

2025年へのカウントダウン

～地域包括ケアシステムと多職種連携～

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！

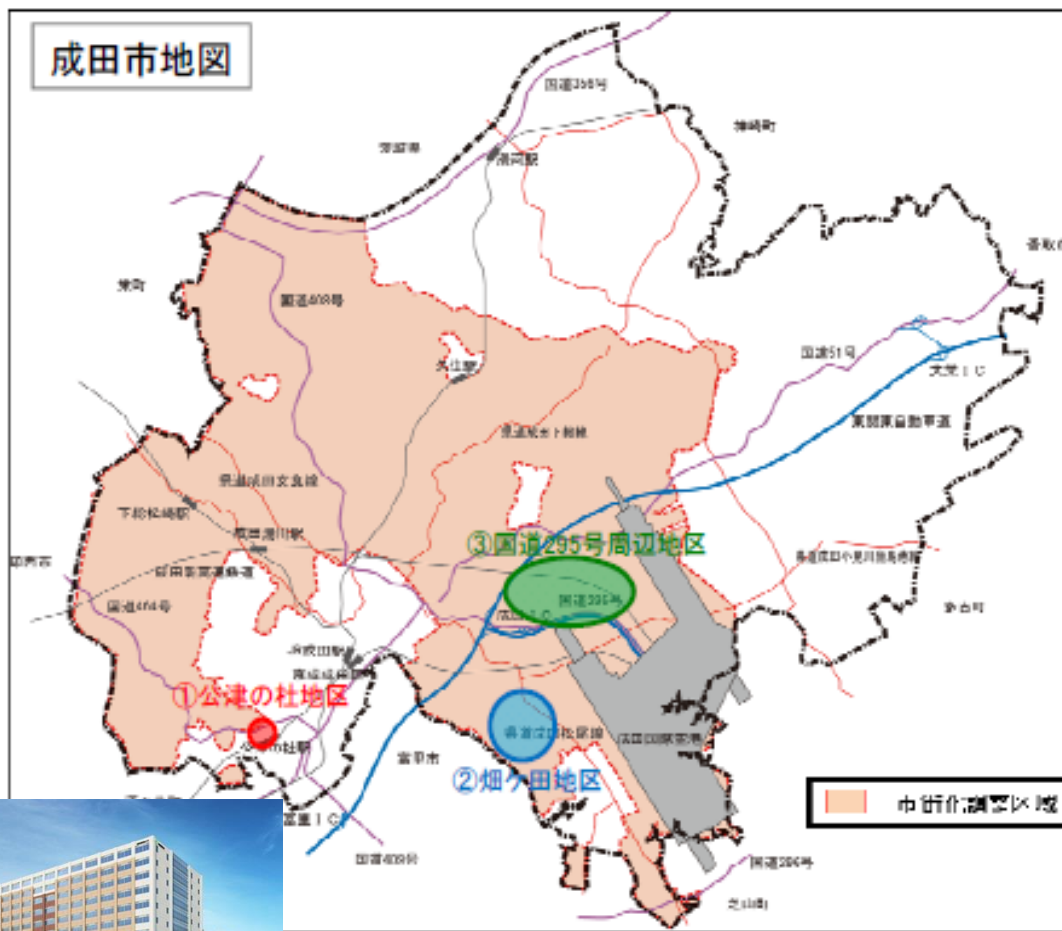


国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

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
- グラウンド・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



**INTERNATIONAL
UNIVERSITY OF
HEALTH AND WELFARE**

New School of Medicine will be established in Narita in April 2017 (Government approval of the establishment in process)



目次

- パート1
 - 2025年へのカウントダウン
- パート2
 - 地域包括ケアシステムと在宅医療
 - 診療所、訪問看護ステーション、薬局
- パート3
 - 地域包括ケアシステムと新サービス
 - 看多機、24時間サービス



パート1

2025年へのカウントダウン



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)

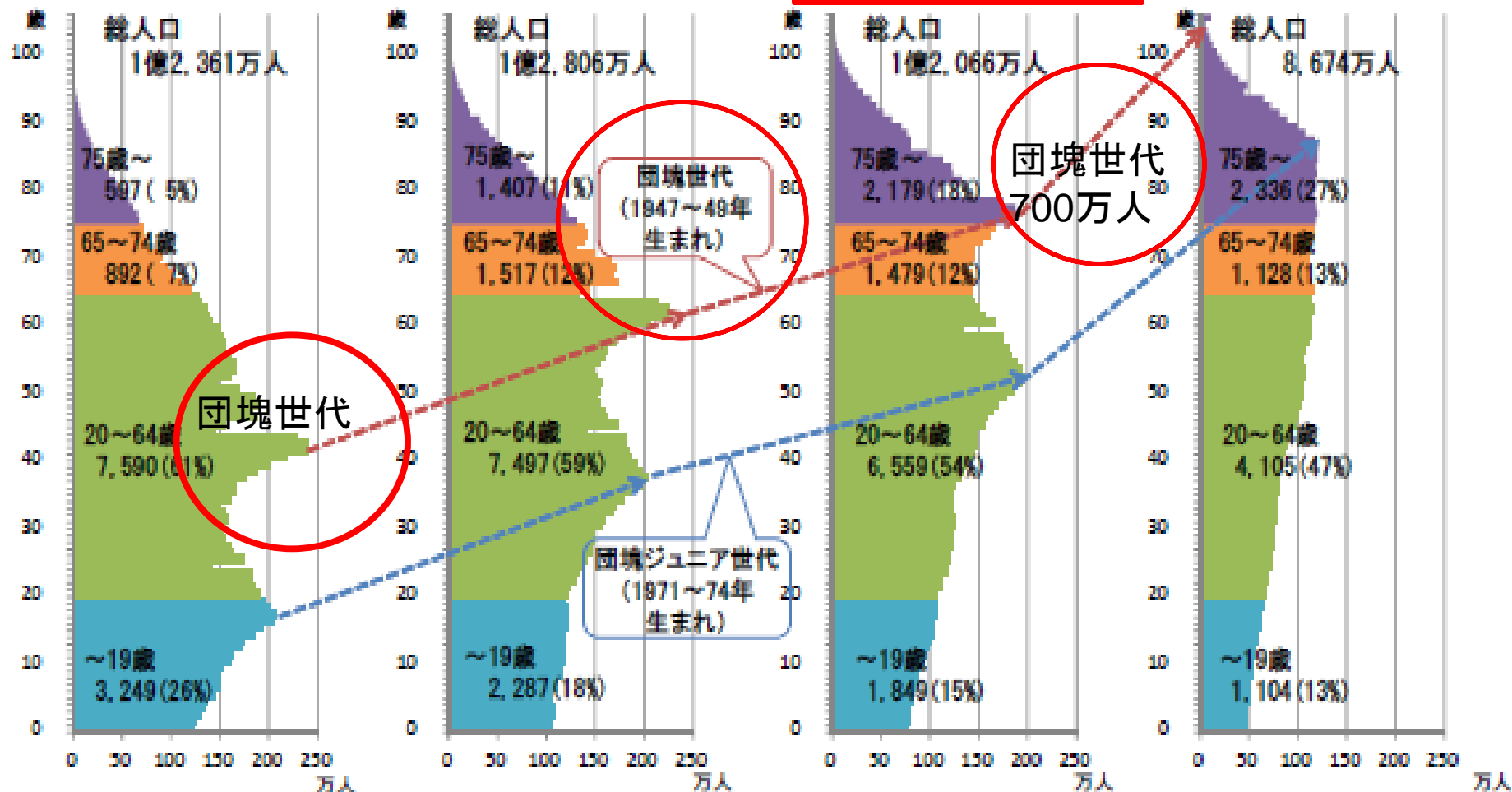
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

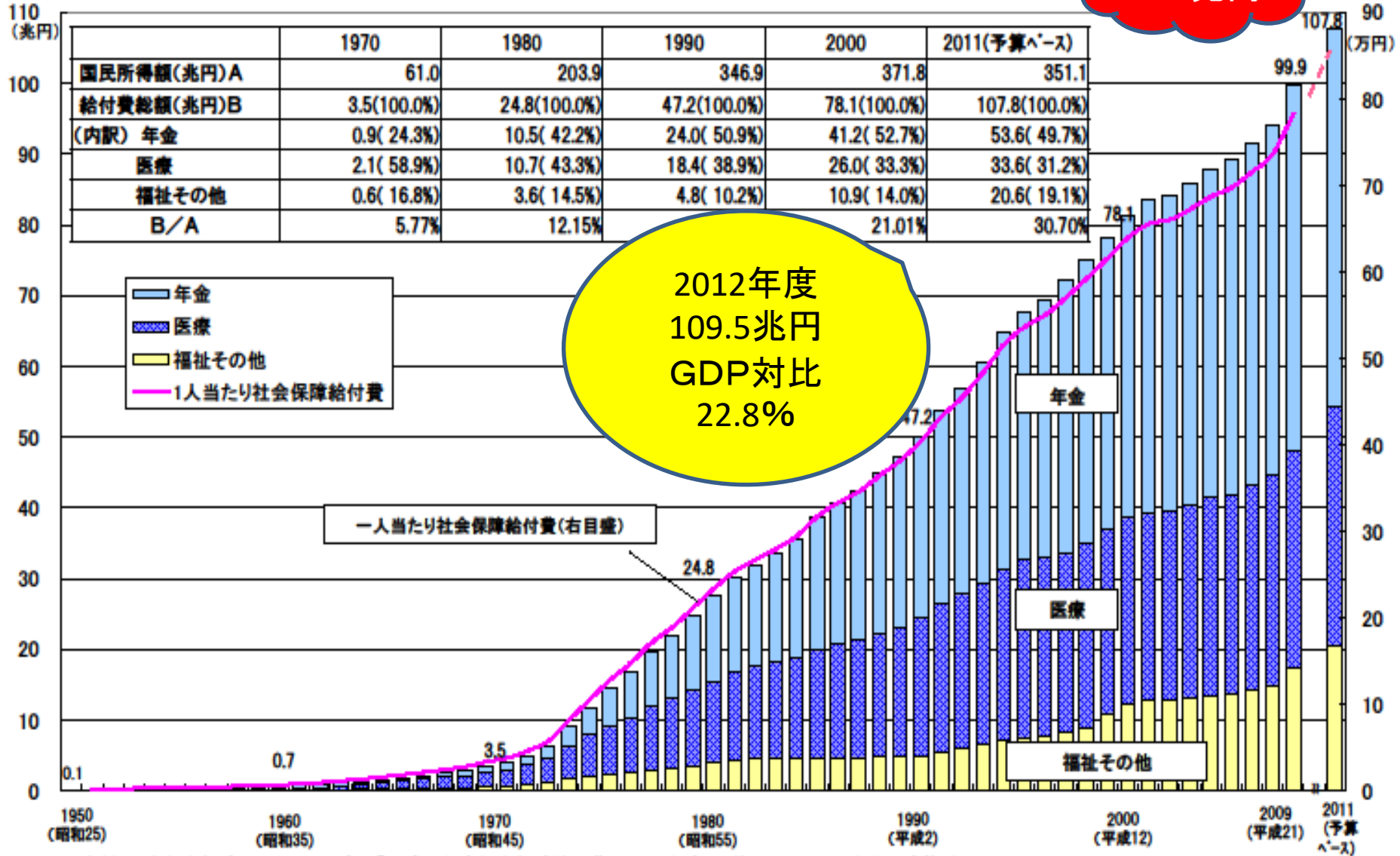
平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



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・税一体改革 (2012年8月10日)

- 2012年8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年4月に8%、15年10月に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は…
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題



2012年8月10日、参議院を通過

2017年4月消費増税 10%先送り

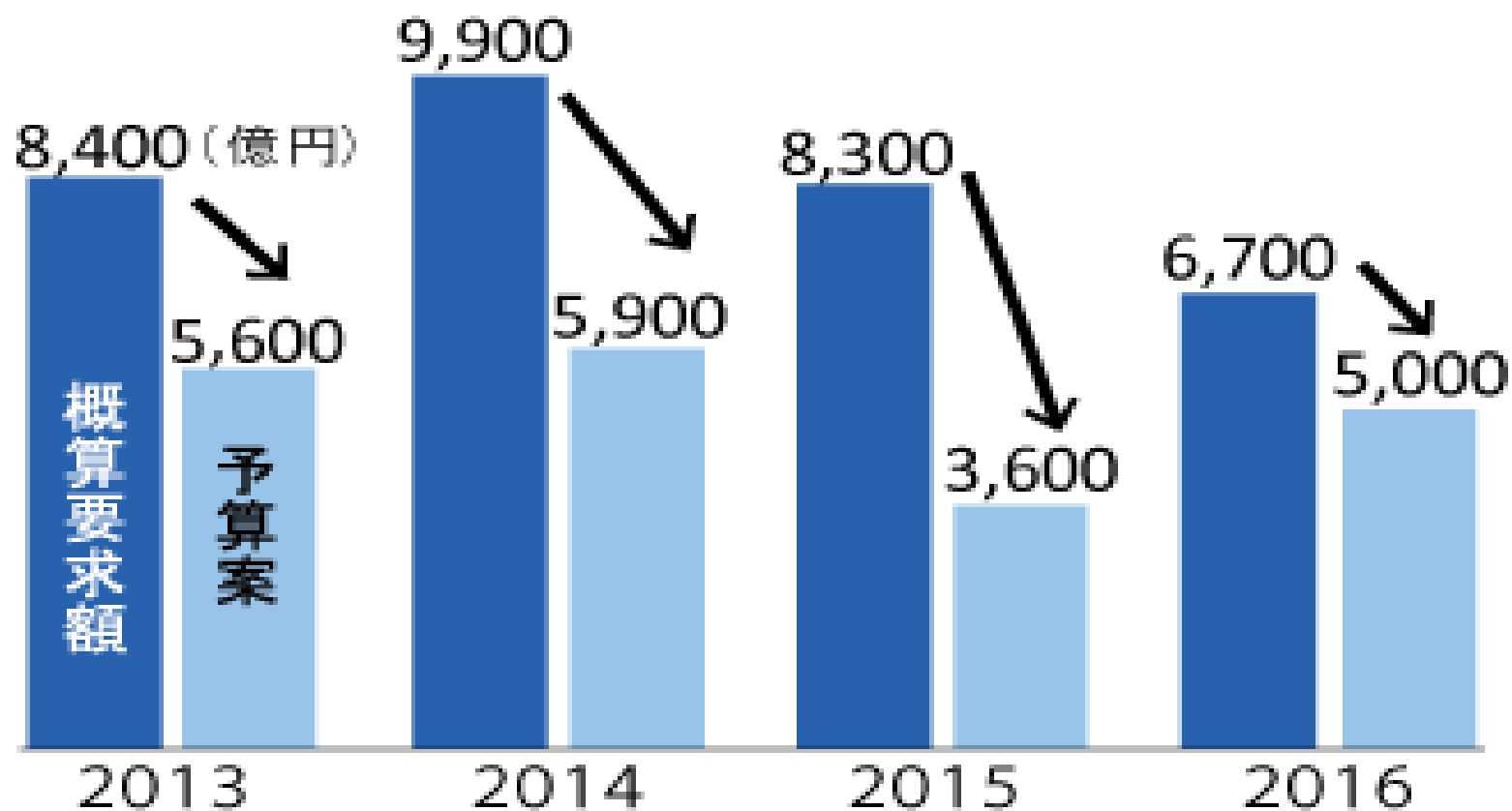


8%から10%の2%増税で4兆円の財源が消える！

社会保障費の自然増を削り続ける安倍内閣

※ 社会保障費の自然増

社会保障費のうち、高齢化の進展などで制度を変えなくても増えていく費用



2017年度予算

自然増を1400億円圧縮、5000億円以内に

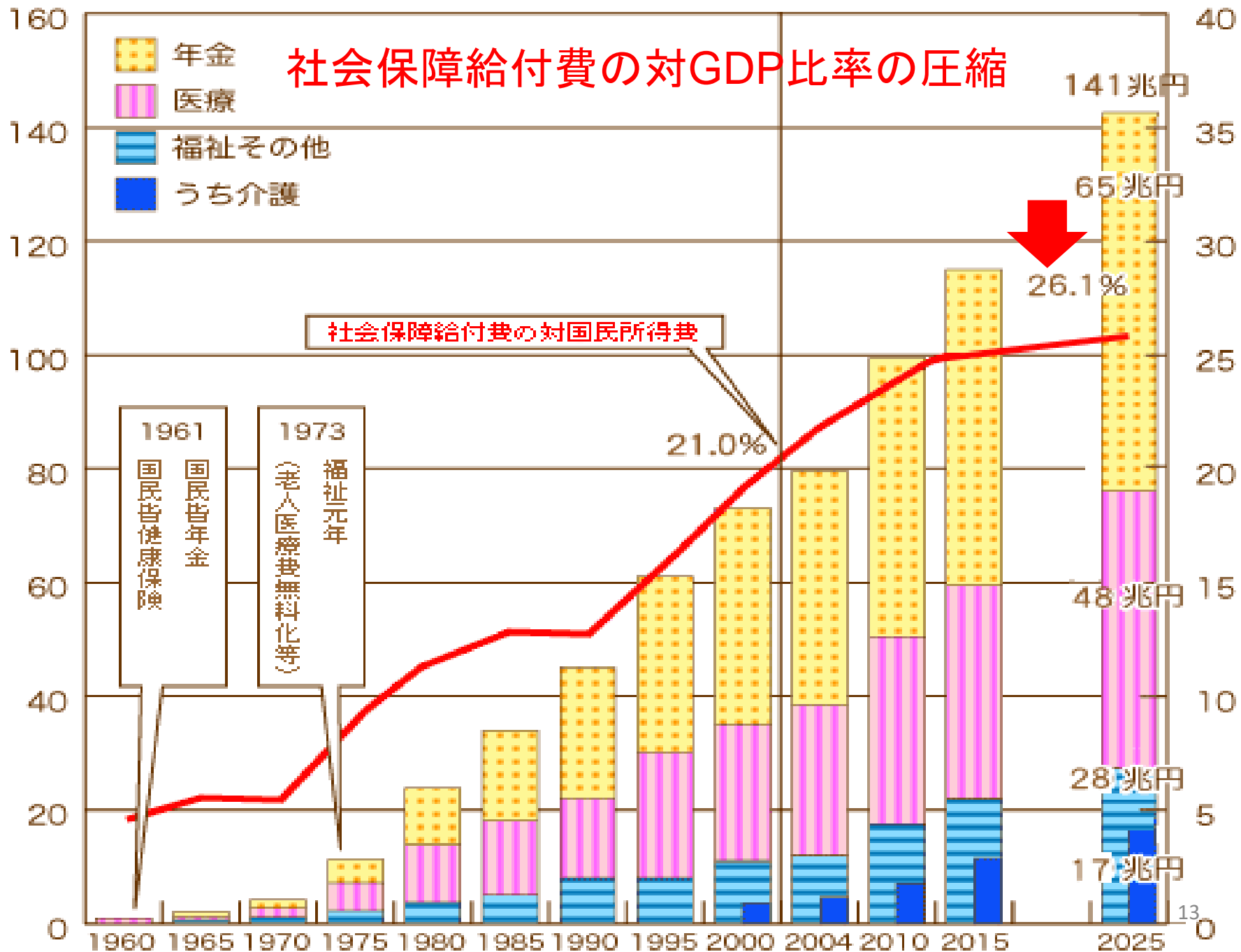
財務・厚労省が検討する社会保障費の伸び抑制策

医療	窓口負担	かかりつけ医以外の受診に定額負担
	高額療養費	後期高齢者の自己負担引き上げ
	高額薬	オプジーボの薬価引き下げと使用の指針策定
介護	自己負担	2割負担の対象者を拡大
	高額介護費	自己負担の月額上限を引き上げ
	サービス	要介護度の低い人向けサービスの保険外し
	保険料	大企業社員の保険料引き上げ

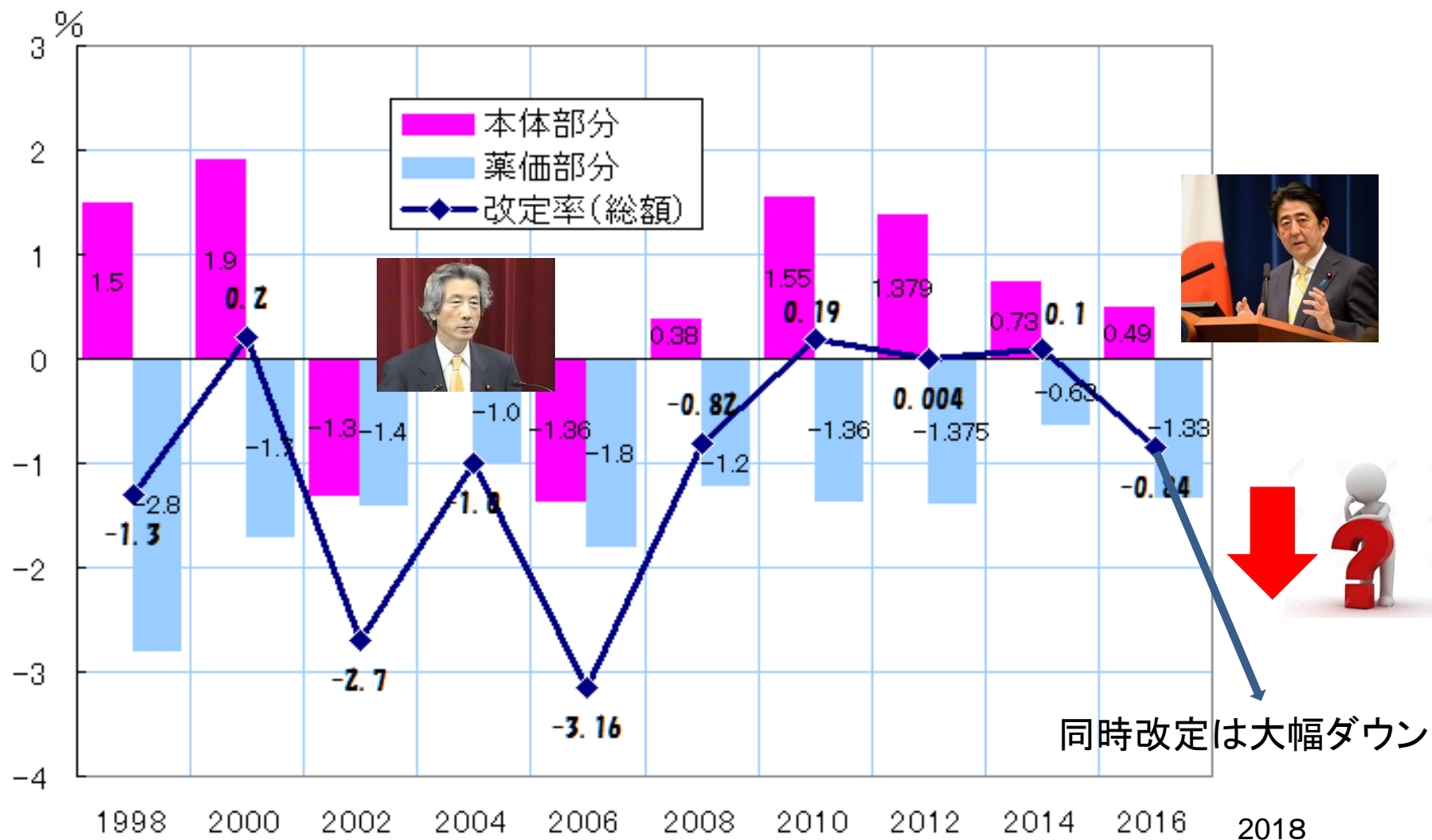
(兆円)

