

社会保障審議会介護保険部会（第56回）議事次第

平成28年3月25日（金）

9：00～12：00

於 東海大学校友会館 阿蘇・朝日の間

議 題

- 1 在宅医療・介護の連携等の推進
- 2 慢性期の医療・介護ニーズに対応したサービスのあり方
- 3 その他

【資料】

- 資料1 在宅医療・介護の連携等の推進
- 資料2 慢性期の医療・介護ニーズに対応したサービスのあり方
- 参考資料1 参考資料（在宅医療・介護の連携等の推進）
- 参考資料2 療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて
～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～
- 参考資料3 「療養病床の在り方等に関する特別部会」の設置について（案）

社会保障審議会介護保険部会委員名簿

阿部 泰久	一般社団法人日本経済団体連合会常務理事
伊藤 彰久	日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長
井上 由美子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事
岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
内田 千恵子	公益社団法人日本介護福祉士会副会長
遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
大西 秀人	全国市長会介護保険対策特別委員会委員長（高松市長）
岡 良廣	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
黒岩 祐治	全国知事会社会保障常任委員会委員（神奈川県知事）
小林 剛	全国健康保険協会理事長
齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会常任理事
齊藤 秀樹	公益財団法人全国老人クラブ連合会常務理事
佐野 雅宏	健康保険組合連合会副会長
鈴木 邦彦	公益社団法人日本医師会常任理事
鈴木 隆雄	桜美林大学大学院自然科学系老年学研究科教授
鷺見 よしみ	一般社団法人日本介護支援専門員協会会長
陶山 浩三	UAゼンセン日本介護クラフトユニオン会長
武久 洋三	一般社団法人日本慢性期医療協会会長
土居 丈朗	慶応義塾大学経済学部教授
栃本 一三郎	上智大学総合人間科学部教授
馬袋 秀男	民間介護事業推進委員会代表委員
花俣 ふみ代	公益社団法人認知症の人と家族の会常任理事
東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会会長
藤原 忠彦	全国町村会長（長野県川上村長）
榑田 和平	公益社団法人全国老人福祉施設協議会介護保険事業等経営委員会委員長

（敬称略、50音順）

社会保障審議会 介護保険部会（第56回）	資料 1
平成28年3月25日	

在宅医療・介護の連携等の推進

在宅医療・介護の連携等の推進

現状・課題

I. 在宅医療・介護連携に係るこれまでの取組について

- 1 いわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年を見据え、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関の連携を促進し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を受けられることができる環境を整備していくことが喫緊の課題。
- 2 在宅医療・介護連携に係るこれまでの取組については、在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、地域医療再生基金（平成25～27年度）及び地域医療介護総合確保基金（平成26年度～）等を通じて、地方自治体や医師会等の関係機関により、地域の実情に応じた医療及び介護の提供体制の構築に資する事業に取り組んできた。
- 3 さらに、平成27年度からは、介護保険法の地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業を位置付け、全国的に在宅医療・介護の連携の推進に取り組むこととしたところ。
- 4 特に、入退院時の医療介護連携については、その促進を図るため、都道府県（保健所）の調整のもと、病院及び有床診療所（以下、病院等という）職員と市町村の介護支援専門員が協議しながら、地域の実情に応じた退院調整に関するルールを策定する都道府県医療介護連携調整実証事業を実施（平成26・27年度）。

II. 在宅医療・介護連携推進事業について

- 1 在宅医療・介護連携推進事業は、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、市町村が実施主体となり、郡市区医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進することとし、平成30年4月までに全ての市町村で実施することとしている。
- 2 これまで医療行政に関する取組は、主に都道府県（保健所）が担ってきたことから、事業のノウハウや地域の医師会との連携が乏しい市町村が多い。

現状・課題

- 3 在宅医療・介護連携推進事業の8つの取組のうち、1つ以上を実施している(年度内実施予定も含む)市町村は79.8%、全てを実施している市町村は2.5%(平成27年8月1日現在の状況)である。人口規模別の実施状況によると、市町村の規模によって進捗に違いがある。
- 4 都道府県の市町村支援の程度には差があり、充実した市町村支援を実施している都道府県においては、在宅医療・介護連携推進事業の取組数が多い。

Ⅲ. 入退院時の医療と介護の連携について

- 1 入退院時における医療と介護の連携を円滑に進めるためには、病院等職員と介護支援専門員の退院調整が重要であるが、居宅介護支援事業所の利用者のうち、病院等職員から介護支援専門員への連絡がないまま退院していた割合は約4割であった(平成26年介護報酬改定検証調査)。
- 2 入院時についても、介護支援専門員から病院等職員に対して在宅生活における状況等の情報提供が行われていない割合が、地域によって差は見られるものの一定程度みられる。
- 3 入退院時における病院等職員と介護支援専門員との連携が適切に行われないケースとしては、次のようなケースが考えられる。
 - ・入院時 介護支援専門員の利用者への訪問は原則月1回程度であるため、利用者の入院を把握できず病院等へ情報提供ができないケース
 - ・退院時 要介護認定を受けていない患者(新規に要介護認定を申請し、在宅介護の導入が必要な患者)の場合に介護支援専門員への連絡が行われないケース
要介護認定を受けており、担当の介護支援専門員がいるものの、比較的要介護度が低く、家族の介護力が充足しているために、介護支援専門員への事前の連絡が行われないケース
- 4 病院等職員と介護支援専門員との入退院時の連携を促進するための取組については、広域的な医療を担っている病院等での入退院の場合、複数の市町村にまたがる連携を考慮する必要があるため、単独の市町村による取組では困難となっている。

Ⅳ. 介護保険事業(支援)計画と医療計画との関連について

- 1 現在、在宅医療・介護連携推進事業については、市町村が介護分野(介護保険事業計画)の中で取組を行い、在宅医療の整備については、都道府県が医療分野(医療計画)の中で取組を行っている。

論 点

- 1 在宅医療・介護連携推進事業については、市町村の規模によって進捗に違いがあるが、その原因として、事業実施のためのノウハウの不足や、関係団体との協力関係の構築の難しさが示されている。市町村における円滑な事業の実施及び推進を図る上で、国及び都道府県（保健所）の役割についてどのように考えるか。
- 2 広域的な医療を担っている病院等の入退院時の医療介護連携については、複数市町村にまたがる広域的な連携が必要とされるケースも多く、市町村単位で実施する在宅医療・介護連携推進事業による取組のみでは困難となっている。病院等の入退院時など、複数市町村にまたがる広域的な医療介護連携の推進を図る上で、都道府県（保健所）及び医療介護に関わる関係機関の役割についてどのように考えるか。
- 3 平成30年度は、地域医療構想を踏まえた初めての医療計画の見直しとなるが、同時に都道府県が策定する介護保険事業支援計画と、市町村が策定する介護保険事業計画についても第7期計画が策定される予定となっており、これらの計画を統合的に策定するためには、どのような視点が必要だと考えられるか。
- 4 その他
 - ・ 在宅医療・介護連携推進事業を担当する自治体や関係機関・団体の人材育成
 - ・ 効果的な医療と介護の関係職種の連携や在宅医療・介護連携推進事業に係る調査研究

社会保障審議会 介護保険部会（第56回）	資料2
平成28年3月25日	

慢性期の医療・介護ニーズに対応した サービスのあり方

介護療養型医療施設について

現状・課題

- 介護療養型医療施設は、平成18年の医療保険制度改革で、平成23年度末までの廃止が決定された。その後、介護老人保健施設等への転換が進んでいない等の理由により、平成23年の介護保険法の改正において介護療養病床の廃止・転換の期限が、平成29年度末まで延長された。
- 介護療養型医療施設は、看取りやターミナルケアを中心とした長期療養を担うとともに、喀痰吸引、経管栄養などの医療処置を行う施設としての機能を担っていることが明らかとなっており、平成27年度介護報酬改定において、これらの機能を評価した「療養機能強化型」の報酬を新設した。今後、慢性期の医療と介護のニーズをあわせもつ高齢者が増加していく中で、これらの機能を地域において確保していく必要がある。
- このような中、昨年7月に、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行うため、有識者による「療養病床の在り方等に関する検討会」を立ち上げ、議論を行い、本年1月28日に、新たな選択肢の整理案が提示されたところ。
- 今後、介護療養型医療施設を含む、慢性期の医療・介護ニーズに対応するための療養病床の在り方等については、医療・介護分野を横断して、総合的な検討を行う必要があることから、社会保障審議会に特別部会を設置して、議論を行う方向で検討している。
なお、その検討状況等については、本部会にも報告し、介護保険制度改革の中での整合性を図るものとする。

療養病床の在り方等に関する検討会

目的

- 平成27年3月に定められた地域医療構想ガイドラインでは、慢性期の病床機能及び在宅医療等の医療需要を一体として捉えて推計するとともに、療養病床の入院受療率の地域差解消を目指すこととなった。
- 地域医療構想の実現のためには、在宅医療等に対応する者について、医療・介護サービス提供体制の対応方針を早期に示すことが求められている。
- 一方、介護療養病床については、平成29年度末で廃止が予定されているが、医療ニーズの高い入所者の割合が増加している中で、今後、これらの方々を介護サービスの中でどのように受け止めていくのか等が課題となっている。
- このため、**慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行う**ため、本検討会を開催する。

検討事項

- (1) 介護療養病床を含む療養病床の今後の在り方
- (2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応するための(1)以外の医療・介護サービス提供体制の在り方

構成員

(◎は座長、○は座長代理)

- ・池端 幸彦 (医療法人池慶会理事長・池端病院院長)
- ・井上 由起子 (日本社会事業大学専門職大学院教授)
- ・猪熊 律子 (読売新聞東京本社社会保障部部長)
- ◎遠藤 久夫 (学習院大学経済学部教授)
- ・尾形 裕也 (東京大学政策ビジョン研究センター特任教授)
- ・折茂 賢一郎 (中之条町介護老人保健施設六合つつじ荘センター長)
- ・嶋森 好子 (慶応義塾大学元教授)
- ・鈴木 邦彦 (日本医師会常任理事)
- ・瀬戸 雅嗣 (社会福祉法人栄和会理事・総合施設長)
- 田中 滋 (慶応義塾大学名誉教授)
- ・土屋 繁之 (医療法人慈繁会理事長)
- ・土居 丈朗 (慶応義塾大学経済学部教授)
- ・東 秀樹 (医療法人静光園理事長・白川病院院長)
- ・松田 晋哉 (産業医科大学医学部教授)
- ・松本 隆利 (社会医療法人財団新和会理事長)
- ・武藤 正樹 (国際医療福祉大学大学院教授)

スケジュール

- 平成27年7月10日から、平成28年1月15日までに7回検討会を開催し、1月28日に選択肢の整理案を提示。
- 検討会の報告を踏まえ、社会保障審議会の部会において、制度改革に向けた議論を開始。

「療養病床の在り方等に関する検討会」による新たな選択肢の整理案（概要）

慢性期の医療・介護ニーズに対応する今後のサービスの提供体制を整備するため、**介護療養病床を含む療養病床の在り方**をはじめ、**具体的な改革の選択肢の整理**等を行うことを目的として、療養病床の在り方等に関する検討会を開催。

議論の経過

第1回～第4回：療養病床の在り方等を検討する際の論点について（※第2回に有識者・自治体関係者からのヒアリングを実施）
第5回：新たな類型に関する論点について 第6回～第7回：新たな選択肢について
平成28年1月28日「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」を公表

新たなタイプの整理案について

※ 医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で25対1のもの

現行の介護療養病床、医療療養病床（25対1）※の主な利用者のイメージ

- **要介護度や年齢が高い者が多い**
⇒ 80歳以上の高齢者、要介護度が4以上の者が大半を占める
- **平均在院日数が長く、死亡退院が多い**
⇒ 医療療養病床が約半年、介護療養病床が約1年半の平均在院日数
⇒ 介護療養病床は約4割、医療療養病床(25対1)は約3割が死亡退院
- **一定程度の医療が必要**
⇒ 医療療養病床(20対1)よりも比較的医療の必要性が低いが、病態は様々で容体急変のリスクのある者も存在

新たな選択肢を考えるに当たっての基本的な考え方

- 利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備（『**住まい**』の機能を満たす）
- 経管栄養や喀痰吸引等を中心とした**日常的・継続的な医学管理**や、**充実した看取りやターミナルケア**を実施する体制

医療・介護ニーズがあり、長期療養の必要がある者に対応する新たな類型

① **医療機能を内包した施設類型**（患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンが想定される）

② **医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型**（医療機能の集約化等により、医療療養病床（20対1）や診療所に転換。残りスペースを居住スペースに。）

※ 療養病床の在り方等に関する検討会は、療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて、サービス提供体制の新たな選択肢の整理を行うものであり、**具体的な制度設計（財源、人員配置、施設基準等）は、社会保障審議会の部会**において議論。

※ なお、今後の検討に向けたメッセージとして構成員から例えば以下のような意見があった。

- ・ 医師や看護職員、介護職員の配置については、併設の病院なり診療所での医師や職員が柔軟に対応できるような配置要件が必要。
- ・ 長期に療養し、そこで亡くなるということを踏まえると、たとえ面積は狭くても個室などのプライバシーが保てるような場にする必要がある。
- ・ 介護療養病床の廃止期限の再延長、医療療養病床の看護人員配置の経過措置の延長は、選択肢として残すべき。
- ・ 新たな類型については、低所得の受け皿となることが考えられるため、低所得者対策を認める必要がある。

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型

	現行の医療療養病床(20対1)	案1 医療内包型		案2 医療外付型	現行の特定施設入居者生活介護
		案1-1	案1-2	案2	
サービスの 特徴	長期療養を目的としたサービス(特に、「医療」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス(特に、「介護」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス	居住スペースに病院・診療所が併設した場で提供されるサービス	特定施設入居者生活介護
	病院・診療所	長期療養に対応した施設(医療提供施設)		病院・診療所と居住スペース	有料老人ホーム 軽費老人ホーム 養護老人ホーム
利用者像	医療区分ⅡⅢを中心	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分Ⅰを中心 ・長期の医療・介護が必要 			
	医療の必要性が高い者	医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者		
医療機能	・人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療	・喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理	多様なニーズに対応する日常的な医学管理		医療は外部の病院・診療所から提供
	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制	オンコール体制による看取り・ターミナルケア	併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア	
介護機能	介護ニーズは問わない	高い介護ニーズに対応	多様な介護ニーズに対応		

※医療療養病床(20対1)と特定施設入居者生活介護については現行制度であり、「新たな類型」の機能がわかりやすいよう併記している。

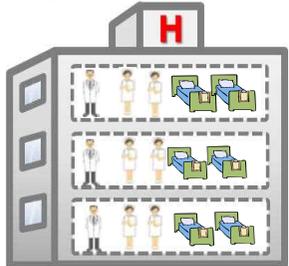
※案2について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～(平成28年1月28日 療養病床の在り方等に関する検討会)より抜粋 4

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）

医療機関 (医療療養病床 20対1)

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者。
- 医療の必要性が高い者。



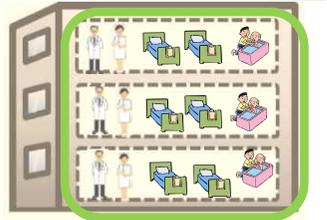
- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

医療機能を内包した施設系サービス

(患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンを提示。)

新(案1-1)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性が比較的高く、**容体が急変するリスク**がある者。



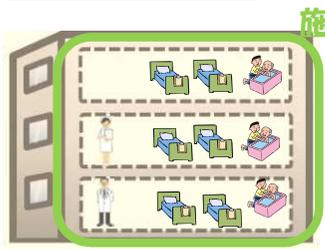
- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案1-2)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**



- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア

- 多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



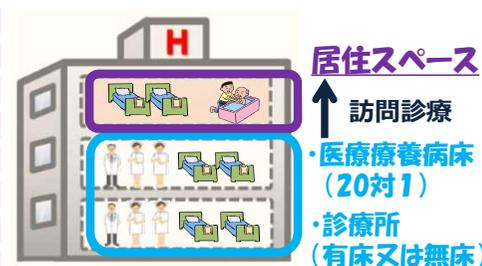
医療を外から提供する、 居住スペースと医療機関の併設

- 医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換。
- 残りスペースを居住スペースに。

新(案2)

医療機関に併設

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**



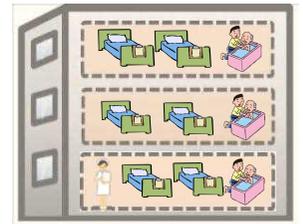
今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(注) 居住スペースと医療機関の併設について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の種類としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

現行の
特定施設入居
者生活介護

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**



- 医療は外部の病院・診療所から提供

- 多様な介護ニーズに対応

参考資料

(定義)

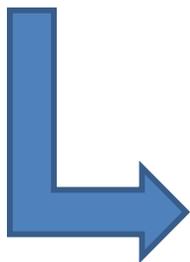
介護療養型医療施設とは、療養病床等を有する病院又は診療所であつて、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設。

(旧介護保険法第8条第26項)

(基本方針)

第一条の二 指定介護療養型医療施設は、長期にわたる療養を必要と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の必要な医療を行うことにより、その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ものでなければならない。

(指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第41号))



○医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設

介護療養型医療施設 ②人員、施設及び設備に関する基準（概要）

※療養病床を有する病院の場合

必要となる人員・設備等

介護療養型医療施設においてサービスを提供するために必要な職員・設備等は次の通り。

○人員基準

医師	医療法に規定する必要数以上 (概算で48対1)
薬剤師	医療法に規定する必要数以上 (概算で150対1以上)
看護職員	6対1以上
介護職員	6対1以上
理学療法士、作業療法士	実情に応じた適当数
栄養士	医療法に規定する必要数以上 (100床以上の場合1)
介護支援専門員	1以上 (100対1を標準とする)

○設備基準

病室	1室当たり定員4人以下、入院患者1人当たり 6.4㎡以上
機能訓練室	40㎡以上
食堂	1㎡×入院患者数以上
廊下幅	1.8m以上 (中廊下は2.7m以上)
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの

ユニット型介護療養型医療施設の場合、上記基準に加え、

- ・共同生活室の設置
- ・病室を共同生活室に近接して一体的に設置
- ・1のユニットの定員はおおむね10人以下
- ・昼間は1ユニットごとに常時1人以上、夜間及び深夜は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置
- ・ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等

介護療養型医療施設 ③人員に関する基準（詳細）

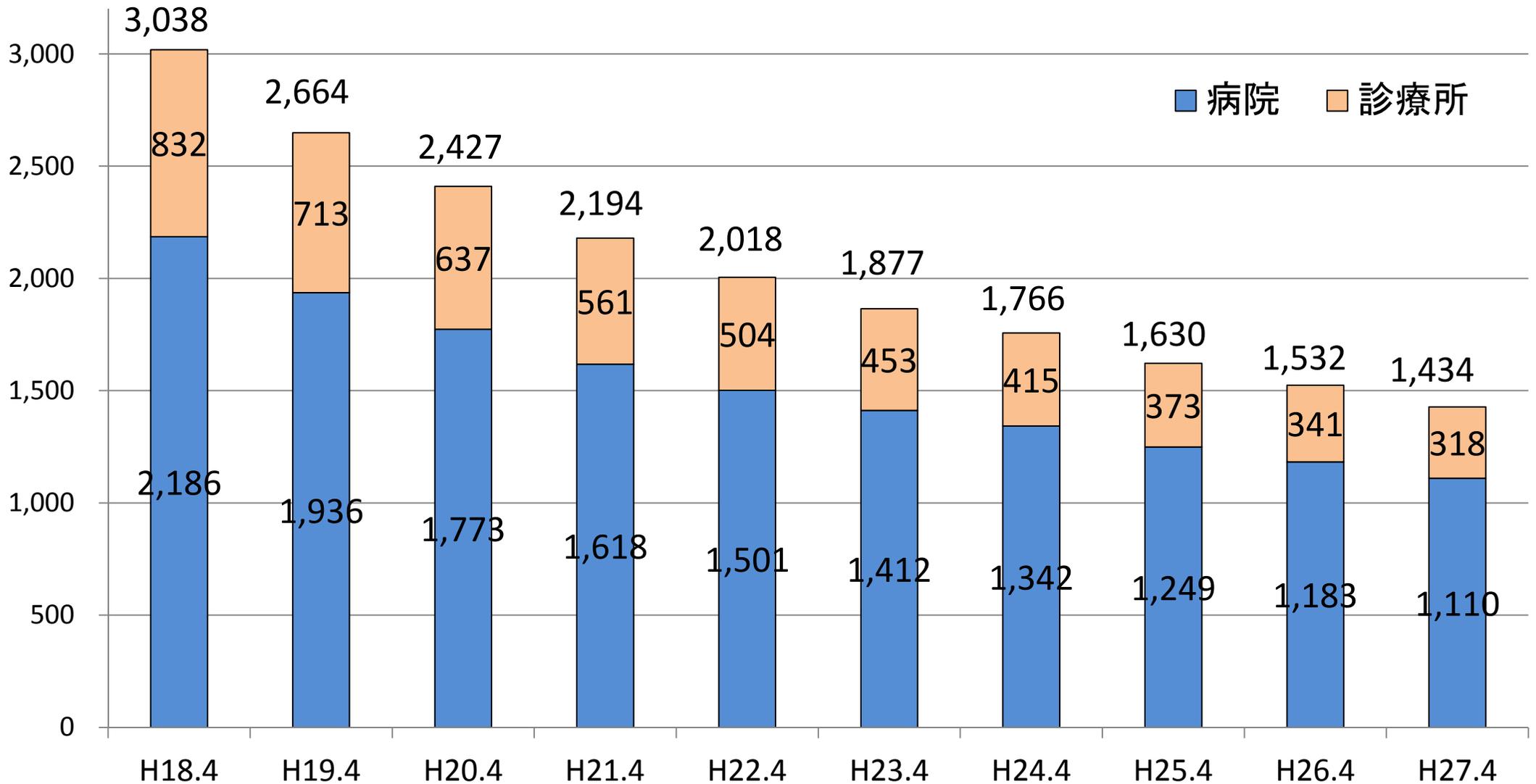
- ◆ 指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第41号）より
- ◆ 指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準について（平成12年老企第45号）より

