

## 診療報酬・介護報酬改定—改定へのポイント 2018年度までに準備すべきこと

### 2018年同時改定への対応

- ①2018年は医療保険・介護保険制度改革の年。国が改革で進めていきたいことは政策誘導＝診療報酬・介護報酬改定で進められる。「なぜこういう報酬が設定されたのか？」を理解して対応を図る。
- ②医療と介護の連携がなぜ必要なのか？連携＝患者さんをつなぐ。連携ができなければ、つながりが途絶え、患者減につながる。
- ③これからは、病棟間、病棟～施設、病棟や施設～外来や在宅サービス、介護～介護への「ベッドコントロール」が重要になる。
- ④「この職種がやるべきことか・この職種でなくてもできることか」という専門職種間の連携が重要になる。
- ⑤今後は「ケアプラン」が重要であり、ケアマネの育成、信頼できるケアマネとの連携を図る。
- ⑥特にリーダーは柔軟的な考えを持って対応する(今までは今まで、革新的な発想と実行力)。

## 2018年同時改定のポイント

### 地域包括ケア＝

「医療・介護が必要な状態になっても、できるだけ長く住み慣れた地域で暮らせるようにしようという考え方」

その構築に向け、同時改定では

▽医療・介護の役割分担(機能分化)、連携の一層の強化

▽質が高く効率的な在宅医療

▽自助・互助による高齢者の自立支援

の達成をはかっていく

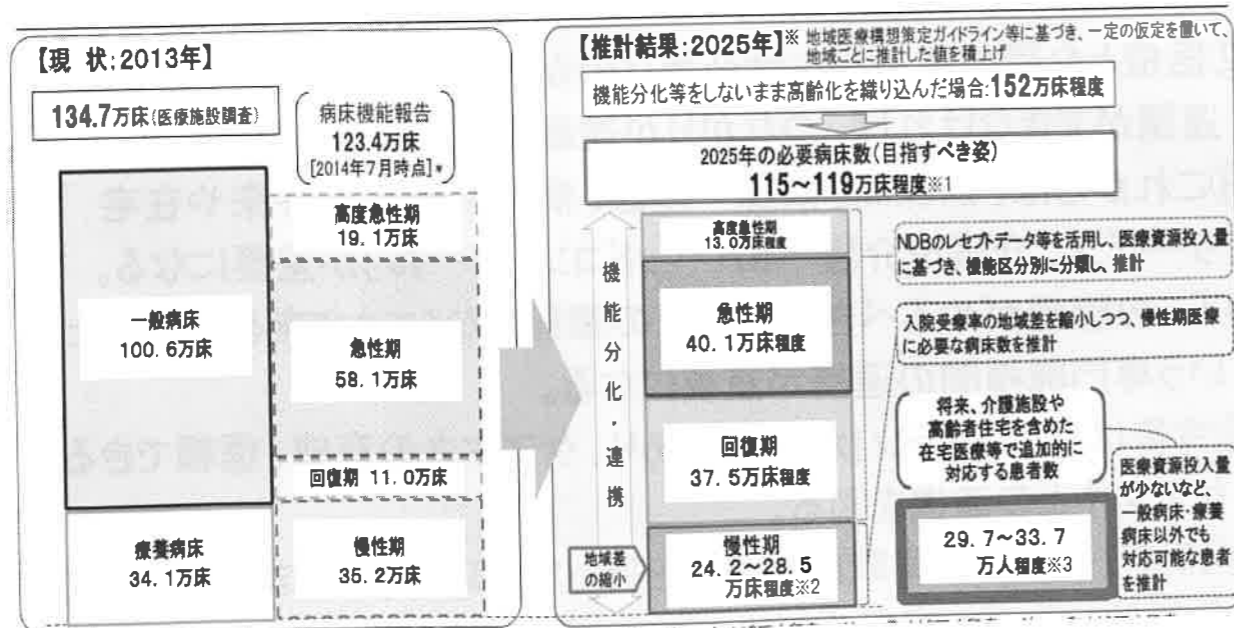
報酬の在り方は、パラダイムシフトを実施

「インプット中心(サービスを提供する自体を評価)」

「アウトカム中心(成果報酬＝在宅復帰率、在院日数、FIM改善度合い等々)」

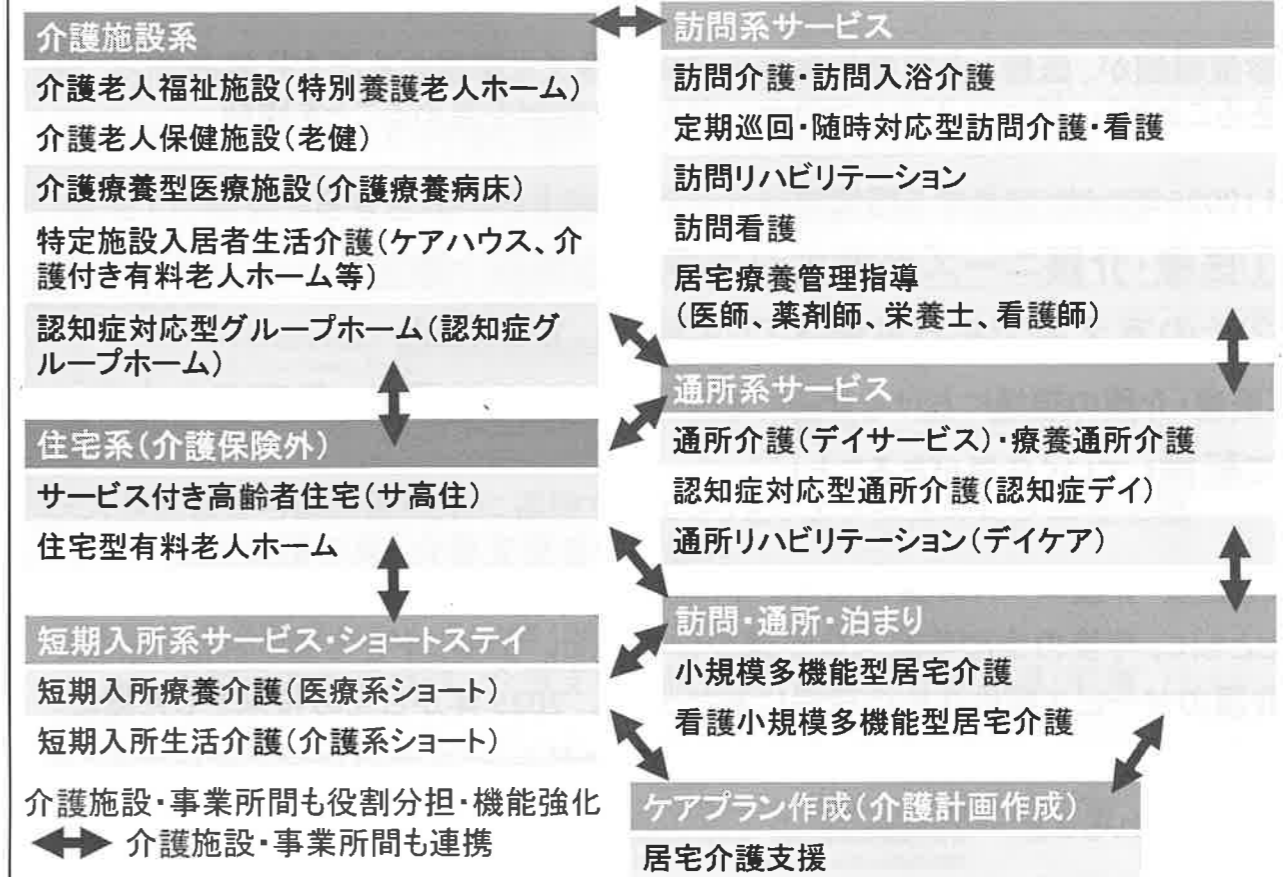
## 役割分担・機能強化(地域医療構想)

急性期の機能、回復期の機能、慢性期の機能を明確化(改定という手段で)  
⇒ 地域ごとに、機能別に必要病床数を決めていく。その機能に該当しない病院はほかの機能に変更するか介護施設への転換が進められる

