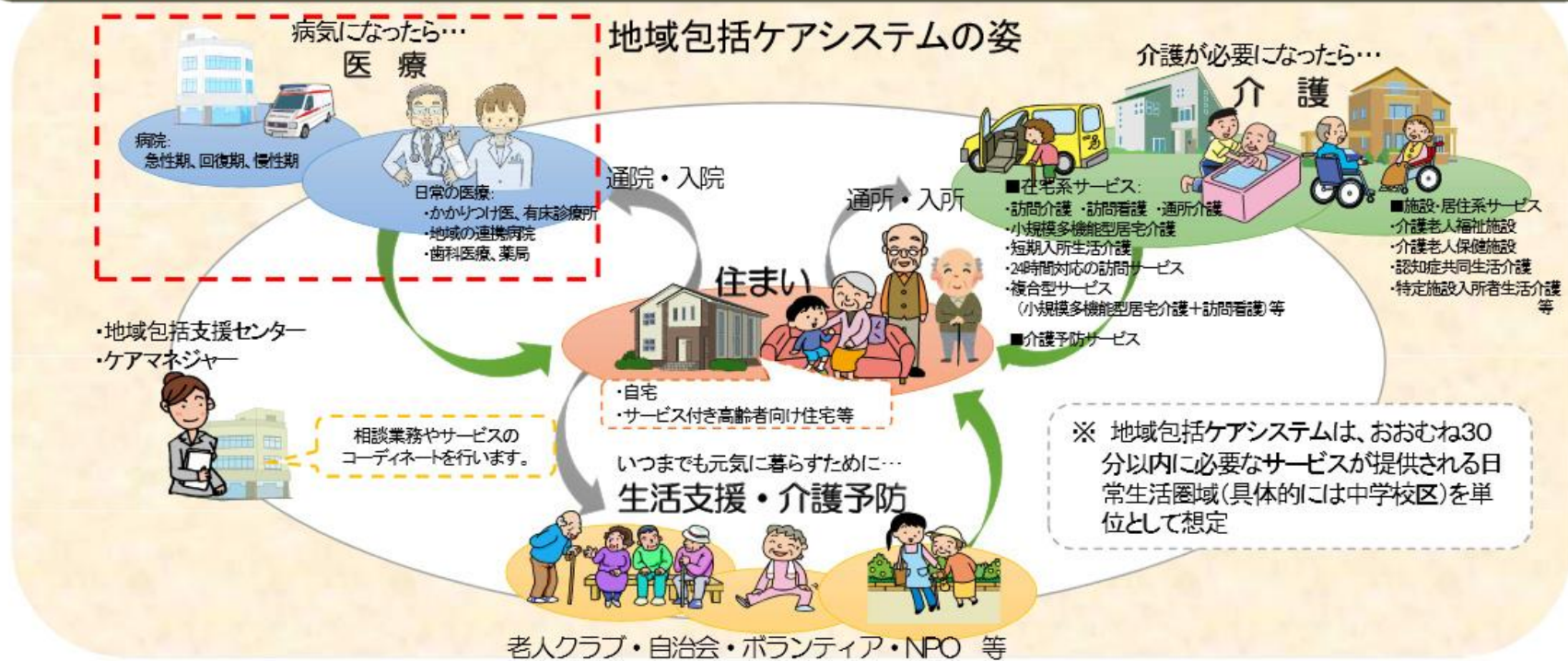


診療報酬改正に伴う 介護現場への影響

医療法人社団 健裕会
理事長 中谷 裕司

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備

- ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

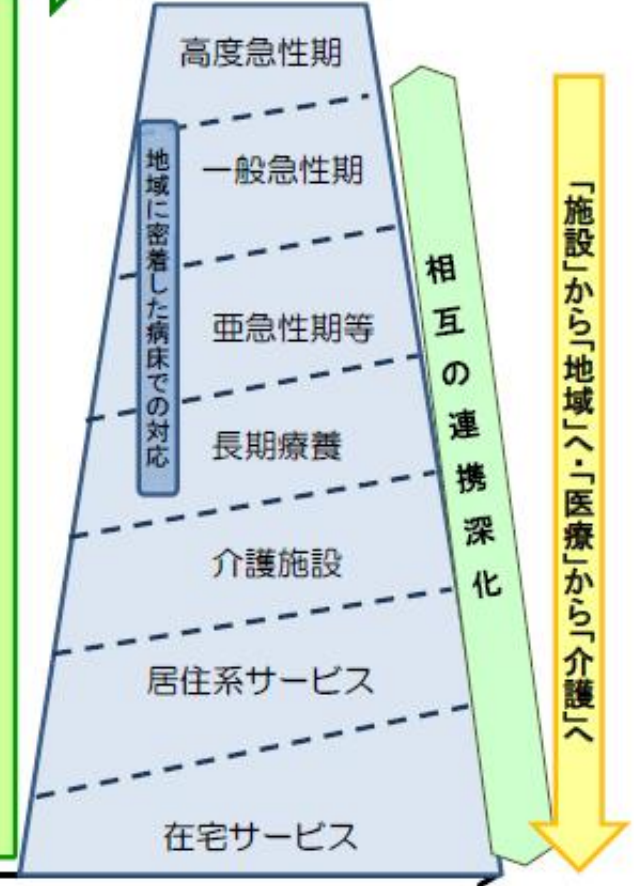
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年目途法案化)

