

## パネルディスカッション 2

### 「輸血管理料の概要」

半田 誠 (日本輸血・細胞治療学会保険委員長)

紀野：続きまして、本学会の保険委員長であります半田誠先生に診療報酬に輸血管理料が示された経緯や学会保険委員長としての展望などについてお話しいただきたいと思います。半田先生、よろしくお願ひします。

半田：それでは、「輸血管理料の概要」についてお話ししたいと思います(スライド1)。輸血管理料が新設されたのは、平成18年度ですから今、ちょうど10年目になるわけです(スライド2)。これは当学会を主にして血液学会などの血液関連学会の総意によって要望されたものです。それで、この成立の背景ですけれども、一番大きいのは、血液の関連2法が平成15年に施行されたことです。一つは、血液法、つまり安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律というものですけれども、これは輸血の安全確保と血液製剤の適正使用の推進について、関係する各ステークホルダーですね、つまり、行政、医療機関、あるいは製造側、それらが法律の目的を達成するための責務を負うというものです。そして、もう一つは「改正薬事法」です。これは、実際に血液製剤を特定生物由来製品という一つのくくりの中に入れて、安全措置に関する基本的な規定を定めた法律で、この2法が成立したということです(スライド3)。

その中で中心的な目標が、血漿分画製剤の国内自給達成ということで、この当時は例えばアルブミンに関しては、国内由来のものは30%程度しかなかったということです。ご存じのように、薬害AIDSの根本原因は、実は血漿分画製剤の中の凝固因子製剤を国内でほとんど自給できないため、当時、その大部分を米国から輸入していたことです。その中にHIVのウイルスが混ざっていたため、そういう悲劇が起こったということです。したがって、血液製剤は国民の基本的な医療の道具があるわけですから、それを国内自給しようということです。そのためには、血液製剤を適正に使用しよう、原料になる血漿を適正に使おうという、こういう趣旨で制定されたわけです。

それからもう一つ、ちょうどその当時から診療報酬の体系が見直されてきて、量から質ということですね。その中にはドクターフィーとかホスピタルフィーという考え方、それから包括医療という評価法が登場してきたということです。医療機関に診療報酬のインセンティブを与えることで、輸血医療の質の向上に役立つと、これが基本的な目的で、その心というのは、行政側はそれを政策誘導するということです。それから、診療側としては、現場の士気を高めるということがやはり重要な目的であるということです。

これは先ほども理事長が示されたように、こういう法律ができたことで、より医療機関の責務というのが増したわけです。そこで輸血安全と適正使用に関してはそれを保障するというので、輸血管理料が平成18年に施行されたわけです(スライド4)。その基本的なガイドラインは、平成17年度に局長通知として出されました「輸血療法の実施指針」及び「使用指針」ということになります。それで、輸血管理料の内容についてですが、これの位置付けは診療報酬体系の中のKである、手術の項の中の輸血料、Kの920の中に入っています。考えてみればちょっと疑問の点もあるのですが、輸血は手術として扱われています。したがって、全て出来高払いです。だから、使えば使うほど収入が上がるということです。それが、輸血管理料を設定することによって、なるべく使わないようにするというのです。いわゆる適正に使用するというので、医療機関としては収入が減ってしまうということになります。そういうことが背景にあるわけです。

具体的には輸血管理料のIとIIが新設されて、月に1回を上限に、輸血患者1人についてIは200点、IIのほうは70点を算定するというものでした(スライド4)。輸血はどのようなものを対象にするかという、赤血球、血小板、血漿ですね、それからアルブミンが入って、もう一つは自己血が入ったというのが一つの画期的なことです。輸血管理料のIとIIの算定要件には、先ほど室井先生がおっしゃったように、医師に関しては輸血管理料Iでは、これは大規模病院を対象にしていますが、専任である必要があり、一方、輸血管理料IIでは、医師を設置すればいいので、別にこれは兼任でも構わないということです。それから臨床検査技師に関しては輸血管理料Iでは専従になります。100%その業務に就くような技師を配置する。一方、管理料IIに関しては、専任ですから100%未満で輸血業務に専念すればいいということです(スライド5)。

