

医療・介護の連携、機能強化に 関する調査研究

報告書

平成 23 年 11 月

健康保険組合連合会

<目次>

第1章. 調査研究の概要	1
1. 調査の背景と目的.....	1
2. 調査研究の実施方法.....	3
1) アドバイザリーボードの設置.....	3
2) 調査研究の方法.....	3
第2章. 医療・介護の連携、機能強化の背景と診療報酬・介護報酬体系の整理の結果	9
1. 医療・介護サービスのあるべき姿に向けた改革.....	9
1) 改革の方向性.....	9
2) 2025年に想定される医療・介護サービスの患者・利用者数.....	10
3) 2025年における医療・介護サービス提供体制のあるべき姿.....	12
4) 2025年における医療・介護サービス費用の対GDP比.....	14
2. 医療・介護の連携、機能強化に向けた診療報酬・介護報酬のあり方.....	16
1) 診療報酬体系及び介護報酬体系の概要.....	16
2) 類似する診療報酬及び介護報酬の整理.....	23
3) 医療・介護の連携に係る診療報酬及び介護報酬の整理.....	26
第3章. 医療・介護ニーズの実態とサービス提供における課題に関する調査の結果	31
1. ヒアリング調査結果.....	31
A. ピュアサポート グループ.....	33
B. 高齢者総合ケアセンターこぶし園.....	37
C. 医療法人財団 天翁会.....	42
D. 社会福祉法人横浜市福祉サービス協会 新鶴見ホーム.....	47
E. 社会福祉法人白十字会 白十字ホーム.....	51
F. 公益社団法人認知症の人と家族の会（副代表 勝田登志子氏）.....	55
第4章. 在宅療養支援診療所及び療養病棟での医療・介護連携に関する調査 （アンケート調査結果）	59
1. アンケート調査結果.....	59
1) 在宅医療への移行可能性について.....	59
2) 医療・介護サービスの提供体制について.....	60
3) 在宅療養支援診療所における在宅医療の取り組みについて.....	61
2. 在宅療養支援診療所調査の結果.....	63
1) 回収状況.....	63
2) 回答施設の属性.....	64
3) 訪問診療・往診等の実施状況.....	74
4) 医療・介護連携に係る意見.....	86
5) 診療報酬体系および介護報酬体系に係る意見.....	115
6) 医療・介護の連携を推進するうえでのその他課題・意見.....	123

3. 療養病棟調査の結果	125
1) 回収状況.....	125
2) 回答施設の属性.....	126
3) 療養病棟入院基本料算定病棟の状況	135
4) 療養病床の転換意向.....	142
5) 診療報酬体系及び介護報酬体系について	148
第5章. 提 言	153
1. 医療・介護サービス改革の方向性	153
2. 病院・病床機能の分化、在宅・居住系サービスの充実	154
3. 医療・介護の連携強化	157
4. 終末期・看取りへの対応体制の整備	158
参考資料	160

第1章. 調査研究の概要

1. 調査の背景と目的

平成24年度（2012年度）は、6年に一回、二度目の診療報酬・介護報酬の同時改定の年である。この同時改定においては、医療保険・介護保険ともに抜本的な改革が予定されており、それによりわが国の医療と介護の新しいサービス体系の骨格が作られるとともに、在宅医療・在宅介護の推進が図られるものと想定される。

特に、通院医療・在宅医療を担う病院・診療所やリハ等の医療系サービスを担う事業所、さらには介護サービス事業所をも含む（亜急性期・回復期病院からの）退院後の切れ目ない医療・介護の提供に関する取組み等については、その拡充が喫緊の課題とされている。

平成22年度診療報酬改定では、退院後に介護サービスの導入や区分変更が見込まれる患者に対して、入院中の医療機関とケアマネジャーが共同で指導・情報提供を行った場合を評価する「介護支援連携指導料」が新設された。また、「地域連携診療計画退院時指導料Ⅰ」において、退院後の療養を担う医療機関や介護サービス事業者に対して地域連携診療計画に関する情報提供を行った場合を評価する「地域連携診療計画退院計画加算」、退院後の患者に対して連携先医療機関が当該計画に基づいて外来医療を提供した場合を評価する「地域連携診療計画退院時指導料Ⅱ」も新設され、在宅復帰後を見越した地域連携の評価が進められてきた。その他、「在宅重症児（者）受入加算」、「重症児（者）受入連携加算」、「有床診療所一般病床初期加算」、「救急・在宅等支援療養病床初期加算」等、後方病床・在宅療養の機能強化も図られた。

一方、切れ目のない医療・介護サービスの提供の実現にあたっては、個々の患者の状態像や家族介護力といった個別性の高い要因に大きく左右されること、加えて、地域の医療・介護資源の整備状況や連携体制の構築状況、さらには医療・介護関係職種の供給体制といった地域特性の影響も大きいことが指摘されている。こうした地域特性を考慮した診療報酬点数については、今回改定においても議論が行われたものの、地域特性に係る評価指標等が確立していないことから、DPCにおける新たな機能評価係数に「地域医療への貢献度に係る評価」が盛り込まれるに止まり、引き続き検討することとされた。

このように、22年度改定において、急性期医療以降の地域連携体制の整備や医療・介護サービス間の連携の推進に向けた各種方策が図られたものの、その評価は未だ十分とは言い難く、次期改定についての答申書でも今後上記の課題に係る検討を行うことが明記されている状況にある。

そのような中で、主に高齢者における医療・介護の実際の利用状況や、その

提供に係る実態、利用者の経済的な負担のあり方についての一体的な調査研究、あるいはそれらと各種地域特性との関連性に係る調査はあまりなされていないのが現状である。

上記の背景・課題を鑑み、本事業では診療報酬と介護報酬の項目を整理した上で、在宅医療・介護サービスの提供状況や医療・介護連携に関する実態把握と、地域における多様な在宅医療・介護サービスのあり方や「切れ目のない」医療・介護連携の実現のための方策の検討・整理を行うことを目的として調査を実施する。

2. 調査研究の実施方法

1) アドバイザリーボードの設置

本調査研究の実施にあたっては、アドバイザリーボードとして以下の有識者からの意見を求め、調査の方法、ヒアリング客体の選定、調査票の設計及び調査結果に対する具体的な検討を行った。

図表1-2-1 アドバイザリーボードの構成

委員名	所属
尾形 裕也	九州大学大学院医学研究院 教授
野中 博	医療法人社団博腎会 野中医院 院長

※五十音順・敬称略

2) 調査研究の方法

(1) 調査の構成

本調査研究では、前述の調査目的を達成するため、【調査1. 医療・介護の連携、機能強化の背景と診療報酬・介護報酬体系の整理】、【調査2. 医療・介護ニーズの実態とサービス提供における課題に関する調査】及び【調査3. 在宅療養支援診療所及び療養病棟での医療・介護連携に関する調査】の3つの調査を実施した。

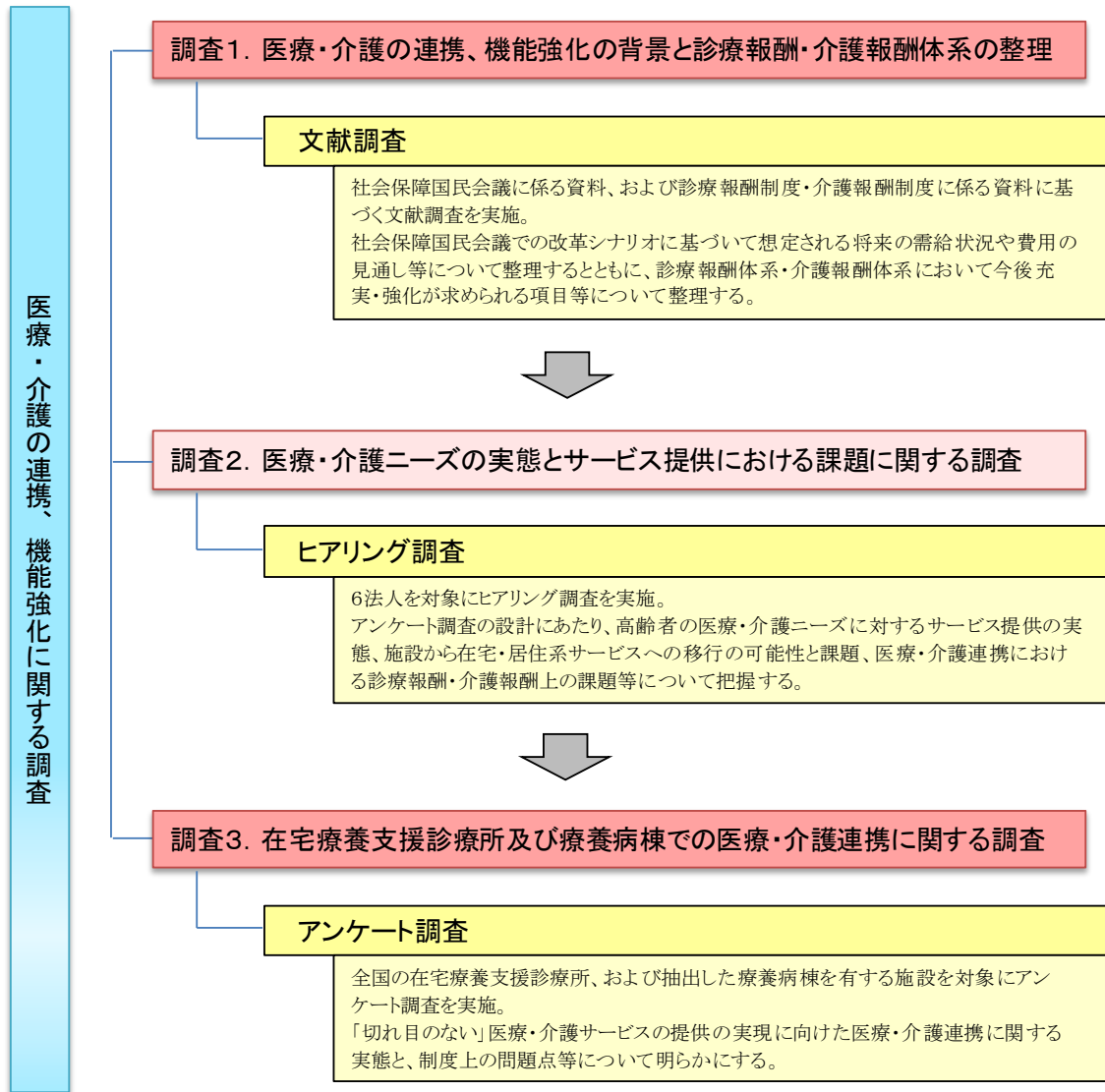
【調査1. 医療・介護の連携、機能強化の背景と診療報酬・介護報酬体系の整理】では、文献調査を実施し、社会保障国民会議において示された医療・介護サービスのあるべき姿に向けた改革の内容を整理するとともに、診療報酬体系・介護報酬体系において今後充実・強化が求められる項目等について整理した。

【調査2. 医療・介護ニーズの実態とサービス提供における課題に関する調査】では、6つの法人を対象にヒアリング調査を実施し、医療・介護ニーズとサービス提供の実態や、医療・介護連携の取り組み・課題について把握し、ニーズに対する充足状況・充足方法、施設から在宅・居住系サービスへの移行の可能性、医療・介護連携における診療報酬・介護報酬上の課題等について整理した。

【調査3. 在宅療養支援診療所及び療養病棟での医療・介護連携に関する調査】では、調査1及び2の結果を基に、全国の在宅療養支援診療所及びサンプリングした療養病棟を有する病院を対象にアンケート調査を実施し、「切れ目のない」医療・介護サービスの提供の実現に向けた医療・介護連携の実態と、

制度上の問題点などを明らかにした。

図表1-2-2 調査構成概要



(2) 調査1. 医療・介護の連携、機能強化の背景と診療報酬・介護報酬体系の整理

① 調査方法

調査方法は、文献調査とした。医療・介護サービスのあるべき姿に向けた改革については、社会保障国民会議の公表資料等から、改革シナリオに基づいて想定される将来の需給状況や費用の見通し等について整理した。また、医療・介護の連携、機能強化に向けた診療報酬・介護報酬のあり方については、現行の診療報酬・介護報酬の体系や点数、算定要件等に係る資料を基に整理を行った。

② 調査内容

ヒアリング調査（調査2）及びアンケート調査（調査3）の設計を行うにあたり、今後の医療・介護サービスのあるべき姿とその実現に向けた診療報酬・介護報酬上の課題を明らかにすることを目的としており、調査項目は図表1-2-3のように構成した。

図表1-2-3 調査項目の構成

調査項目	内容
医療・介護サービスのあるべき姿に向けた改革について	<ul style="list-style-type: none">・改革の方向性・将来に想定される医療・介護サービスの需給状況・将来の医療・介護サービス費用
医療・介護の連携、機能強化に向けた診療報酬・介護報酬のあり方について	<ul style="list-style-type: none">・診療報酬体系及び介護報酬体系の概要・重複する診療報酬及び介護報酬の整理・医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ利用者のための介護サービス

(3) 調査2. 医療・介護ニーズの実態とサービス提供における課題に関する調査

① 調査方法

調査方法は、ヒアリング調査とした。調査対象は、学識経験者による検討を経て、医療・介護連携に関わる先進的な取り組みを実施している法人及びサービス利用者側の観点から連携に係る実態・課題等を把握していると考えられる法人として、合わせて6つの法人を選定した。

② 調査内容

高齢者の医療・介護ニーズとサービス提供の実態や、医療・介護連携の取り組み等について具体的に把握し、高齢者ニーズに対するサービス充足状況、施設から在宅・居住系サービスへの移行の可能性と課題、医療・介護連携における診療報酬・介護報酬上の課題等について明らかにすることを目的としており、調査項目は図表1-2-4のように構成した。

図表1-2-4 調査項目の構成

調査項目	内容
高齢者の医療・介護ニーズとサービス提供の実態について	<ul style="list-style-type: none"> ・医療施設における高齢者の医療のニーズの程度、介護サービスで代替可能な内容 ・介護施設における高齢者の医療ニーズの有無、その充足状況・充足方法 ・居宅施設・在宅における医療ニーズ及び介護ニーズの有無、その充足状況・充足方法
医療・介護サービスの提供における「切れ目」について	<ul style="list-style-type: none"> ・医療施設から介護施設への移行における医療・介護サービスの「切れ目」 ・医療・介護施設から居宅施設・在宅への移行における医療・介護サービスの「切れ目」 ・居宅施設・在宅における医療・介護サービス提供者間の「切れ目」
「切れ目」を解消するための連携体制の取り組みについて	<ul style="list-style-type: none"> ・医療施設から介護施設及び医療・介護施設から居宅施設・在宅への移行における連携体制の具体的な取り組み ・居宅施設・在宅における医療・介護サービス提供者間の連携体制の具体的な取り組み ・医療施設の受け入れが必要な際の連携体制の具体的な取り組み ・介護施設（ショートステイを含む）の受け入れが必要な際の連携体制の具体的な取り組み
「切れ目のない」連携体制の構築に向けた課題について	<ul style="list-style-type: none"> ・医療施設・介護施設・居宅施設・在宅サービス間の連携に係る課題 ・関係職種間の役割分担における課題 ・診療報酬、介護報酬における課題

(4) 調査3. 在宅療養支援診療所及び療養病棟での医療・介護連携に関する調査

① 調査方法

調査方法は、自記式調査票の郵送発送・回収とした。調査時期は平成23年3月とし、同年2月時点の状況を調査対象とした。

調査客体は、WAMネット（独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報サイト）上の病院・診療所情報（平成23年2月時点）に基づき、在宅療養支援診療所調査については「在宅療養支援診療所」を条件として抽出された11,697施設、療養病棟調査については「療養病棟」を条件として抽出された3,473施設から無作為に抽出した1,000施設を対象とした。

② 調査内容

ヒアリング調査「医療・介護ニーズの実態とサービス提供における課題に関する調査」より明らかになった、「切れ目のない」医療・介護サービスの提供の実現に向けた医療・介護連携に関する実態と、制度上の問題点等に関して、全国規模における状況を明らかにすることを目的としており、調査項目は図表1-2-5のように構成した。

図表1-2-5 調査票の構成（設問の概要）

【在宅療養支援診療所調査】

調査項目	内容
施設概要	<ul style="list-style-type: none"> ・診療所の形態、病床区別の病床数、職員数、外来患者延数、入院患者数、合計診療時間数 ・在宅療養支援診療所の届出有無 ・同一法人等の関連施設について ・連携している施設・事業所数 ・診療報酬の算定状況 ・訪問診療・往診を行った患者数、訪問診療等の対面時間数（医療区分・ADL区分別）、訪問看護の利用時間、訪問診療等の移動時間 ・全体の診療時間のうち、在宅医療に関連した業務が占める割合 ・訪問診療等にあたり患者の個別性の高い処置・治療内容、計画内容を逸脱する事由
医療・介護連携に係る意見について	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅、居住系サービスでの療養が可能な患者の状態像について ・在宅、居住系サービスでの療養が可能な患者が、病院や介護施設から在宅、居住系サービスへ移行することを阻害している理由について

図表1-2-5 調査票の構成（設問の概要）（つづき）

調査項目	内容
医療・介護連携に係る意見について	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅患者や居住系サービス利用者が適切な療養生活を送る上で、病院や介護施設から退院・退所時等に必要とする患者情報、情報提供の状況等について ・病院と診療所の役割分担において、病院が担うべき医療機能について ・老人保健施設が今後目指すべき役割について ・病院の医療療養病床・介護療養病床の必要性について ・療養病床からの患者の移行のために必要な医療・介護サービスについて ・地域で不足している／過剰になっている医療・介護サービスの種類について ・在宅医療及び居宅介護サービスの提供体制として完結すべき地域の範囲について ・在宅や居住系サービスを利用して地域生活を維持する上での、訪問看護ステーション・訪問介護事業所の24時間対応体制について ・認知症患者に対する診療の状況について
診療報酬体系及び介護報酬体系について	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護サービスの算定方式に関する望ましいあり方について（出来高方式／定額方式） ・在宅療養支援診療所が抱える課題について ・診療報酬体系、介護報酬体系の問題点、算定要件に係る意見について

【療養病棟調査】

調査項目	内容
施設概要	<ul style="list-style-type: none"> ・病床区別の届出病床数、職員数、外来患者延数、入院患者数 ・同一法人等の関連施設について ・連携している施設・事業所数 ・診療報酬の算定状況 ・療養病棟入院基本料算定病棟の入院患者数、診療等の対面時間数（医療区分・ADL区分別） ・在宅、居住系サービスでの療養が困難な患者の状態像について
療養病床の転換意向について	<ul style="list-style-type: none"> ・転換意向の有無（医療療養病床／介護療養病床） ・（転換意向がある場合）転換先として予定している施設種別 ・（転換意向がない又は未定の場合）転換しない理由について
診療報酬体系及び介護報酬体系について	<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬体系、介護報酬体系の問題点、算定要件に係る意見について

第2章. 医療・介護の連携、機能強化の背景と診療報酬・介護報酬体系の整理の結果

1. 医療・介護サービスのあるべき姿に向けた改革

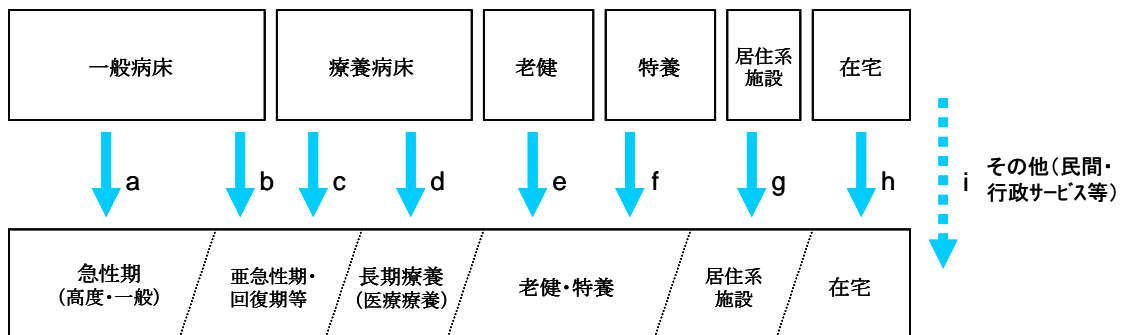
1) 改革の方向性

我が国において、医療提供体制の改革シナリオを示し、それに基づいて定量的なシミュレーションを行ったものとしては、平成20年に設置・開催された社会保障国民会議がある。

社会保障国民会議の最終報告書では、「75歳以上高齢者の増大、家族介護力の低下、地域サポート力の低下等による医療・介護に係る需要の増大」及び「サービス提供体制における人的・物的資源の不足・非効率、救急医療問題・地域医療の困窮・産科小児科医の不足等の課題への直面」に対し、将来にわたって必要な医療・介護・福祉サービスを国民に安定的・持続的に提供できる体制とその効率的・効果的運用のあり方、さらにそれを実現するために必要な財源を安定的・持続的に確保していく方策が検討されている。

具体的には、図表2-1-1に示すa～iのとおり、「医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、できるだけ入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築すること」が望ましいとされている。

図表 2-1-1 医療・介護サービス提供体制の機能分化に係る現状と将来像



(社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション(本体資料)より作成)

2) 2025年に想定される医療・介護サービスの患者・利用者数

社会保障国民会議では、将来的な医療・介護サービス提供体制のあるべき姿を踏まえ、サービスの充実・強化と効率化を同時に実施する大胆な改革ストーリーに基づいた「医療・介護費用のシミュレーション」が行われている。

医療・介護費用のシミュレーションでは、まず、2025（平成37）年の需給状況について、現状の医療・介護サービス提供体制の問題点（不明確な機能分化、手薄な人員配置、ニーズに対応したサービス供給の不足等）は解決されず、効率化もされない状況を想定した現状投影シナリオ（Aシナリオ）によるシミュレーションが行われている。

その上で、「選択と集中」による医療機能の分化・強化や医療・介護サービスの地域におけるネットワーク構築等の医療・介護提供体制の一体的な改革を前提とした改革シナリオ（B1～B3シナリオ）に基づくシミュレーションを行っている。特に、医療・介護サービスのあるべき姿を大胆に示したB2シナリオでは、急性期を現在の欧米並みの水準まで高めた想定の下での推計を行っている。

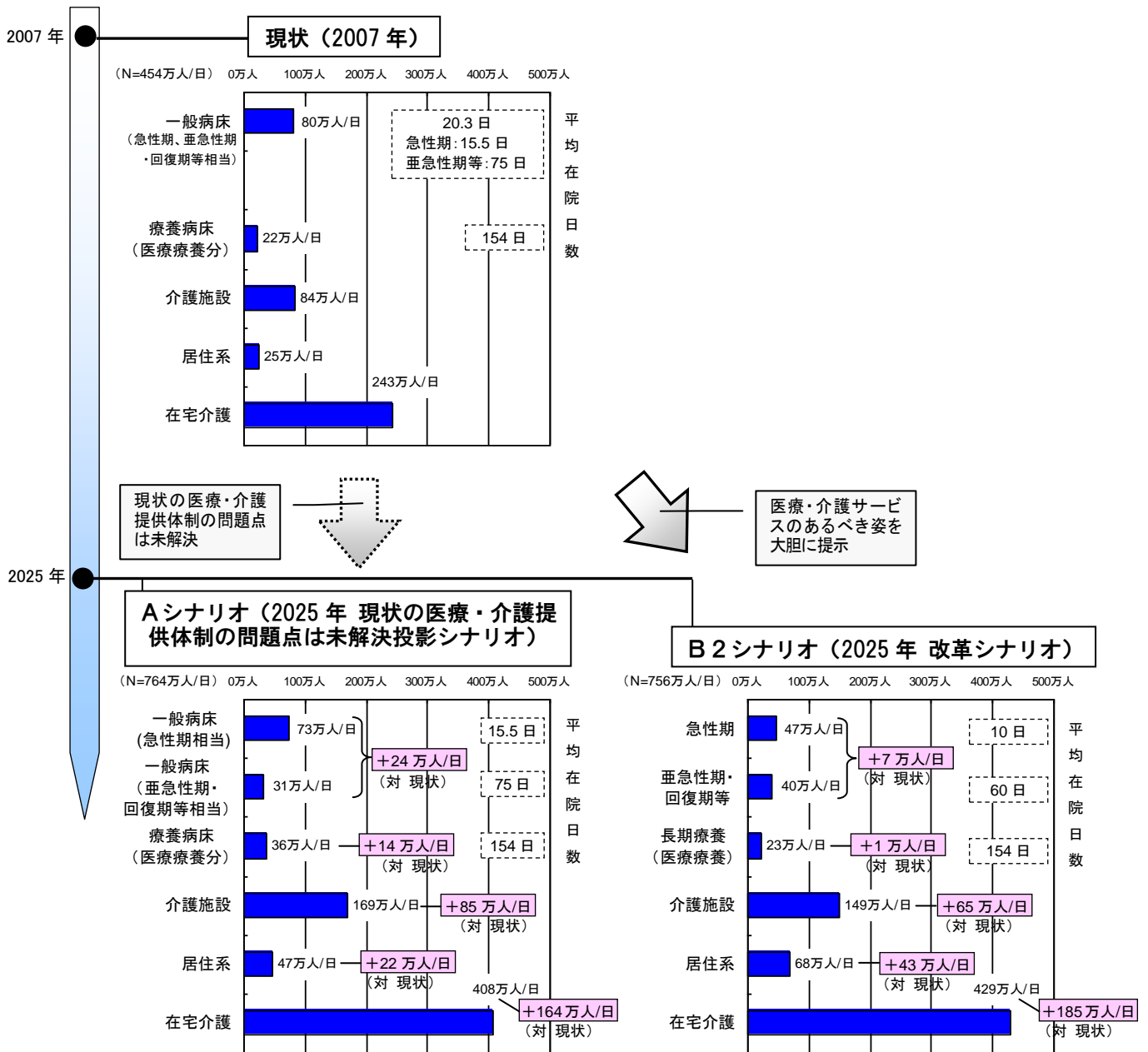
図表2-1-2では、2007年の現状と比較して2025年のB2シナリオ（及びAシナリオ）における一日あたり患者・利用者数のシミュレーション結果を示している。

現状の「一般病床」に相当する、B2シナリオの「急性期」及び「亜急性期・回復期等」の患者数の合計は、対現状比で7万人／日の増加と推計されており、Aシナリオに推移した場合（対現状比24万人／日の増加）と比べて患者数の増加が抑制される状況が示されている。

同様に、療養病床及び介護施設についても、Aシナリオと比較してB2シナリオでは2025年にかけての患者・利用者数の増加幅が抑制される推計が示されている。

それとは逆に、居住系サービスと在宅介護では、Aシナリオと比べてB2シナリオでは利用者数の増加幅が広がる推計が示されている。とりわけ居住系サービスでは、B2シナリオにおける利用者数は対現状比43万人／日の増加と推計されており、Aシナリオに推移した場合（対現状比22万人／日の増加）と比べて利用者数の増加幅が約2倍に拡大している。

図表 2-1-2 B2 シナリオにおける一日あたり患者・利用者数のシミュレーション結果



※ 現状 (2007年) の総人口は 1 億 2,777 万人、高齢化率は 20.2%となる。一方、2025年の総人口は 1 億 1,927 万人、高齢化率は 30.5%となる。

3) 2025年における医療・介護サービス提供体制のあるべき姿

医療・介護サービスのあるべき姿を大胆に示したB2シナリオでは、以下のとおり、急性期を現在の欧米並みの水準まで高めていく姿を示している。

一般病床においては、医療資源の一層の集中投入、急性期と亜急性期・回復期等の機能分化等を想定し、亜急性期や回復期のリハビリテーションが必要なケース等に対しても適切な設備・人員配置の下で状態像に応じた医療や介護を受けられることとしている。

また、在宅医療や居住系サービス、在宅介護サービスの充実・強化等により、比較的重度者であっても、希望に応じて住み慣れた地域でケアを受けることができるものとされている。

そうした想定の下で、医療・介護サービス基盤・単価の現状及びあるべき姿（B2シナリオ）のシミュレーション結果を示しているのが図表2-1-3である。

施設系サービスについては、「急性期、亜急性期・回復期等」において現状よりも手厚い職員配置を想定することにより、B2シナリオでは医師・看護職員等の従事者数が大幅に増加するとともに、単価も大きく上昇している。また、「介護施設」においても、B2シナリオにおいて想定される定員数の増加に伴って、各職種の従事者数が増加する推計結果が示されている。

居住系サービスについては、施設系サービスからの患者の移行等によって、「外来・在宅医療」、「在宅介護」の各職種の従事者数が増加する推計結果が示されている。「在宅介護」については、在宅への患者シフトに伴う平均要介護度の上昇等によって単価が上昇する推計結果となっている。また、「居宅系」については、B2シナリオにおいて想定される整備数（入所者数）の増加に伴って、各職種の従事者数が増加する推計結果が示されている。

図表 2-1-3 医療・介護サービス基盤・単価の現状及びあるべき姿（B2 シナリオに基づく）

		医 療				介 護				
施設系サービス	急性期、亜急性期・回復期等		現状 (2007年) → B2 シナリオ		急性期：67万床		亜急性期等：44万床		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> → 病状の安定に伴う主な患者の移行ルート </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ← 病状の悪化に伴う主な患者の移行ルート </div>	
	ベッド数	103万床			急性期：11~12万人	亜急性期等：2.7~2.8万人				
	医 師	10.7万人			急性期：68~72万人	亜急性期等：22~23万人				
	看護職員	52.6万人			急性期：46~48万人	亜急性期等：22~24万人				
	その他医療従事者	35.4万人			急性期：約200万円/月		亜急性期等：約111万円/月			
	単 価	約110万円/月								
	長期療養 (医療療養)		現状 (2007年) → B2 シナリオ		23万床		23万床			
	ベッド数	23万床			0.81~0.85万人					
	医 師	0.81万人			5.3~5.6万人					
	看護職員	5.3万人			5.3~5.6万人					
	その他医療従事者	5.3万人			約50万円/月		約56万円/月			
	単 価	約50万円/月								
	介護施設		現状 (2007年) → B2 シナリオ		89万人分		158万人分			
	定員数	89万人分			0.5万人		0.4万人			
	特養	0.5万人			9万人		17万人			
	老健	9万人			32万人		64万人			
	介護療養病床	32万人			7万人		13万人			
	その他直接処遇職員	7万人			特養：約29万円/月		特養：約31万円/月			
	単 価	特養：約29万円/月			老健：約29万円/月		老健：約30万円/月			
		老健：約29万円/月			介護療養病床：約41万円/月		療養型老健：約33万円/月			
		介護療養病床：約41万円/月								
居住系サービス	外来・在宅医療		現状 (2007年) → B2 シナリオ		現状 (2007年) → B2 シナリオ		現状 (2007年) → B2 シナリオ			
	医 師	13.2万人	14.8~15.6万人		医 師	0.2万人	0.4万人			
	看護職員	37万人	42~45万人		看護職員	6.4万人	17万人			
	その他医療従事者	26万人	34~36万人		介護職員	71万人	153万人			
	単 価	約1.0万円/日	約1.0万円/日		その他直接処遇職員	21万人	56万人			
					単 価	約10万円/月	約16万円/月			
	在宅介護		現状 (2007年) → B2 シナリオ		現状 (2007年) → B2 シナリオ		現状 (2007年) → B2 シナリオ			
	小規模多機能	0.2万人	0.4万人		整備数 (入所者数)	25万人分	68万人分			
	訪問系	6.4万人	17万人		看護職員	1.0万人	2.7万人			
	その他	71万人	153万人		介護職員	14万人	39万人			
	単 価	約10万円/月	約16万円/月		その他直接処遇職員	1.6万人	4.5万人			
					単 価	GH：約27万円/月	GH：約27万円/月			
						特定施設：約18万円/月	特定施設：約18万円/月			

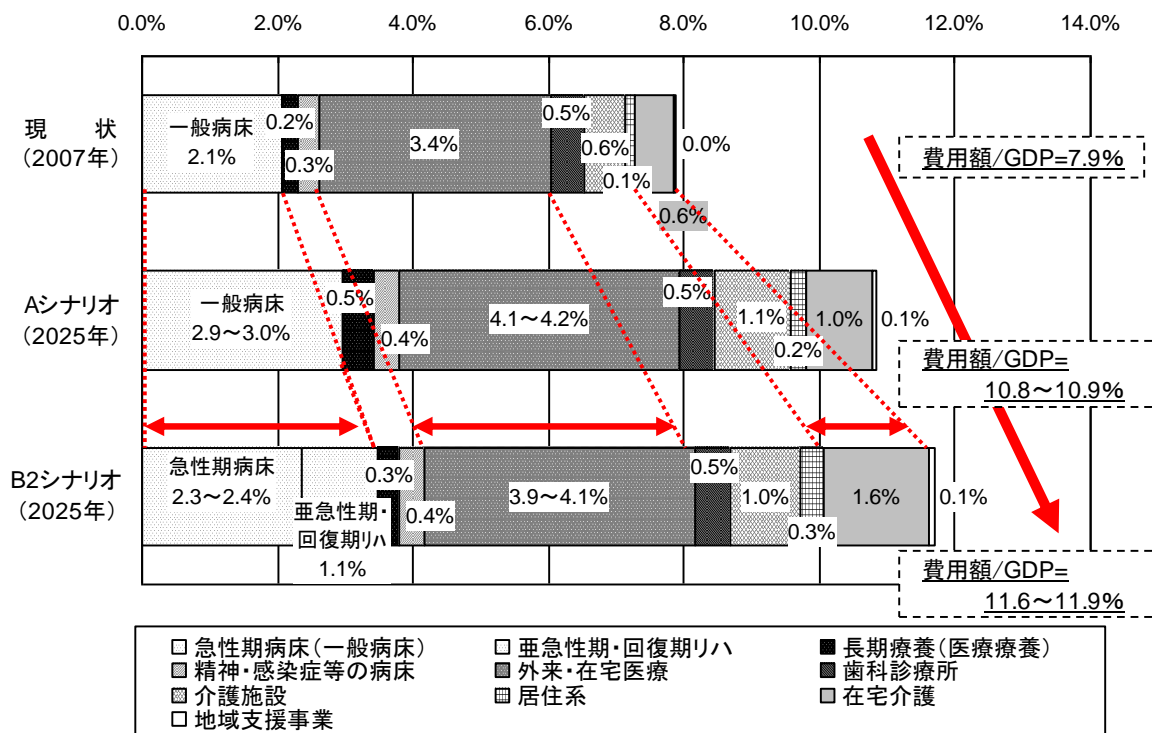
4) 2025年における医療・介護サービス費用の対GDP比

さらに、改革シナリオの達成と現在の財源構成を前提に、2012年度以降の複数の経済前提を仮定した2025年の必要財源の規模も試算されている。

2025年の医療・介護費用（経済前提Ⅱ-1の場合、サービスの単位費用の伸びとしてはケース①、ケース②を仮定）は、現状投影シナリオ（Aシナリオ）で85兆円程度（対GDP比10.8～10.9%程度）に対し、改革シナリオ（B2シナリオ）で91～93兆円程度（対GDP比11.6～11.9%程度）となる。

2025年の医療介護費用の対GDP比をサービス構造別にみると、改革にあたっては、特に「急性期及び亜急性期・回復期リハ」、「外来・在宅医療」、「在宅介護」の充実・強化が不可欠であることが伺える。

図表 2-1-4 B2シナリオにおける医療・介護サービス費用の対GDP比〔経済前提Ⅱ-1の場合〕



- ※ 経済前提Ⅱ-1は、足下のものについては2007年1月「進路と戦略」内閣府試算を用い、2012年度以降の長期の前提は「人口の変化等を踏まえた年金財政への影響（暫定試算）：平成19年2月（厚生労働省年金局）」における基本ケース及び参考ケースを踏まえたものである。
- ※ 年度ベースの数値。「～」の左は、医療費の伸び率として要素の積み上げを用いた場合（医療費の伸びケース①）であり、右は賃金と物価の平均に1%を加えたものを用いた場合（医療費の伸びケース②）。
- ※ GDPは、2007年：GDP=522兆円、2025年（経済前提Ⅱ-1の場合）：GDP=787兆円。

(参考) B2 シナリオにおける医療・介護サービス費用の詳細〔経済前提Ⅱ-1の場合〕

		現状 (2007年)		A シナリオ		B2 シナリオ	
		名目額	対GDP比	名目額	対GDP比	名目額	対GDP比
医療費の伸び ケース①	急性期病床 (一般病床)	11兆円	2.1%	23兆円	2.9%	18兆円	2.3%
	亜急性期・回復期リハ					9兆円	1.1%
	長期療養 (医療療養)	1兆円	0.2%	4兆円	0.5%	2兆円	0.3%
	精神・感染症等の病床	2兆円	0.3%	3兆円	0.4%	3兆円	0.4%
	外来・在宅医療	18兆円	3.4%	32兆円	4.1%	31兆円	3.9%
	歯科診療所	3兆円	0.5%	4兆円	0.5%	4兆円	0.5%
	介護施設	3兆円	0.6%	9兆円	1.1%	8兆円	1.0%
	居住系	1兆円	0.1%	2兆円	0.2%	3兆円	0.3%
	在宅介護	3兆円	0.6%	8兆円	1.0%	12兆円	1.6%
	地域支援事業	0兆円	0.0%	1兆円	0.1%	1兆円	0.1%
総 計		41兆円	7.9%	85兆円	10.8%	91兆円	11.6%
医療費の伸び ケース②	急性期病床 (一般病床)	11兆円	2.1%	23兆円	3.0%	19兆円	2.4%
	亜急性期・回復期リハ					9兆円	1.1%
	長期療養 (医療療養)	1兆円	0.2%	4兆円	0.5%	3兆円	0.3%
	精神・感染症等の病床	2兆円	0.3%	3兆円	0.4%	3兆円	0.4%
	外来・在宅医療	18兆円	3.4%	33兆円	4.2%	32兆円	4.1%
	歯科診療所	3兆円	0.5%	4兆円	0.5%	4兆円	0.5%
	介護施設	3兆円	0.6%	9兆円	1.1%	8兆円	1.0%
	居住系	1兆円	0.1%	2兆円	0.2%	3兆円	0.3%
	在宅介護	3兆円	0.6%	8兆円	1.0%	12兆円	1.6%
	地域支援事業	0兆円	0.0%	1兆円	0.1%	1兆円	0.1%
総 計		41兆円	7.9%	85兆円	10.9%	93兆円	11.9%

※ 経済前提Ⅱ-1：2012年度以降の長期の前提は「物価上昇率=1.0%」「賃金上昇率=2.5%」「運用利回り=4.1%」である。

2. 医療・介護の連携、機能強化に向けた診療報酬・介護報酬のあり方

1) 診療報酬体系及び介護報酬体系の概要

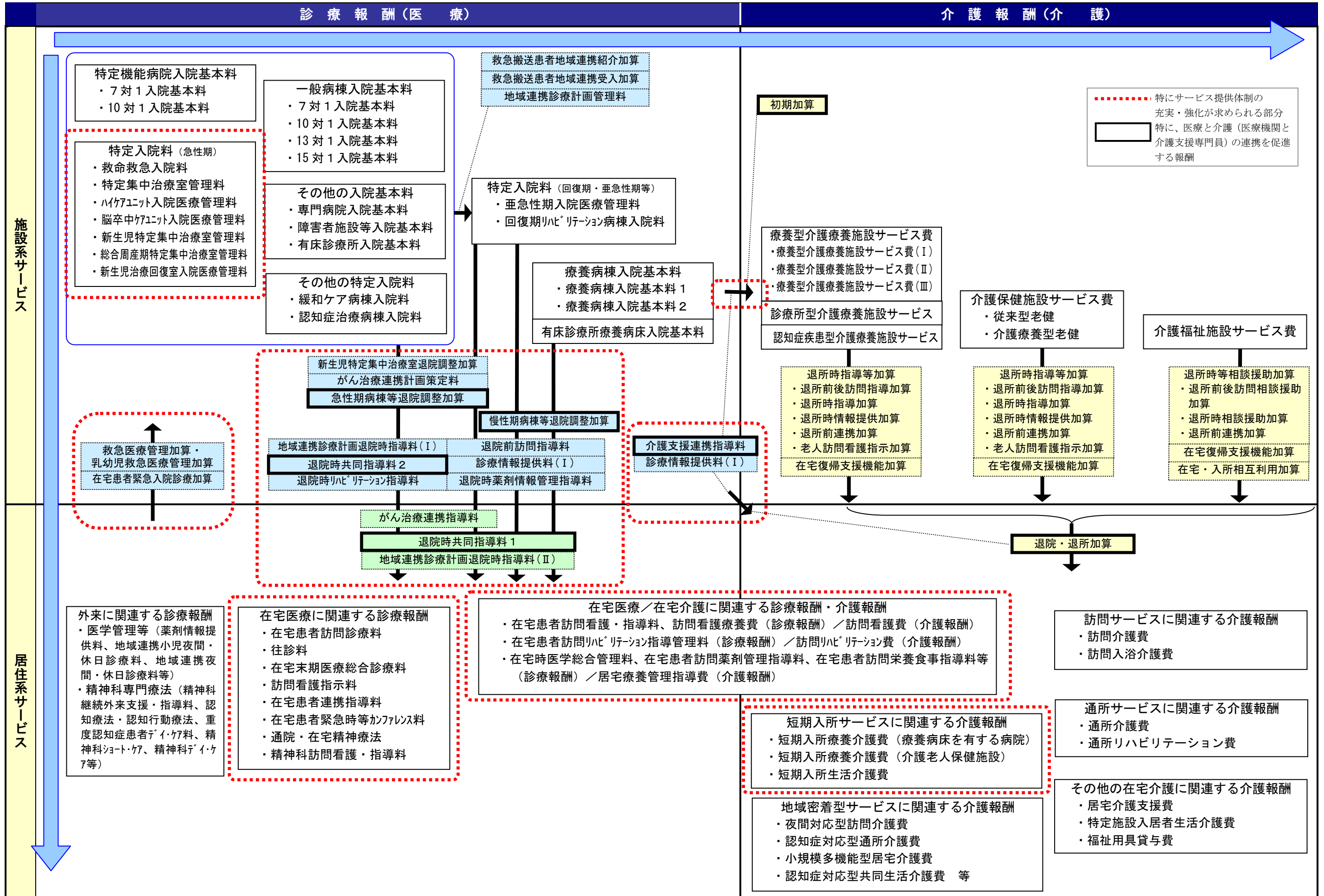
前述の社会保障国民会議における議論を踏まえ、今後、在宅医療・在宅介護をはじめ、医療・介護の連携と機能強化をより一層図っていくことが求められる。医療・介護の連携と機能強化を推進する一翼を担う診療報酬及び介護報酬（平成22年度時点）の項目を整理した結果は、次頁のとおりである。

施設系サービスの施設基準をみると、高度な医療機能であるほど看護職員配置が手厚く、看護師の割合も高く、平均在院日数は短い傾向にあり、さらに、当該機能に応じた患者状態像等が基準に盛り込まれている場合もある。一般病棟の「13対1入院基本料」と「15対1入院基本料」の施設基準を比較すると、同じ一般病棟においても看護師の割合が異なり、一般病棟または療養病棟で算定可能な回復期リハビリテーション病棟入院料と同様の基準となっていることから、やや医療機能の位置付けが不明確となっている。

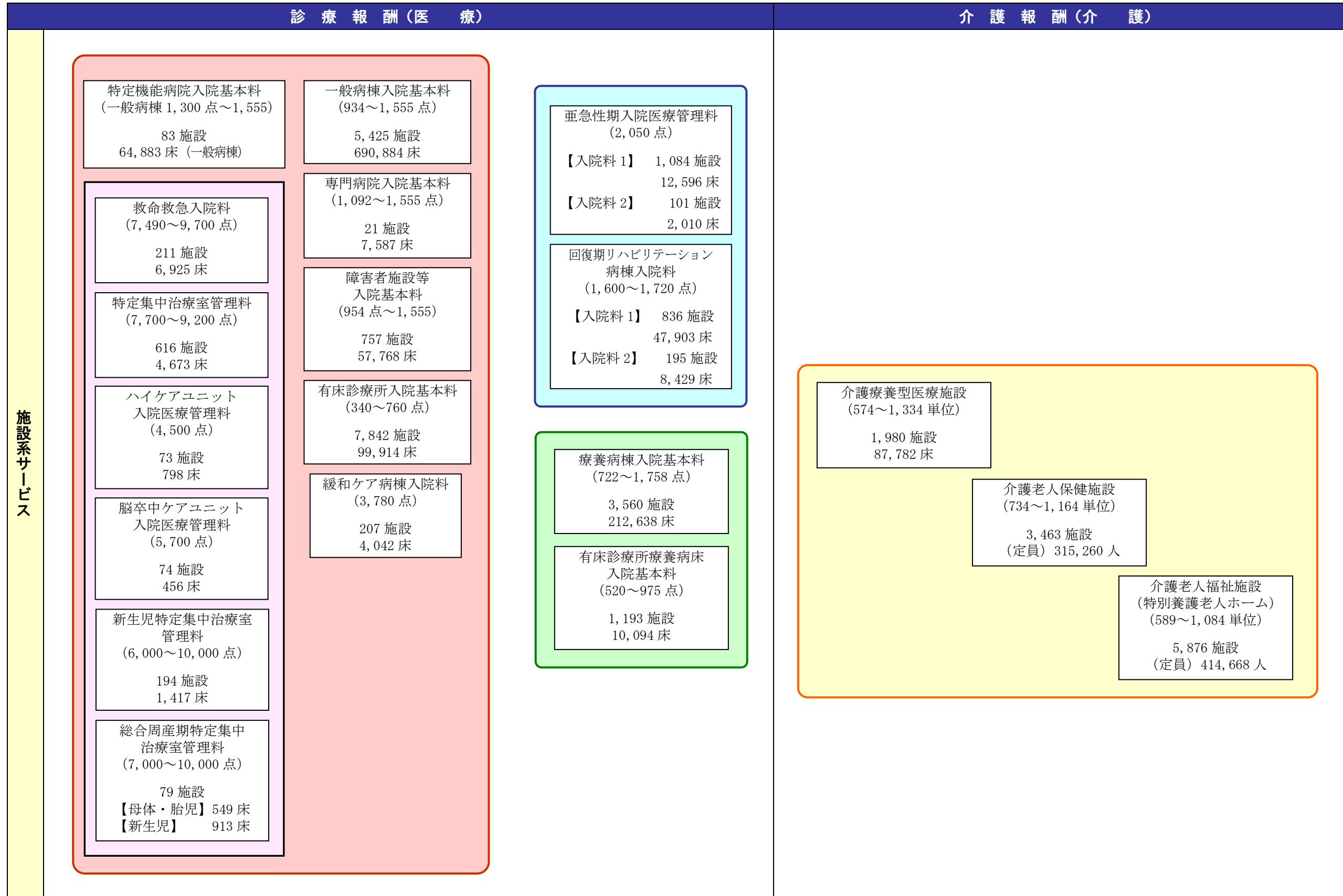
また、居住系サービスの基準では、「訪問看護」、「訪問リハビリ」、「医学管理・指導・助言」において診療報酬と介護報酬に同様の報酬が存在している。両者は患者・利用者の状態像等によって算定する報酬が区別されている。今後は、これらの報酬のうち、「急性期及び亜急性期・回復期リハ」、「在宅医療」、「在宅介護」に関連する報酬を充実・強化していく必要がある。

一方、医療・介護連携に係る報酬をみると、患者を受け入れる側が算定する報酬と比較して、患者を移行させる側が算定する報酬が多く整備されている状況が伺える。また、医療と介護をつなぐ部分では「介護支援連携指導料」や「初期加算」等が設けられているものの、今後より一層の連携を促進するための報酬を充実・強化していくことが求められる。

図表 2-2-1 医療・介護のサービス構造別に見た診療報酬及び介護報酬（施設系・居住系サービス種別）



(参考) 施設系サービスにおける点数・単位数、施設数、病床数・定員数の概要



注 診療報酬(医療)の施設数・病床数は平成21年7月1日時点の届出状況に基づく。また、介護報酬(介護)の施設数・病床数(定員数)は平成21年9月30日時点の状況に基づく。
(出典) 中央社会保険医療協議会 資料(総-5-1)「主な施設基準の届出状況等」(平成22年5月26日開催)、厚生労働省「平成21年介護サービス施設・事業所調査」