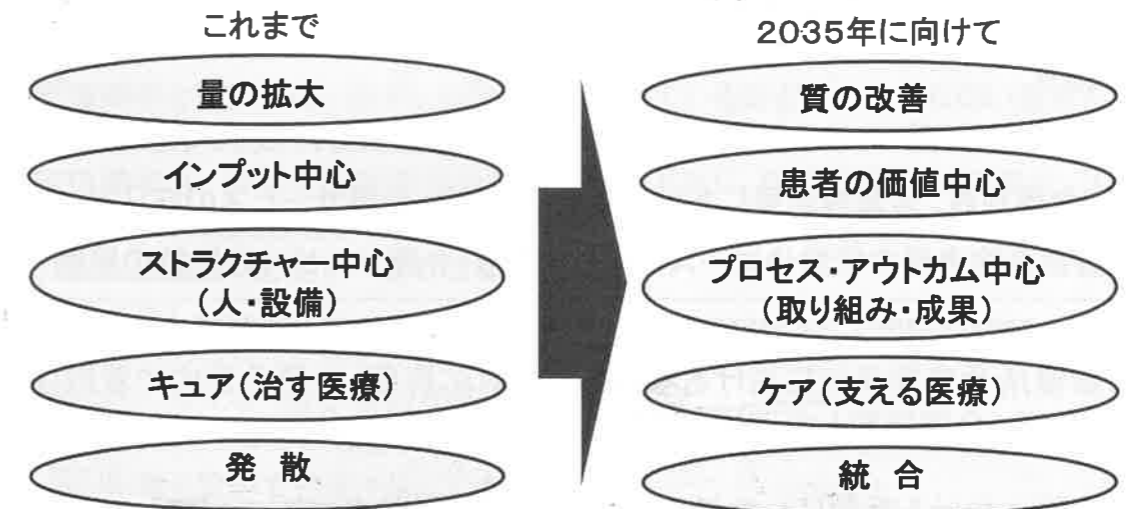


医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会:「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 第1次報告」,首相官邸,より転載  
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/houkokusyo1.pdf> [2017.10.11閲覧]

## 役割分担・機能強化(介護サービスの種類)



## これから20年後の社会と経済の変化に対応するためパラダイムシフトが必要



パラダイムシフト・・・時代の変遷につれて革命的・非連続的な変化を起こすこと

- ⇒ 新たなことを革命的に起こすから、やったことないのは当たり前
- ⇒ やったことのないことをやらなければシフトできない＝取り残される
- ⇒ 取り残されるとは＝必要とされない＝地域に、患者に、利用者に、法人に

「医療保険2035」策定懇談会:「保険医療2035提言書(概要)」,厚生労働省,もとに講師作成  
[http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutekatsukai-Sanjikanhitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000088652.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutekatsukai-Sanjikanhitsu_Shakaihoshoutantou/0000088652.pdf) [2017.10.11閲覧]

## 2018年同時改定の留意点

診療報酬が、医療と介護提供体制の確保に多大な影響を及ぼす仕組みであることから、特に以下の2つの点に留意して検討を進めることを確認

1) 2025年には、いわゆる団塊の世代が75歳以上となることから、

①医療・介護ニーズが増大かつ多様化する一方で、

②その支え手である労働人口は減少していくこと

「医療・介護の現場におけるサービス提供体制をより効果的・効率的なものに転換していく必要があること」

2) 医療・介護ニーズの変化(2025年に向けた急増加、その後、横ばいから減少)とともに、今後の生産年齢人口が減少していくというトレンドを考慮すれば、医療と介護のサービス提供体制の確保にあたっては、2025年から先の将来をも見据えた需要と支え手の変化にも対応可能なサービス提供体制を確保することが求められること。

中央社会保険医療協議会“平成30年度診療報酬改定に向けた議論(第1ラウンド)の概要”、厚生労働省、をもとに講師作成  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000174361.pdf> [2017.10.11閲覧]

## 2018年同時改定の留意点①

(医療と介護の同時改定)

### 1) 看取り

- ・「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を踏まえた対応
- ・居宅、介護施設、医療機関等における看取りと医療・介護サービスの在り方
- ・要介護被保険者等の状態やニーズに応じた医療・介護サービスの供給の範囲

中央社会保険医療協議会“平成30年度診療報酬改定に向けた議論(第1ラウンド)の概要”、厚生労働省、をもとに講師作成  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000174361.pdf> [2017.10.11閲覧]

- ・有床診療所や療養病床における看取りへの対応評価・・・〇〇日以内で看取り  
⇒ 在宅、介護施設との連携(受入)
- ・介護施設における看取りへの対応評価・・・亡くなる〇日前まで対応  
⇒ 在宅医、訪問看護との連携(緊急、看取り時対応)
- ・在宅における看取り・・・亡くなる〇日前まで対応  
⇒ 在宅医、訪問看護、介護事業所との連携
- ・医療保険と介護保険の給付調整  
⇒ 介護施設で算定可能な診療報酬の拡大

## 2018年同時改定の留意点②

### 2) 訪問看護

- ・医療機関から在宅への円滑な移行支援に係る訪問看護の提供体制
- ・在宅での療養生活を送るための訪問看護の24時間対応や急変時対応
- ・訪問看護における医療職と介護職との連携

中央社会保険医療協議会“平成30年度診療報酬改定に向けた議論(第1ラウンド)の概要”、厚生労働省、をもとに講師作成  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000174361.pdf> [2017.10.11閲覧]

- ★退院後少なくとも1か月は退院時と同じ状態を維持し、生活を守るために・・・
- ・入院直後から退院後(どこに退院するのか)をケアマネ含めた多職種協議  
⇒ 退院支援加算、介護支援連携指導料
- ・退院前に退院後かわる職種(訪問看護、ほか)と打ち合わせ  
⇒ 退院時共同指導料、介護支援連携指導、退院前訪問指導(看護、リハ)
- ・退院後に在宅や介護施設で安定した状態を維持するための看護師の指導  
⇒ 退院後訪問指導料、退院直後2Wの特別指示の医療訪問看護

## 在宅復帰率に関する主な指摘事項

【名称】

- 在宅復帰率との名称は、必ずしも在宅に復帰しているかどうかかわからない患者も含まれる計算式となっており、内容を正確に表現していないのではないか。
- 在宅復帰率は、自宅等退院患者の割合が定義であり、医療機関間の連携や、入院医療と在宅医療(介護施設を含む)・外来医療との連携を評価した指標であり、そのような内容がわかる名称に変更すべきではないか。

