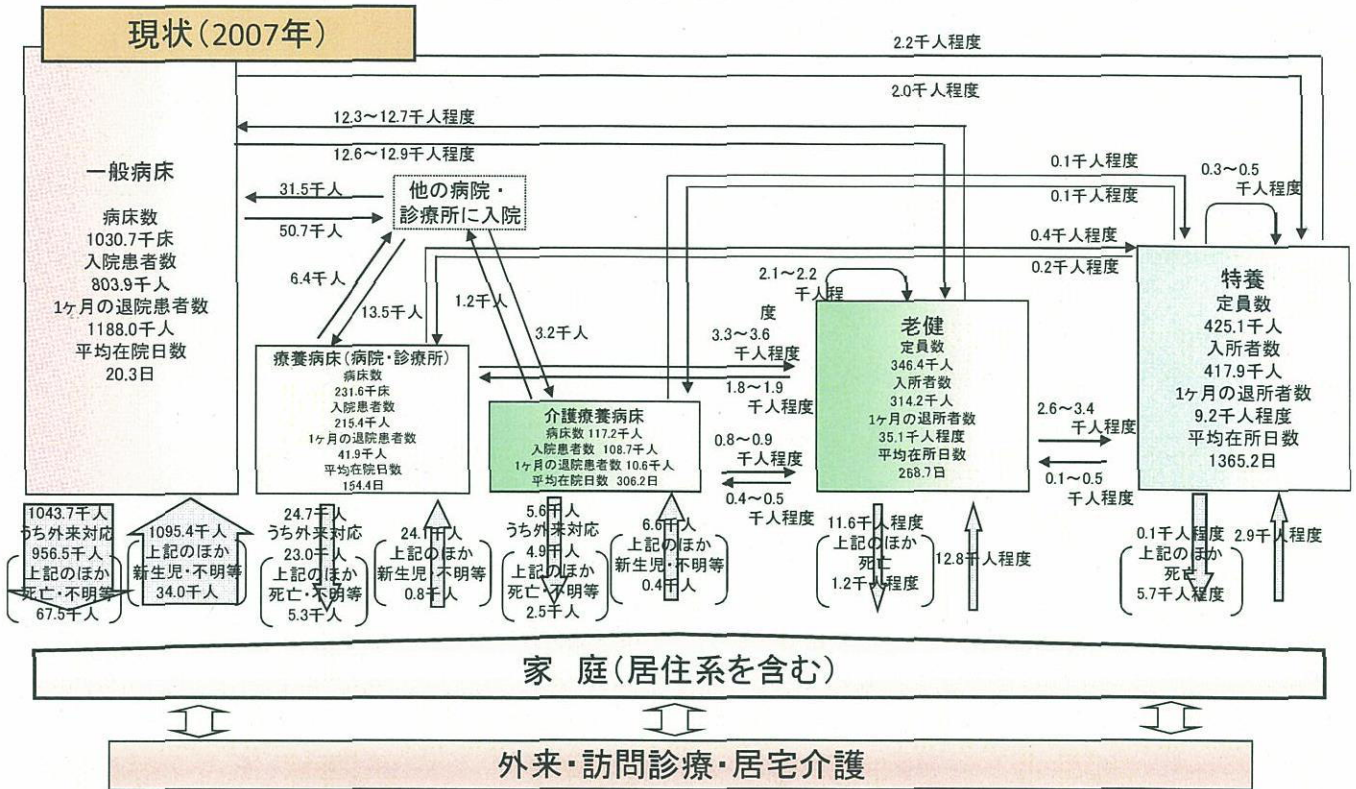


医療と介護の連携

医療と介護の連携について

- 医療と介護の連携は、住み慣れた地域で、必要な医療・介護サービスを継続的・一体的に受けられる「地域包括ケアシステム」の構築のために必要不可欠。

- 今後、医療の必要性の高い要介護者が増加する中で、医療と介護の役割分担と連携の強化を図るために、以下の視点で検討してはどうか。
 - ・医療機関からの退院時における介護保険サービスとの連携強化及び円滑な移行
 - ・医療の必要性が高い者への対応の強化(老健施設等については別途検討)
 - ・介護療養病床から介護療養型老健施設等への転換支援 等



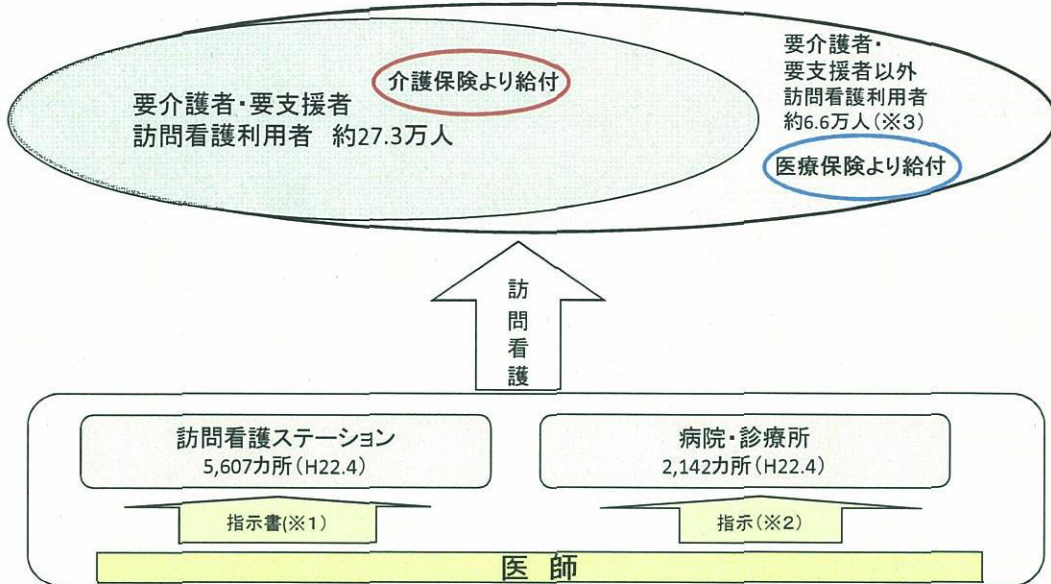
(資料)「患者調査」、「介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省)等
 (作成方法等)

1. 入院・入所者数や平均在院日数は、医療・介護サービスの需要と供給のシミュレーションの数値を使用(平均在院日数は調査結果より)。
2. 利用者の移動(入退院・入退所等)数については、「患者調査」及び「介護サービス施設・事業所調査」と、入退院・入退所等の数等が定常状態の場合における関係式(ある日において入院・入所している者の数=ある日における入(退)院・入(退)所者数×平均在院・在所日数)とに基づき設定。なお、1月は30日として計算。
3. 調査によって各施設等に係る「入所前の場所」と「退所後の行き先」とが完全に一致しないこと等から、数値は一定の幅をもって表示している。
 また、特養と医療機関との間の移動については特養の退所者数を基に設定した。

訪問看護における 医療と介護の連携

訪問看護の仕組み

- 居宅要介護者について、その者の居宅において看護師等により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助。
- 介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限定して、医療保険からサービスが行われることとされている。



(※1) 訪問看護指示料 300点(医療保険)を算定

(※2) 他医療機関への指示の場合 診療情報提供料 (I)250点(医療保険)を算定

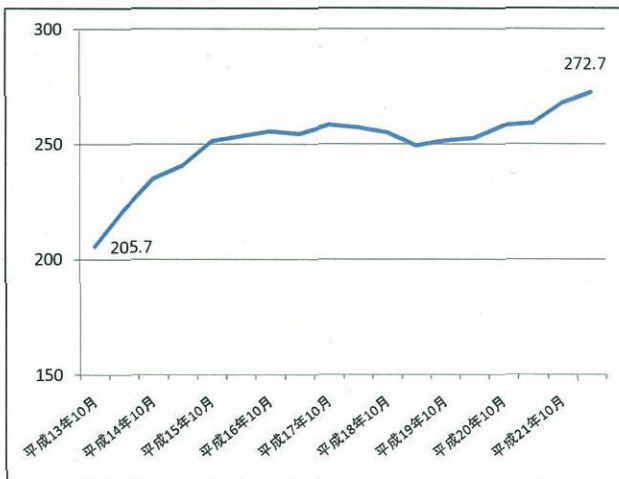
(※3) 平成20年介護サービス施設・事業所調査 (病院・診療所からの訪問看護利用者数は含まない)

出典: 厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成22年4月審査分)

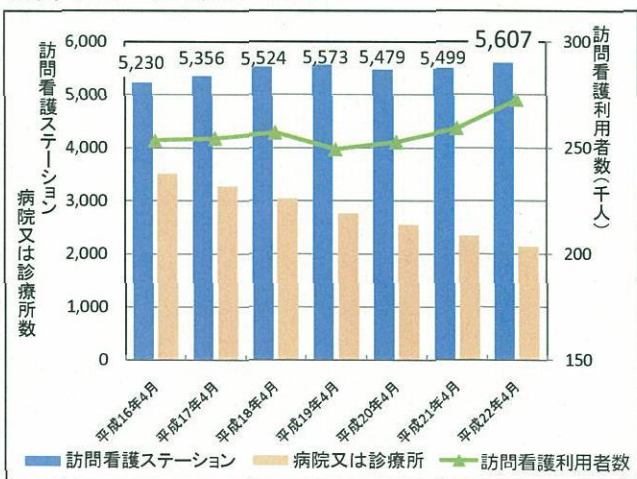
訪問看護サービスの状況

- 訪問看護(予防含む)の利用者数は約27.3万人(平成22年4月審査分)であり、近年、微増傾向である。利用者の約6割は、要介護3以上の中重度者である。
- 病院又は診療所の訪問看護事業所は減少傾向であるが、訪問看護ステーション数は横ばいである。

