

医療福祉連携講習会 地域連携概論

2025年へのカウントダウン

～2018年同時改定へ向けて～



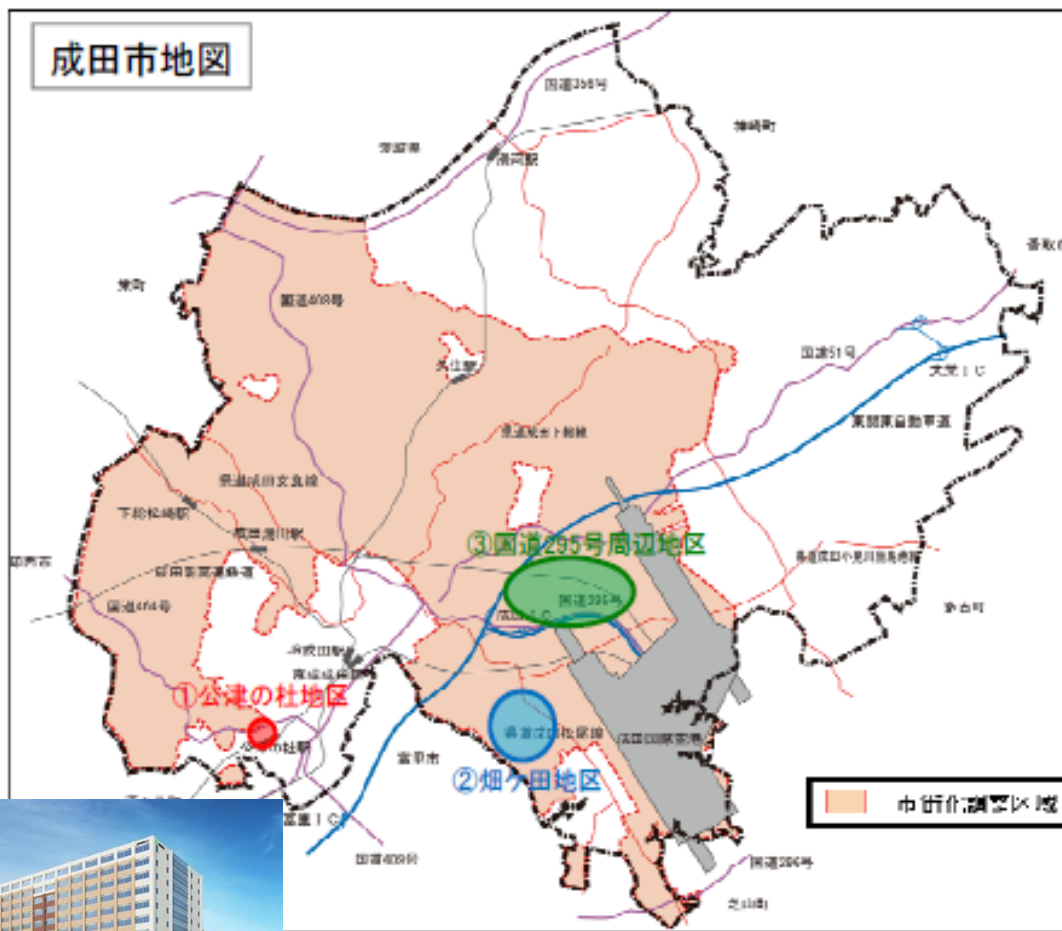
国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹

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
 - 医療と介護の連携
- パート 3
 - 2018年診療報酬改定
- パート 4
 - 2018年介護報酬改定



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)

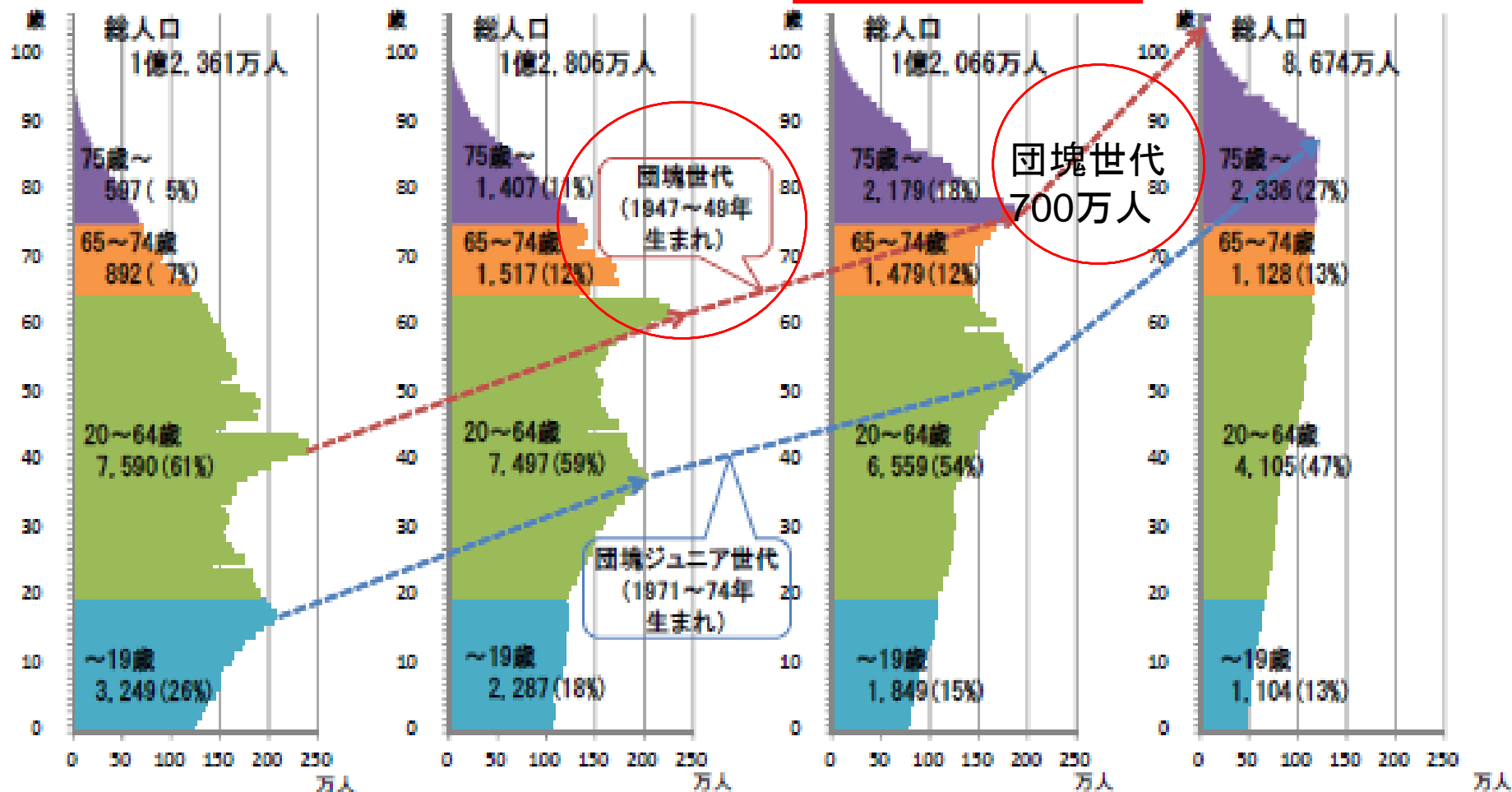
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

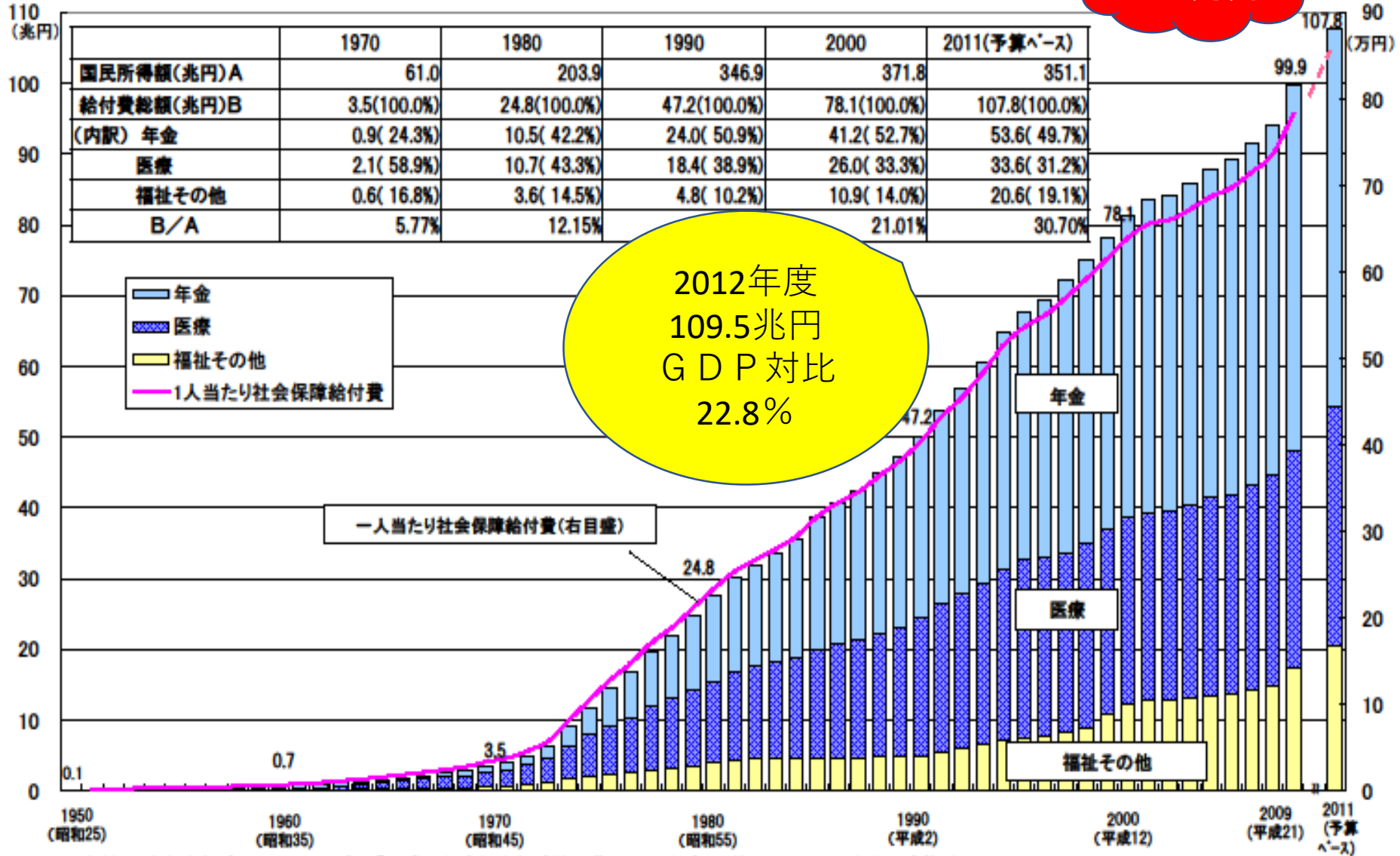
平成37年 (2025年)

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

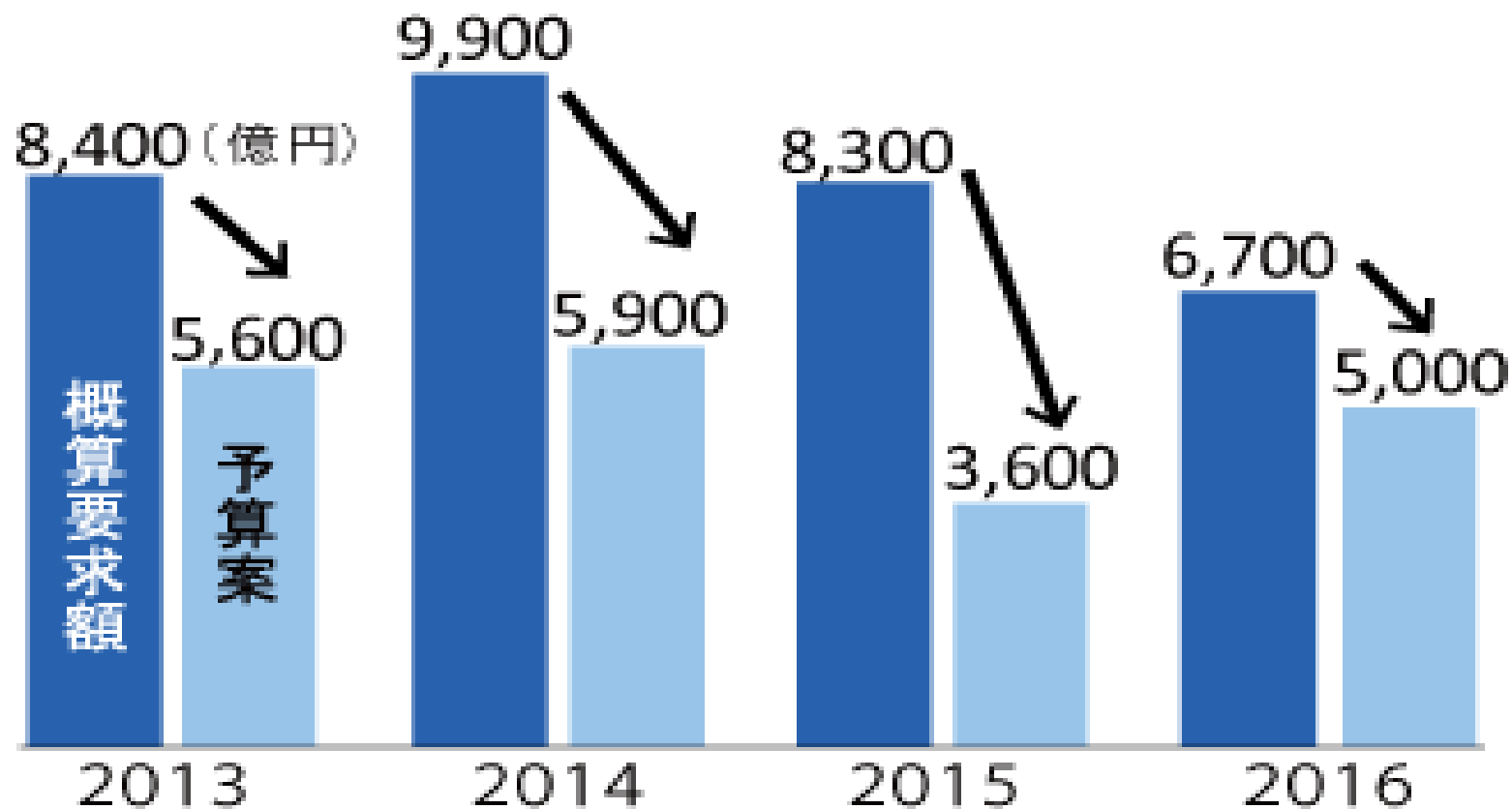


8%から10%の2%増税で4兆円の財源が消える！

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



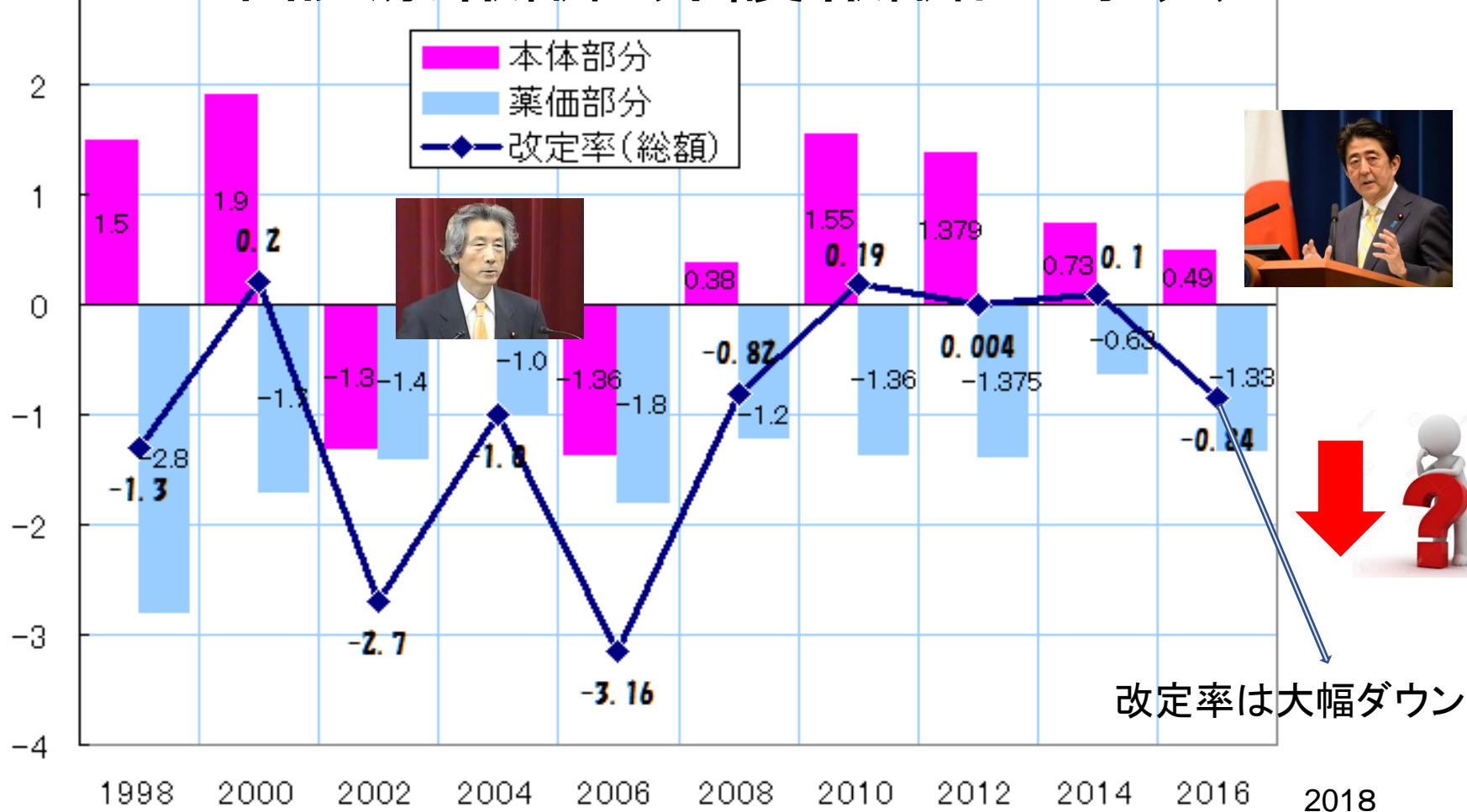
2017年度予算

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 |

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

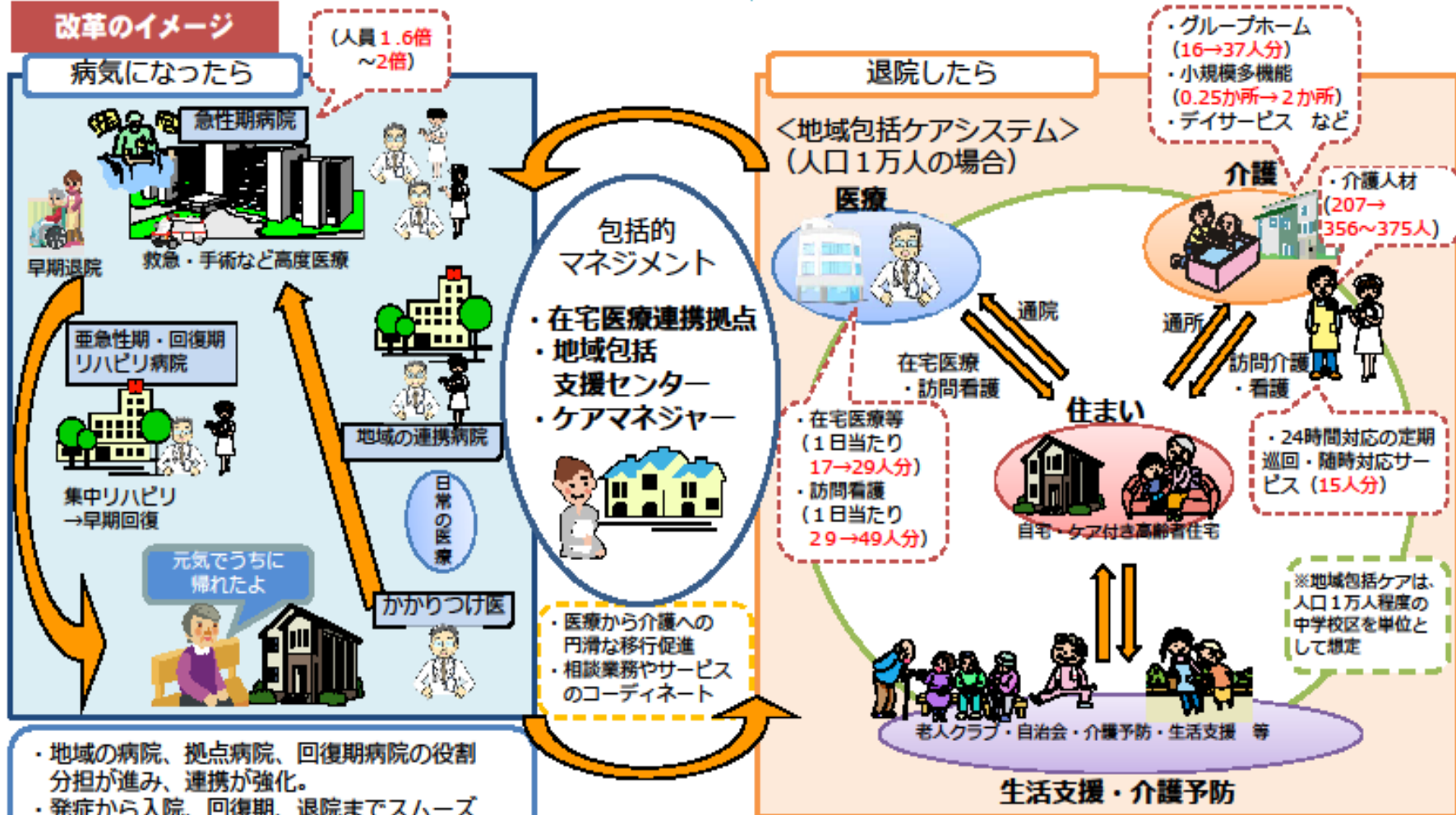
改革の方向性 ②

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



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)

2014年6月18日
可決成立

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)

(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」

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)

