

医療・介護が変わるto 2025

~2025年へのロードマップ

地域包括ケアの推進と医療計画の課題~



国際医療福祉大学大学院教授
武藤正樹



国際医療福祉大学
三田病院

国際医療福祉大学
三田病院

国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

目次

- パート1
 - 地域包括ケアとサービス付き高齢者向け住宅
- パート2
 - 医療計画見直しと在宅医療、精神科疾患



パート3

地域包括ケアと サービス付き高齢者向け住宅



社会保障審議会・介護給付費分科会

2012年介護報酬改定の 基本方針

地域包括ケアシステム

2012年介護報酬改定の基本方針

- 1 地域包括ケアシステムの基盤評価
 - ①高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス
 - ②要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高齢者に対応した在宅・居住系サービスの提供
- 2 医療と介護の役割分担・連携強化
 - ①在宅生活時の医療機能の強化へ向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリステーションの充実並びに看取りへの退行強化
 - ②介護施設における医療ニーズへの対応
 - ③入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進
- 認知症にふさわしいサービスの提供
- 質の高い介護サービスの確保

2025年の地域包括ケアシステムの姿

医療

- ・在宅医療等
(1日あたり
17→29人分)
- ・訪問看護
(1日あたり
31→51人分)



介護

- ・グループホーム
(17→37人分)
- ・小規模多機能
(0.25→2か所)
- ・デイサービス など



交通 通所



自宅・ケア付き
高齢者住宅
住まい

生活支援・介護予防



老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

地域包括支援
センター・
ケアマネジャー



相談業務やサー
ビスのコーディネ
ーターを行います。

※地域包括ケアシステムは、
人口1万人程度の中学校区を
単位として想定

訪問介護
・看護



・24時間対応の定期
巡回・随時対応サー
ビス(1日あたり15人
分)

・介護人材
(219→364
~383人)

※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもので、人口1万人の場合 0

地域包括ケアシステムのサービスイメージ

認知症患者へのサービス
複合型サービス
小規模多機能型居宅介護
(訪問看護と組み合わせた
複合型サービスを含む)
グループホーム



在宅療養支援病院



定期巡回・随時対応型
訪問介護看護



在宅療養支援診療所



介護保険施設



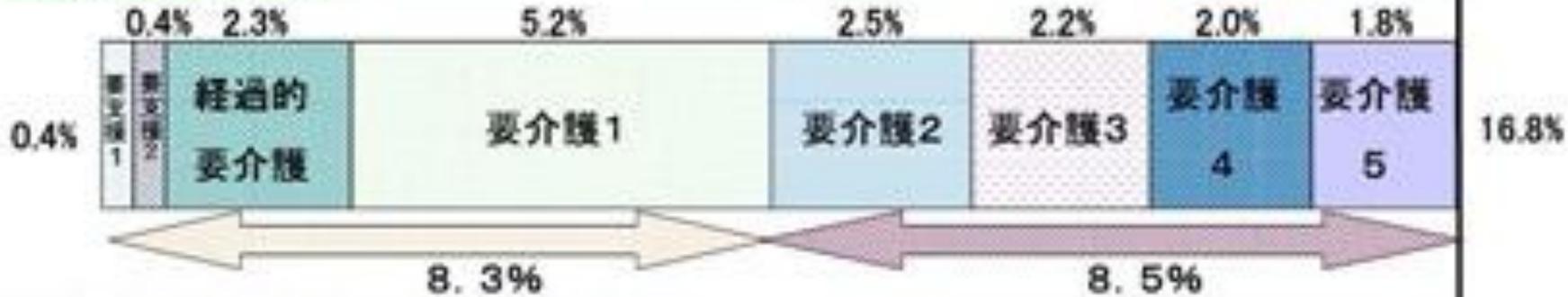
サービス付高齢者向け住宅などの住まい



NPO,
住民参加、企
業、自治体など

各国の介護施設・介護付高齢者住宅の割合

○要介護度別認定者割合



○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）

2020年までに3～5%へ
 「住生活基本計画(H23. 3)」

4.4% (0.9%) 介護保険3施設等 (3.5%)

スウェーデン（2005）

6.5% サービスハウス等 (2.3%) ナーシングホーム、グループホーム等 (4.2%)

デンマーク（2006）

10.7% ブライエポーリ・エルダポーリ等 (8.1%) ブライエム等 (2.5%)

英国（2001）

11.7% シェルタードハウジング (8.0%) ケアホーム (3.7%)

米国（2000）

6.2% アシスタッドリビング等 (2.2%) ナーシング・ホーム (4.0%)

デンマークにおける高齢者施設・住宅整備の推移

出典：医療経済研究機構 2007 『諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書』

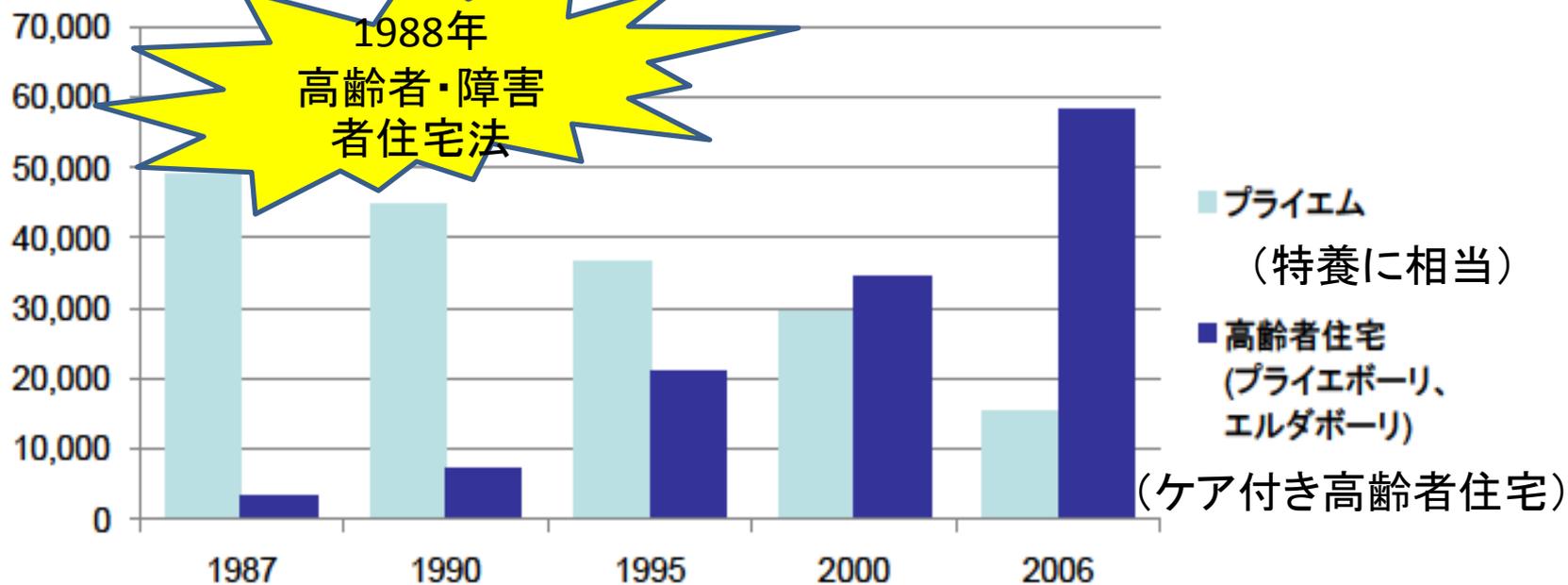
1970年代 プライエム(わが国の特別養護老人ホームに相当)を大規模化し、施設数も増加の一途を辿ったものの、待機者が常に存在し、財政負担は大きなものとなっていた。

1981年 施設の問題について、居住機能とケア機能の分離の必要性を強調(高齢者政策委員会報告)

1982年 高齢者三原則
〔高齢者政策委員会報告〕
○これまで暮らしてきた生活と断絶せず、継続性をもって暮らす(継続性)
○高齢者自身の自己決定を尊重し、周りはこれを支える(自己決定)
○今ある能力に着目して自立を支援する(残存能力の活性化)

1988年 高齢者・障害者住宅法の成立 (高齢者住宅の整備、プライエム新規建設の凍結)

以後、プライエムを改修し、床面積が2倍程度の高齢者住宅へ転用する等の取り組みが進められている



サービス付き高齢者向け住宅

2011年高齢者住まい法の改正

■ 改正前

高齢者向け賃貸住宅（賃貸借方式）

高齢者円滑入居賃貸住宅（高円賃）

※高齢者であることを理由に入居を拒まない賃貸住宅（登録基準を満たすもの）

高齢者専用賃貸住宅（高専賃）

※高円賃のうち専ら高齢者やその配偶者を賃借人とする賃貸住宅

高齢者向け優良賃貸住宅（高優賃）

※バリアフリー、緊急時対応サービス利用可などの認定基準を満たした賃貸住宅

有料老人ホーム（利用権方式が多い）

有料老人ホーム

※老人福祉法に規定された高齢者向けの生活施設で、老人福祉施設ではないもの

■ 改正後（2011年10月20日から）

サービス付き高齢者向け住宅

サービス付き高齢者向け住宅に一本化（高円賃、高専賃、高優賃を廃止）

※地方公共団体による高齢者向けの優良な賃貸住宅制度は存置

サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けた有料老人ホーム

サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けない有料老人ホーム

サービス付き高齢者向け住宅の供給促進のための支援措置

予算

《高齢者等居住安定化推進事業：予算額325億円（うち特別枠300億円）》

新たに創設される「サービス付き高齢者向け住宅」の供給促進のため、建設・改修費に対して、国が民間事業者・医療法人・社会福祉法人・NPO等に直接補助を行う。

- ＜対象＞ 登録されたサービス付き高齢者向け住宅等
- ＜補助額＞ 建築費の1/10 改修費の1/3（国費上限 100万円/戸）

税制案

所得税・法人税に係る割増償却、固定資産税の減額、不動産取得税の軽減措置によるサービス付き高齢者向け住宅の供給促進

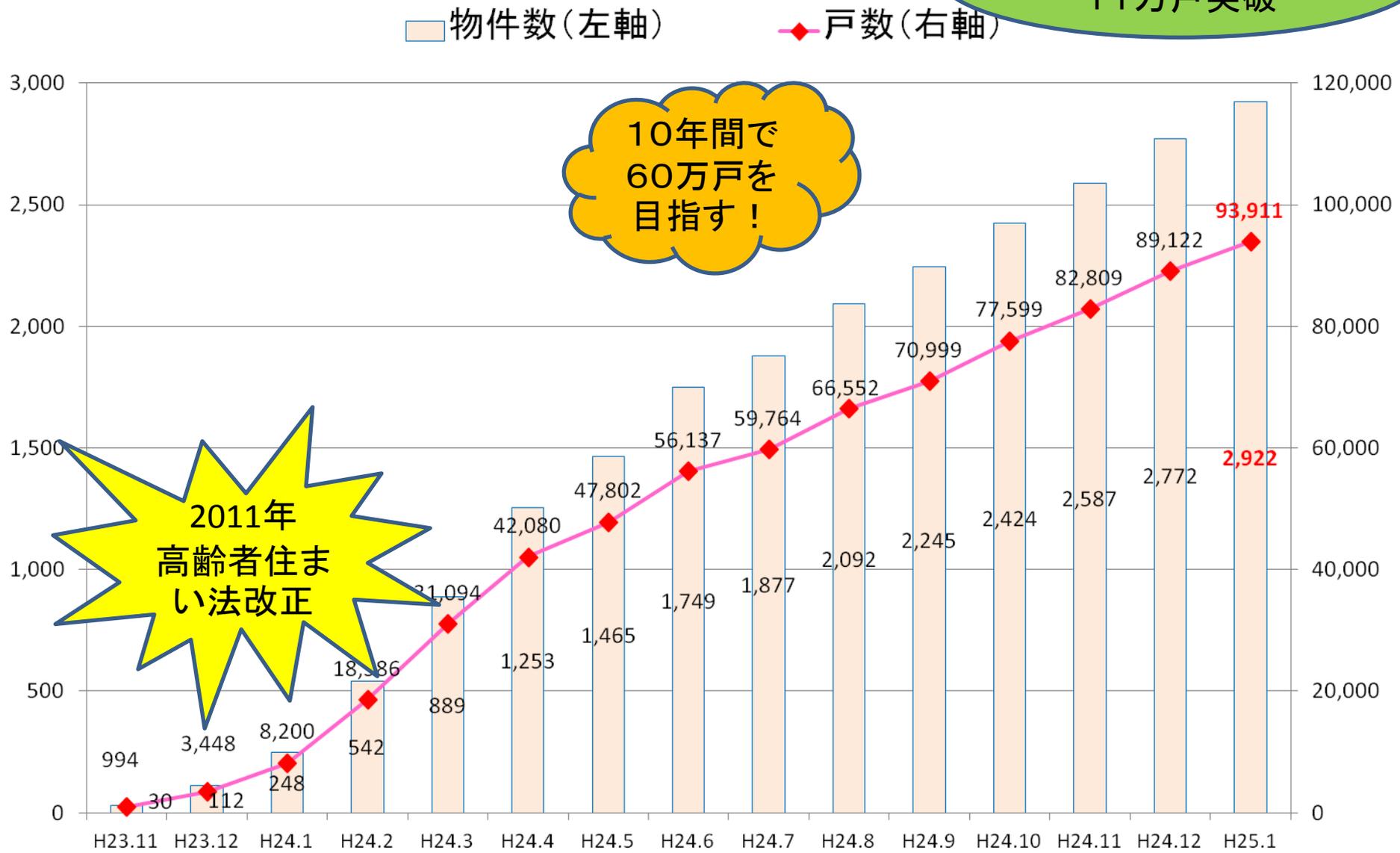
所得税・法人税	5年間 割増償却40%（耐用年数35年未満28%）
固定資産税	5年間 税額を2/3軽減
不動産取得税	（家屋）課税標準から1,200万円控除/戸
	（土地）家屋の床面積の2倍にあたる土地面積相当分の価格等を減額

融資

- サービス付き高齢者向け住宅に対する住宅金融支援機構の賃貸住宅融資の実施と要件の緩和（＝別担保の設定不要）
- サービス付き高齢者向け住宅の家賃の前払金について、民間金融機関のリバースモーゲージ（死亡時一括償還型融資）を、住宅金融支援機構の住宅融資保険の対象に追加（住宅融資保険法の特例）

サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移

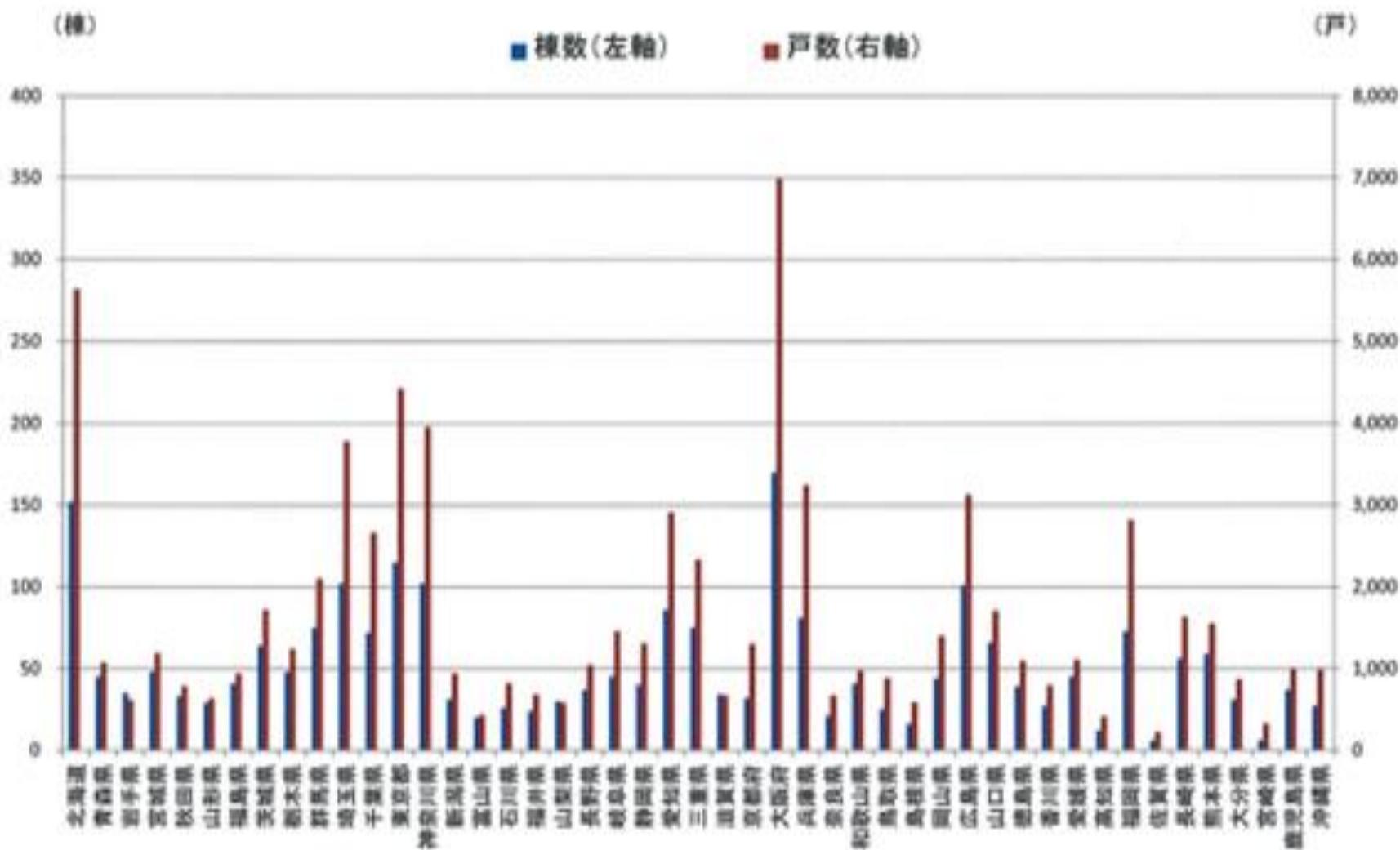
2013年5月時点で
11万戸突破



10年間で
60万戸を
目指す！

2011年
高齢者住ま
い法改正

サービス付き高齢者向け住宅の都道府県別登録状況(H24.10末時点)



サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

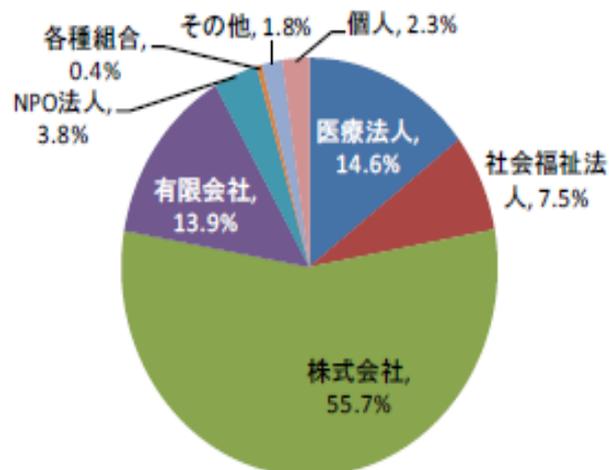
- ・法人等種別では、株式会社(55.7%)、医療法人(14.6%)、有限会社(13.9%)、社会福祉法人(7.5%)で全体の9割を占める。
- ・主な業種としては、介護系事業者が6割強を占め、次いで医療系事業者(16.1%)、不動産業者(8.7%)となっている。

■法人等種別

有効回答数:3,142件

	実数	割合
医療法人	459	14.6%
社会福祉法人	236	7.5%
株式会社	1,749	55.7%
有限会社	437	13.9%
NPO法人	119	3.8%
各種組合	14	0.4%
その他	55	1.8%
個人	73	2.3%

※その他は、一般社団法人、合同会社等。



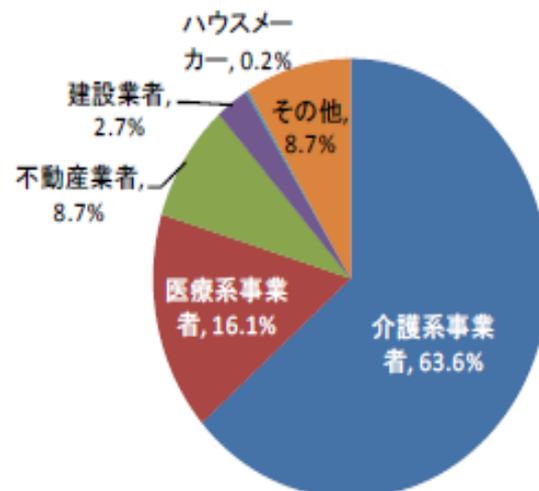
H25.3末時点

■主な業種

有効回答数:3,069件

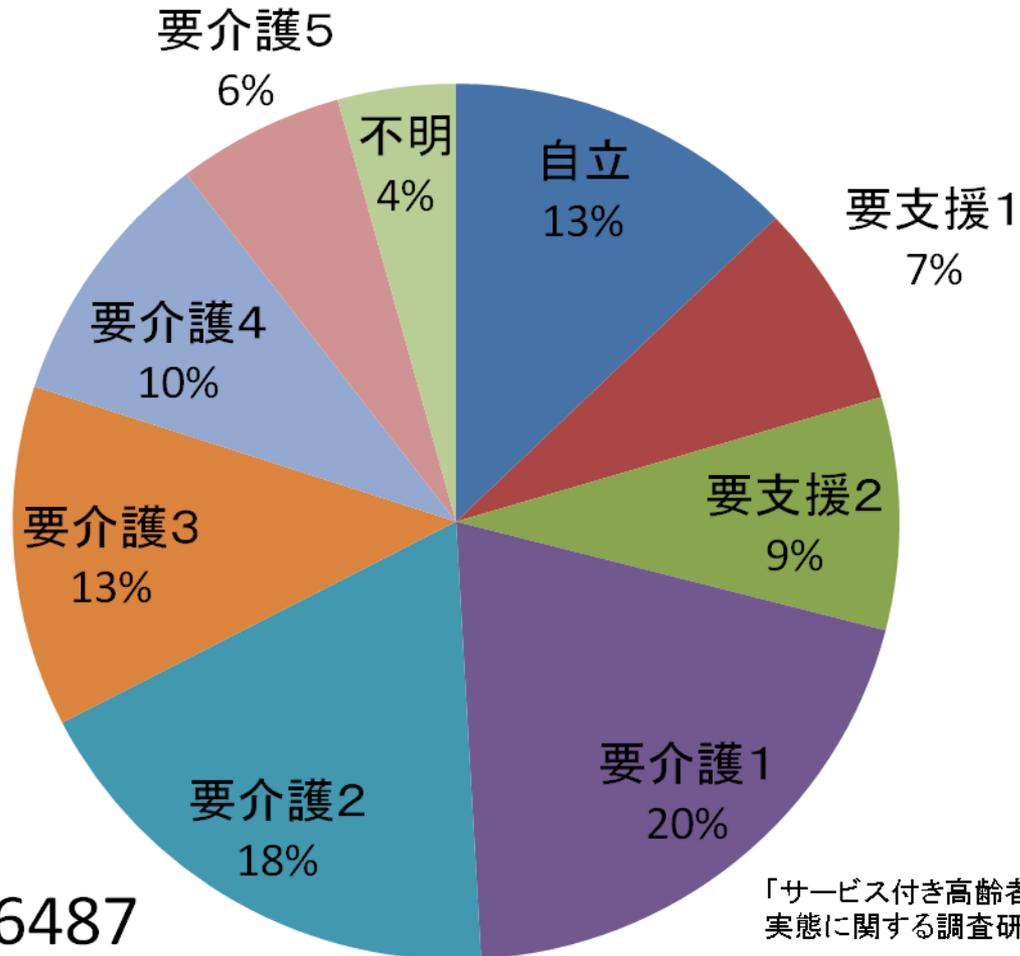
	実数	割合
介護系事業者	1,951	63.6%
医療系事業者	495	16.1%
不動産業者	267	8.7%
建設業者	83	2.7%
ハウスメーカー	7	0.2%
その他	266	8.7%

