

# 平成24年度診療報酬改定と 医療介護連携

～ダブル改定を展望する～

国際医療福祉総合研究所長  
国際医療福祉大学大学院 教授  
(株)医療福祉経営審査機構CEO  
(株)医療福祉総合研究所代表取締役社長  
武藤正樹



## 国際医療福祉大学三田病院

2005年旧東京専売病院より継承

医師数120名、290床、

平均在院日数10日

入院単価6500点

2007年より東京都認定がん診療病院

2008年よりDPC対象病院

# 国際医療福祉大学・高邦会グループの概要

平成7年栃木県大田原市に、日本初の保健・医療・福祉分野の総合大学として設立。看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、診療放射線技師、社会福祉士、介護福祉士、薬剤師等のメディカル・スタッフを育成している。

## 国際医療福祉大学 大学院(東京青山 キャンパス)



## 東京本部 (乃木坂)

総務部  
人事部  
企画部  
医療管理部



## 大学院 医療福祉学研究科

大学院 医療福祉学研究科

修士課程:保健医療学専攻、医療福祉経営専攻

臨床心理学専攻

博士課程:保健医療学専攻

- 栃木本校のほかサテライトキャンパスも設置(東京・小田原・熱海・福岡・大川)
- 同時双方向遠隔授業
- 医療職のための本格的な生涯学習コース、「乃木坂スクール」開講

## 保健医療学部

看護学科、理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚学科、視機能療法学科、放射線・情報科学科



大学クリニック(栃木大田原)

## 医療福祉学部

医療経営管理学科、医療福祉学科

## 薬学部

薬学科

## 福岡リハビリテーション学部

(福岡県 大川キャンパス)

理学療法学科、作業療法学科、  
言語聴覚学科(平成19年4月開設)

## 小田原保健医療学部

(神奈川県 小田原キャンパス)

看護学科、理学療法学科、作業療法学科

## 大学附属施設

(269床)



熱海病院

(291床)



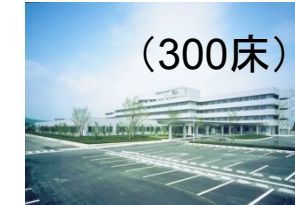
三田病院

(206床)



国際医療福祉  
大学病院

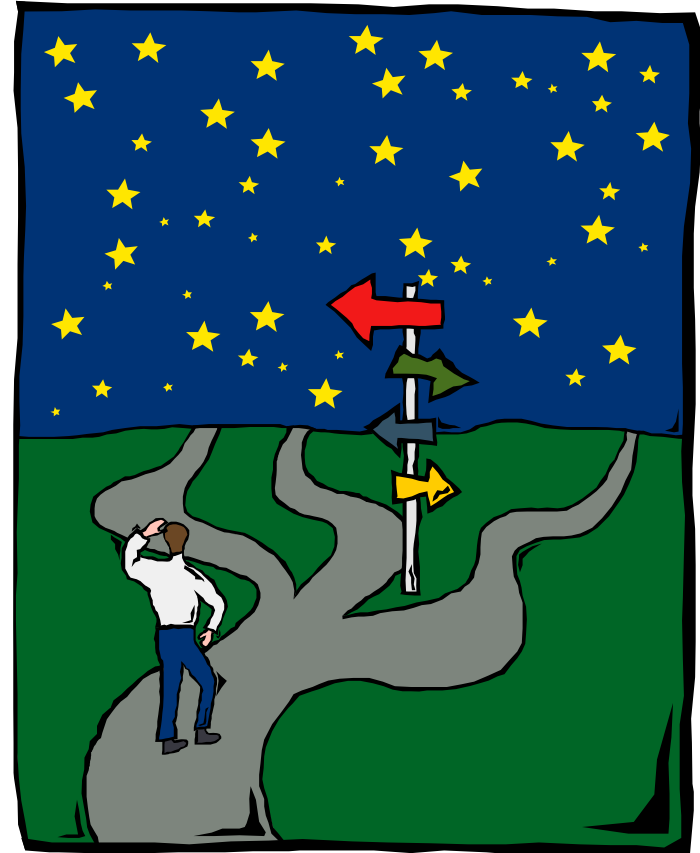
(300床)



塩谷病院

# 目次

- パート1
  - 2012年診療報酬改定
- パート2
  - 地域医療計画の見直し
- パート3
  - 在宅医療と診療報酬改定
- パート4
  - 介護保険制度を取り巻く環境
- パート5
  - 介護報酬改定の方向性
- パート6
  - 介護連携パス
- パート7
  - 介護サービスの質評価



# パート1

## 2012年診療報酬改定



4月20日中医協

# 2010年度診療報酬改定

• 全体改定率 +0.19%

700億円

• 1 診療報酬改定(本体)

• 改定率 +1.55%

5700億円

– 各科改定率 医科 +1.74%

• (入院 +3.03%、外来 +0.31%)

• 歯科 +2.09%

• 調剤 +0.52%

4400億円  
うち急性期病  
院4000億円

• 2 薬価改定等

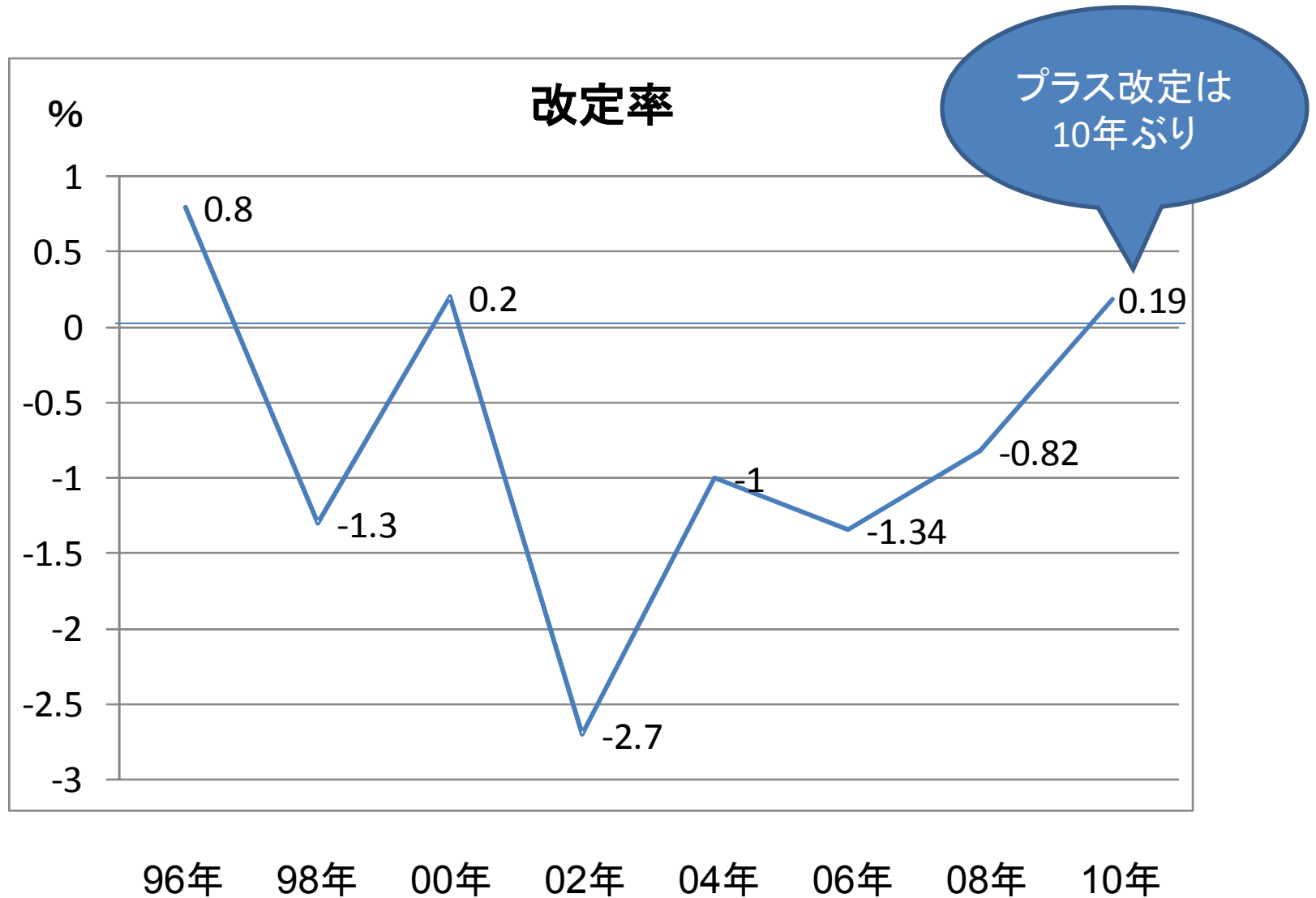
– 改定率 ▲1.36%

5000億円

– 薬価改定 ▲1.23%(薬価ベース ▲5.75%)

– 材料価格改定 ▲0.13%

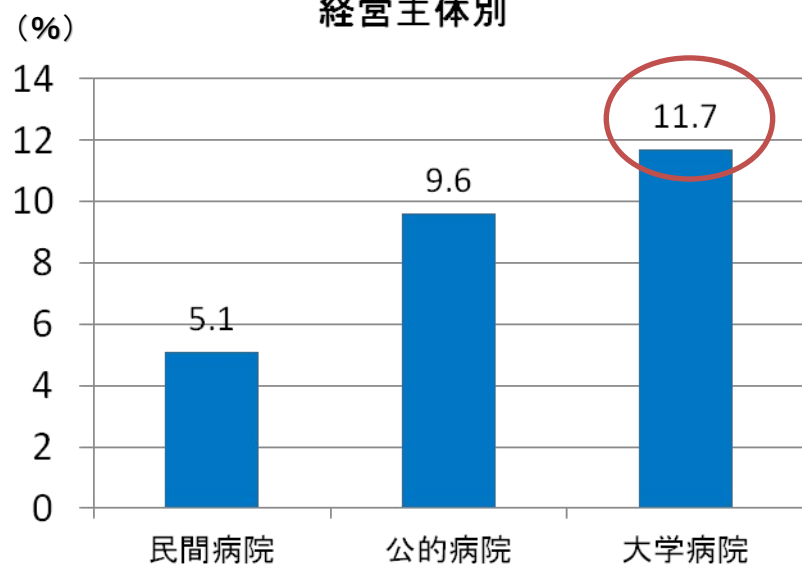
# 診療報酬改定率



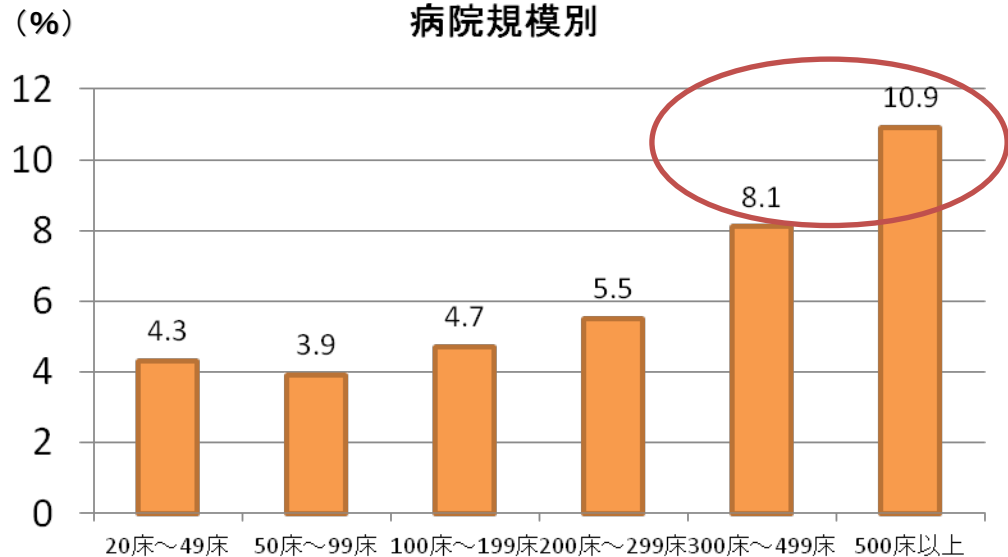


# 平成22年度診療報酬改定後の一日あたり医療費の伸び率 (平成22年4月～平成23年2月対前年同期比)

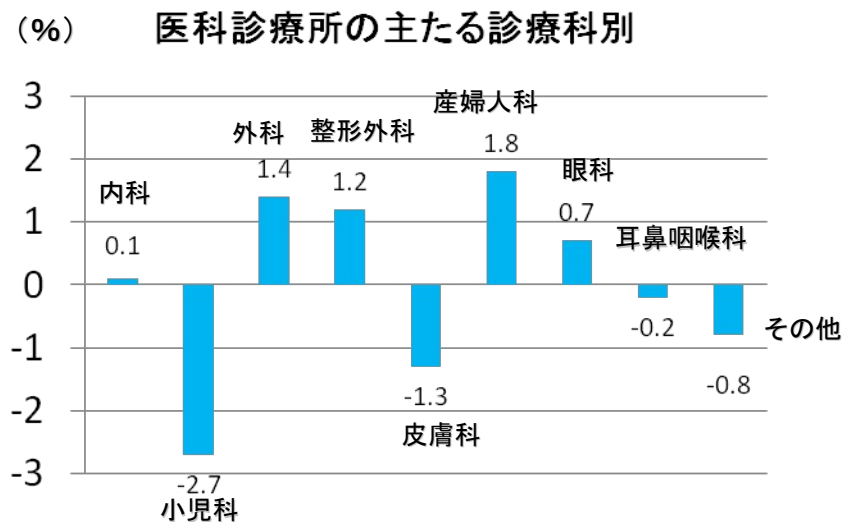
経営主体別



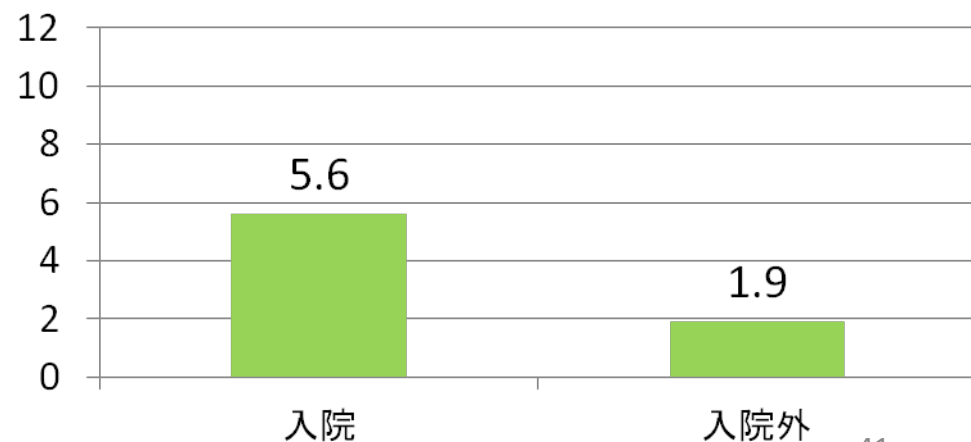
病院規模別



医科診療所の主たる診療科別



診療種類別





# 2010年度診療報酬改定の基本方針

- 重点課題
  - ①救急、産科、小児、外科等の医療の再建
  - ②病院勤務医の負担の軽減
- 4つの視点
  - ①充実が求められる領域を適切に評価していく視点
  - ②患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点
  - ③医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
  - ④効率化余地があると思われる領域を適正化する視点
- (2009年11月25日社会保障審議会の医療保険部会)

# 次期診療報酬改定へむけたプロセス

平成22年 2月 9月 10月 11月 12月 平成23年 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 平成24年 1月 2月 3月 4月

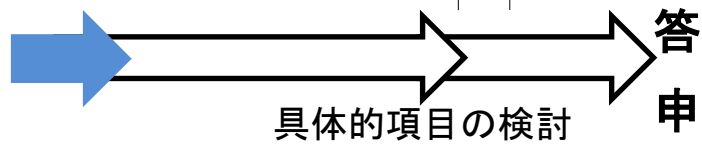
診療報酬改定

社会保障・税一体改革成案  
(政府・与党社会保障改革検討本部決定)

改定率

- 基本方針に向けた議論
- ① スケジュール等
  - ② 視点・方向の概論
  - ③ 具体的な視点・方向
  - ④ 基本方針案

基本方針提示



答申

具体的項目の検討

被災地訪問の報告

- 歯科診療
- 精神医療
- 医療従事者の負担軽減
- 医療と介護の連携  
歯科・薬剤  
リハビリ  
退院調整  
在宅医療  
訪問看護
- 基本診療料  
1号側・2号側  
優先して議論すべき事項
- 平成22年度改定答申  
附帯意見

各種報告

コスト調査分科会

慢性期入院医療の  
包括評価分科会

22年改定結果検証

医療経済実態調査

23年改定結果検証  
(速報)

DPC評価分科会

薬価部会  
保険医療材料部会

医療技術評価分科会

内閣

医療部会  
医療保険部会

総会

中央社会保険医療協議会

部会・組織・小委

# 社会保障審議会医療保険部会 (2011年9月16日)

- 2010年改定の4つの視点については踏襲してはどうか？
- 2012年改定は診療報酬・介護報酬の同時改定であるので、医療・介護の連携体制の構築について評価すべきではないか？
- 社会保障・税一体改革成案において掲げられた病院・病床機能の分化・強化と連携や、在宅医療の充実についてどのように考えていくのか？
- 東日本大震災を踏まえて災害に強い医療の在り方に対する評価や被災地への診療報酬上の対応を考える必要があるのではないか？

# 社会保障審議会医療保険部会 (2011年9月16日)

- 医療と介護の機能強化・連携に関するもの
  - 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の評価
  - 早期の在宅療養への移行、地域生活への復帰へ向けた取り組みの評価
  - 在宅での療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実
  - 退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実
  - 維持期リハビリ等における医療・介護の円滑な連携
  - 介護施設における医療提供の評価の在り方

# 社会保障改革に関する 集中検討会議

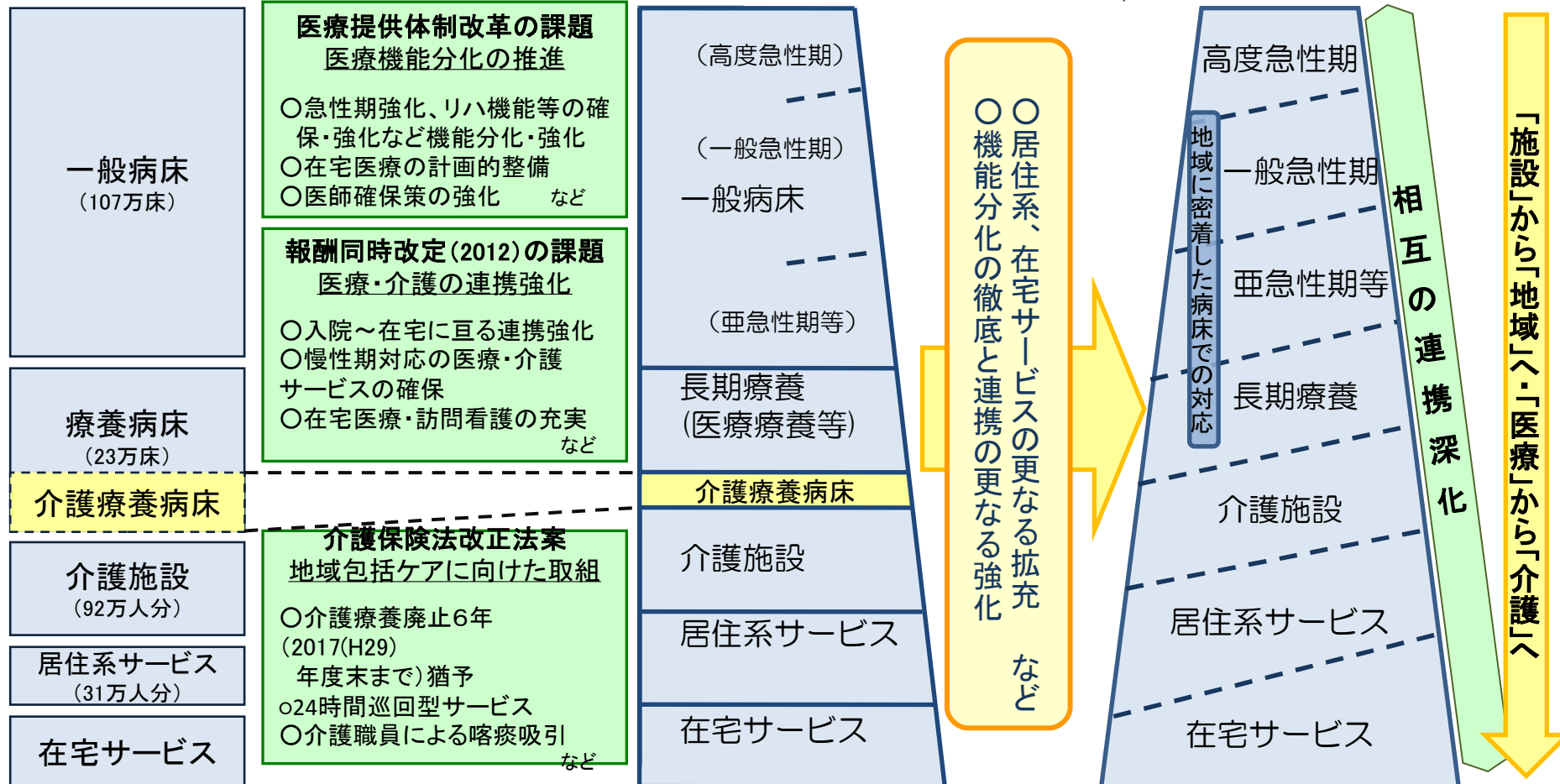
第10回会議(2011年6月2日)



# 将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の实情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)年】 → 【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資



## 医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15～16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15～16日程度 25万人/月
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等57～58日程度 長期ニーズ 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度	
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度
介護施設	92万人分	161万人分	131万人分	
特養	48万人分	86万人分	72万人分	
老健（老健＋介護療養）	44万人分	75万人分	59万人分	
居住系	31万人分	52万人分	61万人分	
特定施設	15万人分	25万人分	24万人分	
グループホーム	16万人分	27万人分	37万人分	

（注1）医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。

（注2）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者（今後2000～3000万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。



