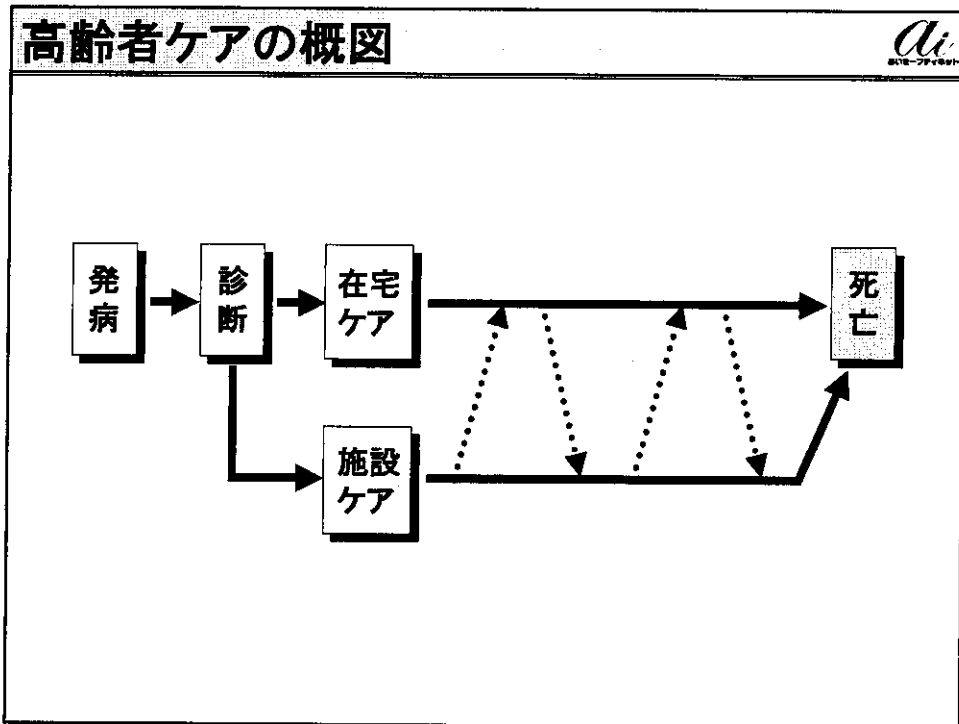


Ai
あいせーふティネット

Ai
あいせーふティネット

高齢者ケア(医療・介護)
における軌跡と展望

医療法人財団天翁会理事長
聖マリアンナ医科大学臨床教授
天本宏



日本の高齢者医療の軌跡と展望

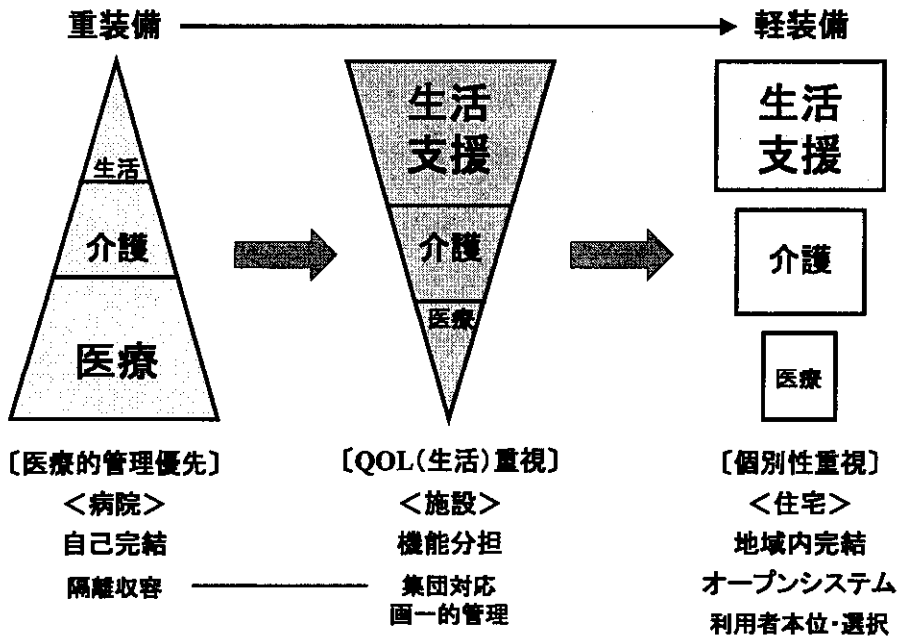


1. 病院中心の施設偏重施策であり、集团的、画一的な対応であった
2. 治療優先の疾病医療対応のみであった(医療と介護の分業)
3. 後片付けのリハ・介護体制であり、予防・予測的対応でなかった
4. 救急搬送が中心で、一次救急体制が未整備であった
5. 終の棲家になりうる住宅政策の視点がなかった

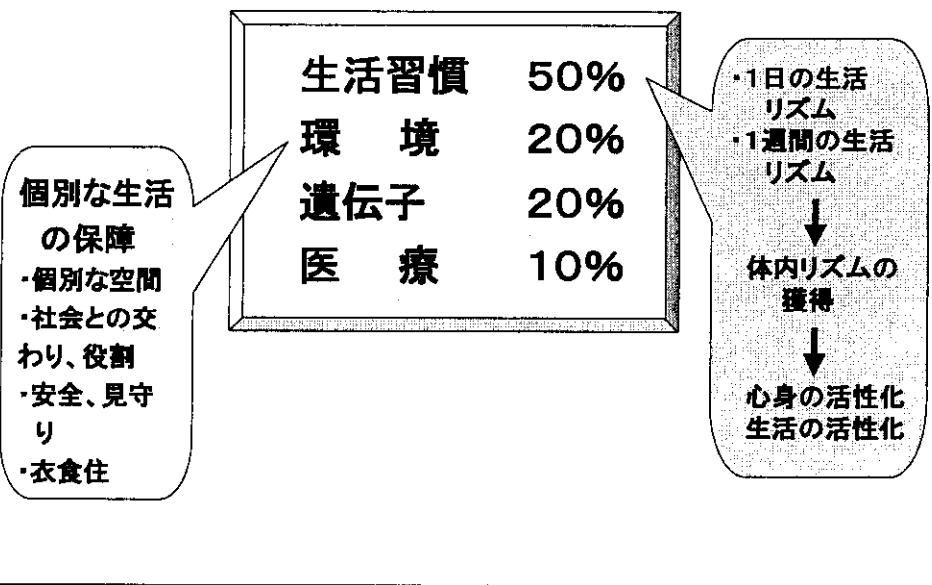
利用者本位

- * 個別ケア
- * コミュニティケア
- * トータルケア(協業)