図表 2-2-2 診療報酬における主なサービスの概要

診療報酬		サービスの概要・施設基準等
特定機能 病院入院 基本料	7 対 1 入院基本料	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員配置が 7 対 1 以上 看護職員のうち、看護師が 7 割以上 平均在院日数が 28 日以内
	10 対 1 入院基本料	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員配置が 10 対 1 以上 看護職員のうち、看護師が 7 割以上 平均在院日数が 28 日以内
一般病棟 入院基本料	7 対 1 入院基本料	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員配置が 7 対 1 以上 看護職員のうち、看護師が 7 割以上 平均在院日数が 19 日以内 看護必要度基準を満たす患者 1 割以上 常勤医師数が入院患者数の 1 割以上
	10 対 1 入院基本料	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員配置が 10 対 1 以上 看護職員のうち、看護師が 7 割以上 平均在院日数が 21 日以内
	13 対 1 入院基本料	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員配置が 13 対 1 以上 看護職員のうち、看護師が 7 割以上 平均在院日数が 24 日以内
	15 対 1 入院基本料	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員配置が 15 対 1 以上 看護職員のうち、看護師が 4 割以上 平均在院日数が 60 日以内
	入院基本料等加算	<ul style="list-style-type: none"> 総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、医師事務作業補助体制加算、栄養サポートチーム加算、呼吸ケアチーム加算、地域医療支援病院入院診療加算、がん診療連携拠点病院加算等あり
特定入院料 (回復期・ 亜急性期等)	亜急性期入院医療 管理料	<ul style="list-style-type: none"> 60 日～90 日を限度 看護職員配置が 13 対 1 以上 看護職員のうち看護師が 7 割以上 専任の在宅復帰支援担当者を 1 名以上配置 特定機能病院以外の病院 退院患者のうち、他の医療機関へ転院した者等を除く割合が 6 割以上
特定入院料 (回復期・ 亜急性期等)	回復期リハビリテ ーション 病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> 患者の状態に応じて 60 日～180 日を限度 一般病棟または療養病棟で、看護職員配置が 15 対 1 以上、看護職員のうち看護師が 4 割以上、看護補助者配置が 30 対 1 以上 病棟に専任の医師 1 名以上、専従の理学療法士 2 名以上、作業療法士 1 名以上を常勤配置 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者 8 割以上
療養病棟 入院基本料	療養病棟入院基本 料 1	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員配置が 20 対 1 以上 看護職員のうち、看護師が 2 割以上 看護補助者配置が 20 対 1 以上 医療区分 3、2 の患者が 8 割以上
	療養病棟入院基本 料 2	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員配置が 25 対 1 以上 看護職員のうち、看護師が 2 割以上 看護補助者配置が 25 対 1 以上

図表 2-2-2 診療報酬における主なサービスの概要（つづき）

診療報酬	サービスの概要・施設基準等
在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護療養費	<ul style="list-style-type: none"> ・日数単位で算定。週3回を限度（一部の疾病や急性増悪時等は例外あり） ・1日に複数回の訪問による加算、緊急訪問看護加算、長時間訪問看護・指導加算、乳幼児加算・幼児加算、複数名訪問看護加算、在宅患者連携指導加算、在宅患者緊急時等ケア加算、在宅ターミナルケア加算、在宅移行管理加算等あり
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリ単位数の単位で算定。週6単位を限度（末期悪性腫瘍の場合を除く。退院3カ月以内は週12単位を限度）
在宅時医学総合管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料等	<ul style="list-style-type: none"> ・保険医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当するケアマネジャー、社会福祉士等を配置し、在宅医療を担当する常勤医師が計画的な医学管理の下に月2回以上の訪問診療を行う場合に月1回算定（在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料は薬剤師、管理栄養士が訪問した場合に月2回まで算定） ・在宅移行早期加算、重症者加算あり（在宅時医学総合管理料のみ）
在宅患者訪問診療料	<ul style="list-style-type: none"> ・週3回を限度（急性増悪時等は14日を限度／月1回） ・在宅ターミナルケア加算、死亡診断による加算等あり

図表 2-2-3 介護報酬における主なサービスの概要

介護報酬		サービスの概要・施設基準等
療養型介護療養施設サービス費	療養型介護療養施設サービス費(Ⅰ)	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員配置が 30 対 1 以上、介護職員配置が 20 対 1 以上 看護職員のうち、看護師が 2 割以上
	療養型介護療養施設サービス費(Ⅱ)	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員配置が 30 対 1 以上、介護職員配置が 25 対 1 以上 看護職員のうち、看護師が 2 割以上
	療養型介護療養施設サービス費(Ⅲ)	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員配置が 30 対 1 以上、介護職員配置が 30 対 1 以上 看護職員のうち、看護師が 2 割以上
	加算等	<ul style="list-style-type: none"> 夜間勤務等看護加算、認知症専門ケア加算等あり
介護保健施設サービス費	従来型老健	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員又は介護職員配置が 15 対 1 以上
	介護療養型老健	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員配置が 30 対 1 以上、介護職員配置が 30 対 1 以上 原則、新規入所者のうち、医療機関退院者の割合から自宅等からの入所者の割合を減じた数が 3.5 割以上 入所者等のうち、喀痰吸引もしくは経管栄養が実施された者が 1.5 割以上又は専門医療を必要とする認知症高齢者が 2 割以上 特別療養費、療養体制維持特別加算等あり
	加算等	<ul style="list-style-type: none"> 短期集中リハビリテーション実施加算、認知症ケア加算、認知症専門ケア加算、ターミナルケア加算等あり
介護福祉施設サービス費	介護福祉施設サービス費	<ul style="list-style-type: none"> 入所定員が 31 人以上 介護職員又は看護職員配置が 15 対 1 以上 看護職員の配置を評価する看護体制加算あり 常勤医師の配置を評価する常勤医師配置加算あり
	加算等	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活継続支援加算、看取り介護加算等あり
訪問看護費		<ul style="list-style-type: none"> 回数単位で、訪問看護計画書に記載された所要時間単位で算定 複数名訪問看護加算、長時間訪問看護加算、緊急時訪問看護加算、ターミナルケア加算等あり
訪問リハビリテーション費		<ul style="list-style-type: none"> 回数単位で算定。計画的な医学的管理に基づき、週 6 回を限度
居宅療養管理指導費		<ul style="list-style-type: none"> 医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士が居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供、指導及び助言を行った場合に月 2 回まで算定。 在宅時医学総合管理料を算定した場合は(Ⅱ)を算定 情報提供未実施減算あり
居宅介護支援費		<ul style="list-style-type: none"> 居宅サービス計画を作成して居宅介護支援を実施し、文書を提出した場合に算定
訪問介護費		<ul style="list-style-type: none"> 身体介護、生活援助、通院等の介助別に訪問介護計画に記載された所要時間単位で算定 訪問介護員 2 人の同時訪問による加算、緊急時訪問介護加算等あり

図表 2-2-3 介護報酬における主なサービスの概要（つづき）

介護報酬	サービスの概要・施設基準等
訪問入浴介護費	<ul style="list-style-type: none"> ・原則、看護職員 1 人及び介護職員 2 人が実施した場合に算定
通所介護費	<ul style="list-style-type: none"> ・通所介護計画に記載された所要時間単位で算定 ・難病や末期悪性腫瘍の者への療養通所介護あり ・個別機能訓練加算等あり
通所リハビリテーション費	<ul style="list-style-type: none"> ・通所リハビリテーション計画に記載された所要時間単位で算定 ・理学療法士等体制強化加算、リハビリテーションマネジメント加算、短期集中リハビリテーション実施加算、個別リハビリテーション実施加算等あり
短期入所療養介護費 (療養病床を有する病院)	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤を行う看護職員の配置を評価した夜間勤務等看護加算あり ・認知症のために在宅生活が困難となった際の緊急利用を評価する認知症行動・心理症状緊急対応加算あり ・緊急の受入体制の整備、緊急受入を評価する緊急短期入所ネットワーク加算等あり
短期入所療養介護費 (介護老人保健施設)	<ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士等の配置やリハビリ実施を評価するリハビリテーション機能強化加算、個別リハビリテーション実施加算あり ・その他、認知症行動・心理症状緊急対応加算、緊急短期入所ネットワーク加算等あり
短期入所生活介護費	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員の配置を評価する看護体制加算あり ・訪問看護による健康上の管理等を評価する在宅中重度者受入加算あり ・その他、認知症行動・心理症状緊急対応加算、緊急短期入所ネットワーク加算等あり

2) 類似する診療報酬及び介護報酬の整理

現行の診療報酬（平成22年度改定時点）と介護報酬（平成21年度改定時点）において、重複する主なサービスとしては「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」、医師等による「在宅時医学総合管理（居宅療養管理指導）」が挙げられる。

訪問看護については、要介護・要支援に該当する者は介護保険で対応することとなるが、要介護・要支援に該当しない者、要介護・要支援に該当する者で末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者は医療保険で対応することになる。報酬に係る主な違いは、以下のとおりである。

図表 2-2-4 訪問看護に係る医療保険と介護保険の算定要件の違い

訪問看護療養費、在宅患者訪問看護・指導料（医療）（505～655点）	訪問看護費（介護）（230～1198点）
病院：1,034施設 一般診療所：3,565施設	病院：1,184施設 一般診療所：1,970施設
<p>【対象（以下のいずれにも該当する者）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅で療養を行っている者で通院困難な者 ・訪問看護計画の作成あるいは訪問看護指示書が交付されている者 ・要介護・要支援に該当しない者、要介護・要支援に該当する者で末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者 <p>【報酬の構成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションからの訪問看護は、訪問看護療養費（訪問看護基本療養費とその加算、訪問看護管理療養費とその加算、訪問看護情報提供療養費、訪問看護ターミナルケア療養費）によって算定。 ・病院・診療所からの訪問看護は、在宅患者訪問看護・指導料（在宅患者訪問看護・指導料とその加算、同一建物居住者訪問看護・指導料とその加算、精神科訪問看護・指導料とその加算）によって算定。 ・訪問看護療養費は健康保険法第88条第4項及び高齢者の医療の確保に関する法律第78条第4項の規定に基づく。在宅患者訪問看護・指導料は、診療報酬点数表に基づく。両者の報酬はほぼ同額であるが、構成や加算に若干の差異がある。 	<p>【対象（以下のいずれにも該当する者）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅で療養を行っている者で通院困難な者 ・訪問看護計画の作成あるいは訪問看護指示書が交付されている者 ・要介護・要支援に該当する者で末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等以外の者 <p>【報酬の構成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーション及び病院・診療所ともに、<u>所要時間によって異なる単位にて算定</u>。 ・所要時間は、現に要した時間ではなく、計画書の内容に要する標準的な時間であり、その区分は20分未満、30分未満、30分以上1時間未満、1時間以上1時間30分未満ある。 ・なお、いずれの所要時間の場合も訪問看護ステーションの単位が大きい。 ・訪問看護費とその加算によって算定。

注：施設数は、厚生労働省「平成20年医療施設調査」に基づく平成20年10月1日時点の数値。

リハビリテーションに関して、「医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について」(平成18年12月25日保医発第1225001号)では、医療保険と介護保険の区別が以下のとおり示されている。

- 医療保険においては、急性期及び回復期の状態に対応し、主として身体機能の早期改善を目指したリハビリテーションを行い、他方、介護保険においては、維持期の状態に対応し、主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーションを行うものであること
- 急性期及び回復期のリハビリテーションの終了については、個々の患者の状態に応じて医学的に判断するとともに、医師により維持期のリハビリテーションに移行することが適当と判断された場合には、医療機関と居宅介護支援事業者との連携の確保、介護保険サービスの紹介等、医療保険と介護保険の連携を強化することにより、維持期のリハビリテーションに計画的かつ速やかに移行できるよう配慮すること

図表 2-2-5 訪問リハビリテーションに係る医療保険と介護保険の算定要件の違い

在宅患者訪問リハビリテーション 指導管理料（医療）（255～300点）	訪問リハビリテーション費（介護）（305点）
病 院： 758 施設 一般診療所：1,822 施設	病 院：1,451 施設 一般診療所：1,106 施設
<p>【対象（以下のいずれにも該当する者）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅で療養を行っている者で通院困難な者 ・医師の診療に基づき計画的な医学管理が継続して行われ、かつ当該診療を行った<u>保険医療機関の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問指導</u>が行われた者 ・要介護・要支援に<u>該当しない者</u> <p>【報酬の構成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料によって算定（同一建物居住者以外の場合 300 点、同一建物居住者の場合 255 点）。 ・20 分以上のリハビリテーションに係る療養上の指導を行った場合を 1 単位とし<u>週 6 単位を限度</u>として算定（末期悪性腫瘍の場合を除く）。ただし、退院 3 カ月以内の患者に対し、入院先の医療機関の医師の指示に基づき継続してリハビリを実施する場合は週 12 単位を限度として算定。 	<p>【対象（以下のいずれにも該当する者）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居家で療養を行っている者で通院困難な者 ・計画的な医学管理を行っている医師の指示に基づき、<u>指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問リハビリテーション</u>が行われた者 ・要介護・要支援に<u>該当する者</u> <p>【報酬の構成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問リハビリテーション費とその加算によって算定（305 単位）。 ・1 回あたり 20 分以上の指導を行った場合に<u>週 6 回を限度</u>として算定。 ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問のうち、看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたもので訪問看護ステーションから訪問するものは訪問看護費で算定。

注：施設数は、厚生労働省「平成20年医療施設調査」に基づく平成20年10月1日時点の数値。

在宅医療において、医師による在宅患者訪問診療や往診料をはじめとする診療に係る報酬、訪問看護指示料、在宅時医学総合管理料等は、診療報酬によって算定される。一方、医師等による介護支援専門員への利用者に関する情報提供、利用者への居宅サービス利用上の留意点や介護方法等に関する指導・助言等は、居宅療養管理指導費として介護報酬によって算定される。

図表 2-2-6 在宅医療の管理・指導に係る医療保険と介護保険の算定要件の違い

在宅時医学総合管理料等（医療） （2200～4500点）	居宅療養管理指導費（介護） （290～500点（医師の場合））
<p>【対象（以下のいずれにも該当する者）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅で療養を行っている者で通院困難な者 ・要介護・要支援に該当しない者 ・以下のいずれかに該当する者 <ul style="list-style-type: none"> －医師が計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行い、在宅療養計画を作成した者（在宅時医学総合管理料） －歯科医師が歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して歯科疾患管理計画書を作成した者（歯科疾患在宅療養管理料） －医師の診療に基づき計画的な医学管理が継続して行われ、かつ薬剤師あるいは管理栄養士による訪問指導が行われた者（在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料） <p>【報酬の構成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の訪問診療による医学管理は、在宅時医学総合管理料（在宅時医学総合管理料とその加算、特定施設入居時等医学総合管理料とその加算）によって算定（月1回）。 ・歯科医師の歯科訪問診療による管理は、歯科疾患在宅療養管理料とその加算によって算定（月1回）。 ・薬剤師による訪問指導は在宅患者訪問薬剤管理指導料とその加算によって算定（月2回）。 ・管理栄養士による訪問指導は在宅患者訪問栄養食事指導料とその加算によって算定（月2回）。 	<p>【対象（以下のいずれにも該当する者）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅で療養を行っている者で通院困難な者 ・要介護・要支援に該当する者 ・以下のいずれかに該当する者 <ul style="list-style-type: none"> －医師又は歯科医師が居宅を訪問して行う医学・歯科医学管理に基づき、居宅介護支援事業者等に情報提供を行うとともに、利用者・家族に居宅サービス利用時の留意点等を指導した者（医師又は歯科医師が行う場合） －医師又は歯科医師の指示に基づき、薬剤師が居宅を訪問して薬学的指導を行い、関係職種への情報提供を行った場合の者（薬剤師が行う場合） －医師の指示に基づき管理栄養士が居宅を訪問し栄養管理に係る情報提供・指導を行った者（管理栄養士が行う場合） <p>【報酬の構成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師が行う場合の居宅療養管理指導費は（Ⅰ）（Ⅱ）で構成され、診療報酬の在宅時医学総合管理料の方が高く設定されている。診療報酬算定時には（Ⅱ）を算定。 ・歯科医師が行う場合は、（Ⅰ）（Ⅱ）で構成され、診療報酬の歯科疾患在宅療養管理料よりも高く設定されている。 ・薬剤師が行う場合は病院又は診療所が行う場合と、薬局が行う場合で構成され、前者が高く設定されている。前者と診療報酬の報酬は同額。 ・管理栄養士が行う場合は診療報酬と同額。 ・その他、<u>歯科衛生士等や看護職員が行う場合の報酬も設けられている。</u>

3) 医療・介護の連携に係る診療報酬及び介護報酬の整理

医療・介護の連携、機能強化にあたっては、介護ニーズを持つ患者に対応した診療報酬や、医療ニーズを持つ利用者に対応した介護報酬のあり方についても実態に即した形で整備していく必要がある。同時に、医療保険と介護保険それぞれで対応すべき範囲や分担についても再度検討しつつ、診療報酬と介護報酬の体系や範囲、算定要件のあり方を見直していくことが求められる。

(1) 介護ニーズに対応した診療報酬

現行の診療報酬では、急性期医療の後方病床の役割や、在宅等における患者の急性増悪時の受け入れ先の役割を果たすべく、患者の介護ニーズにも対応しながら医療を提供していくサービスとして「療養病棟入院基本料」がある。

図表 2-2-7 介護ニーズに対応した診療報酬

診療報酬	算定要件、加算等
療養病棟入院基本料	<p>《概要》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する施設であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動が認められる。 ・介護保険施設、居住系施設等または自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたし入院医療を要する状態になった際に、速やかに当該患者を受け入れる体制を有することにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。
	<p>《各種加算》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・救急・在宅等支援療養病床初期加算 <ul style="list-style-type: none"> －急性期の後方病床を確保し、在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的とした加算。 ・褥瘡評価実施加算 <ul style="list-style-type: none"> －ADL区分3の入院患者について、1日につき所定点数を加算。

(2) 医療ニーズに対応した介護報酬

一方、現行の介護報酬では、通常の介護サービスに対する評価に加え、下記の介護報酬に対して各種加算を設けることにより、医療ニーズの高い利用者への対応体制の整備が図られている。難病等、悪性腫瘍、認知症の者をはじめ医療ニーズが高い利用者の受け入れやケアに係る評価、医師・看護師等の手厚い配置に対する評価等がなされている。

図表 2-2-8 医療ニーズに対応した介護報酬

介護報酬	算定要件、加算等
訪問看護費	<ul style="list-style-type: none"> 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理等の厚生労働大臣が定める状態で特別な管理を必要とする利用者への「長時間訪問看護加算」、「特別管理加算」 死亡日前 14 日以内に 2 回以上ターミナルケアを行った場合の「ターミナルケア加算」
通所介護費	<ul style="list-style-type: none"> 難病等を有する中重度者又は末期の悪性腫瘍の者への「療養通所介護費」 若年性認知症利用者の受け入れを評価した「若年性認知症利用者受入加算」
通所リハビリテーション費	<ul style="list-style-type: none"> 生活機能の改善が見込まれると判断された認知症の者への「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」 若年性認知症利用者の受け入れを評価した「若年性認知症利用者受入加算」
短期入所生活介護費	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員の手厚い配置、病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携による 24 時間体制の確保を評価した「看護体制加算」 認知症の行動・心理症状が認められるため在宅での生活が困難であり、緊急に短期入所生活介護を利用することが適当であると判断された者への「認知症行動・心理症状緊急対応加算」 若年性認知症利用者の受け入れを評価した「若年性認知症利用者受入加算」 短期入所生活介護事業所において当該利用者の利用していた訪問看護事業所に当該利用者の健康上の管理等を行わせた場合の「在宅中重度者受入加算」
短期入所療養介護費 ／病院療養病床短期入所療養介護費／診療所短期入所療養介護費	<p>【3 報酬共通】</p> <ul style="list-style-type: none"> 難病等を有する中重度者又は末期の悪性腫瘍の者への「特定介護老人保健施設短期入所療養介護費／特定病院療養病床短期入所療養介護費／特定診療所短期入所療養介護費」（日帰りショート） 認知症の行動・心理症状が認められるため在宅での生活が困難であり、緊急に短期入所療養介護を利用することが適当であると判断された者への「認知症行動・心理症状緊急対応加算」 若年性認知症利用者の受け入れを評価した「若年性認知症利用者受入加算」

図表 2-2-8 医療ニーズに対応した介護報酬（つづき）

介護報酬	算定要件、加算等
	<p>【介護老人保健施設の短期入所療養介護費】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護を必要とする認知症利用者への「認知症ケア加算」 ・日常的に必要な医療行為として厚生労働大臣が定めるものを行った場合の「特別療養費」 ・利用者の病状が著しく変化した場合に緊急に医療行為が行われた場合の「緊急時施設療養費」 <hr/> <p>【療養病床を有する病院、診療所、老人性認知症疾患療養病棟の短期入所療養介護費】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常的に必要な医療行為として厚生労働大臣が定めるものを行った場合の「特定診療費」
特定施設入居者生活介護費	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員が利用者ごとの健康状況を継続的に記録し協力医療機関又は主治医に対して月1回以上の情報提供を行った場合の「医療機関連携加算」
介護福祉施設サービス費	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員の手厚い配置、病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携による24時間体制の確保を評価した「看護体制加算」 ・若年性認知症利用者の受け入れを評価した「若年性認知症入所者受入加算」 ・常勤の医師1名以上の配置を評価した「常勤医師配置加算」 ・認知症入所者に対する精神科医師の定期的な療養指導を評価した「精神科医療養指導加算」 ・視覚、聴覚、言語機能に重度の障害のある者又は重度の知的障害者に対し障害者の生活支援に関する専門性を有する障害者生活支援員を配置している場合の「障害者生活支援体制加算」 ・看取り介護を行った場合の「看取り介護加算」 ・専門的な認知症ケアを行った場合の「認知症専門ケア加算」
介護保健施設サービス費	<ul style="list-style-type: none"> ・生活機能の改善が見込まれると判断された認知症の者への「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」 ・介護を必要とする認知症利用者への「認知症ケア加算」 ・若年性認知症利用者の受け入れを評価した「若年性認知症入所者受入加算」 ・ターミナルケア計画を作成しターミナルケアを行った場合の「ターミナルケア加算」 ・日常的に必要な医療行為として厚生労働大臣が定めるものを行った場合の「特別療養費」 ・入所者の病状が著しく変化した場合に緊急に医療行為が行われた場合の「緊急時施設療養費」 ・専門的な認知症ケアを行った場合の「認知症専門ケア加算」 ・認知症のおそれがあると医師が判断した入所者について、認知症疾患医療センター等への紹介を行った場合の「認知症情報提供加算」

図表 2-2-8 医療ニーズに対応した介護報酬（つづき）

介護報酬	算定要件、加算等
療養型介護療養施設サービス費	<ul style="list-style-type: none"> ・若年性認知症患者の受け入れを評価した「若年性認知症患者受入加算」 ・入院患者に専門的な診療が必要となり他の医療機関で診療が行われた場合の「他科受診時費用」 ・日常的に必要な医療行為として厚生労働大臣が定めるものを行った場合の「特定診療費」 ・専門的な認知症ケアを行った場合の「認知症専門ケア加算」
認知症対応型通所介護費	<ul style="list-style-type: none"> ・若年性認知症利用者の受け入れを評価した「若年性認知症入所者受入加算」
小規模多機能型居宅介護費	<ul style="list-style-type: none"> ・介護を必要とする認知症利用者への「認知症加算」 ・看護職員の配置を評価した「看護職員配置加算」
認知症対応型共同生活介護費	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の行動・心理症状が認められるため在宅での生活が困難であり、緊急に短期入所療養介護を利用することが適当であると判断された者への「認知症行動・心理症状緊急対応加算」 ・若年性認知症利用者の受け入れを評価した「若年性認知症入所者受入加算」 ・看取り介護を行った場合の「看取り介護加算」 ・日常的な健康管理や医療ニーズが必要となった場合の適切な対応のための体制整備を評価する「医療連携体制加算」 ・専門的な認知症ケアを行った場合の「認知症専門ケア加算」

(3) 医療・介護連携を促進する報酬

さらに、現行の診療報酬、介護報酬では、医療と介護の連携の推進を図るべく、それぞれにおいて下記の報酬により評価が行われている。主として、入院患者が円滑に在宅療養に移行する上での、退院調整における職種間の連携や患者の支援体制の整備等に対して評価がなされている。

図表 2-2-9 医療・介護の連携を促進する主な診療報酬・介護報酬

報酬		算定要件、加算等
診療報酬	急性期病棟等退院調整加算	・医療機関全体として退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、その上で退院支援計画を策定して退院・転院後の療養を担う医療機関等との連絡調整や適切な介護サービスの導入に係る業務等の退院調整を行う取り組みを評価するもの。
	慢性期病棟等退院調整加算	・患者の同意を得て退院支援計画の立案をした場合、及び当該計画に基づき退院した場合にそれぞれ算定。 ・「慢性期病棟等退院調整加算1」は、看護師と社会福祉士がそれぞれの専門性を生かし、共同して医療・看護の観点から退院に向けた総合的な体制による支援を行うことを評価するもの。
	退院時共同指導料1	・入院中の患者について、退院後の在宅療養を担う医療機関の医師又は看護師等が、入院している医療機関に赴いて、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の医師又は看護師等と共同して行い、文書により情報提供した場合に算定。
	退院時共同指導料2	・入院中の患者について、入院中の医療機関の医師又は看護師等が、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、退院後の在宅療養を担う医療機関の医師又は看護師等と共同して行い、文書により情報提供した場合に算定。 ・入院中の医療機関の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う医療機関の医師・看護師、歯科医師・歯科衛生士、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうち3者以上と共同して指導を行った場合に加算。
	介護支援連携指導料	・医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえた介護サービスや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に、入院中2回に限り算定。
介護報酬	初期加算	・入所した当初には施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから、入所した日から起算して30日以内の期間について、1日につき所定単位数を加算。
	退院・退所加算	・病院等から退院もしくは介護保険施設等から退所し、居宅において居宅サービスまたは地域密着型サービスを利用する場合において、退院・退所する施設から利用者に関する情報提供を得た上で、居宅サービス計画の作成、サービス利用に関する調整を行った場合に、サービス利用開始月に所定単位数を加算。

第3章. 医療・介護ニーズの実態とサービス提供における課題に関する調査の結果

1. ヒアリング調査結果

ヒアリング調査は、学識経験者による検討を経て、医療・介護連携に関わる先進的な取り組みを実施している法人及びサービス利用者側の観点から連携に係る実態・課題等を把握していると考えられる法人等を対象として、6つの法人を選定した。

ここでは、その事例として6つの法人についての組織概要や高齢者の医療・介護ニーズに対するサービス提供の実態、医療・介護連携の取り組み・課題、診療報酬制度・介護報酬制度の問題点等を具体的に整理した。

なお、ヒアリング調査結果については、調査に対応いただいた方の発言内容を、その趣旨を損なうことが無いよう、ほぼそのまま整理した。

図表 3-1-1 ヒアリング調査結果概要表

ヒアリング対象法人		ピュアサポートグループ	高齢者総合ケアセンターこぶし園	天翁会	新鶴見ホーム	白十字ホーム	認知症のひとと家族の会 (勝田 登志子氏)
1. 高齢者の医療・介護ニーズの実態		<ul style="list-style-type: none"> ケアをしっかり行えば健康状態等は改善することが多く、介護サービスでカバーできる。 無駄な PEG や挿管を行わないことが重要である。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療必要度が高いがん末期患者や、ペインコントロール(疼痛管理)が必要な患者は一部である。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護は予防が可能なものであり、それを支える一次医療の重要性が増している。 	<ul style="list-style-type: none"> 特養は生活を支える場であるが、高齢者の日常生活において一定の医療行為は必要となる。 	<ul style="list-style-type: none"> 特養での医療サービスの提供には限界があり、医療ニーズの高い方については入所を断っている。 経管栄養や吸引、熱発への対応には多くの時間がとられている。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症高齢者で症状が悪化し、医療による症状緩和が必要な場合には、介護サービスによる代替は困難。
2. 在宅医療・介護の実態		<ul style="list-style-type: none"> 病院や施設から在宅に復帰しても再入院・再入所するケースは多い。 在宅医療を懸念しているのは病院の医師に多く、医師に対しては国家的な教育プログラムが必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅で、利用者の生活・人生・暮らしを中心としてサービス提供していくことが望ましい。 家族がいなくても在宅で生活できるように、訪問看護・介護等が連続するケアサービスとして定額制で提供され、在宅等の拡充があれば在宅は可能。 在宅での生活が可能で状態まで、利用者の生活機能を向上させた上で在宅への移行を図る必要がある。 同じ地域の対象者は同一スタッフが全て対応できることが望ましい。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅ケアではいつでも入院可能(空床確保)であることも重要。 医師1人でなく、多職種による連携が必要。 医師の認識がかわれば在宅医療は推進される。 在宅医療は定額制が良い。 	<ul style="list-style-type: none"> 特養の入所待機者の上位は医療必要度が高く、在宅で踏ん張るしかない状況が生じてしまっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅からショートステイに来る方では、状態が急変するケースもあり大変である。それまでの病状等の情報がなかなか手に入らないことは問題である。 在宅から受け入れる際、在宅での栄養コントロールがうまくいっていないことが多い。家族に任されている場合、家族の能力が大きく影響する。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅への移行には、介護家族の精神的負担及び経済的負担を緩和する支援が不可欠。その上で、デイサービスやショートステイの利用環境を充実させることが重要。 在宅への移行を行おうとしても、施設が患者をなかなか退所させないケースが見られる。
3. 地域における医療機関・施設等との連携状況及び課題		<ul style="list-style-type: none"> 近隣の急性期病院から患者を多く受入れている。医療機関間の連携に関して「熊本方式」が機能しており、信頼関係も築かれている。 	<ul style="list-style-type: none"> 入所者を地域のサテライト型居住施設に分散しながら、地域への移行を推進している。 	<ul style="list-style-type: none"> 老健施設をはじめ9施設によるサービスプラットフォームを構築しており、各事業体の職員が地域全体のサービス目標を共有している。 	<ul style="list-style-type: none"> 現在は、3つの病院と連携。受け入れ先がなかなか見つからないことも。医療必要度の高い方をショートステイで受け入れられればよいが、リスクが大きく信頼関係が築きにくいいため受け入れには慎重にならざるを得ない。 	<ul style="list-style-type: none"> 入所中に病状が悪化した場合、併設されている白十字病院へ往診や入院を依頼。対応困難な場合は他の病院を紹介してもらう。 併設病院から医師の夜間対応が受けられることが、看護師の定着率の高さにつながっていると考えられる。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療との連携においてケアマネジャーの果たす役割は大きい。 地域包括支援センターは、連携のための地域のネットワークを作る役割に専念すべき。 連携のあり方を議論する際は、当事者・利用者が関与すべき。
4. サービス提供体制のあり方、今後の方向性	①高齢者住宅	<ul style="list-style-type: none"> ヘルパーが長時間かけて訪問することを考えると、高齢者住宅は必要。 		<ul style="list-style-type: none"> 優良賃貸住宅やケアハウス、軽費老人ホームA型等が充足すれば、介護療養型施設や老健施設は減らせる可能性がある。 			<ul style="list-style-type: none"> 高齢者住宅は必要だが、高額のため多くの高齢者は利用できない。 高齢者にとって住みなれた町や住宅が安住の家であり、「家」に対する高齢者の思いも大切にし、在宅介護を充実することで、住み続けられるようにすることが大切。
	②小規模多機能型施設・24時間対応型サービス	<ul style="list-style-type: none"> 小規模多機能型施設については、ケアプランから全て同じスタッフであることが利用者の満足度につながる。 	<ul style="list-style-type: none"> 24時間対応型サービスは定額で提供されることが望ましい。サービス実施にあたっては医師、看護師不足の解消が不可欠。 	<ul style="list-style-type: none"> 現在、在宅療養支援診療所で、24時間365日電話を受け付けている。相談等への対応には信頼感が重要であるため、かかりつけ医の役割が重要。 			<ul style="list-style-type: none"> 小規模多機能型施設は在宅サービスにとって大切であるが、まだ数が少なく利用したくても利用できない現実がある。 24時間対応は必要だが、認知症の高齢者にとっては短時間での対応や電話などの対応は無理があり、従来の滞在型も必要である。
5. 診療報酬・介護報酬への要望		<ul style="list-style-type: none"> 介護報酬体系に包括評価を導入することで大きくサービス提供体制も変わる。 報酬体系は、必要な評価については加算を設けることで対応していくべき。 	<ul style="list-style-type: none"> 施設サービスと在宅サービスの報酬上の違いに課題がある。在宅サービスも定額報酬とすることが望ましい。 通所介護、訪問介護が必要以上に設置されている地域への対応。 小中学校区等の地域単位で固定額を決め、その報酬内でサービスを配分する「地域包括報酬」が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療、介護、生活支援をミックスした地域内完結型の個性を重視した住宅等が必要。 医療施設でも必要な場合は、介護給付が担保され、介護施設でも必要に応じて医療給付が担保されることが理想(重層的保険給付体系)。 要介護者への医療保険適用を拡大し、介護保険において「退院時共同指導加算」、「退院支援指導加算」を算定可能にすべき。 	<ul style="list-style-type: none"> 医科だけでなく、歯科、マッサージ等も視野に入れ、高齢者に見合ったサービス提供が行われる仕組みに見直す必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院併設施設として、病院内で行われる医療行為と同様のことをホーム内で行っても、報酬上の算定がなされない。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症患者の要介護度認定が低く出てしまうことは問題である。 診療において、認知症患者の家族へのケアにも報酬を付けるべき。 ケアマネジャーが医療・介護を問わずサービス選択について利用者を全面的にサポートできるよう、報酬面の改善が望まれる。
6. その他(家族への対応・認知症)		<ul style="list-style-type: none"> 在宅復帰をする際は、家族にかかる手間については説明が必要。 		<ul style="list-style-type: none"> 高齢者の見守り、生活支援、訪問診療等を一体化するものとして、集合住宅が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療職と介護職とが入所者に関する情報を共有しながらケアすることが、家族としては安心する。 認知症について、薬による病状コントロール等の治療は病院で行う必要があるが、入所者の受入れ可能な精神病院は少ない。一般病院については認知症への理解がなく、肺炎でも一般病棟に入れてもらえないことが多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 家族への説明は、安心感を上げる上で重要。 課題として、医療面での家族の意向が把握しづらい。 	<ul style="list-style-type: none"> 家族は医療面で専門家のケアを日常的に受けられる安心感を求めている。訪問看護へのニーズも高い。 病院における認知症への理解が十分にされていないことが多く、薬の投与や抑制による誤った対処がみられる。

A. ピュアサポート グループ

1) 組織プロフィール

項目	内容
名称	ピュアサポート グループ
地域	熊本県熊本市
地域人口	734,606人（熊本市、平成23年2月）
高齢化率	20.5%（熊本市、平成21年10月）
運営	医療法人社団 大浦会
施設概要・特徴	<p>【メディカルケアセンター ファイン】昭和52年4月設立(平成16年11月名称変更) 回復期リハビリテーション病棟 42床 緩和ケア病棟 21床（個室11室、2人部屋5室）</p> <p>【通所リハビリテーションおとなの学校 本校】</p> <p>【介護老人保健施設 おとなの学校 本校】平成元年6月設立(平成18年6月名称変更) 一般棟 80床 認知症専門棟 40床 通所リハビリテーション 50人 ・協力医療機関：メディカルケアセンター ファイン、熊本赤十字病院</p> <p>【認知症通所介護 おとなの学校 三郎校】定員：12人/1日 【デイサービス おとなの学校 南青山校】定員：20人/1日 【デイサービス おとなの学校 世田谷経堂校】定員：10人/1日 【おとなの学校世田谷等々力校デイサービスセンター】 【デイサービス おとなの学校 浦和南校】 【訪問看護ステーション ファイン】 【訪問介護ステーション 博寿園】 【居宅介護支援事業所 ファイン】 【小規模多機能型居宅介護 おおうらさんち】 登録定員：25名、通い：15名、泊まり：9名 【小規模多機能型居宅介護 はっぴいはうす】 登録定員：16名、通い：8名、泊まり：8名 【小規模多機能型居宅介護 はっぴいはうす 参番館】 登録定員：25名、通い：15名、泊まり：9名 【小規模多機能型居宅介護 はっぴいはうす 六番館】 登録定員：25名、通い：15名、泊まり：9名</p>
サービス	別の法人、別の場所で通所介護・介護予防通所介護や介護老人保健施設、デイサービス、小規模多機能型居宅介護等がある。
併設施設	メディカルケアセンター ファイン、おとなの学校 本校、通所リハビリテーション おとなの学校 本校、居宅介護支援事業所 ファイン、訪問看護ステーション ファイン、訪問介護ステーション 博寿園、小規模多機能型居宅介護 はっぴいはうす、小規模多機能型居宅介護 はっぴいはうす 参番館
沿革	昭和52年4月にメディカルケアセンター ファインを設立(平成16年11月名称変更)。平成18年6月、介護老人保健施設「博寿園」は『おとなの学校 本校』と改称し、学校形式の授業を取り入れた認知症高齢者の専門ケアをスタート。現在、山口、岐阜、岡山県に当施設の運営形式を採用した「学校形式の老人保健施設」が誕生。平成23年9月からは、デイサービスおとなの学校のフランチャイズ募集を開始予定。

<http://www.ourakai.com/>（平成23年4月現在）

2) 調査結果

(1) 当法人のサービス提供体制について

- ・平成6年当時、療養型病床は203床であったが、社会的入院と寝たきりの患者の巣窟であったため、「こんなもの要らない」と判断、病床数を徐々に減らしていき、平成15年には44床まで減床していた大浦病院を閉院した。現在は、熊本敬愛病院をメディカル・センター・ファインとして建て替え、回復期リハビリテーション42床、緩和ケア21床としている。
- ・介護老人保健施設「おとなの学校」は、平成18年より要介護者への学習療法を導入した施設であり、3ヶ月を単位とするケア等による改善は多く見られ、在宅復帰率も8割である。但し、在宅復帰から2～3ヶ月後に再入所するケースも一定数見られる状況にある。
- ・「おとなの学校」は全国展開を目指している。
- ・高齢者の状態に合わせた住み替えシステム「シニアリハウス」の整備も行っており、地域に密着した事業展開を図っている。
- ・また、小規模多機能型施設については、ケアプランから全て同じスタッフが担当するため、利用者や家族の戸惑いが少なく、満足度も高い。

(2) 高齢者の医療・介護ニーズの実態とサービス提供のあり方について

- ・高齢者は遊ぶことより学ぶことを求めており、過保護な介護は逆効果であることを認識して、自立を促すようにすれば良い。メリハリのある生活と各個の意欲を大事にするケアを行うことが重要である。
- ・無駄なPEG、無駄な挿管を行わないことは重要である。
- ・持続可能であることが理想であり、目標である。
- ・ピュアサポートグループは、近隣の急性期病院（熊本赤十字病院、済生会熊本病院など）から患者を多く受入れている。医療機関間の連携に関しては、熊本方式と呼ばれるものが機能し、信頼関係も築かれている。
- ・医療機能に関しては、急性期は今後も充実されれば良いと考えるが、亜急性期はこのまま維持するとは思えない。回復期リハについては、程なく供給過剰になるだろう（だから、東京に進出した）。また、療養機能は縮小すべきである。
- ・医療療養病床は各県1,000床を上限とし、病院は在宅医療や有料老人ホーム等へシフトを考えるべきであろう。

- ・医療療養病床は、若年の障害を持っている患者を対象とするだけで良い。高齢者には必要ない。
- ・高齢者は、ケアがしっかり行われれば健康状態等は改善することが多く、医療以外の部分でカバーできることが多い。
- ・老人保健施設で看取りができるようになると、療養病床は不要になる。
- ・療養病床からの他施設等へのシフトを行うのに必要なものは、トップの決断力である。
- ・療養型の病院であることをやめることで社会的地位もあがるように思う。

(3) 医療・介護サービス提供の「切れ目」を解消するための連携体制の取り組みと課題について

- ・急性期病院へは週に1回、定期的に行き（MSWだけでなく医師も）、急性期の患者に対する退院支援も行っている。
- ・そのためにも、スタッフのマインドは重要である。ピュアサポートグループでは「自分で生き抜くこと」を基本理念としている。（国家は信用できない。）スタッフは育てるものであり、使うものではない。
- ・回復期リハは供給が過剰になりつつあるが、一方で特殊疾患や亜急性期への対応はスタッフの腰骨が折れてしまいかねないので行わない予定である。しかし、（看護師の強い意向もあり）緩和ケアは行う。
- ・入院や入所されていた方は在宅復帰されても、基本的には行ったり来たりとなり、必ずしも在宅に定住してはいない。そのため、多大な手間をかけ（一番大変な）家族への説明が必須となる。
- ・在宅医療へのシフトを懸念しているのは病院の医師に多いが、そういう医師に対しては国家的な教育プログラムが必要ではないか。ヨーロッパで見聞してきたことが非常に有益であった。
- ・高齢者住宅は必要である。ヘルパーが長時間かけて移動するのは無駄である。

(4) 診療報酬・介護報酬について

- 与えられた医療及び介護の報酬体系を分析した上で、採算性を考慮し、サービスの提供を行うべきであり、介護報酬改定による収益向上を期待してはいけない。
- 報酬体系の改定に期待する医師や経営者は、往々にして自分の利益を語るが、国レベルでの医療・介護の持続可能性をこそ語るべきである。(そもそもの視点がずれている方が多い。)
- 医療・介護に関しては、他の課題に優先させ、財源論の検討を行うことが重要である。ばら撒くだけの政策はダメとはっきり言えるリーダーが必要である。
- 介護保険は、報酬体系に丸めを導入することで全てが変わる。現在、小規模多機能型のサービスを行っているのもそれを睨んでのものである。
- また、報酬体系の設定にあたっては、各サービスの最低限の内容とそのためのコストを見定め、必要なものを別途加算していくような考え方で行うべきだと思う。

B. 高齢者総合ケアセンターこぶし園

1) 組織プロフィール

項目	内容
名称	高齢者総合ケアセンターこぶし園
地域	新潟県長岡市
地域人口	282,099人（長岡市、平成23年4月）
高齢化率	24.8%（長岡市、平成21年4月）
運営	社会福祉法人 長岡福祉協会
施設概要・特徴 ・サービス・ 併設施設	<p>■深沢地区</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特別養護老人ホームこぶし園 定員：45名 ・短期入所生活介護 定員：7名 ・訪問看護（365日夜間緊急対応） ・アネックスこぶし <ul style="list-style-type: none"> 短期入所生活介護 定員：70名 訪問介護（24時間365日対応） 配食サービス（3食365日） 通所介護（365日型） 定員：40名 認知症専用通所介護（365日型） 定員：10名 居宅介護支援事業所（24時間365日対応） <p>■関原地区</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サポートセンター関原 <ul style="list-style-type: none"> 通所介護（365日型） 定員：26名 訪問介護（24時間365日対応） 配食サービス（3食365日） ・アネックス関原 <ul style="list-style-type: none"> 小規模多機能型居宅介護 登録定員：25名、通い定員：15名、泊まり定員：9名 <p>■上除地区</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サポートセンター上除 <ul style="list-style-type: none"> 居宅介護支援事業所（24時間365日対応） 認知症対応型共同生活介護 定員：18名 バリアフリー住宅 9室 福祉ミニ図書館 ボランティアサロン 地域交流スペース <p>■西長岡地区</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センター（24時間365日対応） 居宅介護支援事業所（24時間365日対応） <p>■しなの地区</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康の駅ながおか <ul style="list-style-type: none"> 高齢者センターしなの しなのハートクリニック（内科・歯科） しなの健康倶楽部（高齢者フィットネスクラブ） ・サポートセンターしなの <ul style="list-style-type: none"> ケアハウスしなの 定員：40名 訪問看護（365日夜間緊急対応） 訪問介護（24時間365日対応） 配食サービス（3食365日） 通所介護（365日型） 定員：30名 認知症専用通所介護（365日型） 定員：10名 居宅介護支援事業所（24時間365日対応）

<p>施設概要・特徴 ・サービス・ 併設施設</p>	<p>■けさじろ地区</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者センターけさじろ ・サポートセンターけさじろ 地域包括支援センター（24時間365日対応） 通所介護（365日型） 定員：30名 認知症専用通所介護（365日型） 定員：10名 <p>■三和地区</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サポートセンター三和 小規模多機能型居宅介護 登録定員：24名、通い定員：12名、泊まり定員：6名 通所介護（365日型） 定員：15名 有料老人ホーム 4室 <p>■永田地区</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サポートセンター永田 訪問介護（24時間365日対応） 配食サービス（3食365日） 通所介護（365日型） 定員：26名 居宅介護支援事業所（24時間365日対応） バリアフリー住宅 8室 <p>■美沢地区</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サポートセンター美沢 地域密着型老人福祉施設（サテライト型） 定員：15名 短期入所生活介護 定員：3名 配食サービス（3食365日） 小規模多機能型居宅介護 登録定員：25名、通い定員：15名、泊まり定員：9名 <p>■千手地区</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サポートセンター千手 地域密着型老人福祉施設（サテライト型） 定員：20名 認知症対応型共同生活介護 定員：18名 小規模多機能型居宅介護 登録定員：25名、通い定員：15名、泊まり定員：6名 配食サービス（3食365日） カフェテラス キッズルーム <p>■撰田屋地区</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サポートセンター撰田屋 地域密着型老人福祉施設（サテライト型） 定員：20名 小規模多機能型居宅介護 登録定員：25名、通い定員：15名、泊まり定員：6名 カフェテラス キッズルーム 認知症対応型共同生活介護 定員：9名 バリアフリー住宅 10室
<p>沿革</p>	<p>昭和57年4月1日に特別養護老人ホームこぶし園が定員100人として設立される。以来、在宅介護サービスを中心に幅広く福祉サービスを展開。現在は、直径2～3kmをサービスエリアとするサポートセンターを長岡市内に12箇所設置し、24時間365日連続するケアを提供しながら利用者の在宅への移行、在宅における中重度者の介護を推進している。</p>

<http://www.kobushien.com/>（平成23年4月現在）

2) 調査結果

(1) 当法人のサービス提供体制について

- ・こぶし園は、従来型特別養護老人ホームの入所者を15～20人規模のサテライト型居住施設に分散しながら、地域への移行を推進していることと、地域単位に包括ケアシステム（サポートセンター）を整備している。

(2) 高齢者の医療・介護ニーズの実態とサービス提供のあり方について

- ・病院で提供されるべきサービスとしては、急性期医療、回復期リハビリのみが必要であると考えている。急性期医療、回復期リハビリ以外の病院・施設は、在宅サービスと比較してサービス内容そのものには大きな違いはなく、サービスの組み合わせが異なるに過ぎないと感じている（大きく医療が必要となるがん末期の患者、ペインコントロールが必要な患者は一部である）。
- ・そもそも施設は、家族が在宅で介護をできなくなった際に「緊急避難」的に高齢者を収容する位置づけであり、病院・施設では、効率的なサービスの提供のために、施設内に利用者を集約し、「看護」、「介護」、「配食」を24時間・365日行っている。連続的な介護はあるものの、利用者自身の生活の場として環境が整備されているとは言い難い。在宅において、利用者の生活・人生・暮らしを中心としてサービスを提供していくことが望ましい。
- ・一方、在宅で生活する高齢者は、未だ家族介護を前提として、追加的に介護保険で介護サービスが提供されている状況にある。しかし、家族がいなくても在宅で生活できるよう、地域において施設と同様、24時間の訪問介護や訪問看護、配食サービスが「連続する」ケアサービスが「定額制」で提供され、さらに在宅療養支援診療所、ショートステイの拡充があれば、施設や病院に行かなくても生活支援は可能である（施設と在宅の違いは、医療・介護従事者から患者・利用者までの距離が廊下の幅か1～2kmかの違いでしかない）。
- ・このような在宅サービスの提供体制の構築にあたっては、地域包括ケアとして取り組むことが肝要である。これまでの「サービス種別ごとに専属のスタッフがいて利用者にサービスを提供する」という形から、「サービス間でスタッフを共有し、地域住民のニーズに応じて一体的にサー

ビスを提供する」という形に移行し、サテライトによるサービス提供等も検討しつつ、同じ地域の対象者は同一スタッフが全て対応できることが望ましい。在宅サービスを提供する一つの拠点がカバーするエリアについては、利用者のニーズを勘案すると、小中学校区程度の限定した地域、移動時間が15分程度の距離までの範囲が適切である。

- ・なお、この場合、一つの事業所による利用者の抱え込みが発生する可能性も考えられるが、適切なサービス提供の可否について定期的に厳しい評価を行うことで問題を解決できると考える。

(3) 医療・介護サービス提供の「切れ目」を解消するための連携体制の取り組みと課題について

・急性期、回復期リハビリにおいて、現状では、在宅での生活が可能な程度に患者の状態像の改善を図らないままに（リハビリが不十分なままに）退院がなされている。結果、施設へ移行するしかない状況となっており、在宅での生活が可能な状態にまで利用者の生活機能を向上させた上で在宅への移行を促していく必要がある。