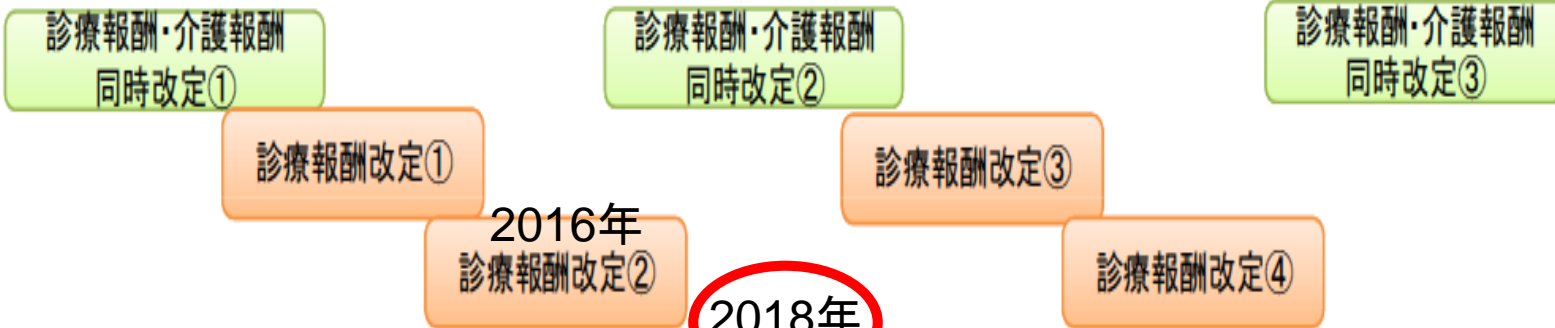
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



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

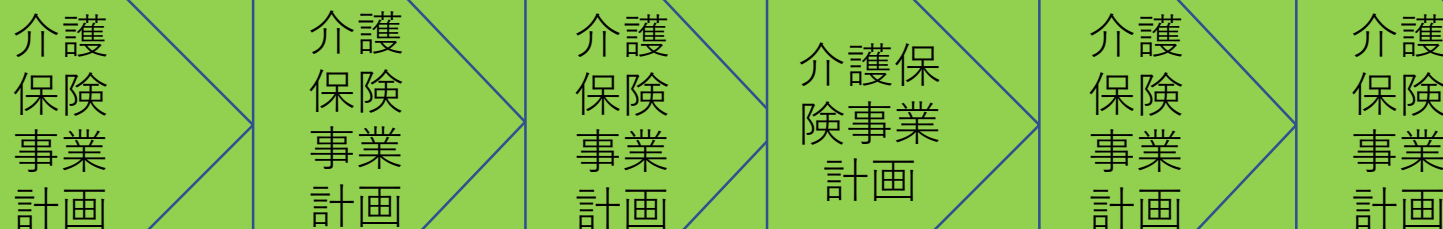
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

同時改訂の方向性

地域医療構想と地域包括
ケアを推進する改定

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。

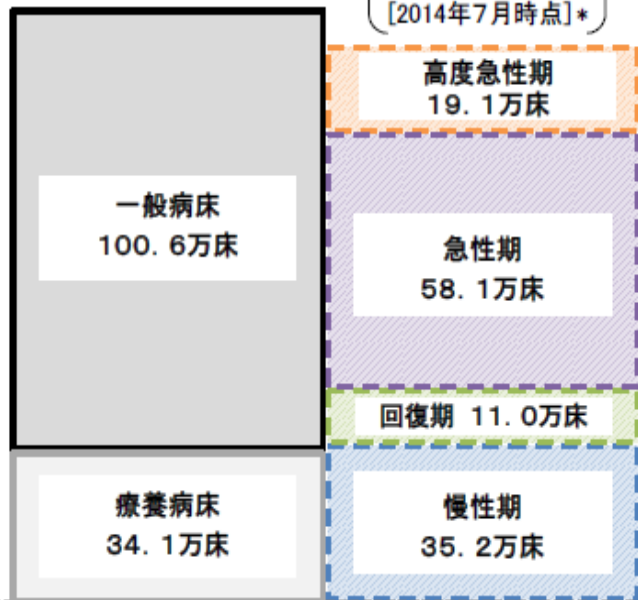
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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)

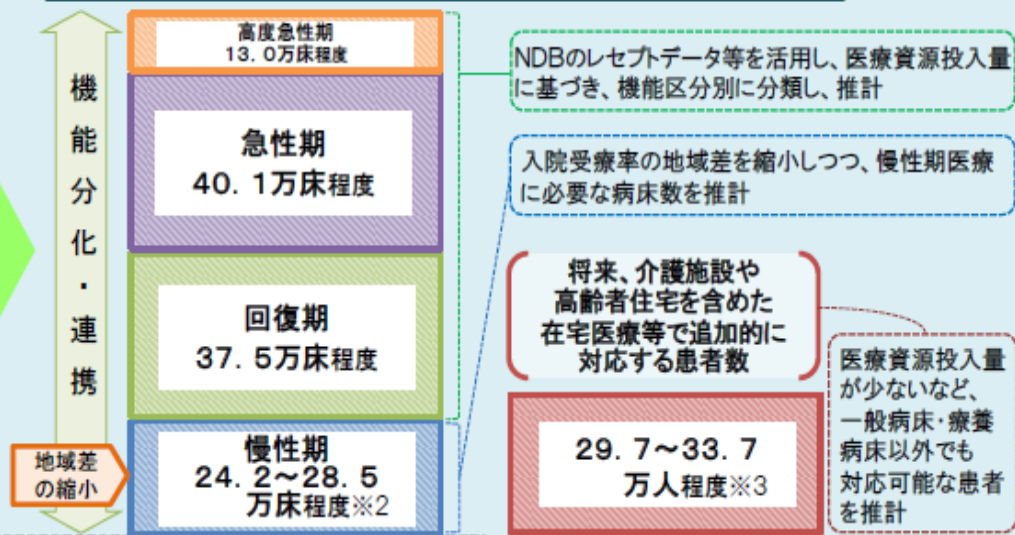
病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【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

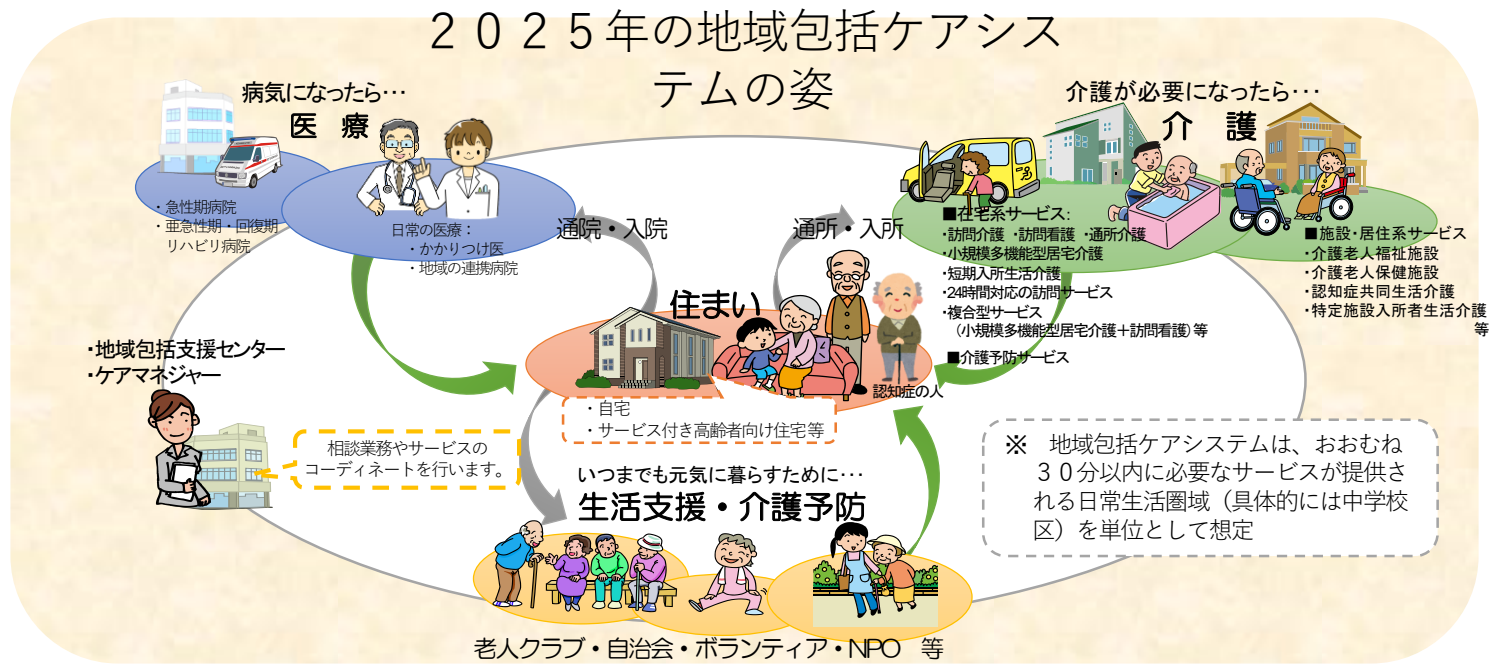


* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※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

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

パート2

医療と介護の連携

同時改定は医療と介護の連携の
またとないチャンス！

医療と介護の連携に関する意見交換

中医協委員と介護給付費分科会委員の
間で意見交換がされた（2017年3月22日）



医療と介護の連携が求められる4つのフェーズ



医療と介護の意見交換のテーマ

- (1) 看取り (④)
 - 医療機関、介護施設、居宅等における看取りと医療・介護サービス提供の在り方
 - 要介護被保険者等の状態やニーズに応じた、医療・介護サービスの供給の範囲
- (2) 訪問看護 (①、②、③、④)
 - 医療機関から在宅への円滑な移行支援に係る訪問看護の提供体制
 - 在宅での療養生活を送るための訪問看護の24時間対応や急変時対応
 - 訪問看護における医療職と介護職との連携
- (3) リハビリテーション (①、②)
 - 医療と介護による継続的なリハビリテーションの提供の在り方
 - リハビリテーションにおける医師の指示や実施計画等の在り方
- (4) 関係者・関係機関の調整・連携 (①、②、③、④)
 - 入退院時、日常療養時及び急変時等における、医療機関と居宅介護支援事業所等の医療・介護を含めたサービス提供者間の連携の在り方

看取り

- 国民のおよそ6割は「自宅での療養」を望んでいる
- しかし看取りは医療機関で行われるケースが8割を占めている
- 診療報酬（在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算や看取り加算など）や介護報酬（介護福祉施設サービス費の看取り介護加算、介護保険施設サービス費のターミナルケア加算）が順次整備されてきている

報酬上の評価と算定状況①

ターミナルケアに関連する診療報酬上の主な評価

| | 訪問診療 | | | 訪問看護 | |
|-----------|--|--|---|--|--|
| 加算等 | 在宅患者訪問診療の算定回数の緩和 | 在宅ターミナルケア加算 | 看取り加算 | 在宅ターミナルケア加算 | 訪問看護ターミナルケア療養費(訪問看護ステーションが算定) |
| 算定要件(概要) | <p>終末期等により、一時的に週4回以上の頻回な訪問診療の必要を認める患者の患家を定期的かつ計画的に訪問し診療を行った場合には、1月に1回に限り、頻回な訪問診療の必要を認めた日から最大14日間連続で、在宅患者訪問診療料を算定することができる。</p> <p>(注)在宅患者訪問診療料の算定は、原則最大3回/週</p> | <p>・在宅で死亡した患者に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合に算定する。</p> <p>・この場合、診療内容の要点等を診療録に記録する。</p> | <p>・往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合に算定する。</p> <p>・なお、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者を患家で看取った場合に算定する。</p> <p>・この場合、診療内容の要点等を診療録に記録する。</p> | <p>・在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制(担当者名、連絡先、緊急時の注意事項)について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。</p> <p>・当該加算を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を看護記録に記録する。</p> | <p>・在宅で死亡した利用者に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制(担当者名、連絡先、緊急時の注意事項)について利用者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。</p> <p>・当該療養費を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を訪問看護記録書に記録する。</p> |
| 点数(療養費は円) | - | <p>(例)在宅療養支援診療所又は、在宅療養支援病院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病床を有する場合 6,000点 ・病床を有しない場合 5,000点 | 3,000点 | 2,000点 | 20,000円 |
| 備考 | - | - | <p>※死亡診断加算(200点) 在宅で療養を行っている患者が、在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断をした場合に算定。看取り加算には、死亡診断に係る費用が含まれており、別に算定することはできない。</p> | - | - |

在宅の看取りの課題

- 在宅ターミナル加算

- 在宅で療養中の患者について、死亡日あるいは死亡前14日以内に2回以上の往診や訪問診療を行い、その患者が在宅で死亡した場合には、在宅患者訪問診療料に「在宅ターミナルケア加算」が取れる（機能強化型の在宅療養支援病院で6000点）。
- しかし、在宅療養中の患者が例えば「医療機関での看取り」を希望していた場合には、訪問診療や往診などを行うかかりつけ医師と入院先医療機関の医師との間で、緊密な情報連携を行っていても、報酬上の評価はなされない。
- 次期改定において「結果（在宅での死亡）だけに着目せず、ターミナルケアや看取りの実質的なプロセスも評価していく」方針にしてはどうか。

介護保険施設での看取りの課題

- 看取りを行わない方針の特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）が1割強もある
 - 特別養護老人ホームでは常勤の配置医が少ない
 - 医師法第20条【医師は（中略）自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。ただし、診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない】を誤解し、看取りに二の足を踏んでいる特養ホームが一定程度ある
- 有料老人ホームでは、死亡による契約終了者が多いが、負担感から看取りを行わない施設もある。

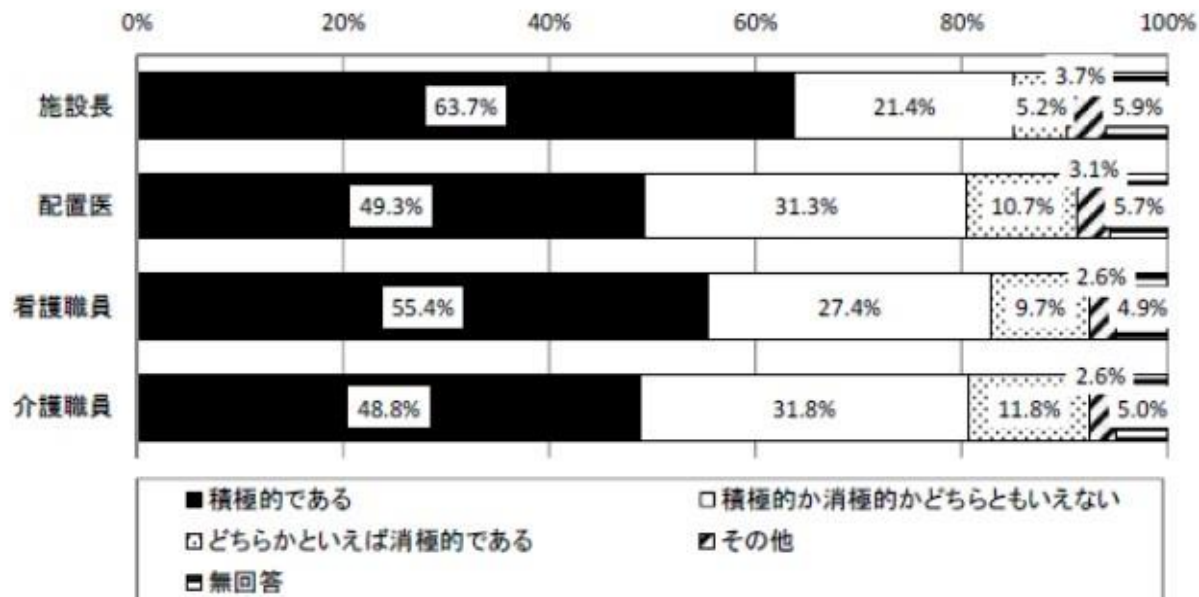
○施設の看取りの方針は、「希望があれば施設内で看取る」が78.0%、「原則、病院に移す」が16.3%であった。

図表2-282 施設の看取りの方針(n=1,502)



○施設長が施設内看取りに「積極的である」が63.7%、どちらかという「消極的」が5.2%であった。

図表2-294 職種別 施設内看取りに対する意向(n=1,502)



看取りの方向性

• 【在宅での看取り】

- がん以外の患者の看取り期における医療の関与
- 末期がん患者へのサービス提供にあたっての、医療職とケアマネジャーとのさらなる円滑な連携

• 【介護保険施設での看取り】

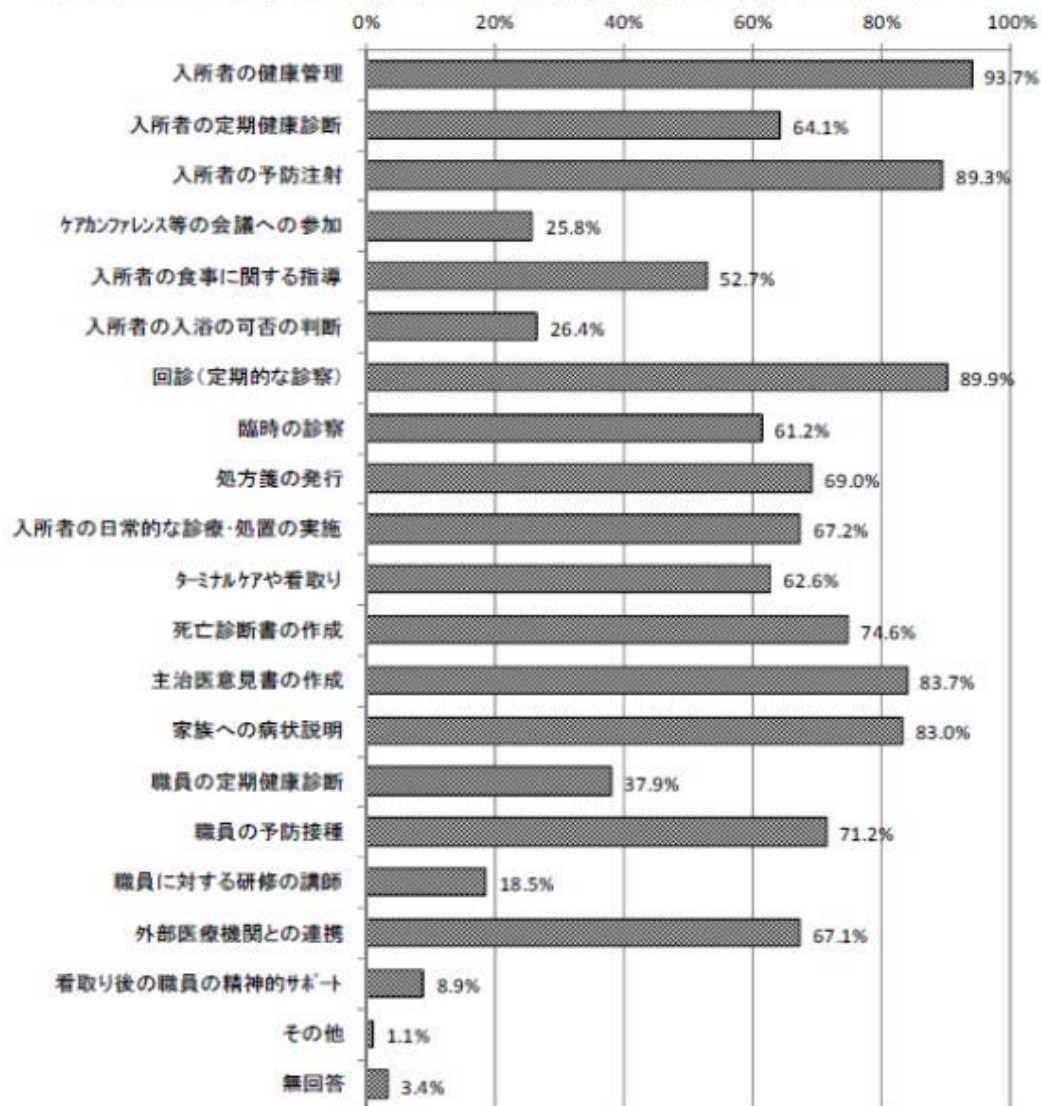
- 特養ホームや居住系サービスが提供すべき医療の範囲
- 外部医療機関が特養ホームなどの入所者に提供すべき医療の範囲

• 【医療機関での看取り】

- 医療機関での看取りを希望している患者に対する、医療機関も含めた在宅医療の関係者・関係機関間における情報共有、医療機関が提供すべき医療の範囲
- 緩和ケアの在り方

○配置医が実施している業務は、「入所者の健康管理」が93.7%、入所者の「定期的な診察(回診)」が89.9%であった。

図表2-184 配置医が実施している業務(複数回答)(n=1,502)



特養の看取り

- 斎藤訓子委員（日本看護協会常任理事、介護給付費分科会）
- 夜間オンコール体制などの施設では、看取りの体制があいまいなため、急性増悪でないにもかかわらず、患者・家族の意向に反して病院に搬送されてしまう」



斎藤訓子委員

パート 3

2018年診療報酬改定



入院医療等調査評価分科会より

2018年診療報酬改定へ向けて

(中医協総会 2016年12月21日)

- (1) 医療機能の分化・連携の強化、
地域包括ケアシステムの構築の推進
 - ①入院医療
 - 医療機能、患者の状態に応じた評価
 - 7対1、地域包括ケア病棟、介護療養病床の転換（介護医療院）
 - DPC制度における調整係数、機能評価係数Ⅱの見直し等
 - 調整係数の廃止
 - 医療従事者の負担軽減やチーム医療の推進等に係る取組
 - ②外来医療
 - かかりつけ医機能とかかりつけ歯科医機能
 - かかりつけ医機能とかかりつけ薬剤師・薬局機能の連携
 - 生活習慣病治療薬等の処方
 - フォーミュラリー
 - 紹介状なしの大病院受診時の定額負担
 - ③在宅医療
 - 重症度や居住形態、患者の特性に応じた評価
 - 訪問診療、歯科訪問診療、訪問看護、在宅薬剤管理指導等
 - 訪問リハビリテーション指導管理2

- ④医療と介護の連携
 - 療養病床・施設系サービスにおける医療
 - 居宅等における医療（訪問診療・訪問看護、歯科訪問診療、薬剤師の業務等）
 - 維持期のリハビリテーション
- (2) 患者の価値中心の安心・安全で質の高い医療の実現
 - アウトカムに基づく評価
 - 患者や家族等への情報提供や相談支援
 - 医療機能等に関する情報提供や公表
 - 患者の選択に基づくサービス提供
- (3) 重点分野、個別分野に係る質の高い医療提供の推進
 - 緩和ケアを含むがん患者への質の高い医療
 - 認知症患者への質の高い医療
 - 精神疾患患者への医療提供や地域移行・地域生活支援
 - 外来や入院でのリハビリテーション
 - 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療
 - 薬剤使用の適正化に係る薬剤管理業務

