

2025年へのカウントダウン ～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



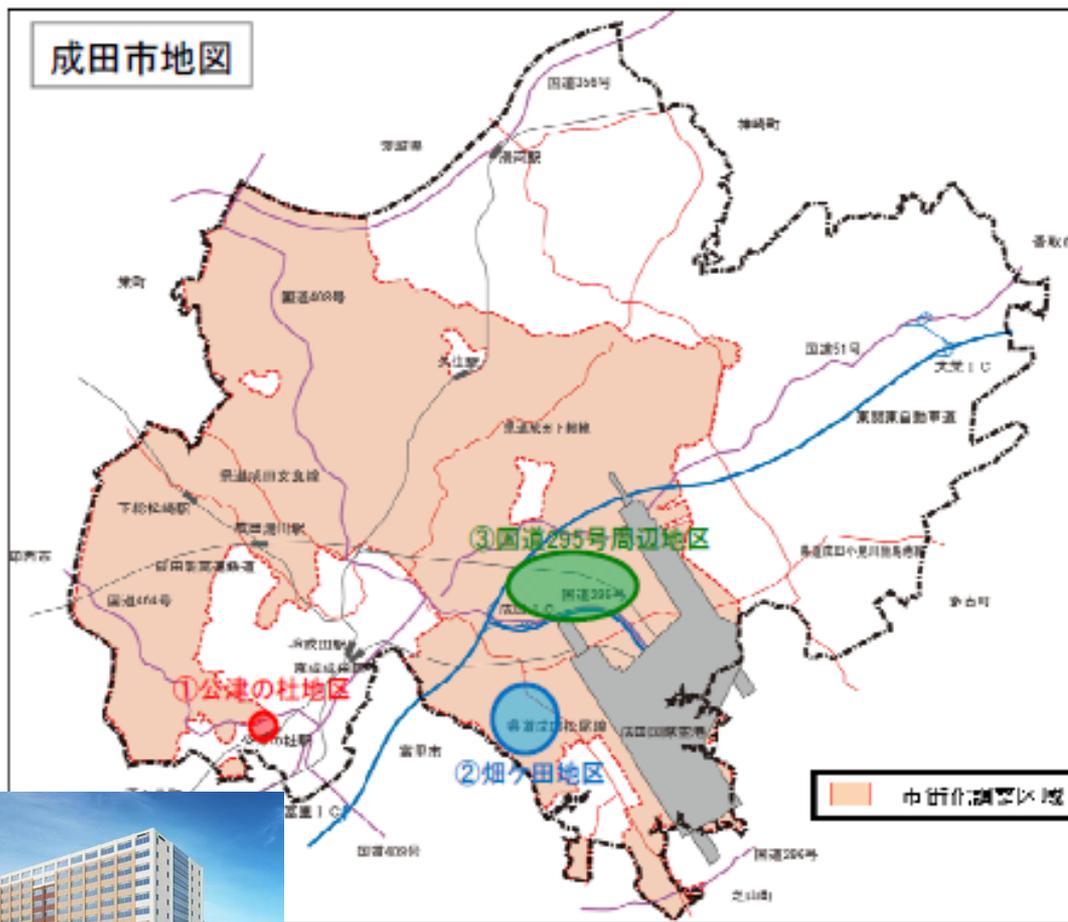
国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

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)





2018年4月、国際医療福祉大学 大学院 赤坂キャンパス完成

ヘルスケアMBA 公衆衛生専攻コース (MPH)

東京都港区の旧赤坂小学校跡地に、大学院と学部の新しいキャンパス
現在の東京青山キャンパスを移転するとともに新しい分野・コースも開設し、
生涯教育の新たな拠点として大学院教育をさらに充実させます。

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
 - 2018年診療報酬改定
～休憩～
- パート 4
 - 医療と介護の連携
- パート 5
 - 訪問看護ステーション
- パート 6
 - 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)

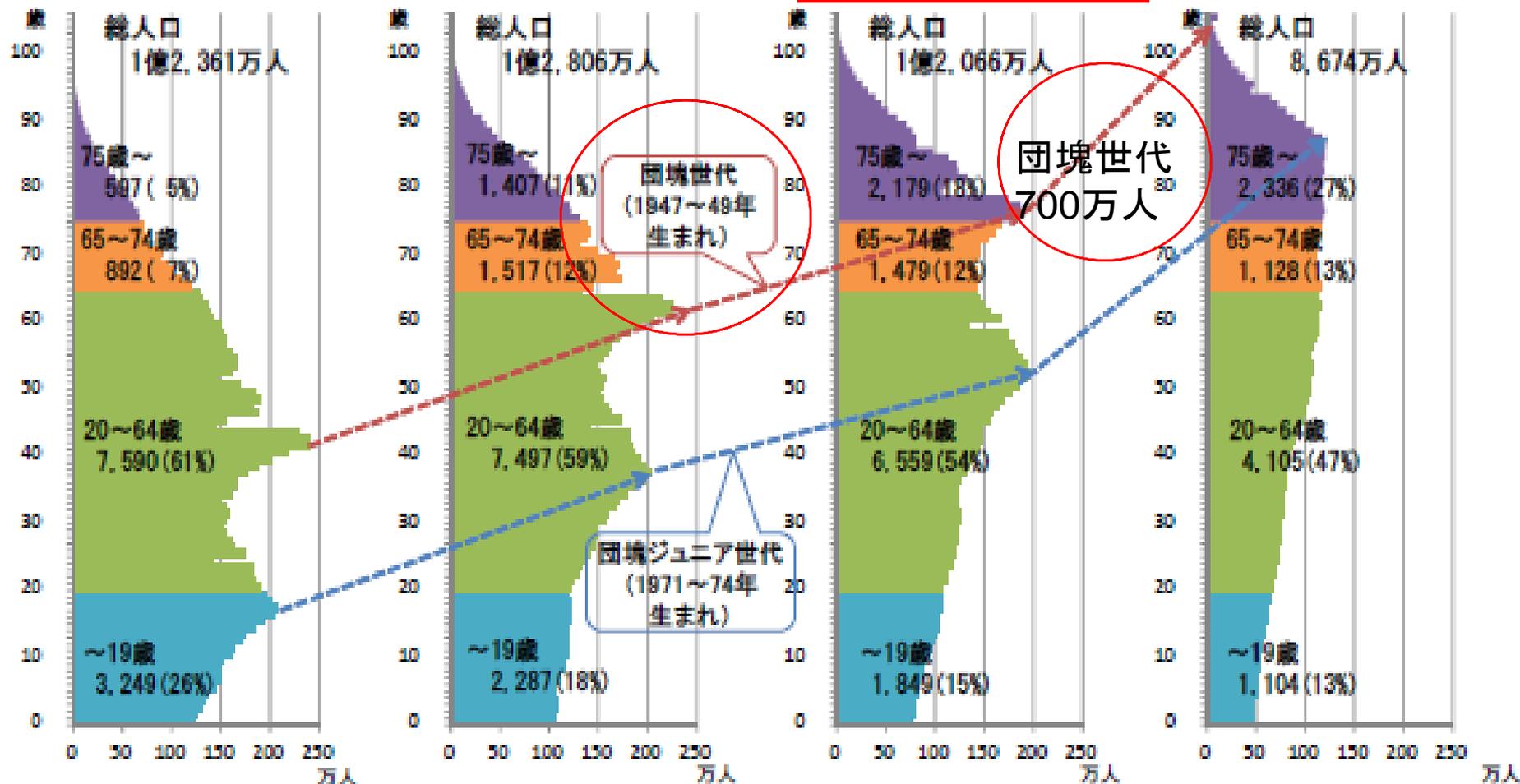
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

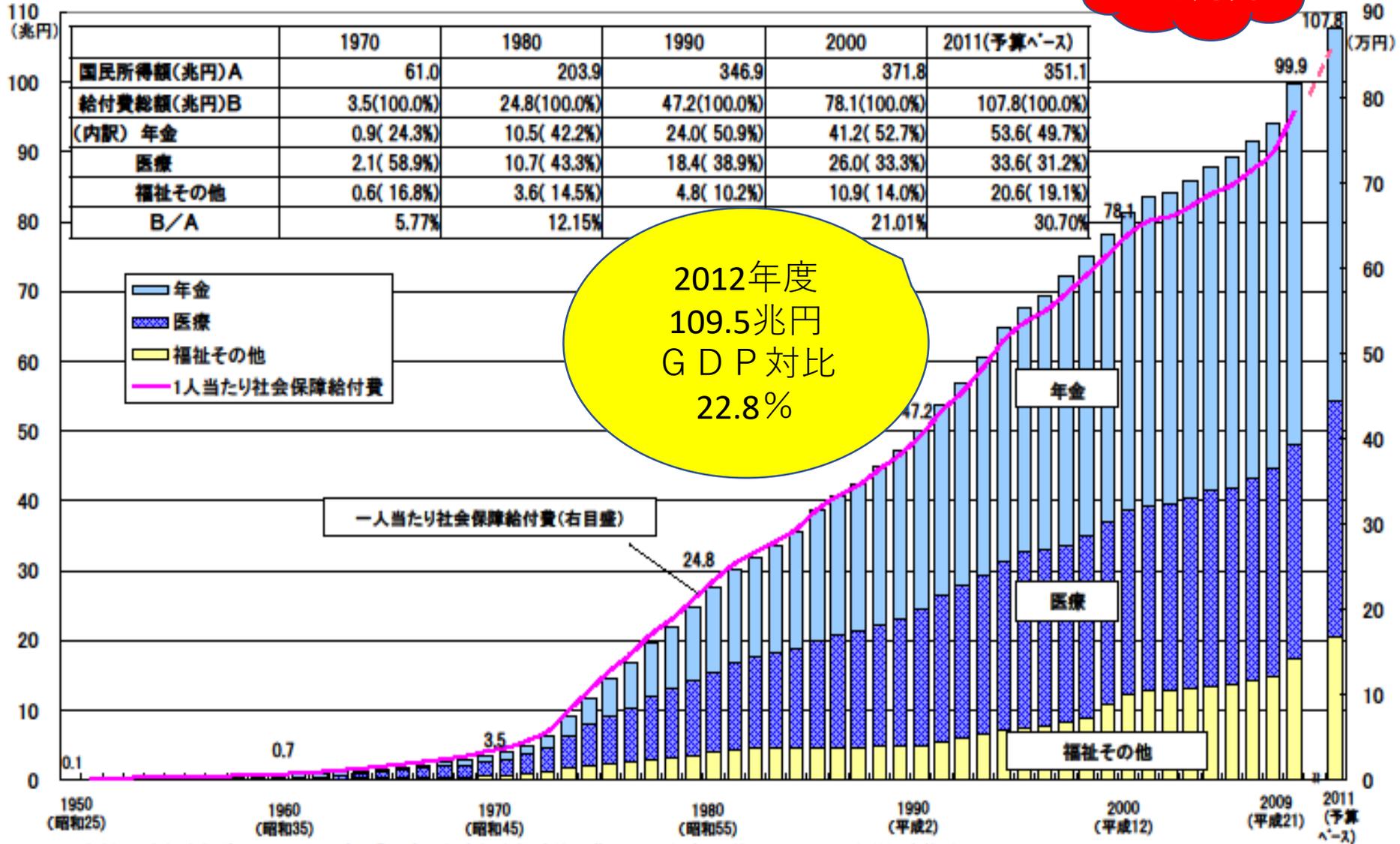
平成37年 (2025年)

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 (2014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

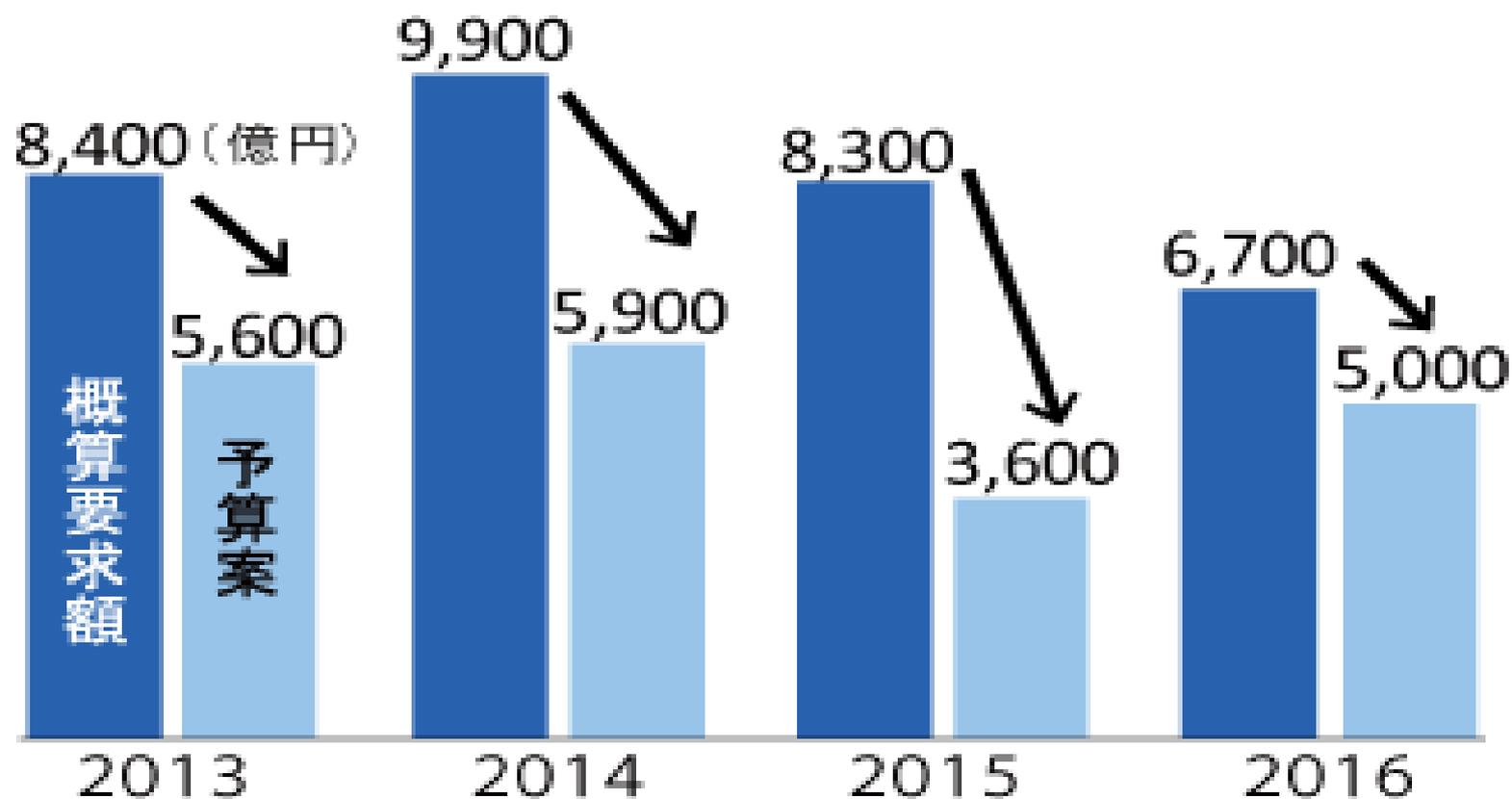


8%から10%の2%増税延期で年間4兆円の財源が消える！

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



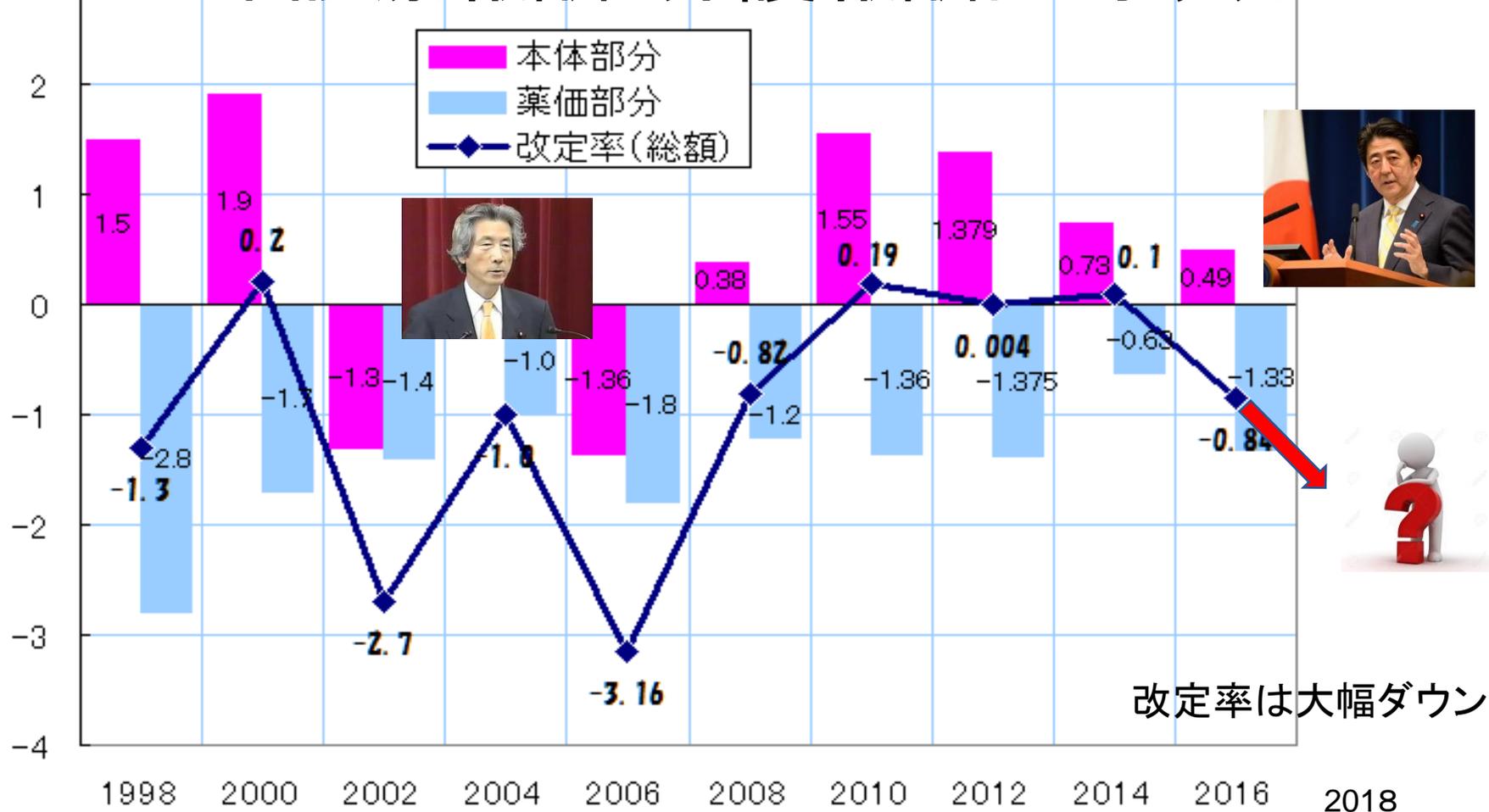
2017年度予算

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

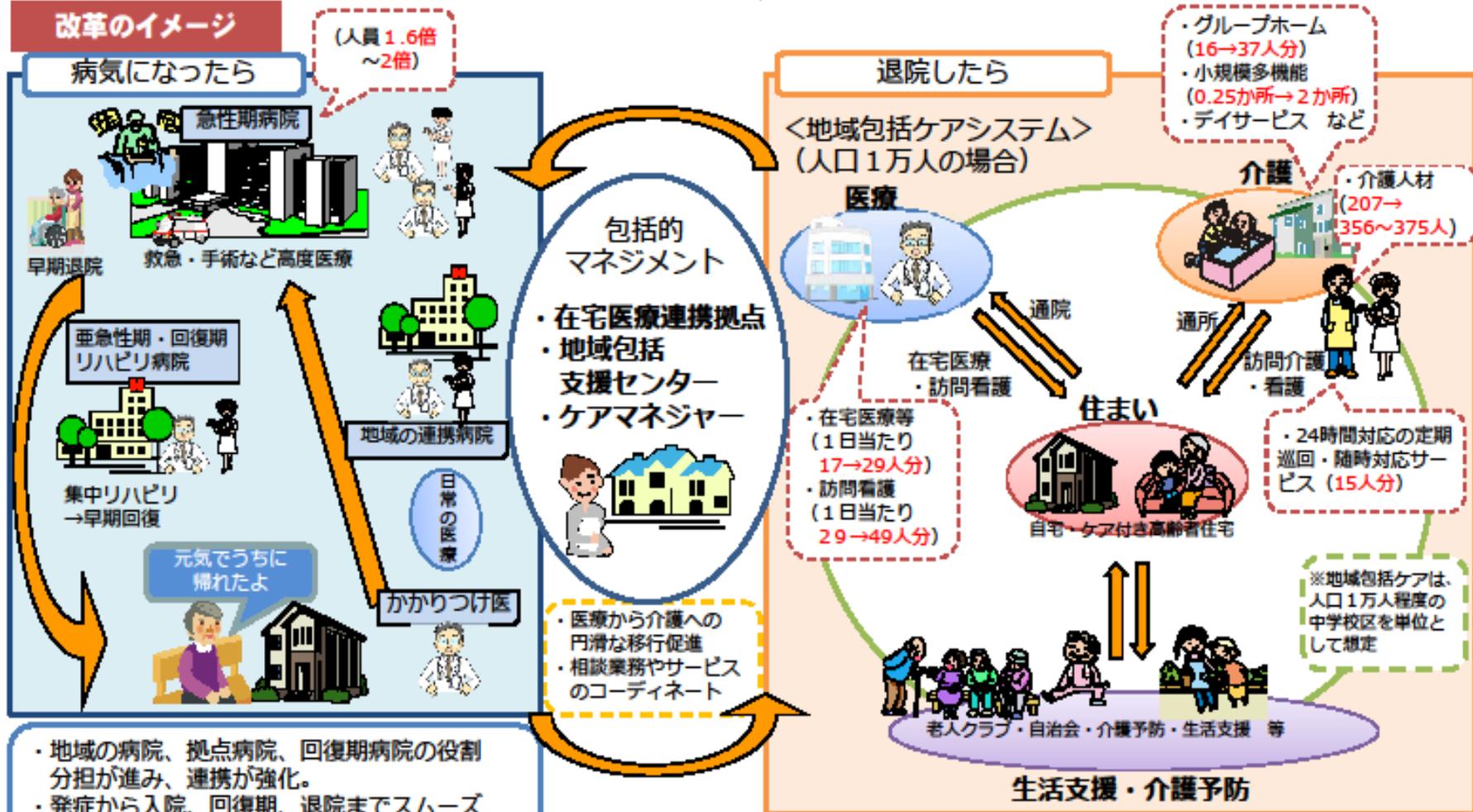
改革の方向性 ②

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

※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの

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」

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。

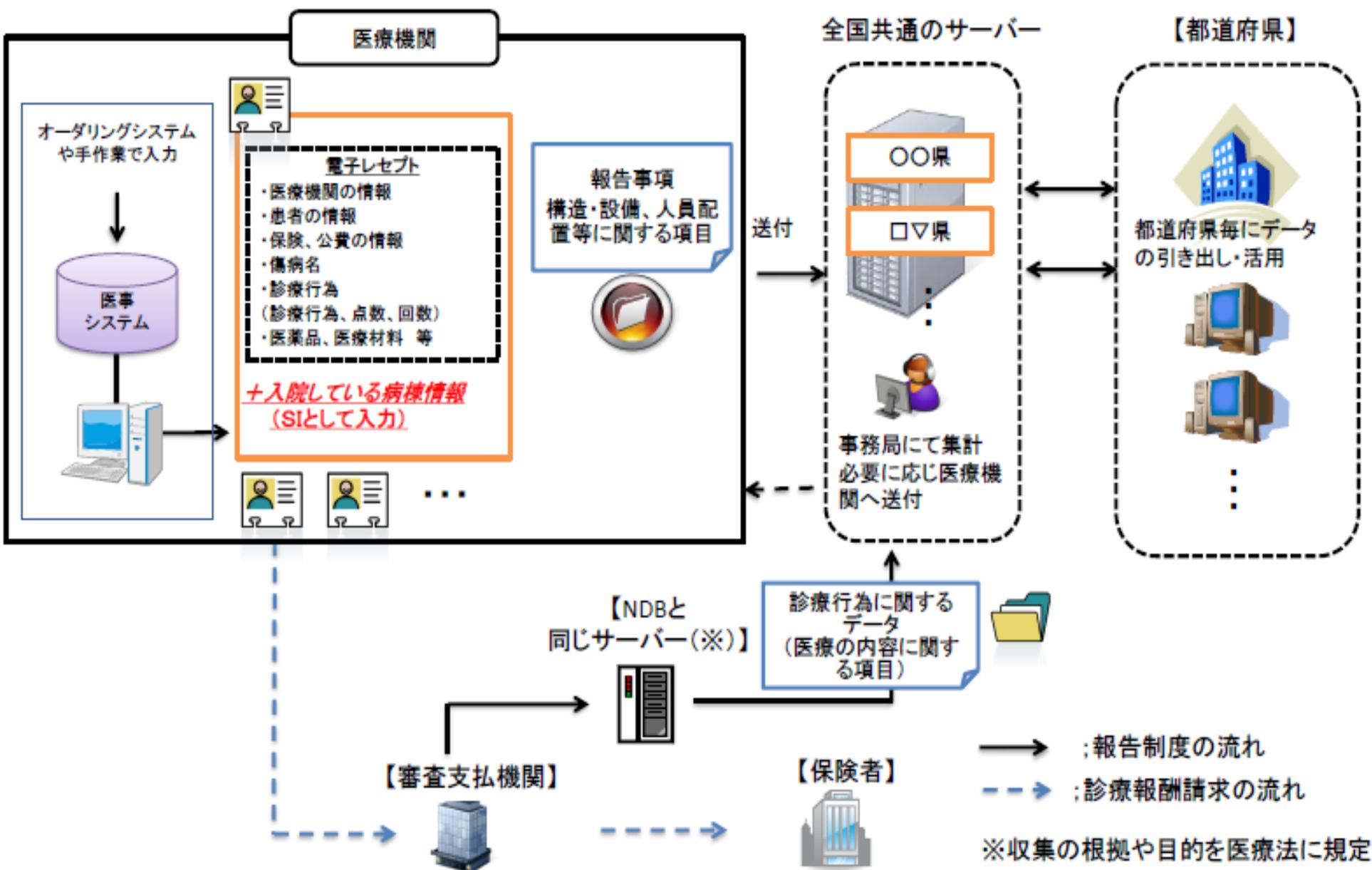
◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

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

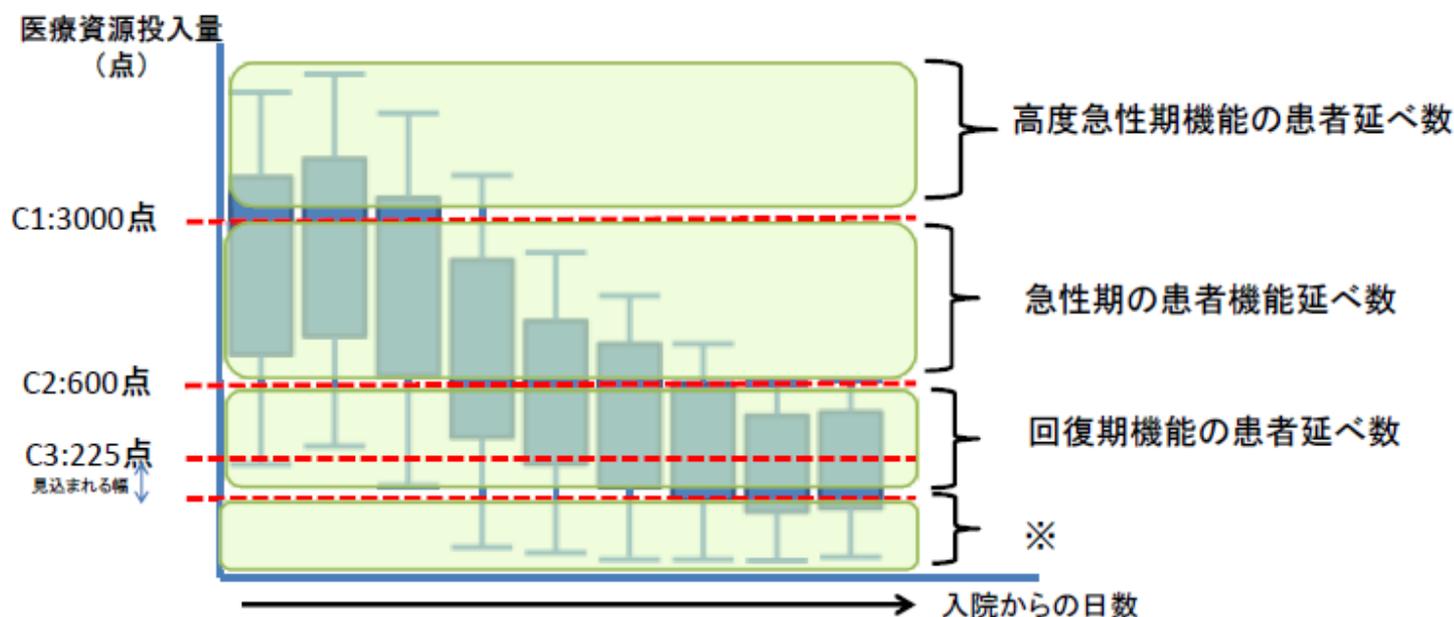
ステップ② 医療需要を推計する

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

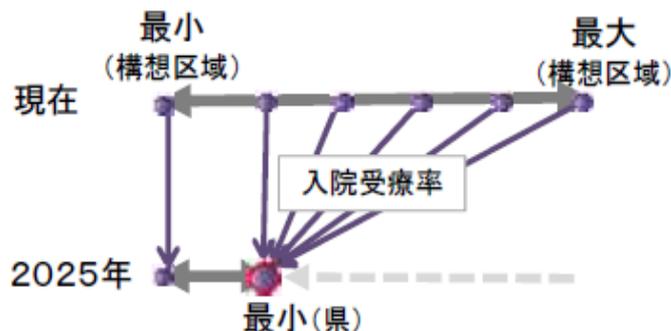
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、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

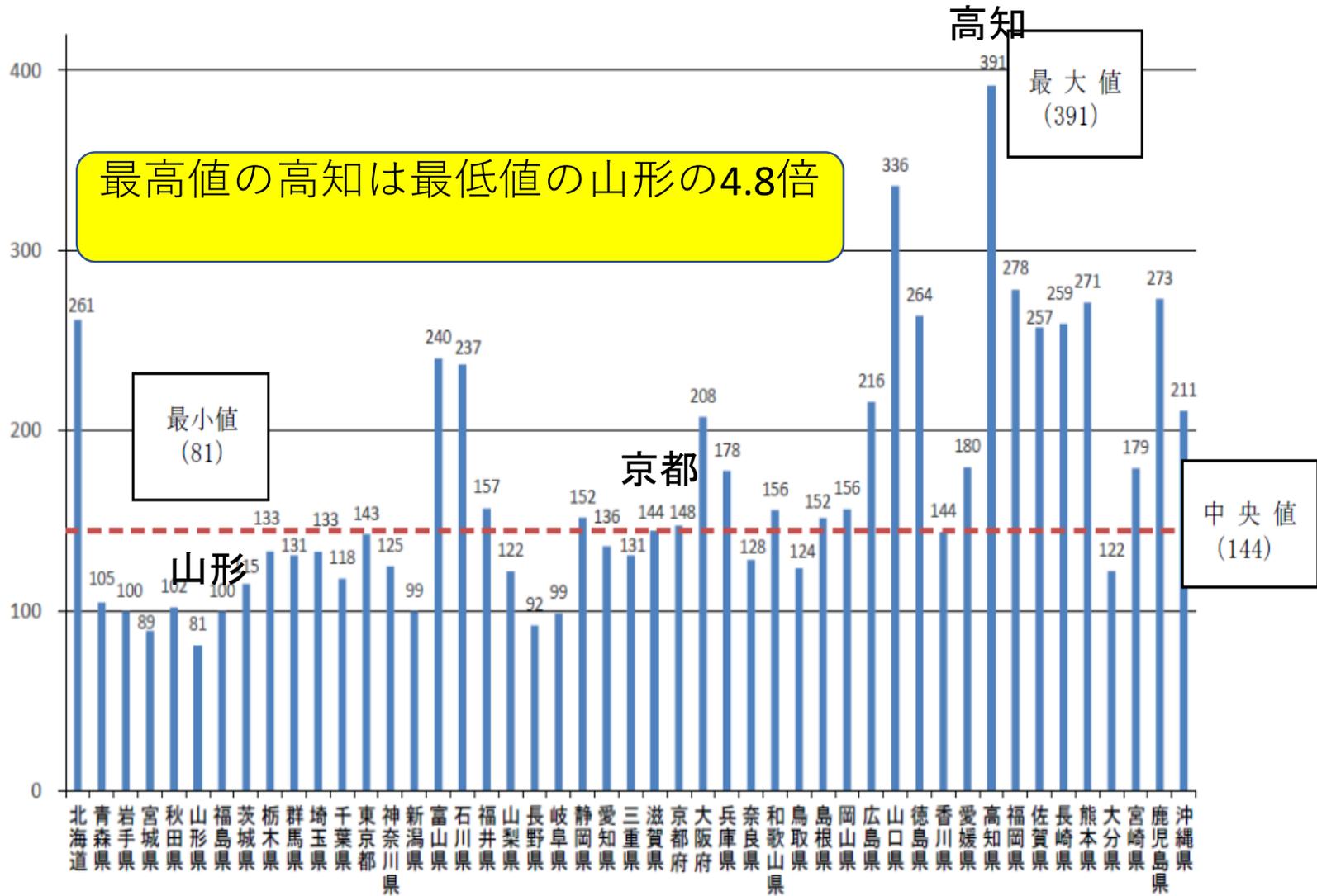
構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※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」

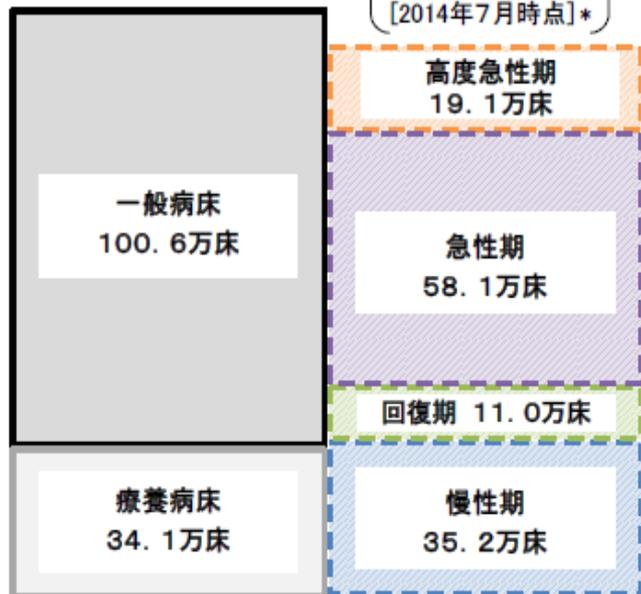
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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]*

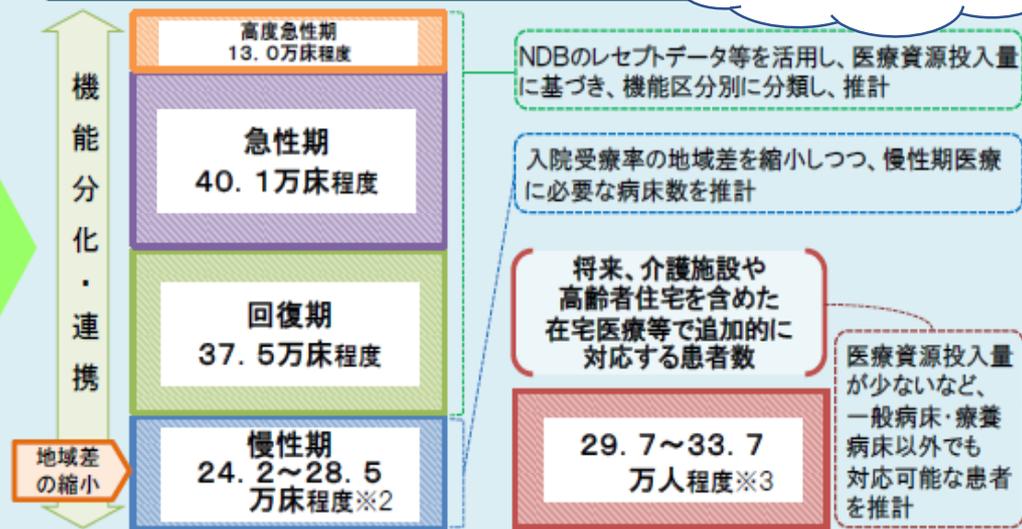


【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

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

15万床削減

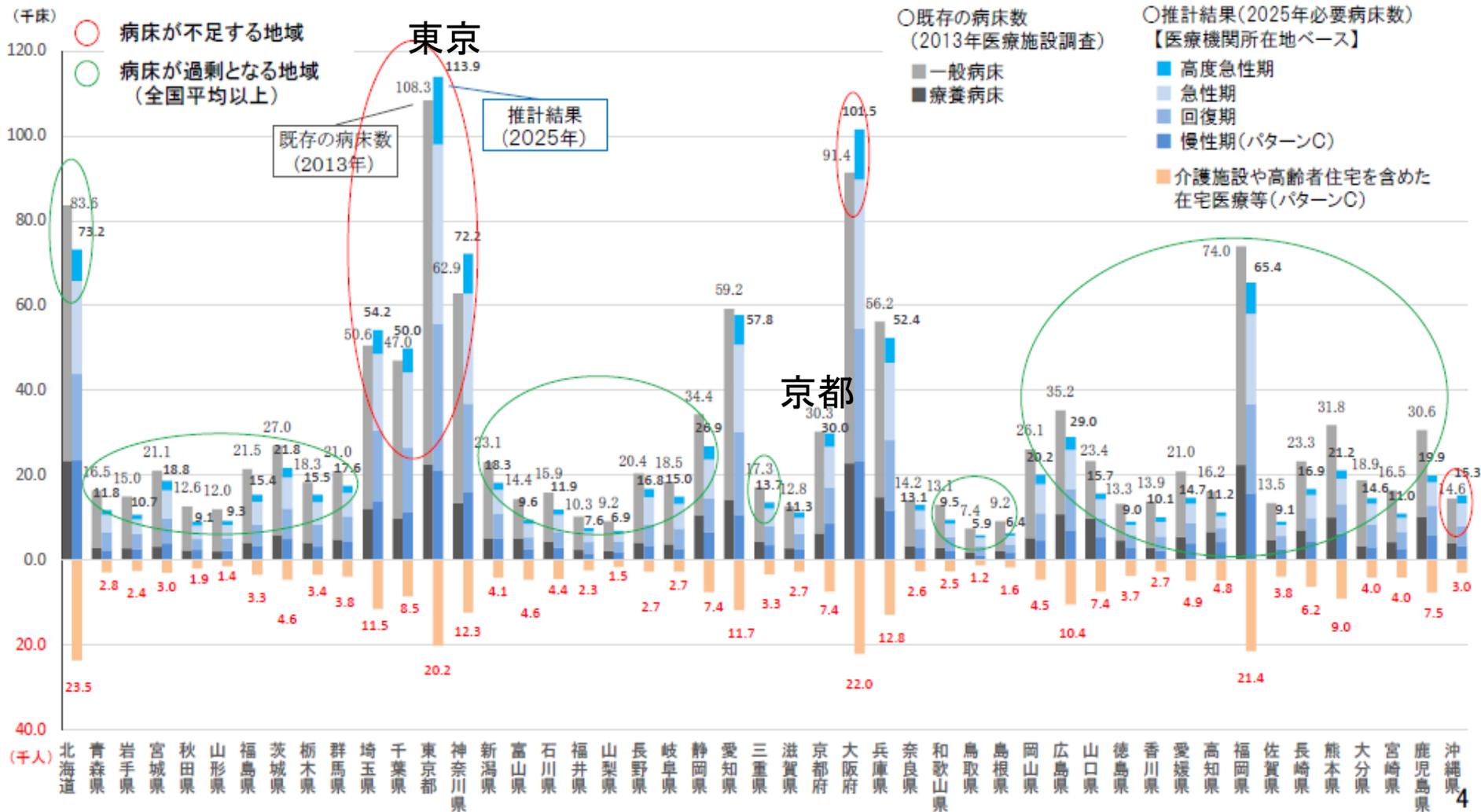


* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※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

