

2025年へのカウントダウン

～地域医療構想と地域包括ケアはこうなる～



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

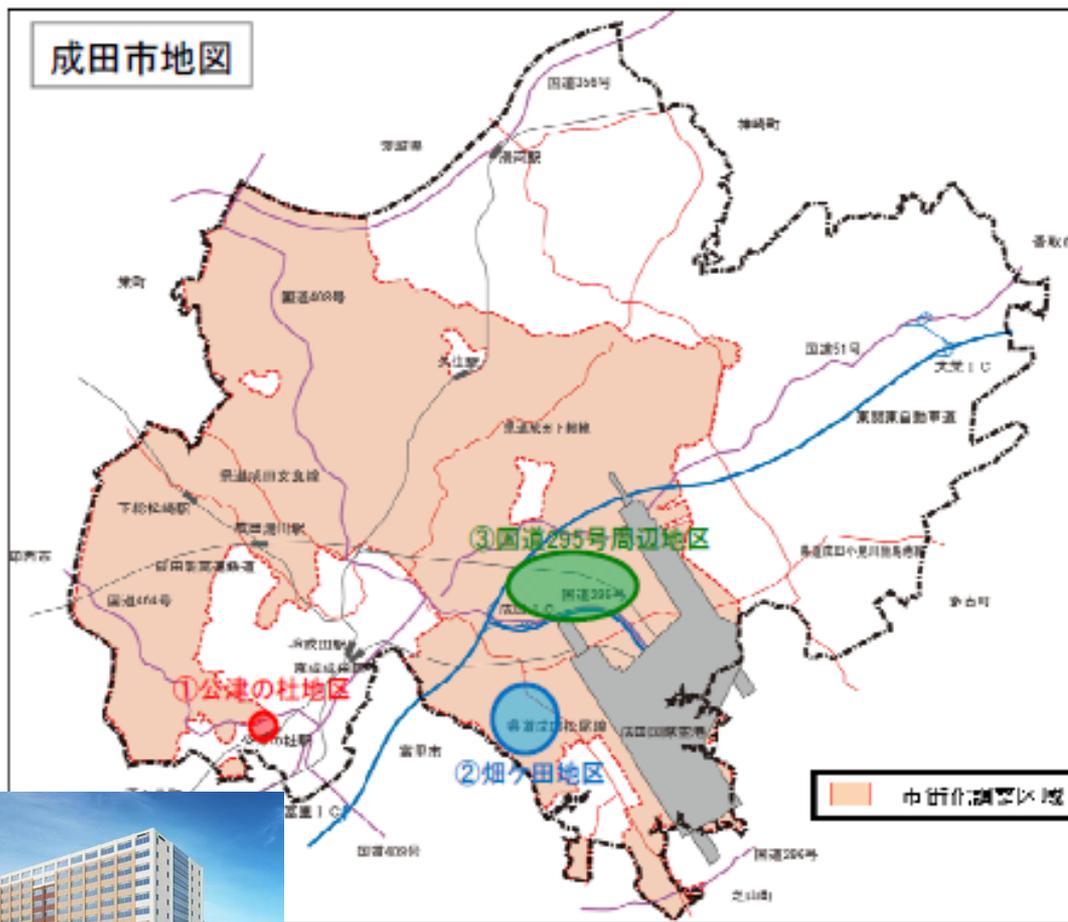
国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に
医学部を！

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部
(当初4学科⇒順次拡大)

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グラウンド・テニスコート
- 駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー



2017年4月医学部開講



**INTERNATIONAL
UNIVERSITY OF
HEALTH AND WELFARE**

New School of Medicine will be established in Narita in April 2017 (Government approval of the establishment in process)



目次

- パート1
 - 国民会議と医療介護一括法
- パート2
 - 地域医療構想
- パート3
 - 2016年診療報酬改定と地域連携
- パート4
 - 地域包括ケアシステムと新サービス



パート1

国民会議と医療介護一括法



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論
社会保障制度改革国民会議（会長 清家慶応義塾大学学長）
が2012年11月30日から始まった

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

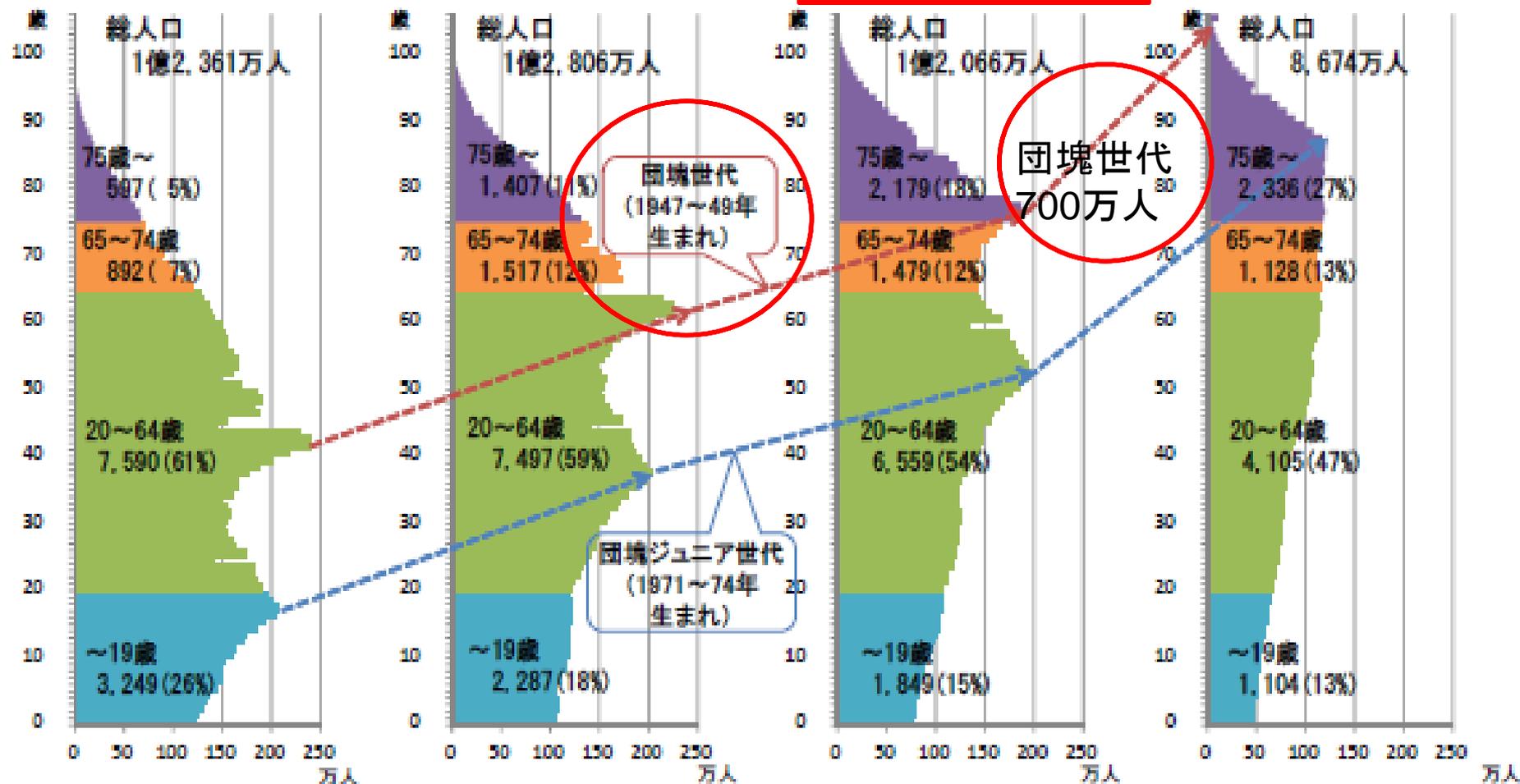
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

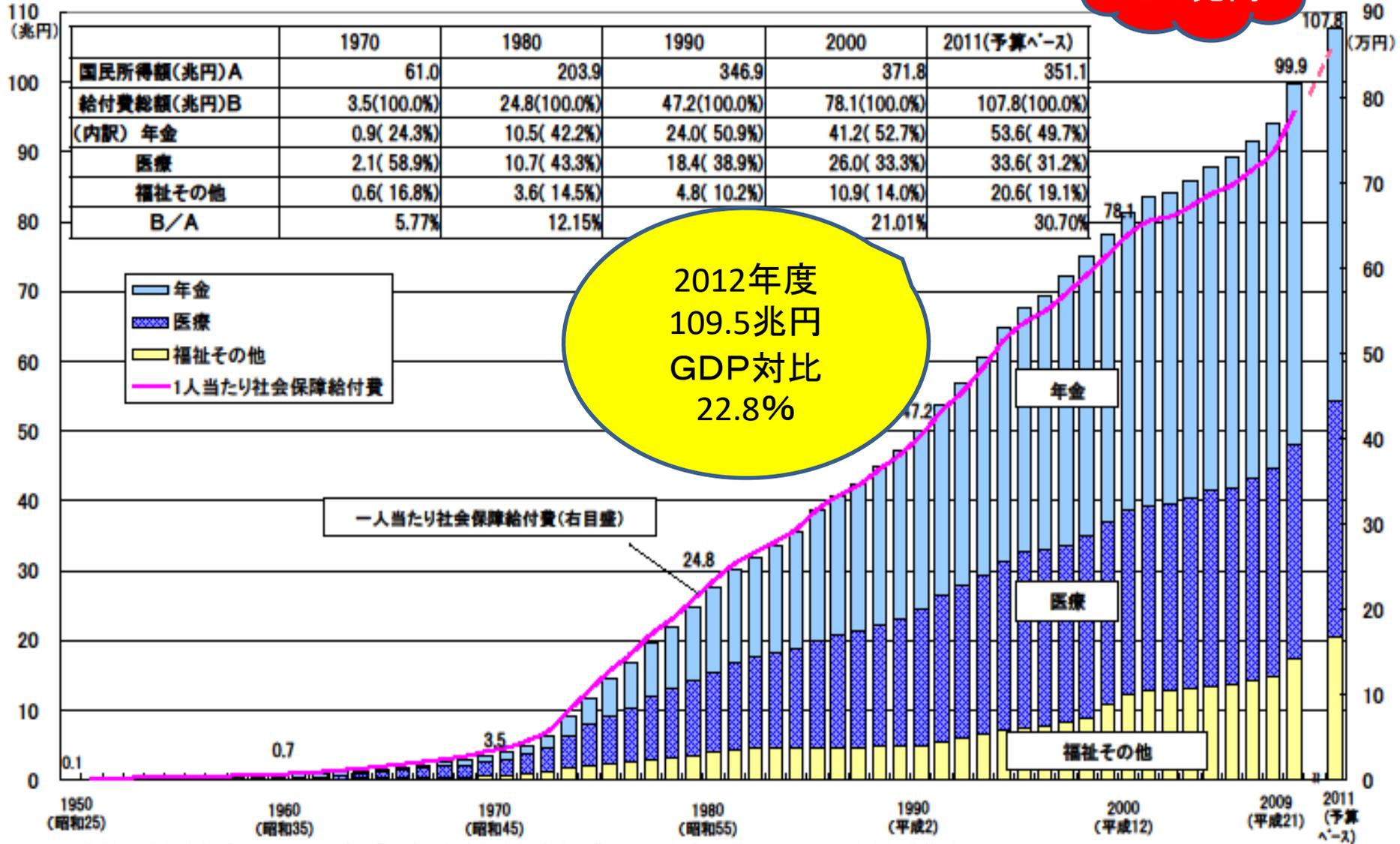
平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



社会保障給付費の推移

2025年
149兆円



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・税一体改革 (2012年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4月に8%、15年10月に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

2017年4月消費増税 10%先送り

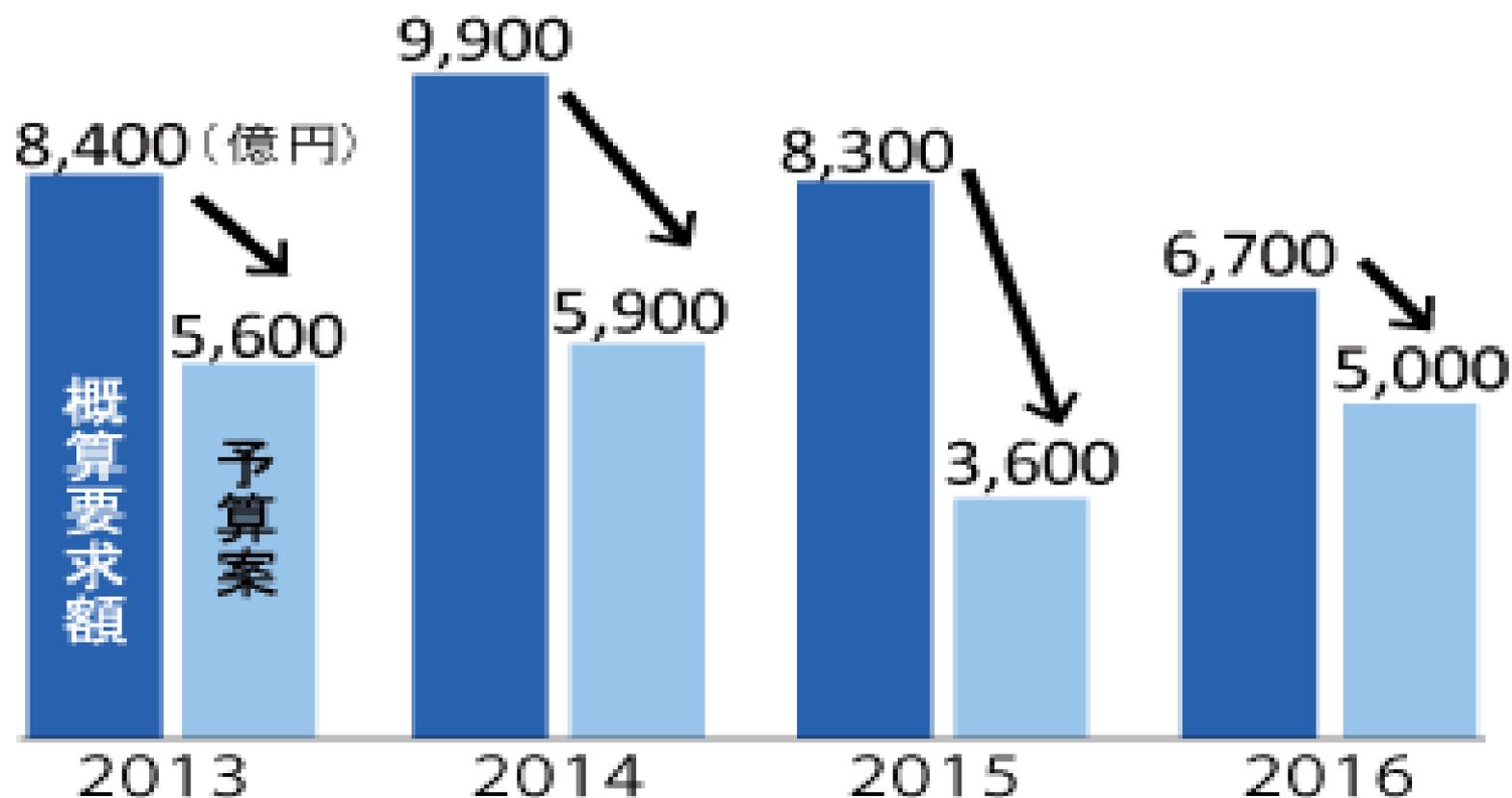


8%から10%の2%増税で4兆円の財源が消える！

社会保障費の自然増を削り続ける安倍内閣

※ 社会保障費の自然増

社会保障費のうち、高齢化の進展などで制度を変えなくても増えていく費用



2017年度予算

自然増を1400億円圧縮、5000億円以内に

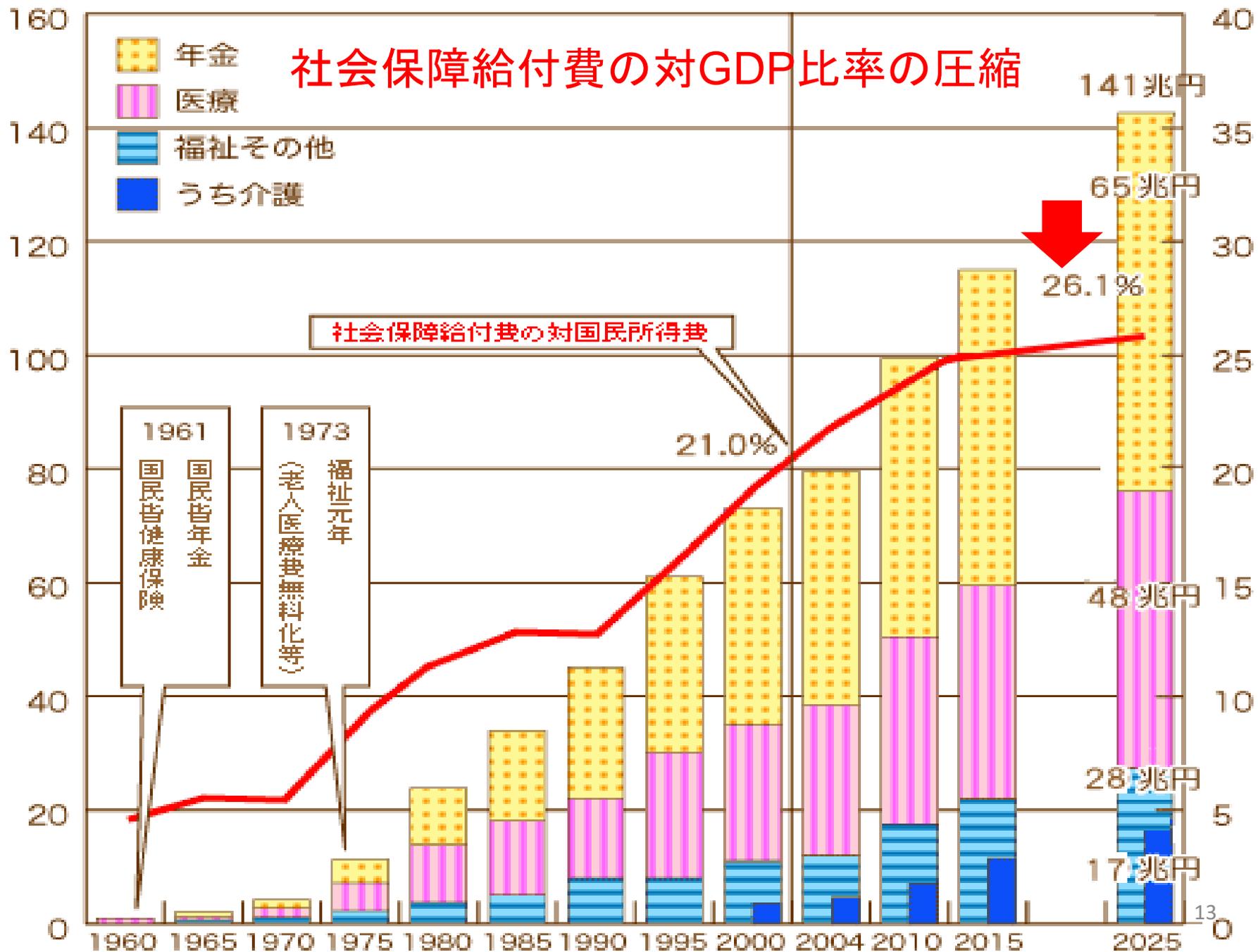
財務・厚労省が検討する社会保障費の伸び抑制策

医療	窓口負担	かかりつけ医以外の受診に定額負担
	高額療養費	後期高齢者の自己負担引き上げ
	高額薬	オプジーボの薬価引き下げと使用の指針策定
介護	自己負担	2割負担の対象者を拡大
	高額介護費	自己負担の月額上限を引き上げ
	サービス	要介護度の低い人向けサービスの保険外し
	保険料	大企業社員の保険料引き上げ

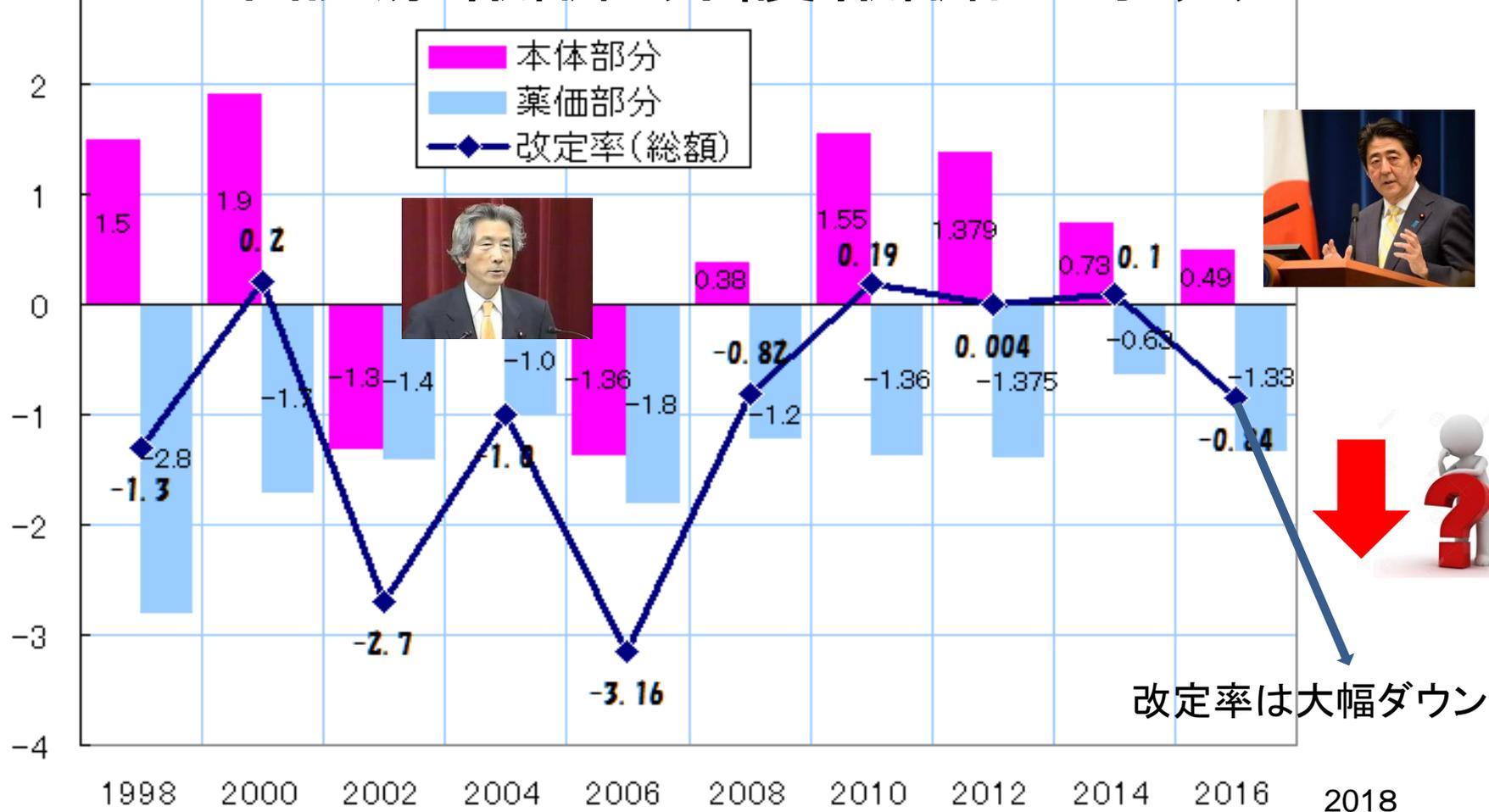
(兆円)

(%)

社会保障給付費の対GDP比率の圧縮



2018年診療報酬・介護報酬同時改定は？



(注) 2014年度は消費税増税対応分を含む(これを含めないと本体部分は0.1%増)。2016年度の改訂額は、2014年まで含めていた想定より売れた医薬品の価格引き下げも含めると実質マイナス1.03%

(資料) 産経新聞2009.12.24、毎日新聞2012.12.22、2013.12.21、2015.12.22

地域医療介護一括法



社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



ポイントは地域
包括ケアと地域
医療構想

最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

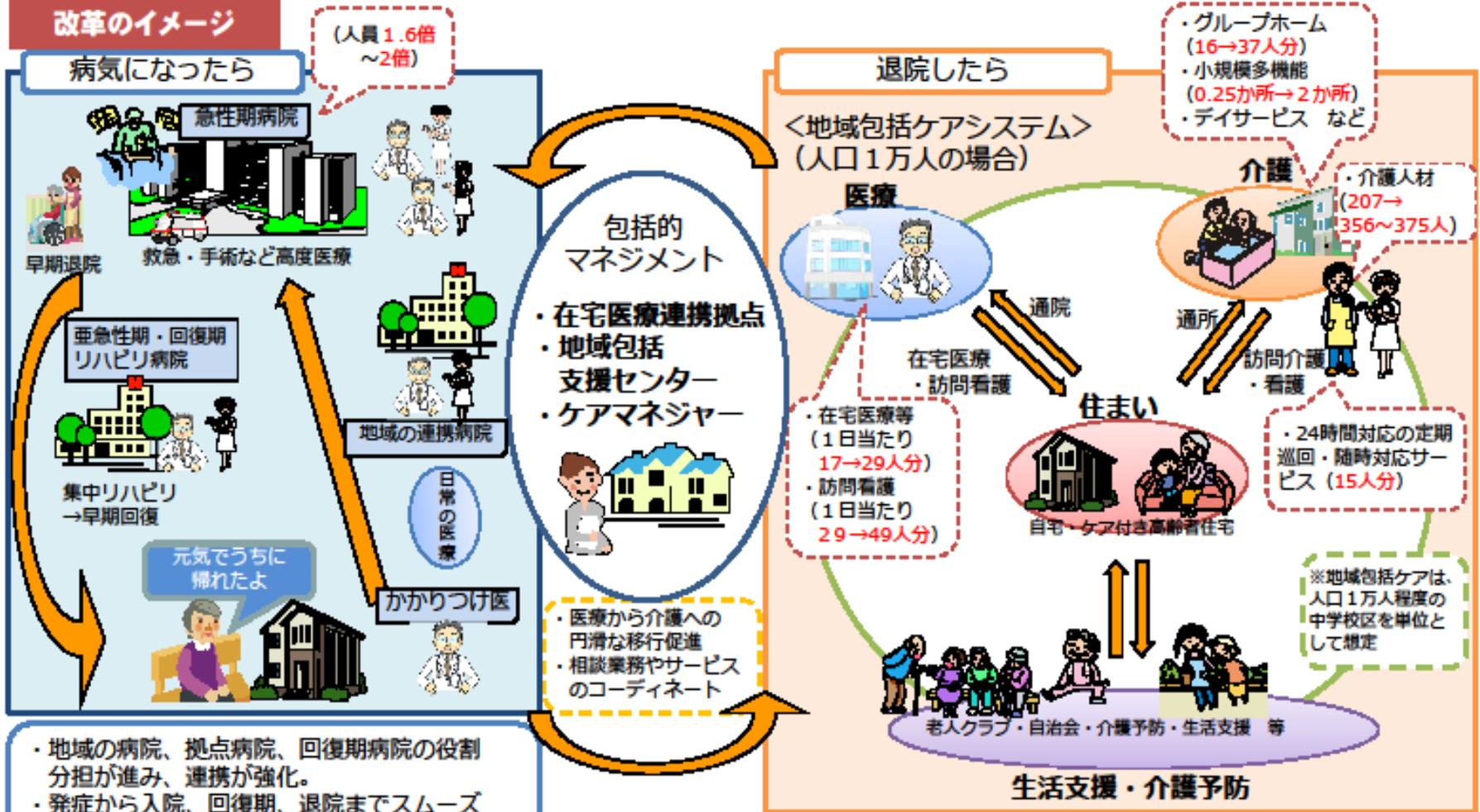
改革の方向性 ②

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



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの

病床機能分化と連携 ← 同時進行 → 地域包括ケアシステム

地域医療・介護一括法成立可決(2014年6月18日)

