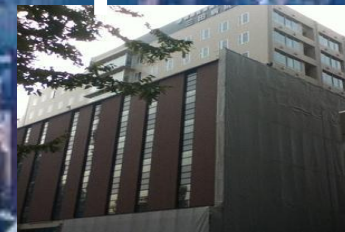


# 医療と介護のクロスロード

～同時改定と老健～



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



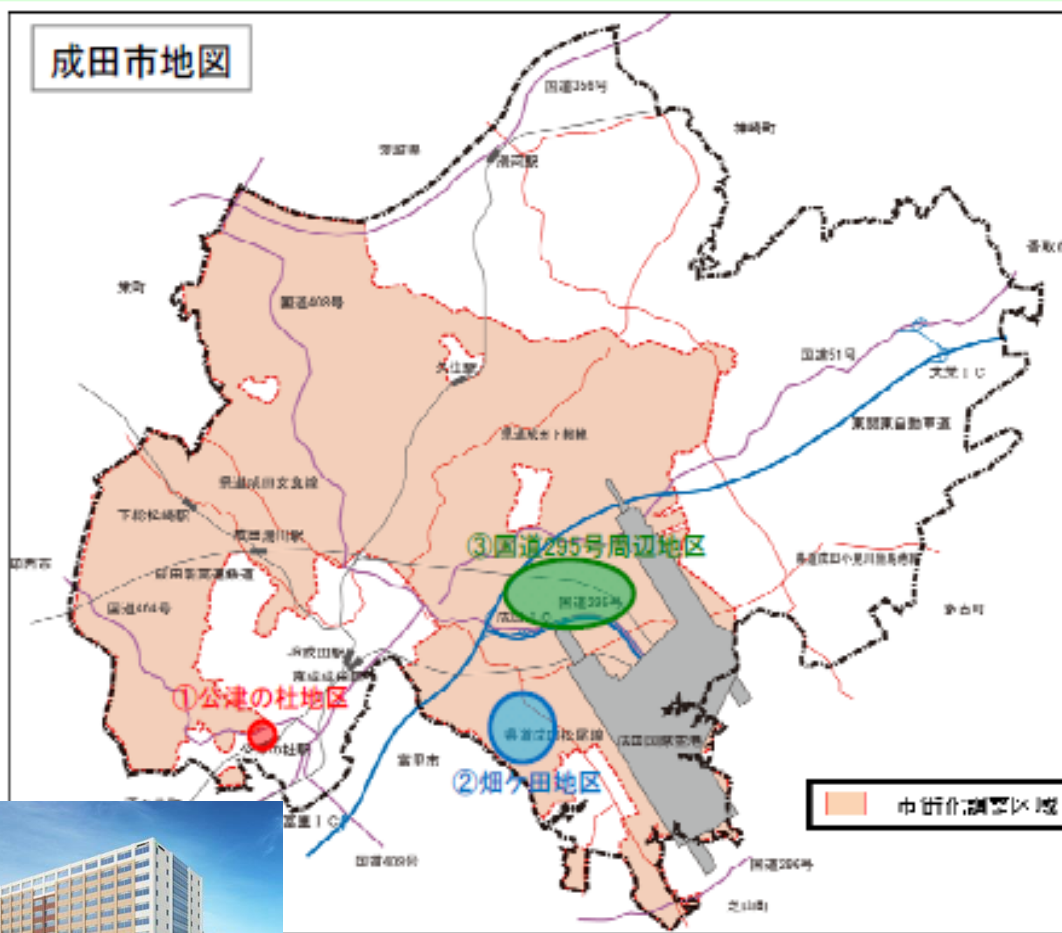
JCI認証取得



# 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



2017年4月医学部開講





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
  - 介護報酬改定と介護医療院
- パート 4
  - 老人保健施設の現状と同時改定





# パート1

## 同時改定と改定率







# 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

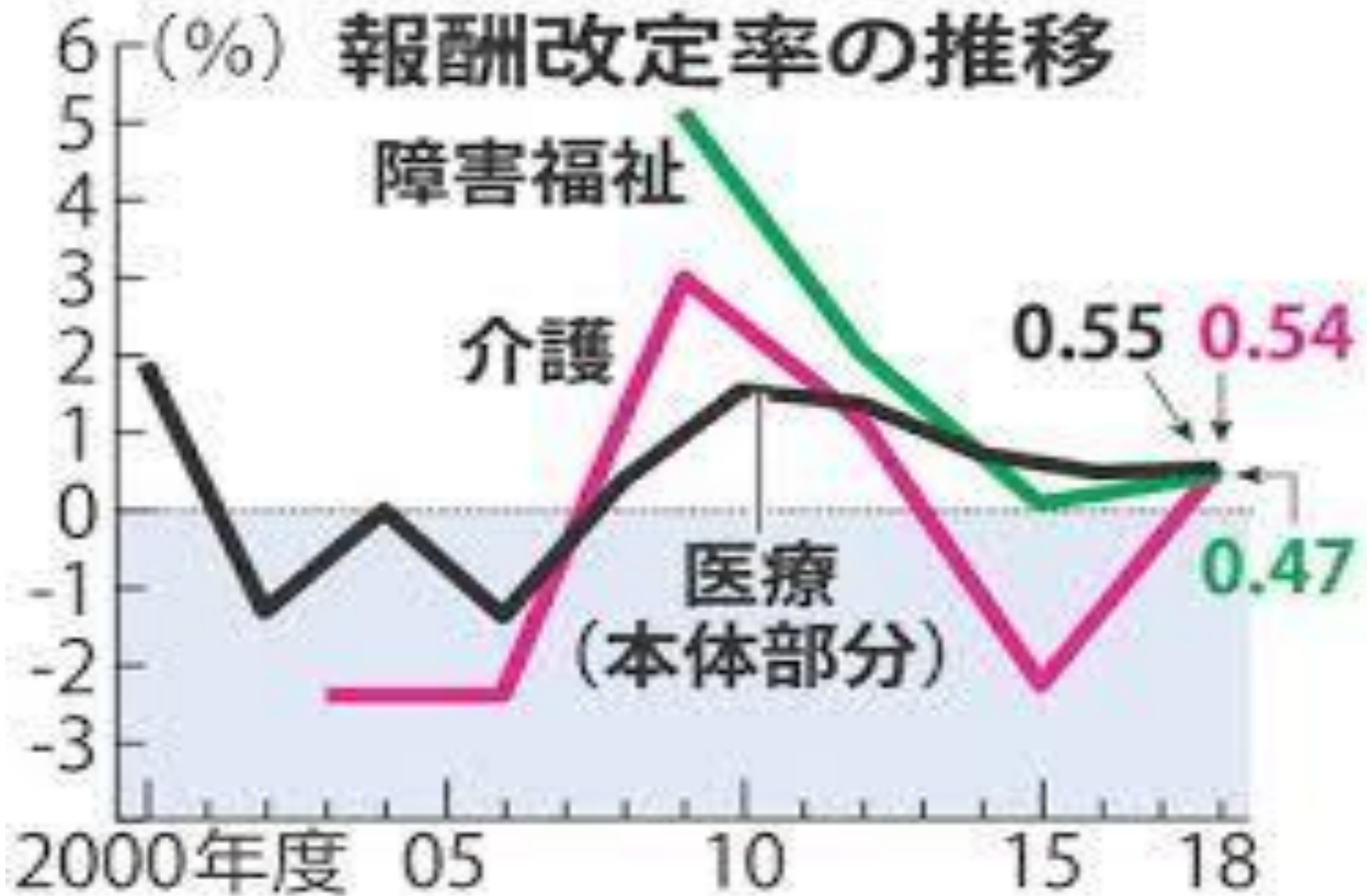
▲ 0.09%

ネット  
1.19%  
マイナス

なお、上記のほか、いわゆる大型門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）

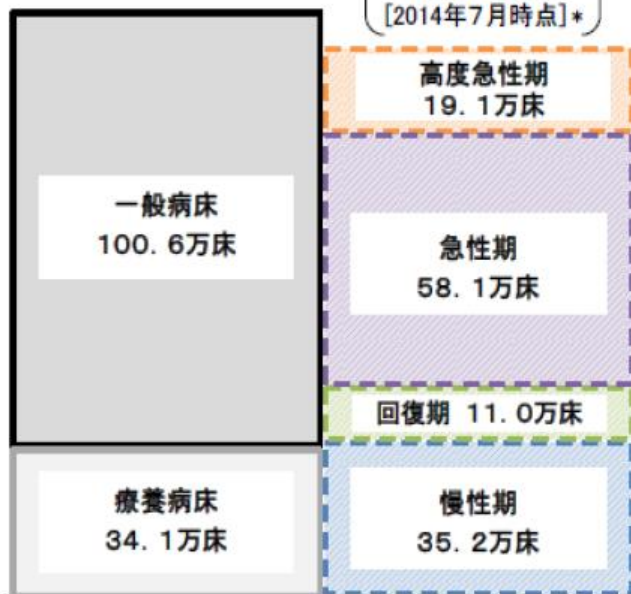
# 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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 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
いげばた 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

# 2018年改定と入院医療 4つのポイント

ポイント① 7対1入院医療の見直し

ポイント② 地域包括ケア病棟

ポイント③ 回復期リハビリテーション病棟

ポイント④ 在宅復帰率の見直し



# 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

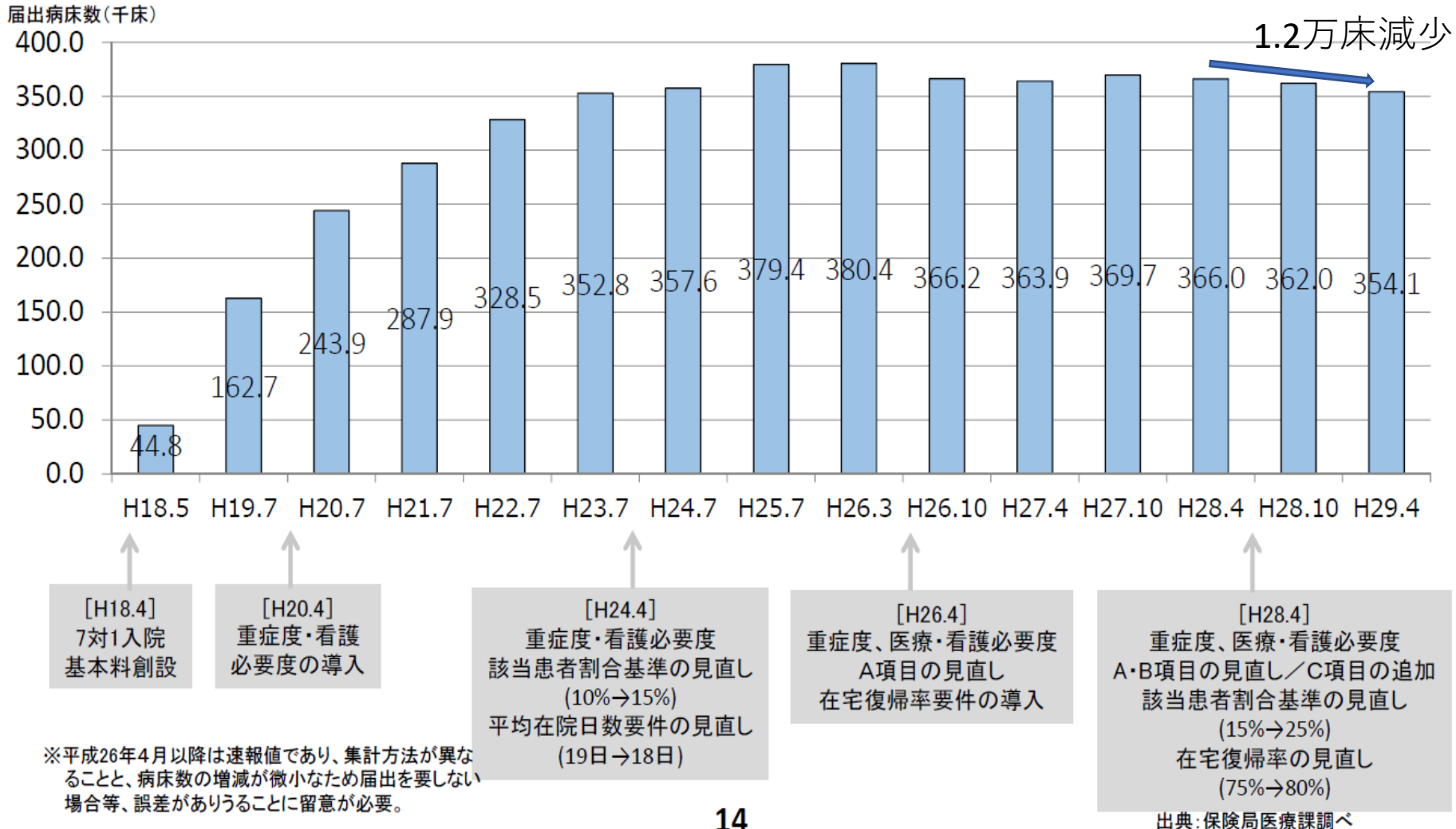
又は

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

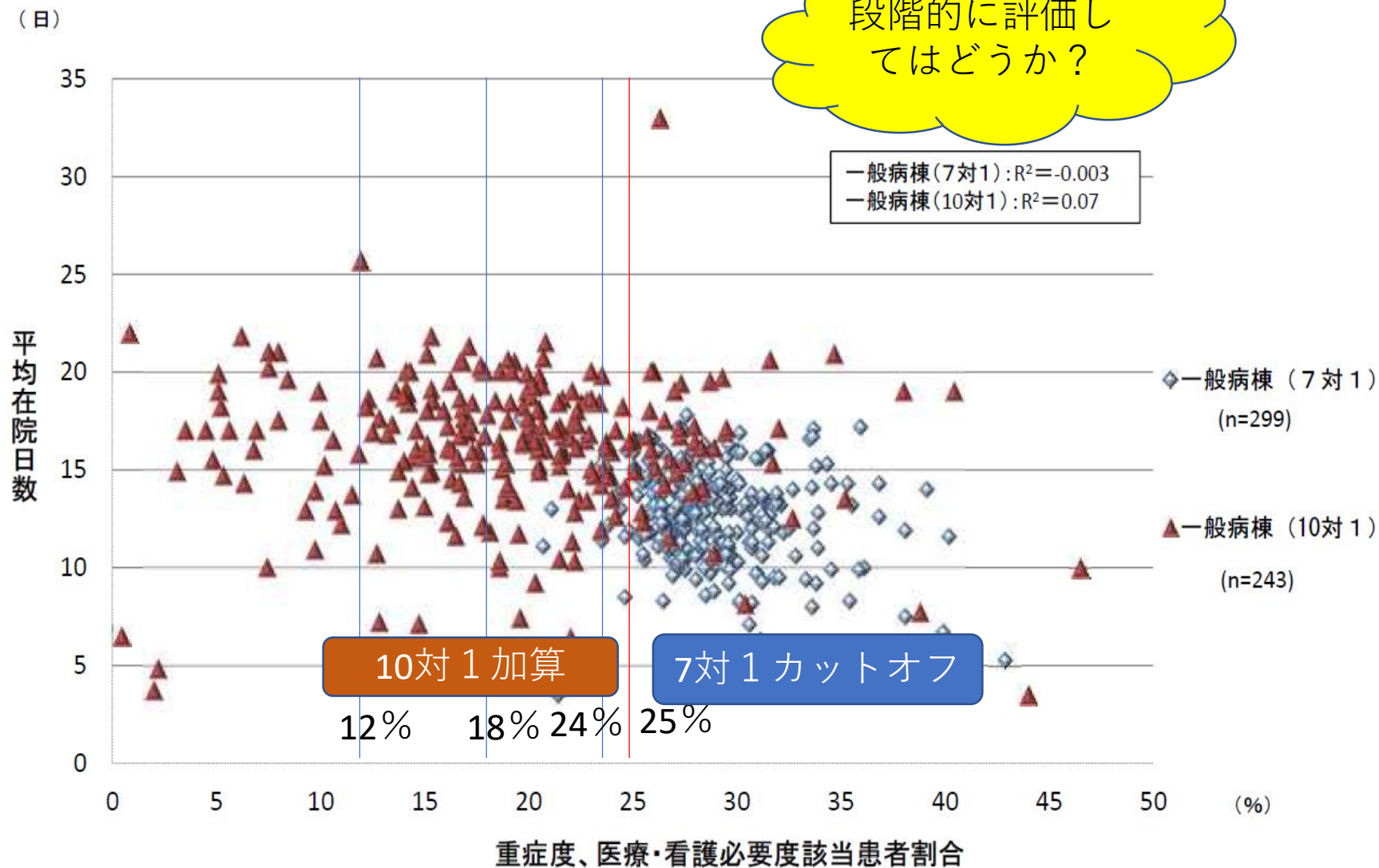
評価項目	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	基準値 (カットオフ値)
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

## 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

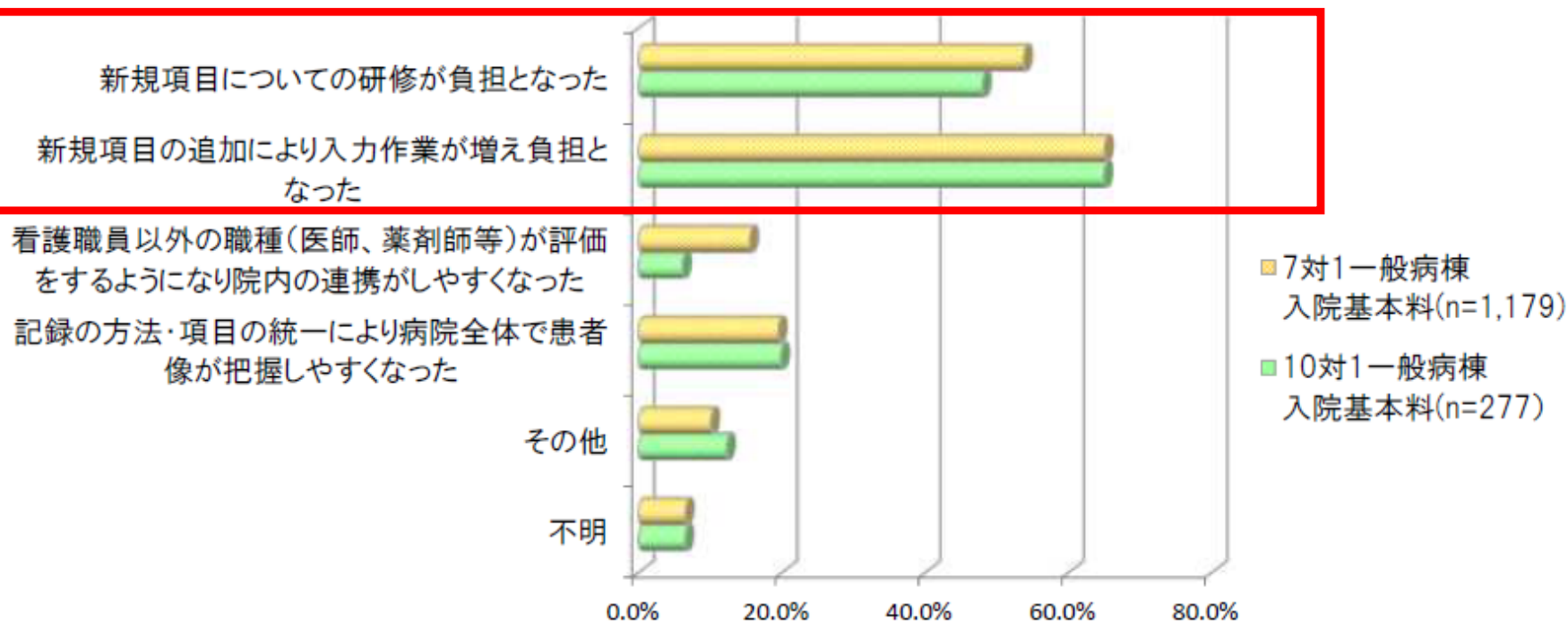
7対1ではカットオフ  
値である25%ギリギ  
リの病院が圧倒的だ  
が、10対1では正規分  
布に近くなっている

