

附録

参、政府機關間閉門會議補充資料

一.長期照護類：介護保険制度與在宅醫療(簡報)

(一)日本の介護保険制度について

(厚生労働省老人保健局)

(二)醫療保険と介護保険の給付調整について

(厚生労働省保険局)

(三)在宅醫療・介護の推進について

(厚生労働省在宅医療・介護推進プロジェクトチーム)

二.醫藥品類：藥品核價與醫藥分業

(一)厚生労働省「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」

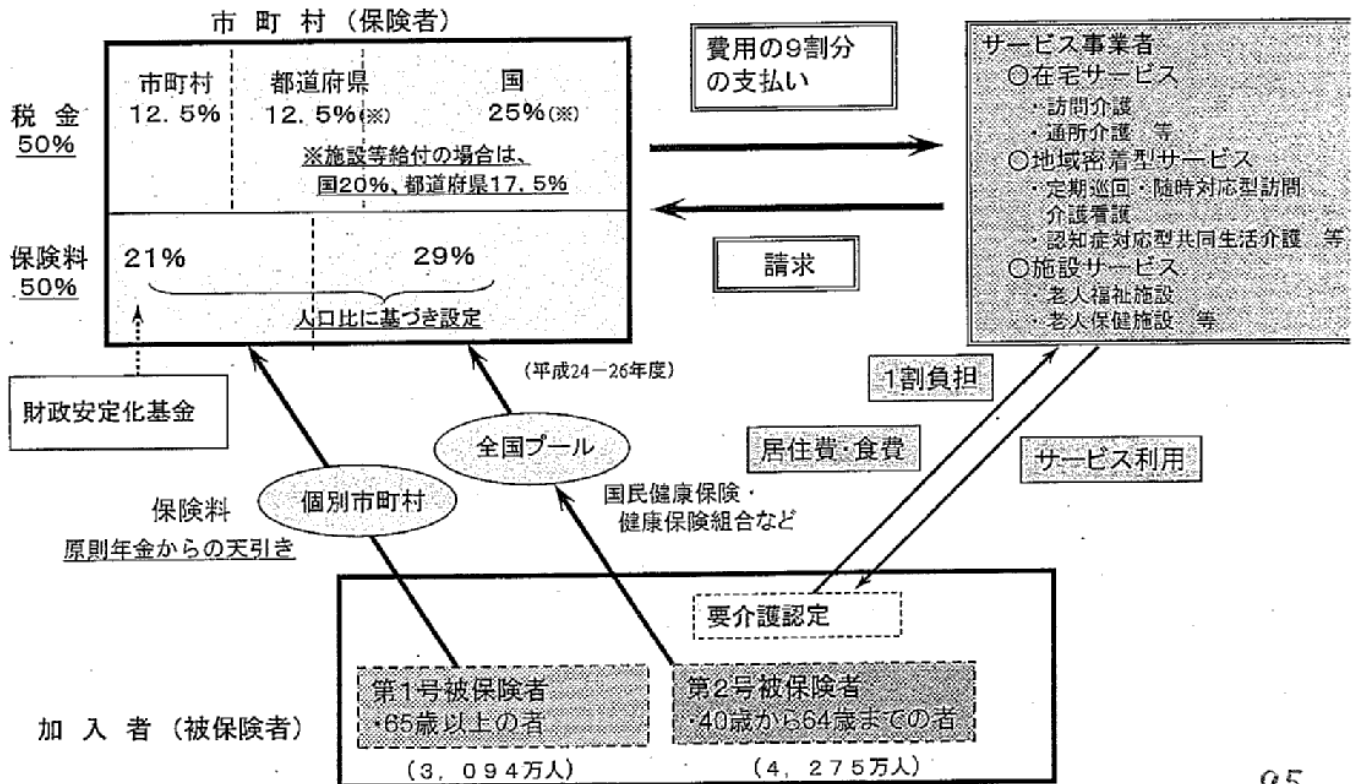
(1957年4月30日厚生省令第16號及厚生省第16號令修正條文)

(二)厚生労働省「保険医療機関等の指導・監査等について」

日本の介護保険制度について

厚生労働省老人保健局

介護保険制度の仕組み



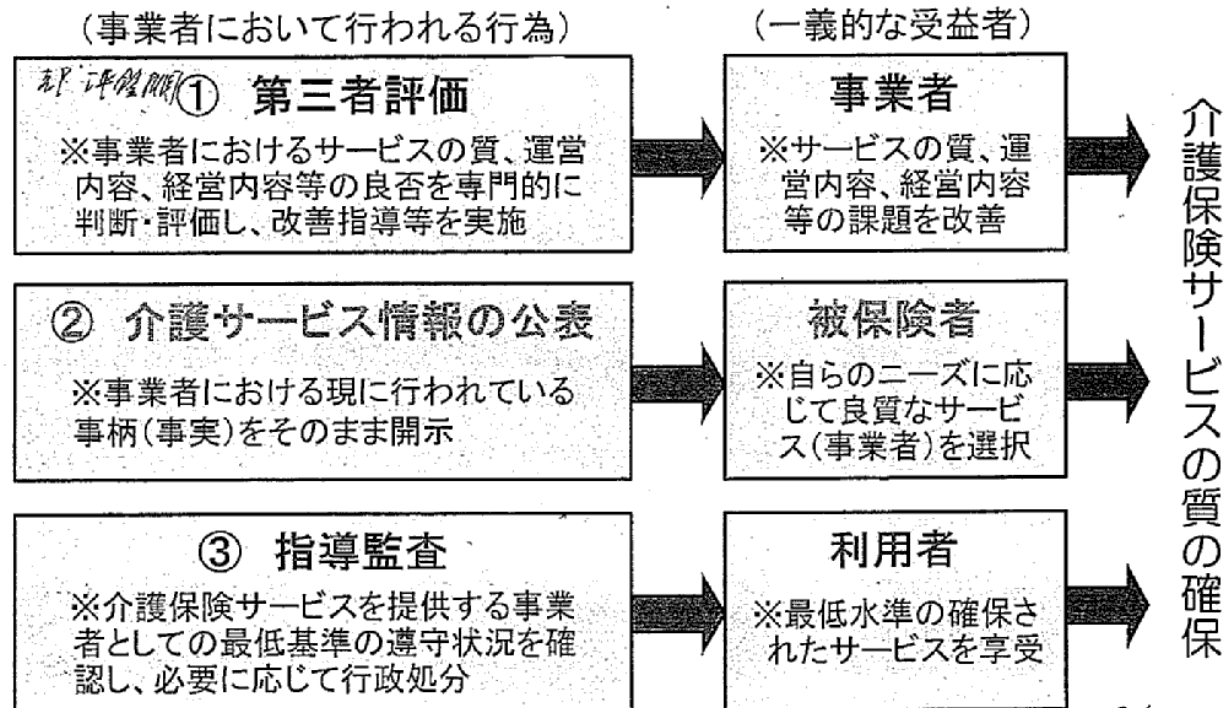
(注) 第1号被保険者の数は、「平成24年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成24年度末現在の数である。
第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成24年度中の日平均値である。

情報公表制度の概要

3

介護保険サービスの質の確保

○ 介護保険サービスの質を担保するために、事業者において、①専門家による第三者評価や②インターネットでの介護サービス情報の公表、③地方自治体等による指導監査が行われている。

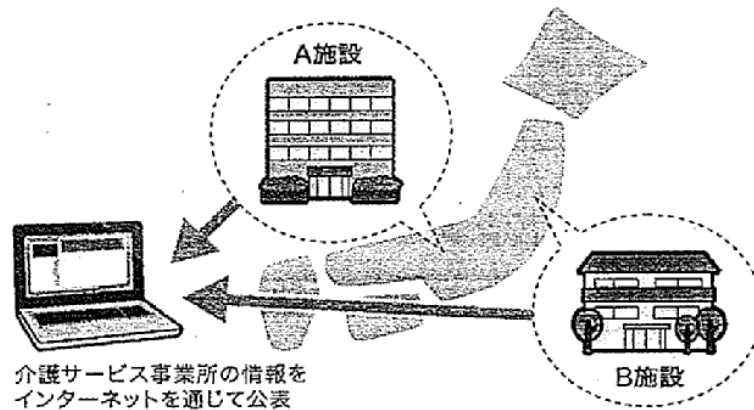


介護サービス情報の公表制度とは

介護保険法に基づき、平成18年4月からスタートした制度。
利用者が介護サービスや事業所・施設を比較・検討して適切に
選ぶための情報を都道府県が提供する仕組み。

※「介護サービス情報公表システム」を使って、インターネットでいつでも誰でも情報を入手することが可能。
平成24年度時点で、全国約17万か所の事業所情報が公表されている。

介護サービス情報公表制度のしくみ



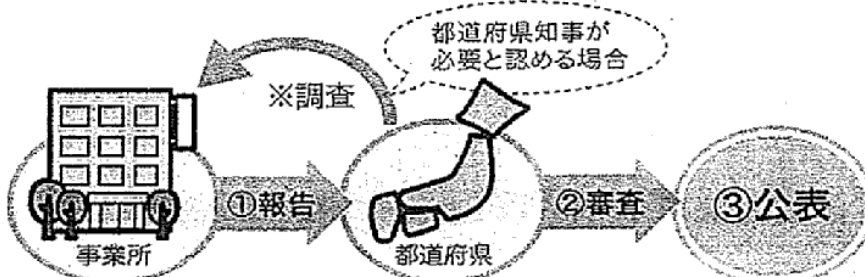
5

制度の仕組み

○事業所情報の公表までの流れ
事業所の情報は、都道府県が公表。公表の流れは以下のとおり。

- ①毎年1回、各事業所は直近の事業所情報を都道府県に報告
- ②都道府県は内容を審査
(都道府県が必要と認める場合に訪問調査を実施(後述))
- ③都道府県はインターネットに事業所情報を掲載

公表までのフロー図



97

6

介護サービス情報の公表制度の仕組み(全体像)

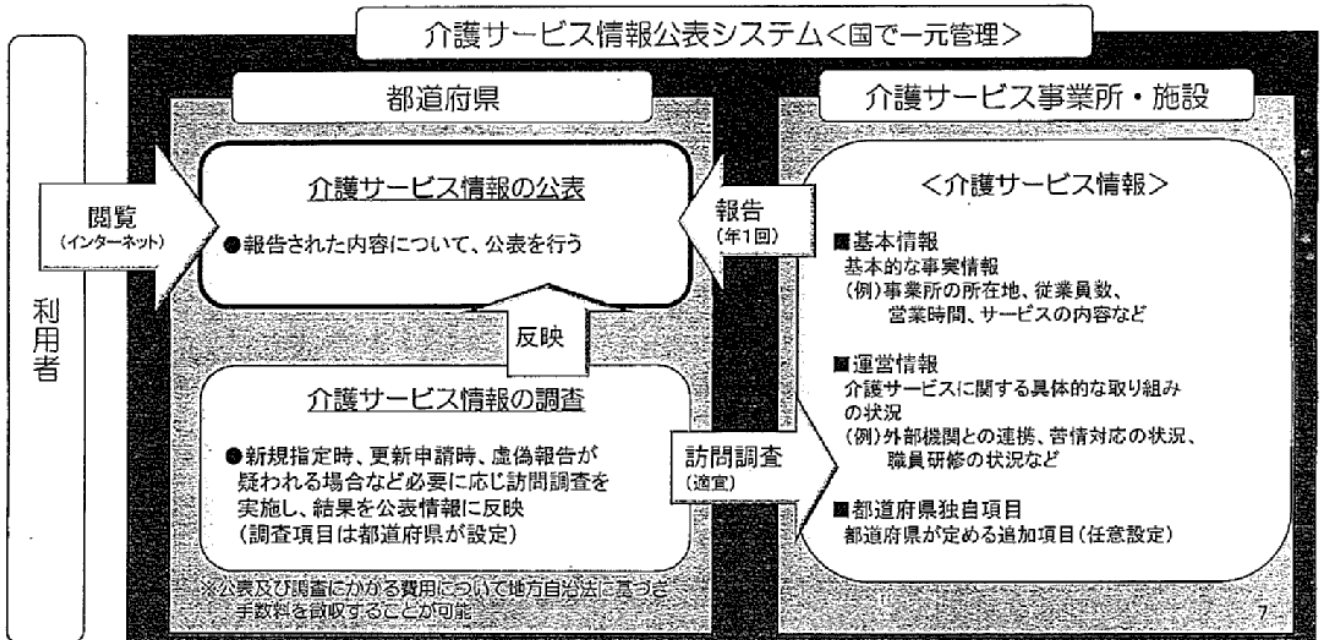
【概要】

○利用者が介護サービスや事業所・施設を比較・検討して適切に選ぶための情報を都道府県が提供するもの

【ポイント】

○介護サービス事業所は、年一回、直近の介護サービス情報を都道府県に報告

○都道府県は、事業所から報告された内容についてインターネットで公表。また、報告内容について調査が必要と認める場合、事業所・施設に対して訪問調査を実施



公表される内容

① 基本情報

- 事業所の名称、所在地等
- 従業者に関するもの
- 提供サービスの内容
- 利用料等
- 法人情報

② 運営情報

- 利用者の権利擁護の取組
- サービスの質の確保への取組
- 相談・苦情等への対応
- 外部機関等との連携
- 事業運営・管理の体制
- 安全・衛生管理等の体制
- その他(従業者の研修の状況等)

