

2025年へのカウントダウン

～地域包括ケアシステムと栄養管理～

国際医療福祉大学大学院教授
医療経営管理分野責任者
武藤正樹

東京都認定
がん診療連携拠点病院



2016年1月

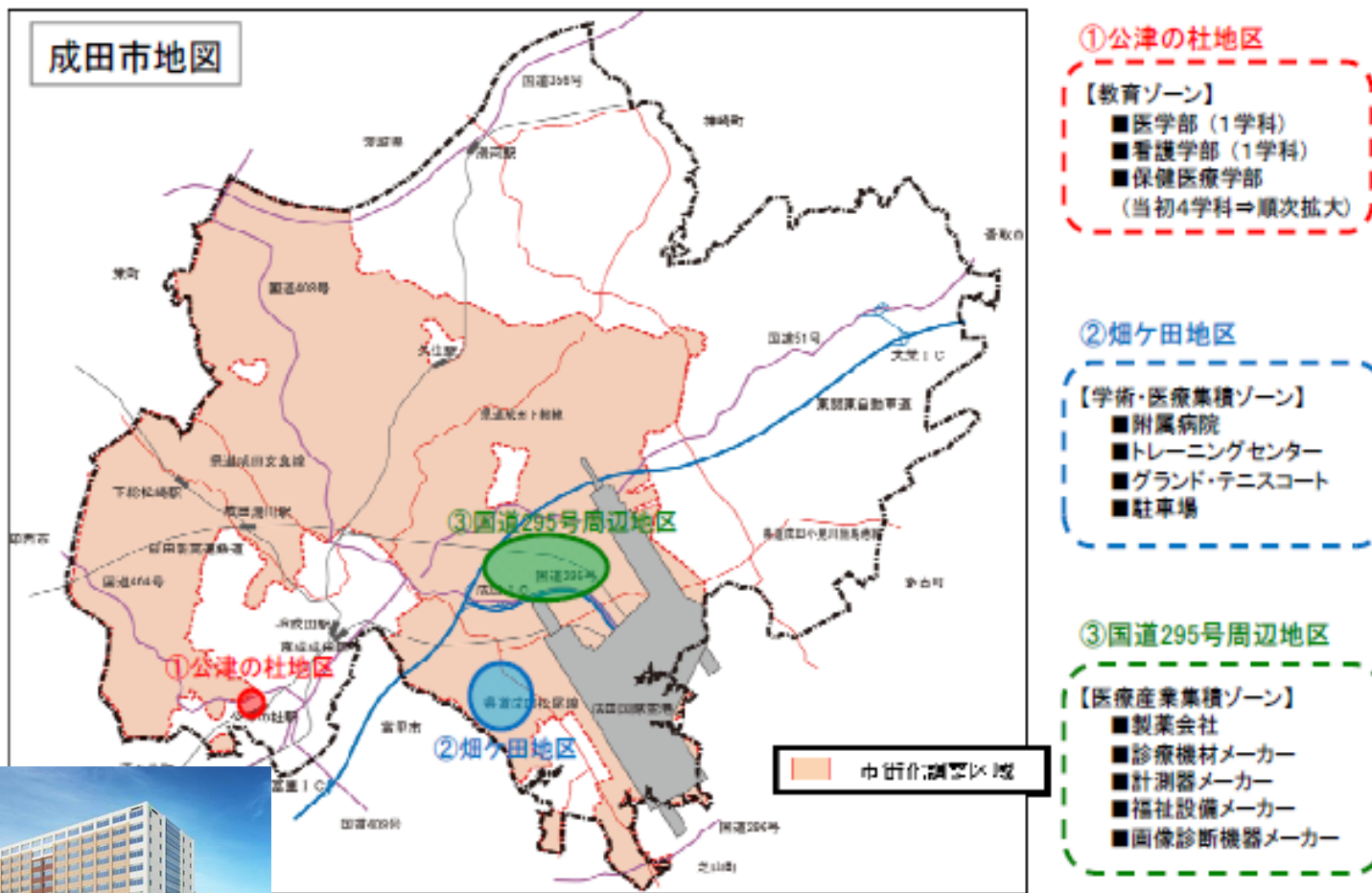
国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に
医学部新設

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。



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)





2020年 国際医療福祉大学
成田病院を新設予定

目次

- パート1
 - 国民会議と医療介護一括法
- パート2
 - 2016年診療報酬改定と栄養・食事
- パート3
 - チーム医療と栄養・食事
- パート4
 - 2018年診療報酬改定と7対1入院基本料
- パート5
 - 地域包括ケアシステムと栄養管理



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)

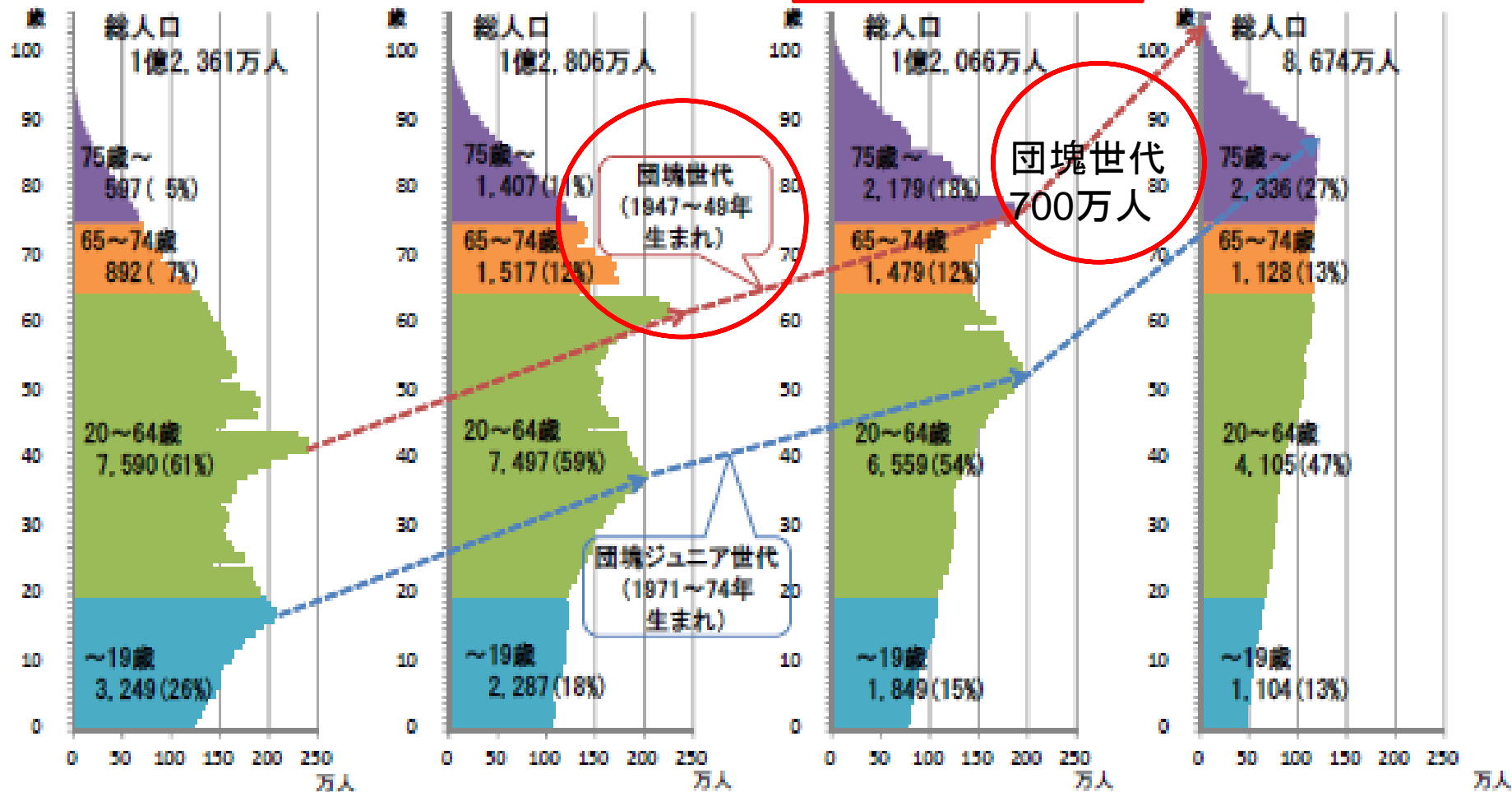
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

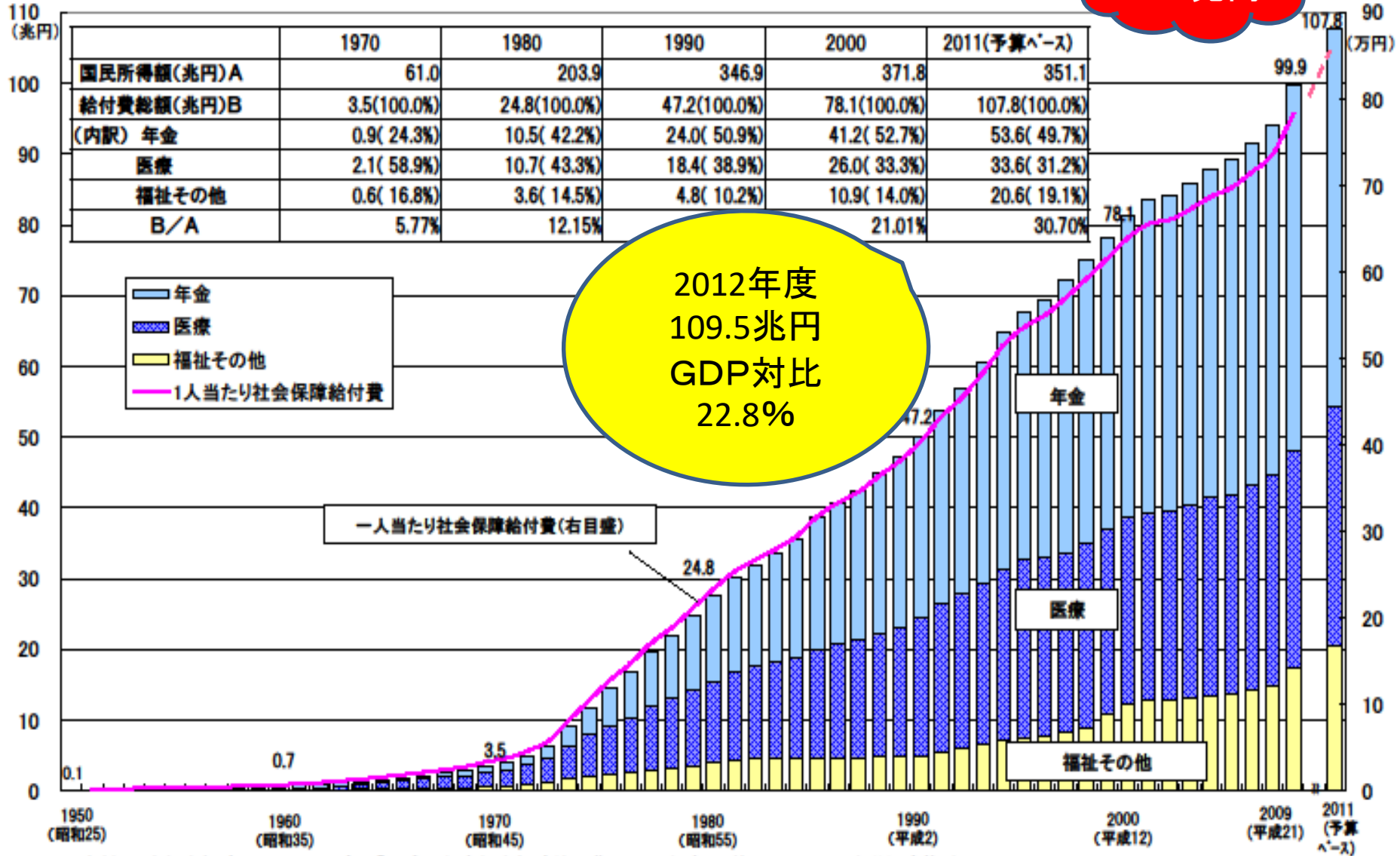
平成37年 (2025年)

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(8月10日)

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年4月に8%、15年10月に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は…
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題



