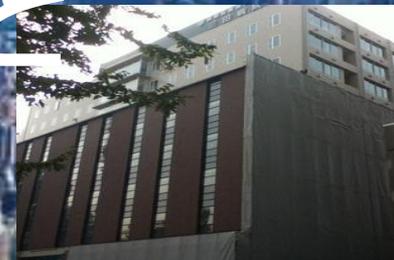


地域包括ケアシステムと 訪問看護の近未来



国際医療福祉大学大学院教授
医療経営管理分野責任者
武藤正樹



2016年1月

国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

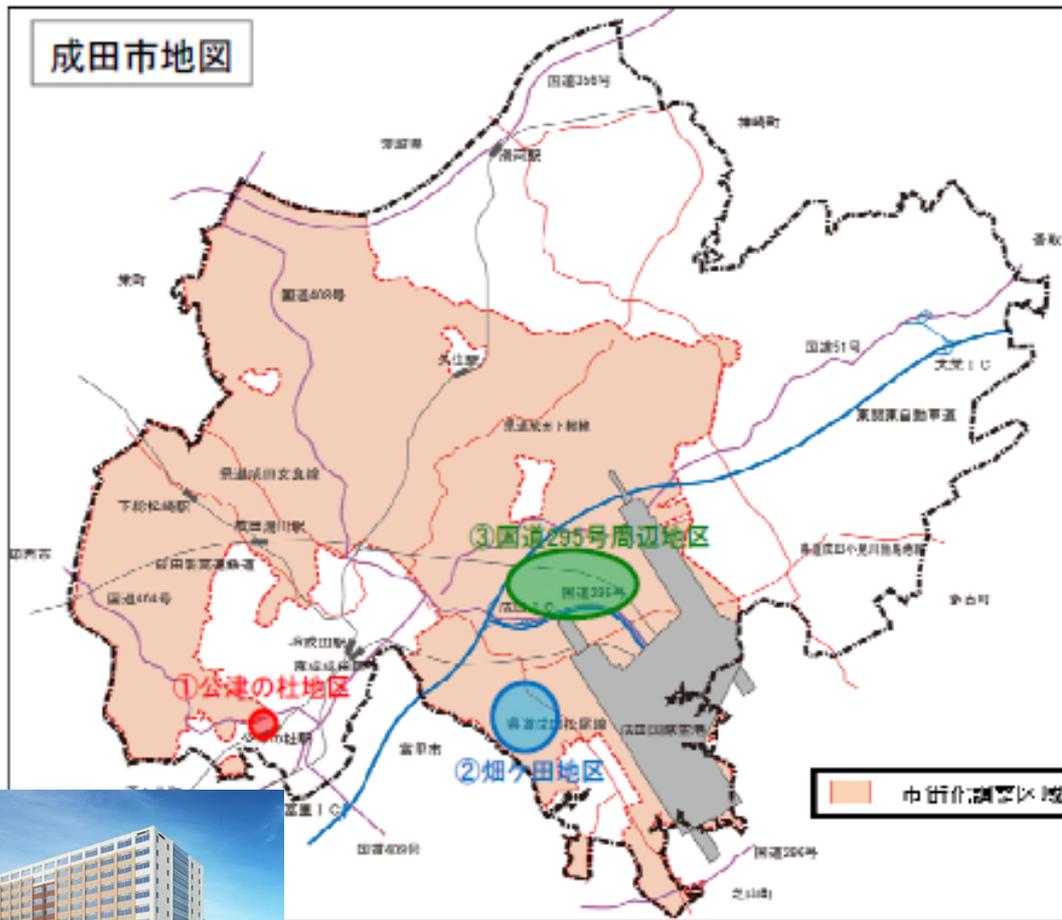


国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に
医学部を！

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部
(当初4学科⇒順次拡大)

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グランド・テニスコート
- 駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー



2017年4月医学部開講

目次

- パート1
 - 国民会議と医療介護一括法
- パート2
 - 地域医療構想と在宅医療
- パート3
 - 地域包括ケアシステムと診療報酬改定
- パート4
 - 訪問看護ステーションと診療報酬改定
- パート5
 - 訪問看護ステーションの近未来



パート1

国民会議と医療介護一括法



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論
社会保障制度改革国民会議(会長 清家慶応義塾大学学長)
が2012年11月30日から始まった

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

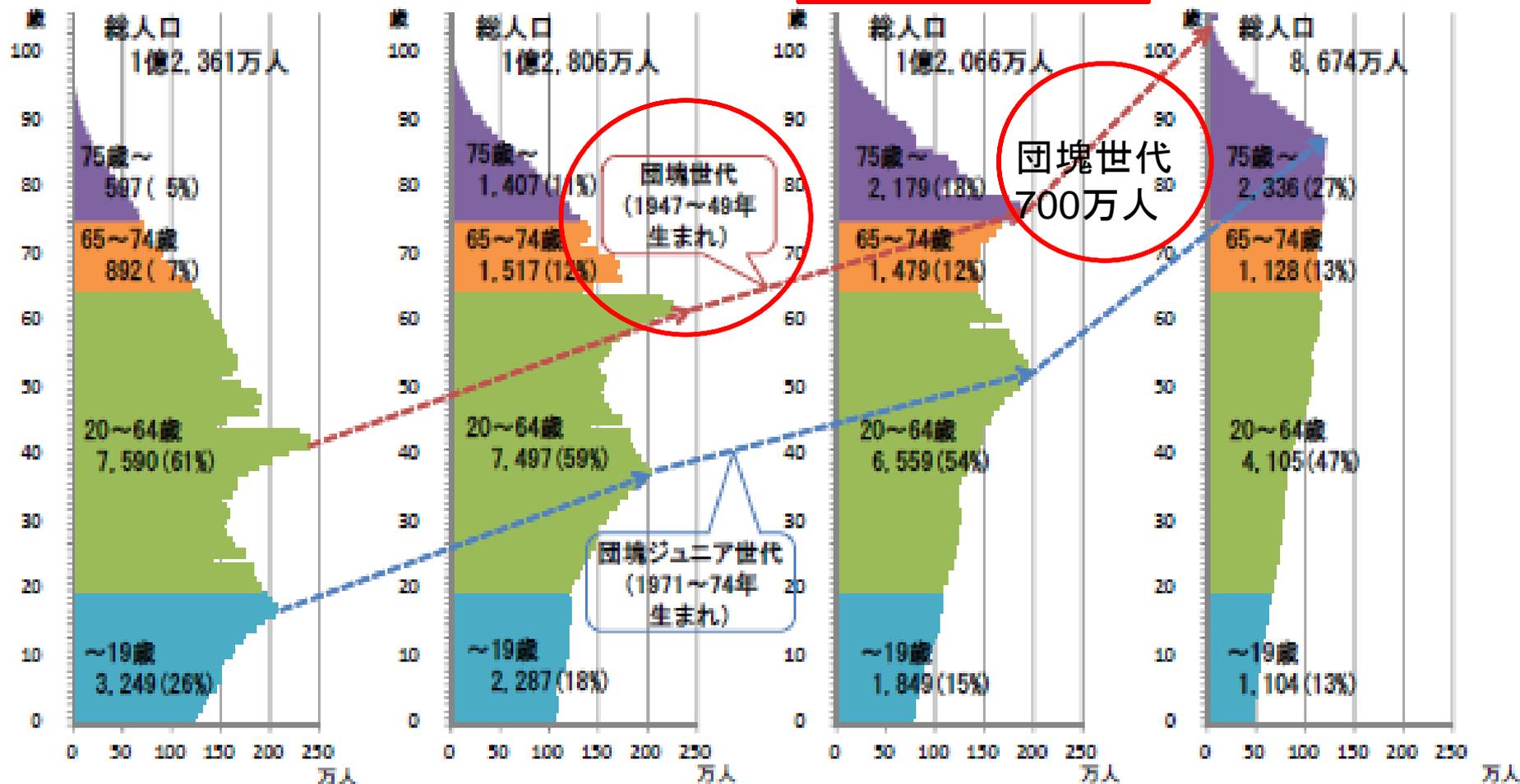
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

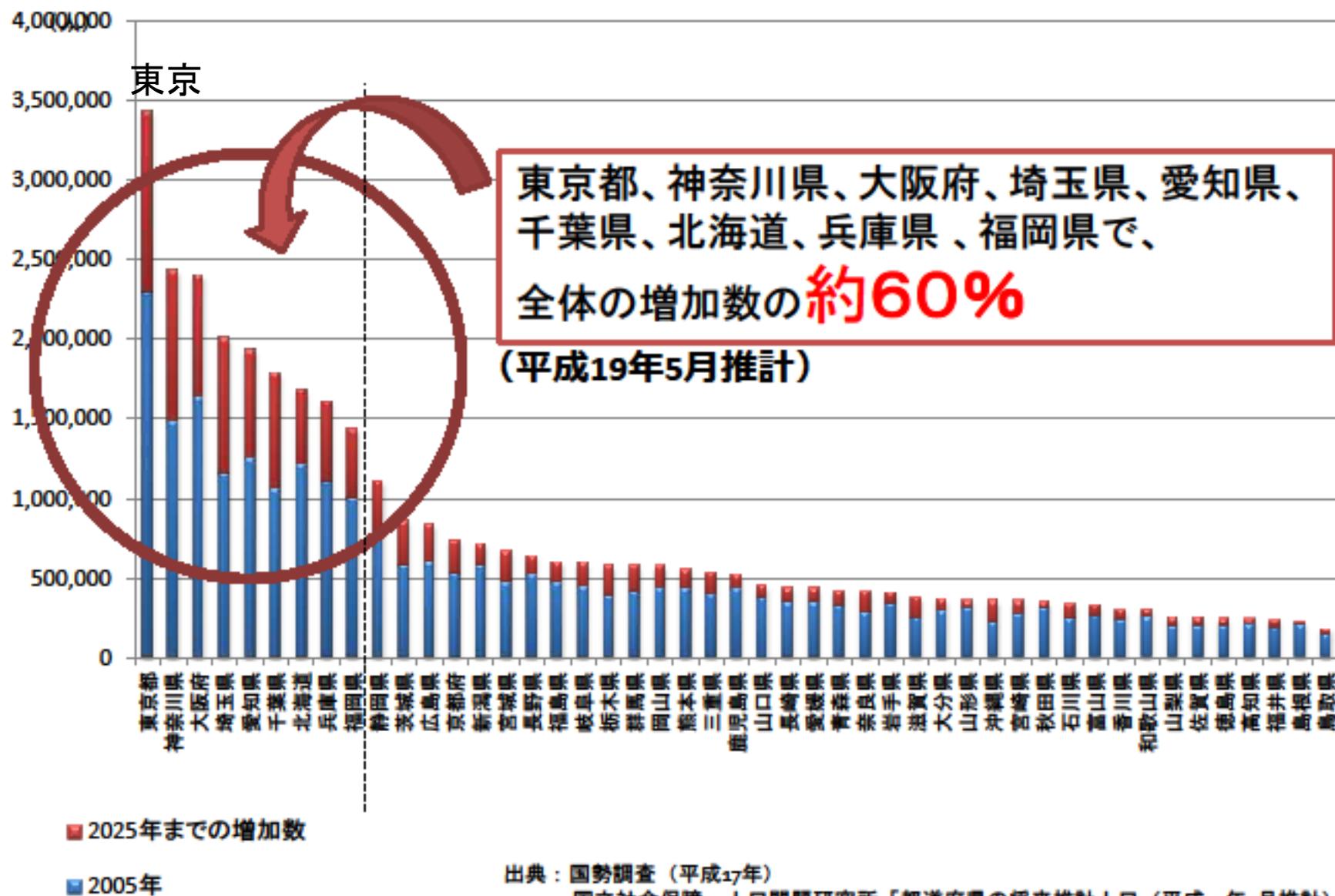
平成22年 (2010年) (実績)

平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



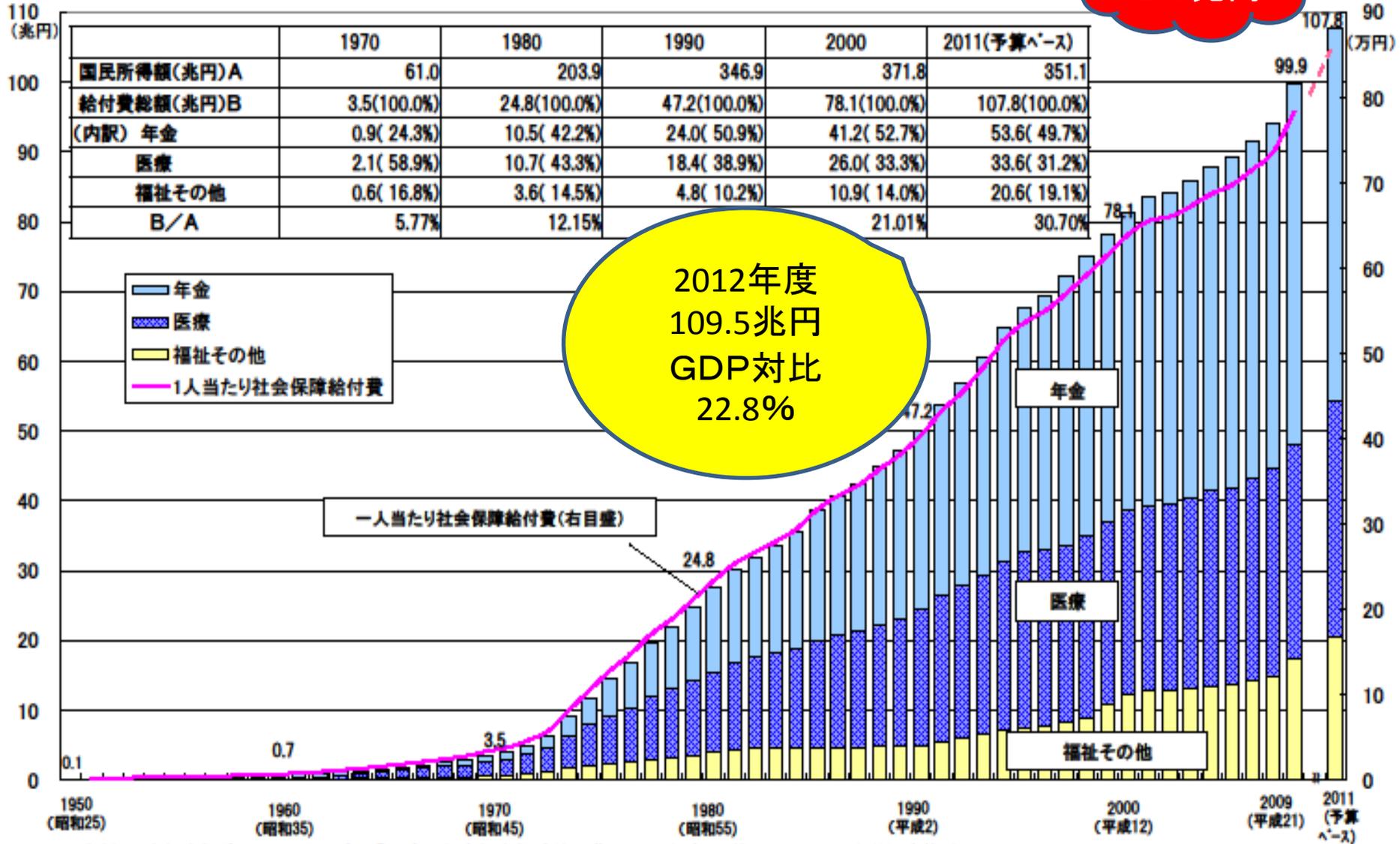
都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



出典：国勢調査（平成17年）
国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成19年5月推計）」

社会保障給付費の推移

2025年
149兆円



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
 - 病床機能情報報告制度の早期導入
 - 病床機能の分化と連携の推進
 - 在宅医療の推進
 - 地域包括ケアシステムの推進
 - 医療職種の業務範囲の見直し
 - 総合診療医の養成と国民への周知

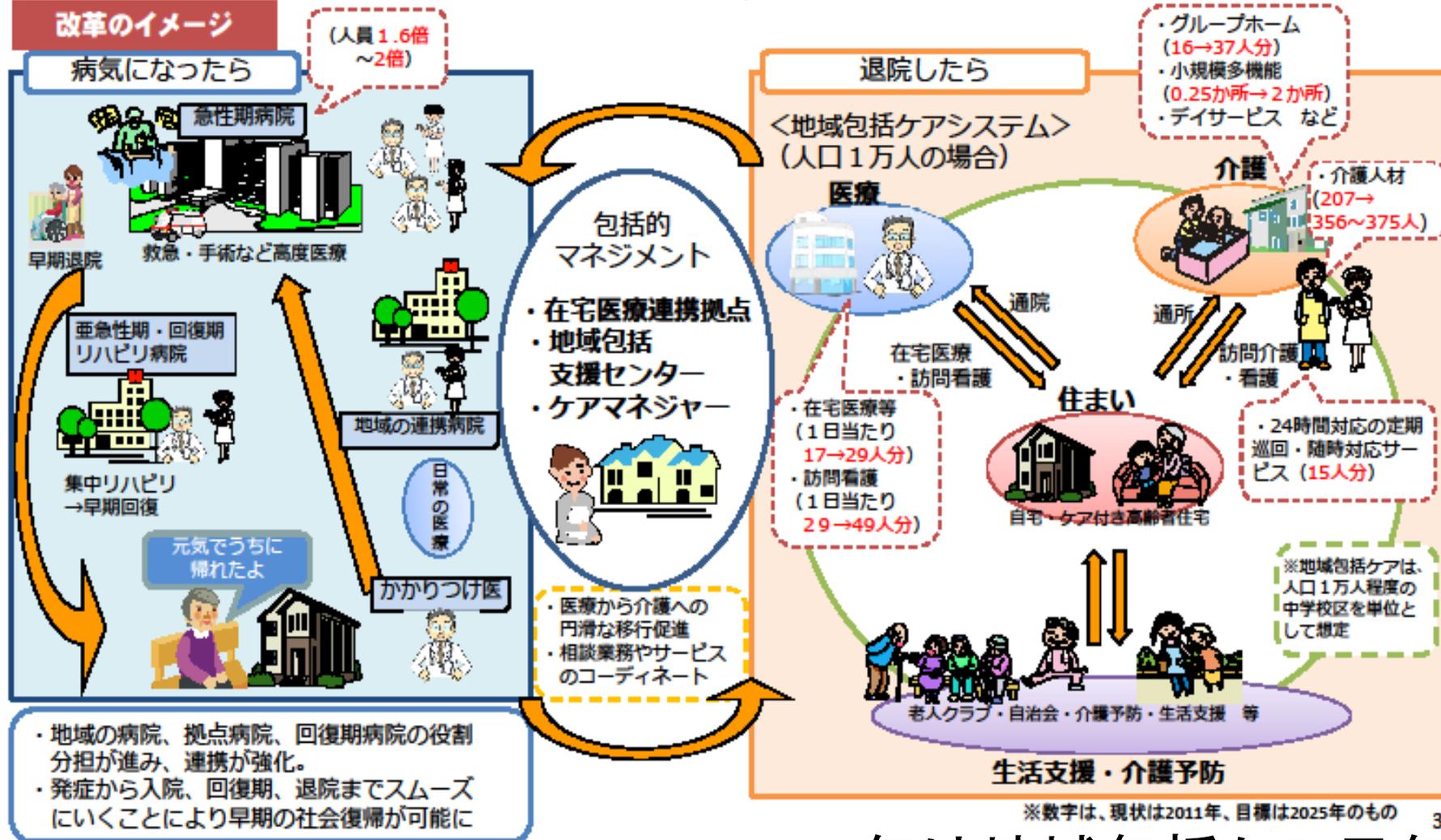
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



2012年は地域包括ケア元年

地域医療・介護一括法成立可決(2014年6月18日)

医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

2014年6月18日
可決成立

(カッコ内は施行時期)

パート2

地域医療構想と在宅医療



病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会

医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ))。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