京都府地域医療構想

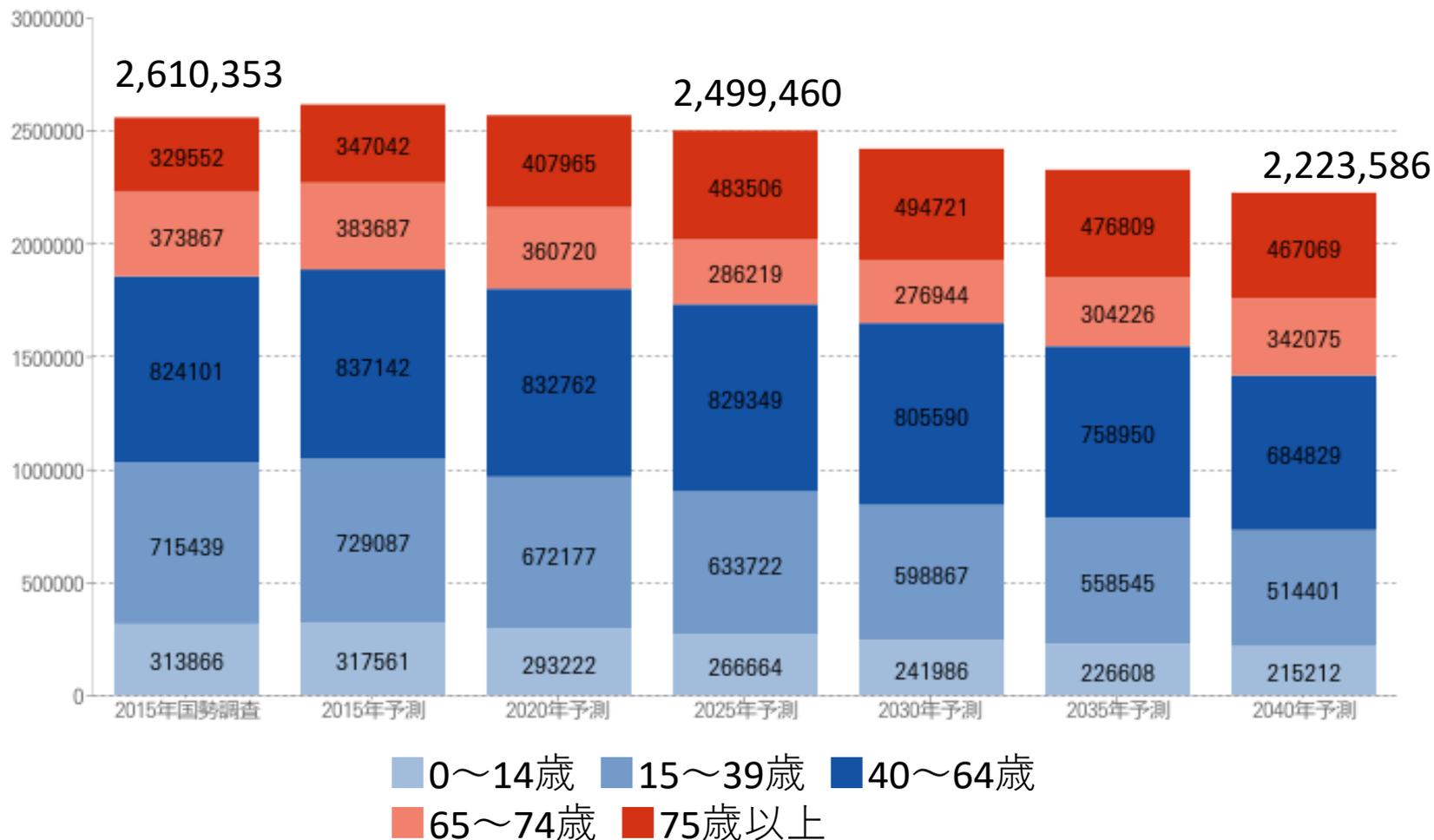


京都府の二次医療圏

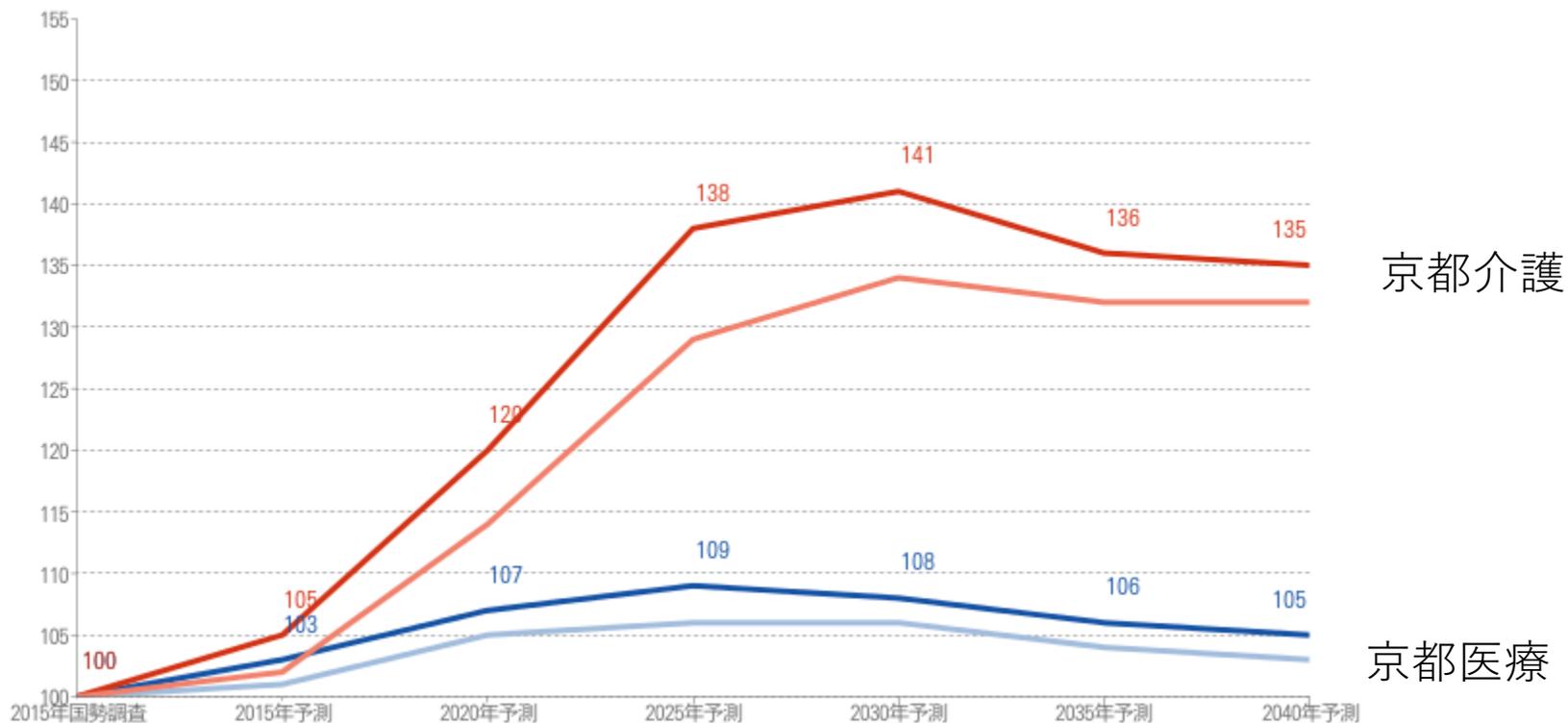


2017年5月1日現在

京都府人口推移



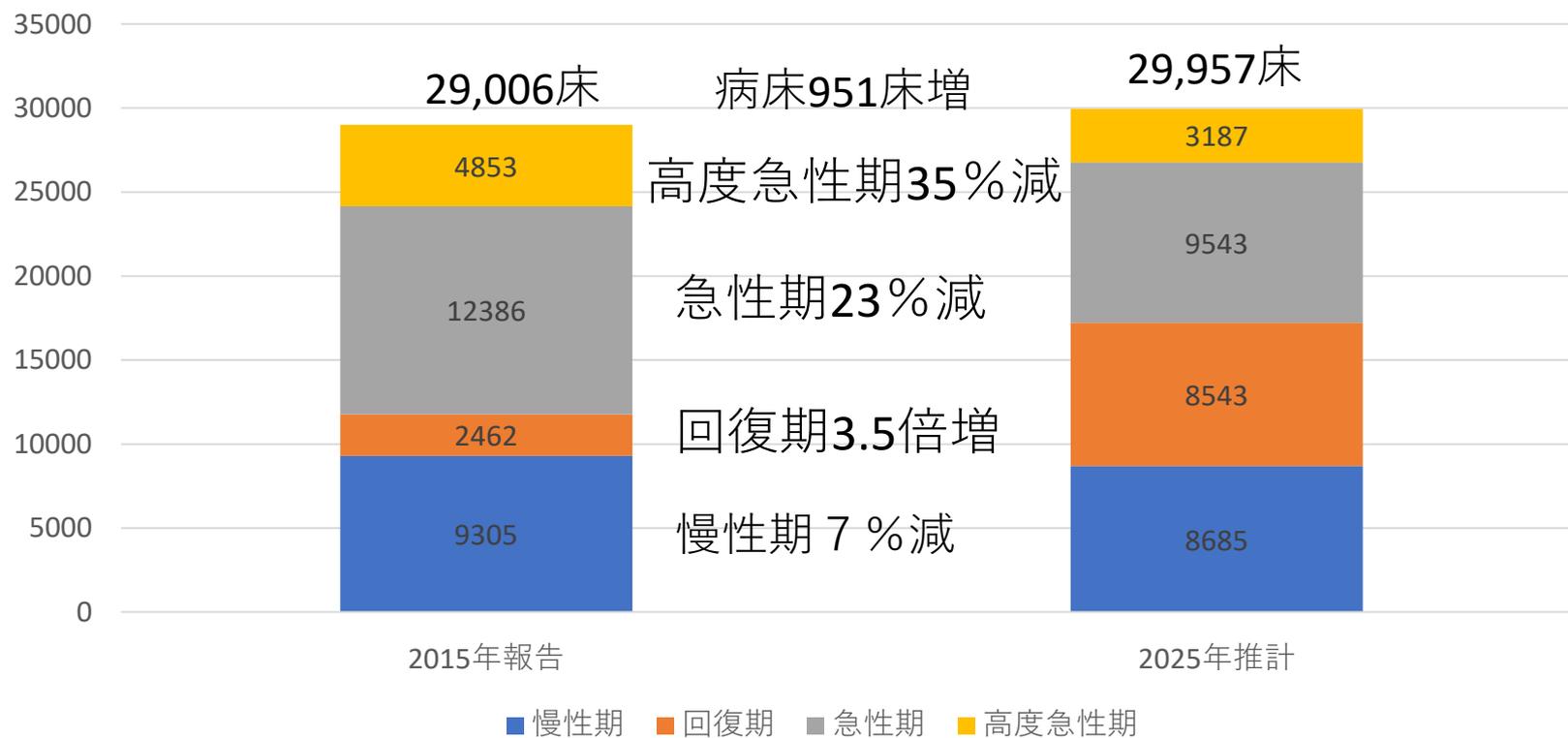
京都府医療介護需要予測指数



- 医療：京都府
- 医療：全国平均
- 介護：京都府
- 介護：全国平均

京都府地域医療構想

グラフタイトル



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



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

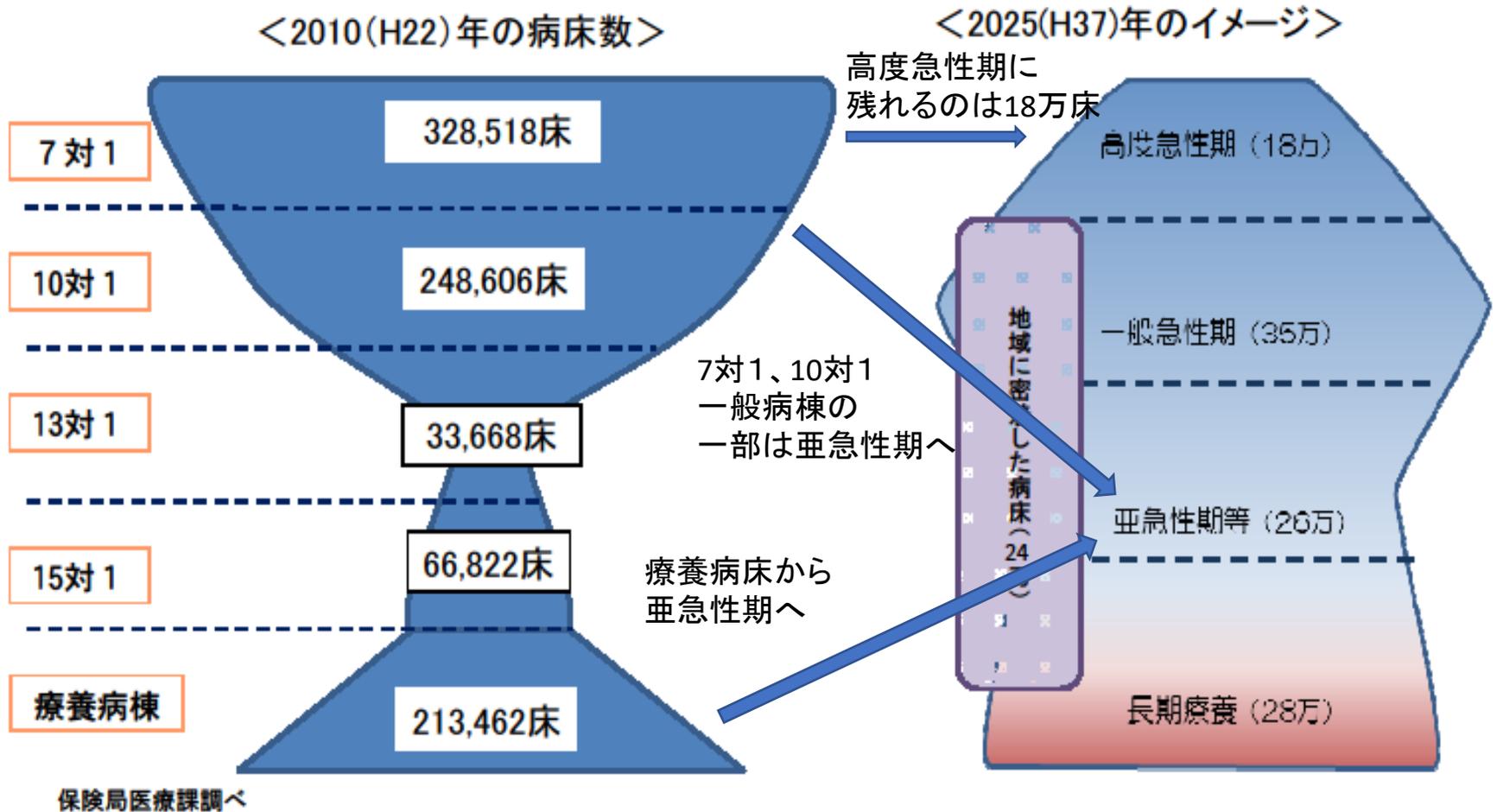
薬価算定組織

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～



- 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

現在の7対1入院基本料における評価指標

評価指標	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	施設基準
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

(1) 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)

2014年改定

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？

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 2016年改定

○ 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

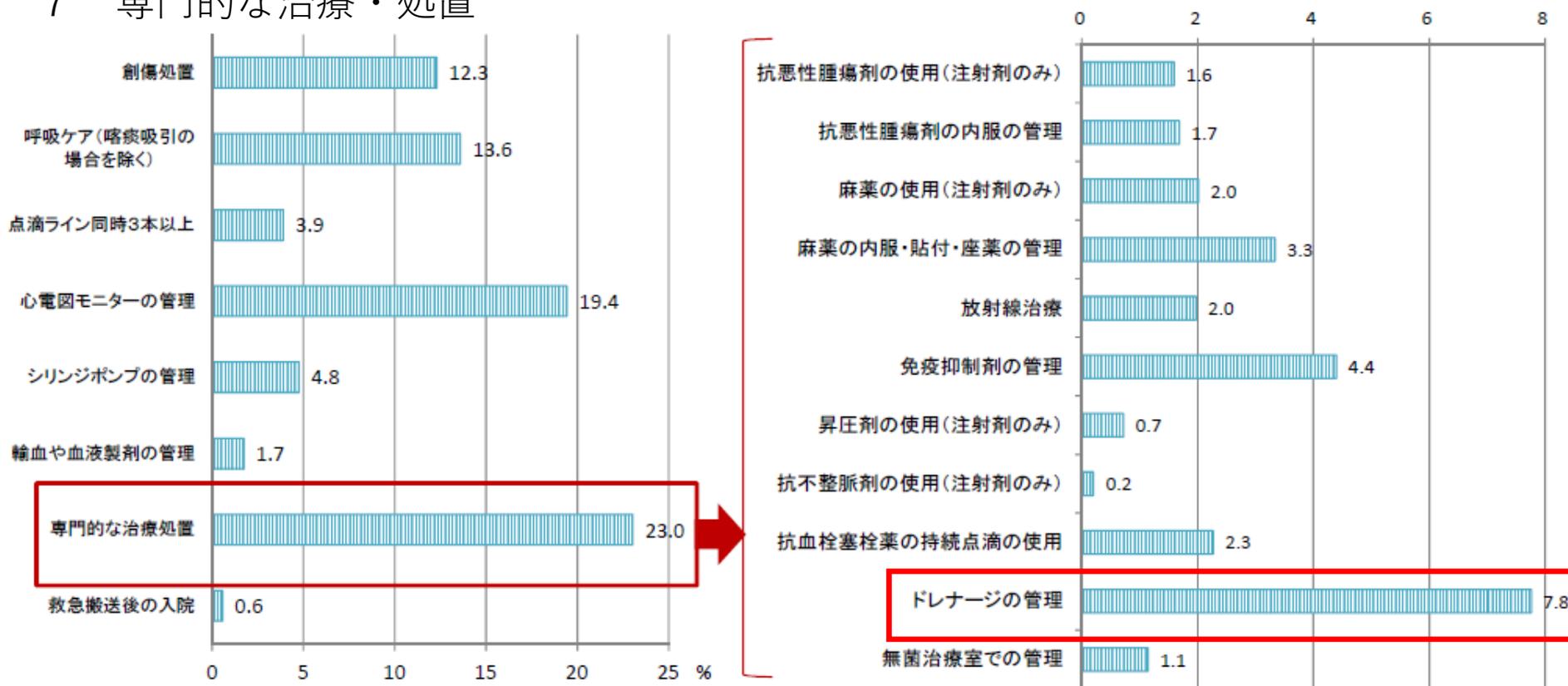
C 1得点が1点以上の患者

重症度、医療・看護必要度の評価項目毎の該当患者割合①(A項目)

- 重症度、医療・看護必要度A項目の項目別の該当患者割合をみると、「専門的な治療・処置」の該当患者割合が最も多い。
- 「専門的な治療・処置」をさらに詳細にみると、「ドレナージの管理」の患者割合が最も多い。

＜重症度、医療・看護必要度の項目別該当患者割合(A項目)＞
(7対1一般病棟) (n=92,364) %

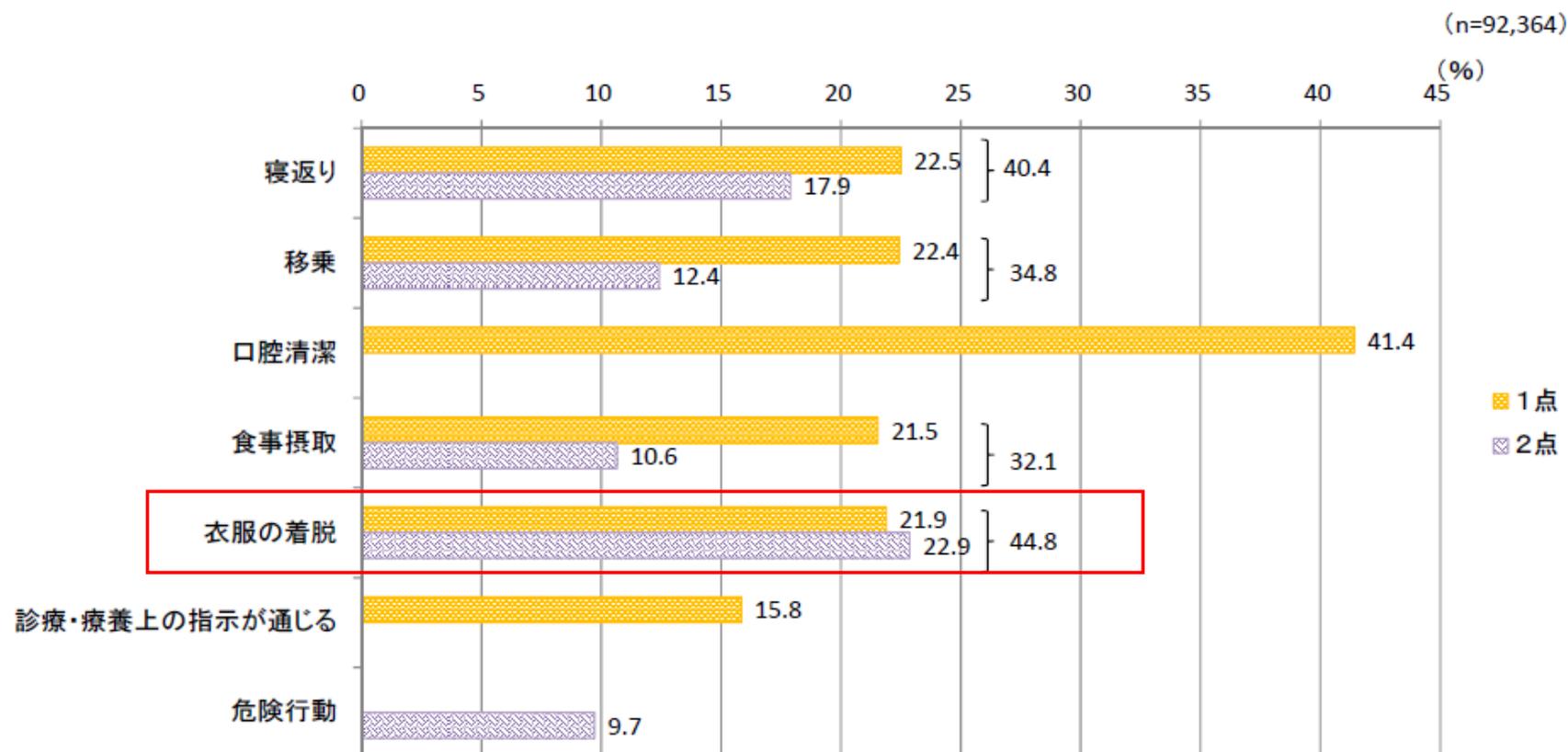
7 専門的な治療・処置



重症度、医療・看護必要度の評価項目毎の該当患者割合②(B項目)

○ 重症度、医療・看護必要度B項目の項目別の該当患者割合をみると、「衣類の着脱」の該当患者割合が最も多い。

<重症度、医療・看護必要度の項目別該当患者割合(B項目)>



重症度、医療・看護必要度の評価項目毎の該当患者割合③(C項目)

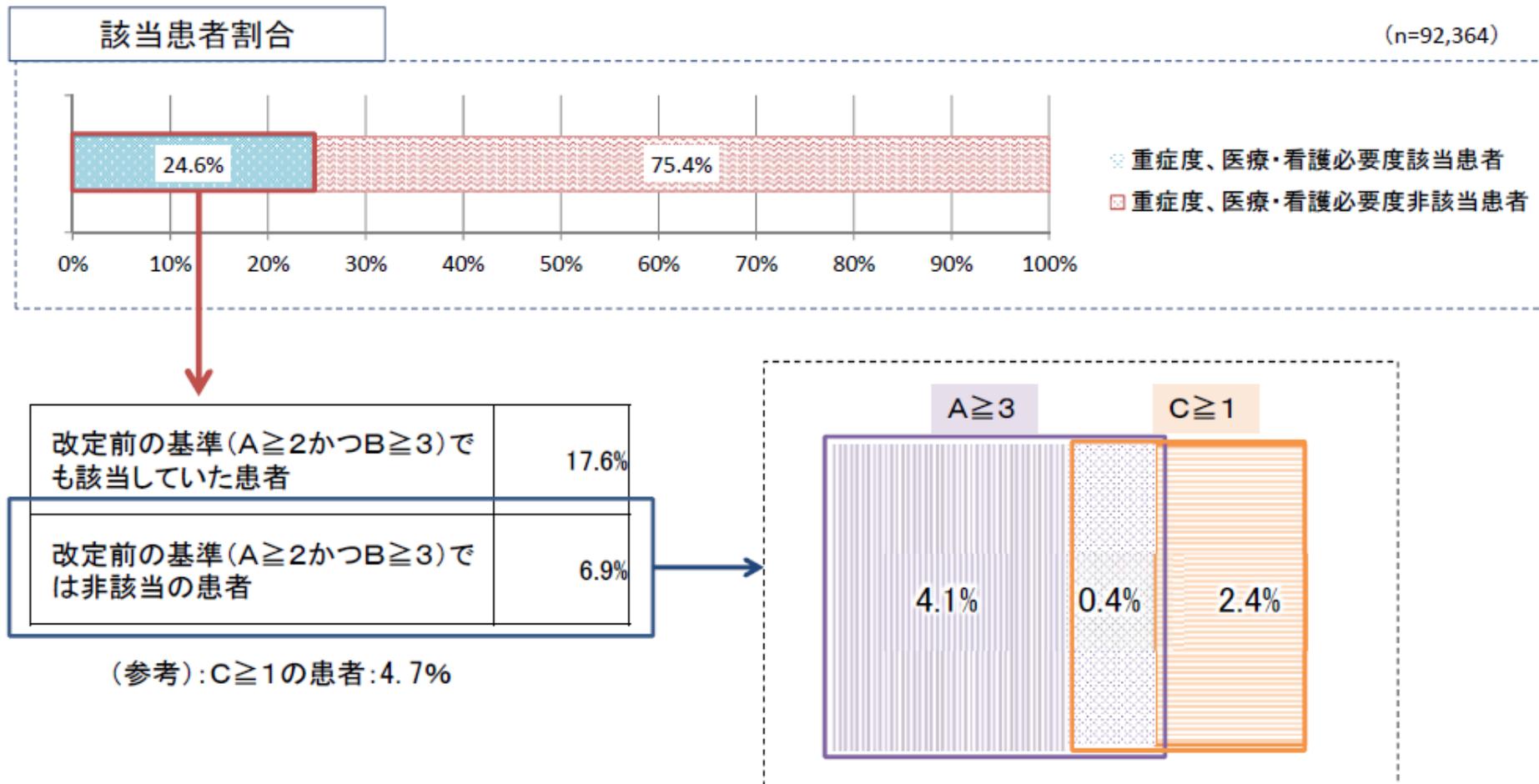
- 重症度、医療・看護必要度C項目の項目別の該当患者割合をみると、「骨の手術」の該当患者割合が最も多い。

<重症度、医療・看護必要度の項目別該当患者割合(C項目)>



重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準の見直しの影響

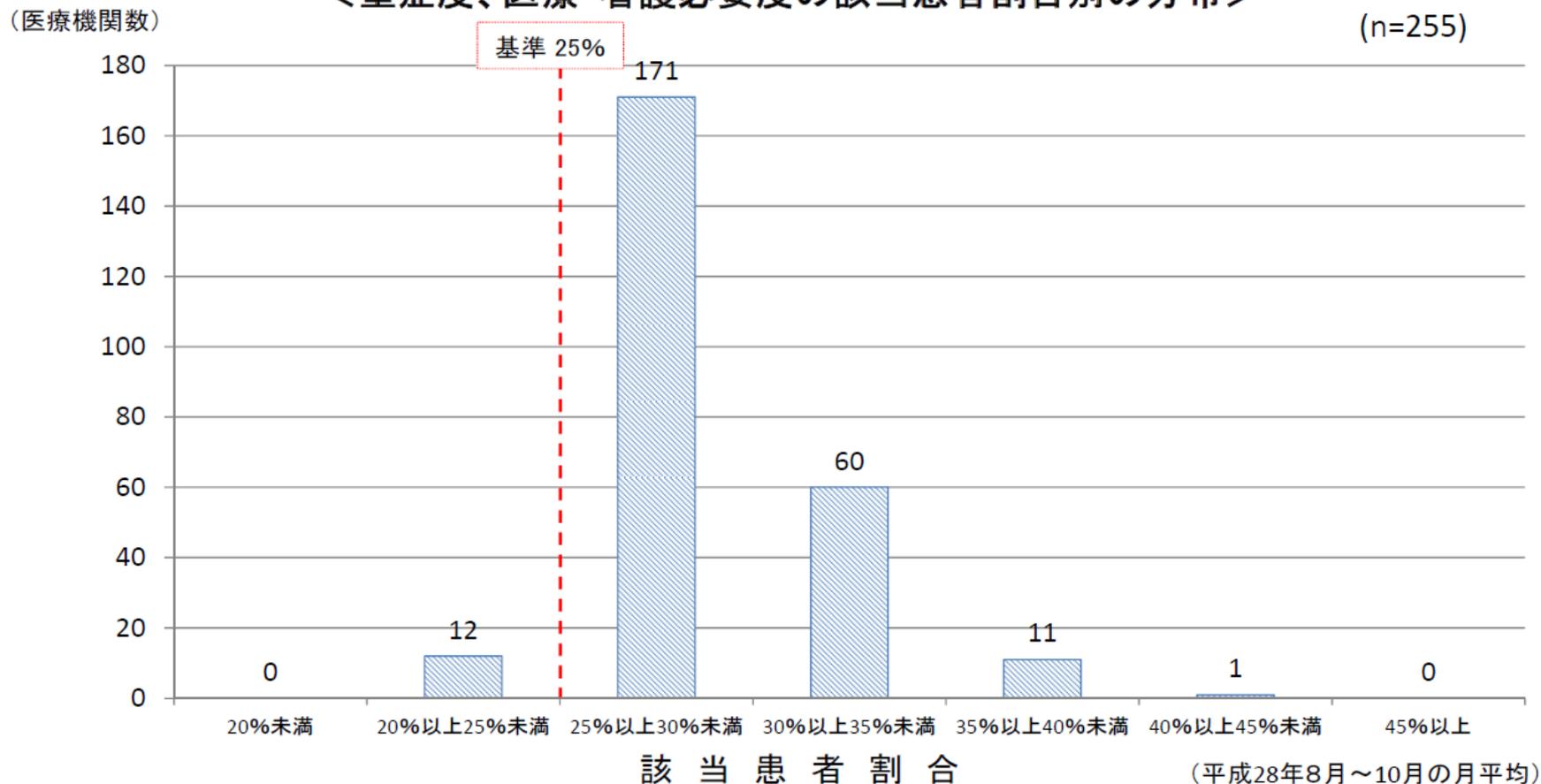
- 重症度、医療・看護必要度の該当患者24.6%のうち、改定前の基準では非該当であった患者は、6.9%であった。また、C項目に該当した患者は、4.7%であった。



一般病棟（7対1）の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布

○ 一般病棟（7対1）の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が25%～30%の医療機関が全体の約7割を占めるが、該当患者割合が30%を超える医療機関も、全体の3割弱存在する。

<重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布>

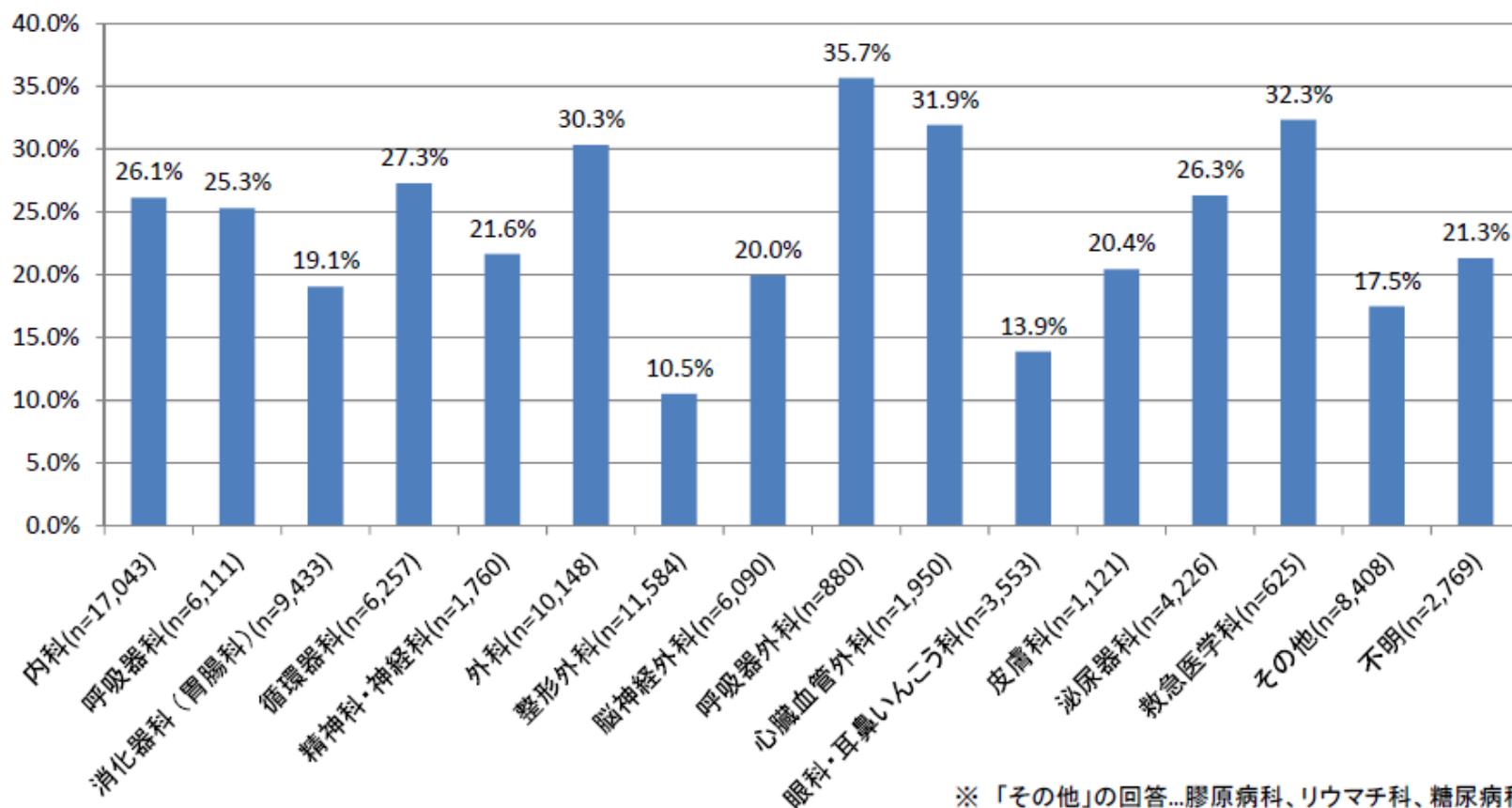


重症度、医療・看護必要度の診療科別の該当患者割合

○ 重症度、医療・看護必要度の診療科別の該当患者割合は、「呼吸器外科」が35.7%と高く、次いで「救急医学科」、「心臓血管外科」であり、外科系が比較的高い割合である。

<診療科別の該当患者割合>

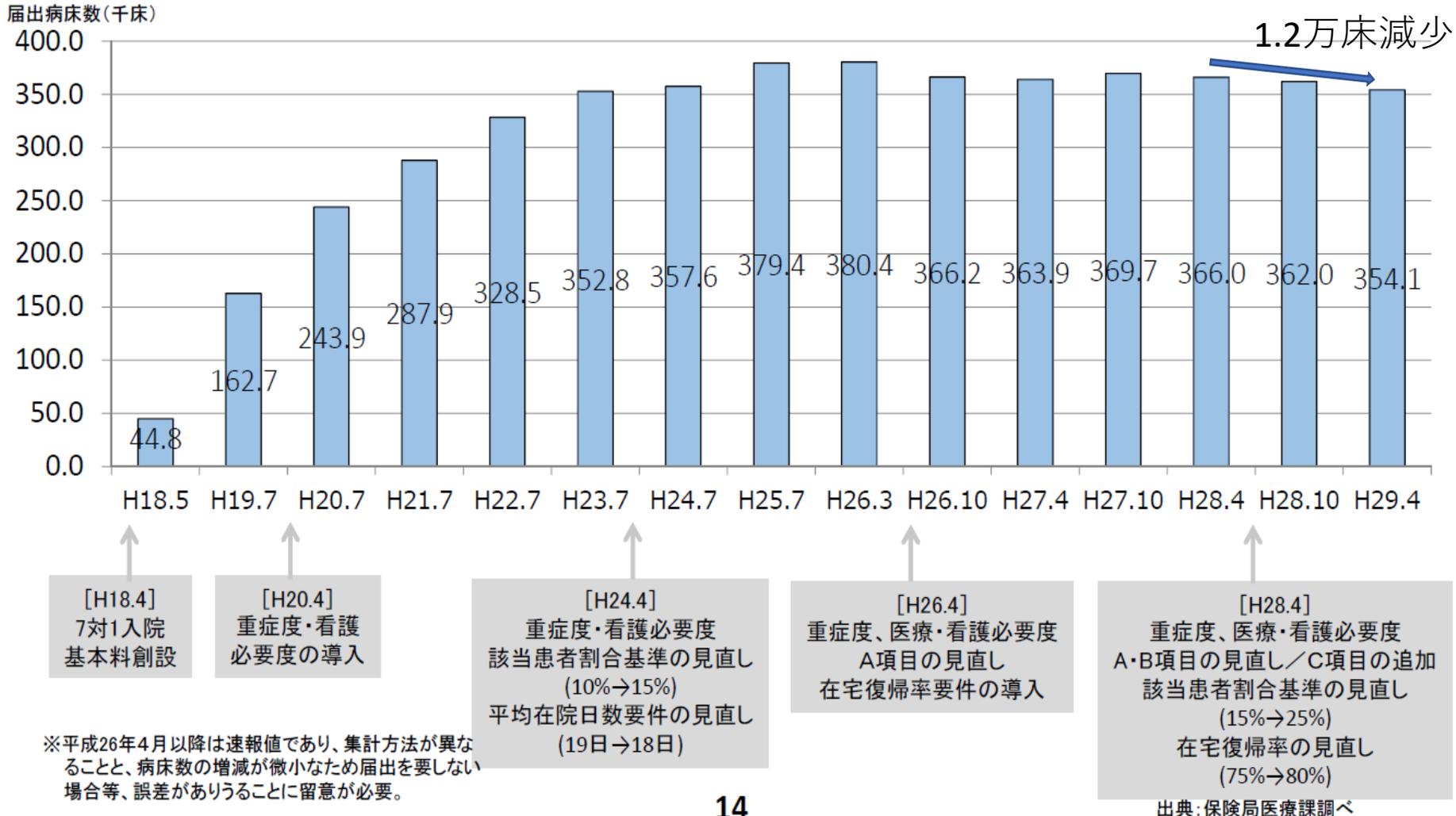
(n=92,364)



※ 「その他」の回答...膠原病科、リウマチ科、糖尿病科、内分泌内科、麻酔科、緩和ケア科等

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。

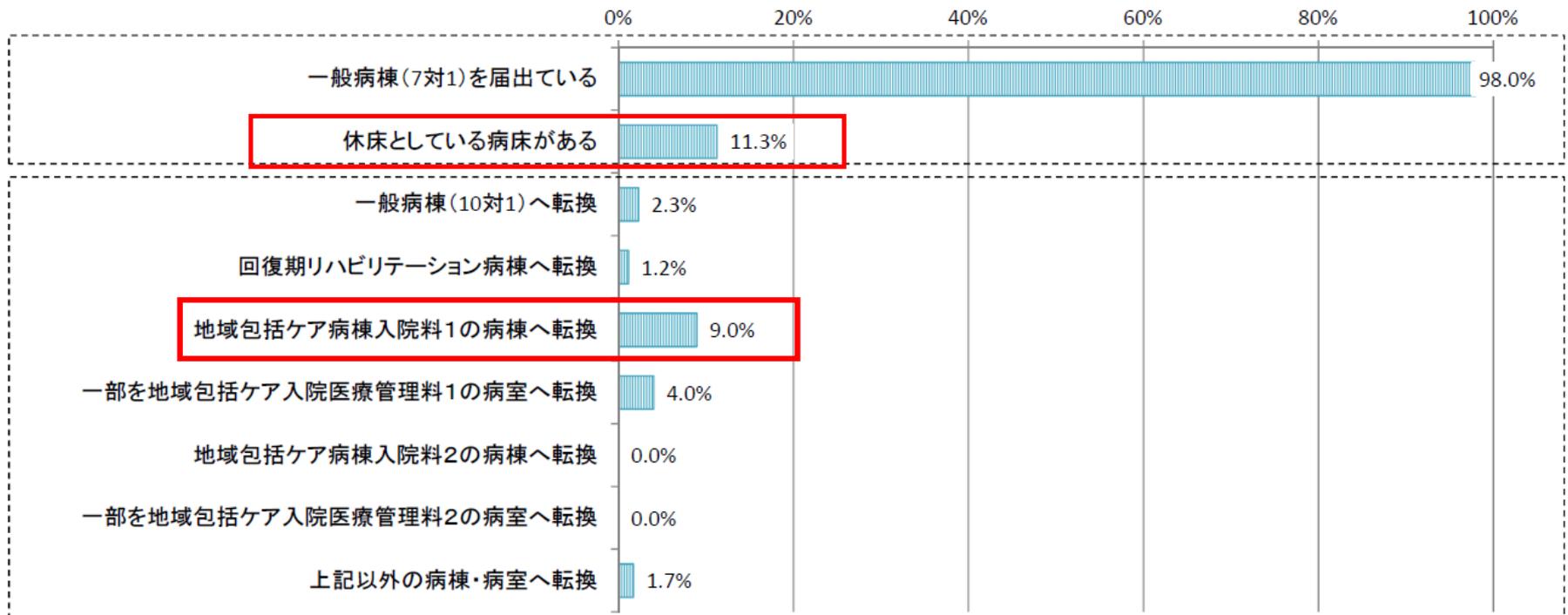


改定後の一般病棟（7対1）の届出状況

- 改定前に一般病棟（7対1）を届出していた施設で、平成28年11月1日時点で一般病棟（7対1）を届け出ている施設は、98.0%であった。
- また、7対1病棟以外の病棟として届け出たものの中では、地域包括ケア病棟入院料1を届け出ている医療機関が最も多かった。

＜改定前に一般病棟（7対1）を届出していた施設の平成28年11月1日時点での当該病棟の状況＞

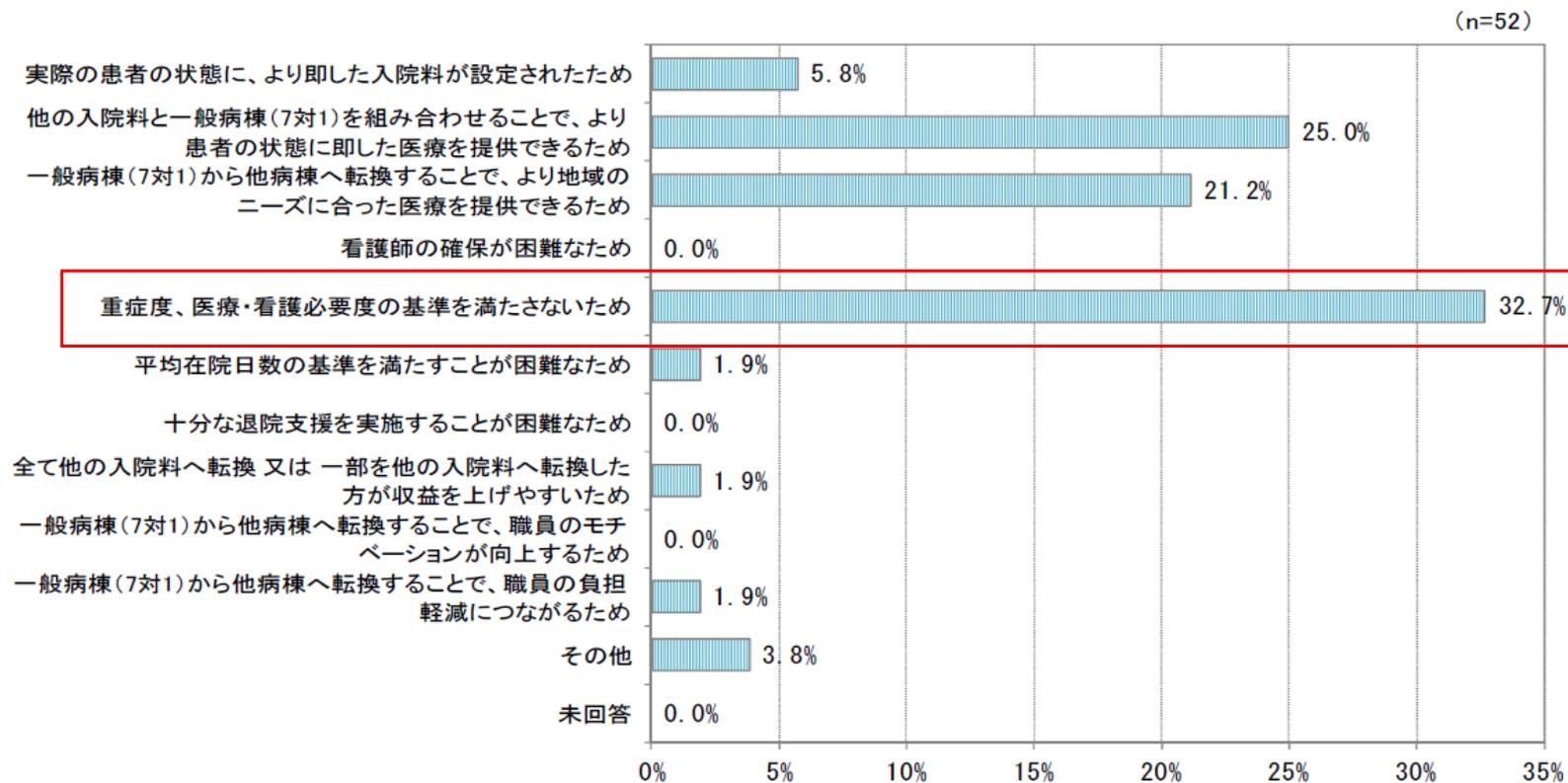
(n=346)



