

医療と介護のクロスロード②

～診療報酬・介護報酬同時改定の動向～



国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹

目次

- パート 1
 - 医療介護総合確保法と地域医療構想
- パート 2
 - 2018年診療報酬改定と入院医療
 - ①7対1病床の要件見直し
 - ②地域包括ケア病棟
 - ③回復期リハビリ病棟
 - ④短期滞在手術・検査など
 - ⑤退院支援加算
 - ⑥療養病棟1への一本化
- パート 3
 - 2018年介護報酬改定
 - ①介護医療院、
 - ②看多機
 - ③定期巡回随時対応サービス



パート 2

2018年診療報酬改定 入院医療 6つのポイント

- ポイント① 7対1病床の要件見直し
- ポイント② 地域包括ケア病棟
- ポイント③ 回復期リハビリ病棟
- ポイント④ 短期滞在手術・検査など
- ポイント⑤ 退院支援加算
- ポイント⑥ 療養病棟1への一本化

ポイント⑤ 退院支援加算

2016年改定で退院調整加算を見直した

ストラクチャー
ではなく、アウト
カムを評価すべき

地域連携パスは使われい
ないので、退院調整加算に
整理しては？

退院支援の専従者
などの配置が
在宅復帰に効果的

入院医療等調査・評価分科会
(2015年7月1日)

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

退院支援に関する評価の充実

- 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算 1

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

(改) 退院支援加算 2

イ 一般病棟入院基本料等の場合	190点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	635点

「退院支援加算」が
新設された



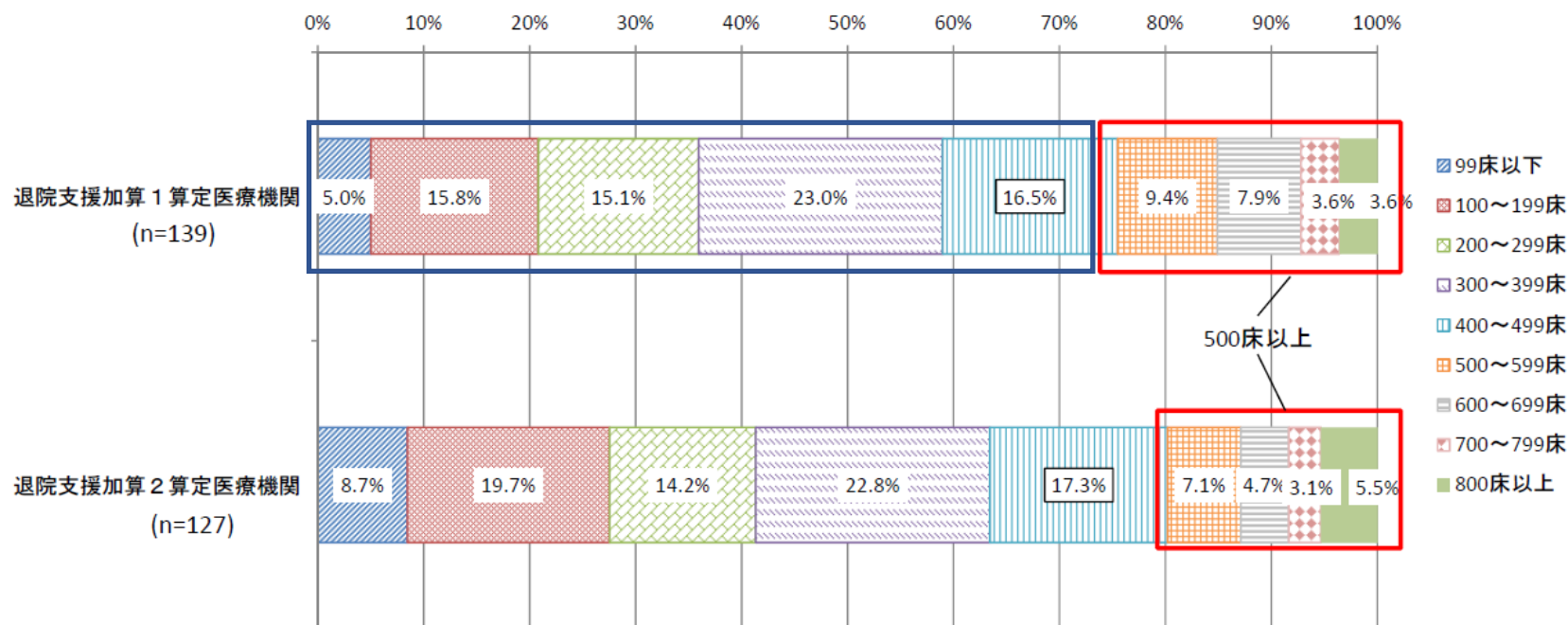
[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算 2 (現在の退院調整加算と同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名（看護師又は社会福祉士）	専従1名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)</u>	-
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等（20か所以上）の職員と 定期的な面会を実施（3回/年以上）</u>	-
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績</u>	-

退院支援加算を算定している医療機関の病床規模別の分布

- 退院支援加算を算定している医療機関の病床規模別の状況を見ると、加算2を算定している医療機関に比べ加算1を算定している医療機関の方が、500床以上の占める割合が大きい。

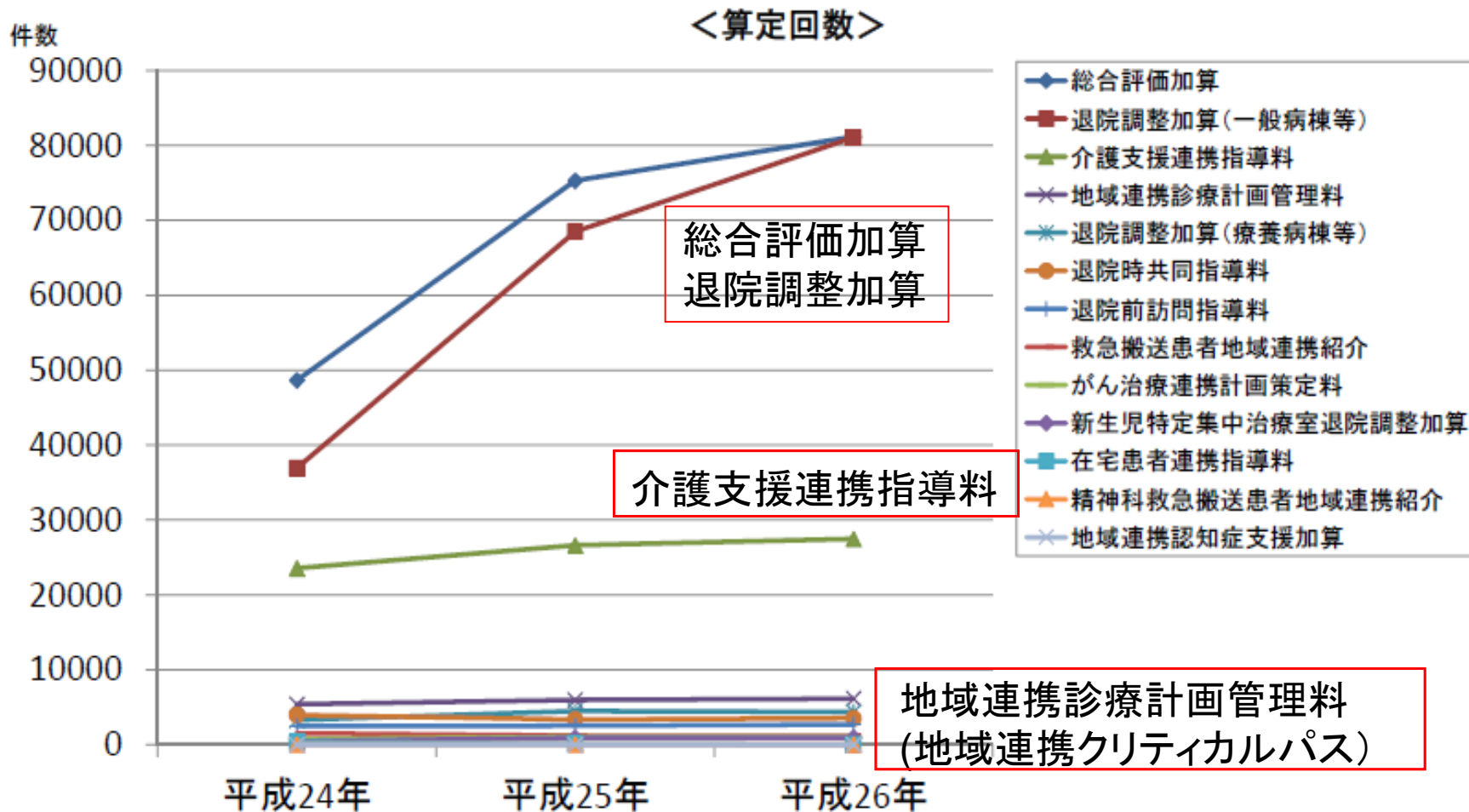
＜退院支援加算を算定している医療機関の病床規模別の分布＞



退院支援加算1を取得しているのは500床以上は3割

退院支援に係る主な診療報酬上の評価の算定状況

○ 退院支援に係る診療報酬上の評価は多く存在するが、退院調整加算、総合評価加算、介護支援連携指導料等一部の項目を除き、算定回数はそれほど多くない。



退院調整加算の見直し

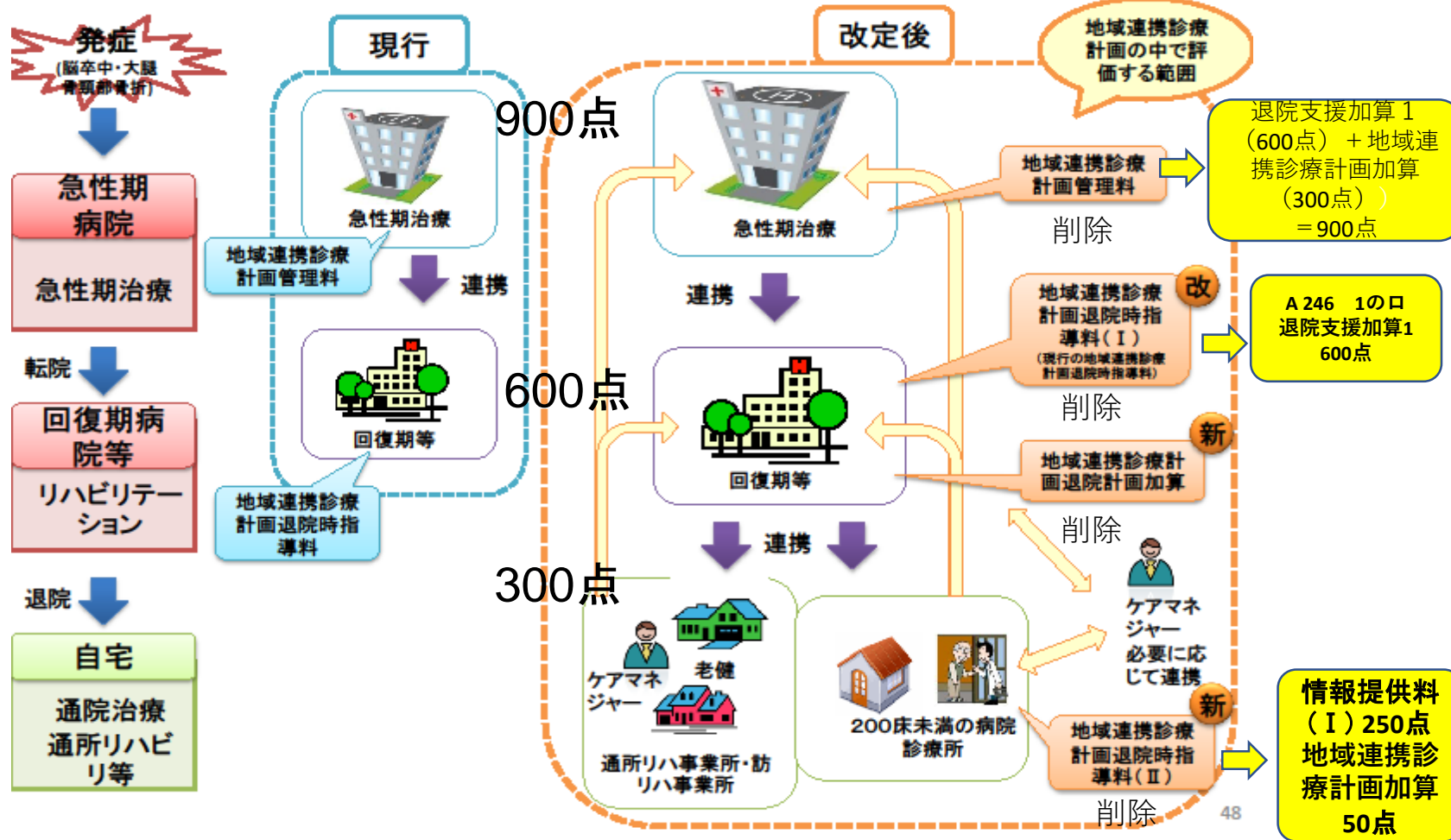
- 退院調整加算の見直し
 - (1) 施設基準を厳格化するとともに、点数を引き上げることで退院支援を充実させる
 - 退院支援に専従する職員が、複数の病棟を担当として受け持ち、多職種カンファレンスを実施して、入院後早期に退院支援に着手する体制
 - 医療機関が他の医療機関などと恒常的に顔の見える連携体制の整備
 - (2) 「地域連携診療計画管理料（地域連携クリティカルパス）」などを、退院支援の一環とする

廃止された項目

- (1) 新生児特定集中治療室退院調整加
- (2) 救急搬送患者地域連携紹介加算
- (3) 救急搬送患者地域連携受入加算
- (4) 地域連携認知症支援加算
- (5) 地域連携認知症集中治療加算
- (6) 地域連携診療計画管理料
- (7) 地域連携診療計画退院時指導料 (Ⅰ)
- (8) 地域連携診療計画退院時指導料 (Ⅱ)

地域連携診療計画管理料等は廃止されたが、地域連携クリティカルパスが廃止されたわけではない

大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価 2016年改定



脳卒中連携パス

 地域連携診療計画書(急性期) 加賀脳卒中地域連携クリニックパス				説明日 - 説明者 (直筆)				 地域連携診療計画書(回復期) 加賀脳卒中地域連携クリニックパス				説明日 - 説明者 (直筆)				 地域連携診療計画書(生活期) 加賀脳卒中地域連携クリニックパス				説明日 - 説明者 (直筆)				 地域連携診療計画書(生活期) 加賀脳卒中地域連携クリニックパス				説明日 - 説明者 (直筆)			
フリカナ	性別	年齢	病名	フリカナ	性別	年齢	病名	フリカナ	性別	年齢	病名	フリカナ	性別	年齢	病名	フリカナ	性別	年齢	病名	フリカナ	性別	年齢	病名								
氏名	住所	〒		氏名	住所	〒		氏名	住所	〒		氏名	住所	〒		氏名	住所	〒		氏名	住所	〒									

急性期				回復期				生活期				生活期			
基準 脳梗塞、脳出血またはくも膜下出血を発生し、治療を実施している方				基準 ● 日常生活に困難がある。または神経症状を有している。 ● 病院でリハビリを継続する必要がある。				基準 ● 自宅での生活が可能な身体・認知能力である ● 在宅でのリハビリケアを理解し同意している				基準 ● 自宅での生活が可能な身体・認知能力である ● 在宅でのリハビリケアを理解し同意している			
施設 自宅 基準 施設 基準 病院 基準				施設 自宅 基準 施設 基準 病院 基準				施設 自宅 基準 施設 基準 病院 基準				施設 自宅 基準 施設 基準 病院 基準			
主治医 - TEL -				主治医 - TEL -				主治医 - TEL -				主治医 - TEL -			
予定期間 全身状態がよければ 約 週間で退院の予定です				予定期間 約 月で退院の予定です				予定期間 約 月で退院の予定です				予定期間 約 月で退院の予定です			
経過 入院日 ~ 退日 ~ 退院前 退院日				経過 入院日 ~ 月 ~ 退院前 退院日				経過 入院日 ~ 月 ~ 退院前 退院日				経過 入院日 ~ 月 ~ 退院前 退院日			
目録 診断の確定をします 治療方針の決定後、 症状を最小限にとめる				目録 病状に応じた今後の 方向性を決定し 再発防止を目指します				目録 再発予防と健康生活の維持・向上				目録 再発予防と健康生活の維持・向上			
治療 病状に応じた治療を開始します 常用薬や中止薬の確認を行います				治療 病状に応じた治療やリハビリテーションなどを進めます 点薬・内服などを行います				治療 転倒予防と健康生活の維持を固めます 再発予防のために内服を継続します				治療 転倒予防と健康生活の維持を固めます 再発予防のために内服を継続します			
処置 手術				処置 必要に応じて検査を行います				処置 必要に応じて検査を行います				処置 必要に応じて検査を行います			
検査 必要に応じてCT、MRI、 リッドゲン、心電図、血液 検査などの検査を行います				検査 必要に応じて検査を行います				検査 必要に応じて検査を行います				検査 必要に応じて検査を行います			
安静度 主治医の許可があるまで、 ベッド上安静でお過ごしください				安静度 必要に応じて退院後の生活の 指導や訓練を行います				安静度 必要に応じて、退院後の生活の指導や 訓練、スチアによる住宅訪問、自宅への 試験外泊などを行います				安静度 必要に応じて、退院後の生活の指導や 訓練、スチアによる住宅訪問、自宅への 試験外泊などを行います			
リハビリ テーション				リハビリ テーション				リハビリ テーション				リハビリ テーション			
食事 嚥下状態の検査をします 嚥下状態に応じた食事を 提供します				食事 必要に応じて、退 院後の生活の指導 や訓練、スチアによる 住宅訪問、自宅 への試験外泊など を行います				食事 必要に応じて、退 院後の生活の指導 や訓練、スチアによる 住宅訪問、自宅 への試験外泊など を行います				食事 必要に応じて、退 院後の生活の指導 や訓練、スチアによる 住宅訪問、自宅 への試験外泊など を行います			
清潔 清潔方法 状態				清潔 清潔方法 状態				清潔 清潔方法 状態				清潔 清潔方法 状態			
排泄 排泄方法 状態				排泄 排泄方法 状態				排泄 排泄方法 状態				排泄 排泄方法 状態			
患者 家族 への説明				患者 家族 への説明				患者 家族 への説明				患者 家族 への説明			
入院時 状態 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 麻痺				入院時 状態 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 麻痺				入院時 状態 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 麻痺				入院時 状態 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 麻痺			
退院時 状態 判定ステージ -				退院時 状態 判定ステージ -				退院時 状態 判定ステージ -				退院時 状態 判定ステージ -			
移動 手段				移動 手段				移動 手段				移動 手段			
日常生活 機能評価 0 /19点				日常生活 機能評価 0 /19点				日常生活 機能評価 0 /19点				日常生活 機能評価 0 /19点			