※その他は、警備会社、農協・生協、電気設備会社等。



入居者の要介護度

%



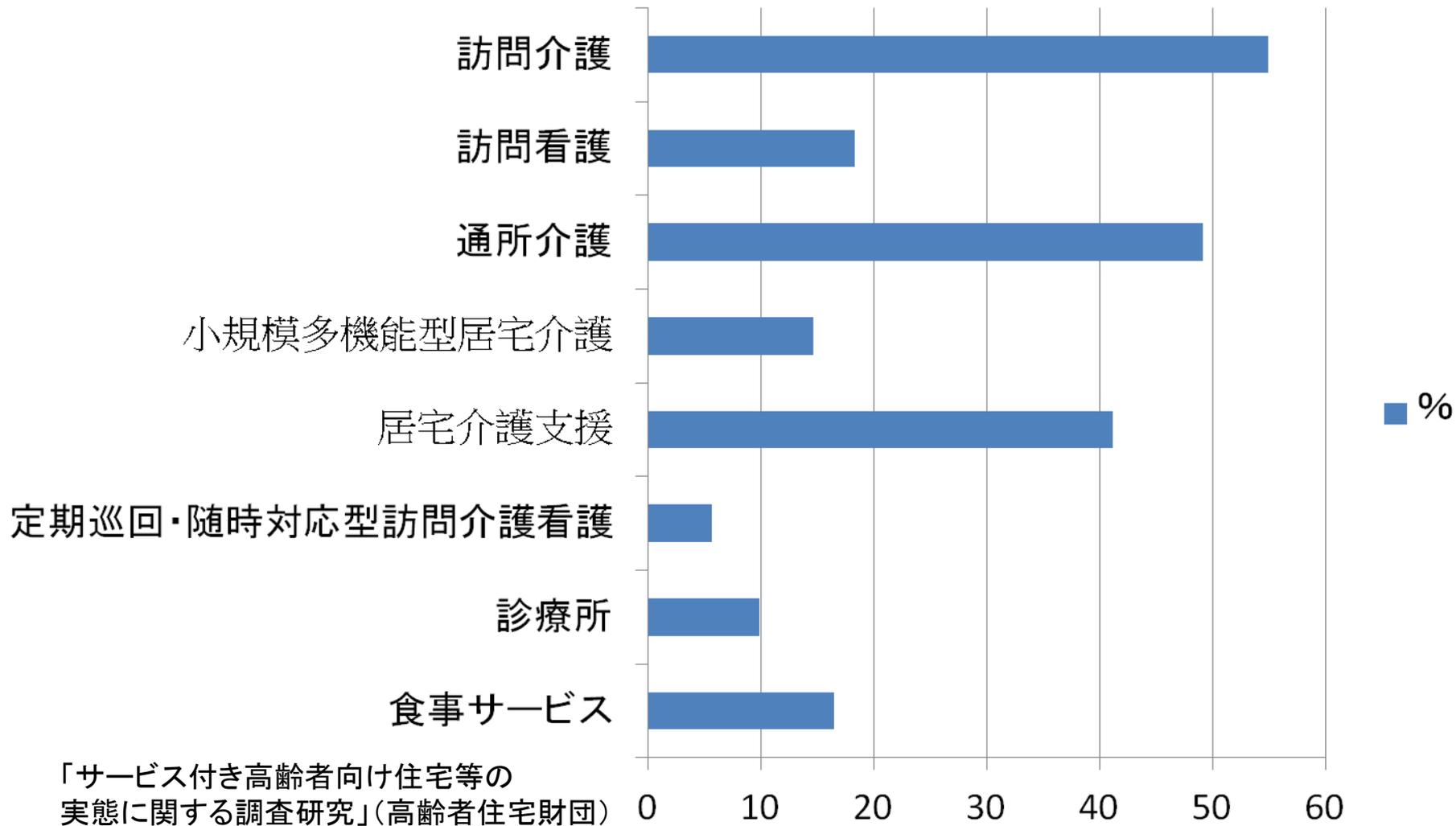
N=16487

「サービス付き高齢者向け住宅等の
実態に関する調査研究」(高齢者住宅財団)

サ高住のサービスモデル類型

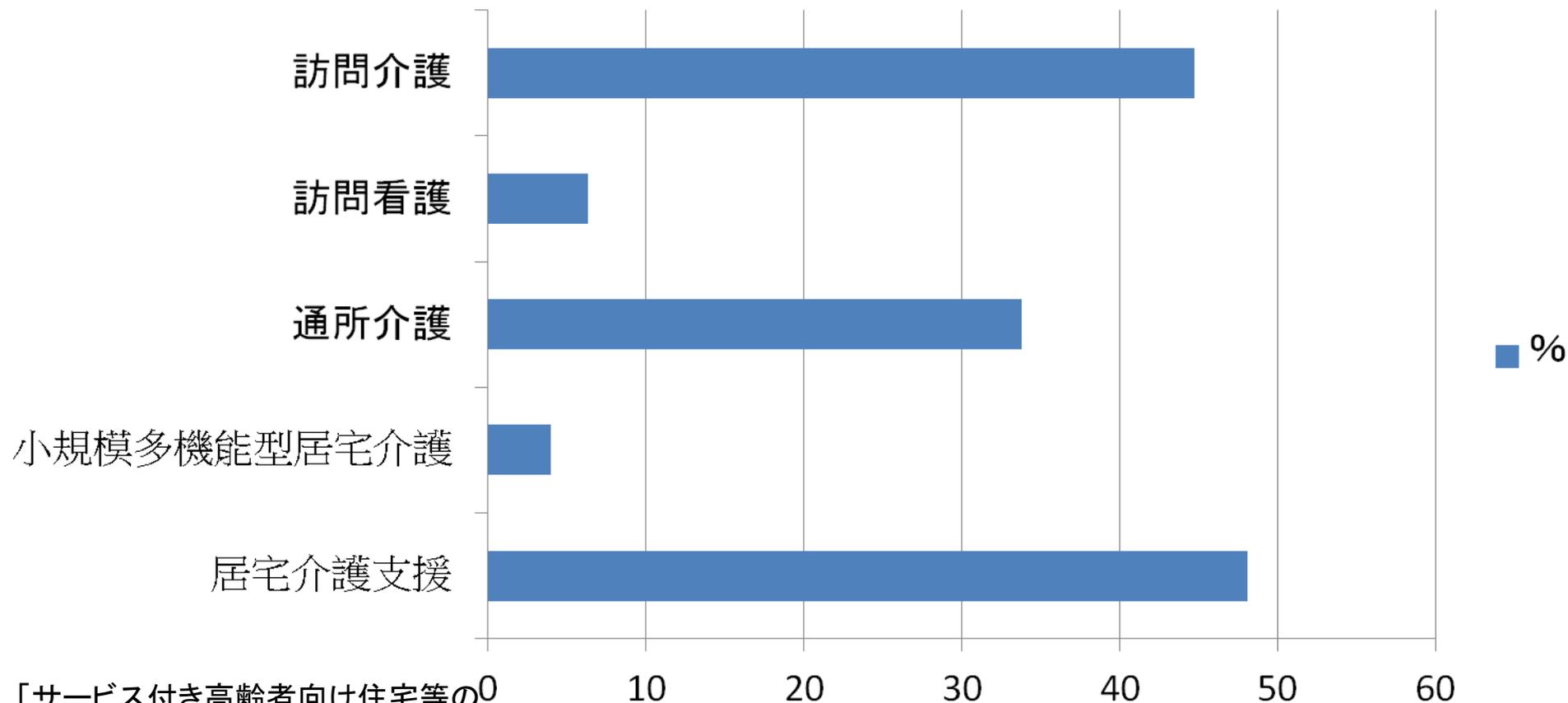
- ①自立者型
- ②要支援・要介護型
- ③要医療型
 - 医療型サ高住
- ④上記の複合型

介護系事業所の併設状況 (n=805,複数回答)



入居者の介護保険サービスの利用状況 (n=17860 複数回答)

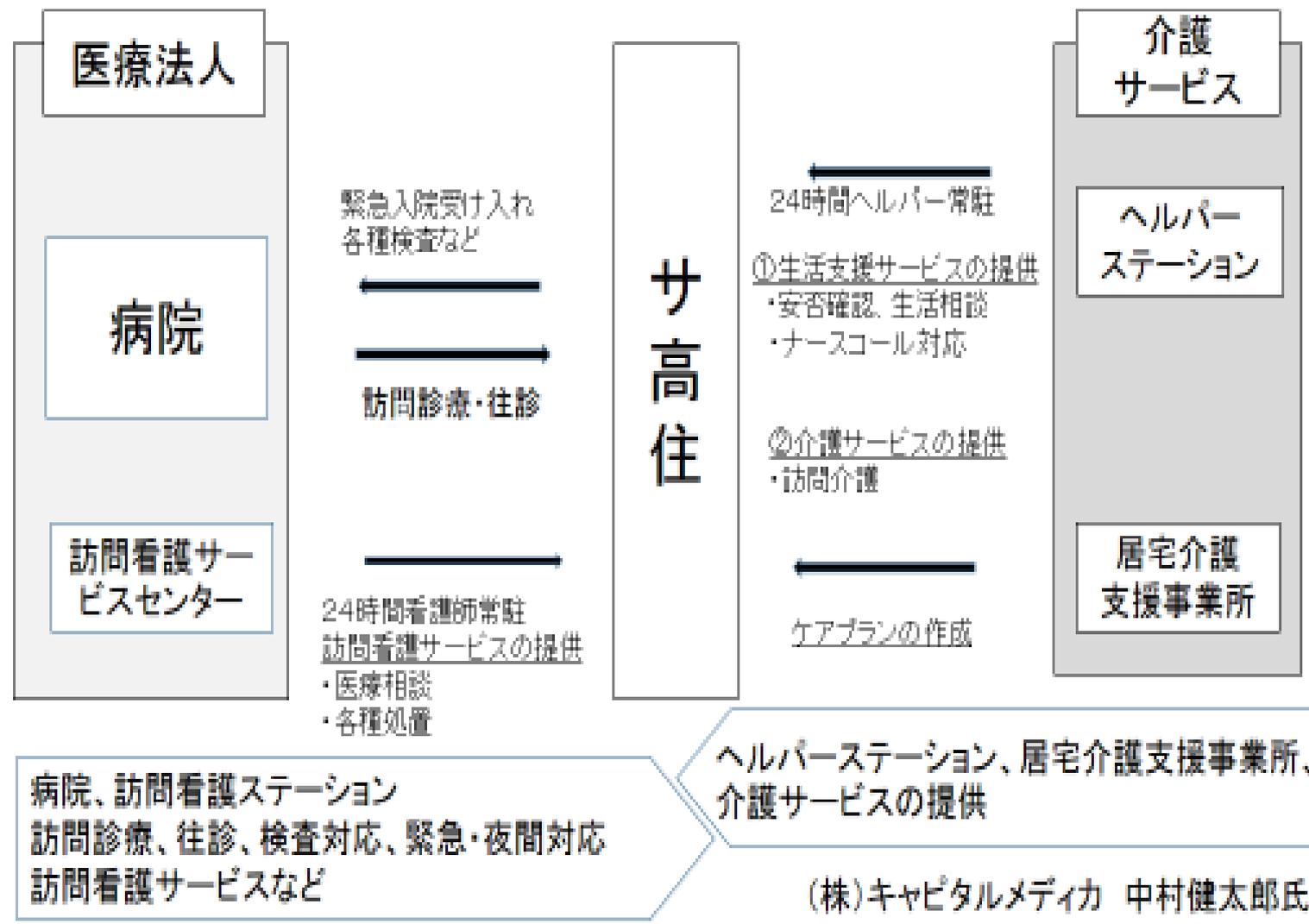
%



■ %

「サービス付き高齢者向け住宅等の
実態に関する調査研究」(高齢者住宅財団)

医療系サ高住の運営体制の例



医療型サ高住への利用者移行

- ①一般病床からの移行
- ②療養病床からの移行
- ③精神病床からの移行
- ④在宅復帰強化型老健からの移行

医療型サ高住への利用者移行

- ①一般病床からの移行
 - 7対1、10対1の急性期病院の平均在院日数短縮
 - 13対1、15対1病床における90日超えの特定除外患者制度が見直しの影響
 - 特定除外患者には慢性透析患者も含まれているので、今や透析患者の受け皿としての在宅透析専用サ高住が人気

特定入院基本料における 特定除外項目

厚生労働大臣が定める状態等にある者

- ①難病患者等入院診療加算を算定する患者
- ②重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- ③重度の肢体不自由者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等
- ④悪性新生物に対する治療(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態にある患者
- ⑤観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
- ⑥心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を実施している状態にある患者(患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。)
- ⑦ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
- ⑧頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者
- ⑨人工呼吸器を使用している状態にある患者
- ⑩人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
- ⑪ 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。)にある患者
- ⑫前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

一般病棟における長期療養患者の評価の適正化

- 一般病棟(13対1、15対1病棟に限る)における長期療養患者の評価体系(特定除外制度)の見直しを行い、より適切な医療機関の機能分化を推進する。

90日を超えて入院する患者を対象として、

- ①引き続き一般病棟13対1または15対1入院基本料(出来高)の算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。
 - ②療養病棟入院基本料1と同じ評価(医療区分・ADL区分を用いた包括評価)とし、平均在院日数の計算対象外する。
- ①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとし、当該取扱いは、平成24年10月1日からの施行とする。
- なお、②の場合には、地方厚生(支)局に届出を行うこと。

医療型サ高住への利用者移行

- ②の療養病床からの移行
 - 医療療養病床における医療区分1患者のような軽症患者の受け皿
 - 今後は2017年まで廃止されることになっている介護療養病床からの移行
- ③の精神科病床からの移行
 - 長期入院患者20万床の受け皿
- ④在宅宅復帰強化型老健からの移行

サ高住の課題(1)

- 物件数の急増により「入居者獲得に苦戦している」、「職員確保で苦労している」、「入居者の支援サービスにどこまでかかわればよいのか悩む」、「入居者間のトラブルで困っている」などの声も聞かれる
- 「2025年以降も、サ高住の需要が続くのか?」、「診療報酬や介護報酬に頼った運営には制度リスクがあるのでは?」、「住宅の品質やサービスの品質を維持できるのか?」、「そもそも高齢者が、医療・介護の自己負担分とサ高住の賃料負担に耐えられるのか?」などの不安の声もある。

サ高住の課題(2)

- 「住所地特例」を適用できないこと
 - 住所地特例は、被保険者が施設入所などのために住所を移した際、前の自治体が引き続き保険給付負担をする特例だが、サ高住は適用されない場合が多い。
 - サ高住により自治体の介護保険財政が圧迫される(かもしれない)との懸念がある

サービス付き高齢者向け住宅と 資金調達

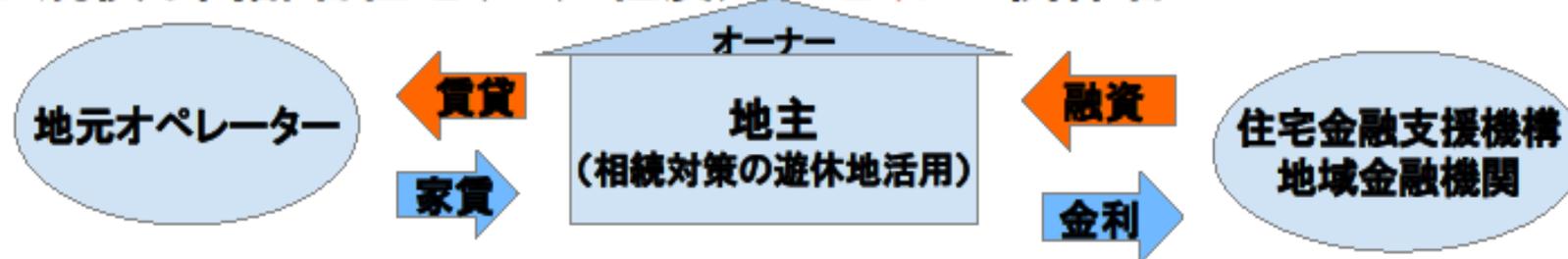
ヘルスケア・リートの応用

高齢者住宅60万戸の整備にどのくらいの資金が必要か？

- 国の高齢者住宅整備目標～10年間で60万戸(年間6万戸)
- 必要な資金(推定)～平均10百万円/戸×60万戸=6兆円(年間6,000億円)
 - ◆ 推定の前提条件
 - 建物の面積～40㎡/戸 (居室部分+共用部分)
 - 建物の建築費～6百万円/戸 (約50万円/坪)
 - 土地の取得費～地方都市2百万円～東京都心15百万円/戸
地方物件や借地物件の比率が高いことより平均10百万円と仮定
- 高齢者住宅・施設にかかわる事業や投資は、少子高齢化と核家族化が進む中で社会的ニーズを背景に、成長が見込まれる有望なマーケット
- 一方で現状では高齢者住宅・施設に投資している投資家は限定的であり、投資家の裾野拡大が重要な課題

誰がどのような高齢者住宅を建設し運営するのか？

- 不動産の所有(オーナー)と運営(オペレーター)の分離
 - ◆ オペレーターは建物を賃借しオペレーションに特化する
 - ◆ オペレーターはオフバランス経営のメリットが得られる
 - ◆ オペレーターは資金調達力に限界がある
 - ◆ 不動産投資家やデベロッパーは高齢者住宅への投資に注目し始めている
- 小規模な高齢者住宅(30戸程度)は“**地域**”の関係者で



- 大規模な高齢者住宅(60戸以上)は“**資本市場**”の関係者で



「ヘルスケア施設供給促進のための 不動産証券化手法の活用及び 安定利用の確保に関する検討委員会」

米国ヘルスケアリート視察報告

第3回検討委員会

2013年2月8日(金)
(事務局資料)

国土交通省、金融庁、厚生労働省

「ヘルスケア施設供給促進のための不動産証券化手法の活用及び安定利用の確保に関する検討委員会」委員名簿

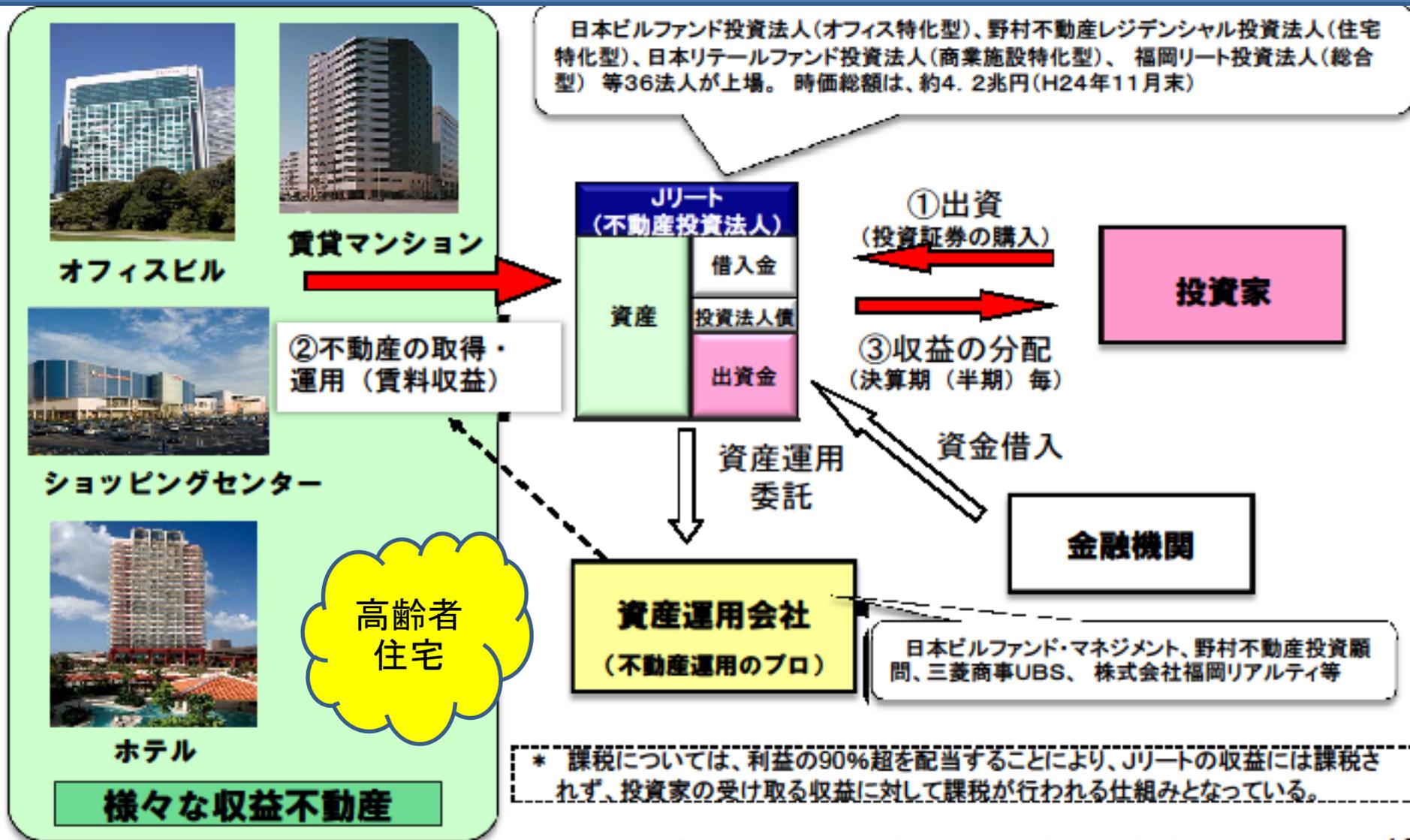
座長	川北 英隆	京都大学大学院経営管理研究部教授
委員	池田 敏史子	NPO法人 シニアライフ情報センター 代表理事
	市井 達夫	一般社団法人不動産証券化協会事務局長
	岩本 隆博	株式会社メッセージ 執行役員経営企画部長
	上田 泰三	社団法人生命保険協会財務企画部会長
	小野田 道	株式会社ベネッセスタイルケア 開発基盤本部不動産開発部長
	金井 俊雄	アーンスト・アンド・ヤング・アドバイザリー株式会社 シニア・マネージャー
	菅間 博	社会医療法人博愛会理事長
	栗原 美津枝	株式会社日本政策投資銀行医療・生活室長
	齋藤 理	弁護士 長島・大野・常松法律事務所パートナー 大和ハウス工業株式会社
	正田 克成	集合住宅事業推進部 営業統括部 高齢者住宅グループ グループ長
	辻本 了章	SGホールディングス株式会社経営企画部国際企画ユニット長
	藤村 隆	株式会社新生銀行ヘルスケアファイナンス部 部長
	武藤 正樹	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
	矢木 茂	企業年金連合会年金運用部不動産担当部長
オブザーバー	石川 卓弥	国土交通省土地・建設産業局不動産市場整備課長
	坂本 努	国土交通省住宅局安心居住推進課長
	深澤 典宏	厚生労働省老健局高齢者支援課長
	三村 淳	金融庁監督局証券課長
	宮坂 祐介	国土交通省土地・建設産業局不動産市場整備課 不動産投資市場整備室長

(敬称略・五十音順)

リート(REIT: Real Estate Investment Trust)とは？

不動産投資信託のこと、公衆から調達した資金を不動産に投資する仕組みのことで、特に、日本の国内法に則った日本版REIT(J-REIT)のことを単にREITという場合がある。

日本ビルファンド投資法人(オフィス特化型)、野村不動産レジデンシャル投資法人(住宅特化型)、日本リテールファンド投資法人(商業施設特化型)、福岡リート投資法人(総合型)等36法人が上場。時価総額は、約4.2兆円(H24年11月末)