- (4) 持続可能性を高める効果的・効率的な医療への対応

- ① 医薬品、医療機器等の適切な評価

- 薬価制度の抜本改革（保険医療材料価格制度の見直しを含む）

- 年4回の薬価見直し、毎年改定

- 医療技術の費用対効果の観点を踏まえた評価

- 新しい医療技術の保険適用

- 後発医薬品の更なる使用促進

- 後発品80%シェア、**バイオシミラーの評価**


- ② 次世代の医療を担うサービスイノベーションの推進

- バイオテクノロジー、ICT、AI（人工知能）などの新たな技術への対応

- ICTを活用した医療情報の共有の在り方

- より効率的な共有・活用を推進するための医療の情報化等に資する取組の推進

2016年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

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



2017年4月27日

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 |
|--------------------|---------------------------------------|
| いけだ しゅんや 池田 俊也 | 国際医療福祉大学医学部公衆衛生学 教授 |
| いけぼた ゆきひこ 池端 幸彦 | 医療法人池慶会 理事長 |
| いしかわ ひろみ 石川 広色 | 社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長 |
| おかむら よしたか 岡村 吉隆 | 公立大学法人 和歌山県立医科大学 理事長・学長 |
| おがた ひろや 尾形 裕也 | 東京大学 政策ビジョン研究センター 特任教授 |
| かんの まさひろ 神野 正博 | 社会医療法人財団董仙会 理事長 |
| しま ひろじ 島 弘志 | 社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院 病院長 |
| すがはら たくま 菅原 琢磨 | 法政大学経済学部 教授 |
| たけい しゅんこ 武井 純子 | 社会医療法人財団慈泉会 相澤東病院 看護部長 |
| たみや ななこ 田宮 菜奈子 | 筑波大学 医学医療系 教授 |
| つつい たかこ 筒井 孝子 | 兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授 |
| はやしだ けんし 林田 賢史 | 産業医科大学病院 医療情報部 部長 |
| ふじもり けんじ 藤森 研司 | 東北大学大学院医学系研究科 公共健康医学講座 医療管理学 分野 教授 |
| ほんだ のぶゆき 本多 伸行 | 健康保険組合連合会 理事 |
| むとう まさき 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

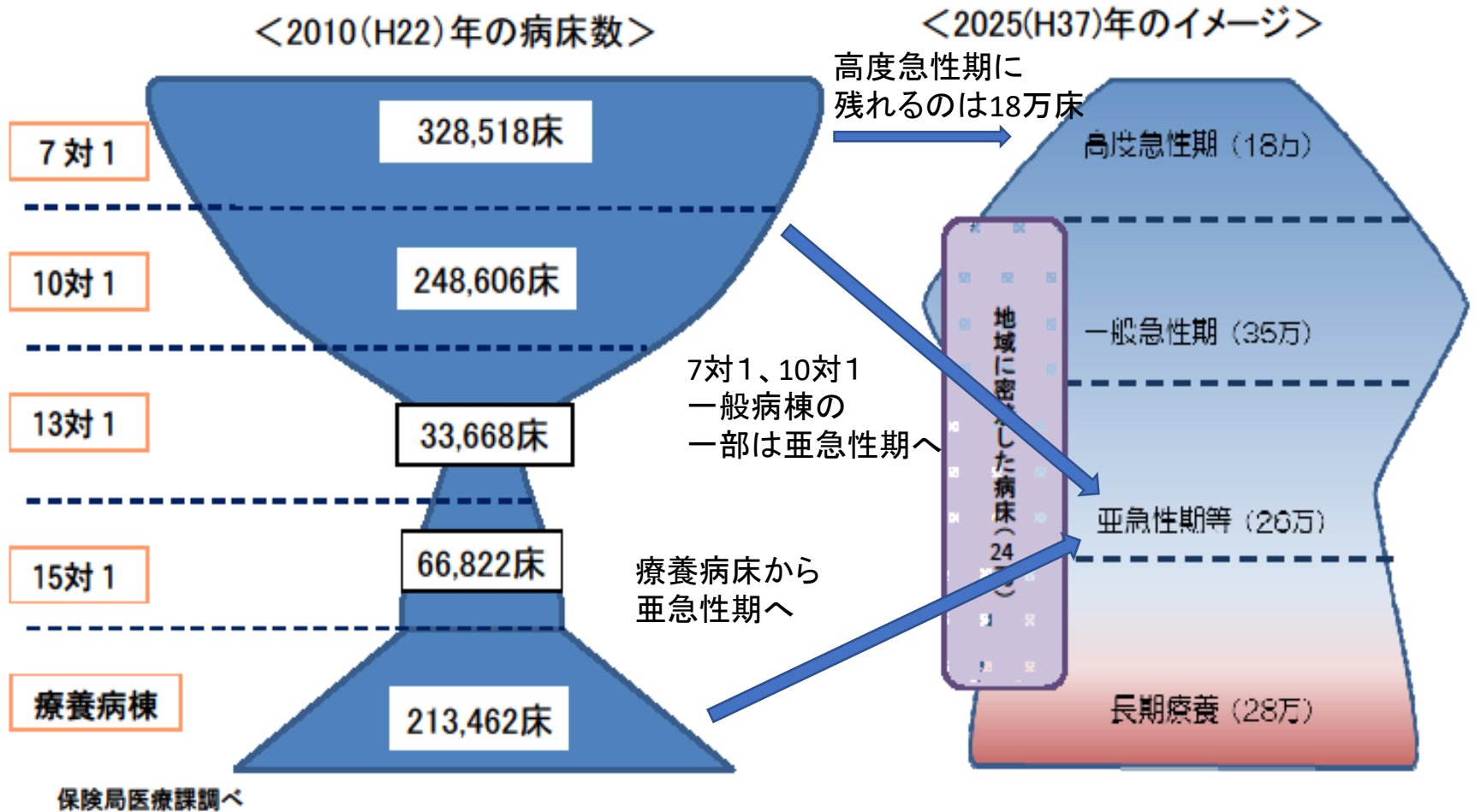
薬価算定組織

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～



- 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 3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)

B項目 (患者の状態)

| 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 |

| 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

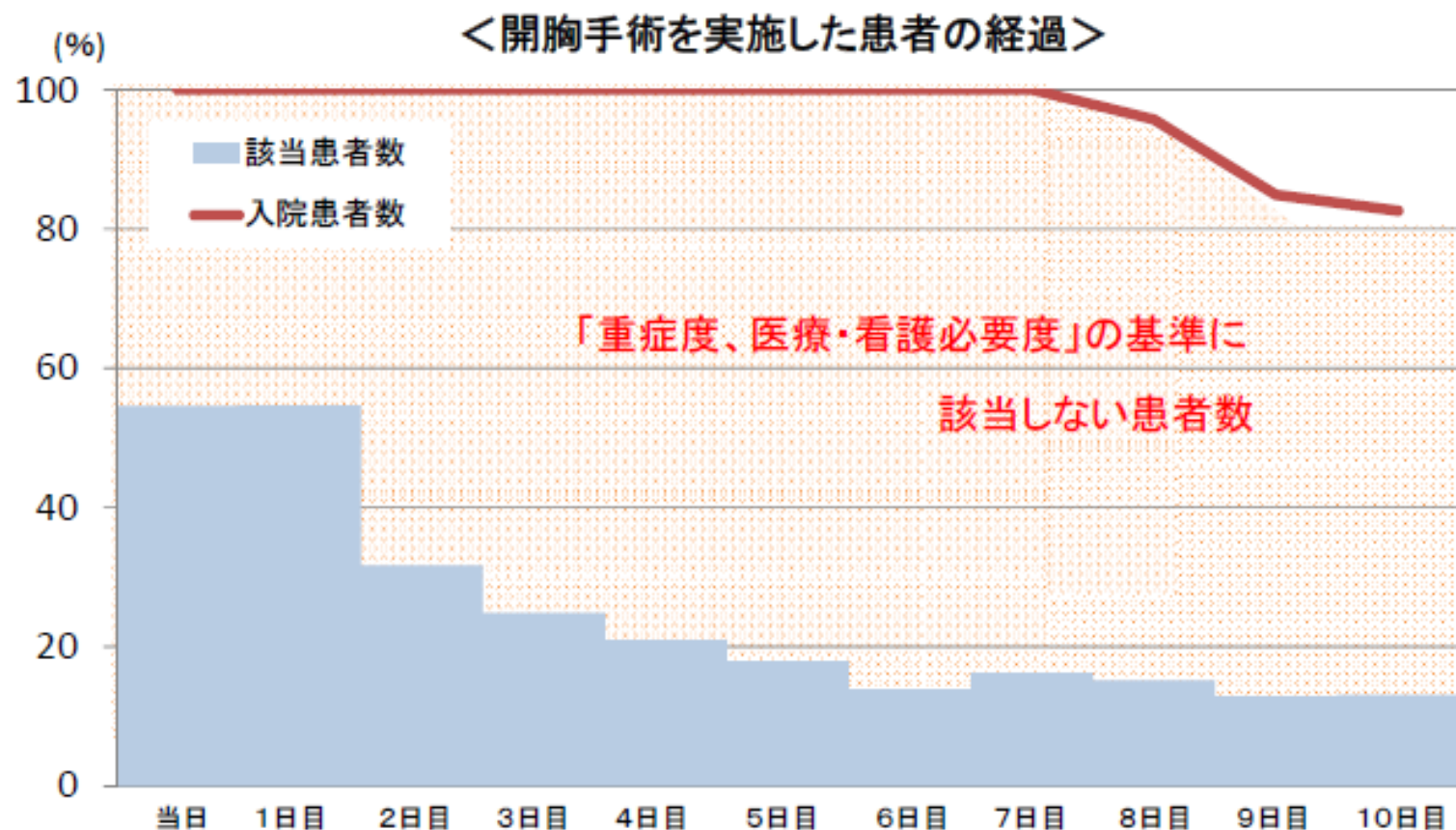
(前回改定)

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
E R A S 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) |
|----|----|-------------------|---|--|
| 術前 | 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。 |
| 術中 | 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

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

ERASの報道状況

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 15

【産経新聞_2014年2月26日】

【文藝春秋_2014年5月10日】

産経 Health

直前まで食事、早期離床…

術後の早期回復「ERAS」

40歳以上の約半数に「認知症」

40歳以上の約半数に「認知症」

「認知症」のリスクを減らすには、術後の早期回復プログラム「ERAS」が有効とされている。手術後、早期に食事や歩行を開始することで、認知症のリスクを減らすことが期待されている。

手術後の早期回復プログラム「ERAS」は、手術前から手術後にかけて、食事や歩行を開始することで、認知症のリスクを減らすことが期待されている。

手術後の早期回復プログラム「ERAS」は、手術前から手術後にかけて、食事や歩行を開始することで、認知症のリスクを減らすことが期待されている。

手術の苦痛を取り除く最新メソッド

谷口英喜 社会川崎立保健福祉大学教授

手術の苦痛を取り除く 画期的メソッド

食べられない、痛い、動けない

空腹に耐えながら手術を待つ、沢山の管（カテーテル類）の痛みで眠れない—そんな入院生活が変わろうとしている。北欧で生まれた新しい術前術後ケア方法「ERAS」が日本でも中規模以上の病院に徐々に導入されつつあるからだ。第一人者である神奈川立保健福祉大学の谷口英喜教授（栄養学・専門は麻酔科学）が、その劇的な回復効果を解説する。

これまで入院といえは、術後の苦痛が患者にあるとした。それは、食べられないこと、動けないこと、痛みの三つです。痛み止めは、傷が痛いと訴えて初めて与えられ、病棟のベッドでは寝たきり。術前も術後も長時間禁食が制限され、水も清尿に飲めない。入院前は元気だったのに、家に戻って来たら認知症になったり、車いす生活になる。手術はうまくいったはずなのに、退院したらなぜか日常生活レベルが低下している。これは、手術後の早期回復プログラム「ERAS」が有効とされている。

手術前の一晩、飲食をしなければ、身体は緊張し喉はカラカラです。不安を感じるために鎮痛剤を打ったり鎮静剤を使うことが多くありました。鎮痛剤に副作用として呼吸停止や血圧低下の危険がありました。

手術後の早期回復プログラム「ERAS」は、手術前から手術後にかけて、食事や歩行を開始することで、認知症のリスクを減らすことが期待されている。

手術後の早期回復プログラム「ERAS」は、手術前から手術後にかけて、食事や歩行を開始することで、認知症のリスクを減らすことが期待されている。

手術後の早期回復プログラム「ERAS」は、手術前から手術後にかけて、食事や歩行を開始することで、認知症のリスクを減らすことが期待されている。



国際医療福祉大学病院 外科 鈴木裕先生



谷口英喜 社会川崎立保健福祉大学教授

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 心電図モニター管理 | なし | あり | / |
| 5 シリンジポンプ管理 | なし | あり | / |
| 6 輸血や血液製剤管理 | 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管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤管理、 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・開頭手術(術日より5~7日間程度) | | |
| ② 開腹・骨の観血的手術(術日より3~5日間程度) | なし | あり |
| ③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術日より2~3日間程度) | | |
| ④ その他の全身麻酔手術(術日より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

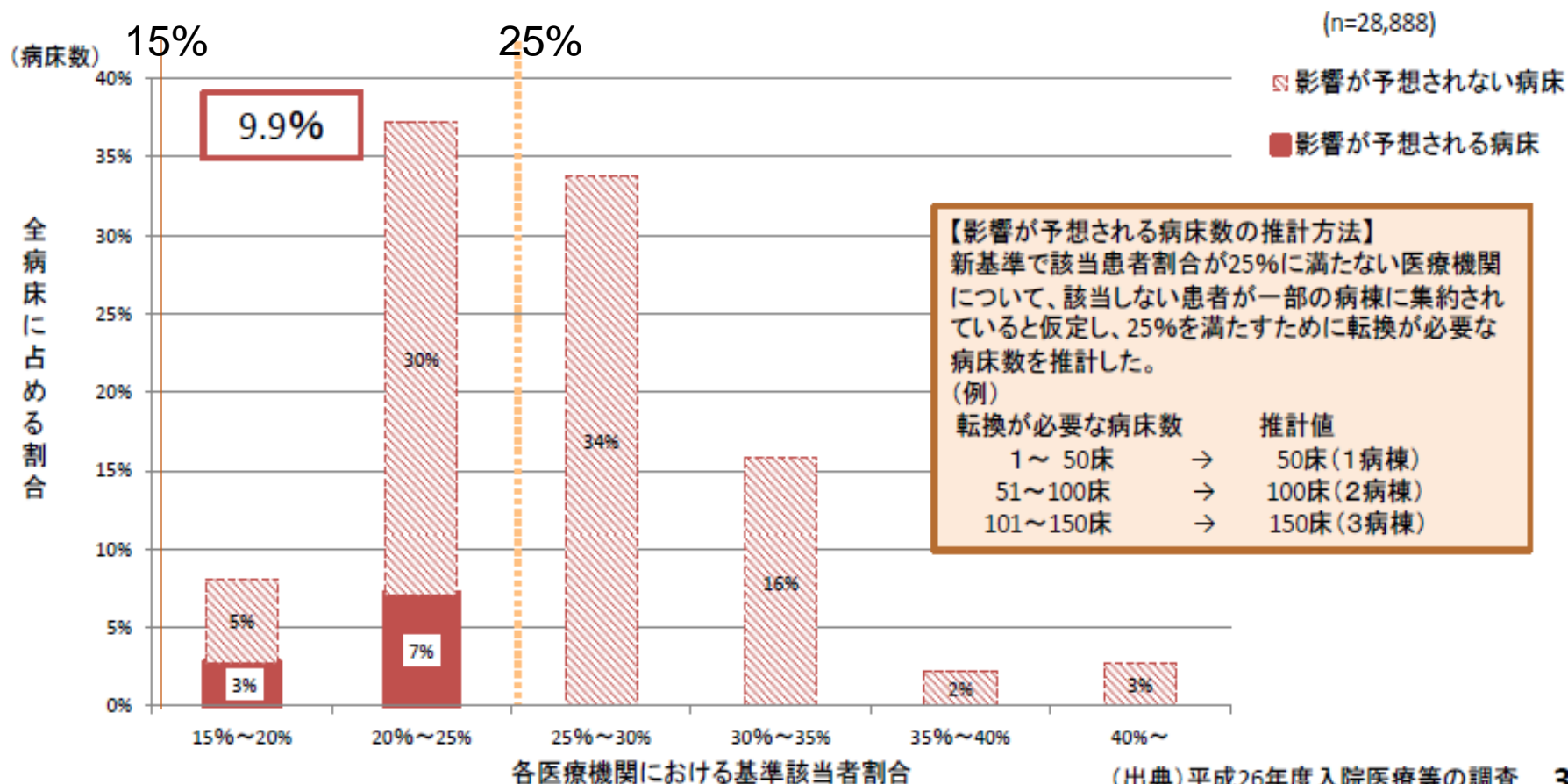
又は

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)

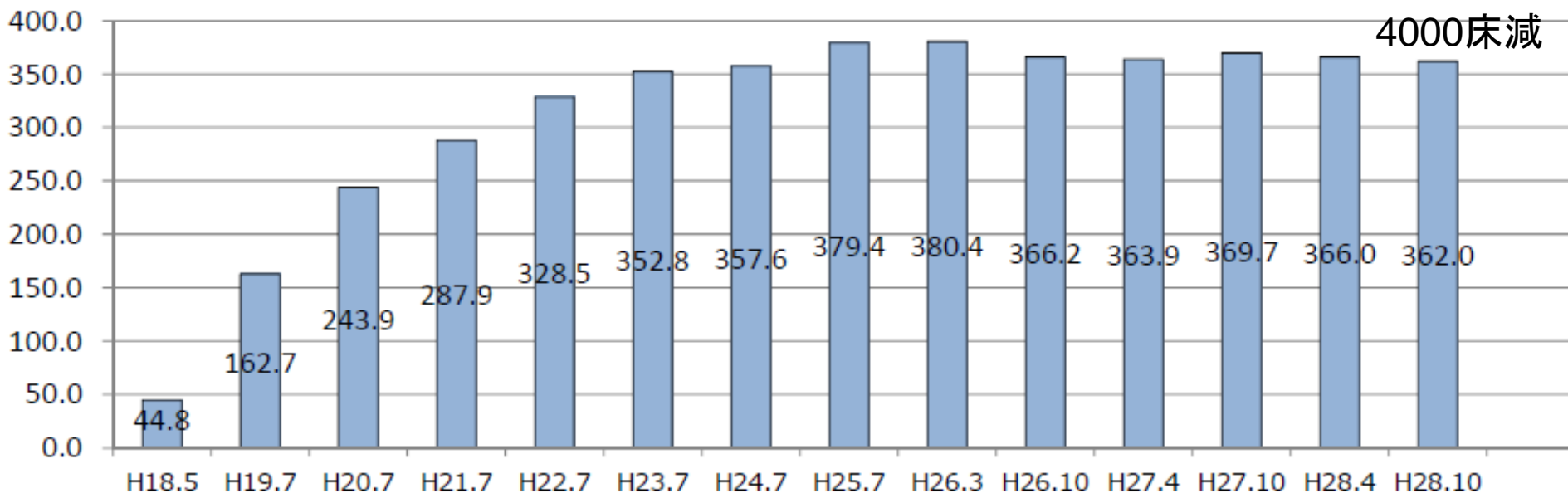


一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 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

2018年診療報酬改定

入院医療における課題

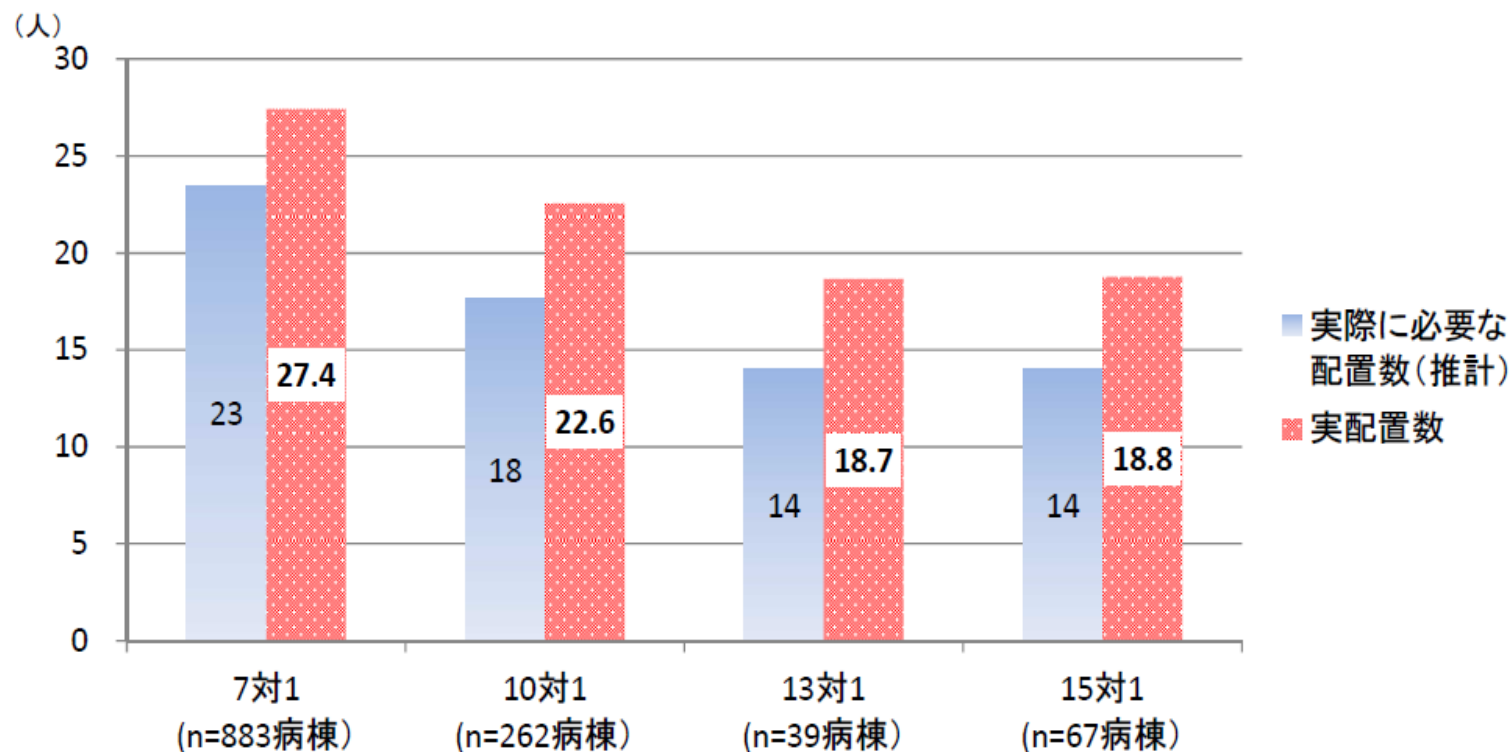
2017年3月15日中医協

一般病棟入院基本料の主な報酬・施設基準について

| | 7対1 | 10対1 | 13対1 | 15対1 |
|--------------|---|--|--|----------------------------------|
| 入院基本料 | 1,591点 | 1,332点 | 1,121点 | 960点 |
| 主な加算 | 14日以内 450点 15日以上30日以内 192点 | | | |
| | 急性期看護補助体制加算(14日まで) 25対1(5割以上) 160点 25対1(5割未満) 140点 50対1 120点、75対1 80点 | | 看護補助加算1 109点 看護補助加算2 84点 看護補助加算3 56点 | |
| | | 看護必要度加算1 55点 看護必要度加算2 45点 看護必要度加算3 25点 | | |
| 看護職員配置 | 常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上 | 常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上 | 常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上 | 常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上 |
| | 最小必要数の7割以上が看護師 | | | 最小必要数の4割以上が看護師 |
| 平均在院日数 | 18日以内 | 21日以内 | 24日以内 | 60日以内 |
| 重症度、医療・看護必要度 | 基準を満たす患者割合が2割5分以上(許可病床数が200床未満で病棟群単位による届出を行わない場合は、平成30年3月31日までに限り、2割3分以上) | 継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。 | | |
| 医師の員数 | 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数の10分の1以上 | | | |
| 在宅復帰率 | 8割以上 | | | 5 |