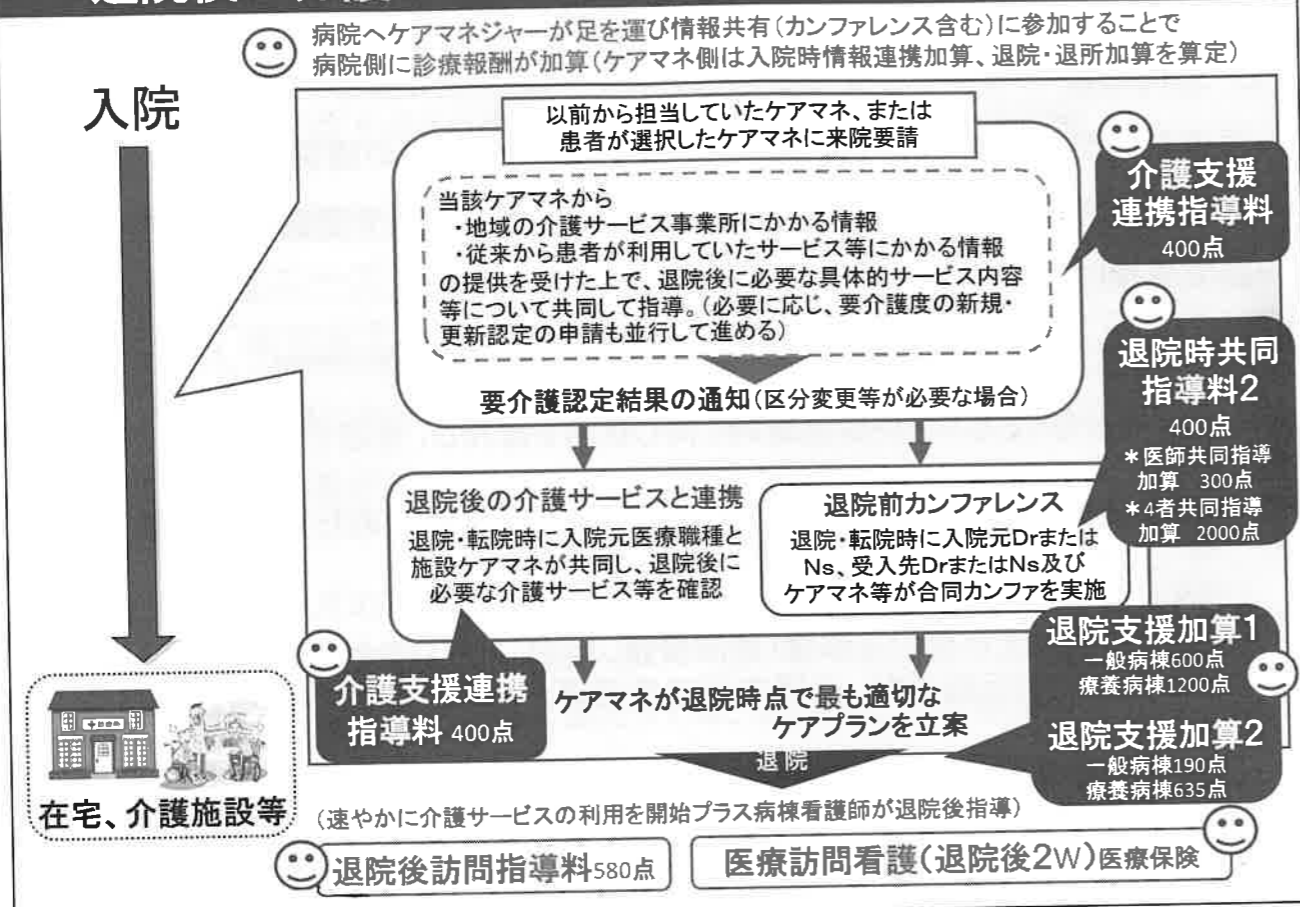
【評価のあり方】

- 在宅復帰率の要件で、何を評価しようとしているのかがわかりにくい。目的に応じて定義をどのように考えるべきか検討が必要ではないか。
- 急性期の入院医療の評価とするならば、急性期の病棟機能を反映した指標、例えば、再入院率等も検討すべきではないか。

入退院支援について、患者の状態や療養環境に応じて、入院医療と外来・在宅医療との円滑な移行を支援する機能が期待されており、医療機能の分化・連携強化を推進する観点から、その評価のあり方についてどのように考えるか。例えば、患者・家族の希望に寄り添いつつ、適切な療養場所への適切な時期での移行

- ・入院前・入院時における患者・家族への関わり方
- ・入退院支援に係る医療機関と受入先機関や訪問事業者等との情報共有を効率的に行う方策について、どのように考えるか。

## 退院後の介護サービス等を見越した取り組みの評価



## 2018年同時改定の留意点③

### 3) リハビリテーション

- ・医療と介護による継続的なリハビリテーションの提供の在り方
- ・リハビリテーションにおける医師の指示や実施計画等の在り方

中央社会保険医療協議会：“平成30年度診療報酬改定に向けた議論(第1ラウンド)の概要”。厚生労働省。をもとに講師作成  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000174361.pdf> [2017.10.11閲覧]

★退院後少なくとも3か月は退院時と同じADL・IADLを維持し、生活を守るために……

- ・入院直後から退院後(どこに退院するのか)をケアマネ・リハ含めた多職種協議  
⇒ 退院支援加算、介護支援連携指導料
- ・退院前に退院後かわる職種(訪問看護、ほか)と打ち合わせ  
⇒ 退院時共同指導料、介護支援連携指導
- ・入院中に退院後に暮らす環境を確認し、リハプランを作成  
⇒ 退院前訪問指導、入院中に院外でリハビリ(在宅、屋外)目標設定支援・管理料(医療と介護のリハ計画を一連的なものに)
- ・退院後に在宅や介護施設で、入院中のリハの効果を最大限に生かし、安心して本人が暮らし、家族等が支えていくために、つなぎのリハをしっかりと  
⇒ 退院直後の通所リハビリ、訪問リハビリを設定

## 2018年同時改定の留意点④

### 4) 関係者・関係機関間の連携・調整

- ・入退院時、日常療養時及び急変時等における、医療機関と居宅介護支援事業所等の医療・介護を含めたサービス提供者間の連携の在り方

中央社会保険医療協議会：“平成30年度診療報酬改定に向けた議論(第1ラウンド)の概要”。厚生労働省。をもとに講師作成  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000174361.pdf> [2017.10.11閲覧]

★在宅で暮らし続けられるように、また在宅に戻れるように……

- ・入院直後から退院後(どこに退院するのか)をケアマネ・リハ含めた多職種協議  
⇒ 退院支援加算、介護支援連携指導料  
入院早期(できれば2日以内に)に入院医療機関でカンファレンス
- ・在宅時に定期的に多職種で協議  
⇒ 在宅患者連携指導料、在宅患者共同指導料  
サービス担当者会議、リハビリテーション会議  
訪問診療、訪問看護、訪問リハ、訪問薬剤、訪問栄養、訪問介護等
- ・在宅急変時に多職種で対応  
⇒ 在宅患者緊急時等カンファレンス料  
往診、緊急訪問看護、在宅療養支援診療所・病院

## 改定の基本的視点と具体的方向性

### 1. 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

- ・病床機能の分化・強化、連携に合わせた入院医療の評価
- ・地域包括ケアシステム推進のための多職種連携による取組の強化(退院支援、医科歯科連携、病診薬連携、栄養指導等)
- ・質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・外来医療の機能分化・強化
- ・かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- ・重症化予防の取組の推進
- ・希望に応じた看取りの推進
- ・医療介護連携



## 改定の基本的視点と具体的方向性

### 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を実現・充実する視点

- ・ 質の高いリハビリテーションの評価等、アウトカムに着目した評価の推進
- ・ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
- ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
- ・ 難病患者への適切な医療の評価
- ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・対物業務の適正化
- ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価
- ・ 情報通信技術(ICT)等の新たな技術を活用した医療連携、医療に関するデータの収集・利活用の推進

平成29年9月6日 第106回社会保障審議会医療保険部会資料より

## 改定の基本的視点と具体的方向性

### 3. 医療従事者の負担を軽減し、働き方改革を推進する視点

- ・ チーム医療の推進(タスクシェア、タスクシフト等)、勤務環境の改善、業務効率化・合理化の取組を通じた医療従事者の負担軽減
- ・ 遠隔診療も含めたICT等の活用

### 4. 効率化・適正化を通じて制度の安定性・持続可能性を高める視点

- ・ 薬価制度の抜本改革の推進
- ・ 後発医薬品の使用促進
- ・ 費用対効果評価
- ・ 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
- ・ 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬等を減らすための取組等、医薬品の適正使用の推進
- ・ いわゆる門前・門内薬局の評価の見直し
- ・ 医薬品、医療機器、検査等について市場実勢価格を踏まえた適正な評価

平成29年9月6日 第106回社会保障審議会医療保険部会資料より

## 入院医療

### 一般病棟入院基本料：施設基準(プロセス+アウトカム)

アウトカムおよび実績評価部分

入院基本料	所定点数	看護配置	正看比率	夜勤看護	平均在院日数	重症度、医療・看護必要度	その他要件
7対1	1,591点	7:1以上	7割以上	看護師1以上を含む看護職員2以上	18日以内	25%以上 <small>※200床未満(30年4月～)</small>	・常勤医師数が入院患者の10% ・在宅復帰率80% ・データ提出加算届出
10対1	1,332点	10:1以上	7割以上		21日以内	測定・評価	200床以上はデータ提出加算届出(30年4月～)
13対1	1,121点	13:1以上	7割以上		24日以内	—	
15対1	960点	15:1以上	4割以上	看護職員2以上	60日以内	—	

## 2016年改定：一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し

項目の変更、チーム医療の推進に伴い、評価の対象場所、評価者等について見直し

現行

【評価の対象】  
届け出ている入院料を算定している患者

【評価対象場所】  
当該病棟（治療室）内のみを評価の対象場所とする。  
「放射線治療（外部照射）」以外は、当該病棟（治療室）内以外で実施された治療、処置、看護及び観察は、評価の対象場所に含めない。

【評価対象の処置・介助の実施者】  
当該病棟に所属する看護師等でなければならない。

【評価の根拠】  
医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。

【評価者】  
院内研修を受けたもの。

厚生労働省「平成28年度診療報酬改定の概要」  
2016年3月4日説明会資料

現行

【評価の対象】  
届け出ている病棟に入院（入室）している患者  
（※短期滞在手術等基本料を算定する患者は対象から除外する）

【評価対象場所】  
原則として当該病棟（治療室）内のみを評価の対象場所とするが、放射線治療及び手術等の医学的状況（C項目）においては、当該保険医療機関内で実施された治療、処置について、評価の対象場所に含める。