※上記の内容は、あくまでも計画であり、患者さんの状態などにより変更がありますので、ご了承下さい

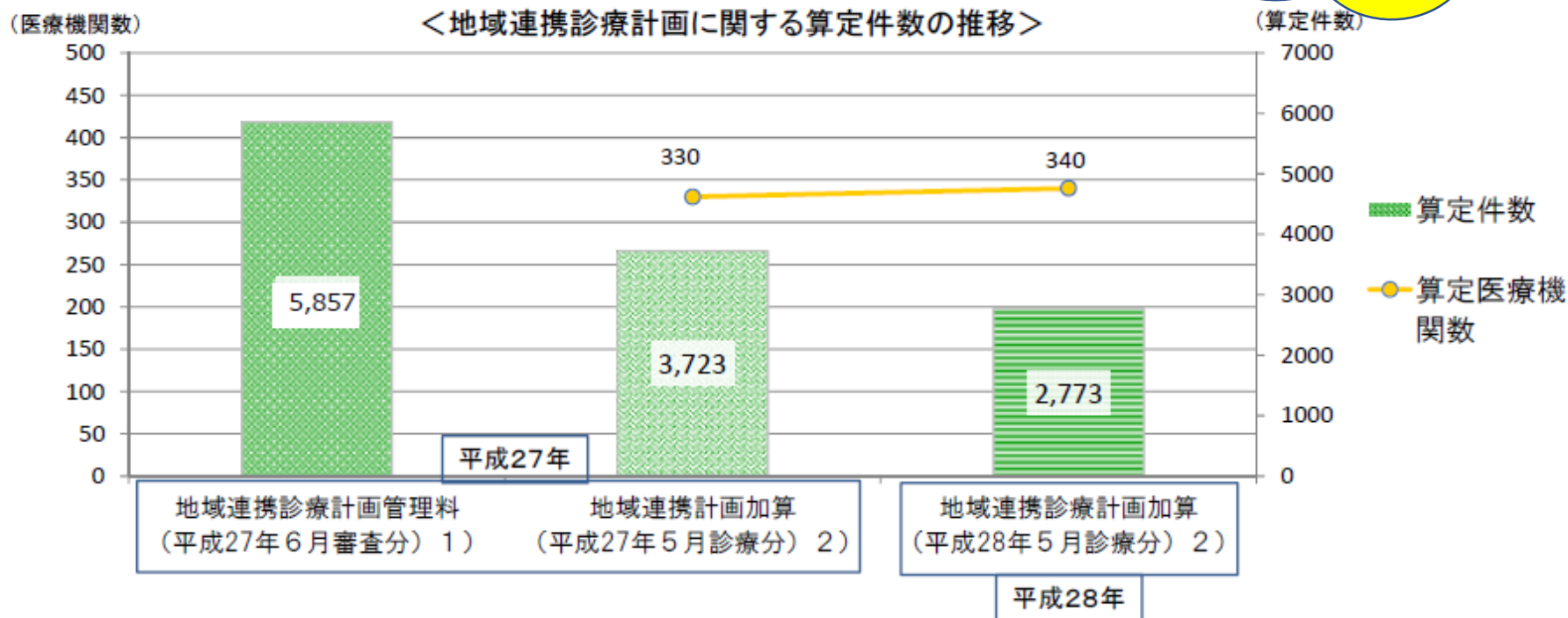
地域連携診療計画③

- 退院支援加算の地域連携診療計画加算の算定件数は、平成28年度診療報酬改定前の退院調整加算の地域連携計画加算及び地域連携診療計画管理料の算定件数に比べ、減少している。

平成28年度診療報酬改定

- 退院支援加算(退院調整加算)の地域連携診療計画(地域連携計画)加算
加算対象：退院調整加算を算定 → 退院支援加算1又は3を算定
- 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料(I)(II) → 廃止

地域連携パス
(地域連携計画
加算) 激減!



これだけ地域連
携計画加算が
減っていること
に驚いている

退院支援加算2で地域連
携診療計画加算を認めな
いことを見直すべき

地域連携診療計画は
回りハではよく使わ
れている。一方、回り
ハでは退院支援加算
の算定が少ない。現
状に合っていない

2017年8月24日 入院医療分科会

退院支援から
入退院支援へ

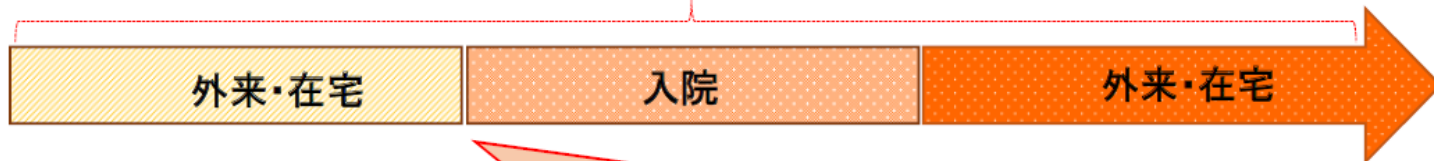
2018年診療報酬改定へむけて「入退院支援」の議論が始まった（入院医療分科会6月21日）



入院基本料の評価の見直しに向けた議論を始めた分科会（21日、厚労省）

地域包括ケアシステムの構築～入退院支援

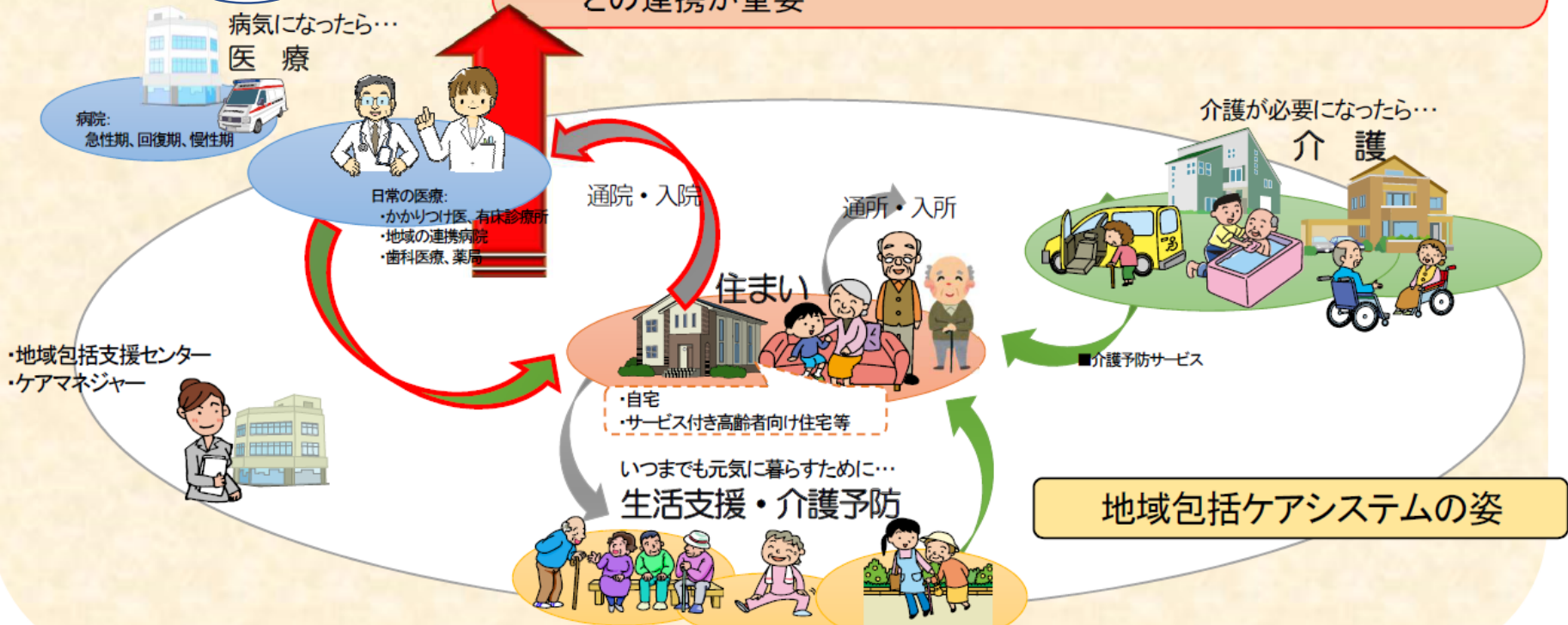
切れ目のない支援



退院支援から
入退院支援
へ！

退院後も住み慣れた地域で生活するための支援として、

- 外来や入院時から退院後の地域生活を見据えた支援が必要
- 外来部門と入院部門(病棟)との連携、地域と入院医療機関等との連携が重要



地域包括ケアシステムの姿

日本医療マネジメント学会 (仙台) 2017年7月7日、8日



東北大学病院の 入退院支援センター

- 東北大学病院（1225床）
 - 2015年から一部の診療科で「入退院センター」の運用を開始
 - 入退院センターでは入院が決定した患者に、入院案内や情報収集、退院阻害要因のスクリーニングを行い、必要時に病棟の多職種に情報提供がなされる。
 - 病棟では入退院センターから情報提供のあった退院阻害要因の内容を分析し、退院支援に活用する
 - 退院阻害要因は、介護力が最も多く、次いで経済状態、ADL低下、服薬管理、退院先の選択、問題行動、その他であった
 - 退院阻害要因はこのように入院前から明らかになっていて、支援可能なものも数多い
 - このため入退院センターにおける情報収集によって、早期からの退院支援を可能になったという

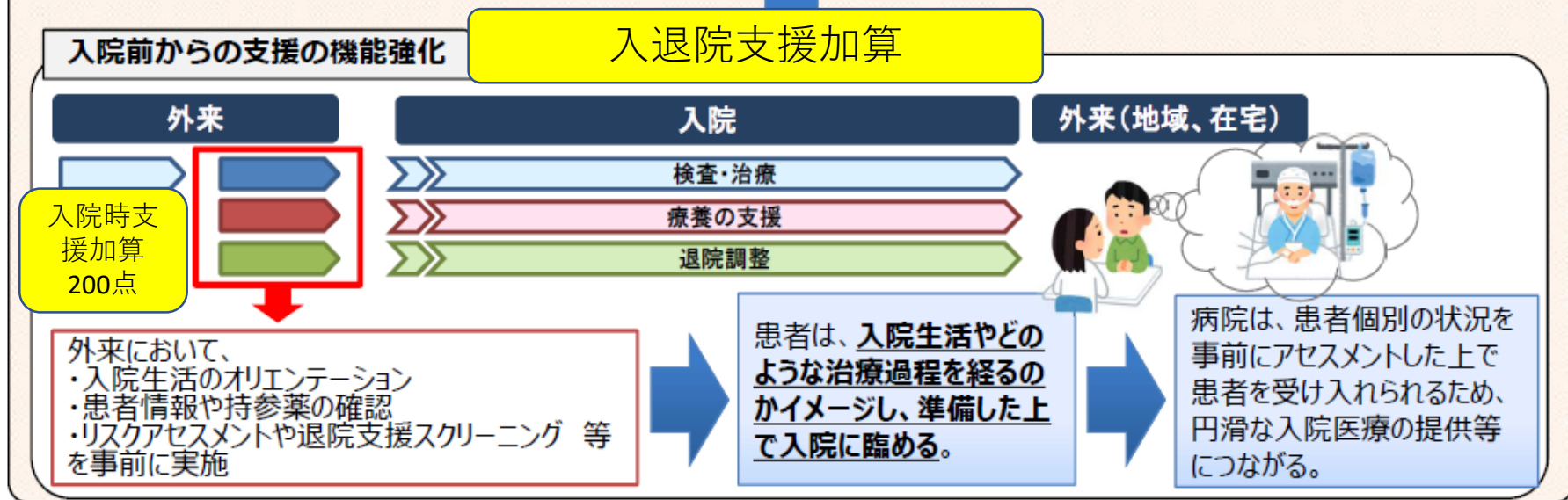
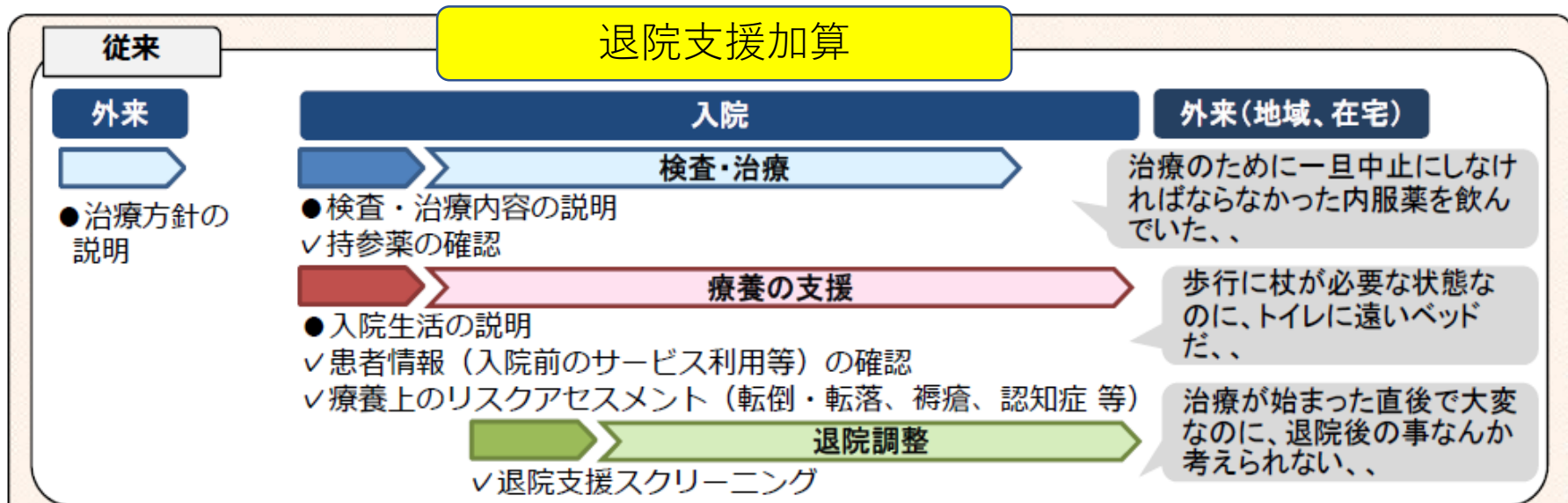
中部徳洲会病院（沖縄）の 入退院サポートセンター

- 沖縄の中部徳洲会病院（331床）
 - 2016年から「入退院サポートセンター」を設置し、ソーシャルワーカーの配置を行い運用を始めた
 - 入退院サポートセンターのソーシャルワーカーは看護師とともに入院予定患者の問診を行い、退院先の移行確認、各種制度案内を行い退院支援に関する患者教育を行う
 - 従来はソーシャルワーカーは患者が入院後に退院困難な患者を抽出し、患者・家族面談を行っていたが、これを入院前から行うことにより早期介入が図れるようになったという。

群馬中央病院の 入退院支援センター

- JCHO群馬中央病院（333床）
 - 2016年に入退院支援センターの運用を開始した。
 - 体制は看護師5名、クラーク1名の専従として、予定入院患者に対して入退院に係る薬剤部、医事課、栄養、MSW,リハビリ、歯科と協同して患者の入退院に係る説明を行った
 - これにより患者からは「医療費のことが心配だったけど安心した」「詳しく説明してもらってありがたい」と意見が聞かれた
 - また病棟、外来スタッフからは「書類の記入や基礎情報が入力してあるので助かっている」など院内連携にも役立っているとのことだ

入院前からの支援の機能強化(イメージ図)



入院時支援加算（200点）

- 入退院支援加算の加算
- 自宅等からの入院に限る
- 算定要件
 - 入院が決まった患者に対して・・・
 - 入院中の治療、入院計画
 - 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握（高齢者総合アセスメント：CGA, Comprehensive Geriatric Assessment)
 - 褥瘡リスク評価
 - 栄養アセスメント
 - 退院困難な要因の有無の評価
 - 入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援計画の立案

ポイント⑥ 療養病床の一本化



2017年11月17日 中医協総会

医療区分の項目見直し

療養病棟入院基本料について(平成28年4月以降)

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1,810点	1,412点	967点
ADL 区分2	1,755点	1,384点	919点
ADL 区分1	1,468点	1,230点	814点

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置25:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1,745点	1,347点	902点
ADL 区分2	1,691点	1,320点	854点
ADL 区分1	1,403点	1,165点	750点

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・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 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍) ・手術創 ・創傷処置 ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

ADL区分

ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上～23点未満
ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

- (0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、
4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

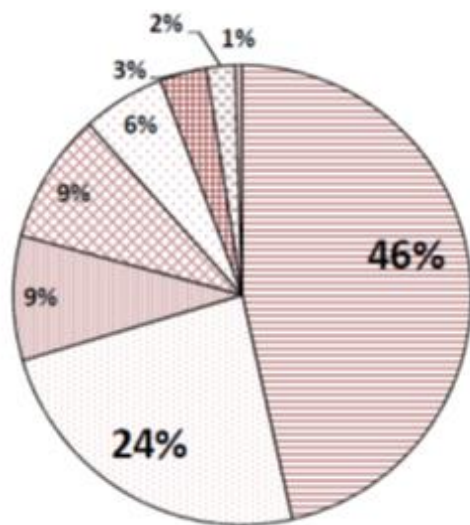
項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
(合計点)	0～24

医療区分の該当項目数が1項目の場合の内訳

- 医療区分3のうち、該当項目数が1項目のものの項目の内訳をみると、「中心静脈栄養」が約46%、「常時監視・管理」が約24%で、合わせると約7割である。
- 医療区分2のうち、該当項目数が1項目のものの項目の内訳をみると、「1日8回以上の喀痰吸引」が約3割だが、それ以外はばらばらしている。

医療区分3

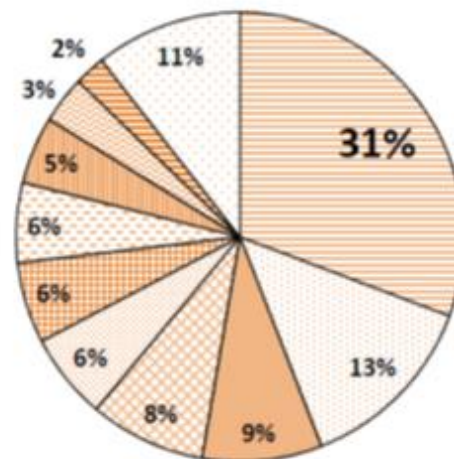
(n=753)