①②の他、都道府県の裁量で公表できる情報

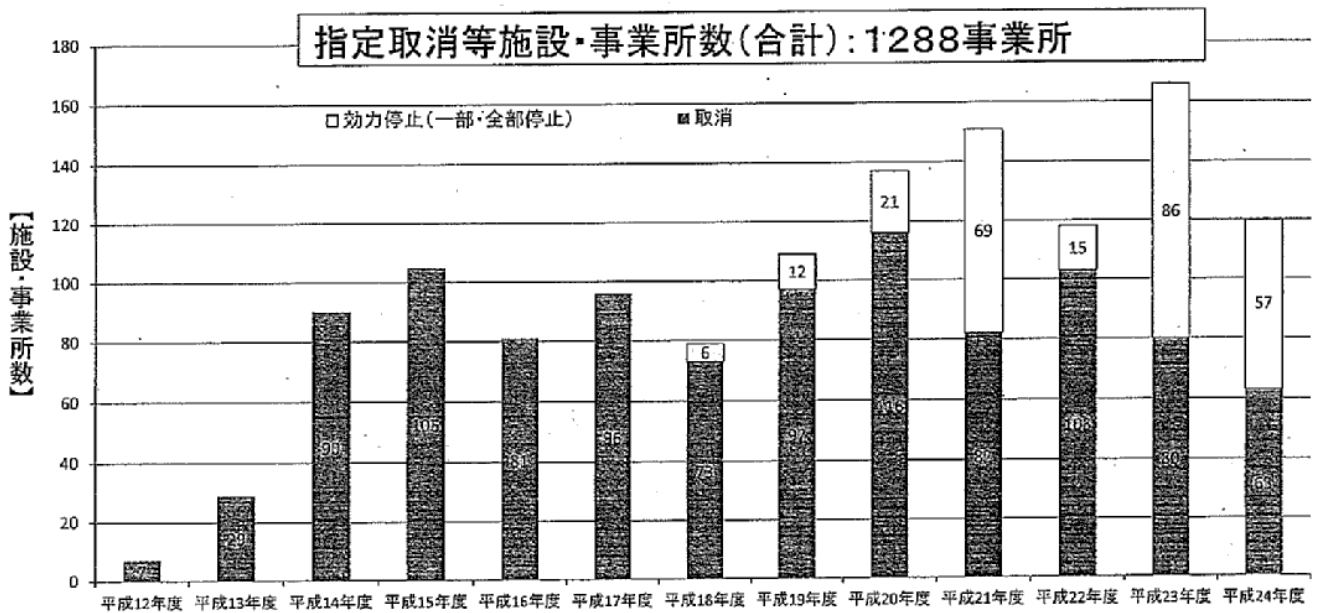
- 介護サービスの質に関する情報
- 介護サービスに従事する従業者に関する情報

98

※ その他、法令上には規定がないが、事業所の積極的な取組を公表できるよう「事業所の特色」についても、情報公表システムにおいて、任意の公表が可能

指導監督体制について

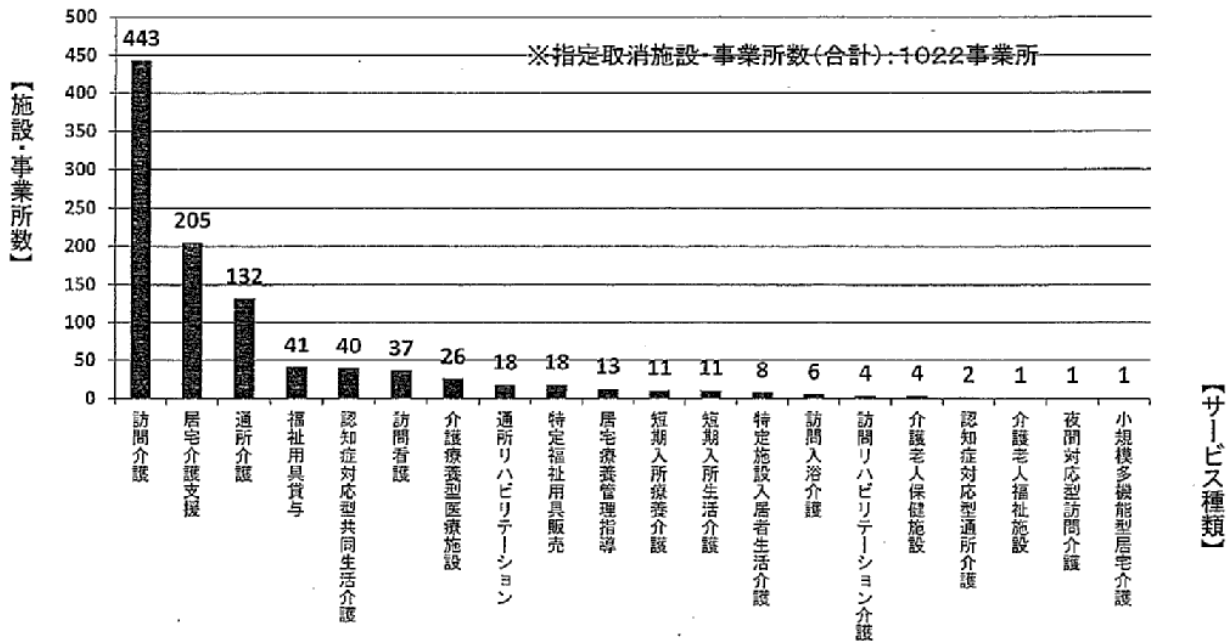
○ 指定取消・停止処分のあった介護保険施設・事業所内訳【年度別】(平成12年度～24年度)



	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
請求事業所数	-	94,966	106,843	115,633	130,055	142,719	173,423	231,048	239,502	244,657	255,460	267,788	281,828

※請求事業所数は、「介護給付費実態調査報告」の各年5月審査分
 ※効力停止処分は、平成18年度から施行された

○ 指定取消処分のあった介護保険施設・事業所内訳 【サービス別】(平成12年度～24年度)



※各サービス毎の件数には介護予防サービス分を含む

○ 指定取消等の状況(平成24年度)

取消事由	人員について、厚生労働省令で定める基準を満たすことができなかった	設備及び運営に關する基準に從って適切な運営ができなくなった	介護給付費の請求に關して不正があった	添簿書類の提出命令に等に従わず、又は虚偽の報告をした	質問に対し虚偽の答弁をし、又は検査を拒み、妨げた	不正の手段により指定を受けた	介護保険法その他保健医療若しくは福祉に關する法律に基づく命令に違反した
根拠条文(例)	第77条第1項第3号	第77条第1項第4号	第77条第1項第6号	第77条第1項第7号	第77条第1項第8号	第77条第1項第9号	第77条第1項第10号
訪問介護	(21)	7	10	18	11	4	4
通所介護	(8)	3	5	5	6	3	2
居宅介護支援	(8)	1	3	7	2	4	
介護予防訪問介護	(15)	7	9	7	7	3	4
介護予防通所介護	(7)	3	4	3	5	3	2
認知症対応型共同生活介護	(2)	1	1	1	2	1	
介護予防認知症対応型共同生活介護	(2)	1	1		2	1	
合計	(63)	23	33	41	35	19	12

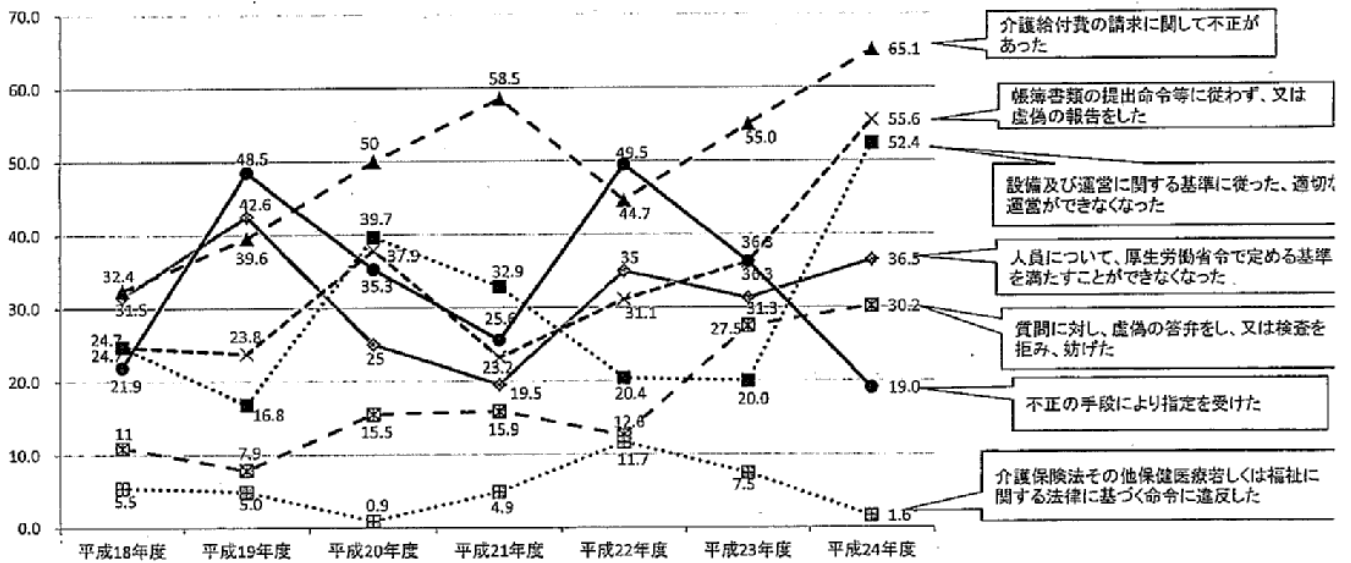
※()内は平成24年度に指定取消処分を受けた事業所件数

※複数の取消事由が該当する事業所については、各取消事由ごとに計上されるため、指定取消件数と各取消事由の合計は一致しない

100

12

5. 主な取消事由の年次推移(平成18年度～24年度)

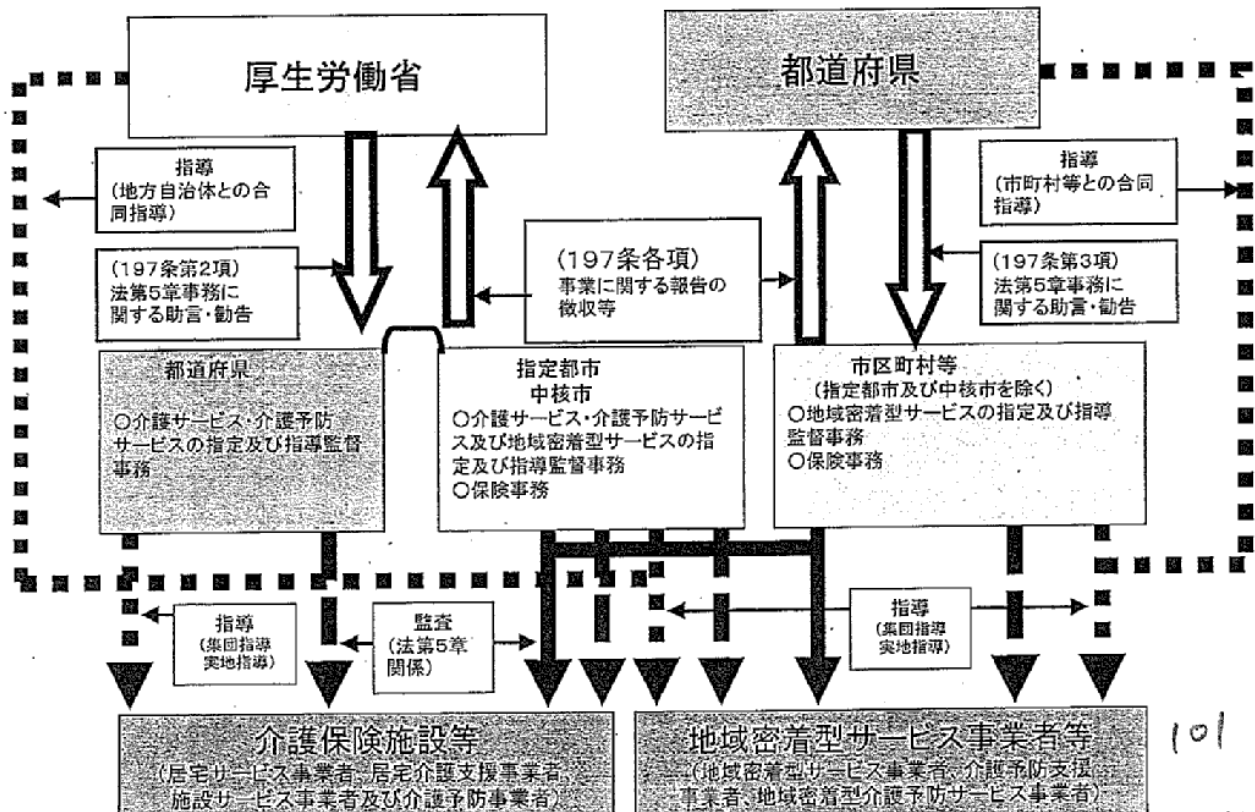


※各年度の取消件数を100とした時の割合

13

介護保険の指導監督体制(27年度以降)

