

平成30年度
地域包括診療加算・地域包括診療料に係る
かかりつけ医研修会

8. 「介護保険」

医療法人池慶会 池端病院
理事長／院長 池端幸彦

日本の介護保険制度の特徴

1. 「要支援」 = 予防給付 + 総合事業
2. 介護認定にコンピューター導入
3. 在宅療養が主流
4. ケアマネジメント導入
5. 市区町村を中心にしたシステム

医療保険と介護保険の 決定的相違

- ① 要介護認定による給付額制限
(医療は原則無制限)
- ② 給付内容決定権の相違
(医療 ⇒ 医師、介護 ⇒ 本人・家族)

介護保険制度成功の3つの鍵

1. 介護認定審査

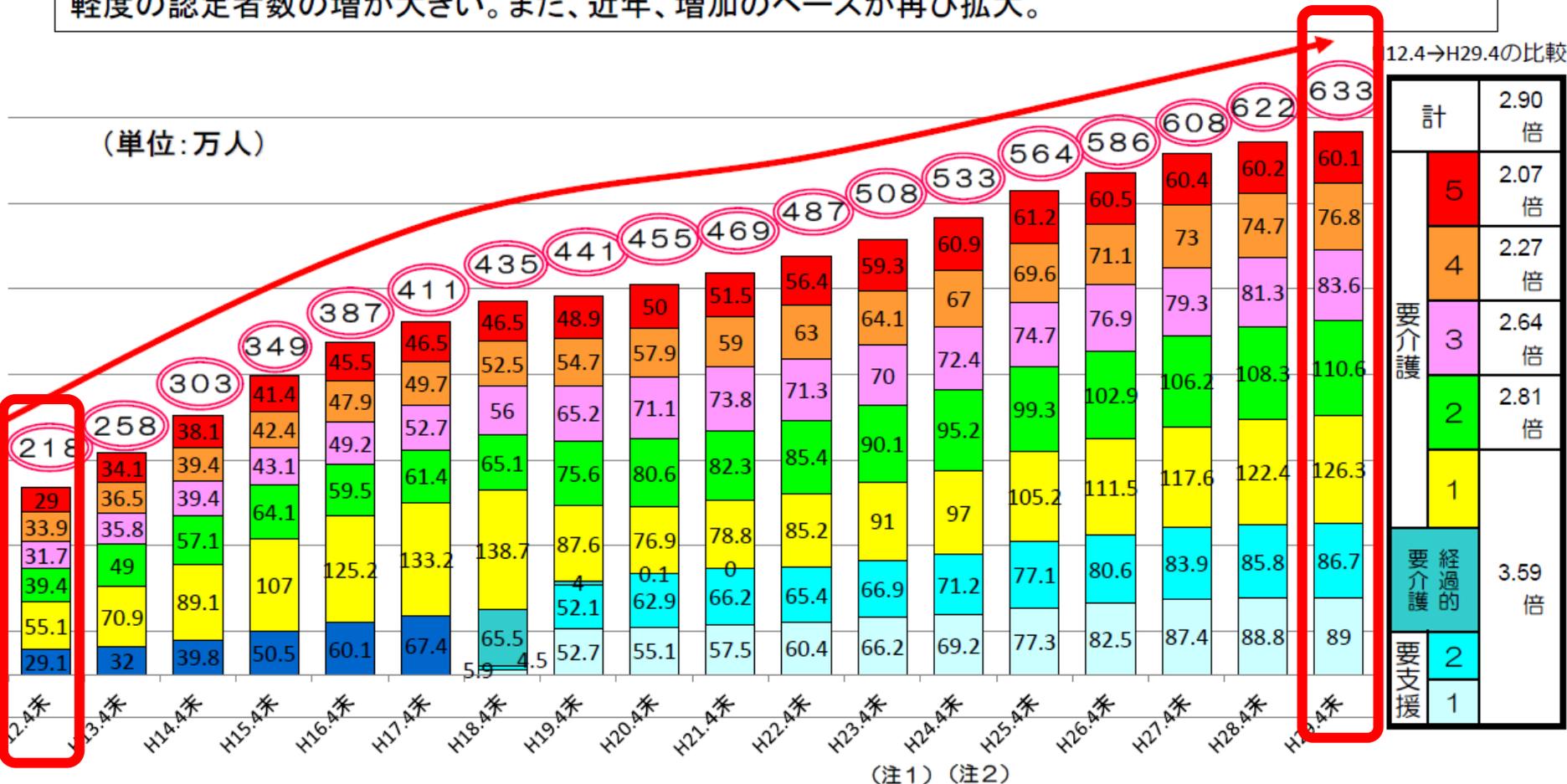
2. ケアマネジメント

3. 介護予防

要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成29年4月現在633万人で、この17年間で約2.90倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。

(単位:万人)



(注1) (注2)