# パート2

## 地域医療計画の見直し



2006年6月第5次医療法改正  
地域医療計画の見直し

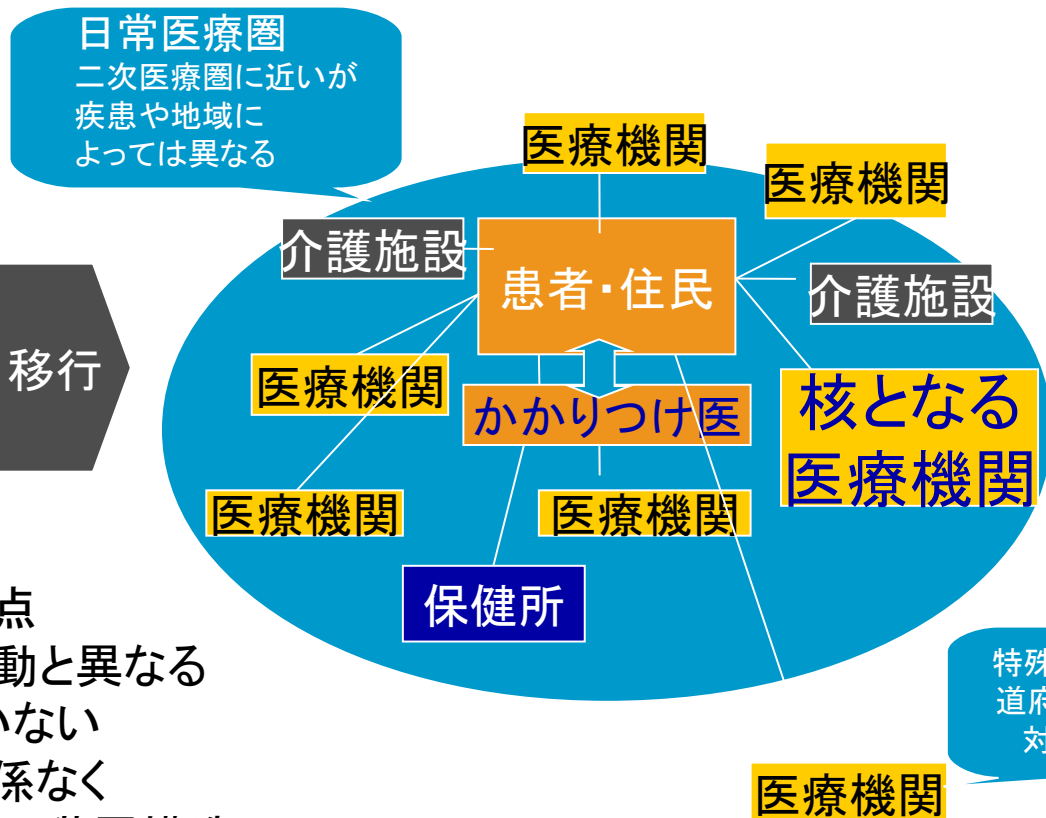
# 第5次医療法改正(2006年) 地域医療計画の見直し(2008年施行)

## 疾病別・事業別の地域連携ネットワーク

これまでの医療計画の  
考え方



移行



現在の医療計画の問題点

- ①患者の実際の受療行動と異なる
- ②疾病動向を勘案していない
- ③地域の医療機能に関係なく  
結果として大病院重視の階層構造

\* 4疾患(がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞)と5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医、小児医療)別のネットワーク形成

# 4疾患5事業

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療

地域連携クリティカルパスが連携ツールとして  
地域医療計画作成指針に採用

# 2013年地域医療計画 次期見直し

地域医療計画は5年計画  
2008年～2012年

# 医療計画見直しスケジュール(案)



# 医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- ○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会  
2010年12月17日

# 次期医療計画見直しのポイント

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療

2013年からは精神疾患を加えて  
5疾患5事業となる

そして在宅医療の指針を別途作成する



# 第1回検討会(2010年12月17日)

- 二次医療圏そのものも見直しの必要性
  - 全日本病院協会 神野正博副会長
    - 「医療圏そのものを見直し、定義をきちんとすべきかもしれない」
- 精神疾患を医療計画へ
  - 日本精神科病院協会 長瀬輝誼副会長
  - 精神科疾患は以前から比べると、かなりのウエートを占めるようになった
  - 精神科疾患にも配慮して医療計画を作るべき」だとの考えが示された。
- 介護との連携
  - 日本医師会 鈴木邦彦常任理事
    - 高齢化が進み、医療だけでは地域は支えられない
    - 介護との連携の必要性

# 第1回検討会(2010年12月17日)

- 中小病院の役割

- 日本医療法人協会 伊藤伸一副会長

- DPC病院以外の地域の一般病院の機能を、医療計画の中にどのような形で盛り込むのか。病院機能、病床機能をもう少し明確に表すようにすべきでないか

- 歯科連携

- 日本歯科医師会 池主憲夫常務理事

- 医療連携における歯科連携の重要性を強調した。

- 薬局の役割

- 日本薬剤師会 山本信夫副会長

- 在宅における癌治療、緩和医療における薬局の役割

# 第5回医療計画見直し検討会

7月13日

在宅医療

# 第5回医療計画見直し検討会

- 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室
  - 在宅医療に係わる提供体制、とくに在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院、訪問看護ステーションの現状の説明
- 医療計画における在宅医療の位置づけ
  - 神野正博委員(全日本病院協会副会長)
    - 「医療法上、在宅医療は規定されているものの、4疾病5事業にくらべて、医療機関も行政も、そして国民も(医療計画の項目として)なじみが薄い。在宅を事業として、精神疾患を入れて5疾病6事業、あるいは5疾病5事業1在宅などときちんと明示し国の指針を示すべきである。」
- 在宅医療指針を別途通知する予定

# 在宅医療体制構築に係わる指針案 「在宅医療推進会議」

- 在宅医療体制構築に係わる指針案
  - 国立長寿医療研究センターが中心となって組織する「在宅医療推進会議」(日本医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等)がとりまとめた。
- 指針案のポイント
  - ①24時間365日、患者の生活の視点に立った多職種連携医療の確保
  - ②看取りまで行える医療のための連携体制
  - ③認知症の在宅医療の推進
  - ④介護との連携

# 在宅医療に関する医療計画の内容(数値目標)

## ■数値目標の例(各都道府県の医療計画より)

- 北海道
  - ・在宅医療を実施する医療機関割合  
現状35.2%→目標値38.1%
- 山形
  - ・主任介護支援専門員研修受講者数  
44人(H18)→50人(H24)
- 福島
  - ・在宅療養支援診療所 148(H18) → 196(H24)
  - ・訪問看護ステーション 121(H18) → 128(H24)
  - ・保険薬局に占める訪問薬剤管理指導料の届出薬局  
76.9%(H18) → 81%(H24)
  - ・保険薬局に占める麻薬小売業免許取得薬局の割合  
84.1%(H18) → 85.9%(H24)
- 茨城
  - ・医療機関と連携し在宅医療に取り組む薬局の割合  
6%(H18) → 50%(H24)
- 東京
  - ・医療保健政策区市町村包括補助事業の実施(在宅医療推進に資する事業)  
5自治体(H19) → 全市町村(H24)
- 山梨
  - ・在宅ホスピス連絡体制が整備されている保健福祉事務所圏域の数 1圏域(H18) → 4圏域(H24)
- 福井
  - ・在宅医療推進のためのコーディネーター設置地区  
→5地区(H24)
- 福岡
  - ・在宅医療を受ける患者数  
2100人/1日(H18) → 30%増(H24)
- 佐賀
  - ・自宅での死亡の割合8.1%(H18) → 12.2%(H24)
- 熊本
  - ・訪問看護ST数 107(H17) → 120(H24)
  - ・訪問看護師の就業者数 429(H18) → 554(H24)
  - ・往診や訪問看護を実施する医療機関数  
582(H18) → 640(H24)
  - ・緊急時24時間対応訪問看護ST割合  
24時間対応可能 22.1%(H16) → 30%(H24)  
24時間連絡可能 94.2%(H16) → 98%(H24)
  - ・麻薬小売業免許を取得している保険調剤薬局の割合  
82.9%(H18) → 100%(H24)
- 沖縄
  - ・在宅療養支援診療所(75歳以上人口千人あたり)  
0.46(H18) → 0.82(H24)
  - ・訪問看護ステーション(人口10万人あたり)  
3.7(H18) → 4.5(H24)

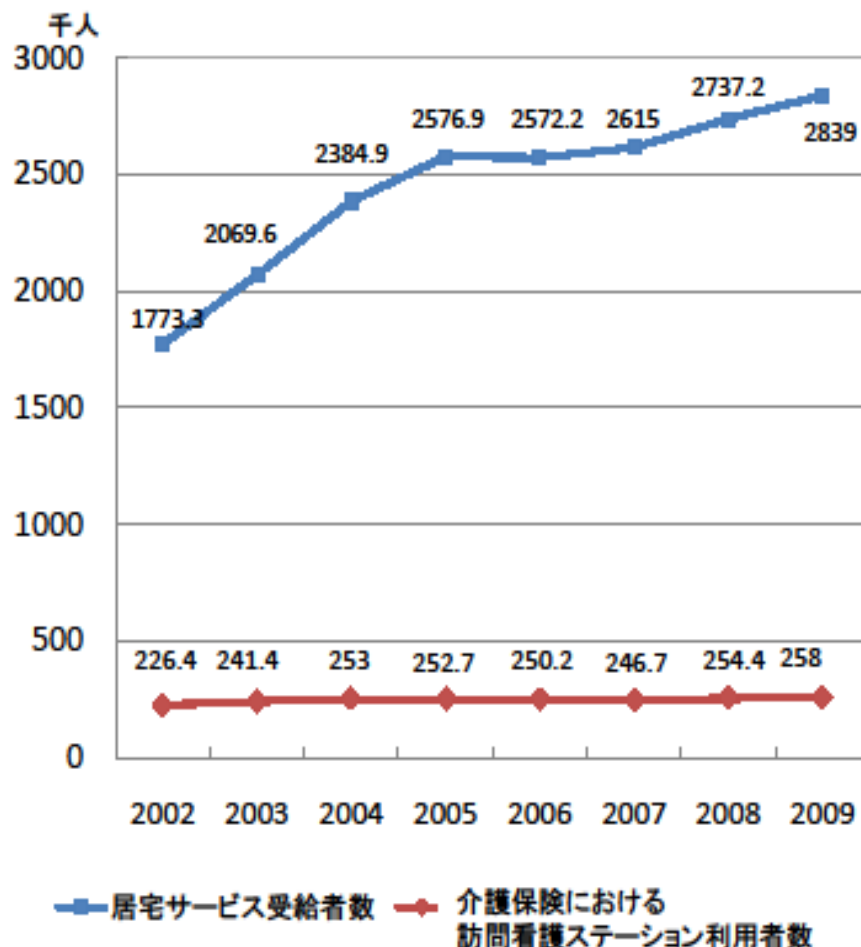
# 訪問看護サービス



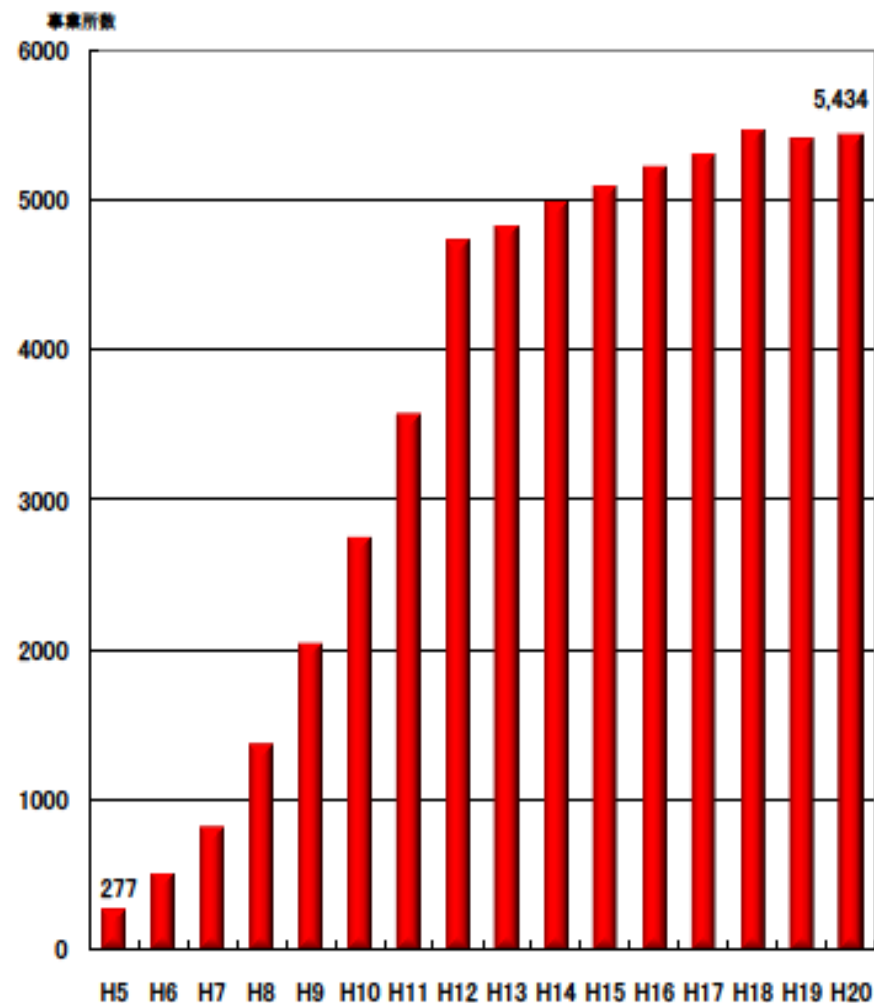
# 訪問看護サービス利用者数と訪問看護ステーション数の推移

## ■ 居宅サービス利用者および訪問看護利用者の推移

居宅サービス全体の利用者数は伸びているが、訪問看護サービス利用者数は横ばいである。



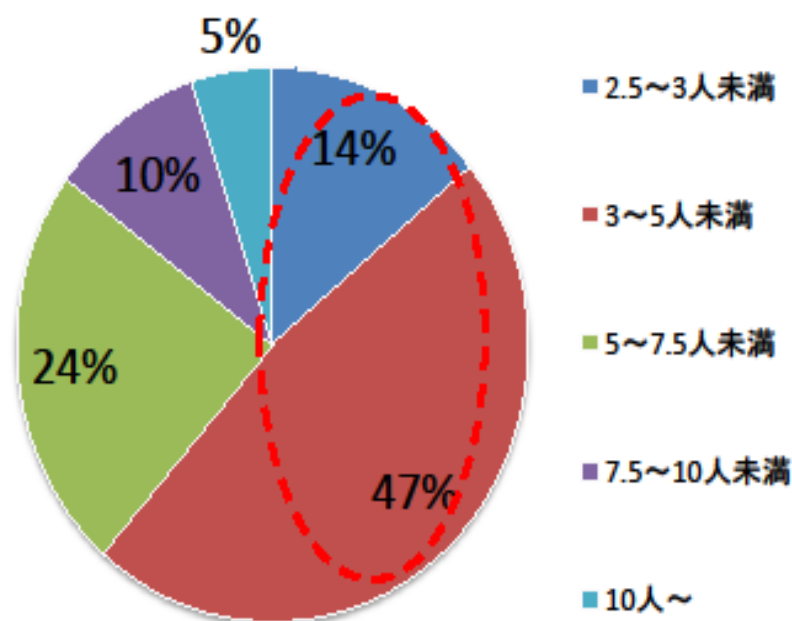
## ■ 訪問看護ステーション数の変化



# 訪問看護ステーションの規模別状況

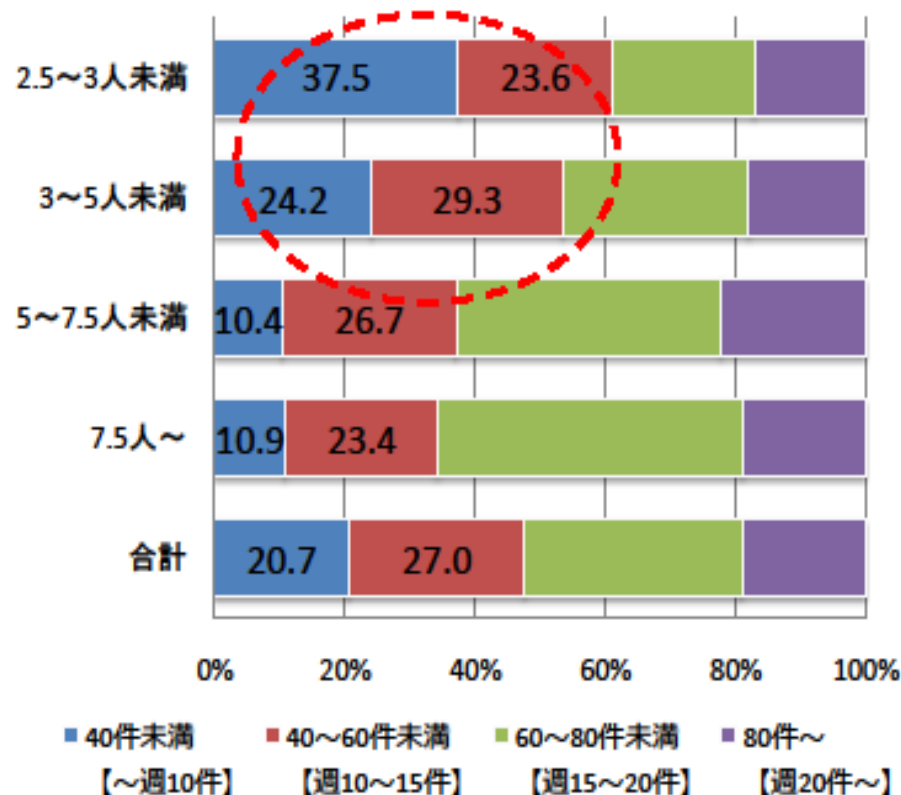
- 5人未満の小規模なステーションが約60%を占めている。
- 小規模なステーションであるほど職員一人当たりの訪問件数(医療保険と介護保険の合計数)が少ない。

職員※数規模別にみた事業所数の構成(N=1,713)



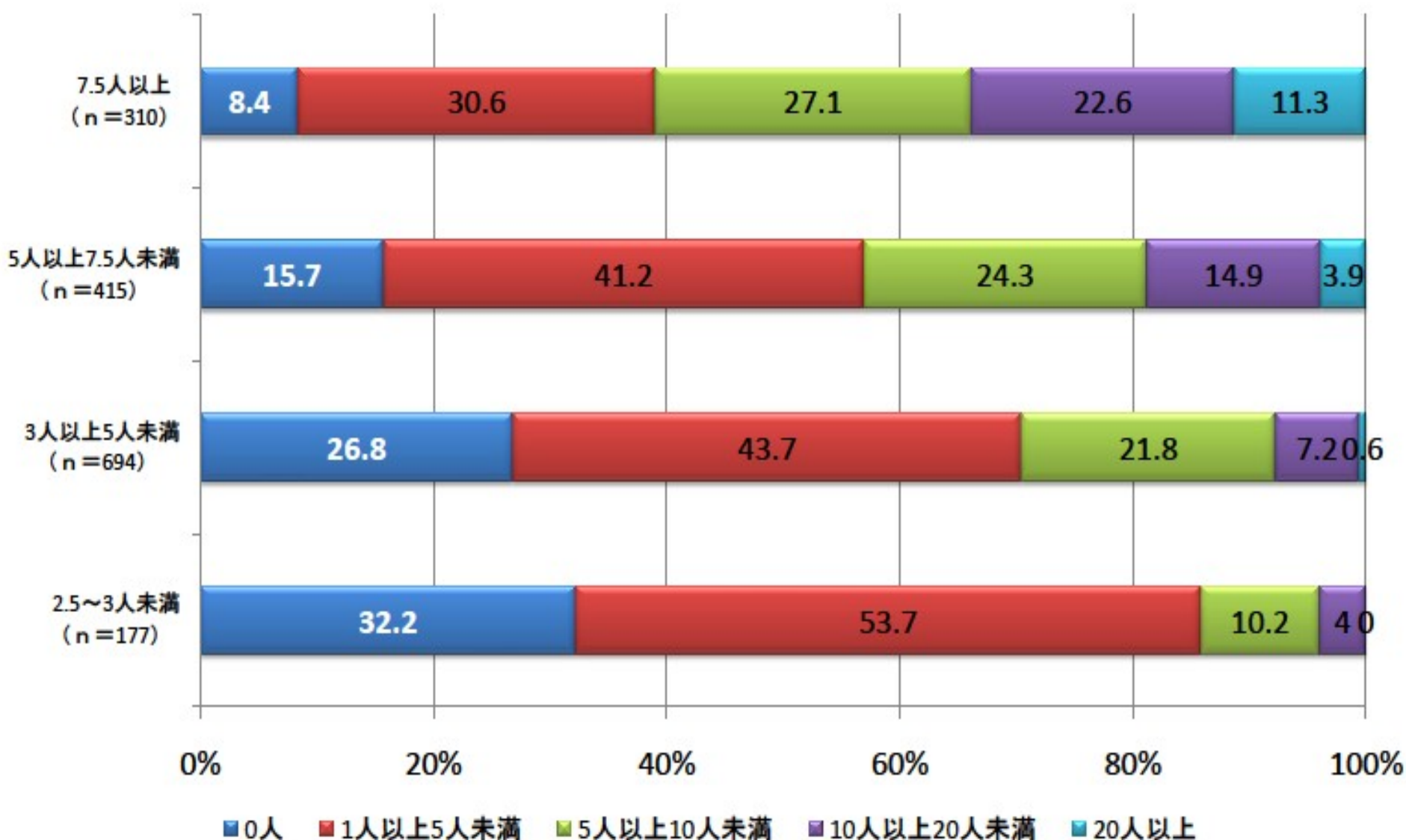
※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

職員※数規模別にみた  
職員一人月当たりの訪問看護件数(N=1,556)