それからもう一つは製剤の一元管理化ということで、今まで薬剤部が扱っていたアルブミンを、輸血部門でも一緒に扱おうということです。特に管理料Iでは、その管理を輸血部門にもってきまして、それが必要とされました。ですから、輸血部でアルブミンを払い出すということになります。あとは検査24時間体制、委員会を6回以上、それから先ほど申し上げた指針を遵守すること。それからもう一つ、これも管理料の中で画期的なことですけれども、

成功報酬ということです。つまり、適正使用基準が満たされれば、管理料加算を付けようというものです。適正基準については、赤血球使用量を分母にして、血漿使用量との単位比を見る。それからアルブミンに関しては、アルブミン3グラムを1単位として、その使用量を単位換算して赤血球使用量との比を見るということで、こういう数値目標の下で基準を作ったわけです（スライド5）。その根拠は科学的な調査データに基づいています。これはお手元の参考資料に詳しいことが書いてありますので、省略させていただきます。

これが平成18年です。平成18年度以後、いろいろな見直しが行われました。秋野先生もこの中で関与していただいたかと思いますが、管理料の基準値の改定が幾つかなされています。一番大きな改定は平成24年度に管理料本体から適正使用加算が分離したことです（スライド6）。これは非常に画期的なことです。それからもう一つは平成26年度に、今、やはり室井先生がおっしゃったように、貯血式自己血輸血管理体制の加算というものが付きました（スライド7）。ですから、管理料を算定されている機関にだけ限定的に適正使用加算に加えて、この自己血の加算が付いた。これが平成26年度です。そして、平成28年、今年度、その算定要件として、常勤医師という規定だけだったのが、それに看護師という規定がさらに追加されたわけです。だから、今年の改定で看護師がこの中に入ったということですね。まさに、今日の話と密接に関連することです（笑）。

それで、医療機関にとって、経済的にどれくらいのインパクトが輸血管管理料にあるかということで、大変恐縮ですが、私がもっていた病院の平成24年度の輸血部門の収支の概要をここに示します（スライド8）。こちらが収入でこちら支出です。それで、収入の多くが輸血料です。実際に患者さんに輸血したときに、いわゆる技術料というもので、これが8割近くを占めます。検査料はごくわずかです。それでは支出はどうでしょうか。私がいた、輸血部門は医師と技術者を含めて13人いたわけですけれども、人件費がこれだけ占めて、試薬代、機器リース代、がこれくらいですから、検査代だけでは全然食っていけない、大赤字です。その中で、輸血管管理料1と適正使用加算が加わって、ようやく10%ほど報酬が上がったわけですから、これはまあ、どれくらいインセンティブがあるかはなかなか難しいですけれども、いずれにしてもかなりのインパクトがあったというふうには私は思います。

実際に、輸血管管理料の取得施設ですけれども、これを年度別にまとめたものですが、平成18年度施行ですけど、22年度から26年度、どうでしょうか。IとIIを取得した施設数の合計がこれです（スライド9）。やはり適正使用加算が分離されたことで大幅に輸血管管理料の取得施設が増えました。今までそれで縛りが付けられていた所が、ばっともう2倍近くに増えたわけで、もちろん平成28年までにはもっと増えてると思います。

それで、輸血管管理料のまとめです（スライド10）。背景です。輸血関連2法の成立というのが非常に大きなものであることです。逆に言ったら輸血管管理料は、この2法が法律上のベースにあるものだという事です。それから、目的は行政側の政策誘導プラス、医療機関のインセンティブということです。内容に関しては、輸血管管理料は施設基準であること。だから、現在においては、臨床検査技師、医師が設置要件に入っているということです。それから適正使用加算は、成功報酬であること。平成24年度に本体から分離された。それから、自己血の管理加算に関しては、医師に加えて、看護師が初めて今年認められたということで、これは施設基準であります。