訪問看護利用者数の年次推移(千人)



訪問看護事業所数の年次推移



○ 訪問看護受給者数(千人)

出典: 厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年4月審査分)

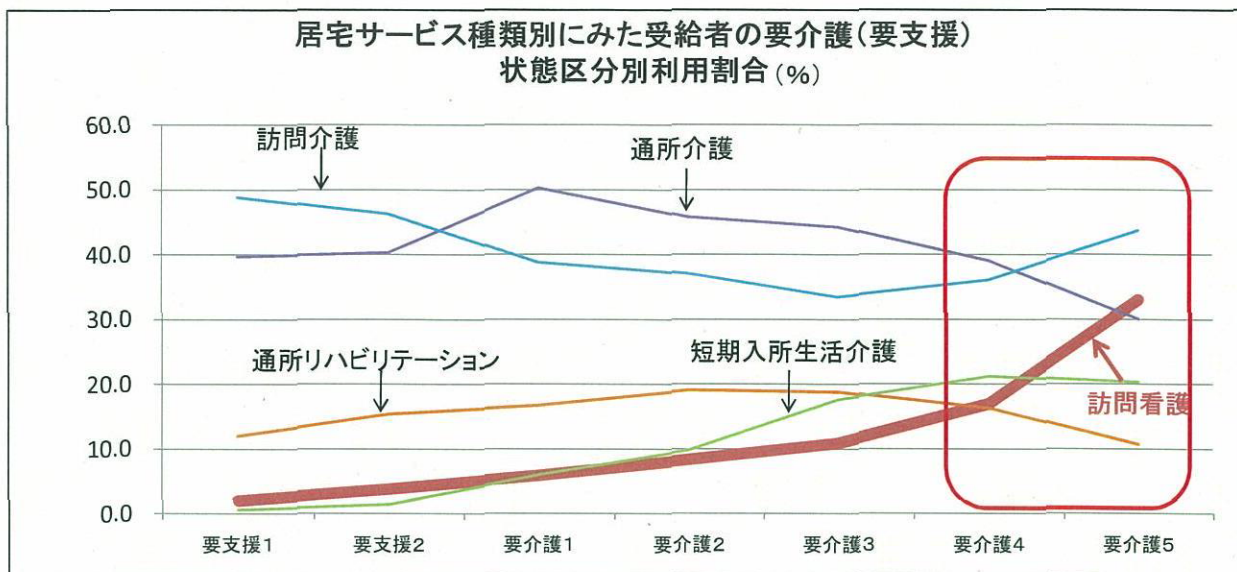
総数※	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
272.7	7.0	17.4	36.1	51.5	47.3	49.7	63.5
(%)	(2.6%)	(6.4%)	(13.2%)	(18.9%)	(17.3%)	(18.2%)	(23.3%)

※総数には、月の途中で要支援から要介護に変更となった者、月の途中で要介護から要支援に変更となった者及び平成21年2月サービス提供分以前の経過的要介護の者を含む。

出典: 厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成22年4月審査分)

重度者を支える在宅サービスの在り方

○ 他の居宅サービスと比べ訪問看護では要介護4、5で利用割合が急激に増加する。



重度になるほど、看護サービスなどの医療サービスに対するニーズが高まってくる。

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成21年度)

介護保険の訪問看護における医療ニーズ

- 医療処置にかかる看護内容が必要な利用者数は増加している。
- 個々の医療処置については、必要な利用者数、割合ともに増加し、医療ニーズの高い利用者が増加していると考えられる。

9月中の看護内容別訪問看護ステーションの利用者数(複数回答)

	平成13年		平成19年	
	利用者数	割合	利用者数	割合
総数	180,696		229,203	
9月中の医療処置にかかる看護内容※	121,755	67.4%	152,338	66.5%
じよく瘡の予防	34,171	18.9%	41,014	17.9%
じよく瘡の処置	29,168	16.1%	19,356	8.4%
浣腸・摘便	8,469	4.7%	40,058	17.5%
在宅酸素療法の指導・援助	8,440	4.7%	11,652	5.1%
胃瘻の管理	8,440	4.7%	16,190	7.1%
人工肛門・人工膀胱の管理	6,943	3.8%	5,271	2.3%
点滴の実施・管理	6,943	3.8%	7,420	3.2%
注射の実施	4,573	2.5%	4,283	1.9%
経管栄養の実施・管理	4,573	2.5%	7,003	3.1%
中心静脈栄養法の実施・管理	4,573	2.5%	989	0.4%

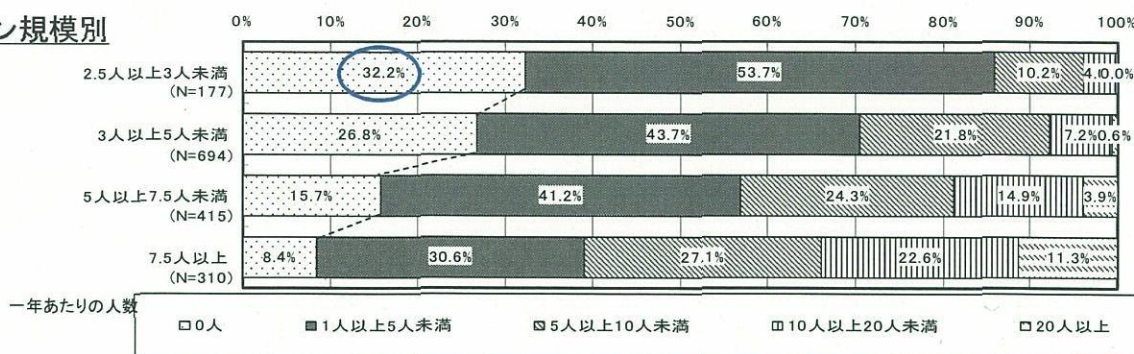
※平成13年と平成19年では一部の調査項目が異なっている。割合が同程度又は平成19年において増加している項目を抽出。

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成13年、平成19年)

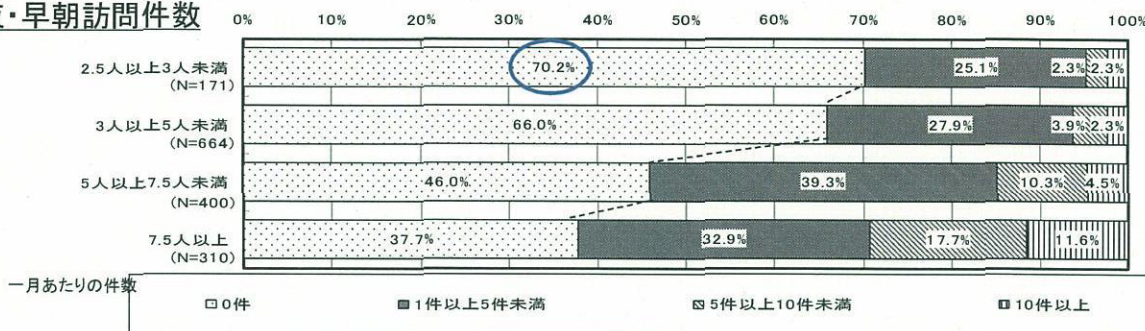
訪問看護ステーションでの看取り数と夜間・深夜・早朝訪問件数

○ 事業所の規模が小さいほど、在宅における看取り数が少なく、夜間・深夜・早朝訪問件数も少ない傾向がある。

ステーション規模別 看取り数



ステーション規模別 夜間・深夜・早朝訪問件数



出典：平成20年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業」

8

主な論点

訪問看護の報酬については、以下のような基本的な考え方に則って検討すべきではないか。

1. 入院から在宅生活への円滑な移行
2. 医療が必要な重度の要介護者の在宅生活を支えるための適切な訪問看護サービスの提供

(参考1) 訪問看護の介護報酬について

指定訪問看護・指定介護予防訪問看護の介護報酬のイメージ (1回あたり)

サービス提供時間に応じた基本サービス費
(括弧内は病院・診療所の場合)

20分未満：285単位
(230単位)
注：早朝・夜間のみ

30分未満：425単位
(343単位)

30分以上1時間未満：830単位
(550単位)

1時間以上1時間30分未満：1,198単位
(845単位)

利用者の状態に応じたサービス提供や
事業所の体制に対する加算・減算

複数名によるサービス提供
〔・30分未満：254単位
・30分以上：402単位〕

緊急時の訪問体制の整備
(540単位/月)

特別な医学的管理を要する者への長時間サービス
(300単位)

ターミナルケアの実施
注：指定訪問看護のみ
(2,000単位/月)

中山間地域等でのサービス提供
(+5%~+15%)

3年以上勤務する者を一定以上配置+研修等の実施
(6単位)

准看護師によるサービス提供 (-10%)