(%)

社会保障給付費の対GDP比率の圧縮



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2009.12.24、毎日新聞2012.12.22、2013.12.21、2015.12.22

地域医療介護一括法



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

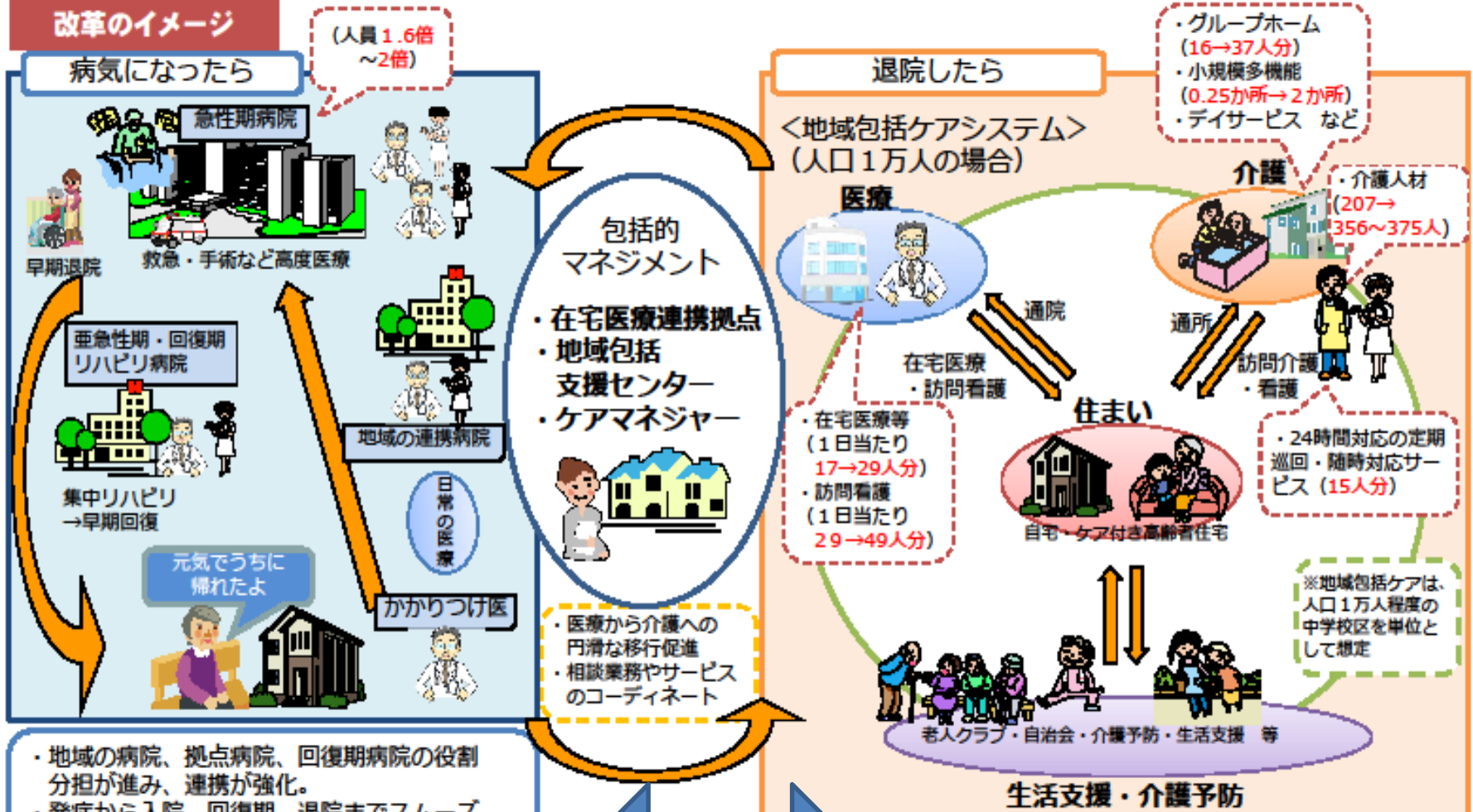
改革の方向性 ②

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



(人員 1.6倍 ~2倍)

・グループホーム (16→37人分)
・小規模多機能 (0.25か所→2か所)
・デイサービス など

・介護人材 (207→356~375人)

・24時間対応の定期巡回・随時対応サービス (15人分)

※地域包括ケアは、人口1万人程度の中学校区を単位として想定

病気になったら



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

病床機能分化と連携

同時進行

地域包括ケアシステム

※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの

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)

2014年5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート



強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

パート2

地域包括ケアシステムと 在宅医療



地域包括ケアシステムとは

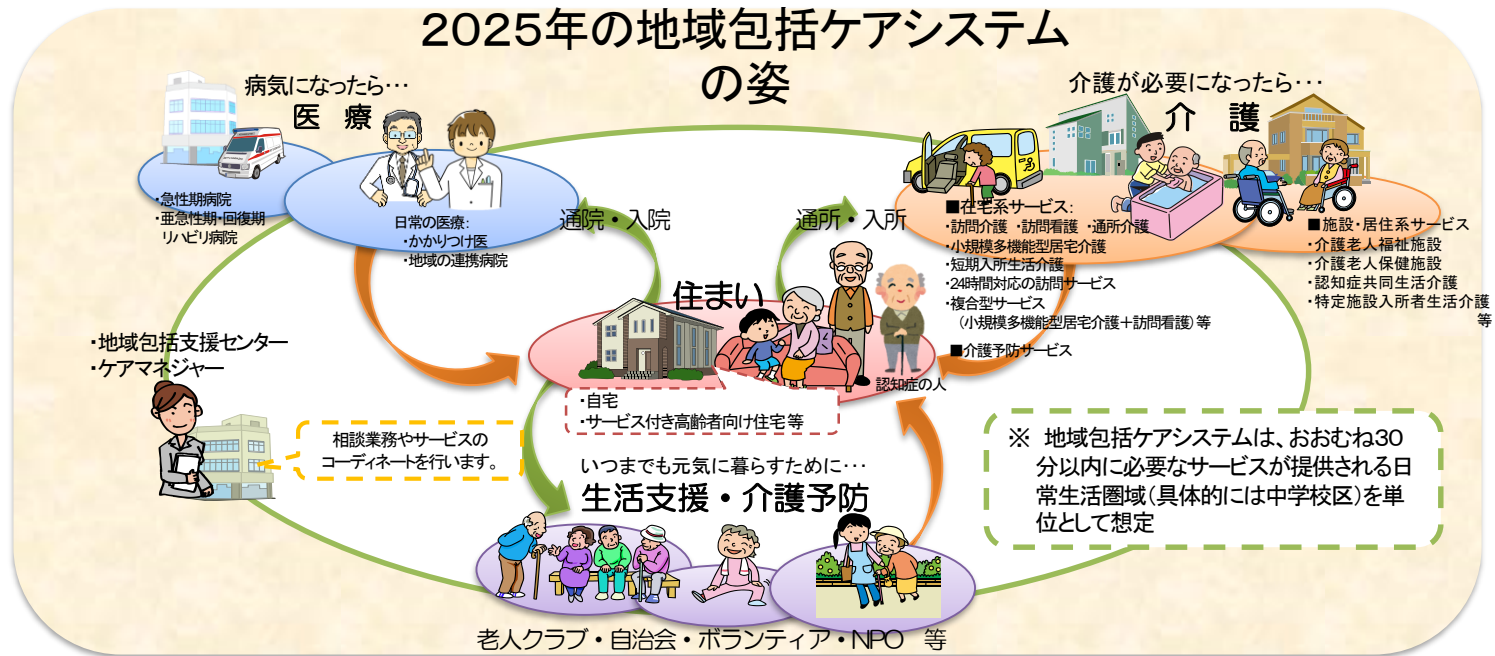
介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム



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。



2016年診療報酬改定の 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

質の高い在宅医療

- ①在宅療養支援病院・診療所
- ②機能強化型訪問看護ステーション
- ③かかりつけ薬局・薬剤師

①在宅療養支援診療所・病院



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

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10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4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。ただし、それぞれの医療機関において過去1年間に緊急の往診を4件以上、看取り2件以上を実施していること。

在宅療養支援病院

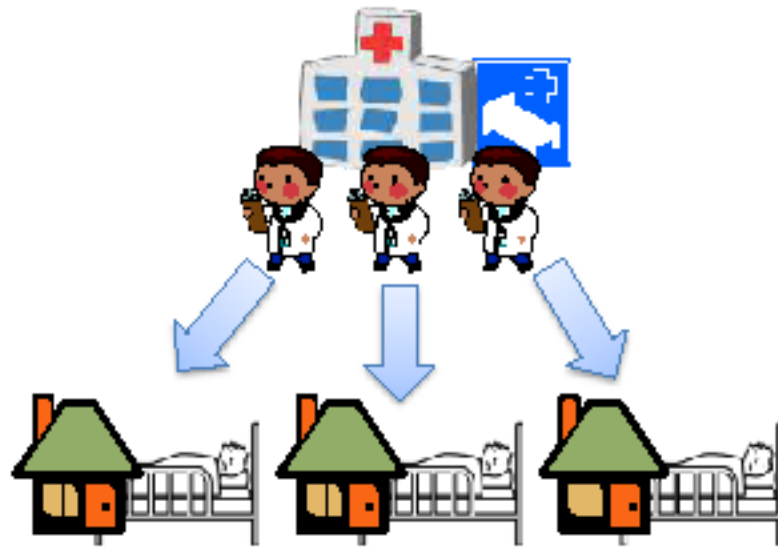
診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【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

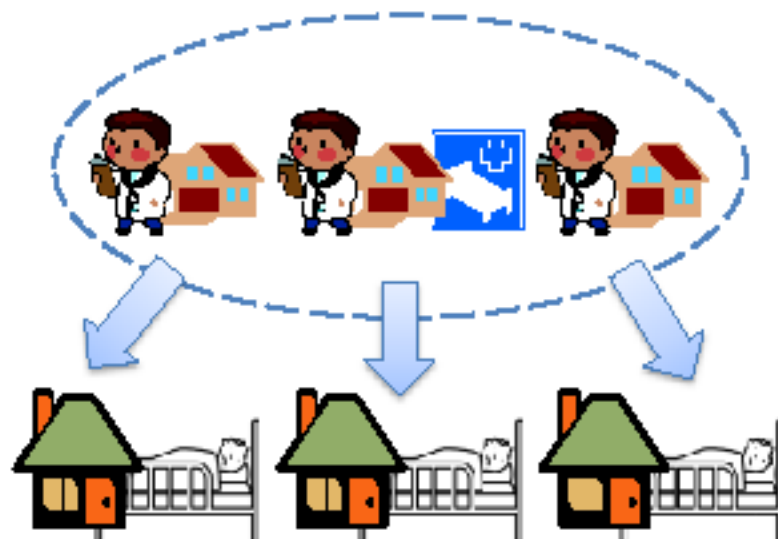
注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

単独強化型



- ・3名以上の医師が所属する診療所が在宅医療を行う場合
- ・複数の診療所がグループを組んで在宅医療を行う場合をともに評価。
- ・さらに、ベッドを有する場合を高く評価。

連携強化型



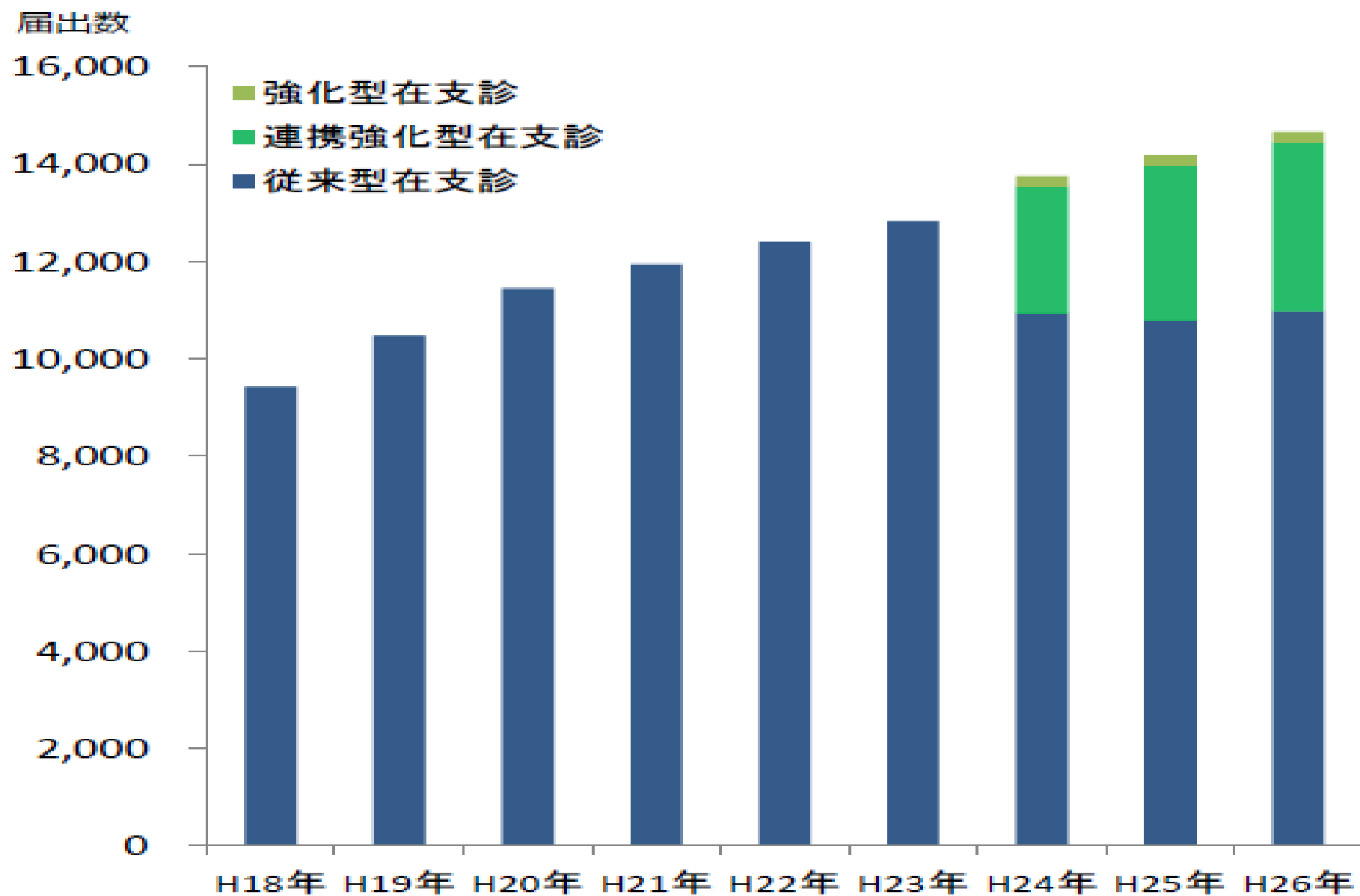
在宅療養支援診療所



湘南なぎさ診療所

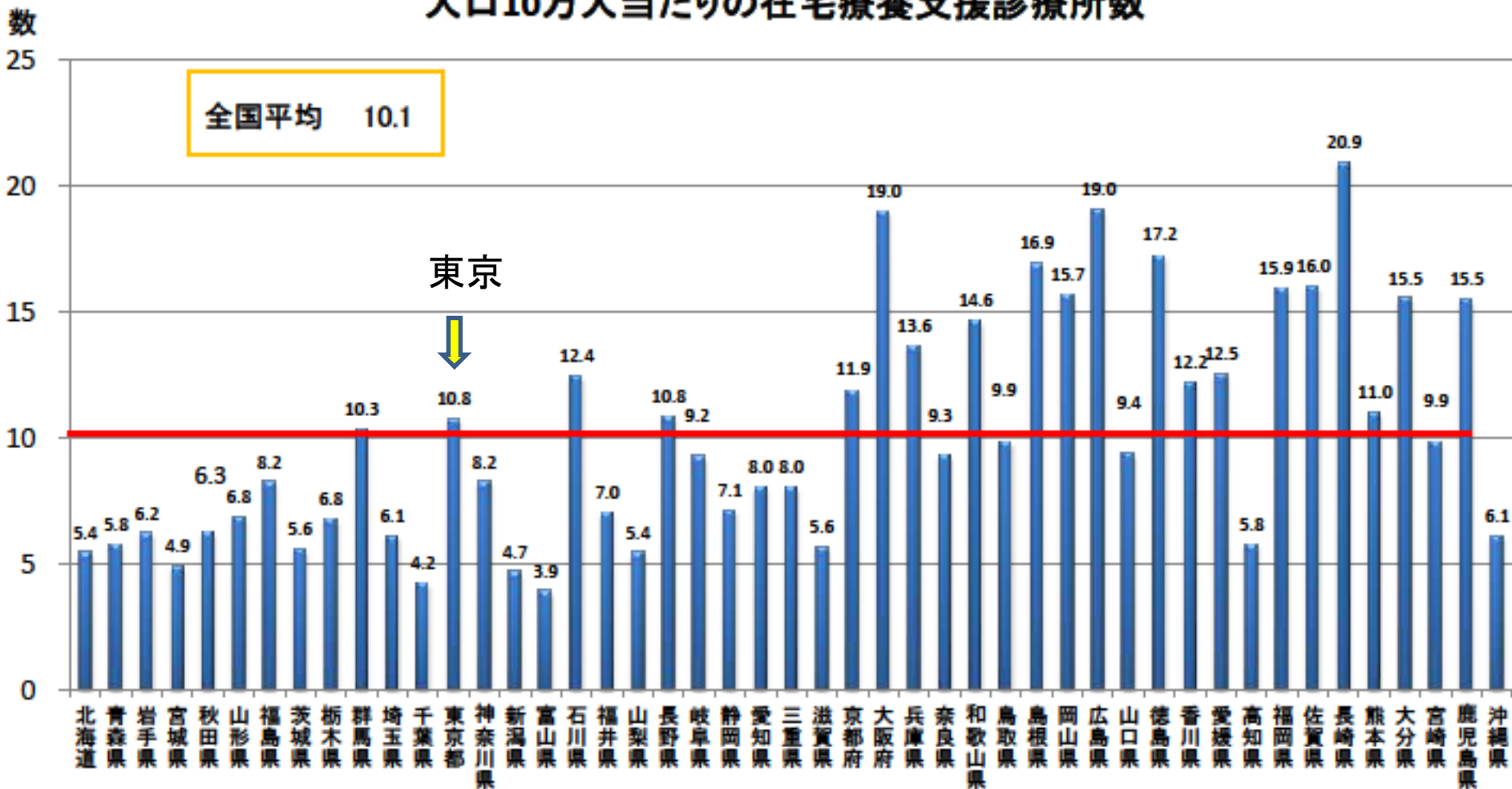


<在宅療養支援診療所届出数>



人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援診療所数

人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数



保険局医療課データ 平成23年7月

東京都で第1号の在宅療養支援病院 医療法人財団厚生会古川橋病院

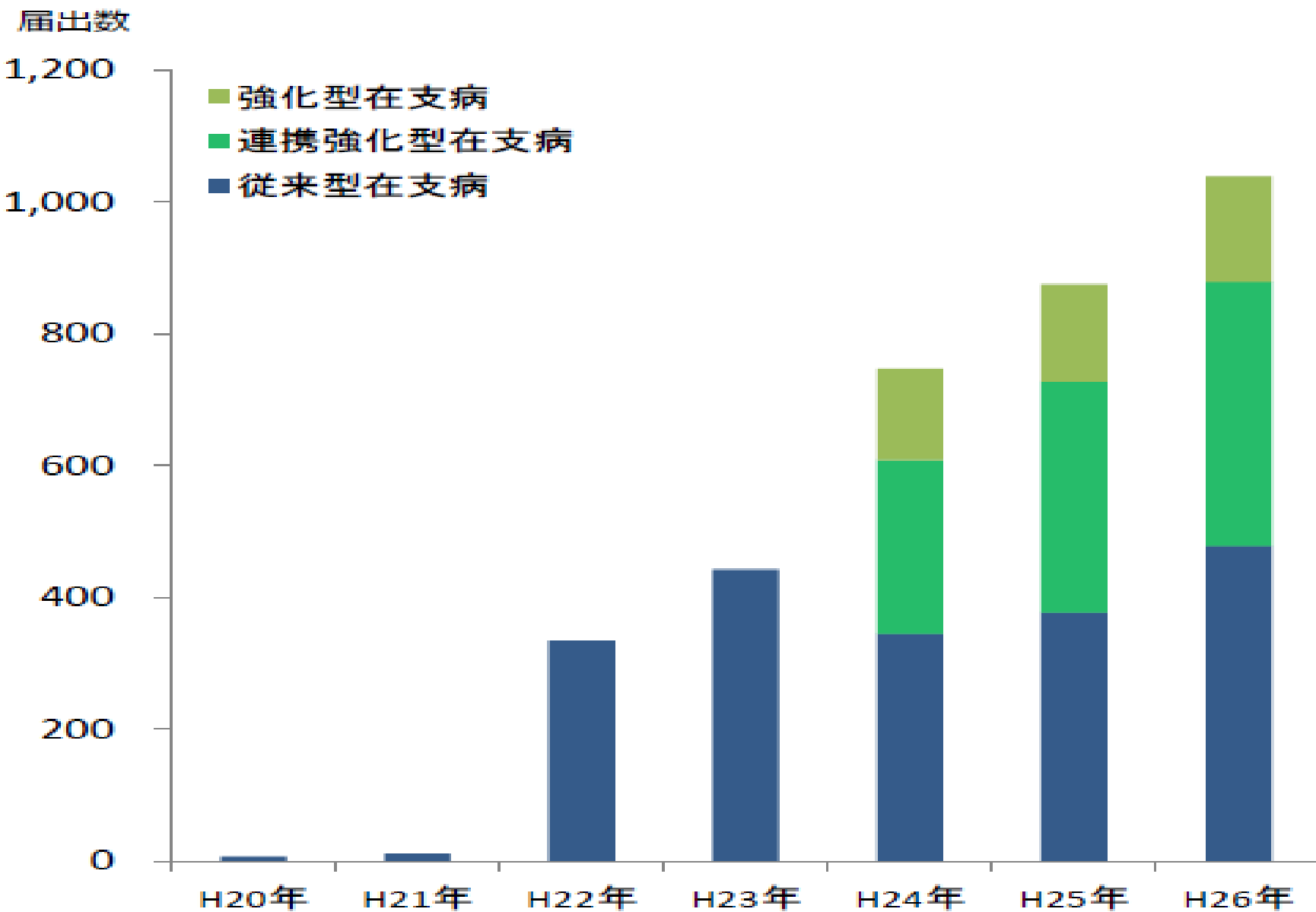
- 在宅療養支援病院 港区南麻布2丁目
 - 一般病床 49床
 - 介護老人保健施設 40床
 - 介護予防機能訓練施設 20名
 - 居宅介護支援事業所
 - 健診センター