# 訪問看護事業所の規模別年間看取り数の状況

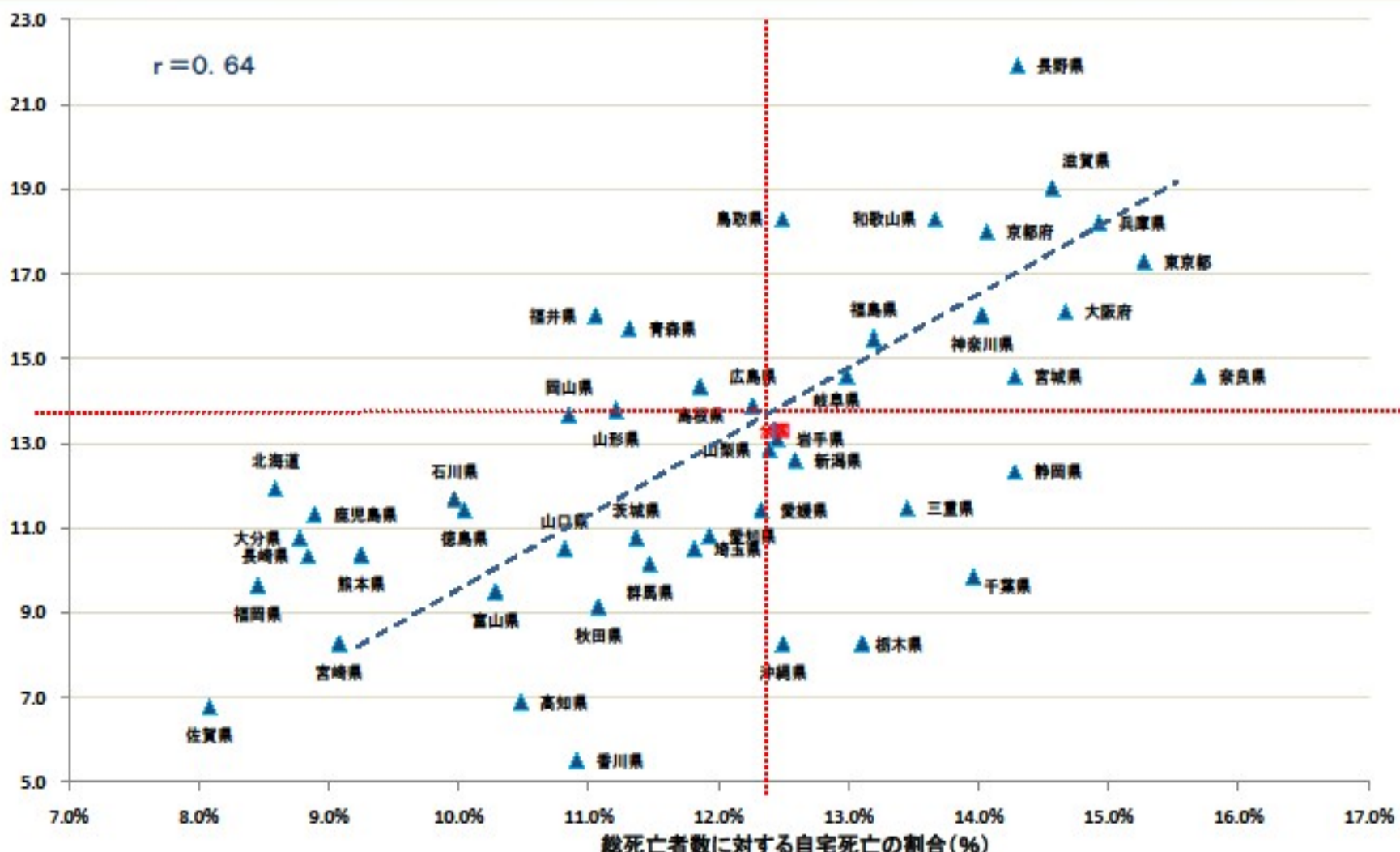
○訪問看護事業所の規模が小さいほど、在宅における看取り数も少ない傾向がある。



# 訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

- 都道府県別高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数は約4倍の差がある。  
(最多は長野県、最少は香川県)
- 高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向がある。

高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数(人)



# 2011年年新規事業 「在宅医療連携拠点事業」

地域包括ケアの医療連携拠点  
10医療機関が選定



## ■ 在宅医療推進上の課題

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。

## ■ 本事業の目的

- 在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。

在宅医療の連携拠点を設け、地域包括支援センター等と連動しながら  
多職種連携を促進

分断した医療と介護を包括的に提供できる体制を構築する

### 多職種連携の課題に対する 解決策の抽出

地域の医療福祉従事者が、一堂に会  
する場を定期的に設定。

在宅医療における連携上の課題抽出  
し、その対応策の検討等を行う。

### 在宅医療従事者の負担軽減の支援

地域の在宅医療をより効率的に提供す  
るための仕組みを構築。

- ・ 24時間体制を構築するための地域  
医療資源のネットワーク化
- ・ チーム医療を提供するための情報  
共有体制

### 効率的な医療提供のための 多職種連携

医療・福祉分野の経験豊富なスタッ  
フを配置。

地域の医療・福祉資源の量・質に関  
する最適化に向けての活動等を通じ  
て、地域のハブ機関としての機能を  
担う。

# 在宅医療連携拠点事業所 「チームもりおか」



医療法人葵会もりおか往診クリニック 岩手県立中央病院前の在宅療養支援診療所



# パート3

## 在宅医療と診療報酬改定

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院

# 06年在宅療養支援診療所の新設

特養、有料老人ホーム、ケアハウスの入居者で末期がんの患者に対する訪問診療料が算定できる



特養  
有料老人ホームなど

死亡前24時間以内に訪問して患者を看取れば1万点

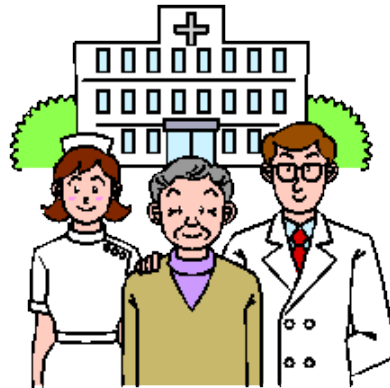


B診療所  
(連携先)



往診料や訪問診察料に高い加算

A診療所  
在宅療養支援診療所

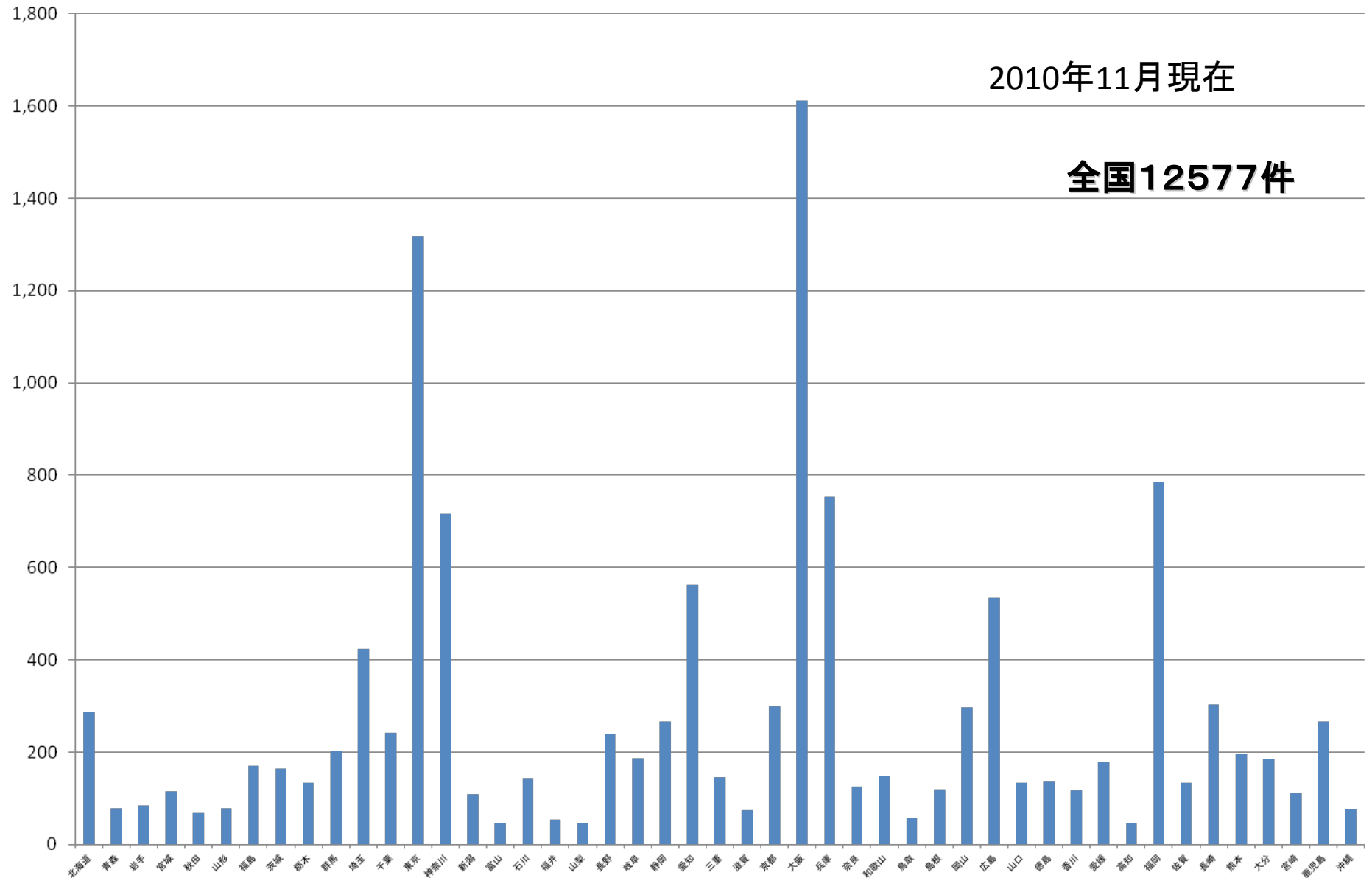


A診療所と連携しているB診療所(またはC病院)がA診療所の代形で訪問診療を行えば、在宅療養支援診療所なみの高い診療点数を算定できる

# 在宅療養支援診療所

2010年11月現在

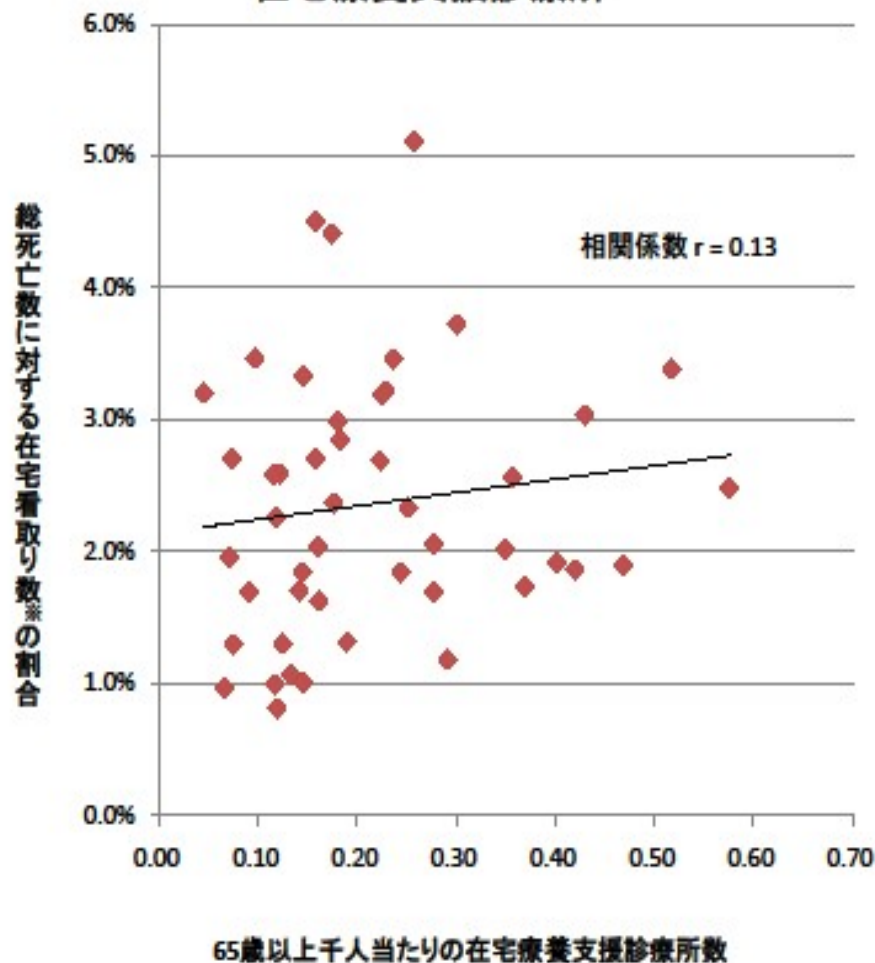
全国12577件



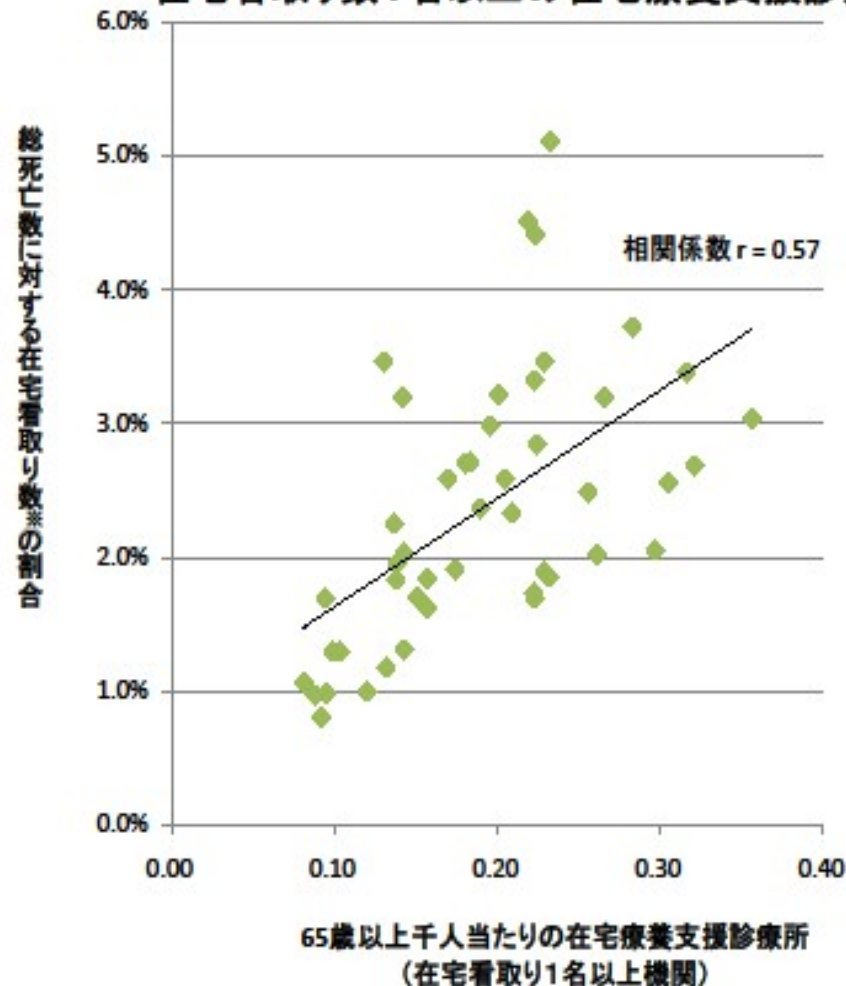
※地方厚生局施設基準届け出データより【2010年11月】

# 在宅療養支援診療所と在宅看取り数※の関係 (都道府県別)

## 在宅療養支援診療所



## 在宅看取り数1名以上の在宅療養支援診療所



(※)在宅療養支援診療所が行っている在宅看取り数

# 在宅療養支援病院とは？



# 在宅療養支援病院の規制緩和 (2010年診療報酬改定)

- 2008年診療報酬

- 在宅療養支援病院の要件は「半径4km以内に診療所が存在しないもの」とされていたので、僻地等地域において在宅療養を提供する診療所がない地域のみ限定されていた
- このため届け出は11病院に限定

- 2010年、この4Km要件が撤廃された
- この要件撤廃の影響は？

# 在宅療養支援病院

- **200床未満の病院でも、24時間365日体制をとり、届ければ在宅療養支援病院となり以下の算定が可能になる**
  - **往診料**
    - 緊急加算650点、夜間加算1300点、深夜加算2300点がある。届出なしに比べて緊急加算と夜間加算は2倍、深夜加算も1.8倍
  - **ターミナルケア加算**
    - 10000点、届出なしの点数の5倍

# 在宅療養支援病院

## － 在宅末期医療総合診療料

- ・ 処方せん交付で1495点、処方せんなしで1685点と、高い評価

## － 在宅時医学総合管理料

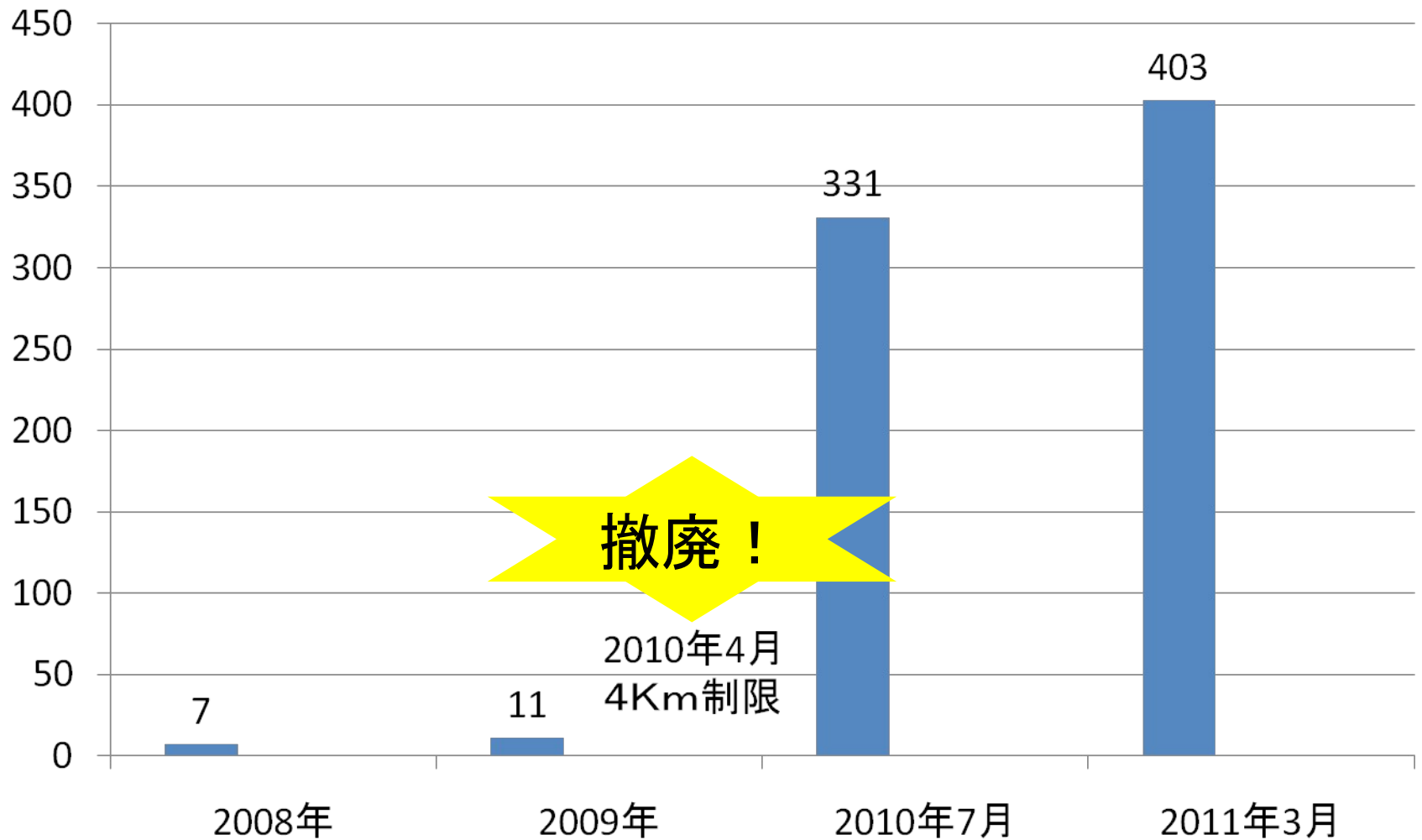
- ・ 処方せん発行で4200点であり、届出なしの2200点よりも2000点高い
- ・ 処方せん発行なしでは4500点と2500点で、2000点の差がある

## － 特定施設入居時等医学総合管理料

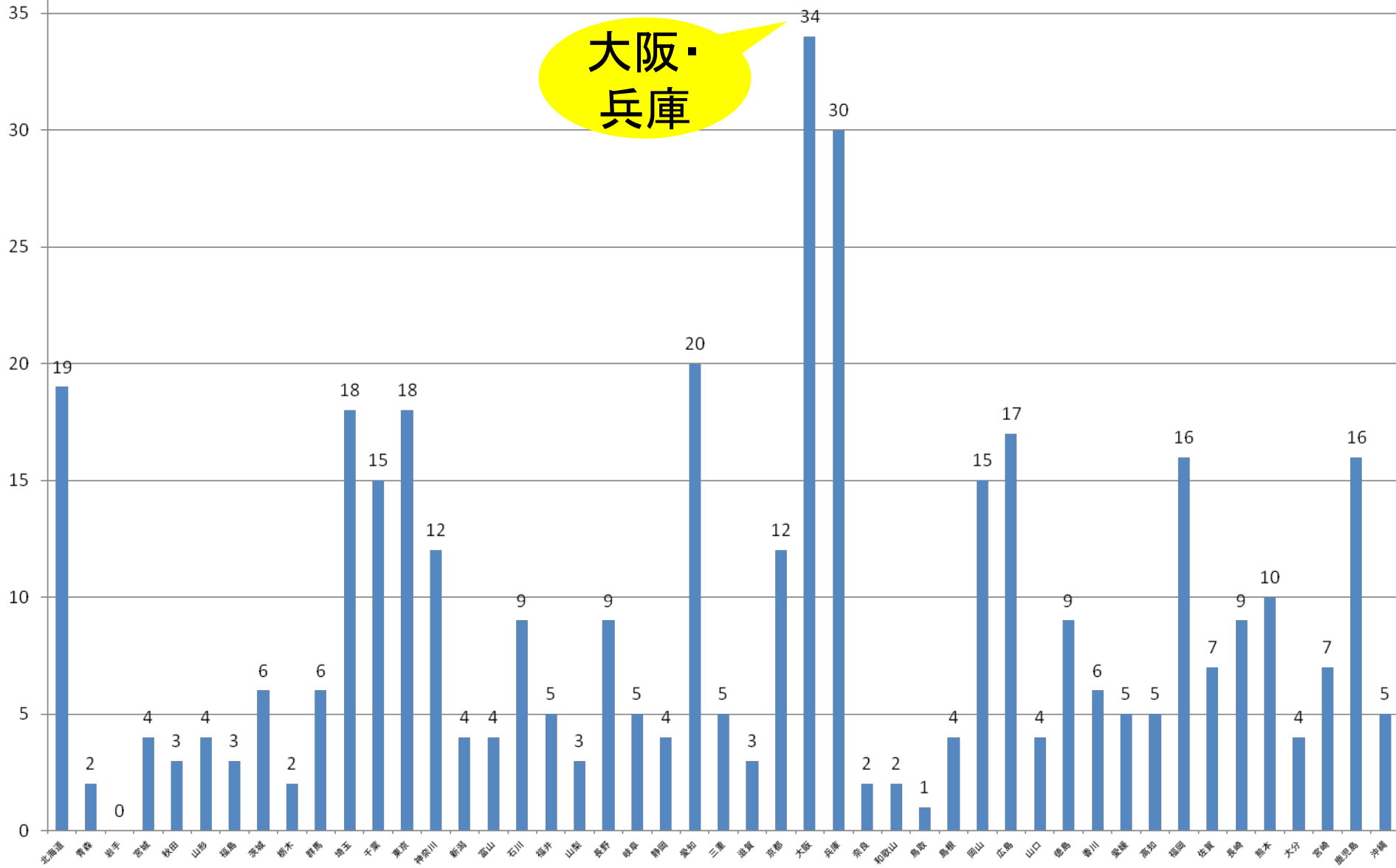
## － 退院時共同指導料



# 在宅療養支援病院数の推移



# 在宅療養支援病院（403病院）2011年3月



# 医療法人財団厚生会古川橋病院

東京都で第1号の在宅療養支援病院

- 在宅療養支援病院 港区南麻布2丁目
  - 一般病床 49床
  - 介護老人保健施設 40床
  - 介護予防機能訓練施設 20名
  - 居宅介護支援事業所
  - 健診センター