段階的に評価  
してよいので  
はないか？

## 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。

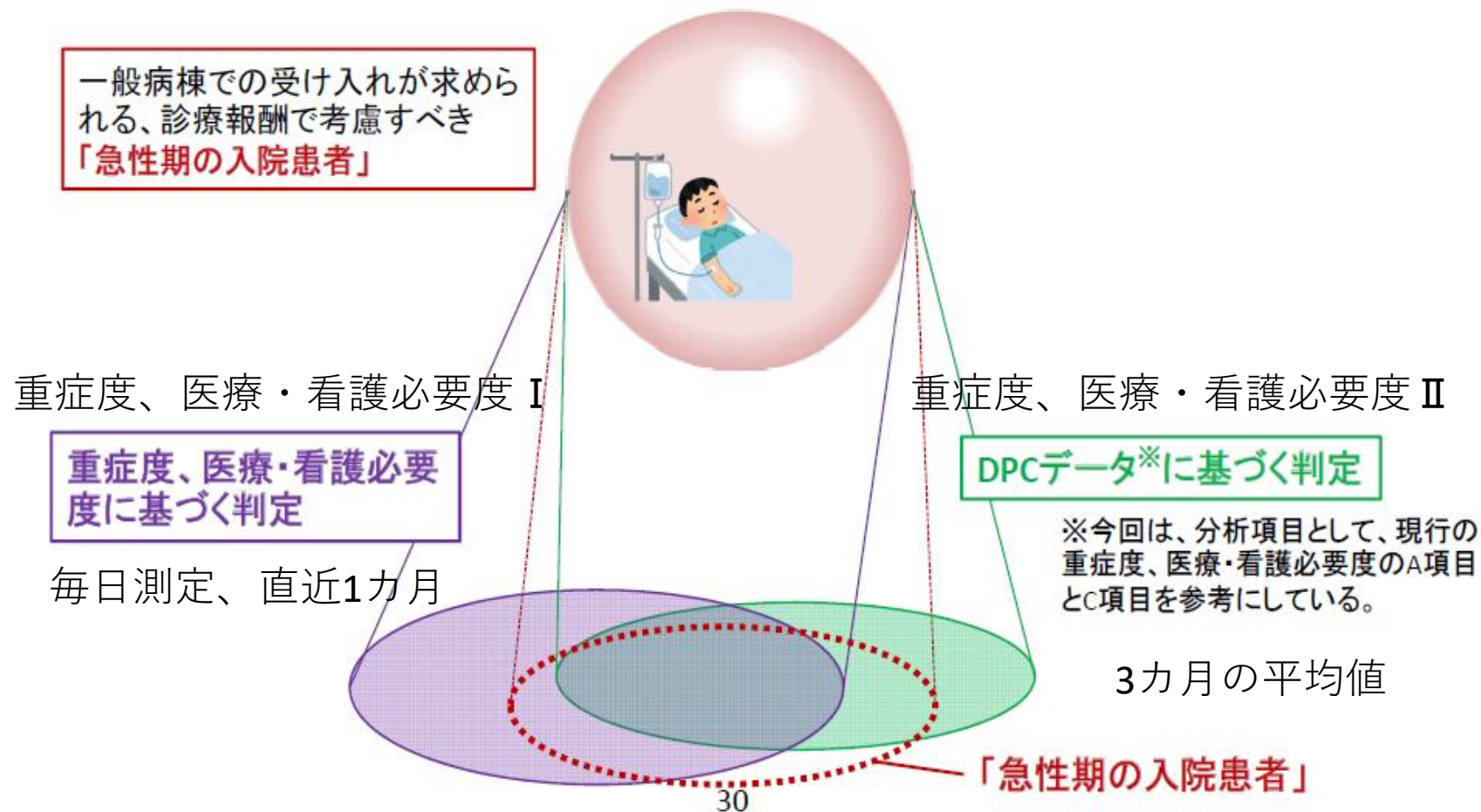
<重症度、医療・看護必要度の評価を見直したことの影響>





## 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。



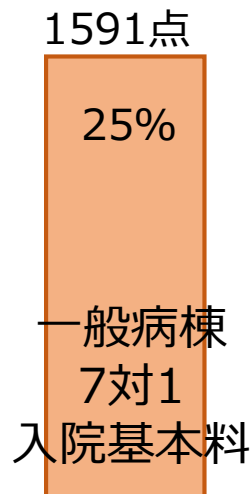
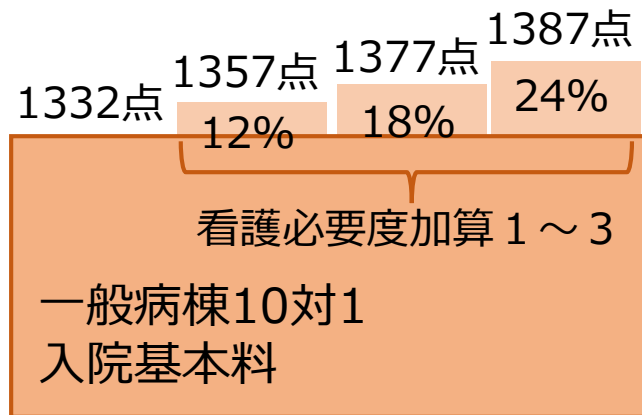


○看護配置などに基づく「基本部分」と、「診療実績に応じた段階的評価」を組み合わせるかどうか？  
○医療機関の選択で従来方式の重症度医療看護必要度とDPCデータ（EF統合ファイル）に基づく重症患者割合計算を選択性としてはどうか？

中医協総会（2017年11月24日）

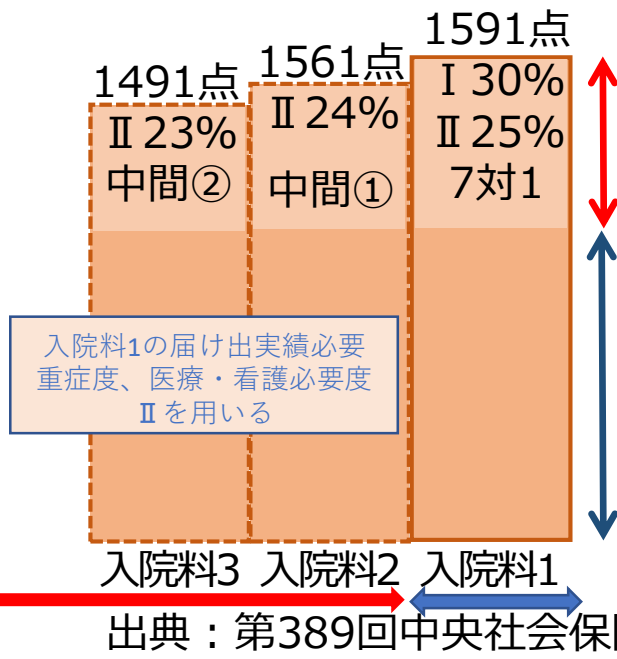
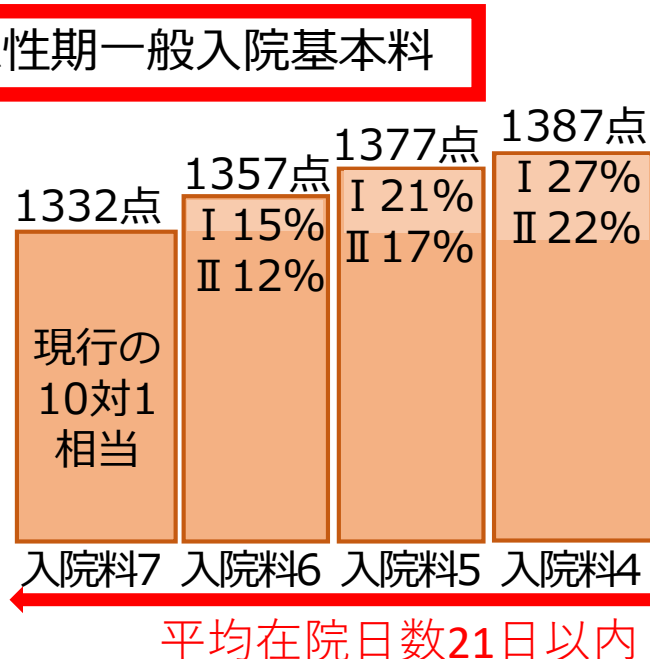
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合の具体的なイメージ

【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



I : 現行評価方法  
II : EFファイル

出典：第389回中央社会保険医療協議会総会資料

看護配置10対1が基本

看護師さんが余る??

看護師さんのマンパワーシフトが  
始まる??



# ポイント②

## 地域包括ケア病棟

病床機能区分の急性期・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

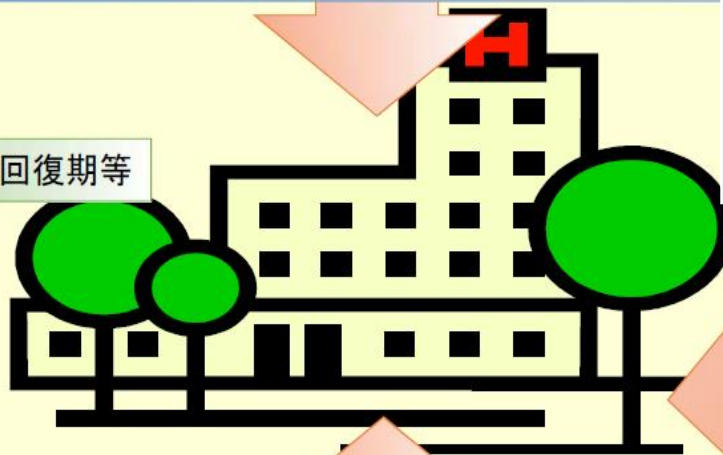


急性期

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)

1日2単位以上の  
のリハビリ

### [施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることとはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

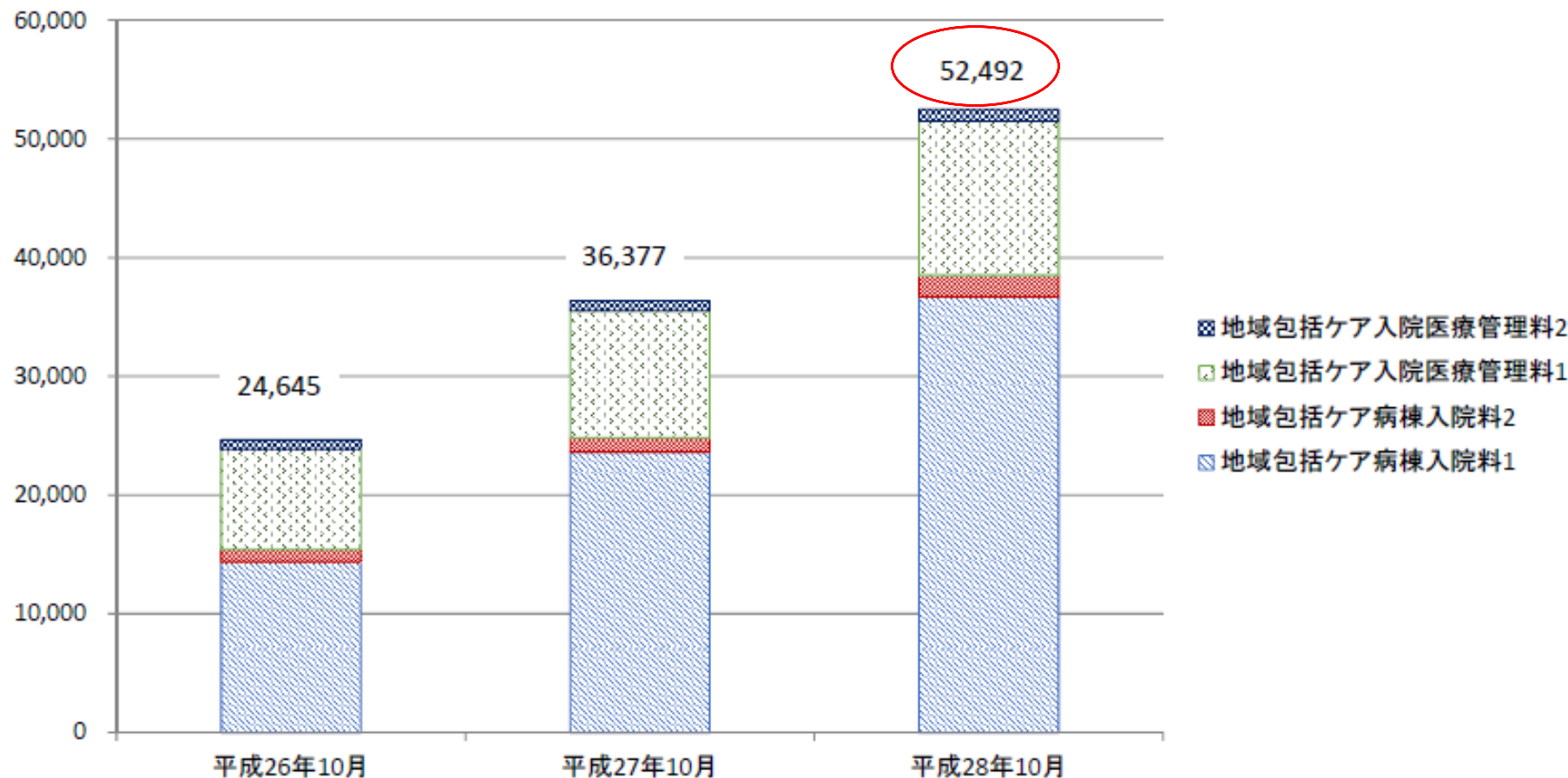
看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

## 地域包括ケア病棟入院料等の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院基本料等の届出病床数は増加傾向である。

(床)





# 地域包括ケア病棟・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	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)

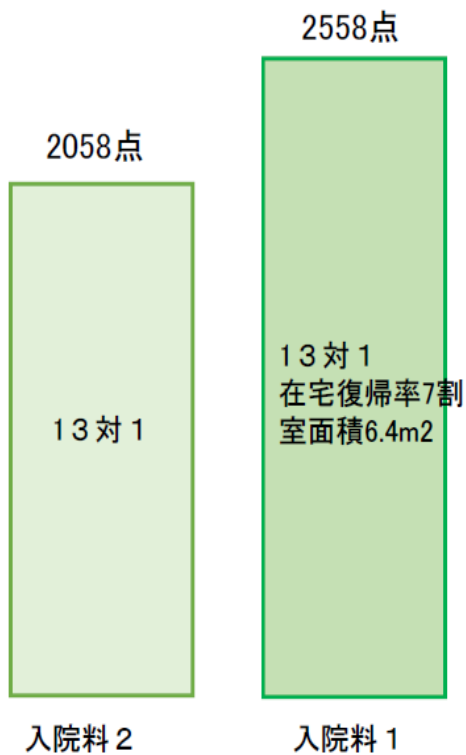
在宅患者支援病床初期  
加算300点14日まで

### 【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】



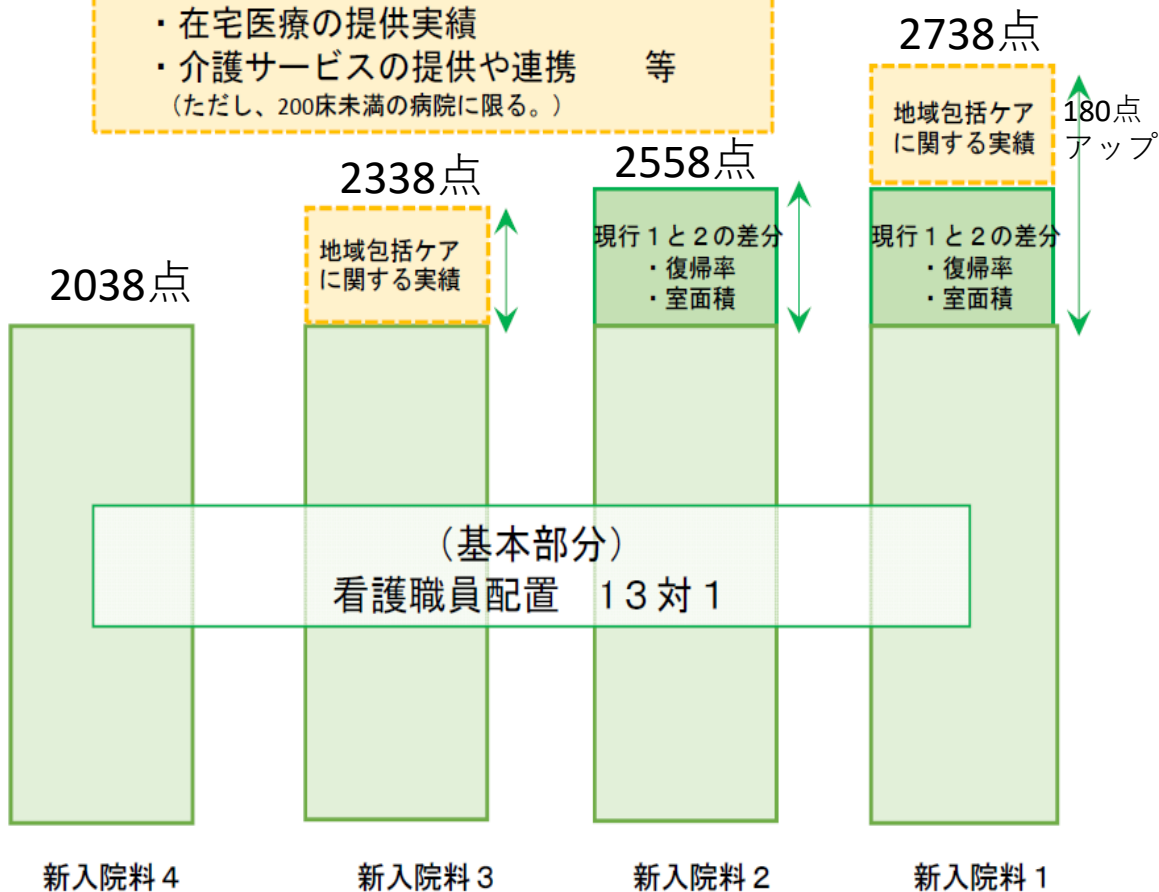
再編

## 【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③

## 回復期リハビリテーション



2017年10月25日 中医協

## 回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について②

## 効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の（FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差）の総和}}{\text{各患者の}\left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}}\right)\text{の総和}}$$

## 実績指数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者（平成28年4月以降に入棟した患者のみ）
- ただし、以下の患者を除外

## 必ず除外する患者

- 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- 在棟中に死亡した患者

## まとめて除外できる患者

- 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。  
(高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者)

医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

- 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- 入棟時に年齢が80歳以上の患者

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

(除外に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。)

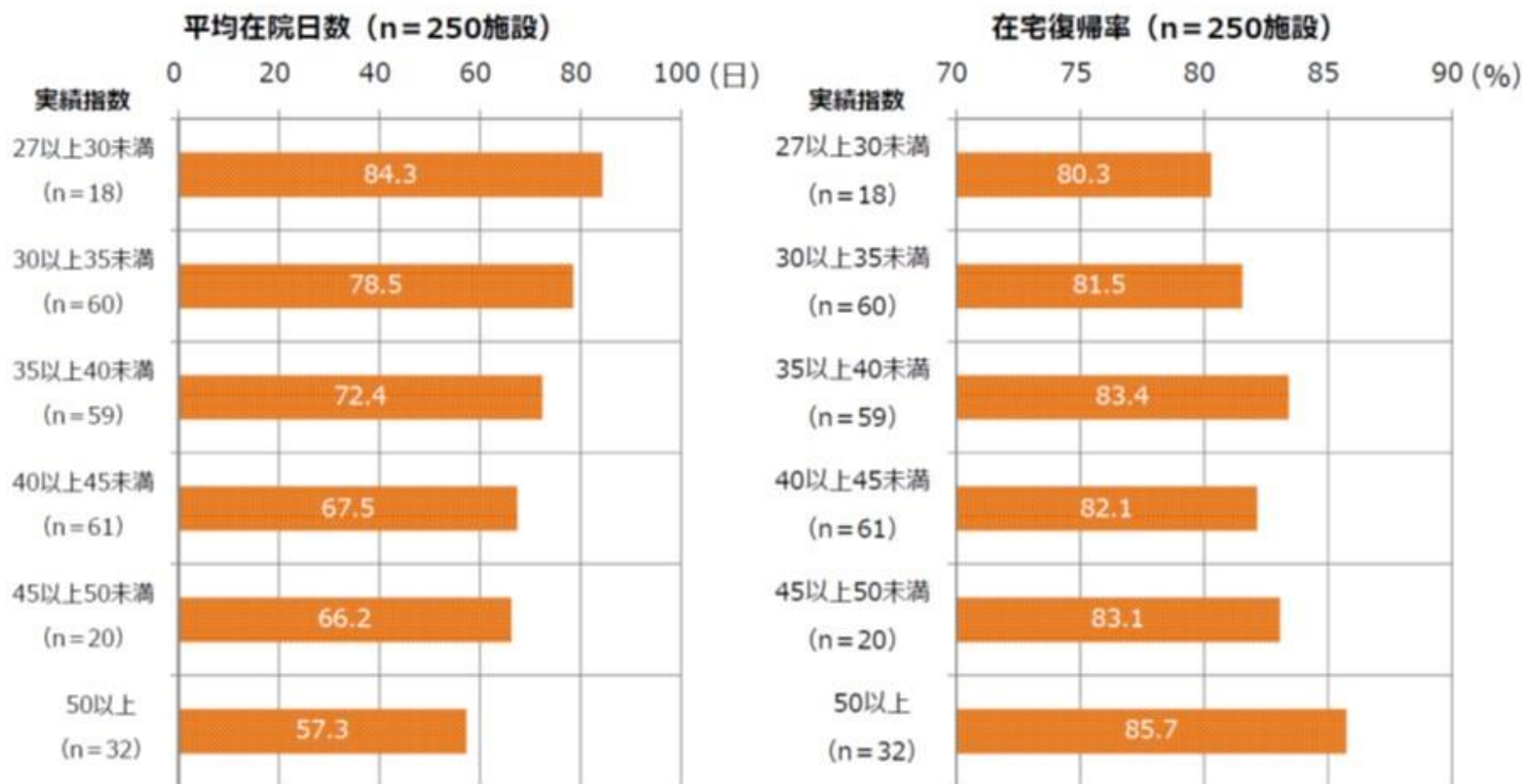
※ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものは、実績指数の算出において、当該低下の直前に退棟したものと見なすことができる。

