

長崎川棚医療センターにおける 「輸血管管理料や適正使用加算に 係る取り組み」について

長崎川棚医療センター 吉本 博生

輸血管管理料

- 輸血療法の安全かつ適正な施行を促す目的で、医療機関における輸血管管理体制の構築と適正かつ効果的な運用に対する診療報酬
- 輸血管管理料1および2

輸血管管理料の施設基準

輸血管管理料	1	2
点数	220点	110点
責任医師	専任の常勤医師	常勤医師
臨床検査技師	専従	専任
一元管理	輸血用血液製剤 アルブミン製剤	輸血用血液製剤

輸血用血液検査が常時できる体制

ABO血液型・RhD血液型・不規則抗体検査

血液交叉試験又は間接Coombs検査

輸血療法委員会年6回以上開催

輸血前後の感染症検査の実施

又は輸血前の検体保存

副作用監視体制の構築

血液製剤の適正使用

『「輸血療法に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について』を遵守し適正に実施されていること。

専従と専任の違い

専従とは

専らその業務に従事することをいい、他の業務を兼任することは認められない。

専任とは

専らその業務を任されて担当することをいい、専任業務に支障がなければ他の業務を兼任することは差支えない。

輸血適正使用加算の施設条件

輸血適正使用加算	1	2
点数	120点	60点
$(\text{FFP} - \text{血漿交換用FFP}/2) / \text{RCC}$	< 0.54	< 0.27
アルブミン/RCC	< 2	< 2

長崎川棚医療センター施設状況

病床数	315床
診療科	内科 神経内科 消化器内科 循環器内科 呼吸器内科 代謝内科 感染症内科 外科・呼吸器外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 放射線科
救急体制	二次救急

平成25年度 救急車受入台数 1159件
輸血件数 337件

臨床検査科人員配置

検体検査	3名
輸血検査	1名
細菌検査	1名
生理検査	5名

当院における輸血管理の推移

平成16年度	血液製剤の一元管理開始
	輸血管理システム運用開始
平成17年度	輸血療法委員会の設置
	輸血マニュアル作成
平成18年度	輸血療法委員会の定期的開催(6回以上)
	輸血管理料(2)の申請について検討
	現時点でのアルブミン使用量減少は困難と判断
平成21年度	輸血後感染症検査の勧め作成
平成23年度	電子カルテ更新(IBM 富士通)

当院における輸血管管理の推移

平成24年度	5月	輸血管管理料(2)の申請について検討 診療科別アルブミン製剤使用率を輸血療法委員会で報告する。
	9月	Alb製剤使用率が九州厚生局内で多いと指摘される
	1月	血液製剤ストック情報を電子カルテ掲示板に表示
平成25年度	7月	輸血後感染症検査を輸血2ヶ月後メールで通知
	2月	新輸血管管理・検査システム運用開始
平成26年度	4月	輸血管管理料(2)、適正使用加算(2)の申請
	5月	電子カルテと新輸血システムとの連動開始 血液製剤管理にアルブミン製剤管理を加える
	6月	輸血管管理料(2)、適正使用加算(2)取得

血液製剤使用実績

年度	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H25.10 ~ H26.3	H26.4 ~ H27.1	
自己血	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	
RCC単位	241	321	414	422	399	648	708	650	621	776	790	368	535	
廃棄単位	14	46	30	22	20	4	22	22	20	16	0	0	0	
廃棄率	5.8%	14.3%	7.2%	5.2%	5.0%	0.6%	3.1%	3.4%	3.2%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%	
FFP単位	35	100	36	27	25	89	61	48	24	102	254	50	72	
Alb本数									519	312	355	100	186	
Alb単位									2180	1310	1491	420	781.2	目標値
FFP/MAP	0.15	0.31	0.09	0.06	0.06	0.14	0.09	0.07	0.04	0.13	0.32	0.14	0.13	0.27
Alb/MAP		6.4	4.9						3.5	1.7	1.9	1.1	1.5	2.0

