

地域連携コーディネーター養成講座第5回 住み慣れた地域での生活を支える地域医療

医療と介護のクロスロード
～チームで行う退院支援と訪問看護～



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年新装オープン

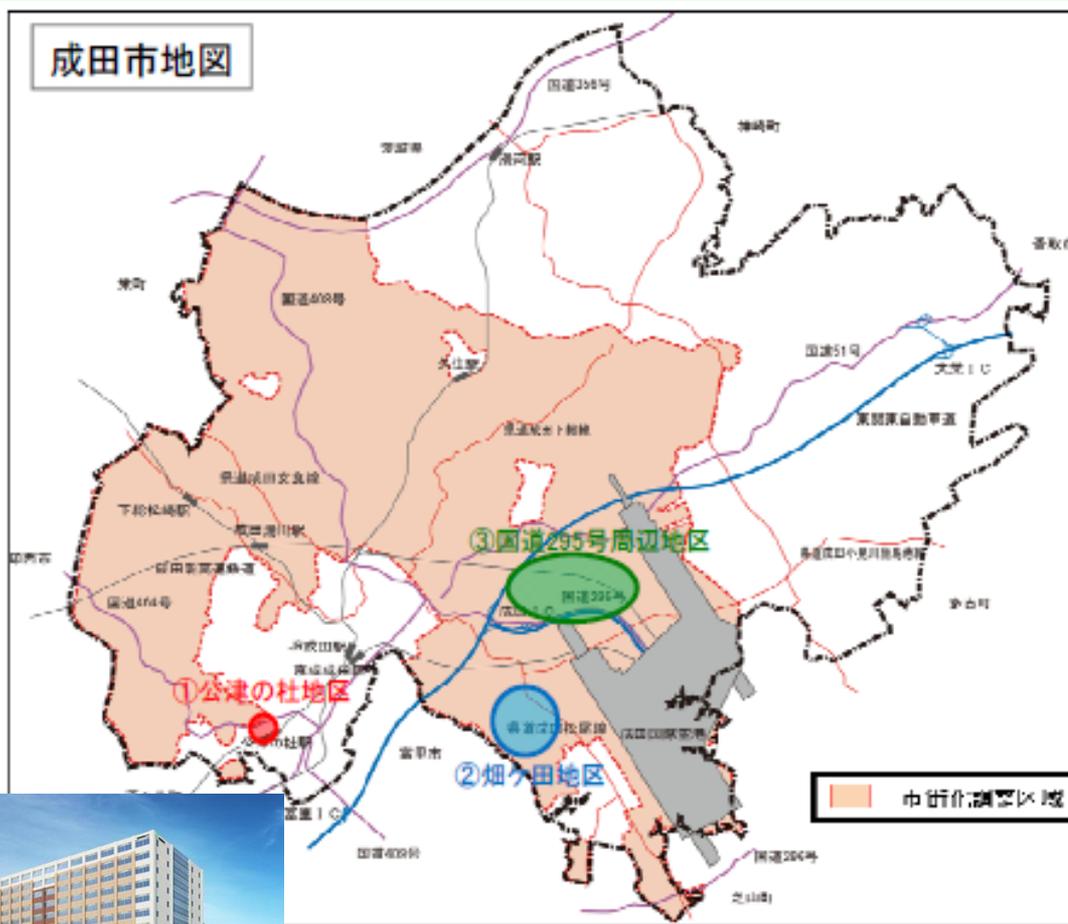
国際医療福祉大学三田病院
地域連携室のメンバーです。
訪問看護ステーションとの
連携窓口です。



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
- グラウンド・テニスコート
- 駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

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



A photograph of a large, modern multi-story building, likely a university medical department, taken at dusk. The building has a mix of light-colored upper floors and a darker lower section. It is surrounded by trees and a paved walkway. In the foreground, there are some white banners or posters. The sky is a deep blue, and some lights are visible on the building and in the distance.

国際医療福祉大学医学部
2017年4月開校



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
心理・医療福祉マネジメント学科
大学院（h-MBA, MPH）

目次

- パート 1
 - 2018年トリプル改定
- パート 2
 - 地域包括ケアシステムの3つの課題
- パート 3
 - 選ばれる訪問看護ステーションの5つのポイント
- パート 4
 - 病院の退院支援のしくみ
- パート 5
 - 退院前カンファレンス



パート1

2018年トリプル改定



自民圧勝 与党310超



3分の2維持

立憲民主野党

希望敗北市

自公300に迫る

野党 136
147
48

自民大勝280超す



与党310
立憲躍進
希望

議論今後の

希望伸び悩

野党

29	11	31	13	34	6	0	0
11	51	9	14	3	1	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	23	0	0
23	26	0	0	0	285	169	0
計	454						

衆院選

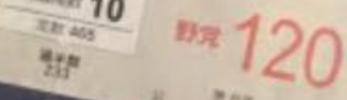
希望伸びず

改憲勢力

立憲民

再び3分の2

衆院の新勢力



安倍1強野党崩せず
立民、野党第1党

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

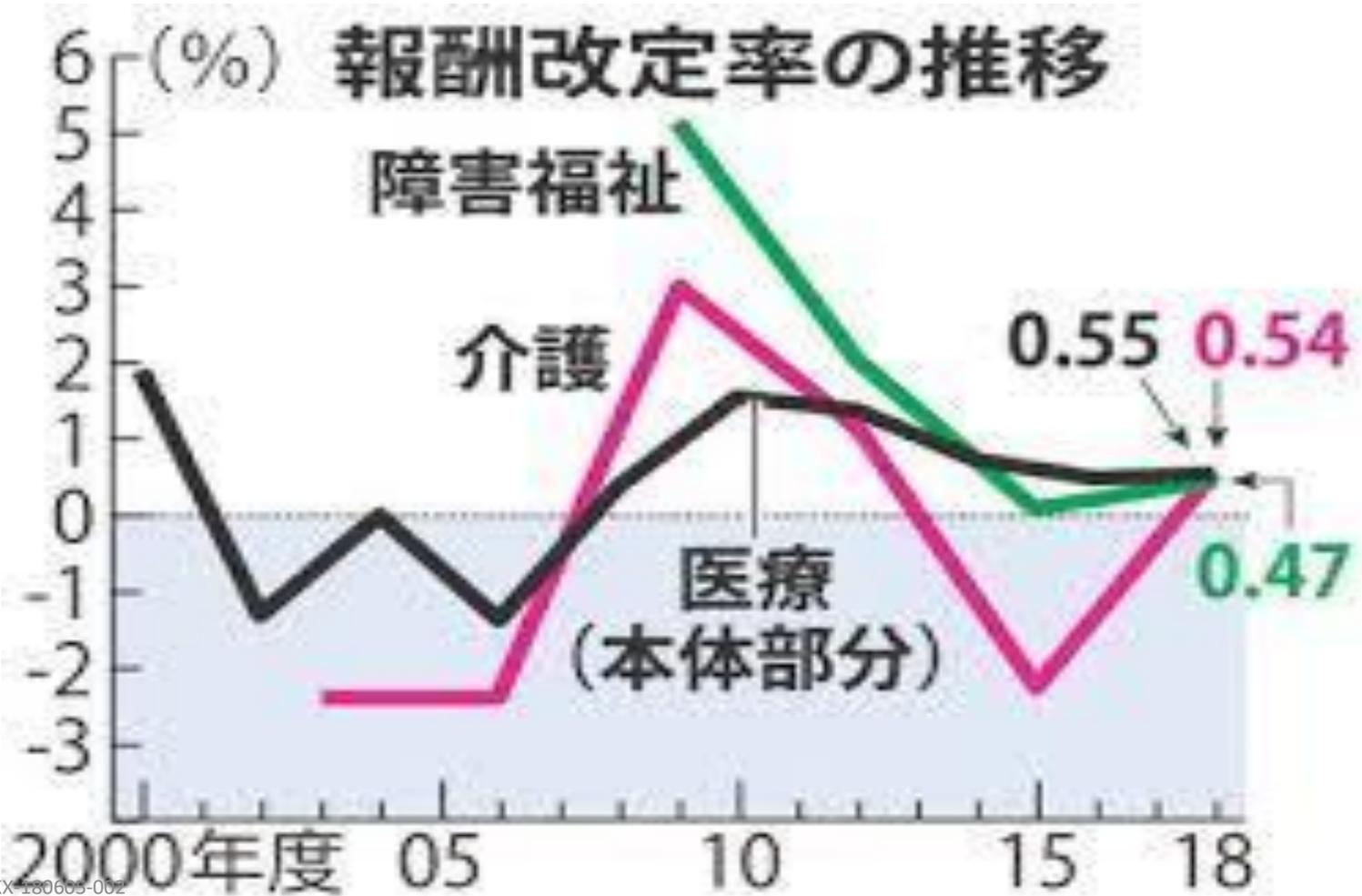
社会保障、高齢者中心を是正 ～さらなる財源が必要～

- 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
 - 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
- 9月12日、日本経済新聞インタビュー



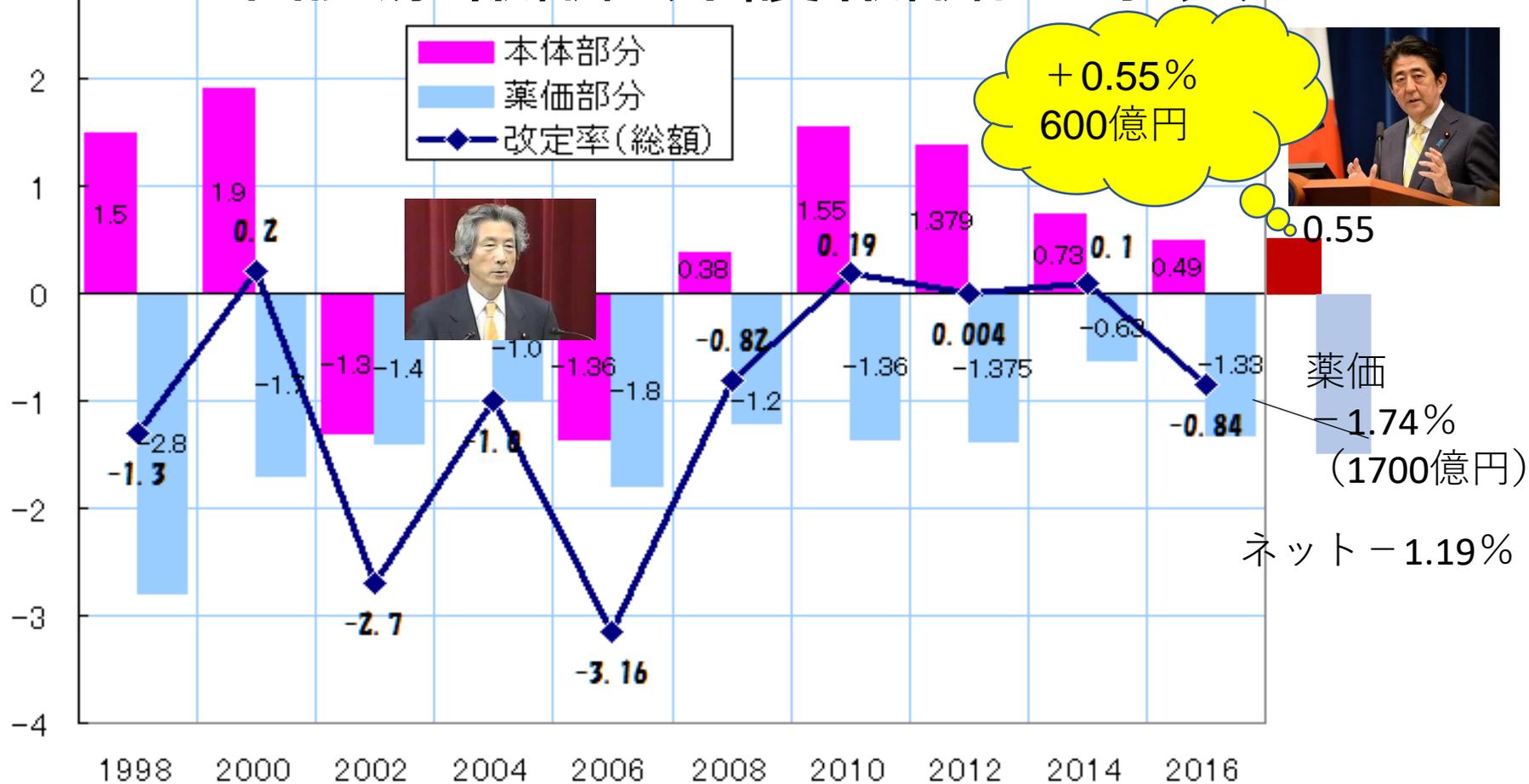
安倍晋三首相

トリプルプラス改定



2018年診療報酬改定

2018年診療報酬・介護報酬同時改定は？



(注) 2014年度は消費税増税対応分を含む(これを含めないと本体部分は0.1%増)。2016年度の改訂額は、2014年まで含めていた想定より売れた医薬品の価格引き下げも含めると実質マイナス1.03%

(資料) 産経新聞2009.12.24、毎日新聞2012.12.22、2013.12.21、2015.12.22

診療報酬改定について

12月18日の予算大臣折衝を踏まえ、平成30年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. 診療報酬本体 +0.55%

