

社会保障審議会 介護保険部会(第60回)	参考資料3
平成28年7月20日	

第2回社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会 議事次第

平成28年6月22日(水)
9時30分～12時00分
場所：スクワール麹町3階「錦華」

(議 題)

療養病床の在り方等に関する検討について

(配布資料)

- 資 料 1 第2回療養病床の在り方等に関する特別部会ヒアリング 参考人名簿
- 資 料 2 有吉参考人提出資料
- 資 料 3 猿原参考人提出資料
- 資 料 4 矢野参考人提出資料
- 委員提出資料 吉岡委員提出資料

社会保障審議会 療養病床の在り方等に関する特別部会 委員名簿

平成28年6月22日

氏名	所属
あべ やすひさ 阿部 泰久	日本経済団体連合会参与
あらい しょうご 荒井 正吾	全国知事会／奈良県知事
いちばら としお 市原 俊男	高齢者住まい事業者団体連合会代表幹事
いのうえ ゆきこ 井上 由起子	日本社会事業大学専門職大学院教授
いのうえ ゆみこ 井上 由美子	高齢社会をよくする女性の会理事
いわた としお 岩田 利雄	全国町村会／東庄町長
いわむら まさひこ 岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
◎ えんどう ひさお 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
えんどう ひでき 遠藤 秀樹	日本歯科医師会常務理事
おかざき せいや 岡崎 誠也	全国市長会／高知市長
かのう しげあき 加納 繁照	日本医療法人協会会長
かめい としかつ 亀井 利克	三重県国民健康保険団体連合会理事長／名張市長
かわかみ じゅんいち 川上 純一	日本薬剤師会常務理事
こばやし たけし 小林 剛	全国健康保険協会理事長
さいとう のりこ 齋藤 訓子	日本看護協会常任理事
しばぐち さとのり 柴口 里則	日本介護支援専門員協会副会長
しらかわ しゅうじ 白川 修二	健康保険組合連合会副会長・専務理事
すずき くにひこ 鈴木 邦彦	日本医師会常任理事
すずき もりお 鈴木 森夫	認知症の人と家族の会理事
せと まさし 瀬戸 雅嗣	全国老人福祉施設協議会副会長
たけひさ ようぞう 武久 洋三	日本慢性期医療協会会長
たなか しげる 田中 滋	慶應義塾大学名誉教授
どい たけろう 土居 文朗	慶應義塾大学経済学部教授
○ ながい りょうぞう 永井 良三	自治医科大学学長
にしざわ ひろとし 西澤 寛俊	全日本病院協会会長
ひがしけんたろう 東 憲太郎	全国老人保健施設協会会長
ひらかわ のりお 平川 則男	日本労働組合総連合会総合政策局長
まつもと たかとし 松本 隆利	日本病院会理事・社会医療法人財団新和会理事長
みもと いっこ 見元 伊津子	日本精神科病院協会理事
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長
よしおか みつる 吉岡 充	全国抑制廃止研究会理事長

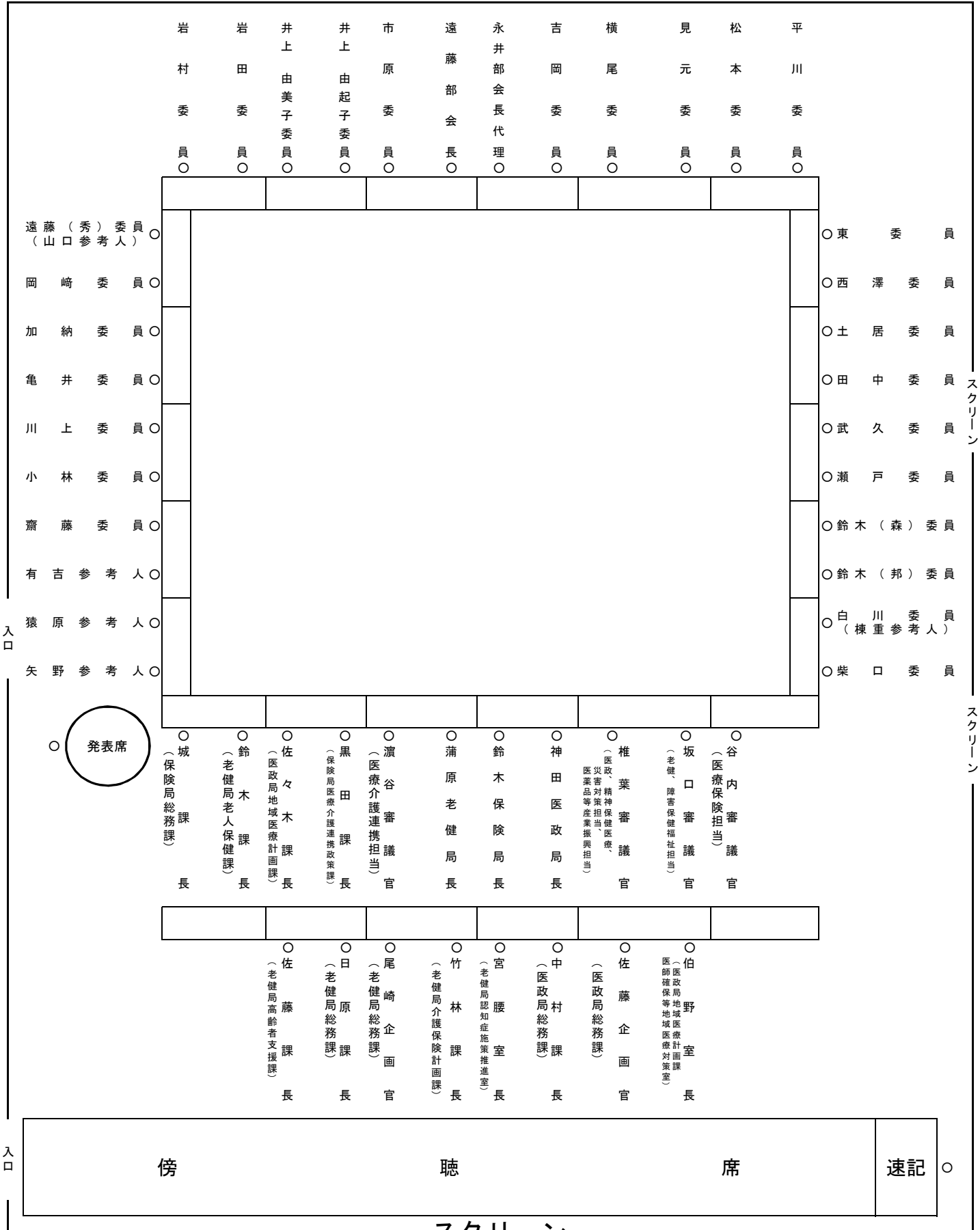
◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(五十音順、敬称略)

第2回社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会

平成28年6月22日(水)9:30~12:00

スクワール 麹町3階「錦華」



平成28年6月22日	第2回社会保障審議会療養病床の 在り方等に関する特別部会	資料1
------------	---------------------------------	-----

第2回療養病床の在り方等に関する特別部会ヒアリング 参考人名簿

平成28年6月22日

氏名	役職
<small>ありよし みちやす</small> 有吉 通泰 参考人	<small>かさまつかい</small> 医療法人笠松会有吉病院 院長
<small>さるはら たかゆき</small> 猿原 孝行 参考人	<small>わけいかい</small> 医療法人社団和恵会 理事長
<small>やの さとし</small> 矢野 諭 参考人	<small>だいわかい</small> 医療法人社団大和会多摩川病院 理事長

(発言順)

暮らしに近い療養環境の 中での取り組み



医療法人笠松会 有吉病院
院長 有吉通泰

2016/6/22

▶ 施設概要

診療科目：内科 皮膚科 小児科 循環器科
消化器科 リハビリテーション科

病床数：146床

(医療療養型56床 個室36床)

(介護療養型90床 全室個室 14-15m²)

1日当たり平均患者数：外来168人 入院142人

平均要介護度：4.59



抑 制 廃 止 福 岡 宣 言

老人に、自由と誇りと安らぎを

- ① 縛る、抑制をやめることを決意し、実行する
- ② 抑制とは何かを考える
- ③ 継続するために、院内を公開する
- ④ 抑制を限りなくゼロに近づける
- ⑤ 抑制廃止運動を、全国に広げていく

1998 10.30.

適用		点数	患者様負担金			適用		点数	患者様負担金		
			1割(円)	2割(円)	3割(円)				1割(円)	2割(円)	3割(円)
レントゲン 撮影 (胸部、腹部)	1枚	210	210	420	630	甲状腺 エコー	350	350	700	1,050	
	2枚	287	290	570	860	腹部 エコー	530	530	1,060	1,590	
CT撮影 (頭部、躯幹)	1回目	1,470	1,470	2,940	4,410	心臓 エコー	880	880	1,760	2,640	
	2回目	840	840	1,680	2,520	胃 カメラ	1,140	1,140	2,280	3,420	
末梢血液検査	1回目	166	170	330	500	大腸ファイバー(S状結腸)	900	900	1,800	2,700	
	同月2回目	41	40	80	120						
尿検査		36	40	70	110	横行結腸ファイバー	1,350	1,350	2,700	4,050	
便検査		71	70	140	210						
血糖検査(HA1c含む)		194	290	390	580	上行結腸ファイバー	1,550	1,550	3,100	4,650	
血液生化学	8項目以下 1回目	257	260	510	770	病理検査1カ所(1臓器)	1,320	1,320	2,640	3,960	
	8項目以下 同月2回目	113	110	230	340	病理検査2カ所(2臓器)	2,490	2,490	4,980	7,470	
	8項目以上 1回目	263	260	530	790	病理検査3カ所(3臓器)	3,660	3,660	7,320	10,980	
	8項目以上 同月2回目	119	120	240	360	インフルエンザテスト	293	290	590	880	
	10項目以上 1回目	281	280	560	840	心電図	1回目	130	130	260	390
	10項目以上 同月2回目	137	140	270	410		同月2回目	117	120	230	350

※病理検査は『胃・十二指腸』の2つは1臓器、『上行結腸・横行結腸・下行結腸』の3つは1臓器、『気管支・肺臓』の2つは1臓器、『子宮体部・子宮頸部』の2つは1臓器、その他の部位はそれぞれ1つで1臓器となります。

▶ 看護・介護職員配置

医療療養病棟（療養病棟入院基本料Ⅰ）

病床数	区分	法定数	実人員	実配置
1病棟56床	看護職員	4:1 (14人)	23.34人	2.4 : 1
	介護職員	4:1 (14人)	17.20人	3.3 : 1

介護療養病棟（ユニット型療養型介護医療施設サービス(機能強化A)）

病床数	区分	法定数	実人員 (内介護福祉士)	実配置
2病棟30床	看護職員	6:1 (5人)	8.15人	3.7 : 1
	介護職員	4:1 (8人)	10.30人 (5.30)	2 : 1
3病棟60床	看護職員	6:1 (10人)	11.80人	5.1 : 1
	介護職員	4:1 (15人)	22.62人 (17.0)	2.7 : 1
2・3病棟計	看護職員	6 : 1 (15人)	19.95人	4.6 : 1
	介護職員	4 : 1 (23人)	32.92人	2.8 : 1

外来

その他の職員

外来	看護職員	30:1	6人	医師	9.5人	言語聴覚士	2人		
				放射線技師	1.5人	作業療法士	1人		
				薬剤師	2人	管理栄養士	2人	検査技師 ⁵	1人
				理学療法士	3人	マッサージ師	1人	事務その他	23人

	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。

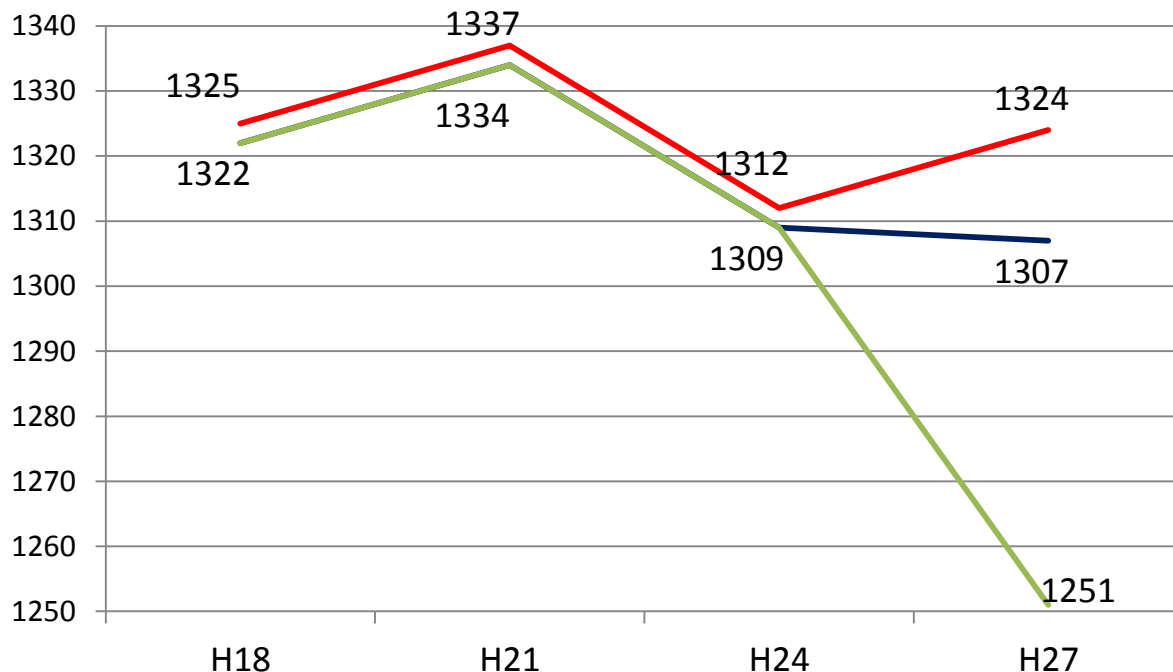
※案2について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

「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～」(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

▶ ユニット型介護療養型（個室）の介護報酬

	ユニット型介護療養型(個室) (機能強化型A)	介護療養型(多床室) (機能強化型A)	介護療養型(多床室) 機能強化無し
H18	1325	1322	1322
H21	1337	1334	1334
H24	1312	1309	1309
H27	1324	1307	1251