■ 要支援 □ 要支援1 ■ 要支援2 ■ 経過的 ■ 要介護1 ■ 要介護2 ■ 要介護3 ■ 要介護4 ■ 要介護5

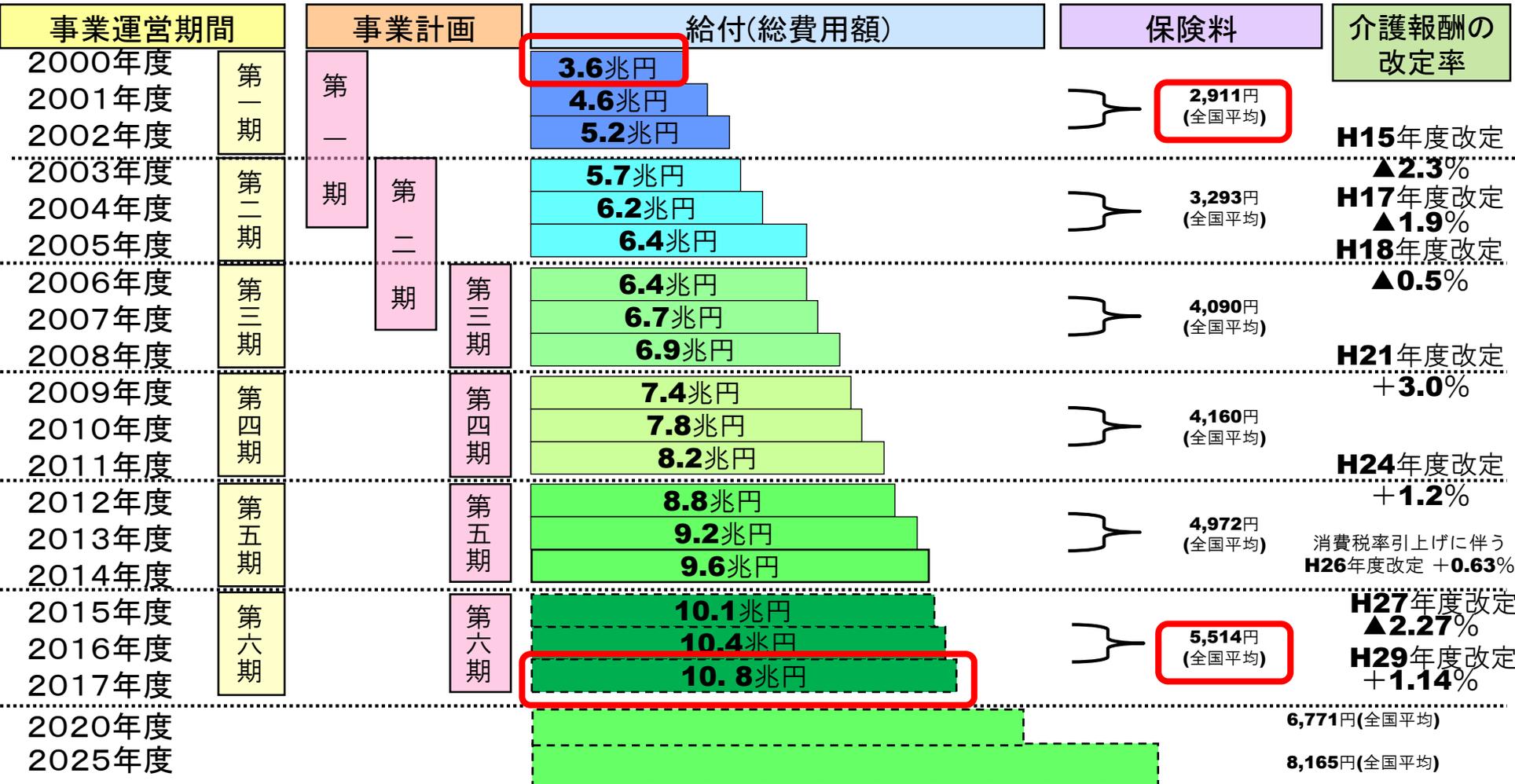
注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、檜葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

注2) 檜葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

(出典：介護保険事業状況報告)

介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、保険料が2020年には6,771円、2025年には8,165円に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。



※2014年度までは実績であり、2015～2017年度は当初予算である。

※2020年度及び2025年度の保険料は全国の保険者が作成した第6期介護保険事業計画における推計値。

「平成30年度 地域包括診療加算・地位包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 8. 介護保険_池端幸彦

2018年度介護報酬改定に係る基本的な考え方

【介護保険を取り巻く主な課題】

- 世界でも類をみない少子高齢化
 - 団塊の世代のすべてが75歳以上となる2025年を見据えた対応
 - 自治体毎に差がある高齢化
 - 高齢化等に伴い増加する要支援・要介護認定者、認知症者
- 増大する社会保障費・介護費用への対応
- 介護事業者の経営への配慮
- 平成29年の制度改正への対応（自立支援・重度化防止、医療・介護連携、地域共生社会の実現 等）
- 医療・介護連携の推進（地域医療計画・介護保険事業（支援）計画の同時策定、診療報酬・介護報酬の同時改定）
- その他の指摘事項
 - 経済・財政再生計画 改革工程表（経済財政諮問会議）
 - ニッポン一億総活躍プラン（H28.6.2：閣議決定）
 - 未来投資戦略2017（H29.6.9：閣議決定）

