

医療と介護のクロスロードto2025

～2018年介護報酬改定から見た地域連携ポイント～



国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹

JCI認証取得



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」

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






**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)





2020年 国際医療福祉大学 成田病院を新設予定



2018年4月、国際医療福祉大学
大学院 赤坂キャンパス完成
学部生（医療マネジメント学科）
院生（h-MBA, MPH）募集中

東京都港区の旧赤坂小学校跡地に、大学院と学部の新しいキャンパス
現在の東京青山キャンパスを移転するとともに新しい分野・コースも開設し、
生涯教育の新たな拠点として大学院教育をさらに充実させます。

目次

- パート 1
 - 2018年トリプル改定
- パート 2
 - 介護報酬改定率と
介護報酬改定の方向性
- パート 3
 - 介護報酬4つのポイント



パート1 2018年トリプル改定





民圧勝 与党310超

自公300に迫る

自民大勝280超



3分の2維持

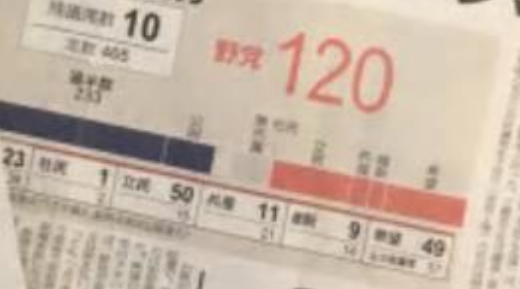
立憲民主野党

希望敗北市

赤野
甘利
利根
明

再び3分の2

衆院の新勢力



議論今後の様

進希望伸び悩

衆院選

改憲熱

2017年10月22日衆院選挙の自民圧勝で安倍一強政権の継続

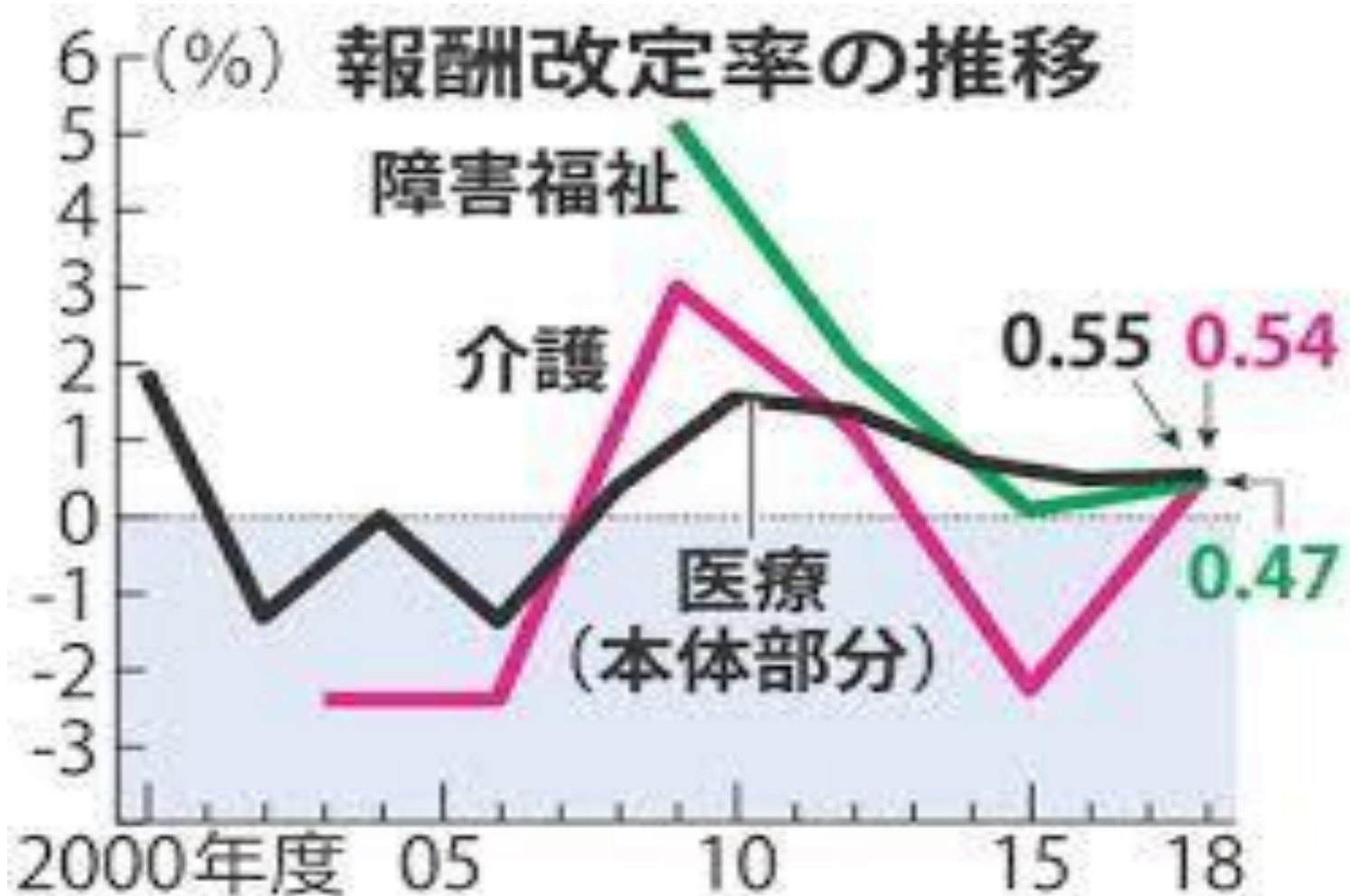
社会保障、高齢者中心を是正 ～さらなる財源が必要～

- 今後の社会保障政策についてこれまでの高齢者中心から「全世代型」に見直す意向を表明
- 9月12日、日本経済新聞インタビュー
- 幼児教育・保育の無償化
 - さらなる財源が必要！
- 2019年10月の消費税率10%への引き上げ
 - しかし2018年改定は消費増税なき改定



安倍晋三首相

トリプルプラス改定



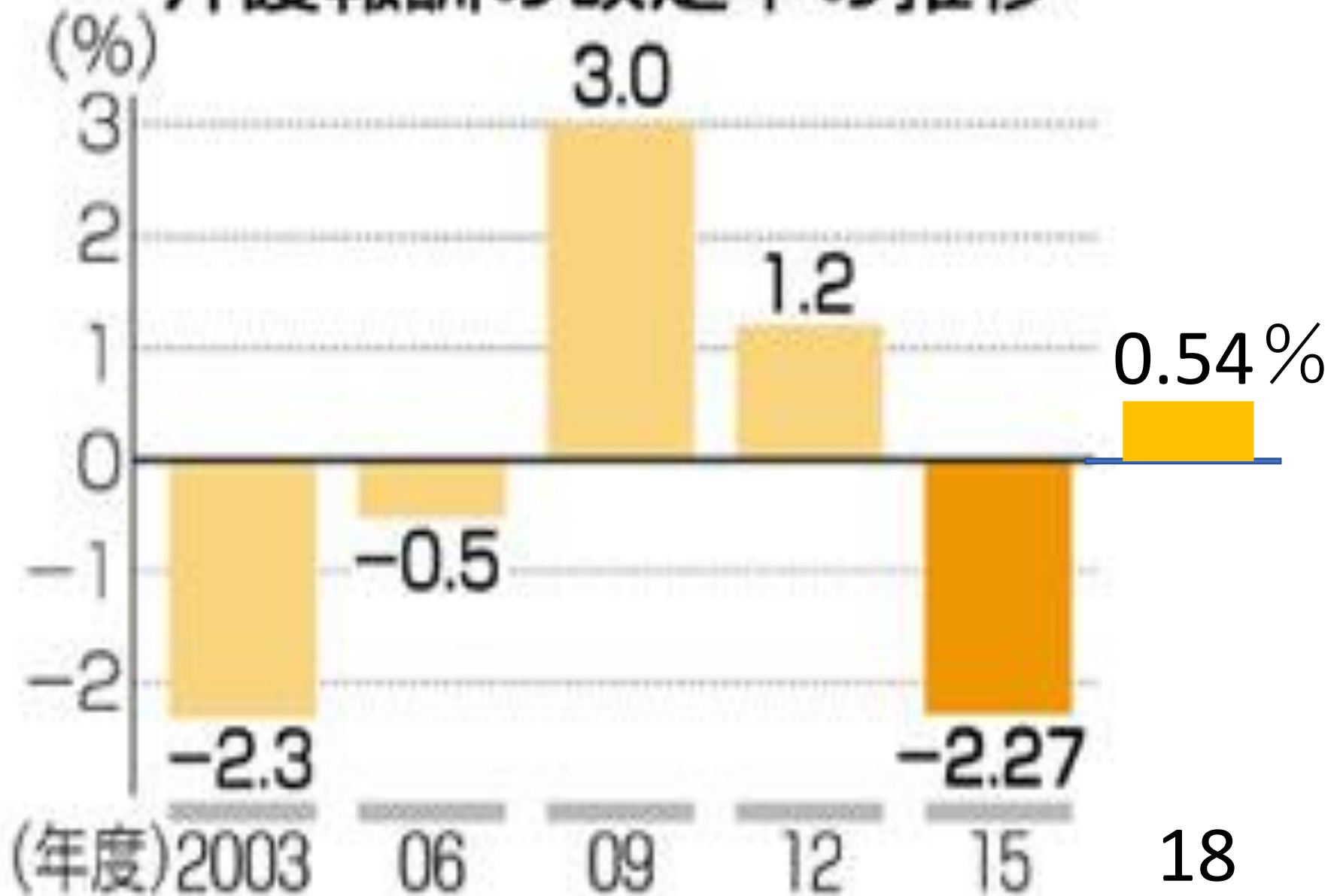
パート 2

2018年介護報酬改定率と 改定の方角性



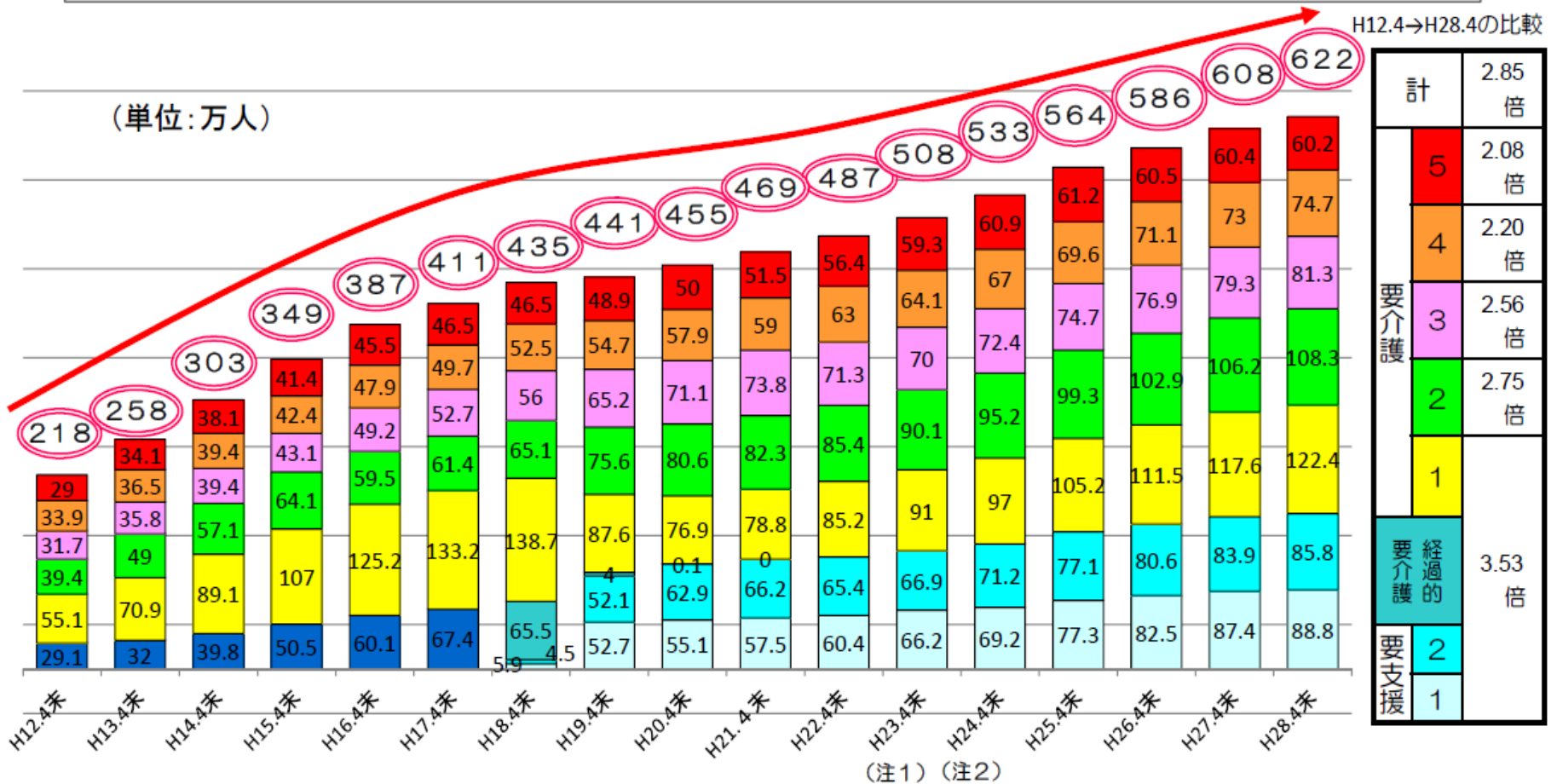
社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

介護報酬の改定率の推移



要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成28年4月現在622万人で、この16年間で約2.85倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



■要支援 □要支援1 ■要支援2 ■経過的 ■要介護1 ■要介護2 ■要介護3 ■要介護4 ■要介護5

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

注2) 楡葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、保険料が2020年には6,771円、2025年には8,165円に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

事業運営期間		事業計画		給付（総費用額）	保険料	介護報酬の改定率
2000年度	第一期	第一期		3.6兆円	2,911円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%
2001年度				4.6兆円		
2002年度				5.2兆円		
2003年度	第二期	第二期		5.7兆円	3,293円 (全国平均)	H17年度改定 ▲1.9%
2004年度				6.2兆円		
2005年度				6.4兆円		
2006年度	第三期	第三期		6.4兆円	4,090円 (全国平均)	H21年度改定 +3.0%
2007年度				6.7兆円		
2008年度				6.9兆円		
2009年度	第四期	第四期		7.4兆円	4,160円 (全国平均)	H24年度改定 +1.2%
2010年度				7.8兆円		
2011年度				8.2兆円		
2012年度	第五期	第五期		8.8兆円	4,972円 (全国平均)	消費税率引上げに伴う H26年度改定 +0.63%
2013年度				9.2兆円		
2014年度				9.6兆円		
2015年度	第六期	第六期		10.1兆円	5,514円 (全国平均)	H27年度改定 ▲2.27%
2016年度				10.4兆円		
2017年度				10.8兆円		
2020年度					6,771円 (全国平均)	
2025年度					8,165円 (全国平均)	

※2014年度までは実績であり、2015～2017年度は当初予算である。
※2020年度及び2025年度の保険料は全国の保険者が作成した第8期介護保険事業計画における推計値。

2018年介護報酬改定の方角性

社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

①通所リハと通所介護の機能分担と連携

- 通所リハや通所介護、認知症対応型通所介護などの居宅サービスについて、それぞれのサービスに共通した機能および特徴的な機能の明確化が必要だ。そしてこれらのサービスを地域単位で一体的、総合的な機能分担と連携を行えるよう検討する。

②小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- この連載でも取り上げたが、小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせた看護小規模多機能型居宅介護（看護多機）は現状、事業者数は300未満、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（24時間サービス）の事業者数は1000未満とサービス提供量がまだまだ少ない。このためこの事業所数の増加や機能強化・効率化の観点から、人員基準や利用者定員などの規制緩和による本事業参入促進策が必要である。

③特別養護老人ホーム（特養）施設内での医療ニーズや看取り

- 特養の利用者の要介護度や医療ニーズが年々増加している。こうした中、特養における医療提供や看取りにさらに対応するための改定が必要だ。

看取り期のケアに関する医療機関と介護施設の協働(イメージ)

- 看取り期のケアに係る診療報酬は、介護報酬の看取りに係る加算との併算定ができない取扱いとなっている。



【介護報酬】

看取り介護加算	144単位
	～1280単位/日

【診療報酬】

在宅ターミナルケア加算	5000点
看取り加算	3000点

※ 訪問看護の場合も看取り期のケアについて併算定できない取扱い

2018年介護報酬改定

社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

- ④入退院時における入院医療機関と居宅介護支援事業所等の連携
 - 高齢者は医療を受けながら介護保険サービスや関係機関を複数利用している。このため特に医療・介護関係者や関係機関の間の情報提供や相互理解が必要である。特に、高齢者の入退院時に生じるその対応について議論することになった。
- ⑤ロボット・ICT・センサーを活用している事業所に対する報酬・人員基準の在り方
 - 介護人材の確保とともに介護事業所のロボット・ICT・センサー活用による生産性向上や業務効率化への評価が必要だ。
- ⑥介護医療院の報酬・基準や各種の転換支援策等
 - 介護療養病床からの転換先である「介護医療院」の報酬・基準が次期介護報酬改定の大きな目玉の一つである。

介護報酬改定の提示

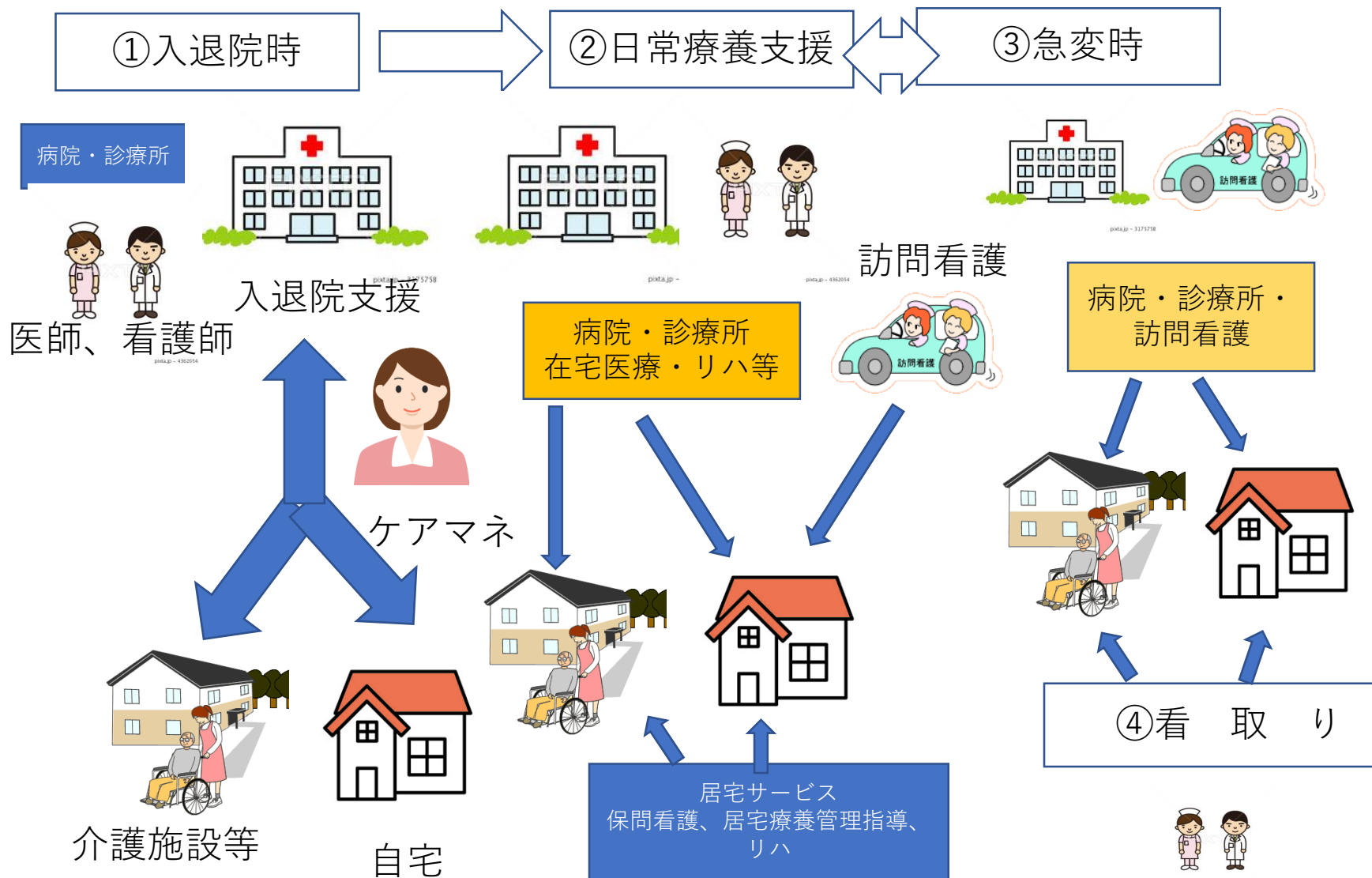
A large meeting room with many people seated at long tables, discussing care fee revisions. The room is filled with people in business attire, some looking at documents, others talking. The tables are arranged in a large U-shape, and there are green water bottles on each table. The room has large windows in the background.

社会保障審議会介護給付費分科会
2017年2月8日

介護報酬改定の概要

- 医療と介護の連携、自立支援・重症化予防推進評価
- 特養の配置医師の深夜診療に関する加算
- ケアマネ事業所と医療機関との入退院時の連携評価、がん末期の頻回訪問加算
- 介護医療院
- プロセス評価、アウトカム評価
 - 特養と老健のじょくそう予防、排せつに関する計画
 - 通所介護にアウトカム評価（バーセルインデックス）による評価、一定期間内に維持・改善が見られた場合の評価
- 訪問介護の基本報酬
 - 身体介護中心型は1%引き上げ、生活援助中心は1%引き下げ

医療と介護の連携の4つのフェーズ



医療と介護の連携に係るこれまでの議論の整理

関係者間の連携	看取り	訪問看護・リハビリ
<ul style="list-style-type: none"> ● 退院時共同指導の弾力化 ● 退院患者の利用する訪問看護ステーションや介護施設への情報提供 ● 在宅患者について緊急時等カンファレンスの開催の弾力化 ● 介護保険施設や認知症対応型共同生活介護等において、関係者会議等の結果をふまえた口腔機能評価に基づく口腔管理を評価 ● <u>入院中からの介護支援専門員への情報提供</u> ● <u>かかりつけ医と老健施設との連携</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ● 診療報酬上に、ガイドラインを参考にした看取り・ターミナルケアを位置づけ ● 療養病棟等における在宅患者の受入に係る加算について、ガイドラインの取組を踏まえた算定要件に見直し ● 在総管等の算定要件に、介護支援専門員と情報提供を要件化 ● 患者の意向に沿って病院で看取った場合を評価 ● <u>介護施設での看取りにおける介護施設と医療機関や訪問看護ステーションとの協働の推進</u> 	<p>(訪問看護)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 訪問看護ステーションと喀痰吸引等の業務を行う介護職員等との連携 <p>(リハビリ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 維持期のリハビリを医療保険から介護保険に移行 ● 医療保険と介護保険の両方のリハビリを提供する場合の施設基準を緩和 ● リハビリの実施に係る計画書の様式を共通化

パート3

介護報酬改定5つのポイント

- ①訪問看護ステーション
- ②看多機能
- ③定期巡回・随時対応型サービス
- ④介護医療院
- ⑤医療と介護の連携

ポイント①

訪問看護ステーション

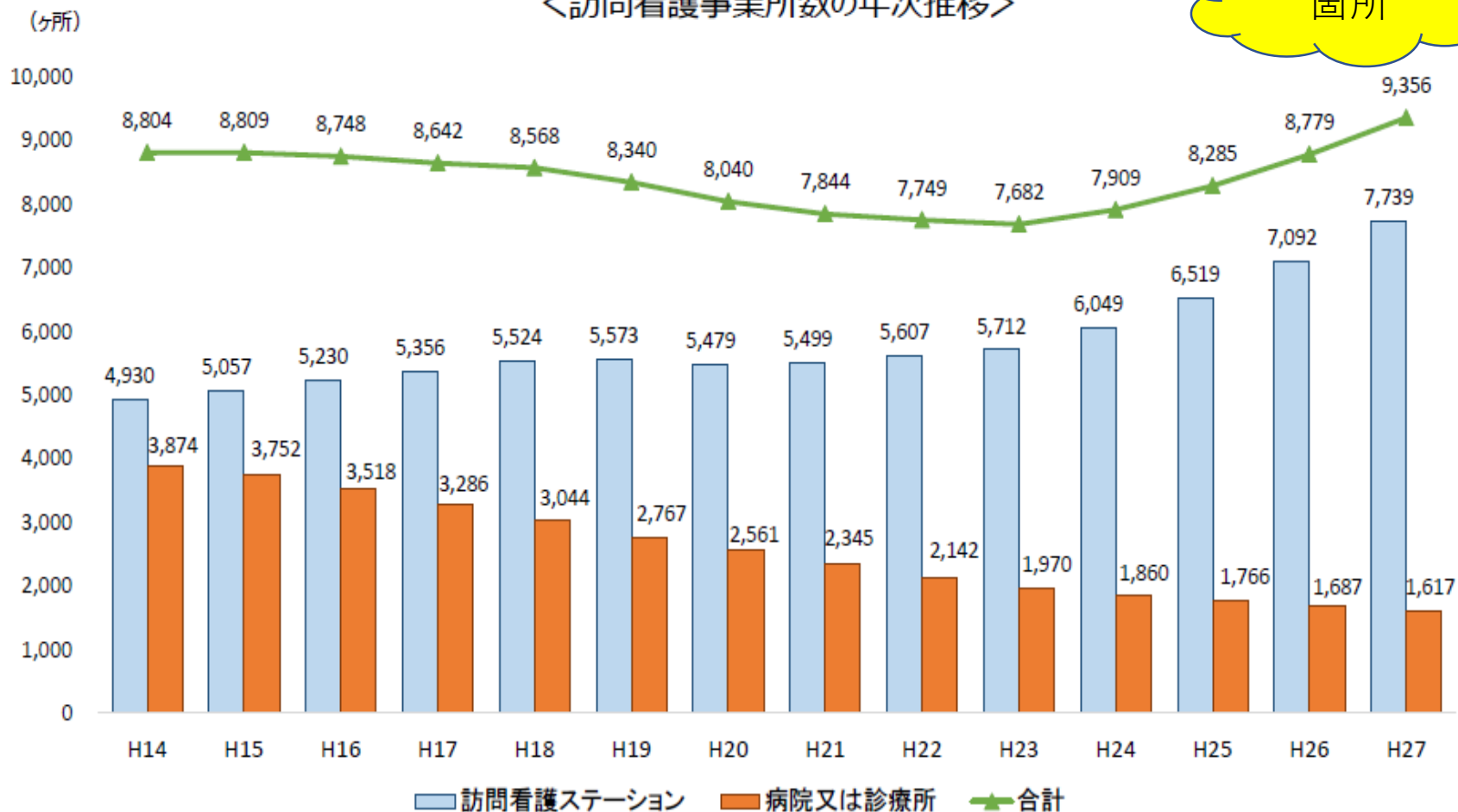


訪問看護ステーション数の年次推移

○ 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。

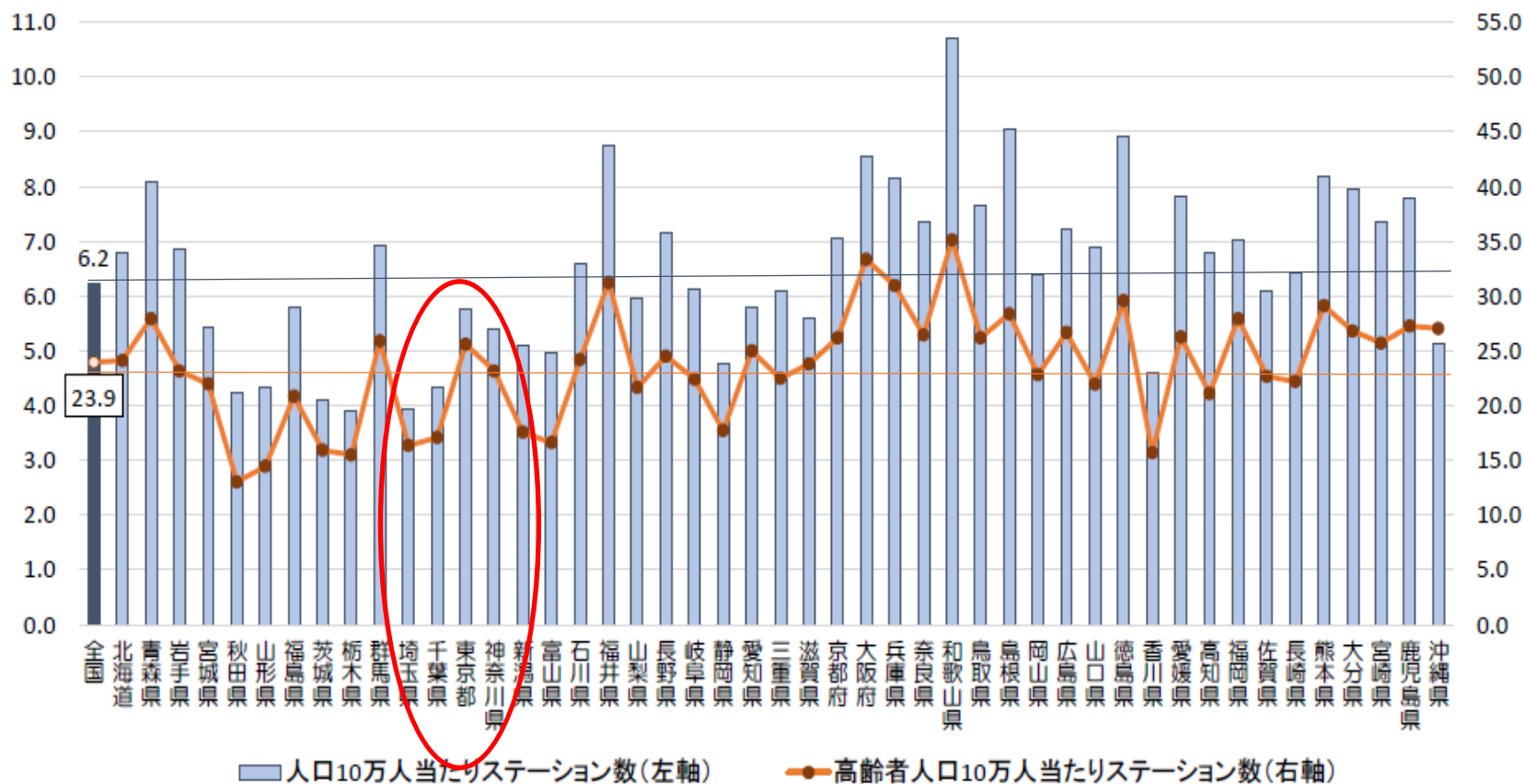
9 3 5 6
箇所

＜訪問看護事業所数の年次推移＞



都道府県別の訪問看護ステーション数

- 人口10万人当たりの訪問看護ステーション数は6.2か所、高齢者人口10万人当たりの訪問看護ステーション数は23.9か所である。
- 都道府県毎の地域差が大きい。