27未満が連続するとペナルティの対象に！



## 回復期リハ病棟における実績指数と平均在院日数・在宅復帰率

○ 実績指数が高いほど、平均在院日数は短い傾向、在宅復帰率は横ばいかやや高い傾向。



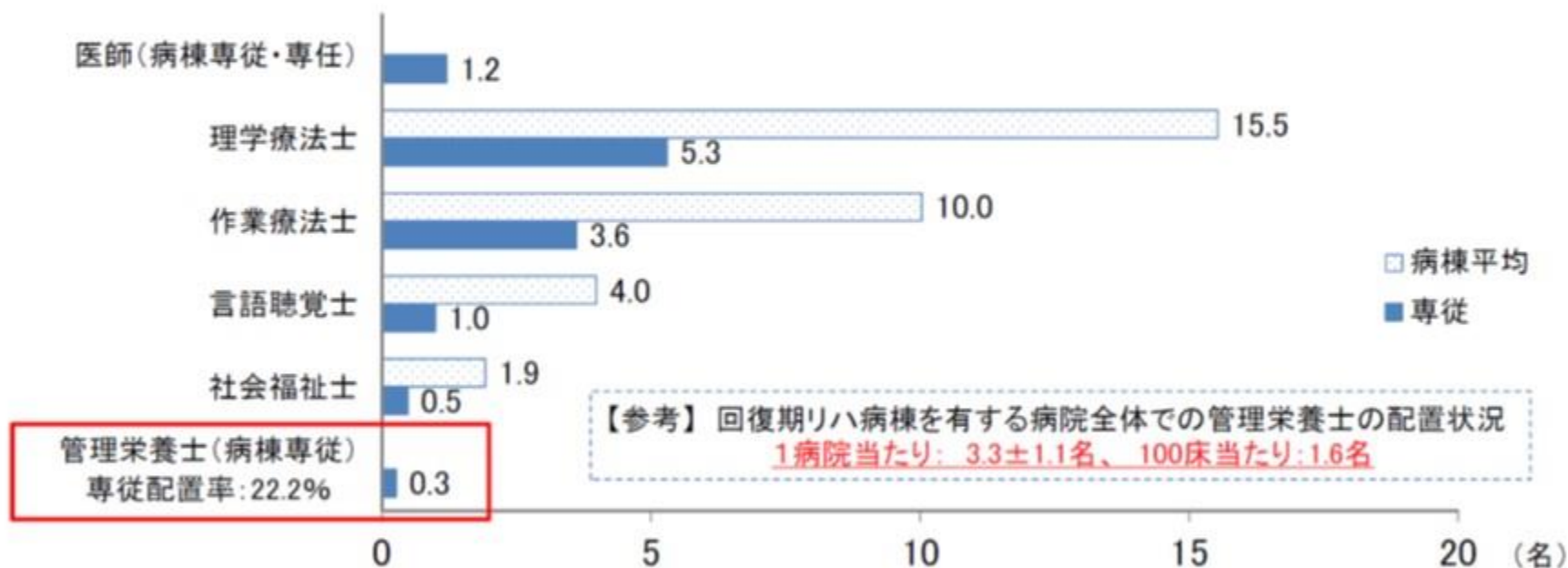
※ 回復期リハビリテーション病棟のうち、一定のリハビリ提供実績を有する病棟(過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である病棟)について分析。実績指数27未満については、n=1とサンプルが少ないためグラフに示していない。

出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成29年度調査)速報値



## 回復期リハビリテーション病棟における職員配置の状況

- 回復期リハビリテーション病棟(調査対象:1,058病棟)の職員配置数をみると、管理栄養士の平均配置数は1病棟当たり0.3名であった。病院全体の配置数でみると、1病院当たり3.3名(100床当たり1.6名)であった。
- 回復期リハビリテーション病棟のうち、管理栄養士を専従で配置している病棟は22.2%であった。



値は平成28年9月1日時点の常勤換算数; 同時点での回復期リハ病棟1病棟当たりの平均病床数: 45.8±9.5床

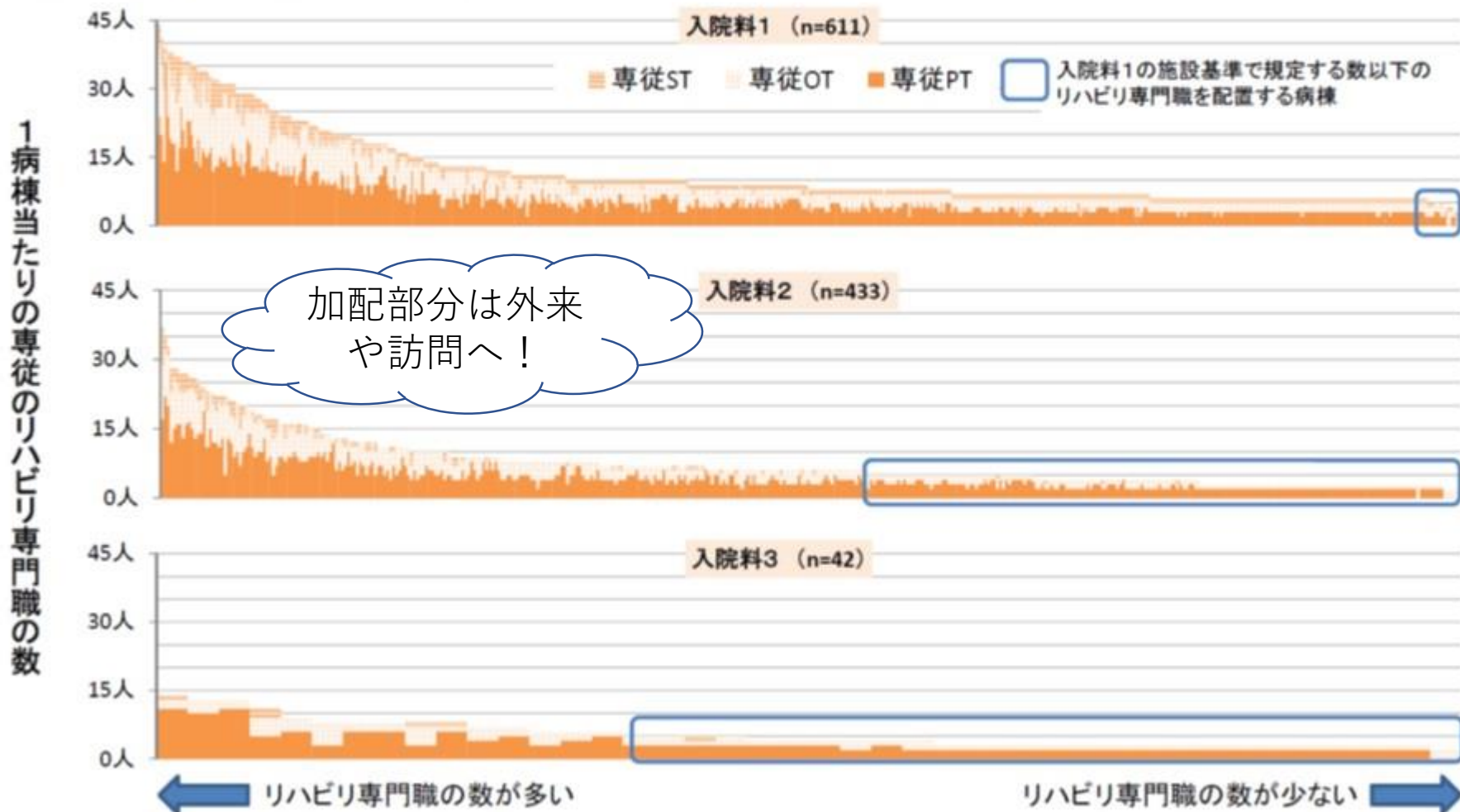
※ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及び社会福祉士については、内数としての病棟専従者に加えて1病棟当たりの平均配置人数も記載

図 回復期リハ病棟における主な人員配置(看護師を除く)の状況

出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

## 回復期リハビリテーション病棟における専従のリハビリ専門職の配置状況②

- 入院料2や3であっても、一定割合の病棟は、入院料1の施設基準で規定する数よりも多く、病棟専従のリハビリ専門職を配置していた。

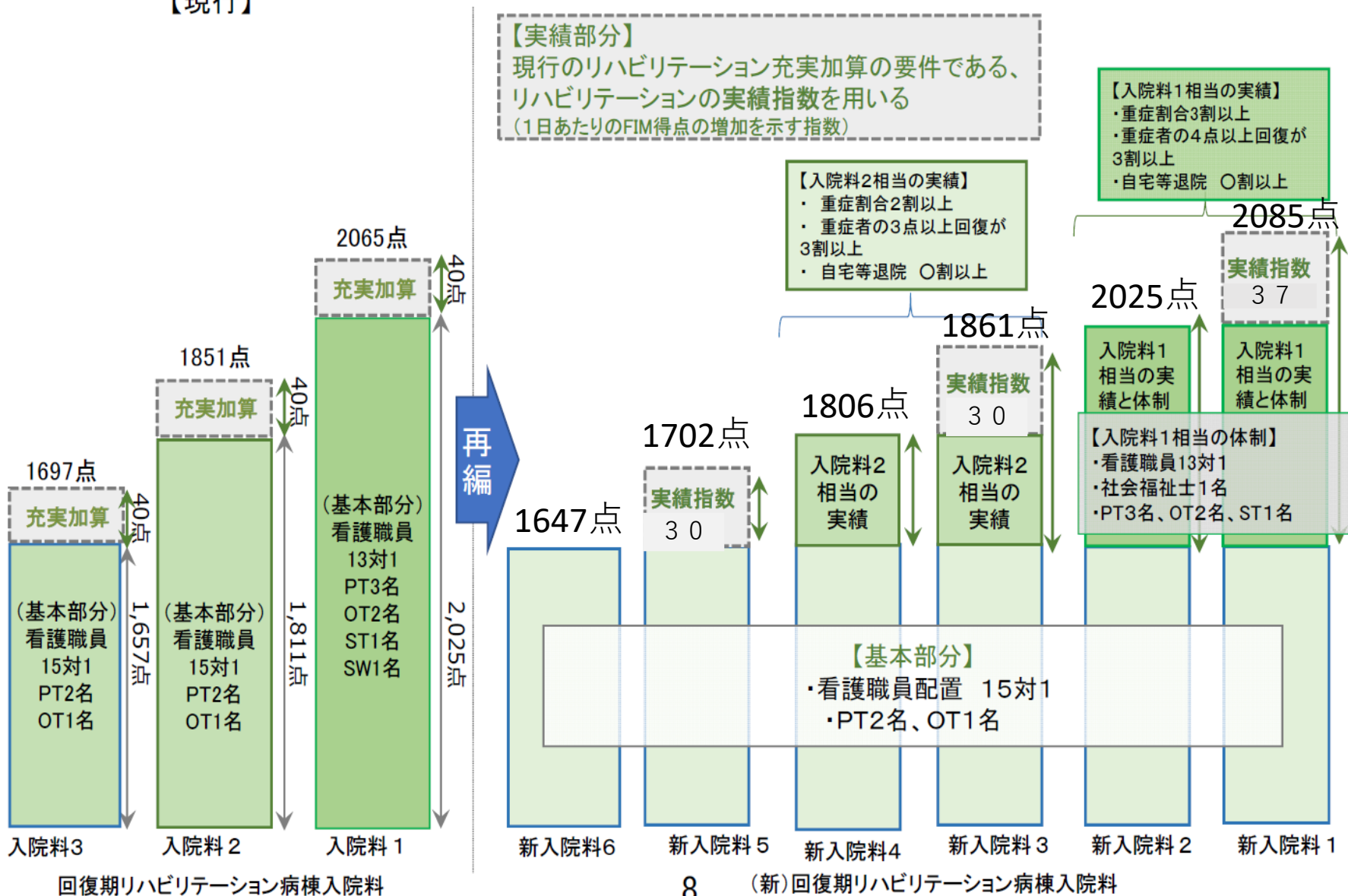


出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

# 回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定の見直し(案)】





# FIMを上げるには？

## 排泄リハ・嚥下リハに着目！

### Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

- ✓ 「運動ADL」13項目と「認知ADL」5項目で構成
- ✓ 各7～1点の7段階評価（合計：126点～18点）

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

運動項目								認知項目									
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣(上半身)	更衣(下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解(聴覚・視覚)	表出(音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点					計14～2点		計21～3点		計14～2点		計14～2点		計21～3点				
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

# ポイント④ 在宅復帰率

老健が計算式から消えて、  
介護医療院となった

# 在宅復帰率要件の変遷

## 【在宅復帰率要件】

医療機関における、在宅復帰に向けた取り組みや連携を評価

在宅復帰率  
在宅復帰・病床機能連携率

## 【平成26年度診療報酬改定】

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

### [計算式]

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

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

## 【平成28年度診療報酬改定】

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



# 在宅復帰率の算出方法

- 在宅復帰率の算出方法は、転棟患者を含まない場合や分母・分子の対象となる退棟先が異なる等、各病棟により算出方法が異なっている。
- 在宅復帰率が要件となっている病棟であっても、必ずしも全員が自宅へ退院しているわけではないが、現行の定義では自宅への退院と同様の評価となっている。

在宅復帰率

		7対1病棟	地域包括ケア病棟	回りハ病棟
	(分子)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅</li> <li>・居住系介護施設等</li> <li>・地域包括ケア病棟</li> <li>・回りハ病棟</li> <li>・療養病棟(加算+)</li> <li>・有床診療所(加算+)</li> <li>・介護老人保健施設(加算+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅</li> <li>・居住系介護施設等</li> <li>・療養病棟(加算+)</li> <li>(退院・転棟含む)</li> <li>・有床診療所(加算+)</li> <li>・介護老人保健施設(加算+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅</li> <li>・居住系介護施設等</li> </ul>
		※死亡退院・転棟患者(上記を除く)・再入院患者除く	※死亡退院・再入院患者を除く	※死亡退院・再入院患者・急性増悪患者除く
=	(分母)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・7対1病棟から退棟した患者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア病棟から退棟した患者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・回りハ病棟から退棟した患者</li> </ul>
		※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く	※死亡退院・再入院患者を除く	※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者・急性増悪患者除く

施設類型によって在宅復帰率の定義が異なる

# 在宅復帰率の要件に係る見直しのイメージ(見直し案)

老健が計算式から消え、介護医療院が入った！

## 【平成30年度改定の見直し(案)】

### 在宅復帰・病床機能連携率

### 在宅復帰率

#### 急性期一般入院料1

#### 地域包括ケア病棟入院料

#### 回復期リハビリテーション病棟入院料

(分子)

- ・自宅
- ・居住系介護施設等
- ・地域包括ケア病棟
- ・回りハ病棟
- ・療養病棟
- ・有床診療所
- ・介護老人保健施設
- ・介護医療院

- ・自宅
- ・居住系介護施設等
- ・有床診療所(介護サービスを提供している医療機関に限る)
- ・介護医療院

- ・自宅
- ・居住系介護施設等
- ・有床診療所(介護サービスを提供している医療機関に限る)
- ・介護医療院

※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

※死亡退院・再入院患者を除く

※死亡退院・再入院患者を除く

(分母)