・施設サービスと在宅サービスにおける利用者への説明責任の違いにも留意する必要がある。例えば、施設において夜間に100人の入所者に職員4人が対応すると、入所者から呼び出された場合、5人目以降は待ってもらう必要がある。その際、職員は入所者の状態を適切にアセスメントして優先的に対応する順番を決めているが、優先度が下がった人への説明が求められることは少ない。一方、在宅サービスにおいても、マンパワーが限られている中、同様に訪問介護職員が適切なアセスメントの下に優先度を判断して対応していけば良いが、施設のように職員の繁忙状況が利用者から見えない状況下では、待たされていることに利用者が不信感を持つ可能性がある。そのため、訪問介護職員の繁忙状況や優先順位判断に対する説明責任を果たしていく仕組みも必要である。

・こうした取り組みにあたっては、訪問介護職員によるアセスメントが重要となるが、現状において事業所のオンコール体制は、オペレーション専門の職員が専用の部屋でパソコンを目の前に管理・対応しているものが大半である。本来は利用者の情報を保持しているヘルパーがオンコールを対応し、その場で瞬時にアセスメントしていくことが必要であり、こぶし園では、そのように対応できるよう取り組んでいる。

・患者が在宅へ移行して地域生活を継続するための具体的な条件としては、①バリアフリーの住環境の整備、②普通の暮らしができるための継続し

たケアサービスによる支援（3食365日の配食、24時間・365日の通所介護・訪問介護・訪問看護）、③在宅における連続的なサービスを「定額」で提供できること、が整備される必要がある。

- ・サービス提供体制の整備にあたっては、24時間体制の整備、特に、最近議論されている24時間短時間の「巡回型訪問サービス」に加え、呼べば来てくれる「随時型サービス」を定額で提供することが望ましい。
- ・具体的には、訪問看護と訪問介護による24時間の在宅チームを編成し、診療所医師の支援を受けて在宅サービスを提供していくことが求められる。訪問看護の24時間体制は基本であり、24時間のオンコール体制に基づいて必要があれば訪問する。一方、訪問介護は、24時間訪問できる体制を構築する必要がある。診療所医師は指示・判断ができれば良いが、医師1名で対応することは限界があるため、医師間で連携体制を構築してもらう必要がある。
- ・上記を実現する上では、訪問看護サービスの不足の解消が不可欠である。訪問看護の設置要件として、「事業所間の連携等により24時間提供できる体制を構築すること」を盛り込むことも良いと感じる。ただし、7対1入院基本料の創設により、都心部では看護職を病院へ配置転換する動きがあり、訪問看護事業所への手厚い配置は難しい状況もある。

（4）診療報酬・介護報酬について

- ・施設サービスと在宅サービスの報酬上の違いにも課題がある。現行の介護保険制度では、同じ要介護と認定されているにも関わらず、施設サービスでは何回職員を呼び出しても一定額の負担となる。一方、在宅サービスでは呼び出すごとに料金が積み上がる出来高払いとなっており、利用者から見た場合に不公平である。
- ・また、現在、通所介護、訪問介護の申請認可は都道府県の権限に基づくため、一つの市内に必要以上に設置されている地域もある。新規の事業所は、利用者確保のために本来利用の優先度が低い要支援や要介護1、2の利用者に対してもサービスを勧め、結果、介護費用が必要以上に増大することに繋がっている。
- ・こうした報酬上の課題の解決のためには、在宅サービスを定額報酬とすることが望ましい。さらに、無駄なサービスを制限して限られた財源の下で適切なサービス提供を行うべく、上記の小中学校区等の地域単位で固定額を定め、その報酬内で地域ごとに必要なサービスの配分を決定する「地域包括報酬」とすることが必要であると考えている。

C. 医療法人財団 天翁会

1) 組織プロフィール

項目	内容
名称	医療法人財団 天翁会
地域	東京都多摩市
地域人口	147,171人（多摩市、平成23年4月）
高齢化率	19.2%（多摩市、平成21年1月）
運営	医療法人財団 天翁会
施設概要・特徴	<p>【新天本病院】 179床</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟（2階） 44床 ・回復期リハビリテーション病棟（3階） 48床 ・特殊疾患病棟（4階） 51床 ・精神科病棟（5階） 36床 <p>「あい介護老人保健施設」にも、多摩南部地域病院にも隣接</p> <p>【あい介護老人保健施設】</p> <p>入所者定員 150名（内認知症専門棟として50名・内ショートステイ用8床） 通所リハビリテーション定員 50名 職員 120名（医師＝4名、看護師＝17名、介護職員＝89名、支援相談員＝7名、管理栄養士＝1名、リハビリ職員＝9名、ドライバー＝8名、事務職＝12名、入浴介助員＝3名）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所サービス ・ショートステイサービス ・通所リハビリテーション（デイケア） <p>【あいクリニック】</p> <p>同じ建物の中に訪問看護やケアマネージャーの事務所あり 職員 医師＝18名、看護師＝8名、介護職員＝13名、検査技師＝3名、レントゲン技師＝4名、リハビリ職員＝4名、ドライバー＝3名、事務職＝12名、設備担当者＝6名</p> <p>【あい訪問看護ステーション】</p> <p>職員 看護師＝10名、理学療法士＝4名、作業療法士＝3名、事務職＝2名、言語聴覚士＝1名</p> <p>【ケアプランセンターあいクリニック】</p> <p>職員 介護支援専門員＝10名、事務職＝1名</p> <p>【あいグループホーム はなきりん】</p> <p>定員 1ユニット（9名） 職員 介護職員＝12名</p> <p>【多摩市中部地域包括支援センター】</p> <p>職員 社会福祉士、保健師（または在宅ケア経験のある看護師）、主任ケアマネージャー、介護支援専門員の4名体制</p> <p>【多摩市いきがいデイサービスセンター さくら】</p> <p>職員 常勤介護職＝1名、非常勤介護職＝6名</p> <p>【あいクリニック平尾】</p> <p>職員 医師＝7名、事務職＝3名</p> <p>【あい訪問看護ステーション平尾】</p> <p>職員 看護師＝5名、理学療法士＝2名、作業療法士＝1名、言語聴覚士＝1名、事務職＝1名</p> <p>【あいケアプランセンターいなぎ】</p> <p>職員 介護支援専門員＝2名</p>

サービス	<p>入院・外来診療、訪問診療、老人保健施設、グループホーム、デイケア、訪問看護・訪問リハなど</p> <p>方針1) 保健・医療・福祉を核として、利用者最適のサービスを目指す。 方針2) 24時間365日利用可能なサービスを目指す。 方針3) 地域のサービス機関とも連携し、チームで様々な問題解決を目指す。 方針4) 働きがいのある組織を維持し、かつ健全経営を目指す。</p> <p>患者様・ご利用者様はじめ、地域の皆様にむけて広報誌『天晴（あっぱれ）』を発行</p> <p>あい介護老人保健施設でボランティアの受け入れ（約40名）</p> <p>あいクリニックでは、外来診療のほかに、在宅療養支援診療所として、ご自宅や老人ホーム、グループホームなどへの定期往診（訪問診療）も行っている。</p>
併設施設	<p>あいクリニック、あい訪問看護ステーション、ケアプランセンターあいクリニック、あいグループホーム「はなきりん」、多摩市中部地域包括支援センターを、あい在宅複合施設として多摩市貝取に所在する。</p> <p>多摩市桜ヶ丘いきがいデイサービスセンター「さくら」が多摩市桜ヶ丘にある。</p> <p>あいクリニック平尾、あい訪問看護ステーション平尾、あいケアプランセンターいなぎが稲城市平尾にある。</p> <p>あい介護老人保健施設、新天本病院が多摩市中沢にある。</p>
沿革	<p>旧天本病院開設は昭和55年であり、現理事長の個人立であった。老年痴呆に係る調査や時代背景などから、地域の中に高齢者、家族を支援する組織（病院）が必要であると考え、また、「高齢者の地域ケア具現化」を目的・目標に掲げ、運営。平成7年に法人となり、平成13年開設の「あい介護老人保健施設」をはじめ、9つの関連施設を擁し、「あいセーフティネット」という地域安全網をつくり、現在に至る。</p> <p>天本病院の機能を、もっと充実したものにしたい、と考え平成17年6月に移転新築した。</p> <p>これまで天本病院に慣れ親しんでいた近隣の利用者様には、外来診療を「あいクリニック」と名称変更しただけで、これまでの地で続けている。</p>

<http://www.ten-ou-kai.or.jp/> (平成 23 年 4 月現在)

2) 調査結果

(1) 当法人のサービス提供体制について

- ・医療法人財団天翁会は、「信頼と安心の創造」を理念とし、「生涯、地域で生活し続ける」ことを目標として、地域を病棟と捉え、保健・医療・介護・福祉のサービス複合システムの構築を目指した。その過程で「あいセーフティネット」を創造し、サービスプラットホームとした。
- ・あいセーフティネットは、サービスの複合化により利用者に付加価値を創造していくものであり、サービスの継続性、包括性、一貫性を担保し、各事業体の職員が全てこのネットワークに所属することで地域全体のサービスの目標を共有するものである。

(2) 高齢者の医療・介護ニーズの実態とサービス提供のあり方について

- ・これからの高齢者世帯では家族の「見守り・生活支援」が無くなることが予想され、そのため、現状の介護保険モデルでは限界のあることがわかる。
- ・高齢者世帯が地域で生活するためには、日常生活圏域に「地域包括支援システム」（介護・医療・福祉の包括的支援）を構築する必要があるだろう。
- ・在宅医療の前提条件には、高齢者の見守りや生活支援等が必要であり、かつ、訪問診療体制が必要である。これらを一体化するものとして集合住宅が考えられる。
- ・日本の高齢者医療は、病院等のサービス提供側の論理によるものであり、医療はネガティブな事後的サービスであった。集团的、画一的、管理的なものであり、個別ケアや利用者本位のものでなかった。また、病院が住居を代行していた面もある。
- ・介護は予防が可能なものであり、それを支える一次医療の重要性が増している。
- ・医療療養病床は、医療・介護・生活支援のうちの医療の割合が大きく、特養など老人介護施設は逆に生活支援の割合が大きい。また、これらは自己完結型のものである。今後、サービス構造の転換を図る上でも、医療・介護・生活支援が程よくミックスした、地域内完結型の個別性を重視した住宅等に注視すべきであろう。
- ・個別ニーズに対応した地域内完結型のサービスは、住まいの施設化であ

り、施設の住まい化であるとも言える。

- ・高齢者用の住まいの整備と平行して日常生活圏域に地域包括ケアシステムを構築するためには、都道府県の「高齢者居住安定確保計画」に＜高齢者居住生活支援事業の整備支援計画＞を盛り込む必要がある。これには生活に身近な市町村からのボトムアップで取り組むべきだが、未だできていない。
- ・在宅ケアでは、いつでも入院が可能であること（空床確保）も重要である。
- ・これからの在宅医療は、医師一人でなく、組織体制を整えて行うべきものであり、多職種による協働・協業の連携チームマネジメントを行う上では、職種間での権限委譲も必要となるだろう。
- ・一次医療や地域ケア体制の延長上に在宅医療があり、結果として在宅死もある。

（３）医療・介護サービス提供の「切れ目」を解消するための連携体制の取り組みと課題について

- ・費用がそれ程高くも無く、また低くも無い中程度の高齢者向け優良賃貸住宅やケアハウス、軽費老人ホーム A 型などが充足すれば、介護療養型医療施設や介護老人保健施設などを減らせる可能性がある。
- ・医療と介護の切れ目は、それらを横に並べているから生じるのであり、重ねてしまえば生じないはずである。
- ・医師の認識や優先順位等が変われば、在宅医療は推進されるだろう。
- ・在宅療養支援診療所では、いつでも（24時間365日）どのような内容でも電話にて受け付けている。相談等の対応にあたっては、何よりも信頼感が重要であるため、かかりつけ医が重要かつ必要である。
- ・通所や訪問診療・看護などの施設を地域の社会資源を兼ねたベースキャンプとし、半径5km圏内を対象に医療や介護のサービスを提供しているが、個別ニーズに対応したサービスを選択できることが最も重要である。

（４）診療報酬・介護報酬について

- ・医療機能の特化した施設で受けられるサービスと、自宅で受けられるサービスの重なる部分は、医療と介護の同時改定における視点の一つとな

るだろう。

- ・医療施設、介護施設のどちらに居ても、個別のニーズに沿った給付体系であるべきであり、医療施設でも要介護度に応じた介護給付が担保され、介護施設でも個別ニーズに沿った医療給付が担保されることが理想である。（重層的保険給付体系）
- ・「在宅患者緊急入院診療加算」はその算定において特別な関係にある場合は不可とあるが、これは利用者にとっても便利であるはずなので、再考を要する。
- ・「救急・在宅等支援療養病床初期加算」はその算定において「療養病床のみ・1日150点・14日間加算」とあるが、療養病床のみという対象範囲を広げることが必要である。
- ・在宅医療を支援する構造が必要であるため、定額制とする方が良い。
- ・在宅末期医療（「在宅末期医療総合診療料」や「在宅ターミナルケア加算」）に関しては、自己負担金を少なくし、COPDや老衰にも算定枠を拡大した方が良い。
- ・訪問診療については、特別な関係での同日訪問算定を可能にすべきである。また、訪問看護ステーションでの介護サービス算定も可能とすべきである。
- ・要介護者への（医師の指示の元での）医療保険適用を拡大し、介護保険において「退院時共同指導加算」、「退院支援指導加算」を算定可能にすべきである。
- ・算定制限である「同一患家」、「同一建物」、「同一敷地内」、「同一日」、「特別な関係」の取り扱いについては十分な検討が必要である。

D. 社会福祉法人横浜市福祉サービス協会 新鶴見ホーム

1) 組織プロフィール

項目	内容
名称	社会福祉法人横浜市福祉サービス協会 新鶴見ホーム
地域	神奈川県横浜市鶴見区
地域人口	277,751人（鶴見区、平成23年3月）
高齢化率	24.9%（鶴見区、平成21年1月）
運営	社会福祉法人横浜市福祉サービス協会
施設概要・特徴	<p>職員体制（人） 123.8</p> <p>【特別養護老人ホーム】 定員214人 ケアユニット型（2階、3階、4階、5階） 概ね8人～25人単位にデイルーム・食堂</p> <p>【ショートステイセンター】 定員56人 毎月300名近くの利用がある 2ユニットあり（1ユニット25床）</p> <p>【デイサービスセンター】 1日45人</p> <p>【認知症対応型デイサービス】 1日12名</p> <p>【居宅介護支援事業所（ケアセンター）】</p>
サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・特別養護老人ホームは2階～5階にあり、大規模施設ではありますが、集団のケアから個別のケアへの重点を置き、8人～25人のユニット単位の中で、「毎日をこころ豊かに暮らしていただきたい」をモットーに各フロア毎に入居者の心身の状況に応じたケアを行っている。 ・デイサービスセンター、ショートステイセンターでは、ホームの送迎車あり ・ショートステイでは送迎時にご家族の付き添いが必要 ・ショートステイで平成23年6月の利用から胃ろうをされている方の受け入れを実施
併設施設	施設内1階に居宅介護支援事業所、デイサービスセンター、2階にショートステイセンター、2～5階に特養
沿革	<p>昭和59年に横浜市と民間団体が共同で「財団法人横浜市ホームヘルプ協会」を設立し、ホームヘルプサービスを開始。平成9年に「社会福祉法人横浜市福祉サービス協会」に改組。平成12年に横浜市の要請を受け開所し、鉄筋コンクリート5階建てで、特別養護老人ホーム214床、ショートステイ56床、デイサービス1日定員40名と都市型の大規模施設として誕生。</p> <p>平成18年5月1日に居宅介護支援事業所を開設、平成22年6月1日から「認知症対応型通所介護」事業を開始。</p>

<http://www.shintsurumi.jp/index.html>（平成23年4月現在）

2) 調査結果

(1) 当法人のサービス提供体制について

- ・看護職員の配置においては夜間オンコール体制をとっている。夜間に入所者の状態が急変するなどした場合、大半のケースでは所定の判断基準に従ってケアワーカーが基本的な判断を行うことで対応できている、看護師への連絡に至ることはほとんどない状況である。これは、以前は行っていた宿直体制をオンコール体制へと移行させた際に、対応のガイドラインを整備して十分な研修を実施したことが寄与している。
- ・大規模施設であるため、入所者の管理はフロアごとに実施しており、各フロア長がフロアごとの責任を負っている。そのため、他のフロアの状況はわからないというデメリットはある反面、担当フロアにおける入所者・家族とのコミュニケーションはより密に行うようにしている。

(2) 高齢者の医療・介護ニーズの実態とサービス提供のあり方について

- ・特養施設は本来、生活そのものを支える場であるが、高齢者の日常生活の中で一定の医療行為は必要であることから、やむを得ず対応しているものである。法令との関連もあり、ミスを起こせば大きな問題となることから、緊張感を持って実施してきた。介護職による医行為のモデル事業における取り組みの延長として、現在でも試行錯誤している。
- ・本施設は看取りを重視している。看取りの方針を採る上では家族の考え方が問題となることから、職員は日常的なやり取りの中で家族の意向を察知して、看取りの可否を把握する。終末期は本来、医療度が大幅に高まることから、当該入所者の看取りを行うか否かによって終末期での医療のあり方に大きな違いが出る。(一般的な状態像に対応した医療ニーズではなく、本人・家族の意向に応じて選択的に医療を行うことになる。)
- ・急性期病院において、以前は胃ろうを造って退院させようとする傾向が強かったが、施設職員の頻繁な病床訪問の実施や、家族の意思を確認しながら治療へと反映するサポートを行う等の取り組みの中で、病院側でも段階的に確認を取りながら治療を決定していくというやり方が進展してきた。病院医師の意識として、連携の過程を通じて本施設における看取りの方針や取り組みへの理解が深まってきたことで、本施設での看取りを前提にして敢えて中心静脈栄養や胃ろう造設をはじめとした積極的な治療を行わないケースがみられるようになっており、とりわけ胃ろうの造設についてはここ1～2年で減少している状況にある。

- ・一般的な家族の考え方としては、濃厚な医療の提供を希望する考え方が依然として根強い。一方で、医師の言葉が家族の意思決定に与える影響は大きいため、医師の考え方が変わってくることによって家族も看取りの勧めがあればそれを納得して受け入れるようになってきている面もある。
- ・認知症の入所者の中には、ホームに入ってから様々な刺激が増すことで症状が悪化する人がいる。基本的にはホームでは対症療法を行うものであり、薬による病状のコントロールなどの治療を行うには病院に移る必要があるが、受け入れ可能な精神病院は少ない。一方で、一般病院においては認知症への理解がなく、肺炎であっても一般病棟に入れてもらえないことが多い。

(3) 医療・介護サービス提供の「切れ目」を解消するための連携体制の取り組みと課題について

- ・法人内に医療機関を持たないため、開設時は医療の連携先を全く持たない状態であった。そのため、医療が必要となった入所者の受け入れ病院がなかなか見つからずに、入院先が遠方の病院となることも少なくなかった。
- ・特養の入所待機者の上位は医療必要度が高く、なかなか受け入れがされないために在宅で踏ん張るしかない状況が生じており、施設に入所できない人・家族にとってのサービスの切れ目は大きいといえる。本来はそういった方をショートステイで受け入れられればよいが、医療度が高いためにリスクが大きく、入所者と違って信頼関係が構築されていないこともあり、受け入れには慎重にならざるを得ない。
- ・看護職員と介護職員の連携を図る上では、両者の関係性を良好に保つことが重要である。一般的な施設では両職種で分断したステーションにしていることが多いのに対して、本施設ではステーションを共有化することによって、職種ごとの硬直化を防いで情報共有が円滑化するメリットを得ている。
- ・現在、3つの病院との間で連携の契約を行っている。うち1病院は精神科の病院である。病院との連携において信頼関係を形成するためには、施設の入所者が入院でお世話になり、その後、退院許可が出た場合は速やかに病院から入所者を受け入れるようにするなどの配慮が必要となってくる。入院後の頻回な病床訪問や、家族と密な連絡を欠かさないようにしている。入所者の手続き面は通常は家族に行ってもらうが、身寄

りがない場合は施設職員が代行して行っている。また、入所者によってはこれら連携病院とは別のかかりつけ病院を持っていて入所する人もおり、その場合にはそちらを優先して受診・入院を行う。

- 連携病院との間で医療連携が進んできた背景として、病院が同一法人内や併設施設として介護施設を持つようになり、介護側に関する理解が進んだことも挙げられる。一方で医療職における看取りに対する理解には個人差もあり、アレルギーを持つ職員も依然として少なくない。
- 医療との切れ目の問題の一つとして、入所者が救急で三次医療機関等の大病院に入院した場合の退院の問題がある。そうした大病院では、連携病院と比べて退院時期が早期となることから、入院した時点から生活指導員・ケアワーカー・看護師らが病床訪問によって状況をできるだけ密に把握して、退院に向けた受け入れの準備を進めておくようにしている。経鼻の経管栄養になってしまうとホームでは受け入れができないため、ワンクッションを置くためのつなぎの手配を行う必要が生じる。
- 医療と介護に関する家族側の考え方として、大半の方は、ホームで何をしてもらえるのかということを中心として重視しており、ケアの実施者としての医療職と介護職を区別して考えることは少ない。医療職と介護職とが、入所者に関する情報を共有しながらケアを行うことで、家族としては安心感を得ることができる。

(4) 診療報酬・介護報酬について

- 施設内での診療報酬のあり方について検討する上では、医科だけでなく、歯科、マッサージ等も視野に入れることが必要である。
- 医科は、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取り扱いについて」で制限があり、施設内での診療報酬はほとんど算定されない。一方、歯科については算定の制限が設けられていないことから、施設内での歯科診療は過剰になる危険性がある。また、健康保険でのマッサージ施術についても近年、増加している傾向にある。
- 施設内で使用する衛生材料については、個別性が高く医療機関で実費請求できるものが、施設内で使用する場合に「健康管理の範囲内」とされて実費請求できずに施設の持ち出しになる場合がある。施設内の医療的ケアが求められていながら制度が伴っていない状況にある。

E. 社会福祉法人白十字会 白十字ホーム

1) 組織プロフィール

項目	内容
名称	社会福祉法人白十字会 白十字ホーム
地域	東京都東村山市
地域人口	152,111人（東村山市、平成22年1月）
高齢化率	21.9%（東村山市、平成22年1月）
運営	社会福祉法人 白十字会
施設概要・特徴	利用定員182名（うち12名ショートステイ） 【事業内容】 特別養護老人ホーム（老人福祉法）・介護老人福祉施設（介護保険法） 【対象者】 要介護認定が、要介護1～5までの方 【利用定員】 170名 【部屋数】 個室：26室 2人部屋：14室 4人部屋：32室
	ショートステイ 【設備】 静養室、医務室、食堂、機能訓練室、談話室、面会室、相談室など 【事業種別】 短期入所生活介護／予防短期入所生活介護 【利用定員】 12名
サービス	機能訓練（理学療法、作業療法、言語療法、音楽療法）、ボランティア受入 年延約5,000名（学生・生徒含む）、ショートステイでは送迎サービスあり ヘルパー、医師、看護師、リハビリ職員、相談員、栄養士、調理員、事務員など60名のスタッフがいる。
併設施設	■第一種社会福祉事業 ・特別養護老人ホーム「白十字ホーム」 ■第二種社会福祉事業 ・東京白十字病院 ・介護老人保健施設 東京ばんなん白光園 ・白十字八国苑 ・ヘルパーステーション白光園 ■公益事業 ・東京白十字訪問看護ステーション ・東村山市北部地域包括支援センター ■居宅介護支援事業 ・東京白十字指定居宅介護支援事業所 ・白十字八国苑相談センター
沿革	社会福祉法人 白十字会は明治44年に設立、以来、結核対策を中心に医療・福祉事業に従事。現在は、高齢者の医療と福祉を中心に、予防や診療、入院、看護、福祉に関する各施設を設備している。 白十字ホームは昭和42年6月に東京都内で10番目の特別養護老人ホームとして開設、以来、地域との連携を大切に、利用者と地域との交流、年間延べ5000名を超えるボランティアの協力、子どもたちや障害を持つ方たちとのささやかでも継続的な活動などに取り組んでいる。

<http://www.hakuiuji-home.jp/index.php?id=8>（平成23年4月現在）

2) 調査結果

(1) 当法人のサービス提供体制について

- ・入所中に病状が悪化（熱発や抗生剤を要する等）した場合は、隣接する白十字病院に往診や入院を依頼している。白十字病院での対応が難しい場合は、当該病院の医師が他の病院を紹介してくれる。これは、ホームと病院が併設であるため可能であり、重要な利点である。

(2) 高齢者の医療・介護ニーズの実態とサービス提供のあり方について

- ・特別養護老人ホームは、設置運営基準では「居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与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」こととされている。また、医師の配置については「入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数」を置くものとされており、ホームでの医療サービスの提供には限界がある。（特養の現行基準は昭和38年に老人福祉法が制定以来変わっておらず、今日では「医療」という言葉は同じでも内容は相当に異なっている実態がある。）
- ・そのため、医療ニーズの高い方（IVH、人工呼吸器装着、気管切開によるカニューレ交換等）については入所を断っている。経管栄養等はホームで実施している。1回2時間ほどかかり、現状では看護職員が行っているが、介護職員も注入から実施できるような状況を整えている。
- ・日常的な健康管理、観察に加えて、経管や吸引等の医療処置に時間を多くとられるようになってきている。経管栄養や吸引、熱発への対応が主であるが、熱発は年々減少している。ホーム内ではチームによる対応で吸引や食事（食事内容改善）を行い、身体の運動や日々のすごし方に注意している。
- ・入所中の病状の悪化により医師の指示を仰ぐのは、月間約60（1日約2～3）人ほどである。ちなみに、入院に至るケースは平成22年1月において12件であった。
- ・また、夜間は看護師がいないため、介護職員から（病院医師への）上申が頻発する。これに関しては、看護師がいない状況で、病院であれば看護師が対応することを含めて医師が行わざる得ないことや、介護職の対応が医師に対して不慣れなことに起因する行き違いなどが発生している現状もある。看護職員が可能な処置範囲等をもっと幅広にした方が良

いのではないか。

- ・ホームの看護職員を増員したいが、現状維持のまま推移している。これは、看護職員の給与が安いこと、看護師が福祉分野に興味をもっていないこと、病院での勤務経験がないと対応が難しいことなどが理由と考えられ、看護師の募集を行っても応募がない状況が続いている。以前は特養は病院に比べて仕事が楽と考える看護職員がいたのは事実といえるが、最近の状況では医師がいない中で、看護職員が大きな責任を担う状況があり、特養を敬遠する状況があると聞いている。
- ・反面、看護師の定着率は他のホームに比べると高い。これは病院が併設しているため、医師の夜間対応があること等が要因として考えられる。

(3) 医療・介護サービス提供の「切れ目」を解消するための連携体制の取り組みと課題について

- ・ケアプランが作られるようになってからではあるが、看護職員と介護職員の情報共有は行われており、ツールとして工夫、改良を加えた記録用紙が存在している。ミーティングは毎日実施している。
- ・看護師から家族への説明は、信頼関係を作り、家族の安心感を得る上でも非常に重要である。また、看護師は救急医療等の経験を豊富に積んでいることが望ましいと考えている。課題は、医療面における家族の意向が把握しづらいことである。
- ・併設している白十字病院に入院した場合には、ホームから面会等に行き、身体の状態や退院時期などの確認を行うようにしている。
- ・併設病院以外の他の病院からの（ホームへの）入所に関しては、病院のSW（ソーシャルワーカー）から連絡があるが、他病院からそのままホームに入所できるのは年間5～6件で、大抵の場合、他病院から白十字病院（＝併設病院）を経由してホームに入所している。
- ・ショートステイやデイサービスの利用者は、医療機関の情報提供書が来ないことが多く、うまく連携できていない（家族やケアマネジャーがしっかりしていれば情報はあがってくる）。
- ・在宅の方の情報が特に来ない（但し、世話をしている家族が持つ情報が必ずしも適切とは言えない場合がある）。在宅からショートステイに来られる方は、急変することがあり、大変である。受診時の情報も欲しいが、なかなか手に入らない。
- ・在宅では栄養コントロールがうまくいっていないことが多く、インスリンを利用している方などは気をつけないとホームで低血糖を起こすこ

- とがある。家族に任されている場合、家族の能力が大きく影響する。
- ・夜間に併設病院の医師へ上申する際の日安（マニュアル）が存在している。
 - ・医療及び介護の施設は、併設しているのが理想である。

（４）診療報酬・介護報酬について

- ・当ホームは、併設であるがゆえに白十字病院の第４病棟的な扱いもあり、病院内で行われる医療行為と同様のこと（検査等も含む）を（ホーム内で）行っても、特養の場合、報酬上の算定基準に大きな制限がある。

F. 公益社団法人認知症の人と家族の会（副代表 勝田登志子氏）

1) 組織プロフィール

項目	内容
名称	公益社団法人 認知症の人と家族の会
本部の所在地域	京都府京都市上京区
法人概要・特徴	平成22年度の会員は10000名を超えた。 認知症に関わる当事者を中心とした唯一の全国的な民間団体である。 総会が最高決定機関、ついで代議員会が開催される。 通常年4回開催される理事会では総会の決定に基づき、活動全般に関わる課題を検討し決定する。毎月開催される常任理事会がその間の執行に当たる。
活動内容	判断と行動の基本は、本人と家族の幸せであり、活動の規範は絶対に本人と家族の心から離れない、である。 本人どうし家族どうしが励ましあい助けあって、生きる勇気と力をわかせる、認知症の人と家族の自主的な全国組織である。と同時に、そのことを理解しともに歩もうとする専門職その他の人たちをも包含する組織である。 認知症になっても安心して暮らせる社会を求めて活動する。 認知症以外の疾病、障害を持つ人々とその家族の困難と心情を理解し、友好的な関係を築くように努める。 ・フリーダイヤルによる電話相談を実施、全国の支部でも電話相談や認知症コールセンターとして電話相談の委託を受けている支部も多数ある。 ・認知症や高齢者に関する保健・医療・福祉などのニュース、認知症の基礎知識、介護家族の体験記、会員の声、調査研究の報告、海外の情報、各地のつどいなどが掲載された、認知症についての専門誌である会報「ぼ～れば～れ」を発行。
支部	全国46都道府県に支部あり
沿革	昭和55年90名の会員で結成、以降各地でつどいが開かれ、全国組織としての活動が始まる。 まだ支部が結成されていないのは沖縄県のみで、現在準備会が結成され、早く支部を結成し、全国に「家族の会の支部」が誕生するよう積極的な呼びかけが今も続けられている。

<http://www.alzheimer.or.jp/> (平成 23 年 6 月現在)

2) 調査結果

注) ヒアリング結果は、勝田氏個人のご意見であり、必ずしも公益社団法人認知症の人と家族の会の見解を代表するものではない。

(1) 高齢者の医療・介護ニーズの実態とサービス提供のあり方について

- ・病院では認知症に対する対応の仕方が十分にわからない場合も多く、薬を大量に投与したり、患者が暴れると抑制を行って症状が悪化するケースや人権が守られていないケースもある。
- ・認知症の症状で暴れてしまうような状態の下では、介護サービスによる代替は難しく、医療において症状を緩和することが必要になる。(暴れてしまう状態では、介護施設でのショートステイの受け入れも断られてしまう。) また、今後の病状などについて家族が医師からアドバイスを受けたいという面でも、医療のニーズがある。
- ・認知症であるというだけで病院が患者の受け入れを拒むケースが多く、受け入れるためには24時間の家族看護を条件とする場合もある。また、ヘルパーの付き添いが認められていないことも問題である。
- ・胃ろうを造っている患者をはじめ、医療面で専門家のケアを日常的に受けることができることへの家族の安心感などを考慮すると、訪問看護へのニーズも高いものといえる。
- ・高齢者住宅は必要だが、高額のため多くの高齢者は利用できない。高齢者にとって住みなれた町や住宅が安住の家であり、「家」に対する高齢者の思いも大切にし、在宅介護を充実することで、住み続けられるようにすることが大切である。
- ・小規模多機能型施設は在宅サービスにとって大切であるが、まだ数が少なく利用したくても利用できない現実がある。
- ・24時間対応は必要だが、認知症の高齢者にとっては短時間での対応や電話などの対応は無理があり、従来の滞在型も必要である。

(2) 医療・介護サービス提供の「切れ目」を解消するための連携体制の取り組みと課題について

- ・医療にアクセスするまでの連携の場面で、ケアマネジャーの果たす役割は大きい。本来、ケアマネジャーはケアプランを立てるだけでなく、医療・介護を問わずどのようなサービスを受けるかについて全面的に家族をサポートできることが望ましいが、現状の報酬ではそこまで時間を

- かけることができない。また、ケアマネジャーは利用者の目線に立った仕事を行うことが重要であることから、施設側に立って利益誘導を行うような立場であることは望ましくなく、公的な所属のような形で施設からは独立した立場で仕事をするシステムにすることが必要ではないか。
- ・地域包括支援センターは、要支援のケアプランの作成に忙殺されている現状があり、連携という面では十分な役割が果たせていない。連携のための地域のネットワークを作るといふ部分に専念することが必要ではないか。
 - ・要支援と要介護の間で認定が変更になった場合にはケアマネジャーも変更となるため、その際の情報の共有をいかに行うかが課題である。
 - ・介護施設から在宅への移行を行おうとしても、施設が患者を囲ってしまい、なかなか退所させないというケースもある。
 - ・施設不足の問題から、施設入所者が病院に入院する際に、施設にもう一度戻ることができるように籍を確保しておく目的で病院入院中も施設入所費用を支払うというケースも生じている。
 - ・在宅への移行を進めるためには、介護家族の精神的負担及び経済的負担を緩和するための支援が不可欠である。その点で、デイサービスやショートステイの利用環境を充実させることは、家族にも患者自身にも望ましいことである。
 - ・ネットワーク構築のための委員会などが設置される場合には、必ず当事者や利用者が参加することが重要である。利用者不在の議論では、真に求められるネットワークや連携の実現は困難である。

(3) 診療報酬・介護報酬について

- ・認知症患者の要介護度認定が低く出てしまうことは問題である。また、そもそも要介護度が低いからといってサービスやサポートの必要度が低いということではなく、サービスを受けるまでのプロセスにおいては、様々な相談や調整が必要になるということが見逃されている。
- ・認知症ケアにおいては家族の鬱が多いことも問題となっているが、診療において家族の状況までを診る時間もなく、それに対して報酬も付かないという状況は改善が望まれる。
- ・同居家族がいる場合は介護保険の生活援助を受けることができないという現状は見直されるべきである。
- ・介護保険において、軽度者に対する給付を縮小しようとしている国の方針については、適切なケアを早期に行って重度化を防ぐという予防の観

点から望ましくないものである。また、生活援助の充実なしでは、在宅での老老介護を続けていくことは困難である。

- ・介護保険の認定においては、認定が下りるまでに2～3ヶ月を要する現状があり、その期間に必要なサービスを受けられないことにより認知症の症状の悪化が進んでしまうことは避ける必要がある。
- ・家族の会では現在の要介護認定を廃止し、その人にとって必要なサービスを関係者会議（現在のサービス担当者会議に保険者や本人、家族を含めたケア会議を提唱）を行い提供することを提言で訴えている。

第4章. 在宅療養支援診療所及び療養病棟での医療・介護連携に関する調査（アンケート調査結果）

1. アンケート調査結果

アンケート調査は、ヒアリング調査結果及び学識経験者による検討を経て、全国の在宅療養支援診療所及びサンプリングした療養病棟を有する病院を対象として実施し、「切れ目のない」医療・介護サービスの提供の実現に向け、在宅医療・介護サービスの提供状況や医療・介護連携の実態、制度上の問題点などを明らかにした。

1) 在宅医療への移行可能性について

○ 在宅等において療養可能な患者状態像

在宅療養支援診療所における訪問診療・往診患者数と、療養病棟における入院患者数について、医療区分・ADL区分別の患者構成をみると（図表4-1-21、図表4-2-17）、在宅療養支援診療所では医療区分1の患者が54.2%と最も多い一方で、医療区分2又は3の患者もあわせて半数近く（45.8%）に及んでいることがわかる。

また、在宅、居住系サービスでの療養が可能な患者の具体的な状態像について在宅療養支援診療所に尋ねたところ（図表4-1-38）、過半数の回答施設が在宅等で療養可能と答えた状態像は、酸素療法（75.3%）、褥瘡（58.2%）、尿路感染症（50.3%）であった。一方、こうした状態像について、療養病棟からみて在宅等での療養が困難であると答えた割合をみると（図表4-2-22）、酸素療法が31.8%、褥瘡が38.2%、尿路感染症が22.3%であり、いずれも2～4割程度に留まっていることから、こうした状態像を持つ患者は在宅等への移行が比較的行きやすいものと考えることができる。

こうしたことから、患者の状態像によっては、医療区分2又は3に該当するような医療必要度の高いと考えられる患者であっても、受け入れる環境を整えば在宅等へ移行できる可能性があるかと推測される。

○ 在宅等への移行を阻害している要因

在宅、居住系サービスでの療養が可能な患者が、病院や介護施設から在宅、居住系サービスへ移行することを阻害している理由をみると（図表4-1-39）、「必要な医療処置が提供できないため」という回答は半数以下（42.7%）に留まっており、より上位の回答として家族介護の困難（81.7%）

や在宅での生活に対する不安（60.6%）、夜間対応の困難（50.6%）といった項目が挙げられている。

こうした結果からは、病院や介護施設からの移行先として、患者本人や家族の介護不安を解消できる居住系サービスが有効な受け皿となりうることが示唆される。

2) 医療・介護サービスの提供体制について

○ 機能分化の理念と地域のサービス提供体制の実態

病院と診療所の役割分担のうえで、病院が担うべき医療機能についての回答結果では（図表4-1-43）、「急性期医療」の92.3%に続き、「機能向上を目標とする回復期リハビリ」（71.1%）、「亜急性期医療」（56.2%）までが過半数の回答となっている一方、「長期療養（医療療養）」（33.5%）や「長期療養（介護療養）」（14.6%）は低い回答率となっており、医療サービスの提供体制における機能分化の理念については在宅療養支援診療所からの理解・支持が概ね得られているものとみることができる。

一方で、地域で不足している医療・介護サービスの種類についての回答結果では（図表4-1-55）、「長期療養（医療療養）を担う病院・診療所」が47.1%と最も多くなっているほか、病院の医療療養病床については82.5%が必要性感じ（図表4-1-47）、また病院の介護療養病床についても66.6%が必要性感じている（図表4-1-51）。こうしたことは、地域でのサービス提供実態としては長期療養の受け入れ先が不足しており、その機能を病院が担わざるを得ないという状況が生じているものと考えられる。

○ 療養病床の転換に関する意向

医療療養病床、介護療養病床をそれぞれ有する施設に対して、その転換意向を尋ねた結果についてみると、医療療養病床について転換意向がある回答施設は7.0%（図表4-2-23）、また介護療養病床について転換意向がある回答施設は20.6%（図表4-2-27）である。医療療養病床では「転換意向がない」という回答が62.4%と最も多いのに対して、介護療養病床では「未定」という回答が45.6%と最も多くなっている。

「転換意向がない」又は「未定」と回答した施設に対してその理由を尋ねた結果をみると（図表4-2-26及び図表4-2-30）、医療療養病床、介護療養病床ともに、「自院の入院患者が在宅・居住系サービスでの療養が困難なため」及び「自院の入院患者が介護保険施設（介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）での療養が困難なため」という回答が多く、いずれも4～

5割に達している。一方で、その他の選択肢の回答状況をみると、在宅等での受け入れ先や看取りの提供体制の整備、転換への財政支援などによって、転換が促進される可能性があることも示唆される。

3) 在宅療養支援診療所における在宅医療の取り組みについて

○ 在宅医療への取り組み状況と医師体制との関係

回答が得られた在宅療養支援診療所の医師数の分布についての集計結果では(図表4-1-9)、「1.0人」が58.1%と最も多くなっており、医師1人体制で在宅医療に携わっている在宅療養支援診療所が過半数を超えている状況が示されている。

さらに、診療時間全体のうちで在宅医療に割く時間の割合について、各診療所の医師数別にみた回答結果をみると(図表4-1-17)、医師数が「3.1人以上」と比較的十分な体制を有する在宅療養支援診療所では、診療時間全体のうち5割以上を在宅医療に割いている割合が36.9%であるのに対して、医師数が「1.0人」と少ない在宅療養支援診療所では、その割合が5.5%にまで低下している。

在宅療養支援診療所の課題について尋ねた自由回答の結果(図表4-1-68)にも表れているとおり、医師1人体制の下で外来診療と在宅医療を両立させた診療所経営を行う場合、自ずと在宅医療へ投入可能な時間は限られたものとならざるを得ず、24時間365日の対応体制をとることに大きな困難が生じているものと推察される。

○ 在宅医療への取り組み度合いが高い在宅療養支援診療所の問題認識

在宅療養支援診療所について医師1人あたりの訪問診療・往診での対面時間が長い回答群と短い回答群とに分けたうえで、地域で不足している医療・介護サービスに関する回答結果を比較すると(図表4-1-56)、在宅医療への取り組み時間が長い回答群の方が、急性期、亜急性期、在宅をそれぞれ担う医療機関と、居住系サービス、在宅サービス全般がいずれも不足していると回答している割合がより高くなっている状況が示されている。また、それとは逆に、長期療養を担う医療機関と介護療養型医療施設については、在宅医療への取り組み時間が長い回答群の方が、それらが地域で不足していると答える割合はより低くなる傾向にある。

これらの結果から、上述した医療・介護のサービス提供体制に関する機能分化の理念に対して、在宅医療へ携わっている度合いが高い在宅療養支援診療所の方が、(理念としてだけでなく)地域で実際に機能分化を推し進めていくことが必要であるという問題認識を、より強く持っていることが伺える。

在宅医療を推進するうえでは、こうした在宅医療に注力している施設の回答結果を踏まえ、医療・介護提供体制の整備を図っていくことが肝要である。

2. 在宅療養支援診療所調査の結果

1) 回収状況

在宅療養支援診療所調査は、WAMネット上の病院・診療所情報（平成23年2月時点）に基づき、「在宅療養支援診療所」を条件として抽出された11,697施設を対象として調査票を送付した。

図表4-1-1にあるとおり、回収数は1,098件、回収率は9.4%であった。在宅療養支援診療所の届出を行っている施設において、実際には在宅医療を実施していない施設が一定数含まれていることが、回収率に影響を与えたものと考えられる。また、回収数のうち、在宅療養支援診療所の届出を行っていないと回答した46件は集計対象から除外している。

図表4-1-1 回収状況

施設種類	発送数	回収数	回収率
全国の在宅療養支援診療所 (WAM ネット情報)	11,697 件	1,098 件	9.4%

2) 回答施設の属性

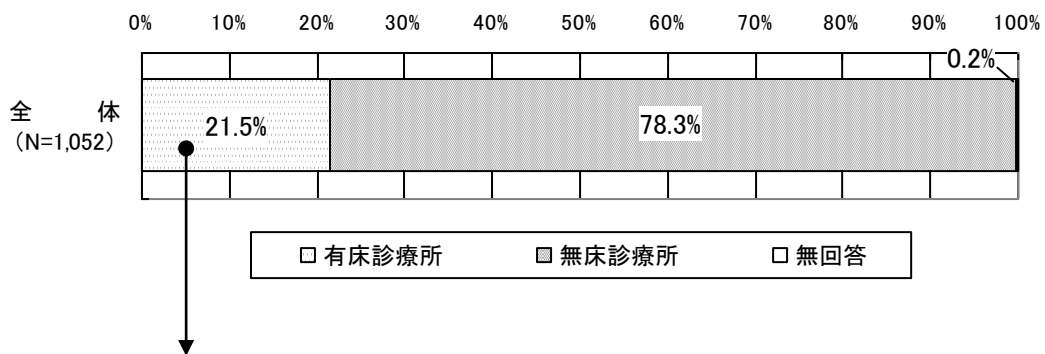
(1) 診療所の形態

回答施設の診療所の形態を図表4-1-2にみると、「有床診療所」が21.5%、「無床診療所」が78.3%である。

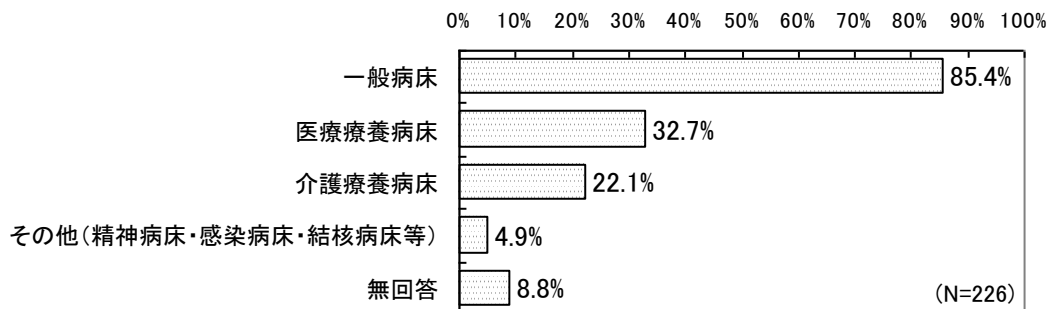
有床診療所における病床種別についてみたものが図表4-1-3及び図表4-1-4であり、「一般病床」を有する施設が85.4%、「医療療養病床」を有する施設が32.7%、「介護療養病床」を有する施設が22.1%などである。また、1施設あたりの病床数は、平均で15.9床有しており、その構成は「一般病床」が69.8%、「医療療養病床」が18.0%、「介護療養病床」が12.1%である。

平成20年医療施設（静態・動態）調査を基に診療所の形態を比較すると、本調査における回答施設では、若干有床診療所が高い傾向にある。

図表4-1-2 診療所の形態



図表4-1-3 有床診療所で有している病床【複数回答】



図表4-1-4 有床診療所の1施設あたり病床数の病床種別構成

	1施設あたり 病 床 数	割 合
一般病床	11.1 床	69.8%
医療療養病床	2.9 床	18.0%
介護療養病床	1.9 床	12.1%
その他(精神病床・感染病床・結核病床等)	0.0 床	0.0%
合 計	15.9 床	100.0%

※有効回答 206 施設で集計

(参考) 平成20年医療施設(静態・動態)調査における在宅療養支援診療所の届出状況

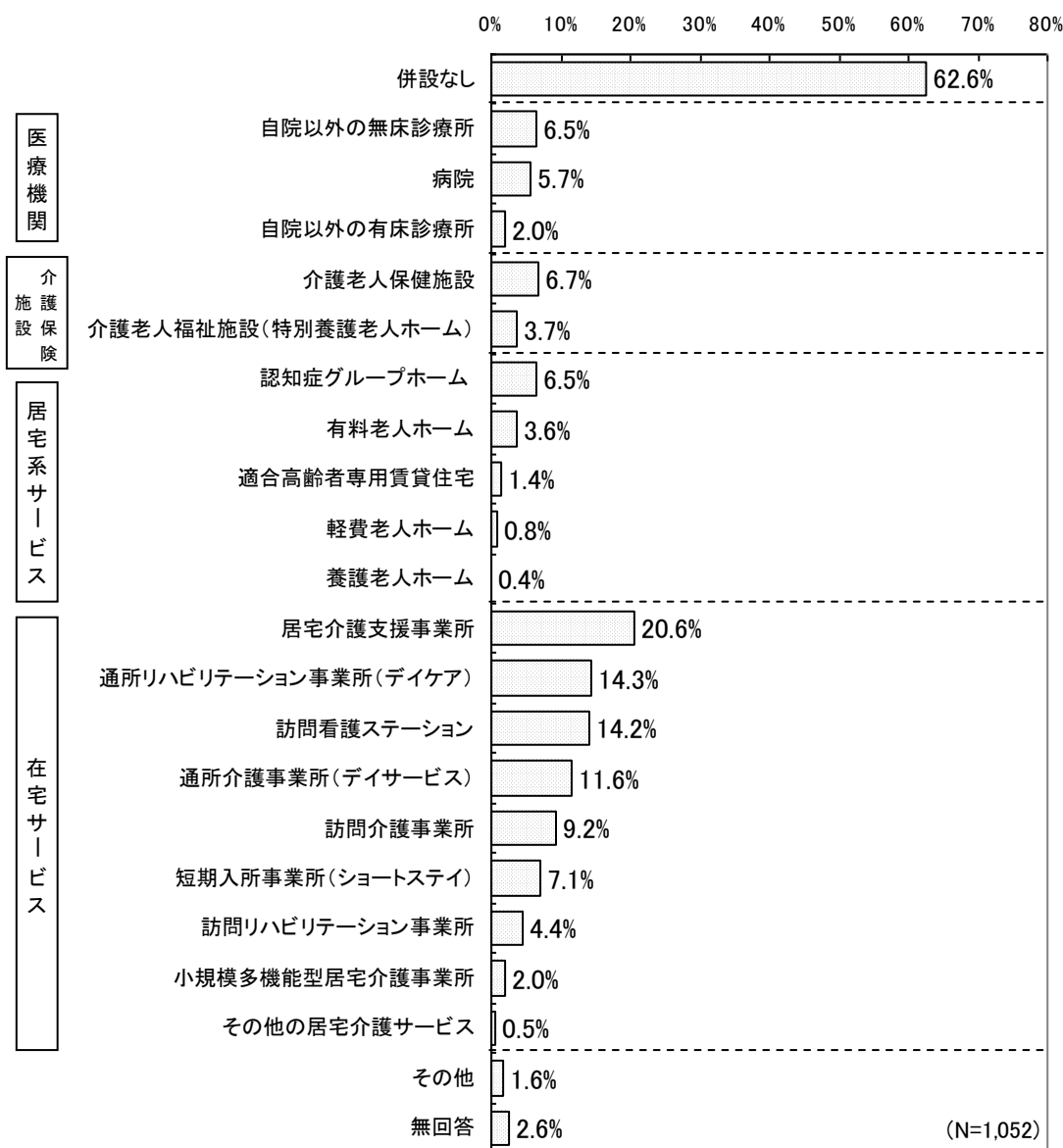
	届出施設数	割 合
有床	2,004 施設	17.8%
無床	9,256 施設	82.2%
総 数	11,260 施設	100.0%