【評価対象の処置・介助の実施者】  
一部の評価項目において、看護職員以外の職種（薬剤師、理学療法士等）がそれぞれの業務の範囲内で実施した処置・介助等を評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。

【評価の根拠】  
一部の評価項目において、医師及び当該病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得る。

【評価者】  
院内研修を受けていれば、一部の項目において看護職員以外の職種も評価者となり得る。

## 一般病床 重症度、医療・看護必要度のポイントはチーム医療

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)	なし	あり	
②	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	
4	心電図モニターとの管理	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	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 ⑪無菌治療室での治療	なし		あり
8	救急搬送後の入院	なし		あり

深さ、大きさは問わない、消毒、止血、塗布、覆う

酸素吸入  
+痰ドレナージ  
+スクウィージング

服薬指導+  
与薬後のチェック

救急車搬送後  
入院

## 地域包括ケア病棟

項目	点数(1日につき)	特定地域
地域包括ケア病棟入院料1 (病棟単位)	2,558点	2,191点
地域包括ケア入院医療管理料1 (病室単位)	(生活療養 2,544点)	(生活 2,177点)
地域包括ケア病棟入院料2 (病棟単位)	2,058点	1,763点
地域包括ケア入院医療管理料2 (病室単位)	(生活療養 2,044点)	(生活 1,749点)
(加算) 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日限度)	

(ポストアキュート)他の急性期医療機関の一般病棟(※)から転院した患者  
※7対1及び10対1入院基本料、他救命救急入院料等の急性期に係る特定入院料病棟  
(ポストアキュート)当該保険医療機関(急性期に限る)の一般病棟から転院した患者  
(サブアキュート)介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者

<平成29年度 診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会資料 H.29.7.21 >  
地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)について、求められる機能に応じた医療の提供を推進する観点から、例えば、

●急性期病棟等と連携して患者を受け入れる機能と(ポストアキュート)、  
●自宅等から患者を受け入れ在宅療養を支援する機能(サブアキュート)、  
といった点に着目しつつ、患者の状態や医療の内容に応じた評価を検討すべきではないか。

<平成30年度診療報酬改定に向けた議論(第1ラウンド)の概要H29.8.9>

○入院患者をみると、一般病棟からの受入患者がほとんどである病棟が多いが(ポストアキュート)、自宅等から患者を受け入れている病棟(サブアキュート)も一定程度存在しており、主な機能が異なる可能性がある。  
○地域包括ケア病棟については、急性期治療を経過した患者や在宅において療養を行っている患者等を受け入れ、その在宅復帰支援等を行う機能が想定されている。地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、各病棟の主な機能や、入院患者の状態や医療の内容等に応じた適切な評価の視点で議論した。

看護必要度が高い地域包括ケア病棟に加算？(看護必要度加算?)  
サブアキュートとポストアキュートの評価に差をつける？

## 地域包括ケア病棟の対応策

- (1) 在宅や施設で急変した患者の受け入れ・短期回転(要経過観察患者等)  
外来、在宅、介護施設、介護サービス、連携医院からの肺炎、骨折、熱発、脱水等
- (2) 急性期病院の受け皿機能強化  
急性期→リハ目的、介護保険申請期間、在宅準備のため2~4週→在宅復帰(加算)
- (3) 居宅介護支援事業所との連携  
栄養低下、摂食機能訓練目的、体調変化時(痛い、きつい、息苦しい)の一時的受入による在宅支援
- (4) リハビリテーション目的  
回復期リハ病棟対象外疾患、腰痛、関節痛、捻挫、廃用症候群リハ  
摂食機能療法は出来高(嚥下困難患者の摂食機能リハ目的)
- (5) 外来やクリニック、介護事業所からの一人暮らしや老々世帯、通院困難の具合が悪い方の受入  
住宅や介護施設のサポート(夜間帯の急性増悪予防対応)

<平成29年度 診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会資料 H.29.7.21>

- 回復期リハ病棟入院料について、地域包括ケアシステムの推進及び限られた医療資源の中で、効果的なサービス提供に資する観点から、  
・リハビリ専門職の病棟配置の現状を踏まえた確実な在宅復帰に資するリハビリテーションの提供のあり方や患者の状態と機能の改善に着目した評価のあり方について、どのように考えるか。
  - 退院後の自宅等における療養を支える観点から、  
・退院直後の患者に、引き続き、地域において必要なリハビリテーションを提供できる体制の確保に資するような評価のあり方について、どのように考えるか。
- <平成29年8月9日 平成30年度診療報酬改定に向けた議論(第1ラウンド)の概要>
- 回復期リハビリテーション病棟は、主にADL向上による寝たきりの防止と在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟であるが、効果的なリハビリテーションが提供できるよう、  
・できるだけ早期から集中的なリハビリの実施を推進するような評価、リハビリテーションの提供量だけでなく、アウトカムにも着目した評価の視点で議論した。

- ① 確実な在宅復帰・・・在宅復帰率+1月以上在宅生活継続?
- ② 患者の状態と機能の改善・・・ADL維持・改善度合い(実績指数見直し)?
- ③ 退院直後のリハ実施・・・通所リハへ移設を要件?
- ④ 早期から集中的リハ・・・発症・術後1月内の入院及びリハを評価
- ⑤ アウトカムに着目した評価・・・在宅復帰率要件アップ、ADL維持・改善度

## 回復期リハビリテーション病棟の対象患者

状態	算定開始までの期間	算定上限日数
① 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症もしくは手術後又は技師装着訓練を要する状態		150日
※高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む他部位外傷	発症後又は手術後2カ月以内	180日
② 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後		90日
③ 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後		90日
④ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後	損傷後1か月以内	60日
⑤ 股関節又は膝関節の置換術後		90日

外来、介護施設、高齢者住宅、クリニックから直接対象者を受け入れる!

- ① 直接受け入れ可能な疾患の確認
- ② ①の患者はどこにいるのか?
- ③ ①、②が決まれば広報活動

## リハビリテーションは発症・術後・増悪からの早期対応評価 (リハビリが必要な疾患が発症して30日内は医療区分2)

	脳血管疾患	運動器	廃用症候群	心大血管	呼吸器
標準算定日数	180日	150日	120日	150日	90日
施設基準 I	245点	185点	180点	205点	175点
	147点 *維持期リハ	111点 *維持期リハ	108点 *維持期リハ		
施設基準 II	200点	170点	146点	125点	85点
	120点	102点	88点		
施設基準 III	100点	85点	77点		
	60点 *維持期リハ	51点 *維持期リハ	46点 *維持期リハ		

(\*) 要介護被保険者等に対して維持期リハビリテーションを実施する保険医療機関において、介護保険のリハビリテーションの実績がない場合は所定点数の改定後は100分の80に相当する点数により算定

	初期加算	早期加算	計
発症・術後・急性増悪から14日間	45点	30点	75点
発症・術後・急性増悪から15~30日間	—	30点	30点



## 回復期リハビリテーション病棟の対応策

- (1) 稼働率向上に向けて
  - ・ベッドコントロールを徹底する(月の退院患者数を設定)
  - ・対象患者20%のベッドの活用(リハ目的入院、フォローアップ入院)
  - ・直接受入可能な疾患の設定、介護施設やクリニック連携による患者確保
- (2) 重症者割合の達成
  - ・重症者に該当する方は、どういう疾病の方が多く、どこの病院からの入院が多いのかを調査して対応策を考える。
- (3) 改善率などのデータ管理の徹底
  - ・データ分析、物の活用に基づくリハビリテーションプログラム
- (4) 摂食機能療法の強化
  - ・外来看護職員が8時~9時、12時~13時、18時~19時に関わる。採血業務、検体採取業務は臨床検査技師が関わる。
  - ・退院後は、外来で「嚥下外来(摂食機能療法、外来栄養指導)
- (5) 急性期との密な連携、介護施設からの受入(圧迫骨折など)
  - ・スピーディーかつ断らない対応、早期受け入れ
- (6) 地域活動によるリハビリテーションのイメージ強化
  - ・地域住民から選ばれる知名度、取り組み内容