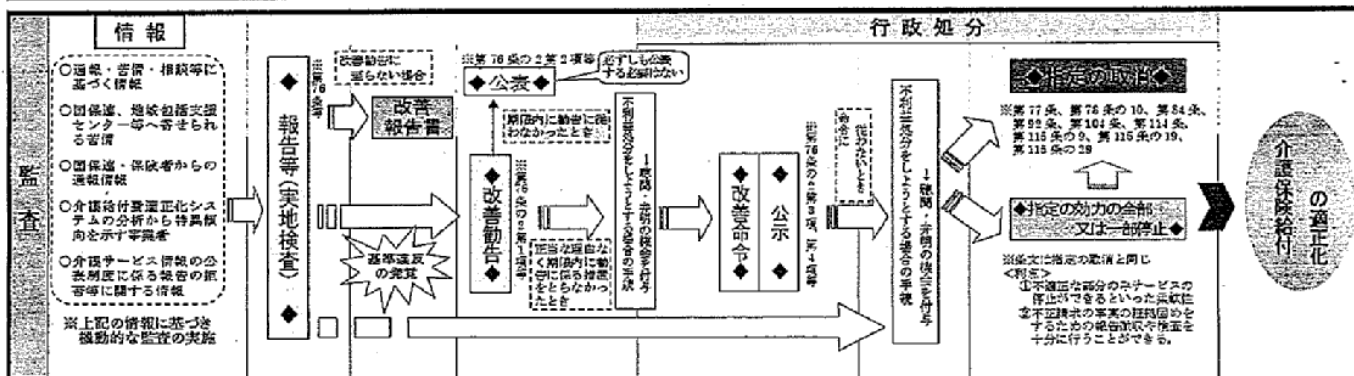
- 国・都道府県による自治体が行う法第5章事務に関する助言、勧告等
- ■ ■ ■ ■ 指導(国、都道府県においては法第24条、市町村においては法第23条規定等による介護サービス事業者等からの報告徴収等を含む)
- 監査(指定権者としての根拠に基づき実施)
- 監査(保険者としての根拠に基づき実施)



101

都道府県・市町村が実施する指導・監査について

指導にあたっての基本的方針		効果
<p>制度管理の適正化のための指導については、都道府県及び市町村で下記の重点事項を踏まえて指導を実施。</p> <p>①指定事務の制度説明 →「指定及び指定の更新に係る欠格事由、指定の更新制の説明」 ②改正介護保険法の趣旨・目的の周知及び理解の促進 →「監査指導の権限行使の考え方、事業規制、情報の公表制度の仕組み等の説明」 ③介護報酬請求に係る適正・不正防止 →「都道府県国保連と連携した介護報酬請求事務の講習」</p>	<p>制度の理解 不正の防止</p>	<p>制度管理の 適正化</p>
<p>実地指導については、施設サービス、居宅サービス等を行う事業者及び施設に対し、原則、都道府県及び市町村が実施。必要に応じ厚生労働省（本省及び地方厚生局）との合同により実施。</p> <p>○高齢者虐待防止、身体拘束禁止等の観点から、虐待や身体拘束のそれぞれの行為についての理解の促進、防止のための取り組みの促進について指導を行うとともに、高齢者虐待防止等に当たっては、個々の利用者毎の個別ケアプランに基づいたサービス提供を含む一連のプロセスの重要性について、理解を求めるためのヒアリングを行い、生活支援のためのアセスメントとケアプランの作成等が適切に行われ、個別ケアの推進によって、尊厳のある生活支援の実現に向けたサービスの質の確保・向上が図られるよう運営上の指導を実施する。</p> <p>○各種加算等について、報酬基準等に基づき必要な体制が確保されているか、個別ケアプランに基づきサービス提供がされているか、他職種との協働は行われているかなど届け出た加算等に基づいた運営が適切に実施されているかをヒアリングし、請求の不適正な取扱いについては是正を指導する。</p>	<p>高齢者虐待防止 身体拘束禁止 不適切な請求の防止</p>	<p>よりよい ケアの実現</p>
<p>※ 運営基準違反又は不適切な請求等が確認された場合 → 一般行政指導（必要に応じ過誤調整） → 監査への変更（利用者の生命等に危険がある場合など）</p>		

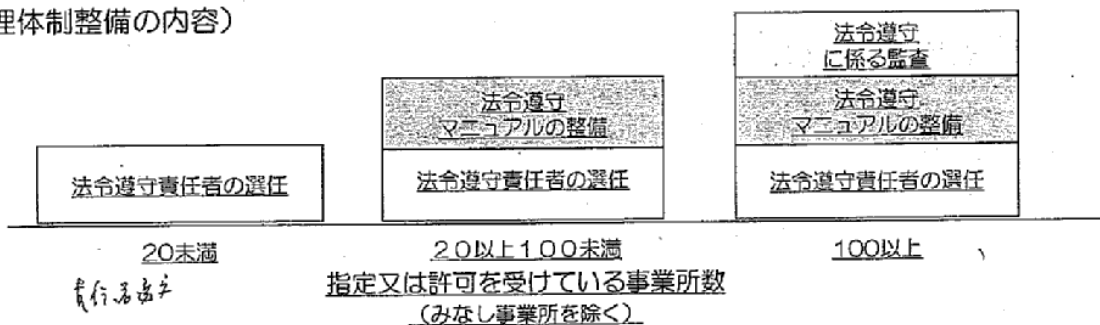


※「介護保険施設等の指導監査について」（平成18年10月23日老発第1023001号厚生労働省老健局長通知）

業務管理体制の整備

○ 法令遵守の義務の履行を確保するため、業務管理体制の整備を義務付けることにより、指定取消事案などの不正行為を未然に防止するとともに、利用者の保護と介護事業運営の適正化を図る。

（業務管理体制整備の内容）



【届出先】（平成27年4月以降）

区分	届出先
① 指定事業所が三以上の地方厚生局管轄区域に所在する事業者	厚生労働大臣
② 指定事業所が二以上の都道府県に所在し、かつ、二以下の地方厚生局管轄区域に所在する事業者	主たる事務所の所在地の都道府県知事
③ 指定事業所が同一指定都市内のみ所在する事業者	指定都市の長
④ 地域密着型サービス(予防含む)のみを行う事業者で、指定事業所が同一市町村内のみ所在する事業者	市町村長
⑤ ①から④以外の事業者	都道府県知事 102

注) みなし事業所は、病院等が行う居宅サービス(居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリ及び通所リハ)であって、健康保険法の指定があったとき、介護保険法

僻地でのサービス提供について

17

離島等における介護サービス関係施策

■ 厚生労働省では、サービス確保が困難な離島等の特例などにより、離島等における介護サービスの確保・充実に必要な措置を行っている。

○サービス確保が困難な離島等の特例

・制度概要：指定サービスや基準該当サービスの確保が著しく困難な離島等の地域で、市町村が必要と認める場合には、これらのサービス以外の居宅サービス・介護予防サービスに相当するサービスを保険給付の対象とすることができる。

○離島等の特別地域加算

・制度概要：サービス確保の観点から、離島等一定の地域に所在する事業所が行う訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・福祉用具貸与等について、サービス費用の15%を特別地域加算として加算する。

○離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減措置

・事業概要：離島等地域においては、訪問系の介護サービスを利用した場合、上記のとおり特別地域加算が行われ、利用者負担額も増額されることになる。このため、離島等地域の利用者負担額について、他地域との均衡を図る観点から、低所得者の利用者負担額の1割分を減額(通常10%の利用者負担を9%に)する。

○離島等サービス確保対策事業

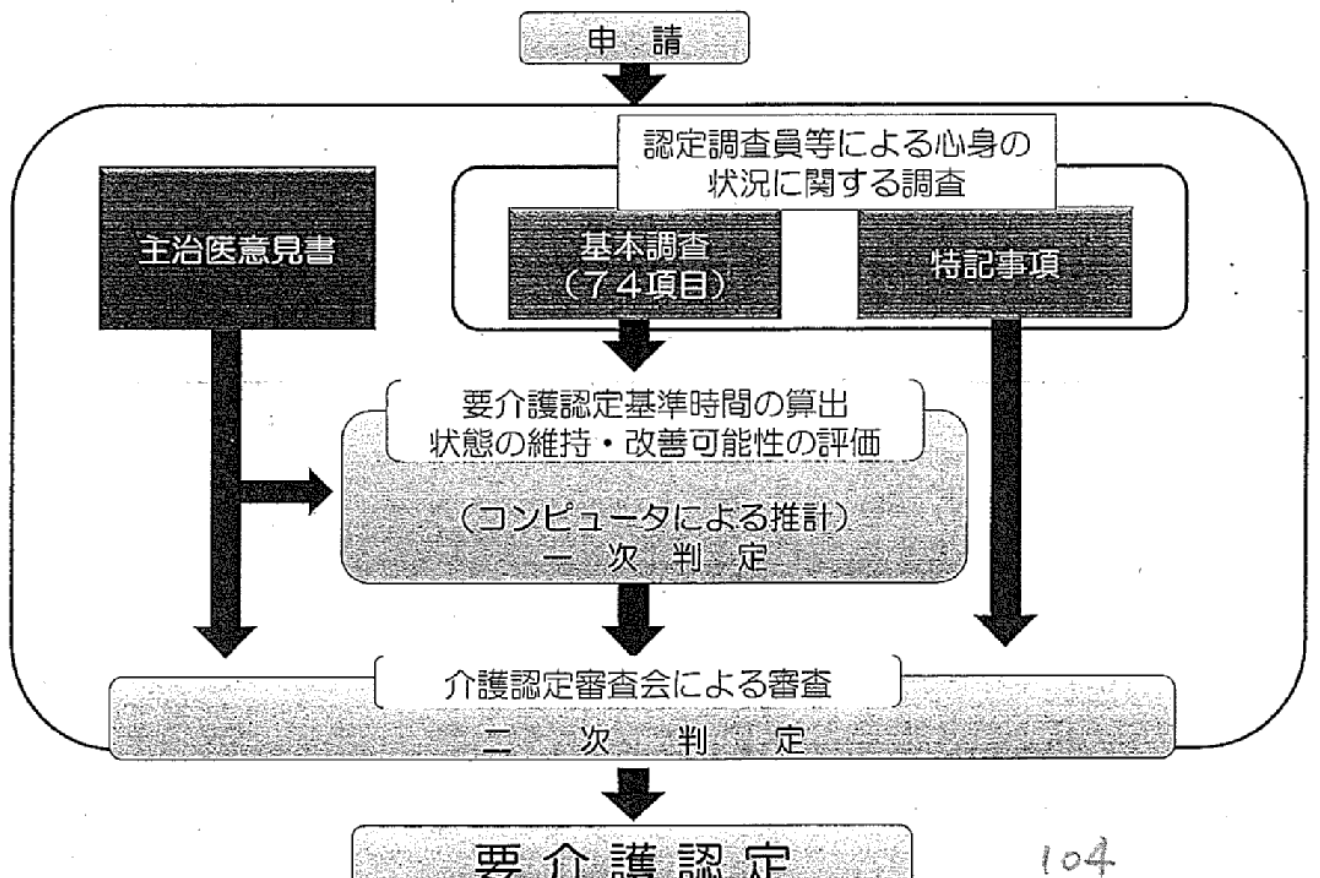
・事業概要：離島等地域の実情を踏まえたサービス確保等のため、離島におけるホームヘルパー養成など、人材の確保対策に重点をおき、具体的な方策・事業の検討や試行的事業を実施し、もって、介護サービスの確保等を図る。