- * 予防
- * 適切な初期対応
- * 終の棲家(安心の創造)

サービス構造の転換



直角型...生涯発達:人格や英知



これからのケアの目標



ポジティブ評価 ⇒ コミュニティケア

自立(定着)



自らする
(生活の拡大)

良い生活習慣を身に付ける
自己表現・自己達成感の体得
残存能力・潜在能力の活用
(プラス面の増幅)

するADL
(地域の場)

しているADL
(生活の場)

動作訓練
(マイナス面の減少)

できるADL
(リハ訓練室)

ケアの経過

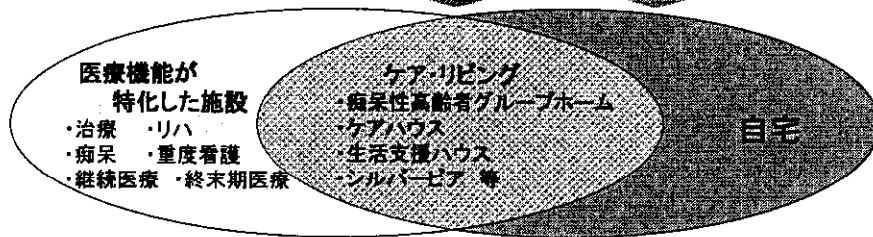


社会サービスの展望・サービスのオープンシステム



在宅サービス

ホームヘルプ、訪問入浴、訪問看護、
デイサービス、ショートステイ 等



24時間、365日支援体制
・医療相談 ・訪問診療 ・空床確保

在宅医療サービス

在宅ケア四か条(24時間・365日体制)



