

科目名：資源管理Ⅲ 経営戦略  
2024年同時改定へ向けての課題



社会福祉法人  
日本医療伝道会  
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ  
相談役 武藤正樹  
よこすか地域包括推進センター長

# 自己紹介



- 1949年神奈川県川崎市生まれ B型うお座
- 1974年新潟大学医学部卒業、1978年新潟大学大学院医科学研究科修了
- 1978年旧国立横浜病院にて外科医師として勤務。同病院在籍中厚生省から1986年～1988年までニューヨーク州立大学家庭医療学科に留学
- 1994年旧国立医療・病院管理研究所医療政策研究部長
- 1995年旧国立長野病院副院長
- 2006年より国際医療福祉大学三田病院副院長・同大学大学院医療経営福祉専攻教授
- 2020年7月より社会福祉法人日本伝道協会衣笠グループ相談役。
- 政府委員
  - 医療計画見直し等検討会座長（厚労省2010年～2011年）
  - 中医協入院医療等の調査評価分科会会長（厚労省2012年～2018年）
  - 規制改革推進会議医療・介護ワーキンググループ専門委員（内閣府2019年～2021年）

# 衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、  
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、  
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、  
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

## ■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん) 特養(衣笠ホーム) 訪問診療クリニック 訪問看護ステーション  
通所事業所(長瀬ケアセンター) など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】





富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

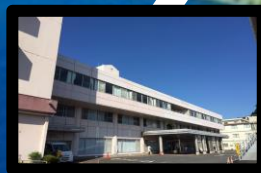
衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ

三浦



長瀬  
ケアセンター

浦賀



# 目次



- パート 1
  - ポスト 2025年と介護需要の急増
- パート 2
  - 地域包括ケア病棟
- パート 3
  - ペーシエント・フロー・マネジメントと  
入退院支援加算
- パート 4
  - 老人保健施設、特別養護老人ホーム、介護医療院  
と医療

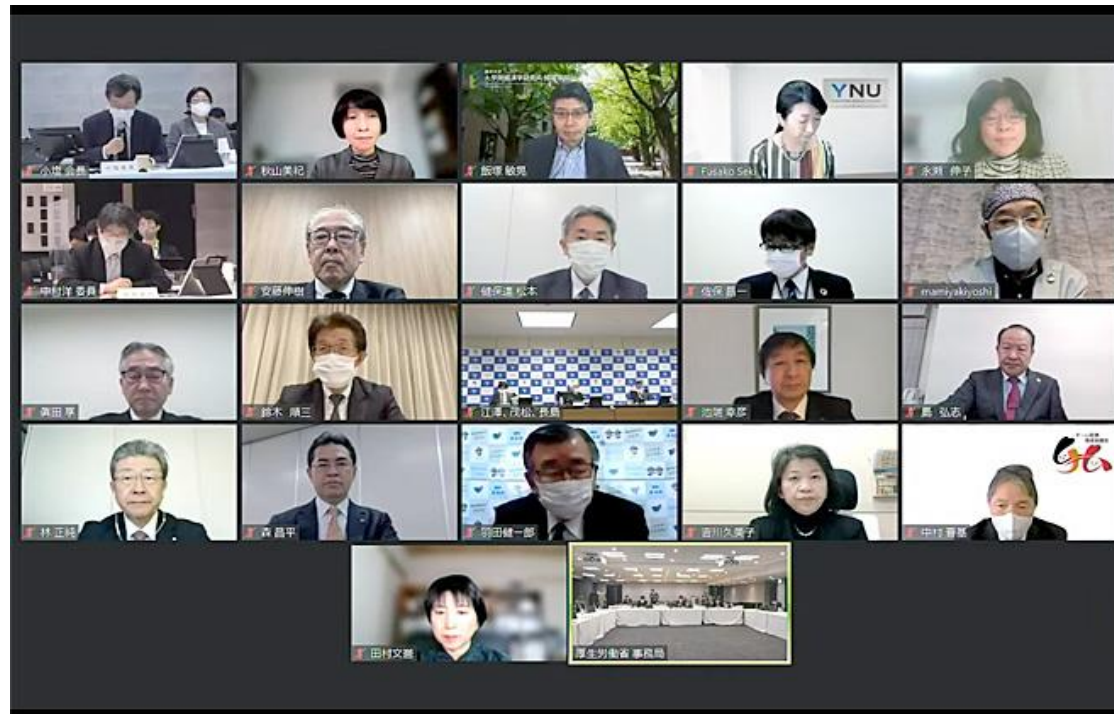
# パート 1

## ポスト2025年と介護需要の急増





# 2024年同時改定のポイント



中医協総会（2023年1月18日）

# 同時改定のポイント

## • ポイント 1

- **ポスト2025年を見据えた診療報酬、介護報酬の同時改定であること**

## • ポイント 2

- 2025年に向けて地域医療構想の取り組みを進めるとともに、「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」を目指すこと

## • ポイント 3

- 第8次医療計画の5疾患・6事業（新興感染症対応が追加）の開始年であること

## • ポイント 4

- 医師の働き方改革として2024年4月に医師の労働時間上限規制等が設けられること

## • ポイント 5

- 医療DXの実現に向けて医療DX推進本部で議論が進められていること

## • ポイント 6

- 「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」の議論が取りまとめられること

## • ポイント 7

- プログラム医療機器（SaMD）の評価体系を検証し、今後の在り方について検討が求められていること



# 同時改定へ向けての 意見交換会



# 同時改定へ向けた意見交換会

- 診療報酬は中医協総会で審議
- 介護報酬は介護給付費分科会で審議
- 同時改定へむけて両会の間で事前に意見交換を行う
  - 1. 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
  - 2. 高齢者施設・障害者施設等における医療
  - 3. 認知症
  - 4. リハビリテーション・口腔・栄養
  - 5. 人生の最終段階における医療・介護
  - 6. 訪問看護
  - 7. 薬剤管理
  - 8. その他



# 65歳以上の高齢者の人口推移

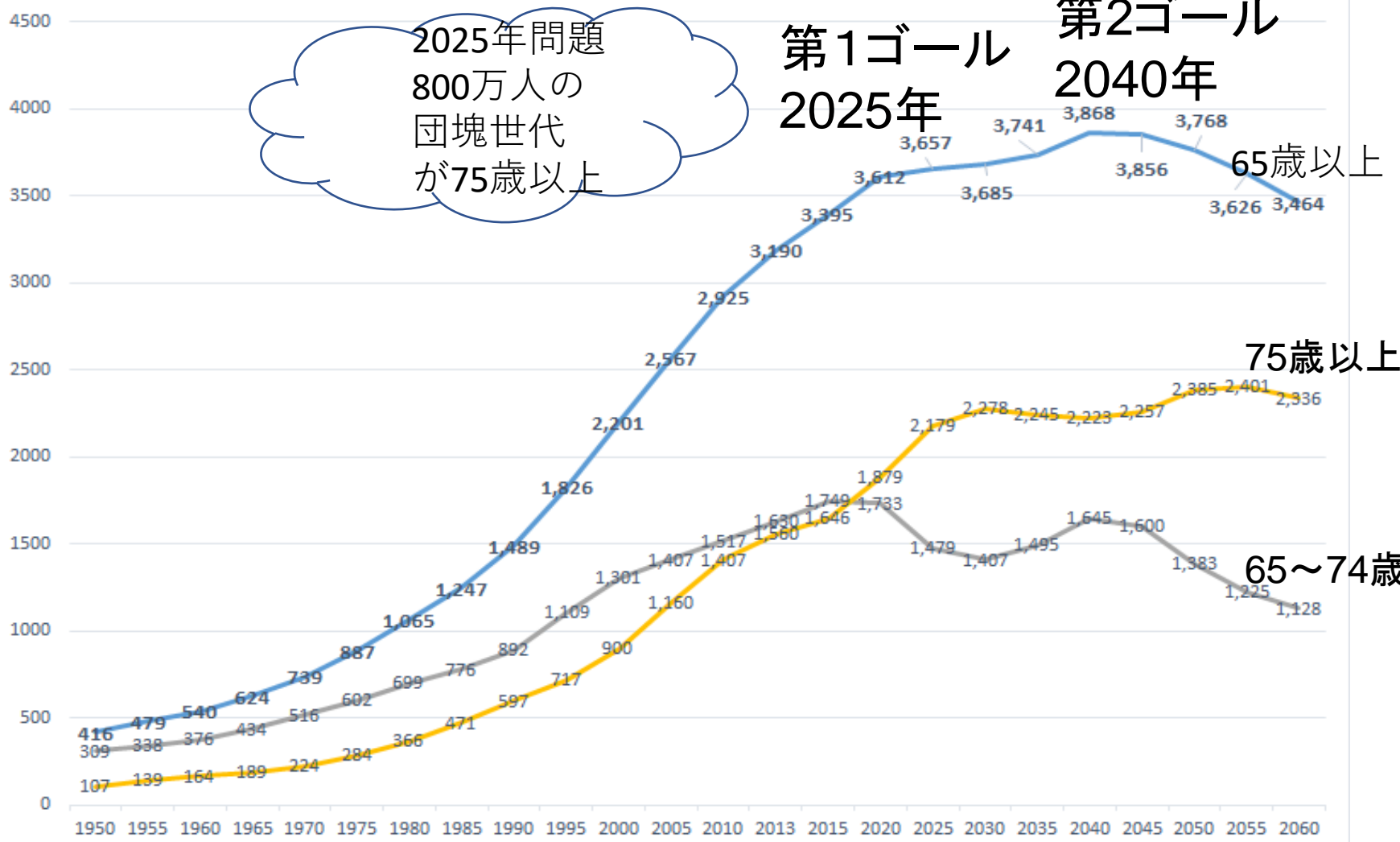
— 65～74歳 — 75歳以上 — 65歳以上(計)

2040年問題  
団塊ジュニア  
が65歳以上

2025年問題  
800万人の  
団塊世代  
が75歳以上

第1ゴール  
2025年

第2ゴール  
2040年

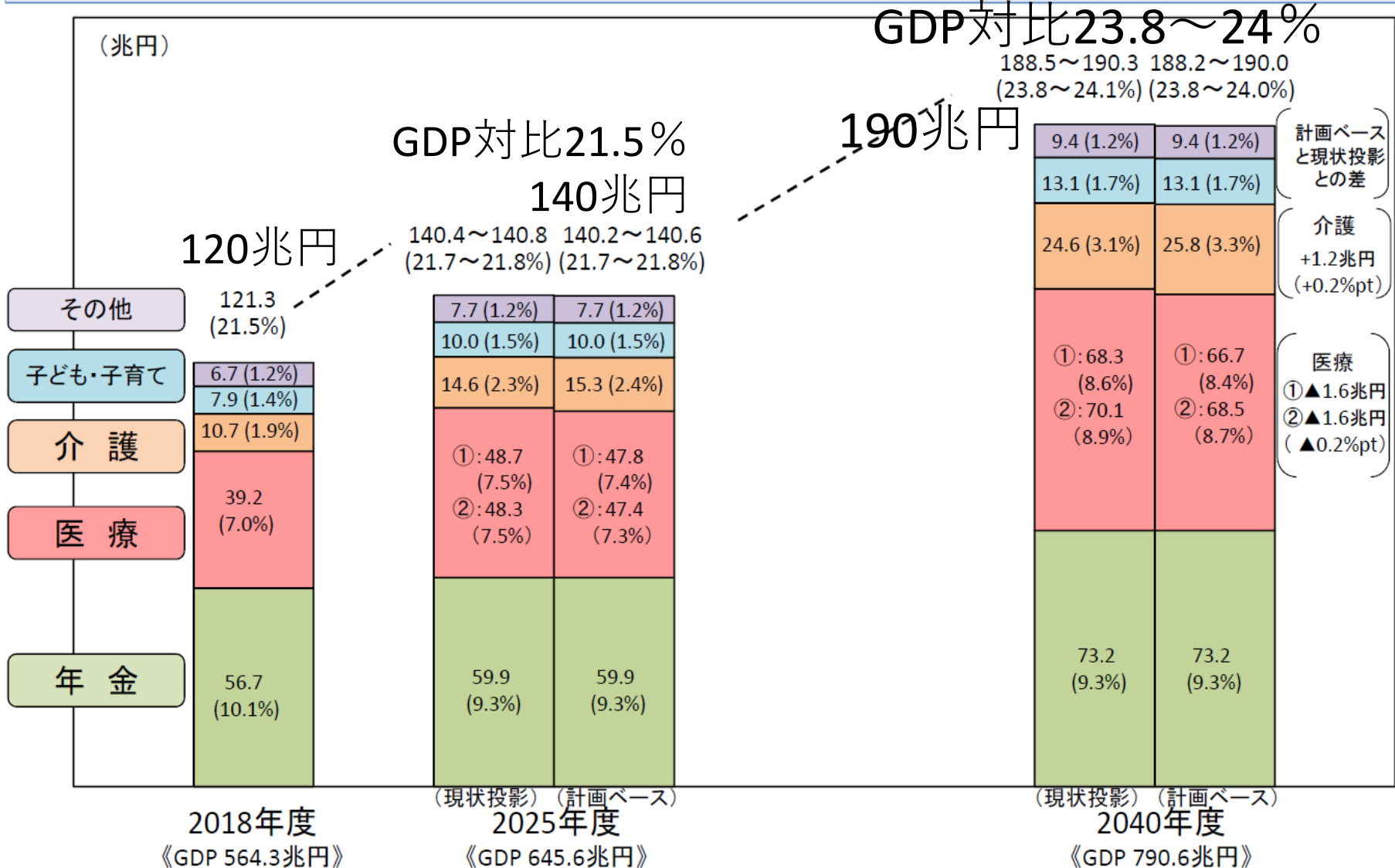


65歳以上

75歳以上

65～74歳

# 社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）



(注1) ( )内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおいており給付費に幅がある。

(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

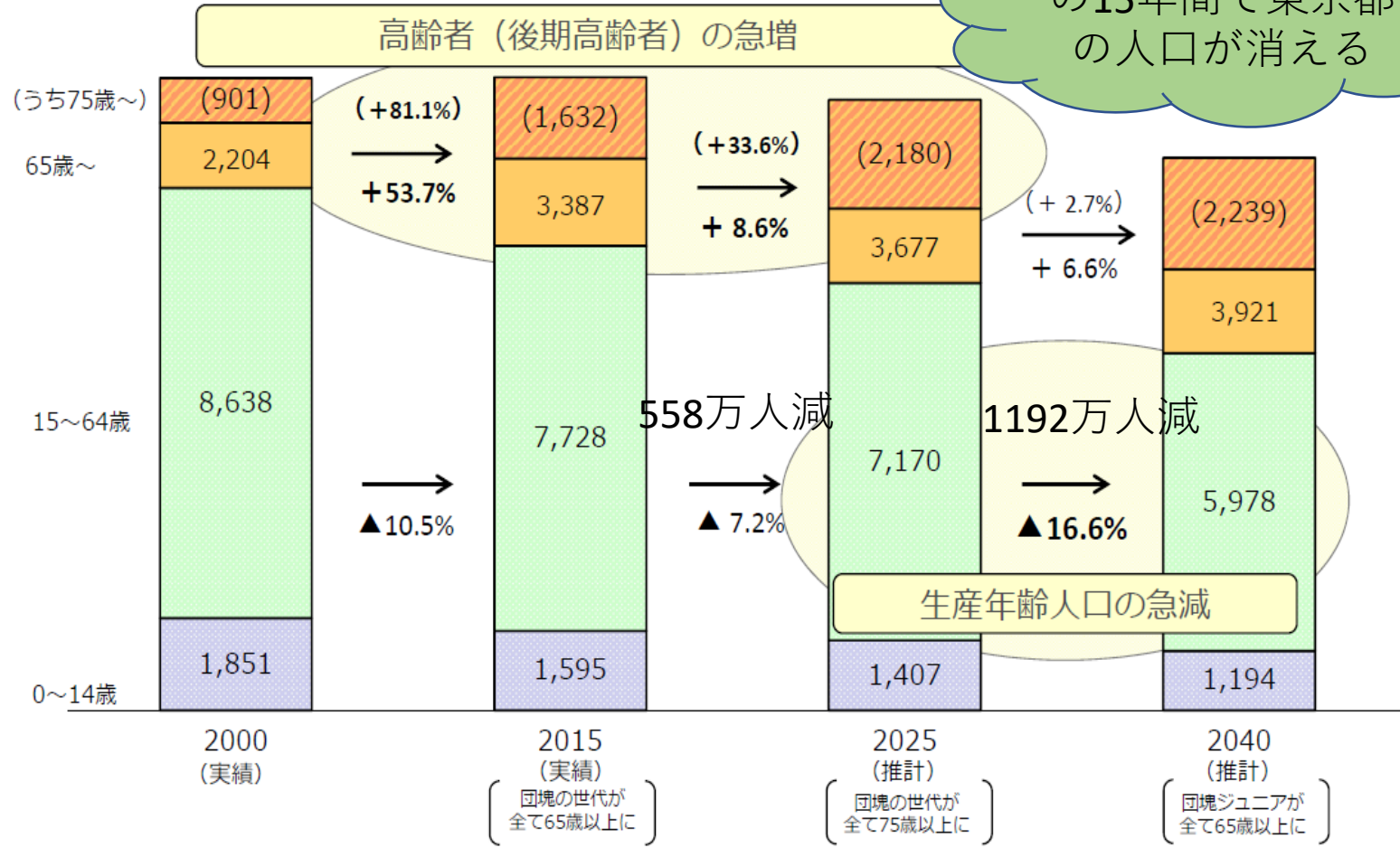


# 2040年までの人口構造の変化

○ 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。

【人口構造の変化】

2025年から2040年の15年間で東京都の人口が消える

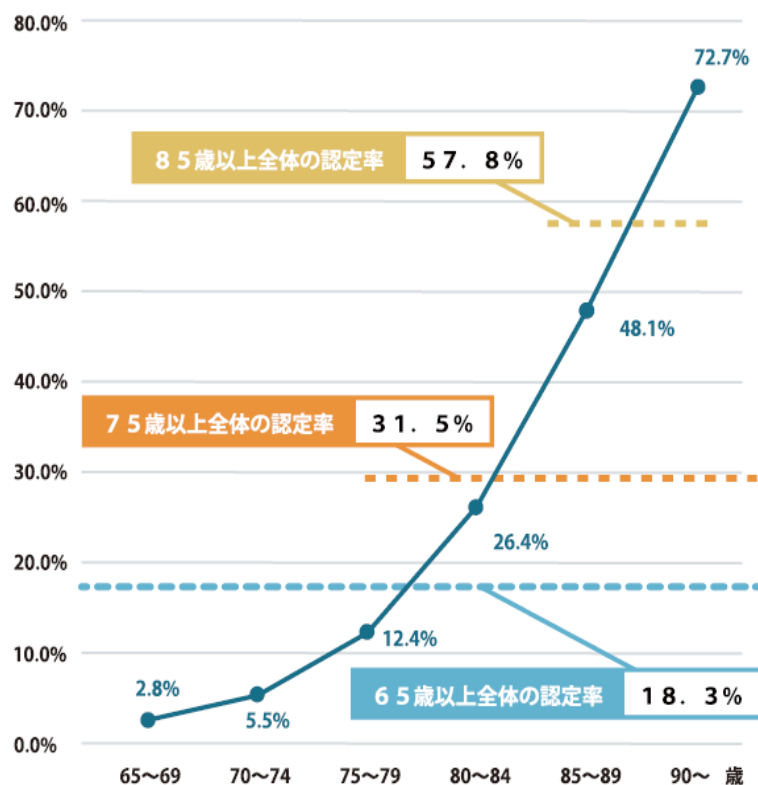


(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

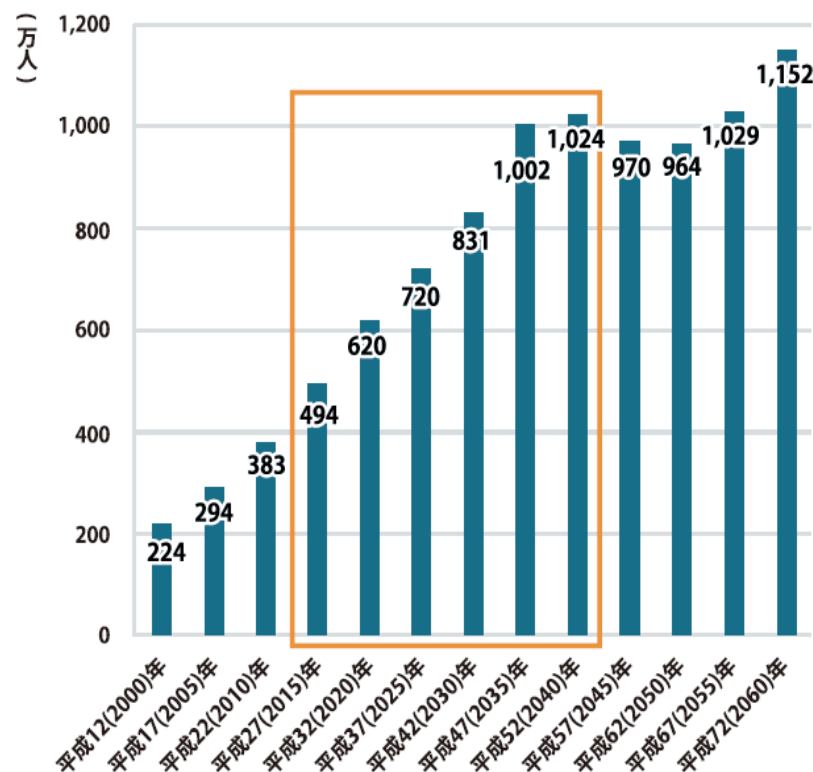
# 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



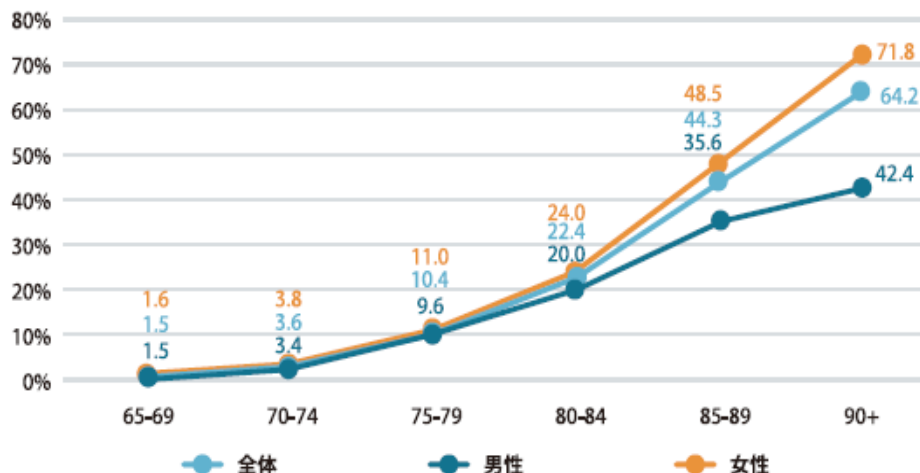
85歳以上の人口の推移



出典

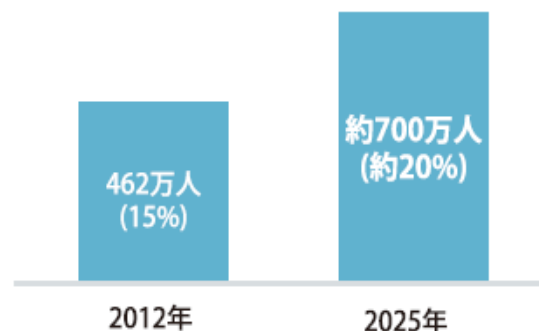
2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成  
 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計  
 実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

# 年齢階級別の認知症有病率について



日本医療研究開発機構認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」  
 既存調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果（解析対象5,073人）  
 研究代表者二宮利治（九州大学大学院）提供のデータより作成

(括弧内は65歳以上人口対比)



「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」  
 (平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授) を元に推計

## 認知症の人の将来推計について

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.2%	602万人 16.7%	675万人 18.5%	744万人 20.2%	802万人 20.7%	797万人 21.1%	850万人 24.5%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計(※) 人数/(率)		525万人 15.5%	631万人 17.5%	730万人 20.0%	830万人 22.5%	953万人 24.6%	1016万人 27.0%	1154万人 33.3%

### 出典

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授)  
 (※)久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。  
 本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

