

2015年3月3日(火)17:30~19:30

第9回 在宅医療推進会議

# 「在宅療養を支える 慢性期医療の役割」

一般社団法人日本慢性期医療協会 会長  
医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長

武久 洋三

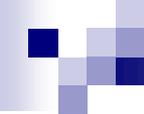
# 介護報酬改定のこれからと医療・介護

- 独立ケアマネジャーを育てる方針か？
- 急性期病院の倒産
- 重症患者の受け入れ急増
- 看護・介護職員の補充
- リハビリ力のアップ
- 慢性期治療力のアップ
- ターミナルを信じるな
- ターミナルを国民の皆が望んでいるのか
- 地域包括医療介護支援センター  
（在宅療養総合支援センター）を持つ
- 競争はあくまで構想区域内です
- リハビリの包括をどうするか
- 回復期リハビリの衰退

# 高齢者医療の将来像

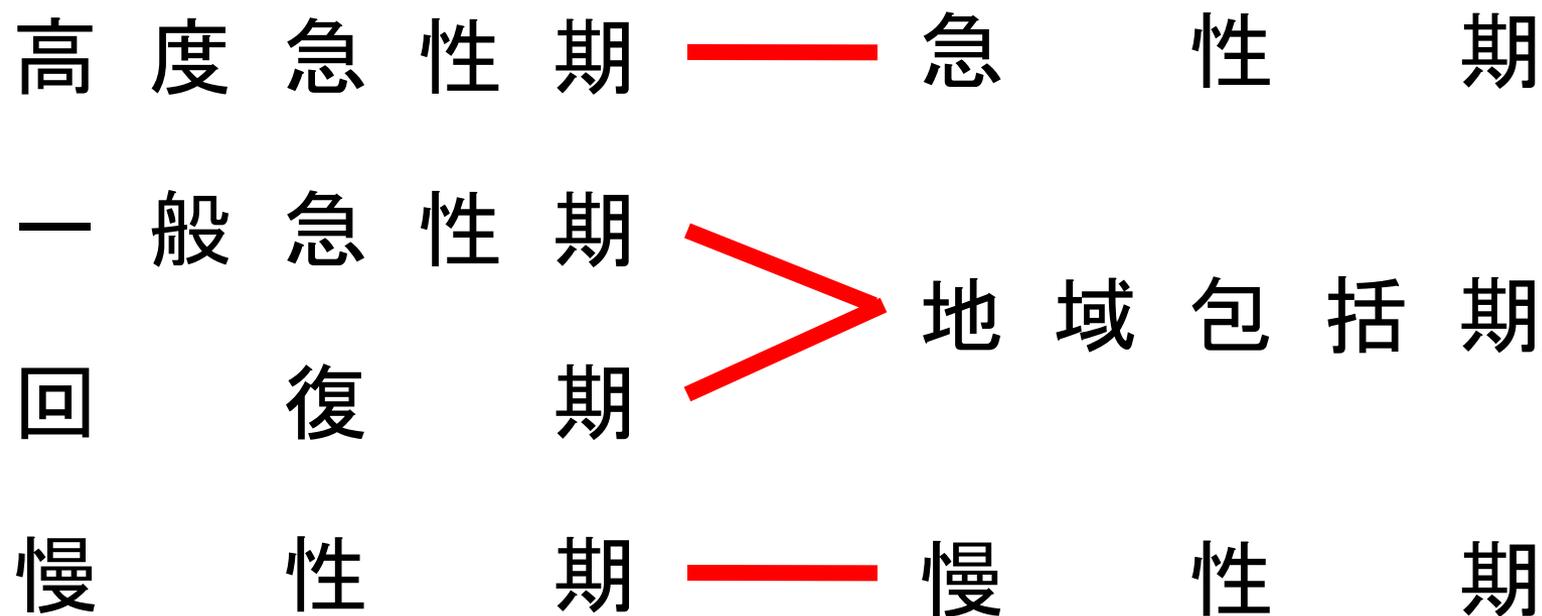
ときどき入院

ほぼ在宅



# 新たな地域医療計画が始まる

# 4つの病床機能報告制度の変化



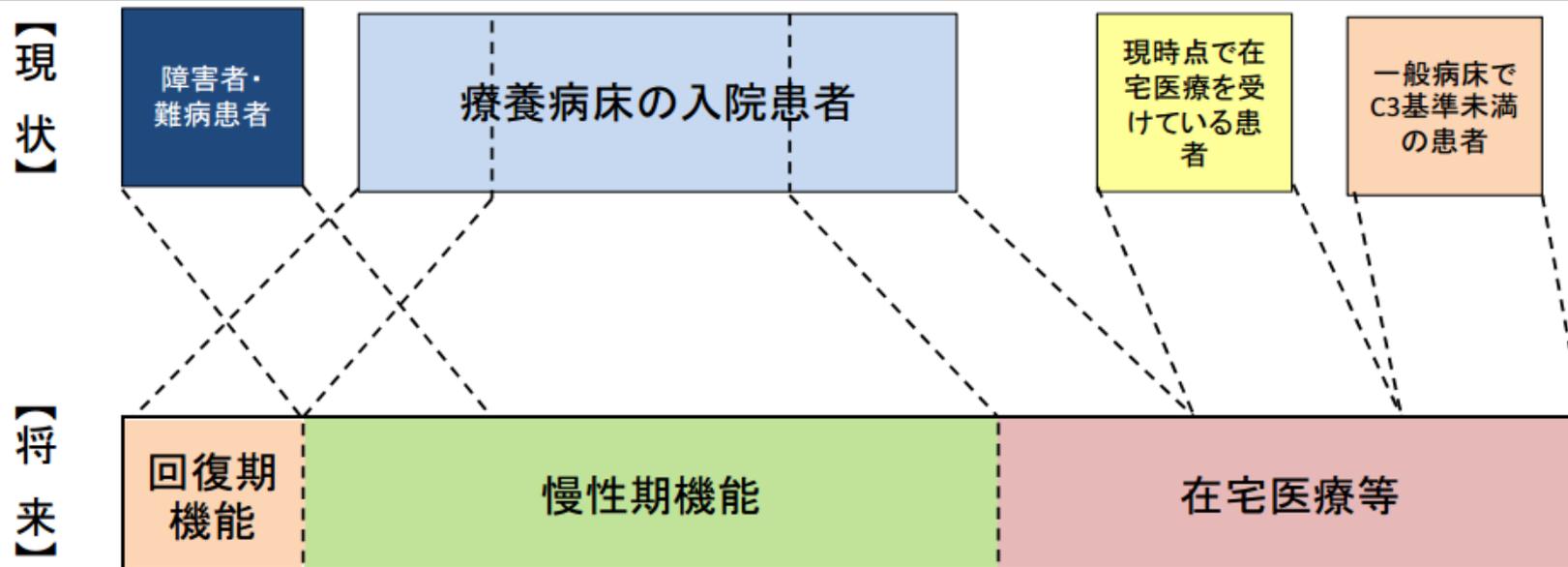
# 病床の機能別分類の境界点(C1～C3)の考え方【案】

	医療資源投入量	基本的考え方	患者像の例
高度急性期	○点	救命救急病棟やICU、HCUに加え、一般病棟等で実施するような重症者に対する診療密度が特に高い治療から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> <li>心不全に対して非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定カテーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で綿密な評価を行いながら、利尿剤等による治療を実施している状態。まもなく呼吸器から離脱出来そうで、検査や評価の頻度も下げていけそうである。</li> </ul> <p>[例] 非侵襲的人工呼吸器+心エコー+心電図+観血的肺動脈圧測定+胸部レントゲン+点滴管理+薬剤+血液検査</p>
急性期			
回復期	○点	急性期における治療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性胆管炎に対し、緊急で内視鏡的胆道ドレナージを行った。引き続き、抗菌薬治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。</li> <li>尿路感染症に対し、抗菌薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を摂ることが出来ている。</li> </ul> <p>[参考] DPCデータ及びNDBのレセプトデータから、「医療資源投入量がおおよそ横這いとなって、落ち着く段階」の平均資源投入量を計算。 ※ 具体的には、DPCの入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲにおける全疾患の平均資源投入量を、入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲのそれぞれの患者数で加重平均。その後、NDBのレセプトデータも加えて、さらに補正。</p>
在宅医療等	○点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量  ○境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込む。	<ul style="list-style-type: none"> <li>誤嚥性肺炎に対する抗菌薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。</li> <li>大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液およびイレウス管によるドレナージを行っている。</li> </ul> <p>[例] 補液+点滴管理+ドレーン</p>