※医療保険の訪問看護の報酬は、1日単位で訪問回数にかかわらず設定

※ 加算・減算は主なものを記載

10

(参考2) 居宅介護支援における医療と介護の連携

○ 居宅介護支援事業所では、新規利用者の受け入れや利用者が入院(入所)中に医療機関等の職員と共同し連携した場合の報酬上の評価がある。

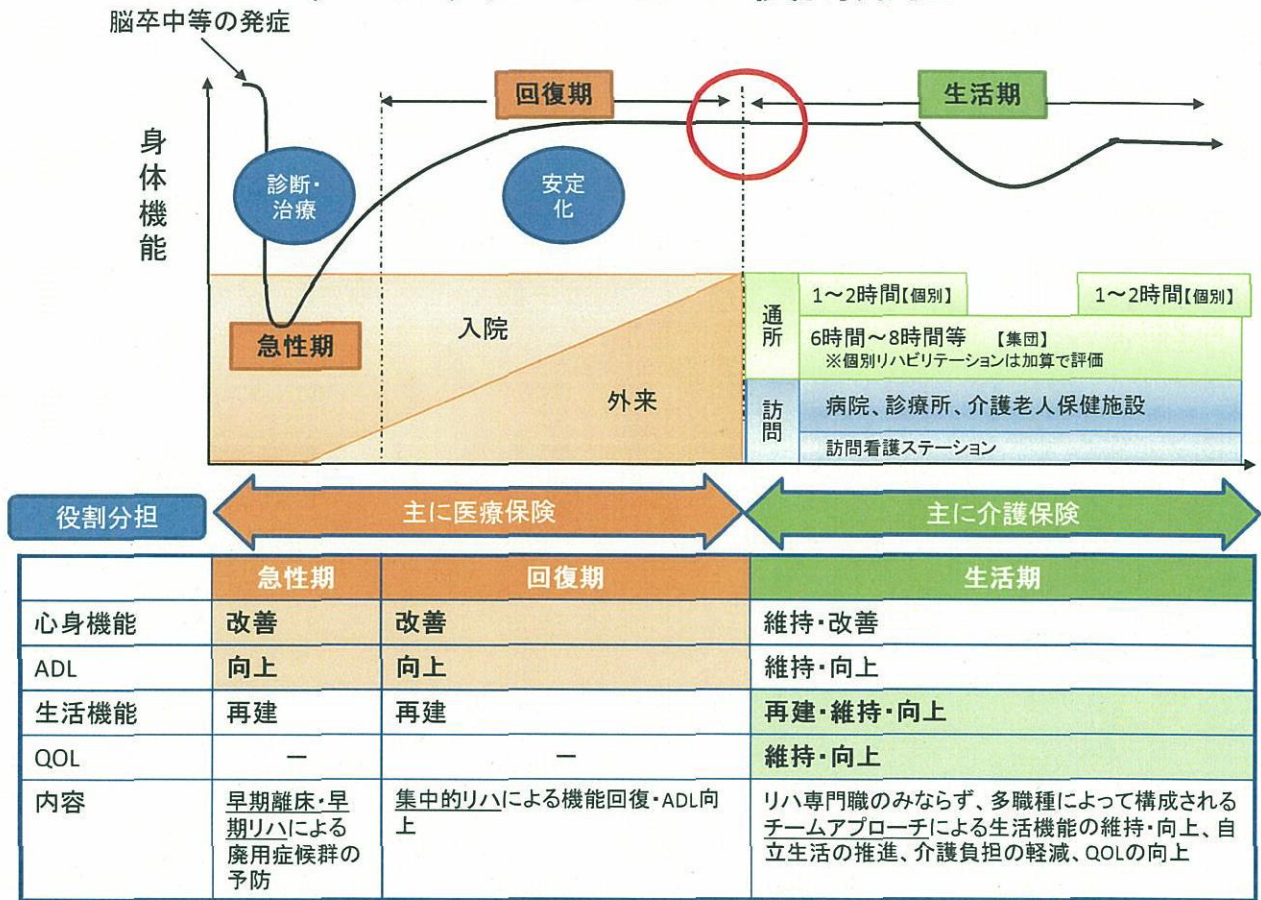
加算名	算定単位数	算定要件
初回加算	1月につき +300単位	①新規※に居宅サービス計画を作成する場合 ②要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合 ③要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合 ※新規とは、契約の有無に関わらず、当該利用者について、過去二月以上、当該居宅介護支援事業所において居宅介護支援を提供しておらず、居宅介護支援が算定されていない場合に、当該利用者に対して居宅サービス計画を作成した場合を指す。
医療連携加算	1月につき +150単位	①病院又は診療所に入院する利用者につき、当該病院又は診療所の職員に対して、利用者に関する必要な情報※を提供した場合 ※当該利用者の心身の状況、生活環境及びサービスの利用状況 ②利用者が入院してから遅くとも7日以内に情報提供した場合
退院・退所加算(Ⅰ)	+400単位	①入院期間又は入所期間が30日以下の場合であって、退院又は退所に当たって、病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を求めることその他の連携を行った場合 ②原則として、退院・退所前に利用者に関する必要な情報を得ることが望ましいが、退院後7日以内に情報を得た場合に算定すること (注) 初回加算を算定する場合は、算定できない。
退院・退所加算(Ⅱ)	+600単位	①入院期間又は入所期間が30日を超える場合であって、退院又は退所に当たって、病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を求めることその他の連携を行った場合 ②原則として、退院・退所前に利用者に関する必要な情報を得ることが望ましいが、退院後7日以内に情報を得た場合に算定すること (注) 初回加算を算定する場合は、算定できない。

(参考3) 歯科・口腔関連サービスの医療と介護の連携

		介護報酬	
		要支援1・2 (予防給付)	要介護1～5 (介護給付)
通所	診療報酬 (通院による歯科治療が困難な患者)	○口腔機能向上加算 介護給付(150単位、月2回まで)/予防給付(150単位/月) 歯科医師の意見を踏まえ(通所介護)、又は指示を受けた(通所リハ)、 歯科衛生士、看護師、言語聴覚士が、口腔機能の向上を目的として、口 腔清掃の指導や摂食・嚥下機能に関する訓練を実施した場合	
施設	○歯科訪問診療料(診療日ごと) 歯科訪問診療1: 830点 歯科訪問診療2: 380点 ○訪問歯科衛生指導料(月4回まで) 複雑なもの: 360点 簡単なもの: 120点	○口腔機能維持管理加算 (30単位/月) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛 生士が、介護職員に対する口腔のケアに係る 技術的助言及び指導を行っている場合であっ て、入所者の口腔のケア・マネジメントに係 る計画が作成されている場合を評価	
居宅	○歯科疾患在宅療養管理料(月1回) 在宅療養支援歯科診療所: 140点 それ以外: 130点 ・歯科疾患の状態等を踏まえた管理を評価 口腔機能管理加算(月1回): 50点 ・口腔機能評価結果を踏まえた管理を評価 ○その他の特掲診療料(義歯管理等)	○居宅療養管理指導費 歯科医師の場合: 500単位/回(月2回を限度) ・指定居宅介護支援事業者に対する情報提供を行わなかった場合は、 100単位を減算 ①歯科医師が居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な歯科医学的管理に基 づき、指定居宅介護支援事業者その他の事業者に対する居宅サービス計 画の策定に必要な情報提供 ②並びに利用者若しくはその家族等に対する居宅サービスを利用する上 での留意点、介護方法等についての指導及び助言等を行った場合を評価 歯科衛生士の場合: 350単位/回(月4回を限度) ・居住系施設入所者等に対して行う場合は300単位 訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が当該利用 者の居宅を訪問し、実地指導を行った場合を評価	
(病院)	○介護支援連携指導料(月1回): 900点 入院中の患者に対して、歯科医師又は歯科医師の 指示を受けた歯科衛生士、看護師等が介護支援専 門員と共同して、退院後に利用可能な介護サービ ス等について説明及び指導を行った場合を評価		