一般病棟（7対1）から転換した理由

- 一般病棟（7対1）から転換した医療機関に、その理由を聞くと、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たさないため」が最も多く、次いで「他の入院料と一般病棟（7対1）を組み合わせることで、より患者の状態に即した医療が提供できるため」が多かった。

<一般病棟（7対1）から転換した理由（最も該当するもの）>

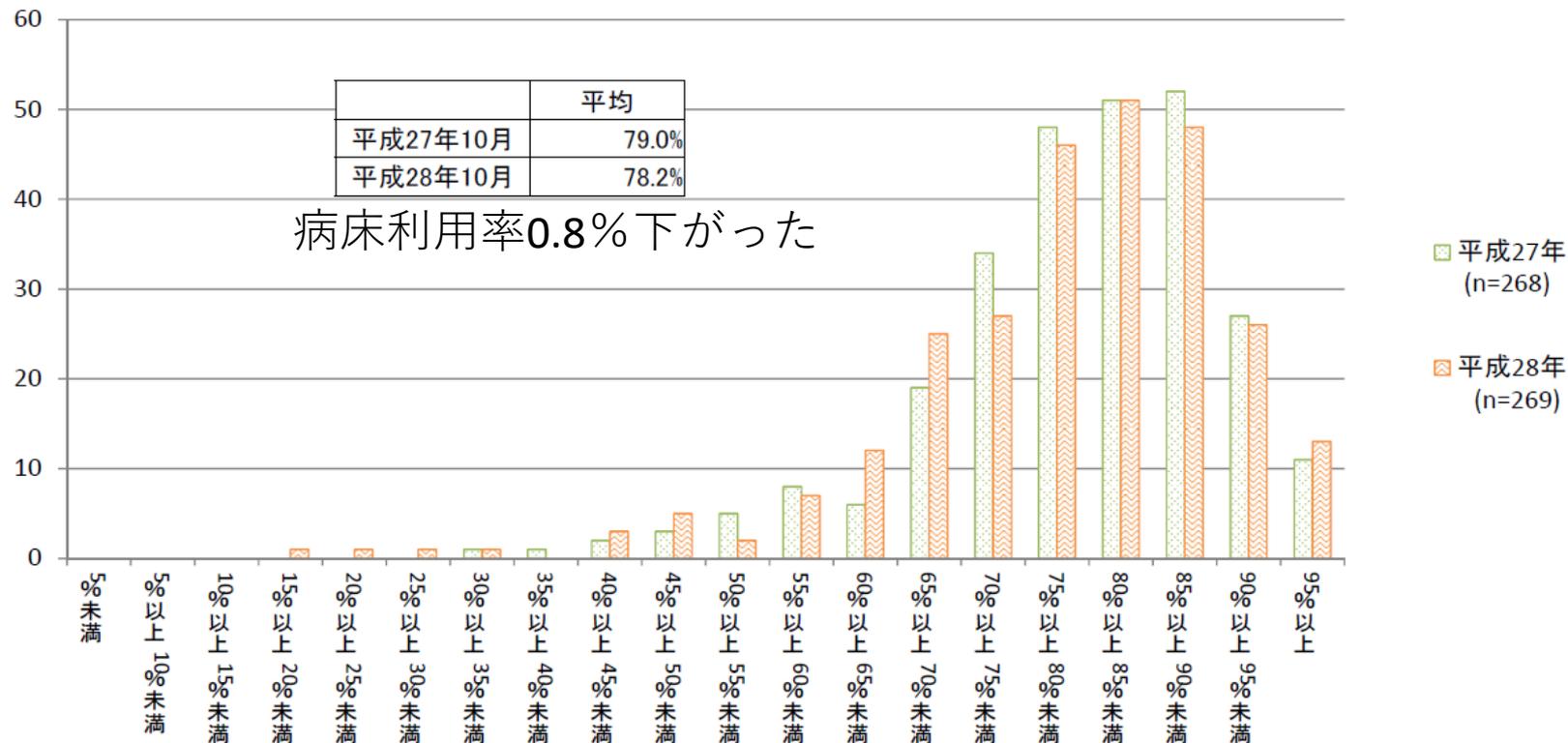


一般病棟（7対1）における病床利用率の状況

- 一般病棟（7対1）における病床利用率をみると、平成28年10月の平均は平成27年10月の平均と比較して0.8ポイント低い。
- 平成28年10月の医療機関ごとの分布をみると、80～85%の医療機関が最も多い。

（医療機関数）

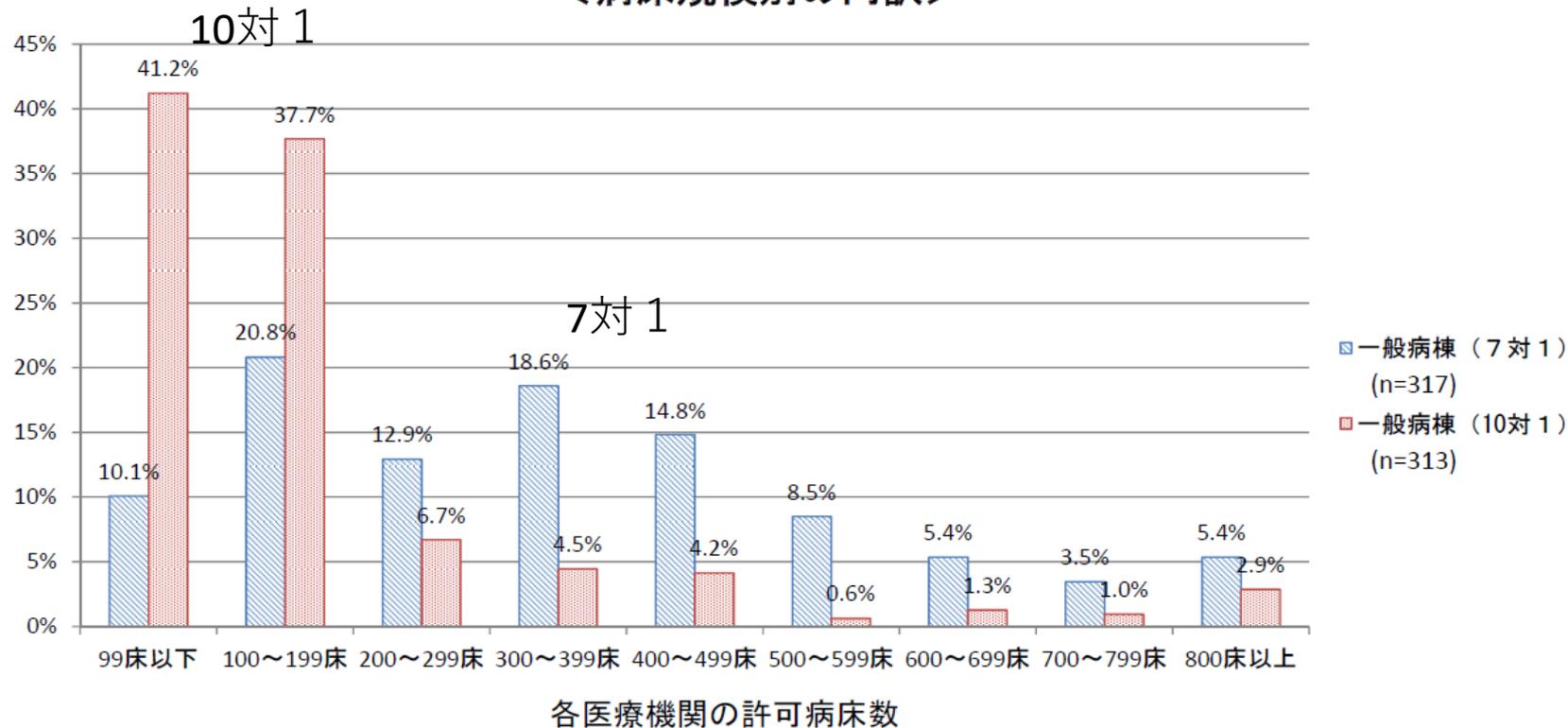
＜病床利用率別の分布＞



回答施設の状況②（一般病棟7対1・10対1入院基本料）

- 回答施設の病床規模をみると、一般病棟（7対1）を有していると回答した医療機関の許可病床数は、100床～199床の医療機関が最も多く、次いで300～399床の医療機関が多い。
- 一般病棟（10対1）では、99床以下の医療機関と100～199床の医療機関で全体の8割弱を占める。

<病床規模別の内訳>



(2) 平均在院日数

平均在院日数の要件の変遷

【平均在院日数要件】

入院から退院までの一連の治療のプロセスにおける、医療機関の早期退院の取り組み・能力を評価

	7対1入院基本料	10対1入院基本料
平成12年度～	25日以内	
平成14年度～	21日以内	
平成18年度～	19日以内	21日以内
平成24年度～	18日以内	

※ 平成18年以前は、一般病棟入院基本料のI群入院基本料1の施設基準

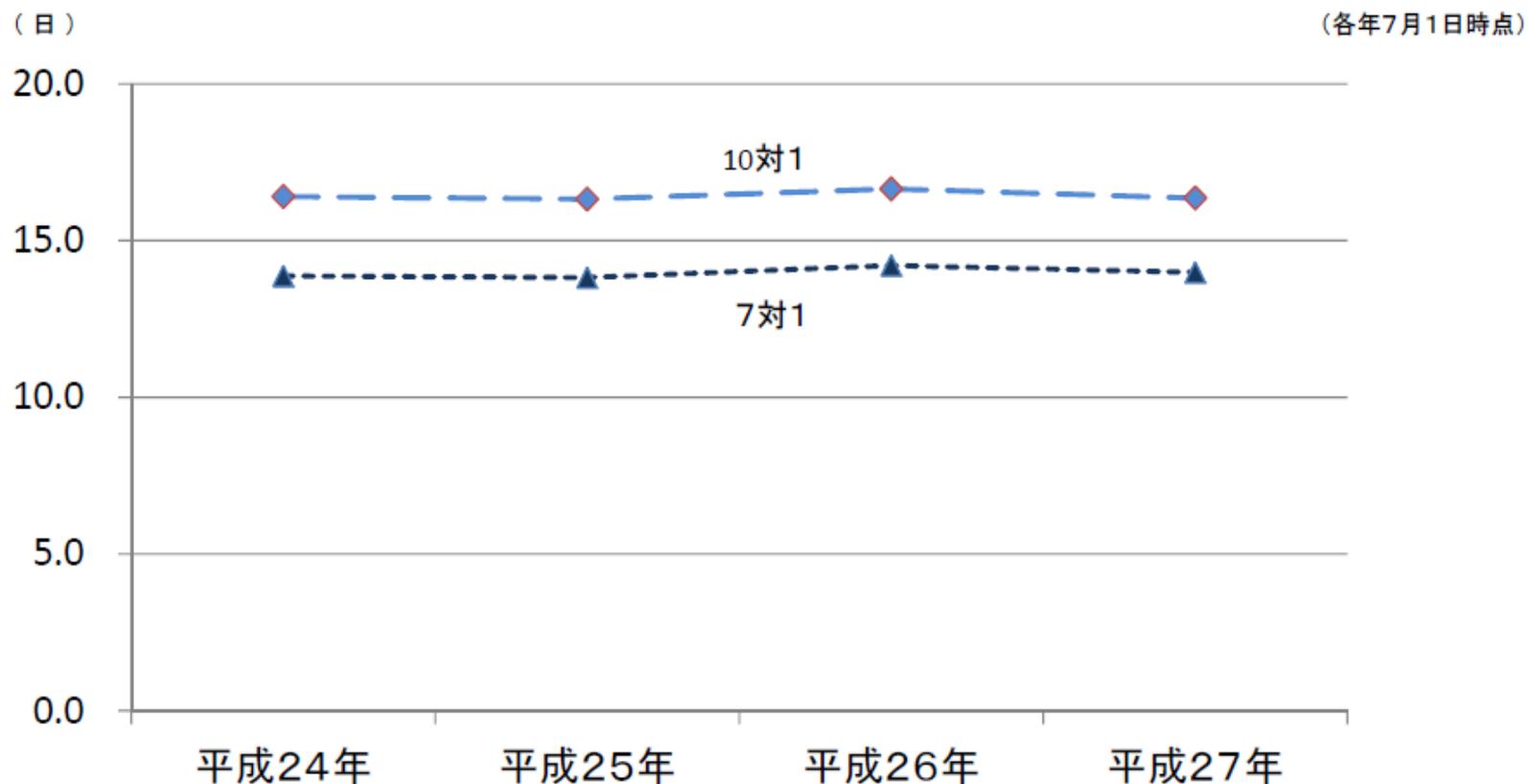
(参考)平成28年度入院医療等の調査結果



出典：平成28年度入院医療等の調査(施設票)

一般病棟入院基本料区分別 平均在院日数の推移

○ 平均在院日数は、10対1に比べ、7対1が短い。また、近年の推移はほぼ横ばい。



※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

(3) 在宅復歸率

在宅復帰率要件の変遷

【在宅復帰率要件】

医療機関における、在宅復帰に向けた取り組みや連携を評価

【平成26年度診療報酬改定】

- 7対1入院基本料において、自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について、「75%以上」の施設基準を新設。

[計算式]

直近6月間に「自宅、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(後述)の届出病棟に限る)、居住系介護施設等、介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)」に退院した患者(転棟患者を除く)

直近6月間に7対1入院基本料を算定する病棟から退院した患者(死亡退院・転棟患者・再入院患者を除く)

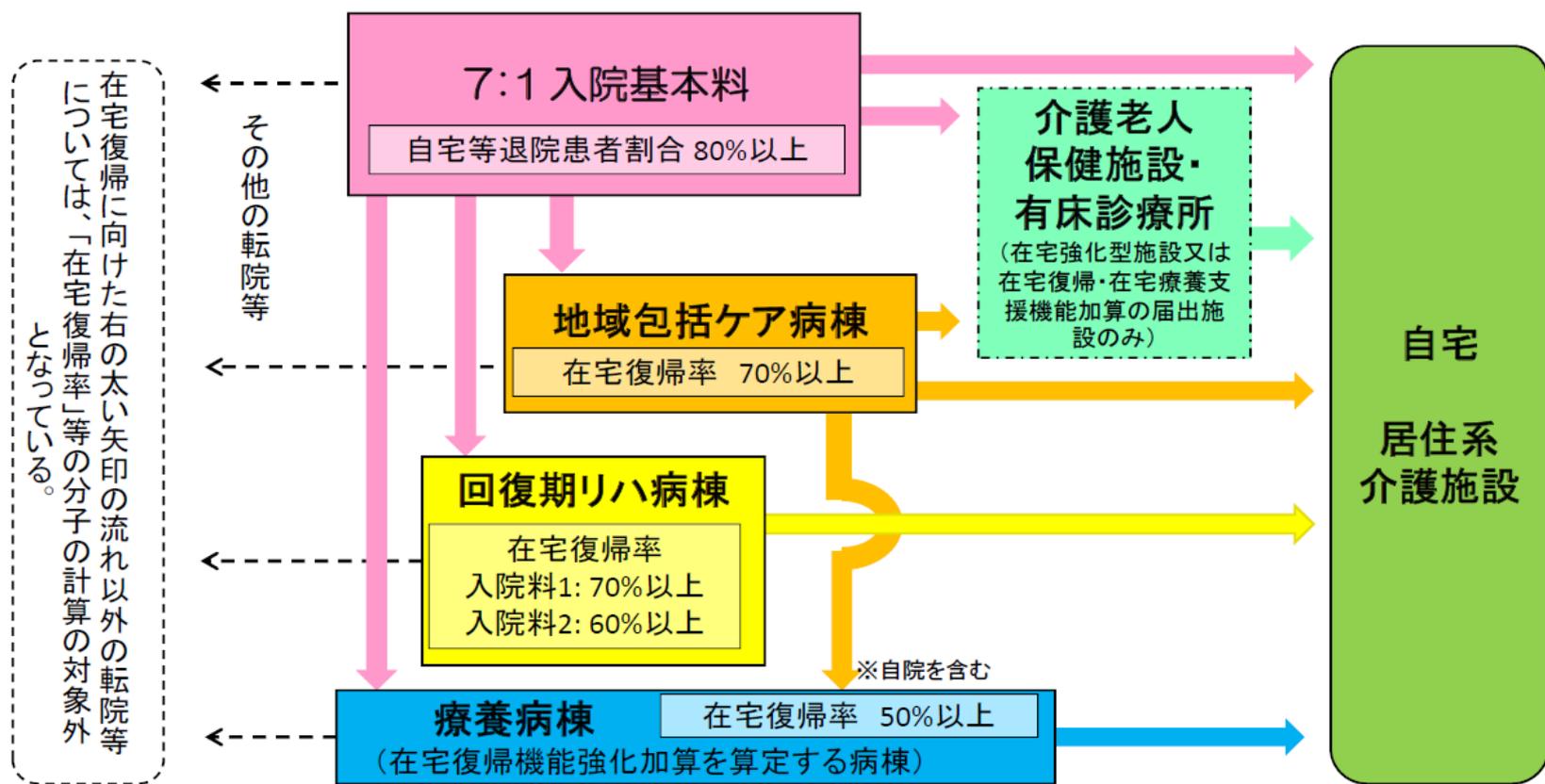
【平成28年度診療報酬改定】

- 施設基準の自宅等に退院する者の割合を、80%以上に引上げ。
- 評価の対象となる退院先に、「有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。)」を追加。

「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

- 7対1入院基本料における「自宅等退院患者割合」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしている。
- これにより、各地域における、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促している。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印で示す。

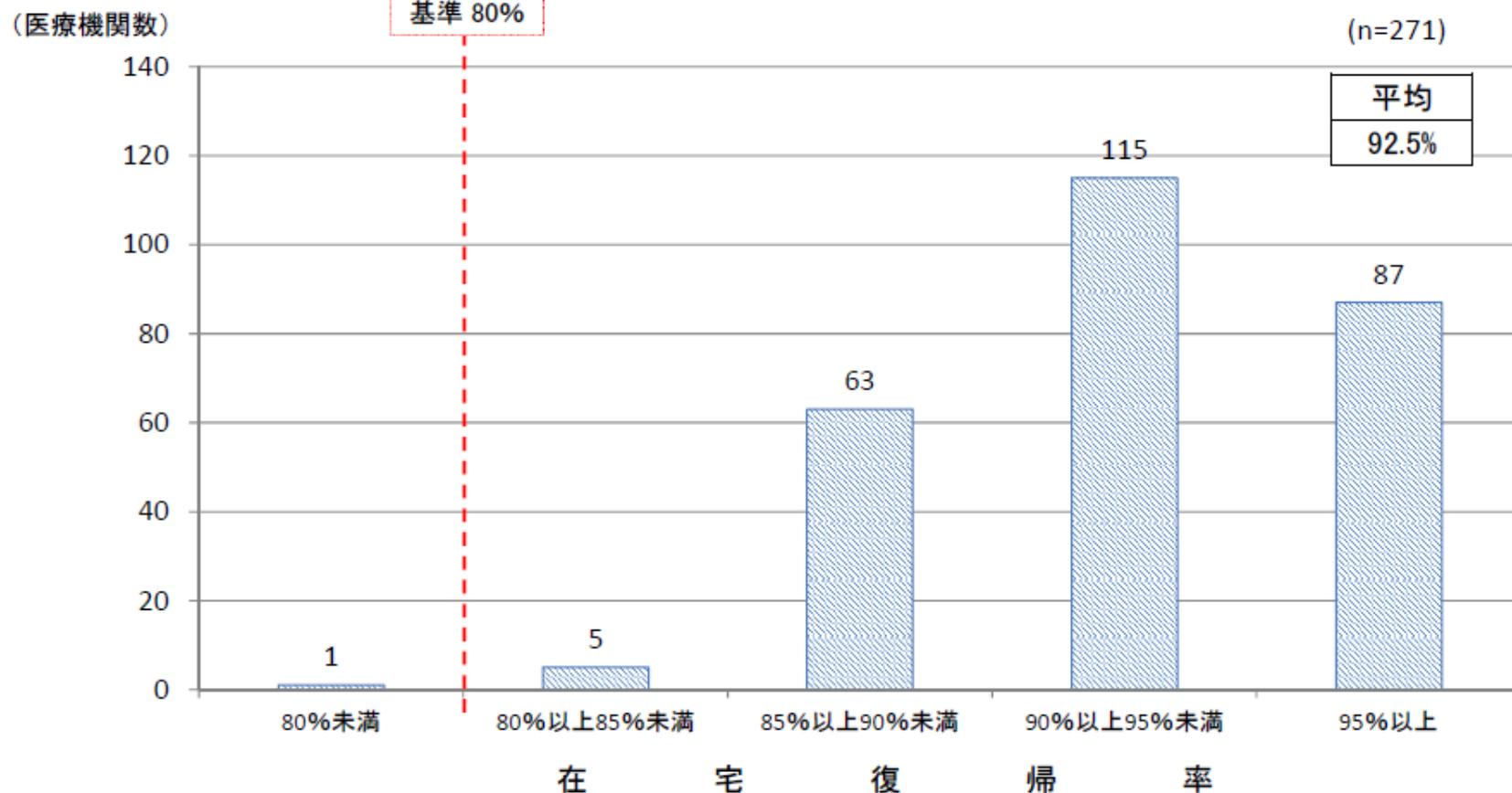


一般病棟（7対1）における在宅復帰率の状況

診調組 入-1
29.6.7

- 一般病棟（7対1）の在宅復帰率の分布をみると、在宅復帰率が90%を超える医療機関が全体のおよそ7割5分を占めた。

<在宅復帰率の医療機関分布>



一般病棟（7対1）における患者の流れ

- 一般病棟（7対1）入棟患者の入棟元をみると、自宅からの患者が約75%を占める。
- 一般病棟（7対1）入棟患者の退棟先をみると、自宅への退棟が約70%で、そのうち在宅医療提供のない患者が大部分を占める。

【入棟元】 (n=12,748)

自宅		74.8%
自院	7対1、10対1病床	6.6%
	地域包括ケア・回りハ病床	0.2%
	療養病床	0.3%
他院	7対1、10対1病床	3.2%
	地域包括ケア・回りハ病床	0.4%
	療養病床	0.6%
介護療養型医療施設		0.1%
介護老人保健施設		1.4%
介護老人福祉施設（特養）		2.1%
居住系介護施設		2.0%
障害者支援施設		0.2%
その他		6.5%
不明		1.7%

一般病棟
7対1
病棟

【退棟先】 (n=5,570)

自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	5.0%
		在宅医療の提供なし	63.9%
自院	介護老人福祉施設（特養）		1.2%
	居住系介護施設（グループホーム等）		1.7%
	障害者支援施設		0.1%
	一般病床		3.9%
他院	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		2.7%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.2%
	その他の病床		1.3%
有床診療所	一般病床		4.1%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		3.1%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.2%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.6%
その他の病床		0.3%	
介護施設	介護療養型医療施設		0.0%
	介護老人保健施設	在宅強化型	0.2%
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり	0.2%
		上記以外	0.6%
死亡退院			3.4%
その他			0.4%
不明			4.4%

出典：平成28年度入院医療等の調査（患者票）

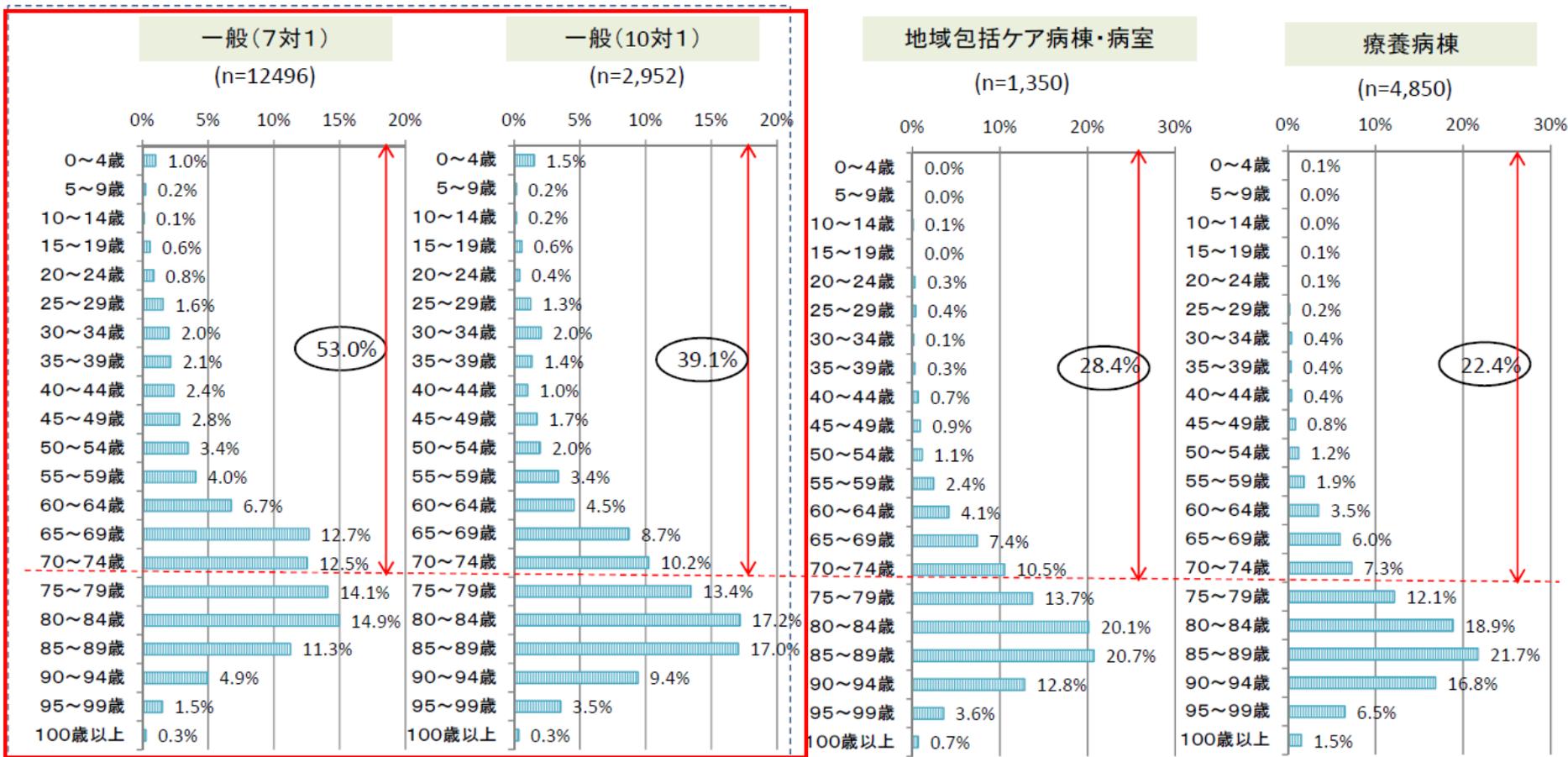
7対1、10対1比較

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

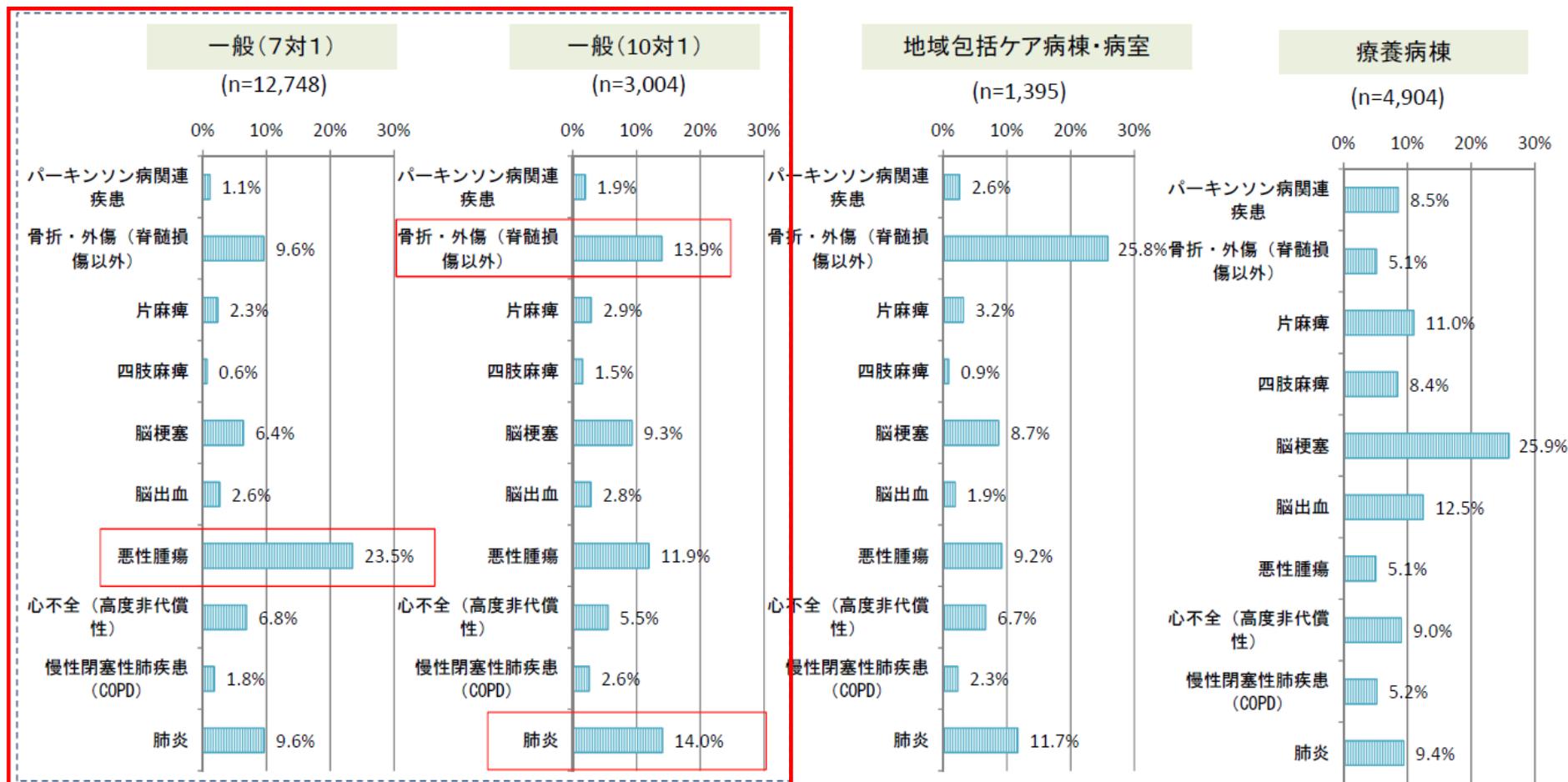
一般病棟（7対1、10対1）入院患者の年齢階級別分布

○ 一般病棟（7対1）の入院患者の年齢分布をみると、他の区分と比較して74歳以下の患者の占める割合が多い。



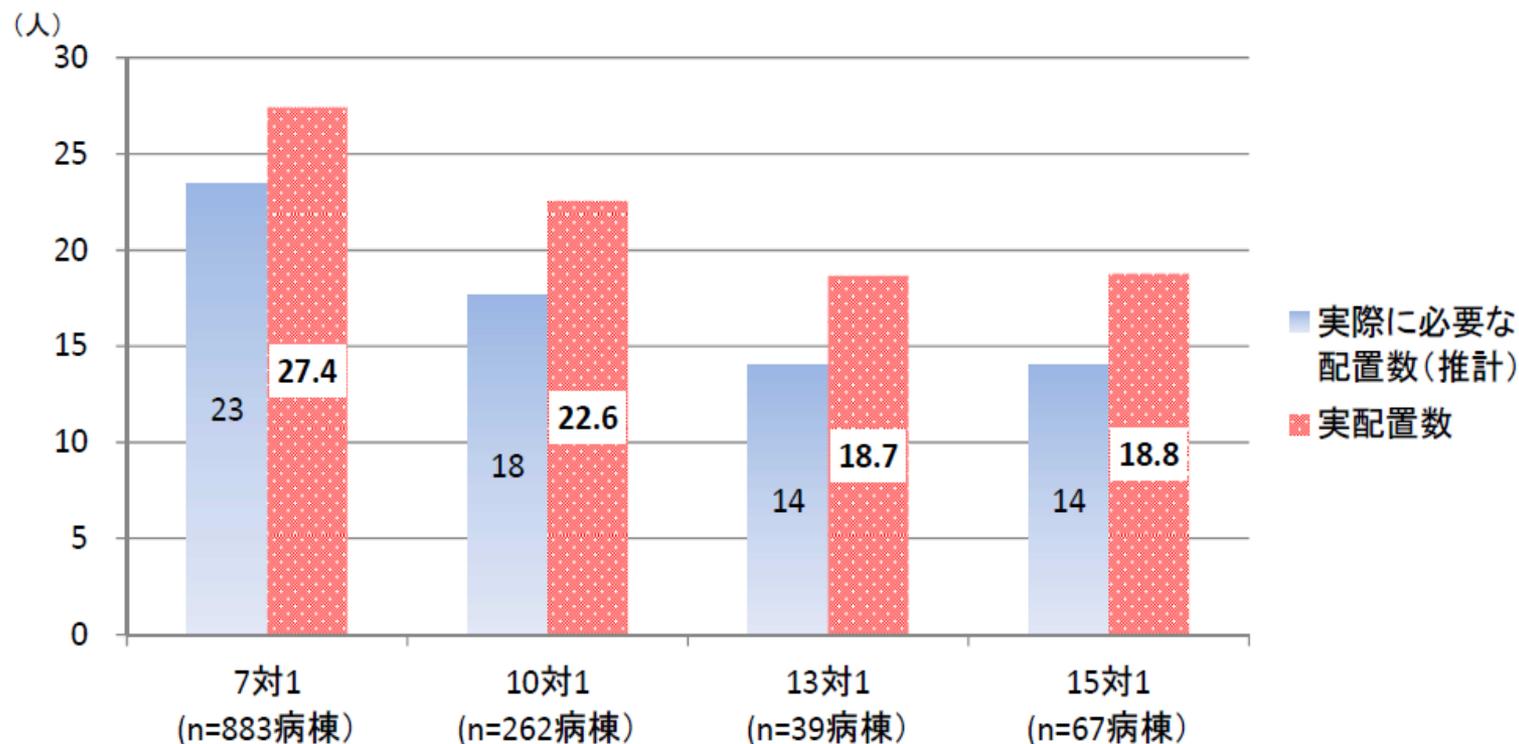
一般病棟（7対1・10対1）入院患者の疾患

- 一般病棟（7対1・10対1）入院患者の疾患をみると、一般病棟（7対1）では、悪性腫瘍の患者が最も多く、一般病棟（10対1）では、肺炎と骨折・外傷の患者の割合が最も多い。



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。



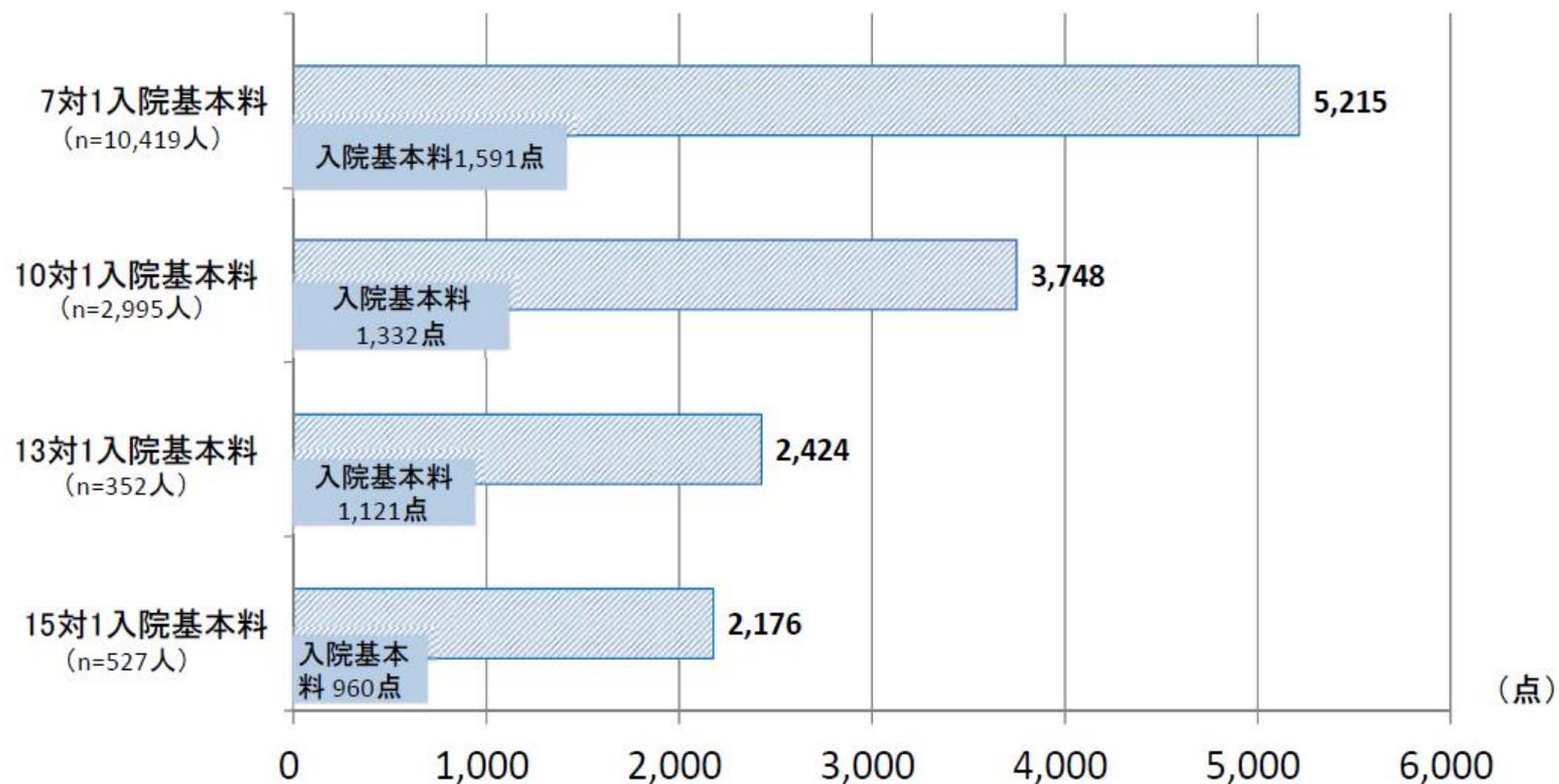
(参考) 必要配置数(基準値) 7対1…14人 10対1…11人 13対1…8人 15対1…7人
 病棟あたりの平均届出病床数(平成26年11月5日時点)に対し利用率を80%と設定して算出した1日に必要な配置数

※ 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

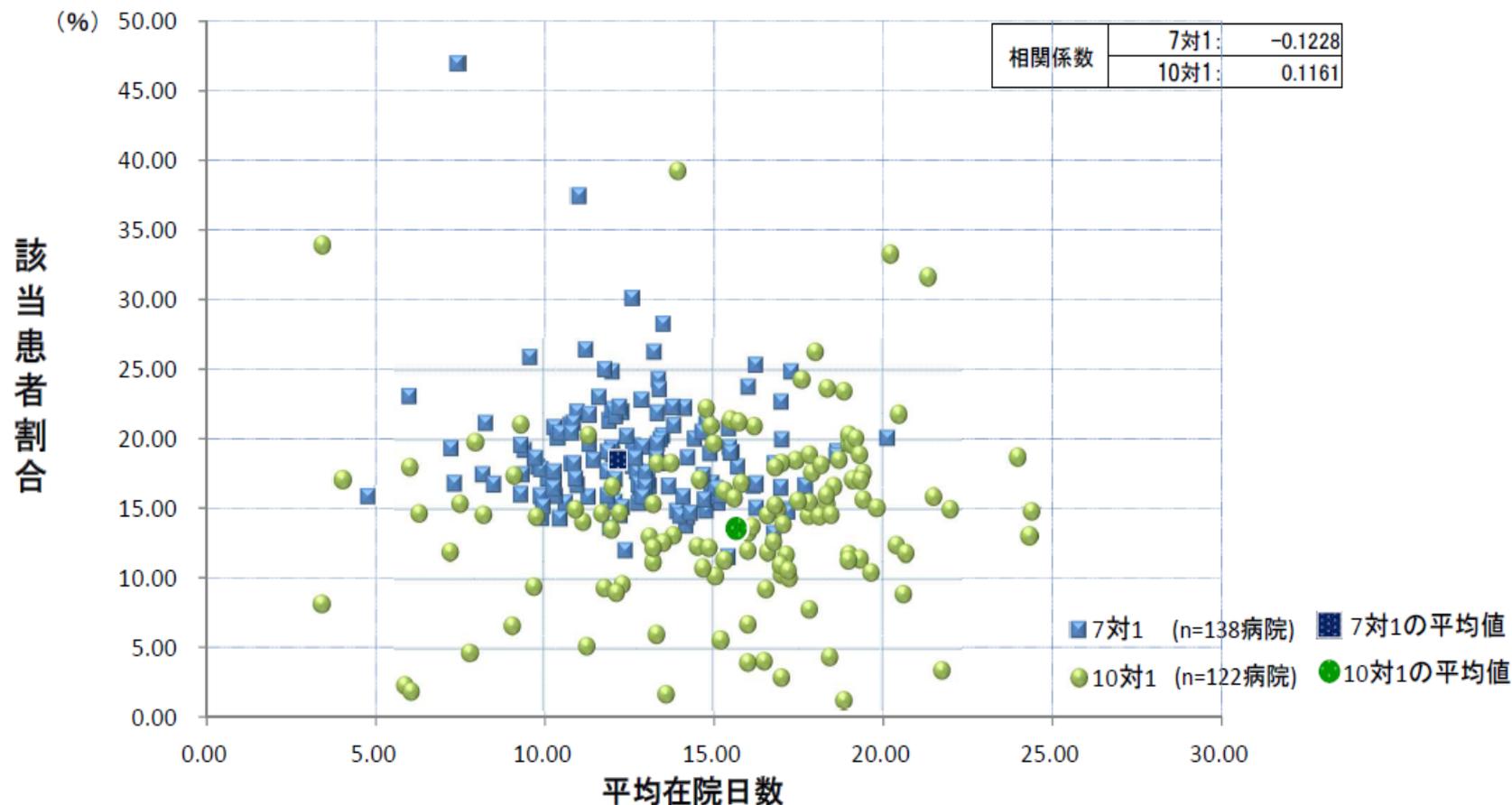
○ 一日あたり平均レセプト請求点数は7対1で最も高く、7対1、10対1で入院基本料以外の点数が多い。