- 中心静脈栄養
- 医師及び看護師による常時監視・管理
- 感染隔離室における管理
- 酸素療法 (3L/分以上)
- 24時間持続点滴
- 人工呼吸器の使用
- 気管切開・気管内挿管 (発熱あり)
- その他

医療区分2

(n=1028)



- 1日8回以上の喀痰吸引
- パーキンソン病関連疾患
- 鬱状態
- 頻回の血糖測定
- 酸素療法 (医療区分3以外)
- その他の難病
- 褥瘡
- 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)
- 創傷 (皮膚潰瘍・手術創・創傷処置)
- 肺炎
- その他

※ 医療区分2は調査票で一部とれていない項目があることに留意が必要

療養2の療養1への一本化

療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟入院基本料 1 (療養1)	療養病棟入院基本料 2 (療養2)
入院料	医療区分1 814点～967点 医療区分2 1,230～1,412点 医療区分3 1,468～1,810点	医療区分1 750点～902点 医療区分2 1,165点～1,347点 医療区分3 1,403点～1,745点
看護職員※	20 : 1 (医療法で4 : 1相当)	25 : 1
看護補助者※	20 : 1 (医療法で4 : 1相当)	25 : 1
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分2と3の患者の合計が8割以上 ・褥瘡患者の発生割合等を継続的に評価 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分2と3の患者の合計が5割以上 ・褥瘡患者の発生割合等を継続的に評価

※ 療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護職員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20:1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30:1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。

療養1と2の医療区分要件

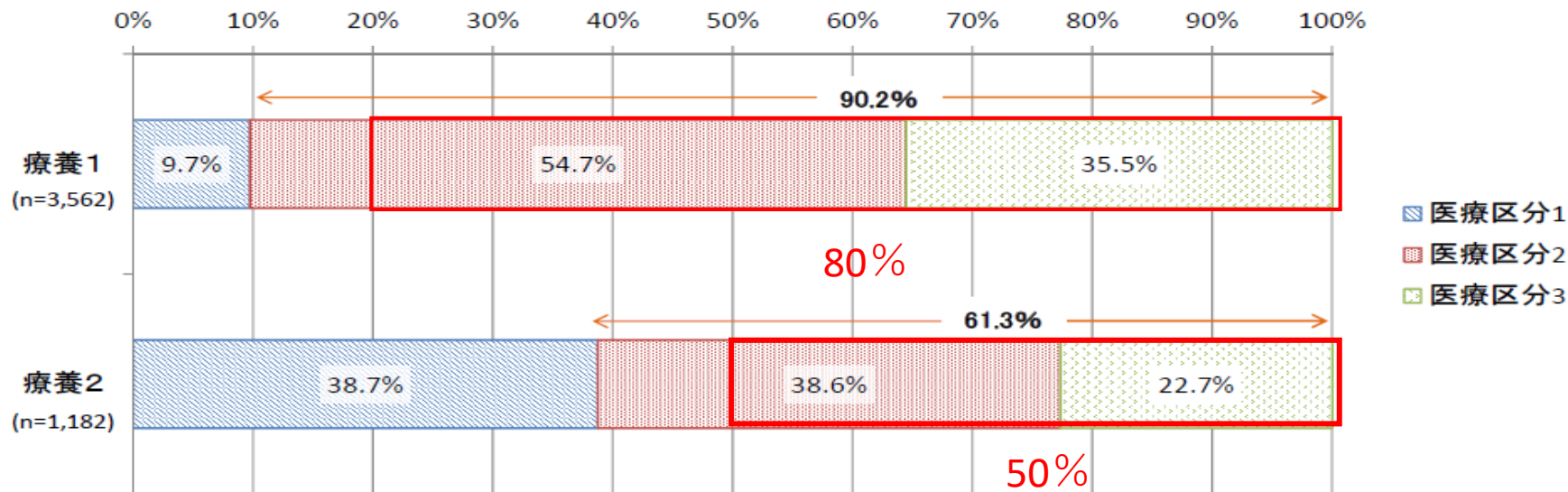
参考

療養病棟入院患者の医療区分

診調組 入-1
29.6.7

- 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養1(20対1)では全体のおよそ9割を占め、療養2(25対1)では、全体のおよそ6割を占めた。

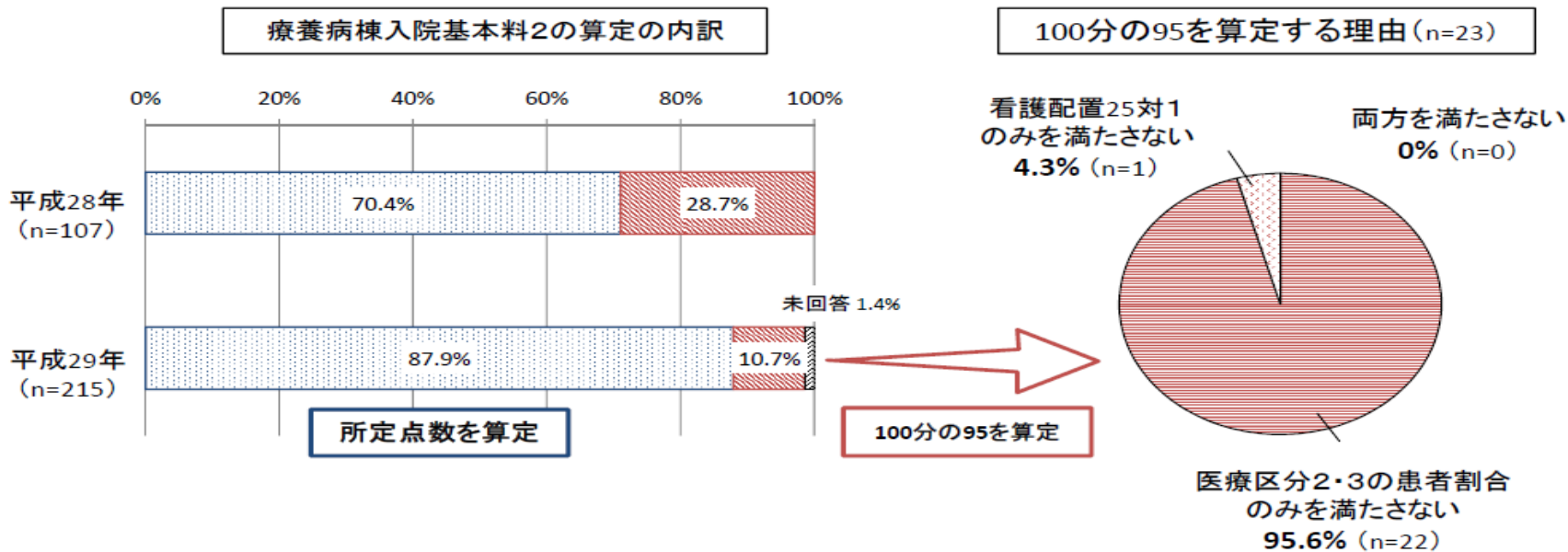
療養病棟入院患者の医療区分の割合



療養2の1割がその基準を満たしていない～経過措置は？～

療養病棟入院基本料2の算定の内訳

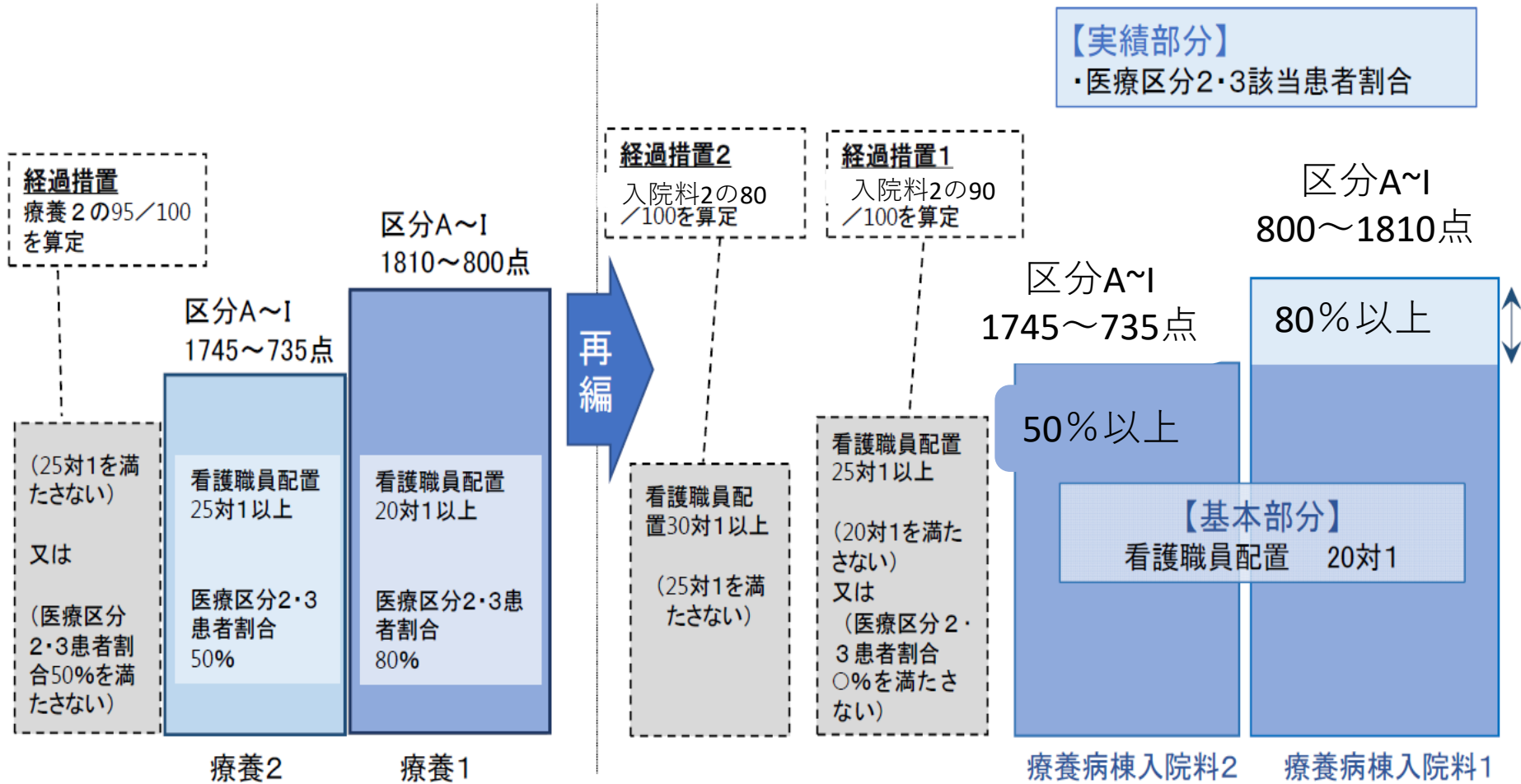
- 療養病棟入院基本料2の届出病棟のうち、所定点数の100分の95を算定する病棟は、平成29年度調査では回答病棟全体の約10%であり、平成28年度調査より割合が減少した。
- 100分の95を算定する理由の内訳をみると、1病棟を除き、「医療区分2・3該当患者割合のみを満たさないため」であった。



療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定の見直し（案）】



療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料

人生の最終段階における 医療の決定プロセスに関 するガイドライン





2018年1月17日

「第4回 人生の最終段階における
医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」

アドバンス・ケア・プランニング (ACP)の必要性

- これまでは、DNAR、アドバンスト・ダイレクティブ、リビングウイル
- これからは、患者本人が意思決定できなくなる事態に備えたACP（アドバンス・ケア・プランニング）が必要
- ACPは、「人生の最終段階の治療・療養について、患者本人・家族と医療従事者が予め話し合う」取り組み
- 話し合いを繰り返すことで、患者本人の直近の意思を共有でき、本人が急変して意思を自ら伝えられない状態になった場合でも、家族などが的確に意思を推定できる。

歴史的変遷

- いずれも、意思表示が難しい状態になっても患者の意向を尊重した医療を行うことを目的としている

アドバンス・
ディレクティブ (AD)

代理決定者の決定

リビングウィル



アドバンス・
ケア・
プランニング
(ACP)



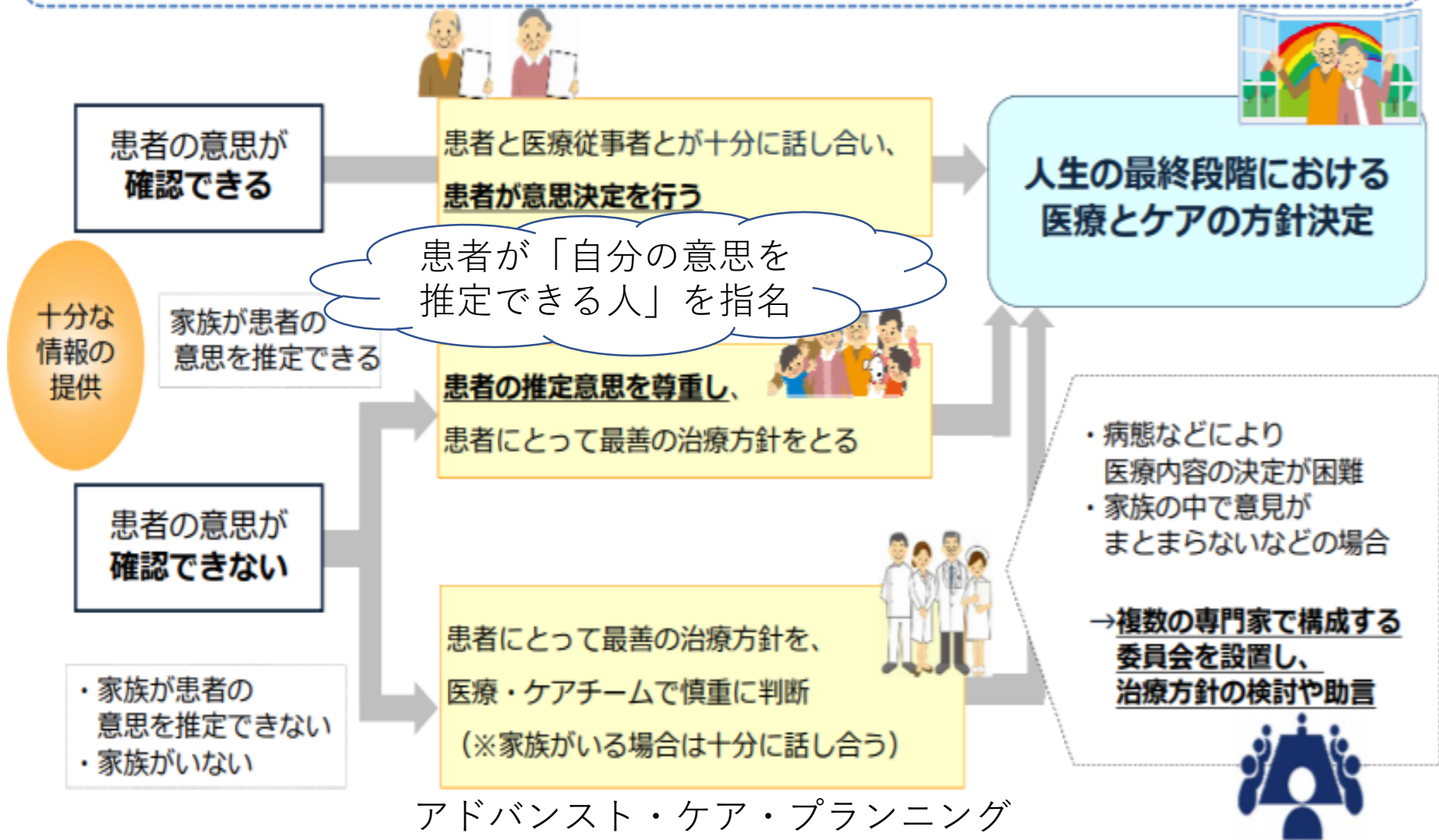
アドバンス・ケア・プランニング

Advance Care Planning(ACP) : 定義

- 今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス
 - 患者が望めば、家族や友人とともに行われる
 - 患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい。
 - ACPの話し合いは以下の内容を含む
 - 患者本人の気がかりや意向
 - 患者の価値観や目標
 - 病状や予後の理解
 - 治療や療養に関する意向や選好、その提供体制

<http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

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



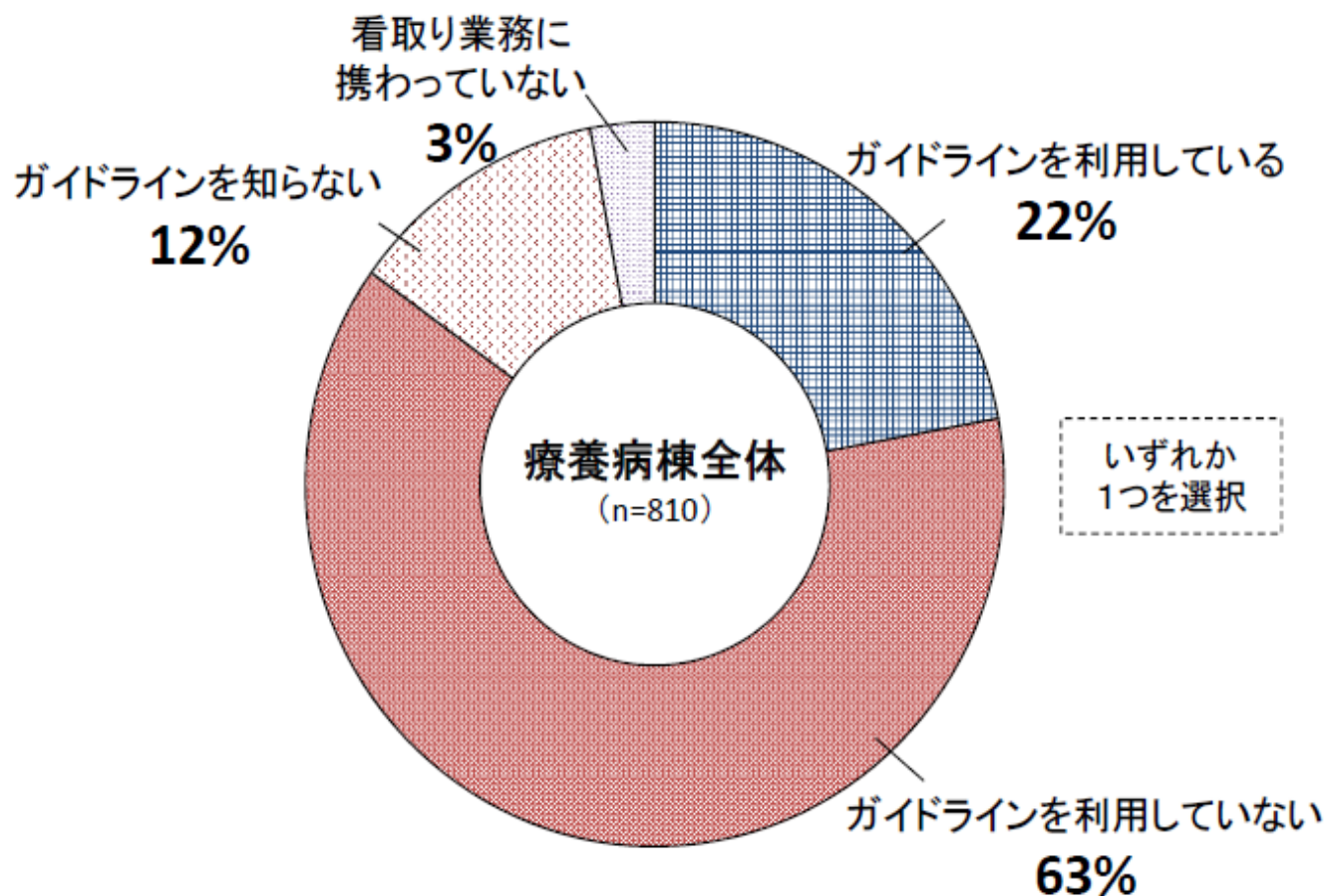
アドバンスト・ケア・プランニング

「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」
(座長、武蔵野大学法学部教授樋口範雄氏) 2017年度厚生労働省