リハビリテーションにおける 医療と介護の連携

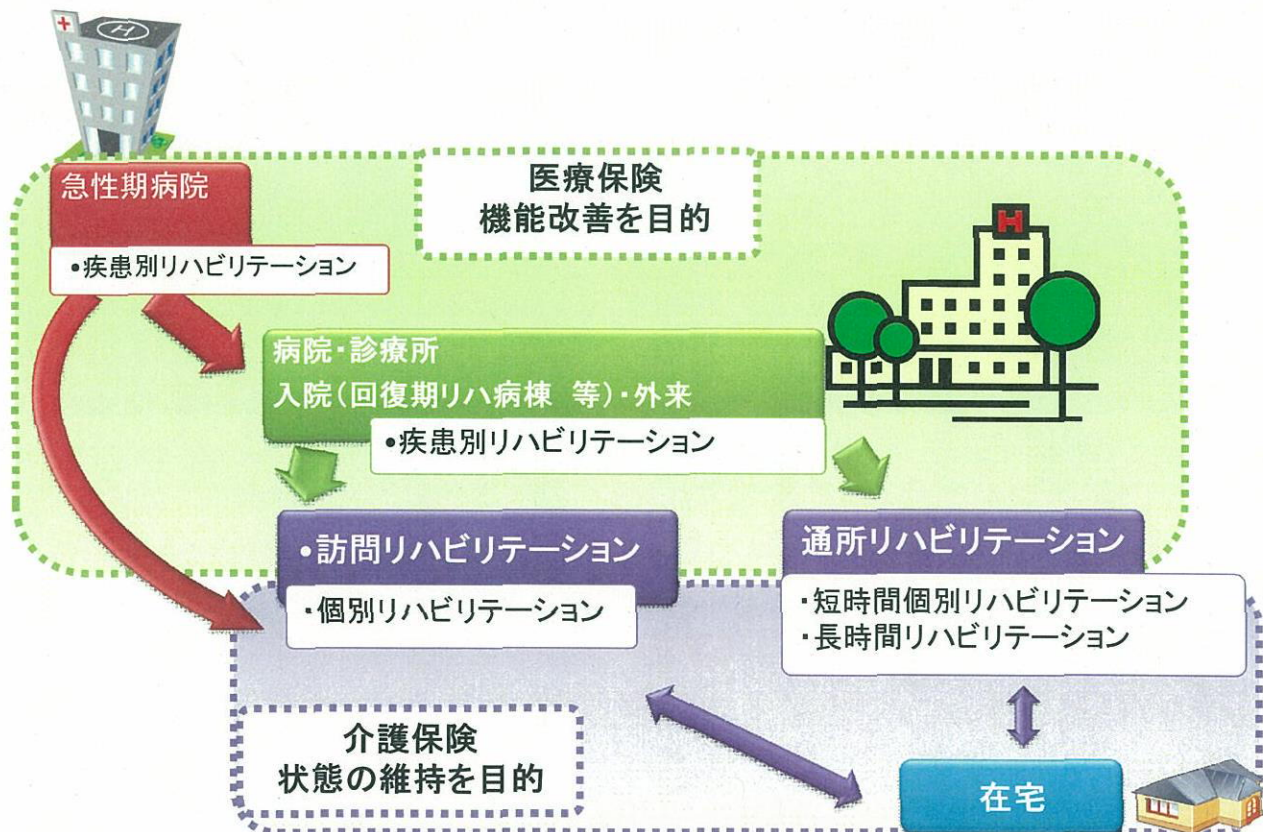
リハビリテーションの役割分担



14

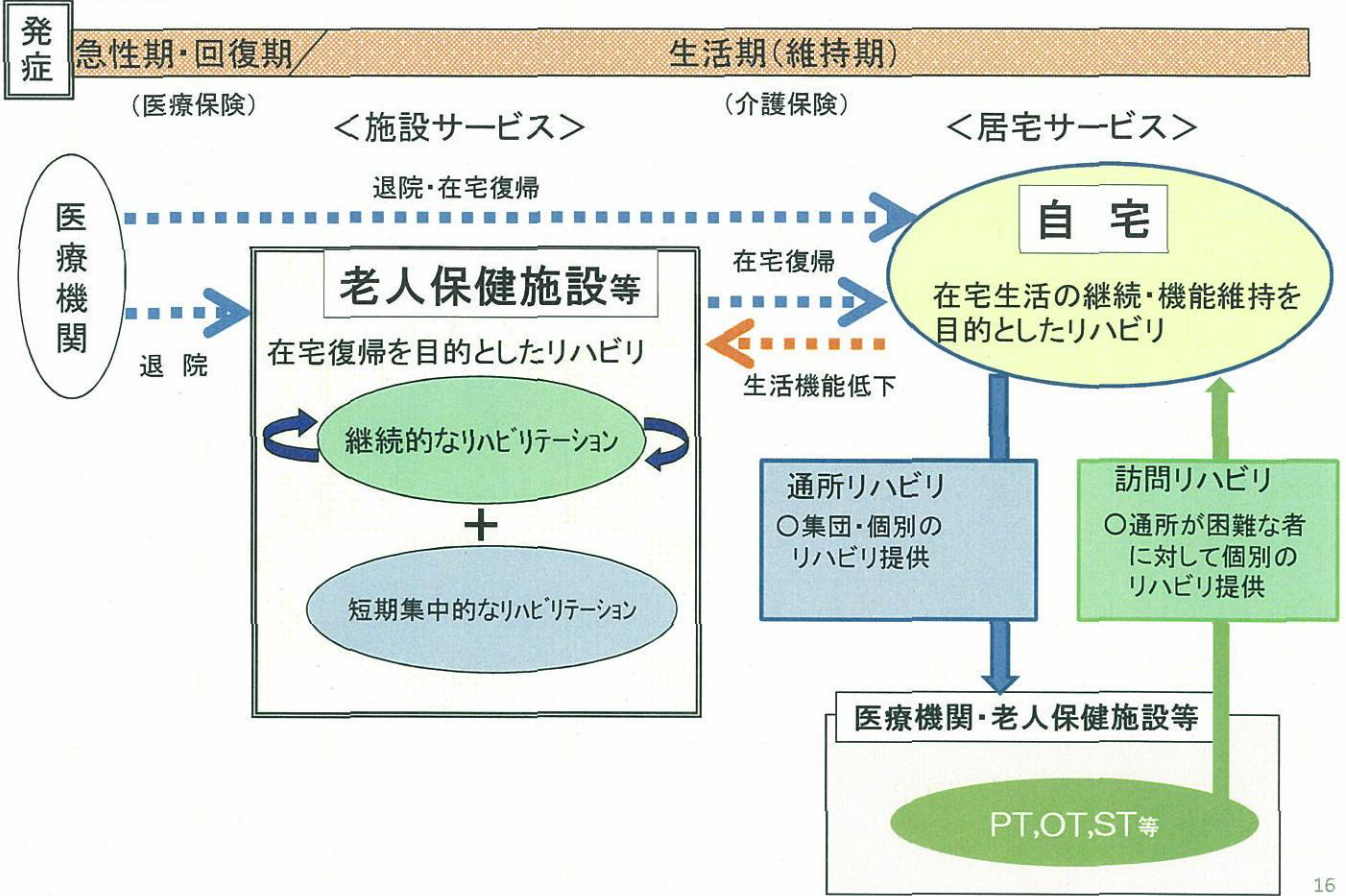
(資料出所)日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成

リハビリテーションに関する医療と介護の連携 (医療機関から提供される場合のイメージ)



15

介護保険におけるリハビリテーションの提供イメージ



16

通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーションの評価(イメージ)

退院(所)日等:	～1ヶ月	1～3ヶ月	3ヶ月～
1時間以上2時間未満の通所リハビリテーション※1 (短時間個別)	短期集中リハ※2 280単位/日 【40分×2日/週以上】	短期集中リハ※3 140単位/日 【20分×2日/週以上】	
	リハビリテーションマネジメント加算※5 230単位/月		
	1回 20分以上の個別リハに係る評価を包括		
	1時間～2時間未満※1 要介護1 270単位 ～ 要介護5 390単位		
通常の通所リハビリテーション (長時間滞在)	短期集中リハ※2 280単位/日 【40分×2日/週以上】	短期集中リハ※3 140単位/日 【20分×2日/週以上】	個別リハ※4 80単位/日
	リハビリテーションマネジメント加算※5 230単位/月		
	要介護1 ～ 要介護5		
	3時間～4時間未満	386単位/日	～ 694単位/日
	4時間～6時間未満	515単位/日	～ 955単位/日
6時間～8時間未満	688単位/日	～ 1303単位/日	

個別リハに係る加算
本体報酬

※1: 1回20分以上の個別リハを実施した場合に限る。(平成21年度改定で新設。個別リハ加算は算定できない)
 ※2: リハビリテーションマネジメント加算を算定し、週2回以上1回40分以上の個別リハを行った場合に算定できる。
 ※3: リハビリテーションマネジメント加算を算定し、週2回以上1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。
 ※4: リハビリテーションマネジメント加算を算定し、1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。月13回まで。
 ※5: リハビリテーション実施計画を策定し、月8回以上通所リハビリテーションを実施した場合に算定。

平成21年度介護報酬改定における通所リハビリテーションの見直し

○リハビリテーションの利用者が医療保険から介護保険に移行しても、ニーズに沿ったサービスを継ぎ目なく一貫して受けることができるよう、

・短時間・個別のリハビリテーションの評価を行い、また、理学療法士等を手厚く配置している事業所を評価した。

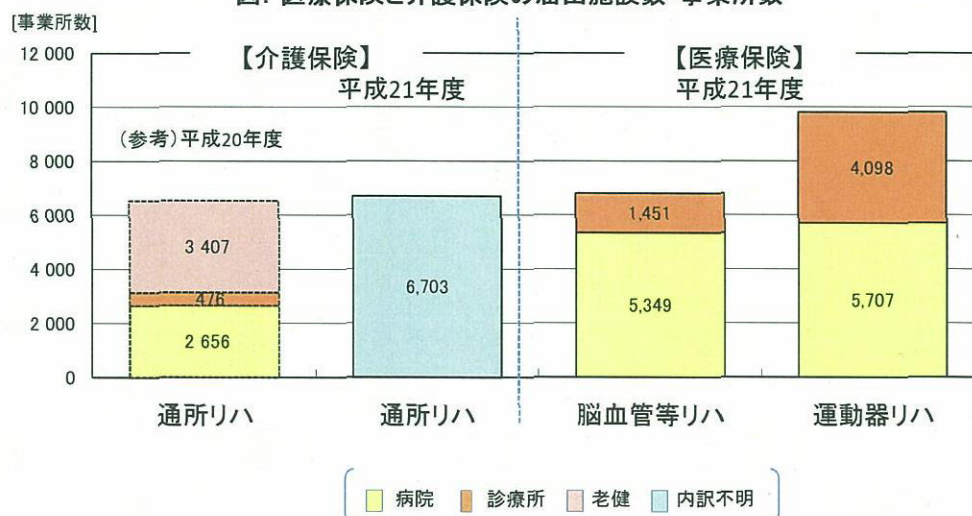
・医療保険において、脳血管疾患等リハビリテーション又は運動器疾患リハビリテーションを算定している病院・診療所については介護保険の通所リハビリテーションを行えるように「みなし指定」を行った。

18

疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションの事業所数

- 医療保険のリハビリテーションを実施している施設は、通所リハビリテーションのみなし指定の対象である。
- 保険医療機関は、脳血管疾患等リハビリテーションと運動器リハビリテーションを両方届け出ることにも可能であり、いずれかを届け出ている施設数の総計は不明。