REIT市場規模の上位10カ国

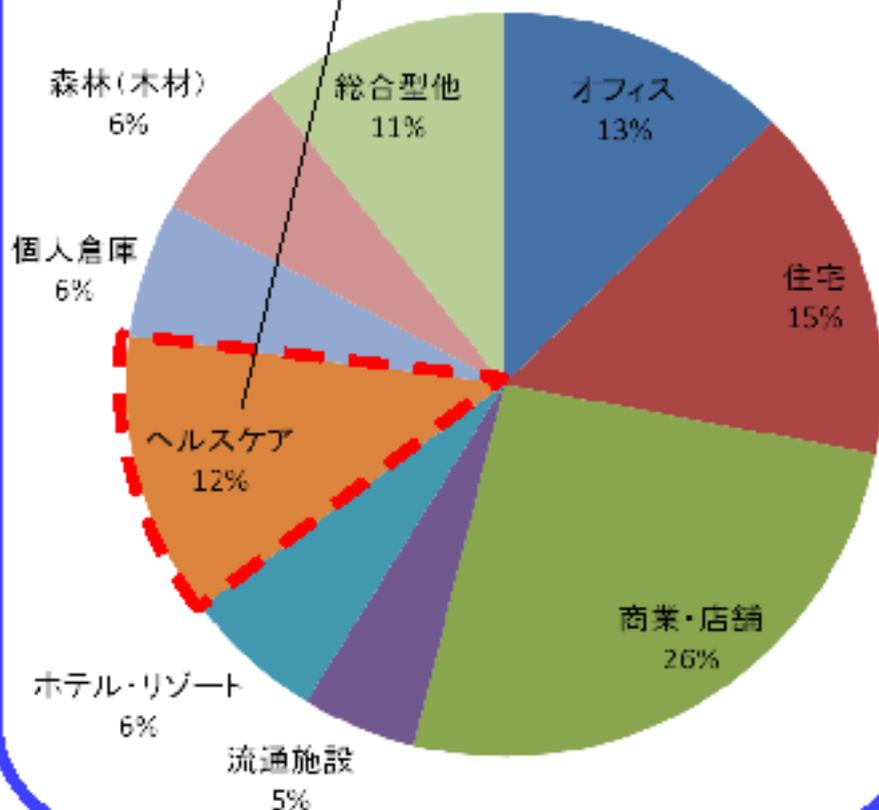
	国	時価総額 (2011年3月末)	上場銘柄数 (2011年3月末)
1	米国	35.6兆円	157
2	オーストラリア	6.8兆円	56
3	フランス	6.0兆円	43
4	日本	3.5兆円	35
5	英国	3.4兆円	25
6	カナダ	3.0兆円	34
7	シンガポール	2.4兆円	24
8	オランダ	1.1兆円	6
9	香港	1.0兆円	7
10	トルコ	0.7兆円	21

出典:『不動産証券化ハンドブック』(各国資料よりARES作成)

日米リートの実業別割合の比較

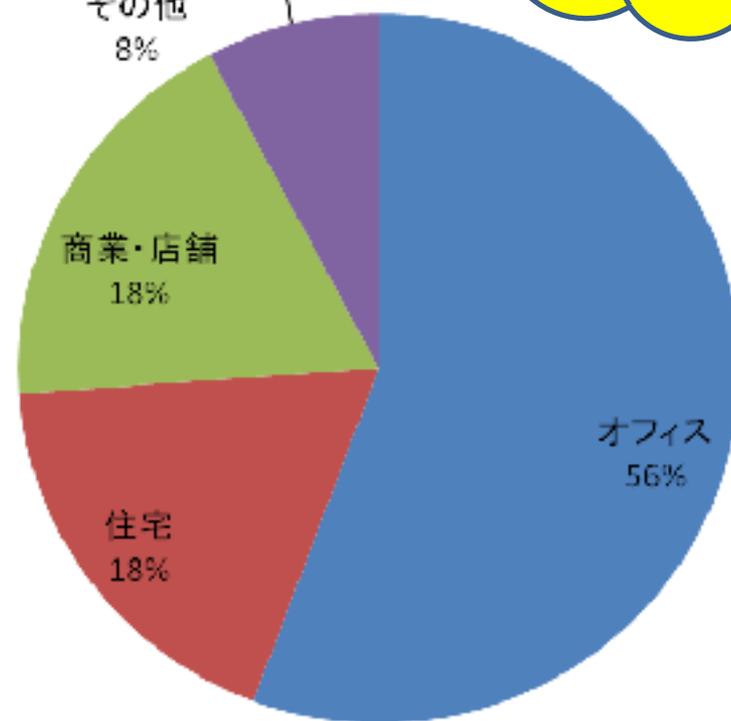
米国リート

株式時価総額約4兆円



Jリート

流通施設・ホテル
その他
8%

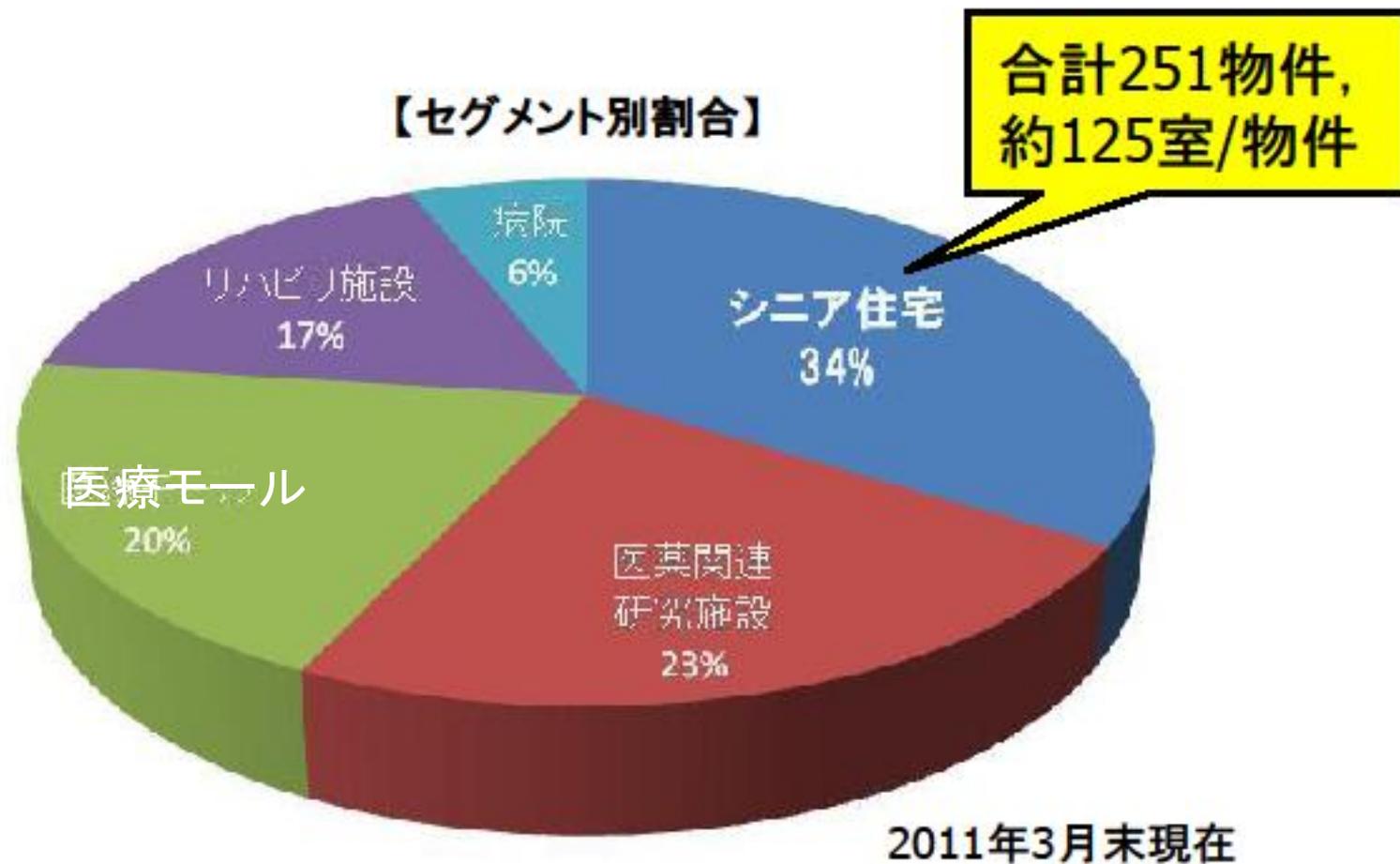


日本では
ヘルスケア
リートはほと
んどない

出典: NAREIT 'REIT Watch May 2011' および 不動産証券化協会「J-REIT View(2011年5月)」データをもとに作成
注) 米国リートは株式時価総額ベース、Jリートは保有不動産額ベース、円換算は80円/\$

HCP社(米国ヘルスケアリートの最大手)

保有資産総額(取得価格ベース): 約1兆1800億円(80円/\$)

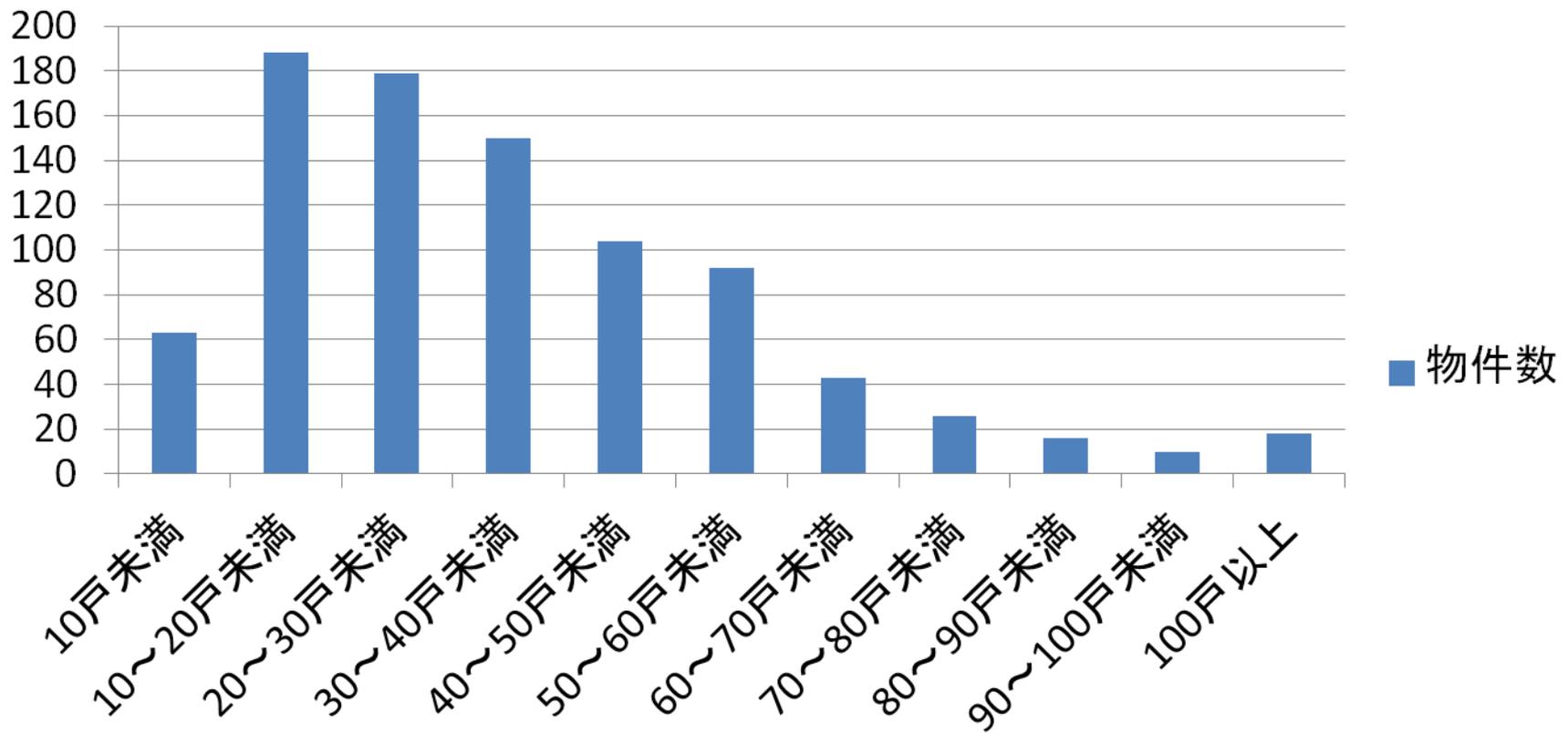


出典:HCP社WebサイトおよびHCP 2010 ANNUAL REPORTより

ヘルスケアリートの対象は
大規模、高機能、高付加価値型
高齢者住宅

日本の従来の サービス付き高齢者向け住宅は小規模

物件数

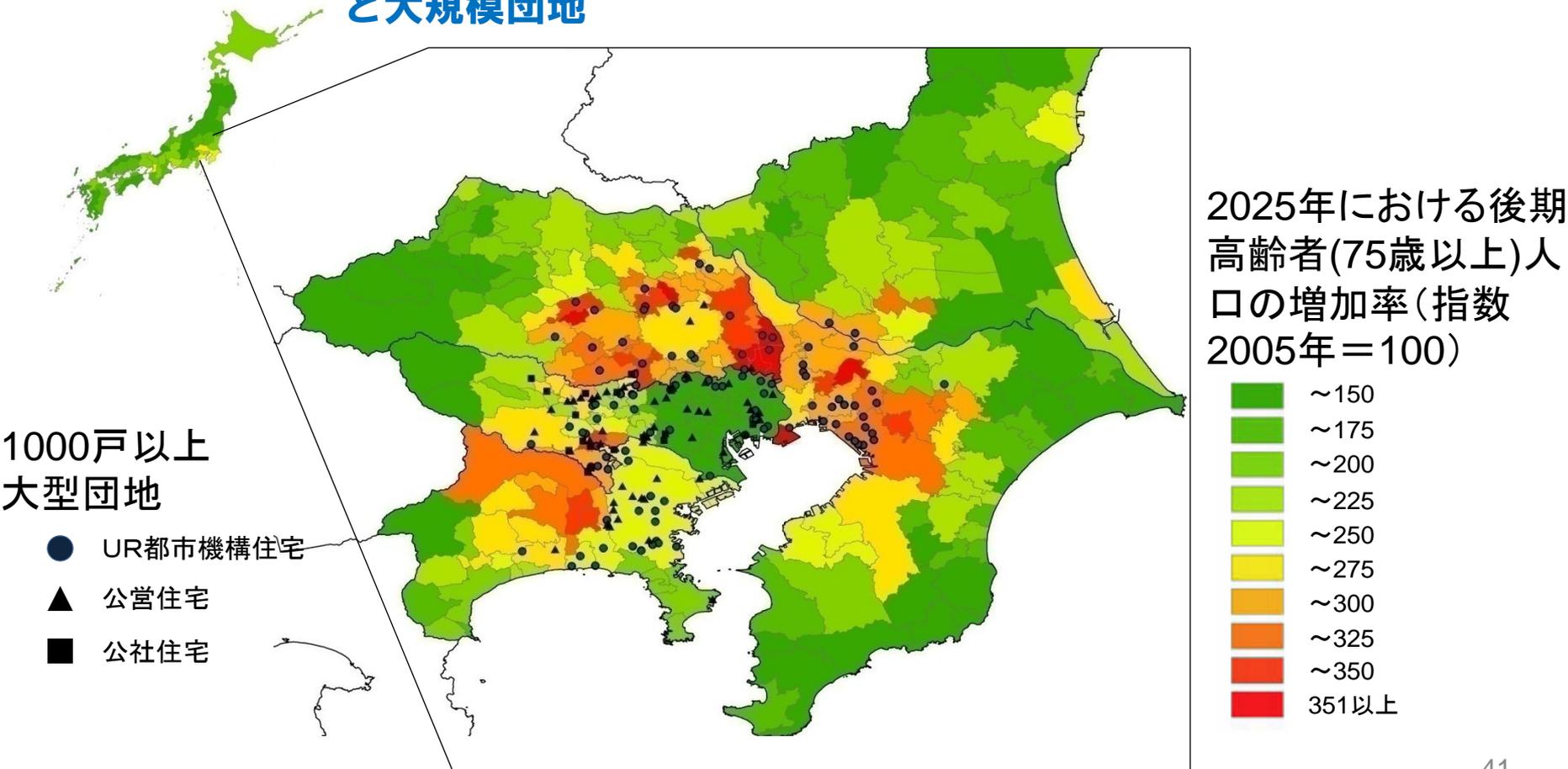


中井生活経済研究所調べ(2012年)

高齢化の進展と大型団地の関係

- ・今後高齢化が急速に進展するのは大都市近郊地域。
- ・当該地域は、公的賃貸住宅団地の立地と重複する(高度経済成長期での大都市への人口流入に対応した大規模団地の立地)

首都圏での高齢化の伸び率（後期高齢者の人口増加率）と大規模団地





NHK2月19日放送 プロジェクト2030(10)

“日本一の大家”団地再生事業



“生活に合わず、
増える空き部屋”



松原団地
埼玉 草加

大型団地再生に「サ高住」助成

- 「地域居住機能再生推進事業(30億円)」
 - 平成25年度国土交通省予算案
 - 高度経済成長期に開発されたニュータウンが今や住民の高齢化真つただ中
 - ニュータウンの中には建て替えによる高齢者対応を進めるケース増えている
- 地方公共団体、住宅供給公社などが地域ごとに協議会をつくり団地再生を行う場合に一部助成をおこなうことになった
- 対象
 - 5ヘクタール以上
 - 入居開始から30年以上経過
 - 公的団地対住宅の管理戸数が1000戸以上

■豊四季台地区における長寿社会対応のまちづくり

柏市の豊四季台団地を含む豊四季台地区において東大（高齢社会総合研究機構）－柏市－都市機構は共同で、当該地区での将来に向けたまちづくりを、住民や医療・介護の関係者と一緒になって考え実行する「モデルプロジェクト」を計画⇒「豊四季台地域高齢社会総合研究会」の発足（参加者：東大・柏市・都市機構）

安心して暮らせる
 活力ある
 超高齢化社会
 柏－東大モデル

長寿社会のまちづくり
 ー豊四季台地域の未来を考えるー
 柏－東大モデルの提案
 講演会より



評価

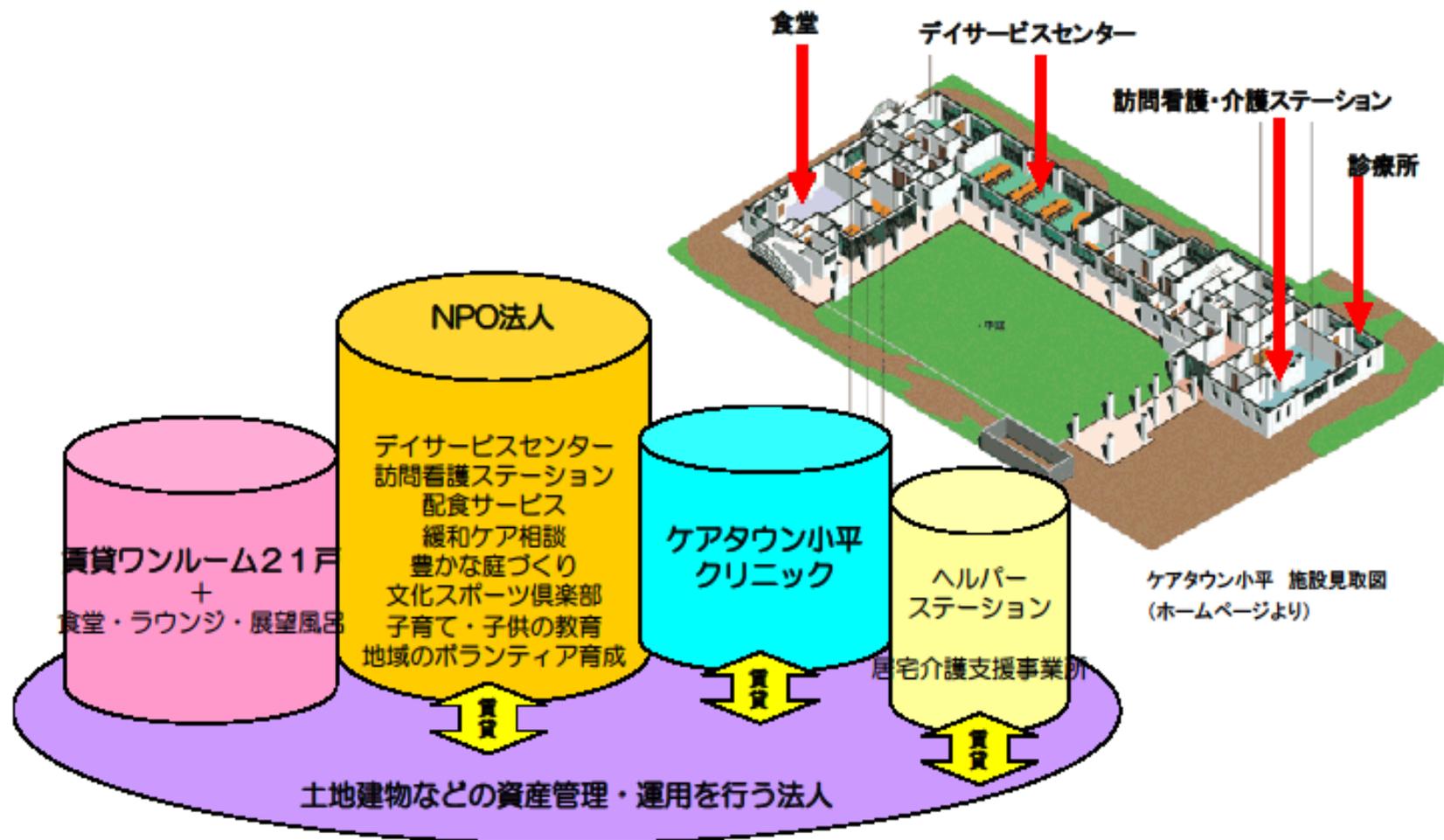
高齢者のQOL

家族のQOL

コスト

45

グループホーム、ケアハウスといった多様な住居の場での在宅医療の例



地域包括ケアによる地域開発

- 地域包括ケアを中心としたまちづくり、例えばサービス付き高齢者向け住宅を中核とした、サービス展開や、その地域に応じたようなサービス提供を行うなど地域活性化につながるような取組が期待される。
- 例えば、米国のヘルスケアリートにおいては、投資対象にCCRC(※)があり、地域包括ケアやまちづくりに貢献している。

「ヘルスケア施設供給促進のための不動産証券化手法の活用及び安定利用の確保に関する検討委員会」



CCRC

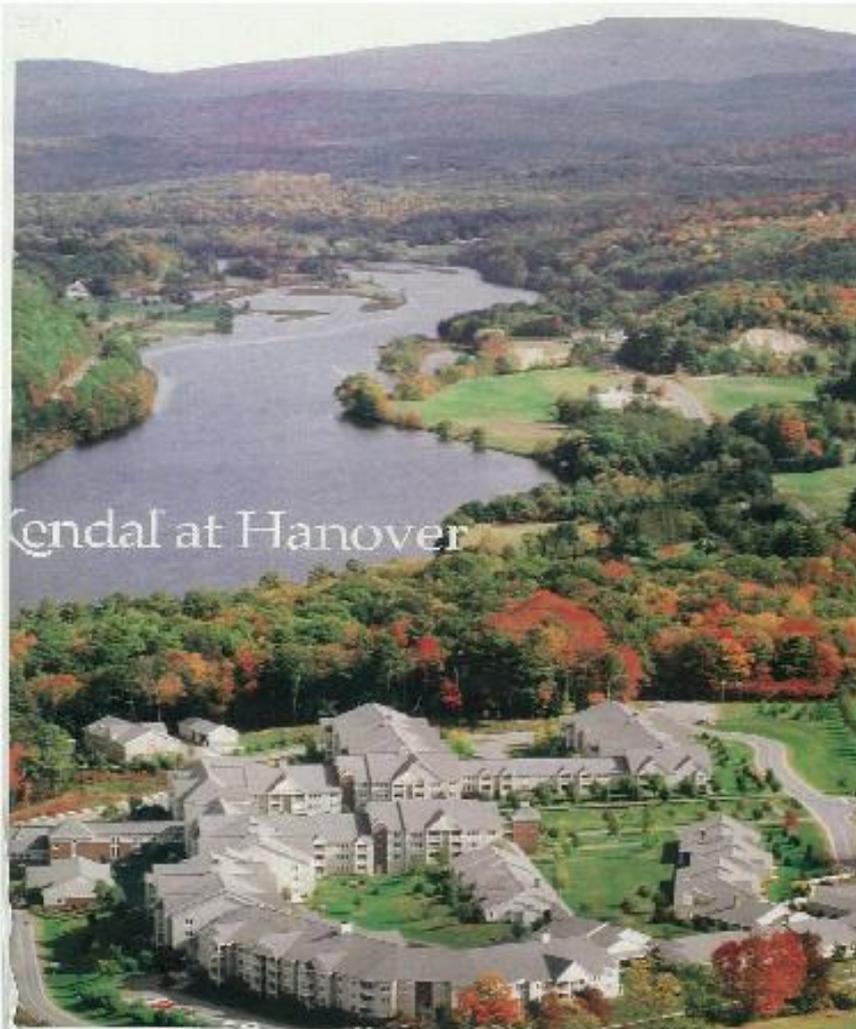
(Continuing Care Retirement Community)