1. いつでもハイハイなんでも相談
2. 呼べばすぐ来る訪問看護
3. いつでもハイハイ
こちらがドクター(相談・往診)
4. いつでもOK あなたのベッド(空床確保)
(いつでも入院できる保障)

医療法人財団天翁会の戦略形成



理 念:利用者本意に基づく「信頼と安心の創造」



目 標:「生涯、地域で生活し続ける」ことを支援



戦 略:①地域を病棟として捉える



- ②救急医療体制の抜本の見直し(搬送医療から訪問診療へ)
- ③トータルケアサービスの提供を地域内完結

戦 術:①「あいセーフティネット」の創造



- ②天本病院の「ベースキャンプ(基地)」構想

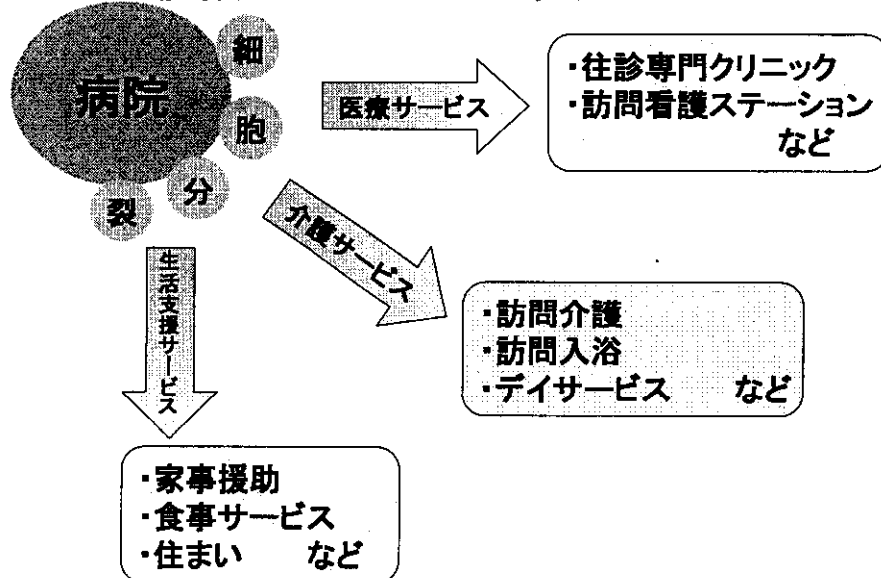
戦 闘 計 画:いつでも(24時間、365日)