※ 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

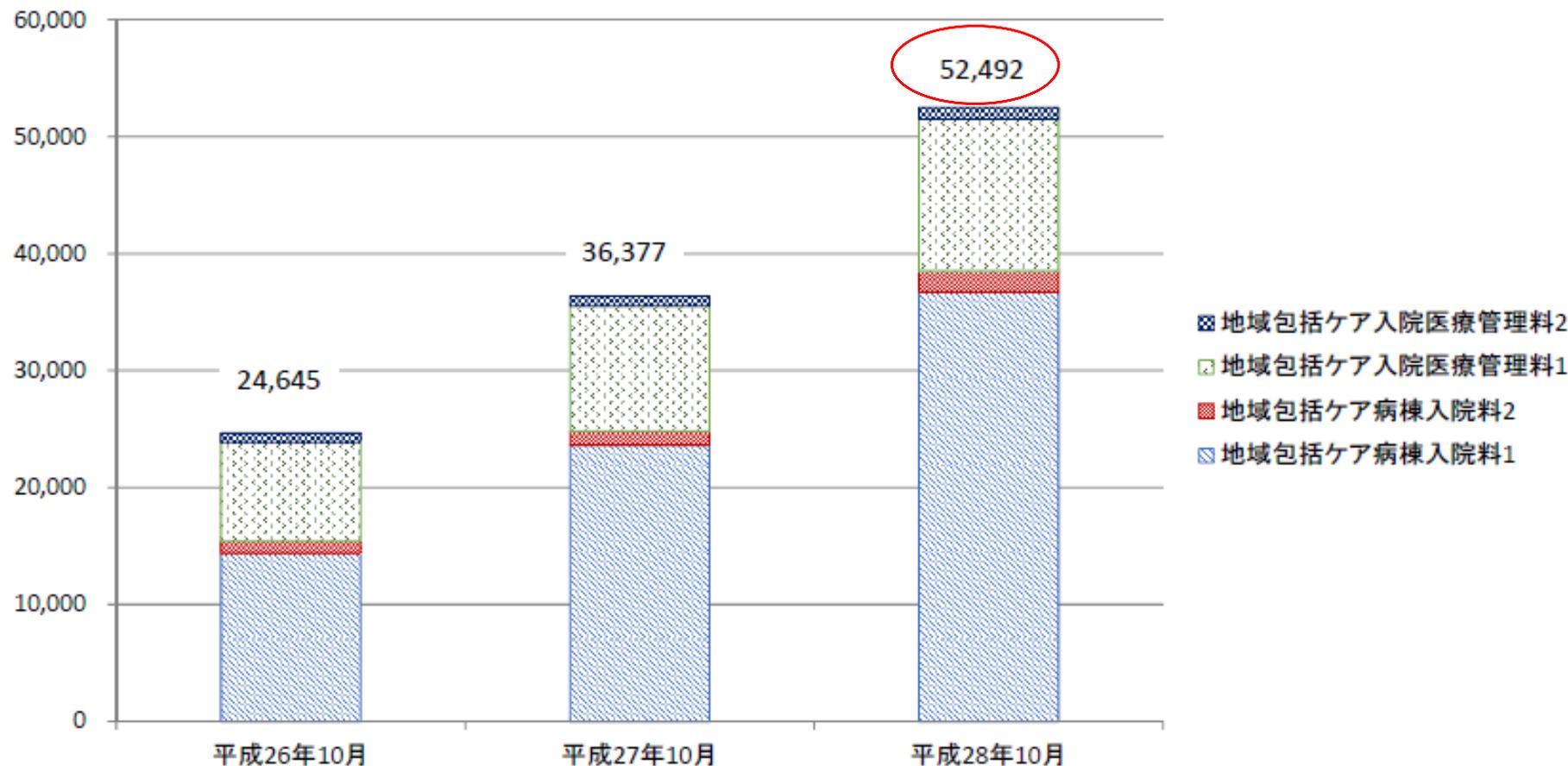
看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

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。

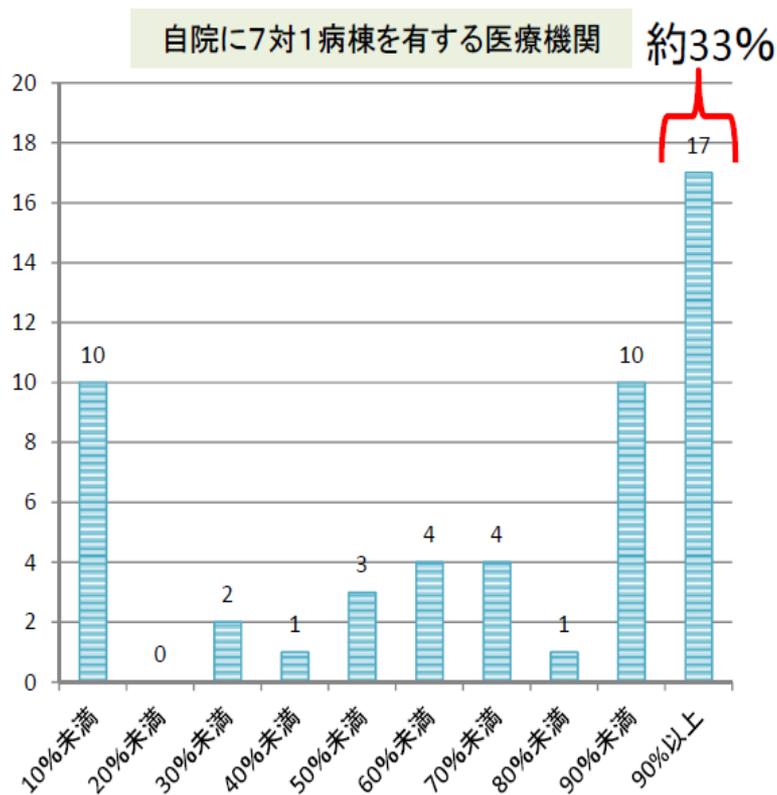
(床)



入棟前の居場所別の地域包括ケア病棟(病室)の状況②

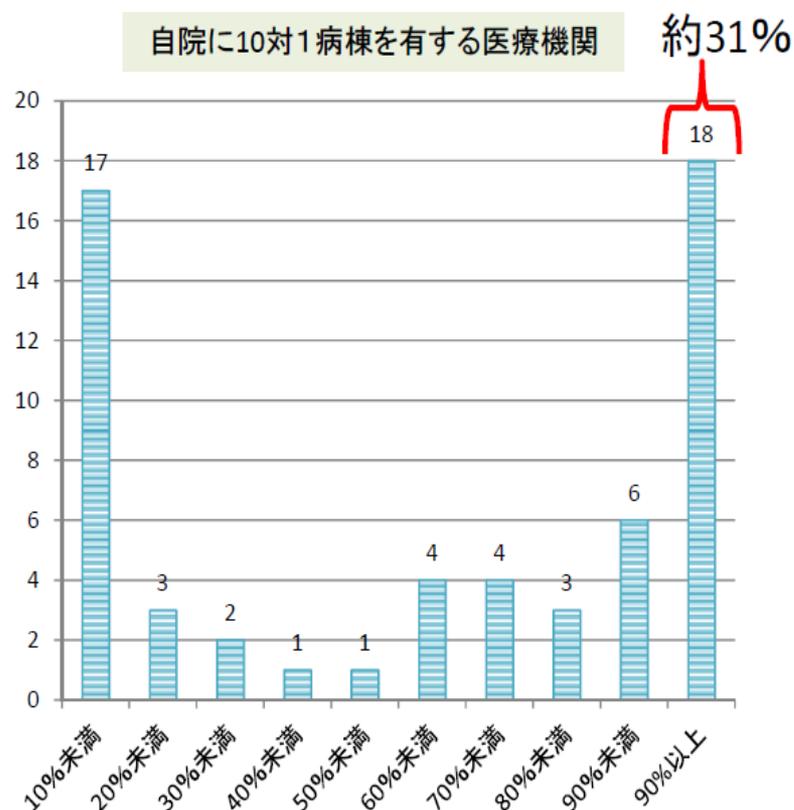
○ 回答施設のうち、自院に一般病棟(7対1、10対1)を有する医療機関について、入棟前の居場所が「自院の7対1、10対1病床」である患者の割合をみると、その割合が「90%以上」の医療機関は、一般病棟(7対1)を有する医療機関と一般病棟(10対1)を有する医療機関のいずれも約3割であった。

(医療機関数) (n=52)



(各医療機関における、入棟前場所が「自院の7対1、10対1病床」の患者の占める割合)

(医療機関数) (n=59)

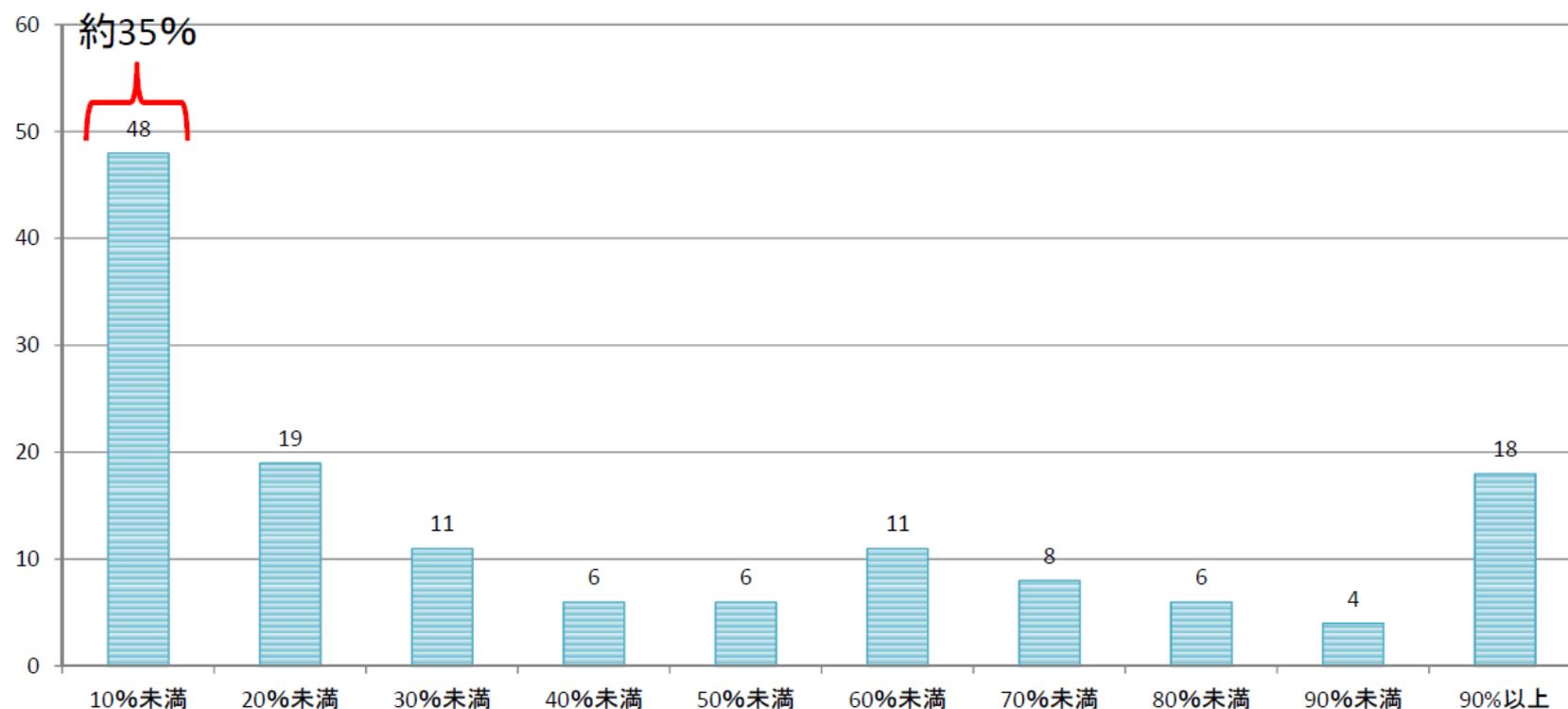


(各医療機関における、入棟前場所が「自院の7対1、10対1病床」の患者の占める割合)

入棟前の居場所別の地域包括ケア病棟(病室)の状況④

- 回答施設のうち、地域包括ケア病棟(病室)を有する医療機関において、地域包括ケア病棟の入棟患者のうち入棟前場所が「自宅等※」である患者の割合をみると、その割合が「10%未満」の医療機関が、全体の約35%を占める。

(医療機関数) (n=137)



(各医療機関における、入棟前場所が「自宅等※」である患者の割合)

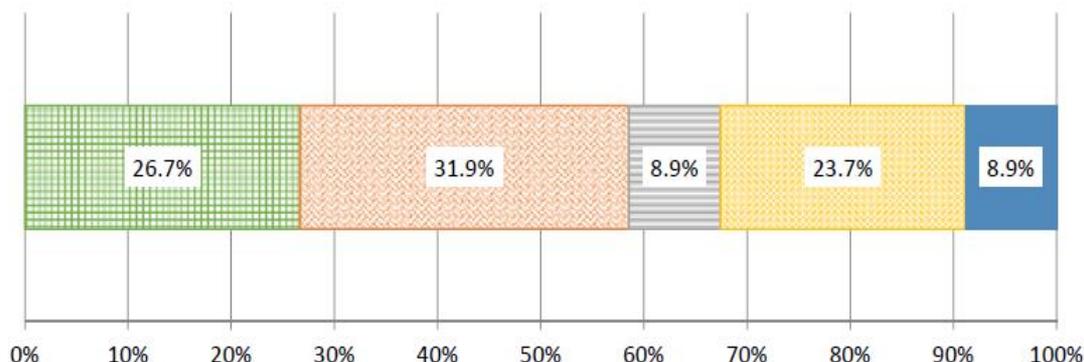
※自宅等: 自宅、介護老人福祉施設(特養)、居住系介護施設、障害者支援施設

入棟前の居場所別の「医学的な理由」の詳細

○ 入棟前の居場所別の前項(医学的な入院継続の理由)の設問における「医学的な理由」の詳細をみると、入棟前の居場所が自宅等の患者は、それ以外の患者に比べ、「患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない」という回答の占める割合が多い。

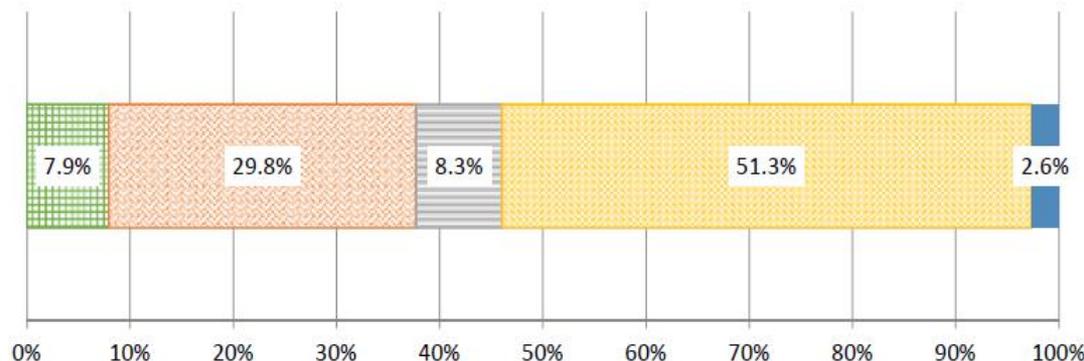
＜医学的な入院継続の理由の設問における「医学的な理由」の詳細＞

入棟前の居場所が自宅等(n=135)



- 患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない
- 急性期の治療は終了したが、今後状態が悪化する可能性があり、現時点では退院の見通しが立たない
- 入院が必要な病態に対する治療は終了したが、状態が安定しておらず、退院までに時間を要する状態
- 状態は安定しているが、退院するためにリハビリテーションが必要な状態
- その他

入棟前の居場所が自宅等以外(n=265)

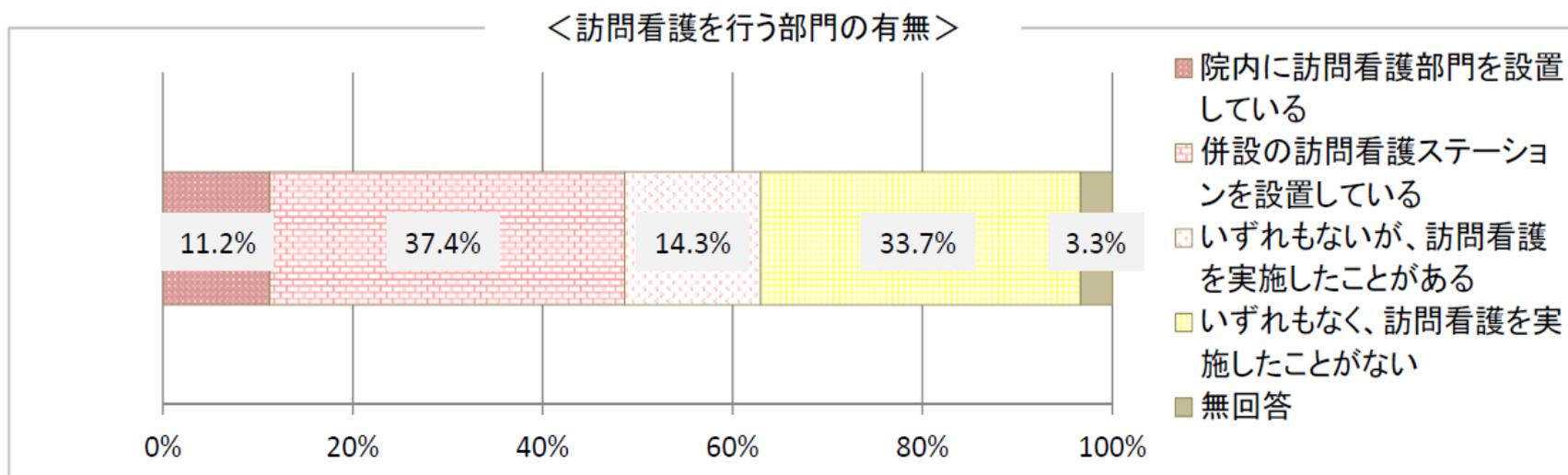
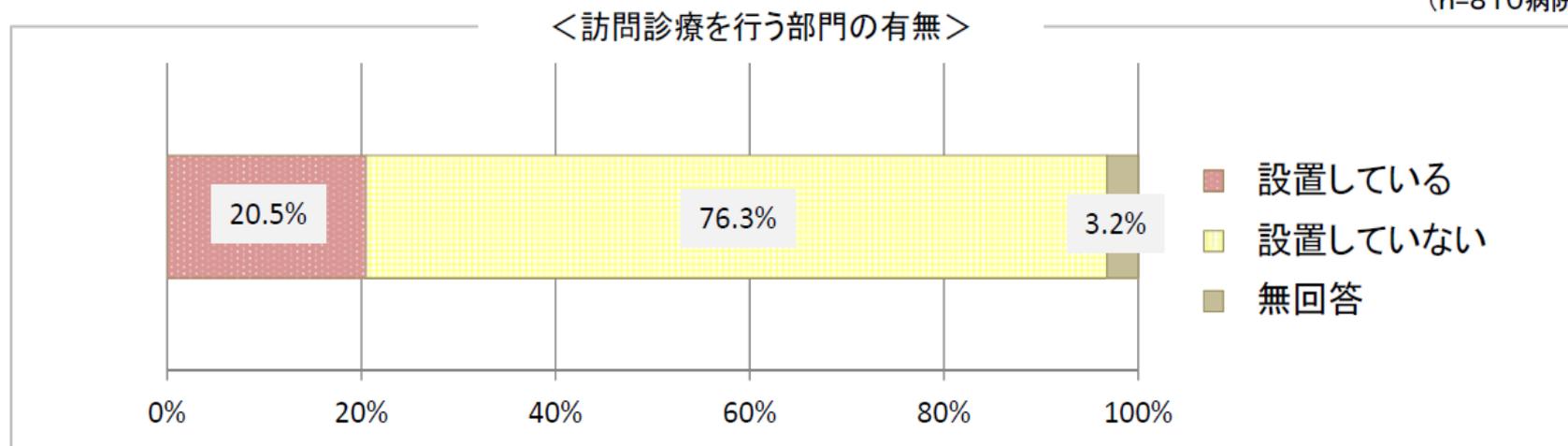


- 患者の状態が不安定であり急性期の治療を行っているため、今後も退院の見通しが立たない
- 急性期の治療は終了したが、今後状態が悪化する可能性があり、現時点では退院の見通しが立たない
- 入院が必要な病態に対する治療は終了したが、状態が安定しておらず、退院までに時間を要する状態
- 状態は安定しているが、退院するためにリハビリテーションが必要な状態
- その他

地域包括ケア病棟(病室)を有する病院の在宅医療提供状況①

○ 訪問診療を行う部門は、約2割の病院で設置している。訪問看護を行う部門は、約1割であるが、併設の訪問看護ステーションが設置されている病院が約4割であった。

(n=810病院)



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

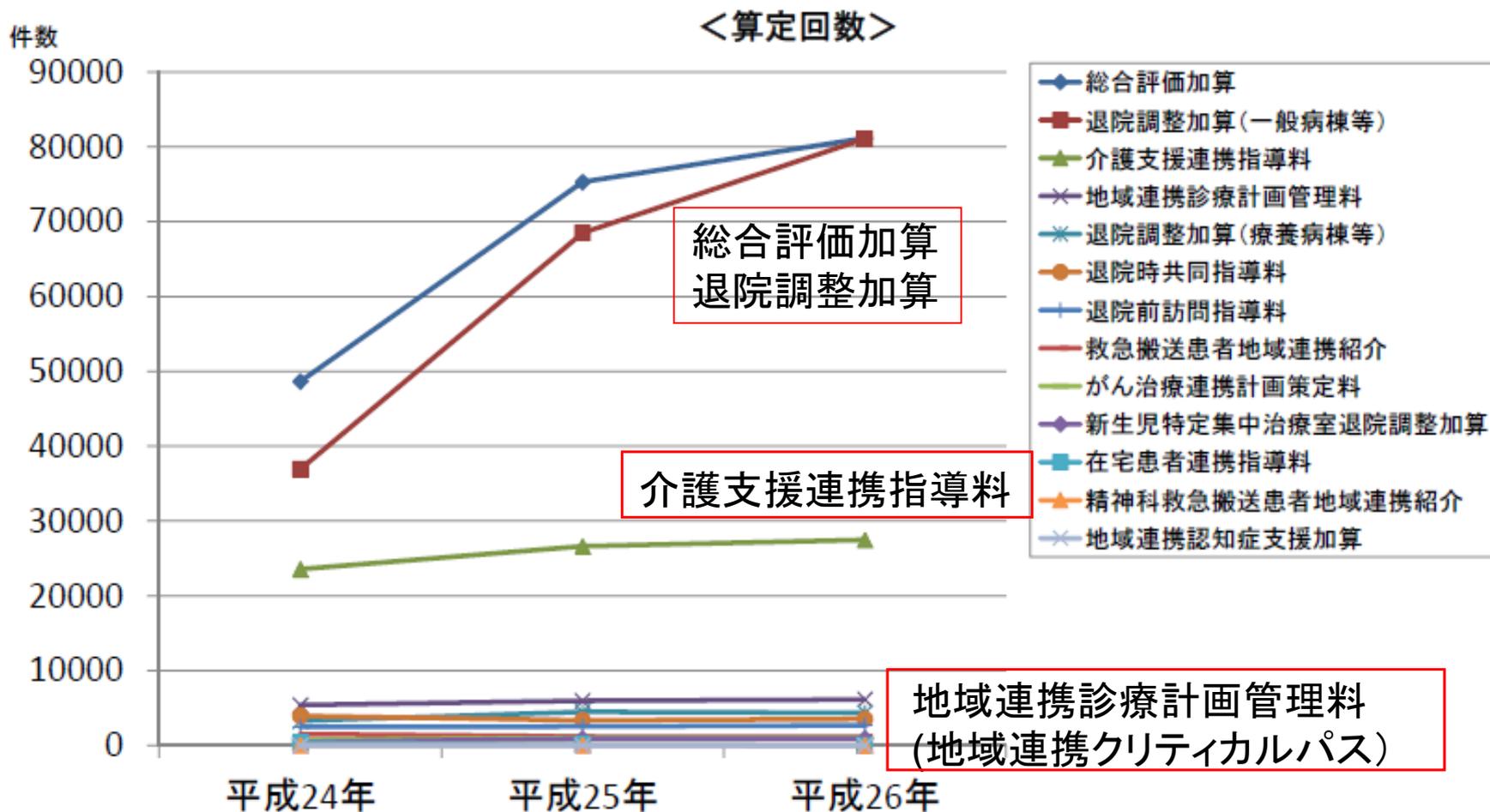
地域連携パスは使われていないので、退院調整加算に整理しては？

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



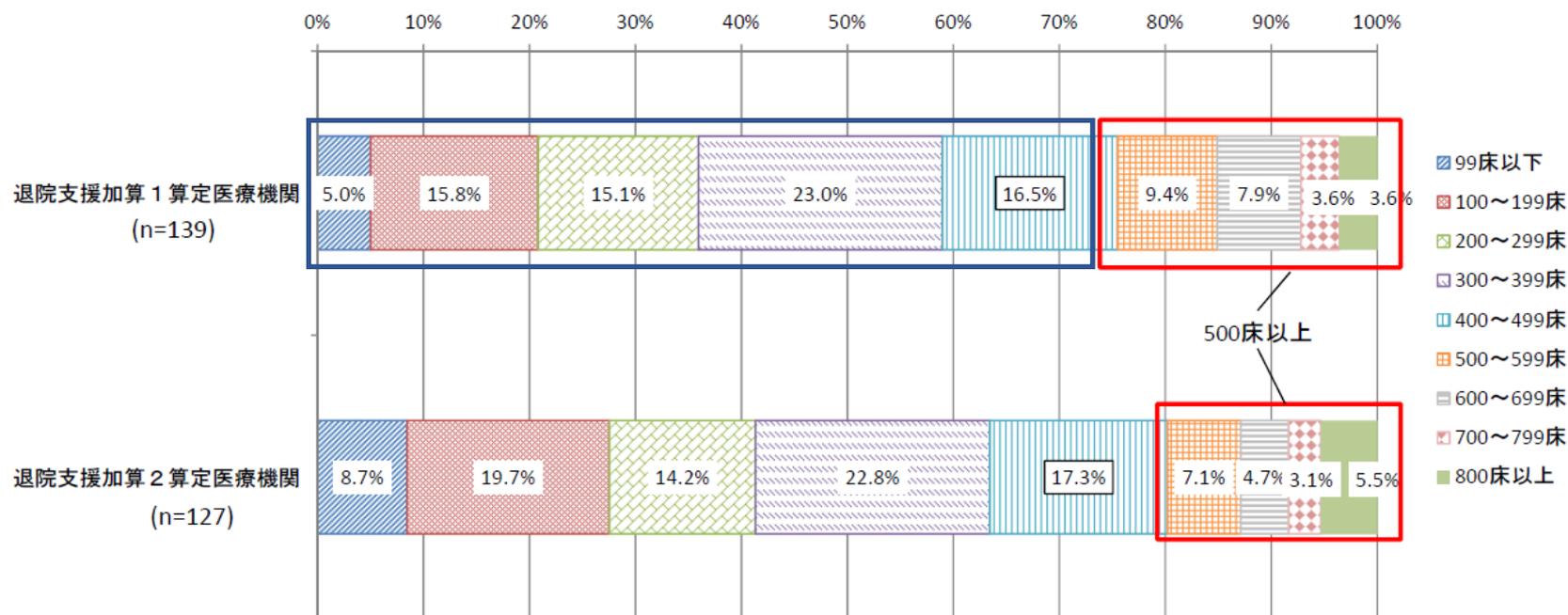
[算定要件・施設基準]

	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>	-

退院支援加算を算定している医療機関の病床規模別の分布

- 退院支援加算を算定している医療機関の病床規模別の状況を見ると、加算2を算定している医療機関に比べ加算1を算定している医療機関の方が、500床以上の占める割合が大きい。

＜退院支援加算を算定している医療機関の病床規模別の分布＞



退院支援加算1を取得しているのは500床未満病院が7割

退院支援から
入退院支援へ

2018年診療報酬改定へむけて「入退院支援」の議論が始まっている（入院医療分科会6月21日）



入院基本料の評価の見直しに向けた議論を始めた分科会（21日、厚労省）

外来・在宅で管理可能な患者が退院できない理由①

○ 外来・在宅で管理可能な患者の退院できない理由として、急性期の病棟は「転院先の医療機関が確保できないため」、
「家族の希望に合わないため」が多く、慢性期の病棟では、「家族の希望に合わないため」が4～5割を占めて多い。

＜「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」患者の退院できない理由（最も該当するもの）＞

	一般病棟 入院基本 料7:1 (n=419)	一般病棟 入院基本 料10: 1 (n=217)	特定機能 病院入院 基本料一 般7:1 (n=86)	一般病棟 入院基本 料13: 1 (n=30)	一般病棟 入院基本 料15: 1 (n=66)	地域包括 ケア病棟 入院料1 (n=126)	回復期リ ハビリ テーショ ン病棟入 院料1 (n=73)	回復期リ ハビリ テーショ ン病棟入 院料2 (n=75)	療養病棟 入院基本 料1(2 0:1) (n=624)	障害者施 設等入院 基本料1 0:1 (n=546)	障害者施 設等入院 基本料1 3:1 (n=38)	障害者施 設等入院 基本料1 5:1 (n=26)	特殊疾患 病棟入院 料1 (n=56)	特殊疾患 病棟入院 料2 (n=162)
本人の希望に合わないため	7.2%	6.5%	12.8%	6.7%	12.1%	8.7%	4.1%	1.3%	6.4%	3.8%	10.5%	19.2%	7.1%	1.2%
家族の希望に合わないため	16.7%	23.5%	14.0%	26.7%	16.7%	22.2%	12.3%	13.3%	36.2%	45.4%	52.6%	42.3%	48.2%	50.6%
在宅介護（訪問介護など）サービスの事由により退院先の確保ができないため	4.3%	4.1%	2.3%	3.3%	4.5%	5.6%	4.1%	1.3%	6.3%	1.3%	2.6%	7.7%	5.4%	2.5%
地域に在宅介護（訪問介護など）サービスがないため	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	0.0%	1.4%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%
在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスの事由により退院先の確保ができないため	1.2%	1.8%	1.2%	3.3%	1.5%	0.8%	1.4%	0.0%	3.5%	2.6%	2.6%	7.7%	3.6%	0.0%
地域に在宅医療（訪問診療・訪問看護）サービスがないため	0.2%	0.0%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	3.8%	1.8%	0.0%
入所先の施設の事由により、退院先の確保ができていないため	8.8%	12.9%	2.3%	20.0%	22.7%	9.5%	16.4%	16.0%	11.5%	4.8%	13.2%	11.5%	0.0%	1.9%
地域に施設サービスがないため	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	1.0%	0.7%	0.0%	3.8%	0.0%	0.0%
自宅の改修等の住環境の整備ができていないため	2.1%	5.5%	7.0%	10.0%	6.1%	7.9%	20.5%	10.7%	3.4%	1.5%	0.0%	7.7%	1.8%	0.6%
上記の全体の調整・マネジメントができていないため	8.4%	12.0%	5.8%	3.3%	22.7%	7.1%	17.8%	17.3%	9.5%	6.8%	0.0%	19.2%	12.5%	1.2%
自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため	2.6%	3.2%	0.0%	3.3%	3.0%	3.2%	1.4%	5.3%	9.8%	1.6%	5.3%	3.8%	1.8%	0.0%
転院先の医療機関の確保ができていないため	17.9%	7.4%	16.3%	3.3%	10.6%	9.5%	6.8%	2.7%	3.5%	4.0%	0.0%	7.7%	17.9%	3.1%
その他	10.0%	9.2%	10.5%	10.0%	4.5%	5.6%	5.5%	9.3%	3.7%	7.3%	2.6%	0.0%	3.6%	29.0%

※ 回答数20未満の入院料は除いている

外来・在宅で管理可能な患者が退院できない理由②

○ 外来・在宅で管理可能な患者の退院できない理由として、「本人・家族の希望に合わない理由」としては、どの入院料でも「家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため」が多い。

＜「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」患者の
本人・家族の希望に合わない理由(最も該当するもの)＞

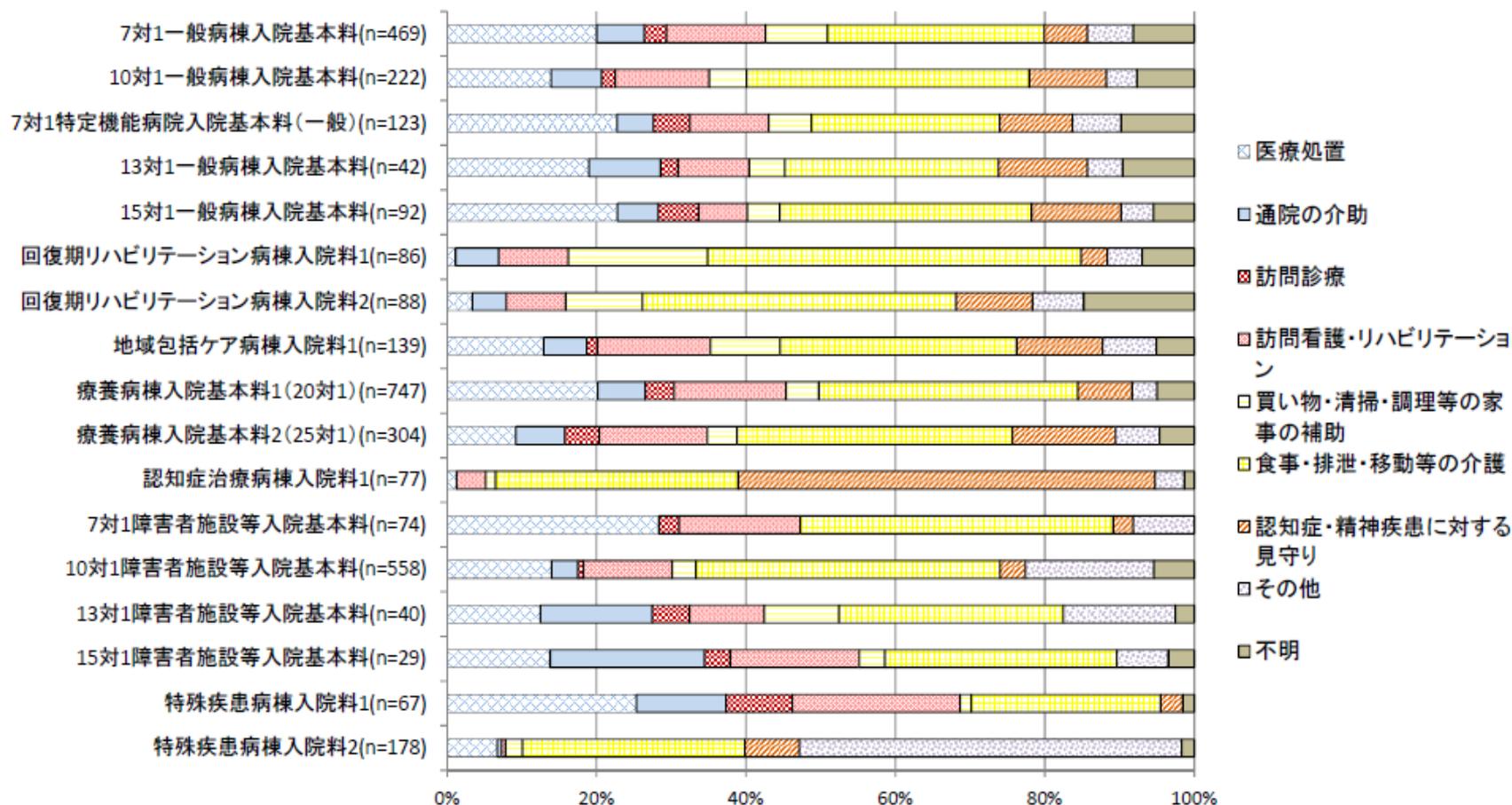
	一般病棟入院基本料 7:1 (n=159)	一般病棟入院基本料 10:1 (n=105)	特定機能病院入院基本料 一般7:1 (n=44)	一般病棟入院基本料 15:1 (n=30)	地域包括ケア病棟入院料 (n=57)	回復期リハビリテーション病棟入院料 1 (n=21)	回復期リハビリテーション病棟入院料 2 (n=20)	療養病棟入院基本料 1 (2) 0:1 (n=440)	療養病棟入院基本料 2 (2) 5:1 (n=132)	認知症治療病棟入院料 1 (n=20)	障害者施設等入院基本料 7:1 (n=59)	障害者施設等入院基本料 0:1 (n=357)	障害者施設等入院基本料 3:1 (n=29)	特殊疾患病棟入院料 1 (n=41)	特殊疾患病棟入院料 2 (n=112)
家族が患者と同居できないため	13.8%	17.1%	6.8%	10.0%	12.3%	19.0%	10.0%	13.9%	20.5%	5.0%	5.1%	8.4%	41.4%	9.8%	2.7%
家族が患者と同居可能だが、日中不在がちのため	11.3%	15.2%	2.3%	10.0%	3.5%	9.5%	5.0%	16.6%	9.1%	0.0%	8.5%	3.9%	3.4%	4.9%	0.9%
家族が患者と同居可能だが、家族の健康状態が不良のため	7.5%	7.6%	2.3%	6.7%	1.8%	9.5%	5.0%	5.7%	4.5%	10.0%	13.6%	7.0%	3.4%	17.1%	3.6%
家族が患者と同居可能だが、患者との関係が良好ではないため	1.9%	3.8%	0.0%	0.0%	7.0%	0.0%	0.0%	2.7%	3.0%	0.0%	0.0%	2.2%	6.9%	0.0%	0.0%
自宅に帰った場合の医学的管理に不安を感じているため	13.8%	14.3%	13.6%	20.0%	12.3%	23.8%	5.0%	20.5%	15.9%	5.0%	3.4%	12.0%	3.4%	17.1%	23.2%
サービス事業者などの家族以外の者を自宅にあげることに抵抗があるため	1.3%	0.0%	4.5%	3.3%	3.5%	0.0%	0.0%	1.1%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
自宅に帰った場合の地域の医療サービス（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため	1.3%	0.0%	2.3%	0.0%	3.5%	0.0%	0.0%	2.7%	5.3%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	2.4%	0.9%
自宅に帰った場合の地域の介護サービス（訪問介護等）に不安を感じているため	0.6%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	2.7%	5.3%	0.0%	0.0%	0.8%	3.4%	2.4%	0.0%
在宅介護等を利用しても負担が大きく、施設等へ入所して欲しいと考えているため	7.5%	13.3%	9.1%	13.3%	5.3%	9.5%	30.0%	13.9%	12.9%	0.0%	59.3%	21.0%	0.0%	2.4%	52.7%
入所先の施設又は転院先の医療機関が確保できるまでの入院を希望しているため	8.2%	5.7%	15.9%	13.3%	7.0%	4.8%	15.0%	8.6%	7.6%	25.0%	0.0%	2.5%	0.0%	9.8%	0.9%
家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため	13.8%	14.3%	13.6%	23.3%	21.1%	14.3%	0.0%	19.5%	23.5%	10.0%	37.3%	26.6%	24.1%	41.5%	17.0%
その他	8.8%	4.8%	4.5%	0.0%	14.0%	9.5%	10.0%	1.1%	0.8%	0.0%	0.0%	2.0%	3.4%	4.9%	0.0%
未回答	3.1%	1.9%	9.1%	3.3%	3.5%	0.0%	5.0%	4.5%	2.3%	5.0%	0.0%	10.9%	3.4%	0.0%	0.9%

※ 回答数20未満の入院料は除いている

外来・在宅で管理可能な患者の退院後に必要な支援

○ 外来・在宅で管理可能な患者の退院後に必要な支援は、どの入院料でも「食事・排泄・移動等の介護」が多い。

＜退院後に必要な支援＞

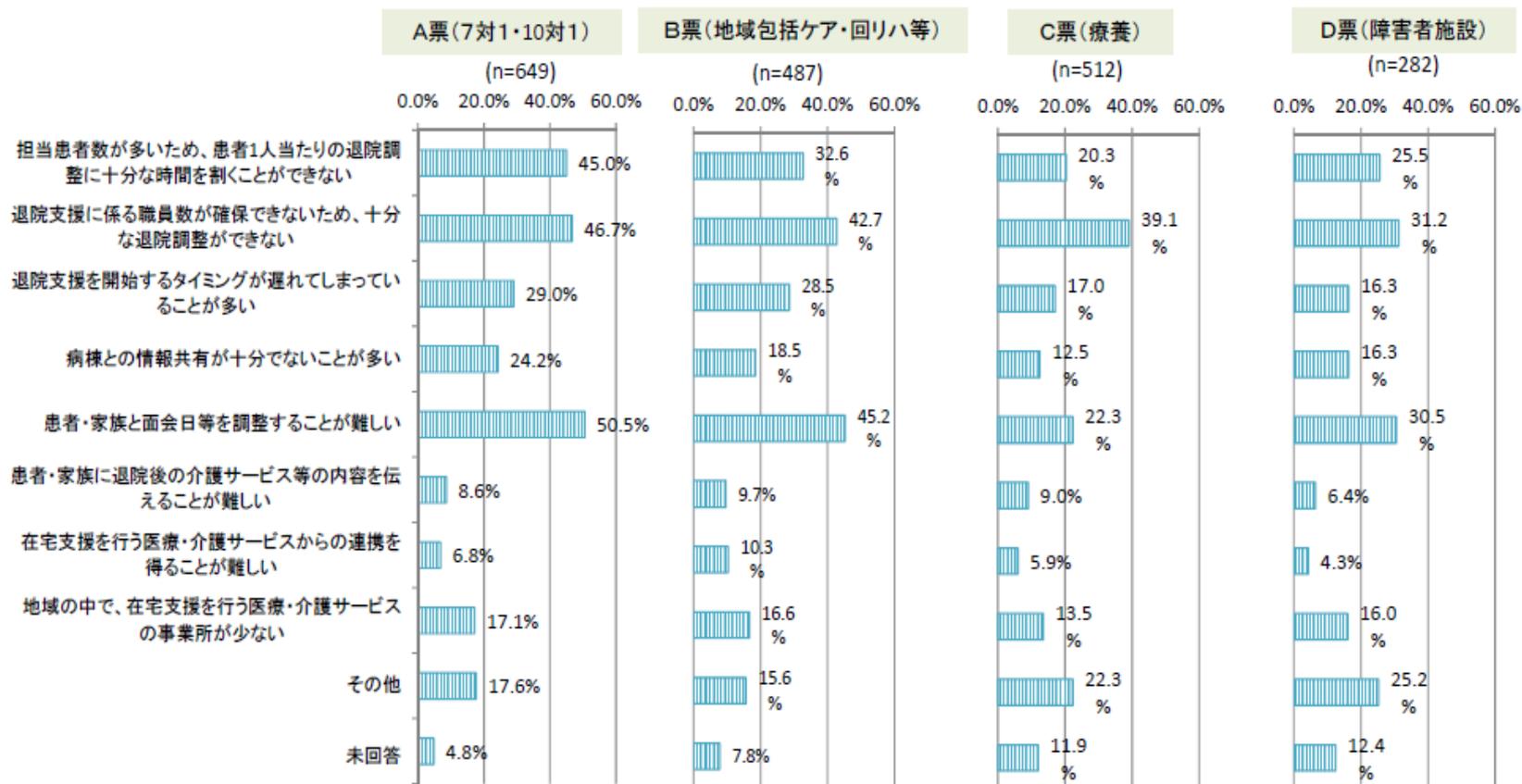


退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている

診調組 入-1
29.6.7

- 退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項についてみると、A・B票では、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」という回答が最も多く、C・D票では、「退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない」という回答が最も多かった。