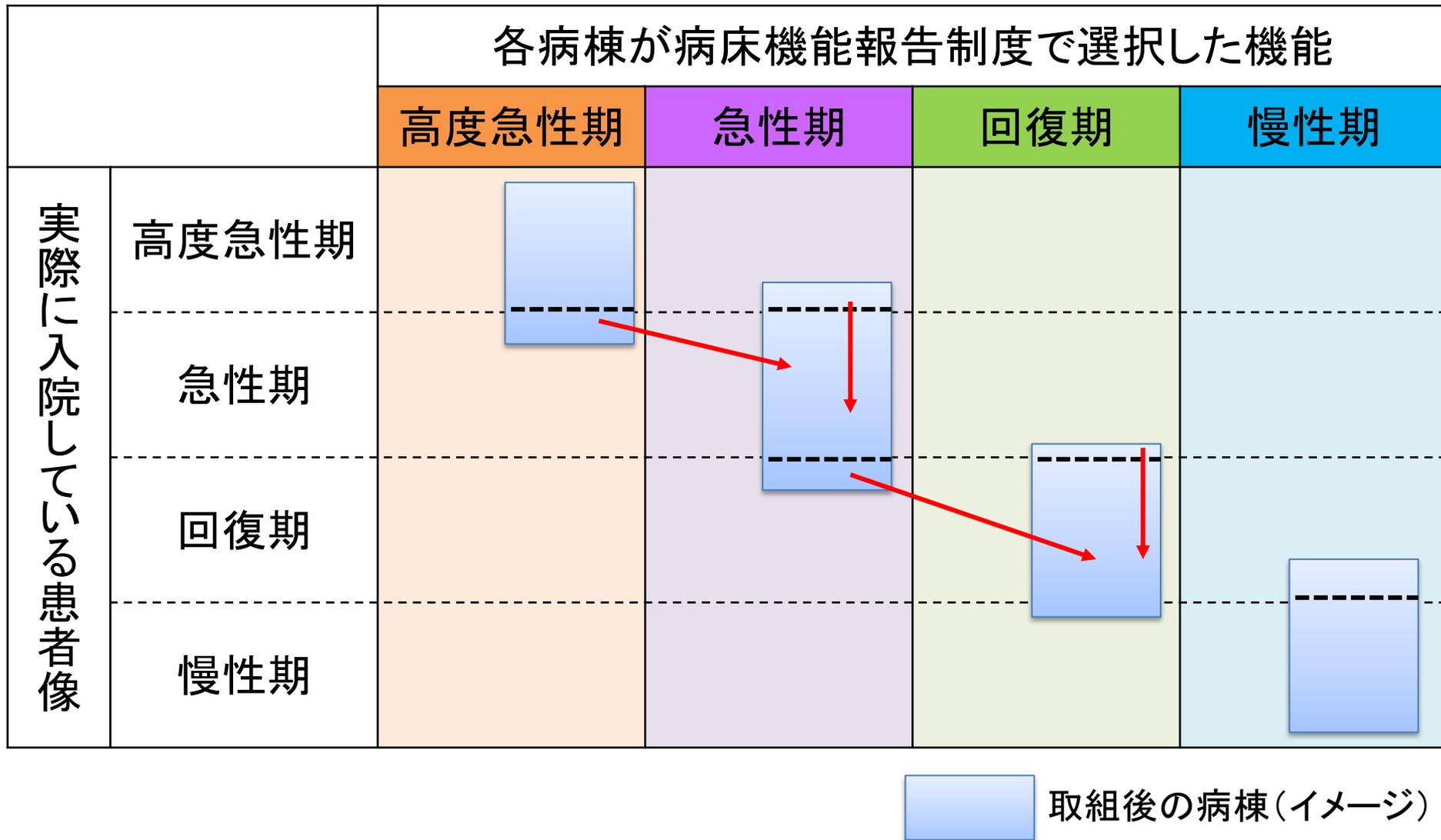
# 慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方について

- 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等（※）の患者の推計は、以下の考え方に基づき実施する。
- ① 一般病床の障害者・難病患者（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者）は、慢性期機能の医療需要とする。
  - ② 療養病床の入院患者については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を計算する。
    - ・ 医療区分Ⅰの患者の〇%は、将来時点で在宅医療等の医療需要とする。
    - ・ その他の入院患者について、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の在宅医療等の医療需要を計算する。  
(療養病床で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者は、回復期の医療需要とする。)
  - ③ 一般病床でC3基準未満の医療資源投入量の患者については、在宅医療等の医療需要とする。