医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

2014年6月18日
可決成立

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート

強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

パート2

地域医療構想



医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ))。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

病床機能報告制度と地域医療ビジョン

- 報告項目

- 人員配置・医療機器等

- 医療機関が看護職数などの人員配置や医療機器などの設備について、厚労省が整備するサーバーへ送る項目（病棟単位23項目、病院単位22項目）

- 手術・処置件数等

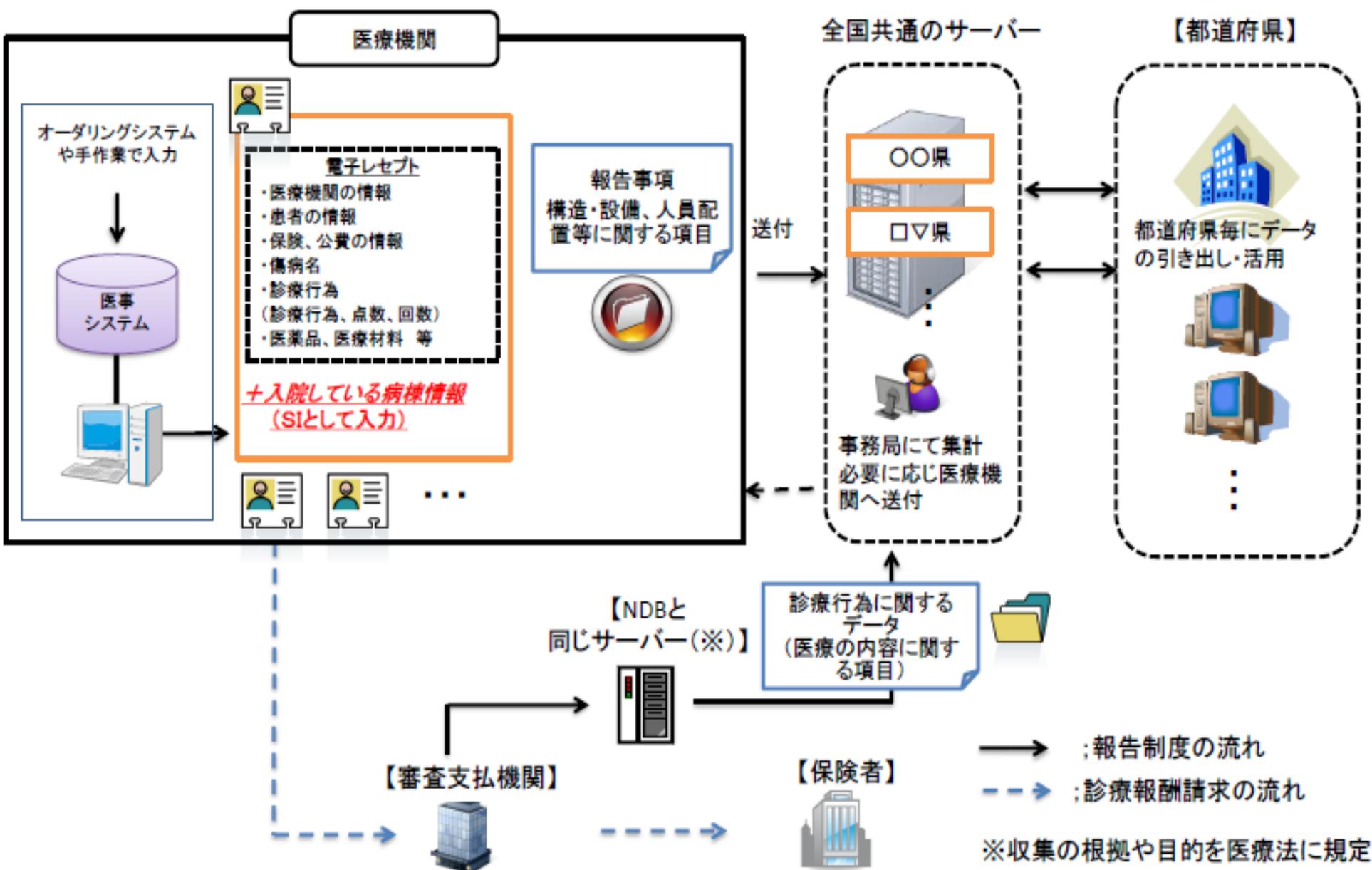
- 手術件数や処置件数など、提供している医療の内容を「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」を活用して自動的に集計する項目（81項目）

- 地域医療構想（ビジョン）

- 病床機能の「今後の方向」は6年後の方向性
 - 「地域医療構想（ビジョン）のためのガイドラインを策定する検討会」で議論

病床機能報告制度における集計等の作業について

別添2



地域医療構想策定の3つのステップ

① 構想区域の設定



② 構想区域における
医療需要の推計



③ 地域医療構想調整会議で
医療提供体制(必要病床数)
を協議

ステップ②

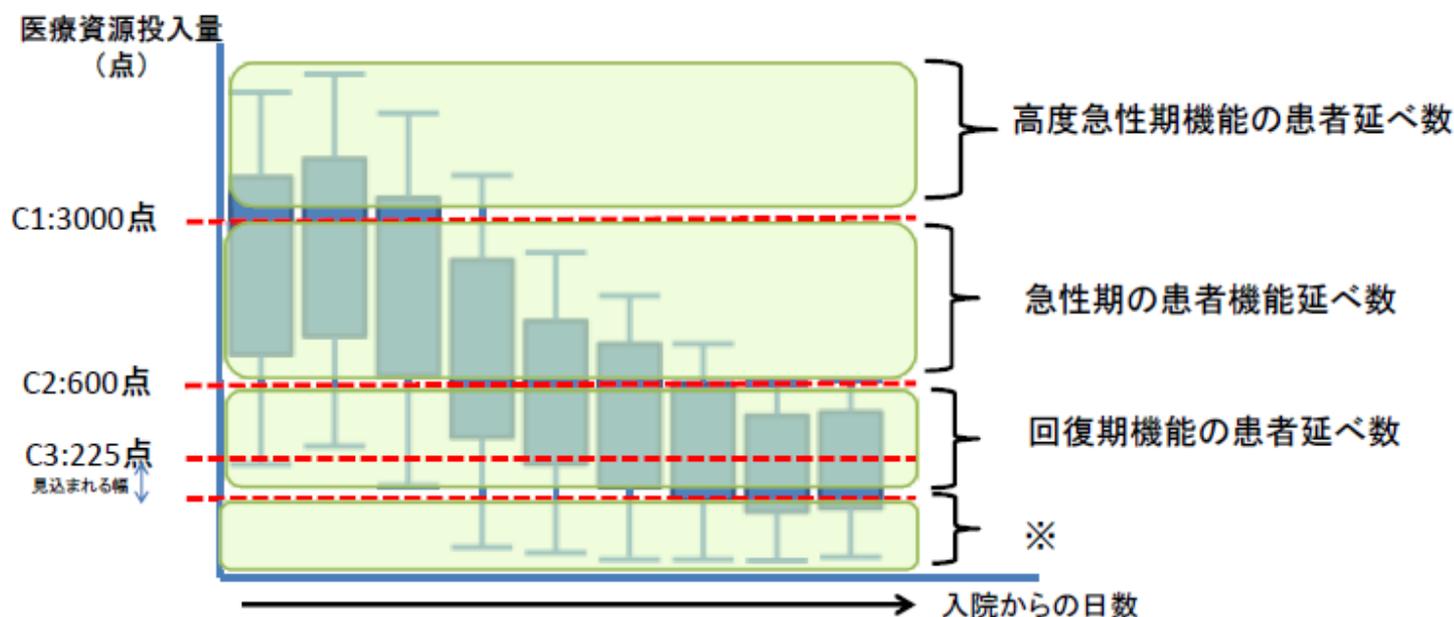
医療需要を推計する

医療需要から 病床機能別病床数を推計

- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会(2014年10月31日)
 - 1日当たりの「**医療資源投入量**」の多寡で医療需要(患者数)を推計→病床機能別病床数を推計
 - DPCデータとNDBから、患者に対する個別の診療行為を診療報酬の出来高点数に換算して入院日数や入院継続患者の割合などと比較して医療資源投入量を算出
 - 医療資源投入量(1日あたり入院医療費から入院基本料とリハを除いた出来高部分、医薬品、検査、手術、処置、画像など)
 - 医療資源投入量の高い段階から順に、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能の4つの医療機能を位置付ける

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等※の患者数として一体的に推計することとする。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

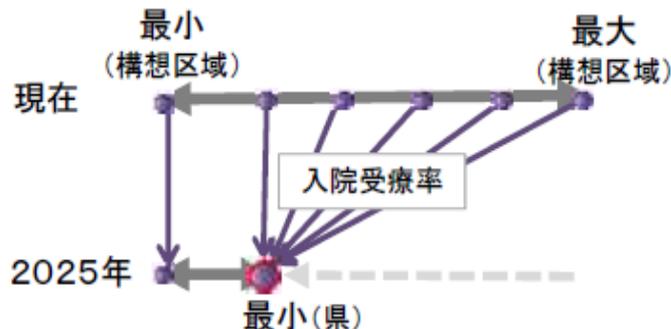
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
 - その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

【入院受療率の地域差の解消目標】

パターンA

全ての構想区域が
全国最小値(県単位)まで入院
受療率を低下する。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



パターンB

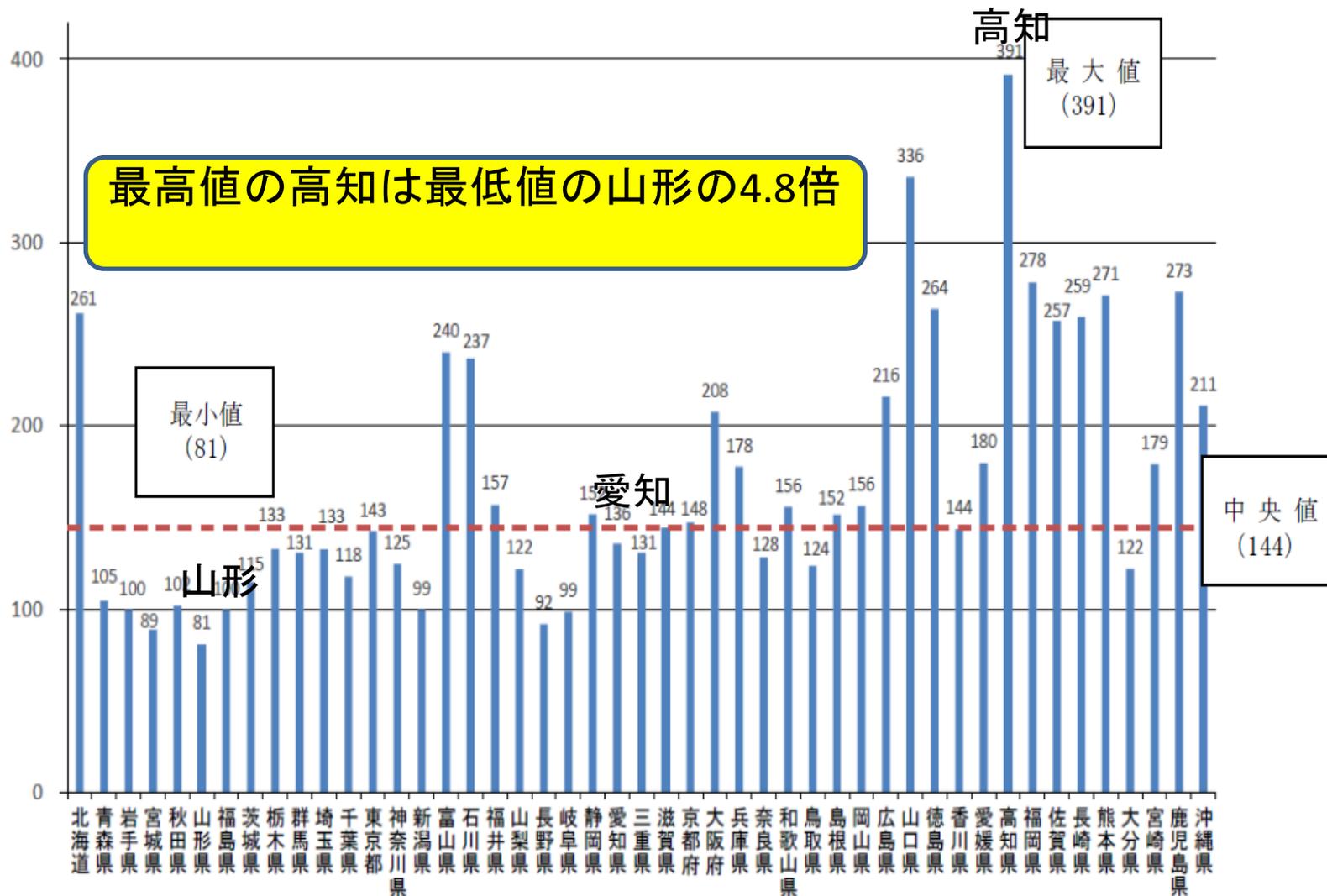
構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



療養病床の都道府県別入院受療率(医療区分1の70%相当の患者数等を除く※)(平成25年)

※ 医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除き、性・年齢構成の影響を補正した都道府県別の入院受療率(人口10万当たりの入院患者数、患者住所地ベース)



出典：社会保障制度改革推進本部専門調査会「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告」

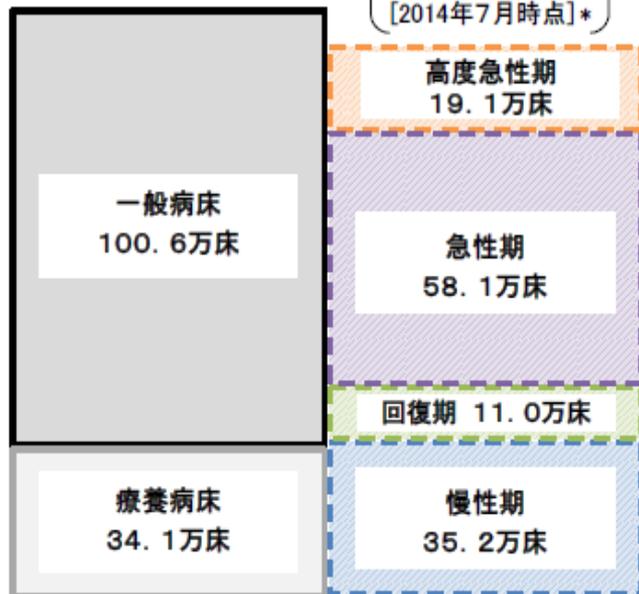
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

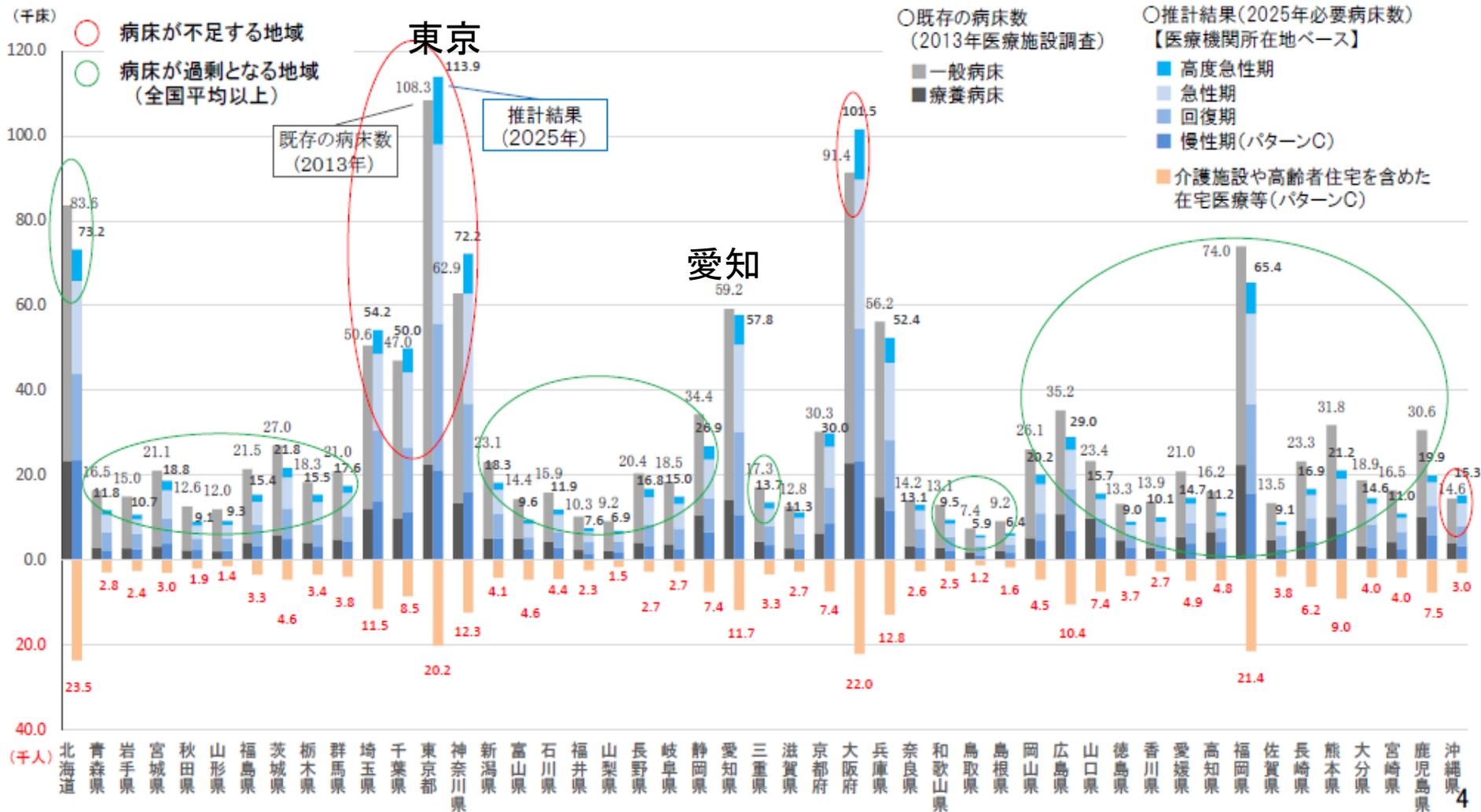
医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



2013年比2025年増減率(目標)

- ① 15% 神奈川
- ② 11% 大阪
- ③ 7% 埼玉
- ④ 6% 千葉
- ⑤ 5% 東京、沖縄
- ⑥ -1% 京都
- ⑦ -2% 愛知
- ⑧ -7% 兵庫
- ⑨ -8% 奈良
- ⑩ -11% 宮城
- -12% 北海道、滋賀、福岡 (全国平均)
- -15% 栃木
- -16% 群馬
- -18% 長野、広島
- -19% 茨城、岐阜
- -20% 鳥取
- -21% 新潟、三重
- -22% 静岡
- -23% 山形、岡山、大分
- -25% 石川、山梨
- -26% 福井
- -27% 和歌山、香川、長崎
- -28% 青森、秋田、福島
- -29% 岩手
- -30% 島根、愛媛
- -31% 高知
- -32% 徳島
- -33% 富山、山口、佐賀、熊本、宮崎
- -35% 鹿児島

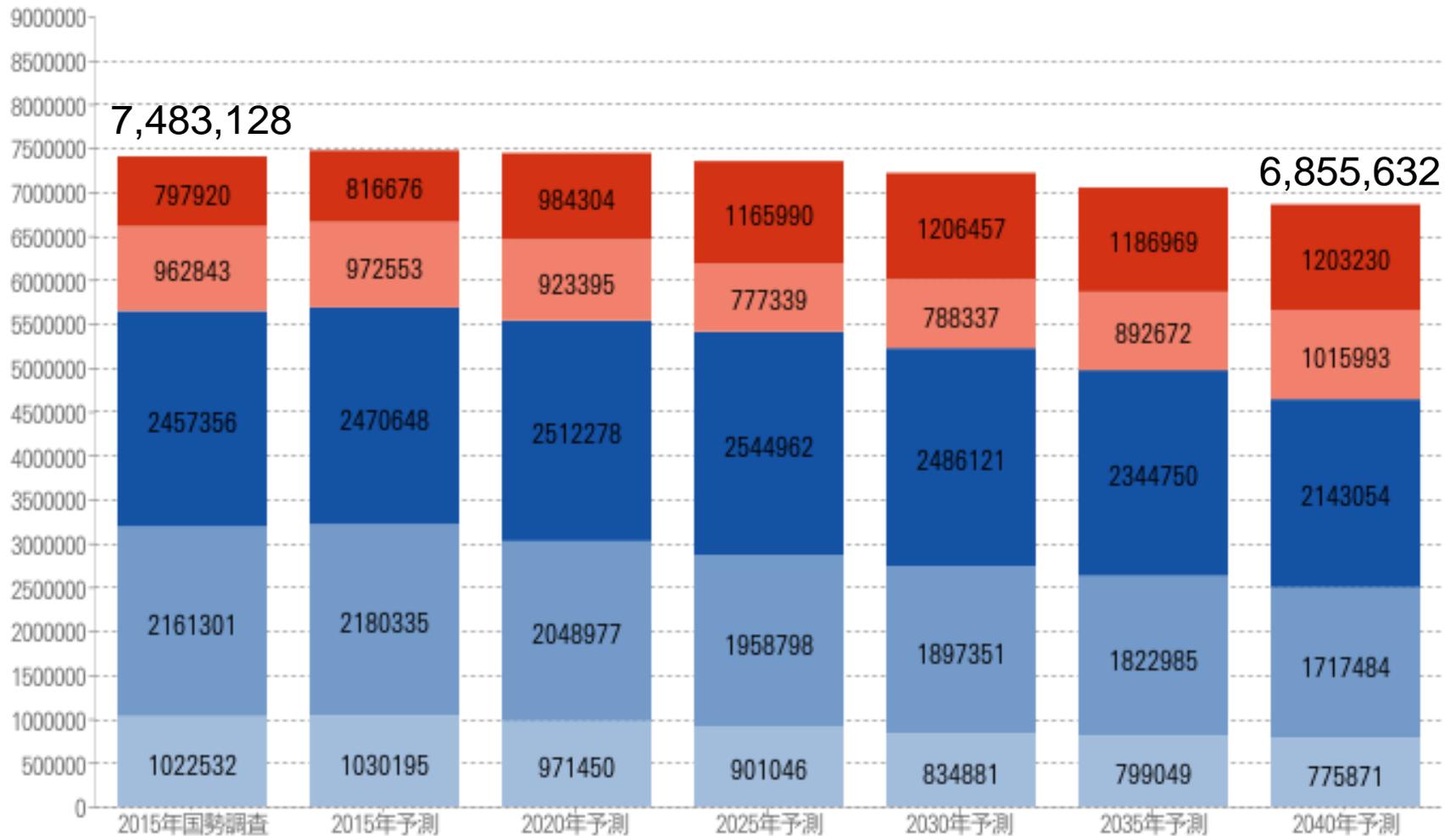
医療が変わる、病床が変わる

	20世紀	21世紀
人口	増大・若者	減少・高齢化
疾患	単一疾患	複数疾患、退行性疾患
目標	治癒、救命	機能改善、生活支援
目的	治す医療	支える医療
場所	病院	地域
医療資源投入	多量	中等度

