

# 入院医療(その6)

平成27年11月25日

# 1. 身体疾患のために入院する認知症患者のケアについて

2. 地域加算の見直しについて

3. 看護職員の夜勤について

4. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

# 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

## 第2 具体的な施策

< 抜粋 >

### 2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

#### (4) 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応

##### (循環型の仕組みの構築)

○ 認知症の人に行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等で適切な治療やリハビリテーションが実施されるとともに、当該医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築する。

##### (身体合併症等への適切な対応)

○ 認知症の人の身体合併症等への対応を行う急性期病院等では、身体合併症への早期対応と認知症への適切な対応のバランスのとれた対応を求められているが、現実には、認知症の人の個別性に合わせたゆとりある対応が後回しにされ、身体合併症への対応は行われても、認知症の症状が急速に悪化してしまうような事例も見られる。身体合併症対応等を行う医療機関での認知症への対応力の向上を図る観点から、関係団体による研修も積極的に活用しながら、一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講を進める。

○ 身体合併症への適切な対応を行うためには、身体合併症等への対応を行う急性期病院等における行動・心理症状(BPSD)への対応力を高めること、及び精神科病院における身体合併症への対応力を高めることがともに重要であり、身体合併症等に適切に対応できる医療の提供の場の在り方について検討を進める。

○ 急性期病院をはじめとして、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護職員は、医療における認知症への対応力を高める鍵となる。既存の関係団体の研修に加え、広く看護職員が認知症への対応に必要な知識・技能を修得することができる研修の在り方について検討した上で、関係団体の協力を得ながら研修を実施する。

# これまでに議論を行った認知症関連の評価の全体像

## 外来

**早期発見・確定診断に関する評価(個別事項その2 精神医療)**  
「診療所型」認知症疾患医療センターに関する評価

**主治医機能の評価(外来医療その3)**  
認知症患者に対する主治医機能の評価

## 入院

**急性期病床への受け入れに対する評価 (入院医療その4)**  
「急性期医療における患者像の評価」  
・重症度、医療・看護必要度におけるB項目の見直し  
→ 認知症やせん妄の患者等を含む、急性期としての適切な評価

**精神医療における身体合併症対応の評価(個別事項その2 精神医療)**  
身体合併症を有する精神疾患患者の受け入れ等に関する評価

**認知症に対するケアと、質の向上に関する評価(今回の検討事項)**  
認知症又は認知機能低下を有する患者が、身体疾患で入院した場合の認知症に対するケアに関する評価

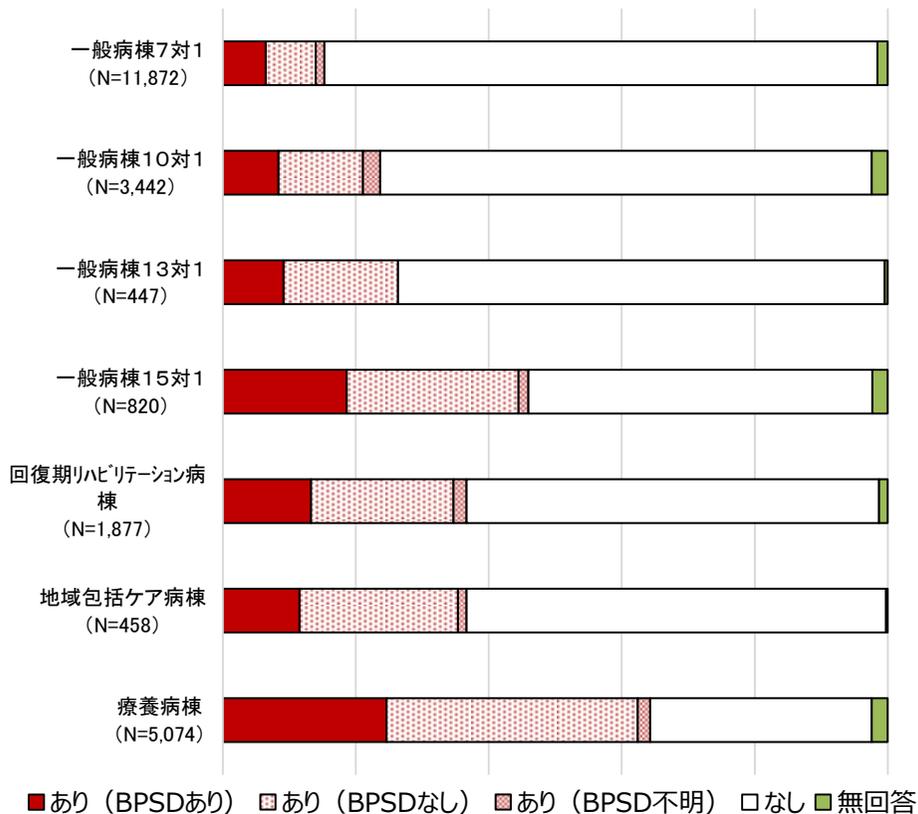
# 身体疾患で入院中の認知症患者の状態①

- 一般病棟7対1及び10対1においては、「認知症あり」の患者は2割程度、療養病棟においては6割以上入院している。
- 入院患者における「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の割合は、一般病棟7対1及び10対1病棟でも2割程度であった。

＜各病棟の入院患者のうち、「認知症あり」の患者割合＞

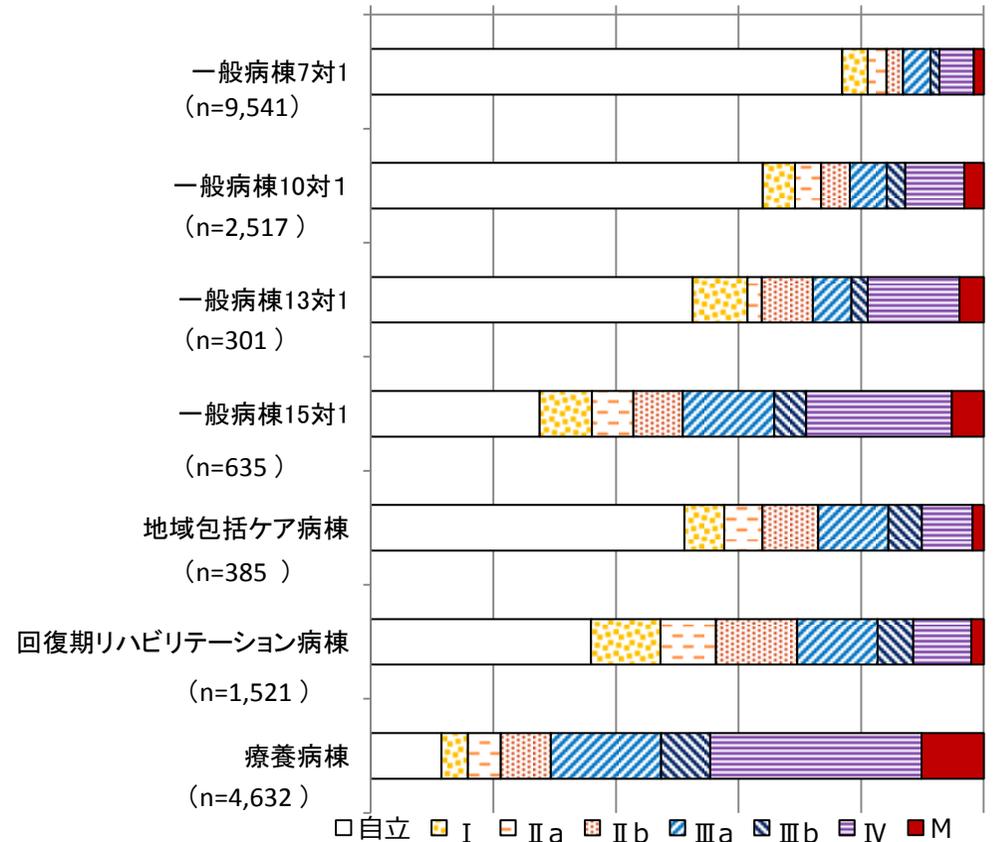
※ 精神科病棟以外

0% 20% 40% 60% 80% 100%



＜各病棟の入院患者における認知症高齢者の日常生活自立度＞

0% 20% 40% 60% 80% 100%



# 認知症高齢者の日常生活自立度

参考

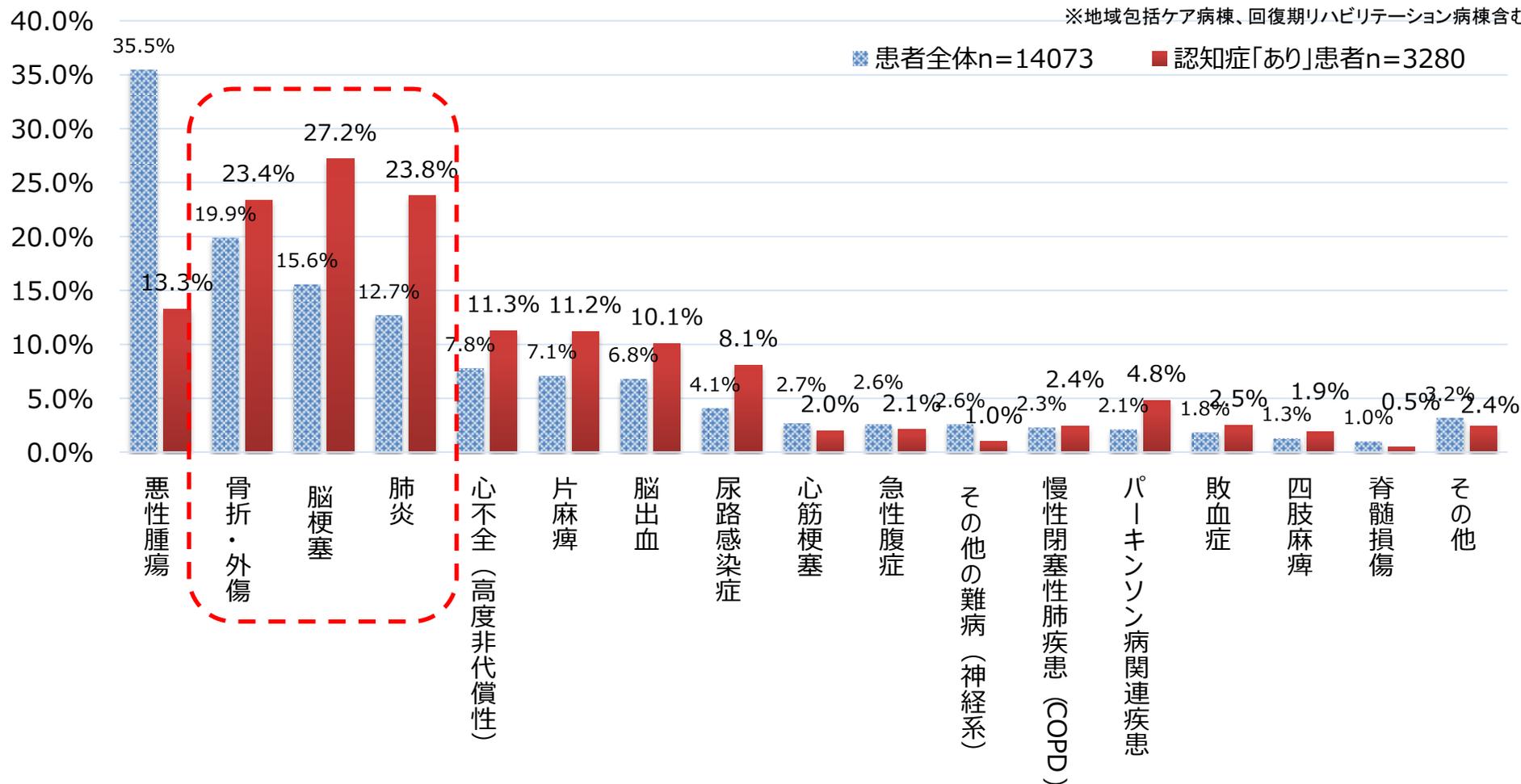
※認知症と診断された高齢者の日常生活自立度を、客観的かつ短時間に判定することを目的として作成されたもの

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難が見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

# 身体疾患で入院中の認知症患者の状態②

○ 認知症を有する患者は、脳梗塞、肺炎、骨折・外傷、心不全、尿路感染症、片麻痺など様々な疾患で一般病棟に入院している。

＜一般病棟(7対1～15対1)\*に入院する患者全体における疾患と認知症を有する患者の疾患＞ (複数回答)



# 認知症の有無と看護提供頻度

- 一般病棟7対1及び10対1、ICU、HCUにおいて、認知症の有無と看護提供頻度の関係を見ると、特に7対1、10対1の病棟では「認知症あり」の患者に対する看護提供頻度が高かった。

## <認知症の有無と看護提供頻度(病棟種別)>

		全体	認知症あり	認知症なし
7対1 (n=193,327)	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%
10対1 (n=14,240)	1日に1～2回の処置や観察、アセスメントが必要	39.9%	40.0%	47.0%
	1日に3回以上の処置や観察、アセスメントが必要	27.0%	47.1%	29.6%
	毎時間以上の処置や観察、アセスメントが必要	3.8%	12.3%	3.5%
I C U (n=3,116)	1日に1～2回の処置や観察、アセスメントが必要	3.2%	1.8%	3.3%
	1日に3回以上の処置や観察、アセスメントが必要	26.1%	25.7%	26.4%
	毎時間以上の処置や観察、アセスメントが必要	70.7%	72.5%	70.3%
H C U (n=1,318)	1日に1～2回の処置や観察、アセスメントが必要	2.4%	2.3%	2.4%
	1日に3回以上の処置や観察、アセスメントが必要	64.9%	60.4%	66.5%
	毎時間以上の処置や観察、アセスメントが必要	32.7%	37.3%	31.1%

# 入院患者に出現するBPSD(行動・心理症状)

- 入院患者に出現したBPSD(行動・心理症状)で、頻繁にみられるものは、「興奮」「繰り返し尋ねる」であった。また、その他の症状の中では、「ライン類の自己抜去」が最も多かった。

(複数回答)

	7対1 (n=30,989)	10対1 (n=1,844)	HCU(n=430)	ICU(n=1,111)
興奮	3.2%	4.1%	3.7%	7.6%
繰り返し尋ねる	2.9%	4.3%	3.5%	4.4%
易怒性	1.5%	1.4%	2.1%	2.1%
徘徊	1.1%	1.9%	0.5%	0.0%
身体的攻撃性	0.9%	0.9%	2.3%	1.2%
泣き叫ぶ	0.7%	0.3%	0.5%	0.6%
その他	3.8%	3.7%	7.2%	4.9%
調査期間中に該当するBPSDはない	80.6%	70.2%	66.3%	69.7%
不明	10.8%	18.0%	19.3%	15.8%

「その他」について具体的記述のあった回答(※7対1、10対1、ICU、HCUの合計)

(単位:人)