各科改定率 医科 +0.63%
 歯科 +0.69%
 調剤 +0.19%

600億円

2. 薬価等

① 薬価

▲ 1.74%

▲ 1.65%

※ うち、実勢価等改定 ▲1.36%、

薬価制度の抜本改革 ▲0.29%

② 材料価格

▲ 0.09%

1700億円

ネット

1.19%

マイナス

なお、上記のほか、いわゆる大型駅前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。

改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、特に、今回の改定が6年に一度の介護報酬との同時改定であり、2025年以降も見据えて医療・介護の提供体制を構築するための重要な節目となることを踏まえ、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進に重点を置くこととしてはどうか。

視点1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 **【重点課題】**

視点2 新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実

視点3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上



中医協診療報酬調査専門組織
入院医療等の調査・評価分科会

入院医療に関して専門的立場、技術的な視点から
課題を整理し中医協基本問題小委に報告する

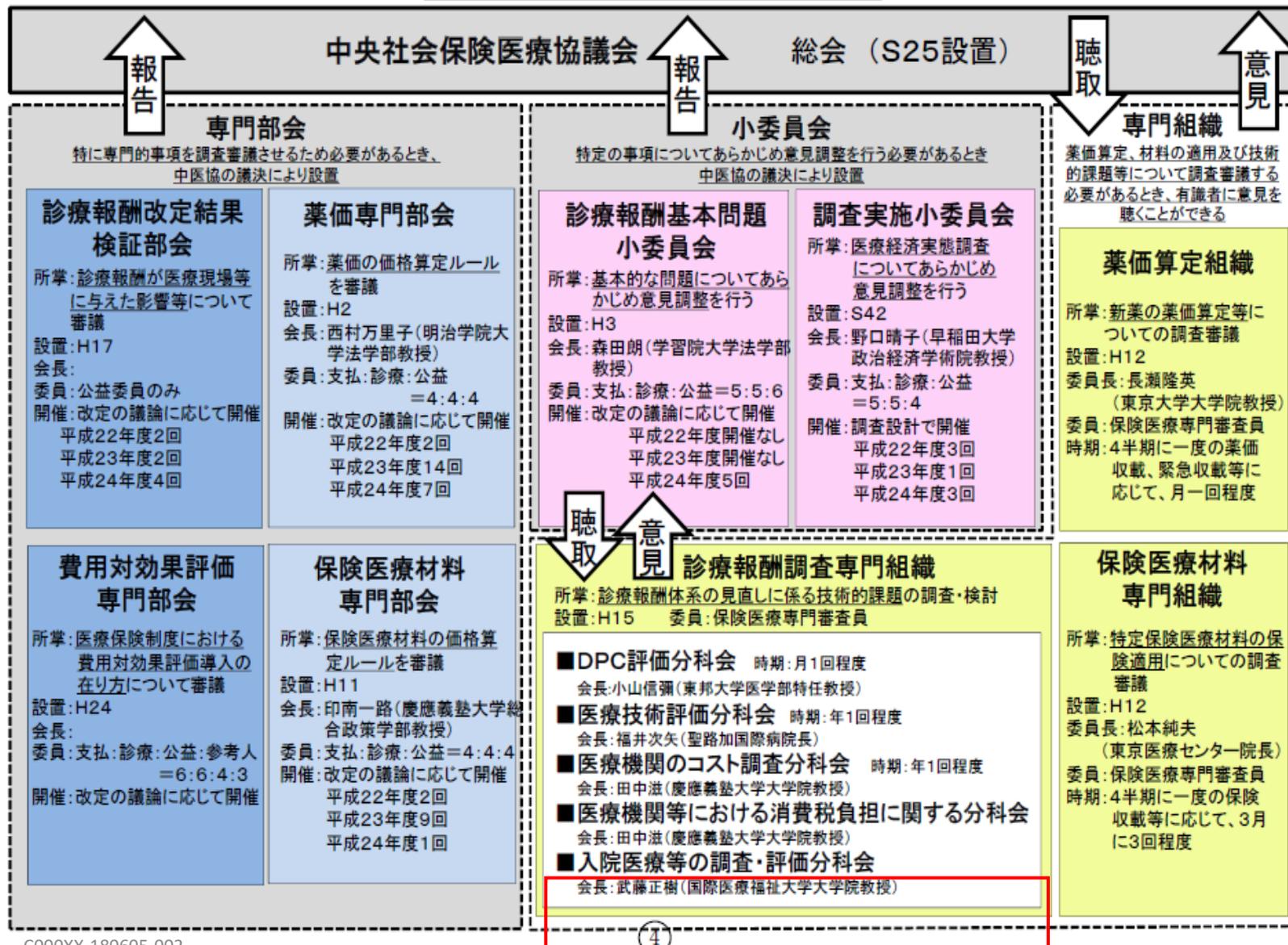
診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会
委員名簿

氏名	所属
池田 俊也	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学 教授
池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
岡村 吉隆	公立大学法人 和歌山県立医科大学 理事長・学長
尾形 裕也	東京大学 政策ビジョン研究センター 特任教授
神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
島 弘志	社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院 病院長
菅原 琢磨	法政大学経済学部 教授
武井 純子	社会医療法人財団慈泉会 相澤東病院 看護部長
田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 教授
筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
林田 賢史	産業医科大学病院 医療情報部 部長
藤森 研司	東北大学大学院医学系研究科 公共健康医学講座 医療管理学分野 教授
本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○

○：分科会長

中央社会保険医療協議会の関連組織

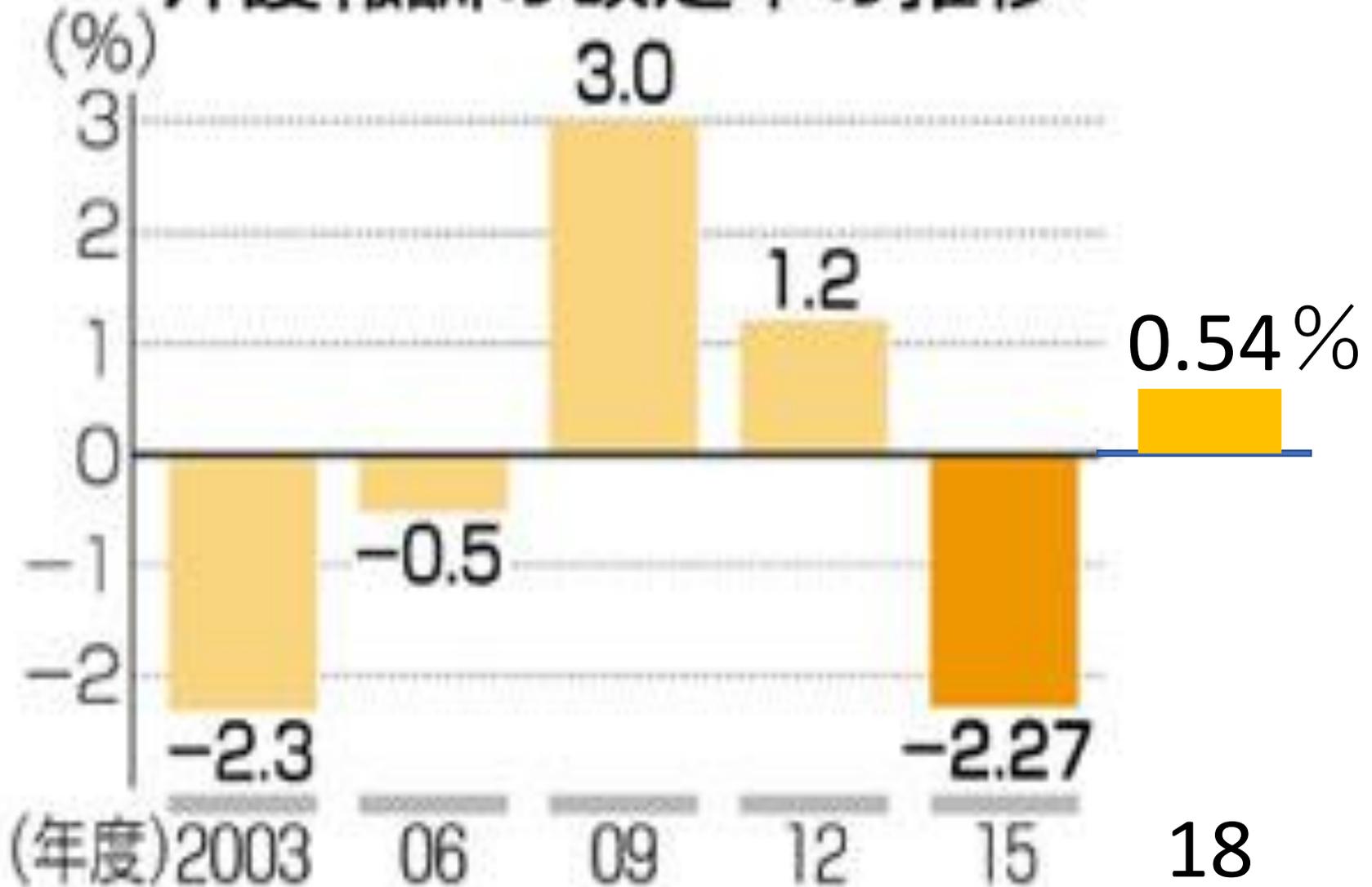


2018年介護報酬改定

介護報酬改定の提示

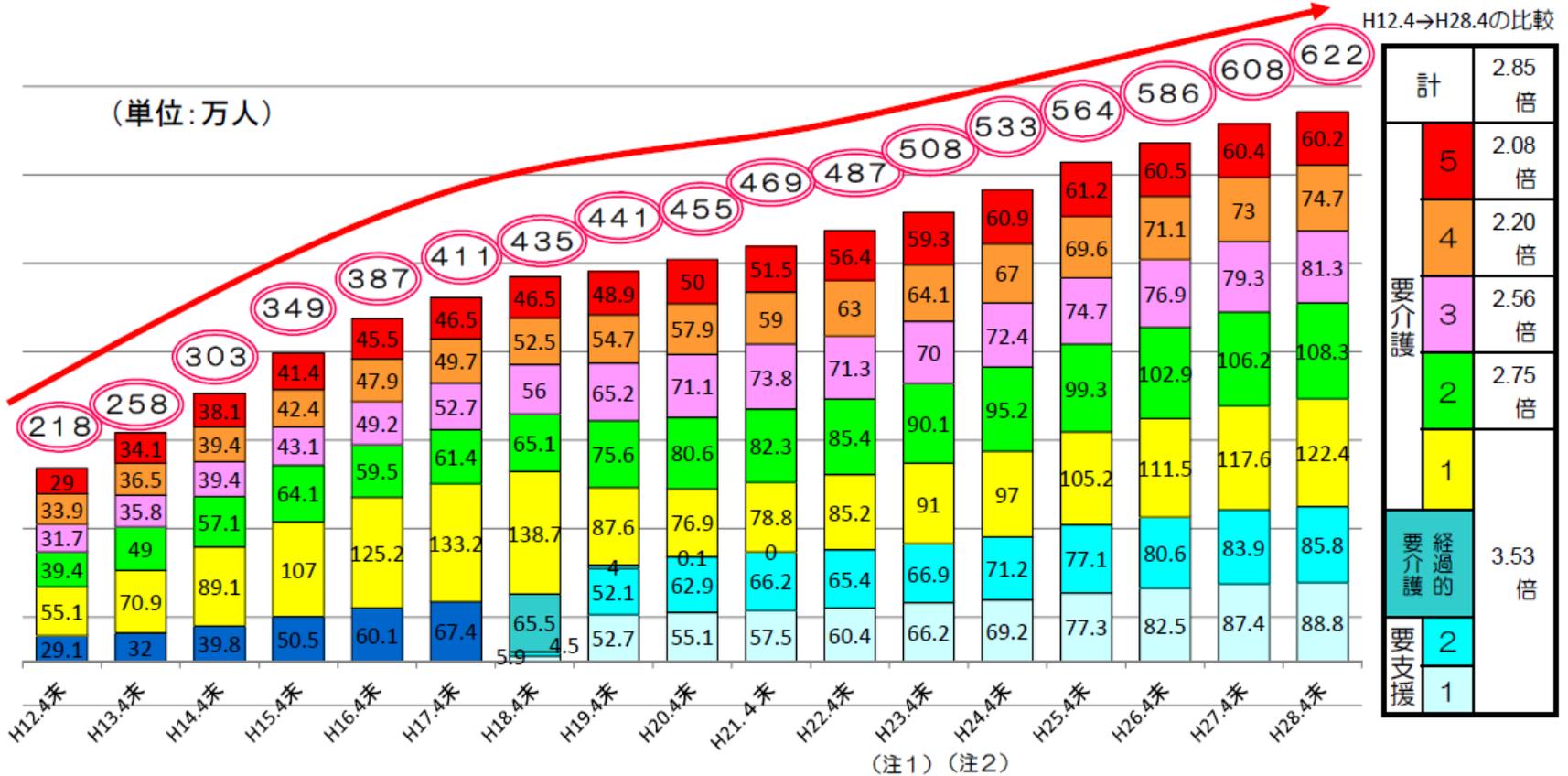
社会保障審議会介護給付費分科会
2017年2月8日

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、榴葉町、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) 榴葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

(出典: 介護保険事業状況報告)

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	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	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	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	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