鈴木先生

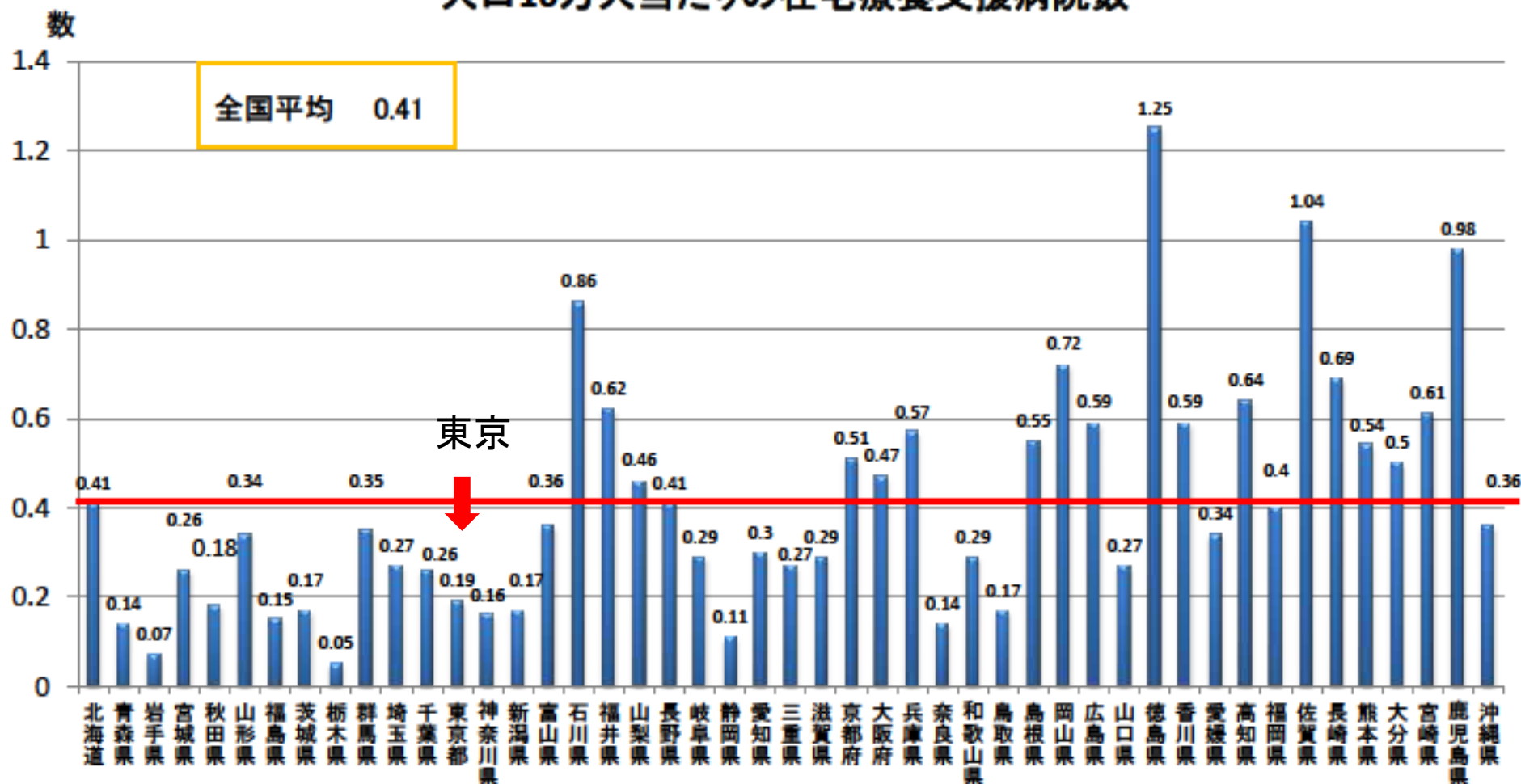


<在宅療養支援病院届出数>



人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援病院数

人口10万人当たりの在宅療養支援病院数



保険局医療課データ 平成23年7月

2016年診療報酬改定へ向けて 在宅医療



2015年11月11日中医協総会

在宅医療を専門に行う 医療機関について

規制改革会議

「在宅診療を主として行う診療所の
開設要件の明確化」

在宅医療を専門に行う保険医療機関について

中医協 総-3
25 10 30

1. 在宅医療を専門に行う保険医療機関を認めていない趣旨

- 健康保険法第63条第3項において、療養の給付を受けようとする者は、保険医療機関等のうち、自己の選定するものから受けるものとする（いわゆるフリーアクセス）とされている。
- この前提として、被保険者が保険医療機関を選定して療養の給付を受けることができる環境にあることが重要であり、健康保険法の趣旨から、保険医療機関は全ての被保険者に対して療養の給付を行う開放性を有することが必要であるとして、「外来応需の体制を有していること」を保険医療機関に求める解釈上の運用をしている。（法令上、明確に規定された要件ではない）
- なお、在宅医療を専門に行う保険医療機関を認めた場合は、当該地域の患者の受診の選択肢が少なくなるおそれ、当該保険医療機関の患者が急変時に適切な受診ができないおそれ等が考えられる。

2. 外来応需の体制確保の指導

- 厚生局における保険医療機関の指定申請の受付の際などに、必要な場合は、健康保険法の趣旨から、外来応需の体制を確保するよう指導を行っており、**在宅医療を専門に行う保険医療機関は認めていない。**
- しかし、全国一律の運用基準や指針ではなく、厚生局によって、指導内容や方法等に違いがあるとの指摘がある。

<参考>

○健康保険法

第63条 被保険者の疾病又は負傷に関しては、次に掲げる療養の給付を行う。

一～五（略）

2（略）

3 第一項の給付を受けようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる病院若しくは診療所又は薬局のうち、自己の選定するものから受けるものとする。

一 厚生労働大臣の指定を受けた病院若しくは診療所（第六十五条の規定により病床の全部又は一部を除いて指定を受けたときは、その除外された病床を除く。以下「保険医療機関」という。）又は薬局（以下「保険薬局」という。）

二・三（略）

○「被災地の医療機関等に対する診療報酬上の緩和措置について」（平成23年9月7日 中医協 総-8）

・周囲に入院医療機関が不足している等、やむを得ない場合には、当該医療機関において外来を開かず、在宅医療のみを行う場合であっても保険医療機関として認めることとする。〔現在は、福島県内のみ利用可能〕

第253回中央社会保険医療協議会（H25.10.30）における主なご意見

<在宅医療専門の医療機関には問題があるとの意見>

- 互いに顔が見えて気心の知れた、かかりつけ医の機能の延長としての在宅医療が望ましい。かかりつけ医が在宅医療を担うのが一番よく、在宅医療を主とした医療機関でも、外来のノウハウを持つべき。
- 在宅専門医療機関の一部は、いわゆるサクランボ摘みのところがある。つまり軽症者をたくさん集めて、掛け合わせれば大きな利益が得られる。でも、重症者にはなかなか対応してくれないことがある。

<在宅医療の供給体制を確保することを優先すべきとの意見>

- 現実には、診療所の少数の医師が24時間在宅での対応をするのは医師の負担が大きすぎる。訪問診療の提供には、いろいろな形態があってよい。
- 在宅医に外来を求めることで、在宅医療全体のキャパシティーが減ってしまう。在宅医療のニーズは増えるが、供給体制が十分に賄えないので、当面は今のまま進んでよい。

<主治医・かかりつけ医の機能の充実を図るべきとの意見>

- 在宅医療、訪問医療を含めて、主治医、かかりつけ医機能をどうやって充実させていくかというほうに議論を集中させたほうが、得策ではないか。
- 在宅医療が、今のかかりつけ医・主治医の機能とどのように連携するべきかを考える必要がある。在宅医療専門機関とかかりつけ医・主治医機能を別々のものとして考える必要はない。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保④

在宅医療を専門に行う医療機関の開設

- 健康保険法に基づく開放性の観点から、外来応需体制を有していることが原則であることを明確化した上で、以下の要件等を満たす場合には在宅医療を専門に実施する診療所の開設を認める。

[主な開設要件]

- ① 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、診療地域内に2か所以上の協力医療機関を確保していること(地域医師会から協力の同意を得られている場合はこの限りではない。)
- ② 在宅医療導入に係る相談に随時応じ、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等が整っていること。
- ③ 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。
- ④ 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

等

在宅医療専門の医療機関に関する評価

- 在宅医療専門の医療機関について、在支診の施設基準に加え、以下の実績等を満たしている場合には、それぞれ同様に評価を行う。

① 在宅患者の占める割合が95%以上	④ (施設総管の件数) / (在総管・施設総管の件数) ≤ 0.7
② 5か所 / 年以上の医療機関からの新規患者紹介実績	⑤ (要介護3以上の患者 + 重症患者) / (在総管・施設総管の件数) ≥ 0.5
③ 看取り実績が20件 / 年以上又は15歳未満の超・準超重症児の患者が10人以上	

- 在宅医療専門の医療機関であって、上記の基準を満たさないものは、在総管・施設総管について、在支診でない場合の所定点数の80 / 100に相当する点数により算定する。
- 在宅患者の占める割合が95%未満である医療機関について、在支診の要件は現行通りとする。



在宅医療を提供する医療機関とその評価 に関する論点②

○ 往診・訪問診療を専門に行う場合における、在宅医療への報酬体系についてどう考えるか。

➤ 特に、保険医療機関が往診・訪問診療を専門に行うに当たって、患者への質の高い医療サービスを担保するため、どのような点に着目した評価を行うべきか。

在宅医療では、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に対して診療が行われていることから、患者の状態や居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

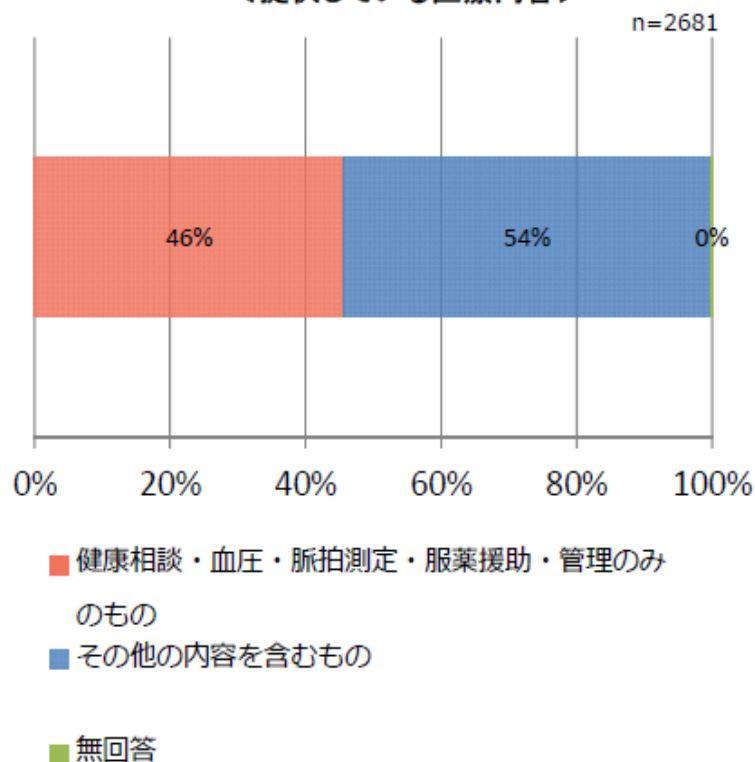
別表7、8を用いた患者重症度に応じた評価

患者の診療状況について①

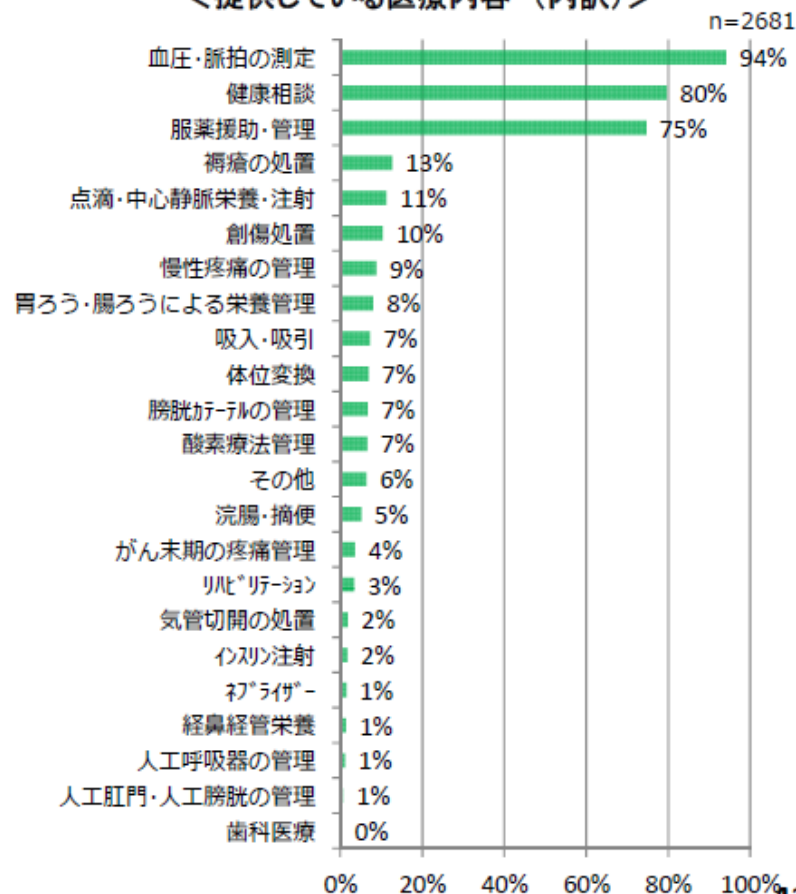
＜提供している医療内容＞

○ 在宅患者全体の45%程度は調査項目のうち「健康相談」「血圧・脈拍の測定」「服薬援助・管理」のみに該当する一方、残りの55%は「点滴・中心静脈栄養・注射（約11%）」等何らかの処置・管理等を実施されている。

＜提供している医療内容＞



＜提供している医療内容（内訳）＞



※患者票のデータを、日計表における同一建物/非同一建物患者の人数にあわせて重み付けして集計

出典：平成26年度検証部会調査（在宅医療）

長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等

○ 在宅医療等において、長期にわたって医学管理の必要性が高いと評価されている疾病・処置等として、以下の様な項目が挙げられている。

		別表7※	別表8※※	左記の他医療区分2・3のうち 長期に渡る管理を要する状態等
長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等	継続的な医学管理が必要な処置等	<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器の使用 	<ul style="list-style-type: none"> 中心静脈栄養 気管切開 持続陽圧呼吸療法 気管カニューレ/留置カテーテルの使用 自己腹膜灌流 経管栄養等 自己疼痛管理 人工呼吸 酸素療法 血液透析 自己導尿 人工肛門/人工膀胱 	<ul style="list-style-type: none"> 中心静脈栄養 人工呼吸器 気管切開等 酸素療法 経腸栄養 透析
	長期に渡る療養が必要な疾病	<ul style="list-style-type: none"> スモン 多系統萎縮症 球脊髄性筋萎縮症 多発性硬化症 進行性筋ジストロフィー症 副腎白質ジストロフィー 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 重症筋無力症 パーキンソン病関連疾患 亜急性硬化性全脳炎 脊髄性筋萎縮症 後天性免疫不全症候群 ハンチントン病 ライソゾーム病 頸髄損傷 プリオン病 脊髄小脳変性症 末期の悪性腫瘍 	<ul style="list-style-type: none"> 悪性腫瘍 褥瘡(真皮を超える) 肺高血圧症 	<ul style="list-style-type: none"> スモン 筋ジストロフィー 多発性硬化症 筋萎縮性側索硬化症 パーキンソン病関連疾患 その他の難病 悪性腫瘍 褥瘡 脊髄損傷等
	短期的に病態が増悪した状態等		<ul style="list-style-type: none"> 点滴注射 	

その他

別表7・8に該当しない又は医療区分1に該当する状態

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療③

同一建物減算

在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める。

- 在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。

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	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
特医総管	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点

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		処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
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

質の高い在宅医療・訪問看護の確保②

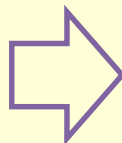
在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価②

- ③ 月1回の訪問診療による管理料を新設
- ④ 同一日に診療した人数に関わらず、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて評価

現行

(在総管：機能強化型在支診（病床なし）)

同一建物居住者以外の場合	4,600点
同一建物居住者の場合※1	1,100点



改定後

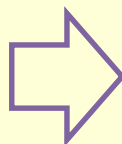
(在総管：機能強化型在支診（病床なし）)

	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	5,000点	4,140点	2,640点
月2回以上訪問している場合	4,200点	2,300点	1,200点
月1回訪問している場合	2,520点	1,380点	720点

現行

(在総管：在支診)

同一建物居住者以外の場合	4,200点
同一建物居住者の場合※1	1,000点



改定後

(在総管：在支診)

	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	4,600点	3,780点	2,400点
月2回以上訪問している場合	3,800点	2,100点	1,100点
月1回訪問している場合	2,280点	1,260点	660点

※1 同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※2 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

②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。

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

24時間対応
 (24時間対応体制加算の届出)

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

指定居宅介護支援事業所 訪問看護ステーション

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

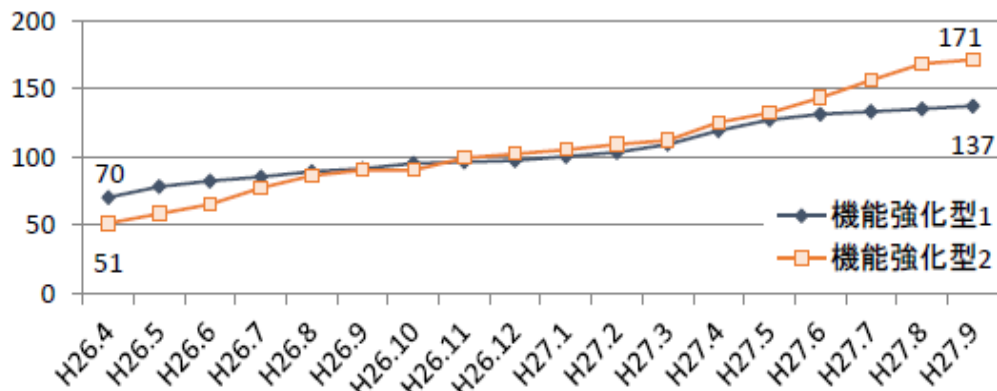
※特掲診療料の施設基準等・別表第7に掲げる疾病等
 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ核小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頭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

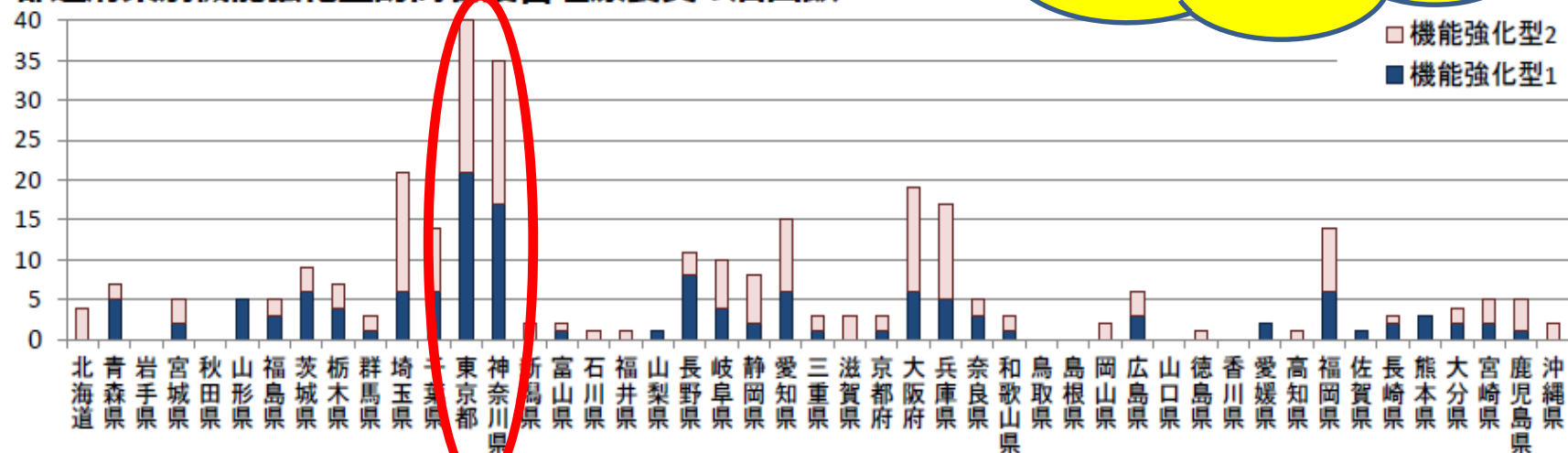
■機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