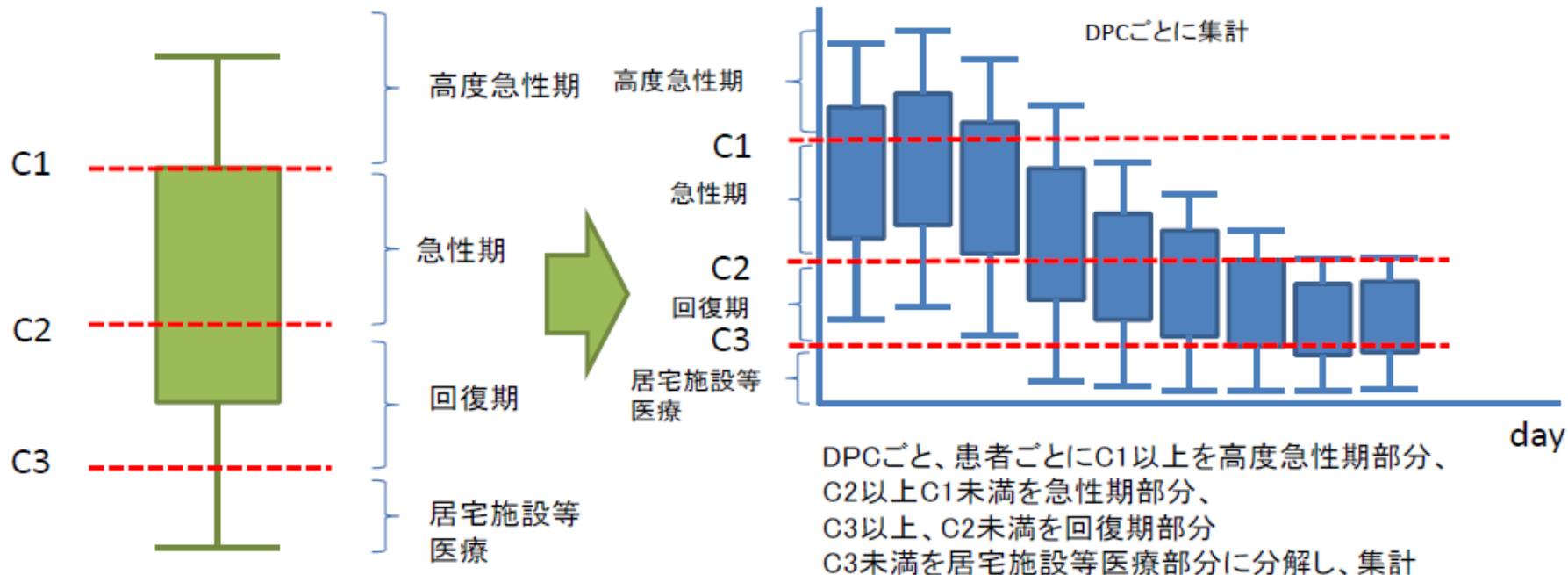
◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

医療需要から 病床機能別病床数を推計

- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会(2014年10月31日)
 - 1日当たりの「**医療資源投入量**」の多寡で医療需要(患者数)を推計→病床機能別病床数を推計
 - DPCデータとNDBから、患者に対する個別の診療行為を診療報酬の出来高点数に換算して入院日数や入院継続患者の割合などと比較して医療資源投入量を算出
 - 医療資源投入量(1日あたり入院医療費から入院基本料とリハを除いた出来高部分、医薬品、検査、手術、処置、画像など)
 - 医療資源投入量の高い段階から順に、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能の4つの医療機能を位置付ける

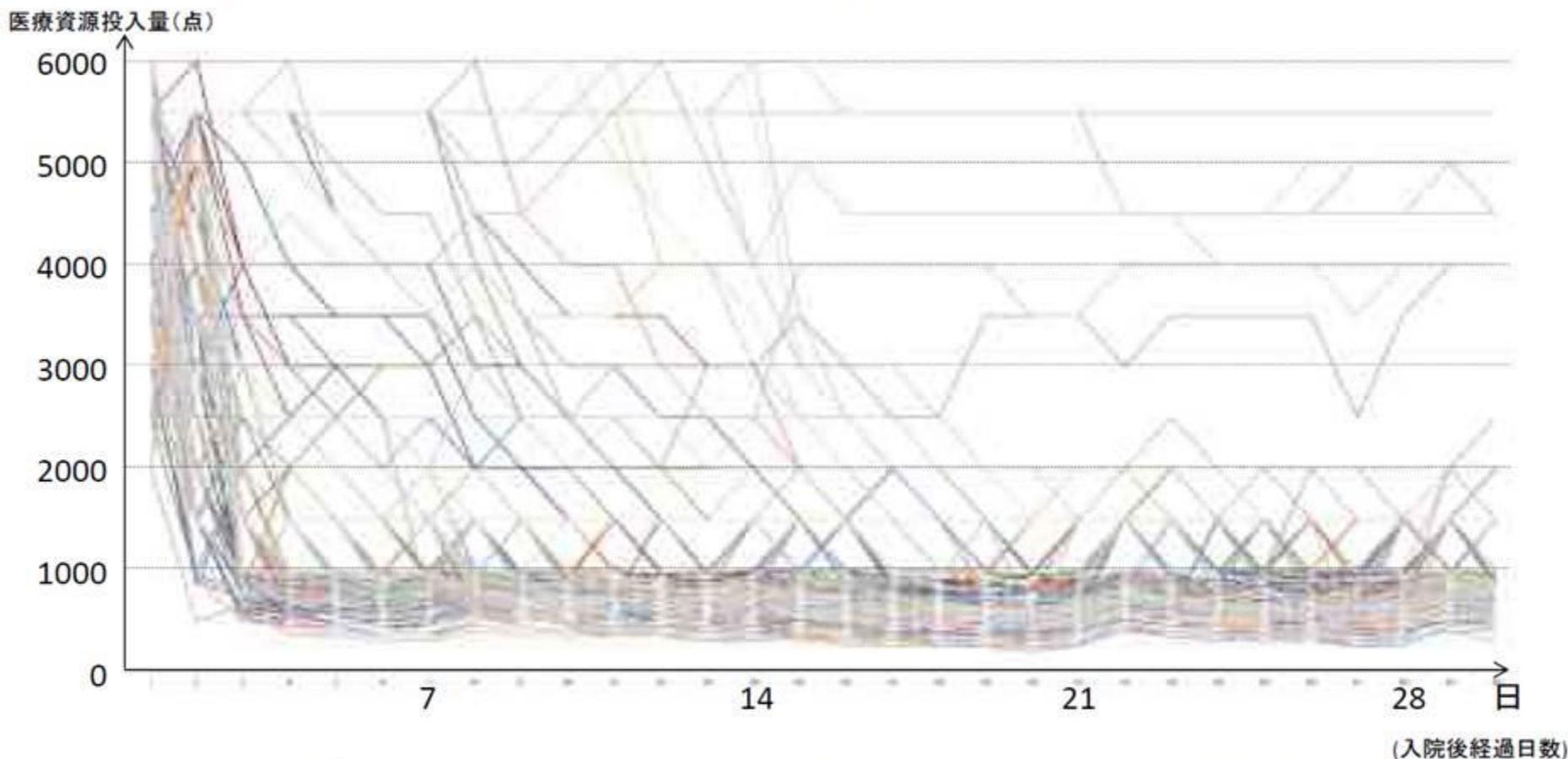
医療資源投入量を用いた 病床機能区分別の医療需要の推計方法(1)

- ① 1日当たりの医療資源投入量(入院期間の平均ではなく、入院1日ごとに計算。入院基本料、リハビリテーション料を除く。)を入院経過日数順に並べて、高度急性期と急性期の境界点(C1)、急性期と回復期の境界点(C2)、回復期と居宅施設等医療(通院を含む。以下同じ)の境界点(C3)となる医療資源投入量を分析。
- ② リハビリテーション料を含んだ医療資源投入量がC3を超えている場合は、回復期に配分する。ただし、医療資源投入量によらず、回復期リハビリテーションは回復期に、療養病床は慢性期に配分する。



医療資源投入量(中央値)の推移

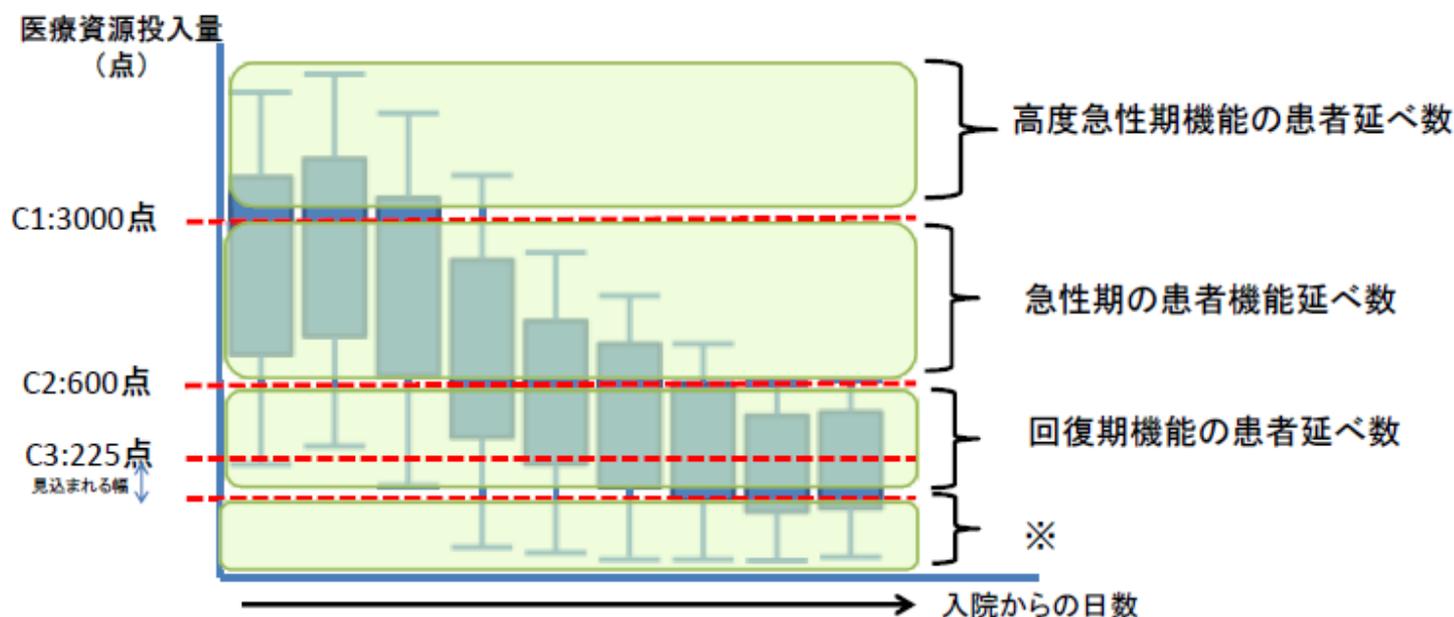
(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)



- 各DPCごとに1日当たりの医療資源投入量(中央値)を入院後経過日数順にプロットしたものを同一平面に重ね合わせたもの
- 患者数上位255のDPCについてプロット (平成23年度患者調査)
- 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 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に相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等※の患者数として一体的に推計することとする。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、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、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

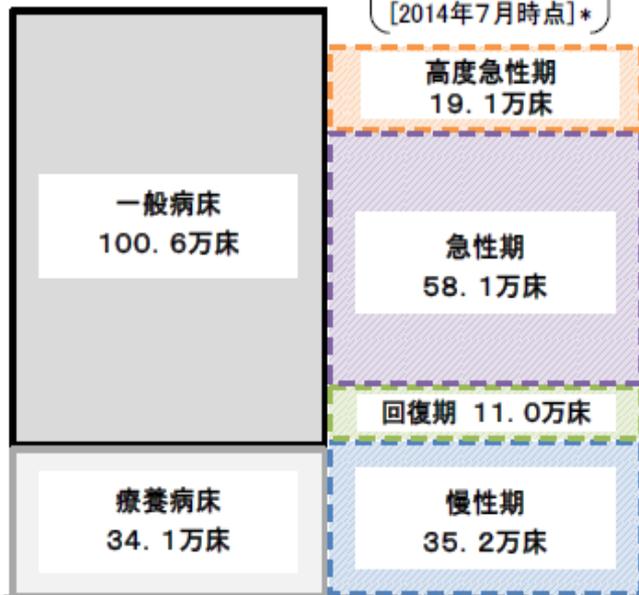
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

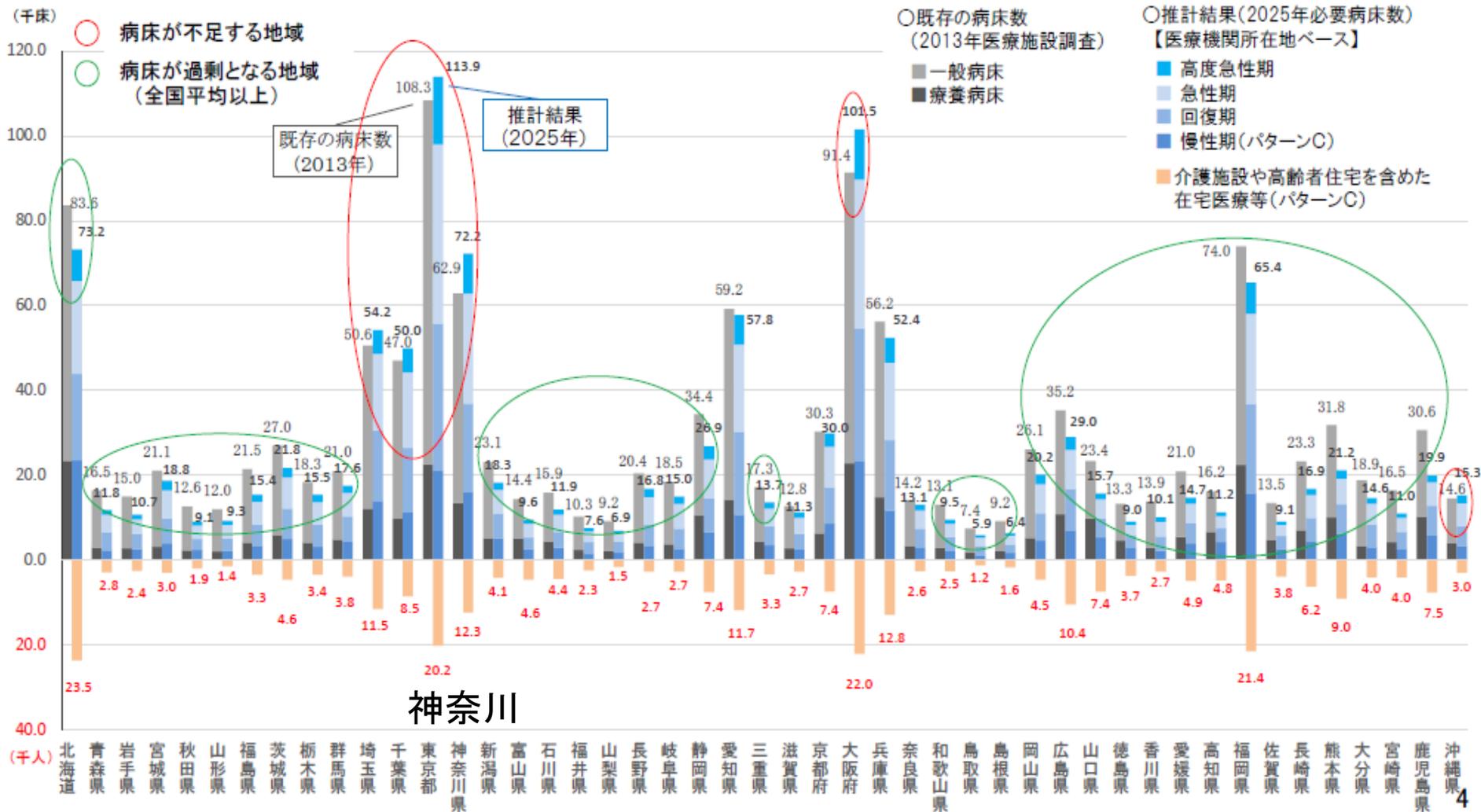
医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



2013年比2025年増減率(目標)

- ① 15% 神奈川
- ② 11% 大阪
- ③ 7% 埼玉
- ④ 6% 千葉
- ⑤ 5% 東京、沖縄
- ⑥ -1% 京都
- ⑦ -2% 愛知
- ⑧ -7% 兵庫
- ⑨ -8% 奈良
- ⑩ -11% 宮城
- -12% 北海道、滋賀、福岡 (全国平均)
- -15% 栃木
- -16% 群馬
- -18% 長野、広島
- -19% 茨城、岐阜
- -20% 鳥取
- -21% 新潟、三重
- -22% 静岡
- -23% 山形、岡山、大分
- -25% 石川、山梨
- -26% 福井
- -27% 和歌山、香川、長崎
- -28% 青森、秋田、福島
- -29% 岩手
- -30% 島根、愛媛
- -31% 高知
- -32% 徳島
- -33% 富山、山口、佐賀、熊本、宮崎
- -35% 鹿児島

病床、最大20万削減

急性期と慢性期のベッド数を減らし
医療費を抑える(政府の目標)



内閣府の専門調査会
(会長・永井良三自治医

科大学長)が人口動態
診療報酬明細書から

25年、30万人を

2025年までに最大20万床削減 臨床検査の場が変わる...

2013年	10100
2025年	

パート3

地域包括ケアシステムと 診療報酬改定



地域包括ケアシステムとは

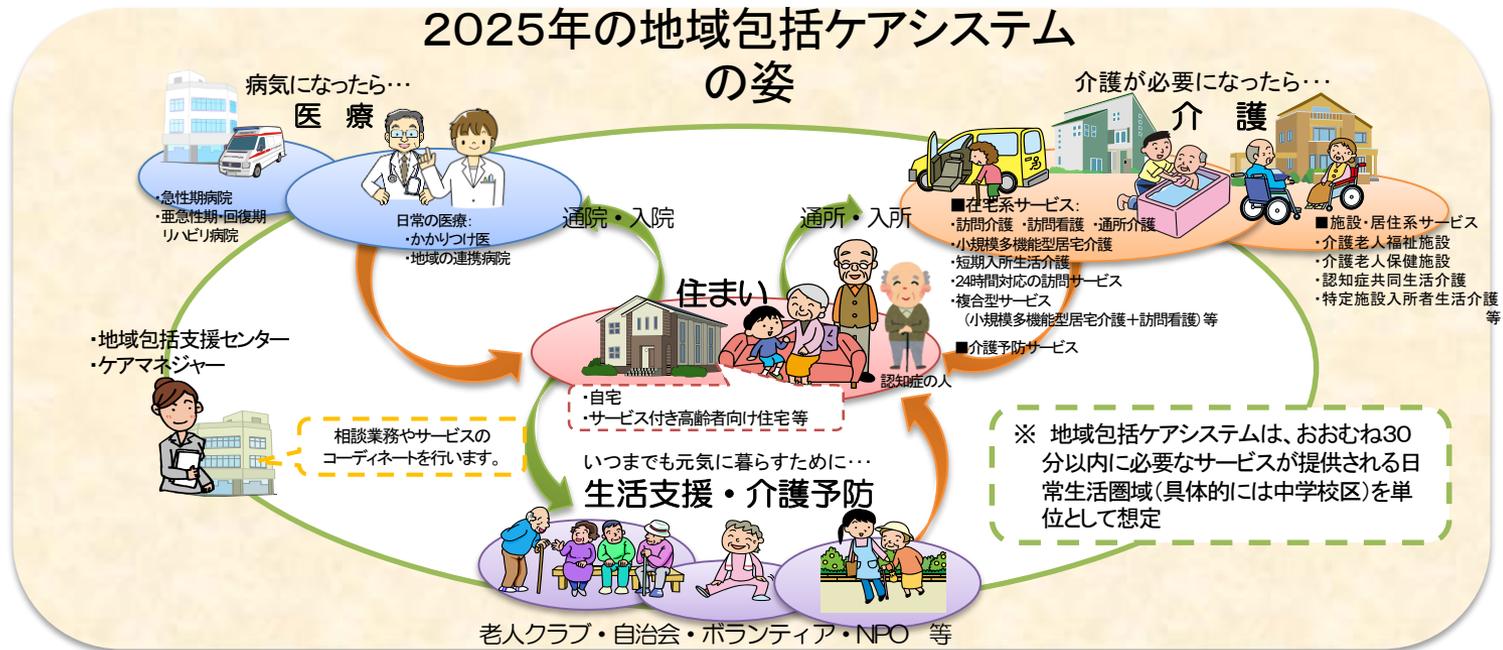
介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム



Aging in
Place

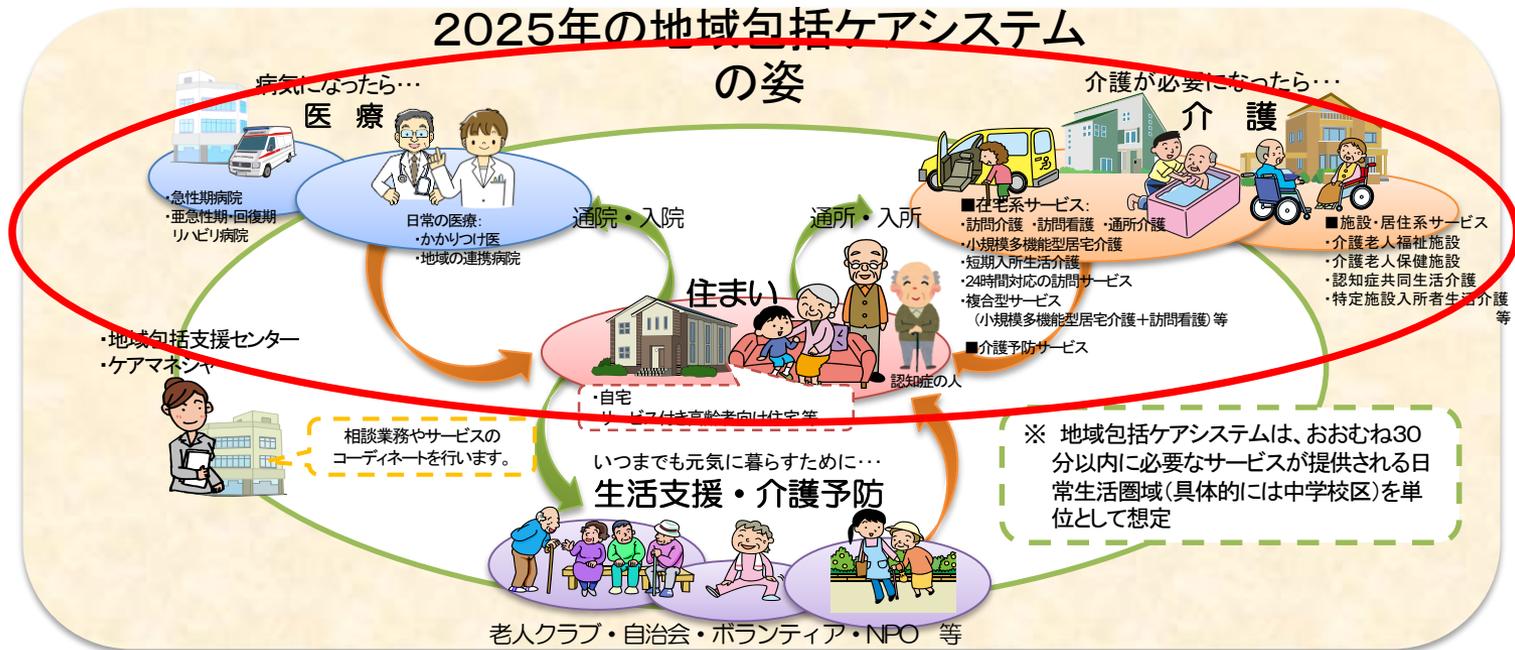
平成25年 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・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実現**により、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になります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。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です。
- 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**を生じています。
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**ことが必要です。



平成25年 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・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実現**により、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になります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。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です。
- 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**を生じています。
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**必要があります。



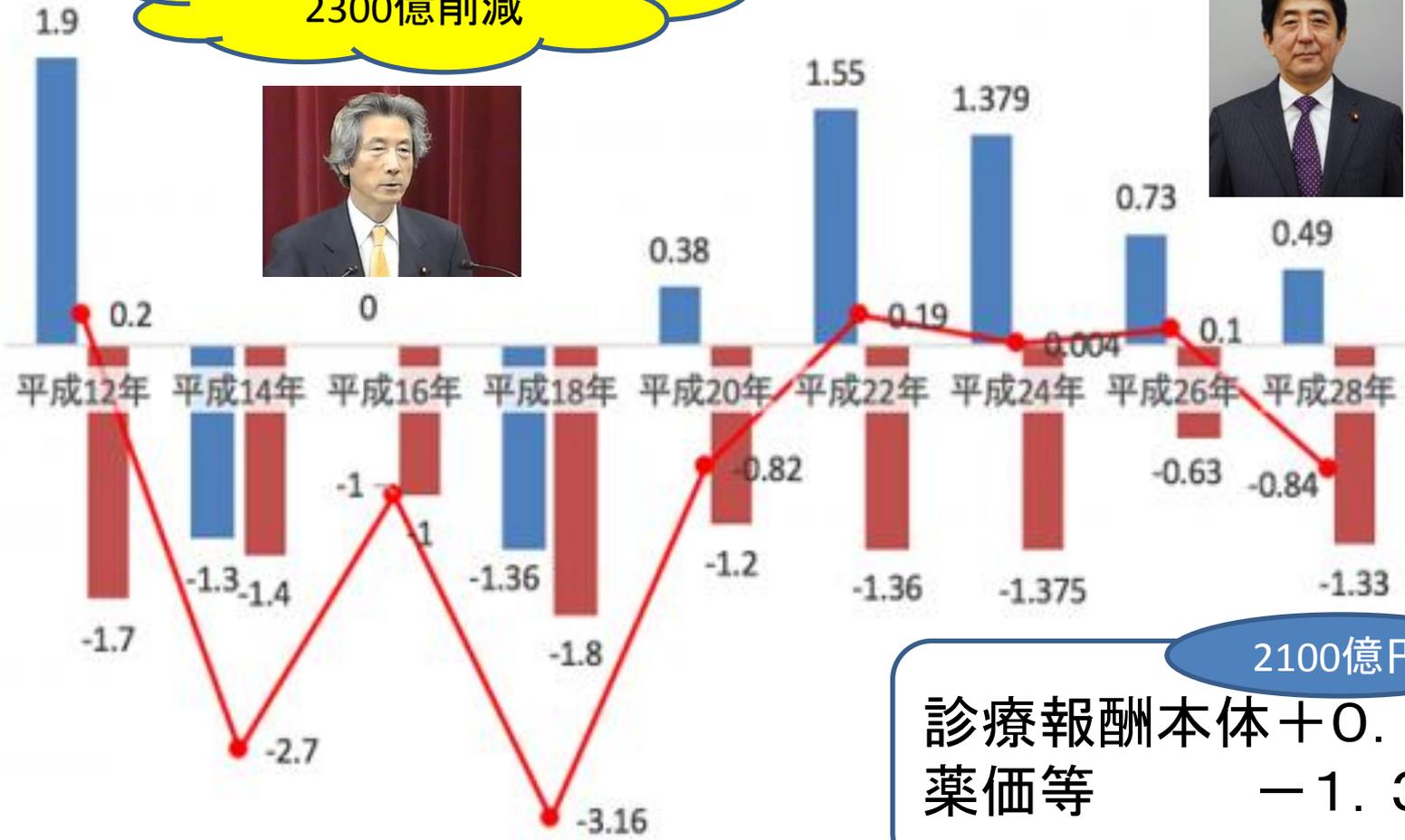
地域包括ケアシステムと在宅医療、訪問看護、薬局の役割

診療報酬改定率の推移

■ 本体部分 ■ 薬価など ● 全体改定率

8年ぶりの
マイナス改定

マイナス改定、毎年
2300億削減



2100億円
診療報酬本体 + 0.49
薬価等 - 1.33

診療報酬改定の基本的視点

- (1) 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点
 - 医療機能に応じた入院医療の評価
 - チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取り組み
 - 地域包括ケアシステム推進
 - 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - 外来医療の機能分化
- (2) 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点
- (3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点
- (4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

「診療報酬改定で 地域包括ケアシステムを進める」



- 衆院厚生労働委員会
(2016年2月24日)
- 塩崎厚生労働大臣
 - かかりつけ医・歯科医の普及
 - 質の高い在宅医療の推進
 - 患者本位の医薬分業の実現

①主治医機能（かかりつけ医）



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

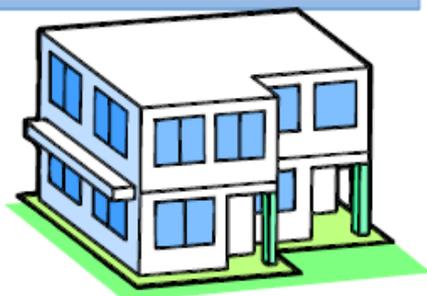
地域包括診療料 1,503点
地域包括診療加算 20点

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

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

紹介

逆紹介



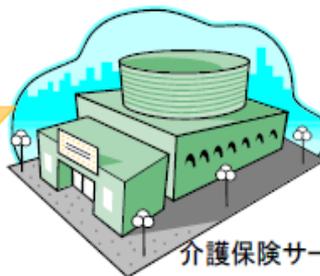
専門的な診療



地域の拠点となるような病院

- 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

介護が必要な時



介護保険サービス等

医療が必要な時

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小

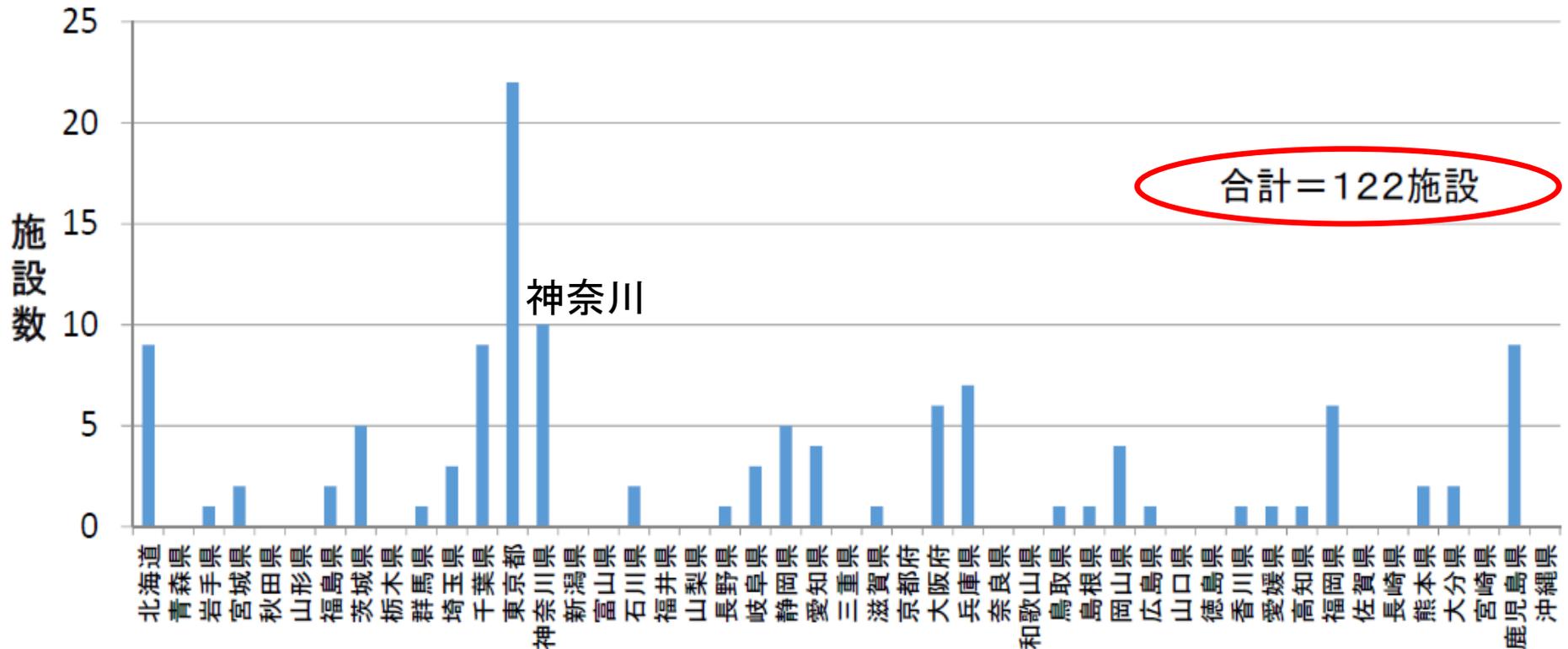
主治医機能の評価について

	地域包括診療料 1,503点(月1回)		地域包括診療加算 20点(1回につき)									
	病院	診療所	診療所									
包括範囲	<p>下記以外は包括</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(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、在総管、特医総管を除く。)。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。 <p>※当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行い、その旨を院内に掲示する</p>		出来高									
対象疾患	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。)											
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所									
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。(経過措置1年)											
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 (患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能。その場合、患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること等を行う。) 										
	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行う 等 ・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 											
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 											
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・下記のいずれか一つを満たす <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供</td> <td style="width: 33%;">④介護保険の生活期リハの提供</td> <td style="width: 33%;">⑦所定の研修を受講</td> </tr> <tr> <td>②地域ケア会議に年1回以上出席</td> <td>⑤介護サービス事業所の併設</td> <td>⑧医師がケアマネージャーの資格を有している</td> </tr> <tr> <td>③居宅介護支援事業所の指定</td> <td>⑥介護認定審査会に参加</td> <td>⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定</td> </tr> </table> 			①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供	④介護保険の生活期リハの提供	⑦所定の研修を受講	②地域ケア会議に年1回以上出席	⑤介護サービス事業所の併設	⑧医師がケアマネージャーの資格を有している	③居宅介護支援事業所の指定	⑥介護認定審査会に参加	⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定
①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供	④介護保険の生活期リハの提供	⑦所定の研修を受講										
②地域ケア会議に年1回以上出席	⑤介護サービス事業所の併設	⑧医師がケアマネージャーの資格を有している										
③居宅介護支援事業所の指定	⑥介護認定審査会に参加	⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定										
在宅医療の提供および24時間の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"> <ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①2次救急指定病院又は救急告示病院 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院 </td> <td style="width: 33%;"> <ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 </td> <td style="width: 33%;"> <ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 </td> </tr> </table>			<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①2次救急指定病院又は救急告示病院 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 						
<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①2次救急指定病院又は救急告示病院 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 										

地域包括診療料の届出状況

- 地域包括診療料の届出は、平成26年7月時点で122施設(病院13施設、診療所109施設)となっている。

地域包括診療料を届け出た施設数

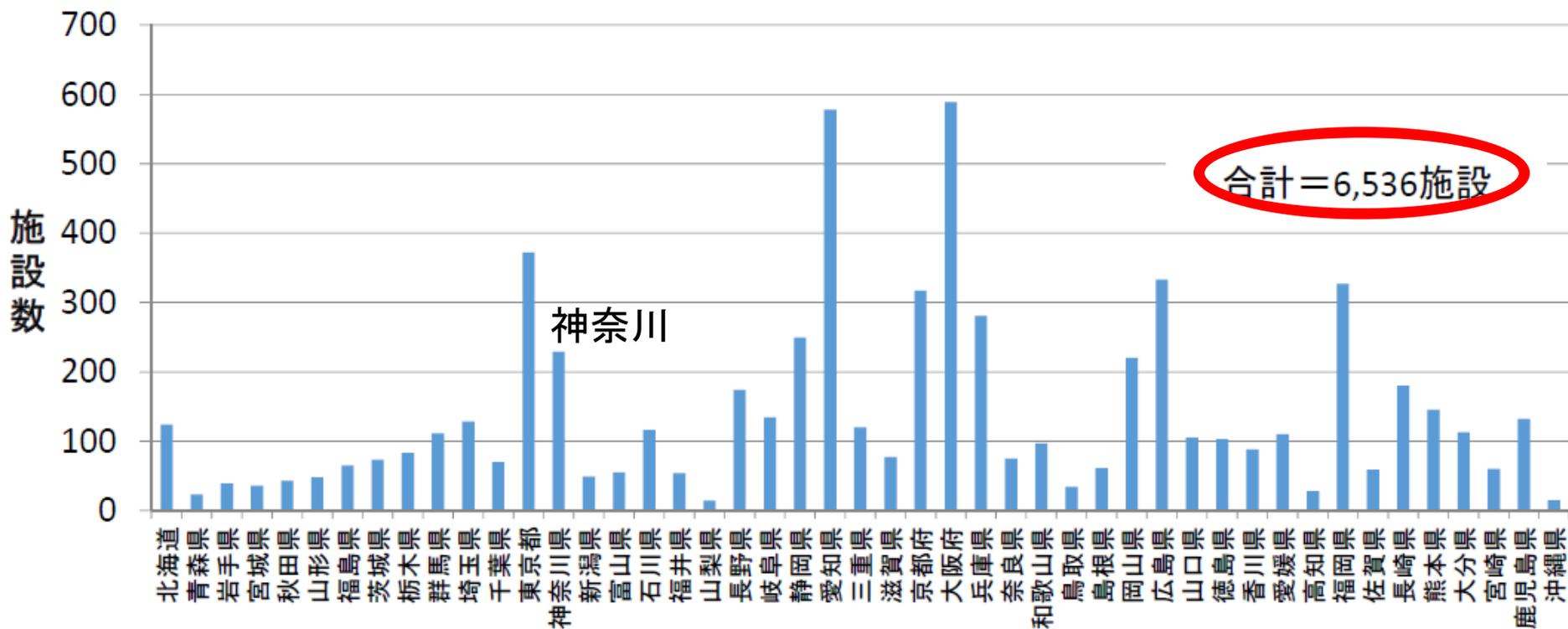


平成26年7月時点 医療課調べ(暫定値)

地域包括診療加算の届出状況

- 地域包括診療加算の届出施設数は都道府県ごとに多様性がある。

地域包括診療加算を届け出た施設数



平成26年7月時点 医療課調べ(暫定値)

かかりつけ医の評価

要件緩和！

地域包括診療料等の施設基準の緩和

- 地域包括診療料等による主治医機能の評価について、その施設基準を緩和し、普及を促す。

現行

地域包括診療料の施設基準

病院の場合

下記のすべてを満たすこと

- ① 2次救急指定病院または救急告示病院
- ② 地域包括ケア病棟入院料等の届出
- ③ 在宅療養支援病院

診療所の場合

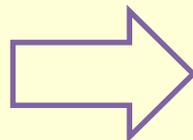
下記のすべてを満たすこと

- ① 時間外対応加算1の届出
- ② 常勤医師が3人以上在籍
- ③ 在宅療養支援診療所

地域包括診療加算の施設基準

下記のうちいずれか1つを満たすこと

- ① 時間外対応加算1又は2の届出
- ② 常勤医師が3人以上在籍
- ③ 在宅療養支援診療所



改定後

地域包括診療料の施設基準

病院の場合

下記のすべてを満たすこと

(削除)

- ① 地域包括ケア病棟入院料等の届出
- ② 在宅療養支援病院

診療所の場合

下記のすべてを満たすこと

- ① 時間外対応加算1の届出
- ② 常勤医師が2人以上在籍
- ③ 在宅療養支援診療所

地域包括診療加算の施設基準

下記のうちいずれか1つを満たすこと

- ① 時間外対応加算1又は2の届出
- ② 常勤医師が2人以上在籍
- ③ 在宅療養支援診療所

主治医機能の新たな評価について

認知症 + α

かかりつけ医の評価 ①

認知症に対する主治医機能の評価

▶ 複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合に、主治医機能としての評価を行う。

(新) 認知症地域包括診療料 1,515点(月1回)

[算定要件]

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症 以外に1以上の疾患を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も 受けていない。
 - ① 1処方につき 5種類を超える内服薬
 - ② 1処方につき 3種類を超える向精神薬
- (3) その他の地域包括診療料の算定要件を満たす。

[施設基準]

地域包括診療料の届出を行っていること。

(新) 認知症地域包括診療加算 30点(再診料1回につき加算)

[施設基準]

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症 以外に1以上の疾患を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も 受けていない。
 - ① 1処方につき 5種類を超える内服薬
 - ② 1処方につき 3種類を超える向精神薬
- (3) その他の地域包括診療加算の算定要件を満たす。

[施設基準]