平成27年の介護報酬改定で、機能を強化した療養病棟を手厚く評価



平成27年の改定前まで
個室と多床室が
1日30円の違い
しかなかった。

- ユニット型介護療養型(個室)(機能強化A)
- 介護療養型(多床室)(機能強化A)
- 介護療養型(多床室)(機能強化無し)

▶ 療養病棟機能強化型Aの要件(重介護・要医療)

- ① 重篤な身体疾患を持つ者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が50%以上。
- ② 喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が50%以上。
- ③ 次のいずれにも適合する者の占める割合が10%以上。
 - ・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。
 - ・入院患者又はその家族の同意を得て、入院患者等のターミナルケアに係る計画書が作成されていること。
 - ・医師、看護師、介護職員等が共同して、本人又は家族へ説明・同意を得てターミナルケアが行われていること。
- (4) 生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること。
- (5) 地域貢献活動を行っていること。

〔人員の要件〕

療養病床を有する病院の場合、看護職員が6:1、介護職員が4:1以上

① 重篤な身体疾患を持つ者及び身体合併症を有する 認知症高齢者

当院の対象者				
	1月	2月	3月	4月
1ヶ月	79.5%	80.7%	80.2%	81.7%
3ヶ月平均	80.1%	80.1%	80.1%	80.9%

- ② 喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が50%以上。

当院の対象者

	1月	2月	3月	4月
1ヶ月	54.2%	54.2%	58.0%	54.9%
3ヶ月平均	51.2%	52.0%	55.5%	55.7%

③ 次のいずれにも適合する者の占める割合が10%以上。

- ・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。
- ・入院患者又はその家族の同意を得て、入院患者等のターミナルケアに係る計画書が作成されていること。
- ・医師、看護師、介護職員等が共同して、本人又は家族へ説明・同意を得てターミナルケアが行われていること。

当院の対象者

	1月	2月	3月	4月
1ヶ月	17.8%	16.8%	17.0%	15.8%
3ヶ月平均	17.0%	17.0%	17.2%	16.5%

	1月	2月	3月	4月
退院者数	6人	2人	3人	5人
看取り数	5人	1人	3人	3人

看取り率
75%

















































第2回 療養病床の在り方等に 関する特別部会

平成28年6月22日(水)



医療法人社団和恵会
理事長 猿原孝行

和恵会の理念

親切・丁寧・平等

品質方針

1. 利用者様の残された能力を見つけ出す
2. 利用者様の「誇り」の尊重
3. 安全・安心の提供

医療法人社団和恵会 配置図



H23年3月11日の大震災以降

「安全・安心の提供」が
頭から消えない状態が
続く。

諸々の事（介護療養の将来、人手不足の解消、天災が発生した時地元に貢献できるかどうか、etc.）

を考え、補助金を申請し転換策に乗る事にした。

介護療養型医療施設に係る市町村交付金

	平成20年度	平成22年度	平成23年度	平成27年度
【創設】 既存の施設を取り壊さずに新たに施設を整備 (1床につき)	1,000千円	1,300千円	1,700千円	1,930千円
【改築】 既存の施設を取り壊して、新たに施設を整備 (1床につき)	1,200千円	1,600千円	2,100千円	2,390千円
【改修】 躯体工事に及ばない屋内改修 (1床につき)	500千円	650千円	850千円	964千円

湖東病院 転換の概要(介護療養型医療施設を介護老人保健施設へ転換)

湖東病院 309床 全床 介護療養型医療施設として運営
(1号館:119床、2号館:46床、3号館:144床)



H24.4.1 80床を療養型介護老人保健施設として
同法人内、和恵会ケアセンターへ増床
(和恵会記念病院「老人性認知症疾患療養病棟100床」に
80床を増床し転換)
湖東病院:229床(介護療養型医療施設)



H25.4.1 60床を療養強化型介護老人保健施設として
湖東病院の1号館を一部改築、その他を改修する

現在 湖東病院169床の介護療養型医療施設(2号館:40床、3号館:129床)
(1号館:60床 湖東ケアセンター【療養強化型介護老人保健施設】)

平成24年4月湖東病院転換概要

湖東病院 309床

介護療養型医療施設309床の内80床を療養型介護老人保健施設に転換

◆建設費等

・工事費	504,000,000
・設計費	39,900,000
計	<u>543,900,000</u>

◆資金調達

【補助金】

- ・創設 1,300,000円（1床あたり）
80床 × 1,300,000円 = 104,000,000円

【福祉医療機構からの借入】

- ・借入金 400,000,000円（毎月返済額 約2,000,000円）
（金利：0.90%、借入期間：20年）

【自己資金】

- ・ 39,900,000円

平成25年4月湖東病院転換概要

湖東病院 229床

介護療養型医療施設229床の内60床を療養強化型介護老人保健施設に転換

◆建設費等

・工事費	409,500,000
・設計費	26,250,000
・その他	117,750,000
計	<u>553,500,000</u>

◆資金調達

【補助金】・・・ 91,000,000円

・改築	2,100,000円 (1床あたり)	
32床	× 2,100,000円	= <u>67,200,000円</u>
・改修	850,000円 (1床あたり)	
28床	× 850,000円	= <u>23,800,000円</u>

【金融機関からの借入】

・借入金	<u>400,000,000円</u>
(金利：1.10%、借入期間：20年) 「現在は、0.40%になっている」	

【自己資金】

・	<u>62,500,000円</u>
---	--------------------



病床転換の試算（平成22年秋）

湖東病院（介護療養型医療施設）

$$309 \text{床} \times 43 \text{万} \times 12 \text{ヶ月} = 1,594,440,000 \text{円/年}$$

A

転換後

介護療養型医療施設

$$169 \text{床} \times 43 \text{万} \times 12 \text{ヶ月} = 872,040,000 \text{円/年}$$

転換型の老健

$$140 \text{床} \times 35 \text{万} \times 12 \text{ヶ月} = 588,000,000 \text{円/年}$$

$$\text{合計} \quad 1,460,040,000 \text{円/年}$$

B

$$A - B \div 134,400,000 \text{円/年}$$

の減収を想定

和恵会記念病院の転換 H24. 4. 1

介護療養型医療施設

和恵会記念病院（認知症疾患療養病棟） 100床

医師	=	3名
看護師 4 : 1	=	25名
介護職 4 : 1	=	25名



療養型介護老人保健施設

医師	=	1名
看護師 4 : 1	=	17名
介護職 4 : 1	=	25名

【人件費削減】

医師	2名分	25,000,000円
看護師	8名分	32,000,000円
		<hr/>
		57,000,000円の減

介護療養型医療施設【湖東病院】（309床）

認知症疾患療養病棟【精神科・和恵会記念病院】（100床）

> 計409床

従来型老健
(入野、白脇、
みずほ
350床)

療養型老健
(和恵会ケア180床)

療養強化型老健
(湖東ケア 60床)

(H24年4月)

(H25年4月)

療養機能強化型A
(湖東病院 169床)

【算定要件】

- ①1年間の入所者
医療機関と在宅の差35%
 - ②3ヶ月間の入所者の状態
 - A) 経管、喀痰吸引
15%以上
 - B) 認知症高齢者
M 20%以上
- A・Bのどちらかを満たす。**

【算定要件】

- ①1年間の入所者
医療機関と在宅の差35%
 - ②3ヶ月間の入所者の状態
 - A) 経管、喀痰吸引
20%以上
 - B) 認知症高齢者
IV・M 50%以上
- A・Bの両方を満たす。**

【夜勤看護基準】

41 : 1
 $180 \div 41 = 4.39$
 設定した夜勤帯に4.39人

【夜勤看護基準】

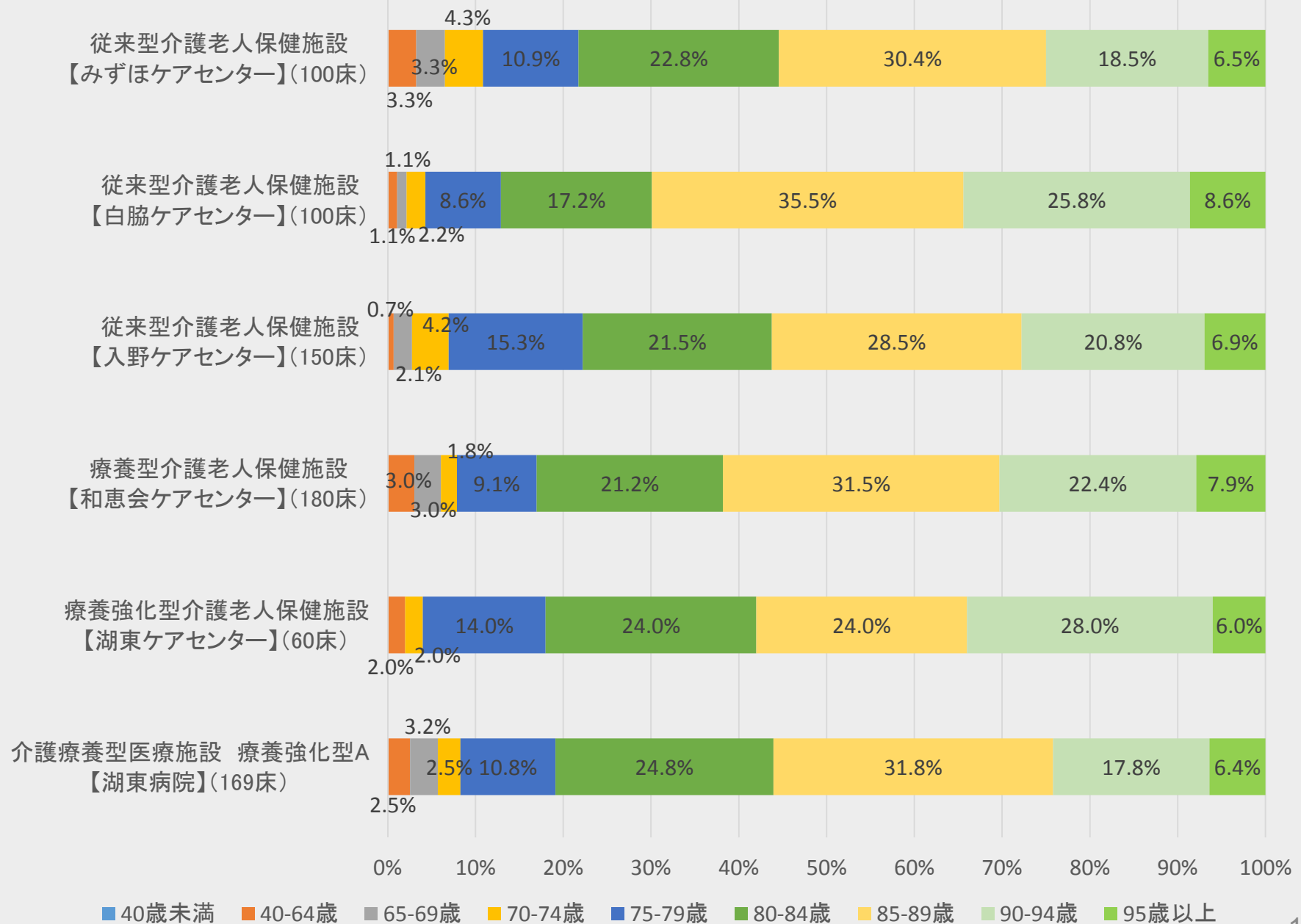
41 : 1
 $60 \div 41 = 1.46$
 設定した夜勤帯に1.46人

【算定要件】

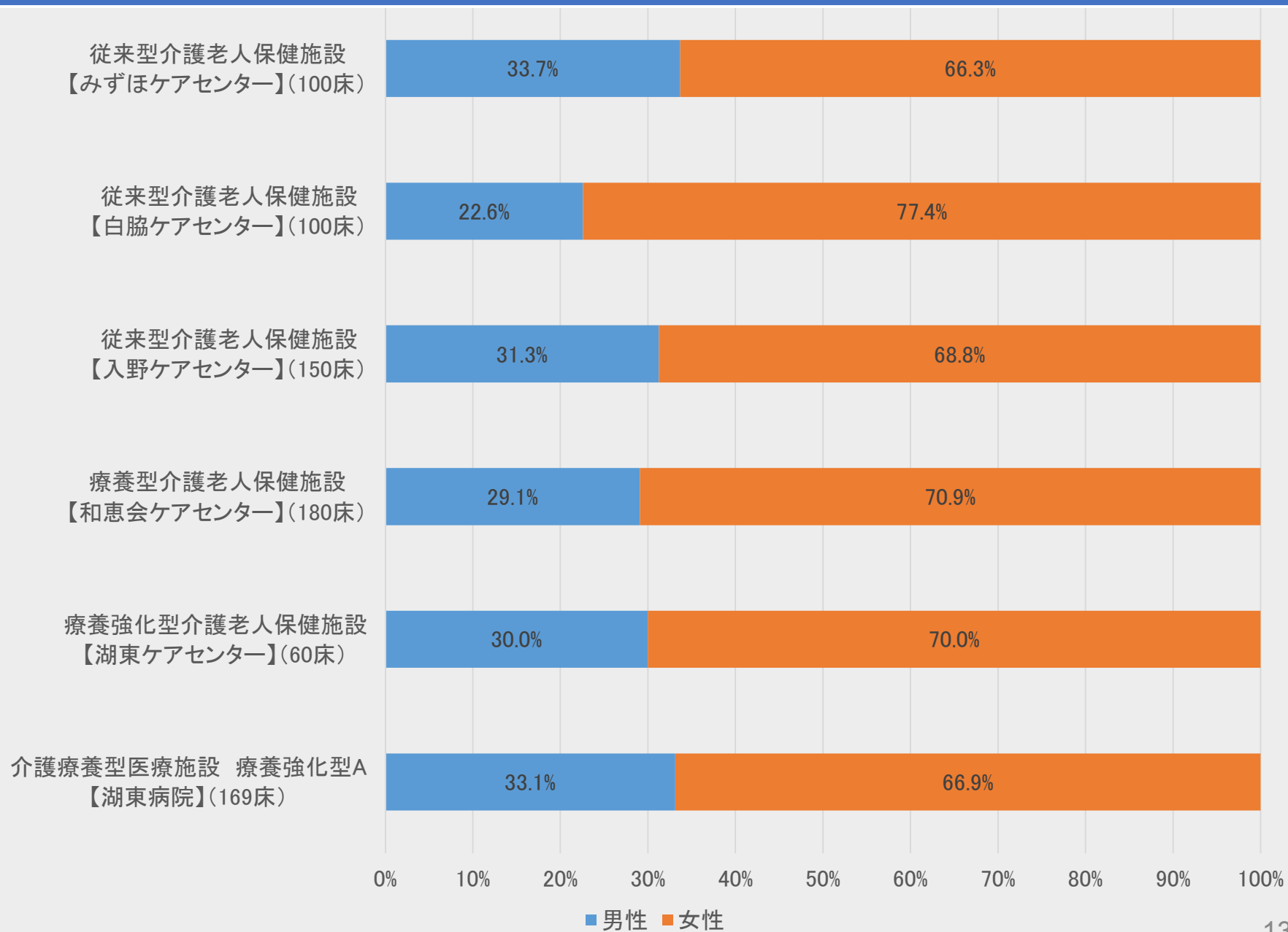
- 入院患者等のうち重篤な身体疾患を有する者および身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が50%以上
- 入院患者等のうち、喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が50%以上（B型は30%以上）
- 入院患者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が10%以上（B型は5%以上）
 - ① 医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者
 - ② 入院患者等又はその家族の同意を得て、入院患者等のターミナルケアに係る計画書が作成されていること
 - ③ 医師、看護師、介護職員等が共同して入院患者等の状態又は家族の求めに応じ随時、本人又は、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を行っていること
- 地域に貢献する活動をおこなっていること