介護保険は地域包括ケアシステムを後押しする改定

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**



パート 2

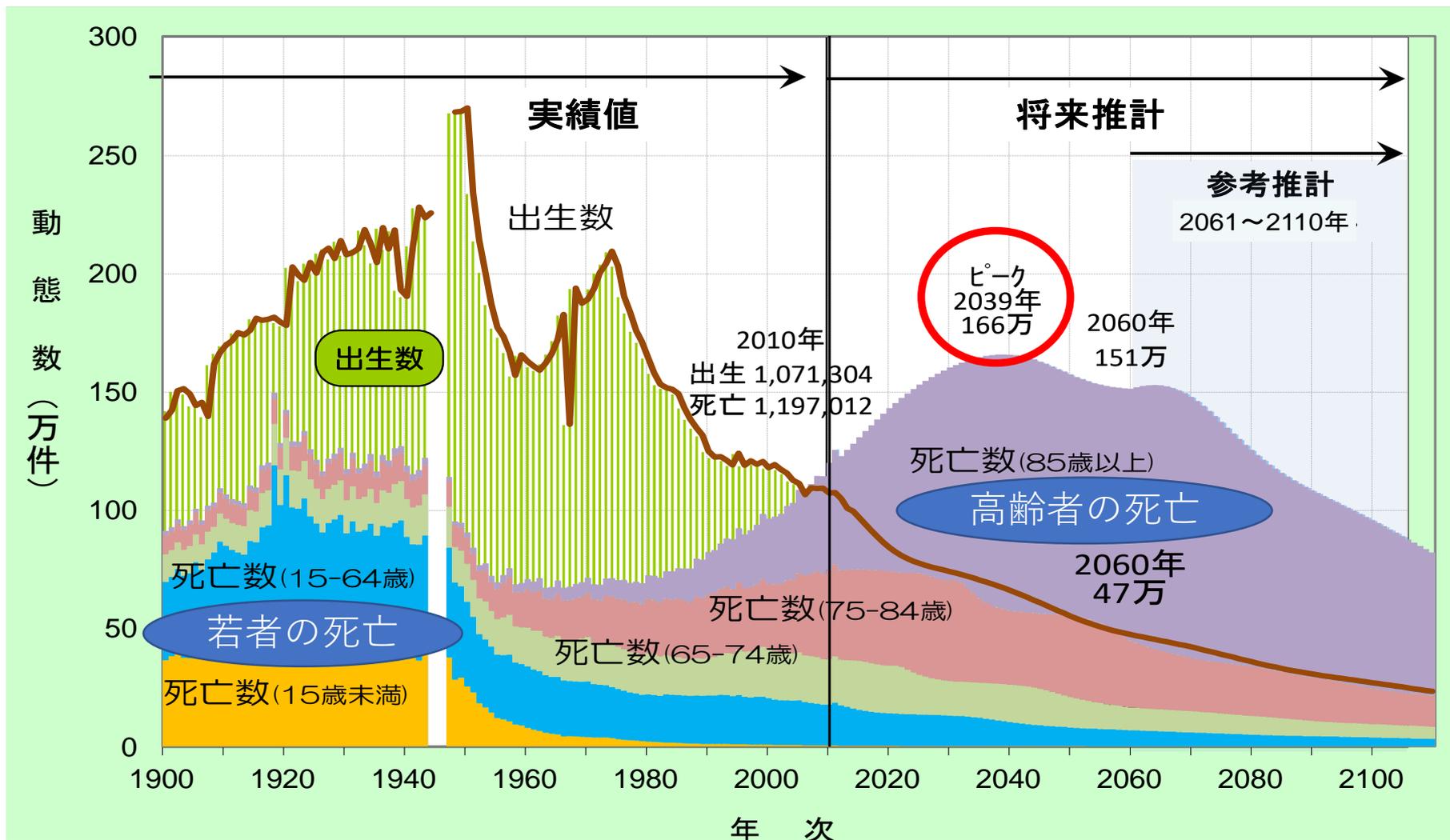
地域包括ケアシステムの 3つの課題

- ①看取り
- ②死に場所難民
- ③認知症パンデミック

①看取り問題



出生数と死亡数の推移：1900～2110年



提供：国立社会保障・人口問題研究所 森田朗所長

増える孤独死、孤立死

【孤独死】

家族など誰にも看取られずに自宅で亡くなり、何らかの手助けがあれば防げたかもしれない不本意な死

【孤立死】

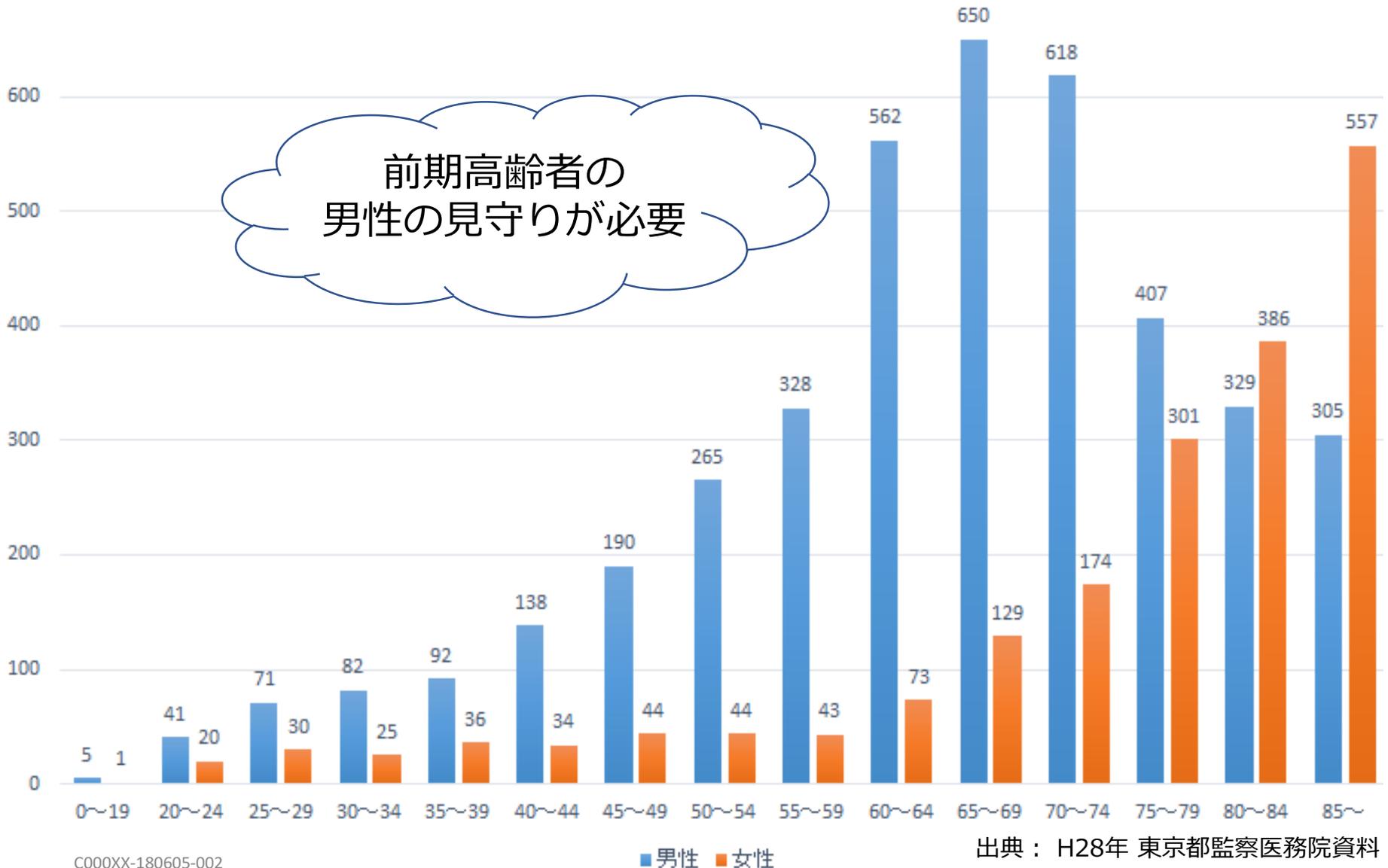
1 人暮らしの高齢者が、社会からも地域からも孤立した状態での死、又は劣悪な環境での死

孤立死の実態



孤独死、孤立死は前期高齢者の男性に多い

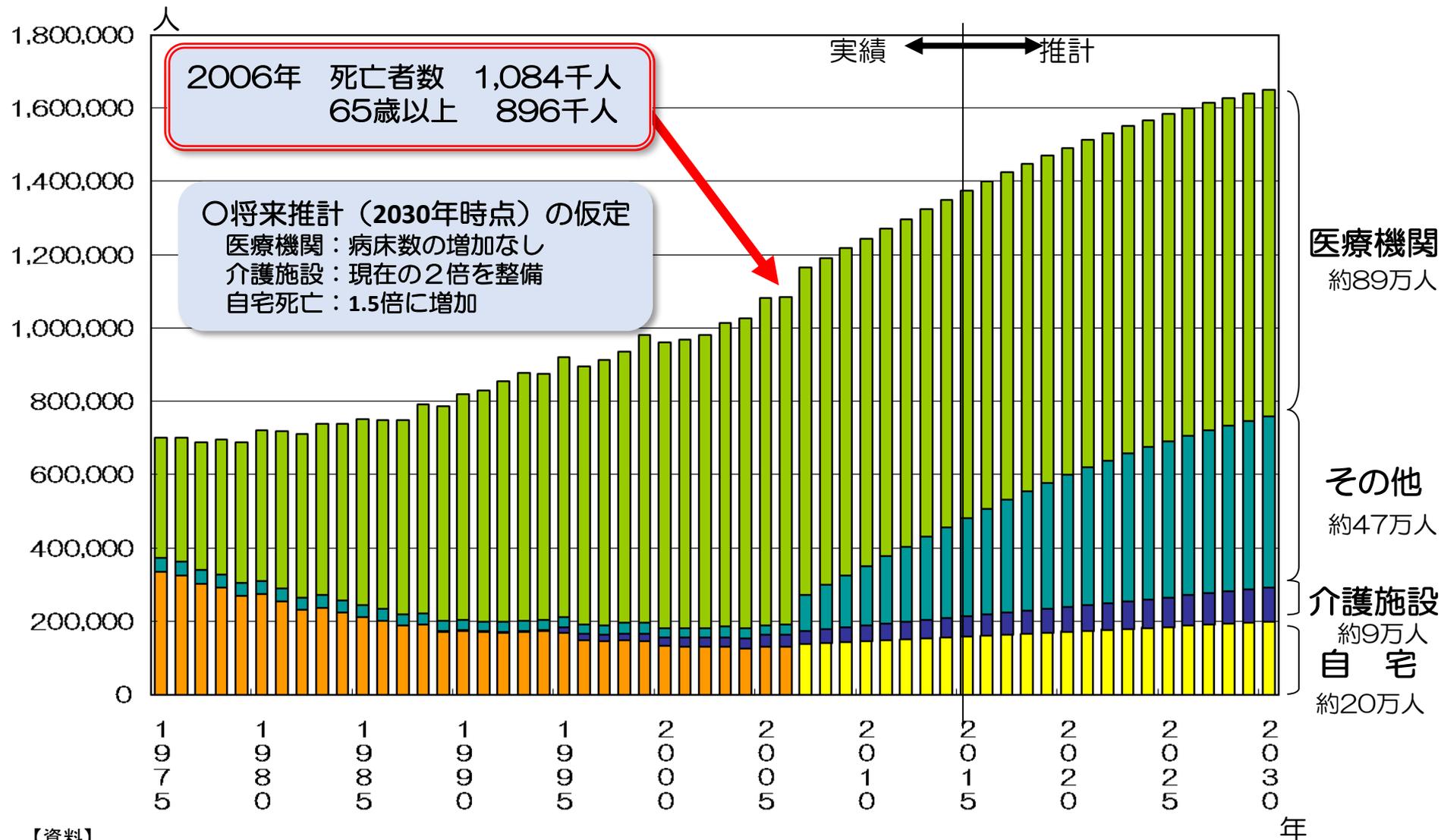
前期高齢者の
男性の見守りが必要



②死に場所難民



死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



【資料】
2006年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2007年(平成19年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