(注) 厚生労働大臣が認めた場合には、自治体の実情に応じた介護サービス確保等のための事業が実施可能。

103

サービスの提供や要介護

要介護認定の流れ

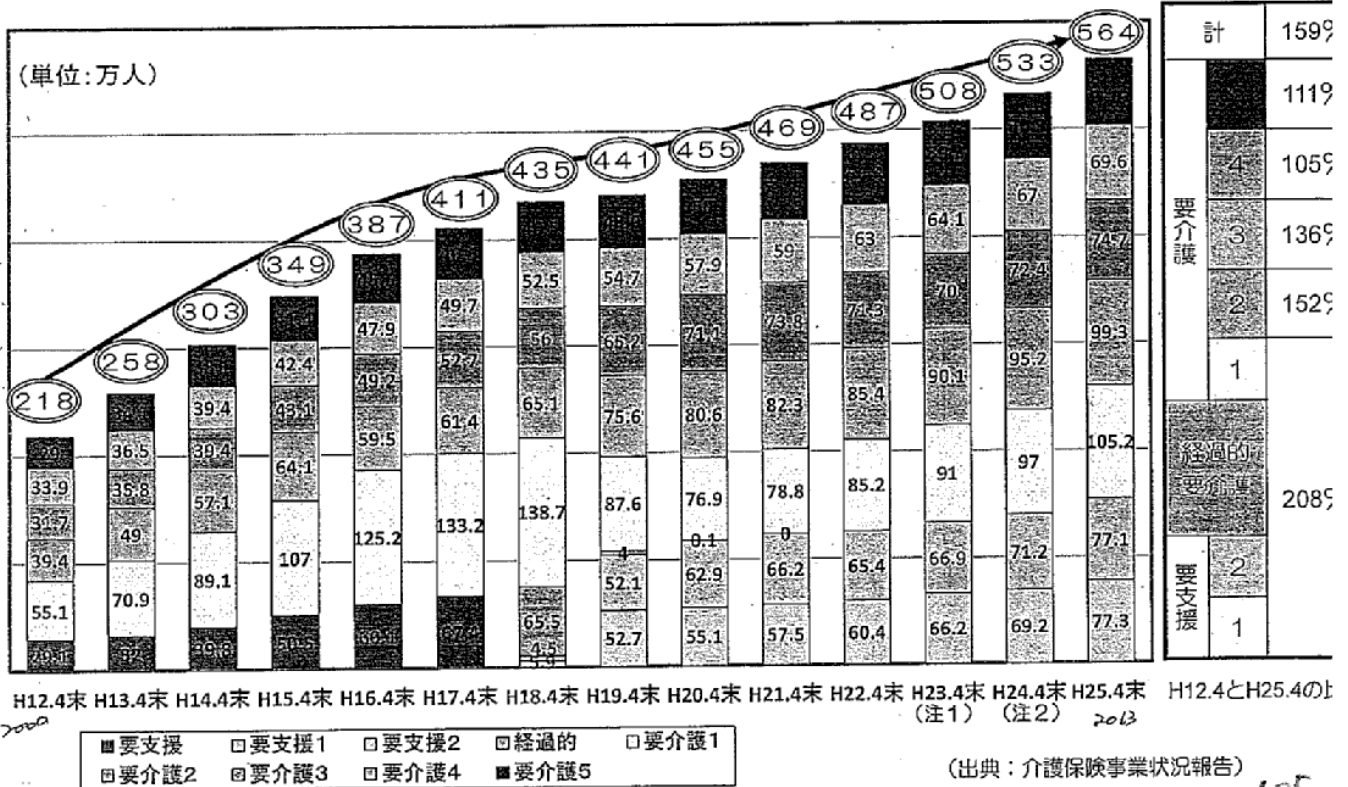


要介護認定の申請件数等

- ・認定者数 **594.5万人(平成26年7月)**
※介護保険事業状況報告月報(暫定版)より
- ・認定率 **17.9%**
※65歳以上認定者数/第1号被保険者数
※介護保険事業状況報告月報(暫定版)より
- ・新規申請件数 **169.7万件(平成25年度)**
- ・更新申請件数 **311.0万件(平成25年度)**
- ・区分変更申請件数 **36.8万件(平成25年度)**

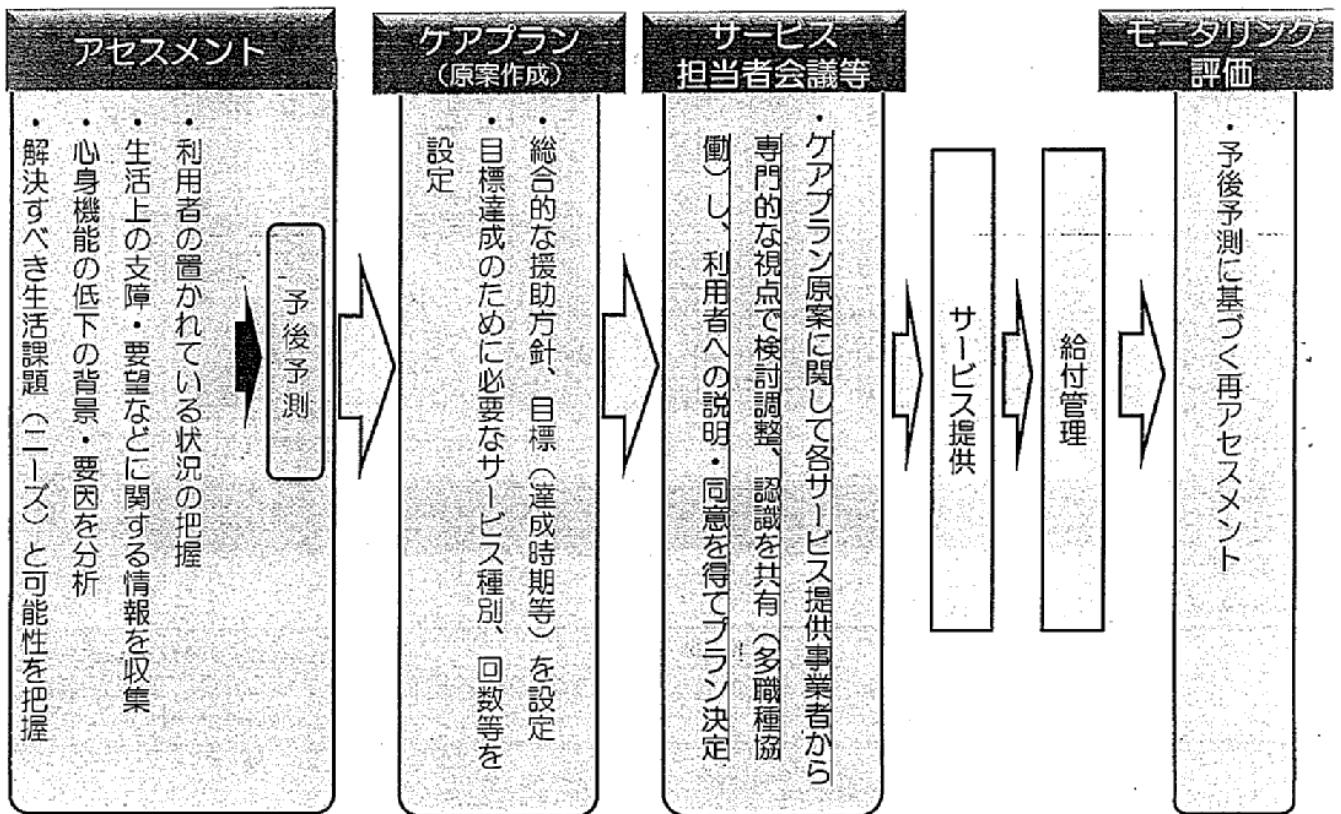
(出典)介護保険総合データベース(平成26年7月25日集計時点)
なお、一部の市町村は国に報告していない。

○要介護度別認定者数の推移



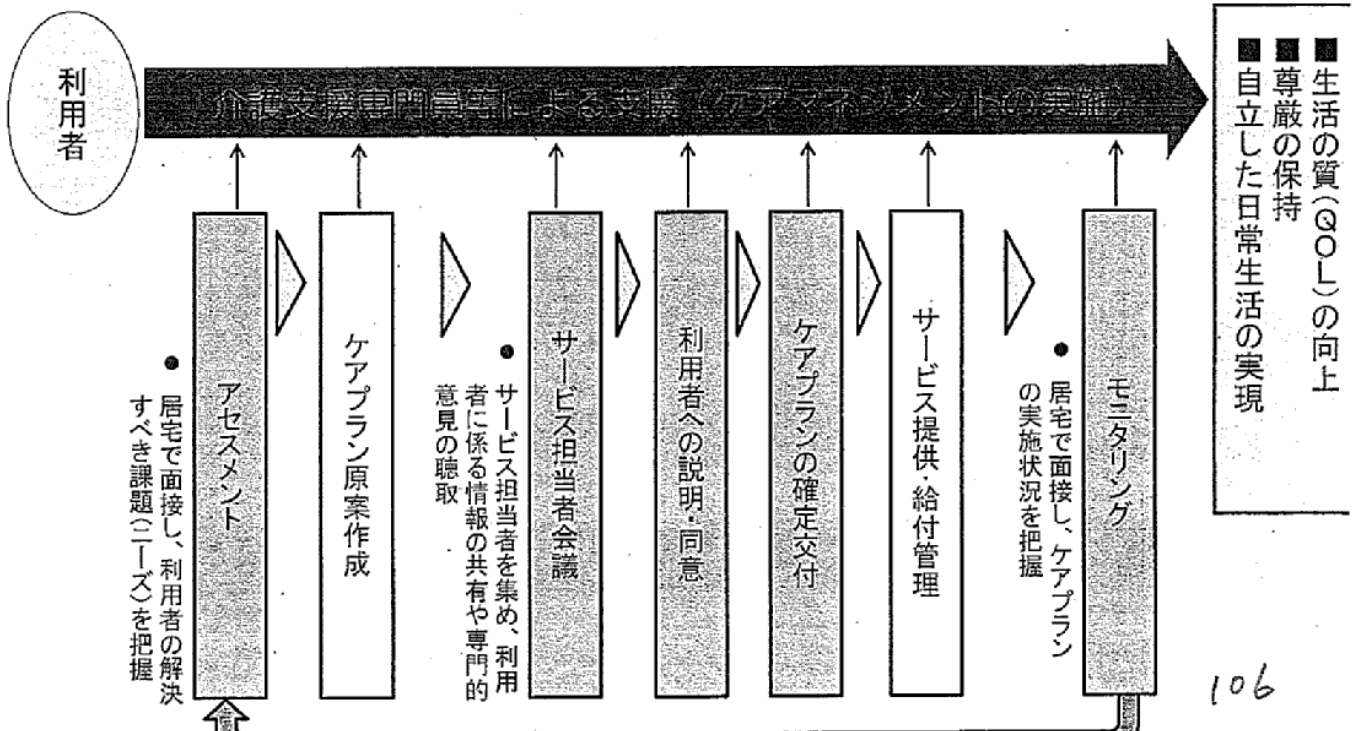
注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。
注2) 楡葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

ケアマネジメントの流れ



ケアマネジメントの流れ

○ 在宅で生活する利用者を支援していくためには、利用者の状況に応じて様々なサービスが提供されることが重要であり、そのためには、適切にケアマネジメント（アセスメントからモニタリングまでの一連のプロセス）が行われることが必要である。



要介護認定の適正な実施のための取り組み

要介護認定適正化事業

- 要介護認定に精通した者が、介護認定審査会の場に訪問し、認定調査及び審査判定の状況を把握し、要介護認定の適正な実施に資する技術的助言を行う。
 - ・開始時期：平成19年度～
 - ・実績：延べ410か所訪問（平成19年度～24年度までの累計）
- 認定調査員等に対する研修の実施
 - ・開始時期：平成21年度～
 - ・実績：169回開催
- 認定質問窓口を設置し、各自治体から寄せられる質問へ回答
 - ・開始時期：平成21年度～
- eラーニング（認定調査員向け研修システムによる問題集等の提供）の実施
 - ・開始時期：平成22年度～
- 要介護認定における認定調査や審査判定に関するデータを、各自治体が自らの立ち位置を把握できるように集計・分析して、提供する。
 - ・開始時期：平成22年度～
 - ・実績：各年2回提供
- 介護認定審査会向けDVD教材を各自治体に提供（平成22年度）
- 各自治体で実施する研修に活用できる研修資料の提供（平成23年度）

認定調査員等研修事業（補助金）

- 都道府県及び指定都市が実施する認定調査員研修等に対して補助を行う。
 - ・開始時期：平成12年度～
 - ・実績（※）：認定調査員研修 63自治体
介護認定審査会委員研修 58自治体
主治医研修 52自治体
介護認定審査会運営適正化研修 43自治体
- ※25年度交付決定自治体数

都道府県職員や認定調査員を対象とした研修

- 要介護認定に関わる都道府県職員や、各市町村において認定調査の指導的立場に従事する職員を対象に、要介護認定に関する研修を実施する。
 - ・実績：2回（平成25年度）

医療保険と介護保険の

給付調整について

厚生労働省保険局

医療保険と介護保険の給付調整について

要介護被保険者又は居宅要支援被保険者(以下、「要介護被保険者等」)については、原則として、介護保険給付が医療保険給付より優先されるが、別に厚生労働省が定める場合については、医療保険から給付できることとされており、これを医療保険と介護保険の給付調整という。

例) 要介護被保険者等に対する訪問看護については、原則として介護保険から給付されるが、末期の悪性腫瘍等の患者については、医療保険から給付される。

<根拠法令>

○健康保険法(大正十一年四月二十二日)(法律第七十号)
第五十五条

2 被保険者に係る療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、家族療養費若しくは家族訪問看護療養費の支給は、同一の疾病又は負傷について、介護保険法の規定によりこれらに相当する給付を受けることができる場合には、行わない。

○診療報酬の算定方法(平成二十年三月五日)(厚生労働省告示第五十九号)

※一部改正;平成22年3月5日厚生労働省告示第69号

六 前各号の規定により保険医療機関又は保険薬局において算定する療養に要する費用の額は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、介護保険法(平成九年法律第二百二十三号)第六十二条に規定する要介護被保険者等については、算定しないものとする。