地域包括診療加算の届出を行っていること。

②かかりつけ薬剤師

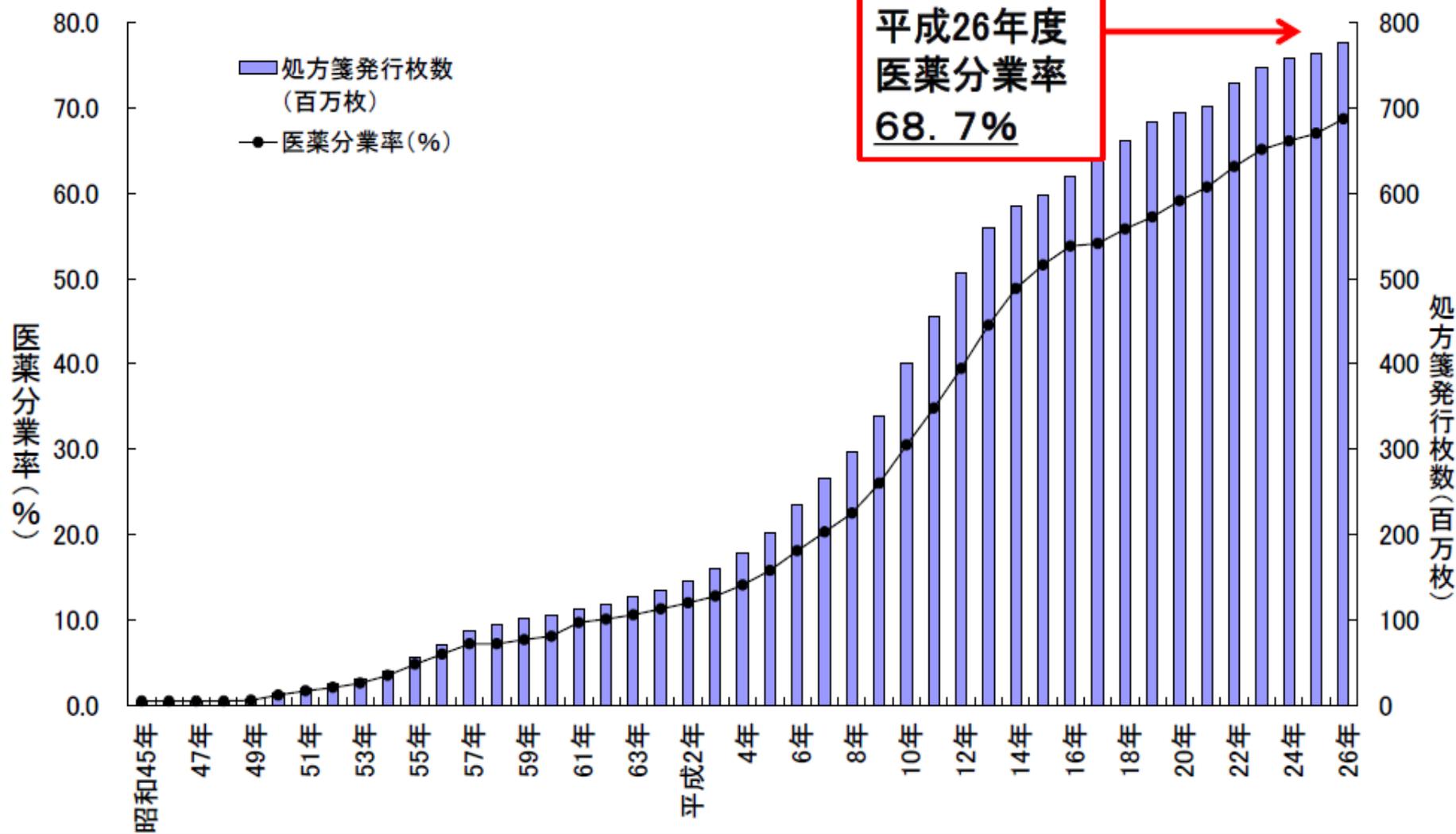


葉山のタカノ薬局の岡豊香さん

保険薬局・薬剤師を取り巻く環境の変化

- 今日、医薬分業が68%(2014年)を超え、量的には拡大した。
- 保険薬局数も57,071(2013年)となった。
- 保険薬局に働く薬剤師も15万人を超えた。
- 薬学教育が6年生となり、薬剤師の臨床薬剤師としての資質の向上も期待されている
- 薬局・薬剤師を取り巻く環境が大きく変化している
- 地域における新たな薬局と薬剤師の役割が求められている

医薬分業率の年次推移



医薬分業率は年々上昇している。

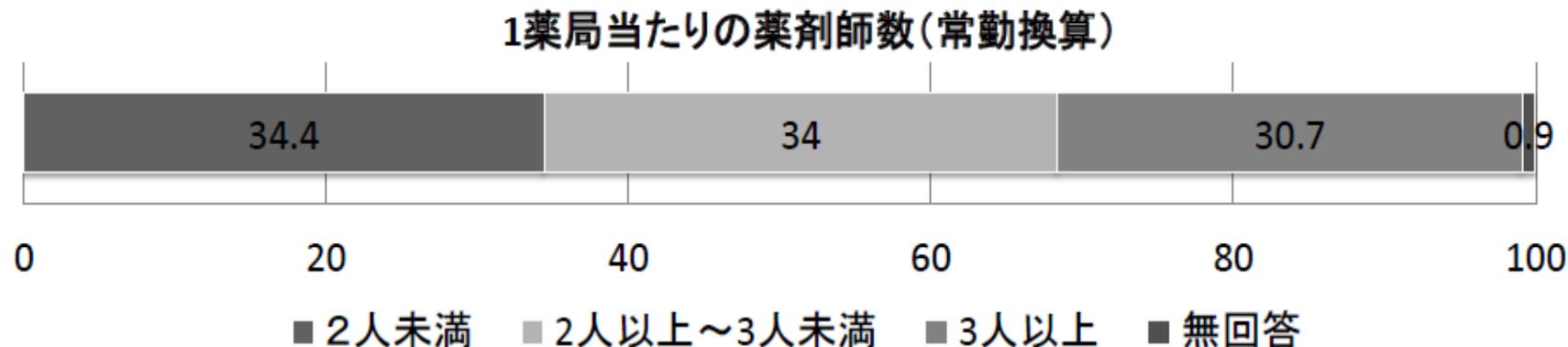
$$\text{※医薬分業率(\%)} = \frac{\text{処方箋枚数(薬局での受付回数)}}{\text{内科診療(入院外)日数} \times \text{内科投薬率} + \text{歯科診療日数} \times \text{歯科投薬率}} \times 100$$

薬局や医療機関の薬剤師数について (本文p20)

	薬局	病院	一般診療所
施設数	57,071 ¹⁾	8,540 ²⁾	100,528 ²⁾
薬剤師数 ³⁾	153,012人	52,704人 * ほとんどが病院に勤務	

1)平成25年 衛生行政報告例 2)平成25年 医療施設(動態)調査 3)平成24年 医師・歯科医師・薬剤師調査
(参考;全薬剤師数 280,012人)

○ 1薬局当たりの薬剤師数(常勤換算)は平均2.7人(中央値2.0)

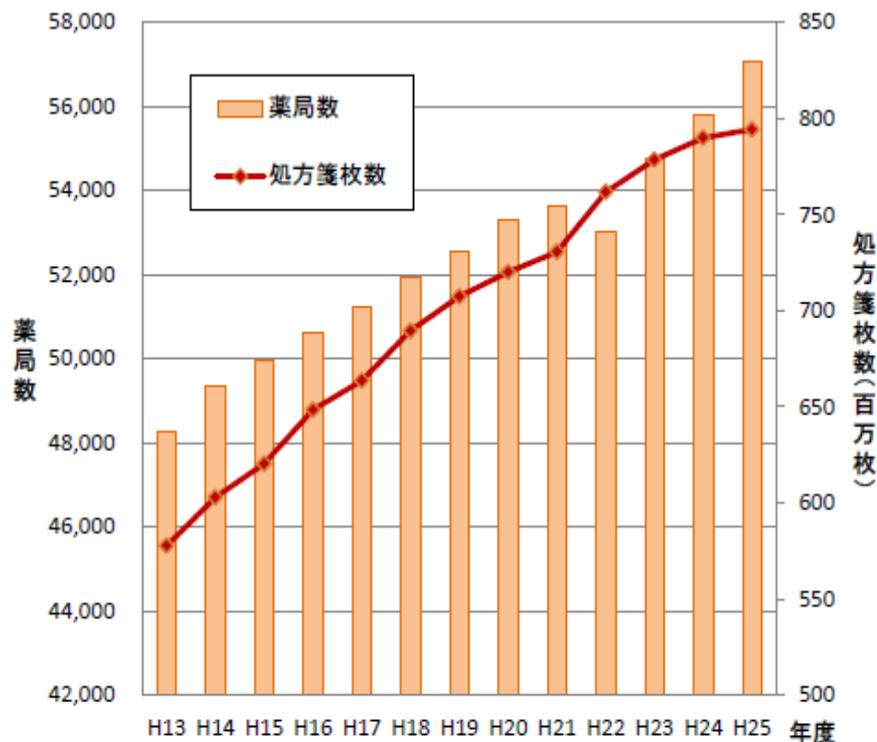


※平成24年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成25年度調査)【n=799(保険薬局)】

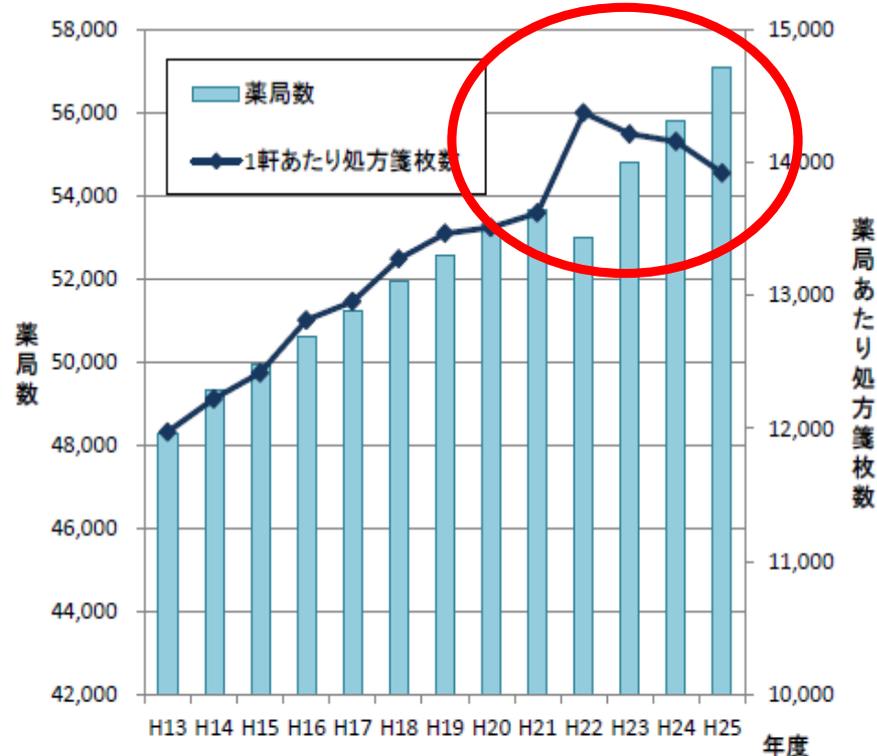
薬局数と処方箋枚数の推移

処方箋枚数は増加しているが、薬局1軒あたりの処方箋枚数はここ数年減少している。

薬局数と処方箋枚数の推移



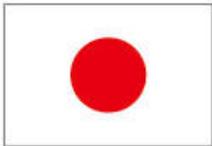
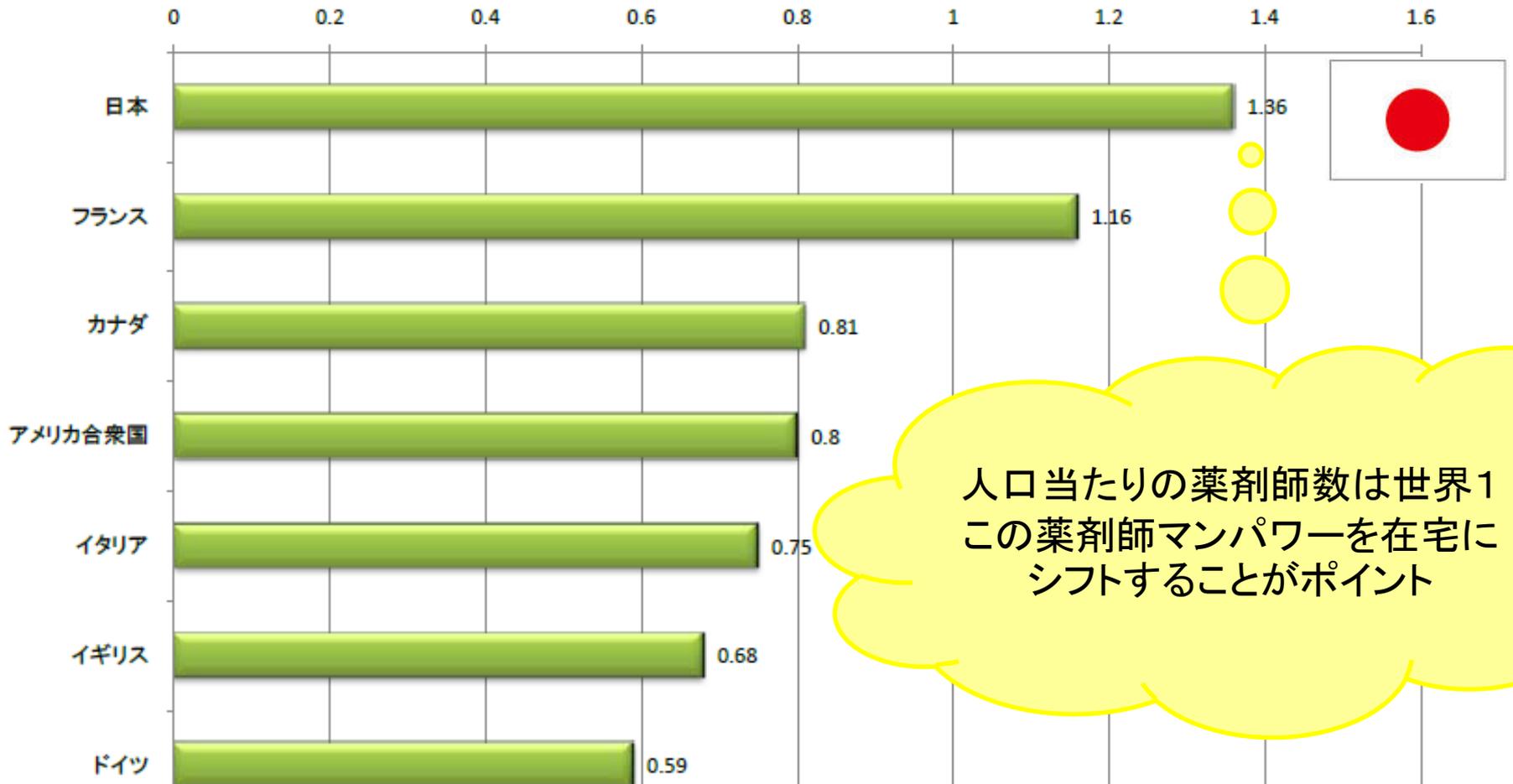
薬局数と薬局1軒あたりの処方箋枚数の推移



人口あたり就業薬剤師数の国際比較

就業薬剤師数は、日本は人口千人当たり1.36人である。
ただし、病院・診療所で就業している薬剤師は人口千人当たり0.38人。

就業薬剤師数(人口千人当たり)(2006年)



人口当たりの薬剤師数は世界1
この薬剤師マンパワーを在宅に
シフトすることがポイント

火を噴く医薬分業批判

- 「総薬剤点数について、院外の方が高く、医薬分業の実施により薬剤費が減るのではないかとの予測とは一致しない結果となっている」
(健保連 2002年)
- 「国が進めてきた医薬分業の効果をきちんと検証すべきだ」(2012年12月四病院団体協議会)
- 大手チェーンドラッグの薬歴未記載問題
- 調剤バブルに対する批判



「患者のための薬局ビジョン ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～」

2015年10月23日

厚生労働省

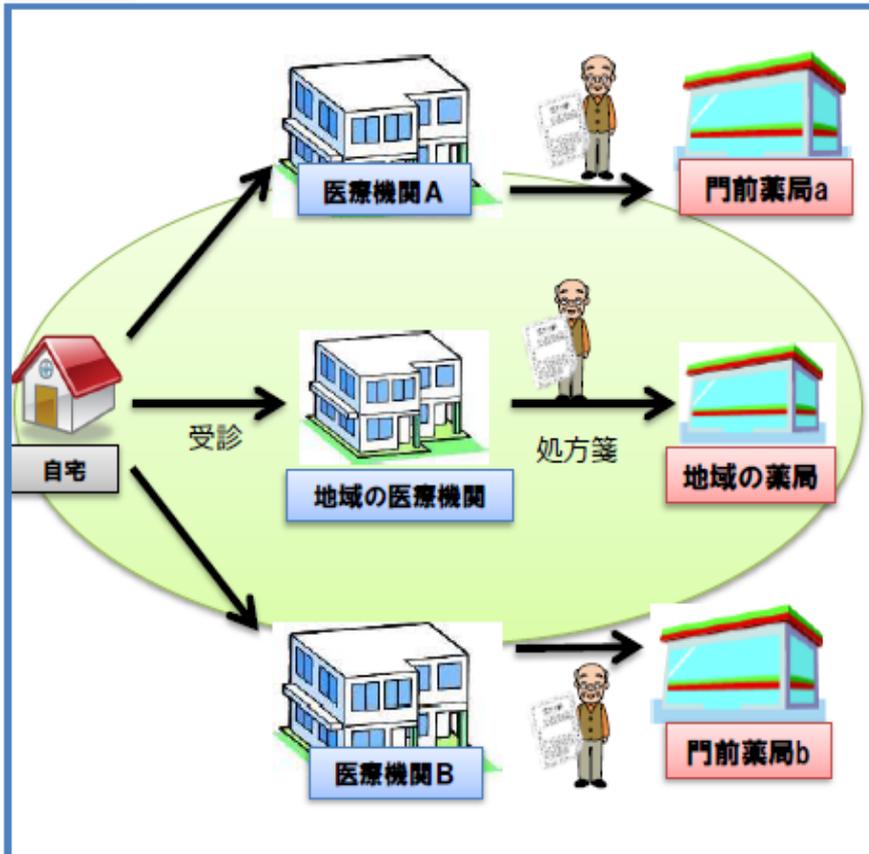
医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方

○薬局の薬剤師が専門性を発揮して、ICTも活用し、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握と薬学的管理・指導を実施。

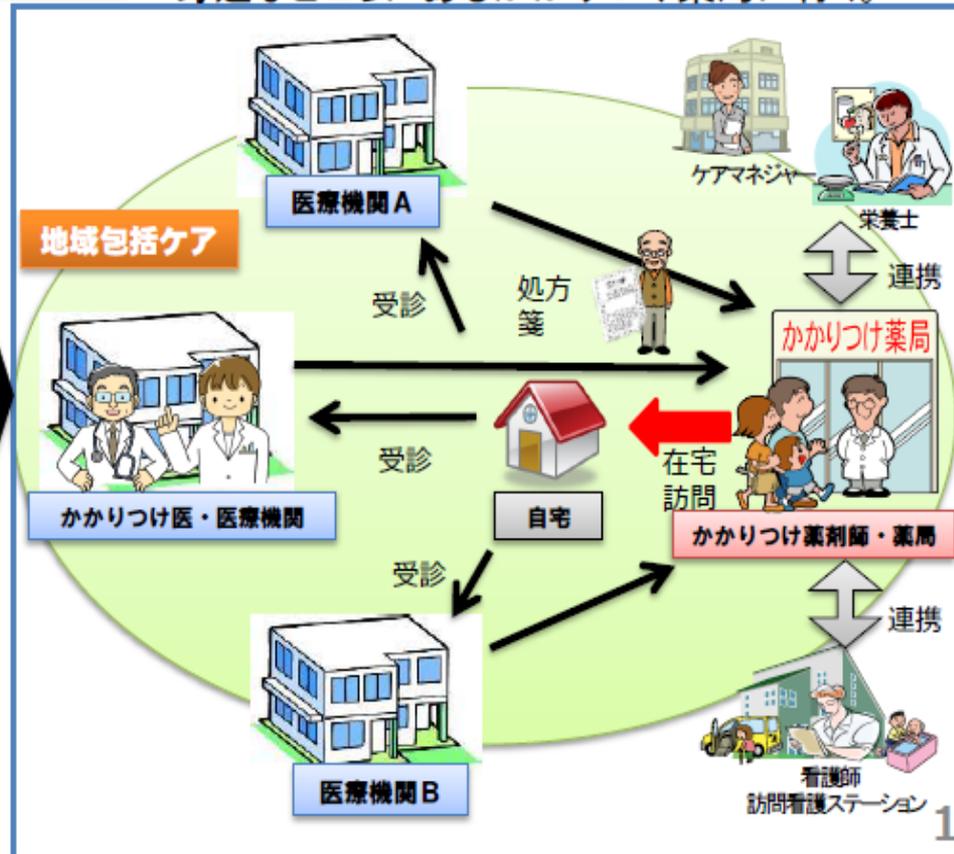
○これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、**患者の薬物療法の安全性・有効性が向上**するほか、**医療費の適正化**にもつながる。