2012年8月10日、参議院を通過

2017年4月消費増税 10%先送り



8%から10%の2%増税で4兆円の財源が消える！

地域医療介護一括法



社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



ポイントは地域
包括ケアと地域
医療構想

最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

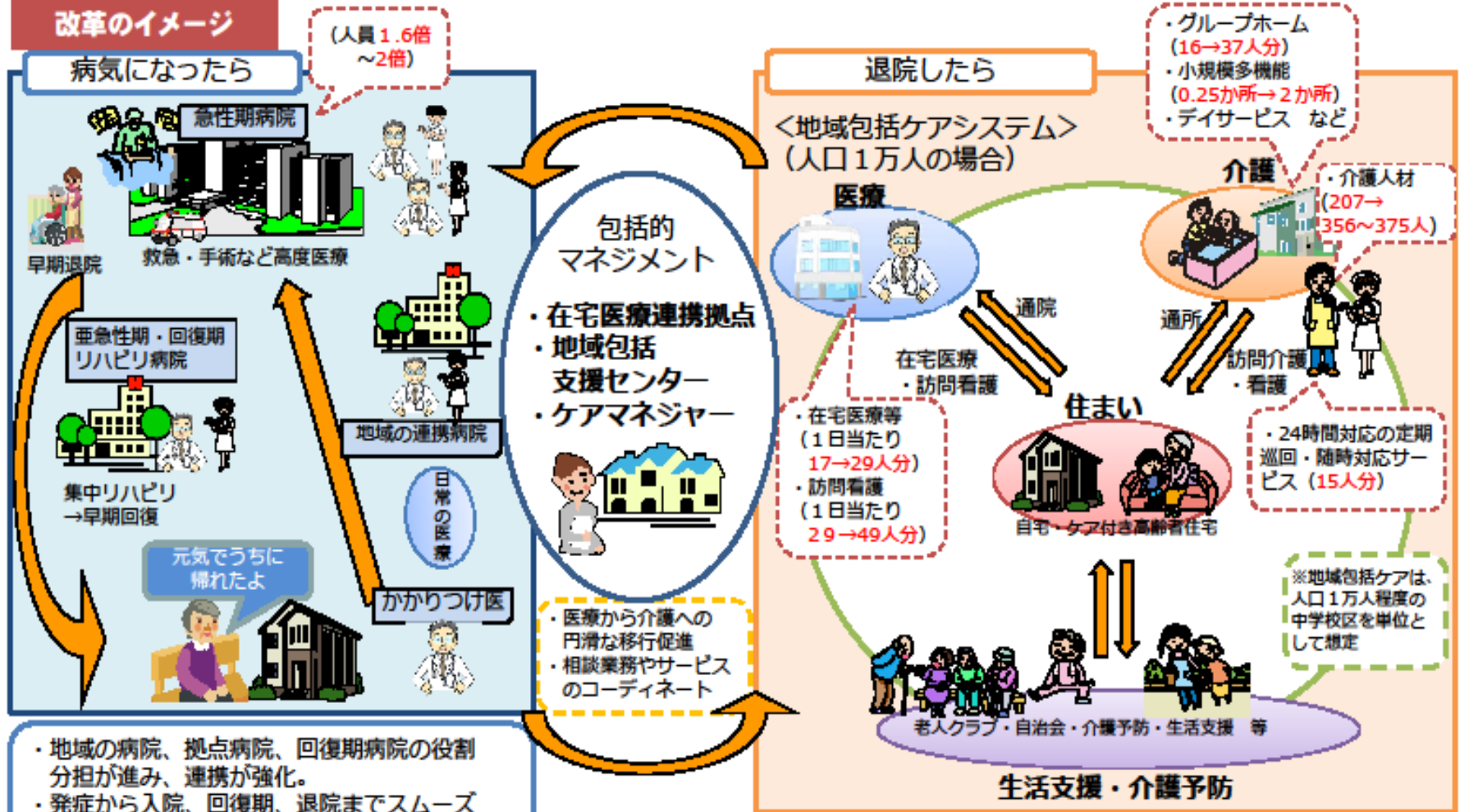
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

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

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

改革のイメージ



病床機能分化と連携 ← 同時進行 → 地域包括ケアシステム

地域医療・介護一括法成立可決(2014年6月18日)

医療

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

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

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

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

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

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

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

2014年6月18日
可決成立

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート

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

パート2

2016年診療報酬改定と栄養・食事



中医協・入院医療等調査評価分科会より

診療報酬改定の基本的視点

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

7対1の要件の
見直し

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

7対1病床の要件見直し

看護師配置

平均在院日数

重症度、医療・看護必要度

在宅復帰率

重症度、医療・看護必要度の見直し

A項目、B項目の見直し

A項目(モニタリング及び処置等)

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

B項目(患者の状態)

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

項目の追加 赤字

項目の削除 青字

定義の見直し 紫字

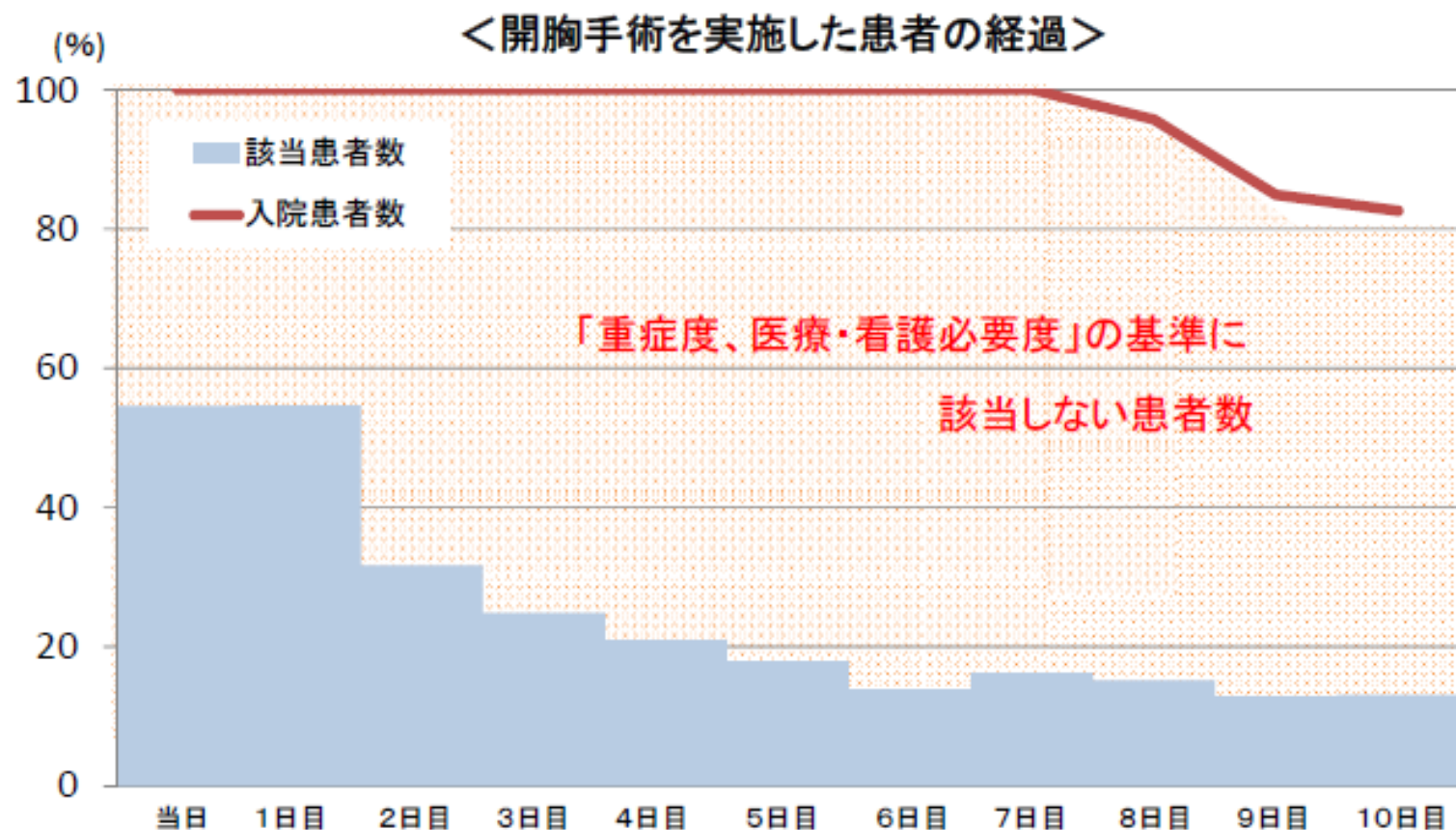
(前回改定)

A項目2点以上かつB項目3点以上の
該当患者割合が15%以上

A項目、B項目は
正しく急性期の
患者を反映して
いるのか？

開胸手術実施患者の術後の経過について

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



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

早期離床、早期経口摂取は
A項目、B項目の点数を下げる

ERAS

(Enhanced Recovery After Surgery)

周術期早期回復プログラム



Henrik Kehlet外科教授(コペンハーゲン大学)

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

What is ERAS ?

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

周術期早期回復プログラム(ERAS)と従来の医療行為との比較

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

術前点滴のかわりに経口補水液



消費者庁許可
個別評価型
病者用食品

経口補水液
Oral Rehydration Solution
オーエスワン®

周術期早期回復プログラム(ERAS)と従来の医療行為との比較

早期経口摂取 (Early Feeding)

術後

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

術後早期経口摂取パス導入による経口補水療法の効果

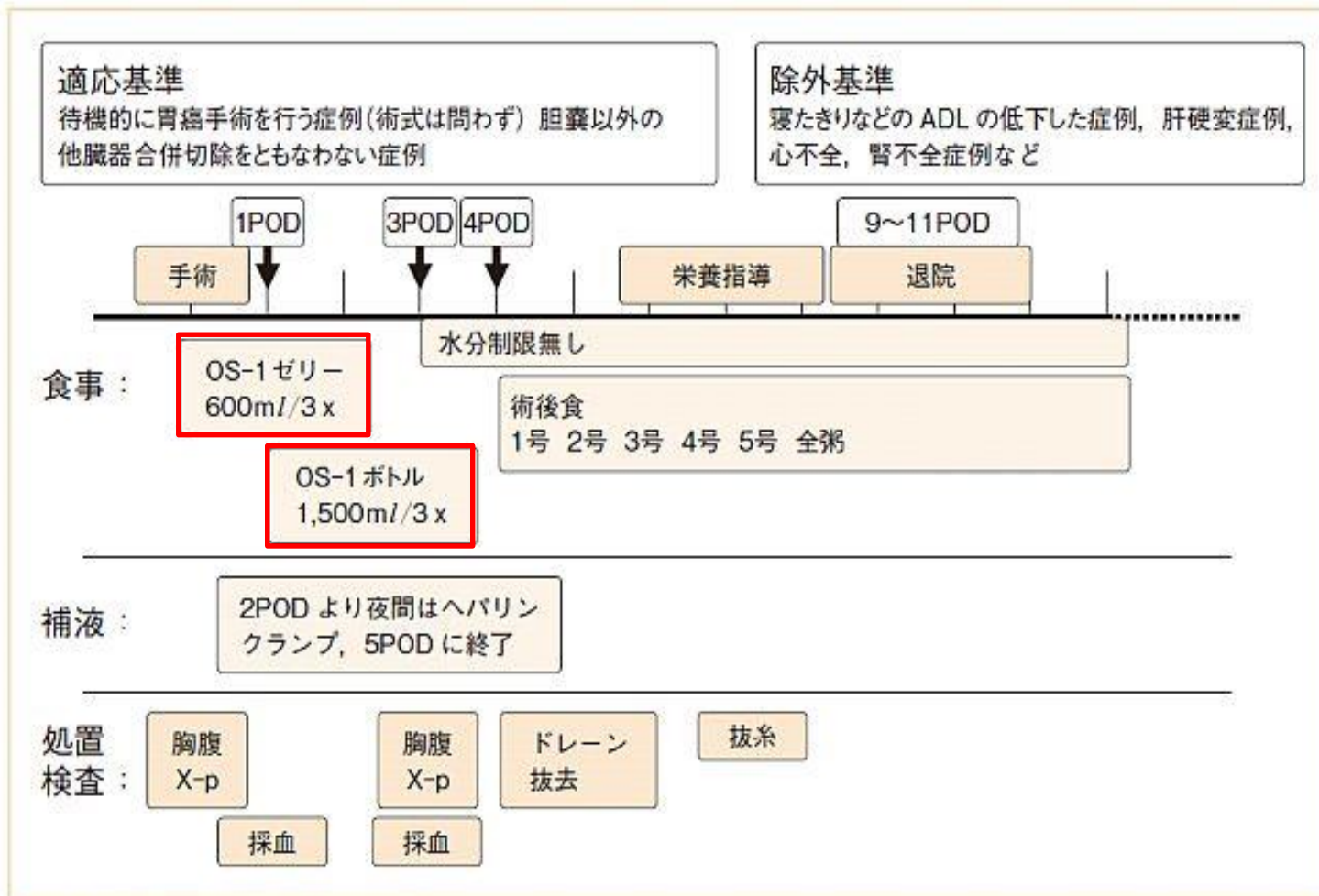


図1 胃癌術後クリニカルパスの概略

臨床栄養:120巻1号 p.42-48



オーエスワンゼリー
内容量:200g



オーエスワンPETボトル
内容量:280ml



オーエスワンPETボトル
内容量:500ml

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

What is ERAS ?