血液製剤使用実績

年度	H23	H24	H25	H25.10 ~ H26.3	H26.4 ~ H27.1	
RCC単位	621	776	790	368	535	
廃棄単位	20	16	0	0	0	
廃棄率	3.2%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%	
FFP単位	24	102	254	50	72	
Alb本数	519	312	355	100	186	
Alb単位	2180	1310	1491	420	781.2	目標値
FFP/MAP	0.04	0.13	0.32	0.14	0.13	0.27
Alb/MAP	3.5	1.7	1.9	1.1	1.5	2.0

RCC使用単位

■ RCC単位



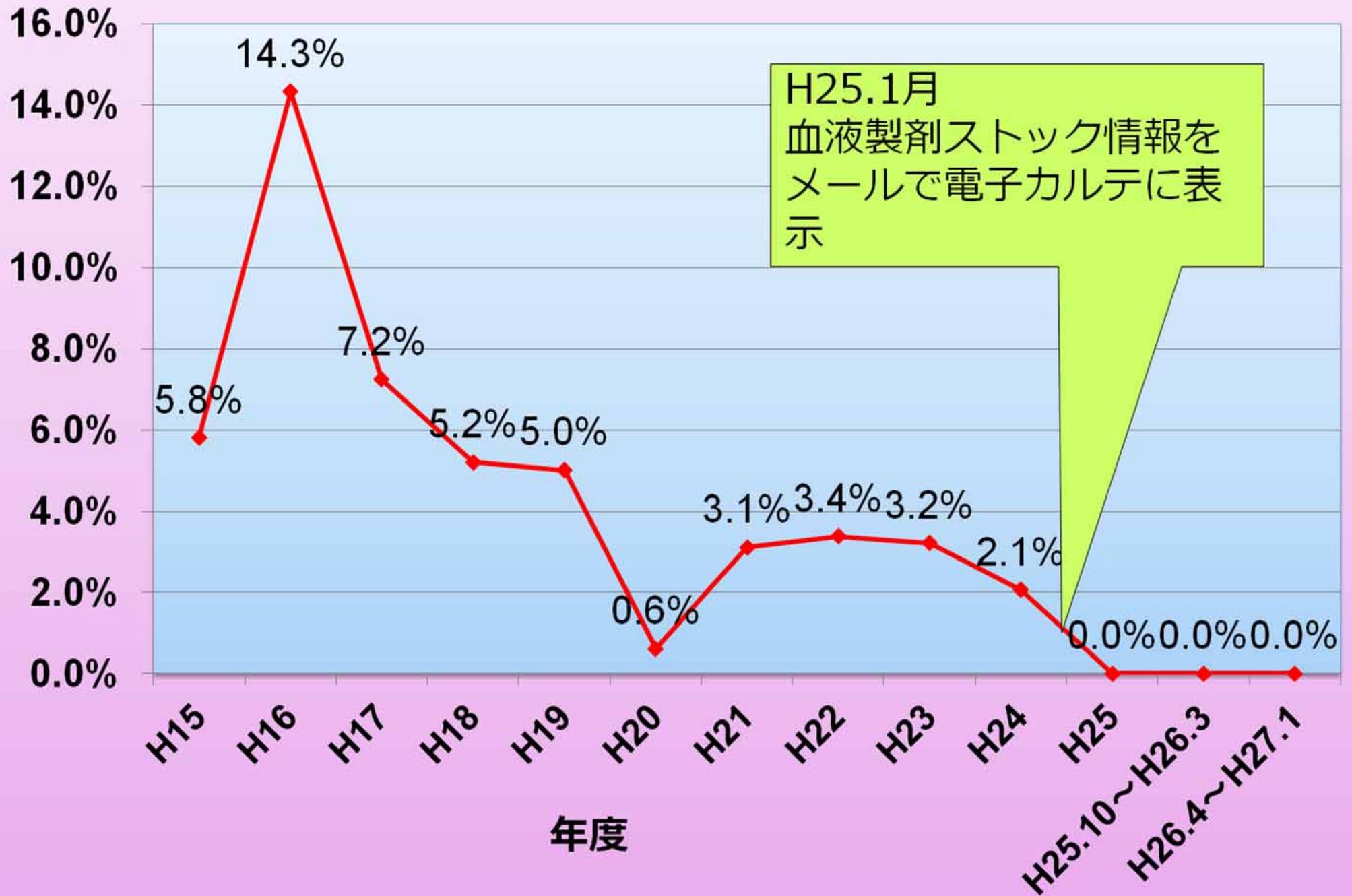
廃棄血単位

▲ 廃棄単位



廃棄率

◆ 廃棄率



輸血後感染症検査実施率

▲実施率



FFP使用単位

■ FFP単位

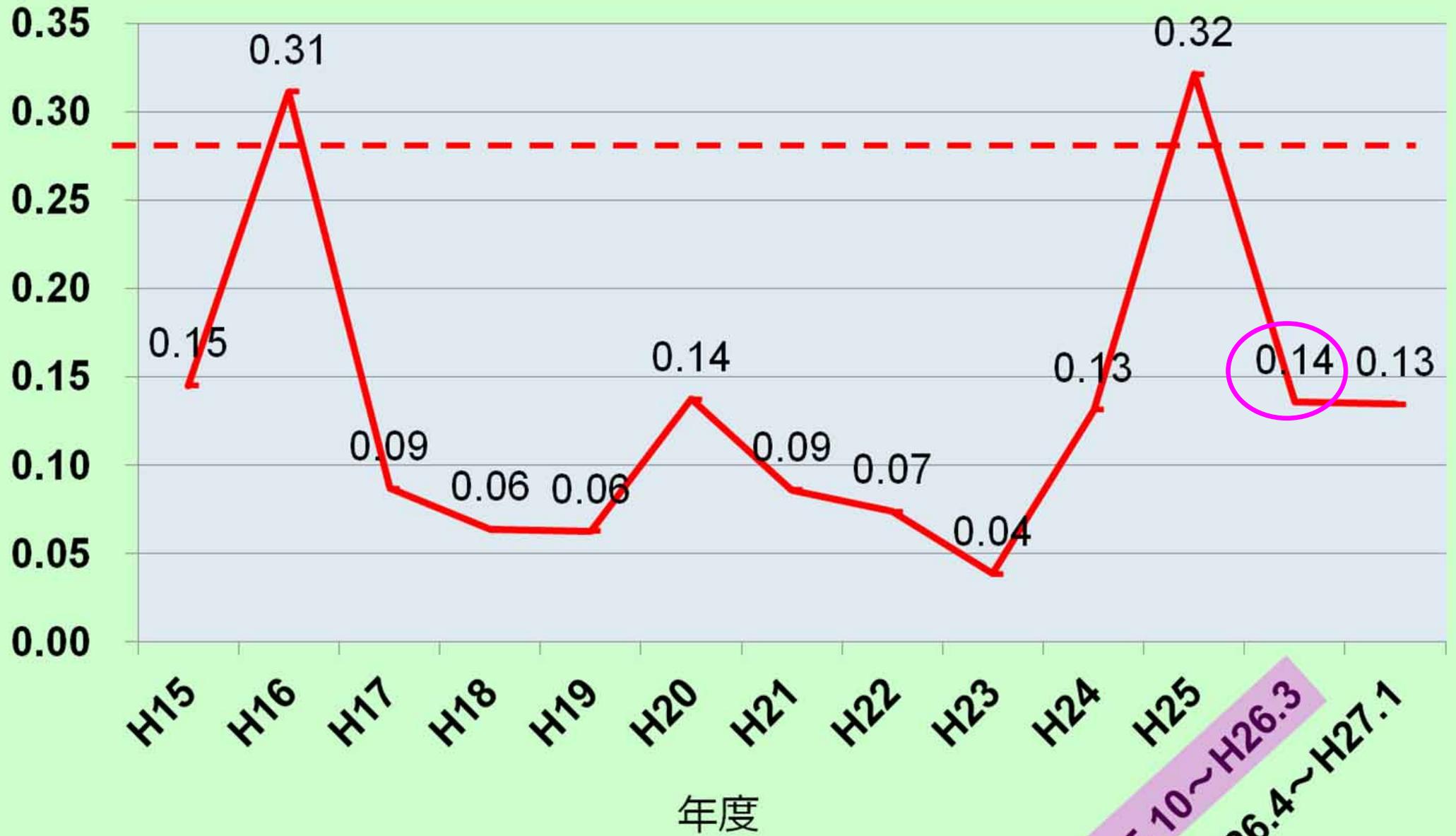


H25.10~H26.3

H26.4~H27.1

FFP/MAP比

— FFP/MAP



H25.10~H26.3

H26.4~H27.1