鈴木先生



# 在宅療養支援病院実態調査

日本医療マネジメント学会  
地域医療委員会

## 47都道府県 在宅療養支援病院

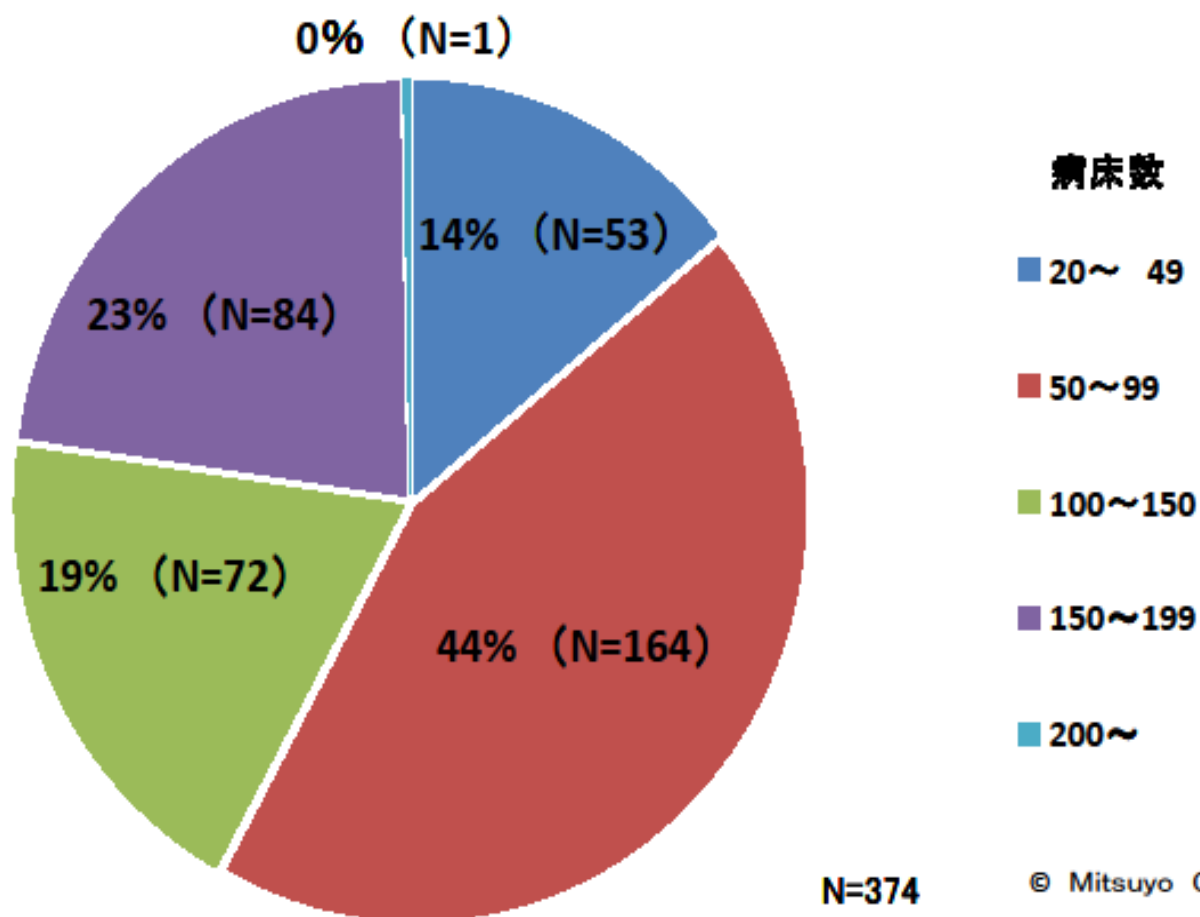
### 調査対象及び客体

- 平成22年12月時点、全国の在宅療養支援病院届け出のある374施設 (H23年3月時点 N=411)
- 調査票配布と回収状況

調査票配布数	回収数	回収率 (%)	有効回答数	有効回収率 (%)
374	107	28.61	106	28.34

# 47都道府県 在宅療養支援病院 病床規模別 施設数

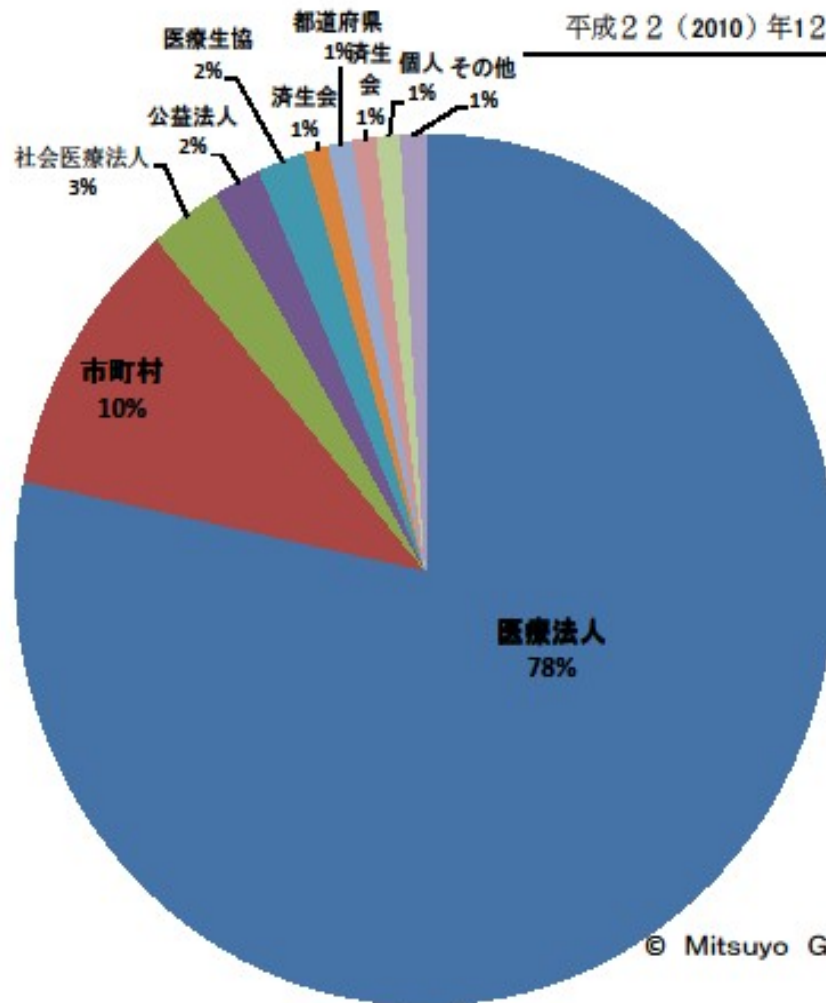
平成22(2010)年12月1日現在



# 47都道府県 在宅療養支援病院 回答病院 開設主体別にみた施設数

平成22(2010)年12月1日現在

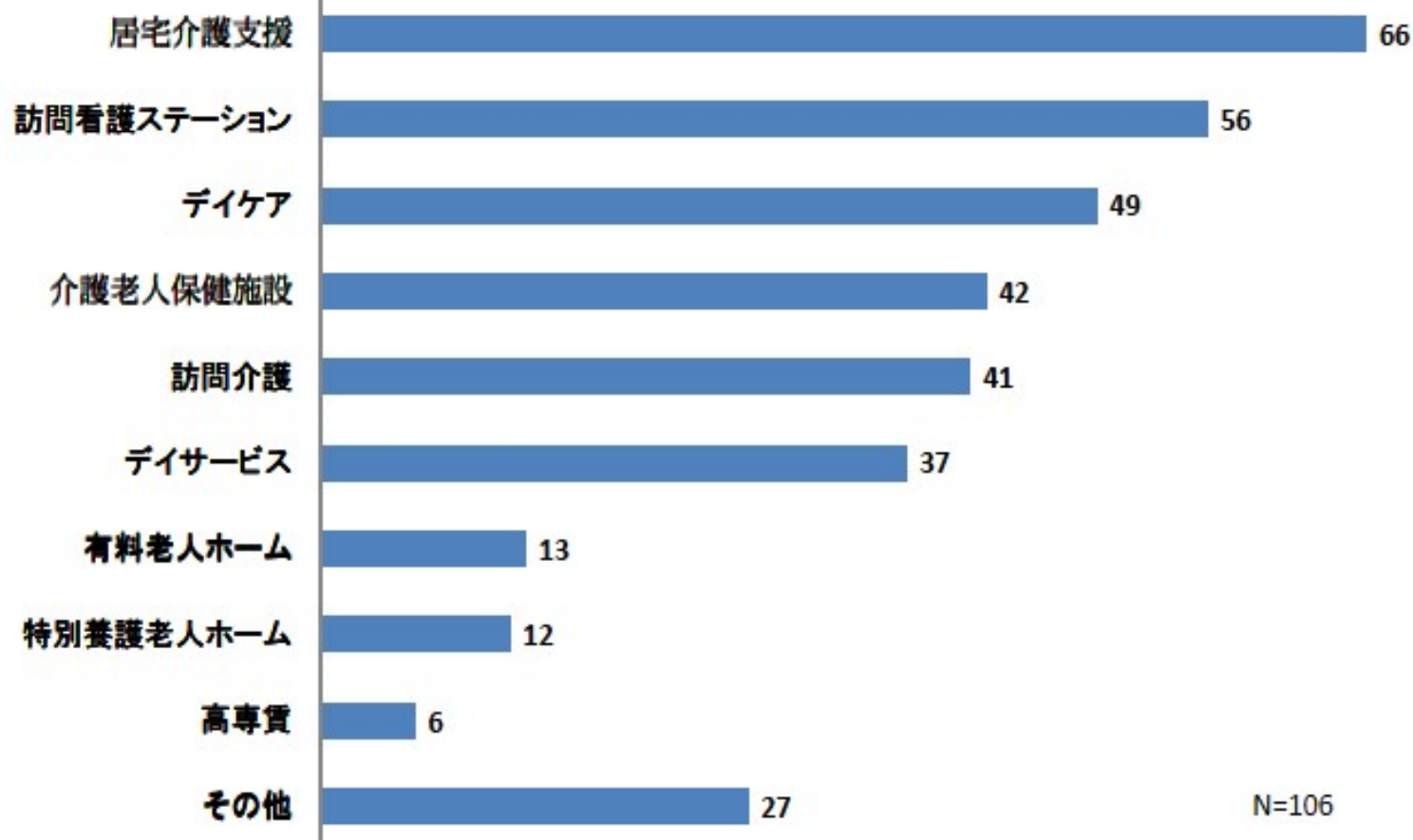
	度数	パーセント
有効		
医療法人	83	78.3
市町村	11	10.4
社会医療法人	3	2.8
公益法人	2	1.9
医療生協	2	1.9
済生会	1	.9
都道府県	1	.9
都道府県	1	.9
その他	1	.9
合計	105	99.1
欠損値		
システム欠損値	1	.9
合計	106	100.0



© Mitsuyo Goto

# 47都道府県 在宅療養支援病院 回答病院 所有する関連施設

平成22(2010)年12月1日現在

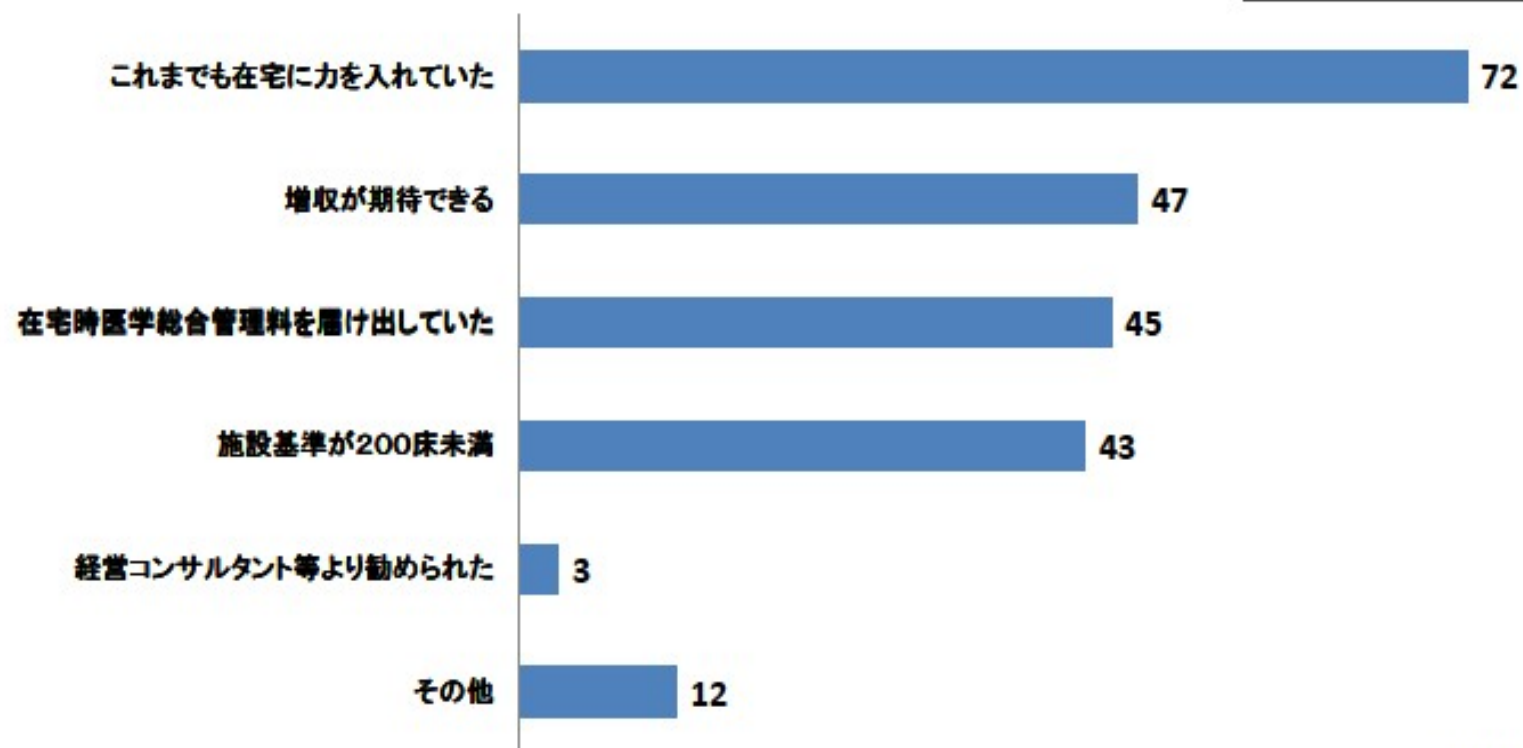


N=106



# 47都道府県 在宅療養支援病院 回答病院 届け出理由

平成22(2010)年2月1日現在



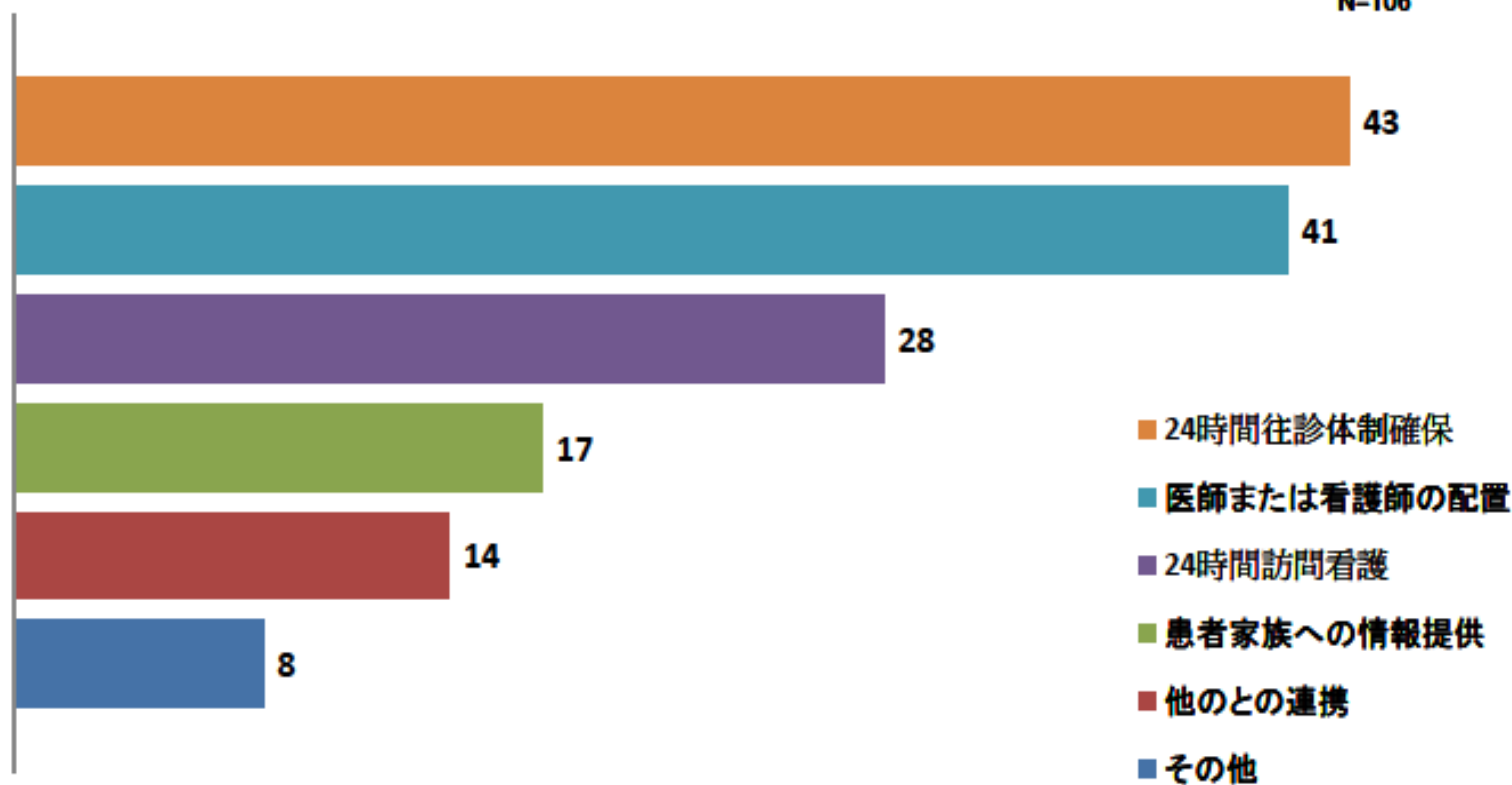
N=106

© Mitsuyo Goto

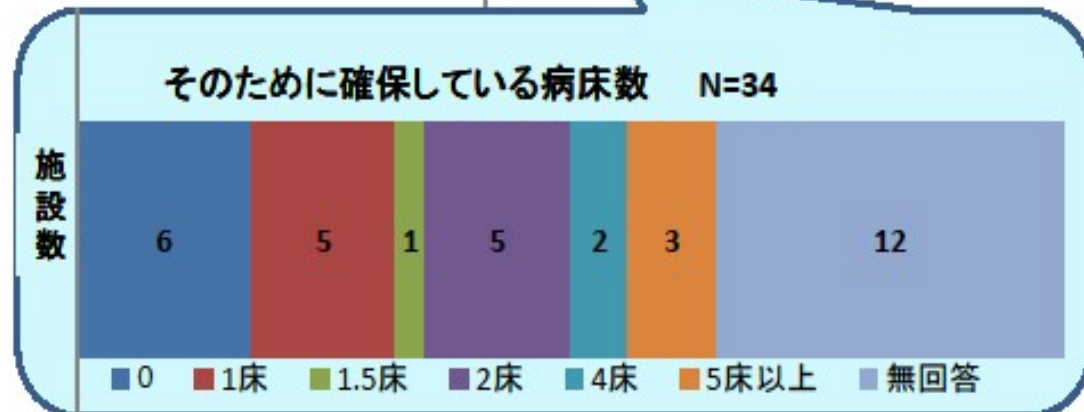
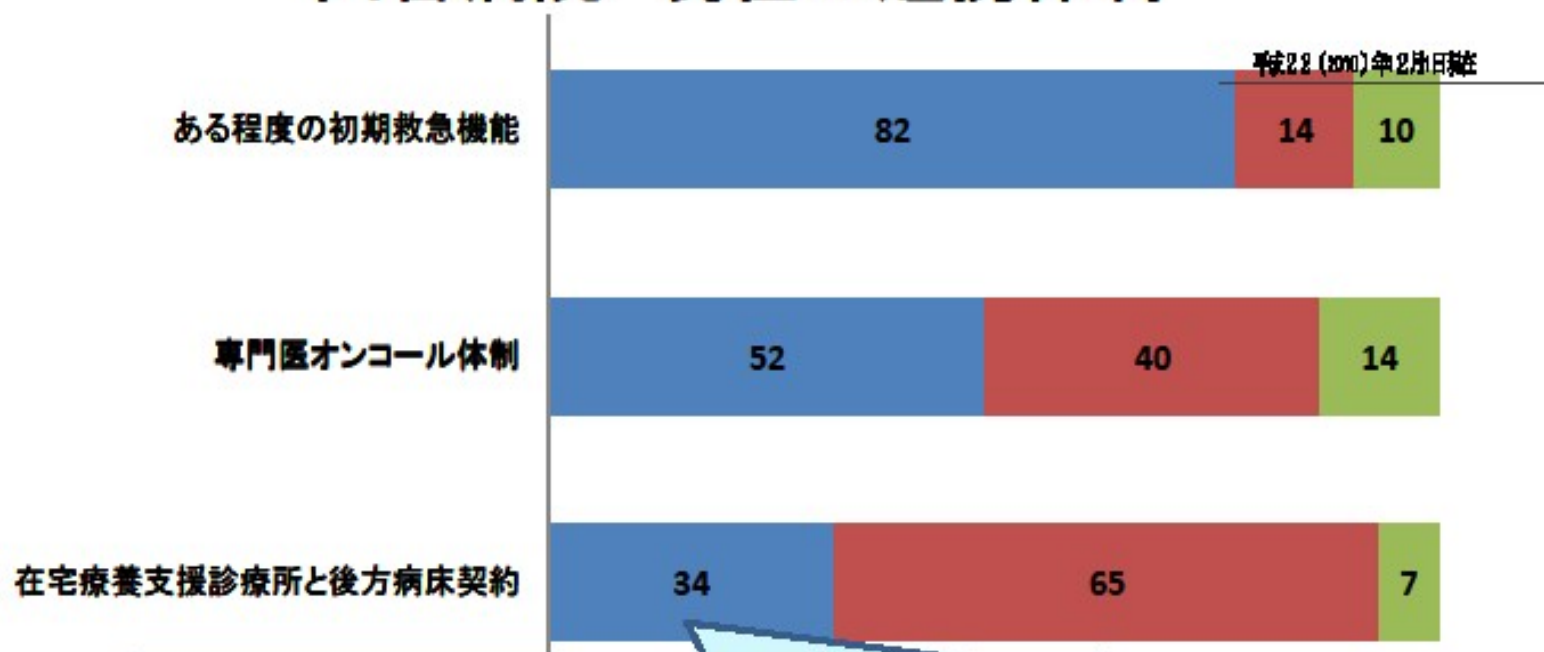
# 在宅療養支援病院 回答病院 施設基準で苦労した事