人生の最終段階における医療の決定プロセスに関する ガイドラインの利用状況（療養病棟）

診調組 入-1
29.10.5

- 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を利用している病棟は、約2割であった。
- 「ガイドラインを知らない」とした病棟が約1割である一方、「利用していない」と回答した病棟は約6割を占めた。



2018年診療報酬改定と 新ガイドライン

- 評価された入院基本料
 - 「療養病棟入院基本料」
 - 「地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1、3」
- 訪問診療料
 - 「在宅患者訪問診療料」の「在宅ターミナルケア加算」・「訪問看護ターミナルケア療養費」など
- 要件
 - 「ターミナルケアの実施については、ガイドライン等の内容を踏まえ、患者本人およびその家族等と話し合いを行い、患者本人・家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること」

パート3

2018年介護報酬改定

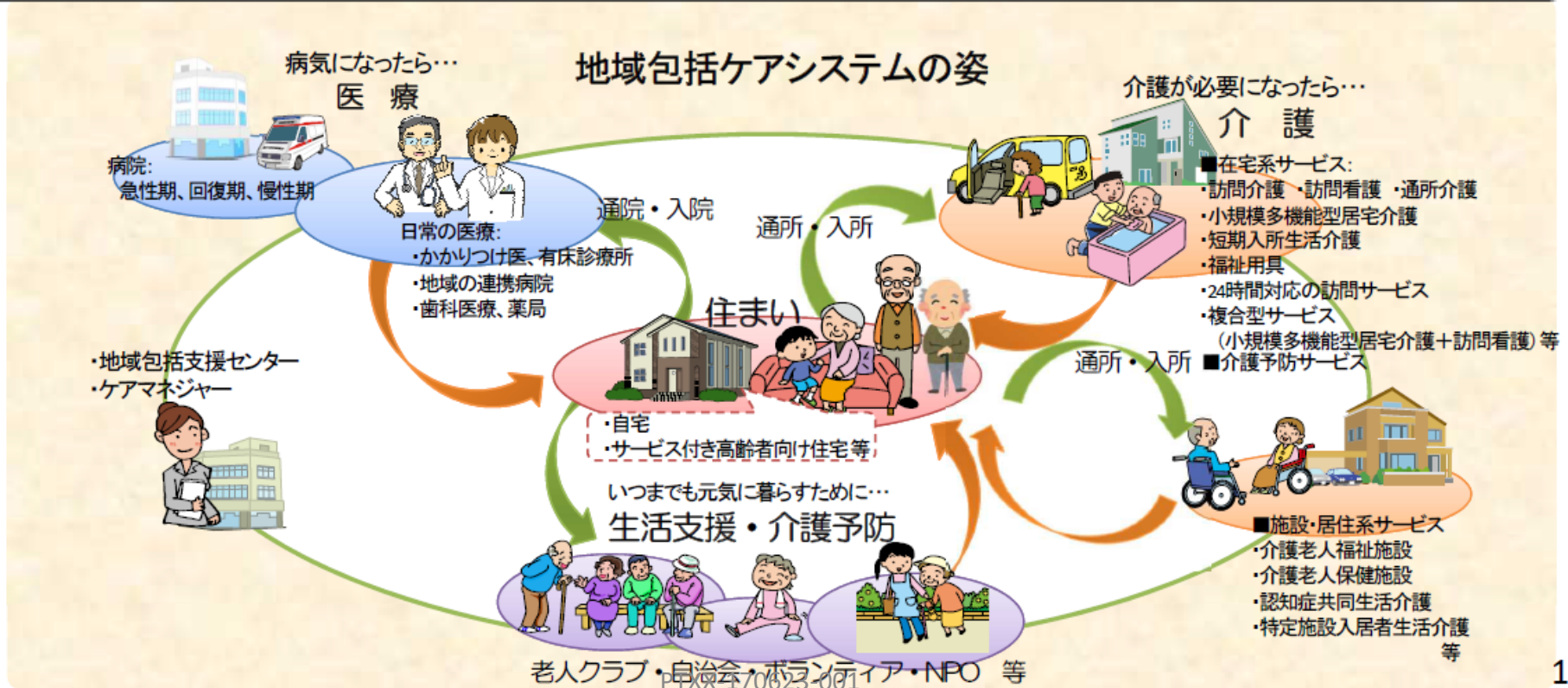


社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

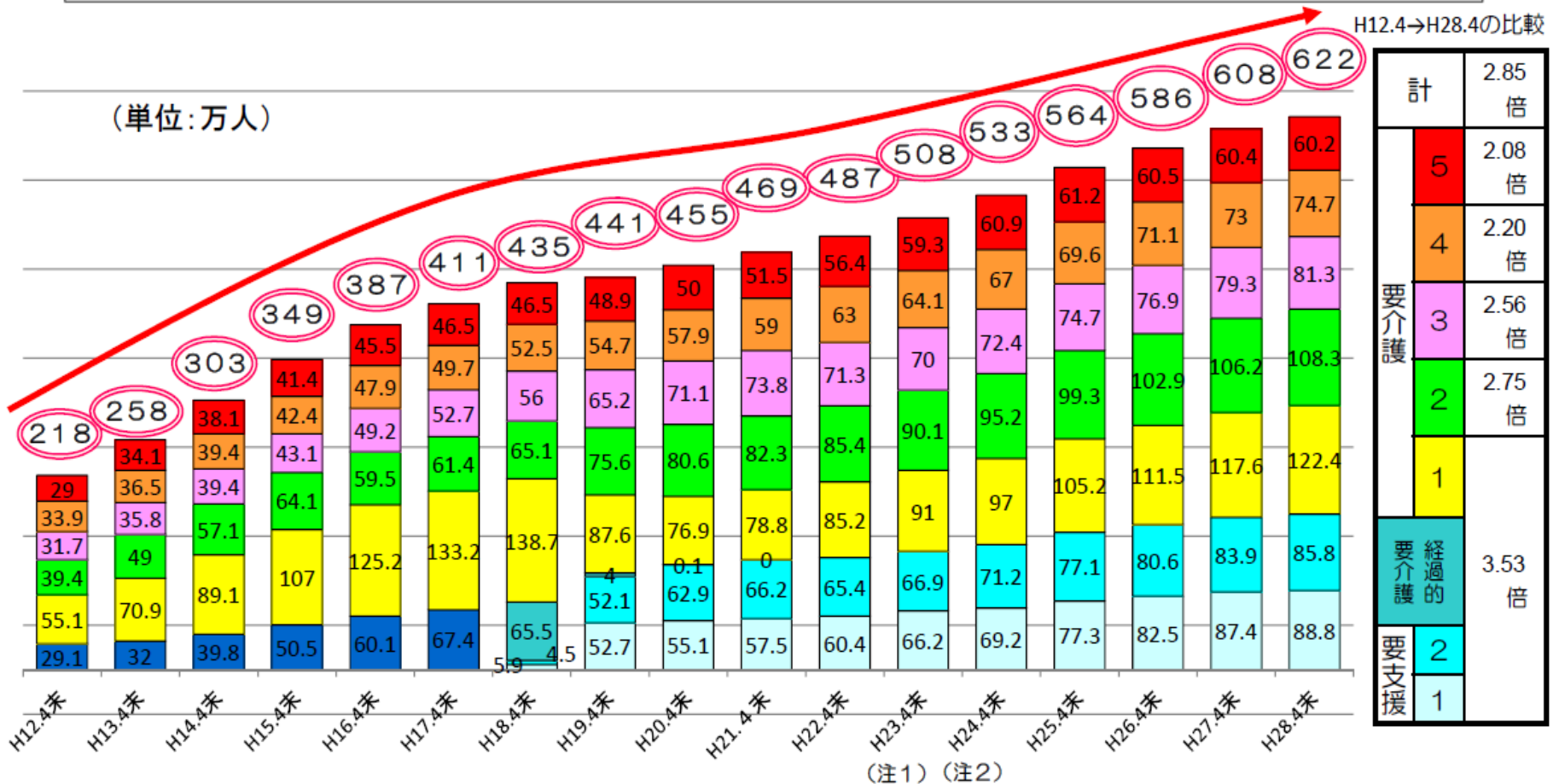
(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応 2015年介護報酬改定

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後、増大することが予測される医療ニーズを併せ持つ中重度の要介護者や認知症高齢者への対応として、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。
- 特に、24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護を始めとした包括報酬サービスの更なる機能強化等を図る。
- また、地域の拠点としての機能を発揮して中重度の要介護者の在宅での生活を支援する役割を果たす施設サービスについて、それぞれに求められる機能を更に高めていく。



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。

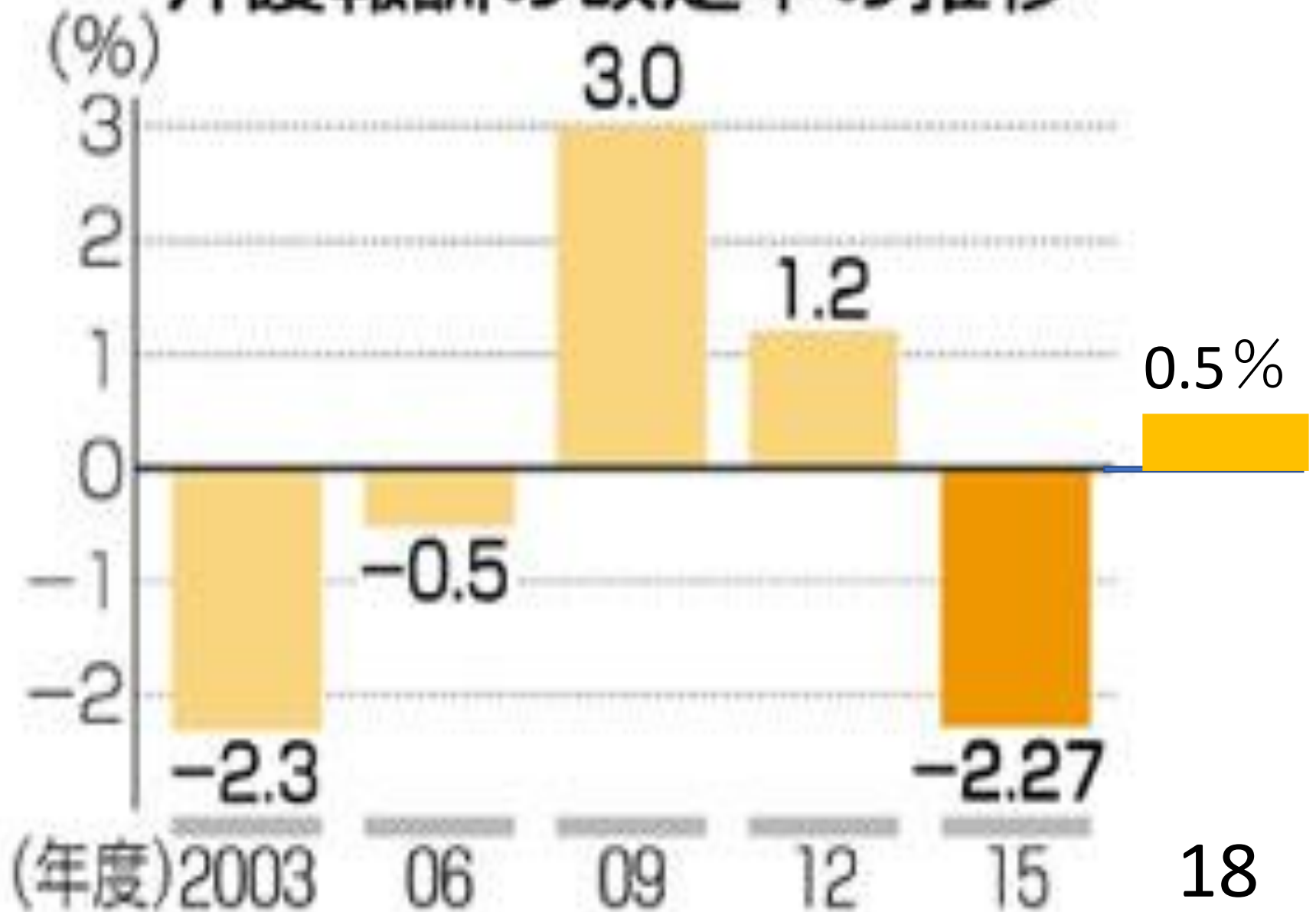
介護給付と保険料の推移

- 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6期介護保険事業計画における推計値。

介護報酬の改定率の推移



介護報酬改定の3つのポイント

ポイント① 介護医療院

ポイント② 看多機

ポイント③ 定期巡回・随時対応型訪問看護・介護サービス

ポイント①
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）

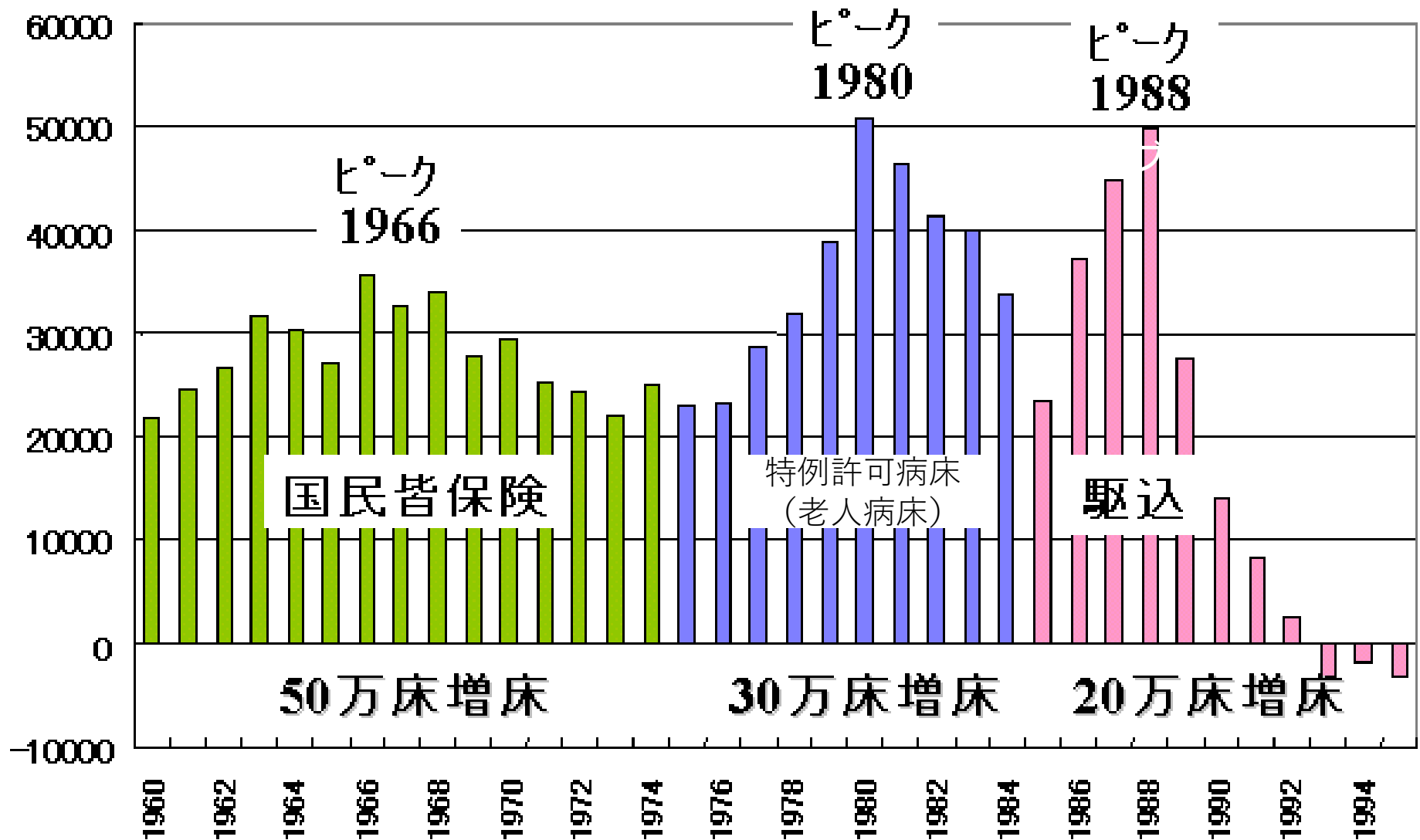
※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症患者療養病棟(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