今後の薬局の在り方(イメージ)

現状 多くの患者が門前薬局で薬を受け取っている。



今後 患者はどの医療機関を受診しても、身近なところにあるかかりつけ薬局に行く。



調剤報酬改定のポイント

ポイント1. かかりつけ薬剤師・薬局の評価

- かかりつけ薬剤師の評価／かかりつけ機能を有する薬局の評価(基準調剤加算)

ポイント2. 対人業務の評価の充実

- 薬剤服用歴管理指導料の見直し
- 継続的な薬学的管理
- 減薬等のための処方内容の疑義照会に対する評価
- 調剤料の適正化

ポイント3. いわゆる門前薬局の評価の見直し

- 調剤基本料の適正化／未妥結減算／かかりつけ機能を有していない薬局の適正化

ポイント4. 高齢者の多剤処方

かかりつけ薬剤師指導料

- 患者が選択したかかりつけ薬剤師が、患者に対して服薬指導等の業務を行った場合の評価の新設
 - (新) かかりつけ薬剤師指導料 70点
- 算定要件
 - 患者の同意の上、かかりつけ薬剤師として服薬指導等の業務を実施した場合に算定する。
 - 患者の同意については、患者が選択した保険薬剤師をかかりつけ薬剤師とすることの同意を得る

かかりつけ薬剤師指導料

- 算定要件

- 薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があり、同一の保険薬局に週32時間以上勤務しているとともに、当該保険薬局に半年以上在籍していること
- かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の業務を行っていること
 - 適切な服薬指導等
 - 薬剤情報の一元的、継続管理
 - 患者が受診している全ての保険医療機関の情報把握
 - 患者から24時間相談に応じる体制
 - ブラウンバック

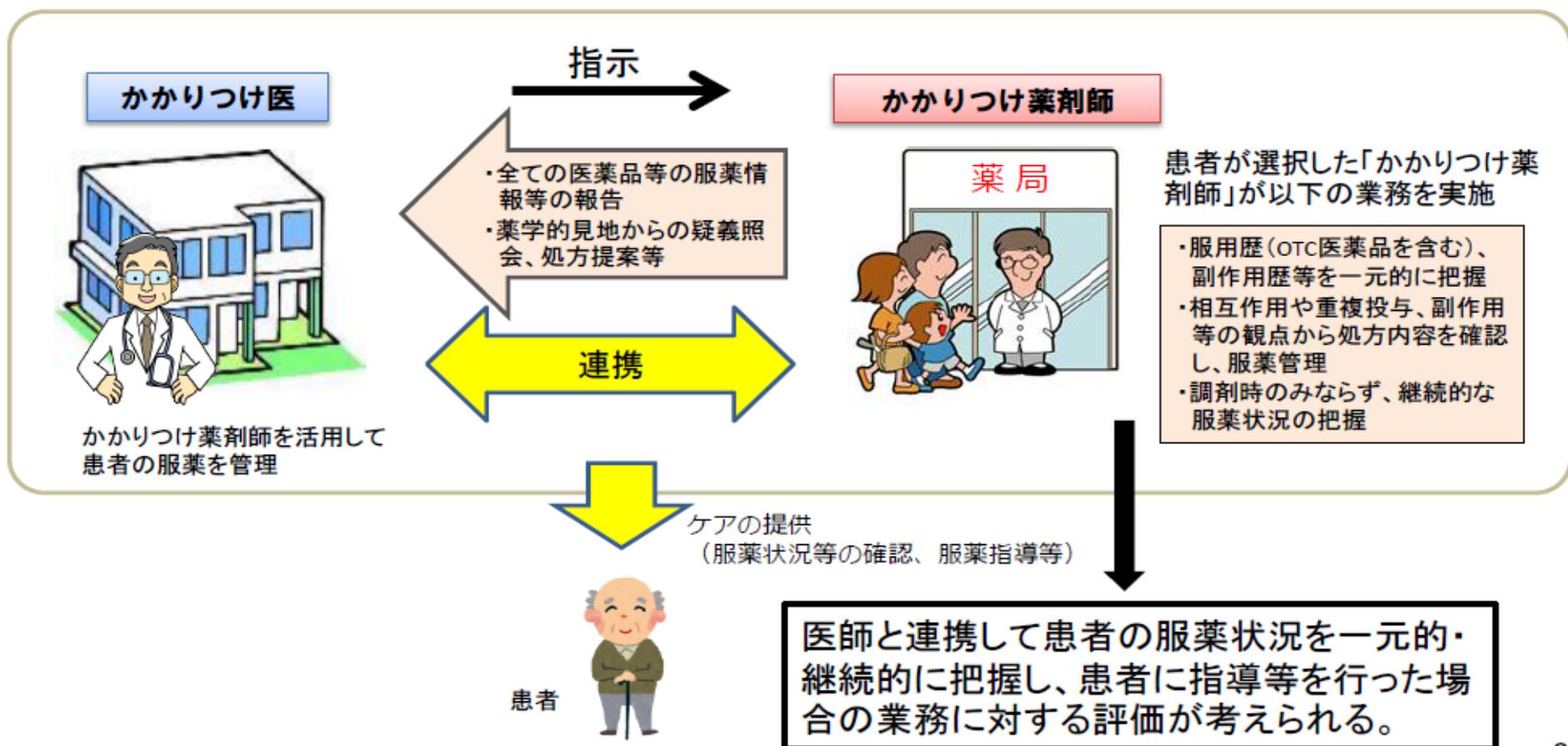
選ぶ条件

「ですから、彼女より私のほうがキャリアが長いんですから」



かかりつけ医とかかりつけ薬剤師の連携（イメージ）

かかりつけ薬剤師は、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握し、それに基づき患者へ指導等を行う。また、得られた患者情報に基づき、かかりつけ医に服薬情報等を報告するとともに、薬学的見地から処方内容の疑義照会や処方提案等を行う。



パート4

訪問看護ステーションと診療報酬改定



診療報酬改定と 訪問看護ステーション

- ①機能強化型訪問看護ステーション
- ②退院直後の在宅療養支援

①機能強化型 訪問看護ステーション

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療

機能強化型訪問看護ステーションの評価

- 在宅医療を推進するため、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所の設置等、機能の高い訪問看護ステーションを評価する。

24時間対応
(24時間対応体制加算の届出)

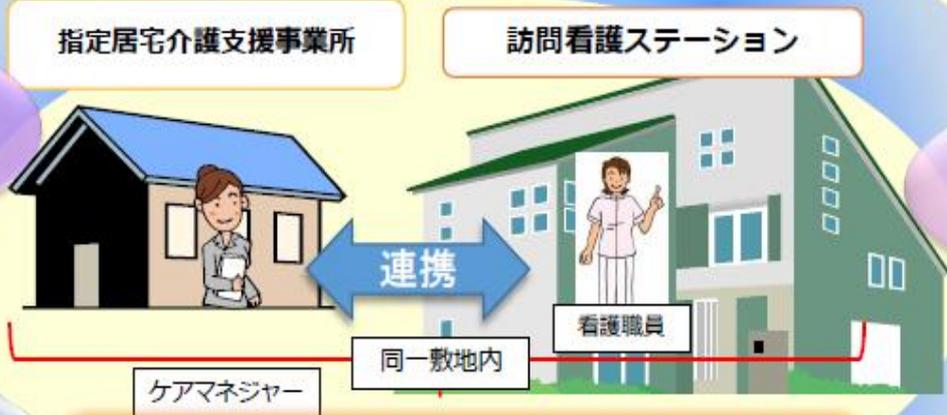
常勤看護職員
機能強化型訪問看護管理療養費1: 7人以上
機能強化型訪問看護管理療養費2: 5人以上

ターミナルケア
(ターミナルケア療養費、ターミナルケア加算の算定数の合計)

機能強化型訪問看護管理費1: 20以上/年
機能強化型訪問看護管理費2: 15以上/年

重症度の高い患者の受け入れ
(別表7※の利用者数)

機能強化型訪問看護管理費1: 10人以上/月
機能強化型訪問看護管理費2: 7人以上/月



休日・祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施

居宅介護支援事業所の設置 (同一敷地内)
(介護サービス計画、介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、1割程度の計画を作成)

○訪問看護ステーションの、特に医療的な管理が必要な利用者について、適切なタイミングで医療保険・介護保険の訪問看護が提供できる。
○ケアマネ事業所の利用者について、医療が必要となった際、ステーション看護師への相談や連携がよりスムーズに行える。

情報提供・相談・人材育成
地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施

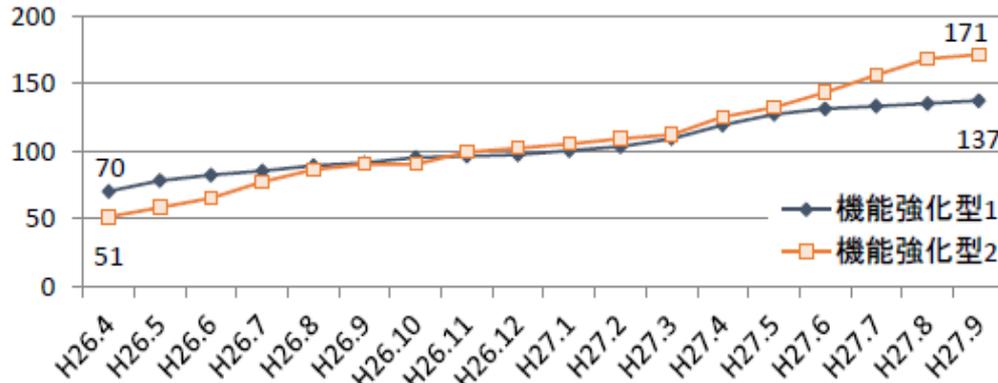
※特掲診療料の施設基準等・別表第7に掲げる疾病等
末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ核小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頭髄損傷、人工呼吸器を使用している状態



機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

- 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、平成27年9月時点で機能強化型1が137事業所、機能強化型2が170事業所であり、機能強化型1に比べ機能強化型2の届出数が多い。
- 大都市部で届出が多い傾向があり、届出がない県も6県ある。

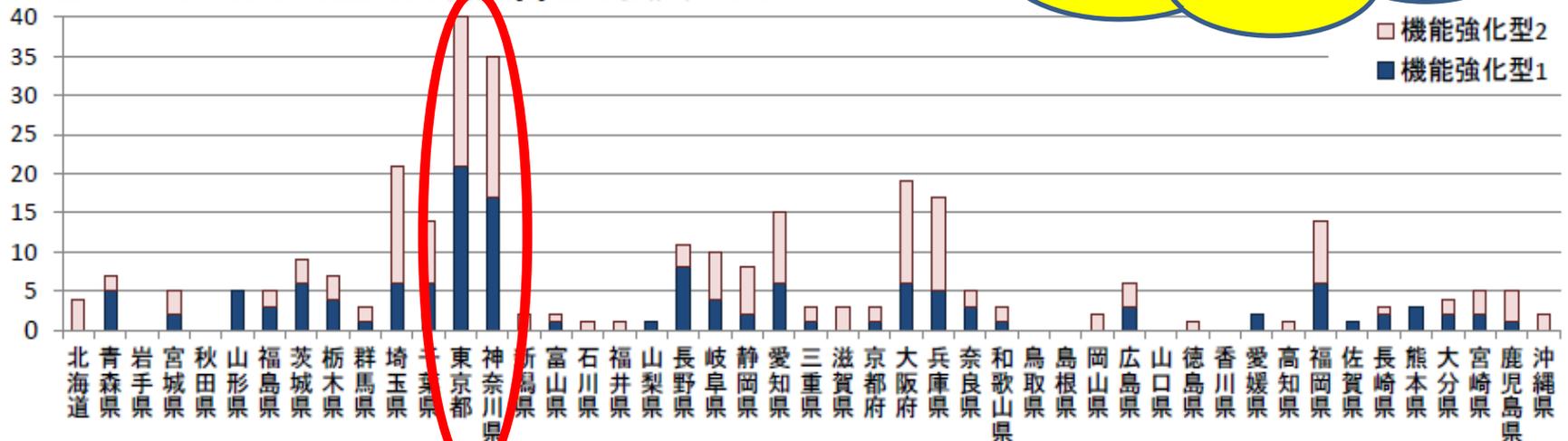
■機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



機能強化型訪問看護管理療養費1	機能強化型訪問看護管理療養費2	計
137	171	308

全国7739訪問看護ステーションの4%

■都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数



機能強化型

訪問看護ステーションと次期改定

(ア) 看取り要件

(イ) 医療ニーズの高い小児の受け入れ

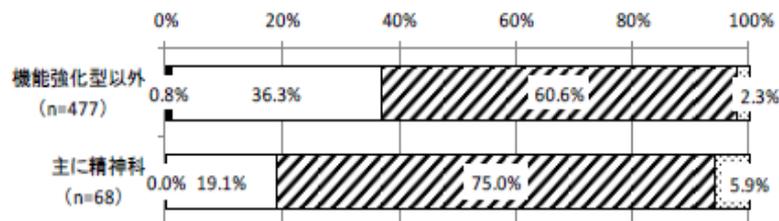
(ア) 看取り要件



機能強化型を届け出ない理由①

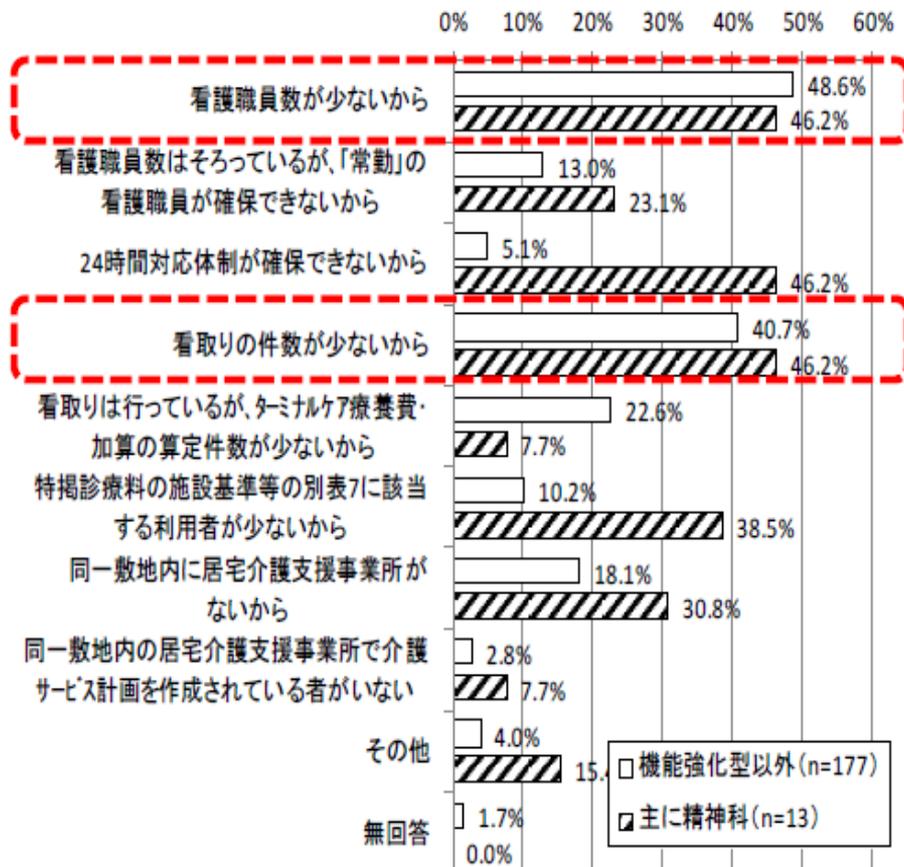
○ 機能強化型訪問看護管理療養費を届け出していない訪問看護ステーションのうち、約 1 / 3 のステーションは今後機能強化型として届け出ることを目指しているが、現時点で届け出していない理由は、「看護職員数が少ない」及び「看取りの件数が少ない」が多い。

■ 機能強化型の届出の検討状況



- 届出予定である
- 時期は決まっていないが、機能強化型として届け出ることを目指している
- ▨ 機能強化型として届け出ることは特に目指していない
- 無回答

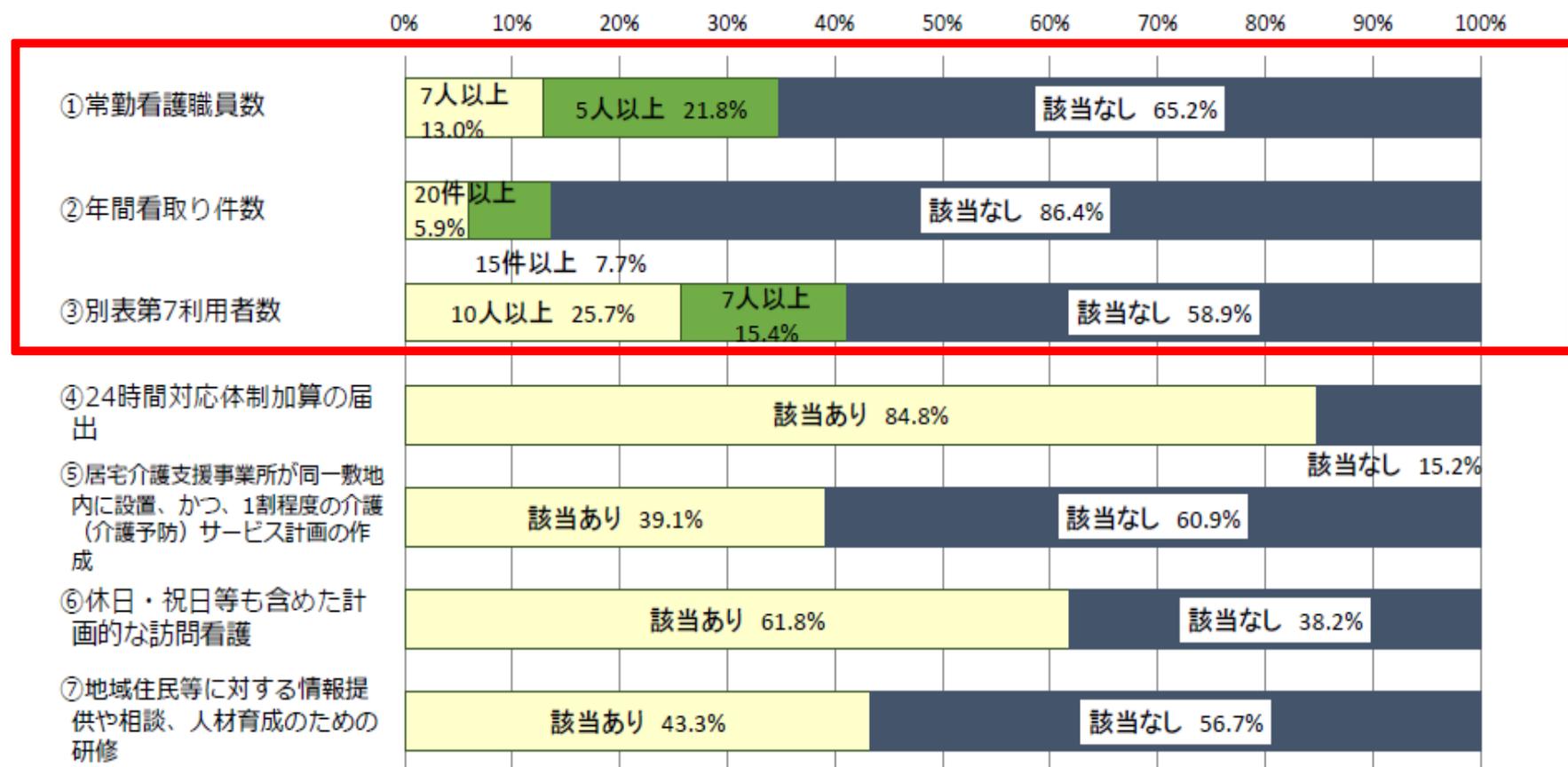
■ 機能強化型の届出なしの理由 (複数回答)