※療養病床を有する病院の場合

医師	<ul style="list-style-type: none"> 医療法に規定する療養病床を有する病院として必要とされる数以上 (参考:医療法施行規則第19条第1項第1号) 精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を3をもつて除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。)の数と外来患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。)の数を2.5(精神科、耳鼻咽喉科又は眼科については、5)をもつて除した数との和(以下この号において「特定数」という。)が52までは3とし、特定数が52を超える場合には当該特定数から52を減じた数を16で除した数に3を加えた数
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> 医療法に規定する療養病床を有する病院として必要とされる数以上 (参考:医療法施行規則第19条第2項第1号) 精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を150をもつて除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者の数を70をもつて除した数と外来患者に係る取扱処方箋の数を75をもつて除した数とを加えた数(その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1として計算する。)
栄養士	<ul style="list-style-type: none"> 医療法に規定する療養病床を有する病院として必要とされる数以上 (参考:医療法施行規則第19条第2項第4号) 病床数100以上の病院にあつては、1
看護師又は 准看護師	<ul style="list-style-type: none"> 常勤換算方法で、療養病床に係る病棟における入院患者の数が6又はその端数を増すごとに1以上 (外来勤務と病棟勤務を兼務している職員については、勤務計画表による病棟勤務時間を比例計算の上、職員の数に参入することができる)
介護職員	<ul style="list-style-type: none"> 常勤換算方法で、療養病床に係る病棟における入院患者の数が6又はその端数を増すごとに1以上
理学療法士及び 作業療法士	<ul style="list-style-type: none"> 実情に応じた適当数
介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> 1以上 療養病床に係る病棟における入院患者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする (介護保険適用の入院患者が100人未満の施設であっても1人は配置しなければならない) (専ら従事する常勤の者、ただし入所者の処遇に支障がない場合は、当該施設の他の職務に従事できる)

- ✓ 「常勤」とは、当該指定介護療養型医療施設における勤務時間数が、当該施設において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数(1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)に達していることをいう。
- ✓ 当該施設に併設される事業所の職務であつて、当該施設の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間数の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。

介護療養型医療施設数の推移



出典：介護給付費実態調査（月報）の請求事業所数（審査月）

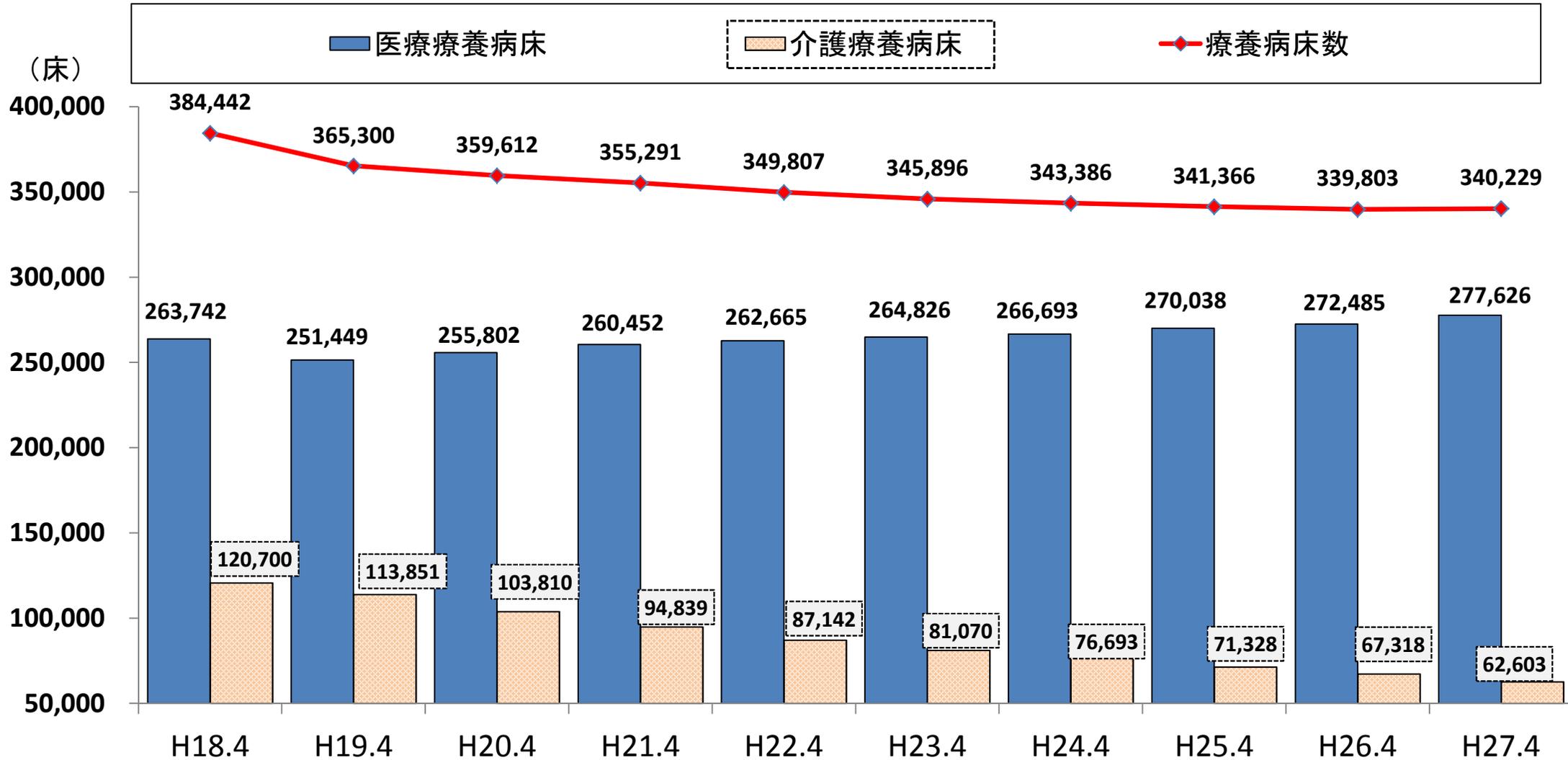
病院：療養型・療養型経過型・ユニット型療養型・認知症患者型の合計

診療所：診療所型・ユニット型診療所型の合計

※合計数には区分不明を含むため、病院と診療所を合算した数と一致しない

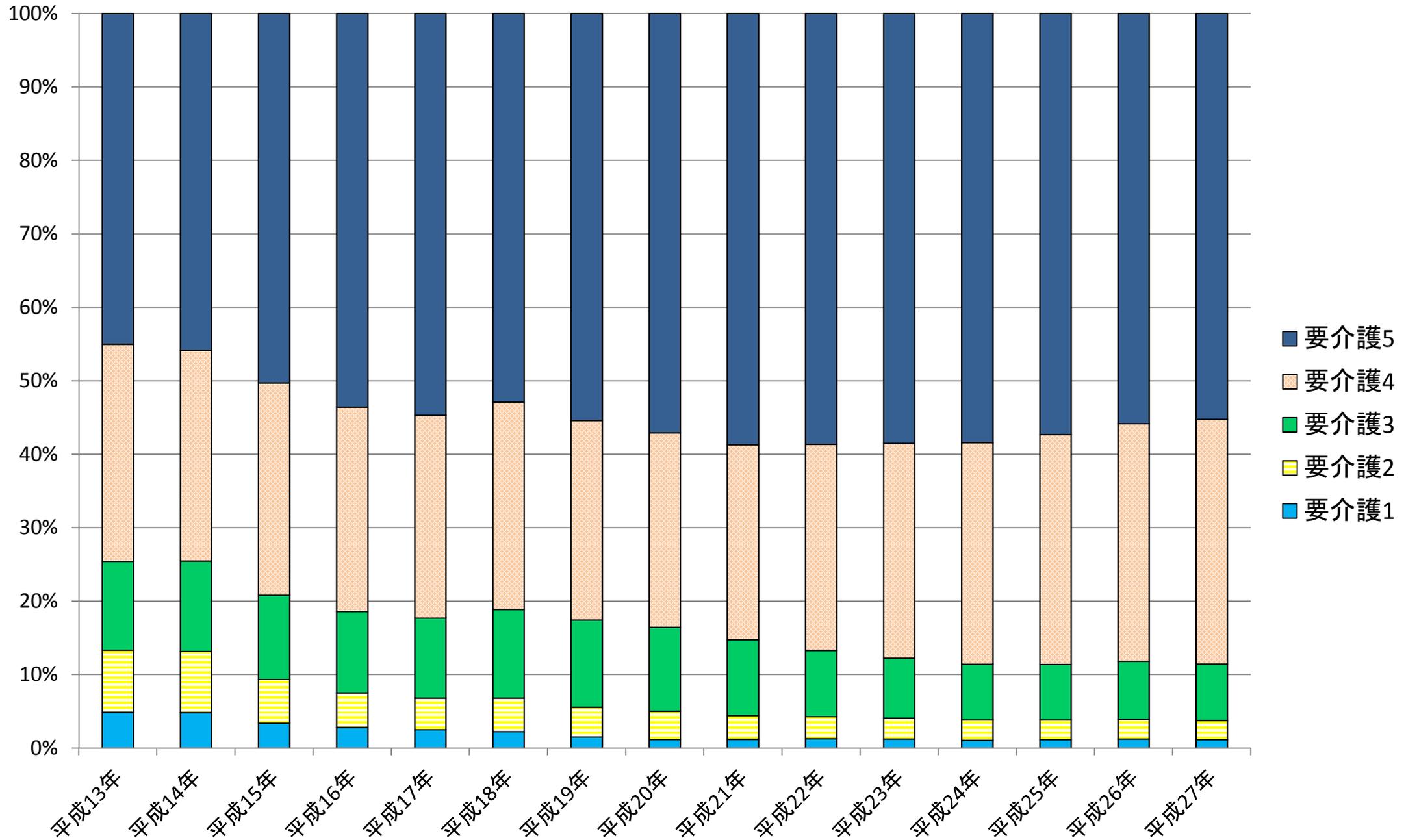
介護療養型医療施設の病床数の推移

○ 療養病床の再編成において、当初からの9年間で介護療養病床は約58千床減少した。



【出典】厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」(月報)

介護療養型医療施設の要介護度別入所者割合の推移



改定事項と概要

(1) 機能に応じた評価の見直し

○ 今後、医療ニーズの高い中重度の要介護者への対応の更なる強化が必要となる中で、介護療養型医療施設は、看取りやターミナルケアを中心とした長期療養を担っているとともに、喀痰吸引、経管栄養などの医療処置を実施する施設としての機能を担っている。このため、介護療養型医療施設が担っているこれらの機能について、今後も確保していくため、以下のとおり新たな要件を設定した上で、重点的に評価する。

- ①入院患者のうち、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が一定割合以上であること
- ②入院患者のうち、一定の医療処置を受けている人数が一定割合以上であること
- ③入院患者のうち、ターミナルケアを受けている患者が一定割合以上であること
- ④生活機能を維持改善するリハビリテーションを実施していること
- ⑤地域に貢献する活動を実施していること

介護療養型医療施設 機能に応じた評価の見直し（1）

概要

- 介護療養型医療施設は、看取りやターミナルケアを中心とした長期療養を担っているとともに、喀痰吸引、経管栄養などの医療処置を実施する施設としての機能を担っている。このため、介護療養型医療施設が担っているこれらの機能について、今後とも確保していくため、新たな要件を設定した上で、重点的に評価する。

点数の新旧

（例）療養病床を有する病院における介護療養施設サービス費のうち看護6:1、介護4:1、多床室の場合（単位/日）

	療養機能強化型A(新設)	療養機能強化型B(新設)	その他(現行)	(旧)
要介護1	778	766	745	786
要介護2	886	873	848	895
要介護3	1,119	1,102	1,071	1,130
要介護4	1,218	1,199	1,166	1,230
要介護5	1,307	1,287	1,251	1,320

算定要件

<療養機能強化型A>

- 入院患者等のうち、重篤な身体疾患を有する者^{※1}及び身体合併症を有する認知症高齢者^{※2}の占める割合が100分の50^(注1)以上であること。
- 入院患者等のうち、喀痰吸引^{※3}、経管栄養^{※4}又はインスリン注射^{※5}が実施された者の占める割合が100分の50^(注2)以上であること。
- 入院患者等のうち、次のいずれにも適合する者^{※6}の占める割合が100分の10^(注3)以上であること。
 - ① 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
 - ② 入院患者等又はその家族等の同意を得て、入院患者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること。
 - ③ 医師、看護師、介護職員等が共同して、入院患者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。
- 生活機能を維持改善するリハビリテーション^{※7}を行っていること。
- 地域に貢献する活動^{※8}を行っていること。

（注1）療養機能強化型Bは、100分の50（療養病床を有する診療所の場合は100分の40）

（注2）療養機能強化型Bは、100分の30（療養病床を有する診療所の場合は100分の20）

（注3）療養機能強化型Bは、100分の5

※1～※8については、次頁に記載

介護療養型医療施設 機能に応じた評価の見直し（2）

算定要件（続き）

<p>※1 重篤な身体疾患を有する者</p>	<p>① NYHA分類Ⅲ以上の慢性心不全の状態 ② Hugh-Jones分類Ⅳ以上の呼吸困難の状態又は連続する1週間以上人工呼吸器を必要としている状態 ③ 各週2日以上的人工腎臓の実施が必要であり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症を有する状態。なお、人工腎臓の実施については、他科受診によるものであっても差し支えない。 イ：常時低血圧（収縮期血圧が90mmHg以下） ロ：透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの ハ：出血性消化器病変を有するもの ニ：骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの ④ Child-Pugh分類C以上の肝機能障害の状態 ⑤ 連続する3日以上、JCS100以上の意識障害が継続している状態 ⑥ 単一の凝固因子活性が40%未満の凝固異常の状態 ⑦ 現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影（医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」をいう。）又は内視鏡検査（医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコープ」をいう。）により誤嚥が認められる（喉頭侵入が認められる場合を含む。）状態</p>
<p>※2 身体合併症を有する認知症高齢者</p>	<p>① 認知症であって、悪性腫瘍と診断された者 ② 認知症であって、次に掲げるいずれかの疾病と診断された者 イ：パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病） ロ：多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群） ハ：筋萎縮性側索硬化症 ニ：脊髄小脳変性症 ホ：広汎脊柱管狭窄症 ヘ：後縦靭帯骨化症 ト：黄色靭帯骨化症 チ：悪性関節リウマチ ③ 認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢb、Ⅳ又はMに該当する者</p>
<p>※3 喀痰吸引の実施</p>	<p>過去1年間に喀痰吸引が実施されていた者（入院期間が1年以上である入院患者にあっては、当該入院期間中に喀痰吸引が実施されていた者）であって、口腔衛生管理加算又は口腔衛生管理体制加算を算定されている者については、喀痰吸引が実施されている者として取り扱うものとする。等</p>
<p>※4 経管栄養の実施</p>	<p>経鼻経管又は胃ろう若しくは腸ろうによる栄養の実施を指す。ただし、診療所型介護療養施設サービスにおいては、経鼻経管、胃ろう若しくは腸ろう又は中心静脈栄養による栄養の実施を指す。また、過去1年間に経管栄養が実施されていた者（入院期間が1年以上である入院患者にあっては、当該入院期間中に経管栄養が実施されていた者）であって、経口維持加算又は栄養マネジメント加算を算定されているものについては、経管栄養が実施されている者として取り扱うものとする。等</p>
<p>※5 インスリン注射の実施</p>	<p>自ら実施する者は除くものであること。</p>
<p>※6 ターミナルケアの割合</p>	<p>基準①から③までのすべてに適合する入院患者の入院延べ日数が、全ての入院患者等の入院延べ日数に占める割合が、基準を満たすものであること。</p>
<p>※7 生活機能を維持改善するリハビリテーション</p>	<p>可能な限りその入院患者の居宅における生活への復帰を目指し、日常生活動作を維持改善するリハビリテーションを、医師の指示を受けた作業療法士を中心とする多職種の間共同によって、療養生活の中で随時行うこと 等</p>
<p>※8 地域に貢献する活動</p>	<p>地域住民への健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護療養型医療施設である医療機関の入院患者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること 等</p>

社会保障審議会 介護保険部会（第56回）	参考資料 1
平成28年3月25日	

参考資料

（在宅医療・介護の連携等の推進）

(I - 2)

在宅医療と在宅医療・介護連携の推進

	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度
市町村単位	在宅医療連携拠点事業 (国庫補助事業) (23年度10ヶ所、24年度105ヶ所)		地域医療再生基金 (平成24年度補正予算) による 在宅医療推進事業					
			地域医療介護総合確保基金 平成27年度以降は、小児等在宅医療に関する事業など、地域支援事業に位置付けられる (ア)～(ク)以外の事業					
						在宅医療・介護連携推進事業 在宅医療・介護の連携推進の事業を介護保険法の地域支援事業に 位置づけ、平成30年度までに全国の市町村で実施 (ア) 地域の医療・介護の資源の把握 (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援 (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援 (カ) 医療・介護関係者の研修 (キ) 地域住民への普及啓発 (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携		
			地域医療再生基金 (平成24年度補正予算) による 在宅医療推進事業					
都道府県単位			地域医療介護総合確保基金 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業 2 居宅等における医療の提供に関する事業 3 介護施設等の整備に関する事業※ 4 医療従事者の確保に関する事業 5 介護従事者の確保に関する事業※ ※3, 5については平成27年度以降					
			都道府県医療介護連携調整実証事業 (26年度9県、27年度8県)					

【事業の概要】

- 在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。
- 平成23年度：10カ所 平成24年度：105カ所

事業のまとめ

- 平成23年度の10ヶ所、平成24年度は105ヶ所の地域において、都道府県、市町村、医師会、在宅療養支援診療所（病院）、訪問看護ステーション等が連携拠点となり、在宅医療において、医療側から介護への連携を図る取り組みを実施。
- 各拠点においては、平成23年度の在宅医療連携拠点事業で得られた知見を活かし市町村と地域医師会が連携を図りつつ取り組みが進められた。
- 拠点事業の効果としては、在宅医療提供機関間のネットワークの構築により在宅医療提供機関数が増加するとともに、重症例への対応機能の強化につながり、在宅医療の充実と在宅医療を含めた地域包括ケアシステムの構築に寄与したと考えられる。
- また、顔の見える関係性が構築されたことで介護関係者側にとっては医療関係者へのアプローチが容易になり、医療者側の介護への理解も深まった。さらに研修会等で介護関係者の医療分野の知識の充実が図られる等を通じてケアマネジメントの質が向上していると考えられる。
- 地域包括ケアシステムの実現のためには、地域において面的に在宅医療・介護連携を展開していくことが不可欠であるが、その推進体制としては地域全体を見渡せ、中立的な立場で関係者間の調整を行うことができる市町村が中心となり、医療側から他職種も含めて地域全体に働きかけやすい医師会等の理解と協力を得て取り組むことが重要であることが改めて確認された。またその前提として都道府県レベルでの関係団体等への働きかけや調整など、都道府県が市町村を支援する体制を整えることも重要である。

< 従前 >

介護保険制度

< 改正後 >

【財源構成】

国 25%

都道府県 12.5%

市町村 12.5%

1号保険料 22%

2号保険料 28%

【財源構成】

国 39%

都道府県 19.5%

市町村 19.5%

1号保険料 22%

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)
訪問看護、福祉用具等
訪問介護、通所介護

介護予防事業
又は**介護予防・日常生活支援総合事業**
○ 二次予防事業
○ 一次予防事業
介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

包括的支援事業
○ 地域包括支援センターの運営
・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業
○ 介護給付費適正化事業
○ 家族介護支援事業
○ その他の事業

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業 (要支援1~2、それ以外の者)
○ 介護予防・生活支援サービス事業
・訪問型サービス
・通所型サービス
・生活支援サービス(配食等)
・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
○ 一般介護予防事業

包括的支援事業
○ 地域包括支援センターの運営 (左記に加え、地域ケア会議の充実)
○ **在宅医療・介護連携の推進**
○ 認知症施策の推進 (認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)
○ 生活支援サービスの体制整備 (コーディネーターの配置、協議体の設置等)

任意事業
○ 介護給付費適正化事業
○ 家族介護支援事業
○ その他の事業

従前と同様

事業に移行

事業に移行

全市町村で実施

多様化

地域支援事業

地域支援事業

(I-3, II-1) 在宅医療・介護連携推進事業 (介護保険の地域支援事業、平成27年度～)