地域包括ケアシステムの推進

自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

多様な人材の確保と生産性の向上

介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

2018年度介護報酬改定の概要

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定

改定率: +0.54%

I 地域包括ケアシステムの推進

- 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

III 多様な人材の確保と生産性の向上

- 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

- 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

遠隔診療：かかりつけ医による効率的な医療の提供

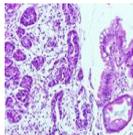
- 最新の技術進歩を取り入れることで、**医療の質や生産性が向上するよう、診療報酬上の評価**を行っていく。
- 例えば、対面診療と適切に組み合わせて提供することで、**かかりつけ医による日常的な健康指導や疾病管理が飛躍的に向上**。慢性疾患の重症化予防等の領域で活用。

画像の質の向上等の技術進歩

診療報酬における評価

[医師対医師]

例) ・遠隔画像診断 ・遠隔病理診断



[医師对患者]

例) 心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリング

↑
更なる技術革新
提供サービスの多様化

2018（平成30）年度改定に向けて、診療報酬上の評価。

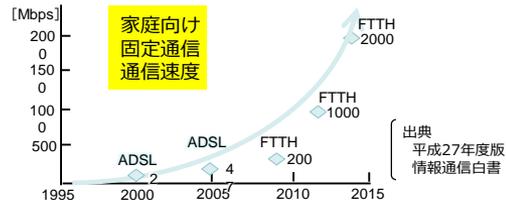
- (例)
- ・オンライン診察を組み合わせた糖尿病等の生活習慣病患者の効果的な指導・管理
 - ・血圧、血糖等の遠隔モニタリングを活用した、早期の重症化予防

さらに有効性・安全性等に関する知見を集積し、2020（平成32）年度以降の改定でも更に反映。

[解像度の向上]



[データ転送速度の向上]



介護ロボット：厚労省が現場とともに「受け身」から「攻め」の開発へ転換

- 現場主導の開発と普及の加速化により、**利用者の生活の質の維持・向上**と**介護者の負担軽減**を実現する。



【現場主導の開発への転換】

■利用者・介護者双方の視点で開発スタート

- 企業・現場関係者が協議する10の開発プロジェクト

■企業主導から現場主導の開発へ転換

- 現場ニーズと開発シーズをつなぎ、プロジェクトを強力に牽引する「プロジェクトコーディネーター」を育成・配置
- 2018年度からの新たな開発戦略を検討

開発と普及の好循環

【普及の加速化】

■導入支援の進展と導入効果の実証・評価

- 約5000事業所に約50種類のロボットを導入済 (例) 見守り、移乗支援等のためのロボット
- 利用者の生活状況の把握を中心に効果実証

■さらなる導入と活用の促進

- 実証結果を踏まえ、2018（平成30）年度介護報酬改定等での評価
- 導入経費の支援等



- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現するため、**科学的分析に必要なデータを新たに収集し、世界に例のないデータベースをゼロから構築。**
- データベースを分析し、**科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示。**
- 2018（平成30）年度介護報酬改定から、**自立支援に向けたインセンティブを検討。**

高齢者個人に関するデータ

高齢者の状態

従来取得していたデータ

- ・要介護認定情報
- ・日常生活動作（ADL）
- ・認知機能

新たに取得していくデータ

- ・身長、体重
- ・血液検査
- ・筋力、関節可動域
- ・骨密度
- ・開眼片脚起立時間
- ・握力計測
- ・心機能検査
- ・肺機能検査

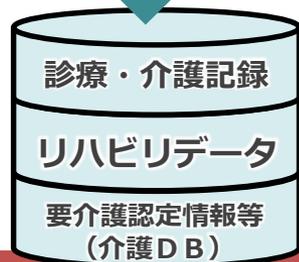
提供されたサービス

従来取得していたデータ

- ・介護サービスの種別

新たに取得していくデータ

- ・医療、リハビリテーション、介護の具体的なサービス内容



科学的分析に必要なデータを新たに収集

科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスの具体化

- ・国立長寿医療研究センター等の研究機関を活用して、サービスが利用者の状態に与えた効果を分析。
- ・科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護の具体像を国民に提示。