平成22(2010)年2月1日現在

N=106



# 在宅療養支援病院 回答病院 現在の連携体制



■ ある ■ ない ■ 無回答  
N=106

# 在宅療養支援病院の 2012年改訂予想

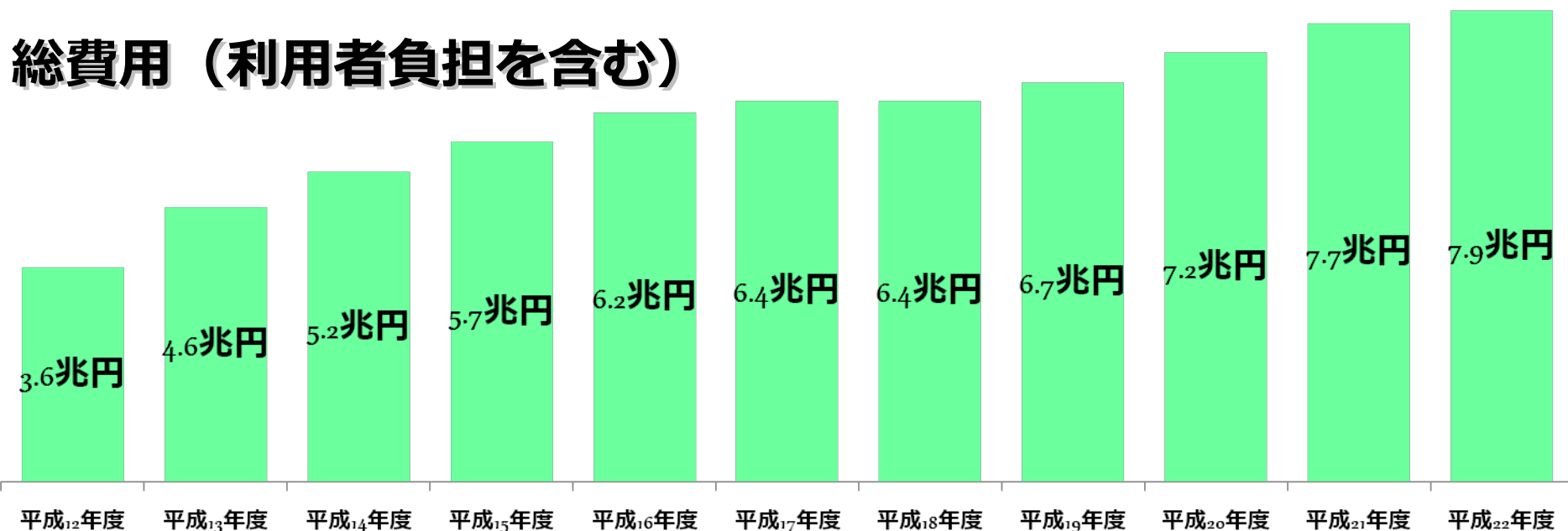
- 在宅療養支援診療所や一般診療所の在宅患者のための空床確保→新設
- 診療所医師のための開放病床確保→新設
- 24時間往診体制確保(2タイプ)
  - 当直医以外の往診担当医を確保(現行)
  - 地域の医療機関との輪番制で24時間対応(新設)

## パート4

# 介護保険制度を取り巻く環境

# 介護保険の総費用と保険料の動向

## 総費用（利用者負担を含む）



(注) 平成12年度～平成19年度は実績、平成20年度は補正後予算、平成21年度（介護報酬改定+3.0%）、平成22年度は当初予算

## 65歳以上が支払う保険料〔全国平均（加重平均）基準月額〕

### 第1期

(平成12～14年度)

2,911円

### 第2期

(平成15～17年度)

3,293円  
(+13%)

### 第3期

(平成18～20年度)

4,090円  
(+24%)

### 第4期

(平成21～23年度)

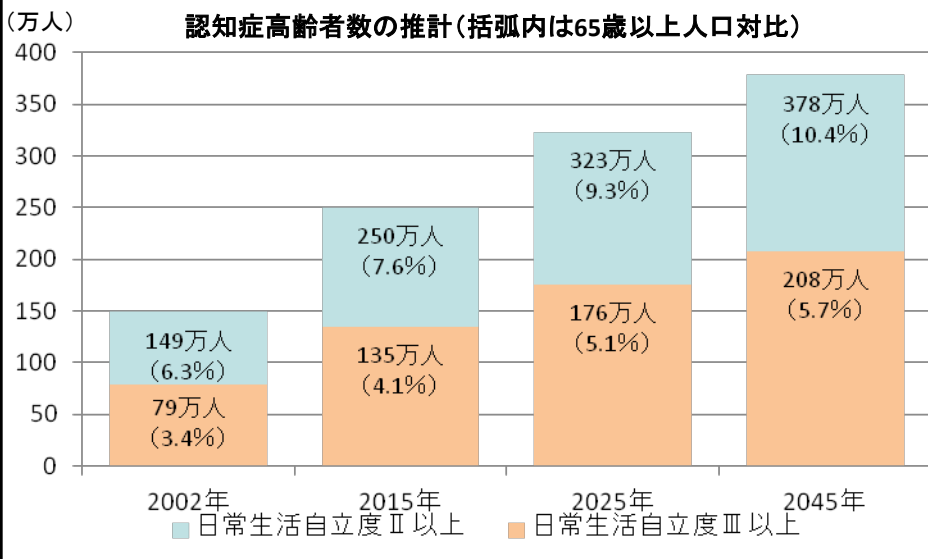
4,160円  
(+1.7%)

# 今後の介護保険を取り巻く状況について

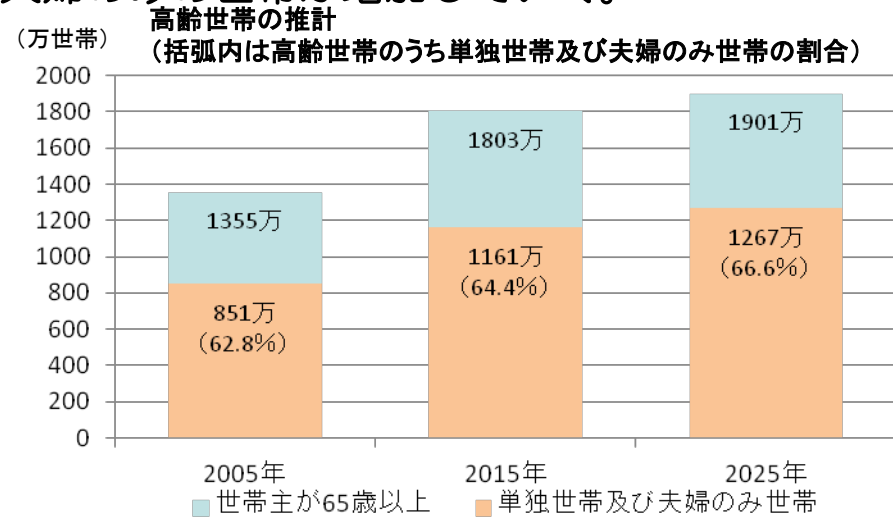
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2008年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	10.4%	13.1%	18.2%	26.5%

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



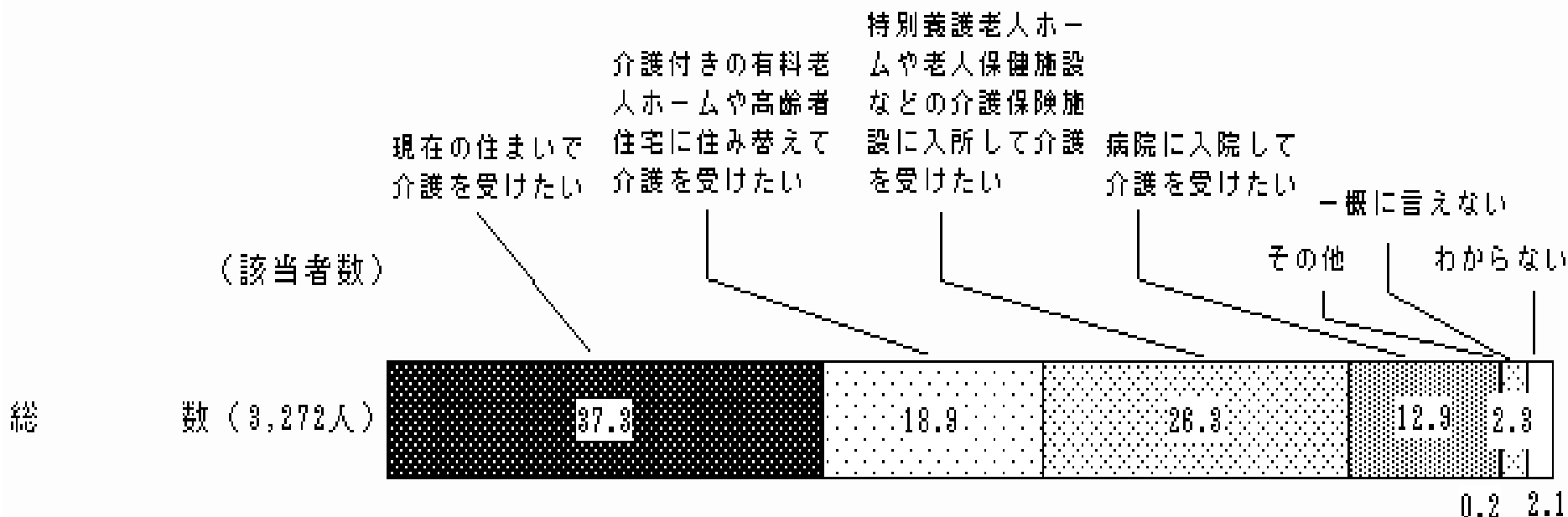
③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

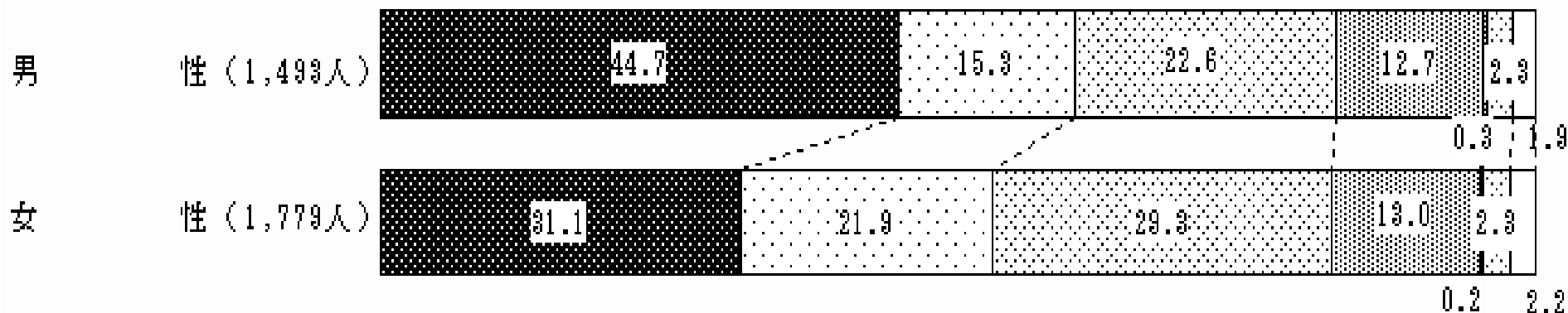
	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

# 自分自身が介護を受けたい場所



[ 性 ]

(%)



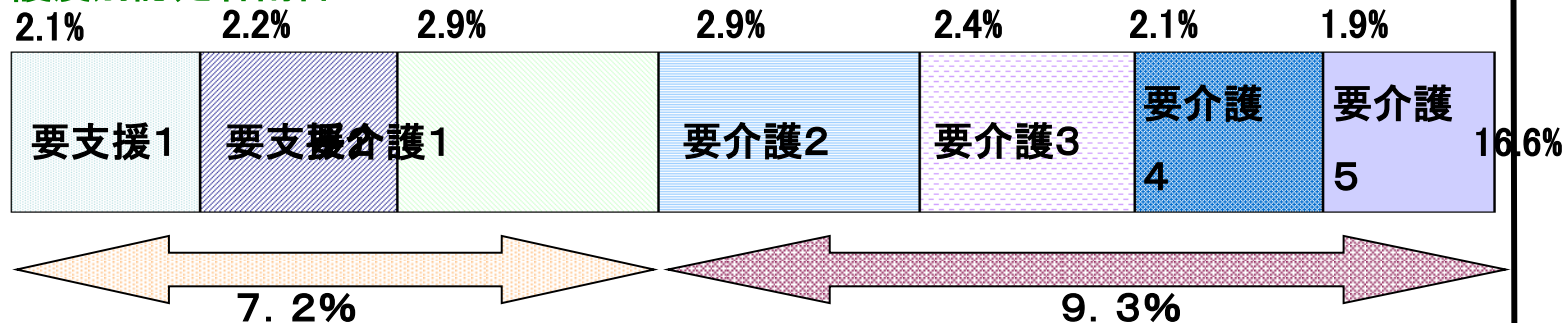


# 65歳以上人口に占める認定者数、各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

○ 65歳以上の高齢者に占める介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合を比較すると、日本は、欧米諸国と比較して少ない。

## ○要介護度別認定者割合

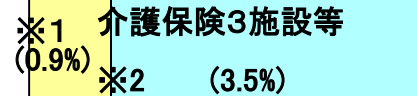
【出典】平成22年6月 介護保険事業状況報告



## ○各国の高齢者の居住状況(定員の比率) (全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合)

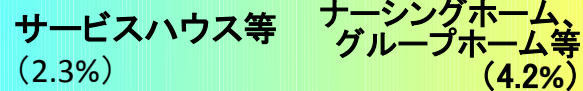
日本 (2005)

4.4%



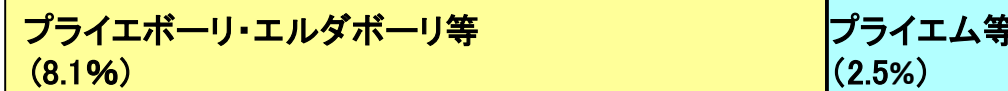
スウェーデン (2005) ※3

※制度上の区分は明確ではなく、  
類型間の差異は小さい。 6.5%



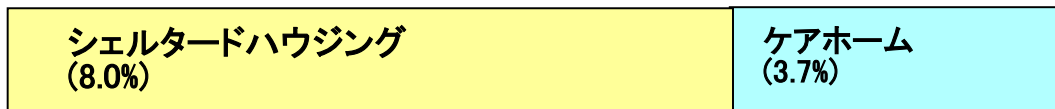
デンマーク (2006) ※4

10.7%



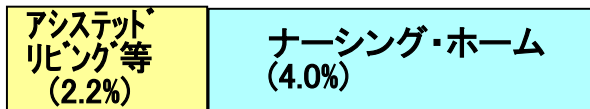
英国 (2001) ※5

11.7%



米国 (2000) ※6

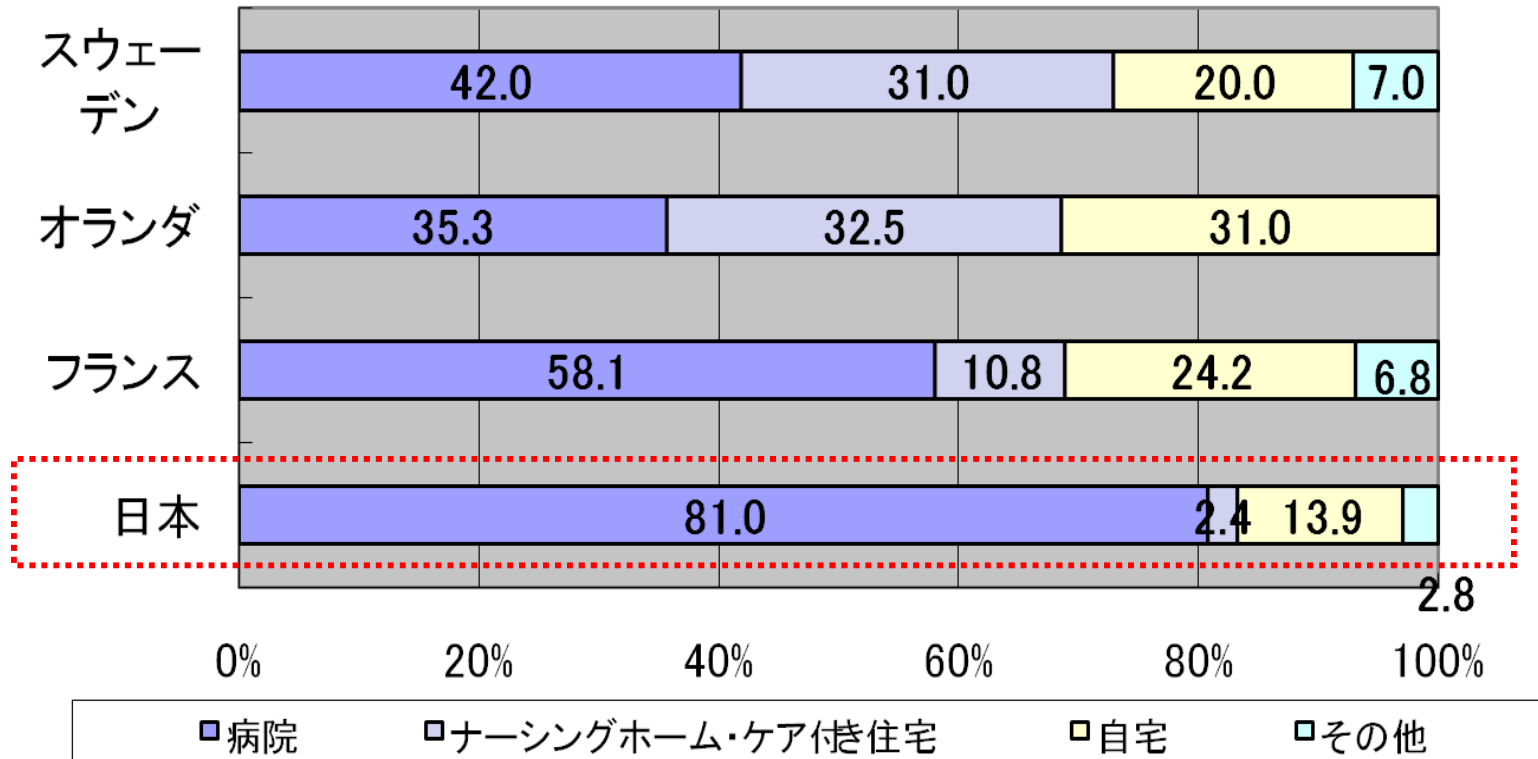
6.2%



※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)。 ※2 介護保険3施設及びグループホーム  
 ※3 Sweden Socialstyrelsen (スウェーデン社会省) 聞き取り調査時の配布資料 (2006)  
 ※4 Denmark Socialministeriet (デンマーク社会省) 聞き取り調査時の配布資料 (2006)  
 ※5 Elderly Accommodation Counsel (2004) 「the older population」  
 ※6 医療経済研究機構「米国医療関連データ集」(2005)

# 死亡の場所(各国比較)

死亡場所の内訳



(注)「ナースিংホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

(資料)スウェーデン: Socialstyrelsen Döden angår oss alla による1996年時点(本編 p48)

オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)

フランス: Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)

日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

※他国との比較のため、日本のデータは2000年時点のデータを使用

出典: 医療経済研究機構

「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」

# パート5

## 介護報酬改定の方角性

介護給付費分科会における議論に  
ついて（主な論点）

# 1. 新サービスについて

## (1) 定期巡回・随時対応サービスについて

定期巡回・随時対応サービスの基準・報酬については、以下のような基本的な考え方を実現するという観点に立って検討すべきではないか。

- ・ 利用者の心身の状況に応じて、必要なサービスを必要なタイミングで柔軟に提供（短時間の定期巡回型訪問＋随時対応）
- ・ 24時間の対応体制の確保
- ・ 介護・看護サービスの一体的提供
- ・ 人材確保、経営の安定化