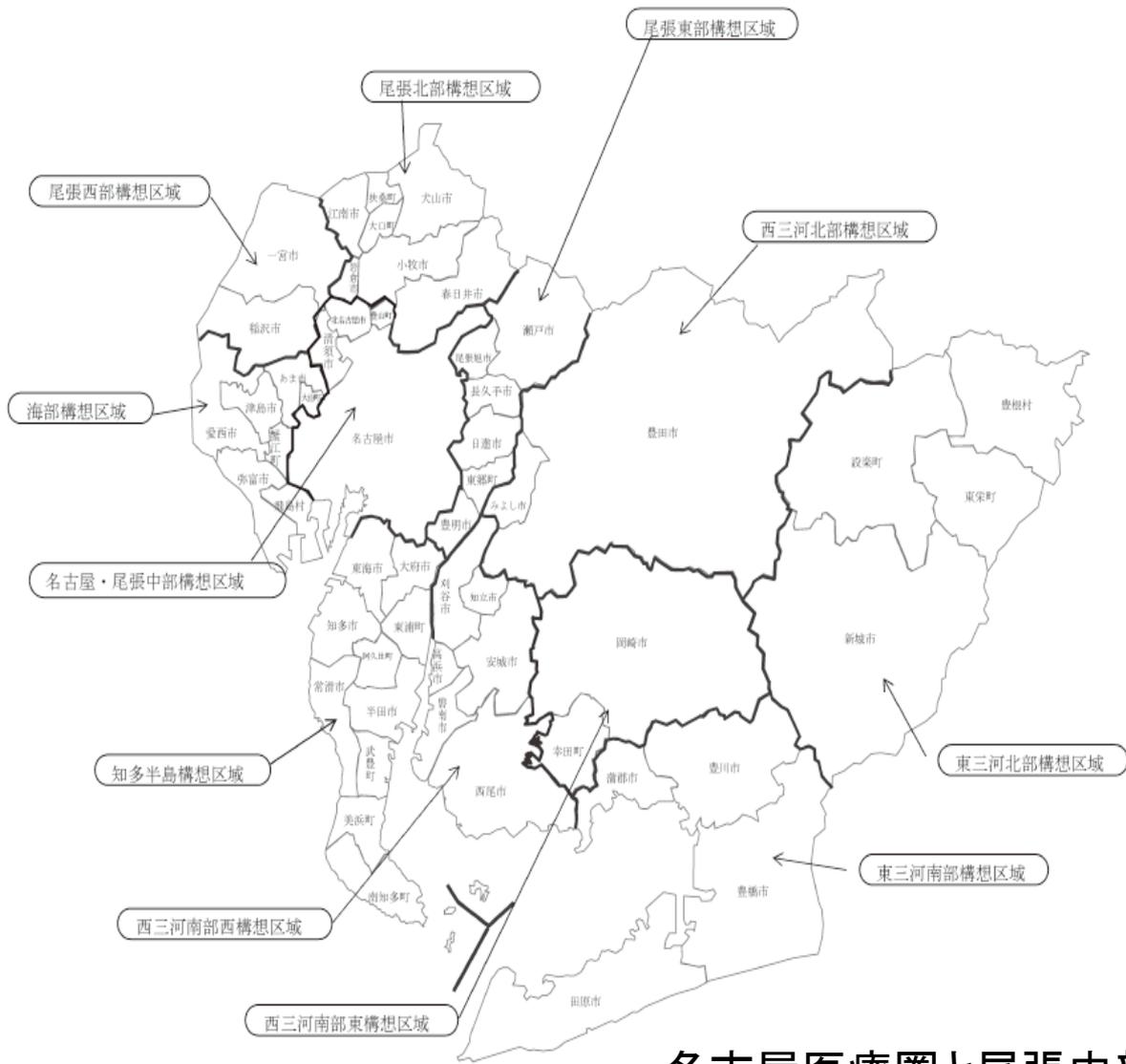
愛知県の地域医療構想



愛知県人口



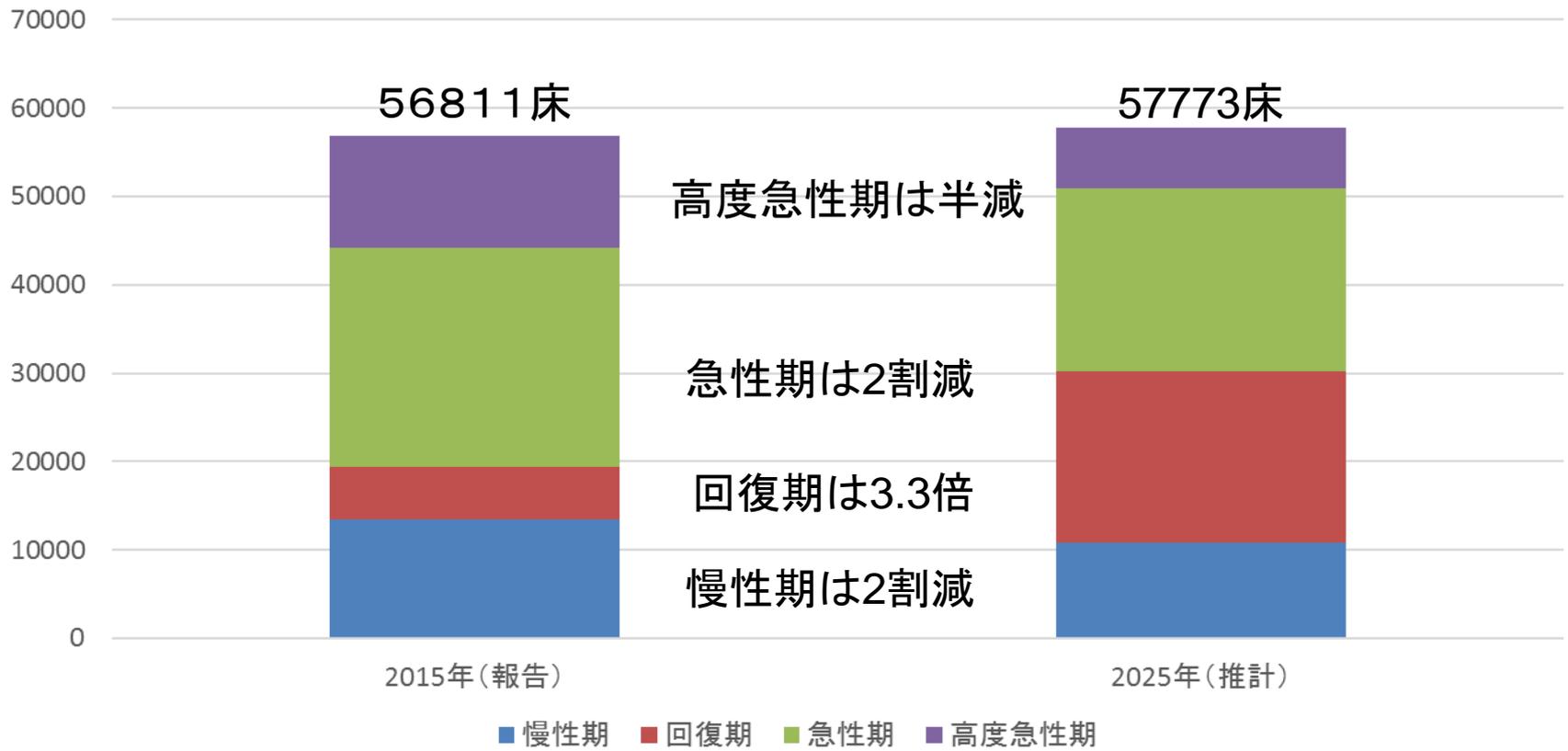
〈構想区域図〉



名古屋医療圏と尾張中部医療圏を統合して
12医療圏を11構想区域とした

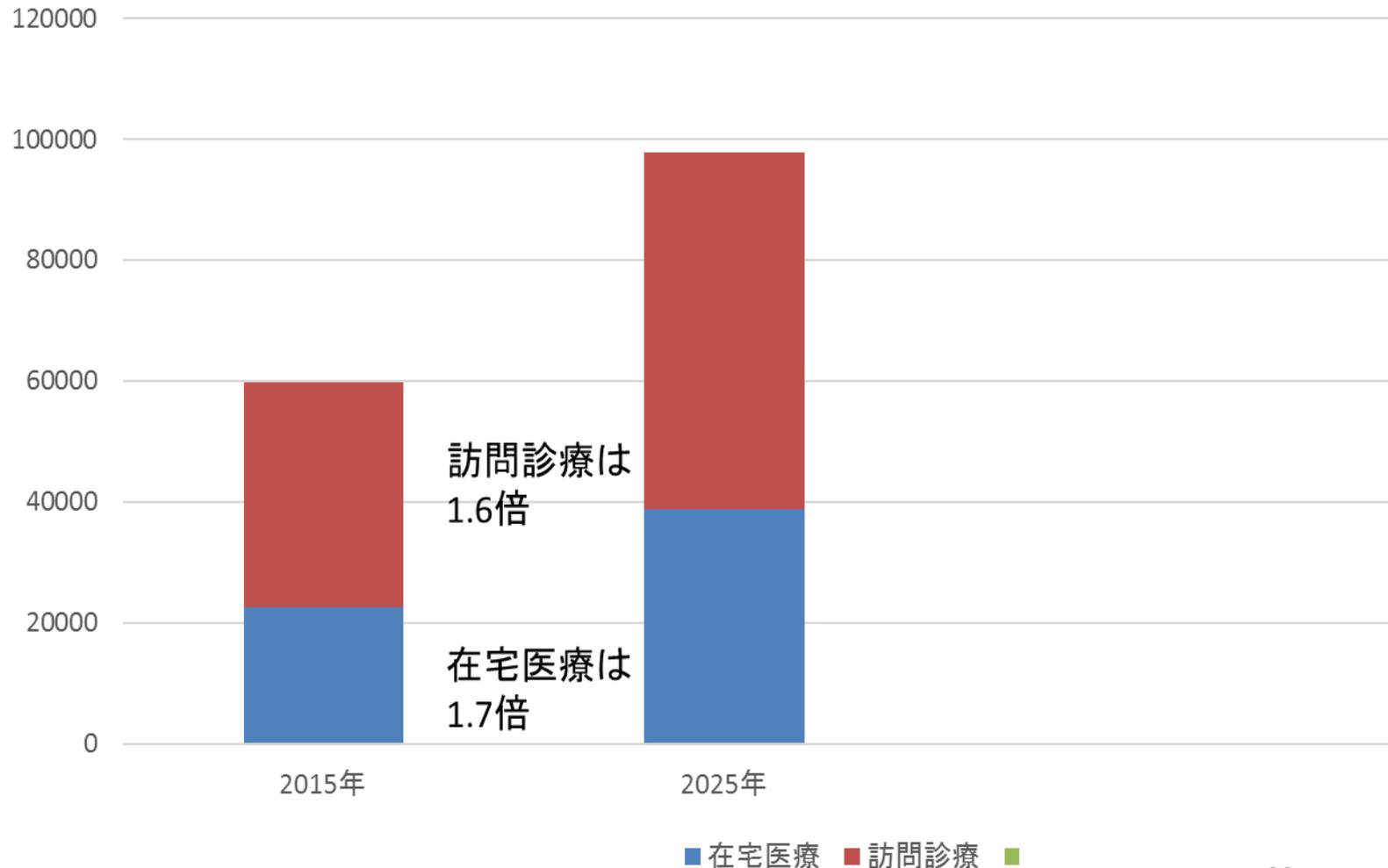
愛知県病床必要量

グラフタイトル

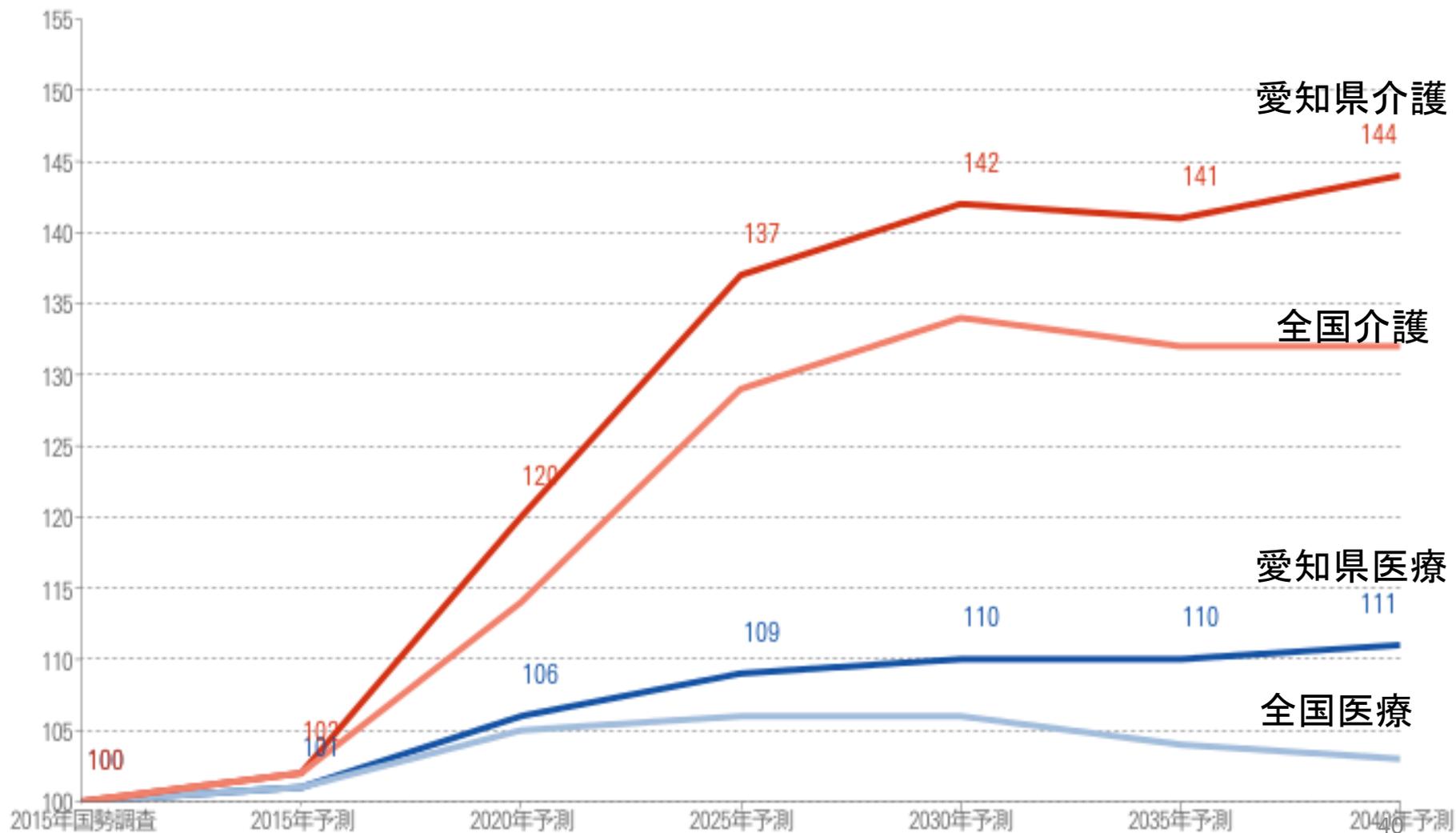


愛知県在宅必要量

グラフタイトル



医療介護需要予測指数（2015年実績＝100）



パート3

2016年診療報酬改定と 地域連携

入院医療等調査評価分科会より

診療報酬改定の基本的視点

- (1) 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点
 - 医療機能に応じた入院医療の評価
 - チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取り組み
 - 地域包括ケアシステム推進
 - 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - 外来医療の機能分化
- (2) 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点
- (3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点
- (4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

7対1の厳格化

中医協診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会



診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会
委員名簿

氏名	所属
安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
池田 俊也	国際医療福祉大学大学院 教授
池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
香月 進	福岡県保健医療介護部 理事
神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
佐柳 進	特定医療法人西会 昭和病院長
鳴森 好子	公益社団法人東京都看護協会 会長
筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
藤森 研司	東北大学大学院 医学系研究科・医学部 医療管理学分野 教授
發坂 耕治	公益財団法人 岡山県健康づくり財団 理事
本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○：分科会長

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置: H17
会長:
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度2回
平成24年度4回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議
設置: H2
会長: 西村万里子(明治学院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度14回
平成24年度7回

費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議
設置: H24
会長:
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6: 6: 4: 3
開催: 改定の議論に応じて開催

保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議
設置: H11
会長: 印南一路(慶應義塾大学総合政策学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度9回
平成24年度1回

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置: H3
会長: 森田朗(学習院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 6
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度開催なし
平成23年度開催なし
平成24年度5回

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置: S42
会長: 野口晴子(早稲田大学政治経済学術院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 4
開催: 調査設計で開催
平成22年度3回
平成23年度1回
平成24年度3回

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

- DPC評価分科会 時期: 月1回程度
会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)
- 医療技術評価分科会 時期: 年1回程度
会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)
- 医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 医療機関等における消費税負担に関する分科会
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 入院医療等の調査・評価分科会
会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議
設置: H12
委員長: 長瀬隆英(東京大学大学院教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月一回程度

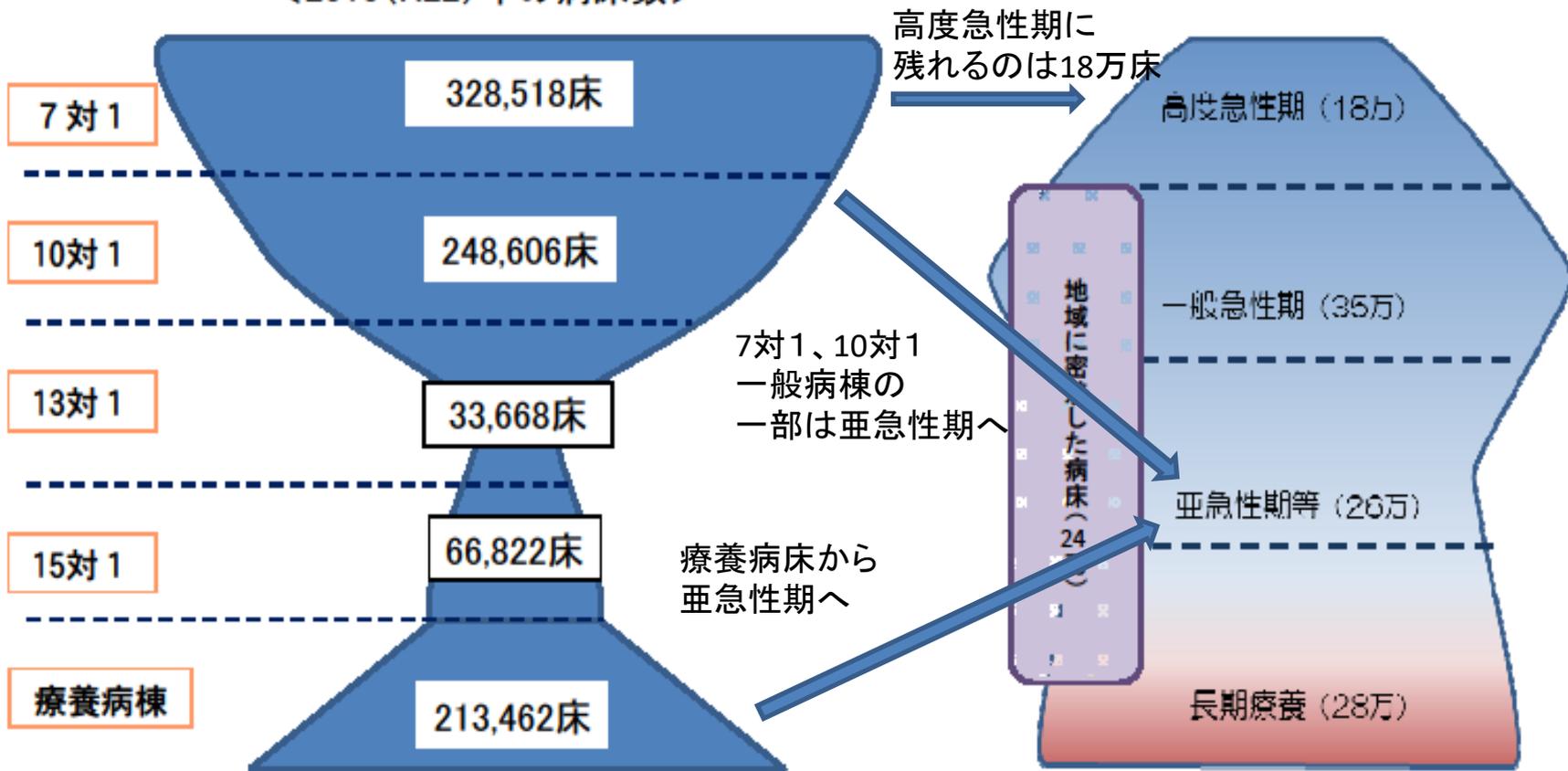
保険医療材料 専門組織

所掌: 特定保険医療材料の保険適用についての調査審議
設置: H12
委員長: 松本純夫(東京医療センター院長)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、3月に3回程度

診療報酬による病床機能分化 ～ウィングラス型からヤクルト型へ～

<2010(H22)年の病床数>

<2025(H37)年のイメージ>



保険局医療課調べ

- 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。

2016年診療報酬改定、 入院医療4つのポイント

ポイント① 7対1病床の要件見直し

ポイント② 地域包括ケア病棟

ポイント③ 退院支援加算1

ポイント④ 療養病床の今後

ポイント①

7対1病床の要件見直し

重症度、医療・看護必要度

A項目(モニタリング及び処置等)

現行の項目	→	見直しの方向性
創傷処置	定義の見直し②	創傷処置
		褥瘡処置
血圧測定	削除①	
時間尿測定	削除①	
呼吸ケア	定義の見直し(削除)③	呼吸ケア(人工呼吸器の管理等 喀痰吸引以外)
		喀痰吸引のみ
点滴ライン同時3本	(不変)	点滴ライン同時3本
心電図モニター	(不変)	心電図モニター
シリンジポンプの使用	(不変)	シリンジポンプの使用
輸血や血液製剤の使用	(不変)	輸血や血液製剤の使用
専門的な治療・処置		専門的な治療・処置
①抗悪性腫瘍剤の使用	(不変)	①抗悪性腫瘍剤の使用
	追加④	②抗悪性腫瘍剤の内服
②麻薬注射薬の使用	(不変)	③麻薬注射薬の使用
	追加④	④麻薬の内服・貼付
③放射線治療	(不変)	⑤放射線治療
④免疫抑制剤の使用	(不変)	⑥免疫抑制剤の使用
⑤昇圧剤(注射)の使用	(不変)	⑦昇圧剤(注射)の使用
⑥抗不整脈剤の使用	(不変)	⑧抗不整脈剤の使用
	追加④	⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴
⑦ドレナージの管理	(不変)	⑩ドレナージの管理

B項目(患者の状態)

現行の項目	→	見直しの方向性
寝返り	(不変)	寝返り
起き上がり	(不変)	起き上がり
座位保持	(不変)	座位保持
移乗	(不変)	移乗
口腔清潔	(不変)	口腔清潔
食事摂取	(不変)	食事摂取
衣服の着脱	(不変)	衣服の着脱

項目の追加 赤字

項目の削除 青字

定義の見直し 紫字

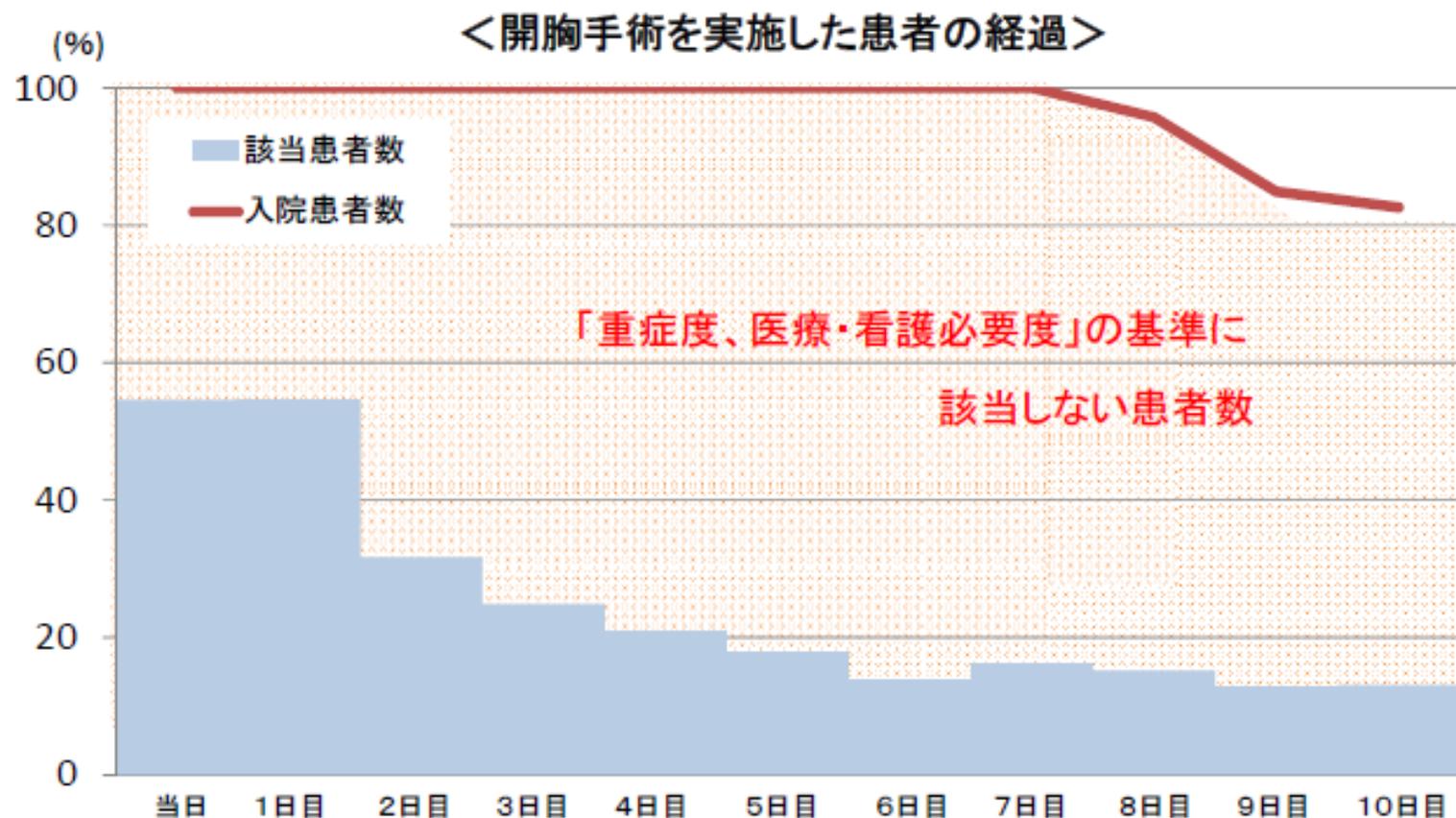
(前回改定)

A項目2点以上かつB項目3点以上の
該当患者割合が15%以上

A項目、B項目は
正しく急性期の
患者を反映して
いるのか？

開胸手術実施患者の術後の経過について

- 開胸手術を実施した患者は、全て入院7日目まで入院しているが、重症度、医療・看護必要度の基準に該当患者は、術直後でも50%程度であり、術後3日には25%を下回る結果となった。



早期離床、早期経口摂取の ERASプログラムと重症度、医療・看護 必要度とは矛盾する

早期離床、早期経口摂取は
A項目、B項目の点数を下げる

ERAS

(Enhanced Recovery After Surgery)

周術期早期回復プログラム



Henrik Kehlet外科教授(コペンハーゲン大学)