図. 医療保険と介護保険の届出施設数・事業所数



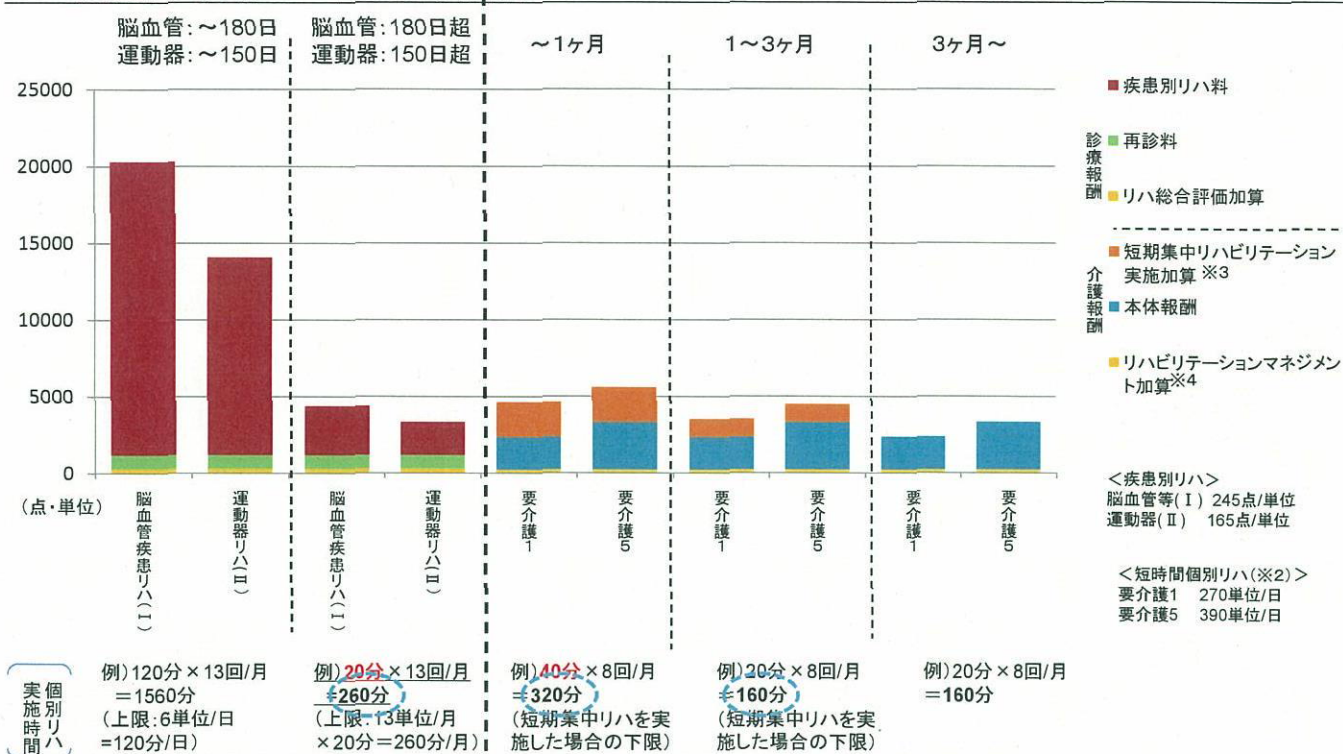
出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成22年4月審査分)

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会(第172回) 資料(総-5-1)

19

疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションの報酬比較(月額)(イメージ)

【医療保険※1】(急性期・回復期) → 【医療保険※1】(生活期(維持期)) → 【介護保険(通所リハビリテーション:短時間個別リハ※2の場合)】(生活期(維持期))



※1: 医療機関の外でリハビリテーションを受けていると仮定。

※2: 1回20分以上の個別リハを実施した場合に限る(2時間未満)。

※3: 退院・退所日または認定日から1ヶ月以内: 週2回以上、1回40分以上の個別リハを行った場合に算定できる。

退院・退所日または認定日から1ヶ月を超え3ヶ月以内: 週2回以上、1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。

※4: リハビリテーション実施計画を策定し、月8回以上通所リハビリテーションを実施した場合に算定。

出典: 厚生労働省 中央社会保険医療協議会

総会(第186回) 資料(総-2-2)

20

主な論点

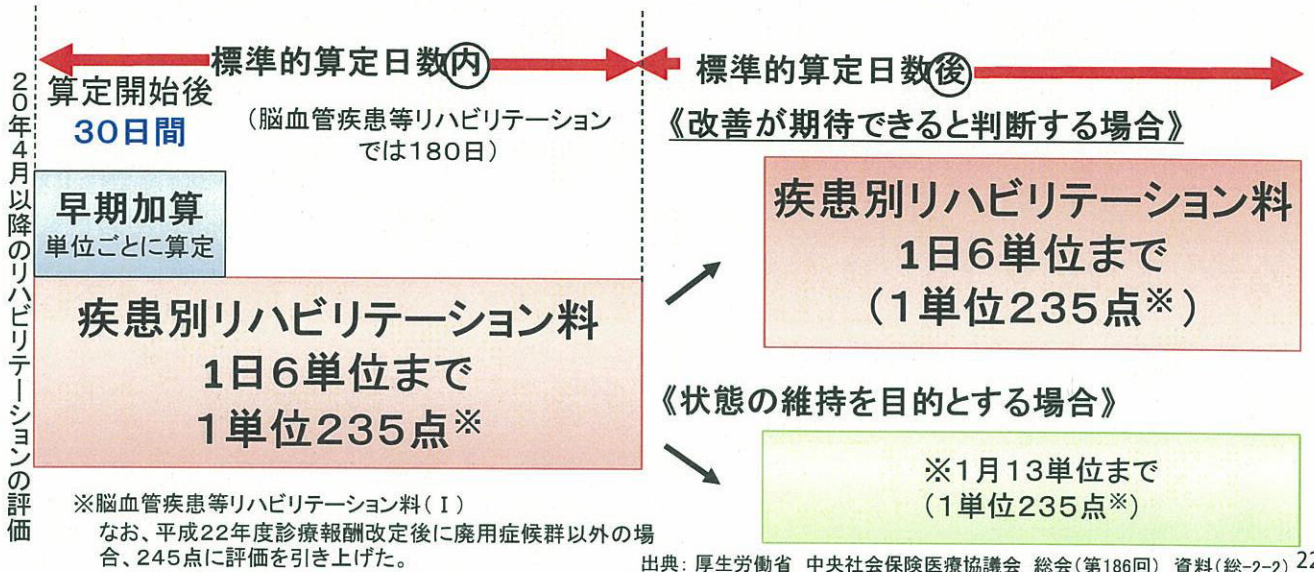
医療保険から介護保険への円滑な移行のために、これまで必要な対応を行ってきたが、今後、更なる移行に向けてどのような対応が必要か、検討すべきではないか。

◇ 生活期のリハビリテーションについては別途検討。

(参考1)平成20年度診療報酬改定後の疾患別リハビリテーション(イメージ)

- **医師が改善が期待できると判断する場合は、従来どおり、標準的算定日数内外にかかわらず1日6単位まで算定可能**
- **それ以外(状態の維持を目的とする場合)であっても、標準算定日数(180日等)を越えるリハビリを評価**

例:1ヶ月13単位まで(1単位の点数は標準的算定日数以前と同じ)



(参考2)通所リハビリテーションの介護報酬について

指定通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ (1回あたり) ※ 加算・減算は主なものを記載

サービス提供時間、利用者の要介護度及び事業所規模に応じた基本サービス費		利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する主な加算・減算	
時間	通常規模型	大規模型(Ⅱ)	加算・減算
1~2時間	要介護1: 270単位 2: 300単位 3: 330単位 4: 360単位 5: 390単位	要介護1: 258単位 2: 287単位 3: 315単位 4: 344単位 5: 373単位	短期集中的なリハビリテーションの実施 (140~280単位) 栄養状態の改善のための計画的な栄養管理 (150単位)
	要介護1: 688単位 2: 842単位 3: 995単位 4: 1,149単位 5: 1,303単位	要介護1: 658単位 2: 805単位 3: 952単位 4: 1,099単位 5: 1,247単位	個別リハビリテーションの実施 ※1 (80単位) 口腔機能向上への計画的な取組 (150単位)
6~8時間	要介護1: 688単位 2: 842単位 3: 995単位 4: 1,149単位 5: 1,303単位	要介護1: 658単位 2: 805単位 3: 952単位 4: 1,099単位 5: 1,247単位	中山間地域等でのサービス提供 (+5%) 介護福祉士や3年以上勤務者を一定以上配置 (12単位、6単位)
			定員を超えた利用や人員配置基準に違反 (30%) 看護師等による機能訓練の提供 ※2 (150単位)

※1: 1~2時間のサービスについては算定不可 ※2: 1~2時間のサービスのみ

指定介護予防通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ (1月あたり)

要支援度に応じた基本サービス費	ニーズに応じた選択的サービス	利用者の状態改善に取り組む事業所の評価
要支援1 2,496単位 要支援2 4,880単位	<ul style="list-style-type: none"> 運動機能の向上 (225単位) 栄養状態の改善 (150単位) 口腔機能の向上 (150単位) 	要支援度の維持改善の割合が一定以上(100単位)

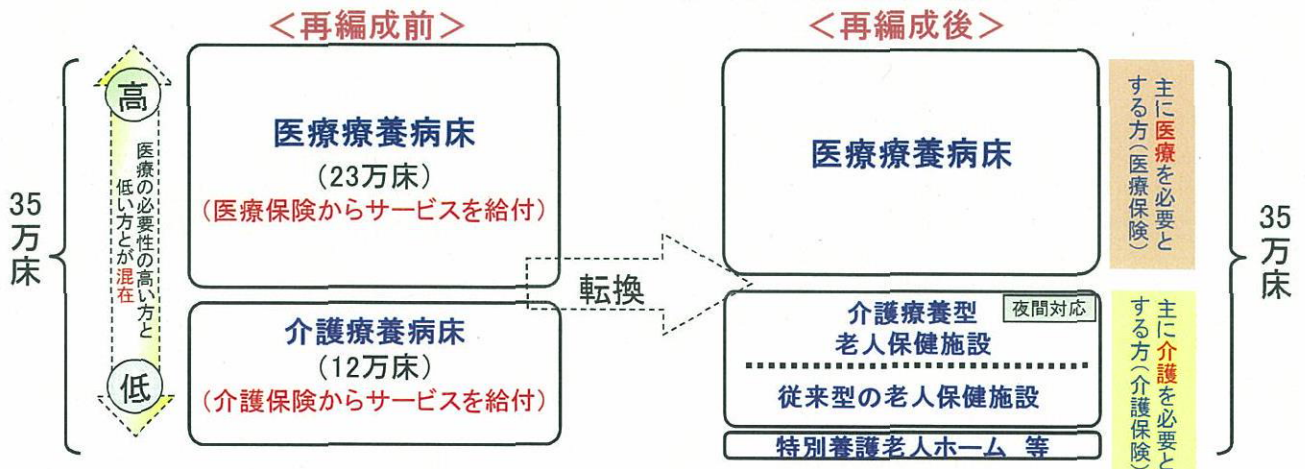
23

介護療養型医療施設について

療養病床再編成のこれまでの考え方

- 平成24年3月31日※までに、療養病床を再編成し、医療の必要度に応じた機能分担を推進することにより、利用者の実態に即したサービスの提供を図る。
⇒主に医療が必要な方には医療サービス、主に介護が必要な方には介護サービスを
- 現在の療養病床(医療療養病床、介護療養病床)に入院している患者を退院させず(ベッド数を削減せず)、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護施設等に転換するもの。
⇒医療・介護トータルの受け皿数は確保
- なお、介護施設等への転換は、医療機関の経営判断による。