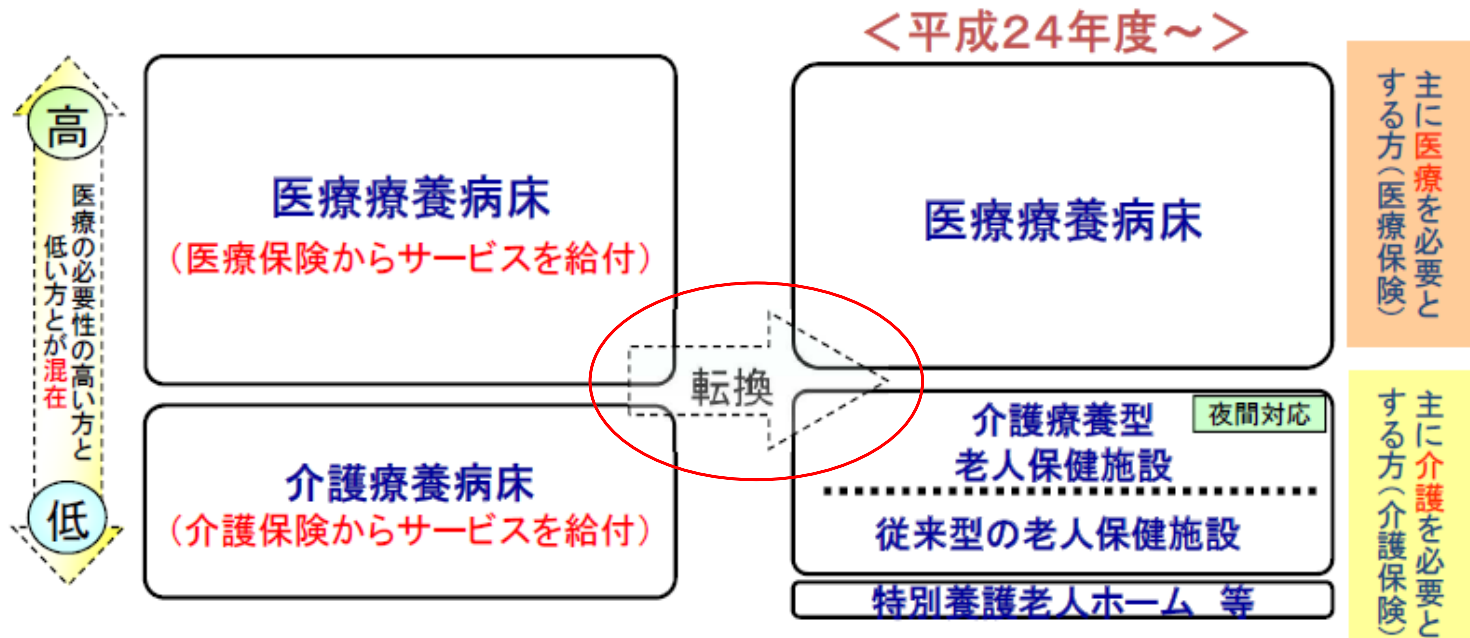
日本の増床三つのピーク



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）

医療機関
(医療療養病床
20対1)

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

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


○医療区分ⅡⅢを中心とする者
○医療の必要性が高い者



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


新(案1-1)

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




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

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



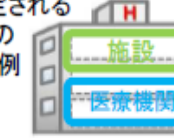
新(案1-2)

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



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


▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案2)

医療機関に併設

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



居住スペース
↑訪問診療
・医療療養病床(20対1)
・診療所(有床又は無床)

今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

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

現行の特定施設入居者生活介護

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



○医療は外部の病院・診療所から提供
●多様な介護ニーズに対応

新類型

(注) 居住スペースは、有料老人ホーム、看多機能

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

I. 医療機能を内包した施設系サービス

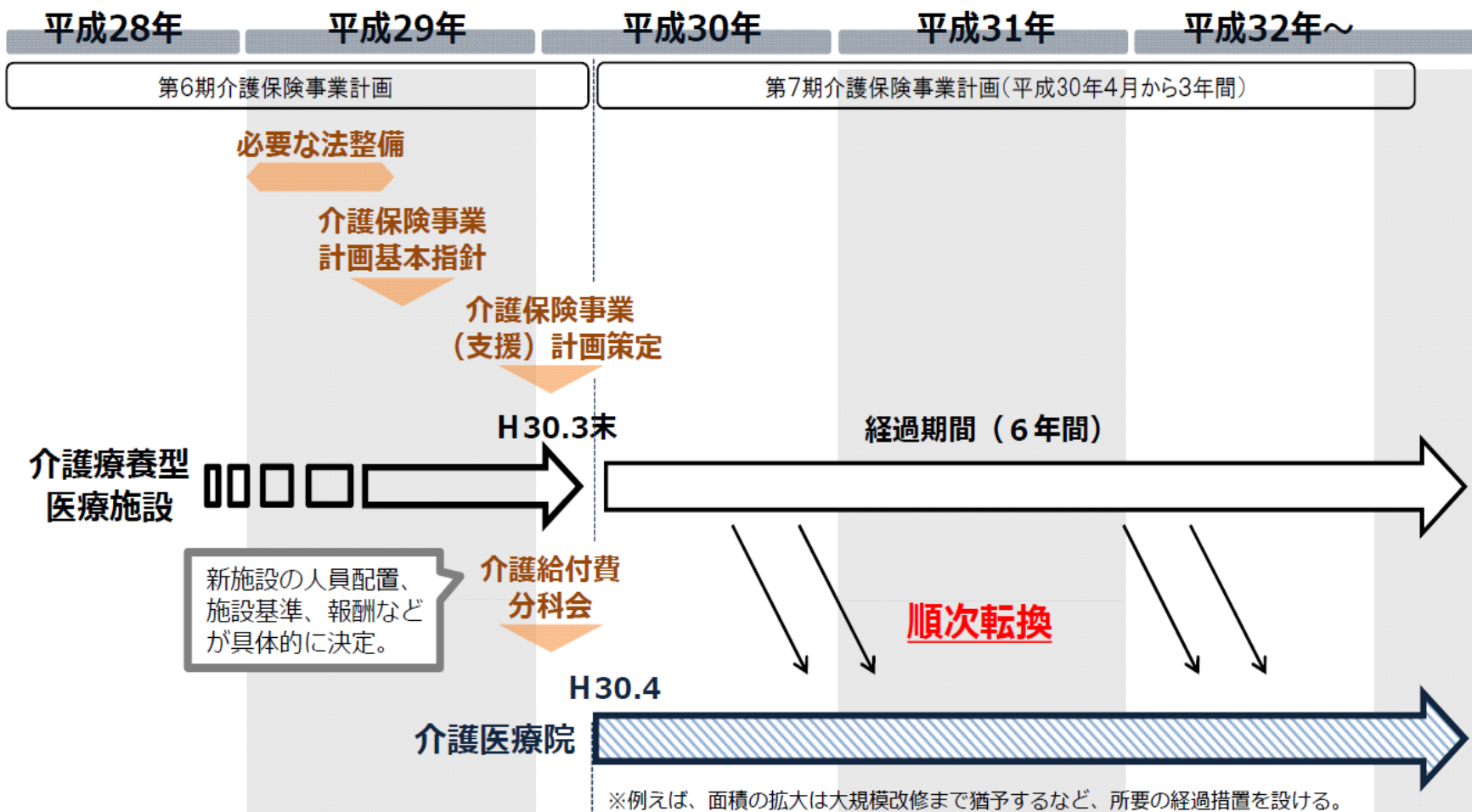
- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	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> <p>医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1</p>	<p>老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)</p> <p>医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※ うち看護2/7程度</p>
	<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 3対1 6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)
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	
構造設備	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

介護医療院等への転換について

論点3

- 社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」での議論等を踏まえ、介護療養型医療施設及び医療療養病床（以下、療養病床等という。）から介護医療院への転換を円滑かつ早期に行うことを可能とする観点から、これまでの転換支援策を参考に同様の手当を行うとともに、新たに報酬上の支援策を設けてはどうか。
- 併せて、介護療養型老人保健施設から介護医療院に転換する場合についても、円滑に行うことを可能とする観点から、どのように考えるか。

対応案

- 療養病床等から介護医療院等に転換する場合について、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和等、現行の療養病床等が転換するにあたり配慮が必要な事項については、基準の緩和等を行うこととしてはどうか。
- また、介護医療院が新たな制度として始まることを踏まえ、療養病床等から介護医療院への転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みについて、最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り算定可能な加算を新設してはどうか。ただし、当該加算については介護医療院の認知度が高まると考えられる平成33年3月末までの期限を設けてはどうか。
- 介護療養型老人保健施設についても、上記と同様の転換支援策を用意するとともに、転換前の療養病床等では有していたが転換の際に一部撤去している可能性がある設備等については、サービスに支障の無い範囲で配慮を行うこととしてはどうか。

介護医療院の給付額決まる



2018年介護給付費分科会

23. 介護医療院 ②介護医療院の基本報酬等

概要

介護医療院の基本報酬及び加算等については、介護療養病床と同水準の医療提供が求められることや介護療養病床よりも充実した療養環境が求められること等を踏まえ、以下のとおりとする。

ア 基本報酬の基準

介護医療院の基本報酬に求められる基準については、

- ・ I型では現行の介護療養病床（療養機能強化型）を参考とし、
- ・ II型では介護老人保健施設の基準を参考としつつ、24時間の看護職員の配置が可能となることに考慮し設定することとする。

その上で、介護医療院の基本報酬については、I型、II型に求められる機能を踏まえ、それぞれに設定される基準に応じた評価を行い、一定の医療処置や重度者要件等を設けメリハリをつけた評価とするとともに、介護療養病床よりも療養室の環境を充実させていることも合わせて評価することとする。

単位数

○ 基本報酬（多床室の場合）（単位／日）

	(新設)					
	I型療養床			II型療養床		
	I型介護医療院 サービス費(I) (療養機能強化型A相当) (看護6:1介護4:1)	I型介護医療院 サービス費(II) (療養機能強化型B相当) (看護6:1介護4:1)	I型介護医療院 サービス費(III) (療養機能強化型B相当) (看護6:1介護5:1)	II型介護医療院 サービス費(I) (転換老健相当) (看護6:1介護4:1)	II型介護医療院 サービス費(II) (転換老健相当) (看護6:1介護5:1)	II型介護医療院 サービス費(III) (転換老健相当) (看護6:1介護6:1)
要介護1	803	791	775	758	742	731
要介護2	911	898	882	852	836	825
要介護3	1,144	1,127	1,111	1,056	1,040	1,029
要介護4	1,243	1,224	1,208	1,143	1,127	1,116
要介護5	1,332	1,312	1,296	1,221	1,205	1,194

※ 療養室等の療養環境の基準を満たさない場合には25単位を減算する。

介護医療院のポイント

- **【移行定着支援加算】93単位/日**
 - 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
 - ただし最初の3年の中で、転換後1年のみ。
- 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
- 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
- 従来介護療養病床の基本報酬は適正化？
- 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



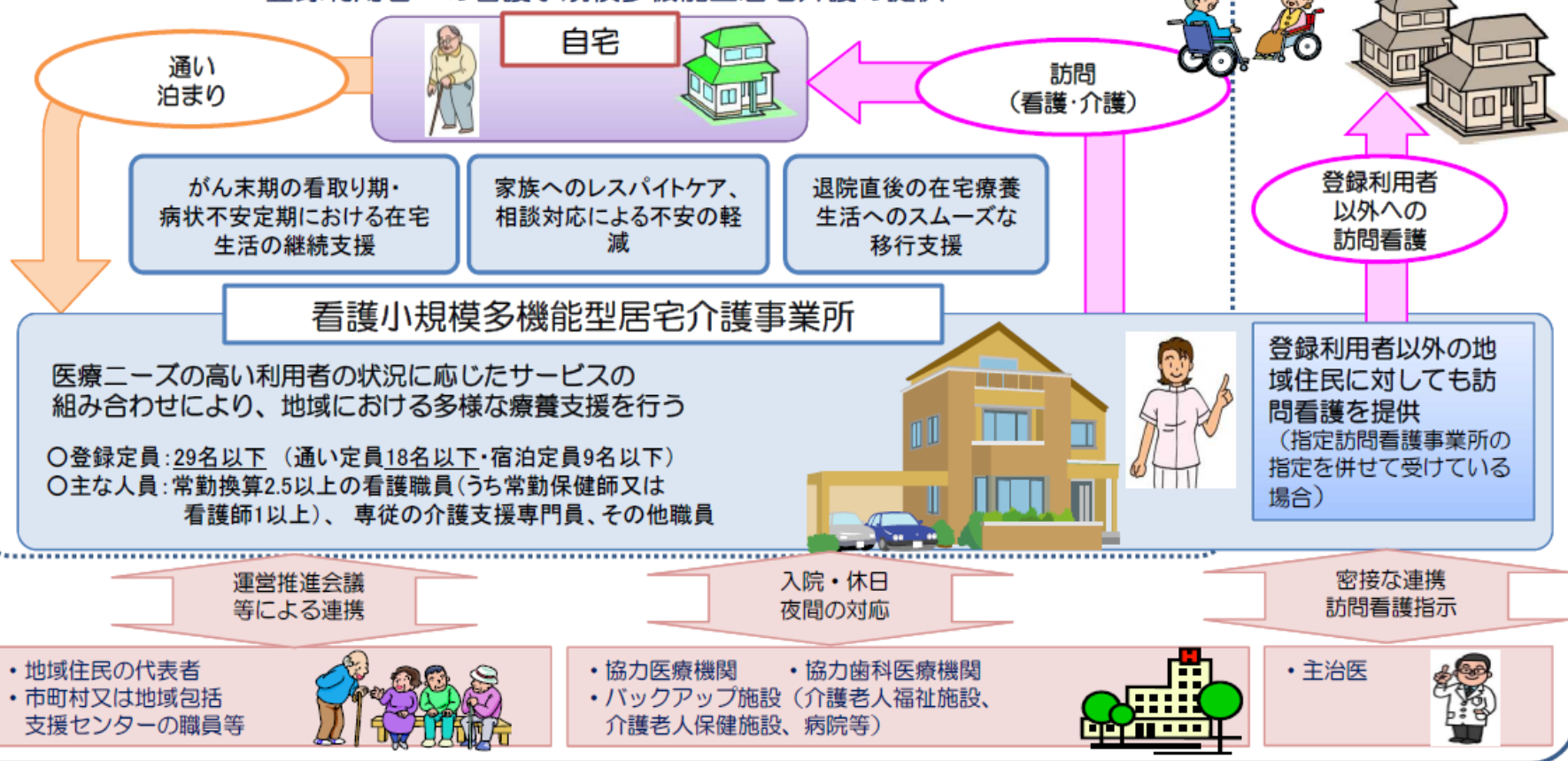
日本慢性医療協会会長
武久洋三氏（2017年6月22日）

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。

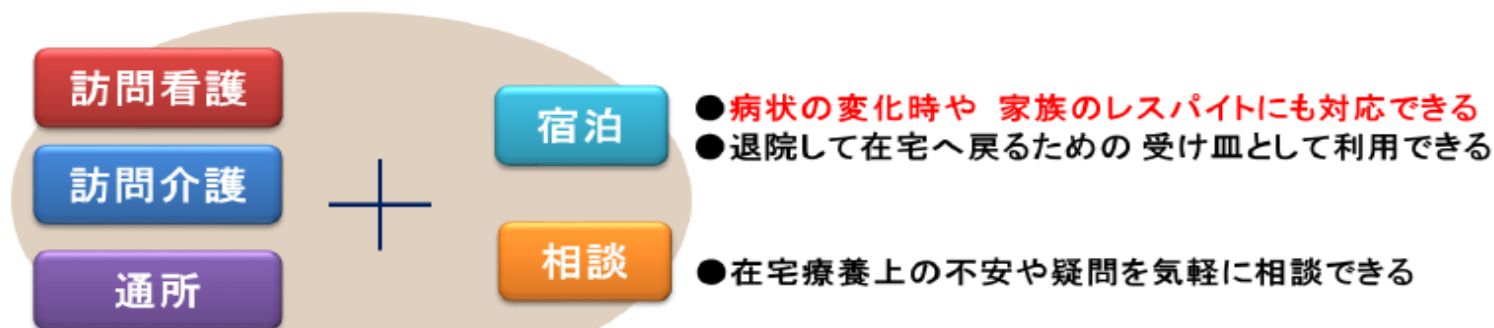
○ 看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、「通い」、「泊まり」、「訪問(看護・介護)」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状態に即応できるサービスを組み合わせることができる。

➤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)



