

2018年5月11日（金） 14:30～16:30

場所：インキュベクス株式会社 大研修室

地域連携コーディネーター養成講座 第4回

～人生最終段階の医療の決定プロセスガイドラインについて～

プログラム		
14:30	20分	I. 同時改定と改定率
14:50	20分	II. 2018年診療報酬改定と入院医療
15:10	20分	III. 療養病棟と看取り
15:30	20分	IV. アドバンスド・ケア・プランニング
15:50	20分	V. 2018年介護報酬改定
16:10	15分	VI. 質疑応答
16:25		*お配りしておりますアンケートをご記入ください *記入が終わりましたら、机の上に置き、ご退席ください

※記載のプログラム開始時間は、凡その予定となっております

地域連携コーディネーター養成講座

第4回～人生最終段階の
医療の決定プロセスガイドラインについて～

医療と介護のクロスロード
～同時改定とアドバンス・ケア・プランニング～

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



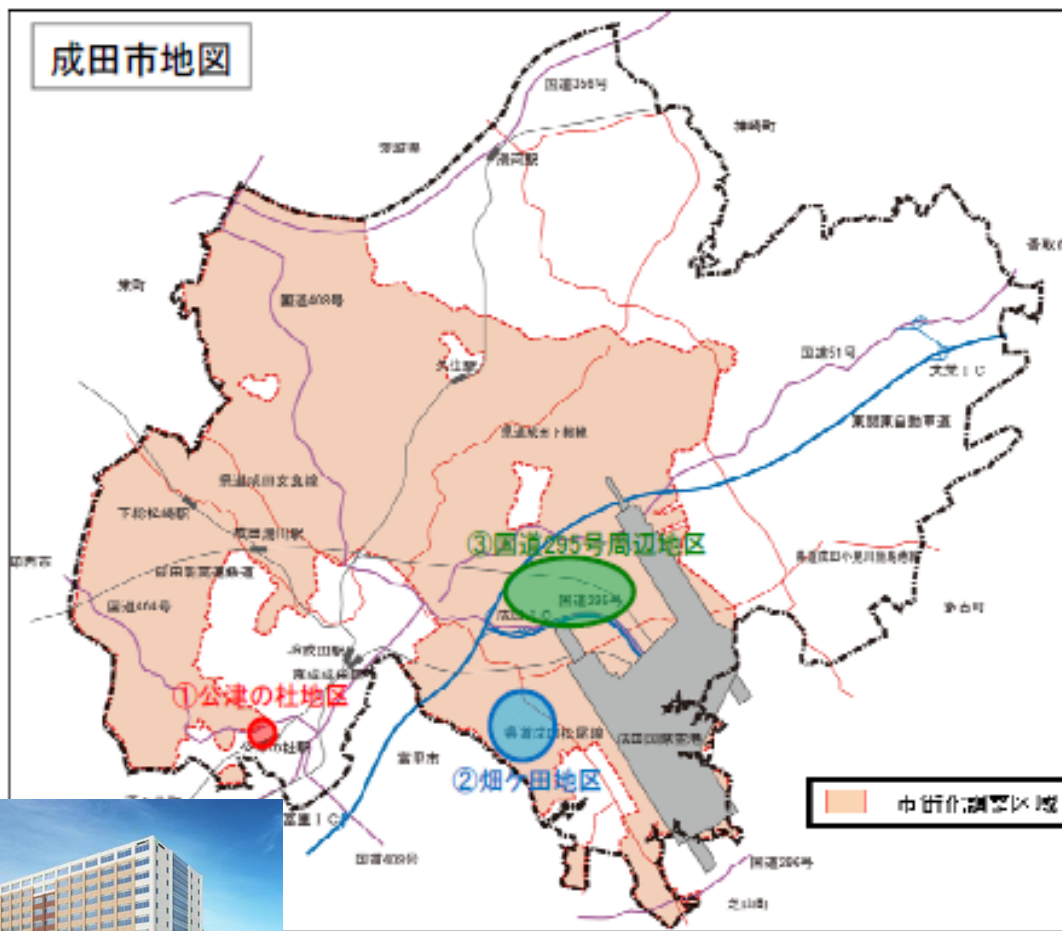
JCI認証取得



国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

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



国際医療福祉大学医学部
2017年4月開校



2020年 国際医療福祉大学 成田病院を新設予定



2018年4月、国際医療福祉大学
心理・医療福祉マネジメント学科
大学院（h-MBA, MPH）

目次



- パート 1
 - 同時改定と改定率
- パート 2
 - 2018年診療報酬改定と入院医療
- パート 3
 - 療養病棟と看取り
- パート 4
 - アドバンスド・ケア・プランニング
- パート 5
 - 2018年介護報酬改定

パート1

同時改定と改定率





自民圧勝 与党310超

自公300に迫る

野党 136
147
48

自民大勝280超

3極の議席

自民	282
公明	29
希望	48
維新	9
立憲	50
共産	11
社民	1

▲選挙区(216) ▲比例区(62)

3分の2維持

立憲民主野党

希望敗北市



赤野 甘利 里明

衆院選 再び3分

衆院の新勢力

維新	10
立憲	40
野党	120
維新	23
立憲	1
共産	50
社民	11
維新	9
野党	49

改憲熱

希望伸び悩

野党 120

2017年10月22日衆院選挙の自民圧勝で安倍一強政権の継続

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
- 9月12日、日本経済新聞インタビュー
- 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



安倍晋三首相

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%

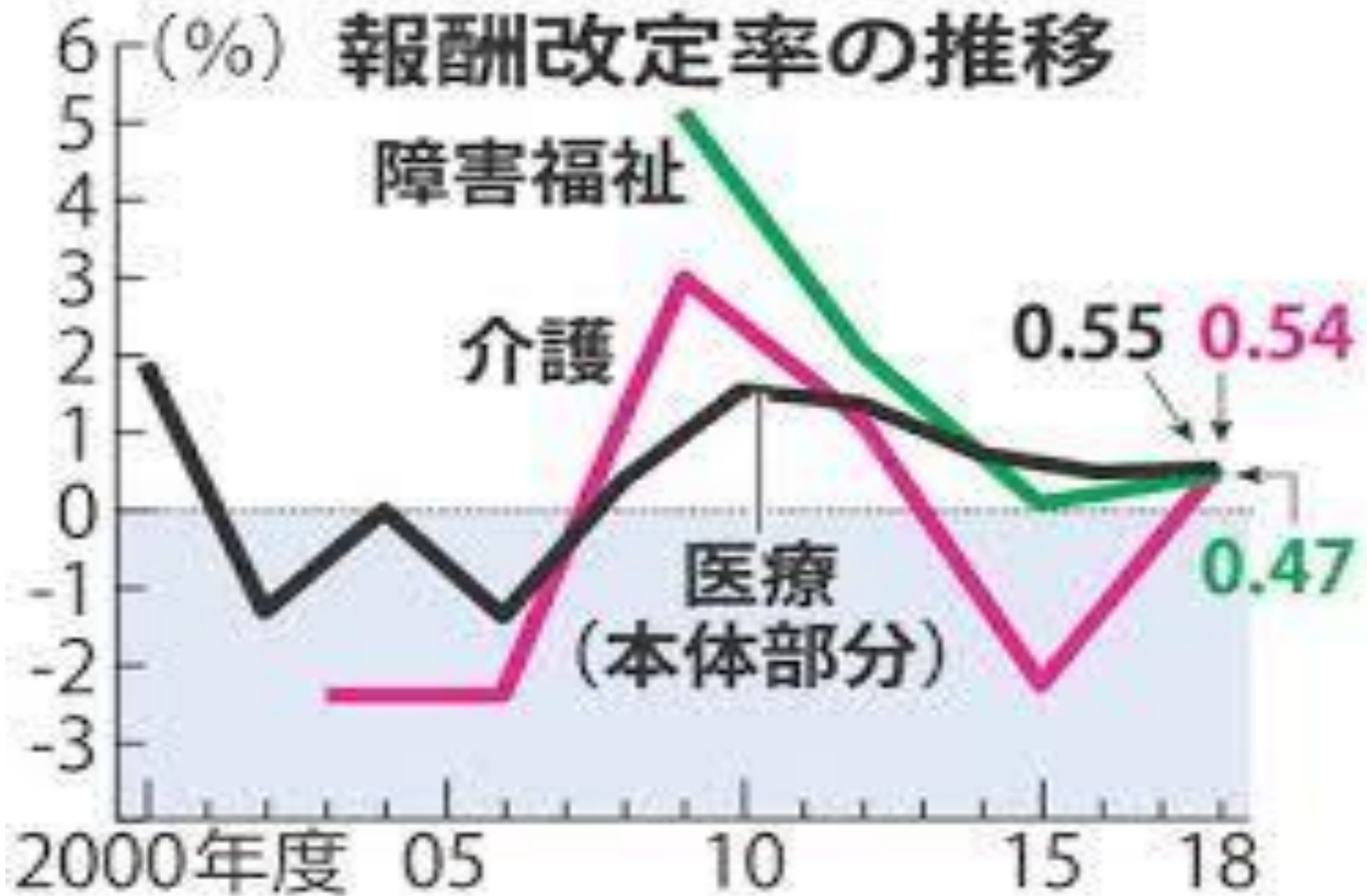
② 材料価格

▲ 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。

トリプルプラス改定



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

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）

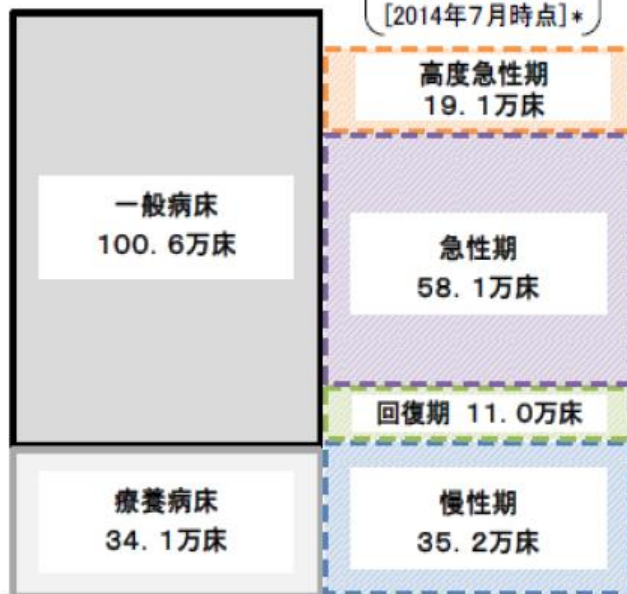
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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

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

パート 2

2018年診療報酬改定と 入院医療

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
いけだ じゅんや 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

入院医療 4 つのポイント

- ポイント①7対1要件の見直し
- ポイント②入院基本料の再編成
- ポイント③地域包括ケア病棟
- ポイント④入退院支援

ポイント①
7対1 入院基本料の
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)

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

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

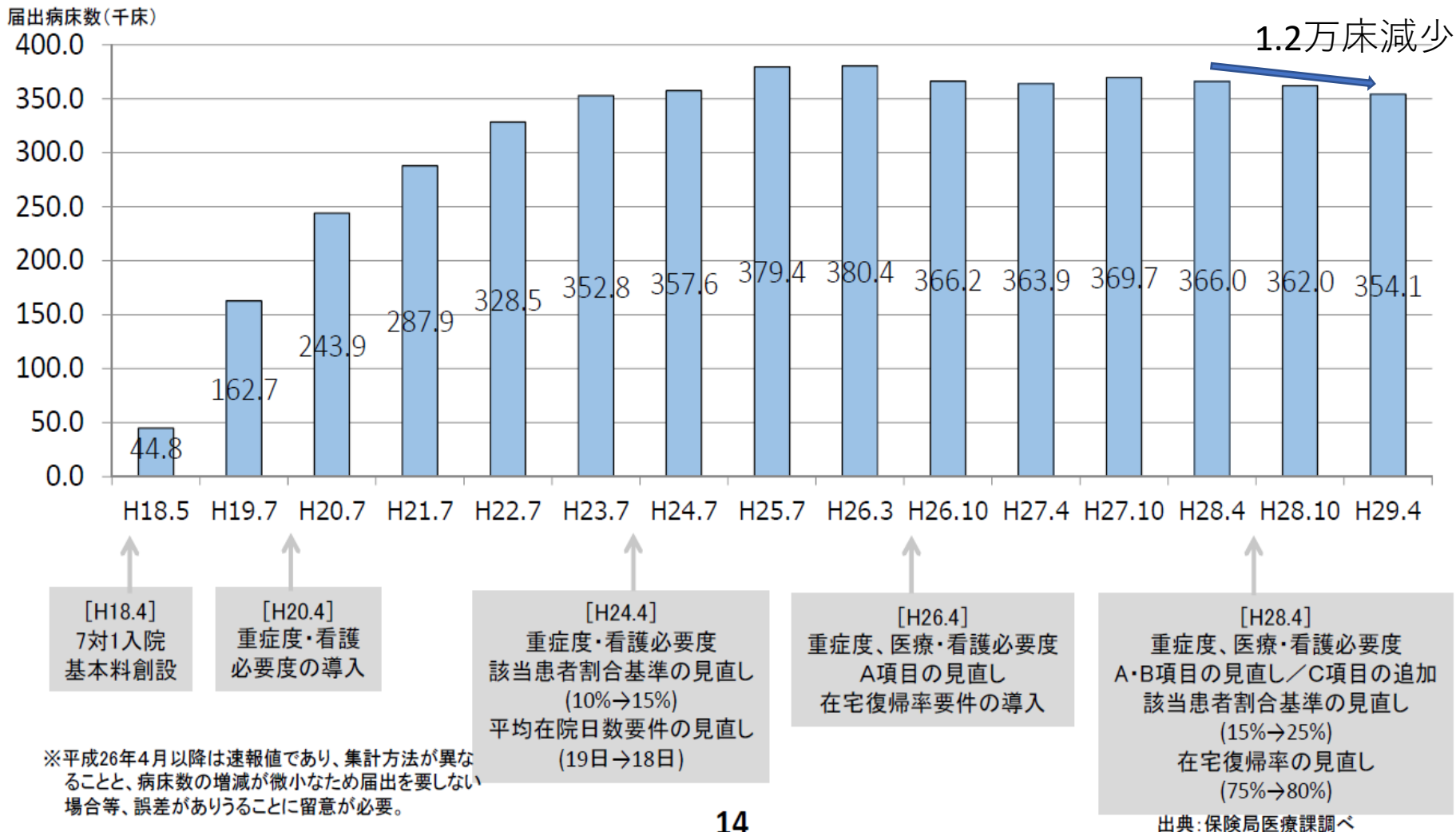
又は

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

7対1, 10対1を統合・再編して
新評価体系へ

一般病棟（7対1）の施設基準による評価について

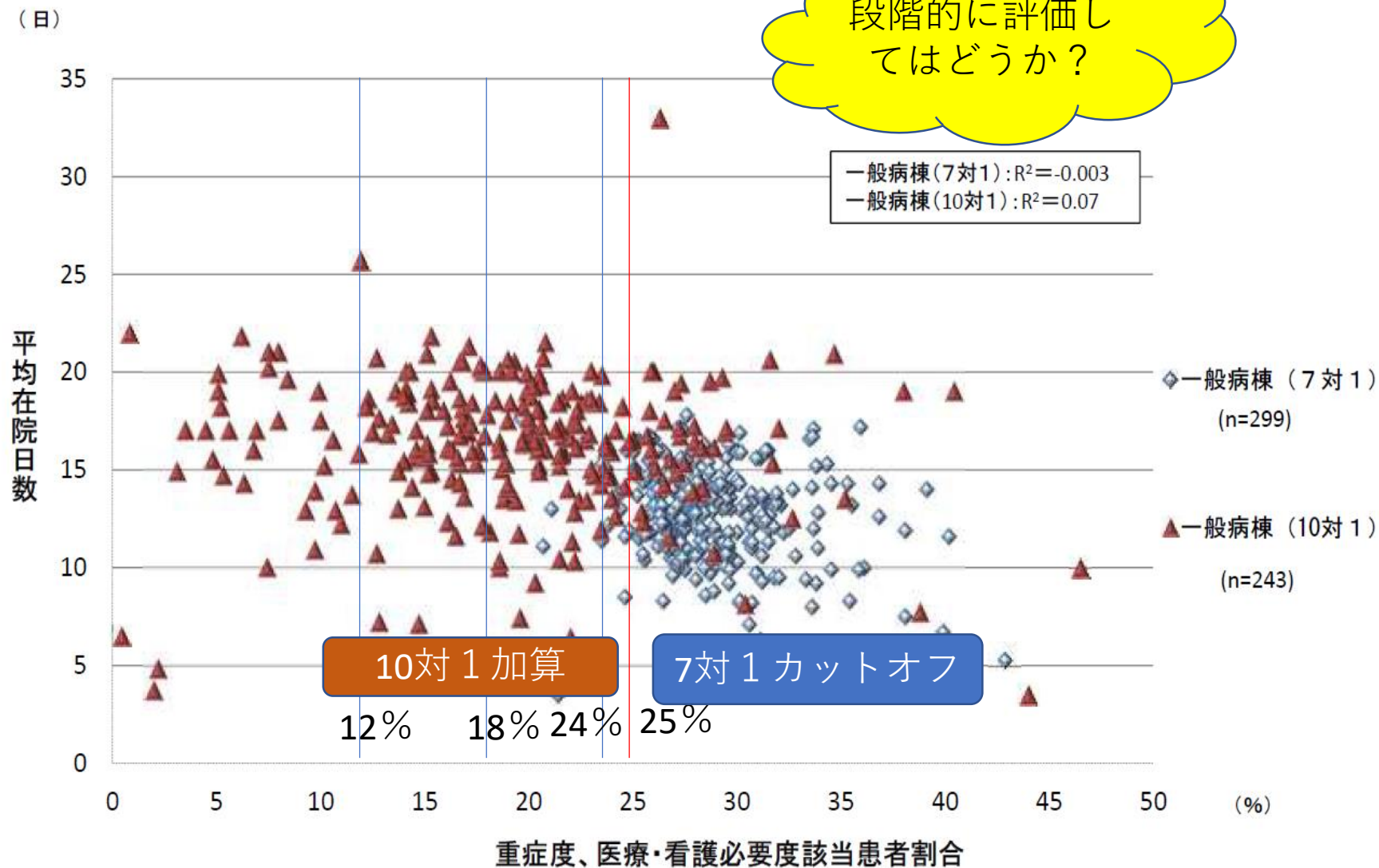
評価項目	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	基準値 (カットオフ値)
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

