

2025年へのロードマップ 第1回



国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹

目次

- パート1
 - 社会保障・税の一体改革
- パート2
 - 医療計画見直し
- パート3
 - 入院医療等の調査評価分科会



パート1

社会保障・税の一体改革



2025年へ向けて、
医療・介護のグランドデザインの議論が
社会保障制度改革国民会議で行われている

社会保障・税一体改革(8月10日)

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年に8%、15年に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は…
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題

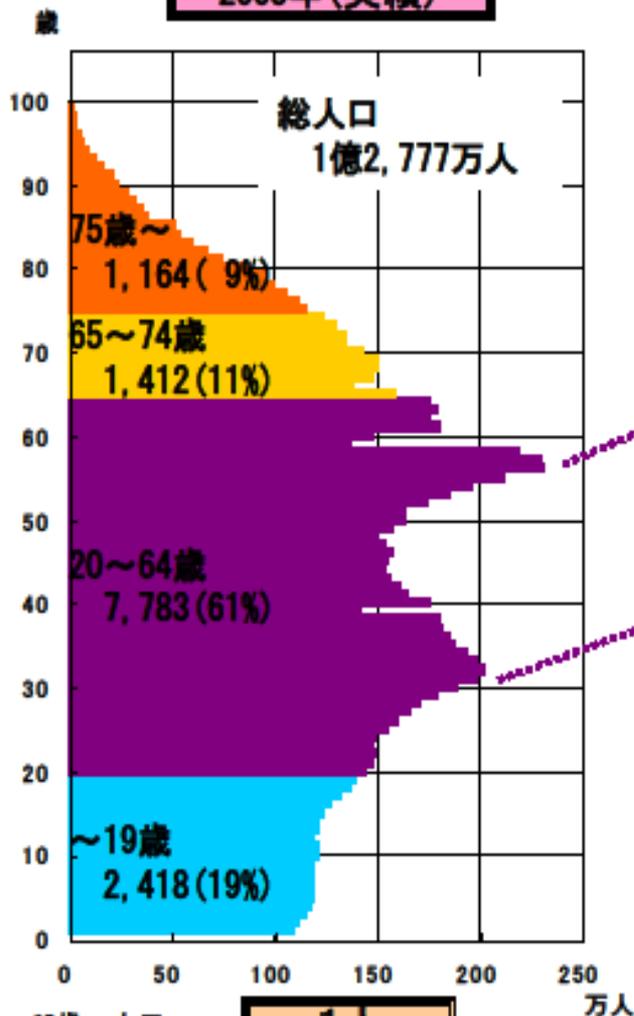


2012年8月10日、参議院を通過

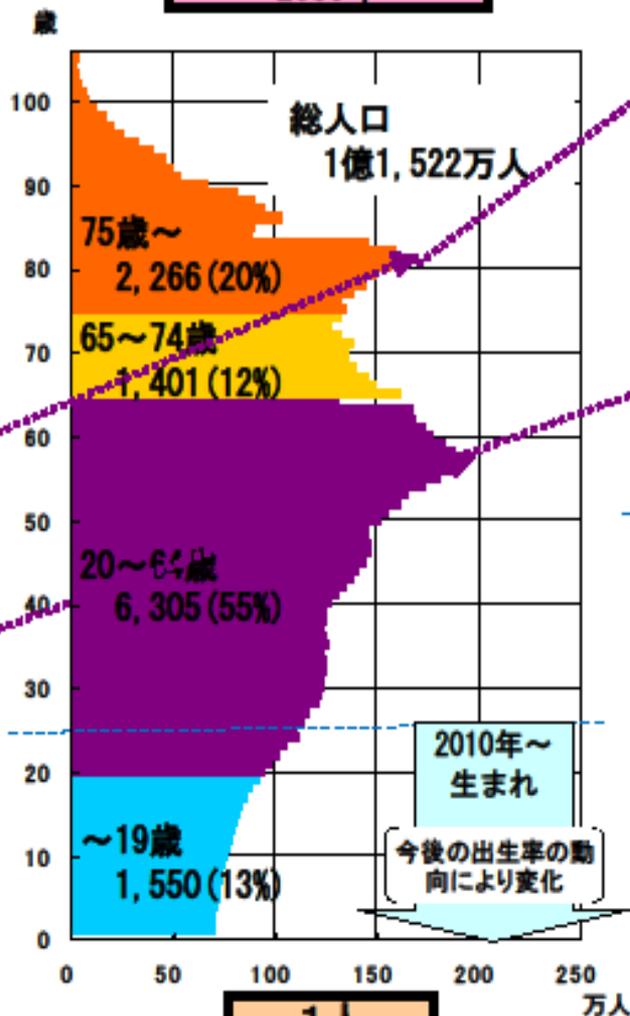
人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定される。

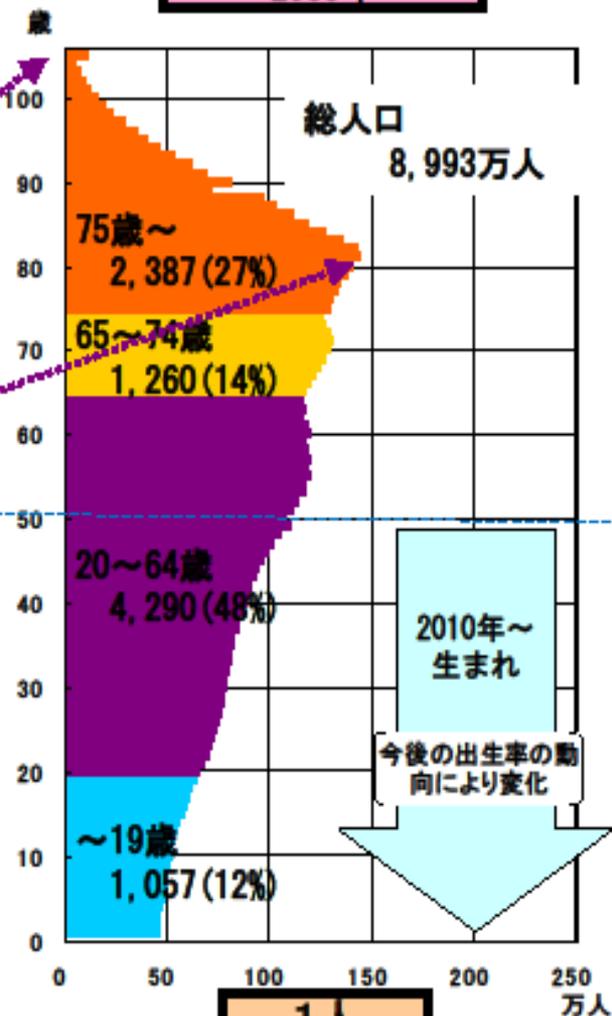
2005年(実績)



2030年



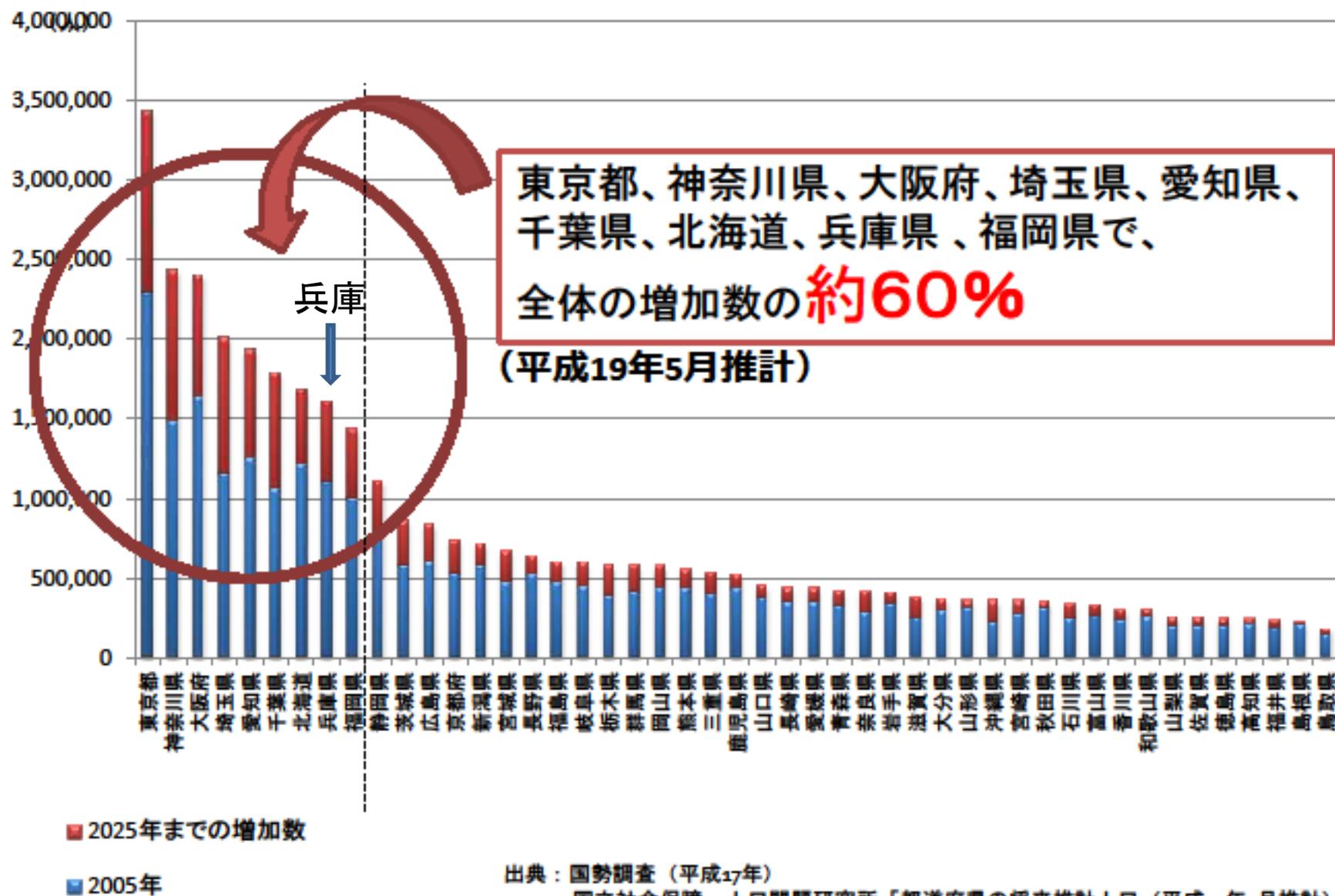
2055年



注:2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

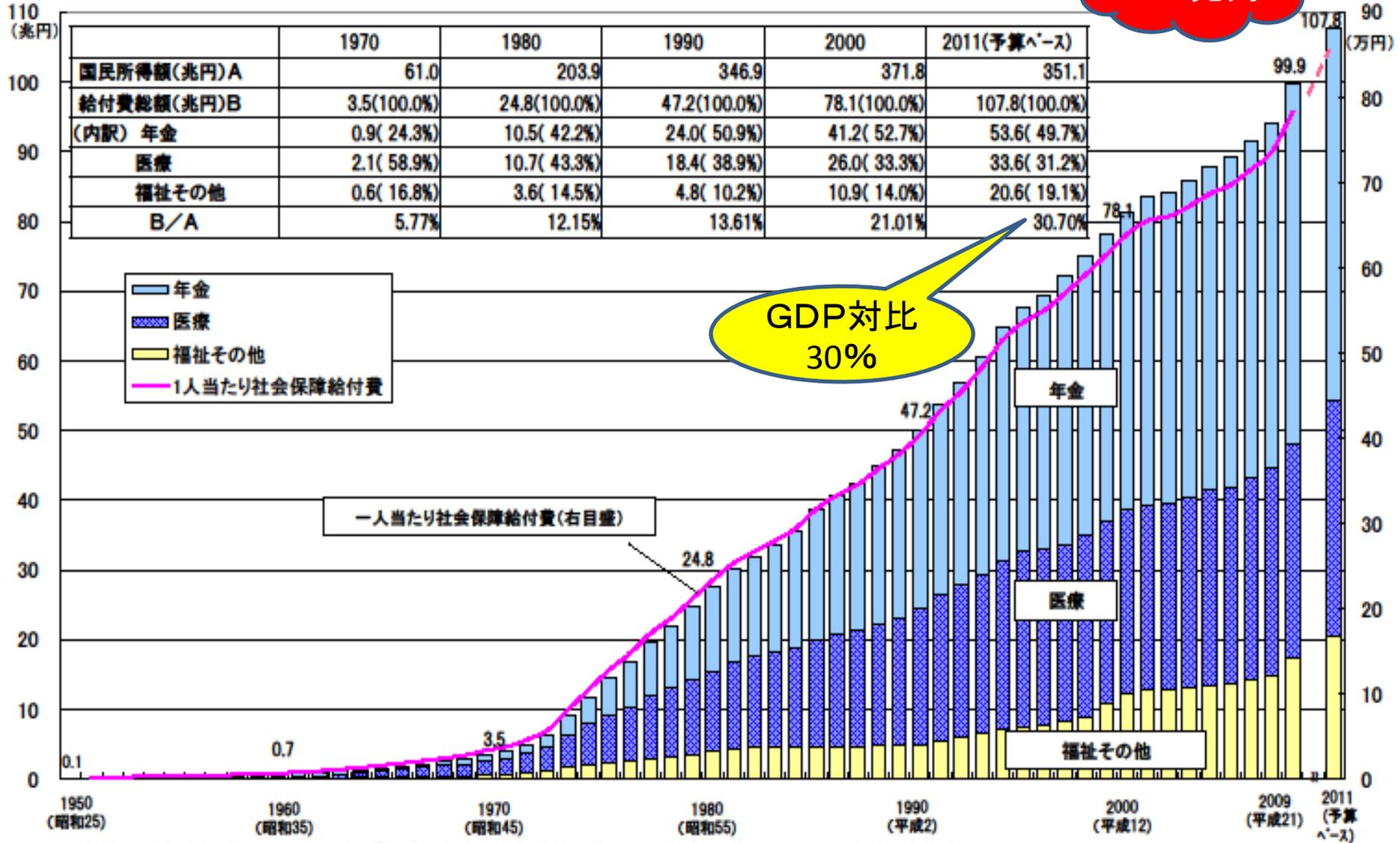
出典)国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



社会保障給付費の推移

2025年
140兆円



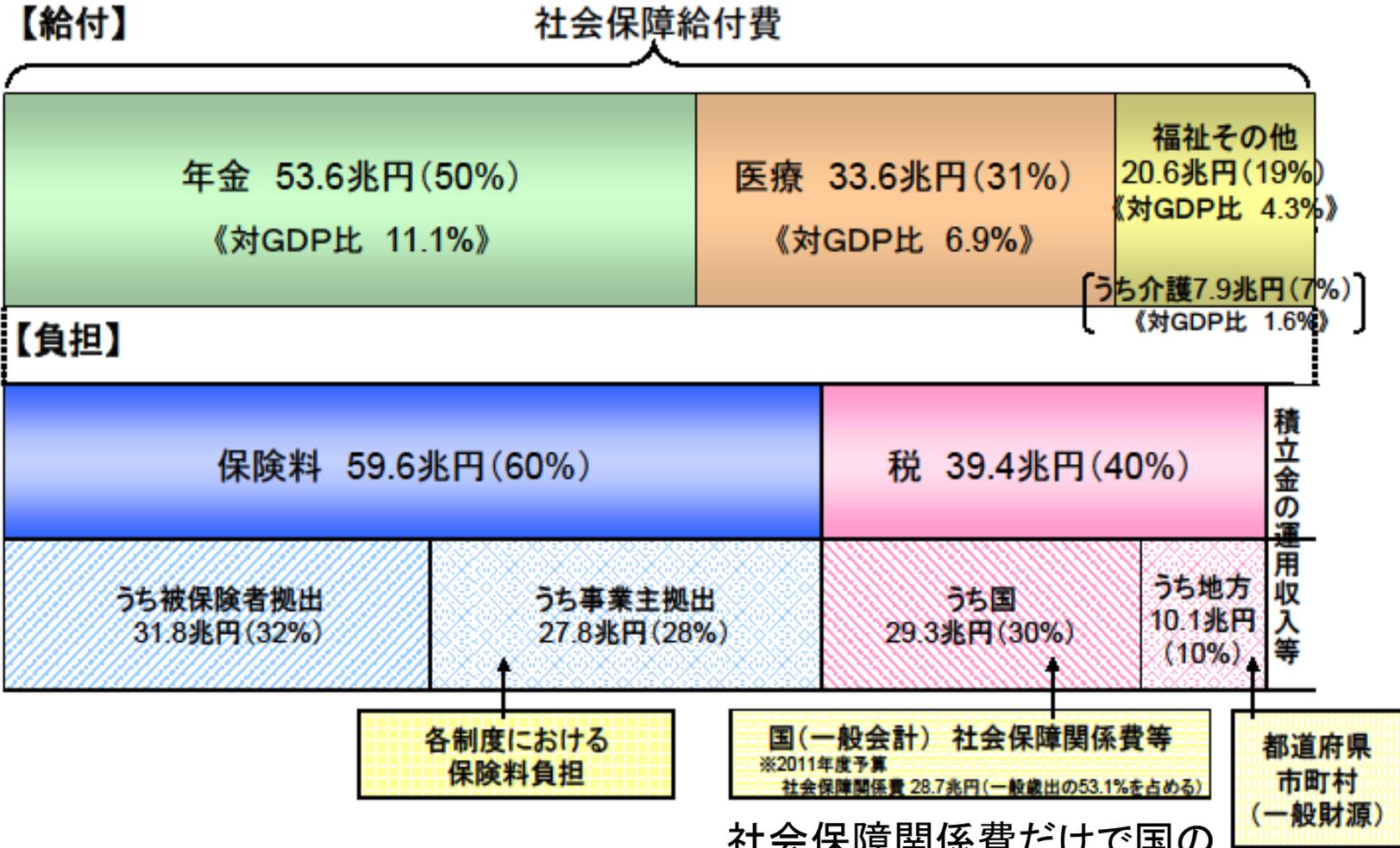
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障の給付と負担の現状(2011年度予算ベース)

社会保障給付費(※) 2011年度(予算ベース) 107.8兆円 (対GDP比 22.3%)

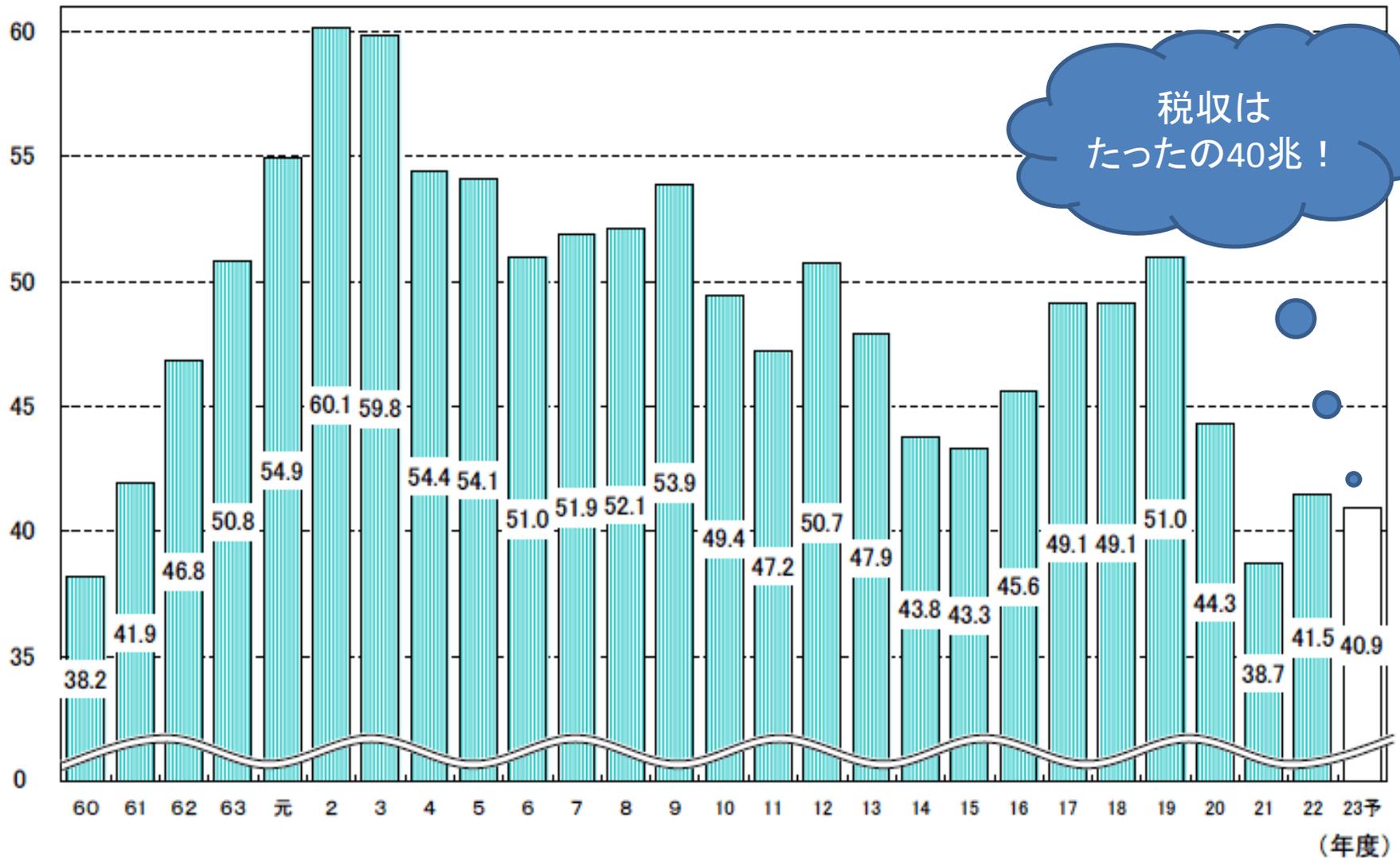


※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障関係費だけで国の
一般歳出の53%を占めている

一般会計税収の推移

(兆円)



消費増税法が成立



そしてついに増税！

しかし、

その前になすべきことは？

医療・介護の機能強化と

徹底した効率化

日本経済新聞

8月11日

14年4月8%

15年10月10%

増収、社会保険料に

社会保障・税の一体改革

医療・介護サービス提供体制の見直し

【子ども・子育て】

潜在的な保育ニーズにも対応した 保育所待機児童の解消

	平成22(2010)年	平成26(2014)年
○平日昼間の保育サービス(認可保育所等)	215万人	⇒ 241万人
(3歳未満児の保育サービス利用率)	(75万人(23%))	(102万人(35%))
○延長等の保育サービス	79万人	⇒ 96万人
○認定こども園	358か所(2009年)	⇒ 2000か所以上
○放課後児童クラブ	81万人	⇒ 111万人

※平成29年(2017年)には11.8万人(4.4%)

地域の子育て力の向上

	平成22(2010)年	平成26(2014)年
○地域子育て支援拠点事業	7100か所 (市町村単独分含む)	⇒ 10000か所
○ファミリー・サポート・センター事業	637市町村	⇒ 950市町村
○一時預かり事業	延べ348万人(2008年)	⇒ 延べ3952万人

【医療・介護】

2011年度

2025年度

	2011年度	2025年度	
【医療】	病床数、平均在院日数	107万床、19～20日程度	【高度急性期】 22万床 15～16日程度 【一般急性期】 46万床9日程度 【亜急性期等】 35万床 60日程度
		一般病床 107万床	機能分化し て103万床
	医師数	29万人	32～34万人
	看護職員数	141万	195～205万人
	在宅医療等(1日あたり)	17万人分	29万人分
【介護】	利用者数	426万人	641万人(1.5倍) ・ 介護予防・重度化予防により全体として3%減 ・ 入院の減少(介護への移行):14万人増
	在宅介護	304万人分	449万人分(1.5倍)
	うち小規模多機能	5万人分	40万人分(8.1倍)
	うち定期巡回・随時対応型サービス	—	15万人分(—)
	居住系サービス	31万人分	61万人分(2.0倍)
	特定施設	15万人分	24万人分(1.6倍)
	グループホーム	16万人分	37万人分(2.3倍)
介護施設	92万人分	131万人分(1.4倍)	
特養	48万人分(うちユニット12万人(26%))	72万人分(1.5倍)(うちユニット51万人分(70%))	
老健(+介護療養)	44万人分(うちユニット2万人(4%))	59万人分(1.3倍)(うちユニット29万人分(50%))	
介護職員	140万人	232万人から244万人	
訪問看護(1日あたり)	29万人分	49万人分	