機能強化型を届け出ない理由②

- 機能強化型訪問看護管理療養費を算定したことがない訪問看護ステーションでは、機能強化型訪問看護ステーションの施設基準で求められている項目のうち、年間看取り件数の要件を満たしていない事業所が最も多い。

■ 機能強化型訪問看護管理療養費を算定したことがないステーションの要件別の算定状況 (n=1,366ステーション)



出典：平成28年診療報酬改定に関するアンケート調査
(平成27年 社団法人全国訪問看護事業協会)

※調査対象：全国訪問看護事業協会会員訪問看護ステーション(4,436か所)
※調査期間：平成27年4月

訪問看護ステーションにおける看取り状況

- 訪問看護ステーション1か所当たりの年間合計看取り件数は、機能強化型1は平均約30件、機能強化型2は平均約20件、機能強化型以外は平均約5件である。
- ターミナルケアを実施しているも、在宅がん医療総合診療料を算定している利用者は、現在は看取り件数に含まれていないが、含めた場合は看取り件数が増加する。

■ 1ステーション当たりの年間看取り件数

	看取り件数 ※	
	現行の計算方法	仮に、在宅がん医療総合診療料（医療機関で算定）対象患者を含めた場合
平均値	8.7	9.2
1) 機能強化型1のみ	31.4	32.5
2) 機能強化型2のみ	20.3	21.3
3) 1)、2)以外	5.1	5.5
中央値	4	4
標準偏差	11.7	12.1

	現行の計算方法		仮に、在宅がん医療総合診療料（医療機関で算定）対象患者を含めた場合
調査対象のうち、看取り件数が年間15件を上回るステーション数	137	+8%	148

※看取り件数：平成26年4月1日～9月30日の看取り実績から年間合計を推計したもの

出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）「機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の状況調査」を保険局医療課にて再集計

在宅がん医療総合診療料

保険医療機関と訪問看護ステーションが共同で実施する場合には、保険医療機関において一括して算定する。

【概要】

- 末期の悪性腫瘍の患者に対し、計画的な医学管理の下に、訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週4日以上であり、かつ、訪問診療及び訪問看護の回数が週1回以上。

※ 訪問看護ステーションがターミナルケアを実施しているも、本項目の算定利用者は、訪問看護ステーション側では報酬を算定しない。

在宅がん医療総合診療料患者を含めて20人

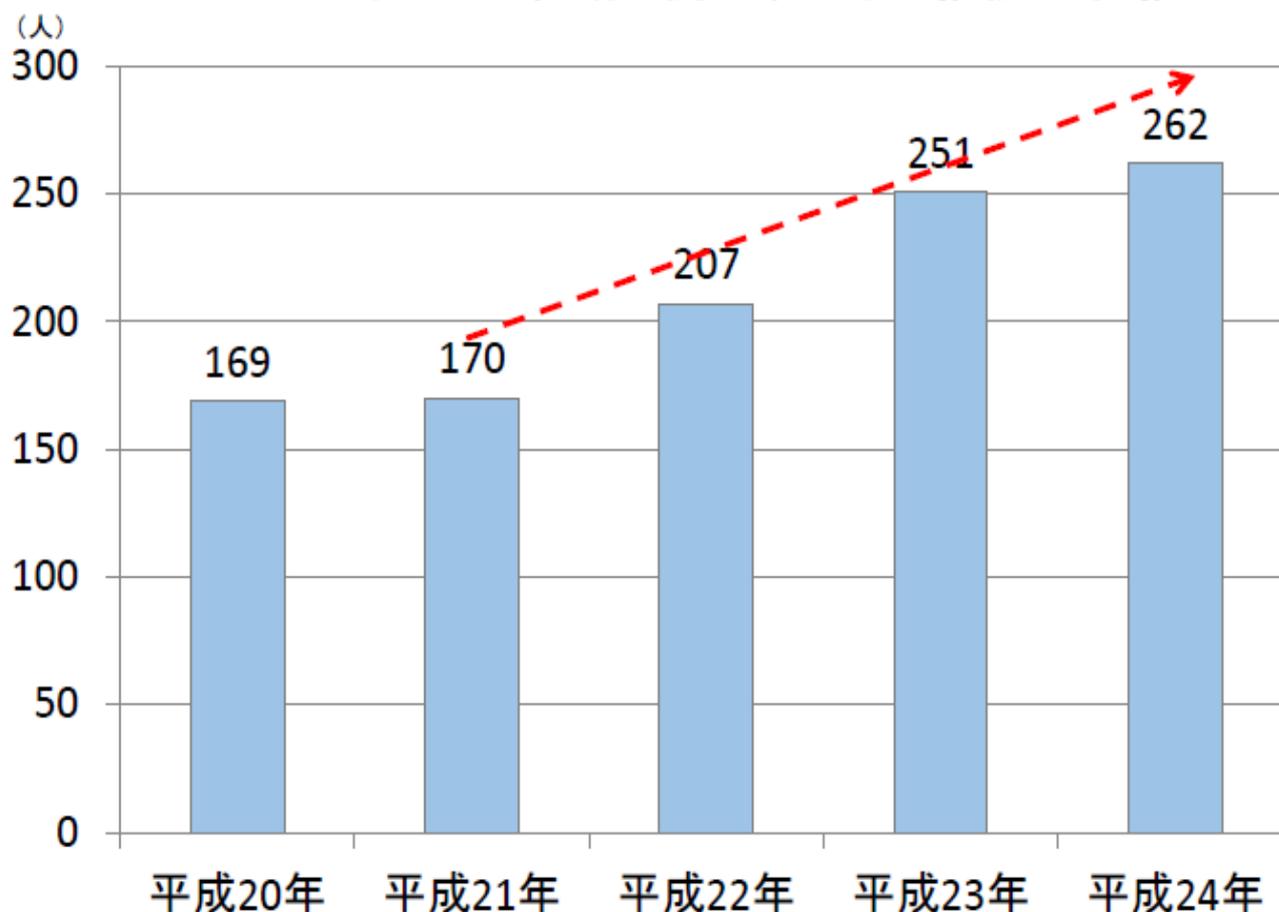
(イ) 医療ニーズの高い 小児の受け入れ



NICUにおける長期入院児の推移

○ 新生児特定集中治療室(NICU)における長期入院児(1年以上入院している児)の数は増加傾向にある。

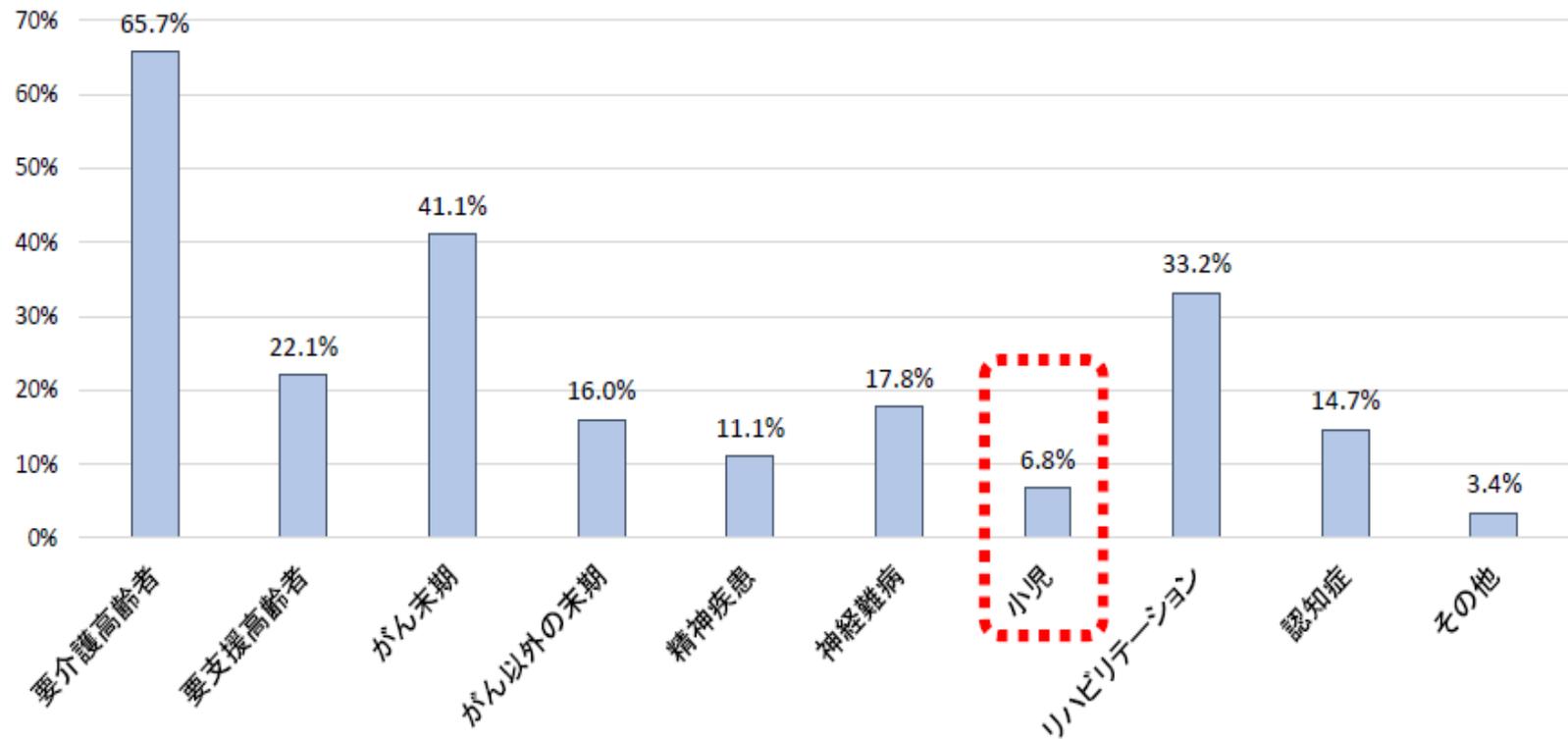
<NICUにおける1年以上の長期入院児数の年次推移(全国推計)>



訪問看護ステーションが得意としている利用者の特性

○ 高齢者やがん末期、神経難病等と比べ、小児を得意分野とする訪問看護ステーションは少ない。

■ 訪問看護ステーションが得意としている利用者の特性 (n=443) (複数回答)



出典：東京都訪問看護支援検討委員会報告書（平成25年3月）

※調査対象：東京都内の訪問看護ステーション（管理者票）

機能強化型訪問看護ステーション

- ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上、かつ、超・準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上
- 超・準超重症児の利用者数を合計した数が常時6人以上

②退院直後の在宅療養支援

- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間に退院支援や訪問看護ステーションとの連携のため入院医療機関から行う訪問指導について評価する
- 今後の在宅医療のニーズの増大に対応した訪問看護の提供体制の確保のために、病院・診療所からの訪問看護をより評価する。

病棟の看護師や 病院・診療所の訪問看護ステーションと連携



病院の訪問看護ステーション

病棟看護師と連携



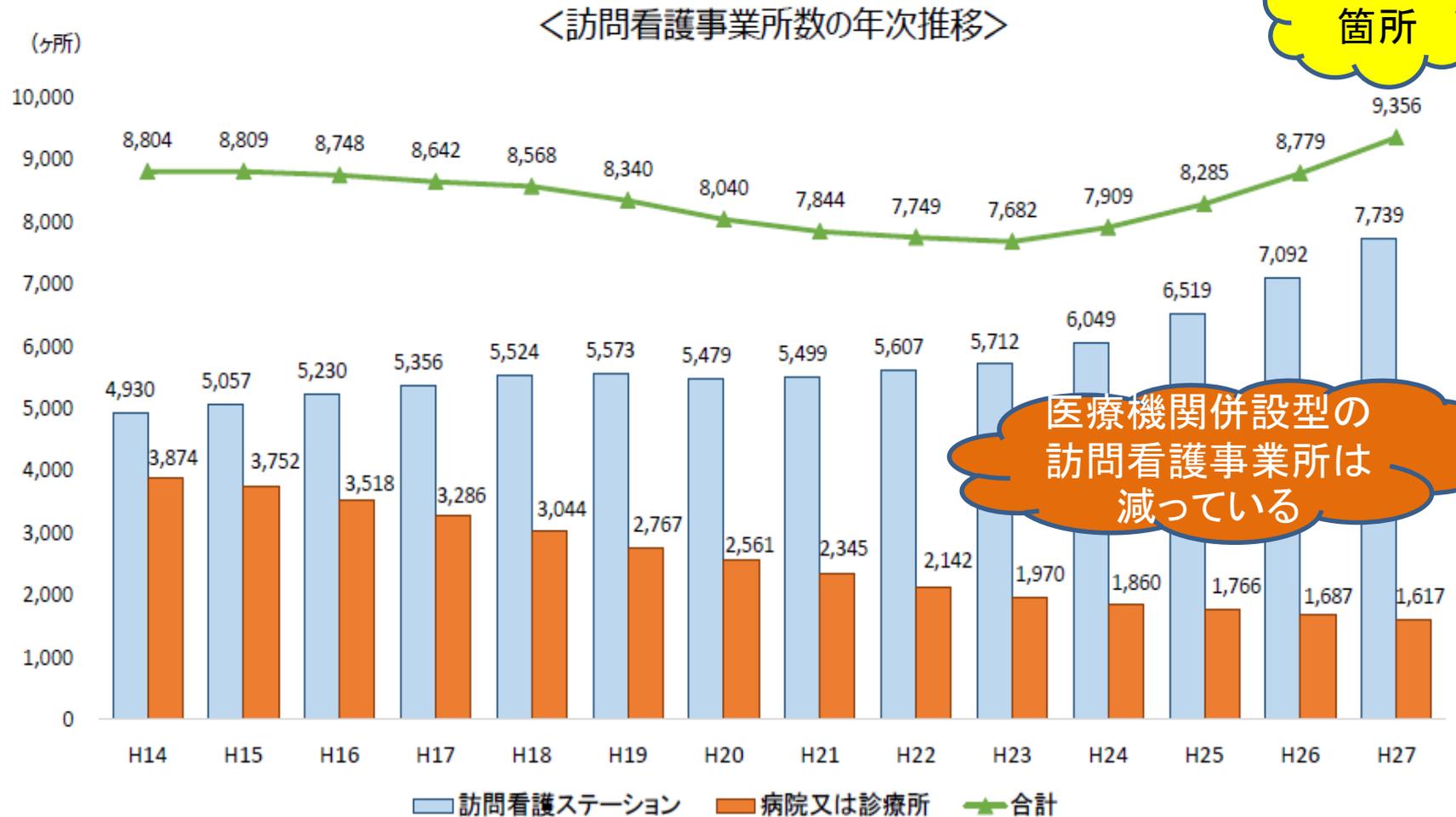
退院直後患者



地域の訪問看護ステーション

訪問看護ステーション数の年次推移

○ 訪問看護ステーション数は7,739か所（平成27年4月介護保険審査分）と増加傾向にあり、病院・診療所からの訪問看護を含めた全体の訪問看護提供機関は近年の増加が著しい。



パート5 訪問看護ステーションの近未来

看多機(かんだき)

看多機(かんたき)

- 退院直後の在宅生活へのスムーズな移行
- がん末期等の看取り期、病状不安定期における在宅生活の継続
- 家族に対するレスパイトケア、相談対応による負担軽減

看護小規模多機能型居宅介護
事業者 交流会

平成27年11月17日(火) 13:30~16:45
於：JNAホール

看多機交流会

(日本看護協会、2015年11月)



看多機に期待が寄せられている

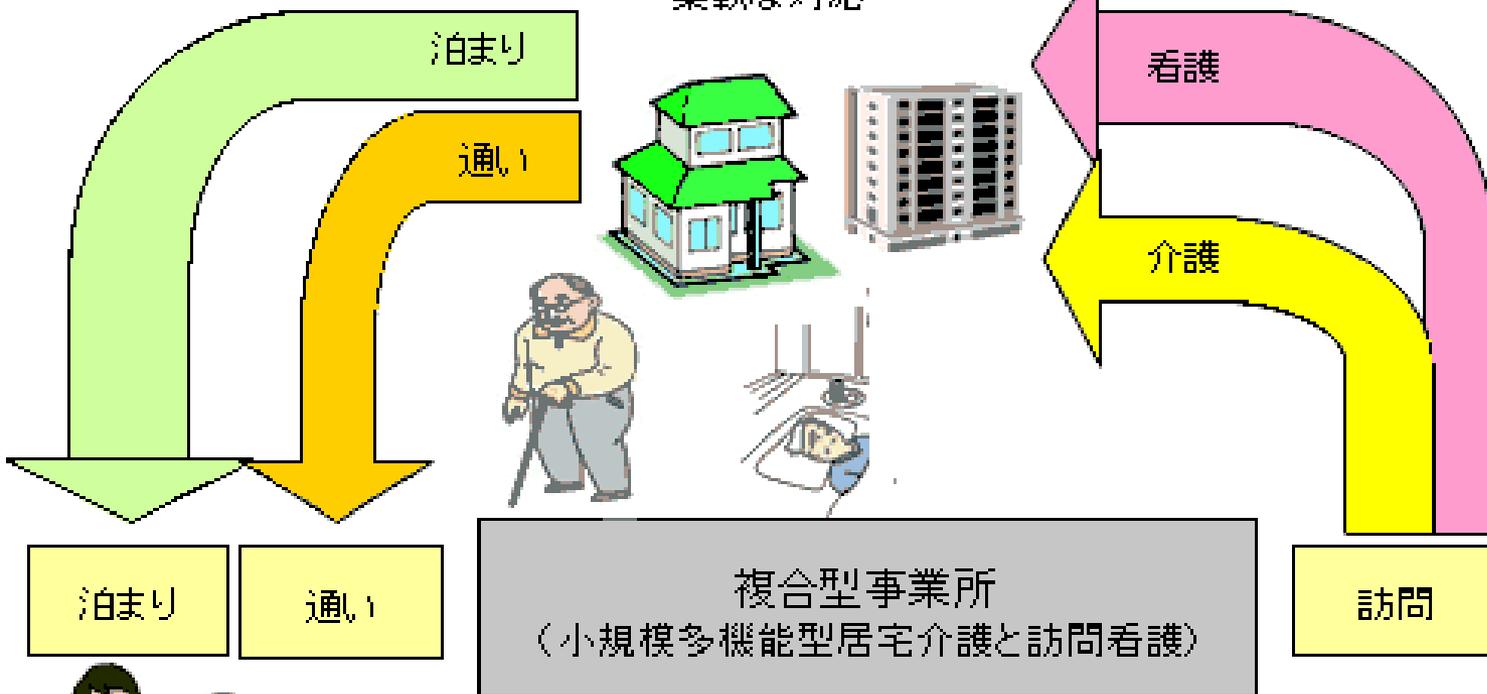
- 看護小規模多機能型居宅介護事業(看多機)は全国で218箇所とすくない。
 - 看多機は日本看護協会が提案した新サービス
 - 「看護師が作るもう一つの家」
- 斎藤訓子常任理事



2012年介護報酬改定 複合型サービスが新設

利用者ニーズに応じた
柔軟な対応

※地域密着型サービスとして位置づけ



サービス事業所
数 78 保険者90
事業所
利用者数約
1400人
(2013年10月)