2025年  
団塊の世代  
800万人が後  
期高齢者へ

# 急性期病床に 押し寄せる後期高齢者



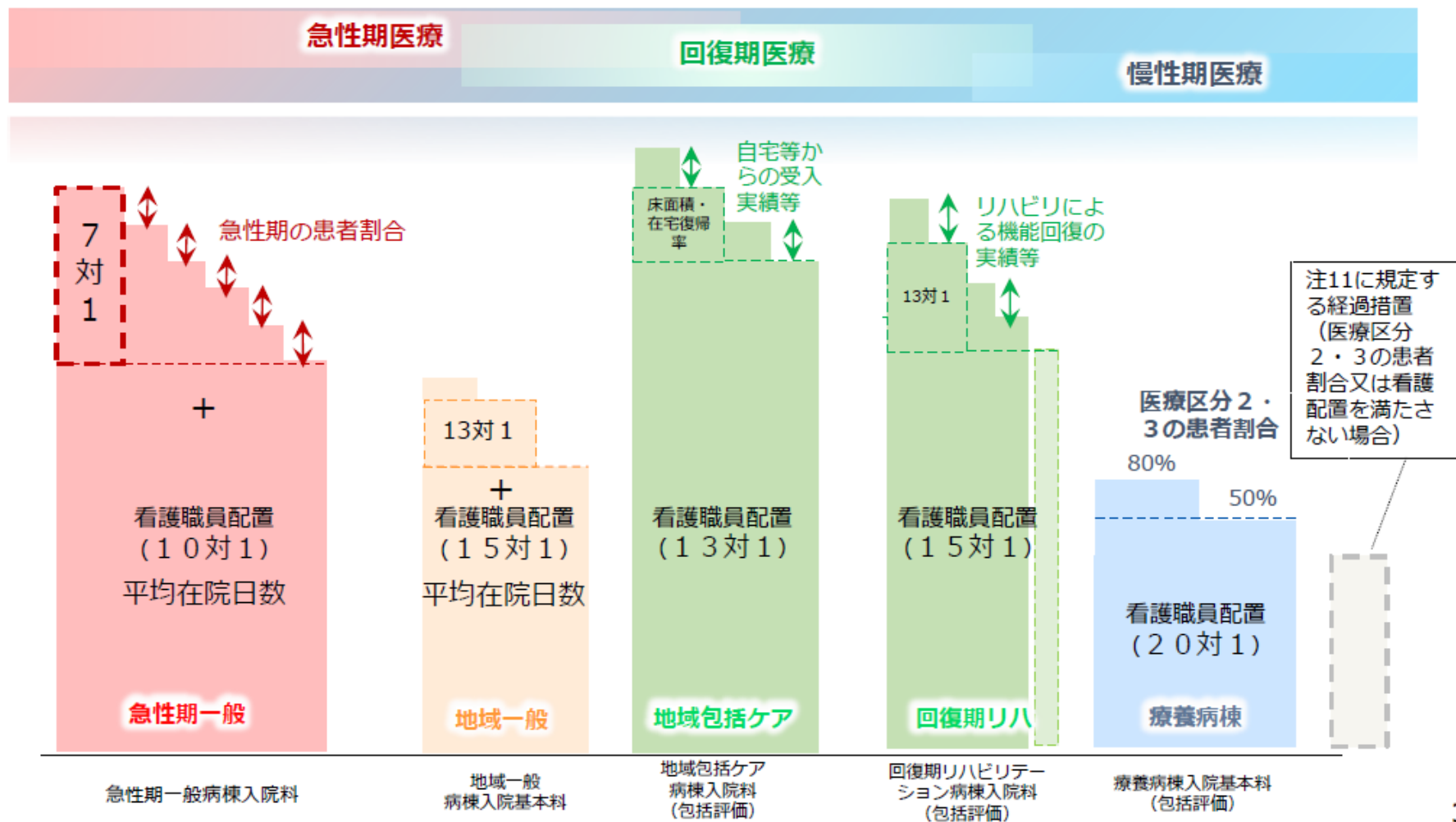
後期高齢者  
入院パンデ  
ミック



## 入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

- 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

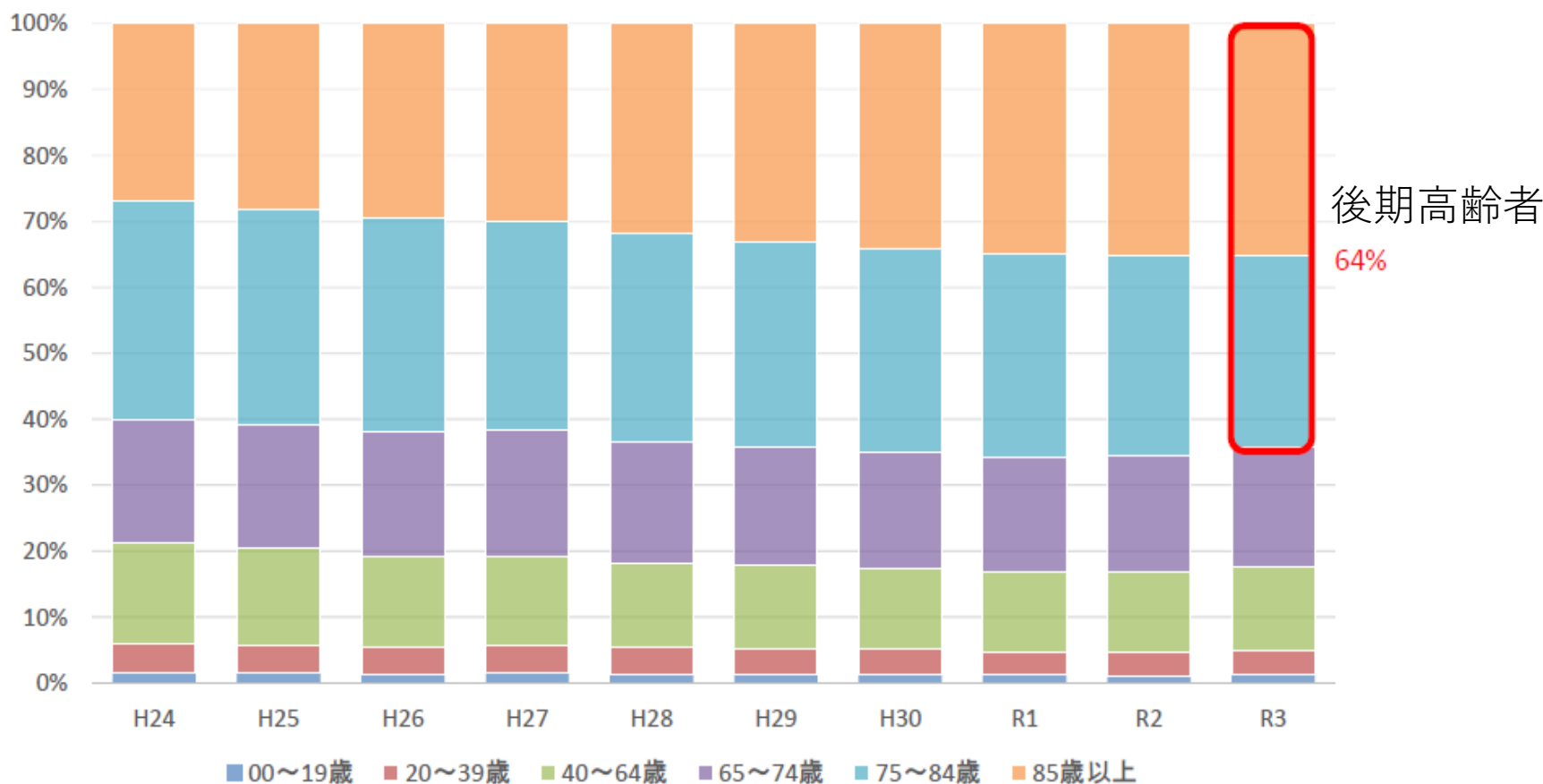
※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。



# 入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

- 急性期一般入院料を算定する入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち64%を75歳以上が占める。

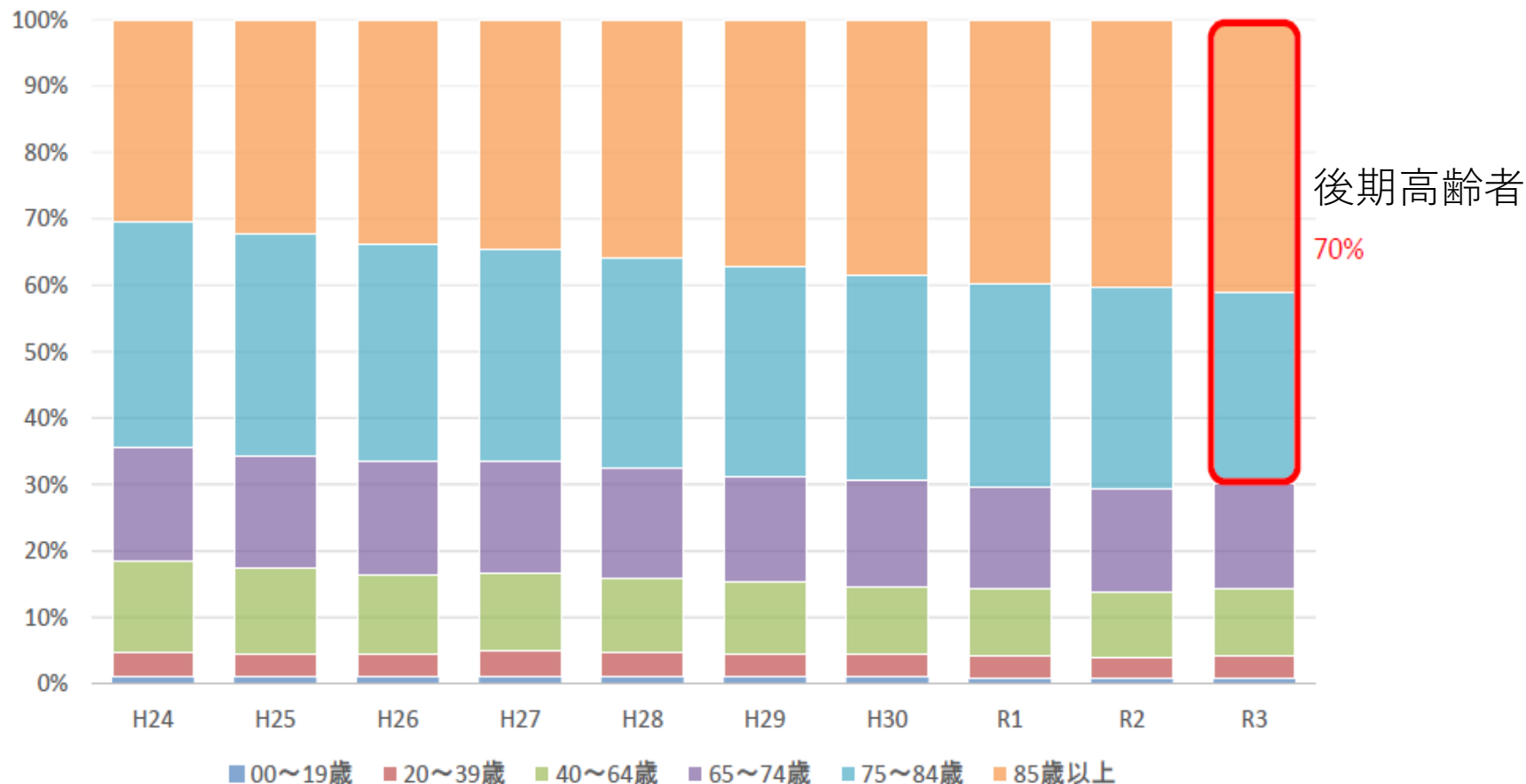
■ 急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は7対1または10対1一般病棟入院基本料



# 入院患者の年齢構成の推移③（急性期一般入院料4～7）

- 急性期一般入院料4～7を算定する入院患者のうち、75歳以上の高齢者が占める割合は年々増加しており、特に85歳以上の占める割合が増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち70%を75歳以上が占める。

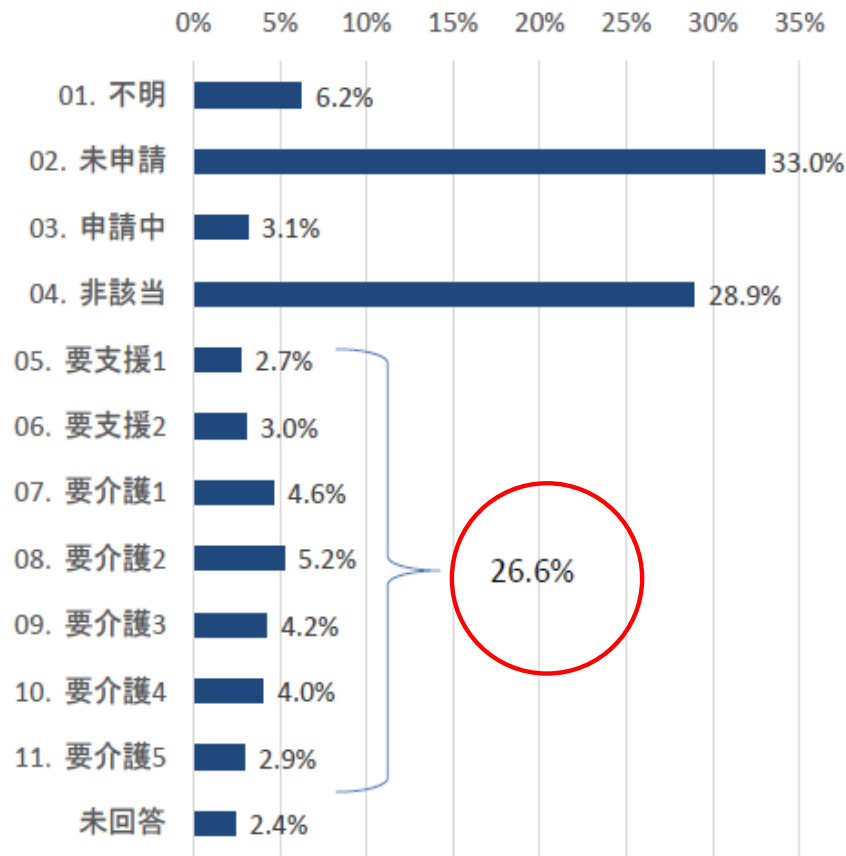
■急性期一般入院料4～7※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は10対1一般病棟入院基本料



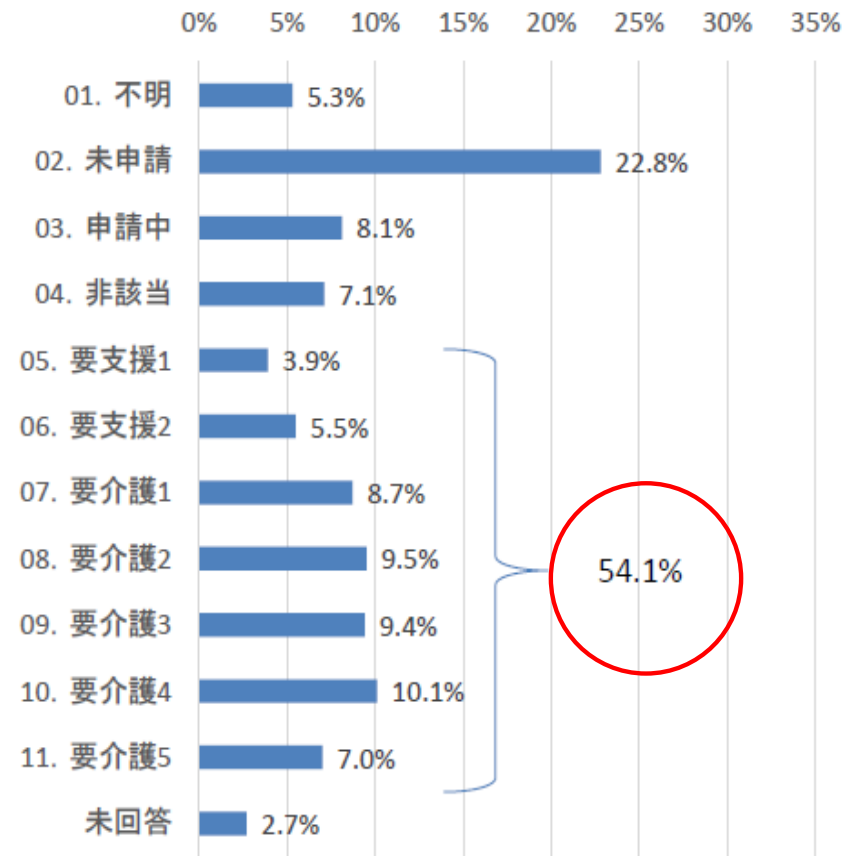
# 入院患者に占める要介護者等の割合

○ 入院患者に占める要介護者等の割合は急性期一般入院料等では26.6%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では54.1%であった。

## ■急性期一般入院料等



## ■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等

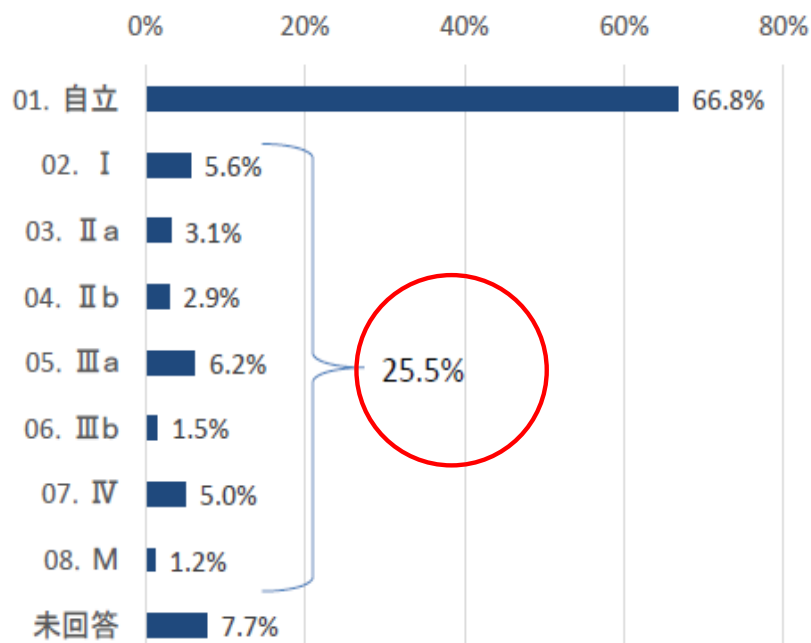




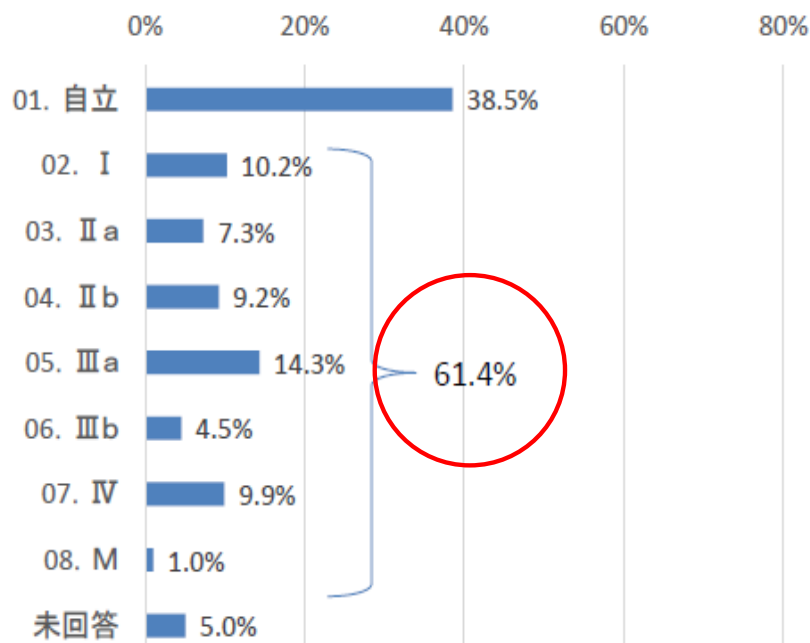
# 入院患者における認知症高齢者の日常生活自立度

○ 入院患者に占める認知症高齢者の日常生活自立度がⅠ以上の患者の割合は急性期一般入院料等では25.5%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では61.4%であった。

■急性期一般入院料等



■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
Ⅱ a	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
Ⅱ b	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
Ⅲ a	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
Ⅲ b	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢ aに同じ
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが顕著に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

出典：令和2年度入院医療等の調査(患者票)

# 介護施設・福祉施設からの入院患者

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

急性期一般病床に  
介護福祉施設から  
の入院66万人

## 介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。  
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。  
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

# 介護施設・福祉施設からの入院患者

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)	NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%	26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%	27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%	28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%	29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%	30	K562	軸捻(転)	2,379	0.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	10,754	3.9%	31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	7,754	3.5%	32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
7	N10	急性尿管管間質性腎炎	6,754	2.8%	33	N12	尿管管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
8	U071	2019年新型コロナウイルス感染症	5,754	2.6%	34	I610	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
9	E86	体液量減少(症)	5,254	2.1%	35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	4,754	1.5%	36	G20	パーキンソン<Parkinson>病	1,844	0.4%
11	I509	心不全, 詳細不明	4,162	1.5%	37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%	38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%	39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
14	L031	(四)肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	4,553	0.9%	40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%	41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%	42	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	1,470	0.3%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%	43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	3,845	0.8%	44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%	45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
20	K810	急性胆のう<嚢>炎	3,625	0.7%	46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%	47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%	48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ5	2,839	0.6%	49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
24	K805	胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%	50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%					

誤嚥性肺炎  
尿路感染  
心不全

# 急性期病棟で 悪化する高齢者のADL

急性期病棟における  
リハビリの必要性



# 安静臥床の弊害について

○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

## 安静臥床が及ぼす 全身への影響

### 1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

### 2. 循環器系

- 1) 循環血液量の低下
- 2) 最大酸素摂取量低下
- 3) 静脈血栓

### 3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

### 4. 消化器系

- 1) 便秘等

### 5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

### 6. 精神神経系

- 1) せん妄等

○ ギプス固定で1日で1-4%、3～5週間で約50%の筋力低下が生じる。

出典: Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○ 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。

出典: Puthuchery ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○ 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。

出典: 長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

○ 長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。

出典: 佐々木信幸. Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○ 高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。

出典: Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

出典: 佐藤和香 Jpn J Rehabil  
Med.2019; 56:842-847.

# 医療機関の常勤職員・非常勤職員の合計数について

- 一施設100床あたりの職員数の配置状況は以下の通り。
- 急性期一般における病床あたりのリハ専門職は、回復期リハ病棟・地域包括ケア病棟より少ない。

100床あたりの常勤職員・非常勤職員の合計数(常勤換算、平均)(令和3年6月1日時点)

	急性期一般入院料1	急性期一般入院料2～3	急性期一般入院料4～7	回復期リハ病棟 又は地ケア病棟
①医師	28.1	16.7	13.4	11.3
②歯科医師	0.5	0.4	0.2	0.1
③看護師	102.9	69.7	62.0	57.5
④准看護師	1.5	4.3	7.2	6.3
⑤看護補助者	9.4	9.0	13.8	16.3
(うち) 介護福祉士	1.2	1.5	2.9	5.5
⑥薬剤師	6.0	4.3	3.7	3.3
⑦管理栄養士	1.9	1.9	2.0	2.0
⑧理学療法士	5.8	6.3	9.0	14.0
⑨作業療法士	2.5	3.2	3.6	7.1
⑩言語聴覚士	1.3	1.4	1.4	2.7
⑪公認心理師	0.3	0.2	0.2	0.1
⑫診療放射線技師	5.8	4.8	4.2	3.5
⑬臨床検査技師	7.6	5.4	4.7	3.9
⑭臨床工学技士	3.3	2.6	2.2	1.5
⑮歯科衛生士	0.6	0.6	0.4	0.4
⑯相談員	1.7	1.8	1.8	2.5
(うち) 社会福祉士	1.4	1.5	1.4	2.1
(うち) 精神保健福祉士	0.2	0.2	0.2	0.1
⑰医師事務作業補助者	5.4	3.4	3.1	2.2
⑱事務職員	19.7	16.8	19.5	16.8
⑲その他の職員	6.8	5.3	8.8	7.3

※ 各入院基本料等を届出ている医療機関

# ポスト2025年 団塊世代の後期高齢者で急性期病床 入院パンデミック

急性期病床の7~8割が  
後期高齢者で埋め尽く  
される時代がくる



# 医療と介護の 意見交換会での委員の意見

- 現在の急性期病院は比較的若年層の重症患者仕様となっていて、高齢患者向けの介護・リハビリ体制になってはいない。
- 意見交換会では、こうした状況に対応するために、以下の2つのプランが出された。
- プランA
  - 急性期病棟においても十分な介護・リハビリを行う
- プランB
  - 高齢の急性期患者では、疾患の状態にもよるが介護・リハビリ体制が整った病棟、たとえば地域包括ケア病棟などへの転棟、入院を促す

# プランAとプランB

## • プランA

- 急性期病棟にリハビリ専門職や介護福祉士を多く配置する
- 急性期病床へのADL維持向上対策加算のようにリハビリスタッフを配置する。
- 日本慢性期医療協会では、かねてより「寝たきり防止のため、急性期病棟にもリハビリテーションの視点から介護を行える介護福祉士を配置すべき」と言っている
- 意見交換会では、「介護人材が不足する中では、急性期病棟への介護福祉士配置は現実的ではない」との声も出ている。



# プランAとプランB

## • プランB

- すでにリハビリ職が手厚く配置されている「地域包括ケア病棟を始めとして、介護職も豊富な医療療養病床、介護医療院、老健の医療ショートなどで高齢者の受け入れを強力に促していく」ことの方が現実的だ。
- このためには急性期一般病棟での治療期間をより短縮し、早期に地域包括ケア病棟等への転院・転床を促すこと、また地域の高齢者の軽症、中等症の救急患者を直接、地域包括ケア病棟等に入院させることを促すという方策が考えられる
- 実際に2022年診療報酬改定では、地域包括ケア病棟へ的高齢者救急の直接受け入れを促す方向で改定がなされた。
- この趣旨にそって地域包括ケア病棟と共に療養病床、介護医療院や老健の医療ショートでも、高齢者の軽症、中等症の患者の受け入れを強力に推し進めてはどうか？
- 次回同時改定では急性期病床における後期高齢者の入院パンデミックをいかに食い止めるかが大きな課題だ。

# 2024年同時改定では ・ ・

- ・ 地域包括ケア病棟、医療療養病床、老健の医療ショートによる高齢者救急のさらなる受け入れ

# パート 2

## 地域包括ケア病棟



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

亜急性期病床の役割

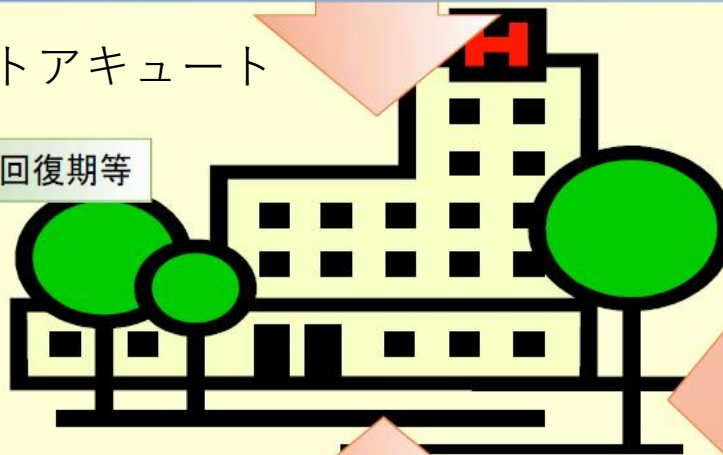
①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