居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

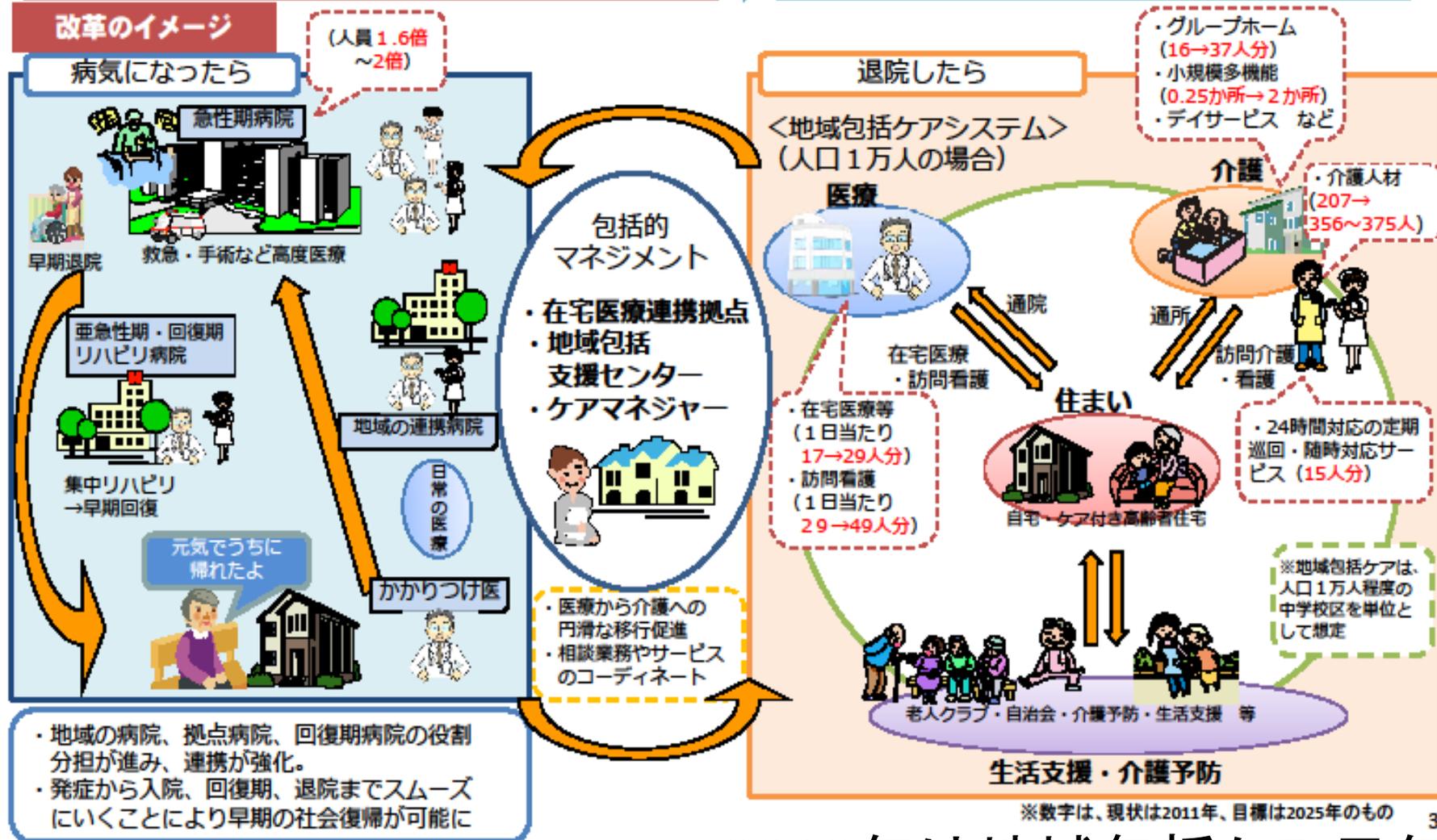
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



2012年は地域包括ケア元年

医療・介護機能の再編（将来像）

医療・介護の充実①

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】

【2025(H37)年】



【取組の方向性】

○入院医療の機能分化・強化と連携

- ・急性期への医療資源集中投入
- ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

○地域包括ケア体制の整備

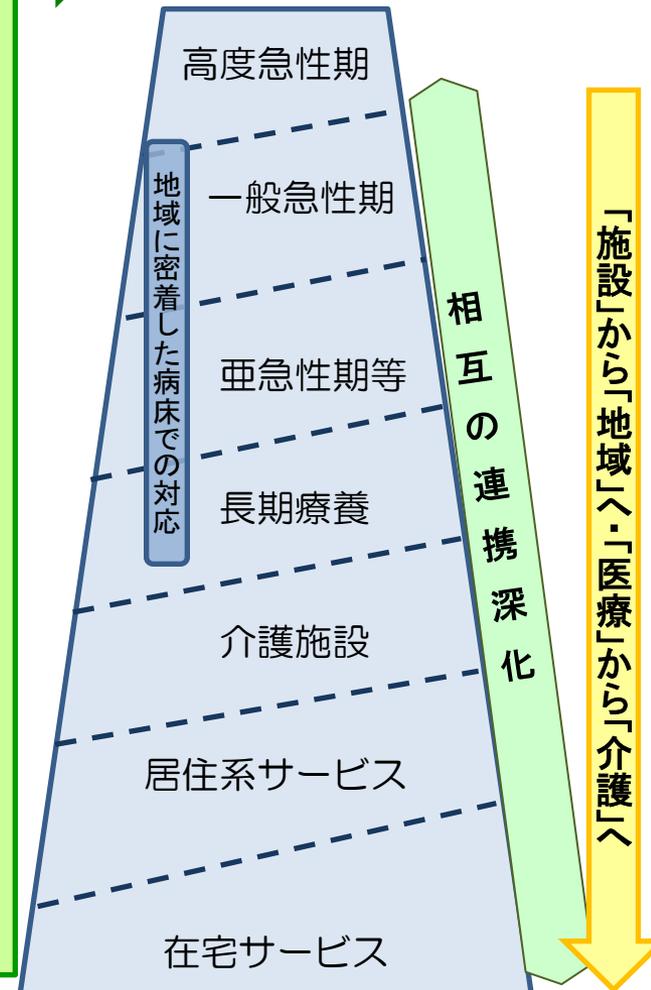
- ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

パート2

医療計画の見直し



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



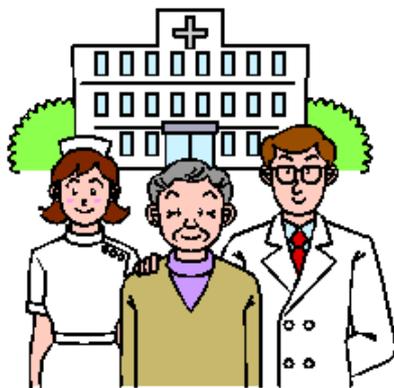
B診療所
(連携先)



A診療所

在宅療養支援診療所

往診料や訪問診察料に高い加算



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

数

25

20

15

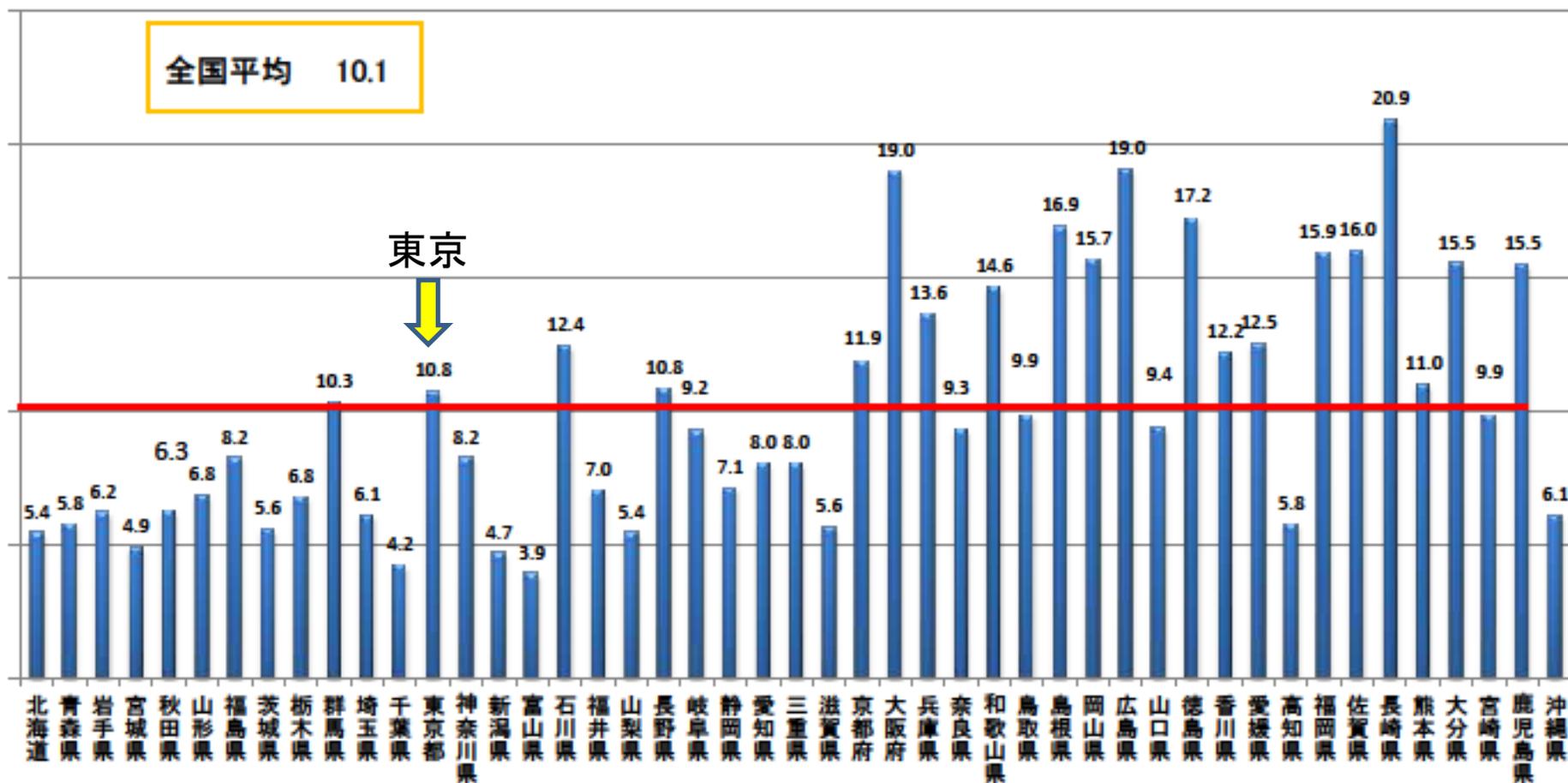
10

5

0

全国平均 10.1

東京



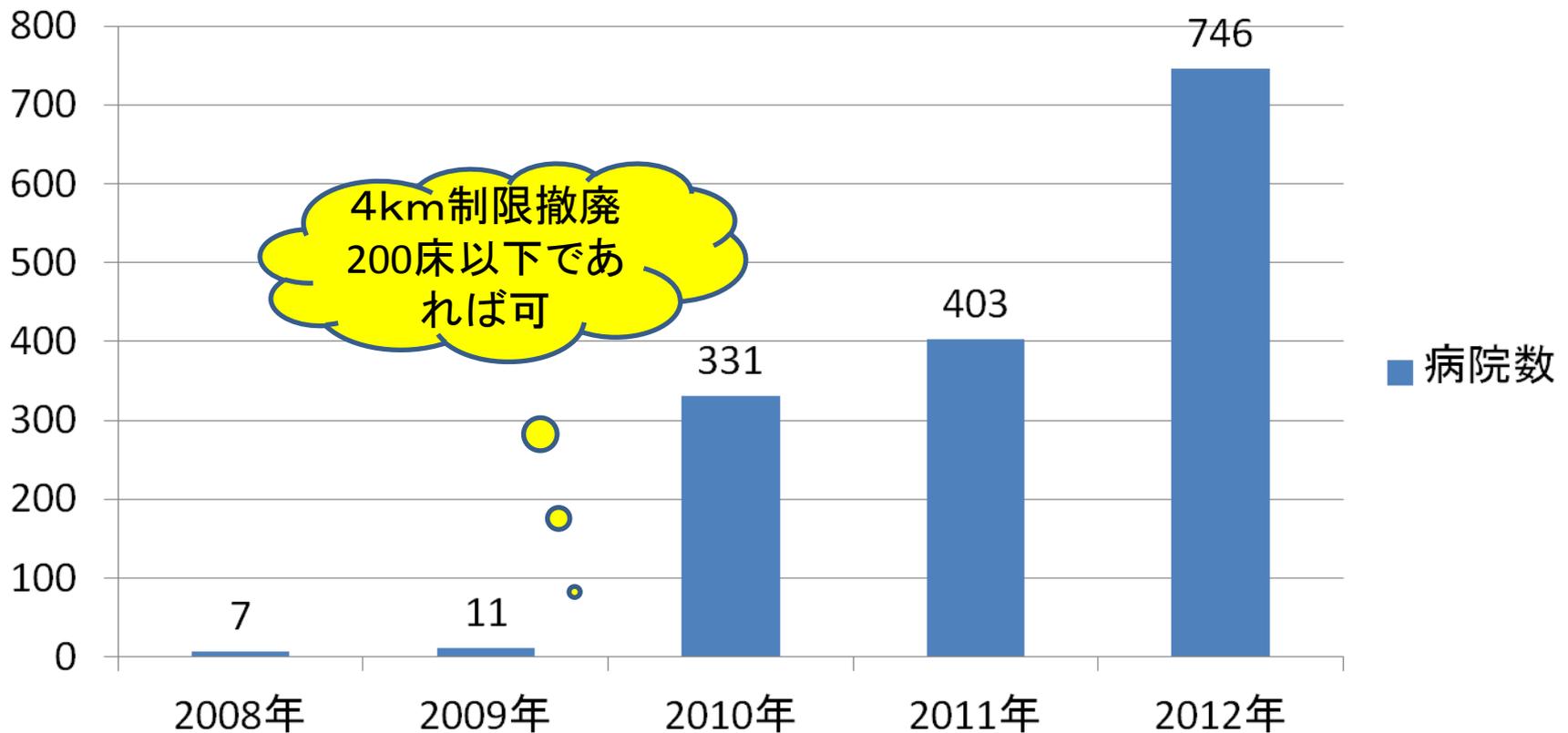
保険局医療課データ 平成23年7月

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



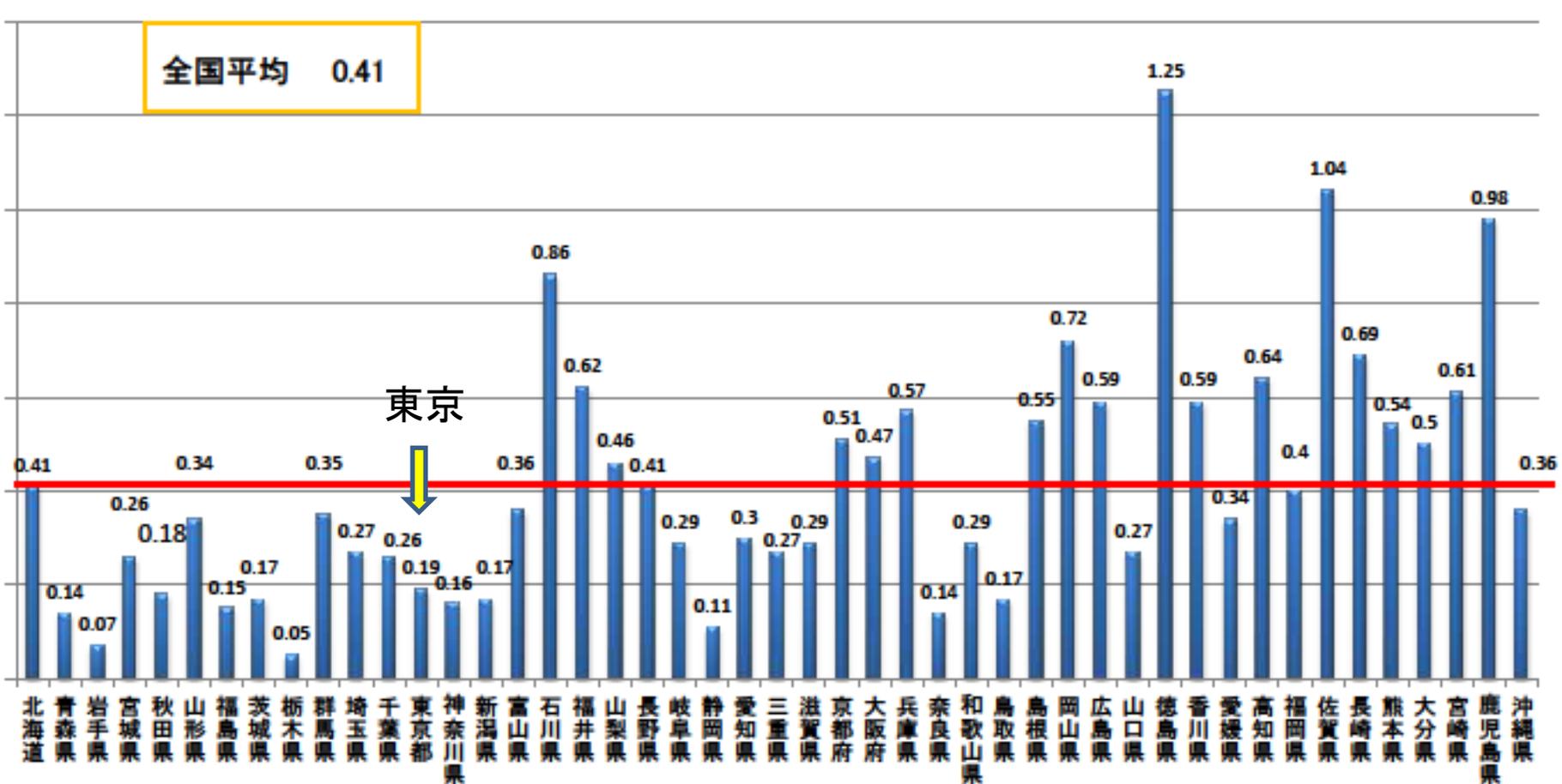
人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援病院数

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

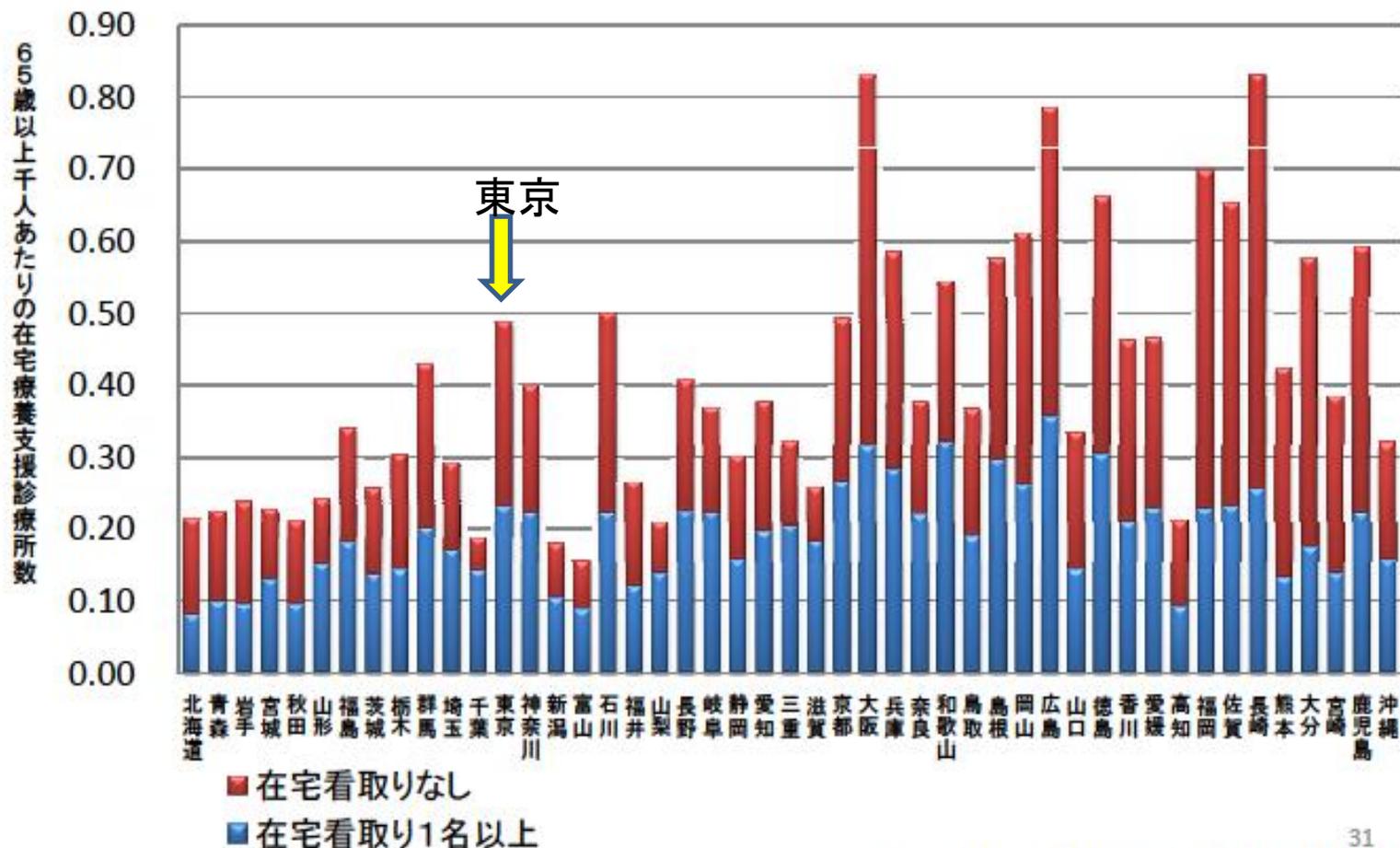


保険局医療課データ 平成23年7月

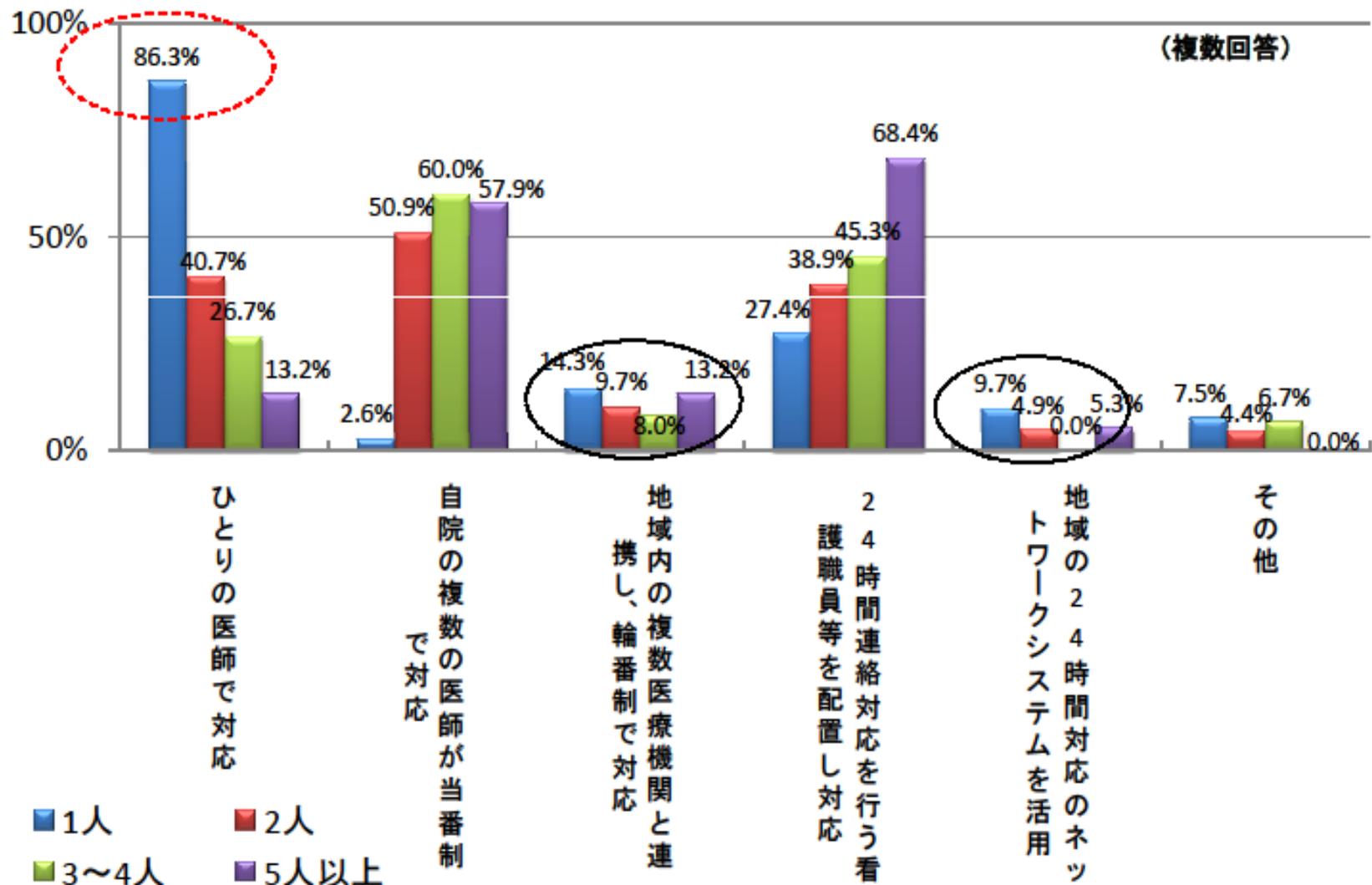
在宅療養支援診療所・病院の 課題と対策

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)