## (2) 複合型サービスについて

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの基準・報酬については、以下のような基本的な考え方を実現するという観点に立って検討すべきではないか。

- ・ 利用者のニーズに応じて、通い、訪問介護、訪問看護及び宿泊のサービスを柔軟に提供
- ・ 看護・介護サービスの一体的提供
- ・ 人材確保、経営の安定化

## 2. 介護保険施設等について

### (1) 介護老人福祉施設

介護老人福祉施設の基準・報酬については、以下の点に留意して検討すべきではないか。

- ・特別養護老人ホームにおける医療提供及びケアマネジャーのあり方
- ・個室ユニットの推進方策

### (2) 介護老人保健施設

介護老人保健施設の基準・報酬については、以下の点に留意して検討すべきではないか。

- ・介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能を高める方策
- ・介護老人保健施設における医療提供のあり方

### (3) 介護療養型医療施設

療養病床再編成をより一層進めるために、介護療養病床や介護療養型老人保健施設の基準・報酬等について、どのような対応が考えられるか検討すべきではないか。

## (4) 特定施設

特定施設入居者生活介護の基準・報酬については、以下の点に留意して検討すべきではないか。

- ・特定施設入居者生活介護における医療提供のあり方
- ・特定施設短期入居者生活介護の空室の短期利用

## (5) 高齢者の住まいについて

高齢者の住まいの普及促進を図り、施設への入所ではなく、「サービス付き高齢者向け住宅」において、入居者が重度化しても安心して暮らすことができるようにするため、基準・介護報酬については以下の視点に立って検討するべきではないか。

- ・ 24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」などを始めとした居宅サービスとの組み合わせについて、入居者が重度化しても対応できるよう、どのように評価していくべきか。また、こうした「サービス付き高齢者向け住宅」を拠点として、地域に展開していくことによる、地域包括ケアの実現について、どう考えるか。
- ・ 「サービス付き高齢者向け住宅」により提供される安否確認・生活相談等の「サービス」と介護保険により提供されるサービスとの連携についてどう考えるか。

# 3. リハビリ・軽度者（予防給付）について

## （1）リハビリについて

- ・ リハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点をどのように整備・推進していくのか。
- ・ 通所リハビリテーションにおいて提供サービスが通所介護と類似しているという指摘があるが、サービス提供のありかたについてどう考えるのか。
- ・ 訪問リハビリテーションの果たすべき役割についてどう考えるのか。また、リハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種との関わり方などについてどう考えるのか。
- ・ 上記の三点についてリハビリテーションの量とともに質をどのように担保すべきか。

## （2）軽度者（予防給付）について

- ・ 通所型介護予防サービスにおいて、重度化を防ぎ、生活機能向上の達成を実現している事業所を重点的に評価するべきではないか。
- ・ 訪問型介護予防サービスにおいて、利用者の能力を最大限に引き出す支援を行うため、リハビリ専門職と連携してアセスメントを行うなど、サービスの提供の在り方を検討すべきではないか。
- ・ 自立支援に資するようサービス提供がなされているか、モニタリングを行いながら、改善につながっているケアプランを重点的に評価するなど、介護予防ケアマネジメントの在り方を検討すべきではないか。

## 5. 医療と介護の連携について

### (1) 総論

今後、医療の必要性の高い要介護者が増加する中で、医療と介護の役割分担と連携の強化を図るために、以下の視点で検討してはどうか。

- ・医療機関からの退院時における介護保険サービスとの連携強化及び円滑な移行
- ・医療の必要性が高い者への対応強化
- ・介護療養型医療施設から介護療養型老人保健施設等への転換支援

### (2) 各論

#### ①訪問看護における医療と介護の連携について

訪問看護の報酬については、以下のような基本的な考え方に則って検討すべきではないか。

- ・入院から在宅生活への円滑な移行
- ・医療が必要な重度の要介護者の在宅生活を支えるための適切な訪問看護の提供

#### ②リハビリテーションにおける医療と介護の連携について

医療保険から介護保険への円滑な移行のために、これまで必要な対応を行ってきたが、今後、更なる移行に向けてどのような対応が必要か検討すべきではないか。



## 6. 介護人材の確保と処遇の改善策について

### (1) 介護職員処遇改善交付金

- ・ 介護職員の賃金水準は、平成21年度介護報酬改定や、介護職員処遇改善交付金などにより、着実に改善している。
- ・ 介護職員の賃金については、本来労使間の自律的な取組みによって決定されるべきであることに鑑みて、平成23年度末を期限として実施している介護職員処遇改善交付金の対応について、どのように考えるか。
- ・ 仮に、介護報酬で評価することとした場合、現在の賃金水準が引き下がらないようにするためには、どういった方策が考えられるか。
- ・ また、有効求人倍率は低下傾向、入職率も上昇傾向で推移する一方で、離職率は事業所ごとに二極化し、特に就業形態やサービス類型によって差がある状況である。
- ・ 今後、介護職員の円滑な入職、定着に資するよう、介護職員の処遇改善に向けて、キャリアアップの仕組みの導入など、どのように対応するべきか。

## 9. 介護サービスの質の評価

- すでに導入された加算の検証や、施設(特養・老健)における実態調査結果を踏まえた対応について検討すべきではないか。
- また、将来的には要介護認定データとレセプトデータを突合させたデータベースを構築し、事業所毎のアウトカムを検証できる仕組みを検討してはどうか。

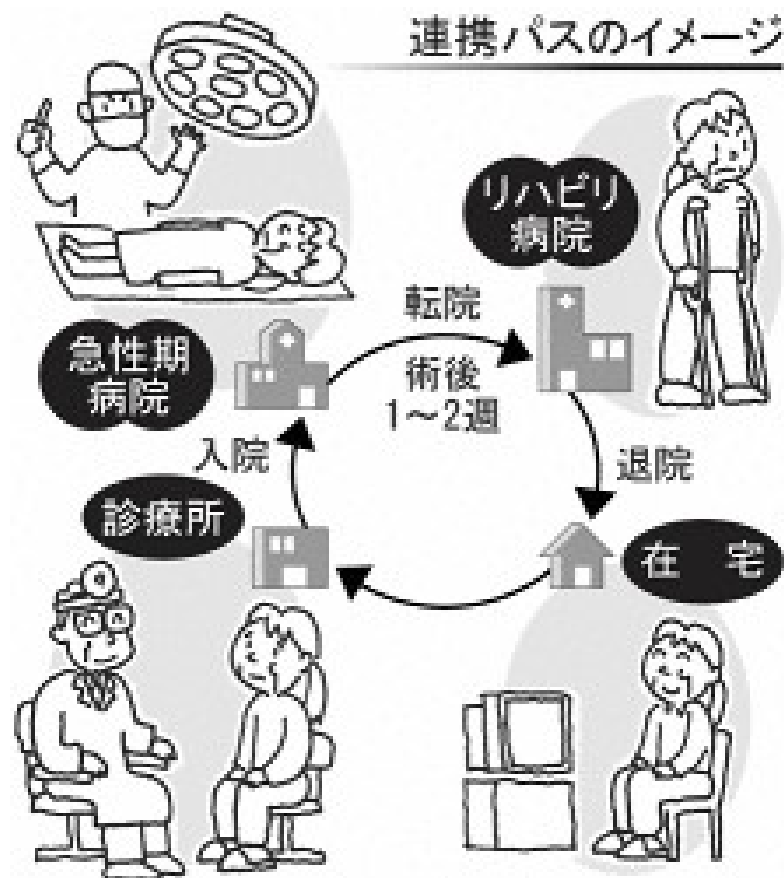
# パート6 介護連携パス

医療・介護の連携ツール

# 地域連携クリティカルパスとは？

- 地域連携クリティカルパス

- 疾病別に疾病の発生から診断、治療、リハビリまでを、診療ガイドラインに沿って作成する一連の地域診療計画
- 病病連携パス
- 病診連携パス
- 在宅医療パス



患者氏名

指示医署名:

指示受け看護師署名:

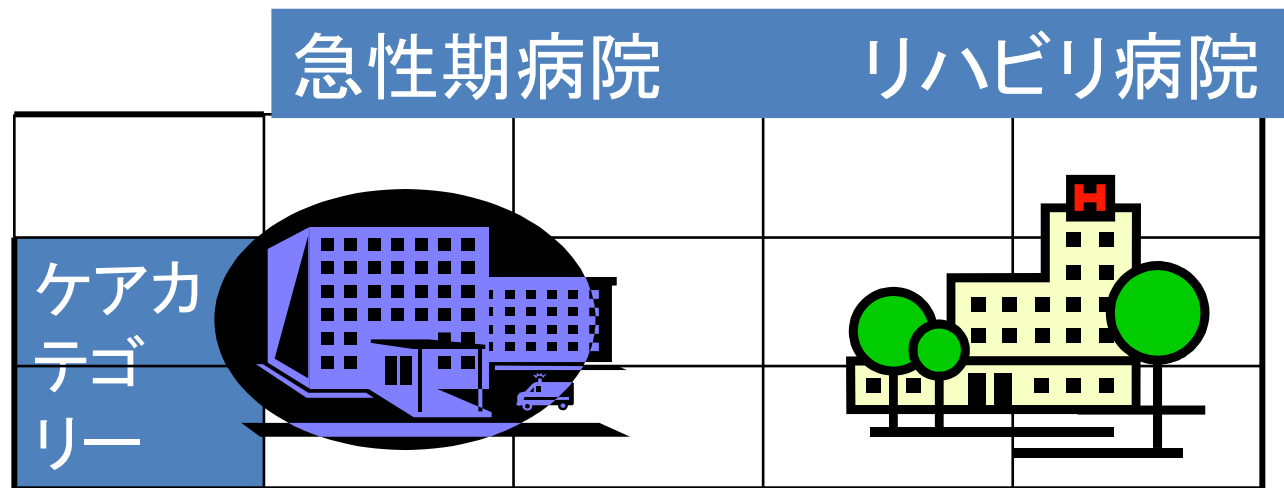
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創別に伴なう合併症(出血,創感痛,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×2本 ソルデム3A500ml×1本			
			口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	交包
検査		血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	RBP, TTR, CRP		RBP, TTR, CRP	
活動・安静度		フリー		ベッド上安静		フリー		フリー		フリー	
栄養(食事)		入院前と同じ	絶飲食	絶飲食	水100ml × 3	水200ml × 3	濃厚流動食 100ml × 3	濃厚流動食 200ml × 3	濃厚流動食 300ml × 3	濃厚流動食 400ml × 3	
栄養ケアマネジメント		栄養アセスメント スクリーニング	身長・体重 TSF・AC・AMC							TSF・AC・AMC 評価:(改善・不変・悪化)	
清潔			清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	
排泄		オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ								
教育・指導(栄養・服薬)・説明		胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	内服継続	内服中止	内服継続					内服継続	
		体温( ) ( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( ) 出血( ) ( ) ( ) ( ) 創状態( ) ( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( ) 出血( ) ( ) ( ) ( ) 創状態( ) ( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( ) 出血( ) ( ) ( ) ( ) 創状態( ) ( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( ) 出血( ) ( ) ( ) ( ) 創状態( ) ( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( ) 出血( ) ( ) ( ) ( ) 創状態( ) ( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( ) 出血( ) ( ) ( ) ( ) 創状態( ) ( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( ) 出血( ) ( ) ( ) ( ) 創状態( ) ( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( ) 出血( ) ( ) ( ) ( ) 創状態( ) ( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( ) ( )
観察											
記録											
バリエーション		有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	
担当看護師署名											

クリティカルパスは患者さんにも好評  
疾患別に作る標準診療計画



# 地域連携クリティカルパス

- 急性期病院とリハビリ病院  
と一緒に作るパス、使うパス



整形外科疾患や脳卒中で始まった

# 2006年4月診療報酬改定 地域連携パスの新規点数と運用

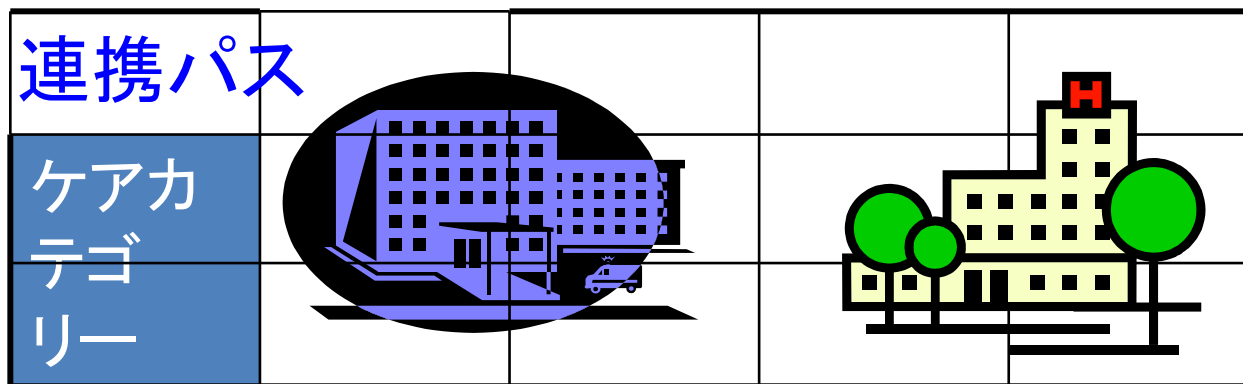
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



定期的な会合

急性期病院

リハビリ病院



有床診療所  
でもOK

地域連携診療計画管理料  
1500点

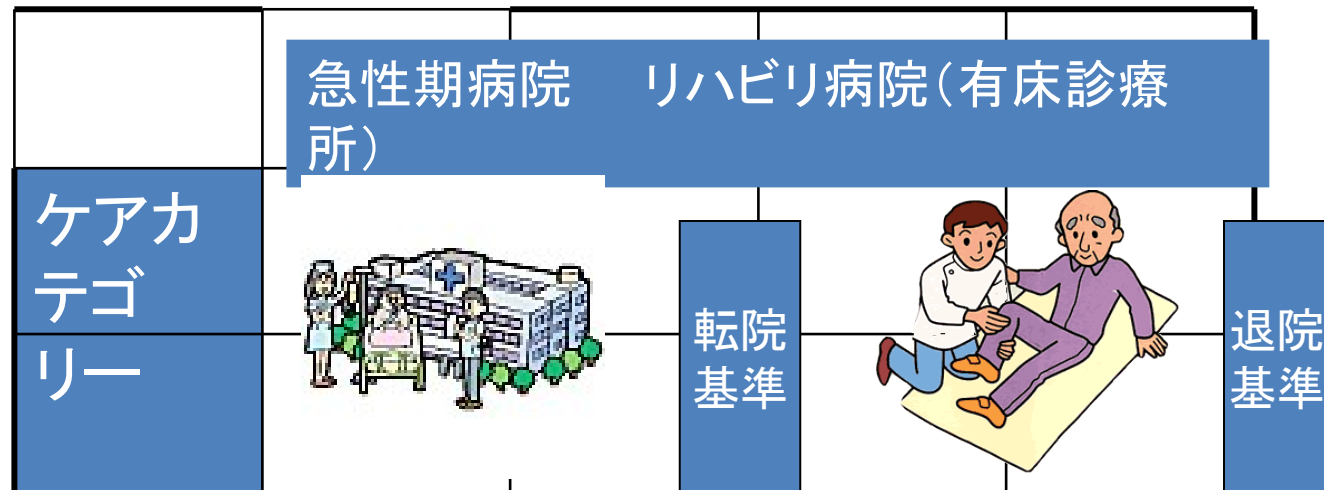


地域連携診療計画退院時指導料  
1500点



# 脳卒中地域連携パス (08年診療報酬改定)

- 算定要件
  - 医療計画に記載されている病院又は有床診療所であること
  - 退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記



地域連携診療計画管理料  
900点

地域連携診療計画退院時指導料  
600点



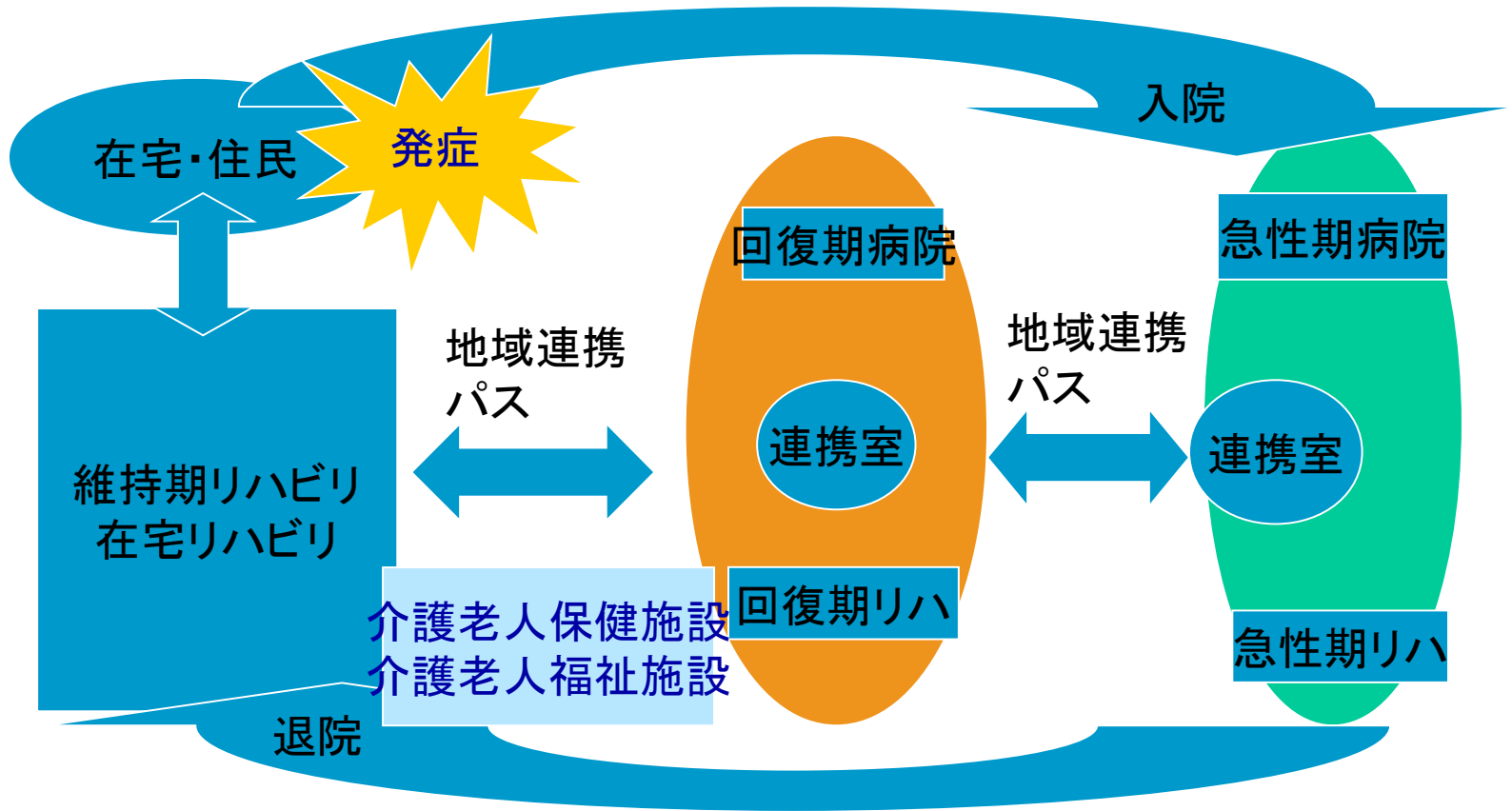
# 脳卒中地域連携パスの 東京都内の事例

メトロポリタン・ストローク・ネットワーク  
慈恵医大リハビリテーション医学講座



安保雅博教授

# 脳卒中連携と地域連携パスの流れ



# 東京都内近郊の脳卒中地域連携ネットワーク構築にむけて



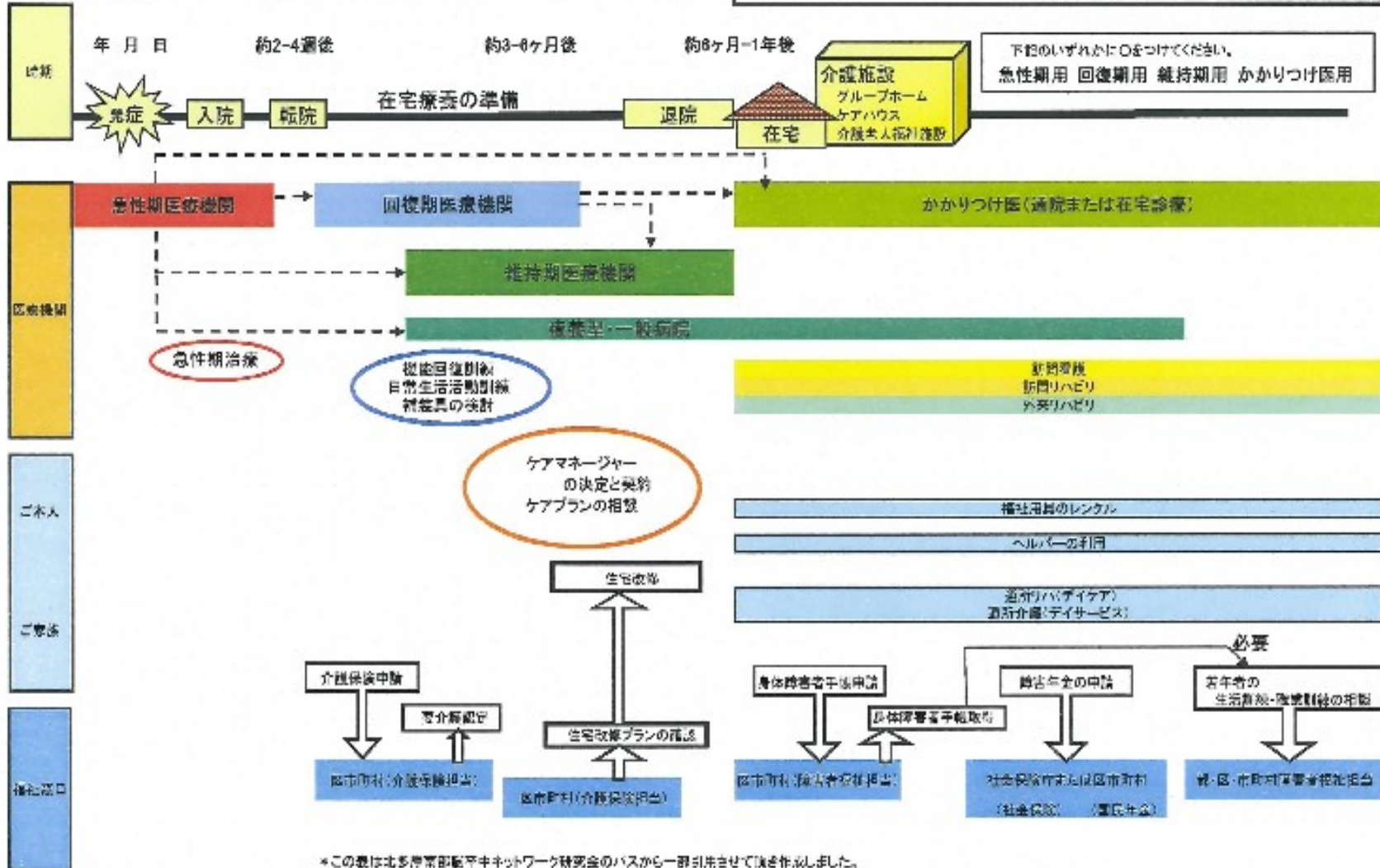
急性期 (22施設)