入院患者データの提出

ポストアキュート

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

サブアキュート

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

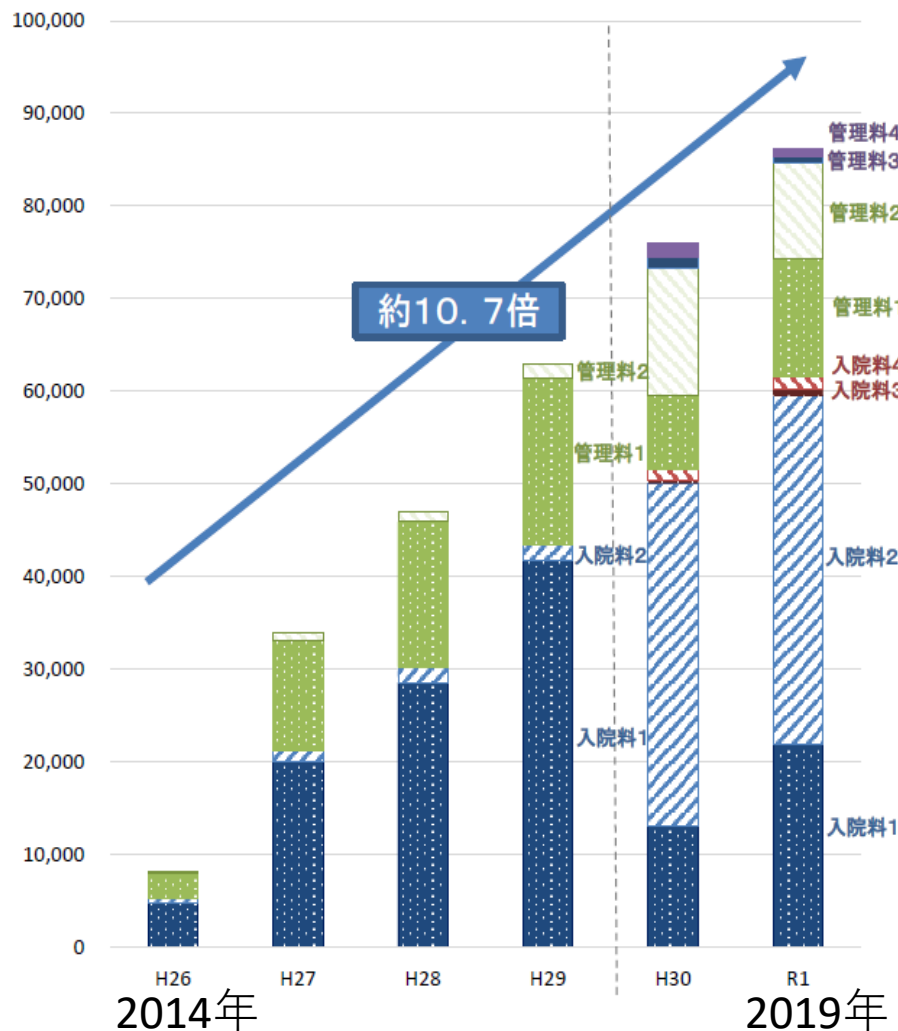


自宅・在宅医療

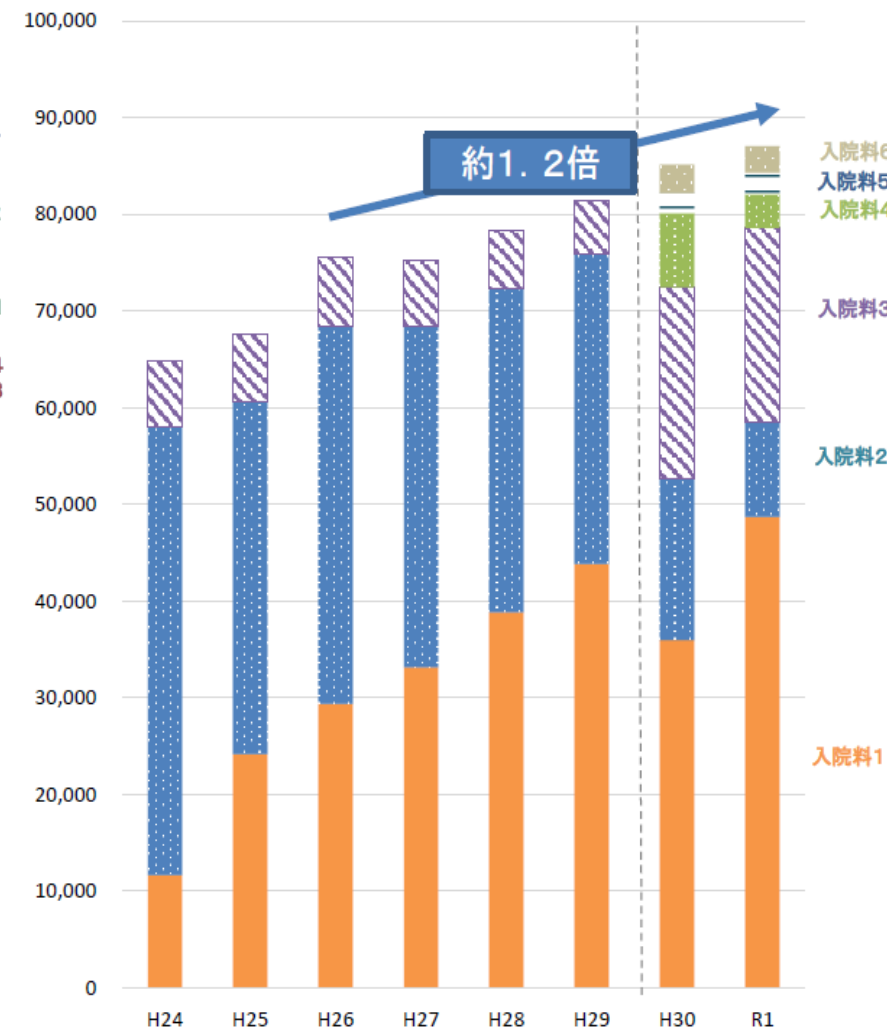
# 入院料別の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



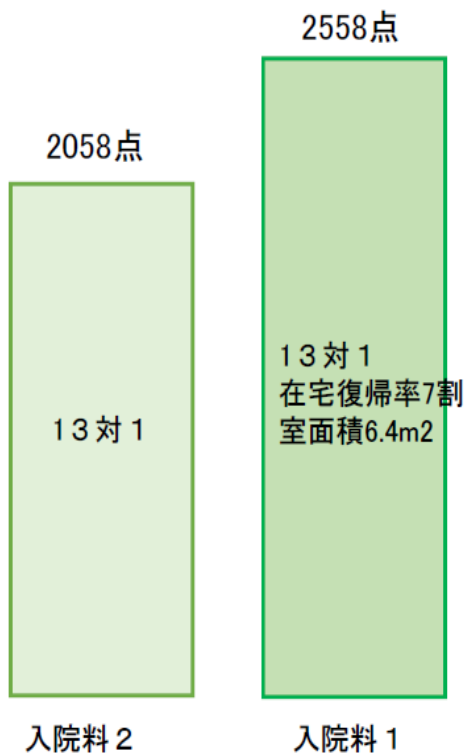
(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料





# 地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

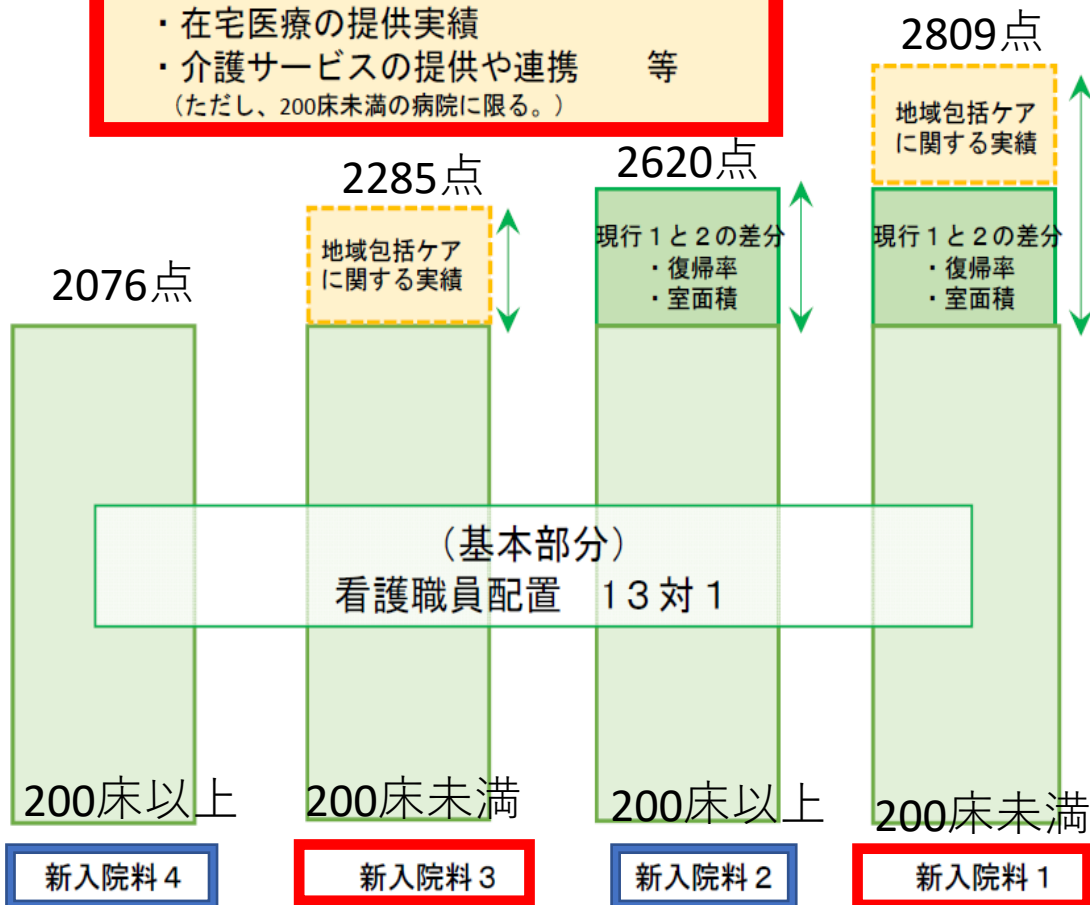


再編

【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。)



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

要件	入院料	改定による変更点	減算
在宅復帰率	地ケア1・2	70%以上から72.5%以上へ	できなければ 10%減算
	地ケア3・4	70%以上要件新設	
自院の一般病棟から転棟患者割合 60%未満	地ケア2・4	対象病院を許可病床数400床以上から200床以上へ拡大	60%以上の場合 減算額を10%から15%へ
自宅等からの入院患者割合	地ケア1・3	15%から20%以上へ 自宅等からの緊急の入院受け入れを3か月に6人から9人以上へ	
自宅等からの入院患者割合など	地ケア2・4	20%以上を新設	できなければ 10%減算
入退院支援加算1	地ケア1・2	許可病床100床以上に義務化	できなければ 10%減算
一般病床 療養病床	地ケア	救急医療の基準	一律5%減算
	地ケア		

# 2022年度（令和4年度）診療報酬改定 の影響等に関するアンケート結果

－回復期・働き方改革関連等－

令和4年8月  
独立行政法人福祉医療機構  
経営サポートセンター  
リサーチグループ

## アンケート概要

本アンケートは、当機構の貸付先のうち急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。以下同じ）または回復期リハビリテーション病棟入院料のいずれかの届出を行っている病院を対象として実施しており、開設主体が公立のものを含んでいない。

対象	下記の入院基本料等のうちいずれかの届出を行っている病院を運営する <b>1,129法人</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● 急性期一般入院基本料</li><li>● 地域包括ケア病棟入院料</li><li>● 回復期リハビリテーション病棟入院料</li></ul>
回答数	302法人（332病院）
回答率	<b>26.7%</b>
実施期間	2022年5月30日（月）～2022年6月20日（月）
方法	Webアンケート

# 病院基本情報

n=332

病床規模	病院数	割合	平均病床数
100床未満	111	33.4%	68.7
100床以上200床未満	150	45.2%	150.9
200床以上300床未満	36	10.8%	245.1
300床以上400床未満	23	6.9%	328.7
400床以上	12	3.6%	589.1
<b>全体</b>	<b>332</b>	<b>100.0%</b>	<b>161.8</b>

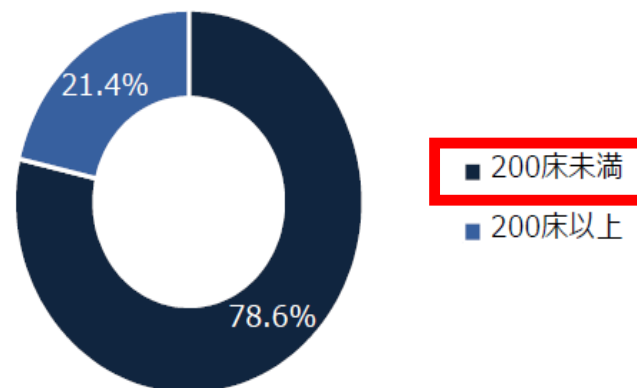
n=332

開設主体	病院数	割合
医療法人	280	84.3%
社団・財団法人	24	7.2%
社会福祉法人	7	2.1%
その他	21	6.3%

注1) 医療法人には社会医療法人(48法人)を含む

注2) 社団・財団法人には一般・公益を含む

200床未満の病院が占める割合



- 規模別にみると、100床以上200床未満が45.2%と最も多く、次いで100床未満が33.4%と続く
- 78.6%が200床未満の病院である
- 平均病床数は全体で161.8床である
- 開設主体別にみると、医療法人が84.3%と最も多く、次いで社団・財団法人が7.2%と続く



# 病院の経営状況

問1.1

(2022年5月1日時点で  
「急性期一般入院基本料」の届出を行っている病院) n=252

2021年4月と比べた 2022年4月における 医業収益の状況	病院数	割合
増収 (+2%以上)	73	29.0%
横ばい	86	34.1%
減収 (▲2%以上)	93	36.9%

(2022年5月1日時点で  
「回復期リハビリテーション病棟入院料」の届出を行っている病院) n=125

2021年4月と比べた 2022年4月における 医業収益の状況	病院数	割合
増収 (+2%以上)	39	31.2%
横ばい	46	36.8%
減収 (▲2%以上)	40	32.0%

(2022年5月1日時点で  
「地域包括ケア病棟入院料 (管理料)」の届出を行っている病院) n=208

2021年4月と比べた 2022年4月における 医業収益の状況	病院数	割合
増収 (+2%以上)	67	32.2%
横ばい	70	33.7%
減収 (▲2%以上)	71	34.1%

- 入院基本料・特定入院料別にみると、急性期一般入院基本料および地域包括ケア病棟入院料 (管理料) では、それぞれ減収が36.9%および34.1%ともっとも高い
- 回復期リハビリテーション病棟入院料では、横ばいが36.8%ともっとも高く、減収は32.0%である

地域包括ケア  
病棟の34%が  
減収

# 主な改定事項による病院の経営への影響

問2.3

(2022年5月1日時点で「地域包括ケア病棟入院料（管理料）」の届出を行っている病院)

n=208

「地域包括ケア病棟入院料（管理料）」に係る 施設基準の見直しのうち、経過措置期間終了後、 もっとも経営に影響があると考えられるもの	病院数	割合	うち入院料1または3 (n=134)		うち入院料2または4 (n=75)	
			病院数	割合	病院数	割合
重症患者割合の見直し	17	8.2%	11	8.2%	6	8.0%
自宅等から入棟した患者割合の見直し	35	16.8%	13	9.7%	22	29.3%
自宅等からの緊急患者の受入数の見直し	21	10.1%	12	9.0%	9	12.0%
在宅復帰率の見直し	31	14.9%	27	20.1%	4	5.3%
救急医療の実施に関する施設基準の見直し	14	6.7%	9	6.7%	5	6.7%
いずれの見直しも経営への影響はほとんどない	90	43.3%	62	46.3%	29	38.7%

- ▶ 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」に関する見直しのうち、経過措置期間終了後、経営にもっとも影響があると考えられるものは、いずれの見直し等も経営への影響はほとんどなかった病院を除くと、自宅等から入棟した患者割合の見直しが16.8%ともっとも高く、次いで在宅復帰率の見直しが14.9%と続く
- ▶ 入院料1または3では、在宅復帰率の見直しが20.1%ともっとも高く、次いで自宅等から入棟した患者割合の見直しが9.7%と続く
- ▶ 入院料2または4では、自宅等から入棟した患者割合の見直しが29.3%ともっとも高く、次いで自宅等からの緊急患者の受入数の見直しが12.0%と続く

注) 割合は各列の計 (=n)に対するもの

要件	入院料	改定による変更点	減算
在宅復帰率	地ケア1・2	70%以上から72.5%以上へ	できなければ 10%減算
	地ケア3・4	70%以上要件新設	
自院の一般病棟から転棟患者割合 60%未満	地ケア2・4	対象病院を許可病床数400床以上から200床以上へ拡大	60%以上の場合 減算額を10%から15%へ
自宅等からの入院患者割合	地ケア1・3	15%から20%以上へ 自宅等からの緊急の入院受け入れを3か月に6人から9人以上へ	
自宅等からの入院患者割合など	地ケア2・4	20%以上を新設	できなければ 10%減算
入退院支援加算 1	地ケア1・2	許可病床100床以上に義務化	できなければ 10%減算
一般病床 療養病床	地ケア	救急医療の基準	一律5%減算
	地ケア		

## 地域包括ケア病棟入院料（管理料）

問5.7、問5.7.1

（「地域包括ケア病棟入院料2」または「地域包括ケア病棟入院料4」の届出を行っている病院）

n=75、複数回答

施設基準における実績部分について 満たしているもの	施設数	割合
自宅等から入棟した患者割合が20%以上	36	48.0%
自宅等からの緊急患者の受入が3月で9人以上	34	45.3%
在宅医療等の実施	37	49.3%
満たしている実績はない	9	12.0%

（2022年9月までに満たしている実績がない病院）

n=9、複数回答

満たしていない実績について、 2022年9月30日までの予定	施設数	割合
自宅等から入棟した患者割合が20%以上を満たす予定	3	33.3%
自宅等からの緊急患者の受入が3月で9人以上を満たす予定	1	11.1%
在宅医療等の実績を満たす予定	2	22.2%
満たす予定の実績がなく、2022年10月1日以降は所定点数の100分の90を算定する予定	1	11.1%
満たす予定の実績がなく、2022年10月1日以降は地域包括ケア病棟入院料以外の届出を行う予定	2	22.2%

▶地域包括ケア病棟入院料2または4の届出を行っている病院について、施設基準における実績部分のうち満たしているものは、在宅医療等の実施が49.3%と最も高く、次いで自宅等から入棟した患者割合が20%以上が48.0%と続く

▶満たしている実績がない9病院のうち、1病院は要件を満たさず、2022年10月1日以降は所定点数の100分の90を算定する予定と答え、2病院は地域包括ケア病棟入院料以外の届出を行う予定と答えた。なお、届出を行う予定の地域包括ケア病棟入院料以外の入院基本料等は、それぞれ急性期一般入院料4・6であった（いずれの病院もすでに急性期一般入院基本料の届出を行っている病棟を有している）

注）「地域包括ケア病棟入院料2」または「地域包括ケア病棟入院料4」の届出を行っている病院のみ回答

要件	入院料	改定による変更点	減算
在宅復帰率	地ケア1・2	70%以上から72.5%以上へ	できなければ 10%減算
	地ケア3・4	70%以上要件新設	
自院の一般病棟から転棟患者割合 60%未満	地ケア2・4	対象病院を許可病床数400床以上から200床以上へ拡大	60%以上の場合 減算額を10%から15%へ
自宅等からの入院患者割合	地ケア1・3	15%から20%以上へ 自宅等からの緊急の入院受け入れを3か月に6人から9人以上へ	
自宅等からの入院患者割合など	地ケア2・4	20%以上を新設	できなければ 10%減算
入退院支援加算 1	地ケア1・2	許可病床100床以上に義務化	できなければ 10%減算
一般病床 療養病床	地ケア	救急医療の基準	
	地ケア		一律5%減算



## 地域包括ケア病棟入院料

問5.2.1

(200床以上で「地域包括ケア病棟入院料2」  
(管理料での届出は含まない)の届出を行っている病院) n=24

経過措置期間終了後、地域包括 ケア病棟へ入棟した患者に占め る自院の一般病棟から転棟した 患者割合の基準を満たせるか	施設数	割合
満たせる	18	75.0%
満たせない	3	12.5%
わからない	3	12.5%

➤ 許可病床数200床以上で「地域包括ケア病棟入院料2」の届出を行っている病院の75.0%は、経過措置期間終了後、自院の一般病棟から転棟した患者割合の基準を満たせると答えた

(「満たせる」と回答した病院)

### 当該基準を満たすための取組 (自由記述、抜粋)

- 一般病棟の在宅からの入院を地域包括ケア病棟に回す
- 病棟の運営方針の変更対応。院外からの受入れを積極的に行う運用。急性期へ原則入院対応を疾患等による地ケアへ入院
- 緊急・予定を問わず直接入院を増やし基準を満たせるようにする
- 外来患者の入院時トリアージ機能強化、他院からの転院受入強化
- 数値を見ながらベッドコントロールしている
- 在宅からの直接入院を増やす

注) 許可病床数200床以上で「地域包括ケア病棟入院料2」(管理料での届出は含まない)の届出を行っている病院が集計の対象

## 地域包括ケア病棟入院料

問5.2.1.1、問5.2.2

(経過措置期間終了後、地域包括ケア病棟へ入棟した患者に占める  
自院の一般病棟から転棟した患者割合の基準を満たせない病院) n=3

経過措置期間終了後、地域包括ケア病棟へ入棟した患者に占める自院の一般病棟から転棟した患者割合の基準を満たせない場合の届出の予定	施設数	割合
現在と同じ地域包括ケア病棟入院料の届出を行い、所定点数の100分の85を算定する予定	2	66.7%
地域包括ケア病棟入院料以外の入院基本料等の届出を行う予定	1	33.3%

- ▶ 許可病床数200床以上で「地域包括ケア病棟入院料2」の届出を行っている3病院のうち、経過措置期間終了後、地域包括ケア病棟入院料以外の入院基本料等の届出を行う予定と答えた病院は1病院である
- ▶ 変更後の届出を行う予定の入院基本料等は、急性期一般入院料1であった（当該病院はすでに急性期一般入院料1の届出を行っている病棟を有している）
- ▶ なお、減算や入院基本料等の変更による経営への影響に対する取組（自由記述）について有効な回答はなかった

自院の一般病棟からの患者の割合満たせなければ減算受け入れ

注) 許可病床数200床以上で「地域包括ケア病棟入院料2」（管理料での届出は含まない）の届出を行っている病院が集計の対象

要件	入院料	改定による変更点	減算
在宅復帰率	地ケア1・2	70%以上から72.5%以上へ	できなければ 10%減算
	地ケア3・4	70%以上要件新設	
自院の一般病棟から転棟患者割合 60%未満	地ケア2・4	対象病院を許可病床数400床以上から200床以上へ拡大	60%以上の場合 減算額を10%から15%へ
自宅等からの入院患者割合	地ケア1・3	15%から20%以上へ 自宅等からの緊急の入院受け入れを3か月に6人から9人以上へ	
自宅等からの入院患者割合など	地ケア2・4	20%以上を新設	できなければ 10%減算
入退院支援加算 1	地ケア1・2	許可病床100床以上に義務化	できなければ 10%減算
一般病床 療養病床	地ケア	救急医療の基準	一律5%減算
	地ケア		

# 地域包括ケア病棟入院料（管理料）

問5.3、問5.3.1

（許可病床数100床以上で「地域包括ケア病棟入院料1」  
または「地域包括ケア病棟入院料2」の届出を行っている病院） n=139

「入退院支援加算1」の届出の状況	施設数	割合
届出を行っている	101	72.7%
届出を行っていない	38	27.3%

（許可病床数100床以上で「地域包括ケア病棟入院料1」  
の届出を行っている病院） n=83

「入退院支援加算1」の届出の状況	施設数	割合
届出を行っている	63	75.9%
届出を行っていない	20	24.1%

（許可病床数100床以上で「地域包括ケア病棟入院料2」  
の届出を行っている病院） n=56

「入退院支援加算1」の届出の状況	施設数	割合
届出を行っている	38	67.9%
届出を行っていない	18	32.1%

（「入退院支援加算1」の届出を行っていない病院） n=38

2022年9月30日までの「入退院支援加算1」の届出の予定	施設数	割合
届出を行う予定	29	76.3%
届出を行わない予定	9	23.7%

（「入退院支援加算1」の届出を行っていない病院） n=20

2022年9月30日までの「入退院支援加算1」の届出の予定	施設数	割合
届出を行う予定	16	80.0%
届出を行わない予定	4	20.0%

（「入退院支援加算1」の届出を行っていない病院） n=18

2022年9月30日までの「入退院支援加算1」の届出の予定	施設数	割合
届出を行う予定	13	72.2%
届出を行わない予定	5	27.8%

- ▶ 許可病床数100床以上で地域包括ケア病棟入院料1または2の届出を行っている病院の72.7%は、入退院支援加算1の届出を行っている
- ▶ 加算の届出を行っていない病院の76.3%は、2022年9月30日までに届出を行う予定である

要件	入院料	改定による変更点	減算
在宅復帰率	地ケア1・2	70%以上から72.5%以上へ	できなければ 10%減算
	地ケア3・4	70%以上要件新設	
自院の一般病棟から転棟患者割合 60%未満	地ケア2・4	対象病院を許可病床数400床以上から200床以上へ拡大	60%以上の場合 減算額を10%から15%へ
自宅等からの入院患者割合	地ケア1・3	15%から20%以上へ 自宅等からの緊急の入院受け入れを3か月に6人から9人以上へ	
自宅等からの入院患者割合など	地ケア2・4	20%以上を新設	できなければ 10%減算
入退院支援加算1	地ケア1・2	許可病床100床以上に義務化	できなければ 10%減算
一般病床 療養病床	地ケア	救急医療の基準	一律5%減算
	地ケア		



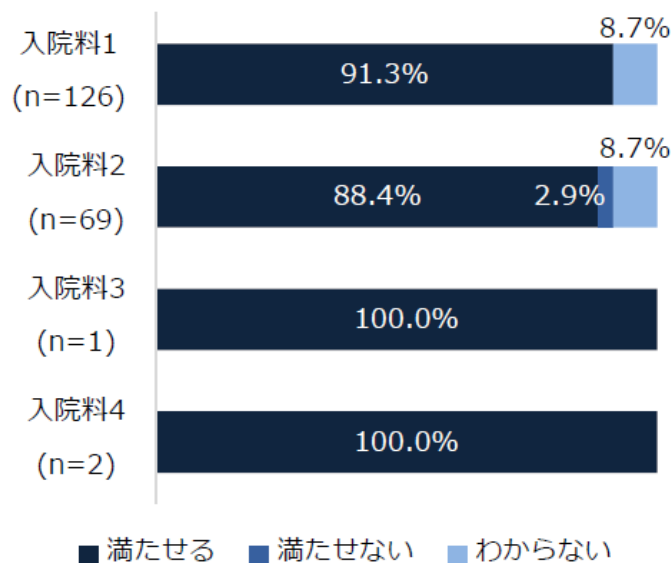
## 地域包括ケア病棟入院料（管理料）

問5.1.1

(在宅復帰率を算出している病院)

n=196

経過措置期間終了後、在宅復帰率の基準を満たせるか	施設数	割合
満たせる	177	90.3%
満たせない	2	1.0%
わからない	17	8.7%



- 在宅復帰率を算出している病院の90.3%は、経過措置期間終了後、在宅復帰率の基準を満たせると答えた
- 地域包括ケア病棟入院料（管理料）1では、在宅復帰率の基準を満たせると答えた病院は、91.3%である
- 地域包括ケア病棟入院料（管理料）2では、在宅復帰率の基準を満たせると答えた病院は、88.4%である

在宅復帰率の要件を満たせないのが8.7%

# 地域包括ケア病棟

- 地域包括ケア病棟の要件が厳格化
  - 地域の一般病棟からの転院（ポストアキュート）、サブアキュート、在宅復帰支援など偏りのないバランスが重要だ。
- もう一度、地域包括ケア病棟を200床未満、200床以上の病院それぞれで見直そう