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

手稲溪仁会病院（札幌）での周術期早期回復プログラム(ERAS)導入事例

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

1 在院日数の短縮化

平均で3.1日短縮術後の回復力アップ・早期退院を実現！

3.1日短縮

2 医療費の削減

1入院あたり平均約20万円の削減 限りある医療費を有効に活用！

約20万円削減

患者の窓口負担（3割負担の場合） 約5万85百円削減

3 薬剤費の軽減

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

8,300円軽減

4 手術後の再入院

※2011年8月～2014年3月現在

※ERASに起因する再入院

0件

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

ERASの報道状況

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

【産経新聞_2014年2月26日】

【文藝春秋_2014年5月10日】

産経 Health

直前まで食事、早期離床…

術後の早期回復「ERAS」

40歳以上の約半数に「認知症」

産経新聞 2014年2月26日 12頁



国際医療福祉大学病院
外科 鈴木裕先生

食べられない、痛い、動けない
手術の苦痛を取り除く
画期的メソッド

谷口英喜 社会川崎立保健福祉大学教授

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

これまで入院といえは、術後の苦痛が患者にあるとした。それは、食べられない、空腹に耐えながら手術を待つ、沢山の苦しみで眠れない—そんな入院生活が変わるかもしれない。北欧で生まれた新しい術前術後ケア方法「ERAS」が日本でも中規模以上の病院に徐々に導入されつつあるからだ。第一人者である神奈川県立保健福祉大学の谷口英喜教授（栄養学・専門は麻酔科学）が、その劇的な回復効果を解説する。

「これまで入院といえは、術後の苦痛が患者にあるとした。それは、食べられない、空腹に耐えながら手術を待つ、沢山の苦しみで眠れない—そんな入院生活が変わるかもしれない。北欧で生まれた新しい術前術後ケア方法「ERAS」が日本でも中規模以上の病院に徐々に導入されつつあるからだ。第一人者である神奈川県立保健福祉大学の谷口英喜教授（栄養学・専門は麻酔科学）が、その劇的な回復効果を解説する。」

「これまで入院といえは、術後の苦痛が患者にあるとした。それは、食べられない、空腹に耐えながら手術を待つ、沢山の苦しみで眠れない—そんな入院生活が変わるかもしれない。北欧で生まれた新しい術前術後ケア方法「ERAS」が日本でも中規模以上の病院に徐々に導入されつつあるからだ。第一人者である神奈川県立保健福祉大学の谷口英喜教授（栄養学・専門は麻酔科学）が、その劇的な回復効果を解説する。」

一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方

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

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

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない		ある
3 診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

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

重症者の定義

A得点が2点以上かつ
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

又は

C1得点が1点以上の患者

パート3

チーム医療と栄養・食事



ソーシャル
ワーカー



医師



看護師



臨床
検査技士



NST

栄養サポートチーム

薬剤師



言語聴覚士



歯科医師・歯科衛生士



栄養士



NSTラウンド



栄養サポートチーム加算の概要

栄養サポートチーム加算(週1回)

200点

[概要]

栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した他職種からなるチームが診療することを評価したもの。

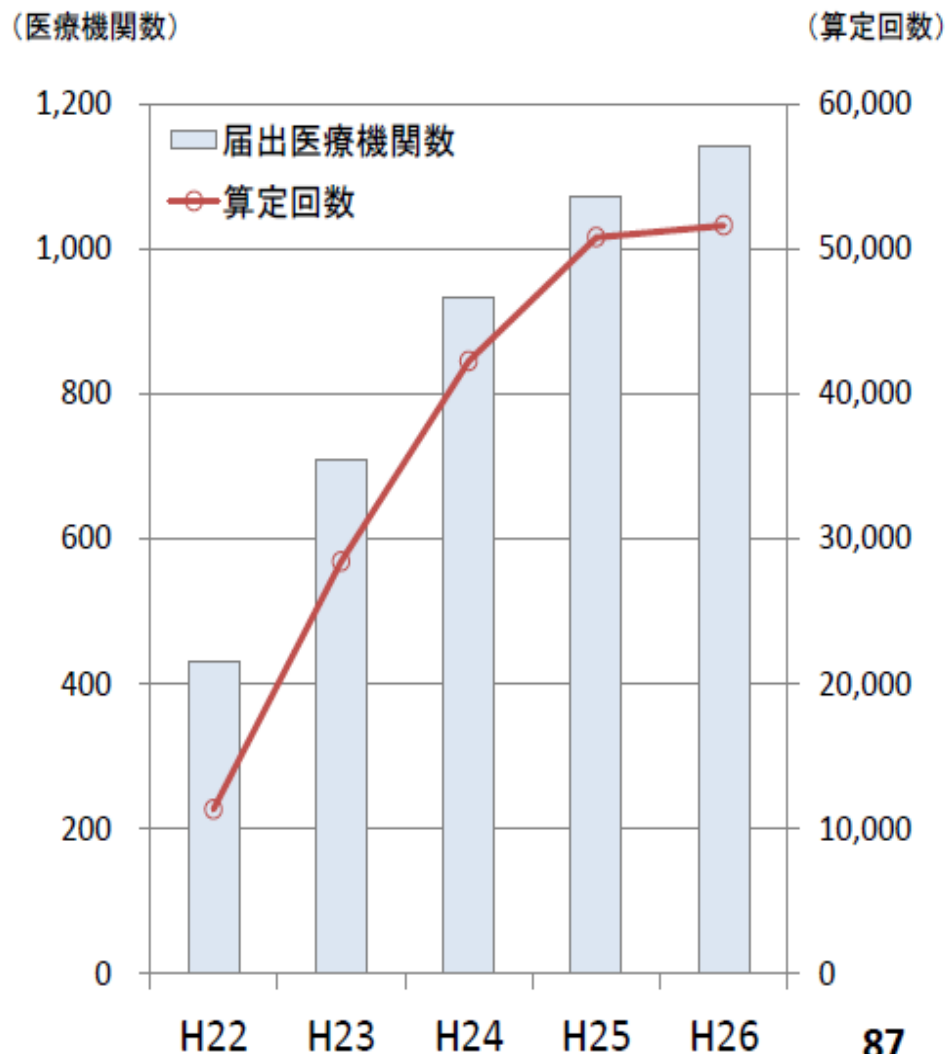
[算定要件]

- ・回診及びカンファレンスの実施
 - ・栄養治療実施計画の作成
 - ・退院時等の指導
 - ・様々なチーム医療の連携
- 等

[施設基準]

- ・専任の配置が必要な職員
医師・看護師・薬剤師・管理栄養士
- ・配置されることが望ましい職員
歯科医師・歯科衛生士・臨床検査技師・理学療法士・作業療法士・社会福祉士・言語聴覚士 等

＜栄養サポートチーム加算の算定回数・届出医療機関数＞



がん患者の食欲低下と栄養食事指導

- がんによる化学療法中の患者の多くに食欲低下がみられる。
- こうした患者には、症状等に応じたきめ細かな食事の工夫と指導が必要である。

がん化学療法中の入院患者102名のうち、67名(66%)に食欲低下がみられ、その原因は食欲不振、嘔気、味覚変化等であった。

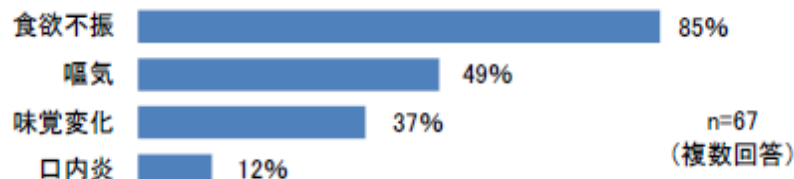


図 食欲低下の理由

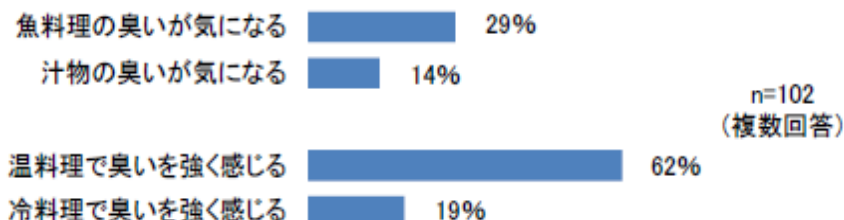


図 嗅覚の変化や温度による臭いの感じ方

(出典: 山田千夏ら. 日本農村医学会雑誌. 60(2), 59-65, 2011)
(図は保険局医療課で作成)

表 化学療法中の食事の工夫及び指導の例

悪心・嘔吐	<ul style="list-style-type: none"> ・ 頻回に少量ずつ分けて食べる。 ・ 刺激の強い食事や油分の多い食事は控える。 ・ 冷たく口当たりの良いものやレモンなどを使用する。 ・ 吐き気が強いときは、食事を休み水分摂取を促す。 ・ いろいろな食品を使わず、シンプルな料理にしてみる。 ・ 同じものを続けて食べない。
味覚異常	<ul style="list-style-type: none"> ・ 味を感じない場合は、味を濃くしてみる。 ・ 塩、醤油味を苦く感じる場合(や金属のような味がする場合は)、塩、醤油を控え、だし味や味噌味を利用してみる。レモンなどの柑橘類を使用してみる。 ・ 食べ物が全体的に苦く感じる場合は、甘みを強くしてみたり、キャラメルなどで口直しをしてみる。 ・ 甘みを強く感じる場合は、砂糖やみりんは控えて、塩味や醤油味を使用してみる。レモンなどの酸味やスパイスを利用してみる。
口腔粘膜炎 (口内炎)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事の硬度を減らし、軟らかいものにする。 ・ 極端に熱いものや刺激の強いものは控える。
食欲不振	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食べたい時に、好みの食べたい物を食べる。 ・ 少量ずつ盛りつけて、品数を増やす。 ・ 主食をパンや麺類にかえてみる。 ・ ゼリー状のもの、冷たいもの、香りの良いものを利用する。 ・ 栄養補助食品を利用する。

(出典: 小林由佳ら. 静脈経腸栄養. 28(2), 627-34, 2013)

きめ細かな個別支援が必要

がん患者への栄養食事指導の効果

- 放射線治療を受けるがん患者への個別の栄養食事指導により、栄養状態やQOLが改善するとされている。

A ランダム化比較試験

【対象者】 放射線治療を受ける消化器がん又は頭頸部がん外来患者60名(平均61.9±14.0歳)

【方法】 対象者を**介入群**(放射線治療開始時から管理栄養士による個別栄養食事指導を定期的実施)又は**対照群**(小冊子による栄養情報の提供等、通常ケアを実施)のいずれかにランダムに割り付け、放射線治療開始後12週間の体重増加量やQOLスコア増加量等を比較

管理栄養士の個別栄養食事指導により、体重管理及びQOLに有益な効果

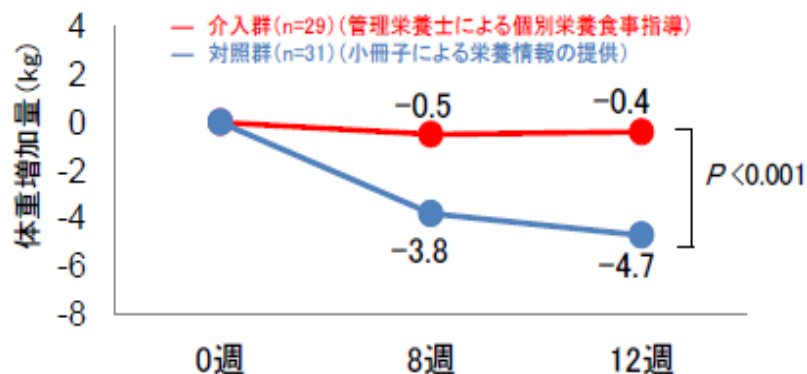


図 体重の変化

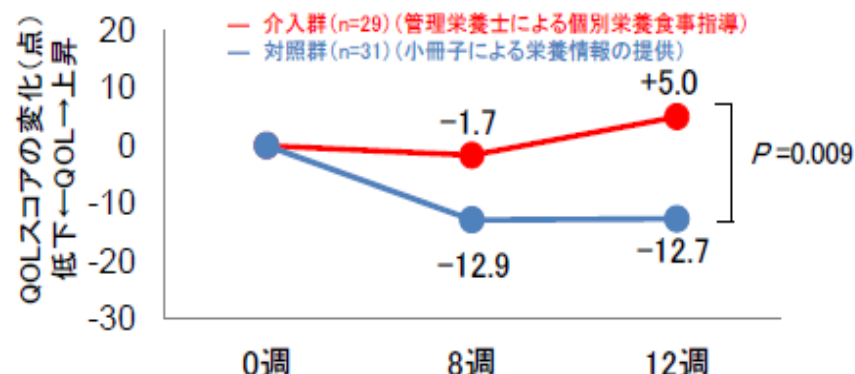


図 QOLスコアの変化

(出典: Isenring EA et al. *Br J Cancer* 2004; 91: 447-52.) (図は保険局医療課で作成)

B 文献評価(システマティックレビュー)

【内容】 放射線治療を受ける頭頸部がん患者に対する栄養的介入が患者の栄養状態やQOL等に与える効果について、Pubmed、EMBASE、Cochrane Central Register of Controlled Trials(CENTRAL)、CINAHLを用いて、関連のランダム化比較試験を検索・精査し、データを抽出、評価。

「管理栄養士による個別栄養食事指導は、一般的な栄養アドバイスなどに比べて、放射線治療を受ける頭頸部がん患者の栄養状態、QOL等に有益な効果をもたらす。」

(出典: Langius JA et al. *Clin Nutr* 2013; 32: 671-8.)

栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充①

- ▶ がん、摂食・嚥下機能低下、低栄養の患者に対する治療食を、個別栄養食事指導（外来・入院・在宅患者訪問）の対象に含める。

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》

厚生労働大臣が定める特別食※を必要とする患者

※ 腎臓食、肝臓食、糖尿食等



【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》

厚生労働大臣が定める特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

入院時食事療養費の見直し①



持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講ずる。

1. 国民健康保険の安定化

- 国保への財政支援の拡充により、財政基盤を強化
- 平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施
(現行：1/3総報酬割→27年度：1/2総報酬割→28年度：2/3総報酬割→29年度：全面総報酬割)

3. 負担の公平化等

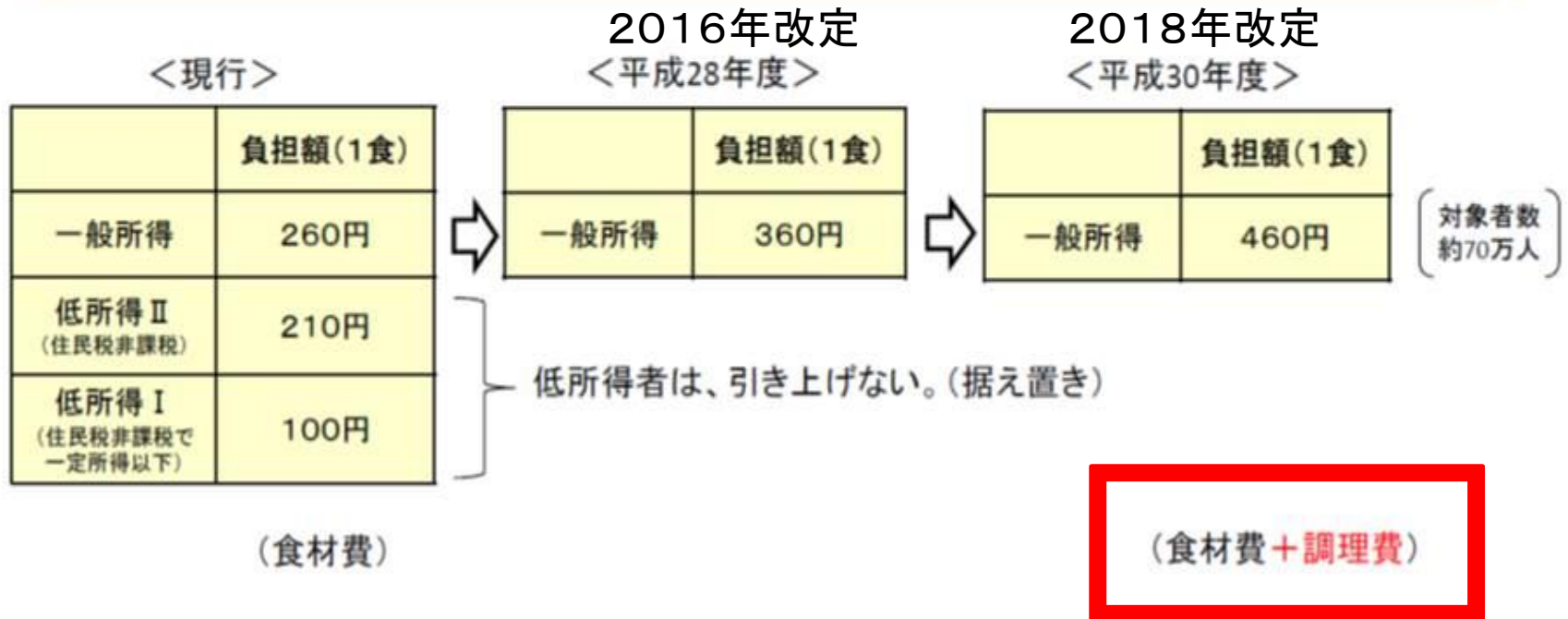
- ①入院時の食事代について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げ
(低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない)
- ②特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする(紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入)
- ③健康保険の保険料の算定の基礎となる標準報酬月額の上限額を引き上げ(121万円から139万円に)

4. その他

- ①協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16.4%」と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特例的な減額措置を講ずる
- ②被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助について、所得水準に応じた補助率に見直し
(被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないように、調整補助金を増額)
- ③医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進
 - ・都道府県が地域医療構想と統合的な目標(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を計画の中に設定
 - ・保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加
- ④患者申出療養を創設(患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み)

入院時食事療養費等の見直し

- 入院時の食事代について、入院と在宅療養の負担の公平等を図る観点から、在宅療養でも負担する費用として、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求める。
- 低所得者は上げを行わない(据え置き)。難病患者、小児慢性特定疾病患者は負担額を据え置く。



※難病、小児慢性特定疾病の患者は、27年1月から原則自己負担となったことから、その影響に鑑み、据え置く。

入院時食事療養費の見直し②

経腸栄養製品

食品と医薬品の2種類がある

	医薬品（経腸栄養剤）	食品（濃厚流動食）
法規	薬事法	食品衛生法
製造の条件	医薬品製造承認の取得	なし
成分の保証	規格	自主規格
窒素源による組成分類	成分栄養剤、消化態栄養剤の一部、半消化態栄養剤の一部	消化態栄養剤の一部、半消化態栄養剤の一部 天然濃厚流動食
配合できるもの	日本薬局方収載医薬品、日本薬局方外医薬品 食品添加物収載化合物	天然物、食品添加物収載化合物
直接配合できないもの		ビタミンK、マンガン、銅、亜鉛
診療報酬上の取り扱い	医薬品	入院時食事療養費 (病態により特別管理加算も算定可能な場合がある)
保険適用	あり	なし
患者負担入院時	薬剤費に対する法定負担率	食事療法費の一部自己負担
患者負担 外来・在宅	薬剤費に対する法定負担率	全額負担
費用請求	薬価請求	給食費請求
医師の処方	必要	不要
個人購入	不可能	可能
管理	薬剤部	栄養部

食品(濃厚流動食)

医薬品(経腸栄養剤)



入院中の経腸栄養用製品の使用

- 医薬品である経腸栄養用製品との給付額の均衡を図る観点から、例えば食品である経腸栄養用製品のみを使用して栄養管理を行っている場合の入院時食事療養費等の額について、一定の見直しをする
- あわせて、特別食加算を算定できる取扱いについても見直す
- 今後食品である経腸栄養用製品の市場実勢価格を把握する仕組みを導入し、入院時食事療養費等の額について市場実勢価格に応じた設定とする仕組みとする。
- 今後の課題として、入院時食事療養費の額について、実際のコスト等を把握した上で、適切な水準を設定する。

入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付について

- 胃瘻患者等に対して用いられる経腸栄養用製品については、医薬品として薬価収載されているものと食品とがあるが、どちらを使用するかについては臨床現場での選択に委ねられている。
- 医療保険においては、①医薬品として処方される場合には薬価基準に従って薬剤給付がされるのに対し、②入院時に食品(食事)として提供される場合には入院時食事療養費等が支給され、①と②では給付額が異なっている。
- さらに、②の場合に、特別食の算定要件を満たしているときは特別食加算(76円)を算定することができる。

＜医薬品の場合＞

	薬価 (10mlあたり)	保険給付額 (薬価) (1,800kcalの場合)
製品A	7.10円	1,065円
⋮	⋮	⋮
製品E	8.90円	1,602円

(患者負担分を含む)

＜食品の場合＞

	保険給付額 (入院時食事療養費等)
製品 I	1,920円 / 1日 (640円 / 1食)
⋮	
製品 X	

※入院時食事療養費 I の場合

(患者負担分を含む)

入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し

○胃瘻患者等に対して食品である経腸栄養用製品のみを使用して栄養管理を行っている場合の入院時食事療養費の額について見直しを行う

現行		改定後	
【食事療養費及び生活療養費の費用額算定表】		【食事療養費及び生活療養費の費用額算定表】	
第1 食事療養費 1 入院時食事療養費(Ⅰ) (1食につき) 640円		第1 食事療養費 イ 入院時食事療養費(Ⅰ) 1 (1食につき) 640円	ロ 入院時食事療養費(Ⅰ) 2 (1食につき) 575円(新)
注1(略)食事療養費を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養費を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。 (新設)		注1イについては、(略)食事療養費を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養費を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。 注2ロについては、(略)食事療養費を行う保険医療機関に入院している患者について、当該食事療養費として流動食(市販されているものに限る。)のみを経管栄養費法により提供したときに、1日につき3食を限度として算定する。 注3 別に厚生労働大臣が定める特別食を提供したときは、1食につき76円を、1日につき3食を限度として加算する。ただし、ロを算定する患者については算定しない。 注4 略	
2 入院時食事療養費(Ⅱ) (1食につき) 506円		2 入院時食事療養費(Ⅱ) イ 入院時食事療養費(Ⅱ) 1 (1食につき) 506円	ロ 入院時食事療養費(Ⅱ) 2 (1食につき) 455円(新)
注 入院時食事療養費(Ⅰ)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養費を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。 (新設)		注1イについては、入院時食事療養費(Ⅰ)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養費を行ったときに、1日につき3食を限度として算定する。 注2ロについては、入院時食事療養費(Ⅰ)を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者について、食事療養費として流動食(市販されているものに限る。)のみを経管栄養費法により提供したときに、1日につき3食を限度として算定する。	
第2 生活療養費 1 入院時生活療養費(Ⅰ) (1)食事の提供たる療養費 (1食につき) 554円		第2 生活療養費 1 入院時生活療養費(Ⅰ) (1)食事の提供たる療養費 ①食事の提供たる療養費1 (1食につき) 554円	②食事の提供たる療養費2 (1食につき) 500円(新)
(2)略		(2)略	
		入院時食事療養費(Ⅰ)と同趣旨の改正を行う。	
2 入院時生活療養費(Ⅱ)		2 入院時生活療養費(Ⅱ) (変更なし)	

経腸栄養患者のうち市販の流動食を提供している患者に対する食事療養費が減額された
640円⇒575円(-65円)

これらの患者に対する特別食加算も算定できない

給付見直しで40億円の節減？

平成28年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

9. 医薬品・医療機器の評価の在り方に費用対効果の観点を試行的に導入することを踏まえ、本格的な導入について引き続き検討すること。あわせて、著しく高額な医療機器を用いる医療技術の評価に際して費用対効果の観点を導入する場合の考え方について検討すること。
10. 患者本位の医薬分業の実現のための取組の観点から、かかりつけ薬剤師・薬局の評価やいわゆる門前薬局の評価の見直し等、薬局に係る対物業務から対人業務への転換を促すための措置の影響を調査・検証し、調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。
11. 後発医薬品に係る数量シェア80%目標を達成するため、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進について検討すること。
12. ニコチン依存症管理料による禁煙治療の効果について調査・検証すること。
13. 経腸栄養用製品を含めた食事療養に係る給付について調査を行い、その在り方について検討すること。
14. 在宅自己注射指導管理料等の評価の在り方について引き続き検討すること。
15. 未承認薬・適応外薬の開発の進捗、新薬創出のための研究開発の具体的成果も踏まえた新薬創出・適応外薬解消等促進加算の在り方、薬価を下支えする制度として創設された基礎的医薬品への対応の在り方、年間販売額が極めて大きい医薬品を対象とした市場拡大再算定の特例の在り方について引き続き検討すること。
16. 公費負担医療に係るものを含む明細書の無料発行の促進について、影響を調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。
17. 診療報酬改定の結果検証等の調査について、NDB等の各種データの活用により調査の客観性の確保を図るとともに、回答率の向上にも資する調査の簡素化について検討すること。また、引き続き調査分析手法の向上について検討し、調査の信頼性の確保に努めること。
18. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。

入院医療分科会で実態調査を実施 (2017年)

経腸栄養用製品に係る給付の
適正化の病院の給食部門に与える
影響は？

給食部門の支出・収支(一般病院(慢性期病院を含む))

- 平成29年における患者1人1日当たりの給食部門の支出は、平成16年に比べて、全面委託、一部委託、完全直営とも増加しており、中でも全面委託での増え幅が最も大きい。
- 支出増加の要因としては光熱水費及び委託費の増加が大きく、全面委託では給食用材料費の増加も目立つ。
- 収入減少と支出増加により収支は大幅に悪化しているが、中でも全面委託での収支悪化が著しい。

表 患者1人1日当たりの給食部門の平均支出額(外部委託等別)

H16との比較で10円以上増加した支出項目
又は10円以上悪化した収支は下線で表示

単位:円

	全面委託			一部委託			完全直営		
	H16	H29	差	H16	H29	差	H16	H29	差
給食部門の費用	1,933	2,454	<u>521</u>	2,190	2,530	<u>340</u>	2,348	2,475	<u>127</u>
給与費	194	292	<u>98</u>	676	487	-189	1,166	1,102	-64
給食用材料費	126	231	<u>105</u>	562	497	-65	659	655	-4
医療消耗器具備品費	4	12	8	22	40	<u>18</u>	24	35	<u>11</u>
委託費	1,206	1,349	<u>143</u>	488	961	<u>473</u>	47	19	-28
設備関係費(減価償却費・各種貸借料)	109	76	-33	104	89	-15	113	82	-31
減価償却費	75	55	-20	95	74	-21	103	37	-66
経費	291	530	<u>239</u>	329	576	<u>247</u>	271	611	<u>340</u>
光熱水費※	273	502	<u>229</u>	291	539	<u>248</u>	208	566	<u>358</u>
その他の費用	2	6	4	8	4	-4	67	9	-58
収支差額	168	-661	-829	-189	-757	-568	-284	-706	-422
病院数	36	69	-	50	57	-	44	30	-
平均許可病床数	203	268	-	317	252	-	220	219	-