病院死には病床が足りない
2030年団塊世代47万人の
「死に場所」が不足

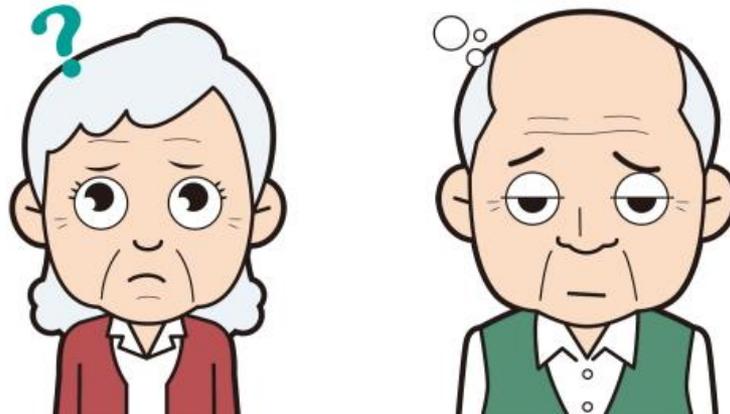


富士の樹海林

地域で支える終末期ケア連携の 仕組みが必要

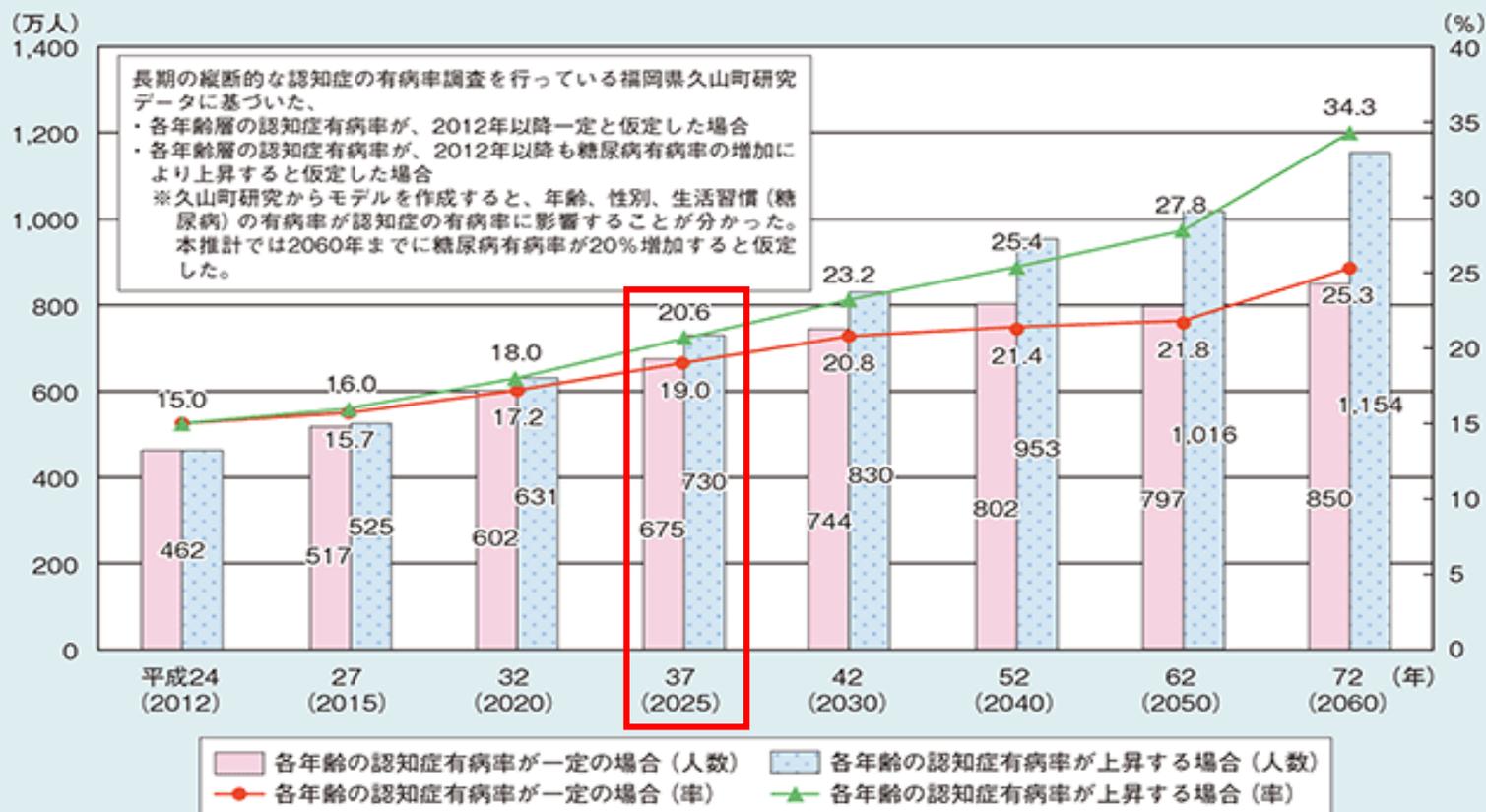
2030年団塊世代47万人の
「死に場所」が不足

③認知症パンデミック



2025年、認知症700万人時代

図1-2-12 65歳以上の認知症患者数と有病率の将来推計

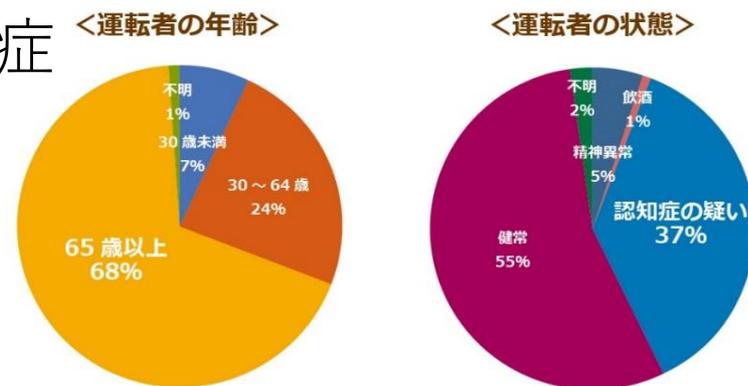


資料：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学二宮教授）より内閣府作成

認知症パンデミック

- 認知症
 - 有病率は15%から20.6%に上昇
 - 理由は糖尿病の増加
 - 2025年700万人
65歳以上の5人に一人が認知症
- 認知症ドライバー
1万人
- 行方不明3年連続
1万人ごえ

高速道路での逆走の現状



出所: 高速道路における逆走の発生状況と今後の対策について

パート 3

選ばれる訪問看護ステーション 5つのポイント

- ①機能強化型訪問看護ステーション
- ②看護体制強化加算
- ③病院併設型訪問看護ステーション
- ④リハ職との連携
- ⑤病院との情報連携

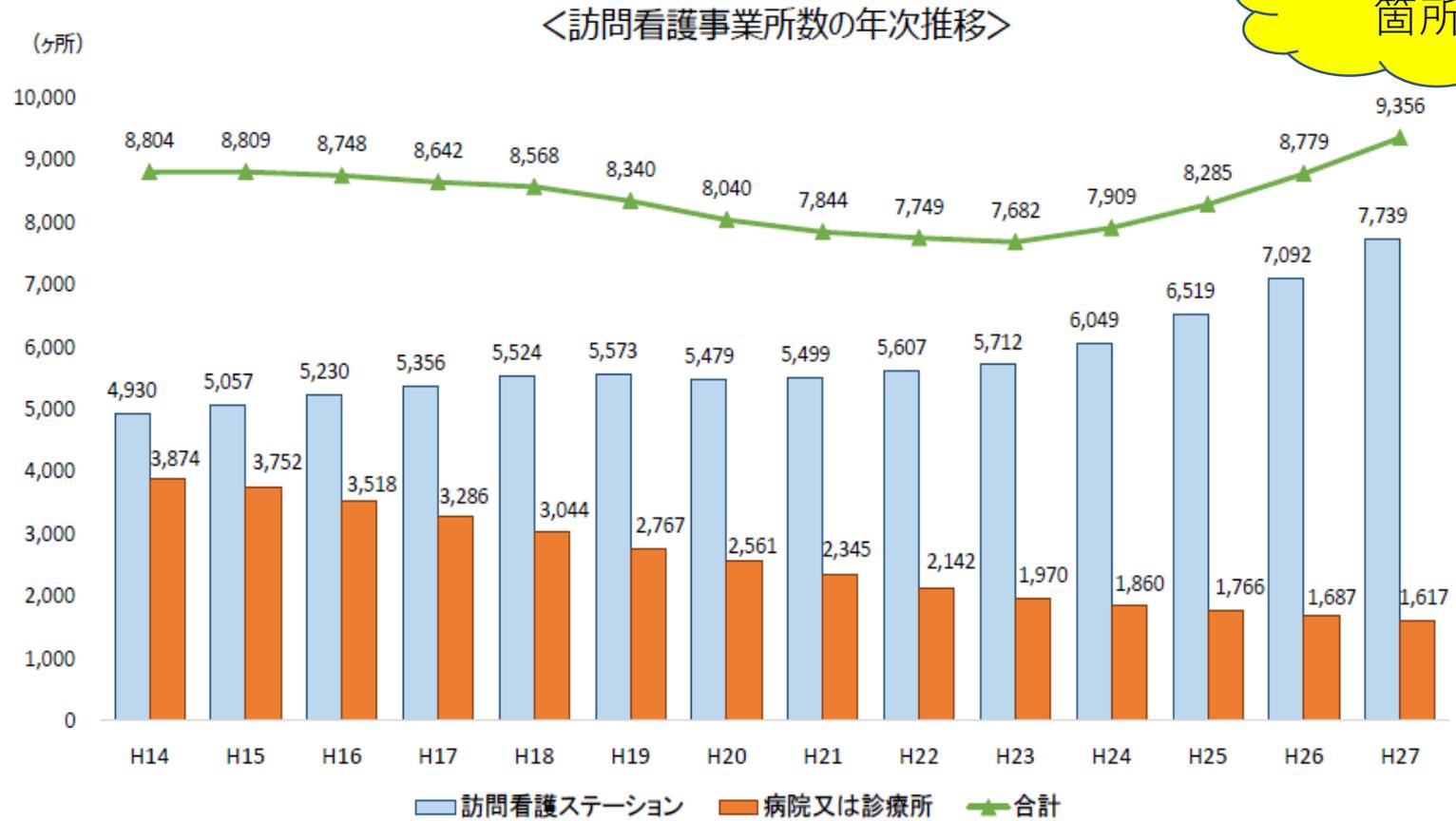
ポイント①
機能強化型
訪問看護ステーション



訪問看護ステーション数の年次推移

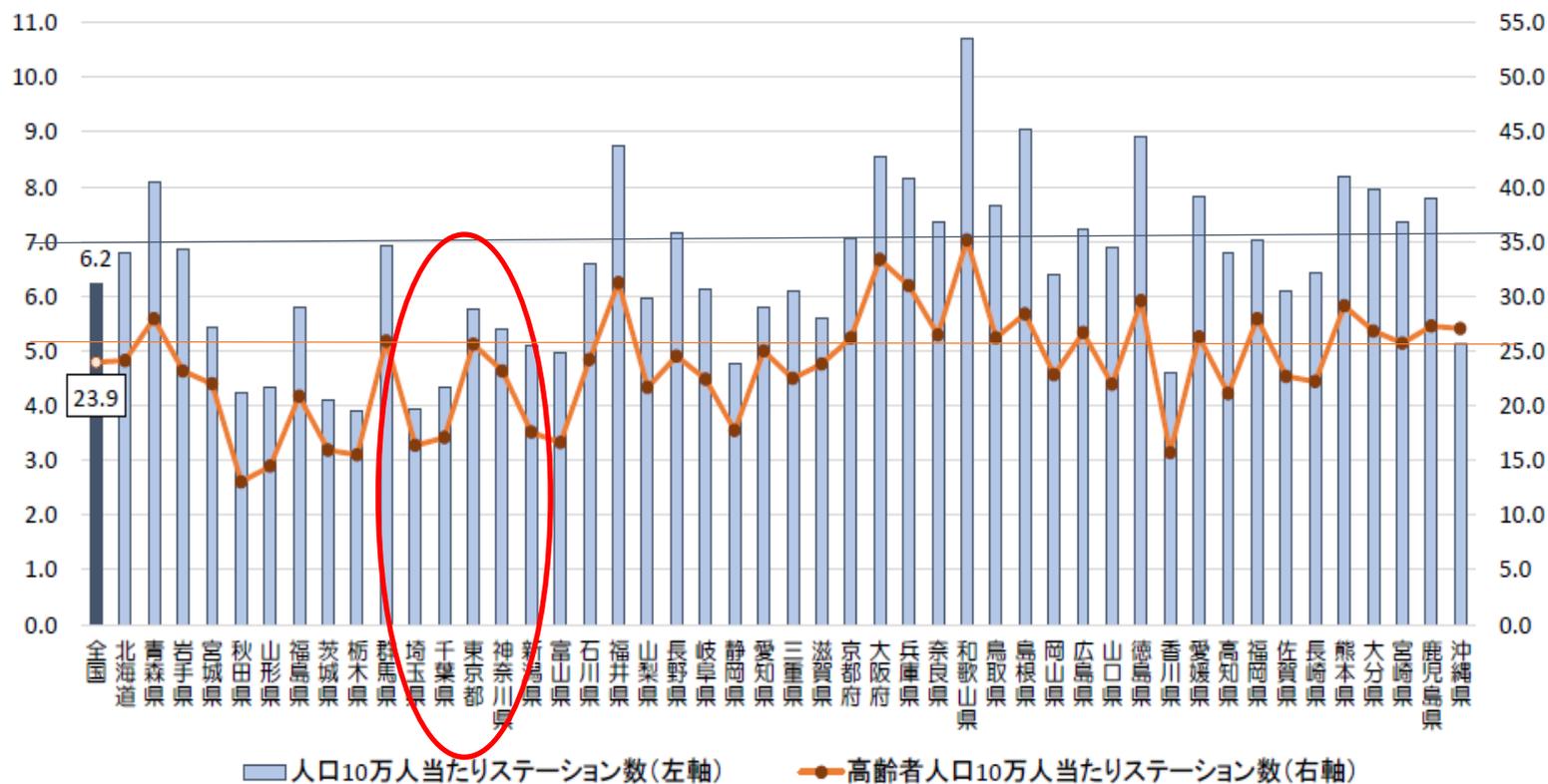
○ 訪問看護ステーション数は7,739か所（平成27年4月介護保険審査分）と増加傾向にあり、病院・診療所からの訪問看護を含めた全体の訪問看護提供機関は近年の増加が著しい。