- 高齢者が自立した生活を長く続けるための住宅モデル
- 自立型、支援型、介護型が一体となった高齢者向け住宅・施設のこと
- 健常者用、軽介護者用、重介護者用、認知症患者用の各施設を同じ敷地又は同じ建物に集約し、居住者が移転や更なるコスト負担がなく、安心して暮らし続けることができる高齢者コミュニティ
- 米国では「大学連携型リタイアメント・コミュニティ」がトレンド

米国の主な大学連携型リタイアメント・コミュニティ campus continuum.comより

	大学名	名称	所在地
1	ラッセルカレッジ	ラッセル・ビレッジ	マサチューセッツ州
2	アンダーソン大学	ユニバーシティ・ビレッジ	イリノイ州
3	アリゾナ大学	アカデミービレッジ	アリゾナ州
4	アーカンソーセントラル大学	カレッジスクエア	アーカンソー州
5	イサカカレッジ大学	イサカコミュニティ	ニューヨーク州
6	ミシガン大学	ユニバーシティコモン	ミシガン州
7	ノートルダム大学	ホーリークロスビレッジ	インディアナ州
8	ペンシルバニア州立	ビレッジ・アット・ペンステイト	ペンシルバニア州
9	フロリダ大学	オークハンモック	フロリダ州
10	デューク大学	フォレスト・アット・デューク	ノースカロライナ州
11	バージニア大学	コロナーデ	バージニア州
12	ジョージア大学	ジョージアクラブ	ジョージア州
13	カリフォルニア大学 デービス校	ユニバーシティ・リタイアメント コミュニティ	カリフォルニア州
14	スタンフォード大学	クラシック・レジデンス	カリフォルニア州
15	ダートマス大学	ケンダル・アット・ハノーバー	ニューハンプシャー州

大学連携型CCRC ケンダル・アット・ハノーバー(ダートマス大学)



場所: ニューハンプシャー州ハノーバー

連携大学: ダートマス大学

提携病院: ダートマス大学病院

設立: 1991年

敷地: 26万㎡(約8万坪)

事業者: ケンダル社

居住者数: 約400人

居住者平均年齢: 84歳

長生きで健康

居室: 約350居室

(認知症10室、重介護用30室)

入居率98%

収入: 約20億円

利益: 約1.5億円

従業員: 約300人

ビジネス化

地域に雇用

世代交流

ハノーバーの人口: 約11,000人

ダートマス大学の学生数: 5,800人

ハノーバーの街の魅力～学習、芸術、医療面での充実



ダートマス大学（学問）



シニア講座（生涯学習）



ホプキンスセンター（芸術）



ダートマス・メディカルセンター（医療）

ケンダル・アット・ハノーバー 概観



26万㎡の敷地



350戸の居室:健康状態に応じて居住



戸建てタイプ



室内

月額家賃2千4百～4千5百ドル 入居金13万～44万ドル
食事・清掃付、税控除あり

元気シニアのライフスタイル



レストラン:一緒に食べる「食縁」



平均年齢84歳の元気シニア

元気シニアのライフスタイル



約80のサークル: 社交ダンス
再びキャンパスライフを満喫

人気の麻雀

ダートマス大学の生涯学習講座 多様な約50の講座

	分野	講座名
1	政治	現代の国際政策課題
2	国際金融	国際金融システム
3	環境	温暖化問題を考える
4	生活	上手に歳をとる方法
5	歴史	古代のミステリーの謎解き
6	歴史	ウィンストン・チャーチル論
7	執筆	ノンフィクションの書き方
8	文化	生け花～日本のフラワーアレンジメント

成功要因

- ・キャンパスライフを楽しむ
- ・多彩な講座
- ・知的刺激
- ・ゴルフ三昧の脱却
- ・ディスカッション中心の講義



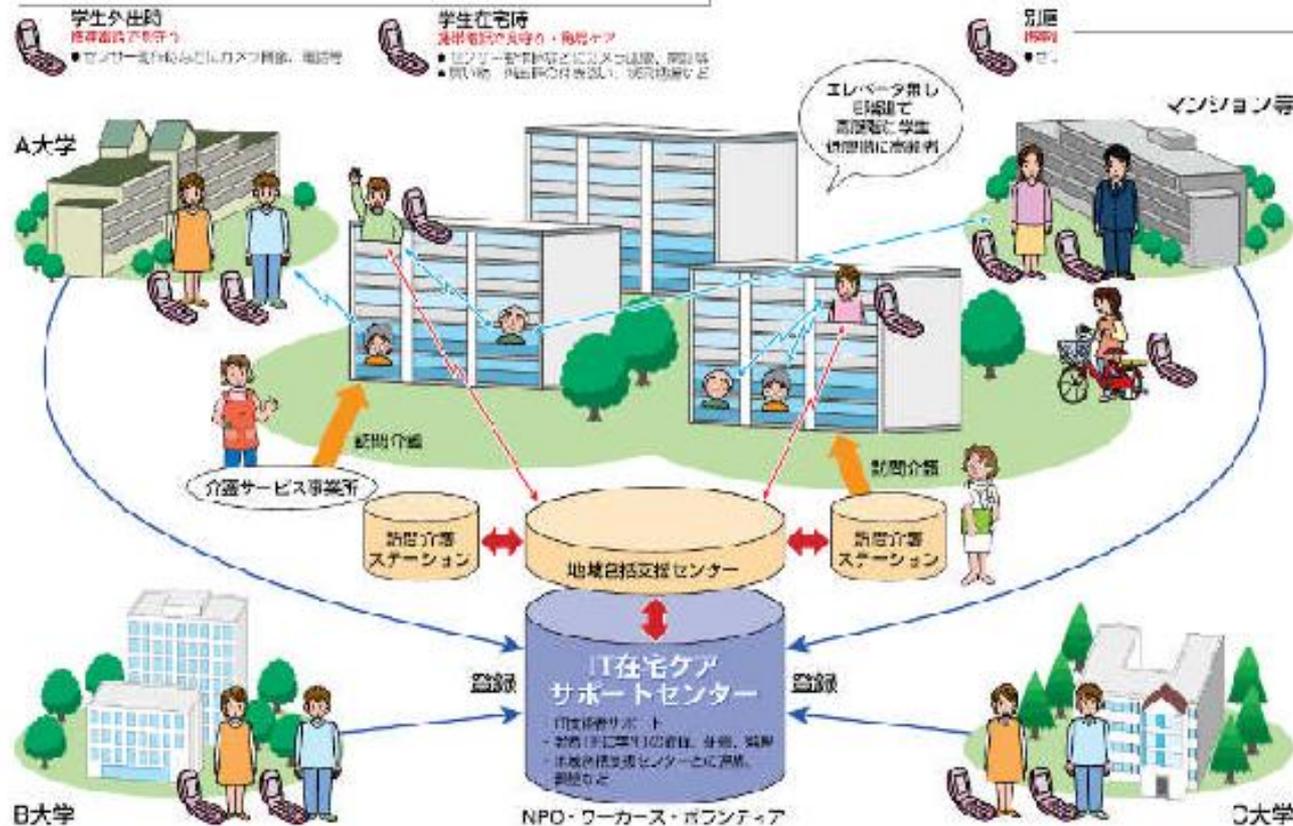
日本への示唆: その3 多世代共生CCRC

団地の低層階に高齢者が居住。高層階に近隣の学生が近居し、高齢者は大学で学ぶ。
多世代共生型コミュニティ。

都市型

近郊型

地方型



パート2

医療計画の見直しと 在宅医療、精神科疾患



医療計画とは医療提供体制の基本計画

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

4疾患5事業の見直しの方向性

- 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

2次医療圏見直し

- 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

– * 在宅医療構築
に係わる指針を
別途通知する

在宅医療に係わる医療体制の 充実・強化



「医療計画の見直しについて」

～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

⇒ 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促す。

○在宅医療に係る圏域の設定について

⇒ 在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

○疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

⇒ 疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要があり、そのため、

- ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
- ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策・事業を策定すること
- ・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと
- ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること

といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。

「在宅医療指針」

- 国立長寿医療研究センターが中心になって取りまとめた「在宅医療体制構築に係る指針案」を参考にする方針。
 - 24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
 - 看取りまで行える医療のための連携体制
 - 認知症の在宅医療の推進
 - 介護との連携—などの観点から、各都道府県が地域の実情に合わせて計画を策定すべき

2012年診療報酬改定と 在宅医療

2012年診療報酬改定基本方針

- 社会保障審議会医療部会・医療保険部会（12月1日）
- 2つの重点課題と4つの視点
- 2つの重点課題
 - ①急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減
 - ②医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進および地域生活を支える在宅医療などの充実

在宅療養支援診療所・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

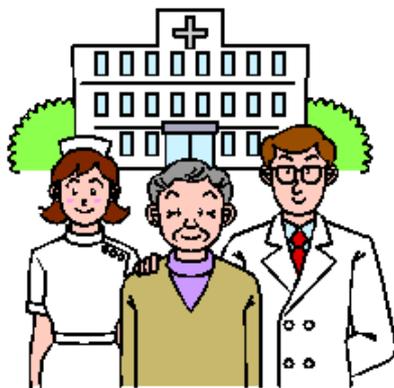


B診療所
(連携先)



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



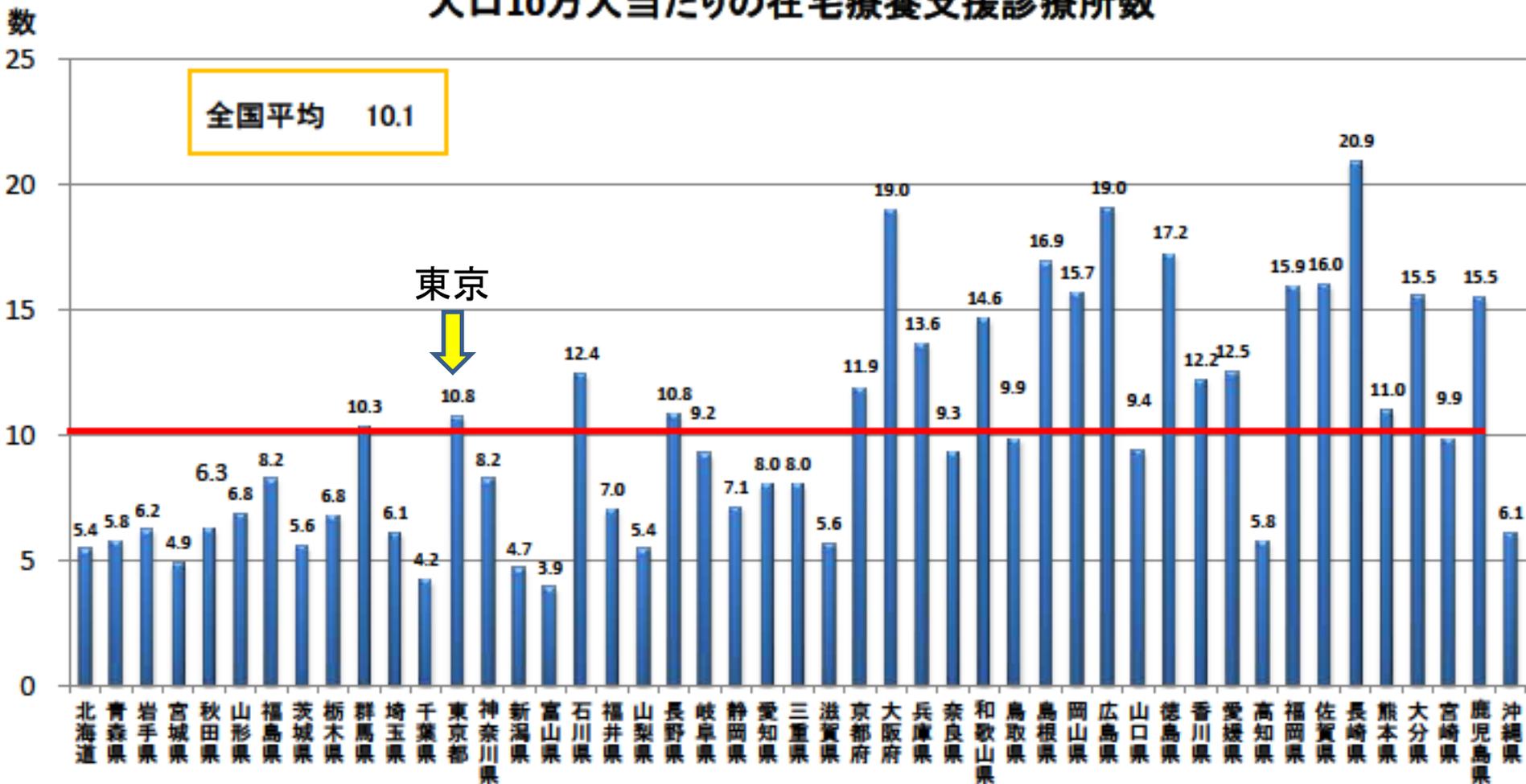
在宅療養支援診療所

湘南なぎさ診療所



人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援診療所数

人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数



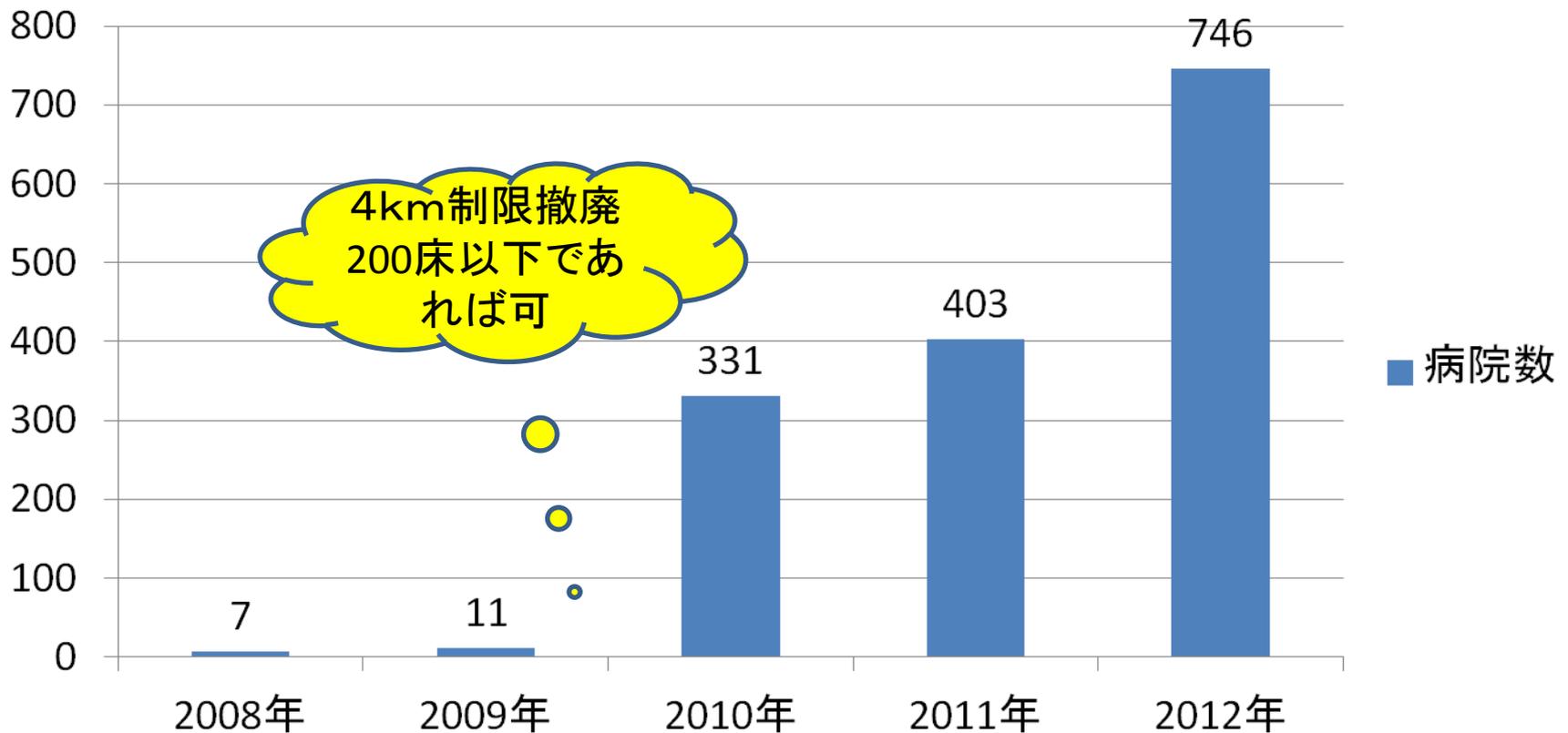
保険局医療課データ 平成23年7月

在宅療養支援病院の規制緩和 (2010年診療報酬改定)

- **2008年診療報酬改定**
 - 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年診療報酬改定**
 - 4Km要件が撤廃され、しかも200床以下の病院で取得が可能となった
 - この要件撤廃の影響により在宅療養支援病院が急増

在宅療養支援病院数の推移

病院数



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



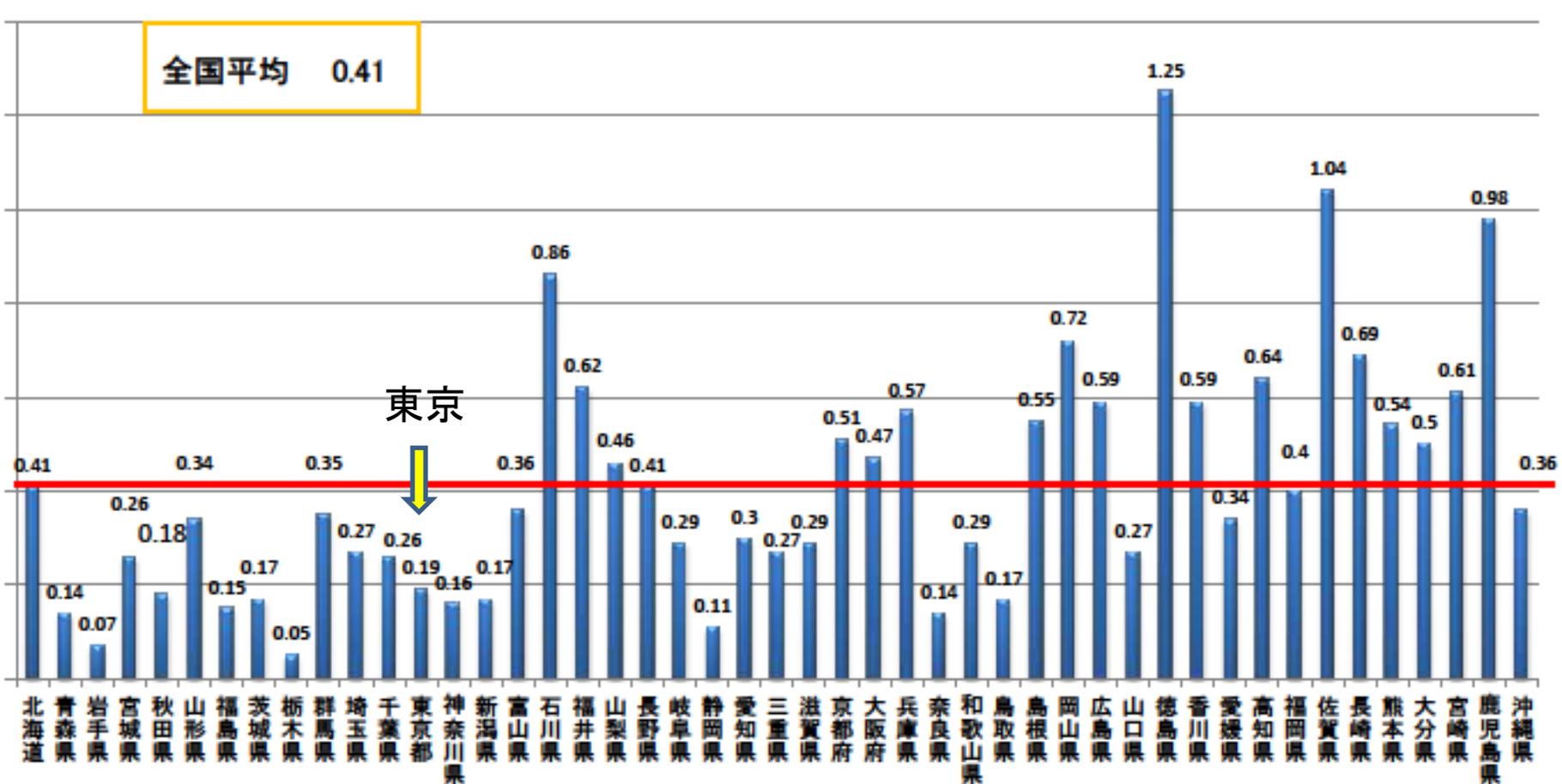
人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援病院数