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 3

周術期早期回復プログラム(ERAS)と従来の医療行為との比較



プログラム	ERAS(イーラス)	従来(非ERAS)
1 入院前カウンセリング	従来からの説明に加え、目標の明確化(退院目標、社会復帰の目標等)をする。患者の目標や要望を医師のみならず薬剤師、栄養士等チーム全員で共有。	病気の進行度、治療の内容(手術方法)、危険性等の説明等。 チーム全体での共有が不十分。
2 腸管の前処置なし	下剤を出来るだけ使用しない。 下剤を使い手術をしたほうが良いというのには科学的な根拠はない。	手術しやすいよう、下剤を投与し腸の中を空にする。
3 絶食見直し	絶食を見直すことで、患者は口渴空腹感を和らげるため、リラックスできる。 薬だけに頼らない。	前日から絶食。点滴で栄養補給(スタッフの業務増)
4 前投薬なし	絶食を見直したり、下剤を軽くすることで、患者の不安を取る。ERASでは患者自身が歩いて手術室へ行く。	術前の患者の緊張を解くため、睡眠薬を使用。 前投薬(睡眠薬)の過剰により、呼吸停止や血圧低下等の事故のリスクあり。
5 胃管留置なし	ERASでは覚醒前に手術室で抜去。 胃管を留置しないことで、呼吸合併症のリスク、術後の悪心・嘔吐を誘発する刺激を低減。	腹部手術の後に胃管の留置(鼻から胃まで管を挿入)が日常的に行われていた。
6 硬膜外鎮痛	痛みが完全に取れる。 早期の食事提供を考慮し、腸の動きを妨げない。 離床を促進する。	全身的な麻薬の投与。 (術後の悪心・嘔吐を誘発する)
7 短時間作用型麻酔薬	早期覚醒。 離床および経口摂取促進のため、効果発現が速やかに持続時間が短い麻酔を使用。	長時間作用型の麻酔薬が主流であった。 覚醒が不良。
8 輸液、塩分の過剰投与・摂取を避ける	輸液、塩分の過剰投与・摂取を避けることで、腸の動きをよくし、術後の回復を早める。	点滴による水分補給では水分過剰になり、腸の動きが悪くなったり、傷の治りが遅くなったりする。
9 小切開・ドレーン留置なし	小切開により、傷が小さくなり、痛みも少ない。 ドレーン留置は感染機会を増強させ、痛みも増強させるので行わない。	腹部の手術後、主に出血や縫合不具合の監視のためにドレーンを挿入していた。
10 体温管理・温風式保温	手術室で低体温にならないよう努める。(低体温にならないことで、出血量や輸血量を減らすことができ、術後回復が早いと考えられている。)	保温の意識が低かった。

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 4

周術期早期回復プログラム(ERAS)と従来の医療行為との比較

術後

11	離床促進バス	ERASは「動ける、食べれる、痛くない」手術。 看護師や理学療法士のサポートのもと、患者に当日又は翌日から歩行を開始させることで、体力回復を促す。	従来は「動けない、食べられない、痛い」手術。 患者は術後は寝たきり、管だらけで、除痛も不十分であることから、数日は歩くことができなかった。
12	麻薬非使用の鎮痛薬	モルヒネなどいわゆる麻薬系の薬剤は使用しない。沈痛は非ステロイド性抗炎症薬やアセトアミノフェンを使用する。	モルヒネなどいわゆる麻薬系の薬剤使用が通常。
13	悪心・嘔吐予防	術中から悪心・嘔吐を予防する薬剤を使用。 患者にとって耐え難い悪心・嘔吐は早期の離床、早期の食事を遅らせるだけでなく、合併症の原因にもなる。	麻薬系の薬剤や吸入麻酔薬を使用のため、悪心・嘔吐の出現が多かった。
14	腸管蠕動運動促進	積極的に腸を動かす。 動かすために早期経口摂取をする。場合によっては、腸管蠕動促進薬を使用する。	積極的に腸を動かさなかった。
15	カテーテル早期抜去	手術中なるべく胃管やドレーンを入れないようにする。 入れた場合も早期に抜去するよう心がける。尿道カテーテルや点滴も早く抜去するよう心がける。	カテーテル早期抜去を心がけなかった。
16	周術期経口栄養	術前にはなるべく直前まで食事をし、術後はなるべく早く食事を開始。例えば、術後1日目から固形食。術後食は早期に形態・量をアップ。	術前・術後、長期にわたる絶食と、点滴による栄養補給が続く。
17	予後・順守状態の調査	患者の術後を調査・追跡、フィードバックし、ERASのレベル向上を目指す。	必ずしも行われていなかった。

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 7

手稲溪仁会病院（札幌）での周術期早期回復プログラム(ERAS)導入事例

2011年9月より大腸がん手術において
周術期早期回復プログラム(ERAS)を導入し、
注目すべき成果を上げている

1 在院日数の短縮化

平均で3.1日短縮術後の回復力アップ・早期退院を実現！

3.1日短縮

2 医療費の削減

1入院あたり平均約20万円の削減 限りある医療費を有効に活用！

約20万円削減

患者の窓口負担（3割負担の場合） 約5万85百円削減

3 薬剤費の軽減

1症例あたり平均8,300円の削減 1日あたりの平均単価が21,000円向上

8,300円軽減

4 手術後の再入院

※2011年8月～2014年3月現在

※ERASに起因する再入院

0件

一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	/
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	/
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	/
4 心電図モニターの管理	なし	あり	/
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	/
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	/
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし	/	あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	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 危険行動	ない	/	ある
3 診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
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

C 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術当日より5~7日間程度)		
② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3~5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2~3日間程度)		
④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1~3日間程度)		

重症者の定義

A得点が2点以上かつ
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

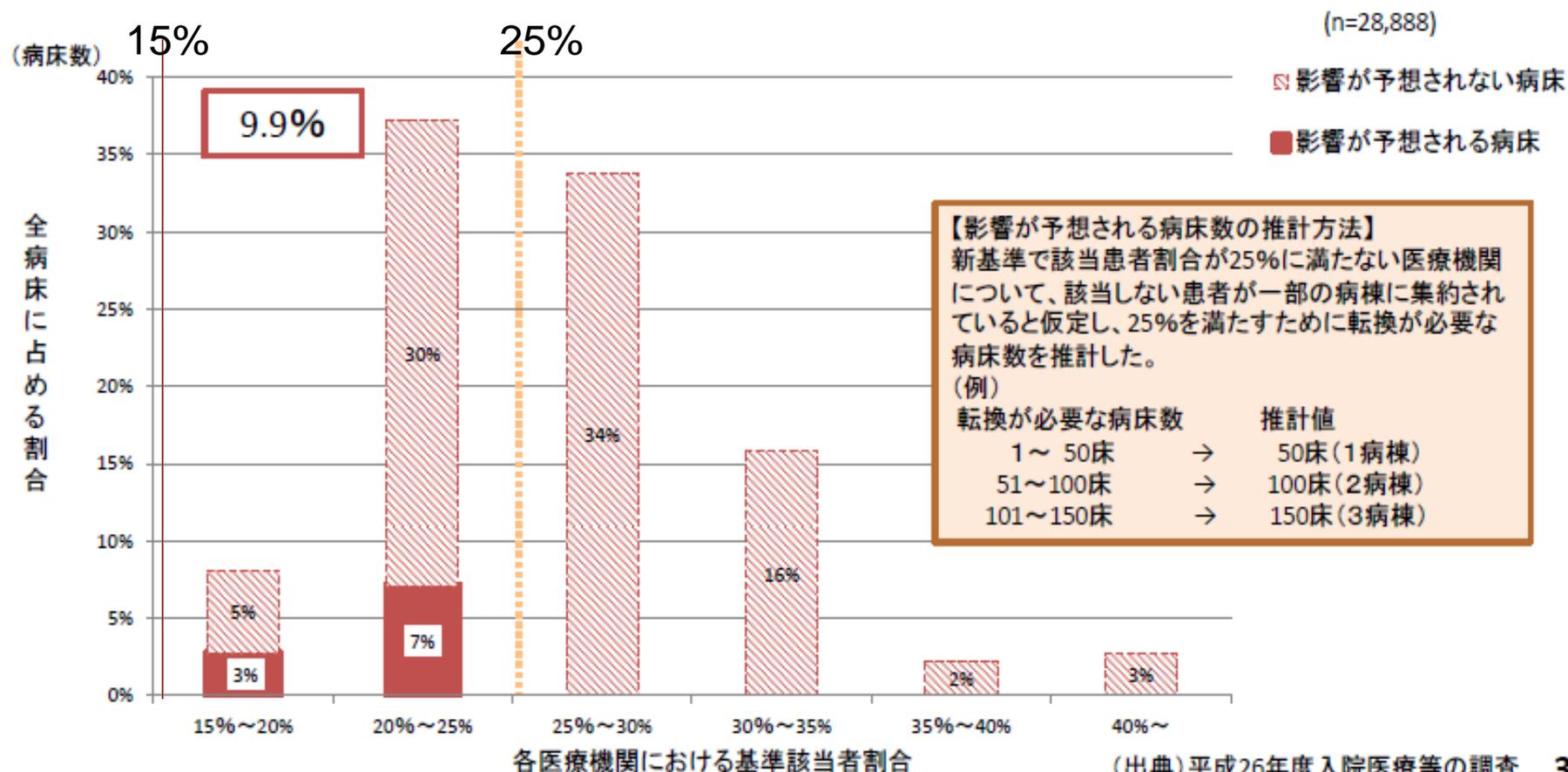
又は

C 1得点が1点以上の患者

重症度、医療・看護必要度見直し案における病床数の推移

- 見直し後に起こりうる病床数の推移をシミュレーションした。
- 該当患者割合の基準を25%に設定した場合、該当患者割合が25%に満たない医療機関において、基準に該当しない患者が一部の病棟に集約されていると仮定すると、実際に影響を受けると予想される病床数は全体のおよそ10%と推測される。

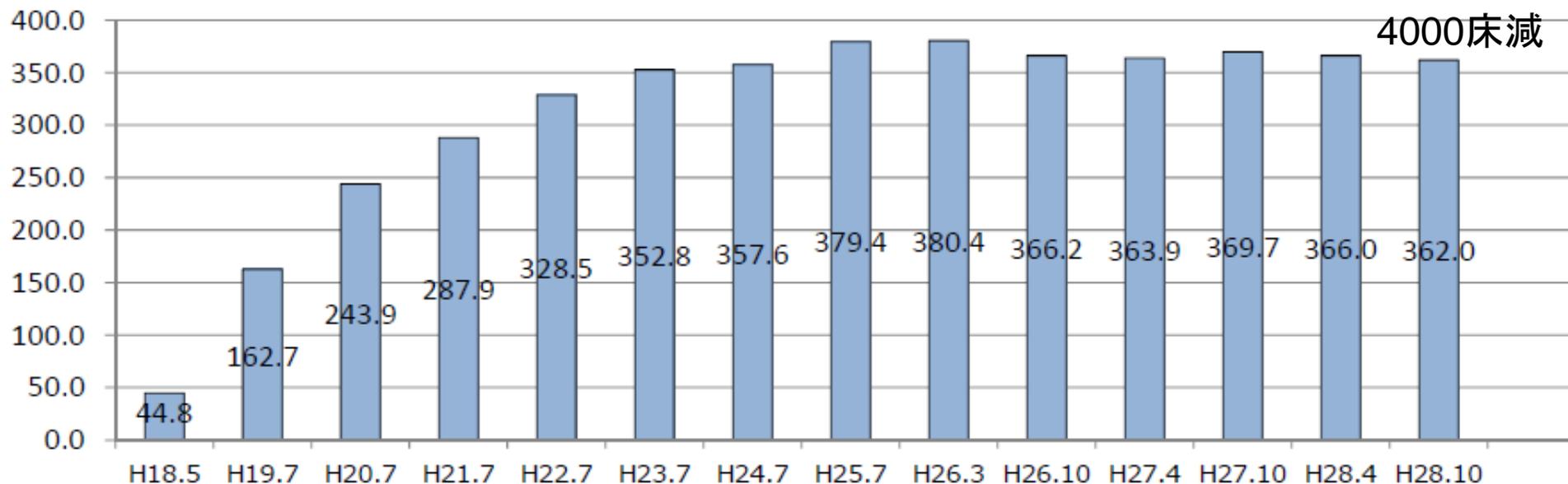
7対1病棟 医療機関毎の基準該当患者割合の分布(病床数ベース)



一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。

届出病床数(千床)



4000床減

[H18.4]
7対1入院
基本料創設

[H20.4]
重症度・看護
必要度の導入

[H24.4]
重症度・看護必要度
該当患者割合基準の見直し
(10%→15%)
平均在院日数要件の見直し
(19日→18日)

[H26.4]
重症度、医療・看護必要度
A項目の見直し
在宅復帰率要件の導入

[H28.4]
重症度、医療・看護必要度
A・B項目の見直し／C項目の追加
該当患者割合基準の見直し
(15%→25%)
在宅復帰率の見直し
(75%→80%)

※平成26年4月以降は速報値であり、集計方法が異なること、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

出典：保険局医療課調べ

地域包括ケア病棟への移行 112病院(12%)とトップ

変更先	20 – 199床	200 – 399床	400床 以上	合計
①一部の病棟を 「地域包括ケア病棟入院料」	21	64	27	112
②病棟群単位の届け出を利用	3	9	3	15
③すべての病棟を 「一般病棟10対1入院基本料」	7	7	0	14
④一部の病棟を 「回復期リハビリ病棟入院料」	1	5	2	8
⑤一部の病棟を 「緩和ケア病棟入院料」	0	2	6	8

※日病協の資料を基に編集部作成。変更先は上位5項目

ポイント② 地域包括ケア病棟

病床機能区分の回復期の主流となる病棟

地域包括ケア病棟

- 地域包括ケア病棟の役割・機能
 - ①急性期病床からの患者受け入れ
 - 重症度・看護必要度
 - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
 - 二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出
 - ③在宅への復帰支援
 - 在宅復帰率
- データ提出
 - 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DPCデータの提出

懐の深い「地域包括ケア病棟」4つの機能 — 3つの受け入れ経路・機能と2段階の在宅・生活復帰支援 —

注: 介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。



急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

➤ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新)	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1	2,558点	(60日まで)
	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2	2,058点	(60日まで)
	看護職員配置加算	150点	
	看護補助者配置加算	150点	
	救急・在宅等支援病床初期加算	150点	(14日まで)

[施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることとはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

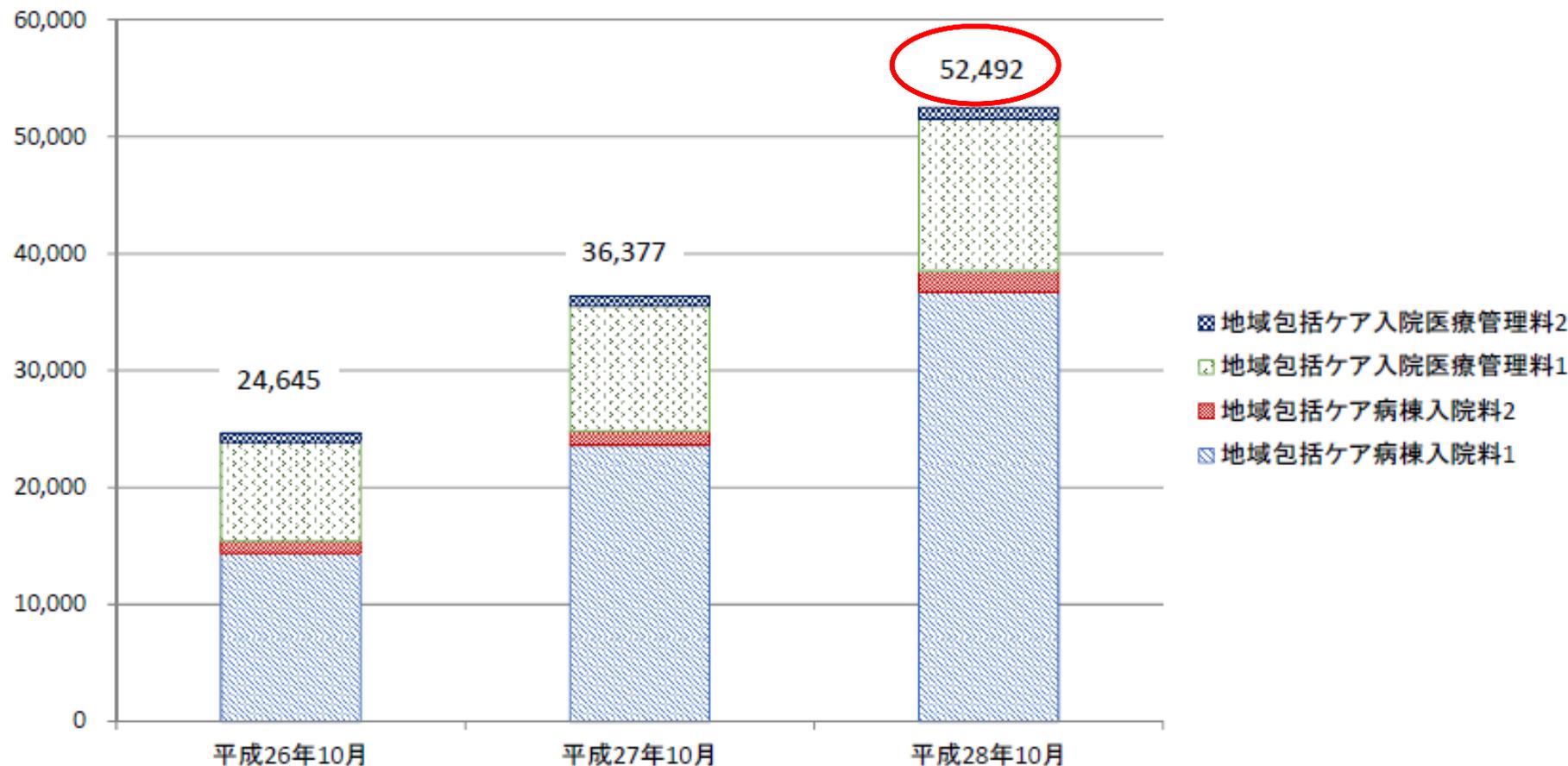
看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

地域包括ケア病棟入院料等の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院基本料等の届出病床数は増加傾向である。

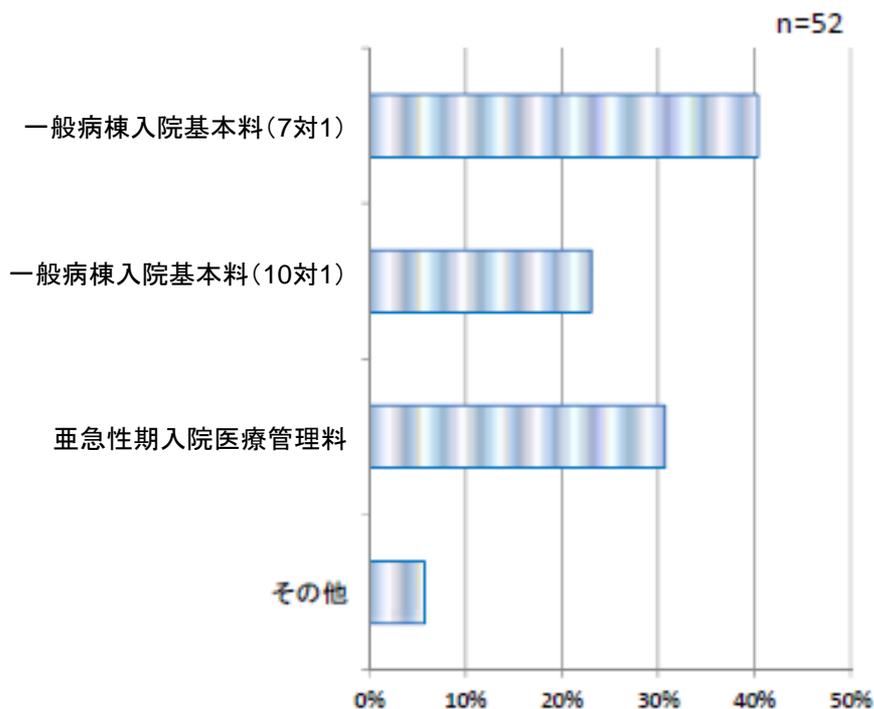
(床)



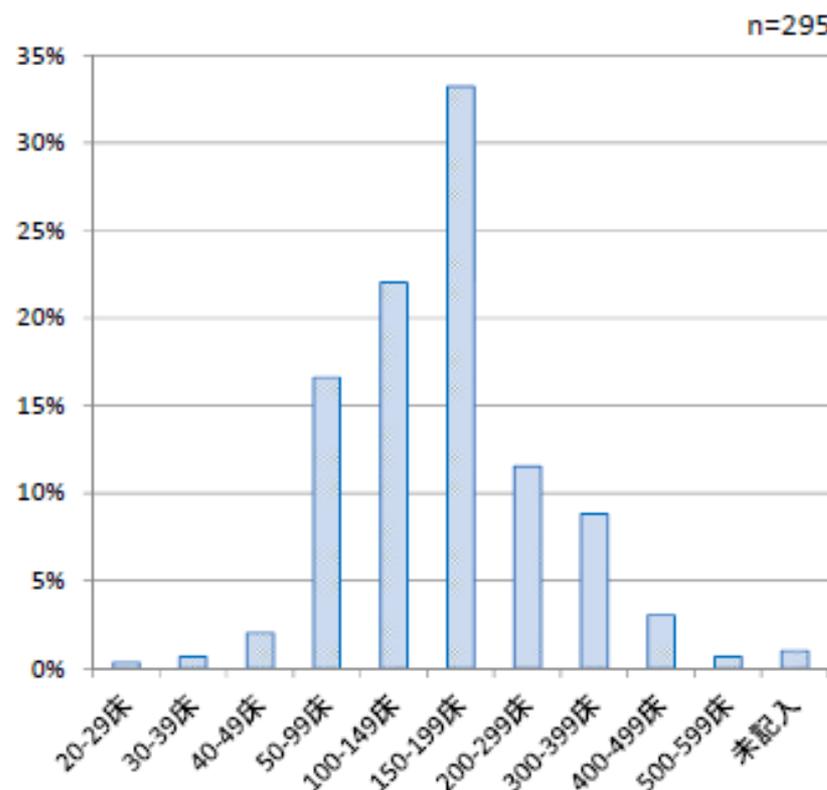
地域包括ケア病棟届出医療機関の動向

- 地域包括ケア病棟について、7対1・10対1一般病棟入院基本料と亜急性期入院医療管理料からの転換が9割以上を占めている。
- 届出を行った医療機関の病床規模については、100～200床の医療機関が過半数を占める一方、200床以上の医療機関も一定程度存在している。

＜地域包括ケア病棟(管理料)に転換する前の入院料＞



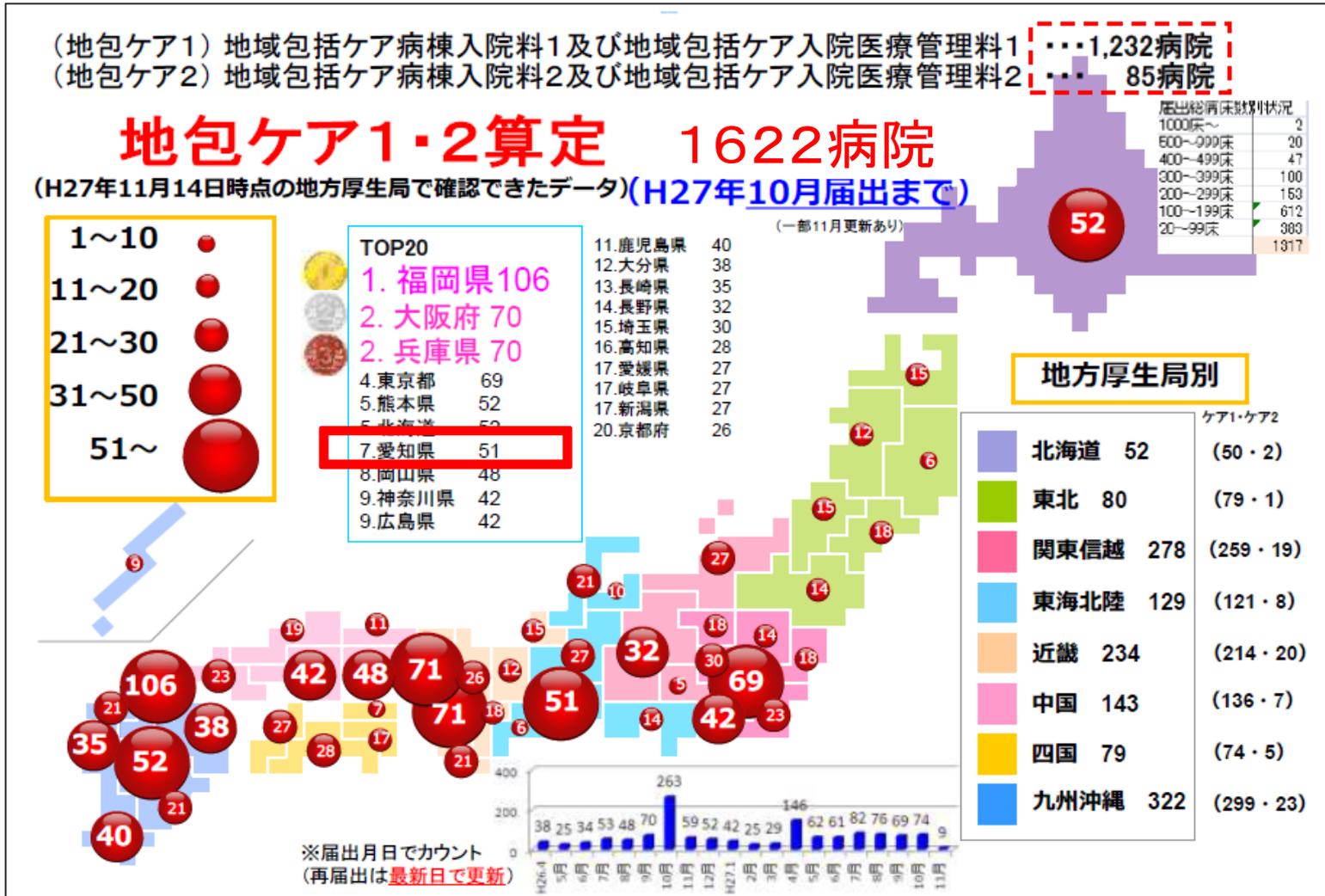
＜地域包括ケア病棟(管理料)届出医療機関の病床数＞



地域包括ケア病棟届出病院数「最大の病棟」への道

2014年 7月280 8月388 9月500 10月830 11月986 12月1,044

2015年 1月1,089 2月1,110 3月1,126 4月1,173 5月1,205 6月1,228 7月1,246 8月1,267 9月1,291 10月1,317