9 3 5 6
箇所



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。

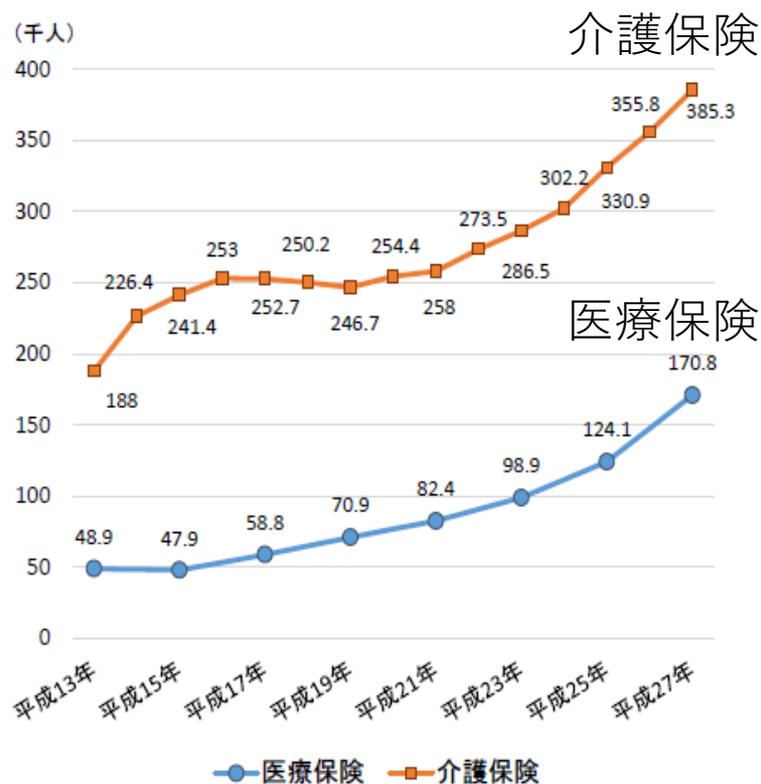


出典：平成26年度「介護サービス施設・事業所調査」及び平成26年10月1日「現在推計人口」（総務省統計局）

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

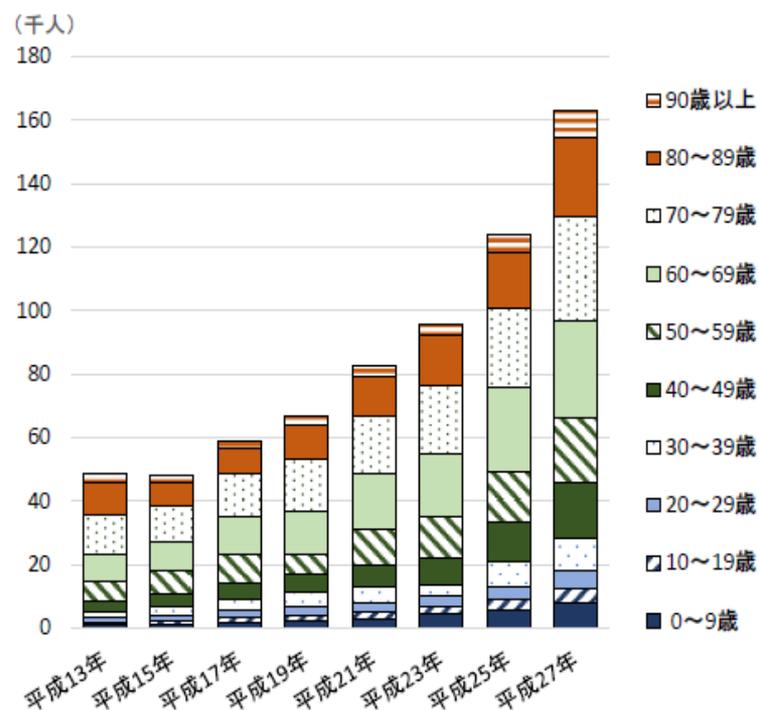
- 医療保険、介護保険ともに、訪問看護の利用者数は増加している。
- 医療保険の訪問看護利用者数は、どの年齢層も増加している。

■ 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

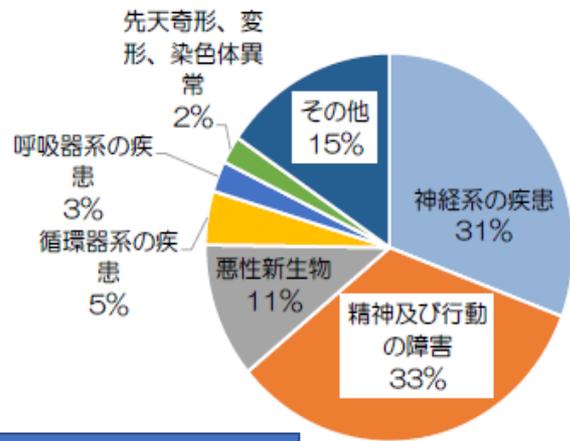


出典：介護保険：「介護給付費実態調査」（各年5月審査分）、医療保険：保険局医療課調べ（平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計）（平成27年は暫定値）

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



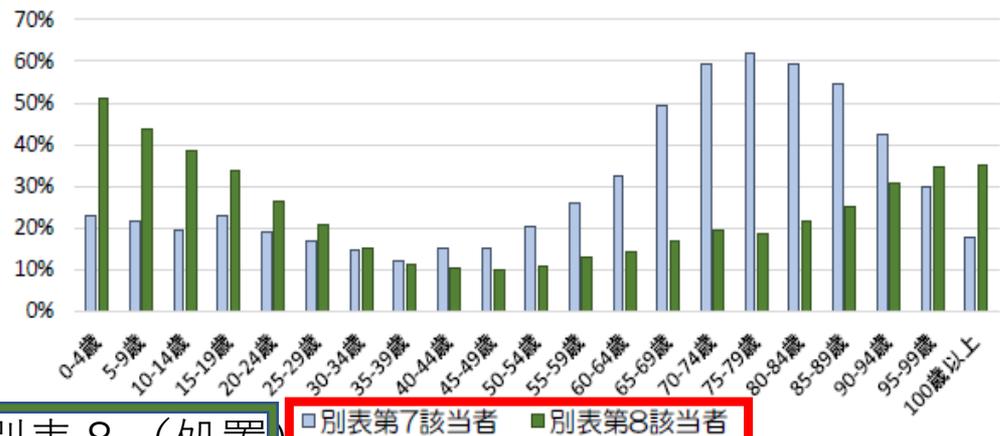
別表7 (疾患)

※1：別表第7

末期の悪性腫瘍
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
多系統萎縮症

プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソソーム病
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
脊髄損傷
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
2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜透析指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養指導管理
在宅成分栄養管理栄養指導管理
在宅自己導尿指導管理

在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

出典：保険局医療課調べ（平成27年6月審査分より推計）（暫定値） 68

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

指定居宅介護支援事業所

訪問看護ステーション

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)

連携

看護職員

同一敷地内

ケアマネジャー

○訪問看護ステーションの、特に医療的な管理が必要な利用者
について、適切なタイミングで医療保険・介護保険の訪問看護
が提供できる。

○ケアマネ事業所の利用者について、医療が必要となった際、
ステーション看護師への相談や連携がよりスムーズに行える。

情報提供・相談・
人材育成

地域住民等に対する情報提供や相談、
人材育成のための研修の実施

※特掲診療料の施設基準等・別表第7に掲げる疾病等

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



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。

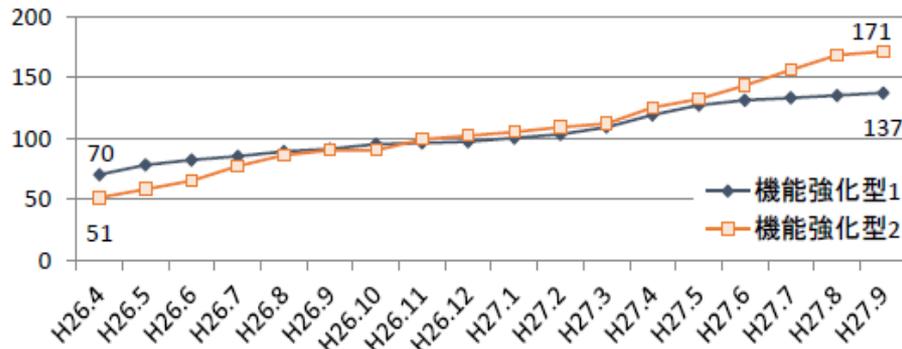
機能強化型訪問看護管理療養費2

- 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。

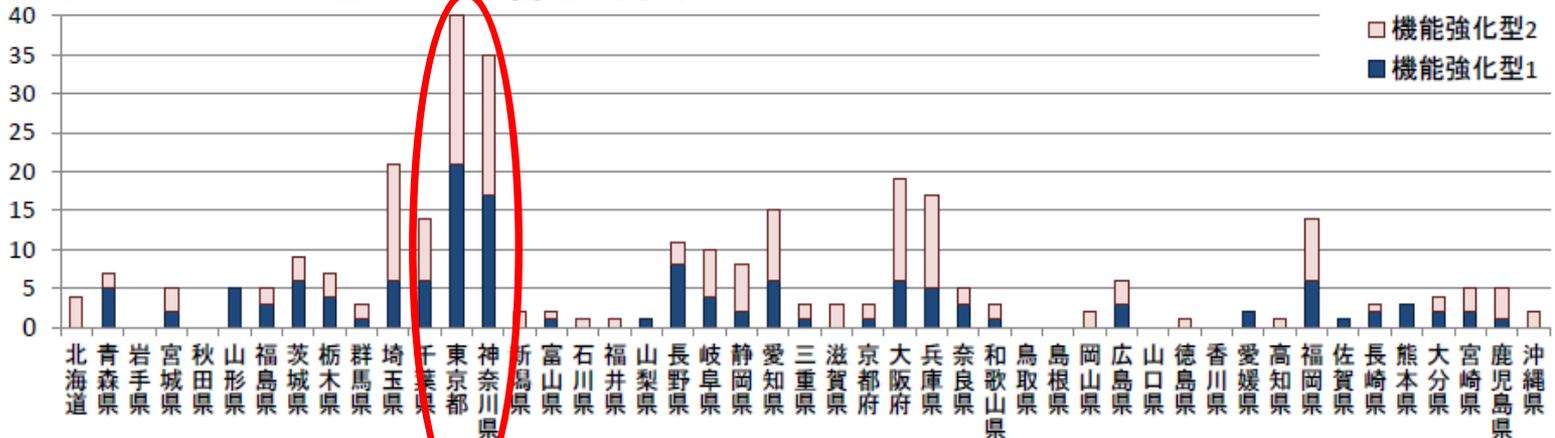
■ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



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



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。

ポイント②

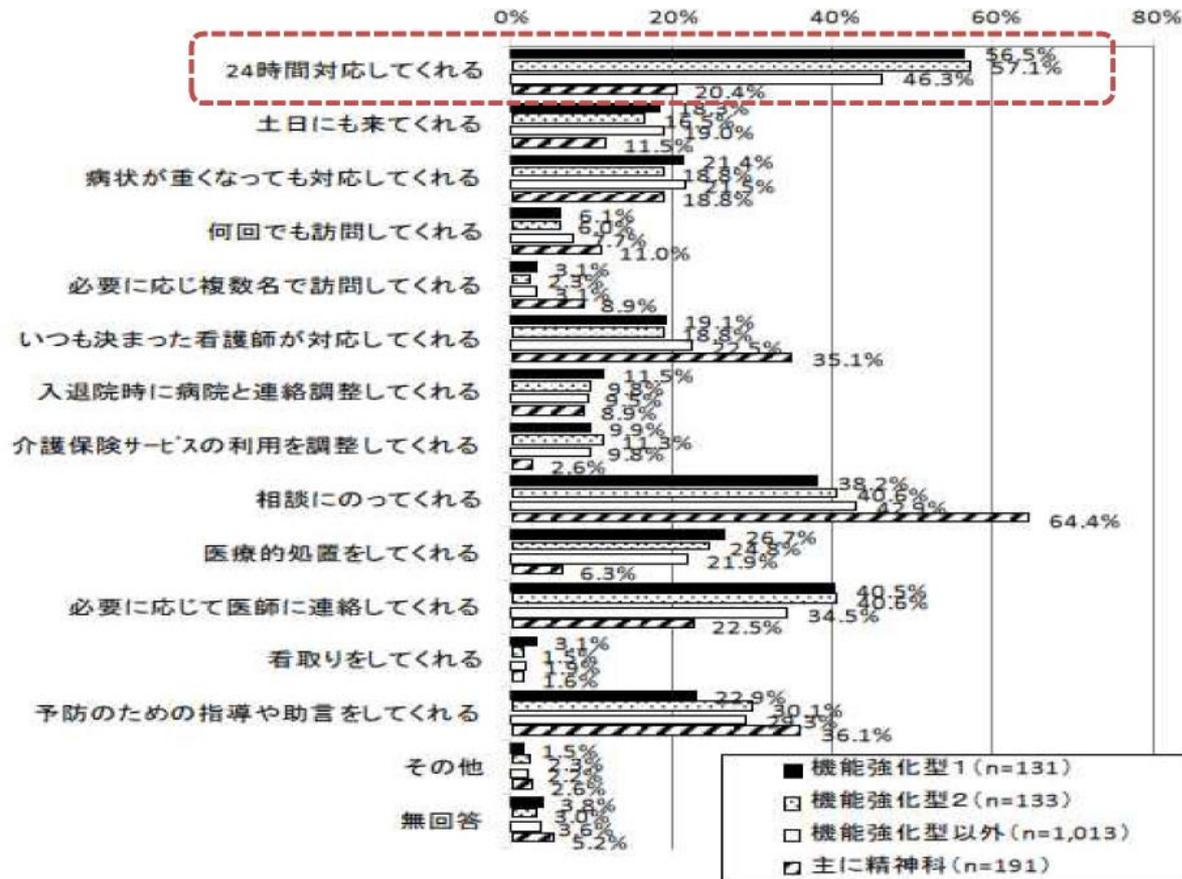
看護体制強化加算

利用者が訪問看護に求めること

意見交換 資料-3 参考1
29.3.22

○ 利用者が訪問看護師に求めることとして、主に精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーション以外で「24時間対応してくれる」が多い。

