# 平成30年度は 国の政策全開スタート!

第7次医療計画と第7期介護保険事業計画から見る医療・介護経営の今後について

2018年6月12日(火)



医療法人さくら さくら記念病院 法人本部長 清水義文

会場:みずほ台病院

# はじめに!

# 医療介護総合確保推進法 (医療部分)の概要について

平成26年9月19日 厚生労働省医政局 総務課、地域医療計画課、医事課、看護課

#### 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための 関係法律の整備等に関する法律(概要)

#### 趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

#### 概要

- 1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化(地域介護施設整備促進法等関係)
  - ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業(病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等)のため、
  - 消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置」施行期日:公布日(平成26年6月25日)
  - ②**医療と介護の連携を強化**するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定
- 2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保(医療法関係)
  - ①医療機関が都道府県知事に病床の医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)等を報告し、都道府県は、それをもとは地域医療構想(ビジョン) (地域の医療提供体制の将来のあるべき姿)を医療計画において策定
  - ②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け病床機能報告 平成26年10月第一回目
- 3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化 (介護保険法関係)
  - ①在宅医療・介護連携の推進などの<u>地域支援事業の充実</u>とあわせ、<u>予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業に移</u> 行し、多様化 ※地域支援事業:介護保険財源で市町村が取り組む事業
  - ②特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
  - ③低所得者の保険料軽減を拡充
  - ④**一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ**(ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き)
  - ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

#### 4. その他

- ①診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②**医療事故に係る調査の仕組み**を位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討(介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期)

#### 施行期日

公布日(平成26年6月25日)。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。2

### 2025年に向けた医療提供体制の改革

2025年: 団塊の世代が75歳以上《国民の3人に1人が65歳以上・5人に1人が75歳以上》

〔高齢化の進展に伴う変化〕

- 慢性疾患、複数の疾病を抱える患者が増える
- 手術だけでなく、その後のリハビリも必要となる患者が増える
- 自宅で暮らしながら医療を受ける患者が増える



#### 医療介護総合確保推進法による改革の主な内容

〔地域における質の高い医療の確保、質の高い医療を確保するための基盤の整備〕

- ・ 医療機関の医療機能の分化・連携、在宅医療の充実
- 医師・看護師等の確保対策、医療機関の勤務環境改善、チーム医療の推進
- 医療事故調査の仕組みの創設 等



#### 改革の方向性

- ① 高度急性期から在宅医療まで、患者の状態に応じた適切な医療を、地域において効果的かつ効率的に提供する体制を整備し、
- ② 患者ができるだけ早く社会に復帰し、地域で継続して生活を送れるようにする

## 改革後の姿

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職(※)の積極的な関 与のもと、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築する。

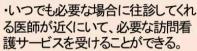
#### 入院医 療

#### 【高度急性期 病院】



・医師・看護師を多く配置

・質の高い医療と手厚い 看護により、早期に「急性 期後の病院」や「リハビリ 病院」に転院可能



外来

医療

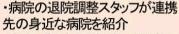
在宅 医療

歯科 医療

薬局

住まい

(患者さん・家族)



自分で転院先を探す必要がない

有床 診療所

発症





連携強化

#### 【生活支援・介護予防】



【在宅介護サービス】



・24時間対応の訪問介護・

看護サービス、小規模多機

能型居宅介護等により、高

齢者の在宅生活を支援



介護

【急性期病院】

【回復期病院】





·早期の在字復帰、 社会復帰が可能

・サービス付き高齢者向け住 宅や有料老人ホームなど高 齢者が安心して暮らせる多 様な住まい

老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO 等

・ボランティア、NPO等の多様な主体による見守り、配 食、買い物支援等の生活支援サービスが充実

・社会参加が推進され地域での介護予防活動が充実

【特別養護老人ホーム・

老人保健施設】

#### 【慢性期病院】

身近なところで集中的なり ハビリを受けることができる。



医療、介護、住まい、予防、生活支援サー ビスが身近な地域で包括的に確保される

#### 「地域包括ケアシステムの整備」

体制を構築

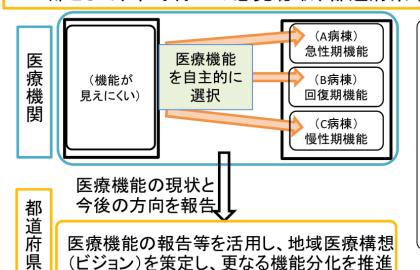
※保健師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士。 **き語聴覚士、歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、社会福祉士、介護福祉士等** 