・急性期一般入院料1から退棟した患者

・地域包括ケア病棟から退棟した患者

・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者

※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

※死亡退院・再入院患者を除く

※死亡退院・一般病棟への転棟・転院患者・再入院患者を除く

# パート3

## 2018年介護報酬改定と 介護医療院

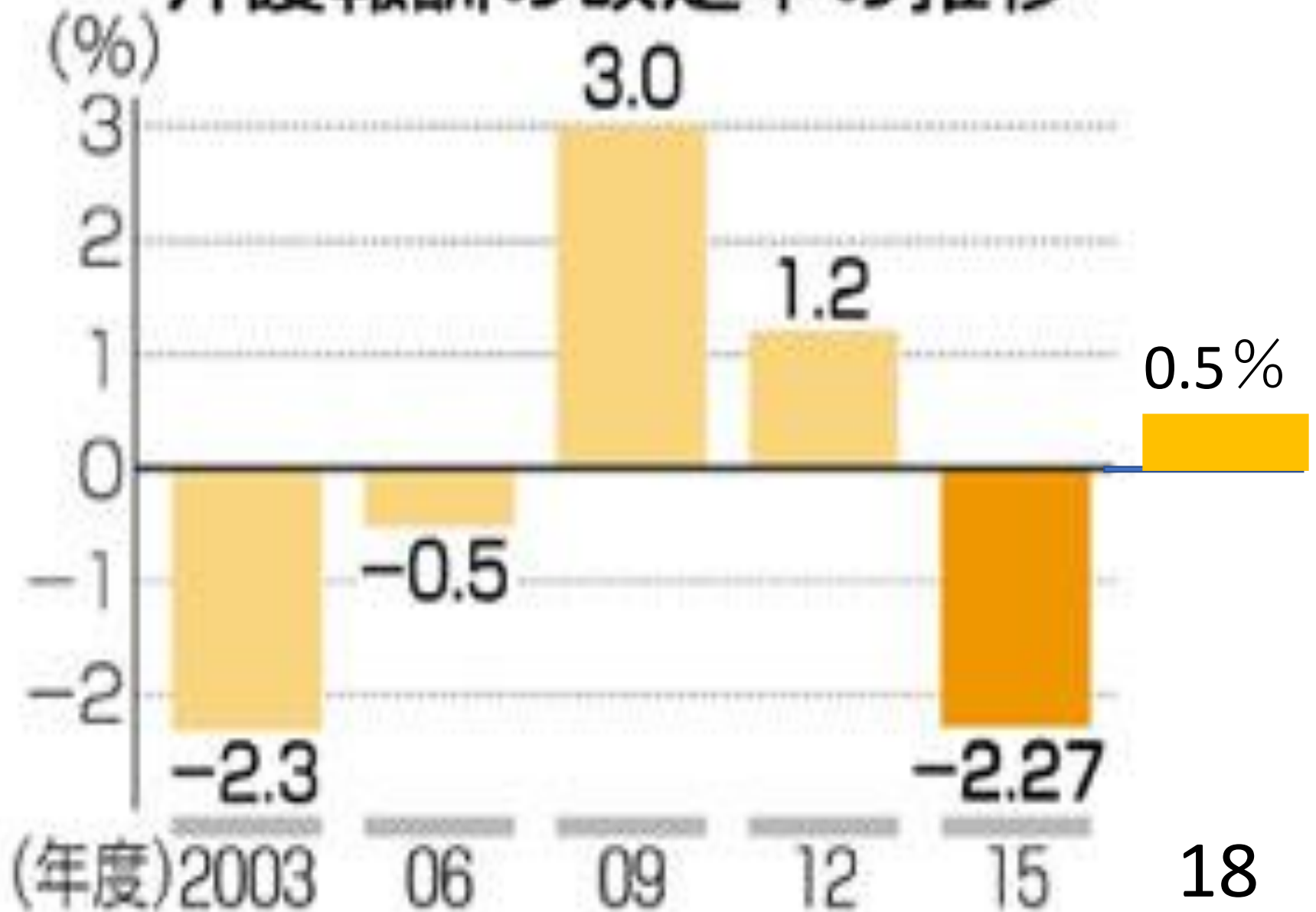


社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

PTXX-170623-001



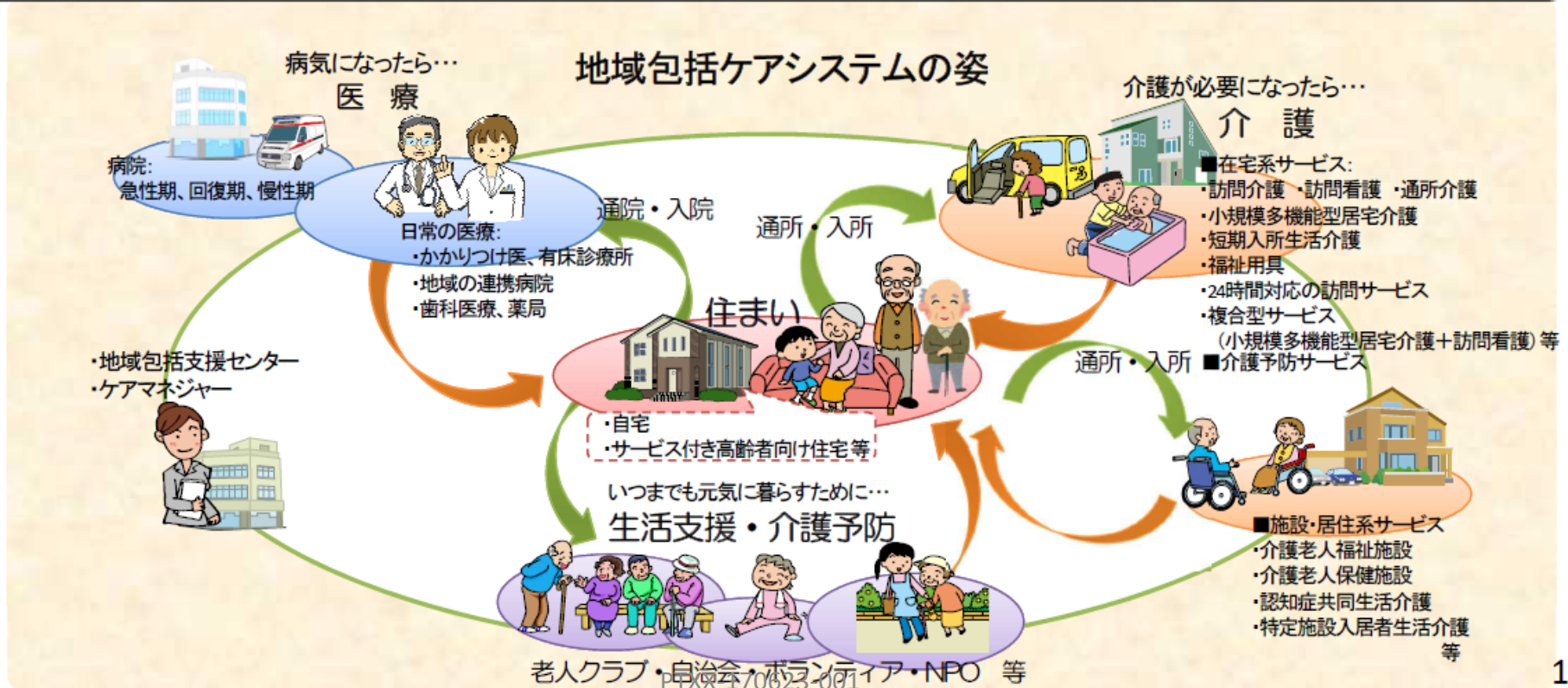
# 介護報酬の改定率の推移



# 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

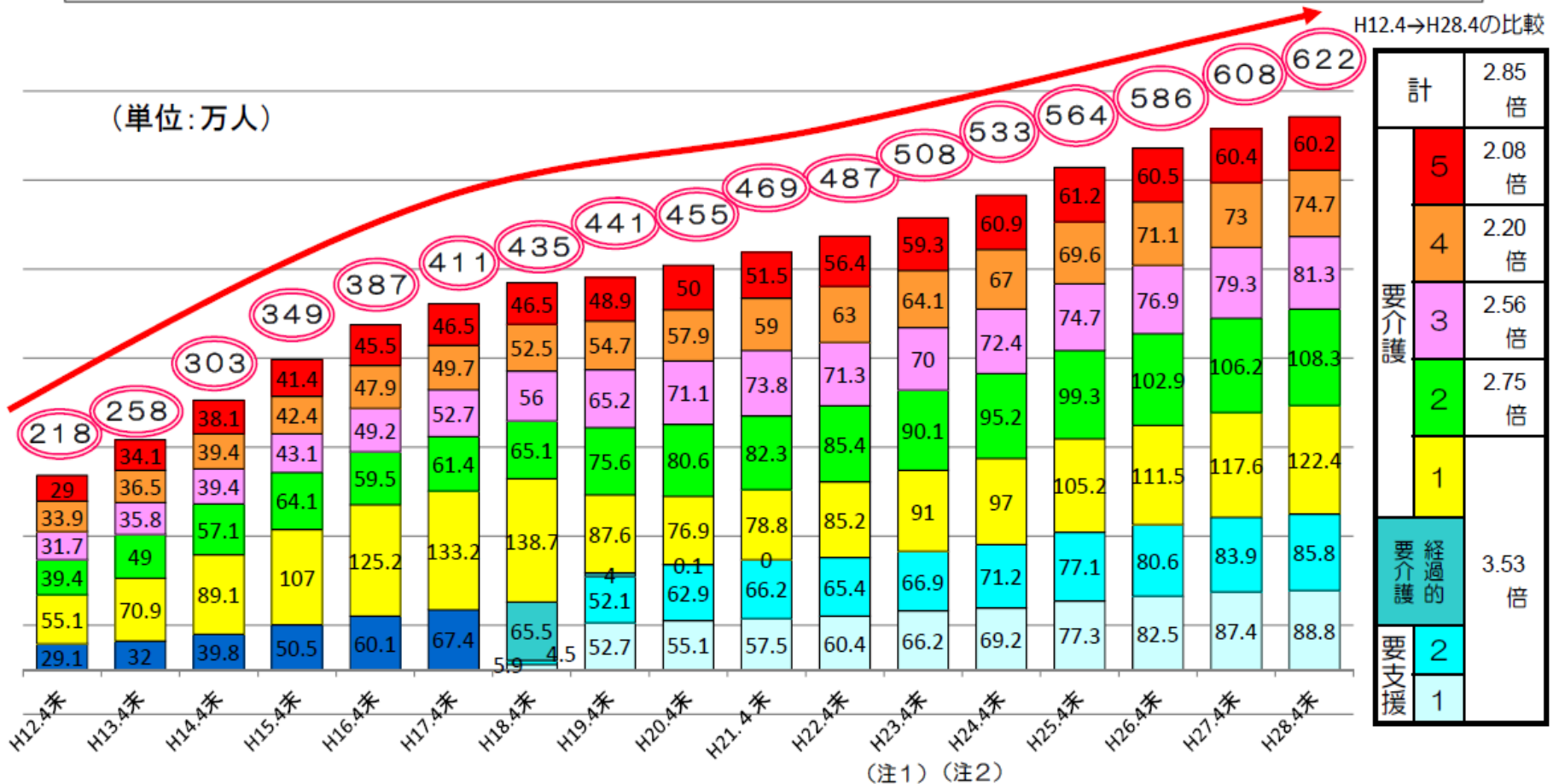
(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応 2015年介護報酬改定

- 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。



# 介護医療院の創設

# 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。

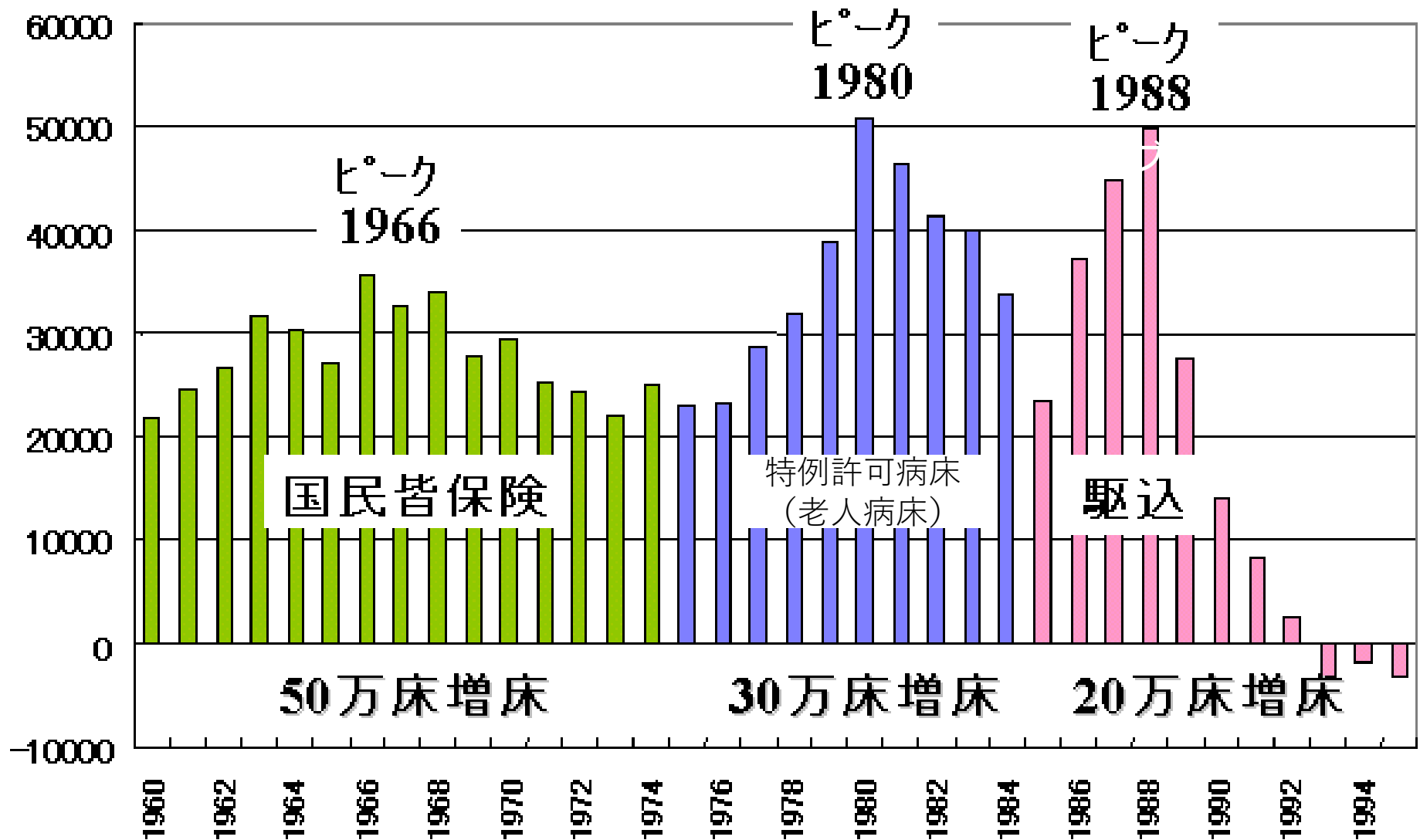
※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症患者療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

### 【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



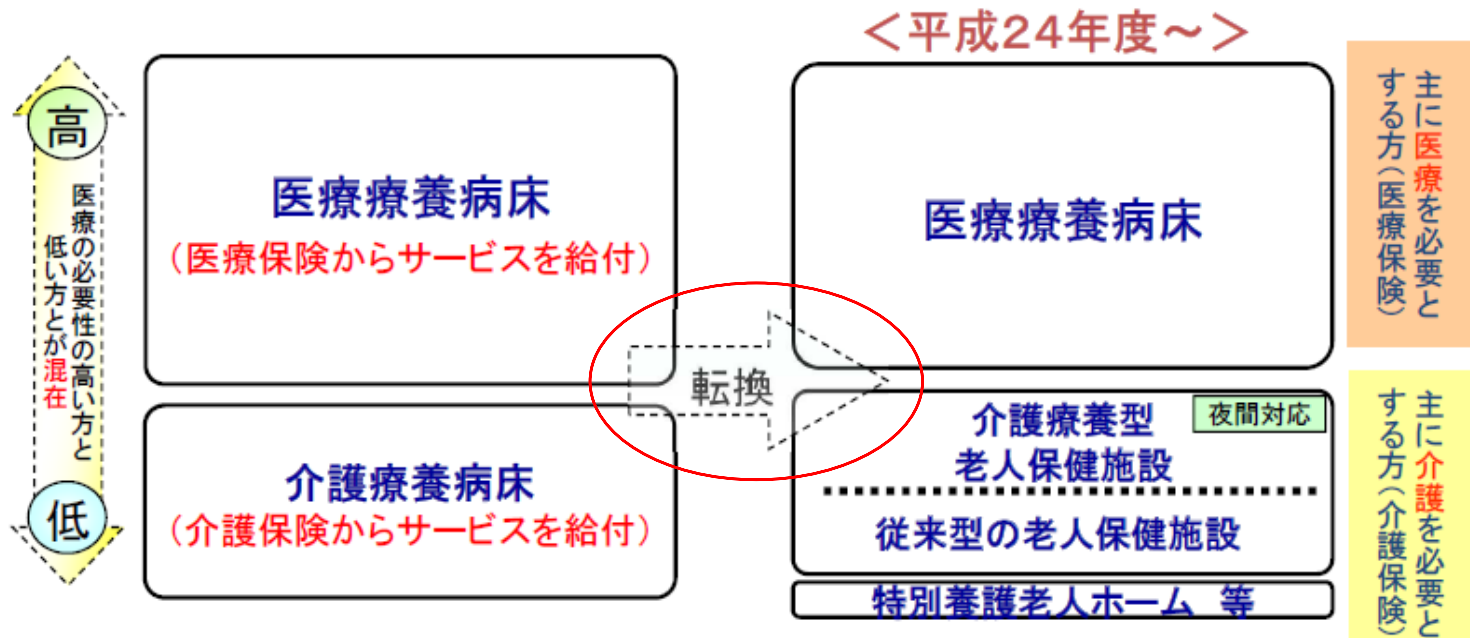
# 日本の増床三つのピーク



# 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



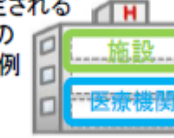
新(案1-2)

○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、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

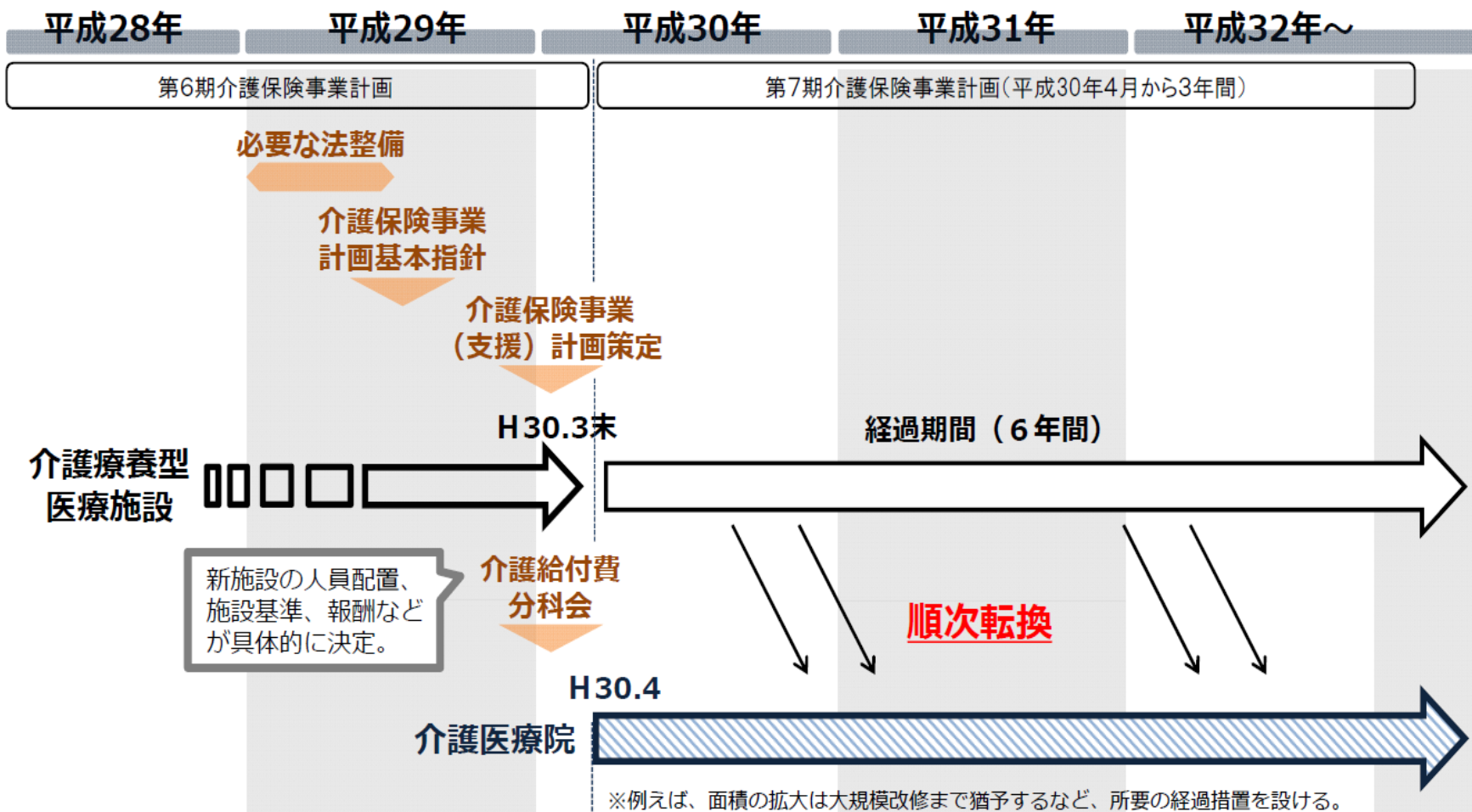
- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	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)	介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準) 医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1	老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準) 医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※ うち看護2/7程度
	※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。	
面積	老健施設相当 (8.0 m <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】 93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）

# 療養病床の概要

- 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、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もの。
- 医療保険の『医療療養病床(医療保険財源)』と、介護保険の『介護療養病床(介護保険財源)』がある。

	医療療養病床		介護療養病床	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
	20対1	25対1			
概要	病院・診療所の病床のうち、 <u>主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの</u> ※看護職員の基準(診療報酬上の基準)で20対1と25対1が存在。		病院・診療所の病床のうち、 <u>長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等</u> を提供するもの	要介護者にリハビリ等を提供し、 <u>在宅復帰を目指す施設</u>	要介護者のための <u>生活施設</u>
病床数	約14.4万床 ※1	<u>約7.2万床</u> ※1	<u>約5.9万床</u> ※2	約36.8万床 ※3 (うち、介護療養型:約0.9万床)	約56.7万床 ※3
設置根拠	医療法(病院・診療所)		医療法(病院・診療所) <u>介護保険法(介護療養型医療施設)</u>	介護保険法 (介護老人保健施設)	老人福祉法 (老人福祉施設)
施設基準	医師	48対1(3名以上)		100対1(常勤1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員	4対1 (29年度末まで、6対1で可)	6対1 3対1 6対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
	介護職員 ※4	4対1 (29年度末まで、6対1で可)			
面積	6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡ ※5	10.65㎡(原則個室)
設置期限	—		<u>平成35年度末</u> 法改正(H29年6月公布)で H29年度末から更に6年間延長	—	—

※1 施設基準届出(平成27年7月1日)  
※4 医療療養病床にあっては、看護補助者。

※2 病院報告(平成28年3月分概数)

※3 介護サービス施設・事業所調査(平成27年10月1日)  
※5 介護療養型は、大規模改修まで6.4㎡以上で可。

# パート4

## 老人保健施設の 現状と同時改定





# ①老人保健施設 沿革と現状



# 老人保健施設制度の沿革

社会保障制度審議会の意見書(S60.1.24) 1985年1月

重介護を要する老人には、医療面と福祉面のサービスが一体として提供されることが不可欠で、両施設を統合し、それぞれの長所を持ちよった中間施設を検討する必要がある。

(両施設 医療機関と特別養護老人ホーム)

中間施設に関する懇談会 中間報告(S60.8.2)

医療施設、福祉施設、家庭との間に存在する課題を解決し、要介護老人に対して通所、短期入所サービス及び入所サービスをきめ細かく実施する中間施設の体系的整備を図っていくことが必要

※入所サービス

①入院治療後に家庭・社会復帰のためのリハビリテーション、生活訓練等の実施

②病院に入院して治療するほどではないが、家庭では十分なケアのできない要介護老人に対し、医学的な管理と看護を中心としたサービスを提供

S61.12 老人保健法を改正し、老人保健施設を規定

附則において

- ・老人保健施設の試行的実施を行うこと、
  - ・試行的実施の状況及び老人保健施設の運営等に関する基本的事項について、国会に報告すること
- について規定

S62. 2 老人保健施設モデル施設の指定（千葉、長野、三重、大阪、兵庫、山口、北九州）

S62.11 老人保健審議会において、「老人保健施設の施設及び人員並びに設備及び運営に関する基準について」を答申

S62.12 国会報告

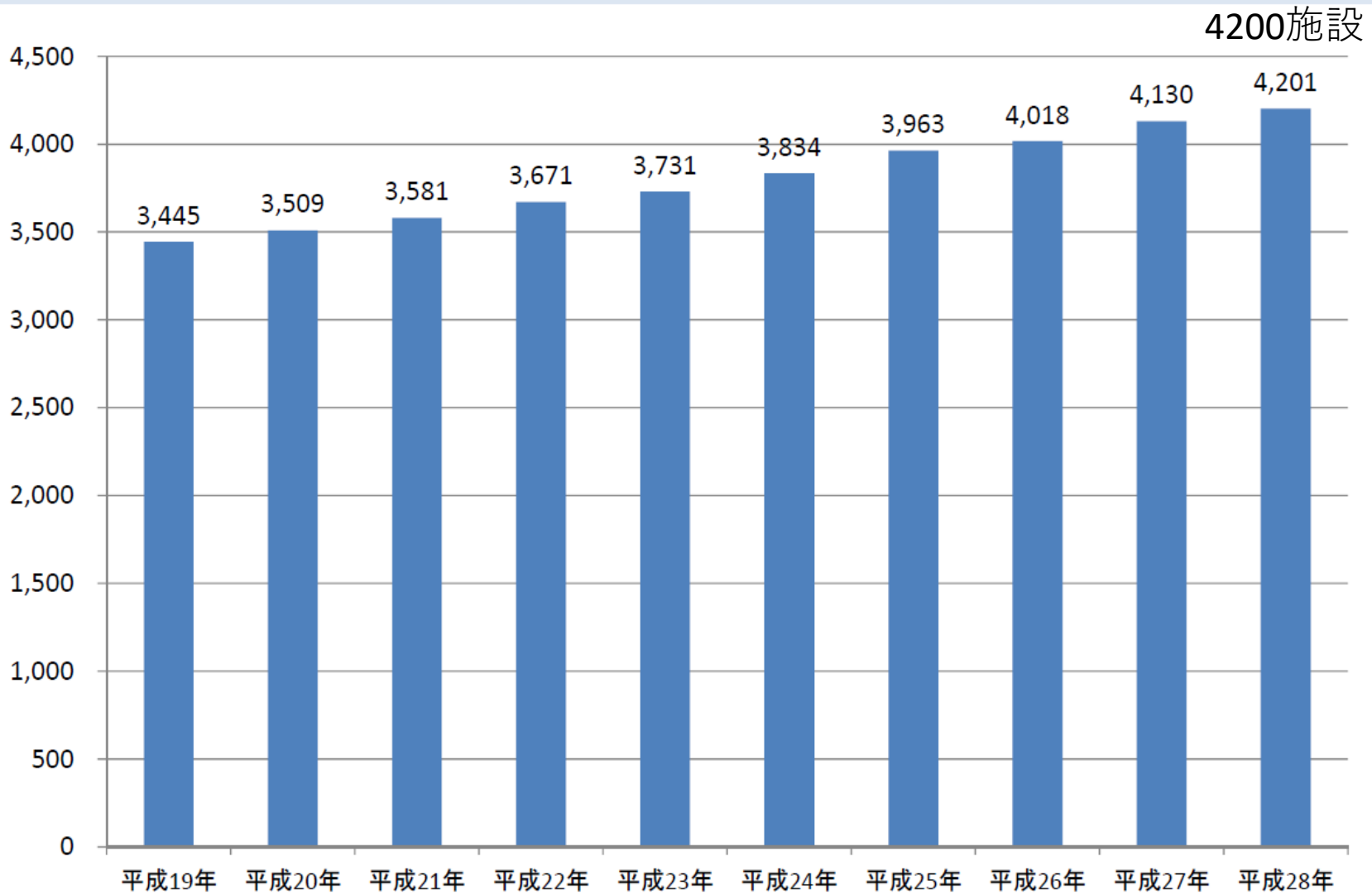
S63. 1 「老人保健施設の施設及び人員並びに設備及び運営に関する基準について」公布 1988年1月