※B型、その他(既存型)は省略

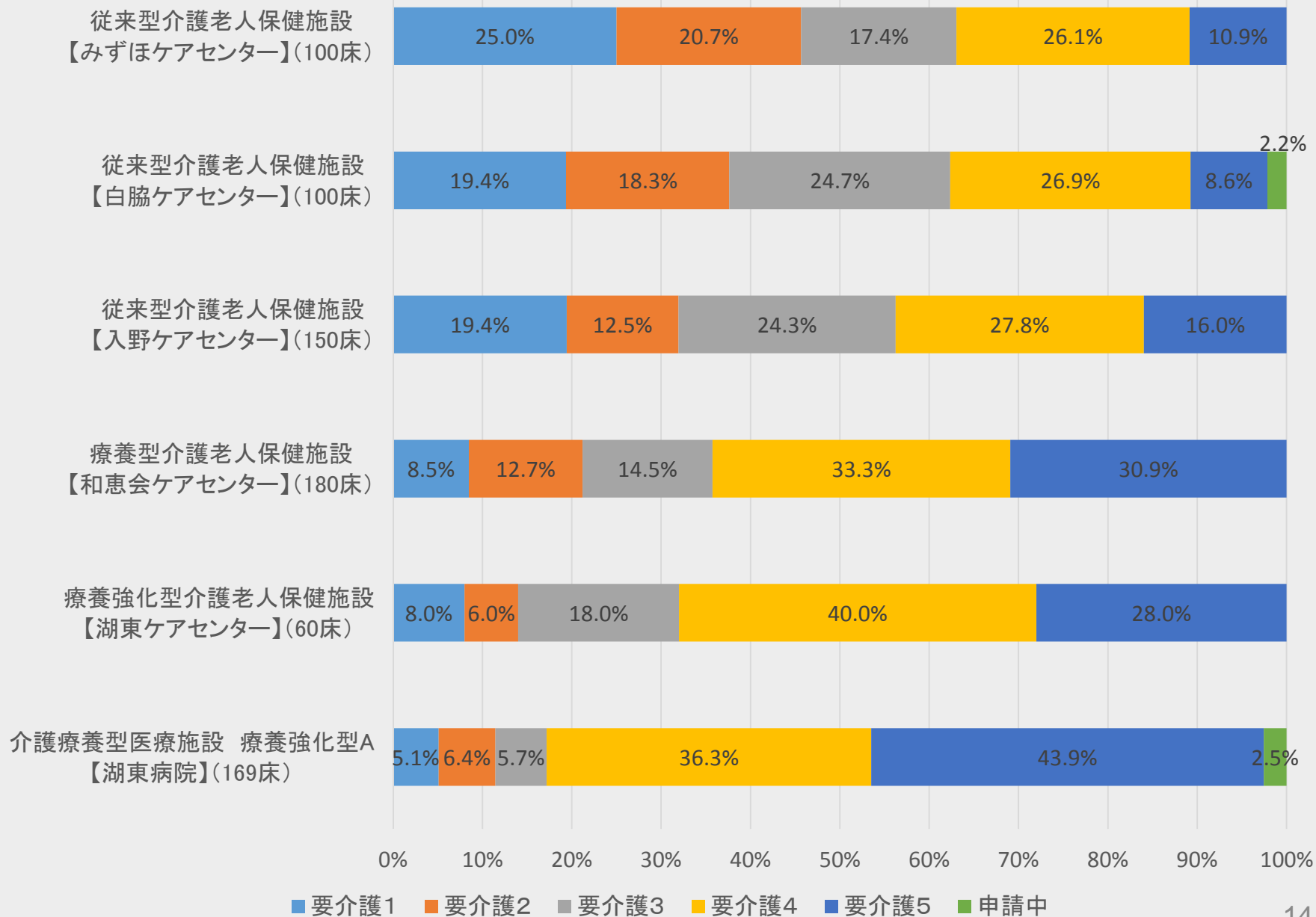
入所者の年齢【平成28年5月現在】



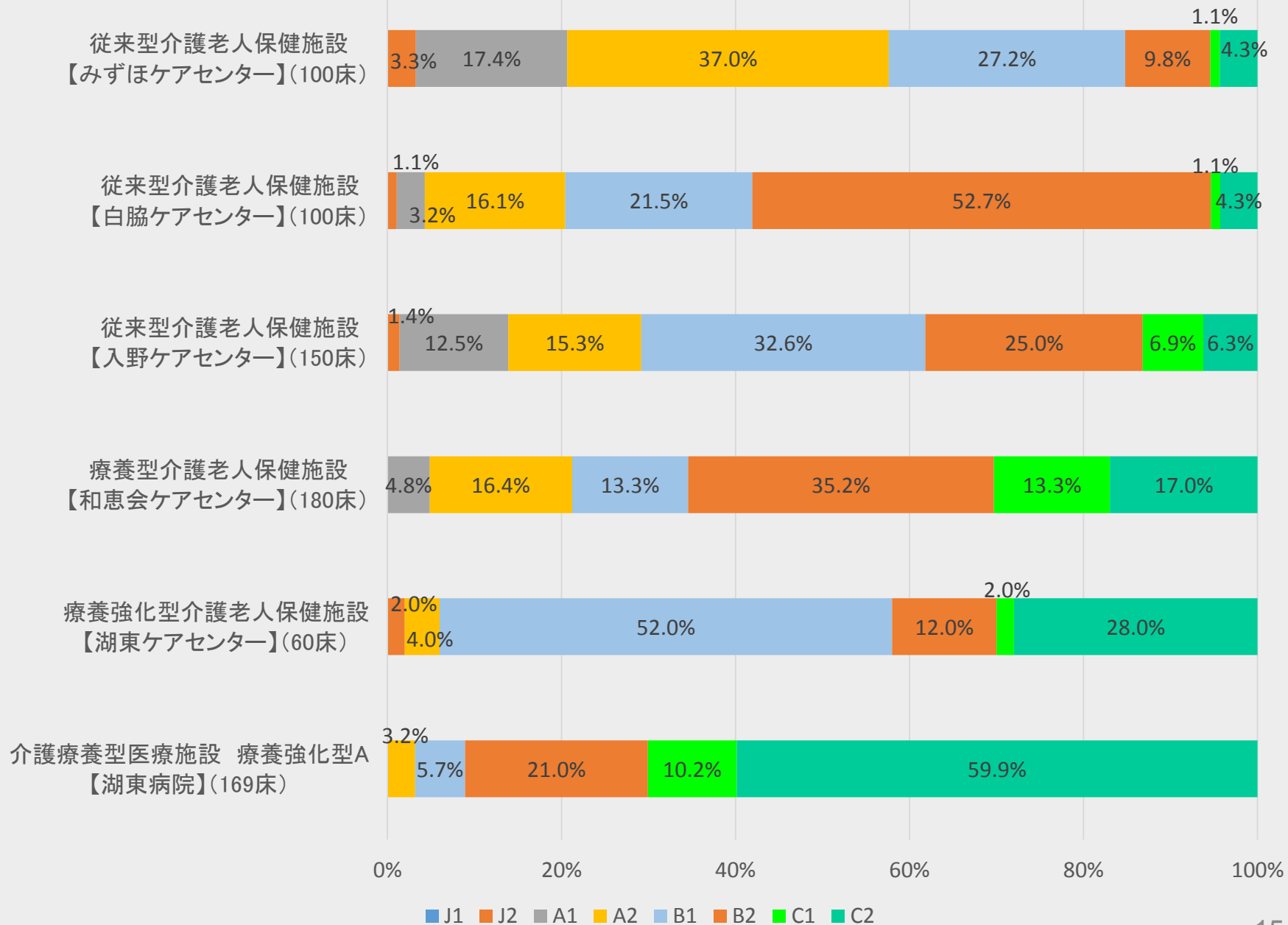
入所者の性別【平成28年5月現在】



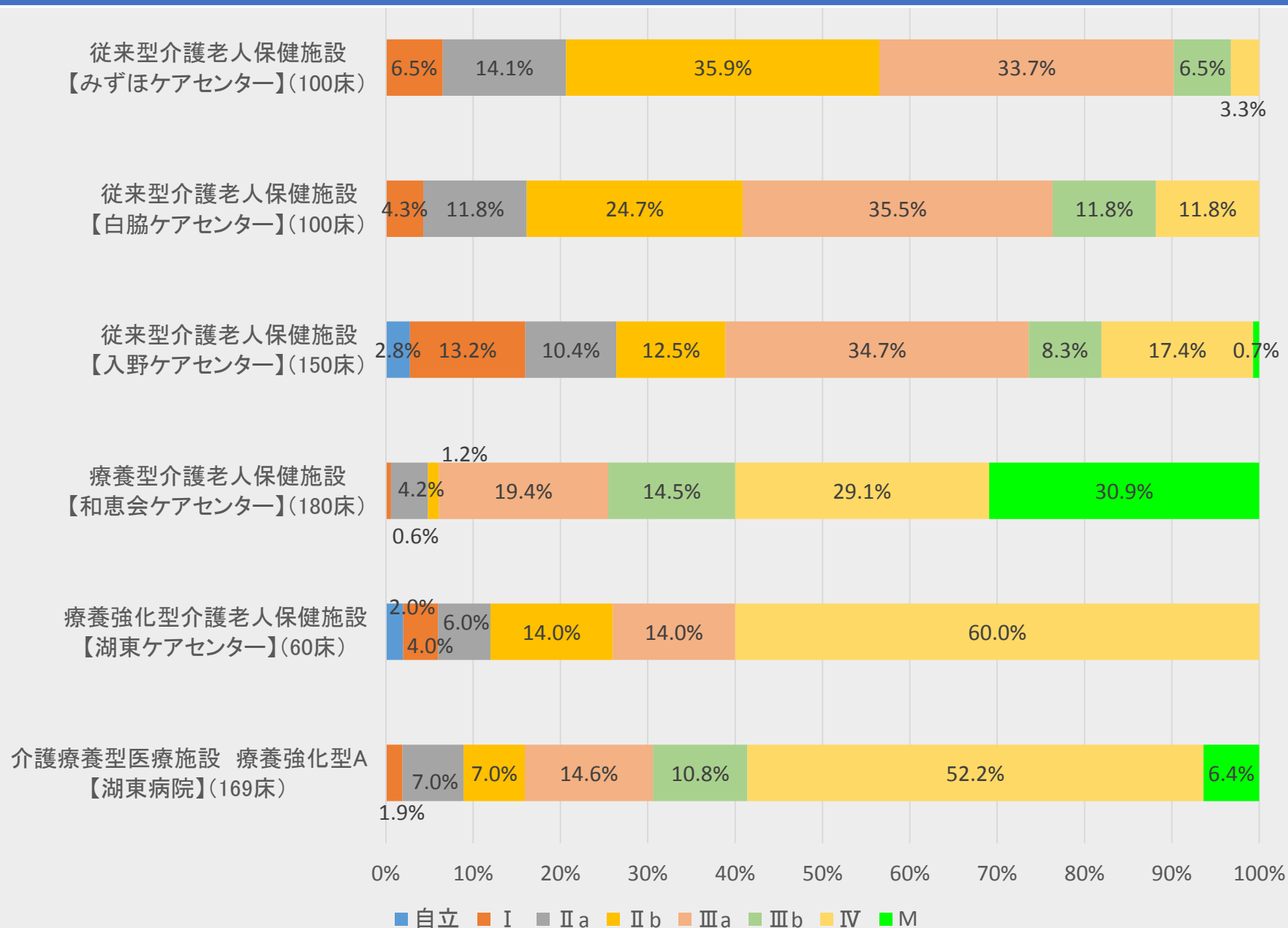
入所者の要介護度【平成28年5月現在】



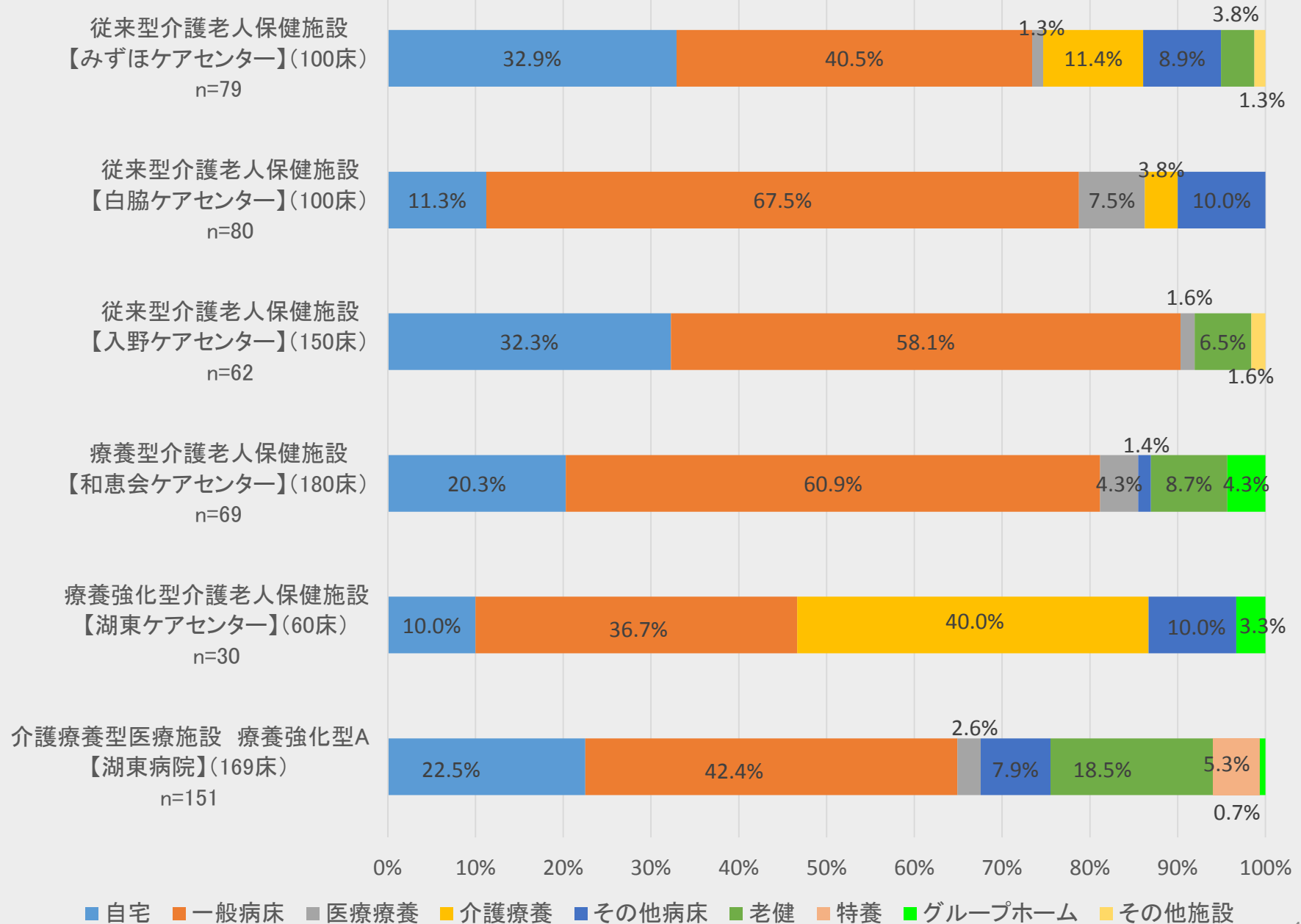
入所者の障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)【平成28年5月現在】