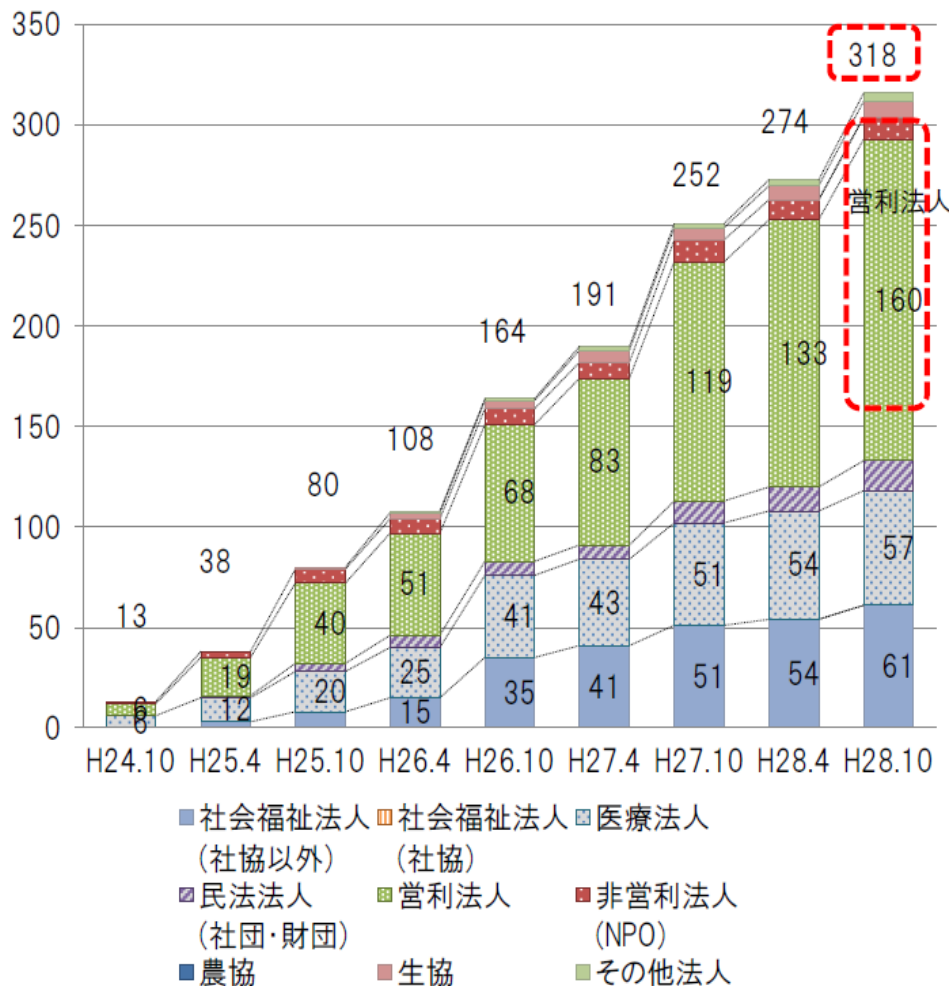
日看協常任理事の齋藤訓子氏



看護小規模多機能型居宅介護の事業所数等

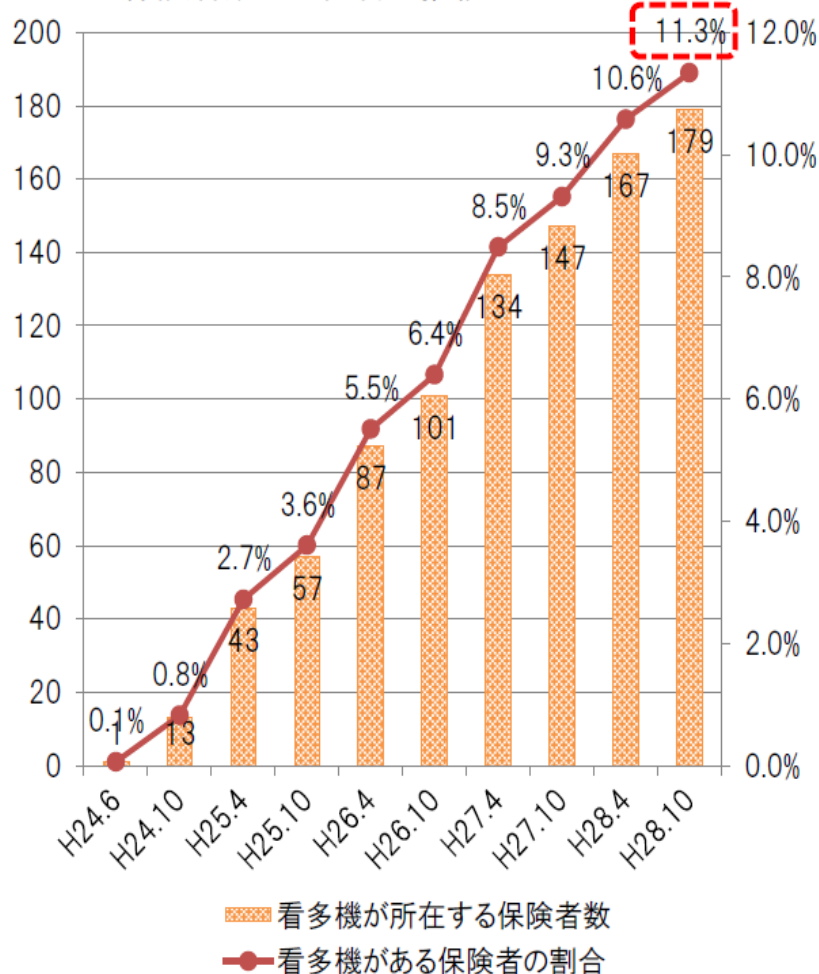
- 請求事業所数は318ヶ所であり、年々増加している。開設主体別にみると営利法人が最も多い。
- 看護小規模多機能型居宅介護事業所がある保険者の割合は11%であり、看護小規模多機能型居宅介護事業所がない保険者がほとんどである。

■ 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

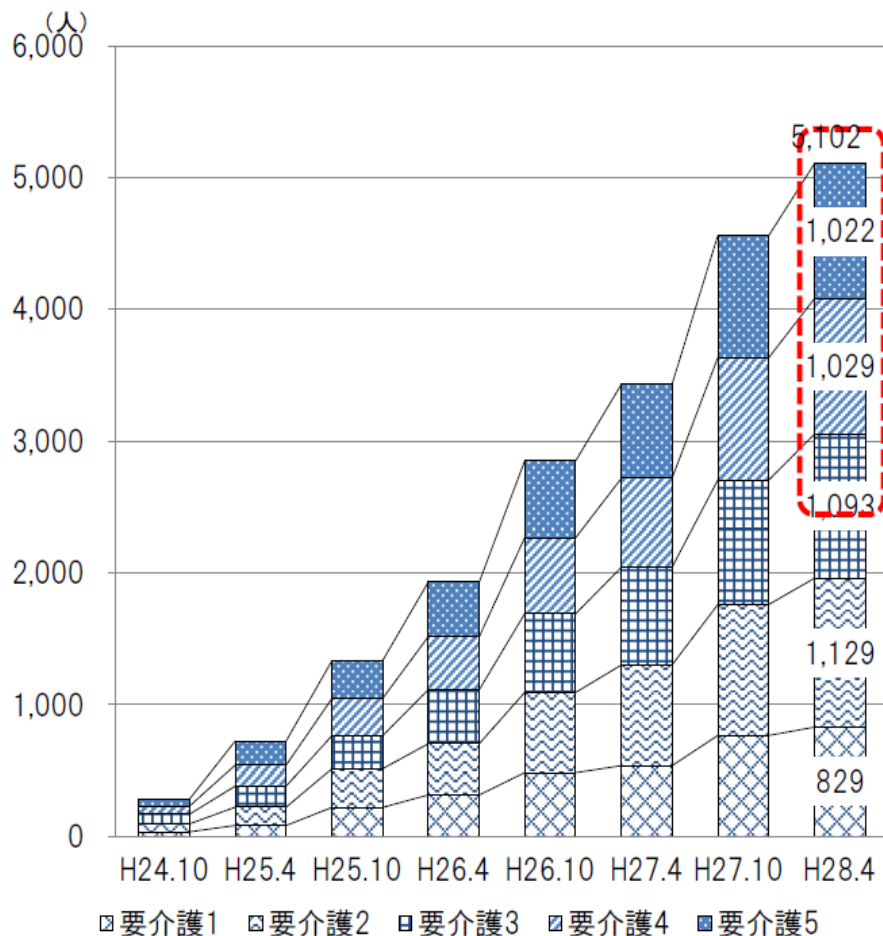


【出典】老健局老人保健課調べ

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。

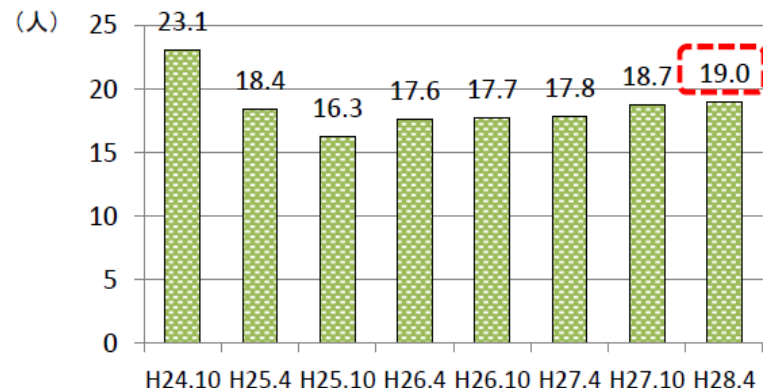
■ 看護小規模多機能型居宅介護の受給者数の推移(要介護別)



注)短期利用居宅介護の受給者を除く。

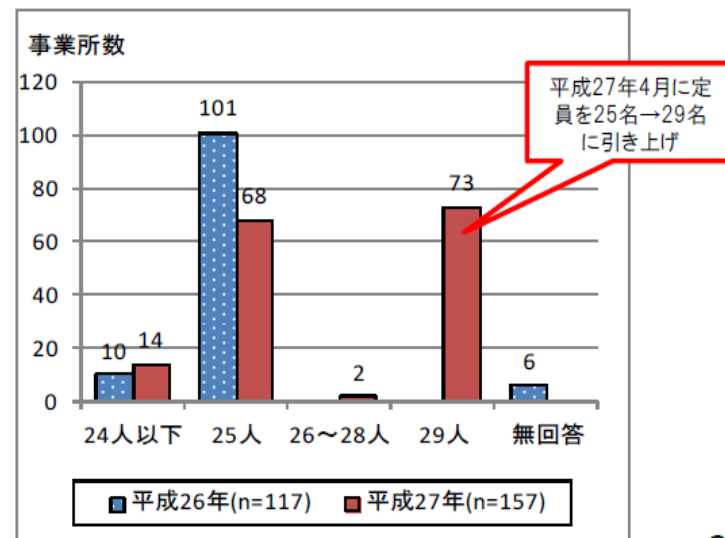
【出典】介護給付費実態調査

■ 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）

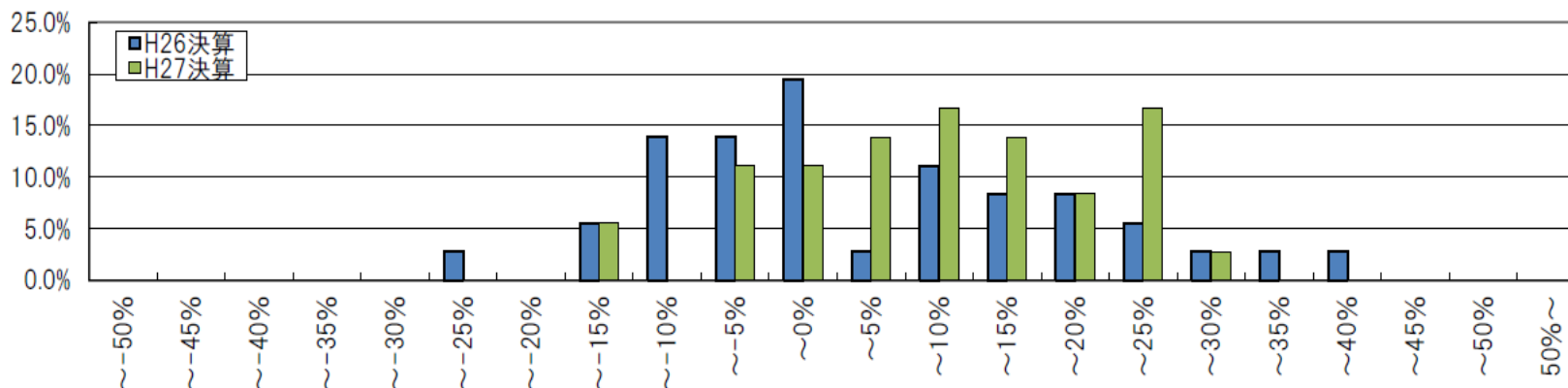
○ 看護小規模多機能型居宅介護の収支差率は6.3%(参考値)に改善している。

■ 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

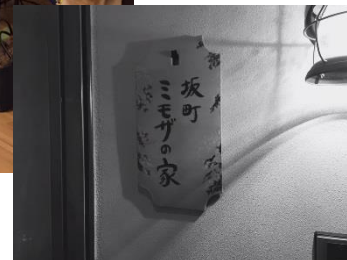
サービスの種類	28年度 概況調査		
	26年度 決算	27年度 決算	対26年度 増減
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	※△1.7% (※△1.9%)	※6.8% (※6.5%)	+8.5%
夜間対応型訪問介護	※7.1% (※7.0%)	※3.6% (※3.6%)	△3.5%
認知症対応型通所介護	6.9% (6.6%)	6.0% (5.7%)	△0.9%
小規模多機能型居宅介護	5.2% (4.9%)	5.4% (5.2%)	+0.2%
認知症対応型共同生活介護	6.2% (5.1%)	3.8% (2.5%)	△2.4%
地域密着型特定施設入居者生活介護	※5.6% (※5.3%)	※5.2%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



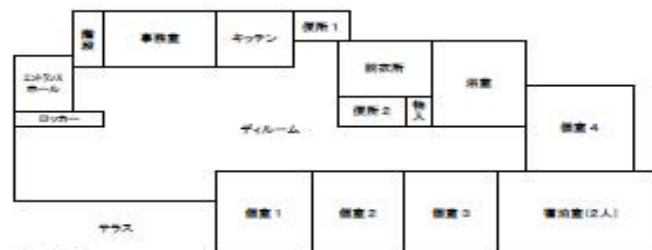
＜事業運営上のポイント＞

- 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

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＞

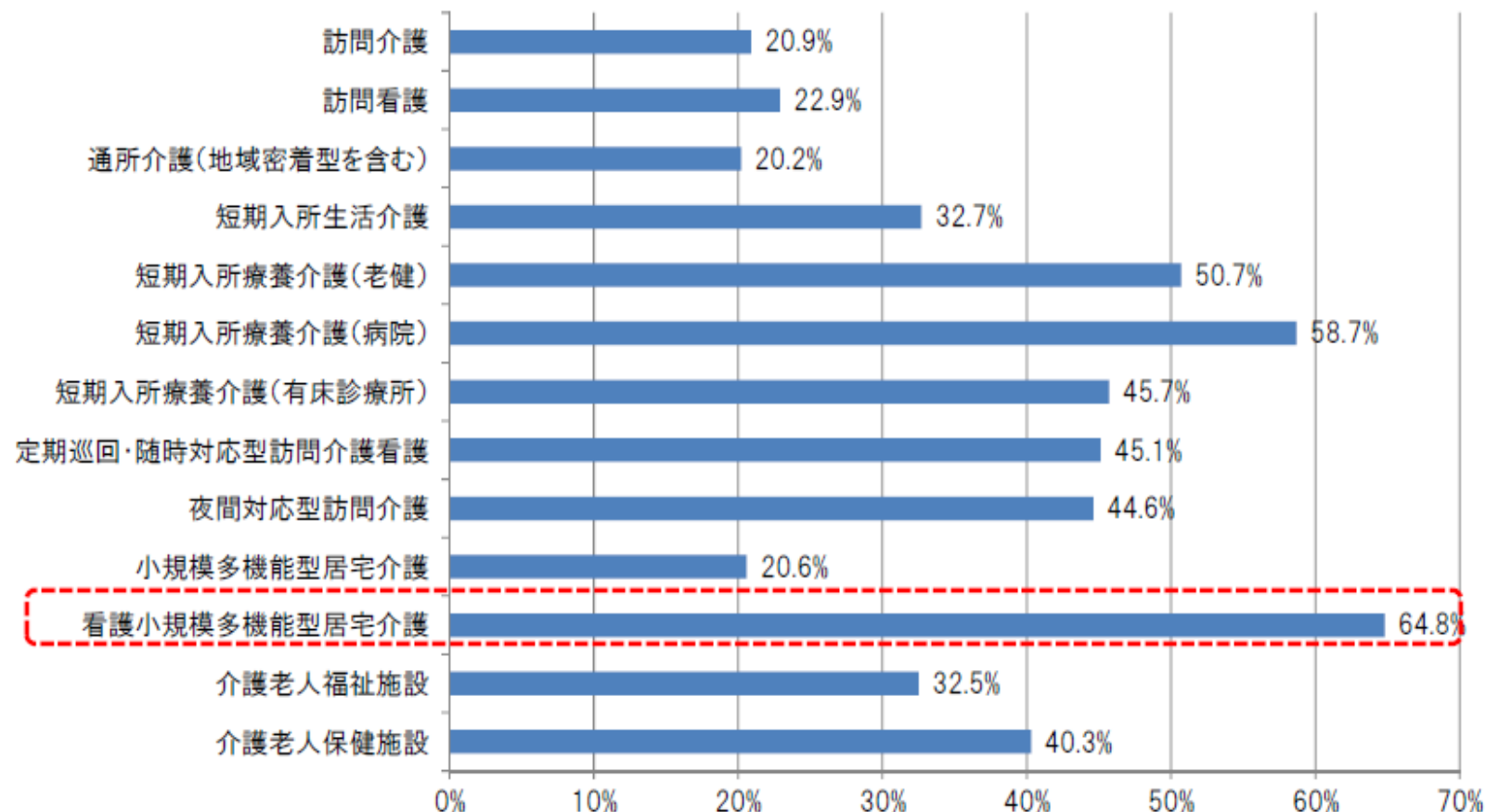
○事業開始時支援加算については、少しでも参入をふやすことを考えると、期間延長も視野に入れた検討も必要ではないか。

○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

伸び悩む看多機

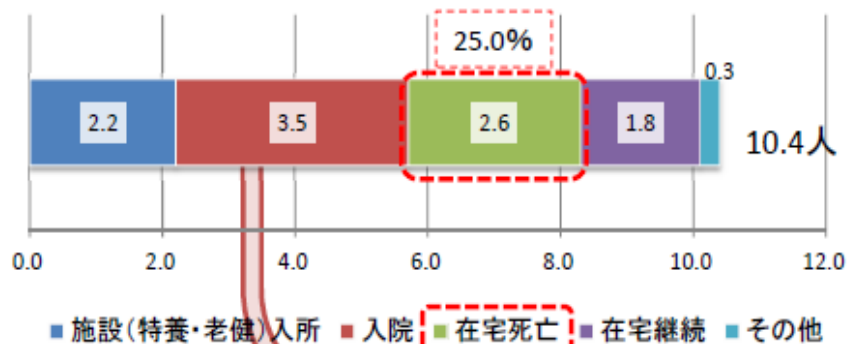
- 2017年11月8日の会合で厚労省は、看護小規模多機能型居宅介護（看多機）に関する見直し案も示した
- 看多機事業所数が伸び悩んでおり、全国357施設（今年3月末現在）にとどまることから同省は、以下を提案している
 - 診療所からの参入を促すために基準を緩和させる
 - 人員基準が緩いサテライト事業所の設置を認める
- このうち、診療所からの新規参入を促す施策について
 - 看多機の利用者専用の宿泊室として「1室」を確保すれば、残りを病床として活用できるルールにする
 - 個人で開設する診療所でも看多機の指定を受けられるルールにする（現在は法人でないと指定を申請できない）