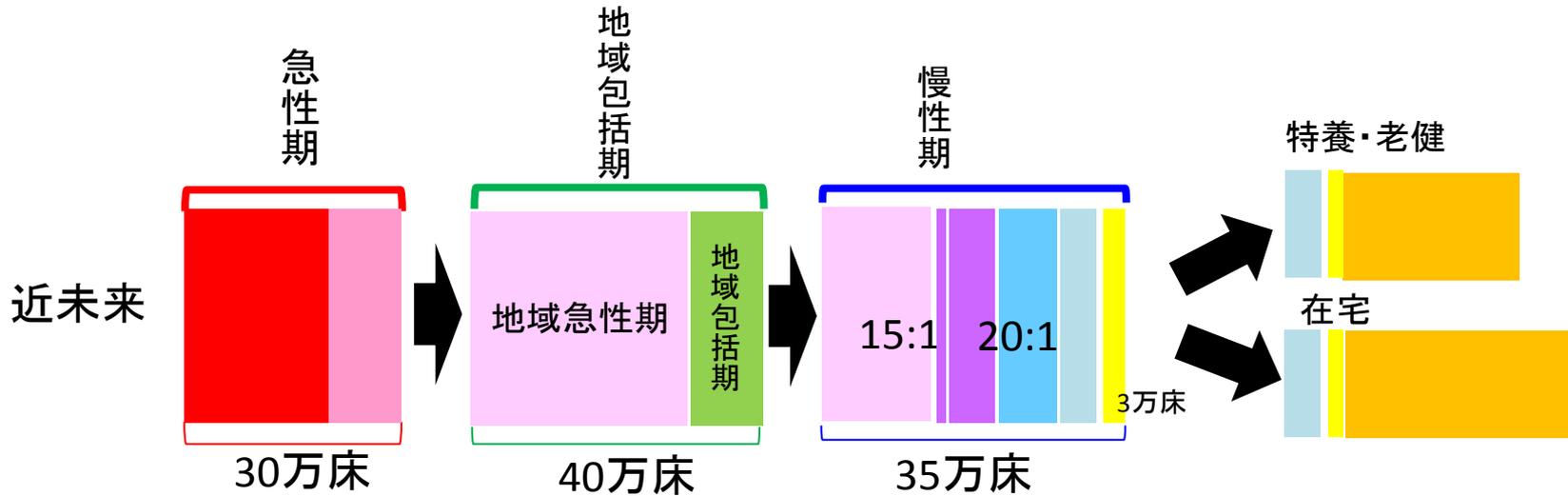
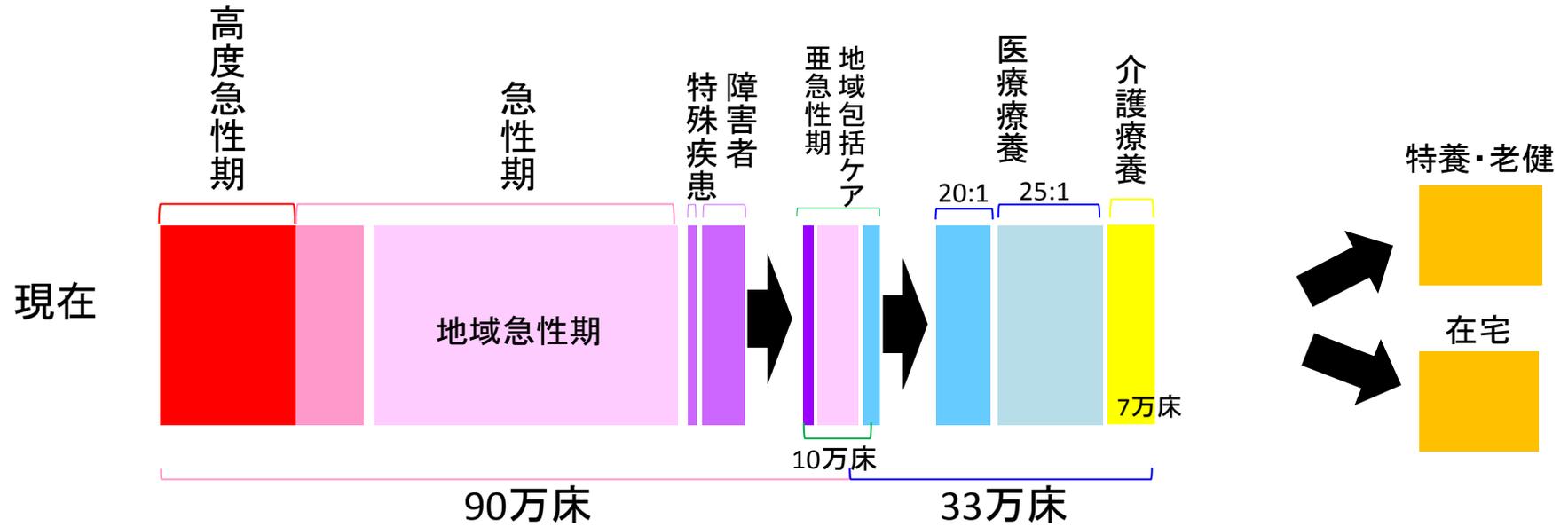
※ 居宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、その他、医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、医療提供施設以外の場所における医療をさす。



図(患者の収れんのイメージ)



# トコロテン改革の実体



# 主治医機能の評価(その1)

## 主治医機能の評価(包括点数)

- ▶ 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

### (新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)

※1 対象医療機関は、**診療所又は許可病床が200床未満の病院**

※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる

※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

#### [包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- (再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- 地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)
- 在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)
- 薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
- 患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

#### [算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。  
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。
- ⑤ 下記のうち**すべて**を満たすこと

#### -診療所の場合

- ア) 時間外対応加算1を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

#### -病院の場合

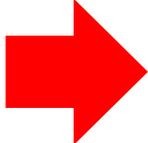
- ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
- イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
- ウ) 在宅療養支援病院であること

主治医とは9時～5時主治医ではないと!!

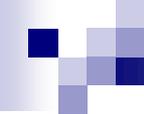
主治医ならその患者に24時間365日

責任を持ち、他医での治療なども

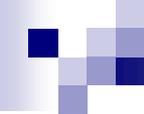
全て把握するのが当然としている。

ならば  救急指定 とか

3人以上の医師とかは必然



自院の特徴を絞り、地域にニーズに  
真摯に応えて行かなければ、患者から  
選ばれる病院にはなれない。



これからは在宅に関わらない病院は、  
地域の中で生きていけない。

この低成長時代の、そしてこの天災の  
国で在宅療養を患者本人にとって  
快適に長く続けようと思えば、病状増悪  
時に入院できる在宅療養後方支援病院  
は 必 須 で あ る 。

# 在宅療養後方支援病院の機能

1. 在宅緊急入院機能（軽度救急機能）
2. 地域外来機能
3. 疾患パス連携機能
4. チーム医療機能
5. デリバリー機能
6. 急性期治療機能 20%
7. 地域包括ケア病棟機能 30%
8. 回復期機能 20%
9. 長期慢性期機能 20%
10. 障害者入院機能 10%