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

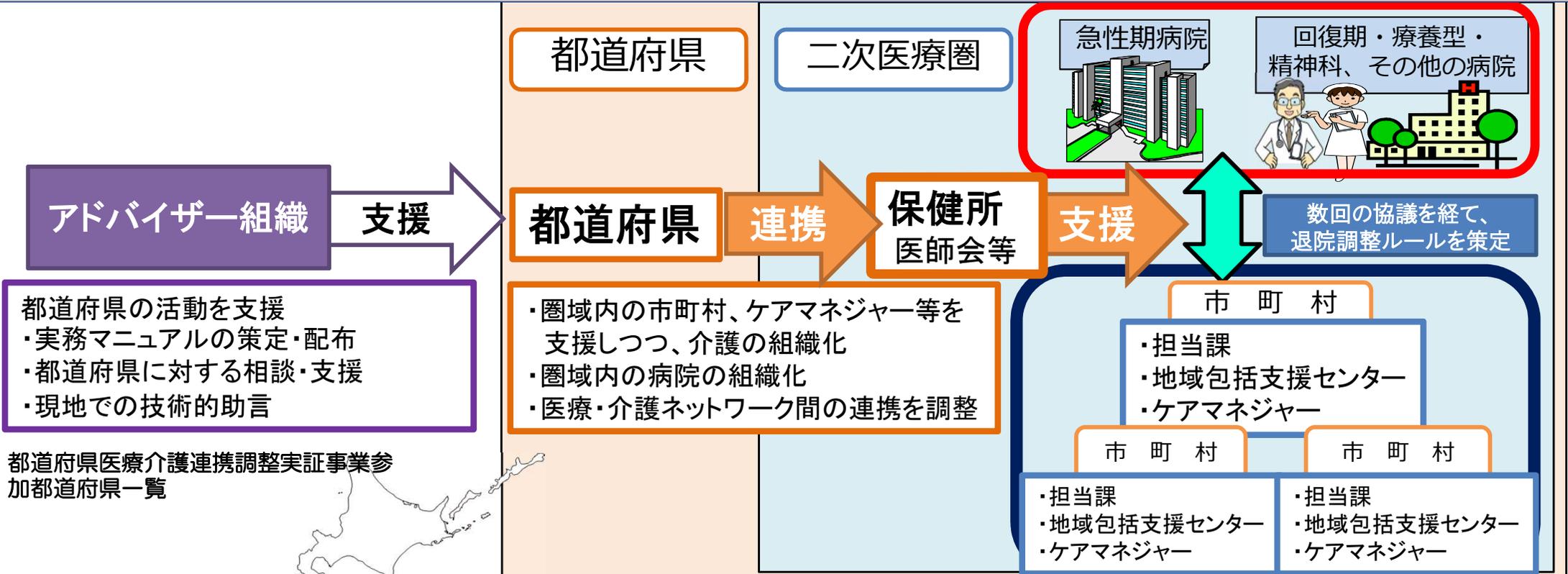
（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

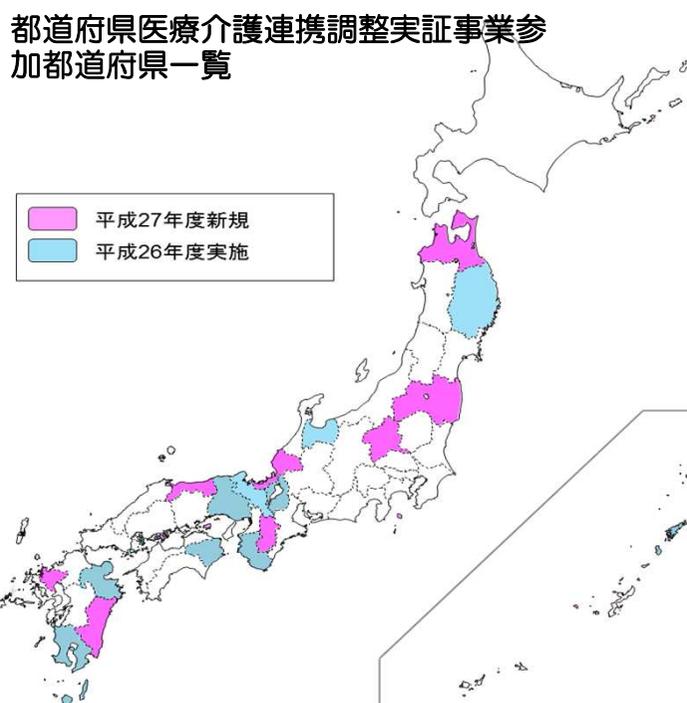
都道府県の調整のもとで、病院と市町村の介護支援専門員が協議しながら、地域の実情に応じて、病院から介護支援専門員への着実な引き継ぎを実現するための情報提供手法等のルールを作り、それを実証的に運用し、具体的なノウハウを蓄積することを目的として行う。



- アドバイザー組織**
- 都道府県の活動を支援
 - 実務マニュアルの策定・配布
 - 都道府県に対する相談・支援
 - 現地での技術的助言

- 都道府県**
- 圏域内の市町村、ケアマネジャー等を支援しつつ、介護の組織化
 - 圏域内の病院の組織化
 - 医療・介護ネットワーク間の連携を調整

- 市町村**
- 担当課
 - 地域包括支援センター
 - ケアマネジャー



実施都道府県一覧

北海道・東北ブロック		近畿ブロック	
青森県	岩手県	滋賀県	京都府
福島県		兵庫県	奈良県
		和歌山県	
関東ブロック		中国・四国ブロック	
	群馬県	鳥取県	徳島県
中部ブロック		九州ブロック	
富山県	福井県	佐賀県	大分県
		宮崎県	鹿児島県

I 現状と課題

要介護状態の患者が、在宅へ向けた退院の準備をする時に、病院から介護支援専門員(ケアマネ)に引き継ぎがなされない、いわゆる『退院調整もれ』により、必要な介護サービスがタイムリーに受けられず、在宅生活へ円滑に移行できない場合がある。

県中圏域の退院調整もれ率(H27年5月): **31%**

【原因】
病院とケアマネ(=医療と介護)の連携が不十分
(相互理解や情報共有の不足)



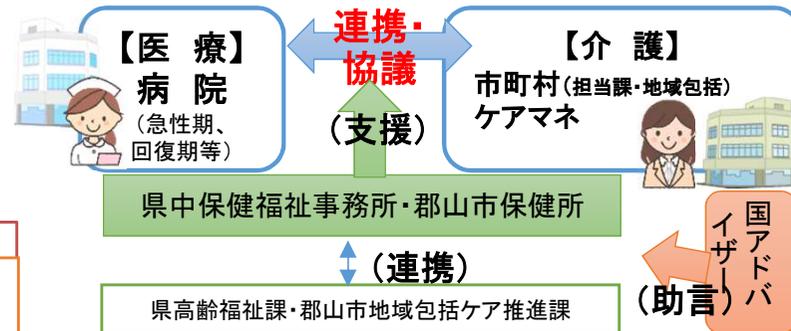
II 事業の概要

県中医療圏(二次医療圏)での退院調整ルの方策・運用

県と郡山市(中核市)が共同で実施。両者の調整のもとで、医療側(病院)と介護側(ケアマネ・市町村)とが協議しながら、地域の実情に応じた『退院調整ルール』を作り、それを実証的に運用していく。

※退院調整ルール: 疾患を問わず、圏域内のどの病院から退院しても、もれなくタイムリーに必要な介護サービスが受けられるよう、病院からケアマネへの着実な引き継ぎをするための情報提供方法等のルール

《連携調整支援事務局》
県中保健福祉事務所・郡山市保健所



III 具体的な取組・スケジュール

年度	月	会議等	
27	6	退院調整に関する実態調査(アンケート)(15~30日)	
	7	キックオフ会議(病院説明会)(17日)	180名参加
	8	ケアマネ説明会及び第1回退院調整ルール検討会(11日)	280名参加
	9		
	10	ケアマネによる第2回退院調整ルール検討会(22日)	215名参加
	11	ケアマネによる第3回退院調整ルール検討会(13日)	代表者25名
		第1回病院・ケアマネ合同会議(20日)	200名参加
	12	ケアマネによる第4回退院調整ルール検討会(16日)	150名参加
	1	ケアマネによる第5回退院調整ルール検討会(13日)	代表者25名
		第2回病院・ケアマネ合同会議(15日)	
3		退院調整ルール全体説明会(最終決定)(18日)	
28	4	退院調整ルール運用開始	
	10月以降	退院支援状況確認アンケート調査 退院調整ルール点検協議・修正	



H27.7.17 キックオフ会議(病院説明会)



H27.8.11 ケアマネ説明会・第1回検討会

IV 期待される成果

“互いの立場を理解し合い、地域全体の『退院調整ルール』をみんなで作り、活用する”

- ①“安心して在宅へ退院”
退院調整もれが減少し、患者の在宅生活への円滑な移行が可能になる。
- ②“お互いに仕事がしやすく”
多職種(病院とケアマネと市町村)が協働することにより、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなる。
- ③“市町村の取組の支援”
本事業の成果は、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の取組に活用できる。
- ④“診療報酬・介護報酬上のメリットも”
病院も居宅介護支援事業所も、ルールを活用することで、報酬上の評価や加算につながる。



(Ⅱ-2) 在宅医療・介護連携推進事業の課題、都道府県に希望する支援内容

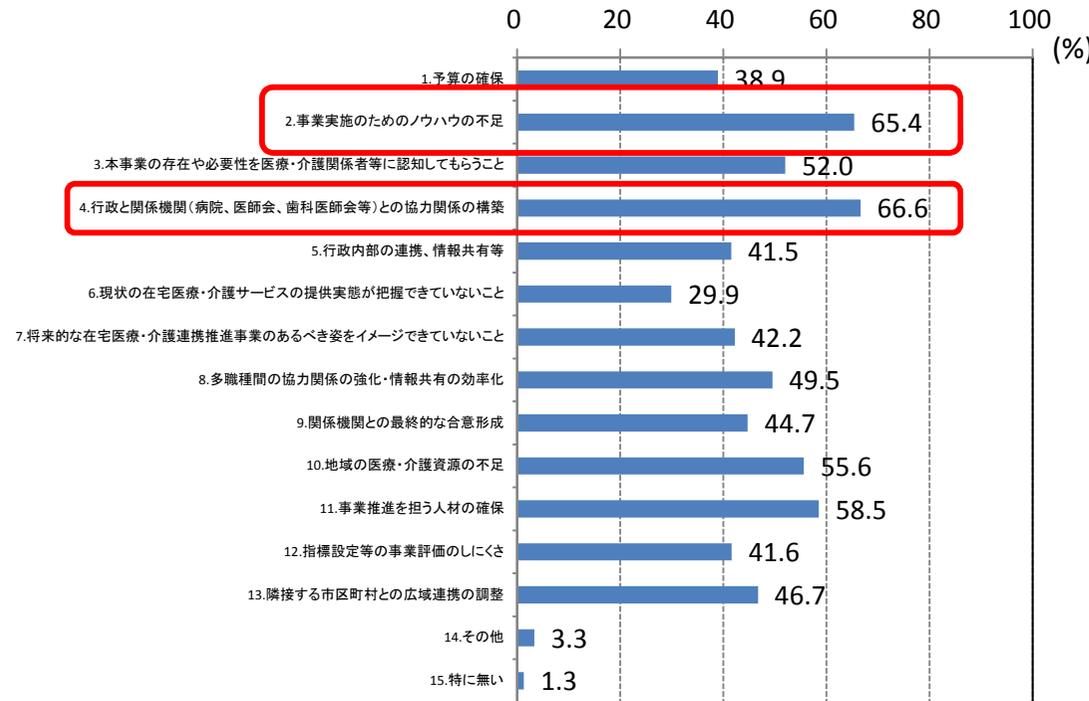
○在宅医療・介護連携推進事業を実施する中での課題

関係機関(病院、医師会、歯科医師会等)との連携、事業実施のためのノウハウが不足と回答している市町村が多かった。

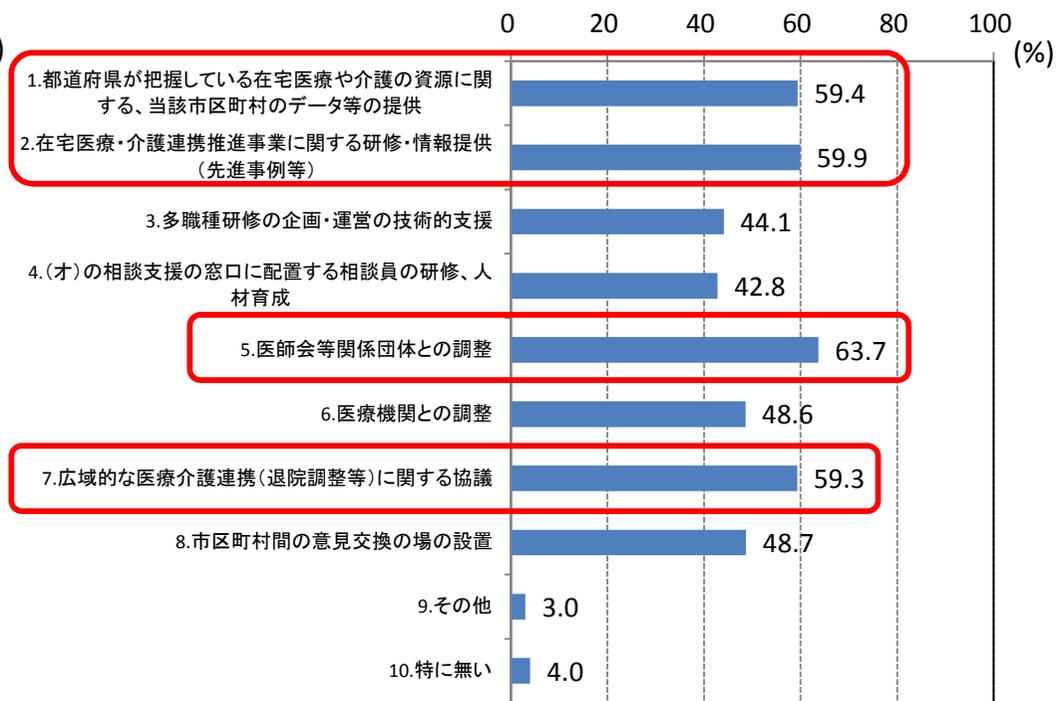
○都道府県からの支援を希望する取組

医師会等の関係団体との調整、在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供、都道府県が把握している在宅医療・介護のデータ提供、広域的な医療介護連携(退院調整等)を希望する市町村が多かった。

在宅医療・介護連携推進事業を実施する中での課題



都道府県からの支援を希望する取組



出典 平成27年度老人保健健康増進等事業

「地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査研究事業」(野村総合研究所)(速報値)

(Ⅱ-3) 在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査結果について

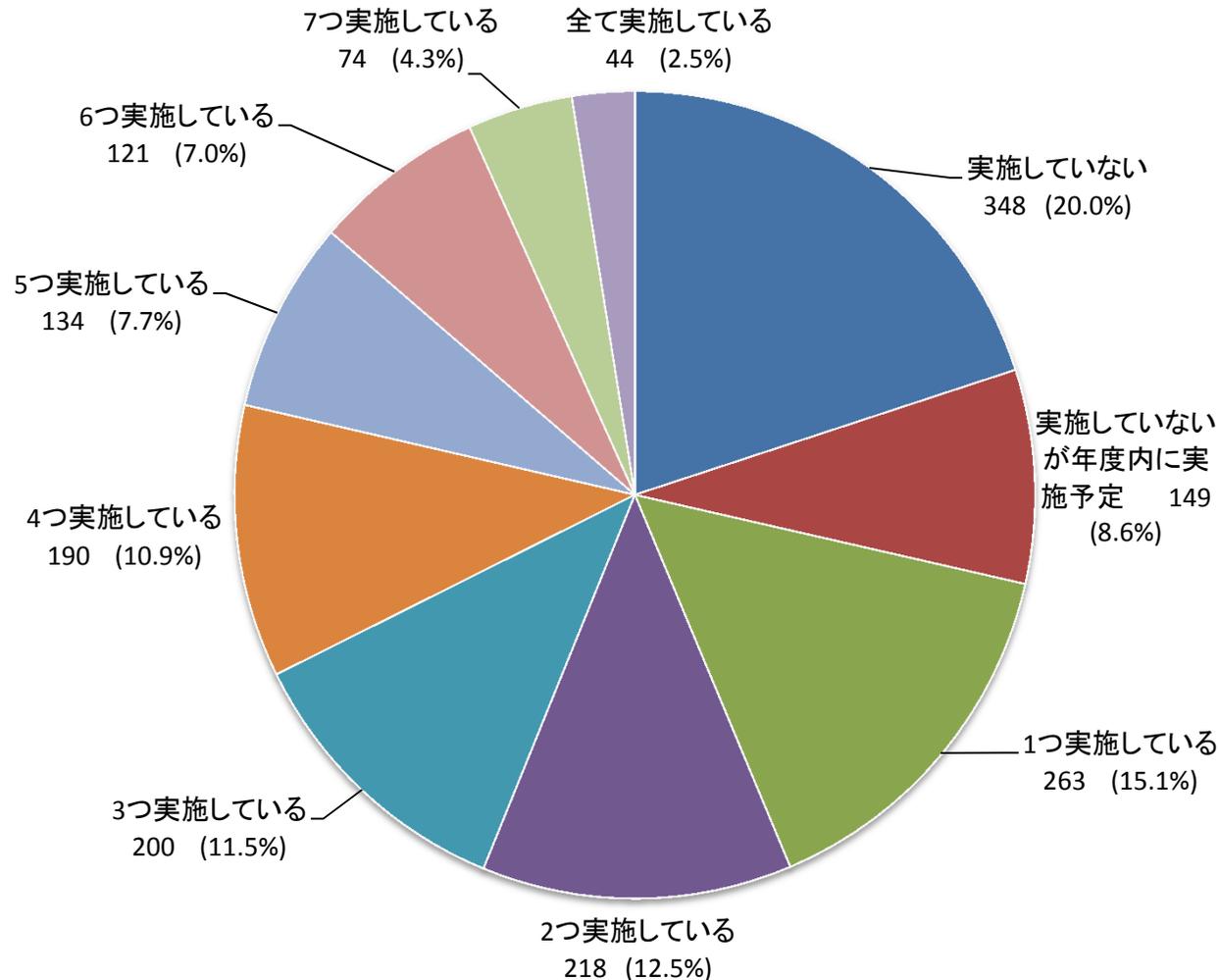
○調査目的 在宅医療・介護連携推進事業については、介護保険の地域支援事業に位置付けられ、実施可能な市町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市町村で実施することとしている。

このため、全国の市町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況を把握し、事業の円滑な導入及び充実に向けて必要な基礎資料を得ることを目的とした。

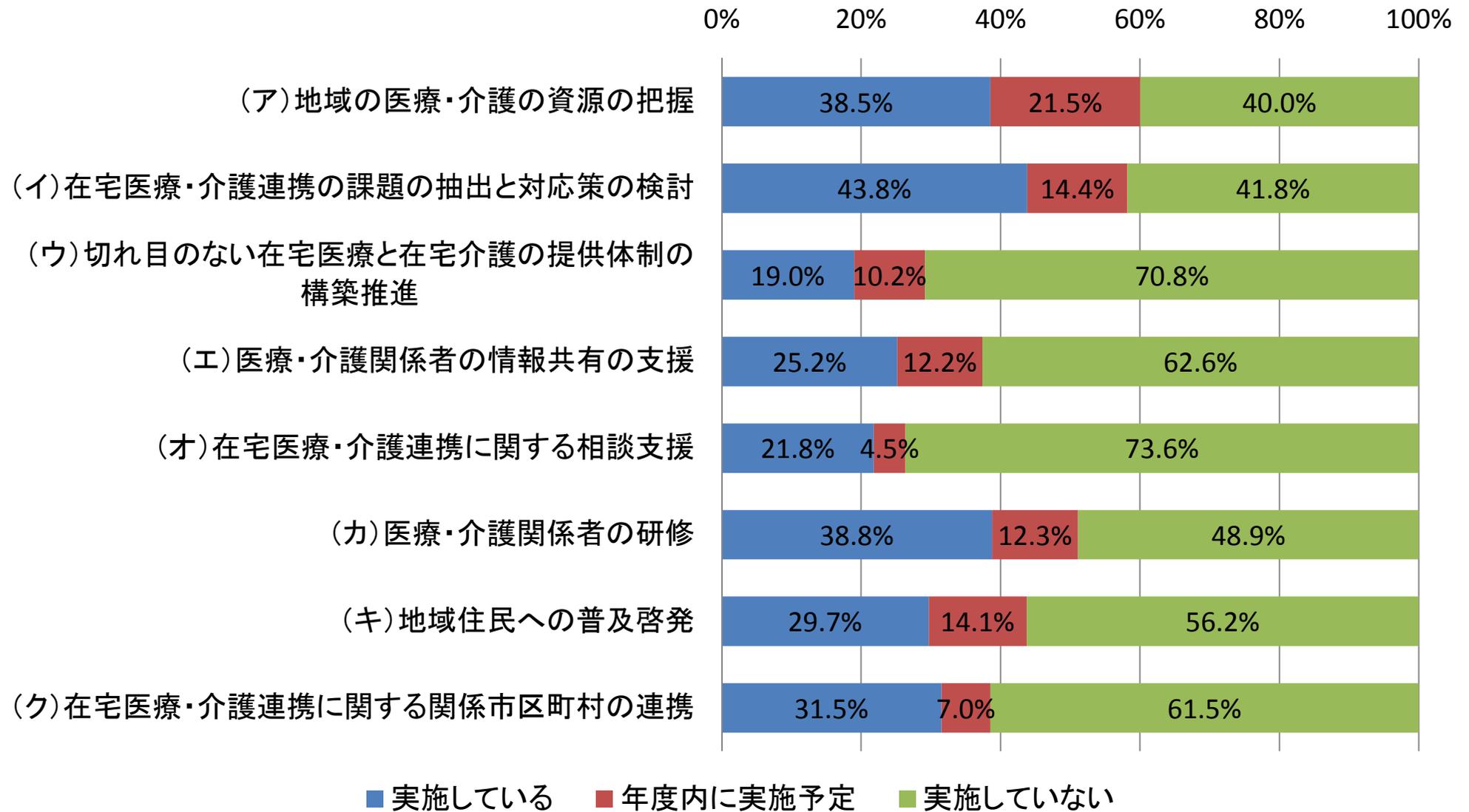
○調査対象 全国1,741市町村

○調査時期 平成27年9月（平成27年8月1日現在の状況）

○市町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況 (n=1,741)