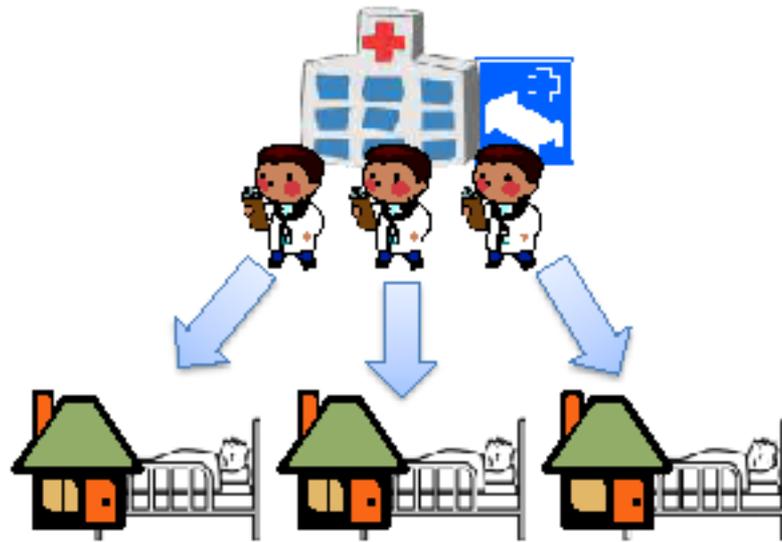
- ①従前の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の要件に以下を追加する。
 - －イ 所属する常勤医師3名以上
 - －ロ 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
 - －ハ 過去1年間の看取り実績2件以上

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

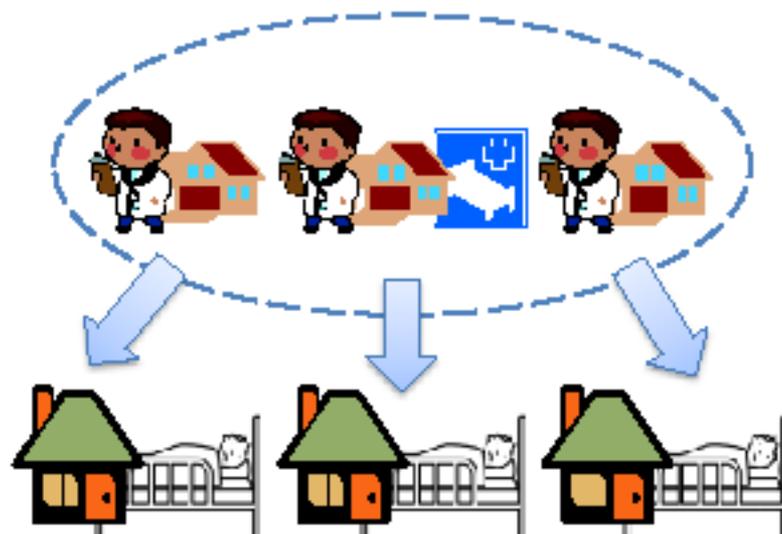
- ②複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
 - イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
 - ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
 - ハ 連携する医療機関数は10未満
 - ニ 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

単独強化型



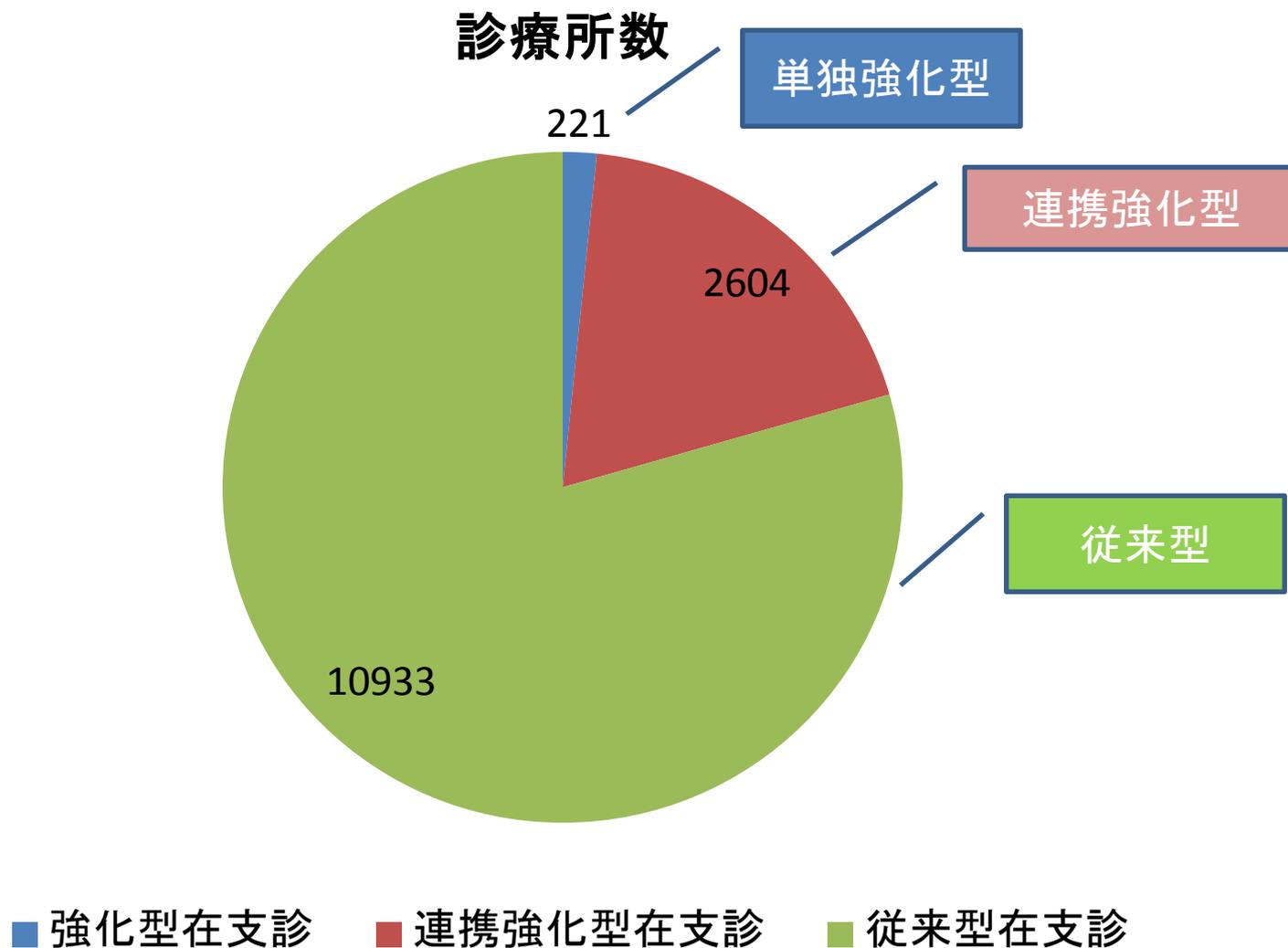
- ・3名以上の医師が所属する診療所が在宅医療を行う場合
- ・複数の診療所がグループを組んで在宅医療を行う場合をともに評価。
- ・さらに、ベッドを有する場合を高く評価。

連携強化型



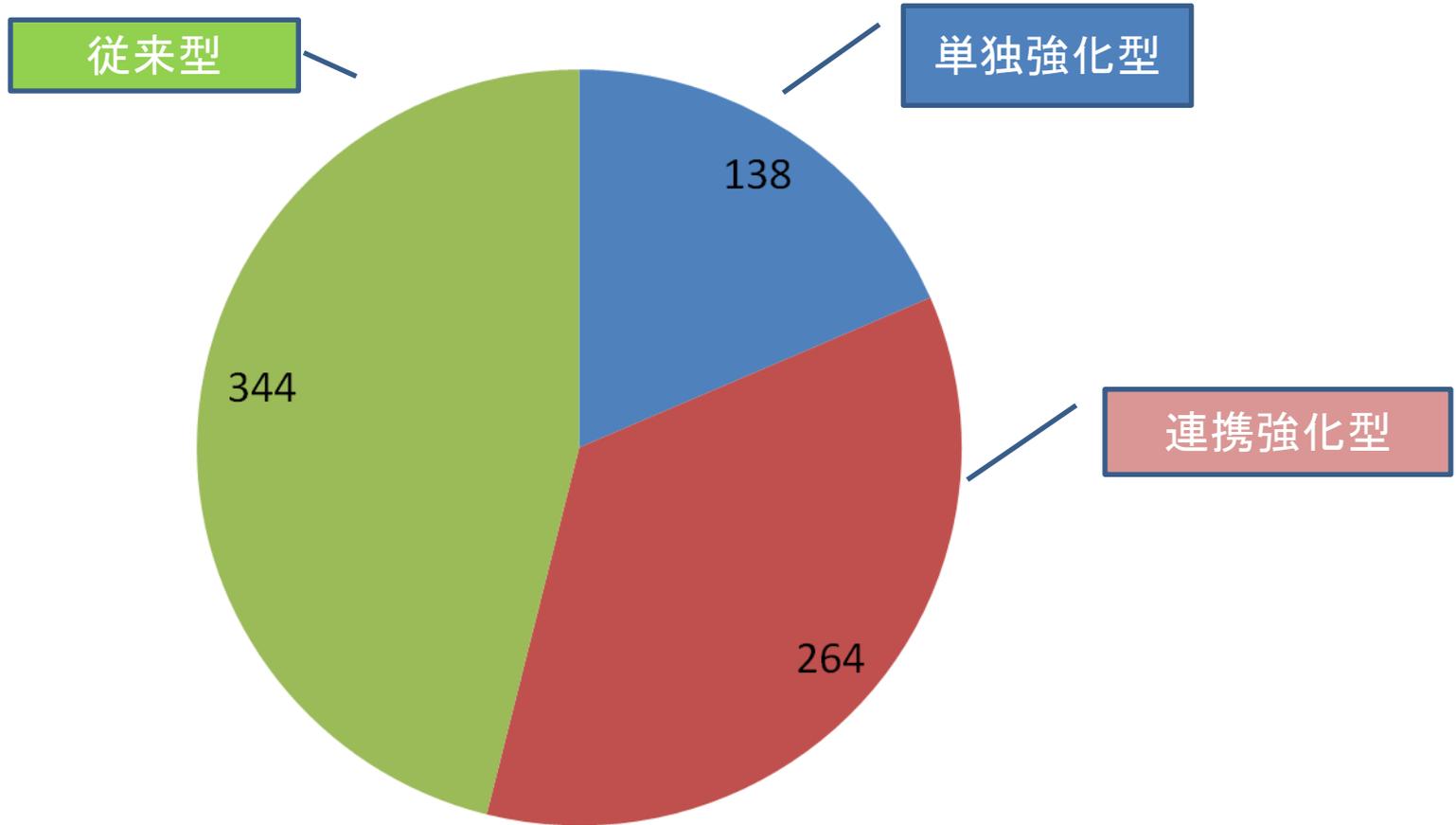
	従来型の在支診・在支病	強化型在支診・在支病
○往診料		
緊急加算	650点	750点(病床有850点)
夜間加算	1,300点	1,500点(病床有1,700点)
深夜加算	2,300点	2,500点(病床有2,700点)
○在宅時医学総合管理料		
処方せん有	4,200点	4,600点(病床有5,000点)
処方せん無	4,500点	4,900点(病床有5,300点)
○特定施設入居時等医学総合管理料		
処方せん有	3,000点	3,300点(病床有3,600点)
処方せん無	3,300点	3,600点(病床有3,900点)
○在宅ターミナル加算		
ターミナルケア加算	4,000点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