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

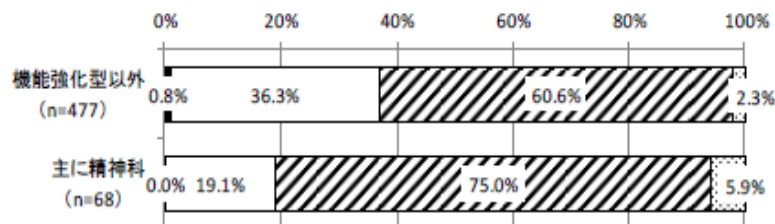
(ア) 看取り要件



機能強化型を届け出ない理由①

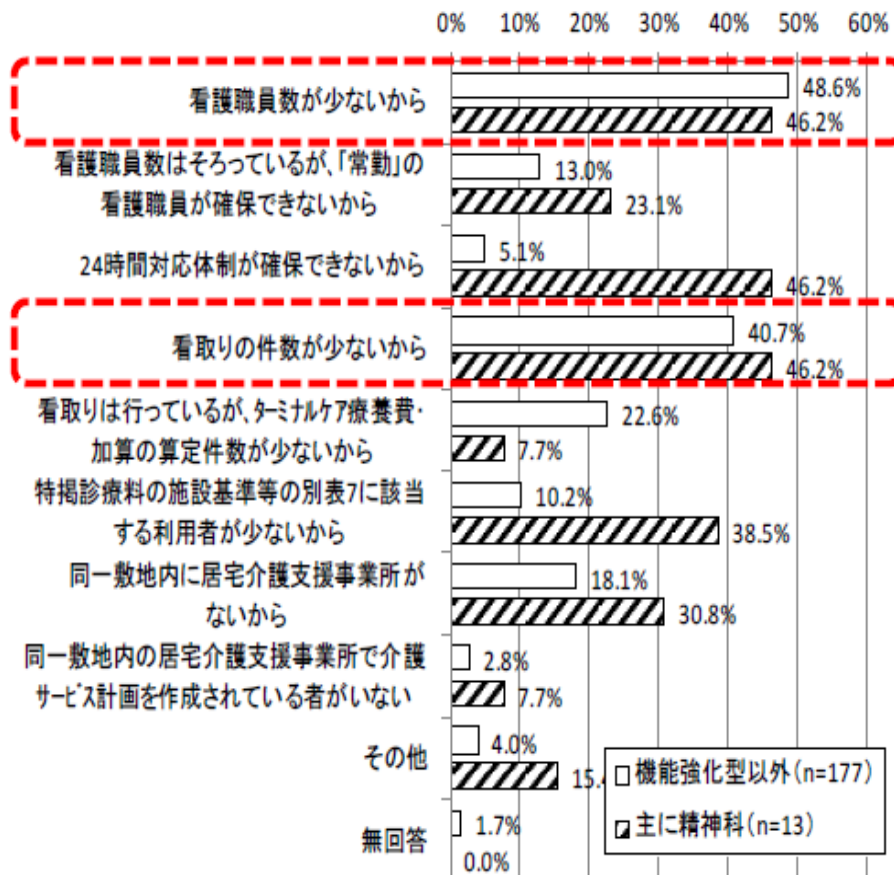
○ 機能強化型訪問看護管理療養費を届け出していない訪問看護ステーションのうち、約 1 / 3 のステーションは今後機能強化型として届け出ることを目指しているが、現時点で届け出していない理由は、「看護職員数が少ない」及び「看取りの件数が少ない」が多い。

■ 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

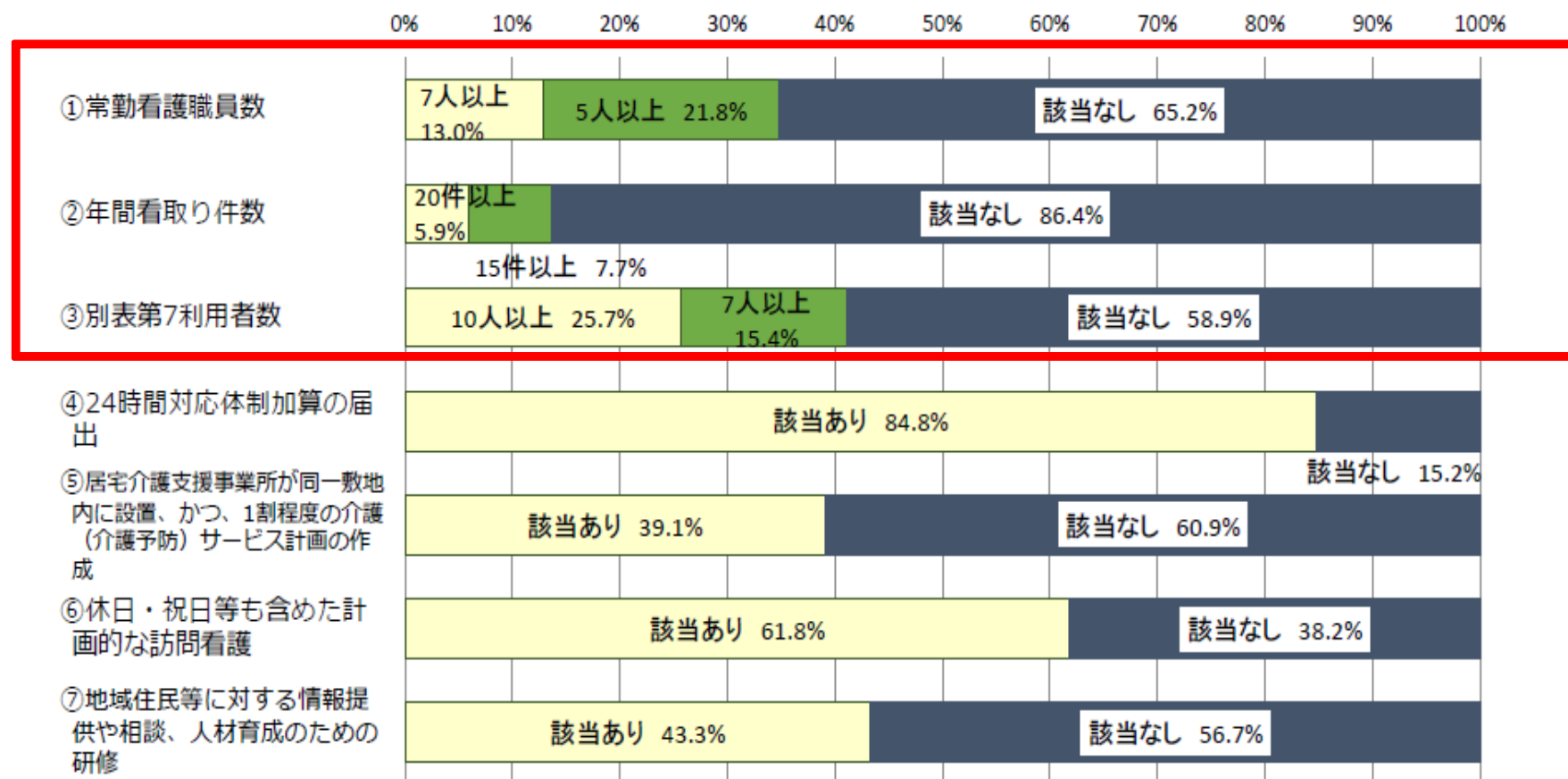
■ 機能強化型の届出なしの理由 (複数回答)



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	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

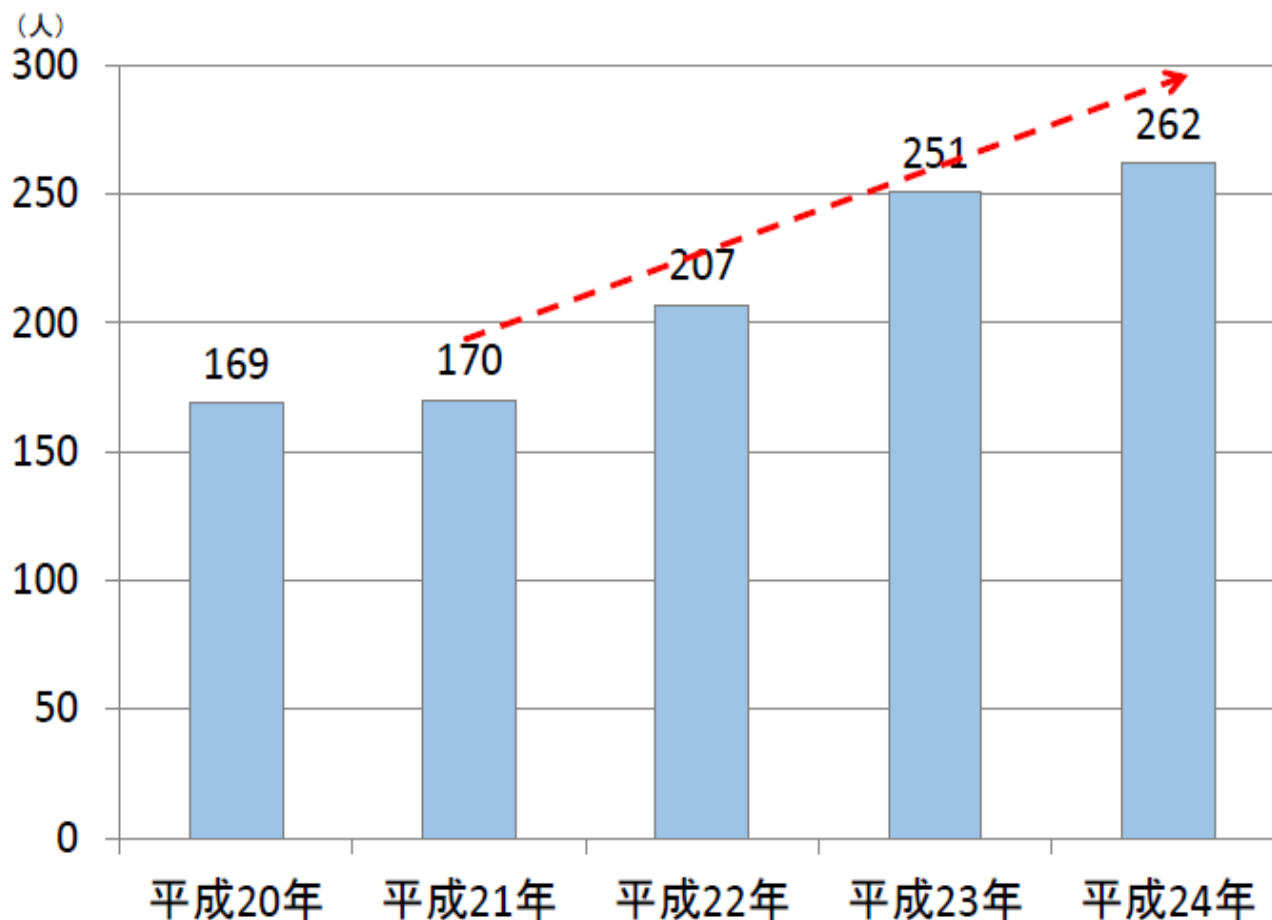
(イ) 医療ニーズの高い 小児の受け入れ



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。

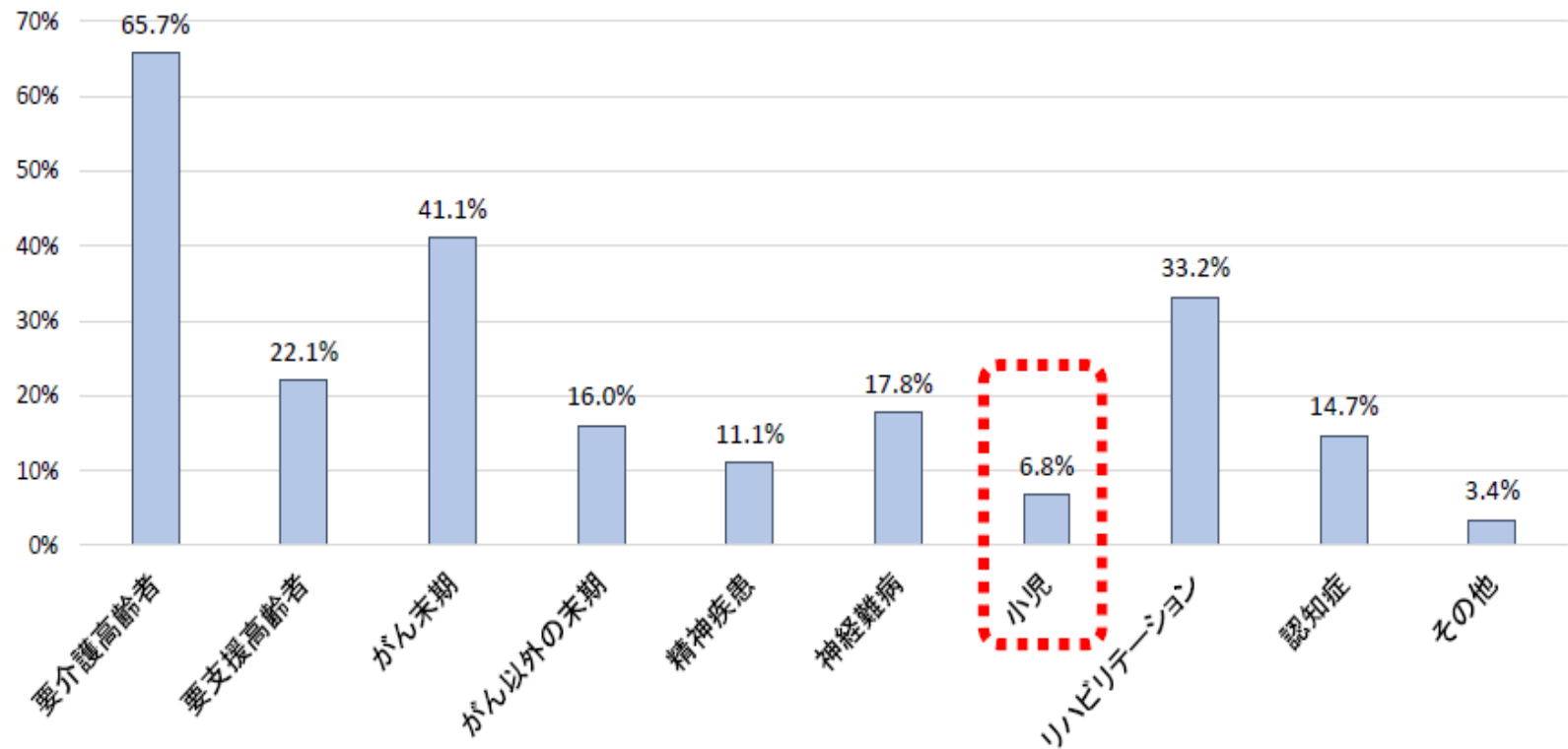
<NICUにおける1年以上の長期入院児数の年次推移(全国推計)>



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）

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑩

機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し

- 在宅医療を推進するために、機能の高い訪問看護ステーションを実情に即して評価する。また、超重症児等の小児を受け入れる訪問看護ステーションを増加させるために、超重症児等の小児の訪問看護に積極的に取り組む訪問看護ステーションを評価する。

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計 20回以上

ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。

【機能強化型訪問看護管理療養費2】

ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計 15回以上

ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。

改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

ハ 次のいずれかを満たすこと。

- ① ターミナルケア件数※を合計した数が年に20以上
- ② ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上、かつ、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上
- ③ 超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時6人以上

ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。なお、ハにおいて②又は③に該当する場合は、障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業者又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者と連携することが望ましい。

【機能強化型訪問看護管理療養費2】

ハ 次のいずれかを満たすこと。

- ① ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上
- ② ターミナルケア件数を合計した数が年に10以上、かつ、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時3人以上
- ③ 超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時5人以上

ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。なお、ハにおいて②又は③に該当する場合は、障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業者又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者と連携することが望ましい。

※ターミナルケア件数:

訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、ターミナルケア加算の算定件数及び在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数を合計した数

③薬局・薬剤師と在宅医療



葉山のタカノ薬局の岡豊香さん

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

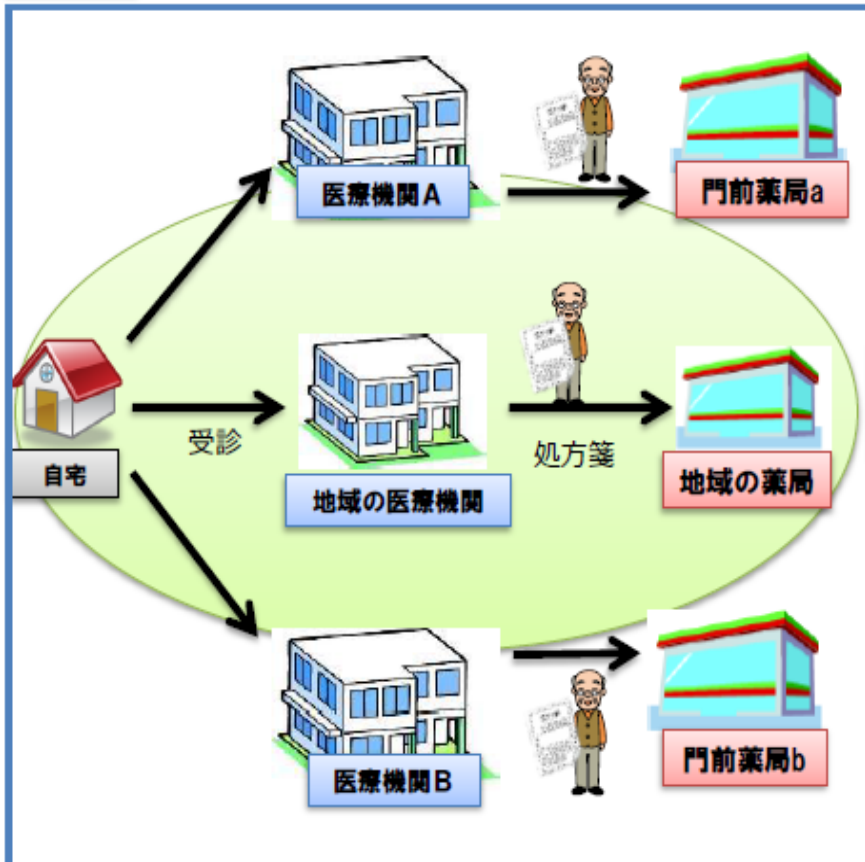
医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方

○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。

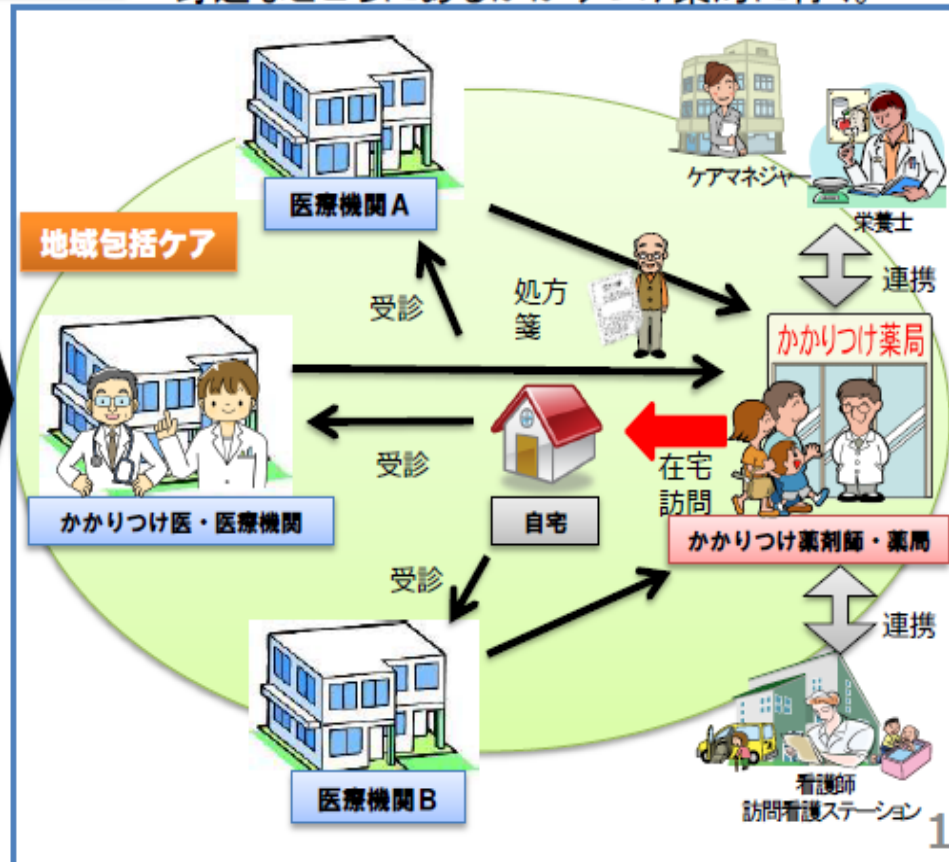
○これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、**患者の薬物療法の安全性・有効性が向上**するほか、**医療費の適正化**にもつながる。

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。



かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

- 地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できるかかりつけ薬剤師がいることが重要。
- かかりつけ薬剤師が役割を発揮するかかりつけ薬局が、組織体として、業務管理（勤務体制、薬剤師の育成、関係機関との連携体制）、構造設備等（相談スペースの確保等）を確保。

服薬情報の一元的・継続的把握

- 主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施。
- 患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、お薬手帳の一冊化・集約化を実施。

24時間対応・在宅対応

- 開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談を実施。
- 夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、調剤を実施。
- 地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅対応にも積極的に関与。