## 療養病床の医療区分

医療区分3	<b>【疾患・状態】</b> ・スモン ・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 <b>【医療処置】</b> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(常時3リットル以上、重度心不全、肺炎で点滴治療中)
医療区分2	<b>【疾患・状態】</b> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋委縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症して30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・暴行が毎日見られる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <b>【医療処置】</b> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開 ・気管内挿管のケア ・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置) ・頻回の血糖検査かつ注射1日1回以上 ・うつ状態(精神保健指定医の処方) ・酸素療法
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

2016年度 診療報酬制度改定

( )内は生活療養を受ける場合 医・・・医療区分 ADL・・・ADL区分	療養病棟入院基本料 1 ※医療区分2・3の割合が 80%以上(20:1)	療養病棟入院基本料 2 ※医療区分2・3の割合が 50%以上(25:1)※経過措置あり
	【改定後】	【改定後】
入院基本料 A (医3, ADL3)	1,810点(1,795点)	1,745点(1,731点)
入院基本料 B (医3, ADL2)	1,755点(1,741点)	1,691点(1,677点)
入院基本料 C (医3, ADL1)	1,468点(1,454点)	1,403点(1,389点)
入院基本料 D (医2, ADL3)	1,412点(1,397点)	1,347点(1,333点)
入院基本料 E (医2, ADL2)	1,384点(1,370点)	1,320点(1,305点)
入院基本料 F (医2, ADL1)	1,230点(1,215点)	1,165点(1,151点)
入院基本料 G (医1, ADL3)	967点(952点)	902点(888点)
入院基本料 H (医1, ADL2)	919点(904点)	854点(840点)
入院基本料 I (医1, ADL1)	814点(800点)	750点(735点)

平成29年8月4日平成29年度第5回入院医療等の調査・評価分科会

- データ提出に係る医療機関の負担軽減にも配慮しつつ、更なるデータ分析に資する取り組みについて、どのように考えるか。
- 退院困難な要因に係る分析から、療養病棟における在宅復帰支援機能として、日常生活動作の機能維持に係るリハビリテーションの提供や入院支援の取り組みについて、どのように考えるか。
- 医療従事者における看取りに係るガイドライン等の普及とその活用に資する取り組みについて、どのように考えるか。

平成29年8月9日 平成30年度診療報酬改定に向けた議論(第1ラウンド)の概要

- 今後の患者の増加や医療ニーズの高度化が見込まれる中で、必要な医療が提供できる体制を確保できるよう、
  - ・療養病棟における高齢者の機能維持に係るリハビリや退院支援の推進
  - ・在宅医療を担う診療所と連携し、患者や家族の意思を尊重した看取りを支援する機能の確保に資する視点で議論した。
- 療養病棟入院基本料2を含め、療養病棟の入院患者の状態に応じた適切な入院医療の評価のあり方等については、今後まとまる調査結果やその分析について議論した。

- ①専従配置リハビリ体制加算(一般病棟のADL維持向上等体制加算)?
- ②看取り対応の評価(有床診療所=入院30日以内に看取り加算)?
- ③データ提出 ④医療区分の見直し? ⑤在宅復帰率計算式見直し?



## 回復期リハビリテーション病棟の対応策

- (1) 稼働率向上に向けて
  - ・ベッドコントロールを徹底する(月の退院患者数を設定)
  - ・対象患者20%のベッドの活用(リハ目的入院、フォローアップ入院)
  - ・直接受入可能な疾患の設定、介護施設やクリニック連携による患者確保
- (2) 重症者割合の達成
  - ・重症者に該当する方は、どういう疾病の方が多く、どこの病院からの入院が多いのかを調査して対応策を考える。
- (3) 改善率などのデータ管理の徹底
  - ・データ分析、物の活用に基づくリハビリテーションプログラム
- (4) 摂食機能療法の強化
  - ・外来看護職員が8時~9時、12時~13時、18時~19時に関わる。採血業務、検体採取業務は臨床検査技師が関わる。
  - ・退院後は、外来で「嚥下外来(摂食機能療法、外来栄養指導)
- (5) 急性期との密な連携、介護施設からの受入(圧迫骨折など)
  - ・スピーディーかつ断らない対応、早期受け入れ
- (6) 地域活動によるリハビリテーションのイメージ強化
  - ・地域住民から選ばれる知名度、取り組み内容

## 療養病床の医療区分

医療区分3	<b>【疾患・状態】</b> ・スモン ・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 <b>【医療処置】</b> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(常時3リットル以上、重度心不全、肺炎で点滴治療中)
医療区分2	<b>【疾患・状態】</b> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋委縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症して30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・暴行が毎日見られる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <b>【医療処置】</b> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開 ・気管内挿管のケア ・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置) ・頻回の血糖検査かつ注射1日1回以上 ・うつ状態(精神保健指定医の処方) ・酸素療法
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

2016年度 診療報酬制度改定

( )内は生活療養を受ける場合 医・・・医療区分 ADL・・・ADL区分	療養病棟入院基本料 1 ※医療区分2・3の割合が 80%以上(20:1)	療養病棟入院基本料 2 ※医療区分2・3の割合が 50%以上(25:1)※経過措置あり
	【改定後】	【改定後】
入院基本料 A (医3、ADL3)	1,810点(1,795点)	1,745点(1,731点)
入院基本料 B (医3、ADL2)	1,755点(1,741点)	1,691点(1,677点)
入院基本料 C (医3、ADL1)	1,468点(1,454点)	1,403点(1,389点)
入院基本料 D (医2、ADL3)	1,412点(1,397点)	1,347点(1,333点)
入院基本料 E (医2、ADL2)	1,384点(1,370点)	1,320点(1,305点)
入院基本料 F (医2、ADL1)	1,230点(1,215点)	1,165点(1,151点)
入院基本料 G (医1、ADL3)	967点(952点)	902点(888点)
入院基本料 H (医1、ADL2)	919点(904点)	854点(840点)
入院基本料 I (医1、ADL1)	814点(800点)	750点(735点)

平成29年8月4日平成29年度第5回入院医療等の調査・評価分科会

- データ提出に係る医療機関の負担軽減にも配慮しつつ、更なるデータ分析に資する取り組みについて、どのように考えるか。
- 退院困難な要因に係る分析から、療養病棟における在宅復帰支援機能として、日常生活動作の機能維持に係るリハビリテーションの提供や入院支援の取り組みについて、どのように考えるか。
- 医療従事者における看取りに係るガイドライン等の普及とその活用に資する取り組みについて、どのように考えるか

平成29年8月9日 平成30年度診療報酬改定に向けた議論(第1ラウンド)の概要

- 今後の患者の増加や医療ニーズの高度化が見込まれる中で、必要な医療が提供できる体制を確保できるよう、
  - ・療養病棟における高齢者の機能維持に係るリハビリや退院支援の推進
  - ・在宅医療を担う診療所と連携し、患者や家族の意思を尊重した看取りを支援する機能の確保に資する視点で議論した。
- 療養病棟入院基本料2を含め、療養病棟の入院患者の状態に応じた適切な入院医療の評価のあり方等については、今後まとまる調査結果やその分析について議論した。

- ①専従配置リハビリ体制加算(一般病棟のADL維持向上等体制加算)?
- ②看取り対応の評価(有床診療所=入院30日以内に看取り加算)?
- ③データ提出 ④医療区分の見直し? ⑤在宅復帰率計算式見直し?