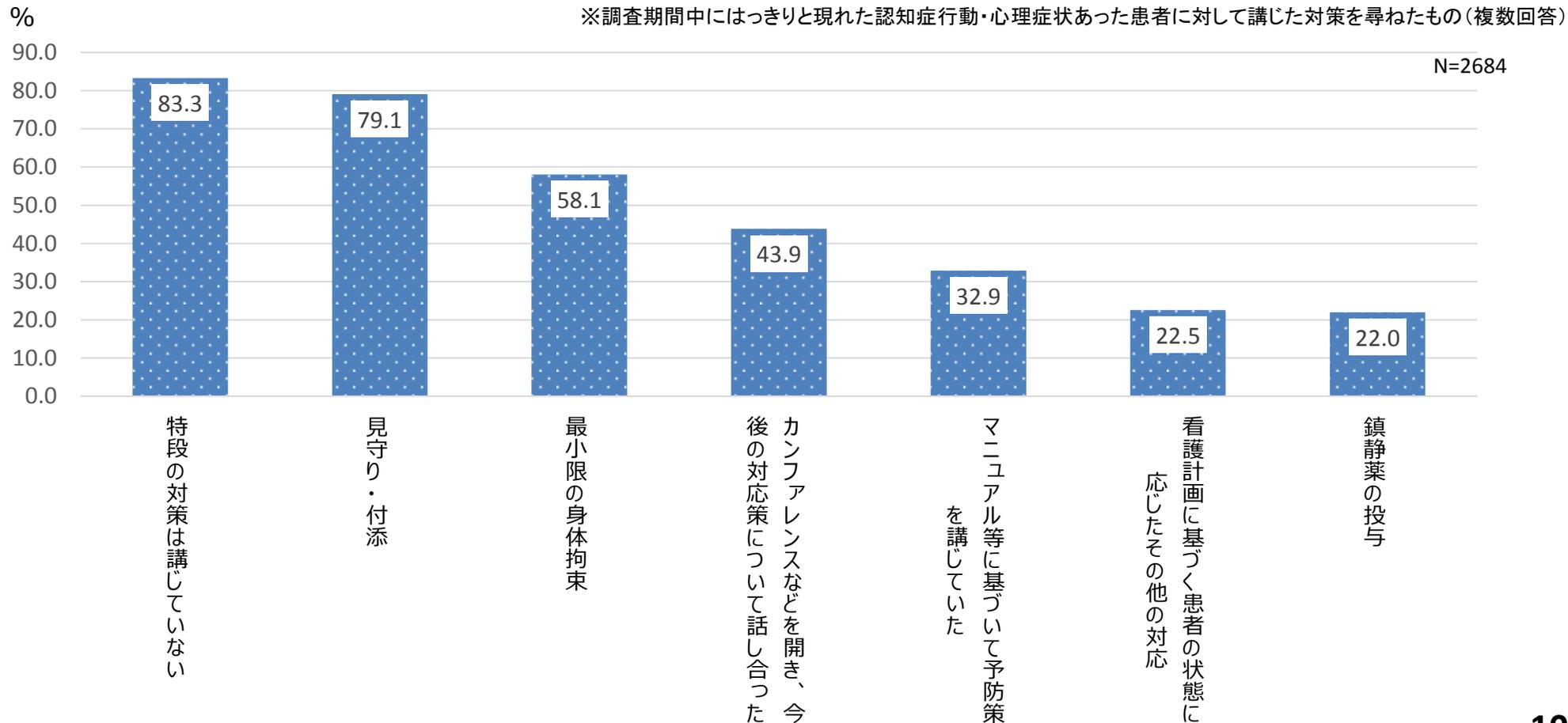
看護負担度の大きいBPSD (認知症行動・心理症状)			
ライン類の自己抜去	170	失禁	62
つじつまの合わない言動	94	無関心・無気力・うつ	40
落ち着きのない行動	73	安静が守れない	38
転倒転落につながる危険性のある行動	74	幻視・幻聴・幻覚・妄想	25

# BPSD(行動・心理症状)に対する看護職員の対応

- 一般病棟7対1において、BPSD(行動・心理症状)が出現した患者に対しては、「特段の策は講じていない」ことが多く、講じた対策としては、「見守り・付添」「最小限の身体拘束」が多かった。「カンファレンスなどを開き、今後の対応策について話し合った」「マニュアル等に基づいて予防策を講じていた」「看護計画に基づく患者の状態に応じたその他の対応」は、それぞれ5割以下であった。

## <BPSD(行動・心理症状)が出現した患者に講じた対策(一般病棟7対1)>

※調査期間中にはっきりと現れた認知症行動・心理症状あった患者に対して講じた対策を尋ねたもの(複数回答)

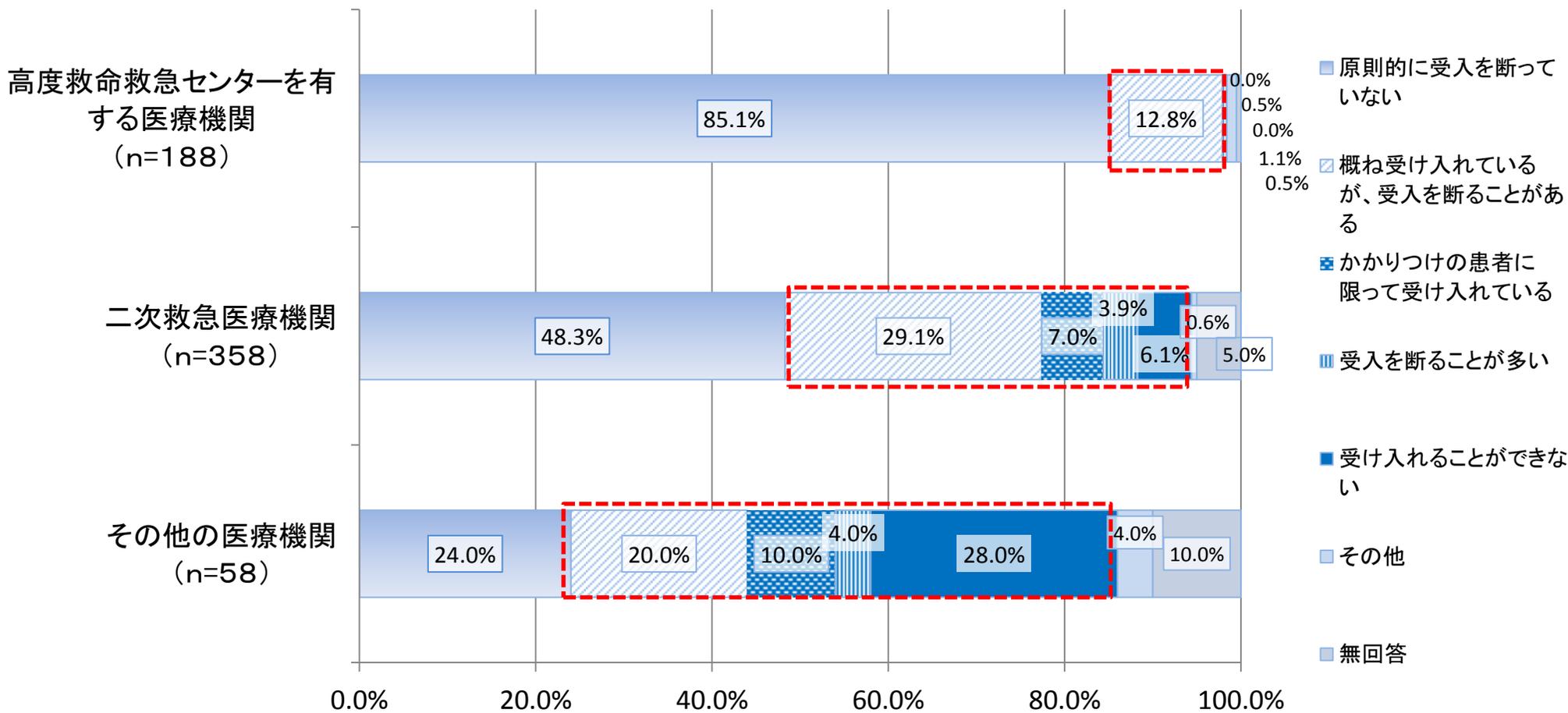


N=2684

# 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)>



出典:平成26年度診療報酬改定検証調査(救急医療の実施状況)速報

# 認知症患者の家族からみた医療機関での認知症患者への対応

- 認知症患者が、身体疾患により医療機関を受診し入院となった際に、「問題があった」と回答した患者の家族は約5割であり、その内容は、「家族の付き添いを求められた」、「身体拘束された」、「身体機能が低下し、介護が大変になった」等であった。

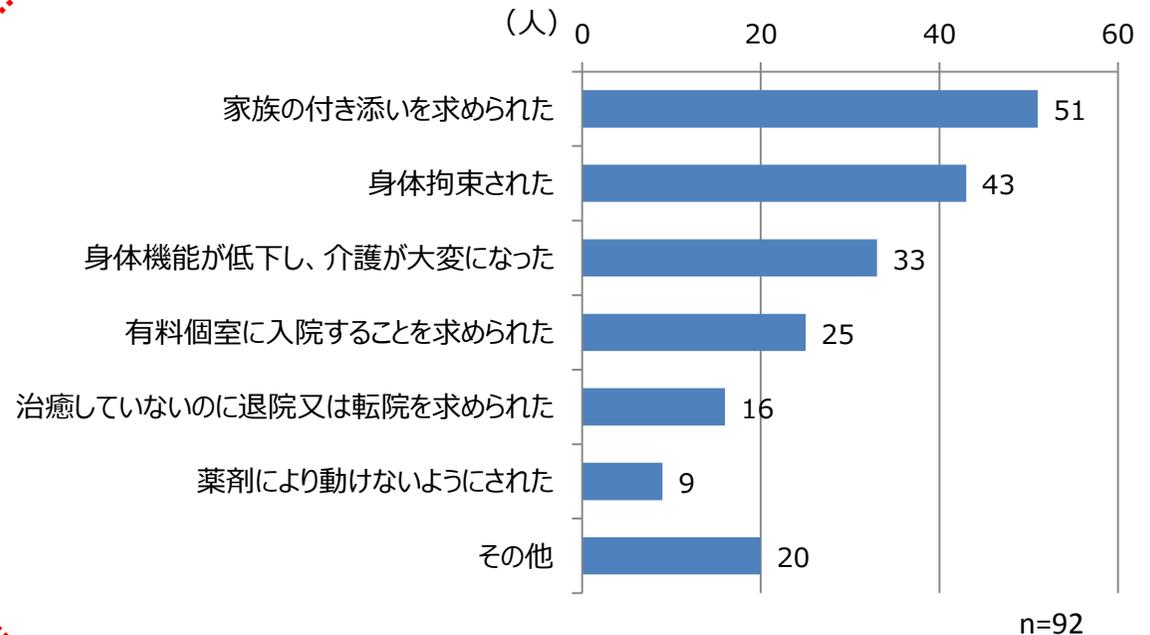
## <入院において治療は問題なく受けられたか>

※身体疾患により医療機関受診歴ありと答えのうち、  
受診の結果入院となったと回答した人が対象

(n=179人)

入院において治療は 問題なく受けられたか	
問題なく受けられた	49%
問題があった	51%

## <入院において「問題があった」場合、どんな問題だったか(複数回答)>



出典：平成26年度 長寿医療研究開発費「認知症の救急医療の実態に関する研究」分担研究報告を元に作成したもの

分担研究：家族会家族を対象とした認知症の人の身体疾患に対する医療に関する全国調査の解析. 栗田主一 (東京都健康長寿医療センター)

# 認知症患者の入院日数と在宅復帰率

○ 「認知症あり」の患者の方が、「認知症なし」の患者よりも入院日数が長く、在宅復帰率が低い傾向にあった。

## ＜認知症の有無別の入院日数の平均＞

単位：日

	7対1 (一般・専門・特定)	10対1 (一 般・専門・特 定)	13対1	15対1	地域包括ケ ア	回復期 リハ	療養 1	療養 2
全体 n=8042	17.8	20.6	34.2	39.2	43.7	67.8	203.5	284.3
認知症あり n=1133	23.8	29.4	58.7	45.2	45.1	69.3	240.9	399.5
認知症なし n=6909	17.1	19.0	25.2	35.4	42.8	66.9	123.3	178.2

## ＜認知症の有無別の在宅復帰率＞

	7対1 (一般・専門・特定)	10対1 (一 般・専門・特 定)	13対1	15対1	地域包括ケ ア	回復期 リハ	療養 1	療養 2
全体 n=7769	81.0%	80.5%	77.2%	60.0%	80.8%	69.1%	36.1%	39.1%
認知症あり n=1087	57.3%	55.2%	52.0%	32.6%	64.1%	52.9%	29.7%	20.6%
認知症なし n=6682	83.8%	85.0%	86.6%	77.0%	91.7%	78.0%	50.0%	57.1%

# 認知症ケア

## 急性期病院における認知症の治療・ケアの課題

コンサルテーション精神科医によるフォーカスグループの結果より

1. 認知症と気づかれていない
2. せん妄の合併  
せん妄は身体疾患による影響が重なっており、院内コンサルテーションで対応するしかない
3. 院内の連携の悪さ(コンサルテーションに出ない)
4. せん妄を含め、スタッフのアセスメント能力の不足と無力感
  1. 不適切な対応が症状の増悪を招く
  2. 在院日数の延長
  3. 無理な退院と再入院
  4. 家族に過度の負担を強いる  
(24時間の付添を要請)
5. 認知症患者の身体アセスメントの問題  
(栄養管理、疼痛管理)
6. 退院調整に時間を要する  
認知症と身体治療と両方可可能な施設はきわめて少ない

出典:「認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会」  
平成25年度第2回資料

## 認知症ケアの原則

1. 認知症ケアの第一原則は、認知症の人の尊厳を守ることである。
2. 日常生活の援助では、中核症状の影響をアセスメントし、入院前の日常生活の状況を把握して行う。
3. 治療やケアに伴う苦痛を最小限にする。

## コミュニケーション方法

1. 文章は短く、情報は一文に一つにする
2. 表情やジェスチャーなどの非言語的コミュニケーションを活用する
3. 患者の話(訴え)を否定せず、その人の現実を受け止める
4. 生きてきた過程を知る

## 環境調整

1. 身体・精神症状、ADL、日常とりやすい行動パターン、夜間の睡眠、どのような治療をするのかなど幅広く情報を得る。
2. 本人と環境との関係をアセスメントする。
3. 環境の3つの側面から、機能全体を情報収集し、アセスメントする。
4. 実施したことの結果を丁寧に評価し、再度アセスメントをして必要な修正は即座に行う。

## せん妄予防と発症時のケア

1. 認知症との鑑別
2. せん妄のリスク要因を探る
3. 不安やストレスに対してどのように対処する傾向があるのかを把握する
4. 感覚遮断を減らし、五感への刺激を増すことを心がける。
5. 生活リズムを整える。
6. 見当識をつけるための工夫をする。
7. 安全の確保と苦痛の軽減を図る。
8. 家族に対し、せん妄について正しい知識を提供する。

## その他

1. 入院加療中であっても、「生活者」としての視点をもつ
2. 入院前の生活機能レベルを具体的に把握する
3. リハビリテーションの専門職や心理療法士とともに評価する

出典:「看護師認知症対応力向上研修テキスト」(東京都福祉保健局) 14

# 認知症ケア支援のための取組例①

⇒ 認知症専門家含むチームが手術前から介入することで、術後のせん妄を最小限に防ぐことができた。

## 【チームの概要】

病床：560床（一般7対1病院）

チームメンバー：神経内科医（認知症専門医）、精神科医、老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師、臨床心理士、医療ソーシャルワーカー

活動：認知症・せん妄・うつなどの鑑別、適切な看護ケアの指導、薬物調整、環境調整等

院内のラウンド（1回／週）、チームメンバーでのカンファレンス（1回／週）、院内勉強会

## 【事例概要】

80歳代男性。

主病名：左大腿骨骨折

既往歴：脳梗塞、脳血管性認知症等

介入依頼日：入院後2日目

介入依頼理由：入院後1日目に尿道留置カテーテルを自分自身で抜去してしまい、ベッドから起き上がろうとする行動が頻繁に見られた。夜間は眠れないこともあり。ベッドからの転落や骨折部位への負担のリスクがあったため、体幹ベルトによる身体拘束を実施した。手術まで、安全に入院生活が送れることが必要であり、術後せん妄のリスクも非常に高かったため、病棟看護師からチームに依頼があった。

## 1) 介入時のアセスメント

チームメンバーと共に面接し、既往歴や現在おかれている状況から、見当識が障害されやすく、術後せん妄のリスクが非常に高い状態であると判断した。不眠時の指示の薬剤の種類は、せん妄を助長する可能性がある。

## 2) せん妄予防のための関わり

（薬物調整）

せん妄を助長する可能性がある薬剤は中止し、夜間の睡眠が十分に得られるように、眠前に向精神薬を処方。

（環境調整）

日付や時間が分かるように声掛けを行う。日中は病室のカーテンを開けて、日差しが届くようにする。

（その他）

手術や今後の状況について理解できるように、繰り返しオリエンテーションを行うことが重要であると病棟看護師へ伝える。

## 3) 手術後の経過

手術後は、夜間に一度だけ、混乱が生じて薬剤を使用したが、それ以外はせん妄なく経過した。チームでの毎週の回診時に、状態を確認し、病棟でのケアも継続して行われた。見当識障害は軽度続いていたが、順調にリハビリが進み、せん妄は落ち着き、身体的にも順調に回復したため、リハビリ目的での転院に至った。