■ 訪問看護師に求めること(上位3つまで)



出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の実施状況調査」

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〉 2015年（平成27年度介護報酬改定資料）

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

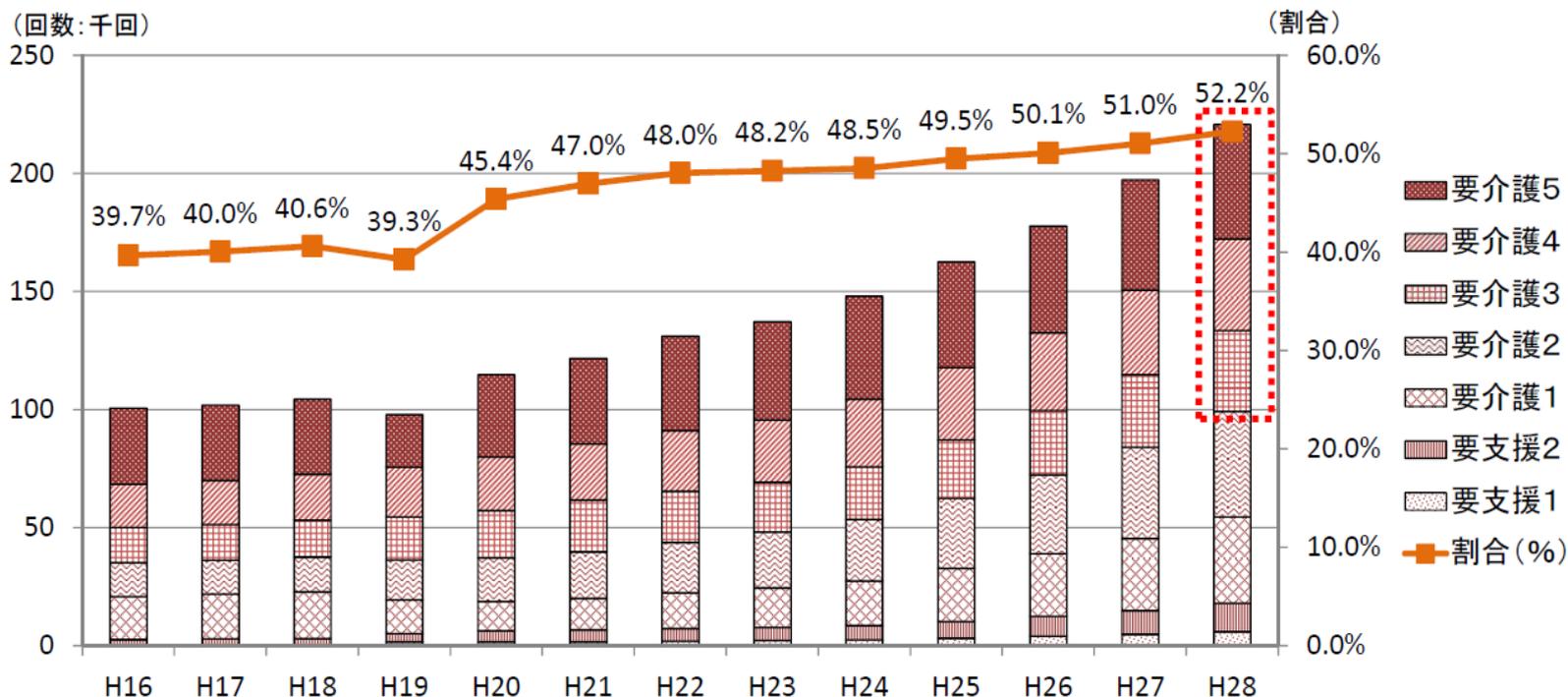
算定要件

- ・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 <緊急時訪問看護加算>

○ 訪問看護利用者に占める緊急時訪問看護加算(注)の算定者割合は、微増しており、平成28年は約52%である。要介護度別では、要介護3以上の中重度者が約55%を占めている。

■ 緊急時訪問看護加算の算定数及び訪問看護利用者に占める緊急時訪問看護加算算定割合の推移



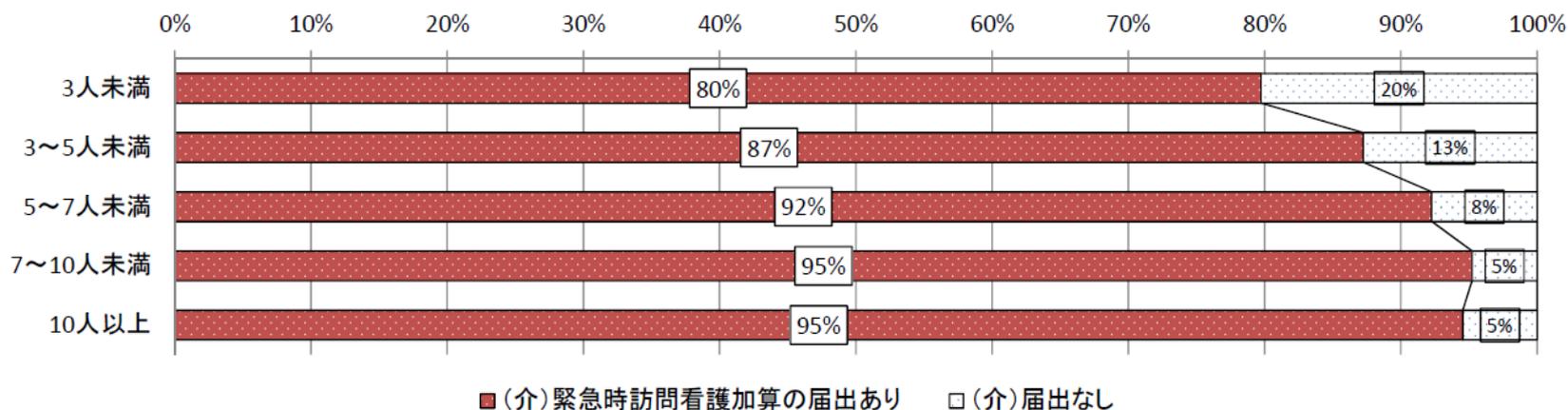
緊急時訪問看護加算 訪問看護ステーション540単位、病院・診療所290単位(1月あたり)

(注) 緊急時訪問看護加算とは、指定訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して24時間連絡できる体制にあって、かつ計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合に加算する。指定訪問看護を担当する医療機関においては、利用者の同意を得て、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合に加算する。(区分支給限度基準額の算定対象外)

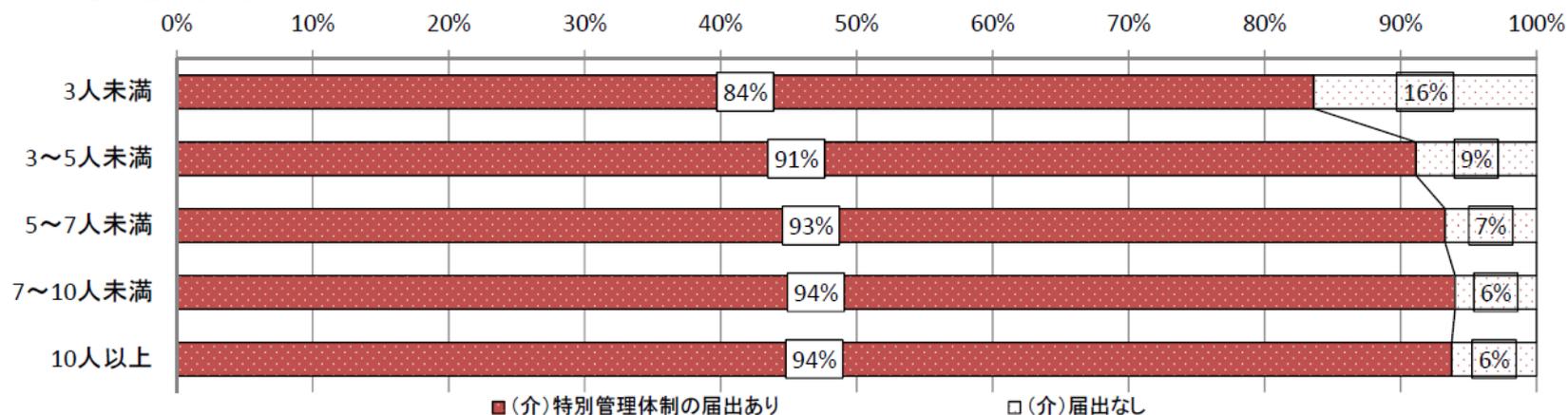
訪問看護ステーションの看護職員規模別の加算届出の状況

○ 訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算)が多くなるほど緊急時訪問看護加算及び特別な医療的管理に対応する届出をしている事業所の割合が高い。

■ 緊急時訪問看護加算の届出状況



■ 特別管理体制の届出状況



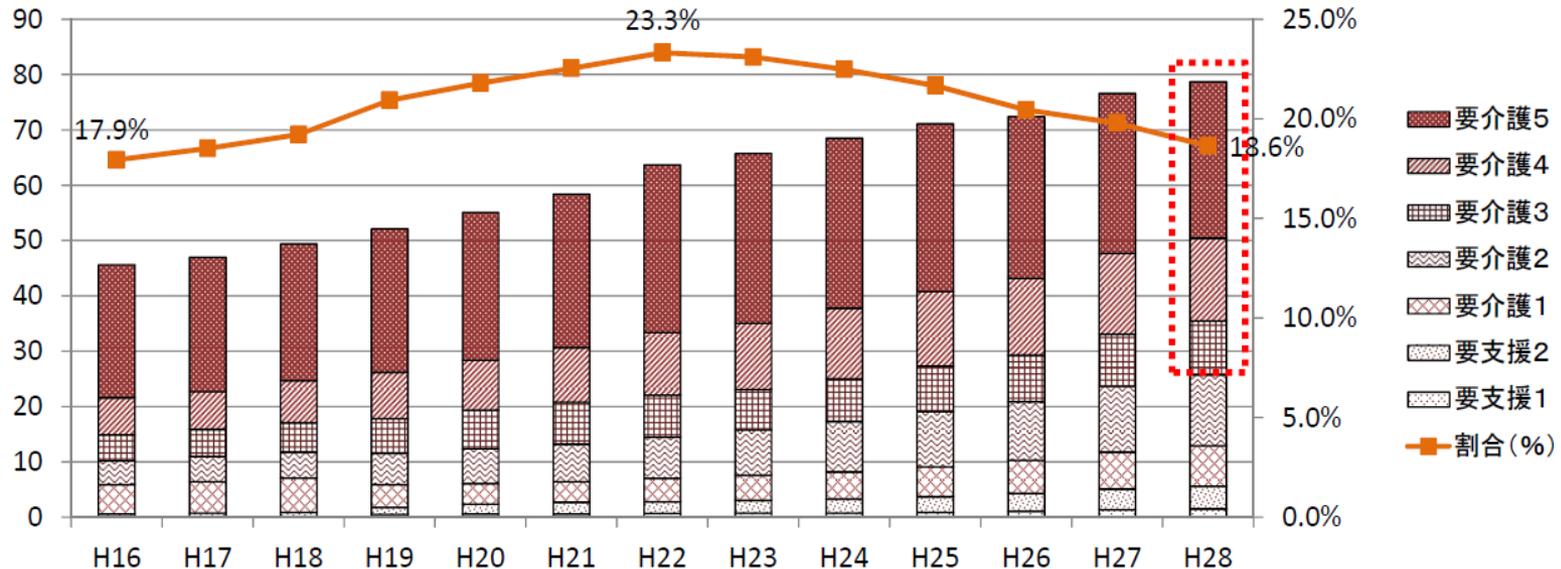
出典:平成27年介護サービス施設・事業所調査(特別集計)

訪問看護の加算状況 <特別管理加算>

○ 訪問看護利用者に占める特別管理加算(注)の算定者割合は、平成22年以降は微減であり平成28年は約19%である。要介護度別では要介護3以上の中重度者が約67%を占めている。

■ 特別管理加算の算定数及び訪問看護利用者に占める特別管理加算算定割合の推移
(回数:千回)

(割合)



特別管理加算 (Ⅰ)500単位 (Ⅱ)250単位(1月あたり)

(注) 特別管理加算とは、特別な管理を必要とする利用者として厚生労働大臣が定める状態に該当する以下の状態にある者に対して指定訪問看護を行う場合に加算する。(区分支給限度基準額の算定対象外)