一般病棟入院基本料区分別 病棟の看護職員の配置数

○いずれの届出区分でも必要な配置数(推計)よりも実際には多くの看護職員を配置している。



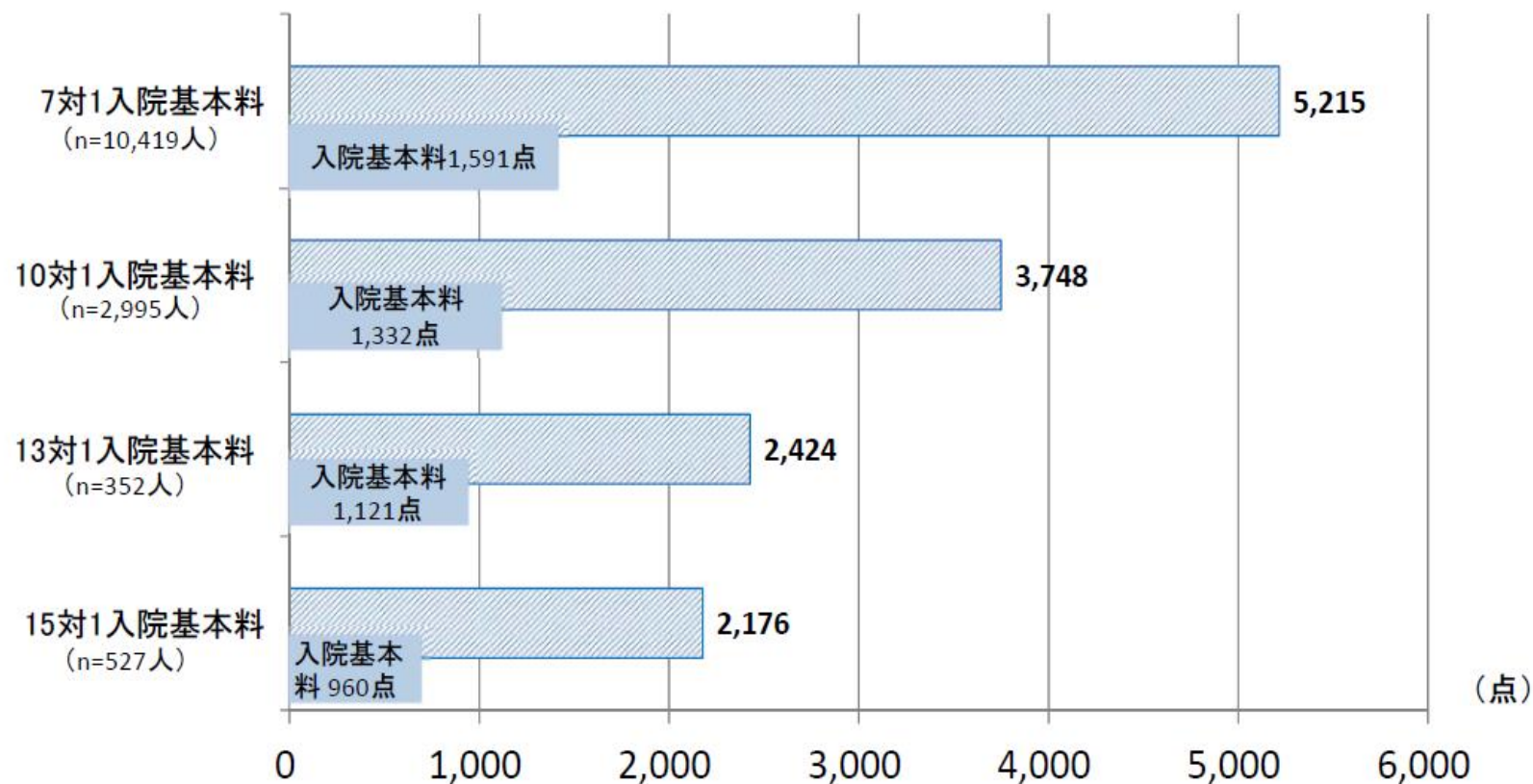
(参考) 必要配置数(基準値) 7対1…14人 10対1…11人 13対1…8人 15対1…7人
 病棟あたりの平均届出病床数(平成26年11月5日時点)に対し利用率を80%と設定して算出した1日に必要な配置数

※ 実配置数:病棟あたりの看護職員の平均配置数(平成26年11月5日時点)
 実際に必要な配置数(推計):病棟あたりの平均届出病床数(平成26年11月5日時点)に対し利用率を80%と設定し算出
 病床数を用い、看護職員の休日等の取得を考慮(年間総労働時間を1,800時間で設定)して試算し、
 かつ月平均夜勤時間の要件を考慮した必要な配置数

※ 月平均夜勤時間の要件や夜勤人数の設定により、必要数が変動することに留意

一般病棟入院基本料区分別 一日あたり平均レセプト請求点数

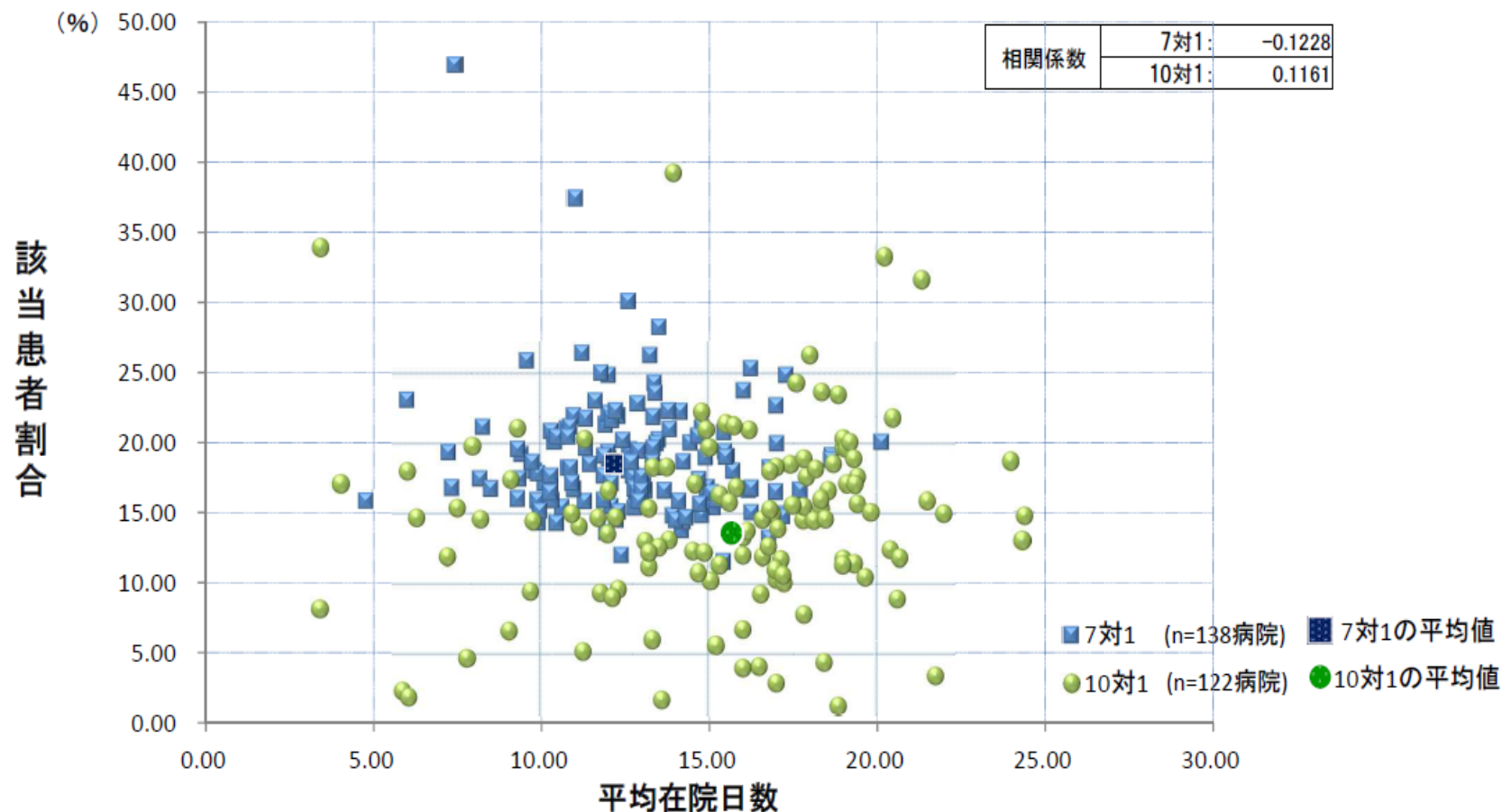
○ 一日あたり平均レセプト請求点数は7対1で最も高く、7対1、10対1で入院基本料以外の点数が多い。



※ 平成26年11月10日～12月26日の間に医療機関が任意に定めた調査対象月のレセプトより算出

(7対1、10対1)届出医療機関別 重症度、医療・看護必要度と平均在院日数の分布

○重症度、医療・看護必要度の該当患者割合と平均在院日数とを比較すると、10対1より7対1の方が該当患者割合が高い傾向があるが、平均在院日数の分布はばらついている。



※ 調査対象病棟の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合(平成26年8～10月の平均)及び平均在院日数(平成26年8～10月の平均)を病院ごとに平均して算出

※ 調査対象期間の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の要件は、7対1で15%であることに留意

10対1でも7対1と変わらないパフォーマンスを示すところもある

一般病棟7対1入院基本料と一般病棟10対1入院基本料の届出医療機関別の状況

- 平均在院日数及び病床利用率をみると、いずれも医療機関間のばらつきが大きく、10対1届出医療機関の中にも7対1届出医療機関相当のデータを示す医療機関が存在する。
- 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合と平均在院日数とを比較すると、10対1より7対1の方が該当患者割合が高い傾向があるが、平均在院日数の分布はばらついている。
- 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合と看護職員実配置数あたり病床数をみると、10対1でも7対1相当の医療機関がある。
- DPC対象病院のうち、7対1と10対1の届出医療機関別で、1日あたり包括範囲出来高点数の平均や、効率性指数、複雑性指数をみると、重複する範囲が広いが、効率性指数は7対1の方がやや高い傾向。

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

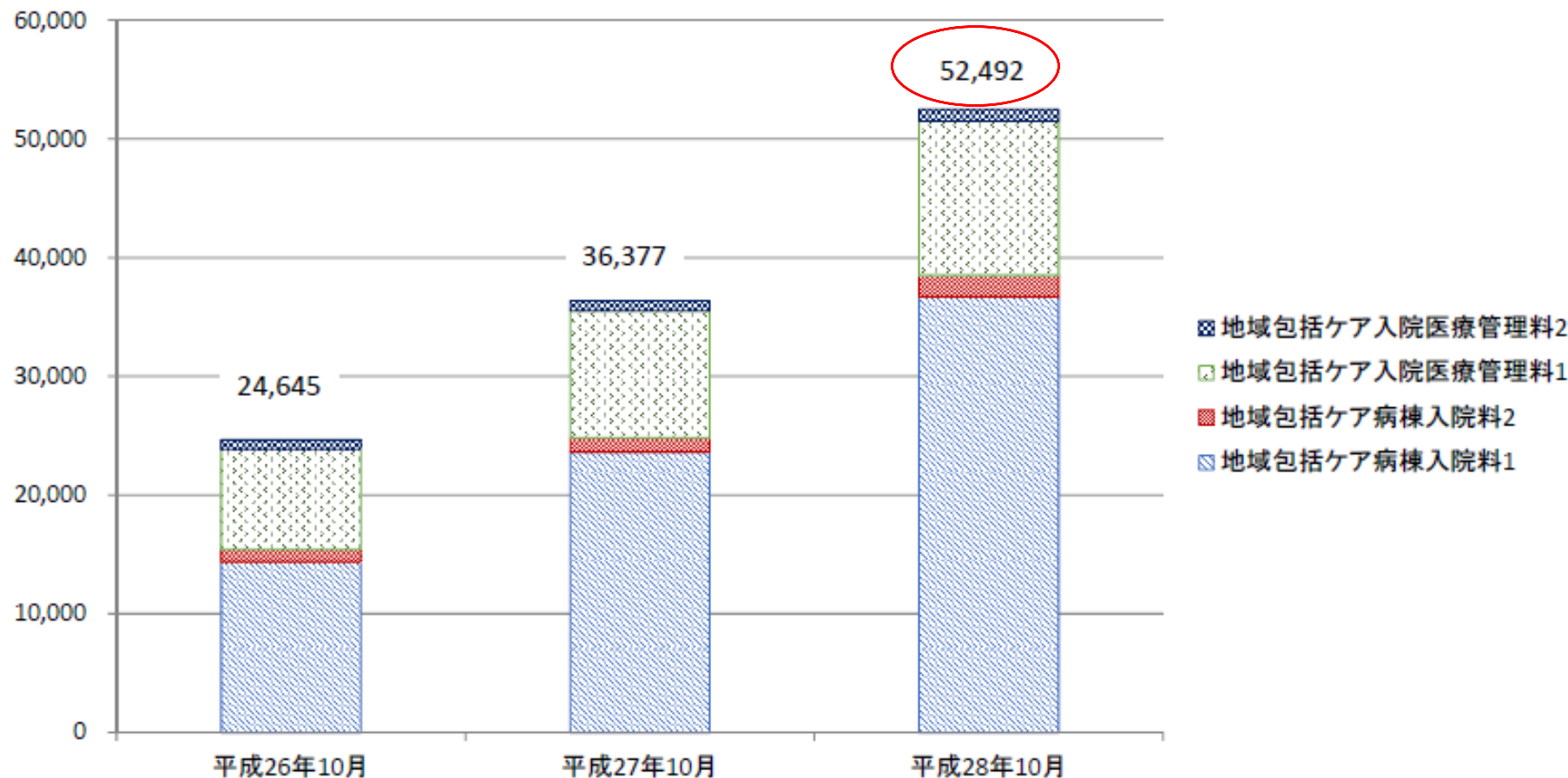
看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

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。

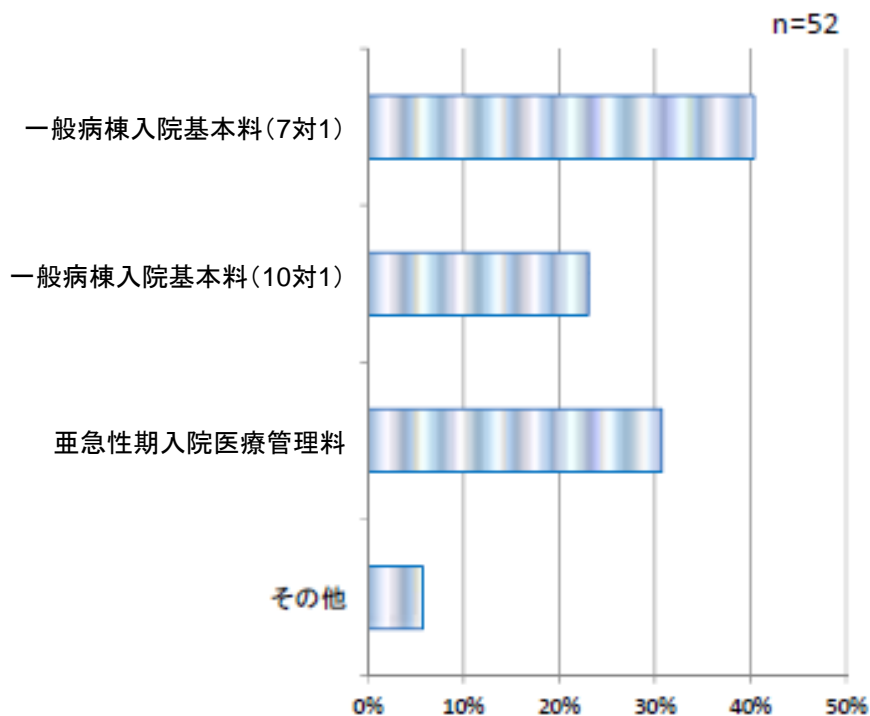
(床)



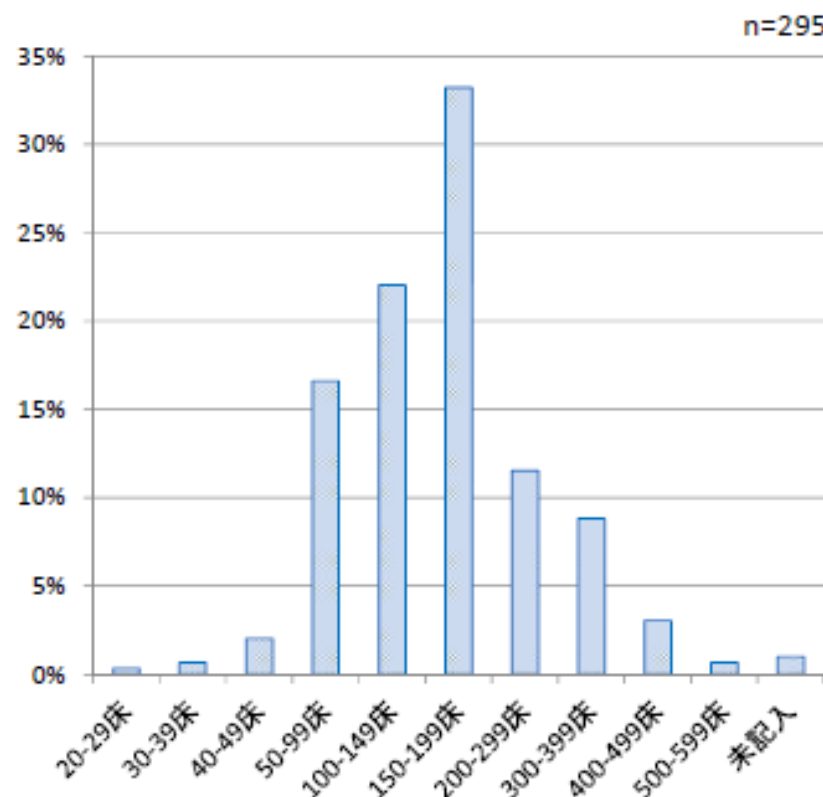
地域包括ケア病棟届出医療機関の動向

- 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＞



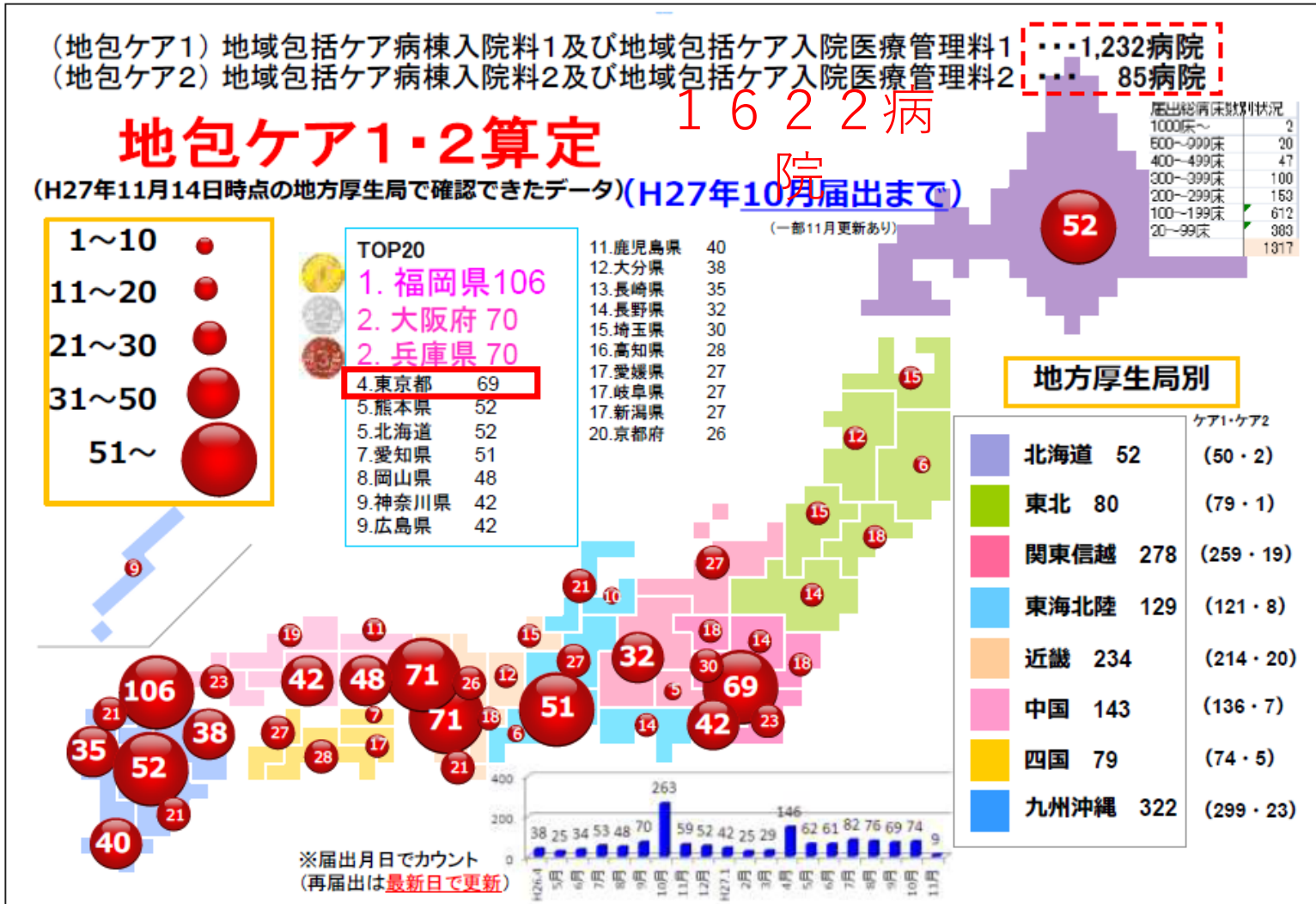
＜地域包括ケア病棟(管理料)届出医療機関の病床数＞



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



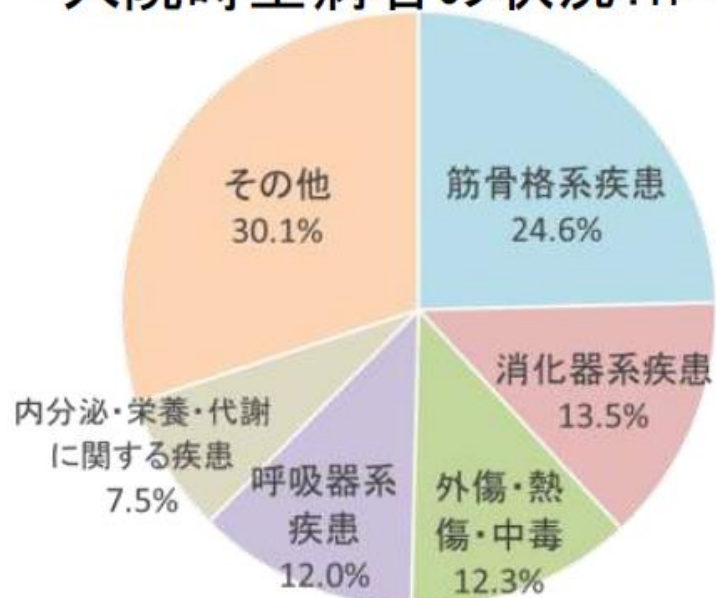
【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