※ 平成23年5月現在、転換期限を6年間延長する法案を審議中

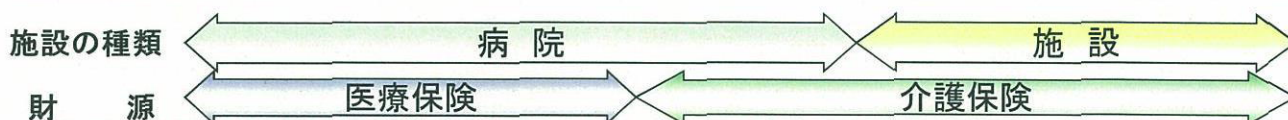


(注1)病床数は平成18年10月現在の数値。

(注2)医療療養病床からは回復期リハ病床(約2万床)を除く。

医療療養病床・介護保険施設について

	(参考) 一般病床	医療療養 病床	介護療養 病床	介護療養型 老人保健 施設	(従来型の) 老人保健 施設
ベッド数	約103万床	約26万床	約8万床	約4,000床※ ⁴ (H20.5創設)	約32万床
1人当たり 床面積	6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上	8.0㎡以上 (大規模改修までは 6.4㎡以上)	8.0㎡以上
平均的な1人当 たり費用額※ ¹ (H21改定後)	(※ ²)	約49万円	約41.6万円	約37.2万円※ ³	約31.9万円
人員配置 (100床当たり)	医師 6.25人 看護職員 34人	医師 3人 看護職員 20人 介護職員 20人	医師 3人 看護職員 18人 介護職員 18人	医師 1人 看護職員 18人 介護職員 18人	医師 1人 看護職員 10人 介護職員 24人



※¹ 多床室 甲地 要介護5の基本施設サービス費について、1月を30.4日と仮定し1月当たりの報酬額を算出。

※² 算定する入院料により異なる。

※³ 介護職員を4:1で配置したときの加算を含む。

※⁴ 平成23年2月現在 各都道府県より厚生労働省老人保健課へ報告された病床数に基づく。

26

療養病床数の推移

	医療療養病床数	介護療養病床数	療養病床数 計
平成18年4月※ ¹	263,742	120,700	384,442
平成22年12月※ ²	264,558	83,101	347,659

※¹ 確定数

※² 概数

療養病床からの転換状況

○ 平成18年7月～平成23年2月までの療養病床等からの転換状況

介護療養型老人保健施設(平成20年5月～)に転換した施設: 92施設(4,158床)

従来型老人保健施設に転換した施設: 70施設(2,277床)

特別養護老人ホームに転換した施設: 9施設(318床)

有料老人ホームに転換した施設: 5施設(198床)

認知症高齢者グループホームに転換した施設: 20施設(290床)

高齢者専用賃貸住宅に転換した施設: 3施設(45床)

合計 199施設(7,286床)

注) 各都道府県より厚生労働省老健局老人保健課に報告されている施設数・病床数に基づく。

28

介護療養病床に関する実態調査結果(概要①)

○ 介護療養病床と医療療養病床の機能分化が進んでいる。

図1. 介護療養病床と医療療養病床の機能分化(年次推移)

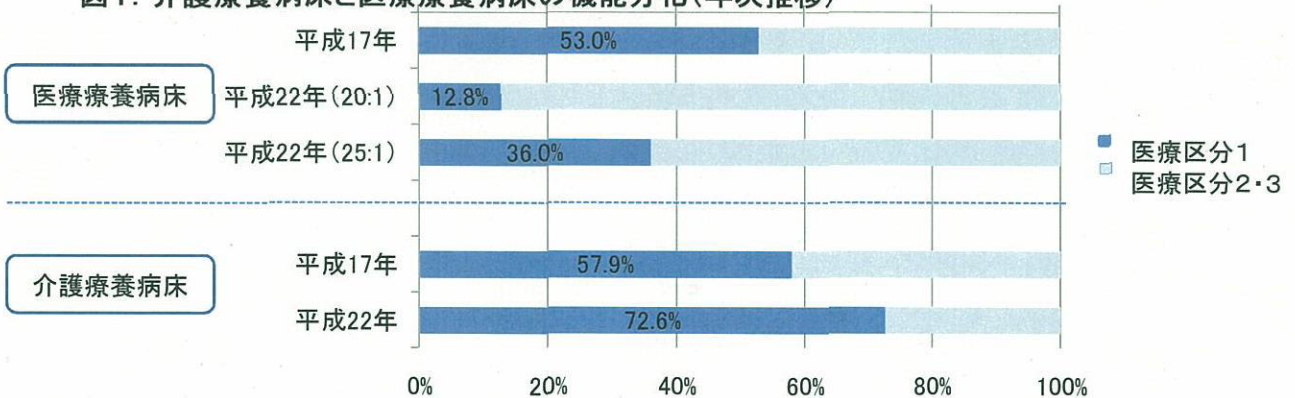
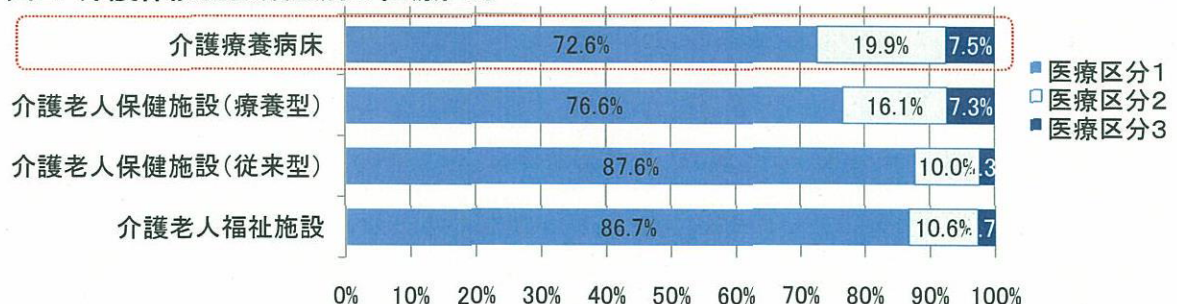


図2. 介護保険施設類型別の医療区分

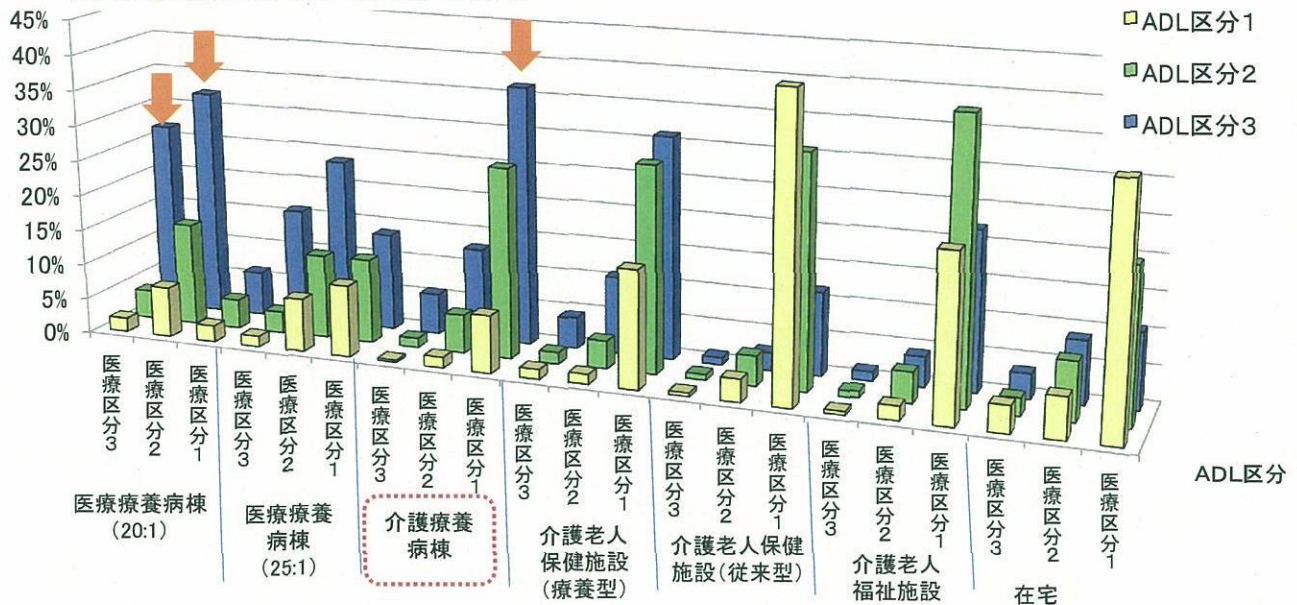


29

介護療養病床に関する実態調査結果(概要②)