2024年改定では、  
さらに要件強化が図ら  
れるだろう

# パート3

ペイシエント・フロー・  
マネジメントと入退院支援加算

**PFM(Patient Flow Management)**

# PFMとは？

## (Patient Flow Management)

- 予定入院患者の情報を入院前に把握し、問題解決に早期に着手すると同時に、病床の管理を合理的に行うことなどを目的とする病院内の組織。入退院センター、患者支援センターとも呼ばれている。
- PFMは日本では1999年、東海大学医学部付属病院から始まった。

# 東海大学医学部付属病院



病院管理学助教授  
田中豊氏（当時）が1997年より  
PFMを始めた



# PFMは東海大学病院から始まった

- 1999年に入院未収金および社会的入院患者対策を検討していた、東海大学医学部付属病院の企画部長（当時）の田中豊らが、患者の社会的・身体的・精神的リスクは入院前に把握できることに気いた。
- これらの問題に対して入院前から対策を講じる組織を設ける判断をし、この組織をPFMと名付けた。その後、PFMの運営ノウハウ等を蓄積し、2006年新病院開院を機会に、PFMを全面的に機能させた。
- 2006年に東海大学が設定したPFMの機能
  - ①外来初診患者の受診科振り分け
  - ②PFM看護師のサポートによる医療連携の充実
  - ③予定入院患者入院申込み時のPFM看護師による患者情報収集と各種リスクのアセスメント、必要に応じた医療ソーシャルワーカーなどの介入
  - ④病床管理（ベッドコントロール）
- PFMの成功もあり、新東海大学付属病院の経営は大幅な黒字化を達成した。



# PFM (Patient Flow Management) の流れ

	紹介予約	入院前 スクリーニング	病床管理	後方連携
業務	患者受付 科別振分	入院前 患者情報収集	ベッドコントロール	退院調整
部署	地域連携室 (事務)	病棟 (看護師) 地域連携室(MSW)	看護部	患者サポートセンター (看護師・MSW)

 PFMセンターが横断管理！

# PFMを取り入れた3病院



牧野 憲一氏 (旭川赤十字病院院長)  
西澤 延宏氏 (佐久総合病院・佐久医療センター副統括院長兼副院長)  
鬼塚 伸也氏 (長崎リハビリテーション病院)

# 3病院のPFMの現状

		佐久医療センター 患者サポートセンター	旭川赤十字病院 入退院支援室	長崎みなとメディカルセ ンター入院支援センター
設立の経緯		2007年に外科の予定手術入院患者対象の術前検査センターを開設。14年の病院分割時に全予定入院患者対象となった。入退院支援室、医事課などを含む。	2013年に入院支援センターを開設。18年4月に退院支援部門と統合した。全予定入院患者と一部の当日入院患者が対象。	2012年に外科を対象に設立。18年4月に医療連携センター（医療連携部門、患者相談部門など）を統合し、患者総合支援センター（みなとさぼーと）に一元化。
2017年のPFM実績		5800人（全入院患者の41.5%）	6673人（全入院患者の51.8%、予定入院患者の99.6%）	5365人（予定入院患者の83.8%）
人員	医師	1人（兼任）	1人（兼任）	1人（兼任）
	看護師	24人（入退院支援19人、退院支援5人）	13人	8人（嘱託職員含む）
	医師事務 作業補助者	5人	0人	4人
	その他	MSW 5人、事務職員等22人、薬剤師1人、管理栄養士1人。歯科医や歯科衛生士と連携。	MSW 8人、事務職員3人の他、薬剤師、管理栄養士が常駐。	薬剤部、栄養係、歯科衛生士と連携体制。患者総合支援センターに看護師4人、MSW 8人、事務職員5人などが在籍。

# 入退院支援加算・ 入院時支援加算

PFMの考え方がベースにある

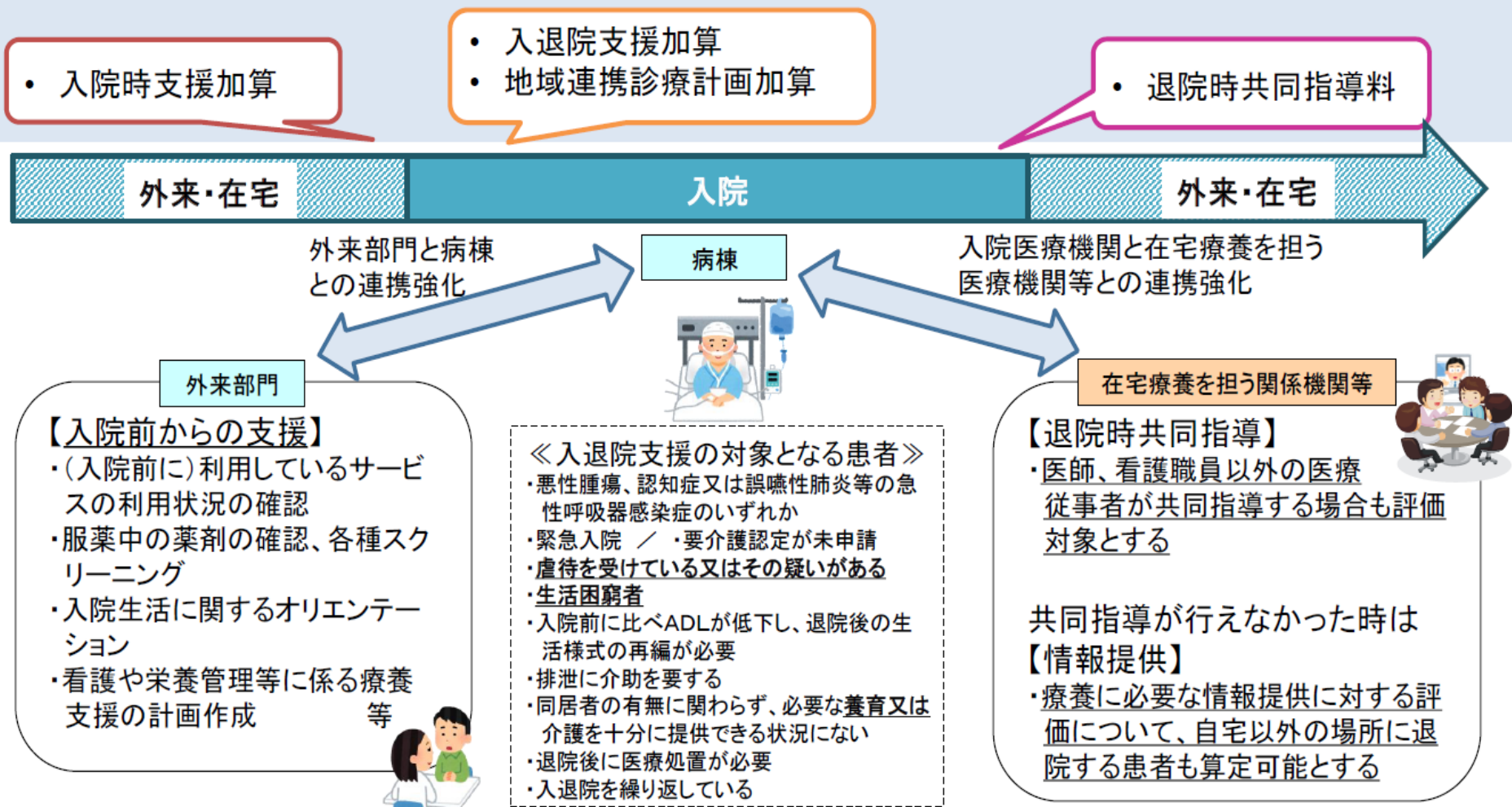
# ①入退院支援加算

2018年診療報酬改定で  
入退院支援加算が導入



# 入退院支援の評価（イメージ）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。





# 入退院支援加算の要件

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2
点数	一般病棟：600点 療養病棟：1200点	一般病棟：190点 療養病棟：635点
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に抽出	7日以内に抽出
入院早期の患者・家族との面談	一般病棟： 7日以内に面談 療養病棟： 14日以内に面談	出来るだけ早期に面談
退院支援計画作成着手	7日以内	7日以内
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	出来るだけ早期にカンファレンスを実施
情報の共有	退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等の職員と面会し、退院体制の情報共有等を行う	
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	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）	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等（20箇所以上）の職員と定期的な面会を実施（3回/年以上）	—
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績（介護支援等連携指導料の算定回数）	—

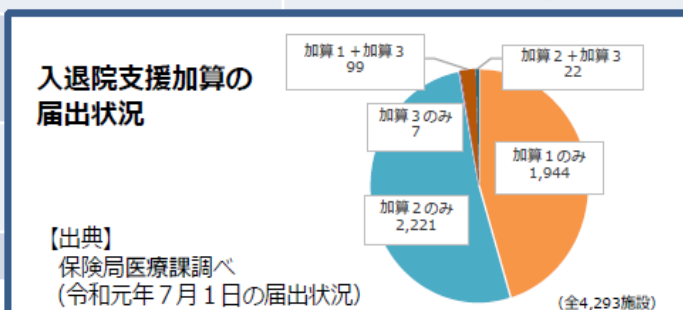
# 入退院支援加算の概要①

## A 2 4 6 入退院支援加算（退院時 1 回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- **入退院支援加算 1** イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点
- **入退院支援加算 2** イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
- **入退院支援加算 3** 1,200点
- 入退院支援加算 1 又は 2 を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。  
小児加算 200点

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2	入退院支援加算 3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者 カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要件に準ずると認められるもの	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者 カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要件に準ずると認められるもの	ア. 天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後 3 日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は 一般病棟入院基本料等(は 7 日以内 療養病棟入院基本料等(は 1 4 日以内 に実施 ・入院後 7 日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後 7 日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後 7 日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・ 7 日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後 1 か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が 1 名以上 かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置		5 年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2 病棟に 1 名以上）		
連携機関との面会	連携機関（保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス業者等）の数が 20 以上かつ、連携機関の職員と面会を年 3 回以上実施		
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績		

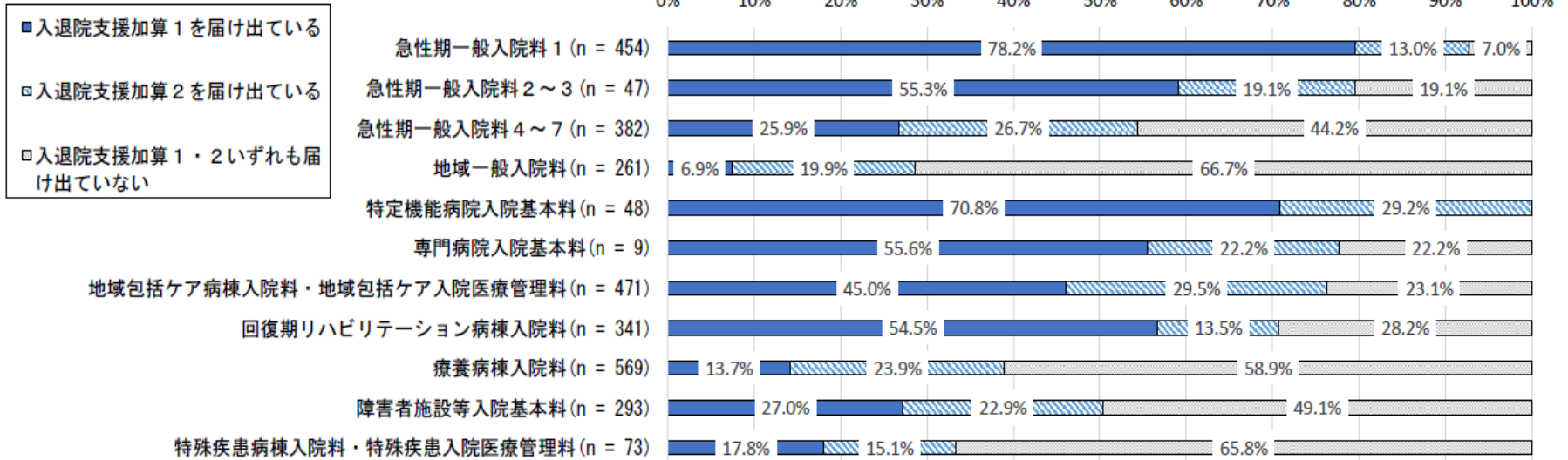


※週 3 日以上常態として勤務しており、所定労働時間が 22 時間以上の非常勤 2 名以上の組み合わせも可。

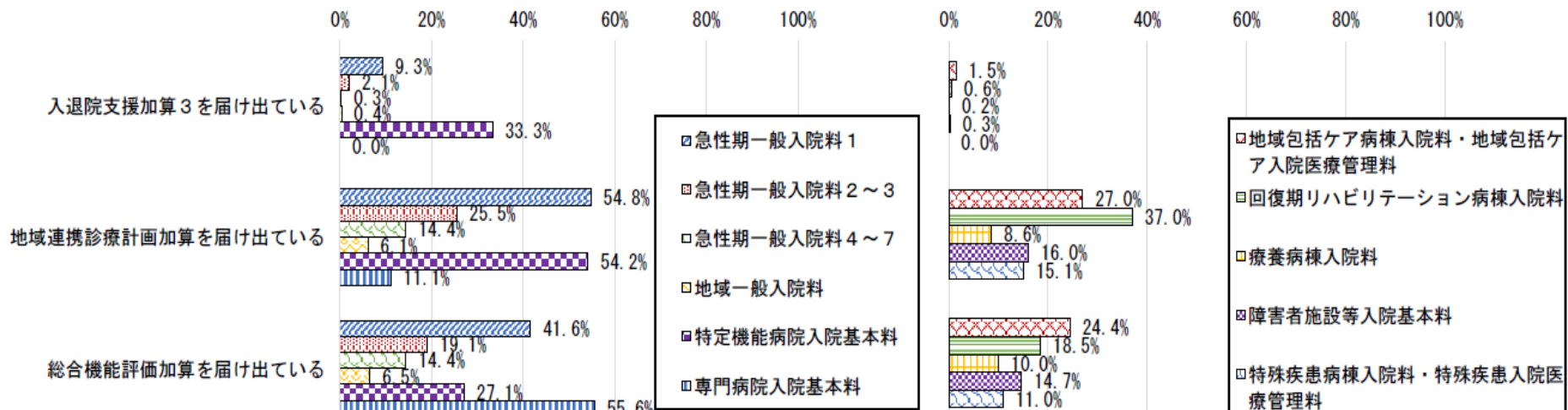
# 入退院支援加算の届出状況

○ 入退院支援加算は、急性期一般入院料 1 や特定機能病院入院基本料での届出が多かった。

## 入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況



## 入退院支援加算等の届出状況 (複数回答)





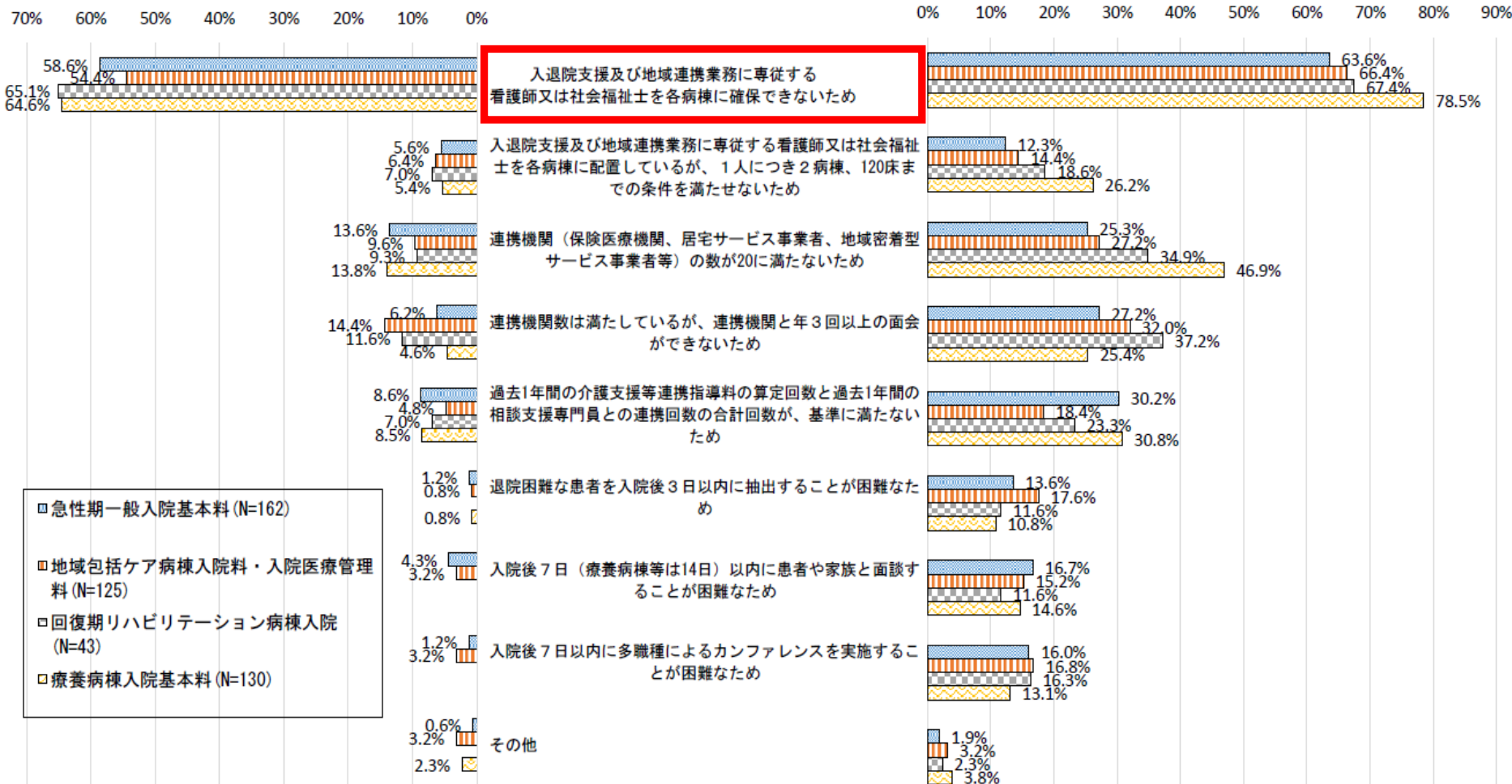
# 入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由

○ 入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由として、いずれの入院料においても、各病棟への専従の看護師又は社会福祉士を確保することが困難、が最も多く、急性期一般入院料では、次いで過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数の合計、が多かった。

入退院支援加算 2 を届け出ている施設において、  
入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由

該当する項目全て（複数回答）

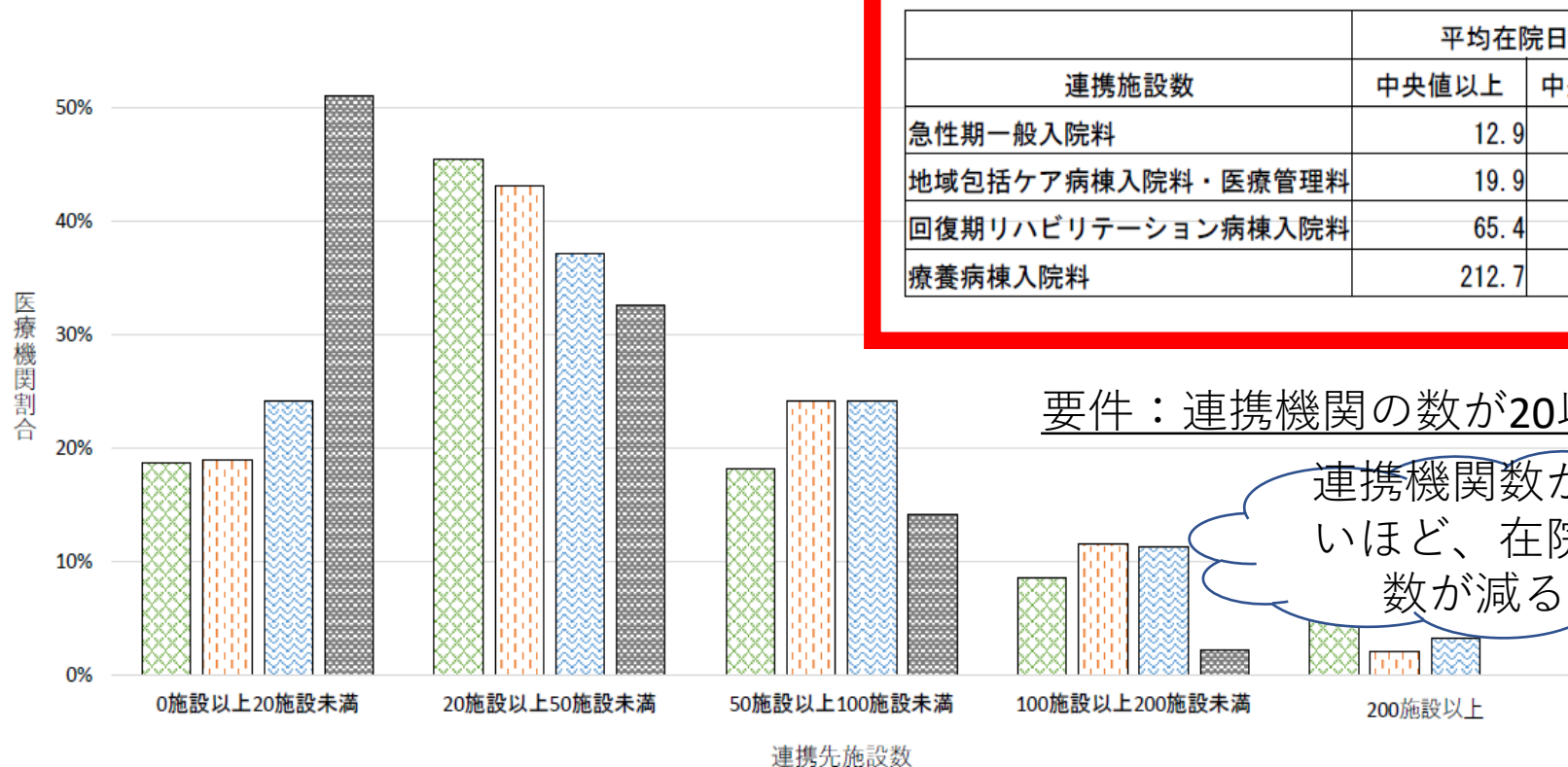
最も該当



# 退院支援に向けた施設間の連携状況

- 急性期一般入院基本料、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では、20施設以上50施設未満が最も多かった。
- 連携施設数が中央値以上の医療機関の方が、平均在院日数が短い傾向にあった。

## 入院料別・連携施設数の状況



## 連携施設数が中央値以上・未満別 平均在院日数

連携施設数	平均在院日数	
	中央値以上	中央値未満
急性期一般入院料	12.9	12.9
地域包括ケア病棟入院料・医療管理料	19.9	27.1
回復期リハビリテーション病棟入院料	65.4	68.0
療養病棟入院料	212.7	279.2

要件：連携機関の数が20以上

連携機関数が多いほど、在院日数が減る

□ 急性期一般入院料(n=385)

□ 地域包括ケア病棟入院料・医療管理料(n=95)

□ 回復期リハビリテーション病棟入院料(n=62)

□ 療養病棟入院料(n=92)

# 2022年診療報酬改定 入退院支援の推進

## 入退院支援加算の評価・要件の見直し

➤ 質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算1の評価及び要件を見直す



### 現行

#### 【入退院支援加算1】

##### 【算定要件】

- 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

##### 【施設基準】

- ・「連携機関」の数が20以上であること。
- ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること

連携施設  
20以上

### 改定後

#### 【入退院支援加算1】

##### 【算定要件】

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 **700点**
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 **1,300点**

##### 【施設基準】

- ・「連携機関」の数が**25以上**であること。
- ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で**対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて**面会し、情報の共有等を行っていること

➤ 入院時支援加算の対象に合わせて明確化を図るため、入退院支援加算1及び2の対象者にサを追加するとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算1及び2の対象患者にシ及びスを追加する。

### 現行

#### 【入退院支援加算1及び2】

##### 【算定要件】

##### 退院困難な要因

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

### 改定後

#### 【入退院支援加算1及び2】

##### 【算定要件】

##### 退院困難な要因

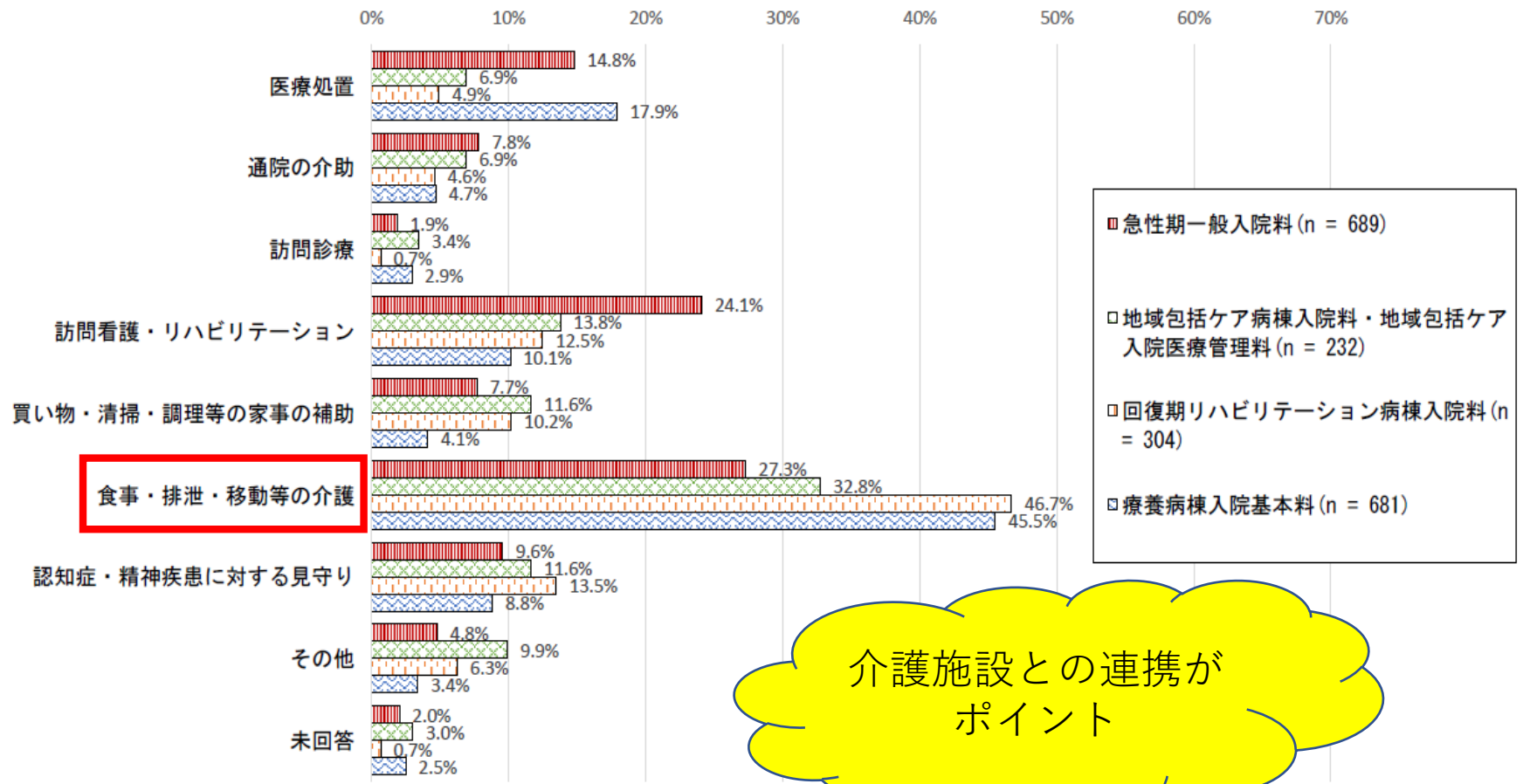
- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること**
- シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること**
- ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること**
- セ その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合