注 医療療養病床の割合が全病床(介護療養病床を除く。)の60%以上の病院のうち、介護保険事業に係る収入が病院全体の収入の2%未満である病院を含む。

※ 平成16年の値は、8病院の実測値から得た補正係数を用いた補正值。平成29年の値は、36病院の実測値から得た補正係数を用いた補正值。

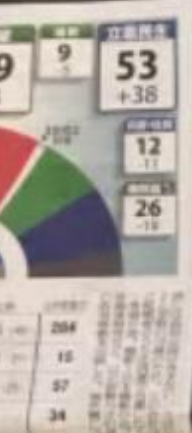
パート4

2018年診療報酬改定と 7対1入院基本料



2017年10月5日社会保障審議会医療部会

民圧勝 与党310超



3分の2維持
立憲民主野党
希望敗北市

自公300に迫る



自民大勝280超



議論今後の様 希望伸び悩 衆院選



希望伸びず 前原氏辞意

再び3分の 改憲勢力3 立憲民主



社会保障、高齢者中心を是正 ～さらなる財源が必要～

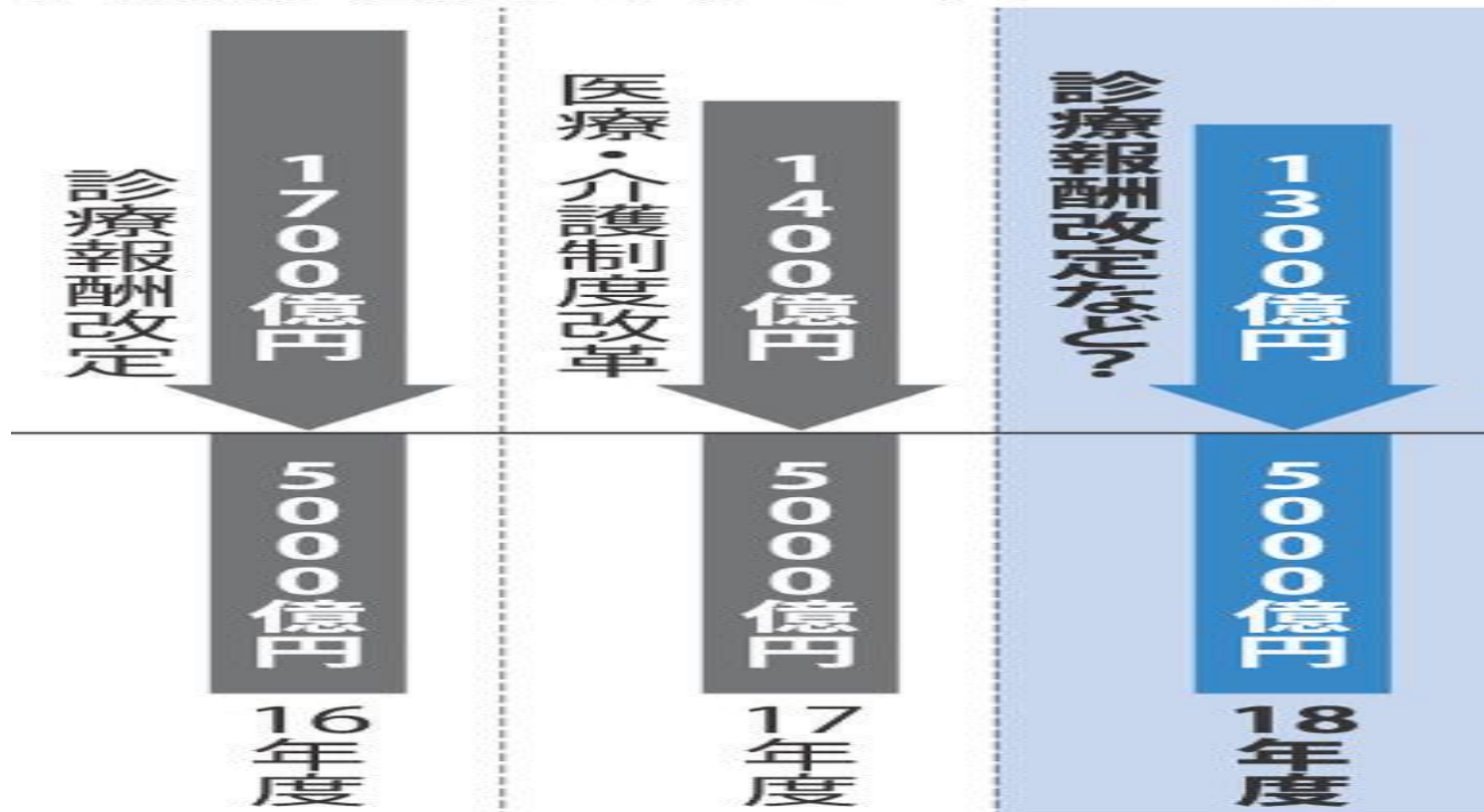
- 今後の社会保障政策についてこれまでの高齢者中心から「全世代型」に見直す意向を表明
- 幼児教育・保育の無償化
 - さらなる財源が必要！
- 2019年10月の消費税率10%への引き上げ
 - しかし2018年改定は消費増税なき改定
- 9月12日、日本経済新聞インタビュー



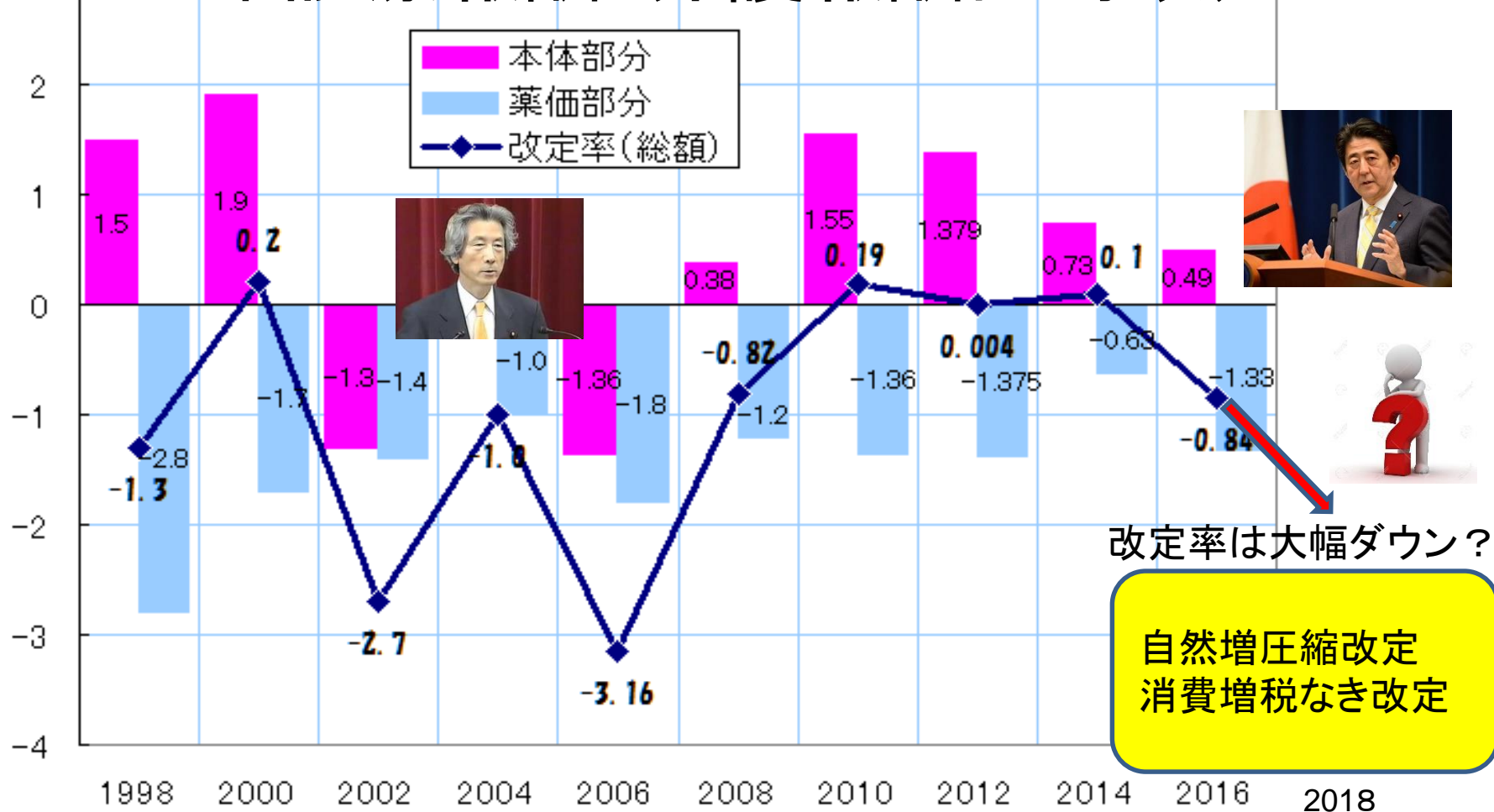
安倍晋三首相

社会保障費圧縮改定

2018年度の社会保障費 自然増抑制のイメージ



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

2018年改定の4つの視点

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、特に、今回の改定が6年に一度の介護報酬との同時改定であり、2025年以降も見据えて医療・介護の提供体制を構築するための重要な節目となることを踏まえ、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進に重点を置くこととしてはどうか。

視点1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 【重点課題】

視点2 新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実

視点3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

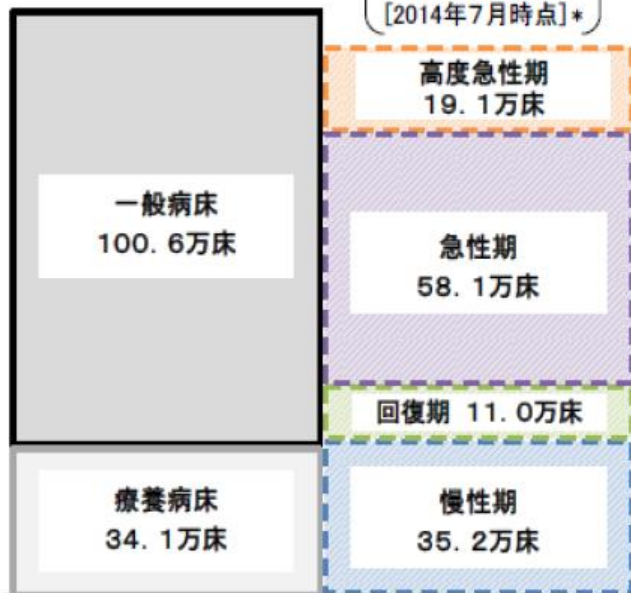
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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
減少



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

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

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

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

2018年診療報酬改 ～地域医療構想を下支え～



迫井正深医療課長

急性期入院医療の見直し(7対1病床見直し)



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

入院医療に関して専門的立場、技術的な視点から
課題を整理し中医協基本問題小委に報告する

2018年診療報酬改定と 7対1病床の要件見直し

看護師配置数と重症患者割合
(重症度、医療・看護必要度)