・地域の拠点として在宅介護サービス等も積極的に展開

### 地域医療構想(ビジョン)の策定について

- 地域医療構想とは(医療法第30条の4第2項)
  - 二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた 医療機能の分化と連携を適切に推進することを目的とするもの。
- 〇 地域医療構想(ビジョン)の策定について

都道府県は、国が示す地域医療構想策定のためのガイドラインに基づき、また、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して地域医療構想を策定する。策定にあたっては、医療計画の一部として、市町村への意見聴取、都道府県 医療審議会への諮問といった手続きを行う必要がある。



(地域医療構想(ビジョン)の内容)

- 1. 2025年の医療需要 入院・外来別・疾患別患者数 等
- 2. 2025年に目指すべき医療提供体制
  - ・二次医療圏等(在宅医療・地域包括ケアについては 市町村)ごとの医療機能別の必要量
- 3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策 例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、 医療従事者の確保・養成等

#### 地域医療構想策定に向けた都道府県での準備について

地域医療構想の策定に向け、現行の医療計画の進捗状況を確認するとともに、医療機関の機能分担及び連携体制の構築、医療従事者の確保など目指すべき医療提供体制について、関係者との議論を先行して始めていただくことを都道府県に依頼した。

# 法整備の流れ

医療介護総合確保推進法平成26年(2014年)6月成立・公布



医療介護総合確保方針平成26年(2014年)9月告示



病床機能報告制度平成26年(2014年)10月より開始



地域医療構想策定 ガイドライン平成27年3月



平成28年度診療報酬改定

地域医療構想平成28年 (2016年)10月埼玉県策定 - 2大車輪と考えます。 地域包括ケアシステム

# 埼玉県の場合

平成28年(2016年)10月に埼玉県地域医療構想が策定されました。

第1節 地域医療構想策定の趣旨

急速な高齢化の進展により、本県においても、いわゆる「団塊の世代」の全てが75歳以上となる平成37年(2025年)には、年齢構成などの人口構造の変化に伴う医療・介護の需要の大きな変化が見込まれています。このような中、医療や介護を必要とする県民が、できる限り住み慣れた地域で必要なサービスの提供を受けられる体制を確保することが求められます。

そのためには、地域ごとに異なる条件や実情を踏まえ、限られた医療資源を効率的に活用できる医療提供体制の「将来像」を明らかにしていく必要があります。こうした中、平成26年6月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(平成26年法律第83号)が成立し、改正された医療法(昭和23年法律第205号)が平成27年4月1日から施行されました。この改正により、各構想区域における将来の医療提供体制に関する構想(以下「地域医療構想」という。)が、各都道府県が定める医療計画の一部に加えられることとなりました。そこで、医療法関係法令及び「地域医療構想策定ガイドライン」(平成27年3月31日付け医政発0331第53号。以下「ガイドライン」という。)に基づき、第6次の埼玉県地域保健医療計画(平成25年度~29年度)の一部として地域医療構想を策定するものです。

本構想は第6次の埼玉県地域保健医療計画(平成25年度(2013年度)~29年度(2017年度))の一部として策定したものですが、第7次埼玉県地域保健医療計画(平成30年度(2018年度)~35年度(2023年度))に、引き続き位置付けます。

6次までの医療計画は5年毎ですが、地域医療構想は第6次医療計画の途中で入ってきたためこのような表現になっています。 また、第7次医療計画は6年間の医療計画に変更(ダブル改定に合わせてきました)されたのも大きなポイントです。

# 医療計画について (埼玉県)

第6次医療計画 平成25年度~平成29年度 平成26年度診療報酬改定→亜急性期廃止 地域包括ケア病棟新設

平成28年度診療報酬改定 地域医療構想平成28年(2016年)10月埼玉県策定

平成30年度診療報酬改定(ダブル改定) 第7次医療計画 平成30年度~平成35年度

次のダブル改定は平成36年度(2024年度)で第8次医療計画同時スタートであり、2025年まであと1年で地域医療構想が完結という図式です。

# 介護保険について

平成29年8月10日に医政地発0810第1号、老介発0810第1号、保連発0810第1号原生労働省より通知があった。

第7次医療計画及び第7期介護保険事業(支援)計画における整備目標及びサービスの量の見込みに係る整合性の確保について

2025年に向けて、地域医療構想を推進するためには、慢性期機能から介護施設・在宅医療等への転換を含めた追加的需要について、地域の実情に応じて適切に受け皿の整備がなされる必要があり、第7次医療計画及び第7期介護保険事業(支援)計画においては、この受け皿整備の必要量を踏まえた在宅医療の整備目標や介護サービスの種類ごとの量の見込みを、それぞれの計画の間で整合的に、かつ受け皿整備の先送りが発生しないよう計画的に設定する必要がある。