## 4) 成果

チームと連携した病棟看護師のケアや内服薬の調整等により、安全に手術を迎えることができ、術後のせん妄も最小限に防ぐことができた。

# 認知症ケア支援のための取組例②

⇒ 老年専門チームによる介入は在院日数の減少に効果があった。

## 急性期病院での例

### 【チームの概要】

病床: 360床(一般7対1病院)

チームメンバー: 老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師、臨床心理士、作業療法士、薬剤師、非常勤精神科医(1回/週)

活動: ケースの介入、院内のラウンド(1回/週)、チームメンバーでのカンファレンス(1回/週)、精神科医による簡易診断、チームメンバーによる他職種への情報提供及び教育

### 【活動実績】

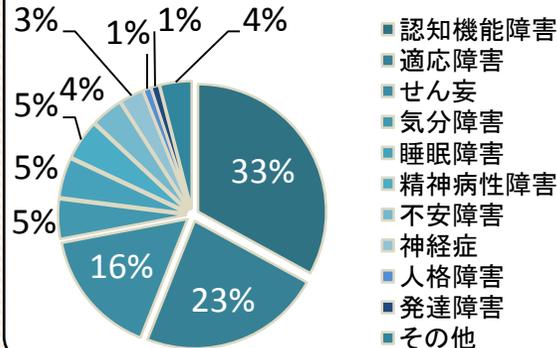
期間: 2012年10月～2015年3月

ケース数: 715人

平均年齢: 75.23歳

介入依頼元: 内科382件、外科146件、整形外科85件、緩和ケア科51件、耳鼻咽喉科20件、泌尿器科15件、透析科8件、その他8件

【介入後の診断名】



- 介入後の診断名では、簡易診断で「認知機能障害」が3割を占め、5割を占める他の診断名でも認知症の可能性のある状態を示していた。
- 介入内容では、「看護師への教育指導」「退院支援・調整を含むソーシャルワーク」等が多く、薬物による介入は少ない。

【介入ケースの在院日数】

	2012.10.1 ～ 2013.3.31	2013.4.1～ 2014.3.31	2014.4.1～ 2015.3.31	計
平均値	48.3(日)	45.8(日)	34.2(日)	41.2(日)
標準偏差	46.5	37.8	30.9	37.7
中央値	35	33	26	30
ケース数	157人	243人	315人	715

## 文献(システマティックレビュー)

目的: 老年専門職チームによる入院中の介入が、通常ケアと比較して、認知症、および認知機能の低下者を含む入院高齢患者群への在院日数の減少等の臨床指標が良好であるかをシステマティックレビューとメタアナリシスにより評価。

結果: 老年専門職チームによる介入は、認知症、認知機能の低下者を含む入院高齢患者群への平均在院日数を有意に減少。

# 身体疾患のために入院する認知症患者のケアに関する課題と論点

## 【課題】

- 認知症有病率の増加に伴い、認知症を有した身体疾患の患者が入院する機会が増えることから、認知症患者に対する適切な対応が求められている。
- 急性期の病棟にも、認知症患者が約2割入院している。認知症の患者には、BPSD(行動・心理症状)がみられやすく、認知症の患者は看護提供頻度が高い傾向がみられる。しかし、BPSDに対する対応が不十分であったり、身体拘束が多く患者になされているなど、病棟における対応には課題がある。また、認知症患者の在院日数も長くなる傾向となっている。
- 入院中の認知症患者へのケアに当たっては、関連する身体疾患の早期発見を図るとともに、失見当に基づく患者の不安を予測しつつ、視覚的なメッセージ等を含め、環境調整と分かりやすいコミュニケーションを行い、ストレスの軽減を図ることや、丁寧な退院調整が重要である。こうしたケアを支援するための、認知症専門家を含めた多職種チームによる介入により、術後せん妄の予防や在院日数の減少等の効果がみられている。



## 【論点】

- 身体疾患の治療のために入院する認知症患者に対する病棟における対応力とケアの質の向上を図るため、病棟における認知症症状の悪化予防や身体拘束廃止の取組、早期からの退院支援などの取組や、多職種で構成されたチームが、回診や院内研修の実施等を通じてこうした病棟での取組を支援し向上させることについての評価を設けてはどうか。

1. 身体疾患のために入院する認知症患者のケアについて
- 2. 地域加算の見直しについて**
3. 看護職員の夜勤について
4. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

## 地域加算の現行の取扱い

### 【基本的な考え方】

- 地域加算は、医業経営における地域差に配慮する観点から設けられているものであり、国家公務員一般職の地域手当に関して人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域に所在する保険医療機関に対し、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料2の加算として算定できる。(留意事項通知)

※地域手当非支給地であっても、人事院規則で定める地域に囲まれている地域及び複数の対象地域に隣接している地域については、隣接する対象地域の級地のうち、低い級地と同様の区分で評価している。

### <診療報酬における現行の地域加算区分>

区分	主な地域	点数(1日につき)
1級地	東京都特別区	18点
2級地	武蔵野市、鎌倉市、大阪市等	15点
3級地	さいたま市、横浜市、名古屋市等	12点
4級地	京都市、神戸市、福岡市等	10点
5級地	仙台市、静岡市、伊丹市等	6点
6級地	札幌市、和歌山市、高松市等	3点

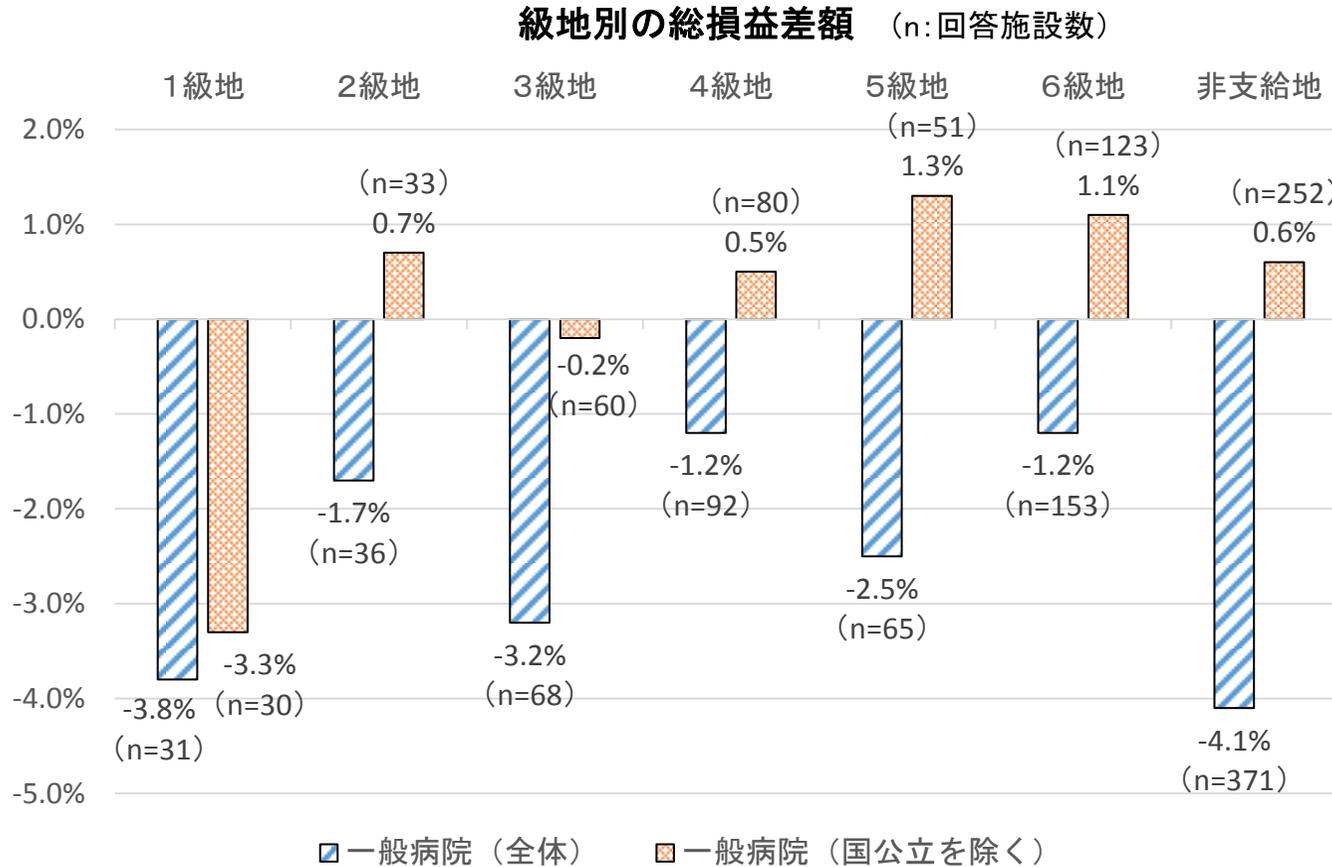
# 国家公務員一般職の地域手当区分に係る変更内容

- 平成27年度から、国家公務員の地域手当の地域区分が下記のように見直され、7区分から8区分に変更されるとともに、最大18%から20%に引き上げられた。(30年度にかけて段階的に実施される。)
- この見直しは、地方における官民給与の較差を国家公務員給与に反映させるため、全体の給与水準の引き下げ(2%)と併せて行われたものであり、都市部の給与の引き上げが行われたものではない。

見直し後 現行	20%	16%	15%	12%	10%	6%	3%
18%	特別区						
15%		町田市、 大阪市					
12%		横浜市、 川崎市、 豊田市	さいたま市、 八王子市、 名古屋市、 高槻市、西宮市	船橋市、 吹田市			
10%			千葉市	相模原市、 藤沢市、 豊中市、 神戸市	水戸市、市川市、 松戸市、横須賀市、 大津市、京都市、 堺市、枚方市、 東大阪市、尼崎市、 奈良市、広島市、 福岡市		
6%					四日市市	仙台市、宇都宮市、 川越市、川口市、 所沢市、越谷市、 柏市、甲府市、 静岡市、津市	
3%						高崎市、岐阜市、 岡崎市、春日井市、 和歌山市、高松市	札幌市、前橋市、 富山市、金沢市、 福井市、長野市、 浜松市、豊橋市、 一宮市、姫路市、 岡山市、北九州市、 長崎市
非支給地							新潟市、徳島市

# 地域区分別の収支状況

- 地域区分別の医業収支の状況については、明確な差は認められないものの、国公立以外の病院では、大都市部の医療機関の方がやや収支が悪い傾向がある。

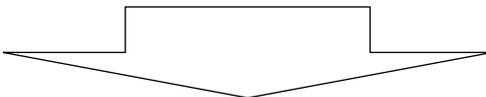


出典: 第20回医療経済実態調査(平成27年実施)

# 地域加算の見直しに係る課題と論点

## 【課題】

- 地域加算は、医業経営における地域差に配慮する観点から設けられており、国家公務員一般職の地域手当における地域区分に準じて、算定できるとされている。
- 平成27年度から、国家公務員の地域手当の地域区分が下記のように見直され、7区分から8区分に変更されるとともに、最大18%から20%に引き上げられた。(30年度にかけて段階的に実施される。)
- この見直しは、地方における官民給与の較差を国家公務員給与に反映させるため、全体の給与水準の引き下げ(2%)と併せて行われたものであり、都市部の給与の引き上げが行われたものではない。
- 地域区分別の医業収支の状況については、明確な差は認められないものの、国公立以外の病院では、大都市部の医療機関の方がやや収支が悪い傾向がある。



## 【論点】

- 国家公務員の地域手当見直しに伴い、診療報酬上の地域加算における地域区分についても、同様に見直すこととしてはどうか。
- 国家公務員の地域手当については級地ごとの差を広げる方向で見直しが行われたが、診療報酬についても、地域加算の評価を同様に拡大することについてどう考えるか。また、拡大する場合には、財政中立的に実施する観点から、入院基本料の水準を調整することについてどう考えるか。

1. 身体疾患のために入院する認知症患者のケアについて
2. 地域加算の見直しについて
- 3. 看護職員の夜勤について**
4. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について

# 看護職員の夜勤のあり方を巡る過去の経緯 (看護師等の人材確保の促進に関する法律制定まで)

年代	状況	
S30年代	医療機関が急増し、看護職員の不足が著しくなり、夜勤回数や時間外勤務が過重になる。	
S40	全日本国立医療労働組合要求に対する人事院判定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1人夜勤の廃止に向かって計画的に努力すべき</li> <li>・月平均約8回を一応の目標として計画的にその実現を図るべき 等</li> </ul>
S44	参議院・社会労働委員会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「看護職員の不足対策に関する決議」採択</li> <li>・夜間勤務医の改善</li> <li>・人事院判定の実行 等</li> </ul>
H4	<p>「看護師等人材確保に関する法律」公布</p> <p>「看護婦等の確保を促進するための措置に関する基本指針」</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・複数を主とした月8回以内の夜勤等の推進</li> </ul>

## 看護婦等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針(抄)(平成4年12月25日)

### 第3 病院等に勤務する看護婦等の処遇の改善に関する事項

#### 1 夜勤負担の軽減等

近年、若年労働者が職業選択をするに当たっては、週休や労働時間を重視する傾向が見られるところであり、他の職業との比較において看護婦等が敬遠されることのないよう、早急に労働時間の短縮を図る必要がある。このため、当面は、週40時間労働制を目指して、完全週休2日制の普及等労働時間短縮を進めていく必要がある。その際、看護婦等の処遇改善の実をあげるためには、外来部門の土曜日休診を進めていくことも必要であり、これに対応できるよう地域における救急医療体制の整備を進めていくことが必要である。

出産、結婚とともに代表的な離職理由である夜勤は、看護婦等が勤務する上で大きな負担となっており、看護婦等の継続勤務を促進する上では、その負担の軽減が必要である。このため、看護婦等の夜勤負担を軽減し、働きやすい職場づくりを進める上で、入院患者の状況等に応じて、複数を主として月8回以内の夜勤体制の構築に向けて積極的に努力する必要がある。

このほか、年次有給休暇についても、勤務割を長期的に組むこと等により、計画的な休暇の取得を可能とするよう取り組む必要がある。

また、看護婦等の業務の特殊性にかんがみ、その安全と健康を確保するため、院内における作業や環境の管理、心身の健康管理、業務面での悩みに対応できる管理体制を確立していくことが望ましい。

# 夜間の看護サービスの診療報酬上の評価の変遷 (平成18年改定まで)

年	加算	内容																					
H4	<b>夜間看護等加算の創設</b> 診療報酬で看護師等の労働条件改善を評価するものとして具体的な勤務条件を基準として設定した。	「3交代勤務・2人体制・月平均夜勤回数8回以内」 「3交代勤務・3人体制・月平均夜勤回数9回以内」 「2交代勤務・12時間夜勤・月平均夜勤回数6回以内」 「2交代勤務・16時間夜勤・月平均夜勤回数4回以内」																					
H6	<b>夜間勤務等看護加算へ変更</b> 新たに4人以上9回夜勤以内の評価を設けた	4人以上9回夜勤																					
H8	・多様な夜勤形態に合わせ、「夜勤回数」での評価を「夜勤時間」に変更した。 ・夜勤人数と時間以外に夜勤で受け持つ患者数を評価(看護職員1人あたり、15人、20人、30人)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>看護要員数</th> <th>受持患者数</th> <th>月平均夜勤時間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I a</td> <td rowspan="3">看護職員</td> <td>15:1</td> <td>72時間以下</td> </tr> <tr> <td>I b</td> <td>20:1</td> <td>72時間以下</td> </tr> <tr> <td>I c</td> <td>30:1</td> <td>64時間以下</td> </tr> <tr> <td>II a</td> <td rowspan="2">看護要員2人以上、かつ、1名は看護職員</td> <td>20:1</td> <td>72時間以下</td> </tr> <tr> <td>II b</td> <td>30:1</td> <td>64時間以下</td> </tr> </tbody> </table>	区分	看護要員数	受持患者数	月平均夜勤時間	I a	看護職員	15:1	72時間以下	I b	20:1	72時間以下	I c	30:1	64時間以下	II a	看護要員2人以上、かつ、1名は看護職員	20:1	72時間以下	II b	30:1	64時間以下
区分	看護要員数	受持患者数	月平均夜勤時間																				
I a	看護職員	15:1	72時間以下																				
I b		20:1	72時間以下																				
I c		30:1	64時間以下																				
II a	看護要員2人以上、かつ、1名は看護職員	20:1	72時間以下																				
II b		30:1	64時間以下																				
H14	・夜勤看護職員1人当たり患者数10人以下という上位区分ができた																						
H18	<b>夜間勤務等看護加算廃止</b> 夜勤の勤務条件が入院基本料の通則に含まれる	夜間勤務等看護加算																					