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



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

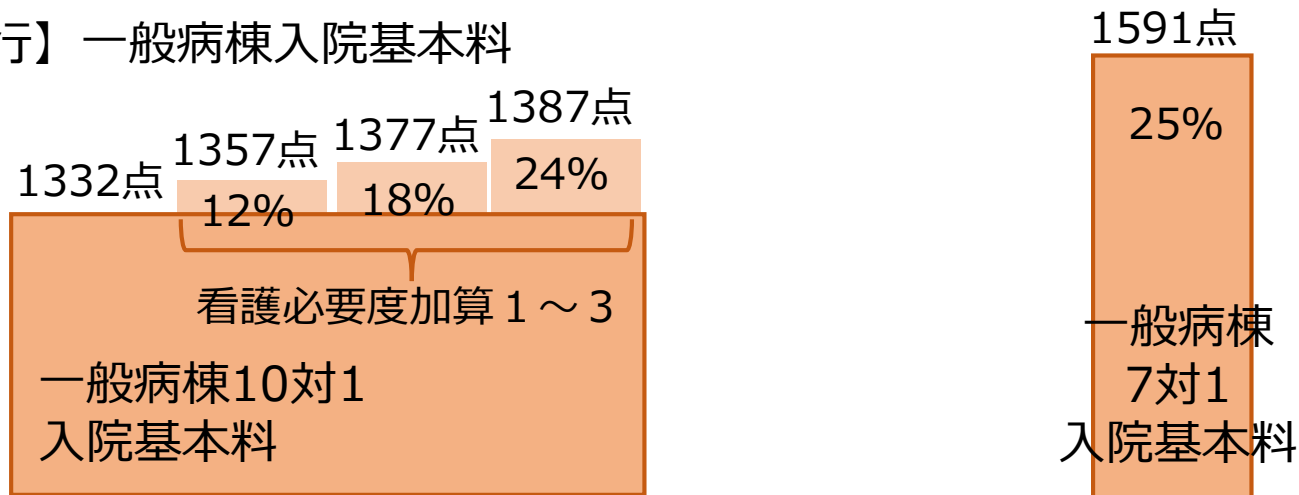
段階的に評価
してよいので
はないか？

○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）

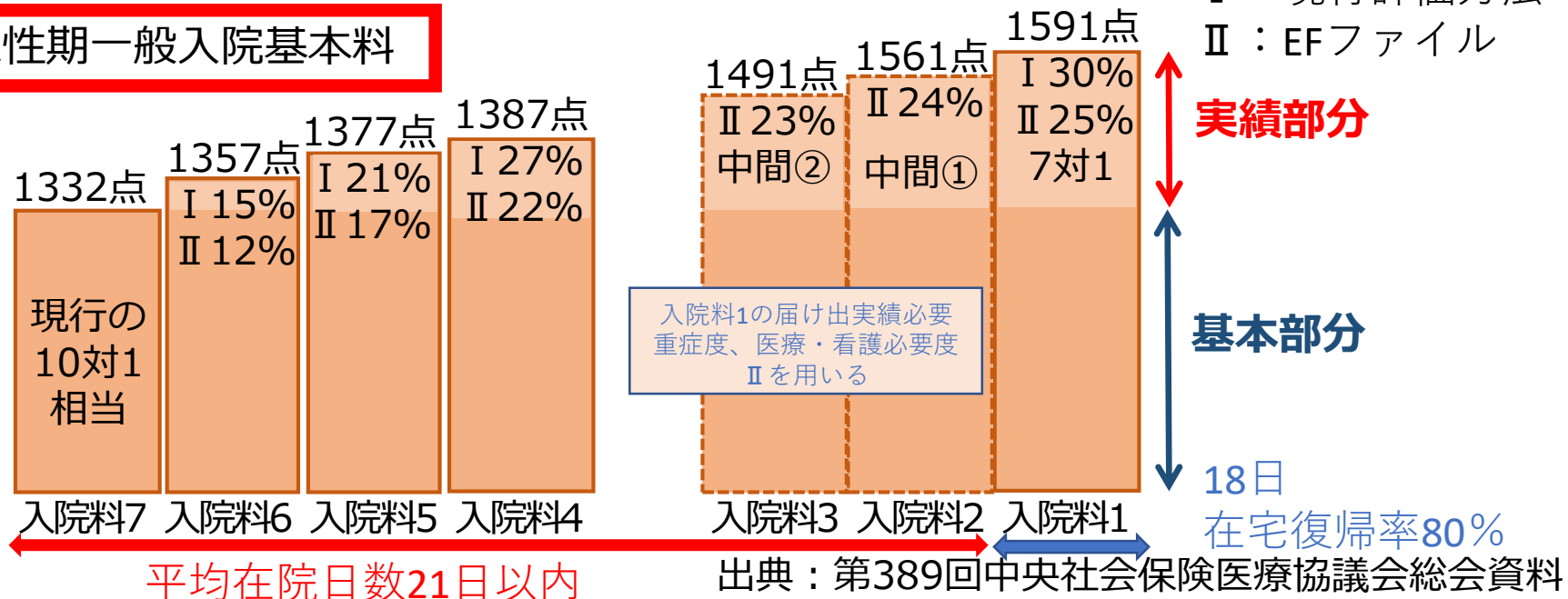
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合の具体的なイメージ

【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

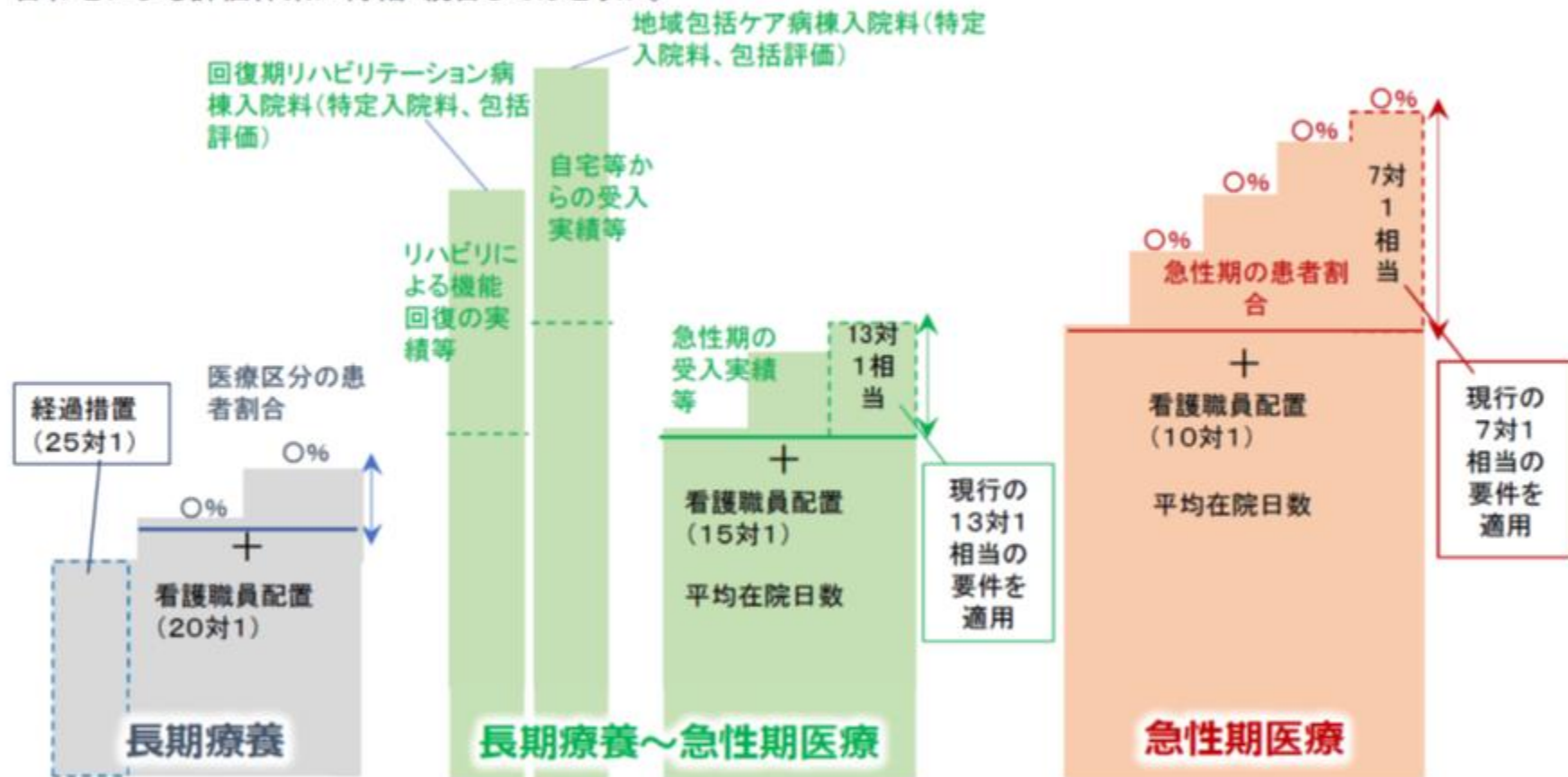


ポイント② 入院基本料の再編成

- ①急性期医療、
- ②急性期医療~長期療養、
- ③長期療養

二つの評価の組合せによる入院医療の評価体系(イメージ)

- 将来的な入院医療需要の変動にも弾力的に対応できるよう、現行の一般病棟入院基本料、療病病棟入院基本料等について、3つの機能を軸に、入院料(施設基準)による評価(基本部分)と、診療実績に応じた段階的な評価(実績部分)との、組み合わせによる評価体系に再編・統合してはどうか。



療養病棟入院基本料 (20対1、25対1) を再編・統合

一般病棟入院基本料 (13対1、15対1) 等を再編・統合

一般病棟入院基本料 (7対1、10対1) を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料ため、上記のイメージには含めていない。

ポイント③ 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

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・高度急性期

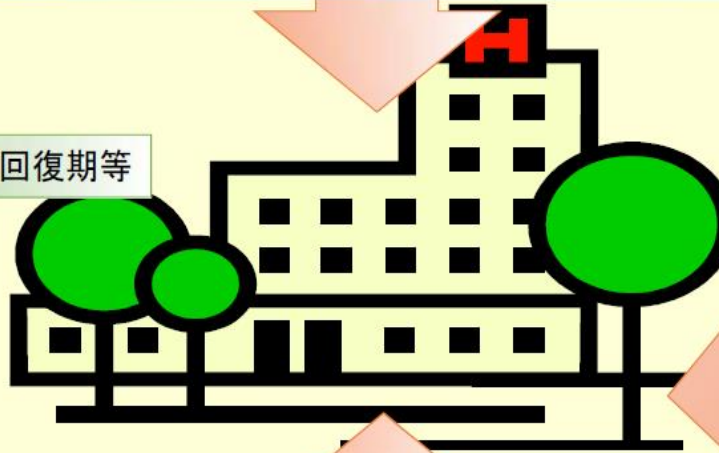


急性期

①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

亜急性期・回復期等



②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養
介護等

介護施設等



自宅・在宅医療

実際には
④「一般病棟代替機能」
もある。

短期滞在手術
化学療法
糖尿病教育入院
レスパイト入院

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)

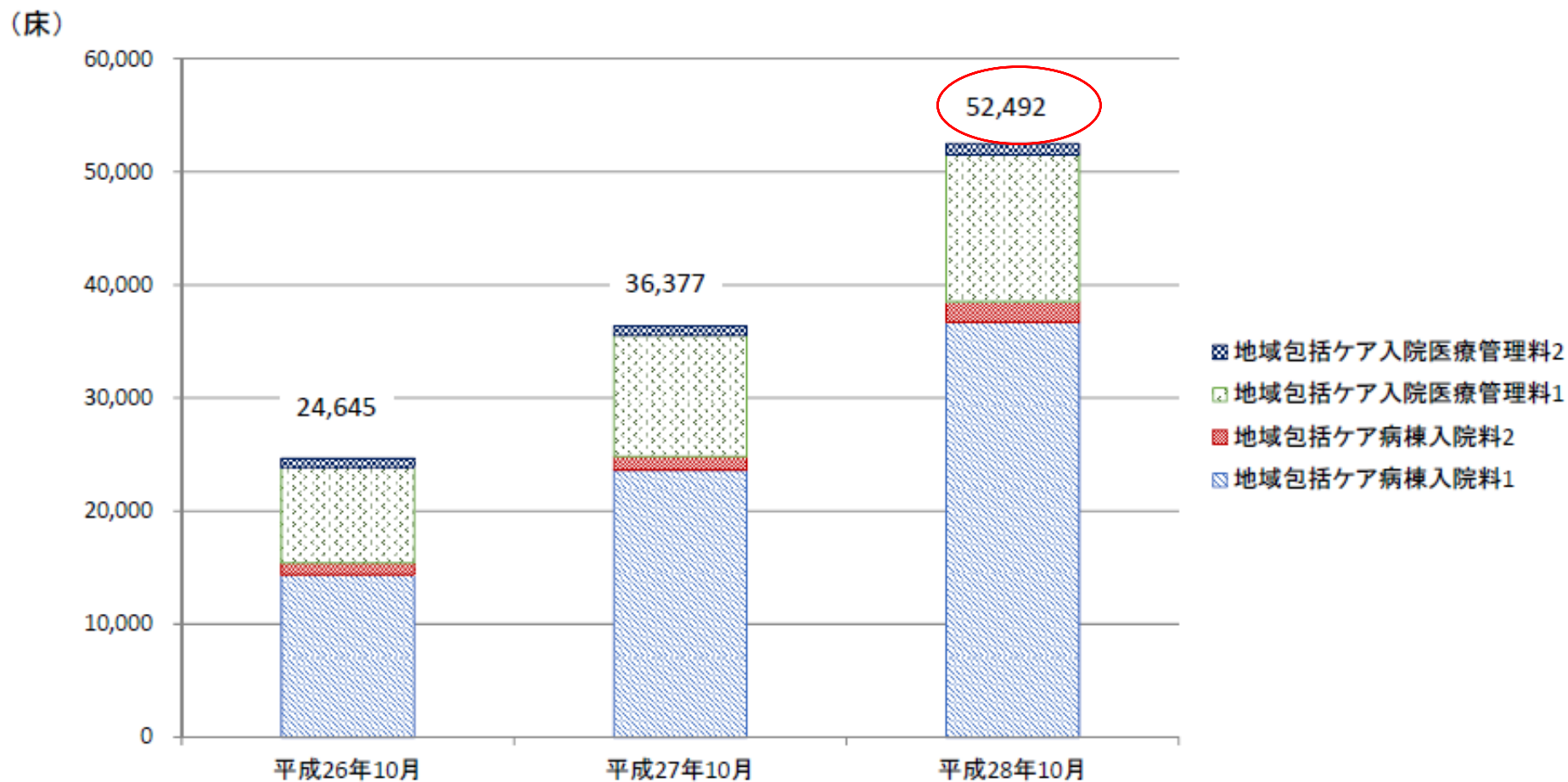
看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

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。



地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

診調組 入-1
29.6.7

- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の入棟元をみると、自院の7対1、10対1病床からの患者が最も多い。
- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の退棟先をみると、自宅への退棟が約6割で、そのうち在宅医療の提供のない患者が大部分を占める。

【入棟元】 (n=1,395)

自宅	26.7%	
自院	自院の7対1、10対1病床	49.4%
	自院の地域包括ケア・回りハ病床	0.4%
	自院の療養病床	0.0%
他院	他院の7対1、10対1病床	13.5%
	他院の地域包括ケア・回りハ病床	0.1%
	他院の療養病床	0.4%
介護療養型医療施設	0.1%	
介護老人保健施設	1.2%	
介護老人福祉施設（特養）	1.2%	
居住系介護施設	2.9%	
障害者支援施設	0.0%	
その他	1.9%	
不明	2.2%	

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】 (n=438)

自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	7.3%
		在宅医療の提供なし	55.0%
自院	介護老人福祉施設（特養）		4.1%
	居住系介護施設（グループホーム等）		4.8%
	障害者支援施設		0.0%
	一般病床		1.4%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.9%
療養病床		在宅復帰機能強化加算あり	0.9%
		在宅復帰機能強化加算なし	1.4%
	その他の病床		0.2%
他院	一般病床		2.7%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.2%
	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	0.5%
その他の病床		0.5%	
有床診療所		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%
介護施設	介護療養型医療施設		0.5%
	介護老人保健施設	在宅強化型	1.4%
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり	0.5%
	上記以外	3.2%	
死亡退院			3.2%
その他			0.0%
不明			11.2%

地域包括ケア病棟は創設当初の3つの機能を育てて行くことが大事だ

自宅からの患者については負荷がかかることが確認できた。何らかの評価を検討してもいいのではないか

2017年8月24日 入院医療分科会

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る論点(案)

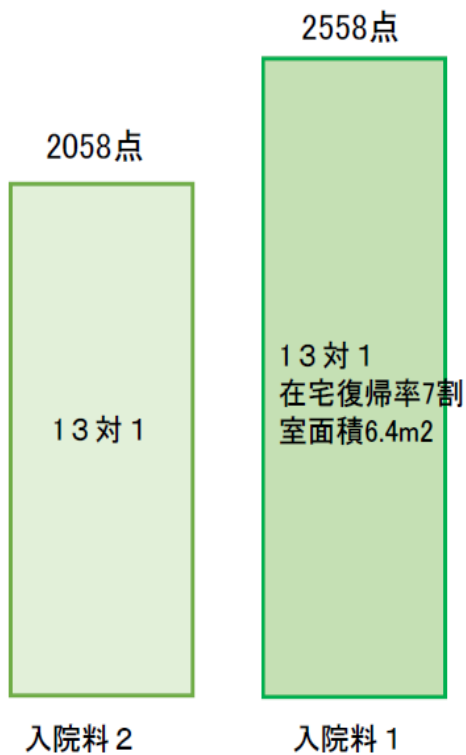
在宅患者支援病床初期
加算300点14日まで

【論点(案)】

- 自宅等から受け入れた患者と、それ以外からの受け入れた患者とで、提供する医療内容等が異なっていることから、「**救急・在宅等支援病床初期加算**」について、急性期後の入院患者と、在宅からの入院患者とで、診療実績等を踏まえつつ、評価を区別してはどうか。
- 地域包括ケア病棟入院料・治療管理料の届出要件において、在宅医療や救急医療の提供等が求められているが、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、**訪問系サービスの提供**についても、要件の選択肢の一つとすることを検討してはどうか。
- 在宅医療、介護サービス等の地域で求められる多様な役割・機能を有する地域包括ケア病棟を持つ医療機関については、地域包括ケアシステムの構築により貢献できるよう、それらのサービスに係る実績等も加味した評価を検討してはどうか。