0

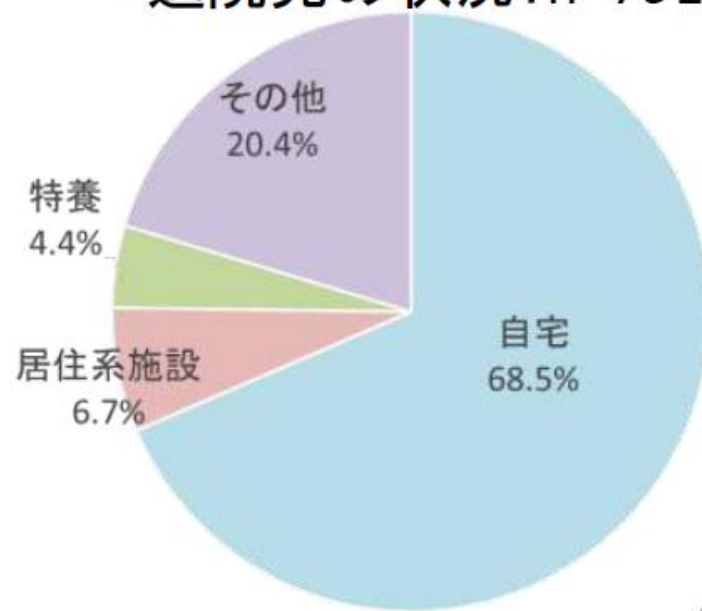
G-3 退院患者について

- ・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③
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ていないので、退院調整加算に整理しては？

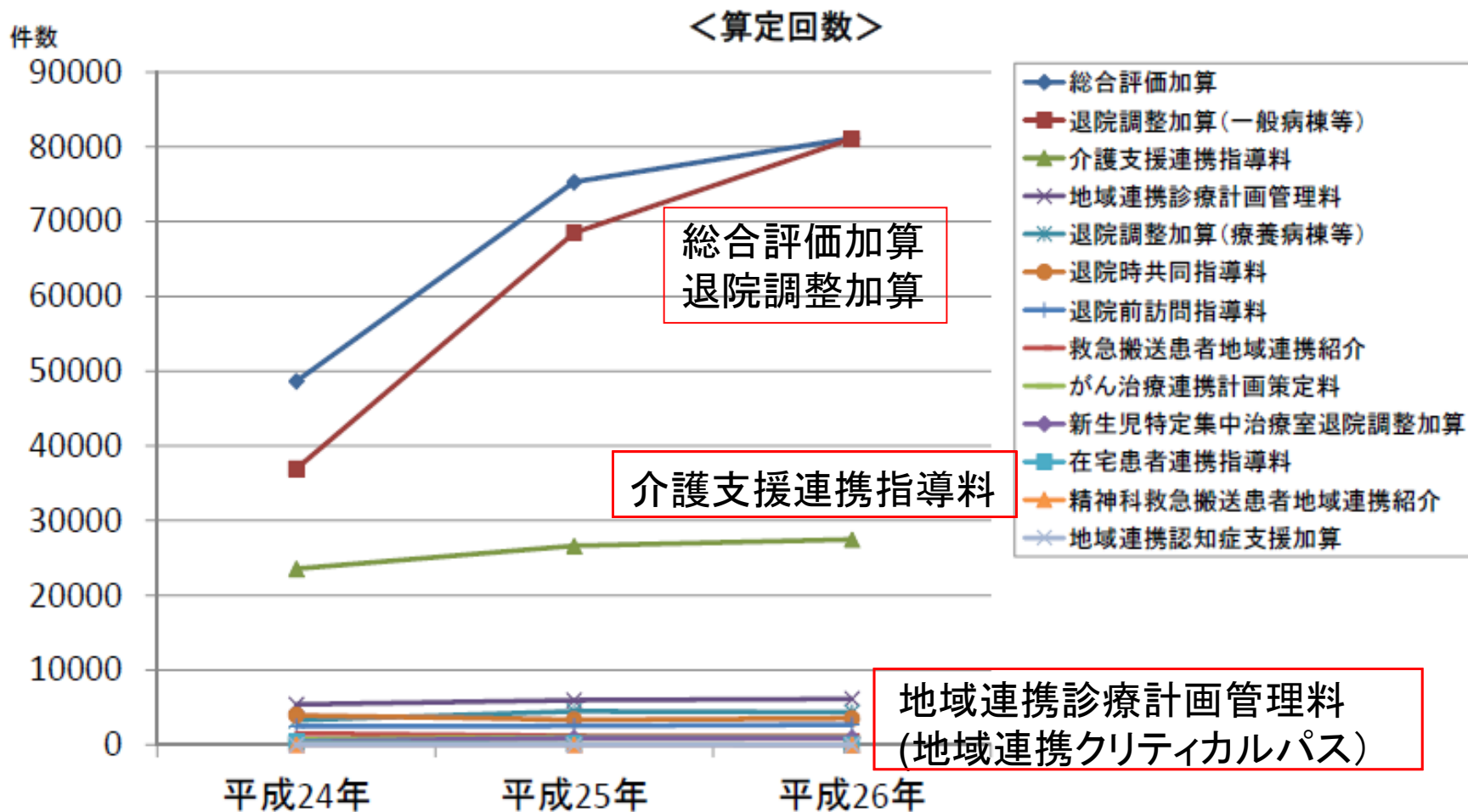
退院支援の専従者などの配置が在宅復帰に効果的

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。

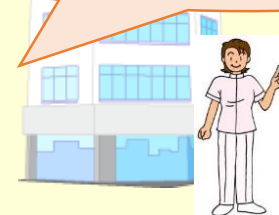
(新) 退院支援加算 1

| | |
|-----------------|--------|
| 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 |

「退院支援加算」が
新設された



[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> | - |

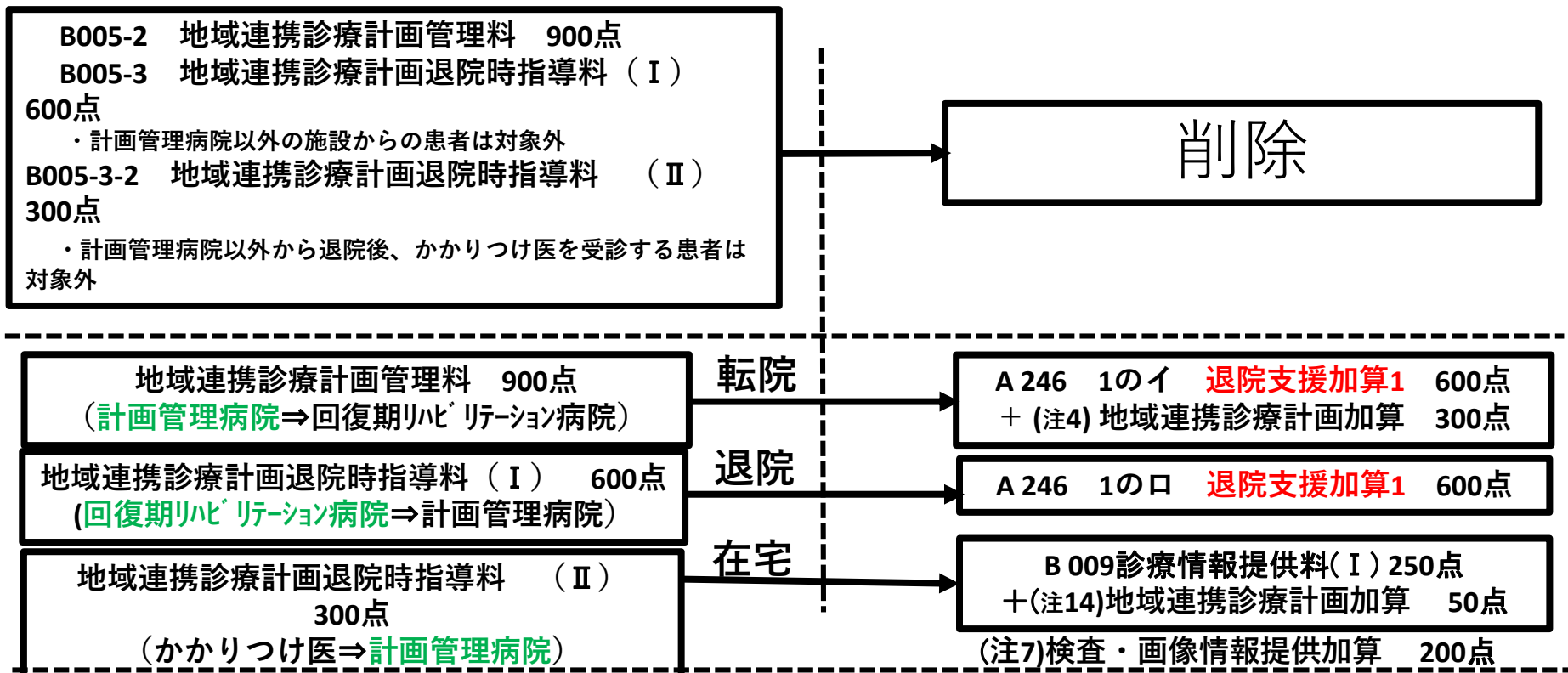
廃止された項目

- (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 (Ⅰ)
- (8) 地域連携診療計画退院時指導料 (Ⅱ)

地域連携診療計画管理料等は廃止されたが、疾病別地域連携クリティカルパスが廃止されたわけではない

平成26年度診療報酬改定

平成28年度診療報酬改定



- 次に掲げる退院支援のいずれかを行った場合に、**地域連携診療計画加算**として、退院時1回に限り、**300点**を更に所定点数に加算する。ただし、開放型病院共同指導料(II)、退院時共同指導料2、**介護支援連携指導料**、**診療情報提供料(I)**は別に算定できない
(そのため、かかりつけ医、介護サービス事業者に情報提供に地域連携診療計画加算を算定するかどうかは症例ごとに熟考を要する)
- ①退院支援加算を算定できない施設、②地域連携診療計画作成ができていない地域、③定期的な会合の開催ができない地域など
では退院支援加算ではなくB 009 診療情報提供料(I) 250点 【+(注7) 検査・画像情報提供加算 200点】で算定

図20 平成28年度診療報酬改定における脳卒中地域医療連携の算定の変更

A246 退院支援加算(退院時1回)

1 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

2 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

3 退院支援加算3 1,200点

注1 **退院支援加算1**は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる退院支援のいずれかを行った場合に、**退院時1回**に限り、所定点数に加算する。

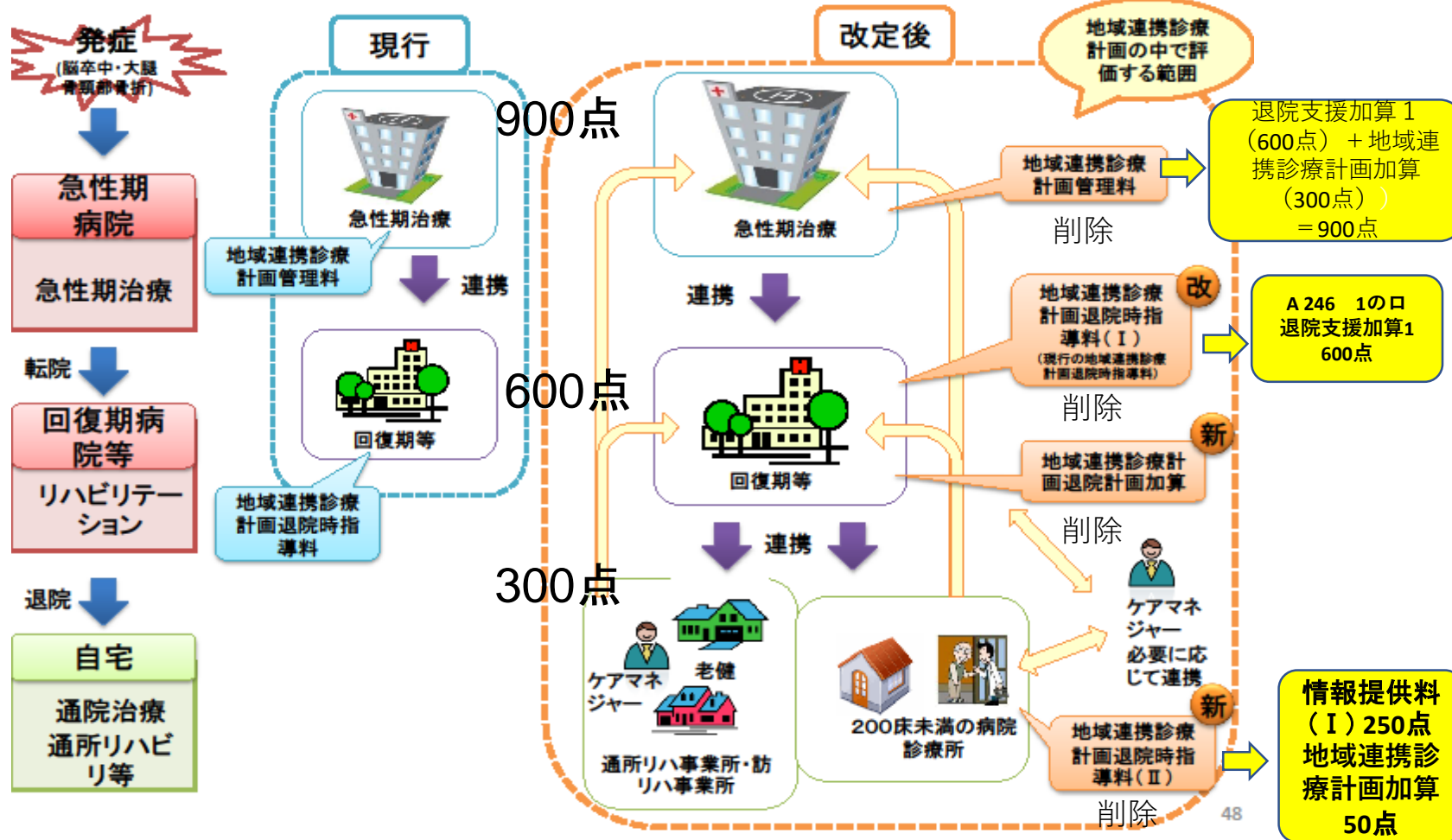
イ 退院困難な要因を有する**入院中の患者**であって、**在宅での療養を希望するもの**(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)**又は**第3節の特定入院料のうち、退院支援加算1を算定できるものを現に算定している患者に限る。)**に対して退院支援を行った場合**

急性期病院：脳卒中連携では回復期リハへの転院での算定可能 (ロと連結している)

ロ 連携する**他の保険医療機関において当該加算を算定した患者**(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)**又は**第3節の特定入院料のうち、退院支援加算1を算定できるものを現に算定している患者に限る。)**の転院(1回の転院に限る。)****を受け入れ、当該患者に対して退院支援を行った場合**