＜退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項＞



入退院支援の課題(案)

(課題)

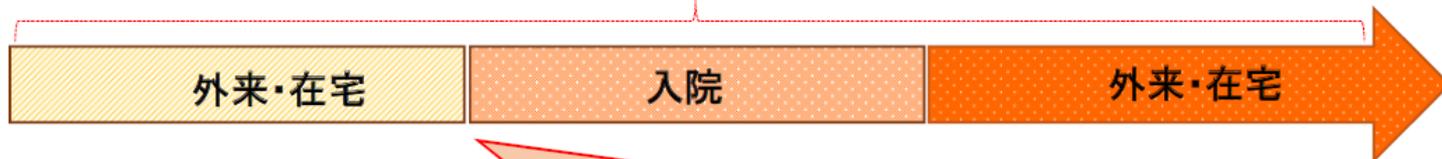
- 入退院支援については、患者の状態や療養環境に応じて、入院医療と外来・在宅医療との円滑な移行を支援する機能が期待されており、医療機能の分化・連携強化を推進する観点から、重要な役割を担うと考えられる。
- 入退院支援にあたっての目標・課題等としては、疾病の治癒や病状の安定に加えて、患者本人の日常生活活動度(身体機能)の回復が重要な要素となっている。
- 外来・在宅で管理可能な患者が退院できない理由をみると、受け入れ先の確保のほか、在宅における介護力及び患者本人の日常生活活動度や、家族の希望が、その大きな要素となっている。
- 各医療機関において入退院支援の取組が進められているが、退院することが優先され、患者や家族の希望に寄り添った支援となっていないのではないかと指摘がある。
- 入退院支援を困難にしている理由・課題等をみると、相談員の人員体制の不足、支援のための時間確保が困難、患者・家族等との面会日の日程調整が困難(特に日勤帯だけでは困難)との指摘がある。
- 効率的・効果的な入退院支援を行うためには、入院中だけでなく、入院前・入院時と入院後の外来・在宅時での働きかけや支援も重要であるとの指摘がある。



- 入退院支援について、患者の状態や療養環境に応じて、入院医療と外来・在宅医療との円滑な移行を支援する機能が期待されており、医療機能の分化・連携強化を推進する観点から、その評価のあり方についてどのように考えるか。例えば、
 - ・ 患者・家族の希望に寄り添いつつ、適切な療養場所への適切な時期での移行
 - ・ 入院前・入院時における患者・家族への関わり方
 - ・ 入退院支援に係る医療機関と受入先機関や訪問事業者等との情報共有を効率的に行う方策について、どのように考えるか。

地域包括ケアシステムの構築～入退院支援

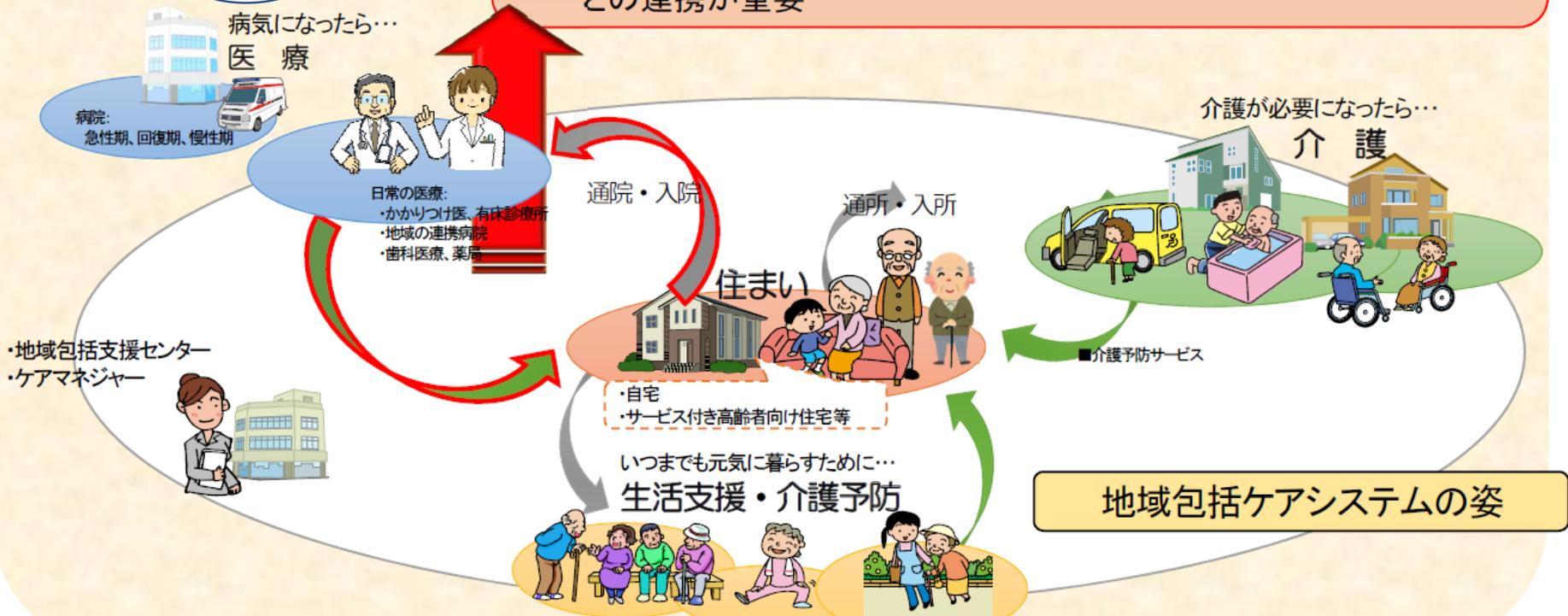
切れ目のない支援



退院支援から
入退院支援
へ！

退院後も住み慣れた地域で生活するための支援として、

- 外来や入院時から退院後の地域生活を見据えた支援が必要
- 外来部門と入院部門(病棟)との連携、地域と入院医療機関等との連携が重要



地域包括ケアシステムの姿

日本医療マネジメント学会 (仙台) 2017年7月7日、8日



東北大学病院の入退院支援センター

- 東北大学病院（1225床）
 - 2015年から一部の診療科で「入退院センター」の運用を開始
 - 入退院センターでは入院が決定した患者に、入院案内や情報収集、退院阻害要因のスクリーニングを行い、必要時に病棟の多職種に情報提供がなされる。
 - 病棟では入退院センターから情報提供のあった退院阻害要因の内容を分析し、退院支援に活用する
 - 退院阻害要因は、介護力が最も多く、次いで経済状態、ADL低下、服薬管理、退院先の選択、問題行動、その他であった
 - 退院阻害要因はこのように入院前から明らかになっていて、支援可能なものも数多い
 - このため入退院センターにおける情報収集によって、早期からの退院支援を可能になったという

中部徳洲会病院（沖縄）の 入退院サポートセンターの例

- 沖縄の中部徳洲会病院（331床）
 - 2016年から「入退院サポートセンター」を設置し、ソーシャルワーカーの配置を行い運用を始めた
 - 入退院サポートセンターのソーシャルワーカーは看護師とともに入院予定患者の問診を行い、退院先の移行確認、各種制度案内を行い退院支援に関する患者教育を行う
 - 従来はソーシャルワーカーは患者が入院後に退院困難な患者を抽出し、患者・家族面談を行っていたが、これを入院前から行うことにより早期介入が図れるようになったという。

群馬中央病院の入退院支援センター

- JCHO群馬中央病院（333床）
 - 2016年に入退院支援センターの運用を開始した。
 - 体制は看護師5名、クラーク1名の専従として、予定入院患者に対して入退院に係る薬剤部、医事課、栄養、MSW,リハビリ、歯科と協同して患者の入退院に係る説明を行った
 - これにより患者からは「医療費のことが心配だったけど安心した」「詳しく説明してもらってありがたい」と意見が聞かれた
 - また病棟、外来スタッフからは「書類の記入や基礎情報が入力してあるので助かっている」など院内連携にも役立っているとのことだ

これまでの退院支援

これからは「入院前から始める退院支援」、
「生活に戻す医療」
が重要

- ①退院が決まってから始める退院支援
- ②「退院したくない」と言う患者を「力業」
で退院させる退院支援
- ③傾聴より指導。一方的に「してあげる」
スタンスの退院支援
- ④患者本人より家族の移行を優先してします
退院支援
- ⑤とりあえず受け入れてくれる病院・施設に
つなぐ退院支援
- ⑦病棟も外来も関係ない！地域連携室だけで
行う退院支援



元愛媛大学医学部
附属病院 総合診療
サポート・センター長
櫃本真津先生

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。

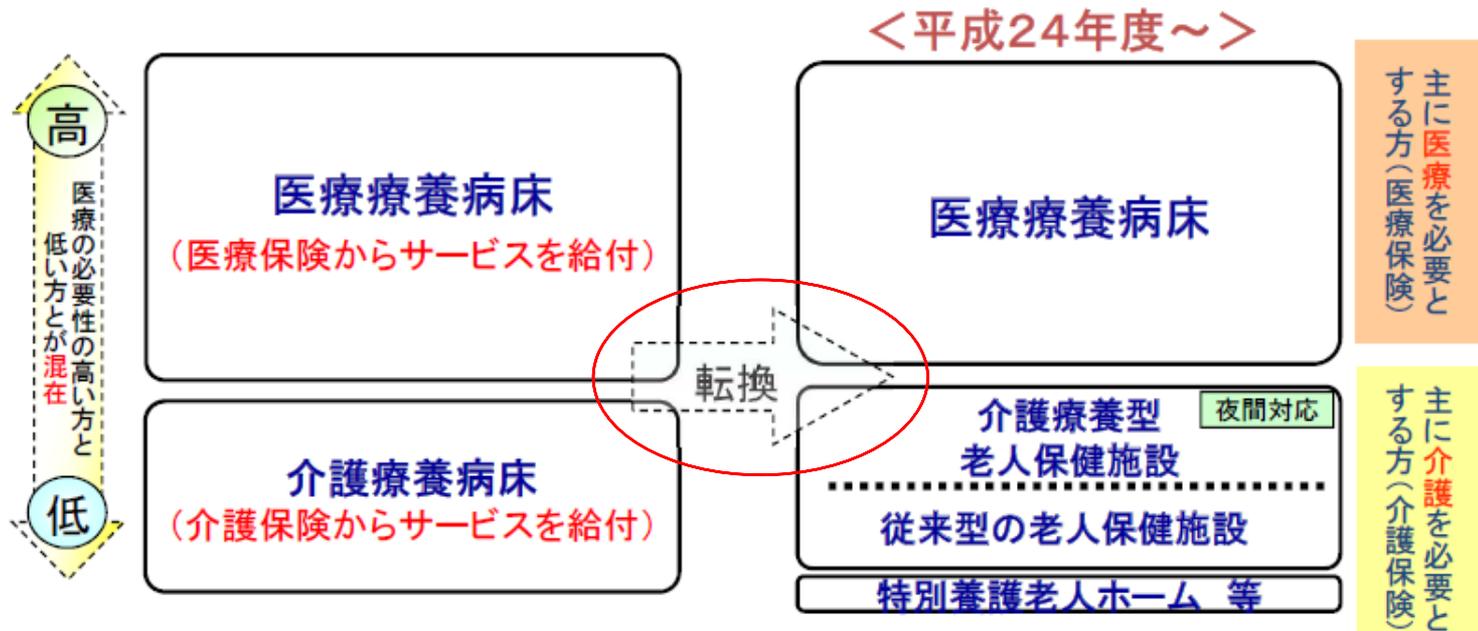
【医療法改正】

- 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？



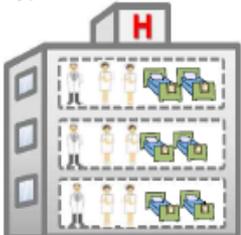
慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル（イメージ）

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



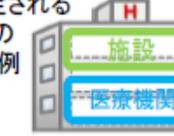
新(案1-2)

○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



今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

○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

新類型

(注) 居住スペースについては、介護保険施設等へ転換を行う場合は、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。

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	

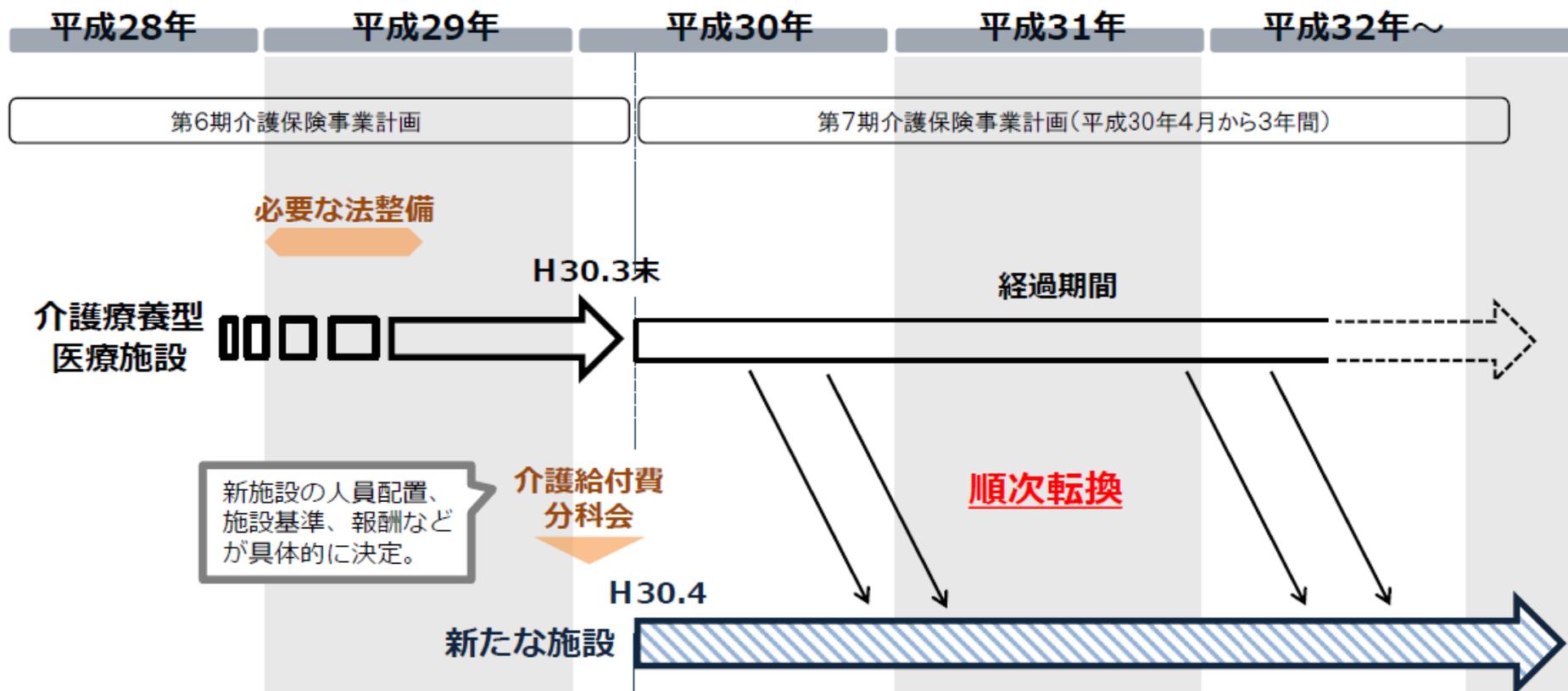
介護医療院
(仮称)

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。

休憩



パート4 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！

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

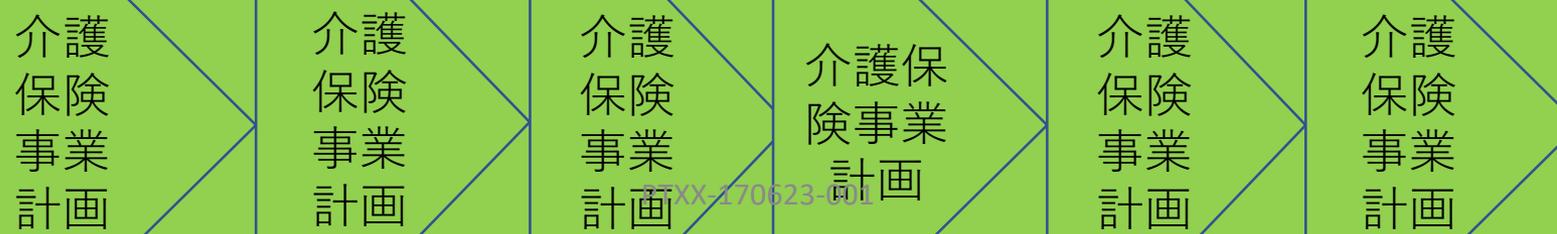
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画

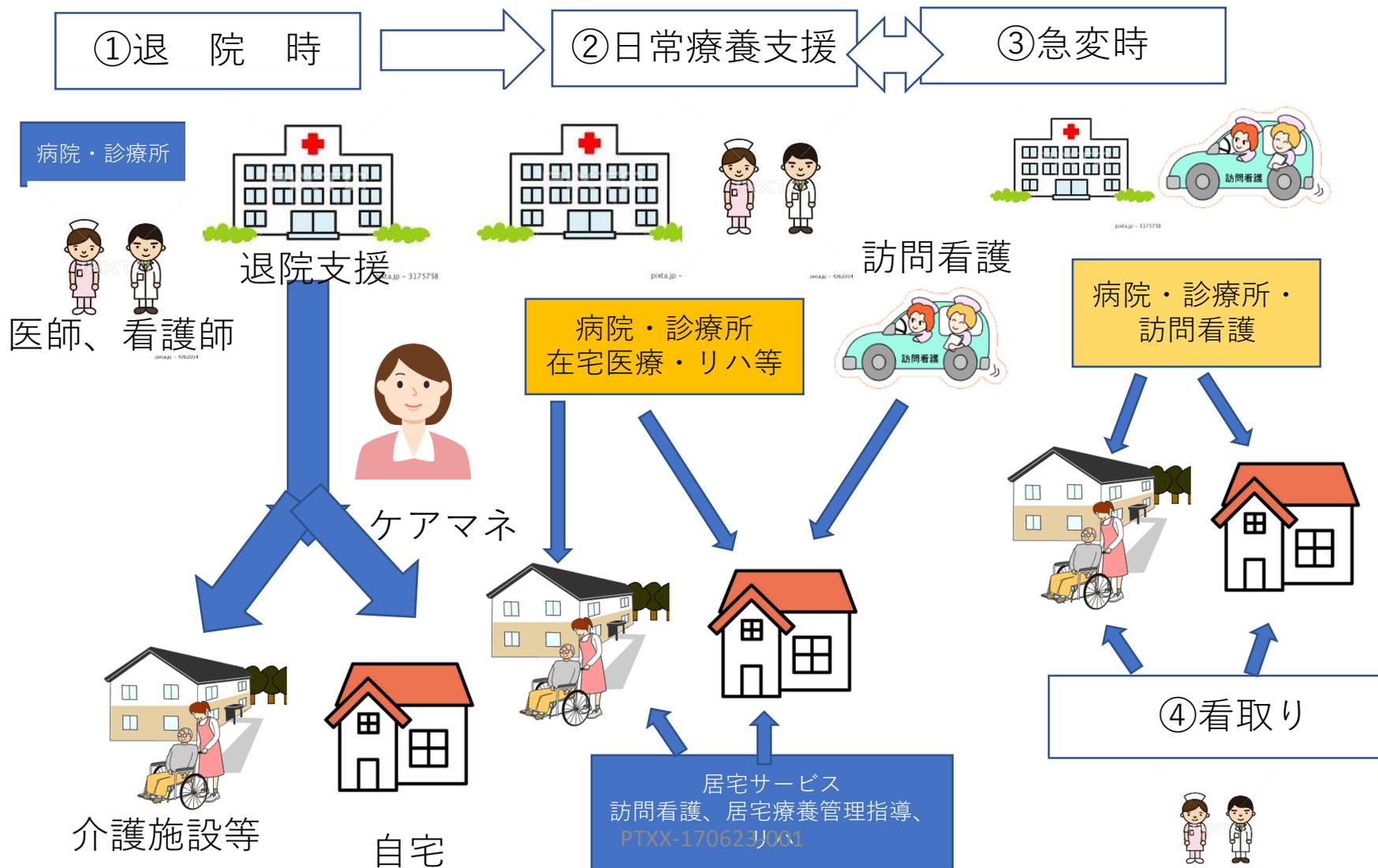


医療介護のあるべき姿

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）

医療と介護の連携の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)</p> <p>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。

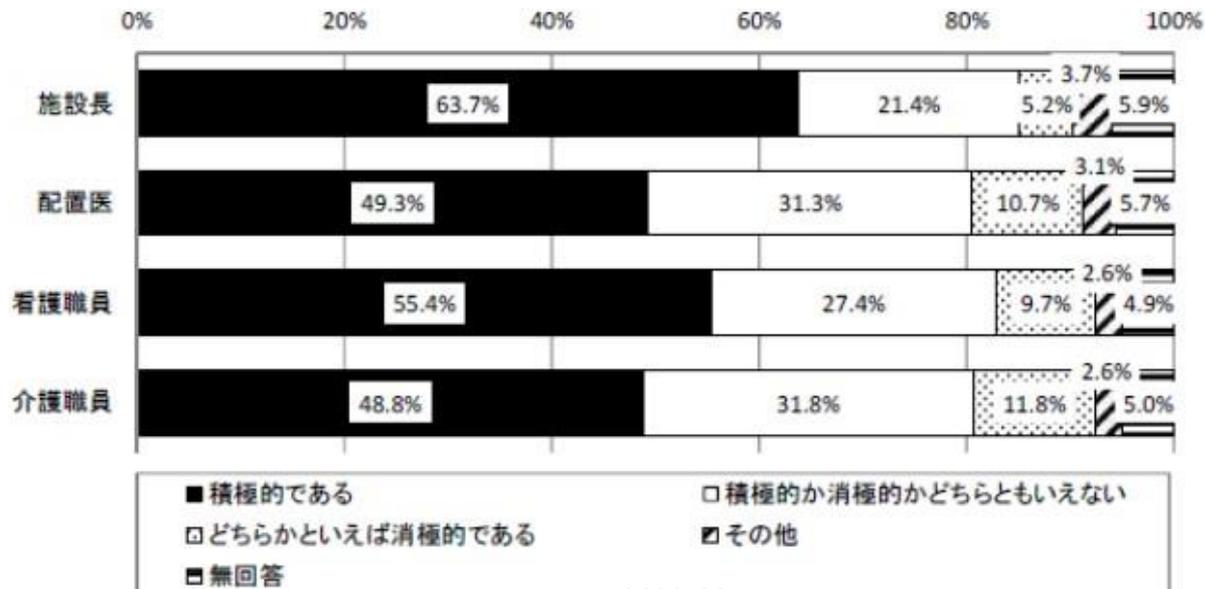
○施設の看取りの方針は、「希望があれば施設内で看取る」が78.0%、「原則、病院に移す」が16.3%であった。

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

在宅看取りの3点セット

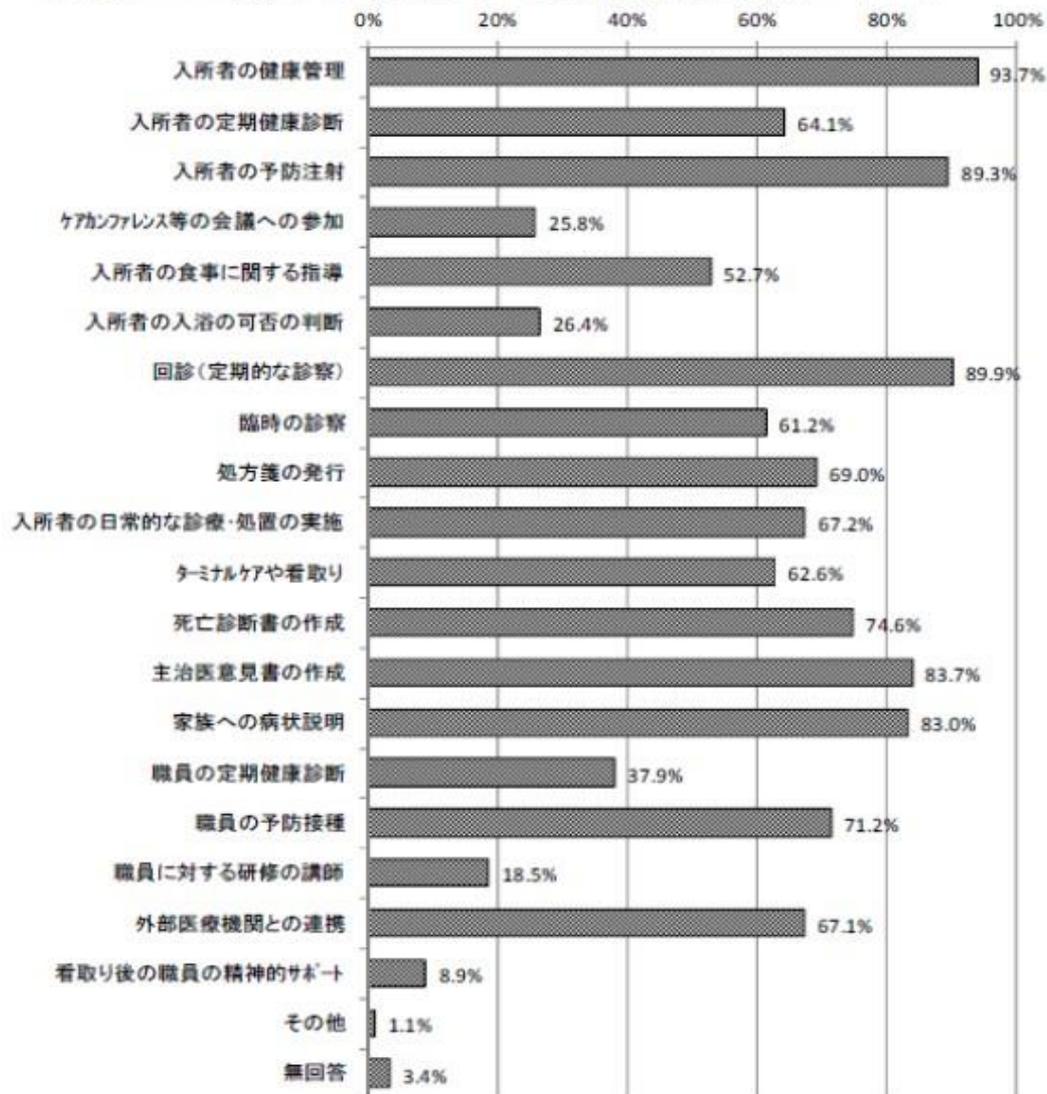
- 鈴木邦彦委員
 - 中医協委員と介護給付費分科会委員の双方を経験している鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）
- 在宅での看取りであれば、①かかりつけ医、②24時間対応の訪問看護、③後方病床—の3点セットで整える必要がある
- 「特養ホームの配置医師に求められるのは、健康管理などでは済まなくなっている」



鈴木邦彦委員

○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5 訪問看護ステーションの現状

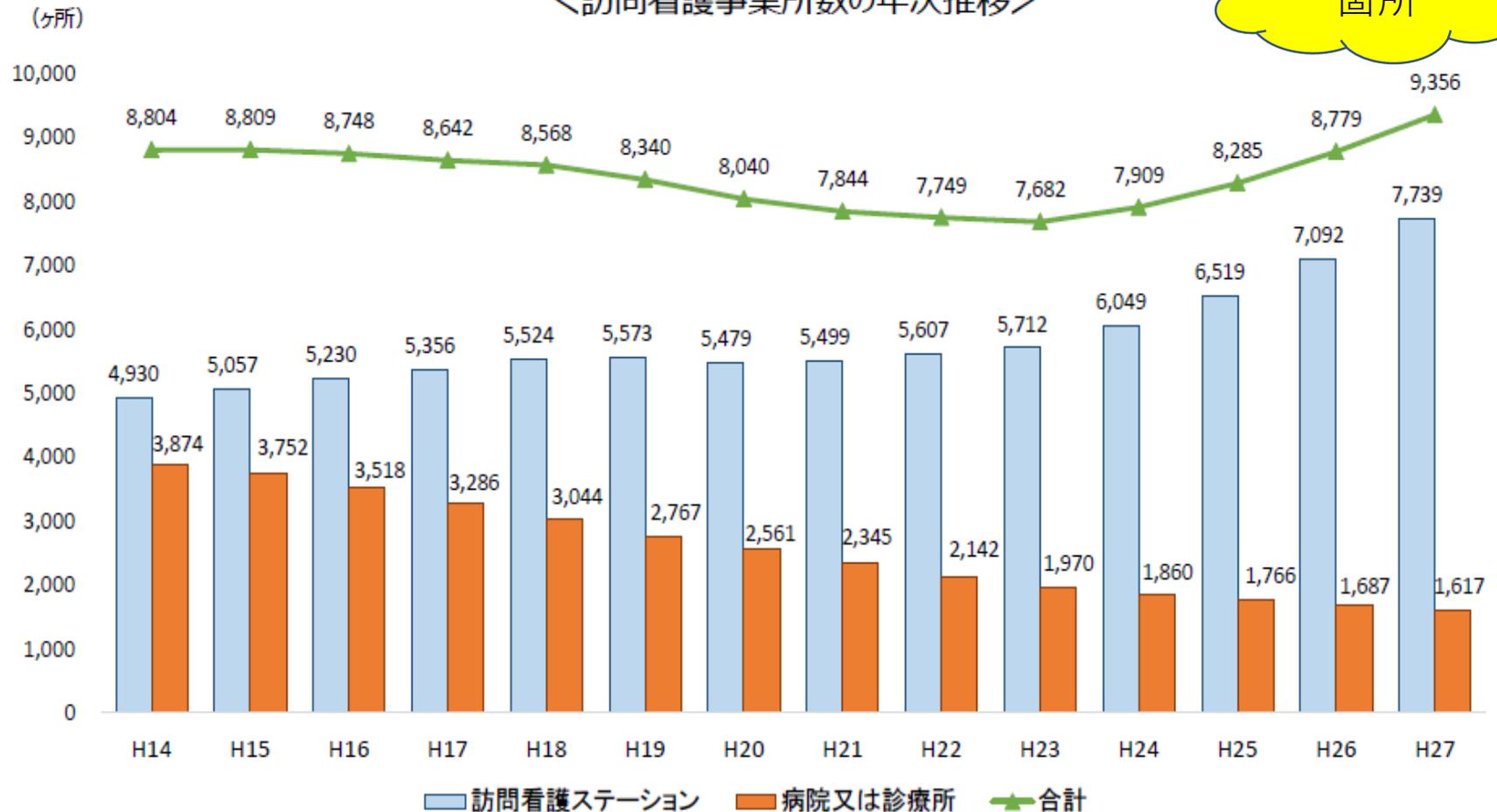


訪問看護ステーション数の年次推移

○ 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。

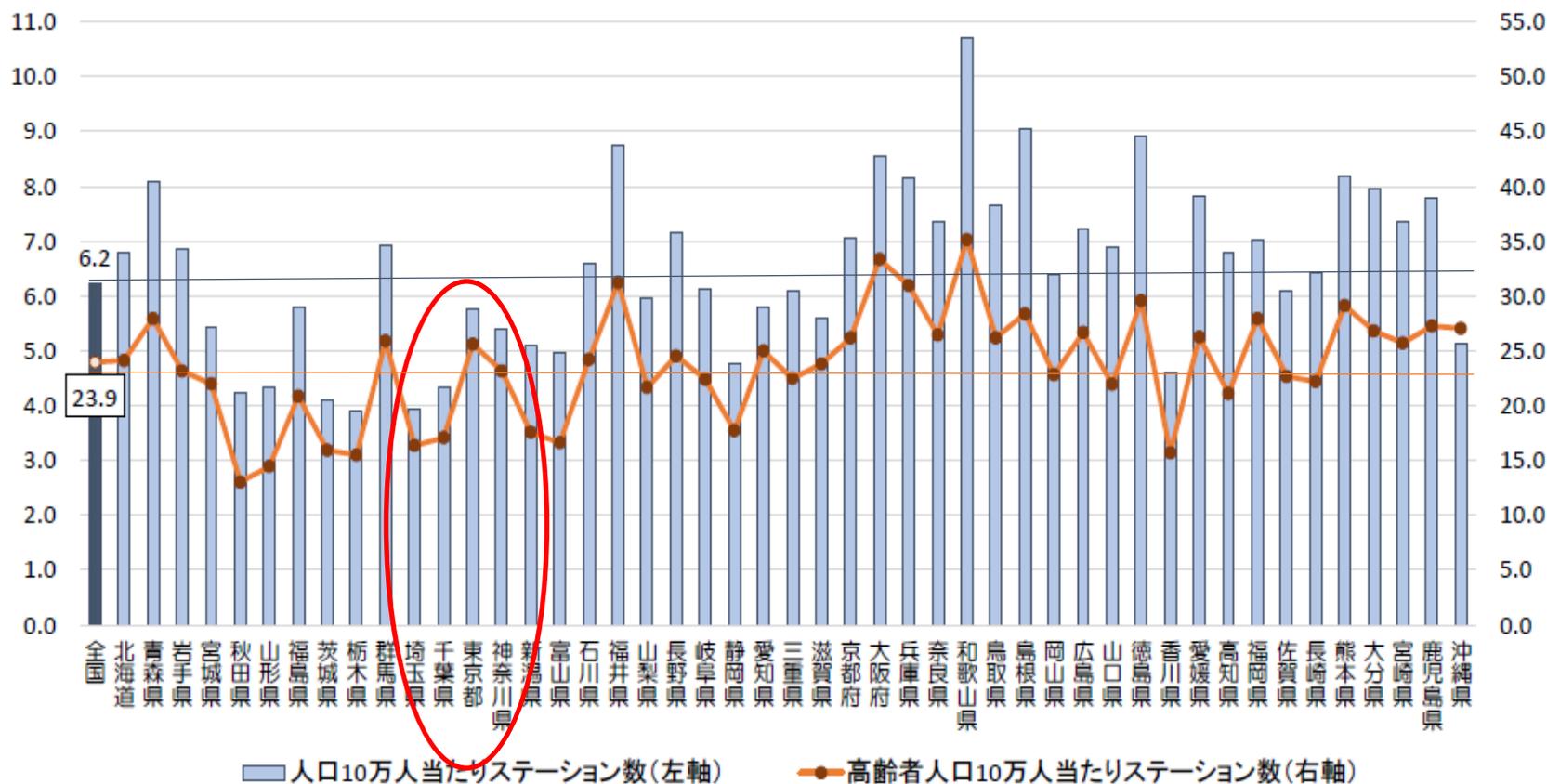
9 3 5 6
箇所

＜訪問看護事業所数の年次推移＞



都道府県別の訪問看護ステーション数

- 人口10万人当たりの訪問看護ステーション数は6.2か所、高齢者人口10万人当たりの訪問看護ステーション数は23.9か所である。
- 都道府県毎の地域差が大きい。



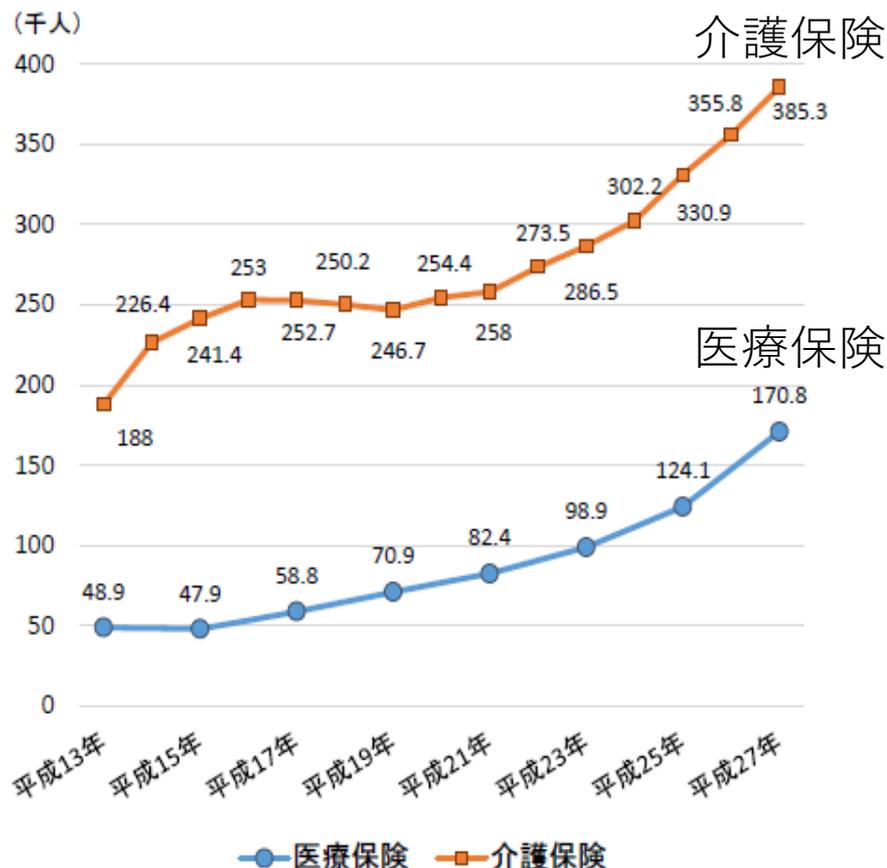
出典：平成26年度「介護サービス施設・事業所調査」及び平成26年10月1日「現在推計人口」（総務省統計局）

PTXX-170623-001

訪問看護ステーションの利用者について ①利用者数の推移

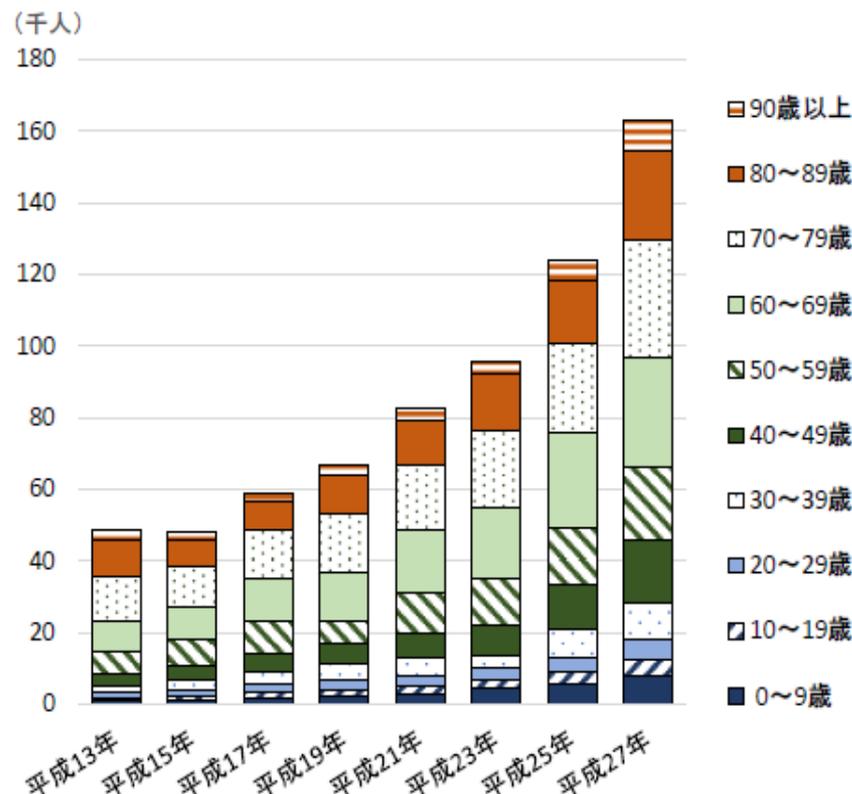
- 医療保険、介護保険ともに、訪問看護の利用者数は増加している。
- 医療保険の訪問看護利用者数は、どの年齢層も増加している。

■ 訪問看護利用者数の推移



注) 介護保険の利用者数には、病院・診療所からの利用者数も含まれる。

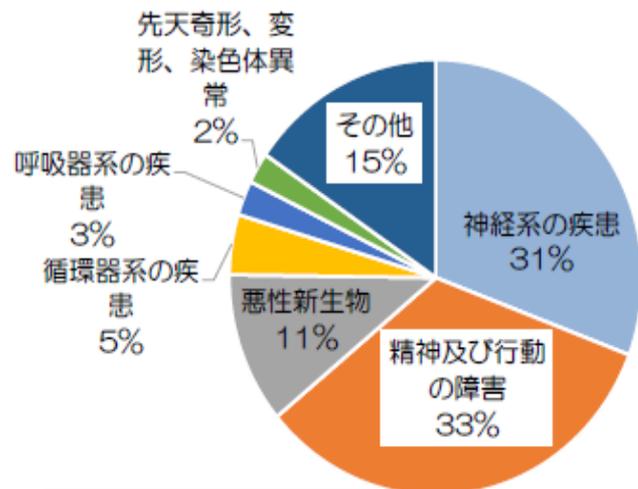
■ 医療保険の年齢階級別利用者数の推移



訪問看護ステーションの利用者について ②状態

- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、精神科疾患及び神経系の疾患がそれぞれ約3割を占め、次いで悪性新生物が約1割である。
- 医療機器を使用している等のため医療ニーズが高い状態である別表第8の該当者は、小児が多い。