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

(2) -輸血管管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

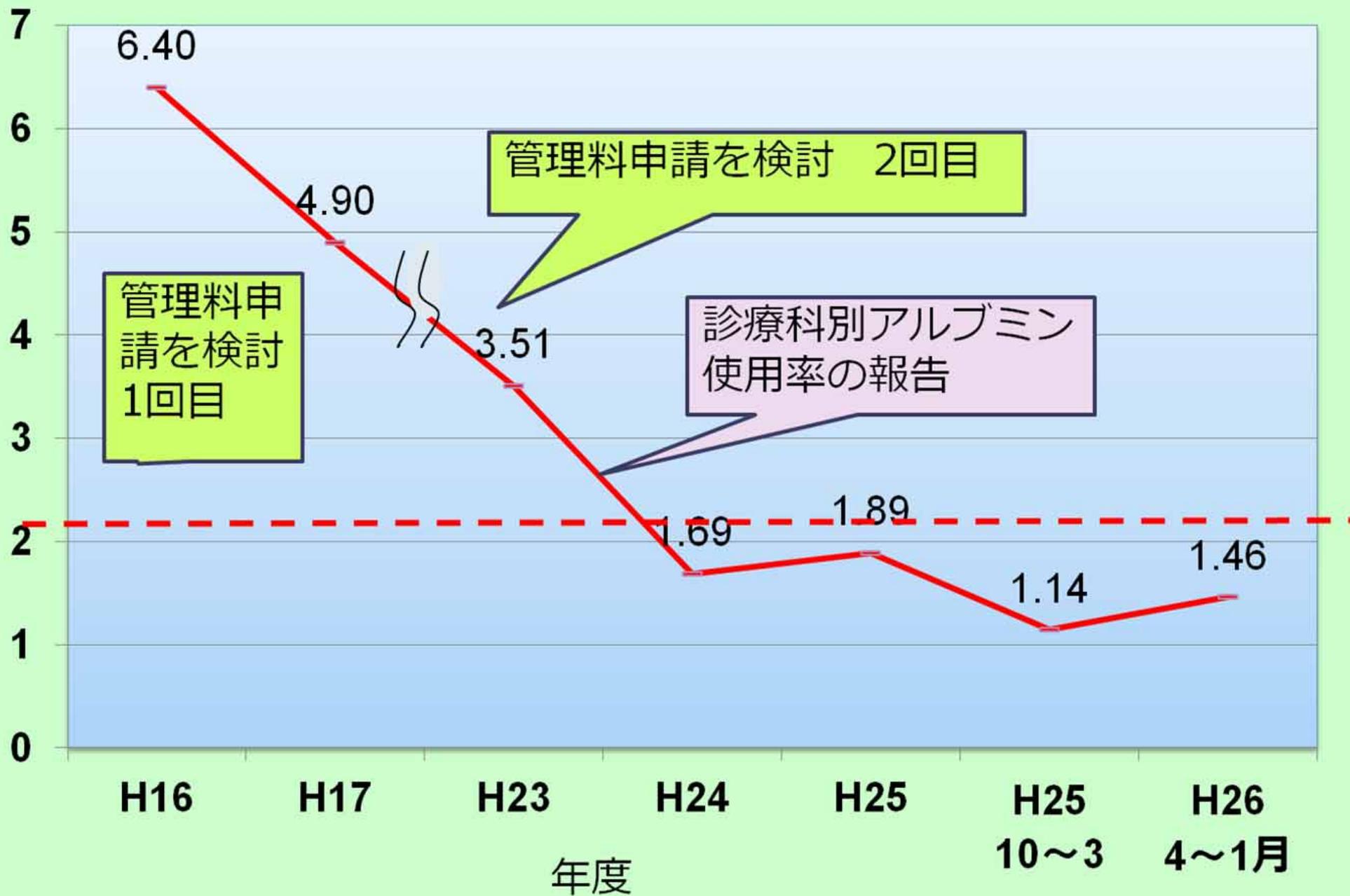
イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月の実績を有していれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものである。