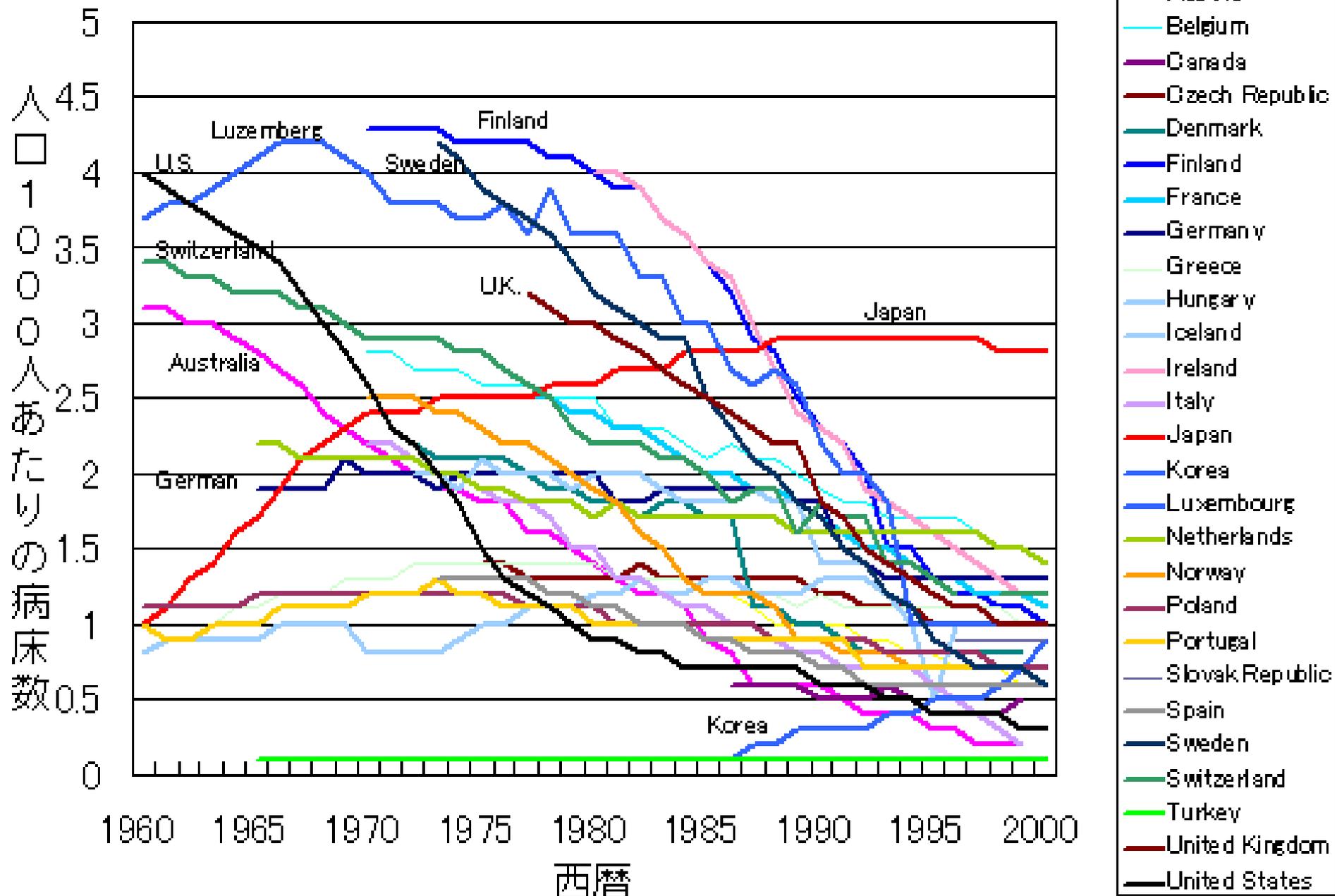
(参考)在宅医療提供拠点

- ・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。

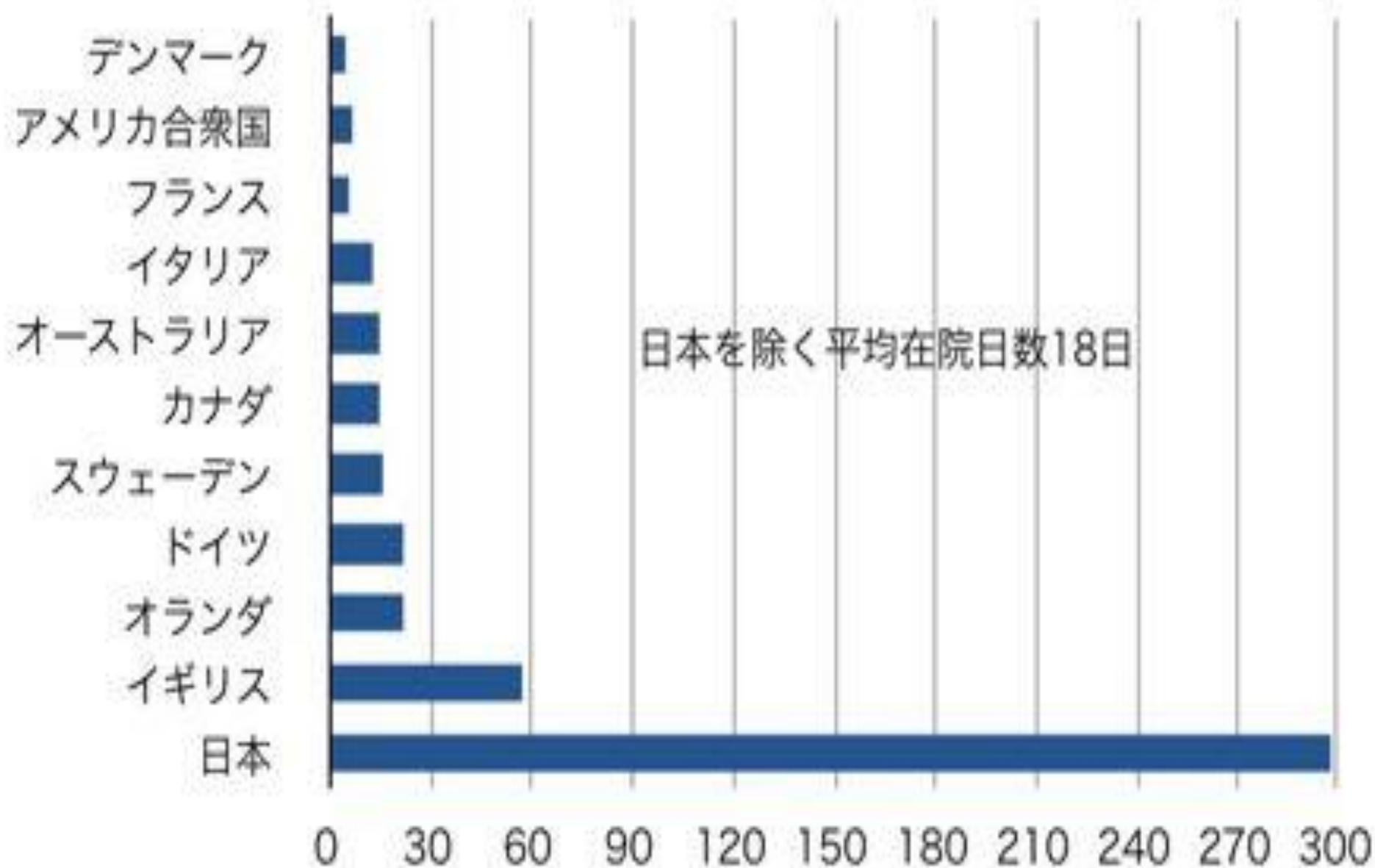
医療計画見直しと 精神科疾患の追加

日本の精神医療の特殊性

OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数

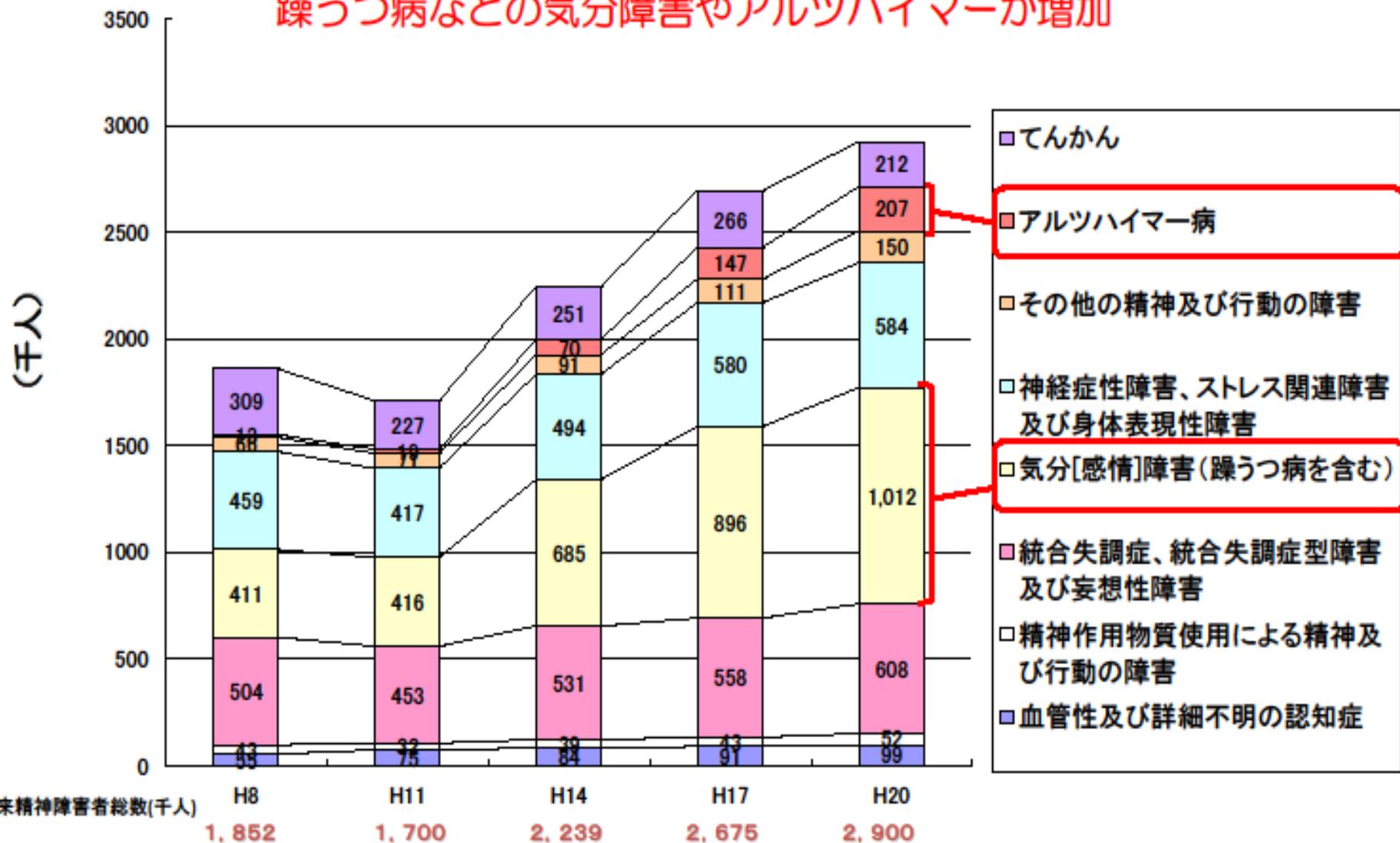


2005年退院者平均在院日数



精神疾患外来患者の疾病別内訳

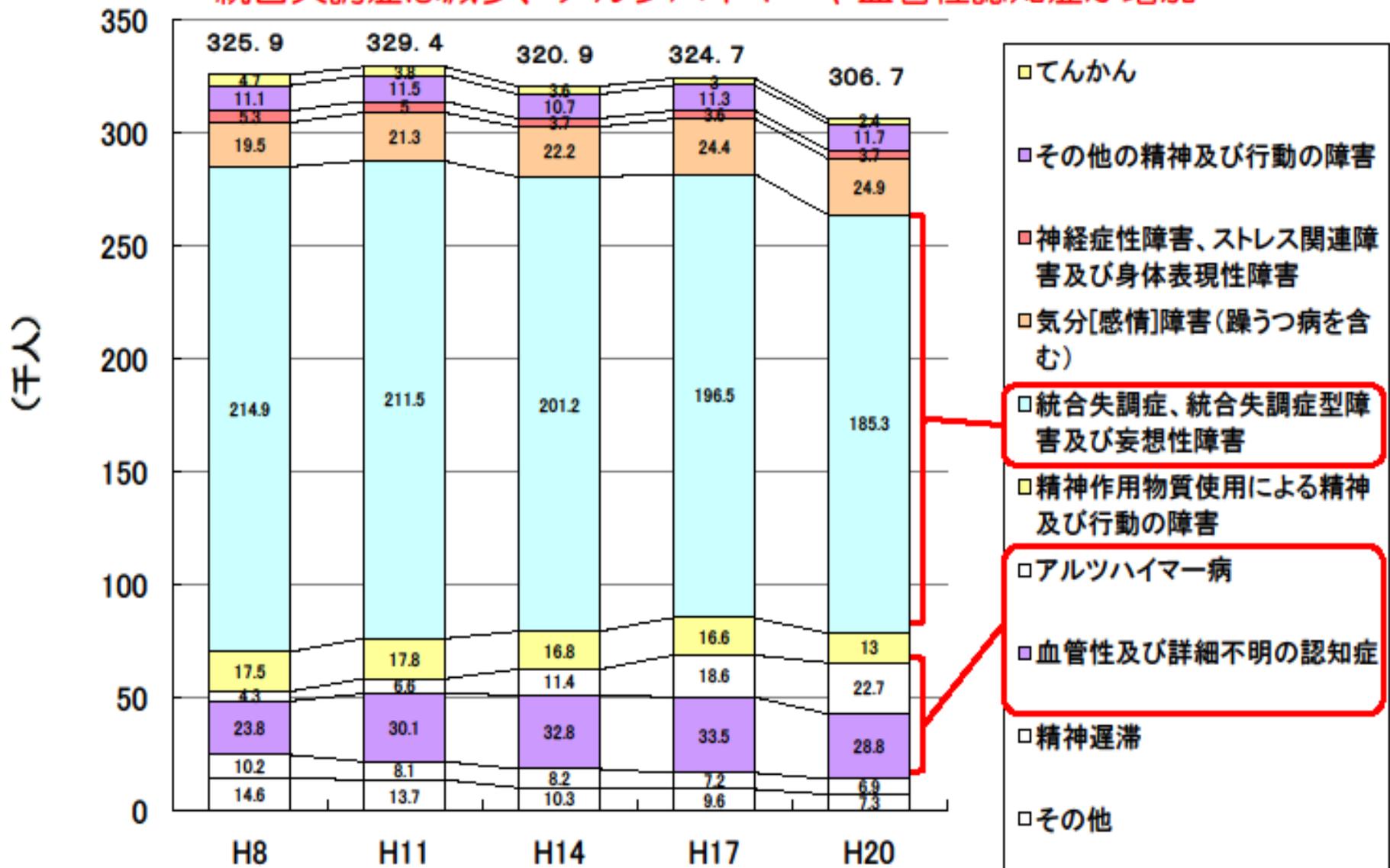
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



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



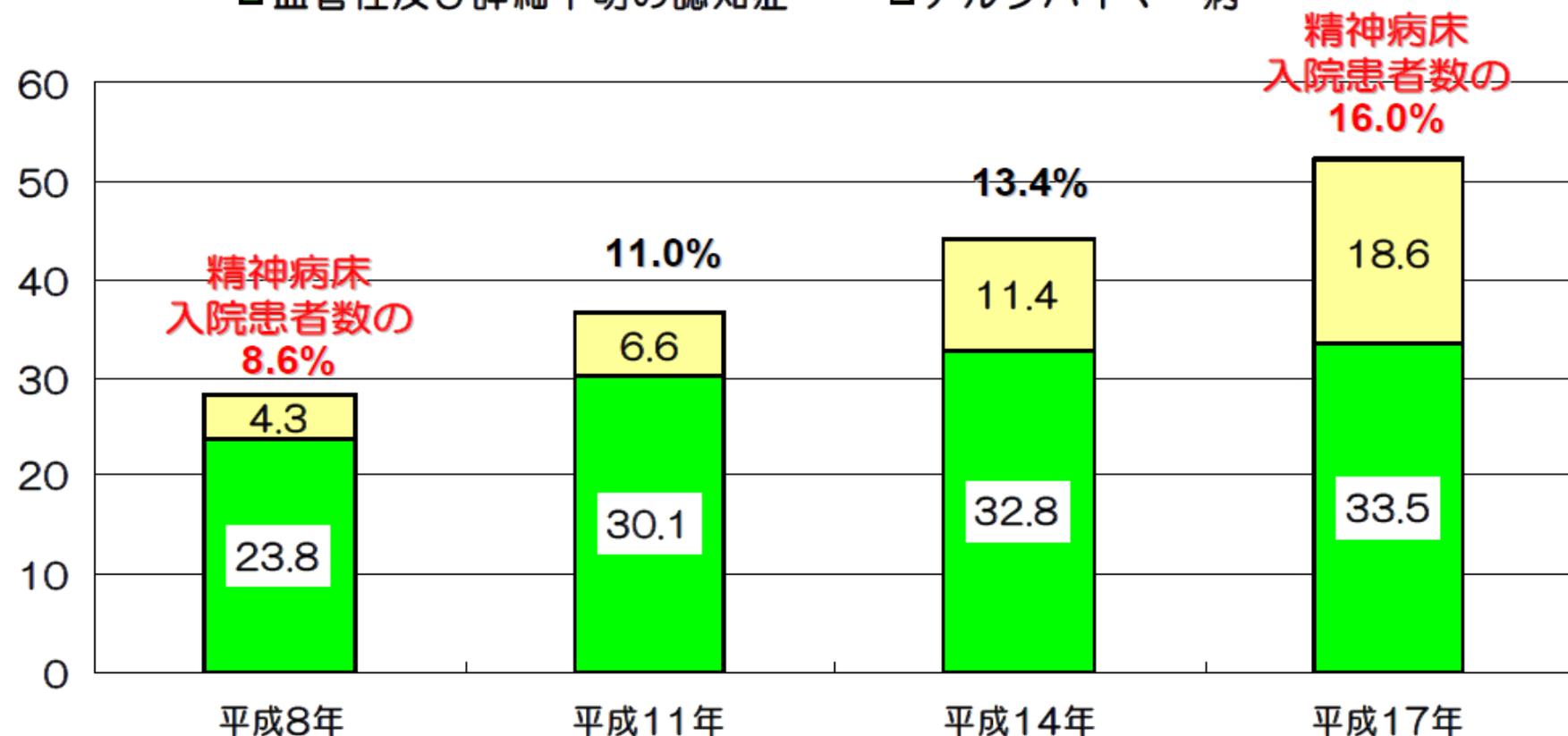
資料：患者調査

精神病床における認知症入院患者数の年次推移

(千人)

■ 血管性及び詳細不明の認知症

□ アルツハイマー病



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】

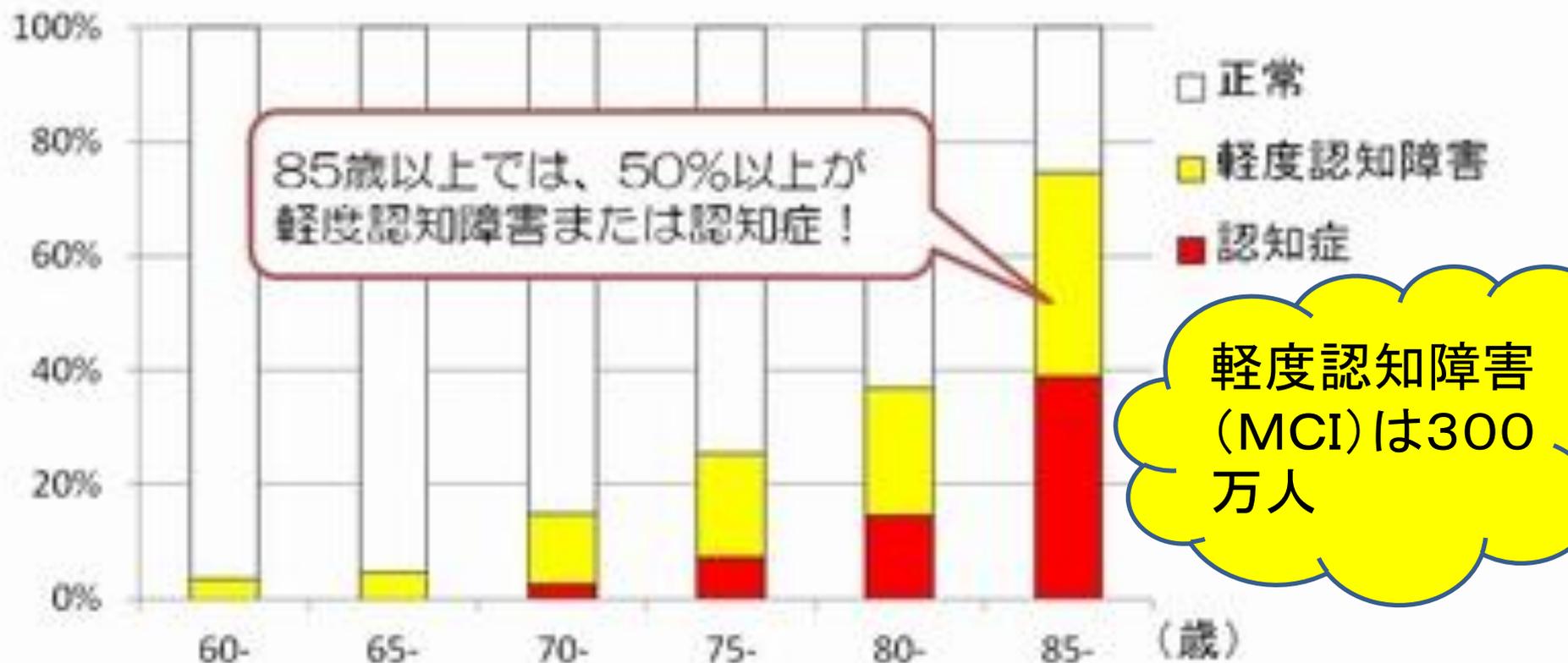
- 将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所：H24.1推計。死亡中位出生中位）に、上記1の算出方法による平成22年9月の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乗じて推計した。

（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)

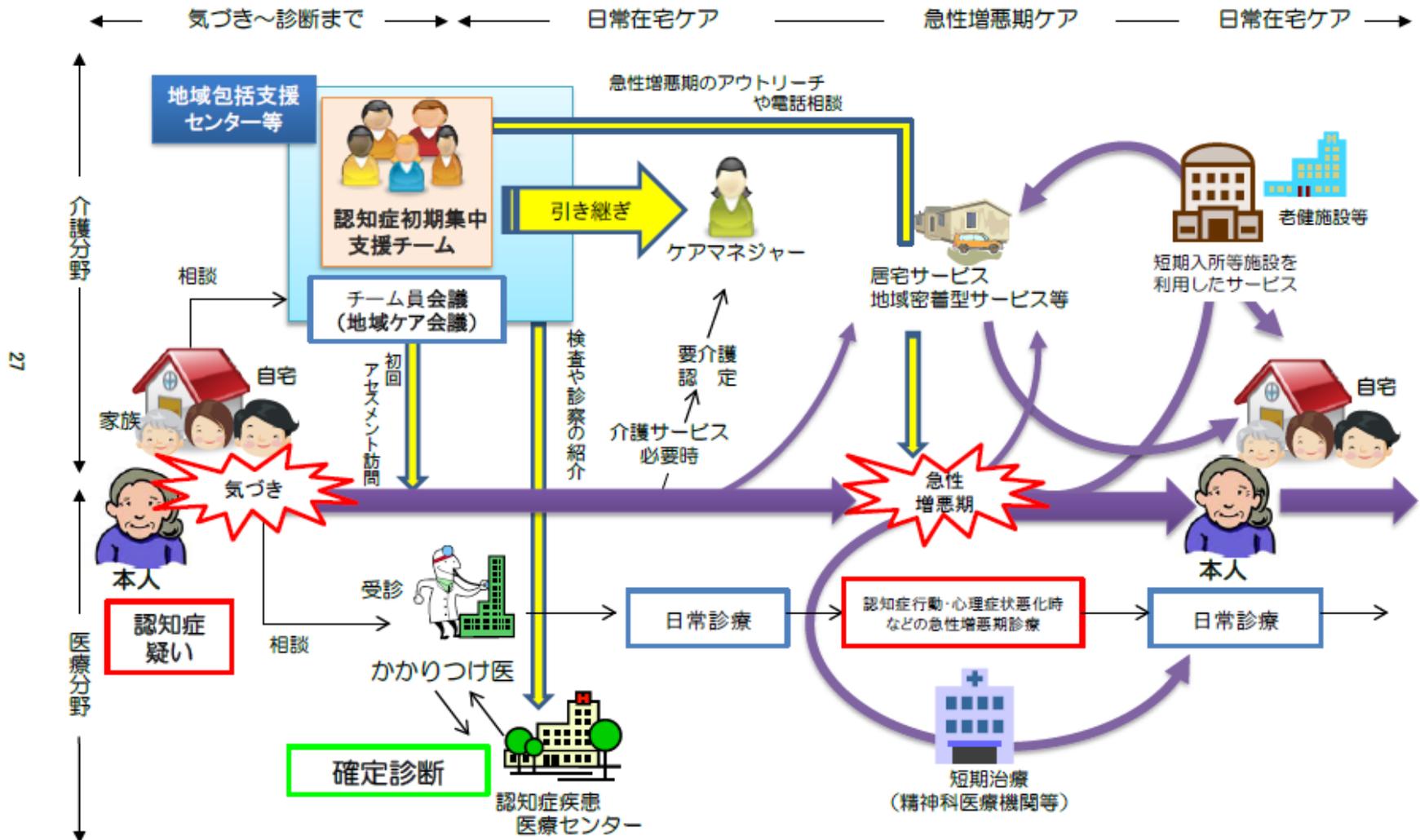
- ①早期診断から早期の適切なケアへ
 - 早期の診断に基づき、早期の適切なケアに結びつける仕組みが不十分である。このため、早期の適切なアセスメントによるケアの提供、家族への支援があれば、自宅で生活を送り続けることができる認知症の人でも、施設や精神科病院を利用せざるを得なくなっている。
- ②不適切な薬物使用
 - 不適切な薬物使用などにより、精神科病院に入院するケースが見受けられる。

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。

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

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

「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。

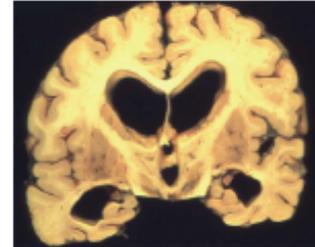
認知症と薬物治療の課題

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

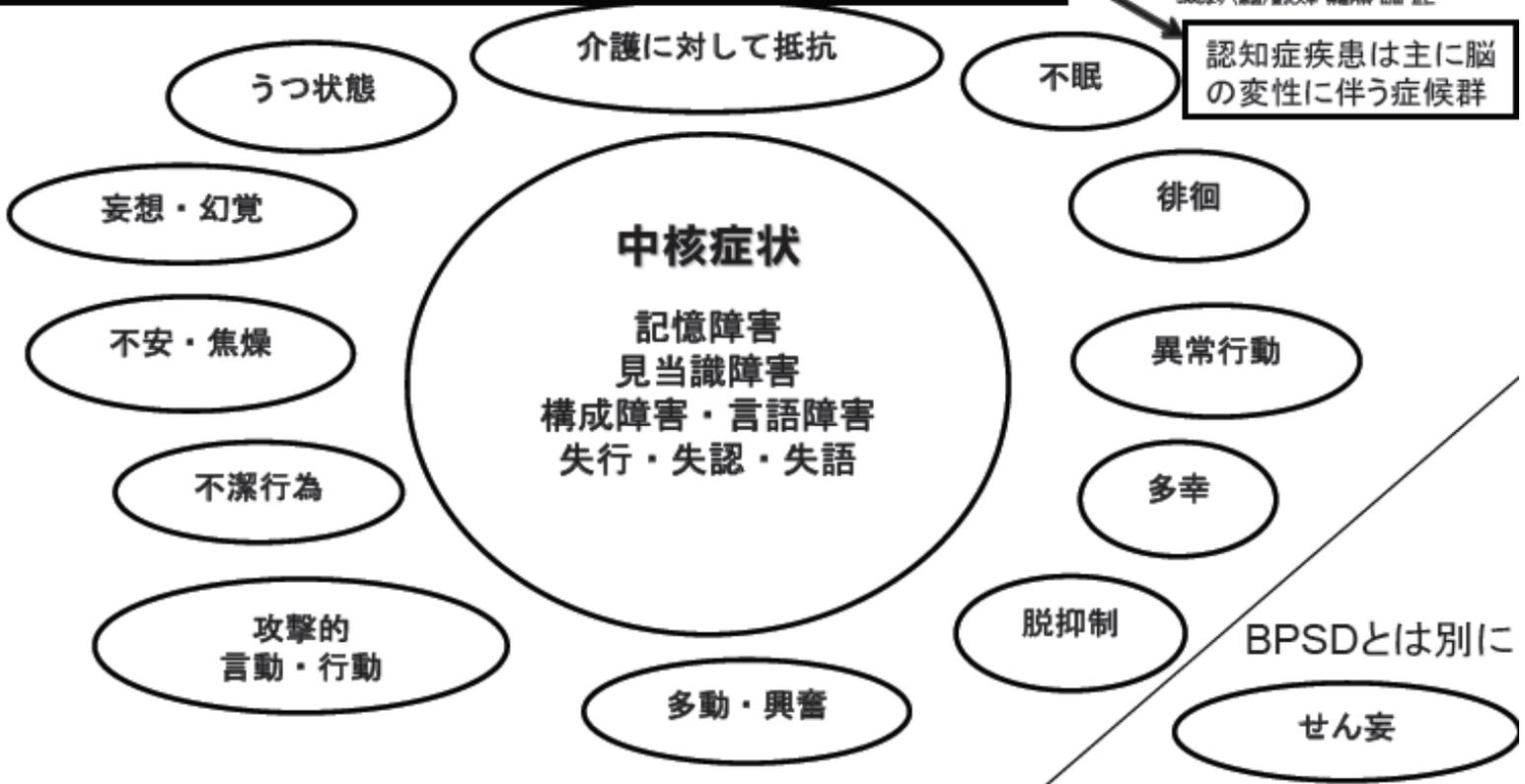
よくある誤解

- ×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

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

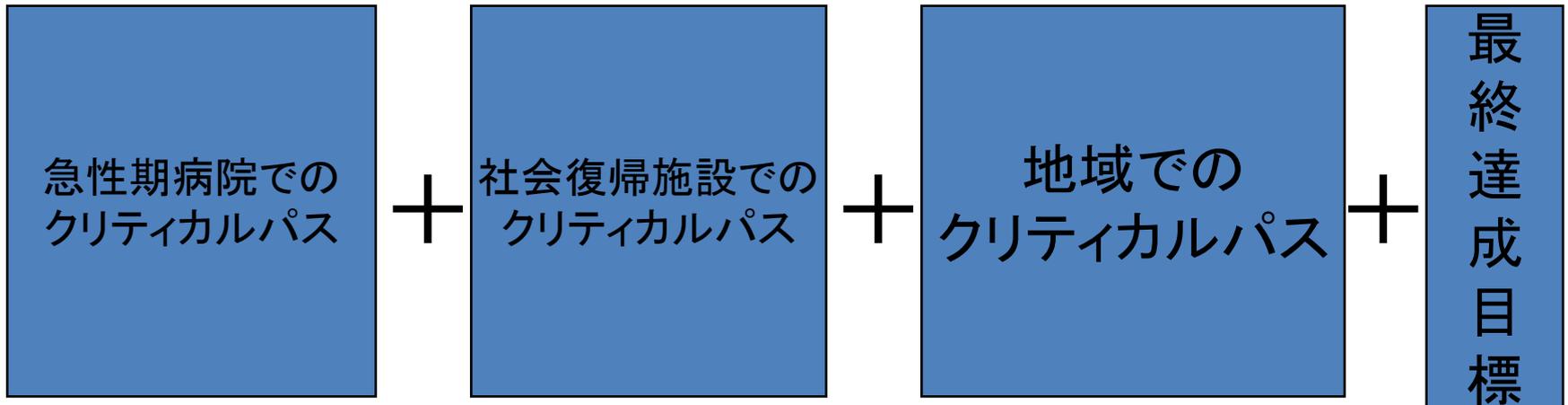
- 例) ①であれば、薬のせいでBPSDがひどくなる
②であれば、脱水や便秘、がんなどにより、BPSDがひどくなる

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？

- 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

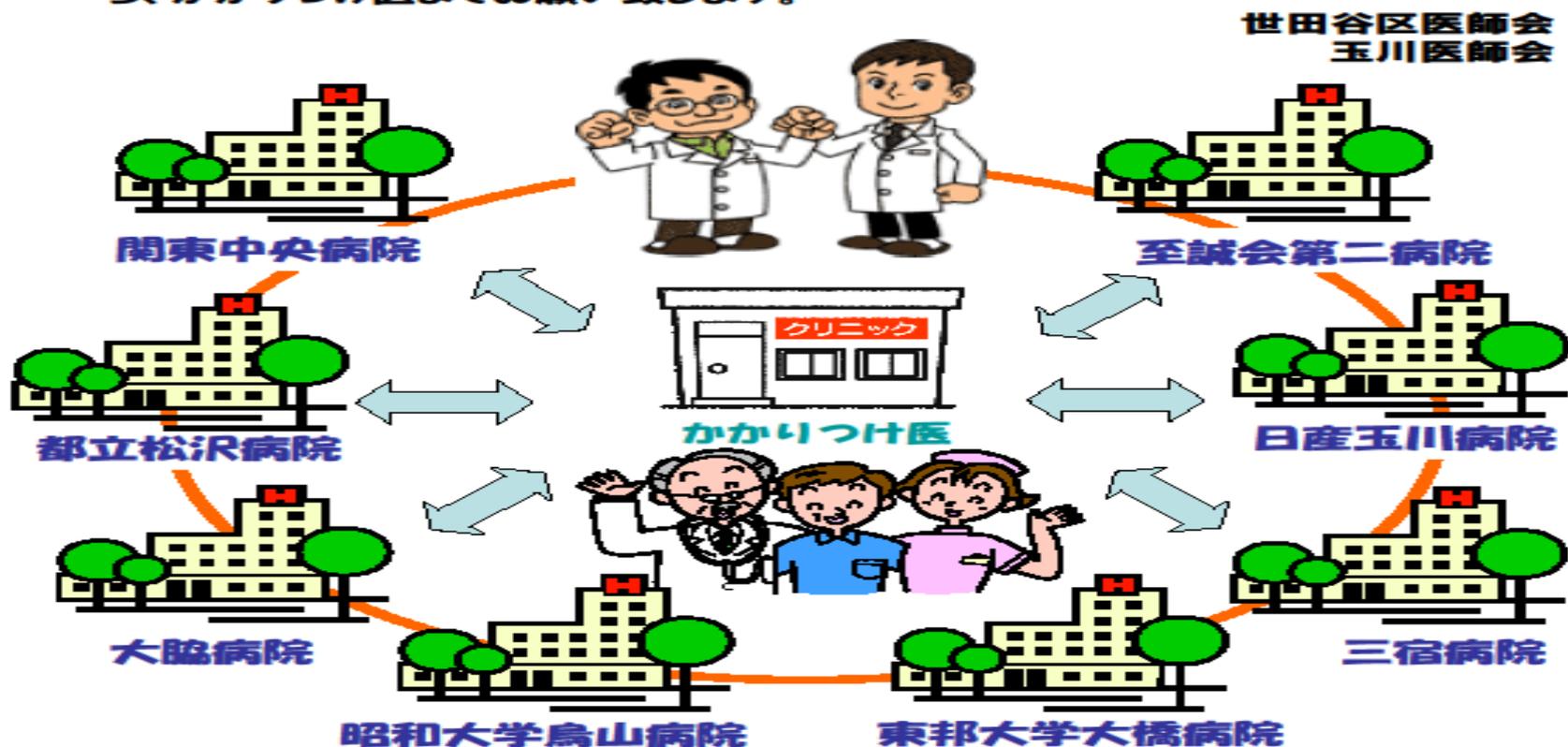


世田谷区もの忘れ診断 地域連携のご案内

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

パート3

入院医療等の調査評価分科会

入院病床の機能分化

中医協調査専門組織
入院医療等調査・評価分科会(2012年8月1日)