地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】



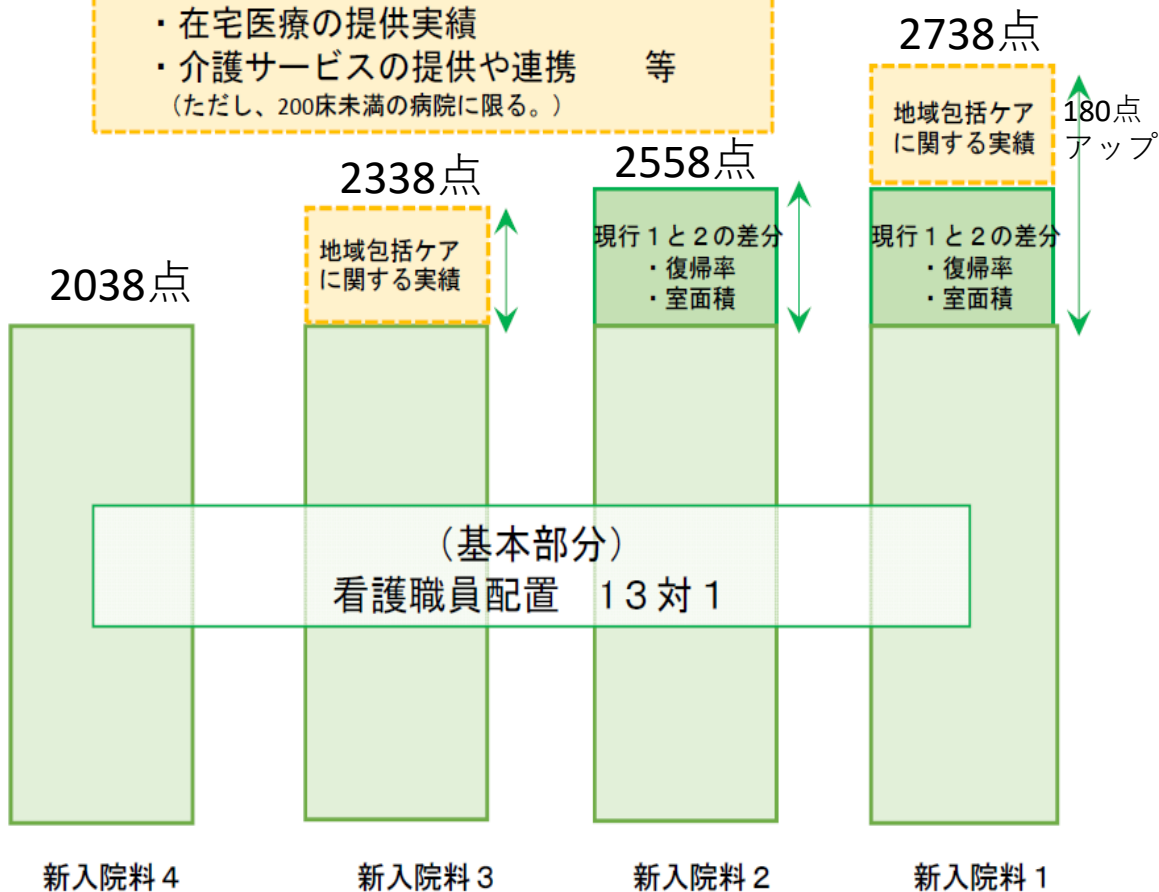
再編

【平成30年度改定の見直し（案）】

【地域包括ケアに関する実績部分】

- ・ 自宅等から緊急入院の受入実績
 - ・ 在宅医療の提供実績
 - ・ 介護サービスの提供や連携 等
- (ただし、200床未満の病院に限る。)

- ・ 自宅からの入院患者割合10%以上
- ・ 自宅からの緊急患者受け入れ件数3カ月で3人以上



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

ポイント④ 入退院支援

2016年改定で退院調整加算を見直した

ストラクチャー
ではなく、アウト
カムを評価すべき

地域連携パスは使われい
ないので、退院調整加算に
整理しては？

退院支援の専従者
などの配置が
在宅復帰に効果的

入院医療等調査・評価分科会
(2015年7月1日)

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。

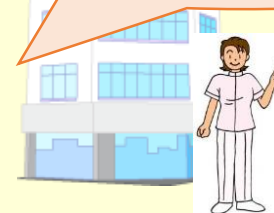
(新) 退院支援加算 1

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



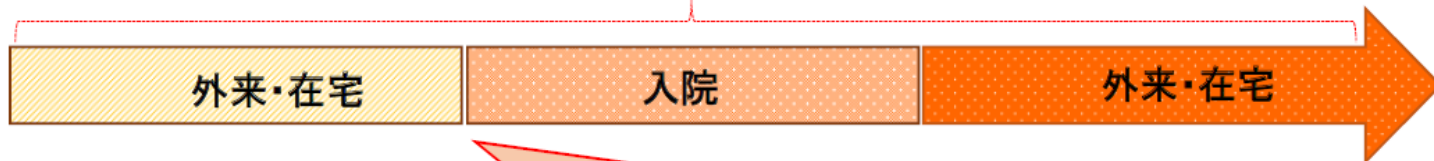
[算定要件・施設基準]

	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>	-

退院支援から
入退院支援へ

地域包括ケアシステムの構築～入退院支援

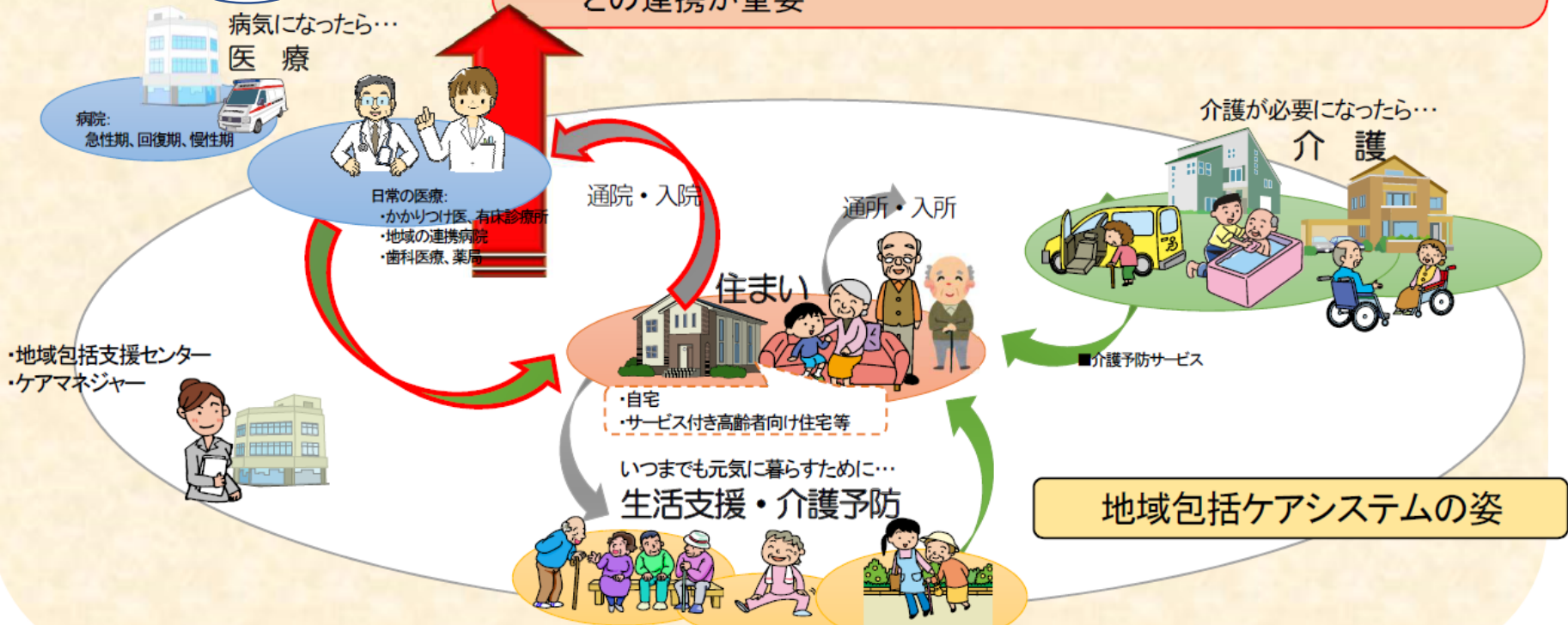
切れ目のない支援



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

2018年診療報酬改定へむけて「入退院支援」の議論が始まった（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）

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

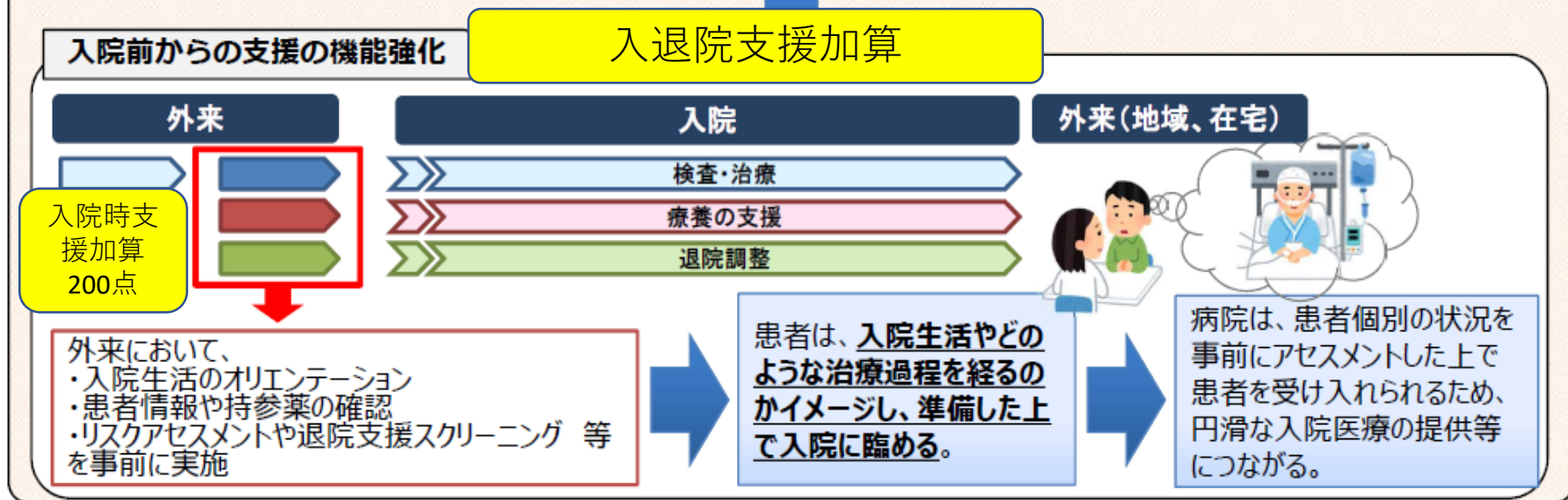
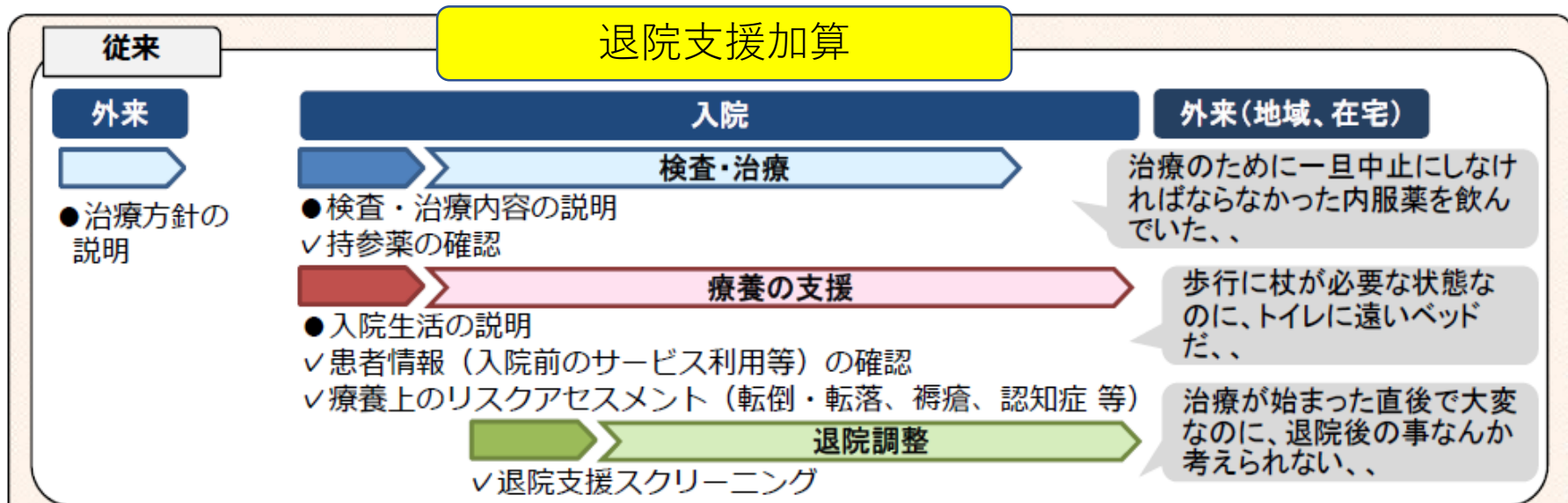
中部徳洲会病院（沖縄）の 入退院サポートセンター

- 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

入院前からの支援の機能強化(イメージ図)



入院時支援加算（200点）

- 入退院支援加算の加算
- 自宅等からの入院に限る
- 算定要件
 - 入院が決まった患者に対して・・・
 - 入院中の治療、入院計画
 - 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握（高齢者総合アセスメント：CGA, Comprehensive Geriatric Assessment)
 - 褥瘡リスク評価
 - 栄養アセスメント
 - 退院困難な要因の有無の評価
 - 入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援計画の立案

パート3 療養病床と看取り



療養病棟における患者の流れ

診調組 入-1
29.6.7

- 療養病棟入院患者の入棟元をみると、他院の7対1、10対1病床からの患者が最も多い。
- 療養病棟入院患者の退棟先をみると、死亡退院が最も多い。

【入棟元】 (n=4,904)

自宅	11.0%	
自院	自院の7対1、10対1病床	12.5%
	自院の地域包括ケア・回りハ病床	4.0%
	自院の療養病床	3.8%
他院	他院の7対1、10対1病床	41.0%
	他院の地域包括ケア・回りハ病床	3.3%
	他院の療養病床	3.9%
介護療養型医療施設	1.4%	
介護老人保健施設	2.8%	
介護老人福祉施設（特養）	3.1%	
居住系介護施設	2.0%	
障害者支援施設	0.3%	
その他	9.7%	
不明	1.0%	

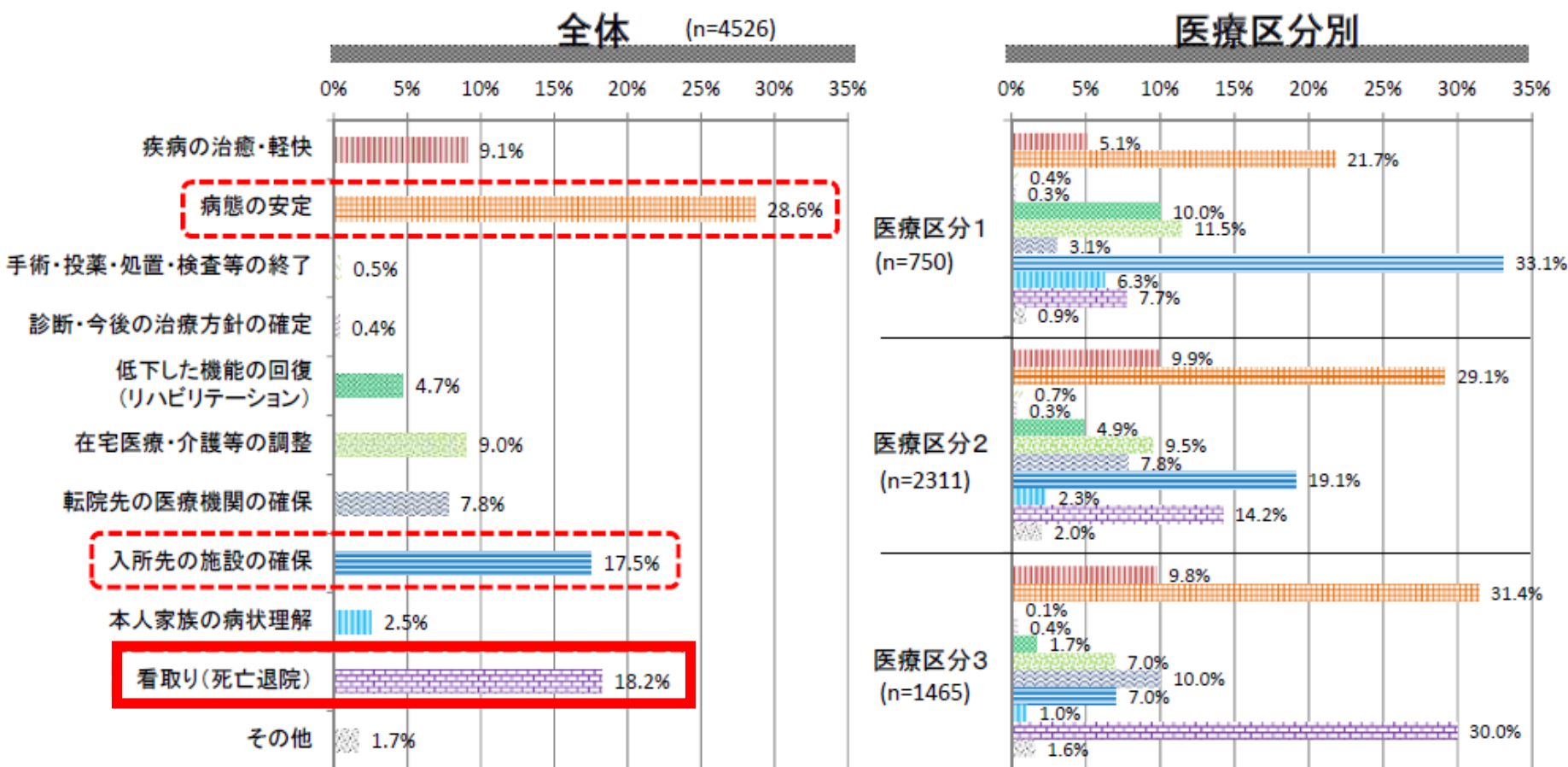
療養病棟

【退棟先】 (n=147)

自宅	在宅医療の提供あり	3.4%	
	在宅医療の提供なし	12.9%	
自宅等	介護老人福祉施設（特養）	4.8%	
	居住系介護施設（グループホーム等）	8.2%	
	障害者支援施設	0.0%	
自院	一般病床	2.7%	
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0.0%	
	療養病棟	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	1.4%
その他の病床	2.0%		
他院	一般病床	10.2%	
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0.0%	
	療養病棟	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	0.0%
その他の病床	0.0%		
有床診療所	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	0.0%	
介護施設	介護療養型医療施設	1.4%	
	介護老人保健施設	在宅強化型	0.0%
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり	0.7%
		上記以外	5.4%
死亡退院		40.1%	
その他		0.0%	
不明		2.7%	