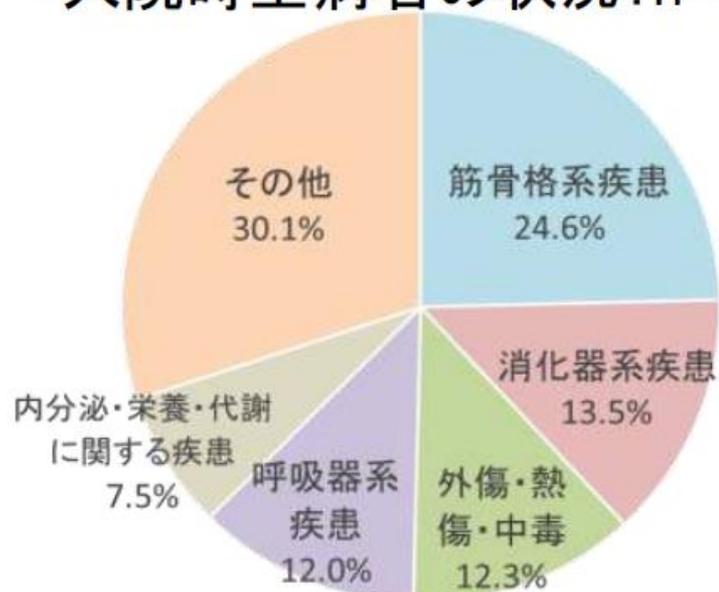
【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

0

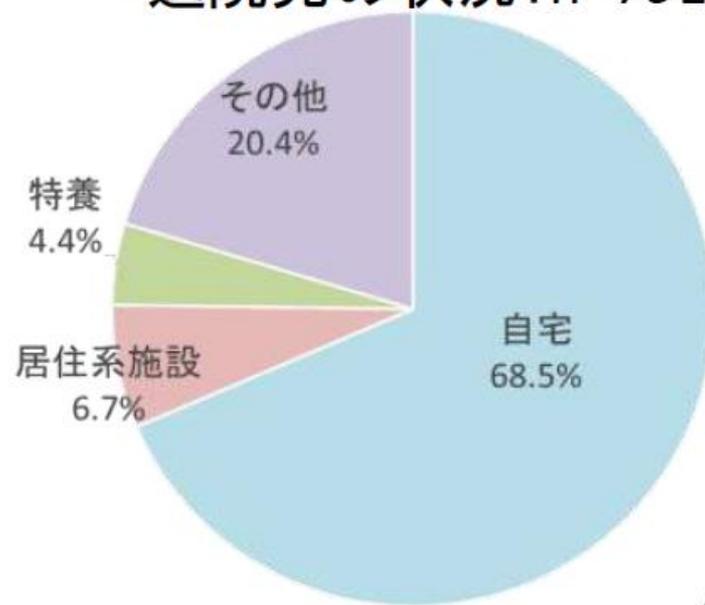
G-3 退院患者について

- ・10月27日～11月5日の10日間の実績
- ・データ数:792症例(67病院)
- ・平均在院日数:25.5日 n=782
- ・平均年齢:76.8歳 n=781
- ・性別:男345(44.1%) 女:438(55.9%) n=783
- ・入院時主病名の状況:n=772

・退院先は自宅68.5%と最も多く、居住系施設、特養と併せた在宅復帰は79.6%となった。
・疾患は入院患者調査と大差はない。



- ・退院先の状況:n=791



(DPC/PDPS主要診断群による分類)

ポイント④
退院支援加算1

ストラクチャーで
はなく、アウトカム
を評価すべき

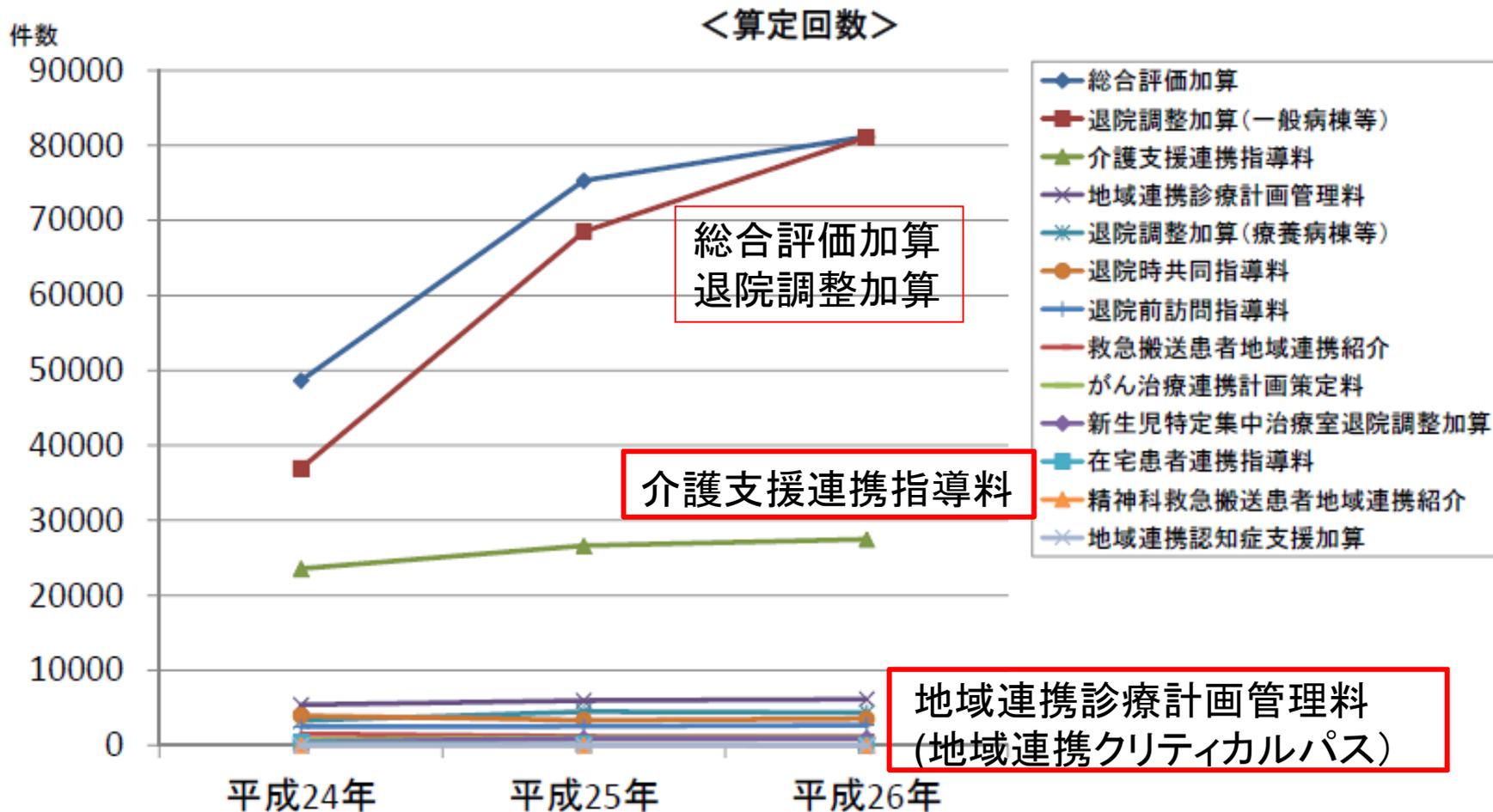
地域連携パスは使われいな
いので、退院調整加算に
整理しては？

退院支援の専従者
などの配置が
在宅復帰に効果的

入院医療等調査・評価分科会
(2015年7月1日)

退院支援に係る主な診療報酬上の評価の算定状況

○ 退院支援に係る診療報酬上の評価は多く存在するが、退院調整加算、総合評価加算、介護支援連携指導料等一部の項目を除き、算定回数はそれほど多くない。



退院調整加算の見直し

- 退院調整加算の見直し

- (1) 施設基準を厳格化するとともに、点数を引き上げることで退院支援を充実させる

- 退院支援に専従する職員が、複数の病棟を担当として受け持ち、多職種カンファレンスを実施して、入院後早期に退院支援に着手する体制
 - 医療機関が他の医療機関などと恒常的に顔の見える連携体制の整備

- (2) 「地域連携診療計画管理料(地域連携クリティカルパス)」などを、退院支援の一環とする

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

退院支援に関する評価の充実

- 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

(改) 退院支援加算2

イ 一般病棟入院基本料等の場合	190点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	635点



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名(看護師又は社会福祉士)	専従1名(看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置(2病棟に1名以上)</u>	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等(20か所以上)の職員と定期的な面会を実施(3回/年以上)</u>	—
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績</u>	—

廃止された項目

- (1) 新生児特定集中治療室退院調整加
- (2) 救急搬送患者地域連携紹介加算
- (3) 救急搬送患者地域連携受入加算
- (4) 地域連携認知症支援加算
- (5) 地域連携認知症集中治療加算
- (6) 地域連携診療計画管理料
- (7) 地域連携診療計画退院時指導料(1)
- (8) 地域連携診療計画退院時

地域連携パスは
退院支援加算に
吸収された！

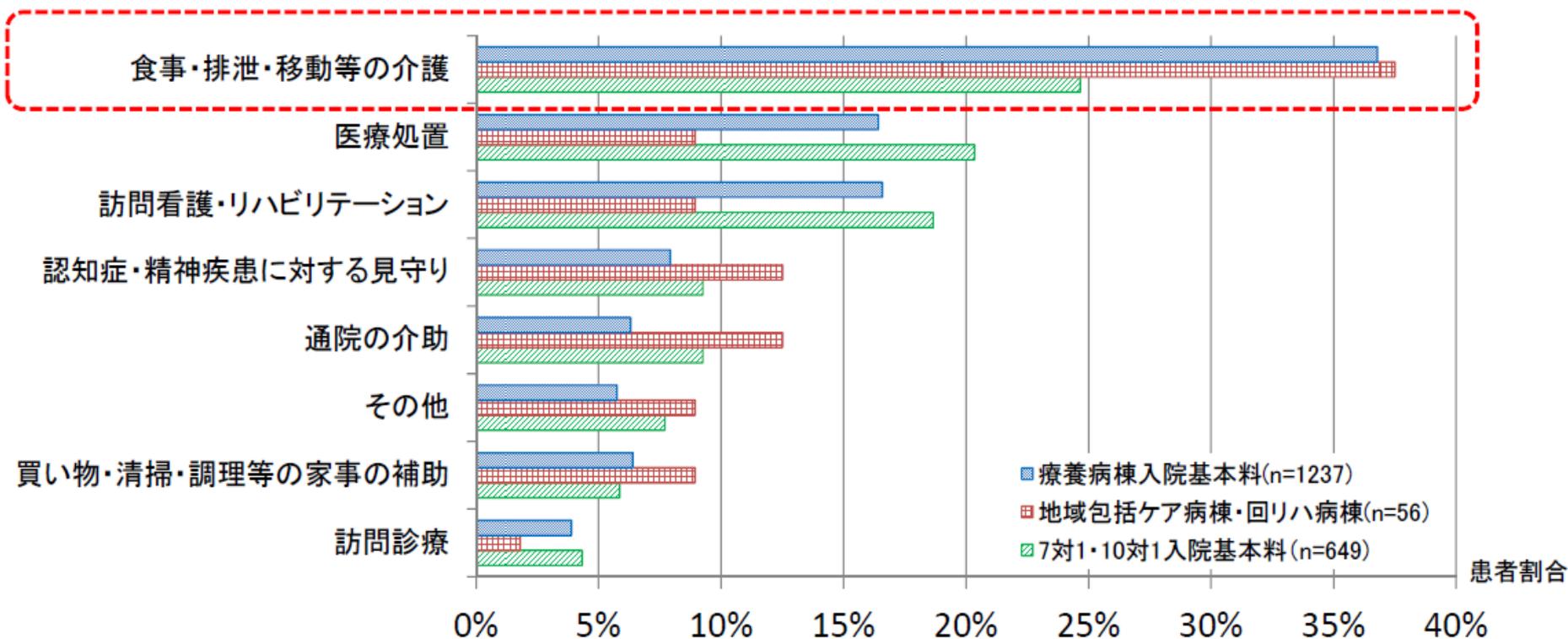
生活に戻す医療が これからの退院支援の基本



退院困難な患者が退院後に必要な支援

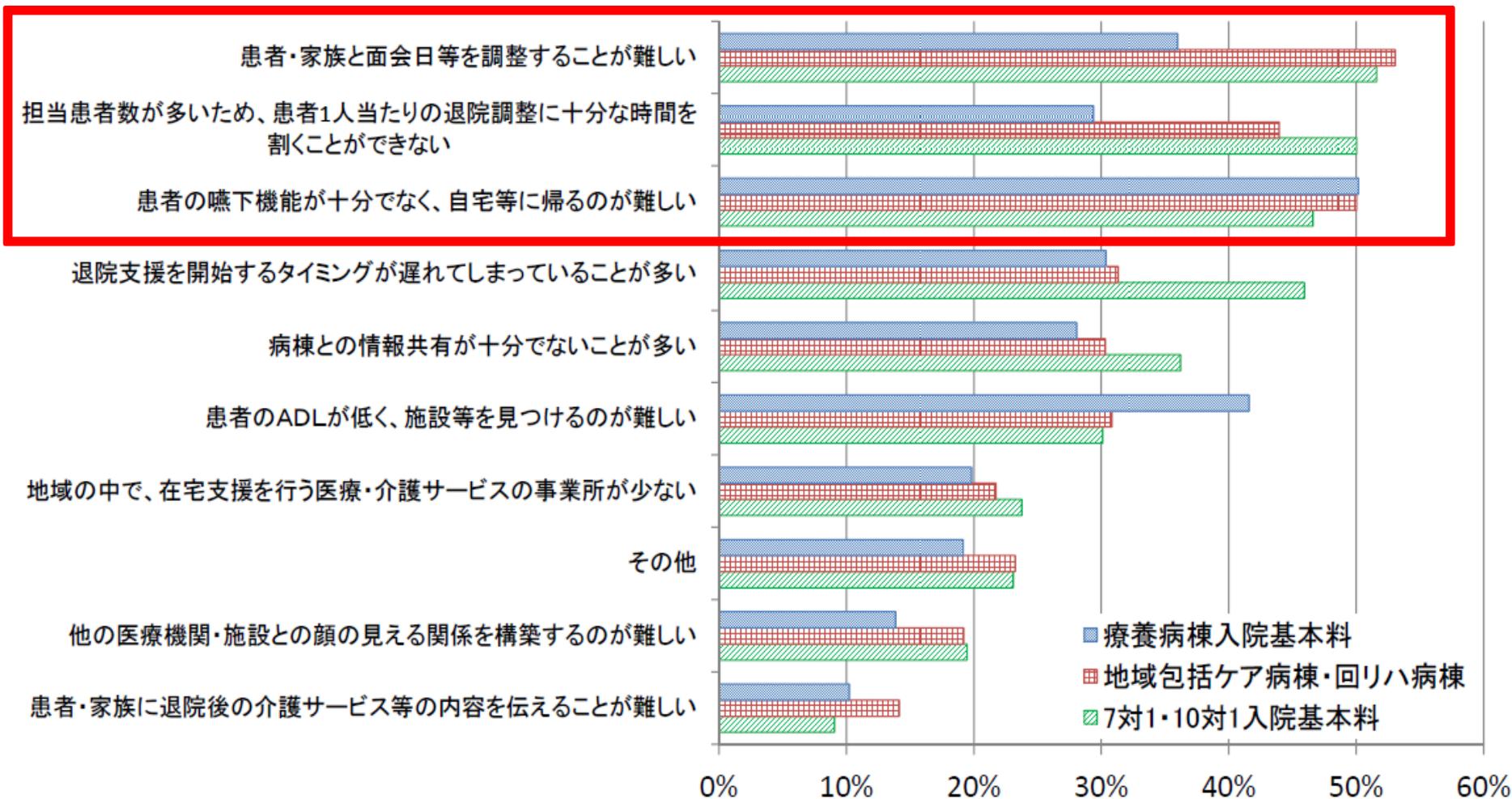
- 入院中の患者のうち、医学的な理由以外で退院できない患者が、退院後に必要な支援としては「食事・排泄・移動等の介護」が最も多かった。

＜医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院できない患者が退院後に必要な支援＞



退院支援を行うに当たって困難な点

- 退院支援室等において、退院支援を行うに当たって困難な点として、患者・家族との面会や十分な退院調整に向けた時間の確保、嚥下機能が低下した患者の取扱い等が挙げられた。



退院直後の在宅療養支援の評価

- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間に退院支援や訪問看護ステーションとの連携のため入院医療機関から行う訪問指導について評価する
- 今後の在宅医療のニーズの増大に対応した訪問看護の提供体制の確保のために、病院・診療所からの訪問看護をより評価する。

退院直後の在宅療養の支援

病棟の看護師や病院・診療所の訪問看護ステーションと連携



病院の訪問看護ステーション

病棟看護師と連携



退院直後患者



地域の訪問看護ステーション

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑪

退院直後の在宅療養支援に関する評価

- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

(新) 退院後訪問指導料 580点(1日につき)

(新) 訪問看護同行加算 20点

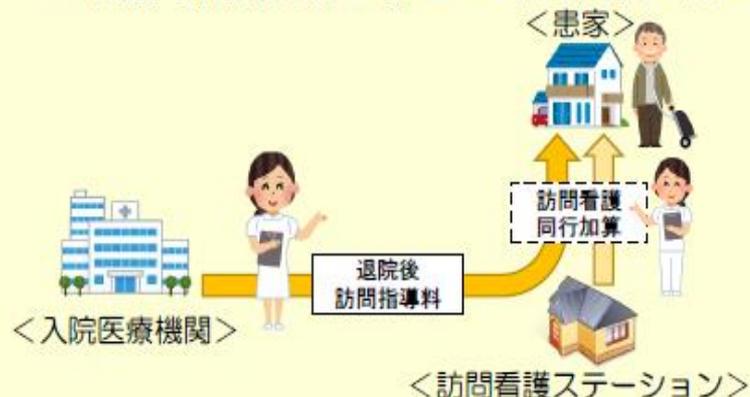
[算定要件]

- ① 対象患者: 別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※

※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。

- ② 算定回数: 退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。

- ③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

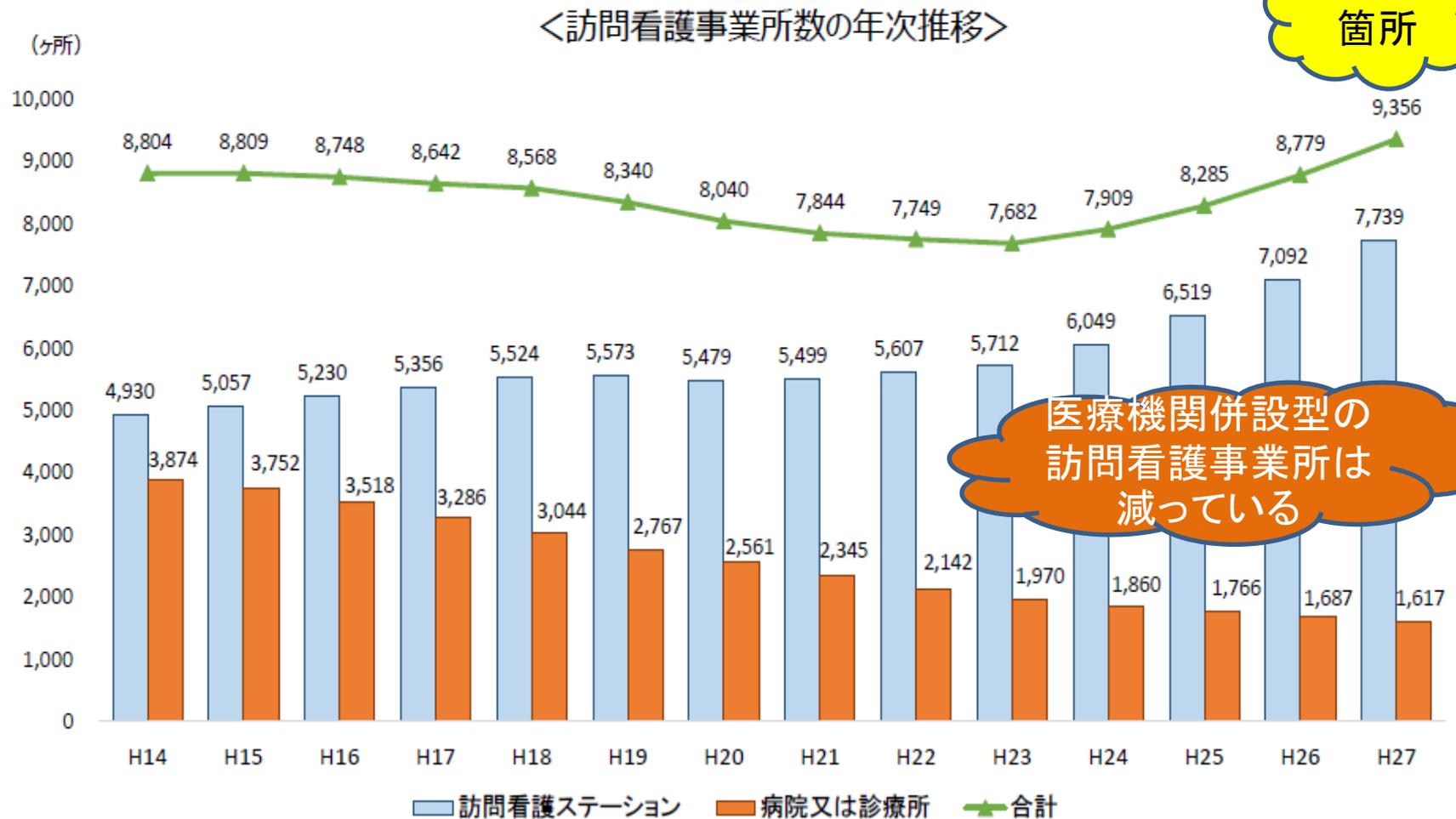


別表第8

- | | |
|---|---|
| 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者 | 在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理 |
| 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理 | 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者 |

訪問看護ステーション数の年次推移

○ 訪問看護ステーション数は7,739か所（平成27年4月介護保険審査分）と増加傾向にあり、病院・診療所からの訪問看護を含めた全体の訪問看護提供機関は近年の増加が著しい。



退院支援のポイント

- 退院支援のポイント
 - 排せつリハ、嚥下リハが十分行われているか？
 - 入院中のこれらのリハが十分に行われていないと生活にもどれない。
- 地域のケアマネージャーや在宅医療のスタッフとの連携が取れているのか？
 - 入院中から退院後の計画が地域の関係スタッフと十分に立てられているのか？
 - 試験外泊や外出支援がされているのか？
- 介護施設との連携
 - 退院後、自宅に帰ることができない患者への対応として、介護施設との連携がされているのか？
- 退院直後の訪問看護支援
 - 病院によっては、退院前の試験的な外泊や外出支援を実施したり、退院後の14日間に訪問看護を利用できる制度などを設けて、退院直後の在宅医療の充実化を図るところもある。
- 退院調整支援要員の病棟配置
 - 看護師、ケースワーカーなど

ポイント④

療養病床の今後

療養病床の在り方等に関する検討会



2015年7月10日
医政局、老健局、保険局合同開催

療養病床に関する経緯①

S48(1973) 老人福祉法改正 老人医療費無料化

- 「老人病院」が増加。施設代わりの病院利用が促進。併せて医師、看護師の配置の薄い病院が増加（社会的入院問題）



S58(1983) 「特例許可老人病院」制度化

- 老人病院を医療法上「特例許可老人病院」と位置づけ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし介護職員を多く配置する等の介護機能等の点を評価（診療報酬は一般病院よりも低く設定）



H5(1993) 医療法改正 「療養型病床群」の創設

- 一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として「療養型病床群」を創設（病床単位でも設置できるようにする）。



H12(2000) 介護保険法施行 H13(2001) 医療法改正 「療養病床」の創設

【介護保険法施行】

- 療養病床の一部（※1）について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」（※2）として位置づけ（介護療養病床）

※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症患者療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

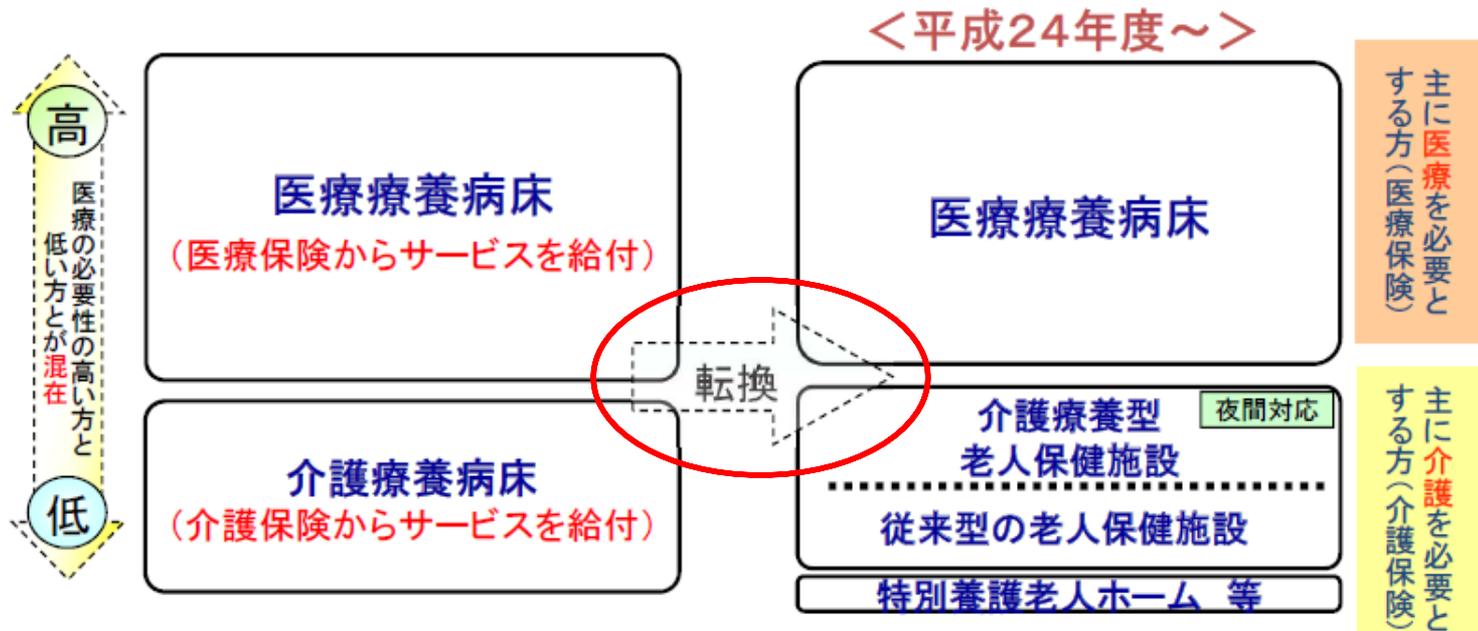
【医療法改正】

- 療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）を再編し、「療養病床」に一本化

療養病床に関する経緯②

H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 2011年度末で廃止
 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入