※平成20年医療施設(静態・動態)調査より平成20年10月1日時点の数値

(2) 同一都道府県内の同一法人または関連・系列法人の施設・事業所

図表4-1-5は、同一都道府県内の同一法人または関連・系列法人の施設・事業所を有する状況をみたものである。「併設なし」と回答した施設は62.6%である。同一法人または関連・系列法人として回答が多いものはいずれも在宅サービスの施設・事業所であり、「居宅介護支援事業所」が20.6%、「通所リハビリテーション事業所(デイケア)」が14.3%、「訪問看護ステーション」が14.2%、「通所介護事業所(デイサービス)」が11.6%などである。その他、医療機関や介護保険施設、居宅系サービスに該当する施設・事業所についてはいずれも1割未満の回答に留まっている。

図表4-1-5 同一都道府県内の同一法人または関連・系列法人の施設・事業所〔複数回答〕

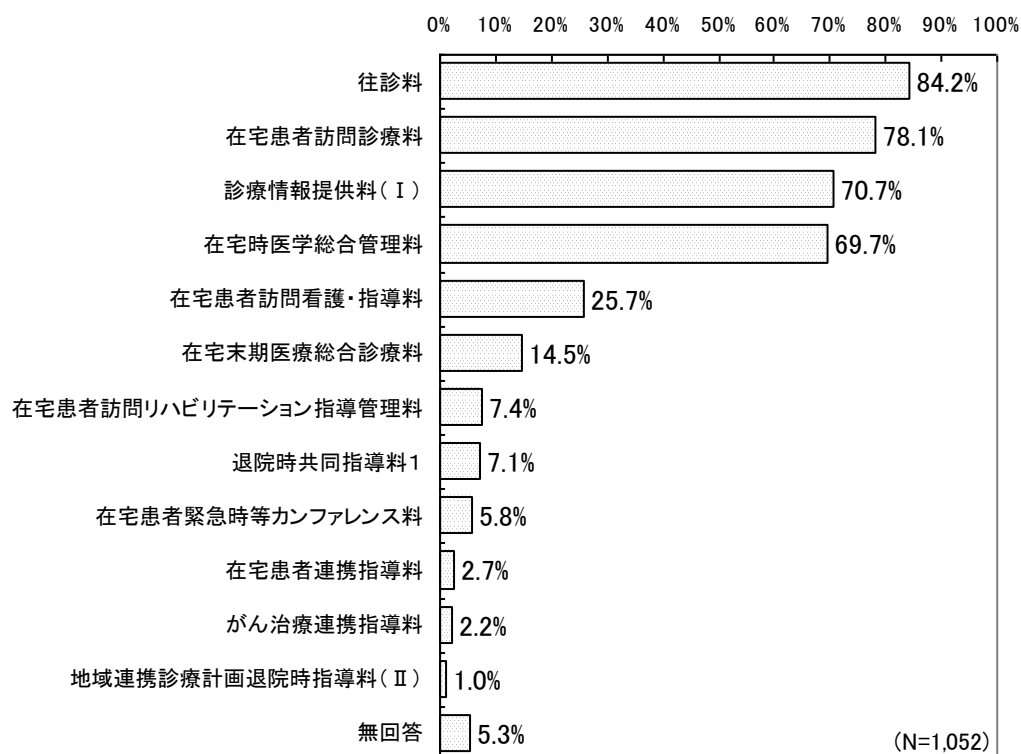


(3) 診療報酬に係る算定の状況

回答施設について、平成22年12月から平成23年2月の三ヶ月間に算定された在宅医療に関連する診療報酬の状況をみたものが図表4-1-6である。最も多く算定されているのが「往診料」の84.2%であり、次いで「在宅患者訪問診療料」の78.1%、「診療情報提供料(I)」の70.7%、「在宅時医学総合管理料」の69.7%である。

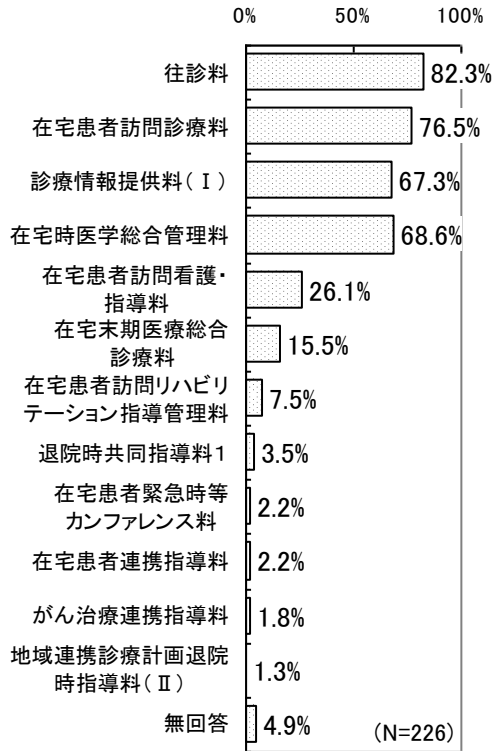
図表4-1-7では、同様の診療報酬の算定状況について有床診療所・無床診療所別にみたものである。上記で示した算定している施設が多い報酬項目については、無床診療所の方が僅かに多く算定しているが大きな違いはみられない。算定している施設が少ない報酬項目については、「退院時共同指導料1」と「在宅患者緊急時等カンファレンス料」において、無床診療所の算定割合が有床診療所と比べて約2～3倍高い状況である。

図表4-1-6 診療報酬に係る算定の状況（平成22年12月～平成23年2月の三ヶ月間）
【複数回答】

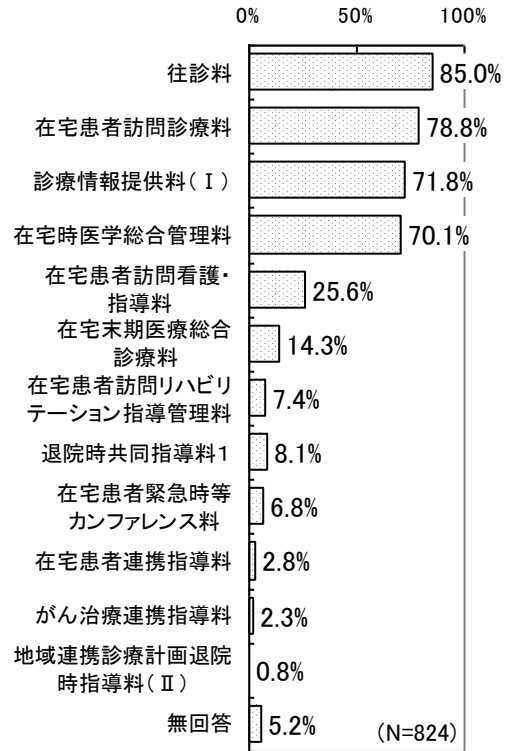


図表4-1-7 有床診療所・無床診療所別の診療報酬に係る算定の状況
 (平成22年12月～平成23年2月の三ヶ月間) [複数回答]

【有床診療所】



【無床診療所】



(4) 職員数

常勤換算での1施設あたり職員数の職種別構成をみたものが図表4-1-8である。1施設あたりの医師数は1.5人、合計の職員数は11.7人である。また、図表4-1-9において回答施設の医師数（常勤換算）の分布をみると、医師1人が従事している施設が58.1%となっている。

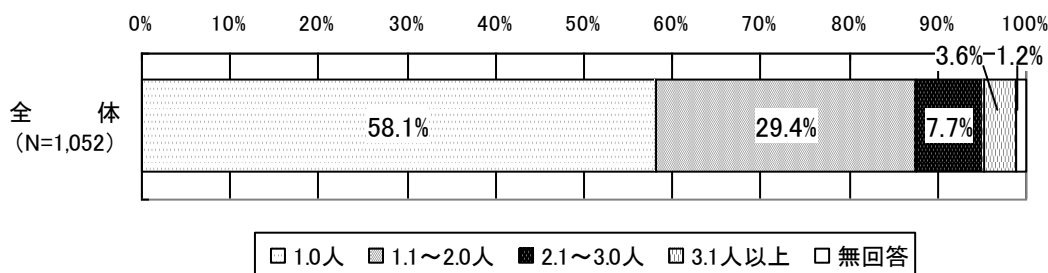
さらに、図表4-1-10は、同様の1施設あたり職員数を有床診療所・無床診療所別にみたものである。医師数については大きな違いがないが、有床診療所ではコメディカルの人数が多く、合計の職員数は有床診療所が22.3人、無床診療所が9.1人である。

図表4-1-8 1施設あたり職員数（常勤換算）の職種別構成

	1施設あたり 職員数	割合
医師	1.5人	12.5%
看護師	2.1人	18.2%
准看護師	2.0人	16.9%
看護補助者	0.6人	4.8%
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.6人	4.8%
ソーシャルワーカー（社会福祉士等）	0.1人	1.1%
介護職員	1.1人	9.8%
その他の職員（事務職員等）	3.7人	32.0%
合計	11.7人	100.0%

※有効回答 1,039 施設で集計

図表4-1-9 医師数（常勤換算）の分布



図表4-1-10 有床診療所・無床診療所別の1施設あたり職員数（常勤換算）

	有床診療所		無床診療所
	1施設あたり 職員数	10床あたり 職員数	1施設あたり 職員数
医師	1.7人	1.1人	1.4人
看護師	3.5人	2.2人	1.8人
准看護師	5.1人	3.2人	1.2人
看護補助者	1.8人	1.1人	0.3人
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1.2人	0.8人	0.4人
ソーシャルワーカー(社会福祉士等)	0.1人	0.1人	0.1人
介護職員	2.7人	1.7人	0.8人
その他の職員(事務職員等)	6.2人	3.9人	3.1人
合計	22.3人	14.1人	9.1人

※有床診療所は有効回答 203 施設、無床診療所は有効回答 816 施設で集計

(5) 連携している施設数・事業所数

連携している施設数・事業所数について1施設あたりの状況をみたものが図表4-1-11である。

連携先として医療機関では「病院」が2.7施設、「一般診療所」が1.5施設、介護サービスでは「居宅介護支援事業所」が2.0事業所、「訪問看護ステーション」が2.2事業所、「訪問介護事業所」が1.3事業所などである。

図表4-1-11 1施設あたり連携している施設数・事業所数
(同一法人内及び他法人の事業所を含む)

	1施設あたり 施設・事業所数
病院	2.7 施設
一般診療所	1.5 施設
歯科診療所	0.4 施設
調剤薬局	1.3 施設
介護老人保健施設	0.4 施設
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	0.4 施設
介護療養型医療施設	0.2 施設
居宅介護支援事業所	2.0 事業所
訪問看護ステーション	2.2 事業所
うち、24時間対応体制の事業所	1.1 事業所
訪問介護事業所	1.3 事業所
うち、24時間対応体制の事業所	0.2 事業所
訪問リハビリテーション事業所	0.5 事業所
上記以外の居宅介護サービス	0.2 事業所

※有効回答 989 施設で集計

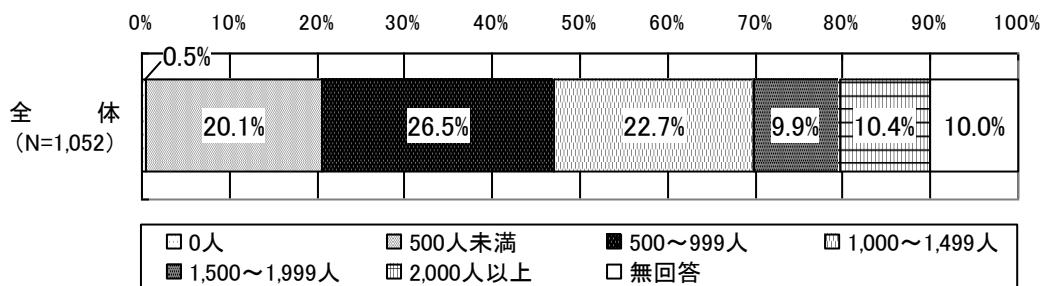
(6) 外来患者延べ数

平成23年2月の1ヶ月間における外来患者延べ数について、回答施設の分布をみたものが図表4-1-12である。

最も多いのは1ヶ月の外来患者延べ数「500～999人」の26.5%であり、全体の約7割が1,500人未満に該当する。また1,500人以上に該当する施設も2割程度存在する。

図表4-1-13では、同様の外来患者延べ数について、1施設あたりの平均値を算出したものであり、1施設あたりの外来患者延べ数は1,159.8人である。

図表4-1-12 外来患者延べ数の分布（平成23年2月一ヶ月間）



図表4-1-13 1施設あたり外来患者延べ数（平成23年2月一ヶ月間）

	1施設あたり患者数
外来患者延べ数	1,159.8人

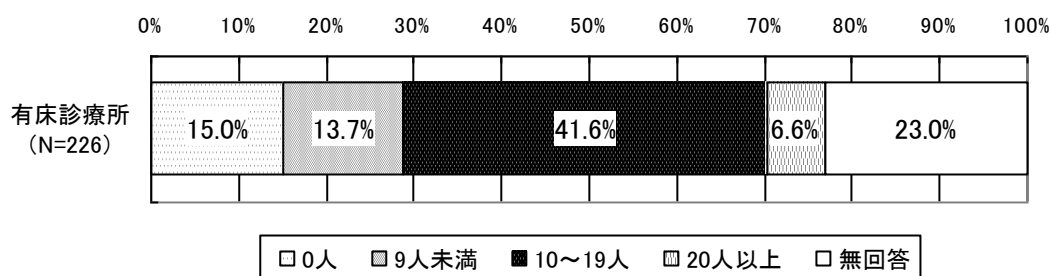
※有効回答 955 施設で集計

(7) 入院患者数

平成23年2月1日時点での入院患者数について、回答施設の分布をみたものが図表4-1-14である。最も多いのは入院患者数「10～19人」の41.6%である。

図表4-1-15では、同様の入院患者数について、1施設あたりの平均値を算出したものであり、1施設あたりの入院患者数は11.5人である。

図表4-1-14 入院患者数の分布（実人数、平成23年2月1日時点）



図表4-1-15 1施設あたり入院患者数（実人数、平成23年2月1日時点）

	1施設あたり 患者数
入院患者数(実人数)	11.5人

※有効回答 174 施設で集計

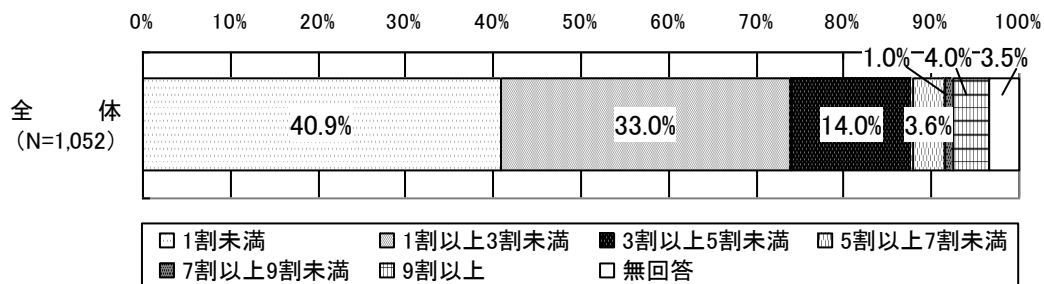
3) 訪問診療・往診等の実施状況

(1) 在宅療養支援診療所の診療時間において在宅医療にかかる割合

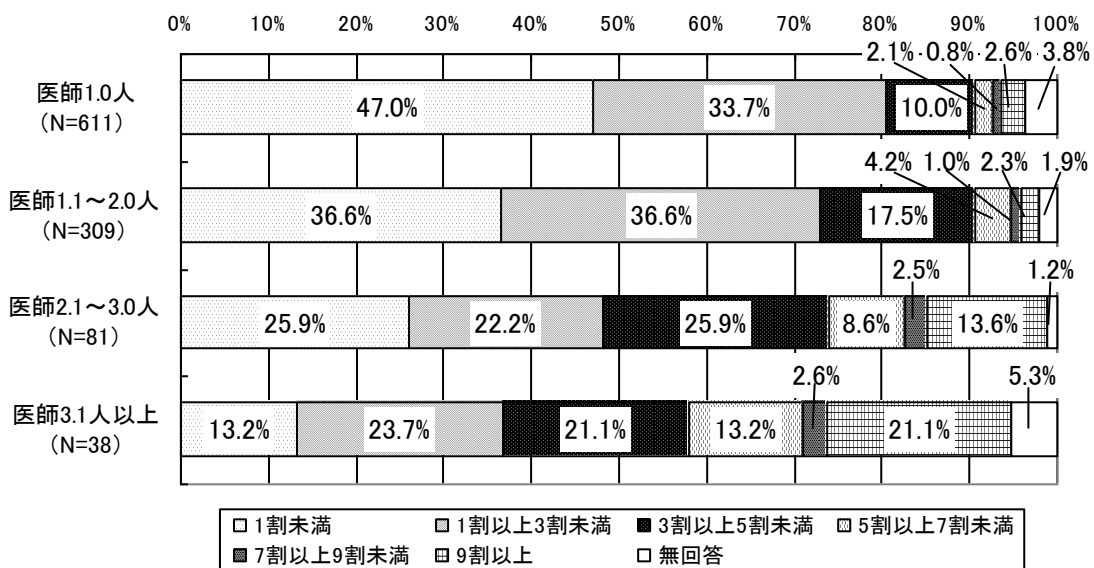
在宅療養支援診療所において、全体の診療時間のうちどの程度の時間を訪問診療・往診をはじめとする在宅医療に関連した業務に割いているかについて、回答施設の分布をみたものが図表4-1-16である。最も多いのが「1割未満」の40.9%であり、次いで「1割以上3割未満」33.0%が多くなっている。

さらに、回答施設における医師数（常勤換算）別に在宅医療に関連した業務に割く時間の割合をみると、医師数1.0人の施設では47.0%が「1割未満」となっているのに対し、医師数3.1人以上の施設では4割弱が「5割以上」となり、医師数が多くなるほど、在宅医療に対応できている状況が伺える。

図表4-1-16 診療時間全体のうちで在宅医療に関連した業務に割く時間の割合



図表4-1-17 医師数（常勤換算）別の診療時間全体のうちで在宅医療に関連した業務に割く時間の割合



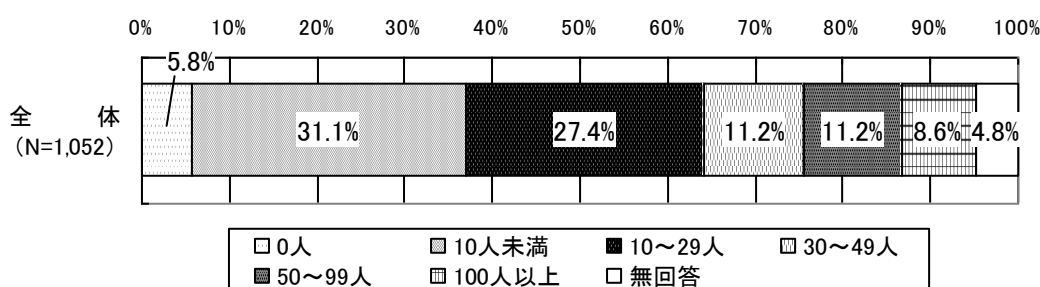
(2) 訪問診療・往診患者数

平成23年2月の一ヶ月間において訪問診療・往診を行った患者数について、1施設あたりの患者数及び医師1人あたり患者数の分布をみたものが図表4-1-18及び図表4-1-19であり、それらの平均値を示しているのが図表4-1-20である。1施設あたりの訪問診療・往診患者数の平均値は36.6人、医師1人あたりの訪問診療・往診患者数の平均値は25.2人となっている。

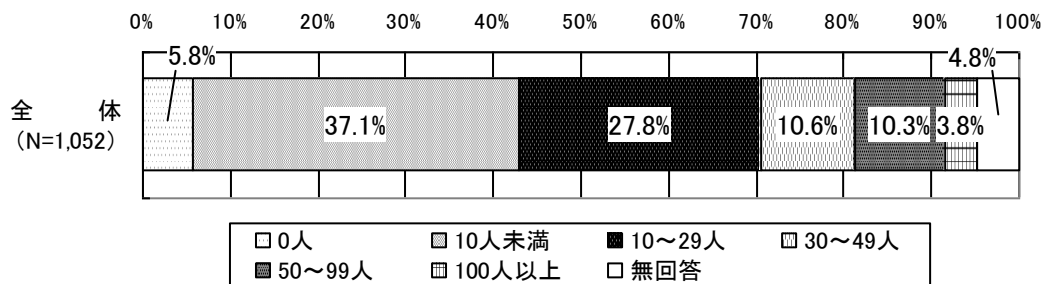
さらに、医療区分・ADL区分別での1施設あたりの訪問診療・往診患者数をみたものが図表4-1-21である。医療区分及びADL区分による9区分のうち、最も患者数が多かったのが「医療区分1・ADL区分1」の28.0%である。一方で、医療区分別の構成割合をみると、「医療区分2」、「医療区分3」の割合をあわせて45.8%に達し、在宅の患者状態像として医療必要度の高い患者も多い状況が伺える。

なお、平成20年医療施設（静態・動態）調査における1施設あたり受け持つ在宅療養患者の数17.3人と比較すると、本調査の回答施設の1施設あたり訪問診療・往診患者数は36.6人と多く、在宅医療に注力している施設からの回答が多い傾向にあることが伺える。また、「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」速報値における施設類型別の医療区分と比較すると、本調査の回答施設における1施設あたり訪問診療・往診患者数の医療区分別の構成割合は、「医療区分2」、「医療区分3」の割合が高く、重症な在宅患者に対応している施設からの回答が多い傾向にあることが伺える。

図表4-1-18 訪問診療・往診を行った患者数の分布（実人数、平成23年2月一ヶ月間）



図表4-1-19 医師1人あたり訪問診療・往診患者数の分布(実人数、平成23年2月一ヶ月間)



図表4-1-20 訪問診療・往診患者数(平成23年2月一ヶ月間)

	患者数
1施設あたり訪問診療・往診患者数	36.6人
医師1人あたり訪問診療・往診患者数	25.2人

※有効回答 1,002 施設で集計

(参考) 平成20年医療施設(静態・動態)調査における在宅療養支援診療所の受け持つ在宅療養患者の数

	患者数
届出施設数	11,260 施設
受け持つ在宅療養患者の数	194,371 人
1施設あたり受け持つ在宅療養患者の数	17.3 人

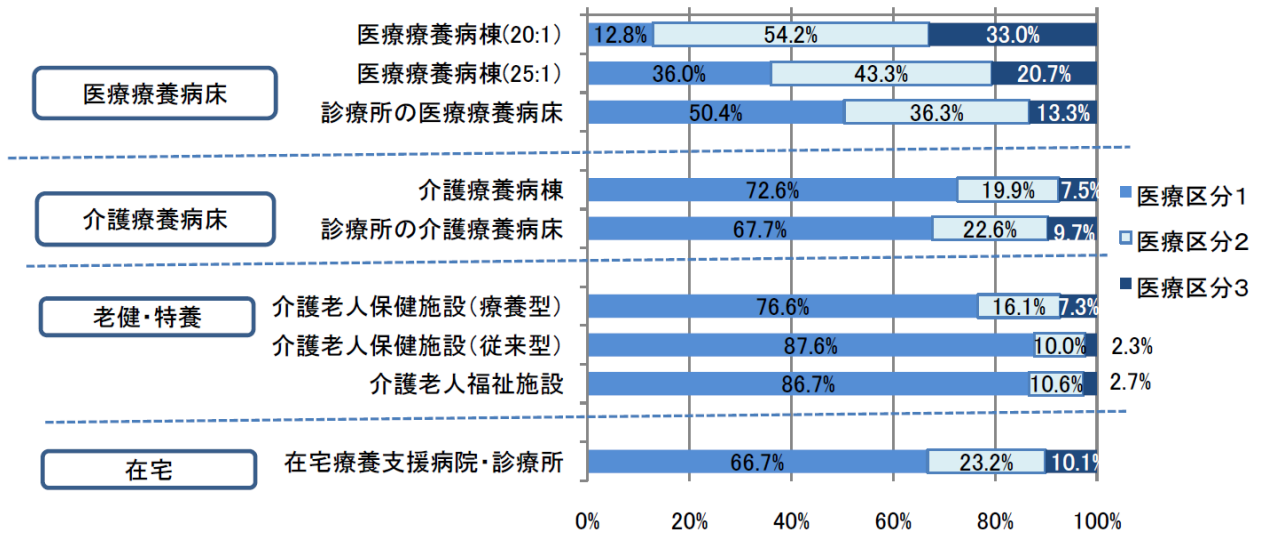
※平成20年医療施設(静態・動態)調査より平成20年10月1日時点の数値

図表4-1-21 医療区分・ADL区分別1施設あたり訪問診療・往診患者数(平成23年2月一ヶ月間)

	1施設あたり患者数				割合			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3	合計	医療区分1	医療区分2	医療区分3	合計
ADL区分3	2.7人	2.5人	1.6人	6.8人	9.8%	9.2%	5.7%	24.6%
ADL区分2	4.5人	4.2人	1.0人	9.7人	16.3%	15.3%	3.7%	35.4%
ADL区分1	7.7人	2.1人	1.2人	11.0人	28.0%	7.7%	4.2%	40.0%
合計	14.9人	8.8人	3.7人	27.4人	54.2%	32.2%	13.6%	100.0%

※有効回答 857 施設で集計

(参考)「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」速報値における
施設類型別の医療区分



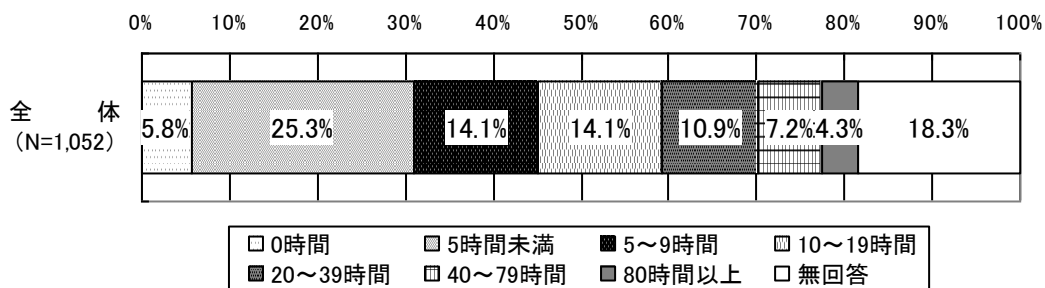
※厚生労働省「平成22年 医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」より抜粋

(3) 訪問診療・往診時間

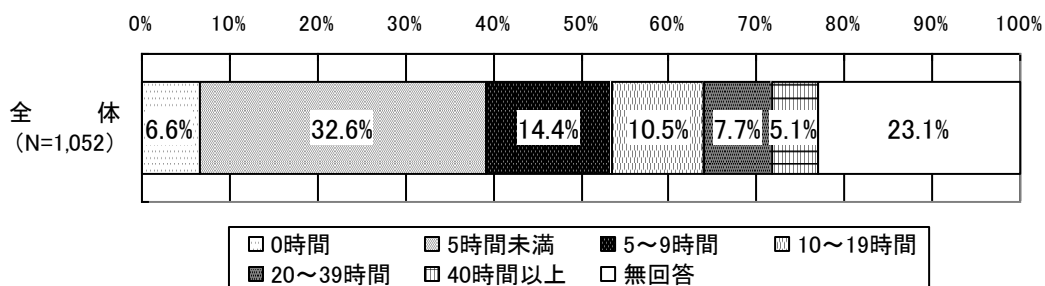
平成23年2月の一ヶ月間において訪問診療・往診で患者に対面した時間について、1施設あたりの対面時間の分布をみたものが図表4-1-22であり、訪問診療・往診における1施設あたりの移動時間の分布をみたものが図表4-1-23である。また、図表4-1-24で示すように、1施設あたりの訪問診療・往診対面時間の平均値は22.6時間である。

さらに、回答施設の医師数（常勤換算）別に1施設あたり訪問診療・往診対面時間と1施設あたり外来患者延べ数の関係を見たのが図表4-1-25である。

図表4-1-22 訪問診療・往診で対面した時間の分布（平成23年2月一ヶ月間）



図表4-1-23 訪問診療・往診における移動時間の分布（平成23年2月一ヶ月間）



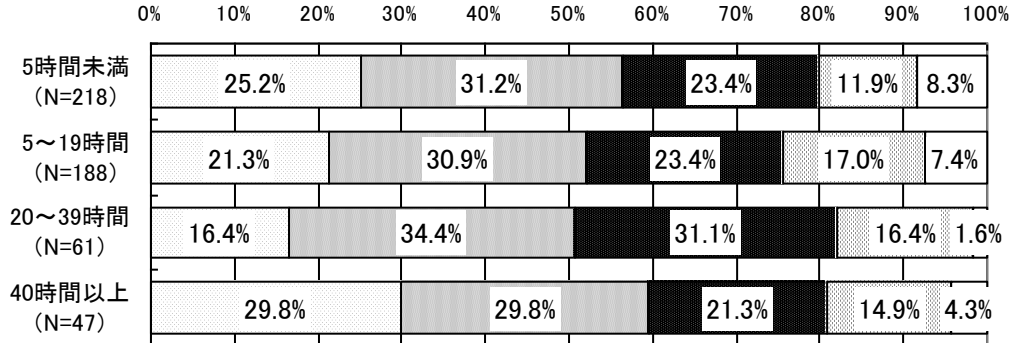
図表4-1-24 訪問診療・往診で対面した時間（平成23年2月一ヶ月間）

	対面時間
1施設あたり訪問診療・往診で対面した時間	22.6時間

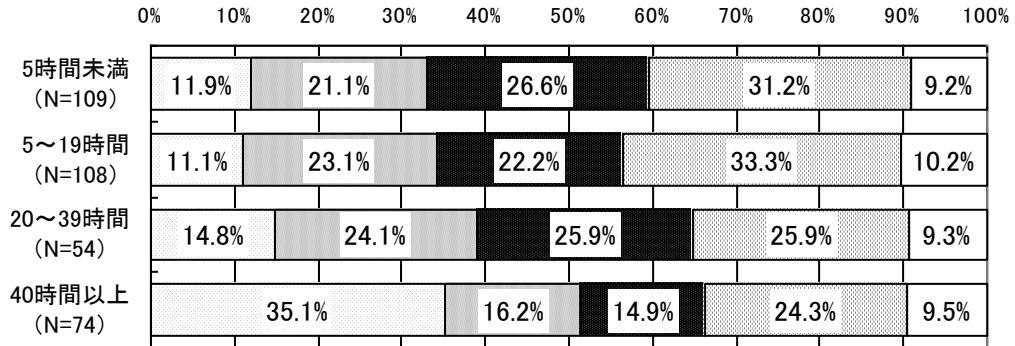
※有効回答 859 施設で集計

図表4-1-25 医師数（常勤換算）別にみた1施設あたり訪問診療・往診で対面した時間別の1施設あたり外来患者延べ数の分布（平成23年2月～ヶ月間）

医師数（常勤換算）1.0人



医師数（常勤換算）1.1人以上

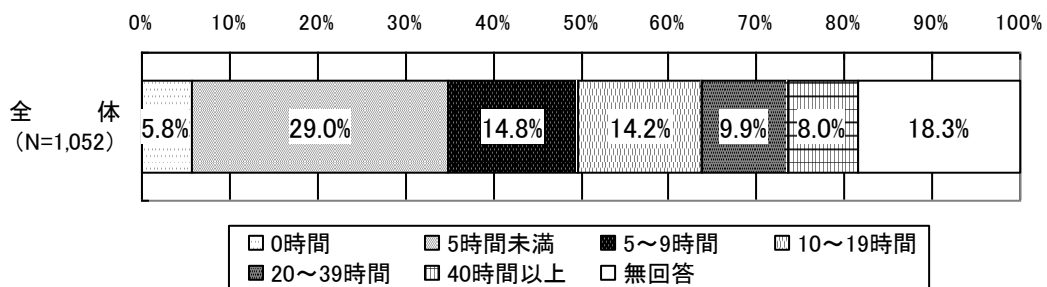


- 外来患者延べ数500人未満
- 外来患者延べ数1,000～1,499人
- ▨ 外来患者延べ数500～999人
- ▩ 外来患者延べ数1,500人以上
- 無回答

平成23年2月の一ヶ月間において訪問診療・往診で患者に対面した時間について、医師1人あたりの対面時間の分布をみたものが図表4-1-26であり、それらの平均値を示しているのが図表4-1-27である。医師1人あたりの訪問診療・往診対面時間の平均値は15.9時間である。

さらに、医師1人あたり訪問診療・往診で対面した時間と医師1人あたり外来患者延べ数の関係をみたのが図表4-1-28である。訪問診療・往診で対面した時間が増加するほど、外来患者延べ数が減少する傾向にある。

図表4-1-26 医師1人あたり訪問診療・往診対面時間の分布（平成23年2月一ヶ月間）

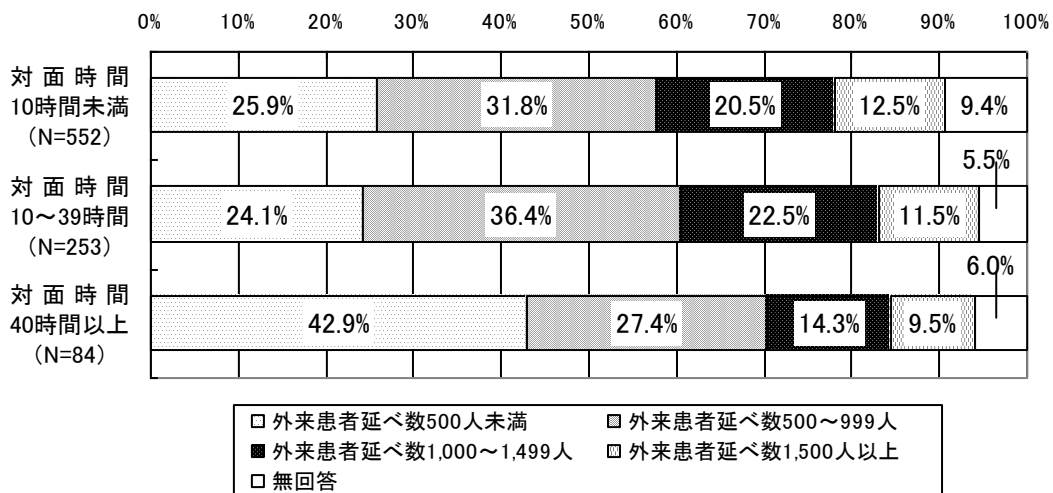


図表4-1-27 訪問診療・往診で対面した時間（平成23年2月一ヶ月間）

	対面時間
医師1人あたり訪問診療・往診対面時間	15.9時間

※有効回答 859 施設で集計

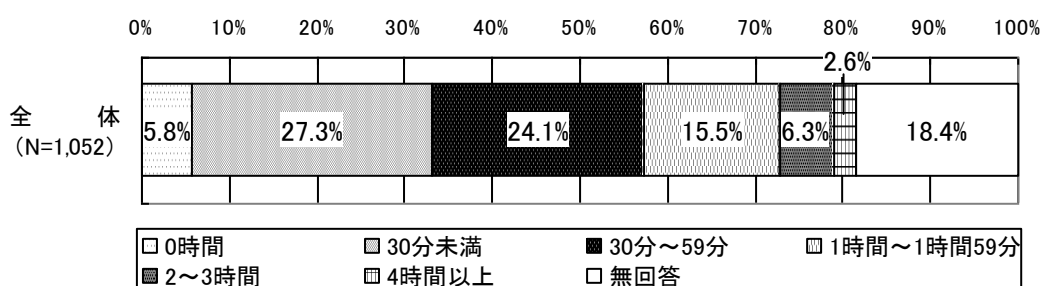
図表4-1-28 医師1人あたり訪問診療・往診で対面した時間と
医師1人あたり外来患者延べ数
（平成23年2月一ヶ月間）



また、患者1人あたりの対面時間の分布と平均値をみたものが図表4-1-29及び図表4-1-30である。患者1人あたりの対面時間の平均値は47.04分である。

医療区分・ADL区分別の患者1人あたりの訪問診療・往診対面時間をみたものが図表4-1-31である。最も対面時間が長いのが「医療区分3・ADL区分3」の87.89分であり、最も短い「医療区分1・ADL区分1」は31.50分である。概ね、医療区分及びADL区分それぞれについて状態像が重いほど対面時間が長くなる傾向がみられる。

図表4-1-29 訪問診療・往診患者1人あたり対面時間の分布（平成23年2月一ヶ月間）



図表4-1-30 訪問診療・往診患者1人あたり対面時間（平成23年2月一ヶ月間）

	対 面 時 間
訪問診療・往診患者1人あたり対面時間	47.04 分

※有効回答 858 施設で集計

図表4-1-31 医療区分・ADL区分別訪問診療・往診患者1人あたり対面時間（平成23年2月一ヶ月間）

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	37.22 分	50.52 分	87.89 分
ADL区分2	32.29 分	39.26 分	52.72 分
ADL区分1	31.50 分	40.68 分	38.49 分

※有効回答 454 施設で集計

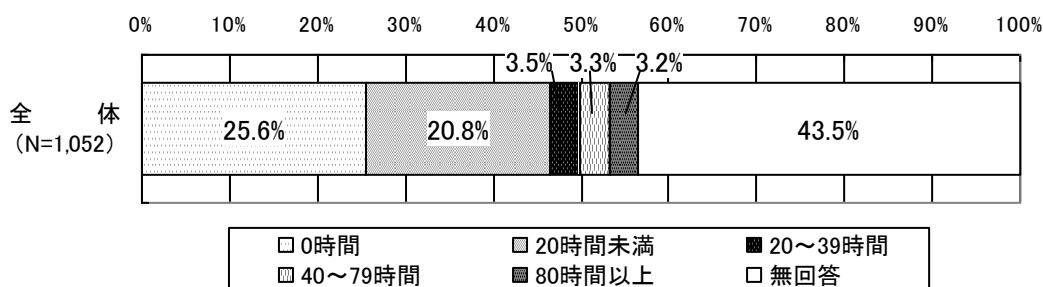
(4) 訪問看護の利用時間

平成23年2月の一ヶ月間において訪問診療・往診患者が訪問看護を利用した時間について、1施設あたりの利用時間及び患者1人あたりの利用時間の分布をみたものが図表4-1-32及び図表4-1-33であり、それらの平均値を示しているのが図表4-1-34である。

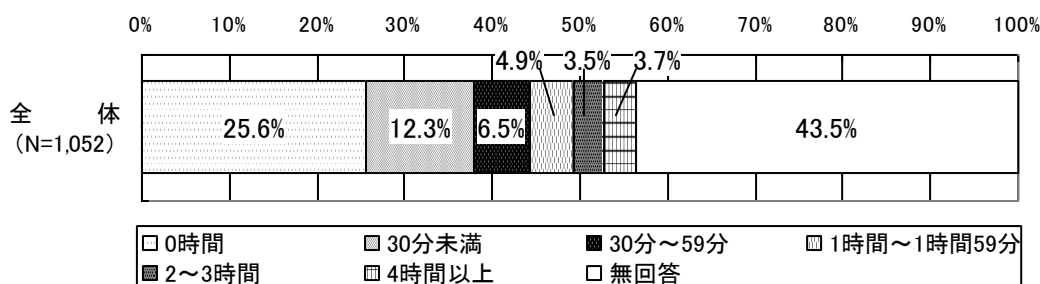
1施設あたりの訪問看護の利用時間の平均値は18.3時間、患者1人あたりの訪問看護の利用時間の平均値は36.81分である。

医療区分・ADL区分別の患者1人あたりの訪問看護の利用時間をみたものが図表4-1-35である。最も利用時間が長いのが「医療区分3・ADL区分3」の123.25分であり、最も短い「医療区分1・ADL区分1」は22.82分である。概ね、医療区分及びADL区分それぞれについて状態像が重いほど利用時間が長くなる傾向がみられる。

図表4-1-32 1施設あたり訪問診療・往診患者における訪問看護の利用時間の分布
(平成23年2月一ヶ月間)



図表4-1-33 訪問診療・往診患者1人あたり訪問看護の利用時間の分布
(平成23年2月一ヶ月間)



図表4-1-34 訪問診療・往診患者における訪問看護の利用時間 (平成23年2月一ヶ月間)

	利用時間
1施設あたり訪問看護の利用時間	18.3 時間
訪問診療・往診患者1人あたり訪問看護利用時間	36.81 分

※有効回答 594 施設で集計

図表4-1-35 医療区分・ADL区分別訪問診療・往診患者1人あたり訪問看護の利用時間
(平成23年2月～ヶ月間)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	55.15 分	81.68 分	123.25 分
ADL区分2	27.83 分	50.04 分	74.46 分
ADL区分1	22.82 分	68.10 分	68.33 分

※有効回答 275 施設で集計

(5) 患者の個別性の高い処置・治療内容、計画内容を逸脱する事由

図表4-1-36は、訪問診療・往診、訪問看護にあたって、患者の個別性の高い処置・治療内容について尋ねた自由回答の結果を整理したものである。回答が得られた全508件のうち、患者の個別性の高い処置・治療内容として回答が多い分類は、「疼痛コントロール」、「呼吸管理（人工呼吸器の使用に伴う処置等）」、「褥瘡・皮膚潰瘍に対する処置」、「胃ろう・経管栄養管理」などである。

また、図表4-1-37は、訪問診療や訪問看護において計画内容を逸脱する事由について尋ねた自由回答の結果を整理したものである。回答が得られた全449件のうち、計画内容を逸脱する事由として回答が多い分類は、「患者の急性増悪、発熱等による緊急訪問」、「介護者の緊急入院、体調不良、死亡」、「看取り」、「装着機器等のトラブル発生時」、「点滴の実施」などである。

図表4-1-36 訪問診療・往診、訪問看護にあたって、患者の個別性の高い処置・治療内容（主な自由回答）

・疼痛コントロール：159件	
・呼吸管理（人工呼吸器の使用に伴う処置等）：84件	
・褥瘡・皮膚潰瘍に対する処置：77件	
・胃ろう・経管栄養管理：70件	
・在宅酸素療法：39件	
・膀胱留置カテーテル管理・交換、自己導尿：38件	38件
・ターミナル・ケア全般：32件	
・癌治療（抗癌剤投与等）：32件	
・点滴（抗生剤等）：32件	
・カニューレ・気管切開に係る管理・交換：23件	23件
・中心静脈栄養管理：21件	
・糖尿病管理：13件	
・注射（持続注射の交換、自己注射）：13件	13件
・脱水、拒食への対応：12件	
・容態の急変、急性増悪：12件	12件
・吸引：11件	
・認知症ケア：11件	
・バルーン管理・交換（尿道バルーンを除く）：10件	10件

図表 4-1-37 訪問診療、訪問看護の計画内容を逸脱する事由（主な自由回答）

- ・患者の急性増悪、発熱等による緊急訪問：304件
- ・介護者の緊急入院、体調不良、死亡：33件
- ・看取り：15件
- ・装着機器等のトラブル発生時：13件
- ・点滴の実施：12件
- ・褥瘡処置：10件
- ・転倒・骨折：10件
- ・ターミナルケア：9件
- ・患者の認知症の症状悪化：8件
- ・介護力の低下、家族の疲弊：7件
- ・感染症：6件
- ・患者の精神症状・興奮・暴力：4件
- ・家族都合による不要不急の要請：4件

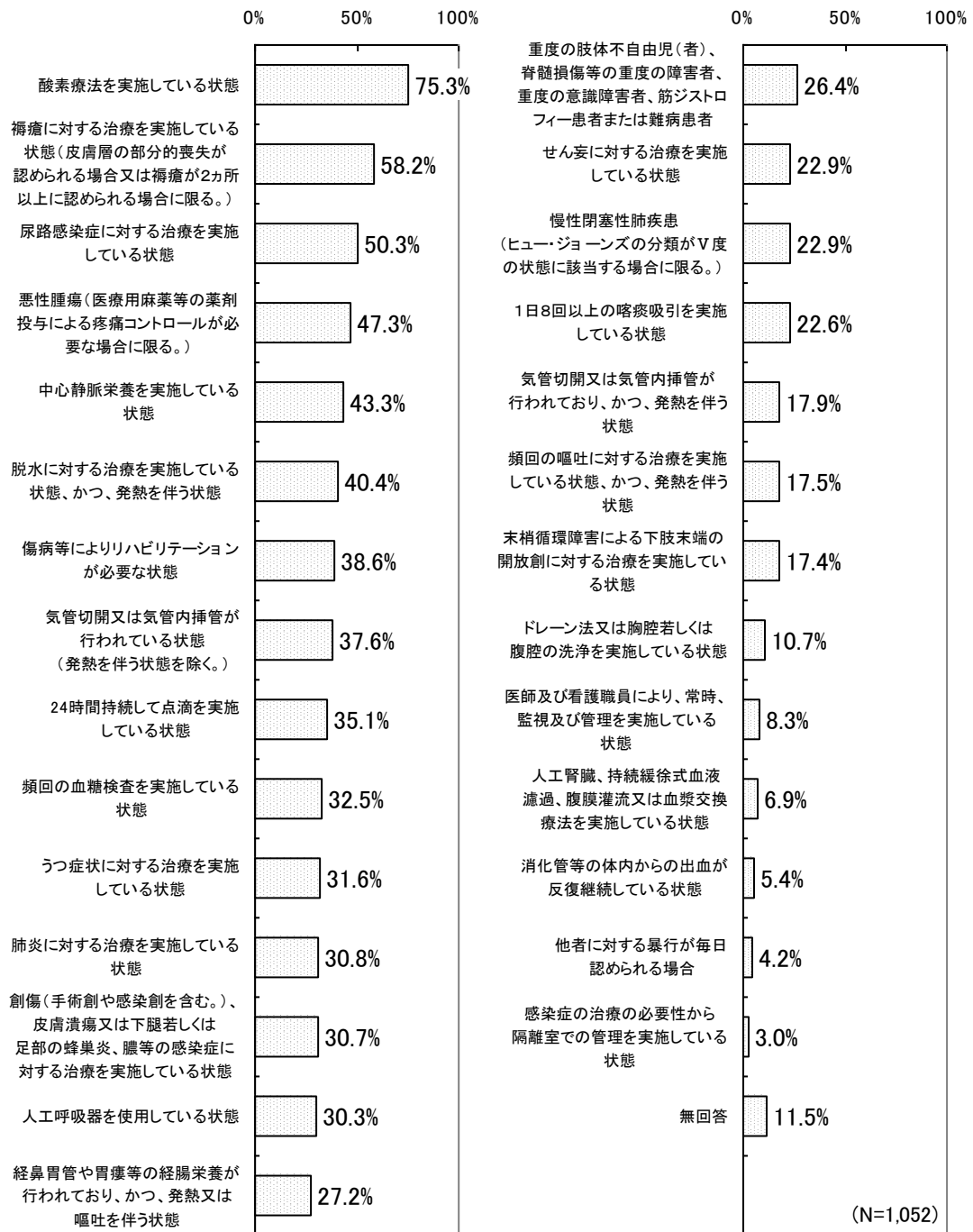
4) 医療・介護連携に係る意見

(1) 在宅、居住系サービスでの療養が可能な患者の状態像

図表4-1-38において、在宅、居住系サービスでの療養が可能な患者の状態像として半数以上の回答施設が挙げた項目は、「酸素療法を実施している状態」の75.3%、「褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2ヵ所以上に認められる場合に限る。）」の58.2%、「尿路感染症に対する治療を実施している状態」の50.3%、「悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）」47.3%である。