回復期 (20施設)

維持期 (11施設)

診療計画

私は、下記の地域連携診療計画に関する説明を受けました。  
 記載された診療情報が、各連携施設間で共有されることに同意します。  
 説明・同意日 年 月 日 施設名 \_\_\_\_\_  
 患者・家族氏名 \_\_\_\_\_ 説明者氏名 \_\_\_\_\_





















































\*この表は北多療養部臨床ネットワーク研究会のパスから一部引用させて頂き作成しました。  
 \*状況により上記の内容が変更になる可能性があります。

慈恵医大のホームページからごらんになれます



# 脳卒中連携パス(患者用)

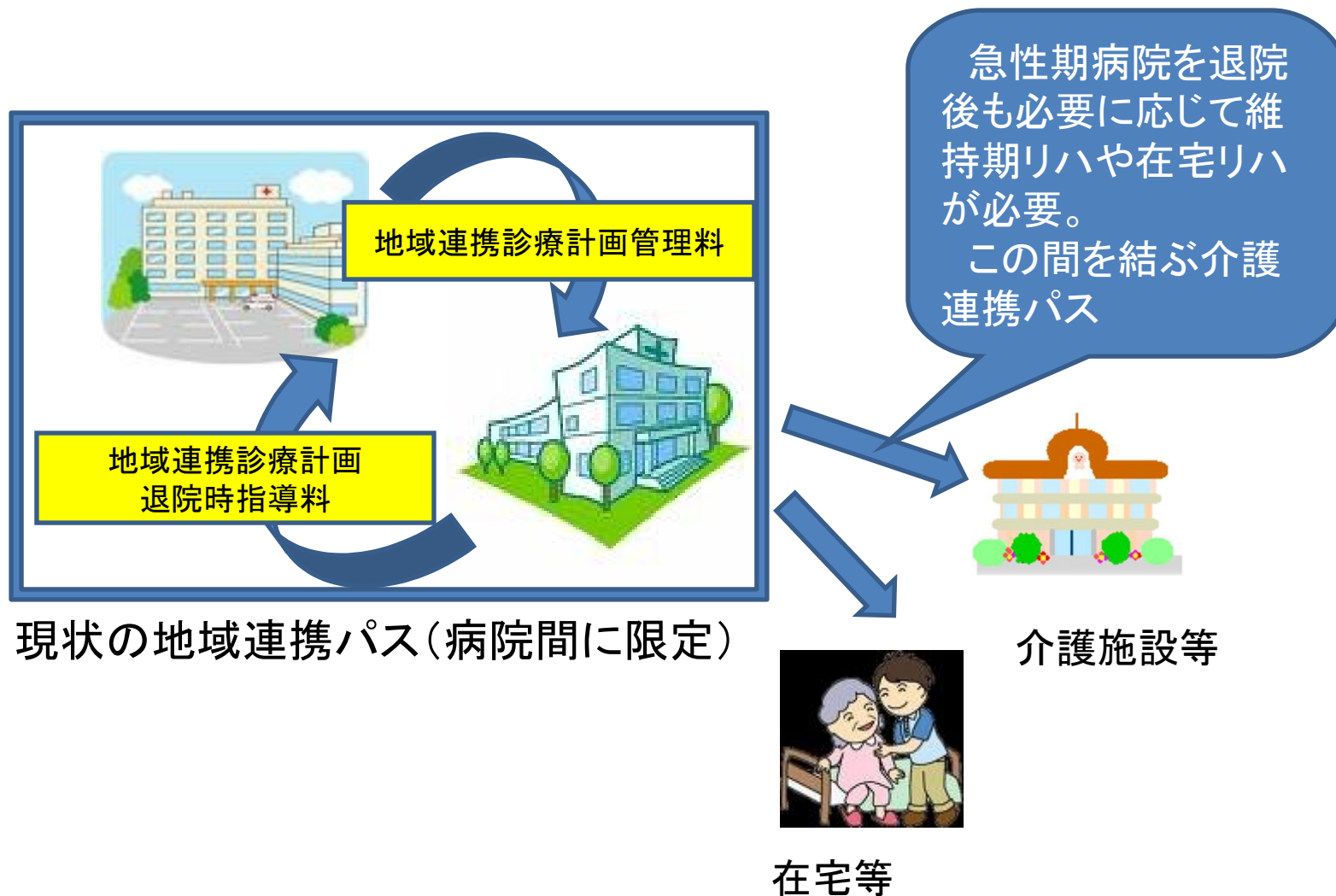
脳卒中地域連携パス (患者様用) : 様 (脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)

急性期病院	回復期/リハビリ病院			維持期/リハビリ施設	
現在の障害を説明します 	3つのリハコースを説明します 			ケアが必要なことを説明します 	療養型病床・介護老人保健施設 
<input type="checkbox"/> 運動の障害 ( ) <input type="checkbox"/> 言葉の障害 <input type="checkbox"/> 食べることの障害 <input type="checkbox"/> 排泄の障害 <input type="checkbox"/> 認知の障害 <input type="checkbox"/> 車椅子の障害 <input type="checkbox"/> その他	<b>軽度リハコース (1ヵ月)</b> BI 85-100, FM110-126     退院 → 通院	<b>標準リハコース (2ヵ月)</b> BI 55-80, FM80-109     退院 → 通院	<b>重症リハコース (3ヵ月)</b> BI 0-50, FM18-79     退院	ケアが必要なことを説明します いろいろな事情で在宅が不可解な方は2つのケアコースでケアがすすむと想います。維持期リハ病院施設で詳しい評価がされます。 標準ケアコース (最少-最多介助) 重症ケアコース (全介助)	2つのケアコースを説明します 2-3ヵ月ごとにケアプランをつくり方針を相談します <b>標準ケアコース (BI 25以上)</b>    <b>重症ケアコース (BI 0-20)</b>   
リハビリが必要であることを説明します 	詳しいリハ評価 バイセル指数 (BI) FM指数 (FM) いずれかの評価でコースが決まります	排泄訓練 	摂食・嚥下訓練 	コミュニケーション訓練 	在宅 グループホーム ケアハウス 介護老人福祉施設 かかりつけ医の選択 生活習慣病の指導  
以上の障害でリハビリが必要です。詳しくは評価がリハビリ病院でされます。現在の移動能力で以下の3つのコースでリハビリがすすむと思われれます。	維持期/リハ(在宅、入所、転院)のためにいろいろな準備が必要です。主治医や医療相談員に相談しましょう。				
<b>軽度リハコース (1ヵ月)</b> ひとりで歩ける	介護保険の説明 	要介護認定 要支援1, 2 要介護1, 2, 3, 4, 5	家庭調査・改修 	在宅医療 (かかりつけ医) 	訪問診療・訪問リハ 
<b>標準リハコース (2ヵ月)</b> ひとりで座れる ひとりで立てる	介護保険の申請 	ケアマネジャー決定 	介護指導 	転院入所調整 	通所リハ・訪問看護  
<b>重症リハコース (3ヵ月)</b> ひとりで座れない	認定調査 	ケアプラン作成 	サービス担当者会議 		在宅介護  
治療の継続、管理 <input type="checkbox"/> 血圧のコントロール <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> ワーファリン (PT-INR)		<input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> インスリンコントロール <input type="checkbox"/> 栄養管理 	イソラジド 	<input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> シャント圧 	※ 経過中に急変した時は急性期病院へ連携します   

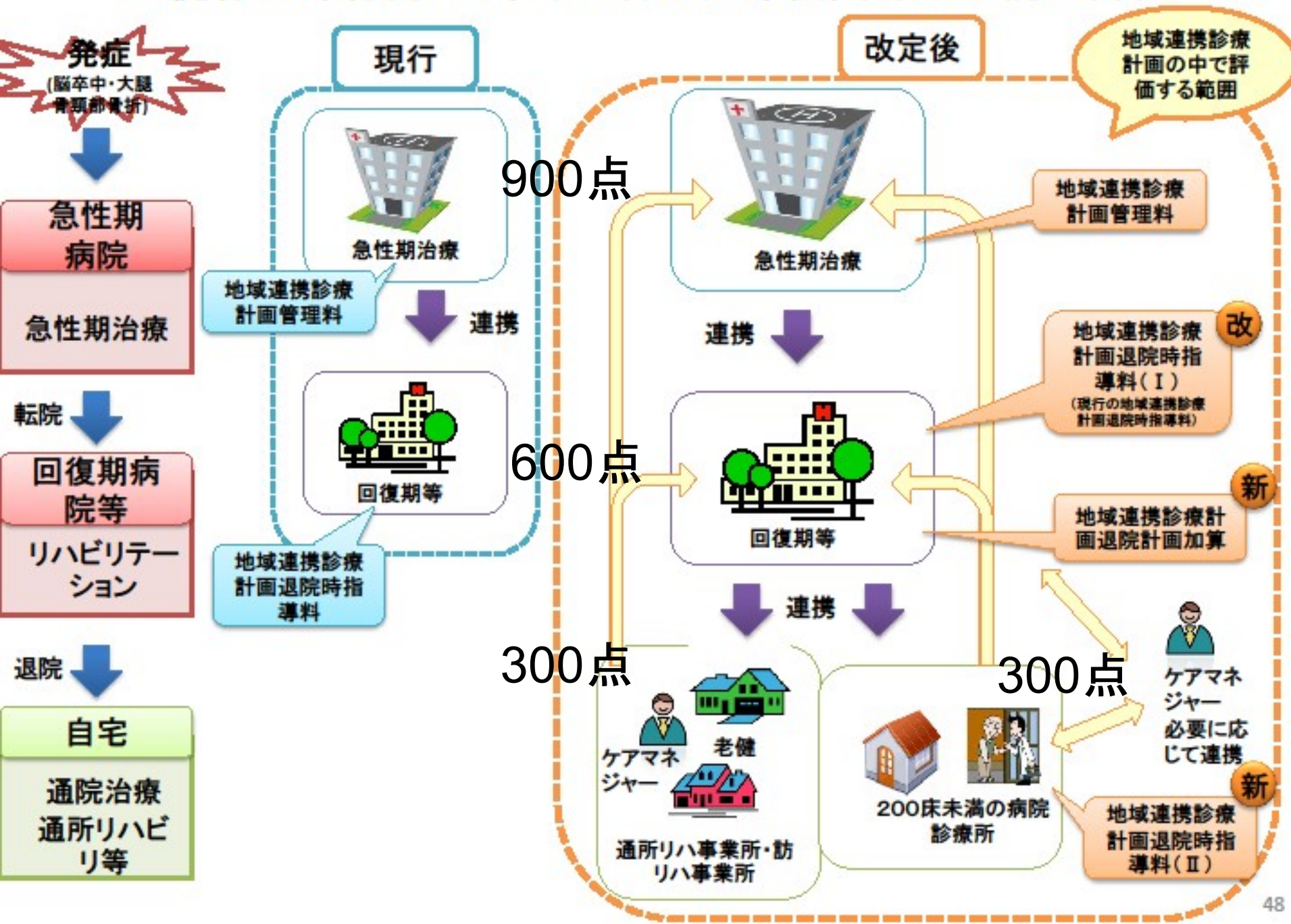
# 2010年診療報酬改定

地域連携パスが介護施設  
にまで拡大した！

# 地域連携パスの介護施設への拡大



# 大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価





# 介護連携パス研究会 (2010年3月28日青山)

介護サービスを含む  
地域連携クリティ  
カパスを、  
「介護連携パス」  
と呼んでは？

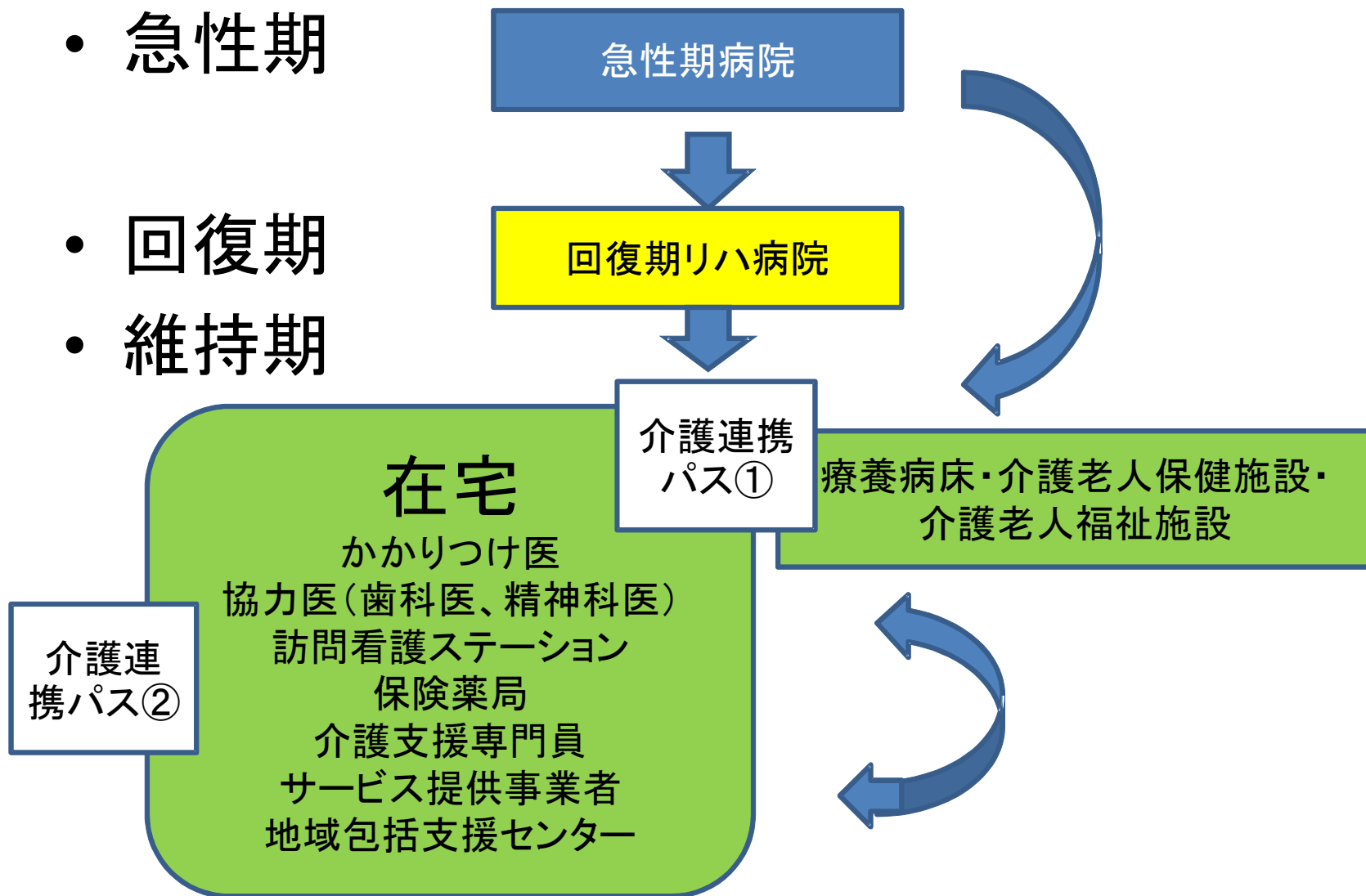


# 介護連携パスの必要性と期待

- 医療サービスと介護サービスの切れ目のない連携を図ることが必要
- とくに在宅サービスには医療と介護の連携が必要
- 介護サービス提供を担う関係者間の相互の連携が必要
- 連携を通じた、介護サービスの質の向上に期待

# 2種類の介護連携パス

- 急性期
- 回復期
- 維持期



# 在宅支援型介護連携パス

介護サービス



ケアマネージャー

大股骨頭部骨折に対し骨接合術を受けられる方へ

( ) 様

項目	手術前日	術後1日	術後3~4日	術後5日~10日
歩行	<input type="checkbox"/> 歩行はできません <input type="checkbox"/> 杖を杖2本まで使えます	<input type="checkbox"/> 歩行はできません <input type="checkbox"/> 歩行は杖1本のみで歩行します	<input type="checkbox"/> 歩行は杖1本のみで歩行します <input type="checkbox"/> 歩行は杖1本のみで歩行します	<input type="checkbox"/> 歩行は杖1本のみで歩行します <input type="checkbox"/> 歩行は杖1本のみで歩行します
食事	<input type="checkbox"/> 固いものは噛み砕いて食べます <input type="checkbox"/> 噛み砕かなくても食べられます	<input type="checkbox"/> 固いものは噛み砕いて食べます <input type="checkbox"/> 噛み砕かなくても食べられます	<input type="checkbox"/> 固いものは噛み砕いて食べます <input type="checkbox"/> 噛み砕かなくても食べられます	<input type="checkbox"/> 固いものは噛み砕いて食べます <input type="checkbox"/> 噛み砕かなくても食べられます
排泄	<input type="checkbox"/> 排泄は自分で済ませます <input type="checkbox"/> 排泄は自分で済ませます	<input type="checkbox"/> 排泄は自分で済ませます <input type="checkbox"/> 排泄は自分で済ませます	<input type="checkbox"/> 排泄は自分で済ませます <input type="checkbox"/> 排泄は自分で済ませます	<input type="checkbox"/> 排泄は自分で済ませます <input type="checkbox"/> 排泄は自分で済ませます
入浴	<input type="checkbox"/> 入浴は自分で済ませます <input type="checkbox"/> 入浴は自分で済ませます	<input type="checkbox"/> 入浴は自分で済ませます <input type="checkbox"/> 入浴は自分で済ませます	<input type="checkbox"/> 入浴は自分で済ませます <input type="checkbox"/> 入浴は自分で済ませます	<input type="checkbox"/> 入浴は自分で済ませます <input type="checkbox"/> 入浴は自分で済ませます
服薬	<input type="checkbox"/> 服薬は自分で済ませます <input type="checkbox"/> 服薬は自分で済ませます	<input type="checkbox"/> 服薬は自分で済ませます <input type="checkbox"/> 服薬は自分で済ませます	<input type="checkbox"/> 服薬は自分で済ませます <input type="checkbox"/> 服薬は自分で済ませます	<input type="checkbox"/> 服薬は自分で済ませます <input type="checkbox"/> 服薬は自分で済ませます
その他	<input type="checkbox"/> その他は自分で済ませます <input type="checkbox"/> その他は自分で済ませます	<input type="checkbox"/> その他は自分で済ませます <input type="checkbox"/> その他は自分で済ませます	<input type="checkbox"/> その他は自分で済ませます <input type="checkbox"/> その他は自分で済ませます	<input type="checkbox"/> その他は自分で済ませます <input type="checkbox"/> その他は自分で済ませます

※病状合併症がなく、受け入れ可能な施設があれば、転院となる場合があります。 独立型医療機関 整形外科

連携



病院

病院



かかりつけ医  
副かかりつけ医



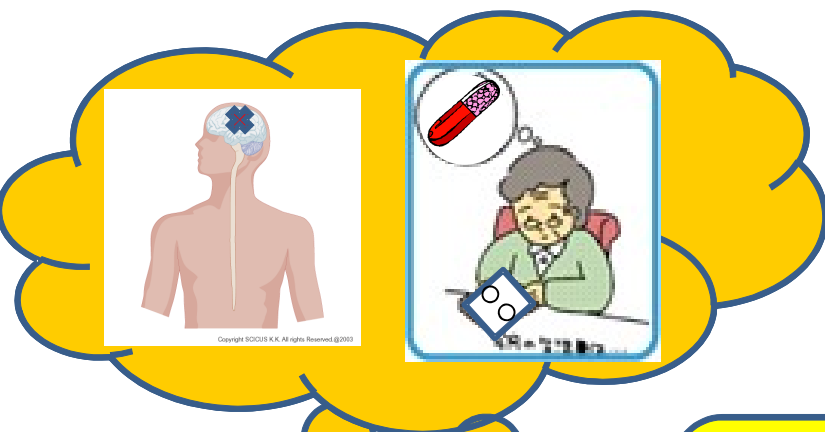
訪問看護師  
薬剤師  
管理栄養士  
ヘルパー

在宅支援型  
介護連携パス(終末期含む)

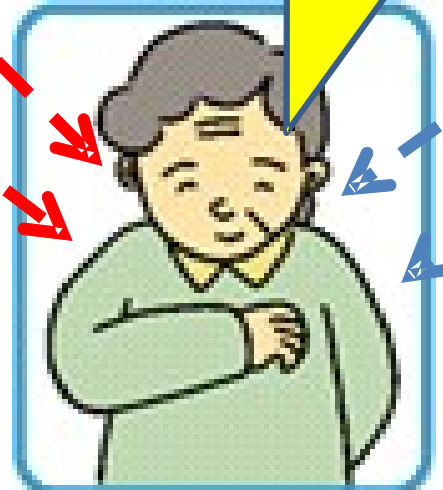
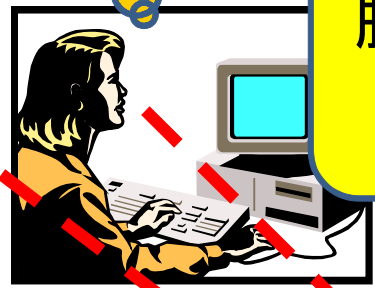
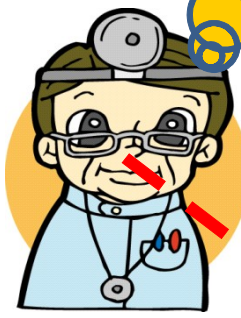
# 医療と介護の情報ギャップ

- 医療側は在宅介護・福祉を理解していない
- 介護側は医療を理解していない
- 医療と介護・福祉は言葉も違う、文化も違う
- 医療と介護・福祉の情報ギャップ、コミュニケーションギャップを埋めるための情報共有ツールと相互理解と研修が必要
- 介護連携パスの情報フォーマットの開発とIT化が是非必要。
- 介護における地域連携パス「介護連携パス」が必要

医療職と介護・福祉職とでは、**見え方、考え方、モデルも異なる**  
国際医療福祉大学高橋泰教授講義スライドより



脳梗塞で右麻痺  
が...