人口10万人当たりの在宅療養支援病院数

数

全国平均 0.41

東京

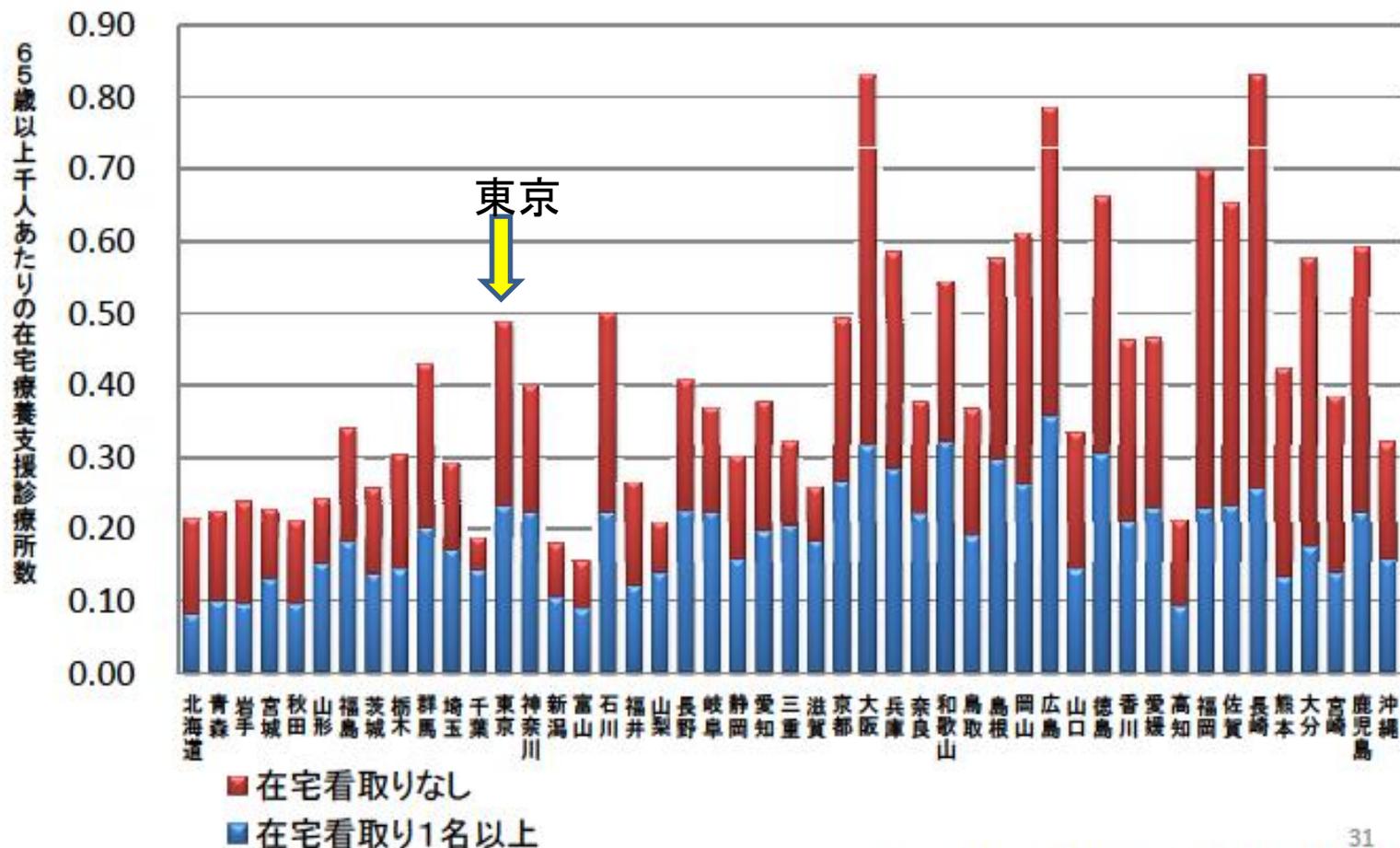


保険局医療課データ 平成23年7月

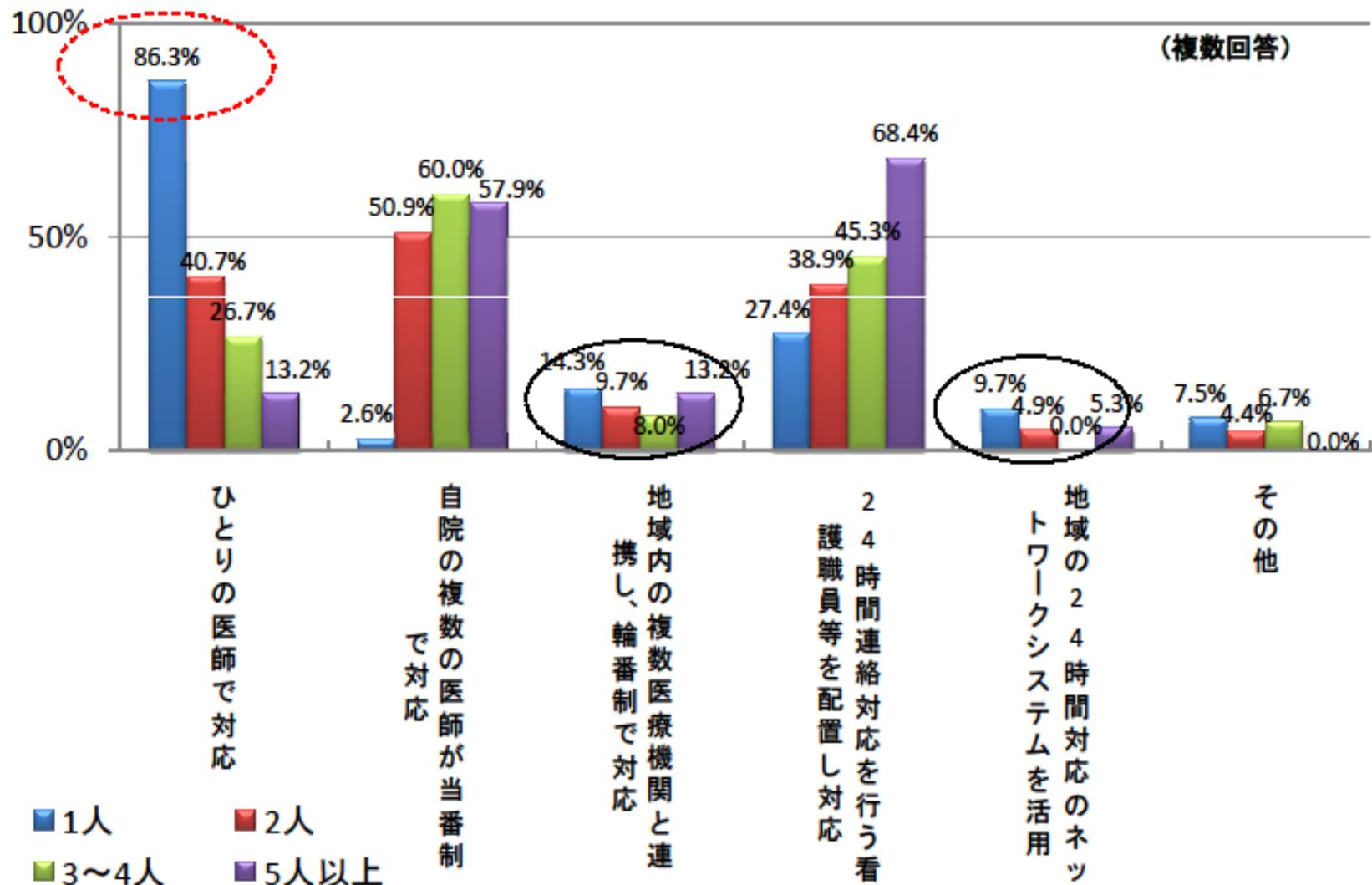
在宅療養支援診療所・病院の 課題と対策

少ない在宅看取りと
機能強化型在宅療養支援診療所・病院

在宅療養支援診療所数(65歳以上千人あたり) <都道府県別分布>



在宅療養支援診療所における緊急時の連絡体制(複数回答)



(n=1,228 無回答を除く)

出典) 日本医師会総合政策研究機構

「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

機能強化した在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等への評価(2012年診療報酬改定)

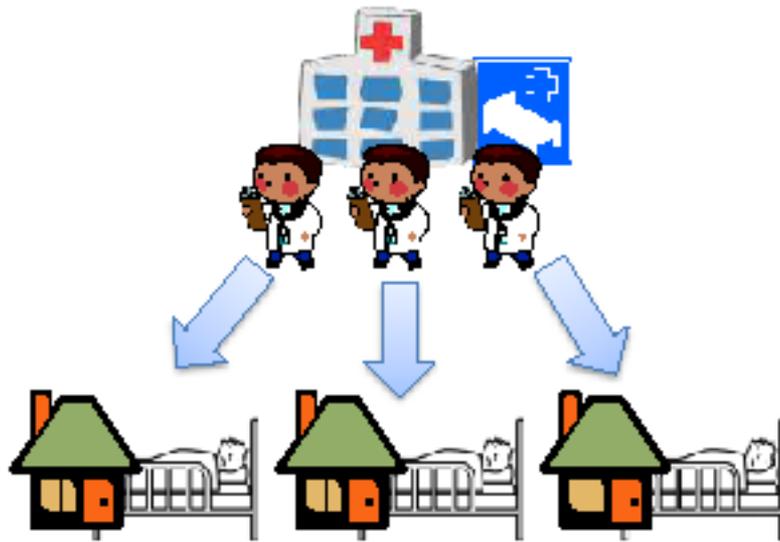
- ①従前の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の要件に以下を追加する。
 - －イ 所属する常勤医師3名以上
 - －ロ 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
 - －ハ 過去1年間の看取り実績2件以上

機能強化型
在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院

機能強化した在宅療養支援診療所・ 在宅療養支援病院等への評価

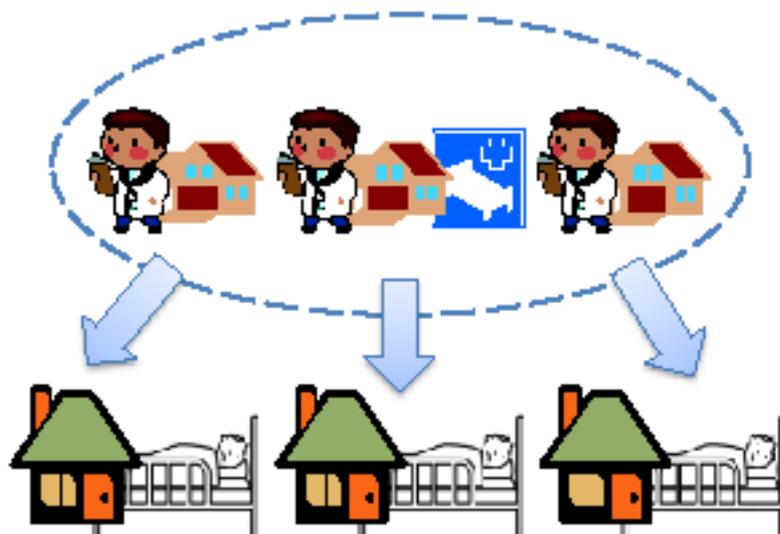
- ②複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
 - イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
 - ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
 - ハ 連携する医療機関数は10未満
 - ニ 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

単独強化型



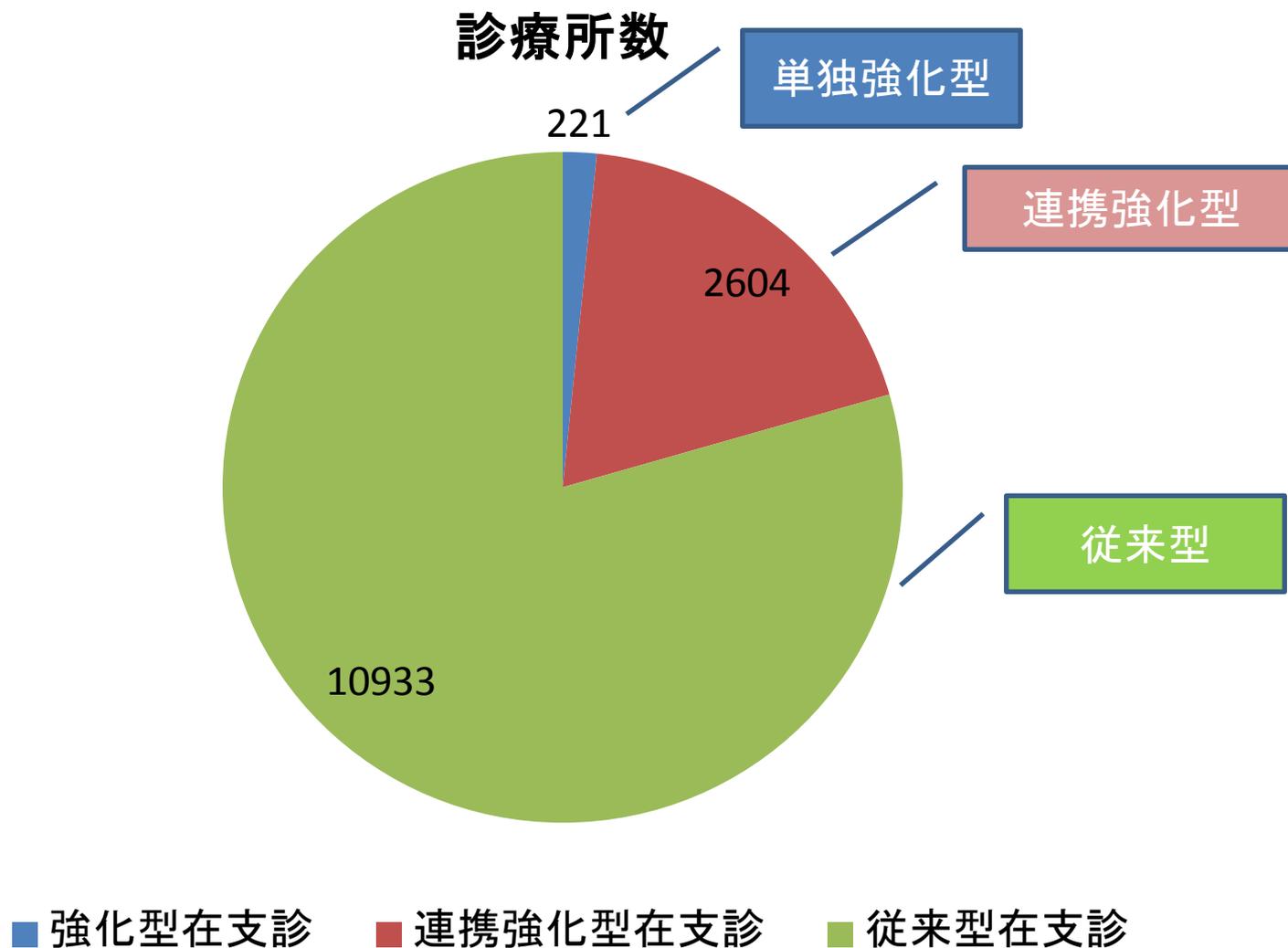
- ・3名以上の医師が所属する診療所が在宅医療を行う場合
- ・複数の診療所がグループを組んで在宅医療を行う場合をともに評価。
- ・さらに、ベッドを有する場合を高く評価。

連携強化型



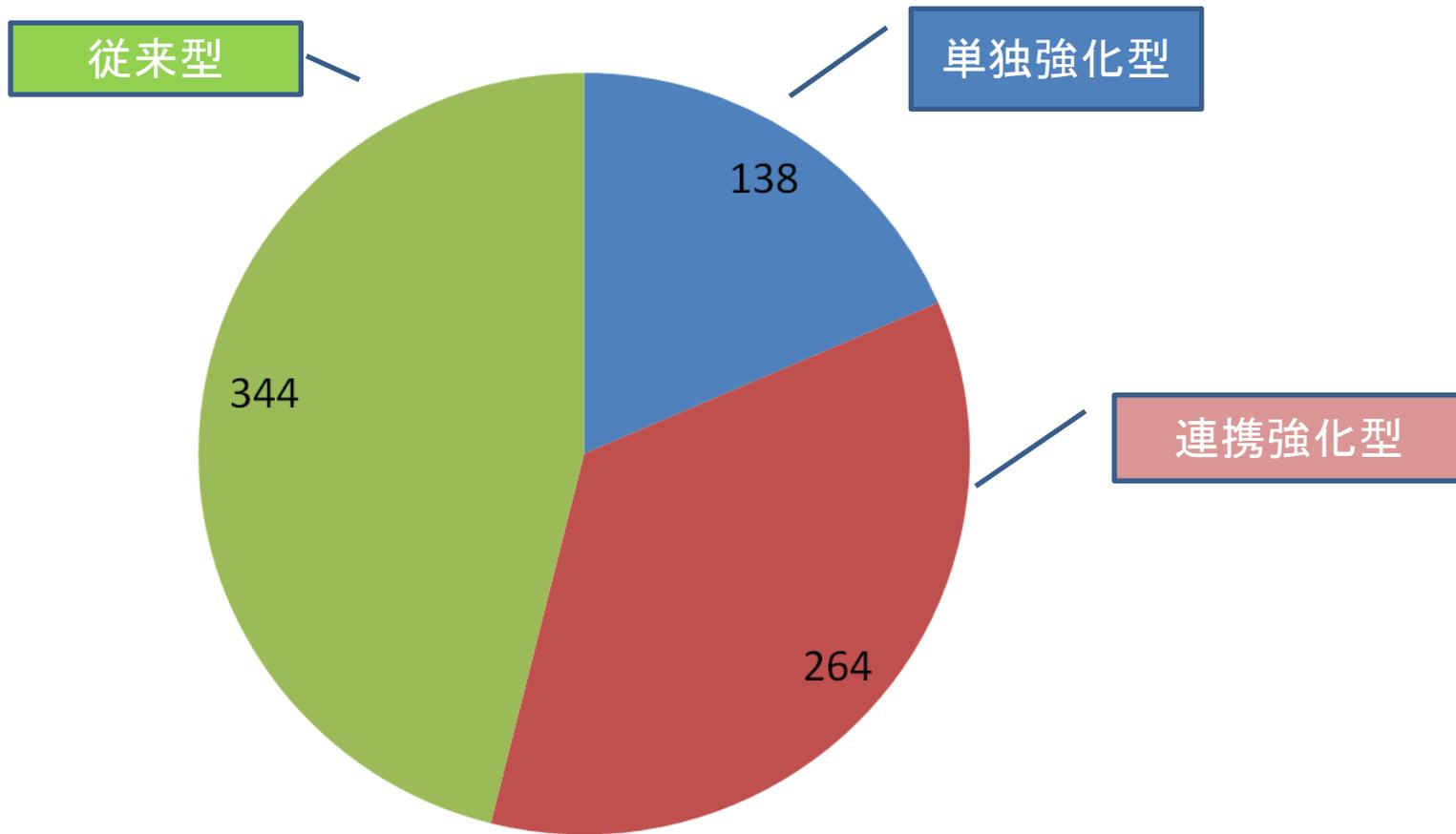
	従来型の在支診・在支病	強化型在支診・在支病
○往診料		
緊急加算	650点	750点(病床有850点)
夜間加算	1,300点	1,500点(病床有1,700点)
深夜加算	2,300点	2,500点(病床有2,700点)
○在宅時医学総合管理料		
処方せん有	4,200点	4,600点(病床有5,000点)
処方せん無	4,500点	4,900点(病床有5,300点)
○特定施設入居時等医学総合管理料		
処方せん有	3,000点	3,300点(病床有3,600点)
処方せん無	3,300点	3,600点(病床有3,900点)
○在宅ターミナル加算		
ターミナルケア加算	4,000点	5,000点(病床有6,000点)
看取り加算	3,000点	3,000点(病床有3,000点)
○在宅がん医療総合診療料		
処方せん有	1,495点	1,650点(病床有1,800点)
処方せん無	1,685点	1,850点(病床有2,000点)

強化型在宅療養支援診療所 (2012年7月現在)



強化型在宅療養支援病院 (2012年7月現在)

病院数



■ 強化型在支病 ■ 連携強化型在支病 ■ 従来型在支病

在宅医療に係る医療機関の機能の整理

	在宅療養支援診療所 /病院 (診療報酬)	在宅医療において積極的役 割を担う医療機関 (医療計画) ※在宅療養支援病院/診療所の中から 位置づけられることを想定	地域医療支援病院 (医療法)
在宅医療提供 に係る役割	<ul style="list-style-type: none"> ・単独又は連携により、24時間体制で在宅医療を提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供 ・<u>夜間や急変時の対応等、他の医療機関の支援</u> ・災害時に備えた体制構築 	<ul style="list-style-type: none"> ・自らの在宅医療提供は必須ではない
在宅療養患者 の入院に係る役 割	<ul style="list-style-type: none"> ・入院機能を有する場合には、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院機能を有する場合には、急変時受け入れやレスパイトなどを行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>地域の医療機関において対応困難な重症例の受け入れ</u>
多職種連携に 係る役割		<ul style="list-style-type: none"> ・<u>現場での多職種連携の支援</u> ・在宅医療・介護提供者への研修の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ※ 医療法では、在宅医療の提供の推進に関する支援として、 ・在宅医療提供事業者の連携の緊密化のための支援 ・患者や地域の医療提供施設への在宅医療提供事業者に関する情報提供

医療法に在宅医療
に係る医療機関を
書き込む！

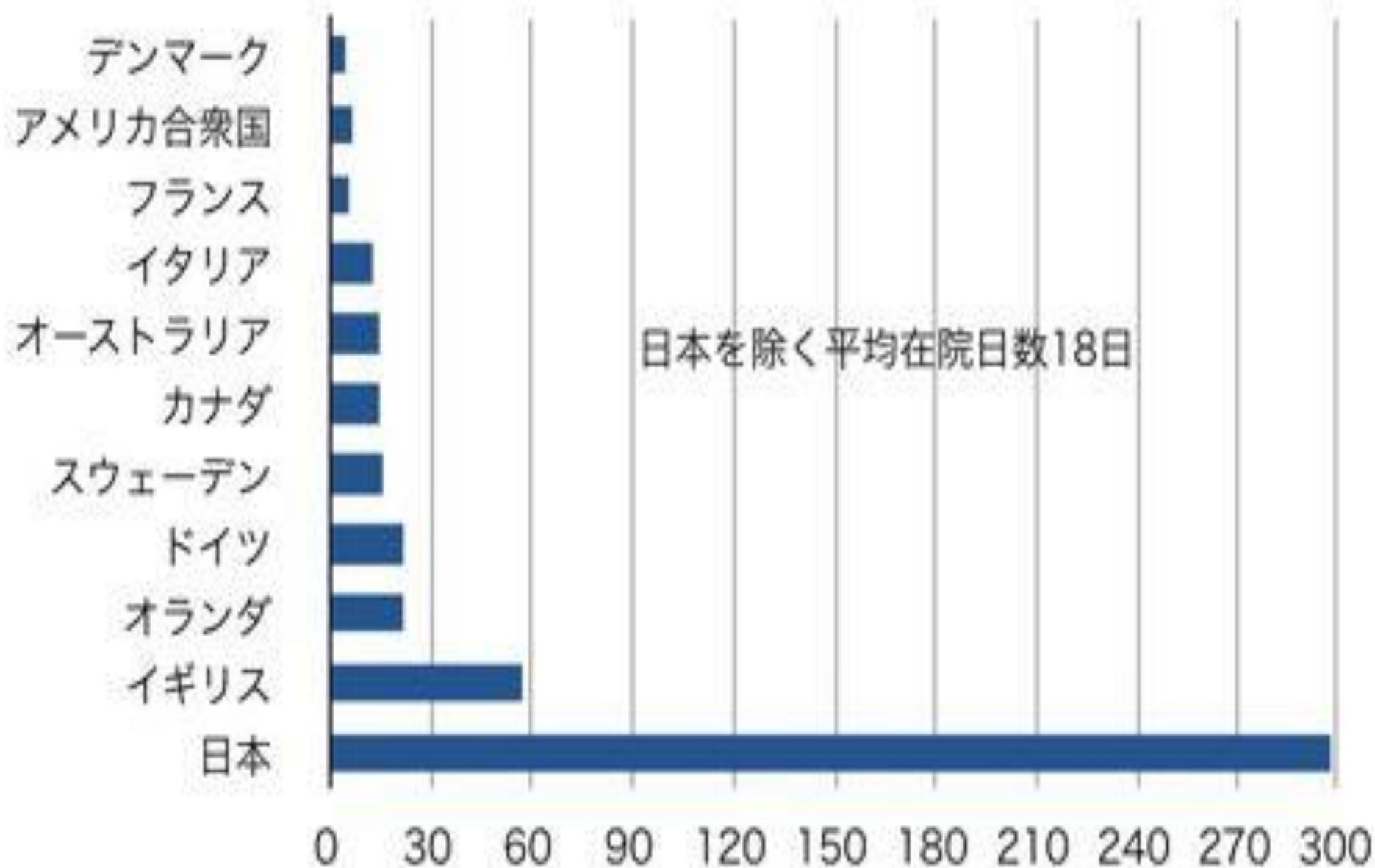
(参考)在宅医療提供拠点

- ・地域において多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を担う。
- ・地域の実情に応じて、市町村、地域医師会等、自ら在宅医療を提供しない主体も拠点となりうる。
- ・標準的な規模の市町村の人口(7~10万人程度)につき1カ所程度を目途に設置されることを想定。