なお、これらの項目について療養病棟調査において「在宅、居住系サービスでの療養が困難な患者の状態像」を尋ねた回答結果（図表4-2-22、141頁）と比較すると、在宅、居住系サービスでの療養が困難であると回答した施設は、「酸素療法を実施している状態」が31.8%、「褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2ヵ所以上に認められる場合に限る。）」が38.2%、「尿路感染症に対する治療を実施している状態」が22.3%、「悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）」31.8%となっている。療養病棟調査においても、在宅、居住系サービスでの療養が困難であると回答した施設はいずれも2～4割程度と低くなっているものの、一部は判断が分かれているといえる。

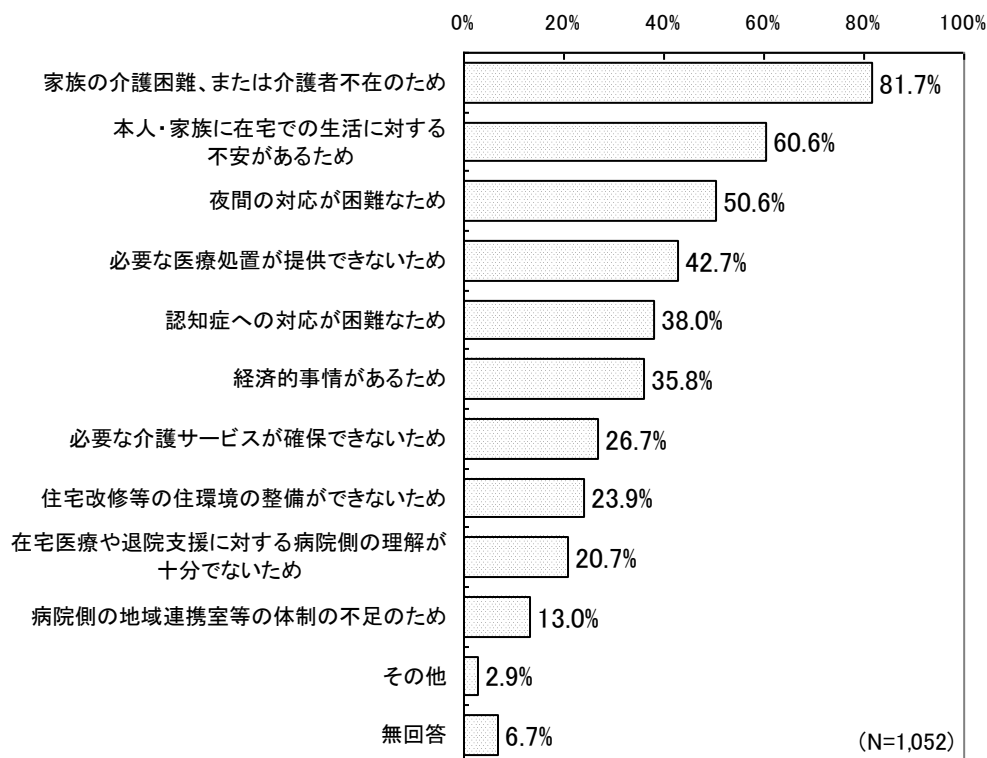
図表 4-1-38 在宅、居住系サービスでの療養が可能な患者の状態像 [複数回答]



(2) 在宅、居住系サービスでの療養が可能な患者が、病院や介護施設から在宅、居住系サービスへ移行することを阻害している理由

図表4-1-39は、在宅、居住系サービスでの療養が可能な患者が、病院や介護施設から在宅、居住系サービスへ移行することを阻害している理由についてみたものである。最も多い理由は、「家族の介護困難、または介護者不在のため」の81.7%であり、家族介護の体制を整えられないことが在宅移行への障害となっていることがわかる。次いで多いのが「本人・家族に在宅での生活に対する不安があるため」の60.6%、「夜間の対応が困難なため」の50.6%などであり、「必要な医療処置が提供できないため」は半数以下(42.7%)に止まっている。

図表4-1-39 在宅、居住系サービスでの療養が可能な患者が、病院や介護施設から在宅、居住系サービスへ移行することを阻害している理由〔複数回答〕



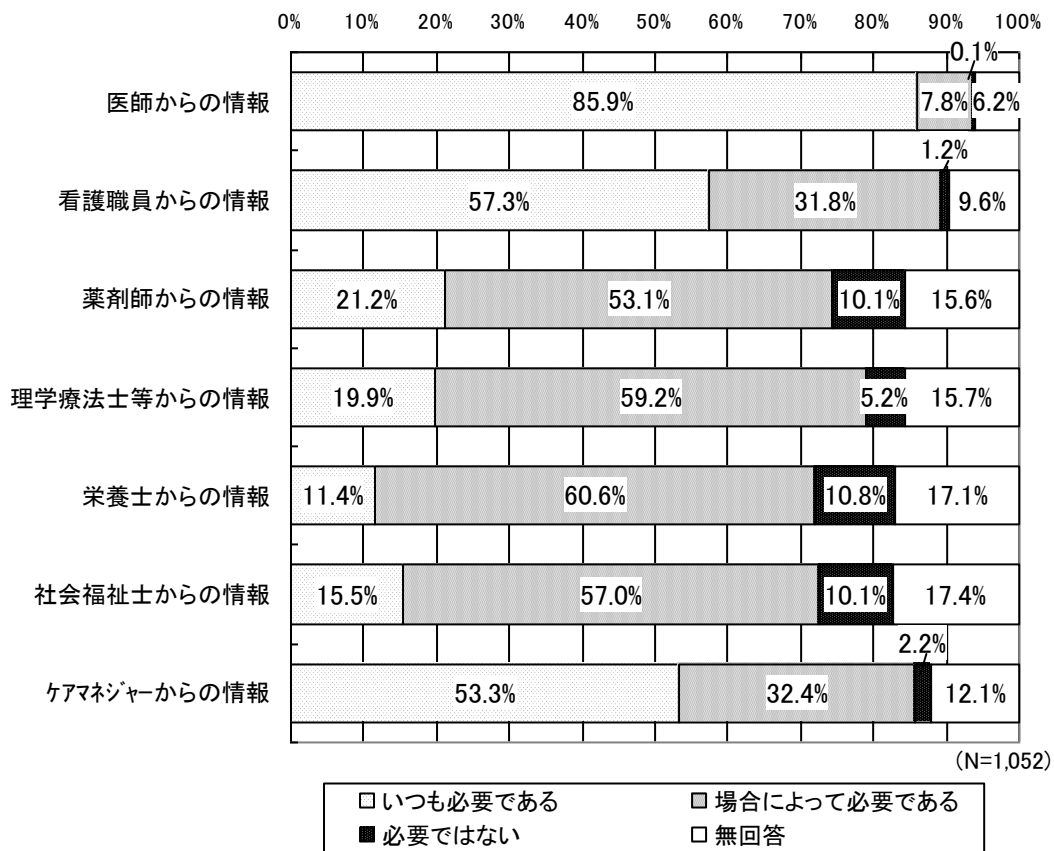
(3) 病院や介護施設から退院・退所時等に必要とする患者情報の提供状況

在宅患者や居住系サービス利用者が適切に在宅等での療養生活を送るうえで、病院や介護施設から退院・退所時等に提供を必要とする患者情報について、職種別の必要度とその提供状況についてみたものが図表4-1-40及び図表4-1-41である。

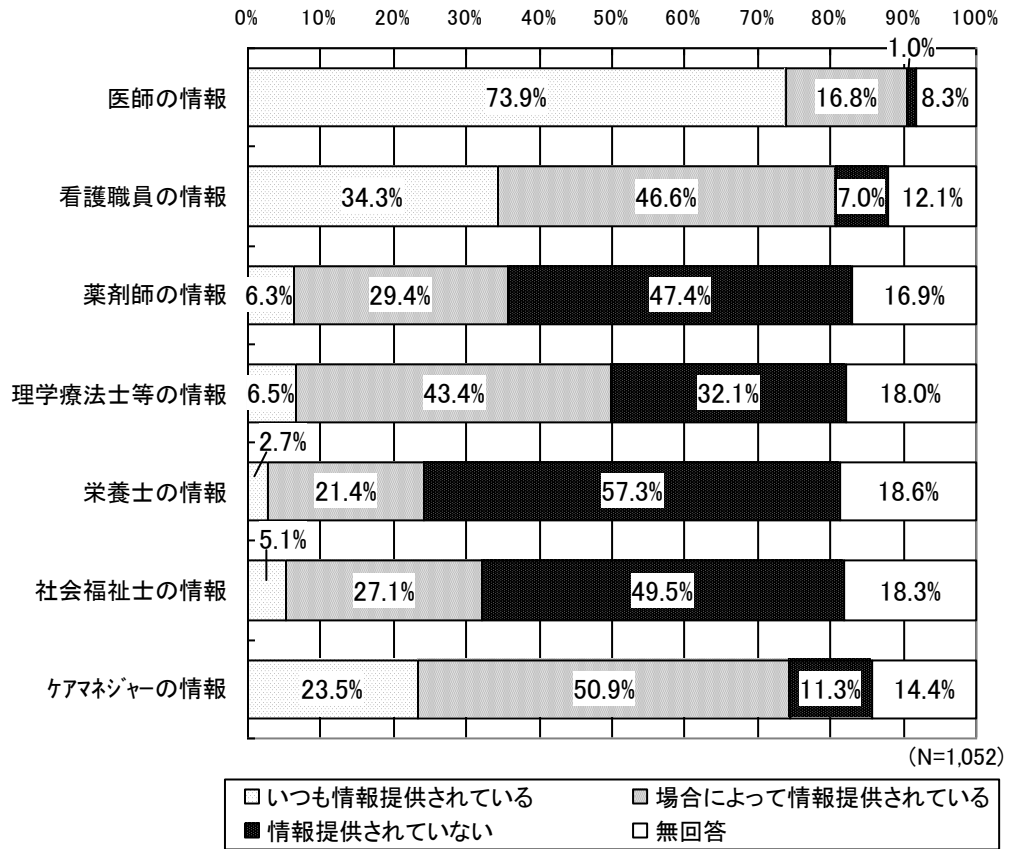
在宅療養支援診療所にとって患者情報の提供が「いつも必要である」と考える職種として、最も必要度が高いのは「医師」の85.9%であり、実際の提供状況としては73.9%が「いつも情報提供されている」状況にある。次いで情報提供が「いつも必要である」割合が高い職種は「看護職員」が57.3%、「ケアマネジャー」が53.3%であり、実際の提供状況として「いつも情報提供されている」割合は「看護職員」が34.3%、「ケアマネジャー」が23.5%に止まっている。ケアマネジャーや看護職員からは、実際の必要度に比べて患者情報の提供が十分には行われていない状況が伺える。

図表4-1-42では、在宅療養支援診療所が病院や介護施設と連絡・コミュニケーションを取る際の手段についてみたものである。いずれの職種も「電話」及び「FAX」が主要な連絡手段であることがわかる。また、「退院支援時のケア会議」及び「在宅等への移行後のケア会議」については、ケアマネジャーの回答割合がそれぞれ27.4%、24.8%と最も高い割合である。

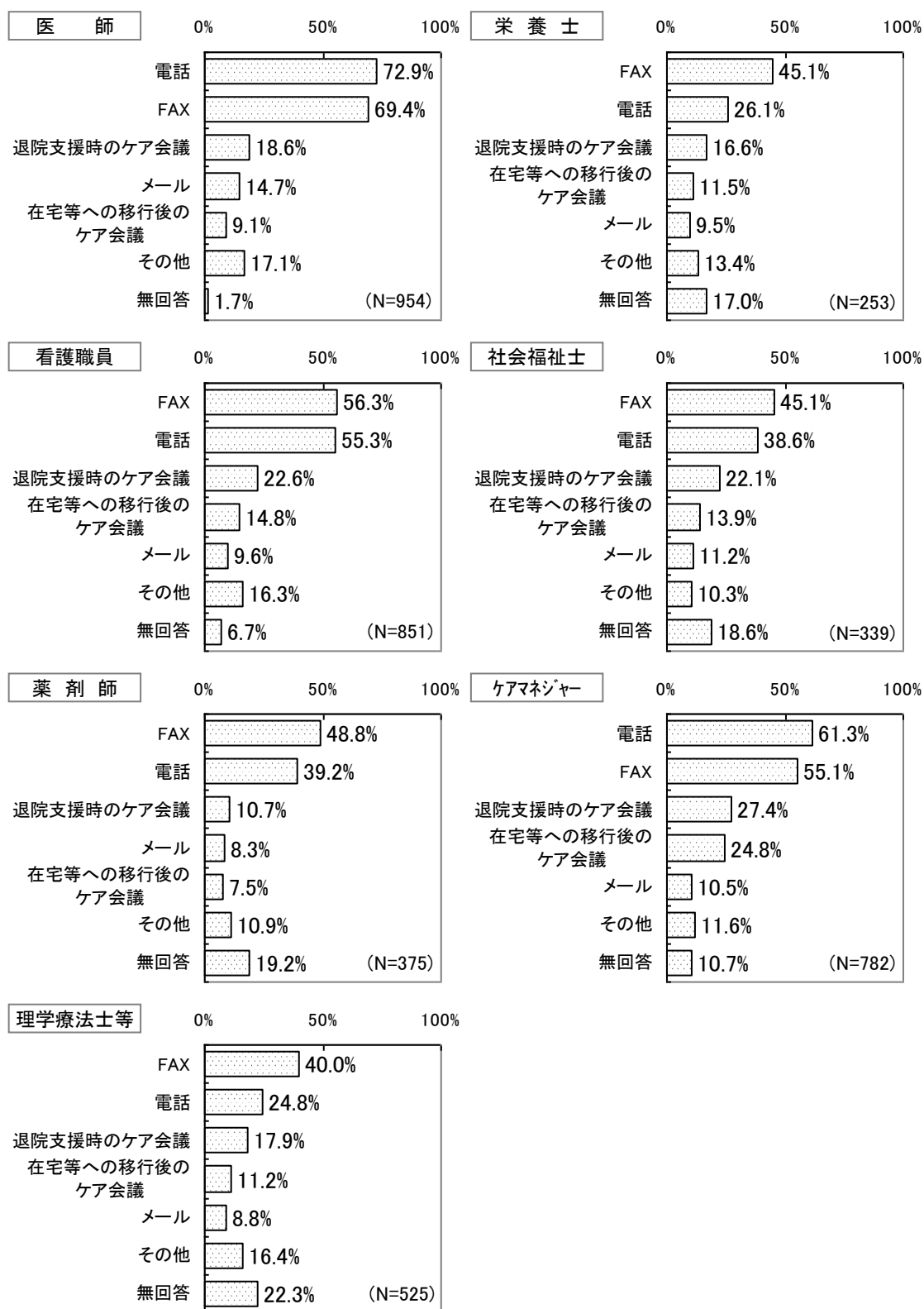
図表4-1-40 病院や介護施設から提供を必要とする職種別の患者情報の必要度



図表4-1-41 病院や介護施設からの職種別の患者情報の提供状況



図表4-1-42 病院や介護施設との職種別の連絡・コミュニケーションの手段〔複数回答〕



※病院や介護施設からの患者情報の提供について、職種別の情報が「いつも提供されている」、「場合によって情報提供されている」と回答のあった施設ごとに集計

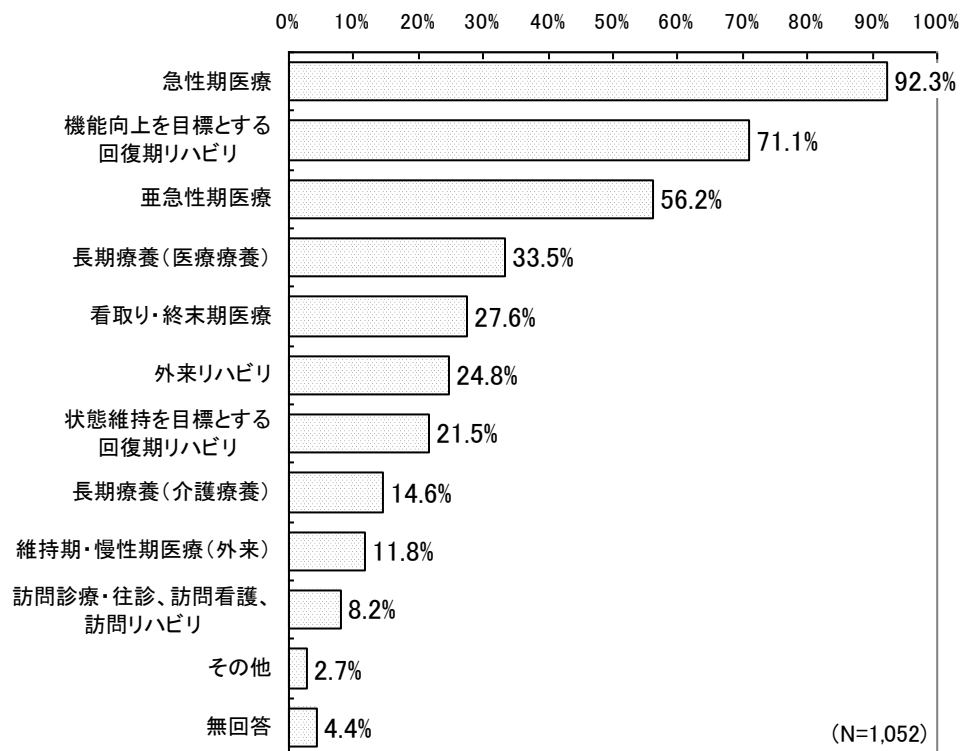
(4) 病院と診療所の役割分担のうえで、病院が担うべき医療機能

図表4-1-43は、病院と診療所の役割分担のうえで、病院が担うべき医療機能について尋ねた回答結果をみたものである。最も多いのが「急性期医療」の92.3%であり、次いで多いのが「機能向上を目標とする回復期リハビリ」の71.1%、「亜急性期医療」の56.2%と続いている。長期療養については、「長期療養（医療療養）」が33.5%、「長期療養（介護療養）」が14.6%に留まっている。

同様に図表4-1-44は、病院が担うべき医療機能について有床診療所・無床診療所別にみたものである。有床診療所・無床診療所とも、回答結果の順位に変動はないが、「亜急性期医療」、「長期療養（医療療養）」、「外来リハビリ」については、有床診療所の回答割合が無床診療所と比べて5ポイント以上低くなっている。これは、診療所においてカバーできると考える医療機能について、有床診療所と無床診療所の間での認識の違いが表れている可能性がある。

図表4-1-45では、診療所から病院に対して主に期待する役割についての自由回答（437件）に関して、主な回答を整理した。このなかでは、「患者の速やかな受入れ」を求める意見（226件）が多く、特に「急性増悪時の対応」に期待する回答（115件）が多数寄せられ、現時点では患者の急性増悪時の受け皿が不足していることが示唆される。

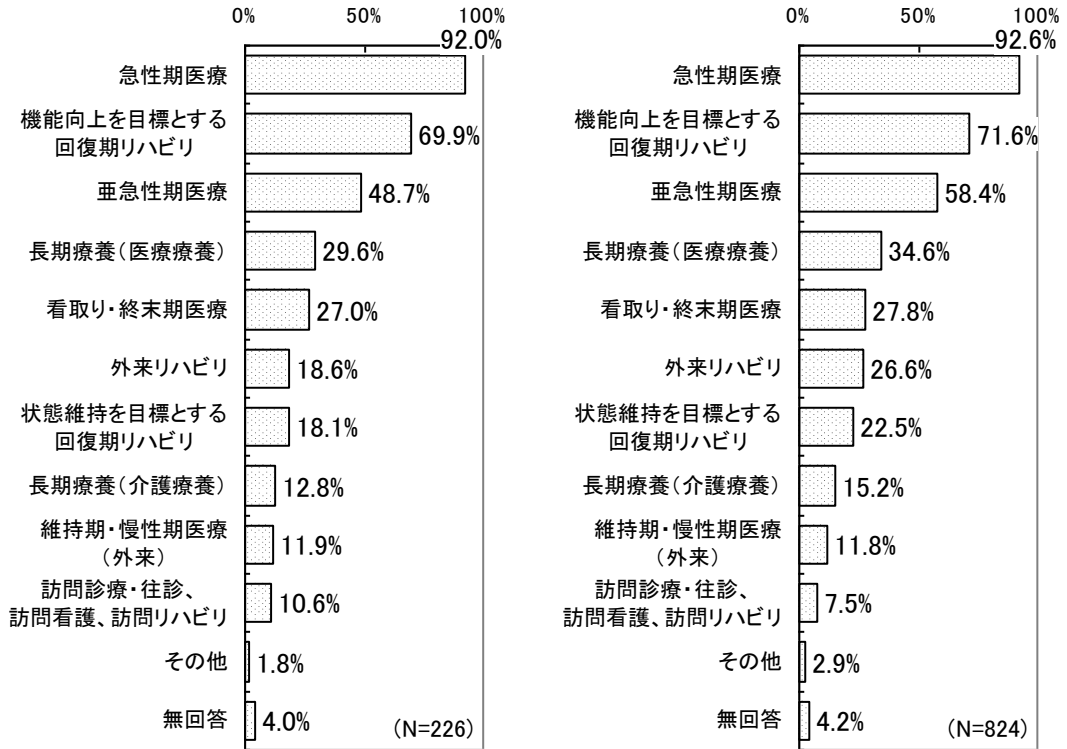
図表4-1-43 病院と診療所の役割分担のうえで、病院が担うべき医療機能〔複数回答〕



図表4-1-44 有床診療所・無床診療所別にみた
病院と診療所の役割分担のうえで、病院が担うべき医療機能【複数回答】

【有床診療所】

【無床診療所】



図表 4-1-45 診療所から病院に対して主に期待する役割について【主な自由回答】

患者の速やかな受け入れ：226件（うち、急性増悪時の対応への期待は115件）

- ・在宅医療中の急性増悪等に際して、専門的治療、入院治療を要する場合には、速やかに受け入れる事を期待する。
- ・後方支援として急性期(急変期)のスムーズな受け入れを希望する。
- ・入院を必要とする時に待たずに入院できること。
- ・入院ベッドの確保。
- ・入院診断治療。
- ・リハビリの継続、定期的な入院検査、増悪時の受け入れ。
- ・ショートステイのような医療依存度の高い方のレスパイト入院の理解。
- ・医療依存度の高い患者を医療レスパイトとして受け入れる仕組みを作って欲しい。家族を休ませることで在宅療養を長く続けられる。
- ・急性期病院では適切な診断と治療、外来での輸血等、必要な治療。療養型病院では、社会的入院の受け入れならびに在宅に戻す努力(これは診療所も一緒に協力して)を期待する。
- ・急性期に、認知症を理由に拒否しない事。
- ・在宅で対応困難なもの全て。 など

図表 4-1-45 診療所から病院に対して主に期待する役割について[主な自由回答](つづき)

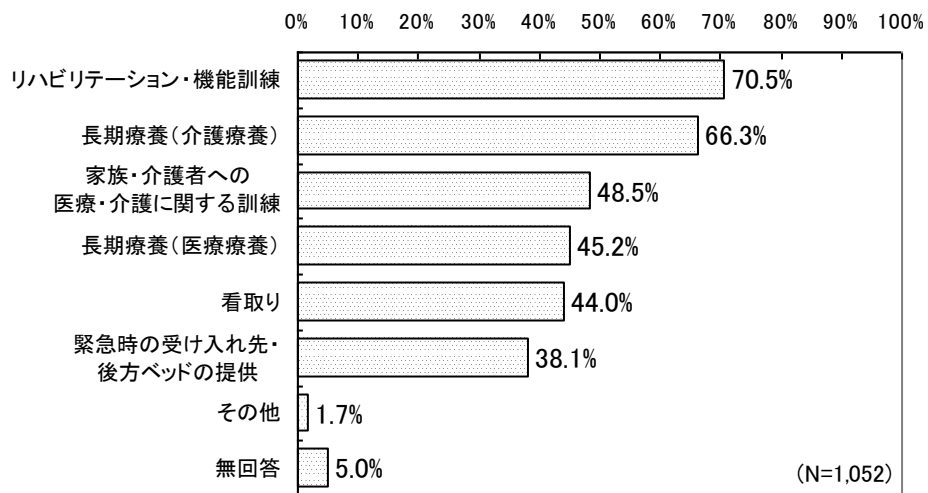
<p>早期退院させずに、状態が安定したらすぐの退院：36件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の容態が落ちついたら、退院としてほしい。 ・連携パス等の充実を積極的に活用し、患者・家族受け入れ側に対する配慮が望まれる。 ・急性期から病状が安定するまで、安定したらかかりつけに戻す。 ・急性期病院のため、退院が早く、在宅での受け入れが困難である。 ・在宅移行を早期に「できるだけ安定した状態で在宅療養を送れる時期に退院させて欲しい」。 ・在宅診療を早期退院のために使わないでいただきたい。 ・在宅での生活及び管理が十分可能と判断された時点での移行を希望。 ・治療目的で入院するが、ある程度、軽快したら早めに自宅へ帰してほしい。入院が長くなると、自宅では困難となり、入所するケースが多い。 ・在宅を含む地域医療を円滑に存続させるのは、地域の核となる急性期病院の本来の機能維持が必要です。夜間、救急への対応、在宅医療に対する理解、認識を高めていただくことも肝要。また、開業医も何でもかんでも病院へ患者を押しつけるのではなく、退院時はすみやかに訪問診療を引き受けないと、病院機能は半減してしまうだろう。 など
<p>患者（家族も含む）への説明：23件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者及び家族への地域の在宅医療についての詳しい情報提供。 ・退院後、在宅での療養、生活を視野に入れた治療内容の工夫、診療所への引継ぎ(情報、家族への説明を含む)。 ・在宅療養に移行する際に本人のみならず家人(介護者)に対する納得ゆくまでの説明。「追い出されて来た」という印象を持たせないため。 ・在宅では病院ほど十分な体制がとれないことを説得してほしい。 ・入院期間の短縮で早期退院、在宅医療への移行が重視されているが、家族への病状説明や退院指導が不十分なことが多くトラブルが起こることが度々ある。 など

(5) 老人保健施設が今後目指すべき役割

図表4-1-46は、老人保健施設が今後目指すべき役割について尋ねた回答結果をみたものである。

最も多いのが「リハビリテーション・機能訓練」の70.5%で、次いで「長期療養（介護療養）」が66.3%で続いている。その他、「長期療養（医療療養）」は45.2%、「看取り」は44.0%と、いずれも5割には満たない回答となっており、老人保健施設がこれらの機能を担うべきかについて回答施設の中で意見が分かれている。

図表4-1-46 老人保健施設が今後目指すべき役割 [複数回答]



(6) 病院の医療療養病床の必要性

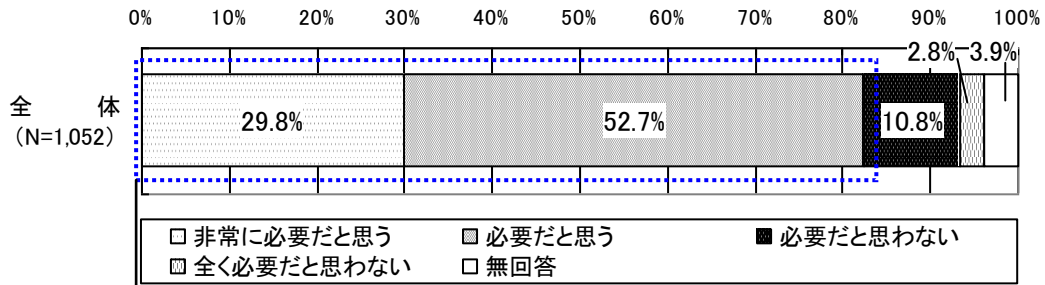
在宅療養支援診療所からみた病院の医療療養病床の必要性についての回答結果をみたものが図表4-1-47である。「非常に必要だと思う」が29.8%、「必要だと思う」が52.7%であり、これらを合わせると82.5%が必要と判断している。

また、図表4-1-48は、病院の医療療養病床が「非常に必要だと思う」又は「必要だと思う」と回答した施設に対してその理由を尋ねた回答結果を整理したものである。最も多いのが「地域で在宅・居住系サービスでの療養が困難な患者がいるため」の85.4%で、次いで多いのが「地域で介護保険施設（介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）での療養が困難な患者がいるため」の68.8%である。いずれも、医療療養病床の患者状態像に照らして、移行先では必要な医療・介護サービスを十分に受けることができないと判断しているものといえる。一方で、「在宅・居住系サービスへの移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため」31.2%、「介護保険施設（介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）への移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため」29.0%、「地域で看取りの提供体制が限られており、医療療養病床がその機能を担っているため」27.0%など、受け入れ先や看取りの体制整備により、在宅や施設への移行が可能な患者がいることも伺える。病院の医療療養病床からの受け入れ体制や看取りの体制の整備が急務の課題といえる。

図表4-1-49では、病院の医療療養病床から在宅・居住系サービスへの移行に必要な医療・介護サービスについての自由回答（271件）に関して、主な回答を整理した。このなかでは、「24時間対応体制の整った訪問看護ステーションの増加」を求める意見（78件）が多くみられた。

また、図表4-1-50では、病院の医療療養病床を必要だと思わない理由についての自由回答（85件）に関して、主な回答を整理した。このなかでは、「訪問診療・往診で十分に対応可能である」との理由を挙げる意見（30件）、「介護施設で十分に対応可能である」との理由を挙げる意見（18件）がみられた。

図表4-1-47 病院の医療療養病床の必要性



図表4-1-48 病院の医療療養病床が必要だと思う理由 [複数回答]

	件数	割合
地域で在宅・居住系サービスでの療養が困難な患者がいるため	741件	85.4%
地域で介護保険施設(介護老人保健施設、特別養護老人ホーム)での療養が困難な患者がいるため	597件	68.8%
地域で緊急時の受け入れ先・後方ベッドの提供体制が限られており、医療療養病床がその機能を担っているため	314件	36.2%
在宅・居住系サービスへの移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため	271件	31.2%
介護保険施設(介護老人保健施設、特別養護老人ホーム)への移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため	252件	29.0%
地域で看取りの提供体制が限られており、医療療養病床がその機能を担っているため	234件	27.0%
地域でリハビリテーションの提供体制が限られており、医療療養病床がその機能を担っているため	200件	23.0%
その他	12件	1.4%
無回答	14件	1.6%
合計	868件	100.0%

図表 4-1-49 病院の医療療養病床から在宅・居住系サービスへの移行に必要な医療・介護サービスについて [主な自由回答]

	<p>24時間対応体制の整った訪問看護ステーションの増加：78件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間の対応体制の整った訪問看護ステーションの増加があれば、患者からの頻回な症状の訴えや往診の必要性のない患者への対応ができる。 ・在宅療養支援診療所の増加、24時間対応体制の整った訪問介護ステーションの増加。 ・24時間対応の訪問看護ステーションの増加、特養、老健、有料老人ホームの増加、サービス付高齢者住宅の増加(料金体系のバリエーションも含めて)。 ・訪問看護ステーションの充実(24時間体制)。医療機関のネットワーク化による24時間体制(自分達で工夫をさせず、コーディネートする機構が必要)。 ・24時間対応の在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションの増加はもとより、特養への入居待ちの緩和が必要。 ・緊急時にもすぐ対応可能な在宅療養診療所及び訪問看護ステーションの増加。 など
	<p>在宅療養支援診療所の増加：53件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養支援診療所の増加、24時間対応体制の整った訪問介護ステーションの増加。 ・在宅療養支援診療所の増加、終末期に対応出来る24時間体制の診療所。これらの診療所の小さな地域でのネットワークの構築(但し、診療報酬の主な請求はどこかなど問題有)。 ・在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションの整備、家庭での体制、1.5以上の人的体制。 ・在宅療養支援診療所の増加、往診する医師が少なすぎる。 ・在宅診療の充実・対応。 ・在宅療養支援診療所の増加と相互の連携。一般の診療所が連携して対応する。 など
	<p>介護保険施設の増加：47件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療養施設を増やすしかない。 ・施設が不足して入所待ち患者が多い。 ・特養を増やしてから他のサービスを増やすべき。 ・特養、老人保健施設は順番待ちでなかなか入れない。 ・介護施設の絶対的不足と介護施設自体が必要な患者は排除し(手がかかるから)不必要な患者を入所させて(手がかからないから)数合わせをして、機能的に回転していない。 など

図表 4-1-50 病院の医療療養病床を必要だと思わない理由について【主な自由回答】

<p>訪問診療・往診で十分に対応可能である：30件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅支援診療所や訪問看護ステーションを拡充する事により在宅での療養は可能であると思う。自宅が病室という事で患者本人や家族も気分が楽な面も出てくると思う。もちろん家庭の事情によっては介護力に差があって在宅療養が出来ない場合もあるとは思いますが…。 ・安定するまでの中間施設がしっかりしていれば、こまめに入所、退所、入退院しながらでよいと思う。長期置きっぱなしの入院も単なる寝かせきりの在宅もよくないと思う。 ・訪問診療、訪問看護で十分対応出来る例が多い。但し、2週間限度の特別点滴指示など問題を解決すべきことも多い。 など
<p>介護施設で十分に対応可能である：18件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・老人施設の療養機能を拡大、充実すべきである。 ・介護は、老人ホームでもかなりのカバーが出来ると思いますが、法律の規制が多すぎる。看護師にしか出来ない事が多すぎるので、それが一番問題である。しかし、何でも介護士にさせて良いのかという事もあり、一番悩む事ではないかと思う。家族との話し合いの中で、何とかならないものかと思う。 ・長期の療養は施設で十分。施設で対応できるレベルの治療以上の治療が必要となった場合に、急性期病院へ搬送すべき。 ・介護で対応できるものが多く、治療が必要な時に連携をとれば良い。 など
<p>高度医療、急性期・亜急性期に専念すべき：14件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本来の役割を果たしていない。病院は急性期・亜急性期対応として、その他は介護施設の機能と強化し、現在の開放病棟のような役割を担ってもらうべき。 ・病院は本来急性期の患者に対応するものであると考えるので、一般病棟があればよく、療養型は安定している場合、施設で良いと考えます。 ・病院は急性期医療に専念する。後方支援として、有床診療所を有効に活用する。急性期医療後の受皿が現在ほとんど不足。 など

(7) 病院の介護療養病床の必要性

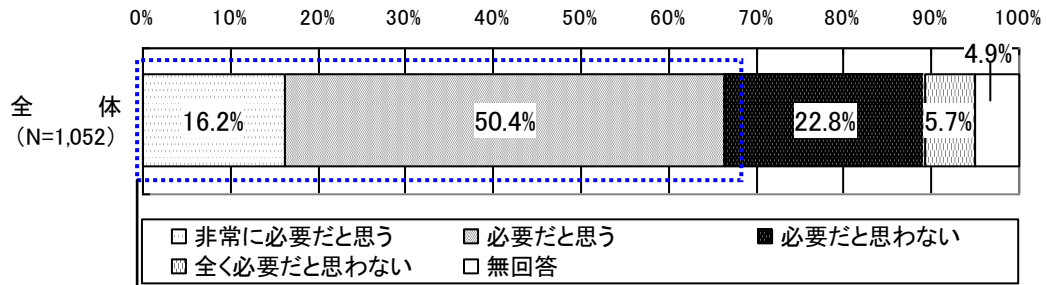
在宅療養支援診療所からみた病院の介護療養病床の必要性についての回答結果をみたものが図表4-1-51である。「非常に必要だと思う」が16.2%、「必要だと思う」が50.4%であり、これらを合わせると66.6%が必要と判断している。

また、図表4-1-52は、病院の介護療養病床が「非常に必要だと思う」又は「必要だと思う」と回答した施設に対してその理由を尋ねた回答結果を整理したものである。最も多いのが「地域で在宅・居住系サービスでの療養が困難な患者がいるため」の82.3%で、次いで多いのが「地域で介護保険施設（介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）での療養が困難な患者がいるため」の67.4%であり、医療療養病床の設問と同様の結果となっている。一方で、「介護保険施設（介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）への移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため」26.1%、「在宅・居住系サービスへの移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため」25.6%、「地域で看取りの提供体制が限られており、介護療養病床がその機能を担っているため」23.6%など、受け入れ先や看取りの体制整備により、在宅や施設への移行が可能な患者がいることも伺える。病院の介護療養病床からの受け入れ体制や看取りの体制の整備が急務の課題といえる。

図表4-1-53では、病院の介護療養病床から在宅・居住系サービスへの移行に必要な医療・介護サービスについての自由回答（160件）に関して、主な回答を整理した。このなかで、介護療養病床においても「24時間対応体制の整った訪問看護ステーションの増加」を求める意見（49件）が多くみられた。

また、図表4-1-54では、病院の介護療養病床を必要だと思わない理由についての自由回答（237件）に関して、主な回答を整理した。このなかでは、「介護施設で十分に対応可能である」との理由を挙げる意見（64件）、「訪問診療・往診で十分に対応可能である」との理由を挙げる意見（58件）がみられた。

図表4-1-51 病院の介護療養病床の必要性



図表4-1-52 病院の介護療養病床が必要だと思う理由 [複数回答]

	件数	割合
地域で在宅・居住系サービスでの療養が困難な患者がいるため	576件	82.3%
地域で介護保険施設(介護老人保健施設、特別養護老人ホーム)での療養が困難な患者がいるため	472件	67.4%
地域で緊急時の受け入れ先・後方ベッドの提供体制が限られており、介護療養病床がその機能を担っているため	192件	27.4%
介護保険施設(介護老人保健施設、特別養護老人ホーム)への移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため	183件	26.1%
在宅・居住系サービスへの移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため	179件	25.6%
地域で看取りの提供体制が限られており、介護療養病床がその機能を担っているため	165件	23.6%
地域でリハビリテーションの提供体制が限られており、介護療養病床がその機能を担っているため	153件	21.9%
その他	12件	1.7%
無回答	16件	2.3%
合計	700件	100.0%

図表 4-1-53 病院の介護療養病床から在宅・居住系サービスへの移行に必要な医療・介護サービスについて [主な自由回答]

<p>24 時間対応体制の整った訪問看護ステーションの増加：49 件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 24 時間対応体制の整った訪問看護ステーションの増加、24 時間巡回型訪問介護の整備。 ・ 訪問看護師の人数を増してほしい。働きやすい環境が必要。 ・ 24 時間体制の訪問看護ステーションの増加、及びそのスタッフの充実。 ・ 24 時間対応の在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションの増加、増設と低入居金の老人保健施設で対応できると思うが現状では無理。 ・ 訪問看護ステーションも24 時間対応となると人手が集まらず、現実には実働していない、回っていない状態のように思われる。コストの問題である。高コストをかけて訪問するより、施設に収容した方が安上がりではないか。 など
<p>介護保険施設の増加、増床：19 件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護施設の増設。ホームヘルパーのたん吸引や胃ろう管理を可能にする施策。 ・ 介護保険施設が少ないために空がない。介護施設の増床。 ・ 特養の整備・高専賃の整備→ケア付き高齢者住宅等に見られる一部有料化を認める施策・高優賃の整備(家賃補助)。 ・ 老健施設や特養ホームの整備増加が必要。短期入所事業所の増加。介護保険施設の増加。訪問介護事業所の増加。 など

図表 4-1-54 病院の介護療養病床を必要だと思わない理由について [主な自由回答]

<p>介護施設で十分に対応可能である：64 件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護施設の拡充で対応、それなりの予算が必要。 ・ 介護療養型病床としては、病院が持つ必要性はあまりないものとする。但し現状では、介護施設の不足により病院の療養病床をなくすのは非常に困難と考える。また、医療区分の高い人にとっては、ある程度は必要と考える。さらに料金面を考えると、診療所の療養病床でまかなえるものであれば十分と考える。(但し、現状では、全体的な施設が少ないために、療養者全員を収容できるものがない。) ・ 病院は急性期医療に専念してもらいたい。介護療養施設を増やせばよい。 ・ 介護療養は原則として介護施設・在宅で行うべきと考える。 ・ 必要があれば介護病床を別施設で認可すれば良い。 ・ 介護は介護施設で、そこに簡単な処置、医療ができるよう、医療機関が併設のスタイルがよいと思うが、医療機関の空ベッド稼動のために利用される心配は残る。 ・ 病院とは別組織で介護療養の施設を利用者のレベルに合わせて創設すべき。病院の中に作ると一般の人々は区別がつかなくなり、一般病棟への入院を拒否した時トラブルになりやすい。 など

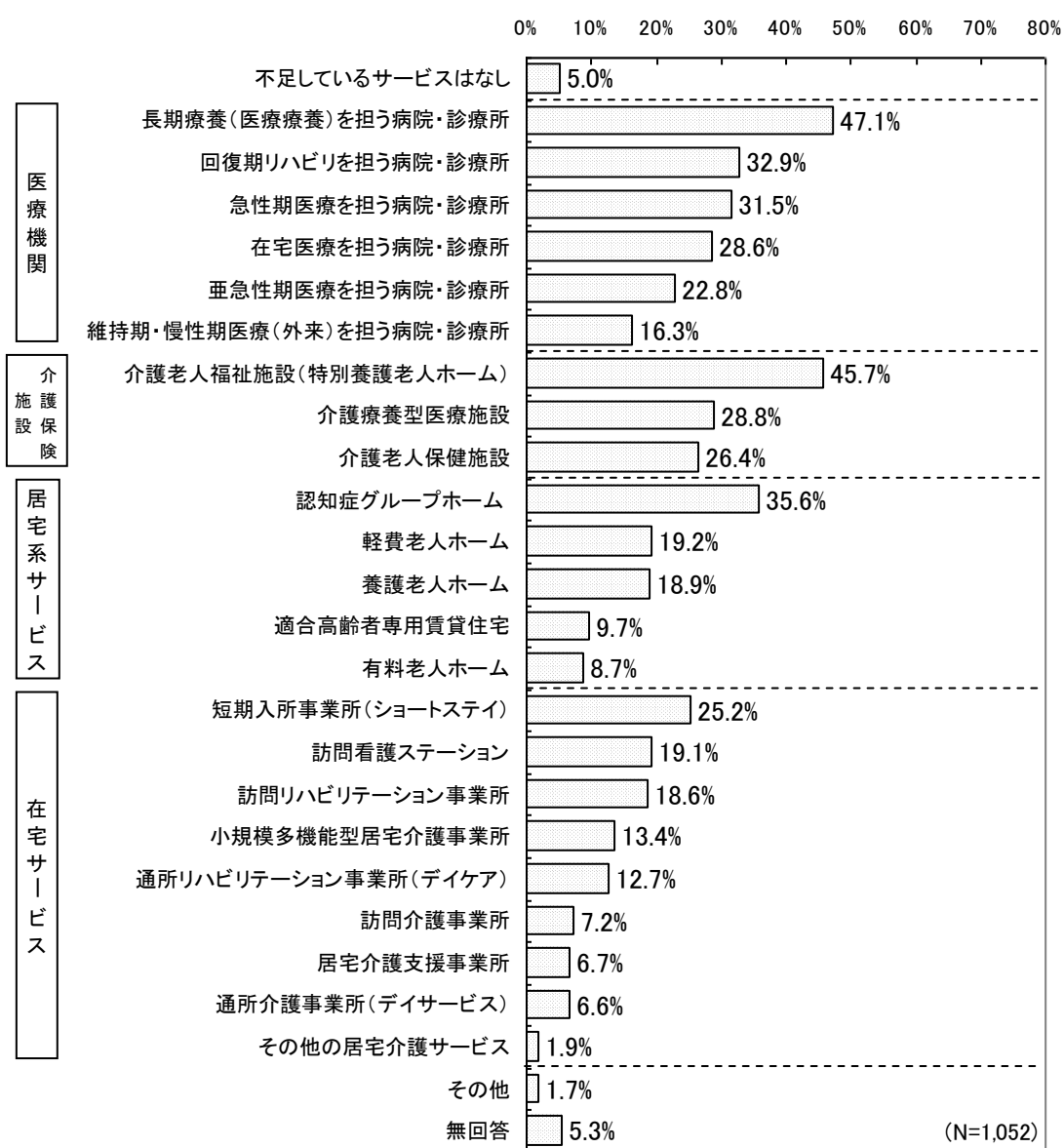
図表 4-1-54 病院の介護療養病床を必要だと思わない理由について [主な自由回答] (つづき)

<p>介護施設で十分に対応可能である：64件 (つづき)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・宿泊できる介護サービスを増やせば良い。地域密着型が機能していない。 ・病院としてやるべきではない。介護保険の施設を充実させるべきである。 ・介護療養型医療施設から老健施設に転換を促進させれば受け入れ可能である。 ・特別養護老人ホームで十分対応できる。 など
<p>訪問診療・往診で十分に対応可能である：58件</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療・往診、訪問看護等で十分。 ・訪問診療(計画的)往診、訪問看護(計画的)等、24時間体制の医療機関が届出制であり、十分に対応が可能だと思う。 ・在宅型介護施設と訪問診療、看護でほぼカバーできると思われる。 ・サービス付高齢者住宅の訪問診療の増加、特養、老健、有料老人ホームの増設等で対応すべき。 ・訪問診療、往診にて、対応可能だと思われるが、施設の受け入れが現状満床であり、入所待ちの患者による在宅患者が増加している問題もある。 ・自宅での生活が一番良いと思われる。訪問診療、往診、訪問看護等で十分に対応できる体制である。 など
<p>医療の必要な患者を診るべき、医療に主眼を置くべき：35件</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費が無駄に使われる。真に医療の必要な人が入れなくなる。医療にて回復可能または回復が望まれる人、必要性のある人のみを対象にすれば良い。看取り(末期)は在宅で良い。このような状態の人にかかる病院で医療費と在宅での医療費とを比べるといかに差があるか。不必要な医療費はかけるべきでない。 ・病院は治療に専念すべき所である。病院に(介護療養病床が)ある必然性はない。 ・「病院」の有する機能を明確にすべきだと思います。介護と医療は切り離すべきだと考えます。「病院」は徹底した治療を目指すところであり、看取る目的を持つところではないと考えます。 ・医療処置のある患者でなければ、地域連携システムが充実すれば病院はもっと他の役割があると思われる。 など

(8) 現在、地域で不足している医療・介護サービス

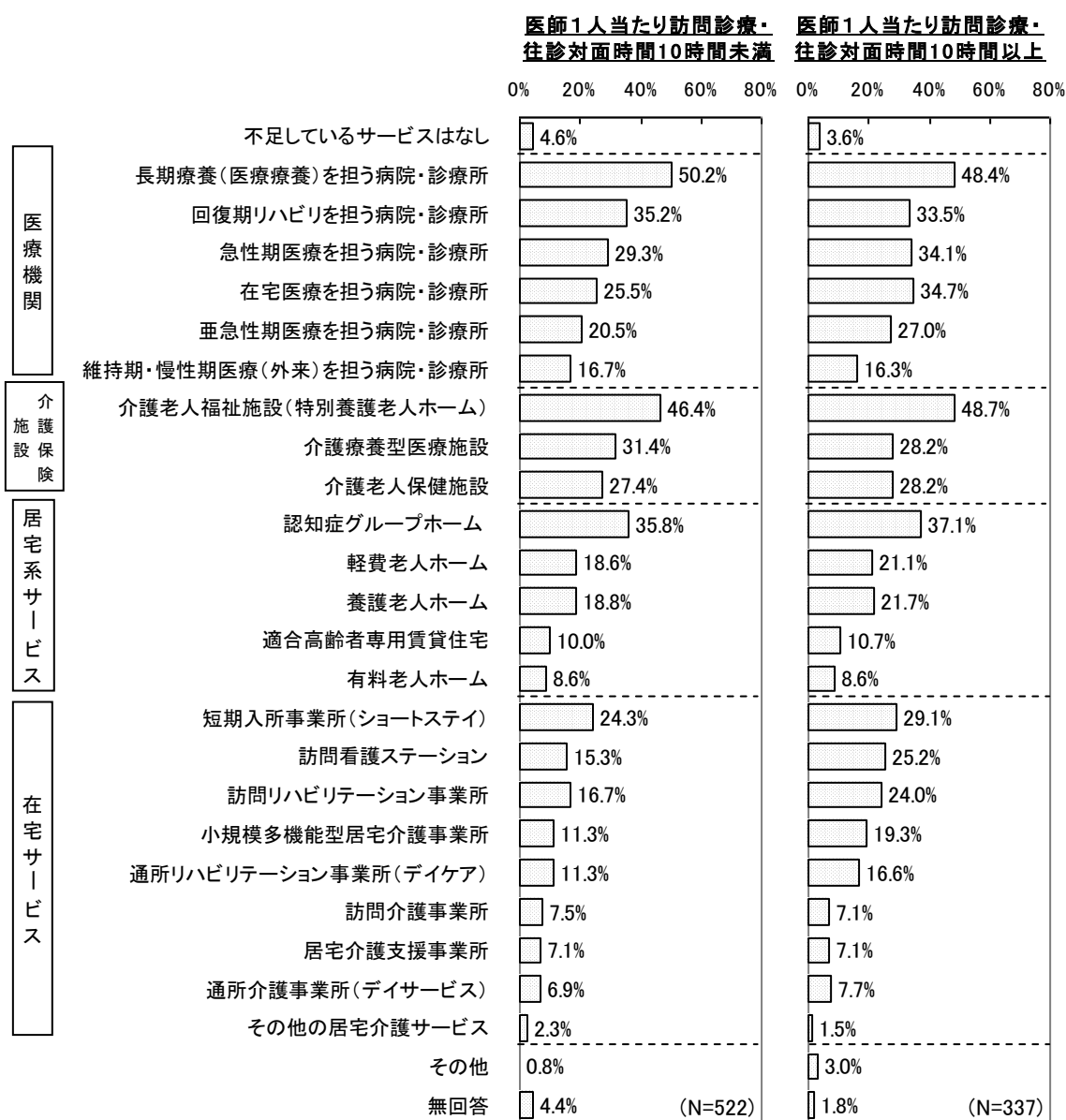
図表4-1-55では、現在、地域で不足している医療・介護サービスについてみたものであり、最も多いのが「長期療養（医療療養）を担う病院・診療所」の47.1%、次いで多いのが「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」の45.7%、「認知症グループホーム」の35.6%などである。在宅サービスの中では「短期入所事業所（ショートステイ）」の25.2%が比較的高い割合である。