- 要介護度が高く、医療ニーズの高い高齢者に対応するため、小規模多機能型居宅介護サービスに加え、必要に応じて訪問看護を提供できる仕組みとする。
- 別々に指定したサービスを提供するよりも、小規模多機能型居宅介護事業所に配置されたケアマネージャーによるサービスの一元管理により、利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供が可能。
- 事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能

訪問看護との連携
確保が課題

➤国民の二一ズ「家族に負担をかけずに在宅療養」

「可能な限り、住み慣れた地域で、自宅で、最後まで暮らし続けたい」 - これは多くの国民の希望です。しかし同時に、「家族に介護の負担はかけたくない」という気持ちもあります。一人暮らしや高齢者のみの世帯も増えていく中、家族の介護力がなくても、医療・介護サービスを利用して在宅で暮らせる環境づくりがこれからの課題です。

自分が介護が必要になった場合の希望

		回答	割合
自宅	}	自宅で家族中心に介護を受けたい	4%
		自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい	24%
		家族に依存せずに生活出来る様な介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい	46%
高齢者住宅等 施設・ 医療機関	}	有料老人ホームやケア付き高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい	12%
		特別養護老人ホームなどの施設で介護を受けたい	7%
		医療機関に入院して介護を受けたい	2%
		その他	3%
		無回答	2%

両親が介護が必要になった場合の希望

		回答	割合
自宅	}	自宅で家族中心に介護を受けさせたい	4%
		自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けさせたい	49%
		家族に依存せずに生活出来る様な介護サービスがあれば自宅で介護を受けさせたい	27%
高齢者住宅等 施設・ 医療機関	}	有料老人ホームやケア付き高齢者住宅に住み替えて介護を受けさせたい	5%
		特別養護老人ホームなどの施設で介護を受けさせたい	6%
		医療機関に入院して介護を受けさせたい	2%
		その他	3%
		無回答	4%

【出典】第29回社会保障審議会介護保険部会(平成22年8月23日)

【原典】介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集(平成22年5月15日、厚生労働省老健局)

➤しかし、在宅療養は難しい・・・

「家族に負担をかけずに在宅療養」を困難にしている要因は・・・

日本看護協会が医療・在宅・介護に携わる方々にヒアリングを実施したところ、在宅療養を難しくしている要因が寄せられました。

病院

- ・家族が在宅介護で疲れてしまい、レスパイト的な緊急入院が多い
- ・在宅で看取れるか家族が不安になり、在宅看取りの意思が揺らいでしまう



訪問看護ステーション・在宅療養支援診療所

- ・在宅の介護力が足りないために、病院に入院してしまう
(介護サービスさえあれば、かなりの医療的な対応、症状緩和は在宅でもできる)
- ・家族が不安・疲弊してしまい、ターミナル期の2～3週間を在宅で支え切れない



がんセンター

- ・動けなくなるのは最後の数週間だが、その数週間を支えてくれるサービスがない
- ・医療機関ではなく、生活の場に、タイムリーに医療や看護が入れる仕組みが必要



在宅療養する利用者・ご家族

- ・「家で看取る」というイメージがつかない
- ・在宅療養で困ったことや不安を、身近に相談できる窓口がない
- ・医療依存度が高い人を受け入れてくれるショートステイがない

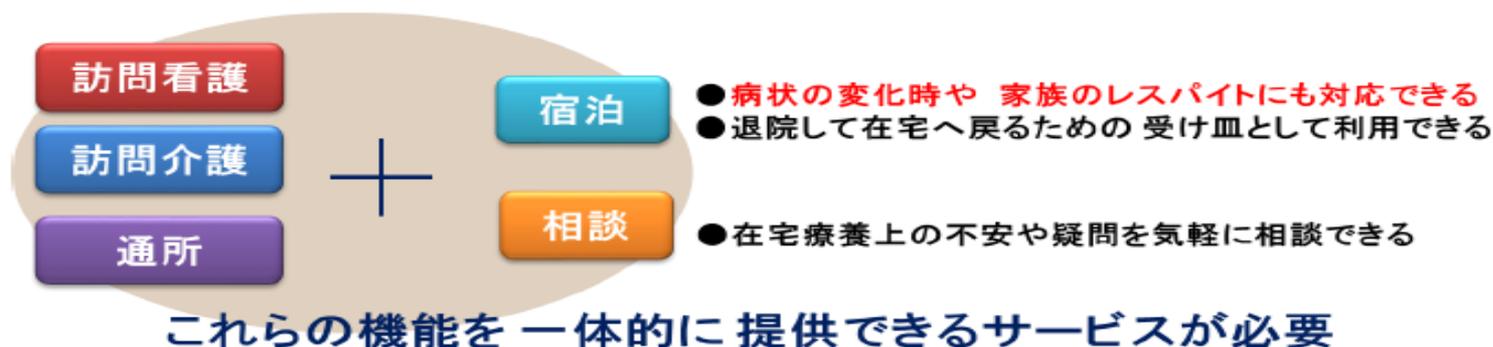


➤在宅療養に必要なサービスを一つにしました

24時間365日、安全・安心な在宅療養を続けるためには、多様なサービスが不可欠です。

訪問看護や訪問介護のサービスだけで頑張っても、一日の限られた時間を「点」で支えるのが精一杯です。時には、看護・介護の専門職の目の行き届くところで「通所」や「宿泊」ができ、さらに、療養上の不安や疑問を、看護職に気軽に相談できるサービスが在宅療養には必要です。

そこで、従来の通いや訪問のサービスに、在宅療養の継続に必要なサービスを加えた、在宅療養者と家族を支える新サービスを一つにし提案しました。



**訪問看護と
小規模多機能型居宅介護（訪問介護、通所、宿泊）を
一体的に提供できるような、新サービスの創設を要望**

（平成22年8月23日 社会保障審議会介護保険部会において提案）

「小規模多機能型居宅介護」の通所・宿泊・訪問介護に、あらたに「訪問看護」の機能を加えることで、医療・介護ニーズの高い在宅療養者への支援の充実を図るものです。

➤ 平成24年度介護報酬改定 複合型サービスの創設へ

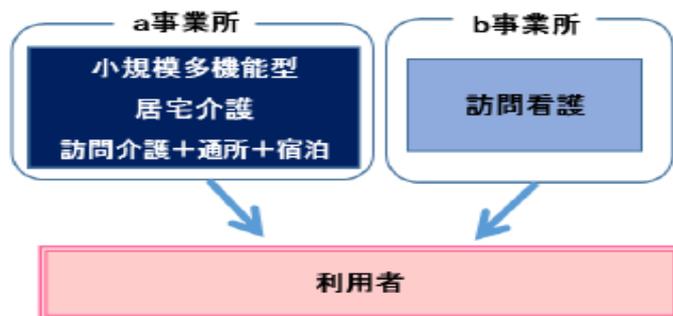
複合型サービスとは（平成24年改正介護保険法）

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護 または 小規模多機能型居宅介護を2種類以上組み合わせることにより提供されるサービスのうち、**訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組合せ**その他の居宅要介護者について一体的に提供されることが特に効果的かつ効率的なサービスの組合せにより提供されるサービスとして厚生労働省令で定めるものをいう。

「複合型サービス」の第一弾 小規模多機能型居宅介護と訪問看護の組み合わせが実現

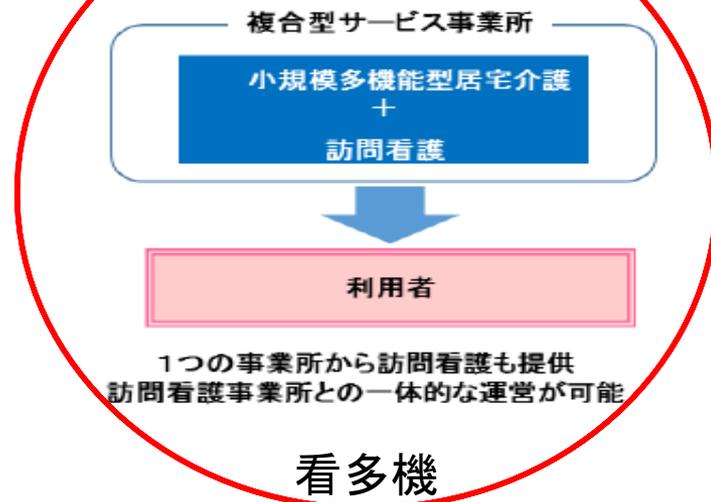
小規模多機能型居宅介護と同じ地域密着型サービスです。今まで利用のできなかった医療ニーズの高い要介護者が24時間365日、顔なじみのスタッフより看護と介護のサービスを受けることができるようになりました。

今までの小規模多機能居宅介護



それぞれのサービスを別々の事業所から提供

創設の複合型サービス



1つの事業所から訪問看護も提供
訪問看護事業所との一体的な運営が可能

略して
看多機♪
(かんたき)

- 2015年
- **平成27年度介護報酬改定**
複合型サービスから看護小規模多機能型居宅介護へ名称変更

日本看護協会ではサービス創設時より3年間にわたり、全国の12か所の複合型サービス事業所から詳細なサービス内容や運営方法について、記録やデータを基にサービス効果について分析しました。その結果、複合型サービスは医療依存度の高い利用者あるいは状態が不安定な利用者に対応できるサービスであることが実証でき、介護給付費分科会をはじめとして、様々な場でサービスの効果を紹介してきました。

そして、平成27年度介護報酬改定では、そのニーズや重要性が認められ、サービスの設置促進や医療ニーズに対応した加算が新設されました。

平成27年度介護報酬改定の改定事項

- サービス名称 「看護小規模多機能型居宅介護」へ変更
- 看護体制の機能に伴う評価の見直し (医療ニーズに対応している事業所への加算)
- 定員登録数等の緩和 (利用登録者数29人へ拡大)
- 事業開始時支援加算の延長 (平成29年度末まで継続)
- 総合マネジメント体制強化加算の創設
- 運営推進会議及び外部評価の効率化
- 同一建物居住者へのサービス提供に係る評価の見直し
- 限定的緊急時の短期利用

看多機の意義

- 2015年度介護報酬改定では看多機(複合型サービス)事業所に対して厚労省が事前に運営状況の調査を実施
- 結果を踏まえて、よりスムーズな運営が可能となるよう改定を行った。
- 老健局老人保健課看護専門官の猿渡央子氏



2015年介護報酬改定での 看多機の改定ポイント

- (1) 名称の見直し
 - 複合型サービスという名称は分かりにくい
 - 看護小規模多機能型居宅介護(看多機)とした
- (2) 登録定員数の緩和
 - 登録定員25人(通いは15人、泊まりは9人)を29人にした
 - 1人当たり3平米以上の面積を確保している場合は通いサービスを18人まで認める

2015年介護報酬改定での 看多機の改定ポイント

- (3) 外部評価の効率化
 - 都道府県がシテイする外部評価機関によるサービス評価を廃止し自己評価とした
- (4) 総合マネジメント体制強化加算の創設
 - 月1000単位の加算
 - 地域医療介護総合確保基金への補助額が3200万円に増額、東京都は4500万円

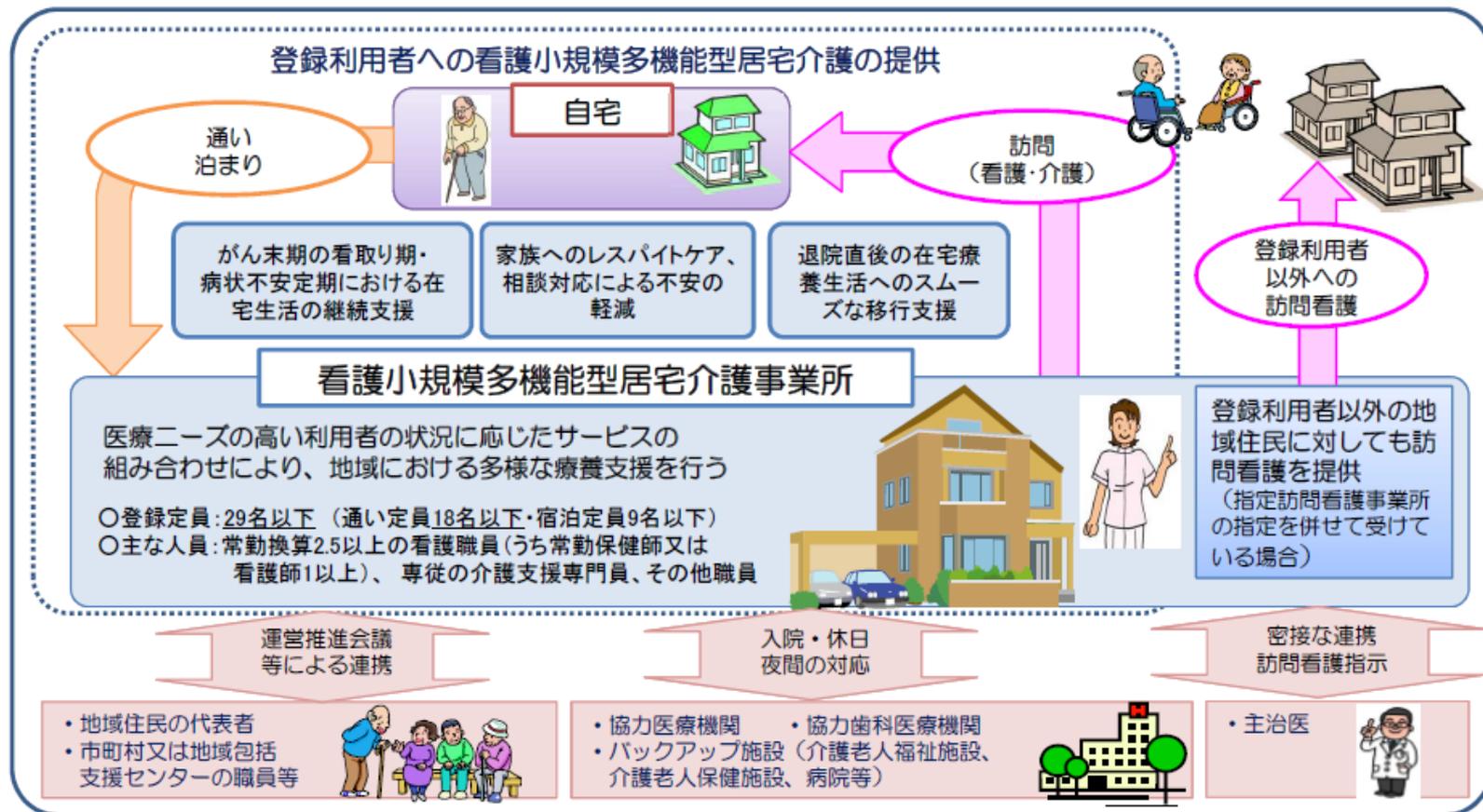
2015年介護報酬改定での 看多機の改定ポイント

- (5) 事業開始時支援加算の延長
- (6) 提供される看護の実態に合わせた加算と減算の実施
 - 障害児・者向けサービス提供もできる
- (7) 同一建物居住者へのサービス費変更

看多機は在宅限界を高める！

改めて
看多機の概要とは？

看護小規模多機能型居宅介護の概要



○ 主治医と看護小規模多機能型居宅介護事業所の密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービスを24時間365日利用することができる。

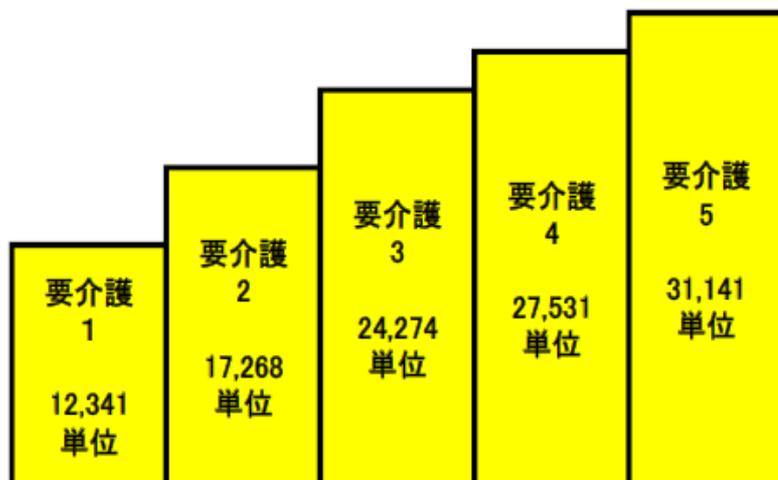
※ 医療ニーズへの対応が必要な利用者に対して、小規模多機能型居宅介護事業所では対応できなかったが、看護小規模多機能型居宅介護事業所では対応できる。

○看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、「通い」、「泊まり」、「訪問(看護・介護)」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状態に即応できるサービスを組み合わせることができる。

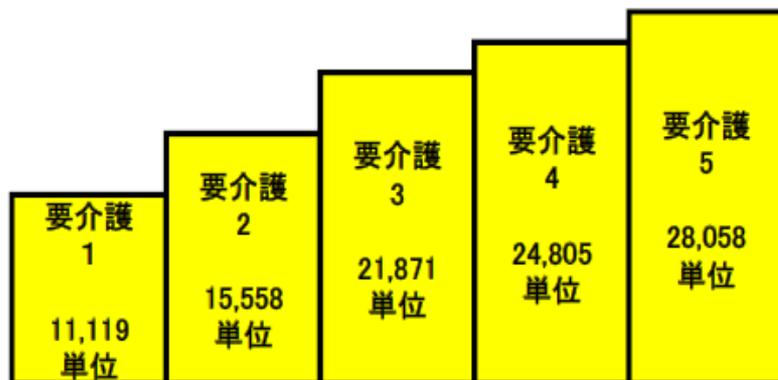
看護小規模多機能型居宅介護の報酬イメージ（1月あたり）

利用者の要介護度に応じた基本サービス費

(1) 同一建物居住者以外の登録者に対して行う場合



(2) 同一建物居住者に対して行う場合



は平成27年4月の報酬改定で見直しのある項目

利用者の状態に応じたサービス提供や
事業所の体制に対する加算・減算

登録日から30日以内のサービス提供【初期加算】(30単位/日)

特別な管理の評価【特別管理加算】(250単位、500単位/月)

24時間の訪問看護対応体制を評価【緊急時訪問看護加算】(540単位/月)

認知症の者に対するサービス提供【認知症加算】(800単位、500単位/月)

医療ニーズに重点的に対応する体制を評価【訪問看護体制強化加算】(2,500単位/月)

総合マネジメント体制強化加算
(1,000単位/月)

介護福祉士や常勤職員等を一定割合以上配置(サービス提供体制強化加算)

事業開始後の経営安定化の支援【事業開始時支援加算】(500単位/月)

・介護福祉士5割以上: 640単位
・介護福祉士4割以上: 500単位
・常勤職員等 : 350単位

介護職員処遇改善加算

・加算Ⅰ: 7.6% ・加算Ⅱ: 4.2%
・加算Ⅲ: 加算Ⅱ × 0.9
・加算Ⅳ: 加算Ⅱ × 0.8

訪問看護体制減算
(-925単位/月～
-2,914単位/月)

サービスの提供が過少である事業所(-30%)

定員を超えた利用や人員配置基準に違反(-30%)

末期の悪性腫瘍等で医療保険の訪問看護の実施
(-925単位/月～
-2,914単位/月)

特別指示による医療保険の訪問看護の実施
(-30単位～-95単位/日を指示日数に乗じる)

※加算・減算は主なものを記載 ※点線枠の加算は区分支給限度基準額の枠外

看護小規模多機能型居宅介護の基準等 - 1

基準項目	要件等
従業者の 員数	<p>①日中</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通いサービス提供:利用者3人に対し1以上(常勤換算) ・訪問サービス提供:2以上(常勤換算) ・人員配置は各サービスに固定にせず、柔軟な業務遂行が可能 ・通いサービス及び訪問サービス提供のうちそれぞれ1人以上は保健師、看護師又は准看護師 <p>②夜間・深夜</p> <ul style="list-style-type: none"> ・泊まりサービス及び訪問サービス提供:2人以上(うち1人は宿直勤務可) (泊まりサービスの利用者がいない場合、訪問サービス提供のために必要な連絡体制を整備しているときは、夜間・深夜の時間帯を通じて宿直勤務及び夜間・深夜の勤務を行う従業員を置かないことができる) <p>③従業者のうち1人以上が常勤の保健師又は看護師</p> <p>④従業者のうち保健師、看護師又は准看護師は常勤換算法で2.5以上</p> <p>⑤訪問看護事業者の指定を併せて受け、同一事業所で一体的な運営をしていれば、訪問看護ステーションの人員基準(看護職員2.5人以上)を満たすことにより④の基準を満たすものとみなす</p> <p>⑥「認知症対応型共同生活介護事業所」「地域密着型特定施設」「地域密着型介護老人福祉施設」「指定介護療養型医療施設」を併設する場合、一体的な運営をしていれば兼務可能(同一時間帯で職員の行き来を認める)</p> <p>⑦必要な研修を修了し、居宅サービス計画等の作成に専従する介護支援専門員(非常勤可、管理者との兼務可)を置く</p> <p>⑧介護支援専門員は利用者の処遇に支障がない場合は、事業所・併設施設等の他の職務に従事できる</p>