看多機と看取り機能

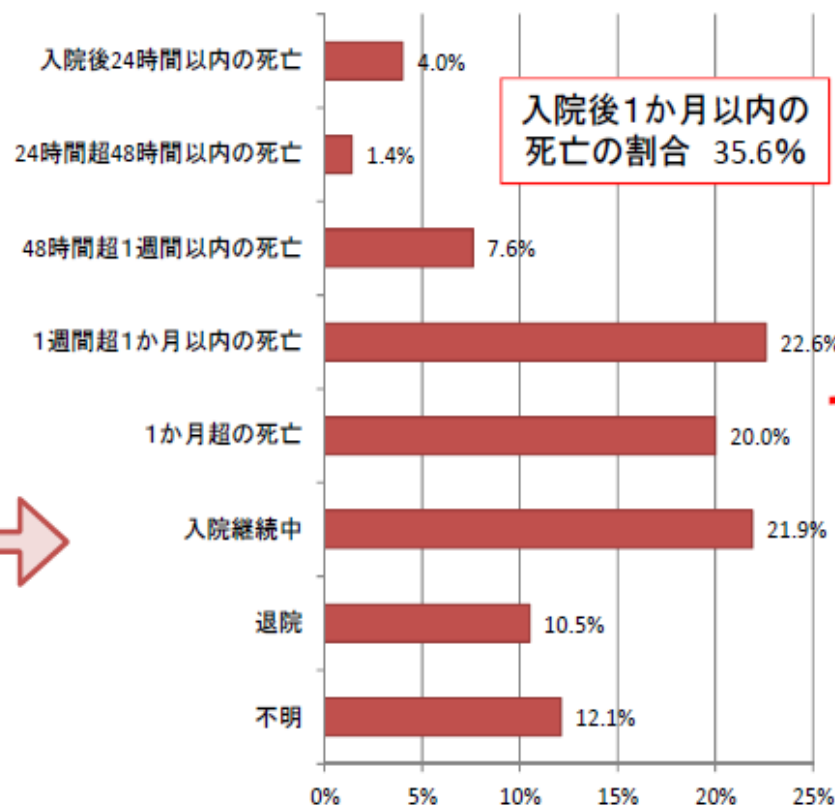
利用終了者及び入院後の死亡の状況

- 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)



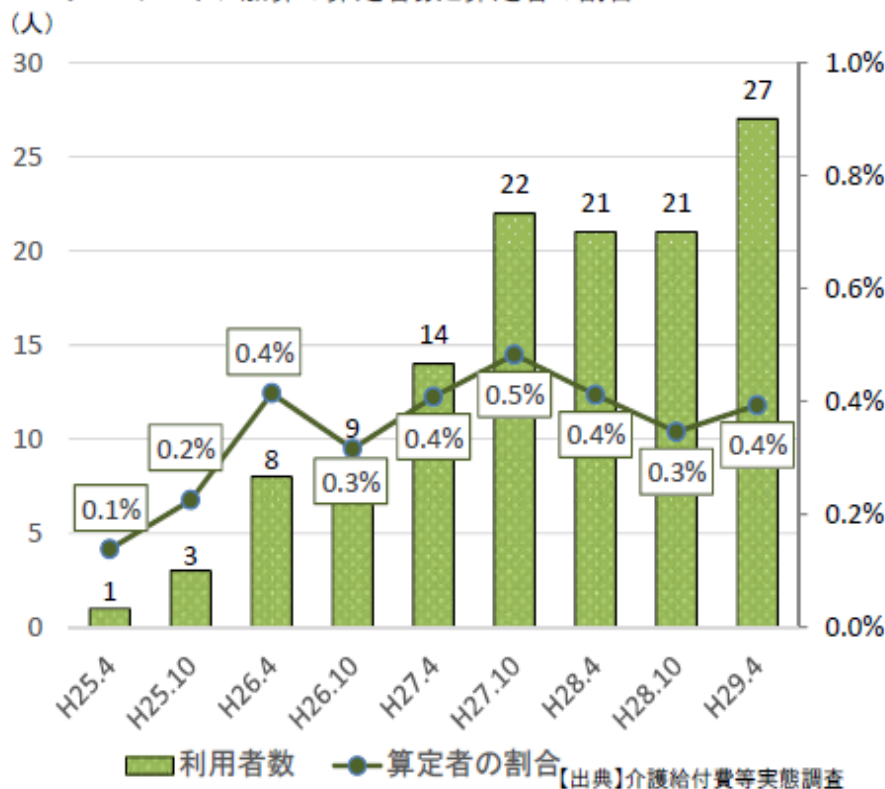
■ 病院・診療所への入院による看護小規模多機能型居宅介護の利用終了者(平成28年8月～平成29年7月)の死亡の状況(109事業所、421人)



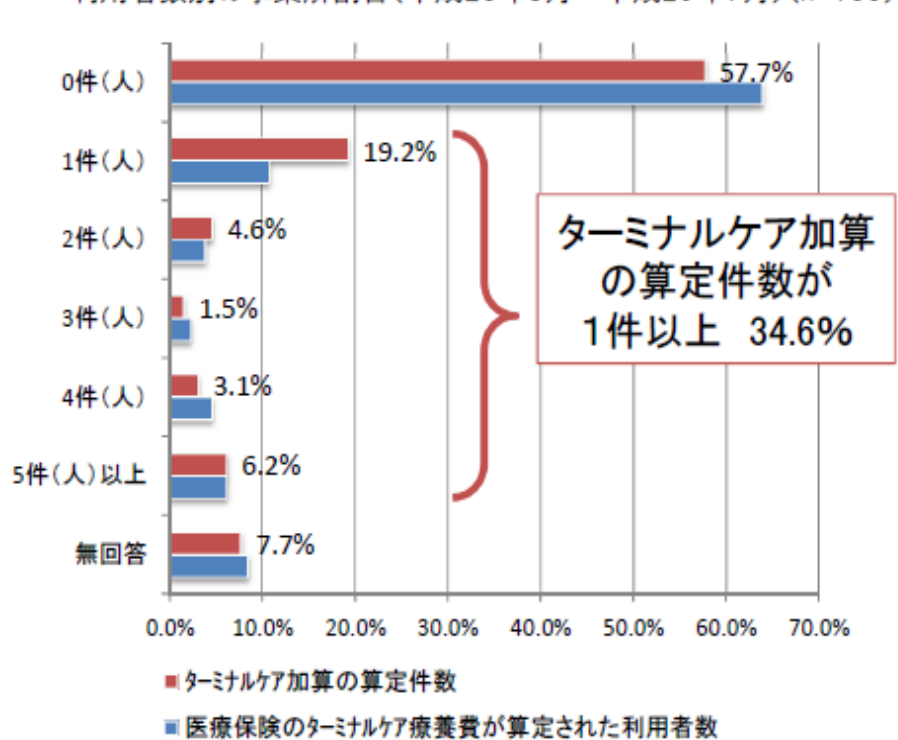
ターミナルケア加算の算定等について

○ 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

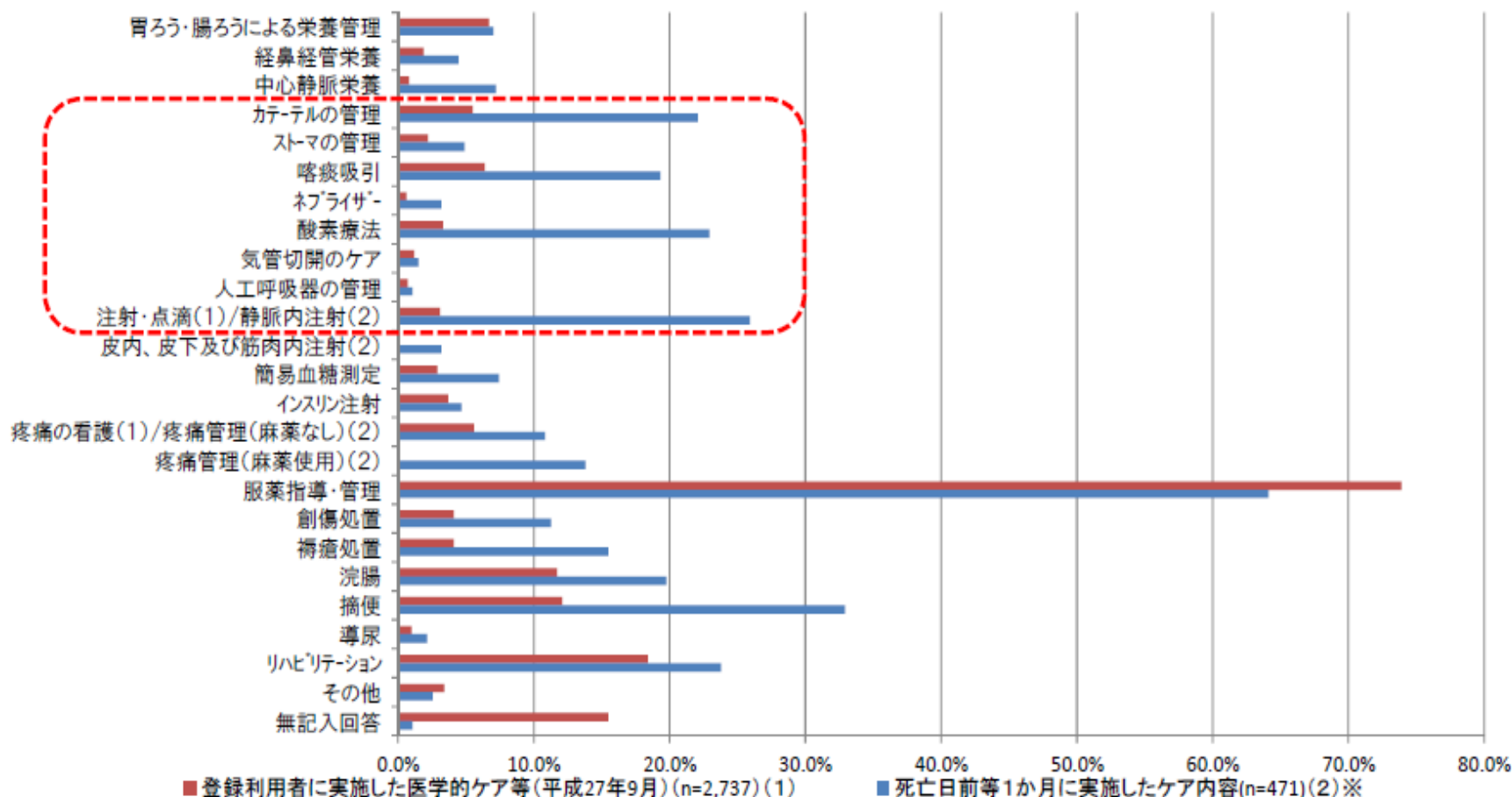
(注)ターミナルケア加算とは、基準に適合している指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が、在宅又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所で死亡した利用者に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日(死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者(末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める状態にある者に限る。)に対して訪問看護を行っている場合にあっては、1日)以上ターミナルケアを行った場合(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所以外の場所で死亡した場合を含む。)に加算する。

(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。

サテライト看多機

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。

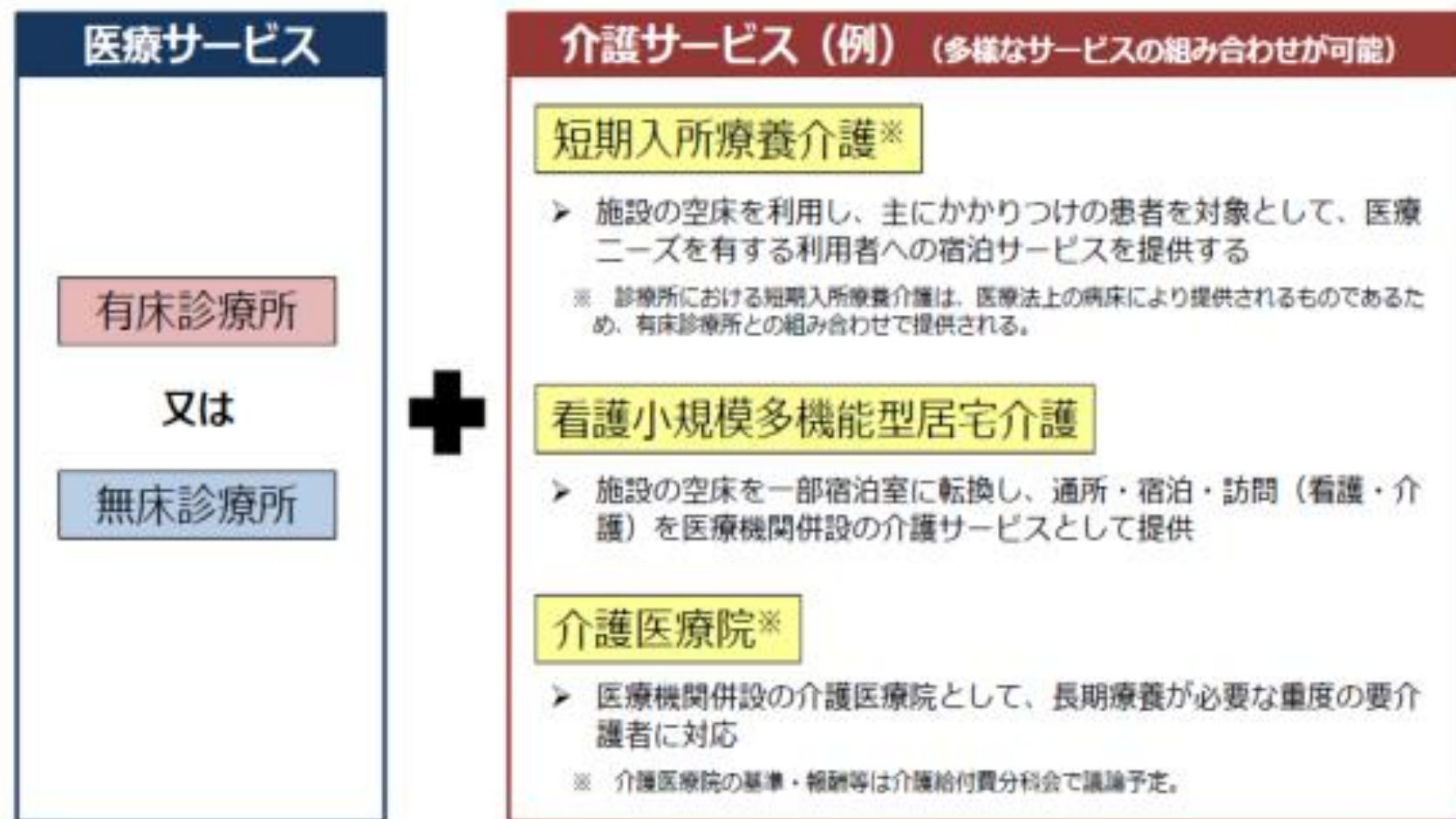
対応案

- 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。

有床診療所の地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）の具体例（案）

- 有床診療所の地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）については、施設の空床利用や、病床の介護サービスベッドとしての活用などにより、医療と介護を組み合わせたサービスの提供が考えられる。

＜地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）の具体例＞



事業開始時支援加算は廃止？

- 厚労省は、事業開始時支援加算（事業開始後1年未満で登録する利用者数を月500単位を超えた事業所のサービス費に月500単位を超過する事業所）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、看多機の事業所数がまだ少ないことから延長を求めました。
- そのほかに看多機の体制強化に加算によるサービス（1カ月あたり1回）が一定以上の利用者へのサービス提供を促すこと、訪問算加算の算入を促すこと、中山間地域等にも示しています。

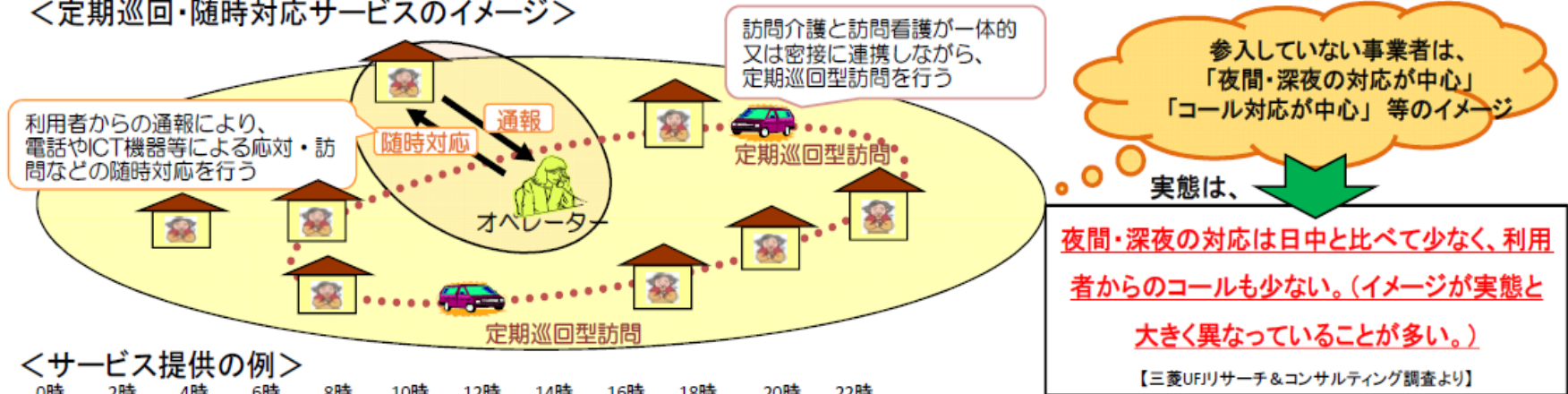
ポイント③

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＞



＜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												

水分補給 更衣介助

通所介護

排泄介助 食事介助

排泄介助 食事介助 体位交換

体位交換 水分補給

定期巡回

随時訪問

訪問看護

- ・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。

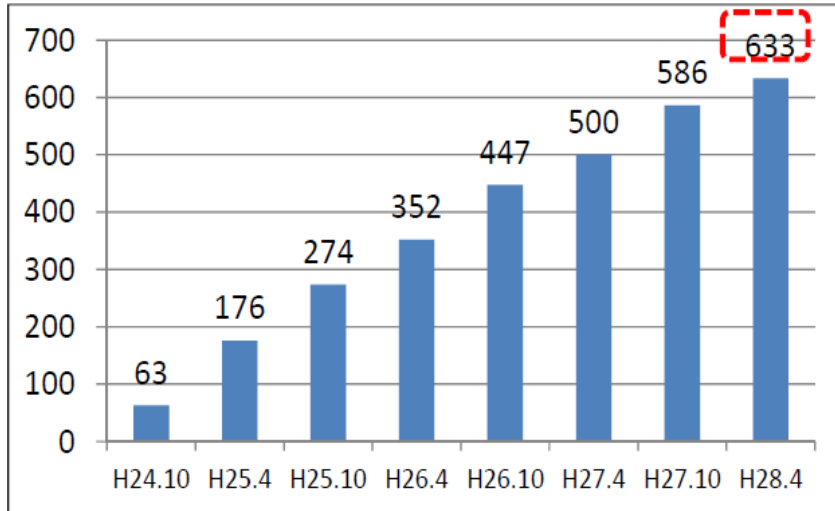
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護（24時間サービス）

