

# 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！

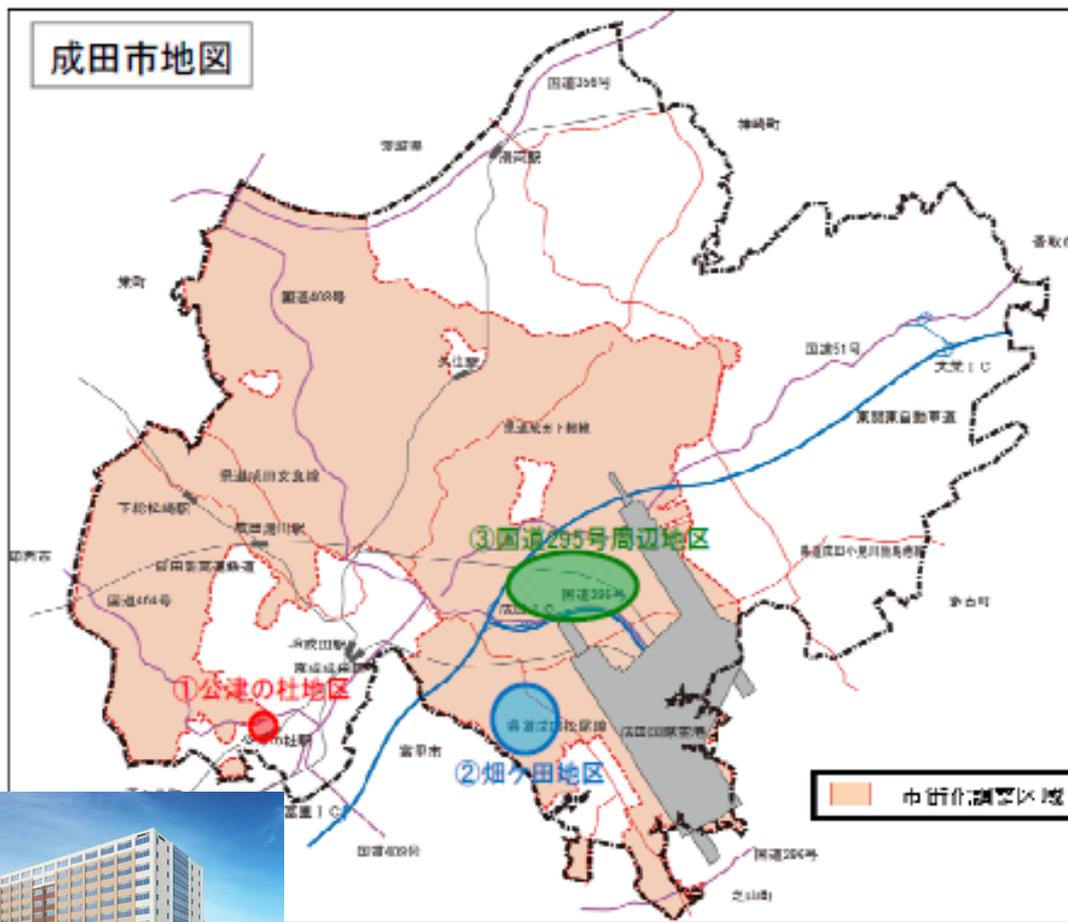


# 国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

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。



### ①公津の杜地区

#### 【教育ゾーン】

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

### ②畑ヶ田地区

#### 【学術・医療集積ゾーン】

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

### ③国道295号周辺地区

#### 【医療産業集積ゾーン】

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



2017年4月医学部開講



**INTERNATIONAL  
UNIVERSITY OF  
HEALTH AND WELFARE**

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





# 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

## 2016年診療報酬改定と食事栄養

# 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

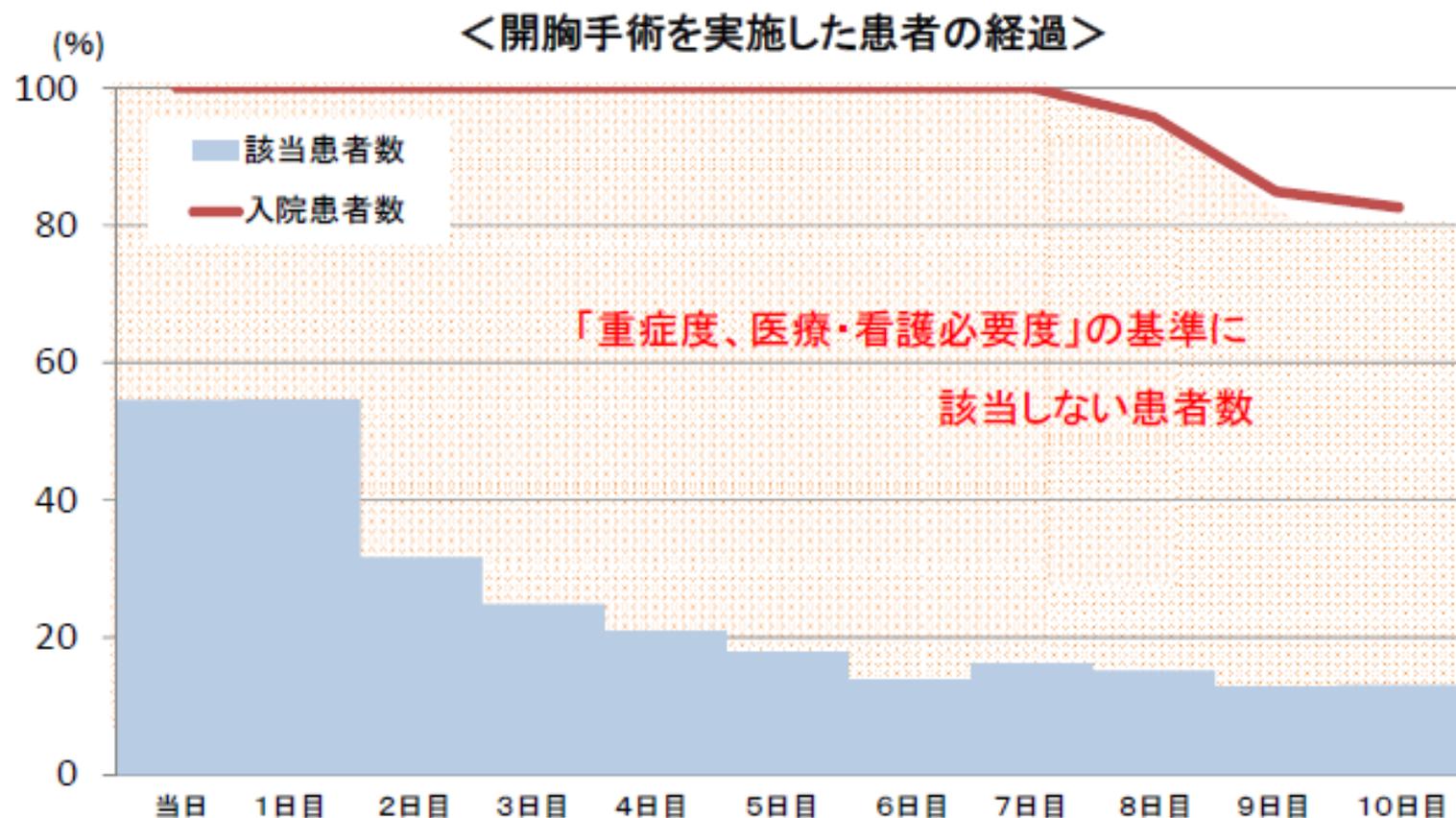
(前回改定)

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、効果発現が速やかに持続時間が短い麻酔を使用。	長時間作用型の麻酔薬が主流であった。 覚醒が不良。
	8	輸液、塩分の過剰投与・摂取を避ける	輸液、塩分の過剰投与・摂取を避けることで、腸の動きをよくし、術後の回復を早める。	点滴による水分補給では水分過剰になり、腸の動きが悪くなったり、傷の治りが遅くなったりする。
	9	小切開・ドレーン留置なし	小切開により、傷が小さくなり、痛みも少ない。 ドレーン留置は感染機会を増強させ、痛みも増強させるので行わない。	腹部の手術後、主に出血や縫合不具合の監視のためにドレーンを挿入していた。
	10	体温管理・温風式保温	手術室で低体温にならないよう努める。(低体温にならないことで、出血量や輸血量を減らすことができ、術後回復が早いと考えられている。)	保温の意識が低かった。

# 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

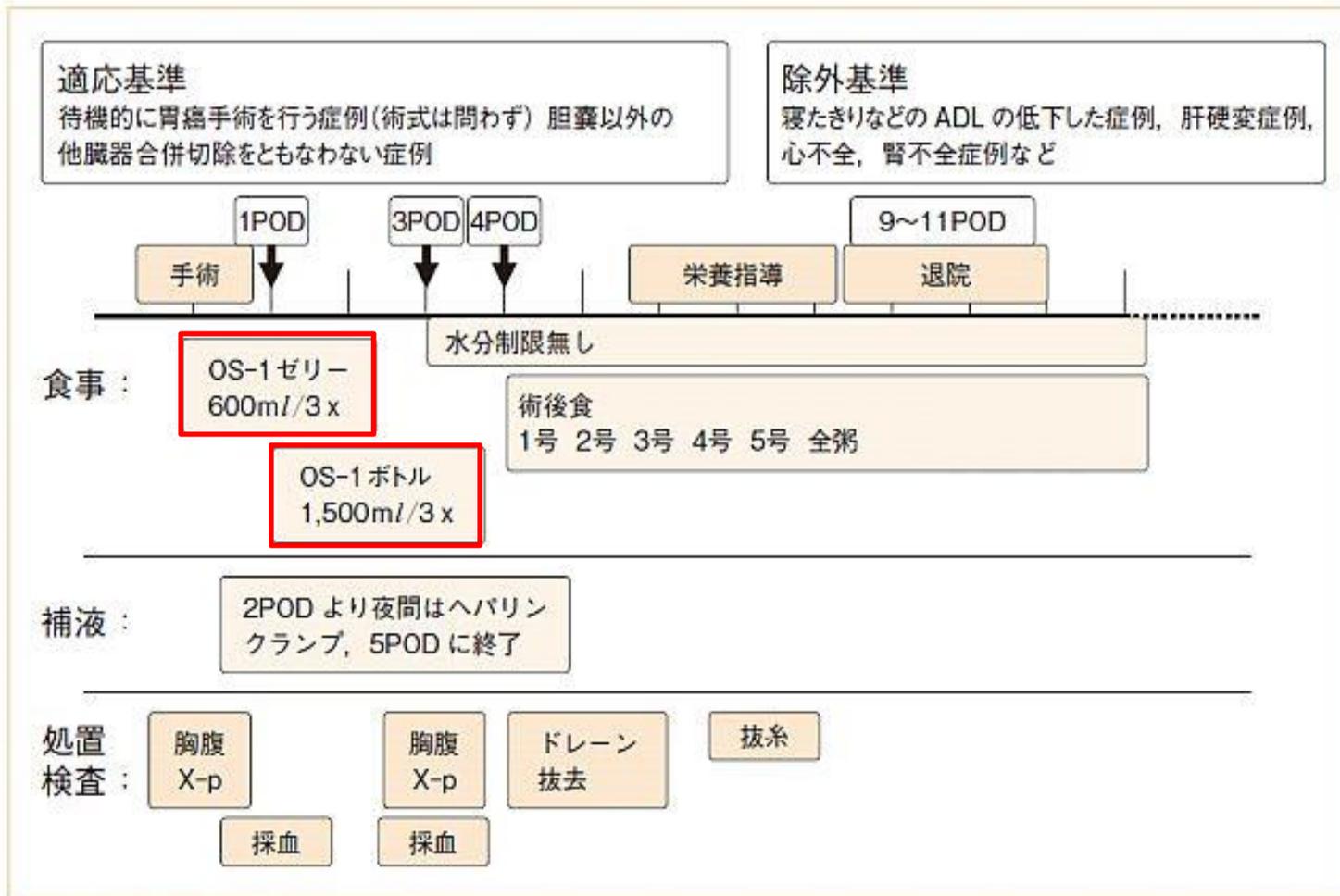


図1 胃癌術後クリニカルパスの概略

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

北国から日本の  
病院にも広がっています

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ろうとしている。北欧で生まれた新しい術前術後ケア方法「ERAS」が日本でも中規模以上の病院に徐々に導入されつつあるからだ。第一人者である神奈川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つきの苦痛が患者にあるとした。それは、食べられないこと、動けないこと、眠れないこと、痛みがひどいこと、吐いて初め、痛み止めは、傷が痛いと訴えて初めて与えられ、病棟のベッドでは寝たきり。術前も術後も長時間食事制限され、水も清尿に飲めない。入院前は元気だったのに、家に戻って来たら認知症になったり、車いす生活になる。手術はうまくいったはずなのに、退院したらなぜか日常生活レベルが低い。どうしてこんなことになるのか。

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

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

そのため喉に管をいれます。その時に胃に残留物があると嘔吐してしまい、下手をすると肺に入って誤嚥性の肺炎になる。その心配から日本では、最低でも十二時間は絶飲食にして胃を空っぽにするのが術前ケアの基本になっていました。

しかし絶飲食には、いくつもの弊害があります。まず食物が通らないと、腸管機能が低下してしまふ。腸管は食物が通過することによる刺激で免疫機能が通っています。腸管も、食事により常刺激を受けておかないとインスリンが分泌されにくくなるのです。すると手術後の血糖値は糖尿病ではなくても上昇し「サージカル・ティアペデス（外科的糖尿病）」になる恐れもある。その結果、手術後の合併症が増加しました。

## 一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方

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

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

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

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

### 重症者の定義

A得点が2点以上かつ  
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

又は

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



栄養士



歯科医師・歯科衛生士



# 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。

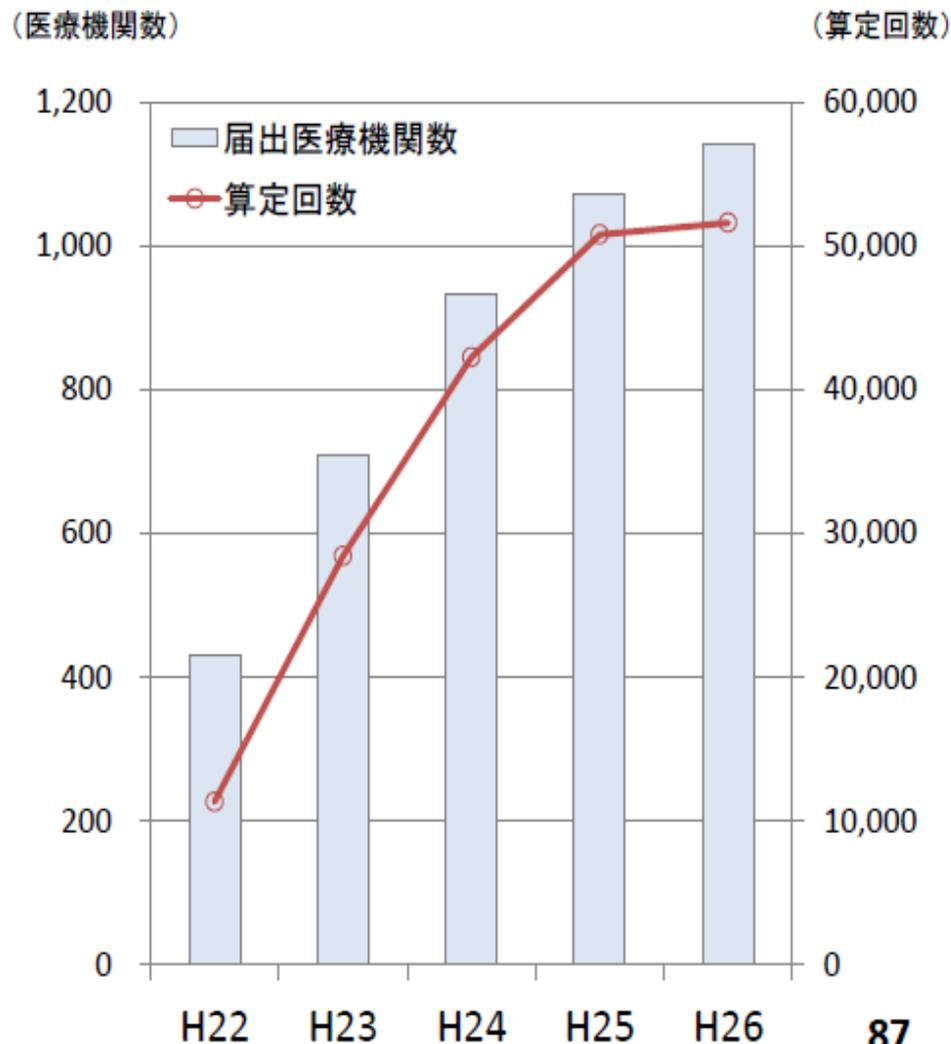
### [算定要件]