医療計画見直しと 精神科疾患の追加

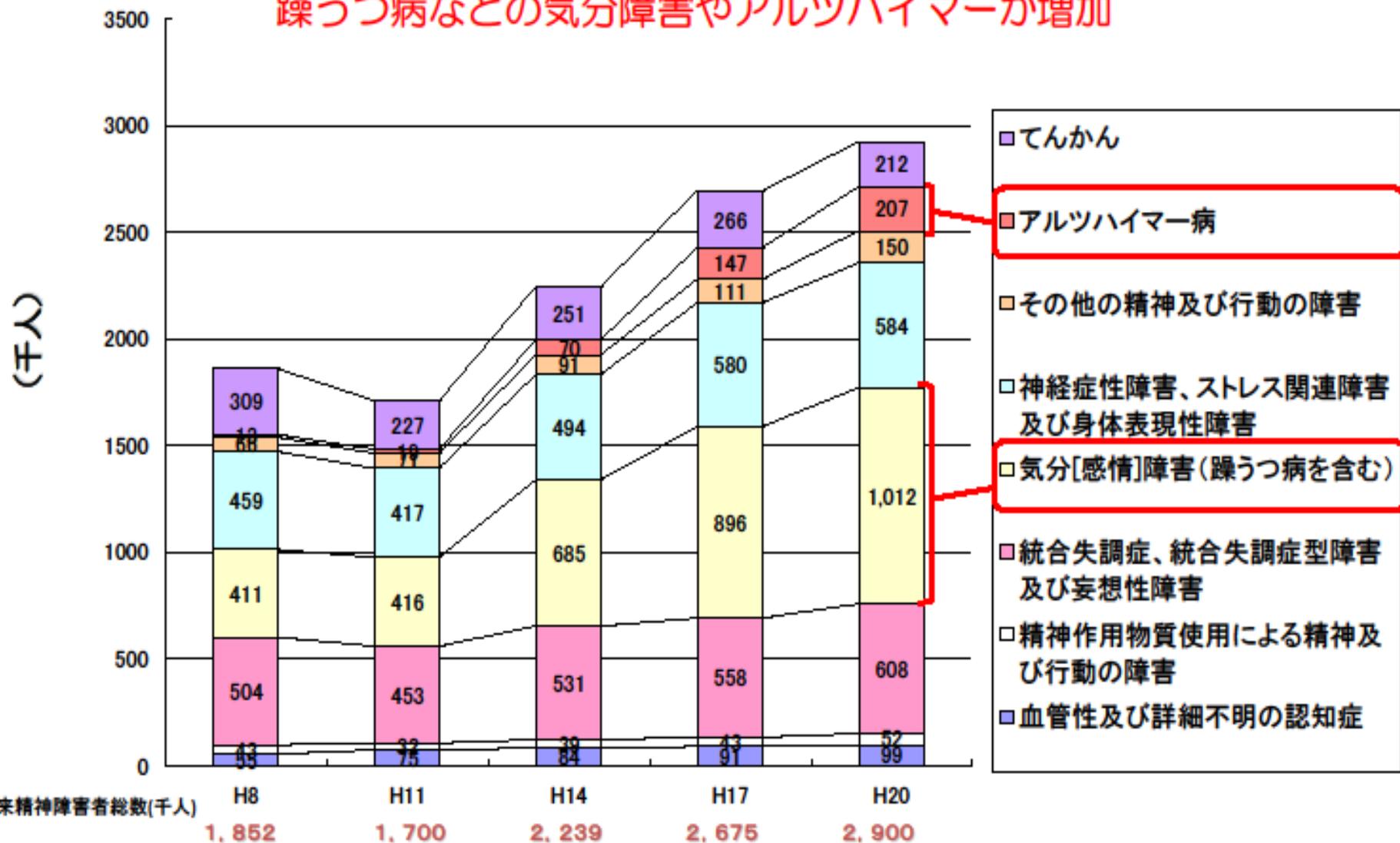
日本の精神医療の特殊性

2005年退院者平均在院日数



精神疾患外来患者の疾病別内訳

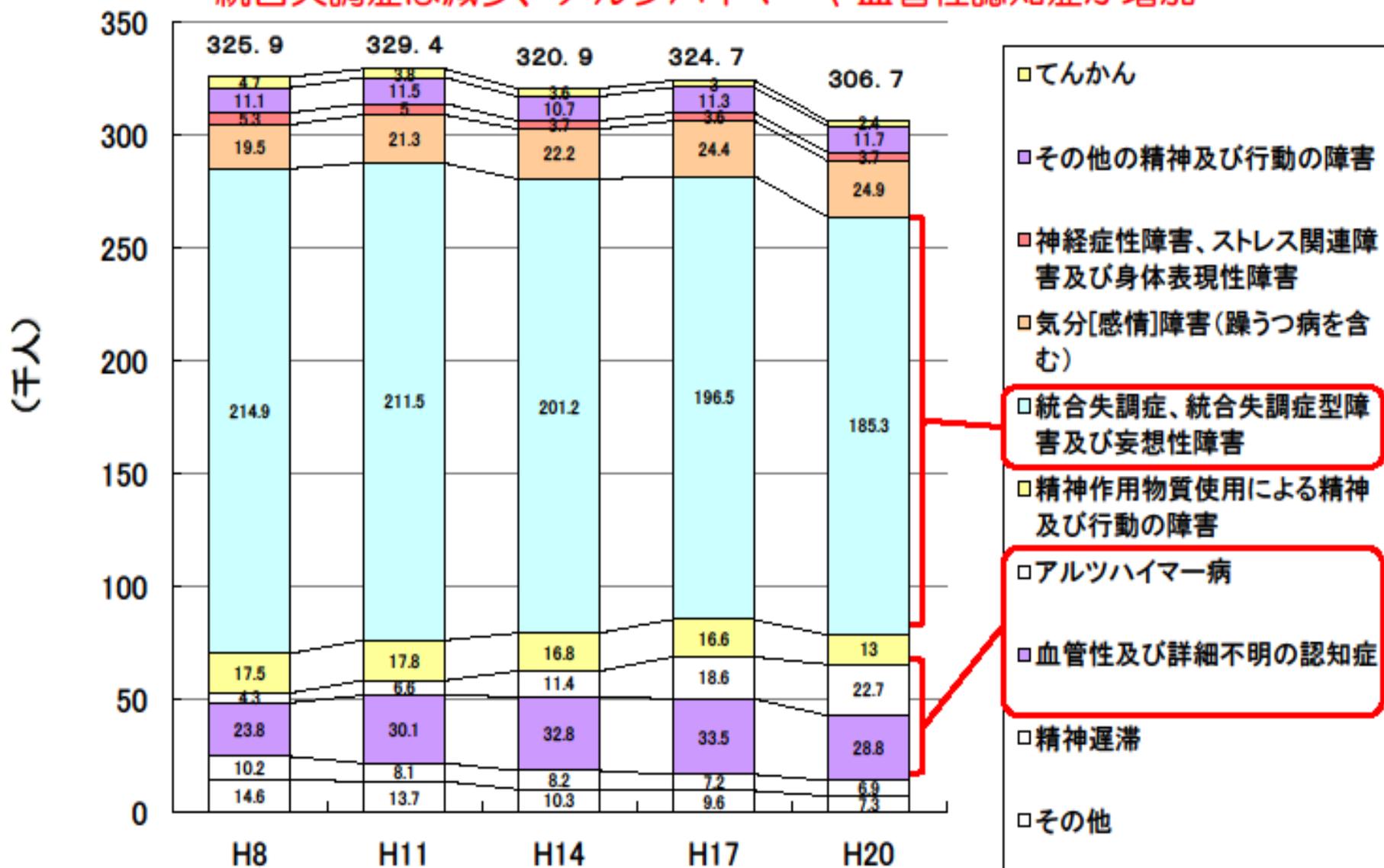
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

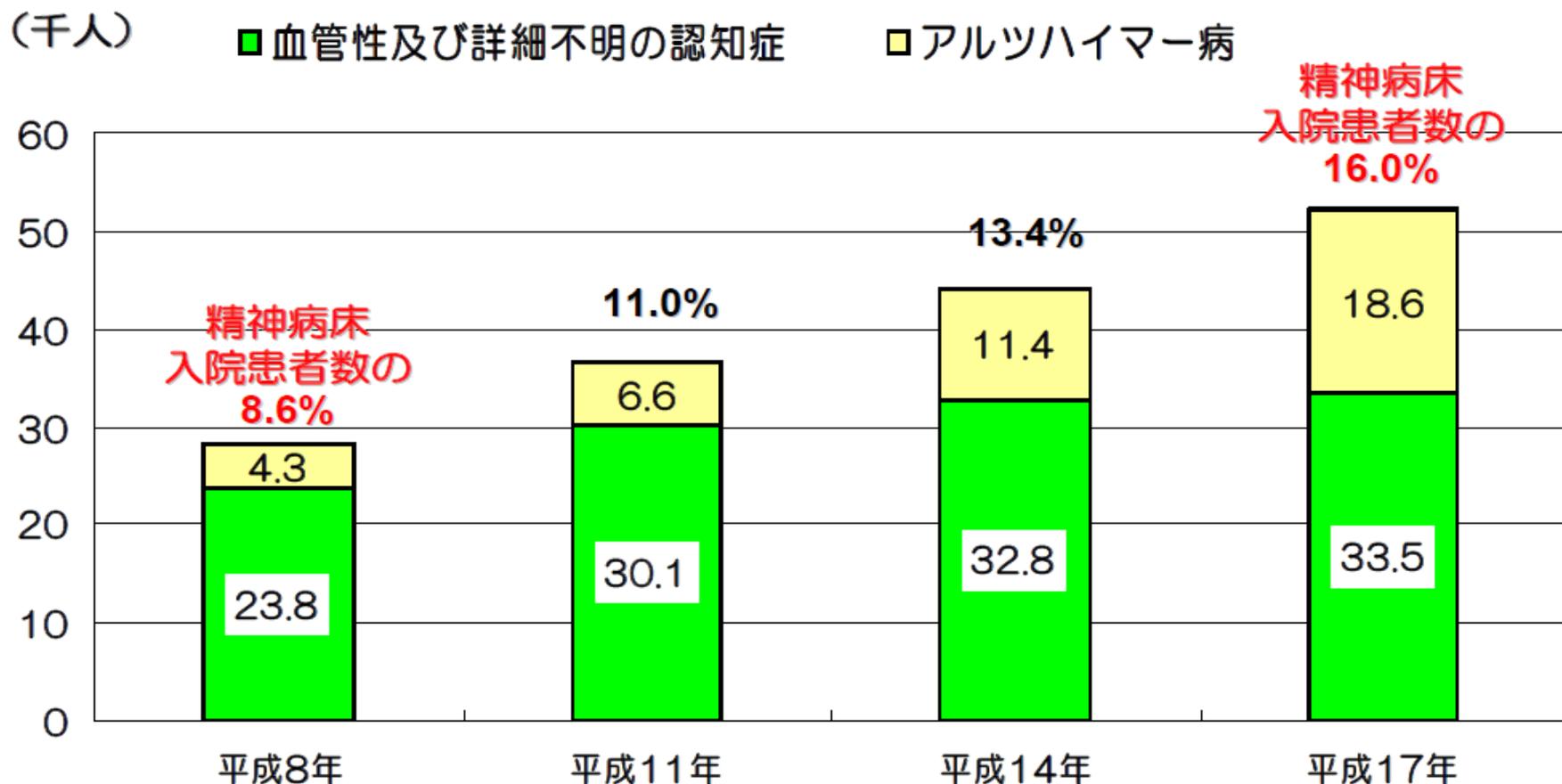
精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症は減少、アルツハイマーや血管性認知症が増加



資料：患者調査

精神病床における認知症入院患者数の年次推移



資料：患者調査

認知症疾患患者の所在

介護
自立度Ⅱ以上の認知症高齢者
169万人

(老健局)
(平成17年における
平成14年9月での推計)

居宅 約49%
(約83万人)

介護施設 約32%
(約54万人)

入所 約51%
(約86万人)

- ・医療施設
(医療型療養病床、
一般病床、精神病床
等)
- ・グループホーム
- ・ケアハウス
約13% (約22万人)

介護型医療施設
約7% (約12万人)

医療
血管性認知症
及び詳細不明の痴呆
アルツハイマー病
32万人

(平成17年患者調査)

外来 約74%
(約24万人)

精神病床
約16%
(約5万人)

その他の病床
約1%

療養病床
(医療型、
介護型)
約8%
(約2万6千人)

入院 約26%
(約8万人)

※医療施設(医療型療養病床、介護型療養病床、一般病床、精神病床)は
介護と医療で重複がある。

大きく変わる認知症施策



藤田厚生労働前政務官

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について

1. 認知症高齢者数

- 平成22年（2010）で「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ（※）以上の高齢者数は280万人であった。

【算出方法】

- ①平成22年1年間の要介護認定データを基に、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を算出した。
②年間データでは同一人物で複数回要介護認定を受けている者がいるので、平成15年と同月である平成22年9月の要介護認定データに上記①の割合（性別・年齢階級別・要介護度別認知症高齢者割合）を乗じて算出した。

※ただし、この推計では、要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まれない

※日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。（次頁の参考「認知症高齢者の日常生活自立度」参照）

2. 将来推計

（単位：万人）

将来推計（年）	平成22年 （2010）	平成27年 （2015）	平成32年 （2020）	平成37年 （2025）
日常生活自立度 Ⅱ以上	280	345	410	470
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※平成24年（2012）を推計すると、305万人となる。

※下段は65歳以上人口に対する比率

【算出方法】

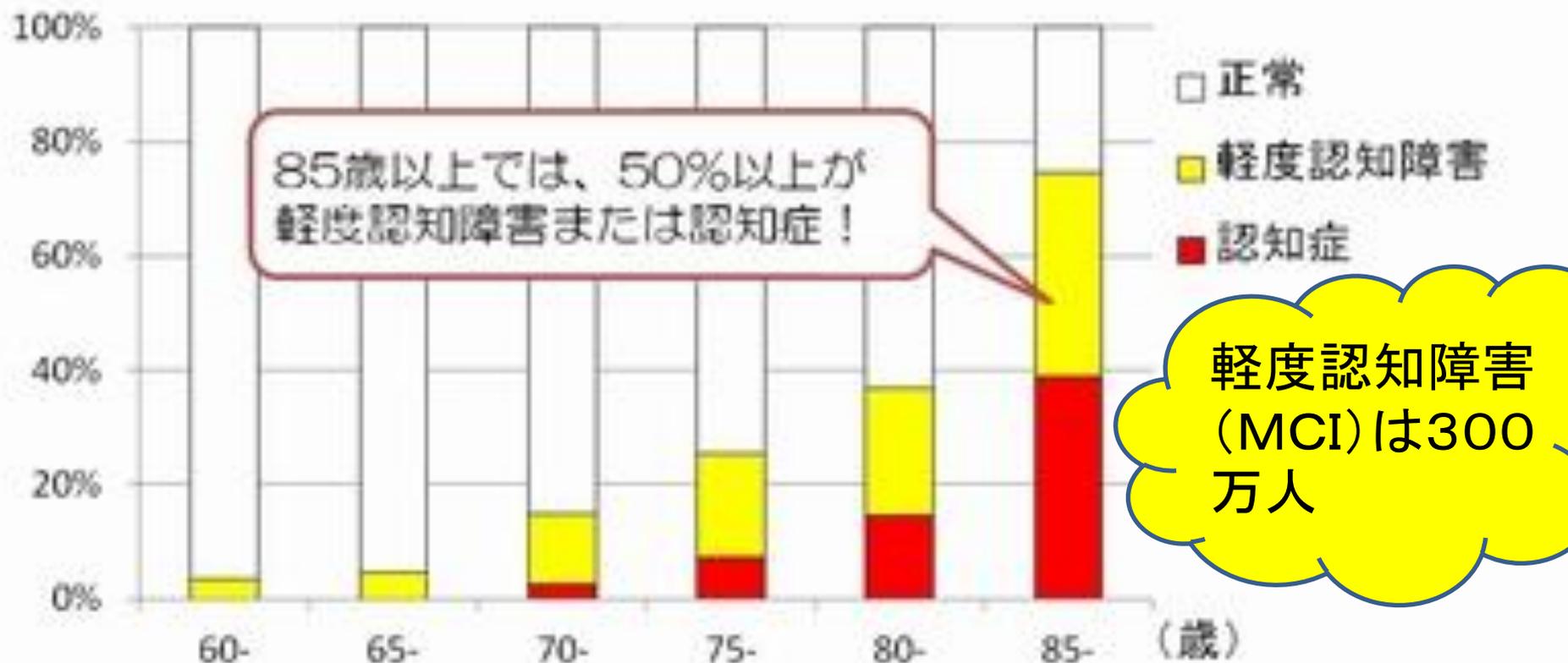
- 将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所：H24.1推計。死亡中位出生中位）に、上記1の算出方法による平成22年9月の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乘じて推計した。

（参考：平成15年 高齢者介護研究会報告書）

（単位：万人）

将来推計（年）	平成14年 （2002）	平成22年 （2010）	平成27年 （2015）	平成32年 （2020）	平成37年 （2025）
日常生活自立度 Ⅱ以上	149	208	250	289	323
	6.3%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%

地域在住高齢者における軽度認知障害および認知症の割合
— 悉皆調査(全数調査)による認知機能評価結果 —



2010-2011年度実施 (n=814名, 60歳以上)

軽度認知障害: CDR 0.5で認知症のDSM-III-R 診断基準を満たさない受診者

認知症の人の精神科病院への 長期入院の解消

- 「認知症の人」の不適切な「ケアの流れ」の結果として、認知症のために精神病床に入院している患者数は、5.2万人（平成20年患者調査）に増加し、長い期間入院し続けるという事態を招いている。（厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム）

「今後の認知症施策の 方向性について」



厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム
2012年6月18日

厚生労働省認知症施策 検討プロジェクトチーム

- 主査

- 藤田厚生労働大臣政務官

- 副主査

- 医政局長
- 社会・援護局長
- 障害保健福祉部長
- 老健局長
- 保険局長

- メンバー

- 医政局指導課長
- 障害保健福祉部精神・障害保健課長
- 老健局介護保険計画課長
- 老健局高齢者支援課長
- 老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室長
- 老健局振興課長
- 老健局老人保健課長
- 保険局医療課長

- 事務局

- 老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室
- 障害保健福祉部精神・障害保健課

今後目指すべき基本目標

- 検討プロジェクトの目指すところ
 - 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指している。
- これまでのケアの流れを変える
 - 「自宅→グループホーム→施設、あるいは一般病院・精神科病院」というような不適切な「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする
 - 標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築する。

認知症、
5つの問題点、7つの視点、
5つの重点施策

5つの問題点(1)

- ①早期診断から早期の適切なケアへ
 - 早期の診断に基づき、早期の適切なケアに結びつける仕組みが不十分である。このため、早期の適切なアセスメントによるケアの提供、家族への支援があれば、自宅で生活を送り続けることができる認知症の人でも、施設や精神科病院を利用せざるを得なくなっている。
- ②不適切な薬物使用
 - 不適切な薬物使用などにより、精神科病院に入院するケースが見受けられる。

5つの問題点(2)

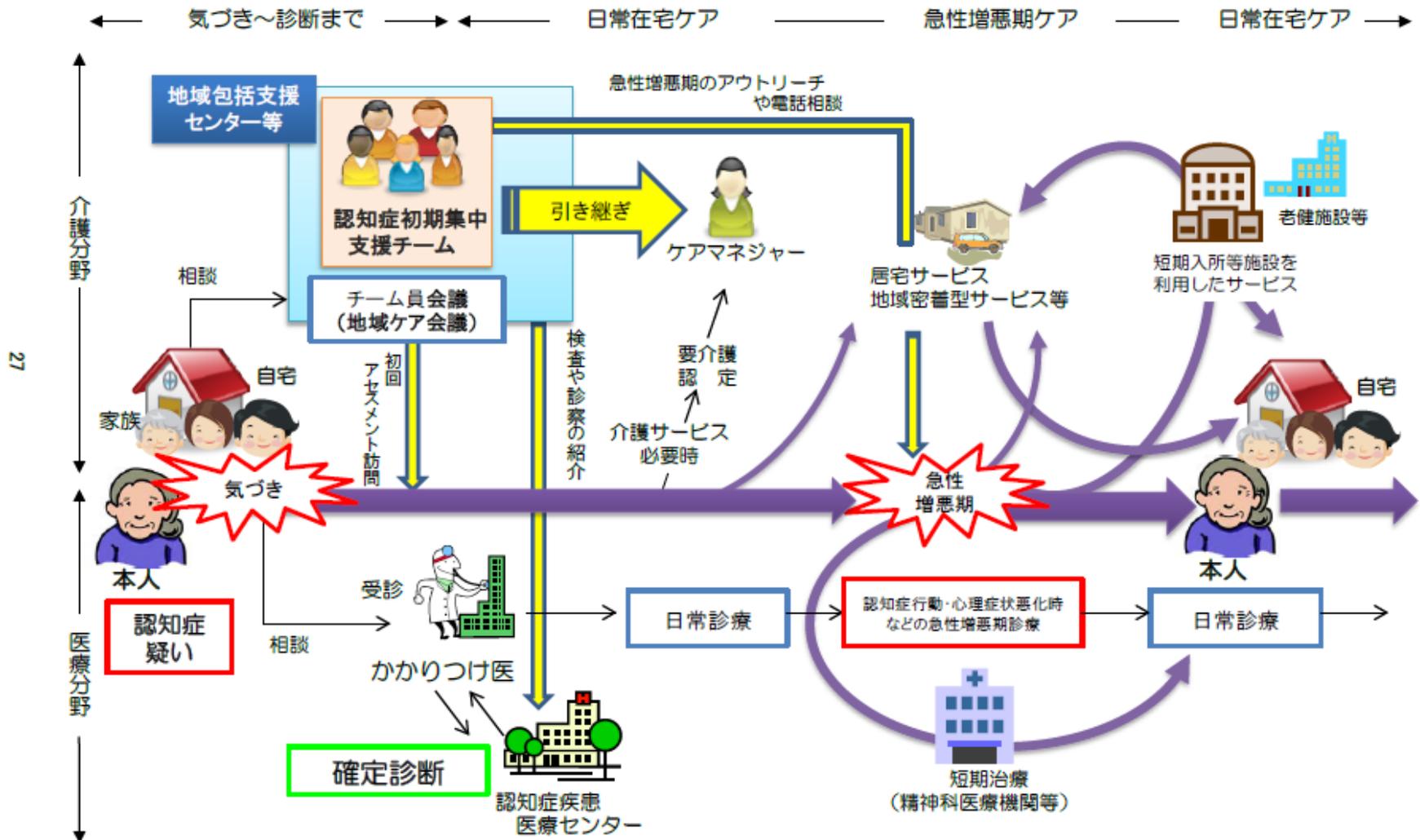
- ③ 一般病院・施設での受け入れ拒否
 - 一般病院で、身体疾患の合併等により手術や処置等が必要な認知症の人の入院を拒否したり、行動・心理症状に対応できないので精神科病院で対応してもらう等のケースがある。
 - 施設でも、行動・心理症状に対応できないので、精神科病院に入院してもらうケースがある。
- ④ 精神科病院の入院適応
 - 認知症の人の精神科病院への入院基準がないこともあり、必ずしも精神科病院への入院がふさわしいとは考えられない認知症の人の長期入院が見られる。
- ⑤ 退院支援と地域連携
 - 退院支援や地域連携が不十分であり、精神科病院から退院してもらおうと思っても地域の受け入れ体制が十分でない。

7つの視点からの取り組み

- 1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
- 2. 早期診断・早期対応
- 3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
- 4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
- 5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
- 6. 若年性認知症施策の強化
- 7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