(参考)・現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。(5.7万のうち約3万の薬局で基準調剤加算を取得)

- ・薬局単独での実施が困難な場合には、調剤体制について近隣の薬局や地区薬剤師会等と連携。
- ・へき地等では、患者の状況確認や相談受付で、薬局以外の地域包括支援センター等との連携も模索。

医療機関等との連携

- 医師の処方内容をチェックし、必要に応じ処方医に対して疑義照会や処方提案を実施。
- 調剤後も患者の状態を把握し、処方医へのフィードバックや残薬管理・服薬指導を行う。
- 医薬品等の相談や健康相談に対応し、医療機関に受診勧奨する他、地域の関係機関と連携。

薬局再編の全体像

～ 立地 から 機能 へ～

現状

57,000薬局あるが、門前中心に医薬分業のメリットを実感しにくいとの声

様々な医療機関からの処方箋を受付

特定の診療所からの処方箋を受付

特定の病院からの処方箋を受付

面分業

門前薬局を含め、すべての薬局がかかりつけ薬局としての機能を持つことを目指す

診療所門前

中小病院門前

大病院門前

2025年まで

すべての薬局を「かかりつけ薬局」へ

かかりつけ薬局

- ・ ICTを活用し、服薬情報の一元的・継続的把握
- ・ 24時間対応・在宅対応
- ・ 医療機関をはじめとする関係機関との連携

+

- ・ 健康サポート機能
(地域住民による主体的な健康の維持・増進の支援)

※健康サポート薬局として活動
(日常生活圏域ごとに必要数確保)

- ・ 高度薬学管理機能
(抗がん剤等の薬学的管理)

2035年まで

- 団塊の世代が要介護状態の方が多い85歳以上に到達
- 一般的な外来受診はかかりつけ医が基本となる

立地も地域へ

既に地域に立地

建替え時期等を契機に立地を地域へ移行

日常生活圏域でのかかりつけ機能の発揮

病院の前の景色を変える！

〔
門前薬局から
かかりつけ薬局
への移行も促し
、病院の前の
景色を変える

2015年5月22日

2015年12月4日 中医協総会

調剤報酬について



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

かかりつけ薬局と かかりつけ薬剤師



国際医療福祉大学三田病院
(港区三田)

三田病院の内科で血圧の薬を処方してもらって、三田薬局のかかりつけ薬剤師の「くまちゃん」にジェネリックを調剤してもらっています。

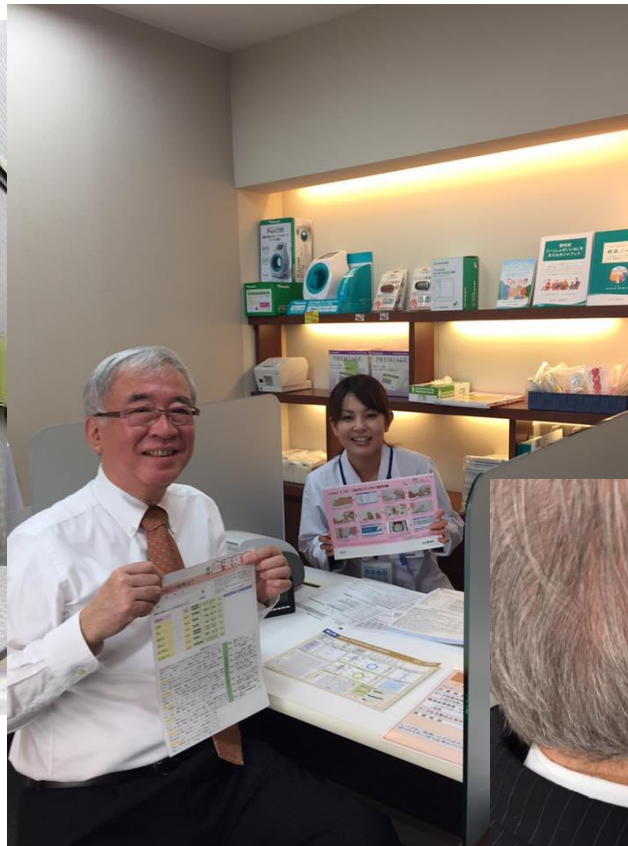


かかりつけ薬剤師の「くまちゃん」

健康サポート薬局で 自己採血で検体測定



日本調剤麻布十番薬局(港区)



ヘモグロビンA1Cとコレステロール値
が6分でわかる！ 超便利！

在宅医療における薬剤師の役割・課題・取り組み

役割

処方せんに基づき患者の状態に応じた調剤（一包化、懸濁法、麻薬、無菌調剤）
患者宅への医薬品・衛生材料の供給
薬歴管理（薬の飲み合わせの確認）
服薬の説明（服薬方法や効果等の説明、服薬指導・支援）
服薬状況と保管状況の確認（服薬方法の改善、服薬カレンダー等による服薬管理）
副作用等のモニタリング
在宅担当医への処方支援（患者に最適な処方（剤型・服用時期等を含む）提案）
残薬の管理、麻薬の服薬管理と廃棄
ケアマネジャー等の医療福祉関係者との連携・情報共有
医療福祉関係者への薬剤に関する教育



在宅患者への最適かつ効率的で安全・安心な
薬物療法の提供

在宅療養支援診療所と薬剤師



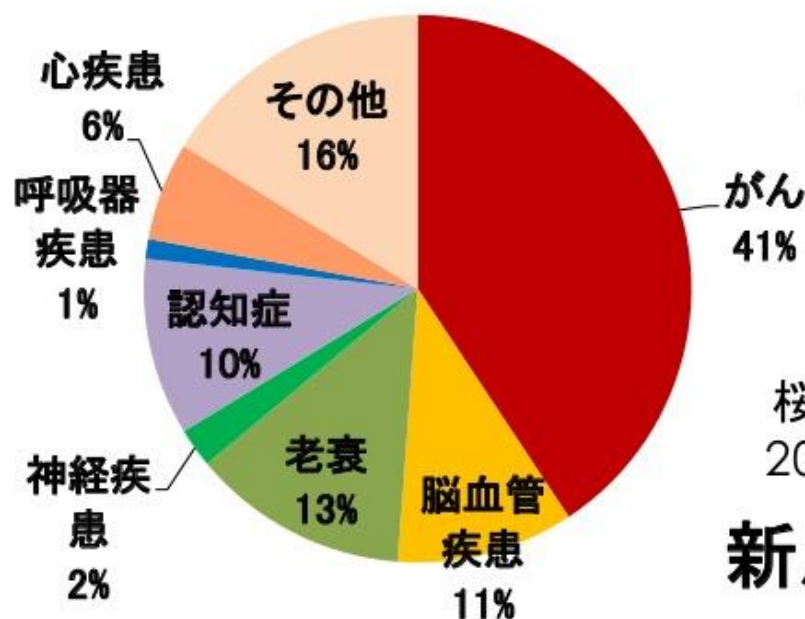
桜新町アーバンクリニック(東京世田谷)



遠矢医師 大須賀薬剤師

桜新町アーバンクリニック在宅医療部

- 東京都世田谷区
- 医師:常勤4名 非常勤4名
- 看護師:常勤7名
- 薬剤師:常勤1名(H25.2~)
- 一般在宅患者数 200名



桜新町アーバンクリニック
2011.6 ~ 2012.3 (n=86)

新患の疾患別割合

薬剤師の往診同行



院内薬剤師の業務

往診同行

- 新患初回訪問同行、服薬状況把握
- 在宅での持続可能な管理方法の提案
- 処方変更提案
- 処方作成支援
- 院外薬局との連携、処方箋事前確認
- 退院前カンファレンスへの参加



院内薬剤情報管理

- セット処方作成、処方標準化
- 製薬会社、卸等との渉外担当
- 院内勉強会の開催

品名	数量	単位
アンベック錠(10)	500	錠
イブプロフェン錠(10)	500	錠
ナカゼリン錠(50)	500	錠
ロキソニン錠(10)	500	錠
ロキソニン錠(25)	500	錠
セニラン錠(10)	500	錠
セニラン錠(20)	500	錠



←ターミナル用処方箋

残薬について

期投薬の増加等により、飲み忘れ、飲み残しや症状の変化により生じたと思われる
残薬(調剤されたものの服用・使用されなかった薬剤)が生じるケースが見られる。



残薬薬剤費
400億円

服薬状況レポート: 新患訪問

○山○男 79歳 M

上行結腸癌術後、多発肝転移、腹膜播種、がん性疼痛
経緯:

H19/11 上行結腸癌に対し手術施行。肝メタ。H22/12, H23/3にも手術施行。化学療法を行っていたが、
止。H24秋ごろ1ヶ月ほどTS-1内服。副作用により中止、以降ケモは中止。

これまでの病歴、 薬歴、副作用歴

同時期、带状疱疹を発症。桜新町ペイン

H25/5 腹腔内動脈周囲の再発巣認め癌性疼痛としてオピオイド開始。今後を考え訪問診療を希望、開始となった。

服薬状況: ご本人管理。ヒート調剤。

オキシコンチン(5) 定期服用で日
くなるのを不安に感じオキノーム
る。自己調節し、オキシコンチン2錠2×でも日中の痛みは特に感じ
なかったとのこと。今回より朝1錠、夕2錠に変更となる。薬に関し
ては知識もお持ちであり、体調が良くなると減量するなどご自身で
調節して飲んでしまうことも多々あったとのこと、特にオキシコ
ンチンは定時に飲むように指導されている。

服薬コンプライアンス

薬の数が多くことについて、薬
ている。現在飲んでいる薬は今
いただき、今後様子を見て増減を検討すると医師より説明あり。

薬識、受け入れチェック

オピオイド内服しており、排便コントロール必要。便秘気味とのこ
と。プルゼニド2錠2×朝寝る前での処方あり。

本日より1日1回寝る前2錠へ変更となる。効果がない場合は増量もし
くは変更検討。吐き気や傾眠傾向などは聞かれず。

食欲不振は顕著で、フルーツくらいし
今回プレドニン開始し、また甘いもの
アもお出しした。今後の経過を観察。

新規処方の経緯 副作用等注意喚起

薬局: ○○薬局。訪問服薬指導

他院からの処方: 特になし

併用禁忌薬等: 特になし

副作用歴: TS-1で腎機能悪化。胃痛

薬局。薬受取方法

<2013年●月●日現在の投薬状況

定期処方 全てヒート調剤

◎◎病院外科 退院処方 21日分

オキシコンチン(5) 4錠2×⇒3錠×2 朝1夕2 /残68錠

オキノーム(5) 痛い時 /残75包

カロナール(200) 6錠3× /残119錠

ノバミン(5) 3錠3× /残68錠

タケプロンOD(15) 1錠1× 朝食後 /残19錠

禁忌、副作用管理

残薬管理

◎◎病院泌尿器科 退院処方 56日分

ウブレチド(5) 0.5錠1×夕食後 /残21回分

ハルナールD(0.2) 1錠1×朝食後 /残24錠

ラックビー微粒N 3g3× /残29P

処方以外の手持ち薬の整理

新規処方: 食欲イ
エンシュア・リキッド 1日1-2本 7本

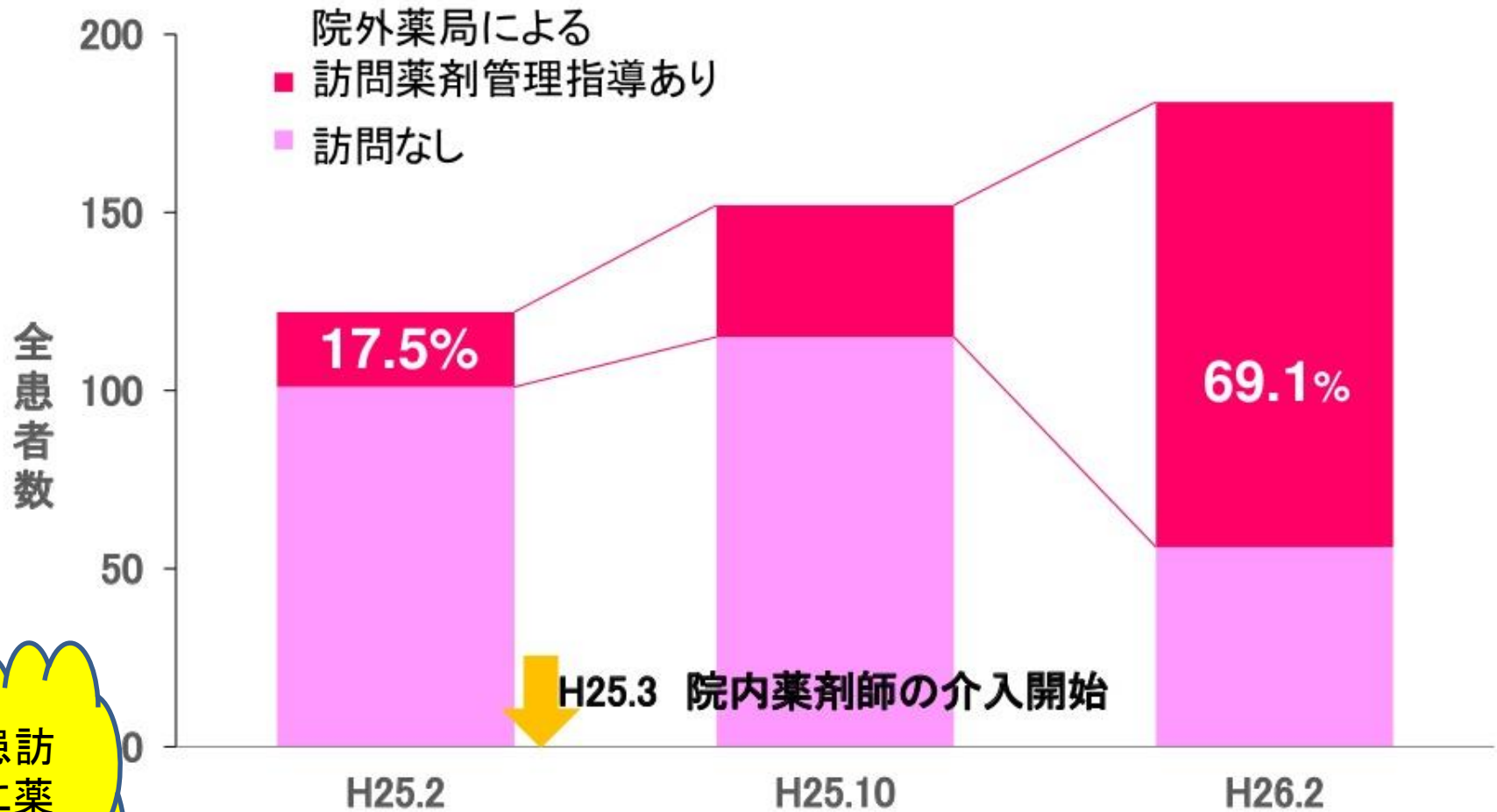
プレドニン(5) 2錠1×朝食後 7日分

初回往診 医師 遠矢(主)、看護師 尾山、薬剤師 大須賀

相談員 染野

以上 大須賀悠子

訪問薬剤管理指導導入割合(院外薬局)



新患訪問に薬局薬剤師を同行

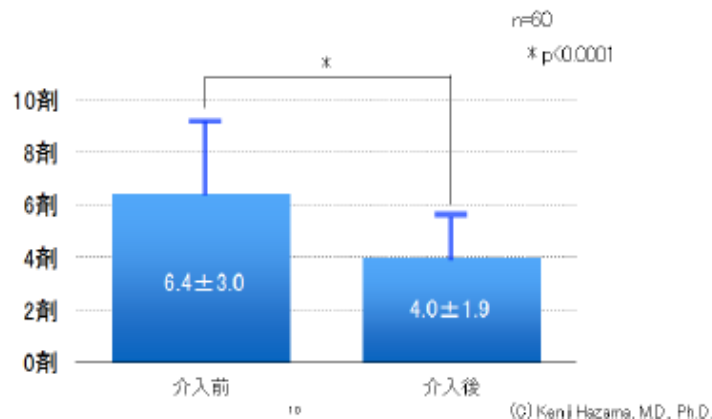


地域の薬局との薬薬連携の強化により、在宅対応力が向上

在宅業務で医師と薬剤師の連携による評価

○医師と連携して薬剤師が在宅訪問を行うことで、投薬数や薬剤費が減少。

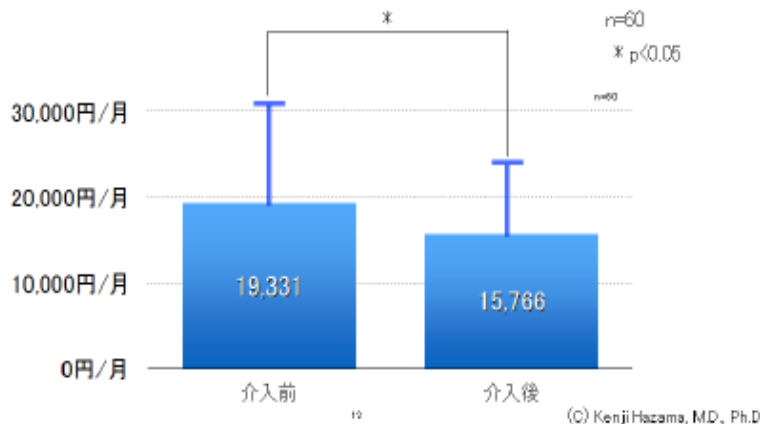
1人あたりの投薬数の変化



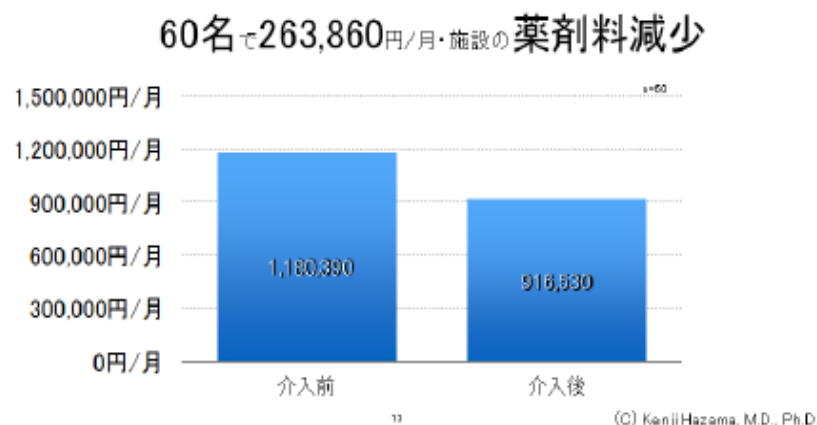
医師の訪問診療に薬剤師が同行した後、次回医師の訪問診療の前に薬剤師が単独で訪問して、薬学的に患者の状態を確認し、そこで得た情報を医師にフィードバックした結果

- 介護付き有料老人ホームの患者
対象 60名 (男性13名、女性47名)
平均年齢 87.1 ± 7.5歳

1人あたりの薬剤費の変化



施設全体の薬剤費の変化



※平成26年度厚生労働科学研究費補助金「薬剤師が担うチーム医療と地域医療の調査とアウトカムの評価研究」シンポジウムより
「薬局薬剤師が取り組むチーム医療～介護施設における共同薬物治療管理～(ファルメディコ株式会社 狭間研至)」

パート3

地域包括ケアと新サービス

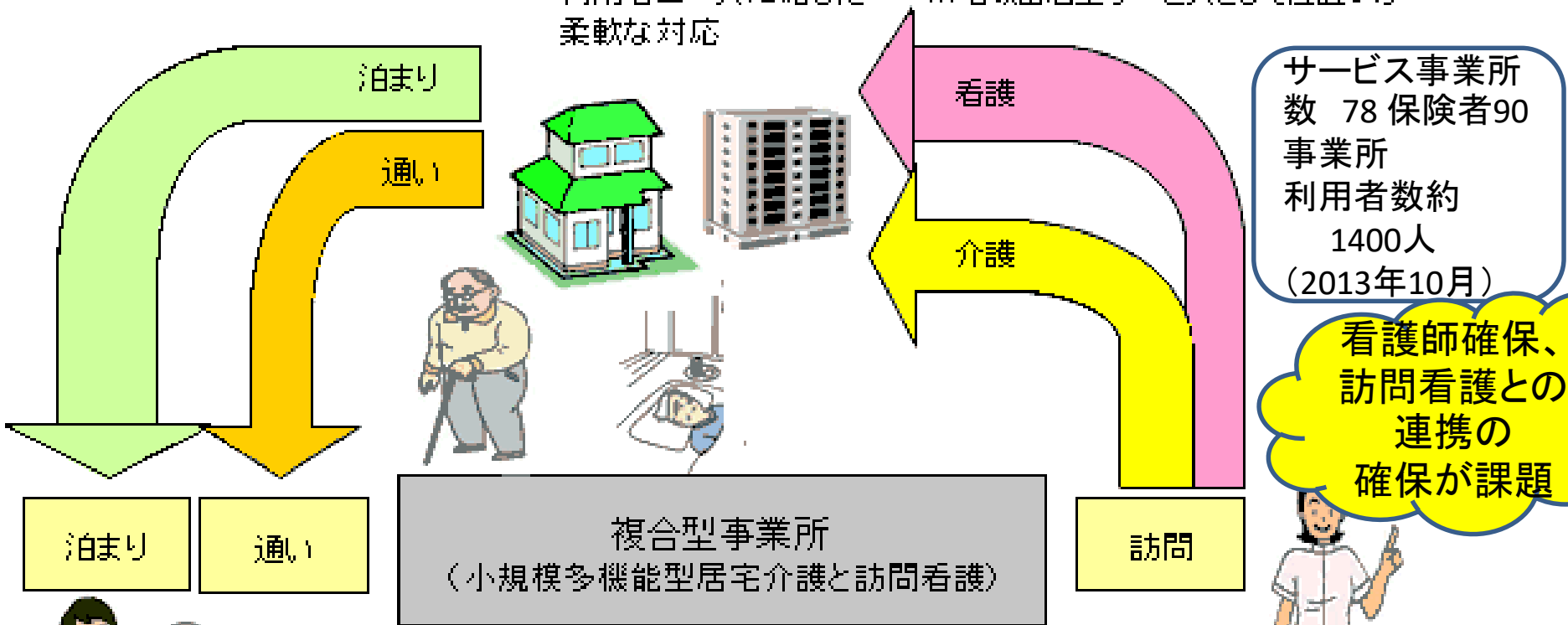
①看多機と②24時間サービス

地域包括ケアを支える新規サービス(2011年5月)

①看多機(複合型サービス)

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



○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。

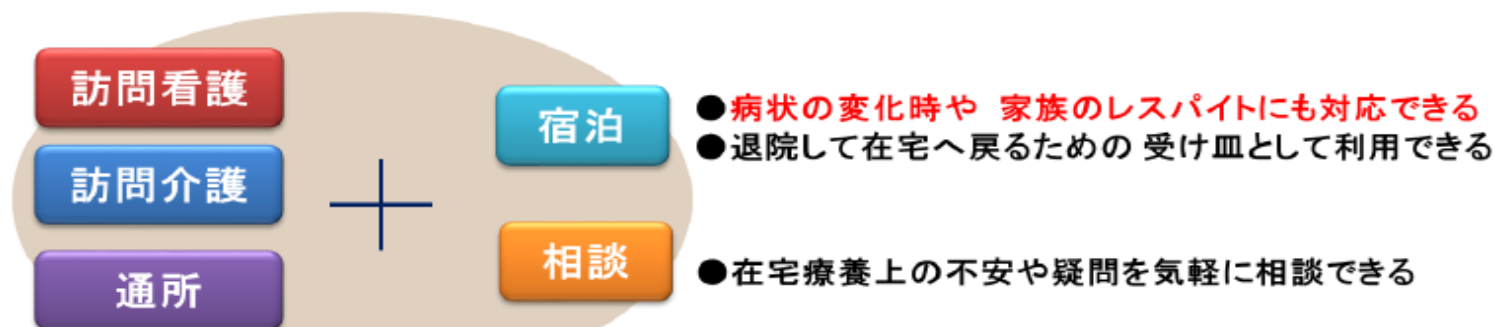
○事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能

➤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。



これらの機能を一体的に提供できるサービスが必要

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)

2010年8月

「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。

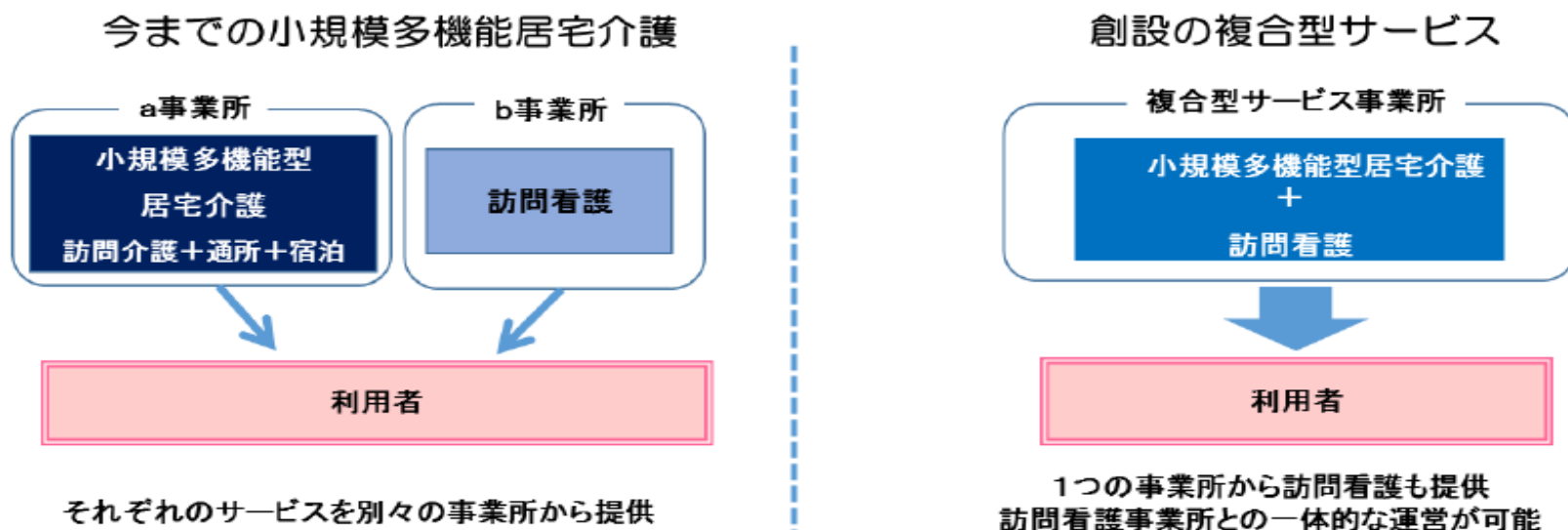
2012年

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。



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

看多機事業者交流会
2015年11月17日



看多機事業者交流会

2015年11月17日、日本看護協会

- 「看多機は全国300か所足らずとまだまだ、少ない。しかし日看協が提案したサービスであり、生みの親の責任としてもっと事業所開設数を伸ばしたく、交流会を企画した。疑問が解決し開設が進む良い機会となれば・・・」(齋藤訓子理事)



日看協常任理事の齋藤訓子氏



看護小規模多機能型居宅介護の所在地別事業所数

老人保健課調べ(平成28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	18	0	千葉県	千葉市	1	1	岐阜県	高山市	1	0	広島県	広島市	3	0
	函館市	3	0		鴨川市	1	0		もとす広域連合	1	0		福山市	5	0
	北広島市	1	1		大網白里市	1	0		恵那市	1	1		尾道市	2	2
	千歳市	1	1		木更津市	1	1		美濃加茂市	1	1		東広島市	2	0
	紋別市	1	0		松戸市	1	1		富加町	1	0	山口県	防府市	1	1
	小樽市	3	3		八千代市	1	0		静岡市	4	3		山陽小野田市	1	1
	北見市	1	0		港区	1	0		富士宮市	1	0	徳島県	徳島市	1	0
	釧路市	1	1		新宿区	2	0		富士市	2	2		阿南市	2	0
青森県	青森市	1	1	北区	1	1	島田市	1	0	香川県	高松市	2	2		
	南部町	1	0	足立区	2	2	沼津市	1	1		土庄町	1	1		
岩手県	奥州市	1	1	墨田区	1	0	名古屋市長	4	0	愛媛県	松山市	3	0		
宮城県	仙台市	3	0	品川区	1	0	豊橋市	3	3		今治市	2	0		
	石巻市	1	0	文京区	1	1	豊川市	2	2		西条市	1	0		
	富谷町	1	0	八王子市	1	1	四日市市	2	2	高知県	高知市	2	0		
湯沢市	1	1	青梅市	1	1	桑名市	1	1	福岡県		北九州市	1	1		
秋田県	大曲仙北広域市町村圏組合	2	1	稲城市	1	0	大津市	1		1	福岡市	2	2		
	本荘由利広域市町村圏組合	1	1	調布市	1	1	京都市	6		0	久留米市	7	3		
	山形市	3	0	清瀬市	1	1	綾部市	1		0	行橋市	1	1		
山形県	米沢市	1	0	東村山市	2	2	宇治市	1		1	小郡市	1	1		
	福島市	2	0	町田市	1	1	大阪市	5	0	福岡県介護保険広域連合	1	0			
福島県	会津若松市	1	0	横浜市	12	5	大東市	1	1	春日市	1	0			
	白河市	1	0	川崎市	7	0	堺市	4	0	佐賀県	佐賀中部広域連合	1	1		
	田村市	1	0	平塚市	1	1	高槻市	1	1		唐津市	4	4		
	いわき市	1	0	藤沢市	3	2	茨木市	2	1	大村市	1	0			
茨城県	水戸市	1	0	鎌倉市	1	1	富田林市	1	1	長崎県	佐世保市	1	0		
	つくば市	1	0	秦野市	1	0	交野市	1	1		島原地域広域市町村圏組合	1	1		
	鉾田市	1	0	箱根町	1	1	豊中市	1	0		熊本県	熊本市	2	2	
	神栖市	1	0	厚木市	1	0	八尾市	2	0	八代市		2	2		
	龍ヶ崎市	1	0	座間市	1	1	藤井寺市	1	0	菊池市		1	1		
佐野市	1	1	新潟市	4	0	神戸市	4	0	大分市	3		3			
足利市	1	1	長岡市	1	0	尼崎市	1	0	臼杵市	1		1			
栃木県	益子町	1	0	見附市	1	0	明石市	1	1	別府市	1	1			
	高崎市	4	0	富山市	1	1	伊丹市	1	1	佐伯市	1	1			
	桐生市	1	0	珠洲市	1	0	加西市	1	1	杵築市	1	0			
群馬県	館林市	1	0	能美市	1	1	たつの市	4	4	宮崎県	宮崎市	2	1		
	伊勢崎市	1	0	金沢市	1	0	奈良市	1	0		延岡市	2	0		
	川越市	1	0	小松市	1	0	和歌山市	2	1	鹿児島県	鹿児島市	2	2		
三郷市	2	2	福井市	2	0	鳥取市	4	1	宮古島市		1	0			
埼玉県	ふじみ野市	1	1	坂井地区広域連合	3	3	米子市	4	1	合計	294				
	大里広域	1	1	越前市	1	0	松江市	2	2						
	甲府市	2	2	福井県	3	3	浜田地区広域行政組合	1	1						
北杜市	1	1	雲南広域連合	1	0	雲南広域連合	1	0							
長野市	1	1	岡山市	1	0	岡山市	1	0							
上田市	1	0	浅口市	1	0	倉敷市	1	1							
			玉野市	1	0										

東京都
17事業所

2015年介護報酬改定における 看多機改定のポイント

- (1) 名称の見直し
- (2) 登録定員数の緩和
- (3) 外部評価の効率化
- (4) 総合マネジメント体制強化加算の創設
- (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
- (7) 同一建物居住者へのサービス費変更



厚生労働省老健局
老人保健課
猿渡央子氏。

看多機の事例



ミモザの家(新宿区)



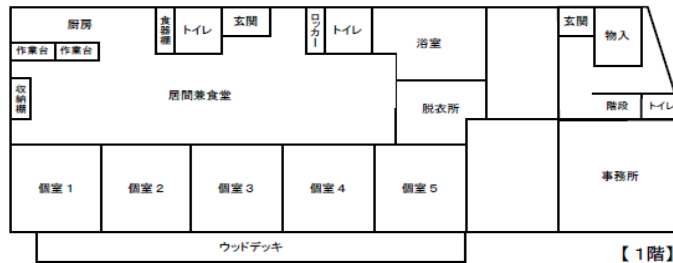
事例1. 株式会社つつじヶ丘在宅総合センター 複合型サービスケアホーム希望



- ＜事業運営上のポイント＞
- 退院直後は泊まりを中心としたサービス提供を開始し、再アセスメントを行い、在宅での生活を組み立てていく。
 - 利用者が入院していた病院や、利用者を引き継いだ他法人の介護支援専門員等に対して、その後の利用者の改善状況を伝える「経過報告書」を送っている。それが事業所の理解と利用者確保につながっている。

1. 事業所の基本情報

法人種類	営利法人	法人名	株式会社つつじヶ丘在宅総合センター	
所在地	東京都調布市	開設年月	平成 25 年 10 月	
併設事業所 ・ 関連事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小規模多機能型居宅介護（開設時期：平成 20 年 3 月） ・ 訪問看護ステーション（開設時期：平成 12 年 4 月） ・ 通所介護事業所 ・ 居宅介護支援事業所 ・ 地域包括支援センター 			
定員	総定員：25 人 通い：15 人 泊まり：5 人			
利用登録者数	24 人(平成 27 年 1 月 27 日時点)	利用者の平均要介護度	4.0	
実費負担	泊まり：2,000 円 食費：朝食 400 円 昼食 700 円 夕食 600 円 おやつ 100 円			
看護職員数（実人数）	常勤 6 人	介護職員数（実人数）	常勤 10 人	非常勤 5 人
勤務体制	<p>【看護職員】 8：45～17：45 ※上記時間外は緊急対応として 24 時間 365 日対応</p> <p>【介護職員】 日勤 8：45～17：45 夜勤 16：00～10：00（夜勤 1 名＋宿直勤務 1 名）</p>			





事例2. 株式会社リンデン 複合型サービス ナーシングホーム岡山



＜事業運営上のポイント＞

- 利用者の生活全般を支えることができること、医療ニーズの高い利用者に対応できることは、やりがいを持って働きたいと考える看護職員、介護職員の魅力となっている。採用時より理念を共有することを重視している。
- 理学療法士と作業療法士が併設の訪問看護ステーションと兼務しており、週に3回、時間を決めて個別の機能訓練を実施している。

1. 事業所の基本情報

法人種類	営利法人	法人名	株式会社リンデン	
所在地	神奈川県川崎市	開設年月	平成25年4月	
併設事業所・関連事業所等	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーション（開設時期：平成23年4月） ・居宅介護支援事業所 ・訪問介護事業所 			
定員	登録定員：25人 通い：15人 泊まり：6人			
利用登録者数	17人（平成26年11月時点）	利用者の平均要介護度	3.7	
実費負担	泊まり：3,000円 食費：朝食350円 昼食（おやつを含む）700円 夕食700円			
看護職員数（実人数）	7人	介護職員数（実人数）	10人	
勤務体制	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員 【日勤】8：30～17：30 ※夜間の緊急対応に2名が待機。 ・介護職員 【日勤】8：30～17：30 【夜勤】16：30～9：30 ※早いお迎え、遅い送りの希望や泊りが多い日には、早出、遅番に対応。 【早出】7：00～16：00 【遅番】11：30～20：00 			
				

事例3. 公益社団法人佐賀県看護協会 ケアステーション野の花

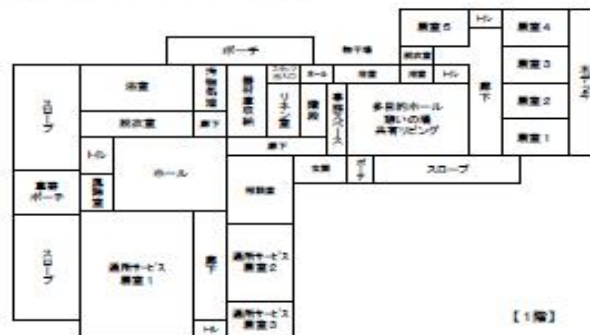


<事業運営上のポイント>

- 退院直後は密に訪問看護を提供し、在宅の環境を整え、在宅の生活に慣れてきてから「泊まり」の提供を開始する。
- 基本的に通いと訪問を中心とし、集中的に処置を行いたい場合は、毎日通いを提供し、事業所で処置を行い、在宅へ帰す。
- 職員の育成のためにガイドラインを作成し、活用している。
- 地域のお祭り等に積極的に参加することで、地域の活性化にも貢献している。

1. 事業所の基本情報

法人種類	公益社団法人	法人名	公益社団法人佐賀県看護協会	
所在地	佐賀県佐賀市	開設年月	平成 25 年 4 月	
併設事業所・関連事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーション（開設時期：平成 7 年） ・療養通所介護（開設時期：平成 18 年） ・居宅介護支援事業所 			
定員	登録定員：25 人 通い：15 人 泊まり：5 人			
利用登録者数	13 人（平成 27 年 2 月 5 日時点）	利用者の平均要介護度	3.0	
実費負担	泊まり：2,000 円 食費：朝食 200 円 昼食 350 円 夕食 400 円			
看護職員数（実人数）	3 人	介護職員数（実人数）	6 人	
勤務体制	【看護職員】 8：30～17：15 2 人 17：15～9：00 1 人（宿泊がなければオンコールのみ） 【介護職員】 8：30～17：15 9 人 4：30～9：30 1 人			



【1階】

●事例1● 81歳 男性【退院直後の在宅復帰支援】

- ✓退院直後から2か月間は泊まりを継続提供。その後、訪問を中心に在宅復帰
- ✓家族の不安を解消するサービス提供方法を検討・相談
- ✓家族と外部サービスとの役割分担を明確にし、家族へは吸引等の処置の実施方法を教育

1. 利用者の基本情報

世帯構成	妻、長男の妻、その子ども（孫）と同居				
介護力	主たる介護者は長男の妻。時間帯によって介護可能。				
要介護度	要介護5				
障害高齢者の日常生活自立度	C2		認知層高齢者の日常生活自立度	I	
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助
主な傷病	<ul style="list-style-type: none"> ・悪性新生物 ・パーキンソン病 ・脳梗塞 ・心不全 ・腹部大動脈瘤 ・大動脈弁閉鎖栓 				
必要な医療処置	<ul style="list-style-type: none"> ・胃ろう ・バルーン留置カテーテル ・たんの吸引 ・服薬管理 ・褥瘡の処置(真皮に達する褥瘡) ・浣腸 ・摘便 ・吸入 				
ターミナル期	ターミナル期ではない		病状の安定性・悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり	

※利用開始から最初の2週間のサービス提供状況

	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日
泊まり	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
訪問看護 (同事業所: 医療保険)	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回

3. 2か月間の泊まりの継続利用後、在宅で訪問の利用中心に

<訪問を中心に>

- ・約2か月間、事業所に泊まった後、在宅に戻り、その後は訪問（介護）と医療保険による訪問看護のみを利用している。

●事例2● 88歳 女性【がん末期の在宅生活支援】

- ✓退院後、通いの場で医療処置を行い、在宅での医療処置の不安を解消
- ✓利用者の心身の負担、病状に応じてサービス提供パターンを柔軟に変更
- ✓発熱や痛み対応は主治医との密な連携・連絡で対応

1. 利用者の基本情報

世帯構成	長男夫婦、孫1人				
介護力	主たる介護者は長男の妻。常時、介護可能。				
要介護度	要介護3				
障害高齢者の日常生活自立度	A2		認知症高齢者の日常生活自立度		II a
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	一部介助	全介助	一部介助	全介助	全介助
主な傷病	右上顎腫瘍術後 癌性疼痛				
必要な医療処置	・胃ろう ・たんの吸引 ・創傷処置 ・服薬管理 ・疼痛の管理				
ターミナル期	ターミナル期である	病状の安定性・悪化の可能性		不安定・悪化の可能性あり	
特記事項	右顔面麻痺。疼痛コントロール中。				

2. 利用開始の経緯

	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目
通い				○		○					○
訪問看護 (同事業所: 医療保険)	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回	★ 1回

○直近11日のサービス提供状況

- ・その後、医療処置や胃ろうに対応するため、訪問看護の1日あたりの訪問回数を増やし、朝、昼、夜の1日3回の訪問に変更した。
- ・発熱や痛みがあるため、主治医と密に連携・連絡をとりながら対応している。

●事例3● 78歳 女性【医療ニーズの高い認知症者支援】

✓医療ケアの必要な認知症の利用者に対し、原疾患の進行に合わせた支援を実施

✓強い利用拒否に対し、馴染みの職員が対応することで、通いや泊りが利用可能に

1. 利用者の基本情報

世帯構成	夫婦のみの世帯				
介護力	主たる介護者は夫（77歳）。常時、介護可能。				
要介護度	要介護4				
障害高齢者の日常生活自立度	B2		認知症高齢者の日常生活自立度	III a	
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助
主な傷病	・進行性核上性麻痺 ・意識消失発作 ・脳梗塞後遺症 ・認知症				
必要な医療処置	・留置カテーテル ・褥瘡の処置 ・服薬管理 ・摘便 ・リハビリテーション				
ターミナル期	ターミナル期ではない	病状の安定性・悪化の可能性		不安定・悪化の可能性あり	
特記事項	・予測できない意識消失発作を頻回に起こすようになった。				

2. 利用開始の経緯と利用開始直後のサービス提供状況～利用拒否への対応～

サービス提供開始～サービス拒否への対応～

	1 日 目	2 日 目	3 日 目	4 日 目	5 日 目	6 日 目	7 日 目	8 日 目	9 日 目	10 日 目	11 日 目	12 日 目	13 日 目	14 日 目
通い	○							○						
訪問(看護)			☆ 1回			☆ 1回				☆ 1回			☆ 1回	

3. サービス提供状況

～慣れてきたことで通いの回数増、泊まりの利用も可能に～

○直近の2週間のサービス提供状況

- ・当初、利用拒否が強かったが、慣れてきたことにより、通いの回数を増やすことができた。また、泊まりもできるようになった。
- ・通いの回数を増やしたり、泊まりを行うことで、家族も介護負担が軽減され、看護小規模多機能型居宅介護の利用の良さを感じているようだ。
- ・本人は寝たきりの状態であり、進行性核上性麻痺の進行による経口摂取低下、栄養状態の低下が見られる。褥瘡の処置が必要であり、通いででの処置だけでなく、訪問（看護）も組み込み対応している。
- ・その他、創感染によりバルーン留置カテーテル管理、口腔ケアなどに対応している。

	1 日 目	2 日 目	3 日 目	4 日 目	5 日 目	6 日 目	7 日 目	8 日 目	9 日 目	10 日 目	11 日 目	12 日 目	13 日 目	14 日 目
通い	○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	
泊まり		●							●					
訪問(介護)											□ 1回			
訪問(看護)						☆ 1回	☆ 1回				☆ 1回		☆ 1回	

②定期巡回・随時対応型 訪問介護看護

24時間サービス

地域包括ケアを支える新規サービス(2012年4月より)

②24時間対応の定期巡回・随時対応サービス



定期巡回・随時対応サービス ～潤生園からの報告～



社会福祉法人小田原福社会
高齢者総合福祉施設潤生園
理事長 園長 時田 純

潤生園の複合拠点・在宅介護総合センター「れんげの里」



- ・単独型短期入所施設40床
- ・通常型通所介護施設35名
- ・滞在型訪問介護
- ・夜間対応型訪問介護
- ・定期巡回訪問介護
- ・人財育成センター
- ・フードサービスセンター