## ポイント!

<u>第7期介護保険事業(支援)計画</u>は、<u>第7次医療計画</u>とセットで考えなければならない。 当然、地域医療構想もその一部として考える。

# 第7期介護保険事業(支援)計画

- ・ 3 年ごとに策定。
- ・第7期は平成30年度~32年度
- ・埼玉県では埼玉県高齢者支援計画 と名称変更 埼玉県高齢者支援計画は特養、介護付き有料老人 ホームなどが対象。
- ・地域密着型(介護予防)サービス や地域包括支援 センターなどは市町村で策定。
- ・市町村策定の介護保険事業計画は地域包括ケアシステムを推進する為にも重要。
- ・第**7**期からは医療計画と同時スタートで連動するので両方をチェックすることが重要!

# 病床機能の分化・連携による在宅医療等 の新たなサービス必要量の推計(人/日)

圏域	市町村	平成32年 (2020年)	平成35年 (2023年)	平成37年 (2025年)
埼玉県2	全体	2,016	4,134	5,935.0
南部	蕨市	19.6	39.0	54.6
南部	戸田市	27.7	55.3	77.2
		201.0	401.1	561.1
南西部	朝霞市	35.0	70.0	95.3
南西部	志木市	22.1	44.2	60.2
南西部	和光市	19.6	39.2	53.4
南西部	新座市	52.3	104.5	142.3
南西部	富士見市	34.1	68.3	93.0
南西部	ふじみ野市	35.9	71.7	97.7
南西部	三芳町	14.5	29.1	39.6
		213.5	427.1	581.4

埼玉県第7期介護保険事業(支援)計画より 2倍

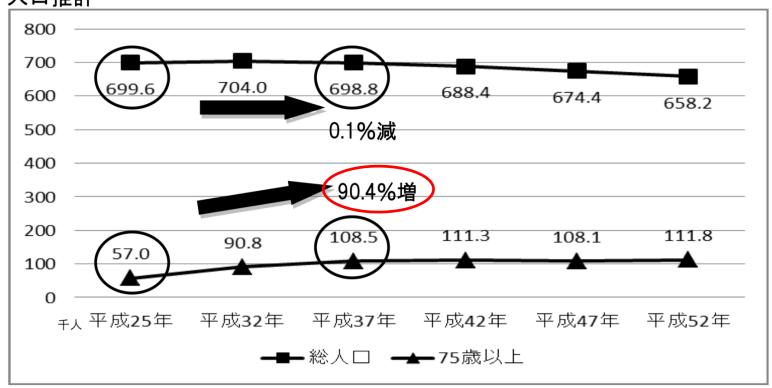
# 地域医療構想からのデータ

## 1 区域の概要 埼玉県 南西部

▶ 区域内市町村:朝霞市、志木市、和光市、新座市、富士見市、

ふじみ野市、三芳町

#### ▶ 人口推計



※平成25年:町(丁)字別人口(平成25年1月1日現在)

平成32年~:国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」

## 第7期富士見市高齢者保健福祉計画

## • 1.計画策定の趣旨

本市では、平成27年3月に策定しました『あんしん元気生き生きプラン2015(第6期富士見市高齢者保健福祉計画)』に基づき、介護・医療・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」の充実に向け、地域密着型特別養護老人ホームや定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の整備や、介護予防・日常生活支援総合事業の開始に向けた取組みなど、「健康で生き生きと生活できる支えあいの地域社会づくり」を推進してまいりました。

このたび、第6期計画が平成 29 年度に最終年度を迎えることから、 新たに『あんしん元気生き生きプラン 2018(第 7 期富士見市高齢者保健 福祉計画)』を策定しました。