第1回入院医療分科会 2013年5月16日

中央社会保険医療協議会の関連組織(案)



診療報酬調査専門組織・入院医療費等の調査・評価分科会
委員名簿

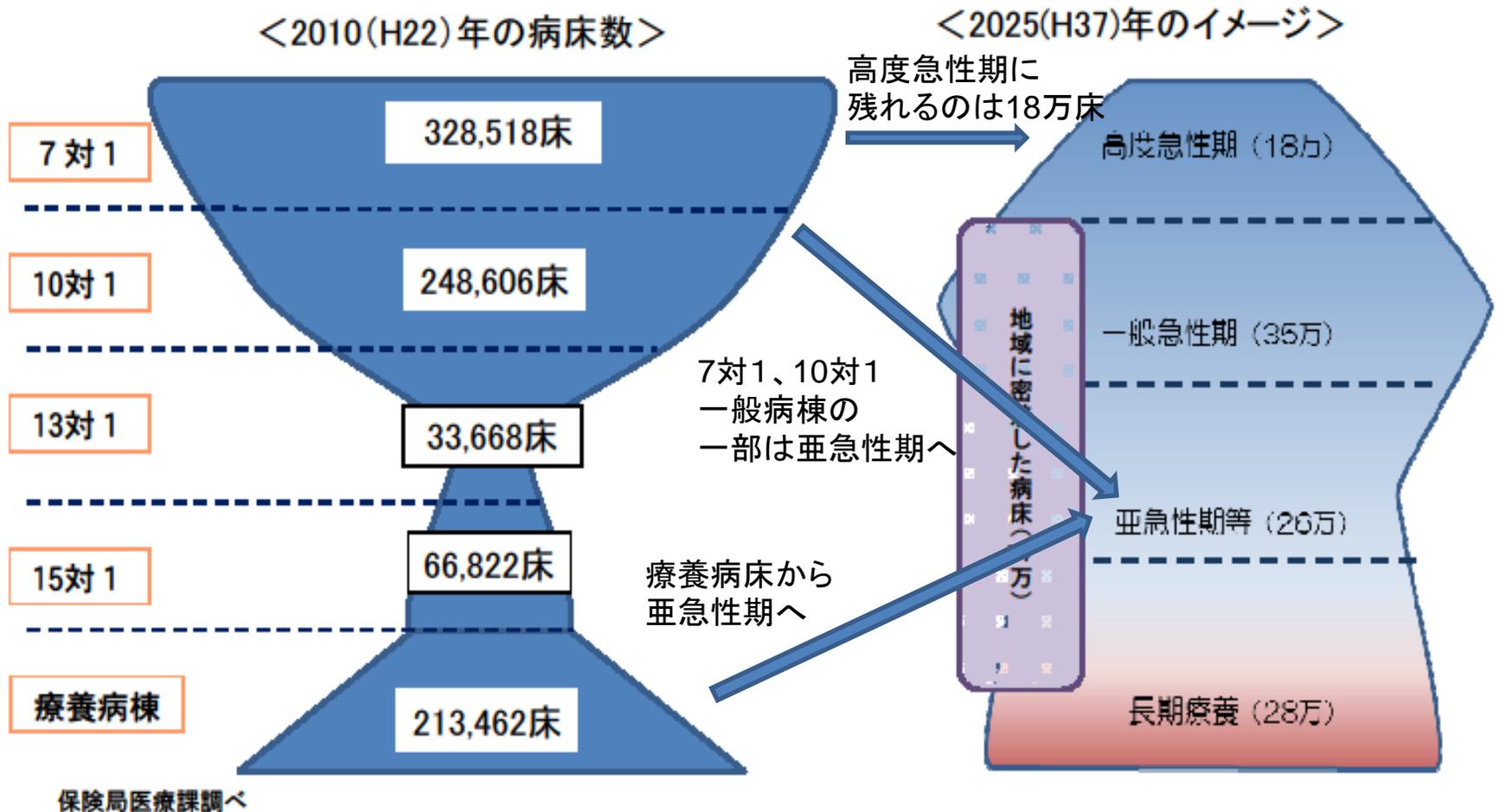
氏名	所属
あんだう ぶんえい 安藤 文英	日本病院会 常任理事 医療法人西福岡病院 理事長
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学 薬学部 薬学科 教授
いしかわ ひろみ 石川 広己	日本医師会 常任理事 社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
かつき すずむ 香月 進	福岡県 保健医療介護部 医監
かんの まさひろ 神野 正博	全日本病院協会 副会長 社会医療法人財団董仙会 理事長
こうち えいたろう 高智 英太郎	健康保険組合連合会 理事
さなぎ すずむ 佐柳 進	独立行政法人国立病院機構関門医療センター病院長
しまもり よしこ 嶋森 好子	社団法人東京都看護協会 会長
たけひさ ようぞう 武久 洋三	日本慢性期医療協会 会長 医療法人平成博愛会 理事長
つつい たかこ 筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
ふじもり けんじ 藤森 研司	北海道大学病院地域医療指導医支援センター長
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉総合研究所 所長

○：分科会長

入院医療等の調査・評価分科会における調査について(入院医療)

番号	答申書附帯意見(抜粋)	対応部会・分科会
8	<p>病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、<u>一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証</u>するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。</p> <p>特に、<u>一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証</u>をすること。</p> <p>さらに、<u>一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討</u>を行うこと。</p>	入院医療等の調査・評価分科会
9	<p>以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。</p> <p><u>一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置</u></p>	入院医療等の調査・評価分科会
11	<p><u>医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の見直しについて影響を調査・検証</u>するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえその結果を今後の診療報酬改定に反映させること。</p>	入院医療等の調査・評価分科会
12	<p><u>平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化について引き続き検討</u>を行うこと。</p>	入院医療等の調査・評価分科会

診療報酬による機能分化 ～杯型から砲弾型へ～



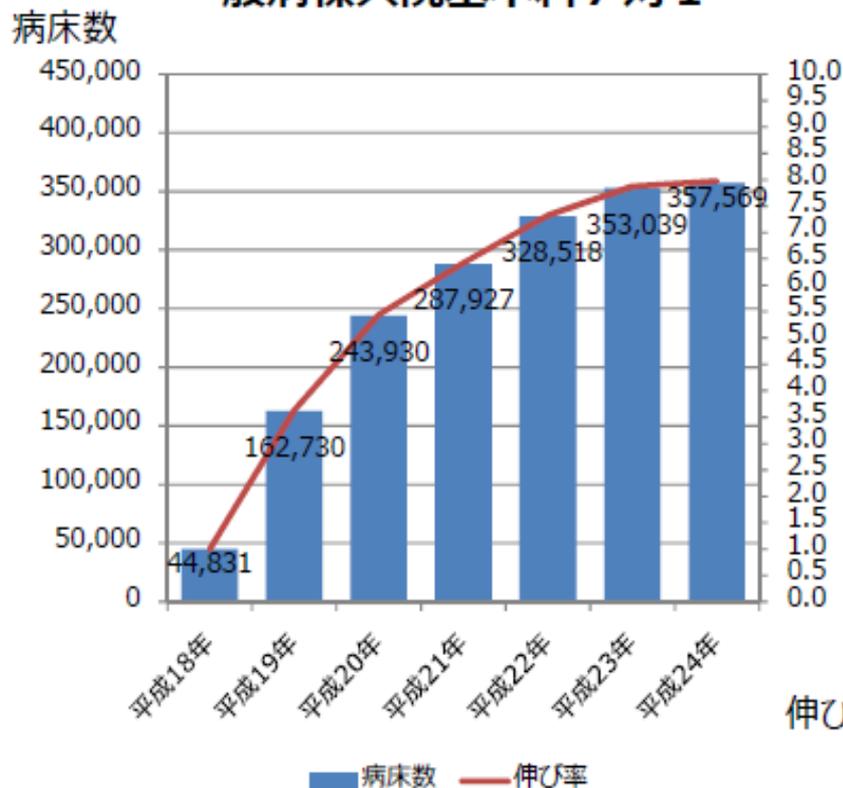
○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

一般病棟入院基本料（7対1と10対1）の届出病床数の割合と推移

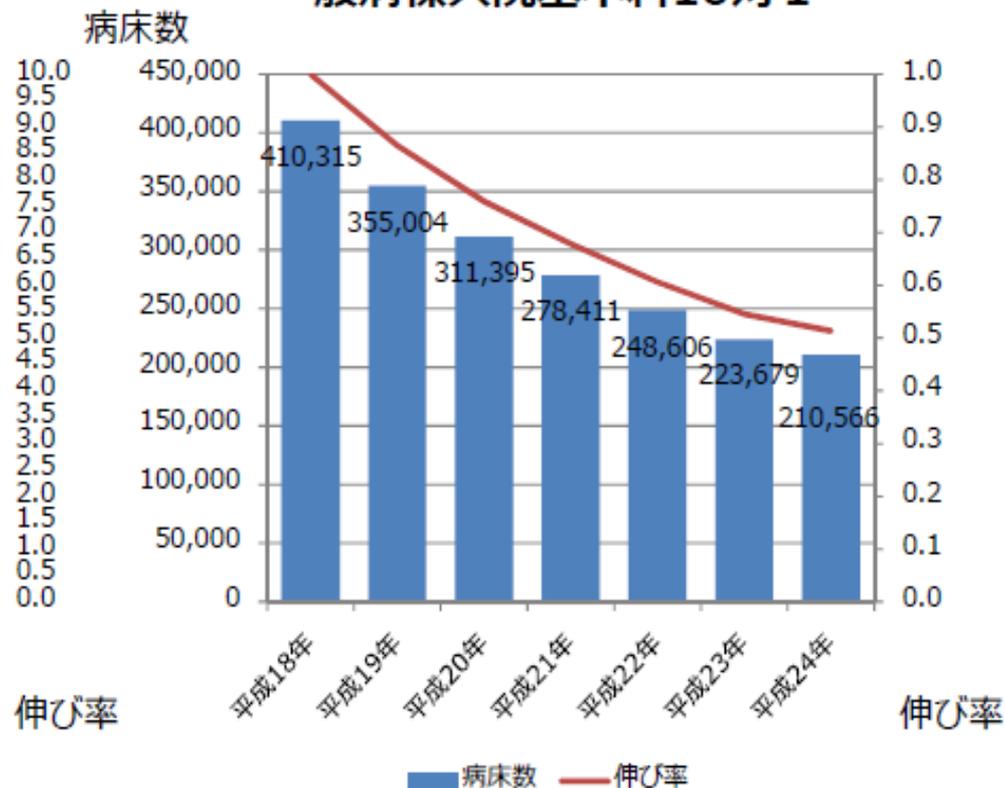
診調組 入 - 1
25.5.16

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加。平成24年度の伸び率は、緩やか
- 10対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降減少

一般病棟入院基本料7対1



一般病棟入院基本料10対1



※ 平成18年を1とした時の伸び率
 ※※ 平成24年は暫定値

(平成24年保険局医療課調べ)

中医協で議論されている 入院基本料の見直し

入院基本料

- 入院サービスの基本料金、病院のホテルサービス料金

• 算定要件

- ①看護配置数
 - 看護師の配置数だけでいいのか？多職種配置？
- ②重症度・看護必要度
 - 評価票はこのままでいいのか？
- ③平均在院日数
 - 平均在院日数のみでいいのか？

平均在院日数

病院機能にあわせた効率的な入院医療等の評価

7対1入院基本料の算定要件の見直し

一般病棟7対1入院基本料の算定要件の見直しを行い、患者像に即した適切な評価や病床の機能分化の推進を図る。

【現行】

一般病棟 入院基本料	平均在院日数 19日以内 看護必要度基準 1割以上
特定機能病院 入院基本料	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 評価のみ
専門病院 入院基本料	平均在院日数 30日以内 看護必要度基準 1割以上

【改定後】

一般病棟 入院基本料	平均在院日数 18日以内 看護必要度基準 1割5分以上
特定機能病院 入院基本料	平均在院日数 26日以内 看護必要度基準 1割5分以上
専門病院 入院基本料※	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 1割5分以上

※ ただし、悪性腫瘍患者を一般病棟に7割以上入院させている保険医療機関における看護必要度基準については、従前通り1割以上であること

【経過措置】

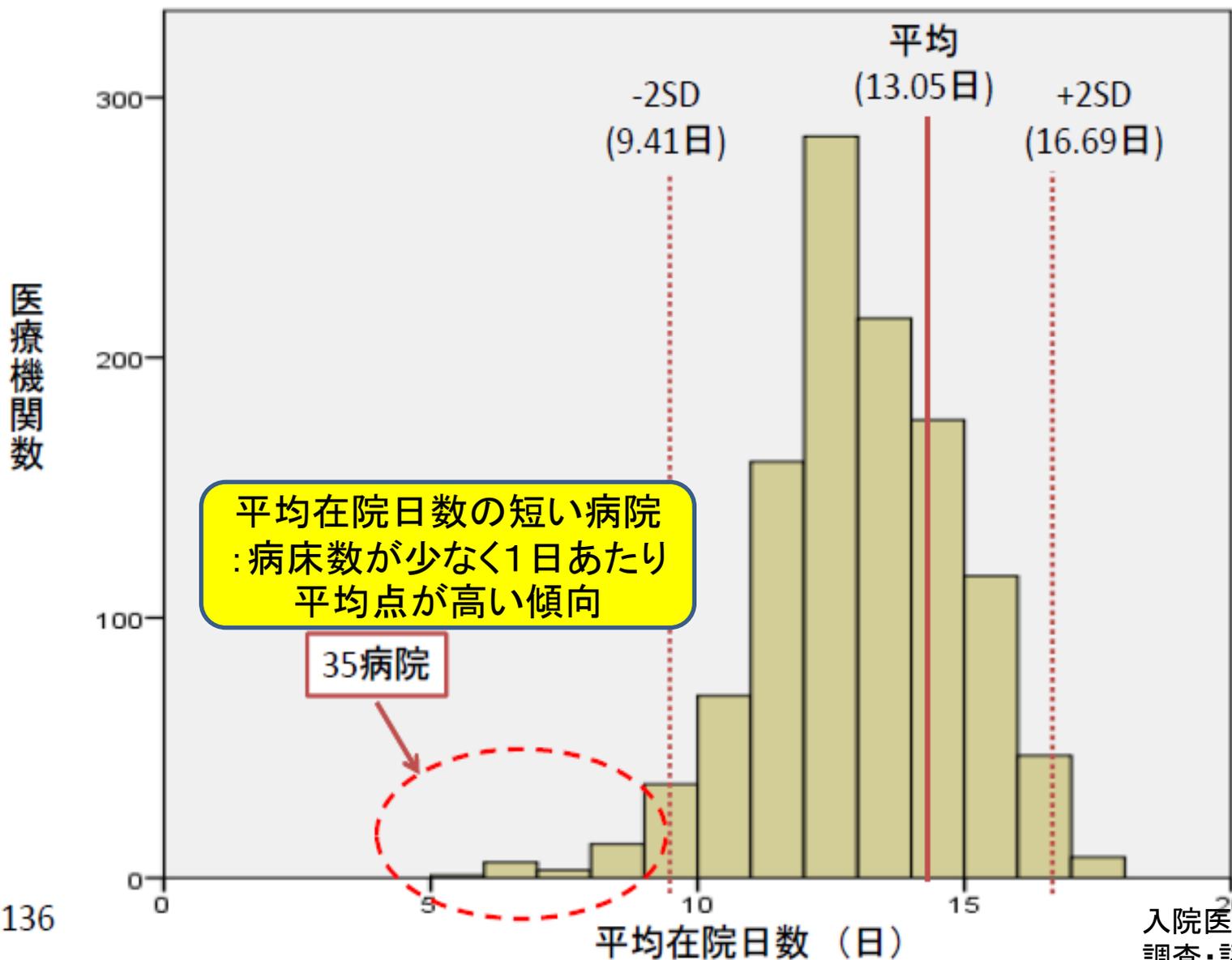
平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。(ただし、25対1急性期看護補助体制加算(スライド8枚目)は算定できない)

<参考>看護必要度基準:1一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票により測定
A得点(モニタリング及び処置等)2点以上 かつ、B得点(患者の状況等)3点以上の患者の割合

7対1入院基本料のあり方

- 7対1入院基本料を算定している医療機関は、長期療養を提供するのではなく、**複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供するべき**という意見について、どのように考えるか。
- 7対1入院基本料を算定している医療機関のあり方を踏まえ、平均在院日数の算出において、治療や検査の方法等が標準化され、**短期間で退院可能な手術や検査**の取扱いをどのように考えるか。
- 退院支援の強化と受け皿となる病棟の評価を検討することを前提に、**特定除外制度**については13対1・15対1と同様に**見直す**ことについてどのように考えるか。

7対1病院における平均在院日数（DPCデータ）

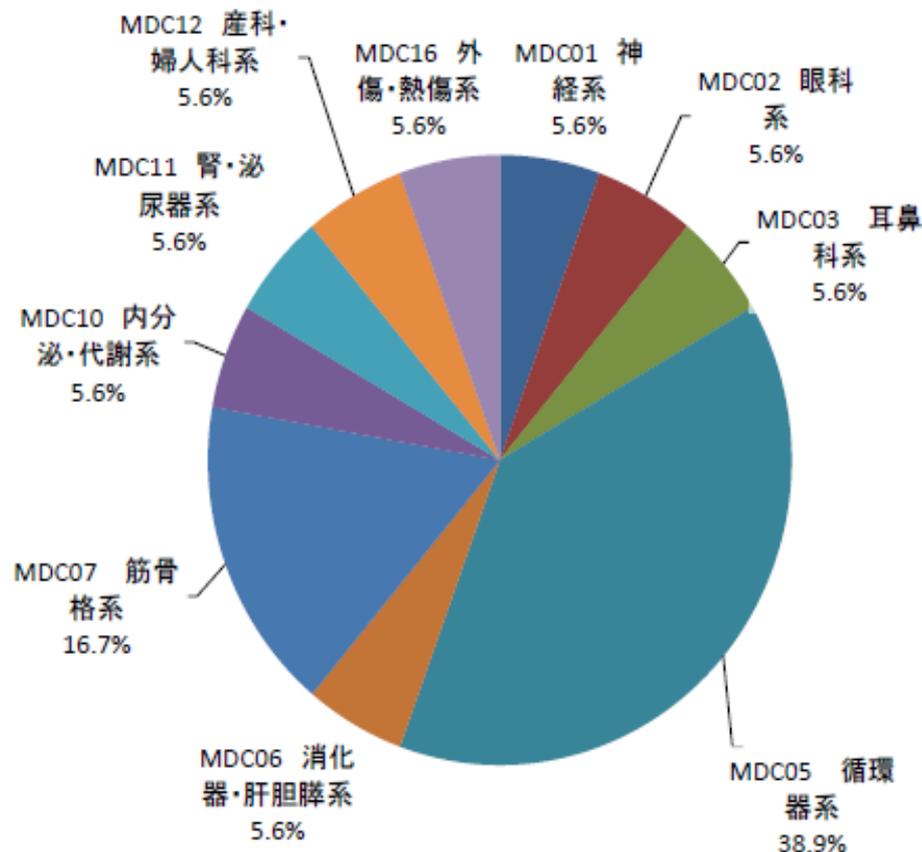
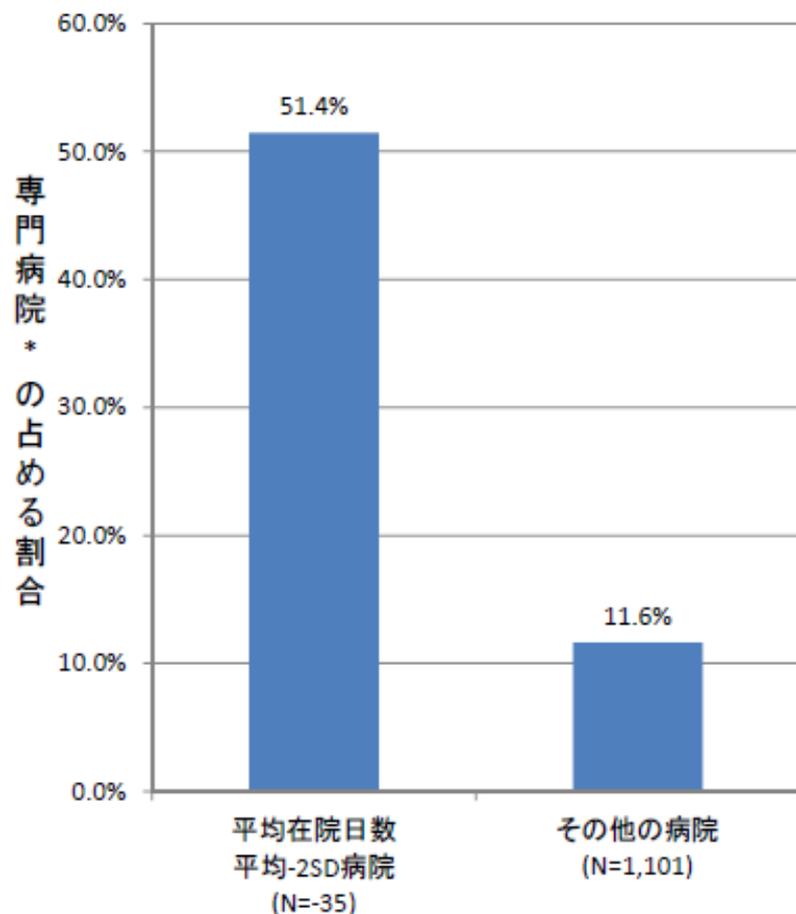


N=1,136

入院医療等の
調査・評価分科会

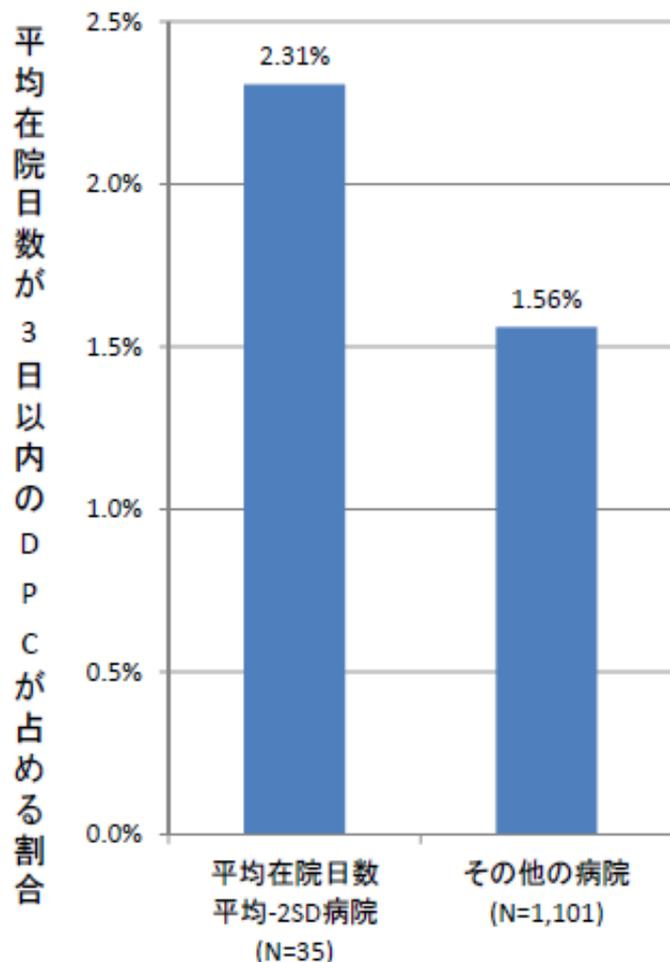
平均在院日数の短いDPC算定病床の状況②(DPCデータ)