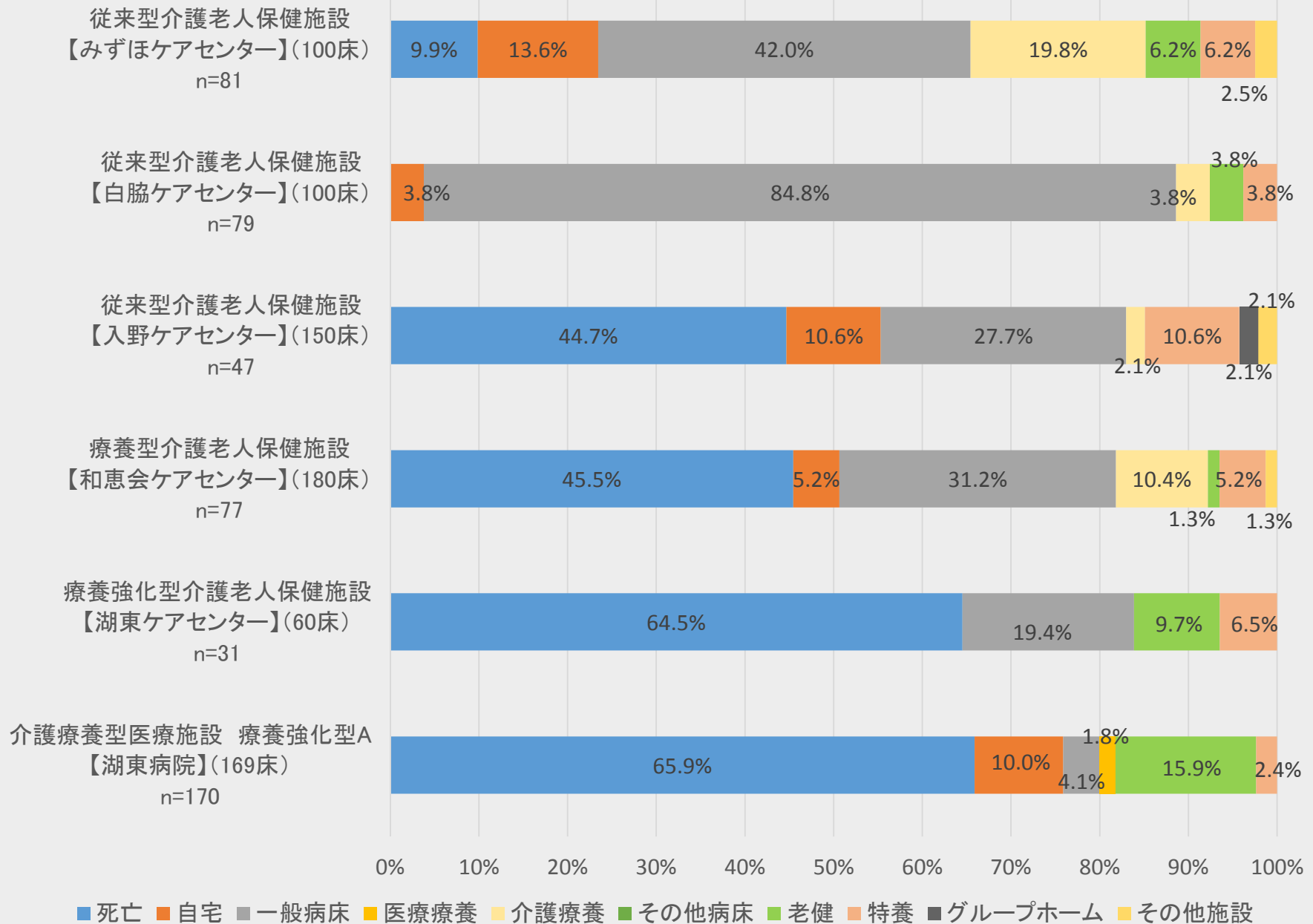
入所者の認知症高齢者の日常生活自立度【平成28年5月現在】



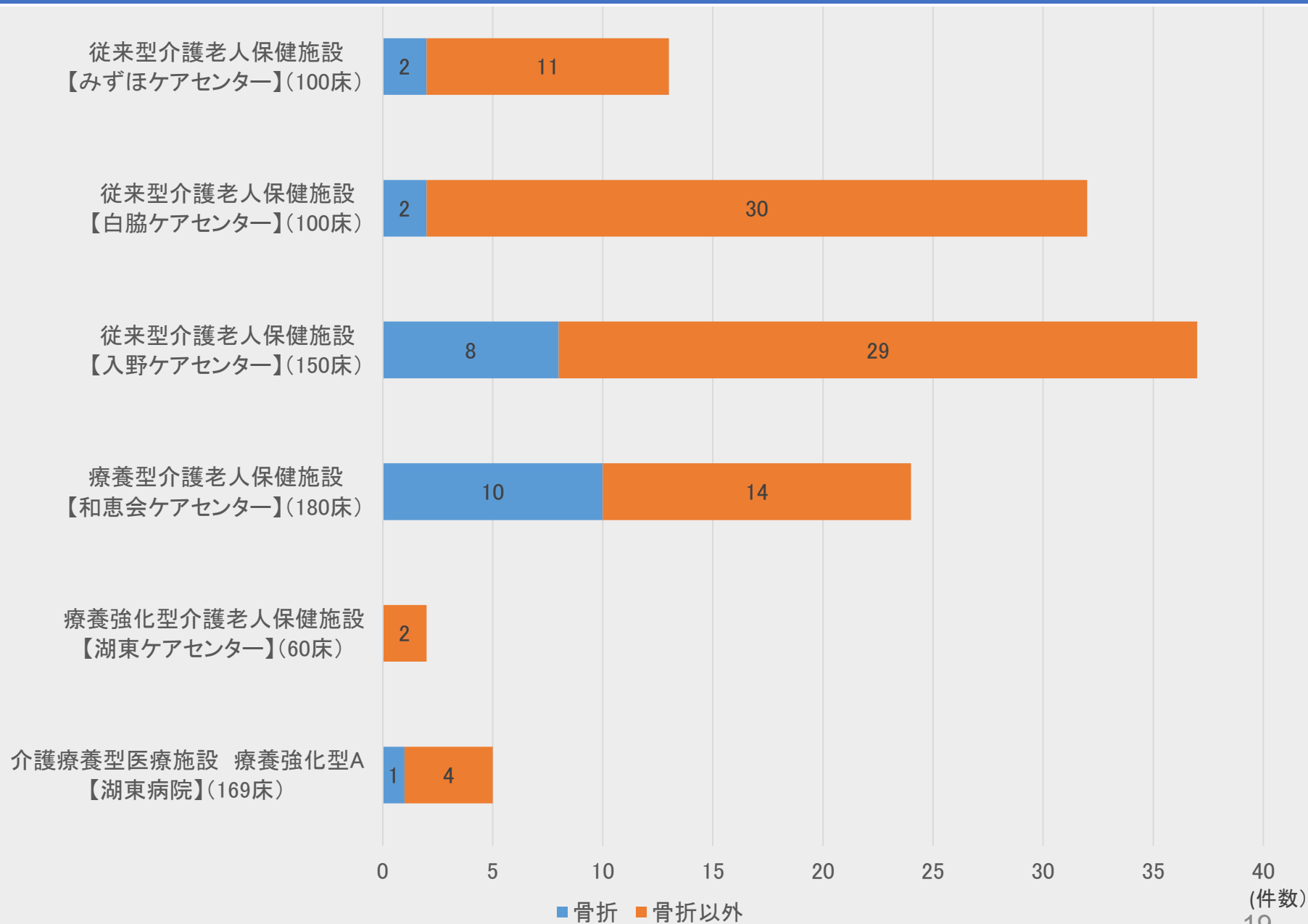
入所経路【平成27年度】



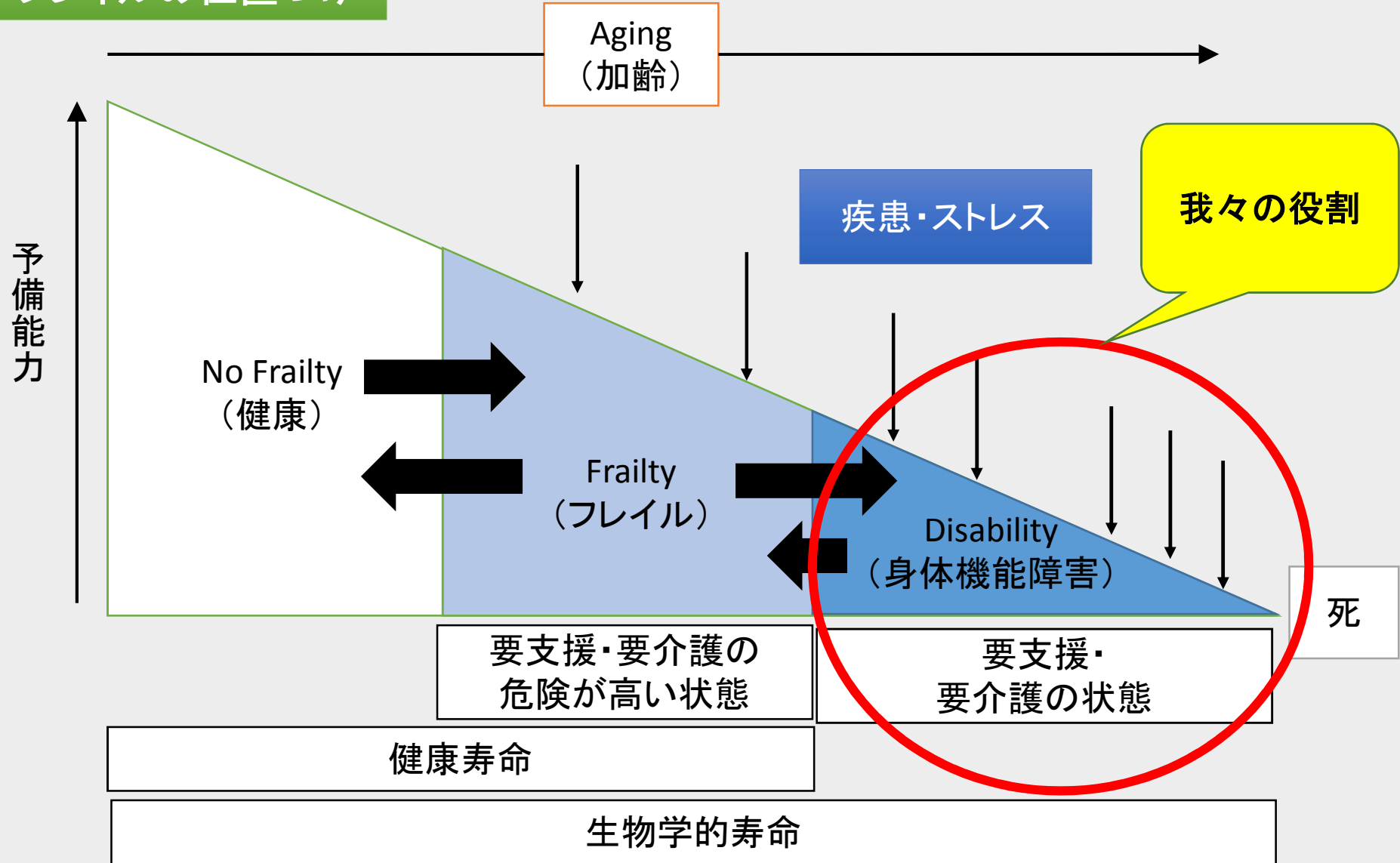
退所経路【平成27年度】



入所者の救急搬送【平成27年度】

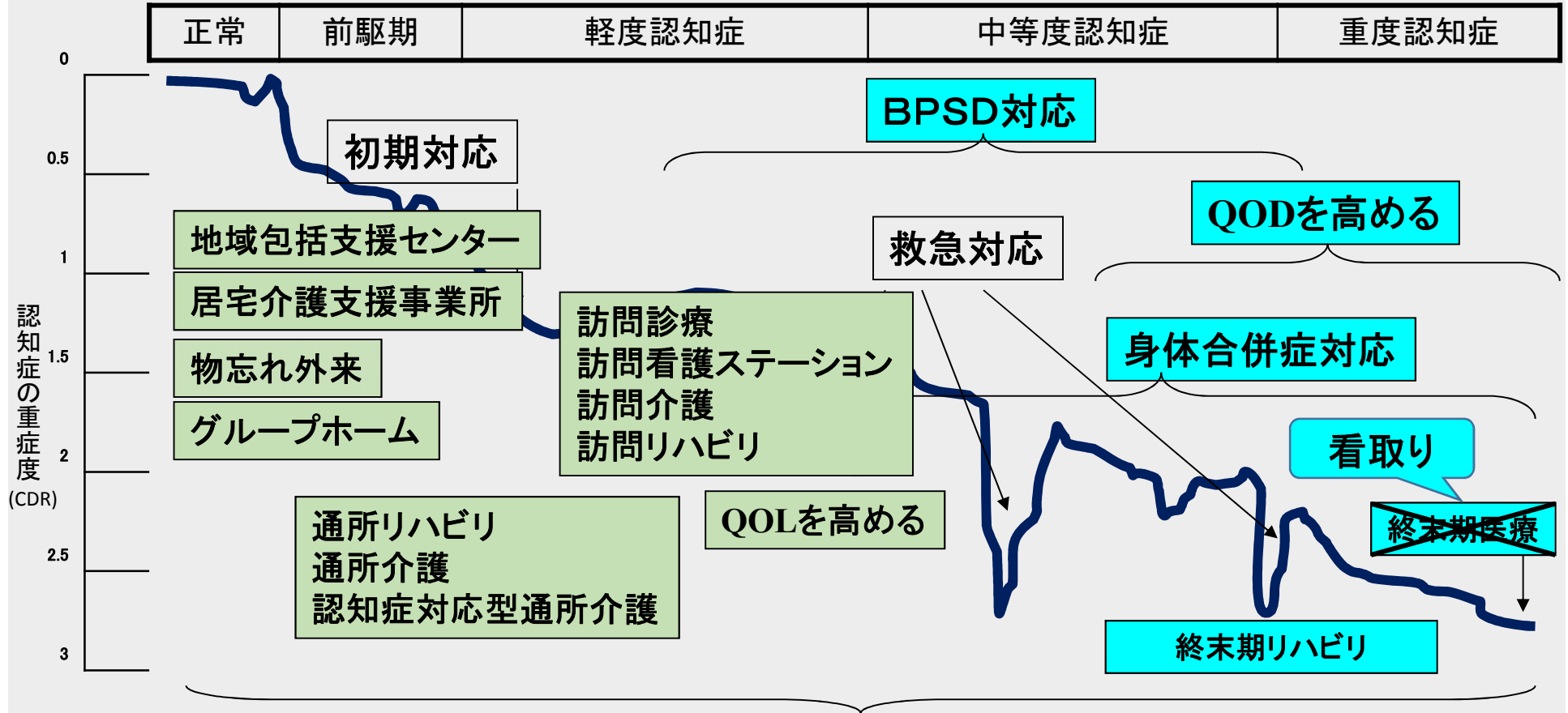


フレイルの位置づけ



(葛谷雅文:老年医学におけるSarcopenia&Frailtyの重要性. 日老医誌,46(4):279-285,2009より改変;佐竹昭介: 虚弱(フレイル)の評価を診療の中に. 国立長寿医療研究センター病院レター, 49号—Available at: <http://www.ncgg.go.jp/hospital/iryokankei/documents/hospitalletter49.pdf>)

医療法人社団和恵会が行っている医療と介護



継続的な生活支援＝高齢者医療・看護・介護(QOLを高める)

QOD (Quality of Death)・QOL (Quality of Life)
BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

地域包括ケアの縦軸と横軸



＜まとめ＞

- **地域包括ケアシステムの中での役割の明確化**
 - **看取り機能の推進**
 - **重症の認知症対応能力を高める**
 - **相談機能の向上**
 - **地域連携の強化**
 - **災害時対応**
- **要望**
 - **介護職員の増員。適正な評価**
 - **転換にかかる費用への補助強化**
 - **介護報酬での評価**

ご清聴有難う御座いました。



医療法人社団和恵会

療養病床の在り方等に関する特別部会資料
当院における
医療療養病床の現状と
今後の方向性

2016・6・22

医療法人社団大和会 多摩川病院 理事長
矢野 諭

多摩川病院の概要

回復期リハビリテーション病棟【入院料1】	58床
地域包括ケア病棟【病棟入院料1】	49床