訪問介護サービス提供責任者によるミーティング



深夜のコールに応える随時訪問介護サービス



定期巡回・随時訪問介護は安心と安全を支える信頼の絆



写真の公表についてご利用者の了解を頂いています。潤生園

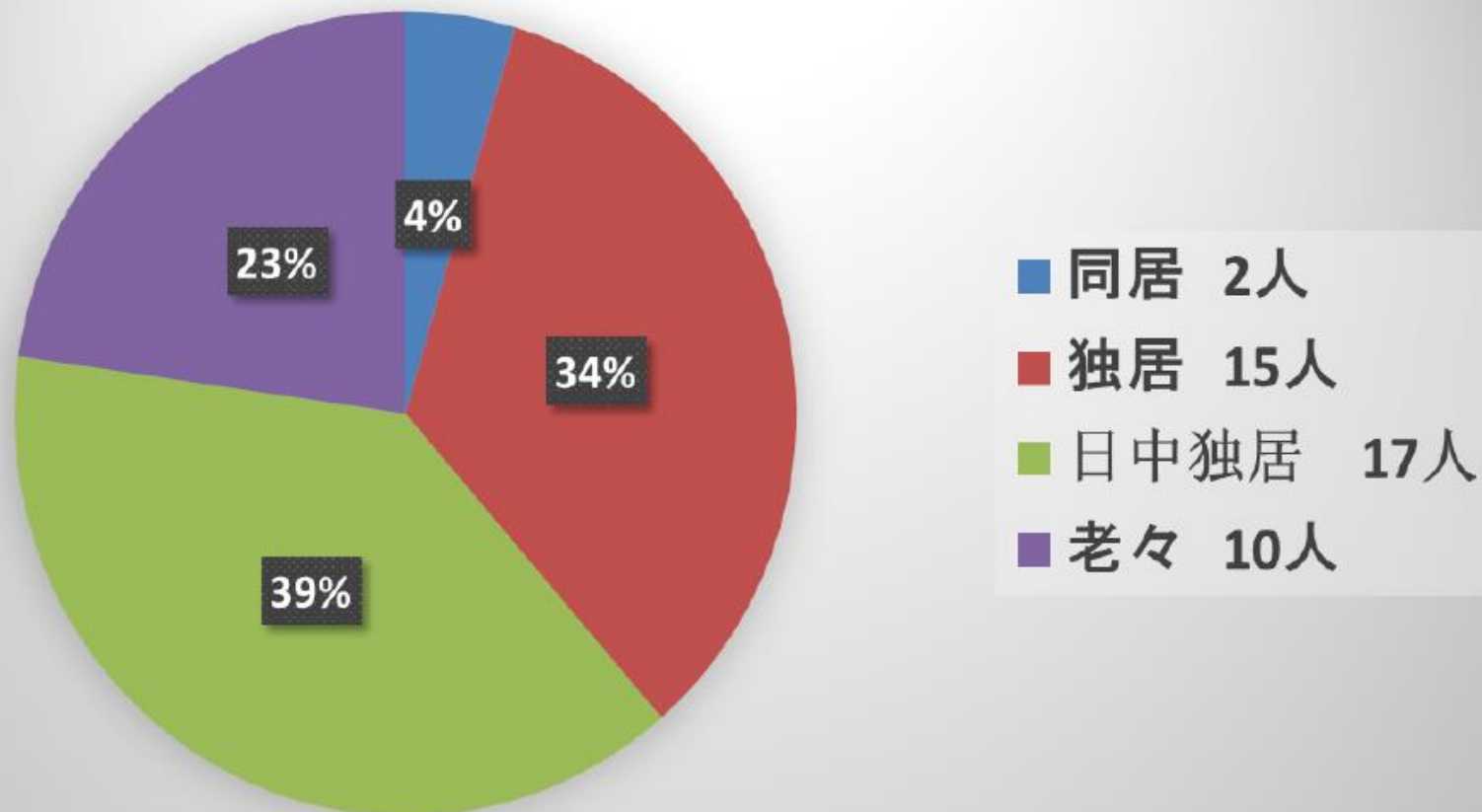
定期巡回・随時訪問介護は安心と安全を支える信頼の絆



24時間・365日緊急コールに対応するオペレーションサービス



平成25年度・利用者の世帯構成 (平成25年4月～26年1月 延べ44名)



24時間サービス

- ①定期巡回サービス
 - 訪問介護員等が定期的(原則、1日複数回)に利用者の居宅を巡回して日常生活上の世話をを行う。
- ②随時対応サービス
 - あらかじめ利用者の心身の状況、その置かれている環境等を把握した上で、随時、利用者又はその家族等からの通報を受け、通報内容等を基に相談援助を行う、または訪問介護員等の訪問、若しくは看護師当による対応の要否を判断するサービス。

- ③ 随時訪問サービス

- 随時対応サービスにおける訪問の要否等の判断に基づき、訪問介護員等が利用者の居宅を訪問して日常生活上の世話を行う。

- ④ 駆けつけ30分

- 通報があつて概ね30以内の間に駆け付けられるような体制確保に努めることが必要。

- ⑤ 訪問看護サービス

- 看護師当が医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問して行う療養上の世話又は必要な診療の補助を行う。

- また療養上の世話又は診療の補助の必要でない利用者であっても、概ね1月に1回はアセスメントのため看護職員が訪問する。

定期巡回・随時対応サービス (モデル事業の結果概要)

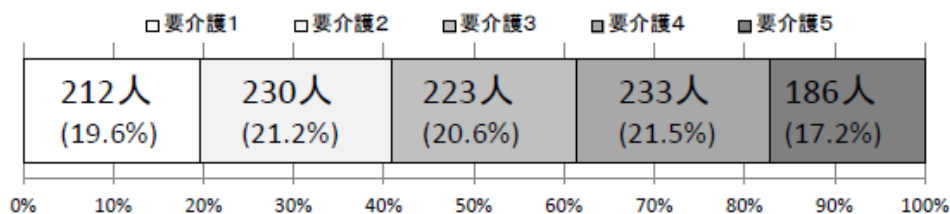
(資料出所)

- ・厚生労働省老健局振興課調べ
- ・「24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問サービスのあり方に関する調査研究事業」
(平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)

定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要②

- モデル事業を実施した52自治体で1,084名が利用。（平均要介護度3.0）
- 独居・高齢者世帯が全体の66.6%。

①要介護度別の利用者数 (N=1084人)



平均要介護度 3.0

②認知症自立度別の利用者数 (不明者を除く) (N=1052)

自立	I	II	III	IV	M
159人 (15.1%)	190人 (18.1%)	355人 (33.7%)	255人 (24.2%)	70人 (6.7%)	23人 (2.2%)

II以上 66.8%

③利用者の世帯の状況について (N=1084人)

独居	434人(40.0%)
高齢者のみ世帯	288人(26.6%)

独居・高齢者のみ世帯 66.6%

④事業の委託について (N=64事業所)

定期巡回サービスを委託	7事業所
随時訪問サービスを委託	9事業所
オペレーター業務を委託	3事業所

⑤圏域、移動時間 (N=27事業所)

	市区町村名	おおよその圏域	移動時間
5km ² 未満	品川区	2km × 2km	15.9分
	足立区	2km × 2km	21.5分
5km ² 以上 100km ² 未満	新宿区	2.8km × 2.4km	13.9分
	世田谷区	3km × 3km	13.9分
	函館市	4km × 4km	14.0分
	浦安市	4km × 4km	14.1分
	武蔵野市	6.4km × 3.1km	23.7分
	富山市	5km × 5km	15.7分
	大垣市①	5km × 5km	14.2分
	米子市	5km × 5km	7.7分
	松江市	5km × 5km	5.5分
	甲府市	4.5km × 6km	9.3分
	柏市	5km × 6km	13.6分
	大垣市②	5km × 7km	14.8分
100km ² 以上 150km ² 未満	小田原市	4km × 9km	10.1分
	池田町	6km × 6km	10.0分
	大垣市③	10km × 10km	15.9分
150km ² 以上 400km ² 未満	鹿屋市	10km × 10km	44.4分
	伊東市	18km × 8km	19.7分
	中津市	15km × 10km	36.2分
	伊達市	13km × 13km	7.8分
	福島市	11km × 20km	10.4分
	草津市	15km × 15km	17.9分
	壺崎市	15km × 17km	15.8分
400km ² 以上	静岡市	24km × 11km	14.4分
	豊橋市	20km × 20km	14.2分
	佐世保市	20km × 20km	13.3分
平均移動時間			15.7分

※大垣市は実施法人ごとに圏域が異なる。

定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要③

- 1日あたりの平均訪問回数は2.6回。
- 1回あたりのサービス提供時間は20分未満が32.3%。
- 20分未満の定期巡回訪問においては、排せつ介助、食事準備（配膳、服薬管理）のほか、安否確認や見守りなど多様なサービスが提供されている。

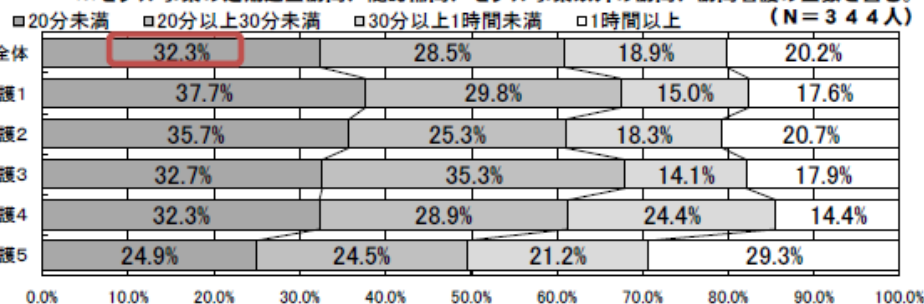
① 1日あたりの平均訪問回数 (N=344人)

	平均訪問回数	最多事業所(注)	最少事業所(注)
全体	2.6回	3.8回	1.2回
要介護1	2.0回	3.3回	1.0回
要介護2	2.5回	4.5回	1.0回
要介護3	2.7回	5.3回	1.0回
要介護4	2.7回	4.0回	1.5回
要介護5	3.1回	5.3回	1.0回

注: 事業所ごとの平均訪問回数が最も多かった(または少なかった)事業所の値

② サービス提供時間 (要介護度別)

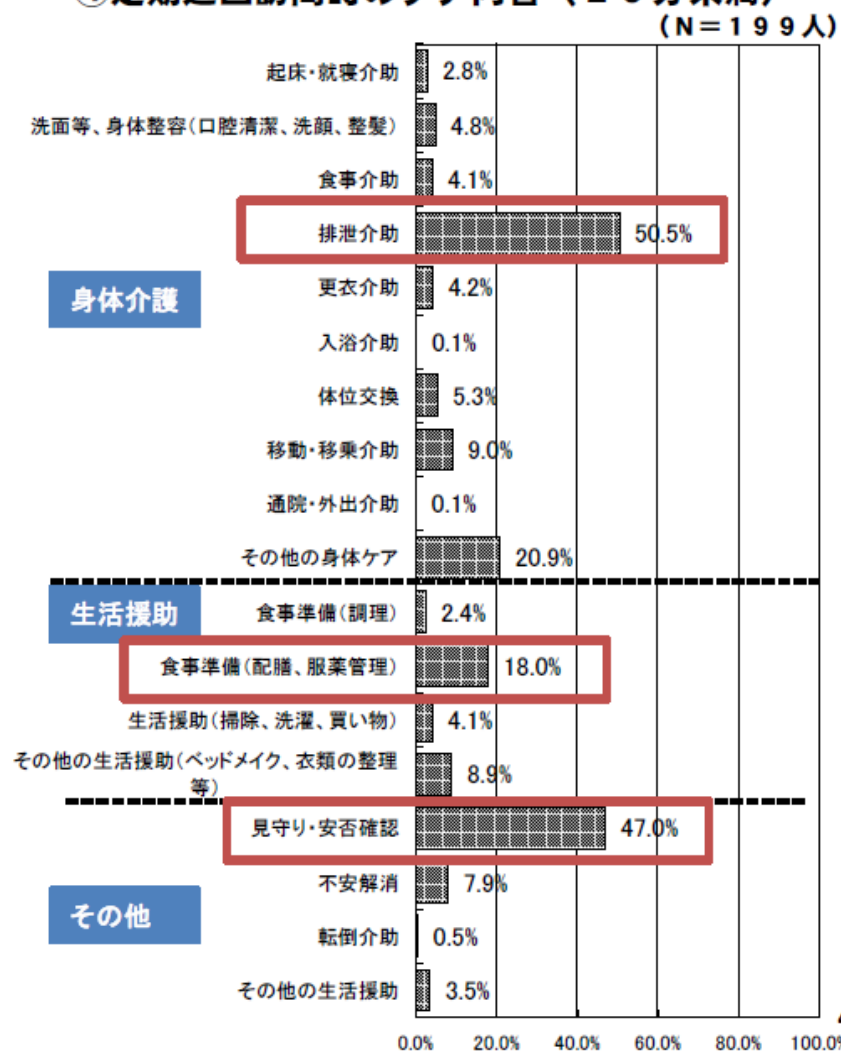
※モデル事業の定期巡回訪問、随時補間、モデル事業以外の訪問、訪問看護の回数を含む。



③ 20分未満のケアの組合せ (上位10行為) (N=199人)

排せつ介助	22.4%
見守り・安否確認	10.8%
その他の身体ケア+見守り・安否確認	4.8%
排せつ介助+その他生活援助(ベッドメイク、衣類の整理等)	3.4%
その他の身体ケア	3.2%
排せつ介助+体位交換	3.1%
食事準備(配膳、服薬管理)+見守り・安否確認	2.9%
排せつ介助+見守り・安否確認	2.9%
排せつ介助+その他身体ケア	2.9%
排せつ介助+移動・移乗介助	2.1%

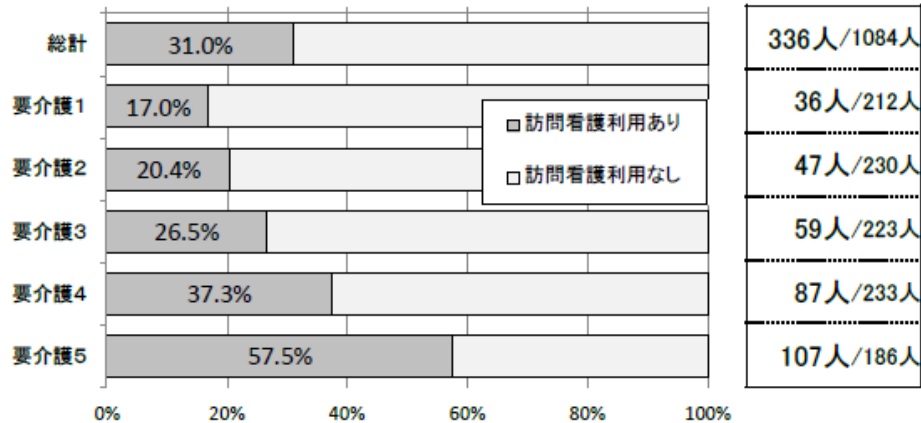
④ 定期巡回訪問時のケア内容 (20分未満) (N=199人)



定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要④

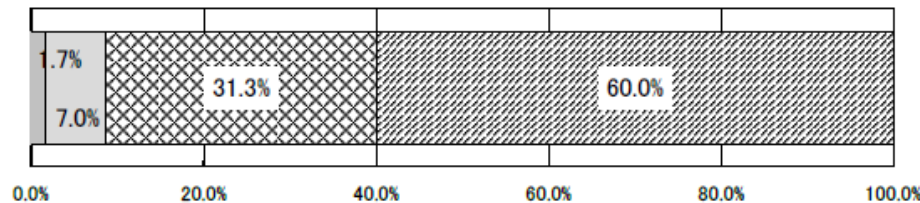
- 利用者の31.0%が訪問看護を利用している。
- 訪問看護は平均ケア提供時間が50.1分であるが身体介護も組み合わせて提供を行っている。

①訪問看護利用者の割合 (N=1,084人)



②訪問看護のサービス提供時間

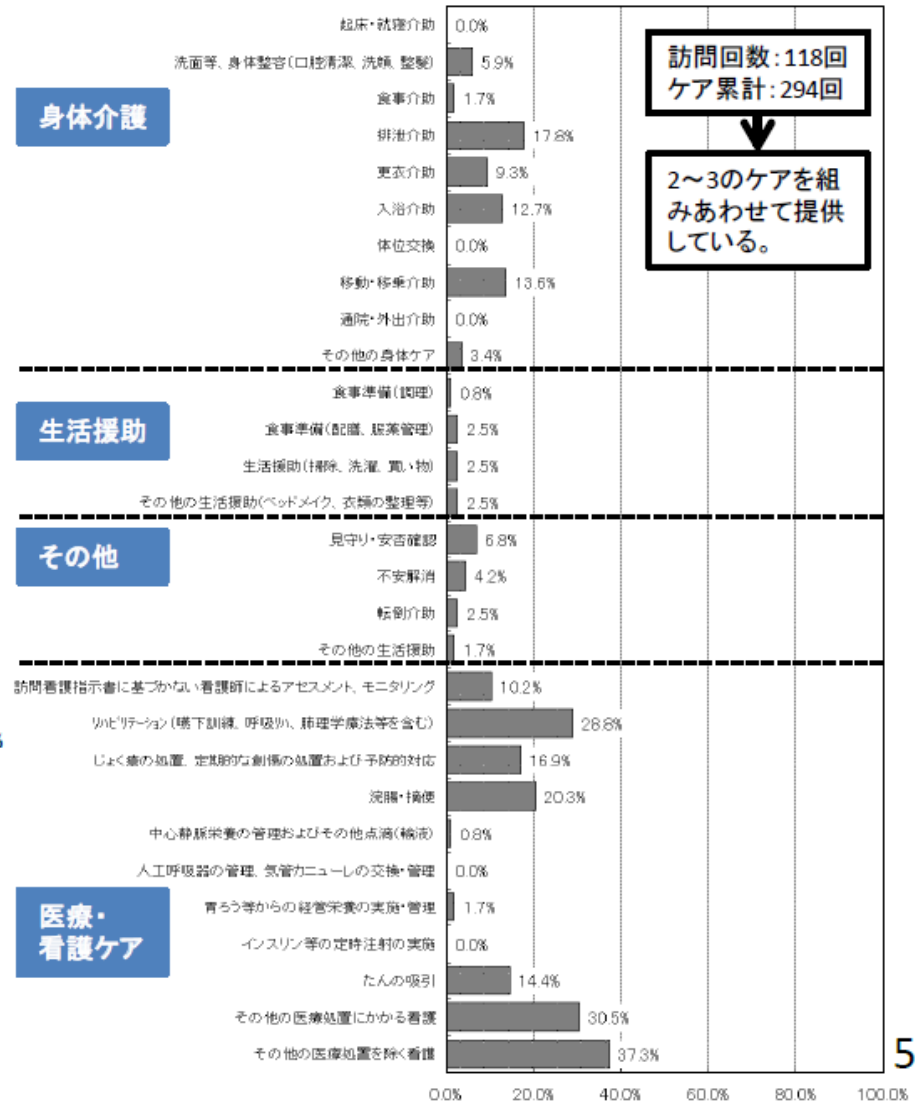
□20分未満 □20分以上30分未満 □30分以上1時間未満 □1時間以上



1回の訪問当たりの平均ケア提供時間

50.1分

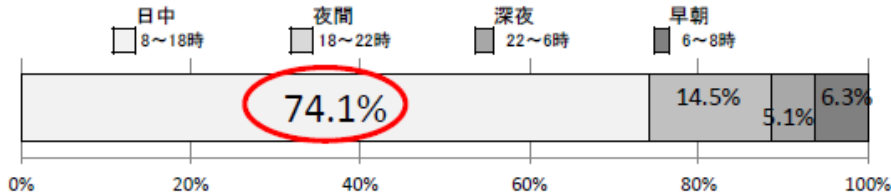
③訪問看護のケア内容 (N=65人)



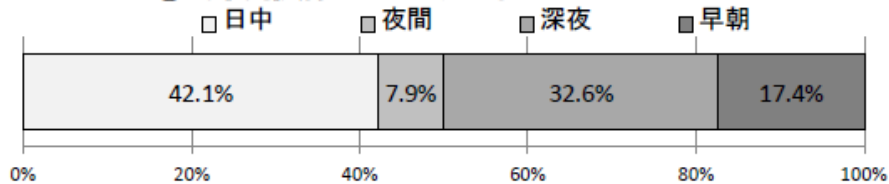
定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要⑤

- 訪問全体の74.1%が日中に行われたものである。
- コールのうち訪問を要するものは31.8%であり、深夜・早朝のコールの多くは利用者の不安によるもので訪問を要しないものが多い。