*入院患者に占める特定MDCの患者の割合が40%以上の病院 <専門分野の内訳> N=18



平均在院日数の短い病院はその他の病院より特定のMDCに偏った病院の割合が多い。分野としては循環器・整形外科領域が多く、眼科や耳鼻科等の専門病院も含まれている。

平均在院日数の短いDPC算定病床の状況③(DPCデータ)



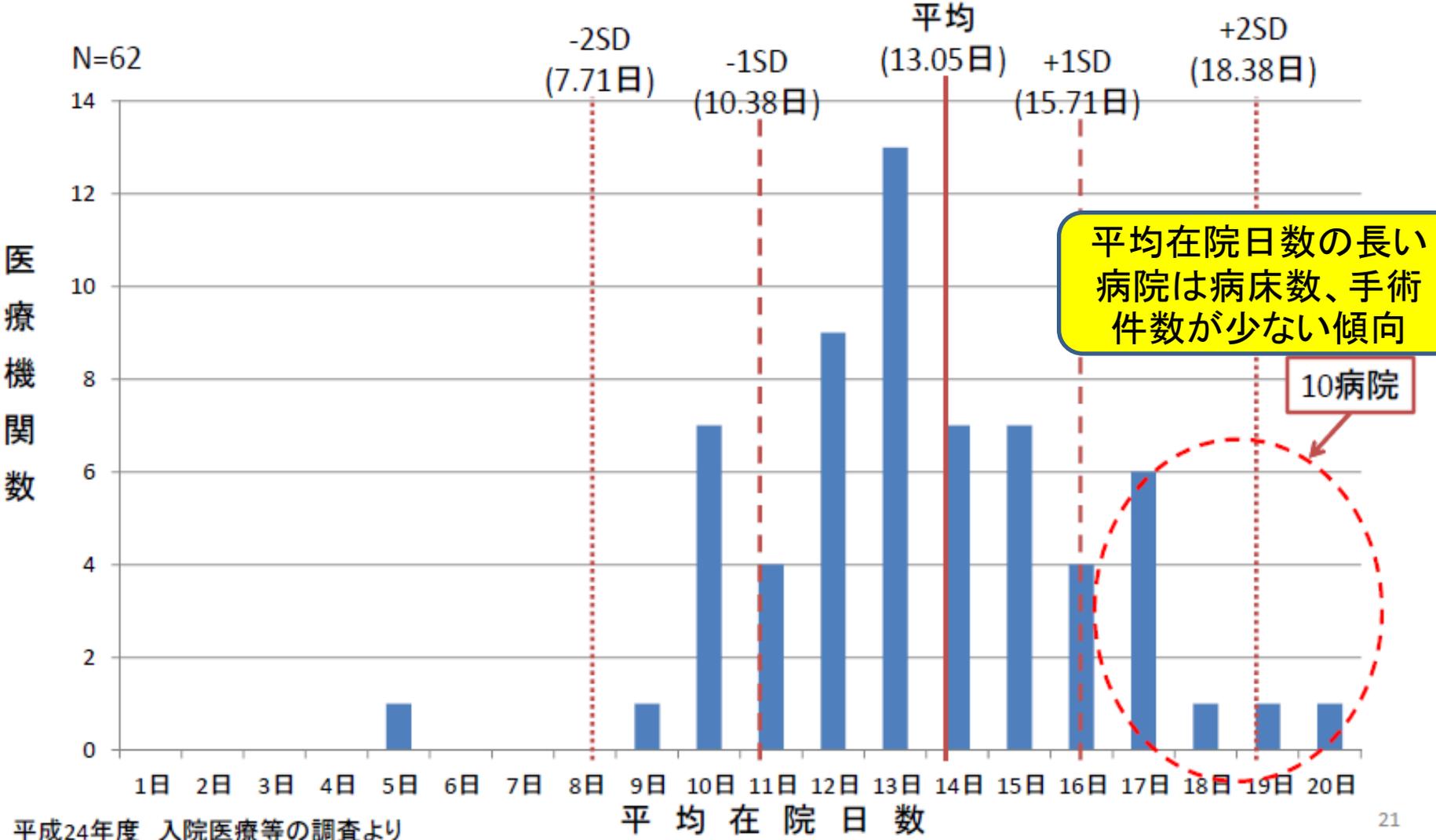
<平均在院日数が短いDPCの例>

DPC	平均在院日数	症例数	割合
小腸大腸の良性疾患 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等あり 副傷病なし	2.86日	2,435	31.0%
前立腺の悪性腫瘍 前立腺針生検法あり	2.81日	875	11.1%
睡眠時無呼吸 手術なし 終夜睡眠ポリグラフィあり	2.08日	672	8.5%
流産	1.88日	630	8.0%
鼠径ヘルニア 15歳未満 ヘルニア手術あり	2.55日	559	7.1%
食物アレルギー 小児食物アレルギー負荷試験あり	1.57日	547	7.0%
小腸大腸の良性疾患 手術なし 副傷病なし	2.37日	497	6.3%
食物アレルギー 手術・処置等1なし	2.11日	279	3.5%
その他	—	1,367	17.4%

平均在院日数の短い病院は平均在院日数が3日以内のDPCが占める割合が多い。3日以内のDPCの内訳としては、小腸・大腸の良性疾患のポリープ切除術や前立腺針生検、終夜睡眠ポリグラフィ目的の入院が多い。

7対1病院における平均在院日数* (平成24年度調査)

*医療機関における一般病床全体の平均在院日数であるため、診療報酬上の基準とは異なる



平成24年度 入院医療等の調査より

入院医療等の調査・評価分科会 (2013年5月16日)

特定除外制度

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。

90日超患者のうちの特定除外患者割合

	全体	入院期間90日超		うち 特定除外患者に該当する	
		人数	割合	人数	割合
7対1一般病棟入院基本料	3,810	223	5.9%	142	3.7%
10対1一般病棟入院基本料	1,727	147	8.5%	112	6.5%
療養病棟入院基本料1	1,703	1,374	80.7%	-	-
療養病棟入院基本料2	1,080	800	74.1%	-	-

○ 7対1、10対1一般病棟入院基本料を届出している医療機関においても90日を超えて長期入院する患者がある程度存在した。

特定除外患者の内訳(平成24年度調査)

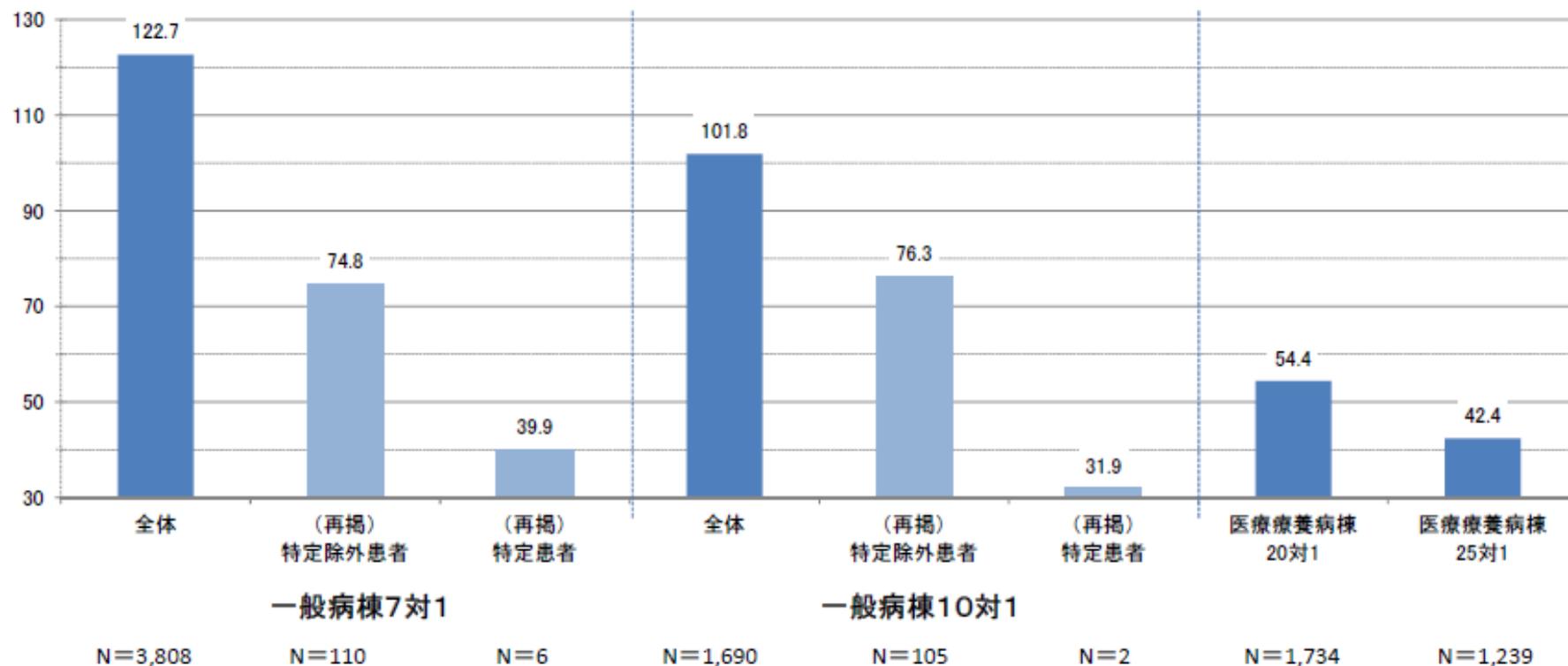
		7対1 一般病棟入院基本料		10対1 一般病棟入院基本料	
		件数	割合	件数	割合
全体		142	100.0%	112	100.0%
特定除外患者該当状況	[01] 難病患者等入院診療加算を算定する患者	4	2.8%	3	2.7%
	[02] 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	—	—	3	2.7%
	[03] 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等	7	4.9%	10	8.9%
	[04] 悪性新生物に対する治療を実施している状態	37	26.1%	16	14.3%
	[05] 観血的動脈圧測定を実施している状態	—	—	—	—
	[06] リハビリテーションを実施している状態(入院日から起算して180日間に限る)	45	31.7%	20	17.9%
	[07] ドレーン法もしくは胸腔または腹腔の洗浄を実施している状態	4	2.8%	3	2.7%
	[08] 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	13	9.2%	6	5.4%
	[09] 人工呼吸器を使用している状態	11	7.7%	6	5.4%
	[10] 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過または血漿交換療法を実施している状態	6	4.2%	36	32.1%
	[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(当該手術日から30日間に限る)	4	2.8%	—	—
	[12] 上記 [1]～[11] に掲げる状態に準ずる状態にある患者	9	6.3%	6	5.4%
	[99] 未記入	2	1.4%	3	2.7%

病棟ごとのレセプト請求金額の比較

「平成24年度入院医療等における一般病棟、療養病棟等に関する長期入院等の実態調査(速報)」より
一般病棟(7:1、10:1)と療養病棟における病棟ごとのレセプト請求金額

平成24年度

※患者1人1月当たりの請求額
(万円)



特定除外患者を含めて計算した場合の平均在院日数*

*調査票における入院日から調査日までの入院期間を元に算出しているため診療報酬上の基準とは異なる

(単位:日)

	7対1一般病棟入院基本料		10対1一般病棟入院基本料	
	(N=1,826)	特定除外患者を 含めない場合 (N=1,799)	(N=763)	特定除外患者を 含めない場合 (N=745)
全体	22.5	21.0	25.2	22.0

重症度・看護必要度

② 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票(平成24年診療報酬改定後)

Aモニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	/
2 血圧測定	0から4回	5回以上	/
3 時間尿測定	なし	あり	/
4 呼吸ケア	なし	あり	/
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	/
6 心電図モニター	なし	あり	/
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	/
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	/
9 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、 ② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、 ④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	/
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

測定・評価が
要件となるもの

	重症者※の割合
7対1入院基本料	15%以上 (がん専門病院については10%)
10対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)
看護必要度加算 (一般病棟10対1入院基本料届出病棟)	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 (一般病棟10対1及び7対1入院基本料届出病棟)	10対1の場合 10%以上 7対1の場合 15%以上
一般病棟看護必要度評価加算 (一般病棟13対1入院基本料届出病棟)	測定・評価のみ (要件なし)

※A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

厚生科学研究で
検討

重症度・看護必要度

- 重症度・看護必要度の項目について、・調査結果を踏まえて、「呼吸ケア」「時間尿測定」の見直しについてどのように考えるか。
- 「呼吸ケア」については、痰の吸引を定義から外す等の見直しについてどのように考えるか。
- 「創傷処置」については、褥瘡の処置を定義から外す等の見直しについてどのように考えるか。
- 新しい項目の追加と項目間の相関の強いものについて、その取り扱いをどのように考えるか。

重症度・看護必要度に係る評価票 (A得点) + 追加項目案

平成24年度厚生労働科学研究特別研究において、追加項目を検討し、調査票案を作成した。

Aモニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0から4回	5回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9 専門的な治療・処置 1 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、 ② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、 ④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理	なし		あり

追加項目

蘇生術の施行	なし	あり	
輸液ポンプの使用	なし	あり	
動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり	
中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり	
人工呼吸器の装着	なし	あり	
肺動脈圧測定(スワンガンツカテテル)	なし	あり	
特殊な治療法等 1 ① 持続的血液濾過透析(CHDF) ② 大動脈バルーンパンピング(IABP) ③ 経皮的心肺補助法(PCPS) ④ 補助人工心臓 ⑤ 頭蓋内測定(ICP)	なし	あり	
専門的な治療・処置 2 ① 抗悪性腫瘍剤の内服 ② 麻薬の内服・貼付 ③ 降圧剤の使用 ④ フローランの使用 ⑤ 抗血栓塞栓薬の持続点滴 ⑥ 穿刺 ⑦ 圧迫止血 ⑧ 病棟での内視鏡検査・治療	なし	あり	
心電図モニター 2 酸素飽和度の持続モニタリング 広範・複雑なスキンケア	なし	あり	
特殊な治療法等 2 持続携帯式腹膜透析(CAPD) 自家幹細胞移植 電気的除細動	なし	あり	69

診調組入 - 1
25.6.13(再掲)

重症度・看護必要度に係る評価票 (B得点) + 追加項目案

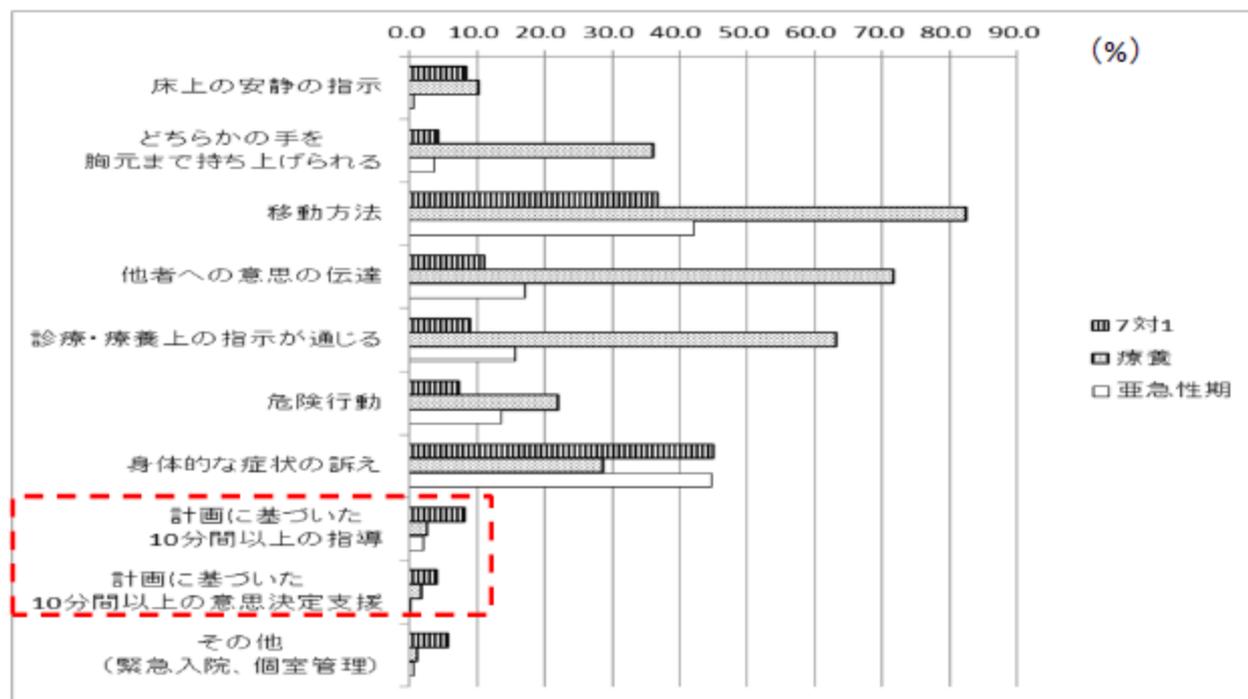
診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3 (再掲)

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
身体的な症状の訴え	ない	ある	
計画に基づいた10分以上の指導	ない	ある	
看護計画に基づいた10分以上の意思決定支援	ない	ある	
その他(緊急入院、個室管理)	ない	ある	

追加項目

○「身体的な症状の訴え」「計画に基づいた10分以上の指導」「計画に基づいた10分以上の意思決定支援」「その他(緊急入院、個室管理)」
7対1入院基本料の方が割合が高かった。



10分以上
の指導等

計画に基づいた指導等の効果 (平均在院日数、在宅復帰率)

「計画に基づいた10分以上の指導」「計画に基づいた10分以上の意思決定支援」を行った患者は、それ以外の患者に比べて、在院日数は短縮しており、在宅復帰率※が高くなっている傾向であった。

【計画に基づいた10分以上の指導】

計画に基づいた10分以上の指導	件数	在院日数	在宅復帰率
全体	1,020	20.3日	18.9%
評価期間中に指導あり	107	19.9日	21.6%
評価期間中に指導なし	913	20.3日	18.6%

【計画に基づいた10分以上の意思決定支援】

計画に基づいた10分以上の意思決定支援	件数	在院日数	在宅復帰率
全体	1,020	20.3日	18.9%
評価期間中に支援あり	45	19.3日	21.6%
評価期間中に支援なし	975	20.3日	18.8%

※＜在宅復帰率の計算式＞ B/A

・退院・退棟予定日が決まっている患者のうち、入棟年月日、退院・退棟の予定日、及び退院・退棟後の居場所のデータがそろっている患者(A)
 ・(A)のうち、退院・退棟後の居場所が「介護療養型医療施設」、「介護老人保健施設」、「介護老人福祉施設」、「グループホーム」、「サービス付き高齢者向け住宅」、「有料老人ホーム等」、「自宅(在宅医療を除く)」、及び「在宅医療」となっている患者(B)

A項目間相関係数

- ① 「点滴ライン同時3本以上」と「シリンジポンプの使用」は相関がある。
② 「点滴ライン同時3本以上」と「輸液ポンプの使用」は弱い相関がある。

参考)相関係数
+0.600~+1.000 高い正の相関
+0.400~+0.599 中位の正の相関
+0.200~+0.399 低い正の相関
-0.199~+0.199 無相関
-0.399~-0.200 低い負の相関
-0.599~-0.400 中位の負の相関
-1.000~-0.600 高い負の相関

	A(01) 創傷処置	A(02) 血圧測定	A(03) 時間尿測定	A(04) 呼吸ケア	A(05) 点滴ライン 同時3本以上	A(06) 心電図 モニター1	A(07) シリンジポンプ の使用	A(08) 輸血や血液 製剤の使用	A(09) 専門的な 治療・処置1
A(01) 創傷処置	1.000								
A(02) 血圧測定	0.109	1.000							
A(03) 時間尿測定	0.074	0.242	1.000						
A(04) 呼吸ケア	0.107	0.283	0.148	1.000					
A(05) 点滴ライン同時3本以上	0.099	0.298	0.181	0.229	1.000				
A(06) 心電図モニター1	0.071	0.333	0.168	0.431	0.258	1.000			
A(07) シリンジポンプの使用	0.059	0.218	0.104	0.208	0.446	0.285	1.000		
A(08) 輸血や血液製剤の使用	0.046	0.215	0.088	0.089	0.222	0.095	0.136	1.000	
A(09) 専門的な治療・処置1	0.151	0.188	0.099	0.104	0.244	0.083	0.188	0.105	1.000
A(11) 輸液ポンプの使用	0.076	0.251	0.119	0.209	0.332	0.274	0.309	0.156	0.215

N=298,593

【調査結果に基づいた個別項目の妥当性の検討 A項目】

○ 「点滴ライン同時3本以上」と「シリンジポンプの使用」、「輸液ポンプの使用」はそれぞれ相関性がある。

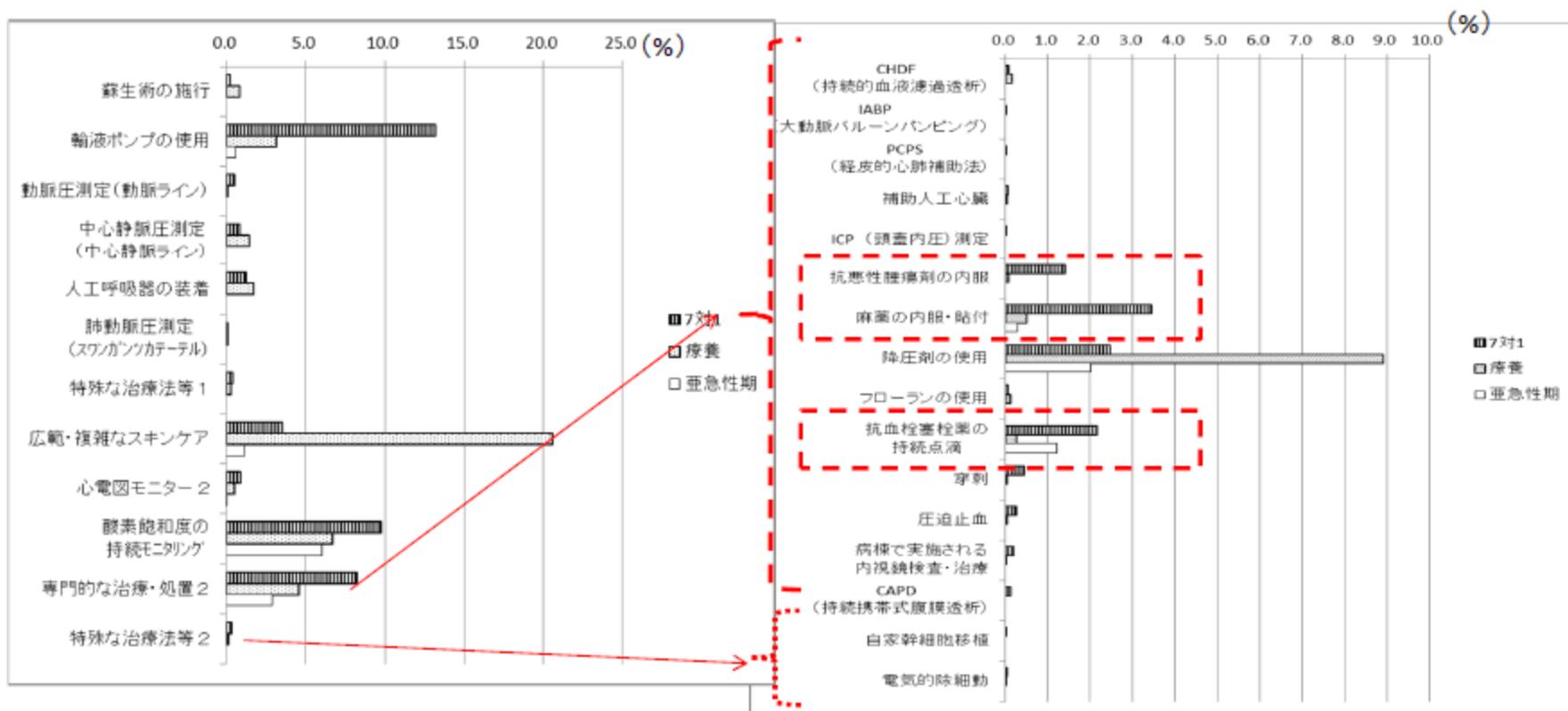
【A項目】

今回調査項目として追加した評価項目の該当率

診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3 (改)