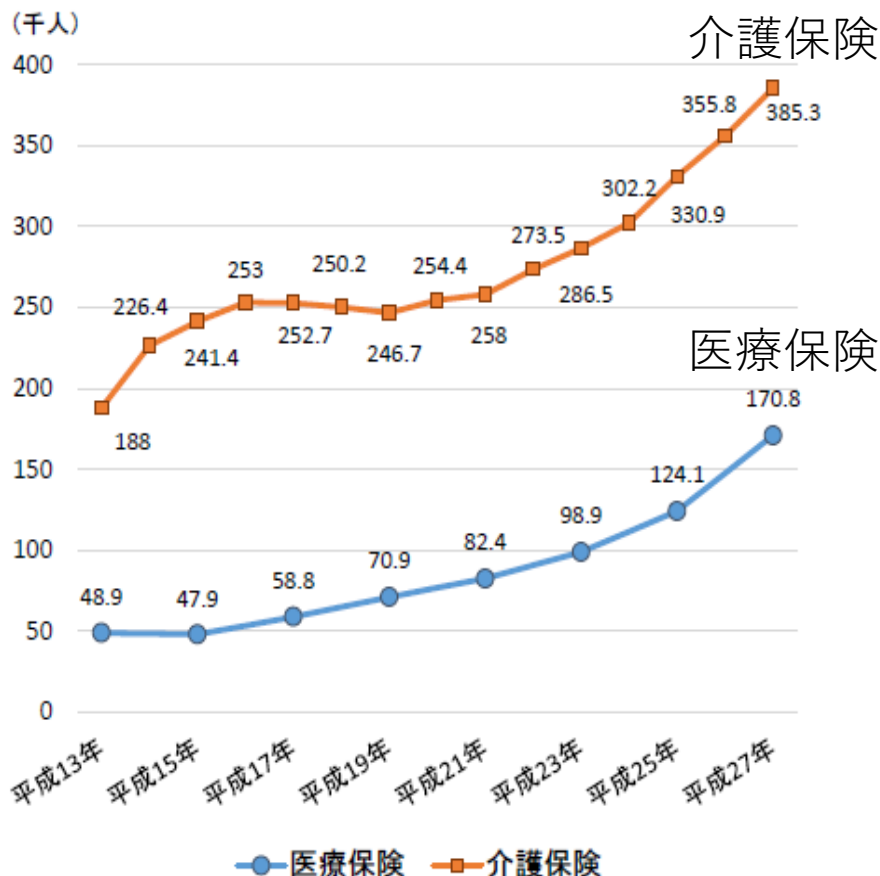
出典：平成26年度「介護サービス施設・事業所調査」及び平成26年10月1日「現在推計人口」（総務省統計局）

PTXX-170623-001

訪問看護ステーションの利用者について ①利用者数の推移

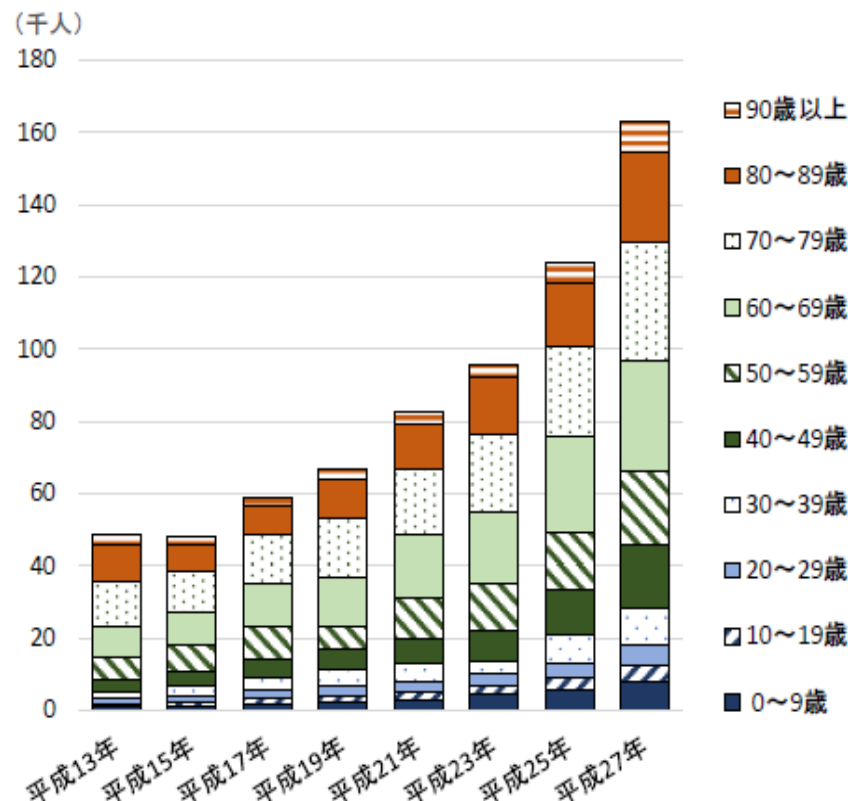
- 医療保険、介護保険ともに、訪問看護の利用者数は増加している。
- 医療保険の訪問看護利用者数は、どの年齢層も増加している。

■ 訪問看護利用者数の推移



注) 介護保険の利用者数には、病院・診療所からの利用者数も含まれる。

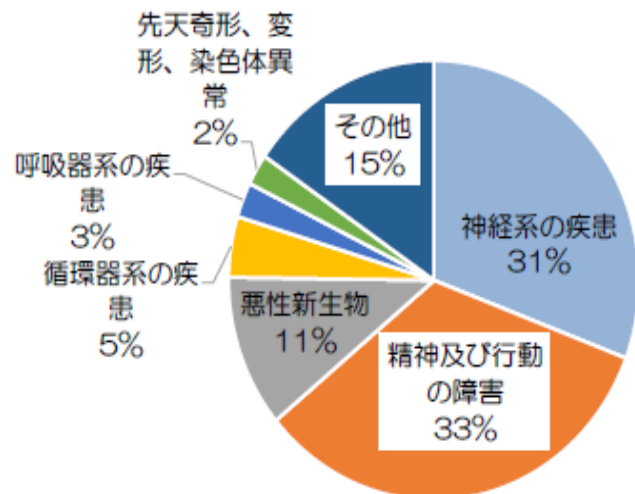
■ 医療保険の年齢階級別利用者数の推移



訪問看護ステーションの利用者について ②状態

- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、精神科疾患及び神経系の疾患がそれぞれ約3割を占め、次いで悪性新生物が約1割である。
- 医療機器を使用している等のため医療ニーズが高い状態である別表第8の該当者は、小児が多い。

■ 訪問看護利用者の主傷病

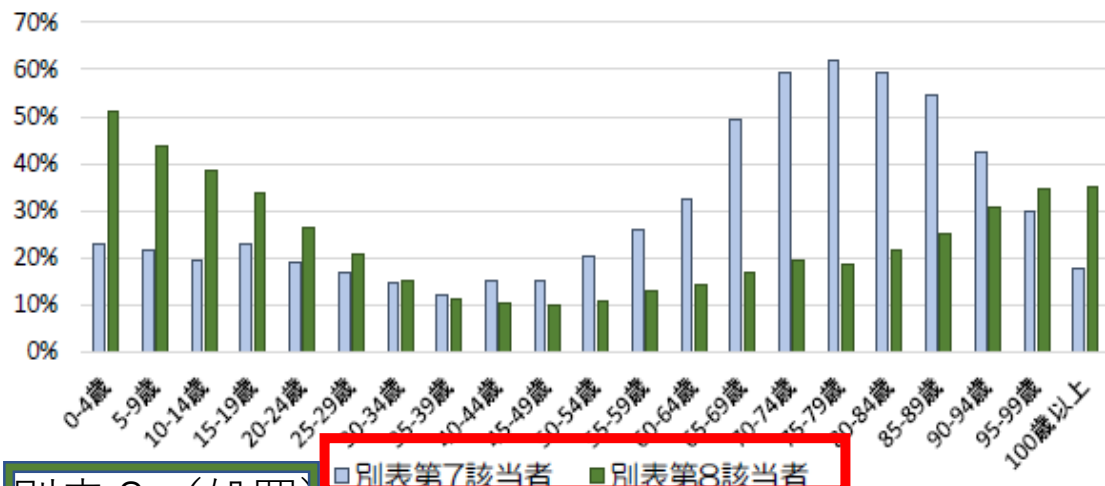


別表 7 (疾患)

※ 1 : 別表第 7

- | | |
|--------------|----------------|
| 末期の悪性腫瘍 | プリオン病 |
| 多発性硬化症 | 亜急性硬化性全脳炎 |
| 重症筋無力症 | ライソソーム病 |
| スモン | 副腎白質ジストロフィー |
| 筋萎縮性側索硬化症 | 脊髄性筋萎縮症 |
| 脊髄小脳変性症 | 球脊髄性筋萎縮症 |
| ハンチントン病 | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 進行性筋ジストロフィー症 | 後天性免疫不全症候群 |
| パーキンソン病関連疾患 | 脊髄損傷 |
| 多系統萎縮症 | 人工呼吸器を使用している状態 |

■ 別表第7及び別表第8の該当者割合



別表 8 (処置)

※ 2 : 別表第 8

- | | |
|---|---------------------------|
| 1 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者 | 在宅人工呼吸指導管理 |
| 2 以下のいずれかを受けている状態にある者 | 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 |
| 在宅自己腹膜灌流指導管理 | 在宅自己疼痛管理指導管理 |
| 在宅血液透析指導管理 | 在宅肺高血圧症患者指導管理 |
| 在宅酸素療法指導管理 | 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 |
| 在宅中心静脈栄養法指導管理 | 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者 |
| 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 | 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者 |
| 在宅自己導尿指導管理 | |

機能強化型 訪問看護ステーション

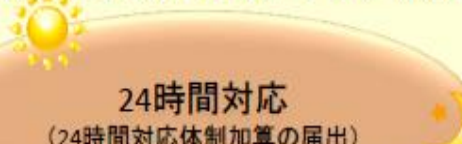



在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療

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


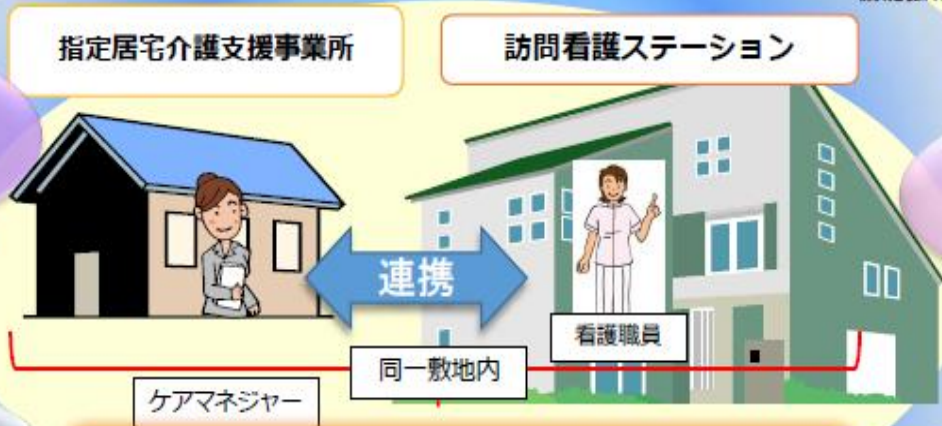
ターミナルケア
(ターミナルケア療養費、ターミナルケア加算の算定数の合計)

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、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態



在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療

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に機能の高い訪問看護ステーションの評価を行う。

改定前	改定後
1 月の初日の訪問の場合	1 月の初日の訪問の場合
	(新) <u>イ 機能強化型訪問看護管理療養費1</u> <u>12,400円</u>
	(新) <u>ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2</u> <u>9,400円</u>
7,300円	(改) イ又はロ以外の場合 <u>7,400円</u>
2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)	2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)
2,950円	(改) <u>2,980円</u>

[算定要件]

機能強化型訪問看護管理療養費1

- ① 常勤看護職員**7人以上**(サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 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**。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が**月に10人以上**。
- ⑤ 指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画 又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していること。
- ⑥ 休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと。
- ⑦ 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を実施していることが望ましい。

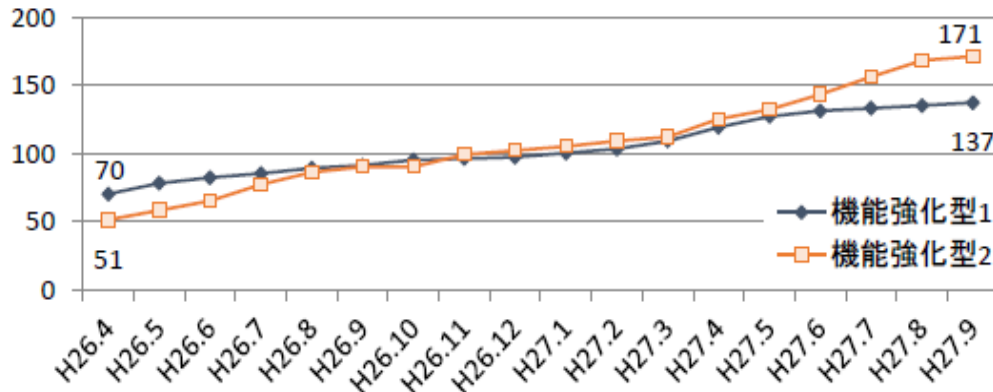
機能強化型訪問看護管理療養費2

- ① 常勤看護職員**5人以上**(サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 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**。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が**月に7人以上**。
- ⑤ 上記の⑤、⑥、⑦を満たすものであること。

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。

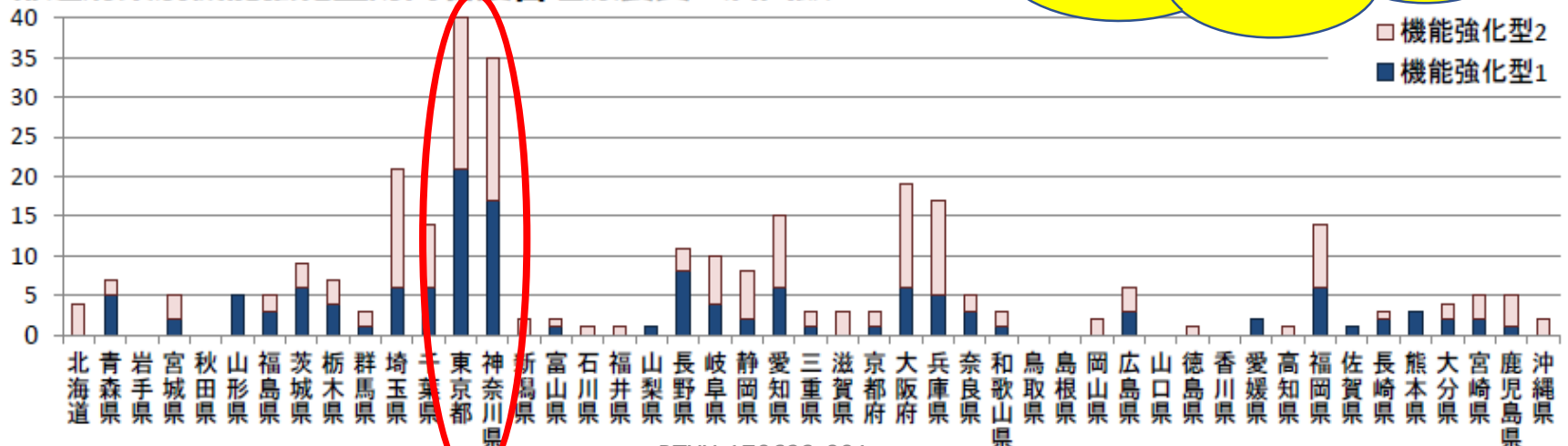
■機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



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



PTXX-170623-001

出典：保険局医療課調べ（平成27年9月1日時点）

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

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。

改定前

【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。

現行

【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

訪問看護の報酬・基準について



2017年11月8日介護給付費分科会

これまでの議論における主な意見について

<訪問看護の安定的な提供体制のあり方について>

- 訪問看護は24時間365日体制で中重度者や看取り対応、リスクの高い病気の重症化予防が求められることから、大規模化と業務の効率化の推進を前提としたうえで、これらの体制を有する機能の高いステーションを報酬で評価すべき。
- 複数のステーションが連携しながら24時間365日対応することや、病院・診療所による訪問看護を評価することも中長期的にあっても良いのではないか。

<適切な訪問看護のあり方について>

- 軽度者へのリハ職の早期介入は重要であるが、訪問看護は通院困難な者を対象としており、訪問が必要なのか疑問がある。また、要支援者（軽度者）へのサービスの使い方については検討が必要。
- 複数名訪問について、暴力等の問題が新聞報道でも出ていることから、今後検討すべきではないか。

<理学療法士等による訪問看護について>

- リハ職訪問は、看護職員と連携・協働のもとで中重度者やターミナル期の利用者の在宅療養継続に資するリハビリテーションの提供が期待されている。看護師が全くアセスメント等に関わっておらず理学療法士と連携していないステーションがあることは問題であり是正が必要。看護師と理学療法士が共同してリハの実施計画を立てる、月1回以上は必ず看護師が訪問し療養上の課題等をアセスメントし訪問看護計画に反映するというのを運営基準に盛り込むことが重要ではないか。
- 看護職とリハ職の連携が全くない又は方針の共有をしていない事業所が一定程度あることについて、看護業務の一環としてのリハという前提であるとすれば、何故このような現状なのか把握し、対応を検討すべき。

※第146回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、公益社団法人日本理学療法士協会等から、「訪問看護ステーションにおけるリハビリテーション専門職の活用の推進」の要望や「（リハ専門職と）看護職との連携が不十分な事業所（3%）については、そのようなことが無いよう指導する」等の意見があった。

訪問看護〈中重度の要介護者の在宅生活を支える訪問看護体制の評価〉 (平成27年度介護報酬改定資料)

2015年

概要

- ・在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応を強化する観点から、充実したサービス提供体制の事業所に対する評価を行う。

点数の新旧

(なし)



(新規)
看護体制強化加算 +300単位/月

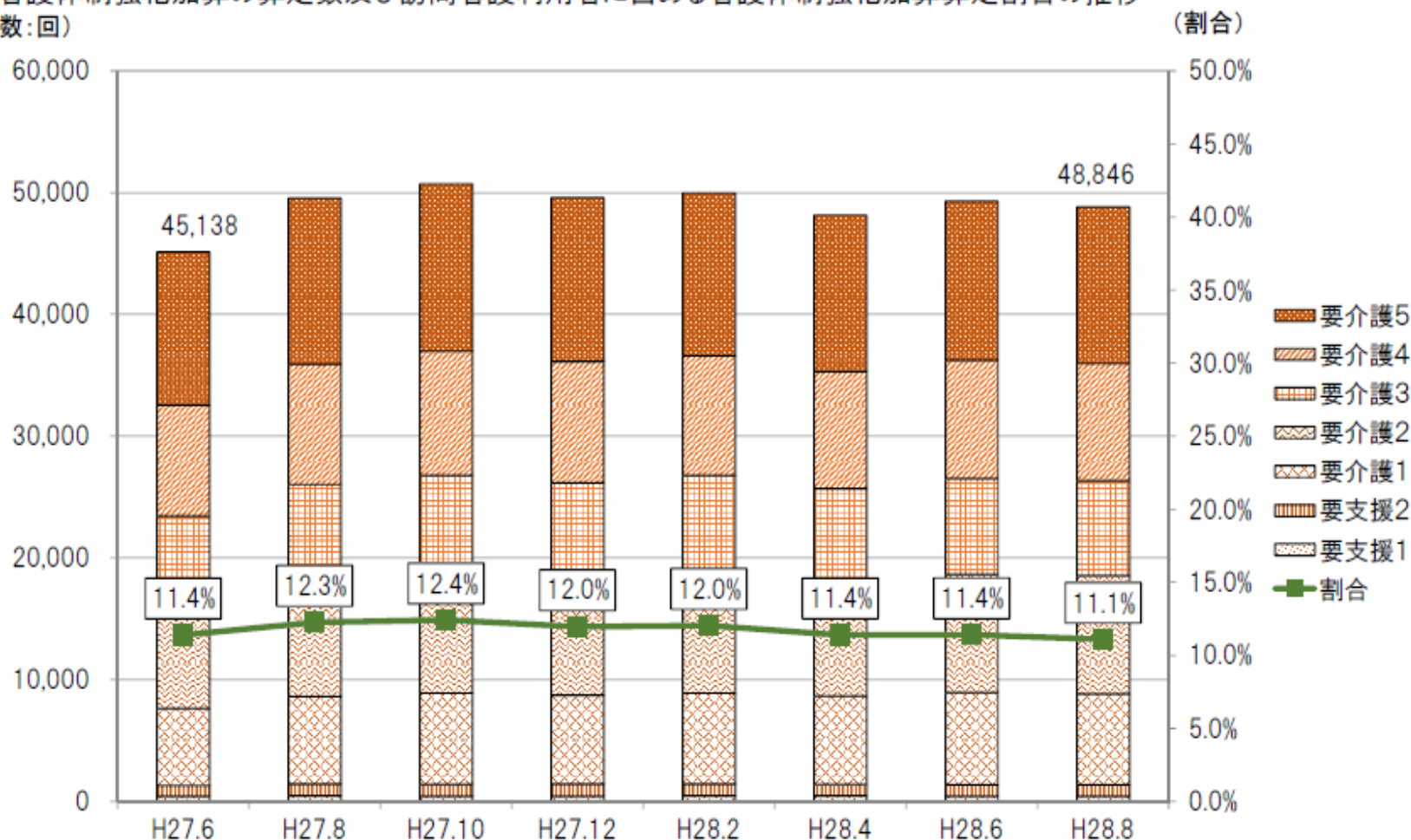
算定要件

- ・次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - ① 算定日が属する月の前3月において、指定訪問看護事業所における利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が100分の50以上であること。
 - ② 算定日が属する月の前3月において、指定訪問看護事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の30以上であること。
 - ③ 算定日が属する月の前12月において、指定訪問看護事業所におけるターミナルケア加算を算定した利用者が1名以上であること(介護予防を除く)。

訪問看護の加算状況 <看護体制強化加算>

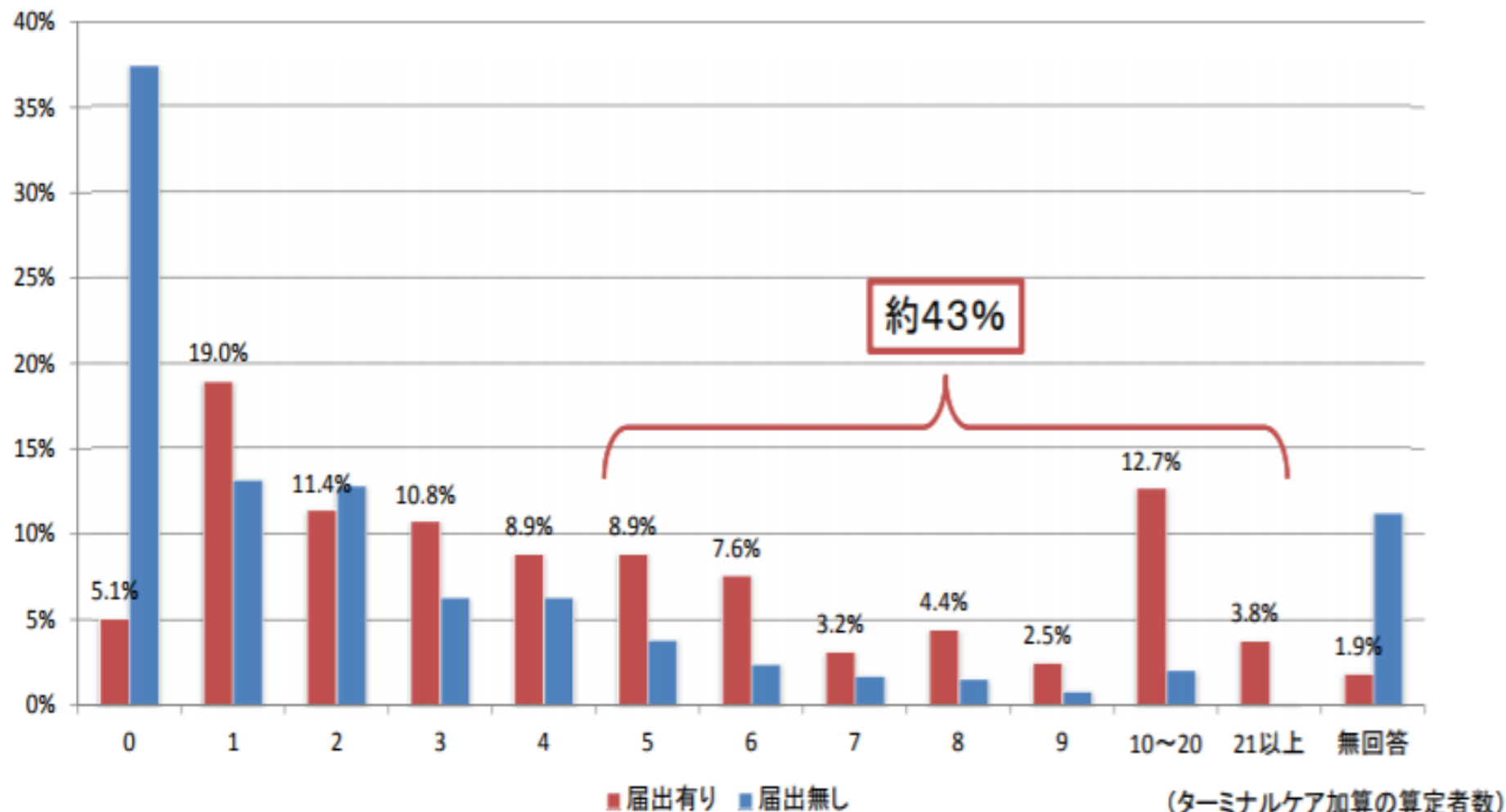
○ 看護体制強化加算は、平成27年に新設され、訪問看護利用者に占める看護体制強化加算の算定者割合は約11%でほぼ横ばいである。

■ 看護体制強化加算の算定数及び訪問看護利用者に占める看護体制強化加算算定割合の推移
(回数:回)



○ 看護体制強化加算の届出事業所ほど、ターミナル加算の算定者数が多く、届出有りの約43%は算定者数が5件以上である。

■ 看護体制強化加算の届出(H27.9)の有無別の1年間(H26.10~H27.9)のターミナルケア加算の算定件数別の割合(n=728)



(※)看護体制強化加算を平成27年9月に算定する場合、ターミナルケア加算に係る実績については平成26年9月から平成27年8月までの期間でターミナル加算の算定者が1名以上となる。

出典：平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「医療ニーズの高い療養者の在宅生活を支援する訪問看護ステーションの在り方に関するシステム開発及び調査研究事業」を元に老人保健課において整理

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則



患者の意思が
確認できる

患者と医療従事者とが十分に話し合い、
患者が意思決定を行う

人生の最終段階における
医療とケアの方針決定

十分な
情報の
提供

家族が患者の
意思を推定できる

患者の推定意思を尊重し、
患者にとって最善の治療方針をとる



患者の意思が
確認できない

- ・ 家族が患者の意思を推定できない
- ・ 家族がいない

患者にとって最善の治療方針を、
医療・ケアチームで慎重に判断
(※家族がいる場合は十分に話し合う)