（分析のイメージ）

脳卒中に伴う左足の麻痺により3メートルしか自力で歩行できない



サービス提供前の状態



どのようなサービスが有効か科学的に分析、提示

杖を用いれば自力歩行が20メートル可能



屋内で自由に歩行が可能に

提供されたサービス

サービス提供後の状態

国民に対する見える化

介護報酬上の評価を用いて、科学的に効果が裏付けられたサービスを受けられる事業所を、厚生労働省のウェブサイト等において公表。

入退院から在宅療養にいたる在宅医療・介護の連携

入院前後



退院前



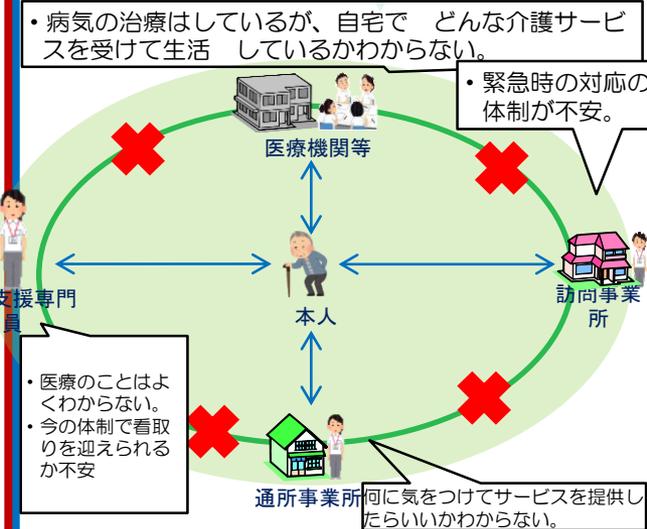
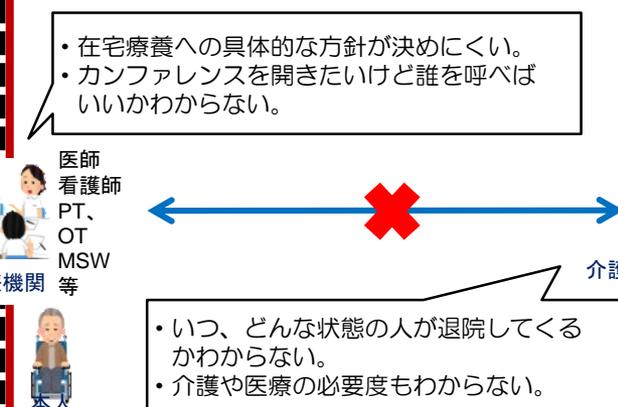
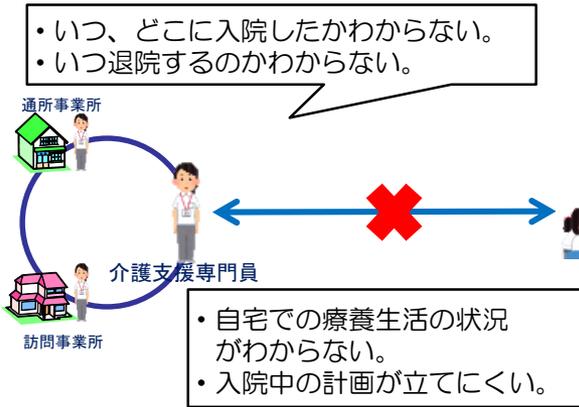
在宅等

課題

- 介護支援専門員から入院先の医療機関へ情報提供がなく、治療や退院支援に支障をきたすケースがある。

- 退院前に病院から介護支援専門員に連絡がなく、介護サービスの提供がなかったことにより状態が悪化するケースがある。

- 在宅療養に関係する多職種の連携が不十分な場合、医療と介護が一体的に提供できず、終末期を含めた在宅療養に対応できないケースがある。



今回改定の主な項目

- 入院時情報連携の強化(ケアマネ)

- 退院時情報連携の強化(ケアマネ)
- 入居者の入退院支援(特定施設、認知症GH)
- 入院先医療機関との栄養管理に関する連携(特養、老健、介護医療院)

- 【在宅での医療・介護連携】
- 平時からの医療機関との連携(ケアマネ)
 - ケア計画策定の際のリハ職種との連携強化(訪問介護、通所介護等)
 - 医療と介護リハとの連携強化(訪リハ、通リハ)
 - ターミナル期の主治医師との連携強化(ケアマネ)

- 【施設での医療・介護連携】
- 医療体制・看取り体制の強化(特養)
 - かかりつけ医との連携(老健)
 - 口腔衛生に係る連携の見直し(特定、GH、特養等)

退院前後における医療・介護連携の強化に関する事項

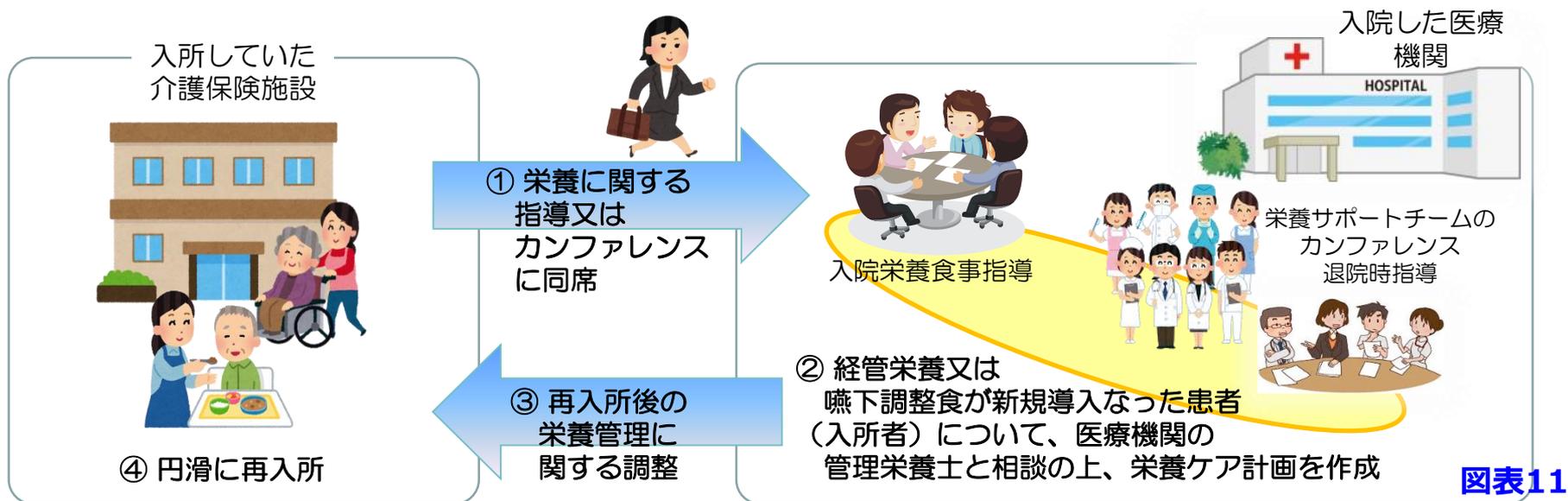
○ 再入所時の栄養連携に対する評価【(地域密着型)介護老人福祉施設(入居者生活介護)、介護老人保健施設、介護医療院】