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

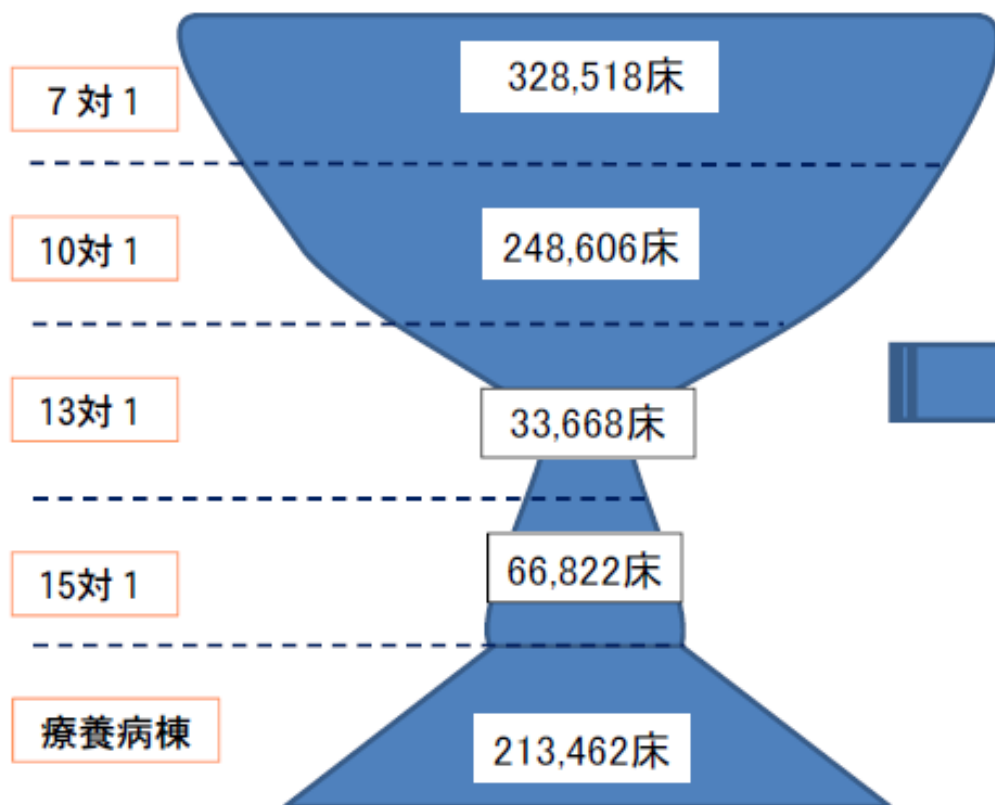
【2025(H37)年】



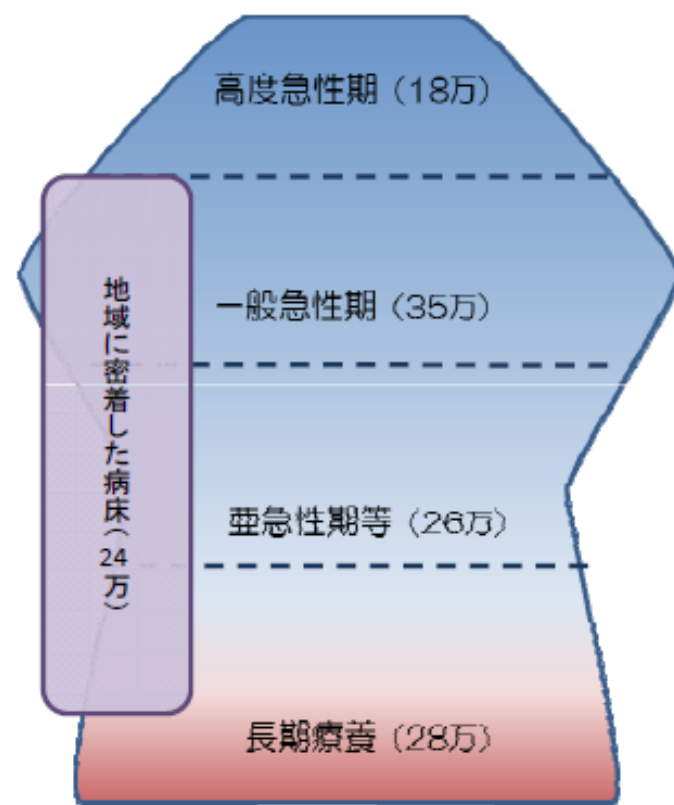
医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

<2010(H22)年の病床数>



<2025(H37)年のイメージ>



保険局医療課調べ

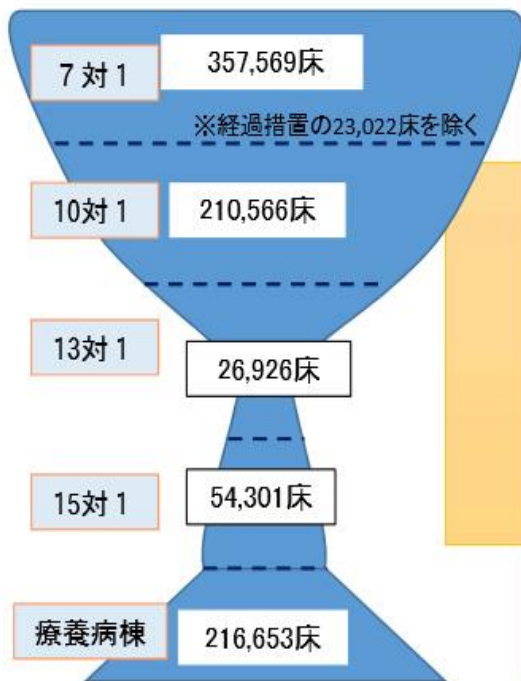
○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

基本的な考え方

<現在の姿>



<高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
 - ・平均在院日数の短縮
 - ・長期入院患者の評価の適正化
 - ・重症度・看護必要度の見直し
 - ・入院早期からのリハビリの推進 等

<回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
 - ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