- ・ 病態などにより医療内容の決定が困難
- ・ 家族の中で意見がまとまらないなどの場合

→ 複数の専門家で構成する
委員会を設置し、
治療方針の検討や助言



無資格者の同行

- 複数名訪問加算の区分を新設し、訪問看護に看護補助者が同行するケースを評価する案を厚労省が提示
- これまで複数名訪問加算は、看護師等（保健師・言語聴覚士）が複数人で訪問する場合に算定できる（30分未満なら254単位、30分以上なら402単位）
- しかし、こうした資格を持たない看護補助者が同行しても、現状では加算を算定できない。
- その一方で、医療保険の訪問看護療養費には、看護補助者が同行する医療保険の訪問看護療養費にも同行する。一方、同行する看護補助者が同行する医療保険の訪問看護療養費にも同行する。

介護保険 (複数名訪問加算)			医療保険 (複数名訪問看護加算)			
報酬と訪問者	加算	指定訪問看護の実施者	同時に訪問する者	加算	指定訪問看護の実施者	同時に訪問する者
	30分未満：254単位 30分以上：402単位	看護師等 (保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)	看護師等	4,300円(週に1回)	看護職員 (保健師、助産師、看護師、准看護師)	保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
				3,800円(週に1回)	看護職員	准看護師
				3,000円 (要件(1)(2)(3)の場合は回数制限なし。 要件(4)(5)の場合は週1回。)	看護職員	看護補助者
要件	同時に複数の看護師等により訪問看護を行うことについて、利用者やその家族等の同意を得ている場合であって、次のいずれかに該当する場合に、指定訪問看護の所要時間に応じ、1回につき所定の単位数に加算。 (イ)利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合 (ロ)暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合 (ハ)その他利用者の状況等から判断して、イ又はロに準ずると認められる場合		看護職員が、他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、1人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当する場合、所定額に加算。 (1)特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者 (2)特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者 (3)特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者 (4)暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 (5)その他利用者の状況等から判断して、(1)～(4)のいずれかに準ずると認められる者(看護補助者に限る)			

(参考) 厚生労働省保険局医療課 事務連絡(平成24年4月20日)

(問)複数名訪問看護加算において評価されている看護補助者には、業務の定義や資格要件はあるのか。また、訪問看護ステーションに雇用されていない看護補助者でもよいのか。

(答)看護補助者については、**訪問看護を担当する看護師の指導の下に、療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)の他、居室内の環境整備、看護用品及び消耗品の整理整頓等といった看護業務の補助を行う者**のことを想定しており、資格は問わない。秘密保持や医療安全等の観点から、当該訪問看護ステーションに雇用されている必要があるが、指定基準の人員に含まれないことから、従事者の変更届の提出は要しない。

複数名による訪問看護①～対象者

複数名による訪問看護が必要な患者のイメージ

利用者（患者）

35歳 外傷性脳損傷後

(身体の状態)

- ・ 体重：90kg
- ・ 自力で身体を動かさない
- ・ 知覚の麻痺がある

別表第7に掲げる疾病に該当せず、別表第8に掲げるような医療機器の使用等はないため、身体的特性から複数名による訪問が必要な場合であっても、複数名訪問看護加算の対象とならない。

1人で訪問看護で行う場合のリスク

体位変換



- ・ 体格が大きい患者を1人で無理に動かすと、摩擦等により皮膚損傷を起こす可能性がある。

移乗



- ・ 知覚麻痺や脱力等がある患者の移乗は、特に打撲などの配慮が必要であるが、1人での移動は事故の危険性が高まる。

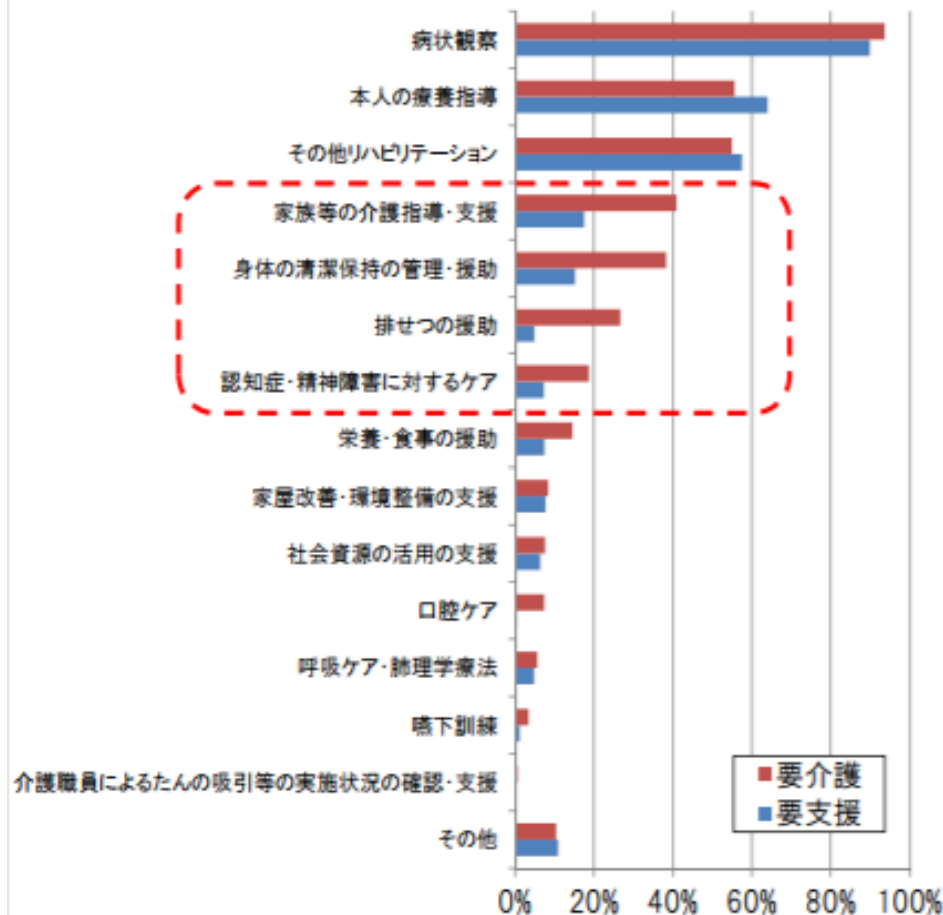
要支援者か要介護者で評価に差を設ける

- 厚労省は訪問看護について、利用者が要支援者か要介護者かで基本サービス費に差を設ける
 - 具体的には、「家族等の介護指導・支援」「身体・精神の清潔に支える」に「ケア」が分ける。要支援者は「認知症者」で、今後は「要支援費」が低く設定される。
- 看護職員の代わりに理学療法士等が訪問する場合の評価を見直す
- 訪問看護が早朝・夜間か深夜の場合の加算を、2回目以降の緊急時訪問で算定できる利用者を広げる

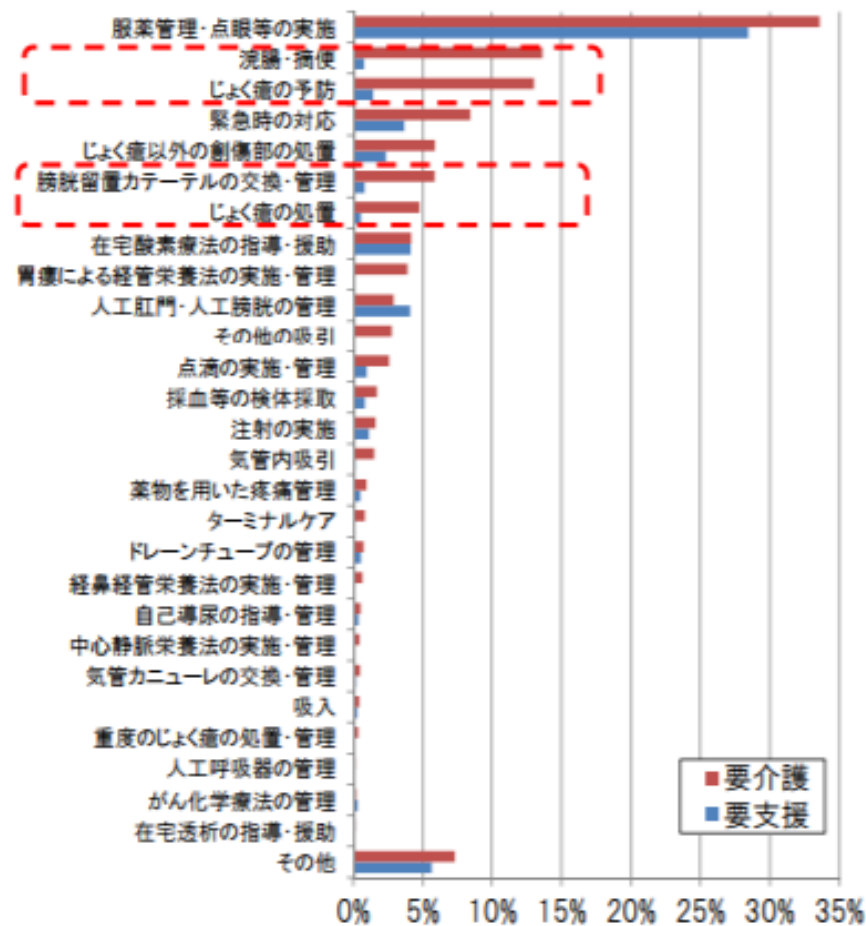
要介護度別の訪問看護の実施状況

- 訪問看護の内容について、要支援に比べ要介護のほうが「家族等の介護指導・支援」「身体の清潔保持の管理・援助」「排泄の援助」「認知症・精神障害に対するケア」等の実施割合が高くなっている。
- 医療処置にかかる看護内容について、要支援に比べ要介護のほうが「浣腸・摘便」「じょく瘡の予防／処置」「膀胱留置カテーテルの交換・管理」等の実施割合が高くなっている。

■ 訪問看護の提供内容(1ヶ月)(複数回答)



■ 訪問看護の医療処置にかかる看護内容(1ヶ月)(複数回答)



理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問

- 理学療法士や作業療法士、言語聴覚士による訪問は現在、「看護業務の一環としてのリハビリテーション」が中心の訪問看護に限り、看護職員に代わって行うという位置付けで評価されている
- しかし、それら職種と看護職員との間でリハビリテーションの方針を共有していない不適切なケースがあることがある

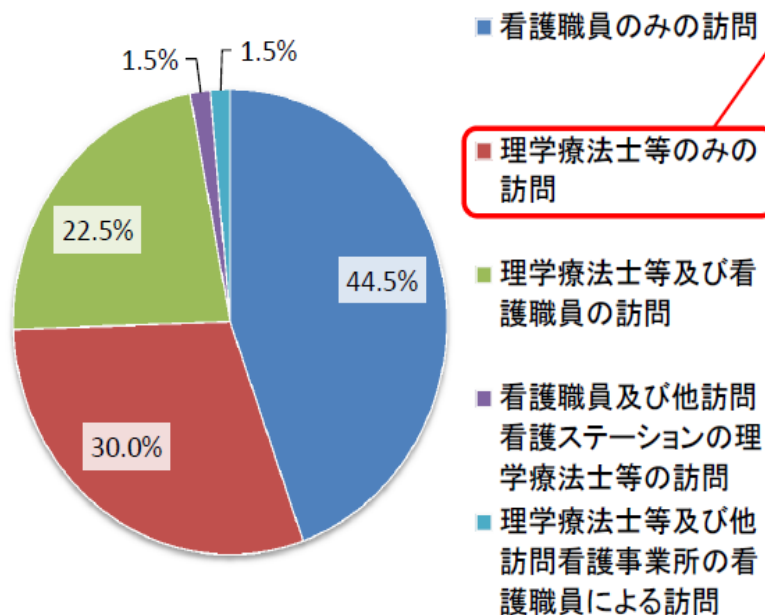
訪問看護ステーションにおける職種別の訪問看護の状況

- 理学療法士等による訪問を行っている訪問看護ステーションの介護保険の利用者のうち、30%が理学療法士等のみの訪問であり、要支援2以下が約20%である。
- 理学療法士等のみの訪問を提供している利用者について、「看護師がアセスメント等のために訪問することは基本的にはない」とした割合は約22%であった。

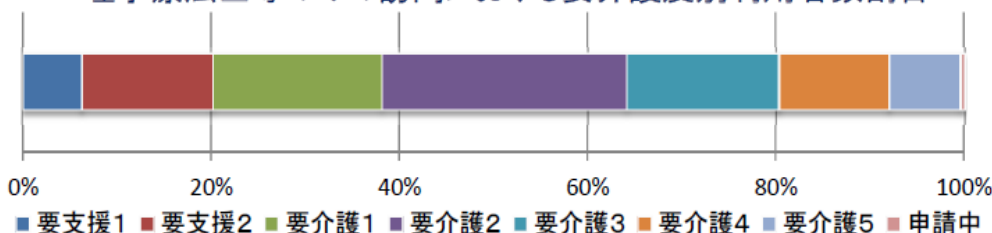
■ 訪問看護ステーション※あたりの平均保険別利用者数 (2016年10月)(n=600)(※理学療法士等による訪問を行っているSTIに限る)

	人数
介護保険	74.1
医療保険	23.2

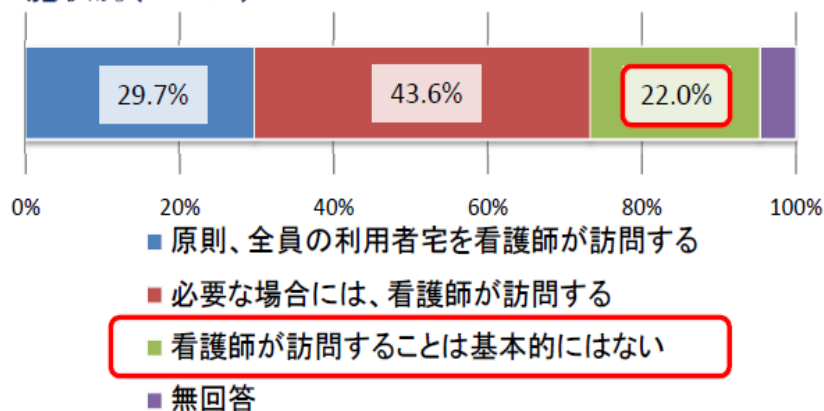
■ 訪問看護ステーション※における介護保険の利用者数 (74.1人)の訪問者職種別の割合



■ 理学療法士等のみの訪問における要介護度別利用者数割合

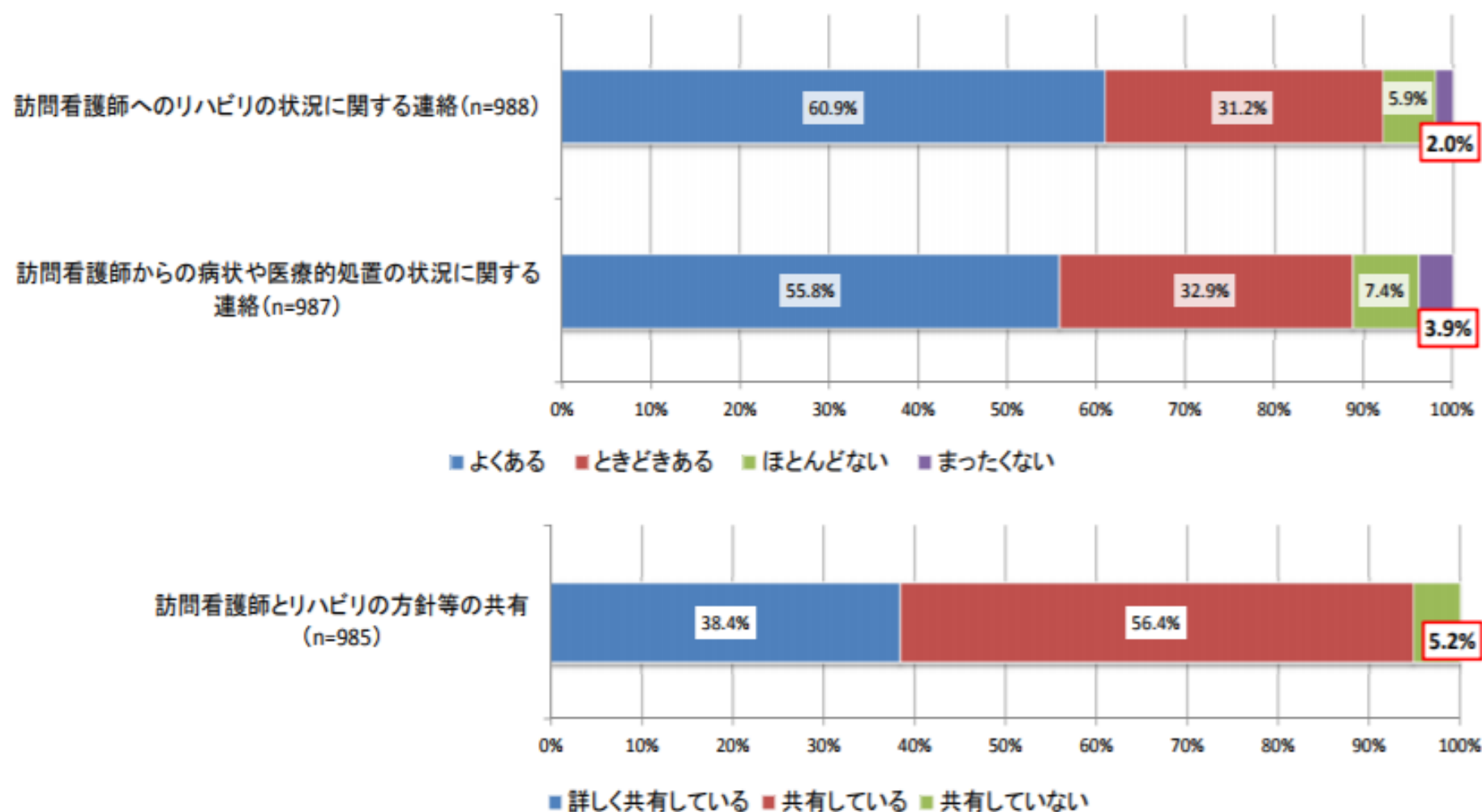


■ 訪問看護ステーション※における理学療法士等のみの訪問を提供している利用者について、看護師によるアセスメント等の実施状況(n=619)



訪問看護ステーションの理学療法士等と看護職員との連携について

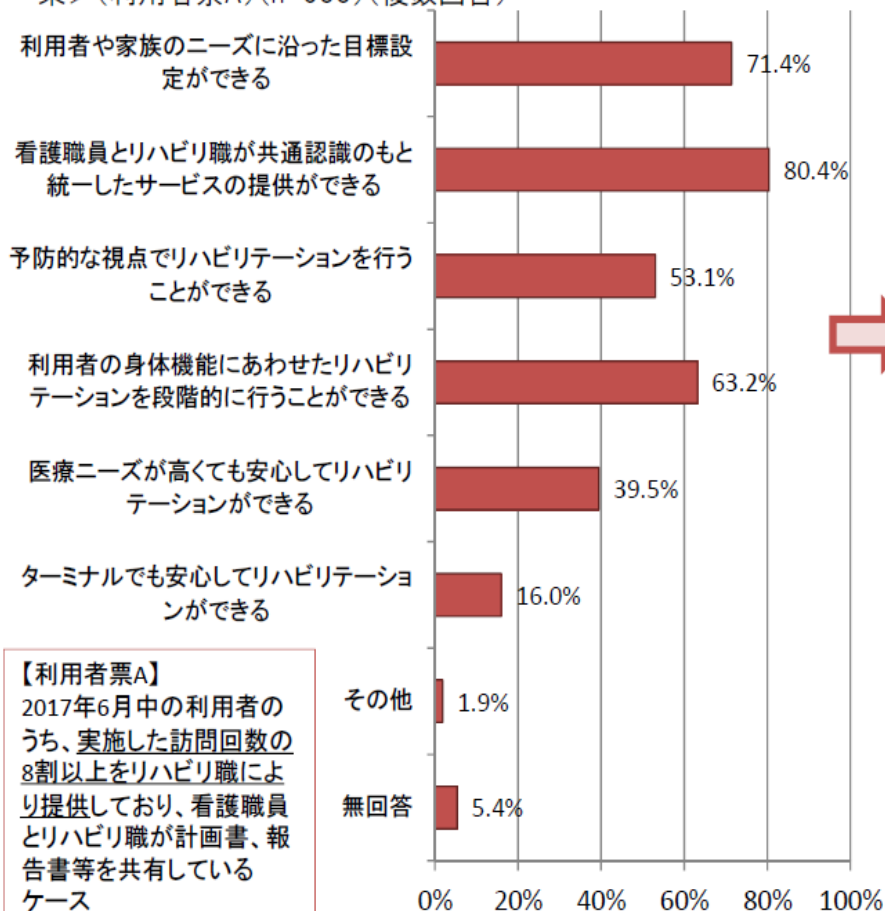
- 訪問看護ステーションの理学療法士等と看護職員による訪問が行われている利用者における連携について、「理学療法士等からの看護職員への連絡」や「看護職員から理学療法士等への連絡」について「まったくない」とする割合は前者が約2.0%、後者が約4.0%である。また、リハビリ方針等を訪問看護師と「共有していない」とする割合は約5.2%となっている。



訪問看護ステーションにおける看護職員と理学療法士等の連携による効果

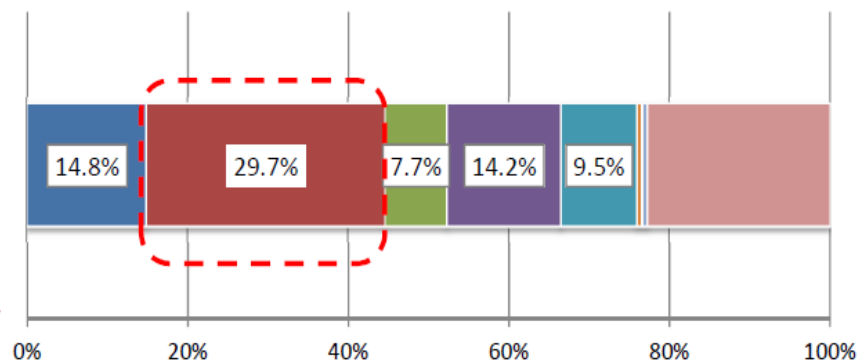
○ 訪問看護回数のうち8割以上を理学療法士等が訪問(2割未満は看護職員による訪問)し、両職種が連携している利用者への効果として、「看護職とリハ職の共通認識による統一したサービス提供が可能」が29.7%となっている。

■ 看護職員とリハビリ職の連携による具体的な効果<サービスの質への効果>(利用者票A)(n=633)(複数回答)



【利用者票A】
2017年6月中の利用者のうち、実施した訪問回数の8割以上をリハビリ職により提供しており、看護職員とリハビリ職が計画書、報告書等を共有しているケース

■ <サービスの質への効果>(最も効果のあったもの1つ)



- 利用者や家族のニーズに沿った目標設定ができる
- 看護職員とリハビリ職が共通認識のもと統一したサービスの提供ができる
- 予防的な視点でリハビリテーションを行うことができる
- 利用者の身体機能にあわせてリハビリテーションを段階的に行うことができる
- 医療ニーズが高くても安心してリハビリテーションができる
- ターミナルでも安心してリハビリテーションができる
- その他
- 無回答

訪問看護事業所における看護職員とリハビリ職との連携実践例



～A訪問看護ステーション～

事業所の特徴

- 職員体制:看護師15名(常勤4名、非常勤11名、常勤換算10名)・理学療法士1名(常勤)、作業療法士2名(常勤)・事務職3名
- 看護職員数の割合が高く、人工呼吸器装着や経管栄養等比較的医療ニーズの高い利用者が多い。居宅介護支援事業所を併設。

看護職とリハビリ職の連携の実際

初回アセスメント

- 退院時カンファレンスには可能な限り看護職員とリハビリ職と一緒に参加。
- 看護職員とリハビリ職が同行訪問し、それぞれの観点からアセスメント(事業所独自アセスメントシートの活用)

訪問看護計画の作成

- 看護職員、リハビリ職員がそれぞれ作成(様式は同じものを使用)。職種別に計画を立てることで、利用者・家族に目的を分かりやすくする。

方針(目標)の共有・日々の情報共有

- 方針の共有:全利用者の訪問看護計画を共有。(共有のタイミング:初回訪問前後、利用者の病状や状態に変化があった時、定期的(1回/月程度))
- 日々の情報共有:全利用者の状況を共有。(共有のタイミング:原則毎回の訪問前後、利用者の病状や状態に変化があった時、定期的(1回/月程度))
- 共有方法:ICT(iPadによるオンライン端末)による情報閲覧、カンファレンス、事例検討会等。

カンファレンスの開催等

- カンファレンス開催頻度:月1回。時間内に事例検討会・研修会の実施あり。
- その他:年1回程度看護職員がリハビリの視点を習得することを目的に、リハビリ職員から看護職員に対し、リハビリの基本的な技術を教えるための研修会を開催。

連携の効果(具体事例より)

《利用者像》

心不全末期の90歳代、救急搬送され入院、廃用症候群。退院時、要介護5で寝たきり状態であったが、「1～2ヶ月間家族と楽しく過ごせる期間を作ること」を目標に看護職及びリハビリ職による訪問看護を開始。

《実施内容》

	看護職員	リハビリ職
アセスメント	退院時カンファレンス参加後、アセスメント内容をリハビリ職に共有。	初回訪問後、アセスメント内容を看護職に共有。
計画作成	職種別に作成。作成時に相談・共有。	
計画に基づく訪問看護の実施	病状アセスメント、排便コントロール、呼吸リハ等 離床訓練を慎重に実施。	リラクゼーション、座位保持での車いす移乗訓練(四肢の訓練)等
訪問頻度	2回/週	1回/週
情報共有	毎回の訪問前後やカンファレンス時に適宜利用者の状況、ケア内容、目標を確認・共有	

《具体的効果》

1ヶ月程度で車いすに乗車して家族で食事のため外出できるようになった。

情報共有

- 利用者の状況や実施した訪問看護の情報を両者が共有し、訪問看護計画書と訪問看護報告書を連携して作成する
- 看護職員が定期的に訪問することで、利用者の状態を適切に評価する
- 理学療法士等による訪問が看護職員の代わりであることを利用者側に説明し、同意を得る—といったルールを設けた上で評価を見直すとしている

病院併設型訪問看護ステーション

2017年11月15日 中医協

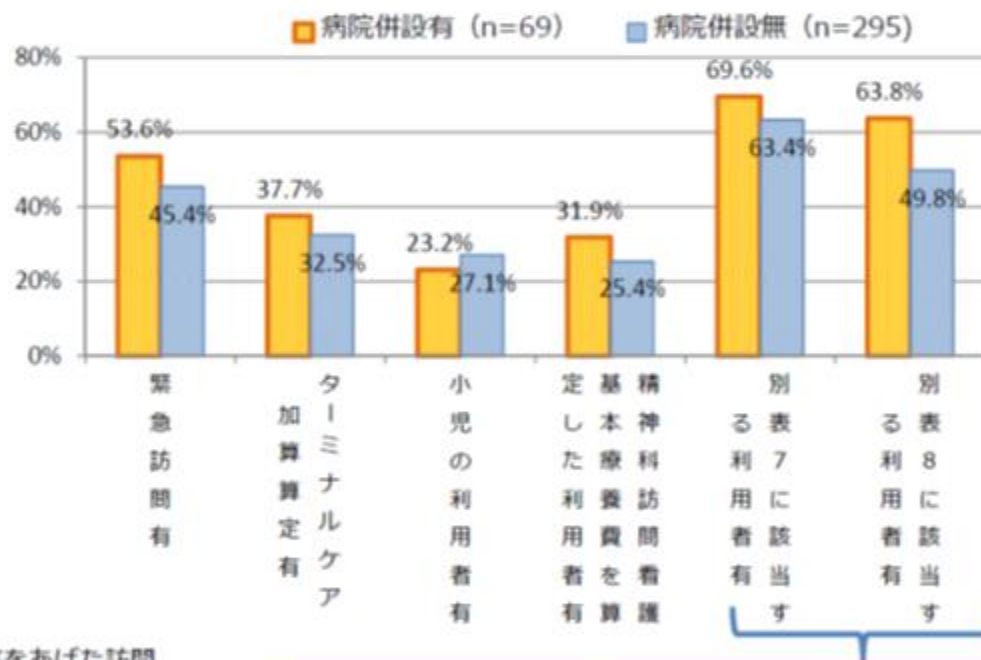
病院併設の訪問看護ステーション②

- 病院併設の訪問看護ステーションは、病院併設でない訪問看護ステーションより平均利用者数、平均訪問回数ともに多い。
- 病院併設の訪問看護ステーションは、緊急訪問の実施や重症の利用者の受け入れが、病院併設でないステーションよりも多い。