(Ⅱ-3) 市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の各取組 (ア)～(ク) 毎の実施状況

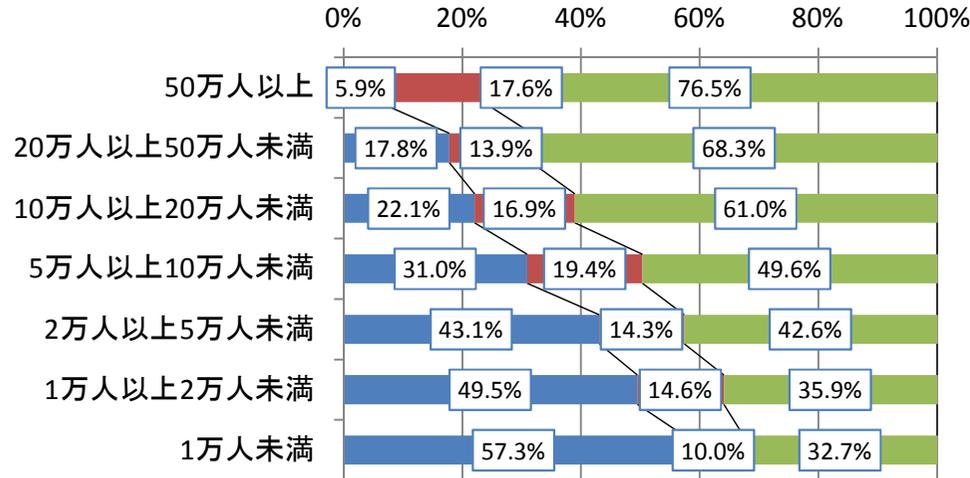


(n=1,741)

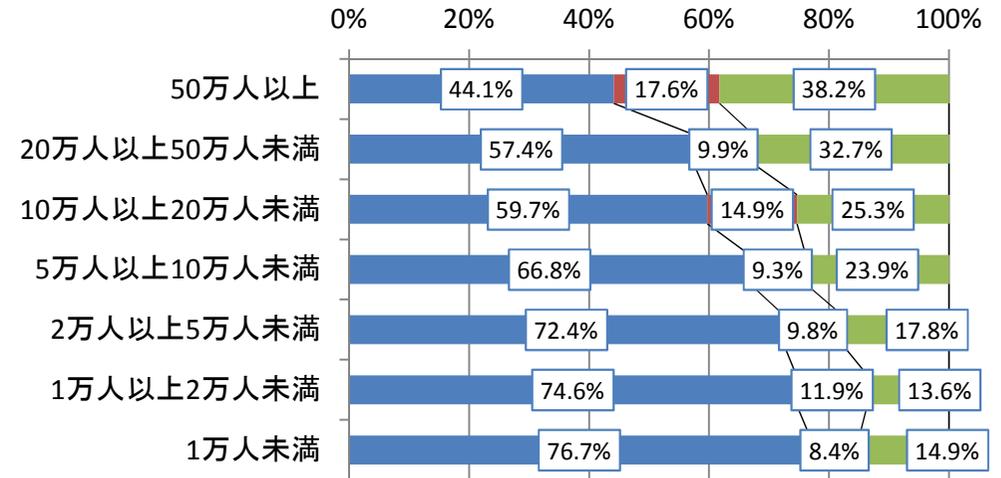
(Ⅱ-3) 人口規模別の在宅医療・介護連携推進事業の実施状況

※主な取組として、(イ)、(ウ)、(オ)、(カ)を例示

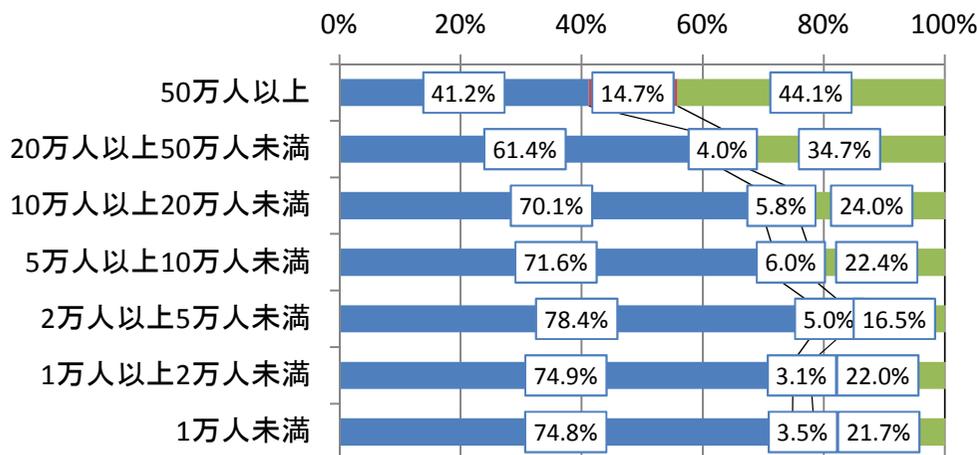
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討



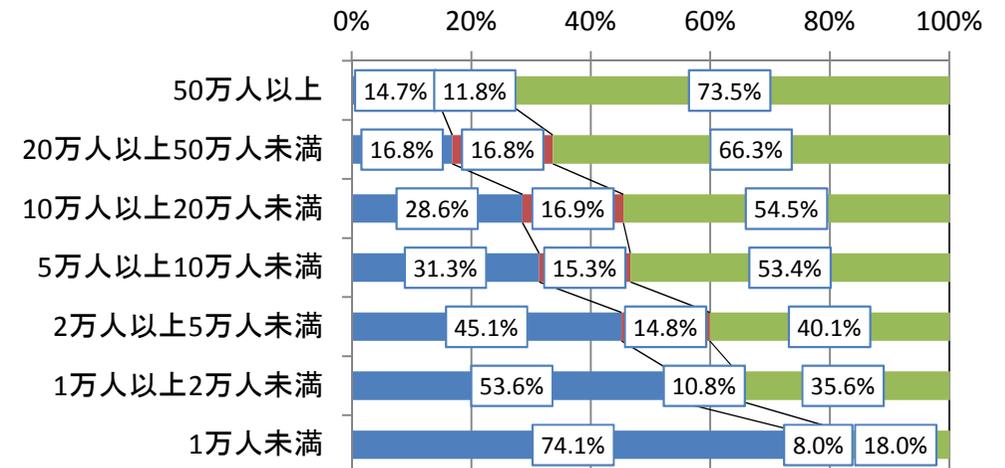
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進



(オ) 在宅医療・在宅介護に関する相談支援



(カ) 医療・介護関係者の研修



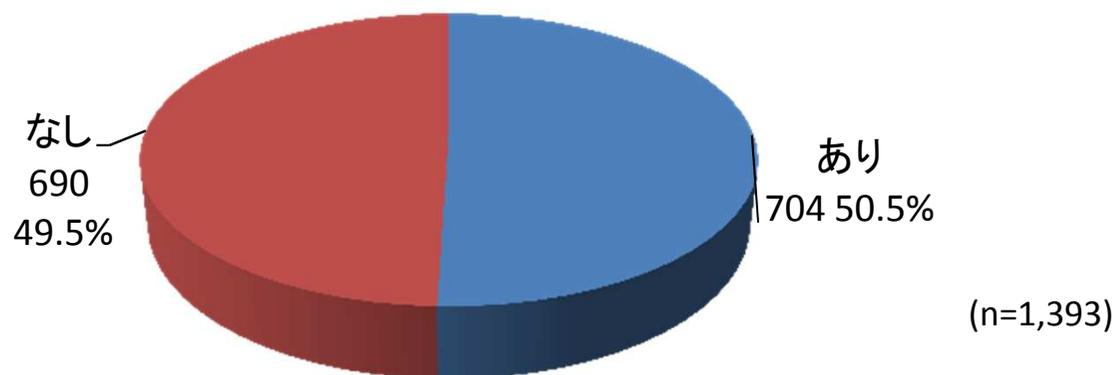
■ 実施していない ■ 実施していないが、年度内に実施する予定である ■ 実施している

市町村の規模によって進捗に違いがある

(n=1,741)

(Ⅱ-4) 市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の都道府県の支援状況

- 在宅医療・介護連携推進事業の(ア)～(ク)の取組のうち、都道府県(保健所)の支援の有無について ※(ア)～(ク)の取組のうち、1つ以上該当した市町村数



(参考)在宅医療・介護連携推進事業の(ア)～(ク)の取組の平均実施数が多かった上位3県の市町村のうち、都道府県・保健所による市町村支援があったと回答した割合

	平均実施数	都道府県・保健所による支援の割合
福井県	5.6	94.1% (17市町村中16市町村)
滋賀県	5.5	94.7% (19市町村中18市町村)
岡山県	4.8	74.1% (27市町村中20市町村)

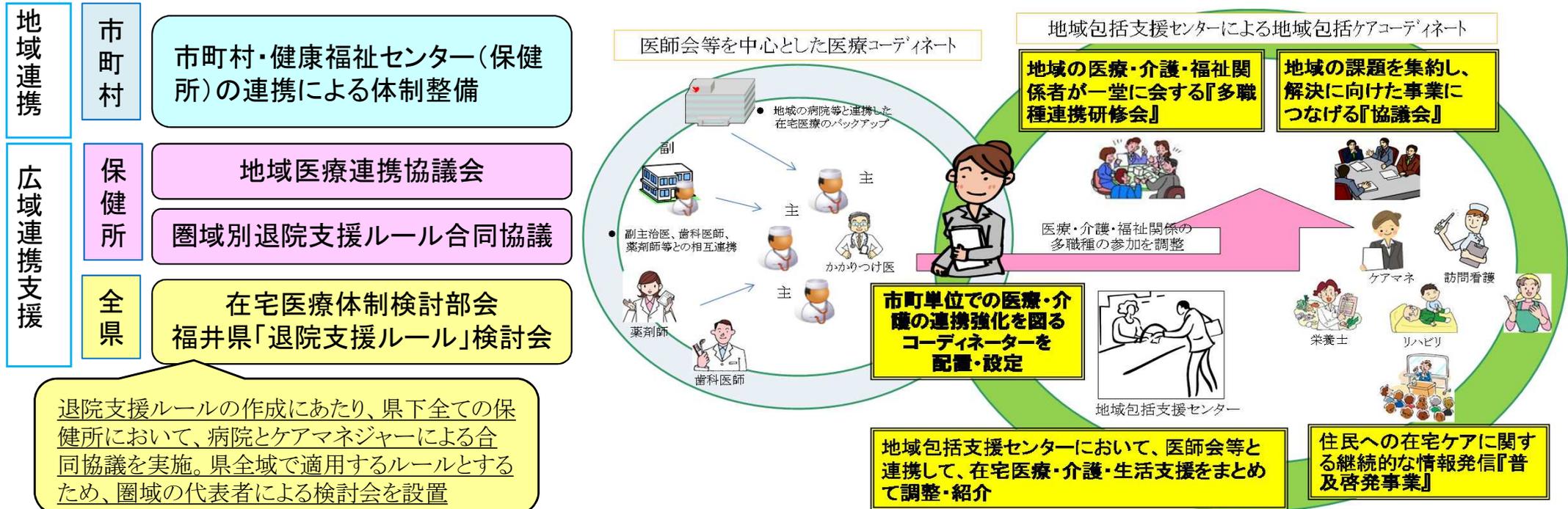
(Ⅱ-4) 都道府県（保健所）による市町村支援の取組事例

福井県の取組事例

- 広域での情報共有や連携をサポートするため、全県単位での検討会を設置するとともに、保健所単位で地域医療連携体制協議会を活用した広域連携の調整支援を実施
- 全ての市町で、在宅医療・介護の連携強化を図るコーディネーター（保健師または看護師）を配置し、医師会等の関係機関と連携して、地域の実情に応じた在宅ケア体制整備を実施。あわせて、コーディネーター対象の研修会を実施し、体制整備の要点を伝達。
- その他の市町村支援として、
 - ①各市町への個別訪問を実施。先行事例の資料提供や診療報酬改定等の国動向を伝達
 - ②地域毎の在宅医療の提供状況等の各種データの提供
 - ③広域連携にかかる取組は県が集中支援



福井県17市町 平均実施数5.6個(47都道府県中最も多い実施数)



退院支援ルールの作成にあたり、県下全ての保健所において、病院とケアマネジャーによる合同協議を実施。県全域で適用するルールとするため、圏域の代表者による検討会を設置

福井県における医療介護連携に係る会議等

福井県における市町単位での在宅ケア体制整備の方向性

滋賀県の取組事例

- 県が目指す在宅医療推進の方向性や保健所、市町、医師会等の関係機関の役割を明示
⇒市町が事業を推進しやすい環境づくり
- 県が(ア)～(ク)の取組毎に市町村への具体的な支援策 とスケジュールを提示
- 医療介護連携や在宅医療に関する数値目標を設定
⇒退院調整体制整備病院数、地域連携クリティカルパス実施病院等の連携に関する目標や在宅医療に関する目標を設定
- 保健所が積極的に市町を支援
⇒地域医師会との調整や地域の退院支援ルールの作成など市町域を超える体制整備や市町担当職員対象の会議を開催



滋賀県19市町 平均実施数5.5個(47都道府県中福井県に次いで多い実施数)

県

- ・県が目指す在宅医療推進の方向性
- ・保健所、市町、医師会等の関係機関の役割明示⇒市町が事業を推進しやすい環境づくり

保健所

- ・地域医師会と市町との連絡調整
- ・今まで保健所が行ってきた在宅医療推進事業と今後市町が行う事業の整理、役割分担
- ・市町に伴走し、事業推進に関する提案や実施
- ・病院バックアップ機能、退院支援ルールなど市町域を超える体制整備
- ・郡市医師会や病院等関係機関に対する市町事業への協力要請
- ・市町担当部課長等を対象とした在宅医療・介護推進のための会議

市町

- ・事業の実施主体
- ・開業医や介護事業者など地域に根差した在宅医療・介護人材との関係性の構築

<p>ア) 地域の医療・介護の資源の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎ 在宅医療提供機関〔診療所（医科、歯科）、訪問看護、病院、薬局等〕情報 ◎ 在宅看取り実施機関に関する情報集約と提供 ◎ その他、県（保健所）が把握しているデータ及び資料提供 	<p>オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎ 医療・介護関係者の連携を調整・支援する人材の育成を行う ◎ 県内の連携調整実践者による情報共有の場を設ける
<p>イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の医療機関・介護事業者等の参画が得られやすいよう関係団体への協力依頼 ◎ 市町間の情報交換の場を設置し、自市町の特徴（課題）の明確化を支援する ○ 県内各地の多職種研究会等の情報提供 	<p>カ) 医療・介護関係者の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域リーダー活動の推進を目的に情報交換会を行う ◎ 成人病センター及び滋賀医科大学が実施する人材育成研修への参加、出前講座の活用 ◎ 上記研修受講者を市町の実践者として活躍してもらえるよう連携する ◎ 県と医師会共催で開催する在宅医療セミナープログラムの提供と活用を促す
<p>ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎ 先行事例や好事例を把握し、そのノウハウを情報提供する 	<p>キ) 地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 県（保健所）作成の啓発紙等の情報提供 ○ 市町と県が役割分担をおこなった上で啓発に取り組む
<p>エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎ 三次及び二次圏域における既存の情報共有のためのルールの運用状況の評価検討 ○ 地域連携クリティカルパスの活用 ○ 多職種・他施設の情報共有を実現する在宅療養支援システム「淡海あさがおネット」の活用 	<p>ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村間の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 二次および三次医療圏内の病院から退院する事例に関して、県、保健所等は積極的に関係機関との調整を行い、情報共有の方法等に関する協議検討を行う

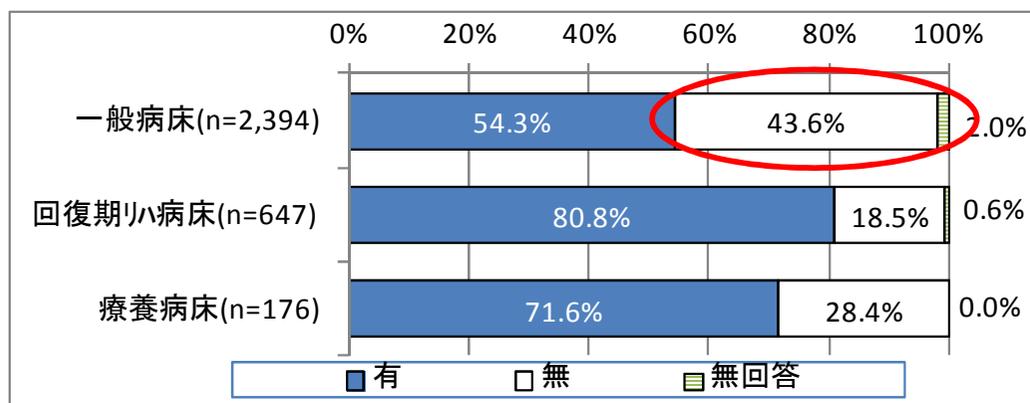
滋賀県（保健所）が実施している支援内容 ◎;H27強化 ○;継続

(Ⅲ-1,2,3) 入退院時における医療と介護の連携の現状と課題

病院への入院時の情報提供率及び退院時の退院調整率の現状

○介護報酬改定検証調査(26年度実施分)リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査研究

居宅介護支援事業所の利用者のうち、病院(一般病床)から退院時に介護支援専門員への引継ぎがなく退院していた割合は43.6%であった。



○都道府県医療介護連携調整実証事業(平成26年度)

入院時に情報提供がなかった割合(ケアマネ⇒病院) 33%~74%

退院時に退院調整がなかった割合*(病院⇒ケアマネ) 15%~41%

※病院から退院した利用者のうち、退院前に病院からケアマネへの引継ぎがなかった割合

	岩手県盛岡	岩手県宮古	富山県砺波	滋賀県大津市	和歌山県新宮
入院時情報提供書提出なし(%)	/	/	33	50	57
退院調整なし(%)	34	19	18	39	30
	京都府中丹東	兵庫県但馬	徳島県徳島保健所	大分県中部	鹿児島県鹿児島
入院時情報提供書提出なし(%)	/	53	74	66	44
退院調整なし(%)	15	20	41	27	31

課題

入院時

- ・介護支援専門員は、利用者宅への訪問が原則月1回であり、入院したことに気づかない(または遅れて知る)場合、介護支援専門員から病院への適時の情報提供がなされない。
- ・入院時情報連携加算が算定可能な期間(入院から7日以内)を過ぎてしまった場合、病院に情報提供しないことが多い。(病院にとっては7日を過ぎていても有用な情報であるが、介護支援専門員側はそう思っていない)

退院時

- ・退院後、あきらかに介護が必要な要介護度の高い患者や、経済面等での退院調整の必要が明確な患者は、病棟から地域連携室等に引き継がれ、地域連携室職員により介護支援専門員との退院調整が行われる。しかし、比較的軽度な患者(要支援~要介護2相当)は、病棟スタッフが介護支援専門員との退院調整の必要性に気づかず、そのまま退院してしまうケースが多いと考えられる。
- ・患者が要介護認定が必要かどうかについて、特に要支援~要介護1・2あたりを判断するのは難しい。