S63. 4 老人保健施設の本格実施

H 9.12 介護保険法成立（根拠規定が老人保健法から介護保険法に移行）

H12. 4 介護保険法施行 2000年4月

# 介護老人保健施設の請求事業所数



4200施設

2016年

※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

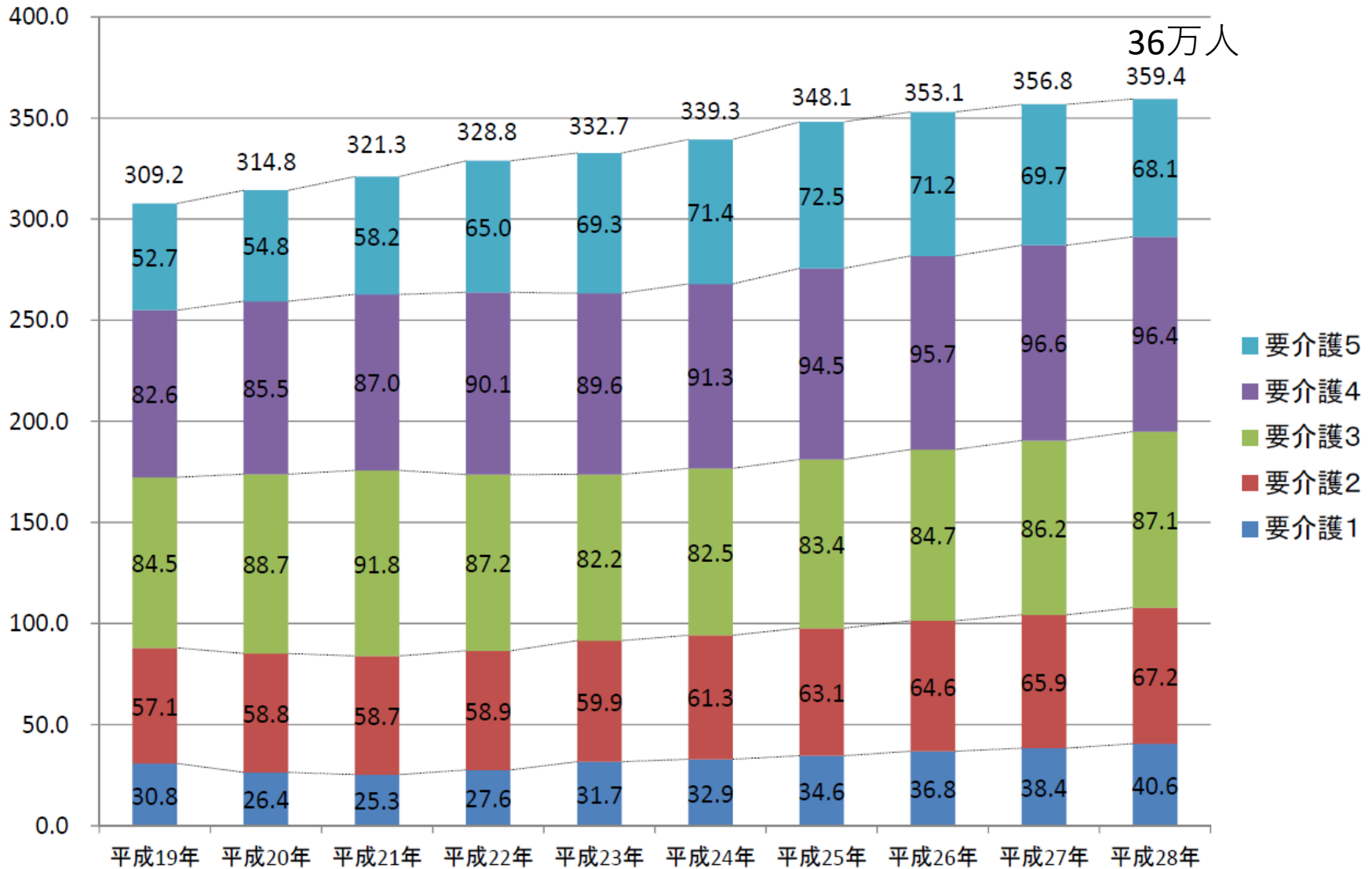
※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年4月審査分)



# 介護老人保健施設の受給者数

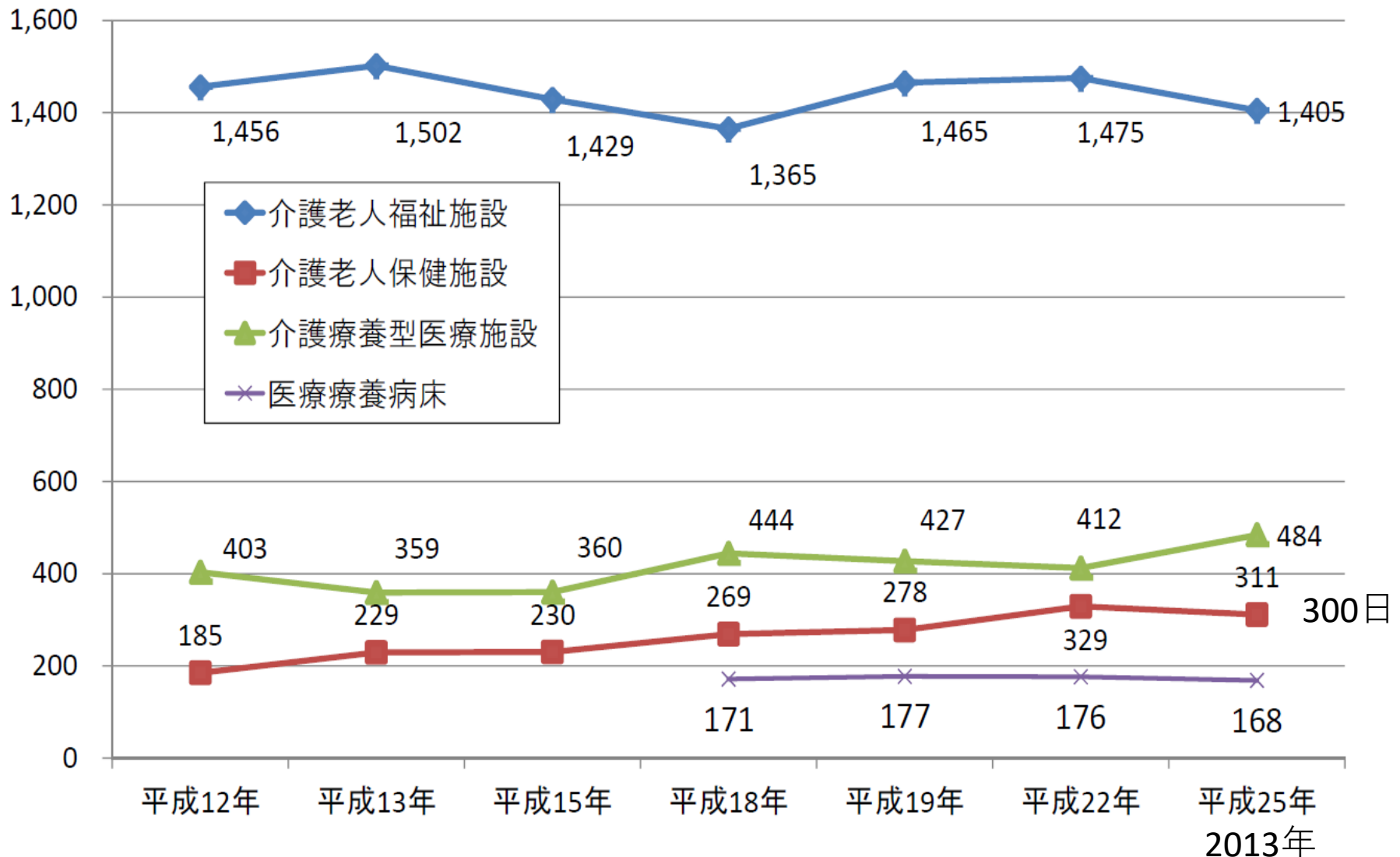
(千人)



※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

# 平均在所・在院日数



注：平均在所日数の調査が行われた年度を記載。

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」，病院報告（平成25年、平成22年、平成19年、平成18年）

## 1 介護老人保健施設の在宅復帰支援機能の強化

○ 在宅復帰支援型の介護老人保健施設を強化する観点から、在宅復帰の状況及びベッドの回転率を指標とした報酬体系の見直し等を行う。

(1) 在宅復帰率及びベッドの回転率が高い施設をより評価した基本施設サービス費の創設

(2) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算の創設

在宅復帰・在宅療養支援機能加算(新規) ⇒ 21単位/日

(3) 入所前に入所者の居宅を訪問し、早期退所に向けた計画を策定する場合を評価

入所前後訪問指導加算(新規) ⇒ 460単位/回<入所者1人につき1回を限度>

## 2 短期集中リハビリテーション実施加算の見直し

○ 脳卒中・大腿骨頸部骨折等により、入所中に状態が悪化し、医療機関に短期間入院した後、再度入所した場合の必要な集中的なリハビリテーションを評価する。(算定要件の見直し)

## 3 地域連携パスの評価

○ 地域連携診療計画に係る医療機関から、入所者を受け入れた場合について評価を行う。

地域連携診療計画情報提供加算(新規) ⇒ 300単位/回<入所者1人につき1回を限度>

## 4 認知症行動・心理症状への対応強化

○ 認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受入れについて評価を行う。

認知症行動・心理症状緊急対応加算(新規) ⇒ 200単位/日


## 5 肺炎等への対応の強化

○ 入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎などの疾病を発症した場合の施設内での対応を評価する。

所定疾患施設療養費(新規) ⇒ 300単位/日<1回につき7日間を限度>

## 6 ターミナルケアの評価の見直し

○ 介護老人保健施設におけるターミナルケアについては、評価を見直す。

・ ターミナルケア加算		<table border="0"> <tr> <td>死亡日以前4~30日</td> <td>160単位/日</td> </tr> <tr> <td>死亡日前日・前々日</td> <td>820単位/日</td> </tr> <tr> <td>死亡日</td> <td>1,650単位/日</td> </tr> </table>	死亡日以前4~30日	160単位/日	死亡日前日・前々日	820単位/日	死亡日	1,650単位/日
死亡日以前4~30日			160単位/日					
死亡日前日・前々日	820単位/日							
死亡日	1,650単位/日							
<table border="0"> <tr> <td>死亡日以前15~30日</td> <td>200単位/日</td> </tr> <tr> <td>死亡日以前14日まで</td> <td>315単位/日</td> </tr> </table>	死亡日以前15~30日	200単位/日	死亡日以前14日まで	315単位/日				
死亡日以前15~30日	200単位/日							
死亡日以前14日まで	315単位/日							

(※)上記2~5については、介護療養型老人保健施設についても同様。

# 在宅復帰支援機能の評価について

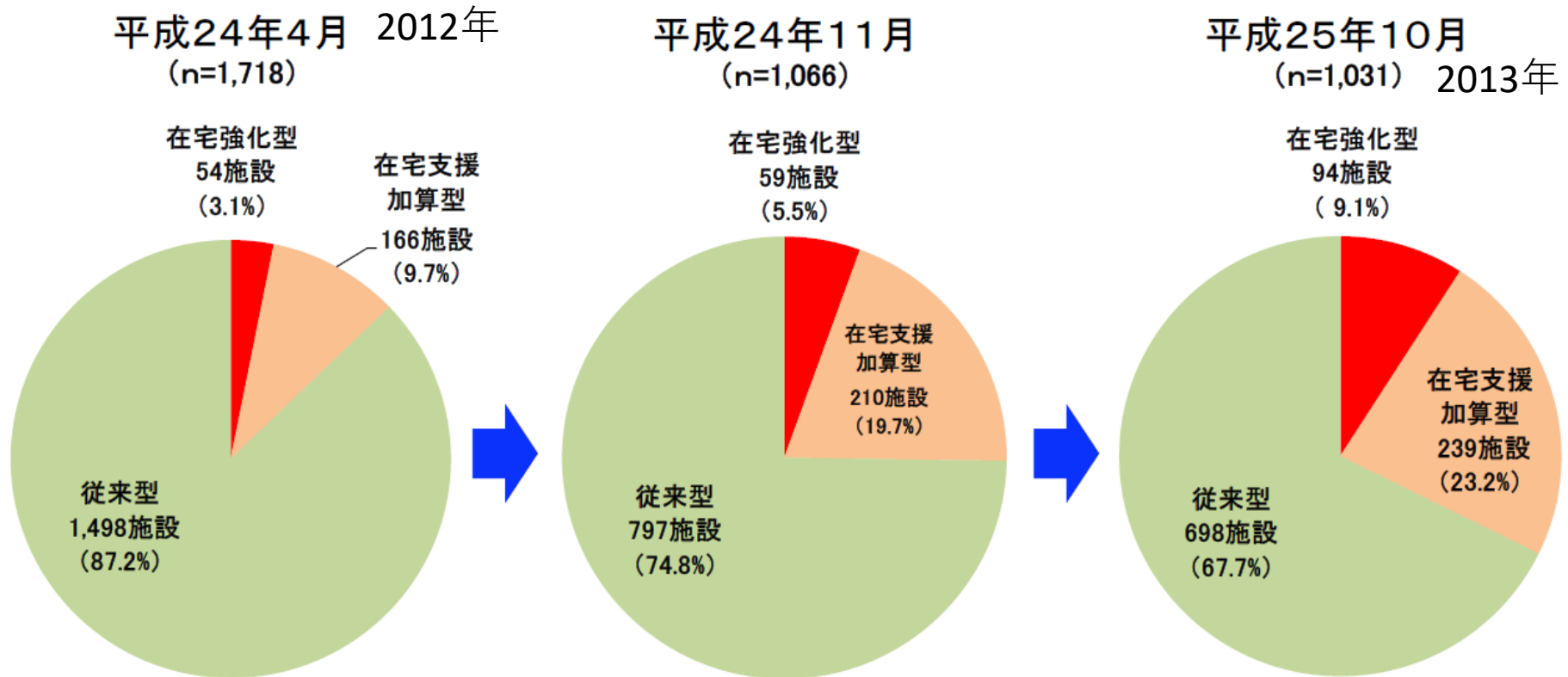
	在宅復帰率	退所後の状況確認	ベッド回転率	重度者割合	リハ専門職
在宅強化型(強化型)	50%超	要件あり	10%以上	要件あり	要件あり
在宅復帰・在宅療養支援機能加算算定施設(加算型)	30%超	要件あり	5%以上	要件なし	要件なし
上記以外(従来型)	強化型または加算型の要件を満たさないもの				

評価項目	算定要件
在宅復帰の状況	<p>以下の両方を満たすこと。</p> <p>a: 在宅復帰率 <math>\frac{\text{在宅で介護を受けることになったもの注1}}{\text{6月間の退所者数注2}} &gt; 50\%</math> であること。</p> <p>注1: 当該施設における入所期間が1月間を超える入所者に限る。 注2: 当該施設内で死亡した者を除く。</p> <p>b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日注3以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月注3以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。 注3: 退所時の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の場合にあっては14日</p>
ベッドの回転	$\frac{30.4}{\text{平均在所日数}} \geq 10\%$ であること。 ※平均在所日数の考え方= $\frac{\text{3月間の入所者延日数}}{\text{3月間の(新規入所者数+新規退所者数)} \div 2}$
重度者の割合	<p>3月間のうち、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a 要介護4・5の入所者の占める割合が35%以上</li> <li>b 喀痰吸引が実施された入所者の占める割合が10%以上</li> <li>c 経管栄養が実施された入所者の占める割合が10%以上</li> </ul> <p>のいずれかを満たすこと。</p>
リハ専門職	リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。

※在宅とは、自宅その他自宅に類する住まいである有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム及びサービス付き高齢者向け住宅等を含む。



## 在宅強化型老健及び在宅支援加算型老健の推移



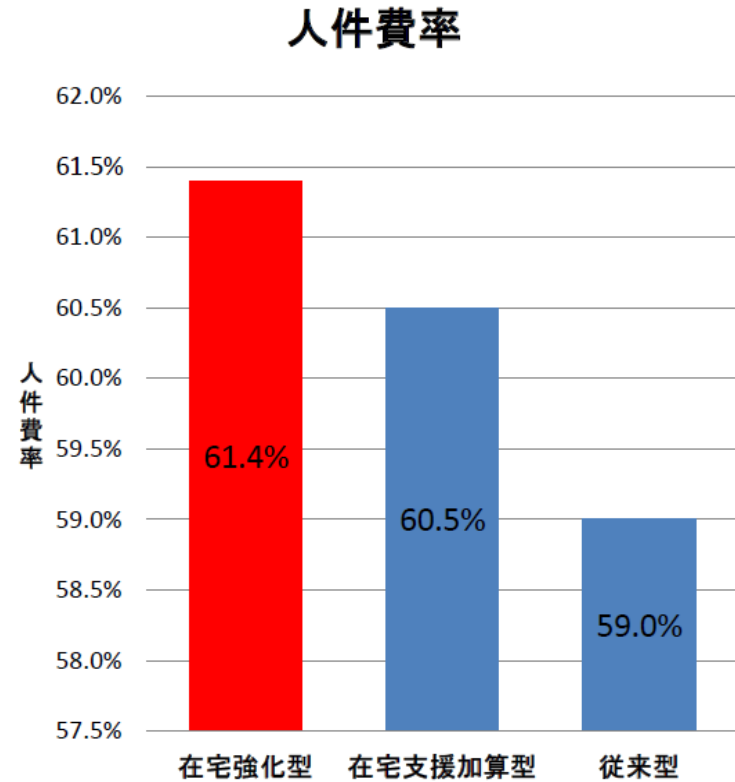
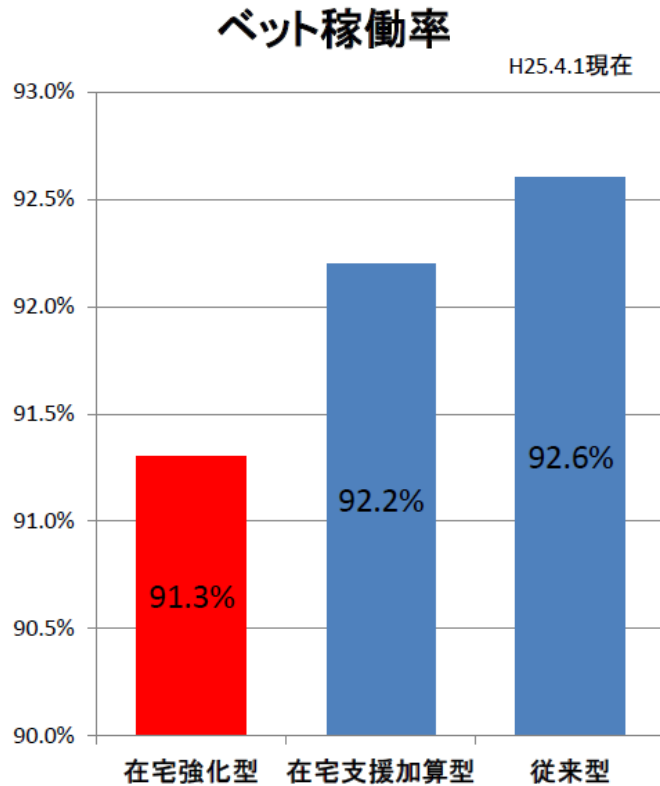
**在宅強化型** : 在宅復帰率 50%超, ベッド回転率 10%以上  
**在宅支援加算型** : 在宅復帰率 30%超, ベッド回転率 5%以上  
 ⇒ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算の算定施設  
**従来型** : 上のどちらにも該当しない