## 療養病棟の対応策

### 1. 病棟機能の見直し

- (1) 在宅や施設で急変した患者の受け入れ・短期回転（要経過観察患者等）  
外来、在宅、介護施設、介護サービス、連携医院からの肺炎、骨折、熱発、脱水等難病やガン末期患者のレスパイト的入院
  - (2) 急性期病院の受け皿機能強化  
救急・在宅等支援療養病床初期加算 I・300点・II・150点/14日限度の算定可  
急性期→リハ目的、介護保険申請期間、在宅準備のため2～4週→在宅復帰（加算）
  - (3) 短期入所療養介護の活用（ショートステイ受入れ）  
ショートステイで0%動かす。医療区分1の要介護3以上であれば医療療養よりもショートステイの方が収入は大きい。  
介護度が高いが医療必要度は低い患者＝社会的入院＝ショートで対応
  - (4) リハビリテーション目的  
傷病等によりリハビリテーションが必要な状態、期間30日は医療区分2
- ### 2. 医療区分のチェック体制の強化
- 見落としが多い！毎日見落としのない体制づくり（超重症児・準超重症児加算も！）

## 外来・在宅医療

## 外来医療の課題（平成29年11月2日中医協）

### 生活習慣病の重症化予防が論点

1. 生活習慣病の重症化予防の推進のため、効果的・効率的な指導管理の取組みを促す観点から、  
①療養計画の内容（検査値の目標、特定健診・特定保健指導の受診勧奨等）や、  
②ガイドラインやデータに基づく診療支援等といった視点から、生活習慣病管理料の見直しを検討してはどうか。
2. 糖尿病透析予防指導管理料における腎不全期指導加算について、より糖尿病性腎症の重症化予防に資するよう、対象患者の見直しを検討してはどうか。

### 遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）

1. 遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）について診療報酬上の評価の観点から、より適切と考えられる対象患者や実施条件などについて、どのように考えるか。
2. 情報通信機器を用いた遠隔モニタリングについて、持続陽圧呼吸療法（CPAP療法）では、受診の間隔があいても、遠隔モニタリングを併用することで、一定の治療効果が確認できたとの研究結果を踏まえ、遠隔モニタリングによる管理について評価の見直しを検討してはどうか

## 外来医療の課題（平成29年11月2日中医協）

### 後発医薬品の使用促進に係る課題と論点

1. 後発医薬品の数量シェア目標について、80%達成時期が明らかになったことを踏まえ、薬局における後発医薬品調剤体制加算及び医療機関における後発医薬品使用体制加算の算定要件を見直すこととしてはどうか。
2. 一般名処方が増加が後発医薬品の調剤に有効との調査結果を踏まえ、一般名処方を推進する方策について、どのように考えるか。

### 多剤・重複投薬等の適正化に係る課題と論点

- 医師と薬剤師の連携による多剤投薬の適正化をさらに推進するため、薬剤師の積極的な処方提案により医師が処方を変更し、結果として患者が服用する薬剤が減少した場合の評価を検討してはどうか。
- 医師の指示に基づく分割調剤について、服薬アドヒアランスの向上に資する医師と薬剤師の連携を推進する観点から、医師の指示事項の明確化や処方箋への記載方法の合理化などといった視点で、具体的な方策を検討してはどうか。
- 残薬調整における負担感の軽減の観点から、医師への報告を前提とした薬剤師による残薬調整に関する医師の判断がより明確になるよう処方箋の様式を見直してはどうか。
- 血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）の使用実態等を踏まえ、医療用保湿剤の適正使用について、どう考えるか。

## 外来医療の課題(平成29年11月2日中医協)

### オンライン診療の位置づけ

#### オンライン診療とは、

ICTを活用し、医師と患者が離れた場所でありながら、患者の状態を把握し、診療を行うものであり、患者の外来通院あるいは医師の訪問診療など、**対面による診療行為を補完する**ものである。

#### 外来診療

患者が病院へ来院して診療

#### 訪問診療

医師が患者を訪問して診療

#### オンライン診療

医師・患者がそれぞれの場所にしながら診療



本事業では、**オンライン診療を対面診療の補完として位置づけ、診療の質と効率性を高めるものとしてその有用性を検証**

## 外来医療の課題(平成29年11月2日中医協)

### ケース3：外来診療(90歳代) × 脳梗塞後遺症

#### 患者情報

疾患名	脳梗塞後遺症	現在の受診形態	外来	サポートの有無	あり(同居：息子夫婦)
性別	男性	通院歴	20年		
年齢	90歳代				
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>病状は安定しており、意思の疎通も可能。しかし、高齢であることと脳梗塞の後遺症もあり、ADLは低く、息子さんで車で通院を補助するなど通院負担が高い状況だった。</li> <li>胃癌、肺癌を全て診断してもらった主治医に最期まで看取って欲しいとの希望。</li> <li>来院できなくなったら、今後当院で訪問診療へ移行を検討している。</li> </ul>				
期待	<ul style="list-style-type: none"> <li>病状は安定している。普段、自宅周りの散歩はできている。</li> <li>外来での対面診療とオンライン診療の組み合わせで、質の高い医療が確保できる。</li> </ul>				

#### 治療計画

●：対面診療(外来) ○：オンライン診療

週数	1w	2w	3w	4w	5w	6w	7w	8w	9w	10w	11w	12w	13w
Before	●				●				●				●
After(計画)	●				○				○				○
After(実績)	●				○				○				○

#### 実施後の評価

実施内容	5週目：初回オンラインの経過観察。 9週目：2回目のオンラインの経過観察。 13週目：対面診療を実施。
効果	・ 家族からの情報も十分に得られ、本人の病状理解も良好であった。
課題	・ 長期間、当院に通院している。意思疎通は十分取れている状態であればよいが、もし、意思疎通が十分に取れていない状態や、オンライン診療を併用する意図が伝わっていない状態となれば、オンライン診療は困難になると考える。

## 外来医療の課題(平成29年11月2日中医協)

### ケース1：訪問診療(80歳代) × 悪性リンパ腫

#### 患者情報

疾患名	悪性リンパ腫、アルツハイマー型認知症(中等度)	現在の受診形態	在宅	サポートの有無	あり(同居：娘夫婦)
性別	男性	通院歴	11ヵ月		
年齢	80歳代				
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>夫婦で認知症が進行し、娘夫婦と同居し、月1回、物忘れ外来へ通院。</li> <li>通院補助をしていた長女の復職のため、通院負担を軽減すべく、オンライン診療の導入を検討。</li> <li>悪性リンパ腫の進行が判明し、在宅緩和ケアへ変更し、週1回の訪問診療に加え、経過観察としてオンライン診療を導入。</li> </ul>				
期待	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の訪問の負担をかけることなく、きめ細やかなケアを実施。</li> <li>状態変化を早期発見/介入ができるようにする。</li> </ul>				

#### 治療計画

●：対面診療(訪問) ○：オンライン診療

週数	1w	2w	3w	4w	5w	6w	7w	8w	9w	10w	11w	12w	13w
Before	●												
After(実績)	●			○	●	○	○	○	○	○	○	○	○

※ 7w目で患者死亡により終了

#### 実施後の評価

実施内容	4週目：初回オンラインの経過観察。 6週目：オンラインで病状悪化を感じ、その週の訪問診療を前倒し。 7週目：オンラインで病状悪化を確認し、往診を実施。
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>疼痛はコントロールできていたものの、急な病状悪化による本人・家族の不安の高まりも導入の背景にあった。</li> <li>実際の診療場面では、かかってきた電話で病状の把握が難しくオンライン診療に切り替えたり、オンライン診療によって病状の悪化が観察されたため定期的訪問を早めて対応したりと、これまでの対面診療+電話に、オンライン診療を追加で組み合わせることで、より密な治療とケアを提供することができたと感じている。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護者が娘家族であり、スマートフォンの操作も問題なくできた。老老世帯など、同居の介護者が高齢の場合は、サポートしていただく見守り事業者や、音声入力などで高齢者でも操作が容易なものを検討していく必要がある。</li> </ul>

## 在宅報酬の改定後の影響

(往診料、訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料)

### プラスの影響

1. 往診料に休日加算が設定
2. 訪問診療料の同一建物の場合の点数が引き上げ
3. 訪問診療が月1回の場合でも在医総管、施医総管の算定が可能となった
4. 十分な緊急往診や看取りの実績を有する保険医療機関に対する評価(在宅緩和ケア充実診療所・病院加算)を新設
5. 実績に応じた評価(在宅療養実績加算2)の新設

### マイナスの影響

6. 1つの建物内にて在医総管、施医総管を算定している患者数で点数を設定
7. 「別に定める状態」とそれ以外の状態で点数に差がつけられた
8. 同一建物で1日1人を3人の医師が診察した場合のルールが廃止
9. 重症者加算が頻回訪問加算に代わり点数が引き下げ
10. 在宅医療の患者が95%以上の診療所は在宅専門の在宅療養支援診療所の要件を満たさないと、在医総管、施医総管の報酬が2割カット