	看護体制 (2人以上の複数配置)		
	基本点数	算定基準	
		看護職員配置 (加算4、5は看護要員)	月平均夜勤 時間数
加算1	72点	10:1以上	72時間以下
加算2	48点	15:1以上	72時間以下
加算3	39点	20:1以上	72時間以下
加算4	32点	20:1以上	72時間以下
加算5	25点	30:1以上	64時間以下

# 夜間の看護サービス等における診療報酬上の評価の変遷 (平成18年改定以降)

年	加算	内容
H22	7対1特別入院基本料、10対1特別入院基本料の創設	一般病棟入院基本料等において月平均夜勤時間72時間以内の要件のみを満たせない場合の激変緩和措置を創設
H24	特定一般病棟入院料(指定地域)の創設	自己完結した医療を行っているが、医療提供体制が十分でない厚生労働省が定める2次医療圏に属する1病棟のみの病院について、月平均夜勤時間72時間以内の要件がかからない特定入院料を創設
	月平均夜勤時間の計算方法等の変更	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短時間正職員制度の短時間正職員の12時間以上の夜勤について月の平均夜勤時間の計算に算入</li> <li>・月の平均夜勤時間に算入されない夜勤専従者について夜勤時間の上限を撤廃</li> </ul>
H26	月平均夜勤時間超過減算の創設	一般病棟7対1及び10対1入院基本料と同様に8割相当の入院基本料を算定できるよう、各入院基本料に2割減算の規定を創設。

# 医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価

## 夜間における看護補助者の評価

- 急性期における夜間の看護補助者の配置について、評価を引き上げ、看護職員の負担を軽減する体制の推進を図る。

### 夜間急性期看護補助体制加算

改定前	
夜間看護補助者の配置	点数
50対1	10点
100対1	5点



改定後	
夜間看護補助者の配置	点数
(新) 25対1	35点
(改) 50対1	25点
(改) 100対1	15点

#### [施設基準]

25対1、50対1又は75対1のいずれかの急性期看護補助体制加算を算定している病棟であること。

#### (参考) 急性期看護補助体制加算の施設基準

- 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)又は専門病棟入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者であること。
- 総合周産期母子医療センター又は年間の緊急入院患者数が200名以上の病院
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合が10対1入院基本料においては5%以上
- 看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っている。

## 看護職員の夜間配置の評価について

### 看護職員の手厚い夜間配置を評価

- 看護職員の負担軽減をするため、現行の配置基準を上回る夜間配置を評価する。

平成24年

#### (新) 看護職員夜間配置加算

50点(1日につき、14日まで)

(※急性期看護補助体制加算の注3)

[施設基準]

- ① 25対1急性期看護補助体制加算を算定している病棟であること。
- ② 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が12に対して1以上であること。

平成26年

#### 看護職員夜間配置加算

50点(1日につき、14日まで)

(※急性期看護補助体制加算の注3加算からの新区分として独立)

[施設基準]

- ① 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。
- ② 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)又は専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定する病棟であること。
- ③ 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
- ④ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を、10対1入院基本料を算定する病棟にあっては0.5割以上入院させる病棟であること。

# 看護職員の確保が困難な医療機関に対する緩和措置

## 月平均夜勤時間72時間を満たせない場合の緩和措置の見直し

- 月平均夜勤時間72時間要件は維持しつつ、当該要件のみを満たせない場合に、一般病棟7対1及び10対1入院基本料と同様に8割相当の入院基本料を算定できるよう、各入院基本料に2割減算の規定を設ける。

### 【改定前】

#### 【一般病棟入院基本料】

7対1 特別入院基本料	1,244点
10対1 特別入院基本料	1,040点

### 【改定後】

【一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料25対1、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料】

月平均夜勤時間超過減算

20/100を減算

#### [算定要件]

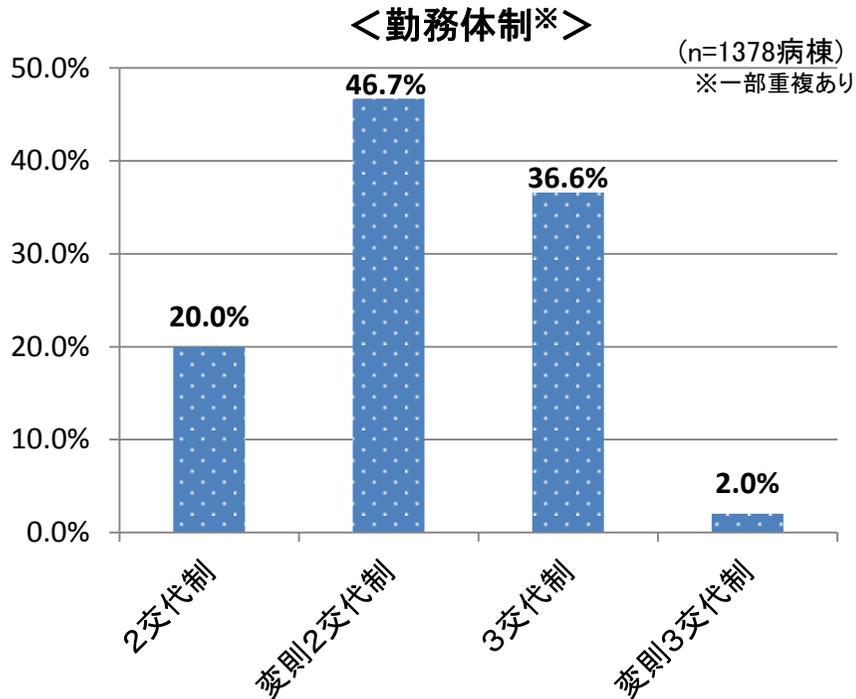
- ① 月平均夜勤時間が72時間以下であるという要件のみ満たせなくなった場合については、直近3月に限り算定できる。
  - ② 最後に算定した月から起算して1年以内は算定できない
  - ③ 毎月看護職員採用活動状況を報告
- ※ 当該点数算定期間中は、特定の看護職員に夜勤時間が偏重することがないように配慮すること。

#### [緩和措置の対象外の入院基本料]

特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料

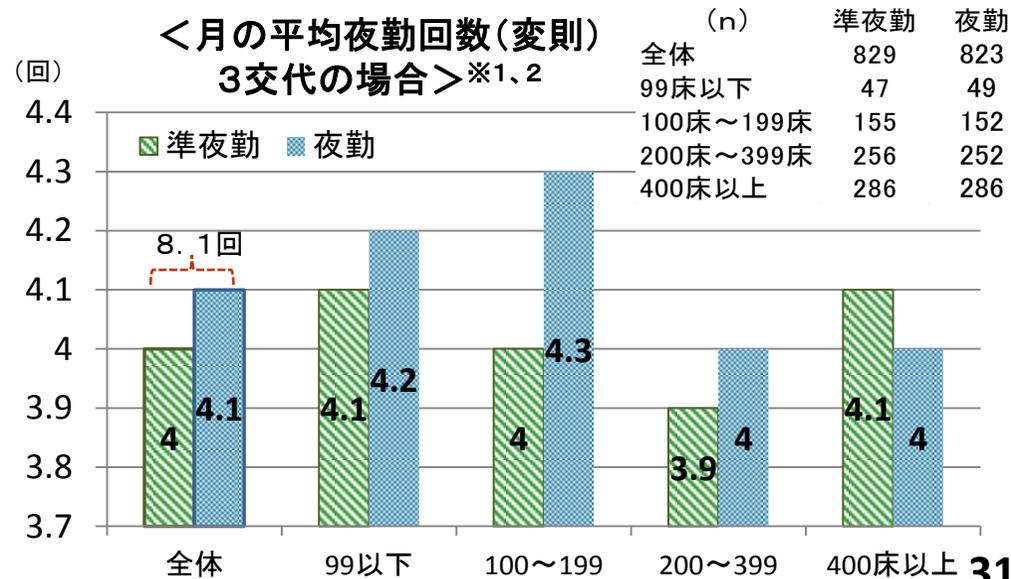
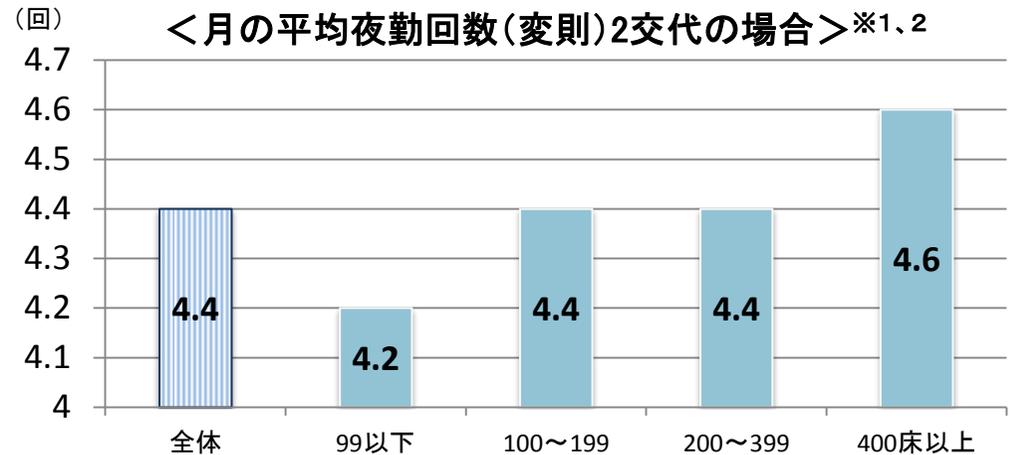
# 看護職員の勤務体制と夜勤回数

- 看護職員の勤務体制は、2交代制(変則含む)が3交代制(変則含む)より多い
- 1か月間の平均夜勤回数は、2交代制(変則含む)の場合で4.4回であり、3交代制(変則含む)の場合、看護職員の夜勤回数は、概ね月8回であった。



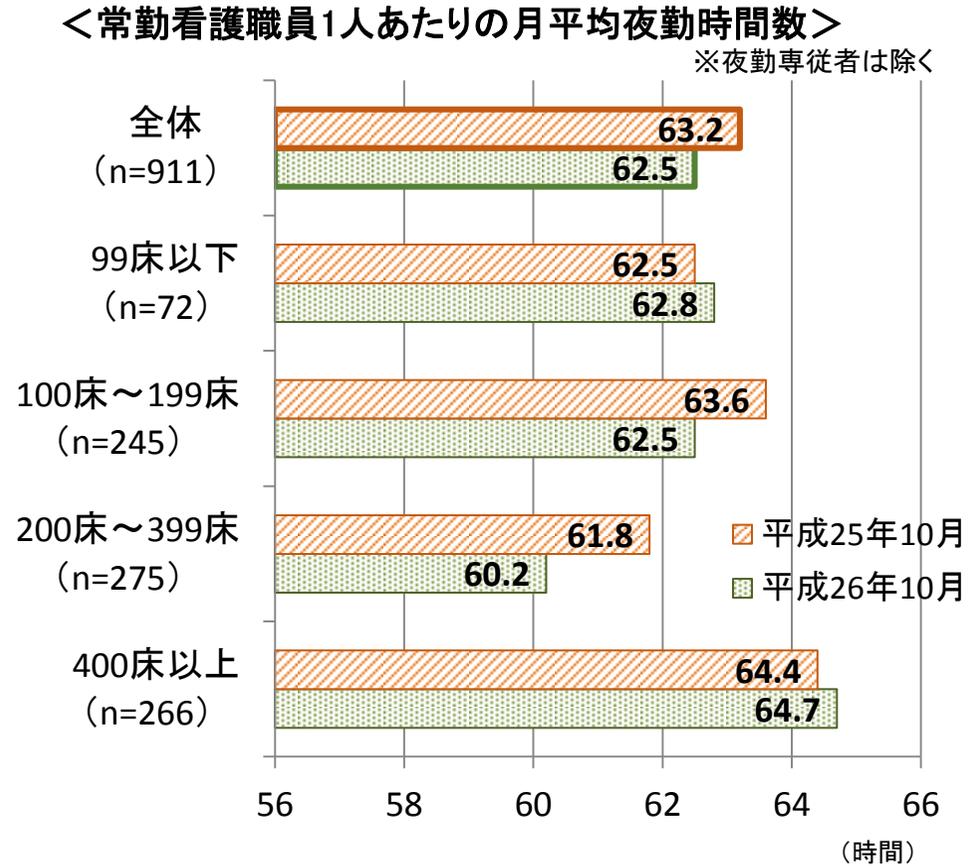
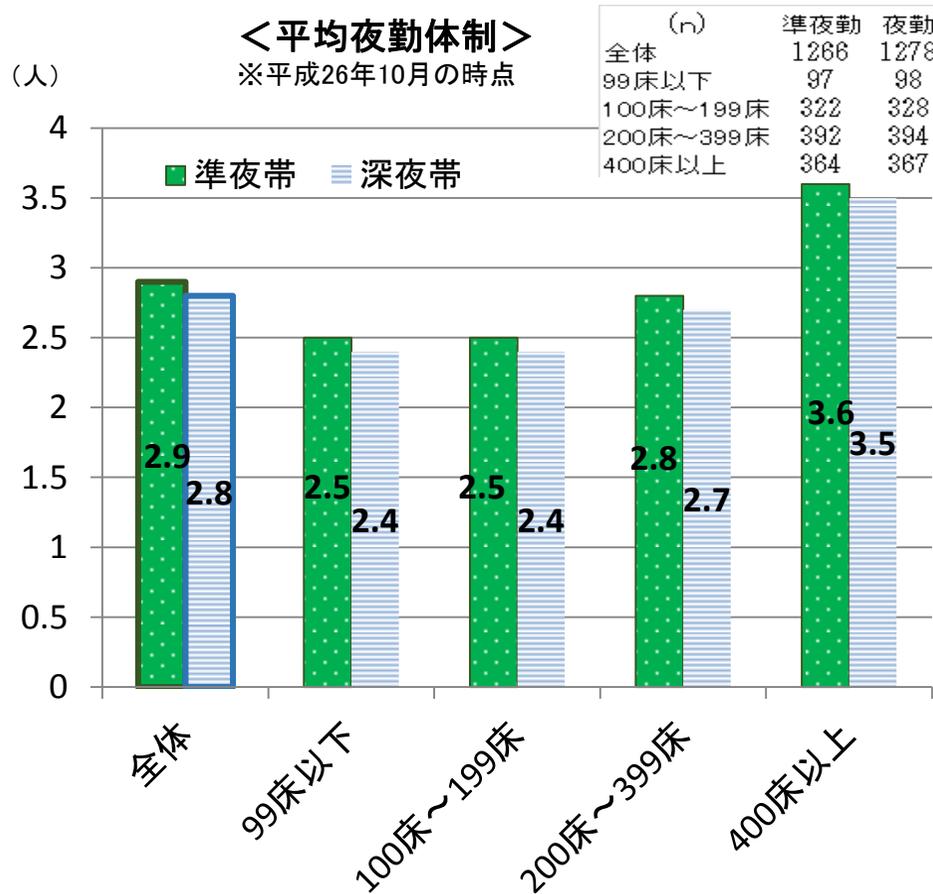
2交代制: 日勤・夜勤が12時間ずつ等といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが同じになる交代勤務。  
 変則2交代制: 日勤8時間、夜勤16時間といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。