医療区分2・3 ... 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態や、難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者
 医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者(より軽度な者)

療養病床に関する経緯③

H23(2011) 介護保険法改正 2017年度末 介護療養病床の廃止・転換期限をH29年度末まで延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限をH29年度末まで6年延長（※平成24年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認めない）

【介護保険法改正の附帯決議】

介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

<療養病床数の推移>

	H18(2006).3月	H24(2011).3月	<参考>H27(2015).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	6.3万床 (△5.9万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	27.7万床 (+1.5万床)
合計	38.4万床	34.5万床	34.0万床

※1 括弧内は平成18年(2006)との比較
※2 病床数については、病院報告から作成

医療療養病床（20対1・25対1）と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上4：1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6：1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48:1(3人以上)	48:1(3人以上)	48:1 (3人以上)
	看護師及び 准看護師	20:1 (医療法では4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	6:1 (診療報酬基準でいう30:1に相当) (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)
	看護補助者	20:1 (医療法では、4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6:1
施設基準		6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数		約12.8万床(※1)	約8万床(※1)	約6.3万床(※2)
財源		医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例)(※3)		療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料	機能強化型A、療養機能強化型B、その他

14万床

2017年度末までに廃止

(※1)施設基準届出(平成25年7月1日現在)

(※2)病院報告(平成27年3月分概数)

(※3)療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

介護療養病床
はナーシング
ホームに

介護療養病
床の老健転
換はむりすじ

介護療養病床
の住宅転換は
？



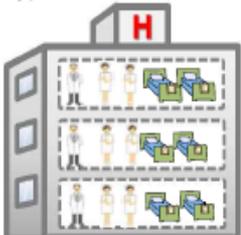
慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル（イメージ）

医療機関
(医療療養病床
20対1)

医療機能を内包した施設系サービス
(患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等
ができるよう、2つのパターンを提示)

医療を外から提供する、
居住スペースと医療機関の併設
(●医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換
●残りスペースを居住スペースに)

○医療区分ⅡⅢを中心とする者
○医療の必要性が高い者



○人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
○24時間の看取り・ターミナルケア
○当直体制(夜間・休日の対応)
●介護ニーズは問わない

新(案1-1)

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者



○喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
○24時間の看取り・ターミナルケア
○当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
●高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案1-2)

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



○多様なニーズに対応する日常的な医学管理
○オンコール体制による看取り・ターミナルケア
●多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案2)

医療機関に併設

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



●多様なニーズに対応する日常的な医学管理
○併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
●多様な介護ニーズに対応

(注) 居住スペースについて

現行の特定施設入居者生活介護

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



+ 診療所等

○医療は外部の病院・診療所から提供
●多様な介護ニーズに対応

新類型

医療法人による特養設置の規制緩和を！

※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

I. 医療機能を内包した施設系サービス

- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	新たな施設	
	(I)	(II)
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等 (療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準) 医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1	老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準) 医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※ うち看護2/7程度
	※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。	
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象	

介護医療院
(仮称)

II. 医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設

- 経営者の多様な選択肢を用意する観点から、居住スペースと医療機関の併設型を選択する場合の特例、要件緩和等を設ける。

医療外付け型（居住スペースと医療機関の併設）

設置根拠 (法律)	<ul style="list-style-type: none">✓ 医療機関 ⇒ 医療法✓ 居住スペース ⇒ 介護保険法・老人福祉法 <p>※ 居住スペースは、特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホーム等を想定（介護サービスは内包）</p>					
主な利用者像	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者					
施設基準 (居住スペース)	<p>(参考：現行の特定施設入居者生活介護の基準)</p> <table border="1"><tr><td>医師</td><td>基準なし</td></tr><tr><td>看護</td><td rowspan="2">} 3対1 ※ 看護職員は、利用者30人までは1人、 30人を超える場合は、50人ごとに1人</td></tr><tr><td>介護</td></tr></table> <p>※ 医療機関部分は、算定する診療報酬による。</p>	医師	基準なし	看護	} 3対1 ※ 看護職員は、利用者30人までは1人、 30人を超える場合は、50人ごとに1人	介護
医師	基準なし					
看護	} 3対1 ※ 看護職員は、利用者30人までは1人、 30人を超える場合は、50人ごとに1人					
介護						
面積 (居住スペース)	<p>(参考：現行の有料老人ホームの基準)</p> <p>個室で13.0㎡/室以上</p> <p>※ 既存の建築物を転用する場合、個室であれば面積基準なし</p>					

考えられる要件緩和、留意点等

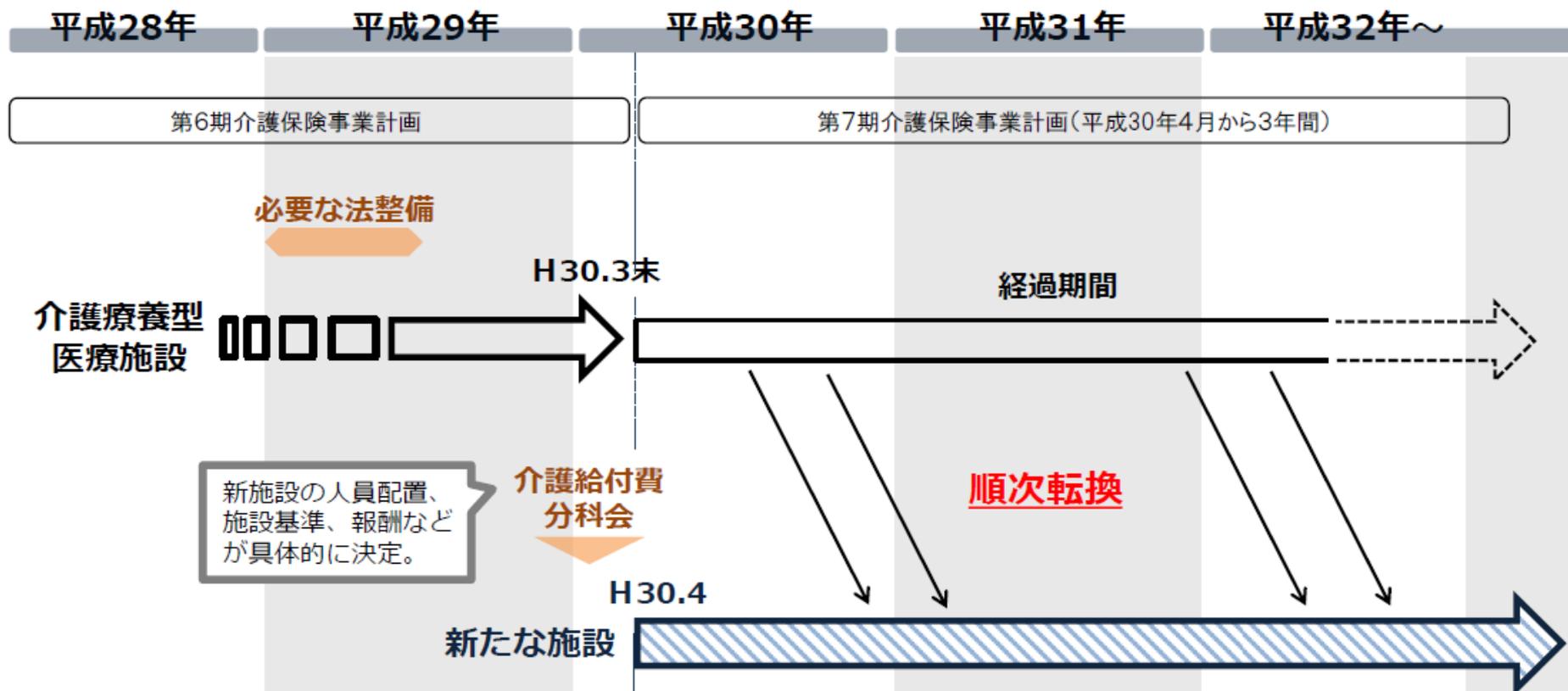
- ✓ 居住スペース部分の基準については、経過措置等をあわせて検討。
- ✓ 医療機関併設型の場合、併設医療機関からの医師の往診等により夜間・休日の対応を行うことが可能。

Ⅲ. 新施設に関する法整備を行う場合のスケジュール（イメージ）

- 新施設を創設する場合には、設置根拠などにつき、法整備が必要。
- この場合には、平成29年度末で設置期限を迎える介護療養病床については、現場の医療関係者や患者の方々の理解を得て、期限を設けつつも、準備のための経過期間を設けることが必要。

【例】 仮に新施設に関する法整備を行うことになった場合のスケジュール（イメージ）

※ 新たな類型について、具体的な道行きがわかるような資料を提出すべき、との委員のお求めがあったことから、作成したもの。



※例えば、面積の拡大は大規模改修まで猶予するなど、所要の経過措置を設ける。

パート3

地域包括ケアと新サービス

- ①看多機(看護小規模多機能型居宅介護)
- ②24時間サービス(定期巡回随時対応型訪問介護看護)

地域包括ケアシステムとは

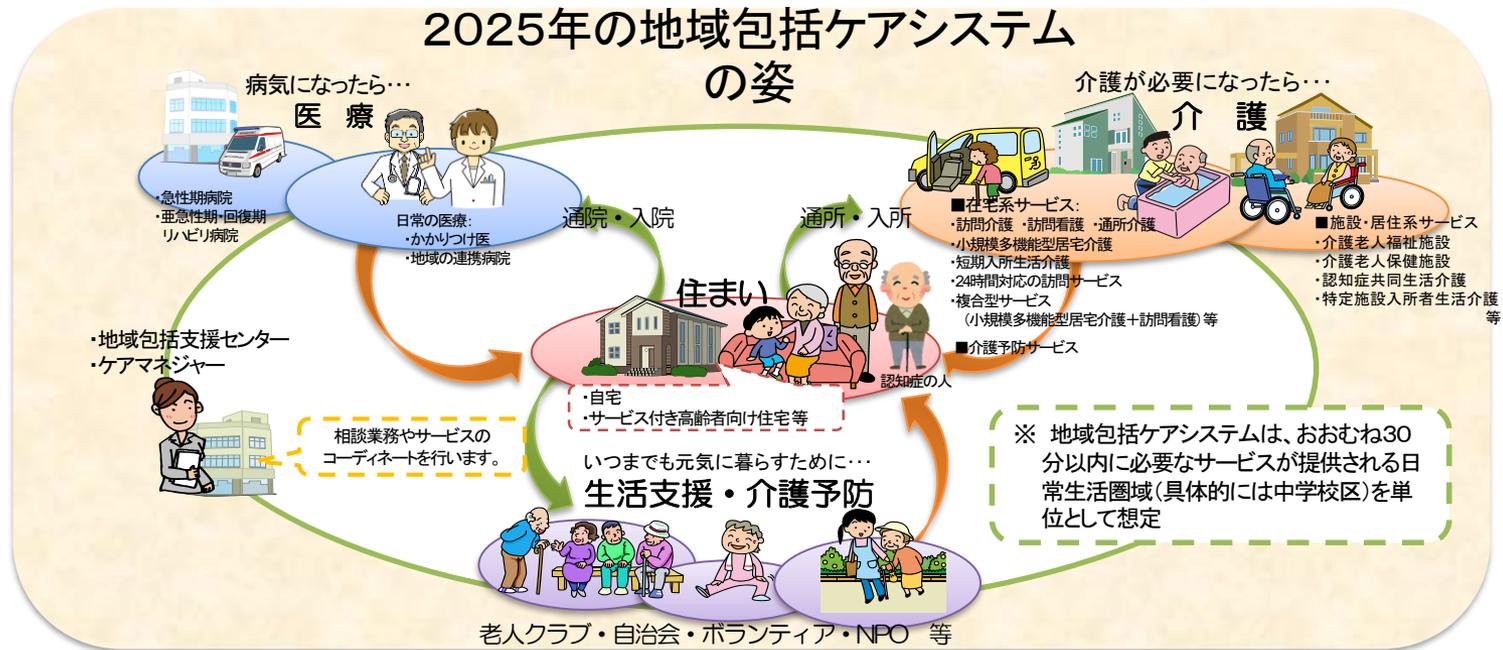
介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム



Aging in
Place

平成25年 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



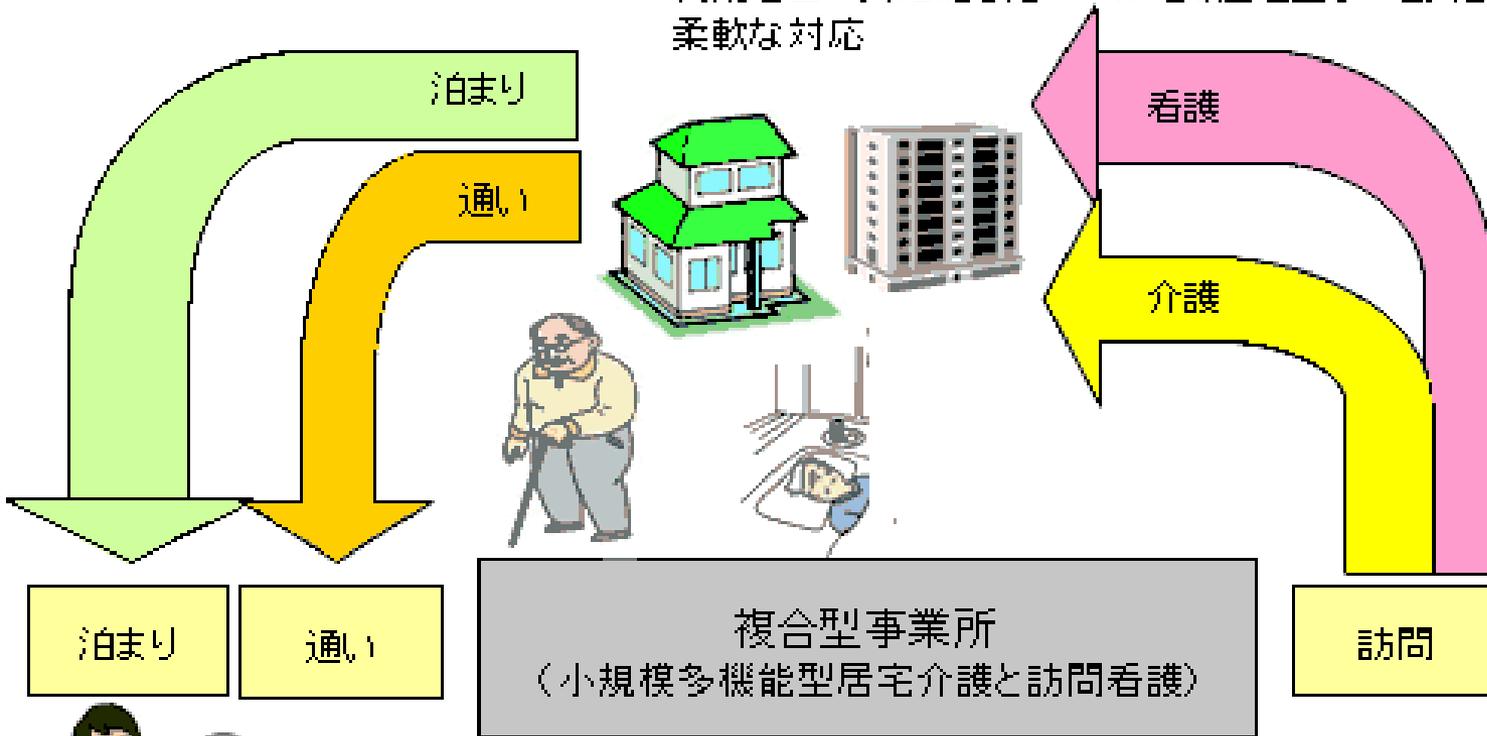
人口1万人、中学校区、駆け付け30分圏内

地域包括ケアを支える新規サービス(2011年5月)

①看多機(複合型サービス)

利用者ニーズに応じた
柔軟な対応

※地域密着型サービスとして位置づけ



サービス事業所
数 78 保険者90
事業所
利用者数約
1400人
(2013年10月)

看護師確保、
訪問看護との
連携の
確保が課題



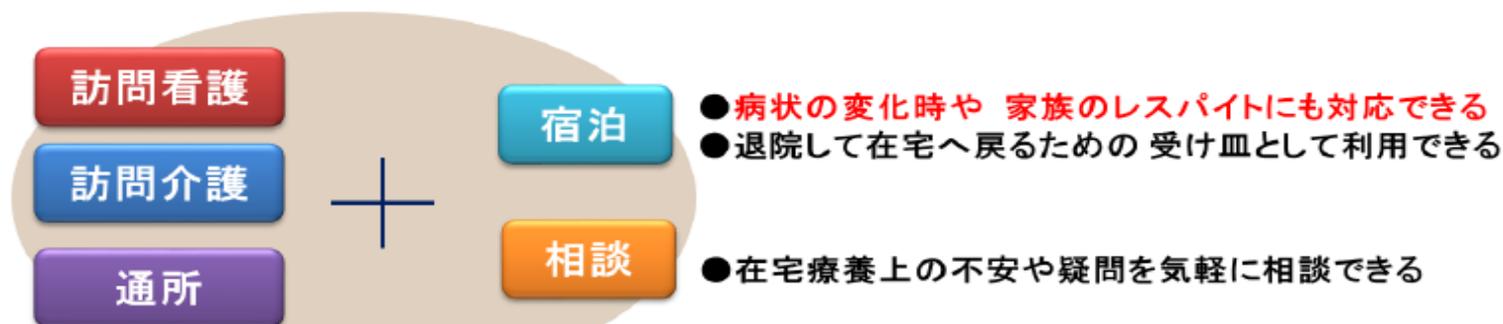
- 要介護度が高く、医療ニーズの高い高齢者に対応するため、小規模多機能型居宅介護サービスに加え、必要に応じて訪問看護を提供できる仕組みとする。
- 別々に指定したサービスを提供するよりも、小規模多機能型居宅介護事業所に配置されたケアマネージャーによるサービスの一元管理により、利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供が可能。
- 事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能

➤在宅療養に必要なサービスを一つにしました

24時間365日、安全・安心な在宅療養を続けるためには、多様なサービスが不可欠です。

訪問看護や訪問介護のサービスだけで頑張っても、一日の限られた時間を「点」で支えるのが精一杯です。時には、看護・介護の専門職の目の行き届くところで「通所」や「宿泊」ができ、さらに、療養上の不安や疑問を、看護職に気軽に相談できるサービスが在宅療養には必要です。

そこで、従来の通いや訪問のサービスに、在宅療養の継続に必要なサービスを加えた、在宅療養者と家族を支える新サービスを一つにし提案しました。



これらの機能を一体的に提供できるサービスが必要

訪問看護と
小規模多機能型居宅介護(訪問介護、通所、宿泊)を
一体的に提供できるような、新サービスの創設を要望

(平成22年8月23日 社会保障審議会介護保険部会において提案)

2010年8月

「小規模多機能型居宅介護」の通所・宿泊・訪問介護に、あらたに「訪問看護」の機能を加えることで、医療・介護ニーズの高い在宅療養者への支援の充実を図るものです。

看護小規模多機能型居宅介護
事業者 交流会

平成27年11月17日(火) 13:30~16:45
於: JNA市一凡

看多機事業者交流会
2015年11月17日



看多機事業者交流会

2015年11月17日、日本看護協会

- 「看多機は全国300か所足らずとまだまだ、少ない。しかし日看協が提案したサービスであり、生みの親の責任としてもっと事業所開設数を伸ばしたく、交流会を企画した。疑問が解決し開設が進む良い機会となれば・・・」(齋藤訓子理事)



日看協常任理事の齋藤訓子氏



看護小規模多機能型居宅介護の所在地別事業所数

老人保健課調べ(平成28年4月末日現在)

都道府県名	所在市町村名	事業所数	うち公募	都道府県名	所在市町村名	事業所数	うち公募	都道府県名	所在市町村名	事業所数	うち公募	都道府県名	所在市町村名	事業所数	うち公募
北海道	札幌市	18	0	千葉県	千葉市	1	1	岐阜県	高山市	1	0	広島県	広島市	3	0
	函館市	3	0		鴨川市	1	0		もとす広域連合	1	0		福山市	5	0
	北広島市	1	1		大網白里市	1	0		恵那市	1	1		尾道市	2	2
	千歳市	1	1		木更津市	1	1		美濃加茂市	1	1		東広島市	2	0
	紋別市	1	0		松戸市	1	1		富加町	1	0	山口県	防府市	1	1
	小樽市	3	3		八千代市	1	0		静岡市	4	3		山陽小野田市	1	1
	北見市	1	0		港区	1	0		富士宮市	1	0	徳島県	徳島市	1	0
	釧路市	1	1		新宿区	2	0		富士市	2	2		阿南市	2	0
青森県	青森市	1	1	北区	1	1	島田市	1	0	香川県	高松市	2	2		
	南部町	1	0	足立区	2	2	沼津市	1	1		土庄町	1	1		
岩手県	奥州市	1	1	墨田区	1	0	愛知県	名古屋市長古屋市	4	0	愛媛県	松山市	3	0	
宮城県	仙台市	3	0	品川区	9	事業所		豊橋市	3	3		今治市	2	0	
	石巻市	1	0	文京区	1	1		豊川市	2	2		西条市	1	0	
	富谷町	1	0	八王子市	1	1	三重県	四日市市	2	2	高知県	高知市	2	0	
湯沢市	1	1	青梅市	1	1	滋賀県	桑名市	1	1	北九州市		1	1		
秋田県	大曲仙北広域市町村圏組合	2	1	稲城市	1		0	京都府	大津市	1		1	福岡市	2	2
	本荘由利広域市町村圏組合	1	1	調布市	1	1	京都市		6	0		久留米市	7	3	
山形県	山形市	3	0	清瀬市	1	1	綾部市	1	0	行橋市		1	1		
	米沢市	1	0	東村山市	2	2	宇治市	1	1	小郡市		1	1		
福島県	福島市	2	0	町田市	1	1	大阪府	大阪市	5	0	福岡県	福岡県介護保険広域連合	1	0	
	会津若松市	1	0	横浜市	12	5		大東市	1	1		春日市	1	0	
	白河市	1	0	川崎市	7	0		堺市	4	0		佐賀県	佐賀中部広域連合	1	1
	田村市	1	0	平塚市	1	1		高槻市	1	1	唐津市		4	4	
いわき市	1	0	藤沢市	3	2	茨木市		2	1	長崎県	大村市	1	0		
水戸市	1	0	鎌倉市	1	1	富田林市		1	1		佐世保市	1	0		
つくば市	1	0	秦野市	1	0	交野市		1	1		熊本県	熊本市	2	2	
茨城県	鉾田市	1	0	箱根町	1	1		豊中市	1	0		八代市	2	2	
	神栖市	1	0	厚木市	1	0		八尾市	2	0	菊池市	1	1		
	龍ヶ崎市	1	0	座間市	1	1		藤井寺市	1	0	大分市	3	3		
	佐野市	1	1	新潟市	4	0	神戸市	4	0	臼杵市	1	1			
栃木県	足利市	1	1	長岡市	1	0	尼崎市	1	0	大分県	別府市	1	1		
	益子町	1	0	見附市	1	0	明石市	1	1		佐伯市	1	1		
	高崎市	4	0	富山市	1	1	伊丹市	1	1		杵築市	1	0		
群馬県	桐生市	1	0	珠洲市	1	0	加西市	1	1		宮崎県	宮崎市	2	1	
	館林市	1	0	能美市	1	1	たつの市	4	4	延岡市		2	0		
	伊勢崎市	1	0	金沢市	1	0	奈良県	奈良市	1	0	鹿児島県	鹿児島市	2	2	
埼玉県	川越市	1	0	小松市	1	0	鳥取県	米子市	4	1		宮古島市	1	0	
	三郷市	2	2	福井市	2	0		島根県	松江市	2	2	合計	294		
	ふじみ野市	1	1	坂井地区広域連合	3	3	岡山県	浜田地区広域行政組合	1	1	岡山市		1	0	
大里広域	1	1	越前市	1	0	雲南広域連合		1	0	浅口市	1		0		
山梨県	甲府市	2	2	甲府市	2	2	岡山市	1	0	倉敷市	1		1		
	北杜市	1	1	北杜市	1	1	玉野市	1	0						
	長野市	1	1	上田市	1	0									

2015年介護報酬改定における 看多機改定のポイント

- (1) 名称の見直し
- (2) 登録定員数の緩和
- (3) 外部評価の効率化
- (4) 総合マネジメント体制強化加算の創設
- (5) 事業開始時支援加算の延長
- (6) 提供される看護の実態に合わせた加算と減算の実施
- (7) 同一建物居住者へのサービス費変更



厚生労働省老健局
老人保健課
猿渡央子氏。

看多機の事例



ミモザの家(新宿区)



事例1. 株式会社つつじヶ丘在宅総合センター 複合型サービスケアホーム希望

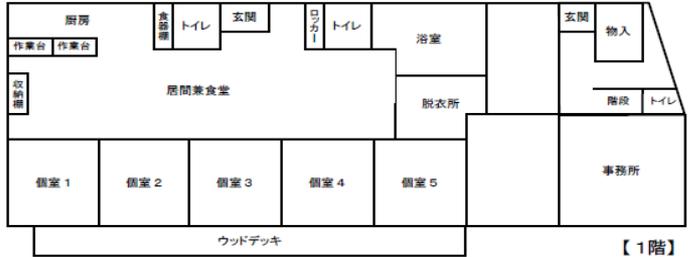


＜事業運営上のポイント＞

- 退院直後は泊まりを中心としたサービス提供を開始し、再アセスメントを行い、在宅での生活を組み立てていく。
- 利用者が入院していた病院や、利用者を引き継いだ他法人の介護支援専門員等に対して、その後の利用者の改善状況を伝える「経過報告書」を送っている。それが事業所の理解と利用者確保につながっている。