(出典) 平成24年4月: 全老健「平成24年4月介護報酬改定関連加算算定状況等に関する実態調査」

平成24年11月: 厚生労働省「介護老人保健施設等の在宅療養支援及び医療提供のあり方に関する調査研究事業」

平成25年10月: 全老健「平成25年介護老人保健施設の現状と地域特性等に関する調査」

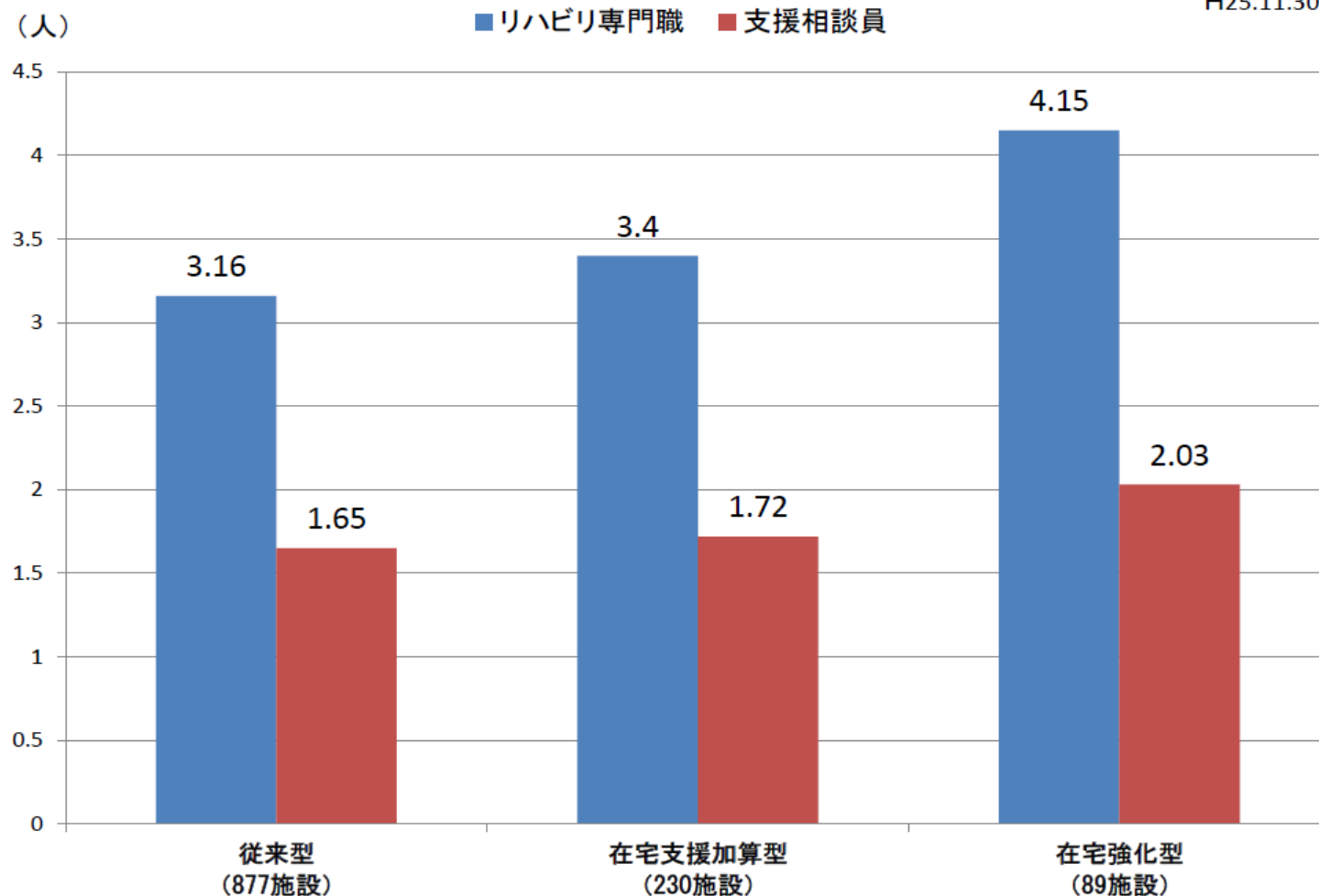
# 老健施設におけるベット稼働率と人件費率



出典:「平成25年介護老人保健施設の現状と地域特性等に関する調査」

# 介護老人保健施設の人員配置

H25.11.30日現在



平成25年度老人保健健康増進等事業「地域における介護老人保健施設の役割に関する調査研究事業」調査結果より

# 収支差の比較

(平成25年度地域特性調査より)

	種 別(※)			
	全体	在宅強化型	在宅支援 加算型	従来型
施設数	1,031	94	236	664
入所定員	93.5	90.5	91.9	94.6
通所定員	39.1	49.5	46.6	34.8
収支差	5.6%	5.2%	5.2%	5.9%

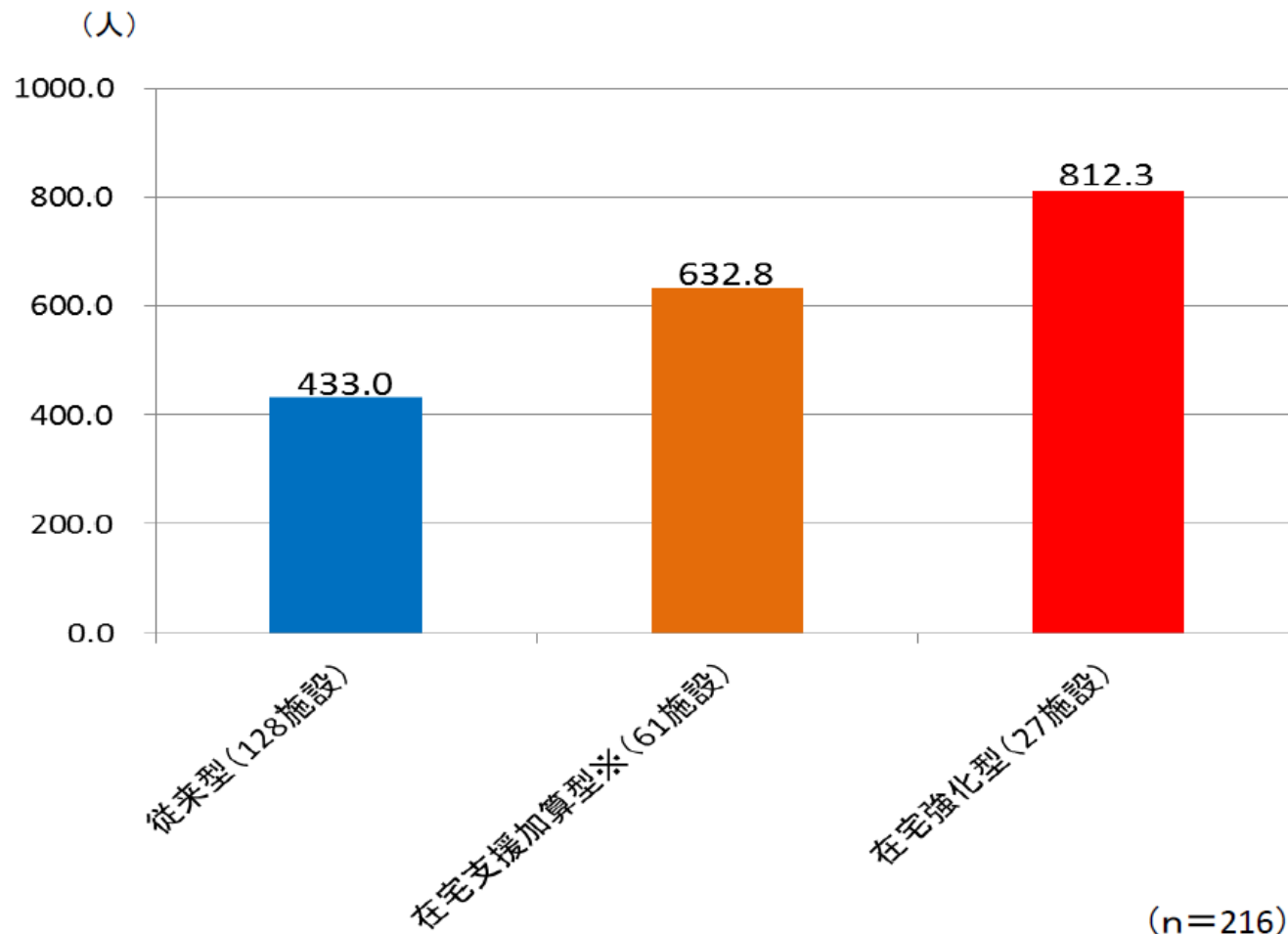


# 在宅復帰・在宅療養支援強化施設は訪問リハが多い

## 在宅強化と訪問リハの関係

(平成25年度全老健地域特性調査より)

在宅復帰の評価(H25.10.1現在) × 訪問リハの延べ利用者数(平成25年4月～9月)



※ 在宅支援加算型 = 在宅復帰・在宅療養支援機能加算

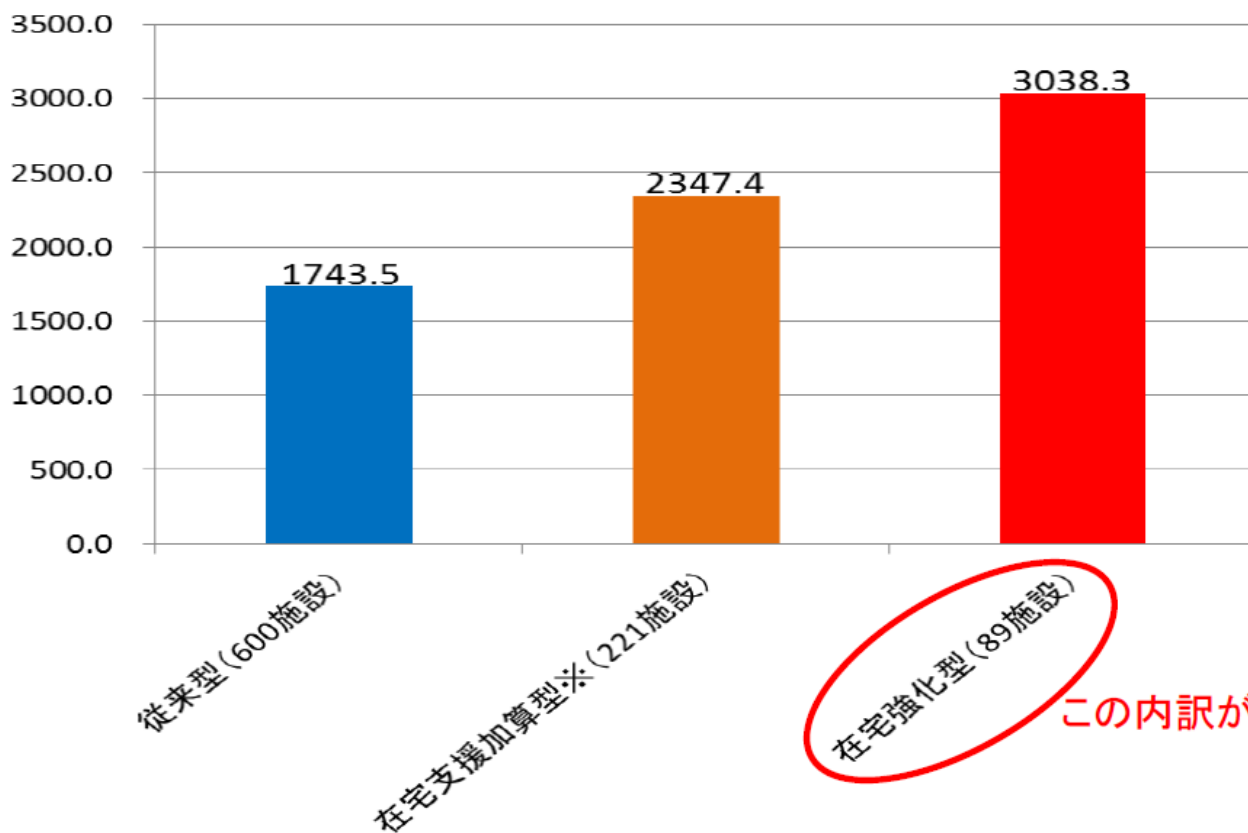
# 在宅復帰・在宅療養支援強化施設は通所リハも多い

## 在宅強化と通所リハの関係

(平成25年度全老健地域特性調査より)

在宅復帰の評価(H25.10.1現在) × 通所リハのH24利用者延べ人数

(人)



この内訳が次頁

(n=910)

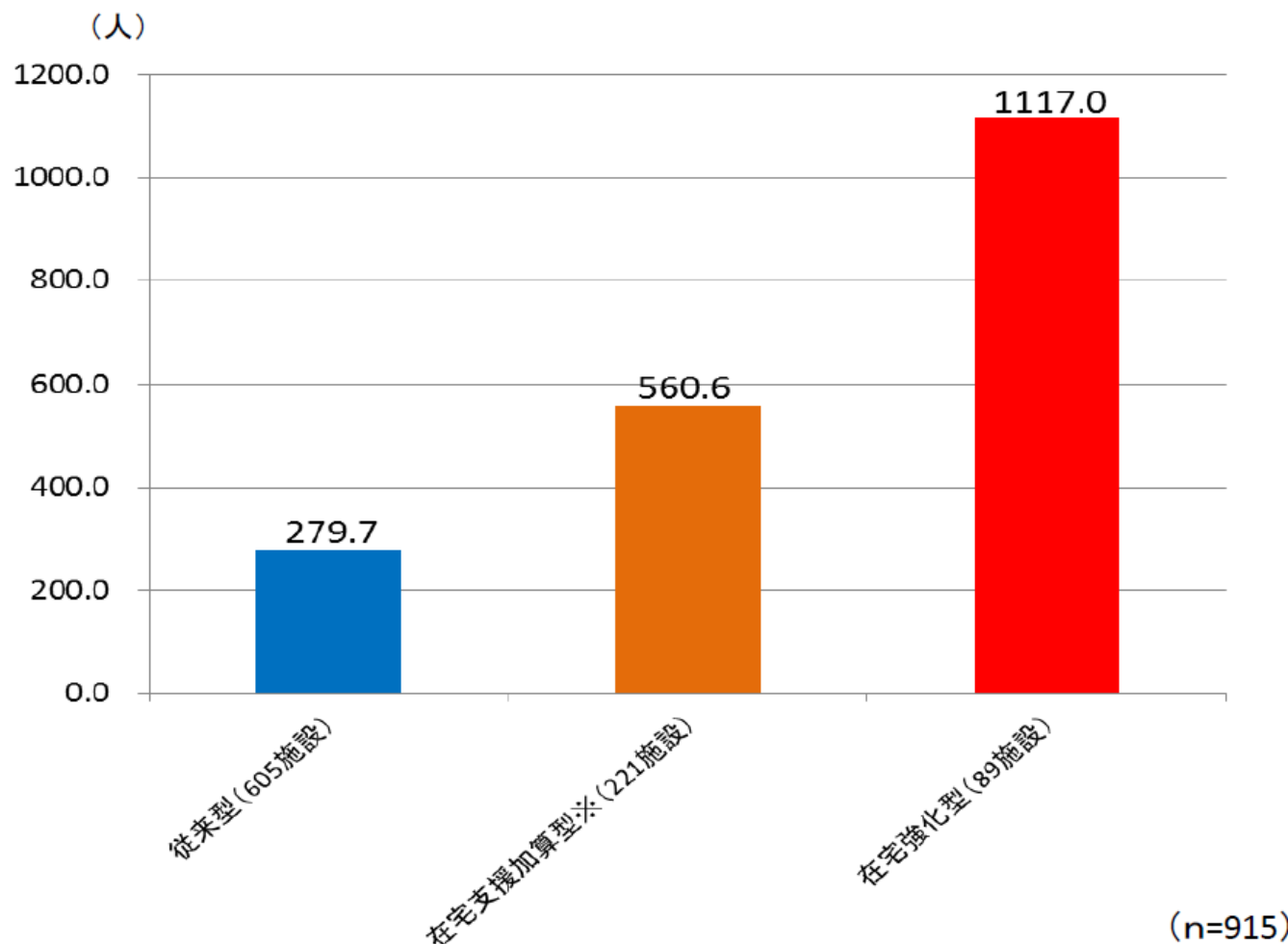
※ 在宅支援加算型 = 在宅復帰・在宅療養支援機能加算

# 在宅復帰・在宅療養支援強化施設は短期入所も多い

## 在宅強化と短期入所の関係

(平成25年度全老健地域特性調査より)

在宅復帰の評価(H25.10.1現在) × 短期入所療養介護のH24利用者延べ人数



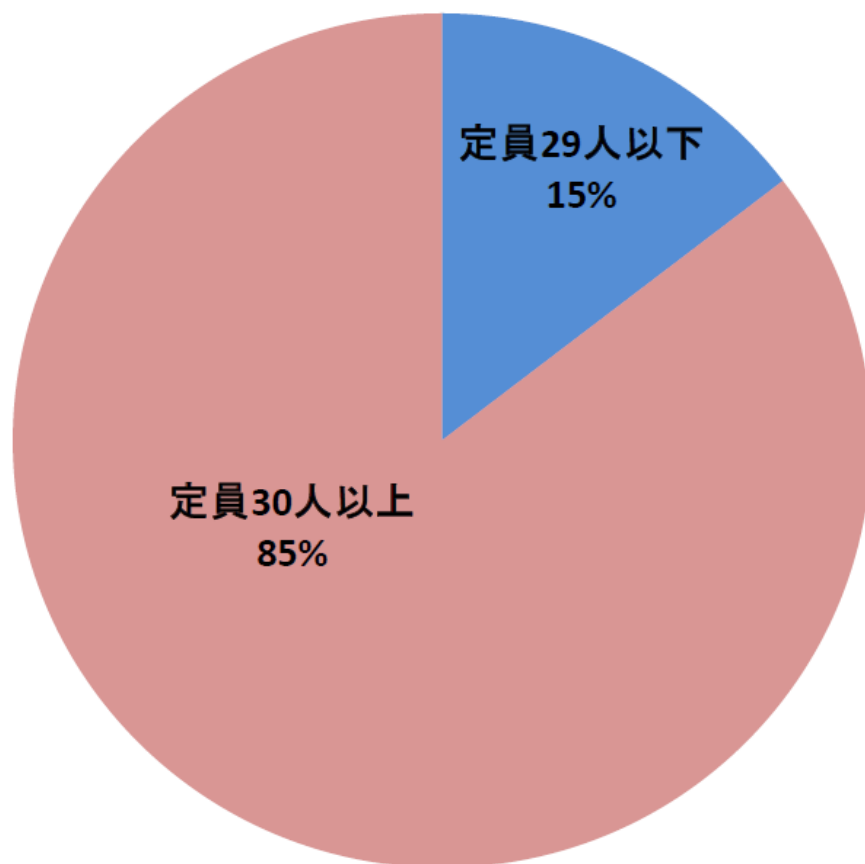
# 在宅復帰・在宅療養支援強化施設は通所リハも多い

在宅強化と通所リハの事業規模の関係

(平成25年度全老健地域特性調査より)