次の3か年となる第7期富士見市高齢者保健福祉計画は、第6期に引き続き、団塊の世代が後期高齢者となる平成37年を念頭におき、認知症高齢者や高齢者世帯の増加が見込まれることから、「地域包括ケアシステム」のさらなる深化・推進を行いながら、特に高齢者の目立支援や重度化防止に向けた取組みや地域共生社会の実現に向けた取組みの推進が求められています。

また、介護保険制度を持続可能な制度とするため、平成30年8月からは現役並みの高い所得を有する方の利用者負担割合が2割から3割に引き上げられるなど、今期も多くの制度改正が行われますが、本計画はこうした制度改正の動向に合わせ、中長期的な視点に立ち、これまでの計画の進捗状況を踏まえてサービス内容や給付量を推計し、策定しています。

# データヘルス計画

さらに、特定健診とレセプトの情報を元に各市町 村でデータヘルス計画が策定されます。

第1期は平成28年度から29年度まで。

当初第2期は、平成30年度から5年ごとの策定でしたが、結局第2期は平成30年度から平成35年の6年間に変更されています。

## ポイント!

第7次医療計画及び第7期介護保険事業(支援)計画 データヘルス計画、診療報酬改定、介護報酬改定 が全て横並びで連動して動くということです。

## 富士見市の第2期データヘルス計画

#### 目 次

	内 容	ページ
第1章	計画の方針	1
	第1節 計画の趣旨	
	第2節 計画の考え方	
	第3節 計画期間と計画の位置づけ	
	(1) 計画期間	
	(2) データヘルス計画の位置づけ	
第2章	現状の整理	6
	第1節 地域の特性	
	(1) 人口構成・被保険者構成	
	(2) 出生率	
	(3) 産業構成・財政指数	
	(4) 死亡の状況	
	(5) 一人当たり医療費の状況	
	(6) 介護保険認定率の推移	
	第2節 前期計画の考察等	
	(1) 特定健診等受診率向上対策	
	(2) 特定保健指導実施率向上対策	
	(3) 人間ドック利用補助事業	
	(4) ジェネリック医薬品利用促進事業	
第3章	健康課題の把握	1 4
	第1節 医療レセプトの分析	
	第2節 特定健診・特定保健指導等の分析	
	(1) 特定健診受診率及び受診結果の状況	
	(2) 特定健診未受診者の状況	
	(3) 特定保健指導事業	
	(4) 後発医薬品使用促進事業	
Andre a value	第3節 健康課題の抽出・明確化	
第4章	目的・目標の設定	4 6
第5章	保健事業の実施内容	4 7
	事業名① 特定健康診査受診率向上対策	
	事業名② 特定保健指導対策事業	
	事業名③ 生活習慣病重症化予防事業	
	事業名④ 後発医薬品使用促進事業	
	事業名⑤ 頻回(重複)受診対策事業	

自施設に関係する計画書などを揃えましょう! (チェックリスト)

医療介護総合確保推進法 (国)
医療介護総合確保方針 (国)
地域医療構想策定のためのガイドライン(国)
地域医療構想 (都道府県)
第7次医療計画 (都道府県)
第7期介護保険事業(支援)計画 (都道府県と市町村)
データヘルス計画 (市町村)
第2期データヘルス計画 (市町村)

# 医療と介護はセットで動く!

これまで見てきた法律や計画などは全て、医療と介護の 両方からアプローチして病床機能や病床数、介護施設、 介護事業所の必要数を決めてきます。

当然医療と介護の連携がポイントにもなってきます。

平成30年度以降は各計画が同時に改定、策定されてきますのでなおさらです。

## ポイント!

医療と介護の両方を熟知している人材が必要。

# 行政の情報を捉えましょう

埼玉県の医療、介護の政策はどうなっているのか?