- ・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。

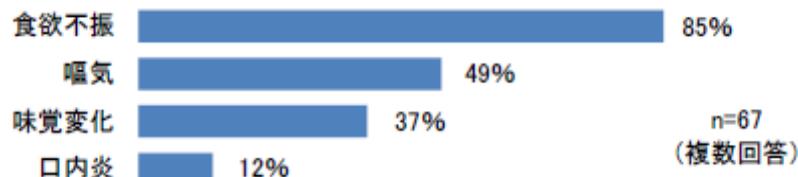


図 食欲低下の理由

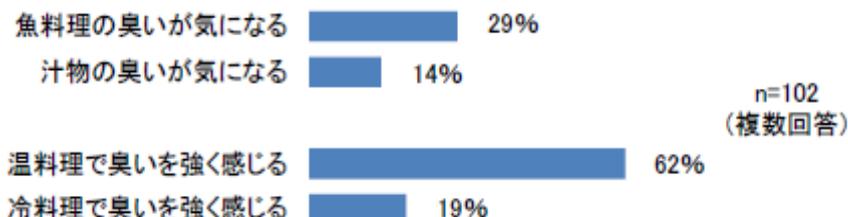


図 嗅覚の変化や温度による臭いの感じ方

(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"> <li>・ 頻回に少量ずつ分けて食べる。</li> <li>・ 刺激の強い食事や油分の多い食事は控える。</li> <li>・ 冷たく口当たりの良いものやレモンなどを使用する。</li> <li>・ 吐き気が強いときは、食事を休み水分摂取を促す。</li> <li>・ いろいろな食品を使わず、シンプルな料理にしてみる。</li> <li>・ 同じものを続けて食べない。</li> </ul>
味覚異常	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 味を感じない場合は、味を濃くしてみる。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
口腔粘膜炎 (口内炎)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食事の硬度を減らし、軟らかいものにする。</li> <li>・ 極端に熱いものや刺激の強いものは控える。</li> </ul>
食欲不振	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食べたい時に、好みの食べたい物を食べる。</li> <li>・ 少量ずつ盛りつけて、品数を増やす。</li> <li>・ 主食をパンや麺類にかえてみる。</li> <li>・ ゼリー状のもの、冷たいもの、香りの良いものを利用する。</li> <li>・ 栄養補助食品を利用する。</li> </ul>

(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

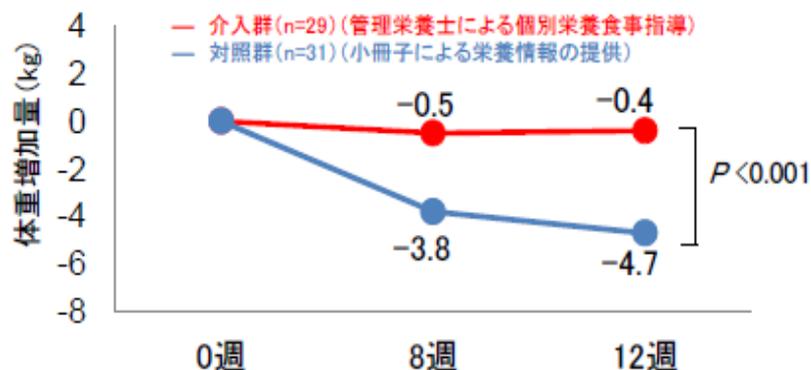


図 体重の変化

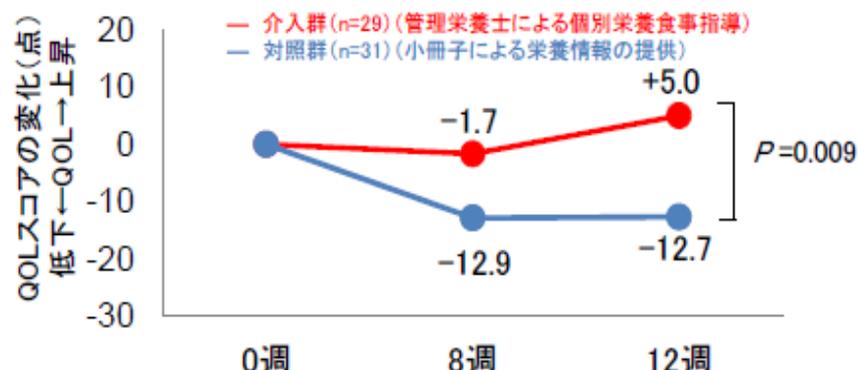


図 QOLスコアの変化

(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

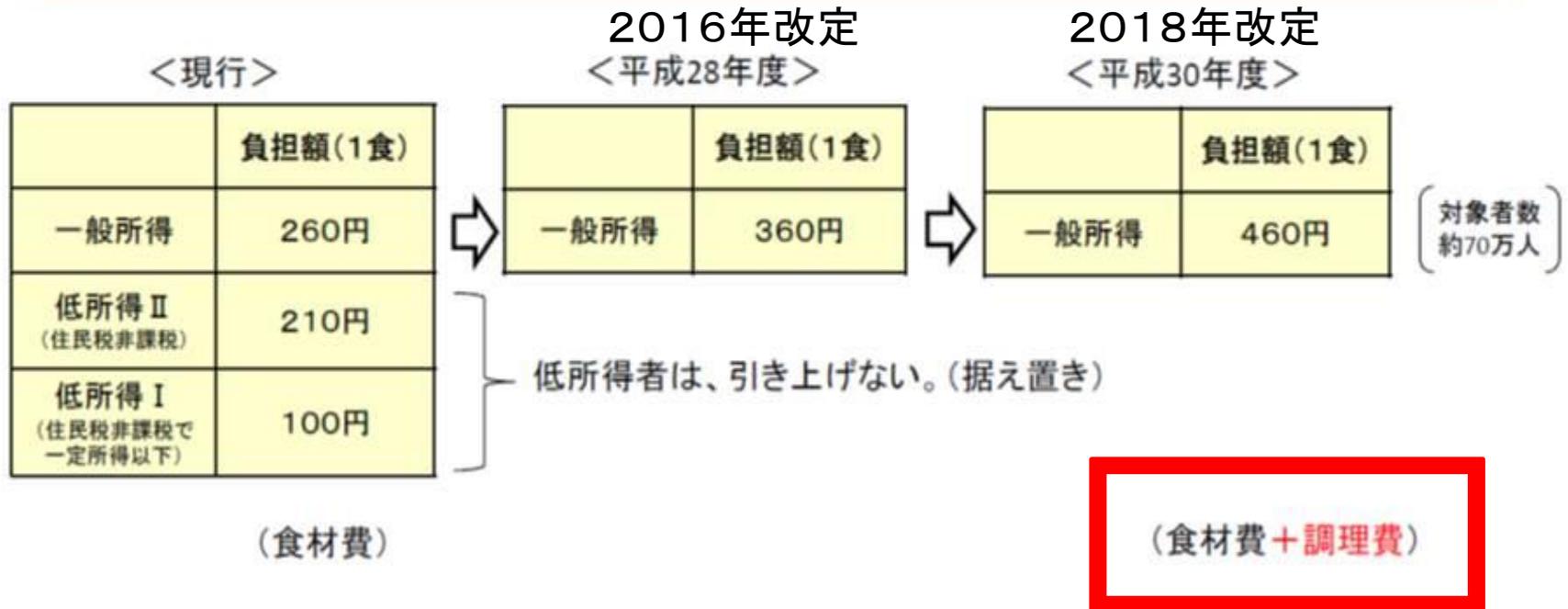
- ①入院時の食事代について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げ  
(低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない)
- ②特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする(紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入)
- ③健康保険の保険料の算定の基礎となる標準報酬月額の上限額を引き上げ(121万円から139万円に)

### 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	
注2 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。			
注3 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
<b>収支差額</b>	<b>168</b>	<b>-661</b>	<b>-829</b>	<b>-189</b>	<b>-757</b>	<b>-568</b>	<b>-284</b>	<b>-706</b>	<b>-422</b>
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2

## 2018年診療報酬改定と 入院医療



入院医療等調査評価分科会より

## 診療報酬改定について

12月18日の予算大臣折衝を踏まえ、平成30年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. 診療報酬本体 +0.55%

600億円

各科改定率	医科	+0.63%
	歯科	+0.69%
	調剤	+0.19%

2. 薬価等 ▲1.74%

1700億円

① 薬価 ▲1.65%

※ うち、実勢価等改定 ▲1.36%、  
薬価制度の抜本改革 ▲0.29%

② 材料価格 ▲0.09%

ネット  
1.19%  
マイナス

なお、上記のほか、いわゆる大型駅前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。

# 2018年診療報酬改定 ～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)

# 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年診療報酬改定

次期診療報酬改定に向けた  
基本認識、視点、方向性等について

## 改定の基本的視点について

- 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



## 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

診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会  
委員名簿

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

○：分科会長

# 中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

## 専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、  
中医協の議決により設置

### 診療報酬改定結果 検証部会

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

### 薬価専門部会

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

### 費用対効果評価 専門部会

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

### 保険医療材料 専門部会

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

## 小委員会

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

### 診療報酬基本問題 小委員会

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

### 調査実施小委員会

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

聴取

意見

## 診療報酬調査専門組織

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

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

## 専門組織

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

### 薬価算定組織

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

### 保険医療材料 専門組織

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

# 2018年診療報酬改定 入院医療3つのポイント

- ポイント① 7対1病床の要件見直し
- ポイント② 地域包括ケア病棟
- ポイント③ 退院支援加算

# 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**

# 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

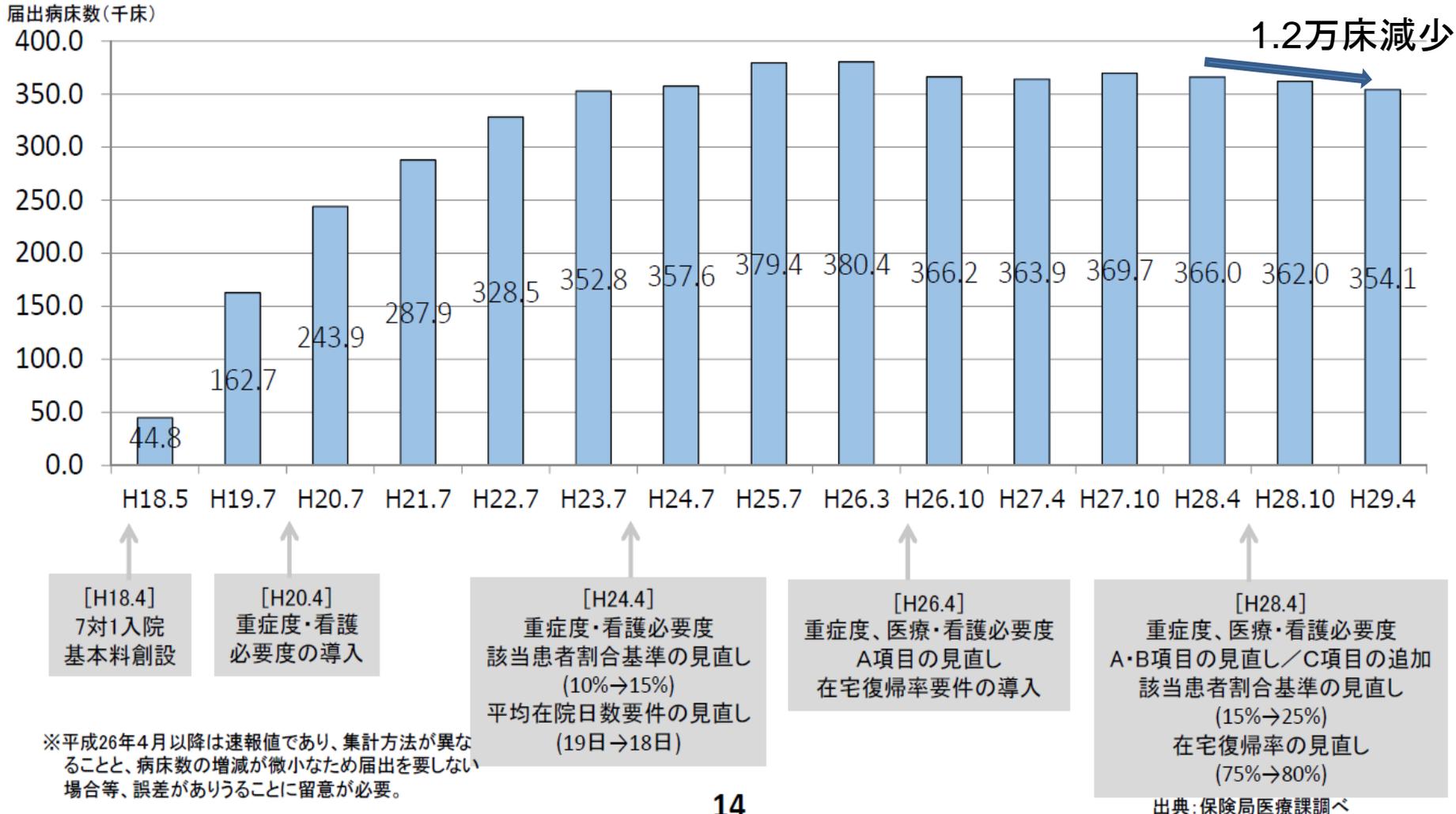
又は

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

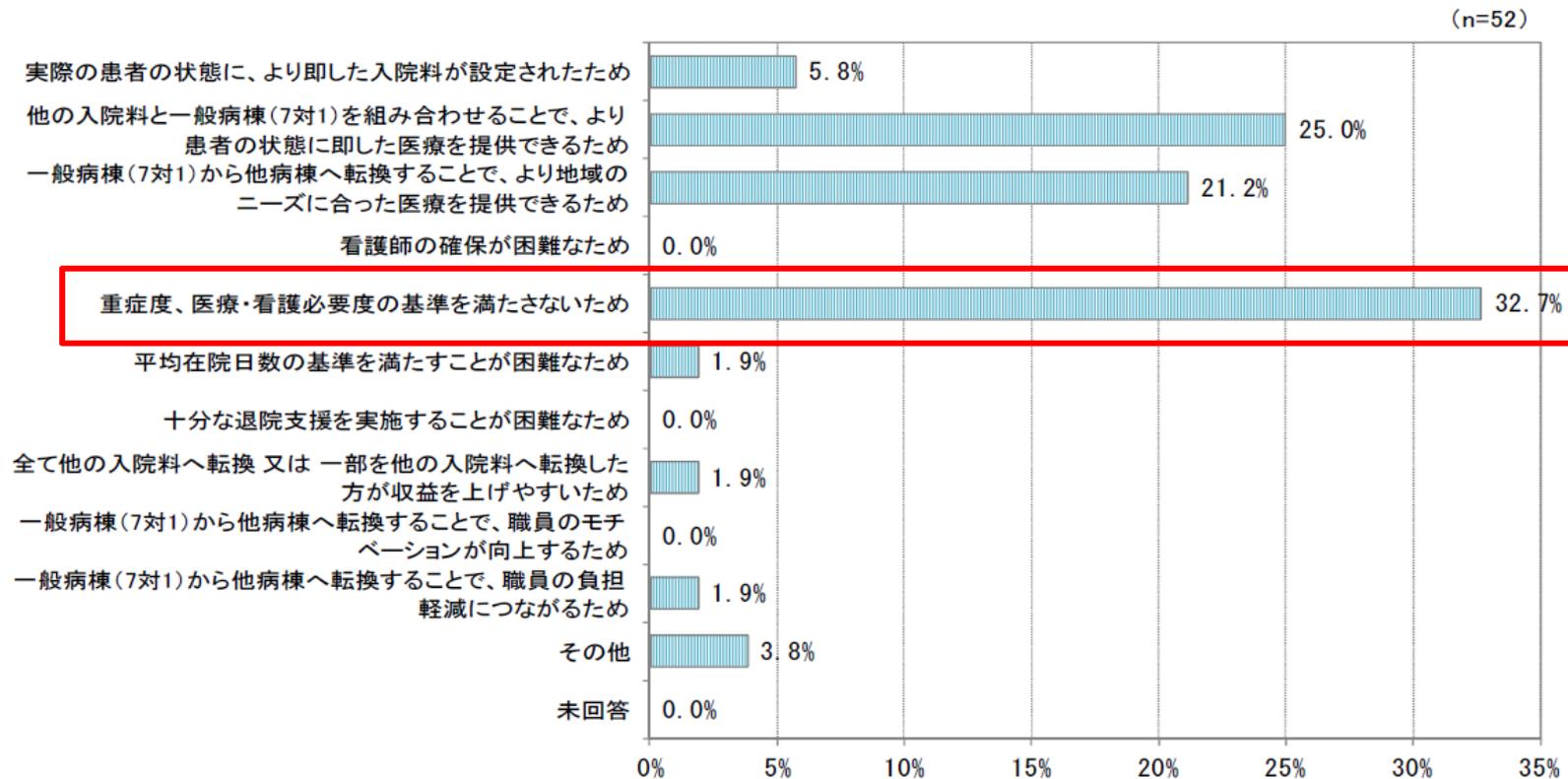
- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。