どこでも(施設でも、地域でも、住いでも)
「トータルケアサービス」を提供する

サービスの地域分散と機能特化



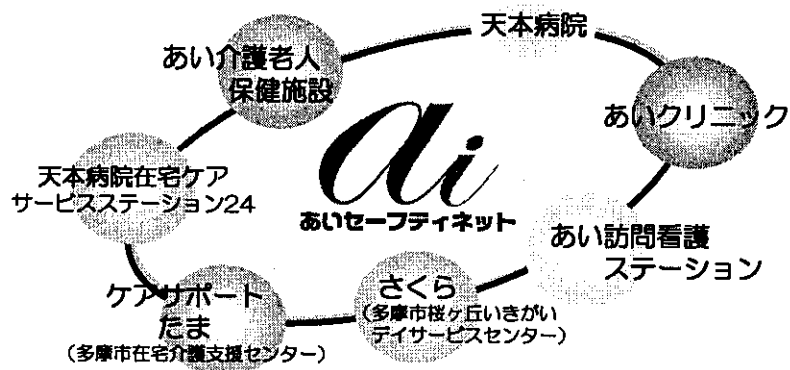
施設サービスから地域サービスへ



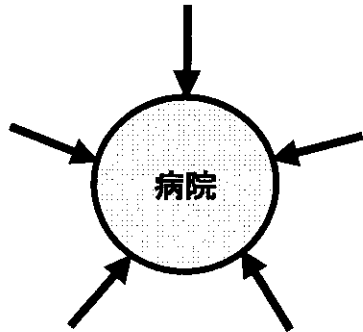
あいセイフティーネットの創造



1. 地域ケアに必要なサービスの整備と機能連携(NET化)
2. サービスの継続性、包括性、一貫性を担保していく
3. 利用者最適に向けた付加価値を創造していく
4. 各事業体は「部分最適」でなくNET全体の理念、目標を共有し「全体最適」を目指す

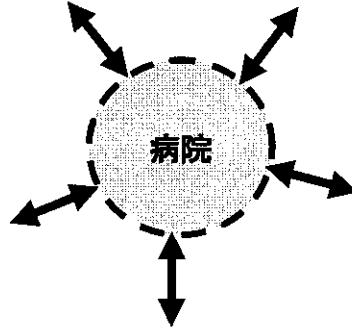


利用者最適への病院機能の変容



〔センター方式〕
病院に集める

院内完結型
病院本位



〔ベース(基地)方式〕
病院から出動する

地域内完結型
(24時間体制の開放)
利用者本位

在宅ケア支援ベースキャンパー(天本病院)



ゲートオープナー(間口を広くし問題解決を絞込むシステム)

いつでも、なんでも(一次医療の徹底)
相談・治療(24時間、365日体制)

いつでも、どこでも
訪問看護

看護師と医師(当直医)との
相談

医師の訪問診療

二次医療・入院(空床確保)

救急車手配

24時間オンコール体制の現状(平成14年4月~12月)



	時間外 電話総数	外来受診内容				時間外 出動件数	出動内容		
		診察 処置	入院	他院 転送	外来 死亡		訪問 看護	死亡 確認	支援セ ンター 訪問
4月	183	14	3	2	1	4	4	0	0
5月	163	8	1	3	0	4	4	0	0
6月	182	11	0	4	0	9	6	2	1
7月	148	8	0	2	0	7	4	1	2
8月	140	8	1	1	0	10	8	0	2
9月	152	10	1	4	2	7	6	1	0
10月	148	10	2	2	0	7	6	1	0
11月	151	15	0	1	2	3	3	0	0
12月	137	6	3	4	1	3	3	0	0

病床区分	一般病床		療養病床	
	医療保険		医療保険	介護保険
病床数	200床以上 (専門ユニットの集合体)	200床以下		
平均在院 日数	10日	25日		
機能	純急性期 重装備化による 集中治療 DRG 特例急性期加算 入院に特化	急性期 亜急性期 曖昧 ↓ プライマリーケア ↓ 地域一般病棟		社会的入院の解消 医学的管理、継続 的ケアの必要な群 ↓ 『老健』へ一元化 (軽装備化) 上乗せ医療 (他科受診・往診)は 一部出来高に 在宅医療支援センター【オープンシステム】
背景	日病	全日病	老人医療、ケア 介護療養型医療施設連絡協議会	

いわゆる「第3のサービス類型」の
現状と将来の方向性について

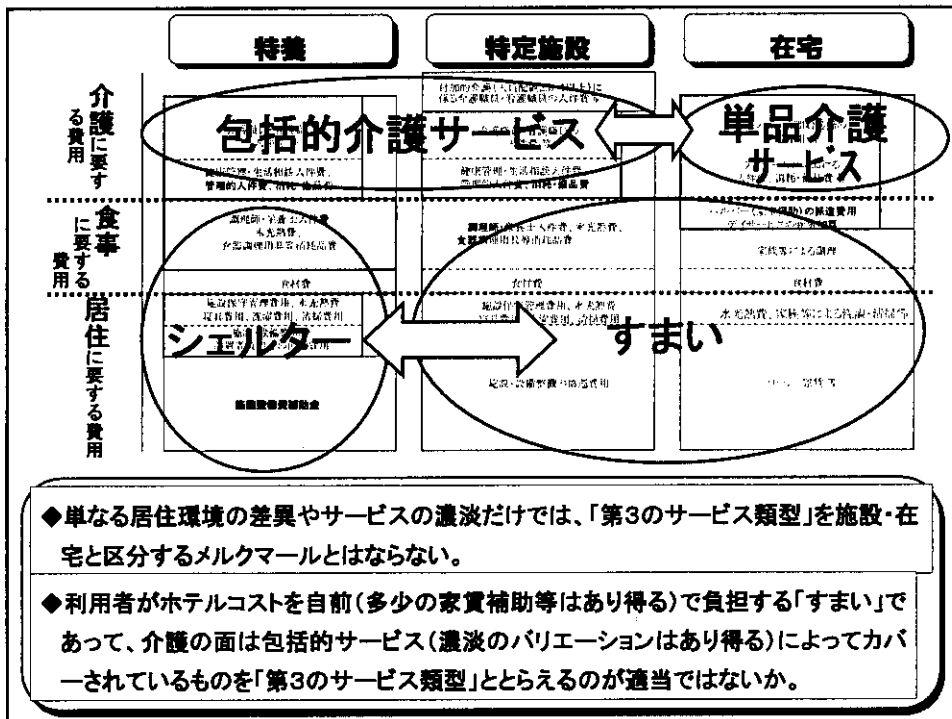
2003/6/9

特定施設事業者連絡協議会 武田

1. 「施設」「特定施設」「在宅」における費用負担構造の比較

		特養	特定施設	在宅
介護に要する費用	保険給付	介護職員・看護職員の 人件費等	付加的介護(人員配置2.5:1以上)に 係る介護職員・看護職員の 人件費等	ヘルパー・訪問看護婦の 派遣費用等
	自己負担	一部負担金	一部負担金	一部負担金
	食事	調理師・栄養士人件費 水光熱費、 食器調理用具等消耗品費 【基本食事サービス費】	調理師・栄養士人件費、水光熱費、 食器調理用具等消耗品費	ヘルパー(家事援助)の派遣費用 デイサービスの食事加算
	生活費	自己負担	自己負担	自己負担
居住に要する費用	保険給付	施設保守管理費用、水光熱費 復具費用、洗濯費用、清掃費用	施設保守管理費用、水光熱費 復具費用、洗濯費用、清掃費用	家族等による調理
	自己負担	施設・設備整備の 設置者負担分の償還費用	施設・設備整備の償還費用	ローン、家賃等
		施設整備費補助金		

2. 特定施設が 「第3のサービス類型」と言われる所以



3. 特定施設のビジネスモデルを規定する 制約条件と二極化の傾向

(1) 大規模・介護専用型の特定施設が成り立ちにくい理由

【ハード面から】

施設規模が大きいほどコスト低減

- ・土地の有効活用
- ・管理的人件費の相対的軽減

【ソフト面から】

施設内の要介護者の比率が高いほど
コスト低減

- ・スタッフの導線短縮
- ・1スタッフが同時にケアできる
人数の増加

したがって、
大規模介護専用型施設が
最も効率がよいはずだが...