■ 病院併設※1有無別の訪問看護の利用者数・訪問回数（平均／平成28年9月分）

	病院併設 (n=69)	病院併設でない (n=295)
利用者数	81.2人	56.7人
訪問回数	461.5回	391.1回

■ 病院併設※1有無別の訪問看護ステーションの利用者割合（利用者の特性別／平成28年9月分）



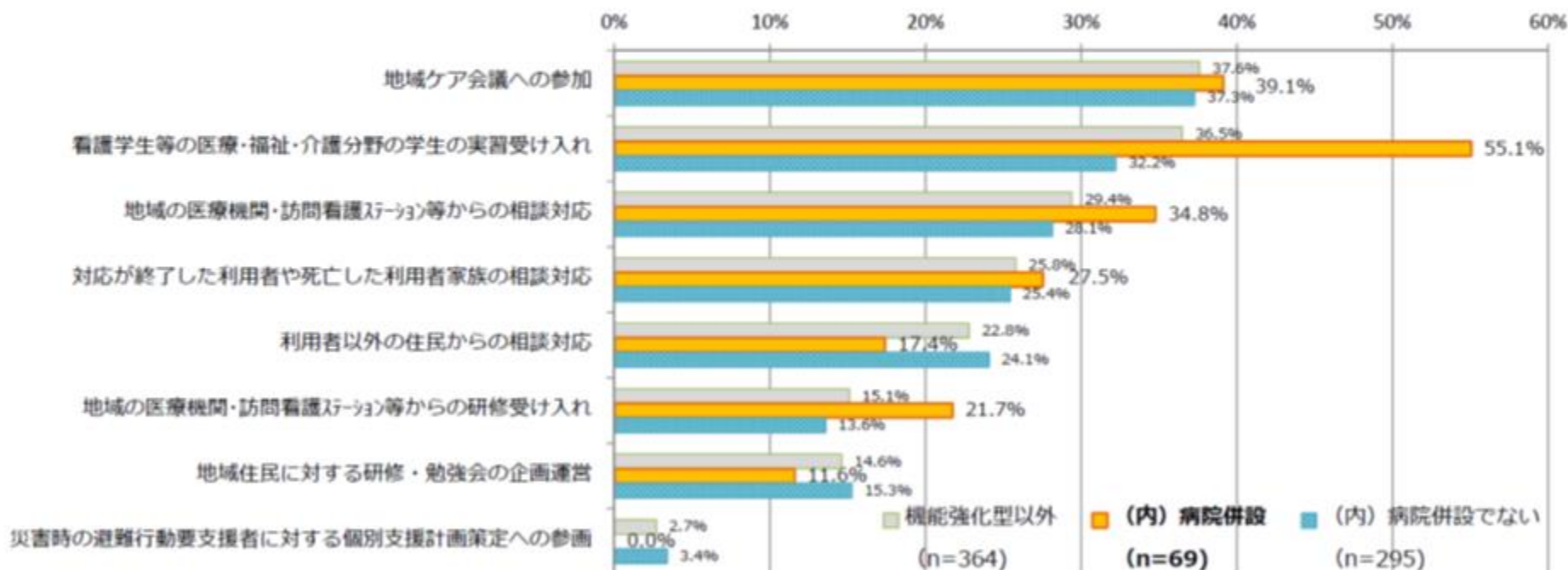
※1 病院併設：同一敷地内又は隣接している施設・事業所として病院をあげた訪問看護ステーション（機能強化型以外の訪問看護ステーションのみ）

該当する利用者数の平均	病院併設	病院併設でない
別表7	11.1人	8.1人
別表8	7.2人	6.2人

病院併設の訪問看護ステーション③

- 機能強化型以外で病院を併設しているステーションの地域での活動状況は、「地域ケア会議への参加」、「看護学生等の実習受け入れ」、「地域の医療機関・訪問看護ステーション等からの相談対応や研修受け入れ」等の活動を行っている割合が、病院併設していないステーションよりも多い。

■ 病院併設※1有無別の訪問看護ステーションの地域での活動状況※2（機能強化型以外のステーション）



※1 病院併設：同一敷地内又は隣接している施設・事業所として病院をあげた訪問看護ステーション（機能強化型以外の訪問看護ステーションのみ）

※2 医療保険・介護保険による指定訪問看護は除く

訪問看護ステーションが行う療養生活にかかる情報提供等の状況

- 訪問看護ステーションと病院・診療所間での情報のやりとりについては、いずれの種別の訪問看護ステーションにおいても一定数行われている。
- 居宅支援事業所への文書による情報提供は、報酬による評価はないもののやりとりの回数が多い。

■ 他施設・事業所と訪問看護ステーション間の療養に関する文書の授受回数 平均値
(平成28年9月の医療保険の利用者)

(回)

		病院	診療所	居宅介護支援事業所	介護老人保健施設	その他介護保険サービス事業所	地域包括支援センター	特定相談支援事業者・障害児相談支援事業者	保育所・幼稚園・学校
機能強化型1	療養に関する文書を提供した回数	8.4	10.0	13.2	0.3	1.3	1.1	0.9	0.04
	療養に関する文書を受け取った回数	5.2	7.5	8.9	0.1	0.7	0.7	0.3	0.0
機能強化型2	療養に関する文書を提供した回数	7.5	7.8	11.8	0.3	1.0	1.1	0.6	0.04
	療養に関する文書を受け取った回数	4.6	3.2	5.4	0.2	0.4	0.4	0.4	0.04
機能強化型以外	療養に関する文書を提供した回数	2.9	3.4	3.3	0.1	0.2	0.2	0.1	0.02
	療養に関する文書を受け取った回数	1.9	2.1	2.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.02

特別の関係にある医療機関等との連携

- 退院時共同指導加算等の訪問看護ステーションと医療機関等との連携に関する加算において、特別の関係にある医療機関等との連携では算定できない。

■ 医療機関等との連携に関する加算と特別の関係における算定

	加算	特別の関係
退院時共同指導加算	保険医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中のものの退院又は退所に当たり、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該保険医療機関若しくは介護老人保健施設の主治医又は職員と共同し、当該者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合に算定	×
在宅患者連携指導加算	訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、利用者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に算定	×
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、在宅での療養を行っている利用者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に算定	×
精神科重症患者早期集中支援管理連携加算	当該利用者（診療報酬の算定方法別表第一に規定する精神科重症患者早期集中支援管理料を現に算定する利用者に限る。）に対して、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関と連携して、支援計画等に基づき、定期的な訪問看護を行った場合に算定	×

※ 特別の関係

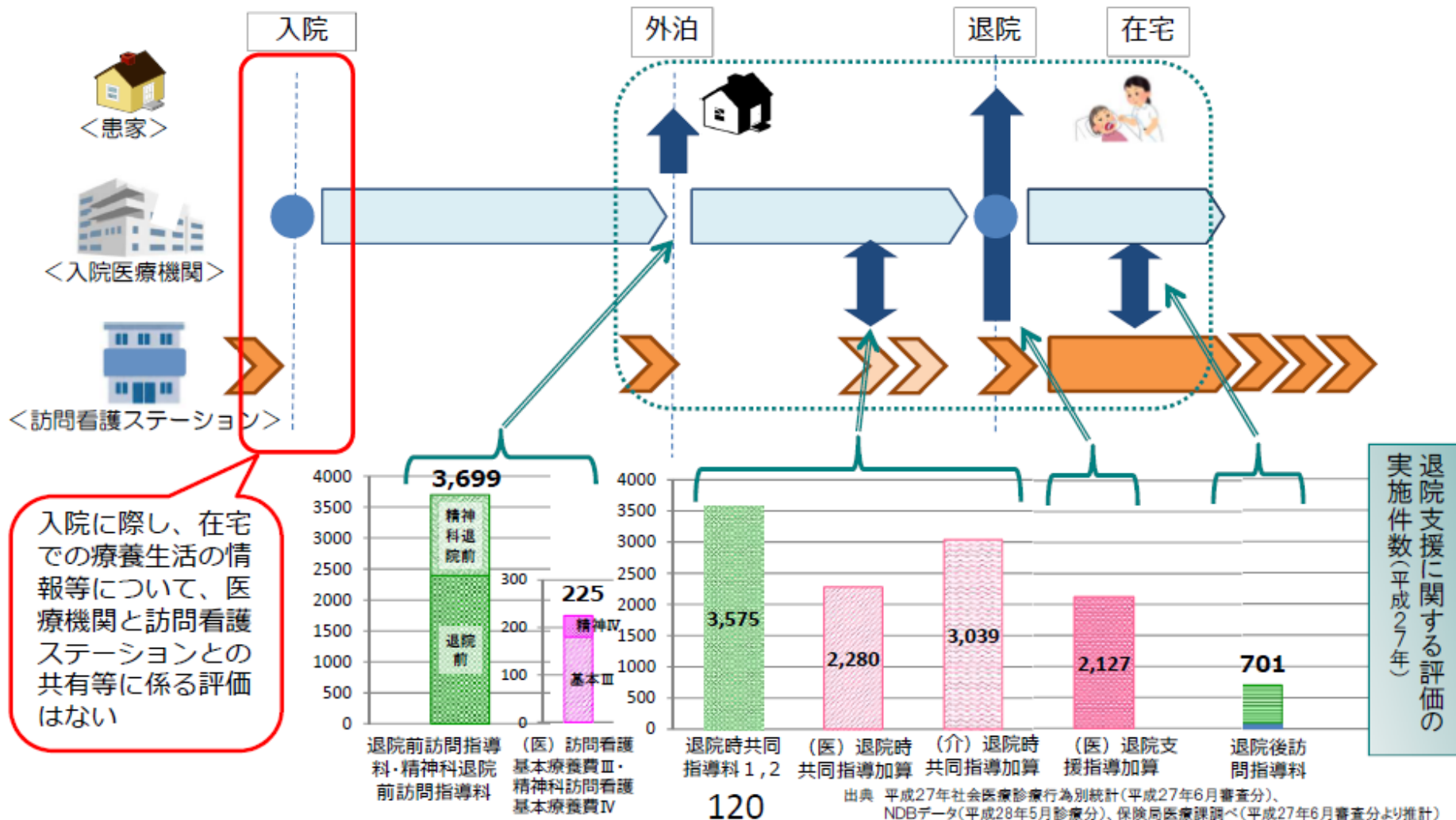
- ア 当該保険医療機関等と他の保険医療機関等の関係が以下のいずれかに該当する場合に、当該保険医療機関等と当該他の保険医療機関等は特別の関係にあると認められる。
- (イ) 当該保険医療機関等の開設者が、当該他の保険医療機関等の開設者と同一の場合
 - (ロ) 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者と同一の場合
 - (ハ) 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者の親族等の場合
 - (ニ) 当該保険医療機関等の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の保険医療機関等の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合
 - (ホ) (イ)から(ニ)までに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関等が、当該他の保険医療機関等の経営方針に対して重要な影響を与えることができると思われる場合に限る。）

訪問看護ステーション

- 医療機関併設型ステーションは重症患者対応や研修受け入れ機能を持っている
- 入院前の訪問看護ステーションから病院への情報提供を評価
- 医療機関併設型ステーションの併設医療機関との「特別な関係」の見直し

入退院時の在宅療養支援に係る連携に関する評価

- 入院患者が退院するにあたり、医療機関と訪問看護ステーションとが共同して指導した場合には各種評価が設定されている。一方で、在宅療養中の利用者が入院にあたり、医療機関と訪問看護ステーションとの情報共有や連携に関する評価はない。



ポイント②

看護小規模多機能型居宅
介護（看多機）

看護小規模多機能型居宅介護の概要

登録利用者への看護小規模多機能型居宅介護の提供



○ 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。

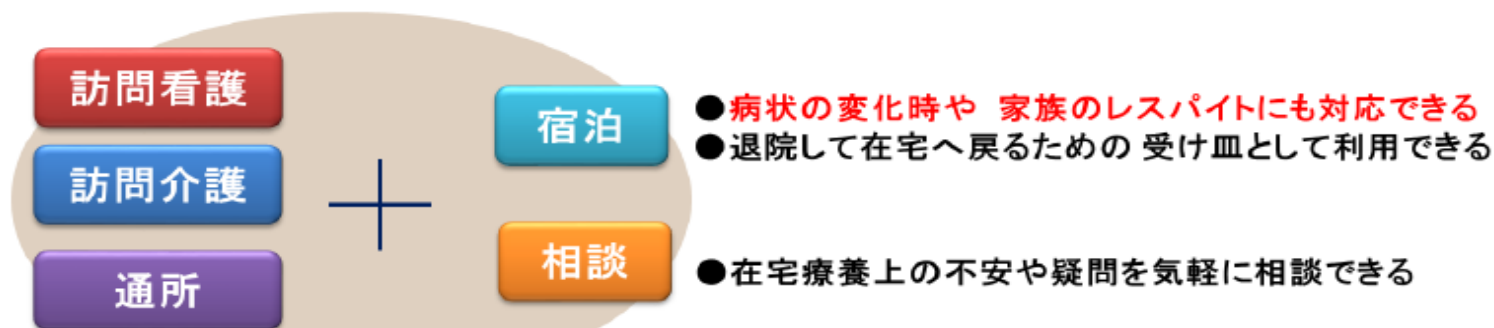
○ 看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、「通い」、「泊まり」、「訪問(看護・介護)」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状態に即応できるサービスを組み合わせることができる。

➤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。

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・・・」（斎藤訓子理事）



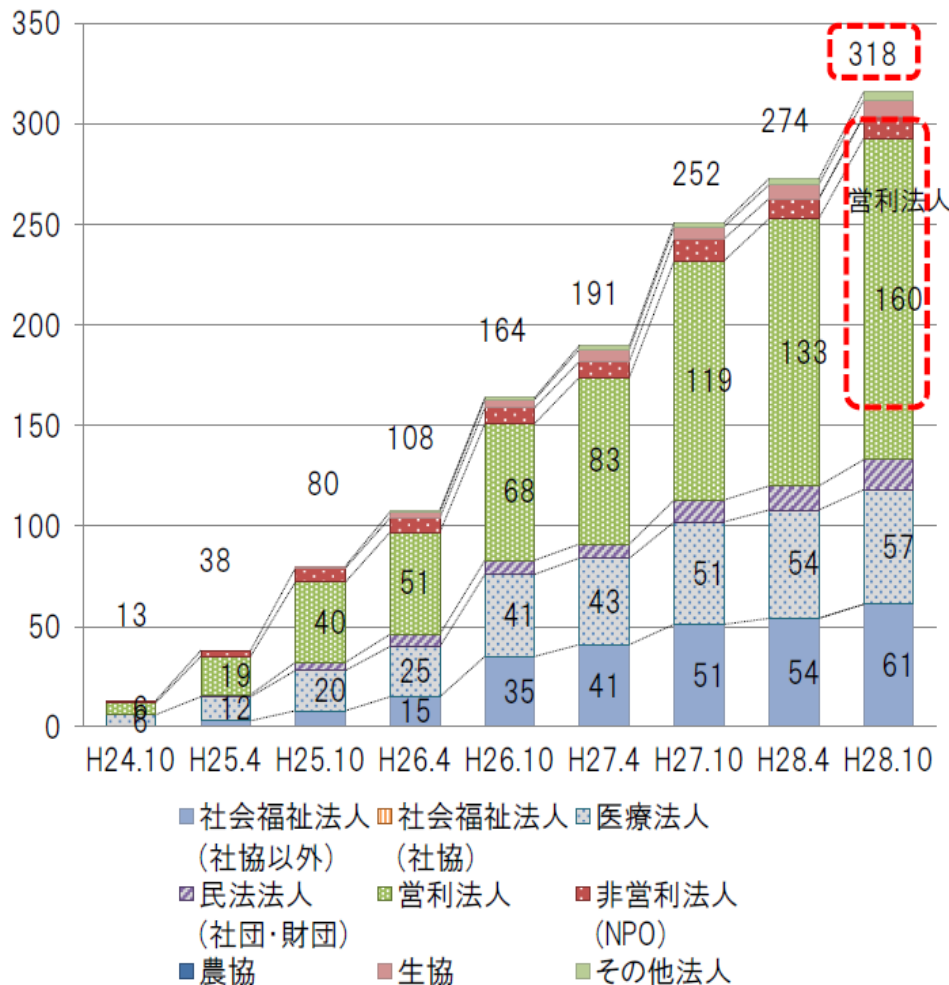
日看協常任理事の齋藤訓子氏



看護小規模多機能型居宅介護の事業所数等

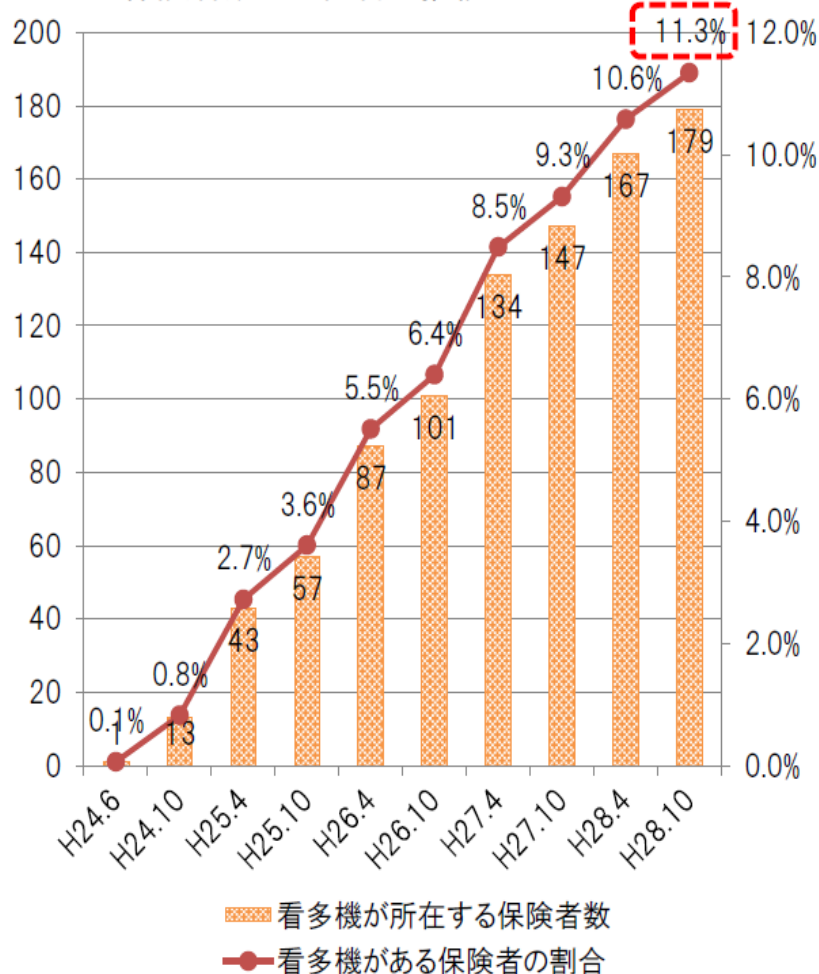
- 請求事業所数は318ヶ所であり、年々増加している。開設主体別にみると営利法人が最も多い。
- 看護小規模多機能型居宅介護事業所がある保険者の割合は11%であり、看護小規模多機能型居宅介護事業所がない保険者がほとんどである。

■ 請求事業所数と法人種別の推移



【出典】介護給付費実態調査

■ 看護小規模多機能型居宅介護(看多機)事業所がある保険者数及び割合の推移



【出典】老健局老人保健課調べ

看護小規模多機能型居宅介護の所在地別指定事業所数

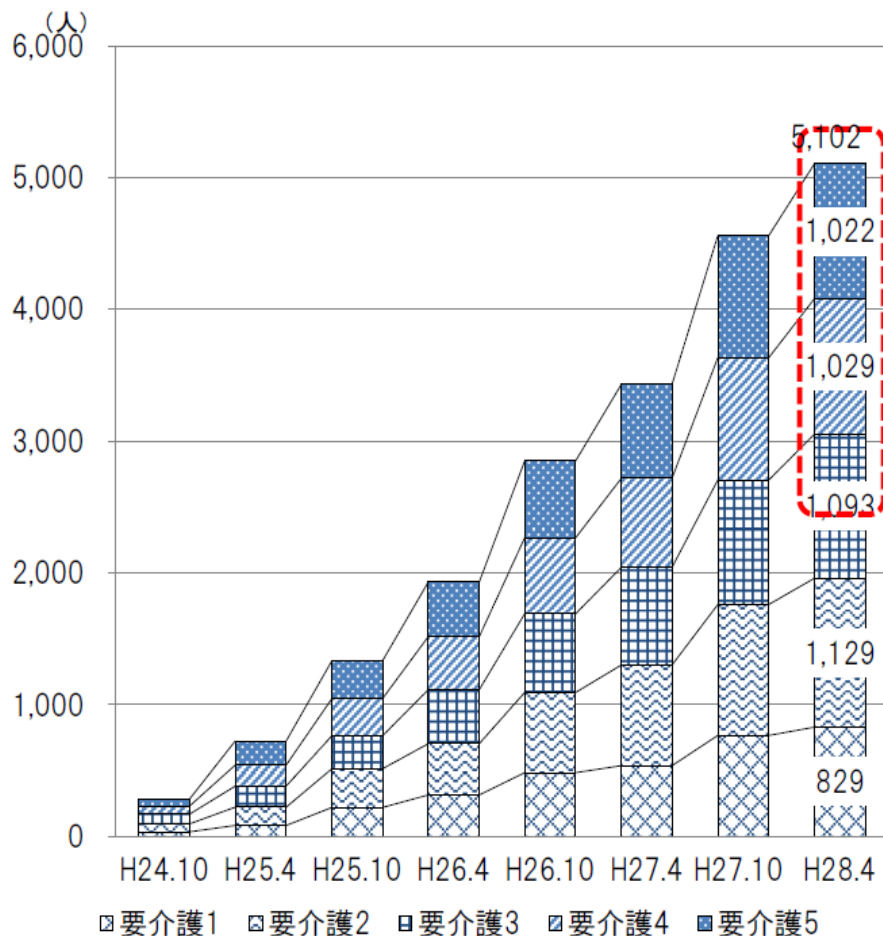
老人保健課調べ(平成29年3月末日現在)

都道府県名	所在市区町村名 (保険者)	事業 所数	公募	H28 新規	都道府県名	所在市区町村名 (保険者)	事業 所数	公募	H28 新規	都道府県名	所在市区町村名 (保険者)	事業 所数	公募	H28 新規	
北海道	札幌市	20		3	千葉県	鴨川市	1			長野県	長野市	1	1		
	函館市	4		1		松戸市	3	3	2		上田市	1			
	千歳市	1				大網白里市	1				高山市	1	1		
	北広島市	1				八千代市	1				東那市	2	1		
	小樽市	3	3			木更津市	1	1			美濃加茂市	1			
	北見市	1			港区	1			もとす広域連合	1					
	紋別市	1		1	新宿区	2			沼津市	1	1				
青森県	釜田市	2	1	2	東京都	文京区	1	1		静岡県	焼津市	1	1		
	釧路市	1	1			墨田区	1				静岡市	8	5	4	
	青森市	1	1			品川区	1				浜松市	1	1		
	八戸市	2	2	2		目黒区	1	1			富士市	2		1	
	南部町	1				杉並区	1	1			名古屋市長	4			
	岩手県	奥州市	1	1			北区	1			豊橋市	3			
		仙台市	4			1	練馬区	1	1		豊川市	2			
宮城県	石巻市	1				足立区	3	3	1	四日市市	2	2			
	白石市	1	1	1		東村山市	2	2		桑名市	1	1			
	富谷市	1	1			青梅市	1	1		大津市	1	1			
秋田県	湯沢市	1	1		八王子市	1		1	彦根市	1	1	1			
	本荘由利広域市町村圏組合	1	1		町田市	1	1		草津市	1	1	1			
山形県	大曲仙北広域市町村圏組合	2	1		調布市	1	1		京都市	6					
	山形市	3			清瀬市	1	1		宇治市	1	1				
福島県	米沢市	1			福城市	1			綾部市	1					
	福島市	2		1	横浜市	12	5	1	福知山市	1	1				
	会津若松市	1			川崎市	9	2		大阪市	7	3				
茨城県	いわき市	1			相模原市	1	1		堺市	5	2				
	白河市	1			横須賀市	1	1		豊中市	1					
	田村市	1			平塚市	1			高槻市	1	1				
	水戸市	1			鎌倉市	2	2	1	茨木市	2	1				
栃木県	日立市	1	1	1	藤沢市	3	2		八尾市	3	1				
	龍ヶ崎市	1			秦野市	1			室田緑市	1	1				
	つくば市	1			厚木市	1			河内長野市	1	2				
	神橋市	1			大和市	1	1	1	大東市	1	1	1			
	鉢田市	1			座間市	1			藤井寺市	2	1				
群馬県	足利市	1	1		箱根町	1	1		交野市	1	1				
	佐野市	1			新潟市	4			神戸市	5	2				
	益子町	1			長岡市	1			尼崎市	2	2				
埼玉県	高崎市	4			見附市	1			明石市	1					
	桐生市	2		1	魚沼市	1	1		加吉川市	1	1	1			
	伊勢崎市	1			富山市	3	3	2	小野市	1	1	1			
	館林市	1			金沢市	2	1		加西市	1					
千葉県	さいたま市	1	1	1	小松市	1	1	1	たつの市	4	4				
	ふじみ野市	1			能美市	1	1		奈良市	1					
	三郷市	2	2	1	珠洲市	1			大和高田市	1	1	1			
	川越市	1			福井市	4	2	3	和歌山市	3	2	1			
	大里広域市町村圏組合	1	1		坂井地区広域連合	3	1	1	米子市	4					
東京都	入間市	1		1	越前市	1			松江市	2	2				
	山梨県				甲府市	2	2		豊南広域連合	1	1	1			
東京都	山梨県				北杜市	1	1		浜田広域連合	1	1				
	山梨県														
<p>※赤字はサテライト(小多機)を有する事業所のある6市:計6事業所</p>															

看護小規模多機能型居宅介護の利用者数等

- 利用者数は年々増加しており約5,100人、1事業所あたりの平均利用者数は19人となっている。
- 利用者数の世帯構成は独居が36%である。

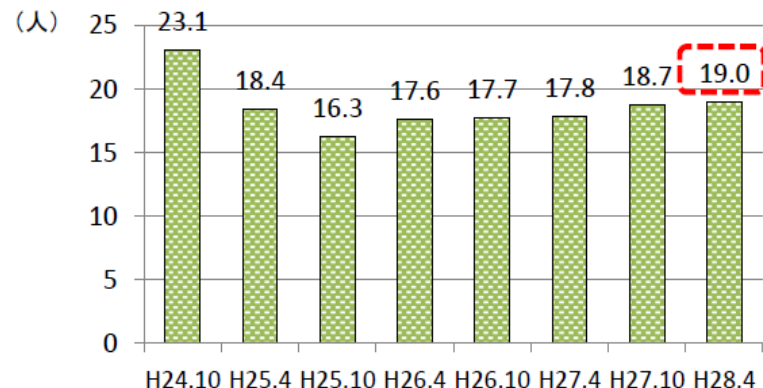
■ 看護小規模多機能型居宅介護の受給者数の推移(要介護別)



注)短期利用居宅介護の受給者を除く。

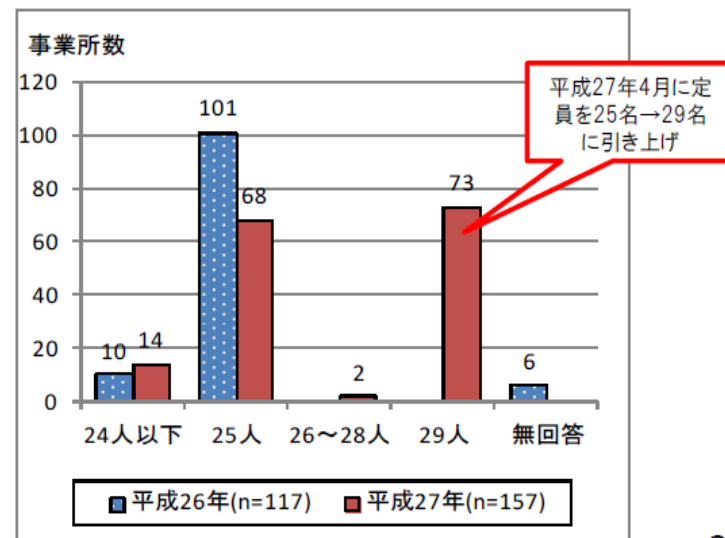
【出典】介護給付費実態調査

■ 1事業所あたり利用者数の推移



【出典】介護給付費実態調査

■ 1事業所あたりの登録定員の推移



【出典】平成27年度介護報酬改定検証調査(平成27年度調査)「(1)看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供の在り方に関する調査研究事業」