## 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）＞

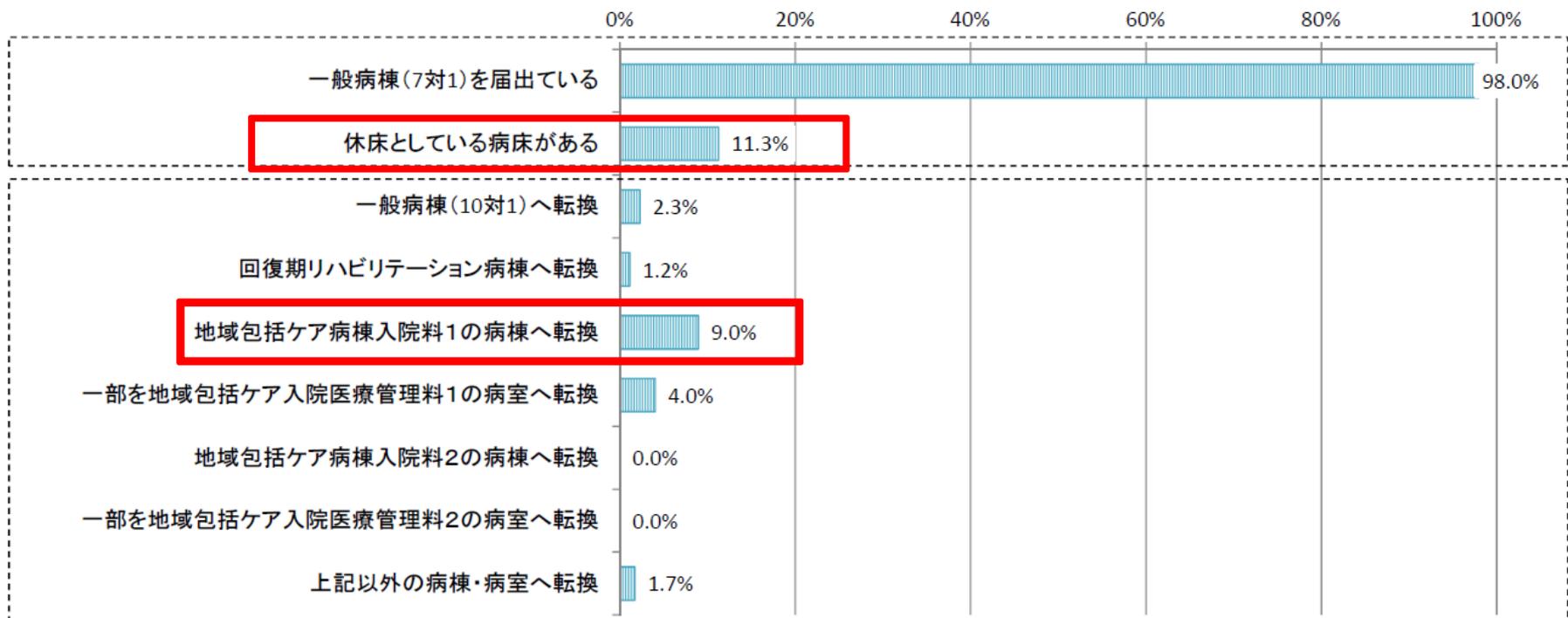


## 改定後の一般病棟（7対1）の届出状況

- 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)

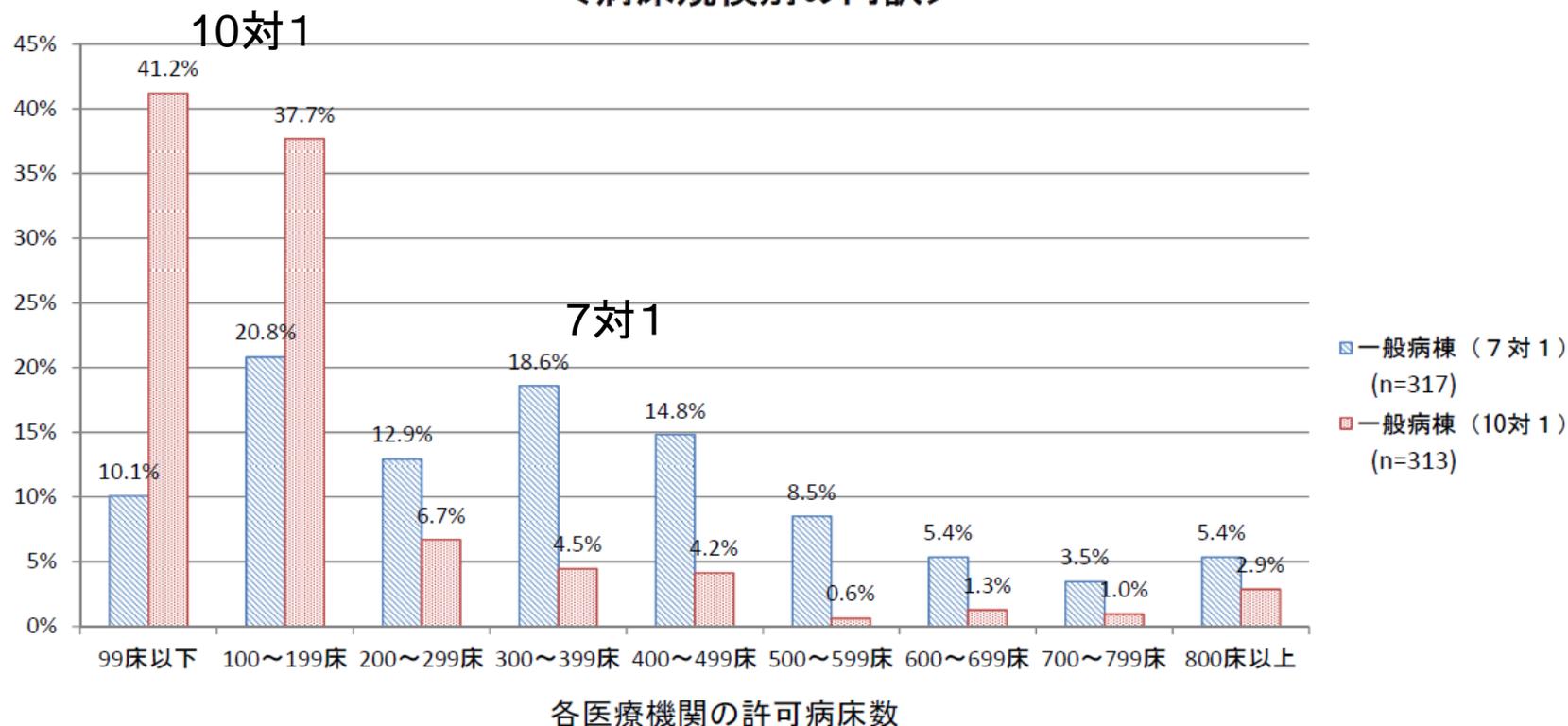


7对1、10对1比較

## 回答施設の状況②（一般病棟7対1・10対1入院基本料）

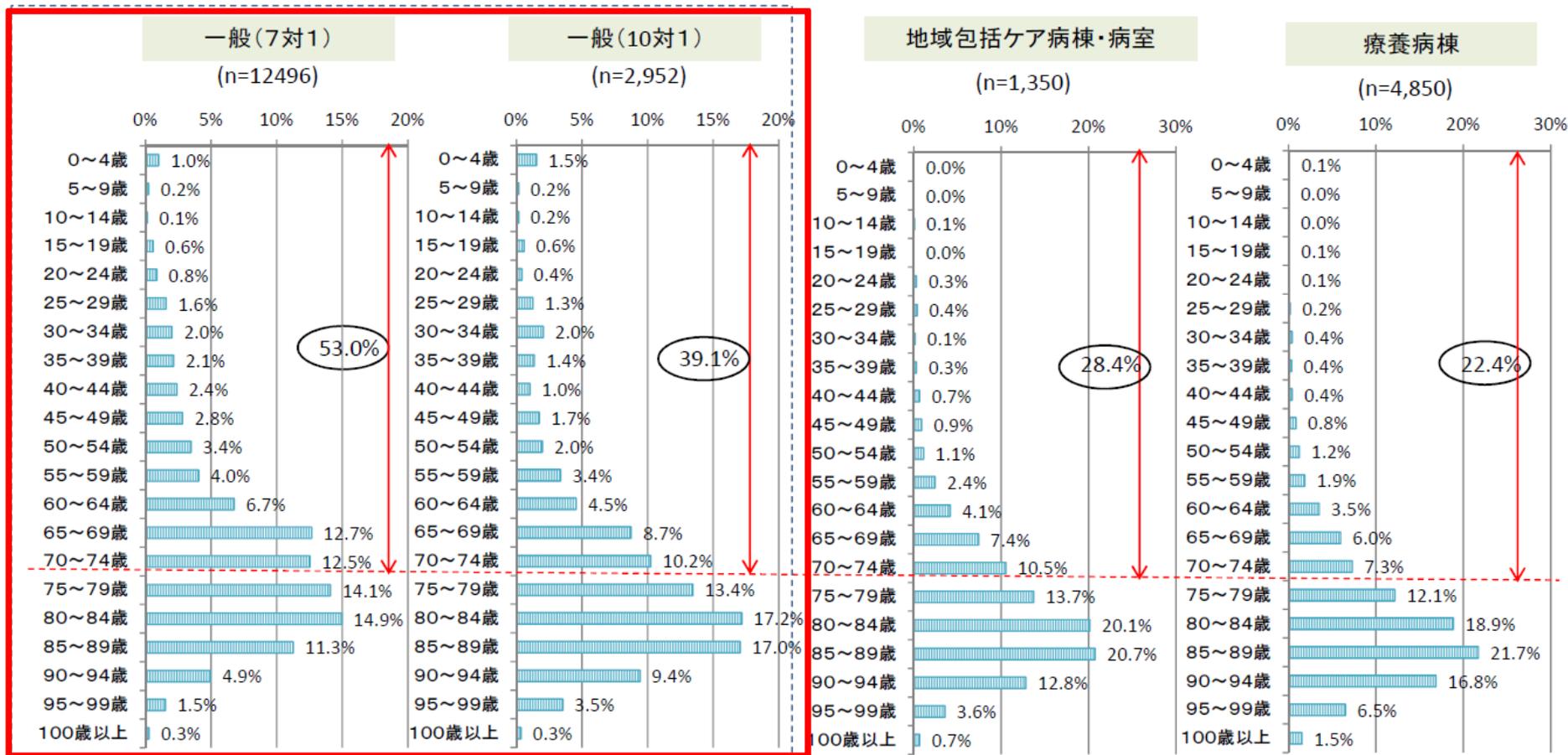
- 回答施設の病床規模をみると、一般病棟（7対1）を有していると回答した医療機関の許可病床数は、100床～199床の医療機関が最も多く、次いで300～399床の医療機関が多い。
- 一般病棟（10対1）では、99床以下の医療機関と100～199床の医療機関で全体の8割弱を占める。