医療療養病棟【入院基本料1】 (在宅復帰機能強化加算算定)	60床
計	167床

診療科目

内科 循環器科 整形外科
リハビリテーション科

多摩川病院病棟転換の歩み(1)

- * 平成22年10月平成医療福祉グループ傘下に：法人名を医療法人社団大和会に変更：**167床全て介護療養病棟**であった
- * 平成22年12月：1病棟47床を医療療養病棟(25:1)に転換
介護療養病床計120床【60床×2】
- * 平成23年6月：120床のうち1病棟を医療療養病棟(25:1)に転換
【47床・60床】、介護療養病床60床
- * 平成23年10月：残りの介護療養病床を医療療養病床に転換
医療療養(20:1)47床、医療療養(25:1)120床
- * 平成24年9月：さらに1病棟を、医療療養病棟(20:1)に転換
- * 平成25年8月：47床を回復期リハ病棟(入院料2)に転換
- * 平成25年9月：2病棟(60床×2=120床)をすべて入院基本料1算定医療療養病棟(20:1)に

多摩川病院病棟転換の歩み(2)

- * 平成25年10月: 矢野、医療法人社団大和会理事長に就任
- * 平成26年4月: 医療療養病棟で在宅復帰機能強化加算算定開始
- * 平成26年7月: 医療療養病床の一部、23床を地域包括ケア病床(入院医療管理料2)に転換⇒医療療養病床97床・回復期リハ病棟47床に再編成
- * 平成26年11月: データ提出加算届け出
- * 平成27年1月: 回復期リハ入院料1取得
- * 平成27年4月: 地域包括ケア入院医療管理料1取得
- * 平成27年11月: 医療療養(入院基本料1)60床、地域包括ケア49床
回復期リハ58床 に再編成
- * 平成28年6月: 認知症ケア加算2算定開始

入院患者(60名)の医療区分とADL区分

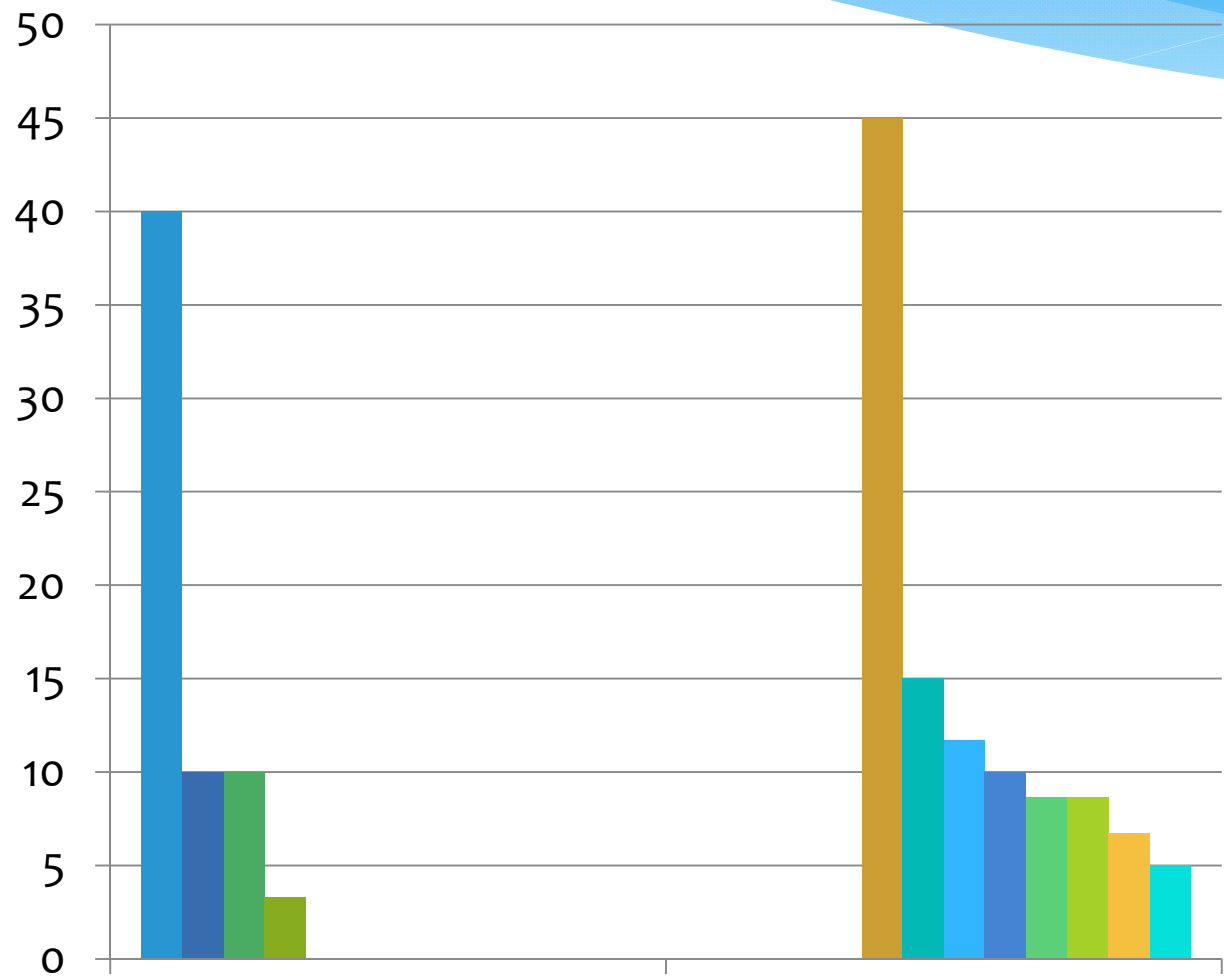
	ADL区分3	ADL区分2	ADL区分1
医療区分3	26	0	1
医療区分2	19	7	0
医療区分1	4	1	2

多摩川病院4階医療療養病棟(60床・入院基本料1)
平成28年6月1日

医療区分2・3患者は60名中53名(88.3%)である。

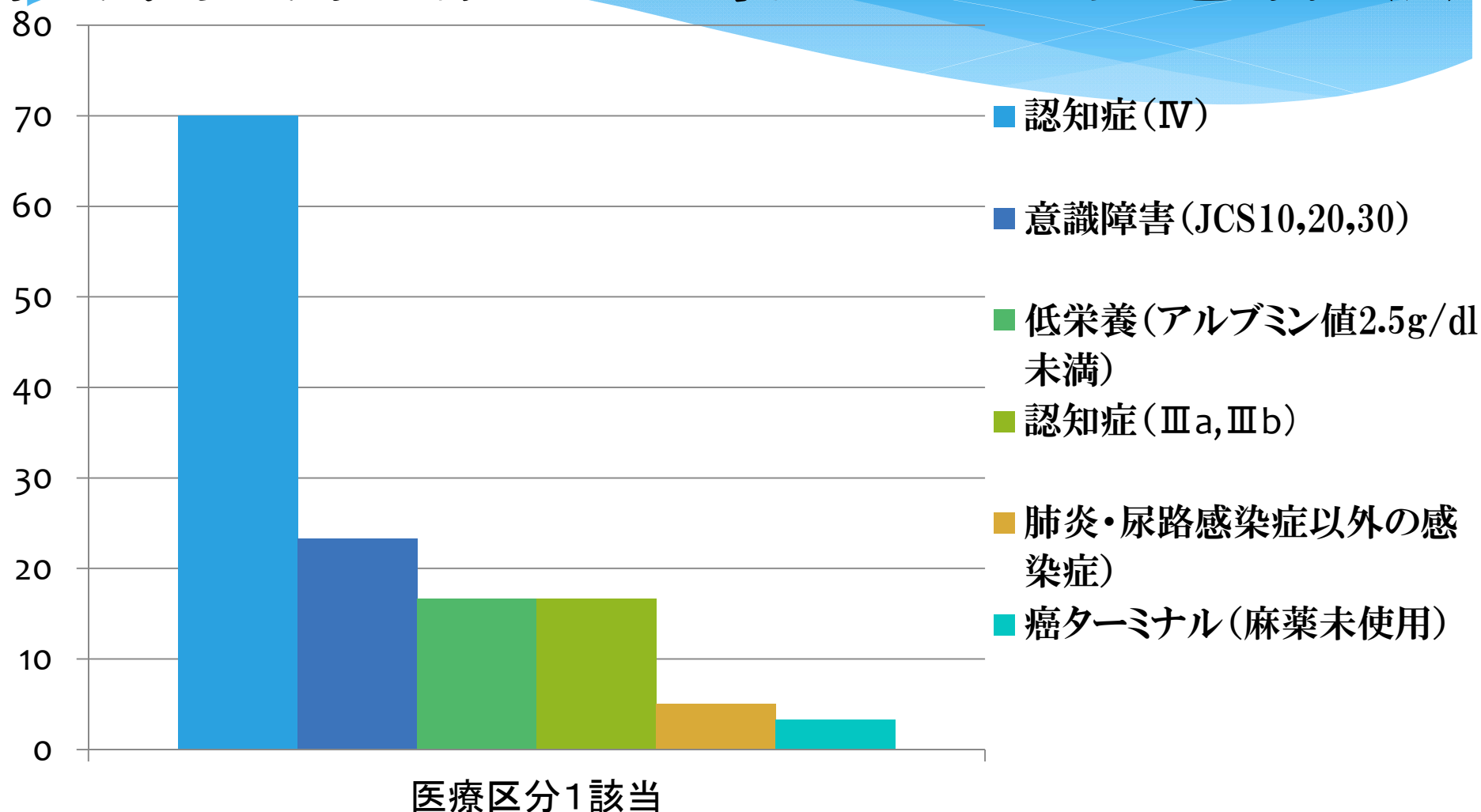
入院患者(60名)の状態像(%)