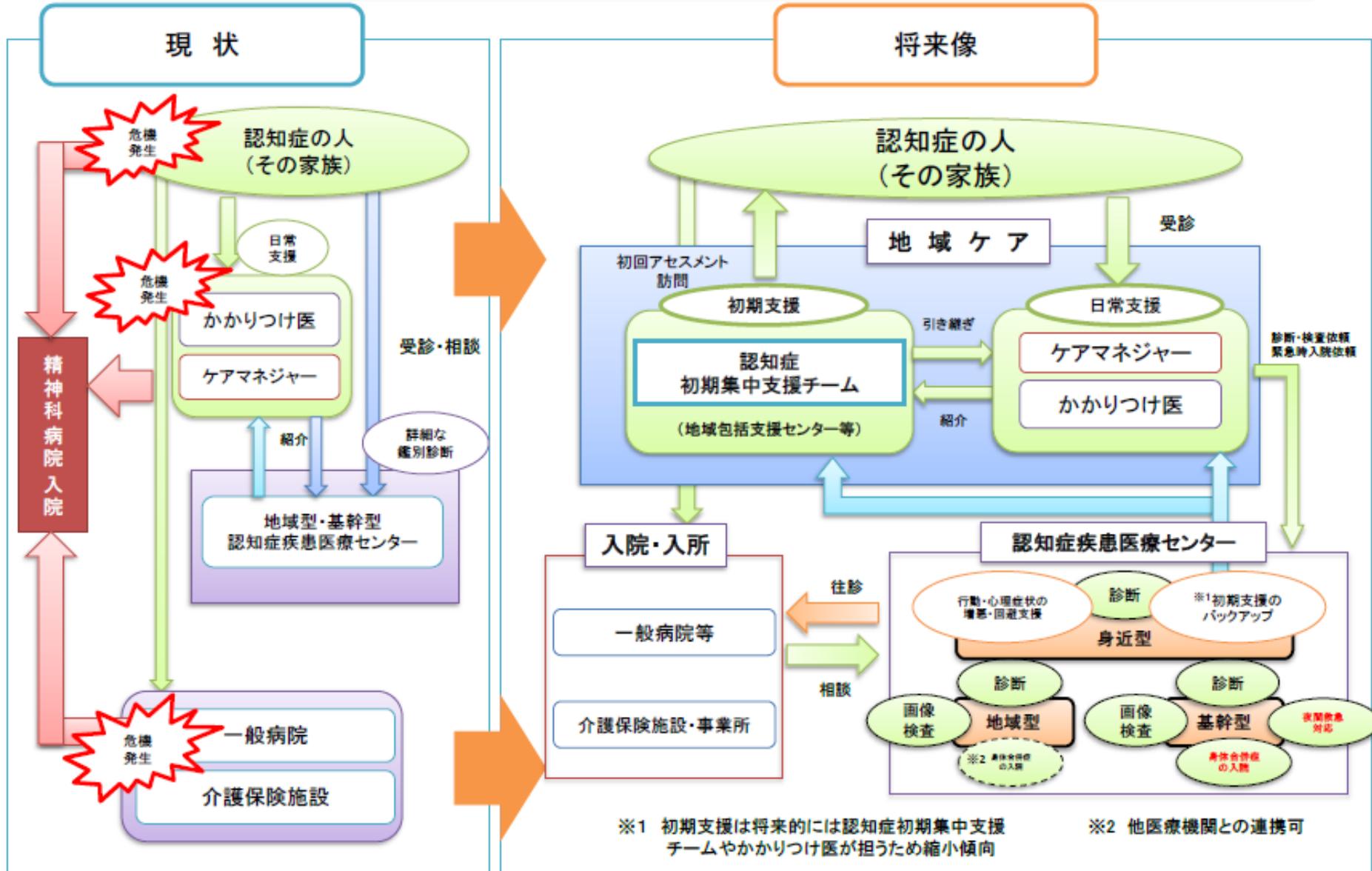
標準的な認知症ケアパスの概念図
 ～ 住み慣れた地域で暮らし続けるために ～



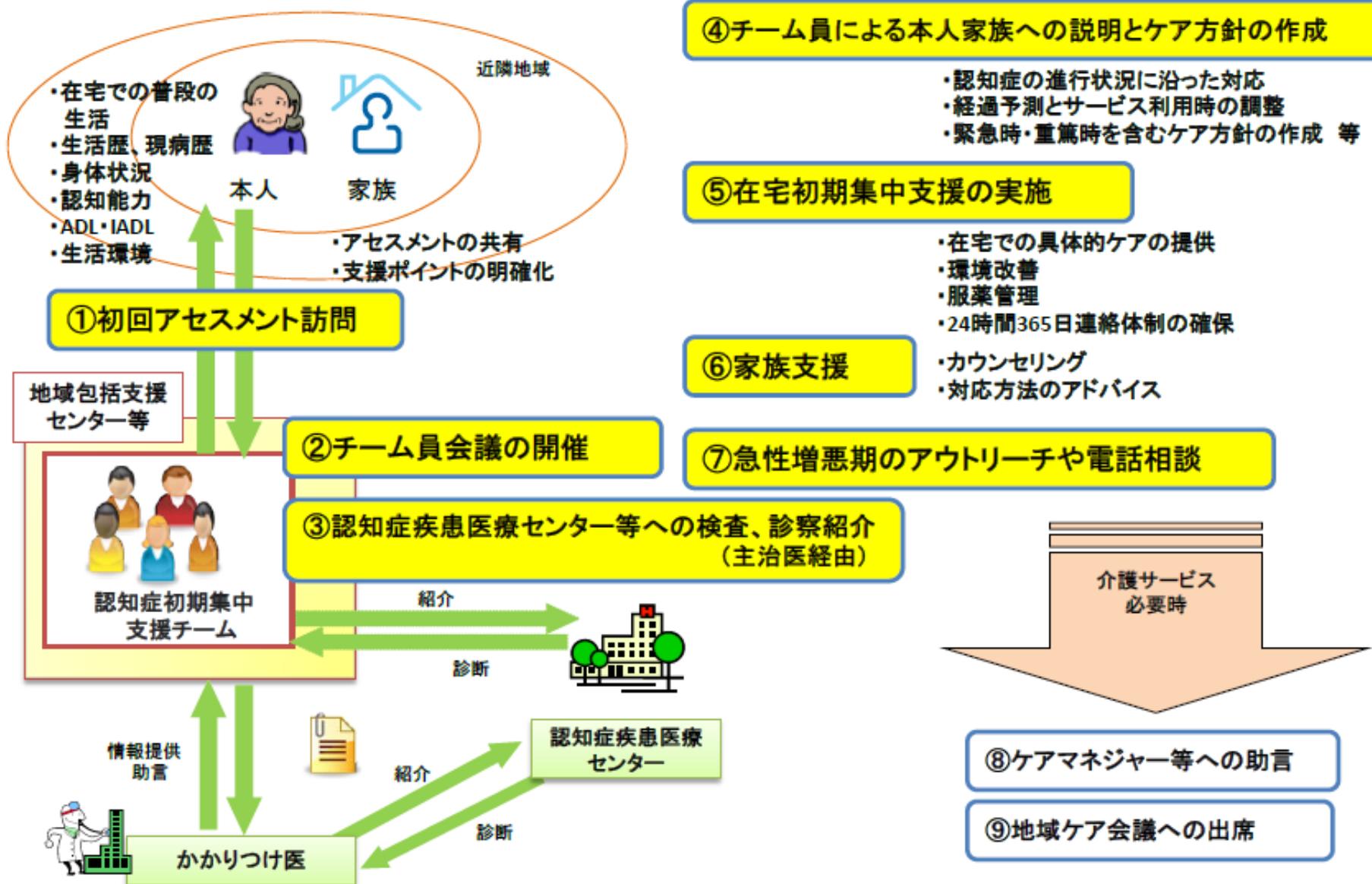
2. 早期診断・早期対応

- ① かかりつけ医の認知症対応力の向上
- ② 「認知症初期集中支援チーム」の設置
- ③ アセスメントのための簡便なツールの検討・普及
- ④ 早期診断等を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備
- ⑤ 認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制の整備

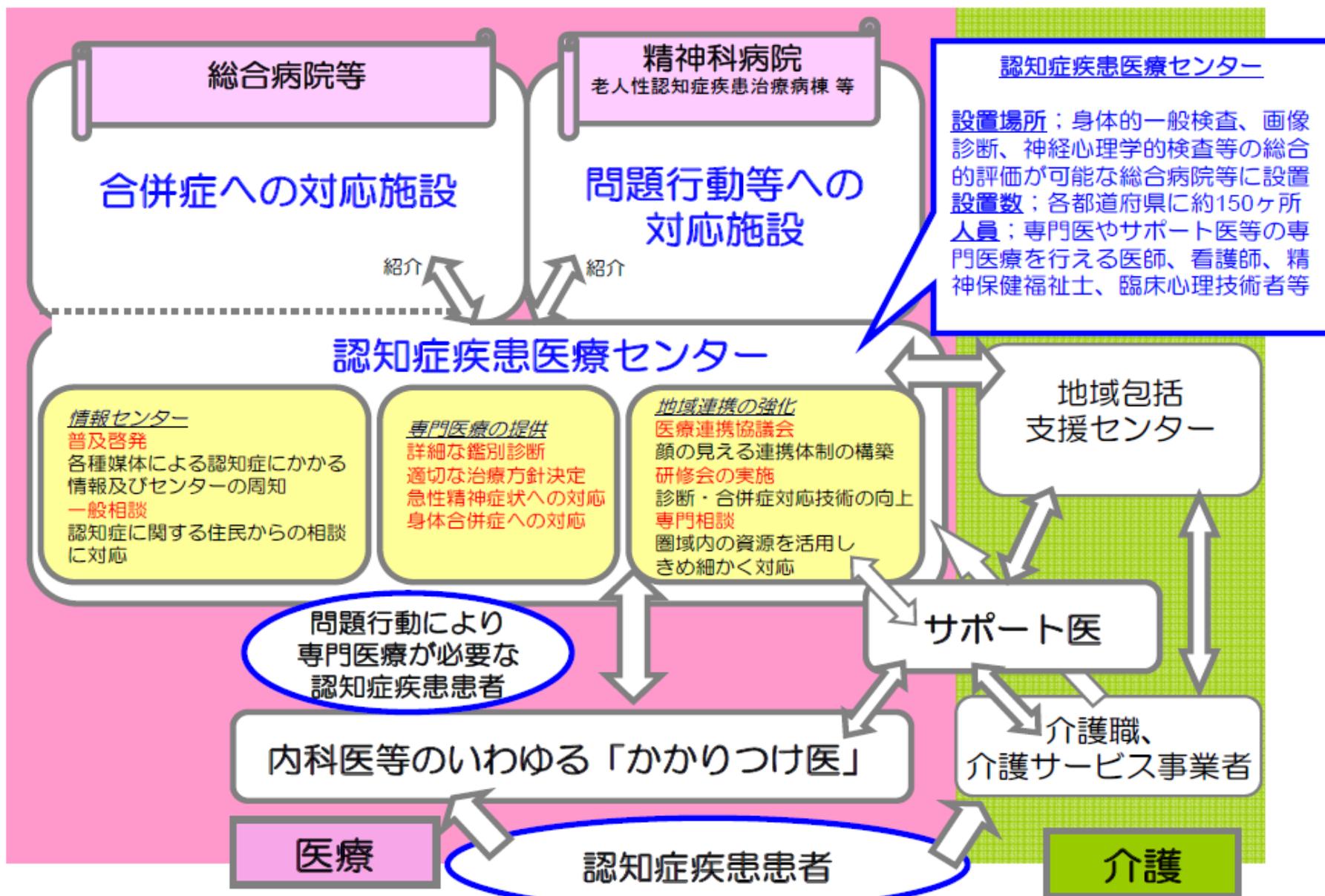
かかりつけ医・認知症疾患医療センター・認知症初期集中支援チームの相互関係図



認知症初期集中支援チームの概念図



認知症疾患医療センター運営事業（新規） 平成20年度予算額1.9億円



3. 地域での生活を支える 医療サービスの構築

- ① 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
- ② 一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保
- ③ 一般病院での認知症対応力の向上
- ④ 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
- ⑤ 精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援

4. 地域での生活を支える 介護サービスの構築

- ① 医療・介護サービスの円滑な連携と認知症施策の推進
- ② 認知症にふさわしい介護サービスの整備
- ③ 地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用の推進
- ④ 行動・心理症状等が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応
- ⑤ 介護保険施設等での認知症対応力の向上

5. 地域での日常生活・家族の 支援の強化

- ① 認知症に関する介護予防の推進
- ② 「認知症地域支援推進員」の設置の推進
- ③ 地域で認知症の人を支える互助組織等の活動への支援
- ④ 「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施
- ⑤ 高齢者の虐待防止などの権利擁護の取組の推進
- ⑥ 市民後見人の育成と活動支援
- ⑦ 家族に対する支援

6. 若年性認知症施策の強化

- ① 若年性認知症支援のハンドブック作成
- ② 若年性認知症の人の居場所づくり
- ③ 若年性認知症の人のニーズ把握等の取組の推進
- ④ 若年性認知症の人の就労等の支援

7. 医療・介護サービスを担う 人材の育成

- ①「認知症ライフサポートモデル」の策定
- ② 認知症ケアに携わる医療、介護従事者に対する研修の充実
- ③ 介護従事者への研修の実施
- ④ 医療従事者への研修の実施

5つの重点施策

- ① 早期診断と「認知症初期集中支援チーム」による早期ケアの導入
- ② 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
- ③ 一般病院入院中の身体合併症を持つ認知症の人や施設入所中の行動・心理症状発症者に対する外部からの専門家によるケアの確保
- ④ 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化について、有識者等による調査、研究の実施
- ⑤ 「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成と地域での受入れの体制づくりの推進

「認知症の薬物治療に関する ガイドライン」の策定

- 認知症の症状は、不適切な薬物使用などにより悪影響を受けやすい。
- また、認知症の精神症状に対する抗精神病薬の投与が世界的に議論されている中、日本では、臨床現場で利用されている事例があり、保険診療の中での使用が認められている現状がある。
- 認知症に対する薬物の影響や行動・心理症状に対する適切な薬物治療と非薬物治療についての検証、ならびに実践的なガイドラインを策定し、普及を図る。

認知症と薬物治療の課題

しばしば正しく理解されていない認知症 <中核症状とBPSD>

せん妄やBPSDは中核症状を悪く見せる

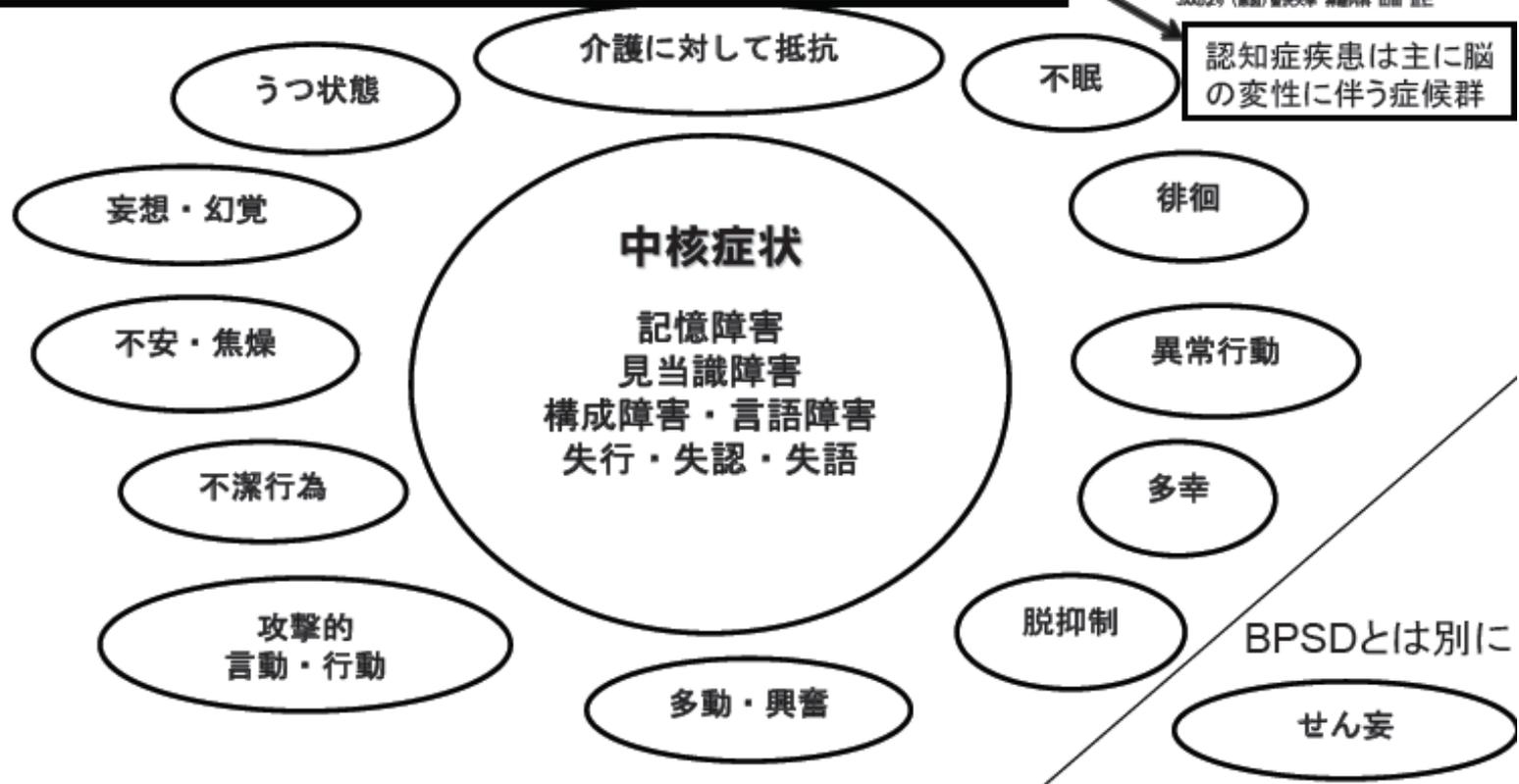
よくある誤解

- ×脱水が良くなると認知症が治る→せん妄が改善(当然そうすべき)
- ×薬をきると認知症が治る→せん妄が改善(介護と医療が注意深く連携を)



JAADより(原題)金沢大学 神経内科 山田 直仁

認知症疾患は主に脳の変性に伴う症候群



【認知機能障害の報告がある薬剤例】

BPSDの悪化ハイリスクに「薬剤」がある

- ①ベンゾジアゼピン(BZ)系
 - 一過性健忘、急性せん妄、長期服用による認知機能障害
- ②抗コリン薬・抗コリン作用のある薬剤
 - 記憶力、記銘力低下、せん妄出現
- ③抗うつ薬
 - 三環系抗うつ薬(TCA):抗コリン作用による認知機能障害)
 - SSRIおよびSNRIによる焦燥、興奮
- ④抗精神病薬
 - 過鎮静、抗コリン作用による認知機能低下
- ⑤抗パーキンソン病薬(アマンタジンなど)
 - 幻覚・幻視、被害妄想、認知機能低下
- ⑥その他
 - リチウム(腎機能低下時、利尿時・NSAIDs服用時特に注意)、抗てんかん薬、NSAIDs、H2ブロッカー、抗菌薬(βラクタム系:とくにカルバペネム、ニューキノロン系:NSAIDs併用時)、抗ウイルス薬、抗腫瘍薬、循環器用薬(ジギタリス、Ca拮抗薬、ACE阻害薬、β遮断薬など)、ステロイドなど

例：副作用による興奮・粗暴行為の悪化

- 薬剤副作用に着目せず・
薬剤副作用と考えなければ・・・

- 認知症の悪化と誤解
- 原因薬はそのまま投与
- BPSD症状は悪化

- 悪化原因が副作用だと、
考えれば

- 薬の中止、減量、変更
- 副作用評価

- 予想される結果

- 家族・介護者負担増
- 入院・施設入所
- 向精神薬・抗不安薬投与
- BPSDの更なる悪化
- 病態の評価が複雑化

- 予想される結果

- BPSD悪化の原因検討
- 適切な処置
- QOL,ADLの維持、向上期待

両者の差は、QOLに極めて大きな影響

BPSDの悪化要因

①薬剤	37.7%
②身体合併症	23.0%
③家族・介護環境	10.7%

2008年5月29日(木) NHK 福祉ネットワーク「シリーズ認知症②」生活を支える医療に向けて -BPSDの実態調査から-より
【(平成19年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金交付事業)「認知症の『周辺症状』(BPSD)に対する医療と介護の実態調査とBPSDに対する
チームアプローチ研修事業の指針策定調査報告書」実施主体:財団法人 ぼけ予防協会】を紹介

医原性によるもの

[例)せん妄、過鎮静、錐体外路症状(転倒、誤嚥性肺炎)・・・]

副作用のリスクを検討、改善する重要性。
薬剤師の関与が、QOLの差に直結

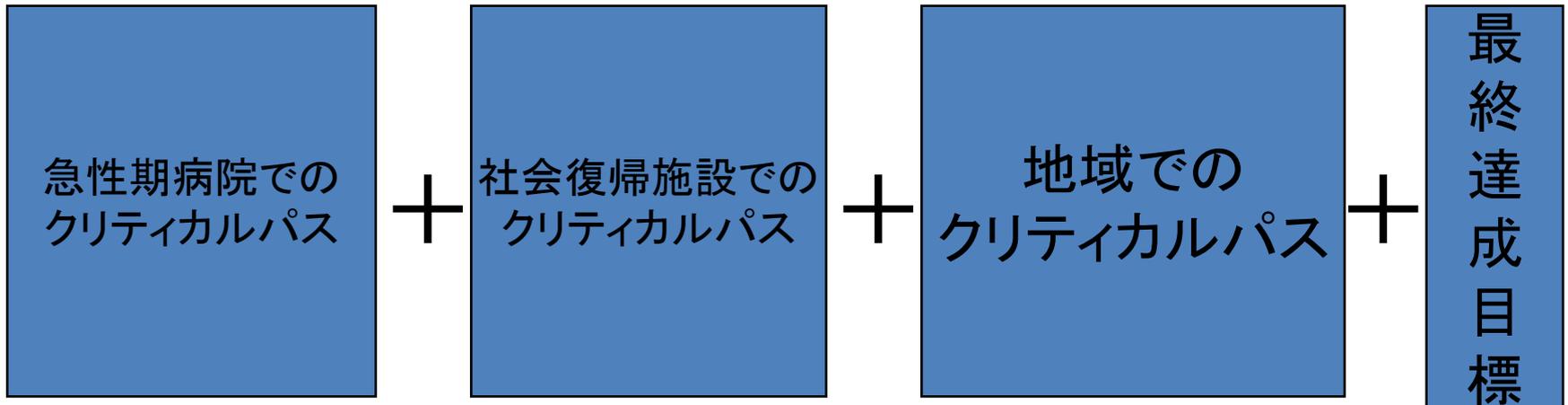
- 例) ①であれば、薬のせいでBPSDがひどくなる
②であれば、脱水や便秘、がんなどにより、BPSDがひどくなる