回復期リハビリテーション病院：急性期病院での算定患者が対象

大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価 2016年改定



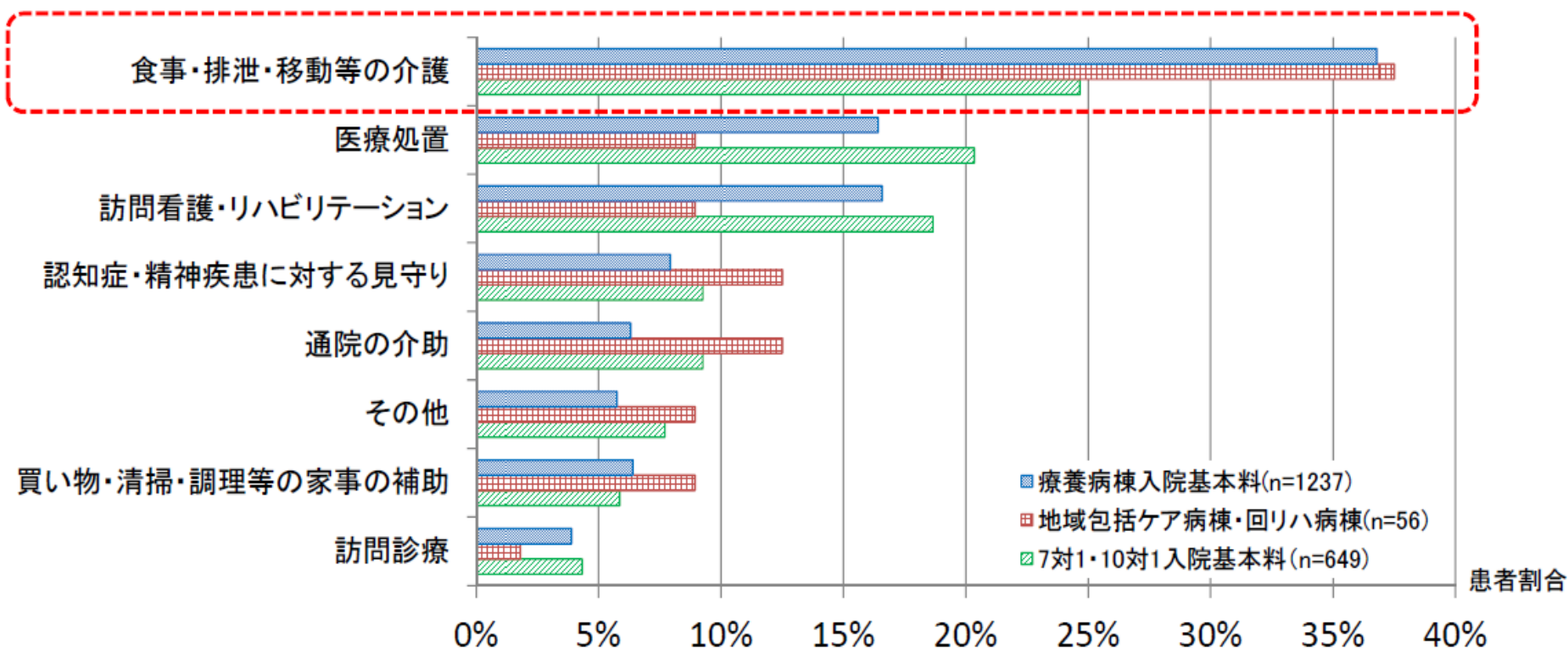
生活に戻す医療が これからの退院支援の基本



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＞



パート4

2018年介護報酬改定



社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

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

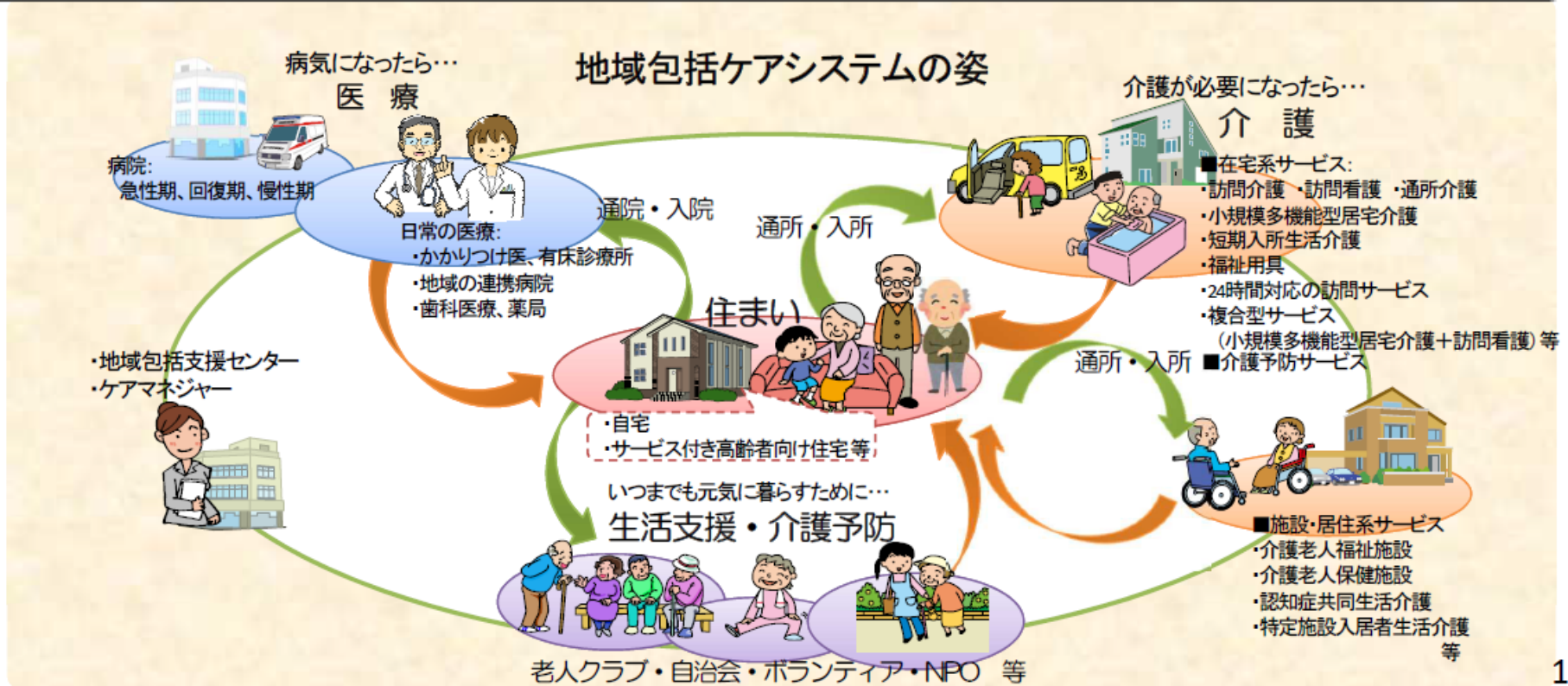


**Aging in
Place**

1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

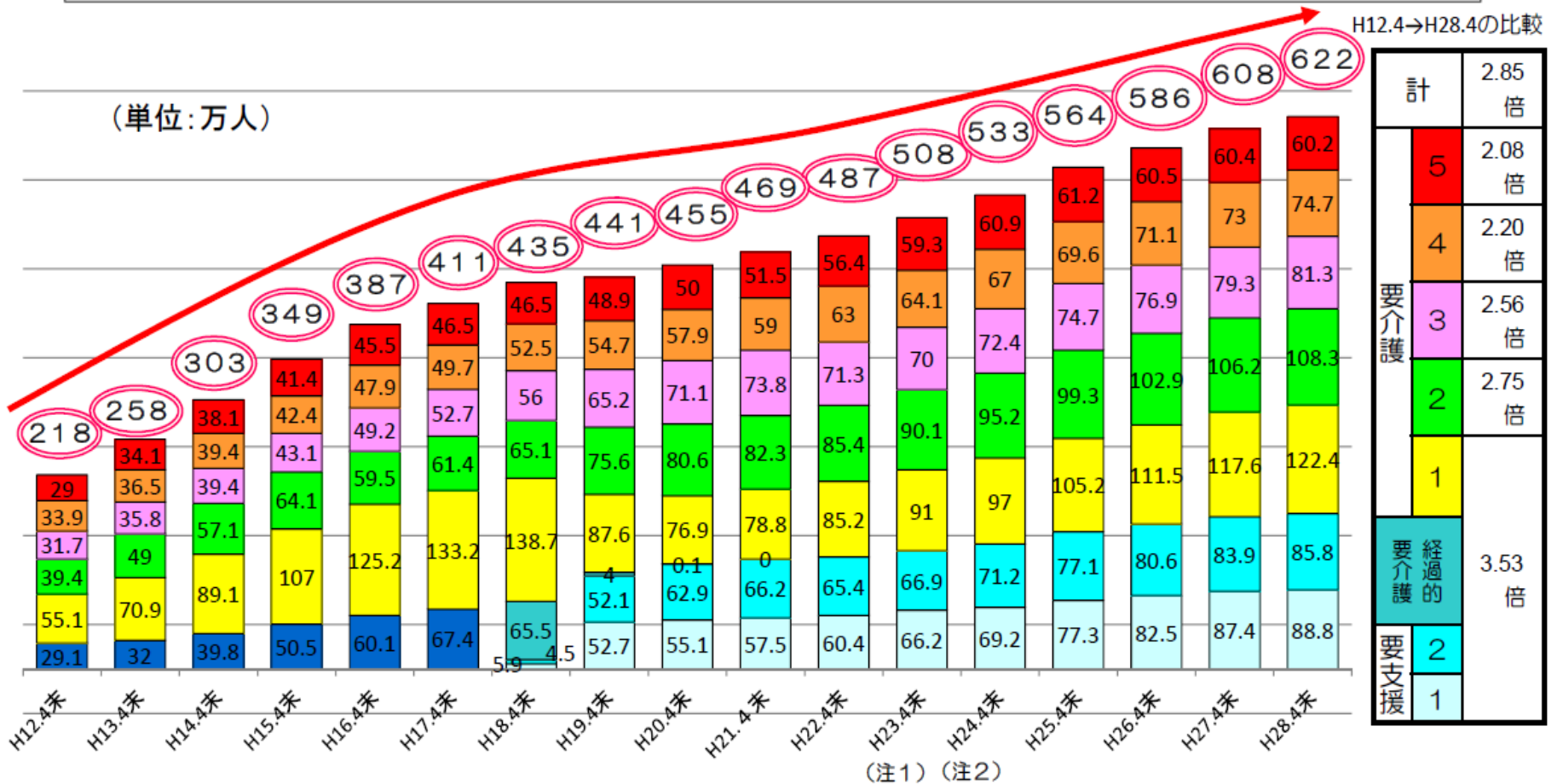
(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応 2015年介護報酬改定

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後、増大することが予測される医療ニーズを併せ持つ中重度の要介護者や認知症高齢者への対応として、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。
- 特に、24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護を始めとした包括報酬サービスの更なる機能強化等を図る。
- また、地域の拠点としての機能を発揮して中重度の要介護者の在宅での生活を支援する役割を果たす施設サービスについて、それぞれに求められる機能を更に高めていく。



要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成28年4月現在622万人で、この16年間で約2.85倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



■要支援 □要支援1 ■要支援2 ■経過的 ■要介護1 ■要介護2 ■要介護3 ■要介護4 ■要介護5

注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

注2) 楡葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、保険料が2020年には6,771円、2025年には8,165円に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

| 事業運営期間 | | 事業計画 | | 給付（総費用額） | 保険料 | 介護報酬の改定率 |
|--------|-----|------|--|----------|------------------|------------------------------|
| 2000年度 | 第一期 | 第一期 | | 3.6兆円 | 2,911円 (全国平均) | H15年度改定 ▲2.3% |
| 2001年度 | | | | 4.6兆円 | | |
| 2002年度 | | | | 5.2兆円 | | |
| 2003年度 | 第二期 | 第二期 | | 5.7兆円 | 3,293円 (全国平均) | H17年度改定 ▲1.9% |
| 2004年度 | | | | 6.2兆円 | | |
| 2005年度 | | | | 6.4兆円 | | |
| 2006年度 | 第三期 | 第三期 | | 6.4兆円 | 4,090円 (全国平均) | H21年度改定 +3.0% |
| 2007年度 | | | | 6.7兆円 | | |
| 2008年度 | | | | 6.9兆円 | | |
| 2009年度 | 第四期 | 第四期 | | 7.4兆円 | 4,160円 (全国平均) | H24年度改定 +1.2% |
| 2010年度 | | | | 7.8兆円 | | |
| 2011年度 | | | | 8.2兆円 | | |
| 2012年度 | 第五期 | 第五期 | | 8.8兆円 | 4,972円 (全国平均) | 消費税率引上げに伴う H26年度改定 +0.63% |
| 2013年度 | | | | 9.2兆円 | | |
| 2014年度 | | | | 9.6兆円 | | |
| 2015年度 | 第六期 | 第六期 | | 10.1兆円 | 5,514円 (全国平均) | H27年度改定 ▲2.27% |
| 2016年度 | | | | 10.4兆円 | | |
| 2017年度 | | | | 10.8兆円 | | |
| 2020年度 | | | | | 6,771円 (全国平均) | |
| 2025年度 | | | | | 8,165円 (全国平均) | |

※2014年度までは実績であり、2015～2017年度は当初予算である。

※2020年度及び2025年度の保険料は全国の保険者が作成した第6期介護保険事業計画における推計値。

2018年介護報酬改定

社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

①通所リハと通所介護の機能分担と連携

- 通所リハや通所介護、認知症対応型通所介護などの居宅サービスに
ついては、それぞれのサービスに共通した機能および特徴的な機能
の明確化が必要だ。そしてこれらのサービスを地域単位で一体的、
総合的な機能分担と連携を行えるよう検討する。

②小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- この連載でも取り上げたが、小規模多機能型居宅介護と訪問看護
を組み合わせた看護小規模多機能型居宅介護（看護多機）は現状、事
業者数は300未満、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（24時間
サービス）の事業者数は1000未満とサービス提供量がまだまだ少
ない。このためこの事業所数の増加や機能強化・効率化の観点から、
人員基準や利用者定員などの規制緩和による本事業参入促進策が必
要である。

③特別養護老人ホーム（特養）施設内での医療ニーズや看取り

- 特養の利用者の要介護度や医療ニーズが年々増加している。こうし
た中、特養における医療提供や看取りにさらに対応するための改定
が必要だ。

2018年介護報酬改定

社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

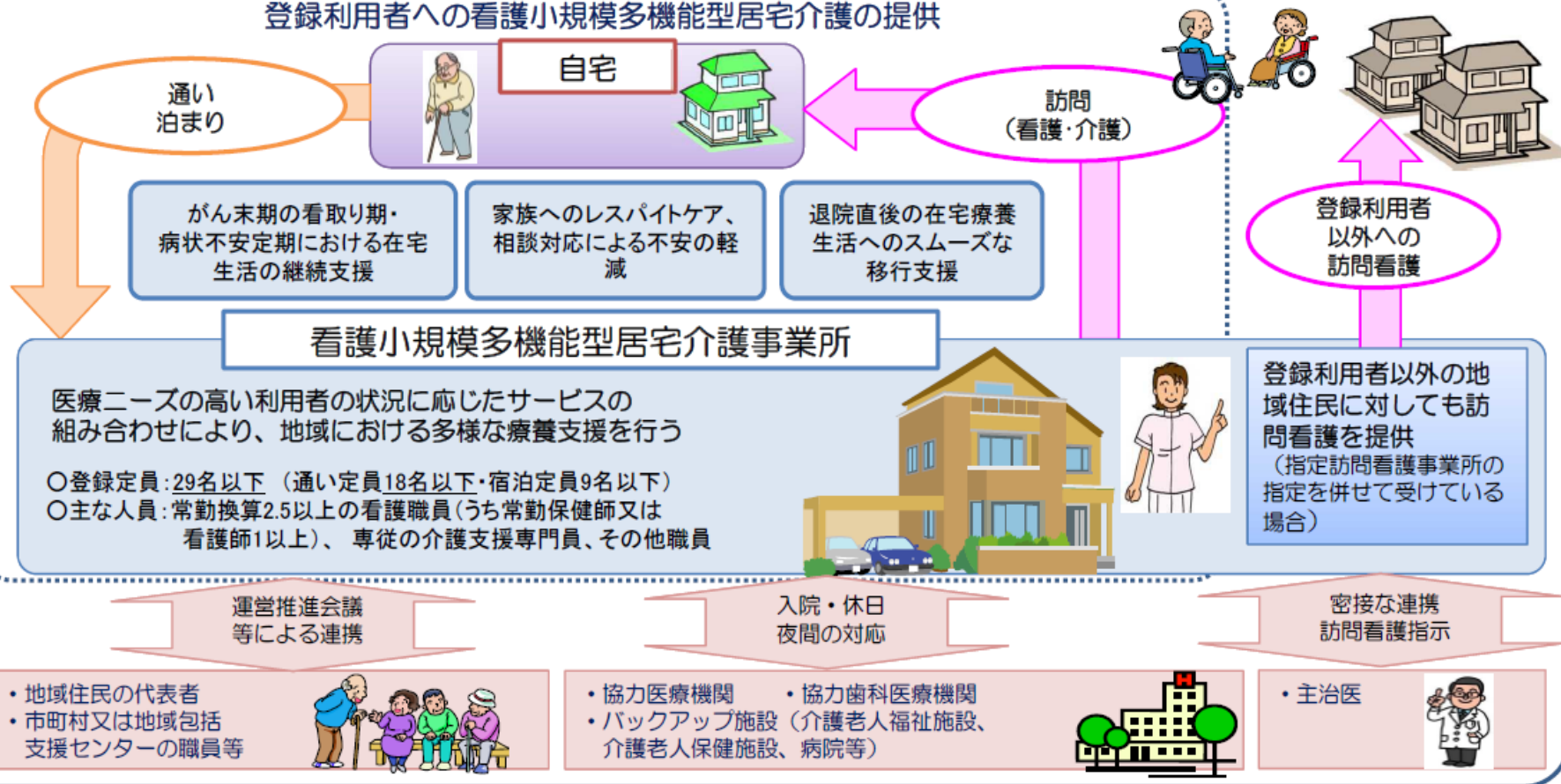
- ④入退院時における入院医療機関と居宅介護支援事業所等の連携
 - 高齢者は医療を受けながら介護保険サービスを利用している。このため特に医療・介護関係者や関係機関の間の情報提供や相互理解が必要である。特に対応について議論することになった。
- ⑤ロボット・ICT・センサーを活用している事業所に対する報酬・人員基準の在り方
 - 介護人材の確保とともに介護事業所のロボット・ICT・センサー活用による生産性向上や業務効率化への評価が必要だ。
- ⑥介護医療院の報酬・基準や各種の転換支援策等
 - 介護療養病床からの転換先である「介護医療院」の報酬・基準が次期介護報酬改定の大きな目玉の一つである。

ポイント②

小規模多機能型居宅介護、
定期巡回・随時対応型訪
問介護看護

看護小規模多機能型居宅介護の概要

登録利用者への看護小規模多機能型居宅介護の提供



○ 主治医と看護小規模多機能型居宅介護事業所の密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービスを24時間365日利用することができる。
※ 医療ニーズへの対応が必要な利用者に対して、小規模多機能型居宅介護事業所では対応できなかったが、看護小規模多機能型居宅介護事業所では対応できる。

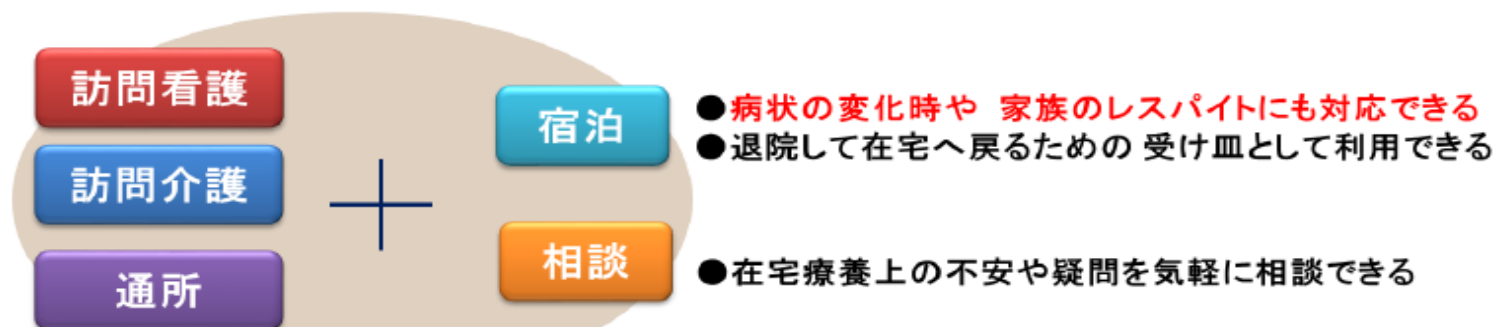
○ 看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、「通い」、「泊まり」、「訪問(看護・介護)」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状態に即応できるサービスを組み合わせることができる。

➤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ホール

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

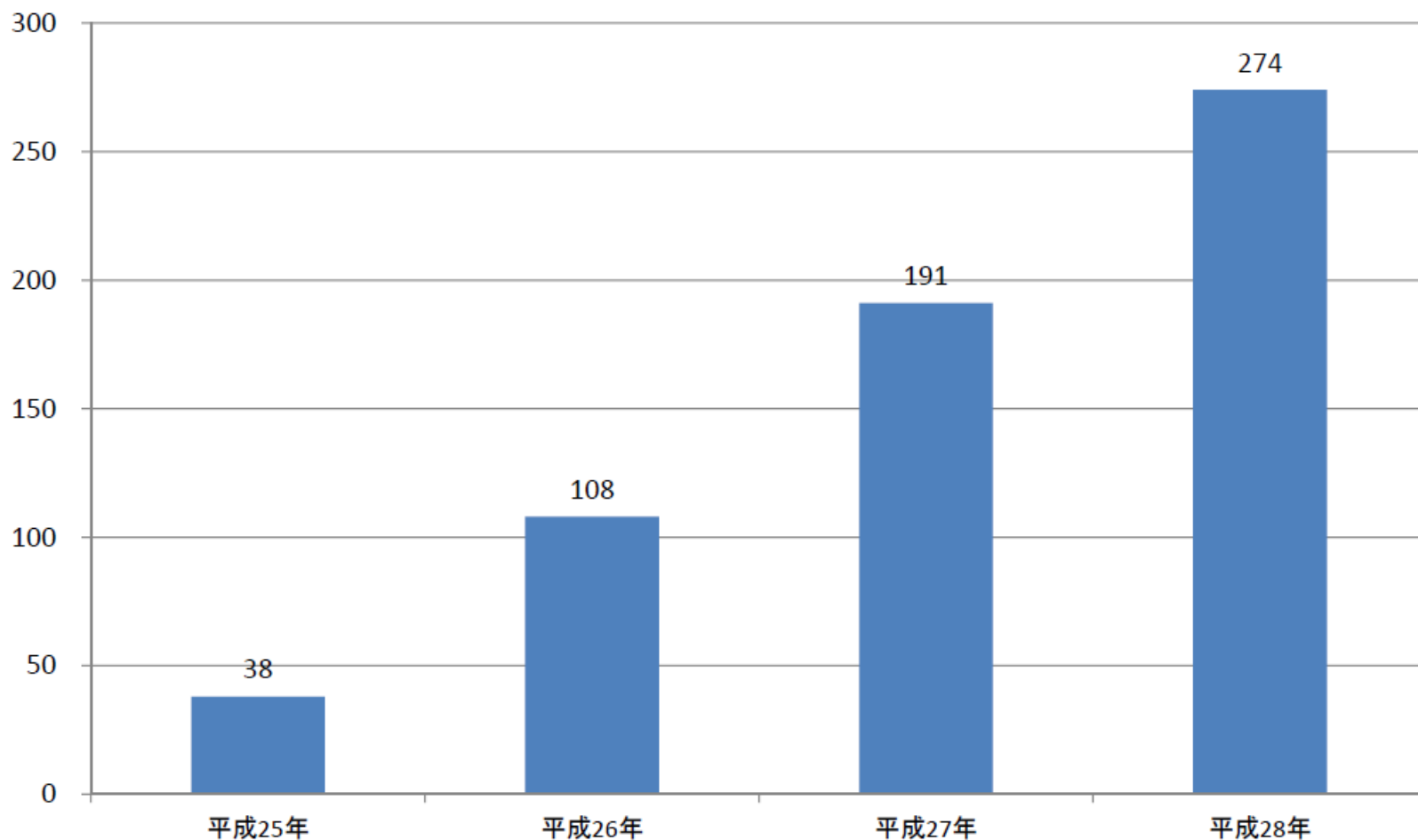
- 「看多機は全国300か所不足とまだまだ、少ない。しかし日看協が提案したサービスであり、生みの親の責任としてもっと事業所開設数を伸ばしたく、交流会を企画した。疑問が解決し開設が進む良い機会となれば・・・」（斎藤訓子理事）



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請求事業所数



(平成24年4月創設の当該サービスは、平成24年4月審査分に入らない。)

※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

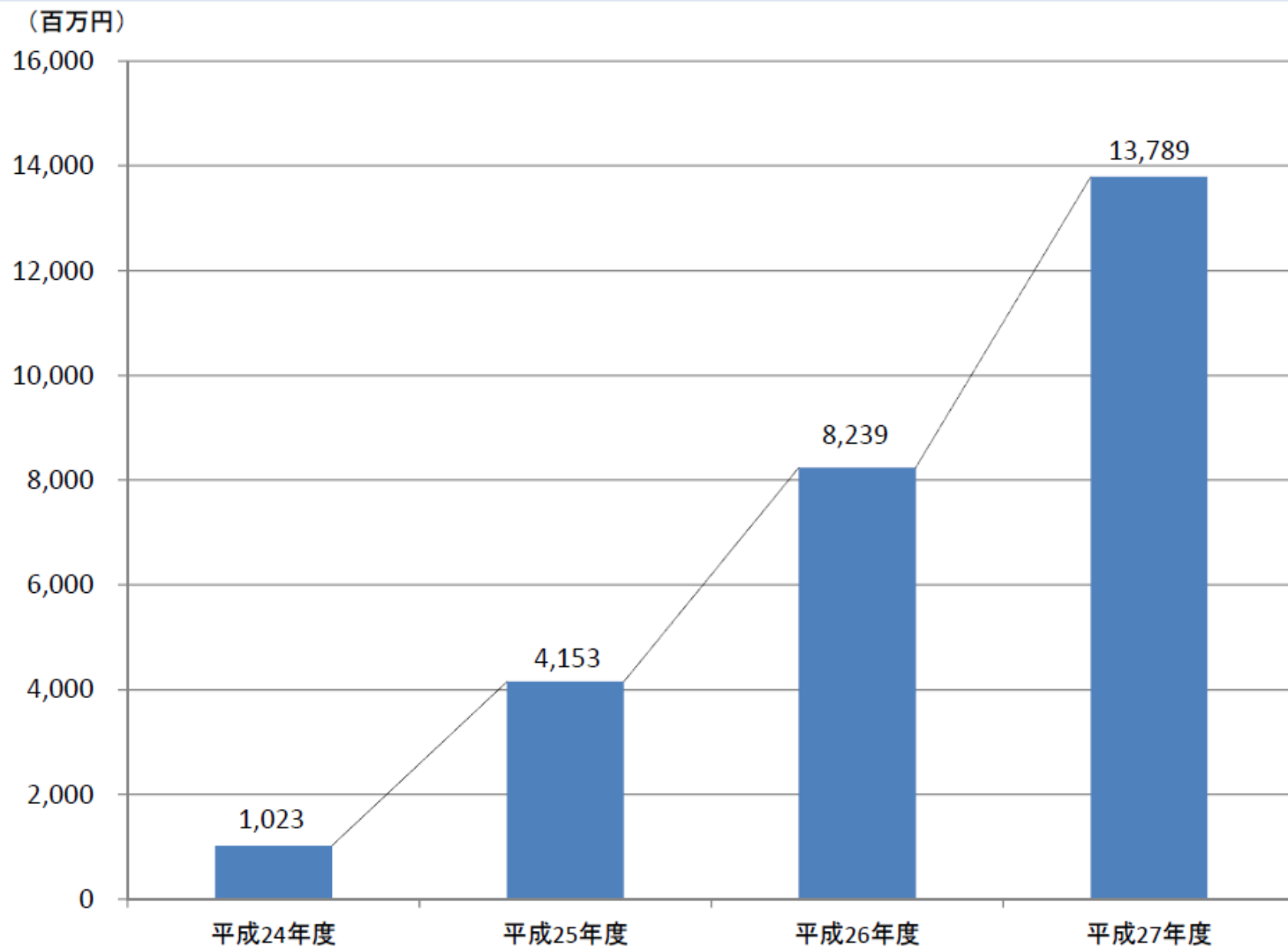
※介護予防サービスは含まない。

※平成27年4月にサービス名称変更(看護小規模多機能型居宅介護)

※平成28年度については、同一の事業所が短期利用及び短期利用以外の請求を同一月に行った場合についても、一事業所として計上している。

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年4月審査分)