介護保険と医療保険の給付調整イメージ

○ 医療サービスは、施設により介護保険又は医療保険から給付される範囲が異なる。
 ※ 介護療養型医療施設においては、入院患者に対して、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為について、特定診療費を算定できる。
 ※ 介護老人保健施設においては、入所者の病状が著しく変化した場合に、緊急等やむを得ない事情により施設で行われた療養について、緊急時施設療養費を算定できる。

手術・放射線治療 急性増悪時の医療等	緊急時施設療養費	医療保険で給付	
特殊な検査 (例:超音波検査など) 簡単な画像診断 (例:エックス線診断など)			
投薬・注射 検査(例:血液・尿など) 処置(例:創傷処置など)	特定診療費	介護保険で給付	
医学的指導管理			
	介護療養型医療施設	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム

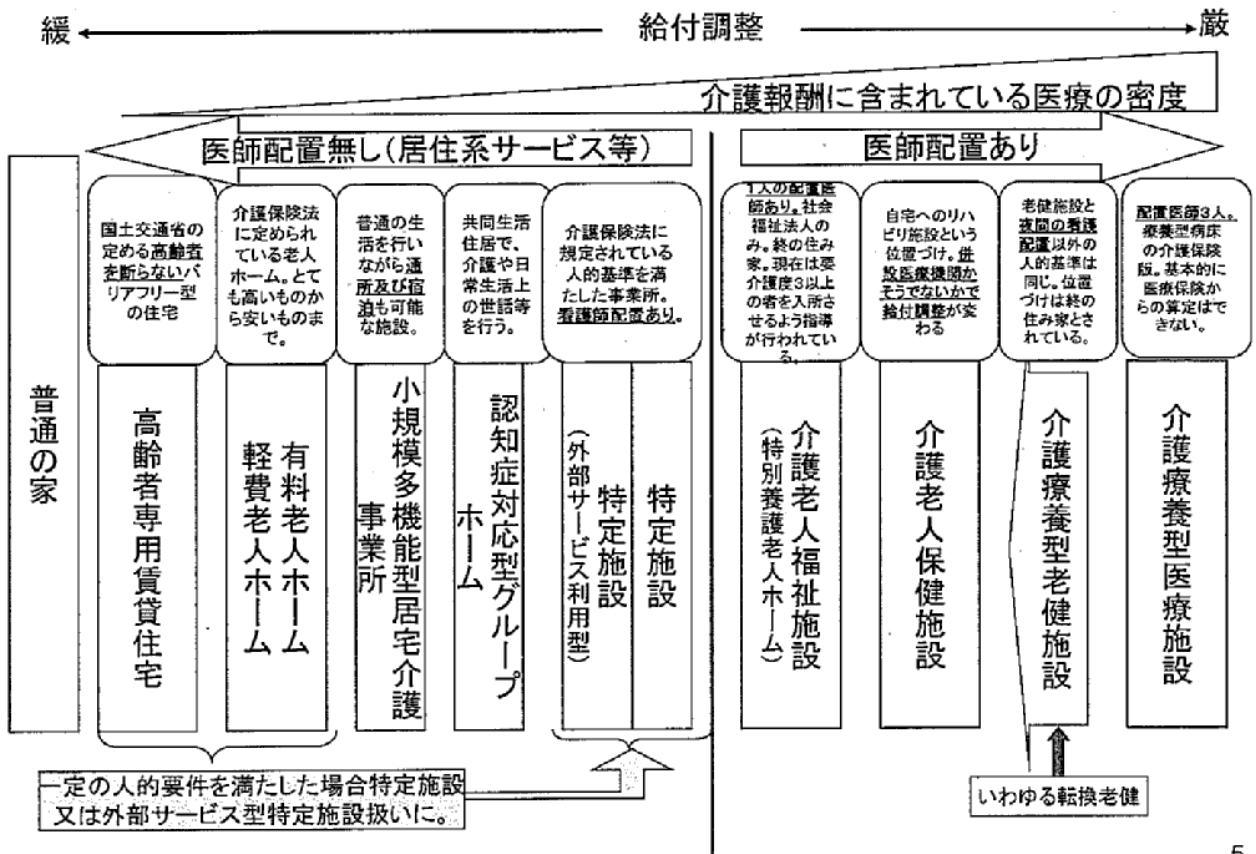
(※) 上図はイメージ(例えば、簡単な手術については介護老人保健施設サービス費に包括されている)。

施設(居住系)サービスについて①

	高齢者専用 賃貸住宅	認知症 グループホーム	特 定 施 設 (注1)	介 護 老 人 保 健 施 設 (特 別 養 護 老 人 ホ ー ム)	介 護 老 人 保 健 施 設	介 護 療 養 型 医 療 施 設	
定 義	高齢者の入居を受け入れることとして いる賃貸住宅(高齢者 者円流入居賃貸住宅) のうち、高齢者 単身・夫婦世帯など 専ら高齢者世帯に 賃貸する住宅	認知症高齢者が共同生 活を営むべき住居(法 第8条第18項)	入浴、排せつ、食事等 の介護その他の日常生 活上の世話であって厚 生労働省令で定めるも の、機能訓練及び療養 上の世話を行う施設(法 第8条第11項)	入浴、排せつ、食事等 の介護その他の日常生 活の世話、機能訓練、 健康管理及び療養上の 世話を行うことを目的と する施設(法第8条第24 項)	看護、医学的管理の下 における介護及び機能 訓練その他必要な医療 並びに日常生活の世話 を行うことを目的とする 施設(法第8条第25項)	療養上の管理、看護、 医学的管理の下におけ る介護その他の世話及 び機能訓練その他必要 な医療を行うことを目的 とする施設(法第8条第 26項)	
設 置 主 体 と なる 法 人	制限なし (営利法人も可)	制限なし (営利法人も可)	-	社会福祉 法人等	医療法人、社会福祉法 人等	医療法人等	
1人当たり居室面積	25㎡以上	7.43㎡以上	適当な広さ	10.65㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上	
1部屋の定員数	個室	原則個室	原則個室	4人以下	4人以下	4人以下	
主 要 職 業 配 置 基 準	医 師	-	-	必要数 (非常勤可)	100:1以上	3以上 、48:1以上	
	看 護 職 員	-	看護・介護 3:1以上	看護・介護 3:1以上	看護・介護 3:1以上	6:1以上	
	介 護 職 員	-	介護従事者として3:1以 上	利用者100人の場合、 看護3人	入所者100人の場合、 看護3人	看護7分の5程度 介護7分の5程度	6:1以上
	作 業 療 法 士 理 学 療 法 士	-	-	-	-	100:1以上 (言語聴覚士可)	実情に応じた適当数
	機 能 訓 練 指 導 員	-	-	1以上(言語聴覚士等も 可)	1以上(OT、PT、言語聴 覚士等も可)	-	-
	介 護 支 援 専 門 員	-	計画作成担当者として1 以上	計画作成担当者として 1以上・100:1を標準	1以上 100:1を標準	1以上 100:1を標準	1以上 100:1を標準

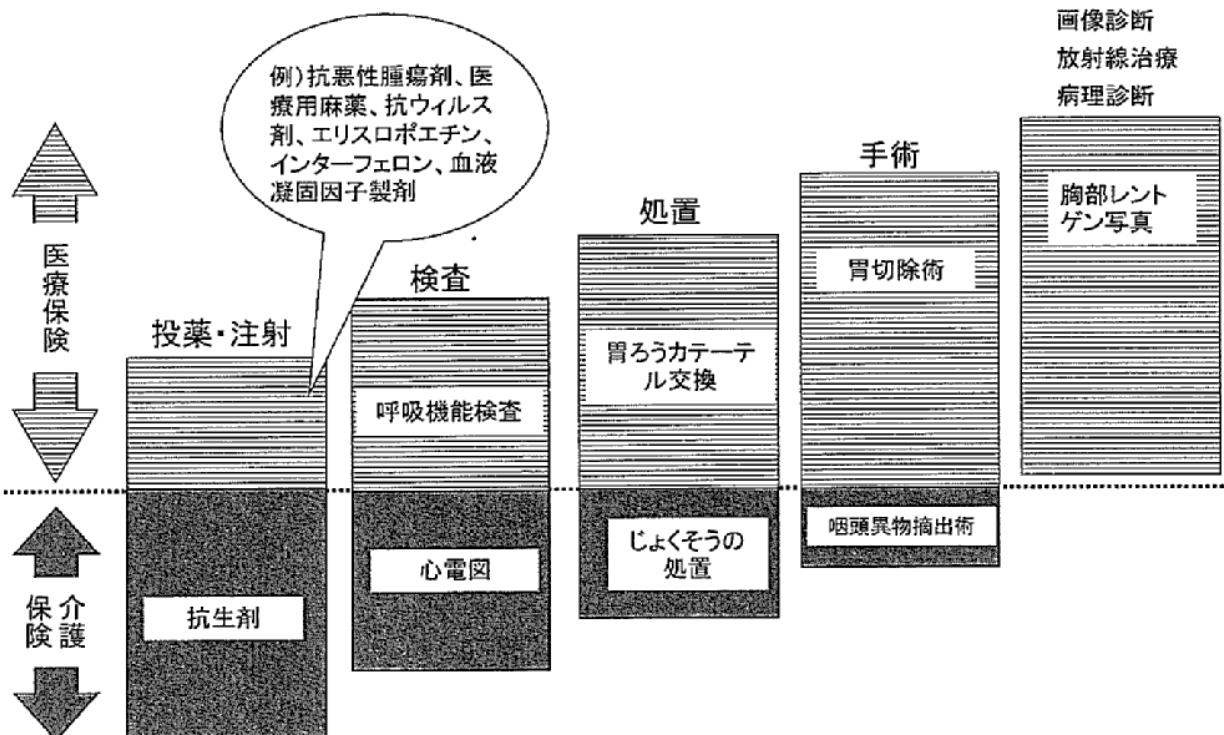
(注1) 有料老人ホーム、経費老人ホーム、養護老人ホーム及び適合高齢者専用賃貸住宅については、特定施設入居者生活介護として指定を受ければ介護保険の対象となるが、指定を受けていない介護保険適用外の施設も存在する。

施設(居住系)サービスについて②(イメージ図)