1. 事業所の基本情報

法人種類	営利法人	法人名	株式会社つつじヶ丘在宅総合センター	
所在地	東京都調布市	開設年月	平成 25 年 10 月	
併設事業所 ・ 関連事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小規模多機能型居宅介護（開設時期：平成 20 年 3 月） ・ 訪問看護ステーション（開設時期：平成 12 年 4 月） ・ 通所介護事業所 ・ 居宅介護支援事業所 ・ 地域包括支援センター 			
定員	総定員：25 人 通い：15 人 泊まり：5 人			
利用登録者数	24 人(平成 27 年 1 月 27 日時点)	利用者の平均要介護度	4.0	
実費負担	泊まり：2,000 円 食費：朝食 400 円 昼食 700 円 夕食 600 円 おやつ 100 円			
看護職員数（実人数）	常勤 6 人	介護職員数（実人数）	常勤 10 人	非常勤 5 人
勤務体制	<p>【看護職員】 8：45～17：45 ※上記時間外は緊急対応として 24 時間 365 日対応</p> <p>【介護職員】 日勤 8：45～17：45 夜勤 16：00～10：00（夜勤 1 名＋宿直勤務 1 名）</p>			



【1階】

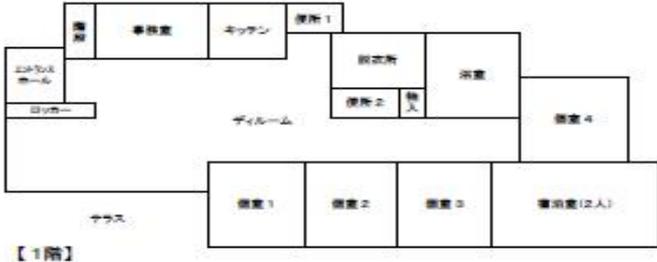
事例2. 株式会社リンデン 複合型サービス ナーシングホーム岡上



＜事業運営上のポイント＞

- 利用者の生活全般を支えることができること、医療ニーズの高い利用者に対応できることは、やりがいを持って働きたいと考える看護職員、介護職員の魅力となっている。採用時より理念を共有することを重視している。
- 理学療法士と作業療法士が併設の訪問看護ステーションと兼務しており、週に3回、時間を決めて個別の機能訓練を実施している。

1. 事業所の基本情報

法人種類	営利法人	法人名	株式会社リンデン	
所在地	神奈川県川崎市	開設年月	平成25年4月	
併設事業所・関連事業所等	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーション（開設時期：平成23年4月） ・居宅介護支援事業所 ・訪問介護事業所 			
定員	登録定員：25人 通い：15人 泊まり：6人			
利用登録者数	17人（平成26年11月時点）	利用者の平均要介護度	3.7	
実費負担	泊まり：3,000円 食費：朝食350円 昼食（おやつを含む）700円 夕食700円			
看護職員数（実人数）	7人	介護職員数（実人数）	10人	
勤務体制	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員 【日勤】8：30～17：30 ※夜間の緊急対応に2名が待機。 ・介護職員 【日勤】8：30～17：30 【夜勤】16：30～9：30 ※早いお迎え、遅い送りの希望や泊りが多い日には、早出、遅番に対応。 【早出】7：00～16：00 【遅番】11：30～20：00 			
				

事例3. 公益社団法人佐賀県看護協会 ケアステーション野の花

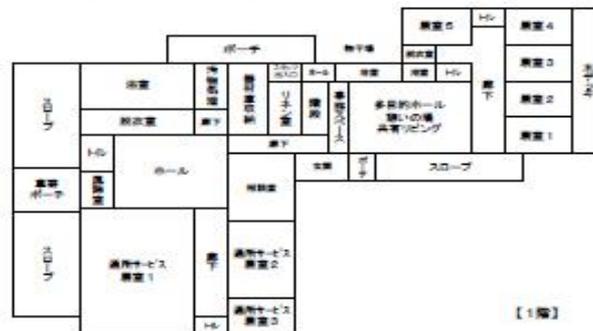


<事業運営上のポイント>

- 退院直後は密に訪問看護を提供し、在宅の環境を整え、在宅の生活に慣れてきてから「泊まり」の提供を開始する。
- 基本的に通いと訪問を中心とし、集中的に処置を行いたい場合は、毎日通いを提供し、事業所で処置を行い、在宅へ帰す。
- 職員の育成のためにガイドラインを作成し、活用している。
- 地域のお祭り等に積極的に参加することで、地域の活性化にも貢献している。

1. 事業所の基本情報

法人種類	公益社団法人	法人名	公益社団法人佐賀県看護協会	
所在地	佐賀県佐賀市	開設年月	平成 25 年 4 月	
併設事業所・関連事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーション（開設時期：平成 7 年） ・療養通所介護（開設時期：平成 18 年） ・居宅介護支援事業所 			
定員	登録定員：25 人 通い：15 人 泊まり：5 人			
利用登録者数	13 人（平成 27 年 2 月 5 日時点）	利用者の平均要介護度	3.0	
実費負担	泊まり：2,000 円 食費：朝食 200 円 昼食 350 円 夕食 400 円			
看護職員数（実人数）	3 人	介護職員数（実人数）	6 人	
勤務体制	【看護職員】 8：30～17：15 2 人 17：15～9：00 1 人（宿泊がなければオンコールのみ） 【介護職員】 8：30～17：15 9 人 4：30～9：30 1 人			



【1階】

●事例1● 81歳 男性【退院直後の在宅復帰支援】

- ✓退院直後から2か月間は泊まりを継続提供。その後、訪問を中心に在宅復帰
- ✓家族の不安を解消するサービス提供方法を検討・相談
- ✓家族と外部サービスとの役割分担を明確にし、家族へは吸引等の処置の実施方法を教育

1. 利用者の基本情報

世帯構成	妻、長男の妻、その子ども（孫）と同居				
介護力	主たる介護者は長男の妻。時間帯によって介護可能。				
要介護度	要介護5				
障害高齢者の日常生活自立度	C2		認知層高齢者の日常生活自立度	I	
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助
主な傷病	<ul style="list-style-type: none"> ・悪性新生物 ・パーキンソン病 ・脳梗塞 ・心不全 ・腹部大動脈瘤 ・大動脈弁閉鎖栓 				
必要な医療処置	<ul style="list-style-type: none"> ・胃ろう ・バルーン留置カテーテル ・たんの吸引 ・褥瘡の処置(真皮に達する褥瘡) ・服薬管理 ・浣腸 ・摘便 ・吸入 				
ターミナル期	ターミナル期ではない		病状の安定性・悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり	

※利用開始から最初の2週間のサービス提供状況

	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日
泊まり	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
訪問看護 (同事業所: 医療保険)	★ 1回													

3. 2か月間の泊まりの継続利用後、在宅で訪問の利用中心に

<訪問を中心に>

- ・約2か月間、事業所に泊まった後、在宅に戻り、その後は訪問（介護）と医療保険による訪問看護のみを利用している。

●事例2● 88歳 女性【がん末期の在宅生活支援】

- ✓退院後、通いの場で医療処置を行い、在宅での医療処置の不安を解消
- ✓利用者の心身の負担、病状に応じてサービス提供パターンを柔軟に変更
- ✓発熱や痛み対応は主治医との密な連携・連絡で対応

1. 利用者の基本情報

世帯構成	長男夫婦、孫1人				
介護力	主たる介護者は長男の妻。常時、介護可能。				
要介護度	要介護3				
障害高齢者の日常生活自立度	A2		認知症高齢者の日常生活自立度		II a
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	一部介助	全介助	一部介助	全介助	全介助
主な傷病	右上顎腫瘍術後 癌性疼痛				
必要な医療処置	・胃ろう ・たんの吸引 ・創傷処置 ・服薬管理 ・疼痛の管理				
ターミナル期	ターミナル期である	病状の安定性・悪化の可能性		不安定・悪化の可能性あり	
特記事項	右顔面麻痺。疼痛コントロール中。				

2. 利用開始の経緯

	1 日 目	2 日 目	3 日 目	4 日 目	5 日 目	6 日 目	7 日 目	8 日 目	9 日 目	10 日 目	11 日 目
通い				○		○					○
訪問看護 (同事業所: 医療保険)	★ 1回	★ 1回									

○直近11日のサービス提供状況

- ・その後、医療処置や胃ろうに対応するため、訪問看護の1日あたりの訪問回数を増やし、朝、昼、夜の1日3回の訪問に変更した。
- ・発熱や痛みがあるため、主治医と密に連携・連絡をとりながら対応している。

●事例3● 78歳 女性【医療ニーズの高い認知症者支援】

✓医療ケアの必要な認知症の利用者に対し、原疾患の進行に合わせた支援を実施

✓強い利用拒否に対し、馴染みの職員が対応することで、通いや泊りが利用可能に

1. 利用者の基本情報

世帯構成	夫婦のみの世帯				
介護力	主たる介護者は夫（77歳）。常時、介護可能。				
要介護度	要介護4				
障害高齢者の日常生活自立度	B2		認知症高齢者の日常生活自立度	III a	
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助
主な傷病	・進行性核上性麻痺 ・意識消失発作 ・脳梗塞後遺症 ・認知症				
必要な医療処置	・留置カテーテル ・褥瘡の処置 ・服薬管理 ・摘便 ・リハビリテーション				
ターミナル期	ターミナル期ではない	病状の安定性・悪化の可能性		不安定・悪化の可能性あり	
特記事項	・予測できない意識消失発作を頻回に起こすようになった。				

2. 利用開始の経緯と利用開始直後のサービス提供状況～利用拒否への対応～

サービス提供開始～サービス拒否への対応～

	1 日 目	2 日 目	3 日 目	4 日 目	5 日 目	6 日 目	7 日 目	8 日 目	9 日 目	10 日 目	11 日 目	12 日 目	13 日 目	14 日 目
通い	○							○						
訪問(看護)			☆ 1回			☆ 1回				☆ 1回			☆ 1回	

3. サービス提供状況

～慣れてきたことで通いの回数増、泊まりの利用も可能に～

○直近の2週間のサービス提供状況

- ・当初、利用拒否が強かったが、慣れてきたことにより、通いの回数を増やすことができた。また、泊まりもできるようになった。
- ・通いの回数を増やしたり、泊まりを行うことで、家族も介護負担が軽減され、看護小規模多機能型居宅介護の利用の良さを感じているようだ。
- ・本人は寝たきりの状態であり、進行性核上性麻痺の進行による経口摂取低下、栄養状態の低下が見られる。褥瘡の処置が必要であり、通いででの処置だけでなく、訪問（看護）も組み込み対応している。
- ・その他、創感染によりバルーン留置カテーテル管理、口腔ケアなどに対応している。

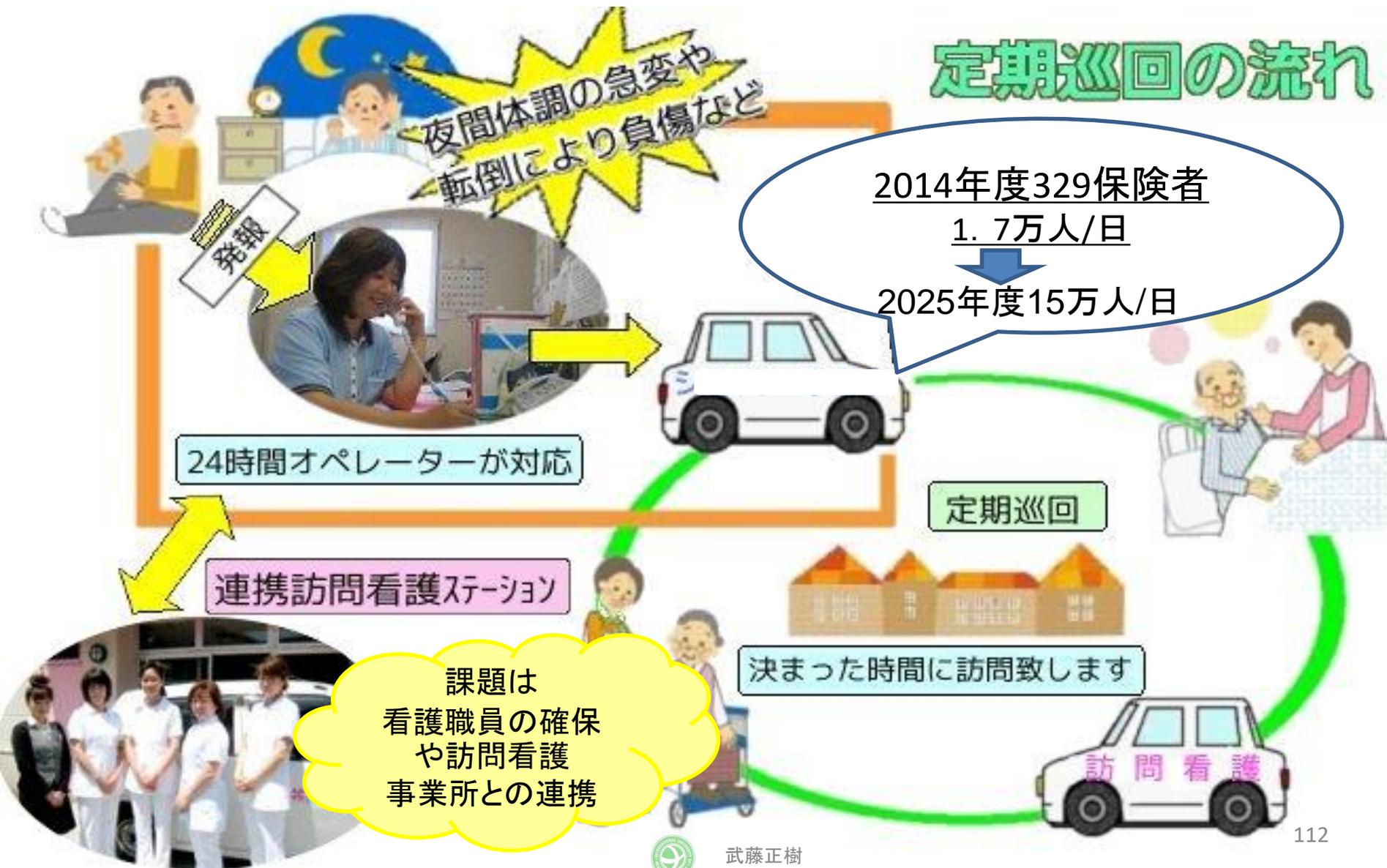
	1 日 目	2 日 目	3 日 目	4 日 目	5 日 目	6 日 目	7 日 目	8 日 目	9 日 目	10 日 目	11 日 目	12 日 目	13 日 目	14 日 目
通い	○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	
泊まり		●							●					
訪問(介護)											□ 1回			
訪問(看護)						☆ 1回	☆ 1回				☆ 1回		☆ 1回	

②定期巡回・随時対応型 訪問介護看護

24時間サービス

地域包括ケアを支える新規サービス(2012年4月より)

②24時間対応の定期巡回・随時対応サービス



定期巡回・随時対応サービス ～潤生園からの報告～



社会福祉法人小田原福社会
高齢者総合福祉施設潤生園
理事長 園長 時田 純

潤生園の複合拠点・在宅介護総合センター「れんげの里」



- ・単独型短期入所施設40床
- ・通常型通所介護施設35名
- ・滞在型訪問介護
- ・夜間対応型訪問介護
- ・定期巡回訪問介護
- ・人財育成センター
- ・フードサービスセンター

訪問介護サービス提供責任者によるミーティング



深夜のコールに応える随時訪問介護サービス



定期巡回・随時訪問介護は安心と安全を支える信頼の絆



写真の公表についてご利用者の了解を頂いています。潤生園

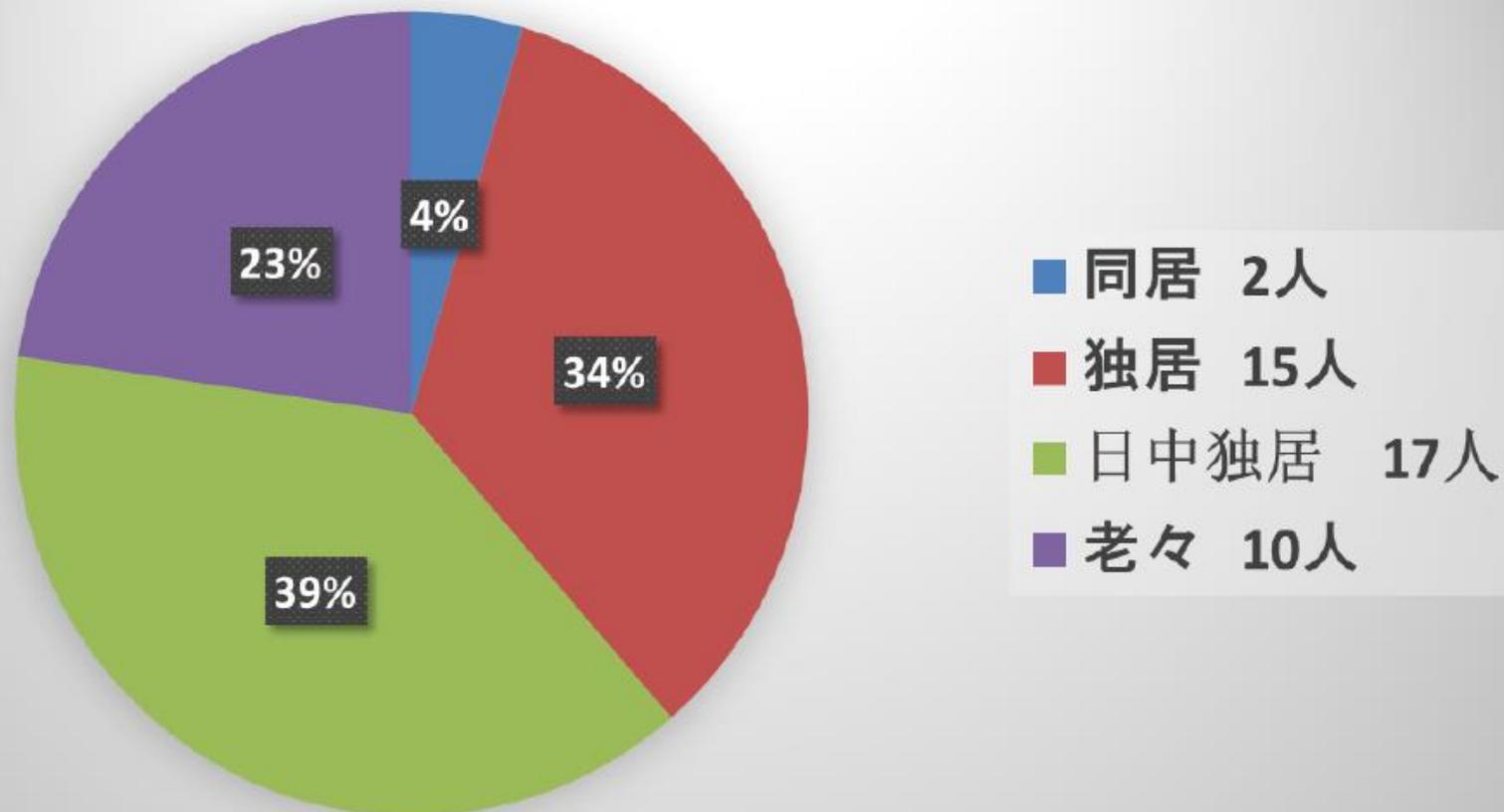
定期巡回・随時訪問介護は安心と安全を支える信頼の絆



24時間・365日緊急コールに対応するオペレーションサービス



平成25年度・利用者の世帯構成 (平成25年4月～26年1月 延べ44名)



24時間サービス

- ①定期巡回サービス
 - 訪問介護員等が定期的(原則、1日複数回)に利用者の居宅を巡回して日常生活上の世話をを行う。
- ②随時対応サービス
 - あらかじめ利用者の心身の状況、その置かれている環境等を把握した上で、随時、利用者又はその家族等からの通報を受け、通報内容等を基に相談援助を行う、または訪問介護員等の訪問、若しくは看護師当による対応の要否を判断するサービス。

24時間サービス

- ③ 駆けつけ30分
 - 通報があつて概ね30以内の間に駆け付けられるような体制確保に努めることが必要。
- ④ 訪問看護サービス
 - 看護師当が医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問して行う療養上の世話又は必要な診療の補助を行う。
 - また療養上の世話又は診療の補助の必要でない利用者であっても、概ね1月に1回はアセスメントのため看護職員が訪問する。

定期巡回・随時対応サービス (モデル事業の結果概要)

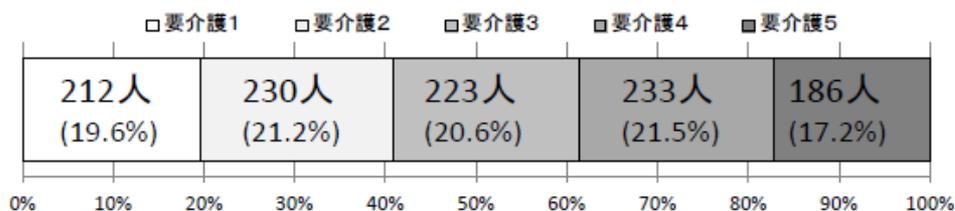
(資料出所)

- ・厚生労働省老健局振興課調べ
- ・「24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問サービスのあり方に関する調査研究事業」
(平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)

定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要②

- モデル事業を実施した52自治体で1,084名が利用。（平均要介護度3.0）
- 独居・高齢者世帯が全体の66.6%。

①要介護度別の利用者数 (N=1084人)



平均要介護度 3.0

②認知症自立度別の利用者数 (不明者を除く) (N=1052)

自立	I	II	III	IV	M
159人 (15.1%)	190人 (18.1%)	355人 (33.7%)	255人 (24.2%)	70人 (6.7%)	23人 (2.2%)

II以上 66.8%

③利用者の世帯の状況について (N=1084人)

独居	434人(40.0%)
高齢者のみ世帯	288人(26.6%)

独居・高齢者のみ世帯 66.6%

④事業の委託について (N=64事業所)

定期巡回サービスを委託	7事業所
随時訪問サービスを委託	9事業所
オペレーター業務を委託	3事業所

⑤圏域、移動時間 (N=27事業所)

	市区町村名	おおよその圏域	移動時間
5km ² 未満	品川区	2km × 2km	15.9分
	足立区	2km × 2km	21.5分
5km ² 以上 100km ² 未満	新宿区	2.8km × 2.4km	13.9分
	世田谷区	3km × 3km	13.9分
	函館市	4km × 4km	14.0分
	浦安市	4km × 4km	14.1分
	武蔵野市	6.4km × 3.1km	23.7分
	富山市	5km × 5km	15.7分
	大垣市①	5km × 5km	14.2分
	米子市	5km × 5km	7.7分
	松江市	5km × 5km	5.5分
	甲府市	4.5km × 6km	9.3分
	柏市	5km × 6km	13.6分
	大垣市②	5km × 7km	14.8分
100km ² 以上 150km ² 未満	小田原市	4km × 9km	10.1分
	池田町	6km × 6km	10.0分
	大垣市③	10km × 10km	15.9分
150km ² 以上 400km ² 未満	鹿屋市	10km × 10km	44.4分
	伊東市	18km × 8km	19.7分
	中津市	15km × 10km	36.2分
	伊達市	13km × 13km	7.8分
	福島市	11km × 20km	10.4分
	草津市	15km × 15km	17.9分
	壱岐市	15km × 17km	15.8分
400km ² 以上	静岡市	24km × 11km	14.4分
	豊橋市	20km × 20km	14.2分
	佐世保市	20km × 20km	13.3分
平均移動時間		15.7分	

※大垣市は実施法人ごとに圏域が異なる。

定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要③

- 1日あたりの平均訪問回数は2.6回。
- 1回あたりのサービス提供時間は20分未満が32.3%。
- 20分未満の定期巡回訪問においては、排せつ介助、食事準備（配膳、服薬管理）のほか、安否確認や見守りなど多様なサービスが提供されている。

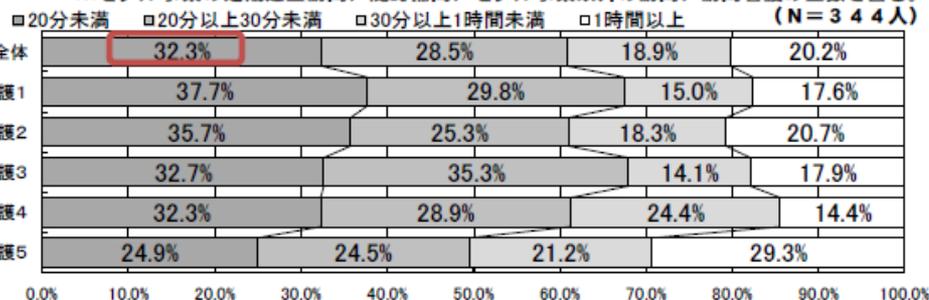
① 1日あたりの平均訪問回数 (N=344人)

	平均訪問回数	最多事業所(注)	最少事業所(注)
全体	2.6回	3.8回	1.2回
要介護1	2.0回	3.3回	1.0回
要介護2	2.5回	4.5回	1.0回
要介護3	2.7回	5.3回	1.0回
要介護4	2.7回	4.0回	1.5回
要介護5	3.1回	5.3回	1.0回

注: 事業所ごとの平均訪問回数が最も多かった(または少なかった)事業所の値

② サービス提供時間 (要介護度別)

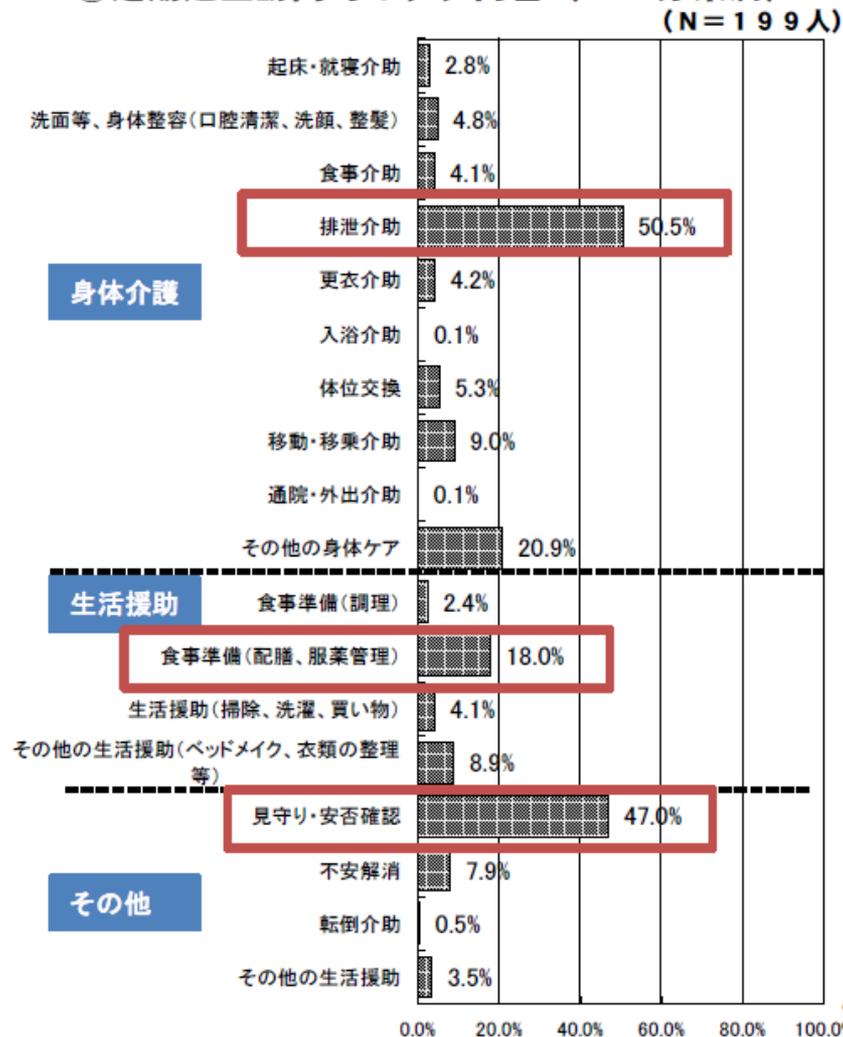
※モデル事業の定期巡回訪問、随時補間、モデル事業以外の訪問、訪問看護の回数を含む。



③ 20分未満のケアの組合せ (上位10行為) (N=199人)

排せつ介助	22.4%
見守り・安否確認	10.8%
その他の身体ケア+見守り・安否確認	4.8%
排せつ介助+その他生活援助(ベッドメイク、衣類の整理等)	3.4%
その他の身体ケア	3.2%
排せつ介助+体位交換	3.1%
食事準備(配膳、服薬管理)+見守り・安否確認	2.9%
排せつ介助+見守り・安否確認	2.9%
排せつ介助+その他身体ケア	2.9%
排せつ介助+移動・移乗介助	2.1%

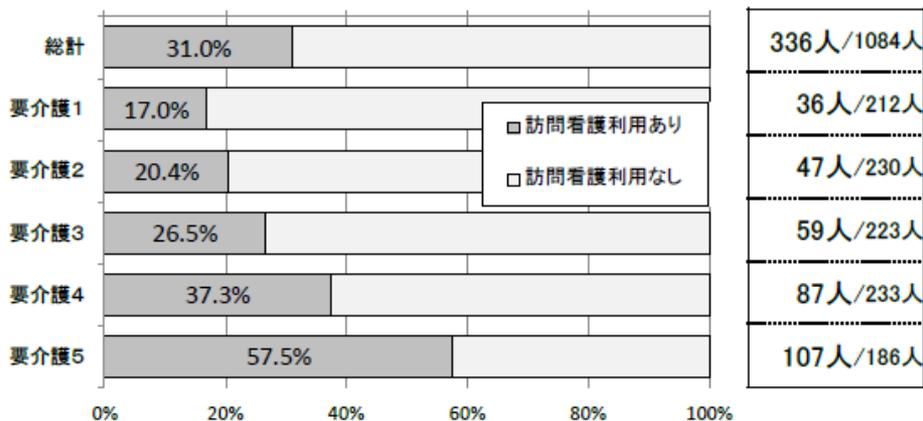
④ 定期巡回訪問時のケア内容 (20分未満) (N=199人)



定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要④

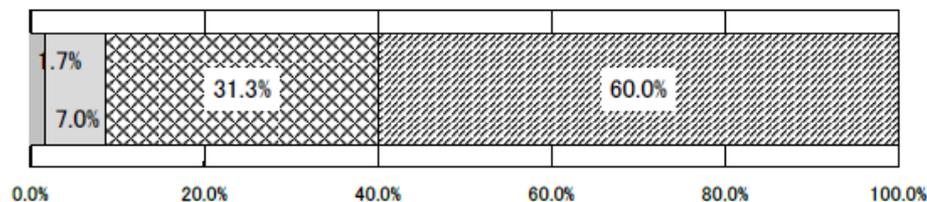
- 利用者の31.0%が訪問看護を利用している。
- 訪問看護は平均ケア提供時間が50.1分であるが身体介護も組み合わせて提供を行っている。

①訪問看護利用者の割合 (N=1,084人)



②訪問看護のサービス提供時間

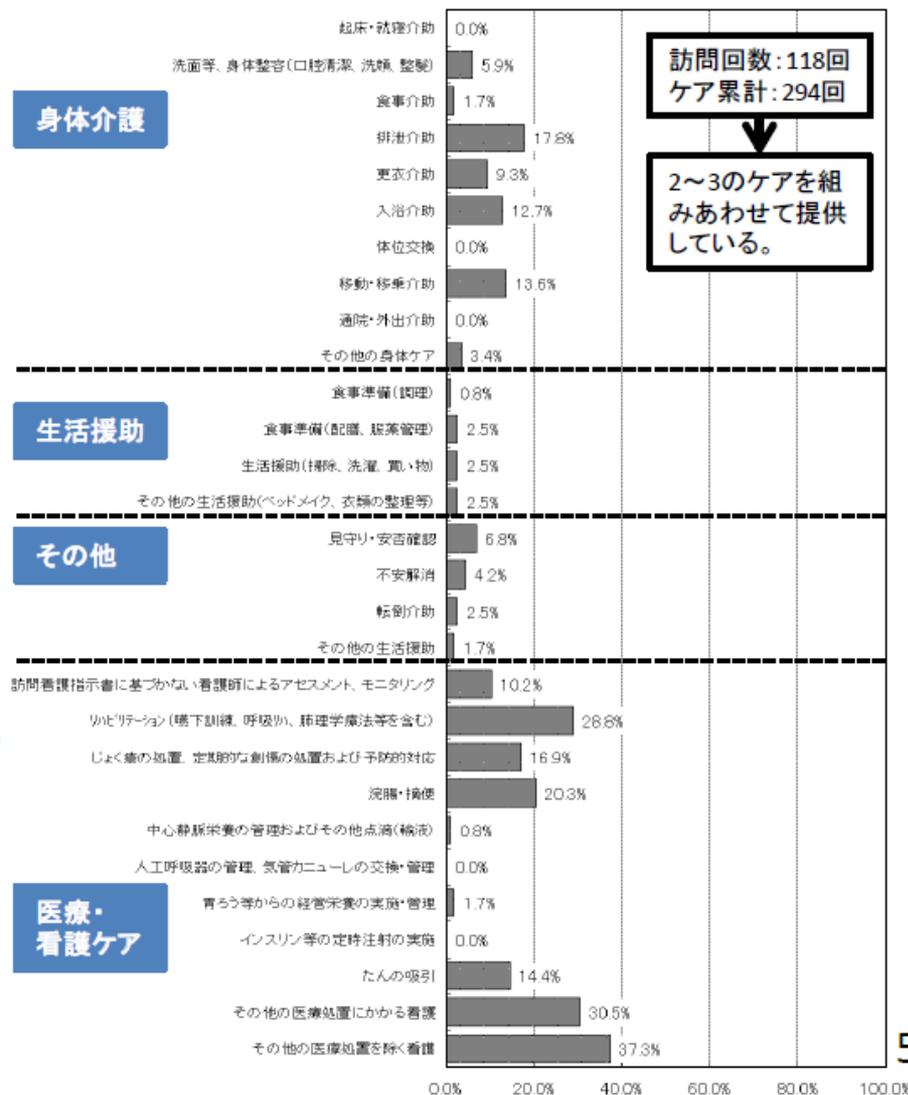
□20分未満 □20分以上30分未満 □30分以上1時間未満 □1時間以上



1回の訪問当たりの平均ケア提供時間

50.1分

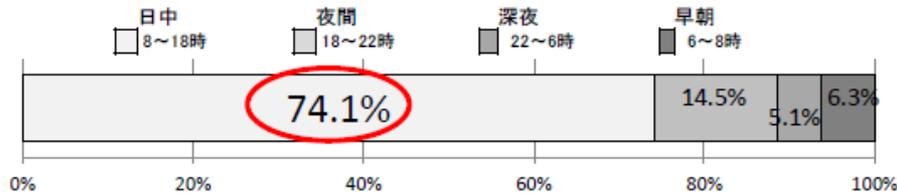
③訪問看護のケア内容 (N=65人)



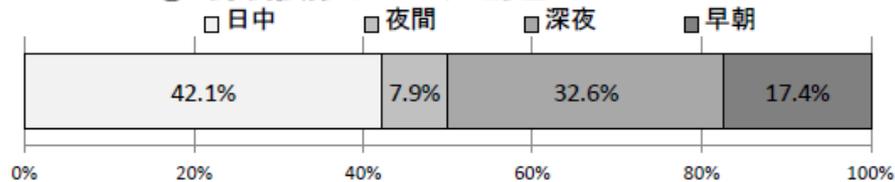
定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要⑤

- 訪問全体の74.1%が日中に行われたものである。
- コールのうち訪問を要するものは31.8%であり、深夜・早朝のコールの多くは利用者の不安によるもので訪問を要しないものが多い。

①時間帯別の訪問割合（定期巡回・随時訪問）（N=344人）



②時間帯別のコール割合（N=344人）

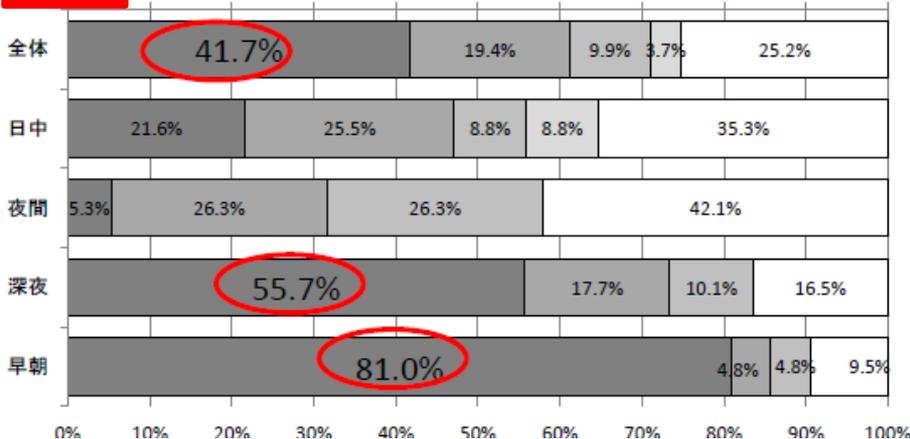


1人あたりのコール件数(1週間)

0.7回

③時間帯別のコール内容（N=344人）

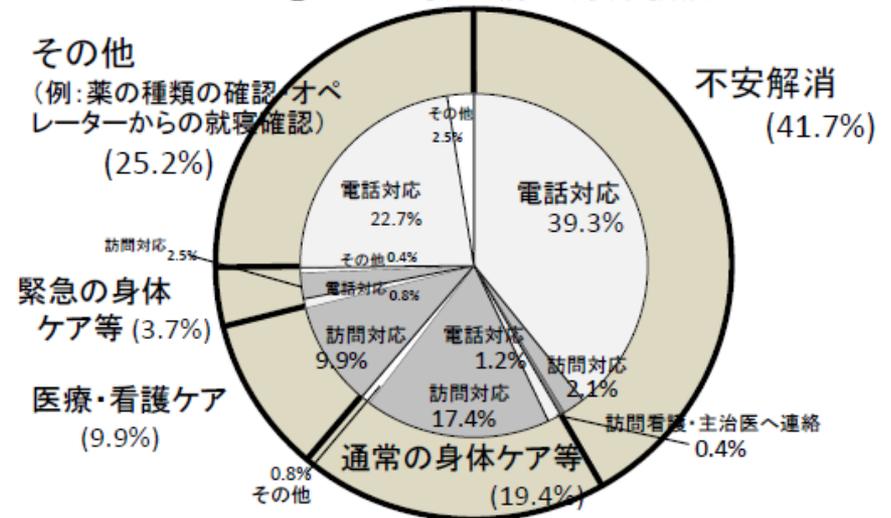
不安解消 通常の身体ケア・生活援助 緊急の身体ケア・生活援助 医療・看護ケア その他



④コールに対する対応状況（N=344人）

電話対応	64.0%
訪問対応	31.8%
訪問看護・主治医へ連絡	0.4%
その他	3.7%

⑤コール内容別の対応状況



⑥利用者の通報装置（複数回答）（N=52自治体）

ケアコール端末(テレビ電話型)	12自治体
ケアコール端末(上記以外)	33自治体
利用者の携帯電話など	23自治体

定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要⑥

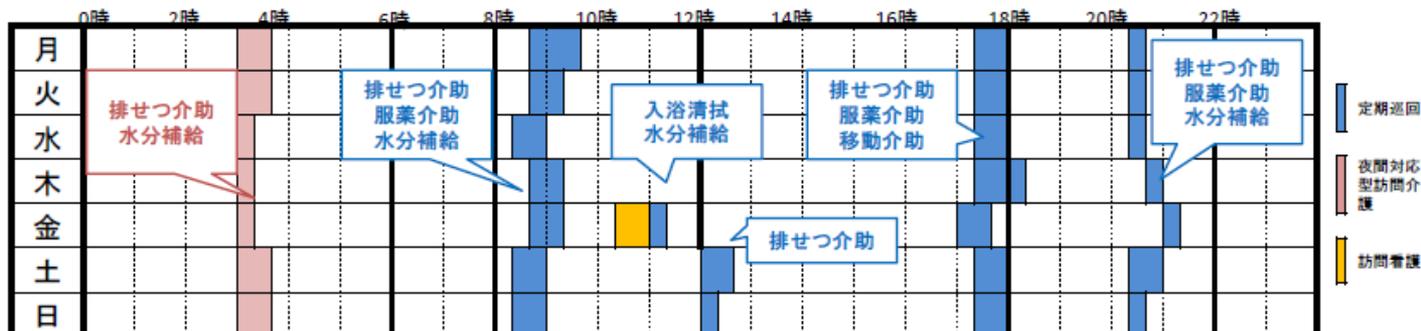
1. 定期的な訪問により生活のリズムが生まれ、また利用者・家族の安心にもつながる

① 定期的な訪問による生活のリズムの構築

- 退院後の定期的な訪問が入ることによって症状が安定し、在宅生活を続けている。
- 定期的に訪問することにより、水分補給・服薬の管理をすることができ、体調に異常が生じたときの早期発見につながる。

利用者状態像

要介護4（女性）	
認知症日常生活自立度Ⅲb	
高齢者のみ世帯	
1日あたり 平均訪問回数	4.4回 ※看護除く

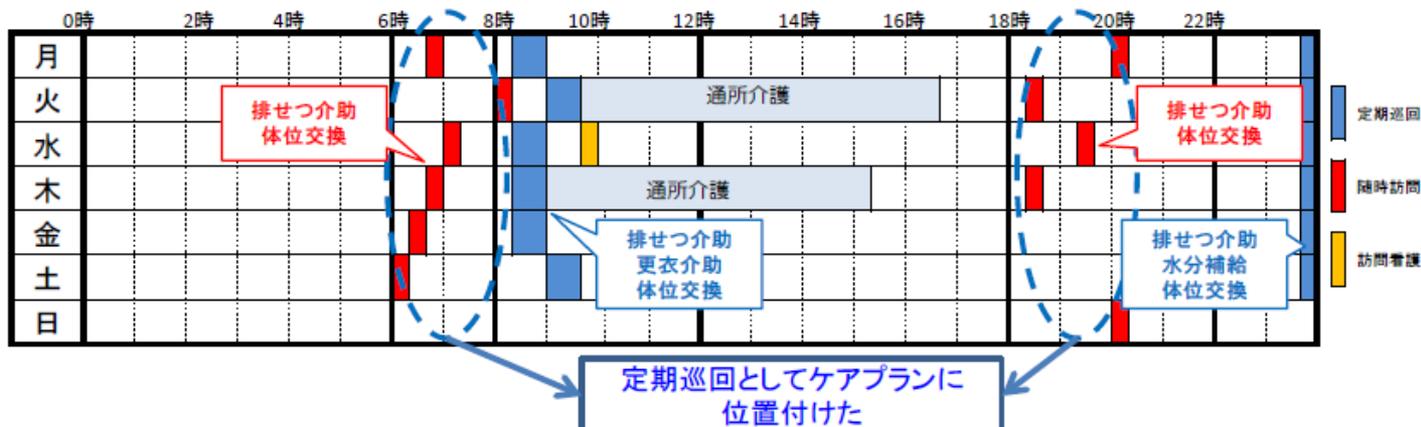


② 随時訪問による利用者の状態像の把握

- 従前まではオムツ交換が必要であったが、定期訪問とコールによる訪問の利用によりトイレで排泄できるようになり、ADLの向上がみられた。
- 毎日ほぼ同時刻に随時訪問を行っていたことから、今後定期巡回としてケアプランに位置付けた。

利用者状態像

要介護4（女性）	
認知症日常生活自立度Ⅰ	
高齢者のみ世帯	
1日あたり 平均訪問回数	3.3回 ※看護除く



③ 定期的な訪問による、生活の安心感

- 日中の短時間サービスにより1日の生活のリズムができることで安心感へとつながるため深夜の訪問ニーズは少なかった。
- アセスメントの確実な実施により、定期巡回の時間間隔や提供時間を柔軟に設定し、随時訪問の頻度を減少させる傾向があった。
- 定期的に安否確認、服薬確認をすることで、別居している家族に安心感を与えた。

定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要⑦

2. 退院直後や一時的に状態が不安定な時期に、集中的なケアを行うことで生活の安定化につながる

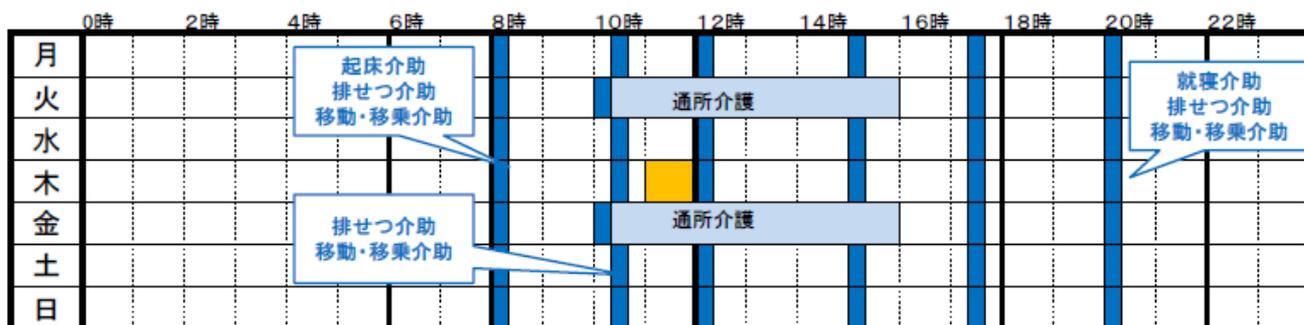
①一時的なADLの低下に対する、集中的なケアによる従来の生活の継続

- ADLが悪化し、施設入所を検討している時期に1日4～6回の短時間訪問を行うことにより在宅生活を続け、1ヶ月の利用後、週2回の通所介護、週2回の訪問介護に移行して在宅生活を継続できるようになった。
- 訪問看護からの指導もあり、トイレ時の移動リハビリとして足踏みを実施。当初移動も困難であったが、複数回訪問し、支援することで歩行可能までに回復した。

利用者状態像

要介護3（男性）	
認知症日常生活自立度 I	
高齢者のみ世帯	
1日あたり 平均訪問回数	5.4回 ※看護除く

(一時的なADL悪化時) ※モデル事業を利用



(1ヶ月後: ADL回復後) ※モデル事業の利用終了



②退院直後の複数回訪問による在宅生活の安心

- 退院直後の在宅生活開始後、生活機能が回復するまでの短期間、1日複数回の介護が必要な利用者定期的に訪問を行うことにより、病院と同様の介護が提供され、安全の確保と安心感が得られた。
- 精神疾患があり、室内の温度管理ができず短時間による見守りが必要であったが、短時間複数回訪問することで精神状態がかなり落ち着いた。

定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要⑧

3. 医療との連携を図り、利用者への適切なケア・生活機能の向上を図ることができる

①訪問看護・医療機関との連携

- 日々のサービス提供の内容と、利用者の状況について、訪問看護事業所に配置したオペレーターにFAXにて報告を行うこととした。
- 訪問介護事業所が移乗介護方法について訪問看護事業所へ相談し、利用者・家族・訪問介護・訪問看護・医療機関の理学療法士・ケアマネジャーを含めたケース検討を行った。検討の結果、移乗方法の統一化を図ったことにより転倒等のリスク回避にもつながった。

利用者状態像



②リハビリ職との連携

- 訪問リハビリの時間に合わせてヘルパーが訪問し、作業療法士を通じて看護師、かかりつけ医師とも連携し、咀嚼障害・栄養補充・水分摂取・血圧・リハビリメニューなどの検討を行った。

③看取りまでの継続的な支援

- 終末期における体調変化を複数回の訪問で把握。情報を医療・デイサービス等と共有することで在宅での看取りの希望が持てる。
- 家族・介護・医師・看護・ケアマネジャーとケアカンファレンスを行い、情報共有しながら看取りを行い、3名を自宅で看取ることができた。

4. 双方向のコミュニケーションツールであるテレビ電話を活用した迅速な状況確認・対応が可能

- 1日3回の訪問と、テレビ電話を利用した就寝確認により、生活のリズムが生まれた。ヘルパーが体調異変を察知し、テレビ電話を通じてオペレーターに状況確認をもらい、訪問看護へ訪問要請を行った。
- 利用者の顔をみながら声かけができ、電話以上に利用者の状況確認が行え、体調管理に役立った。

5. 定期や随時の訪問を通じて利用者の情報を共有し、きめ細やかな対応が可能

- 定期的な巡回や随時の訪問時に得た利用者の状況に関する情報量が増え、ケアマネジャーや連携する訪問看護事業所へ提供する機会も増え、サービス提供者・ケアマネジャーともに利用者への理解が深まった。
- 1日に複数回訪問することで利用者の生活の把握がより鮮明になりニーズ把握が可能になった。

定期巡回随時対応型 サービスの現状

- 2012年4月に24時間サービスがスタート
- 2016年9月末
 - 実施保険者数は386自治体、908事業所
 - 内訳は一体型351、連携型557
 - 事業所の多いのはやはり政令都市、人口10万人～30万人の大都市に集中している傾向がみられる。

愛知県24時間サービス事業者数 32事業者(2016年9月)

埼玉県	みなかみ町			1	岐阜県	十田市		0	1	山口県	尾道市			3	1	
	玉村町			1		安曇野市			1		福山市				6	
	さいたま市	○	8	1		須坂市			1		三次市	○		1		
	川越市	○	1			岐阜市		○	4		府中市		○	2		
	行田市	○	1	1		大垣市		○	3		神石高原町			1		
	所沢市		2			各務原市		○	2		下関市			5		
	本庄市	○	1	1		恵那市		○	1		山陽小野田市		○	1		
	春日部市	○	2			もとす広域連合			1		柳井市		○	1		
	狭山市		1			静岡市		○	7		周南市			1		
	鴻巣市		2			伊東市			1		坂出市		○	2		
	上尾市	○	2			浜松市			7		高松市		○	2		
	越谷市	○	1			富士宮市			1		丸亀市		○	1		
	戸田市	○	1			沼津市		○	1		松山市			2		
	入間市			1		三島市		○	1		新居浜市		○	2		
	朝霞市		1	2		愛知県	名古屋市の				14	四国中央市			2	
	志木市		1			岡崎市			3		松前町			1		
	和光市		3			豊橋市		○	3		高知市		○	5		
	新座市	○	1	1		北名古屋市の		○	1		四万十市		○	1		
	桶川市			1		稲沢市の			1		北九州市		○	9		
	久喜市		1			高浜市の			1		福岡市の		○	7		
北本市		1		西尾市の			1	久留米市の		○	6					
八潮市	○	1		安城市の			2	1	大牟田の		○	1				
三郷市	○	1		長久手市の		○	2		小郡市の		○	1				
幸手市			1	清須市の				1	糸島市の		○	1				
吉川市		1		春日井市の			1		春日市の		○	1				
ふじみ野市の	○	1		知多北部広域連合の			1		古賀市の		○	1				
白岡市の			1	豊明市の				1	福岡県介護保険広域連合の			3				
伊奈町の			1	小牧市の		○	1		唐津市の		○	1				
上里町の	○	1		日進市の		○	1		佐賀中部広域連合の		○	1				
宮代町の			1	津市の		○	2		鳥栖地区広域市町村圏組合の			1				
杉戸町の			1	三重県	四日市市の		○	2		長崎市の		○	10			
松伏町の			1		伊勢市の			1		佐世保市の		○	4			
大里広域市町村圏組合の	○	2			桑名市の		○	1		大村市の		○	1			
千葉県	○	9			彦根市の			1		苓岐市の			1			
市川市	○	2			草津市の		○	1	1	鳥原地域広域市町村圏組合の		○	1			
船橋市		6			守山市の			2		熊本市の		○	5			
木更津市	○	1	1		栗東市の			1		山鹿市の			1			

看多機、24時間サービスは、
生活に戻す医療に欠かせない

次回の同時改定でさらなる追い風を！

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

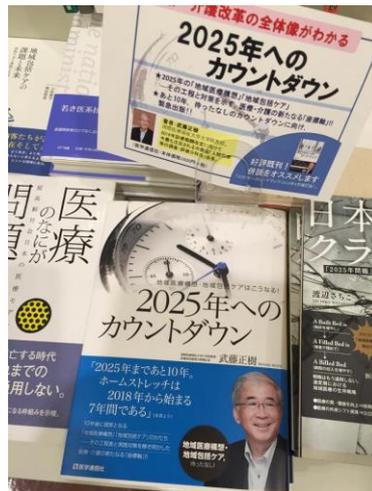
2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



まとめと提言

- ・医療介護一括法は、団塊世代700万人が後期高齢者となる2025年へむけて法制基盤
- ・2大テーマは地域医療構想と地域包括ケアシステム
- ・2018年同時改定は地域医療構想、地域包括ケアシステムを後押しする改正になるだろう
- ・同時改定では医療・介護の連携、看取りが重視される訪問看護事業所、看多機、24時間サービスに追い風を！
- ・医療におけるキーワードは、「生活に戻す医療」への回帰だ。

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

なんでも質問コーナー



pixta.jp - 8890923