看護小規模多機能型居宅介護の費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

※平成24年4月創設(複合型サービス)。平成27年4月にサービス名称変更(看護小規模多機能型居宅介護)。

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山



＜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 <p>※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</p> | | | |
|  | <p>【1階】</p> | | | |

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

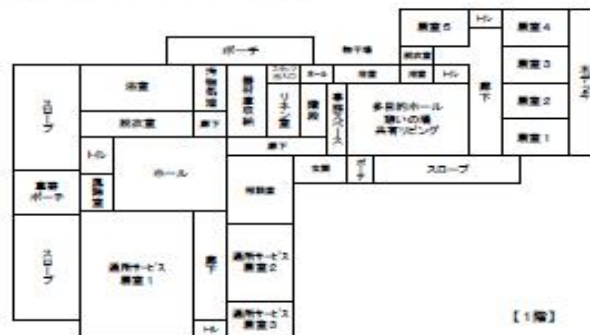


<事業運営上のポイント>

- 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 | | | |



●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 | ★ 1回 | ★ 1回 | ★ 1回 | ★ 1回 | ★ 1回 | ★ 1回 | ★ 1回 | ★ 1回 | ★ 1回 | ★ 1回 | ★ 1回 | ★ 1回 | ★ 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 | | IIa |
| 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 | ★ 1回 | ★ 1回 | ★ 1回 | ★ 1回 | ★ 1回 | ★ 1回 | ★ 1回 | ★ 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～

②定期巡回・随時対応型
訪問介護看護

24時間サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の概要

- 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して医療と介護との連携が不足しているとの問題がある。
- このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設(平成24年4月)。

＜定期巡回・随時対応サービスのイメージ＞



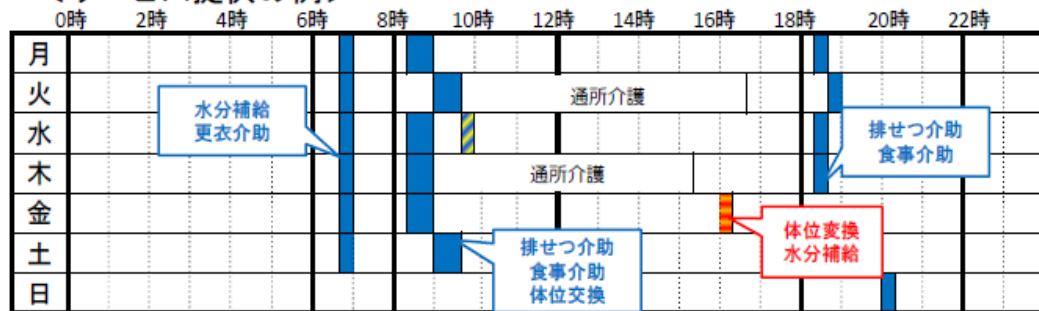
参加していない事業者は、「夜間・深夜の対応が中心」「コール対応が中心」等のイメージ

実態は、

夜間・深夜の対応は日中と比べて少なく、利用者からのコールも少ない。(イメージが実態と大きく異なっていることが多い。)

【三菱UFJリサーチ&コンサルティング調査より】

＜サービス提供の例＞



- ・日中・夜間を通じてサービスを受けることが可能
- ・訪問介護と訪問看護を一体的に受けることが可能
- ・定期的な訪問だけではなく、必要なときに随時サービスを受けることが可能

＜参考＞

1. 第6期介護保険事業計画での実施見込み

| 平成27年度 | 平成28年度 | 平成29年度 |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| 366保険者 (1.8万人/日) | 482保険者 (2.5万人/日) | 557保険者 (3.3万人/日) |

2. 社会保障と税の一体改革での利用見込み

| 平成27年度 | 平成37年度 |
|--------|--------|
| 1万人/日 | 15万人/日 |

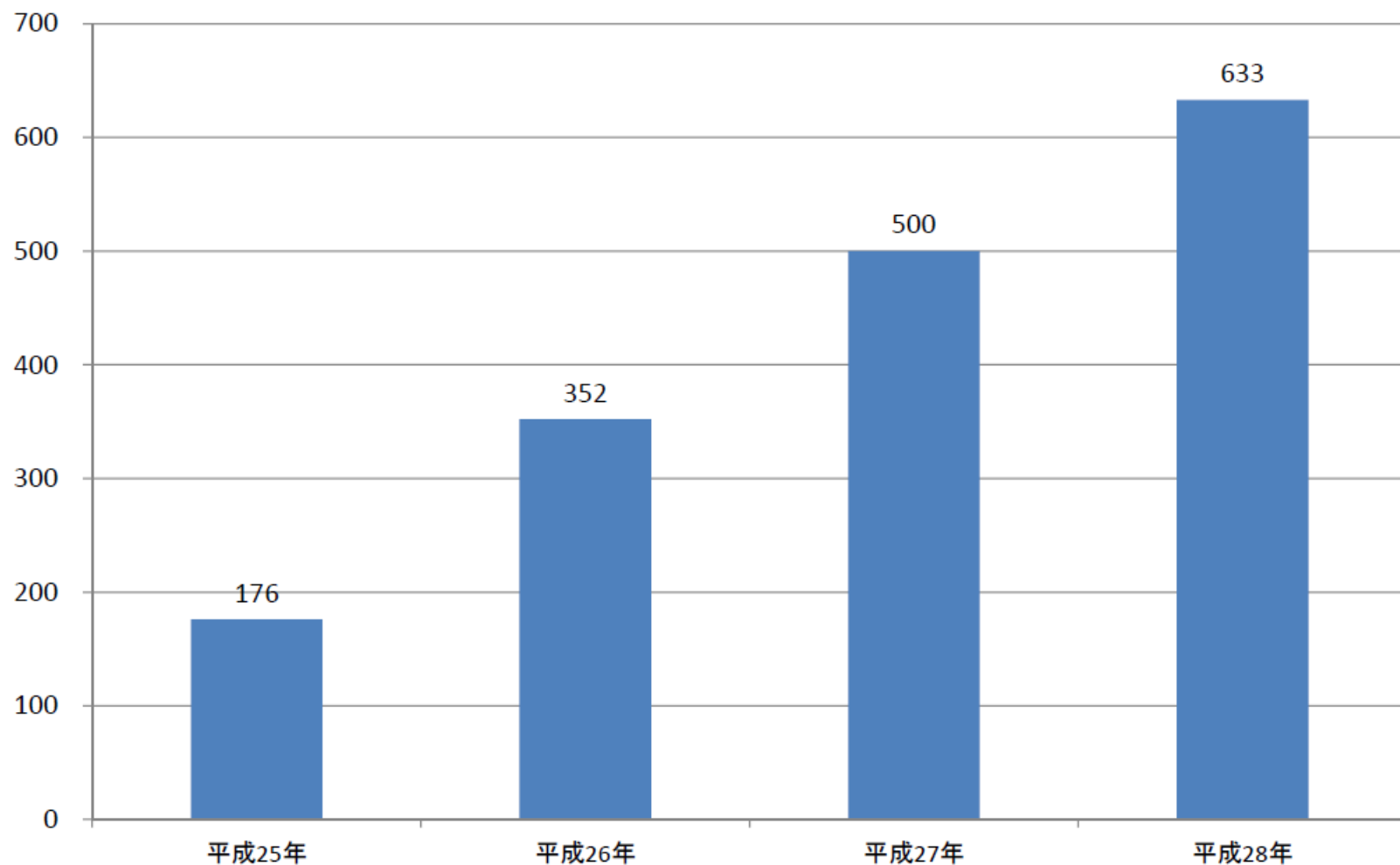
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護（24時間サービス）

- 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。

定期巡回・随時対応型 訪問介護看護（24時間サービス）

- ③駆けつけ30分
 - 通報があって概ね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・随時対応型訪問介護看護の請求事業所数



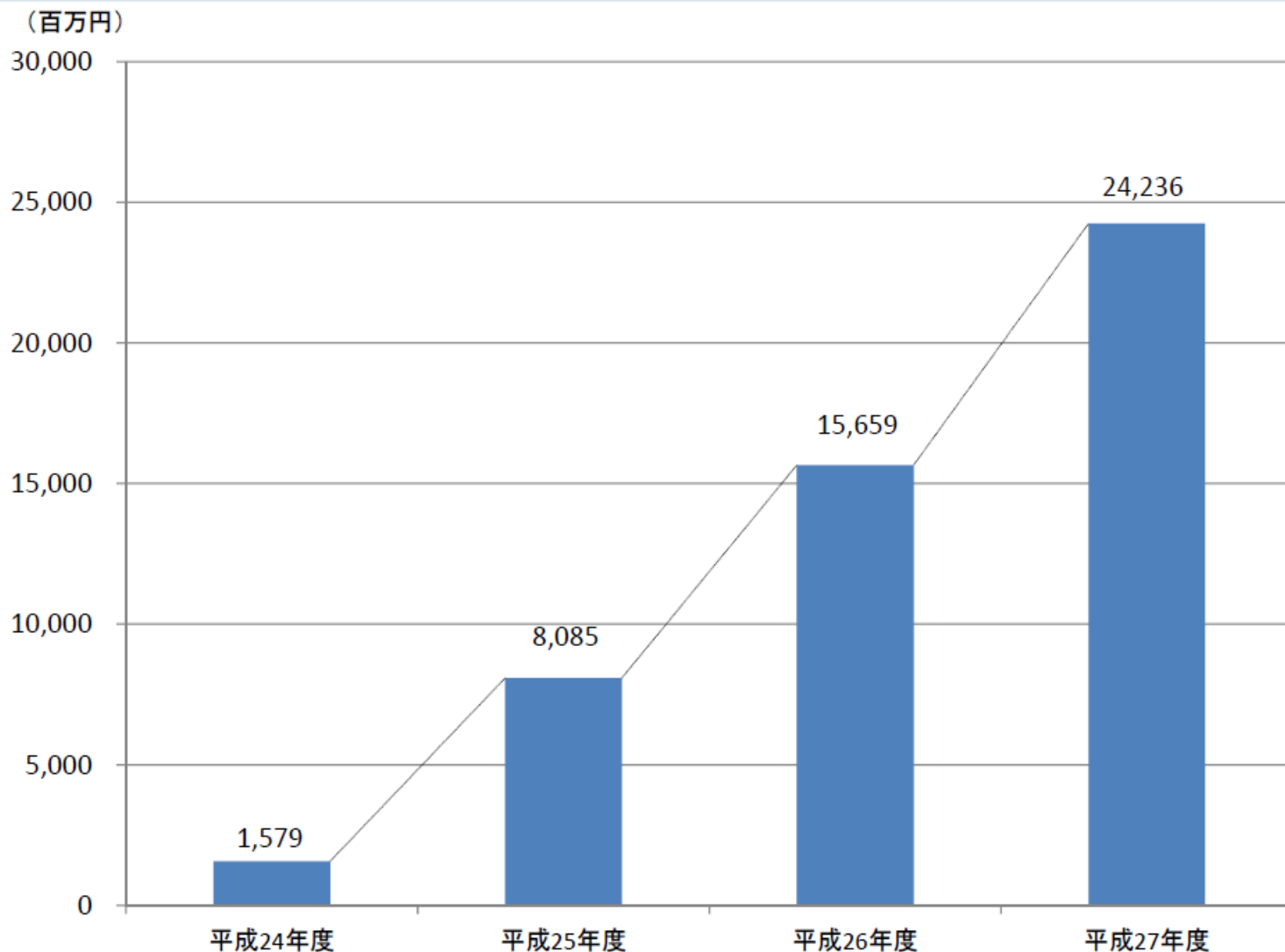
(平成24年4月創設の当該サービスは、平成24年4月審査分に入らない。)

※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年4月審査分)

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

※平成24年4月創設

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

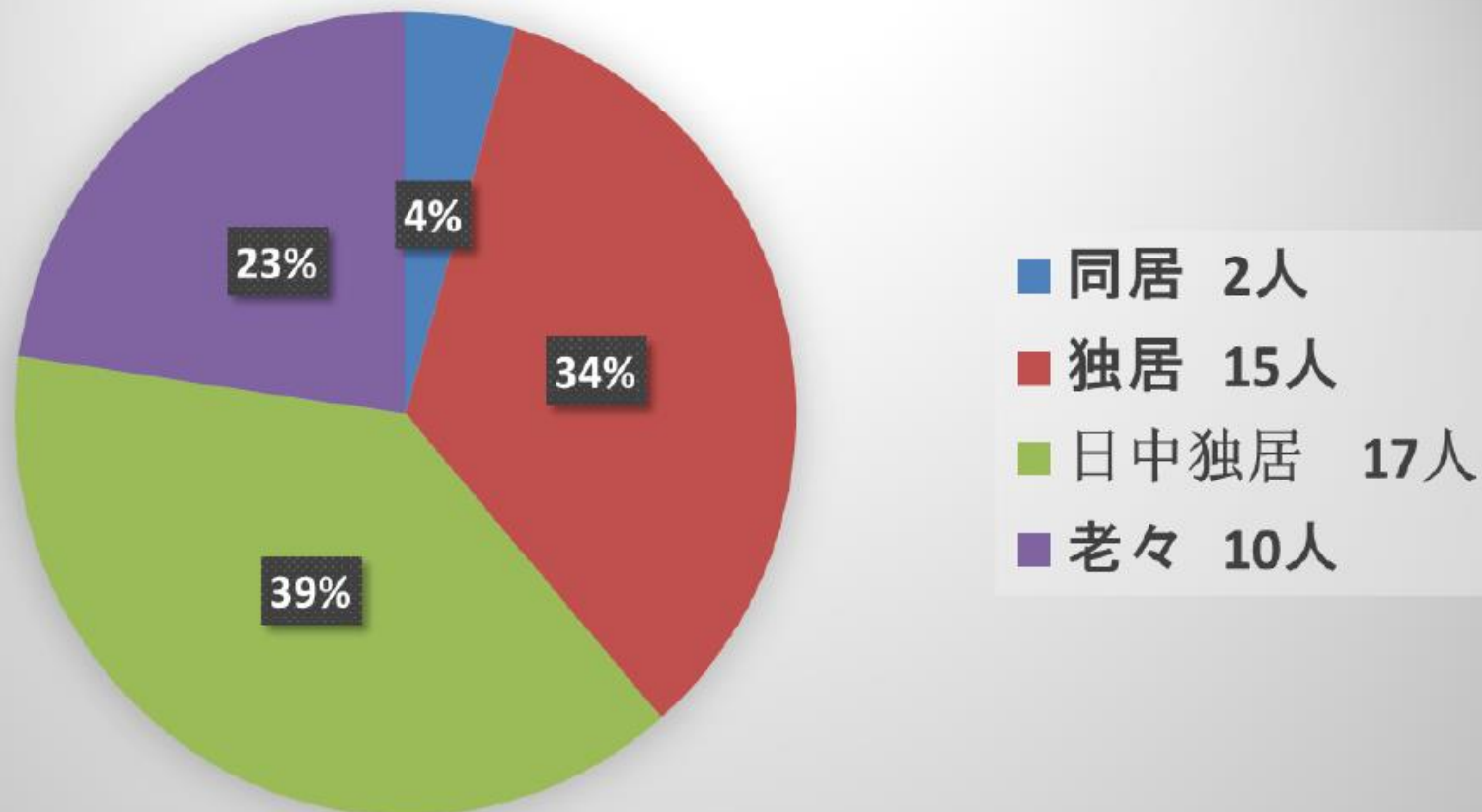
定期巡回・随時訪問介護は安心と安全を支える信頼の絆



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)



定期巡回・随時対応サービス (モデル事業の結果概要)

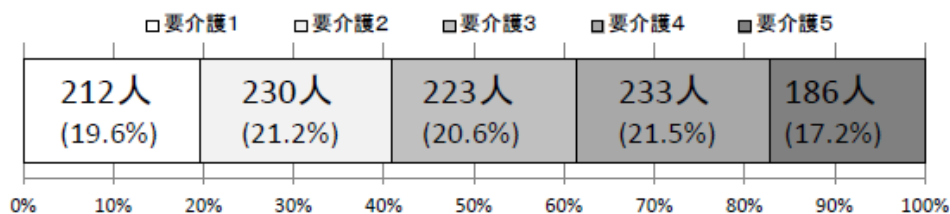
(資料出所)

- ・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。

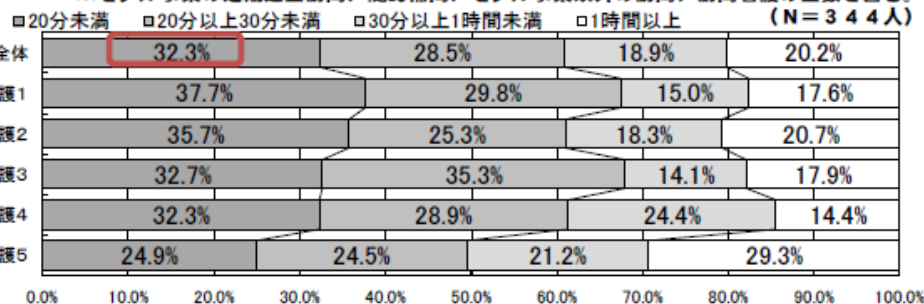
① 1日あたりの平均訪問回数 (N=344人)

| | 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。

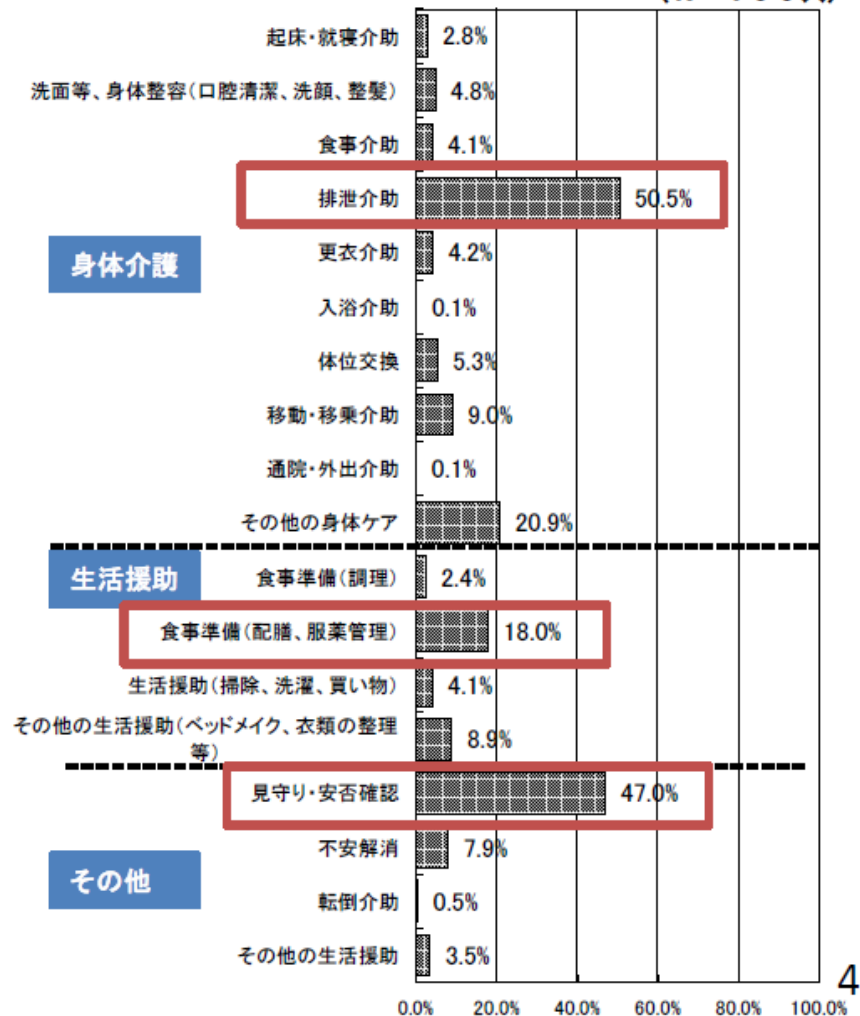


③ 20分未満のケアの組合せ (上位10行為) (N=199人)

| | |
|------------------------------|-------|
| 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)

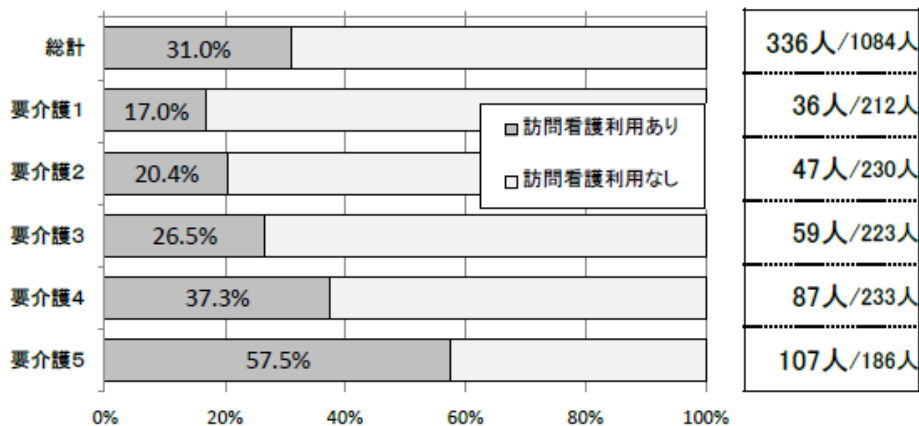
(N=199人)



定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要④

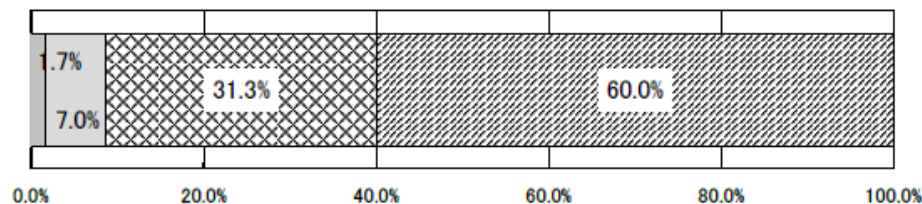
- 利用者の31.0%が訪問看護を利用している。
- 訪問看護は平均ケア提供時間が50.1分であるが身体介護も組み合わせて提供を行っている。