図表4-1-55 現在、地域で不足している医療・介護サービス [複数回答]

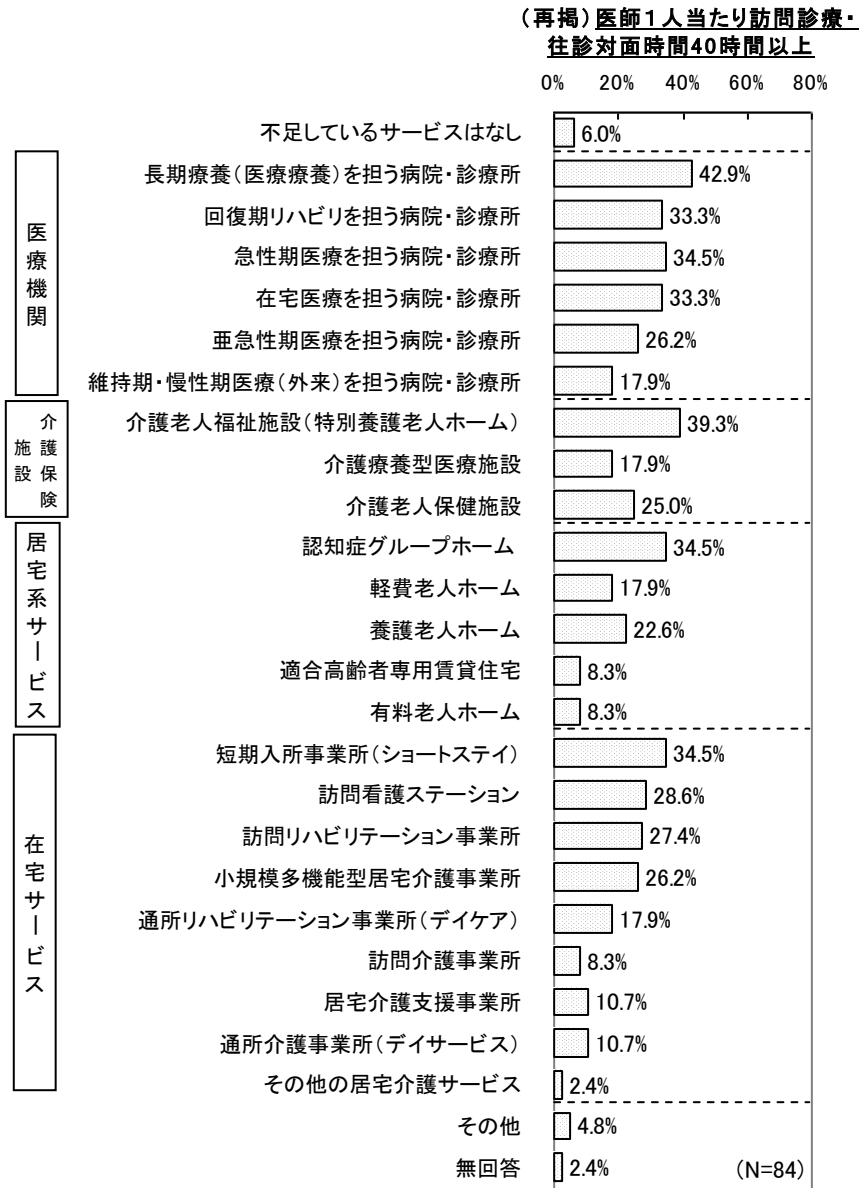


図表4-1-56では、回答施設の医師1人あたり訪問診療・往診対面時間別に、現在、地域で不足している医療・介護サービスの回答状況を比較したものである。医師1人あたり訪問診療・往診対面時間が長い施設の方が、「長期療養（医療療養）を担う病院・診療所」や「回復期リハビリを担う病院・診療所」、「介護療養型医療施設」が不足していると回答する割合が減少する一方、「急性期医療を担う病院・診療所」や「在宅医療を担う病院・診療所」、「亜急性期医療を担う病院・診療所」、居住系サービス全般、在宅医療サービス全般が不足していると回答する割合が増加する傾向にある。

図表4-1-56 医師1人あたり訪問診療・往診対面時間別の現在、地域で不足している医療・介護サービスの回答状況〔複数回答〕



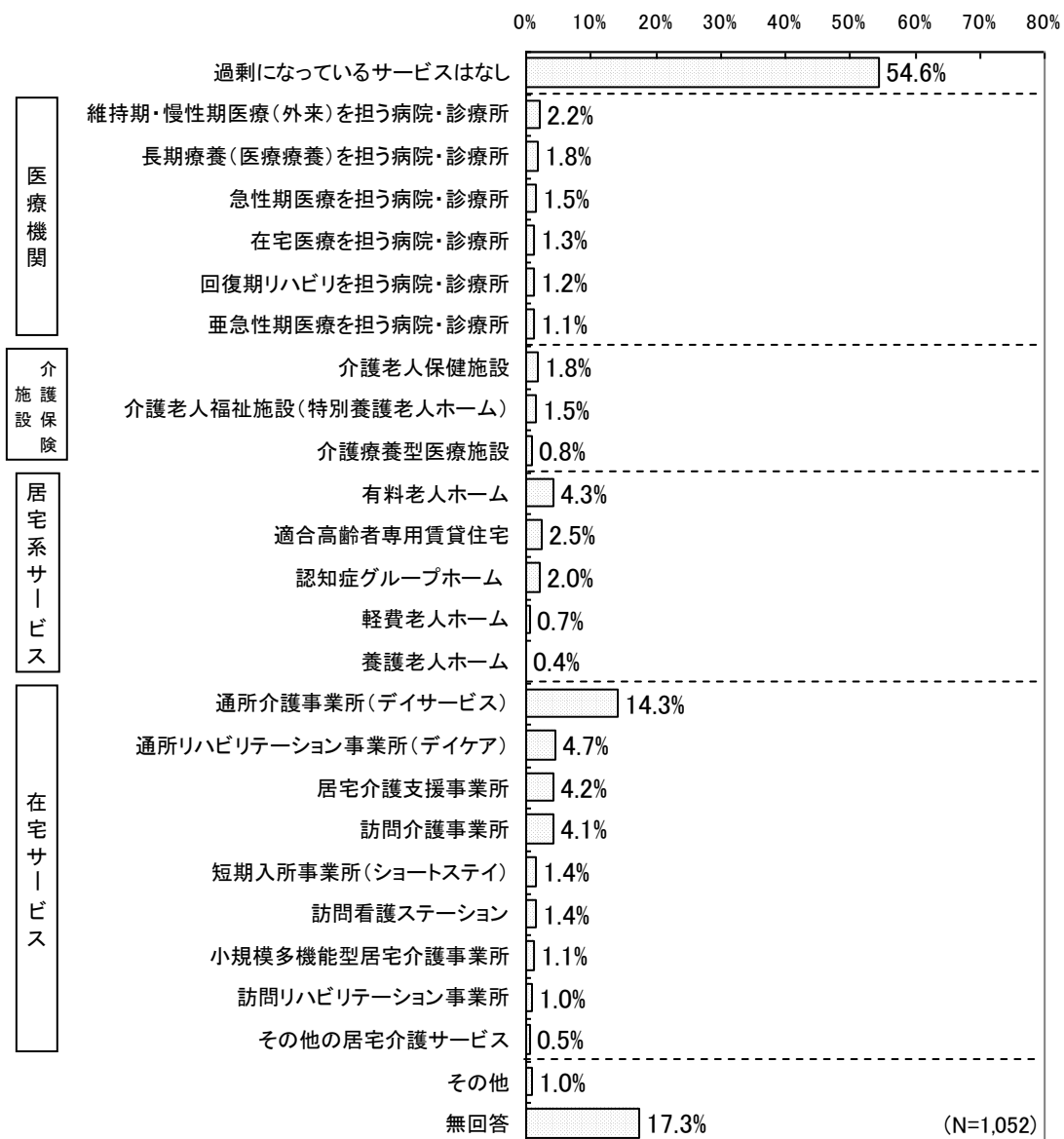
図表4-1-56 医師1人あたり訪問診療・往診対面時間別の現在、地域で不足している医療・介護サービスの回答状況〔複数回答〕(つづき)



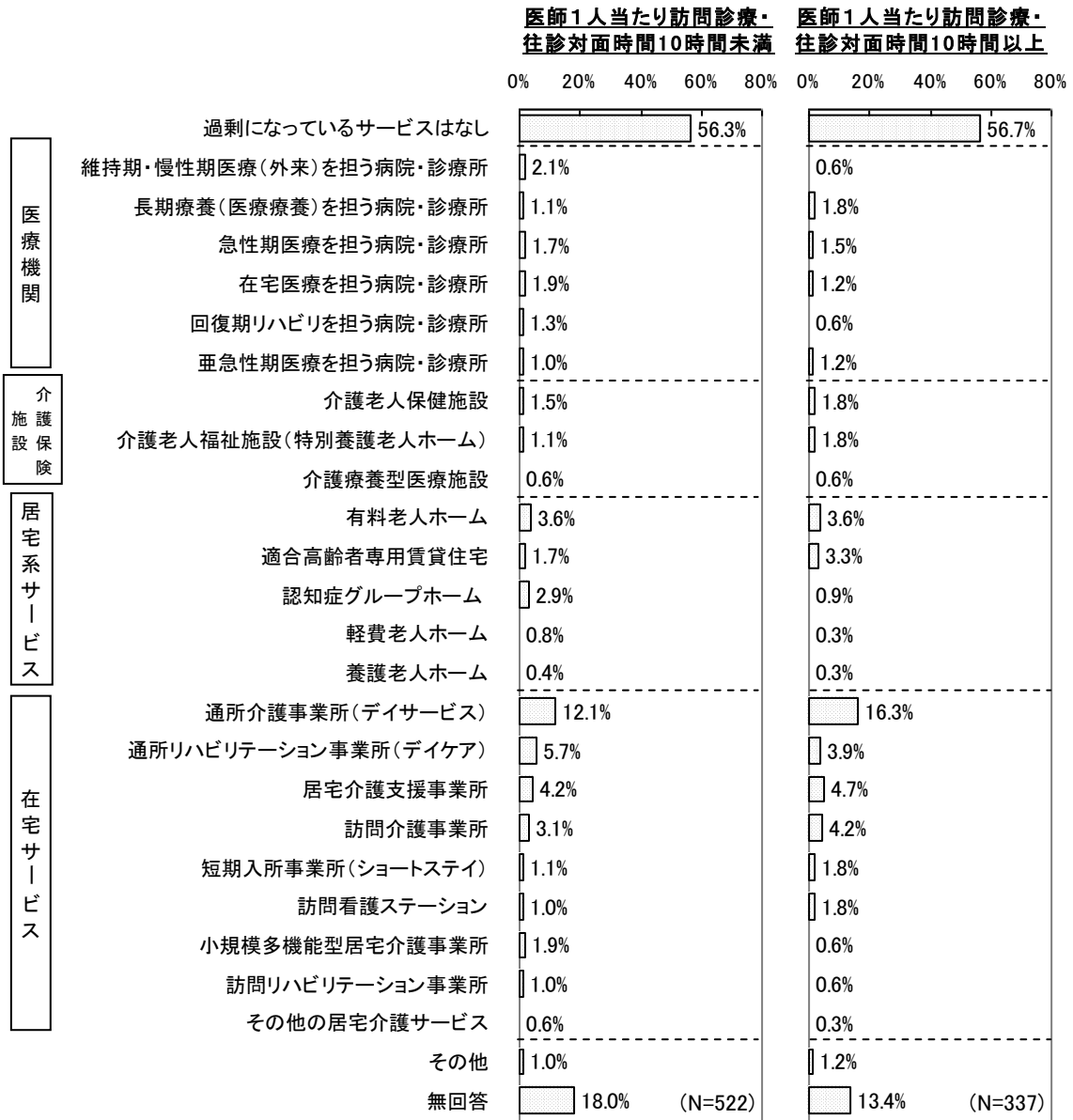
(9) 現在、地域で過剰になっている医療・介護サービス

図表4-1-57では、現在、地域で過剰になっている医療・介護サービスについてみたものであり、「過剰になっているサービスはなし」が54.6%を占めている。多くのサービスについて、地域で過剰になっていると回答された割合は5%未満と低いが、「通所介護事業所(デイサービス)」については14.3%と相対的に高い割合であることが注目される。

図表4-1-57 現在、地域で過剰になっている医療・介護サービス [複数回答]



図表4-1-58 医師1人あたり訪問診療・往診対面時間別の現在、地域で過剰になっている医療・介護サービスの回答状況〔複数回答〕

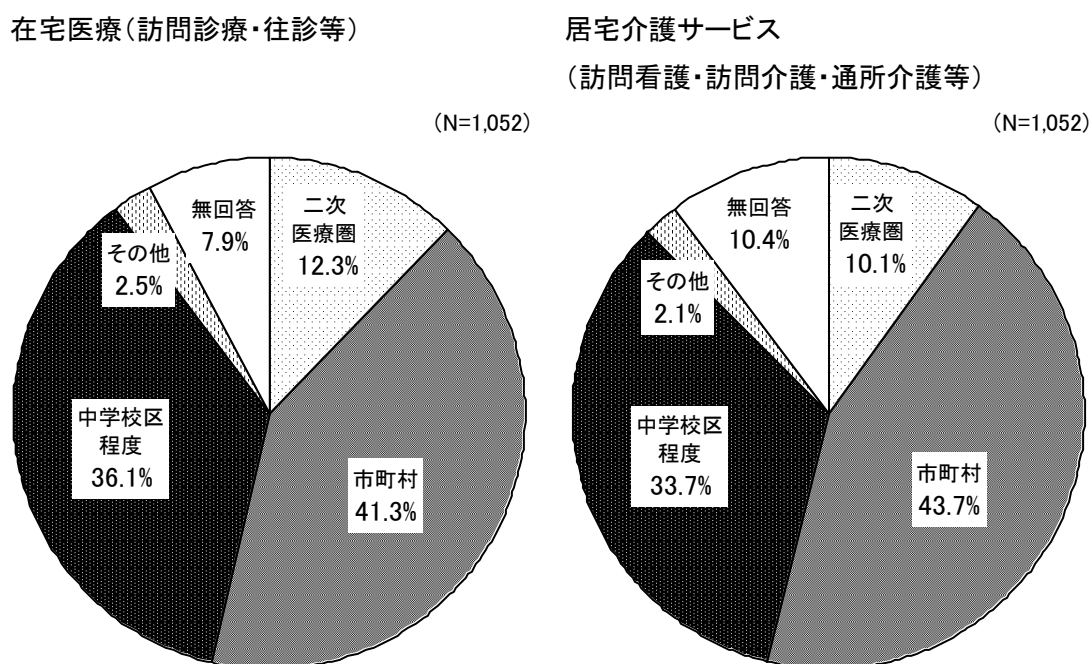


(10) 在宅医療及び居宅介護サービスの完結範囲

在宅医療及び居宅介護サービスの提供体制の整備にあたって完結すべき地域の範囲を尋ねた回答結果をみたものが図表4-1-59である。

在宅医療・居宅介護サービスそれぞれについて、サービスの完結範囲として最も多い回答はいずれも「市町村」であり、それぞれ41.3%、43.7%の施設が回答している。次いで多いのが「中学校区程度」であり、それぞれ36.1%、33.7%の施設が回答している。

図表4-1-59 在宅医療及び居宅介護サービスの提供の整備にあたって完結すべき地域の範囲

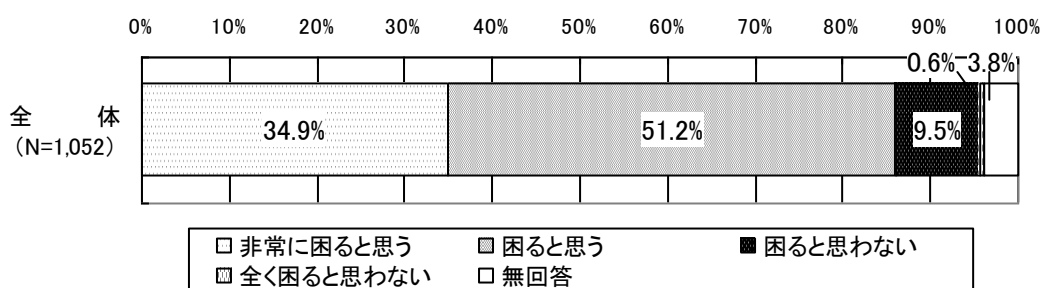


(11) 訪問看護ステーション・訪問介護事業所の24時間対応体制の必要性

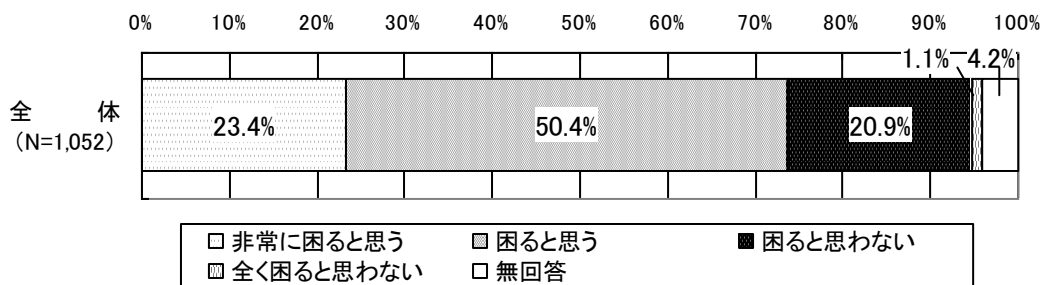
利用者が在宅や居住系サービスを利用して地域生活を維持するうえで、訪問看護ステーション及び訪問介護事業所は24時間対応体制でなければ困るか否かを尋ねた回答結果が図表4-1-60及び図表4-1-61である。

「非常に困ると思う」と「困ると思う」をあわせた割合は、訪問看護ステーションが86.1%、訪問介護事業所が73.8%であり、両施設に対して24時間体制の整備を期待する意見が全体の7割を超えている状況が伺える。

図表4-1-60 訪問看護ステーションは24時間対応体制でなければ困るか否か



図表4-1-61 訪問介護事業所は24時間対応体制でなければ困るか否か



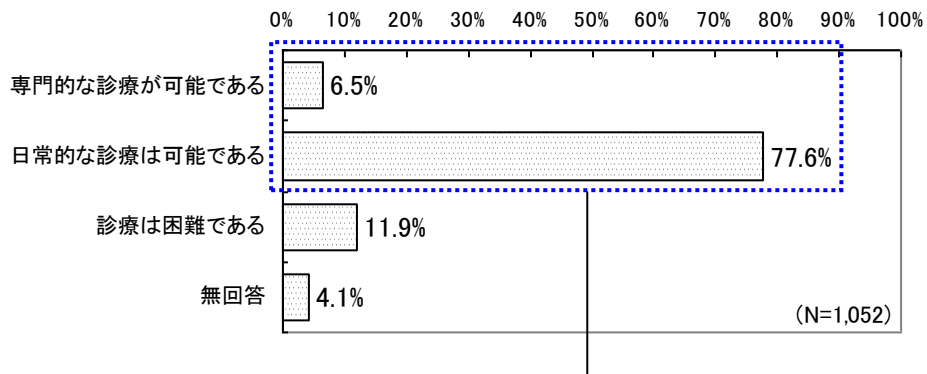
(12) 認知症患者に対する診療の状況

認知症患者に対する診療の状況については、図表4-1-62で示すとおり、「日常的な診療は可能である」施設が77.6%を占める一方で、「専門的な診療が可能である」施設は6.5%と少ない。

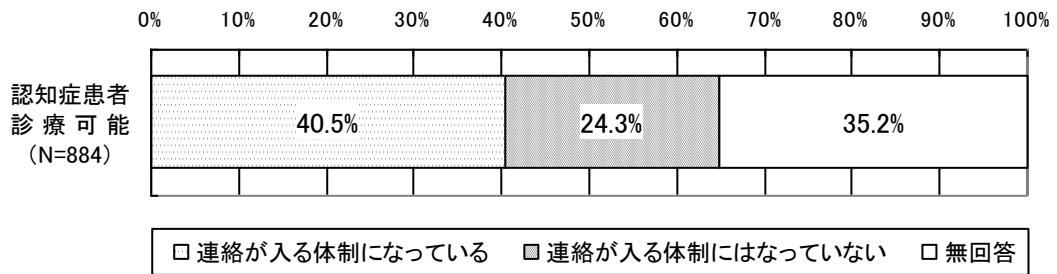
専門的又は日常的な診療が可能であると回答した施設について、認知症の症状が悪化した際、介護施設や介護サービス事業者からの連絡体制の有無及び自院・他院を問わず入院させることができる体制の有無について尋ねた回答結果が図表4-1-63及び図表4-1-64である。

いずれの回答結果も「無回答」の割合が一定数を占めていることに留意が必要であるが、症状悪化時の介護施設や介護サービス事業者からの連絡体制については「連絡が入る体制になっている」が40.5%、また自院・他院を問わず入院させることができる体制については「入院させることができる体制がある」が23.2%に留まっている。これらの結果から、認知症の診療が可能とされる施設であっても、症状悪化時に必要な対応を行うことができる十分な体制を持たない施設も少なくないことが示唆される。

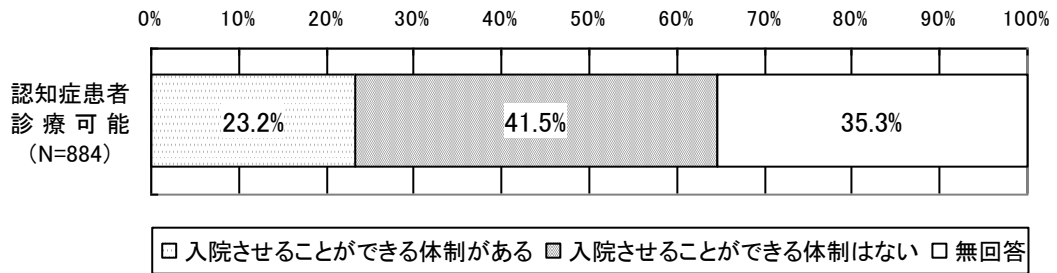
図表4-1-62 認知症患者に対する診療の状況



→ 図表4-1-63 認知症の症状悪化時、介護施設や介護サービス事業者から連絡が入る体制の有無



→ 図表4-1-64 認知症の症状悪化時で、入院の必要性が認められた場合、自院・他院を問わず、入院させることができる体制の有無



5) 診療報酬体系及び介護報酬体系に係る意見

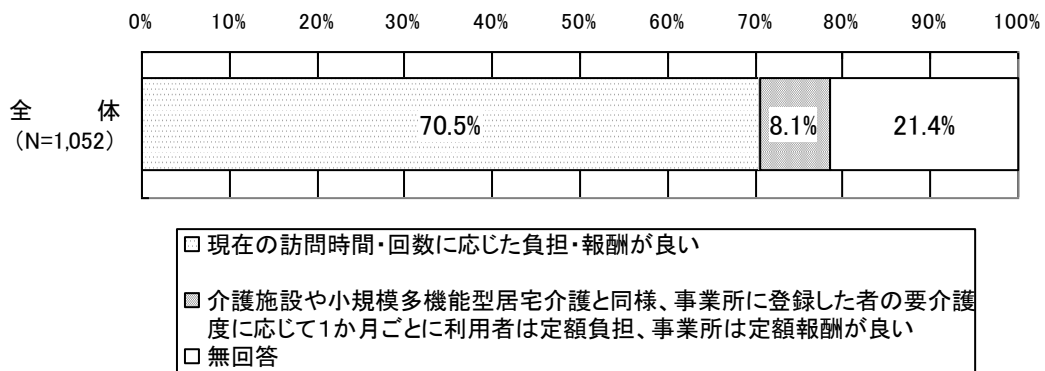
(1) 居宅サービスに係る負担・報酬のあり方

居宅介護サービス（訪問看護・訪問介護・通所介護等）について、現在の「訪問時間・回数に応じた負担・報酬」による算定と、介護施設や小規模多機能型居宅介護と同様、「事業所に登録した者の要介護度に応じて1か月ごとに利用者は定額負担、事業所は定額報酬」による算定のどちらが望ましいかを尋ねた回答結果が図表4-1-65である。

集計の結果、「訪問時間・回数に応じた負担・報酬」が望ましいと回答した施設が70.5%、「事業所に登録した者の要介護度に応じて1か月ごとに利用者は定額負担、事業所は定額報酬」が望ましいと回答した施設が8.1%であり、多くの施設は現在の出来高払いによる算定方式が望ましいと考えていることがわかる。

また、それぞれの選択肢を選んだ理由に係る自由回答について、図表4-1-66及び図表4-1-67に主な回答結果を整理している。

図表4-1-65 居宅サービスに係る負担・報酬のあり方



図表 4-1-66 訪問時間・回数に応じた負担・報酬が望ましいと思う理由について

[主な自由回答]

<p>利用者が実際の利用に応じて負担する方が公平性が高い：251件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実際に利用した時間及び負担に関して公平に支払うべきである。 ・公平性、サービスの質の確保。 ・不正請求を増やさないため。 ・応益負担で公平性が高いと考えるが、負担困難な利用者もあり、利用時間・回数を減らすという一面もあって考えさせられる点がある。 ・定額制にすると利用量が少ないにもかかわらず出来高払いより高く支払うことになる場合も生じる。 ・定額報酬では十分なサービスができない可能性があるのではないか？ ・包括費用は利用者の負担感から低く抑えられることが考えられ、結局事業者の負担あるいは労働低賃金につながると考えられる。小規模多機能の様に全く新しいサービスを立ち上げる時にもなかなか利用につながらず加算で誘導し分かりにくいものになった。現在普及している訪問看護・訪問介護に包括するのは混乱するだけと考える ・訪看と訪リハの点数が同じなのは問題がある。訪看の負担は大きいため、改正がいると思う。 ・療養管理に対する報酬となっているので、公平性が高く、24時間の連携体制を構築しやすいと思われる。 ・個々の利用者及び家族の介護ニーズに大きな格差があり、定額報酬負担では公平性の維持や適切なサービス提供が困難になる。 ・定額や包括の場合は、必要に応じたサービスや緊急のサービスなど「できない」と思ってしまう。 など
<p>定額制ではサービスの低下を招く可能性が高い：67件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病状・状態がそれぞれ異なるのに一律はおかしい。一律では重度の患者を診たいと考える所がなくなる。頑張る程に損をするのはおかしい。 ・重症、頻回訪問が必要な方を引き受ける所がなくなる。 ・定額報酬にするとサービスの回数、質などレベルが下がる。 ・必要以上に働いても定額では割に合わない。定額になるとサービス劣化や就労者の給与のカットなどが起こる可能性が高い。 ・定額とした場合、利用制限へのバイアスが働く可能性がある。 ・定額制だと利用できない人がいそうだから。 など

図表 4-1-67 定額負担・報酬が望ましいと思う理由について [主な自由回答]

<p>同一の要介護度の利用者間での負担の違いを是正できる：14件</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・同一の要介護度の利用者間での負担の違いが是正できるが、負担割合は下げるもしくは無くすべきである。 ・個々の利用者の要介護度に縛られず複数の利用者の日々のニーズに応じてサービスの調整・分配が可能となる。 ・最近の居宅介護サービスには不必要な報酬目的と思われるサービスがある。その点の是正を期待する。 ・複数の利用者の個々のニーズに応じてサービスの調整、分配が効率的にできる。 ・利用者の感冒等状態の変化に応じて、スムーズにサービスの変更が可能となる。また、その際の自己負担が変わらなければ利用者も受け入れやすい。 など
<p>経営を安定させることができる：9件</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・安定した経営が出来る。 ・施設の経営も安定するし、利用者の経済的負担も一定の方が分かりやすい気がする。 ・サービスによる負担が変わると、サービス拒否につながる可能性がある。 ・現在の訪問時間、回数に応じた負担には、利用者の都合によりキャンセルとなった場合、事業者にとってはかなりの負担となってしまう。事業者が計画を立てることが困難になっている。定額性負担の方が利用者事業者間の信頼関係は確実なものとなると思う。 ・介護の人的資源の有効利用の観点からは出来高払いより定額が望ましいと思う。 など
<p>患者、家族の安心、負担軽減になる：9件</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じ、負担の心配をしないのでできる点が重要。 ・1ヶ月あたりの利用料が定額なので毎月の介護費用が膨らみすぎない。 ・スタッフや利用者との交流がはかりやすい。 ・定額負担は自己負担が一定しており安心して利用出来る。 など

(2) 在宅療養支援診療所が抱える課題

患者の在宅、居住系サービスへの移行、訪問診療・往診等の在宅医療を推進するうえで、在宅療養支援診療所が抱える課題について自由回答を求めた結果に関して主な回答を整理したものが図表4-1-68である。

図表 4-1-68 在宅療養支援診療所が抱える課題 [主な自由回答]

<p>看護師等スタッフの不足：168件</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師等の人的資源が集まらず、患者の状態が何人か重なって悪化した時対応しきれない事がある。(スタッフの)個人の用事が入る時も厳しい。 ・マンパワー不足の原因として報酬体系に人材を引き込むだけの力が無い。ほとんどボランティアの感覚での仕事の印象である。 ・訪問看護師が集まらない。特に、24時間対応を負担に感じる看護師が多い。 ・人的資源が集まらないためやむを得ず、新規の在宅希望患者を断ることも多くある。 ・経験上、在宅医療には3～4人(医師1人、看護師1人、補助員1～2人)位のチームで対処しないと無理である。この陣容が整ったとしても、1日に5～6件が限度ではないか。留守の外来診療を行うスタッフ(医師1人、看護師1人、補助員1～2人)は別に必要。 など
<p>患者の経済的負担が大きい：121件</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療に係る患者負担金が大きいため、依頼件数が少ない。入院・入所から在宅へ移行させるためには思いきった減免制度が必要。 ・3割負担の患者は自己負担額が大きすぎる。 ・軽症の人の負担が、さほど軽くない。 ・往診は外来受診するより、1回の負担額がかなり多くなってしまいうため本当は、往診対象なのに無理をして外来へ通院したり、頻繁に来れないからと長期投与になってしまい、責任をもって管理することができない。 ・患者負担を考えると頻回の訪問は考えてしまう。 ・保険負担を増せば在宅困難になり、少なければ経営が成り立たない。 ・往診は割高のため、患者及び、特に家族が、往診を嫌がることも多い。 ・在宅医療に移行すると患者の自己負担額が増える。それに対する理解を得るための説明の時間とエネルギーが必要になる。それが面倒で、かつ無駄な時間に思えるためなかなか移行できない。患者さんも従来通りの負担額で同じ医療が受けられるならそうしたいと希望される。 など

図表 4-1-68 在宅療養支援診療所が抱える課題【主な自由回答】(つづき)

24 時間体制をとることが困難：117 件	<ul style="list-style-type: none"> ・多くの診療所は医師はほぼ一人の体制であり、この一人の医師が外来ならびに24時間体制での在宅患者を管理するのは時間的に現実的でない部分が発生することから、いくつかの診療所でチームを組む必要性があるが、このチーム作成が実際には難しい。 ・当院は在宅診療のために一人で24時間365日体制をとっている。診療所は外来、検査等終日フル回転しないと経営できない。他院との連携はカンファレンスや連絡をとる時間もないため不可能である。従って一診療所の負担は大きくなり、参入する診療所は少ないままとなる。 ・24時間365日の対応を必要とされており、届け出をした以上、特別な理由がない限り在宅患者を受け入れる義務がある。届け出だけのクリニックも多いが、実際に対応、継続するのは非常な努力と労力を要する。やる気がないと続けられない。 ・24時間、365日の在宅支援をしているが、1人の医師のストレスや拘束は多大であり、困難が多い。実際、私も在宅療養支援診療所の届け出をしてから、1回も自宅へは帰れていない。ずっと診療所内で暮らしている。 など
外来を行いながら在宅へ注力することが困難：116 件	<ul style="list-style-type: none"> ・外来診療と在宅診療の兼務は難しいことが多い。外来中に在宅患者の急変が起こった時の対処は困難で、往診中は外来患者を待たせることが多い。 ・当院は医師が1人しかおらず、在宅医療を行うことにより外来の収入が激減してしまっている状況。時間を割いて行っている割には収入は見込めない。 ・現状では日常外来の合間の在宅業務となっている。できれば、在宅医療だけに特化した診療所がこの分野の医療介護を引き受けることが適当と考える。片手間では対応できる状況とは思えない。 ・通院かかりつけ患者が在宅療養に移行した場合のみ対応している。 ・外来診療時間を減らしてまで行わなくてはいけなくなるなら、その保障が欲しい。 など
時間の不足（長時間拘束、移動時間が長い）：115 件	<ul style="list-style-type: none"> ・主に、がん末期患者の（病院からの）紹介が遅いため、家へ帰れない。もしくは帰ってきても家で過ごす時間が短い。在宅医療支援診療所との信頼関係を築く十分な時間が持てない。 ・訪問診療の移動が広範囲のため時間がかかり、件数をこなすのが難しい。 ・エリアが山間であり移動距離が長く、大変体力的な消耗が激しい。 ・往診が遠隔地の場合、時間がかかり、一般の診療に差し支える。特に緊急時の対応が出来にくい。夜間等、常に対応する体制をとると、かなり負担となる。 ・在宅医療は主に昼休みに行っており、時間が限られているため、一軒くらいしか訪問できない。訪問診療の予定が詰まっており、予定外の往診になかなか行けない。 など

図表 4-1-68 在宅療養支援診療所が抱える課題 [主な自由回答] (つづき)

<p>負担が大きい(体力的・精神的など)：98件</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・多忙な外来の合間に在宅診療をこなすのは昼休み、外来後、休日をあてざるを得ず肉体的・精神的負担は大きい。 ・夜間休日などのバックアップ(緊急入院の保証)が弱いため、精神的ストレスがある。 ・個々の患者に自分の携帯電話や、自宅などの個人情報を与えるので、常に携帯電話が鳴る日々は精神的にもしんどい。また、すべての患者が常識人であるわけではないので、非常識な電話も多く、プライベートな時間が減ることもきつい。 ・24時間拘束される中、開設後年月の経過とともに重症者が増え、効率が大幅に低下し負担だけが過剰になる。 など
<p>費用対効果が悪い。在宅の報酬が低い。：87件</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬点数が低すぎる。医師の24時間の拘束に見合った収入ではない。 ・診療所レベルでは在宅医療ではほとんど採算がとれず、経営的にはあまり増やしたくない。 ・在宅時間はあまり長くなくても患者への往診時間を考えると、場所による費用対効果を考えてもらいたい。 ・在宅医療は準備・時間がかかるため費用対効果が悪く、事業の拡大にはそれなりの体制の整備が必要となり、中小規模では難しい。 ・件数を増やせば増やすほど、診療所としての運営が厳しくなるように思われる。 ・医療処置を必要とする患者が増えているが、物品支給は含まれているので、持ち出しの物品が多く対応が困難である。また、患者各々に違う物品であったりと、在庫が多くなってしまいう事も問題である。 など

(3) 診療報酬体系、介護報酬体系の問題点、算定要件に係るその他意見

上述までの設問における回答以外で、現在の診療報酬体系、介護報酬体系の問題点、算定要件に係る意見について自由回答を求めた結果に関して、主な回答を整理したものが図表4-1-69である。

図表 4-1-69 診療報酬体系、介護報酬体系の問題点、算定要件に係るその他意見

[主な自由回答]

算定要件の「同一建物」に関して：150件
<ul style="list-style-type: none">・高専貸等の居宅サービスが増えている中、同一建物内の利用者が増えている。毎日訪問介護が必要であるのに、特別な関係のため、訪問診察を行った日は算定できないことは、利用者にとって不利益である。・特別養護老人ホームでの在宅医療について、現在は癌の方のみになっているが、これでは施設の看取りは増えない。そのしびりを廃してほしい。アパート、マンション等で、全くの他人が「同一建物」として括られることについて十分な検討が必要。訪問診療、往診後の訪問看護のしびりを廃してほしい。・同日に同一施設の同一建造物内であるとはいえ、別室の同一患家でない複数の患者の往診を依頼されて往診を行った場合、いずれの患者に往診料を請求して良いのか決めかねる事があり、本来、往診を行った全ての患者に平等に往診料を請求するのが妥当と考える。また、同日とはいえ、必要やむを得ず複数回往診を行った場合、それぞれ往診料を請求出来ないというのも妥当ではないと考える。・市営住宅などにおいては、同一建物内の別々の患者であるため、算定が少ない。 など
算定要件の「同一患家」に関して：109件
<ul style="list-style-type: none">・同一患家は、ケースによっては算定できるとありがたい（特に老々介護の夫婦の場合）。また、重度認知症の姉妹を往診しているが、コストは1人分、分離して診療できず手間は2倍以上かかっている。・同様の診療行為を行っているにもかかわらず、同一患家の患者は往診料、訪問診察料がとれないのは、医療行為を評価されていないように感じる。・同一患家でも1人1人病状が違うので、建物基準ではなく、個人1人とみなして見直した方が良い。・「同一患家」では個別に算定可能として欲しい。「同一建物」「同一敷地内」「同一日」「特別な関係」はこれまで通りで可。 など

図表 4-1-69 診療報酬体系、介護報酬体系の問題点、算定要件に係るその他意見
 [主な自由回答] (つづき)

<p>診療報酬体系について：33件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実際に時間的、人的パワーを要する高齢者の診療や介護についても、もう少しきちんとした加算があってもよいと思う。外来診療が収入のほとんどを占める診療所レベルでは死活問題。介護報酬含めて報酬が安い。 ・医療の水準の平準化、内容の平準化を図ったうえで、包括的な診療報酬体系にして欲しい。複雑化しすぎてムダが多い。 ・このままでは破綻してしまう。 ・介護報酬が高すぎる。医療費（技術料）が安すぎる。 ・一部矛盾を感じる面もあるが、全体的には在宅医療系の報酬は（介護を含め）次第に良い方向に向かってはいると思う。在宅時医学総合管理料に見合う「24時間の安心」を提供していない一部の在宅療養支援診療所があれば、患者さんからは在宅は高いと思われるであろう。訪問看護、介護の報酬を上げたりして、環境を整えることも必要である（診療は下げてもよい）。 など
--

6) 医療・介護の連携を推進するうえでのその他課題・意見

上述までの設問における回答以外で、医療・介護の連携を推進するうえでの課題・意見について自由回答を求めた結果に関して、主な回答を整理したものが図表4-1-70である。

図表 4-1-70 医療・介護の連携を推進するうえでのその他課題、意見[主な自由回答]

<p>職種間の連携について：43件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護施設間の連携、医療機関の連携も必要であるが、職種間の連携によりもっとスムーズに働けるように、お互いに研修に努め合うことが必要と思われる。 ・医師とリハビリ介護職員のコミュニケーションがとれていない。基本的に言語が異なるため、情報やイメージを共有できていない。介護の情報を医療レセコンに自動的に取り込む努力などしているが、電子カルテに関する規制もあり難しい。 ・IT技術の活用は、リアルタイムで情報が共有できるので、月1回限り(情報提供書や指示書のような)の書面とは違い大変意義があるのではないかと。算定要件に、多職種が一同に会するなどという無理な条件をつけると、進めたいと考えていても進まなくなるのでやめて欲しい。 ・介護スタッフとも、顔の見える”連携”が一番必要と思う。 ・他施設、同施設内での連携は必須であり、他職種との地域包括ケアが大切。介護職のある程度の医療行為を認めることも大切。 ・ケアマネの質の向上(更新制度の問題や、医療に対する理解不足等)。ケアマネが他職種の間をもっと動くべき。 など
<p>医療提供者及び介護提供者の教育について：41件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネへの医療に対する啓蒙・指導の必要性。特に、医療機能分化に対する知識が不足しているため。 ・介護保険サービスを提供するスタッフ(ケアマネ、ヘルパー)の医療に関する教育不足。「連携をとる」という事は大切な事であるのに、ケアマネが医療の事まで手配していたり、患者の異常の報告(ヘルパーは、主治医ではなく、担当ケアマネに報告していたりする)が遅れることがある。 ・病院で勤務する医師の在宅医療に関する知識不足。往診という形での診療には、準備が必要な事をわかってほしい。 ・連携パスの作成等を義務付けたらどうか。医療を知らないケアマネジャーが多く、適切な介入が困難な場合が多々ある(特に有料老人ホームの担当など)。 ・病院医師の介護に対する教育が、最も望まれる。 ・看取り、死に対する教育が必要である。

図表 4-1-70 医療・介護の連携を推進するうえでのその他課題、意見[主な自由回答]

<p>医療提供者及び介護提供者の教育について：41件（つづき）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療、介護、それぞれの役割や仕組みをお互いが理解しなければ、連携体制は難しい。 ・在宅患者の急変時の入院について、病院の当直医師等にもう少し在宅医療に関しての理解が欲しい。 など
<p>担当者会議、ミーティングについて：21件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議を頻回に行う必要がある。 ・「地域」の医療・介護関連会議で連携を深める努力をする。 ・他の職種とのカンファレンスの重要性は理解できるが、時間がなくて出席できない。現状でも大きな問題はないと思う。 ・中学校区毎に地域連携の検討会を月1回程度組織化できれば、医療介護連携はもう少し進展すると思う。 ・医療と介護関係者が、顔が見える関係になるためには、医師のサービス担当者会議への参加が必要である。 ・地域（中学校区程度で）に医療、介護の相談センターを設置してほしい。 ・地域での医療、介護スタッフが集まって勉強や話し合いができる機会と場所の提供。 ・退院前カンファレンスはとても重要であり、それぞれの職種に応じた、参加への報酬を認めるべきである。自宅などで行うケアカンファレンスもしかりであり、無報酬で参加している人たちは大変である。ITを利用した情報支援などのツールを開発し、安価で提供して欲しい。 など

3. 療養病棟調査の結果

1) 回収状況

療養病棟調査は、WAMネット上の病院・診療所情報（平成23年2月時点）に基づき、「療養病棟」を条件として抽出された3,473施設から無作為に抽出した1,000施設を対象として調査票を送付した。

図表4-2-1にあるとおり、回収数は160件、回収率は16.0%であった。

図表4-2-1 回収状況

施設種類	発送数	回収数	回収率
全国の療養病棟を有する医療施設 (WAM ネット情報)	1,000 件	160 件	16.0%

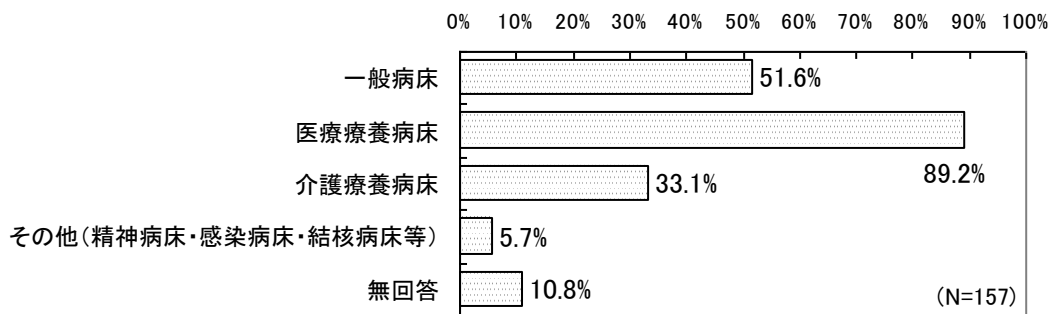
2) 回答施設の属性

(1) 届出病床数の状況

回答施設の届出病床種別についてみたものが図表4-2-2である。「医療療養病床」を有する施設が89.2%、「一般病床」を有する施設が51.6%、「介護療養病床」を有する施設が33.1%である。

図表4-2-3は1施設あたりの病床種別構成をみたものであり、1施設あたりの平均病床数は142.5床で、その構成は「一般病床」が30.3%、「医療療養病床」が47.7%、「介護療養病床」が14.2%、「その他(精神病床・感染病床・結核病床等)」が7.8%である。

図表4-2-2 届出病床種別〔複数回答〕



図表4-2-3 1施設あたり病床数の病床種別構成

	1施設あたり 病床数	割合
一般病床	43.2 床	30.3%
医療療養病床	68.0 床	47.7%
介護療養病床	20.2 床	14.2%
その他(精神病床・感染病床・結核病床等)	11.1 床	7.8%
合計	142.5 床	100.0%

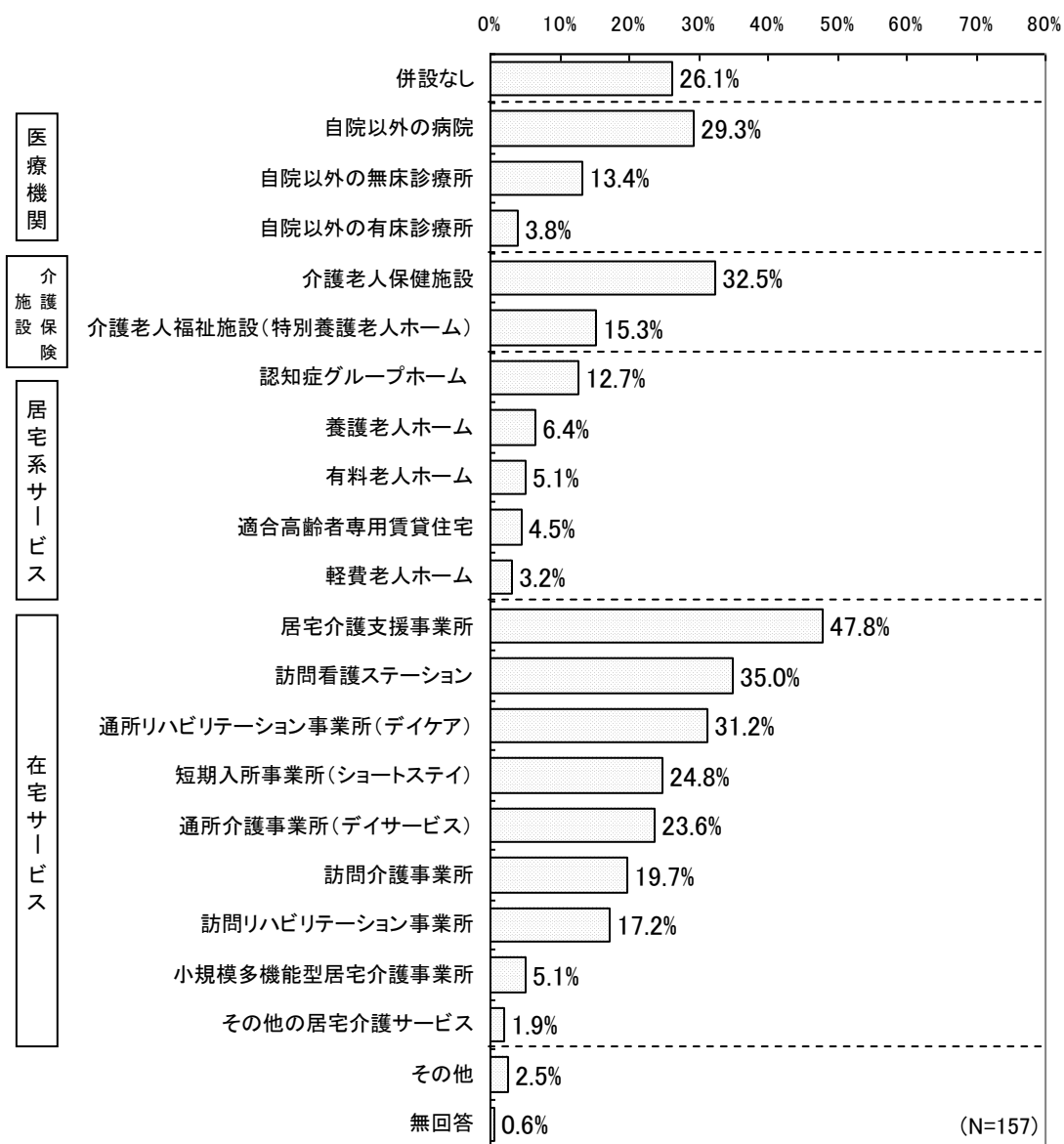
※有効回答 140 施設で集計

(2) 同一都道府県内の同一法人または関連・系列法人の施設・事業所

図表4-2-4は、同一都道府県内の同一法人または関連・系列法人の施設・事業所を有する状況をみたものである。

「併設なし」と回答した施設は26.1%である。同一法人または関連・系列法人として回答が多いものは医療機関では「自院以外の病院」が29.3%、介護保険施設では「介護老人保健施設」が32.5%、在宅サービスでは「居宅介護支援事業所」が47.8%、「訪問看護ステーション」が35.0%、「通所リハビリテーション事業所(デイケア)」が31.2%などである。