※1 平成26年10月の1か月間の回数  
 ※2 月をまたぐ夜勤は0.5回とする



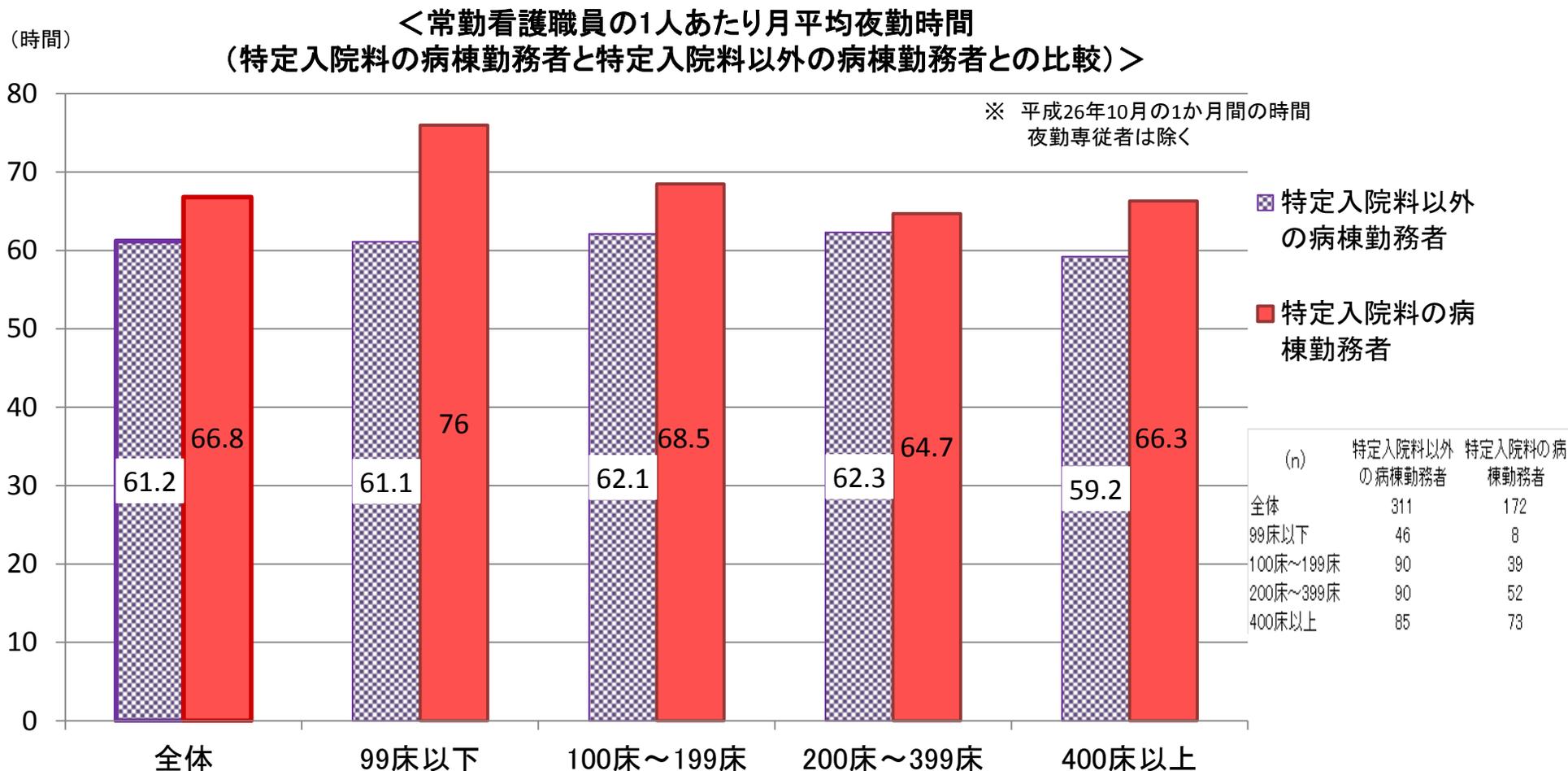
# 看護職員の夜勤体制と月あたりの平均夜勤時間

- 夜勤の体制は、400床以上の医療機関で3名以上となり、病床規模が大きくなるほど手厚く配置されている。
- 月あたりの平均夜勤時間数は、62～63時間であり、400床以上の医療機関でやや多くなっている。



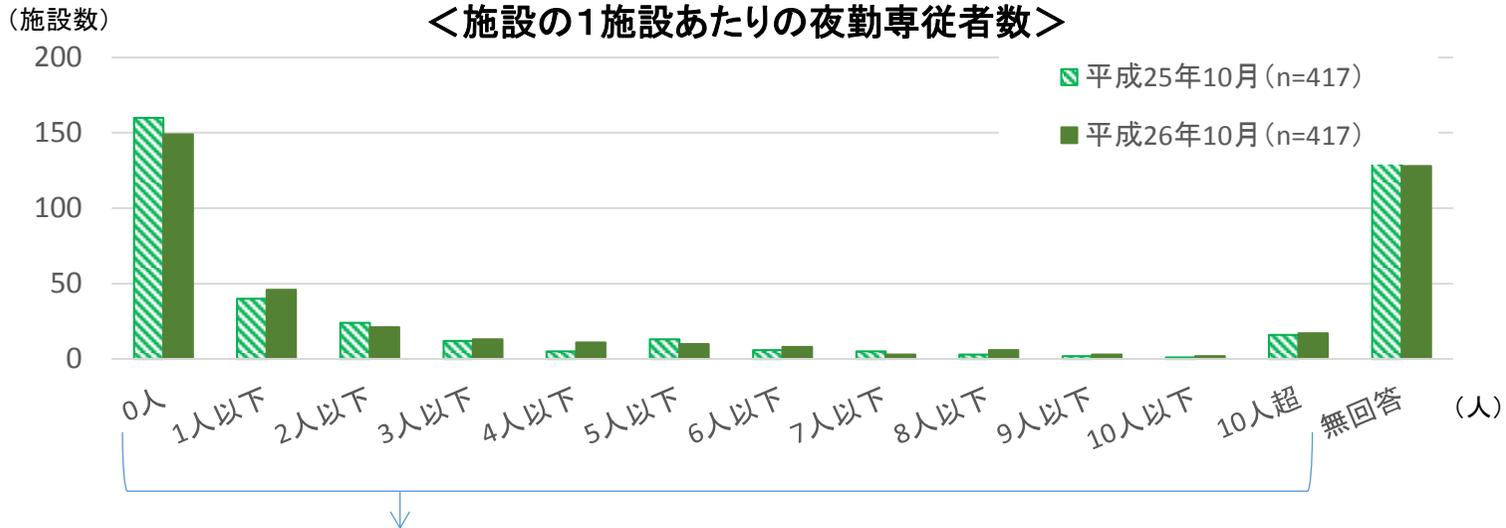
# 看護職員の月あたりの平均夜勤時間(特定入院料別)

- 特定入院料以外の病棟で勤務する看護職員と特定入院料の病棟で勤務する看護職員の月あたりの平均夜勤時間を比較すると、特定入院料で勤務する看護職員のほうが長時間となっていた。

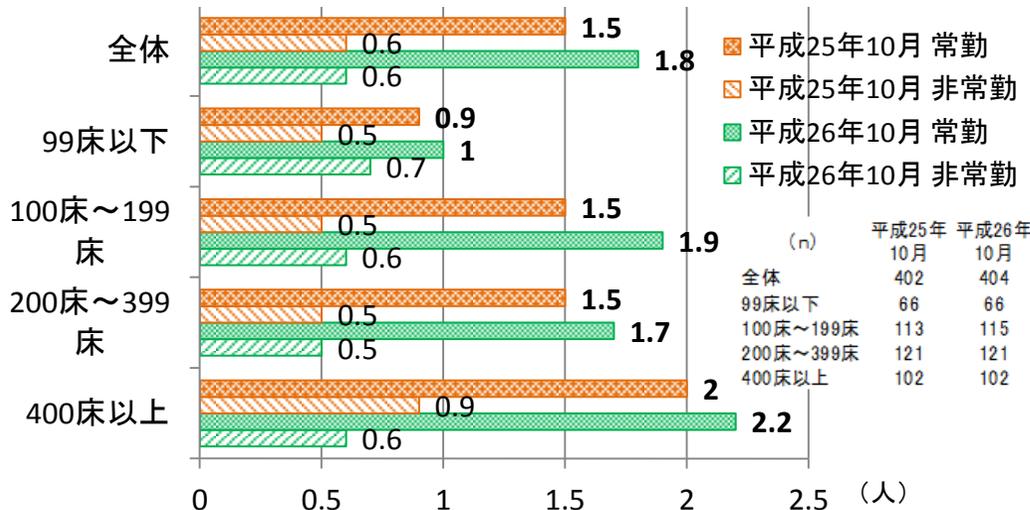


# 夜勤専従者

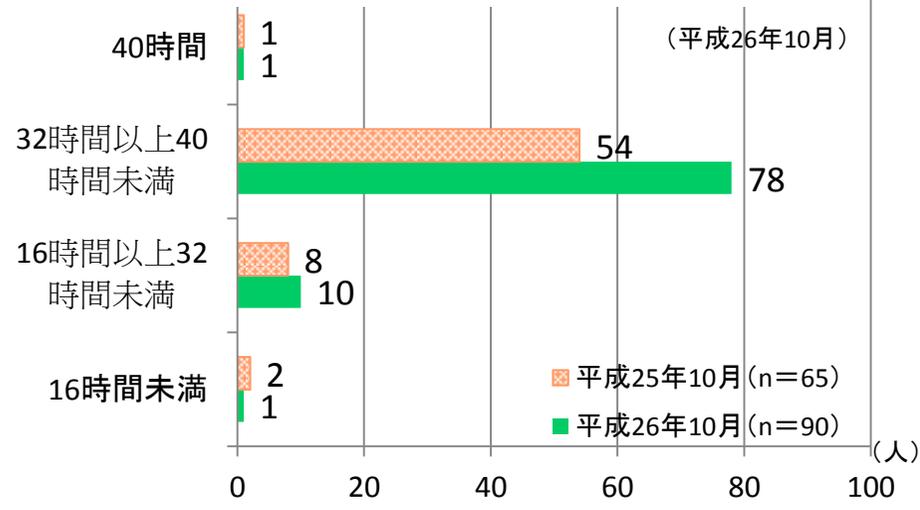
- 夜勤専従者数は、施設あたり平均1～2人配置しており、前年度と比較して増えている。
- 夜勤専従者の週の所定労働時間は、32時間以上40時間未満が多い。



### <夜勤専従者数(1施設あたり平均職員数)>



### <夜勤専従者(常勤)の週所定労働時間>

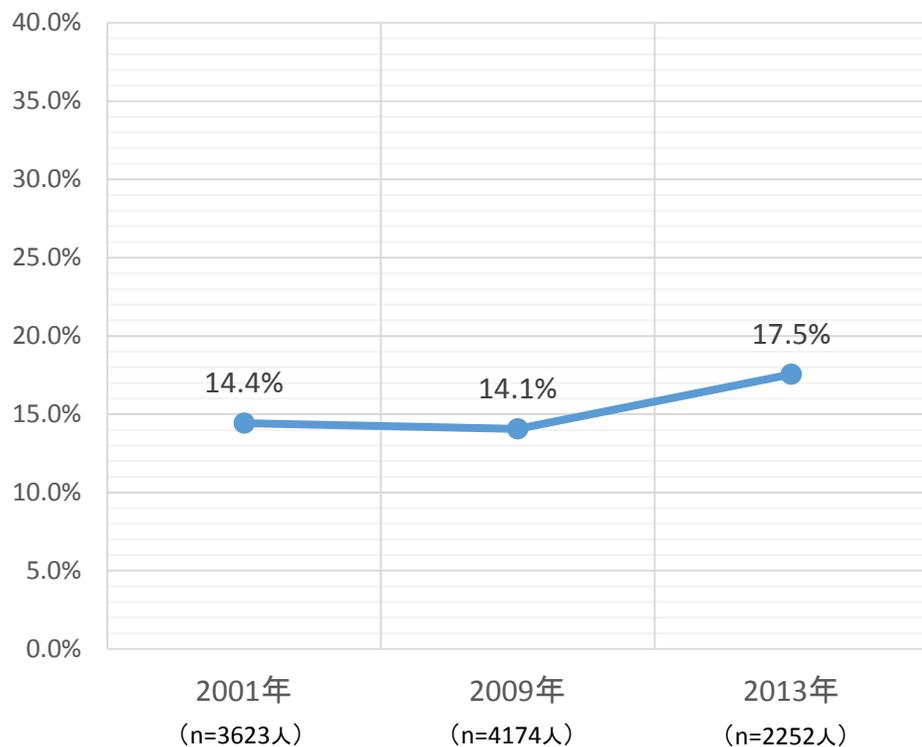


# 子どものいる看護職員

## ～病院勤務看護職員の未就学の子どもの有無～

- 病院に勤務する看護職員のうち、未就学の子どもがいる人の割合は増加傾向にある。
- 未就学の子どもがいる職員に比較して、子どものいない職員の方が、平均夜勤回数が多い。

### <病院勤務看護職員のうち、未就学の子どもがいる人の割合>



### (1) 未就学の子どもがいる職員・子どものいない職員の夜勤回数の比較(3交代)

2013年(n=307人)

未就学の子どもがいる	子どもはいない
8.0回	8.4回

### (2) 未就学の子どもがいる職員・子どものいない職員の夜勤回数の比較(2交代)

2013年(n=427人)

未就学の子どもがいる	子どもはいない
4.0回	4.8回

# 医療従事者の勤務環境改善の促進

医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、改正医療法（平成26年10月1日施行）に基づき、

- 医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設。医療機関の自主的な取組を支援するガイドラインを国で策定。
- 医療機関のニーズに応じた総合的・専門的な支援を行う体制（医療勤務環境改善支援センター）を各都道府県で整備。センターの運営には「地域医療介護総合確保基金」を活用。

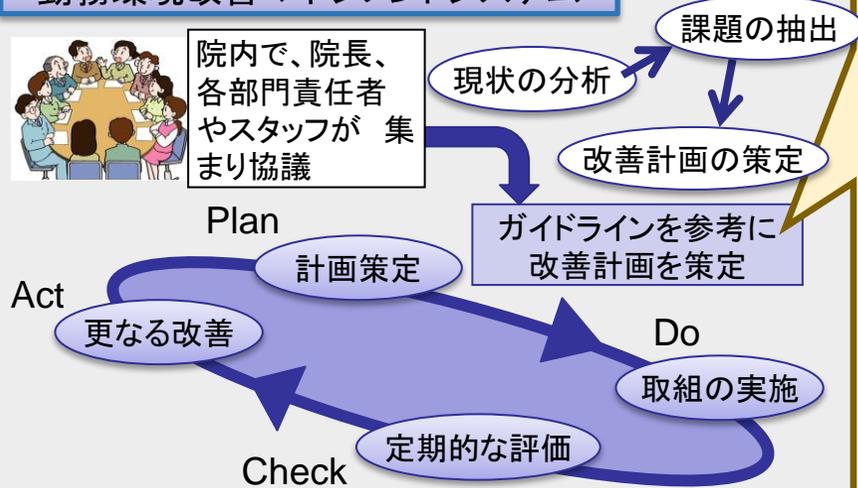
➡ **医療従事者の勤務環境改善に向けた各医療機関の取組（現状分析、改善計画の策定等）を促進。**

## 勤務環境改善に取り組む医療機関

### 勤務環境改善マネジメントシステム



院内で、院長、各部門責任者やスタッフが集まり協議



- **医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針（厚労省告示）**
- **勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き（厚労省研究班）**