最後ですが、普及度というのが診療報酬で非常に重要です。どのくらい普及しているかということですが、これは平成26年度の学会の総合輸血調査の結果です。医療機関の規模を、小さい、299床まで、それから300から499床までの中間、500床以上の大規模施設の3つに分類しますと、管理料の取得数はこんなものです。ですから、基幹病院を中心にしても9割近くが取っている。ですから、非常に普及しているということです。これは非常に重要な点です。それから、もう一つは適正使用加算に関してはやはり、ちょっとまだ施設によってはなかなか達成できないということで、この程度であることです。それから自己血の輸血管管理加算は残念ながらまだ普及は、大規模病院のみ3割程度ということです。以上が私のお話です。ご清聴ありがとうございました。（拍手）

紀野：はい、ありがとうございました。何かお聞きになりたいこと、ございますか。なければ次に進ませさせていただきます。

スライド 1

**診療報酬討論会** 平成28年10月8日  
**学会認定・臨床輸血看護師を輸血管管理料取得要件に**  
**診療報酬改定に向けて**

**● 輸血管管理料の概要**

日本輸血・細胞治療学会 保険委員長  
 半田 誠

スライド 2

**輸血管管理料 (H18年度)**

**#1. 背景**

- 血液関連二法の成立 (輸血安全と適正使用の推進)  
 血漿分画製剤の国内自給達成 (平成20年)
- 診療報酬評価体系の見直し (量から質へ)

**#2. 目的**

- 医療機関に診療報酬上のインセンティブを与えることで輸血医療の質 (安全、適正化) の向上を促す
- 政策誘導の手段 (行政側)
- 現場の士気高揚 (診療側)

スライド 3

**輸血医療における医療機関の責務**

**● 輸血安全と適正使用**

↑ 保証 ← 輸血管管理料 (H18)

● 輸血療法の実施指針 (H11, 局長通知)

● 血液製剤の使用指針 (H17 大改定)

● 血液法、改定薬事法、(H15)

● 生物製剤感染等被害救済制度 (H16)

スライド 4

**輸血管管理料 (K920-2)** 輸血医療の質を保障

手術 (K)、輸血料 (K920)  
 平成18 (2006) 年度診療報酬改定  
**輸血管管理推進に向け医療機関にインセンティブを与える。**

(概要)  
 輸血療法の安全かつ適正な実施を推進する観点から、医療機関における輸血管管理体制の構築及び輸血の適正な実施を評価する。

(具体的内容)  
 輸血管管理料 I 及び II の新設：月一回を上限に輸血患者\*1 人につきそれぞれ 200 点と 70 点を算定する。

\* 赤血球、血小板、FFP、アルブミン、自己血

スライド 5

**輸血管管理料 I、II の算定要件**

	管理料 I	管理料 II
- 医師設置	専任	○
- 技師設置	専従	専任
- 製剤一元管理 輸血用	○	○
アルブミン	○	×
- 24h 検査体制	当直	○
- 委員会 (年 6 回以上)	○	○
- 指針遵守*	○	○
- 適正基準 FFP/RBC	0.8>	0.4>
Alb ** /RBC	2.0>	2.0>

\* 適正使用推進、感染症監視体制構築  
 \*\* 単位換算 (単位) = 重量 (g) ÷ 3

スライド 6

**輸血管管理料、適正使用加算の分離 (H24年度)**

K920-2 輸血管管理料

1 輸血管管理料 I 220点、**適正使用加算 120点**

2 輸血管管理料 II 110点、**適正使用加算 60点**

**1 輸血管管理料 I に関する施設基準**

- (1) 責任者として専任の常勤医師が配置
- (2) 臨床検査技師が常時配置されており、専従の常勤臨床検査技師が1名以上配置
- (3) 輸血用血液製剤及びアルブミン製剤の一元管理
- (4) 輸血用血液検査 (ABO、Rh(D) 血液型、不規則抗体検査等) が常時実施できる体制の構築
- (5) 輸血療法委員会の設置 (年4回以上開催)
- (6) 輸血前後の感染症検査の実施又は輸血前の検体保存、副作用監視体制が構築
- (7) 「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