図表4-2-4 同一都道府県内の同一法人または関連・系列法人の施設・事業所

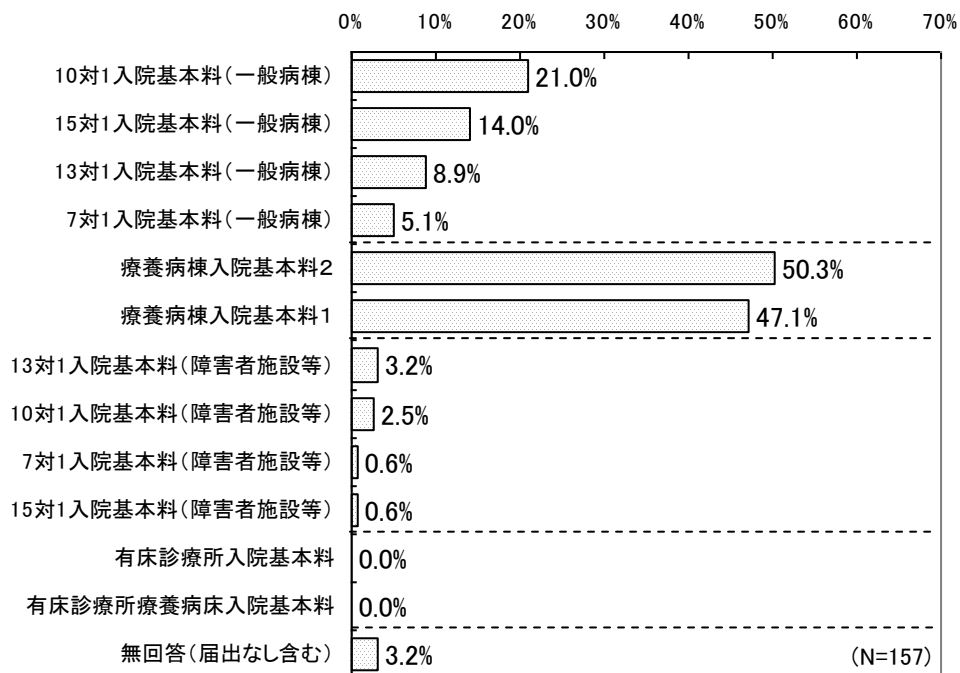


(3) 入院基本料に係る届出の状況

図表4-2-5は、入院基本料に係る届出の状況をみたものである。

療養病棟入院基本料の算定状況については、「療養病棟入院基本料2」が50.3%、「療養病棟入院基本料1」が47.1%である。一般病棟では、「10対1入院基本料」が21.0%と最も多い状況である。

図表4-2-5 入院基本料に係る届出の状況

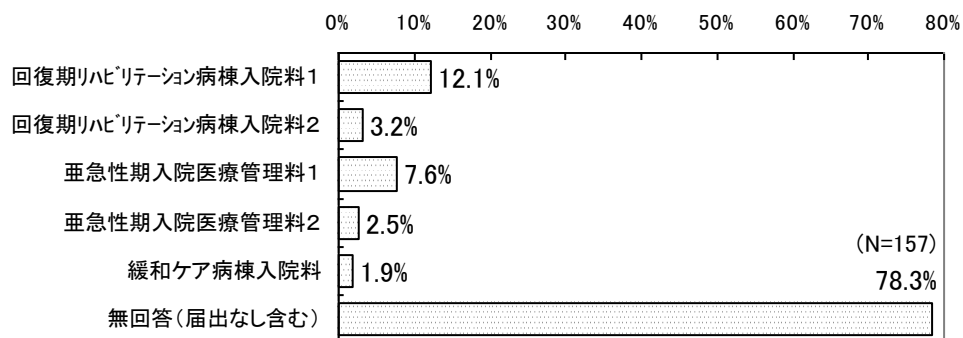


(4) 特定入院料等に係る届出の状況

図表4-2-6は、特定入院料に係る届出の状況をみたものである。

届出のある報酬項目として、「回復期リハビリテーション病棟入院料1」が12.1%と最も多い。

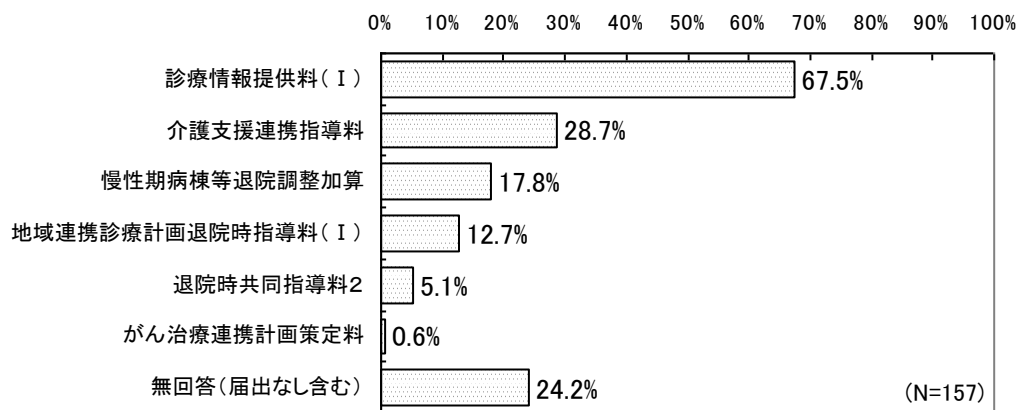
図表4-2-6 特定入院料等に係る届出の状況



(5) 診療報酬に係る算定の状況

回答施設について、平成22年12月から平成23年2月の三ヶ月間に算定された連携に関わる診療報酬の状況をみたものが図表4-2-7である。算定している施設数が比較的多い報酬項目は、「診療情報提供料（I）」の67.5%、「介護支援連携指導料」の28.7%、「慢性期病棟等退院調整加算」の17.8%、「地域連携診療計画退院時指導料（I）」の12.7%、「退院時共同指導料2」の5.1%、「がん治療連携計画策定料」の0.6%などである。

図表4-2-7 診療報酬に係る算定の状況



(6) 職員数

常勤換算での1施設あたり職員数の職種別構成をみたものが図表4-2-8である。1施設あたりの医師数は8.4人、合計の職員数は143.2人である。

図表4-2-8 1施設あたり職員数（常勤換算）の職種別構成

	1施設あたり 職員数	100床あたり 職員数
医師	8.4人	5.8人
看護師	36.8人	25.6人
准看護師	18.5人	12.8人
看護補助者	19.7人	13.7人
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	10.6人	7.4人
ソーシャルワーカー(社会福祉士等)	1.5人	1.0人
介護職員	14.0人	9.7人
その他の職員(事務職員等)	33.7人	23.4人
合計	143.2人	99.5人

※有効回答 137 施設で集計

(7) 連携している施設数・事業所数

連携している施設数・事業所数について1施設あたりの状況をみたものが図表4-2-9である。

連携先として医療機関では「病院」が6.7施設、「一般診療所」が4.3施設、介護保険施設では「介護老人保健施設」、「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」がいずれも1.8施設、介護サービスでは「居宅介護支援事業所」が3.0事業所、「訪問看護ステーション」が1.1事業所、「訪問介護事業所」が1.5事業所、「上記以外の居宅介護サービス」が1.6事業所などである。

図表4-2-9 1施設あたり連携している施設数・事業所数
(同一法人内及び他法人の事業所を含む)

	1施設あたり 施設・事業所数
病院	6.7 施設
一般診療所	4.3 施設
歯科診療所	0.8 施設
調剤薬局	0.8 施設
介護老人保健施設	1.8 施設
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	1.8 施設
介護療養型医療施設	0.5 施設
居宅介護支援事業所	3.0 事業所
訪問看護ステーション	1.1 事業所
うち、24時間対応体制の事業所	0.5 事業所
訪問介護事業所	1.5 事業所
うち、24時間対応体制の事業所	0.2 事業所
訪問リハビリテーション事業所	0.5 事業所
上記以外の居宅介護サービス	1.6 事業所

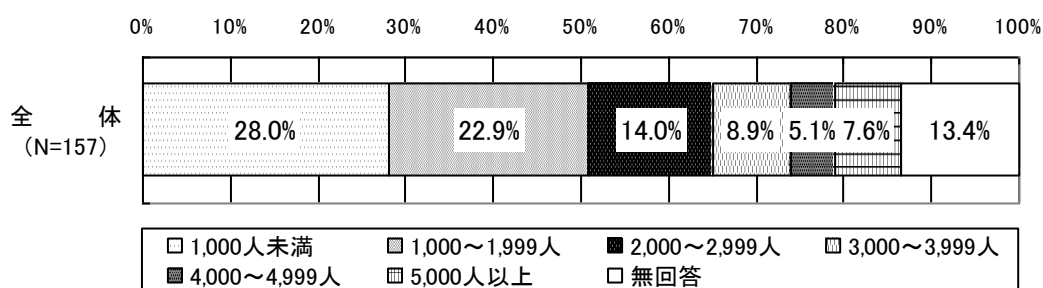
※有効回答 140 施設で集計

(8) 外来患者延べ数

平成23年2月の一ヶ月間における外来患者延べ数について、回答施設の分布をみたものが図表4-2-10である。最も多いのは1ヶ月の外来患者延べ数「1,000人未満」の28.0%であり、次いで「1,000～1,999人」が22.9%である。

図表4-2-11は、同様の外来患者延べ数について、1施設あたりの平均値を算出したものであり、1施設あたりの外来患者延べ数は2,343.9人である。

図表4-2-10 外来患者延べ数の分布（平成23年2月一ヶ月間）



図表4-2-11 1施設あたり外来患者延べ数（平成23年2月一ヶ月間）

	1施設あたり 患者数
外来患者延べ数	2,343.9人

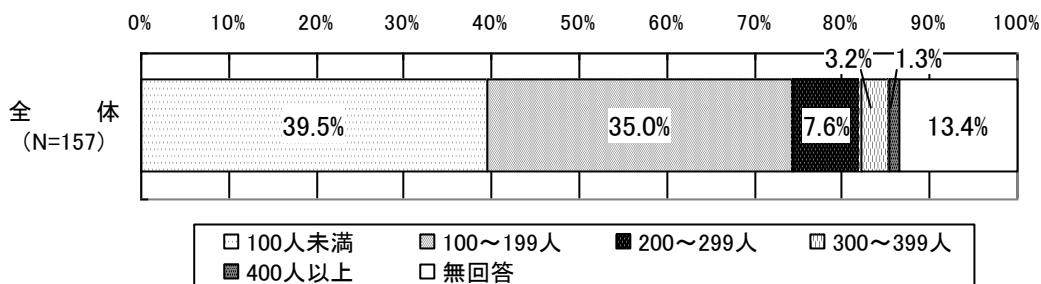
※有効回答 136 施設で集計

(9) 入院患者数

平成23年2月1日時点での入院患者数について、回答施設の分布をみたものが図表4-2-12である。最も多いのは入院患者数「100人未満」の39.5%であり、次いで「100～199人」の35.0%が続く。

図表4-2-13では、同様の入院患者数について、1施設あたりの平均値を算出したものであり、1施設あたりの入院患者数は130.3人である。

図表4-2-12 入院患者数の分布（実人数、平成23年2月1日時点）



図表4-2-13 1施設あたり入院患者数（実人数、平成23年2月1日時点）

	1施設あたり 患者数
入院患者数(実人数)	130.3人

※有効回答 136 施設で集計

3) 療養病棟入院基本料算定病棟の状況

(1) 療養病棟入院基本料算定病棟の入院患者数

療養病棟入院基本料算定病棟における入院患者数の分布と医師1人あたり入院患者数の分布を示しているのが図表4-2-14及び図表4-2-15である。

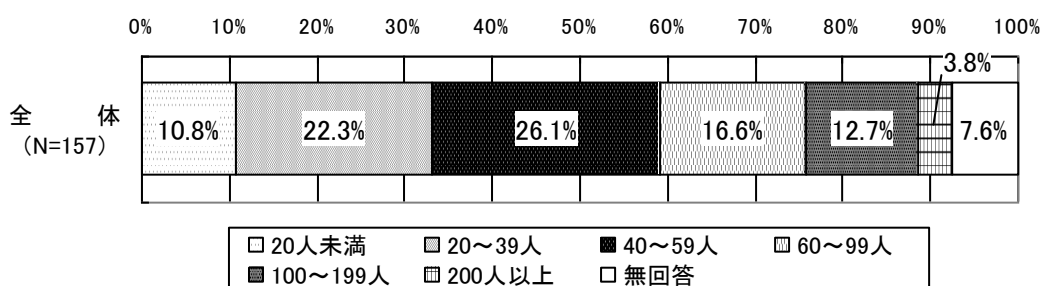
当該病棟の入院患者数の分布が最も多いのは「40～59人」で26.1%である。また、医師1人あたり入院患者数では「5人未満」が31.2%と最も多い。

図表4-2-16はそれらの平均値を示しており、療養病棟入院基本料算定病棟の1施設あたり入院患者数の平均値は64.3人、同じく医師1人あたり入院患者数の平均値は7.7人である。

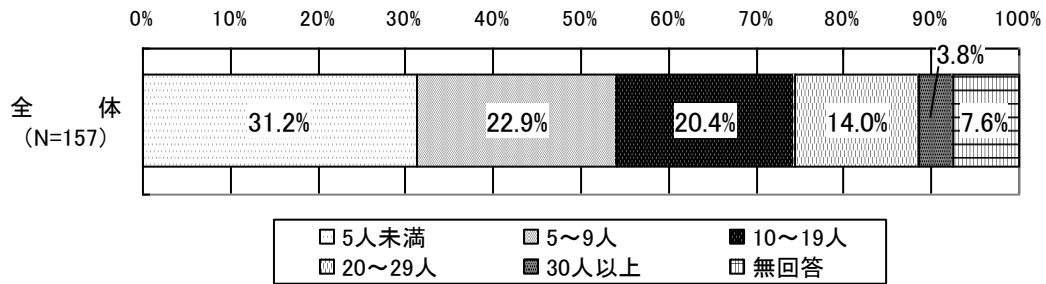
医療区分・ADL区分別での1施設あたりの療養病棟入院基本料算定病棟の入院患者数をみたものが図表4-2-17である。医療区分及びADL区分による9区分のうち、最も患者数が多かったのが「医療区分2・ADL区分3」の21.3%である。医療区分別の構成割合をみると「医療区分2」44.3%が最も多く、次いで「医療区分3」も31.1%となっている。ADL区分別の構成割合をみると「ADL区分3」が44.5%と最も多い。これらの結果から、医療・介護の必要度が相当程度高い患者が多く入院している状況が伺える一方、「医療区分1」が24.6%入院していることにも留意する必要がある。

なお、「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」速報値における施設類型別の医療区分と比較すると、本調査の回答施設における1施設あたり療養病棟入院基本料算定病棟の入院患者数の医療区分別の構成割合は、おおむね同様の傾向にあることが伺える。

図表4-2-14 療養病棟入院基本料算定病棟の入院患者数の分布
(実人数、平成23年2月一ヶ月間)



図表4-2-15 医師1人あたり療養病棟入院基本料算定病棟の入院患者数の分布
(実人数、平成23年2月一ヶ月間)



図表4-2-16 療養病棟入院基本料算定病棟の入院患者数（平成23年2月一ヶ月間）

	患者数
1施設あたり療養病棟入院基本料算定病棟の入院患者数	64.3人
医師1人あたり療養病棟入院基本料算定病棟の入院患者数	7.7人

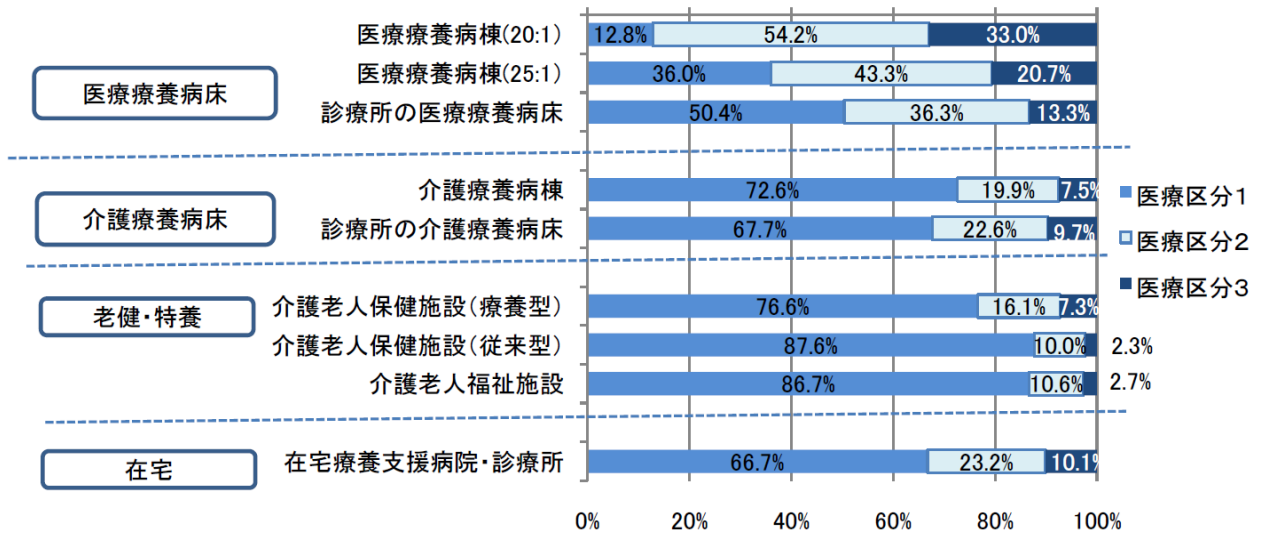
※有効回答 145 施設で集計

図表4-2-17 医療区分・ADL区分別1施設あたり療養病棟入院基本料算定病棟の入院患者数
(平成23年2月一ヶ月間)

	1施設あたり患者数				割合			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3	合計	医療区分1	医療区分2	医療区分3	合計
ADL区分3	4.1人	13.1人	10.1人	27.3人	6.7%	21.3%	16.4%	44.5%
ADL区分2	6.0人	8.8人	6.4人	21.2人	9.8%	14.3%	10.4%	34.5%
ADL区分1	5.0人	5.3人	2.6人	12.9人	8.1%	8.6%	4.2%	21.0%
合計	15.1人	27.2人	19.1人	61.4人	24.6%	44.3%	31.1%	100.0%

※有効回答 142 施設で集計

(参考)「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」速報値における
施設類型別の医療区分



※厚生労働省「平成22年 医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」より抜粋

(2) 医師が対面した時間

図表4-2-18では、平成23年2月の一ヶ月間において、療養病棟入院基本料算定病棟の入院患者に対して医師が対面した時間について示したものである。1施設あたりの対面時間は149.8時間、医師1人あたりの対面時間は17.5時間、入院患者1人あたりの対面時間は2.68時間である。

医療区分・ADL区分別での当該病棟入院患者1人あたりの医師の対面時間をみたものが図表4-2-19である。本設問については有効回答数が限られていることに留意が必要であるが、医療区分別の対面時間をみると、概ね医療区分が重いほど対面時間が長くなる傾向がみられる。

**図表4-2-18 療養病棟入院基本料算定病棟の入院患者に医師が対面した時間
(平成23年2月一ヶ月間)**

	対面時間
1施設あたり医師が対面した時間	149.8 時間
医師1人あたり医師が対面した時間	17.5 時間
入院患者1人あたり医師が対面した時間	2.68 時間

※有効回答 70 施設で集計

**図表4-2-19 医療区分・ADL区分別入院患者1人あたり医師が対面した時間
(平成23年2月一ヶ月間)**

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	0.96 時間	2.13 時間	2.45 時間
ADL区分2	1.33 時間	1.89 時間	2.83 時間
ADL区分1	1.59 時間	2.04 時間	1.91 時間

※有効回答 33 施設で集計

(3) 看護職員が対面した時間

図表4-2-20では、平成23年2月の一ヶ月間において、療養病棟入院基本料算定病棟の入院患者に対して看護職員が対面した時間について示したものである。1施設あたりの対面時間は1498.0時間、看護職員1人あたりの対面時間は27.61時間、入院患者1人あたりの対面時間は26.79時間である。

医療区分・ADL区分別での当該病棟入院患者1人あたりの看護職員の対面時間をみたものが図表4-2-21である。本設問については有効回答数が限られており解釈には留意が必要である。

**図表4-2-20 療養病棟入院基本料算定病棟の入院患者に看護職員が対面した時間
(平成23年2月一ヶ月間)**

	利用時間
1施設あたり看護職員が対面した時間	1498.0 時間
看護職員1人あたり看護職員が対面した時間	27.61 時間
入院患者1人あたり看護職員が対面した時間	26.79 時間

※有効回答 70 施設で集計

**図表4-2-21 医療区分・ADL区分別入院患者1人あたり看護職員が対面した時間
(平成23年2月一ヶ月間)**

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	31.15 時間	32.74 時間	32.76 時間
ADL区分2	29.53 時間	34.26 時間	30.67 時間
ADL区分1	20.03 時間	42.13 時間	64.94 時間

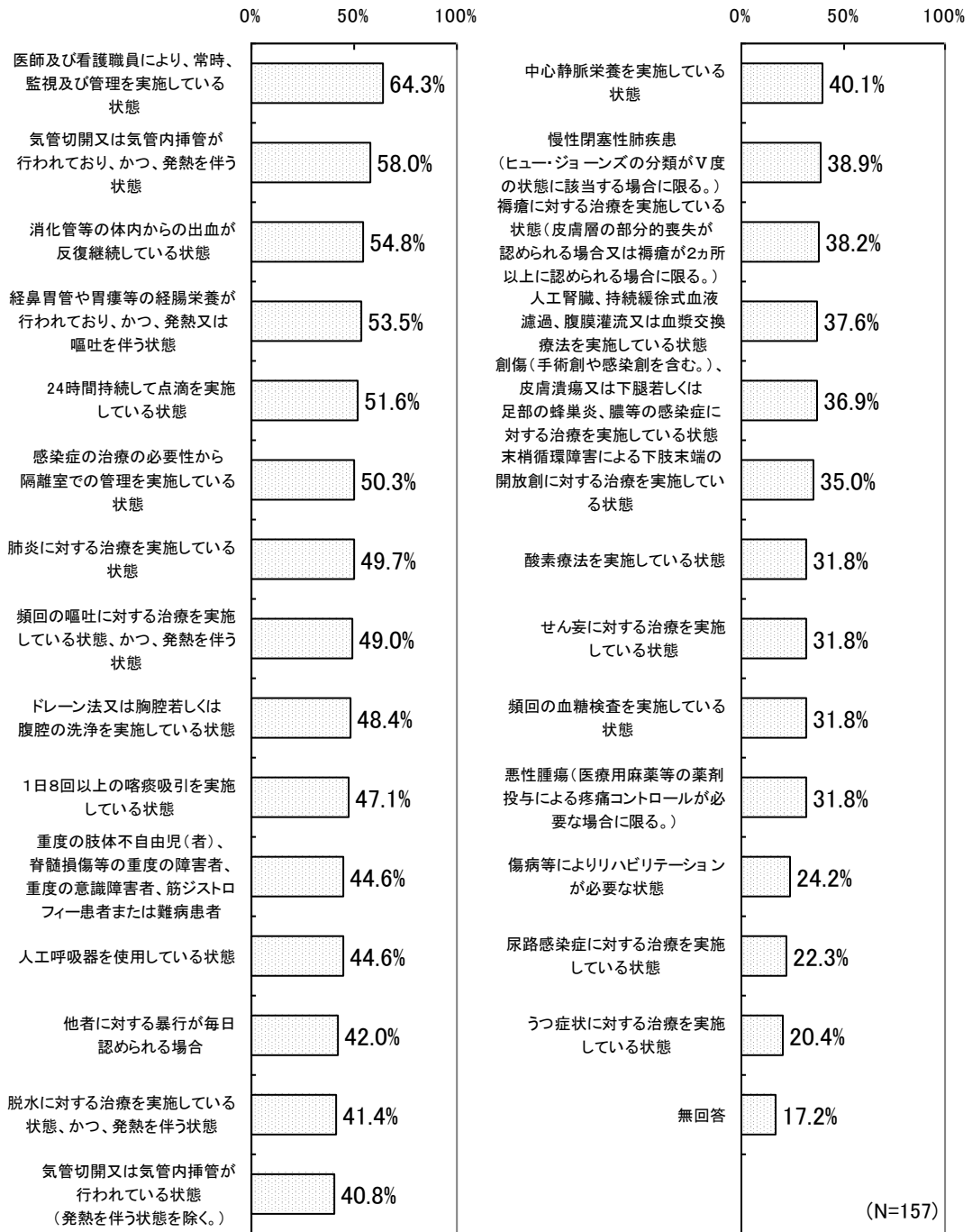
※有効回答 33 施設で集計

(4) 在宅、居住系サービスでの療養が困難な患者の状態像

図表4-2-22において、在宅、居住系サービスでの療養が困難な患者の状態像として半数以上の回答施設が挙げた項目は、「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」の64.3%、「気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態」の58.0%、「消化管等の体内からの出血が反復継続している状態」の54.8%、「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態」の53.5%、「24時間持続して点滴を実施している状態」の51.6%、「感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態」の50.3%である。

一方、困難であるとする回答施設が比較的少なかった項目は、「うつ症状に対する治療を実施している状態」の20.4%、「尿路感染症に対する治療を実施している状態」の22.3%、「傷病等によりリハビリテーションが必要な状態」の24.2%などである。

図表4-2-22 在宅、居住系サービスでの療養が困難な患者の状態像〔複数回答〕



4) 療養病床の転換意向

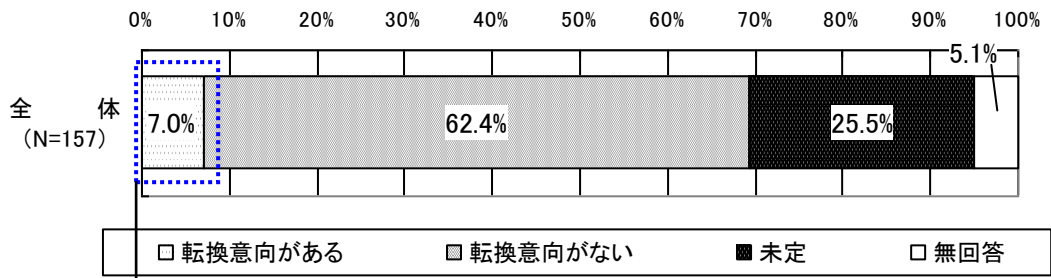
(1) 医療療養病床に関する転換意向

図表4-2-23は、医療療養病床に関する転換意向を示したものである。最も多い回答は「転換意向がない」の62.4%で、次いで「未定」が25.5%となっており、「転換意向がある」はわずか7.0%である。

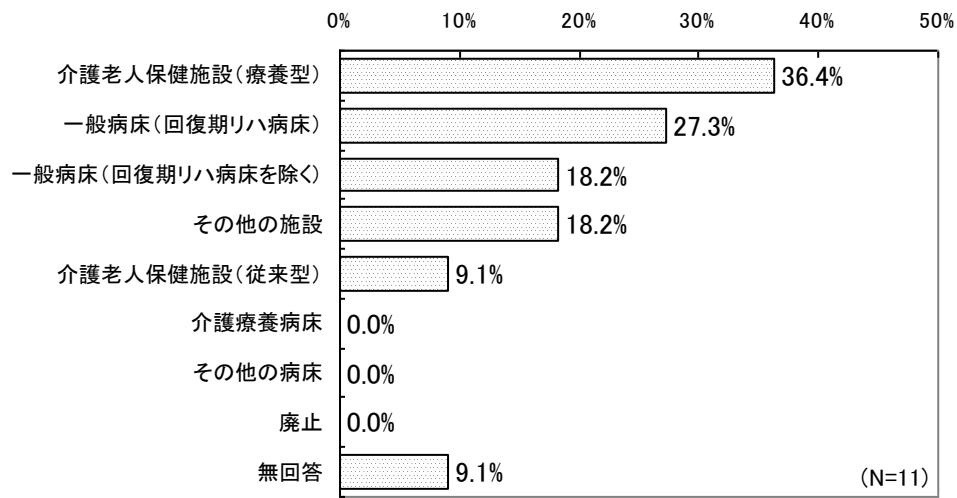
「転換意向がある」と回答した施設に対して、予定又は検討する転換先を尋ねた結果が図表4-2-24である。転換先としては、「介護老人保健施設(療養型)」が36.4%と最も多く、次いで「一般病床(回復期リハ病床)」が27.3%と続いている。

また、図表4-2-25のとおり、「転換意向がない」又は「未定」と回答した施設に対してその理由を尋ねた結果が図表4-2-26である。最も多いのは、「自院の入院患者が在宅・居住系サービスでの療養が困難なため」が49.3%、次いで「自院の入院患者が介護保険施設(介護老人保健施設、特別養護老人ホーム)での療養が困難なため」が46.4%で続いている。一方で、「自院の入院患者が在宅・居住系サービスへの移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため」29.7%、「自院の入院患者が介護保険施設への移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため」27.5%、「地域での看取りの提供体制が限られており、自院がその機能を担っているため」26.8%、「転換によって経営的な見通しが悪化するため(改築・改修の負担を含む)」21.0%など、受け入れ先や看取りの提供体制の整備、転換への支援策などによって、転換が促進される可能性があることも示唆される。

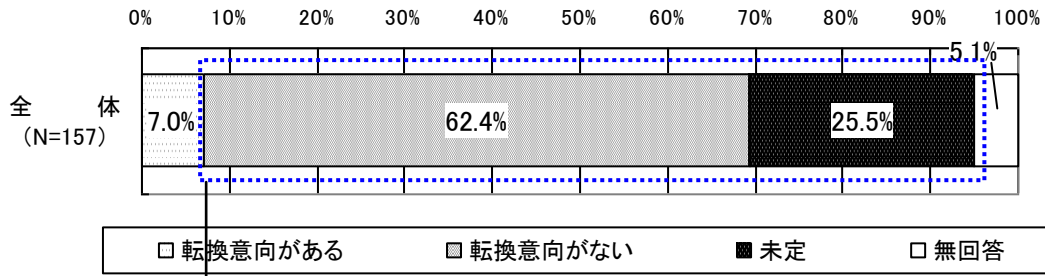
図表4-2-23 医療療養病床に関する転換意向



図表4-2-24 予定している、又は検討する転換先 [複数回答]



図表4-2-25 医療療養病床に関する転換意向 [再掲]



図表4-2-26 医療療養病床の転換意向がない理由 [複数回答]

	件数	割合
自院の入院患者が在宅・居住系サービスでの療養が困難なため	68件	49.3%
自院の入院患者が介護保険施設(介護老人保健施設、特別養護老人ホーム)での療養が困難なため	64件	46.4%
地域での緊急時の受け入れ先・後方ベッドの提供体制が限られており、自院がその機能を担っているため	53件	38.4%
自院の入院患者が在宅・居住系サービスへの移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため	41件	29.7%
自院の入院患者が介護保険施設への移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため	38件	27.5%
地域での看取りの提供体制が限られており、自院がその機能を担っているため	37件	26.8%
転換によって経営的な見通しが悪化するため(改築・改修の負担を含む)	29件	21.0%
地域でのリハビリテーションの提供体制が限られており、自院がその機能を担っているため	28件	20.3%
その他	14件	10.1%
無回答	16件	11.6%
合計	138件	100.0%

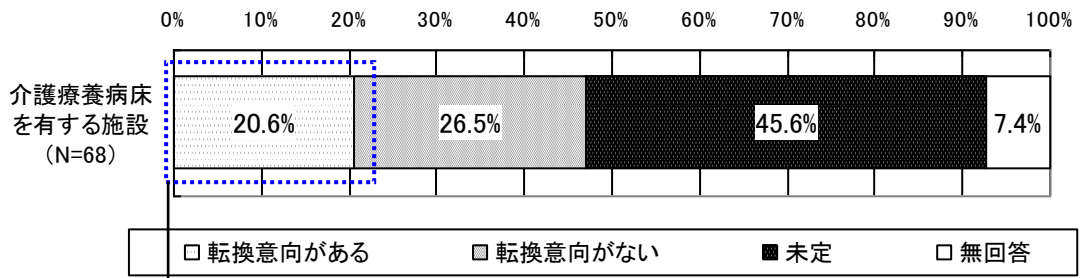
(2) 介護療養病床に関する転換意向

図表4-2-27は、介護療養病床を有している68施設の介護療養病床に関する転換意向を示したものである。最も多い回答は「未定」の45.6%で、次いで「転換意向がない」が26.5%、「転換意向がある」が20.6%である。

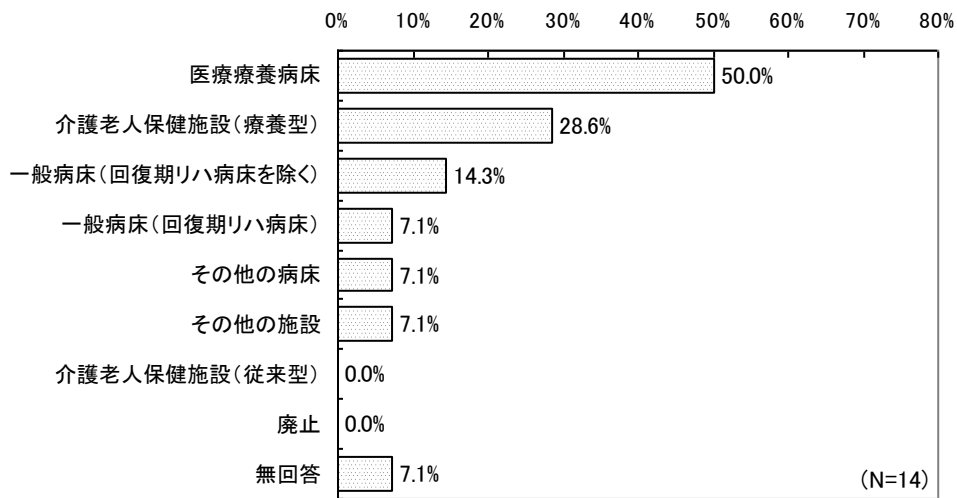
「転換意向がある」と回答した施設に対して、予定又は検討する転換先を尋ねた結果が図表4-2-28である。転換先としては、「医療療養病床」が50.0%と最も多く、次いで「介護老人保健施設（療養型）」が28.6%と続いている。

また、図表4-2-29のとおり、「転換意向がない」又は「未定」と回答した施設に対してその理由を尋ねた結果が図表4-2-30である。最も多いのは「自院の入院患者が介護保険施設（介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）での療養が困難なため」の44.9%で、次いで「自院の入院患者が在宅・居住系サービスでの療養が困難なため」が40.8%である。一方で、「転換によって経営的な見通しが悪化するため（改築・改修の負担を含む）」36.7%、「自院の入院患者が在宅・居住系サービスへの移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため」30.6%、「自院の入院患者が介護保険施設への移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため」28.6%、「地域での看取りの提供体制が限られており、自院がその機能を担っているため」24.5%など、受け入れ先や看取りの提供体制の整備、転換への支援策などによって、転換が促進される可能性があることも示唆される。

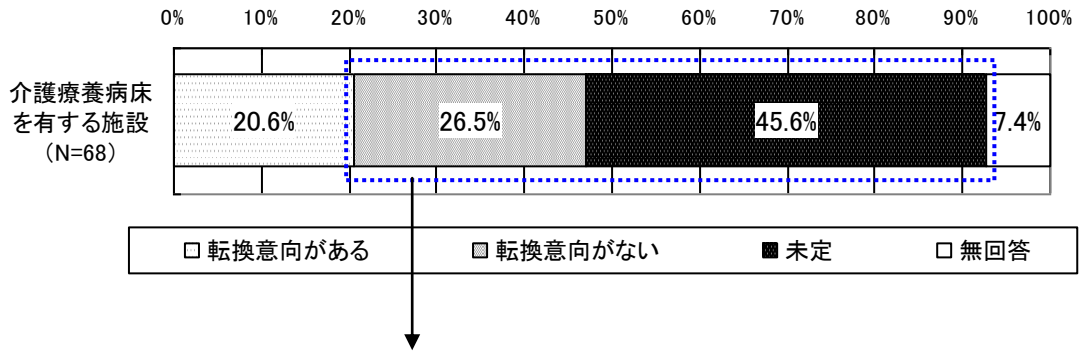
図表4-2-27 介護療養病床に関する転換意向



図表4-2-28 予定している、又は検討する転換先 [複数回答]



図表4-2-29 介護療養病床に関する転換意向 [再掲]



図表4-2-30 介護療養病床の転換意向がない理由 [複数回答]

	件数	割合
自院の入院患者が介護保険施設(介護老人保健施設、特別養護老人ホーム)での療養が困難なため	22件	44.9%
自院の入院患者が在宅・居住系サービスでの療養が困難なため	20件	40.8%
転換によって経営的な見通しが悪化するため(改築・改修の負担を含む)	18件	36.7%
自院の入院患者が在宅・居住系サービスへの移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため	15件	30.6%
自院の入院患者が介護保険施設への移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため	14件	28.6%
地域での看取りの提供体制が限られており、自院がその機能を担っているため	12件	24.5%
地域での緊急時の受け入れ先・後方ベッドの提供体制が限られており、自院がその機能を担っているため	11件	22.4%
地域でのリハビリテーションの提供体制が限られており、自院がその機能を担っているため	5件	10.2%
その他	4件	8.2%
無回答	9件	18.4%
合計	49件	100.0%

5) 診療報酬体系及び介護報酬体系について

(1) 現在の診療報酬体系、介護報酬体系の問題点、算定要件に係る意見

診療報酬体系及び介護報酬体系について、その具体的な問題点や算定方法に係る意見に関する自由記載を求めた。以下にその主な意見を整理した。

図表4-2-31 現在の診療報酬体系、介護報酬体系の問題点、算定要件に係る意見
【主な自由回答】

<p>算定方法・算定制限について：19件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他科（院）受診の入院料の減算は、必要な診療を制限してしまう可能性があり、患者にとっても入院医療機関においてもデメリットの部分が多く、是非、改善してもらいたい。 ・在宅患者訪問診療料で「同一建物居住者の場合」の点数については、1人目の点数は「同一建物居住者以外」とし、2人目からの点数としてほしい。 ・介護老人保健施設で提供できる医療の制限を緩和してほしい。（日常的に医療を必要とし、かつ療養病棟の対象でない患者様の受け入れ先がないから。） ・医療療養病床は医療と介護の必要度が高く、医療における包括点数には医療の必要性を制限するものがある。療養病床は高齢者が多く、介護度も高くスタッフの人員的な関係性を考えると、病院の人件費等の持ち出しが大きい。 ・医療区分2及び3における日数制限（例：脱水治療の7日間、頻回の血糖検査は3日間等）の妥当性や根拠が明確でなく、現実的でない。 ・回復期リハビリテーション入院基本料1の基準等、算定基準を満たす数字として「6割」とある場合に、それを算出する数式が明示されていない、という場合が見受けられる。また、「月」「日」が併記されている（2ヶ月以内と60日以内といったような）事があり、月によって要件を満たす、満たせないといった違いが出る場合がある。 ・施設基準にある「専任」指定により、小規模ではその機能が持てない（回復期リハ、NST加算など）ことは問題がある。難病の療養と回復期リハ機能を同一病棟で共存できない。 など
<p>医療区分・状態像について：9件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療養病棟では、病状（医療必要度）によって医療区分（診療報酬）が適宜決定されるが、介護報酬では容態が変わって治療をしても報酬の変更はない。慢性期で看取りや日常のお世話をすることは同じでも、急変対応時の報酬に大きな差異があると思う。 ・患者の医療必要度・状態像が医療区分とマッチしておらず、診療報酬に反映されていない。 ・医療区分2及び3の状態の多くは「療養」ではなく、「治療」として一般病棟で対応すべきものが含まれる。区分要件を大幅に見直すことを希望する。 など

図表4-2-31 現在の診療報酬体系、介護報酬体系の問題点、算定要件に係る意見
 [主な自由回答] (つづき)

<p>医療区分・状態像について：9件 (つづき)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療区分1でも医療的要素の高い高齢者も少なからず存在する。認知症等に対する医療区分の改善が必要。 など
<p>医療・介護の報酬改定のあり方について：8件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大病院で対応可能な職員配置による加算等が新設されたが、職員を加配できない100床未満の病院(地域で医療を支えている病院)の評価をして欲しい。 ・診療報酬体系は、改定毎に、細かく、かつ複雑になってきている。現場で、毎日患者を診ている立場からは、全くムダな作業としか思えない。簡素化されて使い易い体系でなければ、非効率かつ、経費がかかってしまう。 ・急性期病院にとっては、評価された改定がなされているが、改定のたびに中小病院にとっては、マイナスな改定がなされている傾向にある。もう少し、中小病院の必要性を十分理解してほしい。 ・次回の改正では慢性期の病院に手厚くしてほしい。 ・報酬改定の期間を同時にすることで、報酬体系上の整合性を図ることが必要。 など
<p>療養病床の報酬単価について：7件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療養病棟で重篤化している患者の単価が低く、持ち出しが多い。実情に見合った単価にしてほしい。 ・医療度の高い(例えば医療区分の評価項目に複数該当する)患者に対して診療報酬を見直してもよいのではないか。 ・癌治療及び癌終末期、あるいは拒食嚥下に対する評価は改善されるべき。 など
<p>職員配置基準について：5件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療養病床の重症化が進んでおり、高看護配置が必要と考える。障害病床の介護配置加算がない(10:1、7:1)のは疑問である。 ・施設基準での人員の専従の条件が厳しいと思われる。専任レベルでもいいかと思われる。 ・MSWの配置に対する報酬上の評価ならびに配置基準上の位置づけが必要。 ・医療療養病床について、平成24年4月以降も現行の看護、看護補助の配置を認め、診療報酬を正當に評価することが必要。 など
<p>重視すべき報酬項目について：4件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院の在宅医療に係る保険点数の見直し。 ・在宅患者のリハビリを強化したいが、介護保険の枠があるため、受けられない患者が多い。 ・医療安全、感染対策等、患者に対してしっかりとケアを行っている病院が診療報酬上も評価される体制にしてほしい。 など

図表4-2-31 現在の診療報酬体系、介護報酬体系の問題点、算定要件に係る意見
 【主な自由回答】(つづき)

医療・介護の連携に向けた報酬のあり方について：4件
<ul style="list-style-type: none"> ・「地域一般病院」の役割が今後の医療・介護連携で重要な役割を担うものと考えられるため、その機能が診療報酬上明確となる事が必要である。 ・連携には様々なパターンがあり、急性期→亜急性期→回復期リハ→介護保険施設のような典型例ではないパターンが沢山あるので、医療系から介護系への転院・転所については、どのパターンでも連携加算が取れるようにしてほしい。 ・連携を強化させたいという割には、地域医療連携室や医療相談室といった部署に対する報酬上の適切な評価がなされていない。また、NICU後の乳幼児や障害児(者)など、治療後すぐの退院が難しい患者に対して、施設相談員などとの適切な連携を行っていることへの評価が必要。 など
療養病床の再編について：3件
<ul style="list-style-type: none"> ・新型老健への転換が推奨されているにもかかわらず、報酬が低いと考える。新型老健に係る詳しい情報がなかなか得ることもできず、新しい情報への更新も進んでいない。 ・介護療養病床廃止を撤回してほしい。 ・介護療養病床の廃止について一度廃止と決めたなら、後で必要以上の引き伸ばしをすることは反対である。 など

(2) 医療・介護の連携を推進するうえでの課題・意見

医療・介護の連携を推進するうえでの課題・意見について、その具体的な内容に係る自由記載を求めた。以下はその主な意見を整理した。

図表4-2-32 医療・介護の連携を推進するうえでの主な課題・意見

<p>医療・介護の提供体制のあり方について：7件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・周辺地域の医療・介護の提供体制、実施状況を随時更新して受入れの可否が分かる総合窓口の設置が必要。 ・医療・介護連携シートを統一化して、連携に関わる必要最低限の情報を決めるべきだ。 ・外部のSW勉強会、研究会にSWが積極的に参加し、スキルアップとともに地域のネットワークを構築し、連携がとれるようにしている。 など
<p>医療・介護の連携について：7件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・廃用状態で経管栄養を行っている患者が介護施設で管理されているが、職員の負担を考えると、医療療養病棟でみた方が適切な対応がとれるので望ましいと思う。 ・一般病院の後方支援である療養病棟、及び在宅療養支援サービス（24時間体制・レスパイトケア）が不足している。 ・介護療養型医療施設など、病院と介護老人保健施設の間を担う施設が必要。（胃ろう、経鼻経管、インスリン、HOT対象者、強い認知症周辺症状などの患者は受け入れ先がなかなか無い。） など
<p>診療報酬・介護報酬について：4件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療介護サービスの同時提供や、訪問サービス（看護、介護、リハビリ）の包括化について検討が必要。 ・老健、介護療養での点滴の評価の見直しが必要。介護施設は看取りや点滴で受けてくれない。 ・制度上の連携として、高額療養費、高額介護サービス費、合算などを一元化し、患者家族が分かりやすい負担限度の設定を行うべき。 など
<p>看取りについて：3件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院時患者さん家族に意思確認同意書を医師より渡し、延命に関する希望を確認している。その人らしい最期が迎えられるよう本人、家族等が意思統一を図り支援している。 ・「看取り」を介護施設で行えるためのインセンティブが必要。（看取り目的で病院から療養（介護）・老健へ移行する際の加算など。） など
<p>人材の不足について：2件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅を希望する患者がマンパワー不足のため入院を余儀なくされるという問題がある。 など

図表4-2-32 医療・介護の連携を推進するうえでの主な課題・意見（つづき）

その他

- ・自宅へ帰っても介護者不在の場合、仕方なく胃ろうの選択となってしまうことがある。
- ・居宅において、看護度によってサービスを十分に受けられない問題がある。
- ・人員不足により職員教育時間が不足している。
- ・僻地など、訪問看護サービスの提供が無い地域での医療行為について、インスリンの自己注射、喀痰吸引、胃ろうへの栄養接続などの一部については医師の指導のもと、研修を積んだ介護福祉士でもできるような配慮をお願いしたい。
- ・個人情報保護が障害となって情報共有ができない場面があるので、命や生活情報に関する重要な情報共有の際の障害を取り去ってほしい。認知症患者や独居高齢者の情報は、誰が中心になって情報の中核になるのかを明確にしたい。 など

第5章. 提 言

本調査研究の目的は、平成24年度（2012年度）の診療報酬・介護報酬の同時改定に向けて、医療と介護の役割分担や連携に関連する報酬項目の整理、在宅医療・介護サービスの提供状況や医療・介護連携に関する実態把握に基づいて、制度上の課題や問題点を検討し、切れ目のないサービス提供のあり方やそれを実現するための方策を提案することである。