介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入など、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合について、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合の評価を創設する。

(新設) 再入所時栄養連携加算 400単位/回

(要件)

- 介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合(経管栄養又は嚥下調整食の新規導入)であって、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関での栄養食事指導に同席し、再入所後の栄養管理について当該医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成し、当該介護保険施設へ再入所した場合に、1回に限り算定できること。
- 栄養マネジメント加算を算定していること



図表11

入退院時の医療・介護連携に関する報酬(イメージ)



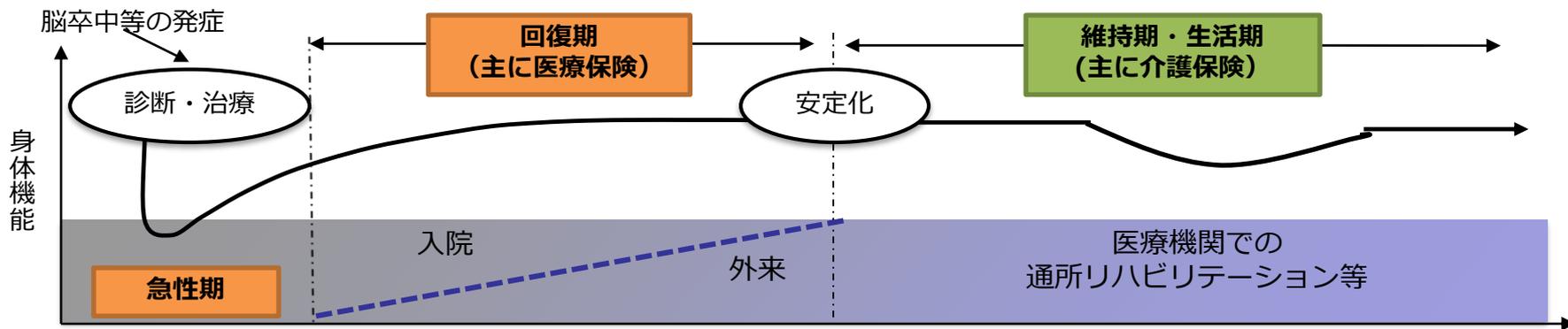
在宅等における医療・介護連携の強化に関する事項(在宅での連携)

○ 医療保険の疾患別リハを受けている患者の介護保険への円滑な移行を推進【訪問リハ、通所リハ】

医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設ける。

また、指定(介護予防)訪問リハ事業所等が、医療機関から当該様式をもって情報を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療すると共に、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。

ただし、当該様式を用いて算定を開始した場合には、3月以内にリハビリテーション計画を作成【通知改正】



診療報酬

- リハビリが長期にわたる末梢神経損傷等を算定日数上限の除外対象疾患に追加
- 介護保険のリハビリ事業所への情報提供を評価 (リハビリテーション計画提供料1：275点)