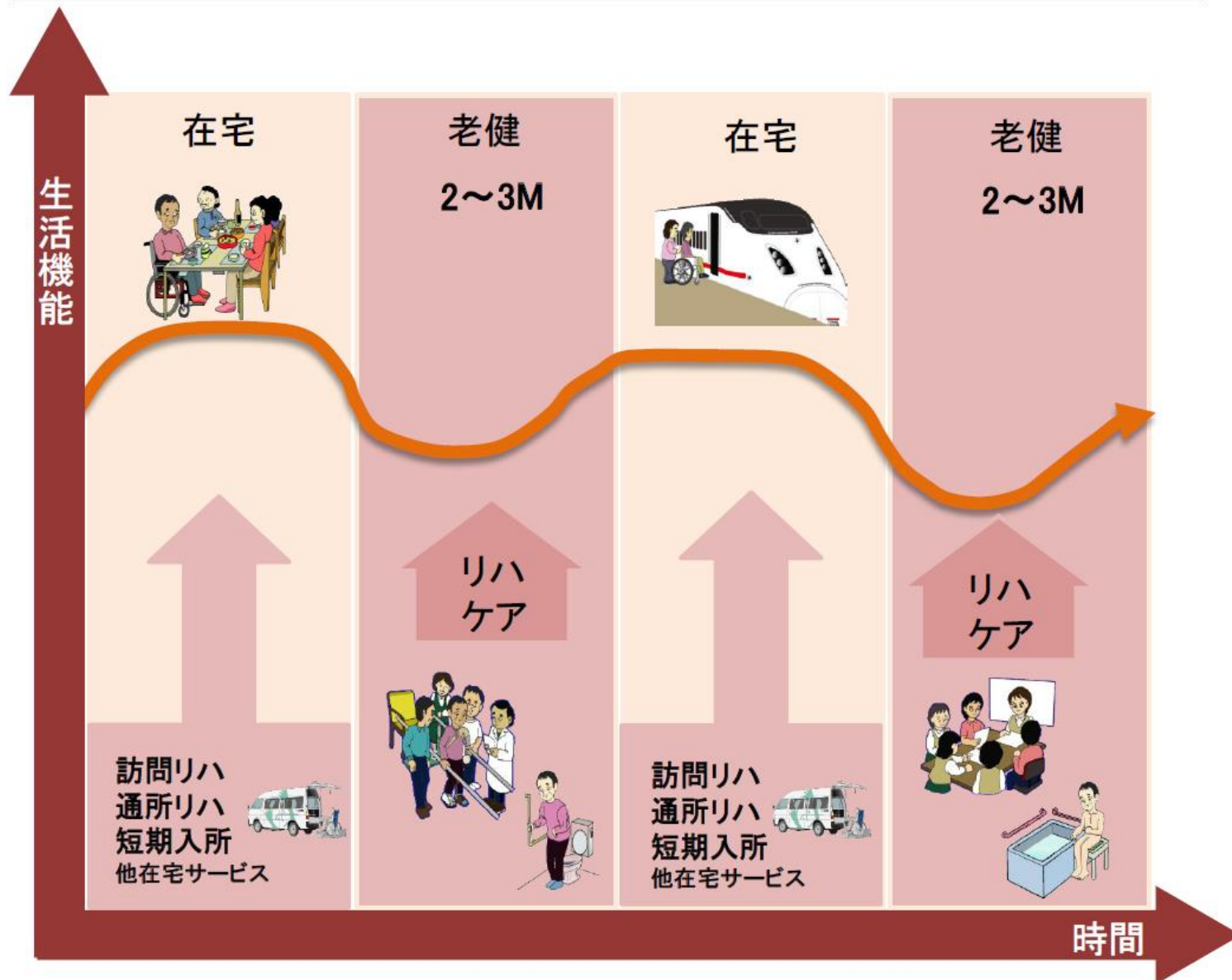
在宅強化型で通所リハビリを実施している施設の事業所規模

(n=89)





# 老健施設の往復型利用による在宅生活の継続



# 自宅 ときどき 老健

介護老人保健施設 = “老健”では、  
リハビリを中心に様々な専門スタッフがサポートします！



病院を退院するのですが、  
一人暮らしでちょっと  
不安という方に…



体力が落ちてきて自宅で  
身の回りの事を1人で  
やるのが難しくなっ  
てきた方に…

※ご利用には介護保険の認定が必要です

## ② ライフサポートねりま

練馬区大泉学園町7-3-28  
バス停「大泉風到地区」徒歩3分  
☎ 03-5935-6713



認知症リハ 訪問リハ

地域の皆様が住み慣れた環境で安心、安全快適に生活を継続できる様に、ねりま健育会病院との連携の下、複合施設として今年4月に開設しました。攻めのリハビリを基盤にした生活期リハビリを実践する新しい老健施設として、卓越したリハビリテーションチームケアと心温まるホスピタリティを提供し、社会参加を支援します。

## ③ 練馬ゆめの木

練馬区大泉町2-17-1  
バス停「大泉町2丁目」徒歩5分  
「大泉町4丁目」徒歩7分  
☎ 03-3923-0222



認知症リハ

在宅復帰目的を中心とした施設ですが、在宅に戻られた後の支援（ショートステイ・デイケア）も行っています。医師を含む多職種が連携し、在宅復帰に向けて具体的な提案を行いますので、ご家族だけで悩むことはありません。また、急な退院やご家族の事情による緊急のご利用希望にも対応可能ですので、ご相談ください。

## ④ みんなの笑顔

練馬区東大泉5-29-13  
西武池袋線「大泉学園駅」  
徒歩2分  
☎ 03-3921-2525



介護老人保健施設「みんなの笑顔」は、介護認定を受け日常生活において介護を必要とし、在宅での生活が困難な方にご利用して頂ける施設です。ご利用者様が日々笑顔で安心して生活して頂けるよう多職種が協働して、リハビリテーションをはじめ、食事・入浴などの充実したサービスを提供して参ります。

## ⑤ カタクリの花

練馬区高野台3-32-12  
西武池袋線「石神井公園駅」  
徒歩7～8分  
☎ 03-5393-6201



創設17年、勤続年数が長く経験豊富なスタッフが多数おります。各サービスとの連携が取れており安心してサービスをお使いいただけます

## ⑥ 神石介護老人保健施設

練馬区上石神井3-33-6  
西武新宿線「上石神井駅」  
徒歩6分  
☎ 03-3594-0088



認知症リハ

療養フロアは開放的で明るく、居室はプライバシーに配慮した設計のため、寝たきり予防には最適な環境です。リハビリと芸術活動（音楽・美術療法）を通して生き生きとした毎日が過ごせます。老健を最大限活用しながら安心して地域で過ごせるよう、在宅復帰はもちろん様々なご相談をスタッフ全員で親身に承ります。

## ① 大泉学園ふきのとう

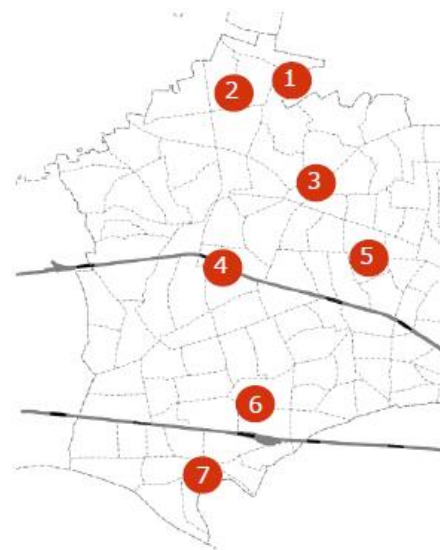
練馬区大泉学園町8-24-15  
バス停「大泉中央公園」  
下車すぐ  
☎ 03-3924-2215



認知症リハ 訪問リハ

大泉中央公園の前に臨む介護老人保健施設。当法人は平成10年より当地で設立され19年目を迎え、医療、看護、リハビリ、介護と多職種によるサービスを提供しリハビリと認知症をキーワードに在宅復帰在宅生活を維持するためのお手伝いをさせて頂いております。在宅生活を続けて行く為に是非御活用ください。

## ～練馬区内の



## ⑦ エスポワール練馬

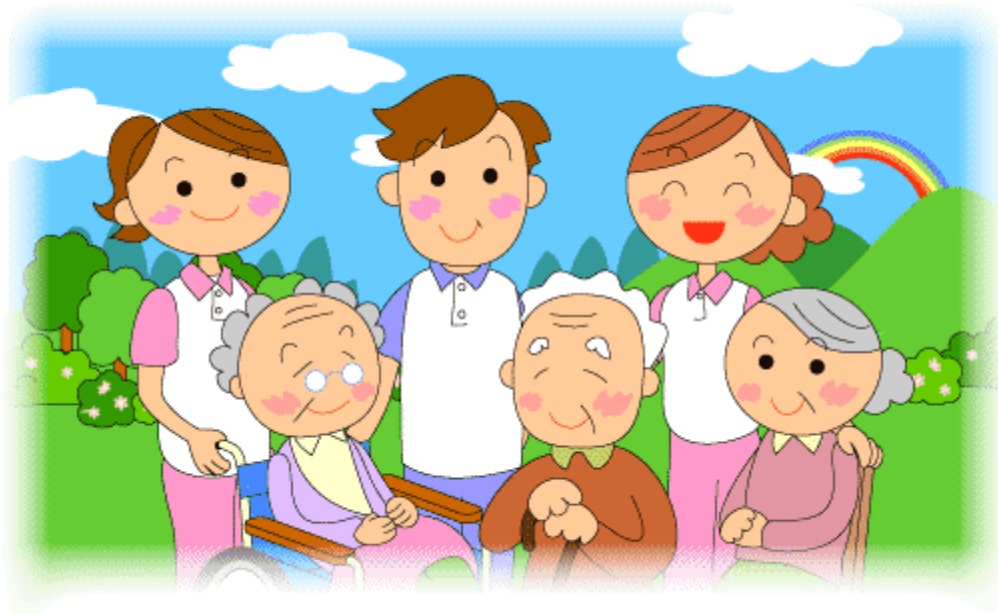
練馬区関町東1-1-9  
西武新宿線「上石神井駅」  
徒歩12分  
☎ 03-5903-5267



認知症リハ

当施設は、明るく家庭的な雰囲気の中で心のこもった温かいケアを提供いたします。利用者の皆様の生活が、活性化して自立した日常生活が営めるように専門スタッフが支援し、真心を込めてお世話させていただき家庭生活への復帰をお手伝いします。同時に介護・看護などを通して、心に安らぎを持てる雰囲気を提供いたします。

## ②老人保健施設と 同時改定





# 介護老人保健施設の役割の明確化

〔定義〕 地域包括ケア強化法による改正前（介護保険法第8条第28項）

介護老人保健施設とは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

〔定義〕 地域包括ケア強化法による改正後（介護保険法第8条第28項）


2017年6月 <平成29年6月2日公布、平成30年4月1日施行>

介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(基本方針)

第一条の二 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

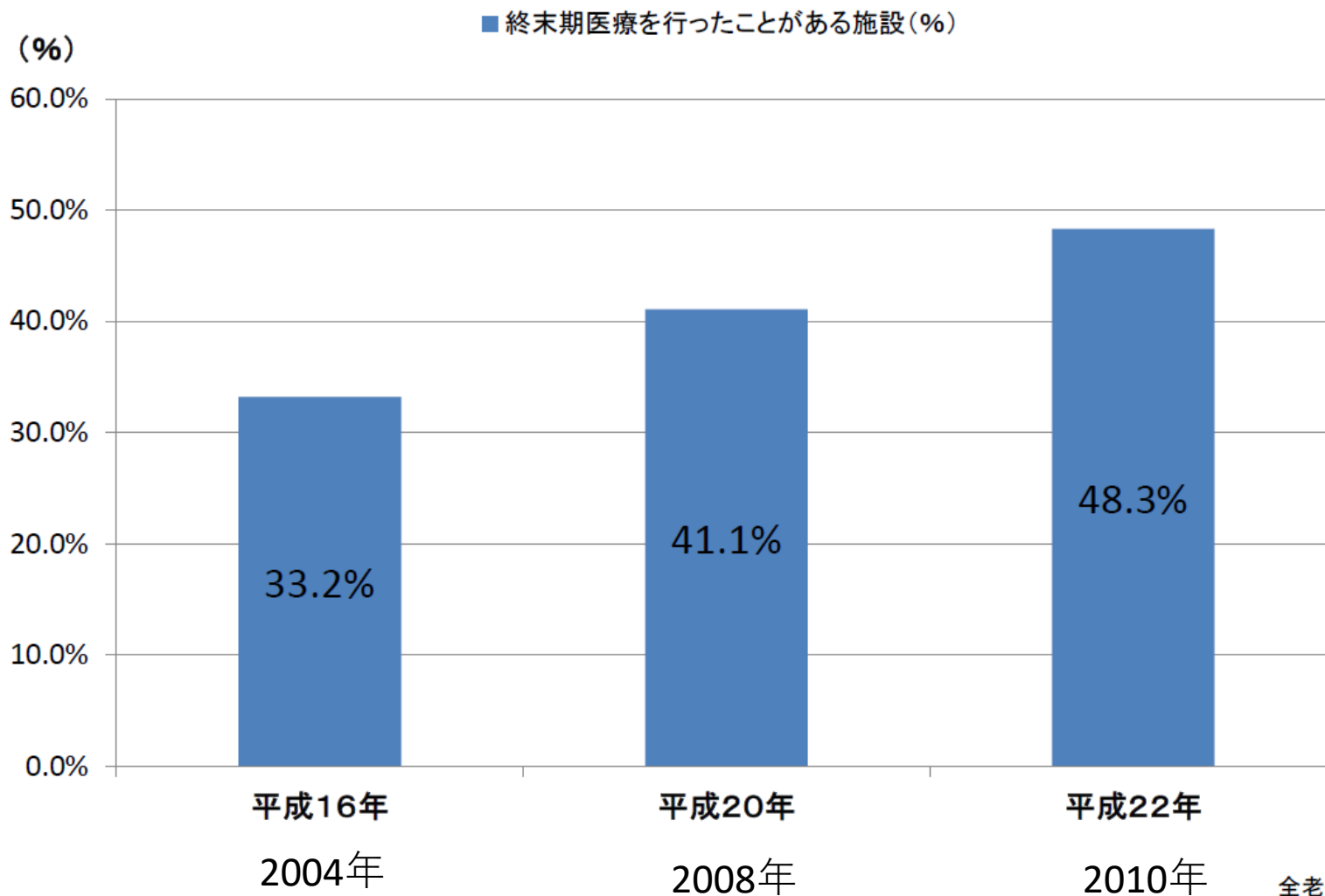
(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成十一年三月三十一日)(厚生省令第四十号))

- 
- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
  - リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設



# 老健施設においても看取りは増えている

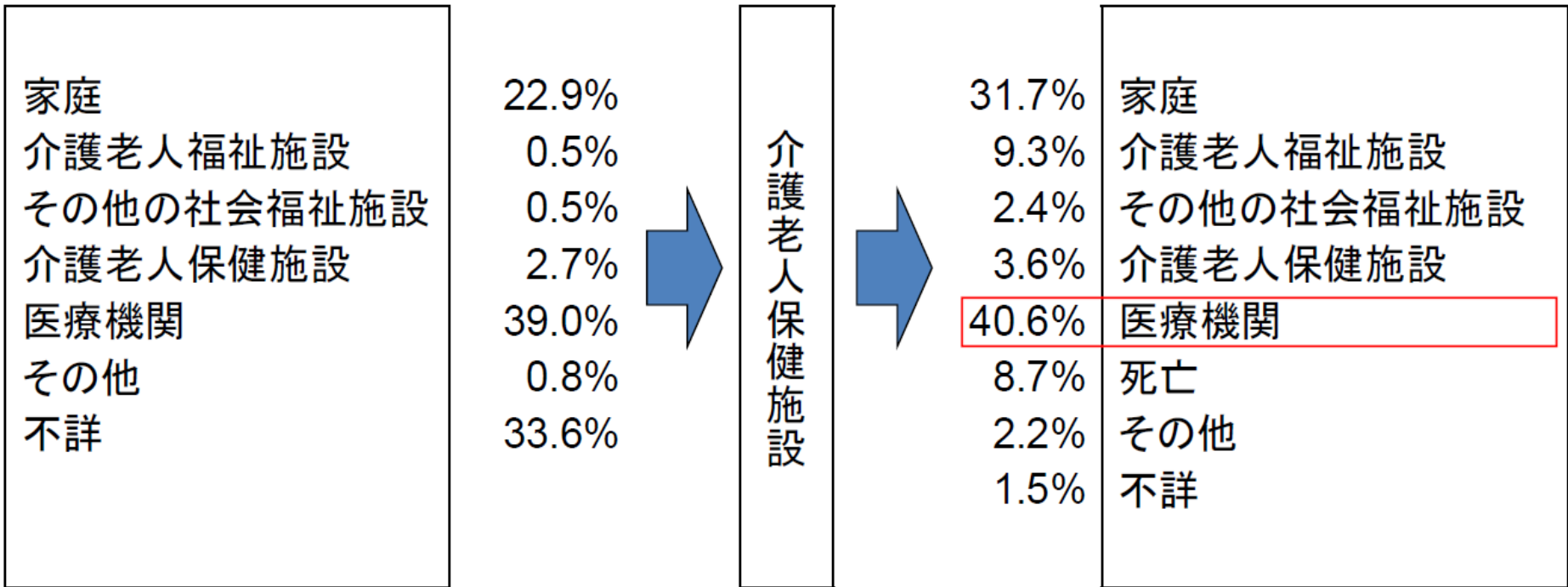
## 老健保健施設における終末期医療の実施





# 介護老人保健施設における入所者・退所者の状況

(退所者: 18,569人)



平均在所日数 311.3日 (329.2日)

医療機関	→	医療機関	19.1 (%)
家庭	→	家庭	23.5
家庭	→	医療機関	2.9

2013年調査

平成25年介護サービス施設・事業所調査結果

# 介護老人保健施設における医療の充実（平成24年度介護報酬改定資料）

- 介護老人保健施設の入所者には肺炎等の疾患が比較的好発しているが、医療機関へ転送する例が多い一方で、肺炎等については一定の薬剤に対する報酬が算定可能であれば、医療機関への転院を減少させられると考える施設が6割以上あった。
- 平成24年度介護報酬改定で、入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎などの疾病を発症した場合における介護老人保健施設内での対応について評価を行った。

## 所定疾患施設療養費 305単位/日 (1月に1回、連続する7日に限る)

### ○対象となる疾病

- ・ 肺炎
- ・ 尿路感染症
- ・ 带状疱疹(抗ウイルス剤の点滴を必要とする者に限る)

### ○算定要件

- ・ 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

(出典)

図1)「介護サービス情報公表制度」(平成21年度)より老人保健課調べ

図2)平成20年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設における適切な医療提供のあり方に関する研究事業」

図1 3カ月間の退所者の退所先の内訳

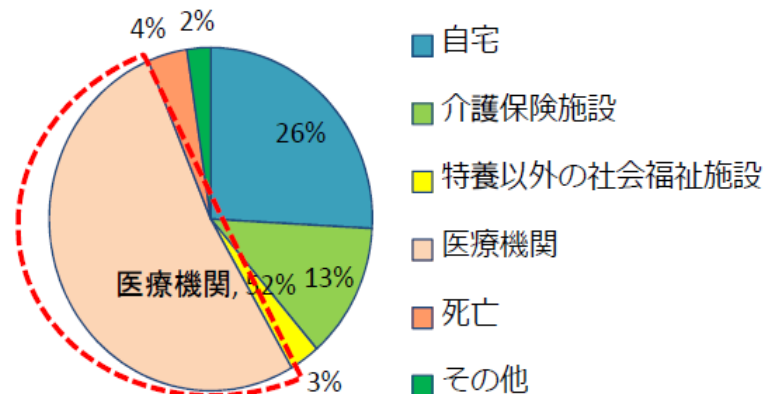
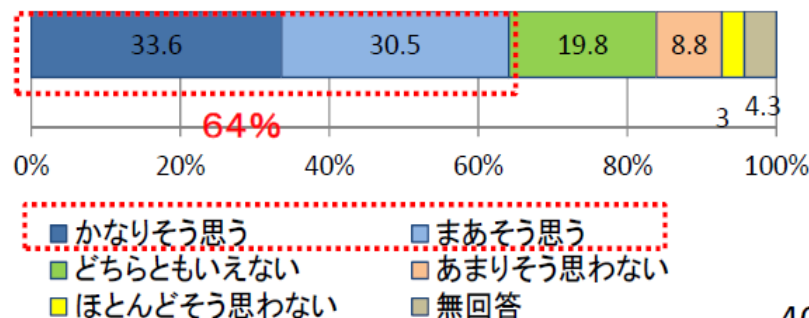


図2 一定の薬剤(肺炎に対する抗生物質等)が算定可能と認められれば、医療機関への転院が減少すると思う施設

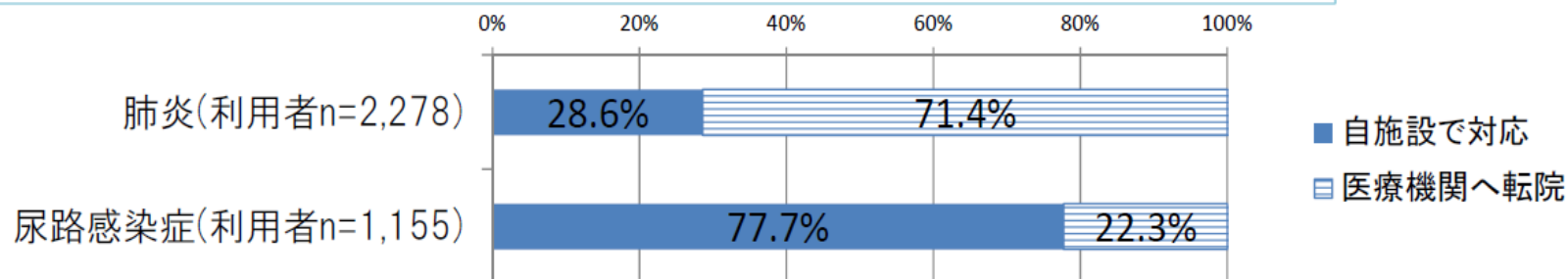




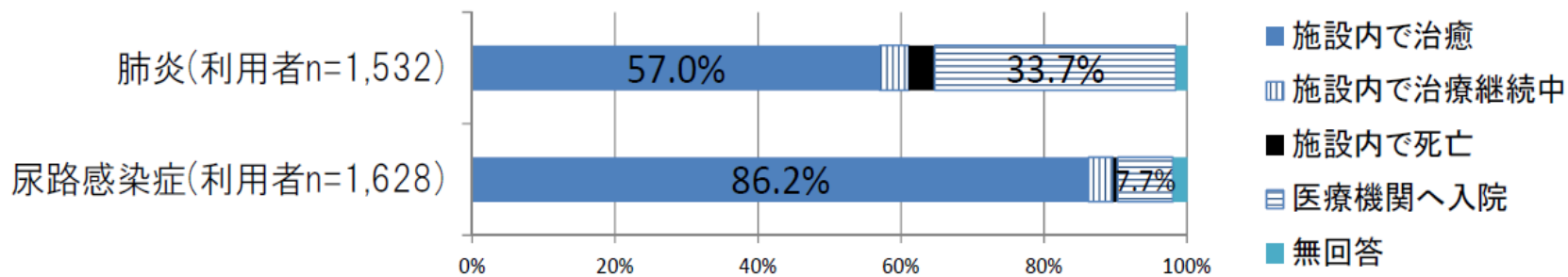
## 介護老人保健施設における医療の充実（効果検証）

○ 介護老人保健施設入所者の肺炎・尿路感染症に対して、施設内での対応は充実しつつある。

平成20年10～11月の間に  
2008年  
肺炎と診断された入所者のうち71.4%が、医療機関へ転院していた。  
尿路感染症と診断された入所者のうち22.3%が、医療機関へ転院していた。