### <病床規模別の内訳>



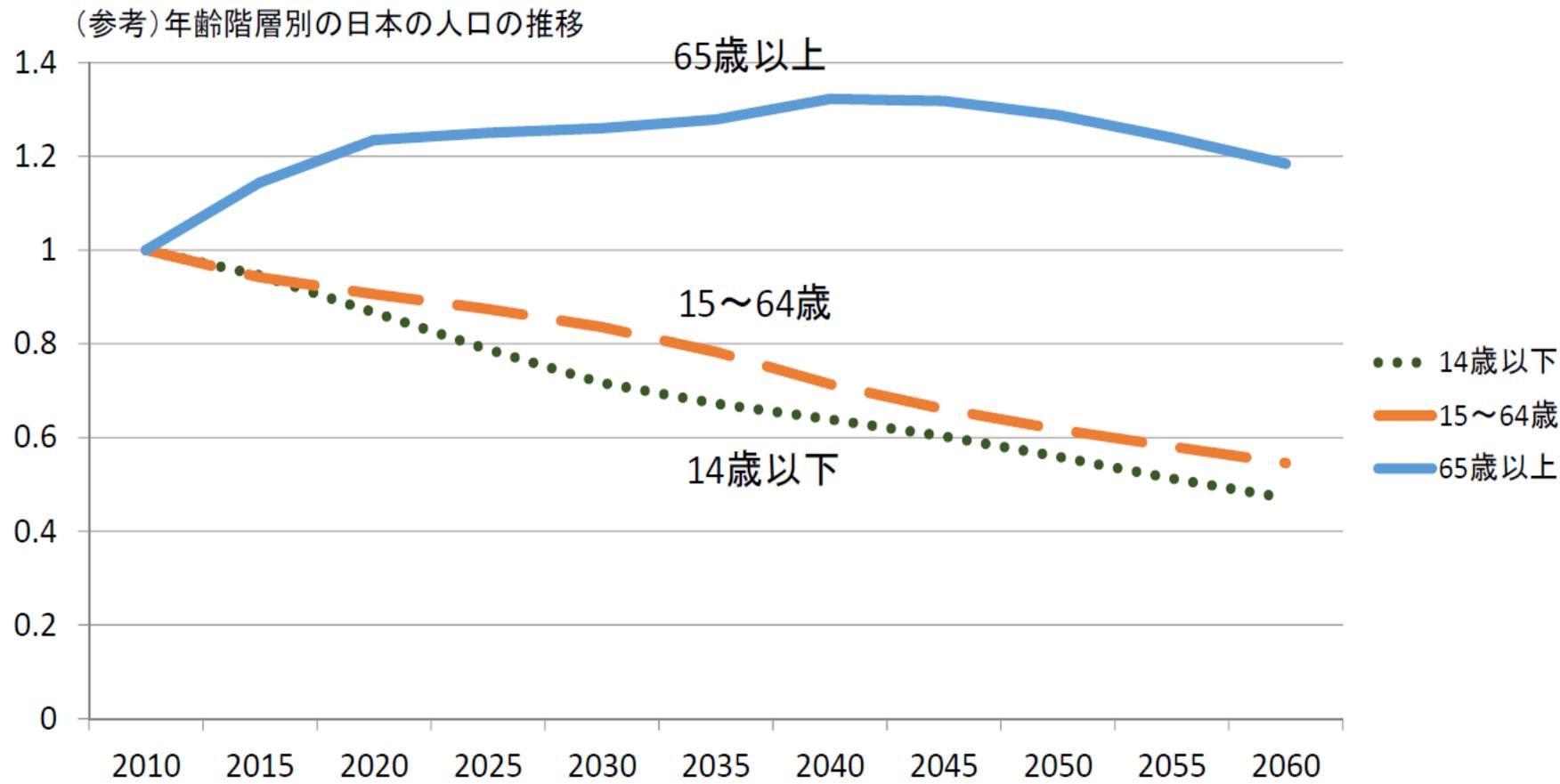
# 一般病棟（7対1、10対1）入院患者の年齢階級別分布

○ 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。



# 入院医療ニーズの将来予測① ～年齢構成～

○年齢階層別の日本の人口の推移をみると、今後、65歳未満の人口は減少していくことが想定される。

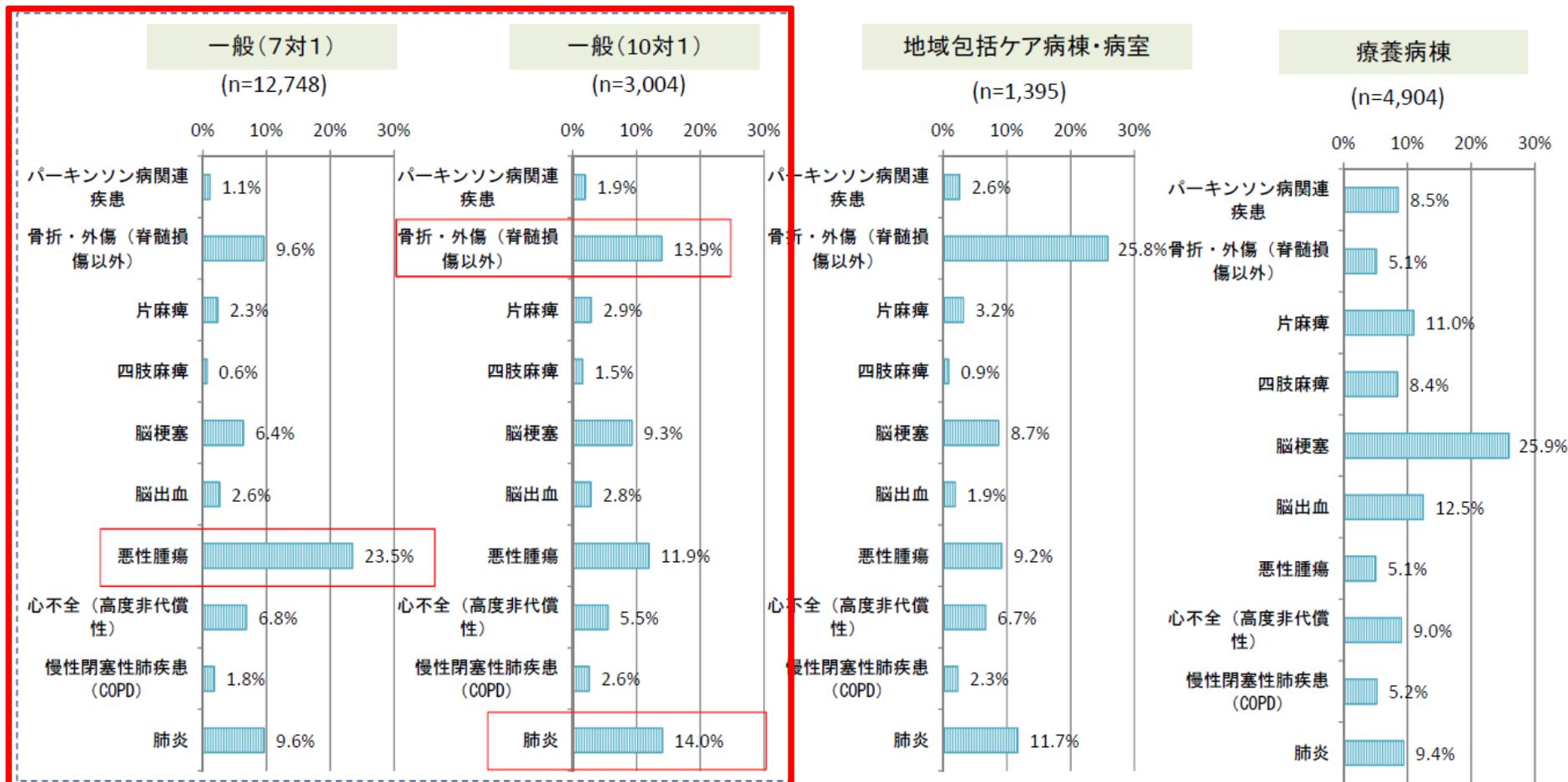


※各年齢層毎の2010年時点の人口を1とした場合の推計値

(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口) 厚生労働省「人口動態統計」 (平成22年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%)

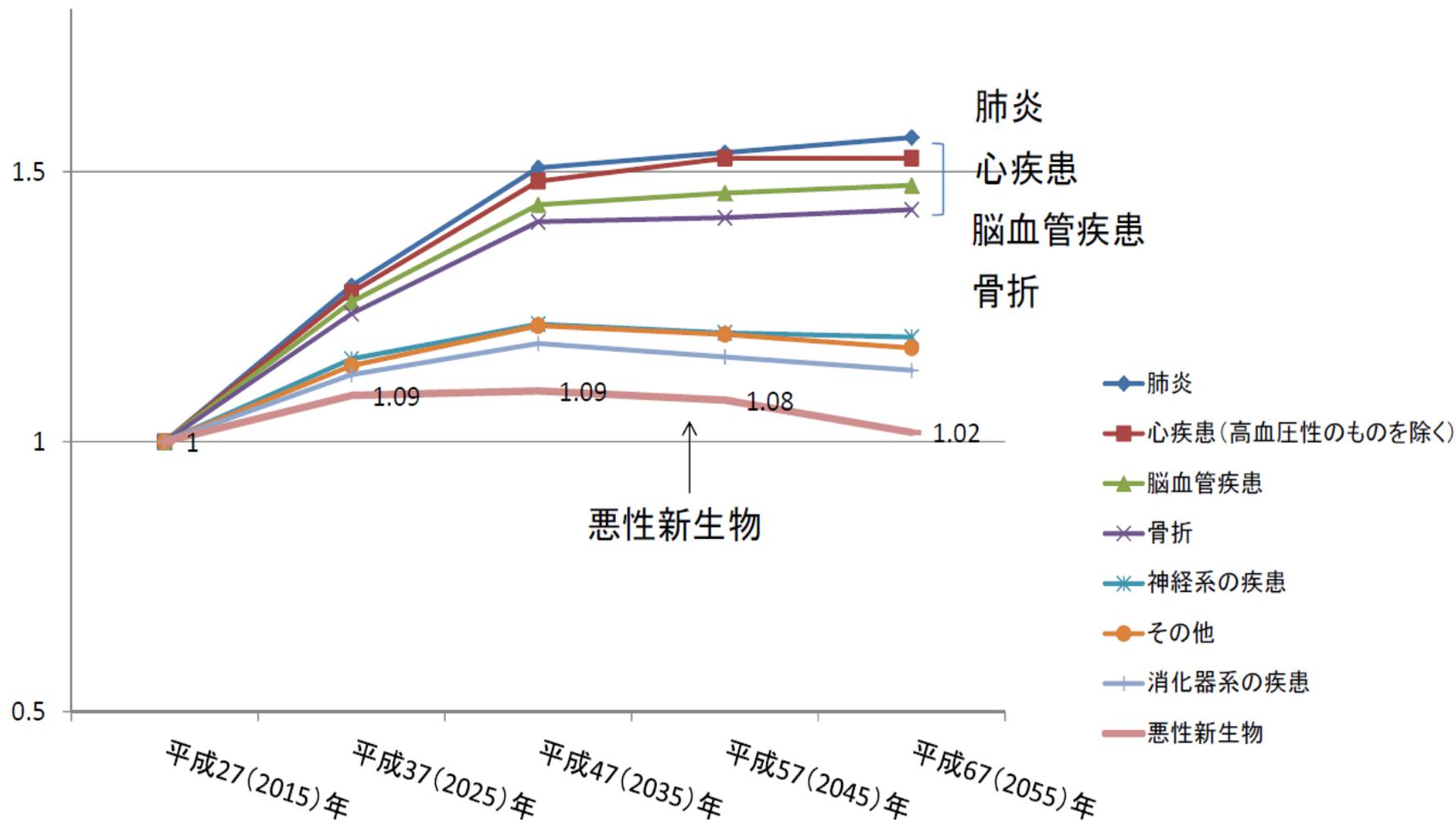
## 一般病棟（7対1・10対1）入院患者の疾患

- 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。



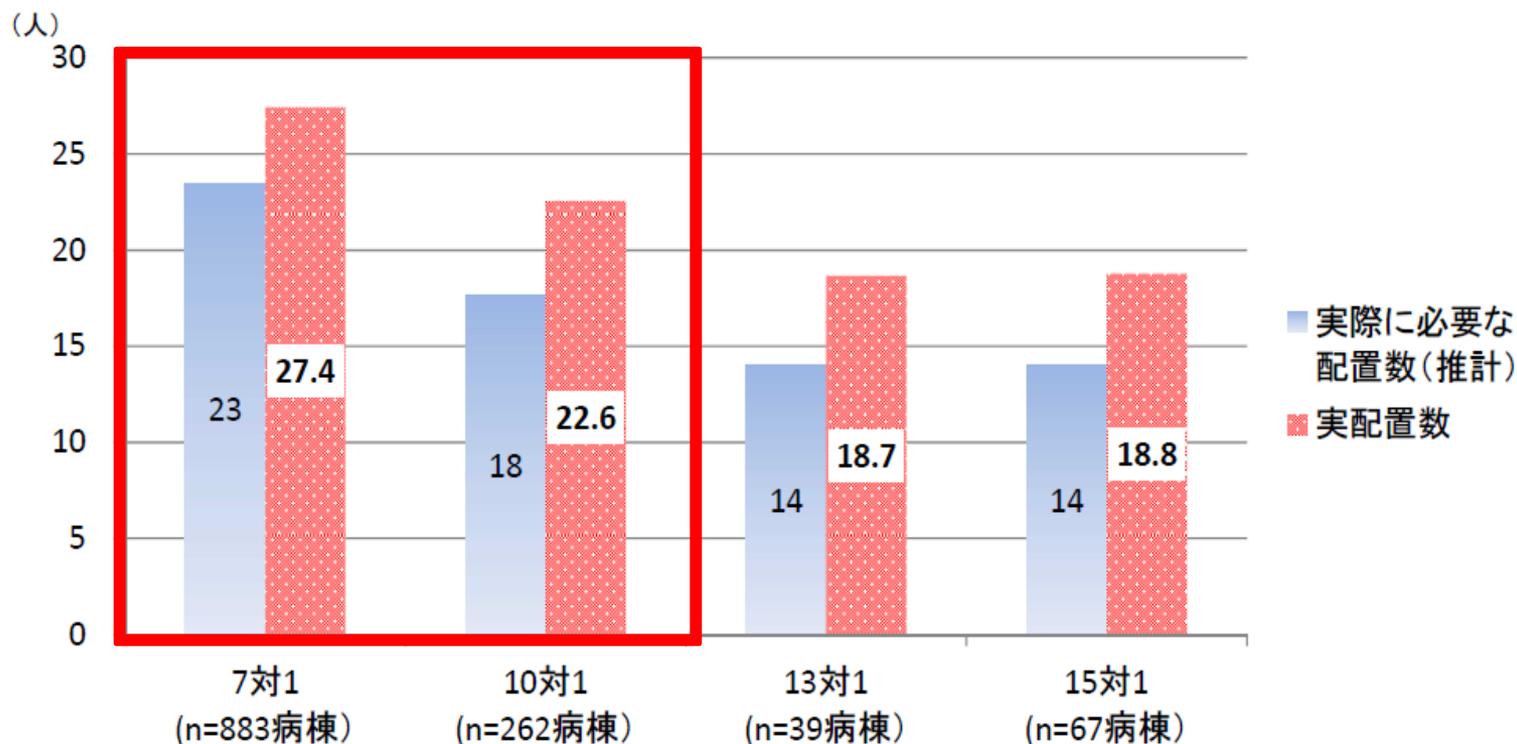
## 入院医療ニーズの将来予測② ～疾患構成～

(参考) 入院患者の将来推計 2015年を1とした場合の増加率



# 一般病棟入院基本料区分別 病棟の看護職員の配置数

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



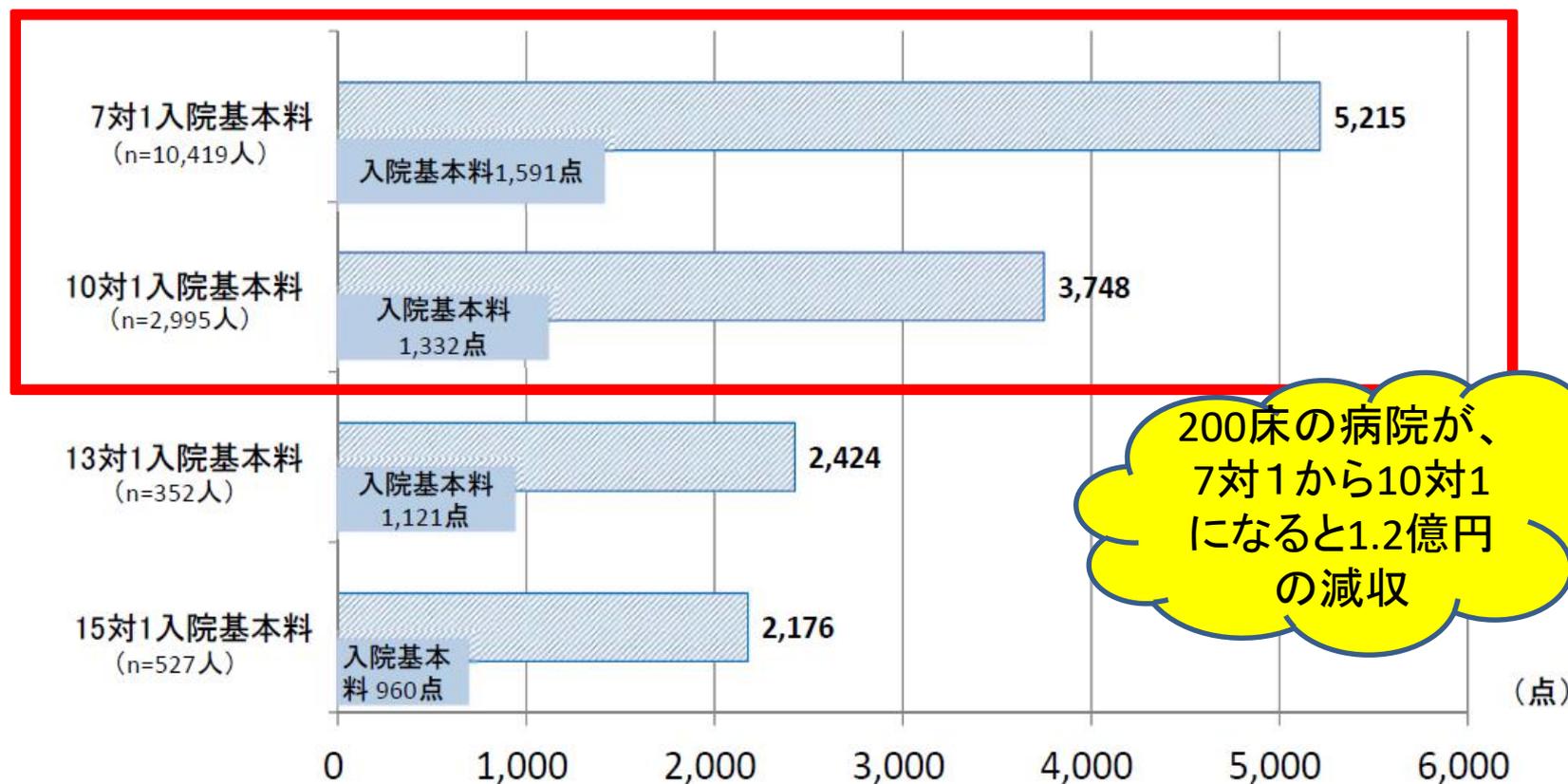
(参考) 必要配置数(基準値) 7対1…14人 10対1…11人 13対1…8人 15対1…7人  
病棟あたりの平均届出病床数(平成26年11月5日時点)に対し利用率を80%と設定して算出した1日に必要な配置数