本章では、最近における医療・介護サービス改革の方向性に関する議論や、本調査研究から明らかになった結果を踏まえ、医療・介護の連携、機能分化・強化の実現に向けた方策を提案する。本章の概要は以下のとおりである。

先ず、政府が医療・介護分野における改革の方向として医療機能の分化と強化、医療と介護の連携、在宅医療・居宅介護の充実を掲げていることを述べる。続いて、本調査研究の結果を踏まえつつ、第一に医療療養病床の機能の明確化、介護療養病床の廃止に向けた取組みが必要であること、第二に医療・介護の連携を強化するために、関係職種による退院調整、退院後の情報共有が重要であること、第三に在宅で療養し最期を迎えたいという国民の希望に応えるための体制の整備が重要であることを指摘し、いずれについても報酬上の誘導や評価について、いくつかの具体的な方策を提案する。

1. 医療・介護サービス改革の方向性

(1) 社会保障国民会議で示された方向性

社会保障国民会議は、社会保障のあるべき姿と財源問題を含む今後の改革の方向について、国民に分かりやすく議論する場として、20年1月25日の閣議決定により設置された会議であり、同年11月にまとめた最終報告では今後の医療・介護のあるべき姿・方向性を示すとともに、それに基づいた定量的なシミュレーションも行っている。

最終報告は、医療・介護分野においては、高齢者の増大、家族介護力・地域サポート力の低下等により、サービス需要が増大すると予測。将来にわたって必要な医療・介護・福祉サービスを安定的・持続的に提供できる体制の構築とその効率的・効果的運用、さらにそれを実現するために必要な財源を安定的・持続的に確保していく必要があるとしている。

具体的には、「医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、できるだけ入院期間を短縮して早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・介護を大幅に充実させ、地域における包括的なケアシステムを構築すること」が望ましいとし、「選択と集中」の考えに基づいて、充実と重点化・効率化を同時に進めていく必要があるとしている（詳細は第2章の1を参照）。

(2) 社会保障・税一体改革成案で示された方向性

社会保障・税の一体改革成案は、22年12月14日に閣議決定された「社会保障改革の推進について」に基づき、政府・与党において集中的に検討した成果を取りまとめ、23年6月30日に政府・与党社会保障改革検討本部が決定したもので、社会保障と税の一体改革の方向を示している。

成案では、個別分野における主な改革項目が示されているが、医療・介護分野においては、「充実」のための方策として、①病院・病床機能の分化・強化と連携、②在宅医療の充実、③地域包括ケアシステムの構築等在宅介護の充実、ケアマネジメントの強化、居住系サービスの充実、④施設のユニット化、⑤重点化に伴うマンパワーの増強一等を図るとしている。

これらのうち病院・病床機能の分化・強化と連携については、一般病床を高度急性期、一般急性期、亜急性期・回復期に機能分化し、高度急性期を中心に人的資源を集中的に投入する必要があるとして、高度急性期の職員等は現行の2倍増に、一般急性期の職員等は現行の6割程度増やすとしている。また、在宅医療の充実については、診療所等における総合的な診療や在宅療養支援機能の強化・評価、訪問看護の計画的整備等を図るとし、介護については地域包括ケアシステムの構築等により在宅介護の充実等をはかり、居住系・在宅介護を現在の335万人から510万人に増やす目標を掲げている。

一方、「効率化」のための方策として、平均在院日数の減少や外来受診の適正化、介護予防・重度化予防、介護施設の重点化（在宅への移行）をあげ、平均在院日数を現行に比べ高度急性期で4日程度の減（15～16日程度）、一般急性期で10日程度の減（9日程度）とするなどの目標を掲げている。

成案が目指す改革の方向性は、社会保障国民会議の方向性と概ね一致しており、医療・介護サービスの改革は政権の如何にかかわらず合意が得られているものと考えられる。しかし、成案では24年以降に診療報酬・介護報酬の体系的見直しを行うことや、24年を目途に基盤整備のための一括的な法案を提出することが謳われているにすぎない。政府には、今後、より具体的な方策と工程を明らかにすることが求められよう。

2. 病院・病床機能の分化、在宅・居住系サービスの充実

(1) 病院が担うべき医療機能

本調査研究では、全国の在宅療養支援診療所及びサンプリングした療養病棟を有する病院を対象としたアンケート調査を実施したが、これらの調査からも医療機能の分化と連携、在宅医療・介護等の必要性を裏付ける結果が得られた（調査結果は第4章に整理）。

まず、在宅療養支援診療所を対象とした調査の結果（図表4-1-43）を

みると、病院と診療所が役割を分担する上で病院が担うべき医療機能としては、「急性期医療」（92.3%）、「機能向上を目標とする回復期リハビリ」（71.1%）、「亜急性期医療」（56.2%）との回答が過半数を占め、一方で、「長期療養」は医療療養が33.5%、介護療養が14.6%と回答割合が低い。

このことから、現状においても、医療サービスの提供体制における各施設の機能の役割を明確（分化・強化）にすることが必要と考えられていることがわかる。

（2）療養病床の転換と在宅・居住系サービスの充実

23年6月15日に可決成立した「介護サービス基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」（平成23年法律第72号）では、24年3月31日で廃止することとされていた介護療養型医療施設については、廃止の期限を6年延長し30年3月31日とした。これまで転換が進まず、廃止期限が延長された背景には、廃止に反対する医療関係者の声に押されて政策が徹底しなかったこと、民主党が介護療養病床再編計画の中止を政策に掲げていたことなどがあるものと考えられる。

健保連が23年7月に行った「医療に関する国民意識調査」では、高齢期に寝たきりになった場合に希望する療養場所は、「自宅」「老人保健施設」「特別養護老人ホーム」「特定施設（ケア付き有料老人ホーム等）」の順で、「病院」は5位にとどまっている。介護療養病床の廃止に向け、受け皿となる介護療養型老人保健施設への転換だけでなく、在宅医療や特定施設等の在宅・居住系サービスを充実することによって、国民が希望する場所で療養できるような体制を整備することが重要である。

在宅医療を充実するためには、在宅療養支援診療所の拡充も必要である。在宅療養支援診療所を対象とした調査では、医師1人で診療を行っているところが約6割となっているが（図表4-1-9）、複数の医師がいるところに比べ、在宅医療に費やす時間が少なくなっている（図表4-1-17）。これは、医師1人の場合は、外来の対応に時間がとられ、在宅医療を行う時間がないためと推測される。また、平成18年から22年にかけて在宅療養支援診療所は3,000施設以上増えているが、実際に看取りを行っているのは、全体の半数にも満たない状況にあり（平成22年7月、厚労省調査）、これも医師1人では看取りに対応できていない実態を表している。こうした状況を踏まえると、自院に複数の医師を配置している、あるいは他と連携して在宅医療を行っている在宅療養支援診療所を評価することの検討も必要である。併せて、現在、東日本大震災の被災地に限定されている「在宅医療のみ行う医療機関」を他の地域に拡大することも有効な施策のひとつと考えられる。

(3) 療養病床の転換を促進するための方策

医療機能の分化・強化や在宅医療・居住系サービスの充実、療養病床の転換などを推進させる方策のひとつとして、診療報酬・介護報酬の改定は有力な手段であり、機会である。

具体的には、療養病床の転換を誘導するため、転換期限までに段階的に当該療養病床に関連する報酬の算定要件を変更し報酬額を減ずる、あるいは医療区分・ADL区分や要介護度の低い区分における報酬額を減ずる等の改定を行うことが考えられる。また、療養病床において減じた分を在宅医療等に係る報酬にシフトさせることで、その充実を図るといった方策も検討すべきである。

なお、療養病床の収支状況については、中医協の慢性期入院医療の包括評価調査分科会が調査を行っている。それによると、医療療養病床を有する病院の22年度の1床あたりの収支差額は20対1病棟、25対1病棟ともに増加している。このことから、療養病床における報酬を適正化することは、可能な方策と考えられる。

また、外来医療についても、在宅等での療養を希望する国民のニーズに応えるために、在宅医療を担う診療所等を手厚く評価し、診療報酬を配分することは有意義な施策のひとつと言える。

(4) 病院から在宅への円滑な移行を図るための方策

在宅・居住系サービスによる療養が可能な患者の具体的な状態像についてのアンケート調査結果(図表4-1-38)をみると、在宅療養支援診療所を対象にした調査では、回答した施設の過半数が可能と答えた状態像は、酸素療法(75.3%)、褥瘡(58.2%)、尿路感染症(50.3%)である。一方、療養病棟を対象にした調査で、在宅等での療養が困難であると答えた状態像をみると(図表4-2-22)、酸素療法や褥瘡、尿路感染症がいずれも2~4割程度あることから、病院の医療サービス提供者の在宅医療に対する理解不足が患者の在宅への移行を少なからず妨げていることがうかがえる。

また、在宅・居住系サービスによる療養が可能な患者が、病院や介護施設から在宅・居住系サービスへ移行することを阻害している理由として(図表4-1-39)、家族介護の困難(81.7%)や在宅での生活に対する不安(60.6%)、夜間対応の困難(50.6%)といった項目が挙げられている。

在宅等での療養が可能な患者の在宅等への移行を阻害する要因と考えられる医療サービス提供者側の理解不足や患者本人・家族等の抱える不安等は、医療機関あるいは患者・家族に対する情報提供により、ある程度解消できる可能性がある。

例えば、同一疾病で提供されている医療サービスがほぼ同等である患者が、入院せずに在宅等で療養できている事例や、既存の調査研究で同様の阻害要因

(在宅医療に対する理解不足)を指摘しているもの等を提示するなどの情報提供をすれば、少なくとも医療機関(医療サービス提供者側)の認識は改められる可能性がある。

また、保険者においても、患者・家族に対して、在宅等における療養生活のあり方や施設・サービスの選択肢について積極的に情報を提供することによって、考え方や行動の変化を促すことが重要である。

3. 医療・介護の連携強化

(1) 情報共有と情報提供

医療・介護の連携に関する現行の診療報酬では、退院支援計画を策定して退院・転院後に療養する保険医療機関等との連絡調整や適切な介護サービスを導入するための業務等を行った場合に、評価する項目が設けられている。しかしながら、在院日数が短縮する中、入院から在宅療養生活へ移行するための準備に対する支援が必ずしも十分ではない実態がある。

在宅療養支援診療所を対象とする調査の中で、病院や介護施設から退院・退所時等に必要とする患者情報の提供状況をみると(図表4-1-40及び図表4-1-41)、医師の情報は治療の継続の必要性から概ね常時提供されているものの、看護職員やケアマネジャーからの情報は多くが「場合によって提供される」に止まっており、その必要性の高さにも関わらず十分な情報が提供されていないという実態が示されている。また、薬剤師や理学療法士等の他の職種の情報については、情報がほとんど提供されていないことが明らかになっている。さらに、医療・介護の連携を推進する上での課題(図表4-1-70)についても、「職種間の連携について」が最も多く挙げられている。

こうした背景には、入院先の病院側が地域の受け入れ先がどのような情報を必要としているか十分に把握できていないこと、また、そうした意識を共有するための退院時カンファレンス等の機会を設ける時間・労力の確保が難しいことがあると考えられる。しかしながら、患者本人にとって最も望ましい移行先を検討し実現していくうえでも、また家族の介護負担の軽減や在宅での生活に対する患者・家族の不安の緩和を図るためにも、退院後の在宅療養に向けたサービス調整を丁寧かつ綿密に行うことの意義は大きく、双方の連携を強化していく必要がある。

(2) 医療・介護の連携強化のための方策

入院から在宅等への円滑な移行を促進するための具体策としては、退院時カンファレンスにおける多職種での計画策定を支援すること、退院直後に地域の関係者が集中的に関与する仕組み作り等の取り組みを進めること、地域包括ケ

アにおいて医療・介護連携のコーディネートを担うケアマネジャー等の役割の強化や人材育成を図っていくことなどが重要である。患者の退院に関わる関係者が顔の見えるコミュニケーションを育み、地域における役割分担の明確化や合意形成を図っていくことに加えて、患者の安心感や信頼感を醸成することにより、退院・退所時における医療・介護の連携強化、在宅等への円滑な移行を進めていくことができる。

また、在宅療養を円滑に行うためには、病院による後方支援体制を整備することが不可欠であり、患者の急性増悪に際して受入可能な後方病床が常時確保される体制を構築する必要がある。在宅療養支援診療所を対象としたアンケート（図表4-1-45）でも、病院に期待する役割として「後方支援機能」を挙げる意見が多かった。

平成22年度の診療報酬改定においては、「急性期医療に対する後方病床機能の評価」として、有床診療所や病院の療養病棟が後方病床として患者を受入れた場合の入院早期の評価が新設されているが、その効果を検証した上で後方病床としての機能が十分に発揮されるような診療報酬のあり方を考える必要がある。

4. 終末期・看取りへの対応体制の整備

（1）終末期医療に関する国民意識と提供体制の現状

厚生労働省の終末期医療のあり方に関する懇談会が22年12月にとりまとめた「終末期医療に関する調査結果（調査時期：20年3月）」では、終末期における当面の療養場所として「自宅」と回答した人が63.3%、「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」23.0%、「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」29.4%、「自宅で最後まで療養したい」10.9%となっている。この調査結果から、自宅で療養することを希望する国民が多い一方で、必ずしも自宅での療養にこだわるのではなく、病状の進行に伴って、緩和ケア病棟やかかりつけの医療機関等に移行することも選択肢として考えていることがわかる。その背景には、現在の体制や環境のなかでは在宅で終末期を迎えることが困難であり、看取られる場所は病院にならざるを得ないという認識があるものと推測される。

一方で、在宅療養支援診療所を対象とした本調査においては、病院の担うべき役割（図表4-1-43）として、「看取り・終末期医療」を期待する割合は3割を下回る水準に止まっている。この結果は、介護施設や在宅等でも十分に終末期医療に対応することが可能であると認識されていることを示唆している。ただ同時に、病院の療養病床を必要とする理由や療養病床を転換できない理由（図表4-1-48及び図表4-1-52）として「地域での看取り体

制がない」ことを挙げる意見も多いことから、実態として介護施設や在宅等における看取り体制の整備が不十分であることが伺われる。

終末期の医療・介護に関する国民の意識やニーズに確実に応えるために、各個人が望む終末期のサービスを提供できる体制を作りあげていくことが重要である。

(2) 終末期・看取り等への対応方策

現状の診療報酬・介護報酬上の看取りへの評価としては、診療所における「在宅ターミナルケア加算」や「死亡診断加算」、訪問看護における「在宅ターミナルケア加算」、老人保健施設における「ターミナルケア加算」、特別養護老人ホームやグループホームにおける「看取り加算」などが設けられており、診療報酬については18年度改定から一定の引き上げも行われている。

今後、在宅・居住系サービスにおける看取りを含めた終末期医療の体制の強化を図る上では、ターミナルケアの実施数や看取り数に応じた評価等、診療報酬・介護報酬上における看取りへの評価のあり方について検討する必要がある。また、訪問看護ステーションは、看護職員の人数が多いほど在宅における看取り数が多い傾向があることから（「日本看護協会調査」、終末期及び看取りに対応するためにも事業所の規模拡大を図るべきである。

さらに、介護報酬では特定施設における看取り加算が設けられていないことから、体制整備を促す観点から加算を設けることも必要である。

参考資料

【在宅療養支援診療所用 調査票】

健康保険組合連合会（平成 22 年度）調査研究事業
医療・介護の連携、機能強化に関する調査

- 特に指定がある場合を除いて、平成 23 年 2 月 1 日（火）現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。

■本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

ご担当者氏名		部署・役職	
電話番号		FAX 番号	

I 貴院の概要についてお伺いします。

1 貴院の体制をご回答ください。

① 診療所の形態	01 有床診療所	02 無床診療所		
			病床数の内訳	
		11 一般病床		床
		12 医療療養病床		床
		13 介護療養病床		床
	14 その他（精神病床・感染病床・結核病床等）		床	
② 届出の有無	01 在宅療養支援診療所である	02 在宅療養支援診療所ではない		
③ 同一都道府県内の同一法人または関連・系列法人 ^{注1} の施設・事業所 (〇はいくつでも)	01 併設なし	11 適合高齢者専用賃貸住宅		
	[医療機関]	[在宅サービス]		
	02 貴院以外の有床診療所	12 居宅介護支援事業所		
	03 貴院以外の無床診療所	13 短期入所事業所（ショートステイ） ^{注2,3}		
	04 病院	14 通所介護事業所（デイサービス）		
	[介護保険施設]	15 通所リハビリテーション事業所（デイケア） ^{注3}		
	05 介護老人保健施設	16 訪問看護ステーション ^{注3}		
	06 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	17 訪問介護事業所		
	[居住系サービス]	18 訪問リハビリテーション事業所 ^{注2}		
	07 認知症グループホーム	19 小規模多機能型居宅介護事業所		
	08 有料老人ホーム	20 その他の居宅介護サービス		
09 養護老人ホーム	[その他]			
10 軽費老人ホーム	21 その他（ _____ ）			

注1) 「関連・系列法人」は、理事長が母体法人理事長と同一人物か、その親族である法人、それ以外でも母体法人と人事・資金等の関係が強い法人を指します。
 注2) 短期入所生活介護事業所および短期入所療養介護事業所。
 注3) みなし指定を含みます。

2 貴院において平成22年12月～平成23年2月の三ヶ月間に算定した診療報酬についてご回答ください。

① 診療報酬に係る算定の状況 (〇はいくつでも)	01 往診料	07 在宅患者連携指導料
	02 在宅患者訪問診療料	08 在宅患者緊急時等カンファレンス料
	03 在宅時医学総合管理料	09 退院時共同指導料1
	04 在宅末期医療総合診療料	10 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)
	05 在宅患者訪問看護・指導料	11 がん治療連携指導料
	06 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	12 診療情報提供料(Ⅰ)

3 貴院の平成23年2月1日0時時点で雇用している職員数をご回答ください。

	常勤職員・非常勤職員の合計数(常勤換算 ^注)
① 医師	. 人
② 看護師	. 人
③ 准看護師	. 人
④ 看護補助者	. 人
⑤ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	. 人
⑥ ソーシャルワーカー(社会福祉士等)	. 人
⑦ 介護職員	. 人
⑧ その他の職員(事務職員等)	. 人

注) 非常勤職員の常勤換算の算出方法

貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位まで(小数点第二位を切り上げ)を記入。

例: 1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週4日(各日5時間)勤務の看護師が1人いる場合

$$\text{非常勤看護師数} = \frac{4日 \times 5時間 \times 1人}{40時間} = 0.5人$$

4 連携している医療機関や居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問介護事業所の施設数・事業所数(同一法人内および他法人の事業所を含む)をご回答ください。

① 病院	施設	② 一般診療所	施設
③ 歯科診療所	施設	④ 調剤薬局	施設
⑤ 介護老人保健施設	施設	⑥ 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	施設
⑦ 介護療養型医療施設	施設	⑧ 居宅介護支援事業所	施設
⑨ 訪問看護ステーション	事業所	⇒うち、24時間対応体制の事業所	事業所
⑩ 訪問介護事業所	事業所	⇒うち、24時間対応体制の事業所	事業所
⑪ 訪問リハビリテーション事業所	事業所	⑫ ⑧～⑪以外の居宅介護サービス	事業所

5 貴院の外来患者延べ数、入院患者数(実人数)、合計の診療時間数をご回答ください。

① 外来患者延べ数 (平成23年2月一ヶ月間)	人
② 入院患者数(実人数) (平成23年2月1日時点)	人
③ 合計の診療時間数 ^注 (平成23年2月一ヶ月間)	時間

注) 「合計の診療時間数」は、外来・入院・在宅医療(移動時間を含む)を含めた一ヶ月間の診療時間数を記入してください。

6 貴院で平成23年2月一ヶ月間に訪問診療・往診を行った患者数、訪問診療等の対面時間数等をご回答ください。

① 訪問診療・往診を行った患者数(実人数)(2月一ヶ月間)		_____人	
【内訳】医療区分・ADL区分 ^{注1} 別の訪問診療・往診を行った患者数(2月一ヶ月間) (状態像は2月末時点で評価してください。)			
	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3
	訪問診療・往診患者数	訪問診療・往診患者数	訪問診療・往診患者数
医療区分1	_____人	_____人	_____人
医療区分2	_____人	_____人	_____人
医療区分3	_____人	_____人	_____人
② 【概算】上記患者の訪問診療・往診で対面した時間の合計値 ^{注2} (2月一ヶ月間)		_____時間	
③ 【概算】上記患者の訪問看護の利用時間の合計値 ^{注2} (2月一ヶ月間)		_____時間	
④ 【概算】訪問診療・往診における移動時間 ^{注3} の合計値(2月一ヶ月間)		_____時間	

注1) 医療区分・ADL区分の評価に当たっては、別掲の基準をご確認ください。(状態像は2月末時点で評価してください。)

注2) 複数の医師、複数の看護職員が患者に対面している場合は、各医師、各看護職員が対面した時間の合計値としてください。

注3) 移動時間は、訪問診療・往診のために貴院を外出されていた時間のうち、実際に患者や施設にいた時間を除いた時間の合計値をご記入ください。

6-1 【追加設問】お分かりになる範囲で構いませんので、可能であれば、上記②「訪問診療・往診で対面した時間」及び③「訪問看護の利用時間」について、医療区分・ADL区分別の時間数の内訳(概算)をご回答ください。

【概算】上記患者に対して訪問診療・往診で対面した医療区分・ADL区分別の時間(2月一ヶ月間)			
	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3
	医療区分・ADL区分別の訪問診療・往診時間の合計	医療区分・ADL区分別の訪問診療・往診時間の合計	医療区分・ADL区分別の訪問診療・往診時間の合計
医療区分1	_____時間	_____時間	_____時間
医療区分2	_____時間	_____時間	_____時間
医療区分3	_____時間	_____時間	_____時間
【概算】上記患者における訪問看護の医療区分・ADL区分別の利用時間(2月一ヶ月間)			
	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3
	医療区分・ADL区分別の訪問看護時間の合計	医療区分・ADL区分別の訪問看護時間の合計	医療区分・ADL区分別の訪問看護時間の合計
医療区分1	_____時間	_____時間	_____時間
医療区分2	_____時間	_____時間	_____時間
医療区分3	_____時間	_____時間	_____時間

7 貴院では、全体の診療時間のうち、訪問診療・往診をはじめとする在宅医療に関連した業務にどの程度の時間を割いていますか。以下から該当するものをお選びください。

01 1割未満	03 3割以上5割未満	05 7割以上9割未満
02 1割以上3割未満	04 5割以上7割未満	06 9割以上

8 訪問診療・往診、訪問看護に当たって、患者の個別性の高い処置・治療内容、あるいは計画内容を逸脱する事由について、具体的にお教えください。

《訪問診療・往診、訪問看護に当たって患者の個別性の高い処置・治療内容》

例：抗悪性腫瘍剤の使用、疼痛コントロール、人工呼吸器の使用に伴う処置 等

《訪問診療、訪問看護の計画内容を逸脱する事由》

例：患者の急性増悪時の緊急訪問、介護者の緊急入院時等による患者の療養環境の見直し 等

II 在宅療養支援診療所の医師からみた医療・介護連携に係る意見について、お伺いいたします。

9 在宅、居住系サービスでの療養が可能な患者の状態像について、以下から該当するもの全てをお選びください。

- | | |
|--|---|
| 01 24時間持続して点滴を実施している状態 | 15 せん妄に対する治療を実施している状態 |
| 02 重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者または難病患者 | 16 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態 |
| 03 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 | 17 頻回の血糖検査を実施している状態 |
| 04 中心静脈栄養を実施している状態 | 18 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの種類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。） |
| 05 人工呼吸器を使用している状態 | 19 人工腎臓、持続浸透式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態 |
| 06 ドレーン法又は胸腔若しくは胸腔の洗浄を実施している状態 | 20 悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。） |
| 07 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態 | 21 肺炎に対する治療を実施している状態 |
| 08 酸素療法を実施している状態 | 22 褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2カ所以上認められる場合に限る。） |
| 09 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態 | 23 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態 |
| 10 尿路感染症に対する治療を実施している状態 | 24 うつ症状に対する治療を実施している状態 |
| 11 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態 | 25 他者に対する暴行が毎日認められる場合 |
| 12 脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態 | 26 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態 |
| 13 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 | 27 気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。） |
| 14 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態 | 28 創傷（手術創や感染創を含む）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態 |

10 在宅、居住系サービスでの療養が可能な患者が、病院や介護施設から在宅、居住系サービスへ移行することを阻害している理由について、以下から該当するもの全てをお選びください。

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 01 必要な医療処置が提供できないため | 07 住宅改修等の住環境の整備ができないため |
| 02 認知症への対応が困難なため | 08 家族の介護困難、または介護者不在のため |
| 03 必要な介護サービスが確保できないため | 09 本人・家族に在宅での生活に対する不安があるため |
| 04 夜間の対応が困難なため | 10 経済的事情があるため |
| 05 在宅医療や退院支援に対する病院側の理解が十分でないため | 11 その他（_____） |
| 06 病院側の地域連携等の体制の不足のため | |

1 1 在宅患者や居住系サービス利用者が適切に在宅での療養生活を送る上で、病院や介護施設から退院・退所時等に必要とする患者情報、情報提供の状況等についてお教えてください。

① 病院や介護施設から提供を必要とする職種別の患者情報の必要度 (あてはまる職数全てに○)	01 いつも必要である		03 必要ではない				
	02 場合によって必要である						
	医師からの情報	看護職員からの情報	薬剤師からの情報	理学療法士等 ^注 からの情報	栄養士からの情報	社会福祉士からの情報	ケアマネジャーからの情報
	01 03	01 03	01 03	01 03	01 03	01 03	01 03
	02	02	02	02	02	02	02
② 病院や介護施設からの職種別の患者情報の提供状況 (あてはまる職数全てに○)	01 いつも情報提供されている		03 情報提供されていない				
	02 場合によって情報提供されている						
	医師の情報	看護職員の情報	薬剤師の情報	理学療法士等 ^注 からの情報	栄養士からの情報	社会福祉士からの情報	ケアマネジャーからの情報
	01 03	01 03	01 03	01 03	01 03	01 03	01 03
	02	02	02	02	02	02	02
③ 病院や介護施設との職種別の連絡・コミュニケーションの手段 (あてはまるもの全てに○)	01 電話		04 退院支援時のケア会議				
	02 FAX		05 在宅等への移行後のケア会議				
	03 メール		06 その他 (_____)				
	医師	看護職員	薬剤師	理学療法士等 ^注	栄養士	社会福祉士	ケアマネジャー
	01 04	01 04	01 04	01 04	01 04	01 04	01 04
	02 05	02 05	02 05	02 05	02 05	02 05	02 05
	03 06	03 06	03 06	03 06	03 06	03 06	03 06

注) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士。

1 2 病院と診療所の役割分担の上で、病院はどの医療機能までを担うべきであると思いますか。以下から該当するもの全てをお選びください。

01 急性期医療	07 維持期・慢性期医療 (外来)
02 機能向上を目標とする回復期リハビリ	08 外来リハビリ
03 状態維持を目標とする回復期リハビリ	09 訪問診療・往診、訪問看護、訪問リハビリ
04 亜急性期医療	10 看取り・終末期医療
05 長期療養 (医療療養)	11 その他 (_____)
06 長期療養 (介護療養)	

《診療所から病院に対して期待する役割について、具体的にお教えてください》

《自由回答》

1 3 老人保健施設が今後目指すべき役割について、以下から該当するもの全てをお選びください。

01 リハビリテーション・機能訓練	05 長期療養 (介護療養)
02 看取り	06 家族・介護者への医療・介護に関する訓練
03 緊急時の受け入れ先・後方ベッドの提供	07 その他 (_____)
04 長期療養 (医療療養)	

1 4 病院の医療療養病床は必要だと思いますか。

01 非常にそう思う

02 そう思う

03 そう思わない

04 全くそう思わない

01、02
とご回答

「01 非常にそう思う」・「02 そう思う」とご回答の場合：

①-1 その理由について、以下から該当するもの全てをお選びください。

- 11 地域で在宅・居住系サービスでの療養が困難な患者がいるため
- 12 地域で介護保険施設（介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）での療養が困難な患者がいるため
- 13 在宅・居住系サービスへの移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため
- 14 介護保険施設（介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）への移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため
- 15 地域でリハビリテーションの提供体制が限られており、医療療養病床がその機能を担っているため
- 16 地域で看取りの提供体制が限られており、医療療養病床がその機能を担っているため
- 17 地域で緊急時の受け入れ先・後方ベッドの提供体制が限られており、医療療養病床がその機能を担っているため
- 18 その他（ _____ ）

13、14
とご回答

①-2 上記患者の移行のために必要な医療・介護サービスについて、お教えてください

例：在宅療養支援診療所の増加、24時間対応体制の整った訪問看護ステーションの増加

03、04
とご回答

「03 そう思わない」・「04 全くそう思わない」とご回答の場合：

② その理由について、具体的にお教えてください

例：訪問診療・往診、訪問看護等で十分に対応可能である

15 病院の介護療養病床は必要だと思いますか。

01 非常にそう思う

02 そう思う

03 そう思わない

04 全くそう思わない

01、02
とご回答

「01 非常にそう思う」・「02 そう思う」とご回答の場合：

①-1 その理由について、以下から該当するもの全てをお選びください。

- 11 地域で在宅・居住系サービスでの療養が困難な患者がいるため
- 12 地域で介護保険施設（介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）での療養が困難な患者がいるため
- 13 在宅・居住系サービスへの移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため
- 14 介護保険施設（介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）への移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため
- 15 地域でリハビリテーションの提供体制が限られており、介護療養病床がその機能を担っているため
- 16 地域で看取りの提供体制が限られており、介護療養病床がその機能を担っているため
- 17 地域で緊急時の受け入れ先・後方ベッドの提供体制が限られており、介護療養病床がその機能を担っているため
- 18 その他（ _____ ）

13、14
とご回答

①-2 上記患者の移行のために必要な医療・介護サービスについて、お教えてください

例：24時間対応体制の整った訪問看護ステーションの増加、24時間巡回型訪問介護の整備

03、04
とご回答

「03 そう思わない」・「04 全くそう思わない」とご回答の場合：

② その理由について、具体的にお教えてください

例：訪問診療・往診、訪問看護等で十分に対応可能である

16 現在、地域で不足している医療・介護サービスについて、以下から該当するもの全てをお選びください。

01 不足しているサービスはなし	13 養護老人ホーム
〔医療機関〕	14 軽費老人ホーム
02 急性期医療を担う病院・診療所	15 適合高齢者専用賃貸住宅
03 回復期リハビリを担う病院・診療所	〔在宅サービス〕
04 亜急性期医療を担う病院・診療所	16 居宅介護支援事業所
05 長期療養（医療療養）を担う病院・診療所	17 短期入所事業所（ショートステイ） ^{注1}
06 維持期・慢性期医療（外来）を担う病院・診療所	18 通所介護事業所（デイサービス）
07 在宅医療を担う病院・診療所	19 通所リハビリテーション事業所（デイケア）
〔介護保険施設〕	20 訪問看護ステーション
08 介護老人保健施設	21 訪問介護事業所
09 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	22 訪問リハビリテーション事業所
10 介護療養型医療施設	23 小規模多機能型居宅介護事業所
〔居住系サービス〕	24 その他の居宅介護サービス
11 認知症グループホーム	〔その他〕
12 有料老人ホーム	25 その他（_____）

注1）短期入所生活介護事業所および短期入所療養介護事業所。

17 現在、地域で過剰になっている医療・介護サービスについて、以下から該当するもの全てをお選びください。

01 過剰になっているサービスはなし	13 養護老人ホーム
〔医療機関〕	14 軽費老人ホーム
02 急性期医療を担う病院・診療所	15 適合高齢者専用賃貸住宅
03 回復期リハビリを担う病院・診療所	〔在宅サービス〕
04 亜急性期医療を担う病院・診療所	16 居宅介護支援事業所
05 長期療養（医療療養）を担う病院・診療所	17 短期入所事業所（ショートステイ） ^{注1}
06 維持期・慢性期医療（外来）を担う病院・診療所	18 通所介護事業所（デイサービス）
07 在宅医療を担う病院・診療所	19 通所リハビリテーション事業所（デイケア）
〔介護保険施設〕	20 訪問看護ステーション
08 介護老人保健施設	21 訪問介護事業所
09 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	22 訪問リハビリテーション事業所
10 介護療養型医療施設	23 小規模多機能型居宅介護事業所
〔居住系サービス〕	24 その他の居宅介護サービス
11 認知症グループホーム	〔その他〕
12 有料老人ホーム	25 その他（_____）

注1）短期入所生活介護事業所および短期入所療養介護事業所。

18 在宅医療（訪問診療・往診等）および居宅介護サービス（訪問看護・訪問介護・通所介護等）の提供体制の整備に当たって、完結すべき地域の範囲はどの程度だと思われますか。

① 在宅医療の地域の範囲	01 二次医療圏	02 市町村	03 中学校区程度	04 その他（_____）
② 居宅介護の地域の範囲	01 二次医療圏	02 市町村	03 中学校区程度	04 その他（_____）

19 利用者が在宅や居住系サービスを利用して地域生活を維持する上で、訪問看護ステーションは24時間対応体制でなければ困ると思いますか。

01 非常にそう思う	02 そう思う	03 そう思わない	04 全くそう思わない
------------	---------	-----------	-------------

20 利用者が在宅や居住系サービスを利用して地域生活を維持する上で、訪問介護事業所は24時間対応体制でなければ困ると思いますか。

01 非常にそう思う	02 そう思う	03 そう思わない	04 全くそう思わない
------------	---------	-----------	-------------

21 貴院における認知症患者に対する診療の状況についてお教えてください。

01 専門的な診療が可能である	02 日常的な診療は可能である	03 診療は困難である
-----------------	-----------------	-------------



① 貴院では、認知症の症状悪化時、介護施設や介護サービス事業者から連絡が入る体制になっていますか。	
01 連絡が入る体制になっている	02 連絡が入る体制にはなっていない
② 貴院では、認知症の症状悪化時で入院の必要性が認められた場合、自院・他院を問わず、入院させることができる体制はありますか。	
01 入院させることができる体制がある	02 入院させることができる体制はない

Ⅲ 診療報酬体系および介護報酬体系についてお伺いします。

2 2 居宅介護サービス（訪問看護・訪問介護・通所介護等）は、現在の「訪問時間・回数に応じた負担・報酬」による算定と、介護施設や小規模多機能型居宅介護と同様、「事業所に登録した者の要介護度に応じて1か月ごとに利用者は定額負担、事業所は定額報酬」による算定のどちらが望ましいと思いますか。

01 現在の訪問時間・回数に応じた負担・報酬が良い

02 介護施設や小規模多機能型居宅介護と同様、事業所に登録した者の要介護度に応じて1か月ごとに利用者は定額負担、事業所は定額報酬が良い

01
とご回答

「01 現在の訪問時間・回数に応じた負担・報酬が良い」とご回答の場合：

① 訪問時間・回数に応じた負担・報酬が望ましいと思う理由について、具体的にお教えてください

例：出来高払いによって利用者が実際の利用に応じて負担する方が公平性が高い、個々の利用者の要介護度とニーズに応じたサービスの提供が可能となる 等

02
とご回答

「02 介護施設や小規模多機能型居宅介護と同様、事業所に登録した者の要介護度に応じて1か月ごとに利用者は定額負担、事業所は定額報酬が良い」とご回答の場合：

② 定額負担・報酬が望ましいと思う理由について、具体的にお教えてください

例：同一の要介護度の利用者における施設と在宅等での負担の違いが是正できる、個々の利用者の要介護度に縛られず複数の利用者間の日々のニーズに応じてサービスの調整・分配が可能となる 等

2 3 患者の在宅、居住系サービスへの移行、訪問診療・往診等の在宅医療を推進する上で、在宅療養支援診療所が抱える課題について具体的にお教えてください。

例：「看護師等の人的資源が集まらない」、「診療所経営は外来収入で成り立っており、在宅医療への注力が難しい」、「患者の経済事情を勘案すると患者の在宅医療の負担が大きい」、「在宅医療は準備や移動時間等もかかるため、費用対効果が悪い」等

24 その他、現在の診療報酬体系、介護報酬体系の問題点、算定要件に係る意見について、具体的にお教えください。

例：「算定制限の「同一患者」「同一建物」「同一敷地内」「同一日」「特別な関係」の取り扱いについては十分な検討が必要である」等

IV その他、医療・介護の連携を推進する上での課題・ご意見について、ご自由にご記入ください。

《自由回答例》 医療・介護の連携を推進する上でのサービス提供体制上の問題、地域で患者を見守るための医療・介護の連携による工夫、その人らしい最後のための工夫について 等

設問は以上です。ご協力いただき、誠に有難うございました。

記入漏れがないかをご確認の上、**3月22日（火）**までに、
同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

【病院・療養病棟用 調査票】

健康保険組合連合会（平成 22 年度）調査研究事業
医療・介護の連携、機能強化に関する調査

- 特に指定がある場合を除いて、平成 23 年 2 月 1 日（火）現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。

■本調査票のご記入者、ご連絡先についてご記入下さい。

ご担当者氏名		部署・役職	
電話番号		FAX 番号	

I 貴院の概要についてお伺いします。

1 貴院の体制をご回答ください。

	病床数の内訳	
① 届出病床数	一般病床	床
	医療療養病床	床
	介護療養病床	床
	その他（精神病床・感染病床・結核病床等）	床
② 同一都道府県内の同一法人または関連・系列法人 ^{注1} の施設・事業所 (〇はいくつでも)	01 併設なし	11 適合高齢者専用賃貸住宅
	[医療機関]	[在宅サービス]
	02 貴院以外の有床診療所	12 居宅介護支援事業所
	03 貴院以外の無床診療所	13 短期入所事業所（ショートステイ） ^{注2,3}
	04 病院	14 通所介護事業所（デイサービス）
	[介護保険施設]	15 通所リハビリテーション事業所（デイケア） ^{注3}
	05 介護老人保健施設	16 訪問看護ステーション ^{注3}
	06 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	17 訪問介護事業所
	[居住系サービス]	18 訪問リハビリテーション事業所 ^{注2}
	07 認知症グループホーム	19 小規模多機能型居宅介護事業所
	08 有料老人ホーム	20 その他の居宅介護サービス
	09 養護老人ホーム	[その他]
	10 軽費老人ホーム	21 その他（_____）

注1) 「関連・系列法人」は、理事長が母体法人理事長と同一人物か、その親族である法人、それ以外でも母体法人と人事・資金等の関係が強い法人を指します。

注2) 短期入所生活介護事業所および短期入所療養介護事業所。

注3) みなし指定を含みます。

2 貴院において平成23年2月1日時点で届出を行っている診療報酬についてご回答ください。

① 入院基本料に係る届出の状況 (〇はいくつでも)	01 7対1入院基本料(一般病棟)注1	07 7対1入院基本料(障害者施設等)
	02 10対1入院基本料(一般病棟)注1	08 10対1入院基本料(障害者施設等)
	03 13対1入院基本料(一般病棟)注1	09 13対1入院基本料(障害者施設等)
	04 15対1入院基本料(一般病棟)注1	10 15対1入院基本料(障害者施設等)
	05 療養病棟入院基本料1	11 有床診療所入院基本料
	06 療養病棟入院基本料2	12 有床診療所療養病床入院基本料
② 特定入院料等に係る届出の状況 (〇はいくつでも)	01 回復期リハビリテーション病棟入院料1	04 亜急性期入院医療管理料2
	02 回復期リハビリテーション病棟入院料2	05 緩和ケア病棟入院料
	03 亜急性期入院医療管理料1	

注1) 特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料(における7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、15対1入院基本料を含む。

3 貴院において平成22年12月～平成23年2月の三ヶ月間に算定した診療報酬についてご回答ください。

① 診療報酬に係る算定の状況 (〇はいくつでも)	01 慢性期病棟等退院調整加算	04 地域連携診療計画退院時指導料(I)
	02 退院時共同指導料2	05 がん治療連携計画策定料
	03 介護支援連携指導料	06 診療情報提供料(I)

4 貴院の平成23年2月1日0時時点で雇用している職員数をご回答ください。

	常勤職員・非常勤職員の合計数(常勤換算注)		常勤職員・非常勤職員の合計数(常勤換算注)
① 医師	. 人	⑤ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	. 人
② 看護師	. 人	⑥ ソーシャルワーカー(社会福祉士等)	. 人
③ 准看護師	. 人	⑦ 介護職員	. 人
④ 看護補助者	. 人	⑧ その他の職員(事務職員等)	. 人

注) 非常勤職員の常勤換算の算出方法

貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位まで(小数点第二位を切り上げ)を記入。

例: 1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週4日(各日5時間)勤務の看護師が1人いる場合

$$\text{非常勤看護師数} = \frac{4日 \times 5時間 \times 1人}{40時間} = 0.5人$$

5 連携している医療機関や介護保険施設、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問介護事業所の施設数・事業所数(同一法人内および他法人の事業所を含む)をご回答ください。

① 病院	施設	② 一般診療所	施設
③ 歯科診療所	施設	④ 調剤薬局	施設
⑤ 介護老人保健施設	施設	⑥ 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	施設
⑦ 介護療養型医療施設	施設	⑧ 居宅介護支援事業所	施設
⑨ 訪問看護ステーション	事業所	⇒うち、24時間対応体制の事業所	事業所
⑩ 訪問介護事業所	事業所	⇒うち、24時間対応体制の事業所	事業所
⑪ 訪問リハビリテーション事業所	事業所	⑫ ⑧～⑪以外の居宅介護サービス	事業所

6 貴院の外来患者延べ数、入院患者数（実人数）をご回答ください。

① 外来患者延べ数 (平成23年2月一ヶ月間)	人
② 入院患者数（実人数） (平成23年2月1日時点)	人

7 貴院で平成23年2月一ヶ月間に診療を行った療養病棟入院基本料算定病棟の入院患者数、診療等の対面時間数等をご回答ください。

① 療養病棟入院基本料算定病棟の入院患者数（実人数）（2月一ヶ月間）				人
【内訳】医療区分・ADL区分 ^{注1} 別の療養病棟入院基本料算定病棟の入院患者数（2月一ヶ月間） (状態像は2月末時点で評価してください。)				
	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3	
	療養病棟入院基本料 算定病棟の入院患者数	療養病棟入院基本料 算定病棟の入院患者数	療養病棟入院基本料 算定病棟の入院患者数	
医療区分1	人	人	人	
医療区分2	人	人	人	
医療区分3	人	人	人	
② 【概算】上記患者に医師が対面した時間の合計値 ^{注2} （2月一ヶ月間）				時間
③ 【概算】上記患者に看護職員が対面した時間の合計値 ^{注2} （2月一ヶ月間）				時間

注1) 医療区分・ADL区分の評価に当たっては、別掲の基準をご確認ください。(状態像は2月末時点で評価してください。)

注2) 複数の医師、複数の看護職員が患者に対面している場合は、各医師、各看護職員が対面した時間の合計値としてください。

7-1 【追加設問】お分かりになる範囲で構いませんので、可能であれば、上記②「医師が対面した時間」及び③「看護職員が対面した時間」について、医療区分・ADL区分別の時間数の内訳（概算）をご回答ください。

【概算】上記患者に対して医師が対面した医療区分・ADL区分別の時間（2月一ヶ月間）			
	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3
	医師が対面した 時間の合計	医師が対面した 時間の合計	医師が対面した 時間の合計
医療区分1	時間	時間	時間
医療区分2	時間	時間	時間
医療区分3	時間	時間	時間
【概算】上記患者に対して看護職員が対面した医療区分・ADL区分別の利用時間（2月一ヶ月間）			
	ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3
	看護職員が対面した 時間の合計	看護職員が対面した 時間の合計	看護職員が対面した 時間の合計
医療区分1	時間	時間	時間
医療区分2	時間	時間	時間
医療区分3	時間	時間	時間

8 在宅、居住系サービスでの療養が困難な患者の状態像について、以下から該当するもの全てをお選びください。

01 24時間持続して点滴を実施している状態	15 せん妄に対する治療を実施している状態
02 重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者または難病患者	16 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態
03 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態	17 頻回の血糖検査を実施している状態
04 中心静脈栄養を実施している状態	18 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）
05 人工呼吸器を使用している状態	19 人工腎臓、持続浸透式血液濾過、膜濾過又は血漿交換療法を実施している状態
06 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態	20 悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）
07 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態	21 肺炎に対する治療を実施している状態
08 酸素療法を実施している状態	22 褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2カ所以上に認められる場合に限る。）
09 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態	23 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態
10 尿路感染症に対する治療を実施している状態	24 うつ症状に対する治療を実施している状態
11 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態	25 他者に対する暴行が毎日認められる場合
12 脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態	26 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態
13 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態	27 気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。）
14 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態	28 創傷（手術創や感染創を含む）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態

II 療養病床の転換意向についてお伺いします。

9 今後の貴院の医療療養病床に関する転換意向についてご回答ください。

01 転換意向がある	02 転換意向がない	03 未定	04 医療療養病床を有していない
------------	------------	-------	------------------

01
ご回答

02, 03
ご回答

「01 転換意向がある」とご回答の場合：

① 予定している、又は検討する転換先について以下から該当するものをお選びください。

11 一般病床（回復期リハ病床を除く）	15 介護老人保健施設（療養型）
12 一般病床（回復期リハ病床）	16 介護老人保健施設（従来型）
13 介護療養病床	17 その他の施設（_____）
14 その他の病床	18 廃止

02, 03
ご回答

「02 転換意向がない」・「03 未定」とご回答の場合：

② その理由について、以下から該当するもの全てをお選びください。

- 21 貴院の入院患者が在宅・居住系サービスでの療養が困難なため
- 22 貴院の入院患者が介護保険施設（介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）での療養が困難なため
- 23 貴院の入院患者が在宅・居住系サービスへの移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため
- 24 貴院の入院患者が介護保険施設への移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため
- 25 地域でのリハビリテーションの提供体制が限られており、貴院がその機能を担っているため
- 26 地域での看取りの提供体制が限られており、貴院がその機能を担っているため
- 27 地域での緊急時の受け入れ先・後方ベッドの提供体制が限られており、貴院がその機能を担っているため
- 28 転換によって経営的な見通しが悪化するため（改築・改修の負担を含む）
- 29 その他（_____）

10 今後の貴院の介護療養病床に関する転換意向についてご回答ください。

01 転換意向がある	02 転換意向がない	03 未定	04 介護療養病床を有していない
-------------------	-------------------	--------------	-------------------------

01
とご回答

「01 転換意向がある」とご回答の場合：

① 予定している、又は検討する転換先について以下から該当するものをお選びください。

11 一般病床（回復期リハ病床を除く）	15 介護老人保健施設（療養型）
12 一般病床（回復期リハ病床）	16 介護老人保健施設（従来型）
13 医療療養病床	17 その他の施設（_____）
14 その他の病床	18 廃止

02, 03
とご回答

「02 転換意向がない」・「03 未定」とご回答の場合：

② その理由について、以下から該当するもの全てをお選びください。

21 貴院の入院患者が在宅・居住系サービスでの療養が困難なため	25 地域でのリハビリテーションの提供体制が限られており、貴院がその機能を担っているため
22 貴院の入院患者が介護保険施設（介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）での療養が困難なため	26 地域での看取りの提供体制が限られており、貴院がその機能を担っているため
23 貴院の入院患者が在宅・居住系サービスへの移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため	27 地域での緊急時の受け入れ先・後方ベッドの提供体制が限られており、貴院がその機能を担っているため
24 貴院の入院患者が介護保険施設への移行が可能な場合であっても、その受け入れ先を見つけることが困難なため	28 転換によって経営的な見通しが悪化するため（改築・改修の負担を含む）
29 その他（_____）	

Ⅲ 診療報酬体系および介護報酬体系についてお伺いします。

11 現在の診療報酬体系、介護報酬体系の問題点、算定要件に係る意見について、具体的にお教えください。

例：「算定制限である「同一患者」「同一建物」「同一敷地内」「同一日」「特別な関係」の取り扱いについては十分な検討が必要である」等

IV その他、医療・介護の連携を推進する上での課題・ご意見について、ご自由にご記入ください。

《自由回答例》医療・介護の連携を推進する上でのサービス提供体制上の問題、地域で患者を見守るための医療・介護の連携による工夫、その人らしい最後のための工夫について 等

設問は以上です。ご協力いただき、誠に有難うございました。

記入漏れがないかをご確認の上、**3月22日（火）**までに、
同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

医療保障総合政策調査・研究基金事業
医療・介護の連携、機能強化に関する調査研究

報告書

平成23年11月

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1丁目24番4号

TEL : 03-3403-0987

禁無断転載