保険医療部、福祉部がポイントです。

その下部組織でみなさんは申請とか変更、廃止などをおこなってます。

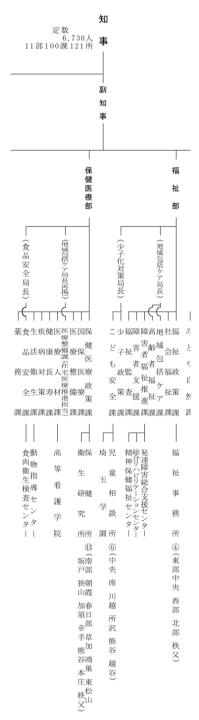
また、厚生局は保険医療の請求に関する要となります。施設基準は厚生局が受理してから国保連などの支払基金に厚生局が連絡を行います。

自由診療であれば、厚生局はノータッチです。

# 埼玉県機構図 (平成30年4月1日)

知事の権限は当然ありますが、保険医療部、福祉 部の部長、副部長さんの 名前くらいはチェックしておきましょう。

また、年度が変わると人事異動の情報も県のホームページで公開されるのでチェックしておきましょう。



# ちょっとした情報です。

平姓30年5月初旬に医療法改定の情報が流れました。

#### 医療法及び医師法の一部を改正する法律案の概要

#### 改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

#### 改正の概要

#### 1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

#### 2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し 等

#### 3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・医学部:都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- ・臨床研修:臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
- 専門研修:国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設

都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施 を意見する仕組みの創設 等

#### 4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

#### 5. その他 【医療法等】

- 地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・健康保険法等について所要の規定の整備 等

#### 施行期日

2019年4月1日。(ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は2020年4月1日から施行。)

# 地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加って何でしょう?

調べると、医療法及び医師法の一部を改正する法律案(閣法第六〇号) に 下記の記述がありました。

• 都道府県知事は、病院の開設等の許可の申請があった場合において、構想区域における病床の数が、当該構想区域における将来の病床数の必要量の合計に既に達している等と認めるときは、必要な手続を経た上で、申請者(公的医療機関等に限る。)に対し、病院の開設等の許可を与えないことができる。

答えです。

今までは病床を増やす場合、知事の特別枠というのが有ったんです。 今後も特別枠があるとせっかく地域医療構想の一環で決めた増床数が 意味の無いものになってしまうと言うことですね。 病床数が出てきたところで、 埼玉県では、 病床はどれだけ足りないのか?

## 埼玉県2025年病床不足予想の変化

## 平成28年 (2016年)10月 埼玉県地域医療構想でのデータ

【図表17】病床機能報告による病床数と必要病床数の比較(床)

	全体	高度急 性期	急性期	回復期	慢性期	無回答
平成27年度 病床 '機能報告	50,023	6,389	24,674	4,023	12,552	2,385
平成37年 必要病 床数推計	54,210	5,528	17,954	16,717	14,011	
差引	<b>▲</b> 4,18 7	861	6,720	<b>▲</b> 12,69 4	<b>▲</b> 1,459	

※全体の差引(4,187床)には、第6次の地域保健医療計画において公募により整備予定の病床数を含んていません。



第6次の地域保健医療計画では、追加分も合わせて2466床認可された。 という事は、7次で全体では4,187-2,466=1,721不足と考えるのか? 第7次医療計画から病床の公募が出ました。

4月17日に次のような頭分で発表されました。

地域の実情に応じ良好な医療提供体制を確保するため、第7次埼玉県地域保健医療計画に基づき、埼玉県地域医療構想において不足が推計されている医療機能など医療課題に対応する病院等の整備計画を募集します。

# 第7次埼玉県の公募病床数

二次保健医療圏	基準病床数(A)	既存病床数(B)	公募対象病床数 (C=A-B)
南部	4,671	4,439	232
南西部	4,604	4,500	104
東部	8,184	7,734	450
さいたま	7,566	7,825	0
県央	3,323	3,196	127
川越比企	7,111	6,786	325
西部	7,648	7,455	193
利根	4,284	4,077	207
北部	2,802	3,604	0
秩父	546	759	0
合計	50,739	50,375	1,638

どうでしょうか? 6次から見るとほんの少し減っています。 でもそれは病床機能報告と流出流入量の変化、人口 の増減を考えれば納得行く所ではあります。

それより注目したいのは以下の2点です。

- ① 6次では回復期が12,694 床不足
- ② 公募 0 床の二次医療圏では変化なし (減らす事はしない)