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

※ 月平均夜勤時間の要件や夜勤人数の設定により、必要数が変動することに留意

# 一般病棟入院基本料区分別 一日あたり平均レセプト請求点数

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



200床の病院が、  
7対1から10対1  
になると1.2億円  
の減収

※ 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の  
重症患者該当率を比較する

## 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

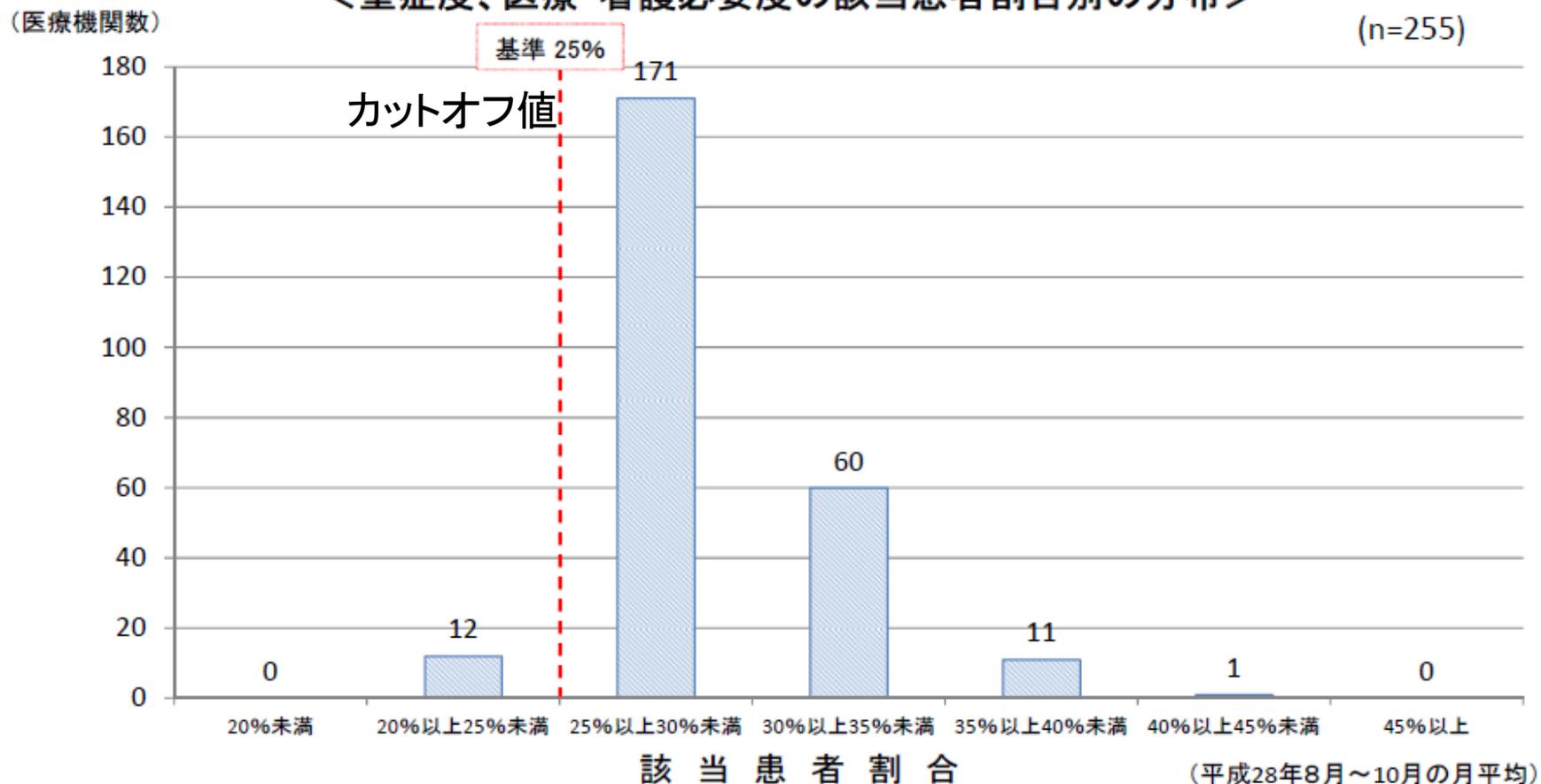
## 一般病棟（10対1）の加算による評価について

### 【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

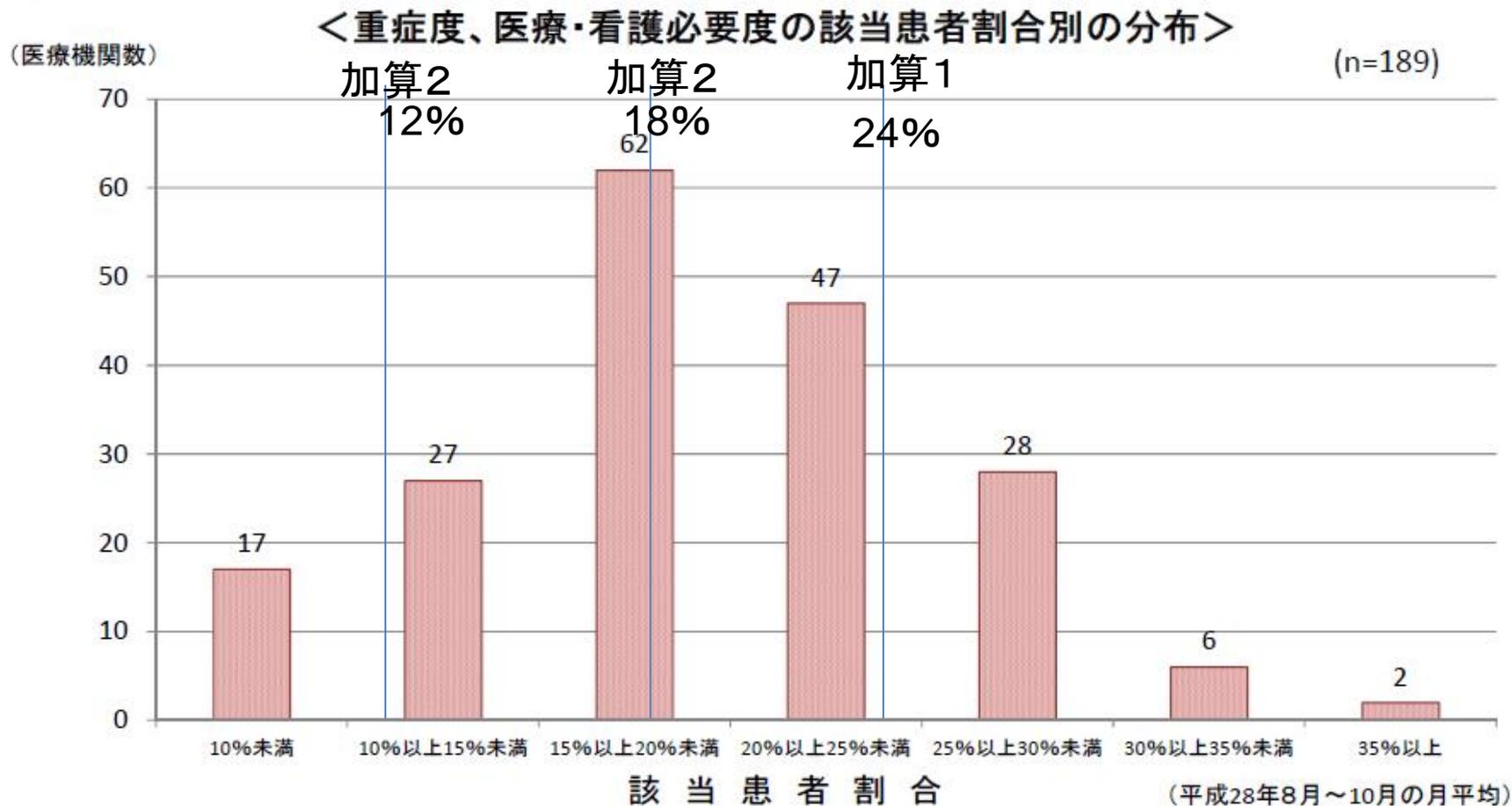
○ 一般病棟(7対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布をみると、該当患者割合が25%~30%の医療機関が全体の約7割を占めるが、該当患者割合が30%を超える医療機関も、全体の3割弱存在する。

＜重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布＞

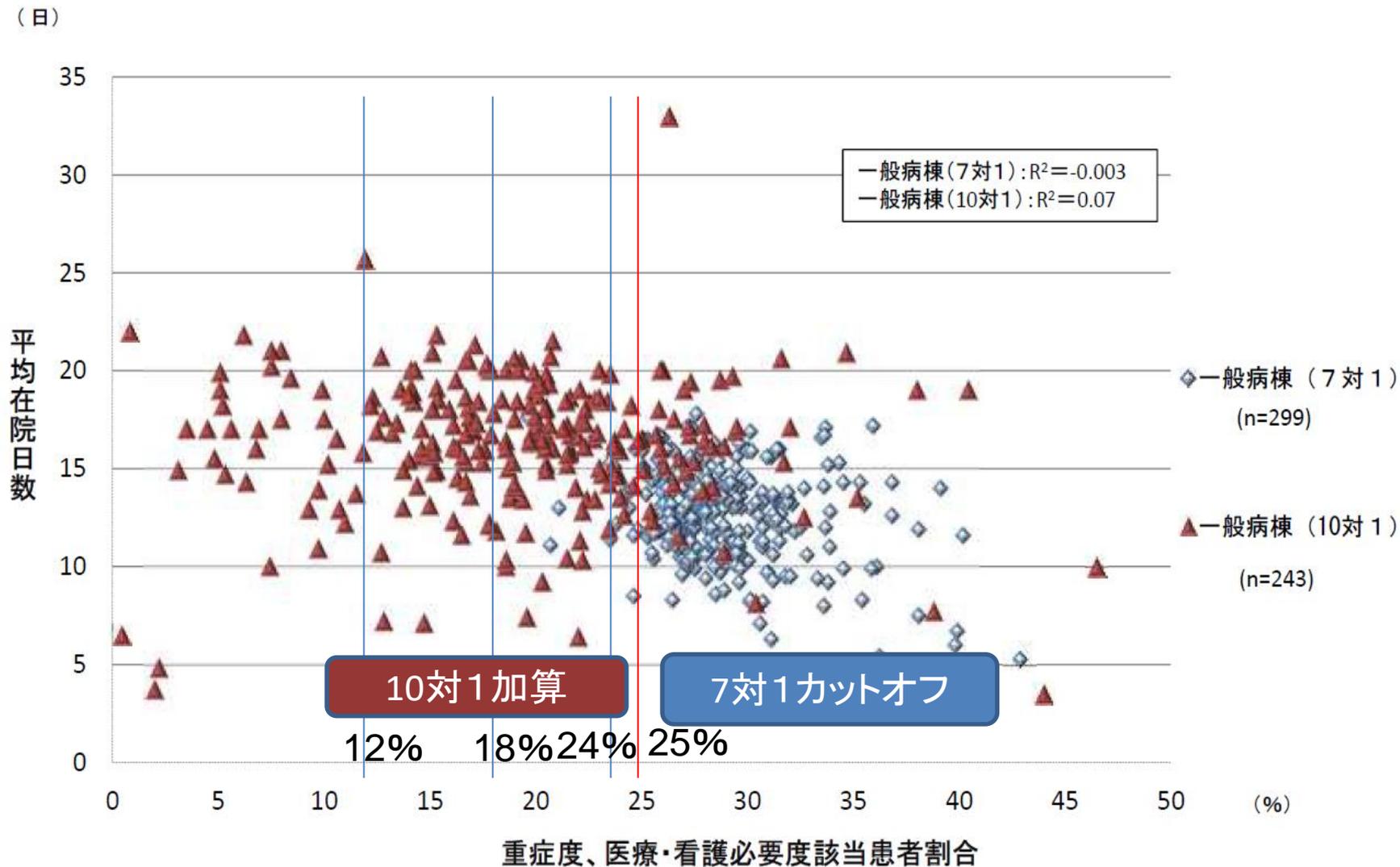


## 一般病棟(10対1)の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布

○ 一般病棟(10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15%～20%の医療機関が最も多いが、該当患者割合が25%を超える医療機関も、一定数存在する。



# 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



7対1と10対1の  
診療報酬点数  
の差を考えれば  
、病院としては7  
対1を維持した  
いと考えてしまう

7対1ではカットオフ値  
である25%ギリギリの  
病院が圧倒的だが、  
10対1では正規分布に  
近くなっている

段階的に評価  
してよいのでは  
ないか？

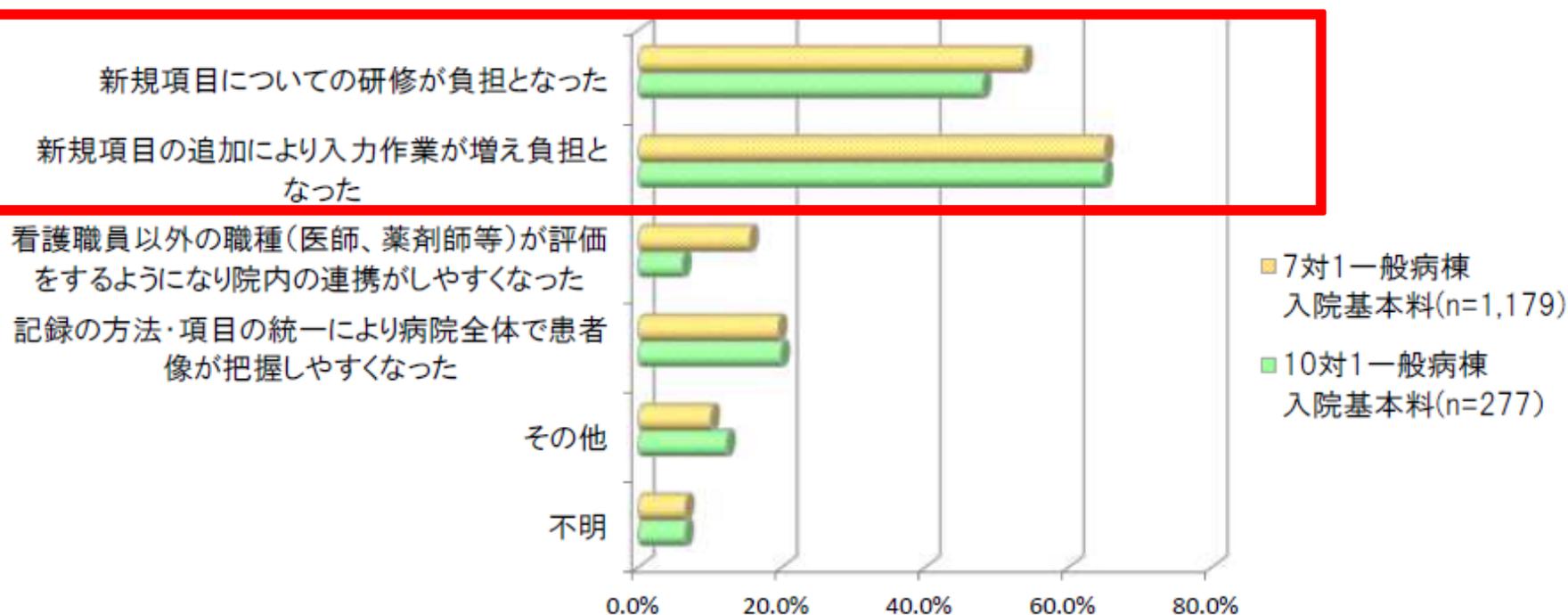
入院医療分科会 2017年8月24日

# 重症度、医療・看護必要度の DPCデータによる 置き換えについて

## 重症度、医療・看護必要度の見直しの影響

- 重症度、医療・看護必要度の評価に関する平成28年度診療報酬改定での見直しの影響については、「新規項目の追加により入力作業が増え負担となった」が、7対1病棟、10対1病棟ともに多かった。

<重症度、医療・看護必要度の評価を見直したことの影響>



# 医療機能に応じた入院医療の評価について①

## 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し

- 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について見直しを行う。

<b>現行</b> (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)	
<b>【該当基準】</b> A項目2点以上かつB項目3点以上	
<b>[A項目]</b> 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) 2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。) 3 点滴ライン同時3本以上の管理 4 心電図モニターの管理 5 シリンジポンプの管理 6 輸血や血液製剤の管理 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	
<b>[B項目]</b> 8 寝返り                      9 起き上がり 10 座位保持                11 移乗 12 口腔清潔                13 食事摂取 14 衣服の着脱	



<b>改定後</b> (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)	
<b>【該当基準】</b> A項目2点以上かつB項目3点以上、 <b>A項目3点以上又はC項目1点以上</b>	
<b>[A項目]</b> 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) 2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。) 3 点滴ライン同時3本以上の管理 4 心電図モニターの管理 5 シリンジポンプの管理 6 輸血や血液製剤の管理 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、 <b>⑪ 無菌治療室での治療</b>	
<b>8 救急搬送後の入院</b>	
<b>[B項目]</b> 9 寝返り <b>(削除)</b> <b>(削除)</b> 10 移乗 11 口腔清潔                12 食事摂取 13 衣服の着脱            14 診療・療養上の指示が通じる    15 危険行動	
<b>[C項目]</b> 16 開頭手術                      17 開胸手術 18 開腹手術                      19 骨の手術 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術        21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術 22 救命等に係る内科的治療 ① 経皮的血管内治療 ② 経皮的心筋焼灼術等の治療 ③ 侵襲的な消化器治療	

## データ提出加算の提出データの概要

内容		ファイル名称
患者別匿名化情報	簡易診療録情報(カルテからの匿名化情報)	様式1
	診療報酬請求情報	Dファイル
	診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報	
	医科点数表に基づく出来高点数情報(入院、外来) ※外来は任意	EF統合ファイル
	カルテからの日別匿名化情報(重症度、医療・看護必要度)	Hファイル
	医科保険診療以外の診療情報	様式4
施設情報(病床数、入院基本料等加算、地域医療指数における指定状況等)		様式3

※上記の様式、ファイル作成方法は

平成29年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を参照のこと。

# 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

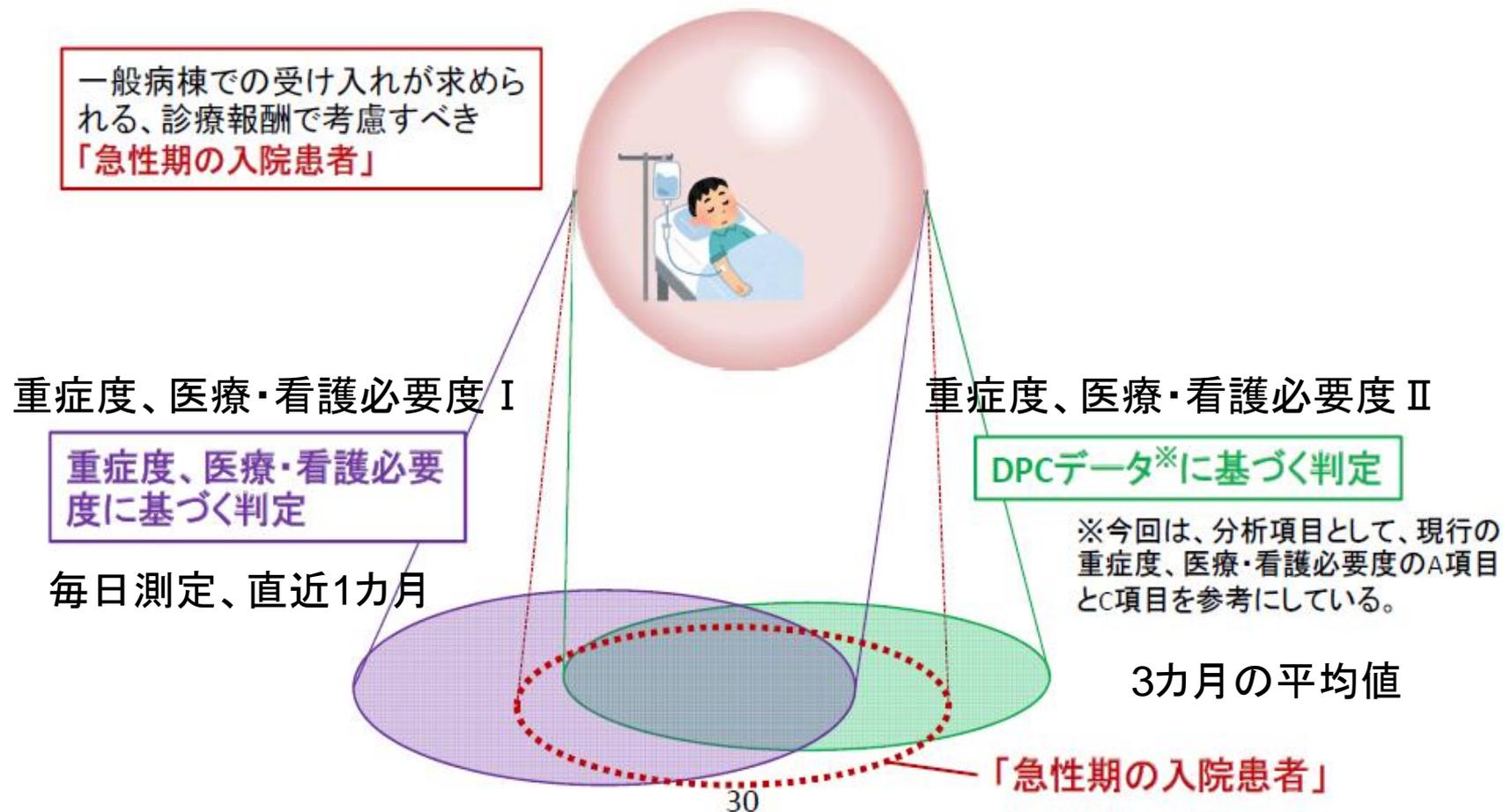
## 重症度、医療・看護必要度A・C項目と報酬区分の関連③

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

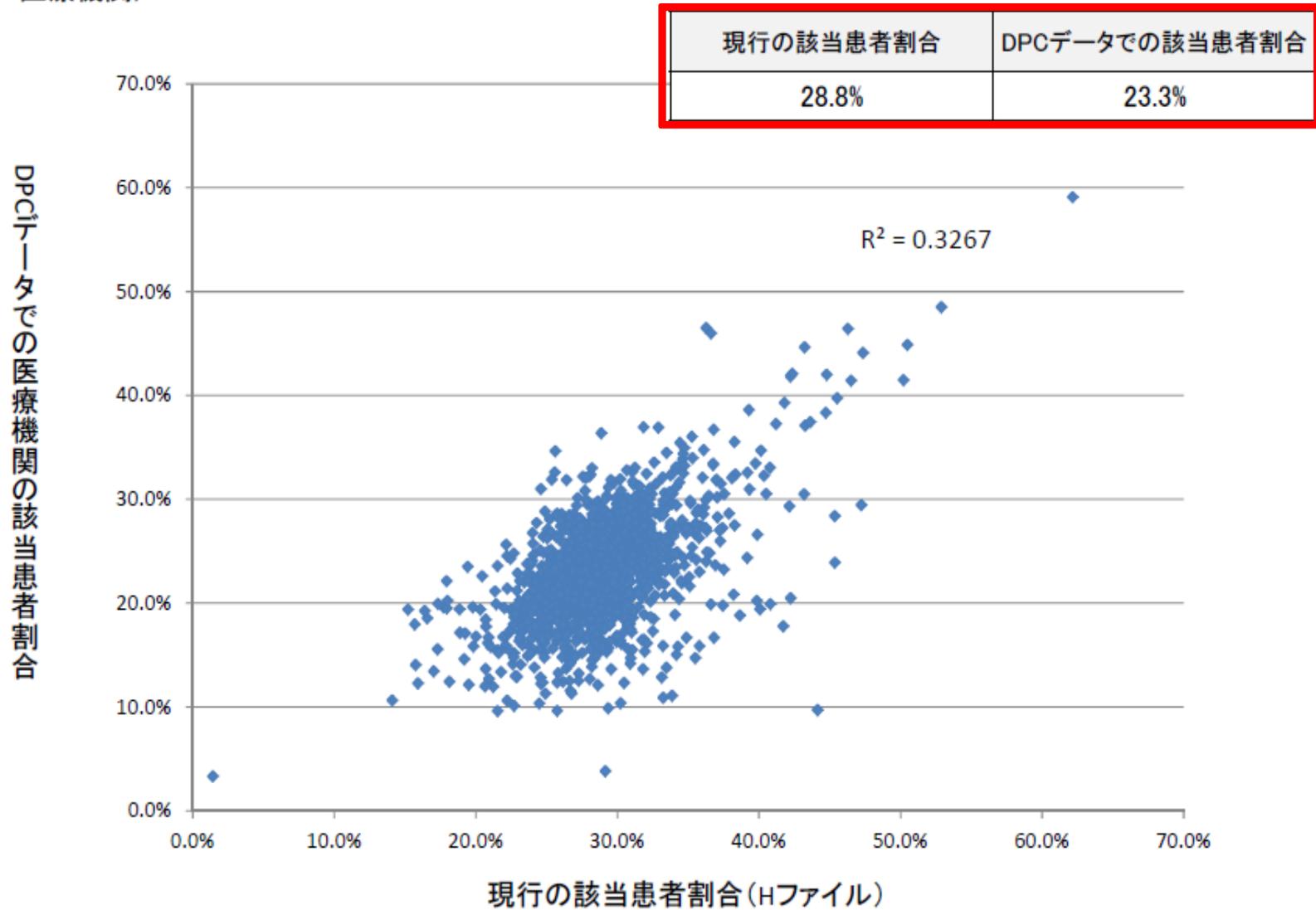
## 急性期の入院医療における医療・看護の必要性の高い重症な患者を把握する手法の分析に係る概念図

- 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。



## 追加分析結果⑤

(n=1,495医療機関)



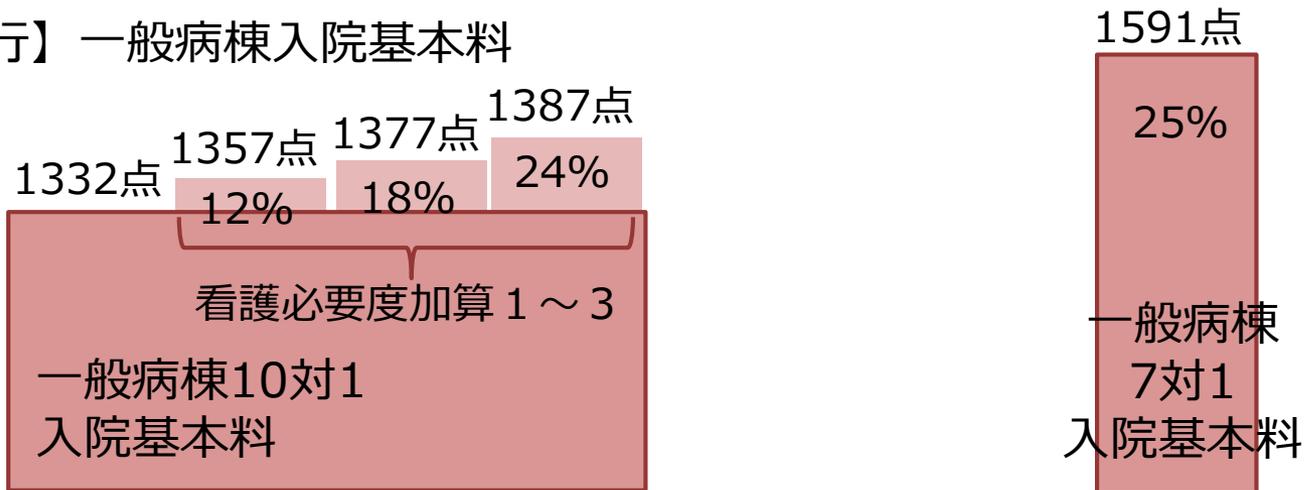
○看護配置などに基づく「基本部分」と、「診療実績に応じた段階的評価」を組み合わせるかどうか？

○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)

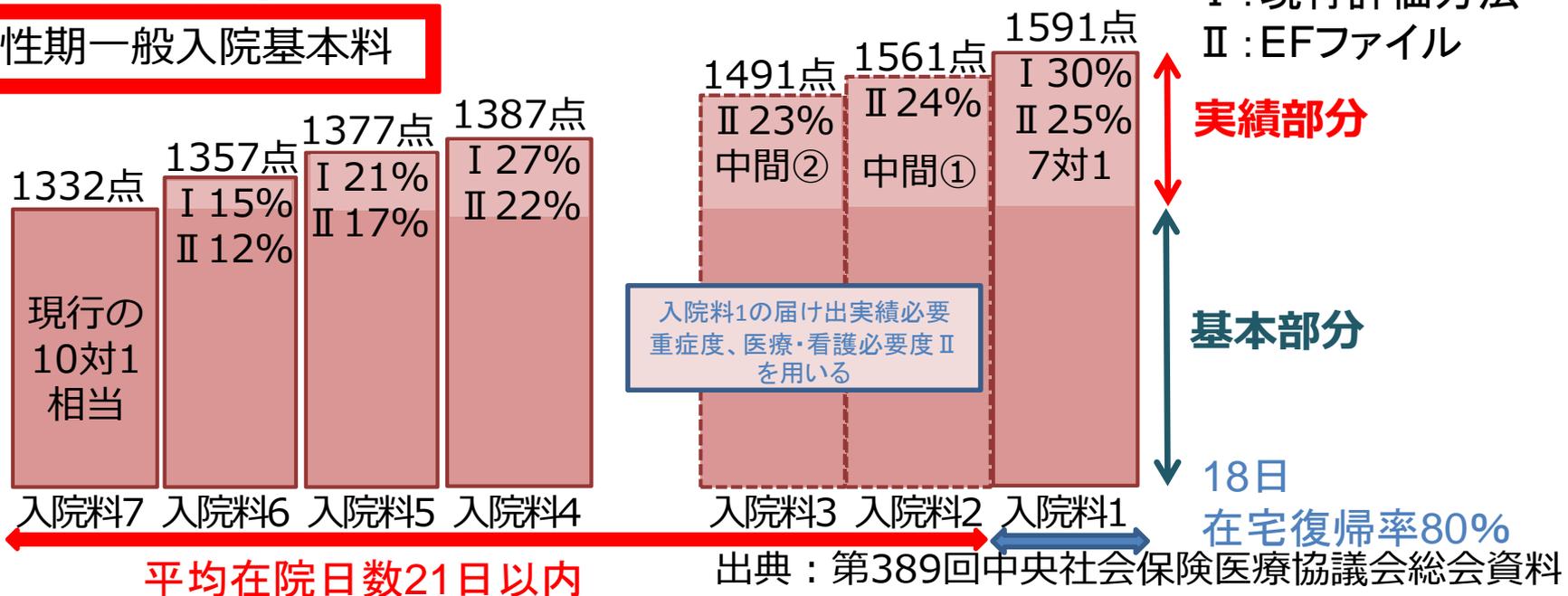
# 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合の具体的なイメージ

【現行】一般病棟入院基本料



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



# パート3

## 2018年介護報酬改定と 介護医療院

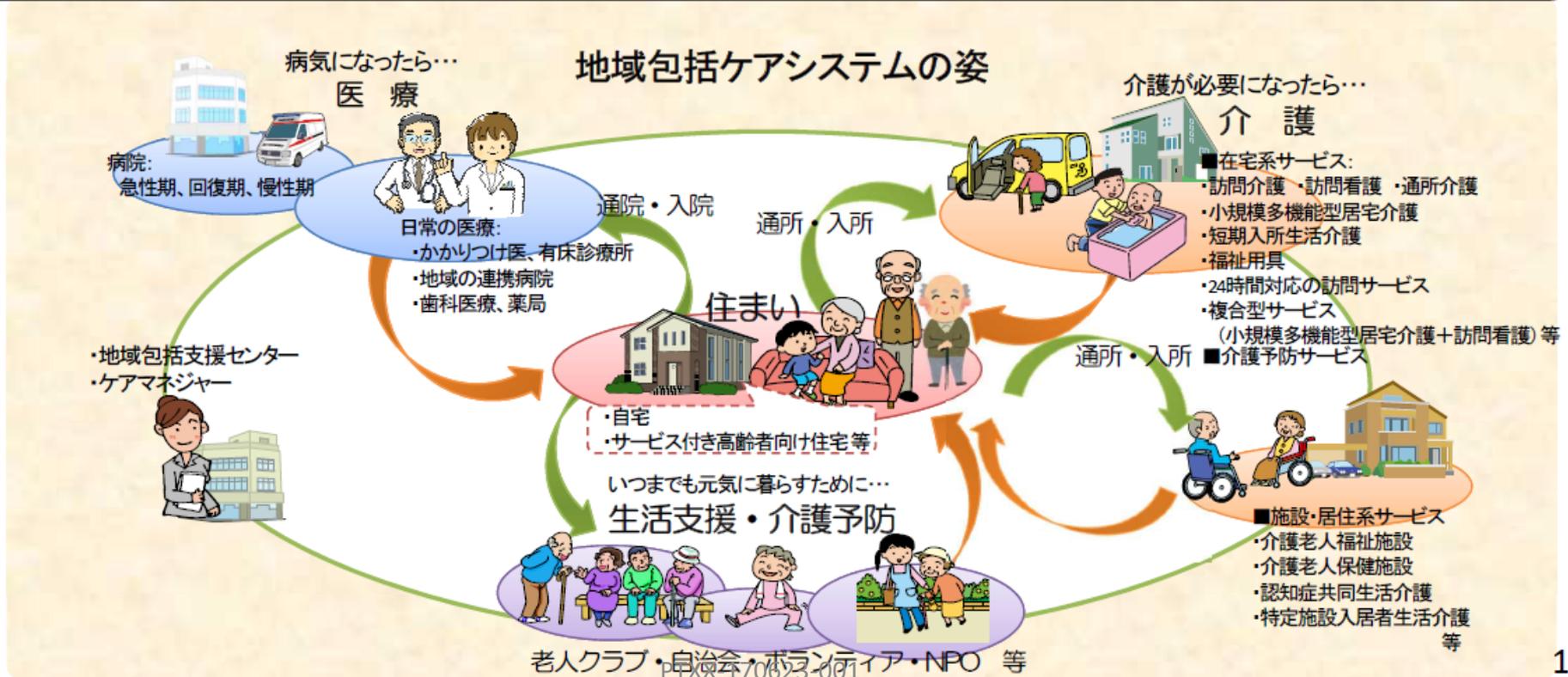


社会保障審議会・介護給付費分科会(2017年4月26日)

# 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

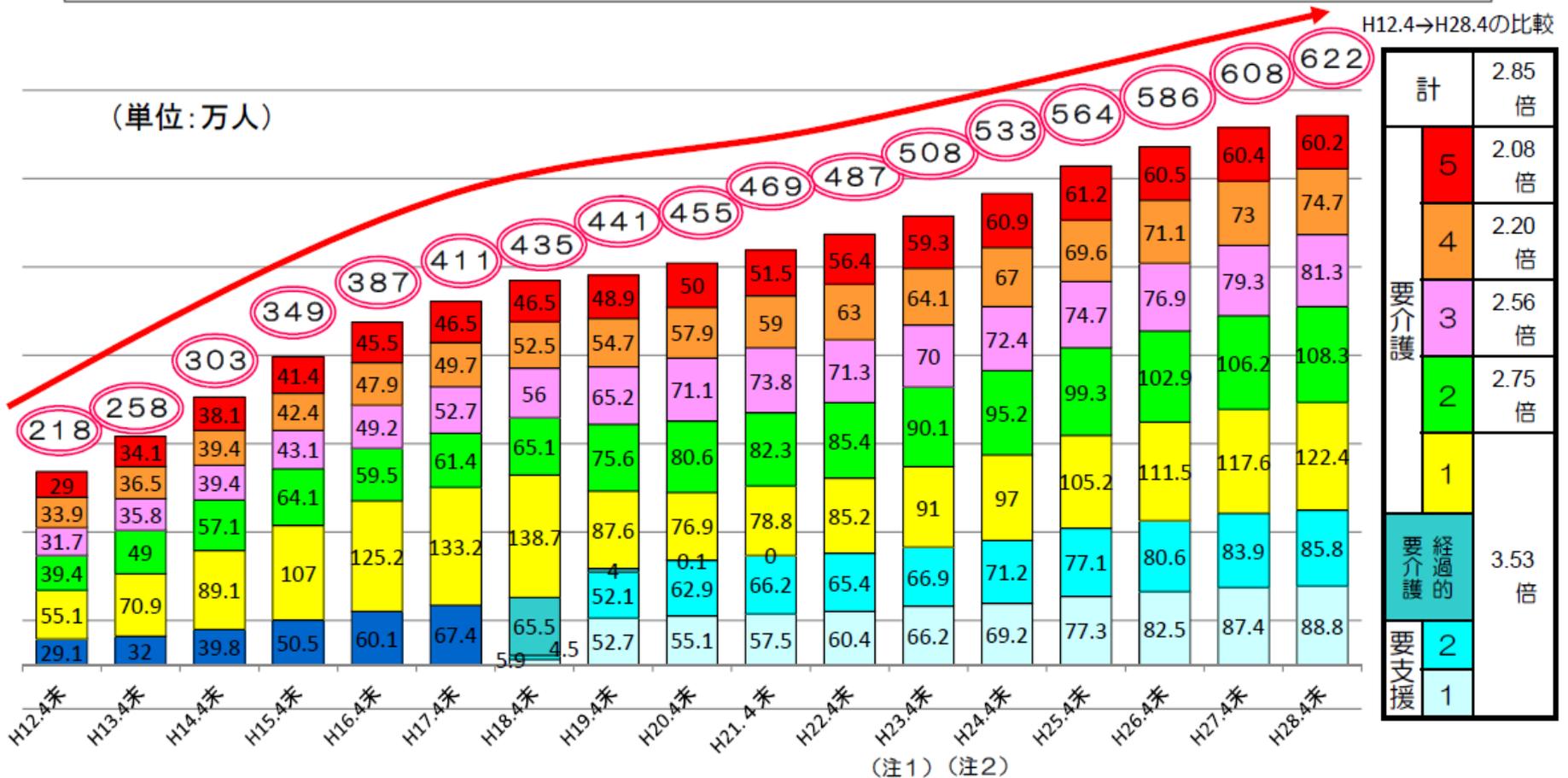
(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応 2015年介護報酬改定

- 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。

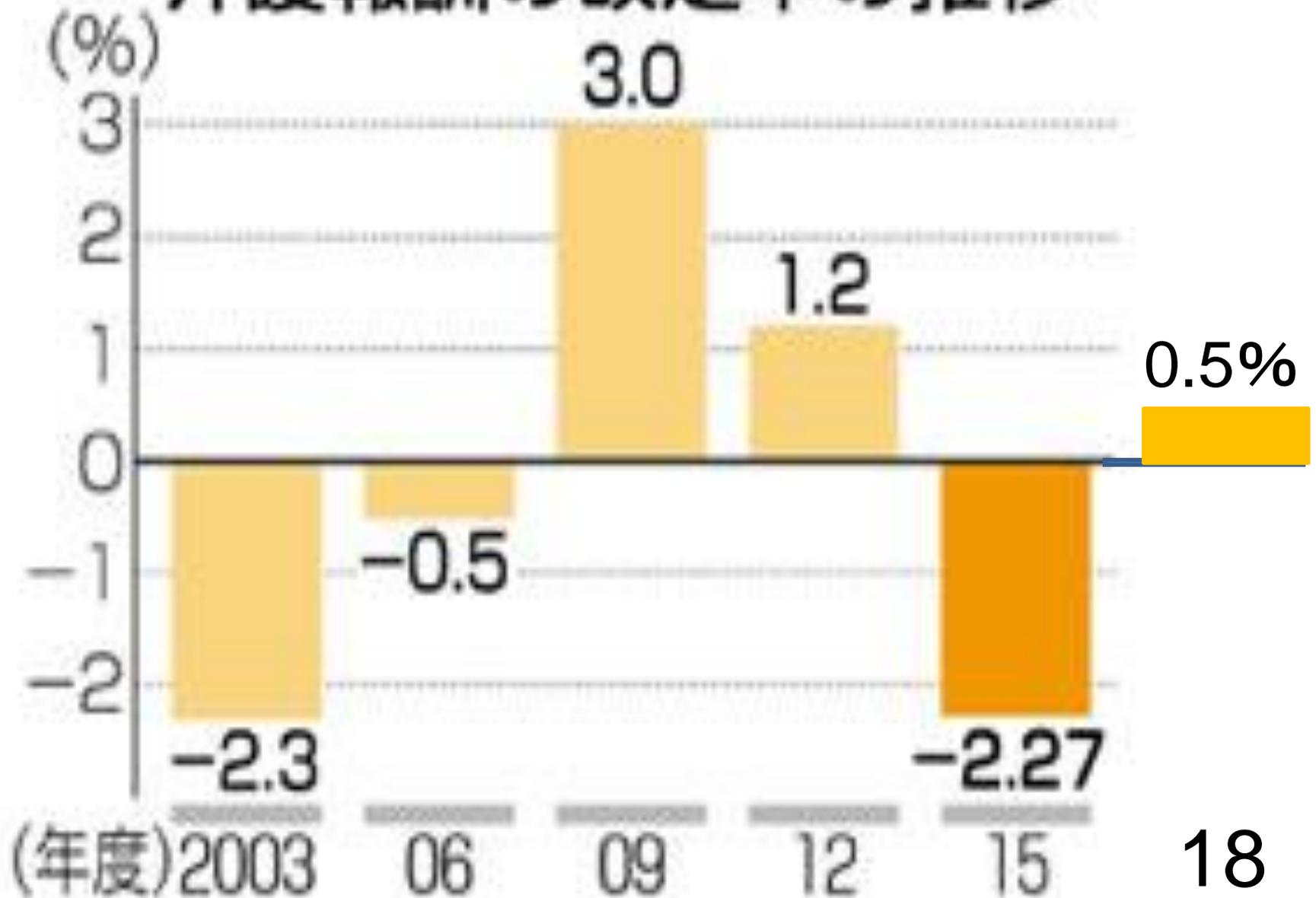


■要支援 □要支援1 ■要支援2 ■経過的 ■要介護1 ■要介護2 ■要介護3 ■要介護4 ■要介護5

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。

# 介護報酬の改定率の推移



# 療養病床問題と介護医療院



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）

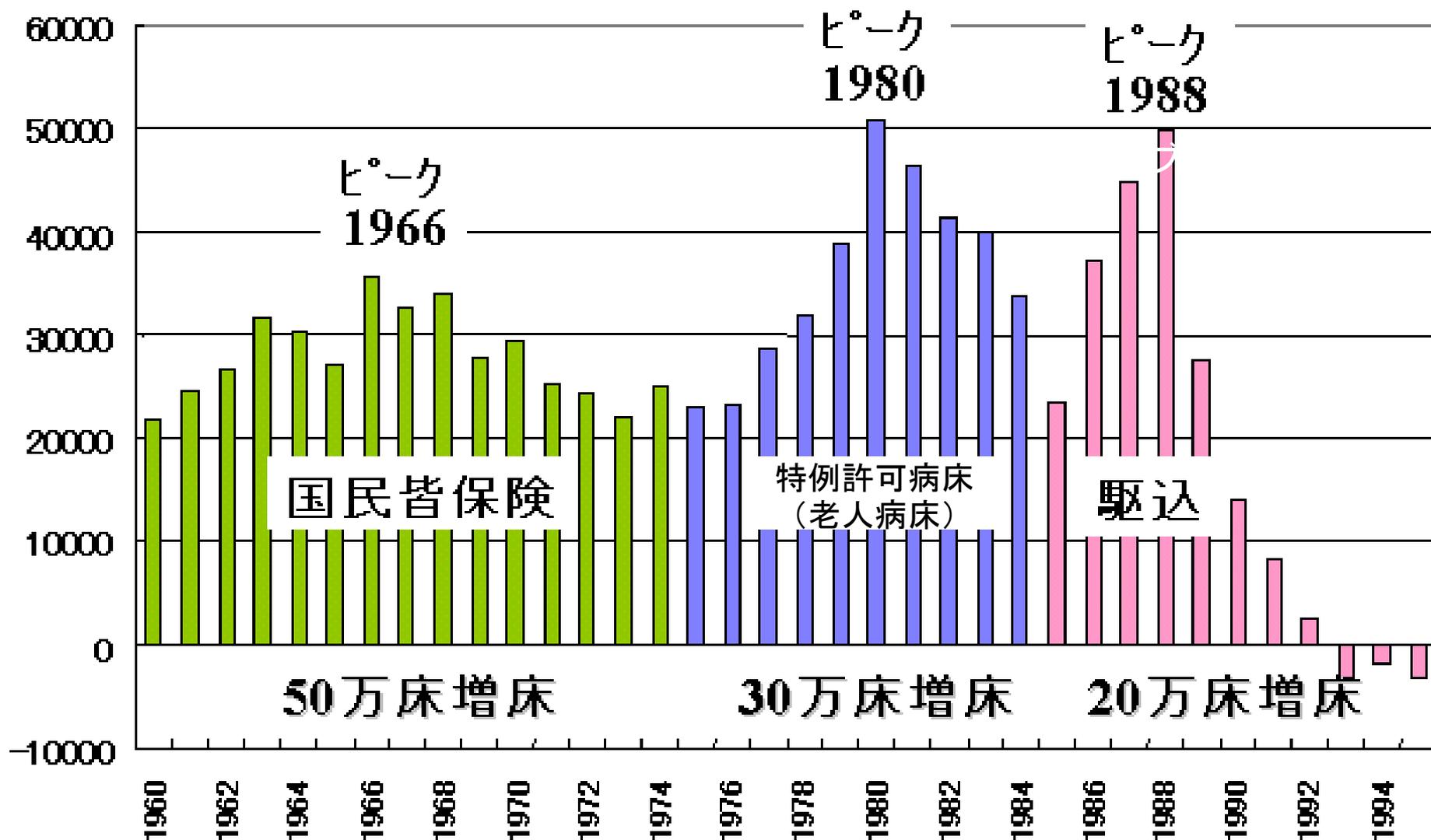
※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