- 中心静脈栄養
- 気管切開(発熱を伴う)
- 酸素療法
- 24時間点滴
- 喀痰吸引(8回以上)
- 褥瘡
- 発熱嘔吐を伴う経管栄養
- パーキンソン病関連疾患
- 頻回の血糖測定
- 肺炎(区分2相当)
- 気管切開(発熱なし)
- 麻薬による疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍



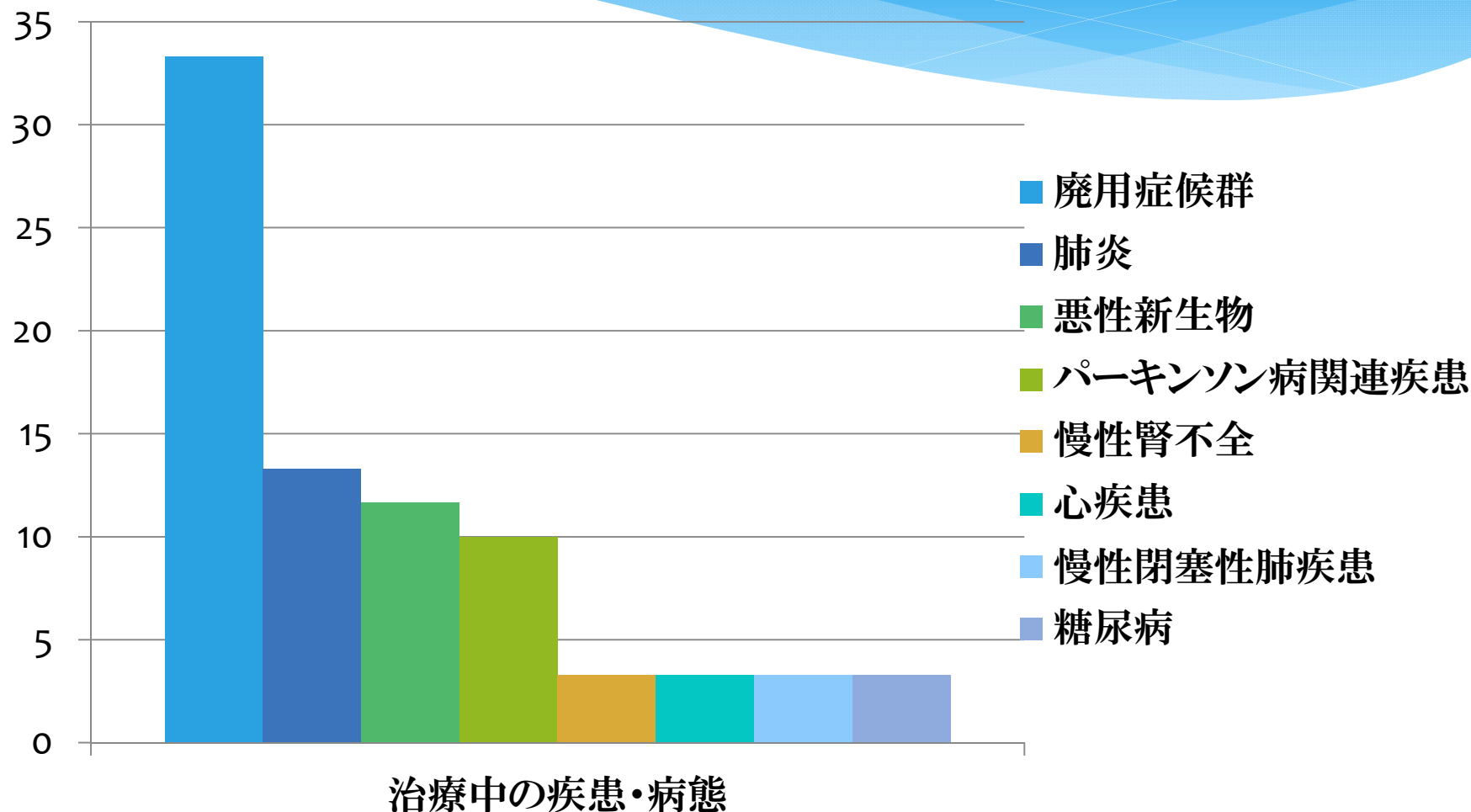
医療区分3該当
 医療区分2該当
 多摩川病院4階医療療養病棟(60床・入院基本料1)
 平成28年6月1日

医療区分1該当患者の主な状態像 (%)



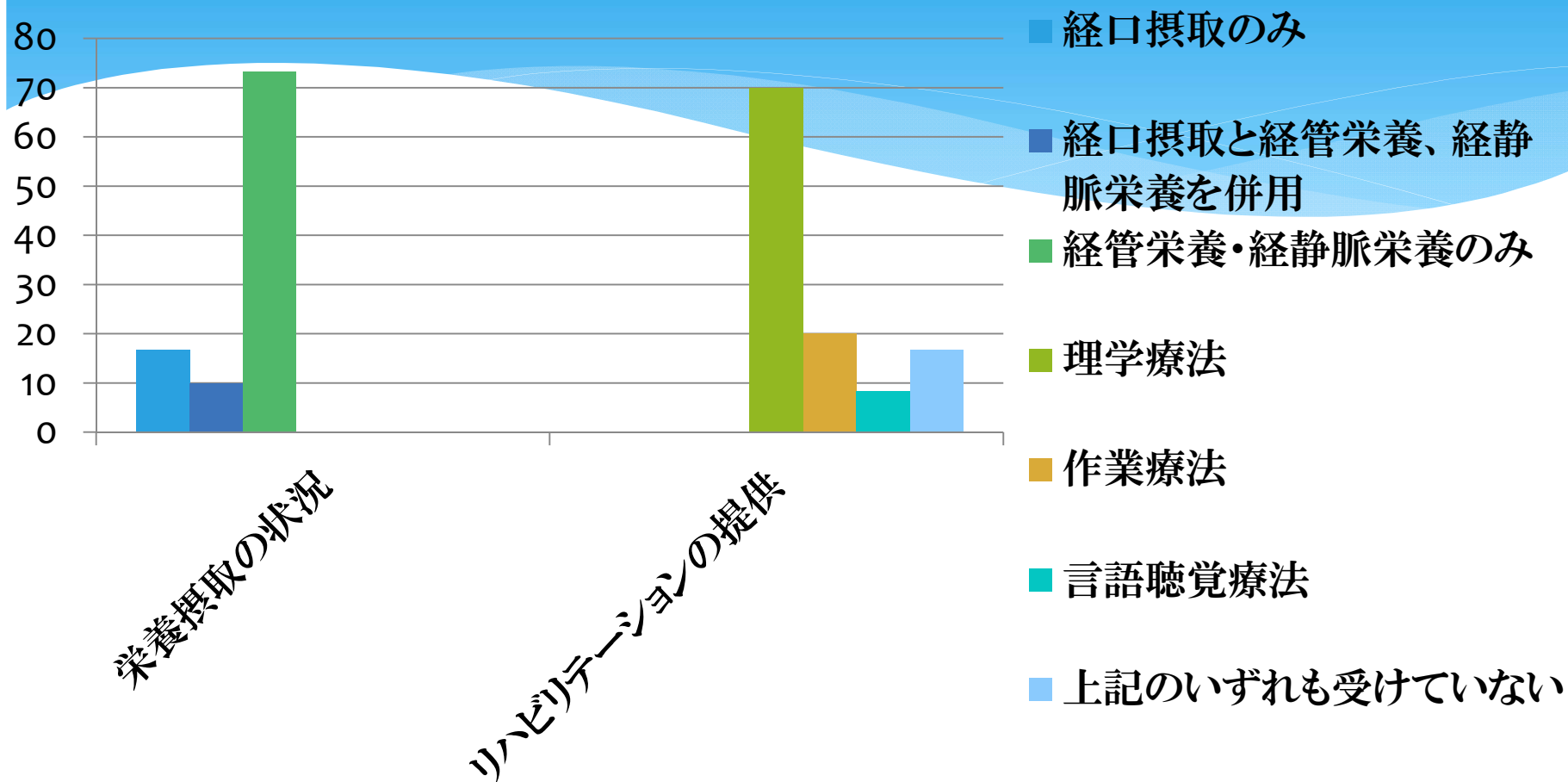
認知症(Ⅳ)、JCS30、低アルブミン血症など医療区分1の中にも一定の重症患者が含まれている。

治療中の疾患・病態 (%)



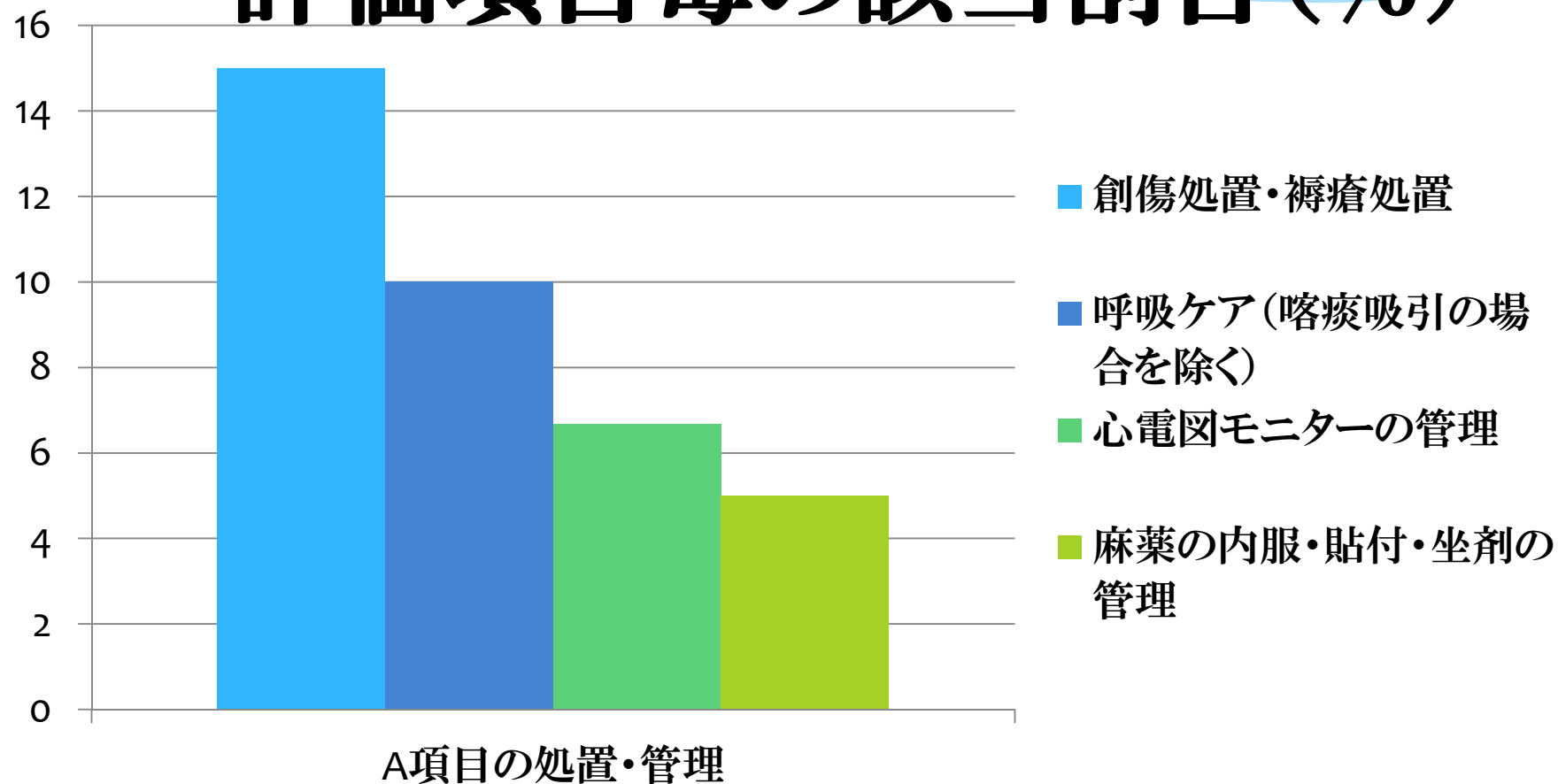
急性疾患発症後の廃用症候群に積極的なリハビリが実施されるとともに、多彩な病態に対する慢性期治療機能も十分に発揮されている。

栄養摂取とリハビリの実施状況(%)