○ 介護療養病床では医療区分1かつADL区分3の患者の割合が高く、医療療養病床では医療区分2又は3かであるADL区分3の患者の割合が高く、分布に差が認められる。

図3. 医療区分とADL区分の分布



30

出典:平成22年度老人保健健康増進等事業「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」(速報値)

介護療養病床に関する実態調査結果(概要③)

○ 介護療養病床は医療療養病床と比べ、「人工呼吸器」、「中心静脈栄養」、「気管切開・気管内挿管」、「酸素療法」の実施割合が低く、「喀痰吸引」、「経管栄養」は同程度実施。
○ 介護療養病床は老人保健施設と比べ、「喀痰吸引」、「経管栄養」の実施割合が高い。

	医療療養病棟 (20:1)	医療療養病棟 (25:1)	介護療養病棟	介護老人保健施設	介護老人福祉施設
総数	14,472人	13,521人	16,603人	24,013人	19,785人
中心静脈栄養	8.8%	5.3%	0.9%	0.0%	0.1%
人工呼吸器	2.2%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%
気管切開・気管内挿管	15.9%	7.2%	1.7%	0.1%	0.1%
酸素療法	19.7%	11.4%	2.9%	0.5%	0.8%
喀痰吸引	40.2%	25.6%	18.3%	2.4%	4.4%
経鼻経管・胃ろう	35.7%	29.9%	36.8%	7.3%	10.7%

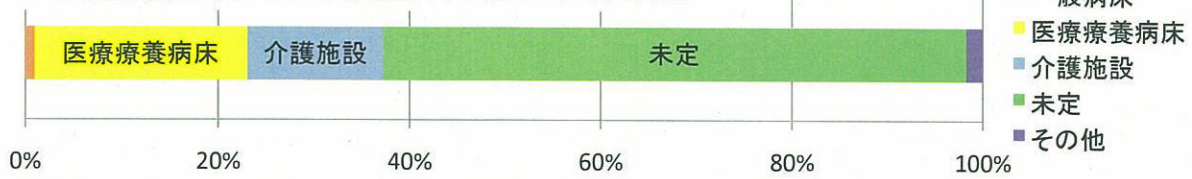
31

出典:平成22年度老人保健健康増進等事業「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」(速報値)

療養病床の転換意向について①

○ 介護療養病床の今後の転換意向は、「未定」(全体の60%)の施設が多い。

1. 介護療養病床からの転換意向(平成22年4月時点)



2. 介護療養病床の今後の転換意向を「未定」とした理由

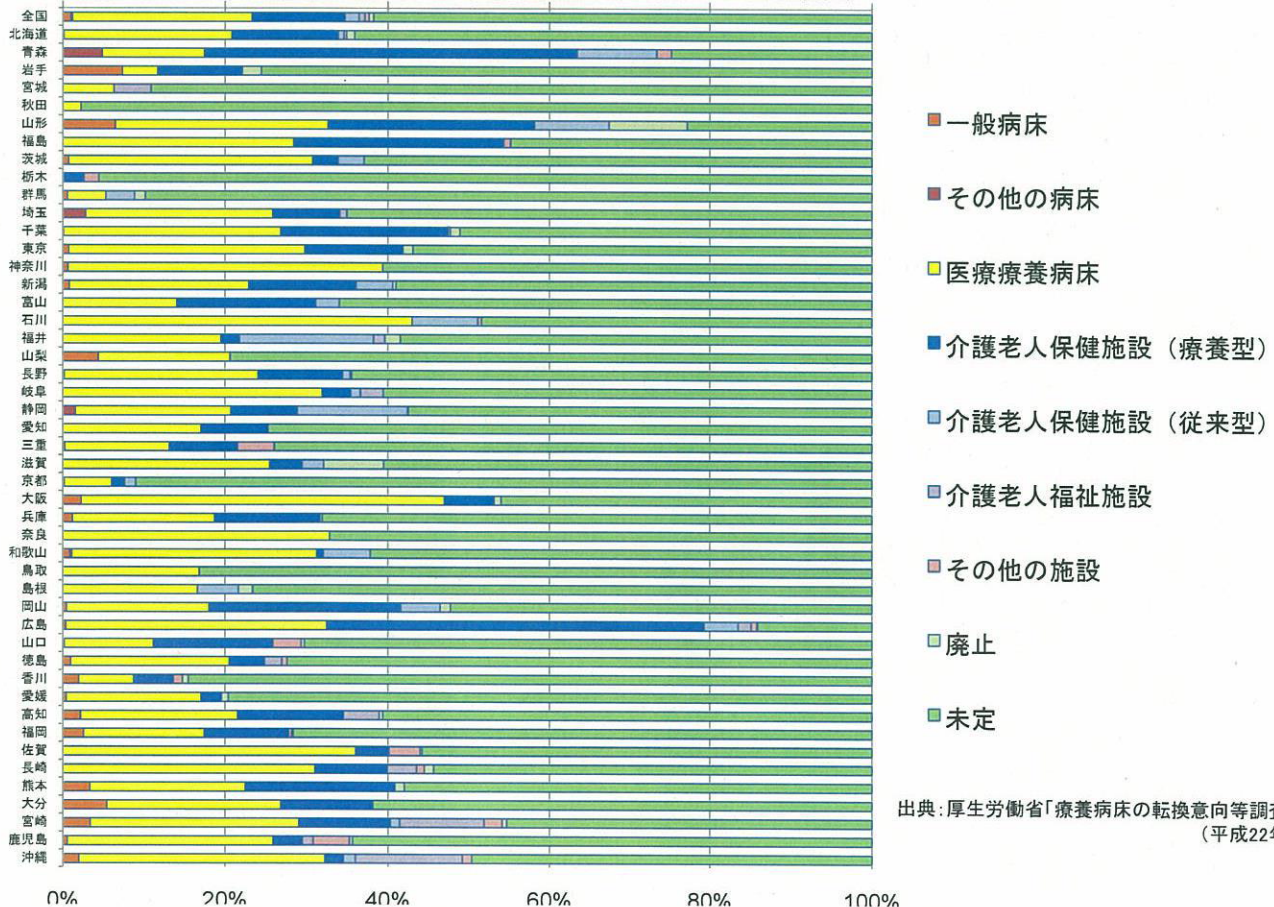
介護療養病床からの転換予定が「未定」を選択した理由(複数回答)	件数	割合	介護療養病床からの転換に係る懸念事項(複数回答)	件数	割合
24年度の医療・介護報酬同時改定の方角性をみてから判断したいため	687	58%	地域で療養病床が必要とされているため、転換が困難	449	72%
懸念事項があるため転換できない	620	52%	転換にあたって、療養病床利用者の転院先、受け入れ先を見つけるのが困難	339	55%
近隣の医療機関や介護施設から、慢性期医療の受け入れ先としてのニーズが高いため	564	47%	転換すると利用者の十分な医療的ケアができない	308	50%
現状の体制で、入院患者の症状が安定しているため	384	32%	建物改修が必要(改修費用、改修時の患者の移動、面積等)	247	40%
医療機関の方針に、現状の体制が適しているため	329	28%	転換後の資金繰りの目途が立たない	192	31%
療養病床の経営が、現状で安定しているため	255	21%	職員の配置や確保が困難	137	22%
一部の病床を転換したところであるため	28	2%	病院をやめる・転換することへの抵抗感(法人の理念、職員の意識等)	116	19%
その他	149	13%	患者や家族への説明が困難	102	16%
介護療養病床からの転換予定が「未定」を選択した医療機関数	1,190	100%	周辺に競合する老健施設等があるため、経営に不安	56	9%
			介護施設の運営ノウハウがない(事務手続き、職員の意識改革等)	57	9%
			近隣に医療機関がなく、急変時の連携が困難	20	3%
			その他	83	13%
			「懸念事項があるため転換できない」を選択した医療機関数	620	100%

出典:厚生労働省「療養病床の転換意向等調査」(平成22年度)

32

療養病床の転換意向について②

3. 都道府県別介護療養病床からの転換意向(平成22年4月時点)



出典:厚生労働省「療養病床の転換意向等調査」(平成22年度)

33

介護療養病床の取扱いについて

【現行規定】

○介護療養病床については、平成24年3月31日までに、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護施設等に転換し、制度は廃止されることとなっている。

【現状】

○平成18年で約12万床であったが、平成22年6月時点で約8.6万床であり、介護療養病床からの転換が進んでいない現状。

【方針】（法改正（介護保険法の附則）による対応）

1. これまでの政策方針を維持しつつ、現在存在するものについては、6年間転換期限を延長する。
2. 平成24年度以降、介護療養病床の新設は認めないこととする。
3. なお、引き続き、介護療養病床から老人保健施設等への転換を円滑に進めるための必要な追加的支援策を講じる。

介護療養型老人保健施設について

介護療養型老人保健施設について

○ 療養病床の転換に際し、主として介護の必要性の高い方を老人保健施設で受け止めることができるように、以下の機能を介護報酬で評価し、平成20年5月に創設。

- ① 看護職員による夜間の日常的な医療処置
- ② 看取りへの対応
- ③ 急性増悪時の対応 等

介護療養型老人保健施設における主な医療ニーズの評価

○夜勤看護職員の配置の評価

夜勤を行う看護職員を41:1以上確保(41人未満の施設はオンコール可)する本体報酬を設定。

○重度療養管理の算定

要介護4・5の患者のうち一定の状態(☆)にあるものに対し、計画的な医学的管理、療養上必要な処置を行った場合を評価。(特別療養費)