■ 訪問看護利用者の主傷病

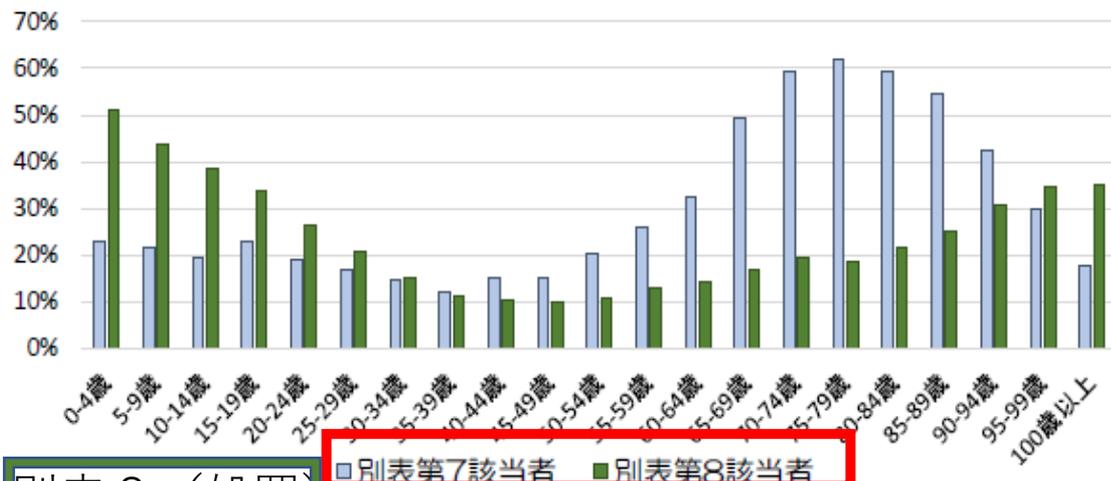


別表 7 (疾患)

※ 1 : 別表第 7

- | | |
|--------------|----------------|
| 末期の悪性腫瘍 | プリオン病 |
| 多発性硬化症 | 亜急性硬化性全脳炎 |
| 重症筋無力症 | ライソソーム病 |
| スモン | 副腎白質ジストロフィー |
| 筋萎縮性側索硬化症 | 脊髄性筋萎縮症 |
| 脊髄小脳変性症 | 球脊髄性筋萎縮症 |
| ハンチントン病 | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 進行性筋ジストロフィー症 | 後天性免疫不全症候群 |
| パーキンソン病関連疾患 | 脊髄損傷 |
| 多系統萎縮症 | 人工呼吸器を使用している状態 |

■ 別表第7及び別表第8の該当者割合



別表 8 (処置)

※ 2 : 別表第 8

- | | |
|---|---------------------------|
| 1 在宅悪性腫瘍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 |
| 2 以下のいずれかを受けている状態にある者 | 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 |
| 在宅自己腹膜灌流指導管理 | 在宅自己疼痛管理指導管理 |
| 在宅血液透析指導管理 | 在宅肺高血圧症患者指導管理 |
| 在宅酸素療法指導管理 | 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 |
| 在宅中心静脈栄養法指導管理 | 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者 |
| 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 | 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者 |
| 在宅自己導尿指導管理 | |

機能強化型 訪問看護ステーション



在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療

機能強化型訪問看護ステーションの評価

- 在宅医療を推進するため、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所の設置等、機能の高い訪問看護ステーションを評価する。

24時間対応
(24時間対応体制加算の届出)

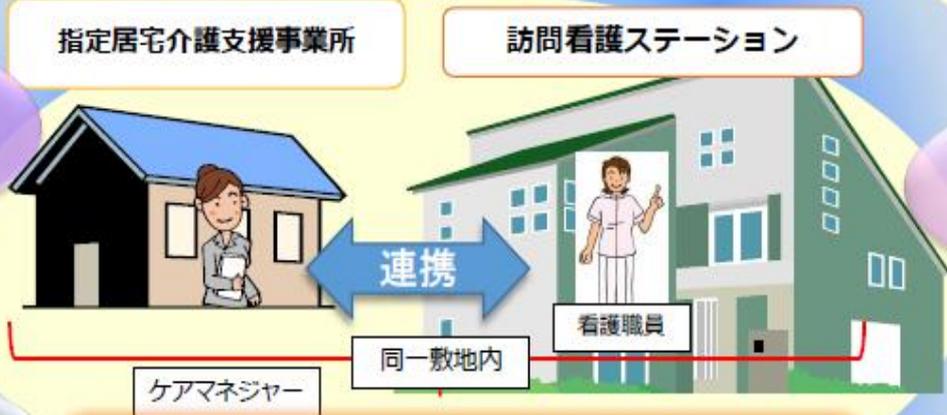
常勤看護職員
機能強化型訪問看護管理療養費1: 7人以上
機能強化型訪問看護管理療養費2: 5人以上

ターミナルケア
(ターミナルケア療養費、ターミナルケア加算の算定数の合計)

機能強化型訪問看護管理費1: 20以上/年
機能強化型訪問看護管理費2: 15以上/年

重症度の高い患者の受け入れ
(別表7※の利用者数)

機能強化型訪問看護管理費1: 10人以上/月
機能強化型訪問看護管理費2: 7人以上/月



休日・祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施

居宅介護支援事業所の設置 (同一敷地内)
(介護サービス計画、介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、1割程度の計画を作成)

○訪問看護ステーションの、特に医療的な管理が必要な利用者について、適切なタイミングで医療保険・介護保険の訪問看護が提供できる。
○ケアマネ事業所の利用者について、医療が必要となった際、ステーション看護師への相談や連携がよりスムーズに行える。

情報提供・相談・人材育成
地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施

※特掲診療料の施設基準等・別表第7に掲げる疾病等
末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ核小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態



在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療

機能強化型訪問看護ステーションの評価

➤ 在宅医療を推進するために機能の高い訪問看護ステーションの評価を行う。

改定前	改定後
1 月の初日の訪問の場合	1 月の初日の訪問の場合
	(新) <u>イ 機能強化型訪問看護管理療養費1</u> <u>12,400円</u>
	(新) <u>ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2</u> <u>9,400円</u>
7,300円	(改) イ又はロ以外の場合 <u>7,400円</u>
2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)	2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)
2,950円	(改) <u>2,980円</u>

[算定要件]

機能強化型訪問看護管理療養費1

- ① 常勤看護職員**7人以上**(サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に**合計20回以上**。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が**月に10人以上**。
- ⑤ 指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画 又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していること。
- ⑥ 休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと。
- ⑦ 地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。

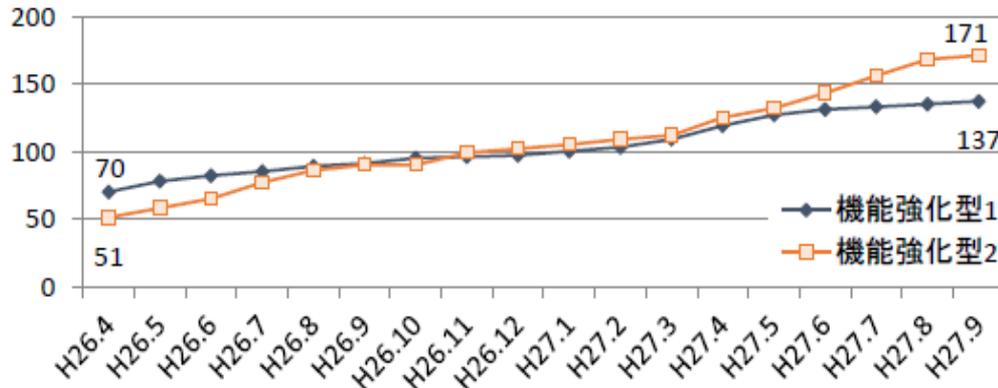
機能強化型訪問看護管理療養費2

- ① 常勤看護職員**5人以上**(サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に**合計15回以上**。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が**月に7人以上**。
- ⑤ 上記の⑤、⑥、⑦を満たすものであること。

機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

- 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、平成27年9月時点で機能強化型1が137事業所、機能強化型2が170事業所であり、機能強化型1に比べ機能強化型2の届出数が多い。
- 大都市部で届出が多い傾向があり、届出がない県も6県ある。

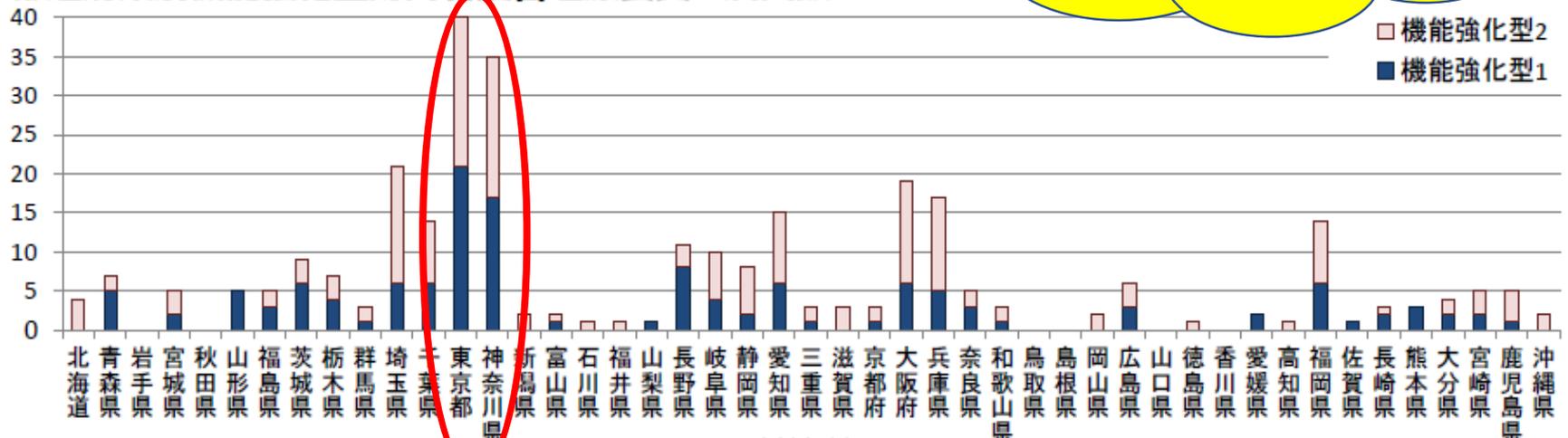
■機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



機能強化型訪問看護管理療養費1	機能強化型訪問看護管理療養費2	計
137	171	308

全国7739訪問看護ステーションの4%

■都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数



PTXX-170623-001

出典：保険局医療課調べ（平成27年9月1日時点）

機能強化型訪問看護ステーションの実績 ①医療ニーズの高い利用者

○ 機能強化型訪問看護ステーションの利用者は、機能強化型以外に比べ別表第7及び別表第8に該当する医療ニーズの高い利用者の割合が高い。

■ 1ステーション当たりの全利用者に占める該当利用者の割合

(全利用者数)		①医療保険のみ の利用者	②別表第7※1 の該当者	③別表第8※2 の該当者	④特別指示書 交付
機能強化型1	(9,639)	32.5%	20.6%	13.1%	2.3%
機能強化型2	(6,291)	30.7%	19.2%	11.5%	2.2%
機能強化型以外	(31,535)	25.3%	12.3%	7.2%	2.1%
主に精神科	(5,721)	90.3%	1.0%	0.3%	0.6%

注1) ①～④は重複している利用者もいる。

注2)

機能強化型以外

「機能強化型訪問看護管理療養費1」「機能強化型訪問看護管理療養費2」の届け出がなく、かつ、「主に精神科の訪問看護を実施している事業所」を除く事業所

主に精神科

平成26年9月の利用者数のうち、精神科訪問看護基本療養費Ⅰ・Ⅲの利用者数が50%以上の事業所

※1：別表第7

末期の悪性腫瘍	脊髄性筋萎縮症
多発性硬化症	球脊髄性筋萎縮症
重症筋無力症	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
スモン	後天性免疫不全症候群
筋萎縮性側索硬化症	脊髄損傷
脊髄小脳変性症	人工呼吸器を使用している状態
ハンチントン病	
進行性筋ジストロフィー症	
パーキンソン病関連疾患	
多系統萎縮症	
プリオン病	
亜急性硬化性全脳炎	
ライソゾーム病	
副腎白質ジストロフィー	

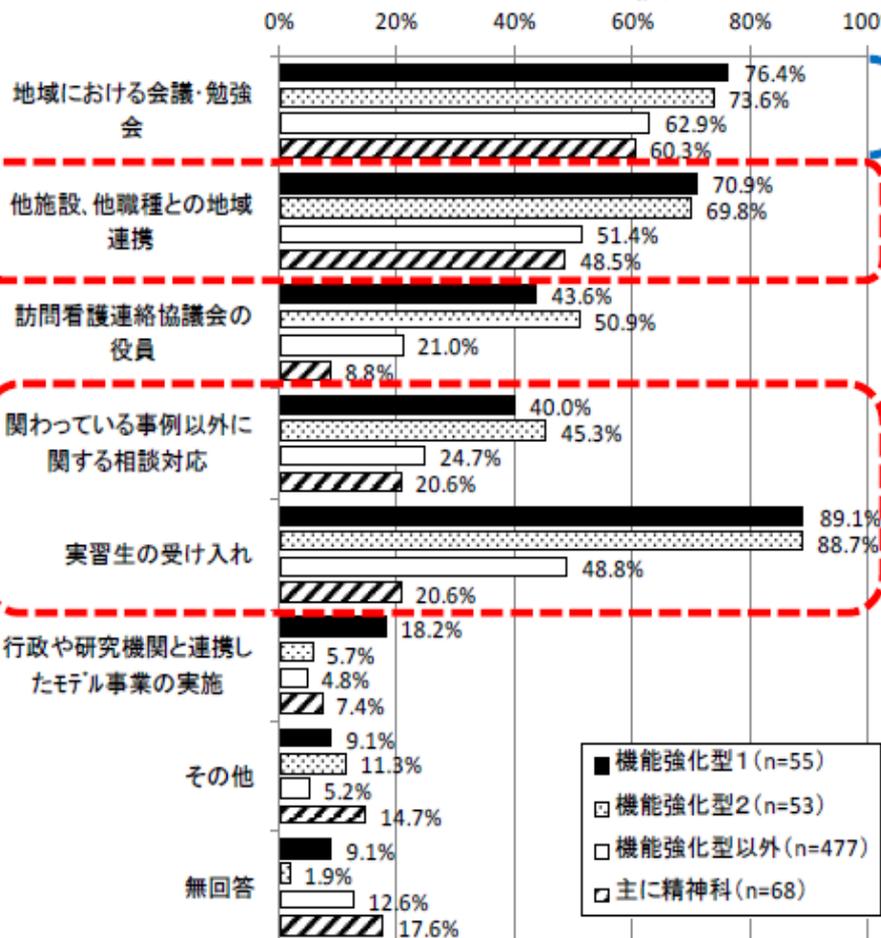
※2：別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍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
- 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
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
- 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

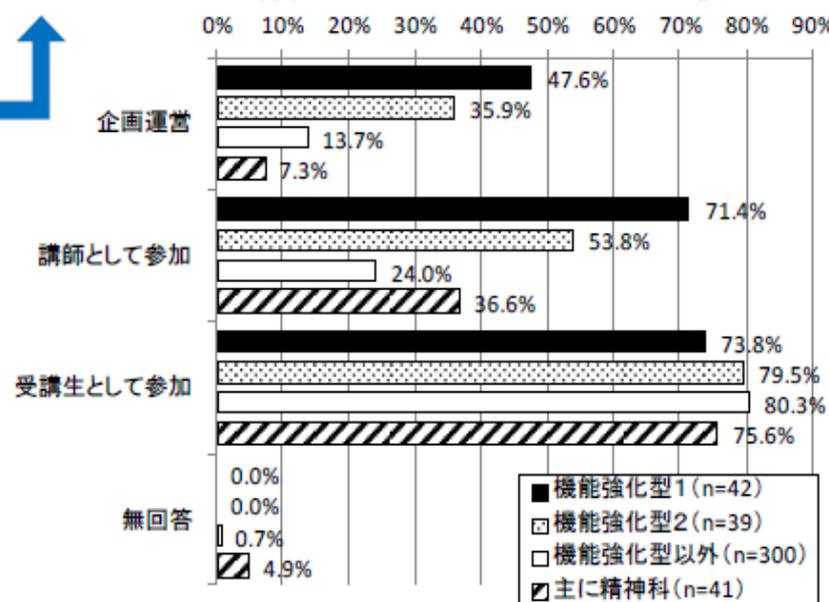
機能強化型訪問看護ステーションの実績 ③人材育成

- 機能強化型訪問看護ステーションは、機能強化型以外に比べ、「他施設、他職種との地域連携」、「関わっている事例以外に関する相談対応」、「実習生の受け入れ」等を通じた人材育成に関わっているステーションが多い。
- 地域における会議・勉強会では、受講生としてだけでなく、企画運営や講師として参加する割合が高い。

■ 地域住民等に対して実施したこと (複数回答)



■ 地域における会議・勉強会の参加方法 (複数回答)



機能強化型 訪問看護ステーションと 2016年改定

- ①看取り要件
- ②医療ニーズの高い小児の受け入れ
- ③退院直後の在宅療養支援

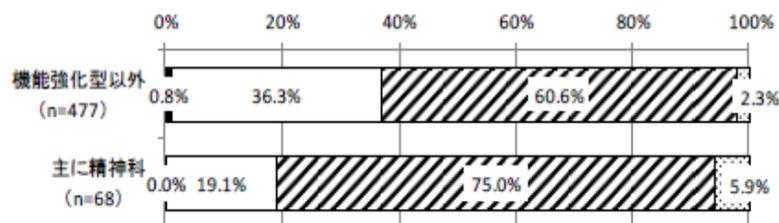
①看取り要件



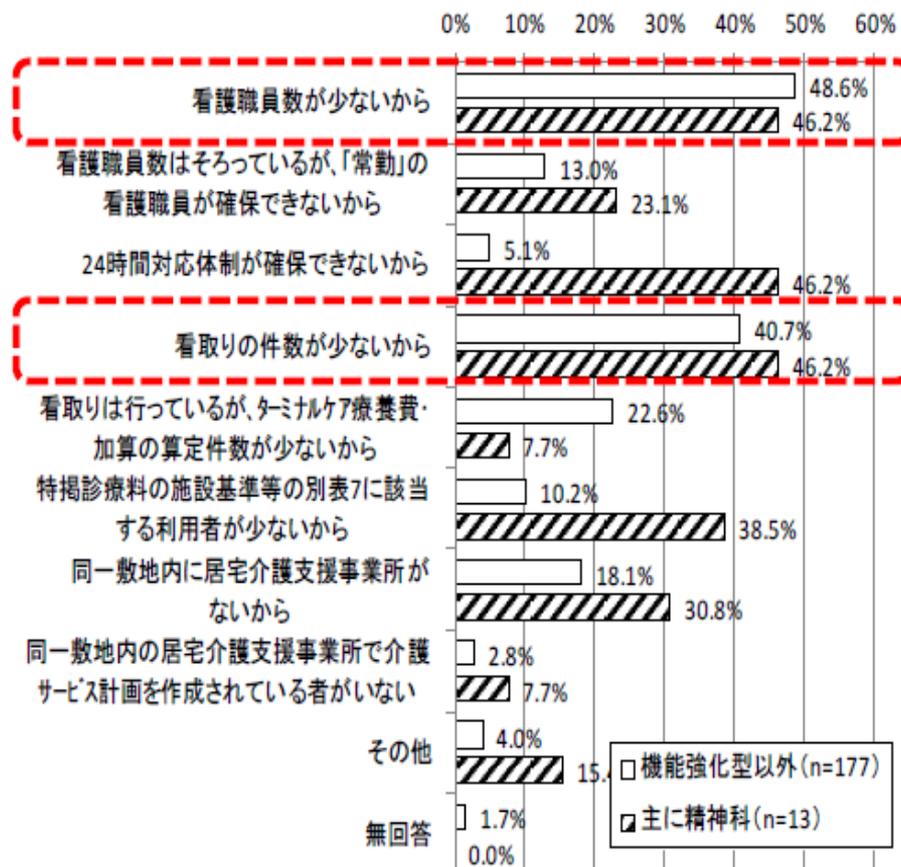
機能強化型を届け出ない理由①

○ 機能強化型訪問看護管理療養費を届け出していない訪問看護ステーションのうち、約 1 / 3 のステーションは今後機能強化型として届け出ることを目指しているが、現時点で届け出していない理由は、「看護職員数が少ない」及び「看取りの件数が少ない」が多い。

■ 機能強化型の届出の検討状況



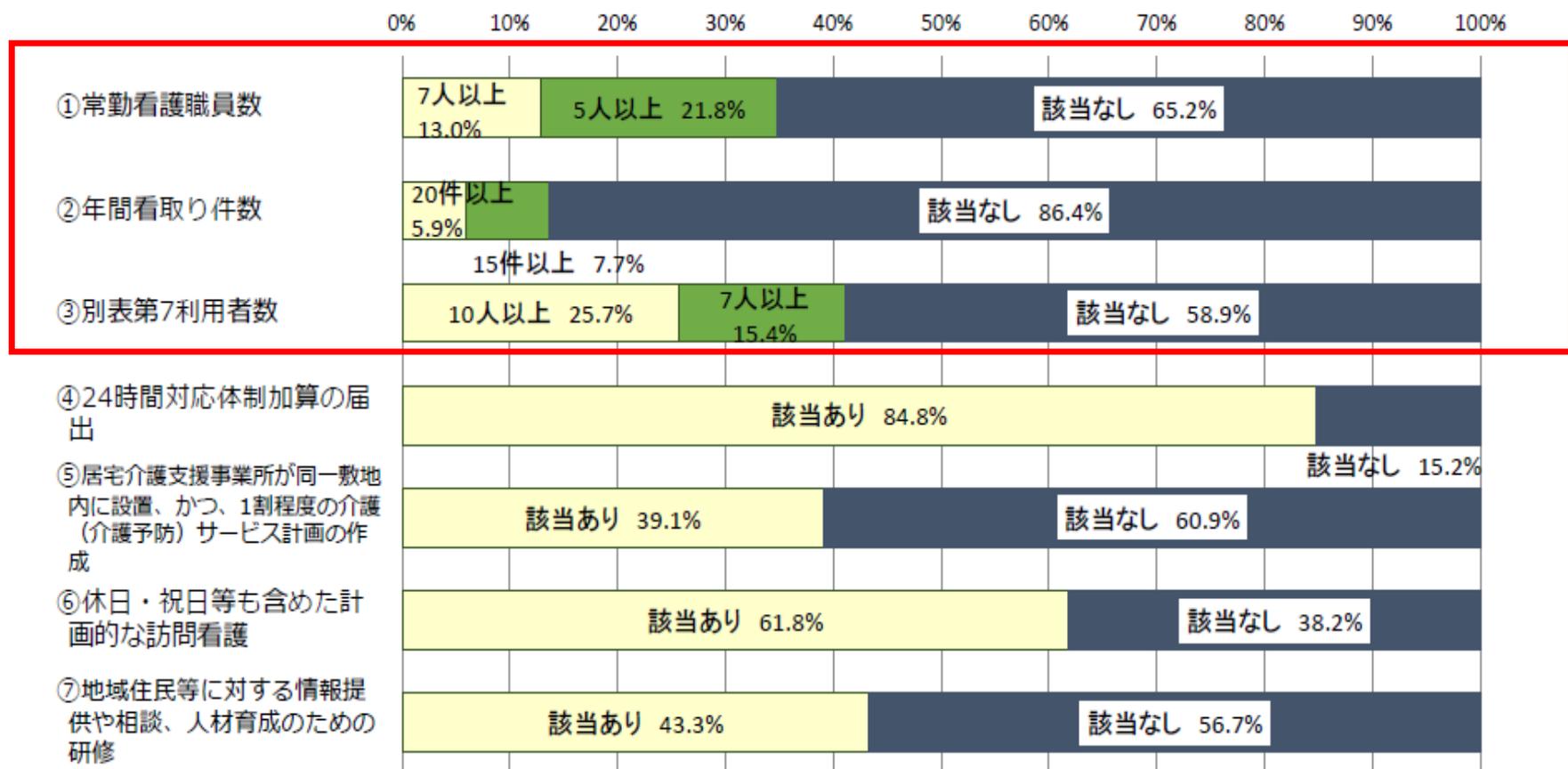
■ 機能強化型の届出なしの理由 (複数回答)



機能強化型を届け出ない理由②

- 機能強化型訪問看護管理療養費を算定したことがない訪問看護ステーションでは、機能強化型訪問看護ステーションの施設基準で求められている項目のうち、年間看取り件数の要件を満たしていない事業所が最も多い。

■ 機能強化型訪問看護管理療養費を算定したことがないステーションの要件別の算定状況 (n=1,366ステーション)



出典：平成28年診療報酬改定に関するアンケート調査

※調査対象：全国訪問看護事業協会会員訪問看護ステーション(4,438カ所)623-001

(平成27年 社団法人全国訪問看護事業協会)

※調査期間：平成27年4月

訪問看護ステーションにおける看取り状況

- 訪問看護ステーション1か所当たりの年間合計看取り件数は、機能強化型1は平均約30件、機能強化型2は平均約20件、機能強化型以外は平均約5件である。
- ターミナルケアを実施しているも、在宅がん医療総合診療料を算定している利用者は、現在は看取り件数に含まれていないが、含めた場合は看取り件数が増加する。

■ 1ステーション当たりの年間看取り件数

	看取り件数 ※	
	現行の計算方法	仮に、在宅がん医療総合診療料（医療機関で算定）対象患者を含めた場合
平均値	8.7	9.2
1) 機能強化型1のみ	31.4	32.5
2) 機能強化型2のみ	20.3	21.3
3) 1)、2)以外	5.1	5.5
中央値	4	4
標準偏差	11.7	12.1

	現行の計算方法		仮に、在宅がん医療総合診療料（医療機関で算定）対象患者を含めた場合
調査対象のうち、看取り件数が年間15件を上回るステーション数	137	+8%	148

※看取り件数：平成26年4月1日～9月30日の看取り実績から年間合計を推計したもの

在宅がん医療総合診療料

保険医療機関と訪問看護ステーションが共同で実施する場合には、保険医療機関において一括して算定する。

【概要】

- 末期の悪性腫瘍の患者に対し、計画的な医学管理の下に、訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週4日以上であり、かつ、訪問診療及び訪問看護の回数が週1回以上。

※ 訪問看護ステーションがターミナルケアを実施しているも、本項目の算定利用者は、訪問看護ステーション側では報酬を算定しない。

在宅がん医療総合診療料患者を含めて20人

②医療ニーズの高い 小児の受け入れ



長期入院児の増加傾向

- 長期入院児の年間発生数は、NICU 1,000床当たり95例、出生1万人当たり2.6例である。(2012年)
- NICU長期入院児の年間発生数は、2006年以降減少していたが、2010年以降再び増加傾向である。
- 在宅人工呼吸の小児患者数も、増加している。

長期入院児*の年間発生数 (2012年データ)

NICU1000床あたり95例

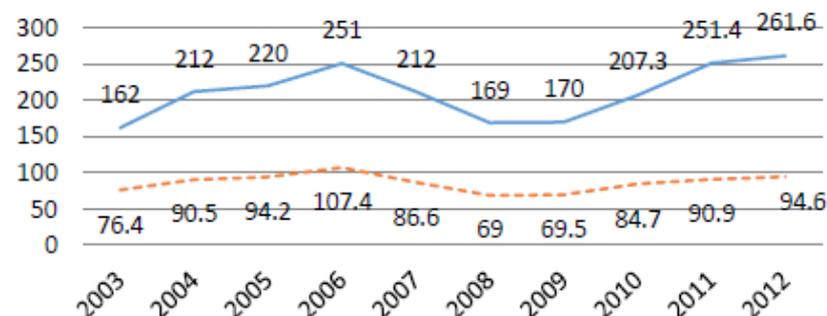
⇒ 推計総数 約260例**

(約2.6例/出生1万人)

* 2011年に出生しNICUあるいはその後方病床に1年以上入院している児

** 2012年のNICU総病床数2,765

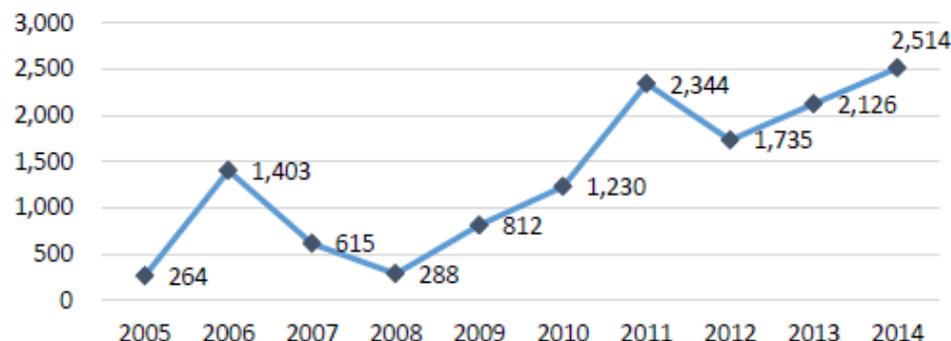
■長期入院児数の推移



出典：平成23～25年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「重症の慢性疾患児の在宅での療養・療育環境の拡充に関する総合研究」（主任研究者：田村正徳）

■在宅人工呼吸指導管理料の算定件数（0～19歳）の推移

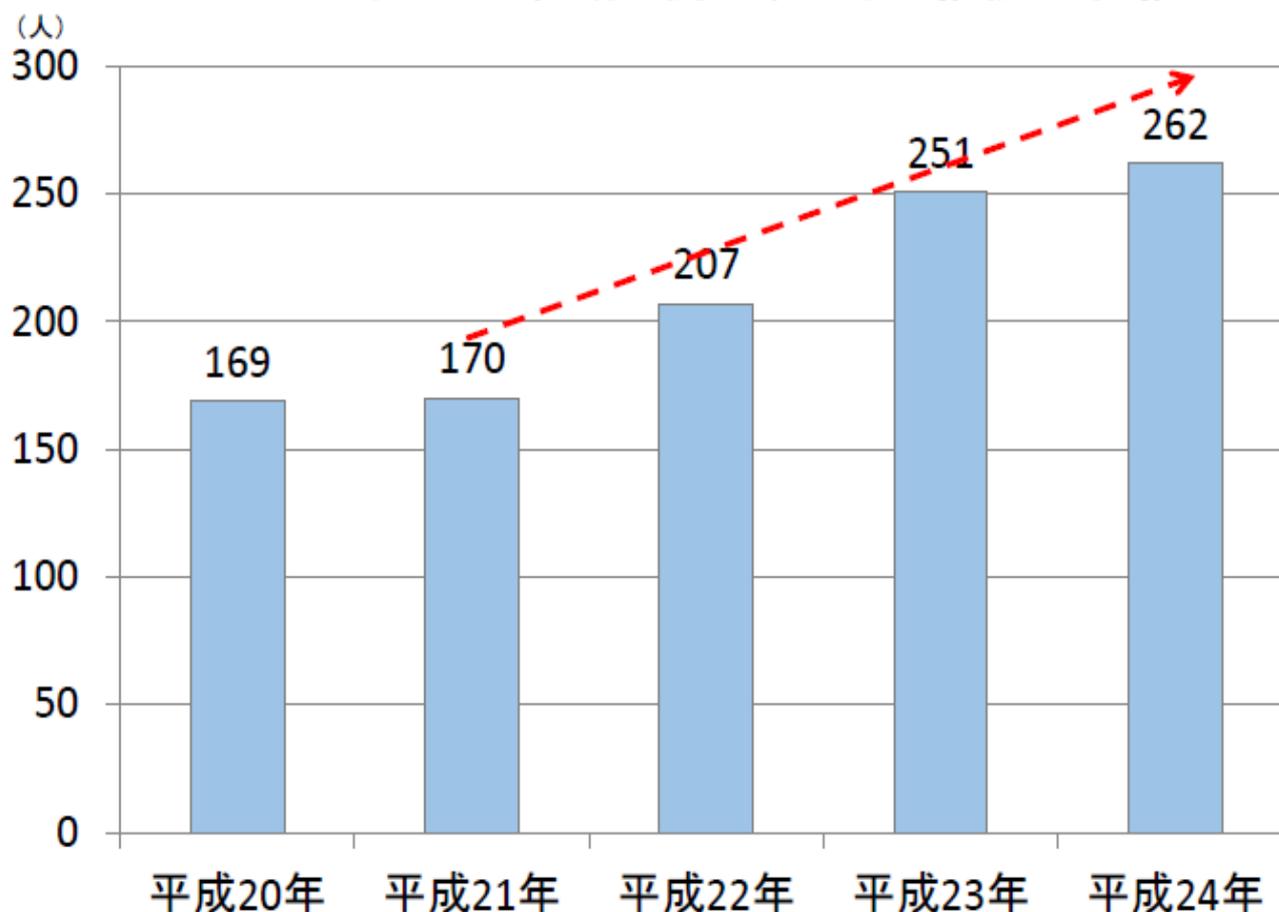


出典：社会医療診療行為別調査（各年6月審査分）

NICUにおける長期入院児の推移

○ 新生児特定集中治療室(NICU)における長期入院児(1年以上入院している児)の数は増加傾向にある。

＜NICUにおける1年以上の長期入院児数の年次推移(全国推計)＞



PTXX-170623-001

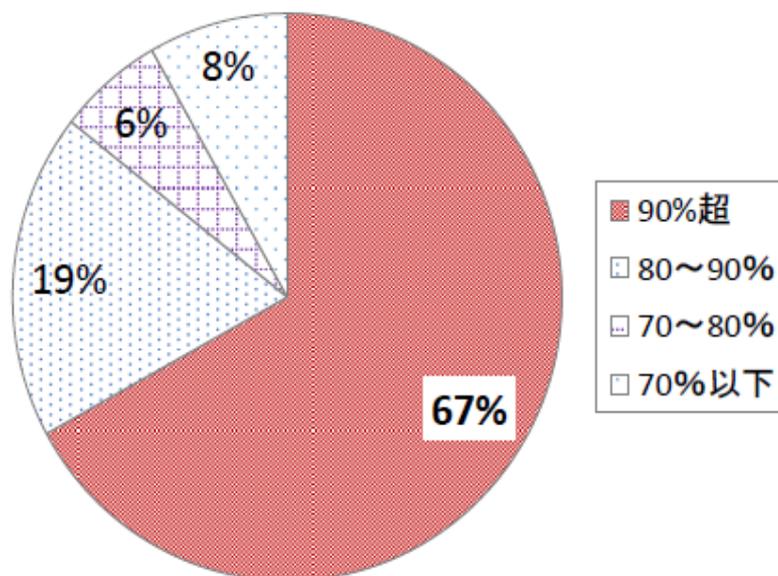
NICUにおける病床利用状況

- 総合周産期母子医療センターの約70%において、NICUの病床利用率は90%を超えていた。
- NICUにおいて母胎・新生児の搬送受入ができなかった事例において、その理由の約90%は満床によるためであった。

<NICUにおける病床の利用状況について>

NICU病床利用率について
(総合周産期母子医療センター97施設)

NICU病床利用率90%超のセンターは約7割



母体及び新生児搬送受入ができなかった理由について
(総合周産期母子医療センター)

受入れができなかった主な理由は「NICU満床」

母体	理由	NICU満床	MFICU満床	診察可能 医師不在	その他
	センター数		70/79	50/79	17/79
割合(%)※		88.6%	63.3%	21.5%	68.4%

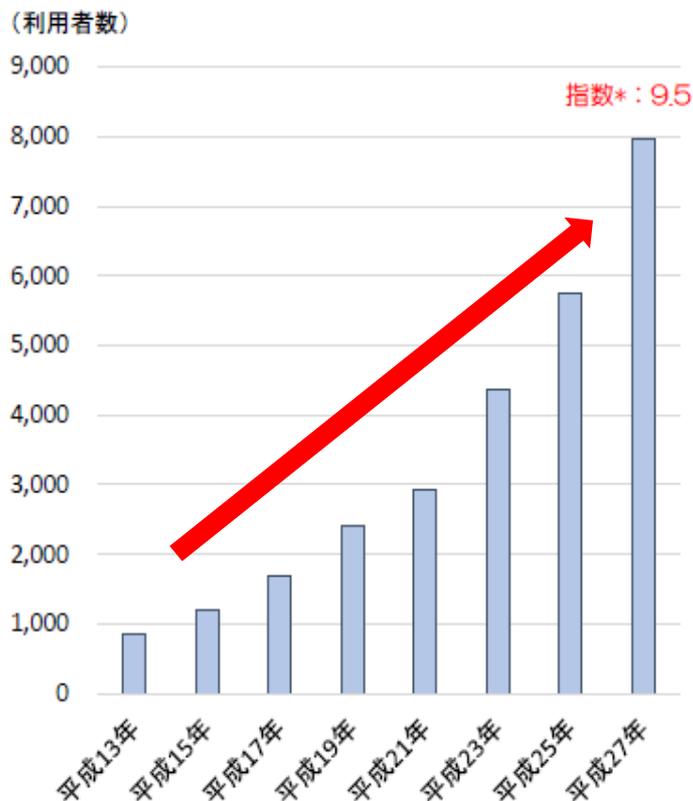
新生児	理由	NICU満床	診察可能 医師不在	その他
	センター数		55/59	6/59
割合(%)※		93.2%	10.2%	33.9%

※受入れができなかったことがあるセンター数に対する割合(複数回答可)

小児に対する訪問看護の実施状況

- 訪問看護ステーションからの訪問看護を受ける小児（0～9歳）の利用者数は増加しており、平成13年に比べ9.5倍になっている。
- 長時間訪問看護加算は、15歳未満の小児の算定者数が多かつ1月当たりの算定回数が多い。

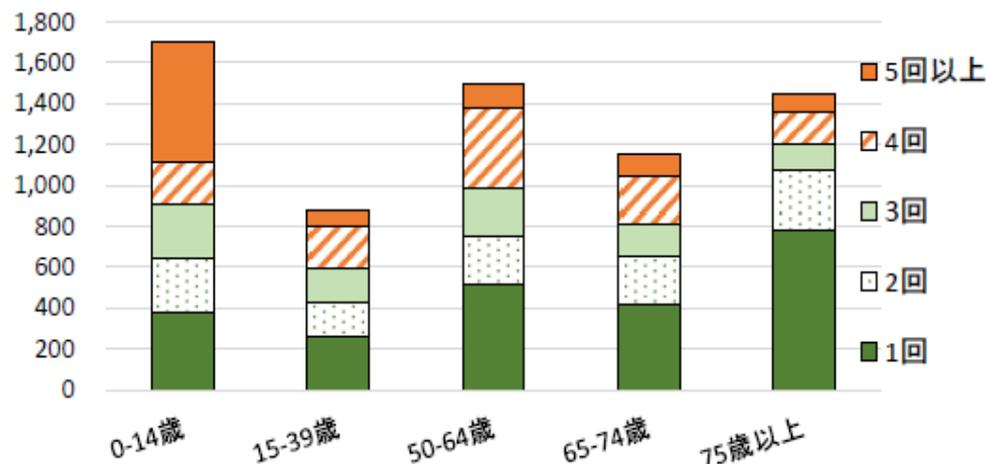
■ 9歳以下の訪問看護利用者数の推移



※：平成13年を1とした時の指数

■ 長時間訪問看護加算の算定回数別利用者数

(平成27年5月の1か月間)
(人)



長時間訪問看護加算は、基準告示第2の3に規定する長時間の訪問を要する者に対して、1回の指定訪問看護の時間が90分を超えた場合、1人の利用者に対して週1（15歳未満の超重症児又は準超重症児においては週3回）に限り所定額に加算すること。

○厚生労働省告示第六十四号 第二の三

長時間訪問看護加算及び長時間精神科訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者

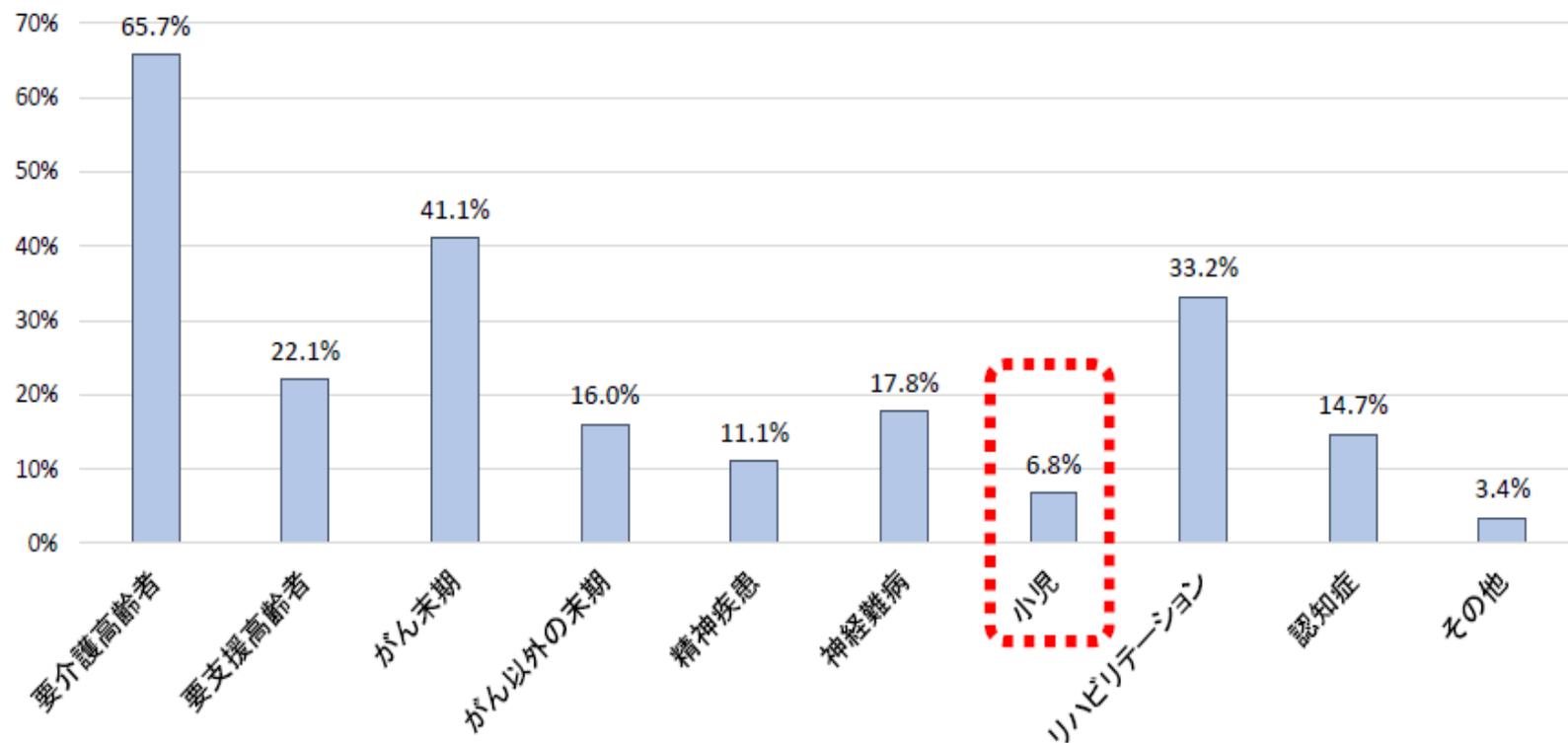
長時間の訪問看護を要する利用者であつて、次のいずれかに該当するもの

- (1)十五歳未満の超重症児又は準超重症児
- (2)特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
- (3)特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者