## ポイント!

「医療機能の分化・強化、連携の推進」

という今回(平成30年度)の診療報酬改定で使われているキーワードです。

# 平成30年度の診療報酬改定では

もう一つのキーワード! それは、「地域包括ケアシステム」です。 今回改定の告示の最初の部分です。

## 【I-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化 -1】

- 1 入退院支援の推進
- 第1 基本的な考え方

骨子<I-1(1)>

住み慣れた地域で継続して生活できるよう、患者の 状態に応じた支援体制や地域との連携、外来部門と入 院部門(病棟)との連携等を推進する観点から評価を充 実する。

# 平成30年度の診療報酬改定での2つのキーワード

「医療機能の分化・強化、連携の推進」 と 「地域包括ケアシステム」

これは、全て 地域医療構想 第7次医療計画 第7期介護保険事業(支援)計画 データヘルス計画 第2期データヘルス計画 に繋がっています

また、2つのキーワードを推進するため、アウトカム(成果)色が強く打ち出されています。

これは、介護報酬改定も同様です。全体では改定率+0.54%ですが、基本報酬は引き下げられ新設の加算は自立支援のインセンティブや外部リハ職との連携、ターミナル関連など取れる範囲が増えています。

## 介護報酬の改定をもう一度見てみましょう

### 平成30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
- 〇 認知症の人への対応の強化
- 〇 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 〇 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

#### ■ 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】

- 〇 生活援助の担い手の拡大
- 〇 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
- 〇 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
- 〇 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

## ■ 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】

- 〇 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

#### Ⅰ -① 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(その1)

○ ターミナルケアの実施数が多い訪問看護事業所、看護職員を手厚く配置しているグループホーム、たんの吸引などを行う特定施設に対する評価を設ける。

#### 訪問看護

○ 看護体制強化加算について、ターミナルケア加算の算定者数が多い場合を新たな区分として評価する。

<現行>

看護体制強化加算 300単位/月 (※ターミナルケア加算の算定者が年1名以上) 改定後>

看護体制強化加算(I) 600単位/月(新設)

(※ターミナルケア加算の算定者が年5名以上)

看護体制強化加算(Ⅱ) 300単位/月

(※ターミナルケア加算の算定者が年1名以上)

#### 認知症対応型共同生活介護

○ 医療連携体制加算について、協力医療機関との連携を確保しつつ、手厚い看護体制の事業所を新たな区分として評価する。

<現行>

医療連携体制加算 39単位/日

(※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により 看護師1名以上確保 <改定後>

医療連携体制加算(I) 39単位/日

「※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により 看護師1名以上確保

医療連携体制加算(Ⅱ) 49単位/日(新設)

※GH職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置 ただし、准看護師の場合は、別途病院等や訪問看護STの 看護師との連携体制が必要

※たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること

医療連携体制加算(皿) 59単位/日(新設)

※GH職員として看護師を常勤換算で1名以上配置

※たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること

#### 特定施設入居者生活介護

- たんの吸引などのケアの提供に対する評価を創設する。
- 医療提供施設を退院・退所して入居する際の医療提供施設との連携等に対する評価を創設する。

入居継続支援加算 36単位/日(新設)

退院・退所時連携加算 30単位/日(新設)

※入居から30日以内に限る

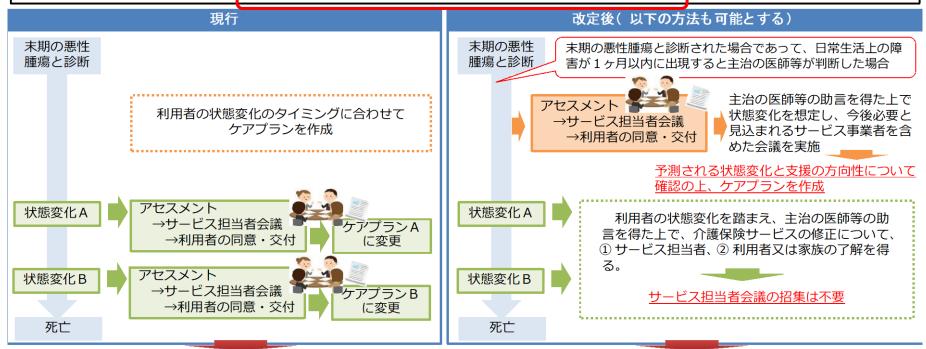
○ ターミナル期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。

中重度の在学要介護者や…居住系サービス利用者…特別素護老人ホーム人所者の医療エーズへの対応…その2…

#### 居宅介護支援

- 著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。
- 〇 末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常より も頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の 状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月(新設)



#### Ⅰ - ① 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(その3)

- 特養の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価を設ける。
- 特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させ。 る。

#### 介護老人福祉施設

複数の医師を配置するなどの体制を整備した特養について、配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問 し入所者の診療を行った場合を新たに評価する。