現実には、施設規模を大きくすればするほど、
要介護者の比率が低下する傾向あり

(1)大規模・介護専用型の特定施設が成り立ちにくい理由

現実には、施設規模を大きくすればするほど、
要介護者の比率が低下する傾向あり

各施設の定員規模		30人 以下	31～ 50人	51～ 80人	81～ 100人	101人 以上
施設数	合計	4	16	23	3	34
	特定施設利用者90%以上	3	12	13	1	2
	特定施設利用者50～90%	1	3	7	1	5
	特定施設利用者20～50%	0	1	3	1	19
	特定施設利用者20%未満	0	0	0	0	8
1施設あたり定員数		24	43	67	97	244

※特定施設事業者連絡協議会調べ(平成14年3月末現在 有効回答数80施設)

(1)大規模・介護専用型の特定施設が成り立ちにくい理由

現実には、施設規模を大きくすればするほど、
要介護者の比率が低下する傾向あり

【仮説】



・施設規模を優先すれば、土地の確保の問題等により郊外立地になりがち
(もし住宅地立地なら超高額になりがち)
→集客エリアが広がるため、従来の生活圏を越えてリロケーションする積極
的な意思を持つ自立～虚弱高齢者が中心顧客となる

・要介護者を中心に集客する場合、従来の生活の継続性が重視されることか
ら、本人や家族の従来からの生活圏、すなわち住宅地に立地しなければ集
客が苦しい
→要介護者の人口密度が十分に高く、たとえ狭い地域内から多数の集客が
見込めたとしても、住宅地立地となるため、土地の確保や近隣対策の面で
大規模施設の建設は困難

※特養は、その極端な低価格ゆえに郊外立地であっても要介護者を
大量に集客可能である点、特定施設とは状況が異なる。

(2) 特定施設における二極化の傾向と今後の論点

各施設の定員規模		30人以下	31~50人	51~80人	81~100人	101人以上
施設数	合計	4	16	23	3	34
	特定施設利用者90%以上	3	12	13	1	2
	特定施設利用者50~90%	1	3	7	1	5
	特定施設利用者20~50%	0	1	3	1	19
	特定施設利用者20%未満	0	0	0	0	8
1施設あたり定員数		24	43	67	97	244

※特定施設事業者連絡協議会調べ(平成14年3月末現在 有効回答数80施設)

Aグループ:
介護専用型特定施設

Bグループ:
長期居住型特定施設

(2) 特定施設における二極化の傾向と今後の論点

Aグループ: 介護専用型特定施設

Bグループ: 長期居住型特定施設

要介護者中心	対象者	自立者から要介護者まで幅広く
住宅地立地・中規模	立地や規模	郊外立地・大規模
要介護状態を前提に、居室面積やamenityは最低限	施設・設備のあり方	居室面積は広く、豪華な施設・設備
地域内を中心とした集客	集客エリア	広範なエリアからの集客
地域との融和・交流	地域コミュニティとの関係	施設自体を一つの地域コミュニティに
最後まで居室介護が前提	ケアのあり方	重度化した場合には介護居室への移動が前提
サービス業オリエンテッド	ビジネスモデル	不動産業オリエンテッド
介護保険制度後のビジネスモデルであり、急増中	由来と今後	従来からの有老ホームが特定施設の指定を取ったものが多く、微増

(2) 特定施設における二極化の傾向と今後の論点

Aグループ: 介護専用型特定施設

◆生活の継続性に鑑み、痴呆性グループホームと同一カテゴリに整理し直した上で、「痴呆ケア加算」「小規模加算」等については個別評価とすべきではないか？

◆介護報酬における区分支給限度額との格差を縮小することにより、包括的介護サービスを提供しつつも単なる住宅であるとの建前をとる「類似施設」を減らしていくべきではないか？

◆空室利用のショートステイを認めるべきではないか？

◆施設として提供すべき包括的介護サービスの範囲から福祉用具貸与を外して、外部サービスの併給を可能にするべきではないか？

Bグループ: 長期居住型特定施設

◆特定施設のベースとなる「すまい」の類型を、有料老人ホーム・ケアハウスだけでなく、もっと拡大していくべきではないか？

◆施設として提供する介護サービスの包括範囲を弾力化し、外部サービスを柔軟に組み合わせられるようにするべきではないか？

◆施設として提供すべき包括的介護サービスの範囲から福祉用具貸与を外して、外部サービスの併給を可能にするべきではないか？

【参考: 特定施設報酬と区分支給限度額の格差】