退院に向けた目標・課題(主なもの1つ)

○ 退院に向けた目標・課題は、「病態の安定」が最も多く、次いで「入所先の施設確保」「看取り」が多い。



「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」

策定の背景

2006年

- 平成18年3月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化。
- 平成19年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。
- パブリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。

※平成26年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に改称。

2014年

ガイドラインの概要

1 人生の最終段階における医療及びケアの在り方

- 医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として終末期医療を進めることが重要。
- 人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

- 患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。
- 患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- 患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。

富山県の射水市立病院事件

4) 2006年富山の射水市民病院で、外科部長が複数の患者の人工呼吸器を外したとして警察の捜査対象となった。筋弛緩剤の投与を伴わない、いわば純粹の延命治療中止だけで起訴した事例はこれまでない。

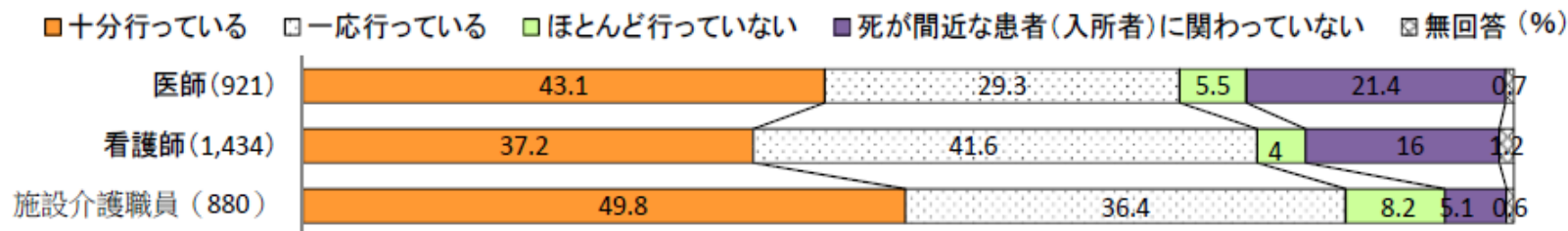
その後、2008年7月24日、県警は「厳重な処罰は求めるものではない」という意見つきで事件を地検に送ったことが報じられた。朝日新聞2008年7月24日

5) 2007年、岐阜県多治見市の県立多治見病院。患者本人の書面による意思表示と倫理委員会での決定がありながら、病院長が反対し、延命治療中止の行動に出ないまま患者が死亡した事件。

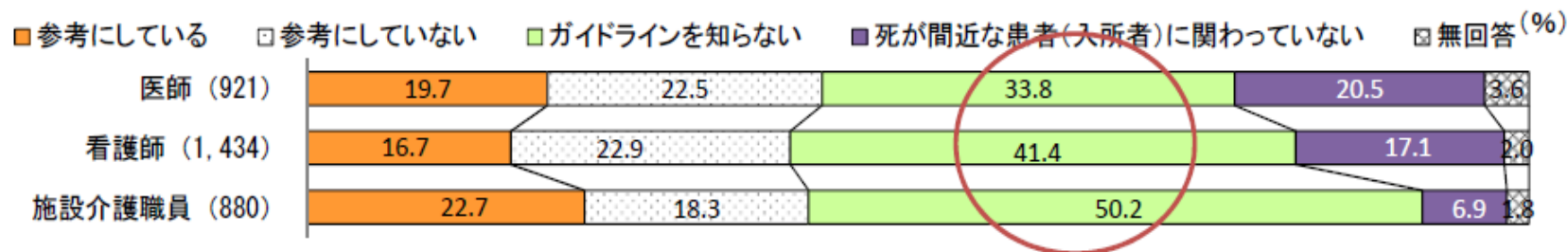
6) 2007年、和歌山県立医大病院で呼吸器を外した医師が殺人容疑で書類送検。家族の希望によるものであり、警察も刑事処分を求めないという意見書つきで送検。

人生の最終段階における医療に関する意識調査結果

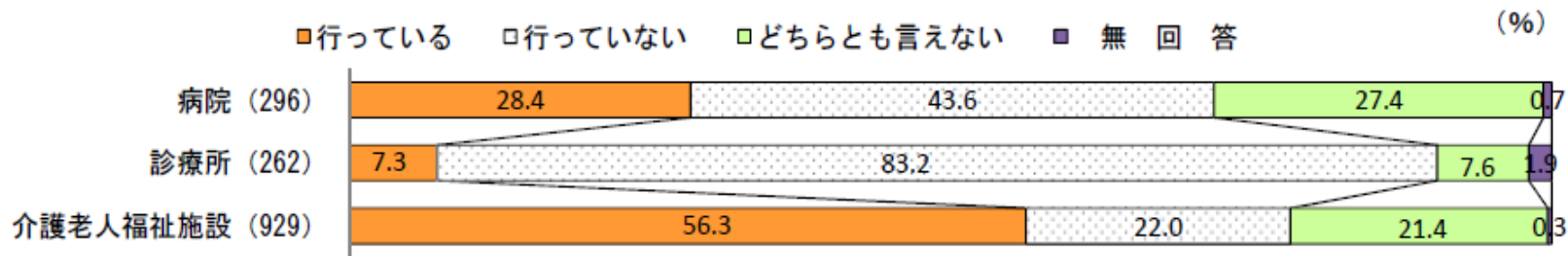
■ 患者(入所者)との話し合いの実態



■ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況



■ 職員に対する終末期医療に関する教育・研修の実施状況

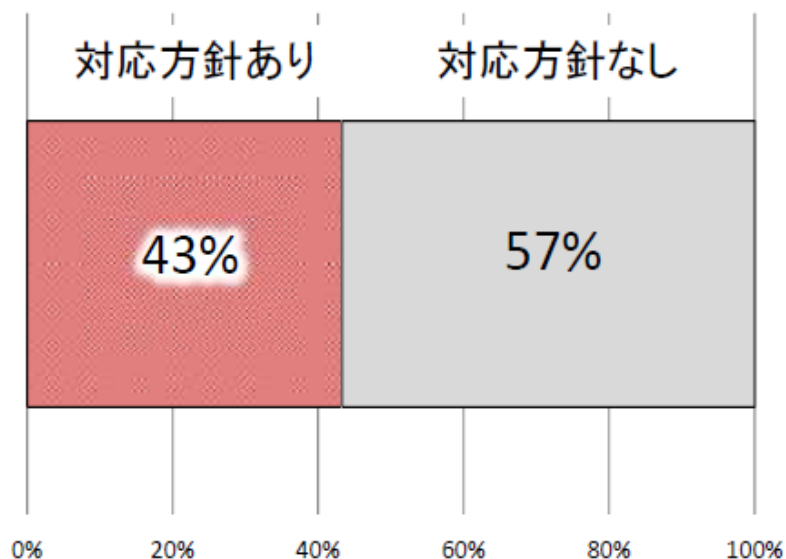


看取り患者に対する対応方針の有無（療養病棟）

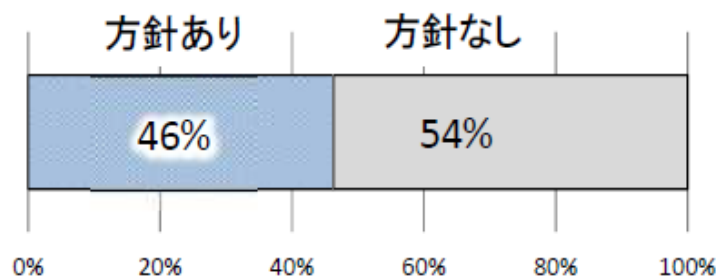
- 療養病棟のうち、看取りの患者に対する対応方針を定めている病棟の割合は、全体の約4割であった。
- 対応方針を定めている病棟は、療養1の病棟の方が、療養2の病棟に比べ、やや多い傾向にあった。

療養病棟全体

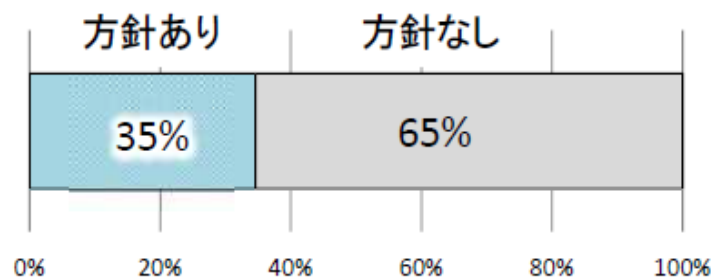
(n=816)



療養1 (n=605)

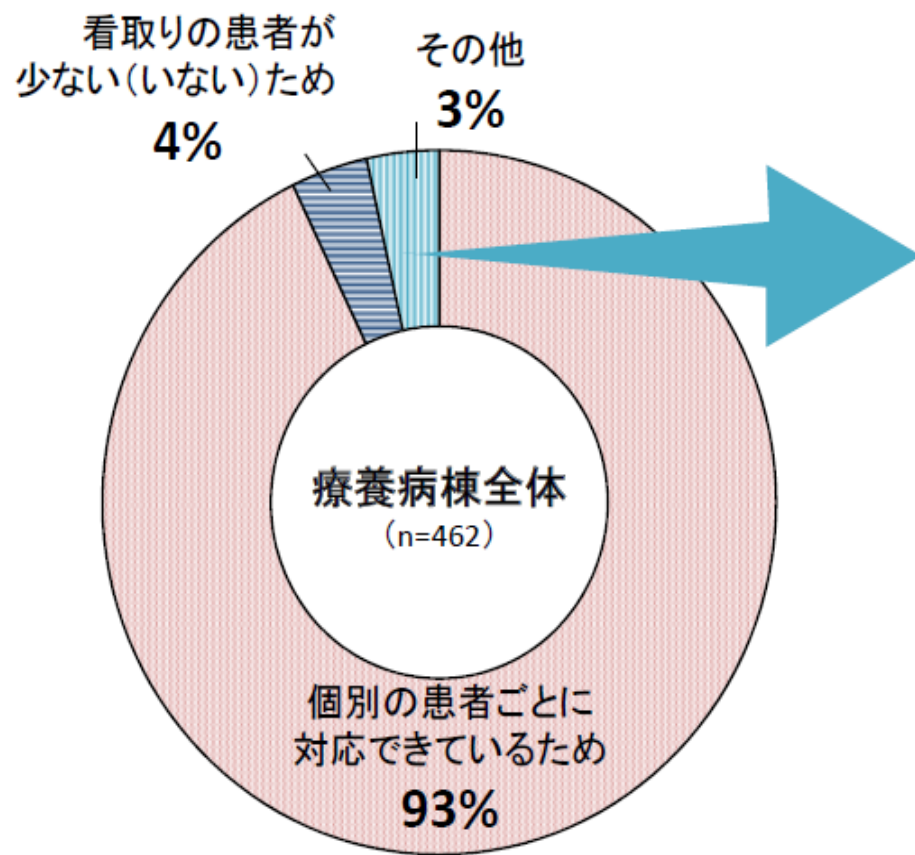


療養2 (n=211)



看取り患者に対する対応方針を定めていない理由(療養病棟)

○ 看取りの患者に対する対応方針を定めていない病棟に、その理由をきくと、「個別の患者ごとに対応できているため」が最も多くを占めた。



「その他」の主な回答(n=14)

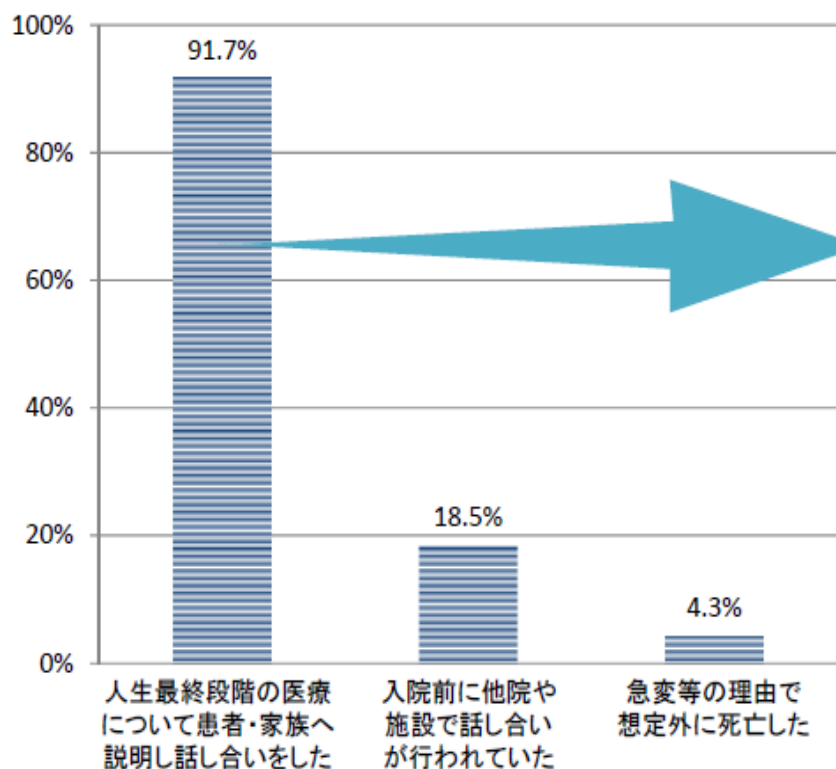
- ・ 主治医・家族との話し合いの上、希望に寄り添った対応に努めているため(複数)
- ・ 委員会を立ち上げて、対応方針を検討・作成段階であるため(複数)
- ・ 患者を治療病棟へ転棟させるため
- ・ 看取りについても業務の一環としているため、看取りのみの対応方針は作成していない

療養病棟における看取りに関する取り組み①

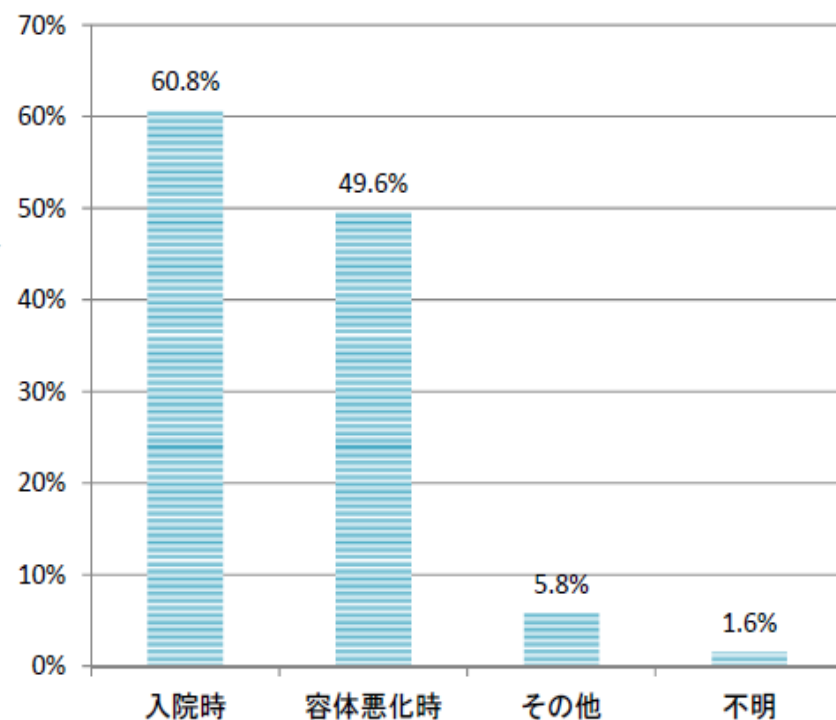
話し合いの有無、時期

- 看取りに関する取り組みをみると、死亡退院患者のうち約9割において、人生の最終段階における医療について患者・家族と話し合いが行われている。入棟前に他院・施設等で話し合いが行われていた患者は約2割弱であった。
- 自院で話し合いをした時期をみると、入院時に約6割、容体悪化時に約5割が話し合いを行っていた。

死亡退院患者に対する取り組み (n=12,050人)



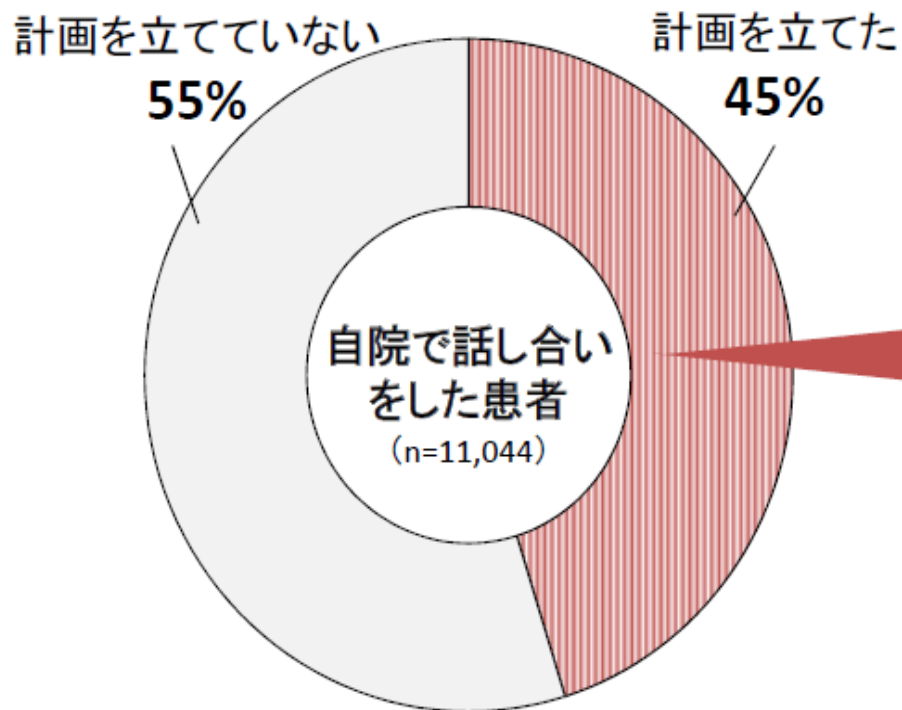
自院で話し合いをした時期別の内訳 (n=11,044人)