# 退院後に必要な支援

○「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」と回答した患者における退院後に必要な支援としては、全体的に、「食事・排泄・移動等の介護」の割合が多かった。

入院継続の理由として「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」と回答した患者について  
退院後に必要な支援(最も該当するもの)



## ②入院時支援加算

# 入退院支援の推進

## 入退院支援加算の評価・要件の見直し

➤ 質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算1の評価及び要件を見直す



### 現行

- 【入退院支援加算1】  
[算定要件]
- 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
- [施設基準]
- ・「連携機関」の数が20以上であること。
  - ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること



### 改定後

- 【入退院支援加算1】  
[算定要件]
- イ 一般病棟入院基本料等の場合 **700点**
  - ロ 療養病棟入院基本料等の場合 **1,300点**
- [施設基準]
- ・「連携機関」の数が**25以上**であること。
  - ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で**対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能**な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること

➤ 入院時支援加算の対象に合わせて明確化を図るため、入退院支援加算1及び2の対象者にサを追加するとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算1及び2の対象患者にシ及びスを追加する。

### 現行

- 【入退院支援加算1及び2】  
[算定要件]
- 退院困難な要因
- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
  - イ 緊急入院であること
  - ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
  - エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
  - オ 生活困窮者であること
  - カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
  - キ 排泄に介助を要すること
  - ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
  - ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
  - コ 入退院を繰り返していること
  - サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合



### 改定後

- 【入退院支援加算1及び2】  
[算定要件]
- 退院困難な要因
- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
  - イ 緊急入院であること
  - ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
  - エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
  - オ 生活困窮者であること
  - カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
  - キ 排泄に介助を要すること
  - ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
  - ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
  - コ 入退院を繰り返していること
  - サ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること**
  - シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること**
  - ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること**
  - セ** その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合

# 入退院支援加算の概要②

## 入院前からの支援を行った場合の評価

### ➤ 入院時支援加算 1 230点

[算定対象]

- ① 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算 1、2 又は 3 の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する

◀許可病床数200床以上▶

- ・ 専従の看護師が 1 名以上 又は
- ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が 1 名以上

◀許可病床数200床未満▶

- ・ 専任の看護師が 1 名以上が配置されていること。

- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

### 入院時支援加算 2 200点（退院時 1 回）

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の 1) から 8) を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。

入院前にア) からク) まで全て実施した場合は、入院時支援加算 1 を、患者の病態等によりア)、イ) 及びク) を含む一部項目を実施した場合は加算 2 を算定する。

- ア) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
  - イ) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
  - ウ) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 工) 栄養状態の評価
  - オ) 服薬中の薬剤の確認 / 力) 退院困難な要因の有無の評価
  - キ) 入院中に行われる治療・検査の説明 / ク) 入院生活の説明
- (※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

## 医療機関間の連携に関する評価

### ➤ 地域連携診療計画加算 300点（退院時 1 回）

[算定要件]

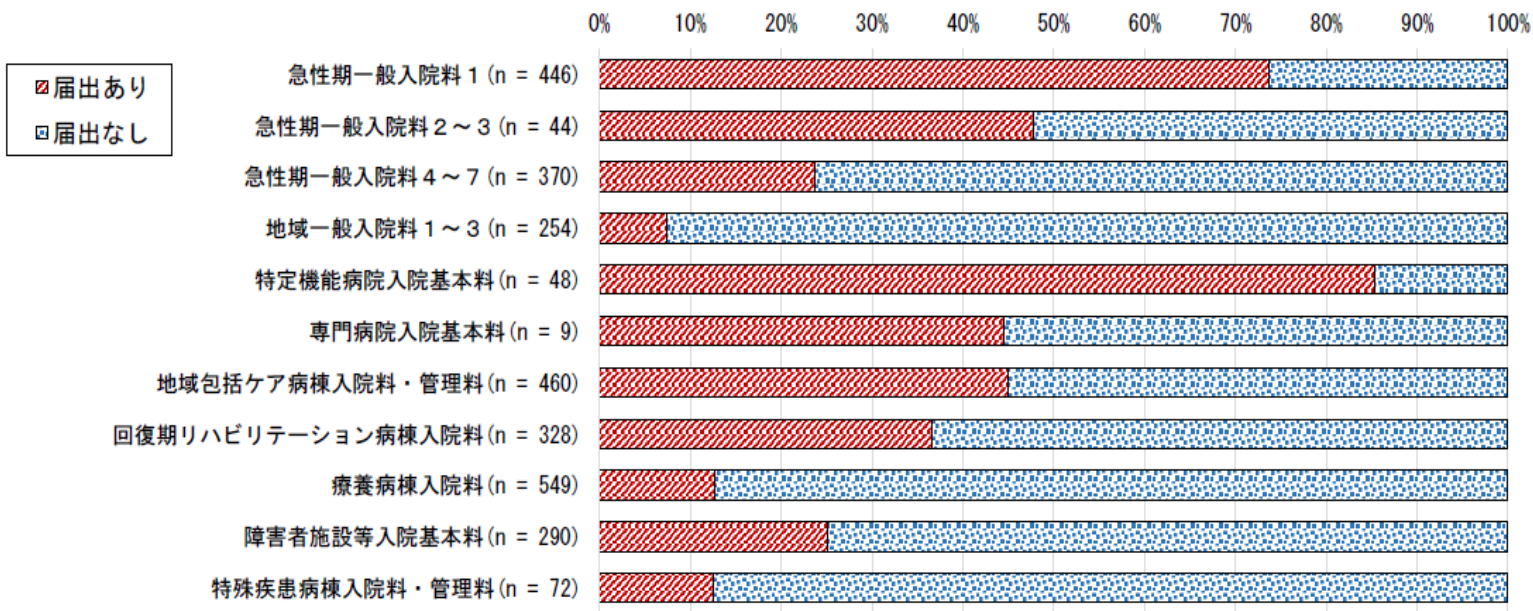
- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後 7 日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。



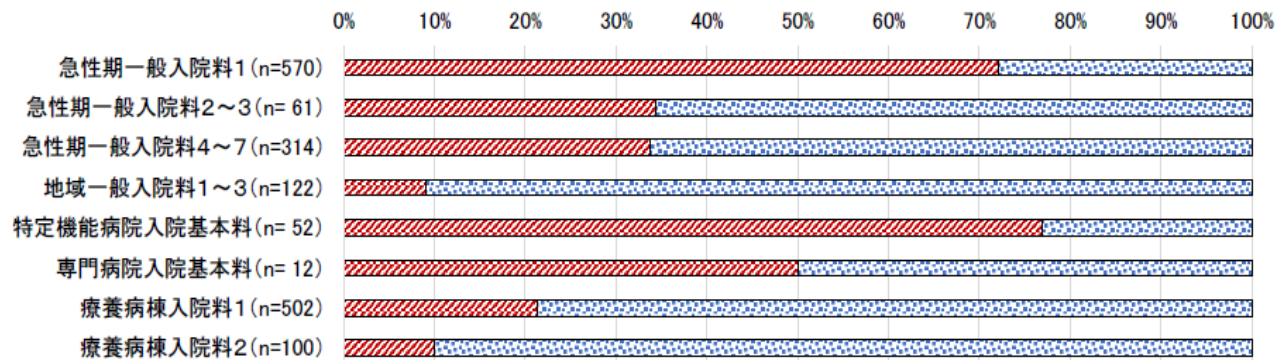
# 入院時支援加算の届出状況

○ 入院時支援加算は、急性期一般入院料 1 及び特定機能病院での届出が多かった。

## 入院時支援加算の届出状況



参考：令和元年度調査

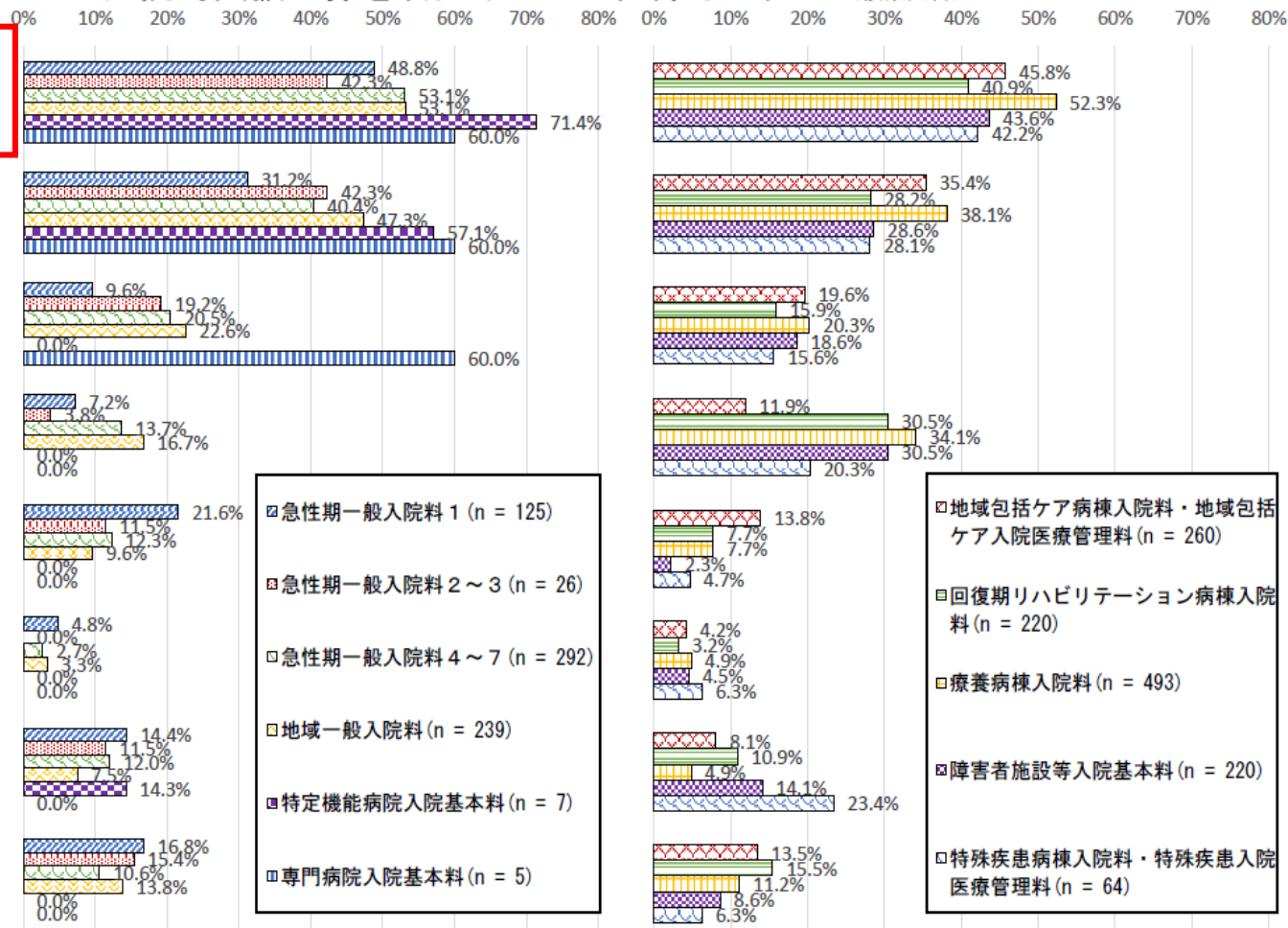


# 入院時支援加算を届出ることが困難な理由

- 入院時支援加算を届出ることが困難な理由として、「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため」が多かった。

## 入院時支援加算を届出ることが困難な理由

(複数回答)



入退院支援を行うための入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため

入退院支援を行うための入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び社会福祉士の配置が困難なため

地域連携を行う十分な体制が整備できていないため

自宅等から入院する予定入院患者が少ないため

緊急入院が多く事前の入院支援が行えないため

他院の外来受診の後の予定入院患者が多いため

その他

未回答

- 急性期一般入院料 1 (n = 125)
- 急性期一般入院料 2～3 (n = 26)
- 急性期一般入院料 4～7 (n = 292)
- 地域一般入院料 (n = 239)
- 特定機能病院入院基本料 (n = 7)
- 専門病院入院基本料 (n = 5)

- 地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料 (n = 260)
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 (n = 220)
- 療養病棟入院料 (n = 493)
- 障害者施設等入院基本料 (n = 220)
- 特殊疾患病棟入院料・特殊疾患入院医療管理料 (n = 64)



# 入退院支援加算・ 入院時支援加算

2024年改定でも、入退院支援加算、入院  
時支援加算によるPFM機能の強化は続く

カギは連携に携わる  
熟達の看護師、社会福祉士

# パート4 介護保険施設と医療



2023年4月19日 同時改定へ向けての意見交換会

# ①特養と医療



衣笠ホーム

# 介護保険施設の比較

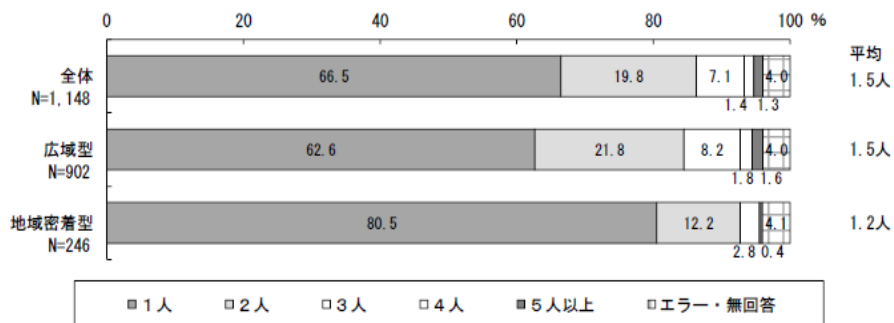
			① 介護老人福祉施設	② 介護老人保健施設	③ 介護医療院	介護療養型医療施設
基本的性格			要介護高齢者のための生活施設 ※27年度より新規入所者は原則要介護3以上	要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅復帰を目指し在宅療養支援を行う施設	要介護高齢者の長期療養・生活施設	医療の必要な要介護高齢者のための長期療養施設
定義			老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームであって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設	要介護者であって、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	要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、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	療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設
主な設置主体※1			社会福祉法人（約95%）	医療法人（約76%）	医療法人（約89%）	医療法人（約80%）
施設数※2			10,896 件	4,221 件	734 件	277 件
利用者数※2			638,600 人	351,900 人	42,900 人	7,400 人
居室面積・定員数	従来型	面積/人	10.65㎡以上	8㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上
		定員数	原則個室	4人以下	4人以下	4人以下
居室面積・定員数	ユニット型	面積/人	10.65㎡以上			
		定員数	原則個室			
「多床室」の割合※3			19.7%	53.3%	71.9%	78.9%
平均在所(院)日数※4			1,177日	310日	189日	472日
低所得者の割合※4			68.6%	52.5%	50.1%	50.0%
医師の配置基準			必要数(非常勤可)	1以上 / 100:1以上	I型: 3以上 / 48:1以上 II型: 1以上 / 100:1以上	3以上 / 48:1以上
医療法上の位置づけ			居宅等	医療提供施設	医療提供施設	病床

※1 介護サービス施設・事業所調査（令和3年）より ※2 介護給付費等実態統計（令和4年10月審査分）より ※3 介護サービス施設・事業所調査（令和3年）より（数値はすべての居室のうち2人以上の居室の占める割合）  
 ※4 は介護サービス施設・事業所調査（令和元年）より ※2及び※3の介護老人福祉施設の数値については地域密着型含む。

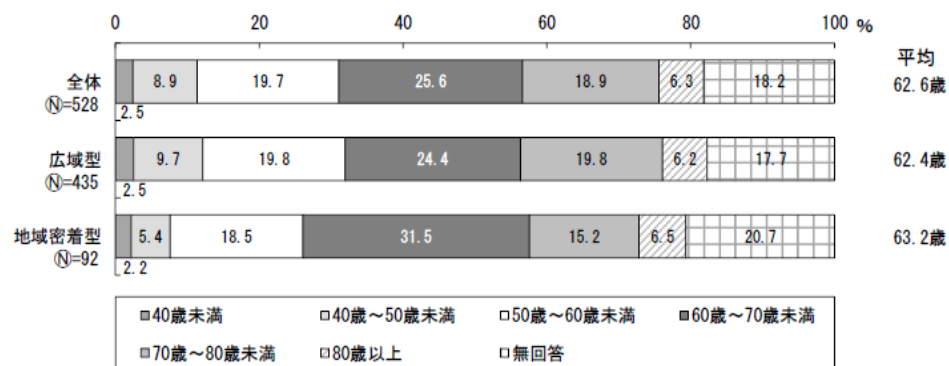
# 特別養護老人ホームにおける配置医師数・年齢・雇用形態

- 配置医師数は全体で「1人」が66.5%で最も多く配置医師の1施設あたりの平均人数（実人数）はそれぞれ1.5人である。
- 年齢は「60歳～70歳未満」が25.6%で最も多い。
- 雇用形態は「雇用契約（嘱託等）」が62.9%で最も多く、「配置医師の所属先医療機関との契約」が28.2%、「雇用契約（正規職員）」が4.2%であり、「雇用契約（嘱託等）」が7割弱を占めている。

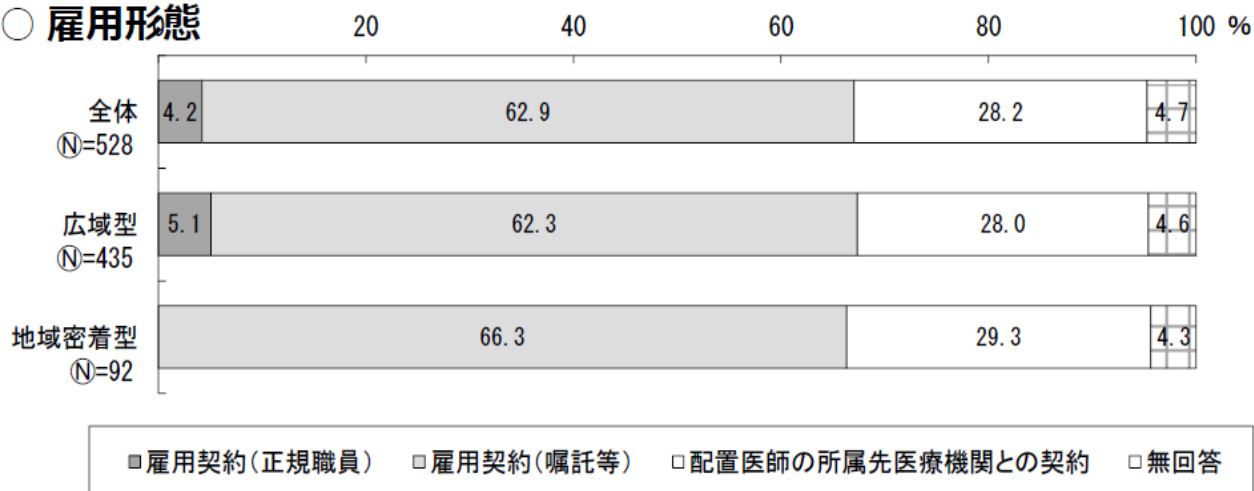
## ○配置医師数



## ○年齢



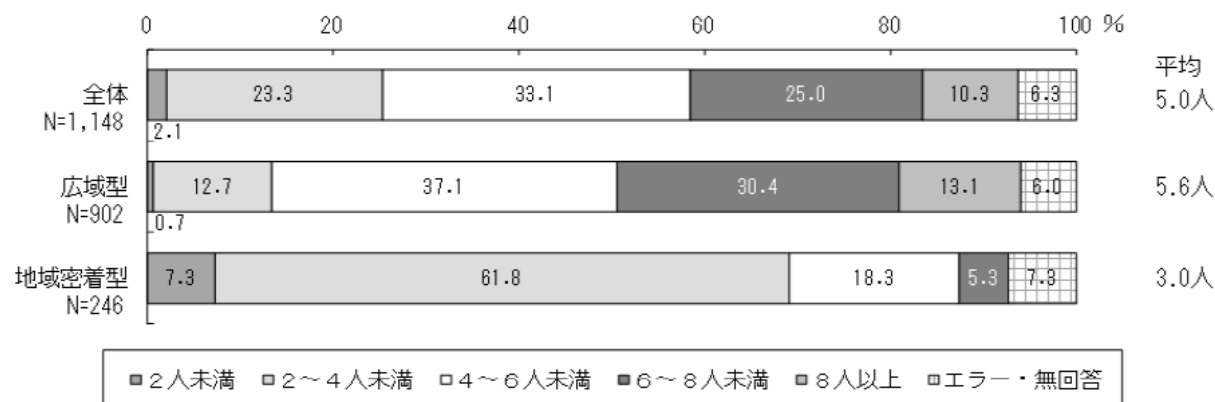
## ○雇用形態



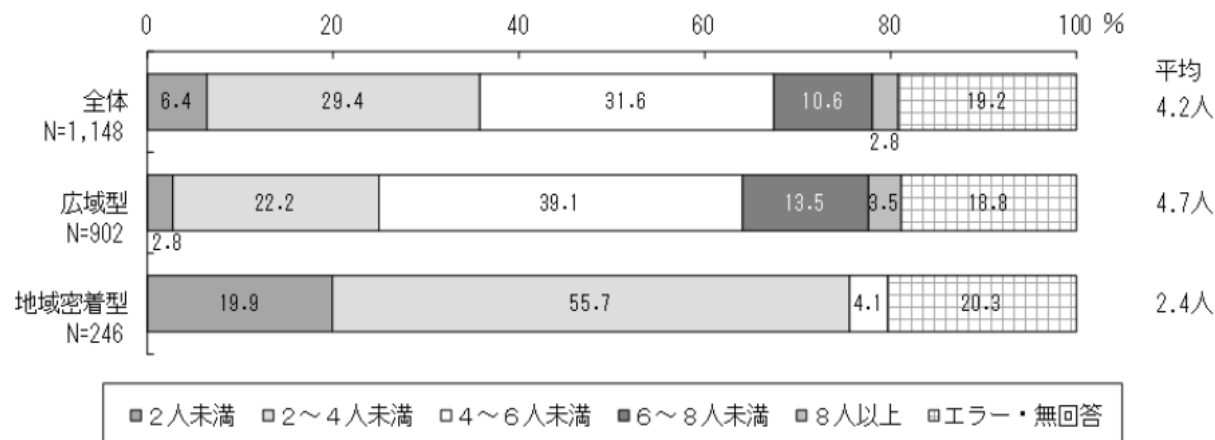
# 特別養護老人ホームにおける看護職員数

○実人員（常勤・非常勤合計）は、「4～6人」が33.1%で最も多く、平均 5.0 人である。  
 ○常勤の看護職員数（実人員）は、「4～6人未満」が最も多く 31.6%であり、平均は 4.2 人である。

## ○看護職員数（実人員）（※1）



## ○看護職員数（常勤換算数）（※1）



（※1）同一建物内で複数の特別養護老人ホームを運営している場合も1施設として取扱っている。

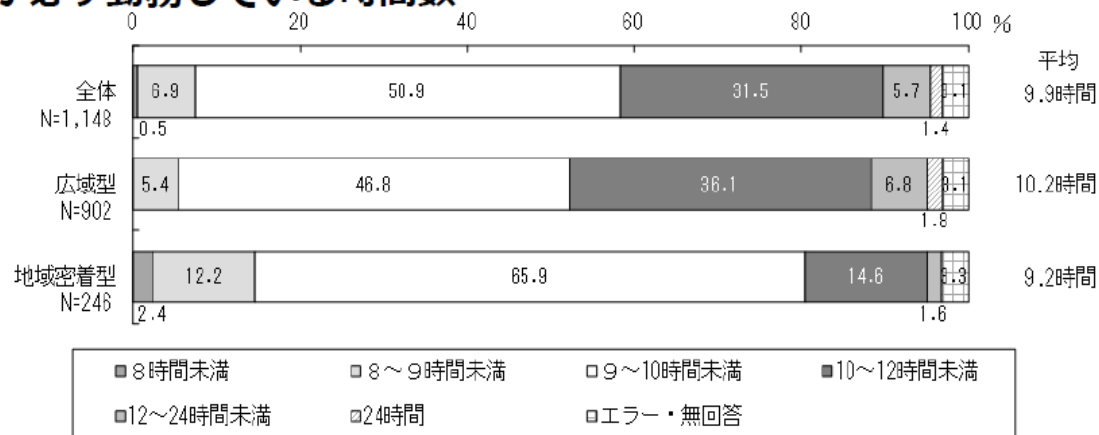


# 特別養護老人ホームにおける看護職員の勤務状況

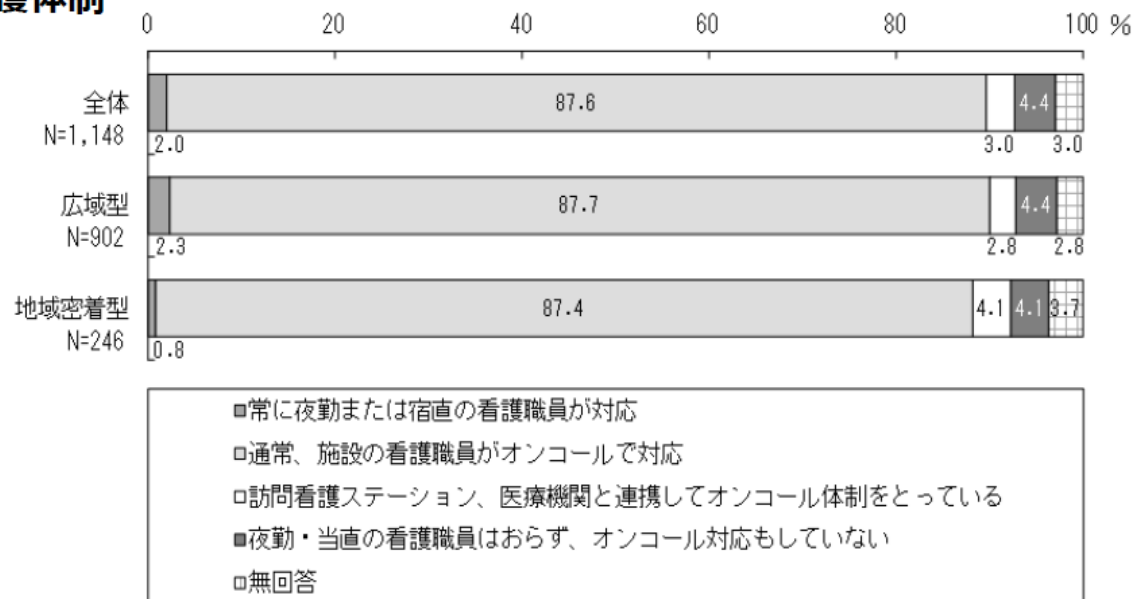
○看護職員が必ず勤務している時間数は、「9～10 時間未満」が 50.9%と過半数を占め、平均は9.9時間である。また、「24 時間」看護職員が勤務している施設は1.4%である。