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

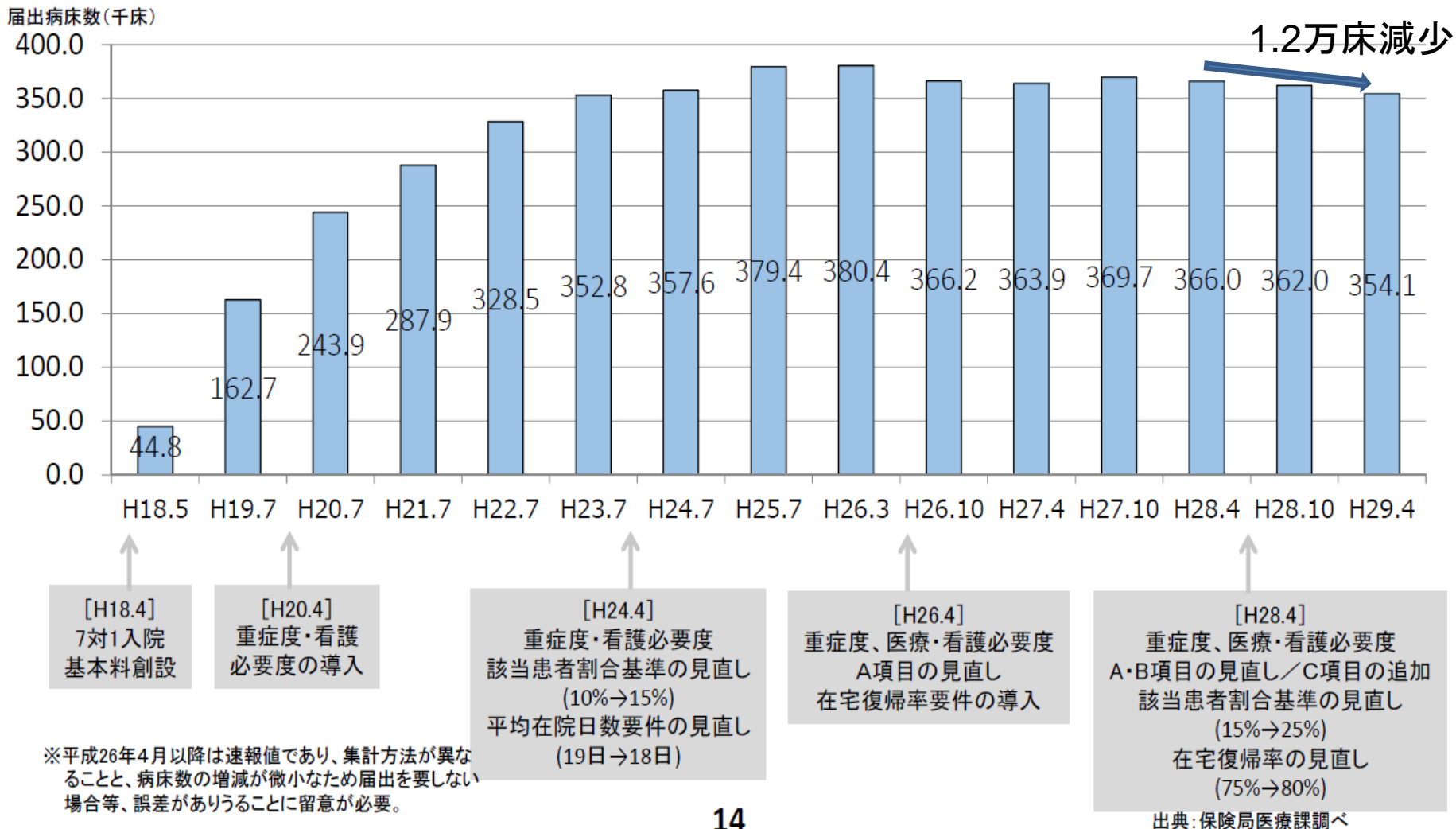
又は

C 1得点が1点以上の患者

2016年改定の 7対1への影響

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。

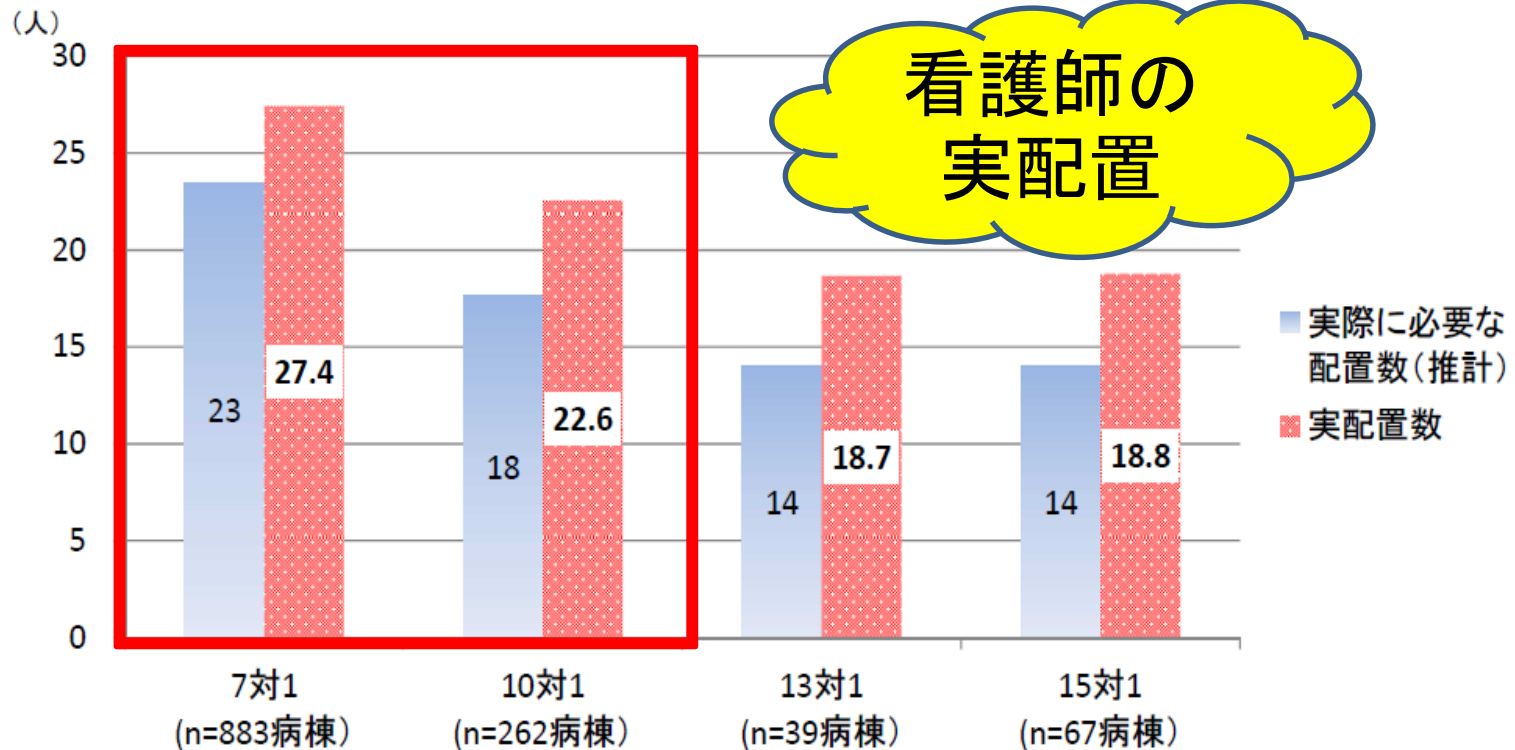


2018年診療報酬改定

重症度、医療・看護必要度は
こうなる！

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

7対1、10対1の
重症患者該当率を
段階化する

一般病棟（7対1）の施設基準による評価について

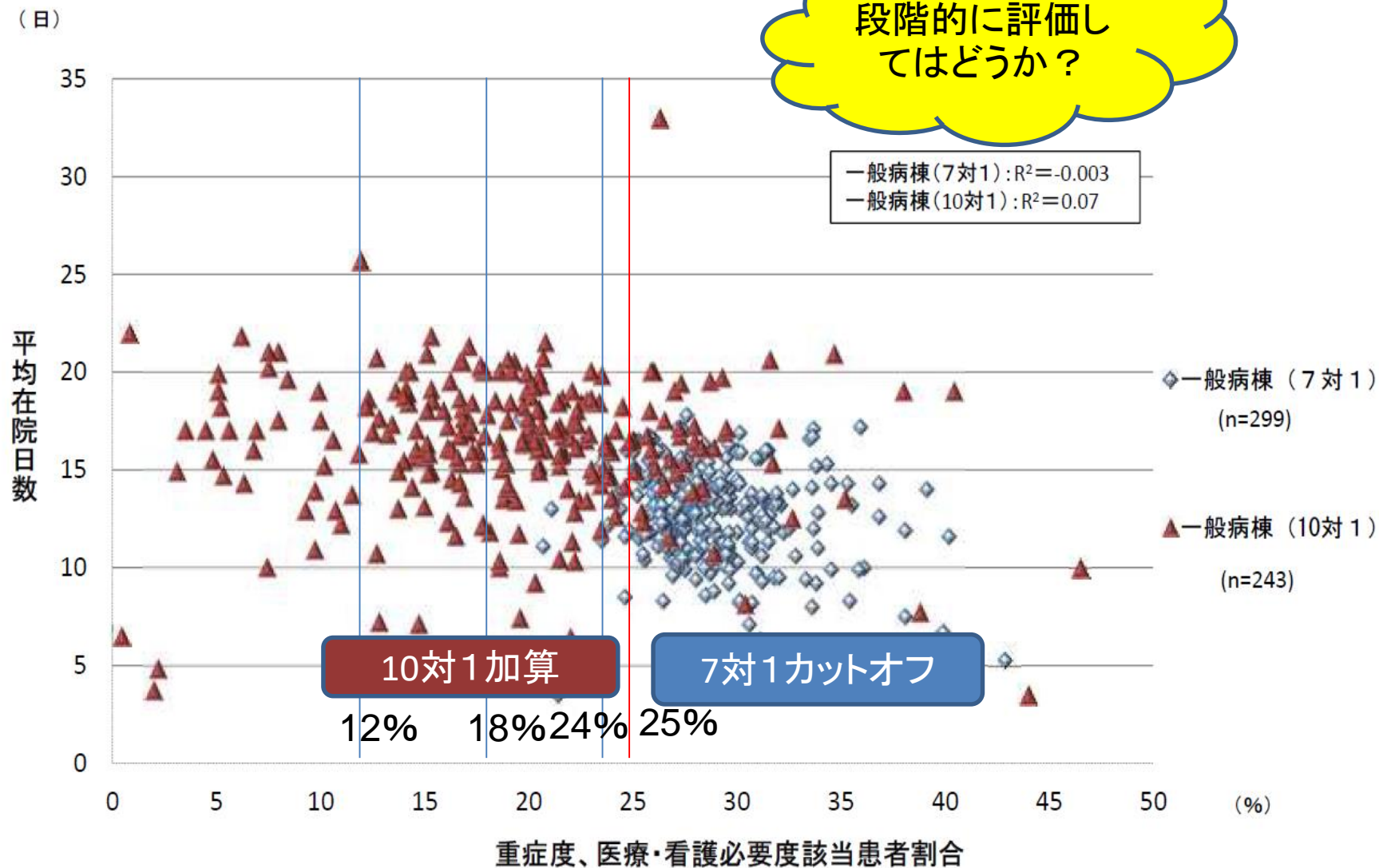
評価項目	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	基準値 (カットオフ値)
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

一般病棟（10対1）の加算による評価について

【加算の概要】

名称	点数(1日につき)	基準値
看護必要度加算1	55点	該当患者割合が2割4分以上
看護必要度加算2	45点	該当患者割合が1割8分以上
看護必要度加算3	25点	該当患者割合が1割2分以上

平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係



重症度、医療・看護必要度の
DPCデータ(EFファイル)による
置き換えを行う

重症度、医療・看護必要度A・C項目と報酬区分の関連①

関連性が高いと考えられる項目の例(A項目)

重症度、医療・看護必要度項目			報酬区分
A	1	①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	J000 創傷処置
		②褥瘡の処置	J001-4 重度褥瘡処置
A	2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	J024 酸素吸入
A	3	点滴ライン同時3本以上の管理	G004 点滴注射
			K920 輸血
A	4	心電図モニターの管理	D220 呼吸心拍監視
A	5	シリンジポンプの管理	G通則 精密持続点滴注射加算
			薬剤の算定（血液製剤）
A	6	輸血や血液製剤の管理	K920 輸血
			K920-2 輸血管理料

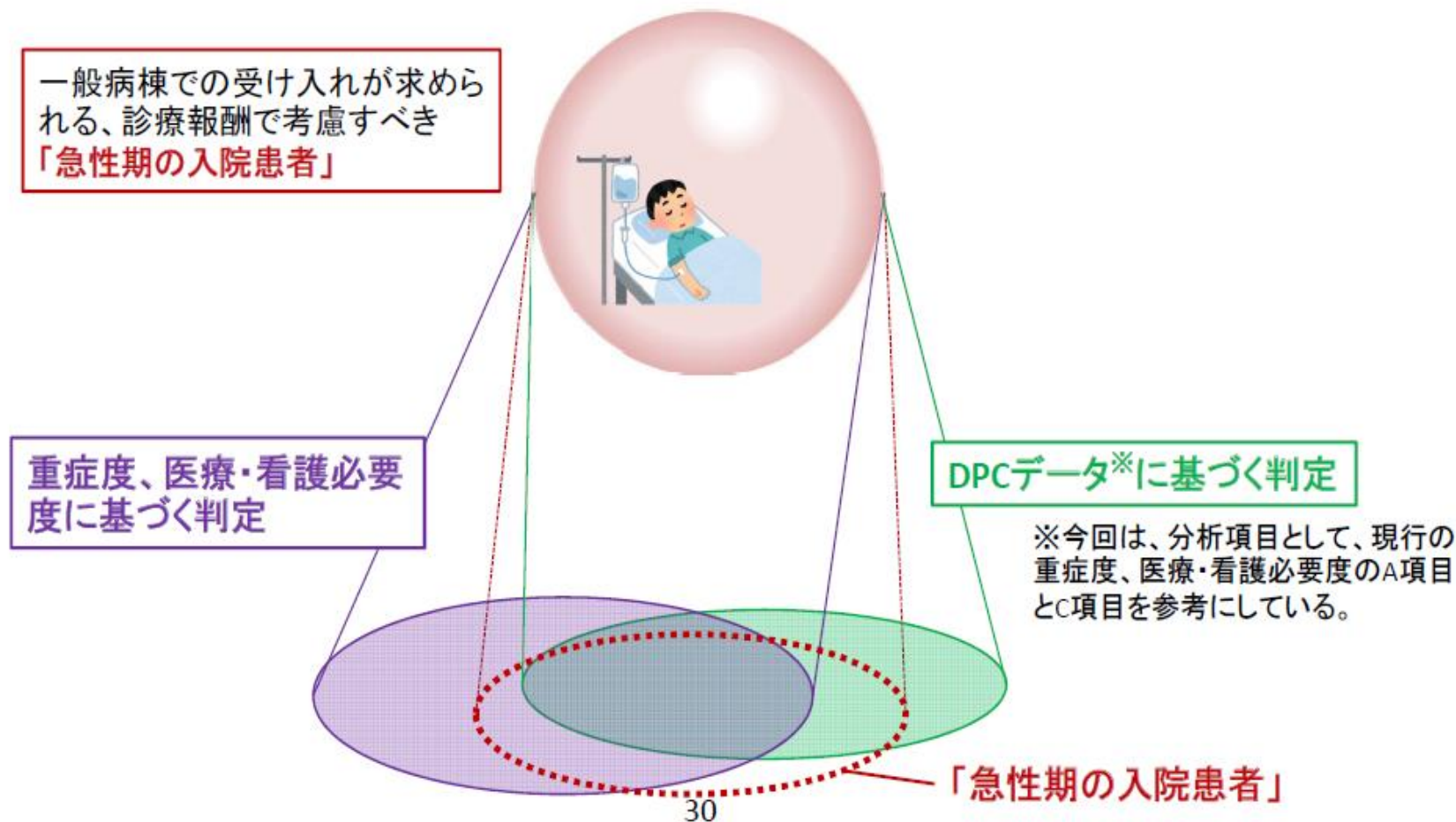
重症度、医療・看護必要度A・C項目と報酬区分の関連③

関連性が高いと考えられる項目の例(C項目)