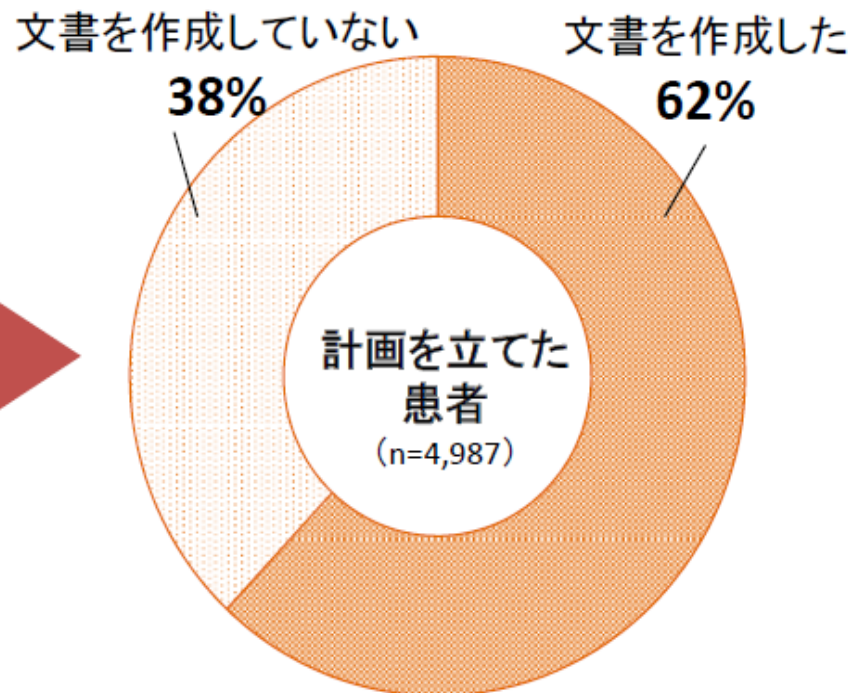
療養病棟における看取りに関する取り組み② 計画、文書の作成

- 患者・家族と話し合いをした患者のうち、人生の最終段階における医療について計画を立てた患者は、半分弱であった。
- 計画を立てた患者のうち、意思決定の内容について文書を作成した患者は、約6割であった。

人生の最終段階における医療について
計画を立てたか

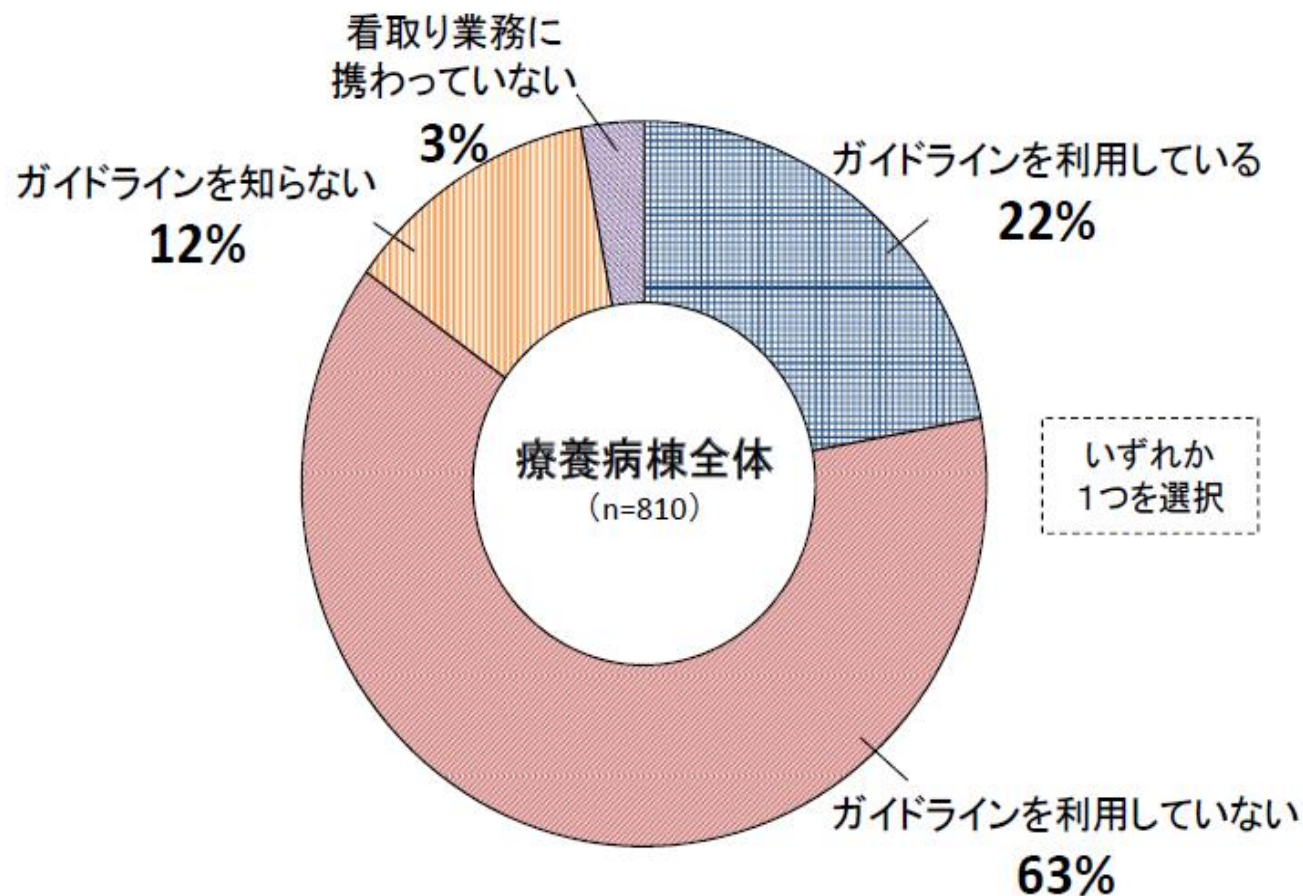


意思決定した内容について文書を作成したか



人生の最終段階における医療の決定プロセスに関する ガイドラインの利用状況（療養病棟）

- 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を利用している病棟は、約2割であった。
- 「ガイドラインを知らない」とした病棟が約1割である一方、「利用していない」と回答した病棟は約6割を占めた。



パート4 アドバンスド・ケア・ プランニング





第4回 人生の最終段階における
医療の普及・啓発の在り方に関する検討会
2018年1月17日

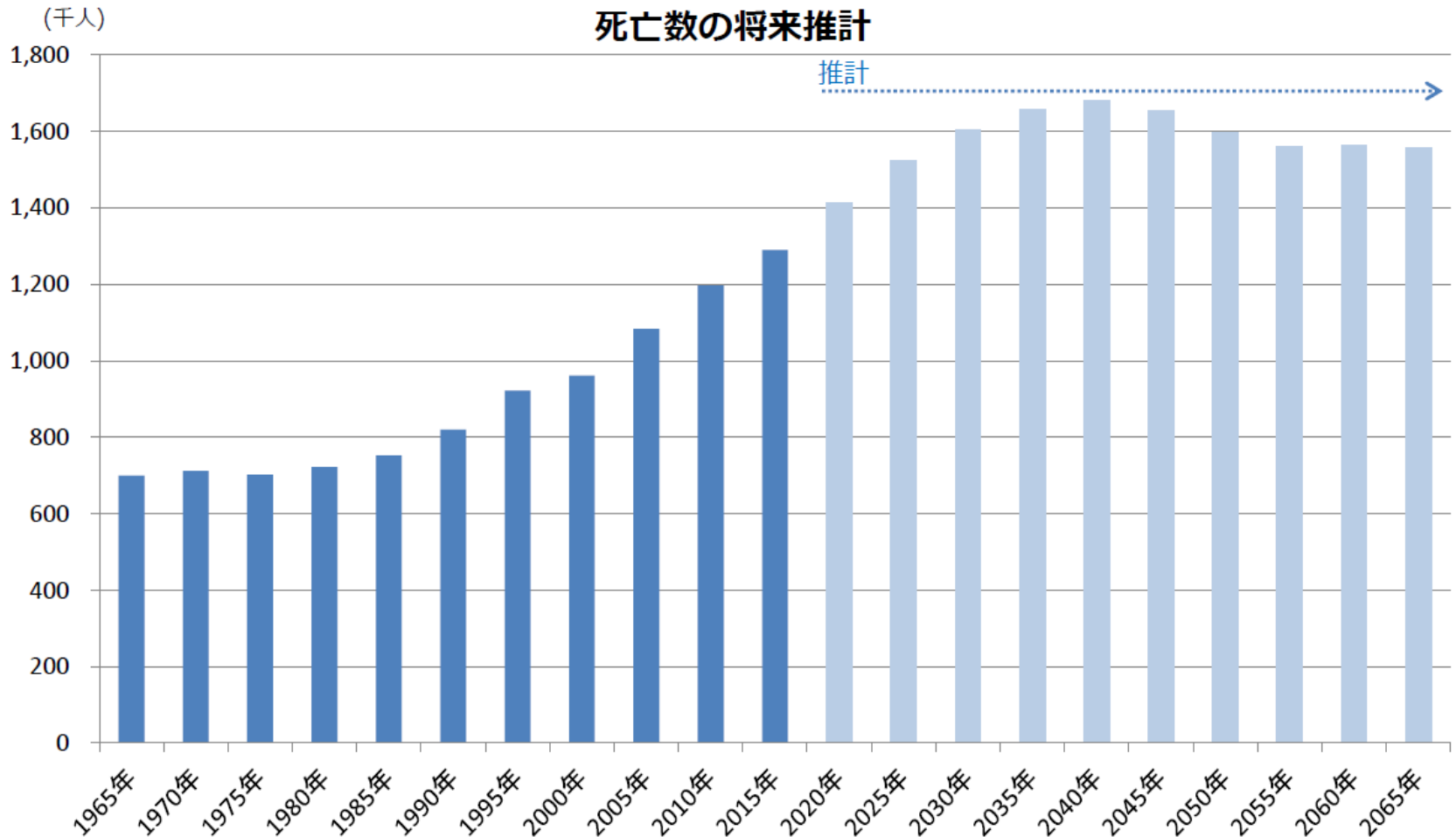
人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会
構成員名簿

(敬称略。五十音順)

氏名	所属・役職
岩田 太	上智大学法学部教授
内田 泰	一般社団法人共同通信社編集局生活報道部編集委員
金子 稚子	ライフ・ターミナル・ネットワーク代表
川平 敬子	宮崎市健康管理部医療介護連携課長補佐
木澤 義之	神戸大学医学部附属病院緩和支援治療科特命教授
木村 厚	全日本病院協会常任理事
熊谷 雅美	日本看護協会常任理事
権丈 善一	慶應義塾大学商学部教授
齊藤 克子	医療法人真正会副理事長
斎藤 幸枝	日本難病・疾病団体協議会常務理事
佐伯 仁志	東京大学法学部教授
清水 哲郎	岩手保健医療大学学長
鈴木 美穂	NPO 法人マギーズ東京共同代表理事
瀬戸 雅嗣	全国老人福祉施設協議会理事
高砂 裕子	南区医師会訪問看護ステーション管理者
早坂 由美子	北里大学病院トータルサポートセンター課長補佐
樋口 範雄	武蔵野大学法学部教授
紅谷 浩之	オレンジホームケアクリニック代表
松原 謙二	日本医師会副会長
横田 裕行	日本医科大学付属病院高度救命救急センターセンター長

死亡数の将来推計

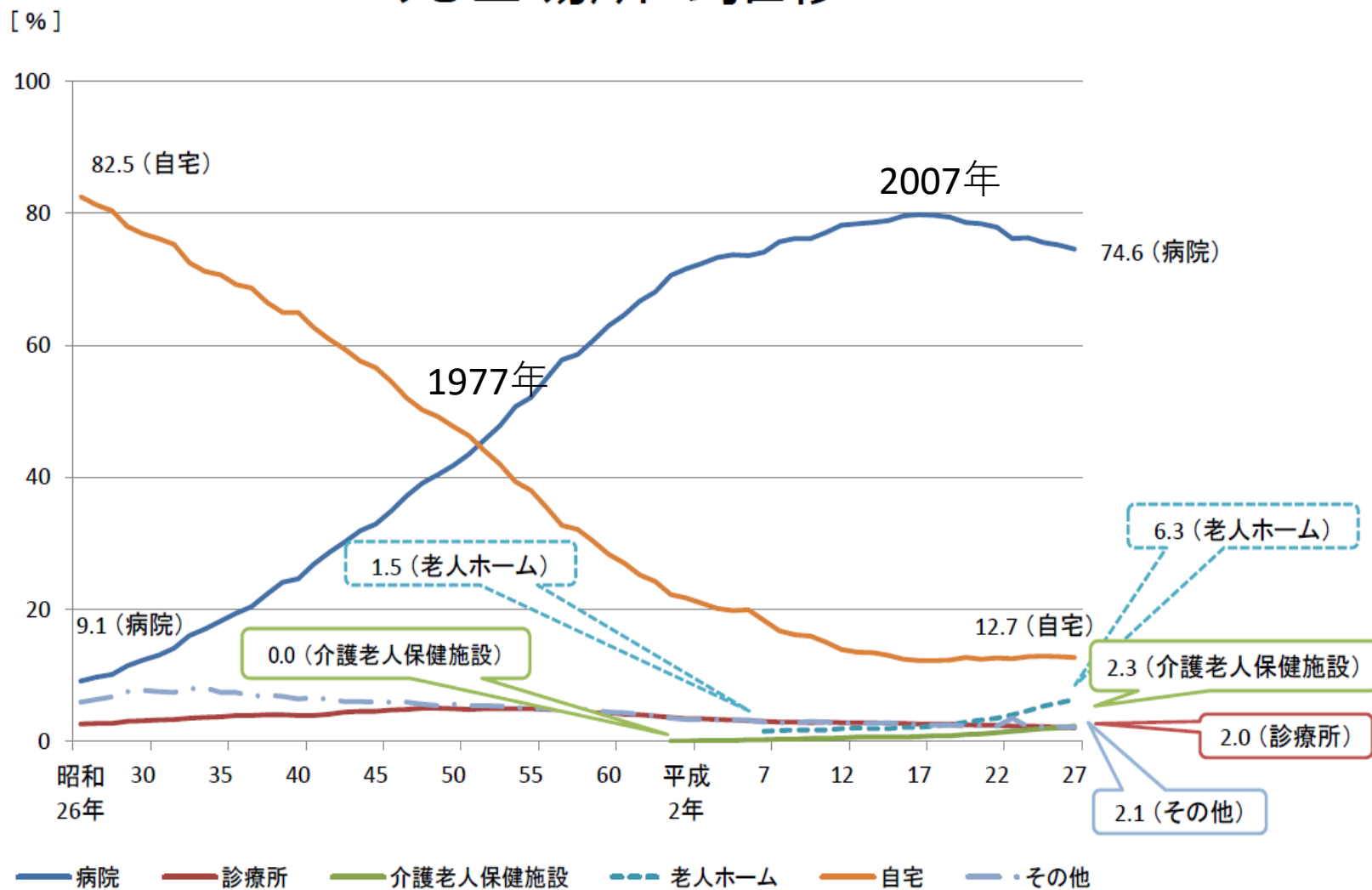
○ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約39万人/年の差が推計されている。



出典：2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）

2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

死亡場所の推移



※ 老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。
平成6年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれている。

資料：厚生労働省「人口動態統計」

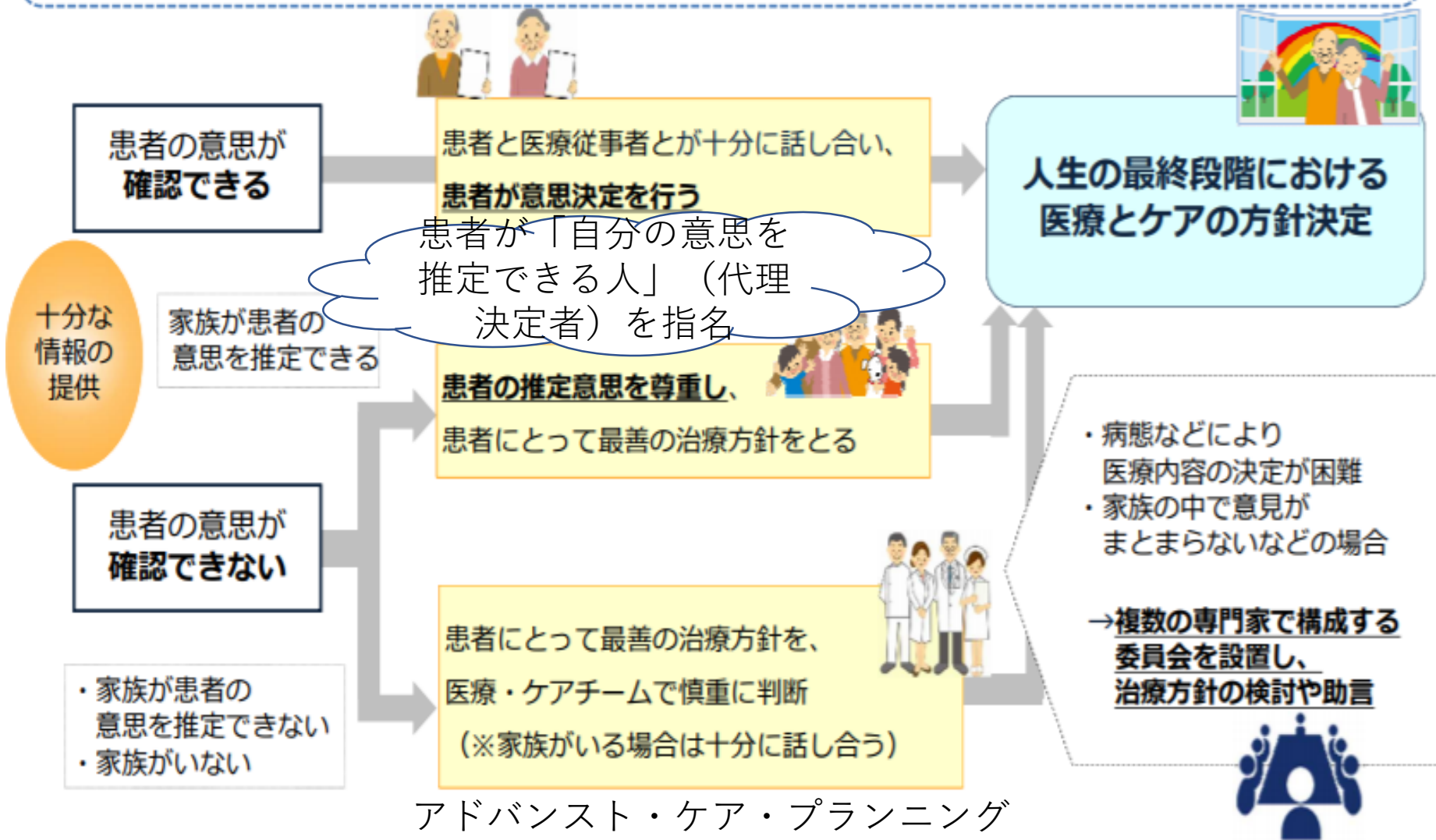
アドバンス・ケア・プランニング

Advance Care Planning(ACP) : 定義

- 今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス
 - 患者が望めば、家族や友人とともに行われる
 - 患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい。
 - ACPの話し合いは以下の内容を含む
 - ・ 患者本人の気がかりや意向
 - ・ 患者の価値観や目標
 - ・ 病状や予後の理解
 - ・ 治療や療養に関する意向や選好、その提供体制