認知症の地域連携パス

医療連携パス

- 疾患別に診療ネットワークを形成し、連携パスの共通様式を作成の上、使用する

連携パス



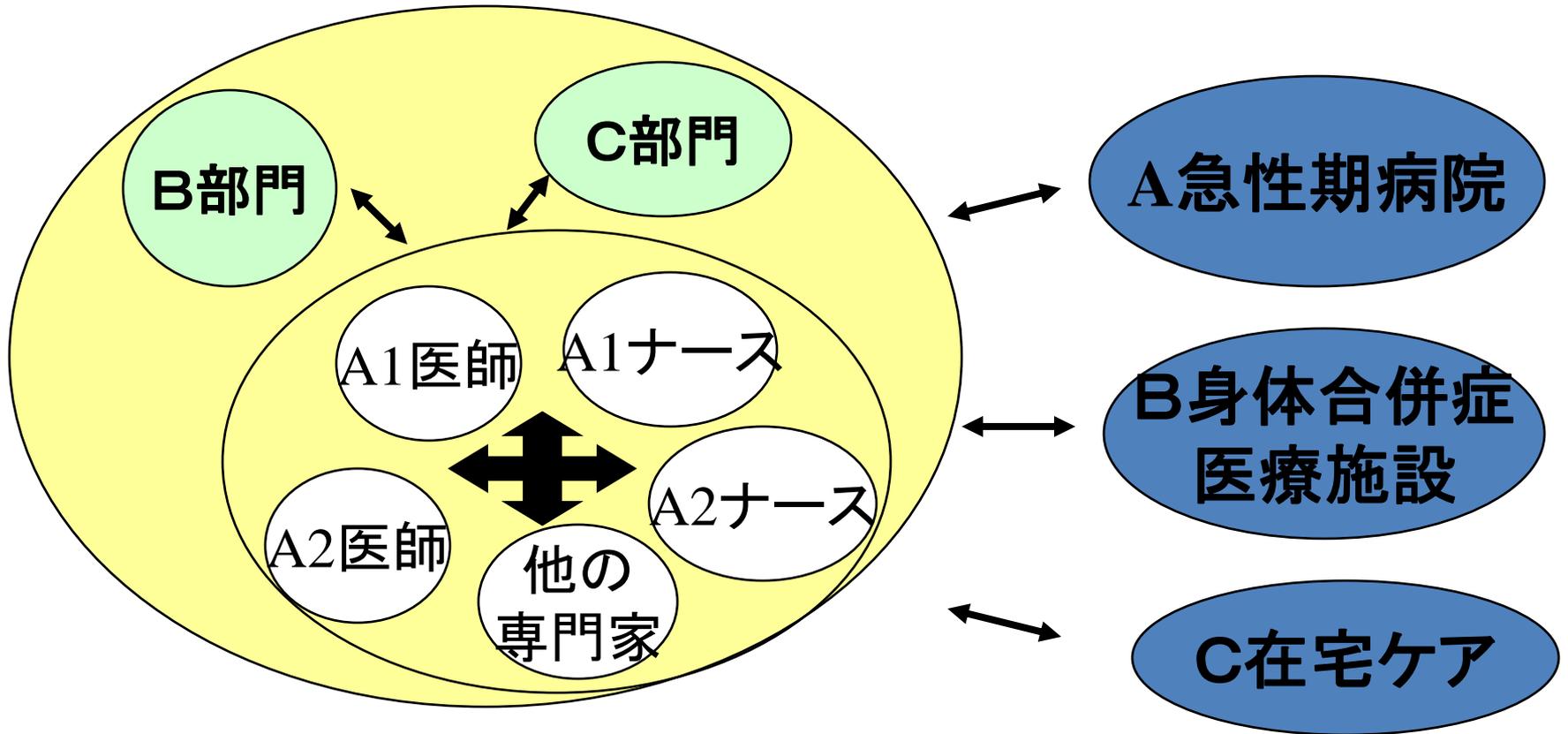
ターゲット(対象)は？

ゴール(目標)は？

地域連携パス導入のメリット

- クリティカルパス
 - 医療内容へ焦点を当てることができる
 - 標準化の推進
 - 類似したグループへのケア(ルーティーン)の言語化
 - チーム医療の推進・情報の共有
 - 職員教育
 - 医療政策・管理上の効果
- 地域連携
 - 地域医療計画への参画
 - 診療報酬
 - 住民ケアの向上

情報の共有



医療内容の標準化(クリティカルパス)・
アウトカム指標・診療録の記載

精神科地域連携パスのモデル例

- 1: 典型的うつ病を想定した入院治療希望
- 2: 典型的統合失調症を想定した入院治療希望
- 3: プライマリケア医からのうつ病疑い精査加療希望
- 4: 認知症が疑われる高齢者の精査加療希望
- 5: アルツハイマー型認知症のBPSDを想定した入院治療希望
- 6: 基礎疾患のある高齢者のせん妄精査加療希望

- 病態の安定
- 地域に受け入れが可能であれば退院できる

退院支援パス

地域移行対象患者決定

- 本人と家族の意向の確認
- 病状評価

タスク

退院決定時

- カンファレンス(CF)
- Pt教育
- クライシスプラン作成
- △住居確認・確保
- 制度利用のための書類
- △作業所やクリニックの確認
- 薬の整理
- 経済状況確認
- 家族教育

退院準備期

(退院1ヶ月~)

- 試験外泊
- 退院前訪問
- 地域資源との関わり
- 退院後の外来受診の教育
- 入居契約
- 火気の取り扱い

退院

- 次回外来日の確認
- ENT薬の確認と受け渡し

服薬
金銭
清潔
睡眠
排泄
対人関係
食事
健康管理
症状管理

アウトカム

- 経済的な見通しがたっている
- 家族の同意が得られている
- 病状が安定している
- 退院を希望している
- 過度な不安がない
- 支援が必要の時の対処法が理解できる
- 地域生活がイメージできる
- 支援必要時の自覚がもてる
- 外泊時に服薬管理ができる
- 外泊中に支援必要時に実践できる
- 外泊中に入浴食事生活の不安がない
- 安全に居宅で時間が過ごせる
- 外泊で家族が不安にならない
- 地域支援者と交流ができる
- 外来予約ができる
- 退院準備が進んでいる
- 症状安定
- ほぼ自立
- 退院希望

認知症パス：認知症を早期に診断し、専門医に紹介・治療を開始しかかりつけ医に再度紹介するパス

(一般開業医→診断→専門医に紹介(診断治療)→再紹介)

<目的> 早期に認知症の知識を得ることで、地域で安心して生活することができ

<対象者> 家人と同居されていて、かかりつけ医に通院している患者

<適応基準> 検討中

<除外基準> 検討中

1. かかりつけ医(通院)

2. 専門医療機関受診時

3. かかりつけ医(通院)

アウトカム

・専門医療機関へ受診を納得できる

・診断を受け、治療を開始できる
 ・介護支援体制・医療保険サービスの情報が得られる
 ・家族が患者への接し方を理解できる

・治療を継続できる
 ・必要時介護支援が受けられる
 ・予防支援が受けられる

評価項目

・家人と本人と一緒に受診できる
 ・専門医療機関が決められる

・検査を受けられる
 ・診断・治療の説明を受け同意する
 ・介護支援体制・医療保険サービスの情報の説明が受けられる
 ・説明に対して患者家族から具体的な質問をする
 ・かかりつけ医での継続受診に同意する

・定期的な受診ができる
 ・地域包括・居宅介護支援事業所に連絡できる
 ・介護保険の申請に行く

タスク

・家人と本人と一緒に受診するするように説明する
 ・専門医へ受診のメリットを説明する
 ・専門医への診療情報提供書を書く
 ・専門医療機関に関する情報を伝える
 ・専門医療機関の外来予約をする
 ・可能であれば簡易検査を行う

・検査を行う(医師・臨床心理士・放射線科)
 ・診断をする
 ・病状・治療計画・接し方の説明を行う
 ・介護支援・医療保険サービスの説明(PSW・MSW・ケアマネ・保健師)
 ・必要な指導を行う(栄養士・薬剤師・看護師・作業療法士)
 ・かかりつけ医への診療情報提供書を書く

・治療を継続する
 ・予防支援のICを行う
 ・介護保険の意見書を提出する
 ・ケアマネの紹介する(地域包括・居宅介護支援事業所)

世田谷区もの忘れ連携パス

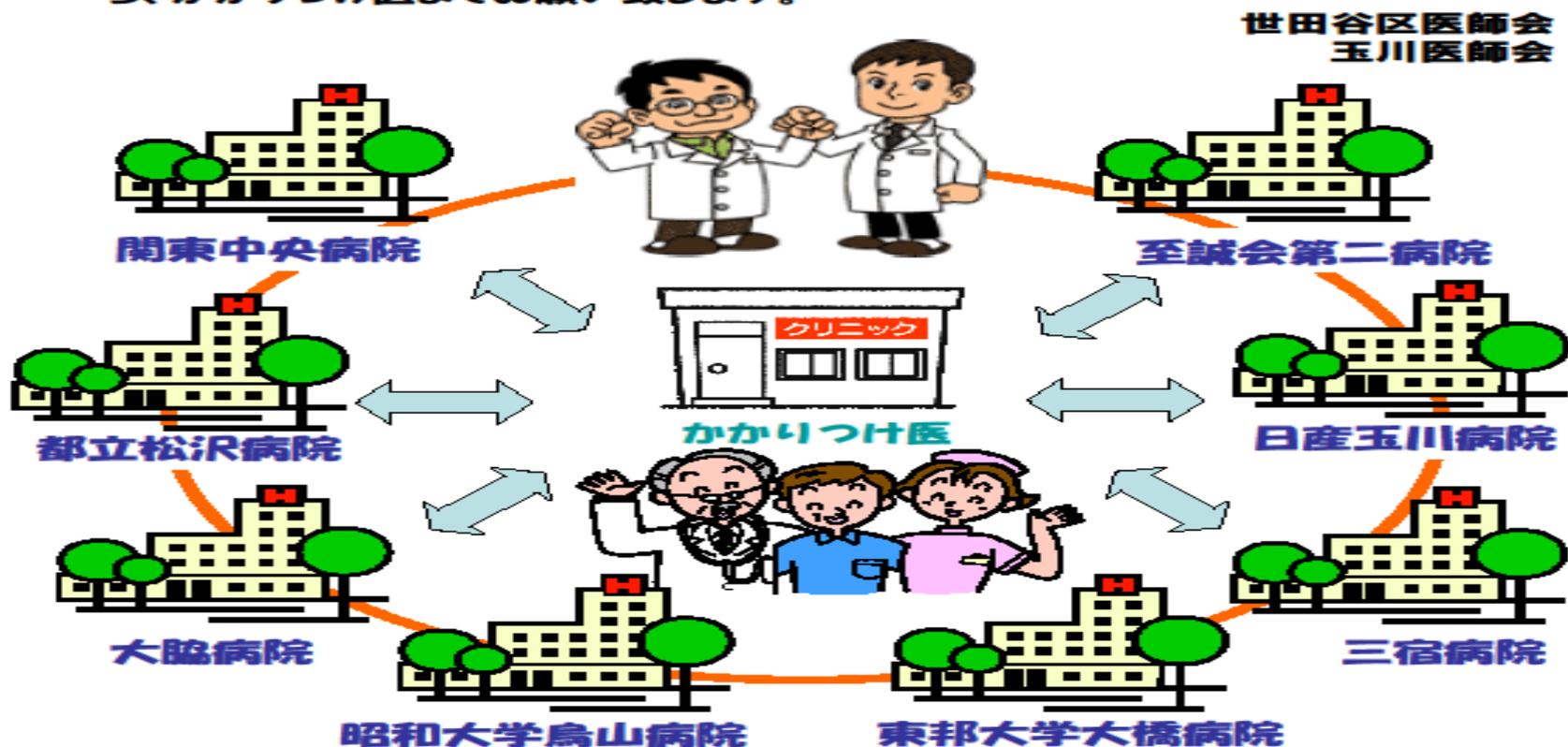


世田谷区もの忘れ診断 地域連携のご案内

世田谷区医師会・玉川医師会では地域の医療機関が連携して、もの忘れ患者様が安心して診断・治療・療養を継続できる環境づくりに努めて参りました。

今回ご案内する「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」は患者様の診断方法や受診予定を患者様とご家族、かかりつけ医、病院で共有するためにつくりましたもの忘れ患者様の治療計画です。

※ 「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」に関するお尋ねやご意見がございましたら、かかりつけ医までお願い致します。



世田谷区もの忘れ診断 地域連携 (患者様用)



かかりつけ医:

様

病 院:

紹介時
月 日

初診~1ヶ月
月 日

定期受診
月 日

半年又は1年後
月 日

その後の
定期受診



FAX
予約



FAX
予約



ご紹介



診断・治療
各種検査等



定期的な診察
検査・治療



診断・治療
各種検査等



定期的な診察
検査・治療

病院への紹介の
際は事前に予約
をお取り致します



- MMSE
- 神経学的所見



血液検査

- 脳血流検査
- 心臓交感神経検査



脳MRI



検査前には事前に
病院予約を取って下さい

- MMSE
- 神経学的所見



血液検査

- 脳血流検査
- 心臓交感神経検査

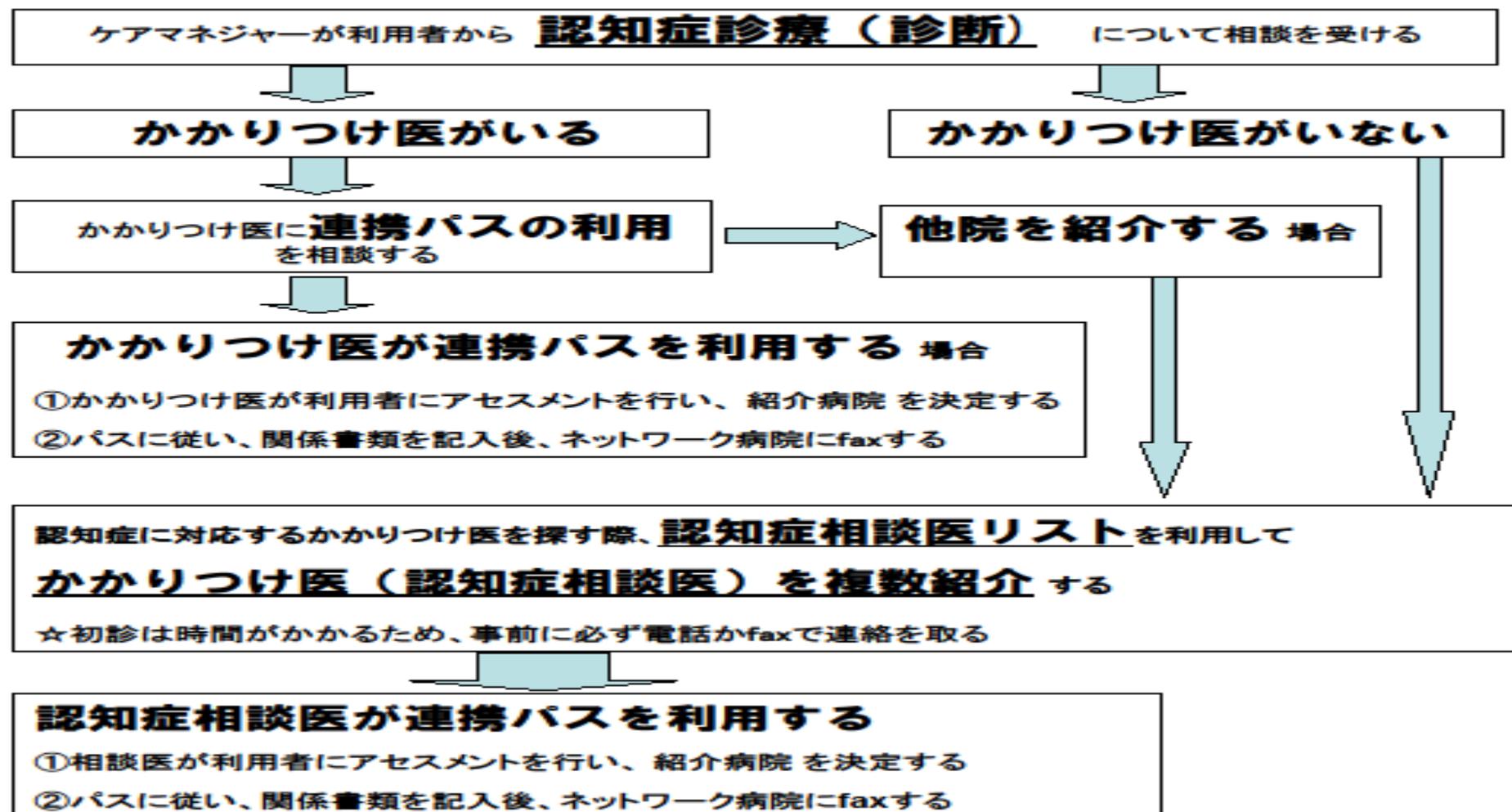


脳MRI



病状に変化が
あった時には
病院と連携を
とります

世田谷区認知症診断地域連携クリティカルパス ケアマネジャー用 使用例



注1 かかりつけ医と連携で認知症の治療に当たるためかかりつけ医は必ず必要。
認知症ネットワーク病院の直接の受診は基本的に控える。

注2 世田谷認知症診断地域連携クリティカルパスについては医師会から会員へ資料配布済み

認知症患者の外来診療の評価

- 早期診断をより一層推進するため、認知症専門診断管理料の評価を引き上げる。
- 認知症の症状が増悪(BPSD)した患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設する。

認知症専門診断管理料
500点(1人につき1回)

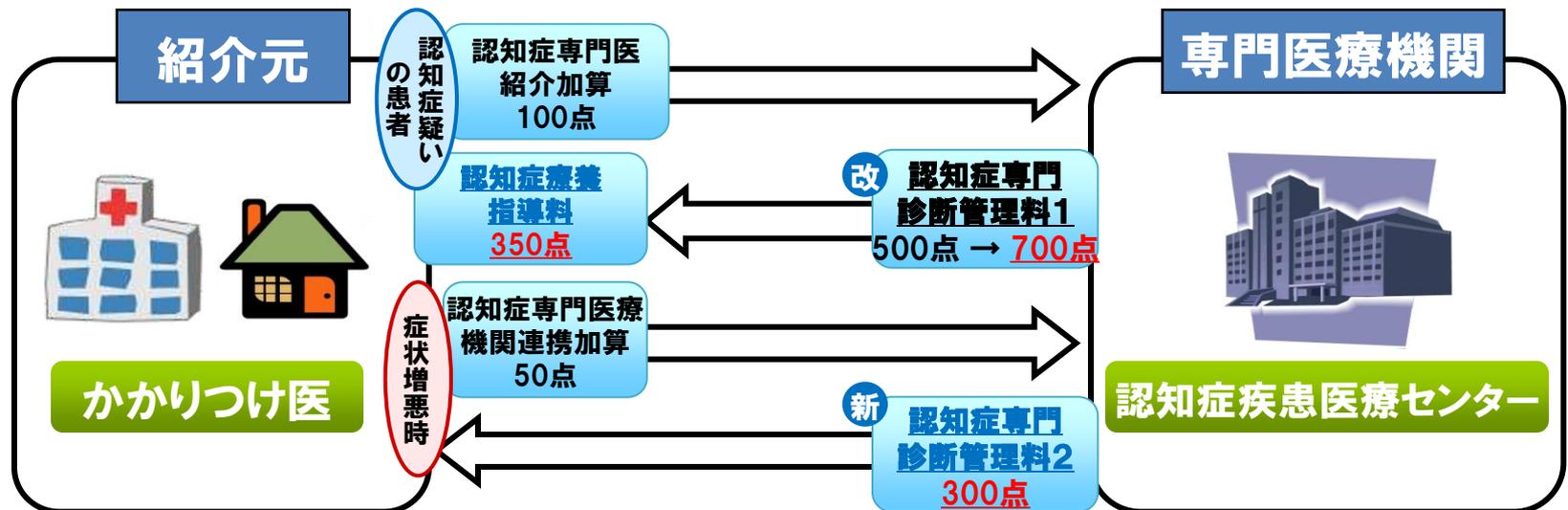


(改)認知症専門診断管理料1
700点(1人につき1回)

(新)認知症専門診断管理料2
300点(3月に1回)

- 専門医療機関において、認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことの評価を新設する。

(新) 認知症療養指導料 350点(月1回、6月まで)



(厚生労働省資料より)

認知症患者の入院診療の評価

		改定前				改定後	
認知症 治療病棟 入院料	認知症治療病棟 入院料1※	30日以内	1,450点/ 日	⇒	1,761点/日	透析は 出来高	
		31日～60 日		⇒			1,461点/日
		61日超	1,180点/ 日	⇒	1,171点/日		
	認知症治療病棟 入院料2※	30日以内	1,070点/ 日	⇒	1,281点/日		透析は 出来高
		31日～60 日		⇒			
		61日超	970点/日	⇒	961点/日		
認知症 治療病棟 入院料の 加算	認知症夜間対応加算(夜勤の看護要員3人以上、入院から30日以内)					84点/日	
	退院調整加算(退院支援部署の設置、PSW及び専従者1人以上配置)		100点	⇒	300点		

2025年へのロードマップ

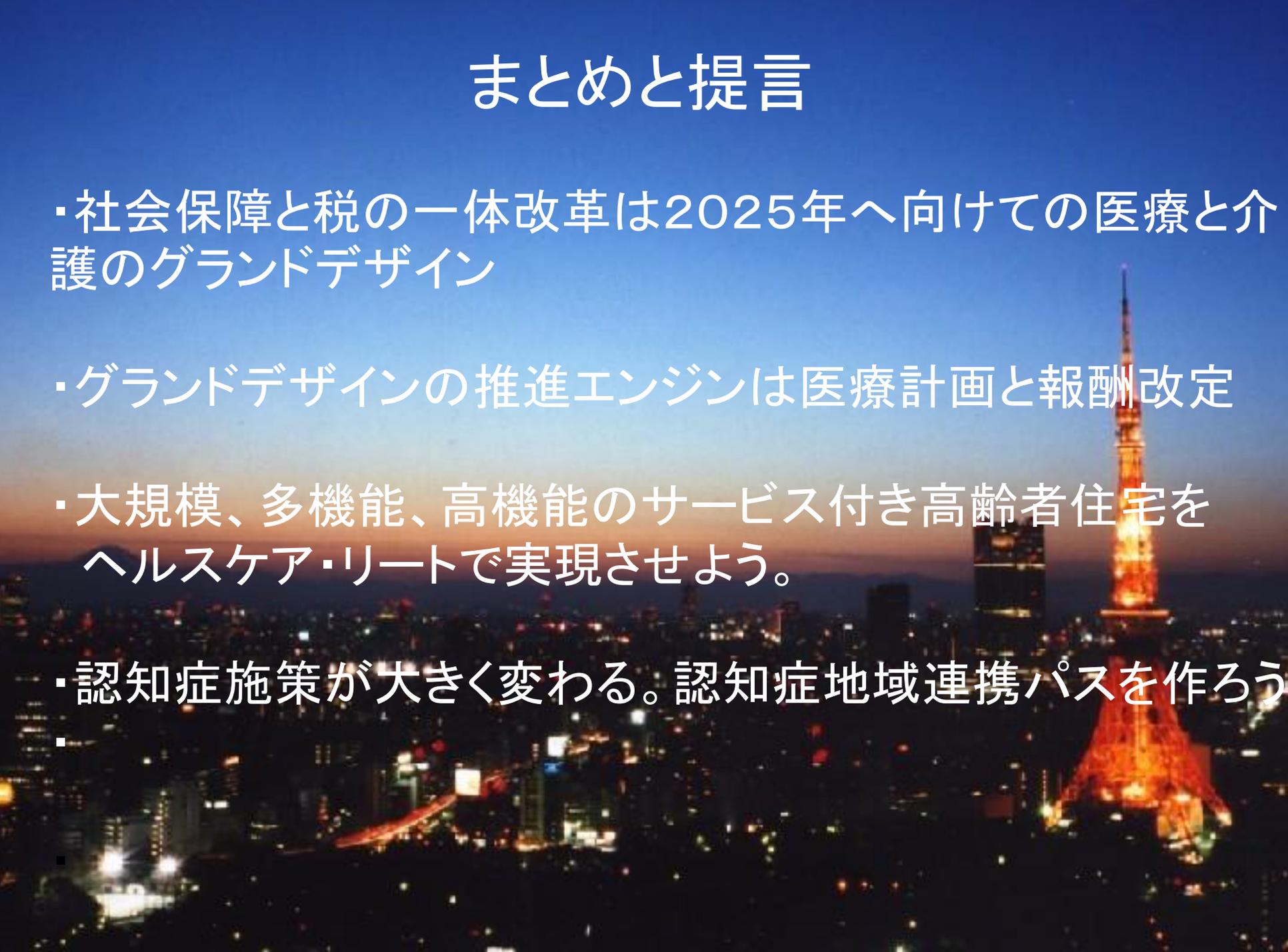
～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **4月発刊**
- <http://www.igakutushin.co.jp/index1.php?contenturl=book1.php?id=615>



まとめと提言

- ・社会保障と税の一体改革は2025年へ向けての医療と介護のグランドデザイン
- ・グランドデザインの推進エンジンは医療計画と報酬改定
- ・大規模、多機能、高機能のサービス付き高齢者住宅をヘルスケア・リートで実現させよう。
- ・認知症施策が大きく変わる。認知症地域連携パスを作ろう



ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

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