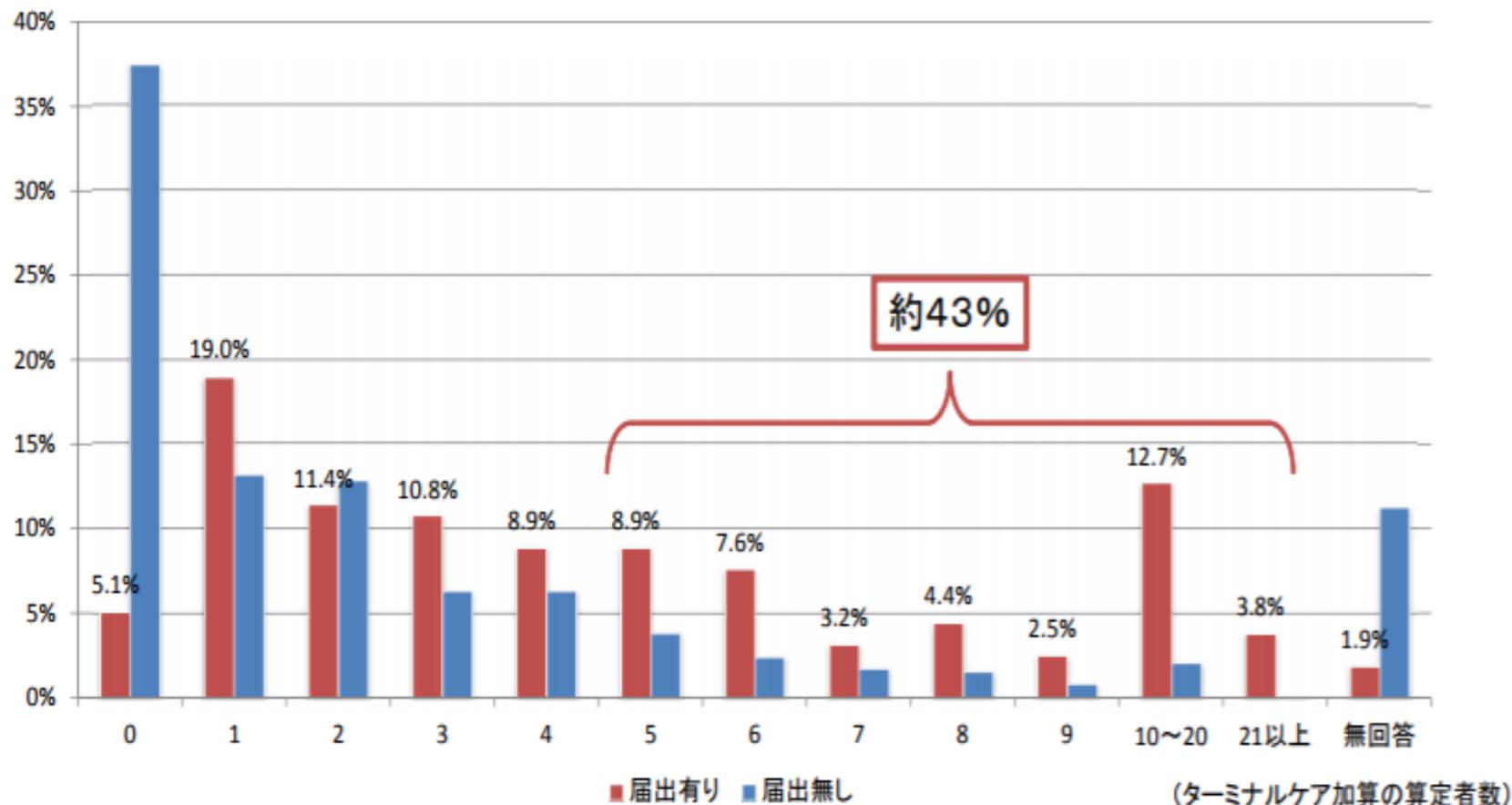
○ 特別管理加算(Ⅰ) 医科診療報酬点数表に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態。

○ 特別管理加算(Ⅱ) 医科診療報酬点数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態、真皮を越える褥瘡の状態、点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態。

出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年4月審査分) 20

○ 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

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】

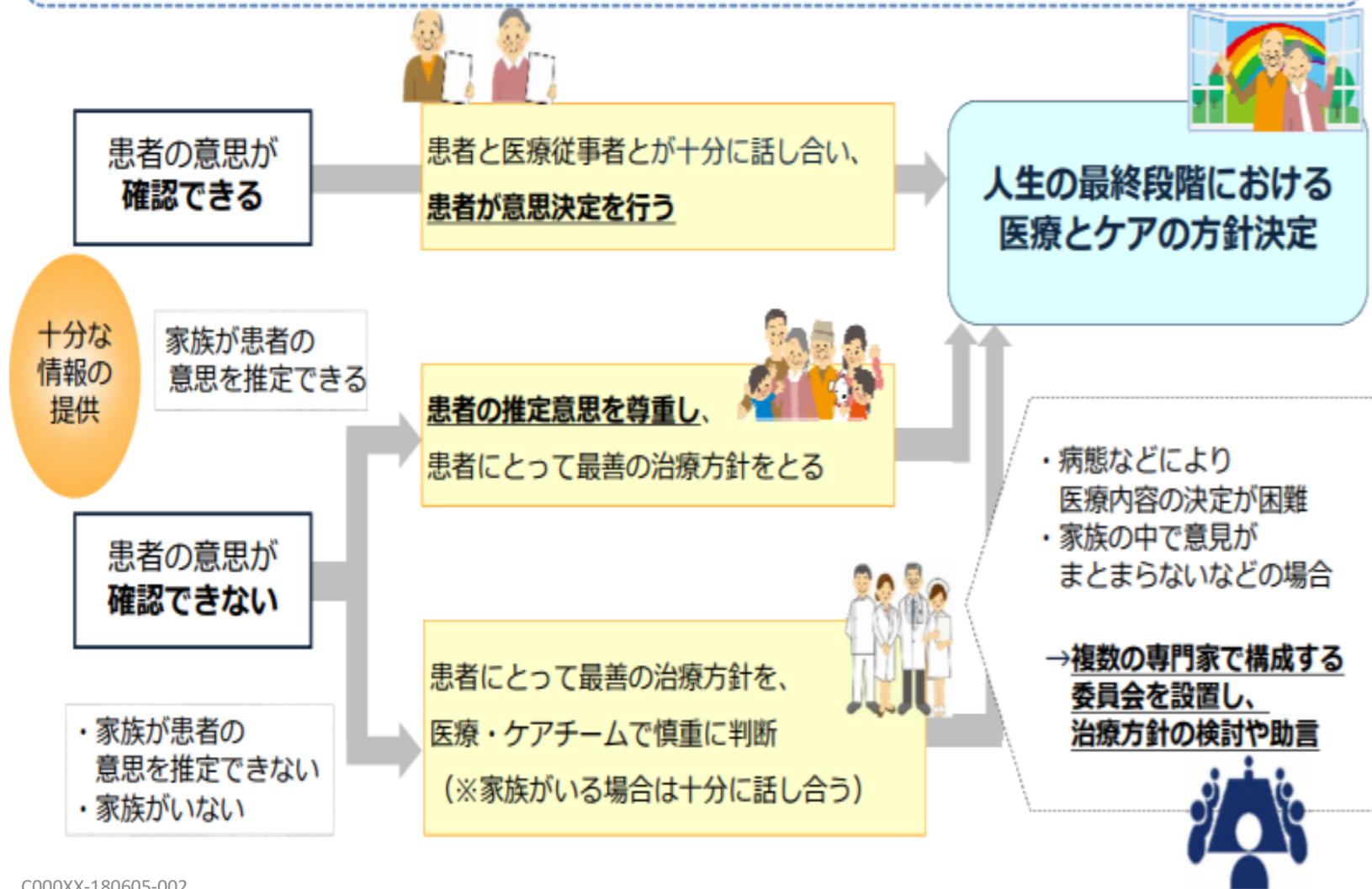
看取り介護加算 144単位
～1280単位/日

【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

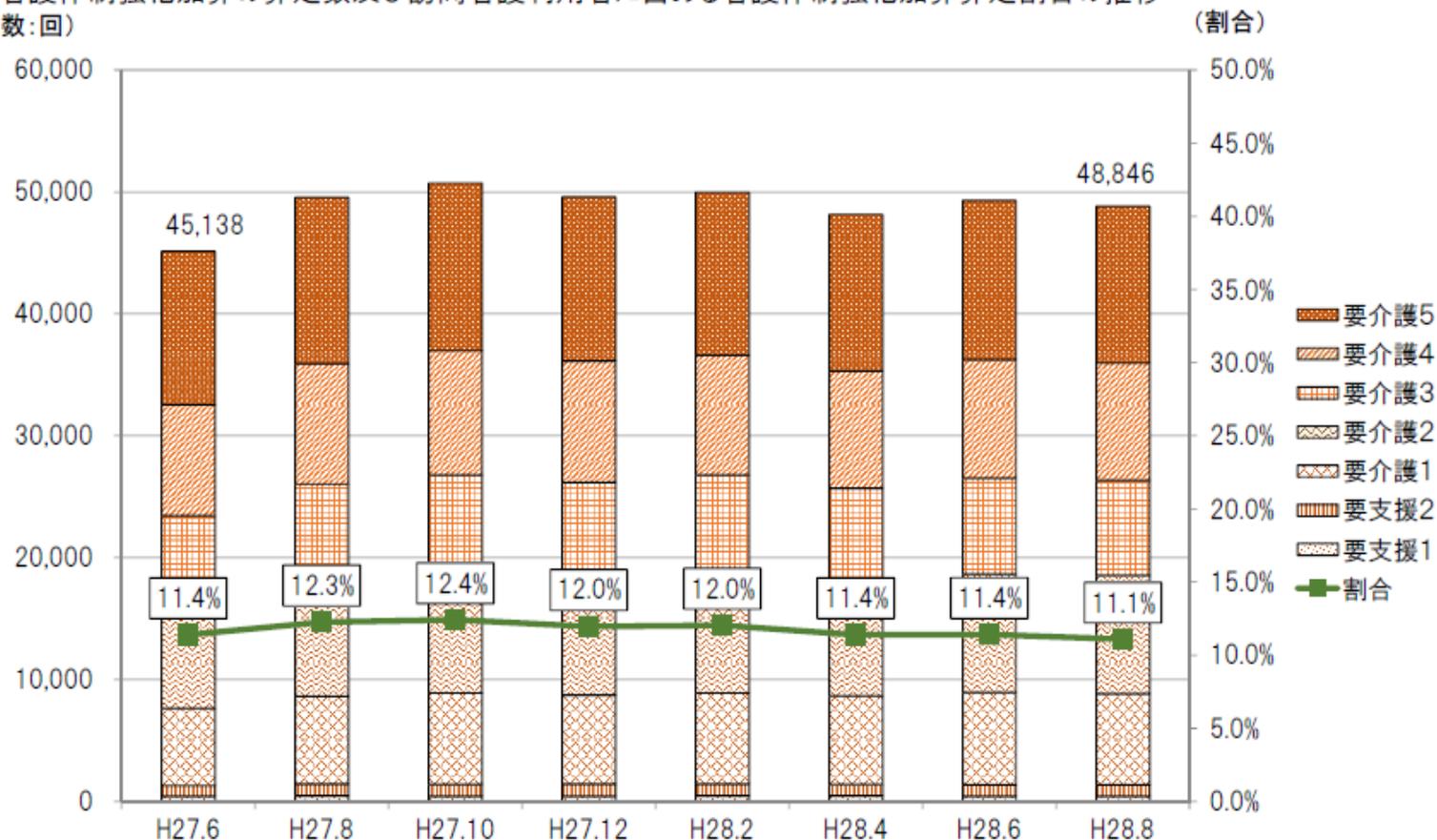
人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則



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)



出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」(特別集計)