# 「在後病」算定 240 病院

(H27年1月15日現在)(H26年12月届出まで)

- 1~5 
- 6~10 
- 11~20 
- 21~30 



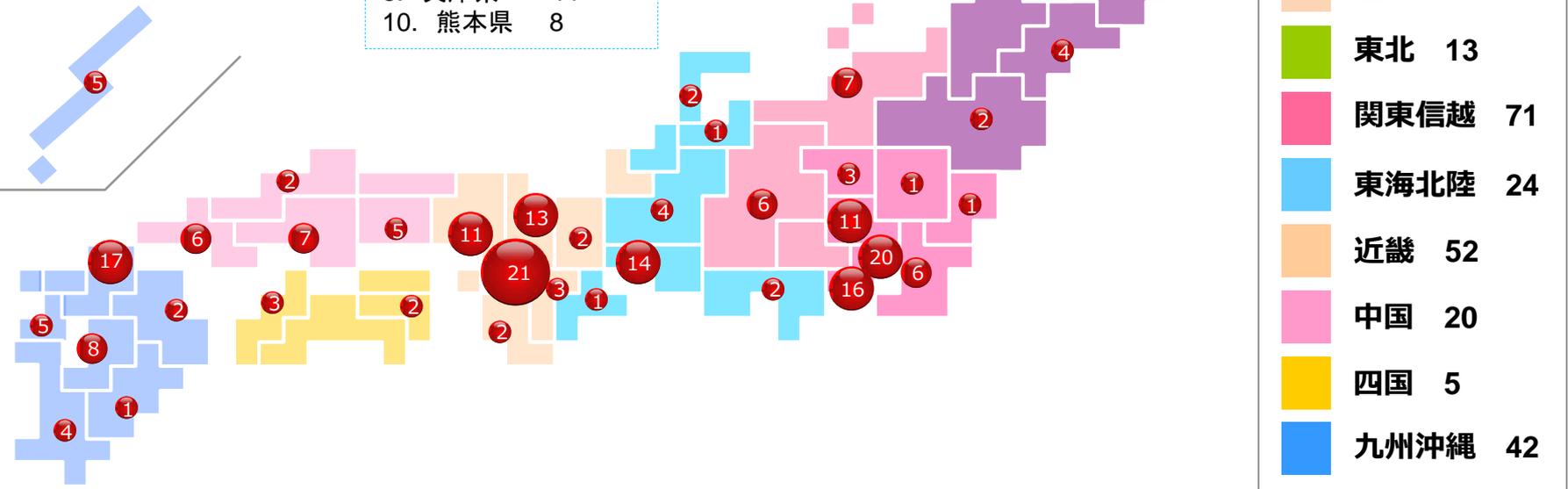
TOP20

1. 大阪府 21
2. 東京都 20
3. 福岡県 17
4. 神奈川県 16
5. 愛知県 14
6. 北海道 13
6. 京都府 13
8. 埼玉県 11
8. 兵庫県 11
10. 熊本県 8

空白はゼロ件  
山形県  
福井県  
山梨県  
鳥取県  
香川県  
高知県

## 地方厚生局別

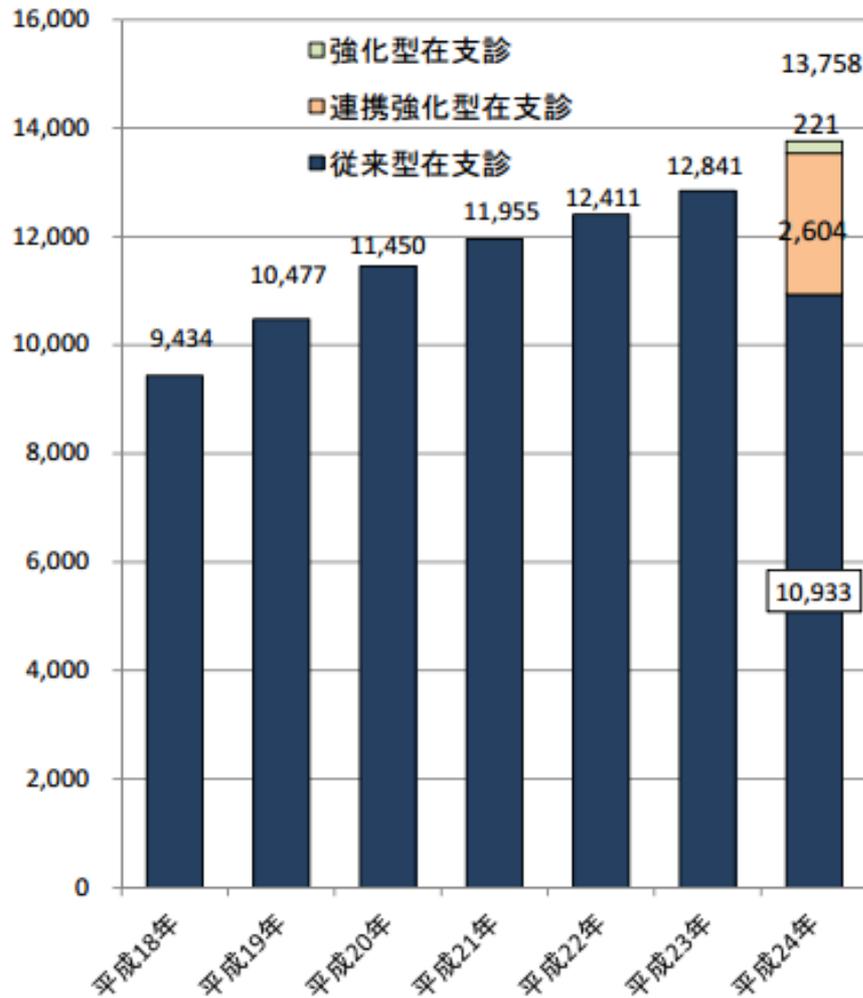
-  北海道 13
-  東北 13
-  関東信越 71
-  東海北陸 24
-  近畿 52
-  中国 20
-  四国 5
-  九州沖縄 42