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。

看護小規模多機能型居宅介護の経営状況（平成28年度介護事業経営概況調査）

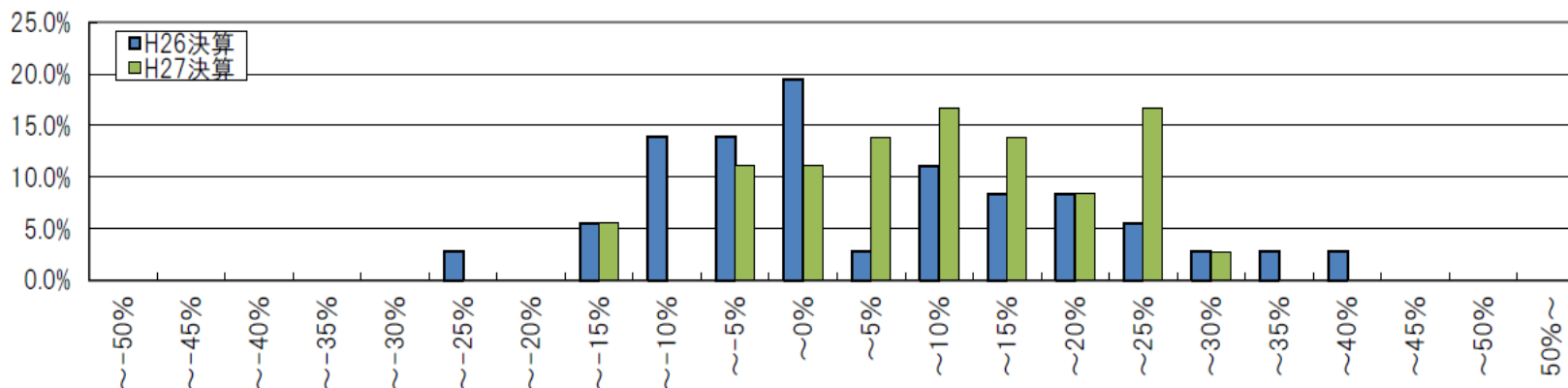
○ 看護小規模多機能型居宅介護の収支差率は6.3%(参考値)に改善している。

■ 地域密着型サービスにおける収支差率（ ）内は税引後収支差率

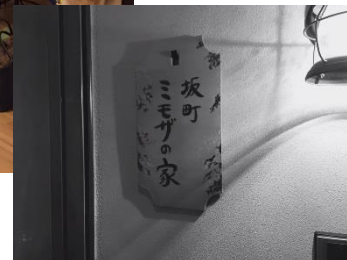
サービスの種類	28年度 概況調査		
	26年度 決算	27年度 決算	対26年度 増減
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	※△1.7% (※△1.9%)	※6.8% (※6.5%)	+8.5%
夜間対応型訪問介護	※7.1% (※7.0%)	※3.6% (※3.6%)	△3.5%
認知症対応型通所介護	6.9% (6.6%)	6.0% (5.7%)	△0.9%
小規模多機能型居宅介護	5.2% (4.9%)	5.4% (5.2%)	+0.2%
認知症対応型共同生活介護	6.2% (5.1%)	3.8% (2.5%)	△2.4%
地域密着型特定施設入居者生活介護	※5.6% (※5.3%)	※5.2% (※5.0%)	△0.4%
地域密着型介護老人福祉施設	2.2% (2.2%)	1.6% (1.6%)	△0.6%
看護小規模多機能型居宅介護	※1.4% (※1.4%)	※6.3% (※6.3%)	+4.9%

注：収支差率に「※」のあるサービスについては、集計施設・事業所数が少なく、集計結果に個々のデータが大きく影響していると考えられるため、参考数値として公表している。

■ 看護小規模多機能型居宅介護の収支差率分布



看多機の事例



ミモザの家(新宿区)

PTXX-170623-001

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上



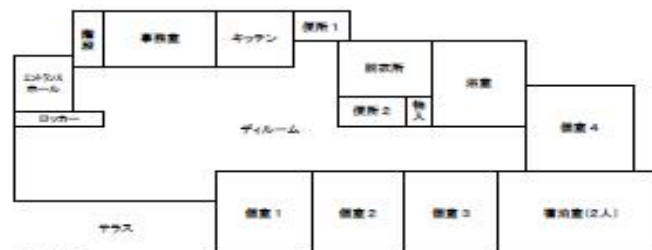
＜事業運営上のポイント＞

- 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 ・腹部大動脈瘤 ・パーキンソン病 ・大動脈弁閉鎖栓 ・脳梗塞 ・心不全 				
必要な医療処置	<ul style="list-style-type: none"> ・胃ろう ・褥瘡の処置(真皮に達する褥瘡) ・浣腸 ・バルーン留置カテーテル ・大動脈弁閉鎖栓 ・摘便 ・たんの吸引 ・服薬管理 ・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 目 目	2 目 目	3 目 目	4 目 目	5 目 目	6 目 目	7 目 目	8 目 目	9 目 目	10 目 目	11 目 目	12 目 目	13 目 目	14 目 目
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 目	2 目	3 目	4 目	5 目	6 目	7 目	8 目	9 目	10 目	11 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～

2018年介護報酬改定と看多機



2017年11月8日介護給付費分科会

伸び悩む看多機

- 2017年11月8日の会合で厚労省は、看護小規模多機能型居宅介護（看多機）に関する見直し案も示した
- 看多機事業所数が伸び悩んでおり、全国357施設（今年3月末現在）にとどまることから同省は、以下を提案している
 - 診療所からの参入を促すために基準を緩和させる
 - 人員基準が緩いサテライト事業所の設置を認める
- このうち、診療所からの新規参入を促す施策について
 - 看多機の利用者専用の宿泊室として「1室」を確保すれば、残りを病床として活用できるルールにする
 - 個人で開設する診療所でも看多機の指定を受けられるルールにする（現在は法人でないと指定を申請できない）

これまでの議論における主な意見について

＜サービスの更なる普及及び看多機と小多機におけるサテライト型事業所の取扱いについて＞

○定期巡回、小多機、看多機については、在宅生活の継続を希望する人にとっては必要なサービスであるが、事業所数が増えないことが問題である。

○老健、特養など既存の資源を有効活用するべきではないか。

○サテライト設置により地域の看多機のサービス拠点が少しでも増え、事業者にとっても効率的な運営体制で供給量をふやすことが期待できるのではないか。

○サテライト型看多機については、さらなる検証が必要である。

○看多機は小多機よりも機能が重いため、基準を緩和した看多機サテライトには矛盾がある。ニーズがあるのであれば、新たに看多機を新設すべきであり、サテライトは小多機のままとすべき。

＜事業開始時支援加算について＞

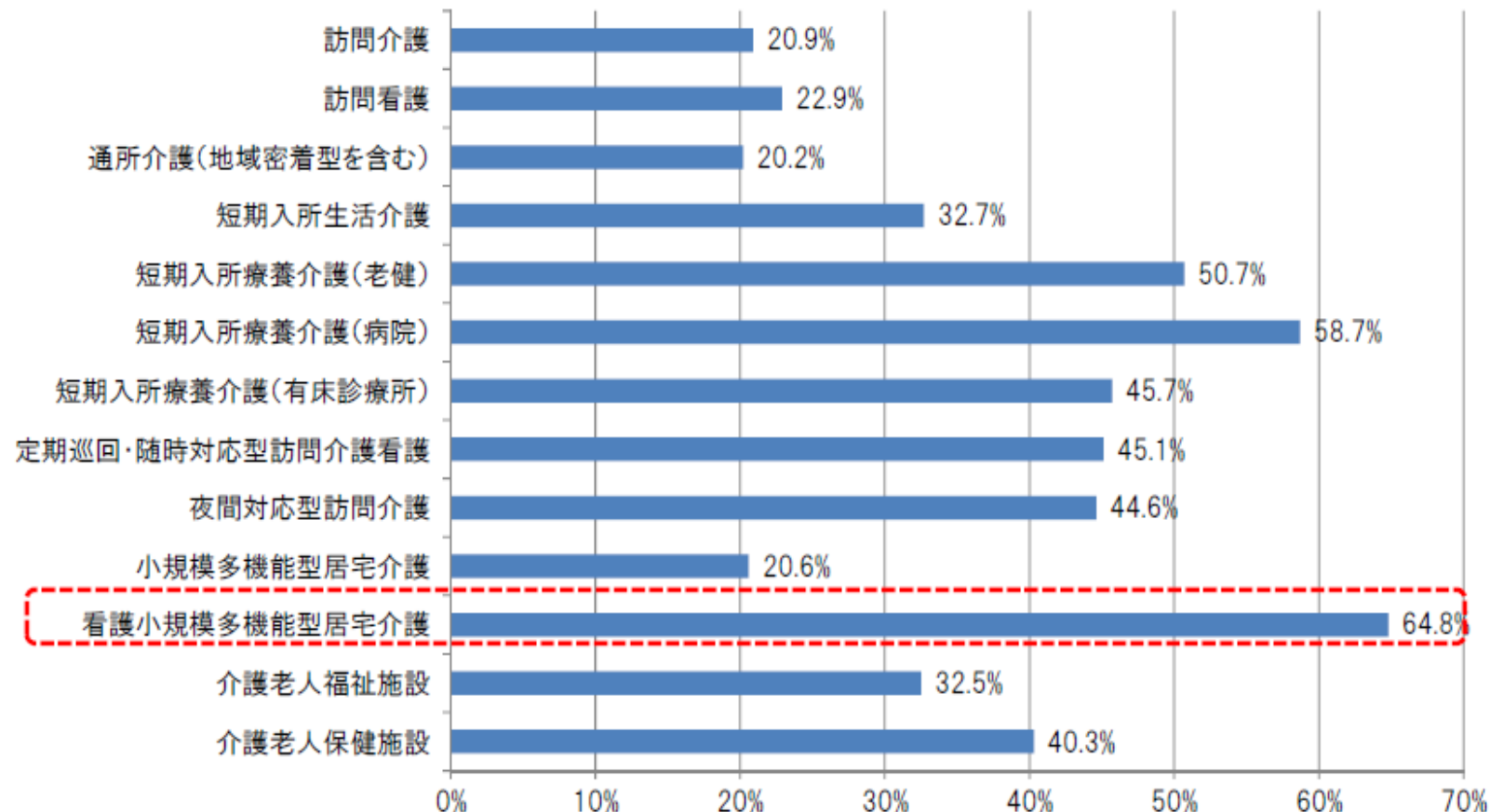
○事業開始時支援加算については、少しでも参入をふやすことを考えると、期間延長も視野に入れた検討も必要ではないか。

○時限措置になっていることと経営実態調査の収支差率をみれば、事業開始時支援加算の延長の必要性はないのではないか。

医療ニーズの高い利用者には不足している介護サービス

○ ケアマネジャーが、医療ニーズの高い利用者について不足していると認識しているサービスは看護小規模多機能型居宅介護が64.8%と最も高く、次いで短期入所系のサービス等となっている。

■ ケアマネジャーが認識する医療ニーズの高い利用者について不足している介護サービス(複数回答)(n=554)(主なもの)



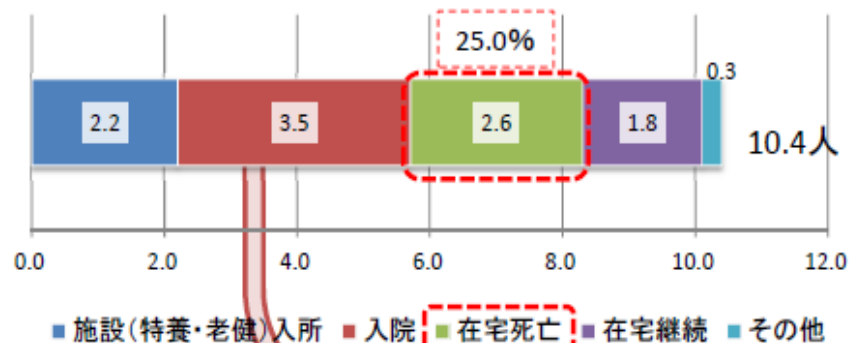
※本調査では、「医療ニーズの高い利用者」を、日常的な医学管理や特別な医療処置・ケア(点滴の管理、中心静脈栄養、透析、ストーマの処置、酸素療法、レスピレーター、気管切開の処置、疼痛の看護、経管栄養、血圧・心拍・酸素飽和度等のモニター測定、褥瘡の処置、 Condom カテーテル・留置カテーテル等)を必要としている人とした

看多機と看取り機能

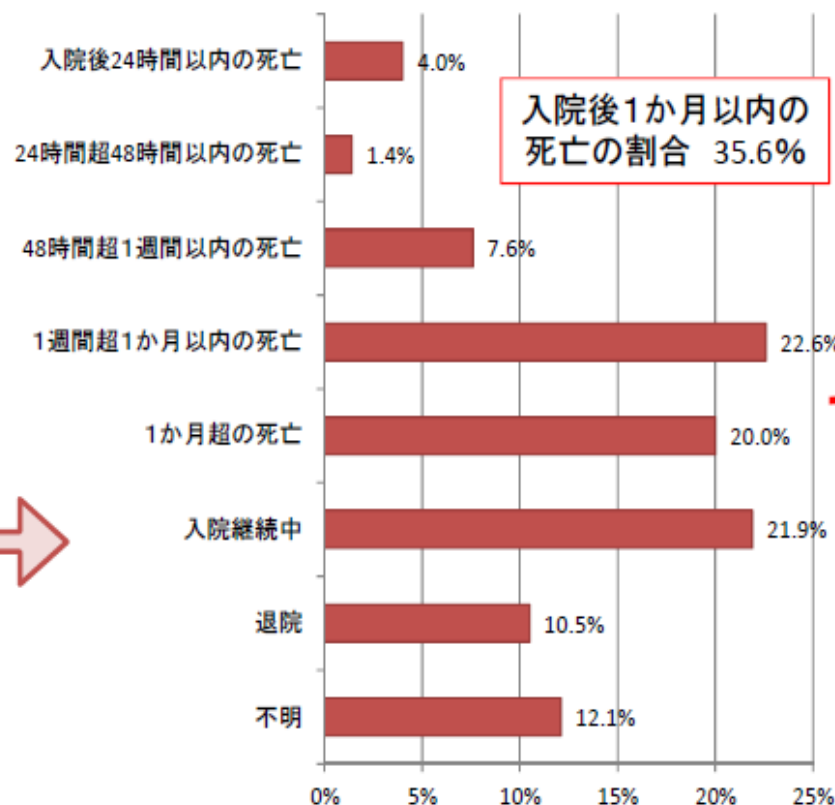
利用終了者及び入院後の死亡の状況

- 看多機の利用終了者は年間約10人程度であり、うち在宅死亡の割合は25%で2.6人となっている。
- 看多機の利用終了者のうち病院・診療所へ入院した者は3.5人であり、そのうち、1か月以内の死亡者の割合は35.6%となっている。

■ 看護小規模多機能型居宅介護の利用終了者(平成28年8月～平成29年7月)の転帰別の人数(1事業所あたりの人数)



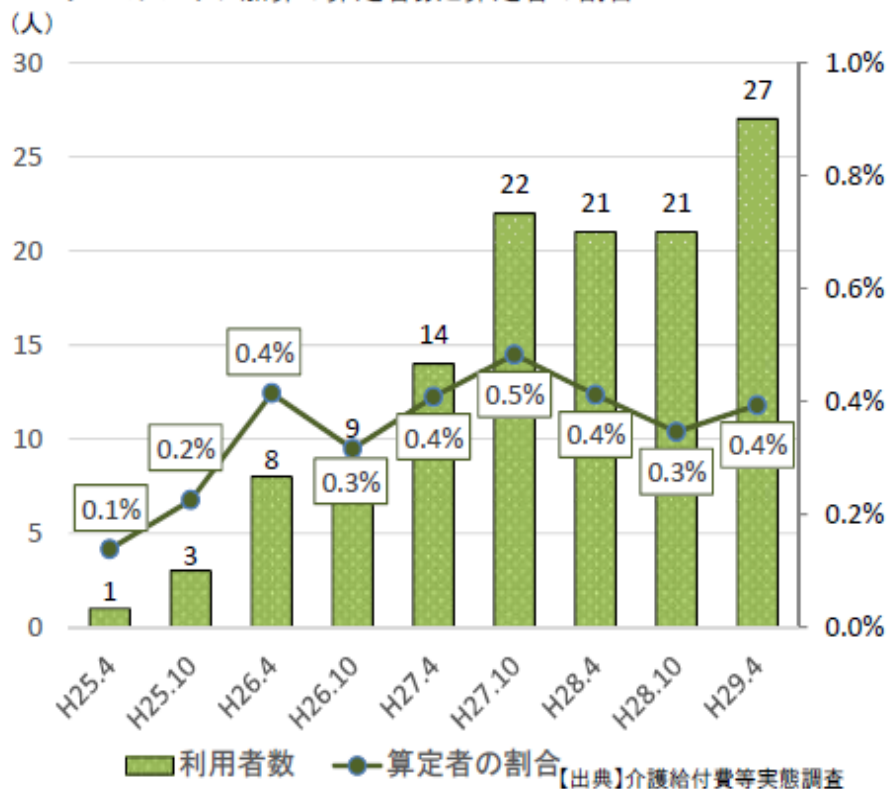
■ 病院・診療所への入院による看護小規模多機能型居宅介護の利用終了者(平成28年8月～平成29年7月)の死亡の状況(109事業所、421人)



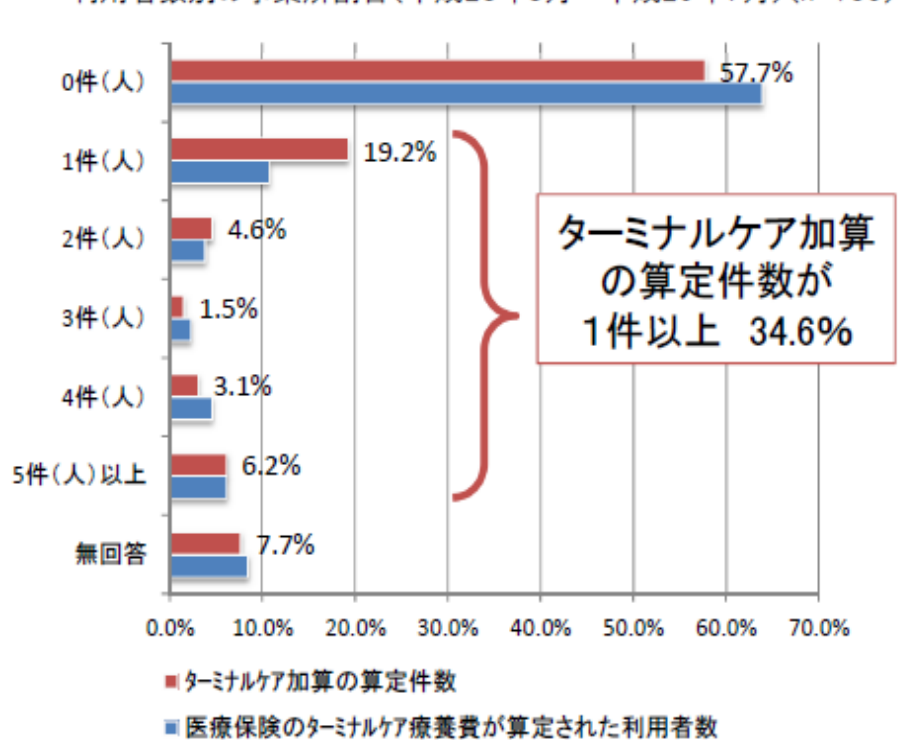
ターミナルケア加算の算定等について

○ ターミナルケア加算の算定者割合は0.4%でほぼ横ばいであるが、1年間でターミナルケア加算を1件以上算定した事業所の割合は34.6%となっている。

■ ターミナルケア加算の算定者数と算定者の割合



■ ターミナルケア加算の算定件数及びターミナルケア療養費が算定された利用者数別の事業所割合(平成28年8月～平成29年7月)(n=130)



【出典】平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成29年度調査)「訪問看護サービス提供の在り方に関する調査研究事業」の9月22日時点の速報データを元に老人保健課において整理

ターミナルケア加算(介護保険): 死亡月につき2,000単位

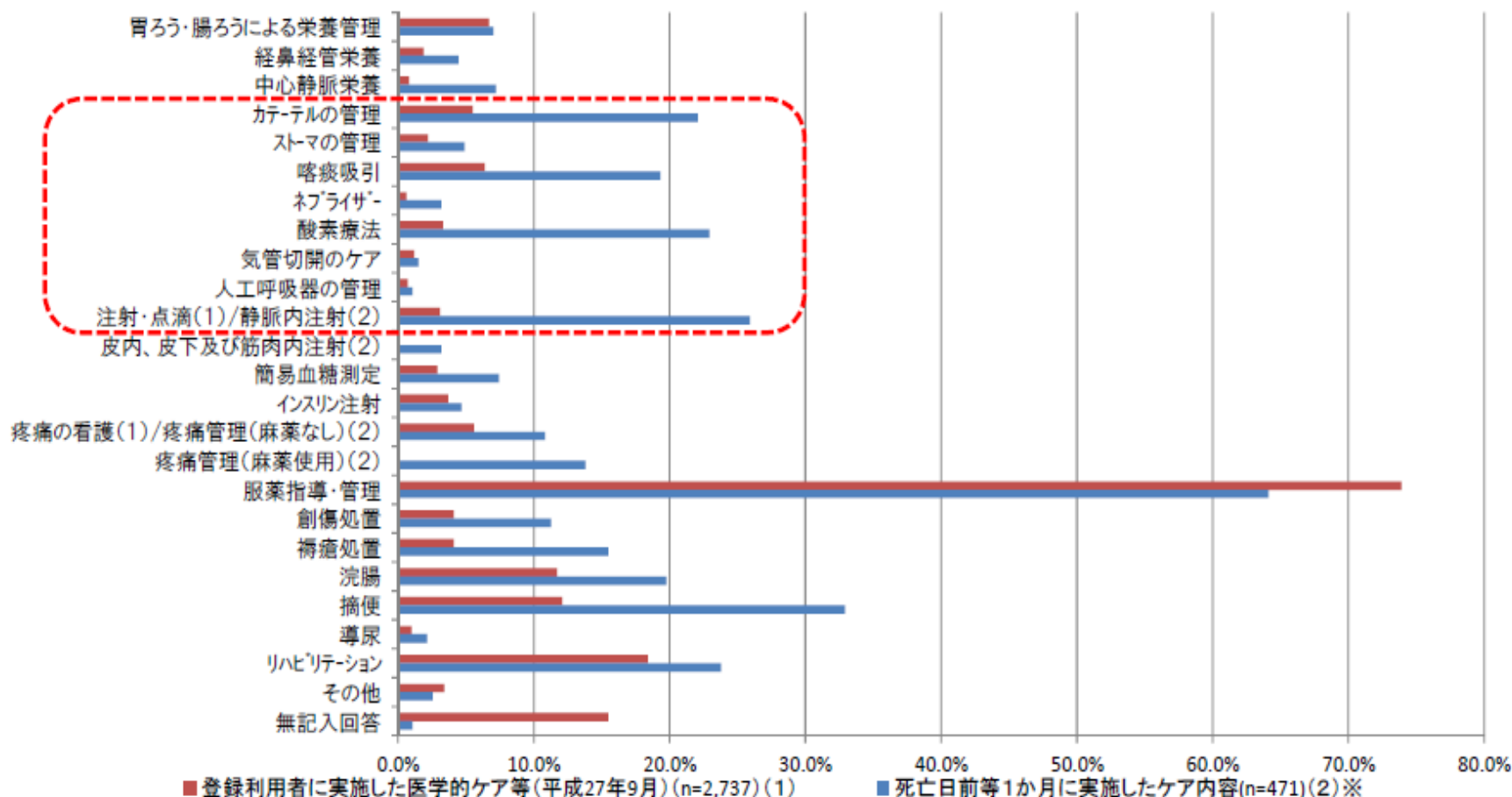
(注)ターミナルケア加算とは、基準に適合している指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が、在宅又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所で死亡した利用者に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日(死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者(末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める状態にある者に限る。)に対して訪問看護を行っている場合にあっては、1日)以上ターミナルケアを行った場合(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所以外の場所で死亡した場合を含む。)に加算する。

(区分支給限度基準額の算定対象外)

ターミナル期のケアの内容

○ ターミナル期に実施したケア内容については、「カテーテルの管理」「喀痰吸引」「酸素療法」「静脈内注射」等の医学的なケアの実施割合が高い。

■ 看多機利用者に対し、1か月に実施した主な医学的ケア等について (出典(1)と(2)で比較可能な項目のみ抜粋)



※平成28年8月～平成29年9月の死亡者であり、死亡日及び死亡日前又は医療機関への搬送日前の1か月に実施したケア

【出典】(1)平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成27年度調査)「看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供の在り方に関する調査研究事業」、(2)平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成29年度調査)「訪問看護サービス提供の在り方に関する調査研究事業」の9月22日時点の速報データを元に老人保健課において分析

認定特定行為業務従事者の状況

○ 看護小規模多機能型居宅介護の登録特定行為事業者等は40箇所ある。

■ 登録喀痰吸引等事業者数及び登録特定行為事業者数(事業所種別)

	老人福祉法・介護保険法関係の施設・事業所	障害者自立支援法・児童福祉法(障害児)関係の施設・事業所	生活保護法関係の施設・事業所	その他
登録喀痰吸引等事業者数	281	60	0	0
登録特定行為事業者数	15,293	5,327	44	385

■ 登録喀痰吸引等事業所数及び登録特定行為事業者数(老人福祉法・介護保険法関係の施設・事業所のうち主な地域密着型サービス事業所別)

	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	小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護	地域密着型特定施設入居者生活介護	複合型サービス
登録喀痰吸引等事業者数	0	0	0	6	3	1	0
登録特定行為事業者数	49	5	36	263	387	28	40

(参考)登録喀痰吸引等事業所数及び登録特定行為事業者数(実施特定行為別)(重複あり)

	口腔内の喀痰吸引	鼻腔内の喀痰吸引	気管カニューレ内 部の喀痰吸引	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	経鼻経管栄養
登録喀痰吸引等事業者数	325	223	86	307	49
登録特定行為事業者数	18,414	10,862	5,502	16,712	3,639

(参考)介護職員等による喀痰吸引等の実施のための制度について

- ◆登録喀痰吸引等事業者(H28年度～)
:従事者に介護福祉士がいる事業者
- ◆登録特定行為事業者(H24年度～)
:従事者に介護福祉士以外の介護職員等(H24～27年度は介護福祉士を含む)がいる事業者

※個人であっても、法人であっても、たんの吸引等について業として行うには、上記登録事業者であることが必要。

※登録事業者となるには都道府県知事に、事業所ごとに一定の登録要件(登録基準)を満たしている旨、登録申請を行うことが必要。

<登録要件>

- (※社会福祉士及び介護法第48条の5等に規定)
- 医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保
- 記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置 等

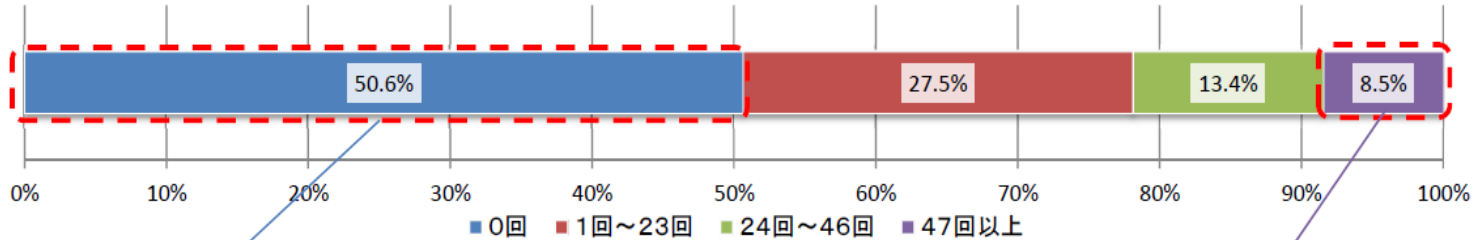
<対象職種>

- 医師の指示、看護師等との連携の下において、
- 介護福祉士(※)
- 介護職員等(具体的には、ホームヘルパー等の介護職員、上記以外の介護福祉士、特別支援学校教員等)
- であって一定の研修を修了した方が実施できる。

看護小規模多機能型居宅介護のサービス利用回数について②

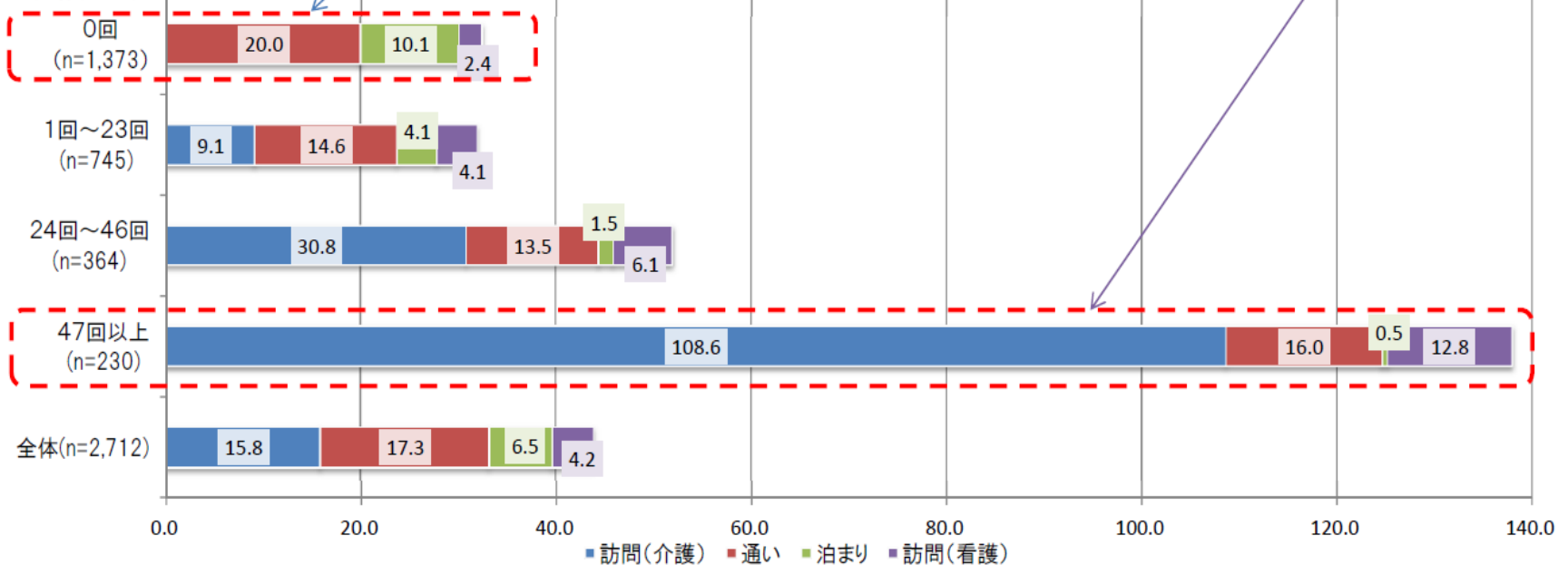
- 看護小規模多機能型居宅介護で提供される訪問(介護)の回数は0回が50.6%を占める一方、47回以上訪問(介護)サービスを提供している割合が8.5%であり、後者の場合の平均回数が約109回と利用者による差が大きい。
- 訪問(介護)の回数が0回の利用者については、通い及び泊まりを中心としたサービス提供がなされている。