訪問看護ステーションが得意としている利用者の特性

○ 高齢者やがん末期、神経難病等と比べ、小児を得意分野とする訪問看護ステーションは少ない。

■ 訪問看護ステーションが得意としている利用者の特性 (n=443) (複数回答)



出典：東京都訪問看護支援検討委員会報告書（平成25年3月）

※調査対象：東京都内の訪問看護ステーション（管理者票）

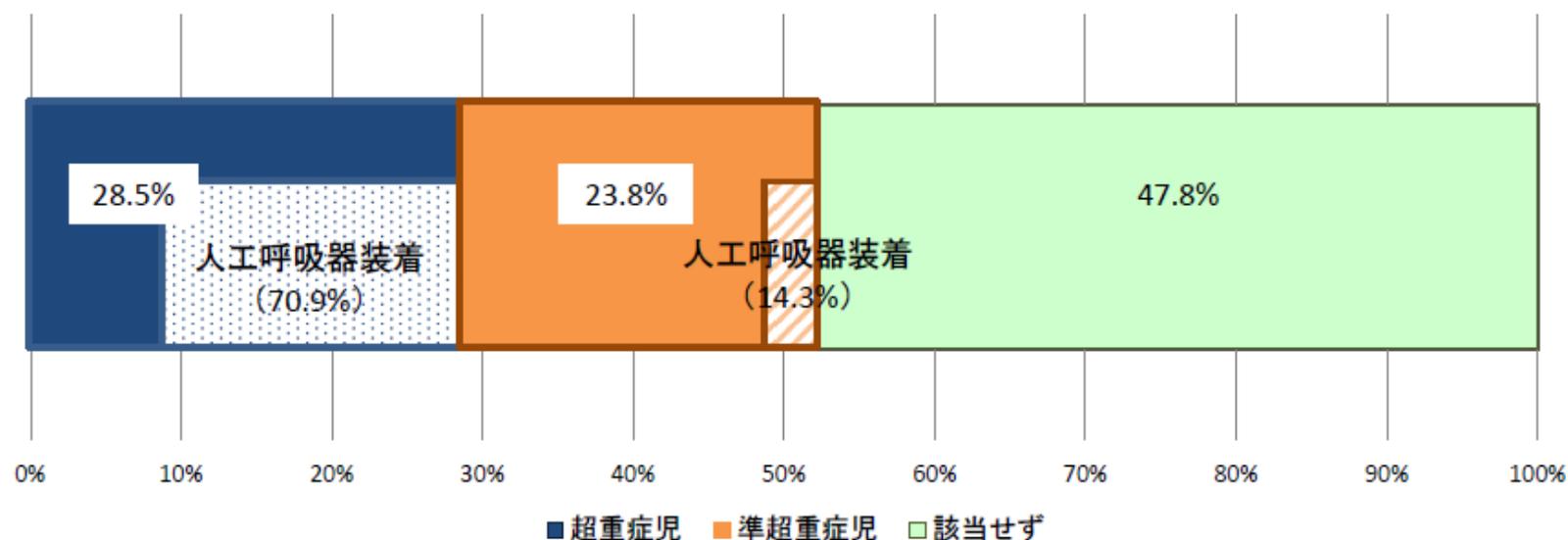
PTXX-170623-001

18歳未満の利用者の状態

- 18歳未満の利用者のうち約半数は超重症児と準超重症児であり、超重症児のうち7割以上、準超重症児のうち1.5割程度が人工呼吸器を装着している。

■ 18歳未満の利用者の状態（超重症児・準超重症児の該当）

(n=2,854)

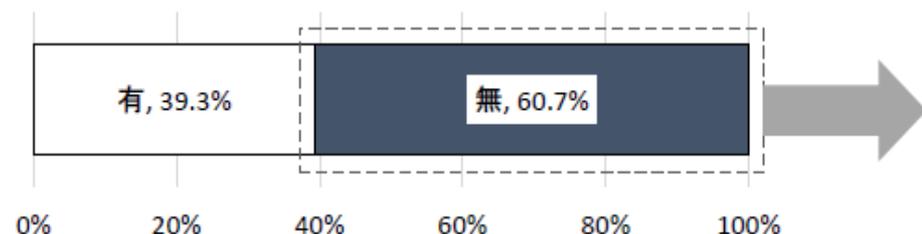


出典：平成28年診療報酬改定に関するアンケート調査
(平成27年 社団法人全国訪問看護事業協会)

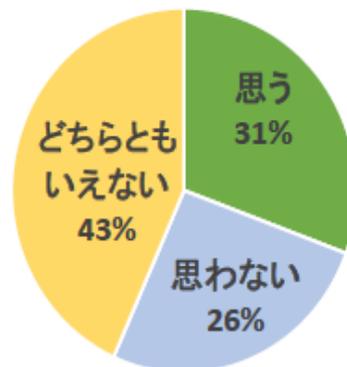
訪問看護ステーションにおいて小児を受け入れるために必要なこと

○ 小児訪問看護を行っていない訪問看護ステーションにおいて、小児訪問看護を取り組めるようにするためには、「小児訪問看護の研修」と並んで、「小児訪問看護を行っている訪問看護ステーションでの体験研修」が挙げられている。

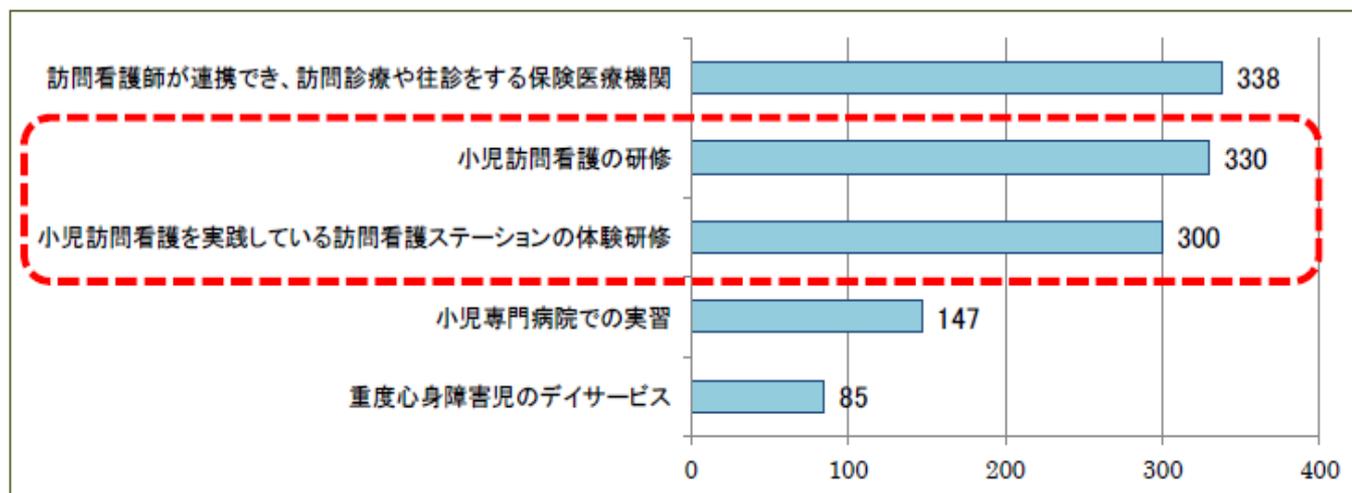
■ 過去6か月間の小児訪問看護の経験



■ 今後、小児訪問看護を行いたい



■ 小児訪問看護を取り組めるようになるための要件



出典：平成28年度制度報酬改定に向けた会員アンケート
(平成27年 日本訪問看護財団)

※調査対象：日本訪問看護財団会員(3,129か所)、回収率29%(908か所)

※調査期間：平成27年5月

PTXX-170623-001

機能強化型訪問看護ステーション

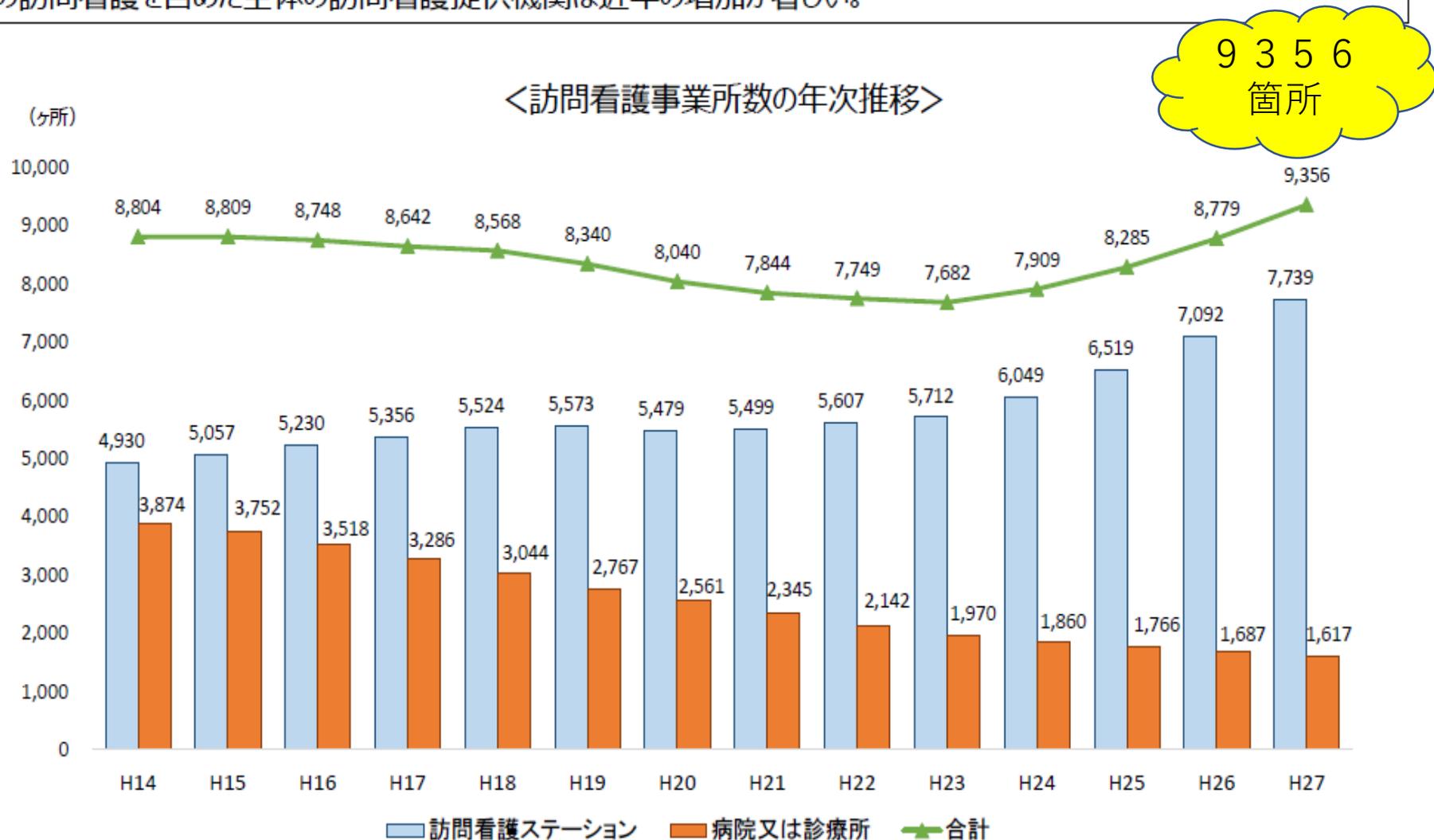
- ターミナルケア件数を合計した数が年に **15**以上、かつ、超・準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上
- 超・準超重症児の利用者数を合計した数が常時6人以上

③退院直後の在宅療養支援

- 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。
- 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

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。



病院・診療所からの訪問看護の実施状況 ①実施医療機関

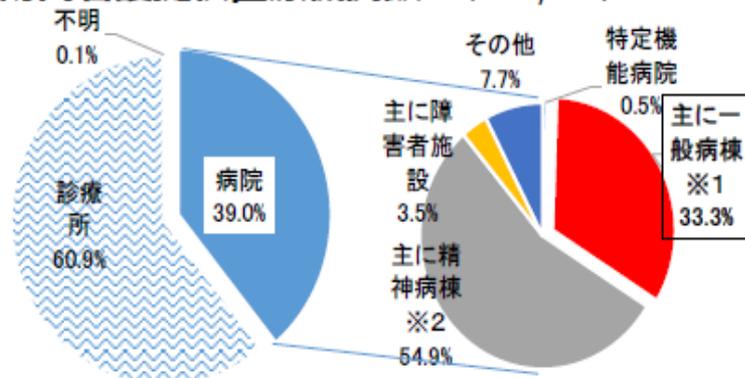
- 全医療機関のうち3.8%が医療保険からの訪問看護を実施しており、病院に限ると約2割が実施している。
- 訪問看護を実施している医療機関のうち約4割が病院であり、そのうち約3割は主に一般病棟を有する病院である。一般病院における1医療機関当たりの訪問看護提供者数は1~10人が最も多く、10:1入院基本料を算定している病院が実施している割合が高い。

■ 医療機関における訪問看護の実施状況

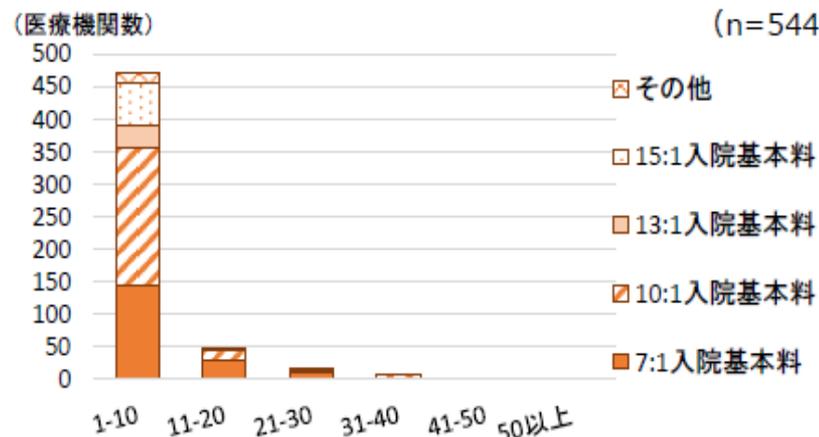
医療機関数 ¹⁾	訪問看護を実施	
	介護保険 ²⁾	医療保険 ³⁾
病院 8,484	—	1,641 (19.3%)
診療所 100,962	—	2,561 (2.5%)
合計 109,996	1,580 (1.4%)	4,205 (3.8%)

- 1)「医療施設動態調査」(平成27年5月末概数)
- 2)「介護給付費実態調査」(平成27年6月審査分)
- 3)NDBデータ(平成27年5月診療分)

■ 訪問看護提供医療機関数 (n=4,205)



■ 一般病院における訪問看護提供者数別の医療機関数 (n=544)



※1 主に一般病棟:当該月において一般病棟入院基本料を算定している者が過半数を占める病院

※2 主に精神病棟:当該月において精神病棟入院基本料を算定している者が過半数を占める病院

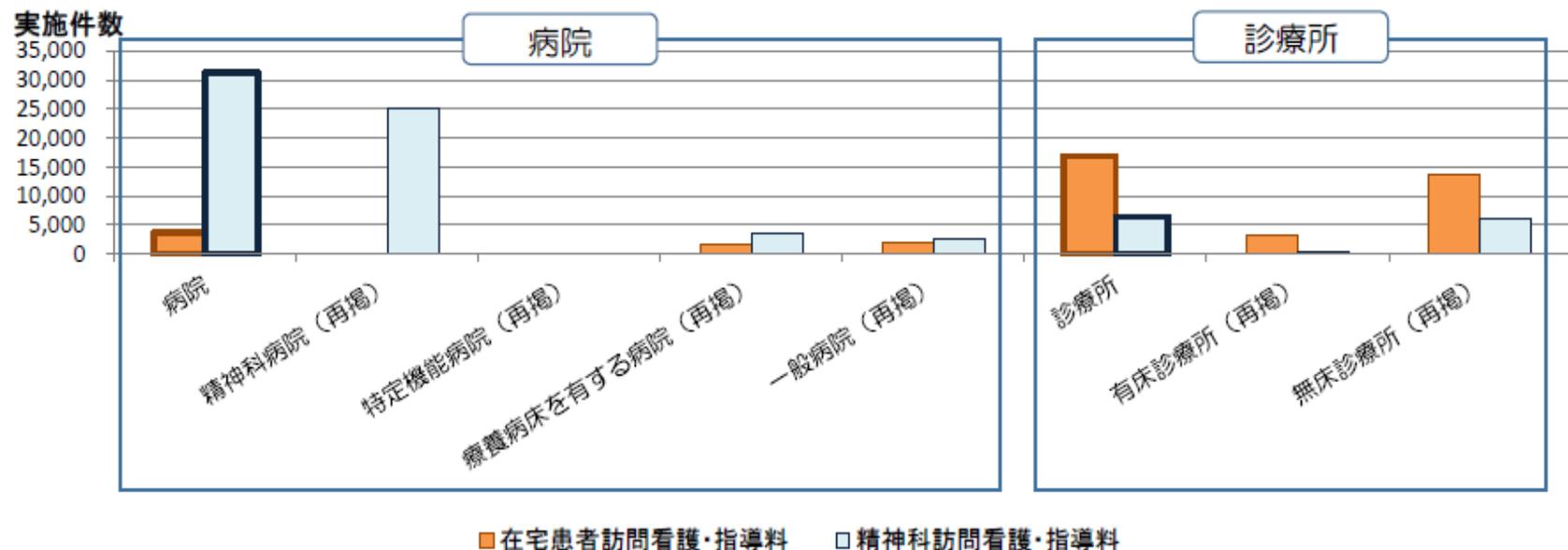
(1医療機関当たりの訪問看護提供者数(平成27年5月))

病院・診療所からの訪問看護の実施状況 ②実施件数

- 病院・診療所からの訪問看護の実施件数は、病院からの訪問が約6割、診療所からの訪問が約4割である。
- 病院からの訪問看護は、約9割が精神科病院からの精神科訪問看護・指導である。

■病院・診療所からの訪問看護・指導の実施件数（平成26年6月審査分）

	総数(件)		病院		診療所	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
在宅患者訪問看護・指導料※1	20,748	(100.0%)	3,623	(17.5%)	16,881	(81.4%)
精神科訪問看護・指導料※2	37,845	(100.0%)	31,376	(82.9%)	6,456	(17.1%)
合計	58,593	(100.0%)	34,999	(59.7%)	23,337	(39.8%)

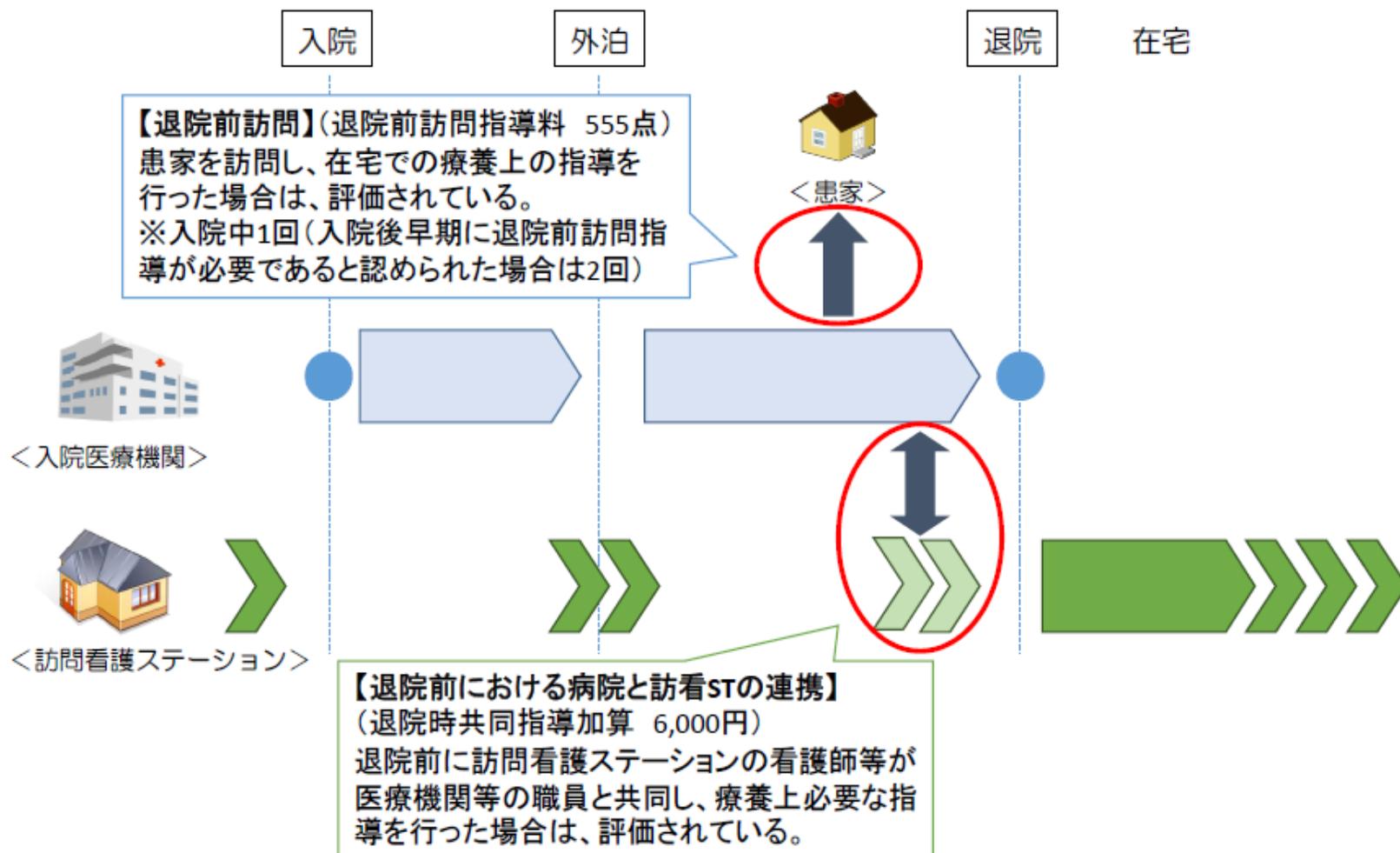


※1 在宅患者訪問看護・指導料:在宅患者訪問看護・指導料と同一建物居住者訪問看護・指導料の細分類の実施件数を積み上げている

※2 精神科訪問看護・指導料:精神科訪問看護・指導料(I)~(Ⅲ)の細分類の実施件数を積み上げている

入院医療機関における退院時の在宅療養支援の評価

- 入院医療機関から在宅療養への円滑な移行に向けた支援のうち、現在評価されているのは退院前に実施された支援である。（医療機関側の評価：退院前訪問指導料、訪看ステーション側の評価：退院時共同指導加算）
- 入院医療機関が退院支援の一環として行う退院後の在宅療養支援を評価する項目はない。



病院による在宅医療・生活の支援の取り組み ①小児（神奈川県茅ヶ崎地域の例）

【概要】 <平成26年度小児等在宅医療連携拠点事業（神奈川県）>

地域の小児等への在宅医療資源の拡充と専門機関との連携のために、①小児在宅医療に関する相談窓口の設置、②小児在宅医療の担い手を対象とした各種研修会の実施、③在宅医連携カンファレンスの実施、④新生児地域連携カンファレンス、⑤退院支援の実施が行われた。

退院後同行訪問の概要

I 目的

在宅医療を行うこどもに対する訪問看護師の初回訪問に入院医療機関の看護師が同行し、医療ケアの効率的な引継ぎと医療ケア方法の修正を共同で行う。

訪問看護師の小児在宅医療ケアに対する不安の軽減を図り、在宅への移行を協働して行う。

II 対象患者

在宅医療ケアを必要とする退院患者

III 訪問時期

退院後1ヶ月以内に行う

患者の状況に応じて医療者、患者・家族と調整し決定する

IV 訪問者

退院在宅医療支援室看護師（状況により外来、退院病棟の看護師）

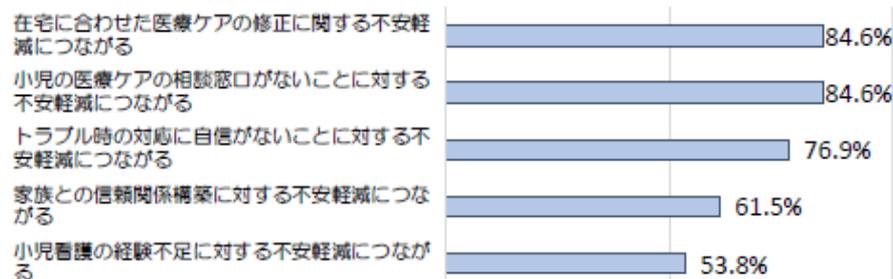
実績（H26年度（2月末時点））

総数：12件（うち9件は病棟看護師同行）

TPPV 5件	NPPV 2件	酸素 2件
注入 1件	ターミナル 1件	IVH 1件
同行訪問看護ステーション数		10施設
在宅医と合わせた訪問（医師も同行）		3件
共同して医療ケアの修正		4件

利用した訪問看護師からの声

(n=23)



在宅移行時に切れ目のない支援が実現し、訪問看護師や患者・家族の不安解消の一助になった。

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

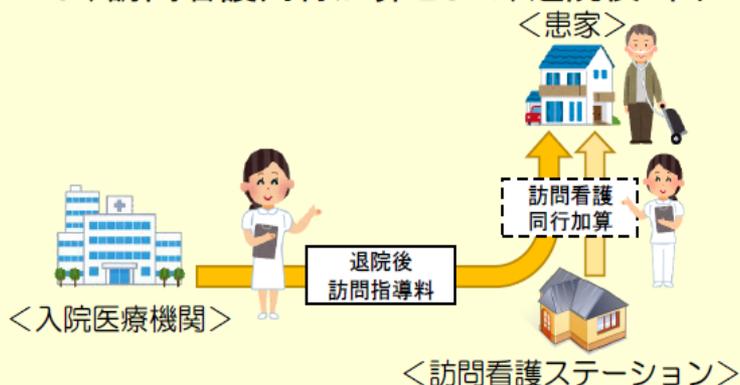
- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

(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

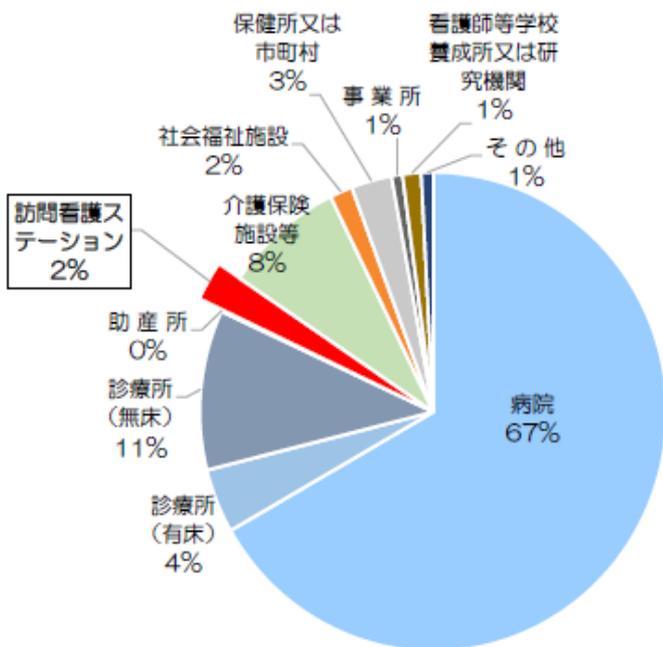
- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理 | <ol style="list-style-type: none"> 3 在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理 4 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 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の就業者数の推移

- 就業している看護職員のうち、訪問看護ステーションに就業しているのは2%である。
- 訪問看護ステーションに就業している看護職員数は年々増加しているが、看護職員全体に比べ増加割合は低い。

■ 就業場所別看護職員数（常勤換算）

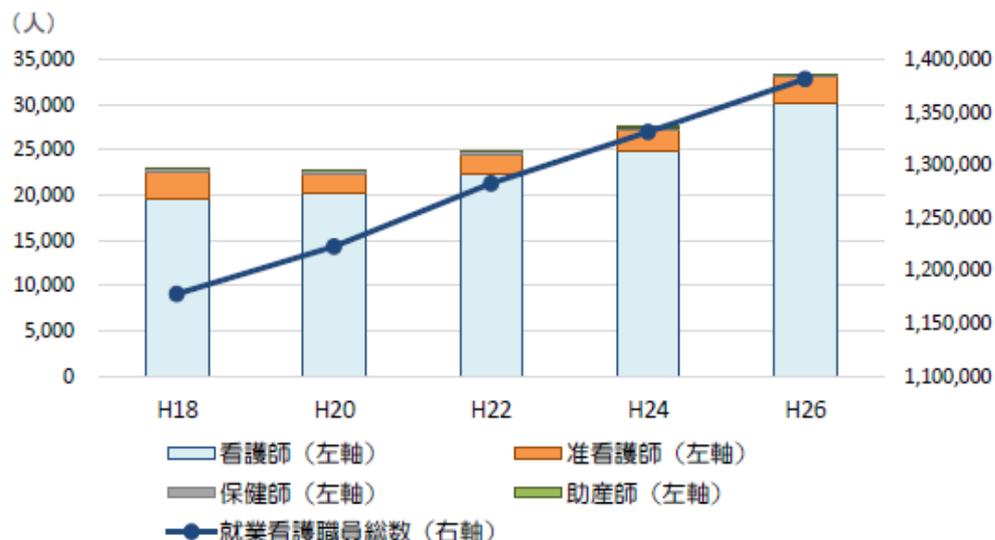
（平成26年12月末現在）



※看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師

■ 訪問看護ステーションの就業看護職員数（常勤換算）

（各年年12月末現在）



※就業看護職員総数：就業している保健師、助産師、看護師、准看護師の総数

訪問看護師3万人
2025年に15万人必要

PTXX-170623-001

パート6 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

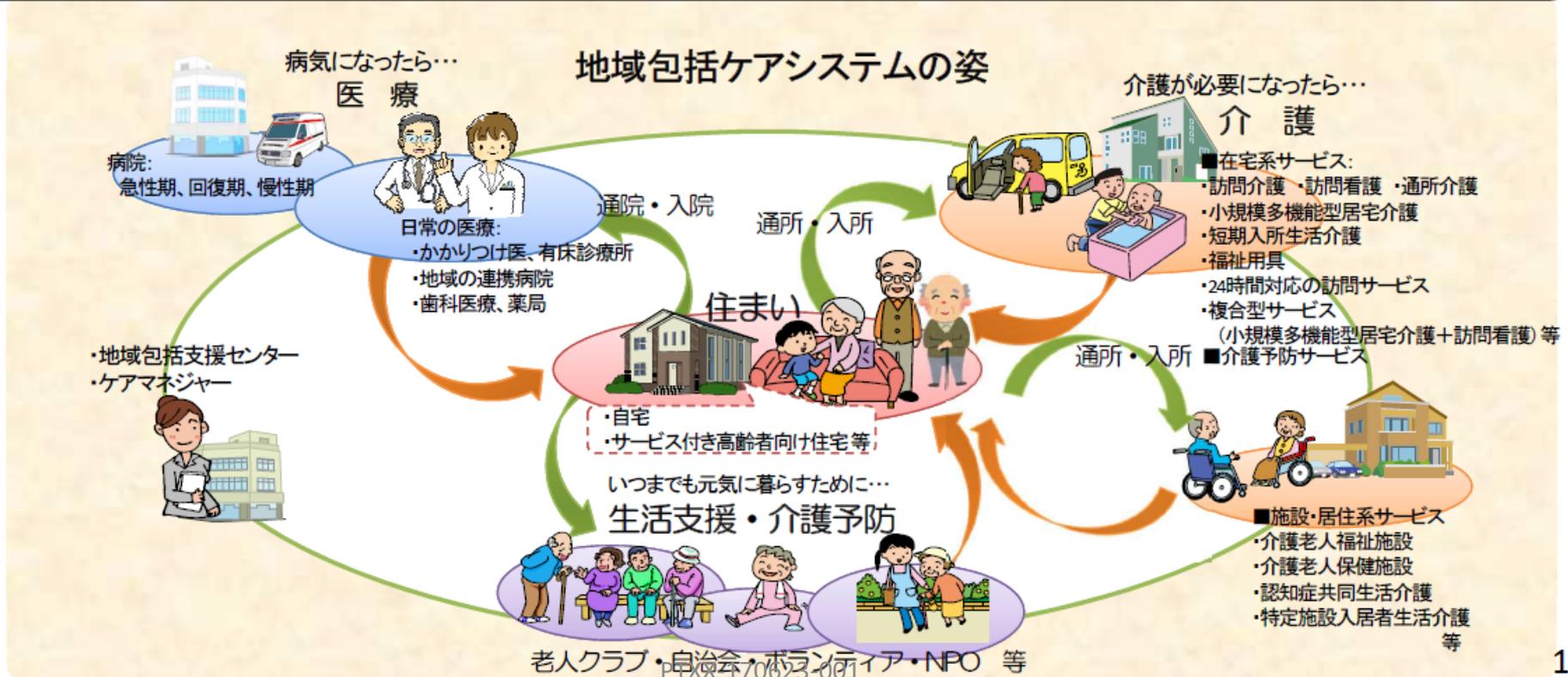


**Aging in
Place**

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

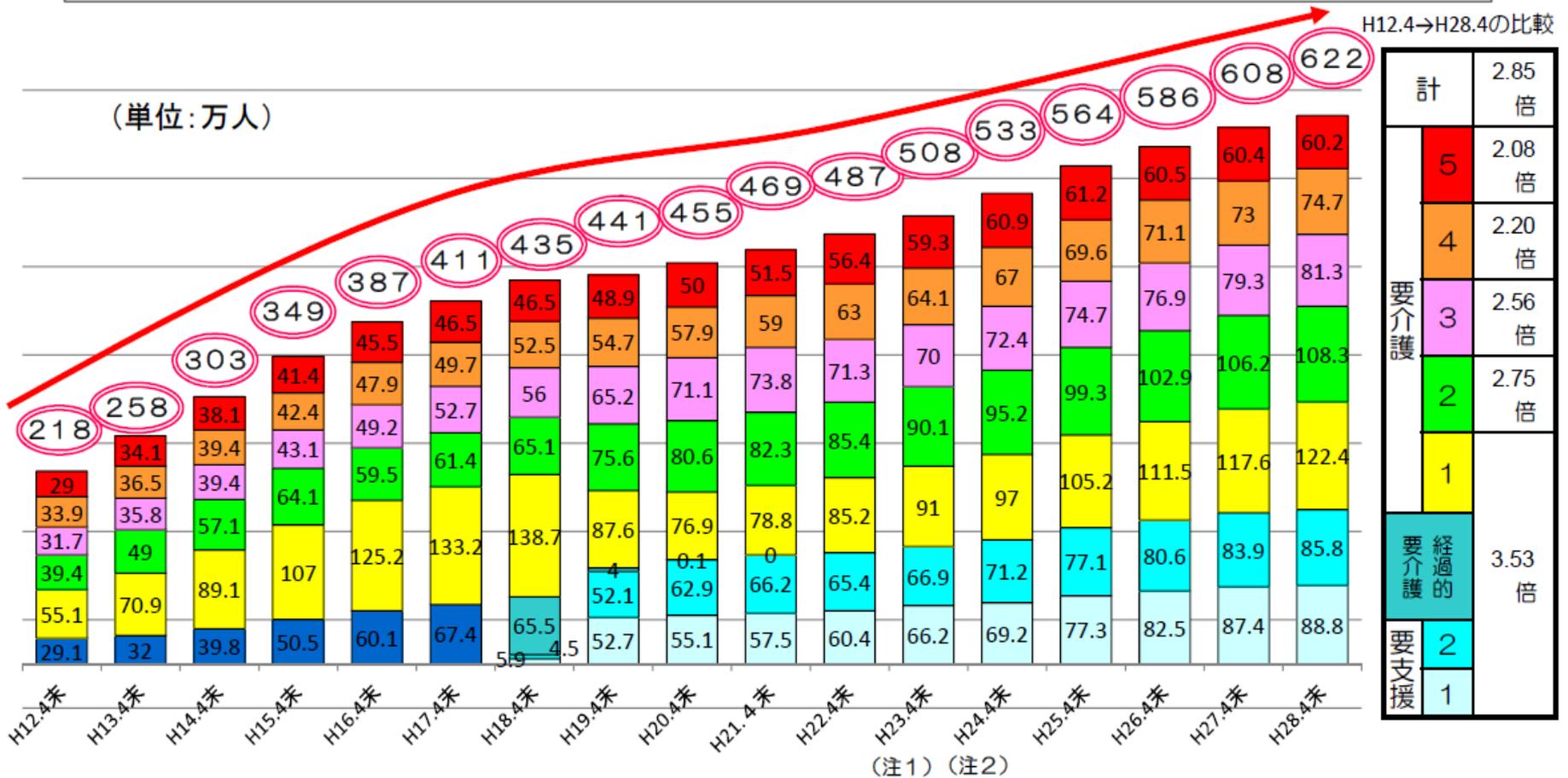
(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応 2015年介護報酬改定

- 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、それぞれのサービスに共通した機能を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）

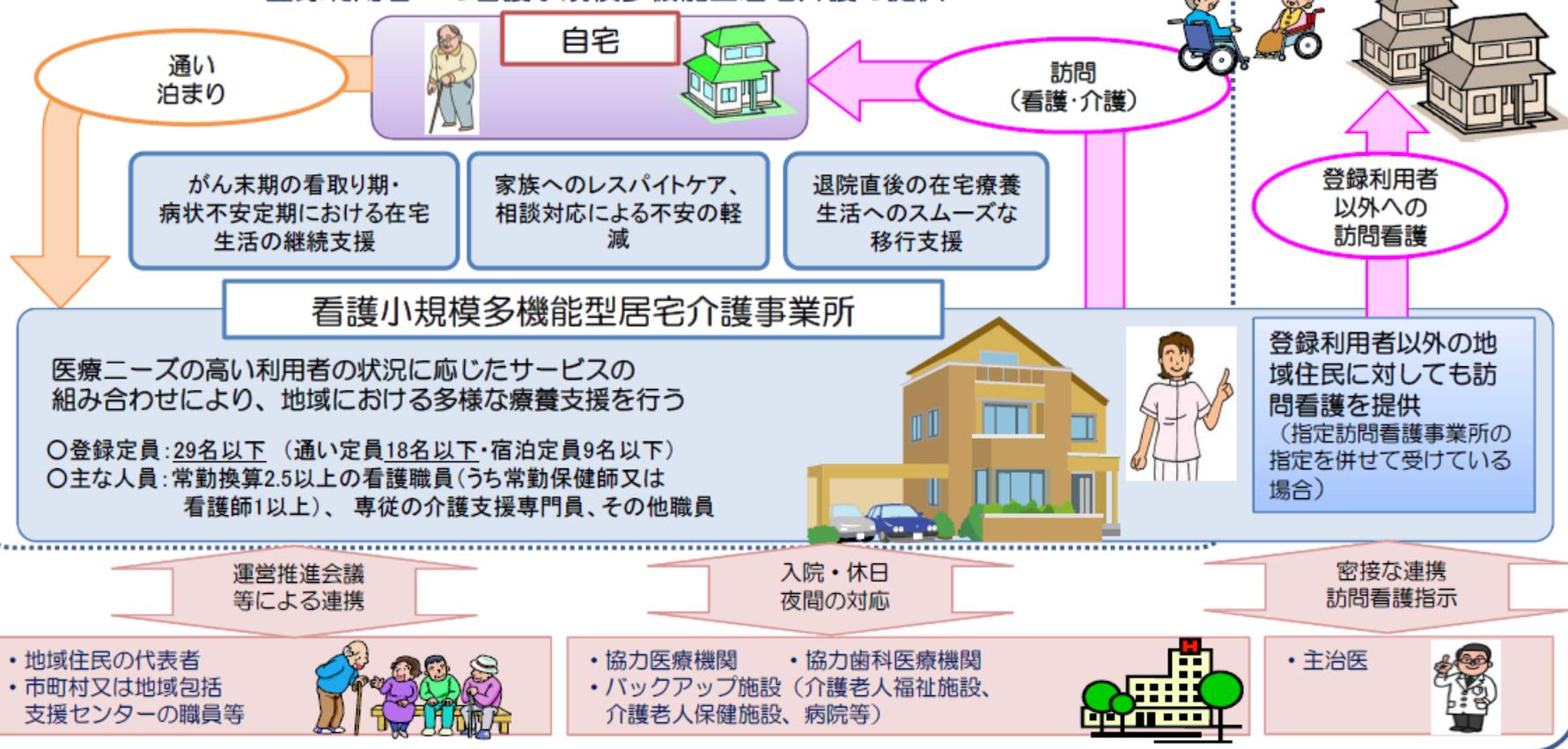
- ④入退院時における入院医療機関と居宅介護支援事業所等の連携
 - 高齢者は医療を受けながら介護保険サービスを利用している。このため特に医療・介護関係者や関係機関の間の情報提供や相互理解が必要である。特に対応について議論することになった。
- ⑤ロボット・ICT・センサーを活用している事業所に対する報酬・人員基準の在り方
 - 介護人材の確保とともに介護事業所のロボット・ICT・センサー活用による生産性向上や業務効率化への評価が必要だ。
- ⑥介護医療院の報酬・基準や各種の転換支援策等
 - 介護療養病床からの転換先である「介護医療院」の報酬・基準が次期介護報酬改定の大きな目玉の一つである。