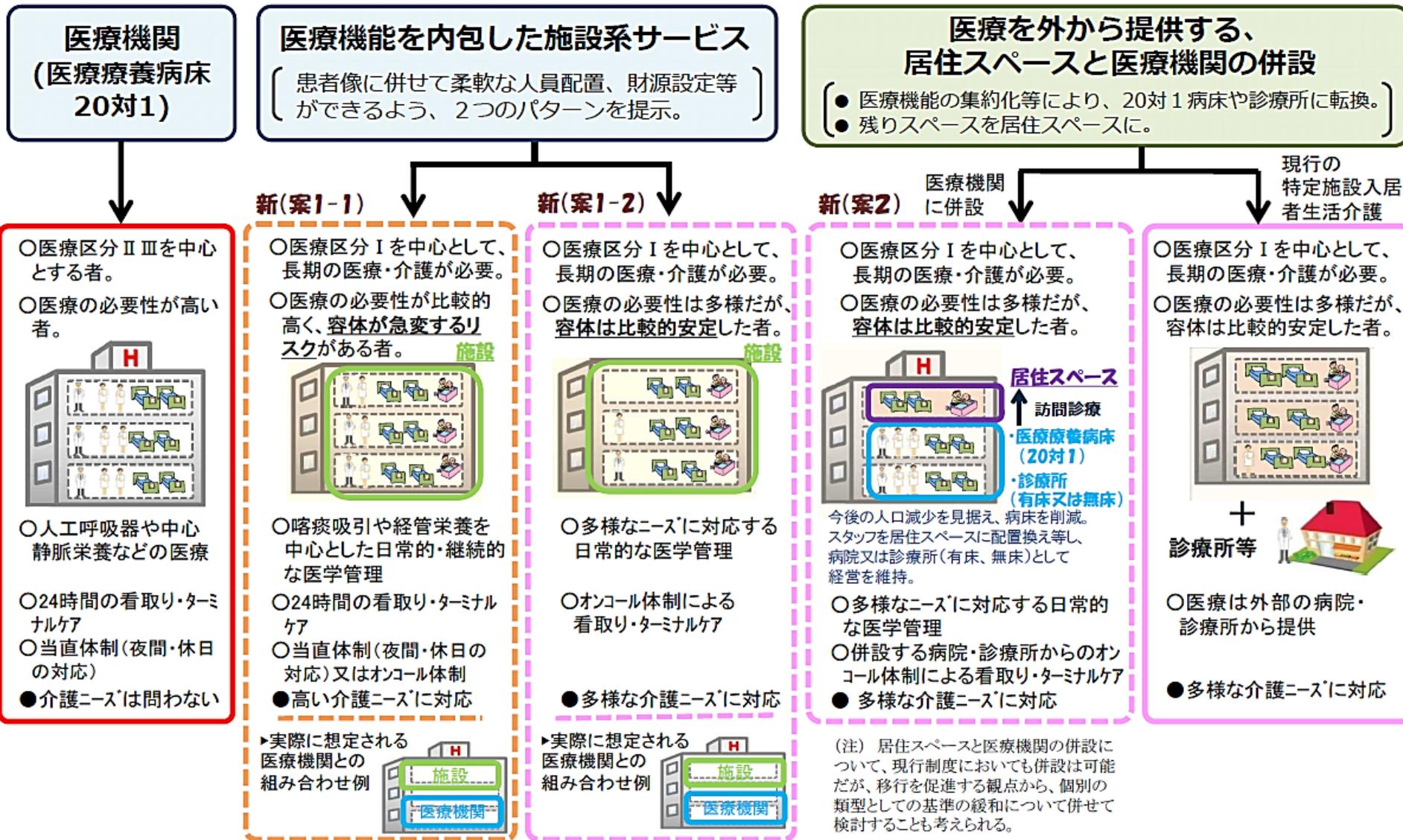
介護報酬

- 医療機関から提供され計画書について、支障がない場合は、3月間使用可能 (リハマネ加算も算定可)

共通

- 地域の医療機関で一貫してリハビリを提供するため、施設基準を緩和
- 計画書様式の共通化による連携の推進・業務効率化

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）



※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）

**医療機関
(医療療養病床
20対1)**

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者。
- 医療の必要性が高い者。
- 人工呼吸器・中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

医療機能を内包した施設系サービス
〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンを提示。〕

介護医療院

新(案1-1) 新(案1-2)

経過措置型 **基準対応型**

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

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

○喀痰中心な医療

○24時間ケア

○当直対応

●高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例

医療を外から提供する、居住スペースと医療機関の併設

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

医療機関に併設

新(案2)

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

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

居住スペース ↑ 訪問診療
・医療療養病床(20対1)
・診療所(有床又は無床)

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

○多様なニーズに対応する日常的な医学管理

○併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア

●多様な介護ニーズに対応

○医療は外部の病院・診療所から提供

●多様な介護ニーズに対応

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

既存サービスの組み合わせ

※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

図表14

I-③ 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設

- 現行の「療養機能強化型」と「転換老健」に相当する2つの類型を設ける。
- 床面積要件や、併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、各種の転換支援・促進策を設ける。

介護医療院

- 介護医療院については、介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス（I型）と、老人保健施設相当以上のサービス（II型）の2つのサービスが提供されるよう、人員・設備・運営基準等については以下のとおりとする。

ア サービス提供単位	介護医療院のI型とII型のサービスについては、療養棟単位とする。ただし、規模が小さい場合については、療養室単位でのサービス提供を可能とする。
イ 人員配置	開設に伴う人員基準については、 i 医師、薬剤師、看護職員、介護職員は、I型とII型に求められる医療・介護ニーズを勘案して設定し、 ii リハビリテーション専門職、栄養士、放射線技師、その他の従業者は施設全体として配置することを念頭に設定する。
ウ 設備	療養室については、定員4名以下、床面積を8.0㎡/人以上とし、プライバシーに配慮した環境になるよう努めることとする。療養室以外の設備基準については、診察室、処置室、機能訓練室、臨床検査設備、エックス線装置等を求めることとする。
エ 運営	運営基準については、介護療養型医療施設の基準と同様としつつ、他の介護保険施設との整合性や長期療養を支えるサービスという観点も鑑みて設定する。医師の宿直については求めるが、一定の条件を満たす場合等に一定の配慮を行う。

- ※ 医療機関と併設する場合、宿直医師の兼任を可能とする等の人員基準の緩和や設備共用を可能とする。
- ※ 介護医療院でもユニット型を設定する。

- 介護療養型医療施設等から介護医療院への転換については、以下のとおりとする。

ア 基準の緩和等	介護療養型医療施設又は医療療養病床から介護医療院に転換する場合について、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和等、現行の介護療養型医療施設又は医療療養病床が転換するにあたり配慮が必要な事項については、基準の緩和等を行う。
イ 転換後の加算	介護療養型医療施設又は医療療養病床から介護医療院への転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みについて、最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り算定可能な加算を創設する。ただし、当該加算については平成33年3月末までの期限を設ける。