アルブミン使用量減少に向けて

平成 18年度	輸血管管理料(2)の申請について検討 現時点でのアルブミン使用量減少は困難と判断 Alb/MAP比 H16年度(6.4)H17年度(4.9)
平成 24年度	九州厚生局管内でアルブミン製剤使用率が多い と指摘。 Alb/MAP比 H23年度(3.5) 診療科別使用率を公表する。(5月より)

Alb/MAP比

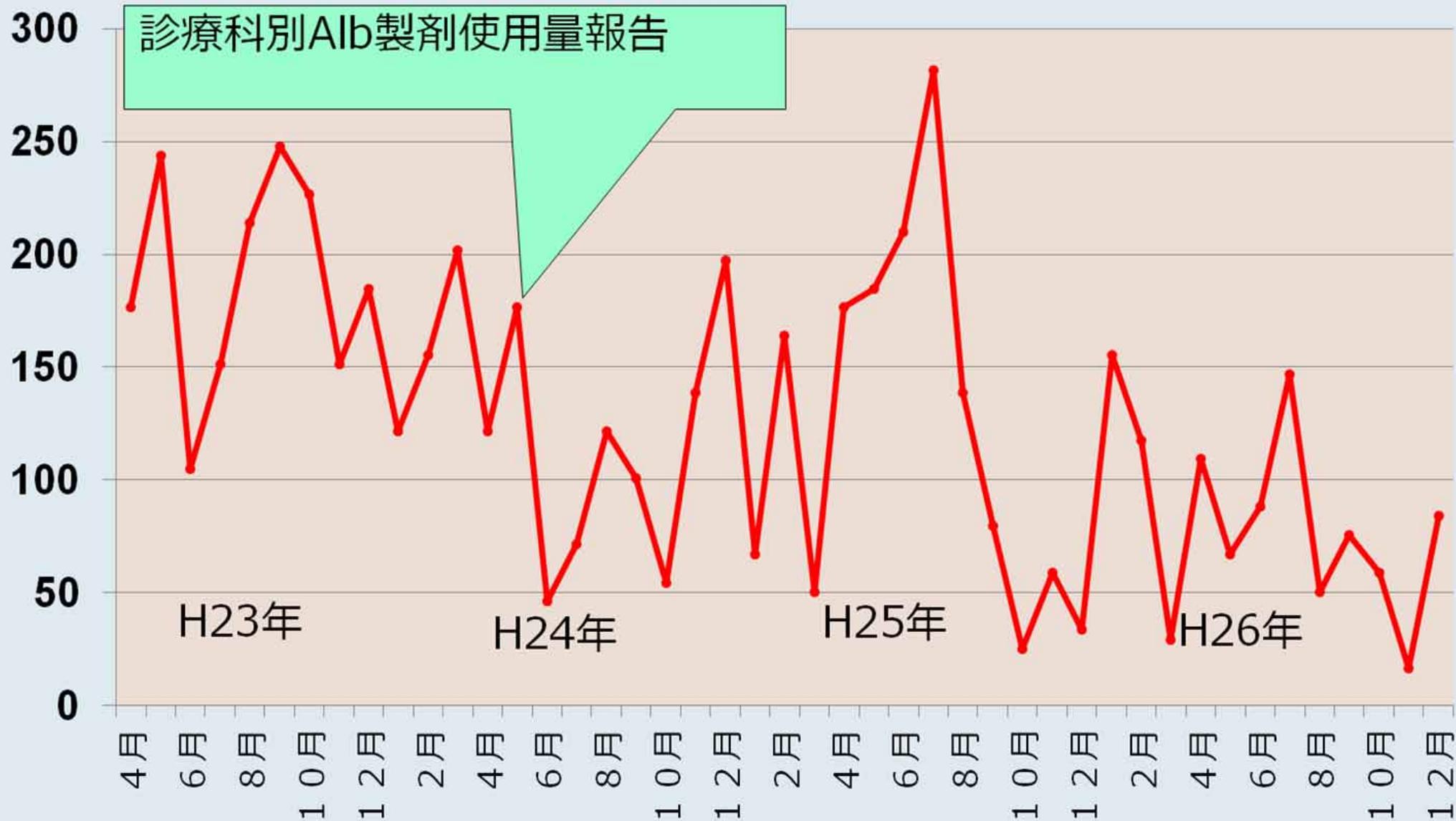
— Alb/MAP



月別アルブミン使用量

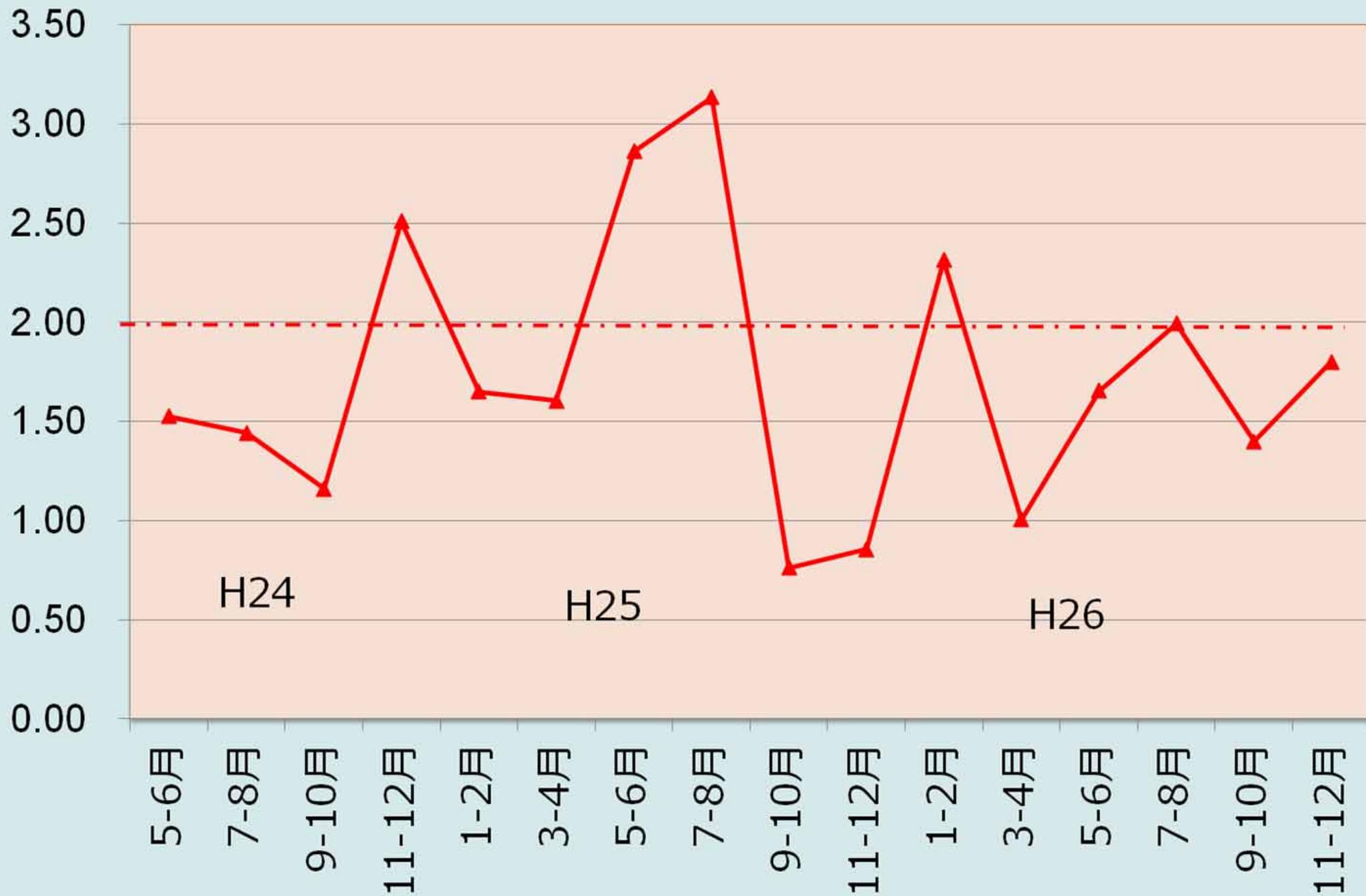
Alb単位

— Alb単位



Alb/MAP

▲ Alb/MAP



アルブミン製剤 診療科別使用実績

年度	H23	H24	H25	H26.4月- H27.1月
外科	211	127	159	123
整形外科	52	42	6	0
脳神経外科	2	37	23	7
呼吸器内科	16	0	8	25
消化器内科	40	23	17	17
神経内科	132	53	36	21
循環器内科	29	24	106	10
内科	1	0	0	2
代謝内科	36	6	0	0
合計	519	312	355	205
単位(×4.2)	2179.8	1310.4	1491	861

アルブミン使用量減少の原因

1. 治療法の変更 例) 血漿交換