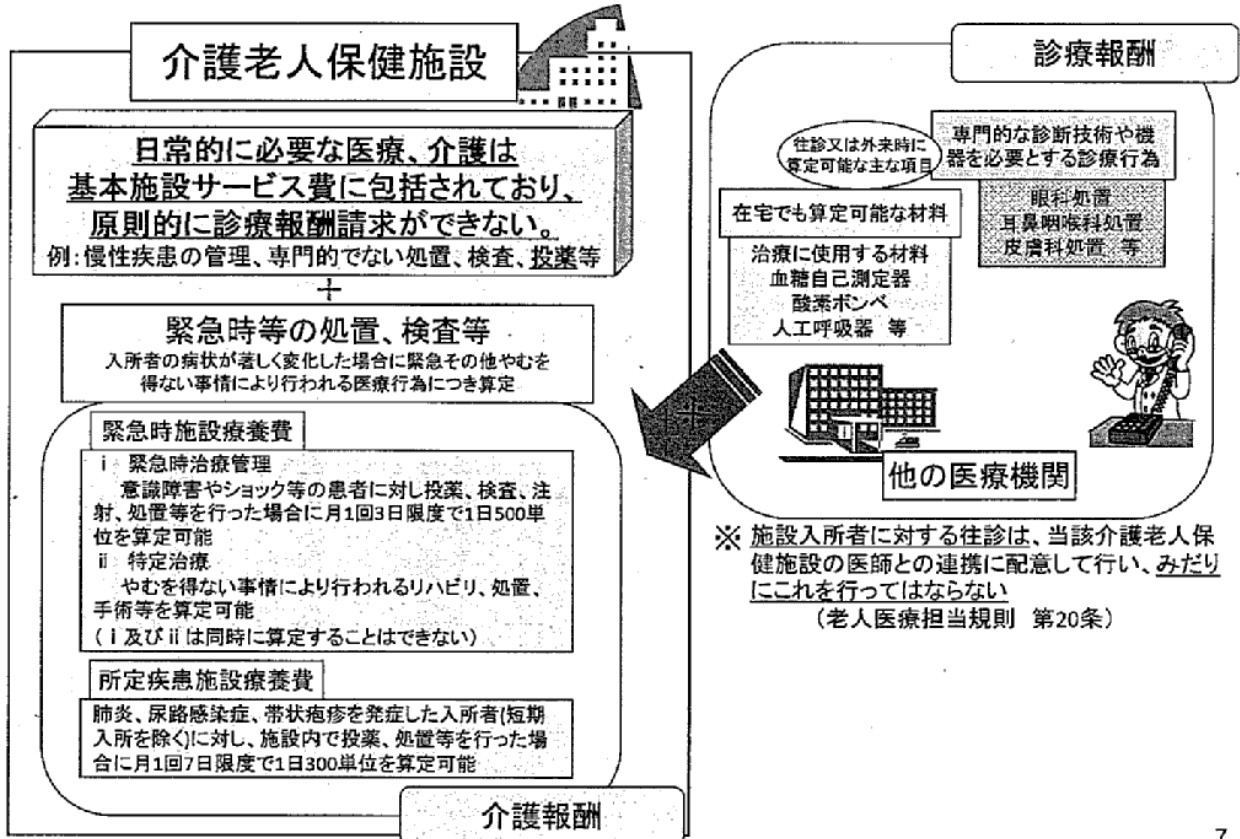


介護老人保健施設における給付調整のイメージ

○ 一般的な検査・処置等については介護保険の基本施設サービス費に包括されているため、医療保険からは給付されない。



介護老人保健施設で行われる診療行為について



7

在宅医療に対する 評価について

「医療計画の見直しについて」

～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

⇒ 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促す。

○在宅医療に係る圏域の設定について

⇒ 在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

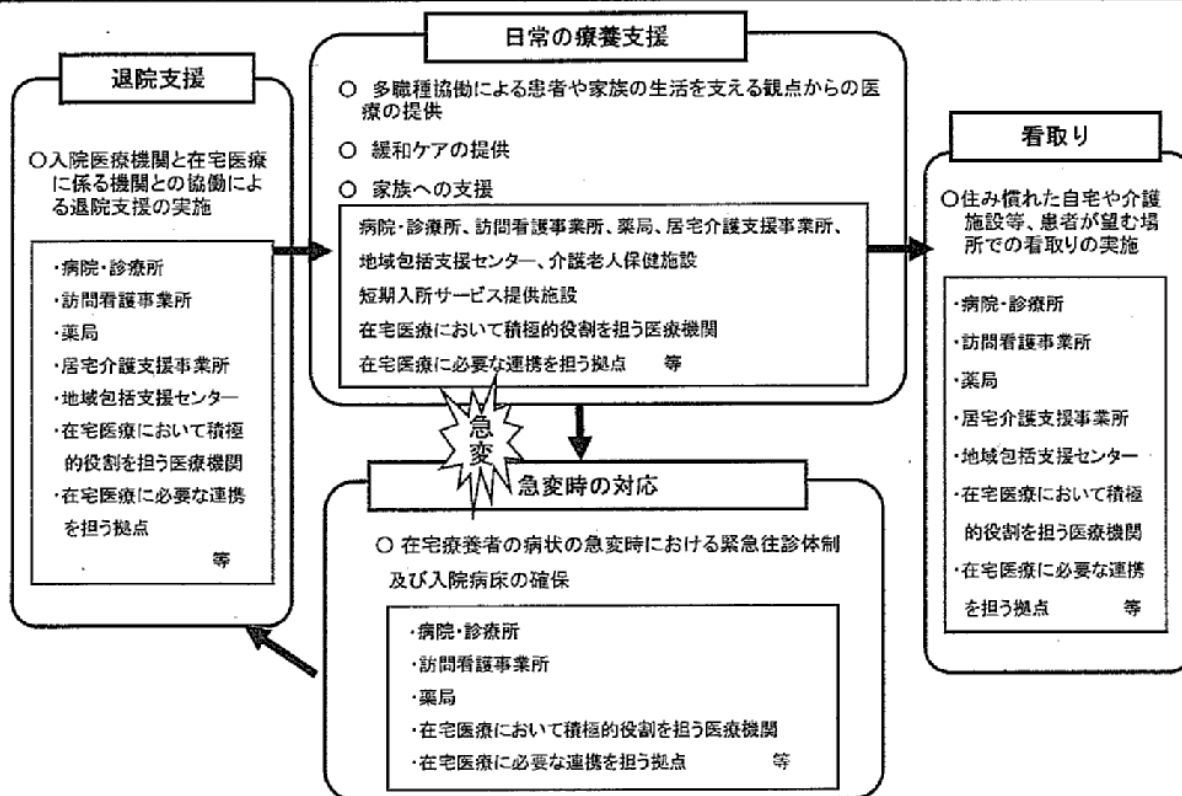
○疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

⇒ 疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要があり、

そのため、

- ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
 - ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策・事業を策定すること
 - ・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと
 - ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること
- といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。

在宅医療の体制



訪問診療に対する評価

在宅患者訪問診療料

- ▶ 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に的的に訪問したに算定する

※継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。

※訪問診療に要した交通費は患家の負担とする。

在宅患者訪問診療料1(同一建物以外)	833点
在宅患者訪問診療料2(特定施設等)	203点
在宅患者訪問診療料2(上記以外の同一建物)	103点

※同一建物居住者であっても、医師が同一日に一人しか診療しない場合は、同一建物以外の点数(833点)を算定する

[算定要件]

- ① 同一建物の場合の訪問診療料(在総管、特医総管)を算定した場合は、訪問診療を行った日における、当該医師の在宅患者診療時間、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬明細書に添付すること。
- ② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。
- ③ 訪問診療が必要な理由を記載すること。
- ④ 同一建物の複数訪問であっても、下記の患者については、患者数としてカウントを行わない。
 - 1) 往診を実施した患者
 - 2) 末期の悪性腫瘍の患者と診断された後、訪問診療を行い始めた日から60日以内の間
 - 3) 死亡日からさかのぼって30日以内の患者
- ⑤ 特定施設、グループホーム等においては、同一建物で同一日に算定する患者のカウントについて、医療機関単位でなく医師単位(ただし、医師3人までに限る。)とする。

在宅療養支援診療所・病院の概要

在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
 - ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
 - ③ 24時間往診可能である
 - ④ 24時間訪問看護が可能である
 - ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
 - ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
 - ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している
- 注1: ③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

在宅療養支援病院

診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【主な施設基準】

- ① 200床未満又は4km以内に診療所がない病院
 - ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
 - ③ 24時間往診可能である
 - ④ 24時間訪問看護が可能である
 - ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
 - ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
 - ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している
- 注2: ④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関(地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能)が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している

注3: 上記の要件(①～③)については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可

在宅医療における質の評価

機能強化型在支診の施設基準

ストラクチャー評価

- ・常勤の医師が3名以上配置
- ・24時間往診が可能な体制を確保
- ・他の保健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者と連携
- ・患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制を整備
- ・緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保

プロセス評価

- ・24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定
- ・患者からの緊急時の連絡先の一元化※
- ・月1回以上の定期的なカンファレンスの実施※

アウトカム評価

- ・過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上
- ・過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上

※「在宅支援連携体制」を構築した場合

在宅医療における総合的な管理に対する評価

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

- 当該管理料は、在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るものである。
- 別に施設基準に適合した保険医療機関の保険医が、
 - 一 在宅療養計画に基づき、
 - 一 在宅患者訪問診療料を月2回以上算定した場合に、月に1回に限り算定する管理料である。

※ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院において、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、連絡担当者の氏名、連絡先、担当日、緊急時の注意事項等を文書により患者に提供している場合に限りそれに応じた点数を算定できる。

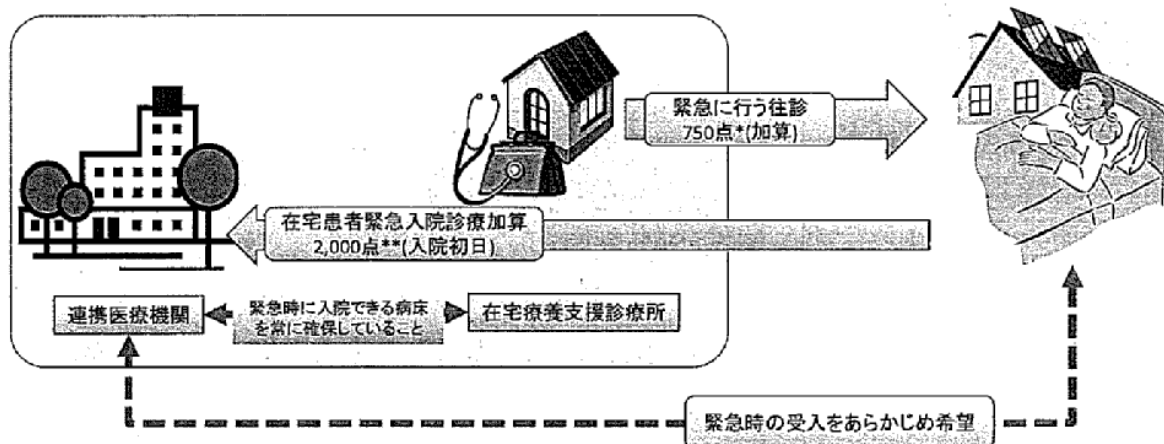
区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外		
	病床有	病床無	病床有	病床無	有	無	有	無	
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	有	無	有	無	
在総管	同一	1,200点	1,500点	1,100点	1,400点	1,000点	1,300点	760点	1060点
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	3,150点	3,450点
特医総管	同一	870点	1,170点	800点	1,100点	720点	1,020点	540点	840点
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	2,250点	2,550点

緊急時の入院等にかかる主な評価

<受入医療機関>

<在宅担当医療機関>

<自宅等>



* 機能強化型在宅療養支援診療所であって病床を有しない場合

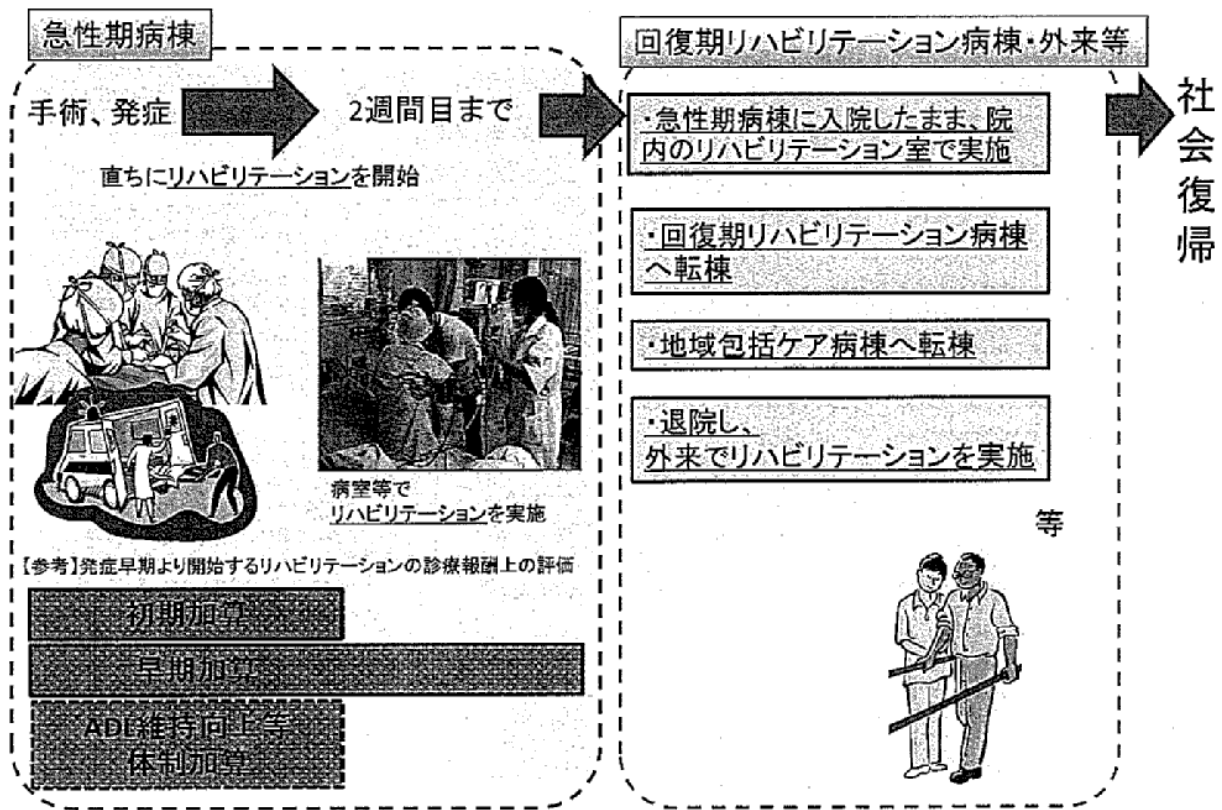
**連携型機能強化型在宅療養支援病院等以外の連携医療機関の場合

現在、在宅療養支援診療所と緊急時の受入を行う医療機関との間には在宅療養支援診療所の届出の際に事前の連携と名称の届出が必要となっているが、当該受入予定の医療機関と在宅医療を行っている患者との間に関する規定は存在していない。また、受入予定の医療機関が往診を行った場合の評価も存在していない。