■ 平成27年9月1か月間の訪問(介護)サービス提供回数別割合(n=2,712、157事業所) ※「47回」とは最大値を超えた外れ値の下限值



■ 利用者1人あたりに提供される訪問(介護)回数別のサービス提供回数(平成27年9月1か月間)(n=2,712、157事業所)

訪問(介護)回数



サテライト多看機

看護小規模多機能型居宅介護及び訪問看護ステーションにおけるサテライトの関係（イメージ）

（現行）

○ 看護小規模多機能型居宅介護

（本体事業所）

看多機

（訪問看護事業所）

サテラ
イト小
多機

○ 訪問看護ステーション

訪問看護ステーション

（主たる事業所）

従たる事業所（サテライト）

（改正案）

（本体事業所）

看多機

（訪問看護事業所）

サテラ
イト小
多機

サテラ
イト看
多機

サテライ
ト訪看

サテライト型事業所等の基準のイメージ①

現行

		小規模多機能型居宅介護等 (本体事業所)	サテライト型小規模 多機能型居宅介護事業所	看護小規模多機能型居宅介護 (本体事業所)	サテライト型看護小規模 多機能型居宅介護事業所	
代表者		認知症対応型サービス事業 開設者研修を修了した者	本体の代表者	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もしくは看護師	本体の代表者	
管理者		常勤・専従であって、認知 症対応型サービス事業管理 者研修を修了した者	本体の管理者が兼務可能	常勤・専従であって、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 健師もしくは看護師	本体の管理者が兼務可能	
(看護) 小規模多機能型居宅介護従業者	日中	通い サービ ス	常勤換算法で3:1以上	常勤換算法で3:1以上	常勤換算法で3:1以上(1以上は保健 師、看護師または准看護師)	
		訪問 サービ ス	常勤換算法で1以上(他の サテライト型事業所の利用 者に対しサービスを提供 することができる。)	1以上(本体事業所又は他の サテライト型事業所の利用 者に対しサービスを提供 することができる。)	常勤換算法で2以上(1以上は保健師、 看護師または准看護師)(他のサテライ ト型事業所の利用者に対しサービスを提供 することができる。)	2以上(1以上は保健師、看護師また は准看護師)(本体事業所又は他のサ テライト型事業所の利用者に対しサー ビスを提供することができる。)
	夜間	夜勤職 員	時間帯を通じて1以上(宿 泊利用者がいない場合、置 かないことができる。)	時間帯を通じて1以上(宿 泊利用者がいない場合、置 かないことができる。)	時間帯を通じて1以上(宿泊利用者がい ない場合、置かないことができる。)	時間帯を通じて1以上(宿泊利用者が いない場合、置かないことができ る。)
		宿直職 員	時間帯を通じて1以上	本体事業所から適切な支援 を受けられる場合、置か ないことができる。	時間帯を通じて1以上 ※看護職員と連絡体制の確保は必要。	本体事業所から適切な支援を受けられ る場合、置かないことができる。
	看護職員	小規模多機能型居宅介護従 業者のうち1以上	本体事業所から適切な支援 を受けられる場合、置か ないことができる。	常勤換算法で2.5以上 ※訪問看護事業所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る場 合、訪問看護事業所の人員基準を満たす ことで当該基準も満たすものとみなす。	常勤換算法で1.0以上 ※本体事業所が訪問看護事業所の指定 を併せて受けている場合であり、出張 所として要件を満たす場合には、一体 的なサービス提供の単位として事業所 に含めて指定することができる取扱と する。	
介護支援専門員		介護支援専門員であって、 小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修を修了 した者 1以上	小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修を修了 した者 1以上	介護支援専門員であって、小規模多機能 型サービス等計画作成担当者研修を修了 した者 1以上	小規模多機能型サービス等計画作成担 当者研修を修了した者 1以上	

サテライト型事業所の設備・運営基準のイメージ②

※赤字はサテライト看多機のみで、サテライト小多機との相違点

サテライト型事業所の 本体となる事業所	<ul style="list-style-type: none"> 看護小規模多機能型居宅介護事業所（緊急時訪問看護加算の届出事業所に限る） 		
本体1に対するサテラ イト型事業所の箇所数	<ul style="list-style-type: none"> 最大2箇所まで（サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所を含める。） 		
本体事業所とサテラ イト型事業所との距離等	<ul style="list-style-type: none"> 自動車等による移動に要する時間がおおむね20分未満の近距離 		
サテライト型事業所の 設備基準等	<ul style="list-style-type: none"> サテライト型事業所においても、通い・泊まり・訪問（看護・介護）機能は必要 ※ 本体の空床状況や利用者の心身の状況に配慮した上で、サテライト型事業所の利用者が本体事業所に宿泊することも可能 ※ 本体の訪問スタッフが、サテライト型利用者に訪問することも可能 		
指定	<ul style="list-style-type: none"> 本体、サテライト型事業所それぞれが受ける 		
登録定員等		本体事業所	サテライト型事業所
	登録定員	29人まで	18人まで
	通いの定員	登録定員の1/2～15人まで	登録定員の1/2～12人まで
	泊まりの定員	通い定員の1/3～9人まで	通い定員の1/3～6人まで
介護報酬	<ul style="list-style-type: none"> 通常の看護小規模多機能型居宅介護の介護報酬と同額 		

※ 本体事業所の登録定員が26人以上の事業所について、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が確保されている」場合には、通いの定員を18人以下とすることができる。

※ サテライト型事業所の本体については、通い・泊まり・訪問（看護・介護）機能を有する看護小規模多機能型居宅介護事業所とし、本体との円滑な連携を図る観点から、箇所数及び本体との距離等について一定の要件を課す。

※ サテライト型事業所においても、通い・泊まり・訪問（看護・介護）機能を提供することとするが、宿泊サービス・訪問サービスについては、効率的に行うことを可能とする。

診療所と看多機

看護小規模多機能型居宅介護の基準の緩和について

論点6

- 看護小規模多機能型居宅介護については、医療ニーズの高い要介護者への支援として、サービス供給量を増やす観点から、診療所からの参入を進めるよう基準を緩和してはどうか。

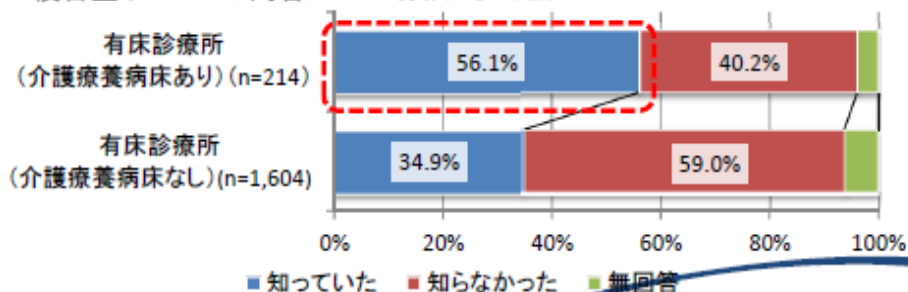
対応案

- 設備について、宿泊室については、看護小規模多機能型居宅介護事業所の利用者が宿泊サービスを利用できない状況にならないよう、利用者専用の宿泊室として1室は確保したうえで、診療所の病床を届け出ることを可能としてはどうか。
- 現行、介護保険法施行規則において、指定の申請については、法人であることとしているが、医療法の許可を受けて診療所を開設している者を認めることとしてはどうか。

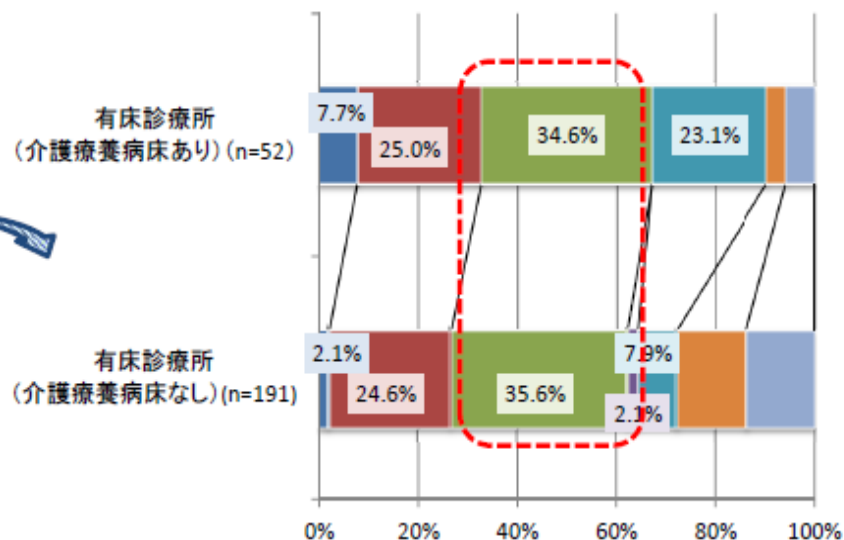
有床診療所における看護小規模多機能型居宅介護の認識等について

- 平成25年度の調査において、介護療養病床ありの有床診療所については、56.1%が複合型サービスの内容について知っており、開設について検討したことがある割合は43.3%となっている。
- 開設が決まらない理由としては、「人材確保が困難」が約35%で最も多い。

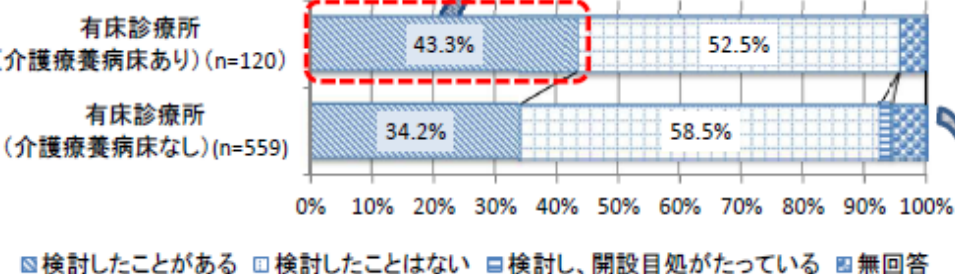
■ 複合型サービスの内容について知っていたか



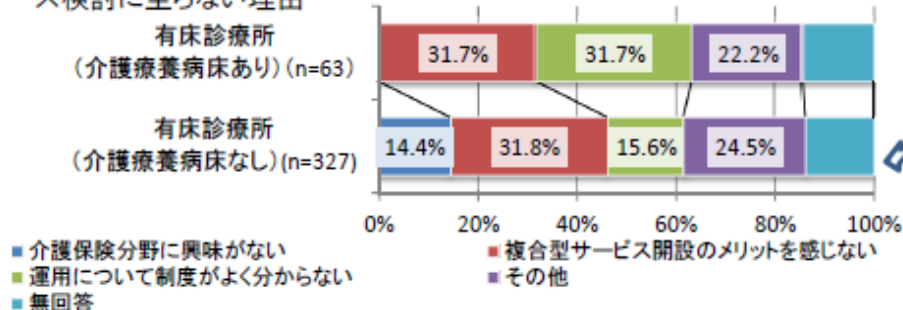
■ 複合型サービス開設を検討したことがある診療所における複合型サービスの開設が決まらない理由



■ 複合型サービスの内容について知っている診療所における複合型サービス開設への検討状況



■ 複合型サービス開設を検討したことがない診療所における複合型サービス検討に至らない理由



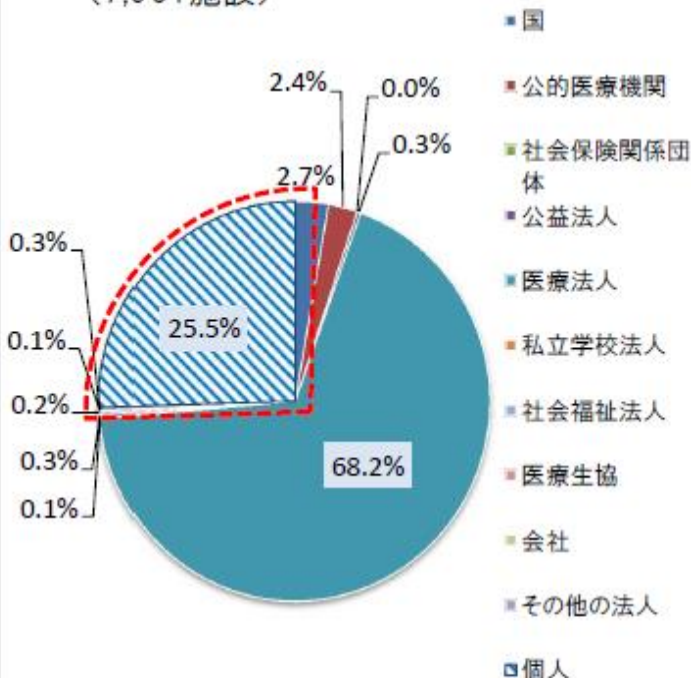
- 地域密着型サービスのニーズがない
- 採算がとれる見込がない
- 人材確保(介護職員・ケアマネ)が困難
- サービス担当者会議、地域ケア会議への参加が困難
- 市町村の介護保険事業計画に位置づけられていない、市町村から許可されない
- その他
- 無回答 ※「複合型サービス」とは看護小規模多機能型居宅介護をいう

【出典】平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成25年度調査)地域包括ケアシステムにおける有床診療所に関する調査研究事業(13)有床診療所における医療・介護の提供実態に関する調査 報告書

看護小規模多機能型居宅介護事業所及び有床診療所の開設者等について

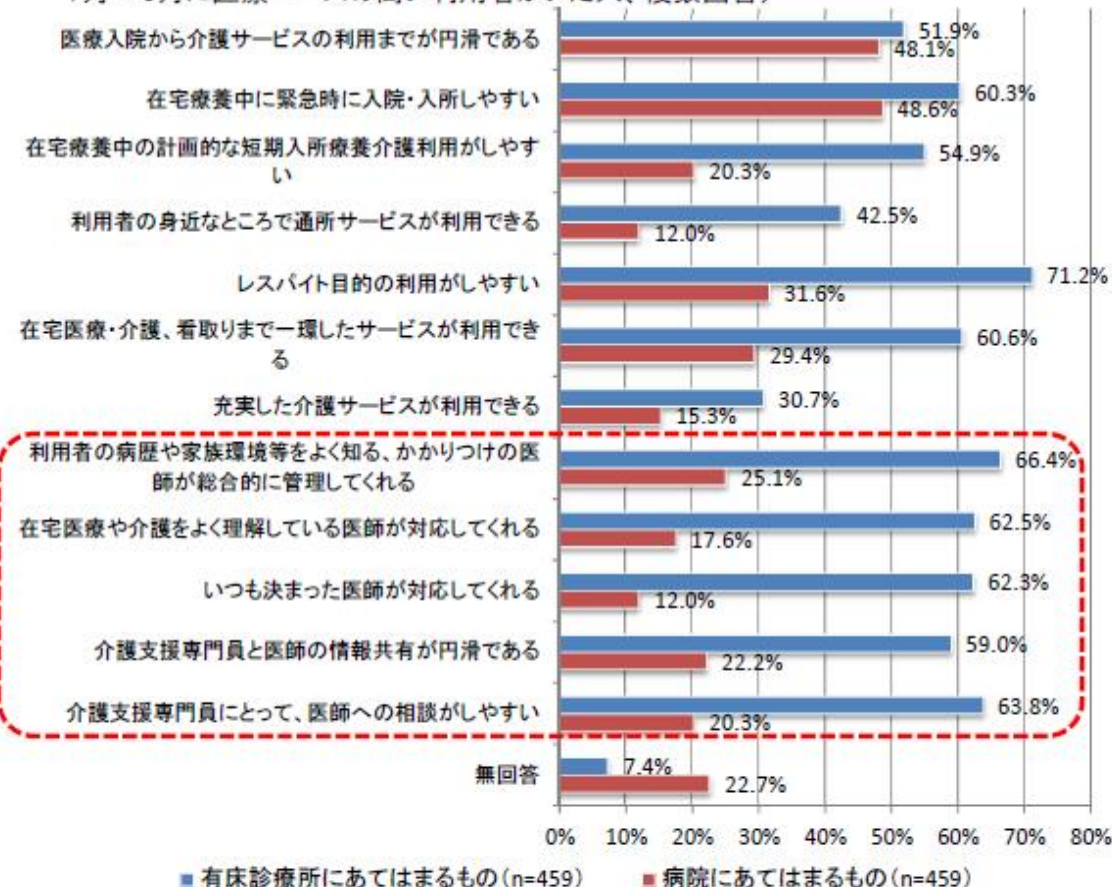
- 有床診療所の開設者については、25.5%が個人となっている。
- 医療ニーズの高い利用者に対して介護サービスを提供することの効果・メリットについて、全ての項目について病院に比べると有床診療所に当てはまるとする割合が高い。

■ 一般診療所(有床)の開設者別割合 (7,961施設)



【出典】平成27年医療施設調査

■ 医療ニーズの高い利用者に対して介護サービスを提供することの効果・メリット(平成29年1月～6月に医療ニーズの高い利用者がいた人、複数回答)



※本調査では、「医療ニーズの高い利用者」を、日常的な医学管理や特別な医療処置・ケア(点滴の管理、中心静脈栄養、透析、ストーマの処置、酸素療法、レスピレーター、気管切開の処置、疼痛の看護、経管栄養、血圧・心拍・酸素飽和度等のモニター測定、褥瘡の処置、 Condomカテーテル・留置カテーテル等)を必要としている人とした

【出典】平成29年度老人保健健康増進等事業「有床診療所の通所機能・宿泊機能を活かした介護サービスのあり方等に関する研究事業」(中間報告)のデータをもとに老人保健課において整理

事業開始時支援加算は廃止？

- 厚労省は、事業開始が加算の対象となる事業（事業開始後1年未満で登録する利用者数が増え始める事業）のサービス費に月500単位を、来年3月末まで予定通り廃止する方針です。
- この加算の廃止に鈴木委員は賛成しましたが、齋藤訓子委員（日経）は、この加算の廃止に反対し、鈴木委員に協力を求めました。
- そのほかに、訪問看護体制強化に資する事業（訪問看護）の加算を廃止する案も示しています。

ポイント③

定期巡回・随時対応型
訪問介護看護

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の概要

- 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して医療と介護との連携が不足しているとの問題がある。
- このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設(平成24年4月)。

＜定期巡回・随時対応サービスのイメージ＞



参加していない事業者は、「夜間・深夜の対応が中心」「コール対応が中心」等のイメージ

実態は、

夜間・深夜の対応は日中と比べて少なく、利用者からのコールも少ない。(イメージが実態と大きく異なっていることが多い。)

【三菱UFJリサーチ&コンサルティング調査より】

＜サービス提供の例＞

	0時	2時	4時	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時
月												
火												
水												
木												
金												
土												
日												

Legend: 定期巡回 (Blue), 随時訪問 (Orange), 訪問看護 (Green)

Annotations: 水分補給 更衣介助 (Water/Change assistance), 通所介護 (Outpatient care), 排泄介助 食事介助 (Toilet/Meal assistance), 排泄介助 食事介助 体位交換 (Toilet/Meal/Posture change assistance), 体位交換 水分補給 (Posture change/Water/Change assistance)

- ・日中・夜間を通じてサービスを受けることが可能
- ・訪問介護と訪問看護を一体的に受けることが可能
- ・定期的な訪問だけではなく、必要なときに随時サービスを受けることが可能

＜参考＞

1. 第6期介護保険事業計画での実施見込み

平成27年度	平成28年度	平成29年度
366保険者 (1.8万人/日)	482保険者 (2.5万人/日)	557保険者 (3.3万人/日)

2. 社会保障と税の一体改革での利用見込み

平成27年度	平成37年度
1万人/日	15万人/日

定期巡回・随時対応型 訪問介護看護（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。

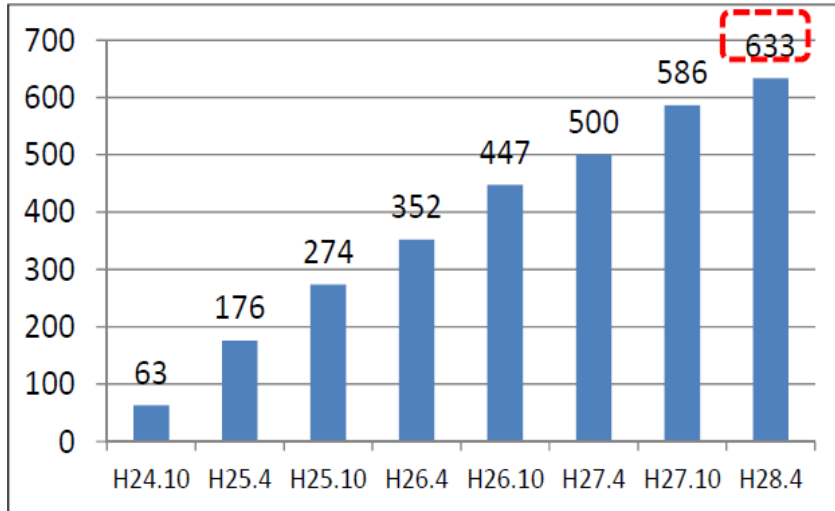
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護（24時間サービス）

- ③駆けつけ30分
 - 通報があって概ね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。
- ④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。

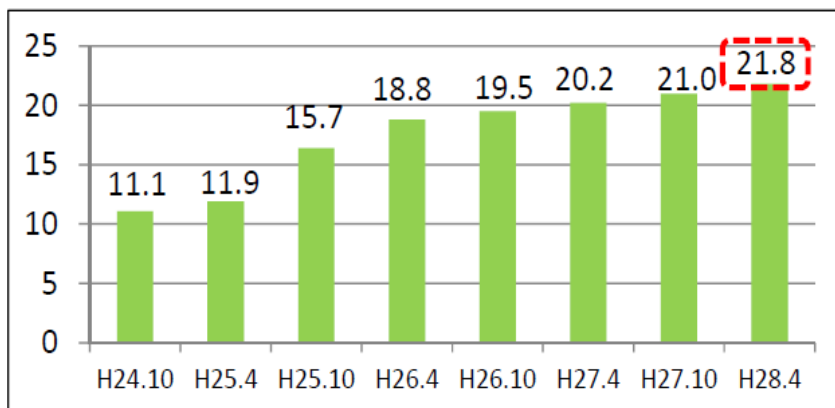
定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所数・利用者数等

- 請求事業所数は増加しており633事業所、1事業所あたりの平均利用者数は微増傾向で21.8人となっている。
- 利用者数は約13,800人で、利用者の約50%は要介護3以上の中重度者である。

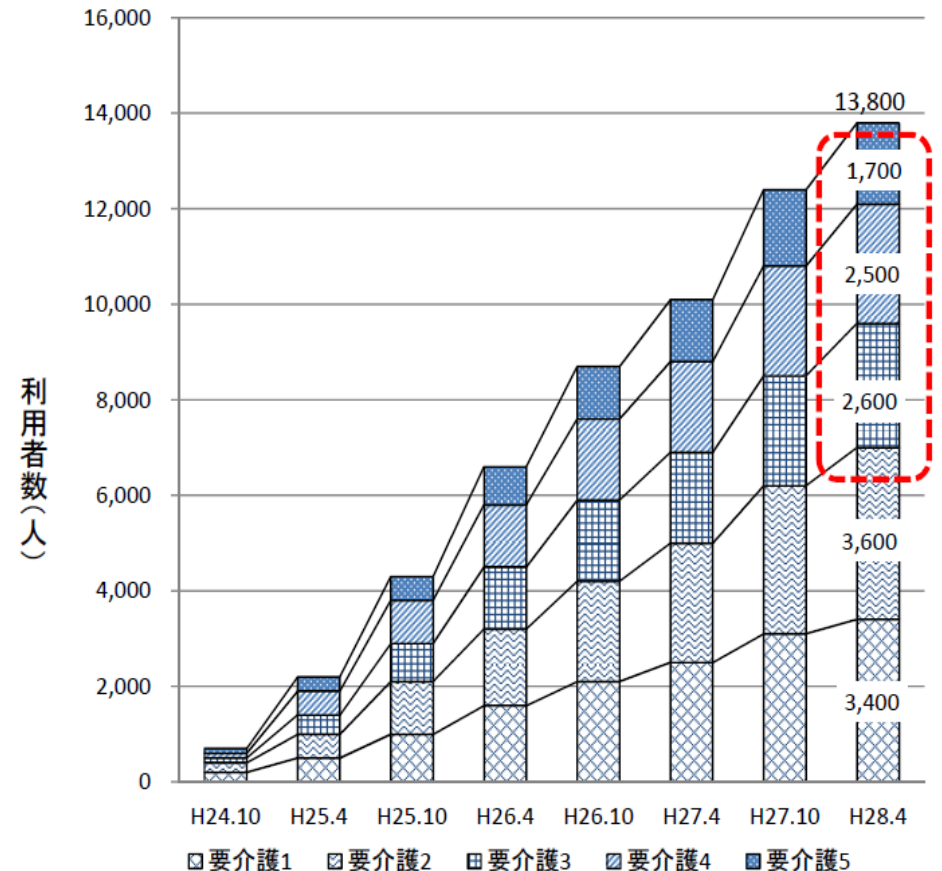
■ 事業所数の推移



■ 1事業所あたりの利用者数の推移



■ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護受給者数の推移(要介護度別)



出典：介護給付費実態調査毎月審査分

第6期介護保険事業計画における定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用者見込み（平成29年度推計）

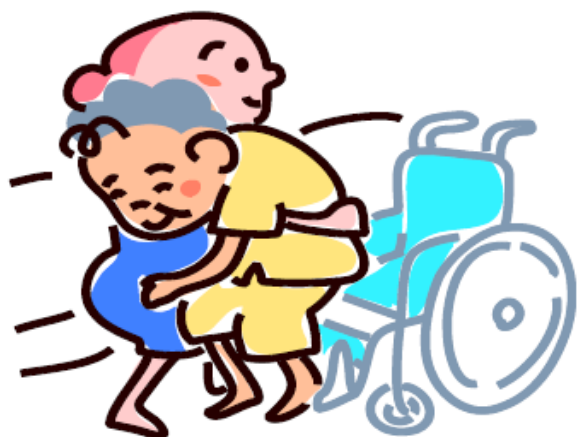
○利用者見込みのない保険者数

北海道	132	滋賀県	10
青森県	36	京都府	16
岩手県	18	大阪府	14
宮城県	28	兵庫県	17
秋田県	17	奈良県	27
山形県	31	和歌山県	23
福島県	49	鳥取県	13
茨城県	28	島根県	8
栃木県	19	岡山県	24
群馬県	32	広島県	6
埼玉県	14	山口県	9
千葉県	24	徳島県	19
東京都	15	香川県	11
神奈川県	11	愛媛県	15
新潟県	20	高知県	24
富山県	1	福岡県	6
石川県	10	佐賀県	3
福井県	11	長崎県	12
山梨県	19	熊本県	38
長野県	56	大分県	11
岐阜県	25	宮崎県	23
静岡県	25	鹿児島県	37
愛知県	27	沖縄県	11
三重県	17	全国計	1042