<http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則



「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」
(座長、武蔵野大学法学部教授樋口範雄氏) 2017年度厚生労働省

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の必要性

- 患者本人が意思決定できなくなる事態に備えたACP（アドバンス・ケア・プランニング）が必要
- ACPは、「人生の最終段階の治療・療養について、患者本人・家族と医療従事者が予め話し合う」取り組み
- 話し合いを繰り返すことで、患者本人の直近の意思を共有でき、本人が急変して意思を自ら伝えられない状態になった場合でも、家族などが的確に意思を推定できる。

アドバンス・ケア・プランニング(ACP) に関する歴史的な経緯

歴史的変遷

- いずれも、意思表示が難しい状態になっても患者の意向を尊重した医療を行うことを目的としている

アドバンス・
ディレクティブ (AD)

代理決定者の決定

リビングウィル



アドバンス・
ケア・
プランニング
(ACP)



リビング・ウィル (日本尊厳死協会)

(2017年7月改訂版)

リビング・ウィル - Living Will

- 終末期医療における事前指示書 -

この指示書は、私の精神が健全な状態にある時に私自身の考えで書いたものであります。したがって、私の精神が健全な状態にある時に私自身が破棄するか、または撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。

私の傷病が、現代の医学では不治の状態であり、既に死が迫っていると診断された場合には、ただちに死期を引き延ばすための延命措置はお断りいたします。

ただしこの場合、私の苦痛を和らげるためには、麻薬などの適切な使用により十分な緩和医療を行ってください。

私が回復不能な遷延性意識障害（持続的植物状態）に陥った時は生命維持措置を取りやめてください。

以上、私の要望を忠実に果たして下さった方々に深く感謝申し上げますとともに、その方々が私の要望に従って下さった行為一切の責任は私自身にあることを付記いたします。

枠内は必ずお書きください	申込日	年	月	日
フリガナ 氏名 (自署)	男・女	年	月	日生
住所 □□□-□□□□	TEL 携帯	-	-	-

メールアドレス _____ @ _____

私が自分で、この指示書に署名したことを、以下の方が証明しました。

氏名 _____ あなたとの関係 () 連絡先 _____

私が自分で自分の意思を正常に伝えられない状態に陥った時は、以下の方に私の意思を確認してください。

氏名 _____ あなたとの関係 () 連絡先 _____

会員様が保管する文書です

私の希望表明書

私は、協会の発行「リビング・ウィル（終末期医療における事前指示書）」で、延命措置を受けたくないという意思をすでに表明しています。それに加えて、人生の最終段階を迎えた際に備え、私の思いや具体的な医療に対する要望をこの文書にしました。自分らしい最期を生きるための「私の希望」です。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 本人署名 _____

希望する項目にチェックを入れました。

- 最期を過ごしたい場所（一つだけ印をつけてください）
 自宅 病院 介護施設 分からない
 その他 ()
- 私が大切にしたいこと（複数に印をつけても構いません）
 できるだけ自立した生活をする 大切な人との時間を十分に持つこと
 弱った姿を他人に見せたくない 食事や排泄が自力でできること
 静かな環境で過ごすこと 回復の可能性があればあらゆる措置を受けたい
 その他 ()

※以下「3」と「4」は、署名者が「ただちに死期を引き延ばすための延命措置はお断りします」という表現では伝えきれない希望や、「止めてほしい延命措置」の具体的な中身を明確にするためのものです。

- 自分で食べることができなくなり、医師より回復不能と判断された時の栄養手段で希望すること（複数に印をつけても選ぶときはつけなくてもよいです。）
 経鼻チューブ栄養 中心静脈栄養 胃ろう 点滴による水分補給
 口から入るものを食べる分だけ食べさせてもらう
- 医師が回復不能と判断した時、私がして欲しくないこと（複数に印をつけても結構です。選ぶときはつけなくても結構です。）
 心肺蘇生 人工呼吸器 気管切開 人工透析 酸素吸入
 輸血 昇圧剤や強心剤 抗生物質 抗がん剤 点滴
- その他の希望

【用語の説明】
 ＊心臓蘇生：心臓マッサージ、気管挿管（口や鼻から気管に管を入れる）、電気的除細動、人工呼吸器の装着、昇圧剤の投与などの医療行為。
 ＊人工呼吸器：自力で十分な呼吸ができない状態の時に、肺に機械ポンプで空気を酸素を送り込む機器。マスク装着のみで行う場合もあるが、重症の際はチューブを口や鼻から入れる気管挿管を行う。1-2週間以上続ける場合は、のどに穴を開ける気管切開（喉仏の下から直接気管に管を入れる）をしてチューブを入れる。
 ＊胃ろうによる栄養補給：内視鏡を使い、局所麻酔で胃に管を通す手術を行う。その管を通して栄養を胃に直接注入すること。

(発行 一般財団法人 日本尊厳死協会)

The SUPPORT study

- 米国で行われた、9000名の患者を対象とし、アドバンスディレクティブを介入としたクラスターランダム化試験
- 介入：熟練した看護師が病状理解を確かめ、ADを聴取。その情報を医師に伝えた
- ICUの利用、DNR取得から死亡までの日数、疼痛、ADの遵守、医療コスト、患者・家族満足度に差異は見られなかった

ADが有効でなかった理由

- 患者が将来を予想すること自体が困難
 - 低いヘルスリテラシー、教育水準、重篤な病状
- その時点の選択が今も同じかわからない
- 代理決定者がその内容を知らない
- 代理決定者が、患者がなぜそのような判断をしたかがわからない
 - できるだけのことをしてほしい、と答える
- 実際の状況が複雑なために、ADの内容を医療・ケアの選択に活かさない

書類があっても役立たない？

ADからACPへ

- 患者—代理決定者—医療者が、患者の意向や大切なことをあらかじめ話し合うプロセスが重要
- プロセスを共有することで、患者がどう考えているかについて深く理解することができる
→複雑な状況に対応可能になる
- 価値感を理解し共有する

後期高齢者終末期相談支援料

- 「後期高齢者終末期相談支援料（200点）」
 - 2008年診療報酬改定でアドバンスド・ディレクティブが報酬評価項目となったことがある
 - 医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者に対して、患者の同意を得て、看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する」というものであった。
- 相談支援料は廃止
 - 「患者に、事実上の延命治療打ち切りを迫るものになりかねない」といった批判が続出し、あっけなくこの相談支援料は廃止されてしまう

アドバンス・ケア・プランニング
Advance Care Planning (ACP)

アドバンス・ディレクティブ（事前指示）

代理意思
決定者
の選定

リビング
ウィル

DNAR

DNAR: Do Not Attempt Resuscitate

アドバンス・ケア・プランニング

Advance Care Planning(ACP) : 定義

- 今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス
 - 患者が望めば、家族や友人とともに行われる
 - 患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい。
 - ACPの話し合いは以下の内容を含む
 - 患者本人の気がかりや意向
 - 患者の価値観や目標
 - 病状や予後の理解
 - 治療や療養に関する意向や選好、その提供体制

<http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

アドバンス・ケア・プランニング (ACP: Advance Care Planning)

- 年齢と病期にかかわらず、成人患者と、価値、人生の目標、将来の医療に関する望みを理解し共有し合うプロセスのこと
- ACPの目標は、重篤な疾患ならびに慢性疾患において、患者の価値や目標、選好を実際に受ける医療に反映させること
- 多くの患者にとって、このプロセスには自分が意思決定できなくなったときに備えて、信用できる人もしくは人々を選定しておくことを含む

ACPの分類

- 健康成人に対するACP
- 病気を持った患者に対するACP



健康成人に対するACP

- 意向は曖昧で、その度が変わり、遠い未来に対する仮の選択になる
- 不確実な判断、何をもたらすかわかっていない

Sudore RL, *J Health Commun* 2010

- どんな選択をしたか覚えていない
- 1 - 2年経つと違う選択をする

Wittink MN, *Arch Int Med* 2008

- Nursing homeの居住者のうち4割が5年間のうちに心肺蘇生に関する意向を変える Mukamel DB, *Med Care* 2013

- ADを書いてから死亡に至る時間が長い

- Nursing homeでも平均61ヶ月

Bischoff KE, *JAGS* 2013

早すぎても遅すぎても難しい

- 生命の危機に直面している患者には
 - 行われぬ Heyland DK, *JAMA Intern Med* 2013
 - 患者は話し合うことを避ける傾向（否認）
Evangelista LS, *J Palliat Med* 2012
 - 救急や死の前日などに短時間で行われる
Camhi SL, *Clit Care Med* 2009
 - 話し合いがされても、行われる医療行為をするかしないかに限られ、その背景にある価値観や目標が探索されない
 - 平均1分という調査もある
Anderson WG, *J Gen Int Med.* 2011

病気を持った人に対するACP

- 以下の状態にある患者に対する研究結果が蓄積されている
 - 予後が限られた患者
 - 慢性疾患を持つ患者
 - 人生の最終段階にある患者

どのような介入が求められるか

- 診断について話し合う
- 予後と治癒が可能かについて率直に話し合う
- 治療のゴールを話し合う
- 標準化された症状評価ツールに基づいて症状マネジメントする（ESASやMSAS）
- つらさの寒暖計などつらさを評価する
- 精神的評価とサポート
- 早期からのホスピスプログラムの関与（亡くなる3-6か月前にあらかじめ受診しておく）

ACPは質の高いEOLケアに必須 「エンドオブライフケア」

- 英国のGold Standard Framework
 - Advance Care Planning *first* for quality end-of-life care
- カナダやオーストラリアでも保健医療政策の中で重要なものと位置づけられる

ACPの効用

- ACPを行うと

- 患者の自己コントロール感が高まる

Morrison, J Am Geriatr Soc. 2005

- 死亡場所との関連（病院死の減少）

Degenholtz, Ann Intern Med. 2004

- 代理決定者-医師のコミュニケーションが改善

Teno J. JAGS 2007

- より患者の意向が尊重されたケアが実践され、患者と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少する

Detering K, BMJ 2010

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の実際

いつ、誰に、誰が行うのか？

早すぎても遅すぎても適切でない Goldilocks phenomenon

- 早すぎると不明確、不正確なものとなってしまう
- 遅すぎると、行われぬ
 - 患者の不安と否認
 - 医師の配慮、はなしにくさ
 - 直前に事務的に、もしくは家族のみに
- タイミングを逃さない実施が必要



ゴディロック現象

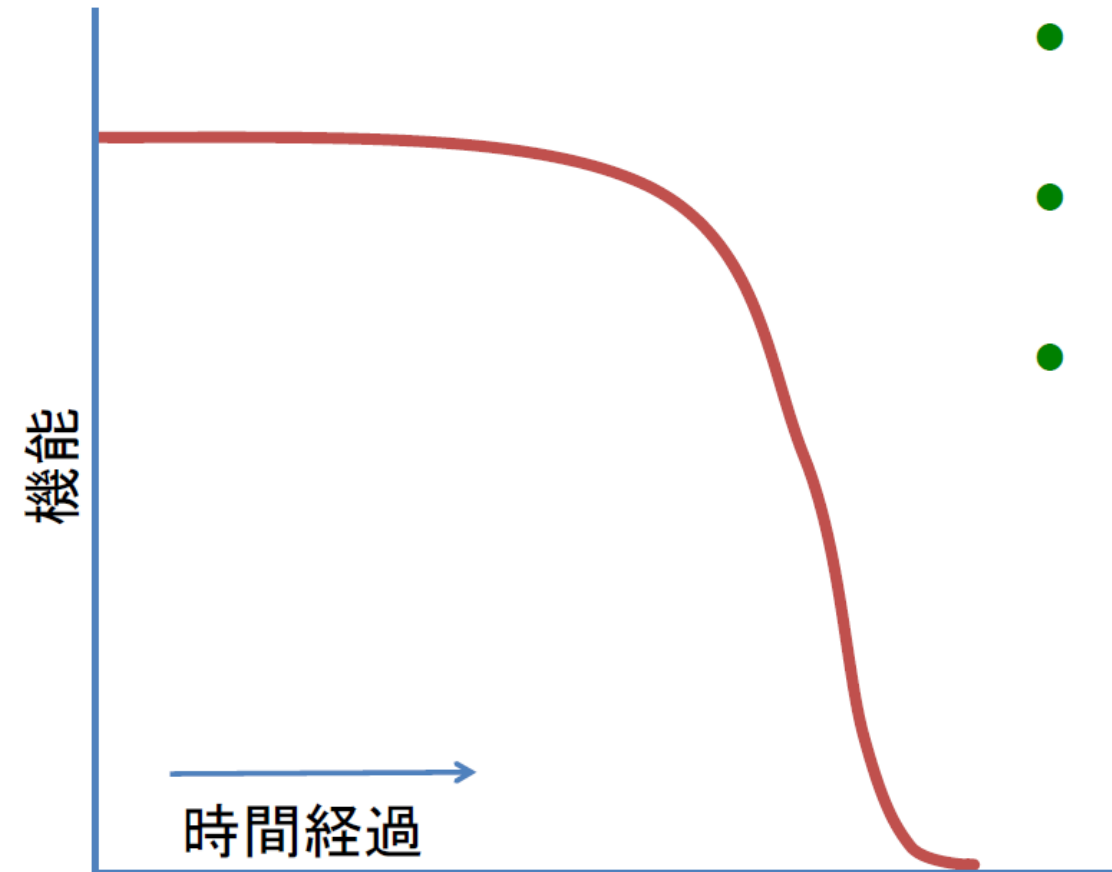
パパ熊のおかゆは too hot!! で
食べられず
ママ熊のおかゆは too cold で
食べられず
小熊のおかゆは just right だっ
たので、全部食べてしまう。



早すぎるACPは望んでいない

- 病状の悪化や大きな身体機能の低下があった時
- 治療の変更時
- 早すぎると利益より害が多い
- 複数に分けて、適切な時期に適切な話題を

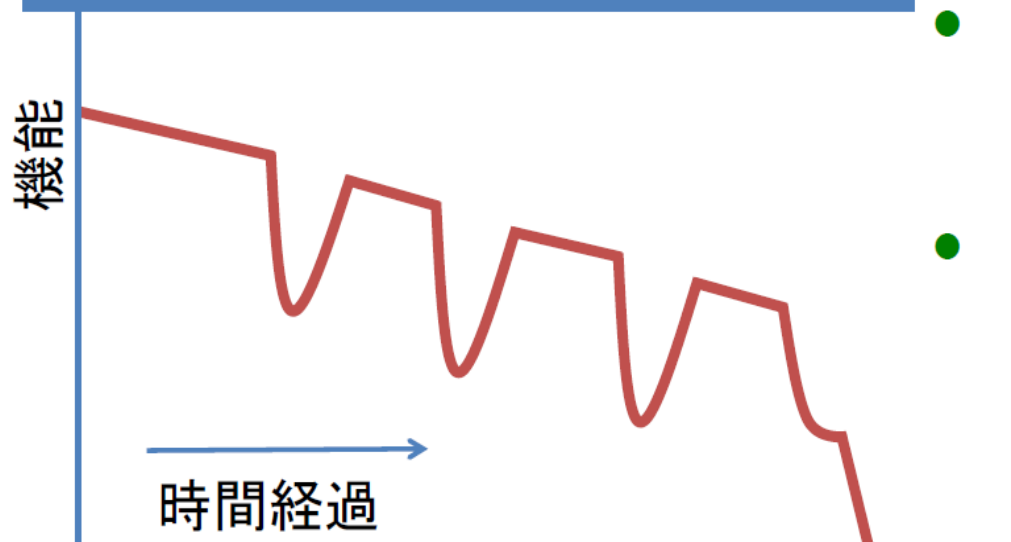
がんの疾患軌跡



- 全身の機能は比較的良好に保たれた期間が続く
- **死亡前1~2ヶ月で、急速に状態が悪化する**
- **予後の予測が比較的容易**

心不全（臓器不全）の疾患軌跡

終末期の判断が
難しい！



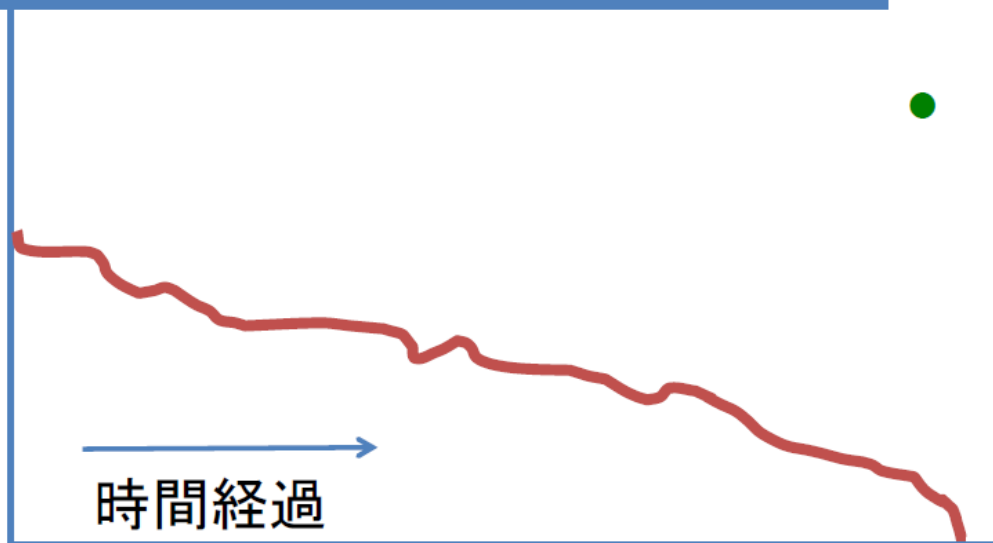
- 肺炎をはじめとした感染症の発症などによる**急激な悪化と改善を繰り返しながら**穏やかに状態が悪化する
- 急激な変化が起こったときに、それが**改善可能な変化であるのかどうかの判断が難しい**
- 死亡直前は比較的急速に変化する

認知症や加齢による衰弱の疾患軌跡

終末期の判断が
難しい！

- 全身の機能が低下した時間が長く続く
- 全体的にゆるやかな低下が続き、死亡まで機能が低下していく
- **そもそもいつからが終末期なのか不明確**

機能



どのような患者に緩和ケアを実施する？

この患者さんが1年以内に
亡くなったら驚きますか？



もし**驚かない**のなら
緩和ケアを開始したほうがよい

- スクリーニングツールとして

ツールを用いる 例) SPICTを利用する



Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)



The SPICT™ is a guide to identifying people at risk of deteriorating health and dying. Assess these people for unmet supportive and palliative care needs.

Look for two or more general indicators of deteriorating health.