※ **太字**は看護小規模多機能型居宅介護で特徴となる部分(他は小規模多機能型居宅介護の基準に準じている部分)

看護小規模多機能型居宅介護の基準等 - 2

基準項目	要件
管理者	①常勤専従(管理上支障が無い場合は、事業所・併設施設等の職務に従事できる) ②特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、 小規模多機能型居宅介護事業所 、認知症対応型共同生活介護事業所等の従業員又は訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験があり、厚生労働大臣が定める研修(認知症対応型サービス事業開設者研修)を修了した者 又は保健師若しくは看護師
代表者	①特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、 小規模多機能型居宅介護事業所 、認知症対応型共同生活介護事業所等の従業員又は訪問介護員等として認知症である者の介護に従事した経験、又は保健医療サービスもしくは福祉サービスの経営に携わった経験があり、厚生労働大臣が定める研修(認知症対応型サービス事業管理者研修)を修了した者 又は保健師若しくは看護師
登録定員・ 利用定員	①登録定員:29人以下 ②通いサービス利用定員:登録定員の2分の1から15人まで <u>ただし、登録定員が26人以上29人以下の事業所について、居間及び食堂を合計した面積が、「利用者の処遇に支障がないと認められる十分な広さ(1人当たり3㎡以上)が確保されている場合」は、通いサービスに係る定員を18人までとすることができる。</u> ③泊まりサービス利用定員:通いサービスの利用定員の3分の1から9人まで
設備・ 備品等	①居間及び食堂は機能を十分に発揮しうる適当な広さ ②宿泊室 <ul style="list-style-type: none"> ・個室の定員:1人(利用者の処遇上必要と認められる場合は2人) ・個室の床面積:7.43㎡以上(病院又は診療所の場合は6.4㎡以上(定員1人の場合に限る)) ・個室以外の宿泊室:合計面積が1人当たり概ね7.43㎡以上で、プライバシーが確保された構造 ③家族との交流の機会の確保や地域住民との交流を図る観点から、住宅地等に立地する

※ **太字**は看護小規模多機能型居宅介護で特徴となる部分(他は小規模多機能型居宅介護の基準に準じている部分)

※ 下線は平成27年で改正した部分

看護小規模多機能型居宅介護の所在地別事業所数

【出典】老人保健課調べ(平成27年4月末日現在)

都道府県名	所在市町村名	事業所数	うち公募	都道府県名	所在市町村名	事業所数	うち公募	都道府県名	所在市町村名	事業所数	うち公募	都道府県名	所在市町村名	事業所数	うち公募
北海道	札幌市	14	0	千葉県	千葉市	2	2	岐阜県	もとす広域連合	1	0	山口県	防府市	1	1
	函館市	3	0		鴨川市	1	0		恵那市	1	1		山陽小野田市	1	1
	北広島市	1	1		大網白里市	1	0		美濃加茂市	1	1	徳島県	徳島市	1	0
	千歳市	1	1		木更津市	1	1	静岡市	1	1	阿南市		2	0	
	小樽市	2	2	東京都	港区	1	0	富士宮市	1	0	香川県	高松市	2	2	
	北見市	1	0		新宿区	1	1	富士市	2	2		土庄町	1	1	
	釧路市	1	1		北区	1	1	島田市	1	0	愛媛県	松山市	3	0	
青森県	青森市	1	1		足立区	2	2	沼津市	1	1		今治市	2	0	
	南部町	1	0		墨田区	1	0	名古屋市	3	0		西条市	1	0	
岩手県	奥州市	1	1		青梅市	1	1	豊橋市	1	1	福岡県	北九州市	1	1	
	宮城県	仙台市	1		0	稲城市	1	0	豊川市	1		1	福岡市	1	1
石巻市		1	0		調布市	1	1	四日市市	1	1		久留米市	4	3	
富谷町		1	0		清瀬市	1	1	桑名市	1	1		行橋市	1	1	
湯沢市	1	1	東村山市		2	2	京都市	4	0	小都市		1	1		
秋田県	大曲仙北広域市町村圏組合	2	1		町田市	1	1	綾部市	1	0	福岡県介護保険広域連合	1	0		
	本荘由利広域市町村圏組合	1	1	神奈川県	横浜市	9	3	宇治市	1	1	佐賀県	佐賀中部広域連合	1	1	
山形県	山形市	3	0		川崎市	5	0	大阪市	3	0		唐津市	3	3	
	米沢市	1	0		平塚市	1	1	堺市	3	0	長崎県	大村市	1	0	
福島県	福島市	1	0		鎌倉市	1	1	高槻市	1	1		佐世保市	1	0	
	会津若松市	1	0		藤沢市	2	2	茨木市	2	1	熊本県	熊本市	2	2	
	白河市	1	0		秦野市	1	0	富田林市	1	1		八代市	2	2	
田村市	1	0	箱根町		1	1	交野市	1	1	菊池市		1	1		
茨城県	水戸市	1	0		新潟県	新潟市	4	0	神戸市	3	0	大分県	大分市	3	3
	つくば市	1	0	長岡市	1	0	伊丹市	1	1	臼杵市	1		1		
	鉾田市	1	0	富山県	富山市	1	1	たつの市	4	4	別府市	1	1		
	神栖市	1	0	石川県	珠洲市	1	0	奈良県	奈良市	1	0	宮崎県	宮崎市	2	1
栃木県	佐野市	1	1		能美氏	1	1	和歌山県	和歌山市	2	2		延岡市	1	0
	足利市	1	1	福井市	1	0	鳥取県	米子市	4	1	鹿児島県	鹿児島市	2	2	
	益子町	1	0	福井県	坂井地区広域連合	2	2	島根県	松江市	1		1	沖縄県	宮古島市	1
群馬県	高崎市	2	0		越前市	1	0	岡山県	浜田地区広域行政組合	1	1	合計	218		
	館林市	1	0	山梨県	甲府市	2	2		浅口市	1	0				
埼玉県	川越市	1	0		北杜市	1	1	倉敷市	1	0					
	三郷市	1	1		長野県	長野市	1	1	広島市	3	0				
	ふじみ野市	1	1	上田市		1	0	福山市	5	0					
大里広域	1	1					尾道市	2	2						
							東広島市	1	0						

小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所 一覧

開所済み事業所(134か所)

平成28年1月1日現在

区	No.	事業種別	事業所名称	所在地	日常生活圏域	指定	法人名称
鶴見	1	小多	サードハウス 虹の我家	鶴見区岸谷2-14-2	東寺尾地域CP	H19.12.1	(有)祥
	2	小多	ミモザ白寿庵東寺尾	鶴見区東寺尾6-8-1	馬場地域CP	H22.10.1	ミモザ(株)
	3	小多	クロスハート鶴見・横浜	鶴見区矢向3-30-1	矢向地域CP	H24.2.1	(福)伸こう福祉会
	4	小多	小規模多機能こすもす	鶴見区下野谷町4-163-1	潮田地域CP	H24.10.1	(福)うしおだ
	5	サテライト	ミモザ横浜獅子ヶ谷(ミモザ白寿庵東寺尾のサテライト)	鶴見区獅子ヶ谷2-38-46	-	H25.10.1	ミモザ(株)
	6	小多	小規模多機能型居宅介護こでまり	鶴見区北岸2-8-14	寺尾地域CP	H26.4.1	(福)秀峰会
	7	小多	YMCAライフサポートセンター鶴見	鶴見区鶴見中央4-37-37-202	鶴見中央CP	H26.4.1	(福)横浜YMCA福祉会
	8	小多	小規模多機能型居宅介護ひめゆり	鶴見区馬場3-9-29 1階	馬場地域CP	H27.4.1	(福)秀峰会
神奈川	9	小多	小規模多機能型居宅介護 ぼやあ樹 横浜	神奈川区平川町10-6	六角橋地域CP	H23.2.1	(株)ゆたかなレレッジ
	10	小多	小規模多機能ホーム つばさ	神奈川区羽沢町1200-50	羽沢	H23.12.1	(有)つばさケアサービス
	11	小多	小規模多機能型居宅介護事業所 ぼやあ樹 新子安	神奈川区子安通2-280	新子安地域CP	H24.2.1	(株)シェルバ
	12	小多	小規模多機能型居宅介護 ぼやあ樹 神大寺	神奈川区神大寺3-2-7 KCハイム1階	片倉三枚地域CP	H.24.12.1	(株)シェルバ
	13	小多	小規模多機能 地域の絆 大口	神奈川区松見町1-6-6	神之木地域CP	H.25.2.1	(有)ライフ・フレンド
	14	小多	小規模多機能ホーム まほろば	神奈川区入江2-7-27	新子安地域CP	H25.8.1	(有)エムエフジェイ
	15	小多	小規模多機能 地域の絆 三ツ沢	神奈川区三ツ沢中町5-22	沢渡三ツ沢地域CP	H25.10.1	(有)ライフ・フレンド
	16	小多	小規模多機能型居宅介護事業 ぼやあ樹 ポートサイド	神奈川区栄町22-10 キャッスル松蔭1階	反町地域CP	H26.2.1	(株)ゆたかなレレッジ
	17	小多	小規模多機能 地域の絆 横浜	神奈川区松ヶ丘39-7	反町地域CP	H27.2.1	(有)ライフ・フレンド
西	18	小多	小規模多機能型居宅介護事業所けやき	西区岡野2-8-3	浅間台地域CP	H18.12.1	(株)カスタムメディカル研究所
	19	小多	デイホーム藤橋	西区藤橋町2-178	藤橋地域CP	H20.8.1	大章(株)
中	20	小多	ケアセンター日ノ出	中区日ノ出町2-132-3	不老町地域CP	H19.4.1	(福)豊実会
	21	小多	いさいき生活館2号館	中区本牧大里町12-19	本牧和田地域CP	H21.2.1	(株)遠藤接骨院ヘルバーステーション
	22	小多	多機能型・いさいきホーム	中区本牧三之谷10-7	本牧和田地域CP	H22.2.1	(株)遠藤接骨院ヘルバーステーション
	23	小多	バイナッブル館で	中区本郷町2-63 1階	本牧原地域CP	H22.4.1	(株)プラスケイ
	24	小多	いさいき生活館・うえのまち	中区上野町2-49	栗田地域CP	H24.2.1	(株)遠藤接骨院ヘルバーステーション
	25	小多	いさいき生活館・やました	中区山下町168-1	新山下地域CP	H25.12.1	(株)遠藤接骨院ヘルバーステーション
	26	小多	YMCAライフサポートセンター関内	中区船町2-7-10	寿地区	H26.6.1	(福)横浜YMCA福祉会
	27	小多	真珠のかがやき	南区大岡5-20-18	白朋苑	H18.4.1	(福)横浜太陽会
南	28	小多	ミモザ横浜永田みなみ台	南区永田みなみ台2-1-211	永田地域CP	H19.4.1	ミモザ(株)
	29	小多	小規模多機能 みのりの家	南区若宮町4-81-6	大岡地域CP	H19.4.1	大信産業(株)
	30	小多	たまでばこ	南区六ツ川2-107-43	六ツ川地域CP	H19.4.1	(福)育生会
	31	看小多	ミモザ白寿庵永田東	南区永田東2-23-50	永田地域CP	H25.8.1	ミモザ(株)
	32	小多	横浜市浦舟地域ケアプラザ 小規模多機能	南区浦舟町3-46	浦舟地域CP	H22.9.1	(福)横浜福祉サービス協会
	33	小多	ミモザ白寿庵横浜みなみの丘	南区六ツ川3-26-6	六ツ川地域CP	H23.2.1	ミモザ(株)
	34	小多	みらいの家 高根	南区高根町3-17-28	浦舟地域CP	H25.4.1	(医)みらい
	35	小多	小規模多機能 みのり大岡	南区大岡3-12-25	白朋苑	H25.10.1	大信産業(株)
	36	小多	小規模多機能型居宅介護ひなげし	南区大橋町1-1-5 F-TERRACE1階	大岡地域CP	H26.4.1	(福)秀峰会
	37	小多	小規模多機能型居宅介護事業所さすな	南区花之本町1-15-5	睦地域CP	H26.12.1	(株)カスタムメディカル研究所
港南	38	小多	ジャパンケア横浜港南台・小規模多機能	港南区港南台2-11-23	港南台地区	H21.6.1	(株)ジャパンケアサービス東日本
	39	小多	小規模多機能型プラチナ倶楽部	港南区港南台6-9-25	港南台地区	H22.6.1	(株)三文サービス
	40	小多	Kファミリー日野	港南区日野9-44-16 KMプラザ1階	野庭地区	H23.11.1	(株)カスタムメディカル研究所
	41	小多	小規模多機能型居宅介護事業所「いなかの青空」	港南区港南4-4-19	日下地区	H24.4.1	(株)イル・クオーレ
	42	小多	小規模多機能型居宅介護事業所アロアロ	港南区芹が谷2-19-14	芹が谷地区	H25.4.1	(株)アイシマ
	43	看小多	複合型サービス クロスハート港南・横浜	港南区東永谷1-37-4	東永谷地区	H25.6.1	(福)伸こう福祉会
	44	看小多	複合型サービス ケアビリティ横浜港南	港南区下永谷6-7-23	下永谷地区	H26.4.1	(株)ハンドベル・ケア
	45	小多	小規模多機能ホームちいさな手横浜こうなん	港南区轟戸1-23-23	港南中央地区	H27.12.1	(株)メディカルケアシステム

※ 小多…小規模多機能型居宅介護事業所
 ※ 看小多…看護小規模多機能型居宅介護事業所
 ※ サテライト…サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所

※ CP…地域ケアプラザ
 ※ …2か所整備済み圏域

2. 看護小規模多機能型居宅介護事業所を開設・移行した経緯、開設・移行の際に工夫した点

- ・事業所開設の際には、既存の看護小規模多機能型居宅介護事業所へ見学に行き、研修をさせてもらった。近くの通所介護事業所や小規模多機能型居宅介護事業所へも見学に行き、参考となった。
- ・開設にあたって分からないことがあれば、日本看護協会へ電話での問合せを行った。
- ・小規模多機能型居宅介護事業所の連絡会に所属している。川崎市では各区に支部がある（以前は、北部と南部の2つのみだったが、北部だけで27事業所となったため、各区に分けられた）。

3. 事業所開設の経緯・理念の共有

<事業所開設の経緯>

- ・法人代表者が訪問看護ステーションを開設し、サービス提供する中で、泊まりに対応したいと感じたことが看護小規模多機能型居宅介護を開設したきっかけである。

<理念の共有>

- ・看護小規模多機能型居宅介護の開設時、介護職員を4人配置していたが、その後1か月で3人が退職した。退職した理由は、看護小規模多機能型居宅介護の理念の共有ができていなかったことである。例えば、医療ニーズの高い利用者に対して、介護職員が直接、医療的ケアを行う訳ではなくても、移動や入浴などの介助でさえも難しいと感じたようであった。
- ・積極的に医療ニーズの高い利用者にも対応できるようになりたいと考える介護職員にとってはやりがいを持てる非常によい職場であり、現在は定着している。採用時より、「医療ニーズが高く、通常の通所介護を利用できない高齢者を支えよう」「重度の利用者を支えよう」といった事業所の理念を伝え、共有を図ることは非常に重要である。

4. サービス提供体制等

<事業所の間取り>

- ・2階建ての建物で、1階に看護小規模多機能型居宅介護の事業所、2階に訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、職員用の事務室、休憩所等を配置している。1階からは内階段でつながっている。
- ・1階の看護小規模多機能型居宅介護の事業所には、泊まり用の居室が5室あり、そのうち4室が1人部屋、1室が2人部屋である。泊まりの定員は6名である。

<利用者の受け持ち担当制とケア会議、カンファレンス>

- ・介護職員は受け持ち担当制としている。常勤介護職員5人で17人の利用登録者を担当しており、1人の介護職員につき2、3人を受け持っている。介護職員は、担当している利用者の介護の計画書（目標等を記載）を作成する。
なお、訪問回数や泊まり日程等のケアプランは介護支援専門員が作成する。看護計画は、主治

<http://www.nurse.or.jp/home/event/simin/tokuban/index.html#p3>

新宿のミモザの家(看多機)見学



看多機の応用編

療養病床の転換先に看多機を！

療養病床の在り方等に関する検討会



2015年7月10日
医政局、老健局、保険局合同開催

医療療養病床（20対1・25対1）と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上4：1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6：1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48:1(3人以上)	48:1(3人以上)	48:1 (3人以上)
	看護師及び 准看護師	20:1 (医療法では4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	6:1 (診療報酬基準でいう30:1に相当) (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)
	看護補助者	20:1 (医療法では、4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6:1
施設基準		6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数		約12.8万床(※1)	約8万床(※1)	約6.3万床(※2)
財源		医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例)(※3)		療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料	機能強化型A、療養機能強化型B、その他

14万床

2017年度末までに廃止

(※1)施設基準届出(平成25年7月1日現在)

(※2)病院報告(平成27年3月分概数)

(※3)療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

介護療養病床
はナーシング
ホームに

介護療養病
床の老健転
換はむりすじ

介護療養病床
の住宅転換は
？



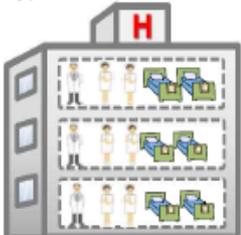
慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル（イメージ）

医療機関
(医療療養病床
20対1)

医療機能を内包した施設系サービス
(患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等
ができるよう、2つのパターンを提示)

医療を外から提供する、
居住スペースと医療機関の併設
(●医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換
●残りスペースを居住スペースに)

○医療区分ⅡⅢを中心とする者
○医療の必要性が高い者



○人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
○24時間の看取り・ターミナルケア
○当直体制(夜間・休日の対応)
●介護ニーズは問わない

新(案1-1)

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者



○喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
○24時間の看取り・ターミナルケア
○当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
●高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



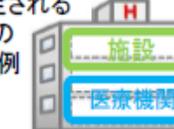
新(案1-2)

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



○多様なニーズに対応する日常的な医学管理
○オンコール体制による看取り・ターミナルケア
●多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新類型

新(案2)

医療機関に併設

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



○多様なニーズに対応する日常的な医学管理
○併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
●多様な介護ニーズに対応

(注) 居住スペースについて

現行の特定施設入居者生活介護

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



○医療は外部の病院・診療所から提供
●多様な介護ニーズに対応

療養病床の一部を看多機に転換！

※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

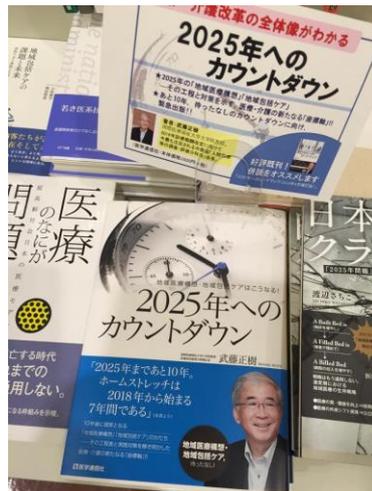
2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



まとめと提言

- ・医療介護一括法は、団塊世代700万人が後期高齢者となる2025年へむけて法制基盤
- ・医療介護一括法の最重要課題は地域包括ケア
- ・2016年診療報酬改定の基本視点は地域包括ケアシステムの確立
- ・診療所、薬局にかかりつけ機能と相互の連携が求められている
- ・機能強化型の訪問看護ステーションの拡大に期待
- ・看多機が訪問看護ステーションの近未来像

ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp