理学的スコア)

呼吸・循環系や中枢神経系、肝臓、腎臓および凝固 系といった臓器障害を簡便に点数化して、その合計点 で重症度を判定することを目的に作成されたもの

※平成30年度改定で特定集中治療室管理料1・2に、 令和2年度改定で3・4に対し、DPCデータとして SOFAスコアの提出を義務化

## 診療側意見

- ・<u>今回の分析結果だけでは</u>特定集中治療室の評価 として、**SOFAスコアの取扱いが適切かどうかは** 現状では判断できない
- ・必要度の代わりになるような位置づけにするのか、 必要度では評価できない部分について、別の視点 から見る仕様とするのかなど、さらなる検討分析が 必要

支払側からはコメントなし

出典: 令和2年度 年度DPCデータ(E



## 人員配置について①

# 特定集中治療室1・2の基準「適切な研修を修了した看護師」の研修に特定を行為研修のパッケージ研修も対象に加わるか

●特定集中治療室管理料 1・2 の施設基準に係る適切な研修については、特定行為研修におけるパッケージ研修が受講可能となっている状況を踏まえ、適切な研修の具体的な範囲について、どのように考えるか。

## 領域別パッケージ研修 【集中治療領域】

医政局看護課提供資料

#### 想定する患者像:様々な臓器が障害を受け集中治療を要する重症な患者や心臓手術等の術後の患者

特定行為区分	特定行為	現行の時間数	改正後時間数※	
呼吸器 (気道確保に係る もの) 関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	9	9+5症例	
	侵襲的陽圧換気の設定の変更			
  呼吸器(人工呼吸療法に係	非侵襲的陽圧換気の設定の変更			
るもの)関連	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調 整	29	23+(5症例×3)	
	人工呼吸器からの離脱			
	一時的ペースメーカの操作及び管理		8+5症例	
	一時的ペースメーカリードの抜去			
循環器関連	経皮的心肺補助装置の操作及び管理	20		
	大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の 頻度の調整			
栄養に係るカテーテル管理 (中心静脈カテーテル管 理)関連	中心静脈カテーテルの抜去	7	7+5症例	
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血	13		
動脈皿液カヘガを関連	橈骨動脈ラインの確保	15	9 +5症例	
	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整		20+(5症例×3)	
循環動態に係る薬剤投与	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の 調整		20+ (5担約1×3)	
関連	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整	28		
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整			
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整			
	区分別科目 合計	106時間	76時間	
	合計時間(共通科目+区分別科目)	356時間 (100%)	326時間(92%)+各5症例	

※区分別科目の実習は、講義及び演習の時間とは別に、行為の難易度に応じて5例又は10例程度の症例数で行うこと。

○領域別パッケージ研修

- ・特定行為研修は区分毎に受講するよう定めれられているが、領域別パッケージ研修では、各領域において
- 一般的な患者の状態を想定し、実施頻度が高い 特定行為をまとめた研修
- ※領域:在宅・慢性期領域

外科術後病棟管理領域

術中麻酔管理領域

救急領域

外科系基本料域

集中治療領域

## 診療側意見

・実態に合わせて手直しすることに特に異論はない

支払側からはコメントなし

日医工MPS

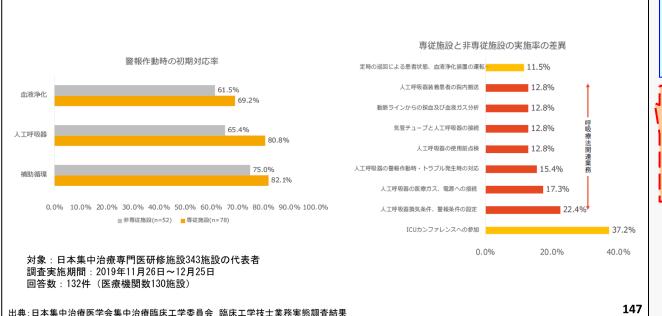
## 人員配置について②

## A項目と入れ替えか、A項目を補う評価として継続か

●人工呼吸器やECMO等を実施する場合に、専門性の高い看護師や臨床工学技士が手厚く配置された上で、専門的なケア・技術を実施している実態があり、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、重要な役割を担ったことを踏まえ、こういった対応に係る評価の在り方について、どのように考えるか。

## 臨床工学技士の手厚い配置によるメリット

- 臨床工学技士専従施設と非専従施設での警報作動時の初期対応率を比較すると、臨床工学技士 専従施設では、臨床工学技士の初期対応率が高い傾向であった。
- 臨床工学技士専従施設と非専従施設の業務実施率の差異をみると、人工呼吸器に関連する業務の実施率が高く、人工呼吸器によるトラブル回避のための行動が多く取られている傾向にあった。



## 診療側意見

- ・人工呼吸器やECMO等を実施する場合に、専門性の高い看護師や臨床工学技士を手厚く配置した場合のメリットについては理解するが、施設基準の要件とするかについては、疑問も残る
- ・症例によって必要な場合とそうでない場合も考え、 常勤や専従を評価するということではなく必要に応じ <u>て活用できるような体制を評価するのことが実態に</u> 合っているのではないか

## 支払側意見

・専門性の高い看護師や臨床工学技士を手厚く 配置し、**専門的なケアを実施している実態を踏まえ、** メリハリを効かせた評価を考えることについては 理解する

## 特定集中治療室管理料等の施設基準「原則バイオクリーンルームであること」を緩和か

●特定集中治療室等の構造・設備の実態等も踏まえつつ、高度急性期の患者を治療する治療室の適正な評価を行う観点から、 構造・設備に係る評価のあり方について、どのように考えるか。

## 集中治療室設置に関する指針ついて

中医協 総-1-2

- 〇 日本集中治療医学会が2002年に策定した「集中治療部設置のための指針」においては、易感染性患者を収容すること、および感染の機会が多いことを考慮し、ISO(国際標準化機構)基準によるクラス7、NASA基準によるクラス10,000~100,000程度の清浄空気が供給されることを推奨していた。
- 「集中治療部設置のための指針」の改訂にあたって、病棟内の空気清浄度を上げることにより集中治療部内における ・ る感染症発生頻度が減少するという直接的な証拠がないことから、空気清浄度の規定を当該指針から削除し、手術 室同等の空気清浄度を保つ個室と空気感染症にも対応可能な陰圧個室を適正数配備することが望ましいとした。

《集中治療部設置のための指針 -2002年3月-》

日本集中治療医学会集中治療部設置基準検討委員会

#### 6.設備

(2) 空調設備

集中治療部は、適切で安全な空気質条件を常時維持しなければならない。空調能力は基本的には部屋の容積と施設の要求仕様、換気回数によって定められる。空気感染防止を目的とした隔離のための個室は別空調を設置しなければならない。 - 空气速速度

集中治療部にはISO(国際標準化機構)基準によるクラス7、NASA基準によるクラス10,000 $\sim$ 100,000程度の清浄空気が供給されることを推奨する。

9.感染防止対策

(3) 空調設備

病棟内の空気清浄度を上げることにより集中治療部内における感染症発生頻度が減少するという直接的な証拠はないが、易感染性患者を 収容すること、および感染の機会が多いことを考慮し、前述の空気清浄度を保つことを推奨する。



《集中治療部設置のための指針:2021年改訂について 空調設備に関する改訂方針と提言》

ロオ集市治療医学会理事会集市治療部設署指針設訂なファフォーフ

(中略) しかし、病棟内の空気清浄度を上げることにより集中治療部内における感染症発生頻度が減少するという直接的な証拠はない。 (中略) したがって、本改訂では"指針"において、<u>"集中治療部にはISO 基準によるクラス7、NASA 基準によるクラス10,000~100,000 程度の清浄空気が供給されることを推奨する"の記載は削除し、"HEPA フィルター設置により手術室同等の空気清浄度を保つ個室と空気感染症にも対応可能な陰圧個室をユニット内に適正数配備することが望ましい"とする文言に置き換える。</u> ○バイオクリーンルームが要件となっている治療室

- •救命救急入院料2•4
- ·特定集中治療室管理料1~4
- ·小児特定集中治療室管理料
- ·新生児特定集中治療室家管理料1·2
- ·総合周産期特定集中治療室管理用1·2

#### 診療側意見

・学会の指針の改訂に合わせて緩和することで差し 支えない

支払側からはコメントなし





# 日医工がお届けする 「ファット」 「日医工がお届けする 「日医工がお届けする 「日田」 「

## 医療従事者の方のための医療行政情報サイトです。

ご覧頂ける テーマ別 情報一覧

- 診療報酬改定関連の速報情報
- 診療報酬点数の施設基準や算定要件の情報
- ●調剤報酬全点数情報
- 地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の施設基準
- DPC / PDPS関連 新規薬価収載に係る包括評価対象外薬剤一覧 DPC公開データを用いた各種医療圏分析
- ●その他医療制度に関する情報

会員登録は、

無料

いますぐ、会員登録サイトで登録を!!

会員特典1

メールマガジンの受信

会員特典2

会員限定コンテンツの閲覧

スマートフォンで簡単登録



パソコン画面で入力

https://stu-ge.nichiiko.co.jp/registrations/index