○全保険者数に対する利用者見込みのない保険者数の割合（％）



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

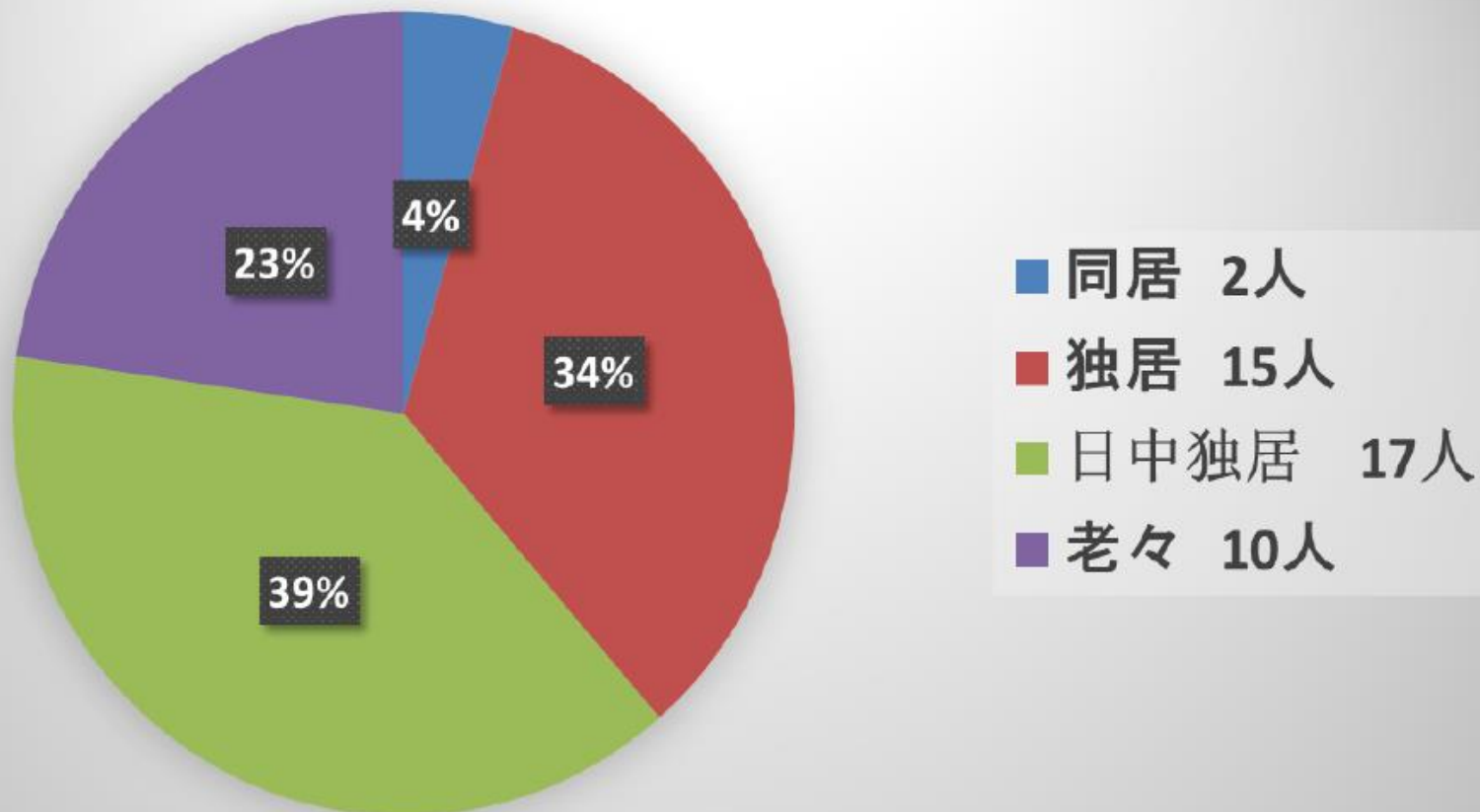
定期巡回・随時訪問介護は安心と安全を支える信頼の絆



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)



定期巡回・随時対応型訪問介護看護



介護給付費分科会 2017年11月1日

自立支援・重度化防止に資する介護の推進

論点 1

- 利用者の自立支援・重度化防止に資する介護を進めてはどうか。

対応案

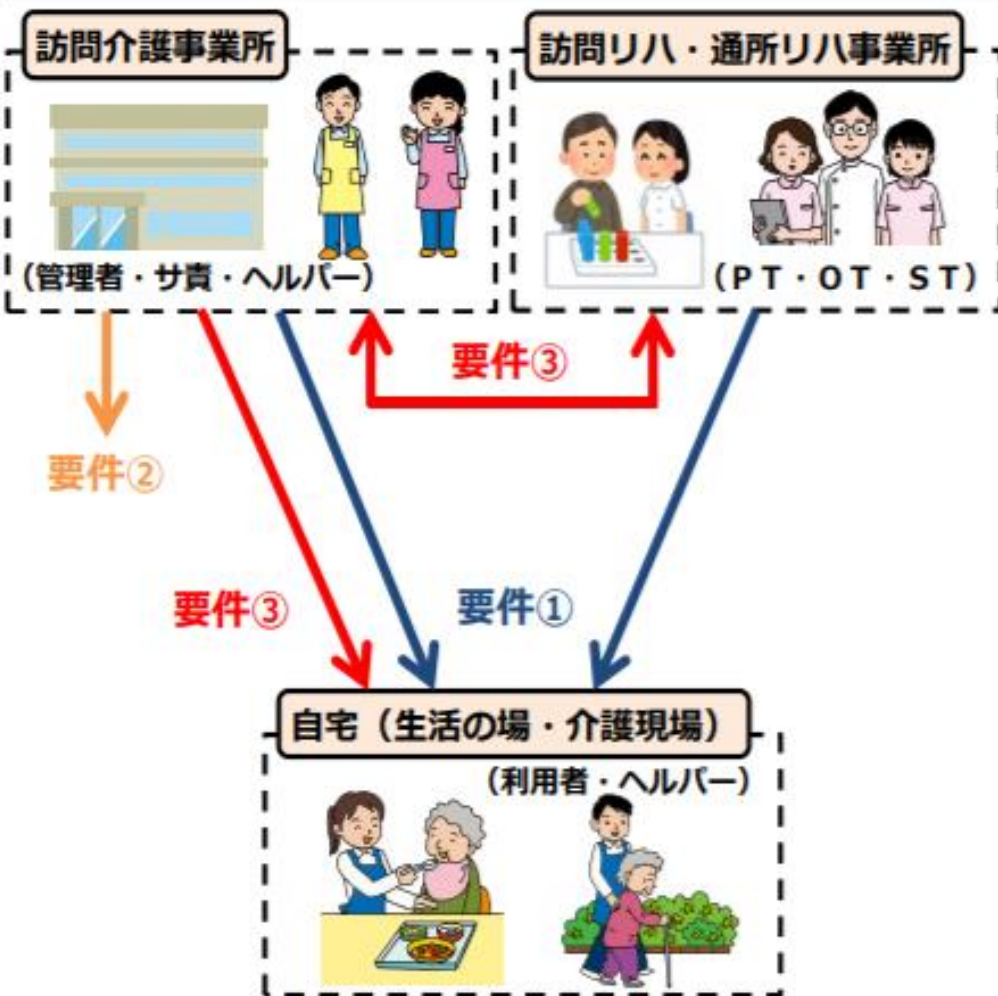
○生活機能向上連携加算の創設

- ① 自立支援・重度化防止に資する介護を進めるため、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問して定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成する場合について、
 - ・ 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問し身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同して行うこと
 - ・ 計画作成責任者が生活機能の向上を目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成すること等を評価してはどうか。
- ② また、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問することが難しい場合においても、自立支援・重度化防止に資する介護を進めるため、
 - ・ 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けられる体制を構築し、助言を受けた上で、計画作成責任者が生活機能の向上を目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成（変更）すること
 - ・ 当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリ等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。を定期的に行うことを評価してはどうか。

生活機能向上連携加算の算定要件【現行】

○ 自立支援型のサービスの提供を促進し、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問・通所リハビリテーション事業所の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問・通所リハビリテーションの一環として利用者の自宅を訪問する際に、サービス提供責任者が同行する等により共同して行ったアセスメント結果に基づき訪問介護計画を策定した場合であって、理学療法士等と連携して訪問介護を行ったときに、最初の訪問介護を行った月以降3月の間で100単位を加算するもの。

※ 3月の間に利用者に対する訪問リハ又は通所リハの提供が終了した場合であっても、3月間は本加算の算定が可能である。



(要件①)

- 身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同して行うこと
- ・サ責とPT等と一緒に自宅を訪問する」又は「それぞれが訪問した上で協働してカンファレンス（サービス担当者会議を除く）を行う」

(要件②)

- サ責が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成すること
- (例) 達成目標：「自宅のポータブルトイレを一日一回以上利用する（一月目、二月目の目標として座位の保持時間）」
- (一月目) 訪問介護員等は週二回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が五分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守り及び付き添いを行う。
- (二月目) ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。
- (三月目) ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う（訪問介護員等は、指定訪問介護提供時以外のポータブルトイレの利用状況等について確認を行う。）。

(要件③)

- 各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び訪問リハ又は通所リハのPT等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、PT等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと

生活機能向上連携加算は2段階へ

- 2017年11月1日の会合で同省は、訪問介護の生活機能向上連携加算（1カ月につき100単位）の算定要件を2段階にして、算定する事業者を増やす案も提示した。
- 生活機能向上連携加算の現行の算定要件
 - 訪問・通所リハビリテーション事業所の理学療法士らの利用者宅への訪問に、サービス提供責任者（サ責）が同行するなどして、利用者の身体状況などの評価（生活機能アセスメント）を共同して行う
 - 生活機能の向上を目的とした訪問介護計画をサ責が作成する—ことなどです。

生活機能向上連携加算

- このような要件を満たすケースの報酬を今よりも引き上げる
- その上で、利用者宅に訪問する専門職の要件を緩めて、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師でも算定できるルールに見直す
- さらに、そうした専門職が利用者宅を訪問しなくても算定できる区分を新設する。具体的には利用者の状態を、動画などで専門職が把握して助言を行い、それに基づく訪問介護計画をサ責が作成したり、内容を変更したりした場合でも算定できるルールにする。
 - 専門職の訪問なしに算定できる区分を設けるのは、専門職が利用者宅を訪問する機会がないことなどが、この加算を算定しない理由だと指摘されているため
 - この加算を取得するケースは156件（今年4月審査分）にとどまっており、算定要件を緩める同省の案には、利用者の自立支援などにつながる訪問介護を推進する狙いがある
- 厚労省は、さらに定期巡回・随時対応型訪問介護看護と小規模多機能型居宅介護にも、生活機能向上連携加算を新設することを提案している
 - それぞれのサービスで作成する計画の名称などは違いますが、専門職が訪問する場合としない場合の2段階とするのは、訪問介護の加算の見直し案と同様だ。

オペレーターに係る基準の見直し

論点2

- オペレーターは、18時から8時までの間は、利用者へのサービス提供に支障がない場合には「随時訪問サービスを行う訪問介護員」及び指定訪問介護事業所、指定夜間対応型訪問介護事業所以外の「同一敷地内の事業所の職員」の兼務が認められている。
- また、18時から8時までの間は、市町村長が地域の実情を勘案して適切と認める範囲内において、複数の事業所間の契約に基づき、随時対応サービスを行うために必要な情報が把握されているなど、利用者の心身の状況に応じて必要な対応を行うことができる密接な連携が図られている場合には、オペレーターの集約（コールセンターの設置）が認められている。
- これらについて、日中についても、オペレーターの有効活用の観点から、日中のコール件数を踏まえて見直しを検討してはどうか。
- また、オペレーターの資格は、看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士又は介護支援専門員（以下「看護師等」という。）であるが、利用者の処遇に支障がない場合であって、提供時間を通じて、看護師等又は訪問看護を行う看護職員との連携を確保しているときは、訪問介護のサービス提供責任者の業務に3年以上従事した経験を有する者も認められている。
- 訪問介護のサービス提供責任者の任用要件を見直すこととする場合、オペレーターの資格をどう考えるか。

オペレーターに係る基準の見直し

対応案

- ① 日中（8時から18時）と夜間・早朝（18時から8時）におけるコール件数等の状況に大きな差は見られないことを踏まえ、日中についても、
- ・ 利用者へのサービス提供に支障がない場合には、オペレーターと「随時訪問サービスを行う訪問介護員」及び指定訪問介護事業所、指定夜間対応型訪問介護事業所以外の「同一敷地内の事業所の職員」の兼務を認めてはどうか。
 - ・ 夜間・早朝と同様の事業所間の連携が図られているときは、オペレーターの集約を認めてはどうか。
- ※「利用者へのサービス提供に支障がない場合」、「事業所間の連携が図られているとき」はICTの活用によるものを含むことを明確化してはどうか。
- ② 訪問介護のサービス提供責任者について、初任者研修課程修了者及び旧2級課程修了者を任用要件から廃止する場合には、オペレーターに係るサービス提供責任者の「3年以上」の経験について、「1年以上」に変更することとしてはどうか。
- ※ 初任者研修課程修了者及び旧2級課程修了者のサービス提供責任者については、引き続き「3年以上」の経験を必要とすることとしてはどうか。
- ※ 夜間対応型訪問介護も同様としてはどうか。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護【基準等】

必要となる人員・設備等

職種		資格等	必要な員数等
訪問介護員等	定期巡回サービスを行う 訪問介護員等	介護福祉士、 実務者研修修了者 介護職員基礎研修、 訪問介護員1級、 訪問介護員2級	<ul style="list-style-type: none"> 交通事情、訪問頻度等を勘案し適切に定期巡回サービスを提供するために必要な数以上
	随時訪問サービスを行う 訪問介護員等		<ul style="list-style-type: none"> 常時、専ら随時訪問サービスの提供に当たる訪問介護員が1以上確保されるための必要数（利用者の処遇に支障がない場合、定期巡回サービスに従事することができる。） <u>夜間・深夜・早朝の時間帯（午後6時から午前8時まで）についてはオペレーターが随時訪問サービスを行う訪問介護員等を兼務可能。</u>
看護職員	うち1名以上は、 常勤の保健師又は 看護師とする	保健師 看護師、准看護師 PT、OT、ST	<ul style="list-style-type: none"> 2.5以上（併設訪問看護事業所と合算可能） 常時オンコール体制を確保
オペレーター		看護師、介護福祉士等(※) のうち、常勤の者1人以上 + <u>3年以上訪問介護のサービス 提供責任者として従事した者</u>	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の処遇に支障がない範囲で、当該事業所の他職種及び同一敷地内の他の事業所・施設等（特養・老健等の夜勤職員、訪問介護のサービス提供責任者、夜間対応型訪問介護のオペレーター）との兼務可能
上記の従業者のうち、1人以上を 計画作成責任者とする。		看護師、介護福祉士等(※) のうち、1人以上	
管理者			<ul style="list-style-type: none"> 常勤・専従の者（当該事業所の職務や併設事業所の管理者等との兼務を認める。）

(※)・・・看護師、介護福祉士、医師、保健師、准看護師、社会福祉士、介護支援専門員

(注) …介護・看護一体型にのみ配置が必要となる職種(介護・看護連携型の場合は連携先の訪問看護事業所に配置される)

※1 訪問介護員等については、利用者の処遇に支障がない範囲で、他の施設等の夜勤職員(加配されている者に限る)との兼務可能

※2 「オペレーションセンター」の設置は設備基準としては求めず、地域を巡回しながら適切に随時のコールに対応する形態も可能

※3 利用者がコールを行う、オペレーターがコールを受ける際の機器は、一般に流通している通信機器等の活用が可能

同一建物減算

1ヵ月あたりの利用者50人以上は減算幅を拡大へ

同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬

論点1

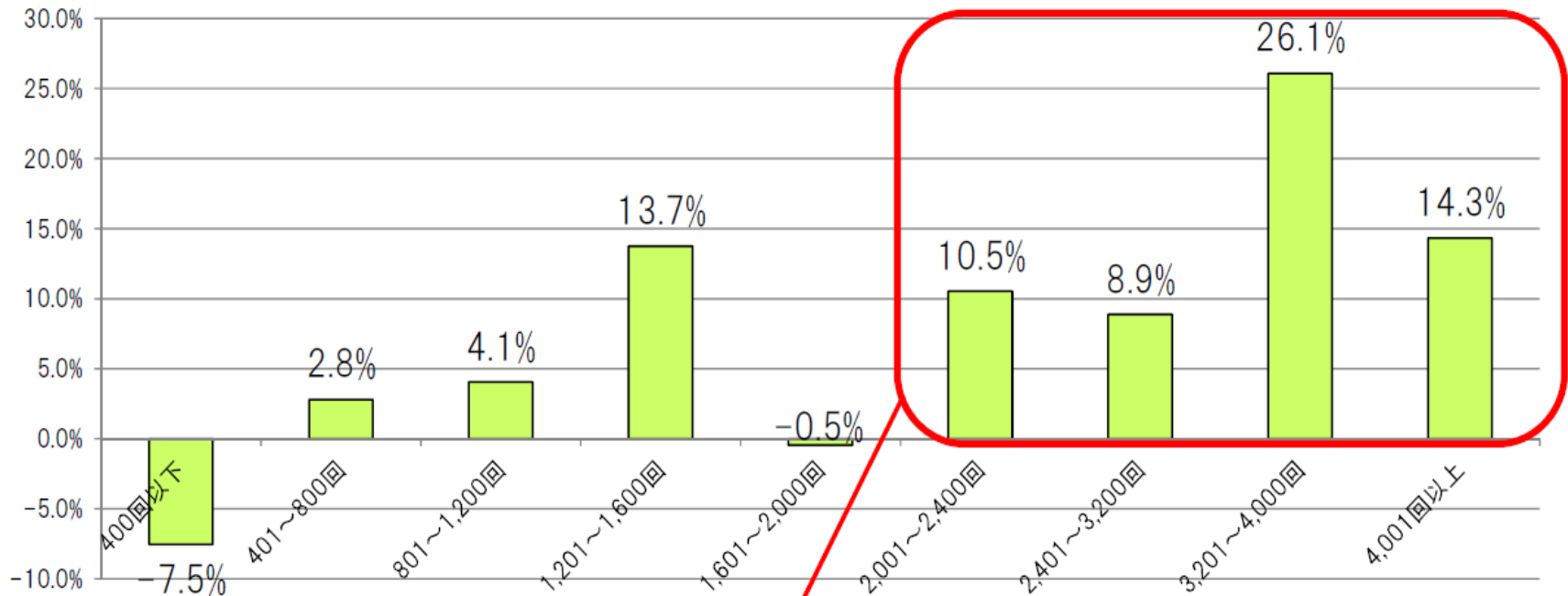
- 訪問介護のサービス提供については、以下に該当する場合に10%減算とされているが、建物の範囲等を見直してはどうか。
 - ①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（以下「有料老人ホーム等」という。）に限る）に居住する者
 - ②上記以外の範囲に所在する建物（有料老人ホーム等に限る）に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）

対応案

- ①・②について、有料老人ホーム等以外の建物も対象としてはどうか。
- ①について、事業所と同一敷地内又は隣接敷地内に所在する建物のうち、減算幅を見直す対象施設は、経営実態を踏まえ、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合とすることとしてはどうか。
- ※ 訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護も同様としてはどうか。

訪問介護事業所の経営実態

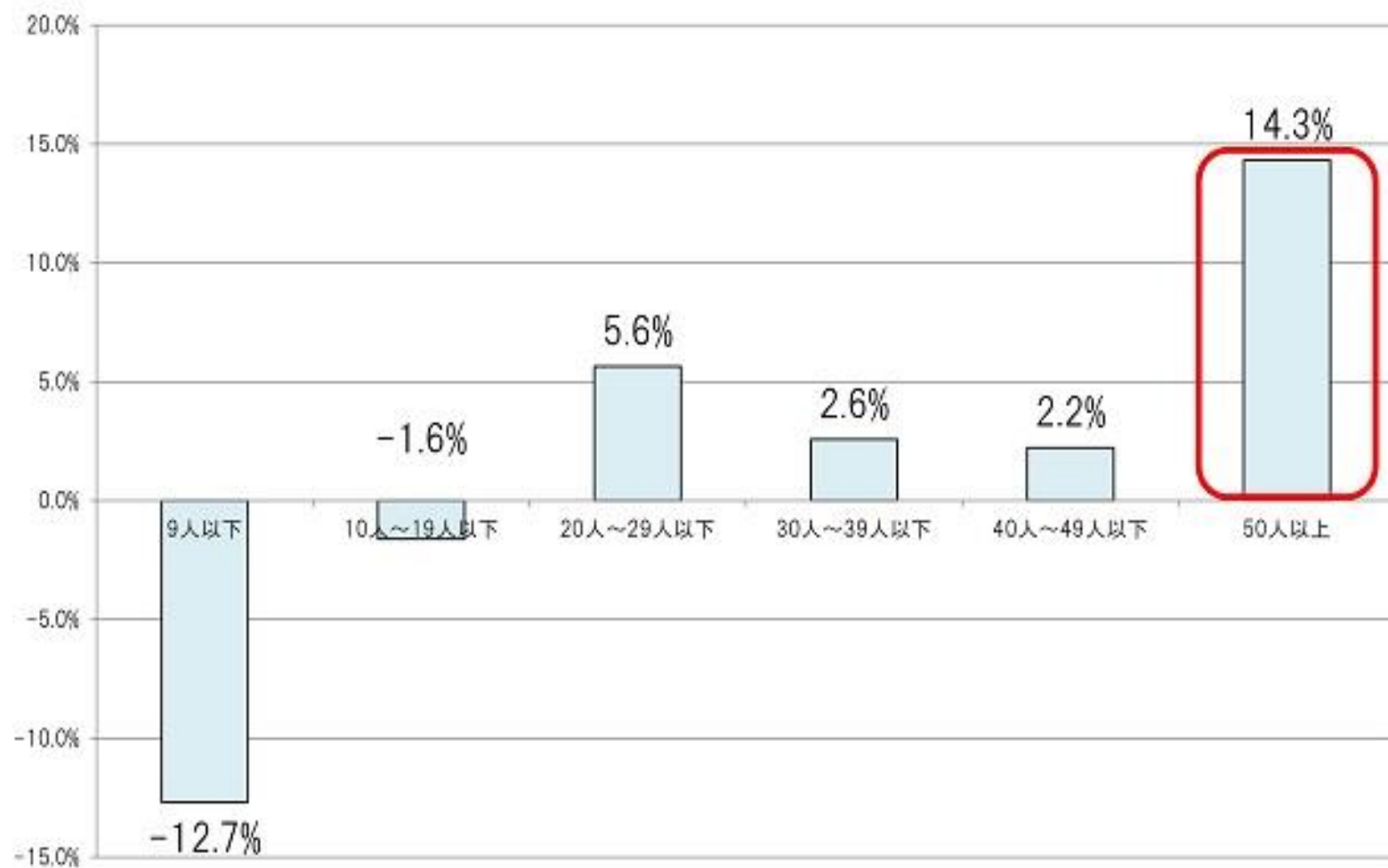
- 事業所全体の訪問回数のうち同一建物減算に該当するものが50%以上である事業所の訪問回数階級別の収支差率（N=181）



- サービス付き高齢者向け住宅等の1人当たり月利用回数が約40回であることから、同一建物における延べ2,000回以上の訪問は、利用者数では約50名以上に相当する。

定期巡回・随時対応型サービス事業所の経営実態

○ 実利用者数階級別の収支差率（N=192）



看多機、24時間サービスは、
生活に戻す医療に欠かせない

次回の同時改定でさらなる追い風を！

ポイント④
介護医療院

療養病床問題と介護医療院



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

療養病床に関する経緯①

S48(1973) 老人福祉法改正 老人医療費無料化

- 「老人病院」が増加。施設代わりの病院利用が促進。併せて医師、看護師の配置の薄い病院が増加（社会的入院問題）



S58(1983) 「特例許可老人病院」制度化

- 老人病院を医療法上「特例許可老人病院」と位置づけ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし介護職員を多く配置する等の介護機能等の点を評価（診療報酬は一般病院よりも低く設定）



H5(1993) 医療法改正 「療養型病床群」の創設

- 一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として「療養型病床群」を創設（病床単位でも設置できるようにする）。



H12(2000) 介護保険法施行 H13(2001) 医療法改正 「療養病床」の創設

【介護保険法施行】

- 療養病床の一部（※1）について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」（※2）として位置づけ（介護療養病床）

※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症疾患療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

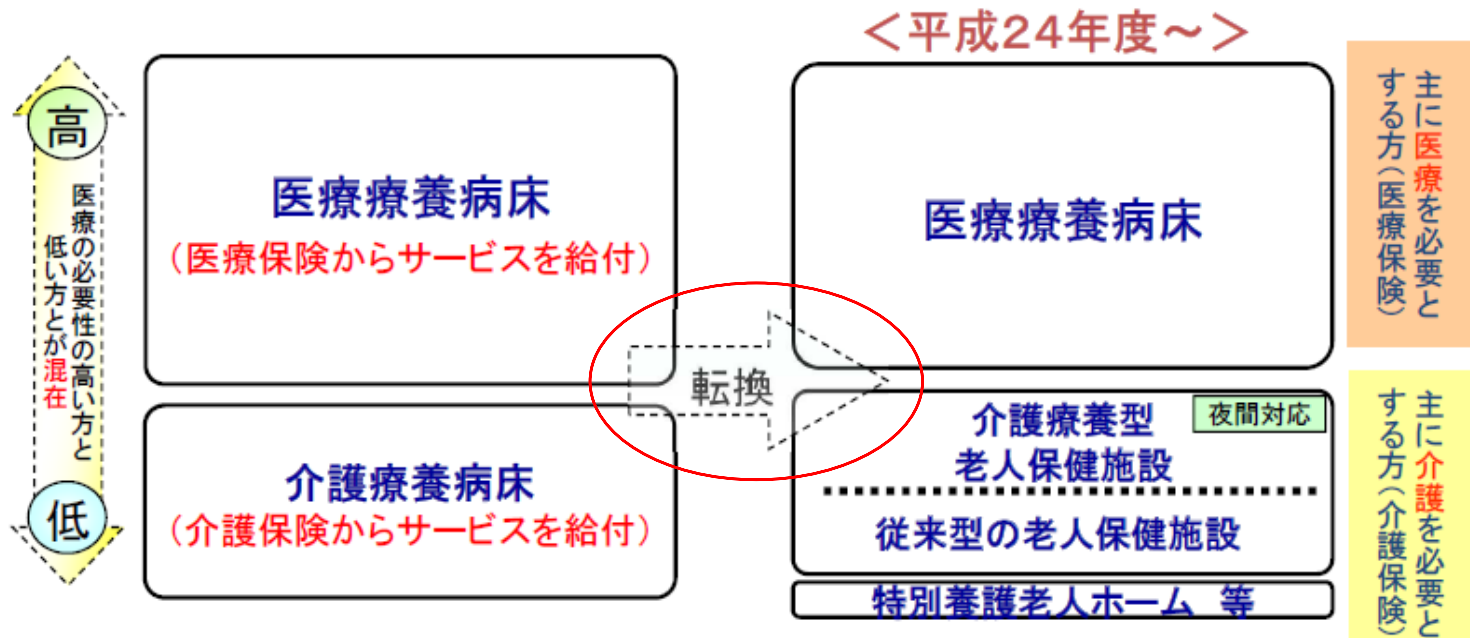
【医療法改正】

- 療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）を再編し、「療養病床」に一本化

療養病床に関する経緯②

H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 2011年度末で廃止
 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入



医療区分2・3 ... 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態や、難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者
 医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者(より軽度な者)

療養病床に関する経緯③

H23(2011) 介護保険法改正 2017年度末 介護療養病床の廃止・転換期限をH29年度末まで延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限をH29年度末まで6年延長（※平成24年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認めない）

【介護保険法改正の附帯決議】

介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

<療養病床数の推移>

	H18(2006).3月	H24(2011).3月	<参考>H27(2015).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	6.3万床 (△5.9万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	27.7万床 (+1.5万床)
合計	38.4万床	34.5万床	34.0万床