医療職

福祉職

身体の中の**病態像**に  
着目し、本人の**疾病改善**  
を重視

日常生活の**障害**に  
着目し、本人の**気持ち**  
や**生活の質**を重視  
(「障害モデル・生活モデル」)

「疾病モデル」

# パート7

## 介護サービスの質評価

2000年から

先進各国で始まった支払い方式

P4P (Pay for Performance)

質に基づく支払い方式

# P4Pの定義とは？

- P4P (Pay for Performance)とは高質のヘルスケアサービスの提供に対して経済的インセンティブを、EBMに基づいた基準を測定することで与える方法である。その目的は単に高質で効率的な医療にボーナスを与えることにとどまらず、高質のヘルスケアサービスへの改善プロセスを促すことにある。(Institute of Medicine 2006年)
- 主として米国・英国・カナダ・オーストラリアで導入が進んでいる
- 最近では韓国、台湾でも導入された



# ナーシングホームP4P

Nursing Home  
Quality Based Purchasing Demonstration

# ナーシングホームP4P デモンストレーションプロジェクト

- 2008年から3年計画でCMS (Center for Medicare and Medicaid Services)が実施中
- メディケア対象のナーシングホーム入居者に、質パフォーマンス指標を用いた支払い方式のデモンストレーションプログラムを実施
- 4～5州、100施設(半数はコントロール)で実施

# 質パフォーマンス指標

- 質パフォーマンス指標
  - スタッフィング 30ポイント
  - 不適切な入院 30ポイント
  - 質アウトカム(MDSアウトカム) 20ポイント
  - 施設基準サーベイ 20ポイント
- 質パフォーマンス指標の得点ポイントに応じた報酬
  - 上位20%の高得点群
  - 上位20%の改善群
- ケースミックス調整
  - RUGIIIを使用

# 質パフォーマンス指標

- スタッフینگ
  - 正看護師数／延べ入居者数
  - 総看護時間(正看護師、准看護師、看護助手)／延べ入居者数
  - 看護職の離職率
- 不適切な入院
  - 心不全、電解質インバランス、呼吸不全、敗血症、尿路感染症における病院への入院率
  - ナーシングホームでの適切な管理により、上記の疾患は入院を予防することができることより

# 質アウトカム指標 (MDSアウトカム指標)

- 長期入居者
  - 日常生活動作に介助が必要な入居者割合の増加
  - 入居者の居室への移動能力の悪化率
  - 褥瘡を有するハイリスク入居者の率
  - 膀胱留置カテーテル患者率
  - 身体抑制患者率
- 短期入所者
  - 日常生活機能のレベルが改善した入居者率
  - 中等度障害者の日常生活動作の改善率
  - 尿失禁の改善に失敗した患者の割合

# 介護P4Pへ



# 介護P4P

- 09年2月国際医療福祉大学主催の医療経営セミナーで厚生労働省の宮島俊彦老健局長は、以下のように述べて注目を集めた
- 「介護サービスの質の評価に当たって P4P (Pay for Performance) といった評価を介護報酬に導入できないかという考えが上っている」



宮島俊彦老健局長

# 介護P4P

- 介護サービスにおける質の成果（アウトカム）に応じて介護報酬を加算する仕組み
- 09年介護報酬改定で以下が導入

①在宅復帰支援可能加算

②事業所評価加算



## 介護報酬上の質の評価の取り組み

### 在宅復帰支援機能加算(介護老人保健施設) 15単位/日、5単位/日

【2009年度改定での対応】

在宅への退所者の割合に応じた段階的な評価に見直しを行った。

在宅復帰支援機能加算 10単位/日 ⇒  
※在宅復帰率が50%以上

- ・ 在宅復帰支援機能加算(Ⅰ) 15単位/日  
※在宅復帰率が50%以上
- ・ 在宅復帰支援機能加算(Ⅱ) 5単位/日  
※在宅復帰率が30%以上

### 事業所評価加算(介護予防通所リハ・介護予防通所介護) 100単位/月

【2009年度改定での対応】

事業者の目標達成に向けたインセンティブを高め、利用者により適切なサービスを提供する観点から、要支援状態の維持をより高く評価する方向で算定要件の見直しを行った。

要支援度の維持者数  
+1ランク改善者数×5  
+2ランク改善者数×10

>2 ⇒

運動機能向上サービス、栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスを利用後に更新・変更認定を受けた者の数

要支援度の維持者数  
+改善者数×2

>0.7

運動機能向上サービス、栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスを利用後に更新・変更認定を受けた者の数

# 介護サービスの質評価 検討委員会

介護サービスの質を評価し  
介護報酬に反映させる

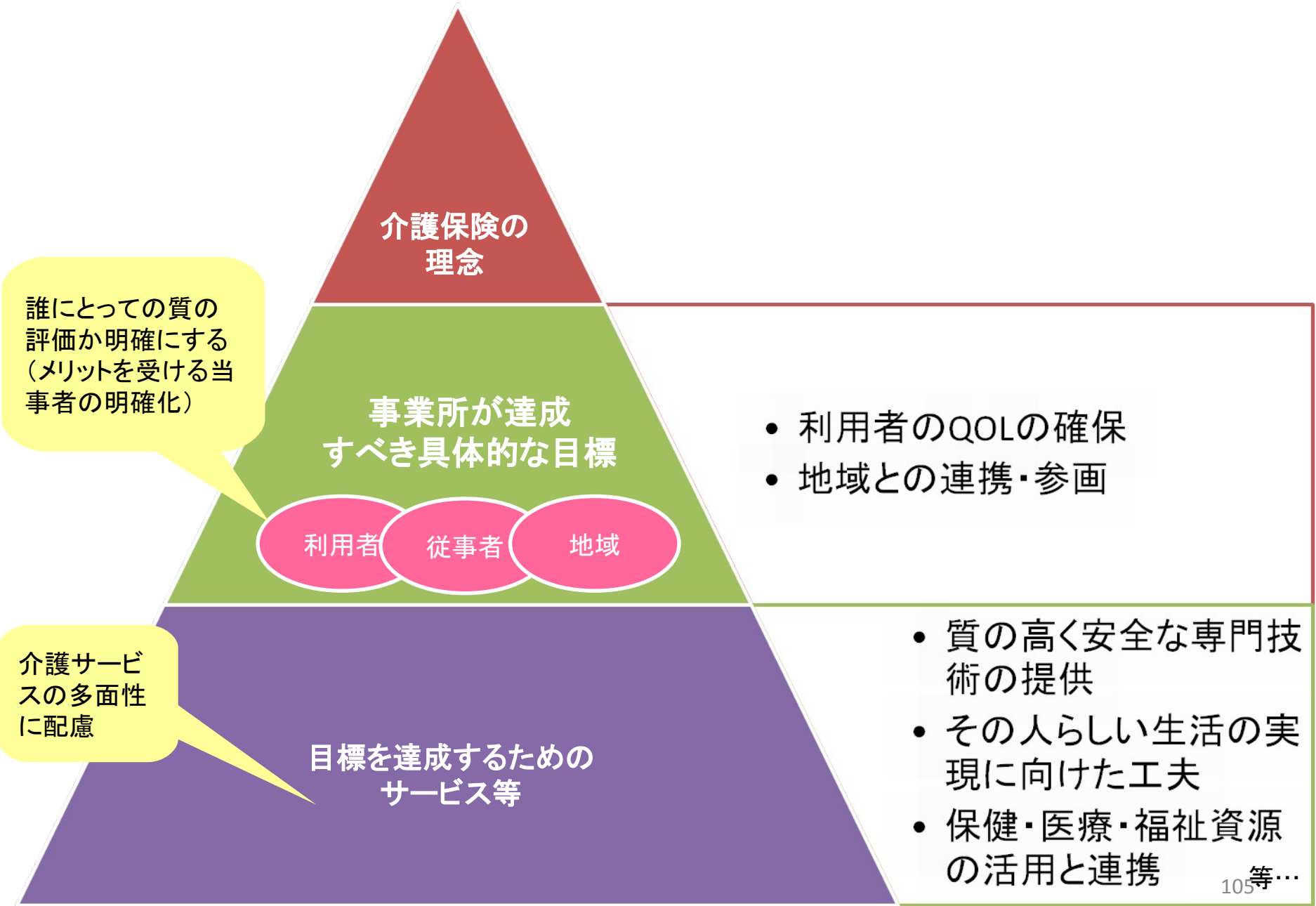
# 「介護サービスの質の評価の在り方に係る検討 に向けた事業」検討委員会

- 小坂健 東北大学大学院歯科学研究科国際歯科保健分野 教授
- 河口洋行 国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野 准教授
- 近藤克則 日本福祉大学大学院 医療・福祉マネジメント研究科 科長
- 田中 慶応義塾大学大学院経営管理研究科 教授
- 筒井孝子 国立保健医療科学院福祉サービス部福祉マネジメント室 室長
- 栃本一三郎 常置大学総合人間科学部社会福祉学科 教授
- 藤井賢一郎 日本社会事業大学専門職大学院ビジネスマネジメントコース 准教授
- 掘田聰子 東京大学社会科学研究所 特任准教授
- 武藤正樹 国際医療福祉総合研究所所長

# 介護サービスの質評価検討委員会

- 介護サービスの質の評価の在り方を検討
  - 現行の質評価の取り組み
    - 要介護度認定データ
    - 都道府県の介護サービスの情報公表制度
    - 指定地域密着型サービスの自己評価・外部評価
    - 福祉サービスの第三者評価事業(都道府県が認証)
  - 諸外国の取り組み
- 介護サービスの質の評価の目的、方法等
  - 目的は介護保険の理念の実現
  - 質の評価の階層図の作成
  - 質の評価の階層図に基づく評価項目をドナベディアン・モデル(構造、過程、結果)で整理して例示

# 介護サービスの質の評価の階層図(基本的なイメージ)



# 介護サービスの質の評価の階層図(詳細なイメージ)

## 介護保険の理念

この法律は(中略)これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービスおよび福祉サービスにかかる給付を行う。(※1)

## 地域が達成すべき具体的な目標

利用者等のQOLの確保

地域との連携・参画

## 目標を達成するためのサービス等

その人らしい生活の実現に向けた工夫

質が高く安全な専門技術の提供

地域の保健・医療・福祉資源の活用と連携

地域社会への貢献

## 適切な事業運営

従事者がやりがいを感じる職場づくり

施設・設備の管理

適切な財務管理

情報を活用した事業戦略

注) 必ずしもサービスの全側面を事業所単位で提供することを求めるものではなく、事業所規模に応じて、事業者全体で取り組む必要がある。

# 「質が高く安全かつ専門的技術の提供」 指標の例示

- 過程（プロセス）指標
  - － 専門的な認知症ケアの提供
  - － 専門的なターミナルケアの提供
  - － 感染症や食中毒の予防
  - － 良質な介護技術の提供
- 結果（アウトカム）指標
  - － 栄養・食事摂取の状況
  - － 排泄の状況
  - － 認知症高齢者の日常生活自立度の変化
  - － 障害高齢者の日常生活自立度の変化
  - － 要介護度の変化
  - － 褥瘡の発生
  - － 転倒の発生
  - － 身体抑制の実施

# 平成22年度調査

- 平成21年度調査を受けて、介護サービスの質指標について施設調査を行う。
- ストラクチャー、プロセス、アウトカムについて指標化し、現状の実態を調査
- アウトカム指標については時間経過を追って状態変化をとらえる
  - 要介護度、日常生活自立度、食事摂取、排泄、褥瘡、転倒、身体拘束等
- 老健1200箇所、特養2000箇所調査



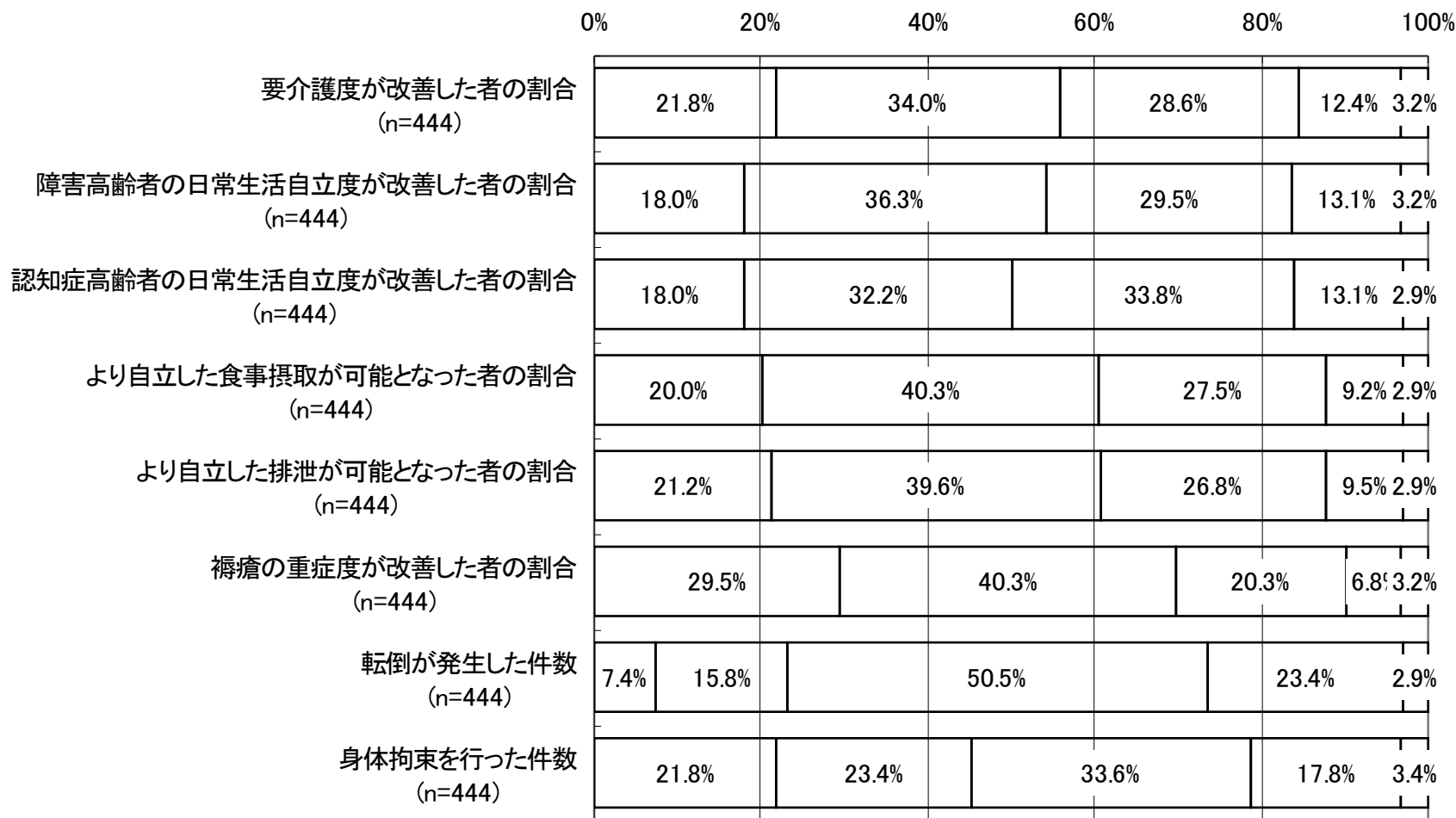
# 介護サービスの質の評価に関する 調査研究事業

- 調査時期
- 調査方法
- 回答
  - 老人保健施設 444施設(回収率37.0%)
  - 特別養護老人ホーム 792施設(回収率39.6%)

# アウトカム指標（例）

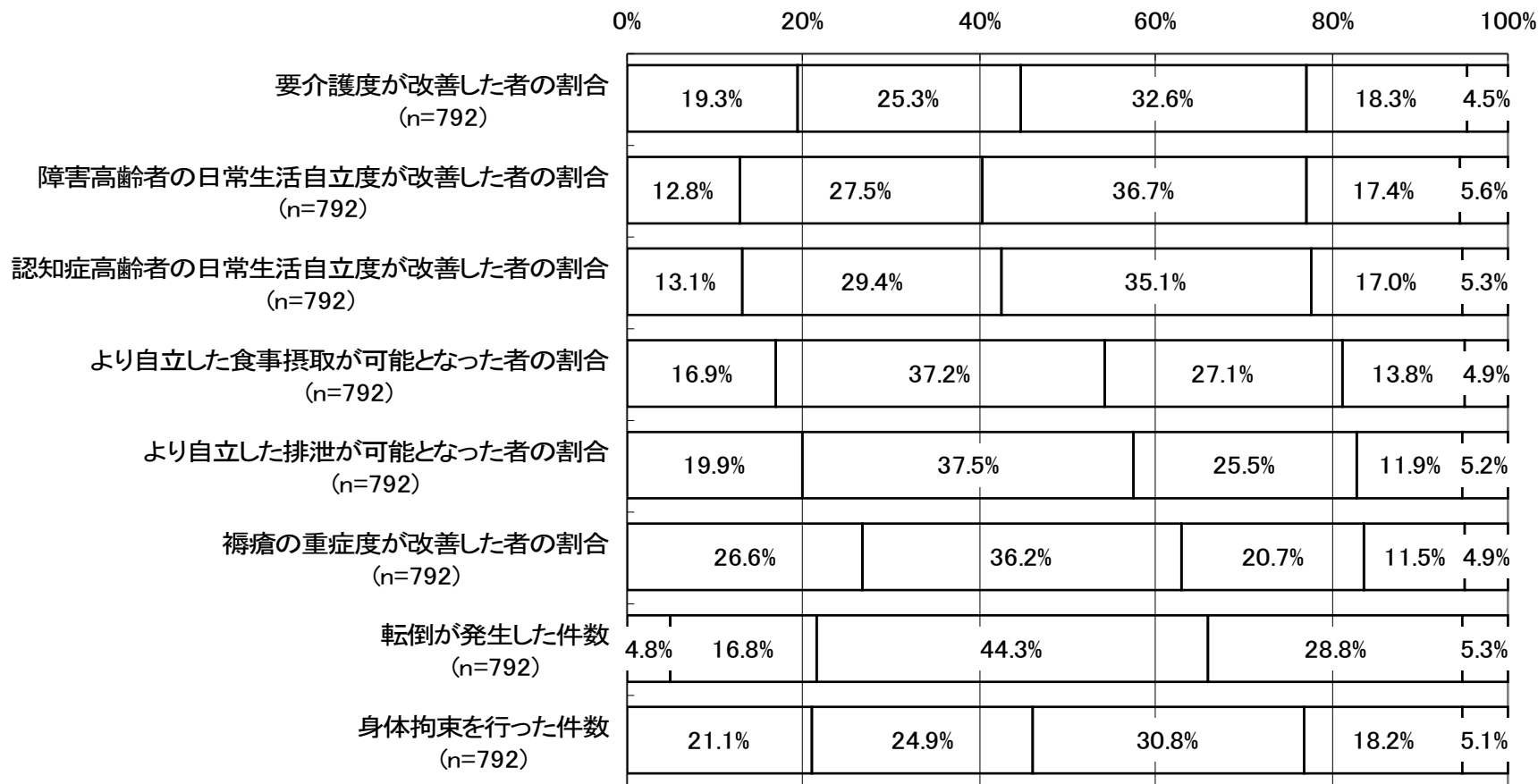
- 要介護度
- 認知症高齢者の日常生活自立度
- 障害高齢者の日常生活自立度
- 内服薬の種類数
- 医療的ケアの種類
- えん下
- 食事摂取
- 排尿
- 排便
- 褥瘡
- 転倒の発生回数
- 身体抑制の発生回数

# アウトカム指標を報酬評価の対象とすることについての意向（老人保健施設）



□ 有効である □ やや有効である □ あまり有効ではない □ 有効ではない □ 無回答

# アウトカム指標を報酬評価の対象とすることについての意向（特別養護老人ホーム）



□ 有効である □ やや有効である □ あまり有効ではない □ 有効ではない □ 無回答

# 介護報酬改訂への課題

- 要介護度や日常生活動作の改善を直接アウトカムとするには、個人の心身要因、施設要因を複合した要因が係わっているので一律な評価は困難
- こうしたアウトカムに影響を与えるプロセス指標としての食事摂取、排泄などを評価することについては検討する価値あり
- 褥瘡、転倒率、抑制率等については課題を残した。
- いずれにせよさらなるデータ収集が必要。
- 情報公表制度に対するインセンティブについて考慮してはどうか？

# 第81回社会保障審議会 介護給付費分科会

- 個々のアウトカム指標の維持・改善状況に影響を与えていたのは個人要因(性別、年齢、調査時の医療介護度など)
  - 施設要因(定員数、定員あたりの医療職数・介護職数など)で分析したところ、最も影響が見られたのは、「平均在所日数」
  - 在所日数が長くなるとアウトカム指標が低下する傾向
- 介護給付費分科会(10月7日)





## まとめと提言

- ・2012年は診療報酬・介護報酬の同時改定
- ・医療と介護の連携の絶好のチャンス
- ・2012年改定では慢性期医療や在宅医療・介護の評価へシフトするだろう
- ・次期医療法改正でも在宅医療が注目されるだろう。
- ・これからの診療報酬・介護報酬改定議論に着目しよう。

# 医療が変わるto2020

- 武藤正樹著
- 医学通信社 5月発売
- A5判 320頁、2400円
- DPC/PDPS, 地域連携, P4P, 臨床指標, RBRVS, スキルミクス, etc
- 5月下旬発刊です！





# ご清聴ありがとうございました



国際医療福祉大学クリニック<http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>  
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト  
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[gt2m-mtu@asahi-net.or.jp](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)