市町村における在宅医療・介護連携と 病院の入退院時における医療介護連携の関係について

① 病院の入退院時における医療介護連携

・複数市町村にまたがる医療介護連携

例えば広域的な医療を担っている病院の入退院時における医療介護連携の場合、複数市町村にまたがる広域的な医療介護連携の取組が求められる。

・入退院に関わる病院等職員と介護支援専門員等との連携

退院支援を担う病院等職員(病棟看護師や地域連携室のMSW等)と在宅介護サービスの調整を担う介護支援専門員等との連携が求められる。

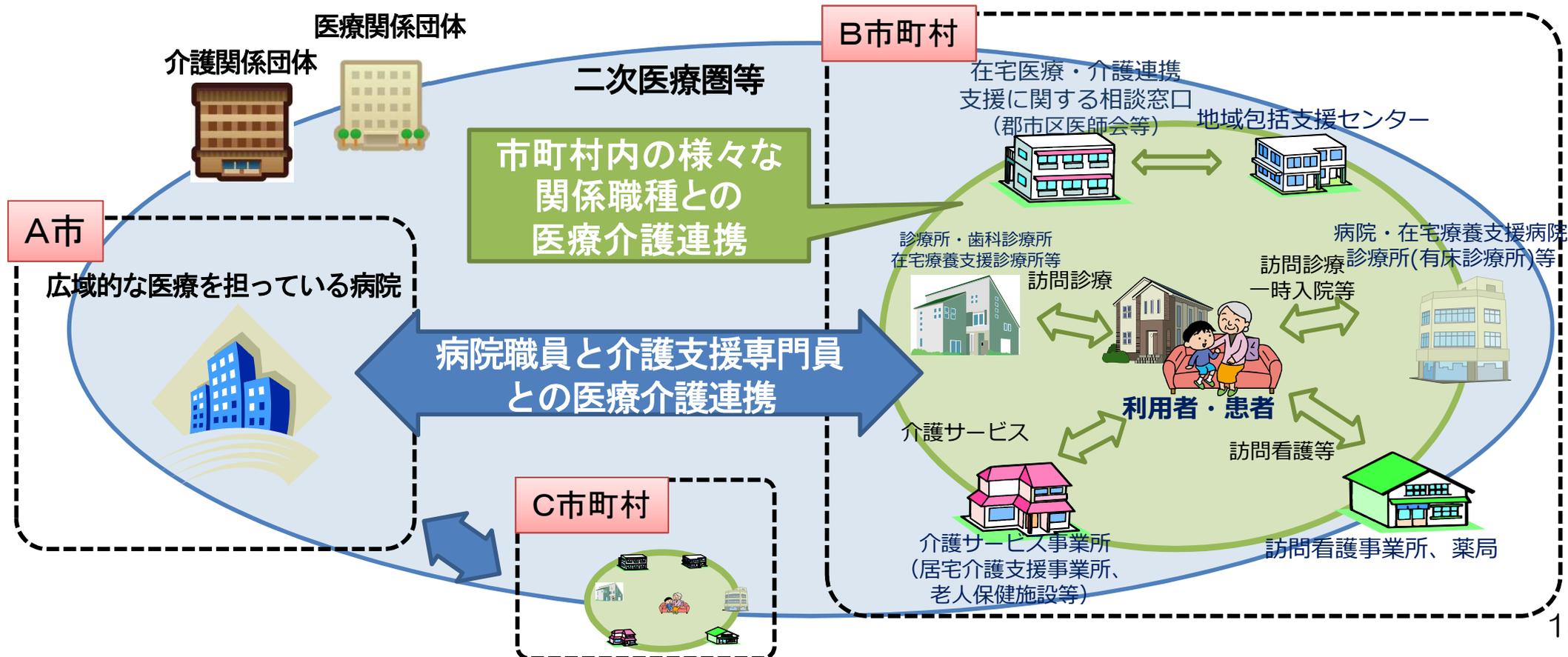
② 市町村における在宅医療・介護連携

・市町村(保険者)内の在宅医療と介護の連携

在宅療養に直接関わる関係者の連携の促進が目的であり、市町村内の医療介護連携の取組が求められる。

・在宅療養に関わる様々な医療介護関係職種との連携

在宅医療を担う医師、歯科医師、看護師、保健師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、在宅介護を担う介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士、さらには地域包括支援センター、市町村職員など、様々な関係職種との連携が求められる。



医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール

平成25年度

平成26年度

平成27年度

平成28年度

平成29年度

平成30年度

第6次医療計画

第7次医療計画
第7期介護保険事業計画

第5期介護保険事業計画

第6期介護保険事業計画

基金(医療分のみ)

基金(介護分を追加)

基金

基金

医療介護
総合確保法

総合確保方針

介護報酬改定

診療報酬改定

総合確保方針

同時改定
(予定)

病床機能報告

病床機能報告

病床機能報告

病床機能報告

改正医療法

地域医療構想の
ガイドライン(年度末)

地域医療構想(ビジョン)の策定

医療計画
基本方針

医療計画
策定

医療機能の分化・連携と、地域包括ケア
システムの構築を一体的に推進

病床機能分化・
連携の影響を
両計画に反映

介護保険事業
(支援)計画策定

改正介護保険法

介護保険事業
計画基本指針

介護保険事業
(支援)計画策定

介護保険事業
計画基本指針

・2025年度までの
将来見通しの策定

第6期介護保険事業(支援)計画に位置付けた施策の実施

・介護サービスの拡充／・地域支援事業による在宅医療・介護連携、地域ケア会議、認知症
施策、生活支援・介護予防等の推進

医療保険制度改革

医療保険制度改革法案の成立
(平成27年5月27日)

必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる

- ・医療保険制度の財政基盤の安定化
- ・保険料に係る国民の負担に関する公平の確保
- ・保険給付の対象となる療養の範囲の適正化 等

在宅医療・介護連携推進事業を促進するための国の主な支援策

- 在宅医療・介護連携推進事業の実施にあたっては、
 - ・ 市町村が主体的に、地域の医療・介護関係者の協力を得つつ、在宅医療・介護連携に関する課題の抽出と対応策について検討すること
 - ・ 市町村が事業実施に係る検討段階から、郡市区医師会等の地域における医療・介護の関係団体等と緊密に連携しながら取り組むことが重要である。
- 医療施策に関する取組は、これまで主に都道府県が対応してきたため、事業実施に必要なノウハウの蓄積は、市町村により様々である。そのため、地域の実情に応じた取組を支援するため、国は主に以下の取組により支援。

在宅医療・介護連携推進事業の計画作成の支援

①在宅医療・介護連携推進支援事業(平成28年度予算(案)事業) ～在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー～

- ・対象 市町村、市町村が想定している委託先(郡市区医師会等)、市町村支援を担う都道府県・保健所
- ・内容 地域の実情に応じた在宅医療・介護連携推進事業における各取組の効果的な展開方法、グループワーク(実施計画の作成演習)



②地域における医療・介護の連携強化に関する調査研究 ～地域における医療・介護の連携に関する実践的なモデルの作成～

- ・対象 医療・介護連携に取り組む市町村職員
- ・内容 地域資源の実情に応じ、これから医療介護連携に関する取組を進めようとしている市町村にも応用可能な一般化した医療介護連携の取組モデルを作成、提示。

現状分析のための支援

- ①「見える化」システムへの在宅医療・介護連携に関するデータ掲載
 - ・地域包括ケア「見える化」システム(平成27年7月稼働)に、在宅医療・介護連携に関するデータを掲載し、都道府県及び市区町村が地域の現状分析等に活用できる機能を平成28年6月にリリース予定
- ②「在宅医療・介護連携推進事業」の継続的な進捗管理
 - ・平成28年度においても、「在宅医療・介護連携推進事業」の取組毎に実施状況を調査し、全国の取組状況を周知する。

好事例の横展開

- ①地方自治体の意見交換の場の設定
 - ・在宅医療・介護連携推進支援事業等の場を活用しつつ、好事例の横展開を推進する。
- ②地方自治体の取組事例の収集と情報提供
 - ・取組事例を収集し、地方自治体を対象とする会議や市町村セミナー等の研修、ホームページを活用して好事例の横展開を推進する。

●目的 本事業は、市町村における在宅医療・介護連携の推進に地域間格差が生じないように、都道府県と連携しながら技術的支援を行い、在宅医療・介護連携推進事業の円滑な実施及び充実を図る。

●事業内容

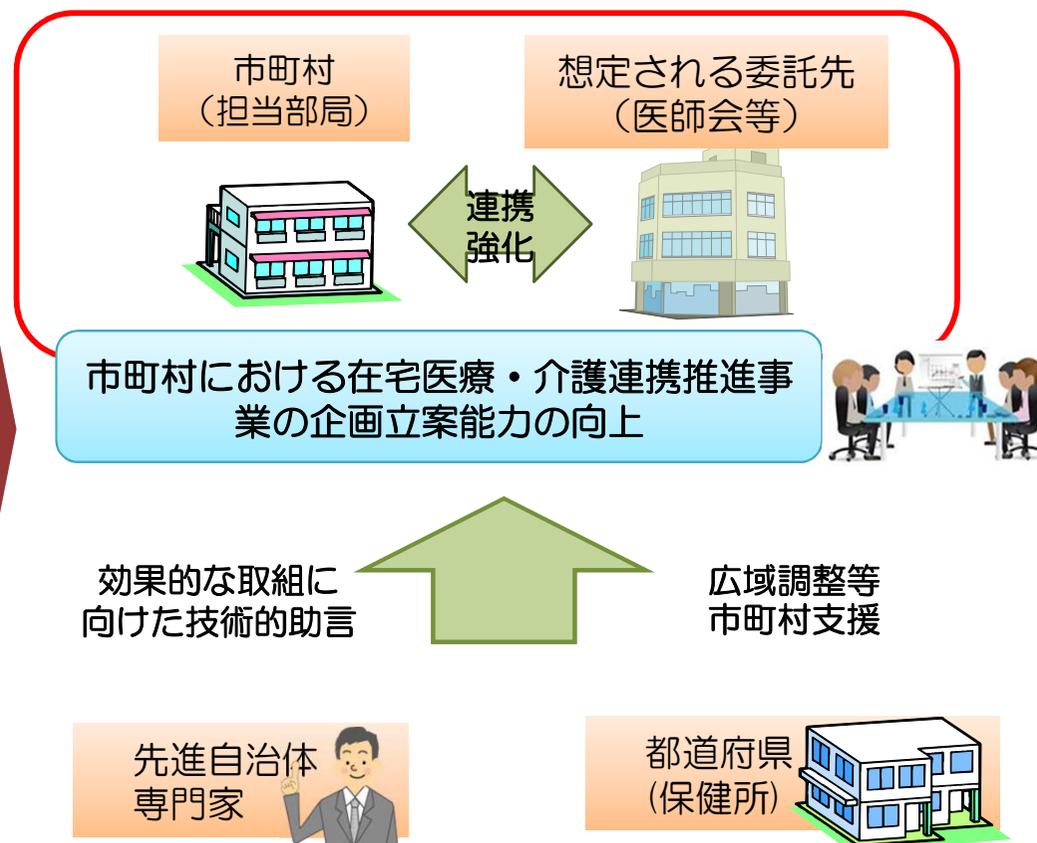
市町村における効果的な在宅医療・介護連携推進事業が実施されるように、市町村、市町村が想定している委託先（郡市区医師会等）、都道府県・保健所等を対象として、事業の企画立案能力の向上を図る「在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー」の実施や市町村に対する技術的助言などの支援を行う。

在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー

- 対象 市町村、市町村が想定している委託先（郡市区医師会等）
市町村支援を担う都道府県・保健所
- 内容 地域の実情に応じた在宅医療・介護連携推進事業における（ア）～（ク）の各取組の効果的な展開方法グループワーク（実施計画の作成演習）

在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業交付金）

- （ア）地域の医療・介護の資源の把握
- （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- （ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- （エ）医療・介護関係者の情報共有の支援
- （オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援
- （カ）医療・介護関係者の研修
- （キ）地域住民への普及啓発
- （ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携



医療介護連携に関する主な調査研究事業（平成28年度予定）

○ 自治体における医療介護連携

事業名	内容
地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための地方自治体職員の育成プログラムに関する調査研究事業	地域支援事業に位置付けられた在宅医療・介護連携推進事業の円滑な導入を図るためには、事業を担当する地方自治体職員の育成が必要であることから、都道府県、市町村、大学等が全国で利用可能な効果的な地方自治体職員研修プログラムの検討、開発を行い、研修プログラムの全国的な普及展開を図りつつ効果検証を行う。
地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況及び先進事例等に関する調査研究事業	全国の地方自治体における在宅医療・介護連携推進事業の実施及び準備状況等について実態調査を実施するとともに、調査結果等から、市町村の先進的な取組事例、複数市町村や都道府県・保健所との共同実施等の効果的な取組事例、さらに都道府県による効果的な市町村支援や広域的な医療介護連携の取組事例等を収集し、他自治体の参考となる取組モデルを検討、提示する。
地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための小規模自治体向け多職種研修プログラムに関する調査研究事業	医療・介護の人材等の地域資源が乏しい小規模市町村における在宅医療・介護連携推進事業の推進を図るため、小規模自治体における効果的な展開方法（複数市町村、医療機関及び関係団体との共同実施等）について事例収集等により実態を把握しつつ、地域の実情に応じた小規模自治体向けの在宅医療・介護連携に資する多職種研修プログラムを作成する。
在宅医療・介護連携による市町村における介護保険サービス提供体制の整備に関する調査研究事業	第7期介護保険事業計画においては、医療・介護ニーズを併せ持つ高齢者の増加に応じて整備すべきサービス種類・量について保険者が適切に見込めるように支援をする必要がある。このため、本事業では昨年度に引き続き、在宅医療が必要な者や医療機関から退院する者の動向等の把握手法や、それに基づく介護保険サービスの見込量の推計を行う具体的な手法について調査研究を行う。

○ 退院支援に関する医療介護連携

事業名	内容
効率的かつ効果的な退院支援を行うための連携の在り方に関する調査分析	医療機関等への調査を通じて、退院支援に関わる部門・人材や退院支援のプロセスの実態把握と課題分析を行うことを通じ、より効果的な評価の在り方について提言を行う。

医療介護連携に関する主な調査研究事業（平成28年度予定）

○ 訪問看護に関する医療介護連携

事業名	内容
訪問看護実践を通じた病院看護師の在宅療養支援能力向上に関する調査研究事業	在宅医療・介護連携の更なる推進を目指す観点から、病院(10か所以上)の看護師(病棟・外来で20人以上)が、訪問看護ステーションに出向し、訪問看護を実践する中で、早期の退院調整や在宅療養継続を支援する能力を高める等の地域包括ケアシステムの構築を推進する人材の確保、育成、活用策について、地域の実情に応じた提案等を行う。

○ ケアマネジャーに関する医療介護連携

事業名	内容
ケアマネジャー等を活用した退院支援のモデル構築に関する調査研究事業	医療介護連携の具体的な方策として、ケアマネジャー等を活用した入退院時におけるモデル的な医療介護サービスの地域ごとの連携パスのあり方を検討するとともに、入院中の患者に対する退院前からの多職種連携による支援や保険外の生活支援サービスの利用を推進するための方策に関する調査研究を行う。

○ 認知症に関する医療介護連携

事業名	内容
認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究事業	身体合併症等で入院治療が必要となった場合でも、生活機能の維持により、退院後に住み慣れた地域での生活を継続できるような、認知症のリハビリテーションの方法論、医療・介護や行政との連携のあり方等につき調査・研究を行う。

○ かかりつけ医とリハビリテーションに関する医療介護連携

事業名	内容
地域包括ケアに向けた、かかりつけ医の関与と訪問リハビリテーションの在り方に関する調査研究事業	通常の病院、診療所、介護老人保健施設併設型の訪問リハビリテーション等と単独型の訪問リハビリテーション等におけるリスク管理や緊急体制など医学的管理の在り方及び医師の関与状況の違いをモデルでの実践を通して検討し、在宅医療介護連携におけるかかりつけ医の関与方法や訪問リハビリテーションの在り方を整理する。併せて、訪問リハビリ等とかかりつけ医の効果的連携のためのガイドラインを作成する。

入退院時の医療介護連携に係る都道府県の主な取組例

(平成27年度地域医療介護総合確保基金における実施事業)

都道府県名	事業名	内容
岩手県	地域包括ケアシステム基盤確立事業	介護サービスの提供を必要とする高齢者の入退院の際の病院とケアマネの調整ルールを策定し、医療と介護の切れ目のないサービス提供体制を構築する。
福島県	退院支援マニュアル作成支援事業	入院患者が住み慣れた地域へ戻るためのフローを多職種で検討し、退院支援マニュアルの作成に要する経費を支援する。
栃木県	在宅医療地域連携体制構築事業	入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携による切れ目のない継続的な医療提供体制の構築に向けた委員会等の設置や、人材育成のための研修会、連携ツールの普及等に必要な経費を助成する。
群馬県	地域包括ケア推進事業(在宅医療・介護連携支援事業)	モデル圏域において、退院調整ルールの策定事業を実施するとともに、県内他圏域に普及させるための研修会等を実施。
千葉県	入院患者退院時支援事業	脳卒中患者の退院時支援について、モデル地域において、関係者が地域の実情にあわせた退院時支援ルールを決め、実践・検証を行う。
東京都	区市町村在宅療養推進事業	退院患者への医療・介護連携支援体制の整備地域の实情に応じて、地域の医療・介護資源が連携して早期から退院支援を行う仕組みやルールを検討・策定し、退院患者の在宅療養生活への円滑な移行を実現できる体制を構築する。
富山県	在宅医療に係る医療連携体制の運営支援(厚生センター地域包括ケア推進支援事業費)	二次医療圏単位での在宅医療・介護連携を推進するため、各厚生センター(保健所)が事務局となり、管内市町村、病院、郡市医師会、介護支援専門員協会等の協力を得ながら、入退院に伴う病院とケアマネジャーとの連携に関するルールを策定。
山梨県	退院支援マネジメント養成研修事業	入院から在宅への移行期において適切な退院支援を確保するため、退院支援マネジメントを実践できる人材養成と普及のための研修会を開催する。
徳島県	在宅医療・介護コーディネート事業	地域包括ケアシステムの構築及び在宅医療・介護サービスの充実に向けて、市町村のサポートや退院調整ルールの策定等、市町村圏域を越えた課題の解決等に対して、保健所が中心となり対応する。

1 介護保険法

第115条の45の10（在宅医療・介護連携推進事業に係る都道府県の関与の規定）

3 都道府県は、市町村が行う第115条の45第2項第4号に掲げる事業に関し、情報の提供その他市町村に対する必要な協力をすることができる。

第118条の3の5（都道府県介護保険事業支援計画の記載事項）

3 都道府県介護保険事業支援計画においては、前項に規定する事項のほか、次に掲げる事項について定めるよう努めるものとする。

五 第百十五条の四十五第二項第四号に掲げる事業に関する市町村相互間の連絡調整を行う事業に関する事項

2 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針

（平成18年厚生労働省告示第314号より抜粋、介護保険法第116条に基づくもの）

都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項（抄）

（一）在宅医療・介護連携の推進

在宅医療の提供体制の充実に係る都道府県と市町村の連携と役割分担について、医療計画を推進していく中で改めて明確にした上で、在宅医療提供体制の基盤整備を推進することが重要である。

在宅医療・介護連携を推進するために、在宅医療・介護の関係者からなる会議の設置、都道府県として実施する在宅医療・介護連携の推進のための人材育成等の研修会の開催、都道府県医師会との連携及び調整、医療機関と地域の介護関係者及び医療関係者との連携等の広域での調整が必要な事項、小規模市町村が複数の市町村で共同事業を行う際の支援等、在宅医療・介護連携に関する市町村への具体的な支援策を定めることが重要である。

3 医療法第30条の4の規定に基づき、医療計画に記載する事項疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について「在宅医療の体制構築に係る指針」
(平成24年3月30日 厚生労働省医政局指導課長通知より抜粋)

第2 関係機関とその連携

2 各医療機能と連携

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】

① 目標

- ・ 入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること

② 入院医療機関に求められる事項

- ・ 退院支援担当者を配置すること
- ・ 退院支援担当者は、できる限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けること
- ・ 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を開始すること
- ・ 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護資源の調整を心がけること
- ・ 退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること

(医療機関の例)

- ・ 病院・有床診療所

※ 介護老人保健施設においても、在宅への移行に向けた取組みが行われている。

③ 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 在宅療養者のニーズに応じて、医療や介護を包括的に提供できるよう調整すること
- ・ 在宅医療や介護の担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること
- ・ 高齢者のみではなく、小児や若年層の在宅療養者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること
- ・ 病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院（退所）支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護資源に関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと

（関係機関の例）

- ・ 病院・診療所
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 薬局
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 地域包括支援センター

※ 病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。以下同じ。

第3 構築の具体的な手順

3 連携の検討

(1) 都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、退院支援から生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りまで継続して医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

また、医療機関、在宅医療及び介護の関係者及び地域医師会等の関係団体は、診療技術や知識の共有、連携する医療及び介護の関係機関等との情報の共有に努める。

さらに、都道府県は、在宅医療に係る機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャー等について、地域の保健医療関係機関・団体等と連携し、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させるための研修の実施等により人材育成に努める。

(2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」(平成6年厚生省告示第374号)の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」(平成19年7月20日健総発第0720001号健康局総務課長通知)を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等の関係団体と連携して医療機関相互の調整を行う等、積極的な役割を果たすこと。

社会保障審議会 介護保険部会（第56回） 平成28年3月25日	参考資料 2
---------------------------------------	-----------

療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて ～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～