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

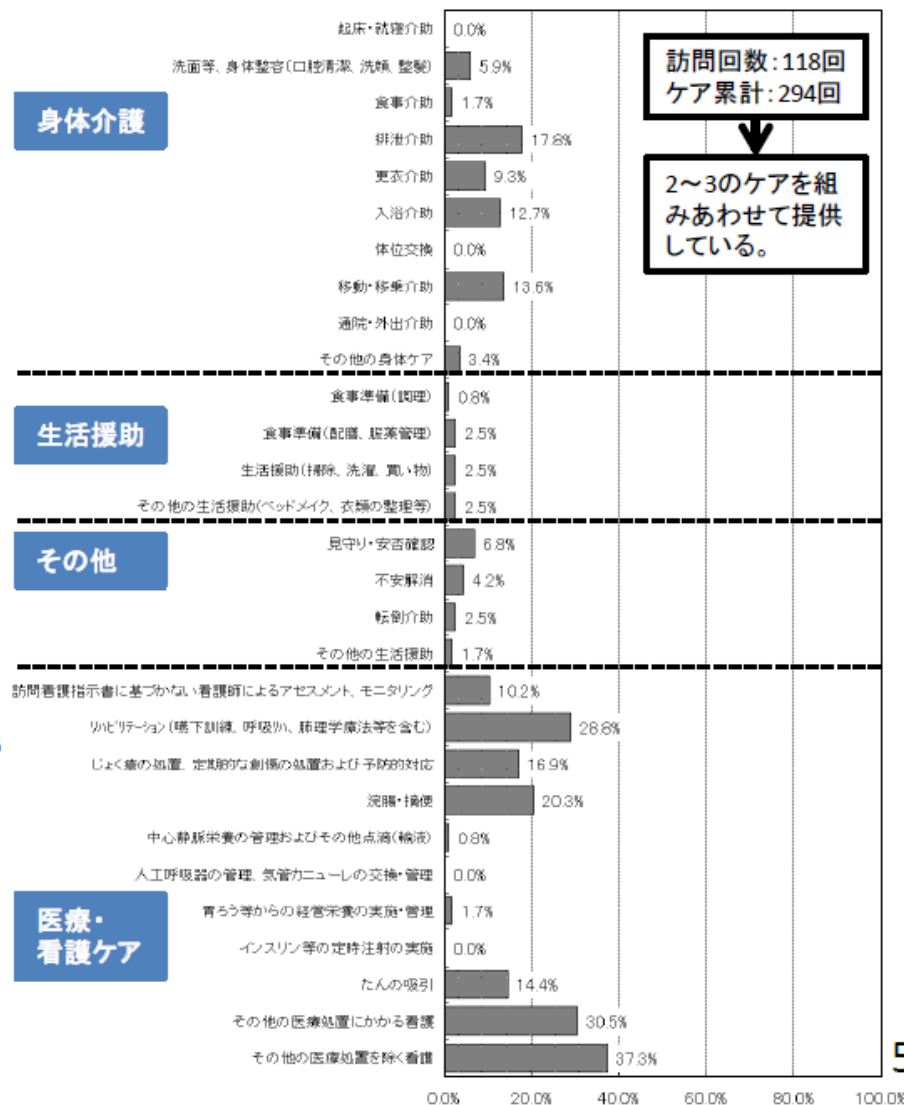
□20分未満 □20分以上30分未満 □30分以上1時間未満 □1時間以上



1回の訪問当たりの平均ケア提供時間

50.1分

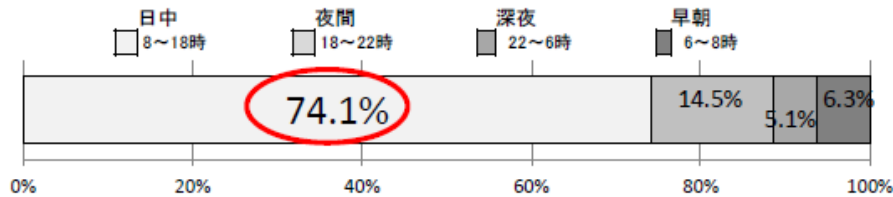
③訪問看護のケア内容 (N=65人)



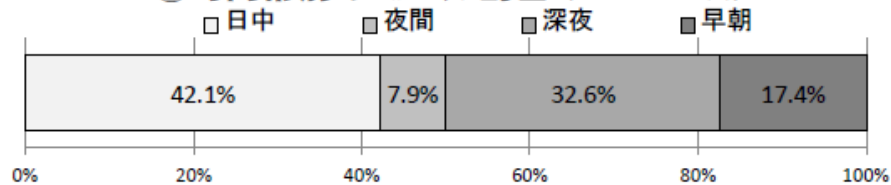
定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要⑤

- 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)

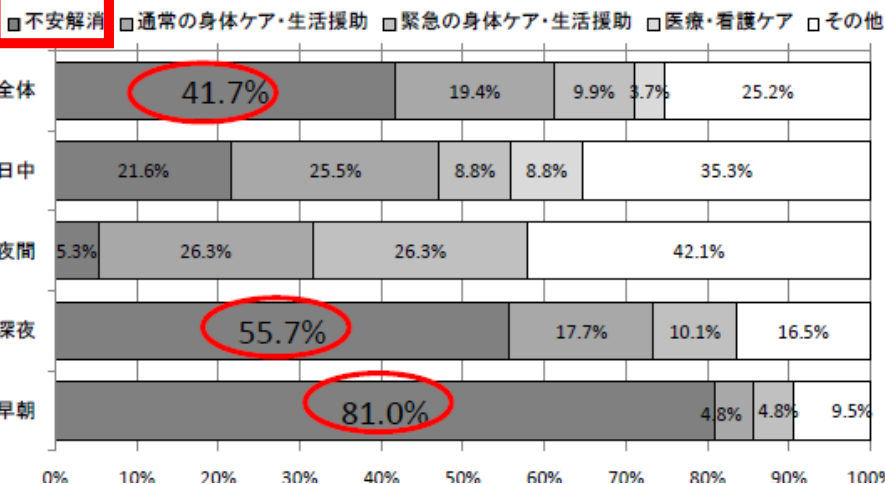


② 時間帯別のコール割合 (N=344人)



1人あたりのコール件数(1週間) 0.7回

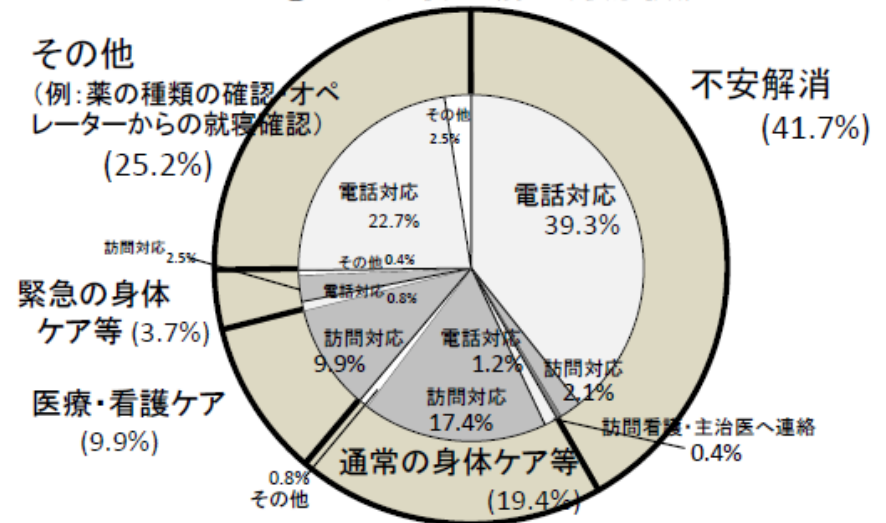
③ 時間帯別のコール内容 (N=344人)



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

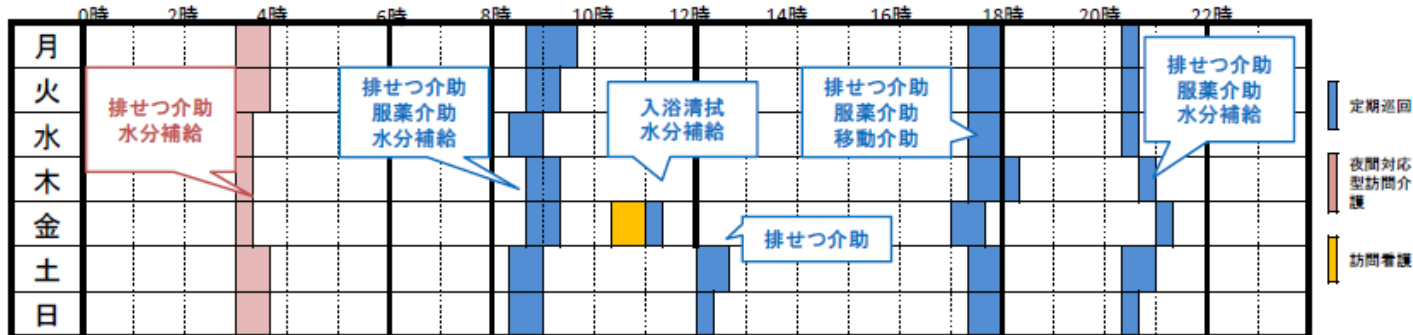
1. 定期的な訪問により生活のリズムが生まれ、また利用者・家族の安心にもつながる

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 |

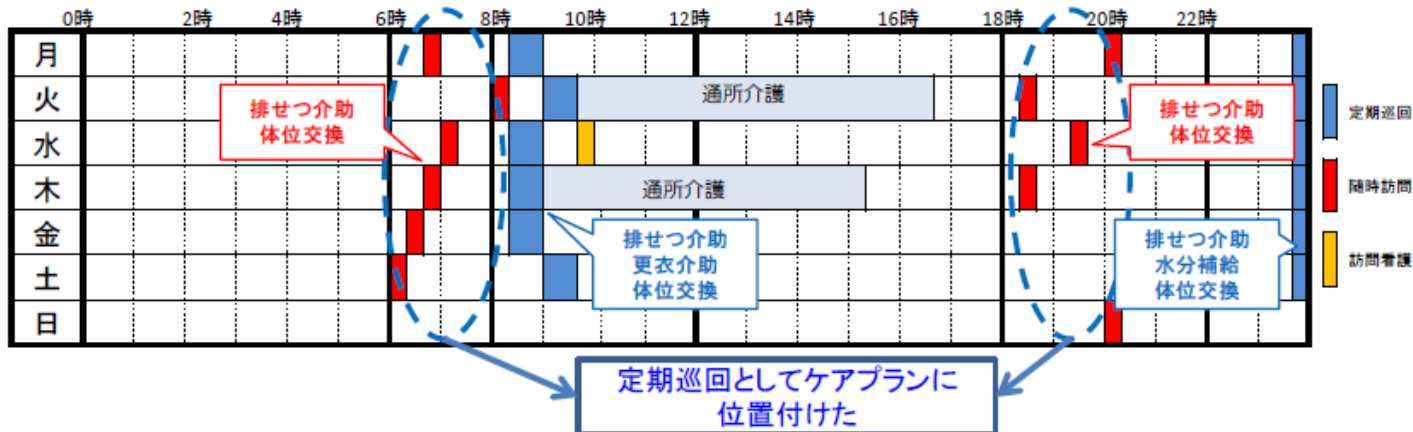


② 随時訪問による利用者の状態像の把握

- 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

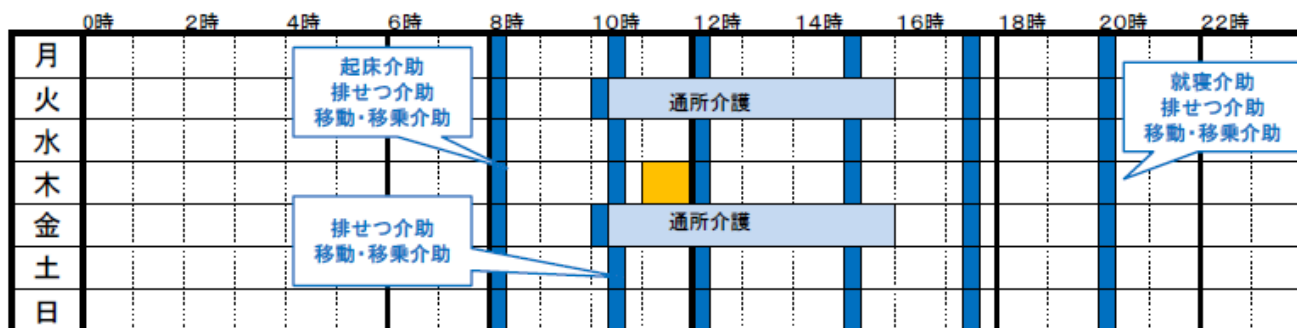
①一時的なADLの低下に対する、集中的なケアによる従来の生活の継続

- 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。

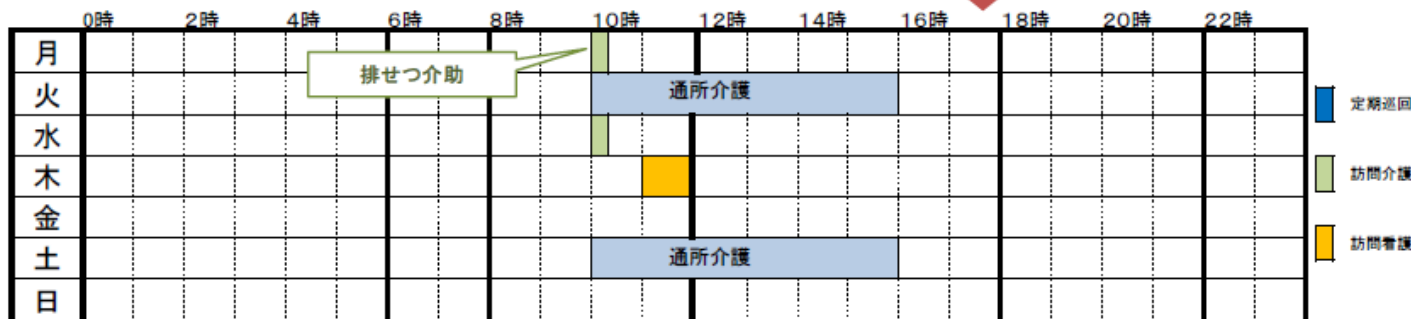
利用者状態像

| | |
|-----------------|---------------|
| 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。

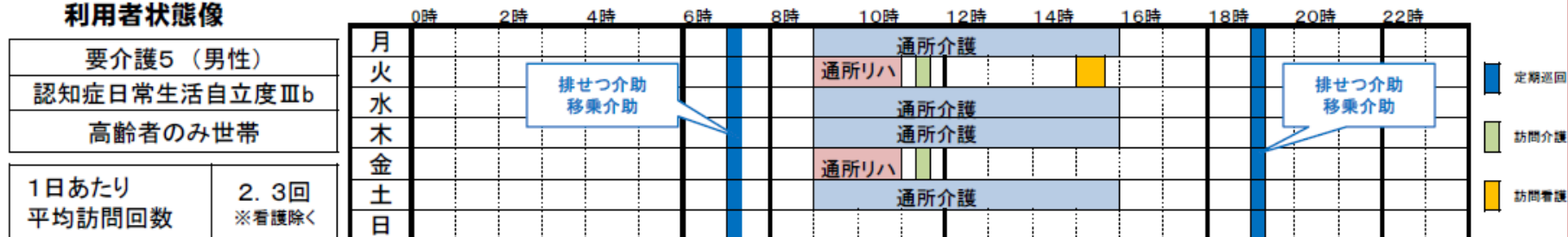
定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要⑧

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。

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！

ポイント⑥

介護医療院の今後

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。

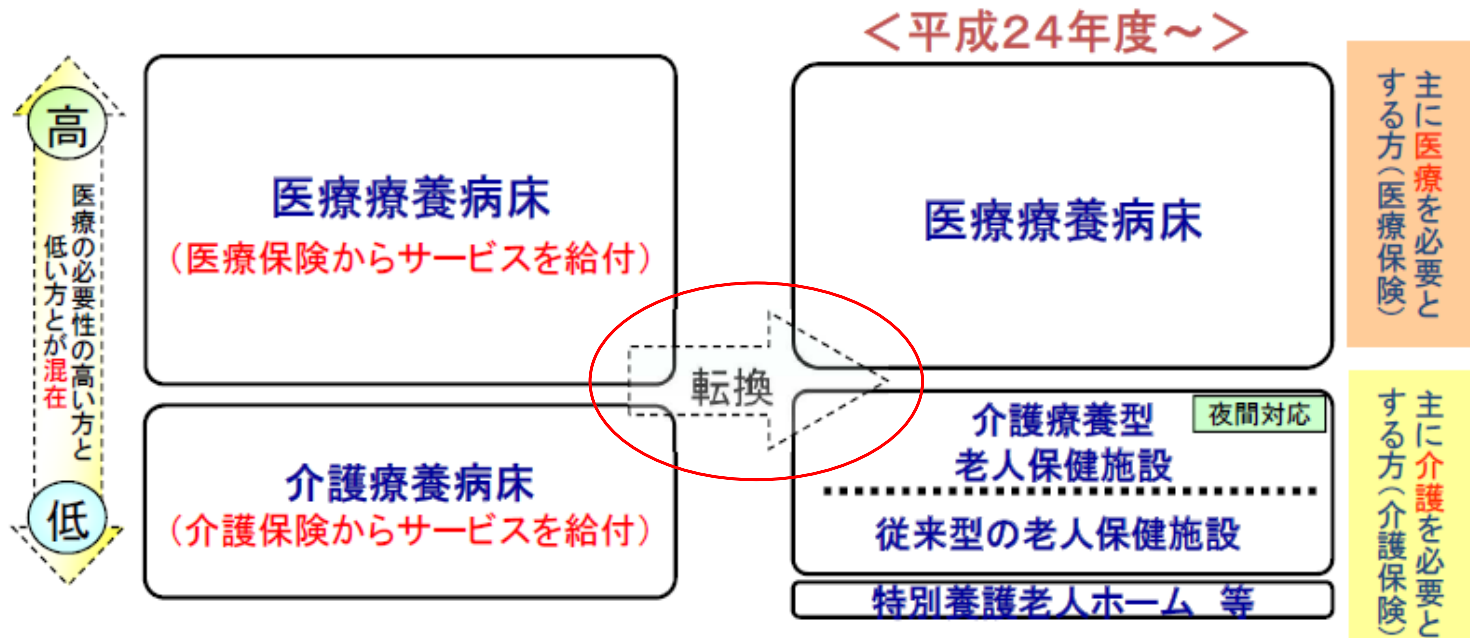
【医療法改正】

- 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




新類型

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

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



○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

(注) 居住スペースについては、将来的に居住スペースを削減し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

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。

新類型とは？

「要介護高齢者の長期療養・生活施設」として、介護保険法に設置根拠等を規定しつつ、また、医療法上も、医療提供施設として位置づける等の規定の整備を行うべきである。

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 | |

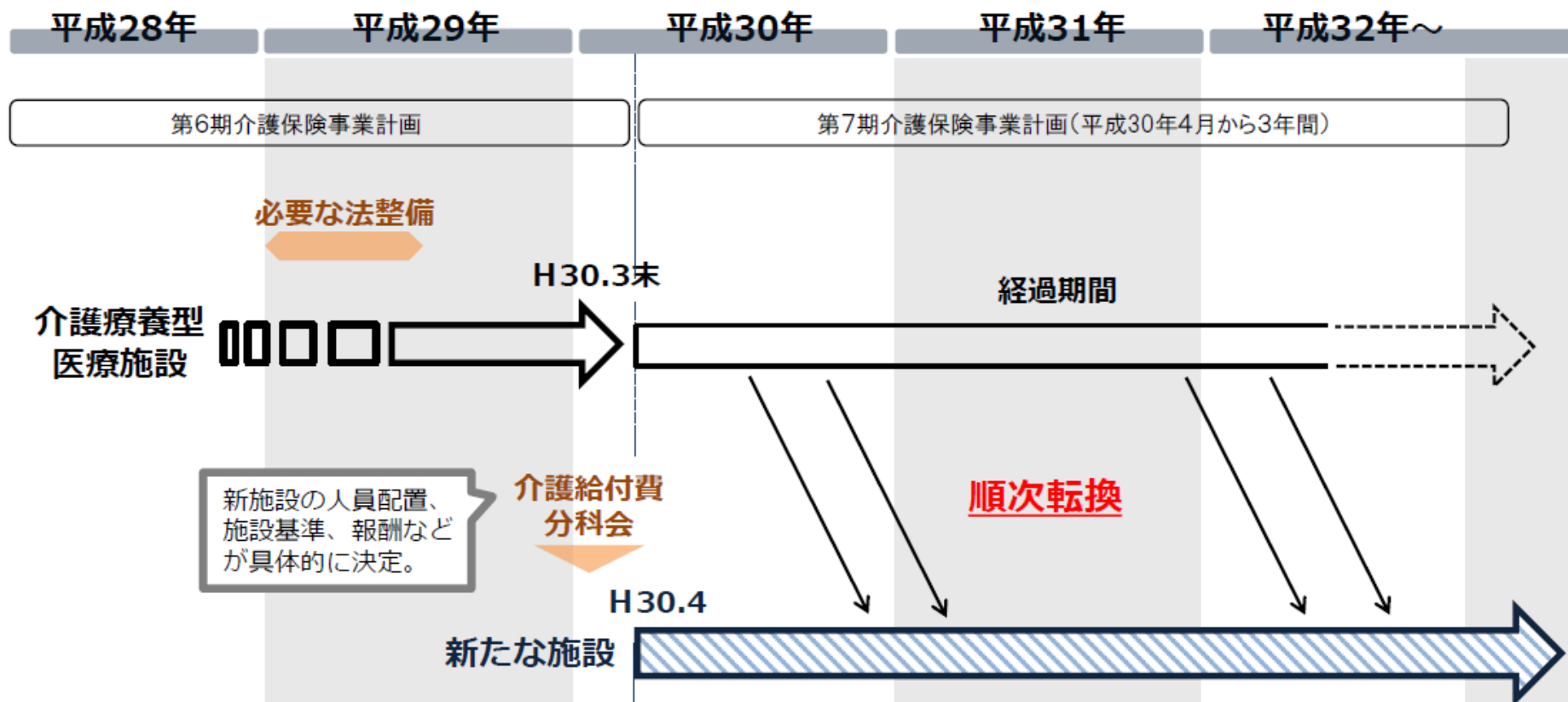
介護医療院
(仮称)

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。

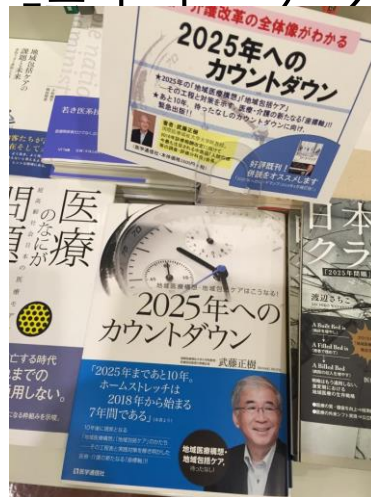


※例えば、面積の拡大は大規模改修まで猶予するなど、所要の経過措置を設ける。

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**  **発刊**
アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



第19回日本医療マネジメント学会学術総会

[会期] 2017年7月7日[金] ▶ 8日[土]

[会場] 仙台国際センター

[会長] 田所 慶一 独立行政法人国立病院機構
仙台医療センター名誉院長

地域を守る
あたたかな医療
患者・職員の
満足をめざして



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
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
mutoma@iuhw.ac.jp