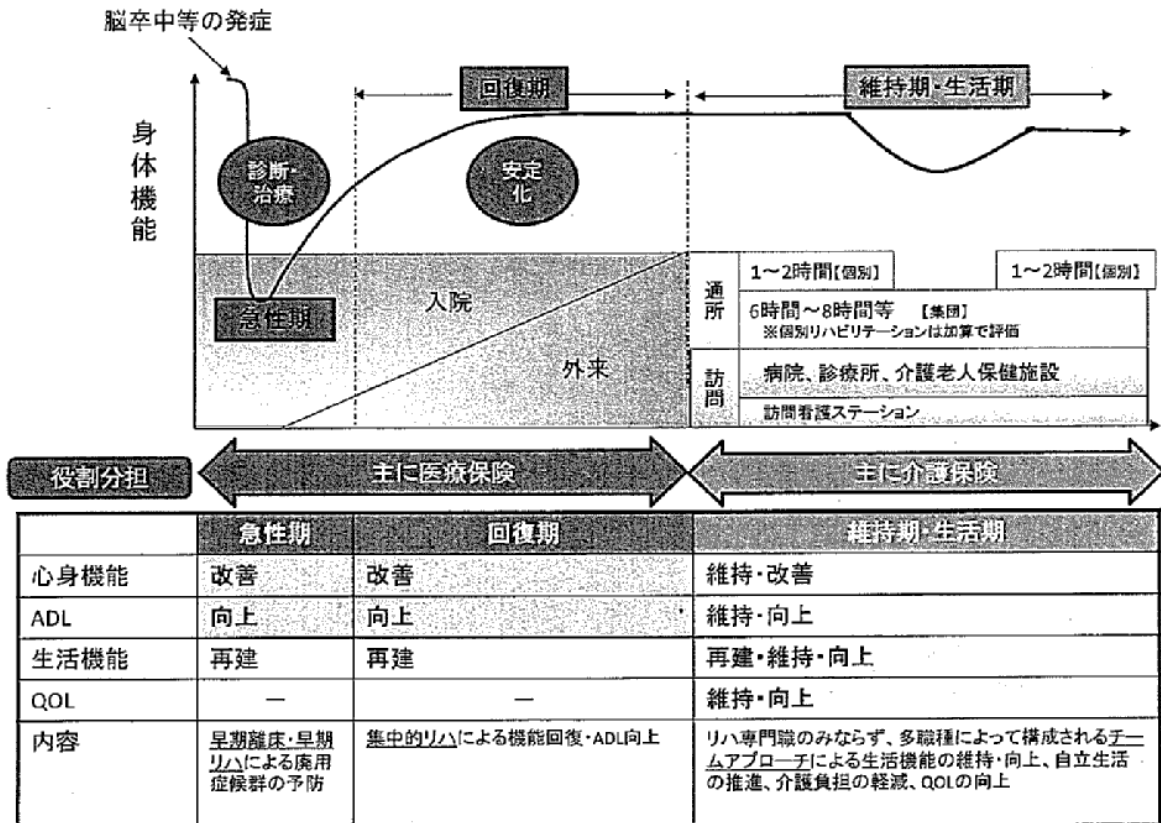
リハビリに対する

評価について

発症・術後早期とその後のリハビリテーションの流れ(イメージ)

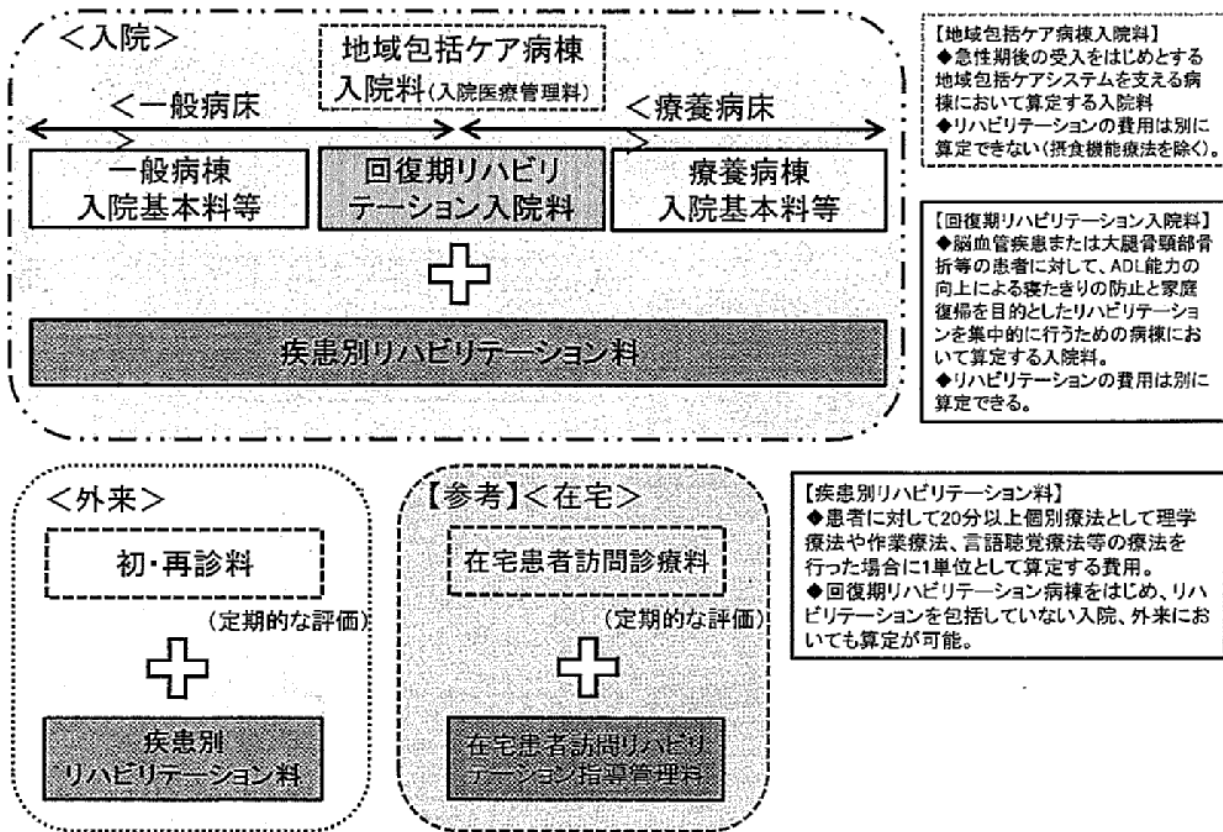


リハビリテーションの役割分担



(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(齊海社)より厚生労働省老人保健課において作成

医療保険による主なリハビリテーションの概要



リハビリテーションの区分(ラインナップ)について

<通則> リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるもの

【概要】

疾患別リハビリテーション料				摂食機能療法	視能訓練	難病患者リハビリテーション料	障害児(者)リハビリテーション料	がん患者リハビリテーション料	認知症患者リハビリテーション料	集団コミュニケーション療法料
心大血管疾患リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料	運動器リハビリテーション料	呼吸器リハビリテーション料							

対象患者(入院・外来の別)

入院 外来	入院 外来	入院 外来	入院 外来	入院 外来	入院 外来	— 外来	入院 外来	入院 —	入院 —	入院 外来
点数(1単位)										
I: 205点	I: 245点	I: 180点	I: 175点	185点	135点	640点	225点		240点	
II: 105点	II: 200点	II: 170点	II: 85点	(1日に つき)	(1日に つき)	(1日に つき)	195点	205点	(1日に つき)	50点
	III: 100点	III: 85点					155点			

実施件数 (明細書の数)
より(H25.6)

出典: 社会医療診療行為別調査

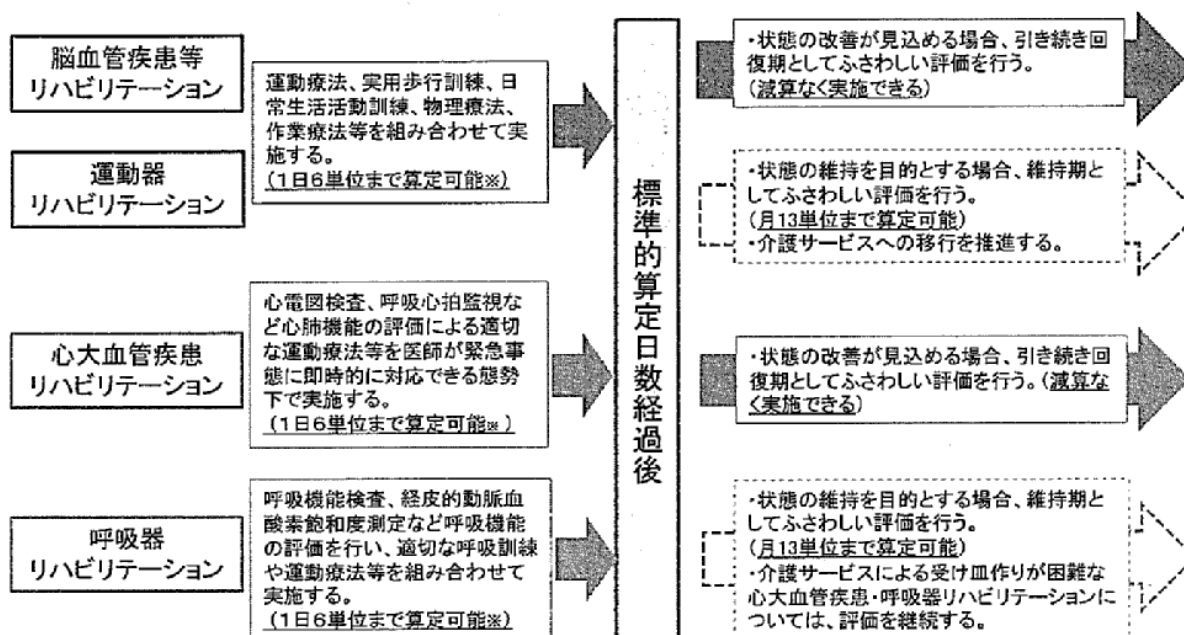
27,636	515,166	1,336,133	34,336	68,283	14,355	381	35,857	4,051	—	1,797
--------	---------	-----------	--------	--------	--------	-----	--------	-------	---	-------

※集団コミュニケーション療法料:

医師又は医師の指導監督の下で言語聴覚士が複数の患者に対して言語聴覚療法を行った場合に算定

疾患別リハビリテーションの流れ (イメージ)

○ 患者に対して20分以上個別療法として理学療法や作業療法、言語聴覚療法等の療法を行った場合に1単位として算定する費用。回復期リハビリテーション病棟をはじめ、リハビリテーションを包括していない入院、外来においても算定が可能。



※別に厚生労働大臣が定める患者については1日合計9単位まで算定可能

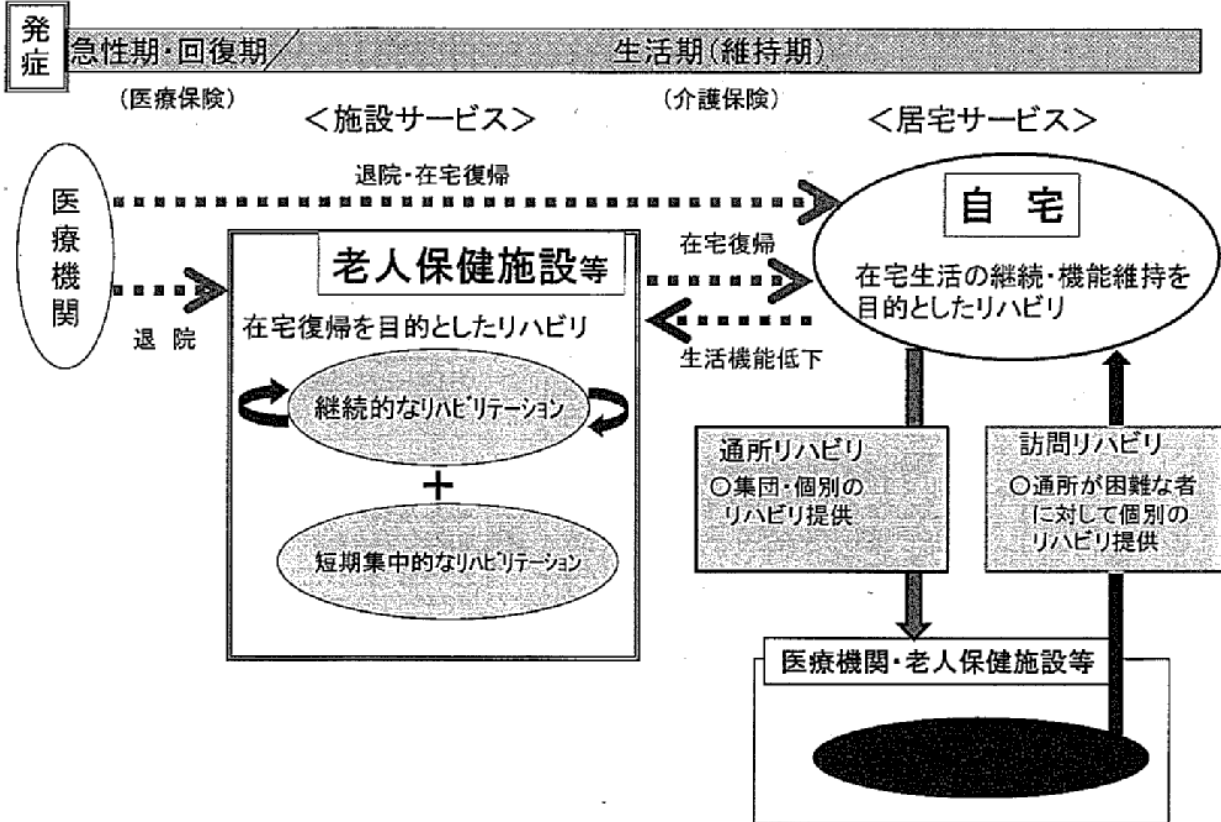
医療保険のリハビリと介護保険のリハビリの役割分担について

- 患者(利用者)の病期の経過に応じて医療保険のリハビリテーションから介護保険のリハビリテーションに移行していく。
- 急性期・回復期のリハビリテーションは医療保険で対応し、生活期(維持期)のリハビリテーションは介護保険で対応するべきであるとされている。