○ 「専門的な治療・処置2」の「抗悪性腫瘍剤の内服」「麻薬の内服・貼付」「抗血栓塞栓薬の持続点滴」

7対1入院基本料の該当率が高い。



(心電図モニター2:心臓再同期療法(CRT)、両心室ペーシング機能付埋込型除細動器(CRTD)、植込型除細動器(ICD)を実施した場合)

出典:平成24年度 入院医療等の調査より

【A項目】 現行の一般病棟用の重症度・看護必要度の評価項目の該当率

○「創傷処置」、「血压測定」、「点滴ライン同時3本以上」、「心電図モニター1（持続的な心電図のモニタリング）」、「シリンジポンプの使用」、「輸血や血液製剤の使用」

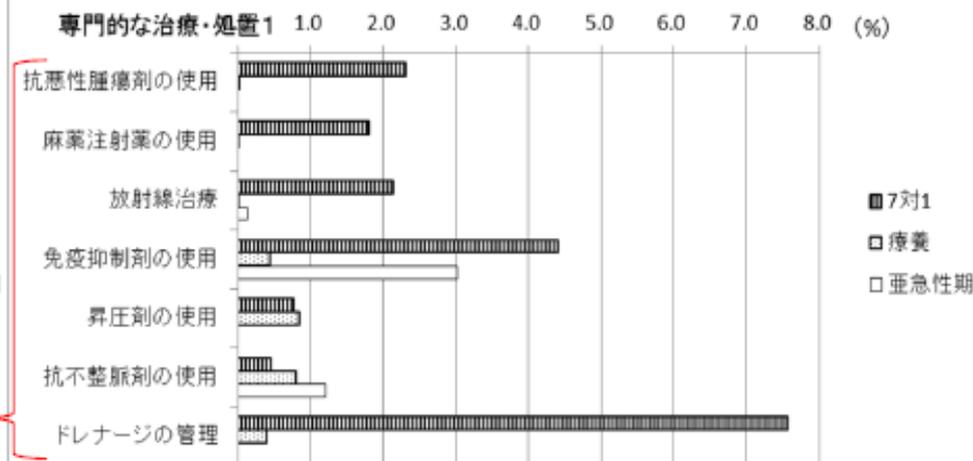
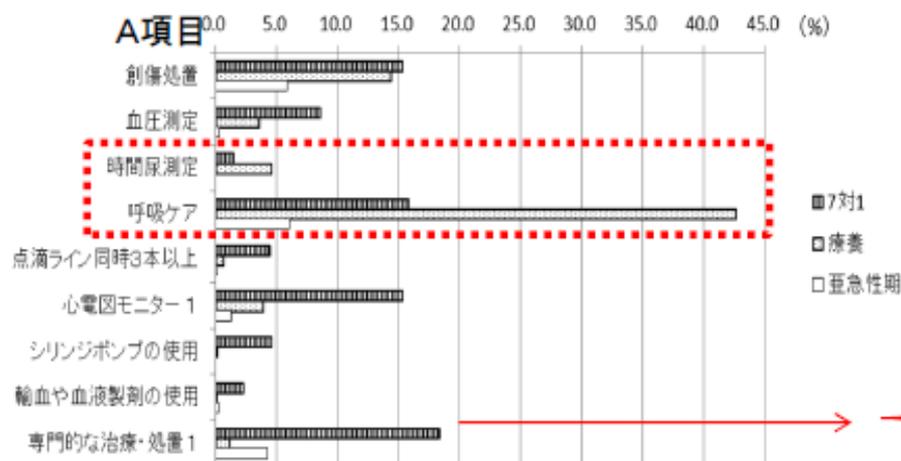
7対1入院基本料の方が療養病棟入院基本料より該当率が高い。

○「時間尿測定」、「呼吸ケア」

7対1入院基本料より療養病棟入院基本料の方が該当率が高い。

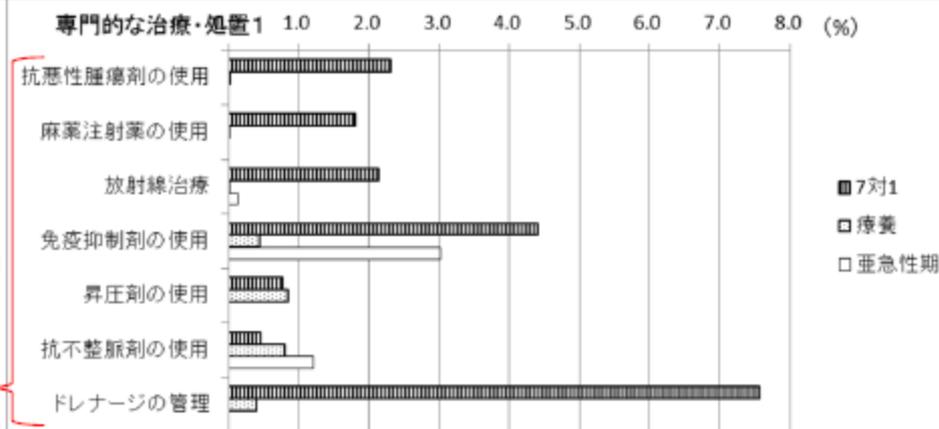
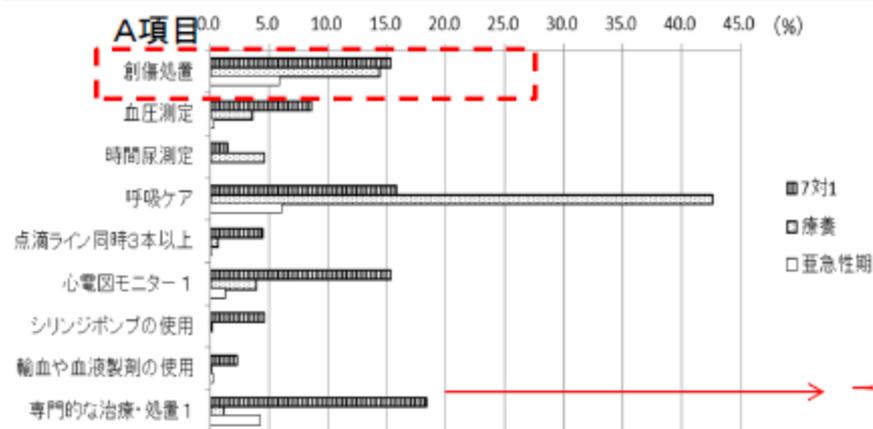
○「専門的な治療・処置1」

おおむね7対1入院基本料の方が高い項目が多い。



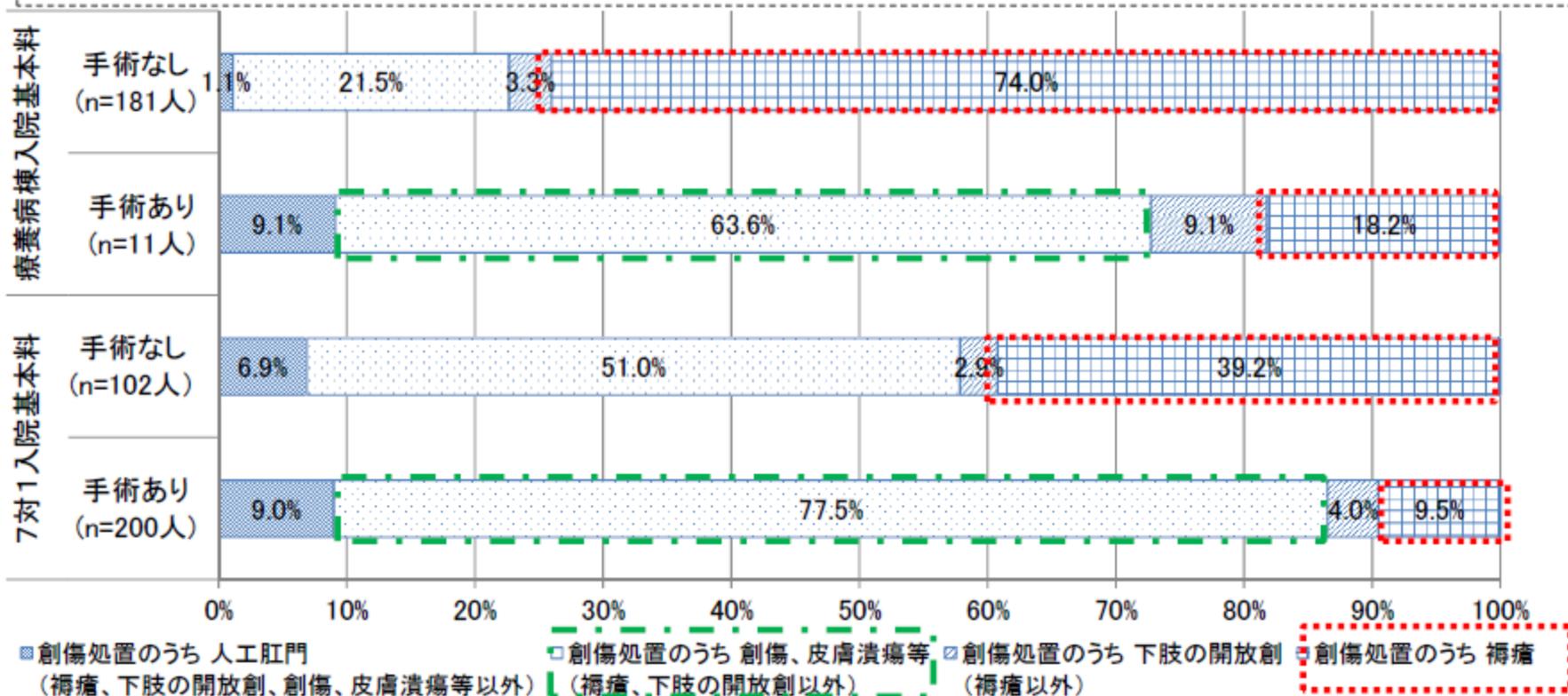
【A項目】 現行の一般病棟用の重症度・看護必要度の評価項目の該当率

- 「創傷処置」、「血圧測定」、「点滴ライン同時3本以上」、「心電図モニター1(持続的な心電図のモニタリング)」、「シリンジポンプの使用」、「輸血や血液製剤の使用」
7対1入院基本料の方が療養病棟入院基本料より該当率が高い。
- 「時間尿測定」、「呼吸ケア」
7対1入院基本料より療養病棟入院基本料の方が該当率が高い。
- 「専門的な治療・処置1」
おおむね7対1の方が高い項目が多い。



創傷処置 7対1入院基本料と療養病棟入院基本料の創傷処置について

創傷処置の内容は、療養病棟入院基本料においては手術なしの褥瘡が多く、7対1入院基本料、療養病棟入院基本料の手術ありについては、褥瘡以外の創傷処置が多い。



出典:平成24年度 入院医療等の調査より

「創傷処置」は、7対1入院基本料と療養病棟入院基本料で、手術ありの場合は「褥瘡以外の創傷処置」、療養病棟入院基本料の手術なしの場合は「褥瘡に対する処置」が多く、評価している内容が異なっているが、療養病棟入院基本料で多い創傷処置のうち「褥瘡に対する処置」が急性期の処置の指標として適切であるといえるか。

その他指標

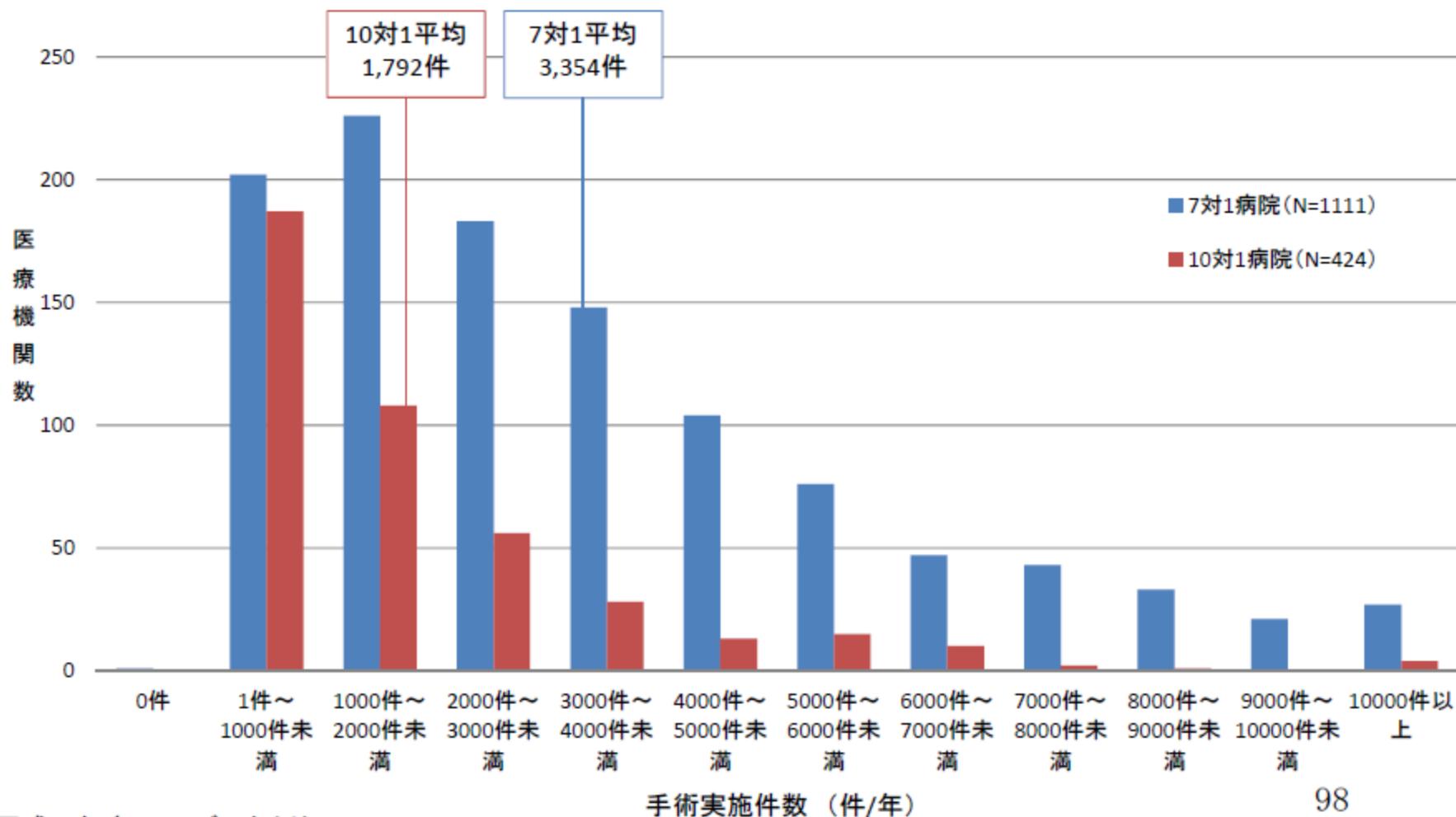
- 年間手術実施件数や全身麻酔手術件数等の診療実績を要件にすることについてどのように考えるか。
 -
- 現在の7対1入院基本料を算定している医療機関の在宅復帰率を踏まえ、自宅及び亜急性期・回復期病棟へ退院又は転棟した患者の割合を要件にすることについてどのように考えるか。

その他の指標

- 急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、DPCデータの提出を要件にすることについてどのように考えるか。
- 高齢者の急性期病院への入院が増える中、入院中のADL低下や褥瘡の発生等を防ぐため、急性期病棟における早期からのリハビリテーション等を要件にすることについてどのように考えるか。

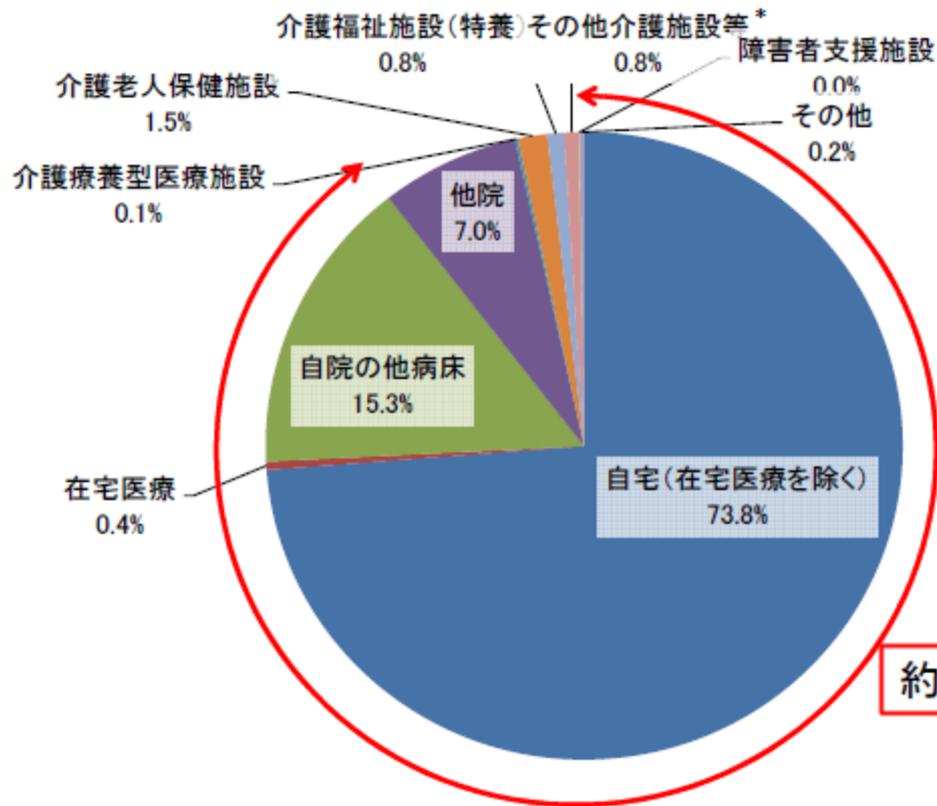
7対1・10対1病院における手術実施件数(DPCデータ)

*平成25年3月現在で7対1一般病棟入院基本料を算定している病院



7対1病棟における退棟患者の状況(平成24年度調査結果)

(改) 診調組 入-1
25.5.16



+死亡退院: 749人

約89.5%

N=24,687

出典: 平成24年度 入院医療等の調査より

*その他介護施設等には「グループホーム」「有料老人ホーム・軽費老人ホーム」「サービス付き高齢者向け住宅」が含まれる

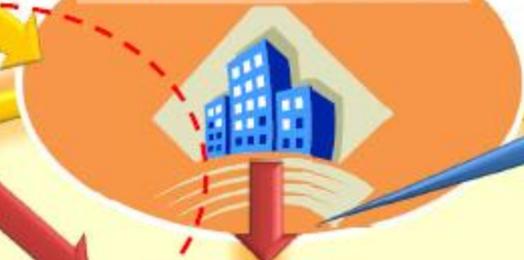
高度急性期・急性期



在宅復帰の流れ(イメージ)

(改) 中医協 総-3
25.3.13

亜急性期・回復期等



在宅復帰率

回復期リハ病棟1: 7割以上

回復期リハ病棟2: 6割以上

亜急性期: 6割以上

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭



診療所等



外来・訪問サービス等

老健



長期療養

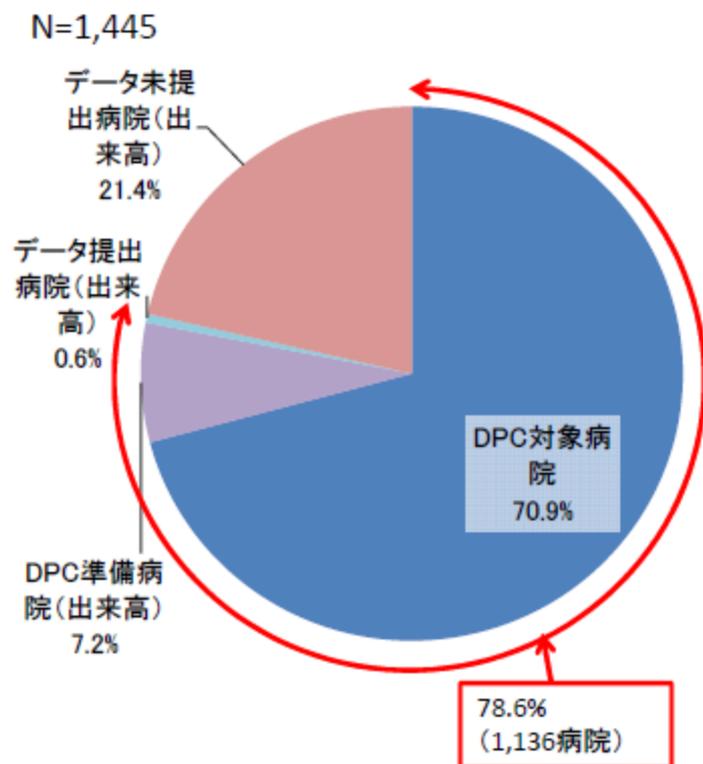


【参考】在宅復帰率(介護保険)
在宅復帰支援型の老健 > 5割
上記以外* > 3割

※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

7対1病院のDPCデータ提出の状況

7対1病院におけるDPCデータの提出状況(平成24年度)



DPCデータの提出病床の状況

	許可病床数 (平成24年7月1日現在)	データ提出届出病床数 (平成25年3月1日現在)	割合
一般病棟 7対1入院基本料(経過措置を含む)	380,591	328,665	86.4%
一般病棟 10対1入院基本料	210,566	74,513	35.4%
特定機能病院 一般病棟 7対1入院基本料(経過措置を含む)	58,944	58,326	99.0%*
特定機能病院 一般病棟 10対1入院基本料	1,365	1,232	90.3%*
専門病院 7対1入院基本料(経過措置を含む)	5,795	5,569	96.1%
専門病院 10対1入院基本料	1,944	1,215	62.5%

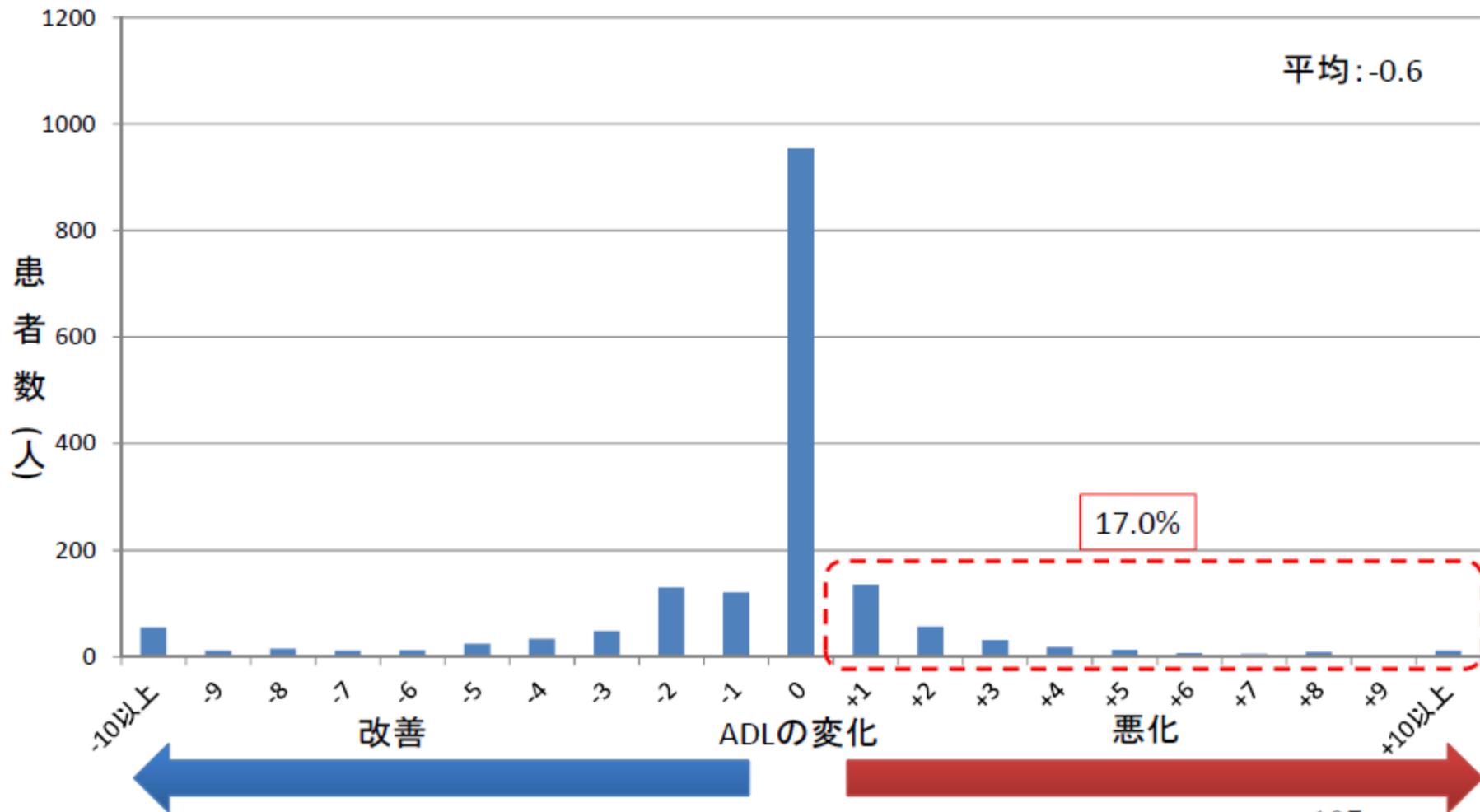
*特定機能病院で100%になっていないのは許可病床と届出病床の差によると考えられる