（平成28年1月28日
療養病床の在り方等に関する検討会）

1. はじめに

（本検討会の目的）

- 本検討会は、慢性期の医療・介護ニーズに対応する今後のサービスの提供体制を整備するため、介護療養病床を含む療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行うことを目的として設置された。

（療養病床再編等に関する経緯）

- 平成18年の医療制度改革により、療養病床について、患者の状態に即した機能分担を促進する観点から、医療保険・介護保険を一体的に見直し、医療の必要性の高い方々については引き続き医療療養病床で対応するとともに、高齢で医療の必要性の低い方々については、療養病床から移行した老人保健施設等で対応することとして、介護療養病床は平成23年度末で廃止することとされた。
- 併せて、医療法についても見直しが行われ、療養病床については看護師及び准看護師の人員配置基準（以下「看護人員配置」という。）が、6対1以上から4対1以上に引き上げられた。なお、経過措置として平成23年度末までは、看護人員配置が6対1以上でも良いこととされた。
- 平成23年度末の廃止が予定されていた介護療養病床については、介護老人保健施設等への移行が進んでいない等の理由により、同年の介護保険法改正において6年間の期限の延長が行われた。また、これに併せ、医療療養病床の看護人員配置の経過措置についても同様の延長が行われた。

（医療・介護の提供体制の一体的な整備）

- 現在、地域医療構想の策定、地域支援事業の実施をはじめとする平成37年（2025年）に向けた医療・介護提供体制の一体的な整備が進められている。平成30年度からは第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画がスタートし、同年度には診療報酬や介護報酬の同時改定も予定されている。
- このような状況の中、介護療養病床と、医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で25対1のもの（以下「医療療養病床（25対1）」という。）の設置期限である平成29年度末を迎えることとなっており、地域医療構想の実現のためにも、対応方針を早期に示すことが求められている。

(現在のサービス提供類型)

- 現在、慢性期の医療・介護サービスを提供する施設類型としては、主に以下のものなどがあり、次のような役割を担っている。
 - ・ 医療療養病床：主として長期にわたり療養を必要とする者を入院させるための医療保険適用の病床
 - ・ 介護療養病床：主として長期にわたり療養を必要とする者のうち、要介護認定者に対し、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、必要な医療等を提供する病床
 - ・ 介護老人保健施設：要介護者に対し、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等を提供し、在宅復帰を目指す医療提供施設
 - ・ 特別養護老人ホーム：要介護者のための生活施設
 - ・ 有料老人ホーム：①入浴、排せつ又は食事の介護、②食事の提供、③洗濯、掃除等の家事、④健康管理のいずれかの事業を行う施設
- 長期療養を必要とする者のうち、病院・診療所への入院の必要はないが、一定程度の医療を必要とする者を中心に、在宅医療・介護サービスを活用している。
- なお、介護療養病床や医療療養病床（25対1）の利用者のイメージは以下のとおりである。

<利用者のイメージ>

- ・ 現行の利用者の平均年齢は、介護療養病床、医療療養病床（25対1）のいずれにおいても80歳強であり、僅かながら、医療療養病床（25対1）においては40歳未満の者も存在しているものの、高齢者が大宗を占める。また、介護の必要性について、医療療養病床（25対1）においては、要介護申請を行っていない者がいるものの、これらを除けば、介護療養病床を含め、要介護度4以上の者が大宗である。
- ・ 平均在院日数は、特に介護療養病床において長期にわたっており、介護療養病床においては死亡退院が最も多く、医療療養病床（25対1）においても自宅退院に次いで死亡退院が多い。
- ・ 介護療養病床や医療療養病床（25対1）では、医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で20対1のもの（以下「医療療養病床（20対1）」という。）よりも、比較的医療の必要性が低い者を受け入れている。また、こうした医療の必要性の低い者の中でもその病態は様々で、容体が急変するリスクを抱える者もいると考えられる。

2. 新たな選択肢を考えるに当たっての基本的な条件

(基本的な考え方)

- 新たな選択肢を検討するに当たっては、これらの利用者像と、それに即した機能（サービス）の明確化が必要である。
- 現行の介護療養病床及び医療療養病床（25対1）が長期療養の場となり、そこで亡くなる者が多いことに鑑みると、長期間の利用継続に対応する「住まい」の視点を踏まえることが重要である。
- そのため、今後、「医療」「介護」のニーズを併せ持ち、長期の療養が必要となる高齢者に対して、これまでの類型にはない、日常的な医学的管理、一定程度の介護に加え、「住まい」の機能を同時に満たす新たな類型が必要である。
- したがって、新たな類型には、
 - ・ 利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備
 - ・ 経管栄養や喀痰吸引等を中心とした日常的・継続的な医学管理や、充実した看取りやターミナルケアを実施する体制が求められる。

また、これらの機能を確保する際には、厳しい財政状況も踏まえ、効率的な運営体制の実現に向けた配慮が必要である。

なお、介護療養病床においては、身体拘束ゼロに向けた取組や医師も含めたケアカンファレンスによる多職種連携など、サービスの質の向上に向けた取組が行われてきたところであり、こうした取組は、新たな類型でも引き続き実現されていくことが重要である。

(新たな選択肢に求められる条件)

- 具体的に、新たな類型については、次のような「利用者の視点」と「実現可能性の視点」が必要となる。

《利用者の視点》

- ・ 提供されるサービスの内容が、利用者の状態（医療の必要度、要介護度など）に即したものであること
- ・ 生活の質（QOL）等の観点も踏まえ、長期にサービスを利用する場として、適切な生活空間が確保されていること
- ・ 費用面から見て、利用者にとって負担可能なものであること

《実現可能性の視点》

- ・ 地域のマンパワーで対応可能な形態であること
- ・ 経過措置として、既存施設の有効活用も考慮すること
- ・ 経営者・職員にとって魅力があり、やりがいを感じられるものであること

3. 考えられる選択肢

(本検討会における新たな選択肢の整理)

- 現行の介護療養病床・医療療養病床（25対1）が提供している機能を担う選択肢として、新たな選択肢を考えるに当たって、「住まい」の機能の強化を中心とすると、

- ① 医療を内包した施設類型
- ② 医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型（※）

の類型が考えられる。

- ※ 現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

- その上で、現行の介護療養病床・医療療養病床（25対1）が提供している機能を担う選択肢として、別紙のような対応案が考えられる。
- なお、療養病床を有する個々の医療機関の選択肢としては、これら新たな類型に移行する、医療療養病床（20対1）や介護老人保健施設、有料老人ホーム等の既存の類型に移行する、あるいは複数の類型と組み合わせて移行する等、多様な対応の選択肢が考えられる。
- また、実際の移行先は、各医療機関が、入院する患者像や経営状況などを勘案して、既存類型や上記の対応案の中から、自ら選択することとする。
- 個別の制度や法律等については、社会保障審議会医療部会、介護保険部会等において議論を行うものであり、本検討会は、そこでの議論を行うことを前提として、新たな類型を新たな選択肢として追加して提示するものである。
この新たな類型と既存の類型、在宅医療・介護サービスも活用しながら、利用者像に即した多様な機能（サービス）を用意し、地域差にも配慮しつつ、今後の医療・介護ニーズに適切に対応できる体制を整備することが重要である。

(別紙) 慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型

	現行の 医療療養病床(20 対 1)	案1 医療内包型		案2 医療外付型	現行の 特定施設入居者 生活介護
		案1-1	案1-2	案2	
サービスの 特徴	長期療養を目的としたサービス(特に、「医療」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス(特に、「介護」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス	居住スペースに病院・診療所が併設した場で提供されるサービス	特定施設入居者生活介護
	病院・診療所	長期療養に対応した施設(医療提供施設)		病院・診療所と居住スペース	有料老人ホーム 軽費老人ホーム 養護老人ホーム
利用者像	医療区分ⅡⅢを中心	・医療区分Ⅰを中心 ・長期の医療・介護が必要			
	医療の必要性が高い者	医療の必要性が比較的高く、 容体が急変するリスク がある者	医療の必要性は多様だが、 容体は比較的安定した者		
医療機能	・人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療	・喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理	多様なニーズに対応する日常的な医学管理		医療は外部の病院・診療所から提供
	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制	オンコール体制による看取り・ターミナルケア	併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア	
介護機能	介護ニーズは問わない	高い介護ニーズに対応	多様な介護ニーズに対応		

※医療療養病床(20対1)と特定施設入居者生活介護については現行制度であり、「新たな類型」の機能がわかりやすいよう併記している。

※案2について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて
～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～
に関する参考資料

(療養病床再編等に関する経緯)

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。

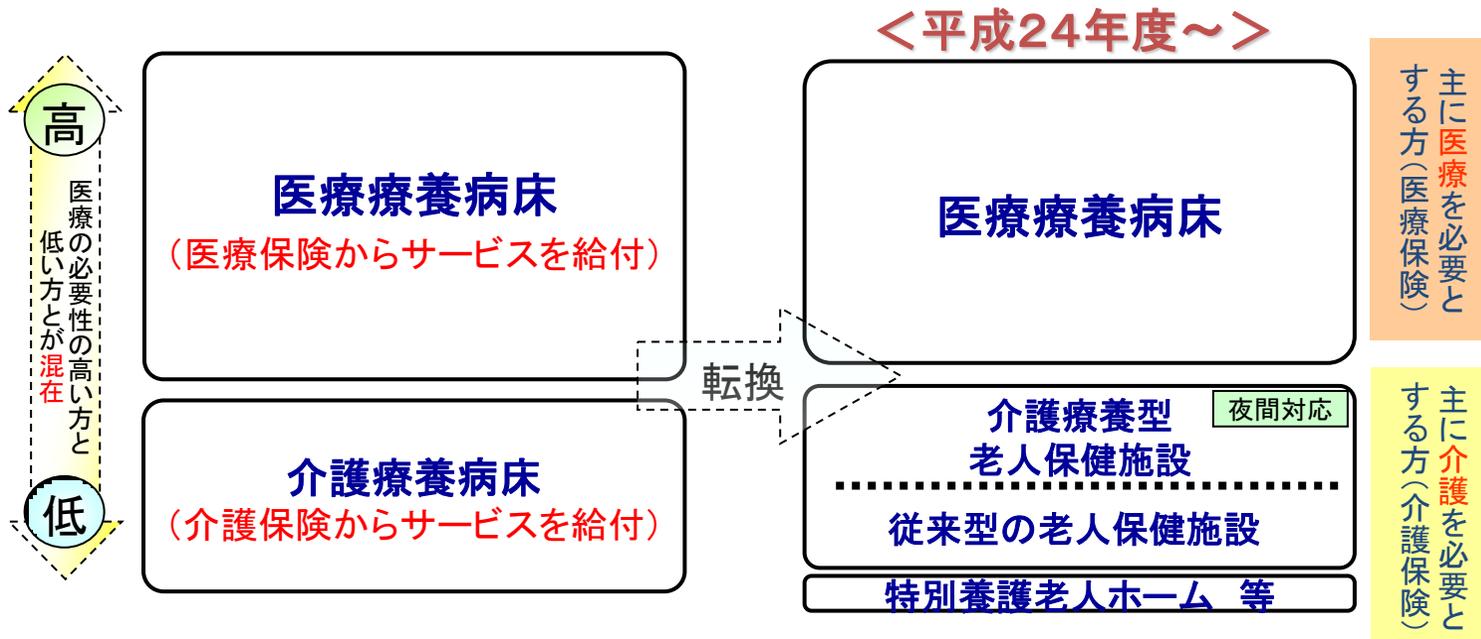
【医療法改正】

- 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

療養病床に関する経緯②

H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入



医療区分2・3 ... 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態や、難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者
 医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者（より軽度な者）

療養病床に関する経緯③

H23(2011) 介護保険法改正

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(2012).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・介護の提供体制の一体的な整備)

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール

平成25年度

平成26年度

平成27年度

平成28年度

平成29年度

平成30年度

第6次医療計画

第7次医療計画
第7期介護保険事業計画

第5期介護保険事業計画

第6期介護保険事業計画

基金(医療分のみ)

基金(介護分を追加)

基金

基金

医療介護
総合確保法

総合確保方針

介護報酬改定

診療報酬改定(予定)

総合確保方針

同時改定
(予定)

病床機能報告

病床機能報告

病床機能報告

病床機能報告

改正医療法

地域医療構想の
ガイドライン(年度末)

地域医療構想(ビジョン)の策定

医療計画
基本方針

医療計画
策定

医療機能の分化・連携と、地域包括ケア
システムの構築を一体的に推進

病床機能分化・
連携の影響を
両計画に反映

介護保険事業
計画策定

改正介護保険法

介護保険事業
計画基本指針

介護保険事業
(支援)計画策定

介護保険事業
計画基本指針

医療保険制度改革

医療保険制度改革法案の成立
(平成27年5月27日)

必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる

第6期介護保険事業(支援)計画に位置付けた施策の実施

・介護サービスの拡充／・地域支援事業による在宅医療・介護連携、地域ケア会議、認知症
施策、生活支援・介護予防等の推進

・医療保険制度の財政基盤の安定化
・保険料に係る国民の負担に関する公平の確保
・保険給付の対象となる療養の範囲の適正化 等

(現在のサービス提供類型)

医療・介護サービス提供における全体像（イメージ）

医療保険

介護保険

一般病床
(約89.4万床) ※1

医療療養病床
(約27.1万床) ※2

介護療養病床
(約6.1万床) ※2
※うち、診療所は約0.3万床

有料老人ホーム
(約38.8万人) ※6

うち、DPC
(約48.4万床) ※1

長期療養

長期療養

介護老人保健施設
(約36.2万床) ※4

特定機能病院 等

うち、20対1
(約13.7万床) ※1

在宅復帰

うち、介護療養型
老人保健施設
(約0.7万床) ※5

養護老人ホーム (約6.4万人) ※7

病院・診療所

うち、25対1
(約7.6万床) ※1

軽費老人ホーム (約9.3万人) ※7

特別養護老人ホーム
(約54.1万床) ※4

精神病床 (約33.6万床) ※3

生活支援

認知症対応型
共同生活介護
(グループホーム)
(約17.1万人) ※4

サービス付き
高齢者向け住宅
(約19.2万戸) ※8

結核病床 (約0.5万床) ※3

感染症病床 (約0.2万床) ※3

有床診療所一般
(約9.7万床) ※3

有床診療所
療養
(約0.7万床) ※2

施設サービス

居宅サービス

※1 施設基準届出(平成26年7月1日)

※2 病院報告(平成27年8月分概数)

※3 医療施設動態調査(平成27年10月末概数)

※4 介護サービス施設・事業所調査(平成26年10月1日)

※5 介護保険総合データベース集計情報より老人保健課推計(平成25年6月分)

※6 老健局高齢者支援課調べ(平成26年7月1日)

※7 平成26年社会福祉施設等調査(平成26年10月1日)

※8 サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(平成27年12月)

療養病床等の現状

	一般病床	医療療養病床	介護療養型医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設
定義	病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外のもの	病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床であって、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もの	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	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行うことを目的とする施設	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
	医療法第7条第2項	医療法第7条第2項	旧・介護保険法第8条第26項	介護保険法第8条第27項	介護保険法第8条第26項
設置根拠		医療法(医療提供施設)			老人福祉法 (老人福祉施設)
		医療法(病院・診療所)			
財源		医療保険		介護保険	
平均的な1月の1人当たりの費用額の推計	—	入院基本料1 約59.6万円 入院基本料2 約45.8万円 (注1)	介護療養施設サービス 約35.8万円 (注2)	介護保健施設サービス 約27.2万円 (注2)	介護福祉施設サービス 約25.5万円 (注3)

(注1) 療養病棟入院基本料1及び2を算定する病棟の患者1人1月当たりのレセプト請求金額(平成26年度入院医療等の調査)に基づき、1月を30.4日として1月の請求額を算出。

(注2) 介護サービス受給者1人当たり費用額(介護給付費実態調査平成27年3月審査分)

(注3) 介護福祉施設サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護における1人当たり費用額(介護給付費実態調査平成27年3月審査分)

医療法・介護保険法上の主な人員配置基準

	一般病床 ^(※1)	医療療養病床 ^(※1)	介護療養型 医療施設 ^(※1)	介護老人保健施設	介護老人福祉施設
医師	16対1 3名以上	48対1 3名以上	48対1 3名以上	100対1以上 常勤1以上	健康管理及び療養上の 指導を行うために 必要な数
薬剤師	70対1 1名以上	150対1 1名以上	150対1 1名以上	実情に応じた適当数 (300対1を標準)	—
看護職員	看護師及び准看護師 3対1 1名以上	看護師及び准看護師 4対1 ^(※2) 1名以上 看護補助者 4対1 ^(※2)	6対1以上	3対1以上 (うち看護職員 ^(※3) は 2/7程度を標準)	入所者の数が3又は その端数を増すごとに 1以上
介護職員	—	—	6対1以上		
栄養士	病床数100以上の 病院に1人	病床数100以上の 病院に1人	病床数100以上の 病院に1人	定員100以上の場合、 1以上	1以上
介護支援専門員	—	—	1以上 (100対1を標準)	1以上 (100対1を標準)	1以上 (入所者の数が100又 はその端数を増すごと に1を標準)

※1 病院の場合の基準であり、診療所は含まない。

※2 平成30年3月31日までは、6:1でも可。

※3 看護師又は准看護師

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対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対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対1(3人以上)	48対1(3人以上)	48対1 (3人以上)
	看護師及び 准看護師	20対1 (医療法では4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に6対1が認められている。)	6対1 (診療報酬基準でいう30対1に相当) (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に6対1が認められている。)
	看護補助者	20対1 (医療法では、4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に6対1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6対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13.7万床(※1)	約7.6万床(※1)	約6.1万床(※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2	療養機能強化型A、療養機能強化型B、その他

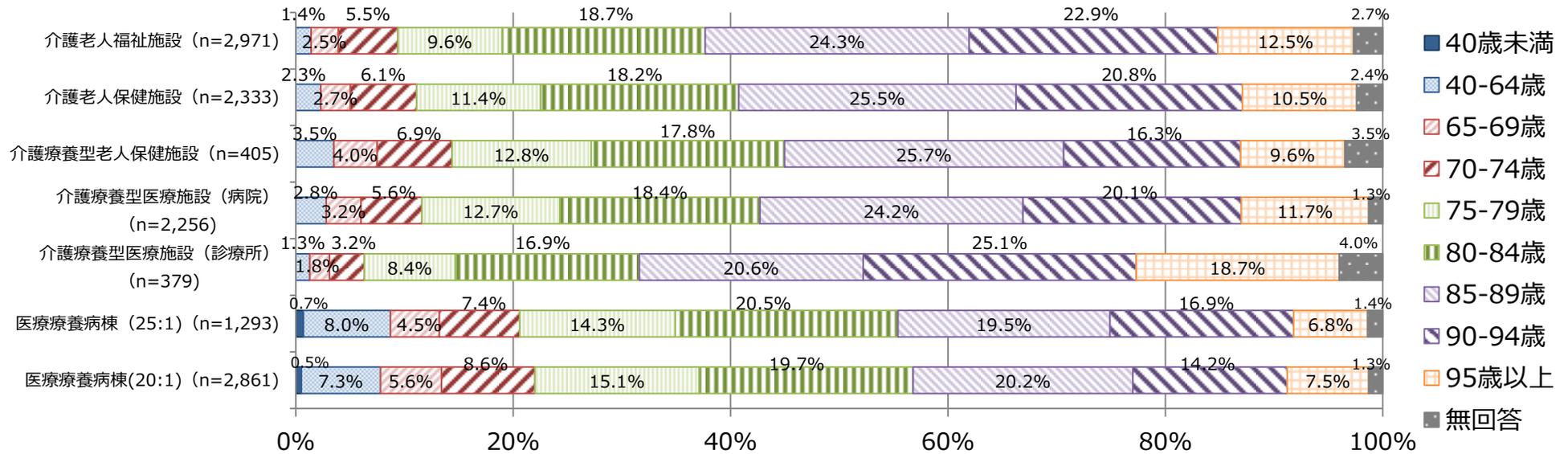
(※1) 施設基準届出(平成26年7月1日現在)

(※2) 病院報告(平成27年8月分概数)