重症度、医療・看護必要度項目		報酬区分
C	16 開頭手術	K164 頭蓋内血腫除去術
		K169 頭蓋内腫瘍摘出術
	17 開胸手術	K552 冠動脈、大動脈パ イ ス移植術
		K552-2 冠動脈、大動脈パ イ ス移植術
		K554 弁形成術
		K555 弁置換術
	18 開腹手術	K655 胃切除術
		K657 胃全摘術
		K695 肝切除術
		K702 膵体尾部腫瘍切除術
		K703 膵頭部腫瘍切除術
		K877 子宮全摘術
		K879 子宮悪性腫瘍手術
	19 骨の手術	K059 骨移植術
		K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術

急性期の入院医療における医療・看護の必要性の高い重症な患者を把握する手法の分析に係る概念図

- 今回の分析の目的は、医療・看護の必要性が高い重症な患者であって、一般病棟での受け入れが求められる、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」を、把握する評価手法としての合理性等を確認し、手法の特性に応じた整理するもの。

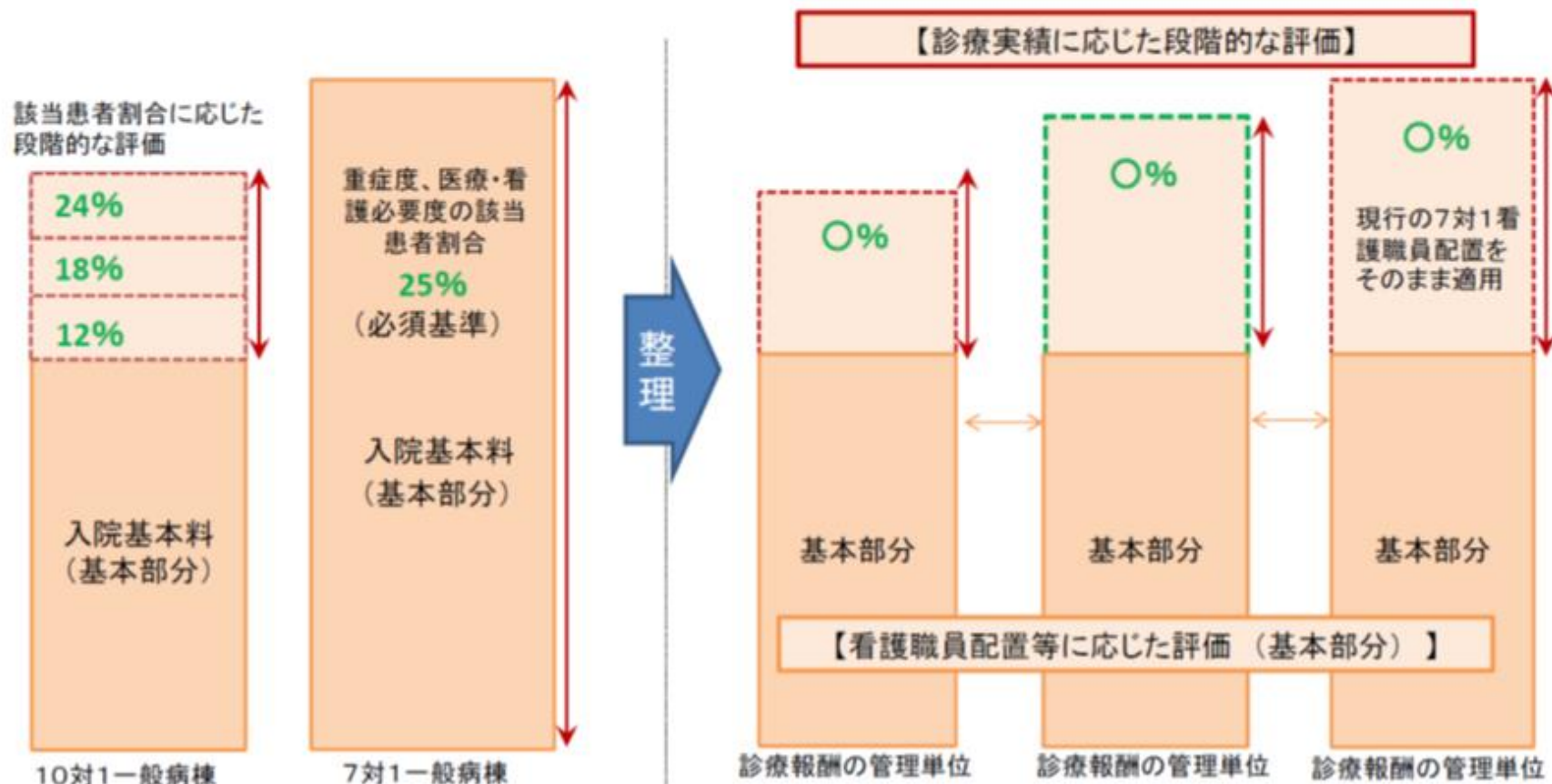


一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の評価体系(案)

- 将来の入院医療ニーズの変化に対応する病棟への弾力的で円滑な選択・変更を推進するため、7対1一般病棟と10対1一般病棟の現行の評価を参考にしつつ、急性期の入院医療の評価体系について、基本部分と実績に応じた段階的な評価部分との組み合わせによる評価体系を導入してはどうか。

なお、実績に応じた評価の最も高い部分には、現行の7対1一般病棟との整合性に配慮し、7対1看護職員の配置基準をそのまま適用してはどうか。

- また、現行の7対1一般病棟と10対1一般病棟との間に中間的な水準の評価を設けてはどうか。



○看護配置などに基づく「基本部分」と、「診療実績に応じた段階的評価」を組み合わせるかどうか？

○医療機関の選択で従来方式の重症度医療看護必要度とDPCデータ(EF統合ファイル)に基づく重症患者割合計算を選択性としてはどうか？

中医協総会(2017年11月24日)

パート5

地域包括ケアシステムと 栄養・食事



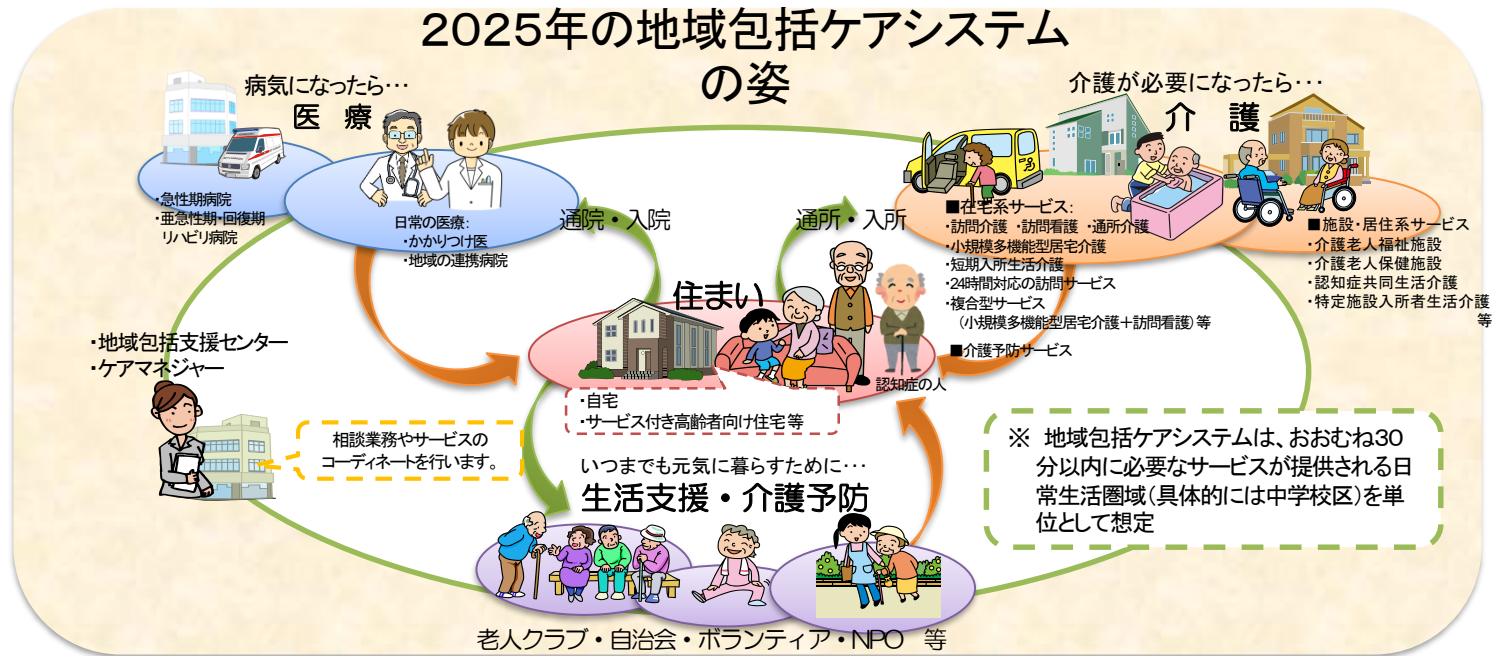
地域包括ケアシステムとは

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

地域で医療・介護・生活支援
のパッケージを届ける

平成25年 地域包括ケアシステム

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



人口1万人、中学校区、駆け付け30分圏域

地域包括ケアシステムと 栄養ケアマネジメント

- 地域包括ケアシステムにおける栄養ケアマネジメントの必要性
 - 食生活および栄養障害の改善、疾病の再発予防や疾病予防ができ、地域住民が住みなれたところでその人らしい生活を送ることができること
 - 地域包括ケアシステムに栄養ケアマネジメントを組み込むことが必要
 - 食と栄養が健康の基盤

地域包括ケアシステム
から「栄養」がすっぽり
抜けている！？

老人福祉施設に併設する診療所における

地域高齢者の

「食べること」を支援するシステム作り

～管理栄養士活動の場作りへの挑戦～



社会福祉法人同胞互助会

愛全診療所・居宅療養管理指導

栄養ケアステーション愛全園 東京都昭島市

管理栄養士・臨床栄養師 佐藤 悦子

H23年度¹

はじめに

- 訪問系サービスが進んでいる中で訪問栄養は立ち遅れ、これほど進展しない事業も珍しい。実績がないから法も整わず人も増えない。
- ニーズはある。介護支援専門員が必要性を感じても訪問してくれる管理栄養士が存在しない。
- 何がそのようにさせているのか？事業として進まない課題の原因を追求していく必要がある。
- 栄養が介入すれば食のサービスの支流を担うヘルパーサービスの食事作成業務がやりにくいという考えがないとはいえない。

時代は地域高齢者の「食べること」を支援するシステム作りを求めている。数年の地域活動の取り組みの後、地域高齢者の実態を症例に示し、そこから得られた栄養ケアのポイント報告します。

1. 地域高齢者の症例から見えるニーズ

(1) 低栄養問題

- ① 高齢になれば食は細って当たり前という考えが低栄養を招く (症例1)
- ② 寝たきりで褥瘡を作り、与えられたものを食べ、ただ、生きながらえることから高齢者を守ろう (症例2)

(2) 認知症利用者の問題

- ① 食材を見ても料理が作れない食の確保のできない
認知症高齢者 (症例3)

(3) 医療連携問題

- ① 医療連携ができず命を落としてしまう高齢者 (症例4)
- ② 変形な食生活で寝たきりを作ってしまう (症例5)

(4) 難病及び認知症の病態食 (療養食・特別食) 問題

- ① チームで取り組む弧発性脊椎小脳変性症 (症例6)
- ② 人工透析にならないためのチーム連携 (症例7)

(5) 外来栄養指導は受けても効果をあげられない (症例8)

(症例1) 本人も家族も気付かないまま2・3年で 40Kgあった体重が20Kg代になってしまった

女性 93歳 要介護3 (低栄養)心筋梗塞・うつ・息子夫婦と同居

- ①朝食を高齢者一人で食べている : 息子夫婦が出かけてゆっくり食べる
- ②昼食は一人でちょっと口にするだけ: 作り置き料理には手をつけない
- ③夕食は家族団欒で進む: 朝、昼の食事が粗末になってしまうことなど考えない。

<栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆高齢になれば食が細くなって当たり前前の考えが低栄養を招く
- ◆食が細くなったら、対象者が納得する栄養補助食品を必要

(症例2) 十分な食事が無くても、寝かせっきりでも 家族と住める喜びがある

女性 89歳 要介護4 (低栄養) 褥瘡 息子夫婦、孫と同居
身長140cm 介入時体重24kg BMI12.2(3年前40kg・現在26kg)