## 外来経営戦略 (在宅医療への取り組み・通えない患者への対応)

### 在宅患者訪問診療料

- 1 同一建物居住者以外の場合 833点
- 2 同一建物居住者の場合 203点

+

病床	機能強化型在支診・病						在支診・病			それ以外			
	病床有			病床無			—			—			
単一建物診療患者数	1	2~9	10~	1	2~9	10~	1	2~9	10~	1	2~9	10~	
在総管	定める状態月2回	5,400	4,500	2,880	5,000	4,140	2,640	4,600	3,780	2,400	3,450	2,835	1,800
	上記以外月2回	4,600	2,500	1,300	4,200	23,00	12,00	3,800	2,100	1,100	2,850	1,575	850
	上記以外月1回	2,760	1,500	780	2,520	1,380	720	2,280	1,260	660	1,710	945	510
施医総管	定める状態月2回	3,900	3,240	2,880	3,600	2,970	2,640	3,300	2,700	2,400	2,450	2,025	1,800
	上記以外月2回	3,300	1,800	1,300	3,000	1,650	1,200	2,700	1,500	1,100	2,050	1,125	850
	上記以外月1回	1,980	1,080	780	1,800	990	720	1,620	900	660	1,230	675	510

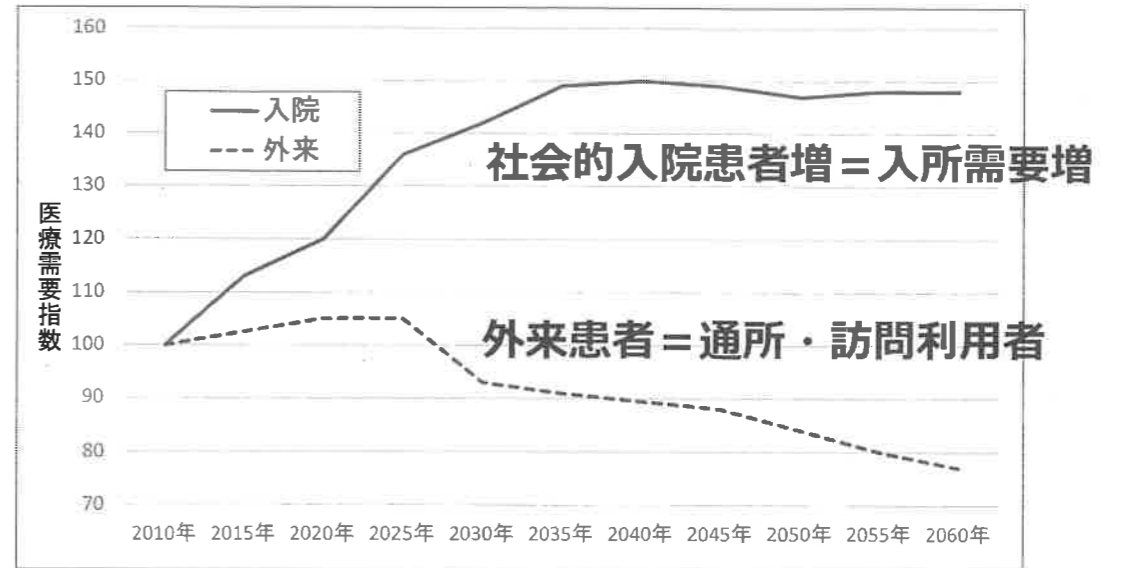
+

在宅療養管理指導(在医総管、施医総管を算定する場合)292~262単位(月2回)

## 地域包括ケアを支える各人材の役割分担(イメージ) ...地域包括ケア研究会報告書2010年4月6日

		現在	2025年
医師		<ul style="list-style-type: none"> <li>定期的な診療</li> <li>急変時対応</li> <li>看取り</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療開始時の指導</li> <li>急変時の対応・指示</li> <li>看取り</li> </ul> <p style="text-align: center;">&lt;将来:状態安定&gt; 月1回の訪問診療 + 看護師の病状観察</p>
看護職員		<ul style="list-style-type: none"> <li>診療の補助(医行為)</li> <li>療養上の世話</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病状観察</li> <li>夜間を含む急変時の対応</li> <li>看取り</li> </ul>
PT・OT・ST		<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリ実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリのアセスメント・計画作成</li> <li>困難ケースを中心にリハ実施</li> </ul>
介護職員	介護福祉士	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体介護</li> <li>家事援助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体介護</li> <li>身体介護と一体的に行う家事援助</li> <li>認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援</li> <li>要介護者に対する基礎的な医療ケア実施</li> <li>日常生活における生活機能の維持・向上のための支援(機能訓練)</li> <li>他の介護職員に対する認知症ケアのスーパーバイズ・助言</li> </ul>
	介護福祉士以外	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体介護</li> <li>家事援助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体介護</li> <li>身体介護と一体的に行う家事援助</li> <li>認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援</li> </ul>
日常生活上の世話(民間事業者・NPO等)		<ul style="list-style-type: none"> <li>配食</li> <li>日々の移動の手伝い</li> <li>レクリエーション</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>家事援助</li> <li>配食</li> <li>日々の移動の手伝い</li> <li>レクリエーション</li> </ul>

## 全国の入院医療需要と外来医療需要の推移



将来の地域医療における保険者と企業のありかたに関する研究会 ~医療需要の将来推計と提供体制~

- ◆これから増加するのは入院需要。外来需要はほぼ伸びない。2025年以降は大幅減少。
- ◆但し、入院需要は増加するため抑制策(社会的入院の減少=療養病棟を施設へ)
- ◆貴院の入院ルートはどういう割合? ①救急、②外来、③紹介
- ②のケースが多ければ、外来患者数維持できなければ入院患者は減少。
- 稼働率維持向上=外来数維持・向上、救急受入、紹介患者増(連携強化)

## 地域包括ケアシステム

- 住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。そのことが医療法人の存続に繋がる。
- ⇒できなければ...外来患者数減少 ⇒ 入院患者数減少になる
- 今の患者数維持・向上のためには、介護部門の強化(ケアプランの強化)・介護との連携強化・退院支援が重要
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差を生じています。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。



厚生労働省 地域包括ケアシステムについて: [http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/seminar/dl/02\\_98-01\\_7-2.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/seminar/dl/02_98-01_7-2.pdf)



## チームで取り組む対応策

看護でなくともよい業務は他職種が担うことで、

- ①看護業務負担軽減（看護職員の確保）
- ②看護業務の拡大（訪問看護の実施）
- ③業務改善（質の向上）

病棟看護師  
外来看護師の  
業務の見直し

### <看護業務の拡大>

- ・訪問看護 ・退院前後の訪問指導
- ・地域連携/退院支援担当（専従・専任要件）
- ・医療安全対策室（専従・専任） ・栄養サポートチーム
- ・摂食機能療法への対応 ・褥瘡対策ナース
- ・感染ナース ・排泄自立チーム

当院がやらなければならないこと

当院が必ずしも対応しなくてもよいこと、他でカバーできること

その職種がやらなければならないこと

その職種が必ずしも対応しなくても、他で対応できること

再度整理して、本当に必要な取り組みを！！

## 介護施設・事業所の改定内容と 対応策

## 介護：科学的介護の導入による「自立支援の促進」

（主な取組） 「未来投資戦略2017」(素案)本文(第1「ポイント」)

- 自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護の実現に向け、必要なデータを収集・分析するためのデータベースを構築し2020年度の本格運用開始を目指す。
- 次期介護報酬改定にて効果のある自立支援について評価を行う。
- データ分析による科学的な効果が裏付けられた介護サービスについて、2021年度以降の介護報酬改定で評価するとともに、そうしたサービスが受けられる事業所を厚生労働省のウェブサイト等で公表し、国民に対する「見える化」を進める。
- 介護現場でのロボット・センサー等の活用について、効果実証を着実に進め、その結果を踏まえて、次期介護報酬改定の際に、介護報酬や人員・設備基準の見直しなど制度上の対応を行う。

### 【介護保険制度改革の方向性】（案）

- 前回改定の影響や介護サービス事業者の経営状況を検証するに当たっては、前回改定の趣旨を踏まえつつ、きめ細かな分析を行うとともに、平成30年度介護報酬改定に向けて、引き続き、適正化・効率化すべきことは実施しつつ、単価引き下げ（その代わり人員基準の緩和）質の高いサービス提供、加算重視（加算算定できる場所は単価下がらず）を促す改定を検討すべき。

2017年4月20日 財政制度等審議会社会保障（参考資料）より

加算は国が事業所別にやってほしい  
取組を評価している。

やってほしいことをやってくれるところを評価

加算は今後の機能を継続し、生き残りの

ための対応策(加算=期待する役割)

加算を算定しないという選択を行うと

別の方法で生き残りを考えなければならない!