- 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。

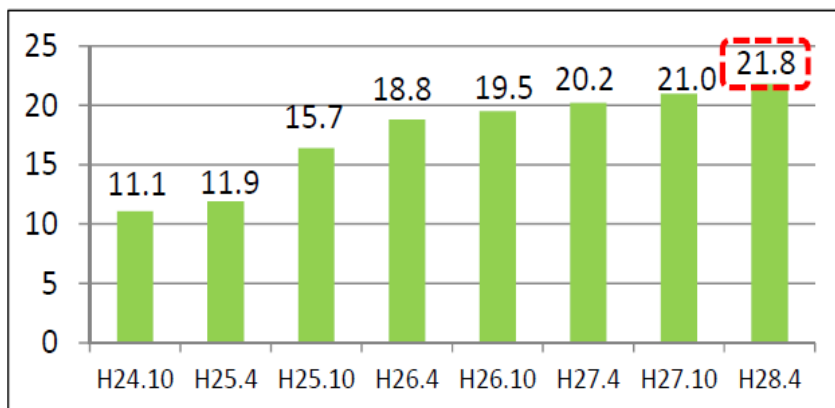
定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所数・利用者数等

- 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。

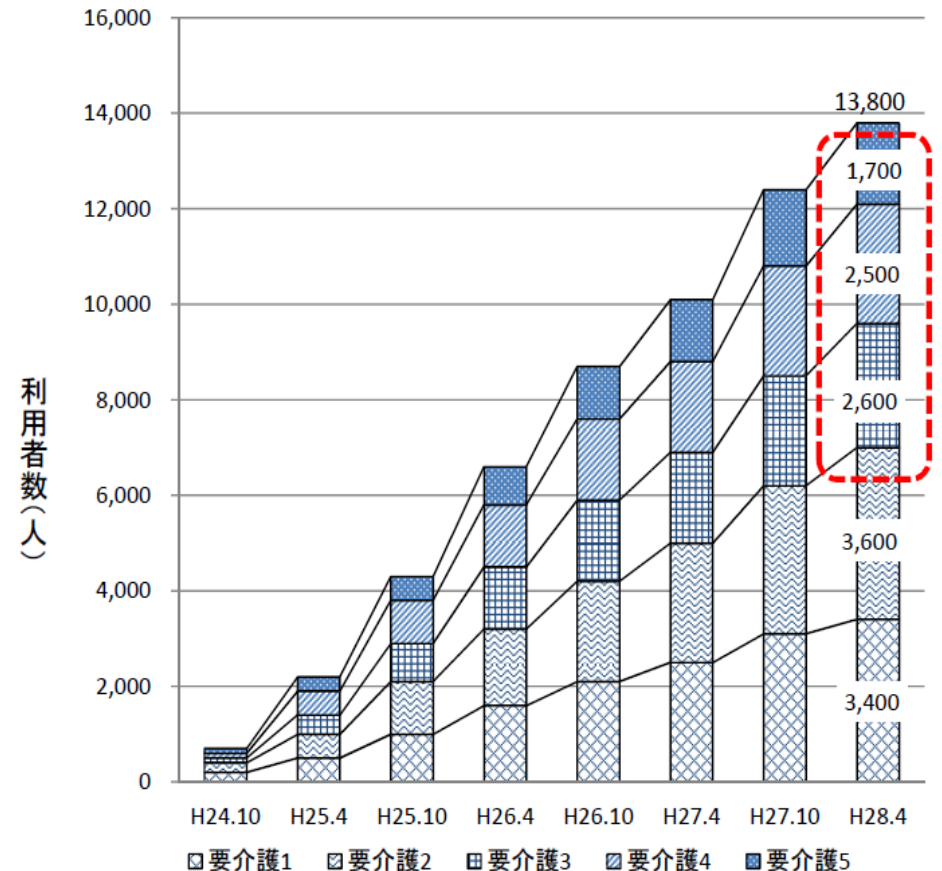
■ 事業所数の推移



■ 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

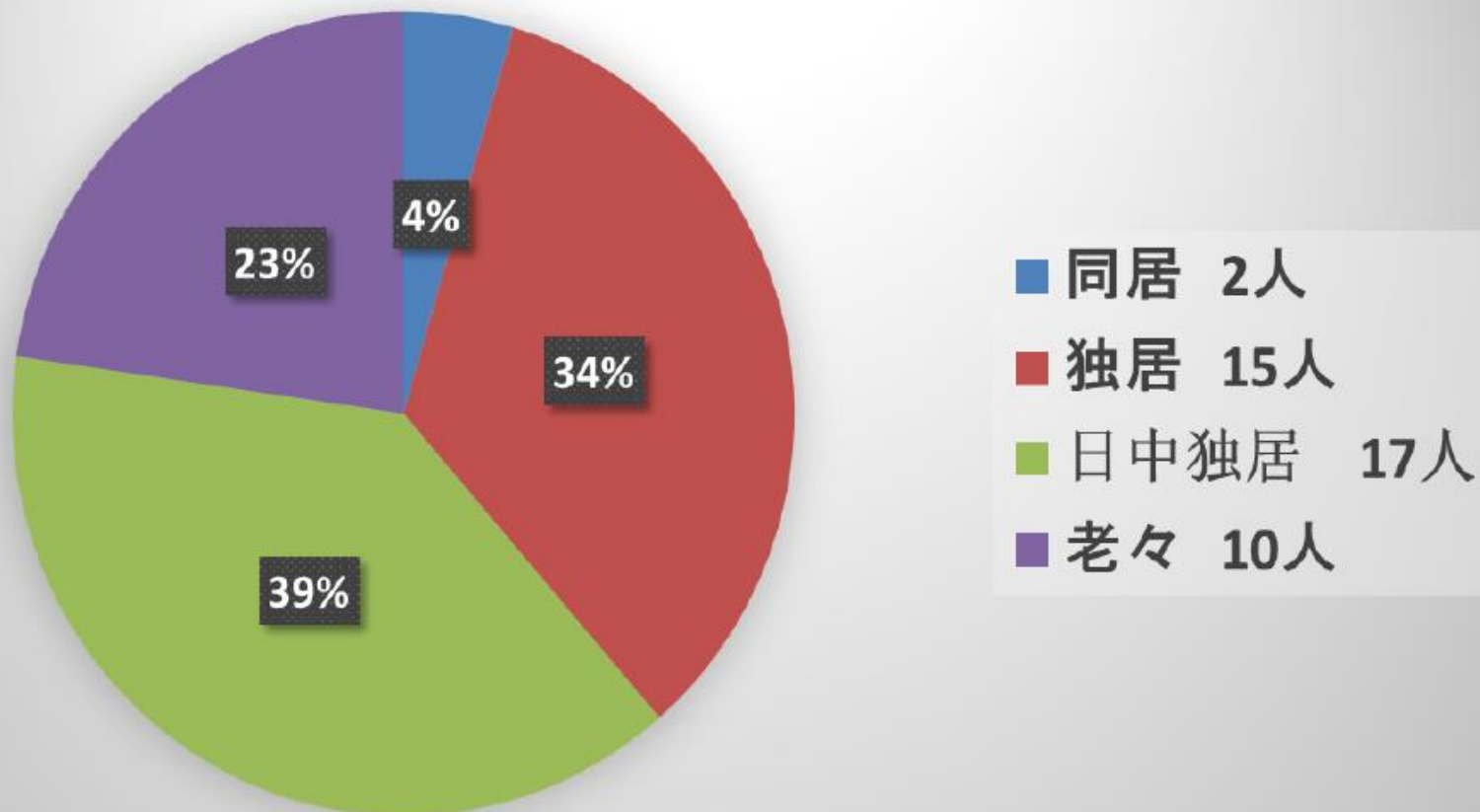
定期巡回・随時訪問介護は安心と安全を支える信頼の絆



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

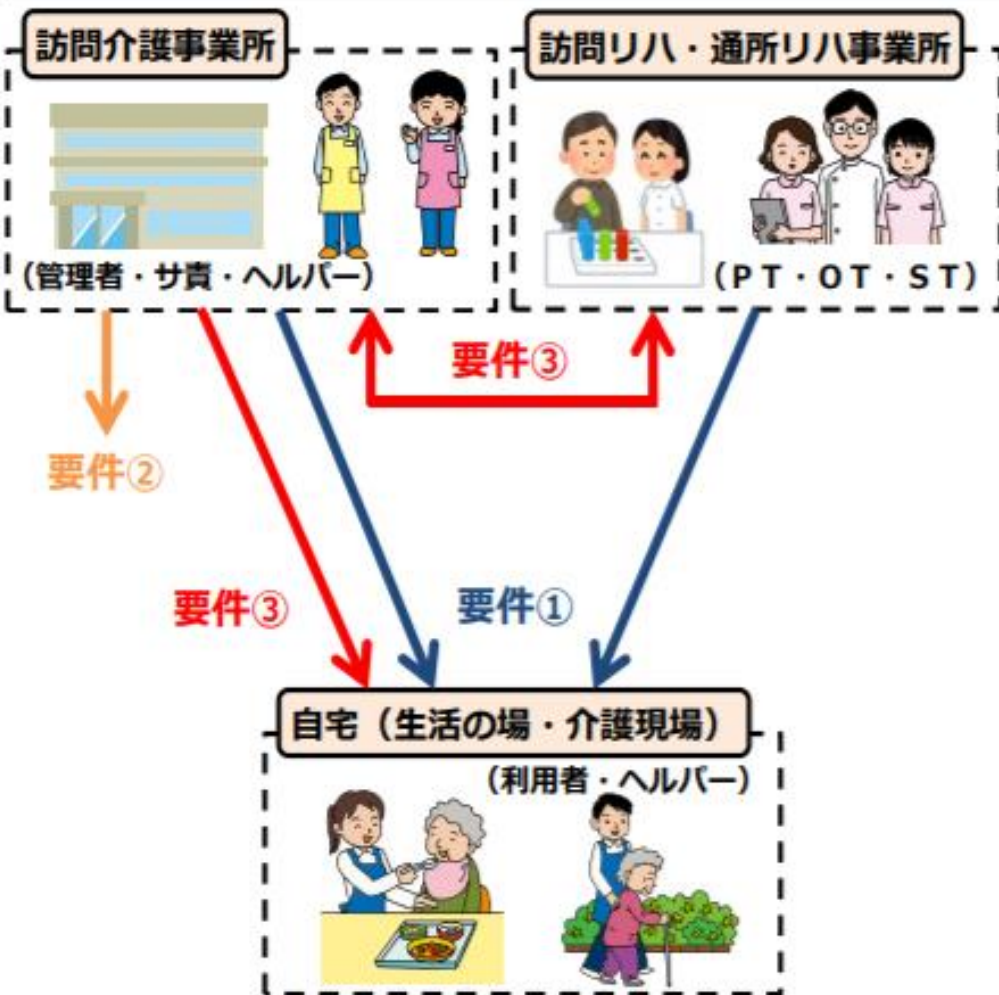
○生活機能向上連携加算の創設

- 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

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。

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	<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	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"> 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

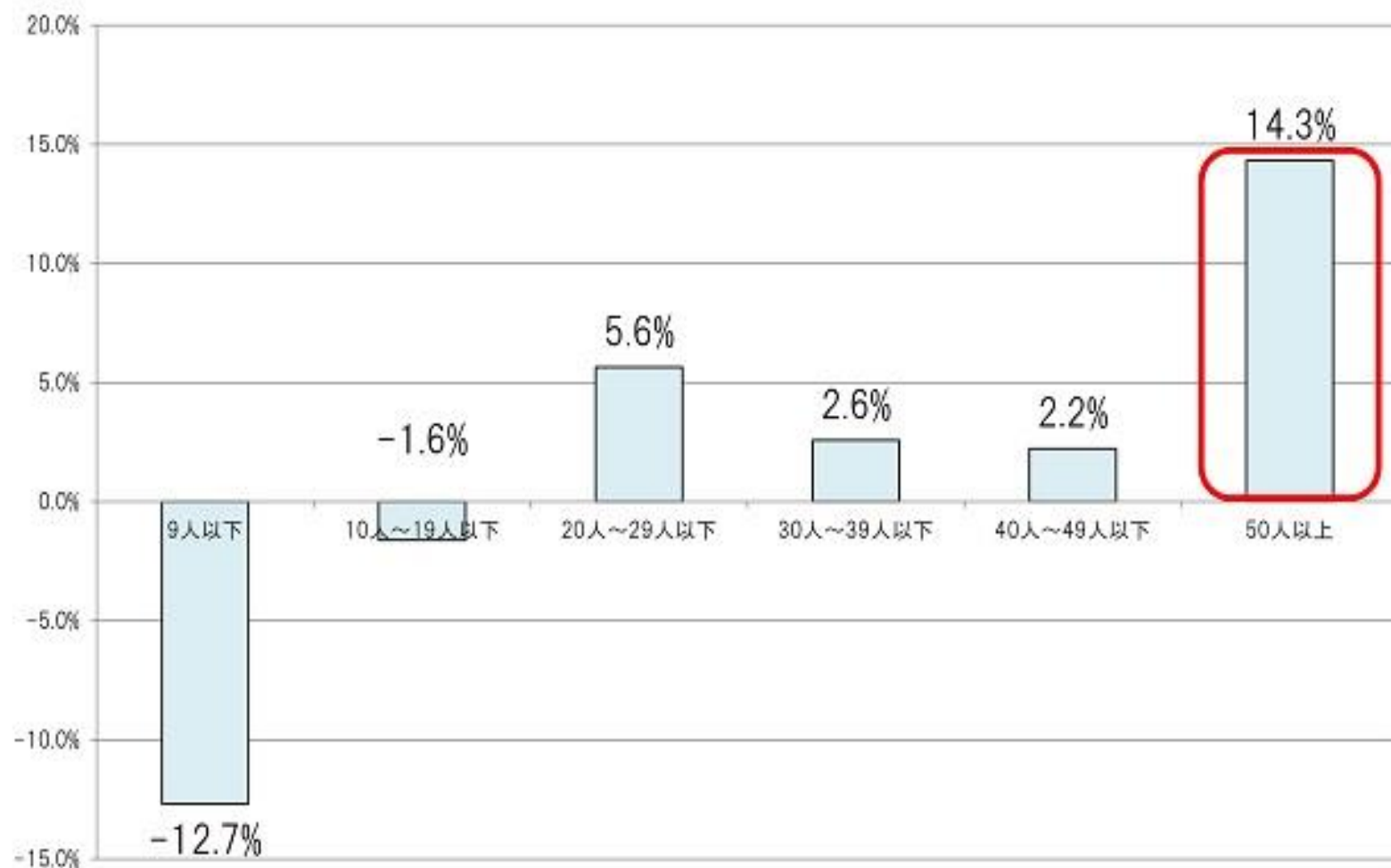
- 訪問介護のサービス提供については、以下に該当する場合に10%減算とされているが、建物の範囲等を見直してはどうか。
 - ①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（以下「有料老人ホーム等」という。）に限る）に居住する者
 - ②上記以外の範囲に所在する建物（有料老人ホーム等に限る）に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）

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。

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！

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)

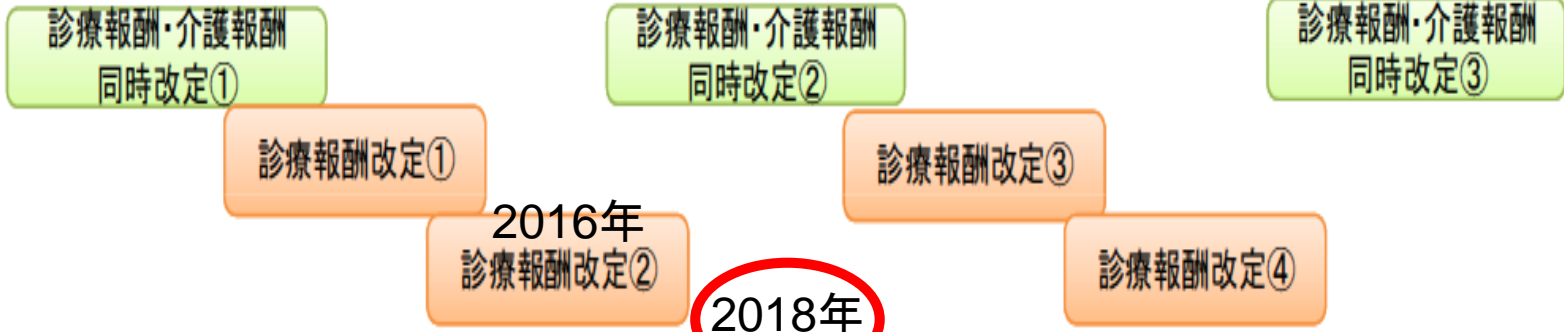
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



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

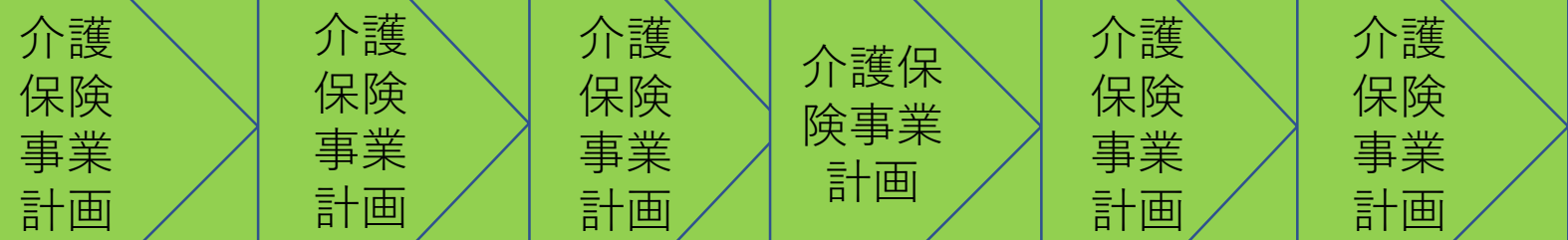
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

今日のまとめ

- ・ 同時改定は地域医療構想と地域包括ケアを下支え
- ・ 診療報酬改定は入院基本料の新評価体系に注目
- ・ 介護報酬改定では介護医療院への転換がポイント
- ・ 看多機、定期巡回・随時対応サービスも必要
- ・ 同時改定で医療と介護の連携を強化する

医療と介護のクロスロード to 2025

- **2月20日緊急出版！**
- 2018年同時改定の「十字路」から2025年へと続く「道」を示す！
- 医学通信社から
2018年2月出版予定
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