○夜間の看護体制は、「通常、施設の看護職員がオンコールで対応」が 87.6%と大半を占めている。

## ○ 看護職員が必ず勤務している時間数



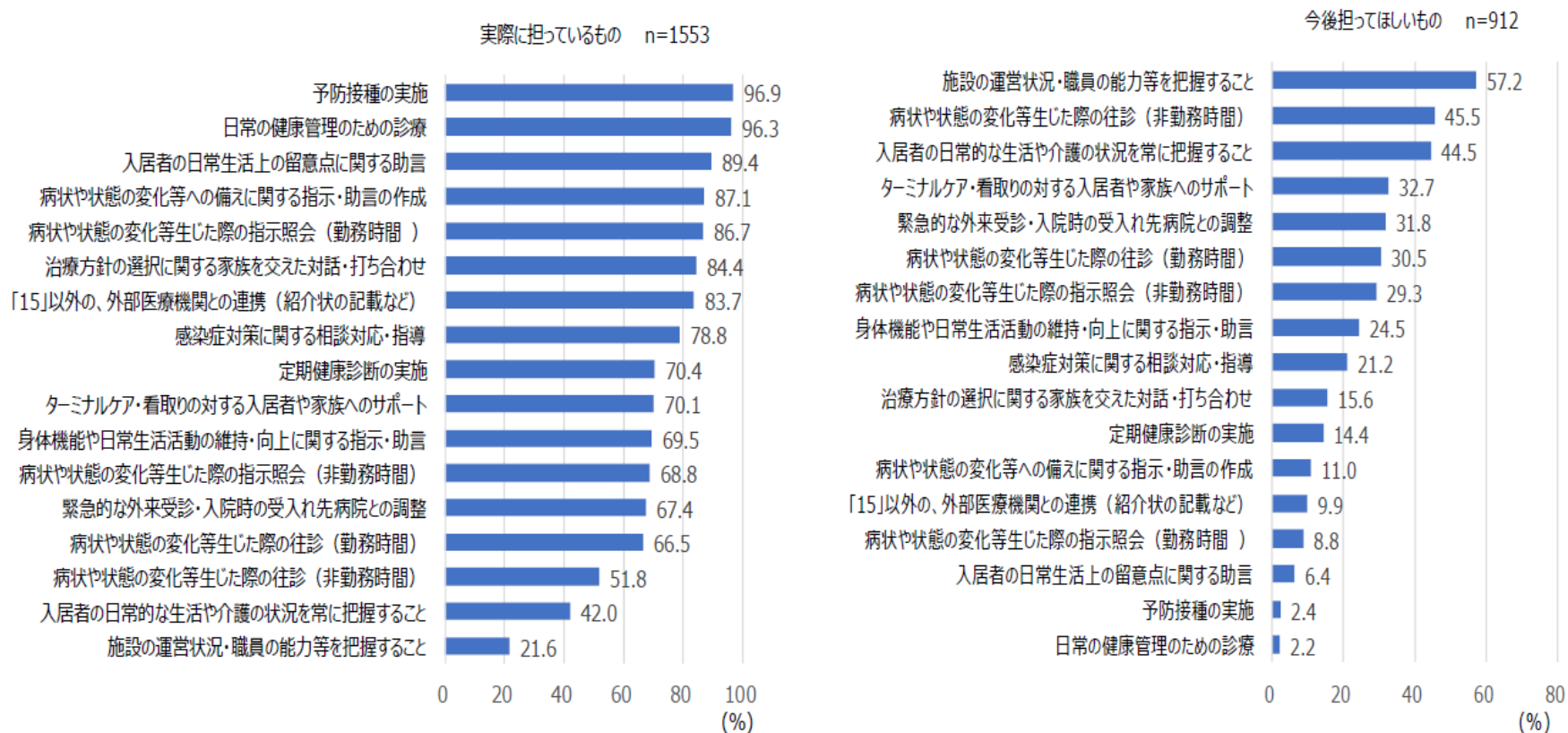
## ○ 夜間の看護体制



# 特別養護老人ホームにおける配置医師の役割

○配置医師が現在担っている役割として、「予防接種の実施」が96.9%と最も多い。「日常の健康管理のための診療」（96.3%）、「入居者の日常生活上の留意点に関する助言」（89.4%）と続いている。

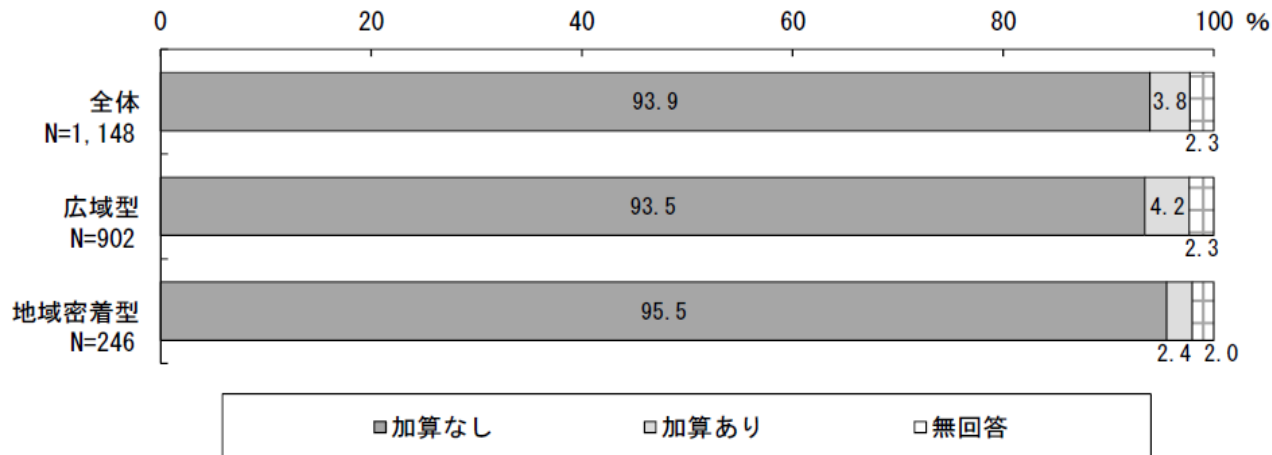
○今後担ってほしい役割として、「施設の運営状況・職員の能力等を把握すること」が57.2%最も多い。次いで「病状や状態の変化等生じた際の往診（非勤務時間）」と続いている（45.5%）。



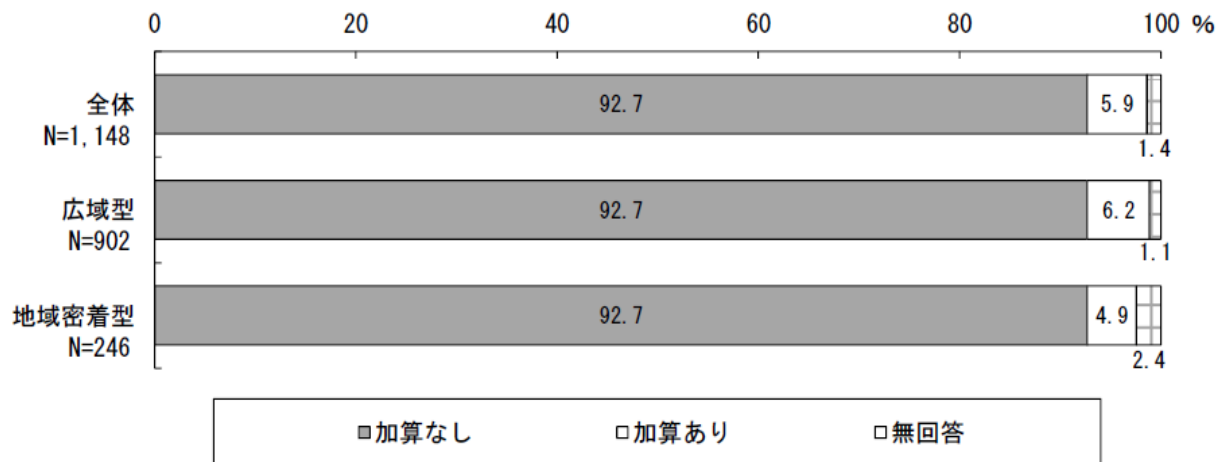
# 特別養護老人ホームにおける 常勤医師配置加算・配置医師緊急時対応加算の算定状況

- 常勤医師配置加算は、「加算なし」が 93.9%を占めており、「加算あり」は 3.8%である。
- 配置医師緊急時対応加算は、「加算なし」が 92.7%を占めており、「加算あり」は 5.9%である。

## ○ 常勤医師配置加算



## ○ 配置医師緊急時対応加算



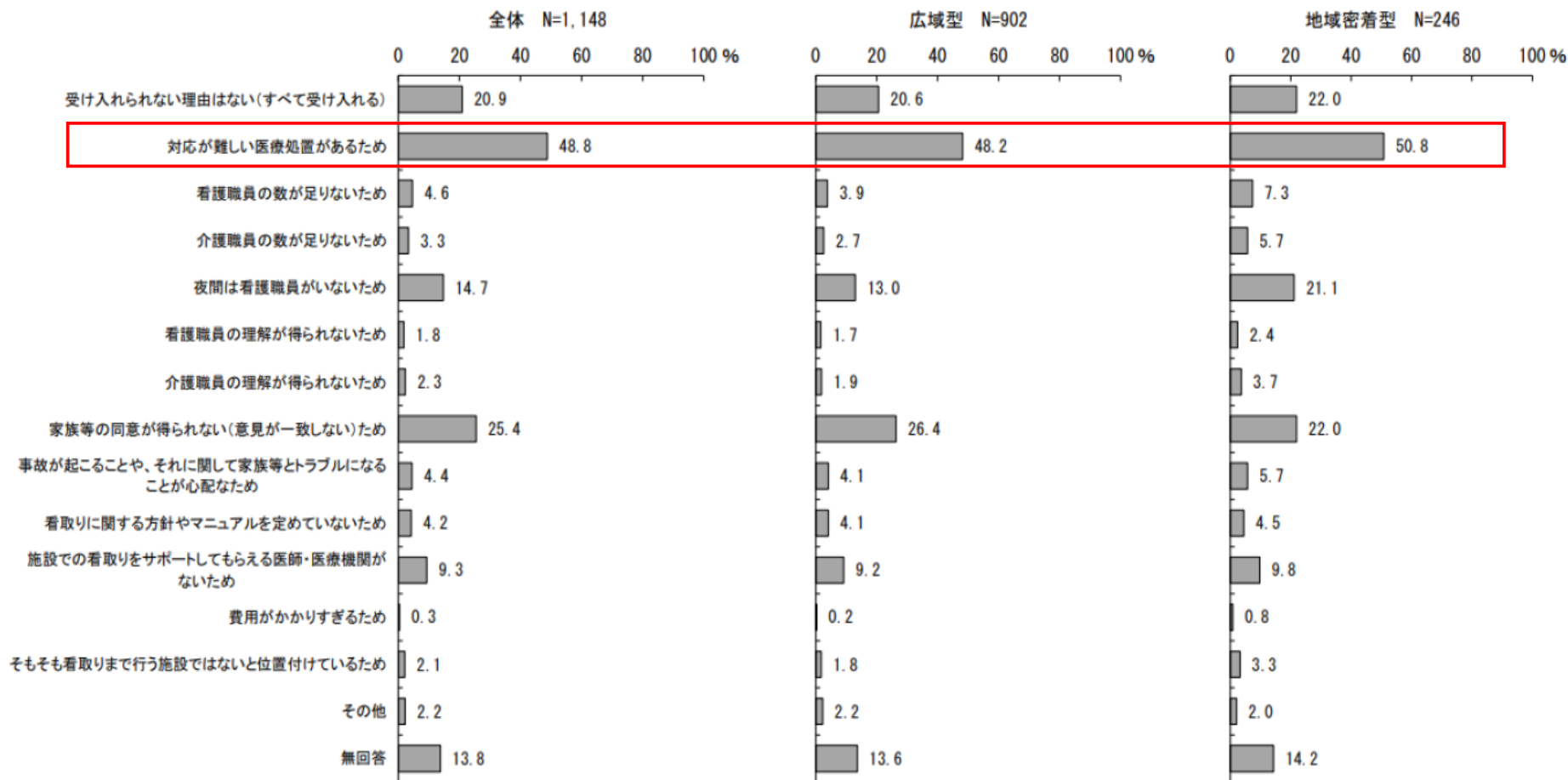
# 配置医師緊急時対応加算を算定していない理由

○配置医師緊急時対応加算を算定していない理由は、「配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができないため」が45.3%で最も多く、次いで「緊急の場合はすべて救急搬送で対応しているため」が32.1%と続いている。



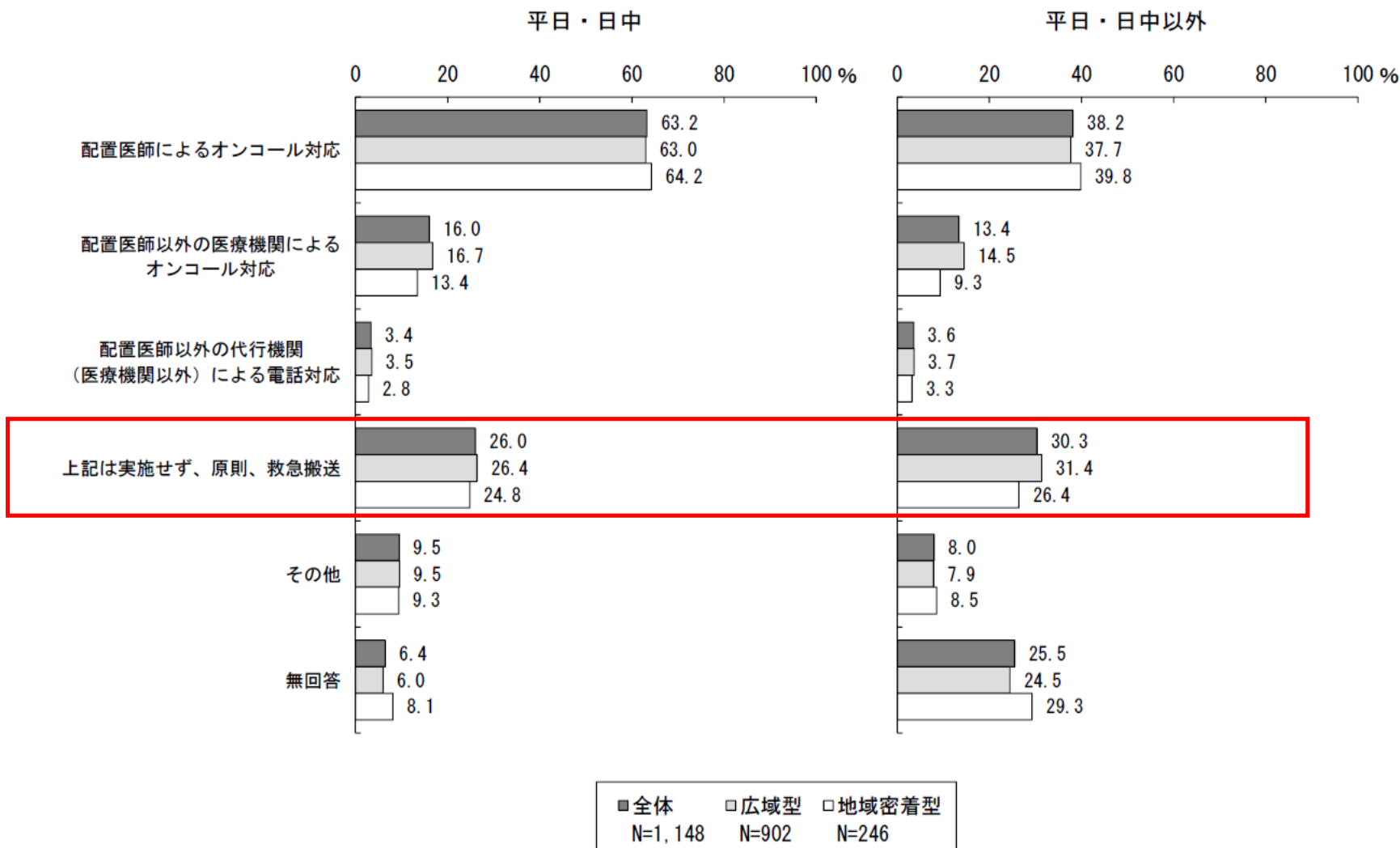
# 看取りを受け入れられないことがある理由

○看取りを受け入れられないことがある理由は、「対応が難しい医療処置があるため」が最も多く48.8%、次いで「家族等の同意が得られない（意見が一致しない）ため」が25.4%と続いている。



# 配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法

○配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法は、平日・日中、平日・日中以外どちらも、「配置医師によるオンコール対応」がそれぞれ 63.2%と 38.2%で最も多いが、「原則、救急搬送」が平日・日中、平日・日中以外どちらも26.0%、30.3%と続いている。

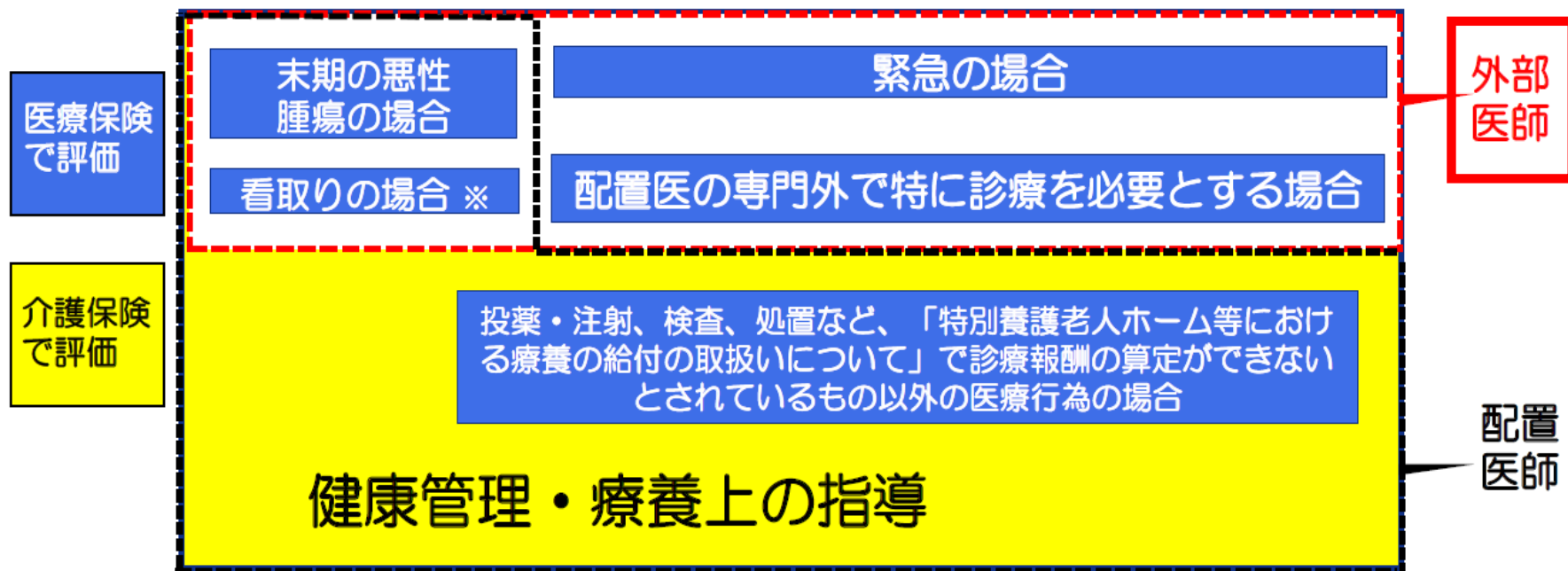




## 介護老人福祉施設における医療の提供について

- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、基準上、入所者に対し、健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数の医師を配置することとされており、この配置医師が行う健康管理及び療養上の指導は介護報酬で評価されるため、初診・再診料等については、診療報酬の算定はできない。
- 一方で、配置医師以外の医師（外部医師）については、（１）緊急の場合、（２）配置医師の専門外の傷病の場合、（３）末期の悪性腫瘍の場合、（４）在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合には、入所者を診ることができることとされており、診療報酬上の「在宅患者訪問診療料」等の算定が可能である。
- こうした入所者に対する医療行為の報酬上の評価の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発0331002号厚生労働省保険局医療課長通知。令和4年3月25日一部改正）で規定している。

医療保険・介護保険の役割のイメージ



※ 在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合に限る。

# 特別養護老人ホームにおける医療サービスに係る見直し(改定後)

配置医師や協力医療機関による  
緊急時の24時間対応の体制がない施設

【末期の悪性腫瘍の患者等】  
・看取り介護加算(Ⅰ)を算定している場合であっても  
**在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算、看取り加算が算定可**

往診料 720点

【末期の悪性腫瘍の患者】  
○ 看取り介護加算を算定していない  
・訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円  
○ 看取り介護加算を算定している  
(新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円



協力医療機関



看取り実施

看取り実施



看取り介護加算(Ⅰ)	
死亡日30日前～4日前	144単位/日
死亡日前々日、前日	680単位/日
死亡日	1280単位/日

■ 診療報酬で対応  
■ 介護報酬で対応

配置医師や協力医療機関による  
緊急時の24時間対応の体制を有する施設

【末期の悪性腫瘍の患者等】  
・看取り介護加算(Ⅱ)を算定している場合であっても、  
**在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算が算定可**

往診料 720点

【末期の悪性腫瘍の患者】  
○ 看取り介護加算を算定していない  
・訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円  
○ 看取り介護加算を算定している  
(新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円



協力医療機関の医師等による24時間対応(往診含む)



施設看護師や訪問STによる24時間対応できる体制(看護体制加算(Ⅱ)を算定)

看取り実施

看取り実施



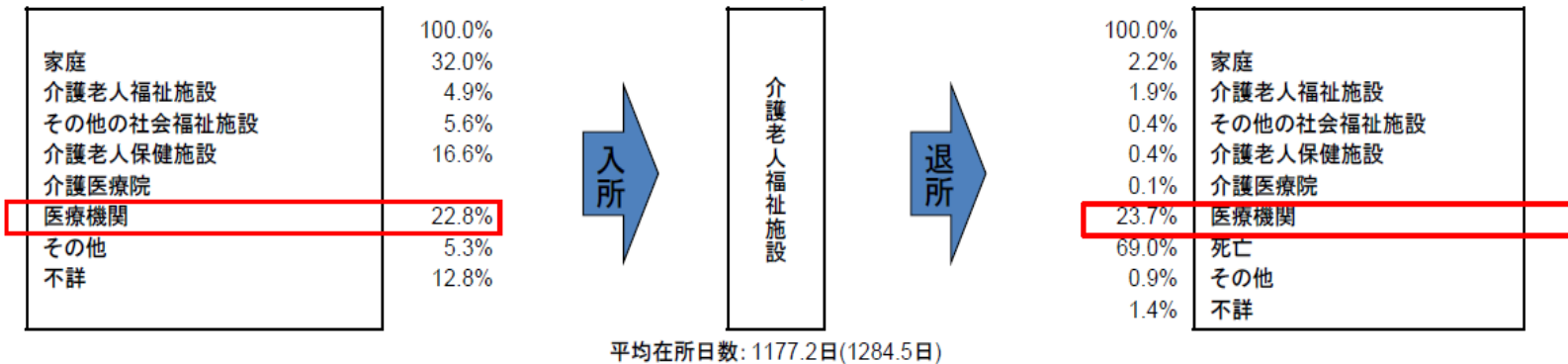
配置医師緊急時対応加算  
早朝・夜間の場合 650単位/回  
深夜の場合 1300単位/回