配置医師緊急時対応加算

650単位/回(早朝・夜間の場合) (新設)

1300単位/回(深夜の場合)(新設)

○ 看取り介護加算について、上記の配置医師緊急時対応加算の算定に係る体制を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合、 より手厚く評価する。

く現行>

看取り介護加算

死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日 死亡日の前日又は前々日 680単位/日

死亡日

1280単位/日

<改定後> 看取り介護加算(I)

> 死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日 死亡日の前日又は前々日 680単位/日

> 死亡日 1280単位/日

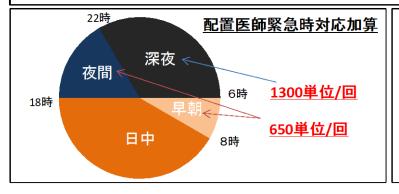
看取り介護加算(Ⅱ)(新設)

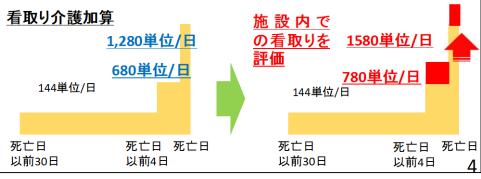
死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日 死亡日の前日又は前々日

780単位/日

死亡日

1580単位/日





## 改定率の変遷

#### 診療報酬の改定率の推移



(注)2014年度は消費税増税対応分を含む(これを含めないと本体部分は0.1%増)。2016年度の改訂額は、 2014年まで含めていた想定より売れた医薬品の価格引き下げも含めると実質マイナス1.03%

(資料) 産経新聞2009.1.2.24、毎日新聞2012.1.2.22、2013.1.2.21、2015.1.2.22、毎日新聞2017.1.2.19

#### 介護報酬の改定率の推移



(注)2006年度の点線は2005年度改定を含めた数字 (資料)東京新聞2015.1.5、2015.1.12、毎日新聞2017.12.19

## ここから何を読み取れるでしょう?

# 平成30年度の診療報酬改定さくら記念病院での例

・機能強化加算 80点(初診時)

かかりつけ医機能を評価した新設の加算

専門医療機関への受診の要否の判断を含めた初診時における医療機能 を評価する点数。地域包括診療料・加算など、かかりつけ医機能に係 る診療報酬の届出等を行っている診療所と200床未満の病院で算定が可能。

ここで「かかりつけ医療」に<mark>訪問診療</mark>が入って来ます。 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料を算定していて 在宅療養支援病院を取っている必要があります。 さくら記念病院では、在宅医療を重視し2年前から訪問診療に着手しました。 そのため、在宅療養支援病院3と、訪問看護はみなしで介護保険の算定も 行ってました。訪問看護ステーションを8月には開設しようと準備中です。 なので、何も新しいことをせず4月から算定できました。 年間200万円の増収です。

## ·包括的支援加算 150点

訪問診療のメリハリを付ける為、新設の加算

月2回以上の在宅時医学総合管理料(在総管)を100点引き下げるが、

要介護2以上など「一定の状態にある患者」を算定対象とする

「包括的支援加算」(月1回150点)を新設

以下のいずれかに該当する患者

- (1) 要介護2以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクII b 以上の患者
- (3) 週4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時または訪問看護時に処置(簡単な処置を除く)を行っている者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師がたんの吸引、胃ろう・腸ろう等の処置を行っている患者
- (6) その他、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

当然4月から請求をかけました。(年間40万円増収)

答申で出た内容は今ひとつ?もしかして減算?って表現でしたが、告示ではプラスに転換。 訪問診療を行っている患者さんが要介護2以上、IIb以上、訪問看護週4回以上の方がいればOKでした。 現状のままで22名の該当患者様がいました。

## ・地域包括ケア入院医療管理料 1

- 1. 自宅等から入棟した 患者割合 3ヶ月で1割以上
- 2. 自宅等からの 緊急患者の受入 3ヶ月で3人以上
- 3. 在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。
- 4. 介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、 介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護 サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。