平成24年11月中に  
2012年  
肺炎と診断された入所者のうち57.0%が、施設内で治癒していた。  
尿路感染症と診断された入所者のうち86.2%が、施設内で治癒していた。



○施設内での発生率が30%を超えるもののうち、介護老人保健施設で対応したほうがよい不測の事態は、「感染性胃腸炎」「インフルエンザ」「急性気管支炎」「蜂窩織炎、膿傷等」と考える。

平成20年度「介護老人保健施設における適切な医療提供のあり方に関する研究事業」報告書より

【施設内での発生率が高い「不測の事態」】

回答施設数 (n=1,388)	不測の事態への対応が 必要となった入所者が「いた」割合
肺炎(誤嚥性を含む)	70.5
褥瘡	58.4
認知症の行動障害	56.3
尿路感染症 (急性腎盂炎等)	47.3
骨折	45.2
貧血	39.9
意識障害	35.8
急性気管支炎	34.7
頭部打撲	33.9
脱水	32.6
慢性心不全の急性増悪	32.3
誤嚥	32.3
脳出血・脳梗塞等	31.8
蜂窩織炎、膿傷等	31.6
外傷	31.5
悪性腫瘍	31.2
不整脈	27.6
急性呼吸不全または慢性呼吸不全の急性増悪	24.9
消化管出血	22.4
带状疱疹	21.9
急性心不全 (心筋梗塞含む)	19.8

【調査結果に見る「老健で対応した方がよい不測の事態」】

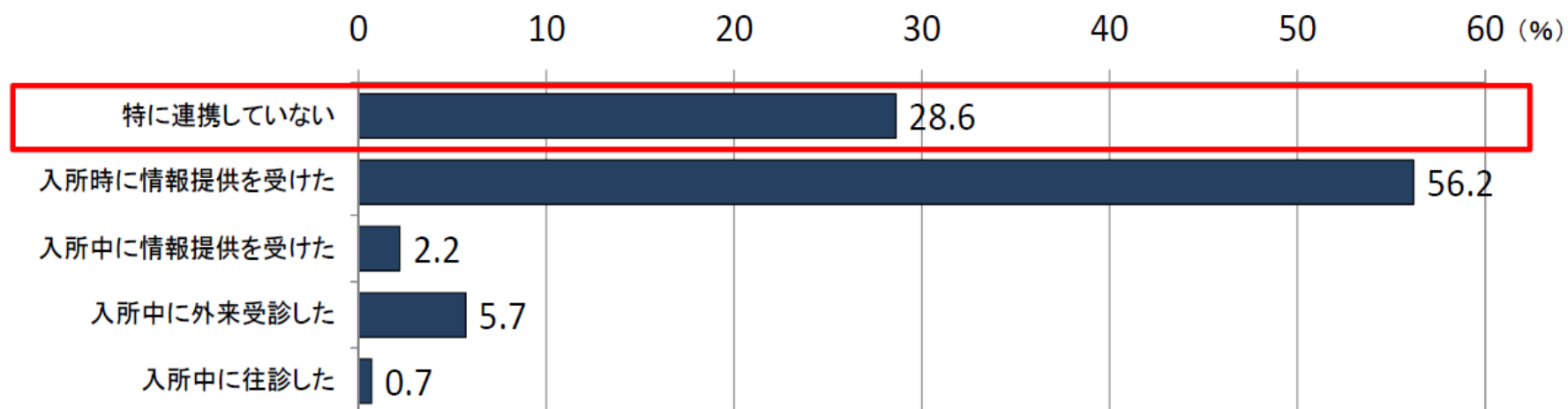


赤＝施設内での発生率が30%を超え、かつ介護老人保健施設で対応したほうがよいと考える不測の事態

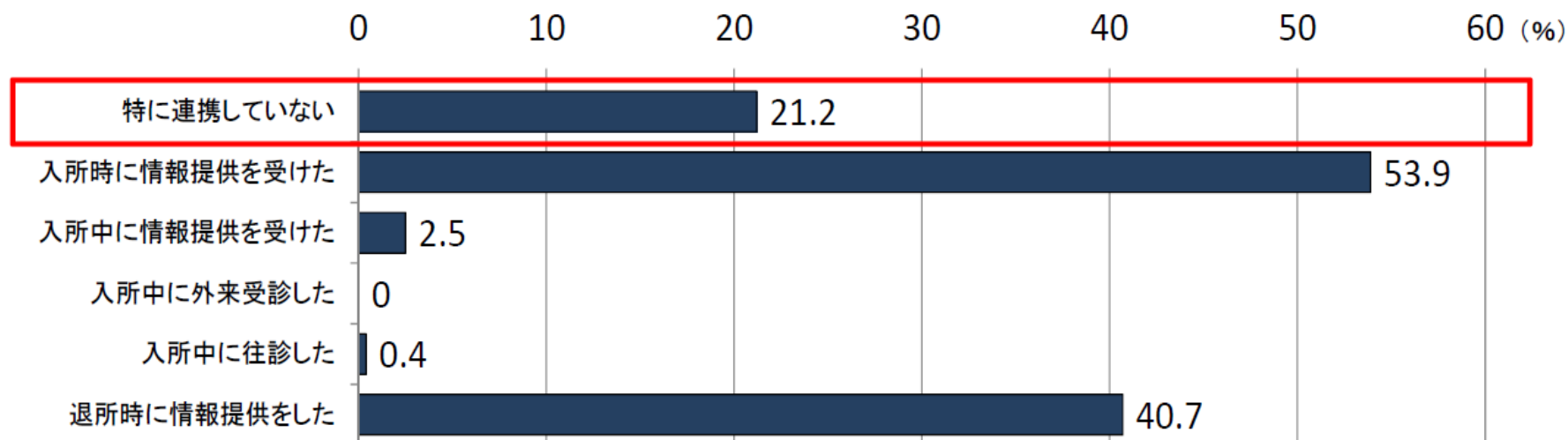
緑＝所定疾患施設療養費の対象疾患

## 介護老人保健施設とかかりつけ医との連携について

### 入所時における、利用者のかかりつけ医との連携内容について



### 退所時における、利用者とかかりつけ医との連携内容について



# 介護老人保健施設における退所困難者の在宅復帰阻害要因（複数回答）

社保審一介護給付費分科会

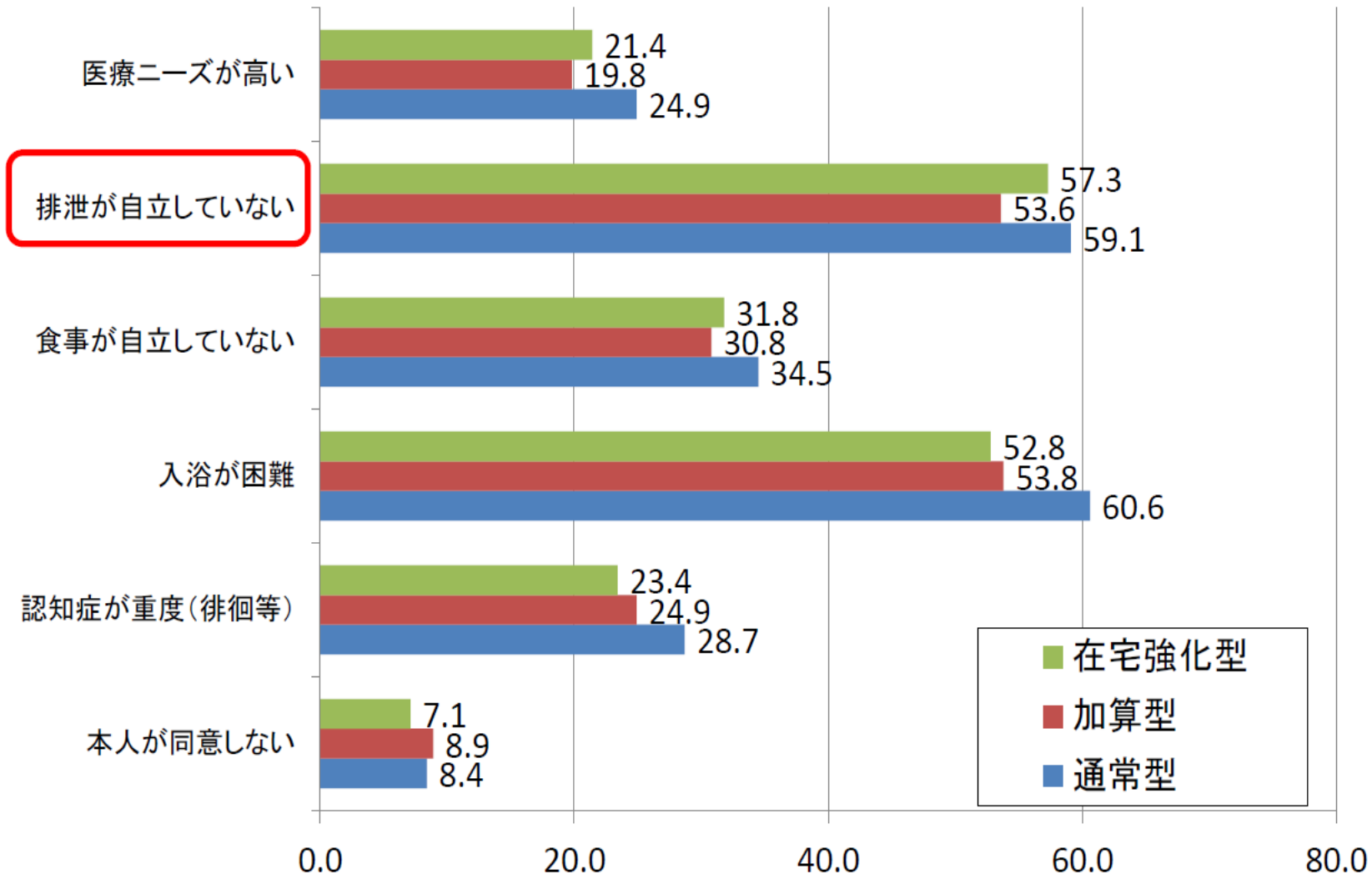
第153回 (H29.11.29)

資料2 (抄)

## 【本人に関する要因】

(入所者=10,928)

(%)





# 2018年介護報酬改定と老人保健施設

## 改定事項

①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価

②介護療養型老人保健施設の基本報酬等

③かかりつけ医との連携

④入所者への医療の提供

⑤排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の創設

⑥褥瘡の発生予防のための管理に対する評価

⑦外泊時に在宅サービスを利用したときの費用の取扱い

⑧口腔衛生管理の充実

⑨栄養マネジメント加算の要件緩和

⑩栄養改善の取組の推進

⑪入院先医療機関との間の栄養管理に関する連携

⑫身体的拘束等の適正化

⑬介護療養型老人保健施設から介護医療院への転換の取扱い

⑭療養食加算の見直し

⑮介護職員処遇改善加算の見直し

⑯居室とケア

## 21. 介護老人保健施設 ①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価

### 概要

- 平成29年の制度改正で、介護老人保健施設の役割が在宅復帰・在宅療養支援であることがより明確にされたことを踏まえ、この機能を更に推進する観点から、報酬体系の見直しを行う。
  - ア 従来型の基本報酬については、一定の在宅復帰・在宅療養支援機能を有するものを基本型として評価することとし、メリハリをつけた評価とする。
  - イ 在宅復帰・在宅療養支援機能については、現在、在宅復帰率、ベッド回転率、退所後の状況確認等の指標を用いて評価しているが、これらに加え、入所後の取組みやリハビリテーション専門職の配置等の指標も用いることで更にきめ細かい評価ができるようにする。
  - ウ 現行の在宅強化型よりも在宅復帰・在宅療養支援をより進めている施設については、更に評価することとする。
  - エ 併せて、退所前訪問指導加算、退所後訪問指導加算、退所時指導加算については、介護老人保健施設の退所時に必要な取組みとして、基本報酬に包括化する。
  - オ ただし、退所時指導加算のうち試行的な退所に係るものについては、利用者ごとのニーズによって対応が異なることから、試行的退所時指導加算として、評価を継続することとする。

### 単位数

- 基本報酬について（多床室の場合）（単位／日）

	（現行）	
	在宅強化型	従来型
要介護1	812	768
要介護2	886	816
要介護3	948	877
要介護4	1,004	928
要介護5	1,059	981

→

（改定後）		
在宅強化型	基本型	その他（新設）
818	771	756
892	819	803
954	880	862
1,010	931	912
1,065	984	964

- 在宅復帰在宅療養支援機能加算について

<現行>

在宅復帰在宅療養支援機能加算 27単位／日 ⇒

<改定後>

在宅復帰在宅療養支援機能加算（Ⅰ） 34単位／日（基本型のみ）

在宅復帰在宅療養支援機能加算（Ⅱ） 46単位／日（在宅強化型のみ）

## 21. 介護老人保健施設 ①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価 (続き)

### 算定要件等

	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)		在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)		(左記以外)
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)	70以上	60以上	40以上	20以上	左記の要件を満たさない
退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

### 在宅復帰・在宅療養支援等指標 :

下記評価項目(①~⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値  
(最高値:90)

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0	
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
⑤居宅サービスの実施数	3サ・ビ・ス 5	2サ・ビ・ス 3	1サ・ビ・ス 2	0サ・ビ・ス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5	3以上 3	3未満 0	
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0	
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0	
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	

評価項目	算定要件
退所時指導等	<p>a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。</p> <p>b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p>
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハ	少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

※要介護4・5については、2週間。

## 21. 介護老人保健施設 ③ かかりつけ医との連携

### 概要

- 多剤投薬されている入所者の処方方針を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が事前に合意し、その処方方針に従って減薬する取組みについて、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要に応じて評価することとする。

### 単位数

<現行>  
なし

⇒

<改定後>  
かかりつけ医連携薬剤調整加算 125単位/日（新設）

### 算定要件等

- かかりつけ医連携薬剤調整加算  
次に掲げるいずれの基準にも適合する入所者に対し、当該入所者に処方する内服薬の減少について退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載した場合は、当該入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に加算する。
  - イ 6種類以上の内服薬が処方されており、当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整し、当該入所者に処方する内服薬を減少させることについて当該介護老人保健施設の医師と当該主治の医師が合意している者
  - ロ 当該合意された内容に基づき、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させた者
  - ハ 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少している者



# 在宅等における医療・介護連携の強化に関する事項(施設での連携)

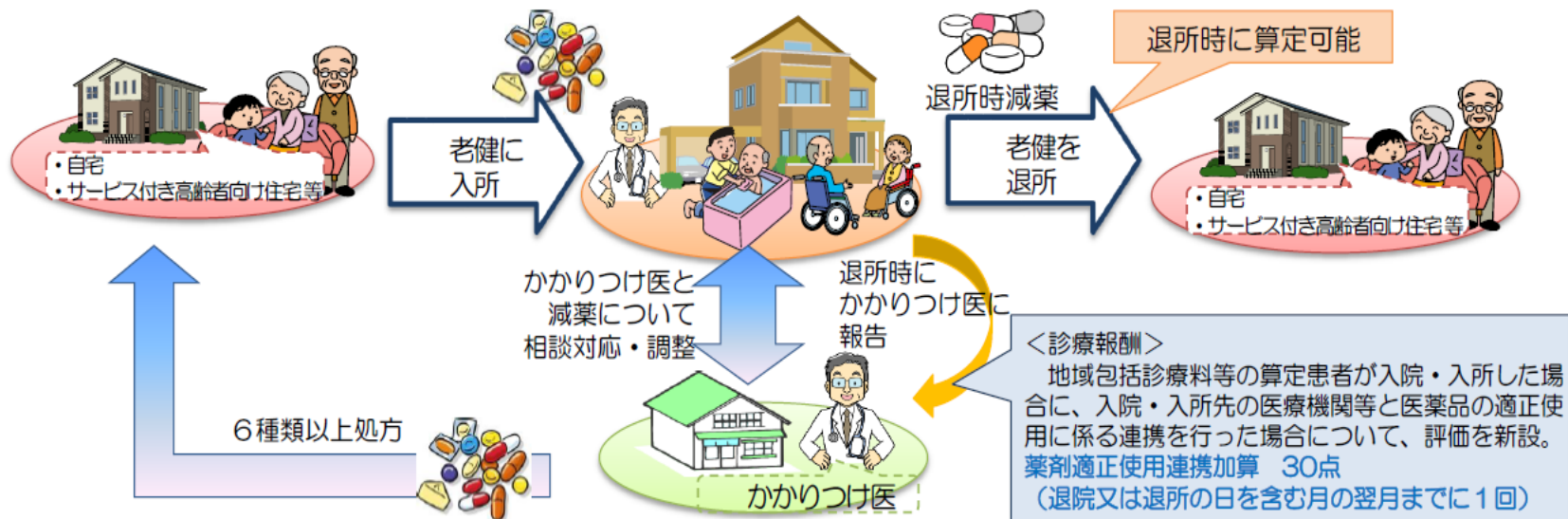
## ○ かかりつけ医との連携【介護老人保健施設】

多剤投薬されている入所者の処方方針を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が事前に合意し、その処方方針に従って減薬する取組みについて評価を新設。

(新設) かかりつけ医連携薬剤調整加算 125単位 ※入所者1人につき1回を限度として、退所時に加算

(要件) 次に掲げるいずれの基準にも適合する入所者に対し、当該入所者に処方する内服薬の減少について退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載した場合は、当該入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に加算。

- イ 6種類以上の内服薬が処方されており、当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整し、当該入所者に処方する内服薬を減少させることについて当該介護老人保健施設の医師と当該主治の医師が合意している者
- ロ 当該合意された内容に基づき、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させた者
- ハ 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少している者



## 21. 介護老人保健施設 ④入所者への医療の提供

### 概要

- 所定疾患施設療養費について、介護老人保健施設で行うことができない専門的な検査が必要な場合には医療機関と連携する等、診断プロセスに係る手間に応じた評価とする。
- 併せて、専門的な診断等のために医療機関に1週間以内の短期間入院を行う入所者であっても、制度上は退所として扱われるが、介護老人保健施設で行われる医療として必要なものであることから、在宅復帰率等の算定に際し配慮することとする。

### 単位数

<現行>

所定疾患施設療養費 305単位/日

⇒

<改定後>

所定疾患施設療養費 (I) 235単位/日

所定疾患施設療養費 (II) 475単位/日 (新設)

### 算定要件等

<現行>

- ① 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

⇒

<改定後>

所定疾患施設療養費 (I)  
同左

所定疾患施設療養費 (II)

- ① 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。(協力医療機関等と連携して行った検査等を含む。)
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。
- ③ 医師が感染症対策に関する研修を受講していること。

※ 介護給付費明細書の摘要欄に診療内容を記載することも必要となる。

## 21. 介護老人保健施設 ⑤排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の創設

### 概要

- 排泄障害等のため、排泄に介護を要する特別養護老人ホーム等の入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合の新たな評価を設ける。

### 単位数

<現行>  
なし

⇒

<改定後>  
排泄つ支援加算 100単位/月（新設）

### 算定要件等

- 排泄に介護を要する利用者（※1）のうち、身体機能の向上や環境の調整等によって排泄にかかる要介護状態を軽減できる（※2）と医師、または適宜医師と連携した看護師（※3）が判断し、利用者もそれを希望する場合、多職種が排泄にかかる各種ガイドライン等を参考として、
  - ・排泄に介護を要する原因等についての分析
  - ・分析結果を踏まえた支援計画の作成及びそれに基づく支援を実施することについて、一定期間、高い評価を行う。

（※1）要介護認定調査の「排尿」または「排便」が「一部介助」または「全介助」である場合等。

（※2）要介護認定調査の「排尿」または「排便」の項目が「全介助」から「一部介助」以上に、または「一部介助」から「見守り等」以上に改善することを目安とする。

（※3）看護師が判断する場合は、当該判断について事前又は事後の医師への報告を要することとし、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、事前の医師への相談を要することとする。



## 今日のまとめ

- ・ 同時改定で、老健の競合相手がますます増えるだろう
- ・ 最大の競合相手は新設される「介護医療院」だ
- ・ 在宅復帰率の計算式からも老健が外されてしまった
- ・ これからの老健は医療とのさらなる連携、生活にもどすりハ、地域への訪問事業、看取りなど「地域包括ケア拠点」を目指すことだろう



# 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



# 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](mailto:mutoma@iuhw.ac.jp)