「医療従事者の働き方・休み方の改善」の取組例

- ✓ 多職種の役割分担・連携、チーム医療の推進
- ✓ 医師事務作業補助者や看護補助者の配置
- ✓ 勤務シフトの工夫、休暇取得の促進 など

「働きやすさ確保のための環境整備」の取組例

- ✓ 院内保育所・休憩スペース等の整備
- ✓ 短時間正職員制度の導入
- ✓ 子育て中・介護中の者に対する残業の免除
- ✓ 暴力・ハラスメントへの組織的対応
- ✓ 医療スタッフのキャリア形成の支援 など

マネジメントシステムの普及（研修会等）・導入支援、勤務環境改善に関する相談対応、情報提供等



## 都道府県 医療勤務環境改善支援センター

（平成27年11月2日現在 41都道府県でセンターを設置済）

- **医療労務管理アドバイザー**（社会保険労務士等）と **医業経営アドバイザー**（医業経営コンサルタント等）が連携して医療機関を支援
- **センターの運営協議会**等を通じ、地域の関係機関・団体（都道府県、都道府県労働局、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会等）が連携して医療機関を支援

# 月平均夜勤時間の要件と報酬の算定

月平均夜勤時間72時間以下の要件を満たせなかった場合、直近3か月に限り「月平均夜勤時間超過減算」となり、80/100を算定するが、その間に夜勤のできる看護職員が確保できなかった場合、仮に看護配置を満たしていても、特別入院基本料を算定する。(ただし、3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動は認められている。)

## 【通常】

1591点

※1割(79.2時間)以内の超過の場合、3か月間は現行の入院基本料が算定できる。

7対1  
入院基本料

超過時間が1割を超える

または

1割以内の超過が3ヶ月を超える

## 【月平均夜勤時間超過減算】

1591点

318点

1273点  
(1591点の80%)

※基準を満たさなくなった翌々月から3か月間算定できる。

7対1  
入院基本料

改善しなかった場合

## 【特別入院基本料】

1591点

1007点

584点  
(1591点の36.7%)

7対1  
入院基本料

特別  
入院基本料

一般病棟7対1入院基本料の場合

# 月平均夜勤時間の算出方法

病院の入院基本料の施設基準の通則(抜粋)

夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること等、看護職員及び看護補助者の労働時間が適切なものであること。 【施設基準告示】

当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数

月平均夜勤時間数＝

夜勤時間帯の実人員数

## 留意点

- 夜勤時間帯とは、各保険医療機関が定める午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間のこと。
- 月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で計算するもの(病棟ごとではない)。
- 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延夜勤時間数には、
  - ① 月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者
  - ② 専ら夜勤時間帯に従事する者(夜勤専従者)は含まない。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含む。

# 月平均夜勤時間超過減算の届出医療機関数

- 平成26年度に、月平均夜勤時間超過減算の届出をした医療機関は、13医療機関であった。
- 15対1入院基本料を算定している医療機関が多く、比較的病床規模の小さい医療機関が多い。

## <平成26年度の届出医療機関数>

期間	届出医療機関数	延べ算定期間（月）
平成26年4月～平成27年3月	13施設	21か月

## <病棟種別別の医療機関数>

病棟種別	医療機関数
一般10対1	4
一般15対1	6
精神15対1	2
療養2	1

## <病床規模別の医療機関数>

病床数	医療機関数
30	3
31～40	5
41～50	1
51～100	3
101～199	1

※平成26年4月～平成27年3月の毎月1日時点で抽出

(各地方厚生局の有する情報をとりまとめて集計したもの)

# 月平均夜勤時間超過減算 届出医療機関の動向

- 減算の届出をしている期間は1か月、2か月がほとんどであった。
- 減算の届出をした13医療機関のうち、10医療機関が2か月以内に元の入院基本料に戻っている。

## ＜月平均夜勤時間超過減算届出医療機関の算定期間と届出取り下げ後の状況＞

算定期間	医療機関数
1か月	6
2か月	6
3か月	1

届出取り下げ後の状況	医療機関数
元の入院基本料に復帰	10
1か月間の届出後	6
2か月間の届出後	4
特別入院基本料に変更	2
2か月間の届出後	1
3か月間の届出後	1
休床	1

※平成26年4月～平成27年3月の毎月1日時点で抽出

(各地方厚生局の有する情報をとりまとめて集計したもの)

# 看護職員の夜勤に関する課題と論点

## 【課題】

- ・ 看護職員の夜勤時間数の基準については、夜勤や時間外勤務などの過重労働への対応、安全な医療提供体制の確保から設定された。
- ・ 入院基本料の算定のためには、月平均夜勤時間数が72時間以下である必要がある。なお、月平均夜勤時間数の計算対象には、月あたり夜勤時間数が16時間以下の者は含まないこととされている。
- ・ 看護職員の月平均夜勤時間数は約62～63時間、夜勤回数は概ね8～9回、であった。
- ・ 今後とも看護職員の確保や、夜勤に従事できる看護職員の確保が重要であるが、子育て中の看護職員が増え、夜勤を行える看護職員の確保が難しくなっている。
- ・ 平成18年度の診療報酬改定以後、診療報酬改定の都度、看護職員不足の中、入院基本料の要件とすることの是非や勤務環境の確保などの観点から議論が行われ、これまで、一時的に満たせない場合の減額幅の減少や、医療資源の少ない地域における緩和措置、短時間勤務職員に関する計算方法の緩和を行ってきた。
- ・ 平成26年度診療報酬改定で設けた月平均夜勤時間超過減算について、平成26年度に13の医療機関で届出がなされた。届出を行った医療機関は、病床規模が小さく、15対1の看護配置の医療機関が多かった。

## 【論点】



- 夜勤に関する診療報酬上の基準や評価については、安全な医療の提供体制を確保するためにも重要であるが、本来医療機関の経営を揺るがすことが目的ではなく、超過の予防や改善を図ることが目的であり、こうした観点や、夜勤従事者を確保する観点を含め、そのあり方をどう考えるか。
- 月平均夜勤時間数を入院基本料の要件とする、現行の考え方については、維持することとしてはどうか。
- その上で、
  - 子育てや家族の介護を担う看護職員を含め、より多くの看護職員で夜勤体制を支えることができるよう、月平均夜勤時間数の計算対象に含まれる従事者を一定程度拡大するなど、計算方法を見直してどうか。
  - 月平均夜勤時間超過減算の算定に至った場合、3か月間で十分な職員を確保することが難しいことから、入院基本料に応じた看護職員の配置人数を満たすことを前提とし、職場の勤務環境の改善等の一定の取組を要件とした上で、減算期間を延長するとともに、当該期間の経過後については、医療機関の経営を維持しつつ早期の回復を促すよう、月平均夜勤時間超過減算よりも低い入院料を設定してはどうか。

1. 身体疾患のために入院する認知症患者のケアについて
2. 地域加算の見直しについて
3. 看護職員の夜勤について
- 4. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について**

## 医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価①

## 地域に配慮した評価①

医療資源の少ない地域(特定地域・30二次医療圏※)に配慮した評価について、対象医療圏は変更せずに、地域包括ケア病棟入院料等の要件を緩和した評価を導入することとし、チーム医療等に係る評価については、対象の範囲を拡大するとともに専従要件等を緩和し、それに応じた評価とする。 ※特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く

➤ 地域包括ケア病棟入院料等について、要件を緩和した評価を行う。

(新)	地域包括ケア病棟入院料1(特定地域)	2,191点(1日につき)
(新)	地域包括ケア入院医療管理料1(特定地域)	2,191点(1日につき)
(新)	地域包括ケア病棟入院料2(特定地域)	1,763点(1日につき)
(新)	地域包括ケア入院医療管理料2(特定地域)	1,763点(1日につき)

[施設基準]

看護職員配置が常時15対1以上、専任の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士1名以上及び専任の在宅復帰支援担当者1人以上が配置されていること。等

➤ 看護要員の夜勤72時間要件の緩和対象となる特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加える。

## 改定前

## 【特定一般病棟入院料】

1	特定一般病棟入院料1(13対1)	1,103点
2	特定一般病棟入院料2(15対1)	945点

[施設基準] 1病棟のものに限る



## 改定後

## 【特定一般病棟入院料】

1	特定一般病棟入院料1(13対1)	1,121点
2	特定一般病棟入院料2(15対1)	960点

[施設基準] 一般病棟が1病棟のものに限る

# 医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価②

## 地域に配慮した評価②

➤ チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する。

	<u>栄養サポートチーム加算(特定地域)</u>	<u>100点(週1回)</u> (200点)	※( )は元の点数
	<u>緩和ケア診療加算(特定地域)</u>	<u>200点(1日につき)</u> (400点)	
(新)	<u>外来緩和ケア管理料(特定地域)</u>	<u>150点(月1回)</u> (300点)	
(新)	<u>糖尿病透析予防指導管理料(特定地域)</u>	<u>175点(月1回)</u> (350点)	
(新)	<u>褥瘡ハイリスク患者ケア加算(特定地域)</u>	<u>250点(入院中1回)</u> (500点)	
(新)	<u>退院調整加算(特定地域)</u> (退院時1回)		
	<u>一般病棟等の場合</u>	<u>170点(14日以内)</u> (340点)	
		<u>75点(15日以上30日以内)</u> (150点)	
		<u>25点(31日以上)</u> (50点)	
	<u>療養病棟等の場合</u>	<u>400点(30日以内)</u> (800点)	
		<u>300点(31日以上90日以内)</u> (600点)	
		<u>200点(91日以上120日以内)</u> (400点)	
		<u>100点(121日以上)</u> (200点)	

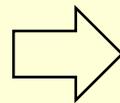
### [施設基準]

- ① 専従、専任、常勤要件を緩和する(ただし、医師は常勤とする。)
- ② 専任チームの設置を緩和し、指導等を行った場合に算定可とする

### (例)糖尿病透析予防指導管理料の施設基準

当該保険医療機関内に、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



(特定地域の点数を算定する場合)

以下から構成される透析予防診療チームにより、透析予防に係る専門的な診療が行われていること。

- ア 糖尿病指導の経験を有する医師
- イ 糖尿病指導の経験を有する看護師又は保健師
- ウ 糖尿病指導の経験を有する管理栄養士

➤ 一般病棟入院基本料の届出について、**病棟毎の届出を引き続き可能とする。**

# 医療提供が困難な地域の考え方について

地域に密着した医療提供を行う医療提供が困難な地域等において、下記の観点から地域の条件を検討

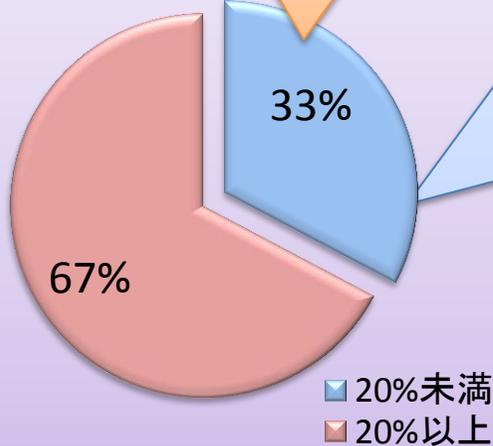
- ① 自己完結した医療を提供している地域
- ② 医療従事者の確保等が困難な地域
- ③ 医療機関が少ない地域

※ただし、特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く

## ①自己完結した医療を提供

(n=348医療圏)

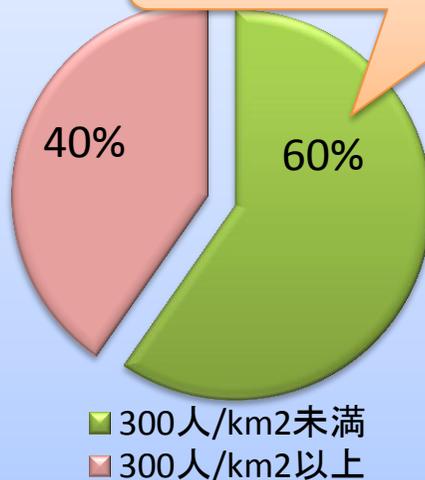
患者流出20%未満  
114医療圏



## ②医療従事者の確保が困難な地域

(n=114医療圏)

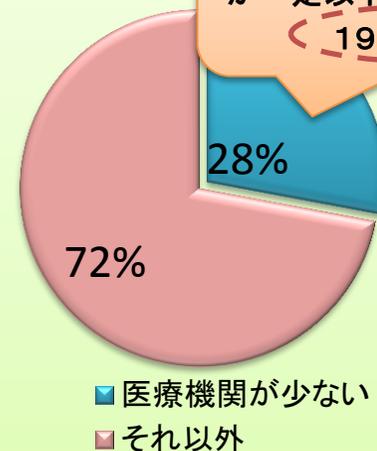
人口密度300人/km<sup>2</sup>未満  
68医療圏



## ③医療機関が少ない地域

(n=68医療圏)

病院密度(面積当たり)又は  
病床密度(面積当たり)  
が一定以下  
19医療圏



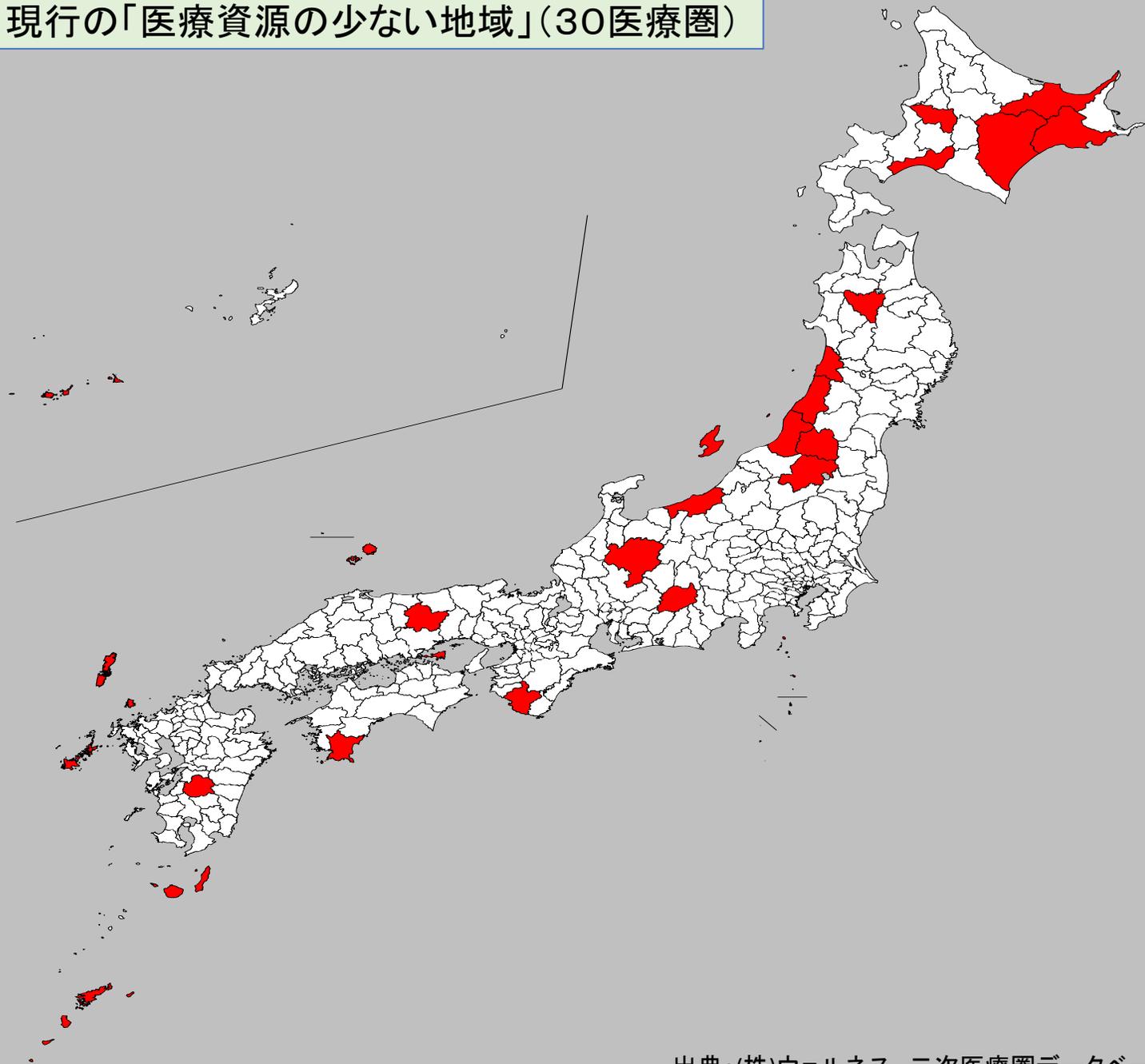
※病院総数、病院病床数が少なくても、面積が小さければ、一定程度医療機関の数は満たされていると考えられることから、面積当たりとした。