看取り介護加算(Ⅱ)	
死亡日30日前～4日前	144単位/日
死亡日前々日、前日	780単位/日
死亡日	1580単位/日

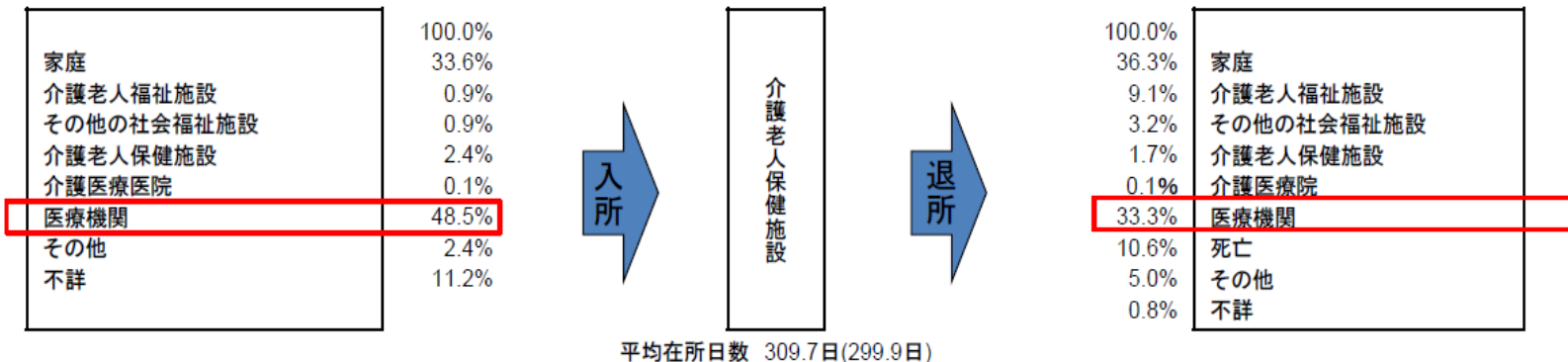
連携

# 介護保険施設における入所者・退所者の状況（令和元年）

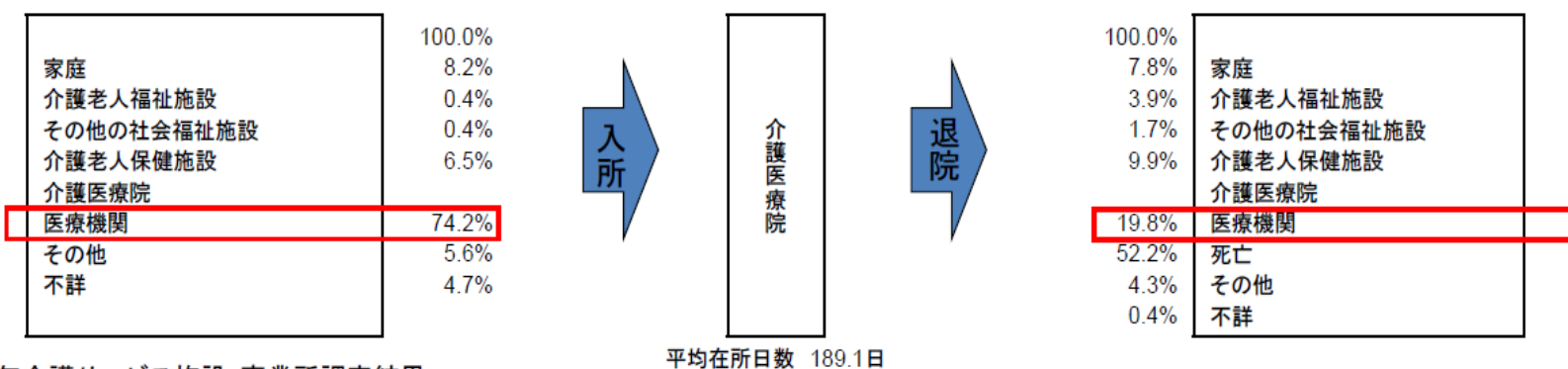
(退所者数: 8,018人)



(退所者: 23,106人)



(退所者: 1,184人)





## ②老健と医療



衣笠ろうけん

# 介護保険施設の比較

		① 介護老人福祉施設	② 介護老人保健施設	③ 介護医療院	介護療養型医療施設
基本的性格		要介護高齢者のための生活施設 ※27年度より新規入所者は原則要介護3以上	要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅復帰を目指し在宅療養支援を行う施設	要介護高齢者の長期療養・生活施設	医療の必要な要介護高齢者のための長期療養施設
定義		老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームであって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設	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	要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、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	療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設
主な設置主体※1		社会福祉法人（約95%）	医療法人（約76%）	医療法人（約89%）	医療法人（約80%）
施設数※2		10,896 件	4,221 件	734 件	277 件
利用者数※2		638,600 人	351,900 人	42,900 人	7,400 人
居室面積・定員数	従来型	面積／人	10.65㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上
		定員数	原則個室	4人以下	4人以下
	ユニット型	面積／人	10.65㎡以上	10.65㎡以上	10.65㎡以上
		定員数	原則個室	原則個室	原則個室
「多床室」の割合※3		19.7%	53.3%	71.9%	78.9%
平均在所(院)日数※4		1,177日	310日	189日	472日
低所得者の割合※4		68.6%	52.5%	50.1%	50.0%
医師の配置基準		必要数(非常勤可)	1以上 / 100:1以上	I 型: 3以上 / 48:1以上 II 型: 1以上 / 100:1以上	3以上 / 48:1以上
医療法上の位置づけ		居宅等	医療提供施設	医療提供施設	病床

※1 介護サービス施設・事業所調査（令和3年）より ※2 介護給付費等実態統計（令和4年10月審査分）より ※3 介護サービス施設・事業所調査（令和3年）より（数値はすべての居室のうち2人以上の居室の占める割合）  
 ※4 は介護サービス施設・事業所調査（令和元年）より ※2 及び※3 の介護老人福祉施設の数値については地域密着型含む。

# 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）

＜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））

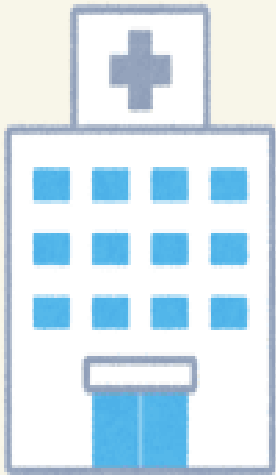


- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
- リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

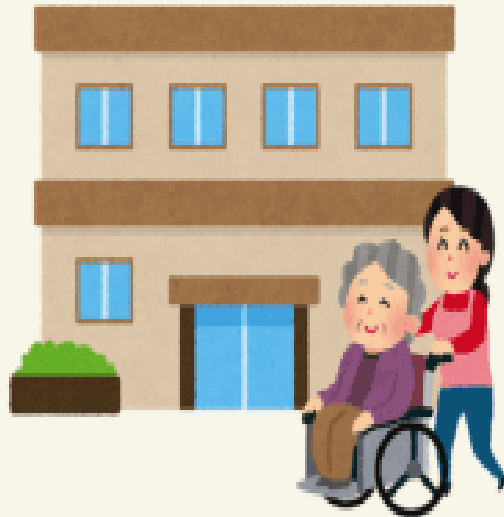


# 【介護老人保険施設とは】

病院



介護老人保険施設



通所リハビリ



入所・ショートステイ

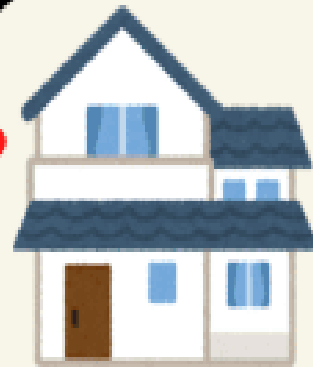


在宅復帰

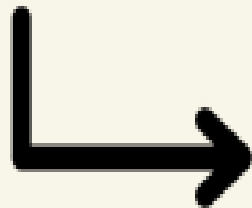
訪問リハビリ



自宅



入所



# 特養と老健の違い

	特別養護老人ホーム	老人保健施設
施設の特徴	介護度の高い方が、日常生活を送るために必要な身体的な介助が受けながら居住する施設。	医師や看護師、リハビリスタッフの元で、自宅復帰を目指し、機能訓練を行う施設。
入居条件	自宅で日常生活を送るのが難しい要介護3以上、もしくは要介護1～2程度でも、認知症を患っている方。	65歳以上の高齢の方で、要介護1から入所できる。ショートステイや通所での利用も可能。
入居期間	終身利用が可能	3ヶ月から1年程度
入居費用	月額8～13万円	月額9～20万円
入居のメリット	生きがいや日々の生活を楽しむためのレクリエーションやイベントが充実している	自宅復帰に向けた医療的なケアやリハビリを主とした介護が受けられる

	介護老人 保健施設 (老健)	特別養護 老人ホーム (特養)	介護付有料 老人ホーム
看護師の 配置	○ (夜勤あり) ※2	○	○
医師の 配置	○ (常勤)	△ (非常勤可)	×
入居者の 要介護度	要介護1~5	要介護3以上	要支援・要介護
運営	公的施設	公的施設	民間施設
特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリに重点</li> <li>在宅復帰が目標</li> <li>医療的ケアも</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>要介護度が高い</li> <li>終身入居が可能</li> <li>入居費などが安い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス内容が多様</li> <li>費用負担は高め</li> <li>施設数が多い</li> </ul>

# 老健における医療



# 老健と医薬品

- 老健で処方する医薬品費は介護保険の基本サービス料に包括されている。
- 老健入所中の利用者が医療機関に受診時の医療費は診療報酬より請求される。



## 介護老人保健施設 ③ かかりつけ医との連携 (平成30年度介護報酬改定)

老健では  
減薬を進  
めている

### 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

# 介護老人保健施設における高額な薬剤費の影響について

- パーキンソン病の患者等においては、薬剤費が高額であることが理由で、介護老人保健施設の入所に困難を生じている場合がある。

入所受け入れを断ったケースにおける断った最大の要因(原因疾患別)

	n	空床がない	医療依存度 が高すぎる	医薬品代等 が高額	処置・管理 の手間が かかる	人手不足	認知症の 周辺症状 が著しい	退所の目途 が立たない	看取りが 予想される ため	疾患(難病 等)に対する 経験が少な い	その他
脳梗塞	111	24%(27)	24%(27)	12%(13)	4%(4)	1%(1)	14%(16)	1%(1)	1%(1)	1%(1)	18%(20)
アルツハイマー型 認知症	102	22%(22)	13%(13)	2%(2)	1%(1)	3%(3)	50%(51)	1%(1)		2%(2)	7%(7)
悪性新生物	48	2%(1)	58%(28)	15%(7)			2%(1)		8%(4)	4%(2)	10%(5)
慢性呼吸器感染症	46	9%(4)	50%(23)	7%(3)	9%(4)	2%(1)	4%(2)		7%(3)		13%(6)
糖尿病	44	9%(4)	59%(17)	23%(10)	7%(3)		11%(5)				11%(5)
慢性心不全	39	8%(3)	49%(19)	18%(7)	3%(1)	3%(1)	5%(2)	5%(2)		5%(2)	5%(2)
脳出血	29	24%(7)	31%(9)	7%(2)		3%(1)	10%(3)	10%(3)			14%(4)
大腿骨骨折(手術)	27	22%(6)	26%(7)	4%(1)			22%(6)	7%(2)	4%(1)		15%(4)
パーキンソン病	26	12%(3)	38%(10)	27%(7)							23%(6)
腎不全 (慢性・急性を含む)	24	17%(4)	54%(13)	8%(2)	4%(1)	4%(1)					13%(3)

上位10疾患のみ記載。%は各疾患の総数を100%とした場合の値

# 介護老人保健施設・介護医療院入所者について算定できる医薬品等

## 内服薬及び外用薬

昭和63年度

腫瘍用薬



平成20年度

抗悪性腫瘍剤

医療用麻薬

抗ウイルス剤



平成30年度

抗悪性腫瘍剤

医療用麻薬

抗ウイルス剤

## 注射及び注射薬

平成12年度

エリスロポエチン



平成20年度

エリスロポエチン

ダルベポエチン

抗悪性腫瘍剤

医療用麻薬

インターフェロン

抗ウイルス剤

血友病治療薬



平成30年度

外来化学療法加算

静脈内注射\*

動脈注射\*

抗悪性腫瘍剤局所持続  
注入\*

肝動脈塞栓を伴う局所持  
続注入\*

点滴注射\*

中心静脈注射\*

植込型カテーテルによる  
中心静脈注射\*

エリスロポエチン

ダルベポエチン

抗悪性腫瘍剤

医療用麻薬

インターフェロン

抗ウイルス剤

血友病治療薬

\*外来化学療法加算を算定するものに限る。

# 老健内での医療

所定疾患施設療養費



- 介護老人保健施設の入所者には肺炎等の疾患が比較的良好に発症しているが、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。

図1 3カ月間の退所者の退所先の内訳

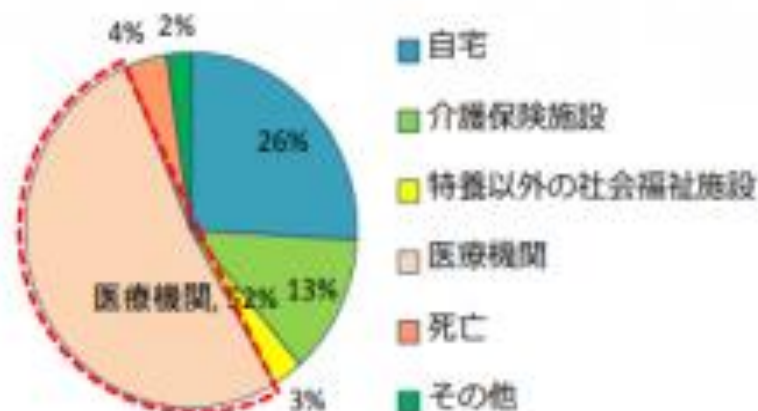


図2 一定の薬剤(肺炎に対する抗生物質等)が算定可能と認められれば、医療機関への転院が減少すると思う施設



- かなりそう思う
- まあそう思う
- どちらともいえない
- あまりそう思わない
- ほとんどそう思わない
- 無回答

(出典)

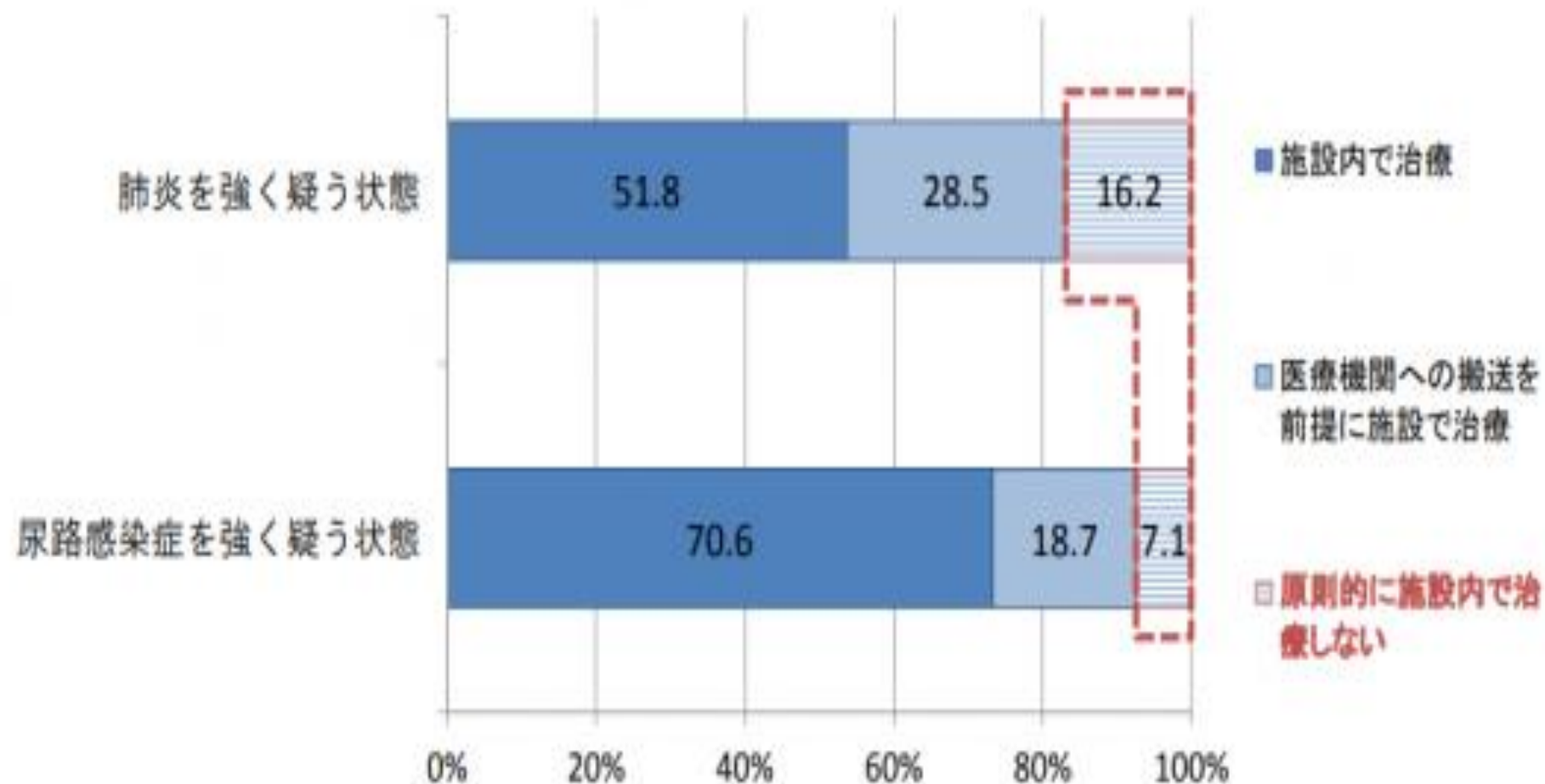
図1)「介護サービス情報公表制度」(平成21年度)より老人保健課調べ

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」



# 介護老人保健施設における肺炎・尿路感染症への対応方針

老健全体 (n = 2,245)



## 21. 介護老人保健施設 ④入所者への医療の提供 (平成30年度介護報酬改定)

### 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)

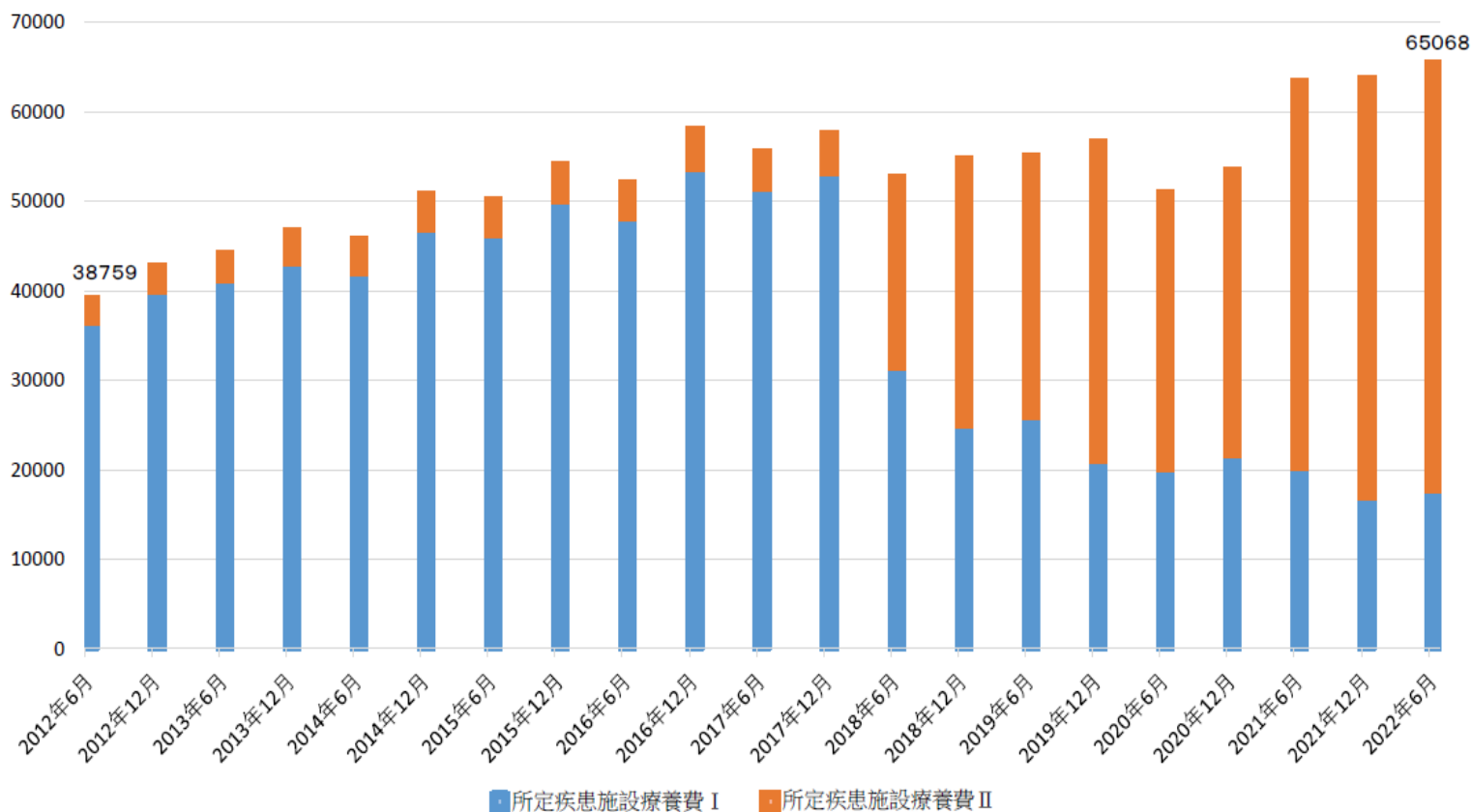
- ① 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。(協力医療機関等と連携して行った検査等を含む。)
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。
- ③ 医師が感染症対策に関する研修を受講していること。

※ 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。

# 所定疾患施設療養費の算定状況

○ 介護老人保健施設における所定疾患施設療養費の算定回数は増加傾向

## ■ 所定疾患施設療養費の算定状況の推移



出典：介護保険総合データベースを元に老人保健課で集計

# 介護老人保健施設による在宅療養支援の推進

介護老人保健施設における医療ニーズのある利用者の受け入れを促進するため、令和3年度介護報酬改定において、総合医学管理加算(短期入所療養介護)を新設。

## 概要

- 介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護について、医療ニーズのある利用者の受入の促進や介護老人保健施設における在宅療養支援機能の推進を図るため、医師が診療計画に基づき必要な診療、検査等を行い、退所時にかかりつけ医に情報提供を行う総合的な医学的管理を評価する加算。

医療  
ショート

短期入所療養介護入所

介護老人保健施設

退所

在宅

在宅

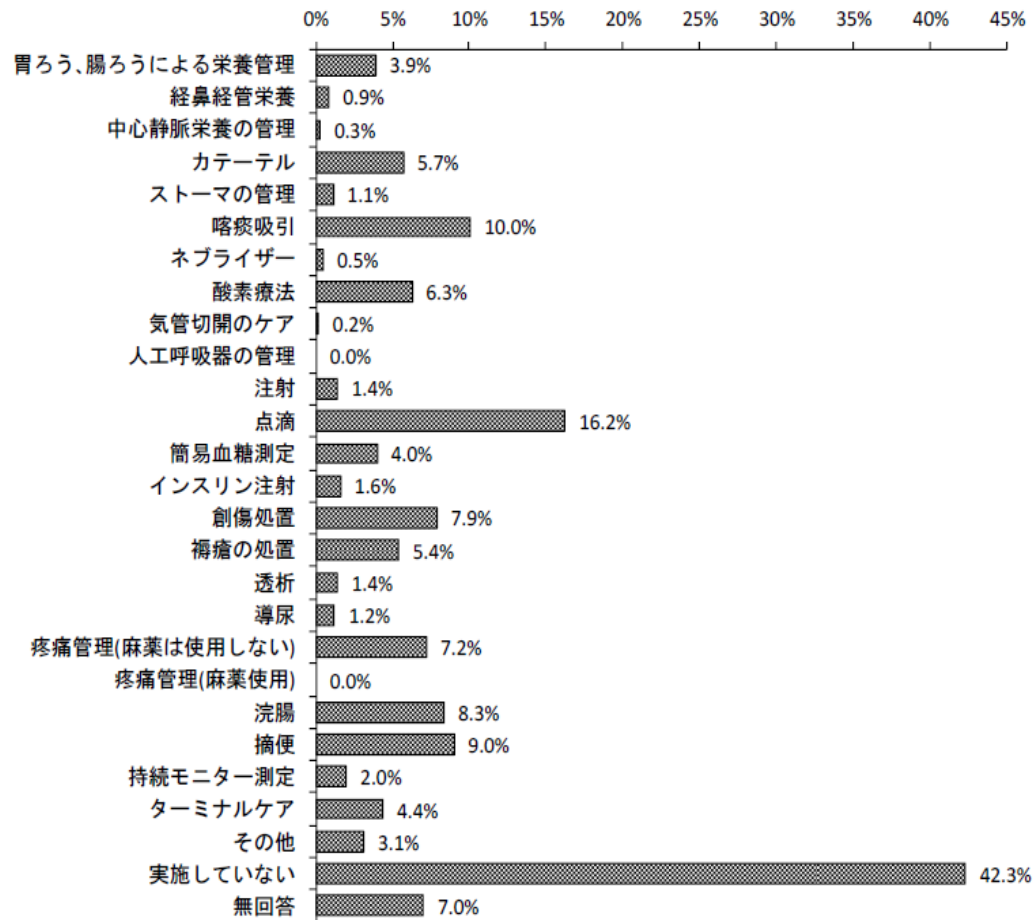
総合医学管理加算 (275単位/日)

- ・ 7日を限度として1日につき所定単位数を加算する。
- ・ 診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。
- ・ 診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること。
- ・ かかりつけ医に対し、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。

かかりつけ医

# 老健退所者に入所中実施した医療的ケア

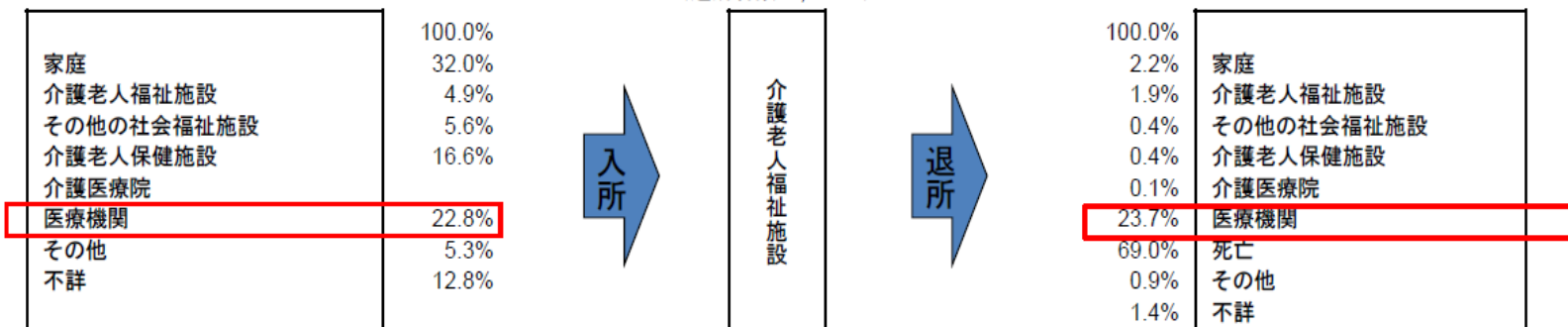
図表3-3-1 退所者に入所中に実施した医療的ケア等（複数回答）（回答数1,055）