さくら記念病院では答申が出た段階(2月7日)で改定後の管理料1を狙って 基準クリアに向かいました。

上記4つが新しい基準ですが、すぐクリアできました。

#### 介護保険との連携が影響します!

訪問診療と、みなしですが訪問看護を行っていたからです。

また、直入院は今までの倍の300点が初期加算で14日間のおまけ付きです。

直入院と緊急患者はダブルカウントもOKなので意外と楽にクリアできます。 地域包括ケア入院医療管理料は、前月比7%、前年比18%増です。 年間約1,200万円増収です。 透析部門では24時間何時でも透析を昨年2月から開始して、長時間 透析の患者様が激増。

新設の長時間加算 150点 (6時間以上)対象患者様多数。

時間外・休日加算が+80点、人工腎臓1取得、導入期加算2も取得でき、水質加算の減算影響はほとんど無し。しかもPD(腹膜透析)も行っているので他の関連加算にもプラスに影響。

等が重なり、4月は昨年比2%以上の増収となりました。

医療構想、医療計画、介護保険を見込んで 地域包括ケア病棟、訪問診療、訪問看護、 透析では長時間透析、腹膜透析(これは昔 からやってましたが)に取り組んできた結 果であると考えられます。

# うれしいことです!

さくら記念病院では関連のクリニックが3つあります。この4月1日で全て医療法人さくらで法人化が完了しました。診療報酬改定と同時期での法人化なので医事課も大変でした。遡及請求も厚生局もドタバタ状態で変なこと言ってきましたがなんとか乗り切りました。

(施設基準全部出し直しで鍛えられたか?)

そんなとき、医事課の主任から、「退院時共同 指導料取りに行きませんか?」と、提案があり ました。

特別な関係の緩和で同法人クリニックの患者様がさくら記念病院退院時とれる指導料です。

## 特別の関係でも連携関連点数が一部算定可能に

特別の関係(同一開設主体など)の連携でも点数算定が可能に

(1)在宅患者緊急入院診療加算(2500点·2000点·1000点)

診療所において在総管等算定している患者の急変等により入院受入れし、24時間以内に診療所からの情報提供があった場合

(2)精神科救急搬送患者地域連携受入加算(1000点)

精神科救急医療機関から60日以内に後方病床の機能を担う精神科病院に転院させた場合

- (3)入退院支援加算1((一般病棟等)600点 (療養病棟等)1200点))の20施設以上との連携 入院早期より退院困難者に退院支援計画の立案・実施することにより、適切に退院した場合
- (4)精神疾患診療体制加算(1000点·330点)

一般病院が、精神科病院からの転院(精神疾患患者の身体合併症患者)を受入した場合

(5) 退院時共同指導料1(1500点・900点) ラクリークスをりる

(6)退院時共同指導料2(400点)+300点・+2000点) - フリーフのよる HP.

入院医療機関と退院後の在宅療養を担う医師等が入院前に共同で指導等を行った場合

(7)在宅患者連携指導料(900点)

訪問診療を行っている医療機関が、在宅を実施している歯科、薬局、訪問看護STと月2回以上文書により情報共有し、それを踏まえた指導を行った場合

(8)在宅患者緊急時等カンファレンス料(200点)

訪問診療を行っている患者の急変時に、在宅を実施している他資格者等と患家にて一堂に会しカンファレンスを行った場合

(9)施設入所者共同指導料(600点)

併設以外の病院が老人保健施設に赴き、老健施設の医師と共同指導を行った場合

これとは別に、介護支援等連携指導料(400点/1回)は取ってますか?

実は、各クリニックの医師が毎週1回はさくら記念病院に来ているので病院側は400点プラス300点、クリニック側は900点取れるのです。しかもクリニックからの入院患者様は結構います。(絶えず2名前後は入院しています)さらに、訪問看護ステーションを立ち上げる予定ですから、病院は200点も今後算定可能になります。

で、何が嬉しいかと言うと、 やっと<mark>提案型の医事課</mark>が出来上がった事です。 新しい加算を取ると仕事が増えるからと嫌な顔 する医事課職員が多いのが現状です。でもこれは、 私が考える、病院改善の課題の重要項目の1つです。 請求の詳細を解っている医事課が提案型にならない とその病院はなかなか良くはならないのです。

# 情報交換会の意義

各法律、行政が出す計画、医療・介護の報酬改正など全てを個人で把握するのはあまりに膨大!でも、知っていれば先を読みやすいのです。 (一流のコンサルタントでも知らないことがある場面はたくさん見てきました。)

それだからこそ、 この場所が重要になって来ると考えます。

お互いの情報交換、今後とも、 よろしくお願い致します。