平成24年診療報酬改定では、これらに離島の医療圏を加えた30医療圏を、“医療提供しているが、医療資源の少ない地域”としている。

# 医療提供しているが、医療資源の少ない地域(特定地域・30二次医療圏)

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	中空知	芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町
	東胆振	苫小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町
	北網	北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、訓子府町、置戸町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町
	釧路	釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村、白糠町
秋田県	大館・鹿角	大館市、鹿角市、小坂町
	由利本荘・にかほ	由利本荘市、にかほ市
山形県	置賜	米沢市、長井市、南陽市、高畠町、川西町、小国町、白鷹町、飯豊町
	庄内	鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町、遊佐町
福島県	会津	会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	下越	村上市、新発田市、胎内市、関川村、粟島浦村、聖籠町
	上越	上越市、妙高市、糸魚川市
	佐渡	佐渡市
長野県	飯伊	飯田市、下伊那郡(松川町、高森町、阿南町、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村)
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
和歌山県	田辺	田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町、すさみ町
島根県	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	津山・英田	津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西粟倉村、久米南町、美咲町
香川県	小豆	小豆郡(土庄町、小豆島町)
高知県	幡多	宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村、黒潮町
長崎県	五島	五島市
	上五島	新上五島町、小値賀町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
熊本県	球磨	人吉市、錦町、あさぎり町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村、球磨村
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
	奄美	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

参考：現行の「医療資源の少ない地域」(30医療圏)



出典：(株)ウェルネス 二次医療圏データベース

# 参考：医療資源の少ない地域に配慮した評価の算定状況

- 医療資源の少ない地域に配慮した評価として、専従要件等を緩和した項目が設けられているが、算定状況は低調である。

算定項目	点数	件数	回数
緩和ケア診療加算(特定地域)	200	-	-
栄養サポートチーム加算(特定地域)	100	41	82
特定一般病棟入院料1	1,103	31	375
特定一般病棟入院料2	945	126	2,078
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1(特定地域)	2,191	-	-
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2(特定地域)	1,763	-	-
特定一般病棟入院料 地域包括ケア入院医療管理1	2,191	-	-
特定一般病棟入院料 地域包括ケア入院医療管理2	1,763	-	-
褥瘡ハイリスク患者ケア加算(特定地域)	250	-	-
退院調整加算 一般病棟入院基本料等(特定地域)(14日以内)	170	10	10
退院調整加算 一般病棟入院基本料等(特定地域)(15日以上30日以内)	75	20	20
退院調整加算 一般病棟入院基本料等(特定地域)(31日以上)	25	30	30
退院調整加算 療養病棟入院基本料等(特定地域)(30日以内)	400	2	2
退院調整加算 療養病棟入院基本料等(特定地域)(31日以上90日以内)	300	5	5
退院調整加算 療養病棟入院基本料等(特定地域)(91日以上120日以内)	200	-	-
退院調整加算 療養病棟入院基本料等(特定地域)(121日以上)	100	2	2
外来緩和ケア管理料(特定地域)	150	-	-
糖尿病透析予防指導管理料(特定地域)	175	-	-

# 医療従事者等の状況

○ 現行の特定地域における病床規模別の職員数は、他の地域と比較して必ずしも少ない。

## 病床規模別の職員数比較

### < 特定地域の病院 >

	99床以下	100-199床	200-299床	300-399床	400-499床
医師	5.4	9.2	21.8	53.4	72.8
看護師	24.3	51.6	107.6	260.7	368.2
准看護師	9.6	16.3	22.9	12.8	16.5
看護補助者	13.0	31.1	41.0	31.1	50.0
薬剤師	1.7	3.2	5.9	10.9	15.2
管理栄養士	1.3	2.0	2.8	3.5	6.5
理学療法士	3.1	8.6	20.7	7.8	15.0
作業療法士	1.7	6.5	13.7	4.0	9.3
言語聴覚士	0.8	1.9	4.4	1.6	3.3
相談員	0.8	1.8	5.0	2.9	5.7
(うち)社会福祉士	0.4	1.5	3.0	2.0	4.3
事務職員	9.3	15.9	37.8	46.7	77.3

### < 特定地域以外の病院 >

	99床以下	100-199床	200-299床	300-399床	400-499床
	6.2	13.1	25.3	41.6	84.7
	23.1	63.2	125.7	189.4	334.3
	10.1	15.6	18.7	17.2	13.7
	13.2	30.5	40.6	47.3	45.7
	1.9	4.1	7.0	10.7	17.0
	1.4	2.4	3.6	4.0	5.8
	4.3	11.9	13.8	13.5	15.2
	1.7	6.3	7.1	7.2	8.1
	0.7	2.6	3.2	3.0	3.5
	1.0	2.6	3.8	4.1	5.0
	0.6	2.0	2.8	3.0	3.8
	10.1	21.6	34.8	43.9	77.8

## 入院分科会とりまとめ(H27.10.15)

- 医療資源の少ない地域に配慮した評価として、医療従事者や医療機関が少ないこと等に着目し、対象となる30の二次医療圏内においては、施設基準の緩和や、入院基本料の病棟ごとの届出等が認められているが、届出や算定の状況は極めて低調である。
- 当該評価の対象は、患者流出率20%未満、人口密度300(人/km<sup>2</sup>)未満、病院密度が下位15%または病床密度が下位15%の基準を全て満たす二次医療圏であるが、
  - 患者の流出率が一定以上の場合には対象とならない
  - 医療従事者数自体は要件とされていないことから、人口密度や人口当たり医療従事者数が極めて少ない二次医療圏の多くは対象となっていない。
- また、二次医療圏の中心部が離島でない場合は離島に所在する医療機関であっても対象となっていない。
- こうしたことから、真に医療資源の少ない地域であっても、対象となっていない地域が多くみられた。
- このほか、ヒアリングの結果からは7対1や10対1入院基本料の医療機関は対象となっていないことが、対象となる医療機関が少ない原因であるとの指摘もあった。

- 医療資源が少ないことが患者の流出の原因にもなり得ることから、対象地域の選定条件として、患者の流出率が少ないことよりも、むしろ、医療従事者数が少ないことを重視した場合のシミュレーションを実施した。仮に以下の条件で二次医療圏を選定した場合には、人口密度、人口当たり・面積当たりの医師・看護師数、病院密度のいずれについても、現行よりも低い二次医療圏が対象となる傾向がみられた。対象となる二次医療圏数は30から41に増加するが、対象となる二次医療圏の面積・人口の合計は現行とほぼ同じであった。

現行	シミュレーション
①自己完結した医療を提供	
患者流出率20%未満	問わない
②医療従事者の確保が困難な地域	
人口密度300人/km <sup>2</sup> 未満	人口当たり医師数が下位1/3かつ 人口当たり看護師数が下位1/2
③医療機関が少ない地域	
病院密度が下位15%または病床密度が下位15%	

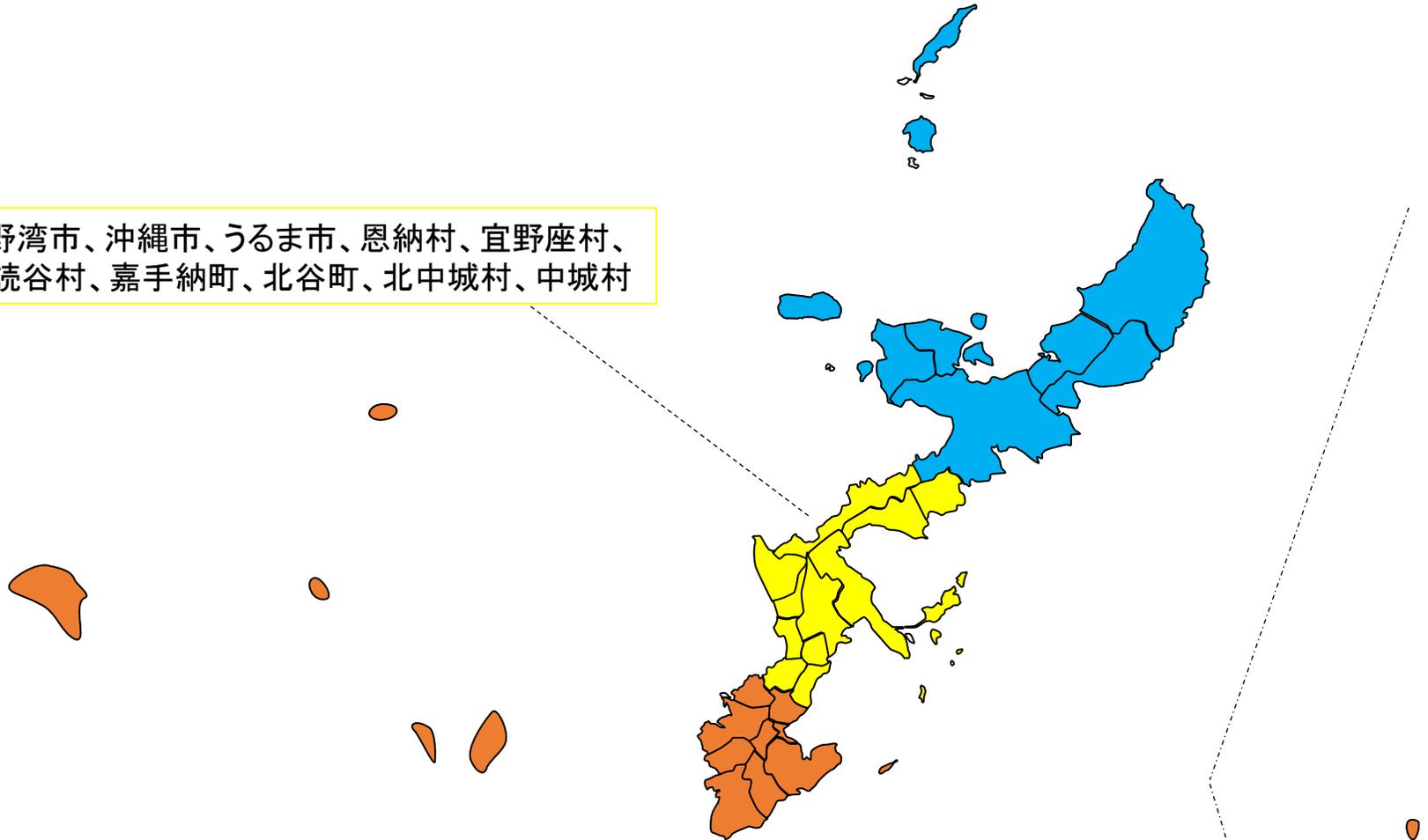
※現行、シミュレーションとも、離島の二次医療圏についてはこれらの要件を満たさなくても対象に含まれる。

# 特定地域に含まれていない離島

## <沖縄県の例>

北部: 名護市、国頭村、大宜味村、東村、今帰仁村、本部町、伊江村、伊平屋村、伊是名村

中部: 宜野湾市、沖縄市、うるま市、恩納村、宜野座村、  
金武町、読谷村、嘉手納町、北谷町、北中城村、中城村



南部: 那覇市、浦添市、糸満市、豊見城市、南城市、西原町、与那原町、南風原町、  
渡嘉敷村、座間味村、粟国村、渡名喜村、南大東村、北大東村、久米島町、八重瀬町

# 入院分科会におけるシミュレーションの概要

- ①自己完結した医療を提供  
(現行)患者流出率20%未満  
↓  
(例)問わない
- ②医療従事者の確保が困難な地域  
(現行)人口密度300人/km<sup>2</sup>未満  
↓  
(例)人口あたり医師数が下位3分の1かつ人口あたり看護師数が下位2分の1
- ③医療機関が少ない地域  
(現行)病院密度が下位15%または病床密度が下位15%  
※このシミュレーションにおいて、③の要件は変更していない。

## 【結果】

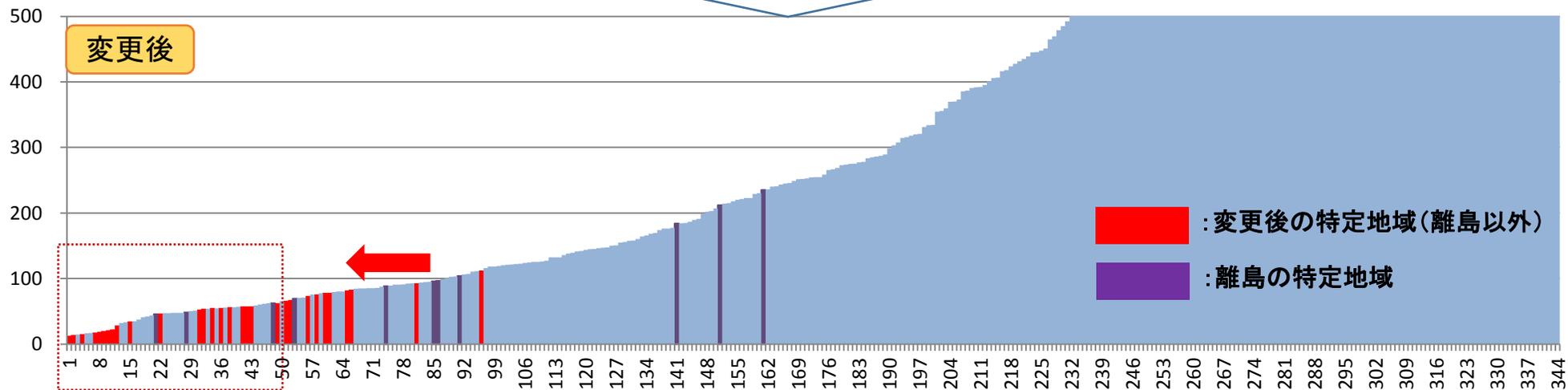
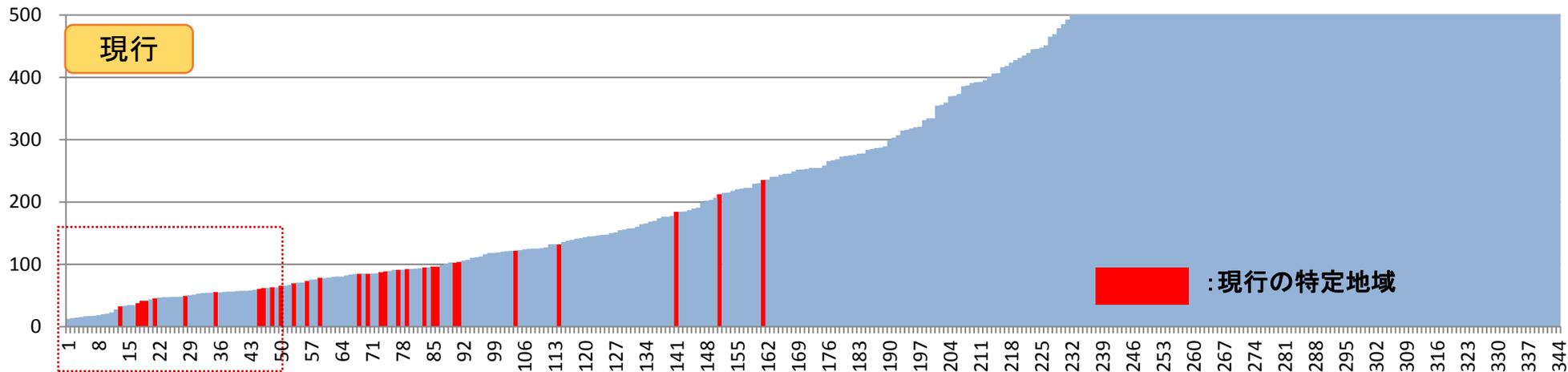
(現行) 30 医療圏	引き続き要件を満たす二次医療圏数	12医療圏 (うち離島 11)
	新たに要件を満たす二次医療圏数	29医療圏
	要件を満たさなくなる二次医療圏数	18医療圏