単純血漿交換療法 (FFP)
2重濾過血漿交換療法 (Alb)
血漿吸着法 (補充液不要)
2. アルブミン使用状況の把握 (システム化等)
3. 臨床へのアピール
診療科別アルブミン使用状況の報告等
4. 診療科のAlb使用減少への意識

[輸血管管理料] の施設基準に係る届出

(20371)

当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。

当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名

印

九州厚生局長 殿

輸血管理料、輸血適正使用加算及び貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準 に係る届出(報告)書添付書類

1 届出する区分 (該当するものそれぞれに を付すこと)	輸血管理料 ・ 輸血管理料 ・ 輸血適正使用加算 ・ 貯血式自己血輸血管理体制加算
2 輸血部門における(専任)常勤医師の氏名	
3 輸血部門における常勤臨床検査技師の氏名等	
氏 名	
	専任 ・ 専従
	専任 ・ 専従
	専任 ・ 専従
4 輸血部門における臨床検査技師の勤務状況	
日勤 名、 当直 名	
5 輸血部門における輸血用血液製剤等の管理状況	
輸血用血液製剤の一元管理	実施している ・ 実施していない
アルブミン製剤の一元管理	実施している ・ 実施していない
6 輸血用血液検査を常時実施できる体制	
	あり ・ なし

7 輸血療法委員会の開催状況及び取組状況	
年間開催回数	回 / 年
取組内容	
8 輸血に係る副作用監視体制	
輸血前後の感染症検査	実施している ・ 実施していない
輸血前の検体の保存	保存している ・ 保存していない
9 「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の遵守状況	
遵守している ・ 遵守していない	
10 新鮮凍結血漿、赤血球濃厚液及びアルブミン製剤の使用状況	
赤血球濃厚液（MAP）の使用量	単位
新鮮凍結血漿（FFP）の全使用量	単位
血漿交換療法における新鮮凍結血漿（FFP）の使用量	単位
アルブミン製剤の使用量	単位
FFP / MAP比	(- / 2) / =
アルブミン / MAP比	/ =
11 自己血輸血に関する常勤責任医師の氏名	

-まとめ-

輸血管管理料・輸血適正使用管理加算取得に向けて

- 輸血療法委員会・医局会等で輸血管管理料・輸血適正使用管理加算取得について検討する。
- 血液製剤の使用状況を常に監視し、公表する。
- 必要ならば各診療科又は医師に適切な対応を求める。
- クリティカルパス等の見直し。
- 改善が見られない場合は輸血療法委員会・医局会等で検討する。