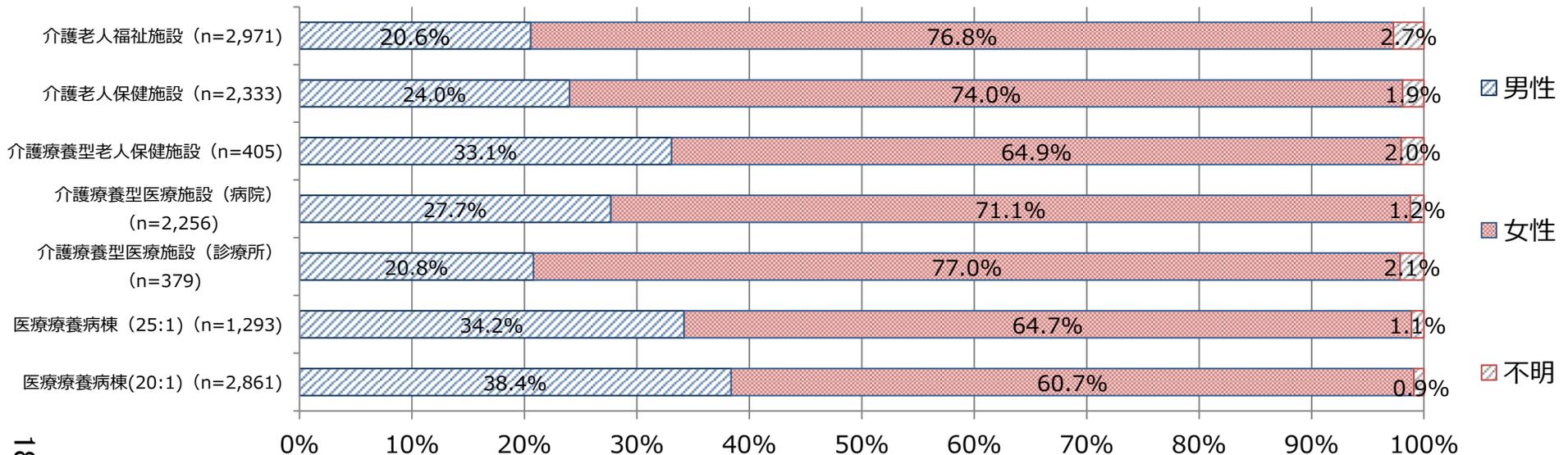
(※3) 療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

入院患者／入所者の年齢・性別

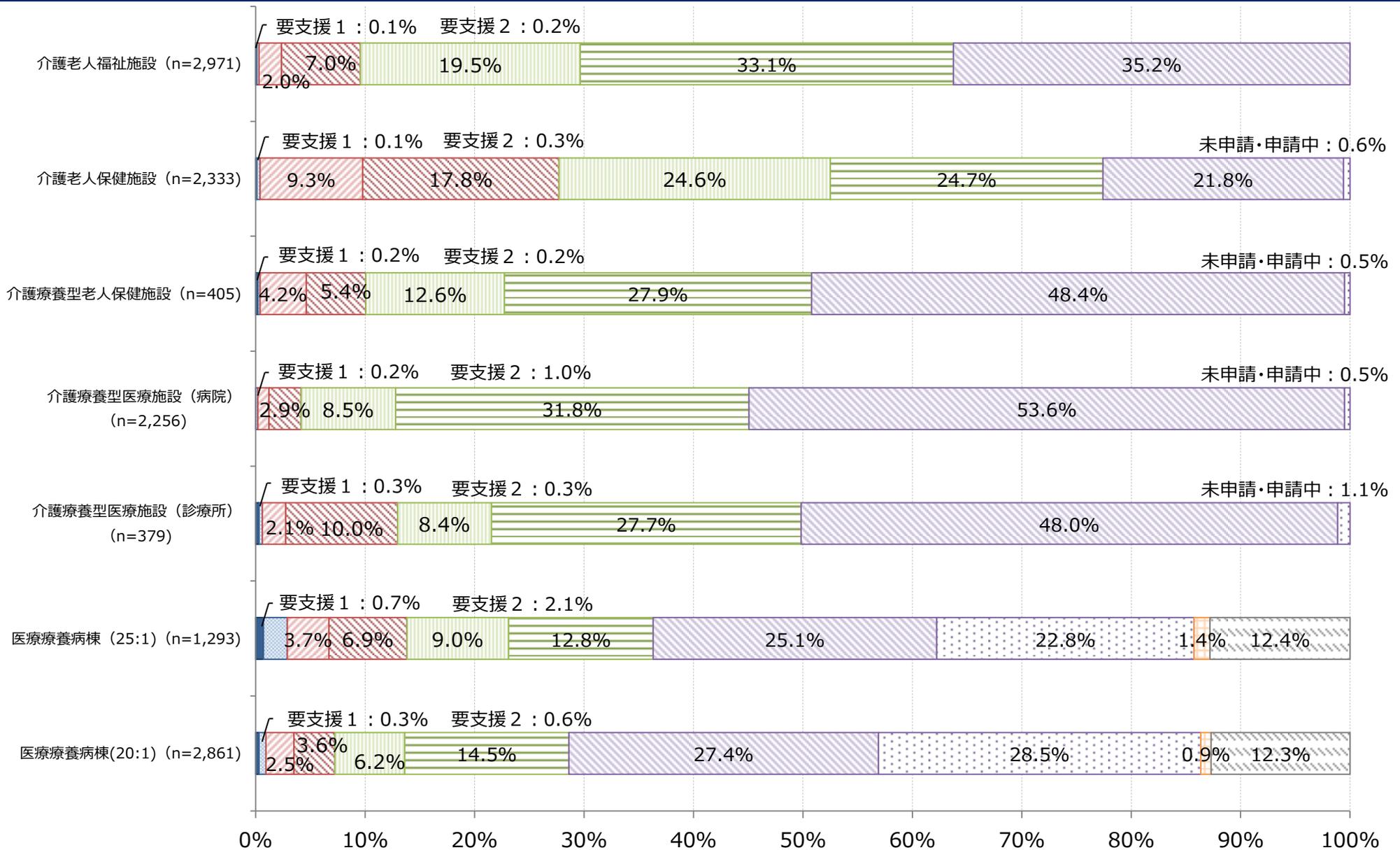
【年齢】



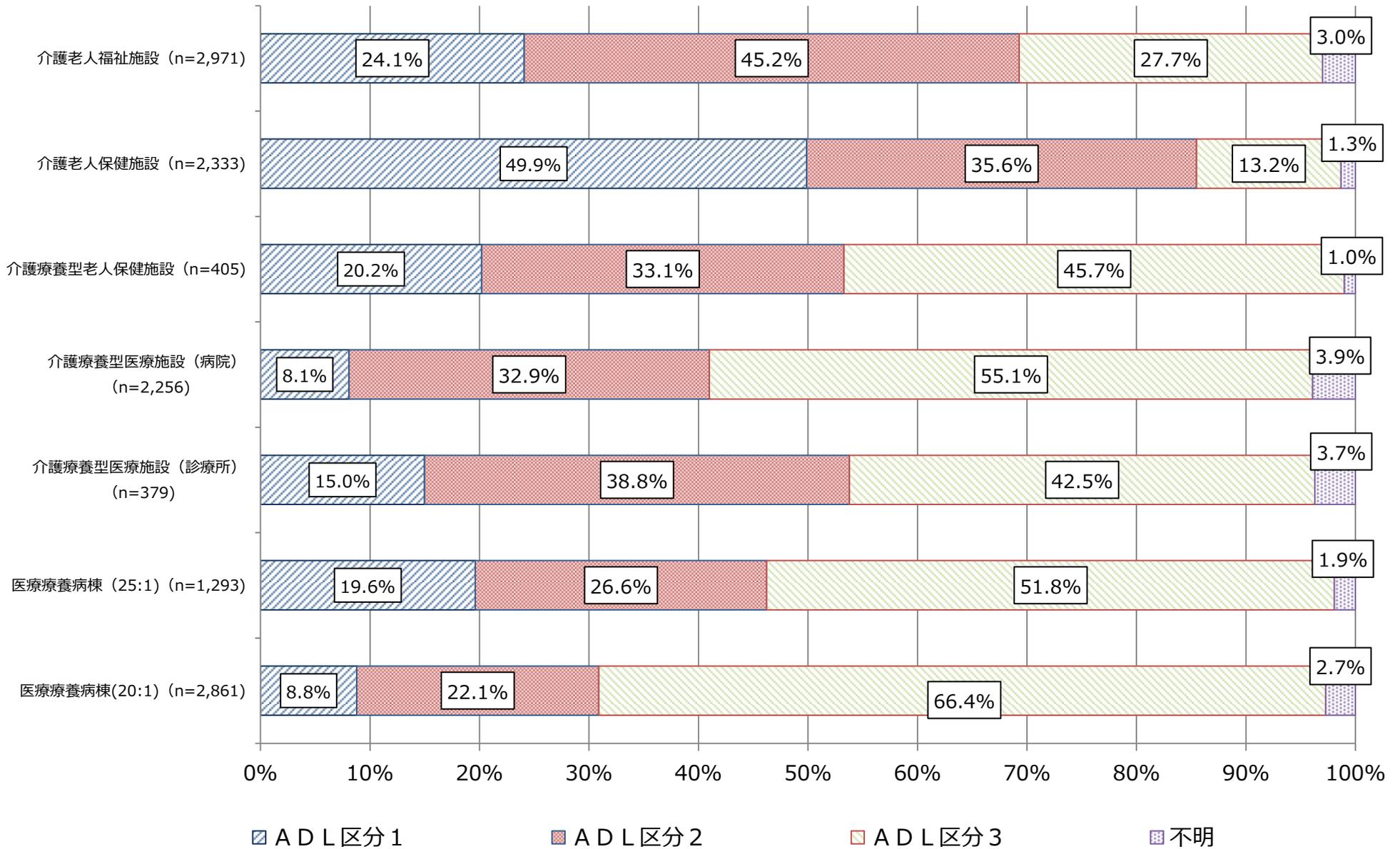
【性別】



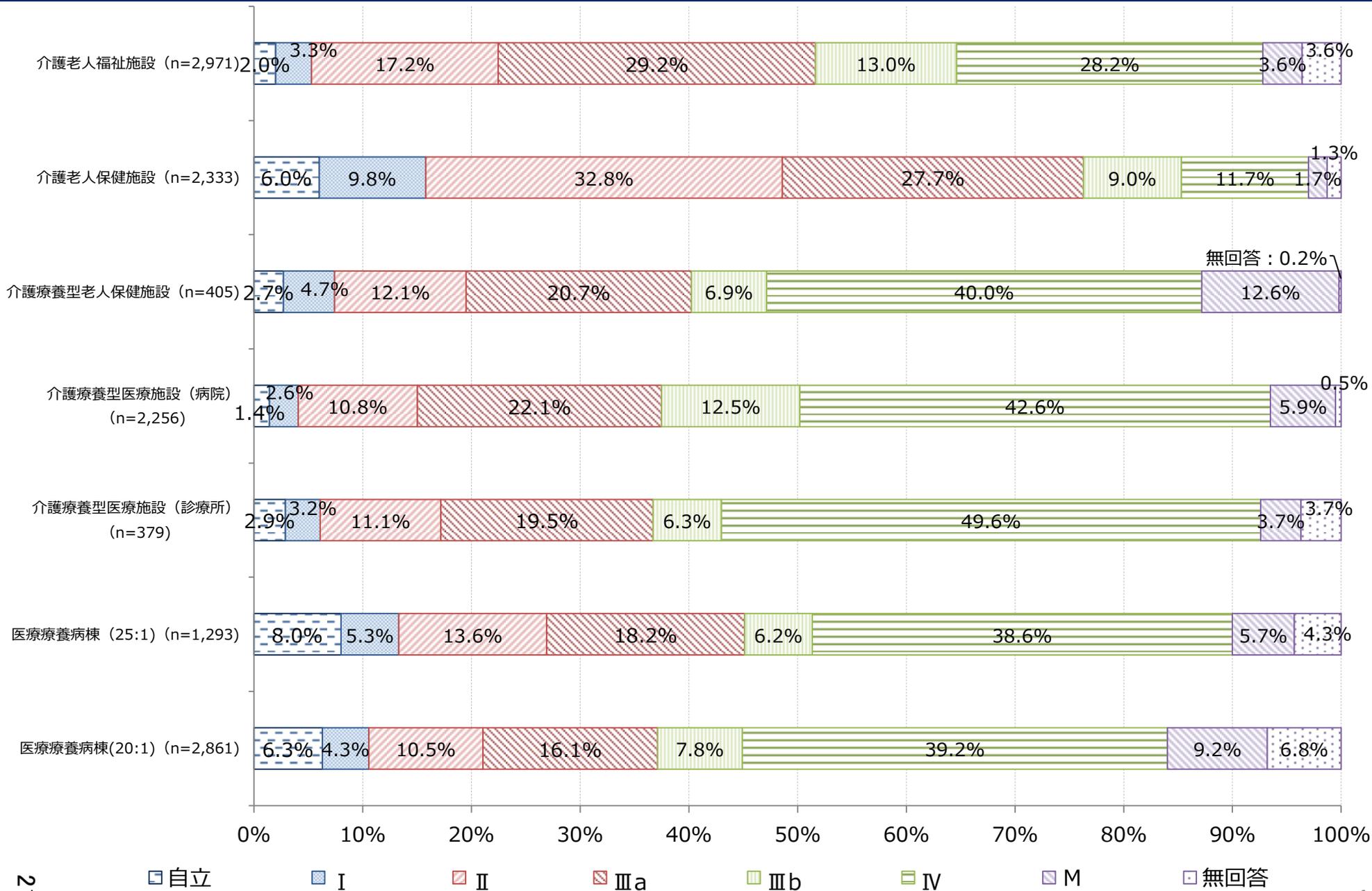
入院患者／入所者の要介護度



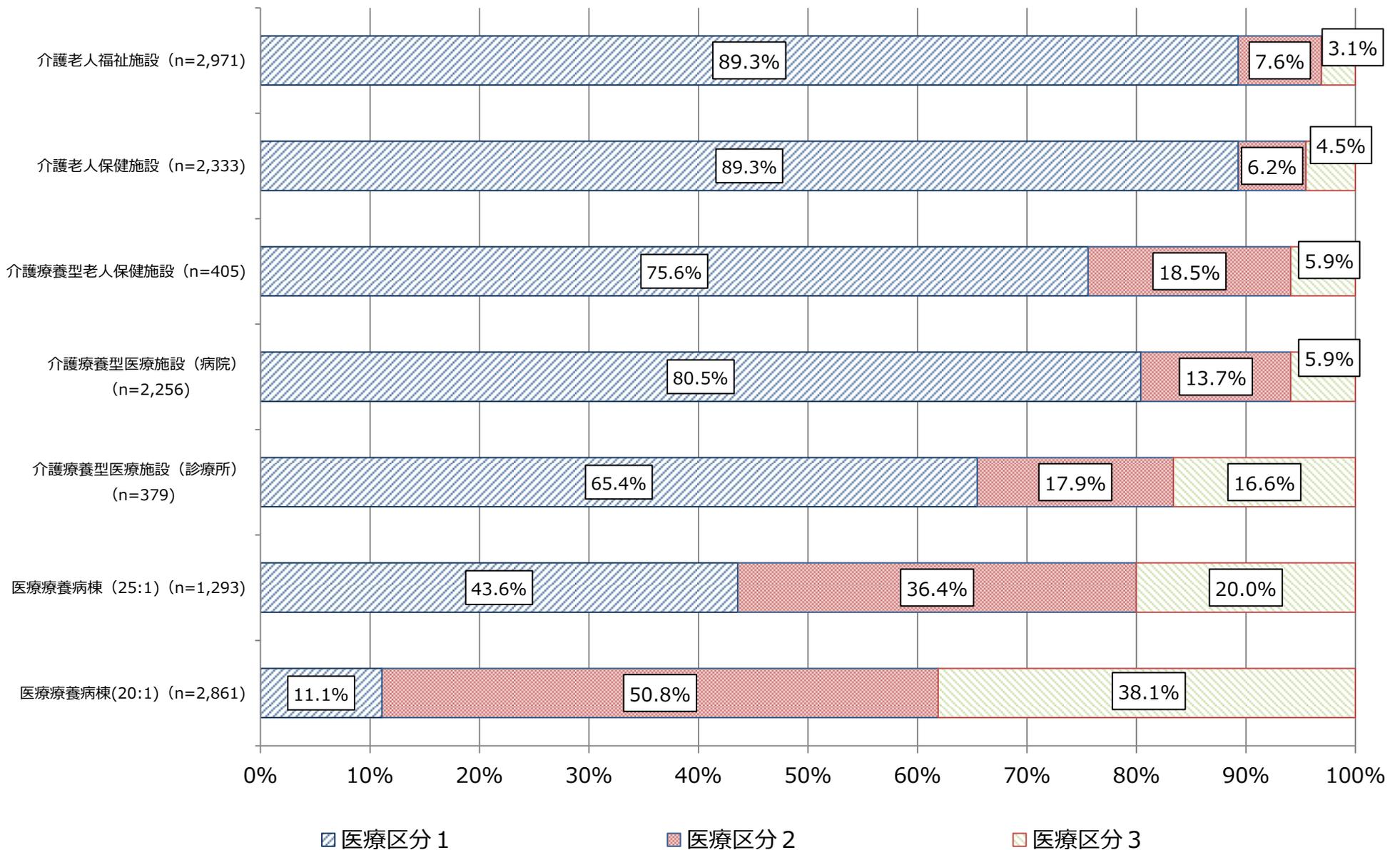
入院患者／入所者のADL区分



認知症高齢者の日常生活自立度

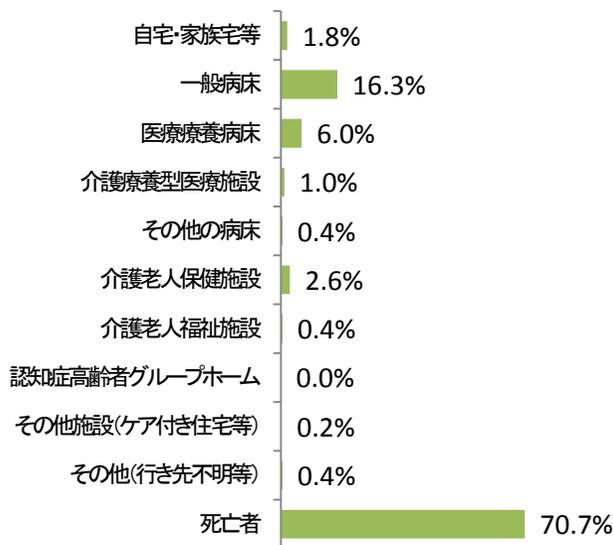


入院患者／入所者の医療区分

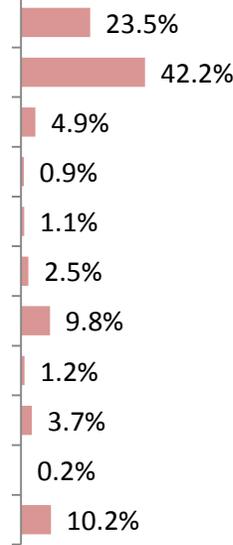


退院／退所後の行き先

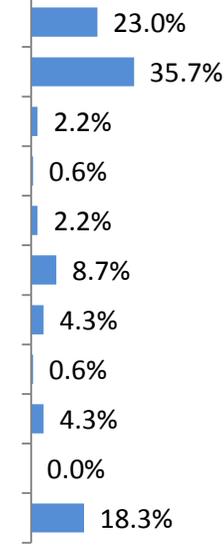
介護老人福祉施設(n=495)



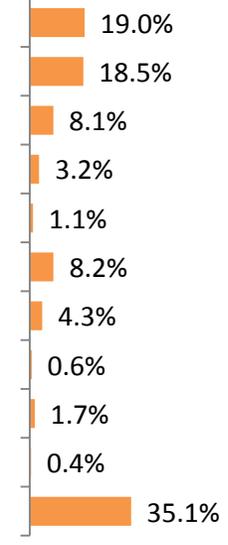
介護老人保健施設(n=1882)



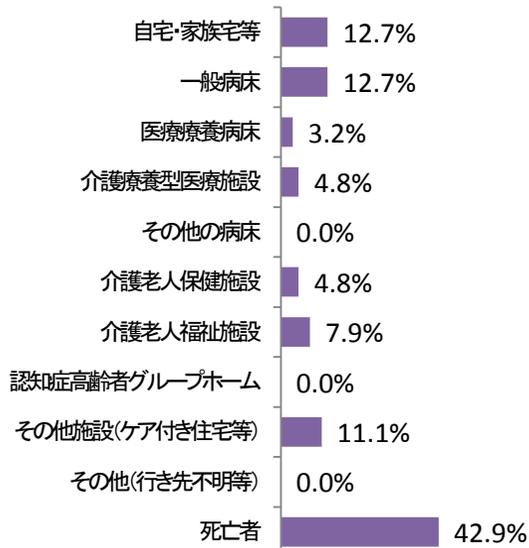
介護療養型老人保健施設(n=322)



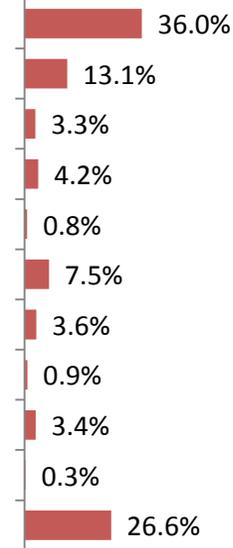
介護療養型医療施設(病院)(n=1,419)



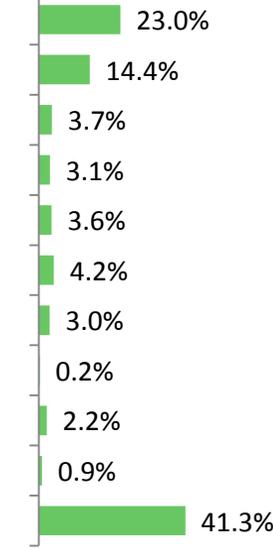
介護療養型医療施設(診療所)(n=63)



医療療養病棟(25対1)(n=2,285)