# 在宅療養支援診療所の届出数の推移と実績

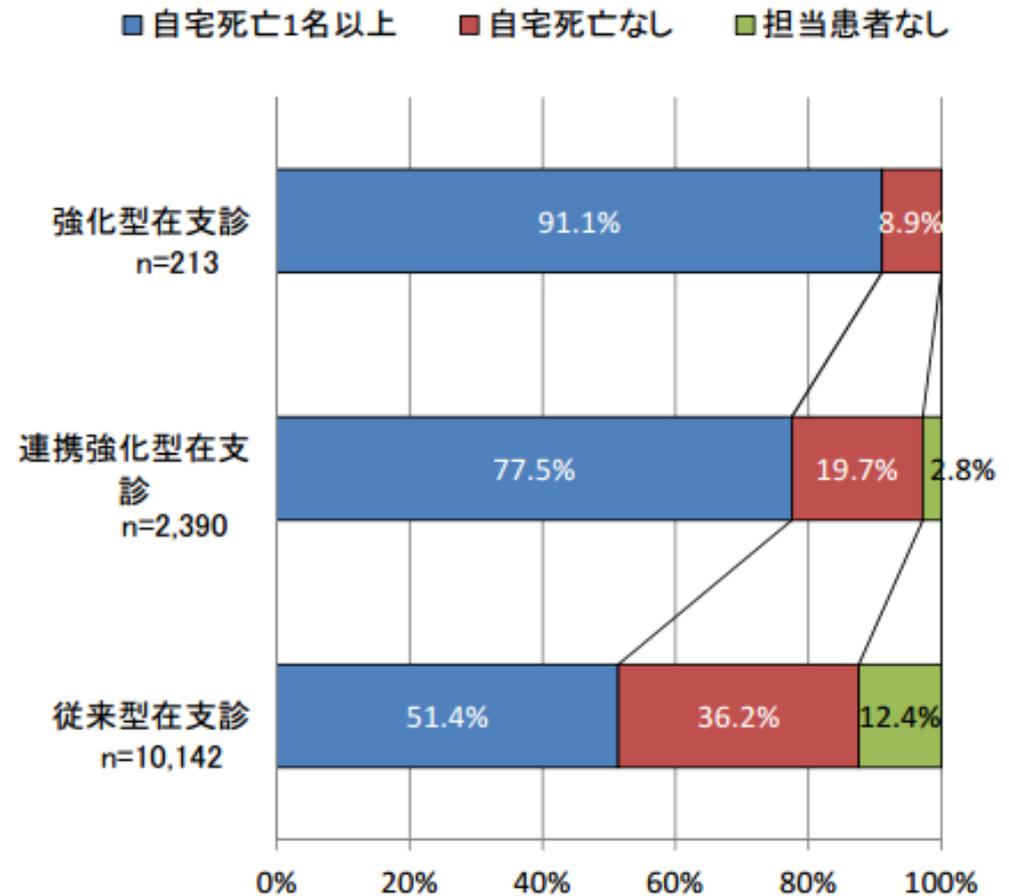
(届出数)