①時間帯別の訪問割合（定期巡回・随時訪問）（N=344人）

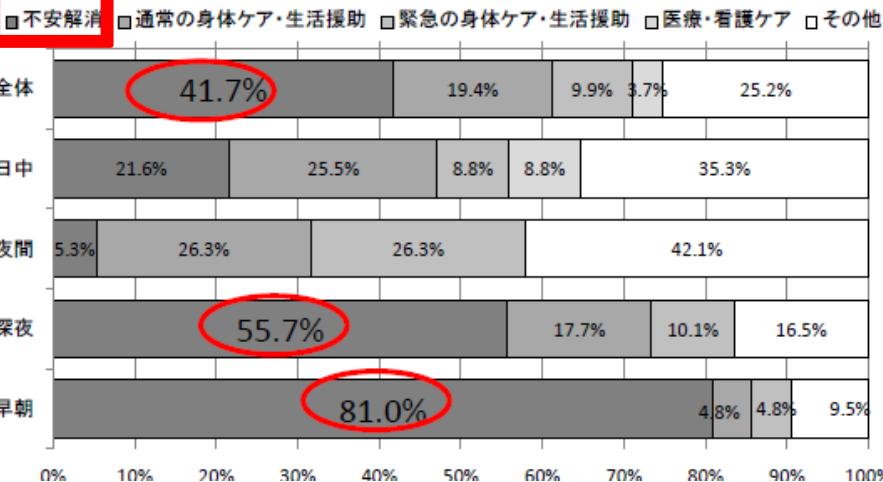


②時間帯別のコール割合（N=344人）



1人あたりのコール件数(1週間) 0.7回

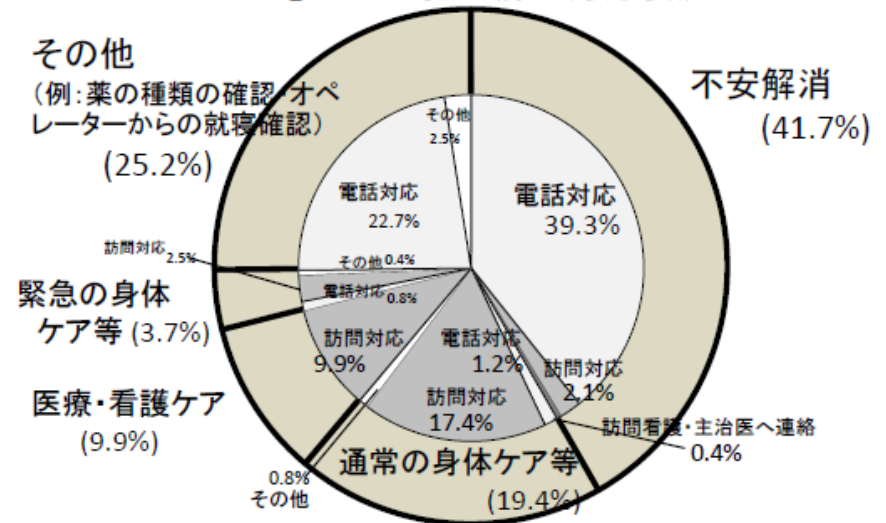
③時間帯別のコール内容（N=344人）



④コールに対する対応状況（N=344人）

電話対応	64.0%
訪問対応	31.8%
訪問看護・主治医へ連絡	0.4%
その他	3.7%

⑤コール内容別の対応状況



⑥利用者の通報装置（複数回答）（N=52自治体）

ケアコール端末(テレビ電話型)	12自治体
ケアコール端末(上記以外)	33自治体
利用者の携帯電話など	23自治体

定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要⑥

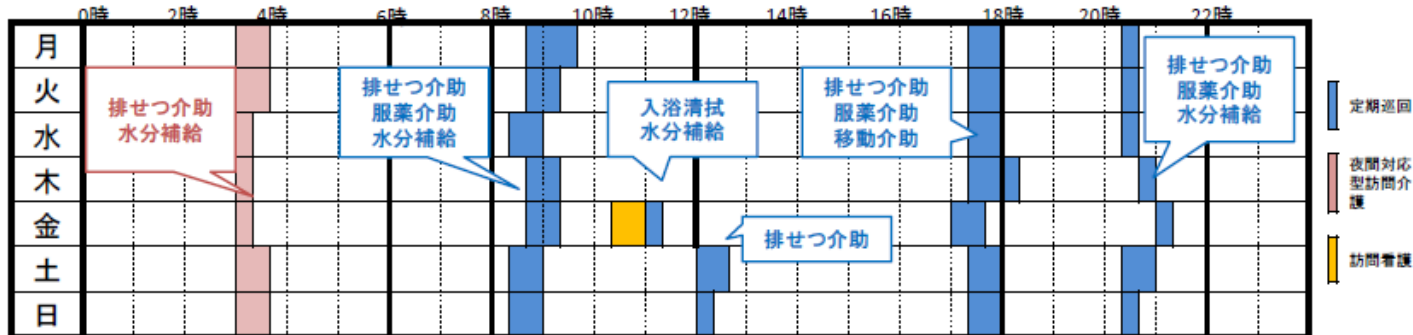
1. 定期的な訪問により生活のリズムが生まれ、また利用者・家族の安心にもつながる

① 定期的な訪問による生活のリズムの構築

- 退院後の定期的な訪問が入ることによって症状が安定し、在宅生活を続けている。
- 定期的に訪問することにより、水分補給・服薬の管理をすることができ、体調に異常が生じたときの早期発見につながる。

利用者状態像

要介護4（女性）	
認知症日常生活自立度Ⅲb	
高齢者のみ世帯	
1日あたり 平均訪問回数	4.4回 ※看護除く

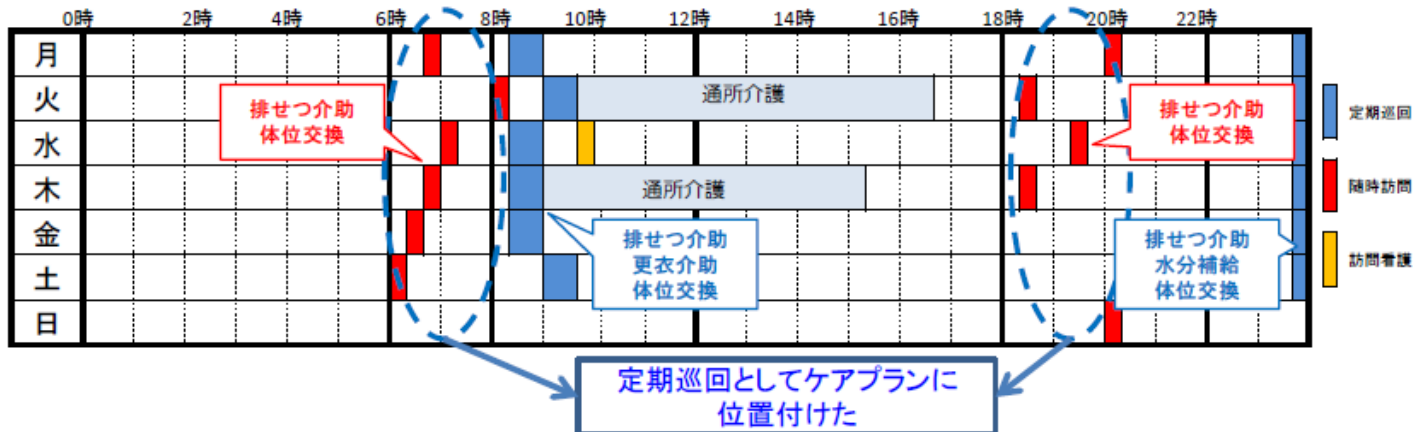


② 随時訪問による利用者の状態像の把握

- 従前まではオムツ交換が必要であったが、定期訪問とコールによる訪問の利用によりトイレで排泄できるようになり、ADLの向上がみられた。
- 毎日ほぼ同時刻に随時訪問を行っていたことから、今後定期巡回としてケアプランに位置付けた。

利用者状態像

要介護4（女性）	
認知症日常生活自立度Ⅰ	
高齢者のみ世帯	
1日あたり 平均訪問回数	3.3回 ※看護除く



③ 定期的な訪問による、生活の安心感

- 日中の短時間サービスにより1日の生活のリズムができることで安心感へとつながるため深夜の訪問ニーズは少なかった。
- アセスメントの確実な実施により、定期巡回の時間間隔や提供時間を柔軟に設定し、随時訪問の頻度を減少させる傾向があった。
- 定期的に安否確認、服薬確認をすることで、別居している家族に安心感を与えた。

定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要⑦

2. 退院直後や一時的に状態が不安定な時期に、集中的なケアを行うことで生活の安定化につながる

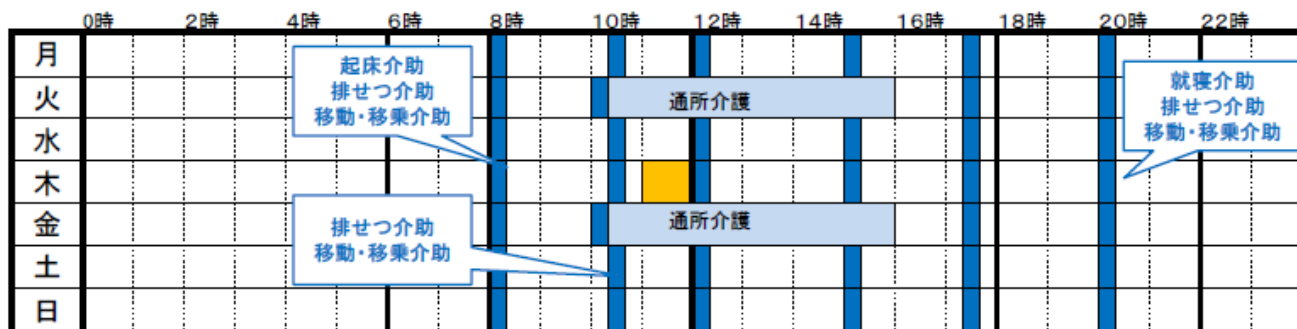
①一時的なADLの低下に対する、集中的なケアによる従来の生活の継続

- ADLが悪化し、施設入所を検討している時期に1日4～6回の短時間訪問を行うことにより在宅生活を続け、1ヶ月の利用後、週2回の通所介護、週2回の訪問介護に移行して在宅生活を継続できるようになった。
- 訪問看護からの指導もあり、トイレ時の移動リハビリとして足踏みを実施。当初移動も困難であったが、複数回訪問し、支援することで歩行可能までに回復した。

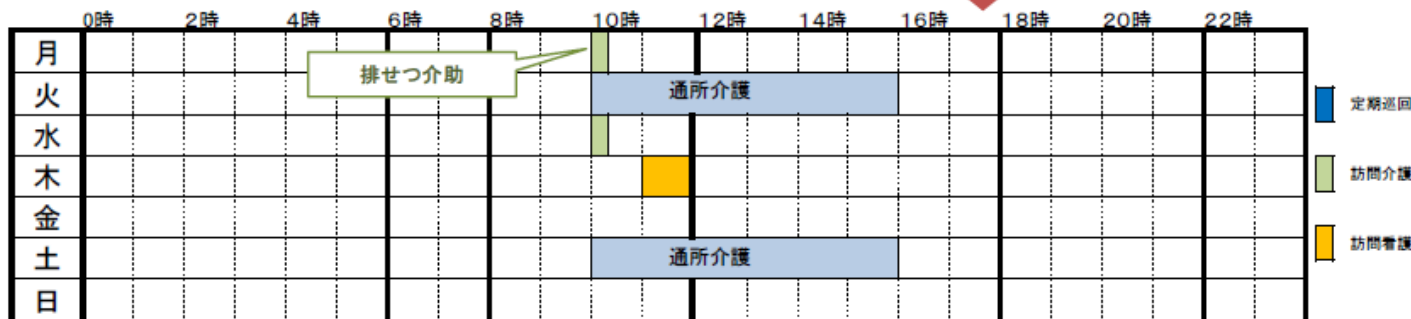
利用者状態像

要介護3（男性）	
認知症日常生活自立度 I	
高齢者のみ世帯	
1日あたり 平均訪問回数	5.4回 ※看護除く

(一時的なADL悪化時) ※モデル事業を利用



(1ヶ月後: ADL回復後) ※モデル事業の利用終了



②退院直後の複数回訪問による在宅生活の安心

- 退院直後の在宅生活開始後、生活機能が回復するまでの短期間、1日複数回の介護が必要な利用者定期的に訪問を行うことにより、病院と同様の介護が提供され、安全の確保と安心感が得られた。
- 精神疾患があり、室内の温度管理ができず短時間による見守りが必要であったが、短時間複数回訪問することで精神状態がかなり落ち着いた。

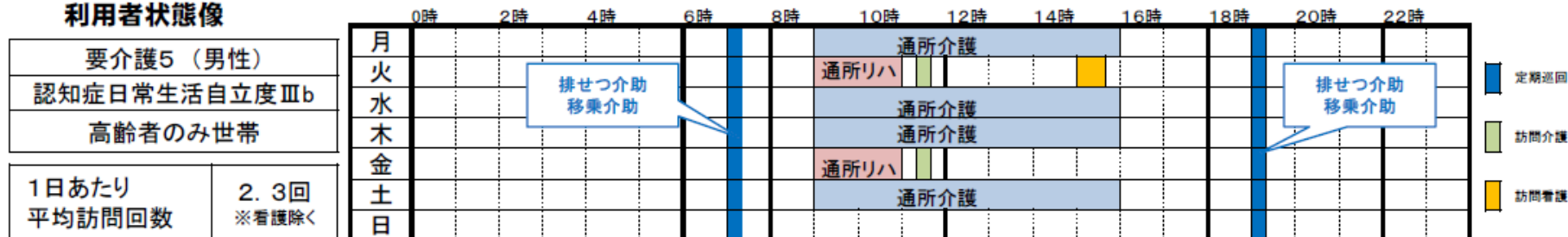
定期巡回・随時対応サービスモデル事業の結果概要⑧

3. 医療との連携を図り、利用者への適切なケア・生活機能の向上を図ることができる

①訪問看護・医療機関との連携

- 日々のサービス提供の内容と、利用者の状況について、訪問看護事業所に配置したオペレーターにFAXにて報告を行うこととした。
- 訪問介護事業所が移乗介護方法について訪問看護事業所へ相談し、利用者・家族・訪問介護・訪問看護・医療機関の理学療法士・ケアマネジャーを含めたケース検討を行った。検討の結果、移乗方法の統一化を図ったことにより転倒等のリスク回避にもつながった。

利用者状態像



②リハビリ職との連携

- 訪問リハビリの時間に合わせてヘルパーが訪問し、作業療法士を通じて看護師、かかりつけ医師とも連携し、咀嚼障害・栄養補充・水分摂取・血圧・リハビリメニューなどの検討を行った。

③看取りまでの継続的な支援

- 終末期における体調変化を複数回の訪問で把握。情報を医療・デイサービス等と共有することで在宅での看取りの希望が持てる。
- 家族・介護・医師・看護・ケアマネジャーとケアカンファレンスを行い、情報共有しながら看取りを行い、3名を自宅で看取ることができた。

4. 双方向のコミュニケーションツールであるテレビ電話を活用した迅速な状況確認・対応が可能

- 1日3回の訪問と、テレビ電話を利用した就寝確認により、生活のリズムが生まれた。ヘルパーが体調異変を察知し、テレビ電話を通じてオペレーターに状況確認をもらい、訪問看護へ訪問要請を行った。
- 利用者の顔をみながら声かけができ、電話以上に利用者の状況確認が行え、体調管理に役立った。

5. 定期や随時の訪問を通じて利用者の情報を共有し、きめ細やかな対応が可能

- 定期的な巡回や随時の訪問時に得た利用者の状況に関する情報量が増え、ケアマネジャーや連携する訪問看護事業所へ提供する機会も増え、サービス提供者・ケアマネジャーともに利用者への理解が深まった。
- 1日に複数回訪問することで利用者の生活の把握がより鮮明になりニーズ把握が可能になった。

定期巡回随時対応型 サービスの現状

- 2012年4月に24時間サービスがスタート
- 2016年9月末
 - 実施保険者数は386自治体、908事業所
 - 内訳は一体型351、連携型557
 - 事業所の多いのはやはり政令都市、人口10万人～30万人の大都市に集中している傾向がみられる。

東京都24時間サービス事業者数 (2016年9月)

型訪問介護看護 指定事業所数(平成28年9月末)

保険者名	当月新規	公募指定	事業所数	他の保険者の事業所を指定
札幌市			52	
旭川市			1	1
函館市			12	1
夕張市			1	
深川市			1	
北竜町				1
江別市			1	
千歳市			2	
石狩市		○	1	2
当別町				1
小樽市		○	1	2
岩内町				1
苫小牧		○	1	
空室市		○	2	1
日高町			1	
七飯町			1	
森町				1
長万部町				1
稚内市				1
紋別市				1
北見市			1	
津別町				1
帯広市			2	1
新得町				1
芽室町				1
幕別町				2
足寄町				1
釧路市		○	1	
盛岡市		○	2	
北上市			1	
奥州市		○	1	
宮古市			1	
仙台市		○	9	
気仙沼市			1	
名取市		○	1	
多賀城市			2	
大崎市		○	1	
秋田市			1	
横手市			2	
湯沢市				1
潟上市		○	1	

都道府県名	保険者名	当月新規	公募指定	事業所数	他の保険者の事業所を指定	
東京都	千代田区		○	2		
	中央区			2		
	港区			3	1	
	文京区			○	1	
	台東区			○	1	
	品川区				1	
	大田区			○	2	1
	目黒区			○	5	
	世田谷区				5	
	渋谷区				1	
	新宿区				2	
	中野区			○	2	
	杉並区				2	1
	豊島区			○	3	
	北区			○	2	
	板橋区			○	5	
	練馬区			○	6	
	荒川区			○	3	
	足立区			○	5	
	墨田区				2	
	江東区				3	
	江戸川区			○	2	
	八王子市			○	3	
	町田市			○	2	
	日野市				1	
	稲城市				1	
	立川市			○	2	
	国分寺市			○	1	
	国立市			○	2	
	武蔵野市				2	
	三鷹市			○	1	
	府中市				1	
	調布市			○	1	
	小金井市			○	1	
	小平市				1	
	東村山市			○	1	
	東久留米市			○	1	
	狛江市				1	
国分寺市			○	2		
川崎市				12		
相模原市				3		

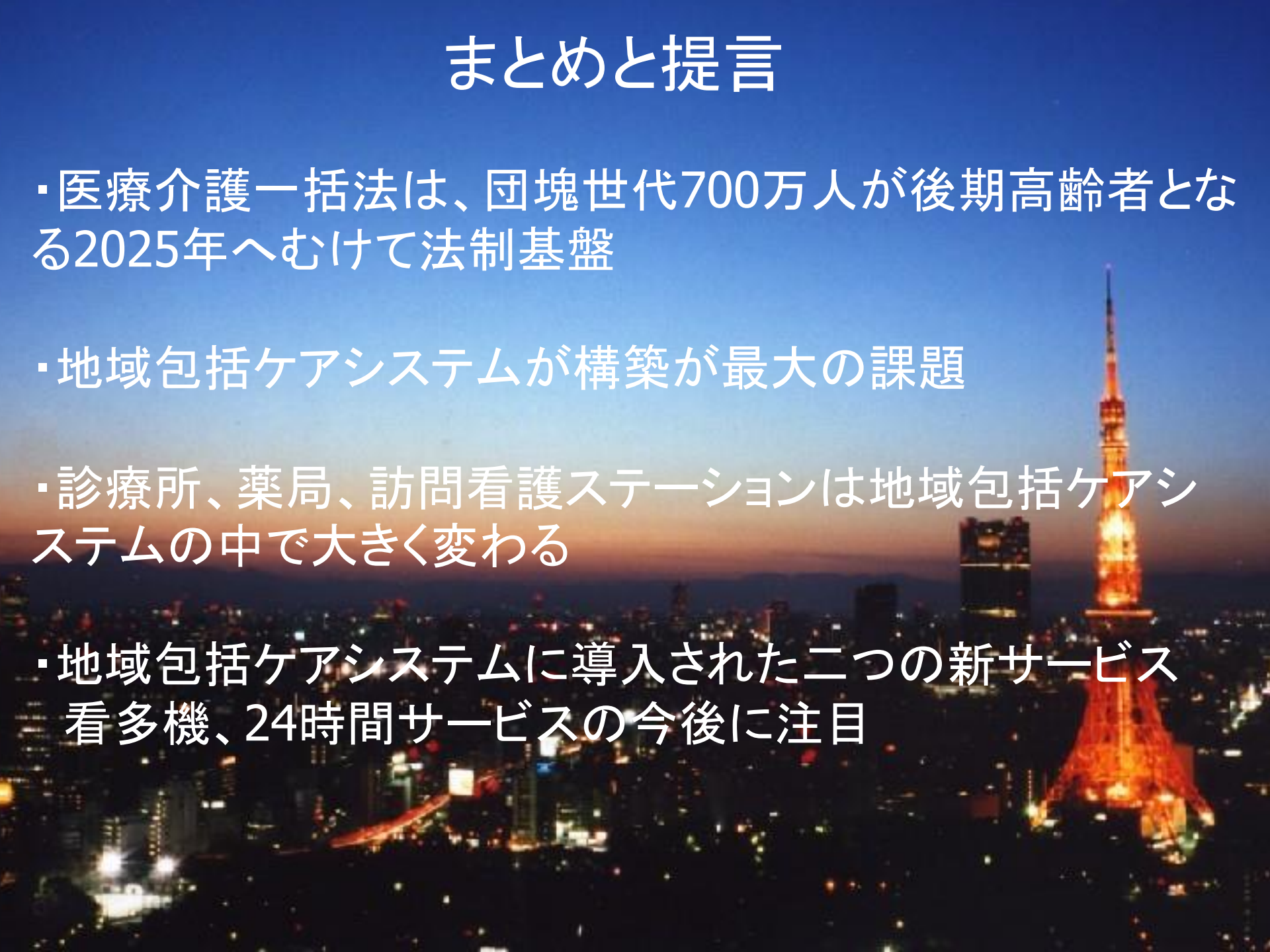
88か所

※老健局振興課調べ

都道府県名	保険者名	当月新規	公募指定	事業所数	業所を指定	
大阪府	大阪市			15		
	堺市		○	3		
	岸和田市			○	2	
	豊中市				3	
	池田市			○	1	
	吹田市				1	
	高槻市			○	1	
	貝塚市					1
	枚方市			○	2	
	茨木市			○	2	
	八尾市				2	1
	高田林市			○	2	
	寝屋川市			○	1	
	河内長野市				1	
	松原市			○	1	
	和泉市					2
	箕面市			○	1	
	羽曳野市				1	
	摂津市			○	1	
	藤井寺市				2	
	東大阪市				6	
	交野市			○	1	
	大阪狭山市					2
千早赤坂村					1	
兵庫県	くすのき広域連合			2		
	神戸市		○	11		
	姫路市		○	2		
	尼崎市				4	
	たつの市				1	
	明石市				3	
	丹波市					1
	加西市				1	
	芦屋市			○	1	
	西宮市				1	1
	加古川市			○	2	
	宝塚市			○	2	
	西脇市				2	
	篠山市				1	
相美町					1	
播磨町					1	
伊丹市			○	1		

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
- ・地域包括ケアシステムが構築が最大の課題
- ・診療所、薬局、訪問看護ステーションは地域包括ケアシステムの中で大きく変わる
- ・地域包括ケアシステムに導入された二つの新サービス
看多機、24時間サービスの今後に注目



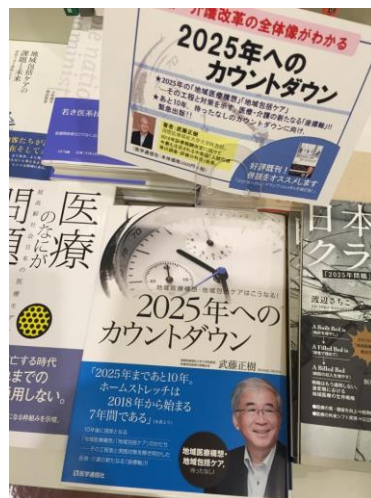
2025年へのカウントダウン

～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！



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