※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

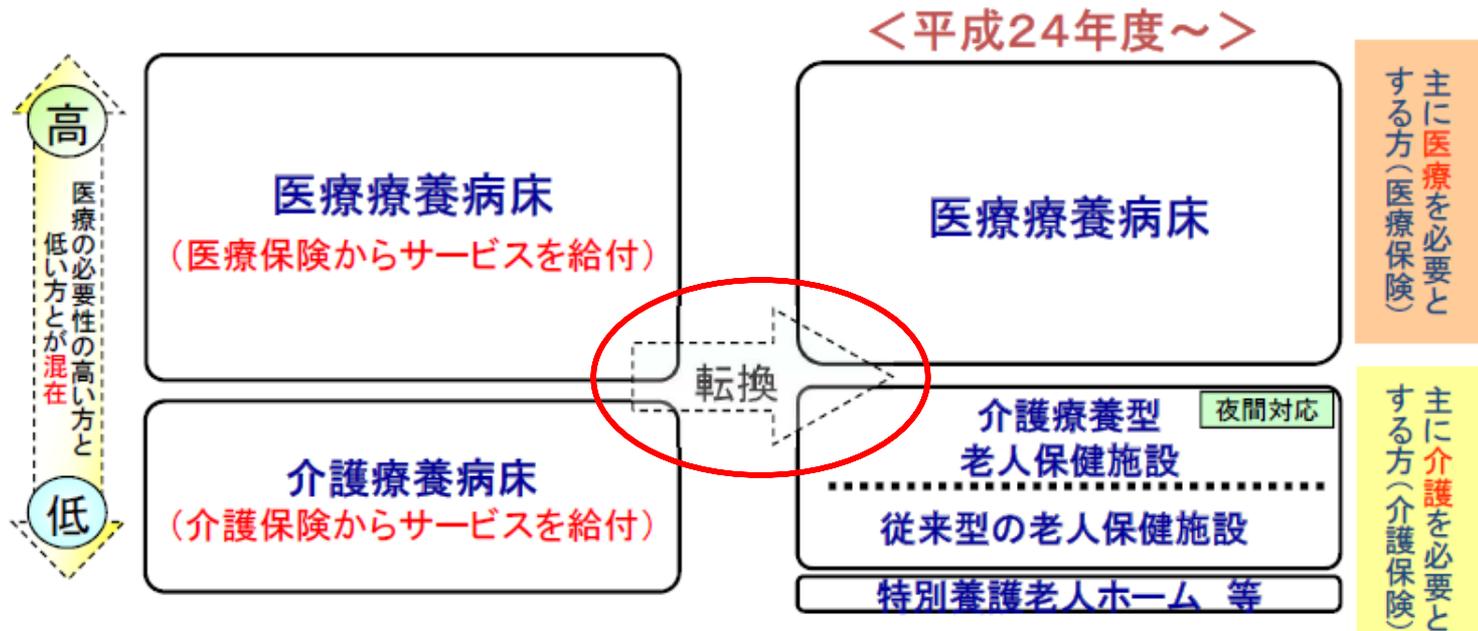
# 日本の増床三つのピーク



# 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  
の医療法人型  
特養転換は？



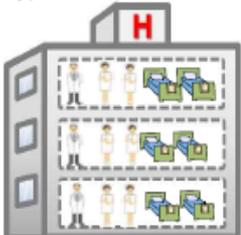
# 慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル（イメージ）

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



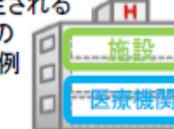
新(案1-2)

○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



居住スペース  
↑ 訪問診療  
・医療療養病床(20対1)  
・診療所(有床又は無床)

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



+

診療所等

○医療は外部の病院・診療所から提供  
●多様な介護ニーズに対応

新類型

(注) 居住スペースは、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。

有料老人ホーム、看多機能

※ 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

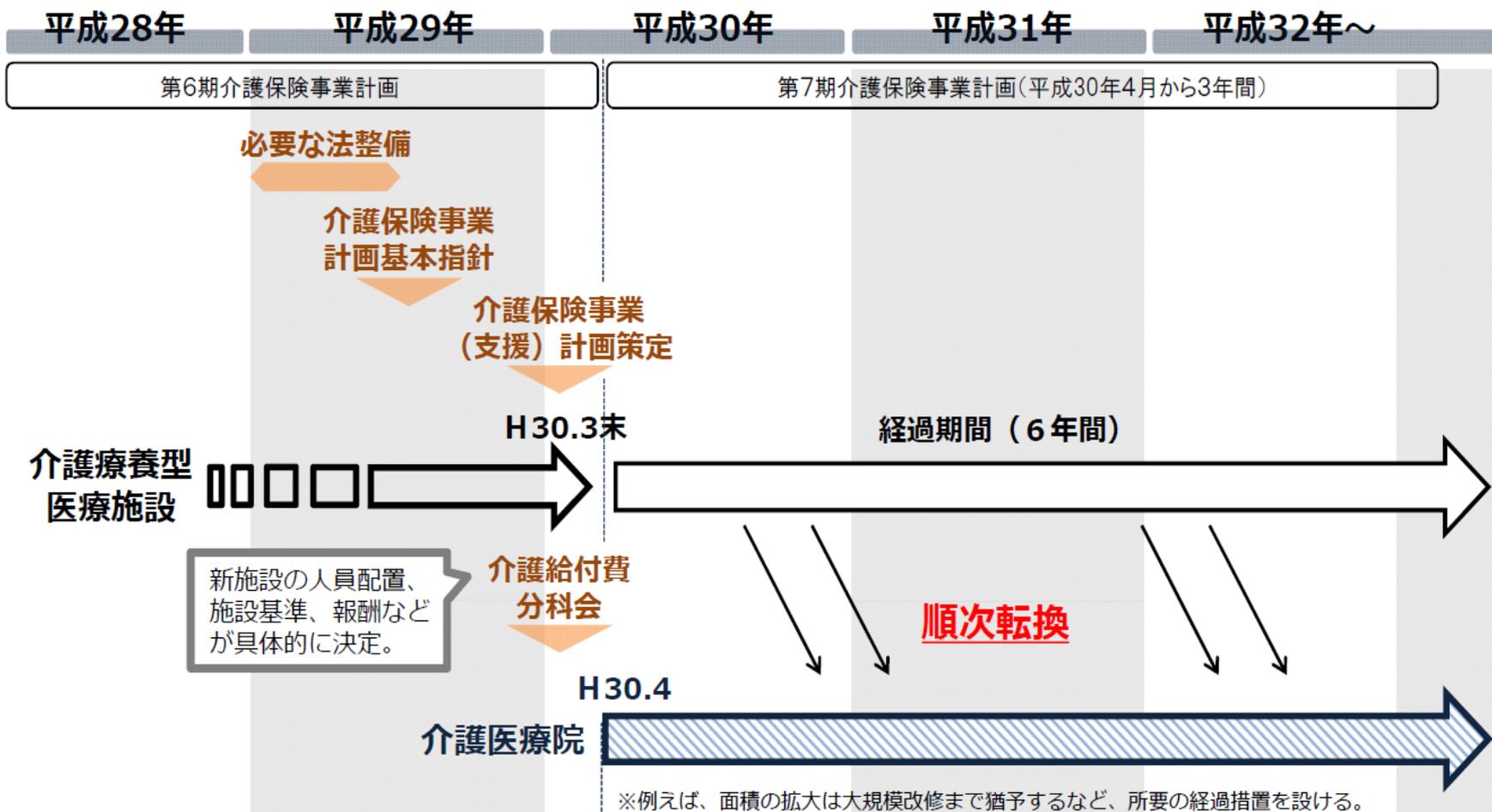
- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	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)	<p>介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <p>医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1</p>	<p>老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)</p> <p>医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※ うち看護2/7程度</p>
	<p>※ 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。</p>	
面積	老健施設相当 (8.0 m <sup>2</sup> /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)

# 介護医療院に関するスケジュールのイメージ

- 介護医療院の創設に向けて、設置根拠などにつき、法整備を行った。
- 平成29年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養病床については、その経過措置期間を6年間延長することとした。



# 介護医療院のポイント

- **【移行定着支援加算】98単位/日**
  - 介護医療院の療養環境や医療必要度に応じて加算のメリハリをつける
  - ただし最初の3年の中で、転換後1年のみ。
- 3年目からは、一般病床からの転換や新設も認める？ただし、介護施設の総量規制の中
- 療養病床2の1への一本化で、療養病床2から介護医療院への転換を促す
- 従来 of 介護療養病床の基本報酬は適正化？
- 介護医療院が老健、特養に与えるインパクト大

# 介護医療院7～8万床！

- 現在約6万床ある介護療養病床から4万くらい、25対1医療療養病床の半分くらいが移行し、全体として7～8万床くらいになると想定している。
- 介護医療院協会を2018年4月に設立



日本慢性医療協会会長  
武久洋三氏（2017年6月22日）

# パート5

## 地域包括ケアシステムと 栄養・食事



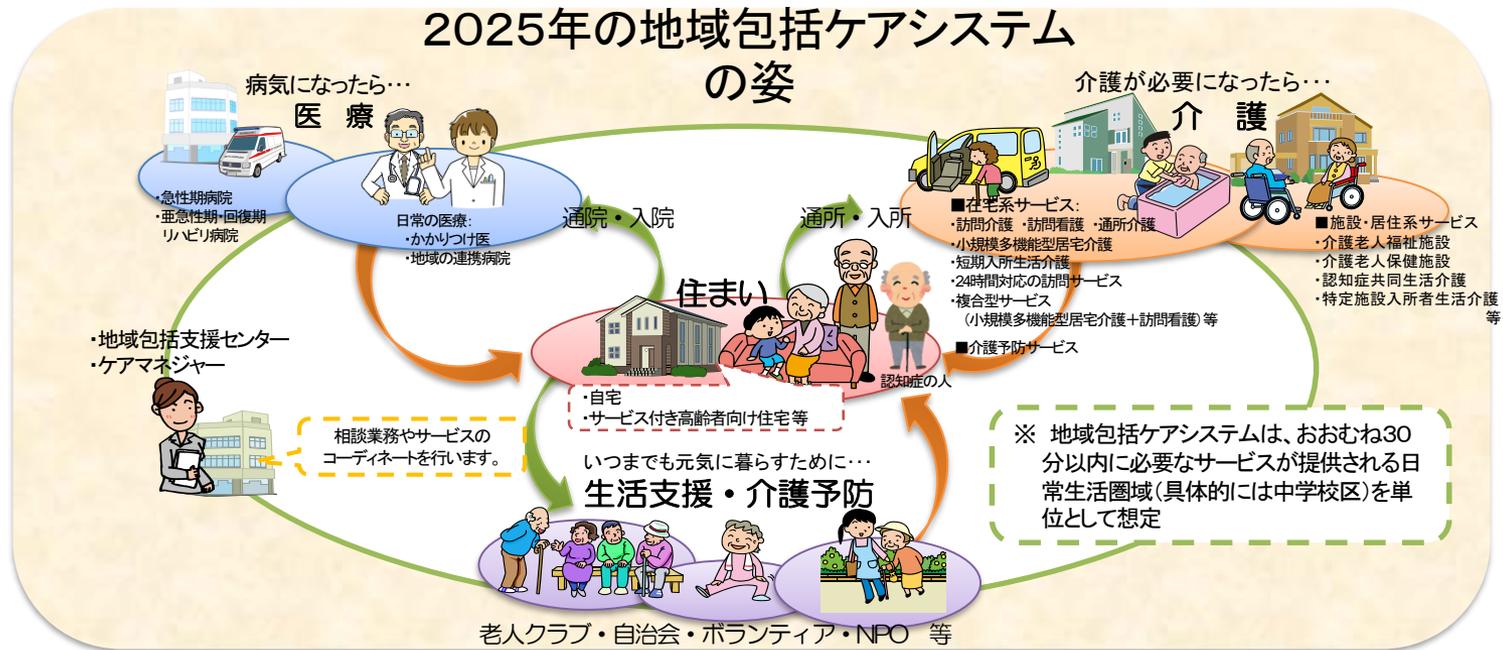
# 地域包括ケアシステムとは

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<sup>1</sup>

# 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なり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

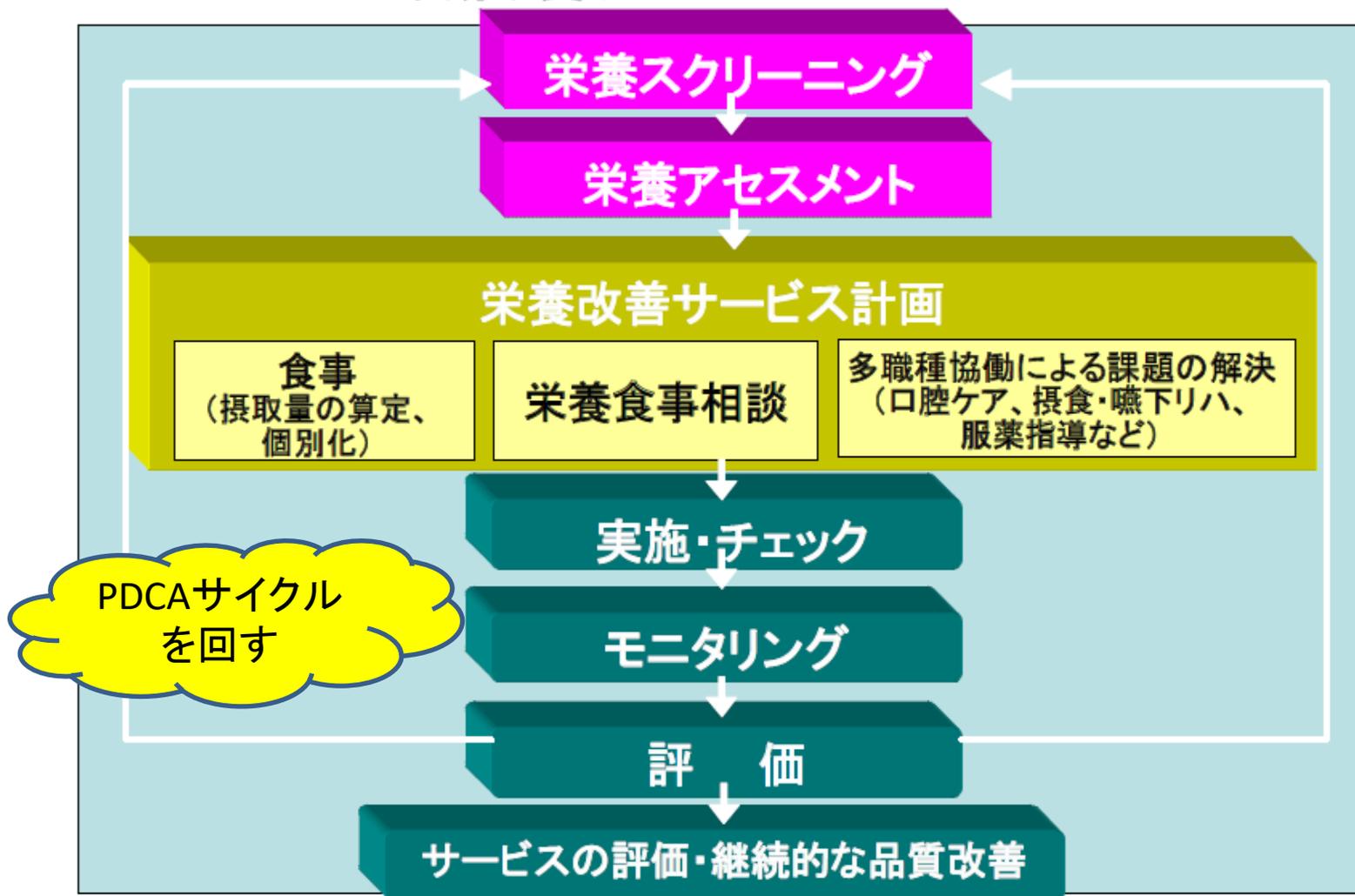
### 1) 地域高齢者の実態

- 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)

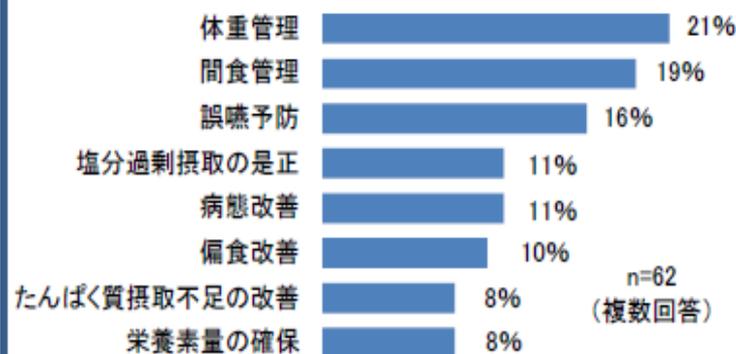


図 研究対象者における訪問指導時の栄養上の主な課題及びニーズ

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 <sup>2</sup> )	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](mailto:mutoma@iuhw.ac.jp)