## 在宅療養支援診療所届出数



(注) 連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.6

## 在宅療養支援診療所の年間実績(平成24年7月1日時点)

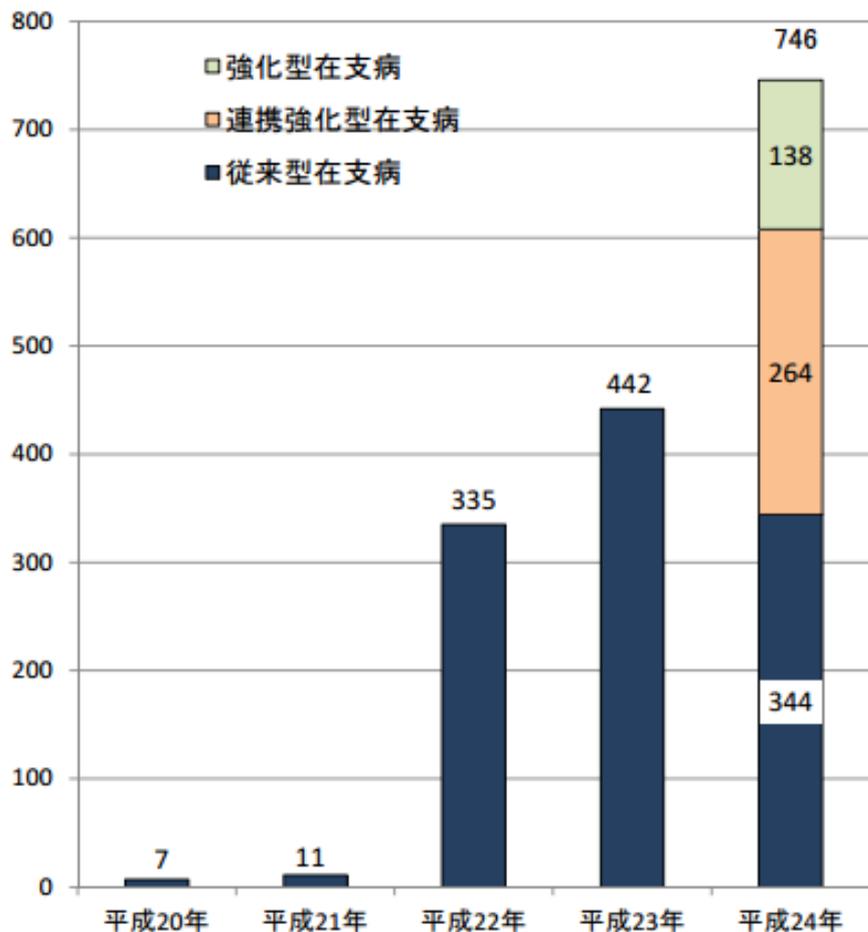


(注) 厚生局に報告のあった医療機関のみの実績

# 在宅療養支援病院の届出数の推移と実績

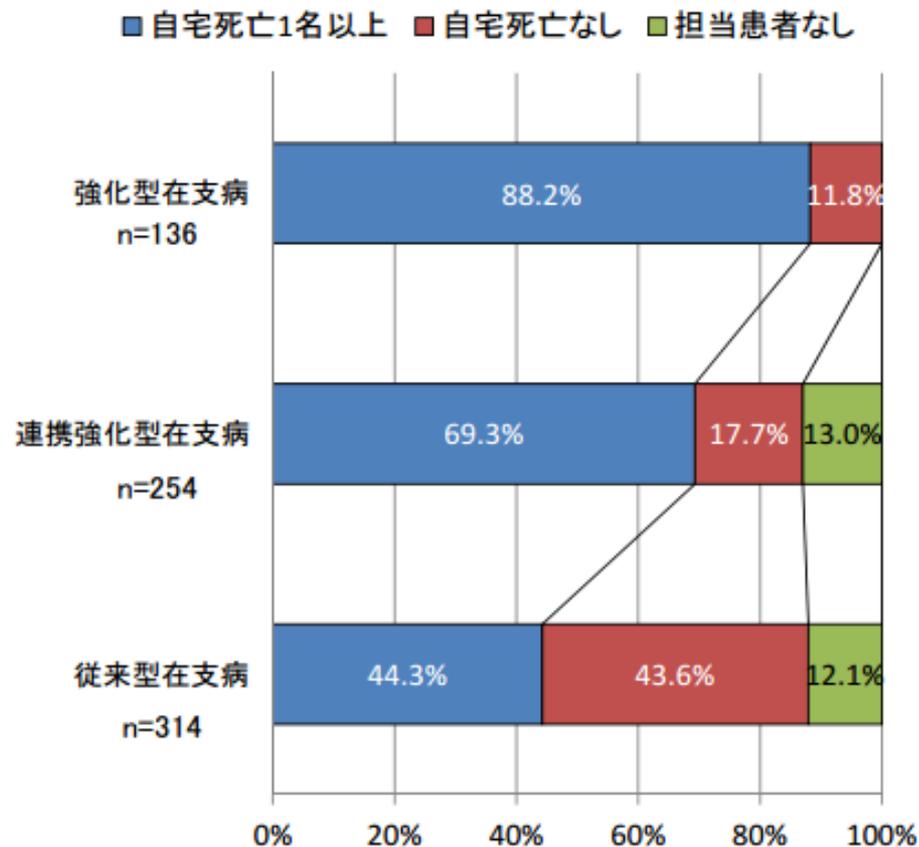
(届出数)