・ 隔週でショートステイ利用

- ・ 座位を保ち、
- ・ 食事は自力
で完食



・ 自宅療養の状況



- ・ 朝食と夕食: おにぎりと牛乳のみ
- ・ 昼食: ヘルパーサービスによる
はんぺん入り温かいそば

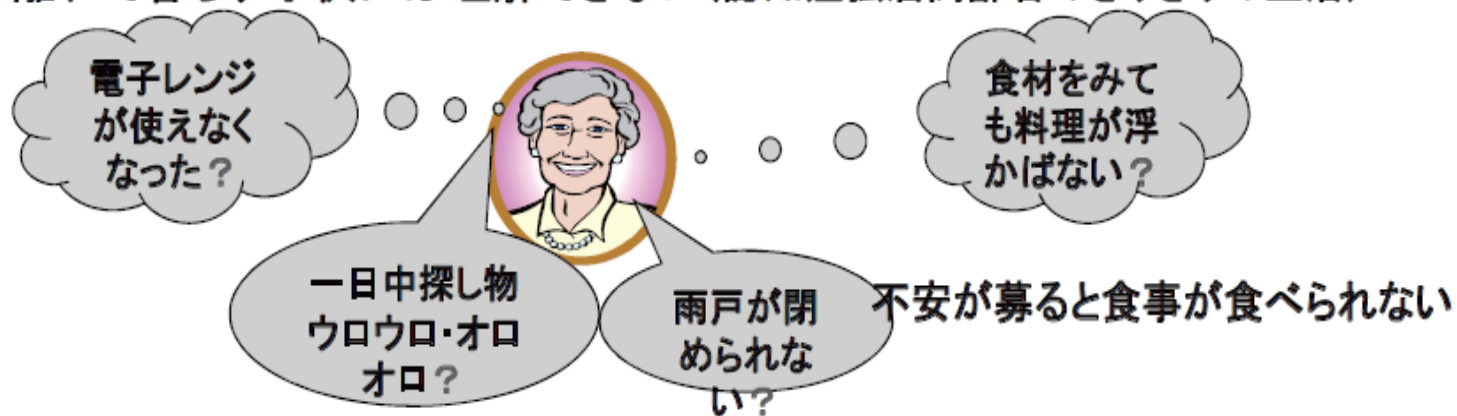
<栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆ 寝たきりで褥瘡を作り、与えられたものを食べ、
ただ、生きながらえることから高齢者を守ろう
- ◆ 食が命をつなぐ大切なことをチームで協力して
家族の意識を変容させることが必要
- ◆ 訪問チームが同じ土俵で食事にこだわらないケアもある

(症例3) 食材を見ても料理が浮かばない(低栄養)

認知症が始まった独居高齢者 女性87歳 要介護4 独居 認知症

◆離れて暮らす子供には理解できない(認知症独居高齢者のぎりぎりの生活)



- ①ヘルパー作成の食事を冷蔵庫から取り出して食べていなかった
- ②宅配サービスの食事がキザミ食だったために料理と認識せず食べなかった

<栄養ケアマネジメントのヒント> : チームで情報の共有を

- ◆一人で食べている状況を観察し、認知症の生活全体を捉える
- ◆認知症の食の確保が命を左右することを肝に銘ずる

(症例4)肺ガン手術成功 退院後、 誤嚥性肺炎で亡くなった(嚥下困難)

男性 73歳 要介護3

身長155Cm 体重35Kg

BMI 14.6

妻と娘と同居

- ①21年11月 肺ガンの大手術後の退院時指導で
「食べられる物は何でも良い」といわれ、家族は訪問介護サービスを選び、シチューやゼリー、トロミをつけた水分をあたえた。
- ②栄養介入前に窒息での死亡の悲報を聞いた
- ③家族はどのような状況下でも口からたべさせたい願望がある。

<栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆管理栄養士は食のリーダー、命の危機管理を怠らず、誤嚥や窒息の危険性を真剣に伝えること
- ◆むせない誤嚥の恐ろしさを食事介助スタッフに説明責任を持つこと
- ◆ケアマネージャーと協力して摂食・嚥下機能評価医(医師・歯科医師)につなぎ積極的にチームケアを進めること
- ◆食の責任者として摂食・嚥下障害へのプロ意識を持とう

(症例5) 偏った食事の継続による低栄養

～妻と娘夫婦の2世帯住宅～ 男性 74歳 要介護4 (低栄養)

- ①脳梗塞後遺症で麻痺が残り、すべてに責任を感じ、家族に迷惑をかけたくない気持ちが強く手で食べられる物しか受けず、褥瘡を作るほど偏った食事が継続し習慣化してしまった

朝食のメニュー

レトルト卵いりおじや
南瓜煮つけ

<日中独居> 昼食のメニュー

カステラパン
牛乳

夕食のメニュー

カステラパン
牛乳
柔らかい果物の缶詰め



- ②介護生活が長期に及び頑固な夫に辟易している妻がいる
③コミュニケーションの取れない難事例で仙人のように生きる

<栄養ケアマネジメントのヒント>: 役割を持つこと

◆介護者のつらさを理解した上で、医師に高栄養流動食の処方をしてもらい、多職種と同時訪問を行い、へこたれず改善への道を見つけること

2. 地域高齢者の実態から 見えるニーズ

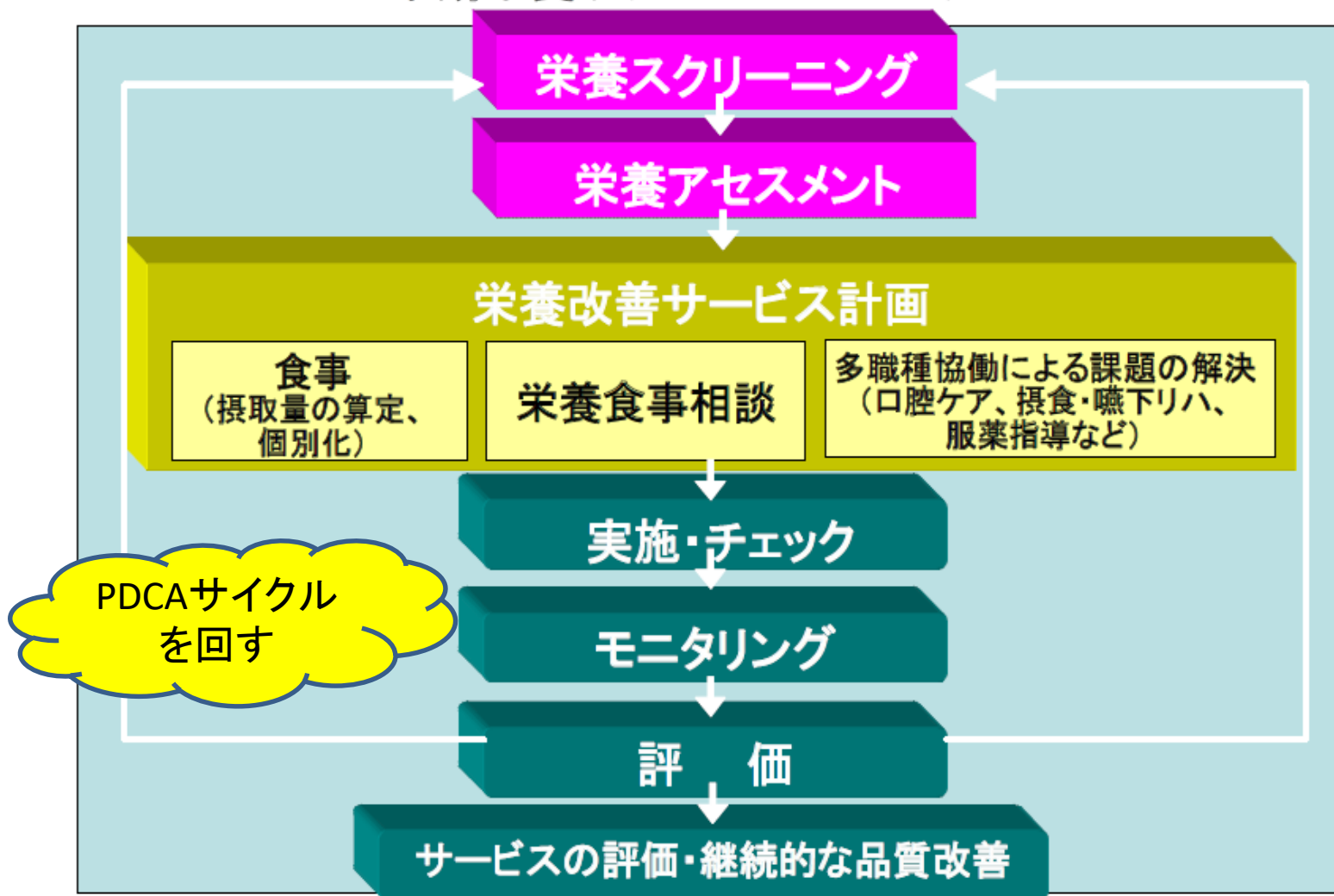
1) 地域高齢者の実態

- ① 地域高齢者の食の課題を知る
- ② 地域高齢者の食環境を知る
- ③ 認知症で独居の地域高齢者を知る
- ④ 義歯が合わない、摂食・嚥下機能障害がある地域高齢者を知る

まず現場を見ること
栄養アセスメントを
行うこと

栄養ケア・マネジメントの構成要素

～早期栄養ケアのためのシステム～



簡易栄養状態評価表

MNA – SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form)

食事摂取量

過去3か月の
体重減少

移動性

過去3か月の
ストレスと
急性疾患

神経・精神
的問題

BMI

BMIがわからない時は、ふくらはぎの周囲長

スコア12～14

低栄養の
おそれなし

セルフケアのため
の情報提供
(資料1～7)

スコア8～11

低栄養の
おそれあり

低栄養状態の改善に向けた各種サービス

二次予防事業
参加勧奨

管理栄養士
保健師の
個別相談

配食サービス

スコア0～7

低栄養

管理栄養士、
保健師の
個別相談
(必要な場合は
医療機関へ)

在宅療養患者への訪問栄養食事指導

- 在宅療養患者への訪問栄養食事指導により、体重、BMIが有意に増加し、栄養状態、ADL及びQOLも改善。
- 在宅療養患者の栄養上の主な課題は、体重や間食の管理、誤嚥の予防など多様である。

[研究参加者]

在宅療養中の高齢者男女62名
(平均76.2±9.6歳、要介護度3.0±1.6)

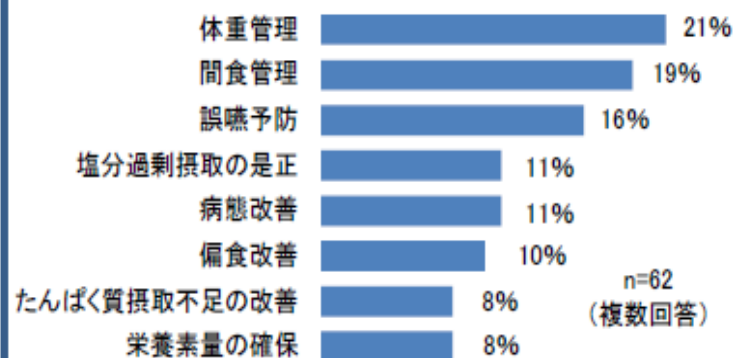


図 研究対象者における訪問指導時の栄養上の主な課題及びニーズ

なお、在宅訪問栄養食事指導が新規の患者では、「誤嚥予防」と「病態改善」のニーズがそれぞれ50%であった。



管理栄養士による
訪問栄養食事指導
(1.6±0.7回)

指導継続者
53名

脱落者
9名

介入後
(3か月後)



体重、BMIが有意に増加し、栄養状態、ADL及びQOLも改善

表 継続群の介入時と介入後の比較

	介入前	介入後	P値
体重(kg)	50.1±10.3	51.0±10.1	0.01
BMI(kg/m ²)	21.2±3.4	21.4±3.2	0.01
栄養状態[NMA®](点)	20.1±4.4	21.1±3.6	0.05
ADL[Barthel Index](点)	52.4±32.7	54.7±32.2	0.01
QOL下位尺度(点)	44.8±7.2	46.7±6.7	0.05

平均±標準偏差, n=53

MNA®: Mini Nutritional Assessment®

「QOL下位尺度」はSF-8のMH(心の健康)

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充②

- 指導には長時間を要することが多く、より充実した指導を適切に評価する観点から、外来・入院栄養食事指導料について、指導時間の要件及び点数の見直しを行う。

【外来・入院栄養食事指導料※1】

(概ね15分以上) 130点

※1 入院栄養食事指導料1は130点、2（有床診において、当該有床診以外の管理栄養士が指導を行う場合）は125点



【外来・入院栄養食事指導料※2】

イ 初回（概ね30分以上）
260点

ロ 2回目以降※3（概ね20分以上）
200点

※2 入院栄養食事指導料2のイは250点、ロは190点とする。

※3 入院栄養食事指導料については「2回目」

地域包括ケアシステムに栄養士と
栄養ケア・ステーションを加えよう！

介護



栄養士



通院 通所



訪問介護
・看護



自宅・ケア付き
高齢者住宅

住まい

生活支援・介護予防



老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

地域包括支援
センター・
ケアマネ
ジャー



相談業務やサービ
スのコーディネート
を行います。

※地域包括ケアシステムは、
人口1万人程度の中学校区
を単位として想定

栄養ケア・ステーション

地域包括ケアにおける栄養ケアステーション活動に期待が高まっている



栄養ケア・ステーションは、地域住民のための食生活支援活動の拠点
都道府県栄養士会が運営し、地域の特性に応じた様々な事業を展開

まとめと提言

- 2016年診療報酬改定でERAS, 食事・栄養、栄養指導が見直された。
- 2018年診療報酬改定では、7対1入院基本料が大幅見直しになるだろう
- 地域包括ケアシステムにおける食事・栄養問題がこれからの課題
- 地域の栄養ケアステーションを普及させよう！

2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

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



このたび韓国語版も発刊

ご清聴ありがとうございました



フェースブックで
お友達募集中！

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