介護医療院の人員配置

	指定基準		報酬上の基準	
	類型(I)	類型(II)	類型(I)	類型(II)
医師	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	-	-
薬剤師	150:1	300:1	-	-
看護職員	6:1	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1
介護職員	5:1	6:1	5:1~4:1	6:1~4:1
リハビリ専門職	PT/OT/ST:適当数		-	-
栄養士	定員100以上で1以上		-	-
介護支援専門員	100:1 (1名以上)		-	-
放射線技師	適当数		-	-
他の従業者	適当数		-	-

介護医療院の施設設備

	指定基準
診察室	医師が診察を行うのに適切なもの
療養室	定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4㎡/人以上で可
機能訓練室	40㎡以上
談話室	談話を楽しめる広さ
食堂	入所定員1人あたり1㎡以上
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
レクリエーションルーム	十分な広さ
その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所
他設備	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室

【新設】介護医療院の施設基準

		介護療養病床(病院) 【療養機能強化型】	介護医療院	介護老人保健施設
		指定基準	指定基準	指定基準
施設設備	診察室	各科専門の診察室	医師が診察を行うのに適切なもの	医師が診察を行うのに適切なもの
	病室・療養室	定員4名以下、床面積6.4m ² /人以上	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m ² /人以上で可	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m ² /人以上で可
	機能訓練室	40m ² 以上	40m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上 ※転換の場合、大規模改修まで緩和
	談話室	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ
	食堂	入院患者1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり2m ² 以上
	浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	レクリエーションルーム		十分な広さ	十分な広さ
	その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	(薬剤師が調剤を行う場合:調剤所)
他設備	給食施設、その他都道府県の条例で定める施設	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	
構造設備	医療の構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	
	廊下	廊下幅: 1.8m、中廊下は2.7m ※経過措置 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m	廊下幅: 1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m	廊下幅: 1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m
	耐火構造	(3階以上に病室がある場合) 建築基準法に基づく主要構造部:耐火建築物	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり

注 介護療養病床の基準において、緑で示されているものは、病院としての基準

「平成30年度 地域包括診療加算・地位包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 8. 介護保険_池端幸彦

【新設】介護医療院の施設基準

		介護療養病床(病院) 【療養機能強化型】	介護医療院	介護老人保健施設
		指定基準	指定基準	指定基準
施設設備	診察室	各科専門の診察室	医師が診察を行うのに適切なもの	医師が診察を行うのに適切なもの
	病室・療養室		定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m ² /人以上で可	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m ² /人以上で可
	機能訓練室		40m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上 ※転換の場合、大規模改修まで緩和
	談話室	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ
	食堂	入院患者1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり2m ² 以上
	浴室		身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	レクリエーションルーム		十分な広さ	十分な広さ
	その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	(薬剤師が調剤を行う場合:調剤所)
他設備	給食施設、その他都道府県の条例で定める施設	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	
構造設備	医療の構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	
	廊下	廊下幅: 1.8m、中廊下は2.7m ※経過措置 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m	廊下幅: 1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m	廊下幅: 1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m
	耐火構造	(3階以上に病室がある場合) 建築基準法に基づく主要構造部:耐火建築物	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり

移行定着支援
加算 (93単位)

しかし1年間の
期間限定

注 介護療養病床の基準において、緑で示されているものは、病院としての基準

「平成30年度 地域包括診療加算・地位包括診療料に係る かかりつけ医研修会」 8. 介護保険_池端幸彦

図表16

在宅復帰・在宅療養支援等指標（老健）

☆下記評価項目（①～⑩）について、項目に応じた値を足し合わせた値（最高値:90）で「超強化型」「在宅強化型」「加算型」「基本型」「その他型」の5区分に分類

① 在宅復帰率	在宅復帰した退所者の割合			20点
	50%超 → 20点	30%超50%以下 → 10点		30%以下 → 0点
② ベッド回転率	30.4を平均在院日数で割った数			20点
	0.1以上 → 20点	0.05以上0.1未満 → 10点		0.05未満 → 0点
③ 入所前後訪問指導割合	入所30日前から入所7日後までの間に、退所後の療養場所（入所者宅など）を訪問し、それを踏まえた「退所までの計画」（施設サービス計画）などを策定した入所者の割合			10点
	30%以上 → 10点	10%以上30%未満 → 5点		10%未満 → 0点
④ 退所前後訪問指導割合	退所30日前から退所30日後までの間に、退所後の療養場所（入所者宅など）を訪問し、退所者家族らを指導した退所者の割合			10点
	30%以上 → 10点	10%以上30%未満 → 5点		10%未満 → 0点
⑤ 居宅サービスの実施数	▽訪問リハビリテーション▽通所リハビリテーション▽短期入所療養介護のうち、老健や併設する病院などで実施しているサービス数			5点
	3つすべて → 5点	いずれか2つ → 3点	いずれか1つ → 2点	いずれも実施していない → 0点
⑥ リハ専門職の配置割合	リハビリテーションを担当する理学療法士等の人数（常勤換算）を入所者数で割った数			5点
	0.05以上 → 5点	0.03以上0.05未満 → 3点		0.03未満 → 0点
⑦ 支援相談員の配置割合	支援相談員の人数（常勤換算）を入所者数で割った数			5点
	0.03以上 → 5点	0.02以上0.03未満 → 3点		0.02未満 → 0点
⑧ 要介護4・5の割合	要介護4・5の入所者の割合			5点
	50%以上 → 5点	35%以上50%未満 → 3点		35%未満 → 0点
⑨ 喀痰吸引の実施割合	過去3か月間に喀痰入院が実施された入所者の割合			5点
	10%以上 → 5点	5%以上10%未満 → 3点		5%未満 → 0点
⑩ 経管栄養の実施割合	過去3か月間に経管栄養が実施された入所者の割合			5点
	10%以上 → 5点	5%以上10%未満 → 3点		5%未満 → 0点