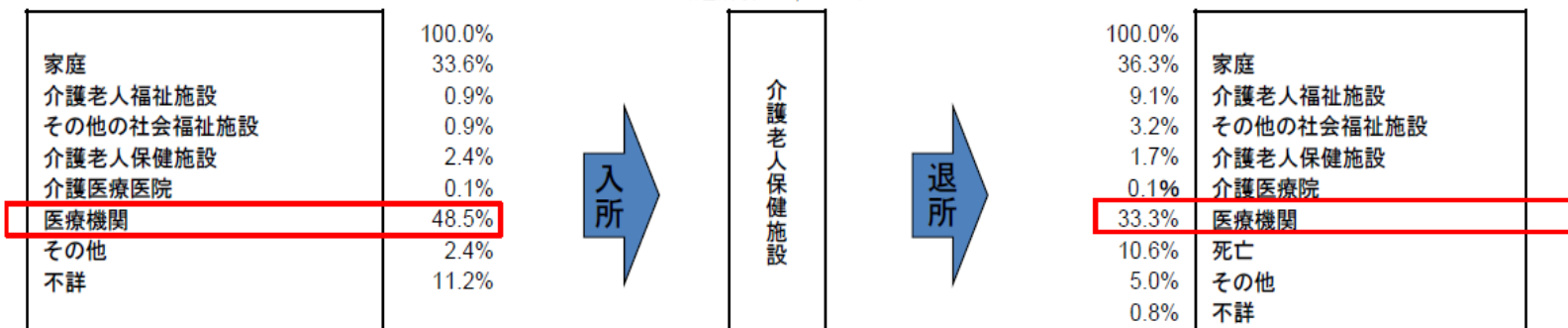
# 介護保険施設における入所者・退所者の状況（令和元年）

(退所者数: 8,018人)



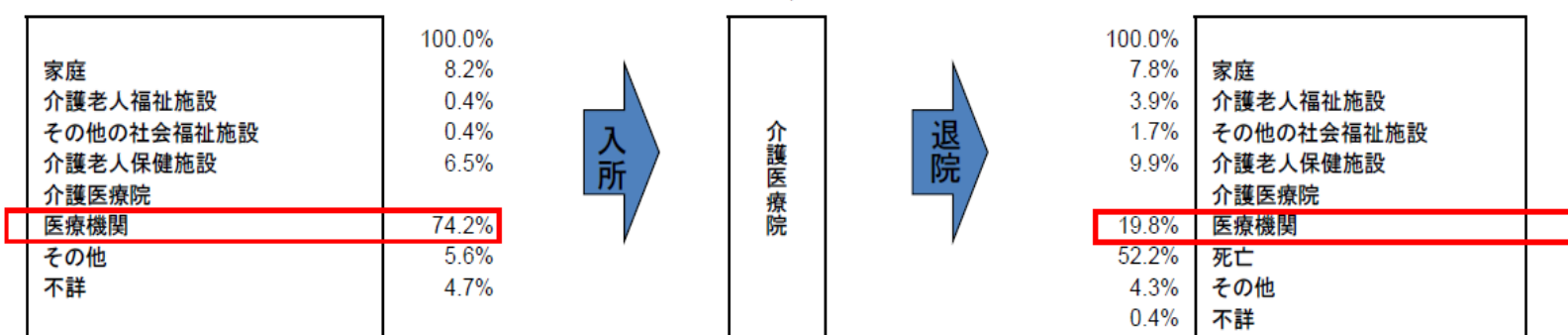
平均在所日数: 1177.2日(1284.5日)

(退所者: 23,106人)



平均在所日数 309.7日(299.9日)

(退所者: 1,184人)

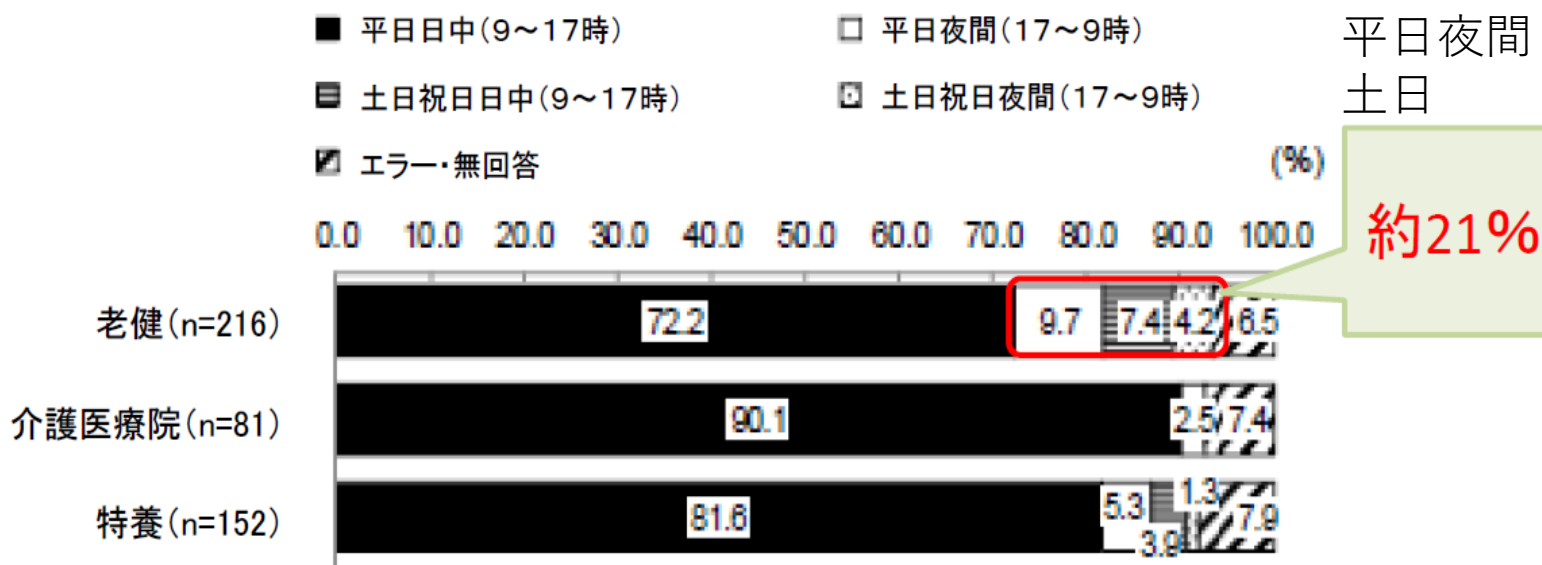


平均在所日数 189.1日

# 退所先が医療機関の場合の退所時間帯

- 退所・退院先が「病院・診療所(介護療養型医療施設を除く)」及び「有床診療所(介護療養型医療施設を除く)」である退所者について、老健では、「平日日中(9~17時)」が72.2%であった。介護医療院では、「平日日中(9~17時)」が90.1%であった。特養では、「平日日中(9~17時)」が81.6%であった。介護療養型医療施設では、「平日日中(9~17時)」が75.0%であった。医療療養病床では、「平日日中(9~17時)」が87.5%であった。

図表 208 退所・退院時間帯



# ③介護医療院と医療

介護医療院とは何か？

# 療養病床問題



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）

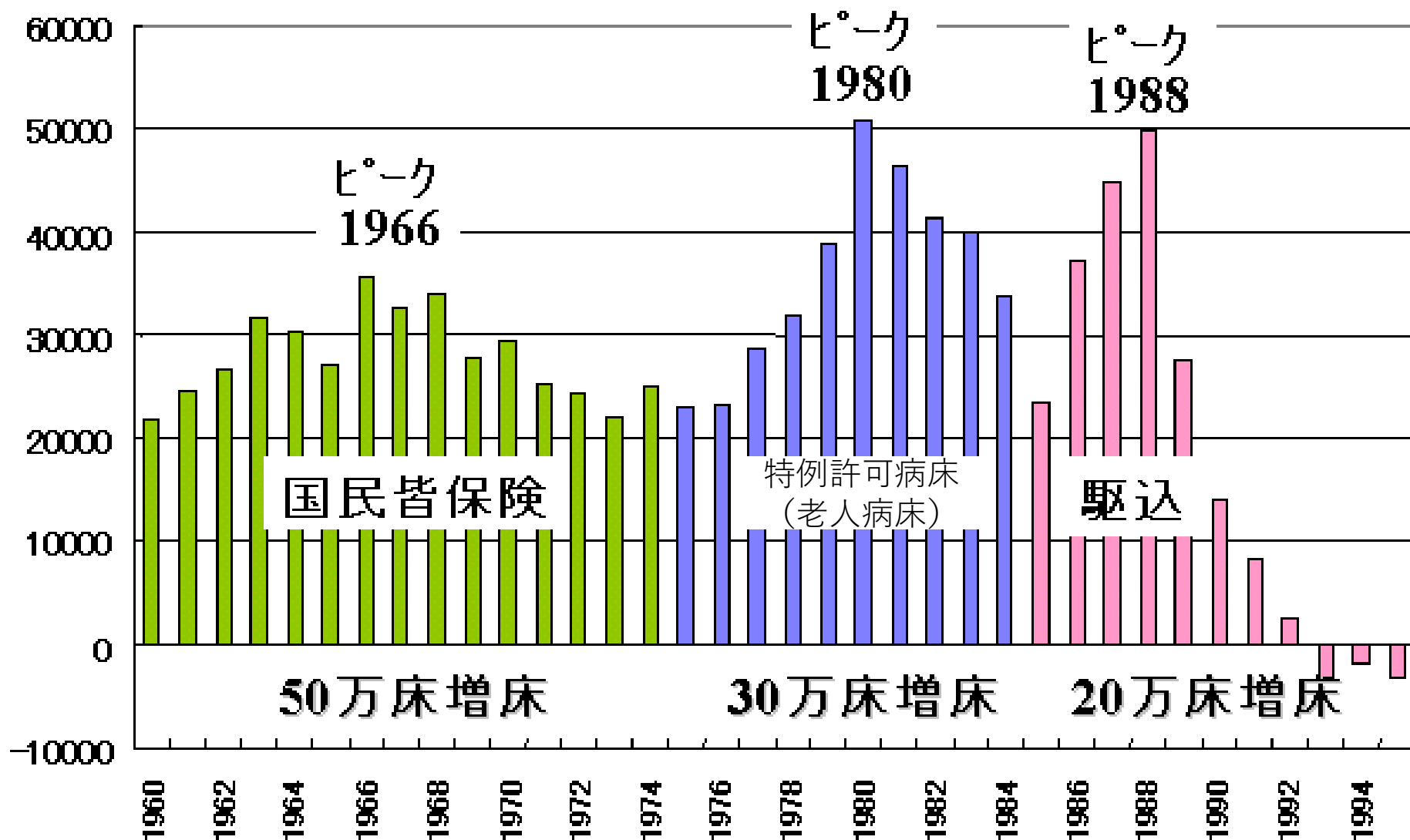
- ※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。
- ※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症疾患療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

### 【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。

# 介護医療院の創設

介護療養病床、25対1療養病床から  
介護医療院への移行

# 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。

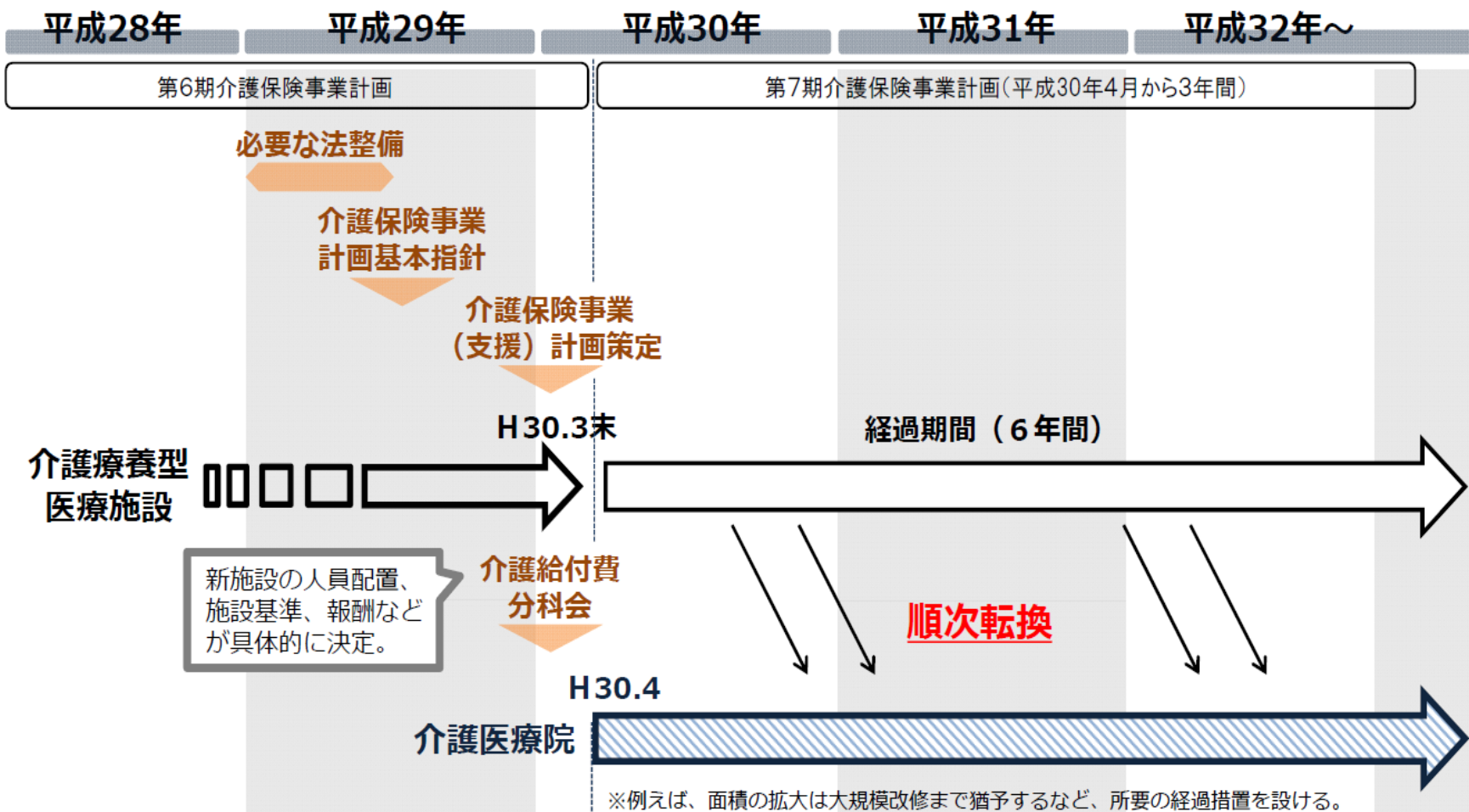
	新たな施設	
	(I)	(II)
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する 認知症高齢者 等 (療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	<p>介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <p>医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1</p>	<p>老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)</p> <p>医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※ うち看護2/7程度</p>
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。



# 介護医療院の促進加算

- **【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

# 介護医療院開設状況(20.6)

**全国 515施設 32634床**



介護系から458施設27382床 ← 全体の84%、移行が進んでいる

(そのうち介護療養型老健86施設4256床 ← 9000床あった)

医療療養1.2から97施設3483床 ← 予想外に多い。

経過措置から33施設1399床 ← 移行が進まない(経過措置は医療2へ移行した?)

新設4施設28床(東京都1施設24床) ← 都会では総量規制枠内でも新設可能

# 介護医療院



療養室



食堂 兼 談話室・レクリエーションルーム

かしま病院介護医療院 (2018年10月1日)  
福島県いわき市

# 介護医療院は 究極の医療と介護の連携

▼ 法改正前



▼ 法改正後





介護医療院には、医師の宿直が必要



医師の宿直を  
必要としない場合

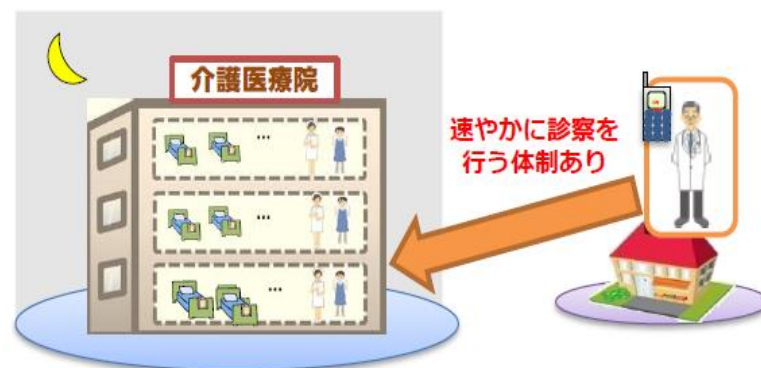
① II型療養床のみを有する場合



② 入所者の病状が急変した場合に併設の病院  
又は診療所の医師が速やかに診察を行う体制  
が確保されている場合



③ 入所者の病状が急変した場合に医師が速やかに  
診察を行う体制が確保されているものとして都道  
府県知事に認められている場合



## 夜勤職員の配置数（介護医療院・介護老人保健施設）

- 介護医療院の夜勤の配置数(1日あたり人数)は、看護師・准看護師が平均1.5人、介護職員が平均1.7人であった。
- 介護老人保健施設の夜勤の配置数(1日あたり人数)は、看護師・准看護師が平均1.4人、介護職員が平均3.6人であった。

### ■介護医療院

夜勤職員の配置数(1日あたり人数)

	全体 (回答数220)		I型 (回答数154)		II型 (回答数59)	
	平均値 (人)	標準偏差	平均値 (人)	標準偏差	平均値 (人)	標準偏差
看護師・准看護師	1.5	0.9	1.6	1.0	1.3	0.6
介護職員	1.7	1.4	1.9	1.6	1.3	0.8

出典：介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和3年度調査）

### ■介護老人保健施設

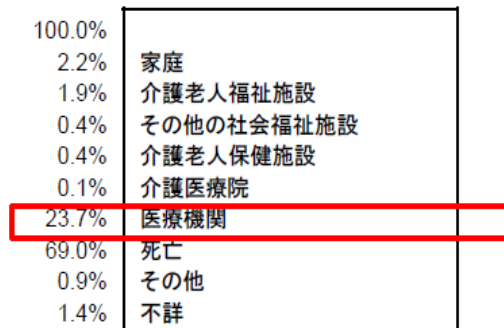
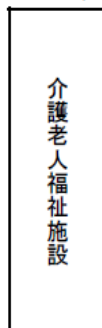
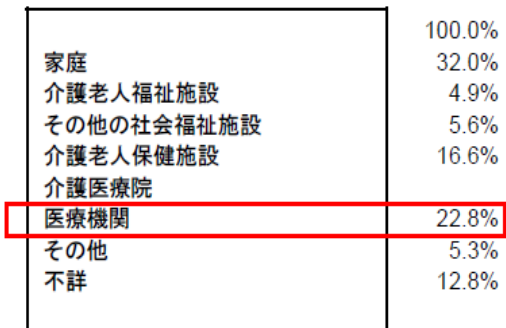
夜勤職員の配置数(1日あたり人数)

単位：人

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
看護師・准看護師	766	1.4	7.0	1.0
介護職員	766	3.6	2.7	3.0
合計	766	5.0	8.6	4.0

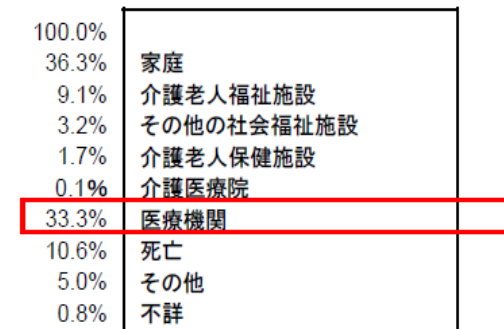
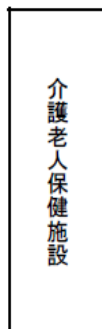
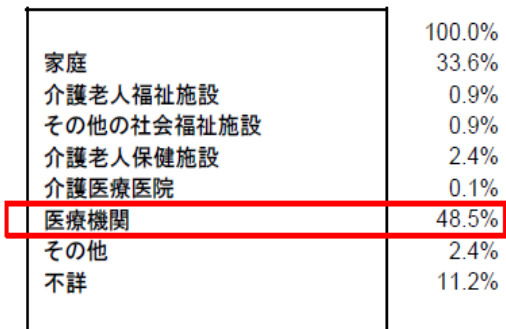
# 介護保険施設における入所者・退所者の状況（令和元年）

(退所者数: 8,018人)



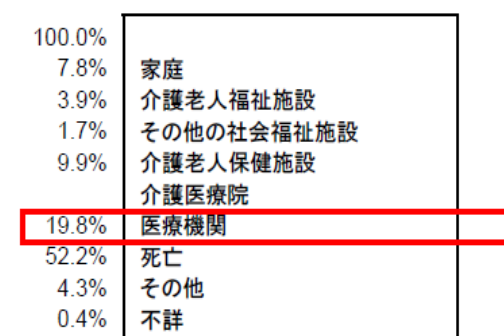
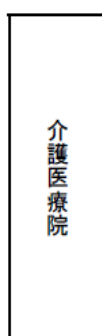
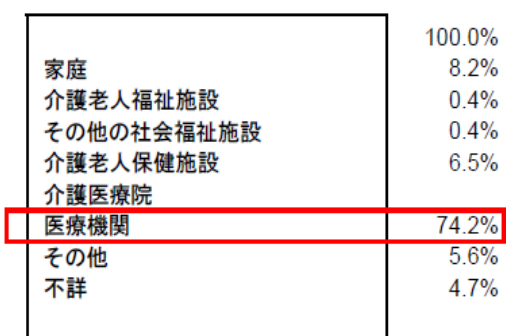
平均在所日数: 1177.2日(1284.5日)

(退所者: 23,106人)



平均在所日数 309.7日(299.9日)

(退所者: 1,184人)



平均在所日数 189.1日

# 2024年同時改定へ向けて



医療介護の意見交換会における委員意見

# 2024年同時改定へ向けて

## • 医療機能強化

### • 介護施設内での医療機能強化

- 長島公之委員（日本医師会常任理事、中医協委員）や松本真人委員（健康保険組合連合会理事、中医協委員）らは「安易に外部医療機関に頼るよりも、まず施設での医療対応力を高めるべきである。」
- そのうえで、施設の対応範囲を超える場合には、地域の医療機関が連携して医療提供を行う仕組みを構築すべきである
- 「医療施設である介護医療院や老健施設であっても、個々の施設で医療的ケアの程度にはバラつきがあり、その結果「急変時には病院への救急搬送に頼ってしまう」

## • 2024年改定

- 老健や介護医療院における高齢者の医療対応力強化が求められる。
- 今後、介護報酬改定を議論する介護給付費分科会で「施設内での医療対応力を強化していくためにどのような方策が考えられるか、それを介護報酬でどう支えていくか」を検討



# 2024年同時改定へ向けて

## •看護配置の強化

- 「看護配置の充実・強化、とりわけ夜間の看護体制の強化を図ってはどうか」（田母神裕美委員：日本看護協会常任理事、介護給付費分科会委員）

## •老健における医薬品問題

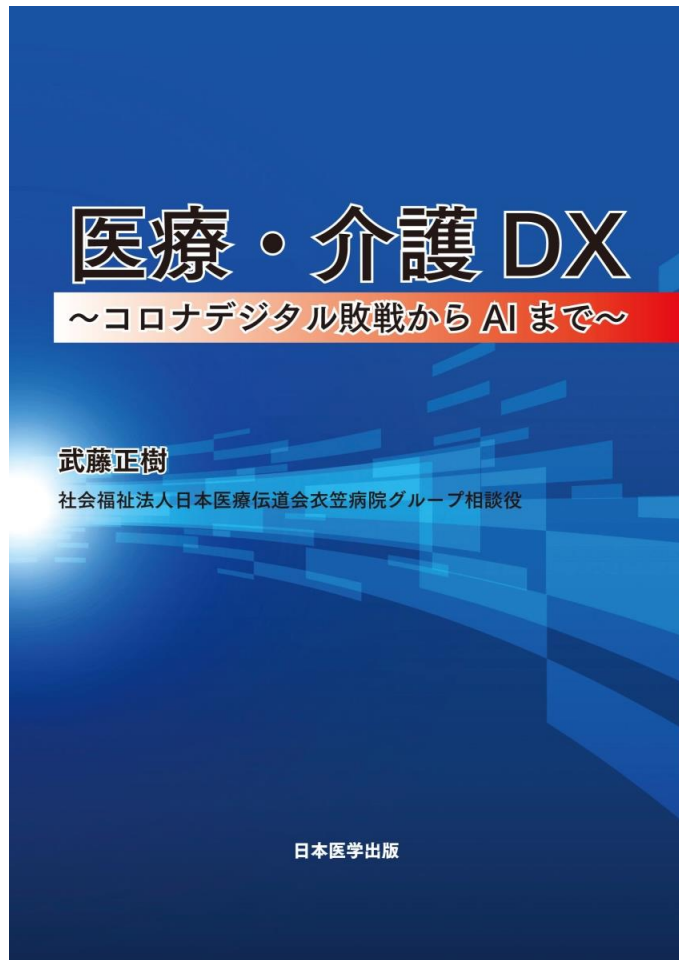
- 「老健施設では基本的な医薬品費用は基本報酬に包括されているため、高額な医薬品（心疾患治療薬など）を服用する高齢者については受け入れを躊躇してしまうこともあり、見直しを検討すべき」。

## まとめと提言

- 2024年同時改定のポイントはポスト2025年
- ポスト2025年は後期高齢者パンデミックだ
- 急性期病床が後期高齢者であふれかえる
- 後期高齢者をめぐるPFMがカギを握る
- 地域包括ケア病棟のさらなる機能強化
- 特養、老健、介護医療院の医療的ケア強化  
が必要

# 医療介護DX

～コロナデジタル敗戦からA I まで～



- 武藤正樹著
- DXやAIはこれからの医療・介護に必須である。  
本書はDXやAIに関心がある方、これから学ぼうとする方へ基礎をわかりやすく解説した
- 発行：[日本医学出版](#)
- 2023年5月29日
- A5判
- 216ページ
- 定価 2,200円+税



第25回

# 日本医療マネジメント学会

## 学術総会

The 25th Annual Meeting of the Japan Society for Health Care Management



横浜でお会い  
しましょう



6月23日  
「2024年惑  
星直列大改  
定」を講演  
します

### 『病院医療の展望』

～「パンデミック・災害とBCP」から「求められる医療」へ～



2023年(令和5年) 6月23日(金) ▶ 24日(土)

会場 パシフィコ横浜

会長 山本 登 横浜メディカルグループ 菊名記念病院 理事長

懇親会  
日(金) 18:30～20:00  
会場:ヨコハマランドインターコンチネンタルホテル

早期参加登録受付期間  
2022年12月1日(木)～  
2023年5月19日(金)

# ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)を担当しています。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

[muto@kinugasa.or.jp](mailto:muto@kinugasa.or.jp)







# グループワーク (5G)

テーマ「後期高齢者パンデミック」

- ①急性期病床における後期高齢者ケア体制について意見交換をしよう
- ②地域包括ケア病棟について意見交換をしよう
- ③入退院支援加算、入院時支援加算における後期高齢者の対応について意見交換しよう
- ④特養、老健、介護医療院の医療的ケアについて意見交換しよう
- ⑤入院医療と介護施設との連携について意見交換をしよう。

発表は15：45から

ヒントはコロナ  
パンデミック