41  
医療圏

面積割合	16.5%	⇒	16.8%
人口割合	3.2%	⇒	3.3%
病院数割合	4.1%	⇒	3.6%

# 現行と変更後の特定地域の分布(人口密度)

人口密度(人/km<sup>2</sup>)

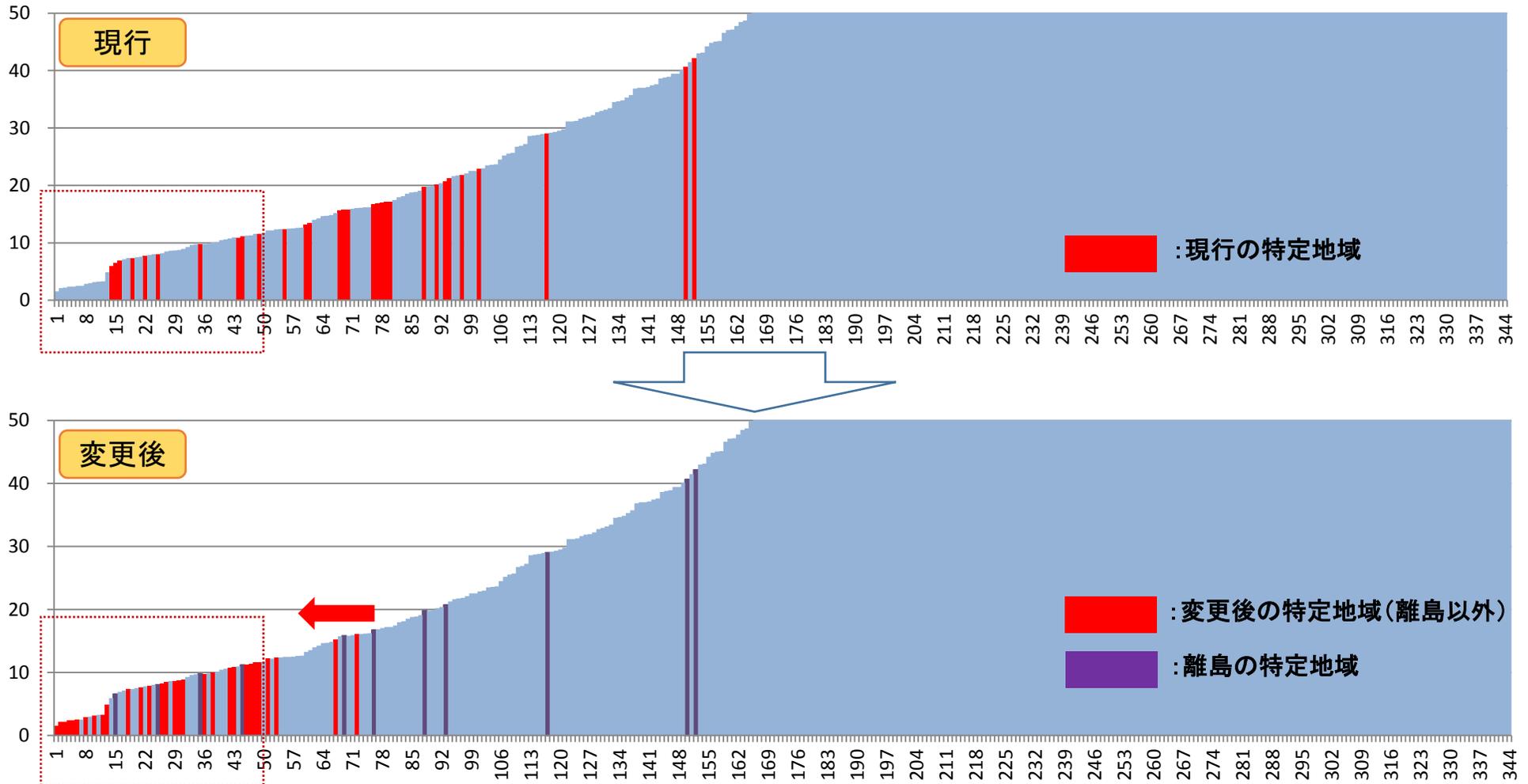


人口密度下位10医療圏

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1: 南会津(福島県)   | 6: 上川北部(北海道) |
| 2: 留萌(北海道)    | 7: 宗谷(北海道)   |
| 3: 遠紋(北海道)    | 8: 南檜山(北海道)  |
| 4: 日高(北海道)    | 9: 木曾(長野県)   |
| 5: 北渡島檜山(北海道) | 10: 富良野(北海道) |

# 現行と変更後の特定地域の分布(医師密度)

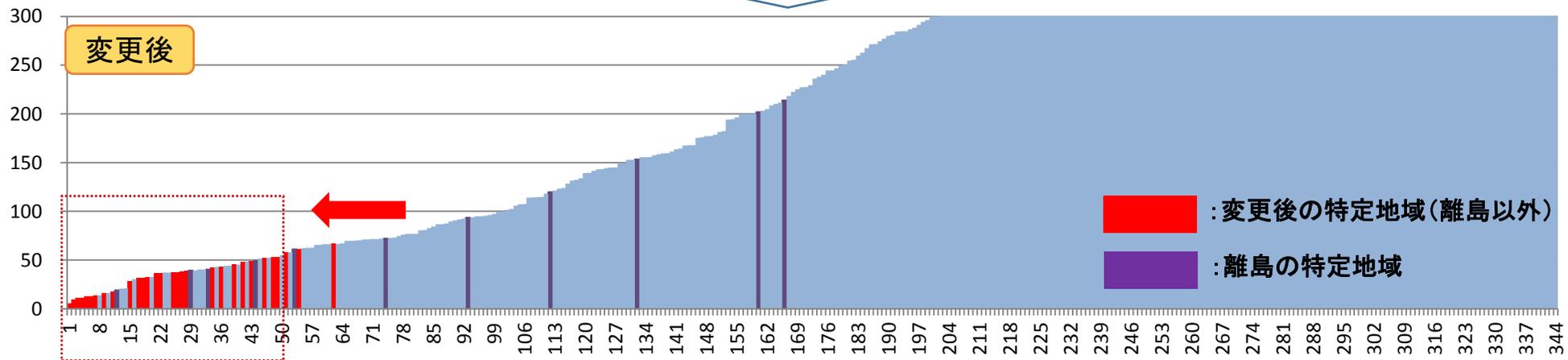
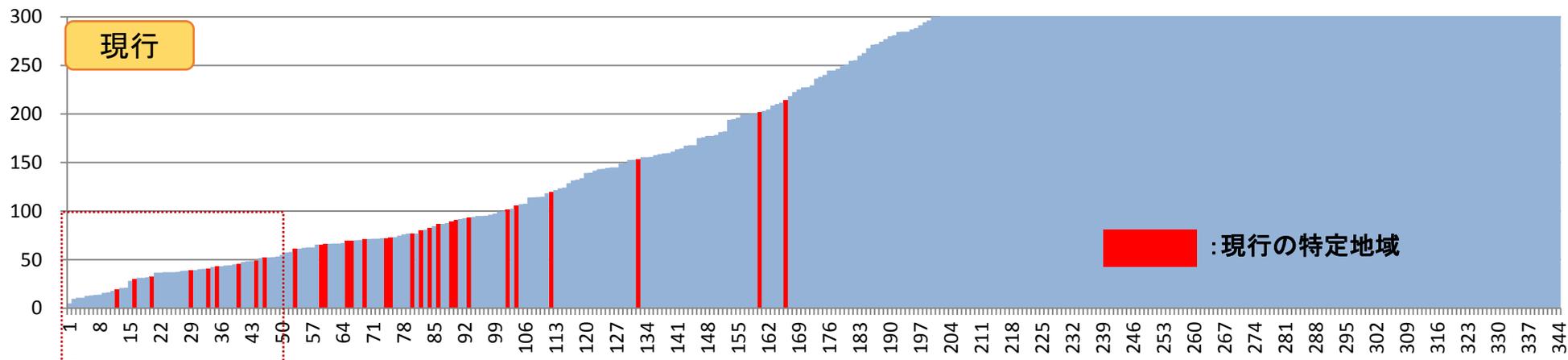
医師密度(人/100km<sup>2</sup>)



- 医師密度下位10医療圏
- |             |               |
|-------------|---------------|
| 1: 南会津(福島県) | 6: 根室(北海道)    |
| 2: 宗谷(北海道)  | 7: 遠紋(北海道)    |
| 3: 日高(北海道)  | 8: 木曾(長野県)    |
| 4: 南檜山(北海道) | 9: 北渡島檜山(北海道) |
| 5: 留萌(北海道)  | 10: 富良野(北海道)  |

# 現行と変更後の特定地域の分布(看護師密度)

看護師密度(人/100km<sup>2</sup>)



看護師密度下位10医療圏

- |             |               |
|-------------|---------------|
| 1: 南会津(福島県) | 6: 根室(北海道)    |
| 2: 日高(北海道)  | 7: 南檜山(北海道)   |
| 3: 木曾(長野県)  | 8: 遠紋(北海道)    |
| 4: 留萌(北海道)  | 9: 富良野(北海道)   |
| 5: 宗谷(北海道)  | 10: 上川北部(北海道) |

# 医療資源の少ない地域に配慮した評価に対する医療機関の意識 ＜ヒアリング調査の結果＞

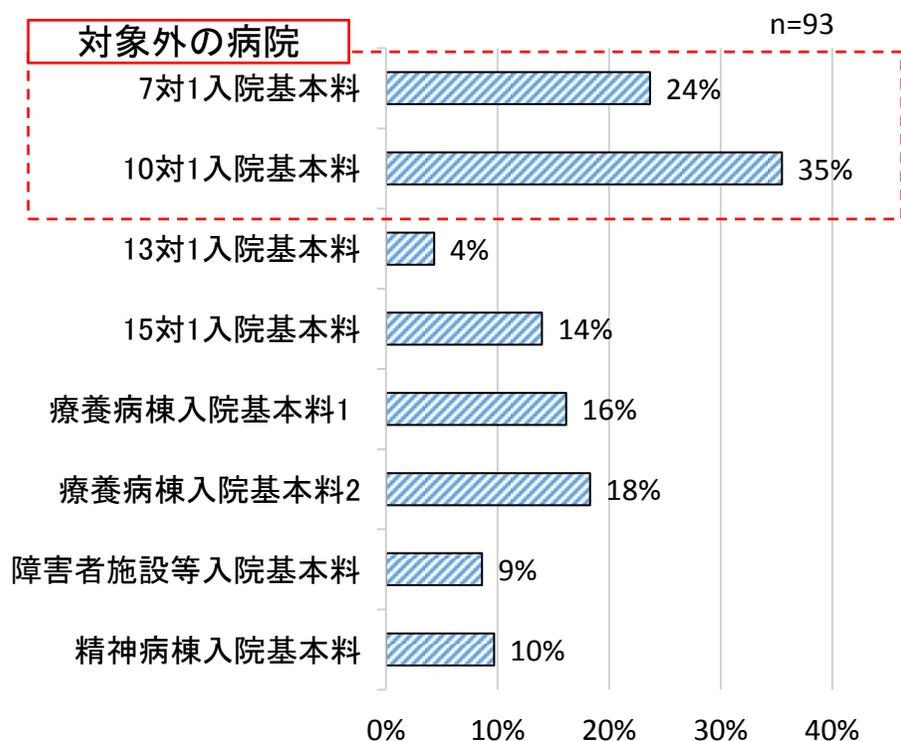
## ＜ヒアリングにより得た医療機関の主な意見＞

設問	医療機関の主な意見等
医療資源の少ない地域に関する診療報酬項目に対する評価とその具体的な事由	<ul style="list-style-type: none"><li>● 「特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く」とあるため、緩和要件が活用できない。</li><li>● 各種加算をとりたいと考えてはいるが、医療従事者は地方に留まる率が低いため不足しており、体制を整備できない。給与を上げて難しい。</li><li>● 遠隔地で行われる研修への参加が容易ではなく、要件を満たすことが難しい。</li></ul>
診療提供体制等に対する評価とその具体的な事由	<ul style="list-style-type: none"><li>● 医療従事者特に看護師の確保が困難。</li><li>● 患者が多様であり専門医師が不足している。</li><li>● 程よい規模の後方病院が不足している。</li></ul>

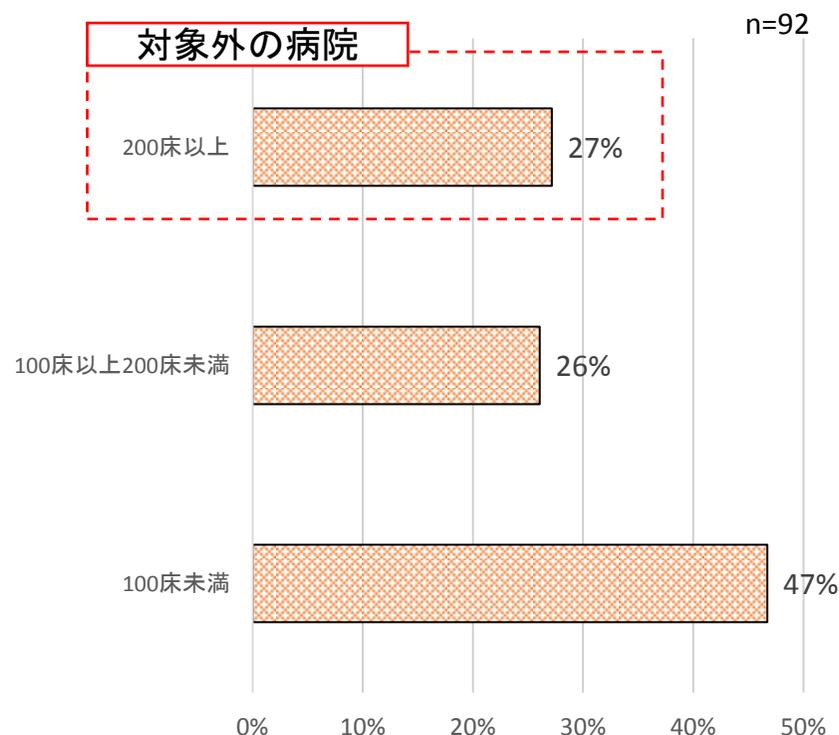
# 主な入院基本料の届出状況と病床規模 <医療資源の少ない地域の病院>

○ 現行の対象地域では、要件を緩和した点数項目の算定にあたり、対象外となる病院が多く存在する。

<入院基本料の届出状況(複数回答)>



<病院の病床規模>

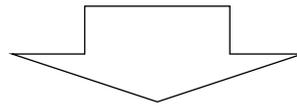


注) 特定地域では病棟単位での入院基本料届出が可能のため、異なる看護配置でも重複している場合があり得る。

# 医療資源の少ない地域に配慮した評価に関する課題と論点

## 【課題】

- 医療資源の少ない地域に配慮した評価が設けられているが、利用状況は、極めて低調である。
- 当該評価の対象地域に関する現行の要件については、
  - ・患者の流出率が一定以上の場合には対象とならない、
  - ・医療従事者数自体は要件とされていない、
  - ・二次医療圏の中心部が離島でない場合は離島に所在する医療機関であっても対象とならない、等の特徴がある。
- このほか、7対1や10対1入院基本料の医療機関は対象となっていないことが、対象となる医療機関が少ない原因であるとの指摘もある。



## 【論点】

- 当該評価の利用は低調であるが、その要因の一つとして考えられる対象地域に関する現行の要件を見直した上で評価を継続してはどうか。
- 対象地域に関する要件について、
  - ①患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件としてはどうか。
  - ②二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に加えてはどうか。なお、見直しの対象となる地域にあって、現在、当該評価の届出を行っている医療機関については、一定の配慮を行うこととしてはどうか。
- 当該評価に係る医療機関の要件について、10対1入院基本料を算定している医療機関についても対象としてはどうか。