**2 輸血管管理料 II に関する施設基準**

- (1) 責任を有する常勤医師を配置
- (2) 専任の常勤臨床検査技師が1名以上配置
- (3) 輸血用血液製剤の一元管理
- (4) 輸血管管理料 I の施設基準のうち、(4) から (7) までのすべてを満たしている

**3 適正使用加算**

	FFP*/MAP	Alb**/MAP
<b>輸血管管理料 I</b>	<0.54	<2.0 *PE使用量の1/2を除外 (H20)
<b>輸血管管理料 II</b>	<0.27	<2.0 **PE使用量を除外 (H28)

スライド7

### 輸血管理料加算新設(H26年度)

**K920-2 輸血管理料**

1 輸血管理料Ⅰ 220点、適正使用加算 120点

2 輸血管理料Ⅱ 110点、適正使用加算 60点

3 貯血式自己血輸血管理体制加算 50点

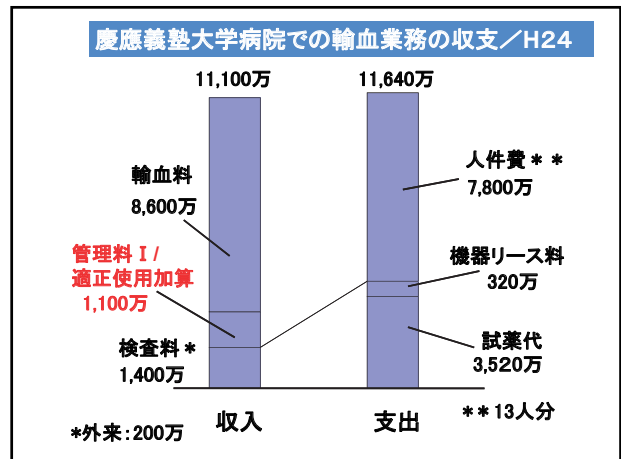
**貯血式自己血輸血管理体制加算の算定要件**

(1) 関係学会\*から示されている指針に基づき、貯血式自己血輸血が十分な体制のもとで適正に管理及び保存されていること。

(2) 関係学会\*から示された指針の要件を満たし、その旨が登録されている常勤の、医師**および看護師\*\***が1名以上配置されていること。

\* 自己血輸血学会、輸血・細胞治療学会  
\*\* H28年度改定

スライド8



スライド9

### 輸血管理料取得医療機関推移/厚労省委託事業実態調査

全国の輸血用血液製剤払出し施設数: 約11,100

アンケート回答施設(回答率)/送付施設: 約4,500(約45%)/約10,000

適正使用加算の分離

輸血管理料	H22	H23	H24	H25	H26
Ⅰ	305	301	428	454	475
Ⅱ	559	605	1,049	1,121	1,205
合計	864	906	1,477	1,575	1,680

スライド10

- ### 輸血管理料/まとめ
- #1. 背景
    - 血液関連二法の成立(輸血安全と適正使用の推進)
  - #2. 目的
    - 医療機関に診療報酬上のインセンティブを与えることで輸血医療の質(安全、適正化)の向上を促す
  - #3. 内容
    - 輸血管理料Ⅰ、Ⅱ(H18): 施設基準
    - 適正使用加算Ⅰ、Ⅱ(H24): 成功報酬
    - 自己血輸血管理加算(H26): 施設基準
  - #4. 普及度(規模、床:小,0-299<中,300-499<大,500以上)、H26
    - 輸血管理料(26.5%<83.5%<91.4%)
    - 適正使用加算(14.7%<58.7%<58.8%)
    - 自己血輸血管理加算(2.7%<12.1%<28.9%)