経口摂取不能例が多いが、PT・OTに比べるとSTの実施率は低い。
嚥下機能の改善が期待できない症例が多いと推察される。

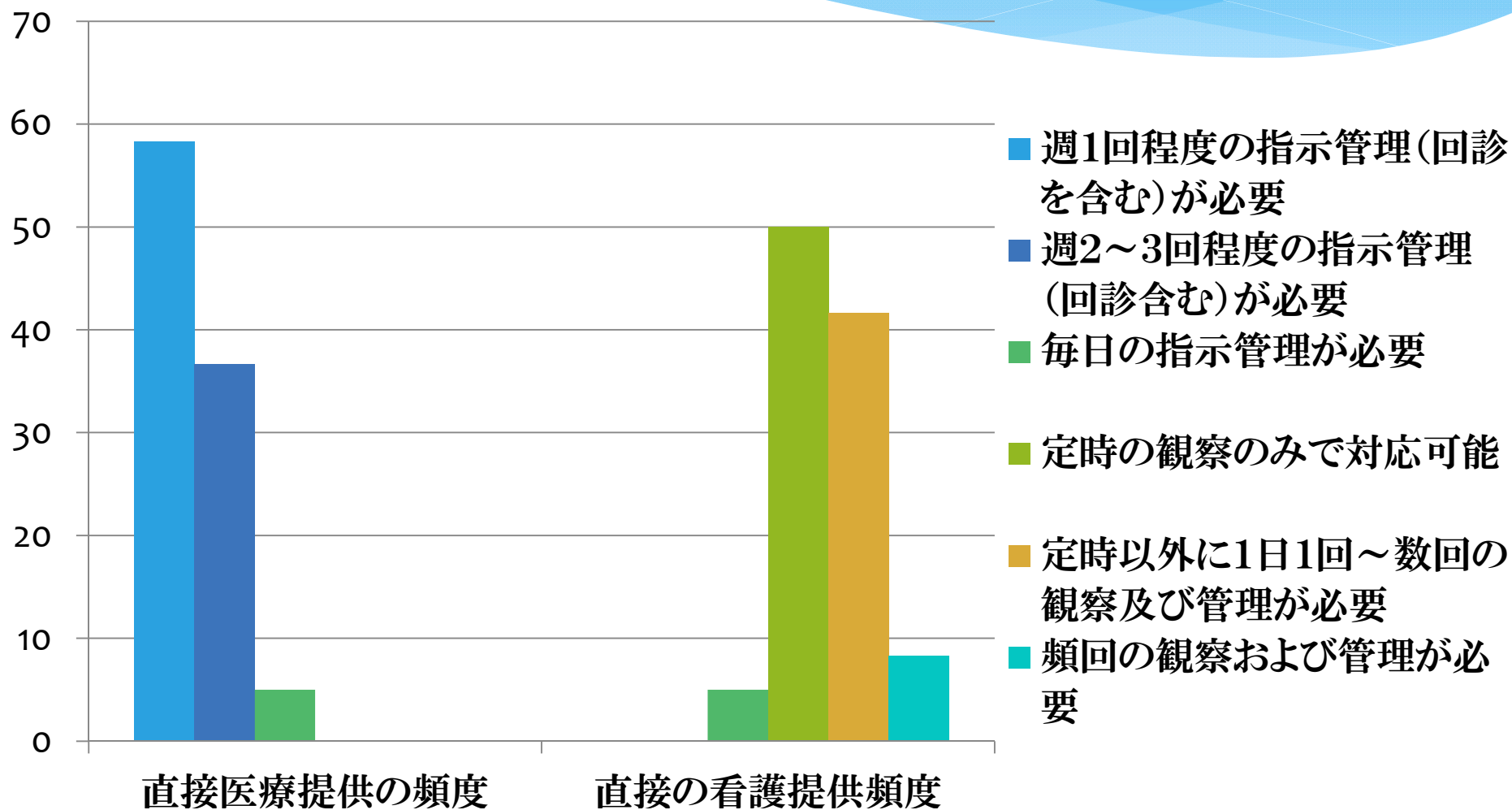
重症度、医療看護必要度A項目の 評価項目毎の該当割合(%)



A項目に該当する処置・管理の比率は極端に高くない。

A項目が2点以上、かつB項目が3点以上患者は3名(5%)である。

直接の医療提供・看護提供の頻度 (%)



約40%が医師による週2~3回以上の指示管理が必要な患者である。

入院元の内訳(全病棟合計人数)

	4月	5月
高度急性期	19	14
一般	19	26
精神	1	0
療養	0	0
クリニック	2	0
特養	5	4
老健	1	0
有料	1	0
自宅	11	6
合計	59	50

高度急性期・一般急性期からの受入れ(post acute)が71.5%、自宅・特養(sub acute)からが23.9%である。

退院・転院先(全病棟合計人数)

	4月	5月
高度急性期	2	5
一般	0	1
精神	1	2
療養	2	4
特養	6	1
老健	0	1
有料	4	1
自宅	32	33
死亡	12	3
合計	59	51

自宅退院は59.1%、死亡退院は13.6%である。

職種別職員数

		常勤	非常勤
医師		7	34
看護師		36	23
准看護師		12	16
薬剤師		3	6
リハビリ	PT	43	0
	OT	12	0
	ST	6	0
介護福祉士		23	6
介護		8	4
臨床検査技師		8	1
臨床放射線技師		3	1
管理栄養士		4	0
調理師		5	0
歯科衛生士		2	1
社会福祉士		4	0
ケアマネージャー		1	1
その他		29	87
合計		206	180

(人)

リハビリスタッフの常勤職員に占める割合は29.6%である。回復期リハ病棟の存在が他の病棟にも良い影響を及ぼしていると推察される。

医療療養病棟における病棟指標

		4月	5月
在宅復帰率	単月	50%	50%
	6カ月平均	75%	68.8%
平均在院日数	単月	134日	277日
	3カ月平均	167日	188日
病床回転率		22.8%	20.7%

医療療養病棟でも、平均在院日数はさらなる短縮を目指さなければならない。

介護療養167床からの病棟転換 ～段階的転換へのインセンティブ～

- 「病院とは長期療養をする場所ではなく、治療をする場所である」という医療政策のメッセージ⇒在宅医療へのシフトが加速
- 平成医療福祉グループ・日本慢性期医療協会の方向性
 - 介護療養病棟から医療療養病棟への転換⇒入院患者病態の多様化・重症化【急性期機能からターミナルまで】:紹介患者数増加・診療の質向上・地域の信頼獲得・経営の安定化・・・良いサイクル
 - 回復期リハ病棟開設による「回復させて自宅・在宅系に帰す」という充実感・喜びを病院全体で共有⇒病院本来の機能を再認識
 - 医療療養病棟においては、重症化の一方で病院本来の機能＝「治して地域に帰す」という意識がやや希薄化⇒ハードルは高かったが「最大で最強の病棟」＝「地域包括ケア病棟」への転換を目指すことで、職員の意識・診療の質が向上、収益増加・・・良好なアウトカム

平成医療福祉グループにおける 「診療の質」向上に向けた取組み

- * **グループ内共通電子カルテ【メディスカルテ】の運用：情報共有化が容易・病院も特養も同じ形式を採用⇒診療録を「SOAP」で記載**
- * **グループ内で統一した独自のマニュアルの作成・整備：「適正な高齢者医療の10か条」、「当院の治療理念」、「各種治療マニュアル」【誤嚥性肺炎・尿路感染症・血管内留置カテーテル関連血流関連感染症・褥瘡・病態別治療用パス】、「終末期の定義」、「チーム医療時代のカルテ記載」、「データ提出加算」などの各種マニュアル**
- * **診療適正化のための症例監査制度のIT化：本部中央監査室で全てのデータ管理・問題症例の抽出⇒1週間に1回程度、血液検査データ異常・多剤内服・死亡患者リスト、病院別集計データを各病院に転送⇒各病院で医師へ直接指導、診療適正化委員会開催**
- * **医師のレベル向上のための各種勉強会開催・研修会参加推進**

地域包括ケア病床への転換を 意識した当院における取組み

- * 地域包括ケア病床転換のための委員会設置:関係多職種で構成⇒地域包括ケア病床に対する情報の収集、患者選択・移動
- * データ提出加算取得のための委員会設置:定期的開催⇒加算のための知識習得・問題点の整理、各職種への働きかけ
- * 「入院診療計画書医師記入欄の記載例」作成:病名、症状、治療計画など:診療録の記載内容にも反映⇒入院時記載統一、病棟別の特性を意識=DPCデータ提出加算につなげる第1歩
- * 診療適正化委員会:多職種による症例検討会の定期的開催⇒単なる症例検討だけではなく、診療録記載内容にまで言及
- * 院内勉強会の充実:特に地域包括ケア病棟に関連が深い地域連携、感染症、リハビリ等をテーマに



病院全体で地域包括ケア病棟転換に向けての認識を共有
結果的に、全病棟における「診療の質」向上に寄与

医療療養病棟の 存在意義はまだ大きい

- * 急性期病院から患者受け入れ＝Post acute機能が中心の病棟では、在宅復帰機能強化加算算定は必須：在宅復帰率50%
- * 在宅系患者の急性増悪：Subacute 機能が主体である病棟では、在宅復帰機能強化加算を取得していない病院も多い
- * ハードルは高いが、「地域包括ケア病棟」への転換を目指すことは、地域における貢献度が大きく、収益面でも有利であるだけでなく、病院全体の「診療の質」の向上に寄与：在宅復帰率70%
- * 医療療養病棟の地域における存在意義は依然として大きい。重度長期慢性期患者、ターミナル患者(がん・非がん)、認知症身体合併症患者に対する「質の高い」医学的管理の需要が依然として存在するからである。

今後も3病棟の特色をフルに活用 ～いずれも方向は「在宅復帰」の推進～

- * 地域包括ケア病棟【病棟入院料1】: post acute、subacute (手術も含む) に対応⇒在院日数60日以内のcase = 在宅復帰率70%
- * 回復期リハ【入院料1】: post acute (脳血管障害・骨折・..) のみに対応⇒在院日数算定期間内のcase = 在宅復帰率70%
- * 医療療養【入院基本料1、20:1】: 多彩な病態のpost acute、subacute に対応⇒在院日数が長いcase【重度長期慢性期機能】 = 上記2者の受け皿機能、時に在宅復帰不能例・ターミナルケア (ただし「終末期」の定義を明確化) にも対応 = 在宅復帰率50%



①「患者」②「診療の質」③「採算性」の確保: 適切な人材の配置
特に診療の標準化とリハビリ機能の充実は必須、在院日数短縮も
常に重症度・医療看護必要度、DPCデータをチェック

慢性期の医療・介護ニーズへ 対応するための体制【私見・所感】

- * 「医療区分1」該当患者の中にも不安定な重症患者が存在：医療外付け、オンコール体制ではハイリスク⇒最低限、同一施設内にすぐ駆けつけることが出来る当直医師の存在が必須＝「医療機能を内包した施設系サービス(案1-1、案1-2)」が理想的と考える。
- 医療機能もある程度整備され、介護ニーズへのウエイトが医療療養より高い病院内施設系サービス：Skilled Nursing Residence (SNR)
- 院内施設の責任者は医師以外：たとえば「特定行為研修を修了した看護師」などを想定
- 当施設内では、特に看取り・ターミナルケア機能の比重を増加：医療療養病棟・地域包括ケア病棟はさらに「治療機能」を強化⇒慢性期医療においても「病院はより病院らしく」、施設は施設としての特色を

総括

- * 急性期・慢性期を問わず、全ての病院病床は「病気を治療して退院させる」機能を整備しなければならない。
- * 地域包括ケアネットワークの構築を基盤とした「在宅医療の推進」が加速する中で、慢性期病院の使命は「地域包括ケア病棟」・「回復期リハ病棟」・「医療療養病棟」として、地域の中で各々の特色を発揮していくことである。
- * 慢性期病院が良好なアウトカムを出し、地域（急性期病院・在宅系）の信頼をかちえていく努力をしていくために最も重要な要素は「診療の質」の向上である。
- * 今後の慢性期の医療・介護ニーズに対応する体制では、「医療機能を内包した施設系サービス」（案1-1、1-2）の新設が理想的であり、高い介護ニーズへの対応を基盤として、容体急変のリスクがある患者への対応と看取り・ターミナルケア機能の強化などを特色とすべきである。

議論の前提として

NPO全国抑制廃止研究会

理事長 吉岡 充

1,医療区分1は社会的入院ではない。

今、療養病床の患者の状態について、医療区分を用いて話がなされる。介護療養型医療施設には医療区分1が多い。そういう軽い患者、社会的入院が多いのだから介護療養型医療施設は介護施設でよい。介護施設でよいのだから、医者も看護師も減らしてよい。そういう短絡的な話になっていないか。しかし、医療区分というものだけでは正確に患者さんの重さ、医療の必要性は表現できない。この表は、平成18年、介護療養型医療施設の廃止政策が実施され、時を同じくして医療保険の療養病床に医療区分が導入された際、厚生労働省が作成した資料である。

患者分類別医療処置時間

(単位:分)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	26.4	39.0	58.2
ADL区分2	12.6	17.8	36.2
ADL区分1	10.3	16.6	20.2

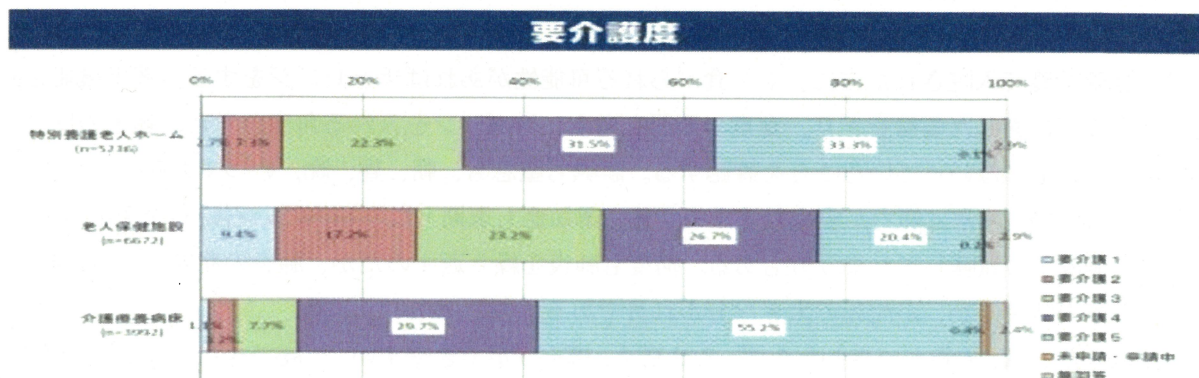
平成18年 厚生労働省 度慢性期医療入院患者の包括評価に関する調査より

ご存知のように、医療区分は1から3になるに従って重いとされる。ADL区分とは、日常生活動作がどれくらいできるかの評価である。ここではベッド上でどれくらい動けるか、ベッドから椅子や車椅子にどのように移動することができるか、食事やトイレをどうしているかなど4つの項目で評価している。重い障がいがありできることがほとんどなければ3、軽い障がいであれば1となる。