☆常時頻回の喀痰吸引を実施、人工腎臓を実施(重篤な合併症を有する状態)、膀胱または直腸障害(身体障害者障害程度等級表4級以上かつストーマ処置を実施)

○麻薬管理の評価:疼痛緩和に麻薬を必要とする者への薬学的管理指導を評価(特別療養費)

○看取り体制の評価:医師・看護師等による終末期の看取り体制を評価(ターミナルケア加算)

注)平成21年度より、従来型老健施設でも算定可能。

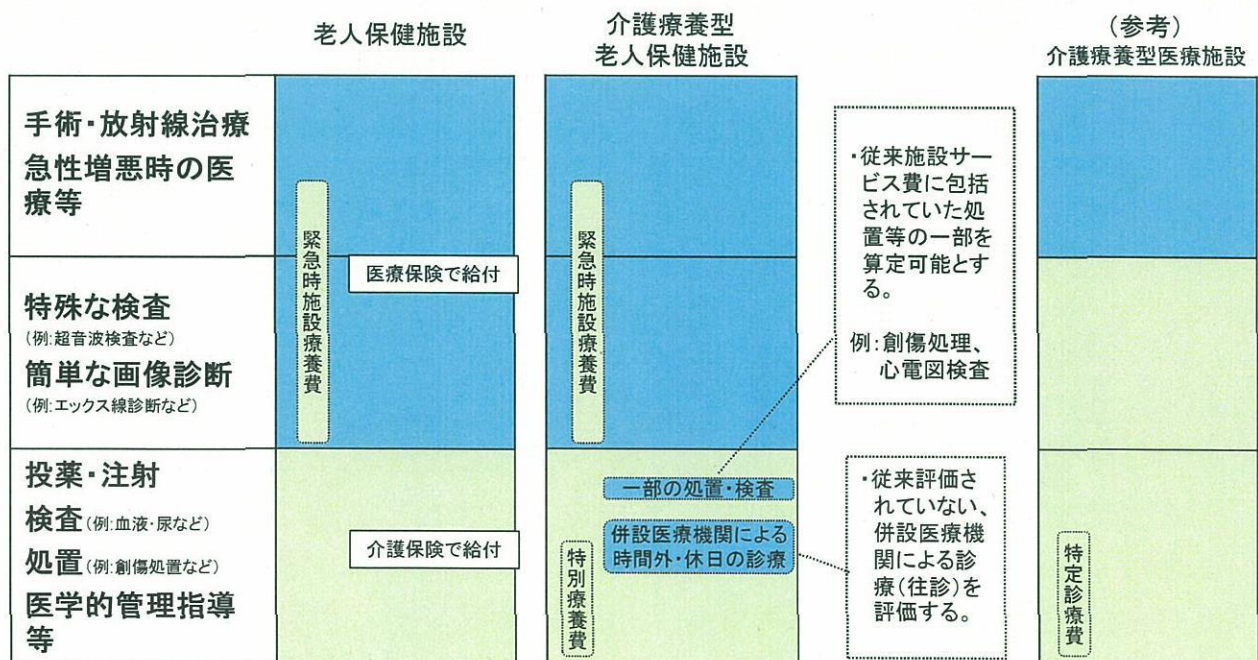
(参考)診療報酬上の評価

- ・緊急時施設治療管理料:併設保険医療機関の医師が、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合を評価
- ・急性増悪時に往診した医師が行う診療行為の評価

36

介護療養型老人保健施設の給付調整のイメージ

従来型の老人保健施設と比較して急性増悪により緊急対応を要する者が多いことから、他医療機関の医師が行う診療について、従来型の老人保健施設よりも介護報酬及び診療報酬上の手厚い評価を行っている。



(※)上図はイメージ(例えば、簡単な手術については介護老人保健施設サービス費に含まれている)。

(※)医療用麻薬、抗悪性腫瘍剤等については、老健・転換老健の両方において診療報酬を算定できる。

37

主な論点

療養病床再編成をより一層進めるために、介護療養病床や介護療養型老人保健施設の基準・報酬等について、どのような対応が考えられるか検討すべきではないか。

38

(参考1) その他の転換支援策について

○ 療養病床が老人保健施設に転換する場合の床面積等の施設基準の緩和

療養病床から転換した老人保健施設について、次の新築等を行うまでの間、1床あたり6.4㎡の経過措置を認める。

(参考)老人保健施設の床面積の基準:1床当たり8㎡

○ 療養病床から老人保健施設等への転換に伴う費用負担軽減のための措置

ア 老人保健施設等に転換する療養病床に交付金を交付

(例)既存施設を取り壊さずに新たに施設を整備した場合

・介護療養病床からの転換については、転換床数1床あたり130万円を交付

イ 療養病床の整備時の債務の円滑な償還のため、独立行政法人福祉医療機構の融資制度として「療養病床転換支援資金」を創設

・貸付限度額 : 最大7.2億円以内

・償還期間 : 最大20年以内

・貸付利率 : 財政投融資資金借入利率と同率(年間1.70%)

39

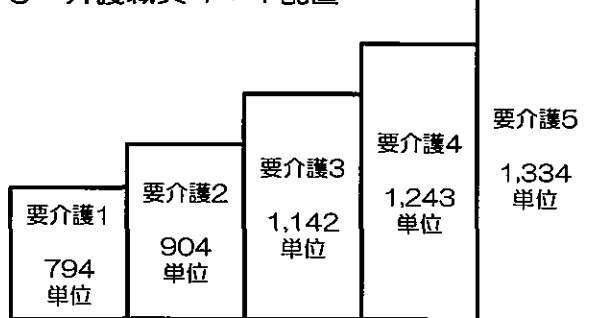
(参考2) 介護療養型医療施設の介護報酬について

(療養病床を有する病院、療養病床を有する診療所、老人性認知症疾患療養病棟が指定対象)

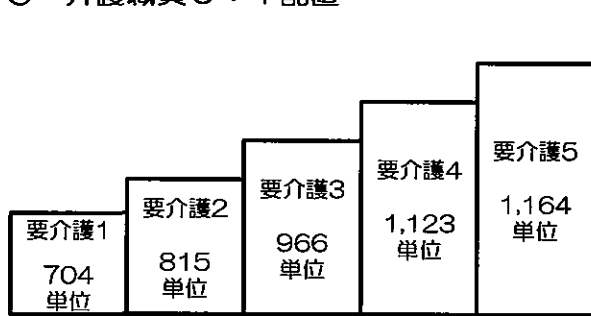
指定介護療養型医療施設の介護報酬のイメージ (1日あたり)

利用者の要介護度・職員配置に応じた基本サービス費 (療養病床を有する病院・多床室の場合)

○ 介護職員4:1配置



○ 介護職員6:1配置



利用者の状態に応じたサービス提供や施設の体制に対する加算・減算

日常的に必要な医療行為の実施 (特定診療費)
 ・感染症を防止する体制の整備 (5単位)
 ・褥瘡対策の体制の整備 (5単位)
 ・理学療法の実施 (73単位、123単位) 等

計画的な栄養管理 (14単位)

夜勤職員の手厚い配置 (7~23単位)

在宅への復帰を支援
 (在宅復帰率が
 ・50%以上: 15単位
 ・30%以上: 5単位)

介護福祉士や常勤職員等を一定割合以上配置
 (・介護福祉士: 12単位
 ・常勤職員等: 6単位)

定員を超えた利用や人員配置基準に違反 (30%)

身体拘束についての記録を行っていない (5単位)

※ 加算・減算は主なものを記載

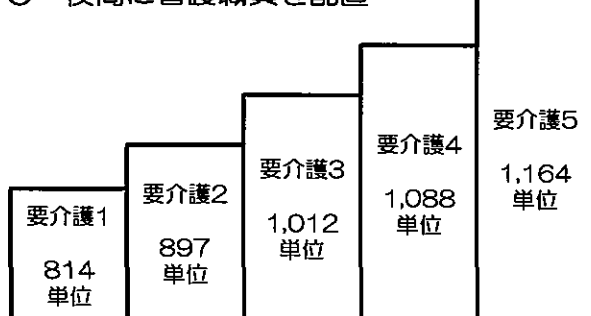
40

(参考3) 介護療養型老人保健施設の介護報酬について

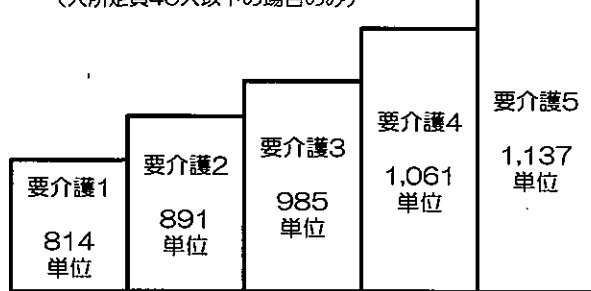
介護療養型老人保健施設の介護報酬のイメージ (1日あたり)

利用者の要介護度、看護体制に応じた基本サービス費 (多床室の場合)

○ 夜間に看護職員を配置



○ 夜間オンコール体制 (入所定員40人以下の場合のみ)



利用者の状態に応じたサービス提供や施設の体制に対する加算・減算

短期集中的なリハビリテーションの実施 (240単位)

計画的な栄養管理 (14単位)

ターミナルケアの実施
 (死亡日前
 15~30日: 200単位
 14日~当日: 315単位)

介護福祉士や常勤職員等を一定割合以上配置
 (・介護福祉士: 12単位
 ・常勤職員等: 6単位)

医学的管理の評価 (特別療養費)
 感染対策指導管理 (5単位) 等

転換前の療養体制の維持 (27単位)

定員を超えた利用や人員配置基準に違反 (30%)

身体拘束についての記録を行っていない (5単位)

※ 加算・減算は主なものを記載

41