<長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

<その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

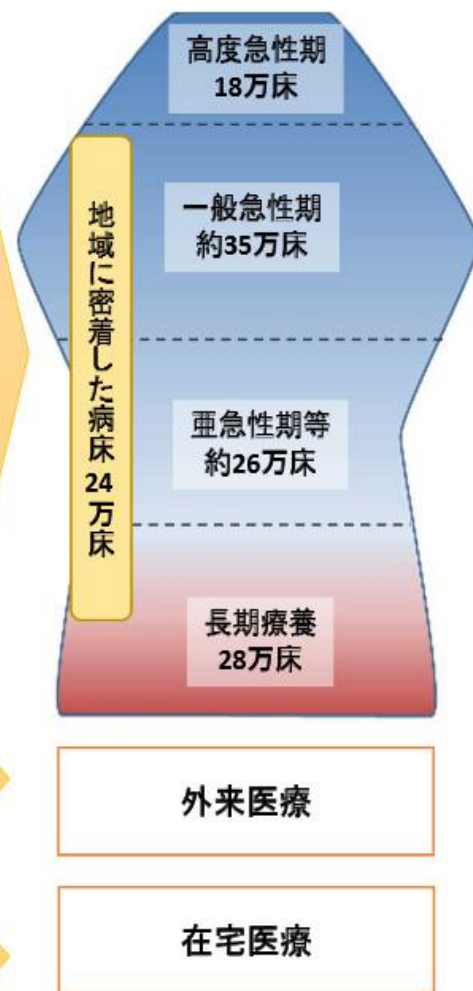
<外来医療>

- 外来の機能分化の推進
 - ・主治医機能の評価 等

<在宅医療>

- 質の高い在宅医療の提供の推進
 - ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

<2025年(平成37年)の姿>



1. 入院医療について〈病床の機能分化〉

平成26年改定

病床の機能分化の促進

- ・7対1の要件の厳格化
(重症度、医療・看護必要度 等)
- ・地域包括ケア病棟の評価
- ・有床診療所の機能に応じた評価

自宅・在宅医療



高度医療が必要な患者の受入

在宅復帰

緊急患者の受入

在宅・生活復帰支援

在宅復帰

高度・急性期医療が必要な患者の受入

緊急患者の受入

在宅復帰困難な患者の受け入れ

長期療養が必要な患者の受入

高度急性期・急性期

地域包括ケア病床等
地域に密着した病床

長期療養

役割
・高度な医療の提供等
・退院支援

在宅復帰

在宅復帰困難な患者の受入
・緊急患者の受入
・在宅、生活復帰支援 等

在宅復帰困難な患者の受け入れ

・病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能
・在宅医療の拠点 等



有床診療所

1. 入院医療について〈在宅復帰の促進〉

高度急性期・急性期



平成26年改定

自宅等退院患者割合

の導入

7対1の自宅等退院患者割合:

75%以上

在宅復帰支援型の老健等に
限る

在宅復帰支援型の老健等
(回復期リハを除く)

地域包括ケア病床・回復期等



在宅復帰率

回復期リハ病床1: 7割以上

回復期リハ病床2: 6割以上

在宅復帰機能強化
加算を算定している
療養に限る
(回復期リハを除く)

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭

平成26年改定

在宅復帰率の導入

地域包括ケア病床1:

7割以上

老健



診療所等

外来・訪問サービス等

長期療養



平成26年改定

**在宅復帰率に係る加算の
評価**

療養: 在宅復帰率**50%**以上の評価

【参考】在宅復帰率(介護保険)

在宅復帰支援型の老健 > 5割

上記以外* > 3割

*在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

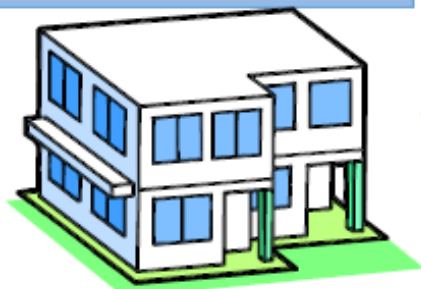
2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

平成26年改定

主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理 等

平成26年改定

大病院の一般外来の縮小

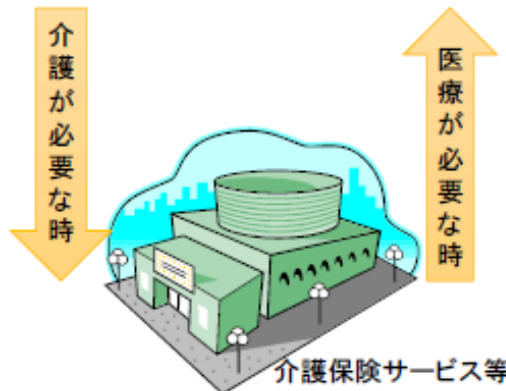
・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
・長期投薬の是正

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小



介護保険サービス等