※1 括弧内は平成18年(2006)との比較
※2 病床数については、病院報告から作成

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。

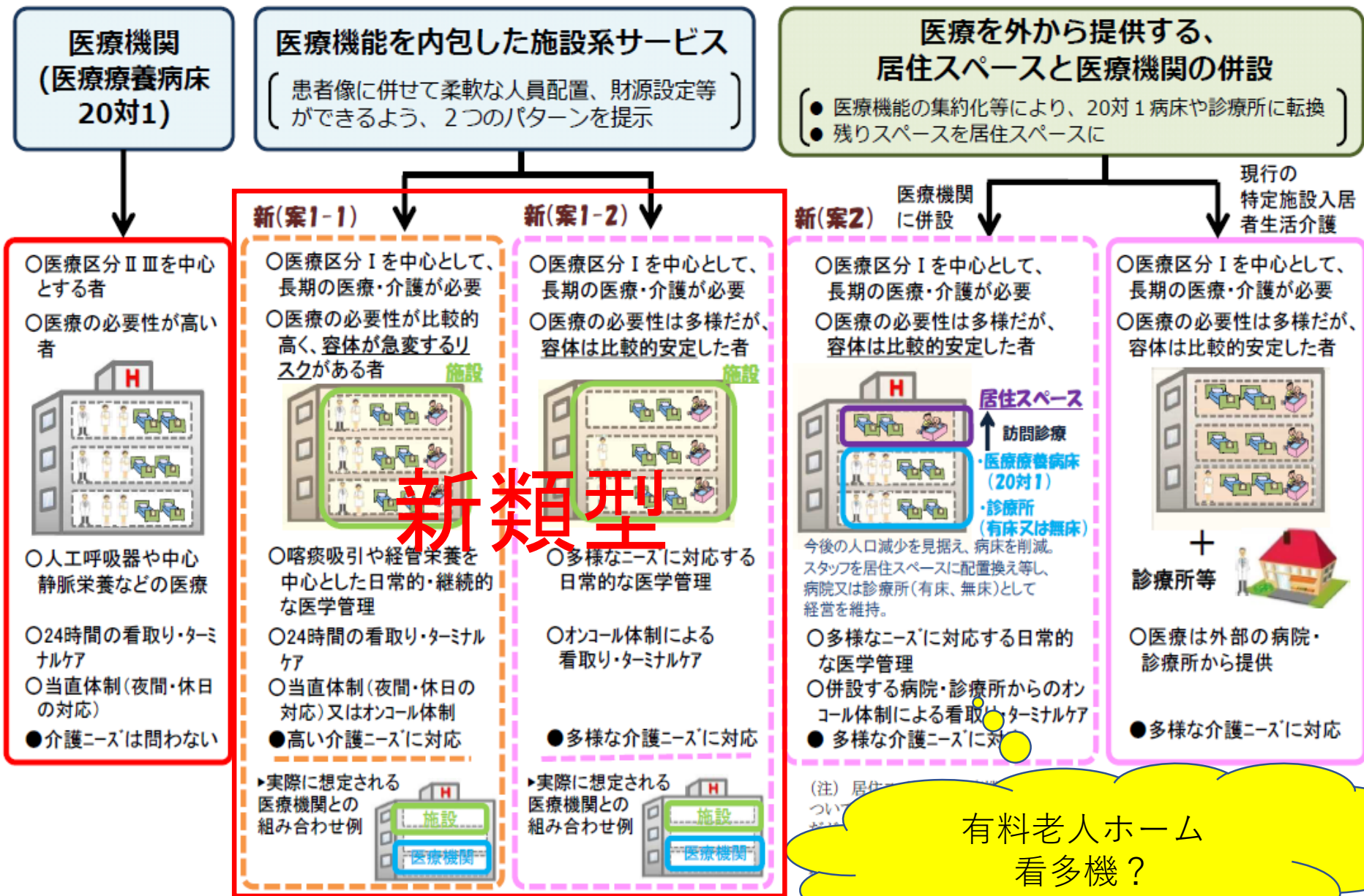
介護療養病床
はナーシング
ホームに

介護療養病床
の老健転換は
むりすじ

介護療養病床
の医療法人型
特養転換は？



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）



I. 医療機能を内包した施設系サービス

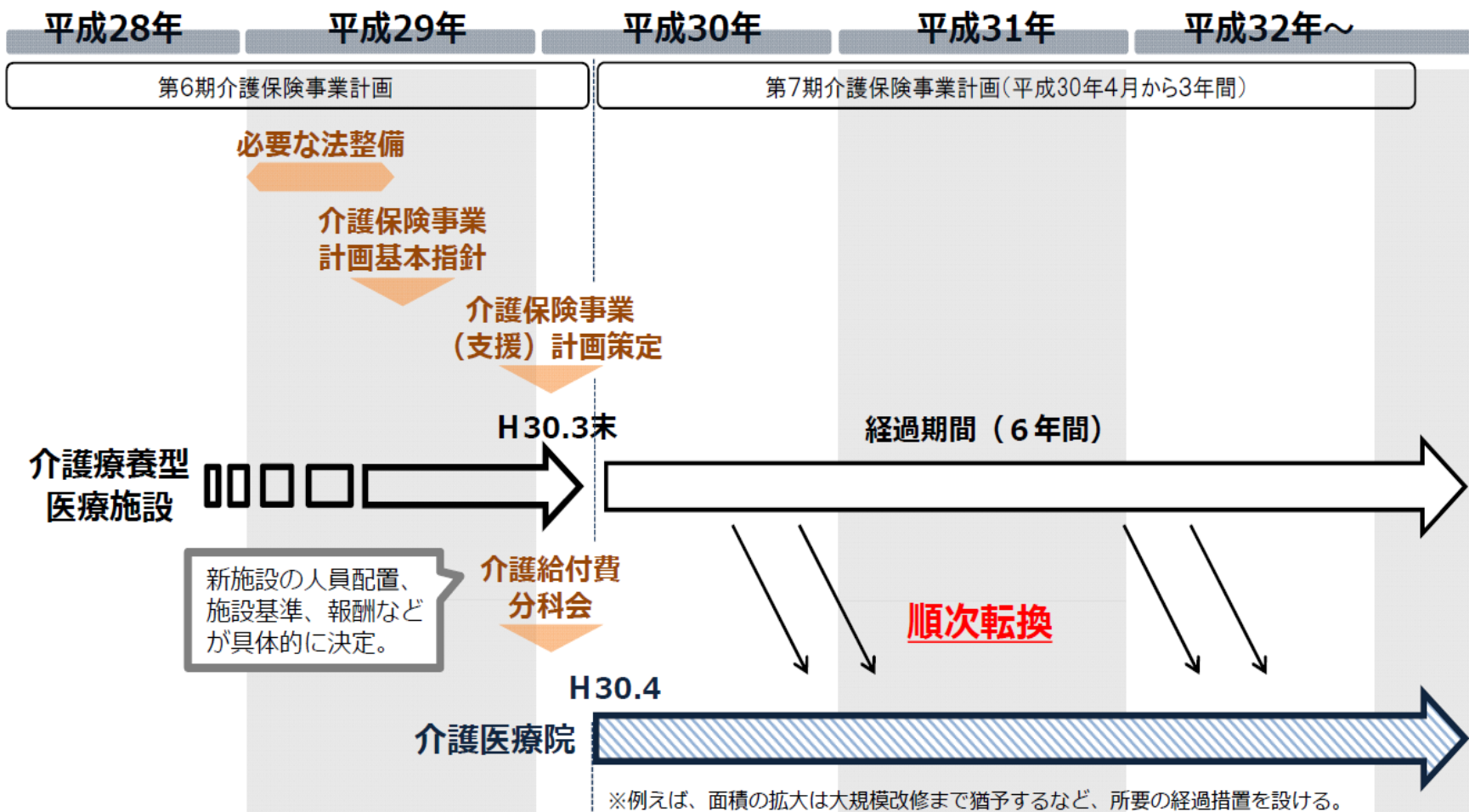
- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	新たな施設	
	(I)	(II)
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する 認知症高齢者 等 (療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	<p>介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> <p>医師 48対1 (3人以上)</p> <p>看護 6対1</p> <p>介護 6対1</p> </div>	<p>老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> <p>医師 100対1 (1人以上)</p> <p>看護 } 3対1</p> <p>介護 } ※ うち看護2/7程度</p> </div>
	<p>※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。</p>	
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象	

介護医療院
(仮称)

介護医療院に関するスケジュールのイメージ

- 介護医療院の創設に向けて、設置根拠などにつき、法整備を行った。
- 平成29年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養病床については、その経過措置期間を6年間延長することとした。



療養病床の概要

- 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるもの。
- **医療保険の『医療療養病床(医療保険財源)』と、介護保険の『介護療養病床(介護保険財源)』がある。**

	医療療養病床		介護療養病床	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
	20対1	25対1			
概要	病院・診療所の病床のうち、 主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの ※看護職員の基準(診療報酬上の基準)で20対1と25対1が存在。		病院・診療所の病床のうち、 長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等 を提供するもの	要介護者にリハビリ等を提供し、 在宅復帰を目指す施設	要介護者のための 生活施設
病床数	約14.4万床 ※1	約7.2万床 ※1	約5.9万床 ※2	約36.8万床 ※3 (うち、介護療養型:約0.9万床)	約56.7万床 ※3
設置根拠	医療法(病院・診療所)		医療法(病院・診療所) 介護保険法(介護療養型医療施設)	介護保険法(介護老人保健施設)	老人福祉法(老人福祉施設)
施設基準	医師	48対1(3名以上)		100対1(常勤1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員	4対1 (29年度末まで、6対1で可)	6対1 6対1 } 3対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
	介護職員 ※4	4対1 (29年度末まで、6対1で可)			
面積	6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡ ※5	10.65㎡(原則個室)
設置期限	—		平成35年度末 法改正(H29年6月公布)で H29年度末から更に6年間延長	—	—

※1 施設基準届出(平成27年7月1日)
※4 医療療養病床にあつては、看護補助者。

※2 病院報告(平成28年3月分概数)

※3 介護サービス施設・事業所調査(平成27年10月1日)
※5 介護療養型は、大規模改修まで6.4㎡以上で可。



介護医療院の方向性

2017年11月22日 介護給付費分科会

介護医療院Ⅰ型は介護療養病床 床なみ、Ⅱ型は老健なみ

介護医療院の人員基準(イメージ案)

		介護療養病床(病院) 【療養機能強化型】		介護医療院				介護老人保健施設	
				指定基準		報酬上の基準			
		指定基準	報酬上の基準	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)	指定基準	報酬上の基準
人員基準 (雇用人員)	医師	48:1 (病院で3以上)	-	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	-	-	100:1 (施設で1以上)	-
	薬剤師	150:1	-	150:1	300:1	-	-	300:1	-
	看護職員	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1	3:1 (看護2/7)	【従来型-強化型】 看護・介護3:1 【介護療養型】(注3) 看護6:1、 介護6:1~4:1
	介護職員	6:1	5:1~4:1	5:1	6:1	5:1~4:1	6:1~4:1		
	支援相談員							100:1 (1名以上)	-
	リハビリ専門職	PT/OT: 適当数	-	PT/OT/ST:適当数		-	-	PT/OT/ST: 100:1	-
	栄養士	定員100以上 で1以上	-	定員100以上で1以上		-	-	定員100以上 で1以上	-
	介護支援専門員	100:1 (1名以上)	-	100:1 (1名以上)		-	-	100:1 (1名以上)	-
	放射線技師	適当数	-	適当数		-	-		
	他の従業者	適当数	-	適当数		-	-	適当数	-
医師の宿直	医師:宿直	-	医師:宿直	-	-	-	-	-	

注1:数字に下線があるものは、医療法施行規則における基準を準用 注2:背景が緑で示されているものは、病院としての基準 注3:基準はないが、想定している報酬上の配置。療養体制維持特別加算で介護4:1となる。

介護医療院の施設基準(イメージ案)

		介護療養病床(病院) 〔療養機能強化型〕	介護医療院	介護老人保健施設
		指定基準	指定基準	指定基準
施設設備	診察室	各科専門の診察室	医師が診察を行うのに適切なもの	医師が診察を行うのに適切なもの
	病室・療養室	定員4名以下、床面積6.4m ² /人以上	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m ² /人以上で可	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m ² /人以上で可
	機能訓練室	40m ² 以上	40m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上 ※転換の場合、大規模改修まで緩和
	談話室	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ
	食堂	入院患者1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり2m ² 以上
	浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	レクリエーションルーム		十分な広さ	十分な広さ
	その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	(薬剤師が調剤を行う場合:調剤所)
構造設備	他設備	給食施設、その他都道府県の条例で定める施設	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室
	医療の構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	
	廊下	廊下幅: 1.8m、中廊下は2.7m ※経過措置 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m	廊下幅: 1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m	廊下幅: 1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m
	耐火構造	(3階以上に病室がある場合) 建築基準法に基づく主要構造部:耐火建築物	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり

注 介護療養病床の基準において、緑で示されているものは、病院としての基準

介護医療院のポイント

- 介護医療院の療養環境や医療必要度に応じて加算のメリハリをつける
- 従来の介護療養病床の基本報酬は適正化？
- 療養病床2の1への一本化で、療養病床2から介護医療院への転換を促す
- 3年目からは、一般病床からの転換や新設も認める？ただし、介護施設の総量規制の中
- 介護医療院が老健、特養に与えるインパクト大

介護医療院 7～8万床！

- 現在約6万床ある介護療養病床から4万くらい、25対1医療療養病床の半分くらいが移行し、全体として7～8万床くらいになると想定している。
- 介護医療院協会を2018年4月に設立

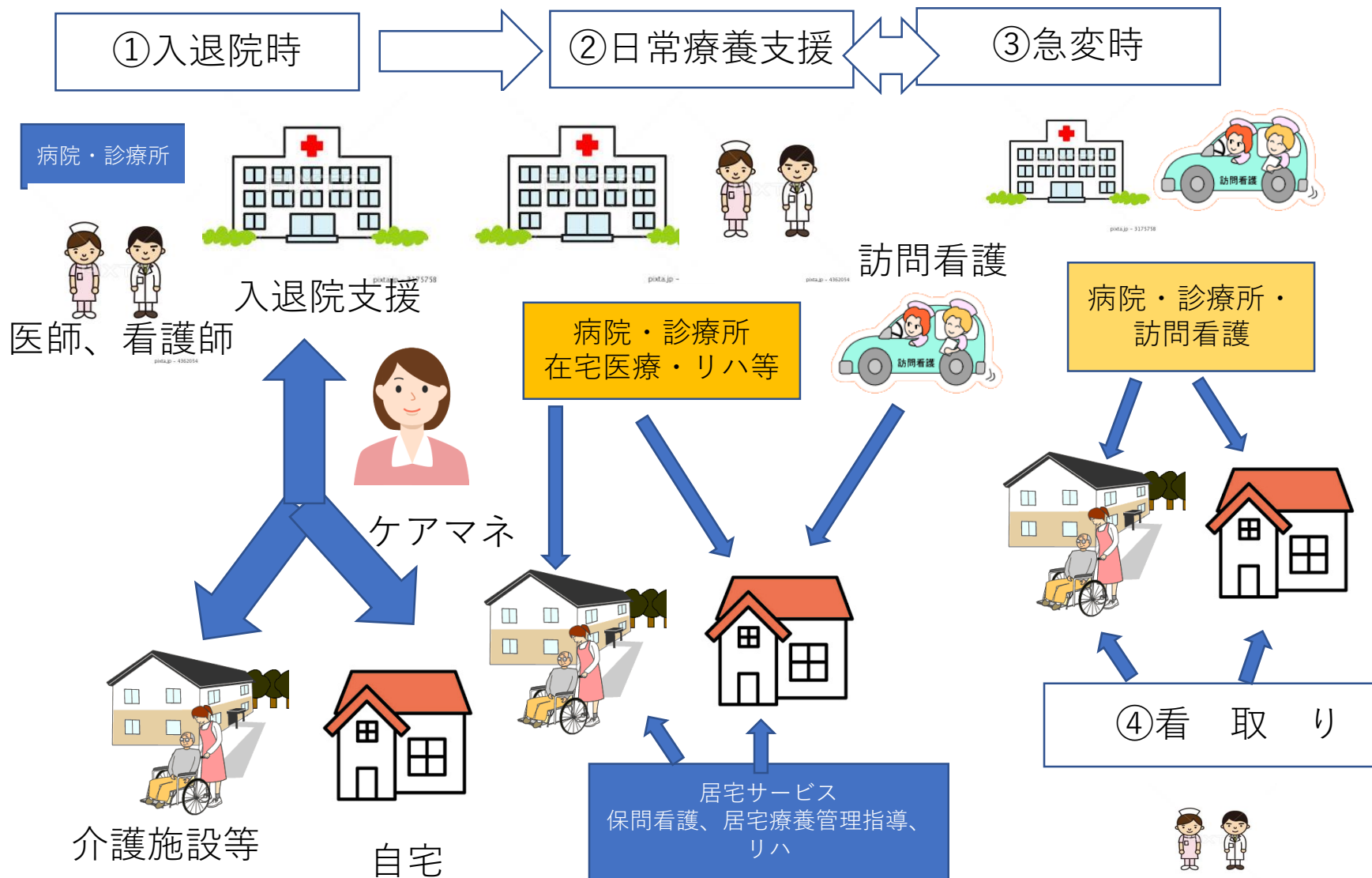


日本慢性医療協会会長
武久洋三氏（2017年6月22日）

ポイント⑤

医療と介護の連携

医療と介護の連携の4つのフェーズ



入退院時の医療・介護連携に関する報酬

【診療報酬】 医師、看護師、医療ソーシャルワーカー 等

退院支援加算 1 (一般600点、療養1,200点/退院時 1回)

- 3日以内に退院困難な患者を抽出し、7日以内に本人・家族と面談、カンファレンスを実施した場合

退院支援加算 2 (一般190点、療養635点/退院時 1回)

- 7日以内に退院困難な患者を抽出し、早急に本人・家族と面談、カンファレンス実施した場合

介護支援連携指導料 (400点/入院中 2回)

- 退院後に介護サービスの導入が適切と考えられる患者等に対して、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して導入すべき介護サービス等について説明・指導を行った場合

退院時共同指導料 2 (400点+2,000点/入院中 1回)

- 患者の退院後の在宅療養を担う保険医等と入院中の保険医等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合 (400点)

(診療報酬の退院時共同指導料 2 の注 3)

- 入院中の保険医療機関の保険医が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、(略)、居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか 3 者以上と共同して指導を行った場合 (2,000点加算)

在宅患者緊急時等カンファレンス料 (200点/月 2回)

- 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅療養の患者であって通院が困難な者の状態の急変等に伴い、当該保険医等の求めにより、(略) 又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴きカンファレンスを行い、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合

【介護報酬】 介護支援専門員

入院時情報連携加算

(医療機関に訪問：200単位、訪問以外：100単位/月 1回)

- 利用者が医療機関に入院するに当たって、医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を利用者が入院してから 7 日以内に情報提供した場合

退院・退所加算 (300単位/入院中 3回)

- 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合

※ 3 回算定できるのは、そのうち 1 回について、入院中の担当医等との会議に参加して、退院後の在宅での療養上必要な説明 (診療報酬の退院時共同指導料 2 の注 3 の対象となるもの) を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

緊急時等居宅カンファレンス加算 (200単位/月 2回)

- 医療機関の求めにより、医療機関の医師等とともに利用者の居宅を訪問・カンファレンスを行い、必要に応じて、利用者に必要な居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合

入院

退院支援開始

退院前カンファレンス

ケアプラン確定

退院

入退院時の医療介護連携の推進に向けた取組事例

■ 福井県における退院支援ルールの策定の取組

取組開始時の現状と課題

- 入院時、介護支援専門員から医療機関への情報提供は約5割、要支援者では3割未満だった。
- 退院時、医療機関から介護支援専門員への連絡は約2割で情報提供がなく、その2割以上が退院直前だった。

ケアマネジャーから病院への情報提供（入院時）
病院からケアマネジャーへの情報提供（退院時）



- 病院と介護支援専門員の連携ルールは、一部で取り組まれていたが、医療機関や地域で様式等が異なり、十分活用されていなかった。

医療・介護関係者の意見調整

県庁と県医師会が連携し、入退院時の退院支援ルール作成に向け取り組むことを確認。

全県の介護支援専門員を対象に入退院時連携の実態を調査。

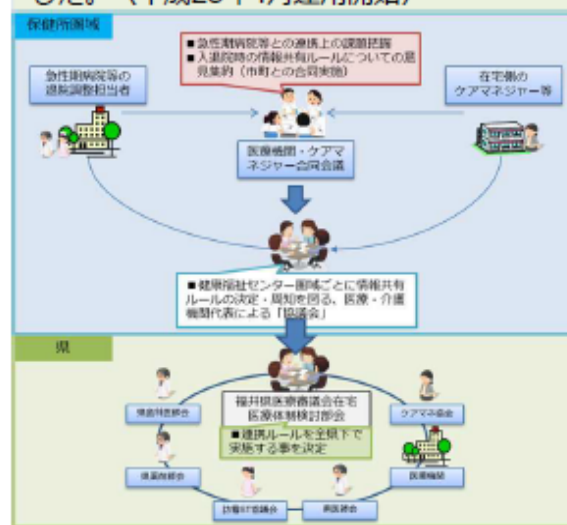
県内すべての保健所が関係者の協議の場を設置。

医療機関、介護支援専門員、医師会等による複数回の協議を経て、入退院時の医療介護連携に関する現状と課題の整理、退院支援ルールについての意見の取りまとめ。

市町や医療圏をまたぐ入退院の事例が多く見られることから、ルールの適用範囲は広域にする必要があるとの意見があった。

福井県退院支援ルールの策定

退院支援ルールの適用範囲を全県とすることとし、保健所圏域毎の協議会で出た現場の意見を踏まえた上で、圏域代表者会議および県医療審議会において全県統一のルールを策定した。（平成28年4月運用開始）



県の役割

- 事業の企画・予算の確保
- 市町への参加要請（介護保険担当部局、地域包括支援センター、居宅介護事業所等）
- 県庁は、全県的な関係者協議の場の設置、県保健所は、保健所圏域毎の協議の実施や関係機関の連携調整を支援。
- 入退院時の連携状況の定期的な把握・評価、退院支援ルールの改善

連携

県医師会の協力

- 事業の実施方法や退院支援ルール等に対する医療的見地からの助言
- 郡市区医師会に対する連絡調整や協力要請
- 病院、有床診療所、介護支援専門員協会等の関係機関に対する協力要請

取組の成果

- 退院調整のフローを標準化したことにより、入退院時の情報提供率の向上につながる
 - 入院時情報提供がなかった割合：約5割→約2割
うち要支援者：約7割→約4割
 - 退院時に介護支援専門員に情報提供がなかった割合：約2割→約1割
- 協議を重ねる事で、お互いの事情や役割への理解が深まり、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなる
- ルールの活用により入院・退院にかかる診療報酬および介護報酬上の評価・加算につながる

福井県において運用されている退院支援ルール

	病院	介護支援専門員（ケアマネ）
入院 ↓	<p>②ケアマネの有無、介護保険サービスの確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 患者・家族への聞き取りや、介護保険証、担当ケアマネの名刺の有無等により、ケアマネの有無や介護保険サービスの確認 ○ 担当ケアマネがいる場合は、速やかに入院を連絡 <p>※要介護認定を受けているかどうか分からない場合は、市町村介護保険担当課に問い合わせる。</p> <p>④要介護認定を受けていない場合、退院調整の必要性を判断し、家族等の介護保険申請を支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「介護保険申請の目安」に基づき、退院調整や要介護認定の申請の要不要を判断→担当ケアマネが決まり次第連携 	<p>①日頃の工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 利用者の介護保険証・健康保険証にケアマネの名刺を挟んでおく、入院が決まったらケアマネに伝えるよう本人・家族に説明しておく等 <p>③入院時情報提供書の提出</p> <p>病院や家族等からの連絡により、利用者（要介護・要支援とも）の入院を把握した場合は速やかに、入院期間の見込みや患者の状態等について、「入院時情報提供シート」（県参考様式）等を提出し、入院時から連携して情報共有に努める。</p>
退院の見込 ↓	<p>⑤サービス調整に必要な日数を考慮して、ケアマネへ退院見込日を連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 患者が「在宅退院ができそうと判断する目安」により退院できると判断した場合、介護支援専門員が退院準備に必要な期間（ケアプラン作成、事業所との調整等）を考慮して、退院支援開始の連絡をする 	<p>⑥ケアプラン作成準備</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 病院から退院の時期、必要となりそうな支援を確認し、サービス調整の上、ケアプランの素案を作成
	<p>⑦共通様式に基づきケアプラン作成に必要な情報収集</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護支援専門員がケアプラン作成等に必要な情報を、カンファレンス等の面談日までに院内関係者から収集 <p>※「退院支援情報共有シート」を活用する</p>	
	<p>⑧退院前カンファレンスの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 退院支援に必要な情報を共有する。 <p>※「退院支援情報共有シート」を活用する</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 追加のカンファレンスや退院時共同指導の実施の要否については、病院担当者と介護支援専門員で調整し、病院が決定する 	
退院時・退院後の情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ○ 看護・介護の引継書（退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日、入浴日、服薬内容等）を介護支援専門員に提供 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 原則、ケアプランの写しを病院に提供する

末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

論点2

- 著しい状態変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者について、ターミナル期におけるケアプランの変更回数等の実態を踏まえ、状態変化に応じた迅速なサービス提供を促進するための対応を行ってはどうか。

対応案

- 著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者について、
 - ・ 末期の悪性腫瘍と診断された場合であって、
 - ・ 日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合については、状態変化に応じて迅速に必要なサービスを提供するため、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化してはどうか。
- また、末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、ターミナル期に通常よりも頻回に利用者の状態変化をモニタリングするとともに、モニタリングにより把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価することとしてはどうか。

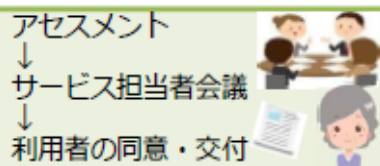
末期の悪性腫瘍患者に対するケアマネジメント

現行

末期の悪性腫瘍と診断

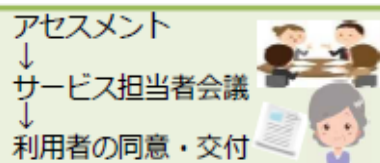
利用者の状態変化のタイミングに合わせて
ケアプランを作成

状態変化A



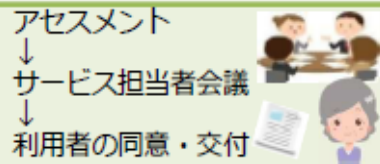
ケアプランA
に変更

状態変化B



ケアプランB
に変更

状態変化C



ケアプランC
に変更



死亡

見直し後：以下の方法も可能としてはどうか

末期の悪性腫瘍と診断

末期の悪性腫瘍と診断された場合であって、日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合

アセスメント
↓
サービス担当者会議
↓
利用者の同意・交付

主治の医師等の助言を得た上で状態変化Cまで想定し、今後必要となるサービス事業者を含めた会議を実施

予測される状態変化と支援の方向性について確認の上、ケアプランを作成

状態変化A

ケアプランA
に変更

状態変化B

ケアプランB
に変更

状態変化C

ケアプランC
に変更

ケアプランの変更内容を決定

死亡

主治の医師等の助言を得て、
① 利用者の状態変化をケアマネジャーが確認
② 状態変化及びケアプラン変更について、主治の医師等及びサービス担当者の了解を得る
③ ケアプラン変更について、利用者又は家族の了解を得る

状態変化（ケアプラン変更の必要性）を確認するため通常より頻回になるモニタリングを新たな加算で評価

末期の悪性腫瘍患者に対する頻回モニタリングの評価（案）

ターミナルケアマネジメント加算（仮称）

（対象利用者）

末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

（算定要件）

- ① 24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備
- ② 利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問
- ③ 訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供

（参考）訪問看護 ターミナルケア加算の算定要件

在宅で死亡した利用者に対して、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問看護事業所が、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日（死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して訪問看護を行っている場合にあっては1日）以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）は、ターミナルケア加算として、当該者の死亡月につき2,000単位を所定単位数に加算する。

※1 別に厚生労働大臣が定める基準

- イ ターミナルケアを受ける利用者について24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、指定訪問看護を行うことができる体制を整備していること。
- ロ 主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること。
- ハ ターミナルケアの提供について利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。

※2 別に厚生労働大臣が定める状態

次のいずれかに該当する状態

- イ 多発性硬化症、（略）、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態
- ロ 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

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)

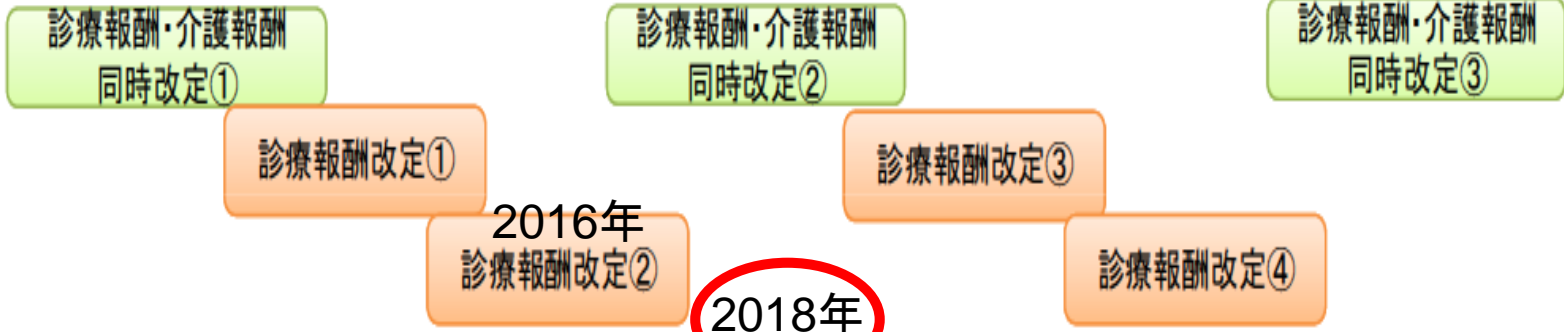
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



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

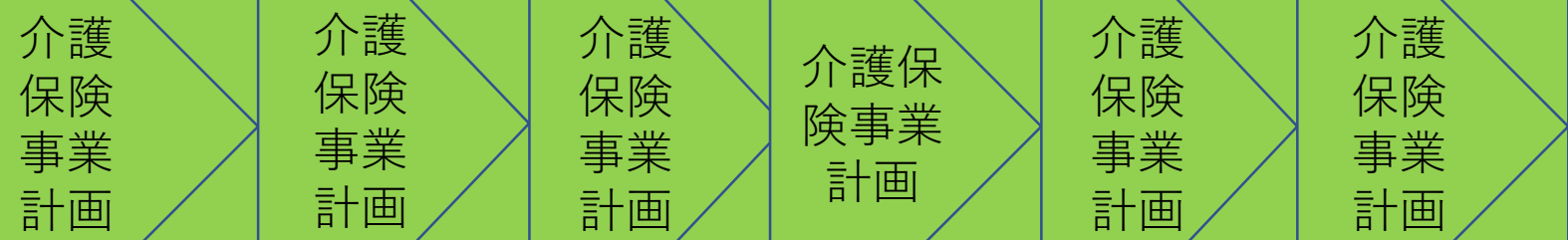
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

医療と介護のクロスロード to 2025

- **2月緊急出版！**
- 2018年同時改定の「十字路」から2025年へと続く「道」を示す！
- 医学通信社
本体価格 1,500円 + 税



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
mutoma@iuhw.ac.jp

なんでも質問コーナー