- ・リハビリテーションは、患者の身体機能の向上のみを目的とするものではなく、患者の日常生活の活動性を高め、もって自立を促すことを目的とするものであり、漫然と実施するものではなく、期間及び到達目標を定め、計画的に実施すべき者であること。
- ・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

(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 老老発1225003・保医発1225001)

介護保険におけるリハビリテーションの提供イメージ



(参考) 通所リハビリテーション

○通所リハビリテーションの基本方針:

通所リハビリテーションの事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければならない。

■通所リハビリテーションの点数構造について

退院(所)日等	1ヶ月	3ヶ月
短期集中リハ加算	1回につき、120単位	
個別リハ実施加算	短期集中リハ加算	1回につき 60単位
個別リハ実施加算	個別リハ実施加算	個別リハ実施加算 ... 1回につき 80単位
リハビリテーションマネジメント加算 ... 1月につき230単位		

(参考)リハビリテーションマネジメント加算の算定要件

リハマネ加算は、1月に4回以上通所している場合に、1月に1回算定する。ただし、通所リハビリテーションの利用を開始した月において、個別リハビリテーション又は認知症短期集中リハビリテーションを行っている場合にあつては、4回を下回る場合であっても、算定できる。

本体報酬
 ・通所リハビリテーション事業所の規模(月間平均利用延利用人数)
 ・通所リハビリテーションの所要時間(1~2時間未満、4~6時間未満、6時間~8時間未満 等)
 ・利用者の状態像(要介護度別)
 に応じて基本サービス費が決まっている。

※その他加算あり

通所リハビリテーション及び運動器リハビリテーション料の施設基準等の比較

	通所リハビリテーション		運動器リハビリテーション		
			(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)
診療所 (利用者人数が同時に10人以下の場合)			180点	170点	85点
点数 夏介護保険 利用者等の場 合			163点	154点	85点
設備	・専用の部屋等※1 ・3㎡×利用定員(老健の場合:食堂の面積を加えても可)		病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上		病院・診療所: 45㎡以上
人員配置	医師	専任・常勤: 1人以上	専任: 1人以上 (医師1人に1日48名以内)		
	PT OT ST 看護職員 介護職員	① 利用者10人に対し、 専従で1人以上※2 ② ①に掲げる人員のうち、専ら リハビリテーションの提供に当た る専従PT、OT、STが、利用者1 00人に対し、1人以上※2 ●1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションについては、 定期的に適切な研修を修了している看護職員、柔道整復師、 あん摩マッサージ師をPT等に含めることができる	① 専従で1人以上※2 ② ①に掲げる人員のうち、専らリ ハビリテーションの提供に当たる 専従PT、OT、ST又はリハに1年以 上従事した経験のある看護師が、常勤 換算で0.1人以上※2		
設備			専任の常勤 1名		
医師			専任の常勤 1名		
PT/OT 等			PT・OTの いずれか又は 合わせて 4名以上	① PT: 2名以上 ② OT: 2名以上 ③ PT・OT 各1 名以上 ①②③のい ずれかを満たす こと	① PT: 1名以上 ② OT: 1名以上 ①②のい ずれかを満たす こと

※1 疾患別リハビリテーションの届出を行っている保険医療機関において、1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを実施する際には、当該利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、疾患別リハビリテーションを行っているスペースと同一のスペースにおいて行うことは差し支えない

※2 指定通所リハビリテーションのうち、リハビリテーションを提供する時間帯に、当該職種の従事者が常に確保されるよう必要な配置を行うよう定めたもの

注) ただし、通所リハビリテーションの運営に当たっては、居宅介護支援事業所が開催するサービス担当者会議への出席等、新たな業務も発生する。

・医療保険と介護保険によるリハビリテーションを一体的に提供するためには、医療保険でリハビリテーションを提供している医療施設であっても、必要に応じて介護職員などの人員の新たな確保を要する場合がある。

平成24年度診療報酬改定

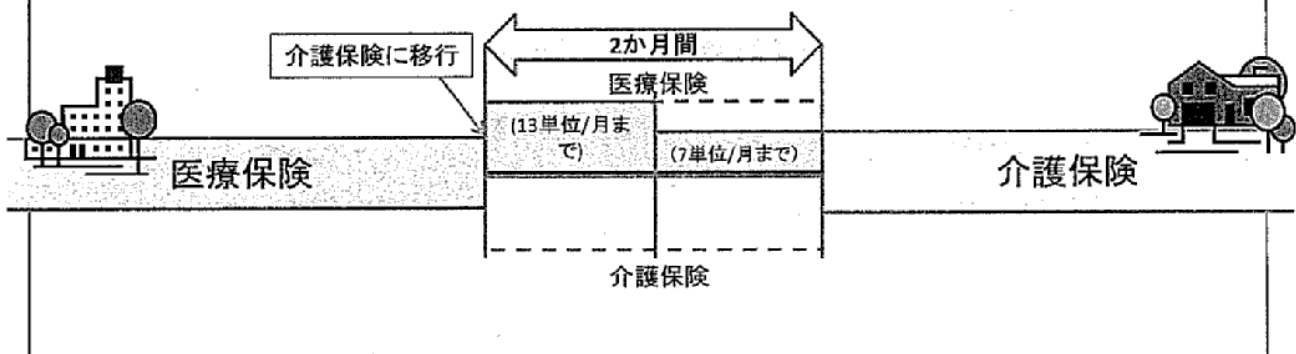
リハビリテーションの医療から介護への円滑

中医協 総-1
25.12.4

リハビリテーションの医療から介護への移行期間につ

平成24年
診療報酬改
定

介護保険のリハビリテーションに移行後、医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を2月間に延長する。また、2月目については、疾患別リハビリテーションの算定可能な単位数を7単位までとし、医療保険から介護保険への円滑な移行を促進する。

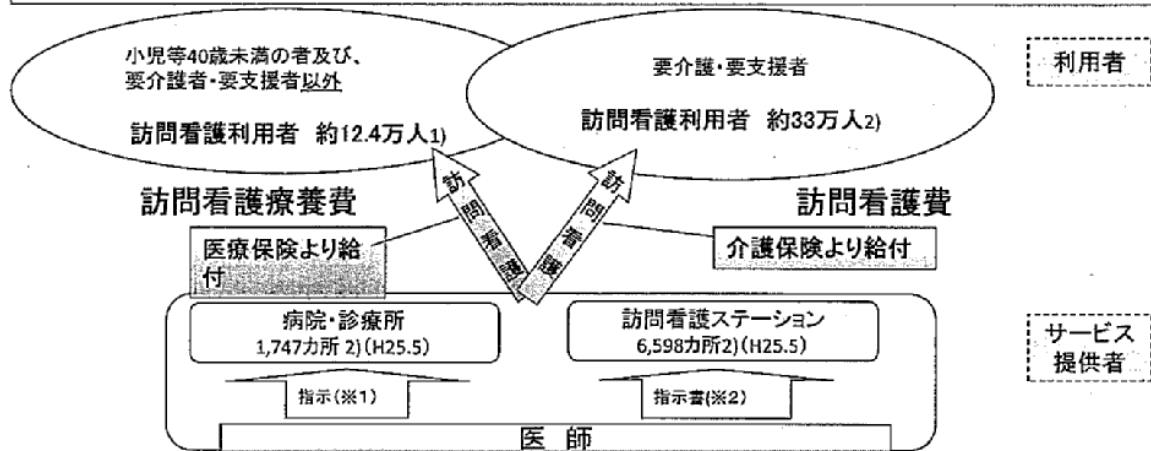


・さらに、医療保険から介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を促進するため、2か月間併用することを認めている。

訪問看護に対する 評価について

訪問看護とは

- 疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



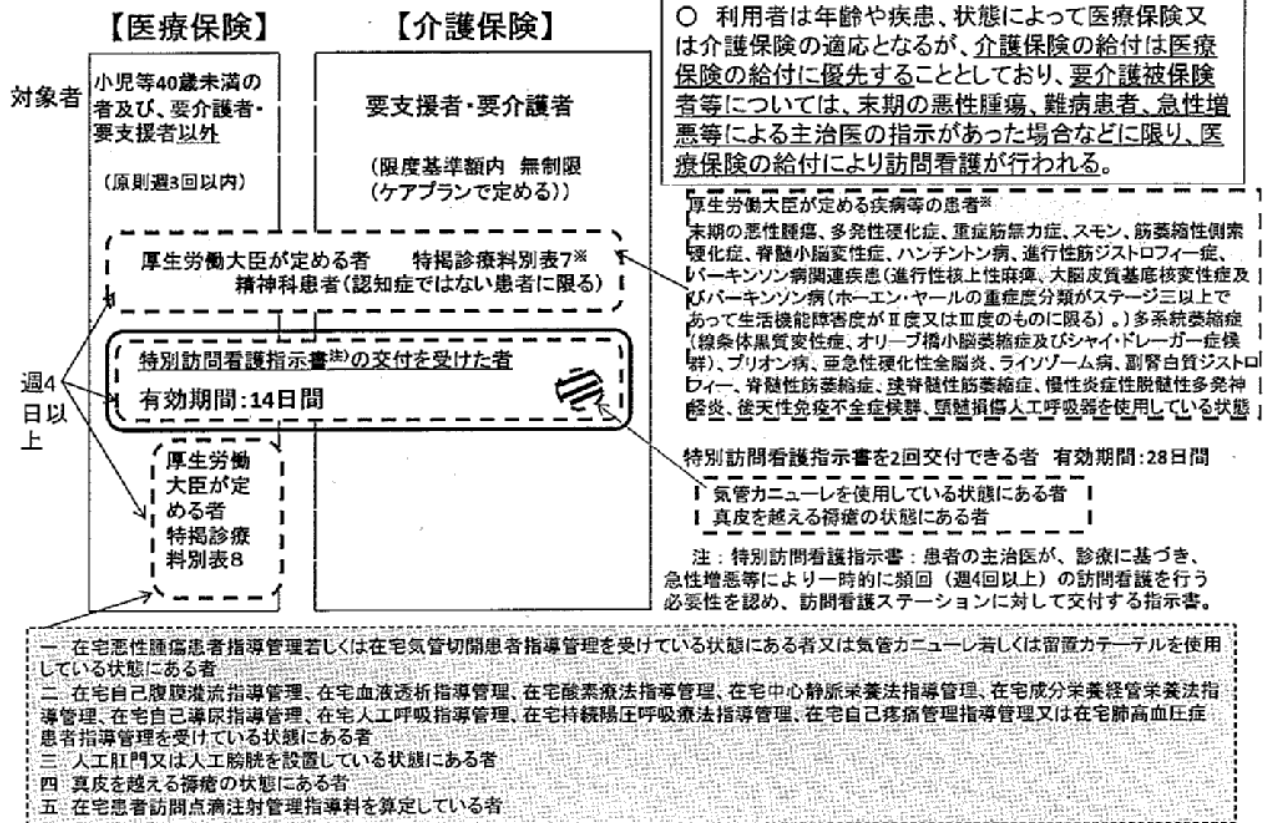
(※1) 他医療機関への指示の場合 診療情報提供料 250点(医療保険)を算定

(※2) 訪問看護指示料 300点(医療保険)を算定

(出典)1)保険局医療課調べ(平成25年)

2)介護給付費実態調査(平成25年5月調査分)

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ(図)



医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ(表)

年齢階層	介護保険の訪問看護		医療保険の訪問看護	
	ケアプランに基づく訪問時間区分と訪問回数(介護度別支給限度額あり)		週3日の制限(30分~1時間30分程度)	週4日以上(1日複数回訪問可)複数訪問看護ステーションが訪問可
40歳未満	16特定疾病で認定者		傷病者	厚生労働大臣が定める疾病等の利用者
40歳以上 65歳未満			16特定疾病以外の傷病者 16特定疾病以外の非認定者	厚生労働大臣が定める疾病等の利用者
65歳以上	認定者	介護保険の非認定者で傷病者 精神科患者(認知症は除く)	厚生労働大臣が定める疾病等の利用者	

【16特定疾病】

がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)、関節リウマチ、筋萎縮性側索硬化症、後縦靭帯骨化症、骨折を伴う骨粗鬆症、初老期における認知症、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病、脊髄小脳変性症、脊髄管狭窄症、早老症、多系統萎縮症、糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、脳血管疾患、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺疾患、両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

【厚生労働大臣が定める疾病等の利用者】

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頭脳損傷人工呼吸器を使用している状態

一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
二 在宅自己腹膜透析指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者、四 真皮を越える褥瘡の状態にある者、五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

要介護認定者への訪問看護 (介護保険から医療保険に移るイメージ)