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。

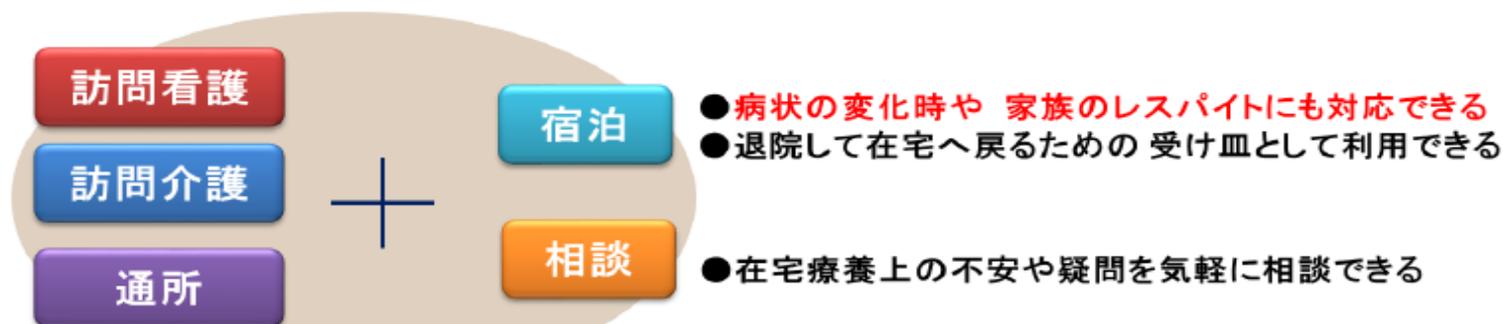
○ 看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、「通い」、「泊まり」、「訪問(看護・介護)」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状態に即応できるサービスを組み合わせることができる。

➤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

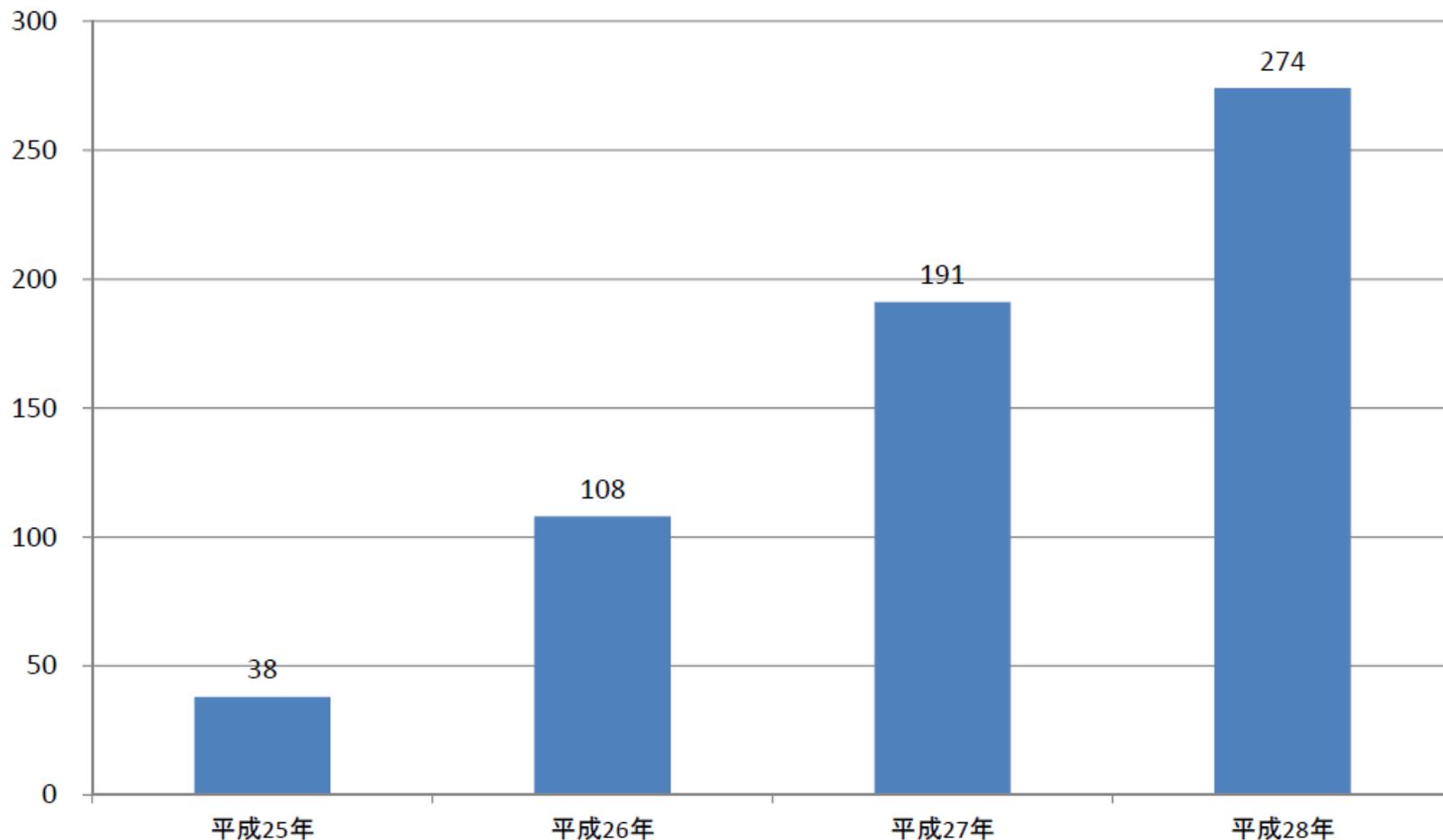
- 「看多機は全国300か所不足とまだまだ、少ない。しかし日看協が提案したサービスであり、生みの親の責任としてもっと事業所開設数を伸ばしたく、交流会を企画した。疑問が解決し開設が進む良い機会となれば・・・」（齋藤訓子理事）



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。

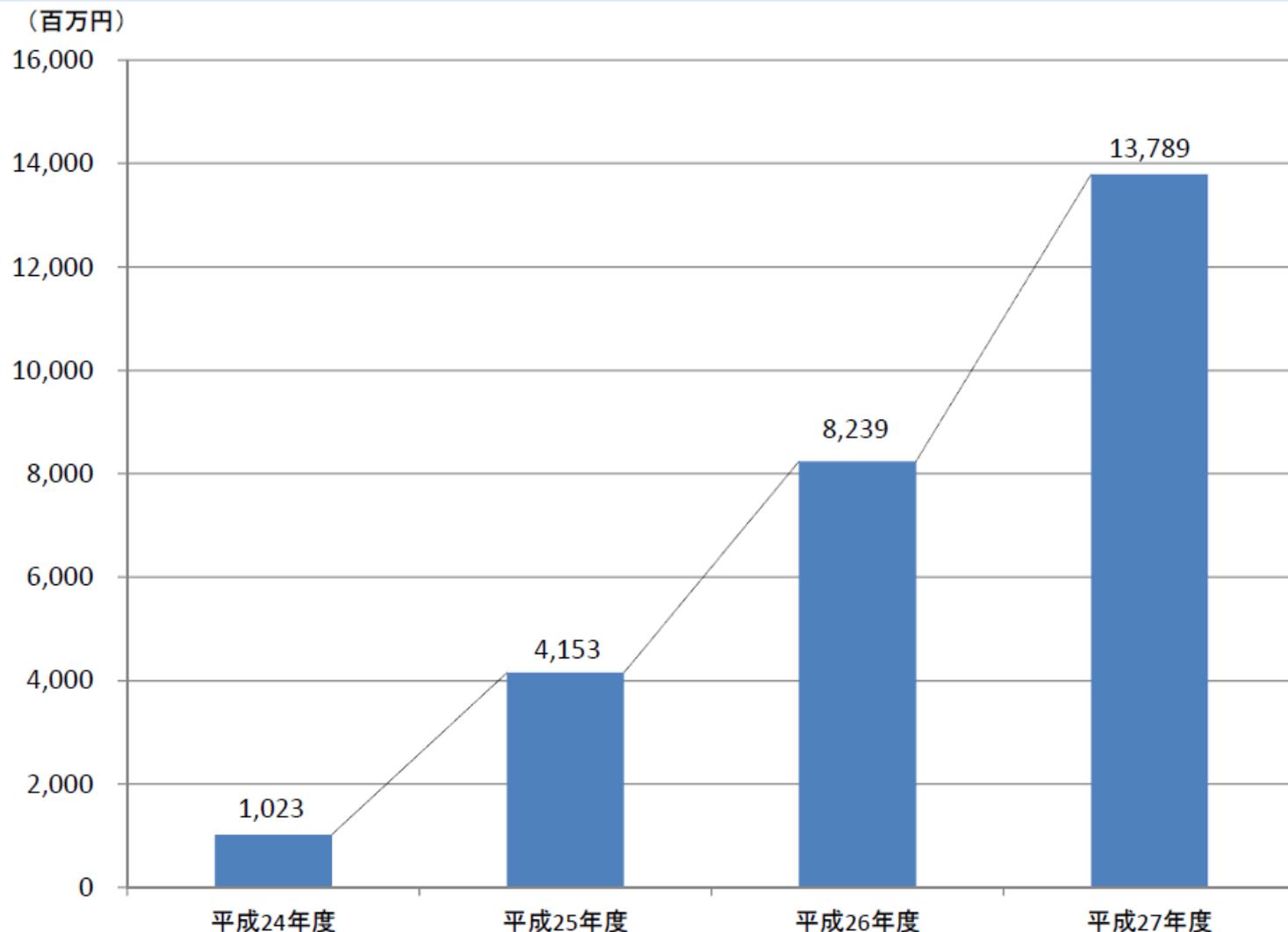
※介護予防サービスは含まない。

※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)。

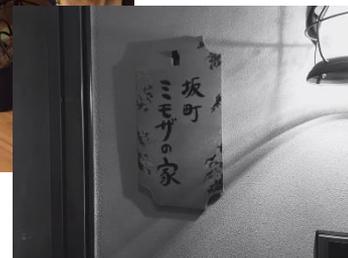
2015年介護報酬改定における 看多機改定のポイント

- (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)

PTXX-170623-001

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

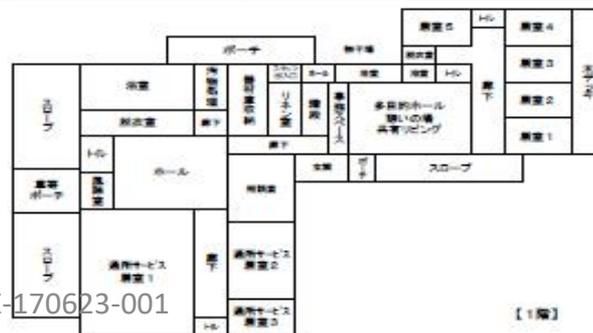


<事業運営上のポイント>

- 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 ・腹部大動脈瘤 ・パーキンソン病 ・大動脈弁閉鎖栓 ・脳梗塞 ・心不全 				
必要な医療処置	<ul style="list-style-type: none"> ・胃ろう ・褥瘡の処置(真皮に達する褥瘡) ・浣腸 ・バルーン留置カテーテル ・大動脈弁閉鎖栓 ・摘便 ・たんの吸引 ・服薬管理 ・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 目 目	2 目 目	3 目 目	4 目 目	5 目 目	6 目 目	7 目 目	8 目 目	9 目 目	10 目 目	11 目 目	12 目 目	13 目 目	14 目 目
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									

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

	0時	2時	4時	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時
月												
火												
水												
木												
金												
土												
日												

Legend: 定期巡回 (Blue), 随時訪問 (Orange), 訪問看護 (Green)

Annotations: 水分補給 更衣介助 (Water supply, dressing assistance), 通所介護 (Outpatient care), 排泄介助 食事介助 (Toileting, meal assistance), 排泄介助 食事介助 体位交換 (Toileting, meal assistance, posture change), 体位交換 水分補給 (Posture change, water supply)

- ・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られることが可能
- ・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

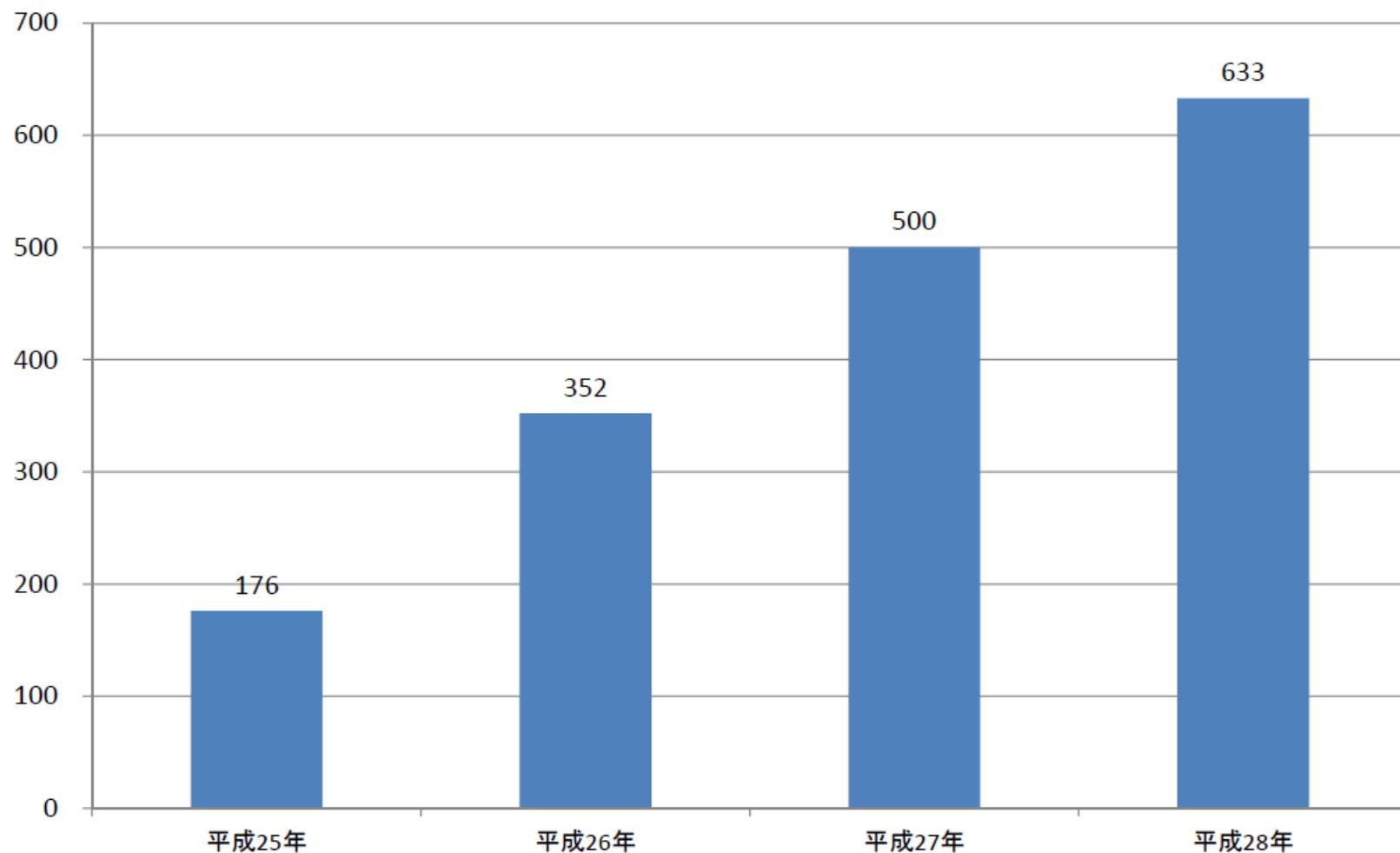
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護（24時間サービス）

- 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



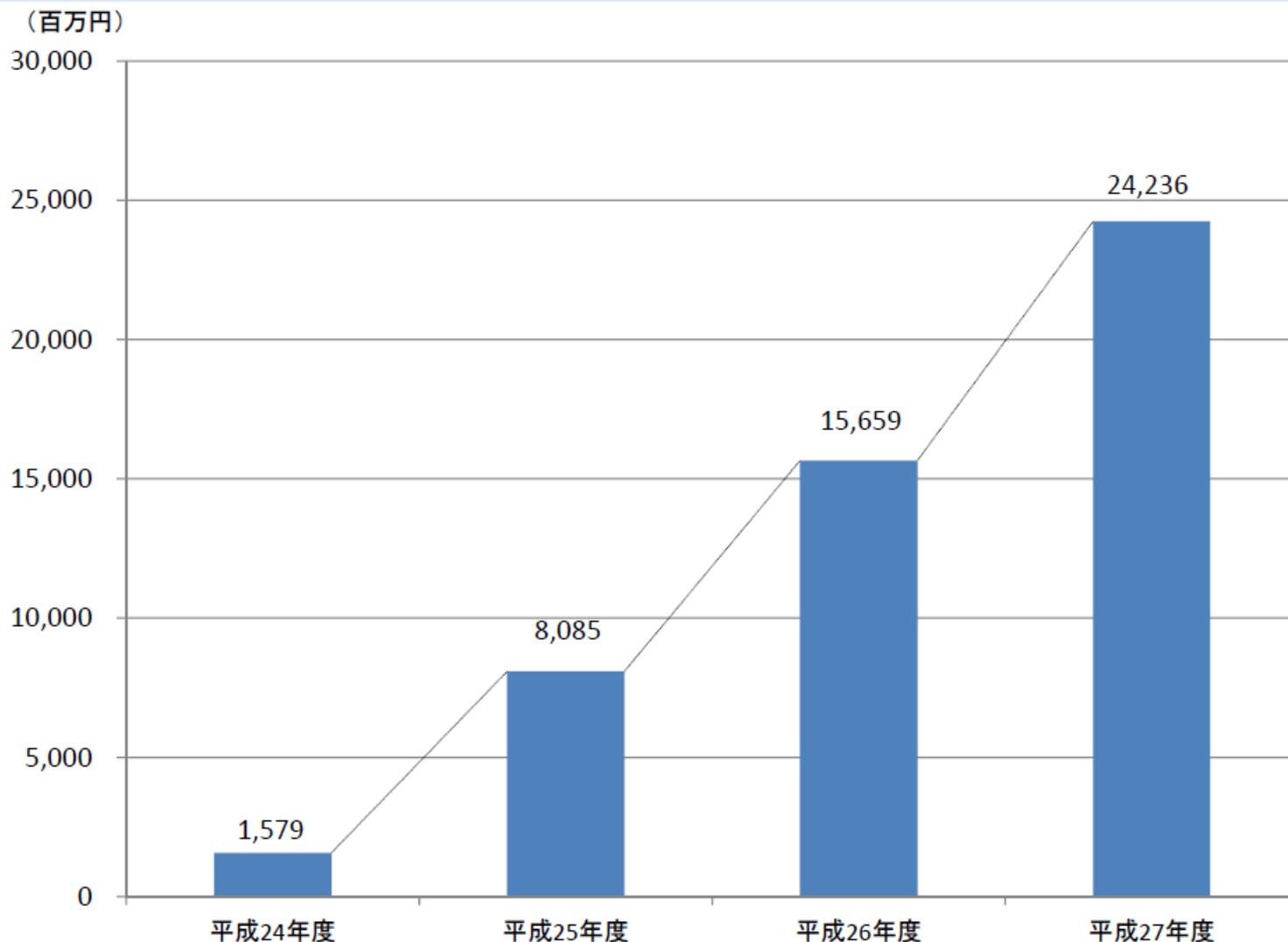
(平成24年4月創設の当該サービスは、平成24年4月審査分に入らない。)

※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

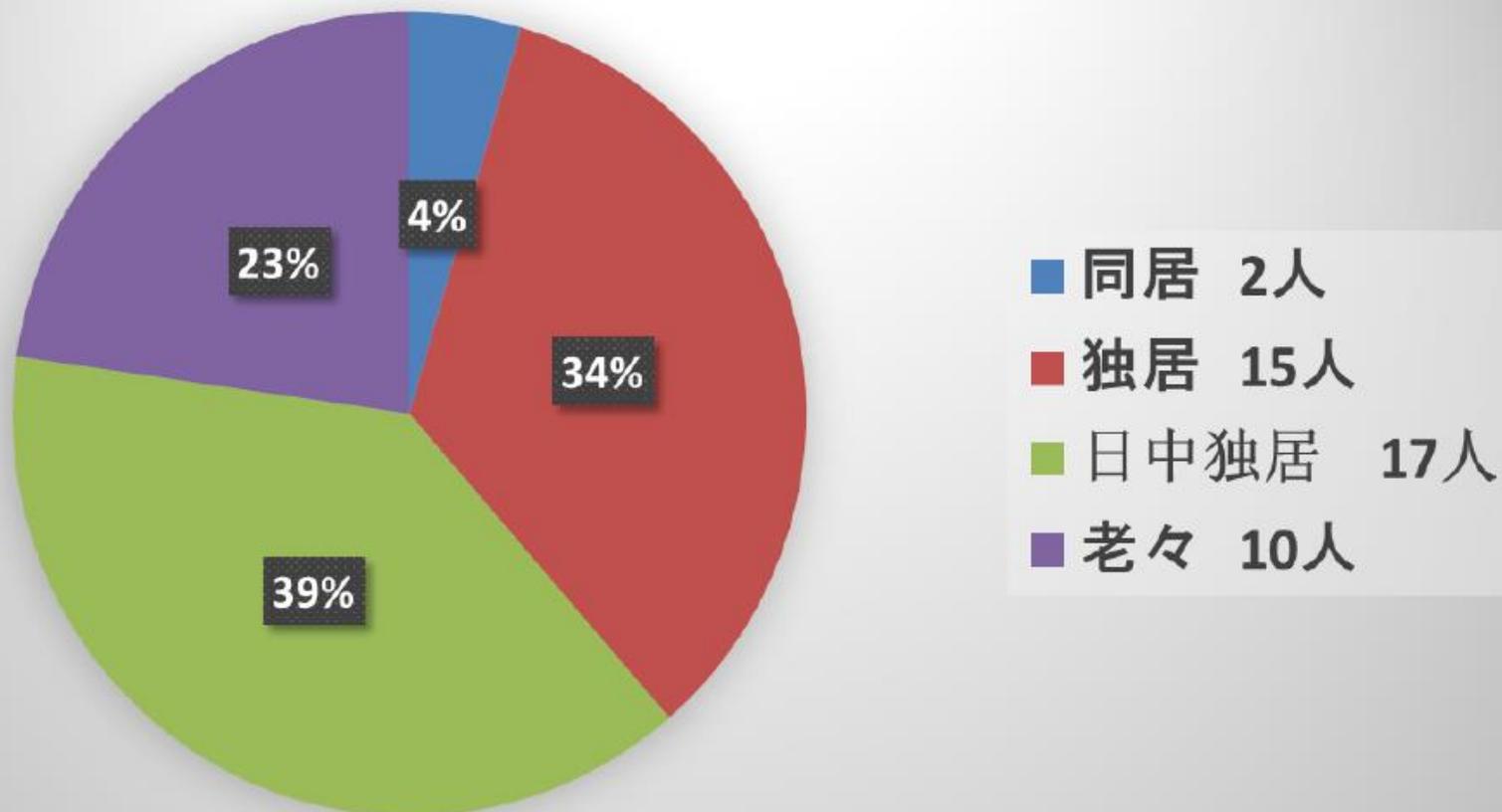
定期巡回・随時訪問介護は安心と安全を支える信頼の絆



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)

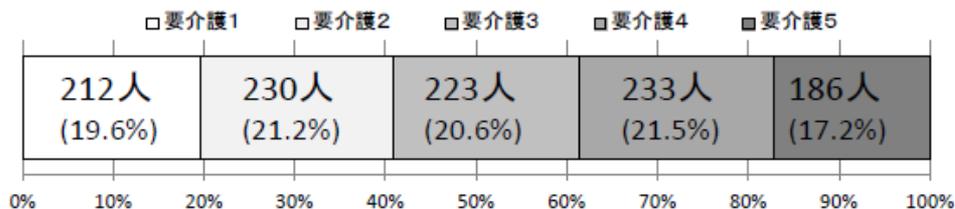
(資料出所)

- ・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	

PTXX-170623-001

※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。

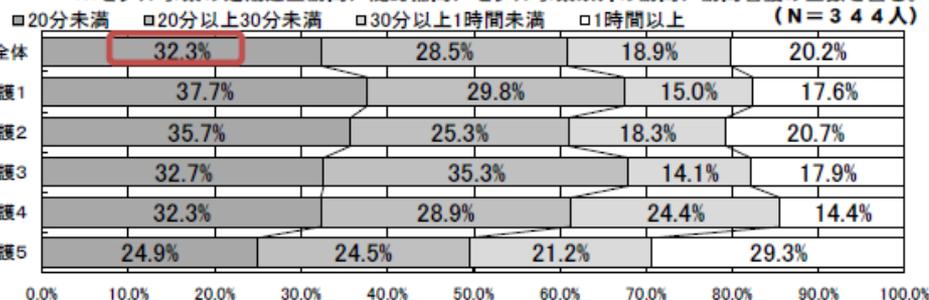
① 1日あたりの平均訪問回数 (N=344人)

	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)

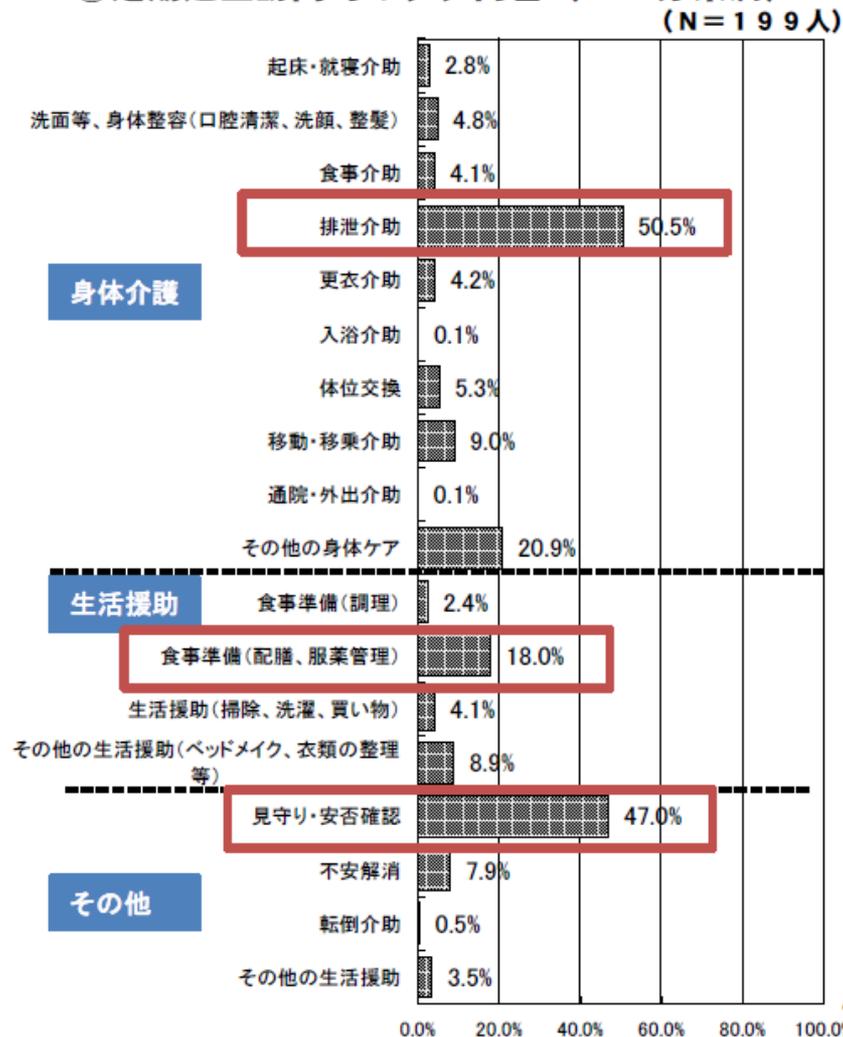
※モデル事業の定期巡回訪問、随時補間、モデル事業以外の訪問、訪問看護の回数を含む。



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%

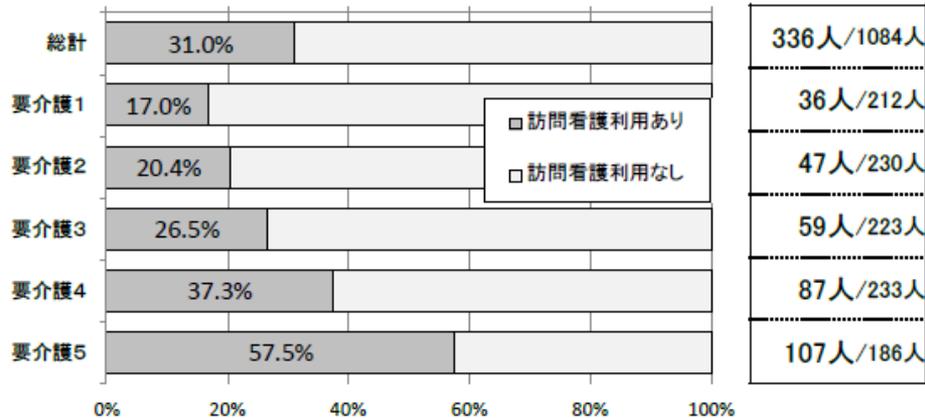
④ 定期巡回訪問時のケア内容 (20分未満) (N=199人)



定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要④

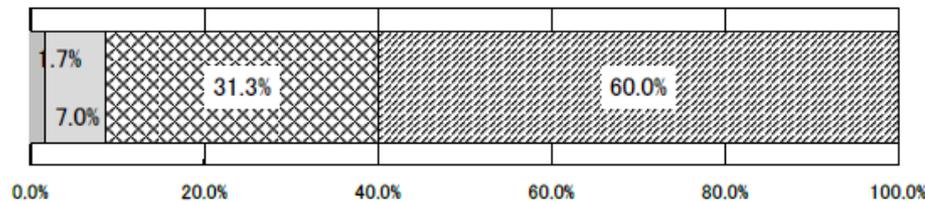
- 利用者の31.0%が訪問看護を利用している。
- 訪問看護は平均ケア提供時間が50.1分であるが身体介護も組み合わせて提供を行っている。

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

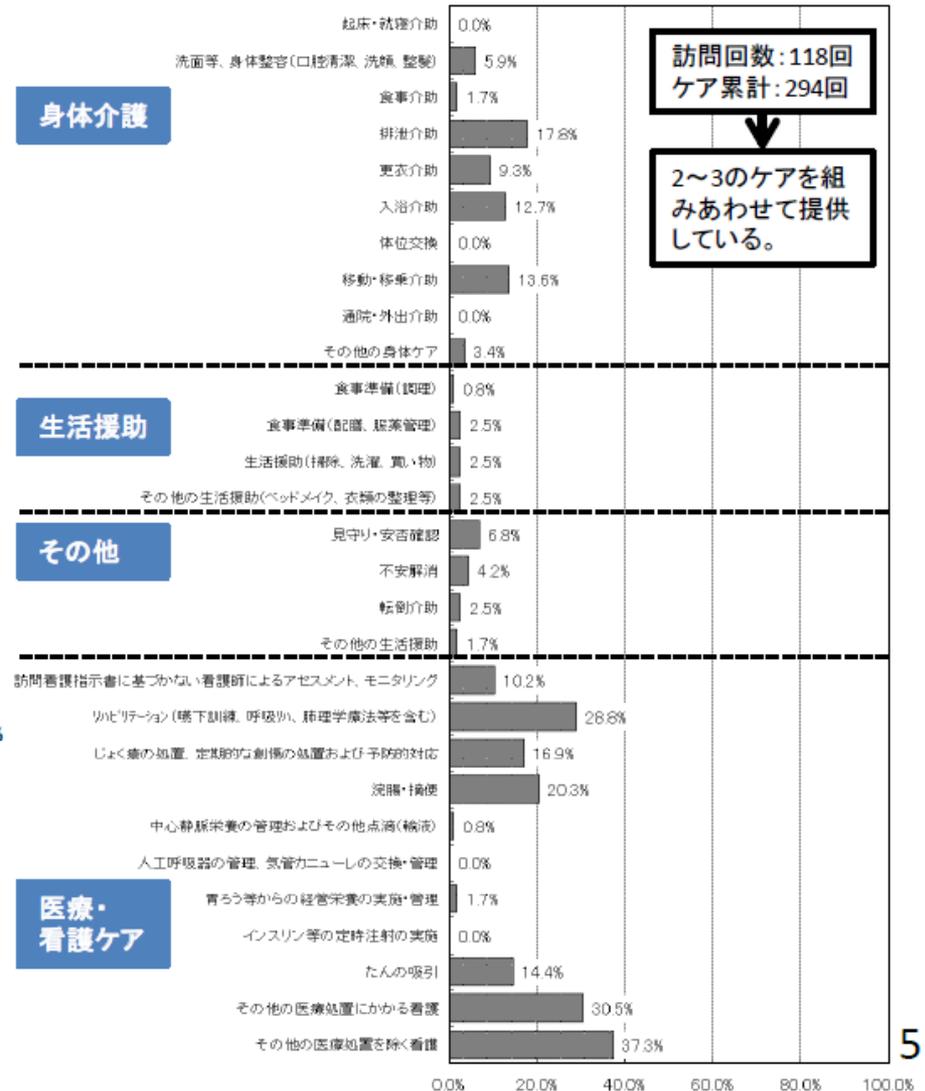
□20分未満 □20分以上30分未満 □30分以上1時間未満 □1時間以上



1回の訪問当たりの平均ケア提供時間

50.1分

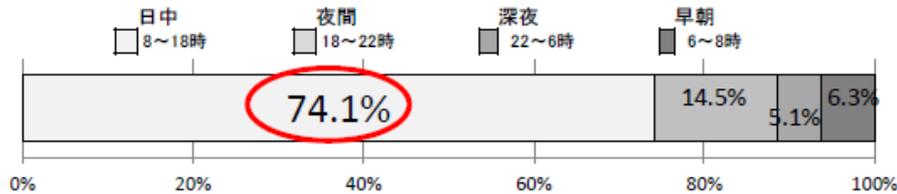
③訪問看護のケア内容 (N=65人)



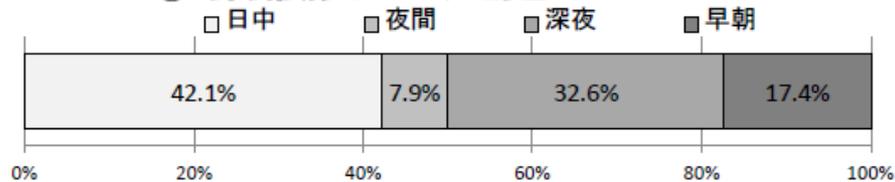
定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要⑤

- 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）

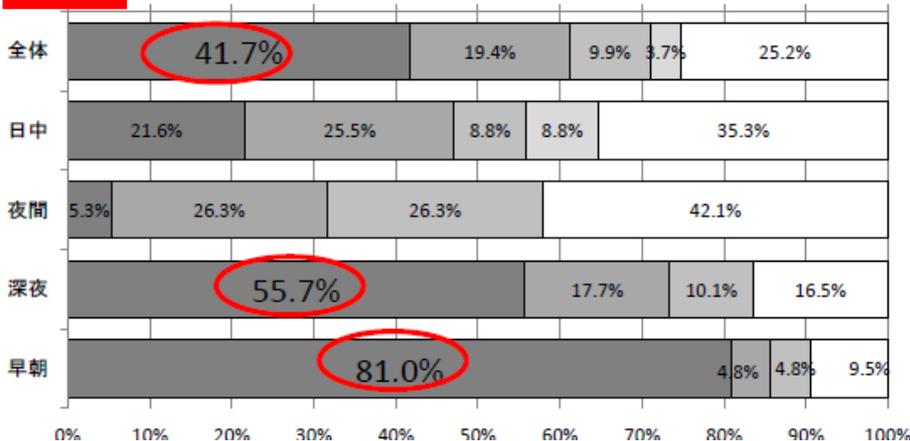


1人あたりのコール件数(1週間)

0.7回

③時間帯別のコール内容（N=344人）

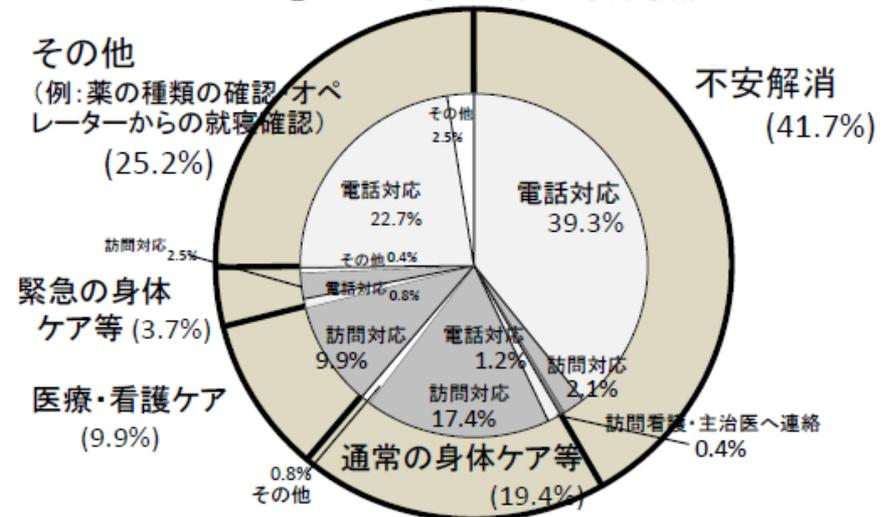
不安解消 通常の身体ケア・生活援助 緊急の身体ケア・生活援助 医療・看護ケア その他



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

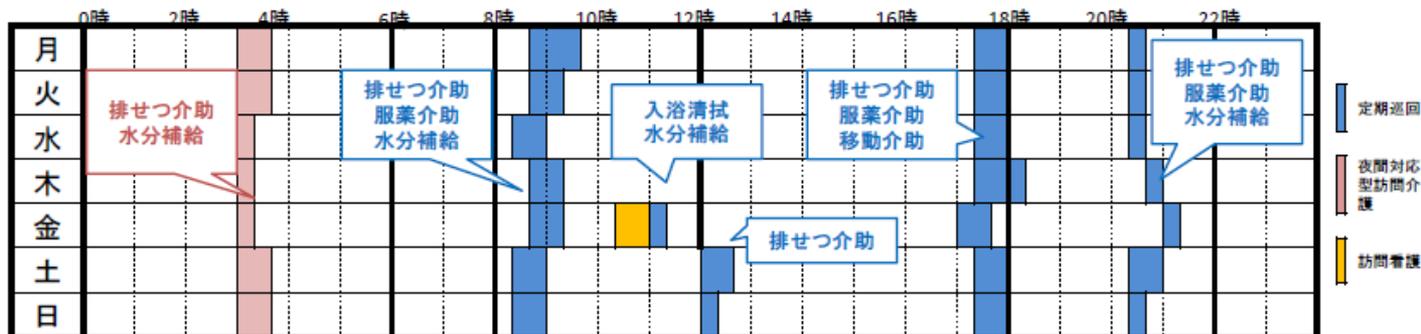
1. 定期的な訪問により生活のリズムが生まれ、また利用者・家族の安心にもつながる

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

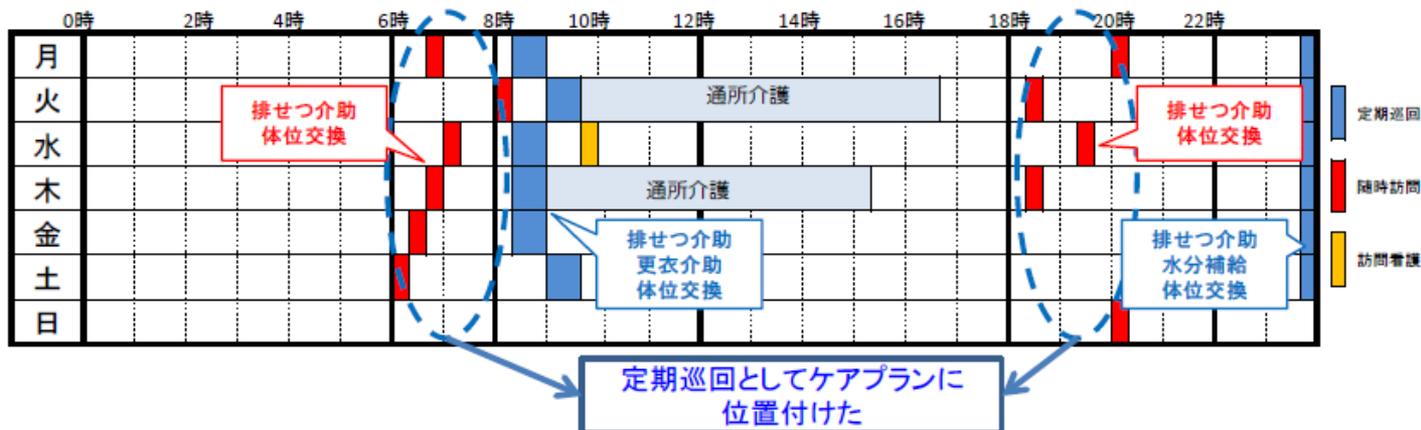


② 随時訪問による利用者の状態像の把握

- 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

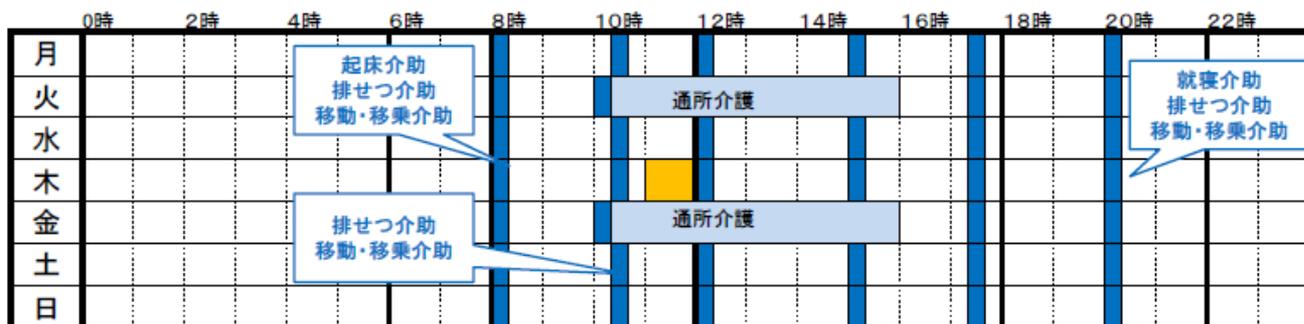
①一時的なADLの低下に対する、集中的なケアによる従来の生活の継続

- 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。

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



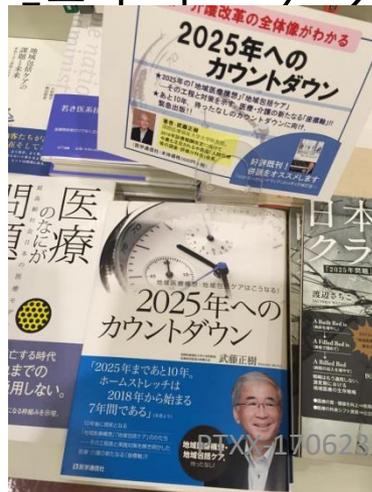
医療介護のあるべき姿

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  1 発刊

アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



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
mutoma@iuhw.ac.jp