この表の赤い文字の部分をご覧ください。医療区分が3であって、ADL区分が1である患者、医療区分が2であってADL区分が2、あるいは1の患者よりも、医療区分が1であり、ADL区分が3である患者の方が医療処置を必要とする時間が長いのである。

介護療養型医療施設の平均要介護度は4.39と他の施設よりも圧倒的に重く、患者の55%は最重度の要介護度5です。
(介護老人保健施設3.28 特別養護老人ホーム3.85)

厚生労働省 平成26年介護サービス施設・事業所調査の状況および療養病床の在り方等に関する検討会資料より



介護療養型医療施設の入院患者の平均要介護度は4.4であり、最重度の5である患者が半分以上を占めている。ADL区分で言えば3に該当する人、あるいは仮に2であってもより3に近い評価の患者が大勢入院している。つまり、介護療養型医療施設に入院している患者はたとえ医療区分が1であっても、重介護であり、病状的には

不安定で、医療区分2や3でADLが軽い人よりも医療的管理を多く必要とする人が多数存在するということがある。これは私たちの現場の実感と一致する。

2. 私たちが現場でしていること。5つの基本的ケアの徹底化



私たちは、まず、この方たちに人間らしく生活してもらうためのケアをする。自分で起きたり歩いたりすることのできない患者さんには、起きてもらい、移動を介助で行う。できるだけ人の気配のある、他の患者やスタッフと交流がもてるデイルームなどである時間すごしてもらい。認知症の重い患者さんは自分で水を飲むこともできない。水分補給も気にかけて定期的に行う。食事も安易に管からの栄養補給に頼らず、できるだけ口から食べていただく。時間をかけてでも。その方が、味を感じ満足感を得やすいし、体全体が活性化し人間にとっては自然である。

尿意や便意がなくても、その排泄パターンを把握して、おむつにはなるべく頼らずトイレに誘導しトイレで排泄をしてもらう。清潔にも配慮する。下着が汚れれば取替え、おむつが濡れればできるかぎり早く取り替える。そのまま長い時間放置する事は、かぶれや感染症を起こす原因となる。それだけでなく、人としての尊厳も失わせてしまう。少しの発熱があっても医師と相談しお風呂に入ってもらってさっぱりしてもらう。口腔のケアも肺炎予防にはかかせない。特殊な吸引機能のついた歯ブラシで唾液や痰を吸引し、それらを誤嚥することを防ぎながら口の中を清潔にする。

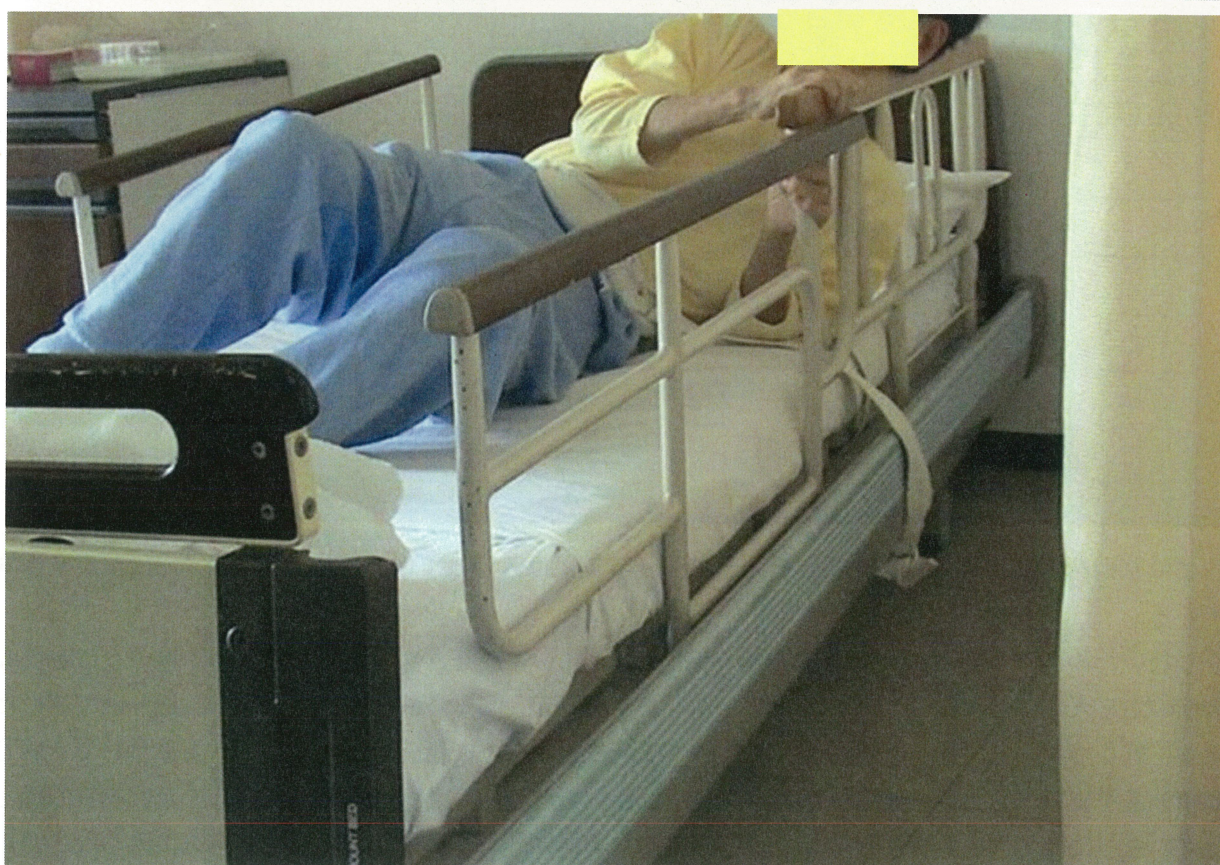
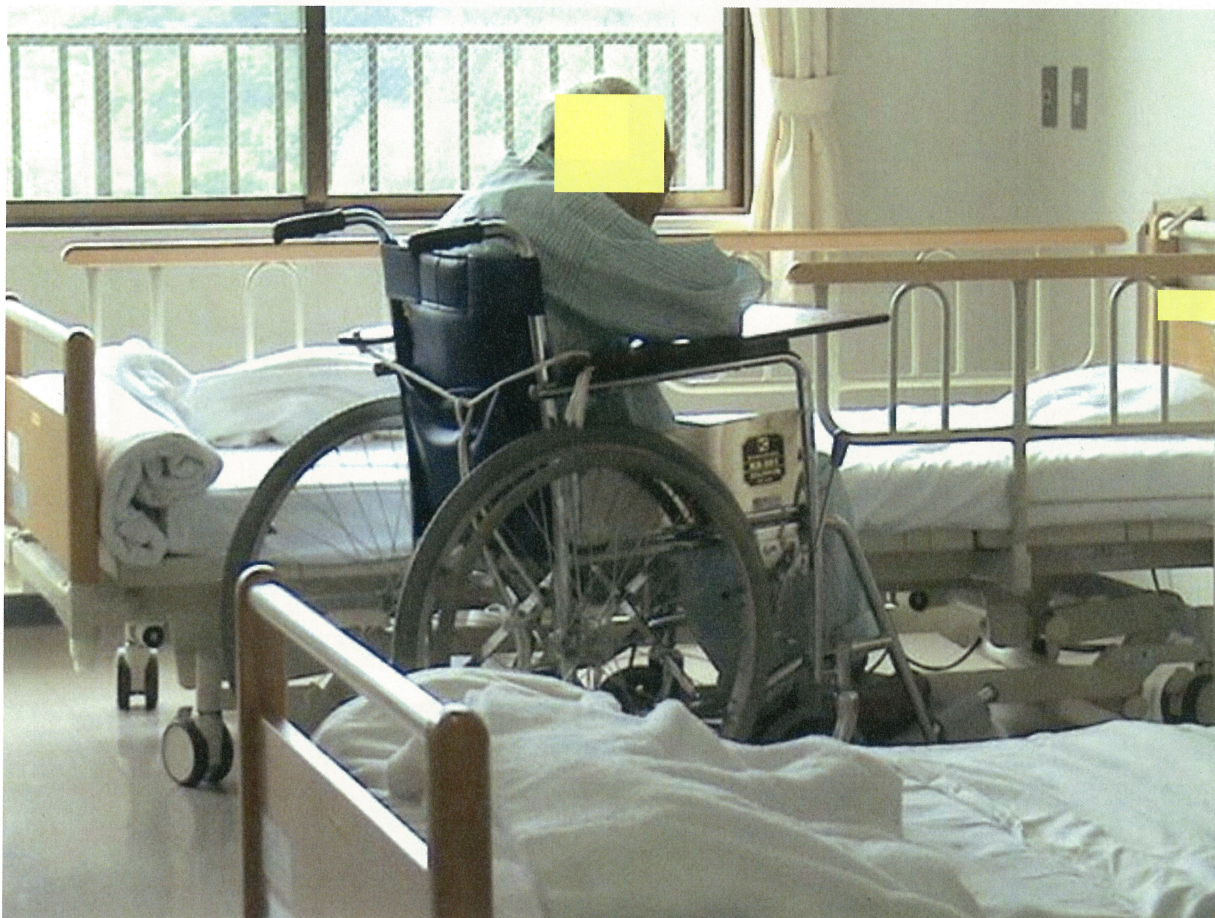
レクリエーションやアクティビティプログラムも提供して参加してもらい。あるいはその方だけの好みに合わせた特別プログラムも用意する。どのようなものでも楽しい、集中できる時間をもつことは、無為の時間による問題行動の発生を減らし、また、生きる力を回復させる。

さらに、私たちは患者の改善を図り、あるいは病状の悪化を防ぐために、必要なことをし、24時間患者を見守っている。

たとえば、経管栄養で入院された方に、もし食べられる可能性があればチャレンジをする。嚥下機能を評価し、覚醒を促し、食事に適した姿勢をとり、食事の形態を考え、スプーンを入れる角度を考え、嚥下の反応を見て、食事がちゃんと食道にはいつていることを確認する。誤嚥も窒息も、朝、昼、晩、いつでも起こりえるし、食事のときだけではない。非常に筋力が衰えたりする状態、認知症も末期となり脳内にいろいろな変化が生じた段階では、自分の唾液すら誤嚥してしまう方もいる。何度も肺炎を繰り返すのだが、肺炎の兆候をいかに早く察知して重症化する事を防げるか、が生死の大きな分かれ目である。

老衰が極限にきた方は、栄養もいきわたらず、やせ衰え、褥そうがしやすい。一度できたらなかなか治らない。小さな発赤も見逃さずすぐに処置をする。どのように苦痛の少ない看取りができるのか。家族も含めたみなどで話し合いながら取れる手立てをとって行く。

3,身体拘束の問題。みなさんは、これらの写真を見てどう思われるだろうか。





介護保険法では原則身体拘束は禁止されている。しかし、現実には入院している患者さんのうち 12%が身体拘束を受けている。

身体拘束をしないためには、暴力や介護拒否があっても、患者さんを混乱させないように丁寧に接しなければならない。徘徊のある人には付き添うことが必要なときもある。経管栄養や点滴をするときには、抜かれて事故にならないよう、近くで見守る。不意に立ち上がったり、ほかの患者さんに迷惑をかけてしまう方についても同じである。向精神薬を使いすぎればお年よりはふらついて足をとられ、転倒骨折をしたり、あるいは誤嚥の原因ともなる。ひどいときには悪性症候群でなくなることもある。向精神薬の過剰な使用、化学的抑制に陥らないためには、少量の向精神薬の使用にとどめ、その効果と副作用を医師と看護師とでモニタリングしなければならない。当然だが、身体拘束をしないこと、患者さんの人権、尊厳を守るためには人手はかかるのである。

4. 転換型老人保健施設との比較

	介護療養型医療施設	転換型老健(介護療養型老人保健施設)
平均要介護度	4.39	4.08
医師数(患者100人対)	5.9	1.75
看護職(患者100人対)	28	20.5
介護職数(患者100人対)	31.7	29.9
医療機関への退院者率	31%	46%
死亡退院率	41.4%	27%

かつて厚生労働省は介護療養型医療施設を廃止し、このタイプの老人保健施設に転換させようとした。上記の表は、介護サービス情報公表システムを使って検索できた転換型老人保健施設 59 施設の資料を独自にまとめ、介護療養型医療施設と比較したものである。この 59 施設以外にも転換型老健はあるのだと思うが検出できなかったのでお許し願いたい。

転換型老人保健施設では介護療養型医療施設に比して医師と看護師の数が大幅に減っている。介護療養型医療施設の医師数には外来などを担当している人数も含まれると思うので、差はもう少し小さいはずだが、それにしても大幅に減っている。この人数では日勤の医師を週 7 日間置くことで精一杯で、夜間はほとんど配置できないはずである。それらの結果といえると思うが、退所先として医療機関に行く人が 15% 増えている。施設内で看取る人の数は 14% 減っている。また、利用者の要介護度も軽くなっている。

がんばっている転換老人保健施設はこうではないのかも知れない。今までと同じような状態の人を引き受け、病状の悪化にもなんとか施設内で対応し、施設内でできるだけ看取ろうとしている転換老人保健施設もいくつかは存在するのかも知れない。しかし、全体としてはこのように、施設の仕組みや人員配置をいじれば、同じような患者を診て、同じような対応をする事はできなくなるものなのである。

5. 私は介護療養型医療施設の理事長でもあり、現場のスタッフの様子を見ている。スタッフは、患者さんにきめ細かく看護とケアをすることを目標にして日夜、労を厭わず働き続けている。ときに暴力や介護拒否をする患者さんに叩かれながらも、身体拘束を廃止し、事故防止に神経を使い続けている。このスタッフたちにマンパワーを減らして、これ以上の負担を強いることはとてもできない。

療養病床のあり方の議論は、現場でケアを受けている患者、現場で働くスタッフの思いや視点をなしにして進めてはならないと思う。

私は安易な人員削減や、介護施設化には断固として反対する。