【改革の方向性】(案)

○ 機能訓練などの自立支援・重度化防止に向けた質の高いサービス提供がほとんど行われていないような場合には、事業所の規模にかかわらず、基本報酬の減算措置も含めた介護報酬の適正化を図るべき。

○ 「自立支援・重度化防止に向けた介護」を促す介護報酬上のインセンティブについては、例えば、利用者の要介護度の改善度合い等のアウトカムに応じて、事業所ごとに、介護報酬のメリハリ付けを行う方向で検討を進めるべき。

その際、クリームスキミング(改善見込みのある利用者の選別)を回避する必要性にも留意し、アウトカム評価のみならず、例えば、専門職による機能訓練の実施といったプロセス評価等を組み合わせることを検討すべき。

予防デイケア、予防デイサービスの事業所評価加算と同等?(運動器機能向上加算)

【論点】

○ 通所介護については、規模が小さいほど、個別機能訓練加算<sup>※1</sup>の取得率が低くなる一方で、サービス提供1回当たりの単位数は高くなる傾向にあり<sup>※2</sup>、規模が小さい事業所に通う利用者にとっては、機能訓練などの質の高いサービスを受ける割合が低いにもかかわらず、高い費用を支払う結果となっている。

通所介護の事業所規模別比較

	個別機能訓練加算取得事業所率 <sup>※</sup>		1回当たり単位数 【平成27年度実績】 (1単位=10円)
	加算Ⅰ	加算Ⅱ	
小規模	12.7%	26.7%	783単位
通常規模	22.2%	32.7%	754単位
大規模Ⅰ	40.3%	41.3%	763単位
大規模Ⅱ	55.8%	42.5%	735単位

■人材に対する考え方の変化

● 「技術の向上」「生産性の向上」の観点から、より良い職場環境の形成、チームケアに必要な高い専門性をもつ職員の役割、機能の明確化により、専門職が能力向上を続け、仕事を続ける動機づけになる取組を進めるべき。

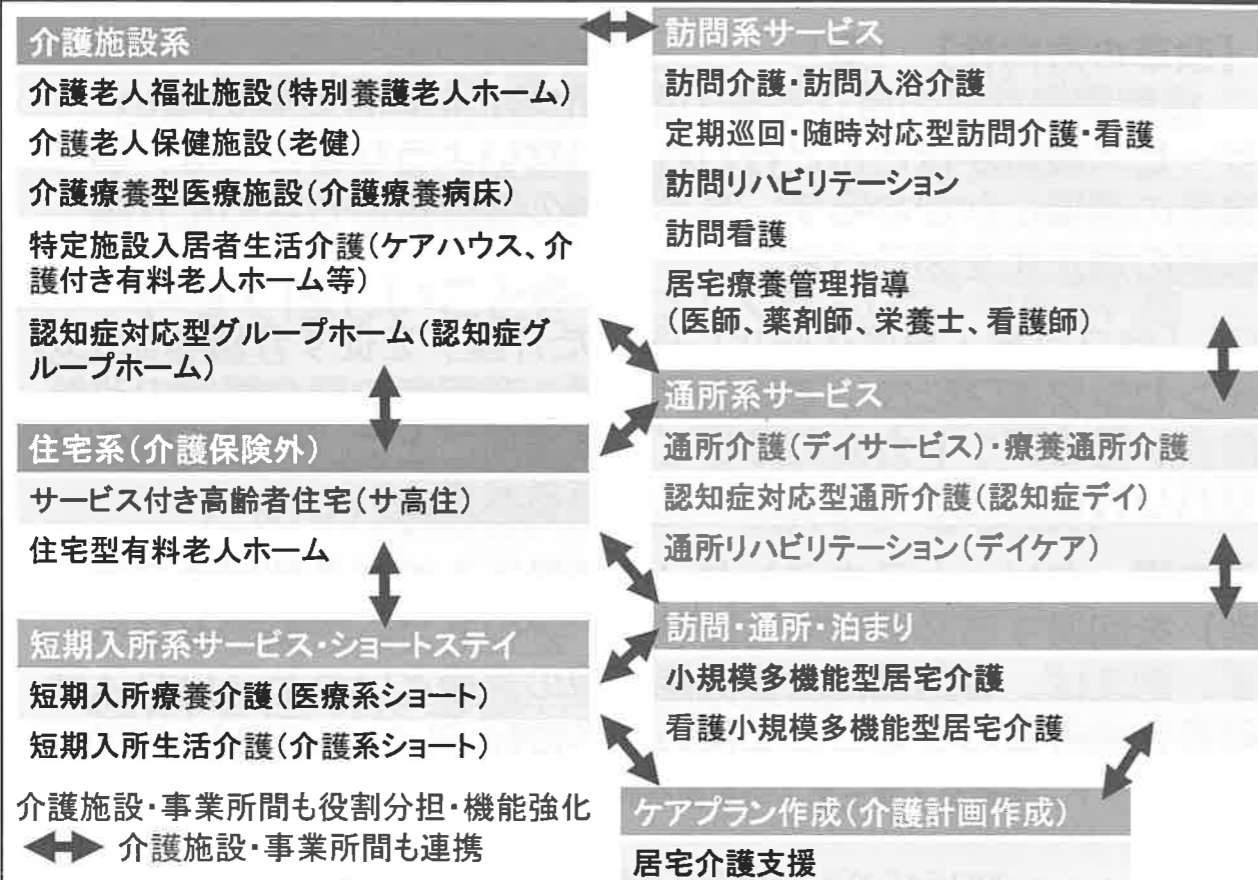
<専門的な知識と技術を活かす>

- ① 看護師が介護職員と同じやり方をしない
- ② リハビリスタッフが看護・介護職員と同じやり方をしない
- ③ 介護福祉士は介護士よりレベルの高い介護を行う
- ④ 薬剤師や検査技師、管理栄養士が現場(病棟)(在宅)へ

● 地域活動への積極的支援やセルフマネジメントの推進、セルフマネジメントに必要な知識・情報の提供を担う専門職の関与が求められる。専門職によるサービス提供は、

「一対一」が基本だったが、「一対多」も目指すべき。

## 役割分担・機能強化(介護サービスの種類)



## 大切なこと

### 2) 中長期経営計画・実行計画の策定・実行

- ・ この地域でどういう医療・介護を展開していくのか何を得意分野、専門分野として、地域住民に貢献し、医療機関や他施設と連携していくのかを描く。
- ・ 目的、目標を達成するための事業(活動)計画の策定

### 3) 戦略MAPの策定 \* 患者利用者増対策(方法を考える)

- ・ 近隣の各施設との具体的連携策の検討(病院、医院、介護施設・事業所、住宅、福祉施設)
- ・ 予防も含めた需要の検証と対応策の検討(年齢別人口推移、医療・介護需要)

## 大切なこと

### 1) データの活用

#### ①病棟別・診療科別

診療単価、新入院(棟)数、新退院(棟)数、延入院患者数、平均入院患者数、平均在院日数  
医療区分・ADL区分、看護必要度、在宅復帰率、再入院率

#### ②病棟別・事業所別

月別連携先別紹介件数一覧、ケアマネ別紹介件数一覧

#### ③診療報酬項目別

加算、管理料の算定件数、コメディカル別生産性データ

⇒ 集積だけではなく、分析+対応策

- (どこが増えて、どこが減っているかの理由は?)
- (どういう紹介が増加して、どういう紹介が減少?)
- (理由に対応策が含まれている!!)

## 大切なこと

### 4) 連携強化

- ・ 法人内連携強化(施設、訪問、通所、ショート、住宅)
- ・ 法人外連携強化  
→ 地域の各医院、病院、介護施設、住宅とどう連携ができるのか1件1件検証・設定・対策・実行

### 5) 退院支援の強化(病院へ行く、情報を伝え、得て、動く)

- ・ 病院及び有床診療所の介護支援連携指導料への協力体制(居宅介護支援事業所、特養、老健、特定施設、認知症グループホーム、(看護)小規模多機能のケアマネジャーが少なくとも入院中2回は病院等に足を運ぶ)

## 大切なこと

### 6) 加算や管理料の届出及び算定増

- 質を上げるための取り組みは加算に設定されている。届出が目的ではない、加算の算定要件に設定されている事の実行が目的(=質の強化、連携強化)
- 連携強化の実行には、まず、「連携」という名前の付いた加算の取り組みを実行し算定すること。

### 7) 今後の改定は総力戦！

- 全職員、これからの改革の流れと改定内容を知る。知らなければ協力できないし、思いを共有できない。
- 部門別改定内容の勉強会(対応策の設定)