- Performance status is poor or deteriorating (the person is in bed or a chair for 50% or more of the day); reversibility is limited.
- Dependent on others for most care needs due to physical and/or mental health problems.
- Two or more unplanned hospital admissions in the past 6 months.
- Significant weight loss (5-10%) over the past 3-6 months, and/ or a low body mass index.
- Persistent, troublesome symptoms despite optimal treatment of underlying condition(s).
- Patient asks for supportive and palliative care, or treatment withdrawal.

SPICT

- PSが低下、もしくは悪化傾向（50%以上をベッドもしくは椅子で過ごす）にあり回復が望めない
- 身体的・精神的問題で、ほぼ全ての日常生活に他者からの支援が必要
- この6ヶ月以内に2回以上、予定外入院の病歴がある
- 3-6ヶ月以内に5-10%の体重減少があるか、BMIが低い
- 基礎疾患に対する治療が行われているにもかかわらず、持続的に問題となる（つらい）症状がある
- 患者から支持療法、緩和ケア、もしくは治療中止の希望がある
 - この他、疾患別にクライテリアが用意されている

専門緩和ケアの紹介基準

ACPのタイミングと考えても良い

- 患者のニーズからみた基準
 - － 重度の身体症状（痛み、呼吸困難など。10段階で7-10）
 - － 重度の精神症状（抑うつ、不安など。10段階で7-10）
 - － 早く死なせてほしいと患者が求めた時
 - － スピリチュアル・実存的な危機にある時
 - － 意思決定支援、ケア計画の支援が必要な時
 - － 緩和ケアを受診したいと患者が求めた時
 - － せん妄がある時
 - － 脳転移・髄膜転移
 - － 脊髄圧迫・馬尾症候群
- 病期・病状からみた基準
 - － 予後が1年以内と推定される進行がん診断から3ヶ月以内
 - － 二次化学療法でPDと判断された進行がん患者

患者は医師とのACPをのぞむ

- 自分を最もよく知っている医師

Hancock K, *Palliat Med.* 2007.

Dow LA, *J Clin Oncol.* 2010.

- オンコロジスト

- 担当医

- 家庭医

ACPをどのように進めるか

- 医療従事者のトレーニング、特にCST
- 必要な患者を同定
- ACPについて切り出すタイミングを見極める
- 患者・家族と話し合いをすすめる
- チェックリストやマニュアルを活用する
- 重要な情報を電子カルテ等参照できるところに保存する
- 結果を評価する

概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

*Modified from Respecting Choices,
Sudora R, Ann Int Med 2010.*

一般的なルール…

- 礼儀正しく、丁寧に
- 患者・家族の防衛機制に応じて**侵襲的でない**コミュニケーションを
- 表情、動作に留意し空気を読む
- つらそうな反応や言動があったらそこで止める
- もしよろしければ～について伺いたいのですが
- もしも・・・万が一・・・

…一般的なルール…

- 相手の感情に留意
 - 表情、視線、しぐさ
- 感情に気づいたら、感情への対応を優先する
 - これをおろそかにすると、質の高いコミュニケーションは難しい
 - 時には時間の浪費になってしまうことさえある

…一般的なルール

- Hope for the best, Prepare for the worst.
 - まず患者・家族の希望や大切にしていることを尋ね、探索し、共感し、理解する
 - そのうえで、今後の病状の変化に備えて、もしもの時についての話を切り出す

Back AL, Arch Int Med 2007

- まず経験を尋ね
 - その内容を探索する

まとめ

- ACPは生命の危機がある疾患に直面している患者・家族のQOLを向上する有力な手段である
- 生命の危機に直面している患者・家族とACPを行うには以下のことが重要である
 - 非侵襲的なコミュニケーションを心がける
 - 感情に注目し、対応する
 - 代理意思決定者ととともにプロセスを共有する
 - 大切にしたいこと、してほしくないことを尋ねる
 - 患者にとっての最善を協働して探索する

市民へのACPの普及に関連する要因

市民啓発を行う意義

- UKでの調査：ACPについて話し合う機会の提供、男性、高齢、よい健康状態

Musa I, Seymour J. *Age Ageing*. 2015

- 家庭医を持っていること（OR 2.0）、ACPに関する知識があること（OR 2.0）

Morrison RS. *Arch Intern Med*. 2004

- ACPという言葉を知っていること、そしてその内容を知っていること

Tripken JL. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016

検討会の報告をもとに ガイドラインが公表

人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン

厚生労働省

改訂 平成30年3月

「人生の最終段階における医療」 の決定プロセスに関するガイドライン」 をご存知ですか？

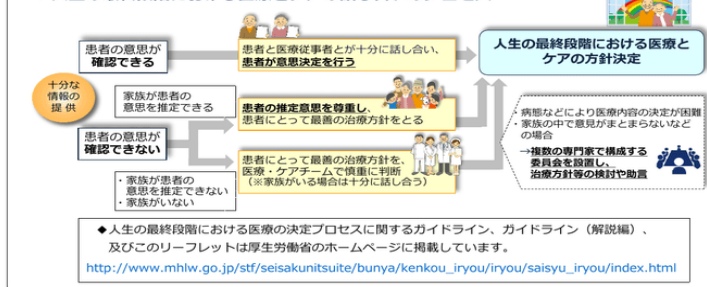
「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」とは？

人生の最終段階を迎えた患者や家族と、医師をはじめとする医療従事者が、患者にとって最善の医療とケアを作り上げるためのプロセスを示すガイドラインです。

▶ 人生の最終段階における医療とケアのあり方

- ① 医師など医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本とした上で、人生の最終段階における医療を進めることが最も重要な原則である。
- ② 「人生の最終段階における医療」における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止などは、多専門職種医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り痛みやその他の不快な症状を十分に緩和し、患者や家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療とケアを行うことが必要である。

▶ 人生の最終段階における医療とケアの話し合いのプロセス



「人生の最終段階における医療」の表記について

厚生労働省では、従来「終末期医療」と表記していたものについて、広報などで可能なものから、「人生の最終段階における医療」と表記します。これは、最後まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指すことが重要であるとの考え方によるものです。

「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」
に変わります

2018年診療報酬改定と 新ガイドライン

- 評価された入院基本料
 - 「療養病棟入院基本料」
 - 「地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1、3」
- 訪問診療料
 - 「在宅患者訪問診療料」の「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」など
- 要件
 - 「ターミナルケアの実施については、ガイドライン等の内容を踏まえ、患者本人およびその家族等と話し合いを行い、患者本人・家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること」

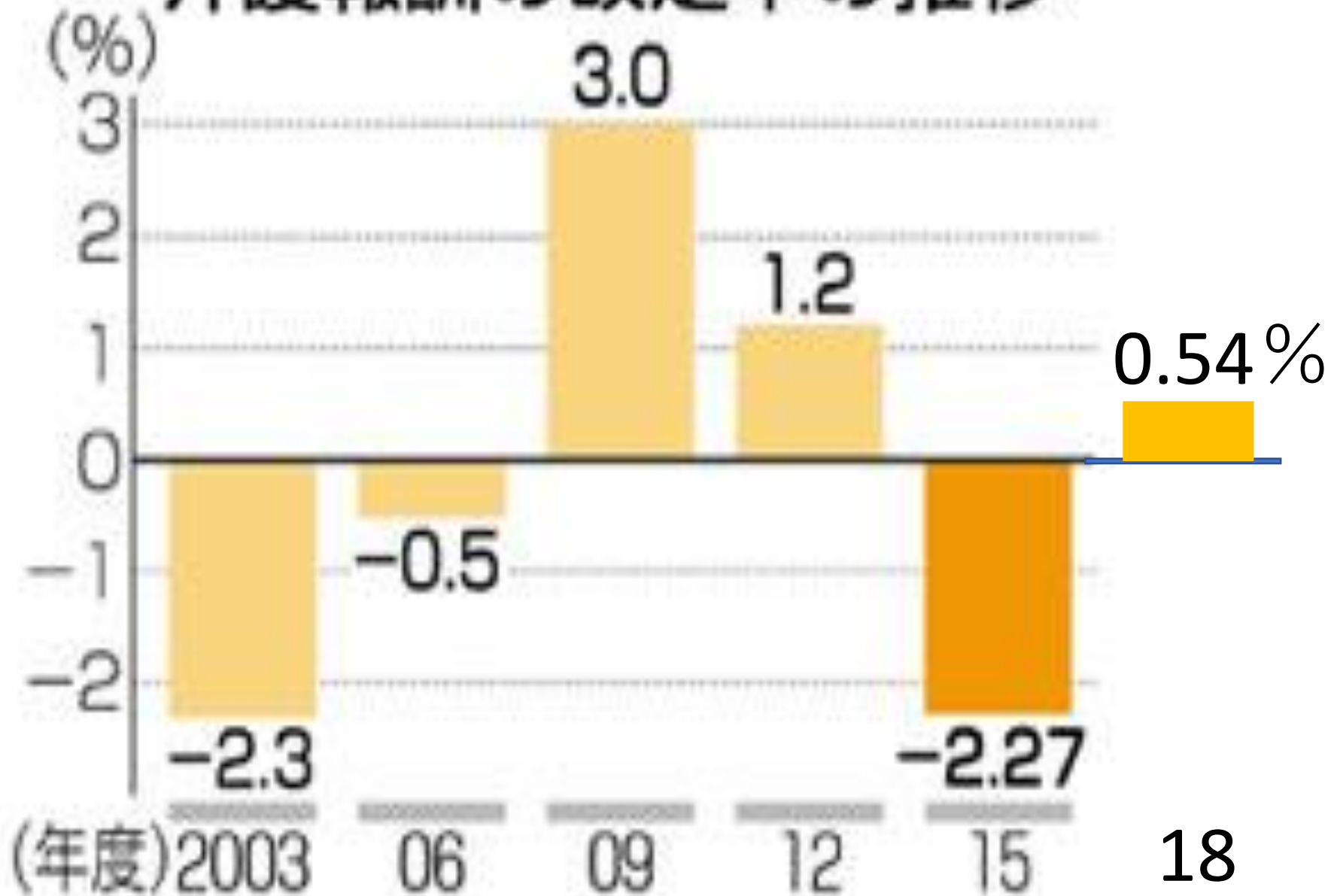
パート4

2018年介護報酬改定



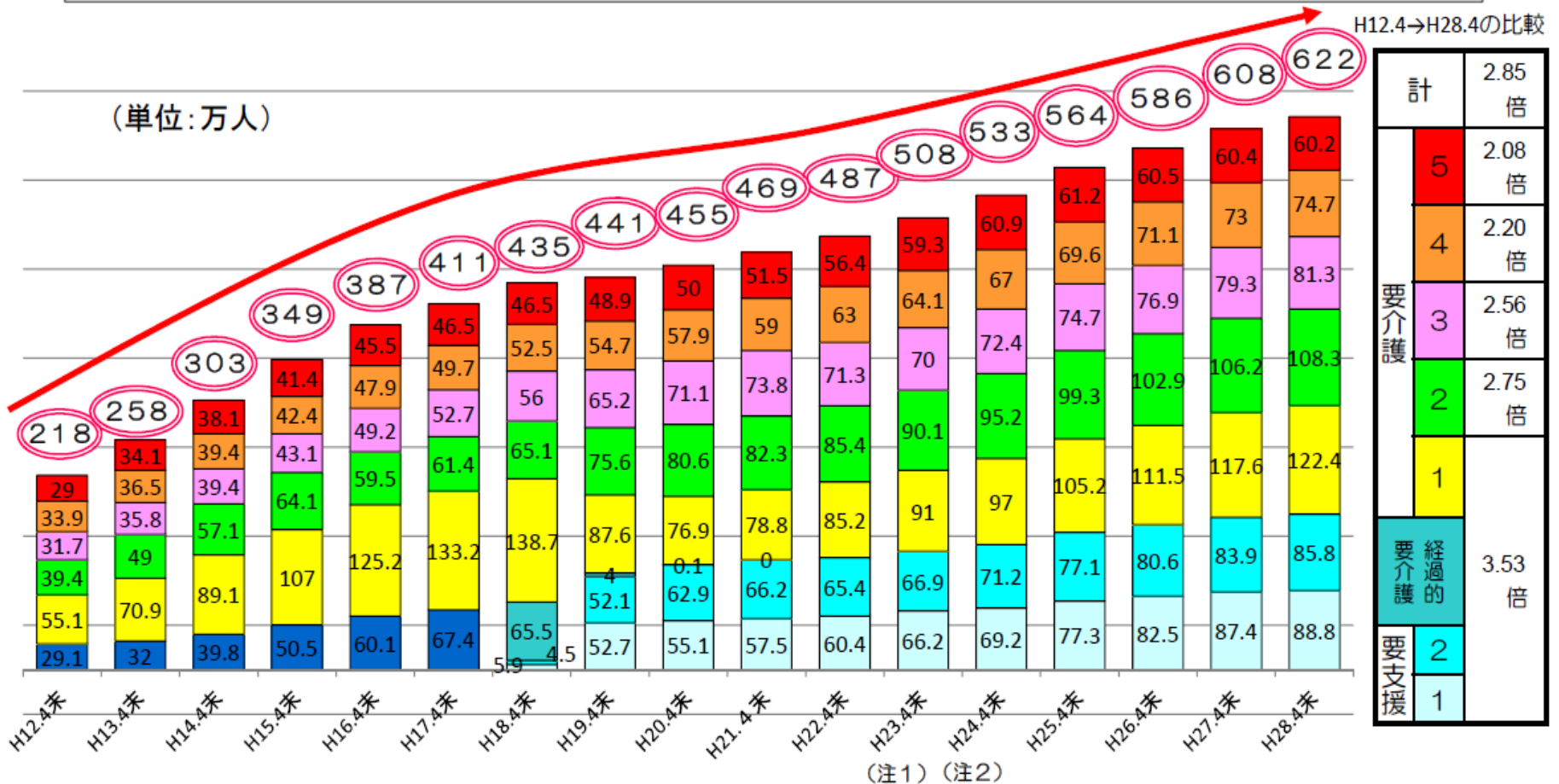
社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

介護報酬の改定率の推移



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。

平成30年度介護報酬改定の概要

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定

改定率：**+0.54%**

I 地域包括ケアシステムの推進

- 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

III 多様な人材の確保と生産性の向上

- 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

- 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

I-① 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応（その2）

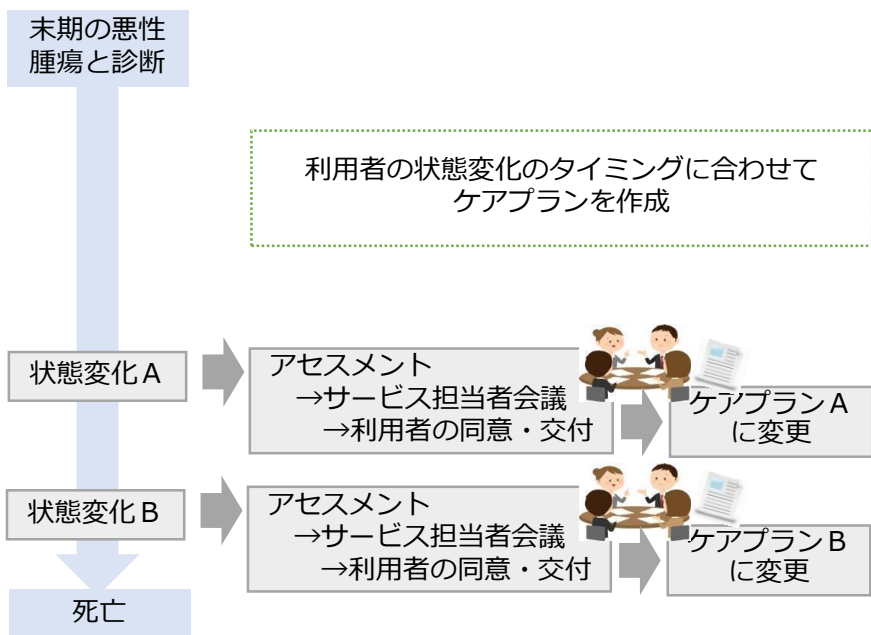
- ターミナル期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。

居宅介護支援

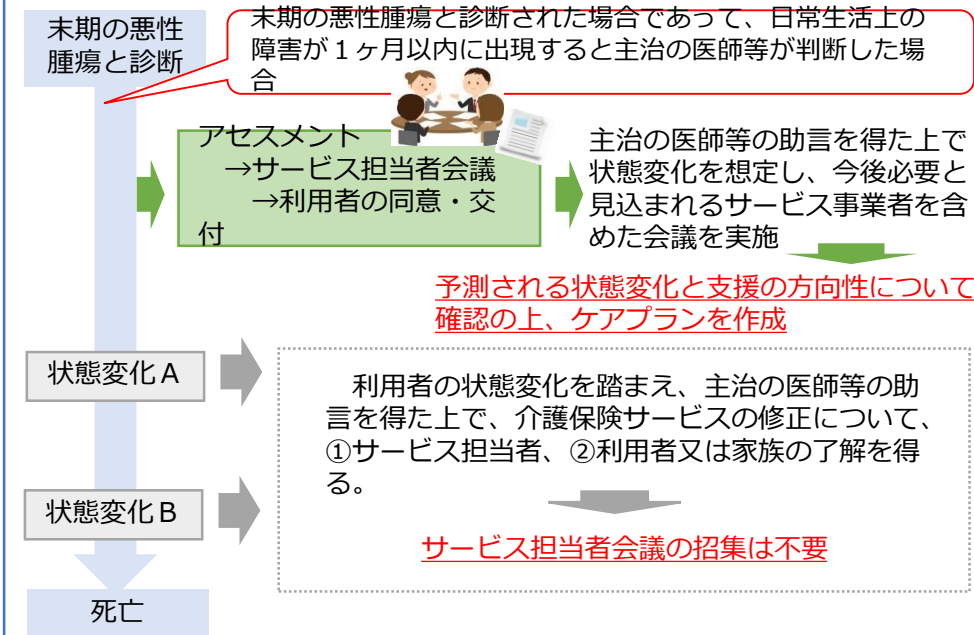
- 著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。
- 末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

ターミナルケアマネジメント加算 **400単位/月（新設）**

現行



改定後（以下の方法も可能とする）



通常より頻回になる訪問、状態変化やサービス変更の必要性の把握、支援等を新たな加算で評価

I - ② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進（その1）

- 医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業所について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

居宅介護支援

- 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価する。

<現行>

- 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月
 - ・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供
- 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月
 - ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

<改定後>

- 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月
 - ・入院後**3日以内**に情報提供（提供方法は問わない）
- 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月
 - ・入院後**7日以内**に情報提供（提供方法は問わない）

- 退院・退所加算について、退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価するとともに、医療機関等との連携回数に応じた評価とする。加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。

<現行>退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	300単位	300単位
連携2回	600単位	600単位
連携3回	×	900単位