介護保険利用者に対する かかりつけ医の役割

- 1) 本人の**心身の総合的健康管理**
- 2) 介護者を含めた**家族全体の健康管理**
- 3) **本人・家族の意思決定**に対する援助
- 4) チームアプローチの**コーディネーター**

地域包括診療料・加算の要件（介護保険制度との関わり）

介護保険に係る相談を行っている旨を院内掲示し、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、下記のいずれか1つを満たしていること。

- ① 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を提供していること
- ② 地域ケア会議に年1回以上出席していること
- ③ ケアマネジャーを常勤配置し、指定居宅介護支援事業所の指定を受けていること
- ④ 介護保険の生活期リハを提供していること
- ⑤ 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所を併設していること
- ⑥ 介護認定審査会の委員経験があること
- ⑦ 所定の研修を受講していること
- ⑧ 医師がケアマネジャーの資格を有していること
- ⑨ 病院の場合は、総合評価加算の届出を行っていること、又は介護支援連携指導料を算定していること

介護保険からみた かかりつけ医としての役割

- **居宅療養管理指導**（継続的な医学的管理と医療情報提供）
- **主治医意見書作成**（認定調査の医学的補完）
- **サービス担当者会議への参加**
- **訪問看護指示書の作成・リハビリ計画指示等**
- **その他**

主治医意見書の位置付け

介護保険法では、被保険者から要介護認定の申請を受けた市区町村は、当該被保険者の「**身体上又は精神上的の障害の原因である疾病又は負傷の状況等**」について、申請者に主治医がいる場合には、主治医から意見を求めることとされている。

主治医意見書の 具体的な利用方法

1) 生活機能低下の直接の原因になっている疾病が、
特定疾病に該当するかどうかの確認

(第2号被保険者の場合)

☆特定疾病(16疾病) → 必ず傷病名(1)へ

2) 介護の手間がどの程度になるかの確認

3) 状態の維持・改善性の評価 → 「症状の安定性」

4) 認定調査による調査結果の確認・修正

5) 介護サービス計画作成時の利用

記入上の全般的留意事項

- ① 記入は原則として主治医が直接行う
(基本的にはサインは、直筆で)
- ② 記入は原則として、インクかボールペンを使用
- ③ □の訂正は、原則として修正液※
- ④ あくまでも、介護時間の点から参考になると思われる意見を中心に記載
- ⑤ O C R 読み取り採用の意見書は、欄外記入は注意
(読み取らない場合がある)
- ⑥ 次回の意見書作成の事も考慮して、コピーをとっておく

※市区町村により修正方法が異なるため、市区町村に確認いただきたい。

介護認定審査会から指摘される その他の留意点

- 作成期限の大幅な遅れ
- 判読不能な文字での記入
- 欄外への記載があり、読み取り不能
- 医療専門用語やアルファベットでの略語記載
- 介護度を断定的に記載
- その他

訪問看護指示書・リハビリリ テーション指示のポイント

1. リスクマネジメント
2. 障害の評価と予後予測（生命予後と機能予後）
3. 治療目標（短期・長期）の設定
4. 医学的管理
5. チームアプローチの統括（チームリーダー）
としての役割

リハビリテーションに関する 医師の主な指示項目

【リハビリテーションマネジメント加算の算定要件】

1. 利用者に対する当該リハビリテーションの目的
2. 当該リハビリテーション開始前の留意事項
3. 当該リハビリテーション実施中の留意事項
4. 当該リハビリテーションを中止する際の基準
5. 当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷量

※上記の項目のうち、1項目以上の指示

地域包括ケアシステム推進のための かかりつけ医 心得 10ヶ条

1. **生活の質・尊厳ある人生**に視点を置く
2. **地域包括ケアシステムと地域医療構想**を理解する
3. **多職種協働・チームアプローチ**を大切に
4. **地域との連携**がとれる
5. **デマンドとニーズ**の違いを理解
6. **食と栄養、リハビリテーション、認知症**の理解
7. **ターミナルケア**の理解と実践
8. **テイラーメイド医療・介護**を目指せ
9. 常に**Win-Win**の関係を意識せよ（相手の立場を考える）
10. **「連携」から「統合」へ**