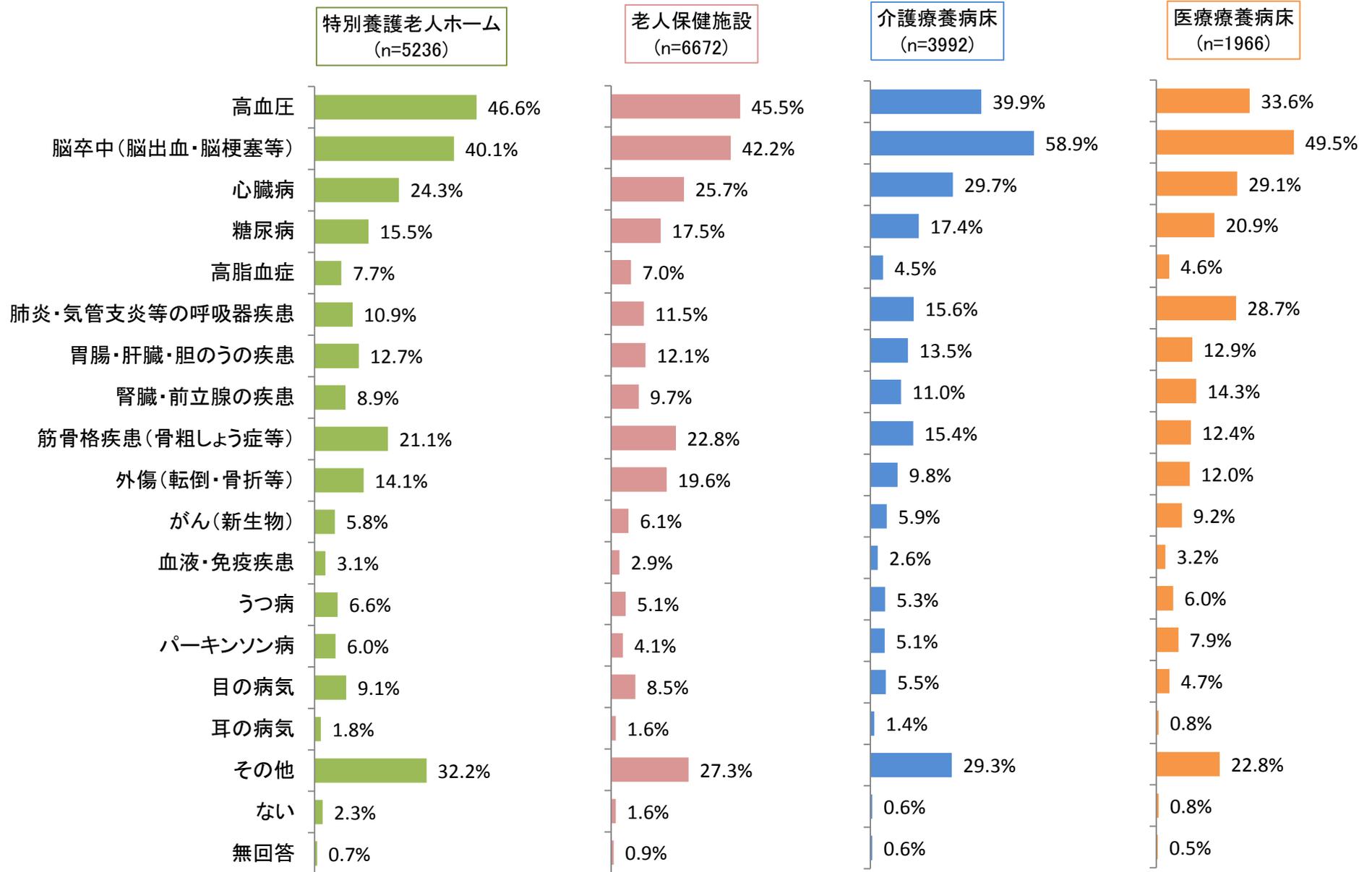


医療療養病棟(20対1)(n=3,411)

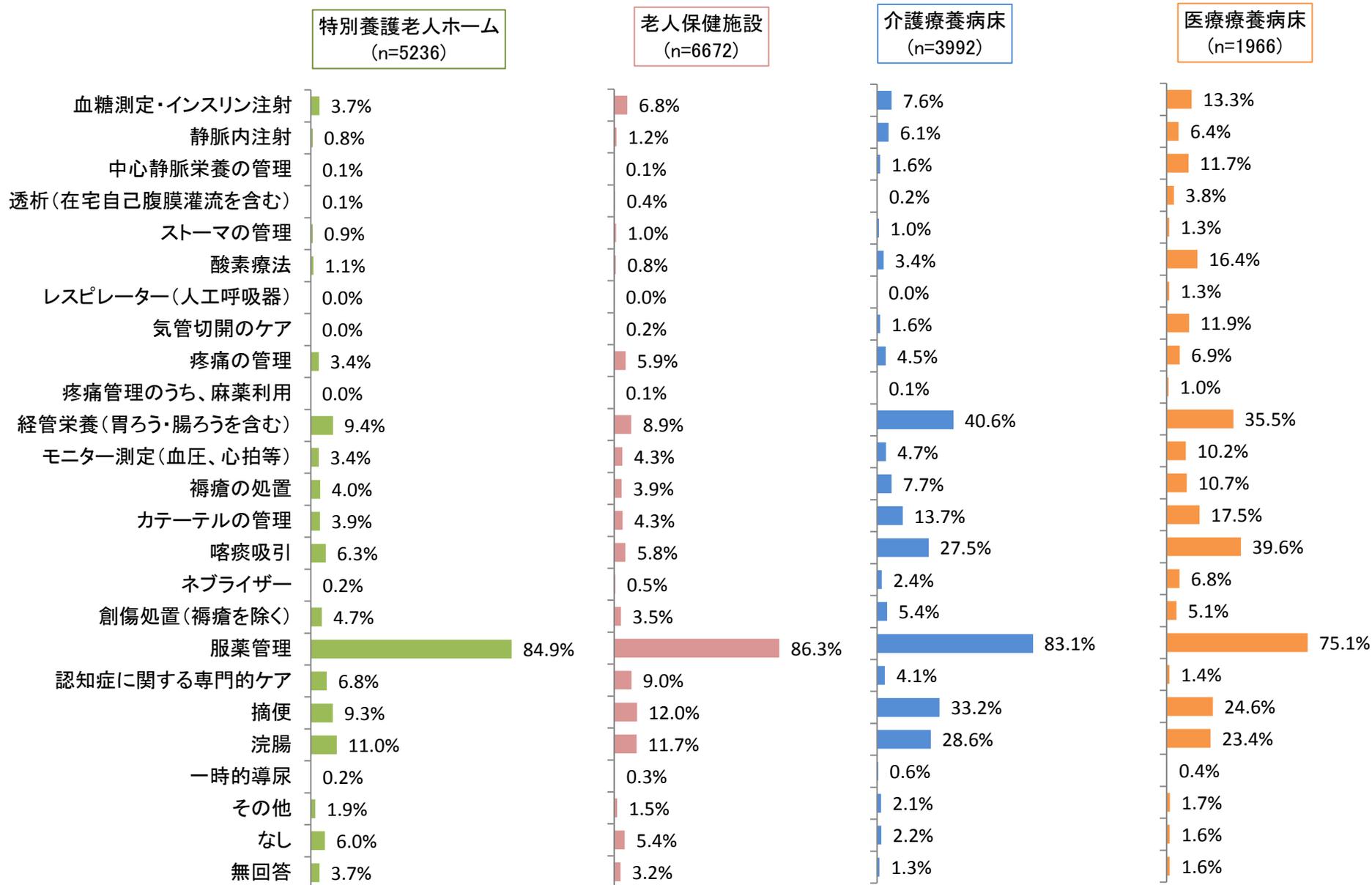


(出典)平成25年度老人保健事業推進費等補助金「医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書(平成26年(2014年)3月)」(公益社団法人全日本病院協会)

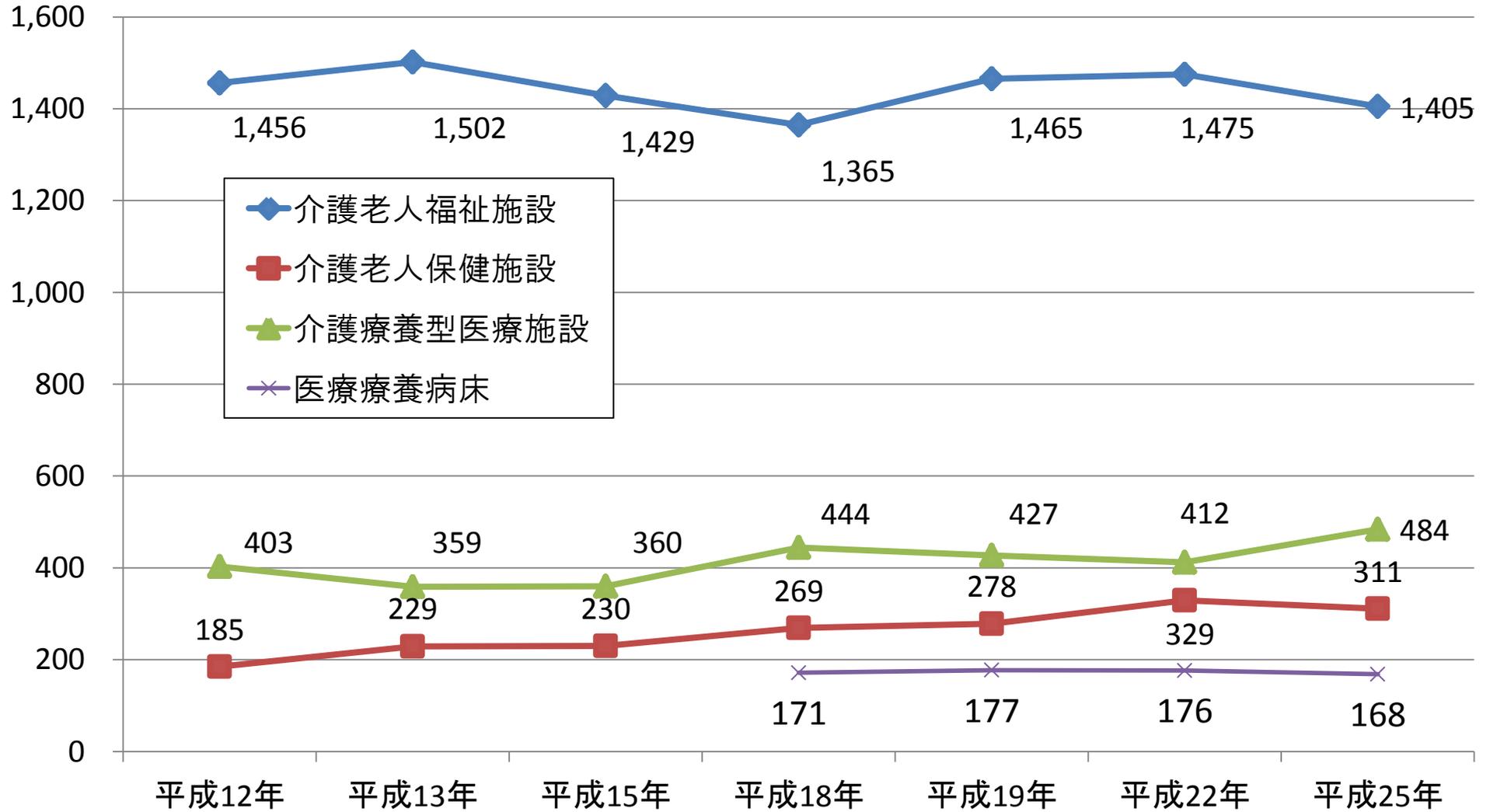
有している傷病（複数回答）



現在受けている治療（複数回答）



平均在所・在院日数



注：平均在所日数の調査が行われた年度を記載。

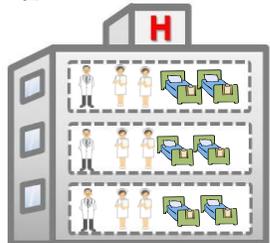
出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」，病院報告（平成25年、平成22年、平成19年、平成18年）

(考えられる選択肢)

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）

医療機関 (医療療養病床 20対1)

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者
- 医療の必要性が高い者



- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

医療機能を内包した施設系サービス

〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンを提示〕

新(案1-1)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者



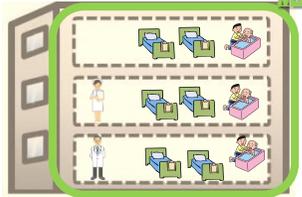
- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案1-2)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



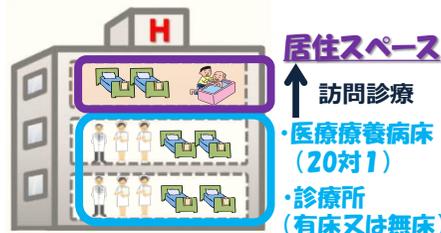
医療を外から提供する、 居住スペースと医療機関の併設

- 医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換
- 残りスペースを居住スペースに

新(案2)

医療機関に併設

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



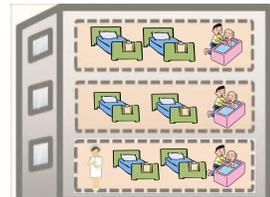
今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(注) 居住スペースと医療機関の併設について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

現行の
特定施設入居
者生活介護

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



+

診療所等

○医療は外部の病院・診療所から提供

- 多様な介護ニーズに対応

今後の検討に向けた構成員からの発言

1. 人員配置基準について

- 医師や看護職員、介護職員の配置については、併設の病院なり診療所での医師や職員が柔軟に対応できるような配置要件が必要。
- 医師の当直体制は重要であるが、夜間休日における当直体制を厳密に行うのは過疎地域では困難。近隣の医療機関との連携という概念での当直体制や、その周辺も含めて地域内での看取りの体制という概念を持つことが重要。
- マンパワーを確保するため、医療や介護の職員が病院や施設の中だけで働くのではなく、外に出られる仕組みを作る、介護職がもう少し看護やリハの知識を得る、看護職の裁量も拡大するなど考えていかなければいけない。

2. 施設基準について

- 療養病床からの転換を考えた場合、6.4 m²/人の多床室がそのまま転換できないと、転換は進まない。6.4 m²/人の多床室について、経過措置として、少なくとも建て替えまでは認めることが必要。
- 長期に療養し、そこで亡くなるということを踏まえると、たとえ面積は狭くても個室などのプライバシーが保てるような場にする必要がある。
- あるべき姿として住まいは個室だと思うが、建て替えまでは現行の多床室を認めることが妥当。

3. 新設の可否について

- 療養病床からの転換を主眼に置くのであれば、新たな類型については転換に限定して認めるべき。
- 地域医療構想の議論の中で、病院機能の見直しについて検討されているところであり、療養病床だけが新たな類型に転換できるということだけでなくいいのではないか。
- 経過措置について、新たな類型のところで要件を満たすまでにある一定期間必要であれば、一旦、まず新たな類型を名乗り、その後、要件を満たすべく必要な時間を経過措置とすることが必要。
- 2030 年を見据えると、今回提示する新たな類型も必要であるため、転換の話だけでなく、新設も含めて将来を考えて論じておくことが必要。一方、広さの問題や多床室を認

めるかどうかなど経過措置の部分は転換だけに限るべき。

- 既存施設の転換は経過的なものであり、転換期は難しいとしても、将来的には新たな類型において医療・看護・介護サービスがチームで適切に提供されることが必要。
- 介護療養型老人保健施設が新たな類型に転換できるのかどうかについて、今後、検討することが必要。

4. 財源の在り方について

- 財源が医療保険か介護保険かについては、その人へのサービス行為に着目して、介護を提供したら介護報酬、医療を提供したら診療報酬から出すという形が望ましい。
- 居住費については自費が原則だが、低所得者に対しては、補足給付のような形で出すのではなくて、公費で拠出すべき。医療と介護は、それぞれ医療保険と介護保険で出すということを考える必要がある。
- 医療外付け型の場合、介護は介護報酬から入れて、医療は訪問看護・訪問診療という形、あるいは、薄い包括的な医療プラス看取りのときは出来高などの医療保険を入れることが必要。一方、医療内包型の場合、現状の介護療養型医療施設の財源構成も踏まえ、介護保険で行うべき。
- 財政が厳しいことも理解しなければいけない。かつ、自己負担が余り多く増えてもいけない。費用の総計が、少なくとも従来の医療療養病床や介護療養病床を超えない範囲で新しいジャンルを考えなければいけない。
- 医療提供施設である老健施設では、例えば難病の患者の高額な医療費について包括報酬により対応している。新類型を医療提供施設として新たに位置づけるのであれば、そういう難しい病気で悩んでいる患者の医療費は医療保険で対応できるよう、全体を見渡して検討する必要がある。

5. 低所得者への配慮について

- 新たな類型については、低所得の受け皿となることが考えられるため、補足給付のような低所得者対策を認めることが必要になる。
- 低所得者への配慮というのは当然なされるべきだが、利用者の方で金融所得などの資産を持っている経済力がある方には自己負担を含めてきちんと御負担いただけるようなものにすべき。
- 低所得者への住宅手当等の議論も含めて社会保障の中でどのように対応していくのか検討していくことが必要。

6. 制度検討に際してのその他の留意事項について

- 今後の具体的な議論の中において、これらのサービスモデルのそれぞれに該当する患者あるいは利用者数等のシミュレーションが必要。
- 介護ニーズのきめ細かい分析、慢性期の医療・介護ニーズへの対応における利用者の姿を明確にしていくべき。将来的にどういう方向に行くべきなのか、現状追認的ではなく、検討に足るデータの収集ないし分析を引き続き行うことが必要。
- 介護分野において、利用者の状態の正しい評価と、そのケアの仕組みについて、統計学的な観点も踏まえ、エビデンスを出しながら検討していくことが必要。
- 今の医療区分とADL区分では、どういう病気を持った人にどういう医療行為をやっているかということが見えづらいため、そこが明確になるような仕組み作りが重要。
- 医療区分の要件の客観化については、しっかりとした議論が必要。また、看護介入度の高い患者や高額薬剤を使用する患者、レスパイト入院の患者等、対応困難な事例に留意すべき。
- 新たなサービスモデルにおいては、計画的にリハビリや栄養指導等を行う機能も必要。また、「住まい」の機能に関して、あるべき施設環境を示していくことも必要。
- 既存の病床を活用する場合でも、ある程度、転換のときに費用が必要になってくるので、基金を活用できるようにすべき。
- 介護療養病床の廃止期限の再延長、医療療養病床の看護人員配置の経過措置の延長は、選択肢として残すべき。
- 介護療養病床を介護療養病床という1つの大きなくくり方でそのまま存続させるのではなく、医療や介護の必要性に応じた新類型を多段階で用意することが必要。
- 介護療養病床にいる特養待機者や、円滑な転換を実現するためにも、過去に法案も提出されたが、医療法人にも特養設置ができるという規制緩和の方向性を再度検討すべき。
- 特別養護老人ホームの設置法人の件に関しては確かに議論になるが、今回検討すべき論点からは外れている。
- 介護保険三施設については、制度が出来た当時と現在では状況が変わってきているので、その役割の在り方についても検討していくことが重要。
- 介護療養病床から介護老人保健施設等への移行が十分に進まなかった要因として、介護療養病床では、看取りを含む長期療養を目的としており、在宅復帰、在宅生活支援等を目的とする介護老人保健施設との間で提供される医療や利用者像が異なっていることがあげられる。新たな類型については、介護老人保健施設との違いを明確にし

て議論をすることが重要。

- 介護療養病床から介護老人保健施設等への移行が十分に進まなかった要因として、介護療養病床には想像した以上の医療ニーズがあったことがあげられる。
- 介護療養病床から介護老人保健施設等への移行が十分に進まなかった要因として、「病院」から「施設」への転換を中心に進めたことがあげられる。
- 介護保険事業計画や今後の地域医療構想に基づく医療計画により制限が生じることがあっても、療養病床からの転換は優先し、また、報酬の面でも転換に支障をきたさないようにすべき。
- 平成30年度の同時改定に向けて、この検討会のメッセージをできる限り速やかに具体化できるよう精力的な議論を求めたい。
- 療養病床との関連で住まい政策を語る際、貧困者対策とアシステッドリビングの2つを混同しないようにすべき。

社会保障審議会 介護保険部会（第56回）	参考資料 3
平成28年3月25日	

「療養病床の在り方等に関する特別部会」の設置について (案)

1. 設置の趣旨

「介護療養型医療施設」及び「医療療養病床のうち、医療法上の看護師及び准看護師の人員配置が4対1未満の病床」については、平成29年度末にその設置期限を迎えることになっており、これらの病床の医療・介護ニーズを合わせ持つ方々を、今後、どのように受け止めていくかが課題となっている。

こうした課題の解決のためには、医療・介護分野を横断して、総合的な検討を行う必要があることから、社会保障審議会に、慢性期の医療・介護ニーズに対応するための療養病床の在り方等について、ご審議いただく専門の部会を設置する。

2. 当面のスケジュール

本特別部会の設置以降、月1回程度のペースで開催を予定し、検討を進め、年内のとりまとめを目指す。

なお、検討状況・結果については、関係部会に報告することとし、それぞれの制度改革との整合性を図るものとする。