<改定後>退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

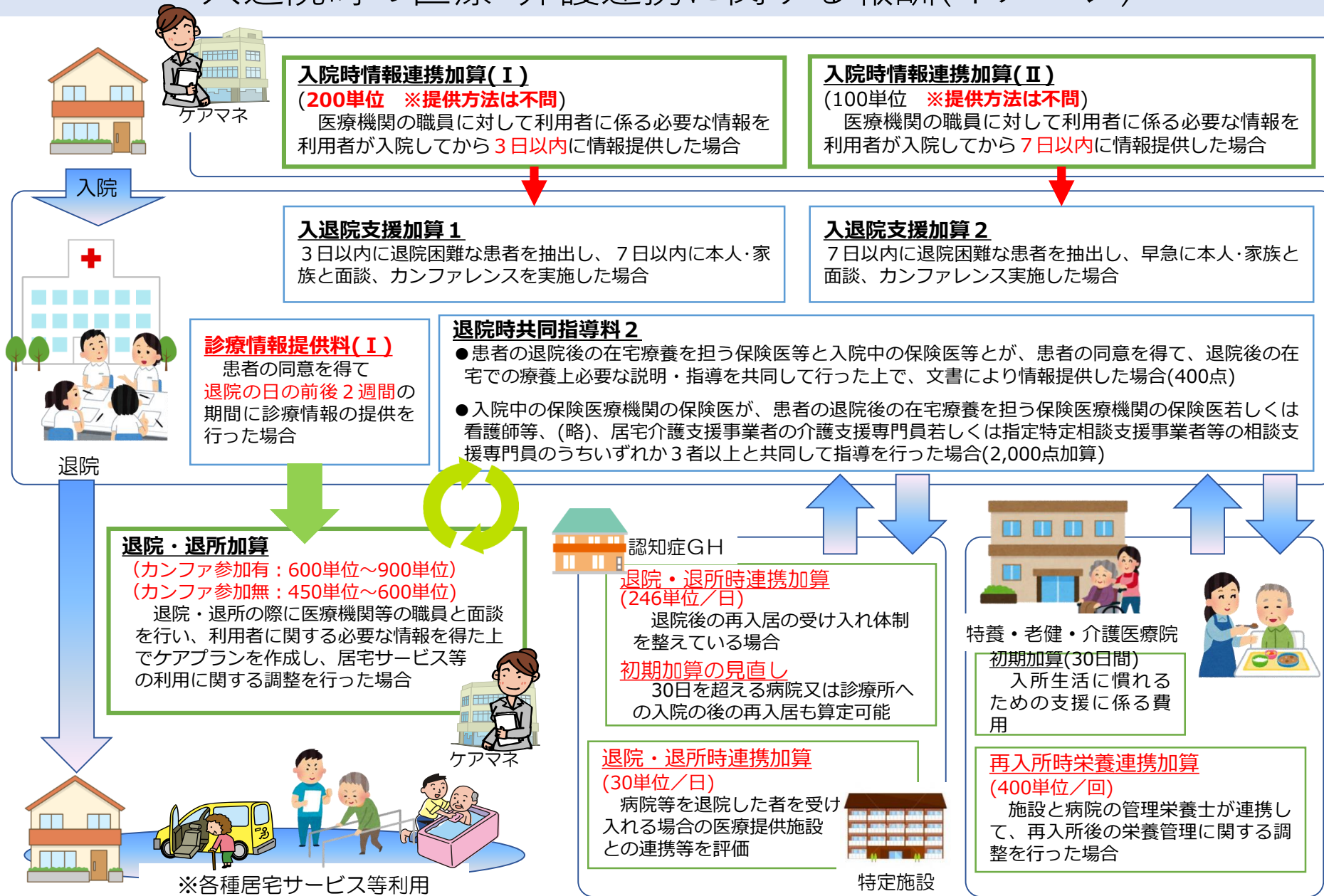
- 特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所（※）を更に評価する。（平成31年度から施行）

特定事業所加算（Ⅳ） 125単位／月（新設）

※ 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定している事業所

- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

入退院時の医療・介護連携に関する報酬(イメージ)



Ⅱ－③ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進（その1）

- 訪問介護、通所介護、特別養護老人ホーム等において、通所リハ事業所等のリハビリ専門職等と連携して作成した計画に基づく介護を評価する。

訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護

- 訪問介護の生活機能向上連携加算について、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設のリハビリテーション専門職や医師が訪問して行う場合についても評価するとともに、評価を充実する（**生活機能向上連携加算(Ⅱ)**）。
- 加えて、リハビリテーション専門職等が利用者宅を訪問することが難しい場合においても、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、
 - ・ 外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職等からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けられる体制を構築し、助言を受けた上で、訪問介護計画を作成すること
 - ・ 当該リハビリテーション専門職等は、通所リハ等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うことを評価する（**生活機能向上連携加算(Ⅰ)**）。

<現行>

生活機能向上連携加算 100単位／月

緩和

<改定後>

生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位／月（新設）
生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位／月

充実

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護に、見直し後の訪問介護と同様の生活機能向上連携加算を創設する。

生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位／月（新設）

生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位／月（新設）

通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設

- 外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職や医師が通所介護事業所等を訪問し、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画等を作成することを評価する。

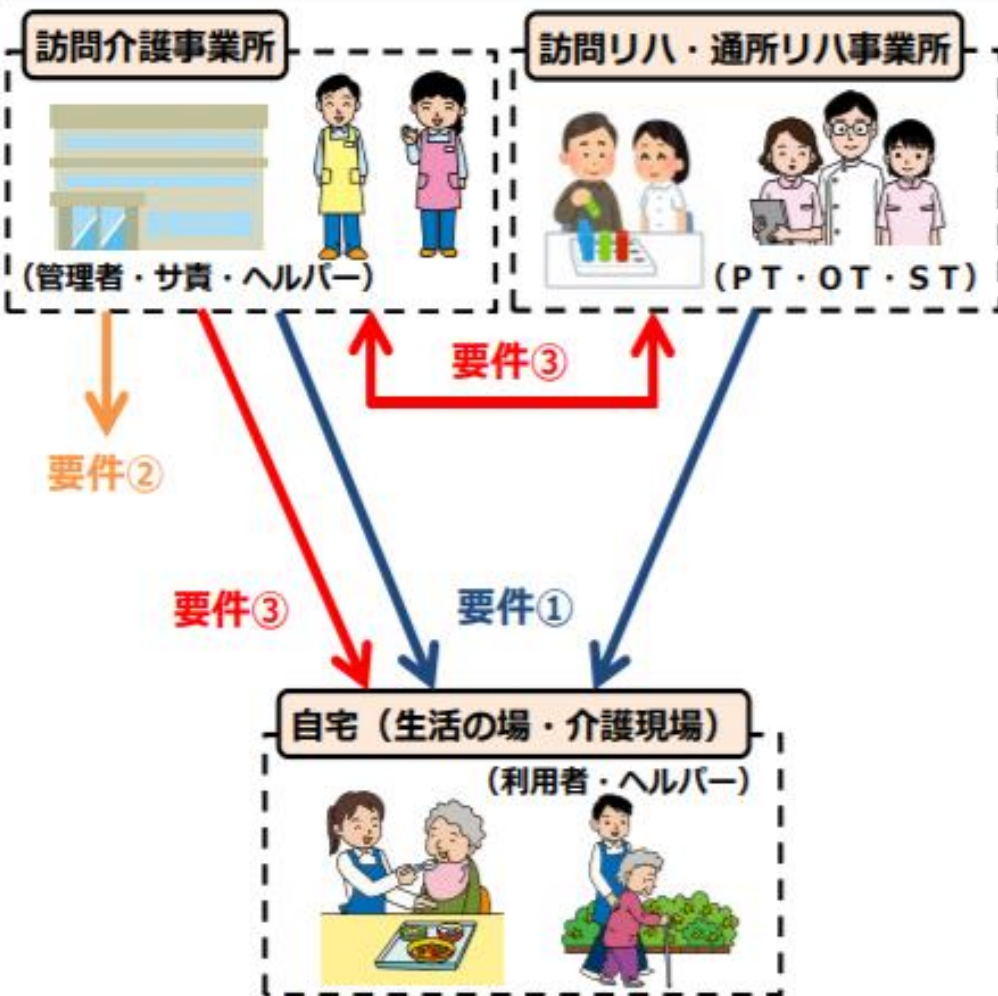
生活機能向上連携加算 200単位／月（新設）

※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位／月

生活機能向上連携加算の算定要件【現行】

○ 自立支援型のサービスの提供を促進し、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問・通所リハビリテーション事業所の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問・通所リハビリテーションの一環として利用者の自宅を訪問する際に、サービス提供責任者が同行する等により共同して行ったアセスメント結果に基づき訪問介護計画を策定した場合であって、理学療法士等と連携して訪問介護を行ったときに、最初の訪問介護を行った月以降3月の間で100単位を加算するもの。

※ 3月の間に利用者に対する訪問リハ又は通所リハの提供が終了した場合であっても、3月間は本加算の算定が可能である。



(要件①)

- 身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同して行うこと
- ・サ責とPT等と一緒に自宅を訪問する」又は「それぞれが訪問した上で協働してカンファレンス（サービス担当者会議を除く）を行う」

(要件②)

- サ責が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成すること
- (例) 達成目標：「自宅のポータブルトイレを一日一回以上利用する（一月目、二月目の目標として座位の保持時間）」
- (一月目) 訪問介護員等は週二回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が五分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守り及び付き添いを行う。
- (二月目) ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。
- (三月目) ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う（訪問介護員等は、指定訪問介護提供時以外のポータブルトイレの利用状況等について確認を行う。）。

(要件③)

- 各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び訪問リハ又は通所リハのPT等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、PT等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと

○生活機能向上連携加算（I）

・訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けられる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）すること

・当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うこと

Ⅱ－③ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進（その2）

- 訪問介護の身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」を明確化するとともに、身体介護に重点を置くなど、身体介護・生活援助の報酬にメリハリをつける。



訪問介護

【「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化】

- 訪問介護の自立支援の機能を高める観点から、身体介護と生活援助の内容を規定している通知（老計第10号（訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について））について、身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」を明確化する。

【身体介護と生活援助の報酬】

- 自立支援・重度化防止に資する訪問介護を推進・評価する観点から、訪問介護事業所の経営実態を踏まえた上で、身体介護に重点を置くなど、身体介護・生活援助の報酬にメリハリをつける。

		<現行>		<改定後>
身体介護中心型	20分未満	165単位		165単位
	20分以上30分未満	245単位		248単位
	30分以上1時間未満	388単位		394単位
	1時間以上1時間30分未満	564単位		575単位
	以降30分を増すごとに算定	80単位		83単位
生活援助中心型	20分以上45分未満	183単位		181単位
	45分以上	225単位		223単位

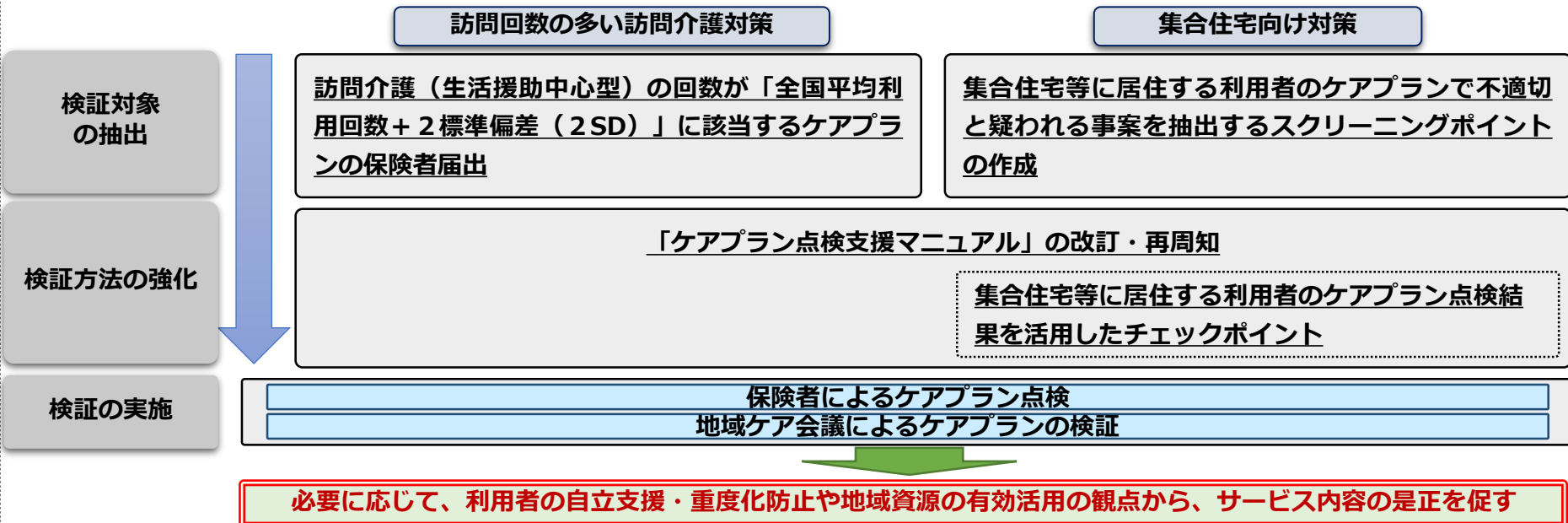
Ⅱ－③ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進（その3）

- 統計的に見て通常のケアプランとかけ離れた回数(※)の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、ケアマネジャーは市町村にケアプランを届け出ることとする。市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行い、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。 ※ 「全国平均利用回数+2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、10月から施行。

訪問介護、居宅介護支援

- 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。
- 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。

【イメージ図】 ケアプランの適正化に向けた対策の強化



⑥訪問回数が多い利用者への対応

ア 訪問回数が多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数(※)の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。【省令改正】

(※)「全国平均利用回数+2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、6ヶ月の周知期間を設けて10月から施行する。

イ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。【省令改正】

訪問介護における自立支援・重度化防止に資するサービスの推進・評価

①身体介護・生活援助の報酬にメリハリ

	現行		改定後
身体介護中心型			
20分未満	165単位	⇒	165単位
20分以上30分未満	245単位	⇒	248単位
30分以上1時間未満	388単位	⇒	394単位
1時間以上1時間30分未満	564単位	⇒	575単位
以降30分を増すごとに算定	80単位	⇒	83単位
生活援助加算	67単位	⇒	66単位
生活援助中心型			
20分以上45分未満	183単位	⇒	181単位
45分以上	225単位	⇒	223単位

②生活機能向上連携加算の見直し

- 生活機能向上連携加算(I) 100単位/月(新設:理学療法士等の自宅訪問は不要)
- 生活機能向上連携加算(II) 200単位/月(現行の生活機能向上連携加算(100単位)の充実)
 - ⇒ 連携対象として、リハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師を追加
 - ⇒ (I)は以下の取組を定期的(原則3月毎)に行うことを評価(初回月のみ算定)
 - ・ 理学療法士等(範囲は(II)と同じ)からの助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成(変更)すること
 - ・ なお、当該理学療法士等は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと

③「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化

- ⇒ **訪問介護の自立支援の機能を高める観点から**、身体介護と生活援助の内容を規定している通知(老計第10号(訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について))について、**身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」を明確化**する。

④訪問回数が多い利用者への対応(H30.10施行)

- ⇒ **利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から**、ケアマネジャーが、**統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。**
- ⇒ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また**市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。**

自立支援・重度化防止に資する訪問介護を推進・評価

自宅(生活の場・介護現場)

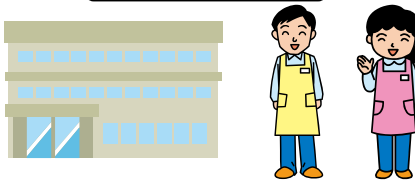
(利用者・ヘルパー)



自立支援・
重度化防止
に資する
訪問介護

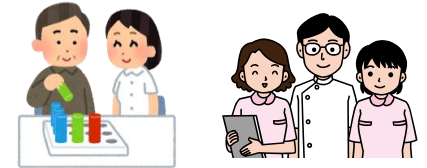
訪問介護事業所

(管理者・サ責・ヘルパー)



訪問リハ・通所リハ事業所・ リハを実施する医療提供施設

(PT・OT・ST・医師)



連携
(必要に応じて)

Ⅱ－④ 通所介護への心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入

- 通所介護事業所において、自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADL（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合を新たに評価する。

通所介護

- 以下の要件を満たす通所介護事業所の利用者全員について、評価期間（前々年度の1月から12月までの1年間）終了後の4月から3月までの1年間、新たな加算の算定を認める。
- 評価期間に連続して6月以上利用した期間（注1）（以下、評価対象利用期間）のある要介護者（注2）の集団について、以下の要件を満たすこと。
 - ① 総数が20名以上であること
 - ② ①について、以下の要件を満たすこと。
 - a 評価対象利用期間中の最初の月において要介護度が3、4または5である利用者が15%以上含まれること
 - b 評価対象利用期間の最初の月の時点で、初回の要介護・要支援認定があった月から起算して12月以内であった者が15%以下であること。
 - c 評価対象利用期間の最初の月と、当該最初の月から起算して6月目に、事業所の機能訓練指導員がBarthel Index（注3）を測定しており、その結果がそれぞれの月に報告されている者が90%以上であること
 - d cの要件を満たす者のうちBI利得（注4）が上位85%（注5）の者について、各々のBI利得が0より大きければ1、0より小さければ-1、0ならば0として合計したものが、0以上であること。

注1 複数ある場合には最初の月が最も早いもの。

注2 評価対象利用期間中、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の通所介護費の算定回数を上回るものに限る。

注3 ADLの評価にあたり、食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの計10項目を5点刻みで点数化し、その合計点を100点満点として評価するもの。

注4 最初の月のBarthel Indexを「事前BI」、6月目のBarthel Indexを「事後BI」、事後BIから事前BIを控除したものを「BI利得」という。

注5 端数切り上げ

ADL維持等加算（Ⅰ） **3単位／月（新設）**

- また、上記の要件を満たした通所介護事業所において、評価期間の終了後にもBarthel Indexを測定、報告した場合、より高い評価を行う。（（Ⅰ）（Ⅱ）は各月でいずれか一方のみ算定可。）

ADL維持等加算（Ⅱ） **6単位／月（新設）**

医療と介護のクロスロード to 2025

- **2月20日緊急出版！**
- 2018年同時改定の「十字路」から2025年へと続く「道」を示す！
- 医学通信社から
2018年2月出版予定

本体価格 1,500円 + 税

アマゾンの医療倫理
の項目で瞬間風速で
第一位！



今日のまとめ

- ・ 入院基本料が大きく見直された
- ・ 入院前から始まる入退院支援
- ・ アドバンスド・ケア・プランニングを普及させよう
- ・ ACPのポイントは本人意思・選好の尊重と
チーム医療による繰り返しの話し合い
- ・ 同時改定は医療と介護の連携が強調

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