## 在宅療養支援病院届出数



(注) 連携強化型在支病については、連携医療機関平均数3.1

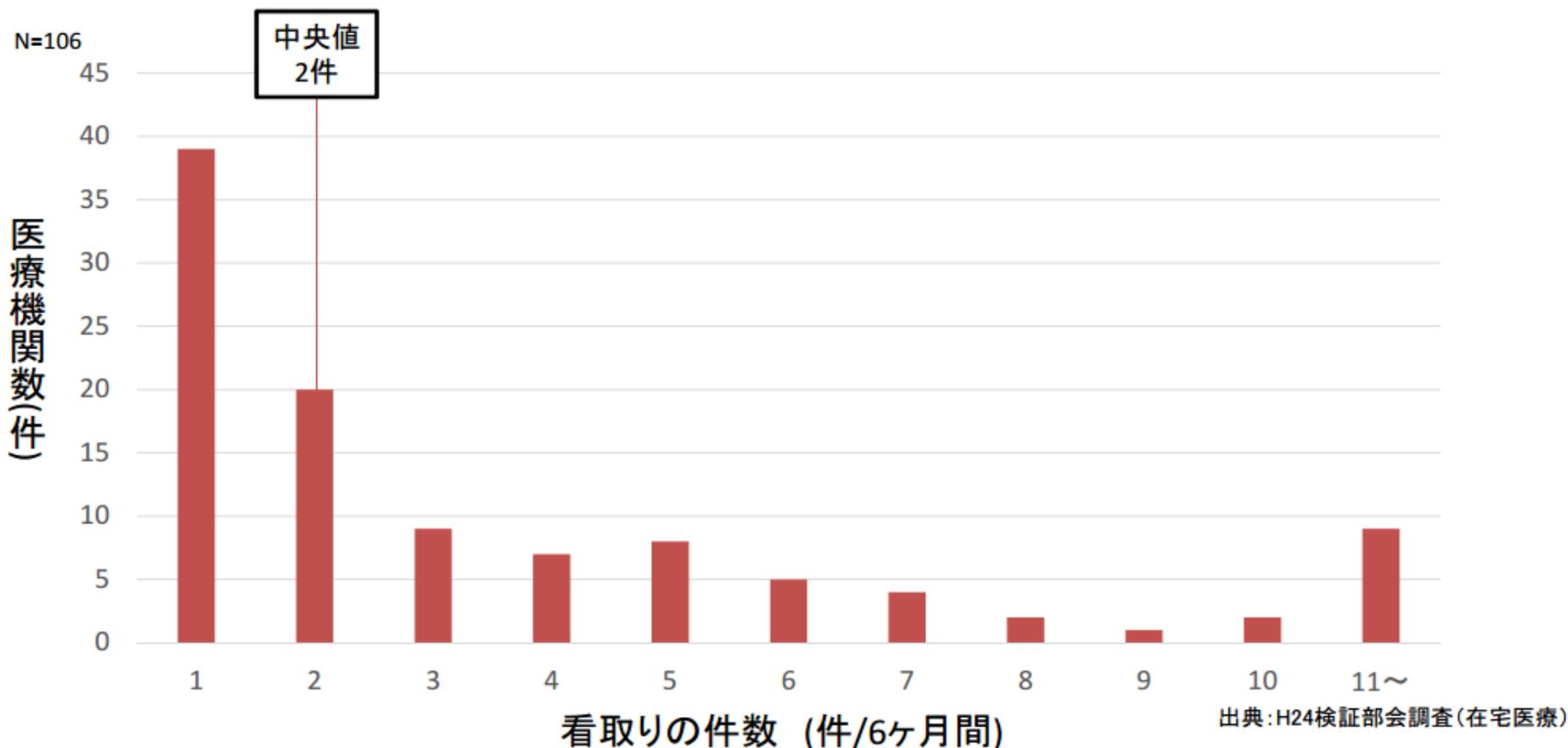
## 在宅療養支援病院の年間実績(平成24年7月1日時点)



(注) 厚生局に報告のあった医療機関のみの実績

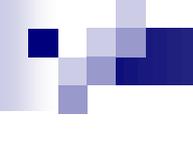
## 在支診・在支病等における看取りの実績 (平成23年4月～9月)

- 機能強化型在支診(単独型・連携型)、機能強化型在支病(単独型・連携型)、在支診、在支病のうち、調査期間6ヶ月間の実績が1件以上の医療機関を対象に分析



機能強化型在支診、在支病、その他の在支診、在支病において看取り件数が1回以上の医療機関における半年間の看取りの中央値は2件であった。

同じ在宅といっても自宅と  
人為的在宅では全く異なる。



利用者本位を決して家族本位と  
言い換えてはいけない。家族は  
必ずしも利用者の味方ではない。

患者自身は自宅に帰りたくても  
一人暮らしや老老介護、家族の  
抵抗にあい、帰れない患者が多い

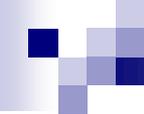


病気の後も元の日常生活に戻れる人は  
かなり幸運な人である

効率性の大好きな若手医師による  
往診専門診療所も出現しているが、  
都 会 に 限 ら れ て い る

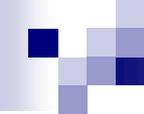


自宅に来てくれる医師がいない。



医師が急速にサラリーマン化してしまっている。患者より自分の生活を優先する。医師の理念は変わってしまった。

今、かろうじて自宅で療養できている高齢者は誠に幸運であり、しかも腕の良い信頼のおける、気に入った医師が対応してくれていることは、稀有なことである。



良質な在宅医療がなければ  
日本の医療は成り立たない