7対1入院基本料を算定している病床については、既に大半がDPCデータを提出している₁₀₅

7対1病院における調査期間(2週間)中のADL*の変化(平成24年度調査)

N=1,703

*重症度・看護必要度B項目の値



出典:平成24年度 入院医療等の調査より

急性期からの継続的サポートの必要性について

中医協 総 - 3
25.3.13

急性期からの紹介患者の実情

2010年入院患者511人の評価結果

入院時栄養問題

入院時栄養管理	人数	%
血清Alb ≤ 3.2 g/dl	79	15
%標準体重 $\leq 80\%$	83	16
栄養サポート対象患者	187	37

- ①体重に明らかな異常あり
- ②食事摂取量が少ない
- ③下痢・嘔吐あり
- ④血清Alb値3.2g・dl以下
- ⑤Stage II以上の褥瘡
- ⑥経腸栄養患者

• 37%に栄養サポートが必要

急性期病院に転院後3週間
(転院後、誤嚥性肺炎を併発)



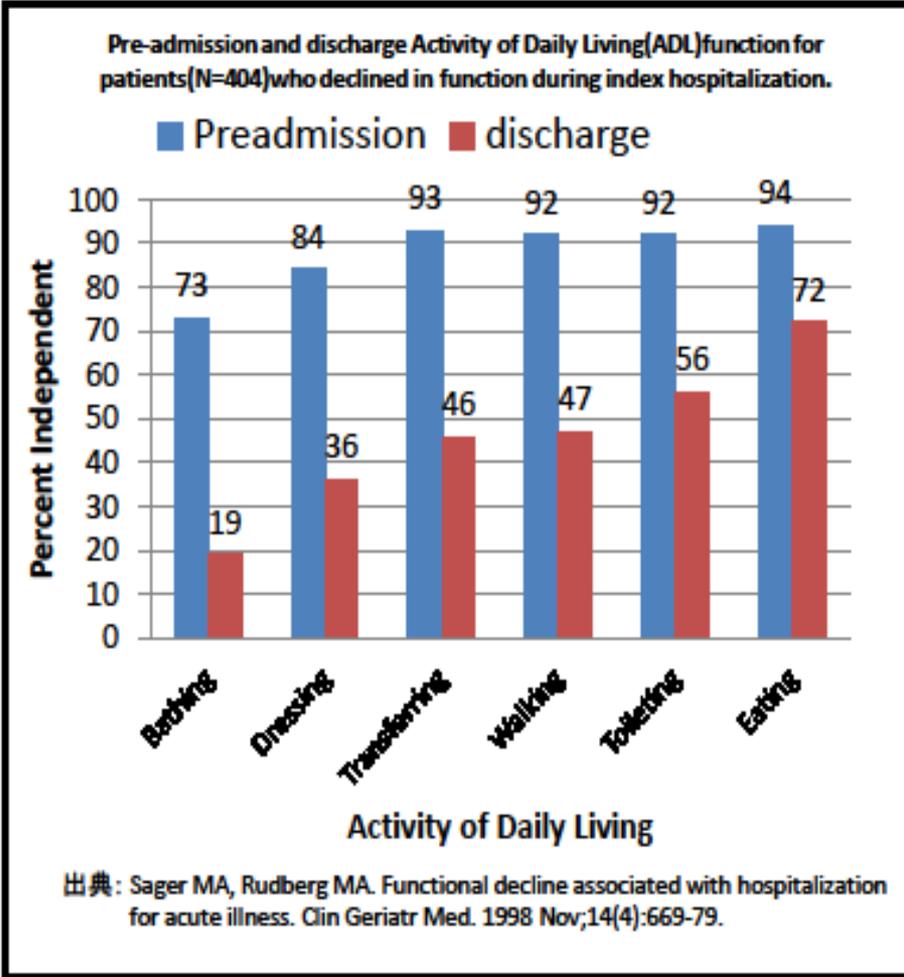
右踵の褥瘡

3週間点滴のみであったため
著明な低アルブミン血症

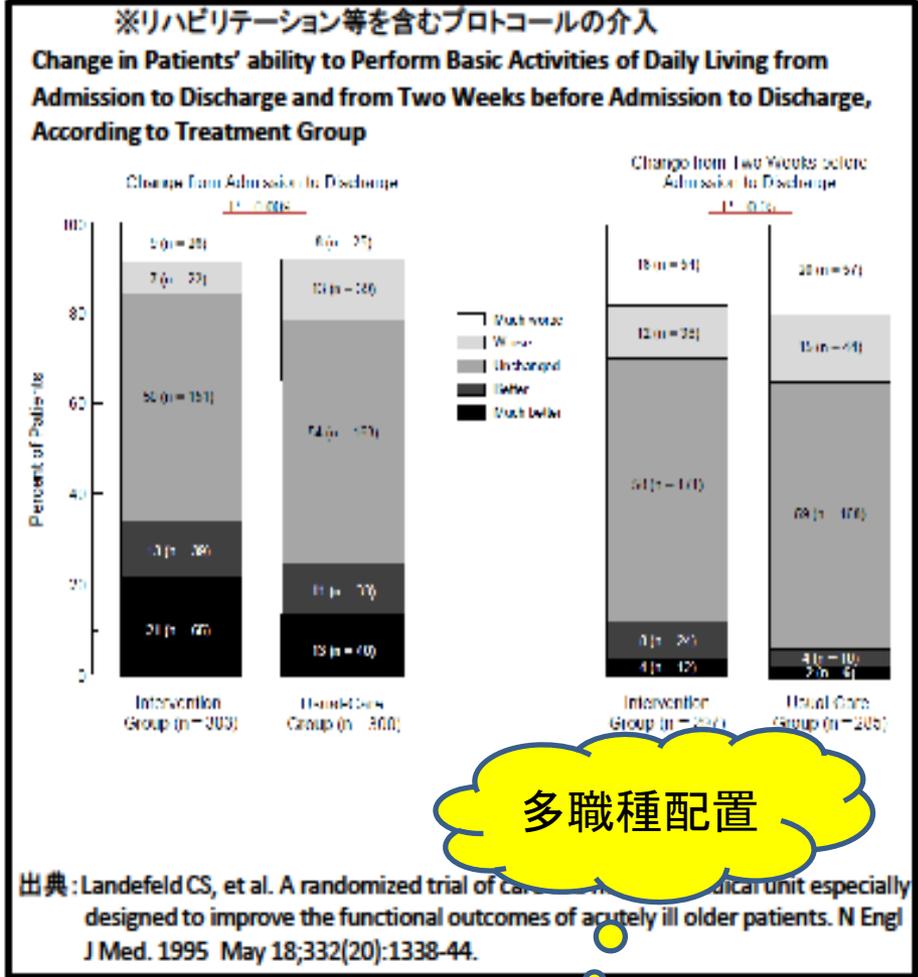
早期離床
リハビリが必要

急性期病院における早期からのリハビリテーション等の介入

入院時と退院時のADL(日常生活動作)の比較



入院時と退院時の通常治療群と介入群*の比較



急性期病院において、入院時よりも退院時にADLが下がる傾向があり、リハビリテーション等を含むプロトコルを導入することにより、ADLが改善する傾向が見られる。

亜急性期入院医療

- 今後、拡充が必要な亜急性期病床について、現状の病室単位ではなく病棟単位の評価とすることについてどのように考えるか。
- 例えば、病床の種別にかかわらず、人員配置、重症度・看護必要度、在宅復帰率、二次救急病院の指定、在宅療養支援病院の届出のような亜急性期病床に期待される機能に関する要件を設定した上で、評価を充実させることについてどのように考えるか。
- 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するデータの提出を求めることについてどのように考えるか。

回復期リハ病棟入院料・亜急性期入院医療管理料の主な施設基準等

	回復期リハビリテーション病棟入院料1	回復期リハビリテーション病棟入院料2	回復期リハビリテーション病棟入院料3	亜急性期入院医療管理料
看護配置	13対1以上	15対1以上	15対1以上	13対1以上
看護補助者の配置	30対1以上	30対1以上	30対1以上	—
その他の職種の配置	専任医師1名以上、専従理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任社会福祉士等1名以上	専任医師1名以上、専従理学療法士2名以上、作業療法士1名以上	専任医師1名以上、専従理学療法士2名以上、作業療法士1名以上	専任の在宅復帰支援を担当する者1名以上
新規入院患者	重症患者が3割以上 看護必要度A項目1点以上の患者が1割5分以上	重症患者が2割以上	—	—
在宅復帰率	7割以上	6割以上	6割以上	6割以上*
重症患者の退院時日常生活機能評価	4点以上改善している患者が3割以上	3点以上改善している患者が3割以上	—	—
その他	病棟単位で届出(回リハ3と併存不可)	病棟単位で届出(回リハ3と併存不可)	病棟単位で届出(新規以外、回リハ1・2と併存不可)	病室単位で届出、診療録管理体制加算を届け出ている、一般病床の3割以下(200床以上は40床)
点数	1,911点	1,761点	1,611点	2,061点(リハなし・60日まで) 1,911点(リハあり・60日まで)

*亜急性期入院医療管理料の在宅復帰率には老健施設を含む

亜急性期入院医療管理料

亜急性期入院医療管理料の見直し

- 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直すことで、医療機関におけるより適切な機能分化を推進する。

(新) 亜急性期入院医療管理料1 2,061点

(新) 亜急性期入院医療管理料2 1,911点

回復期リハビリテーション病棟の評価

- 回復期リハビリテーション病棟の評価体系を見直し、充実したリハビリテーションを推進する。

【現行】

回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,720点
回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,600点

【改定後】

(新)回復期リハビリテーション病棟入院料1	<u>1,911点</u>
(改)回復期リハビリテーション病棟入院料2	<u>1,761点</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,611点

(注)重症患者回復病棟加算については、入院料に包括して評価を行う

亜急性期入院医療管理料の患者の特徴①

亜急性期のない
13対1入院基本料

N=1,184

主病名	患者数
脳梗塞	347
骨折	180
脳内出血	141
肺炎	43
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	41
関節症	37
くも膜下出血	36
悪性新生物	31
その他	328

亜急性期入院医療管理料

N=123

主病名	患者数
骨折	39
脳梗塞	8
関節症	7
その他の損傷及びその他の外因の影響	7
悪性新生物	6
脊椎障害(脊椎症を含む)	6
その他	54

回復期リハビリテーション
病棟入院料1

N=430

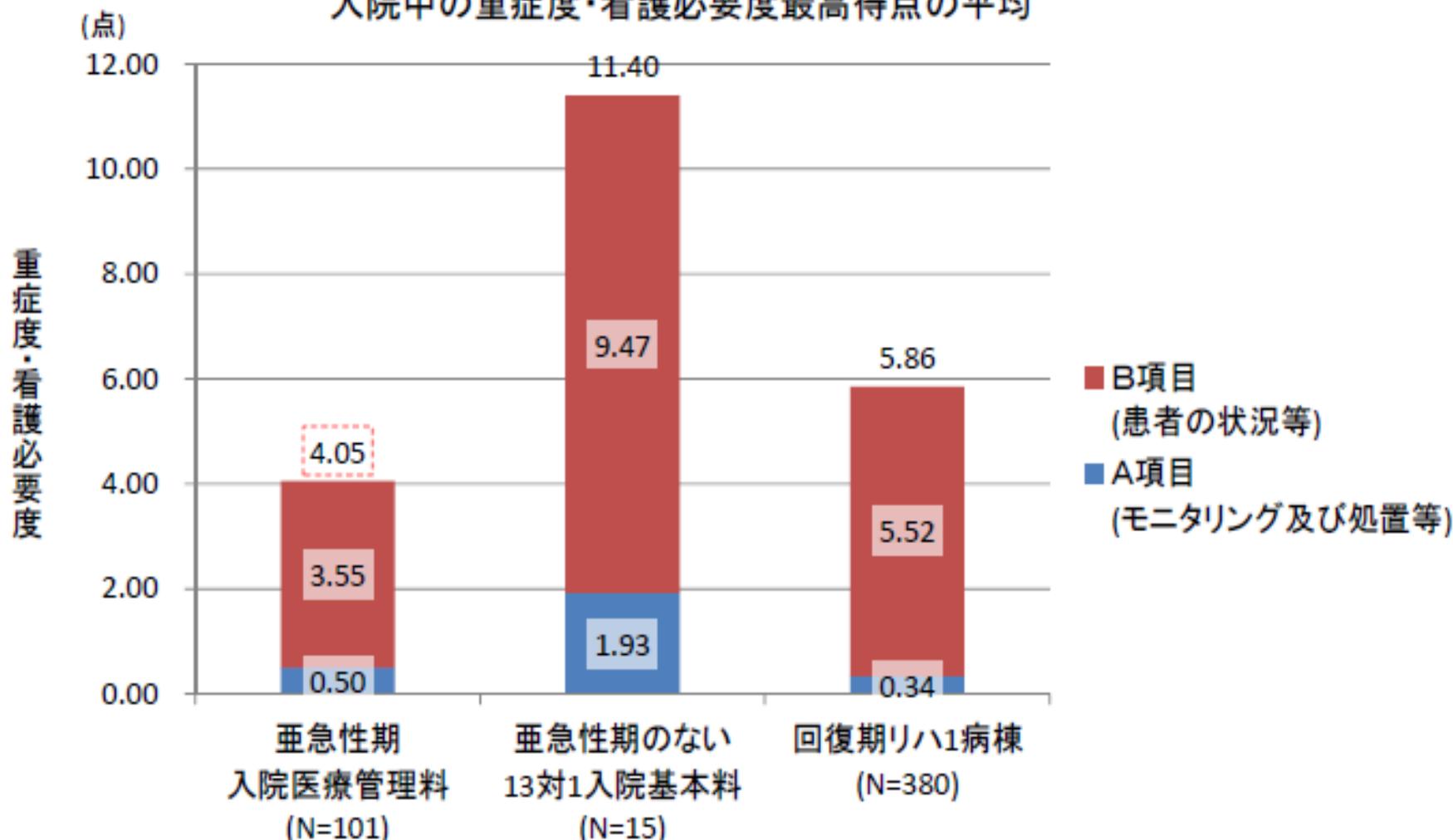
主病名	患者数
脳梗塞	158
脳内出血	67
骨折	60
くも膜下出血	22
頭蓋内損傷及び内臓の損傷	17
関節症	16
脊椎障害(脊椎症を含む)	16
その他の損傷及びその他の外因の影響	12
その他	62

亜急性期入院医療管理料の患者は回復期リハビリテーション病棟入院料1の患者と亜急性期のない一般病棟13対1入院基本料の患者と病名はおおむね重複している。

平成24年度 入院医療等の調査より

亜急性期入院医療管理料の患者の特徴②

入院中の重症度・看護必要度最高得点の平均

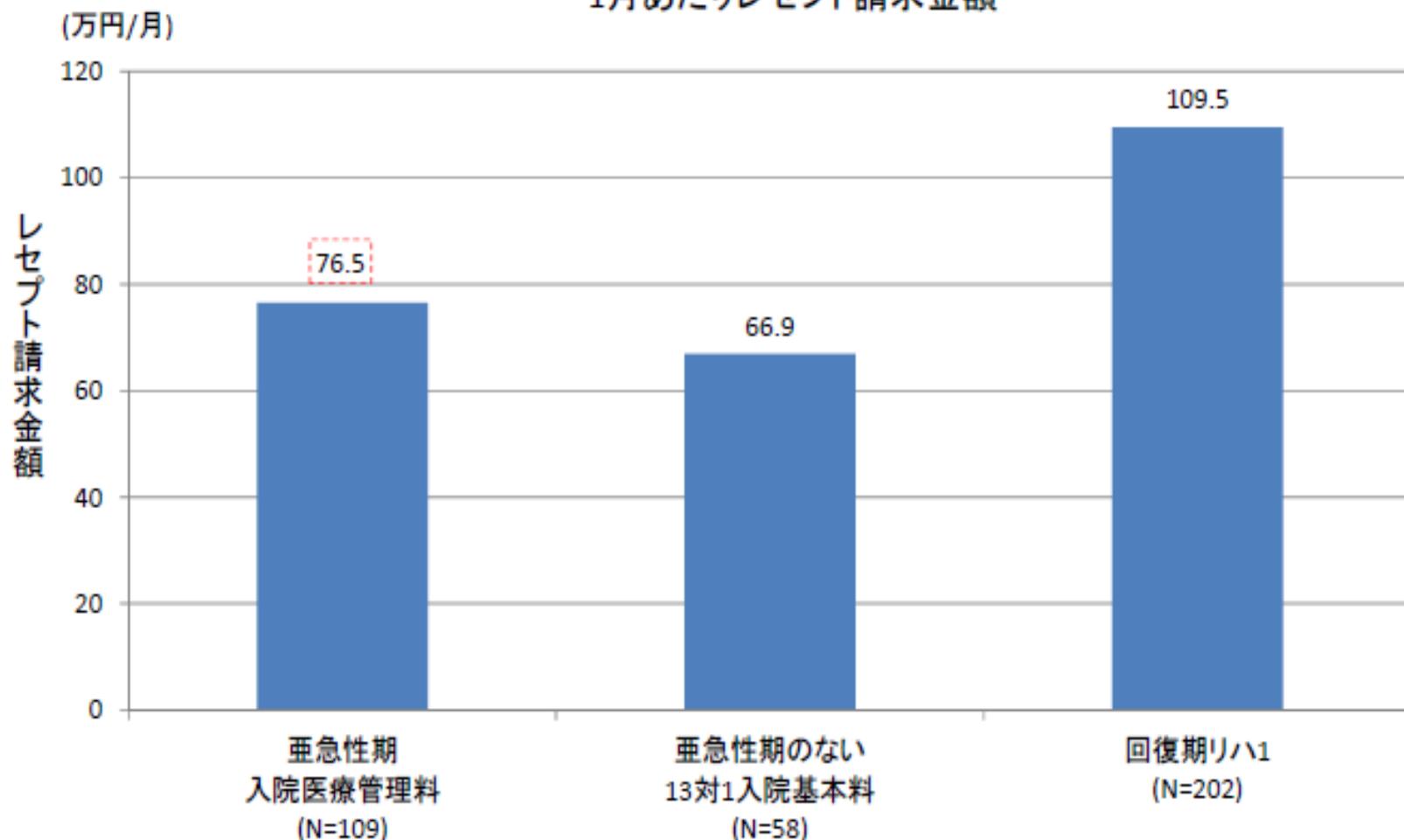


平成24年度 入院医療等の調査より

亜急性期入院医療管理料の患者は、回復期リハ病棟1の患者と亜急性期のない一般病棟13対1入院基本料の患者と比較して重症度・看護必要度の最高得点が低い。

亜急性期入院医療管理料の患者のレセプト請求額

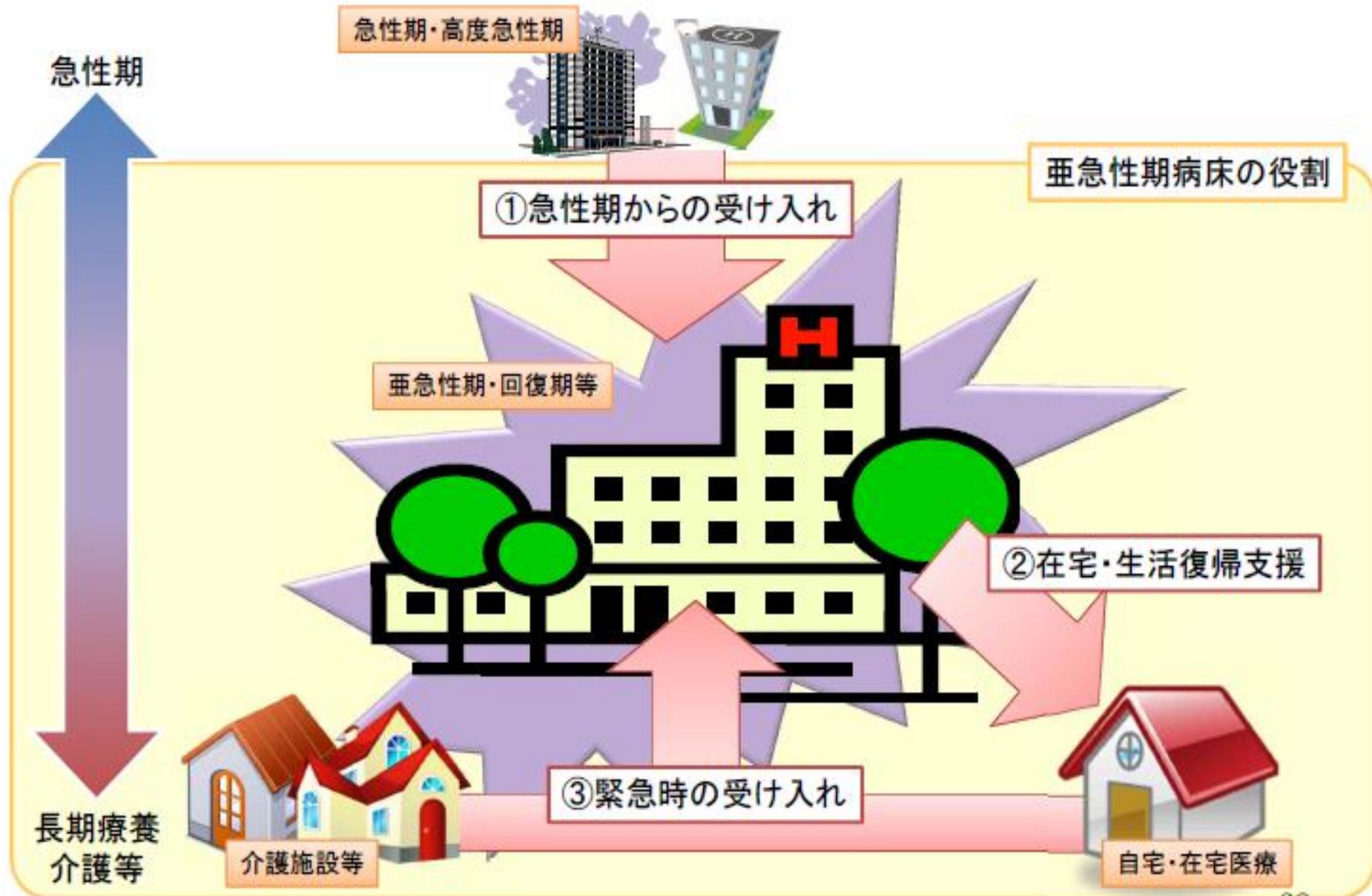
1月あたりレセプト請求金額



平成24年度 入院医療等の調査より

亜急性期入院医療管理料の患者は、回復期リハ1の患者と比較してレセプト請求金額が少なく、13対1入院基本料の患者と比較して高い。

亜急性期病床の地域医療に果たす役割



入院医療等の調査・評価分科会の
調査結果に基づいて、
早ければ夏前に中医協総会の議論が始まる！



中医協総会

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9日発刊**
- <http://www.igakutushin.co.jp/index1.php?contenturl=book1.php?id=615>



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