ポイント③
病院併設型
訪問看護ステーション

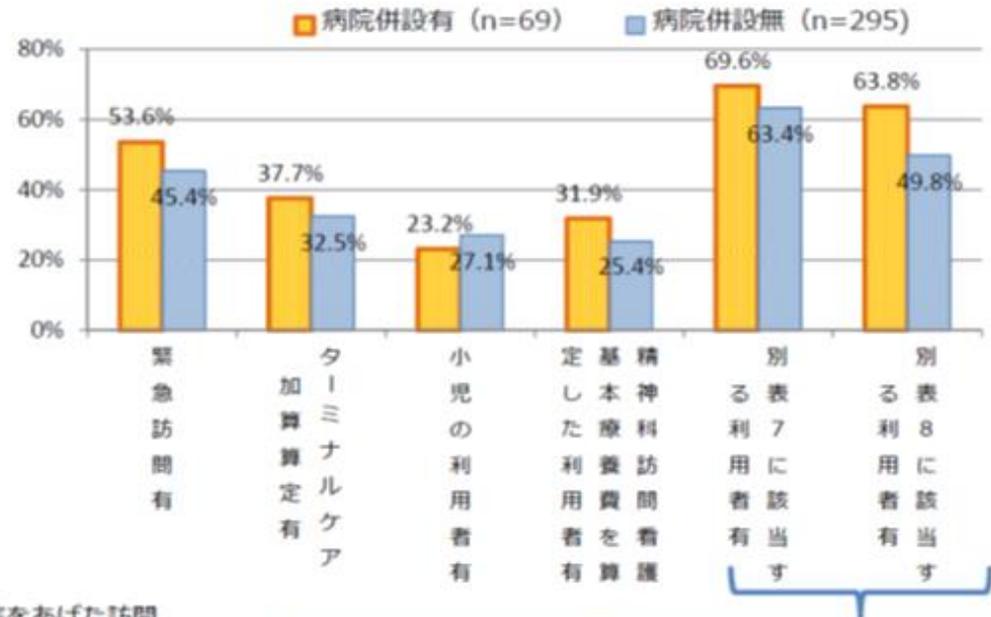
病院併設の訪問看護ステーション②

- 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）



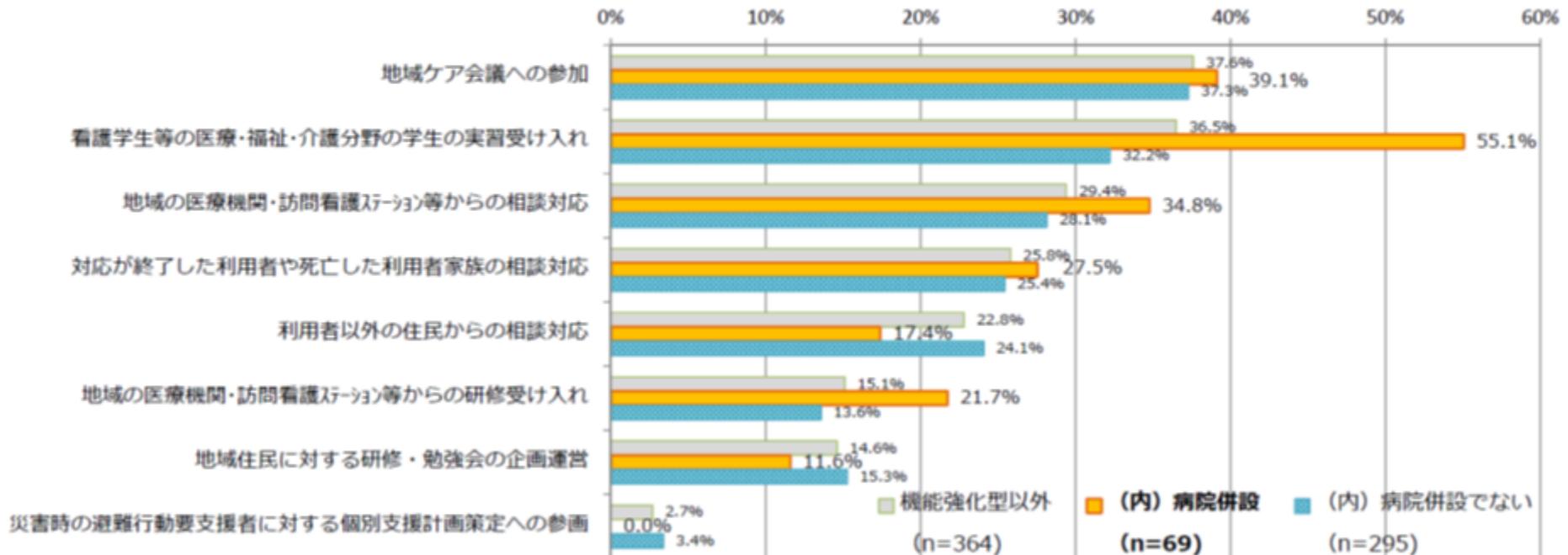
※1 病院併設：同一敷地内又は隣接している施設・事業所として病院をあげた訪問看護ステーション（機能強化型以外の訪問看護ステーションのみ）

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

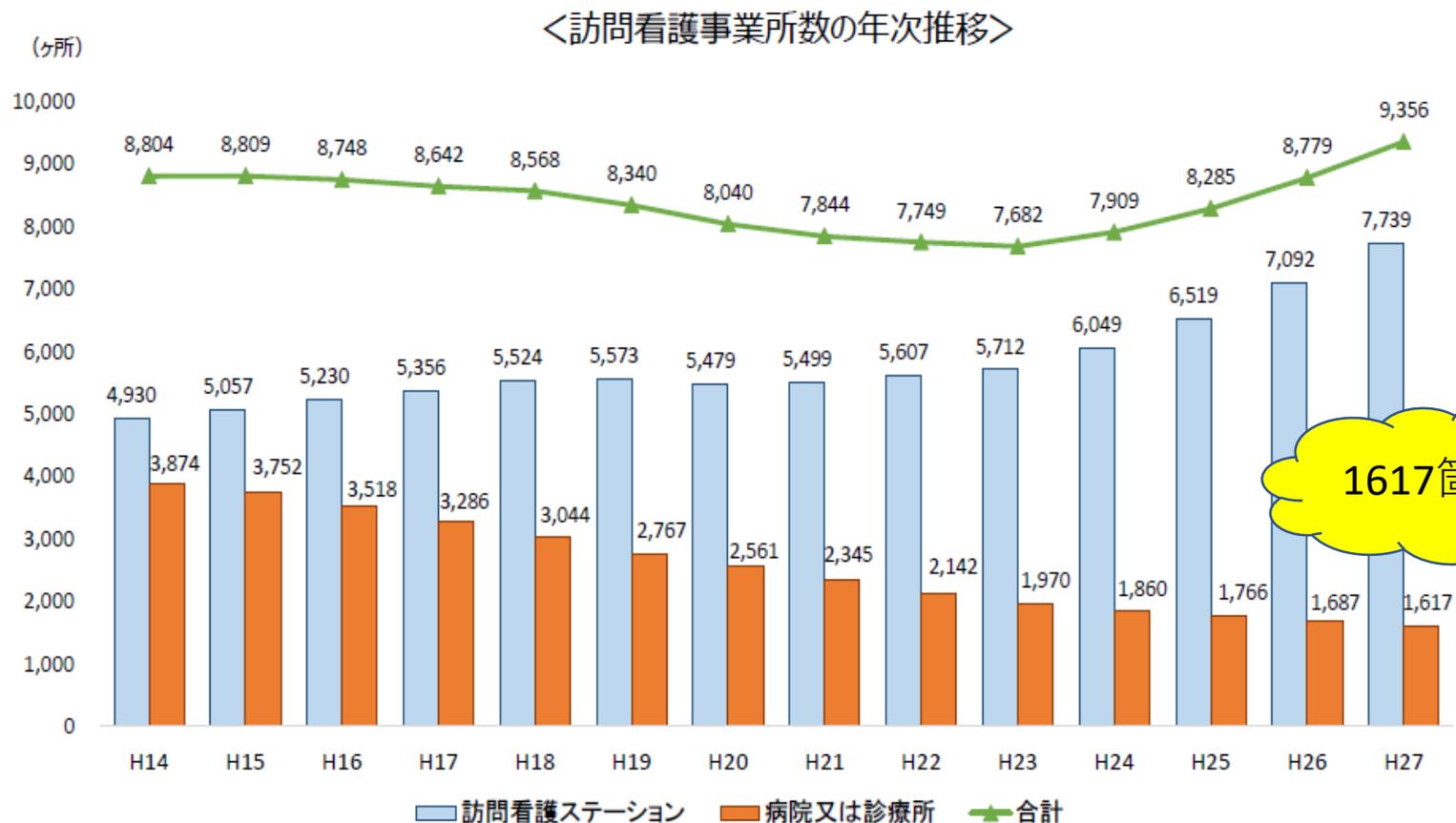
(ホ) (イ)から(ニ)までに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関等が、当該他の保険医療機関等の経営方針に対して重要な影響を与えることとなる場合に限る。）

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
- さらなる医療機関併設型ステーションの増加が期待されている

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。



ポイント④ リハ職との連携

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

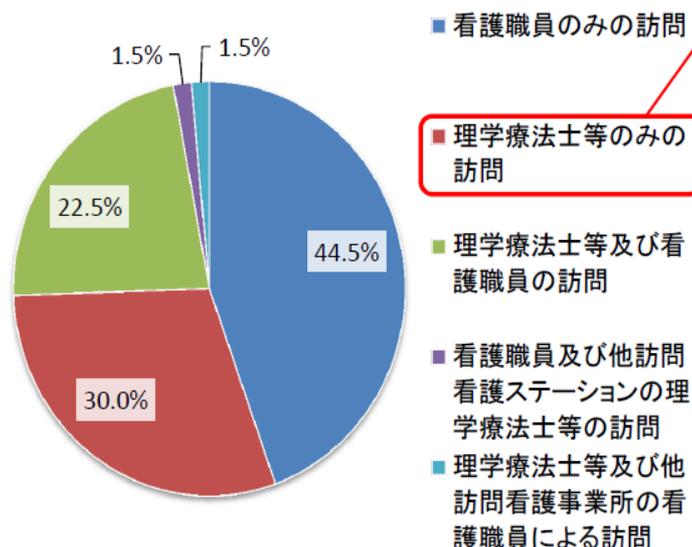
訪問看護ステーションにおける職種別の訪問看護の状況

- 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。

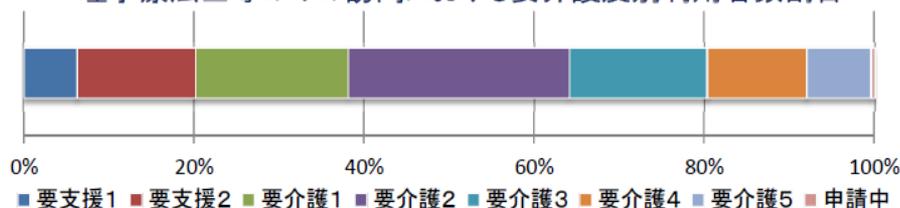
■ 訪問看護ステーション※あたりの平均保険別利用者数 (2016年10月)(n=600)(※理学療法士等による訪問を行っているSTIに限る)

	人数
介護保険	74.1
医療保険	23.2

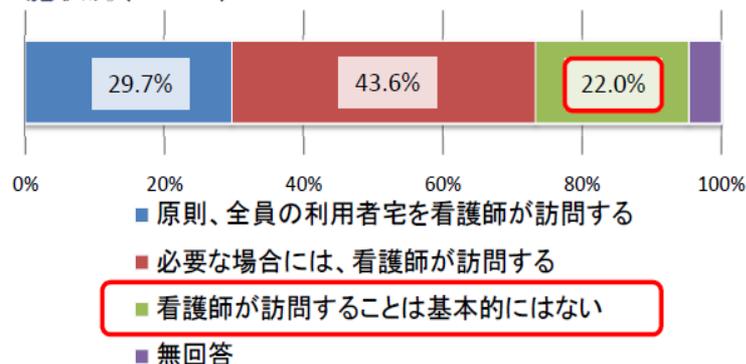
■ 訪問看護ステーション※における介護保険の利用者数 (74.1人)の訪問者職種別の割合



■ 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

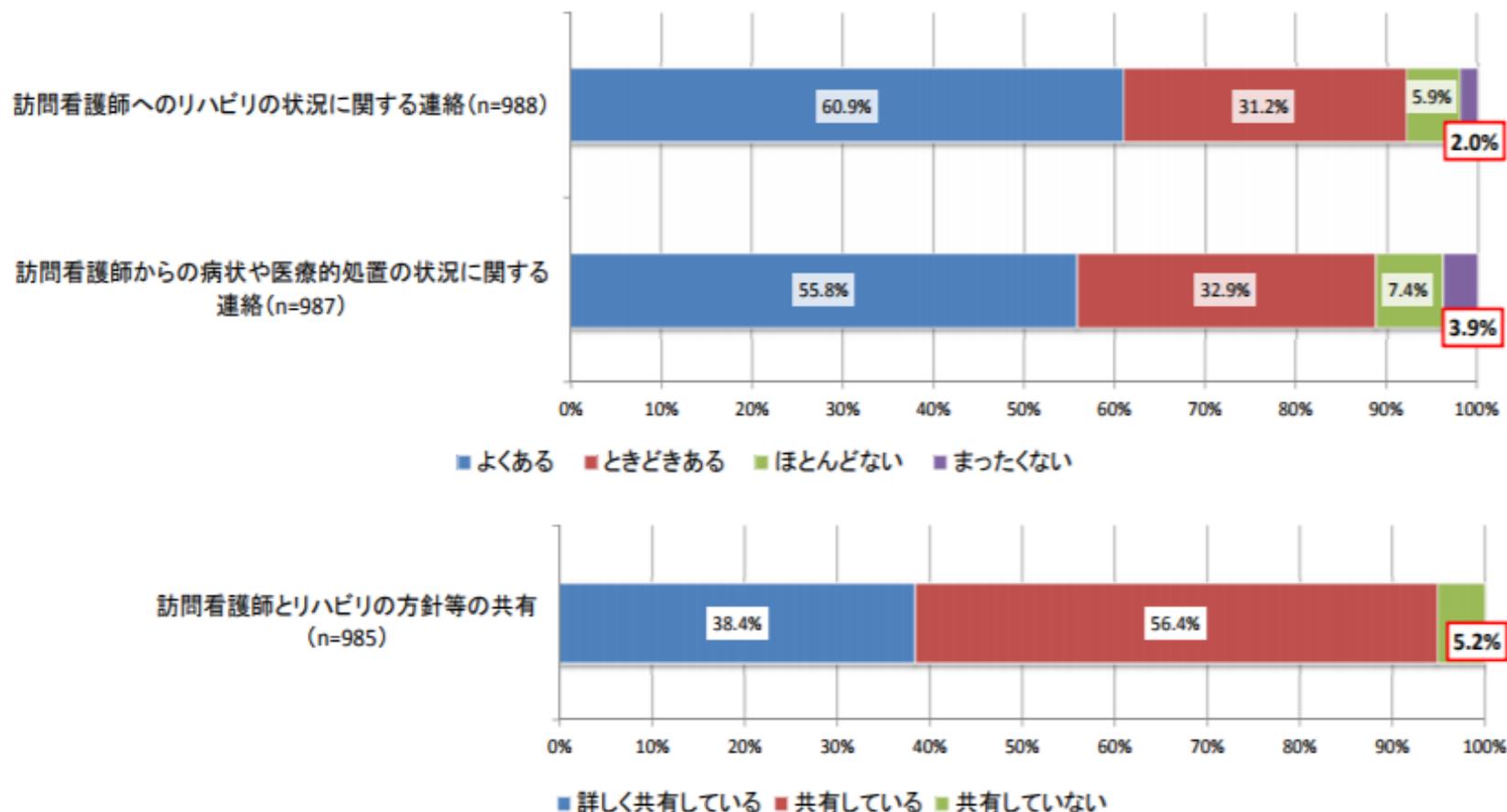


■ 訪問看護ステーション※における理学療法士等のみの訪問を提供している利用者について、看護師によるアセスメント等の実施状況(n=619)



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。

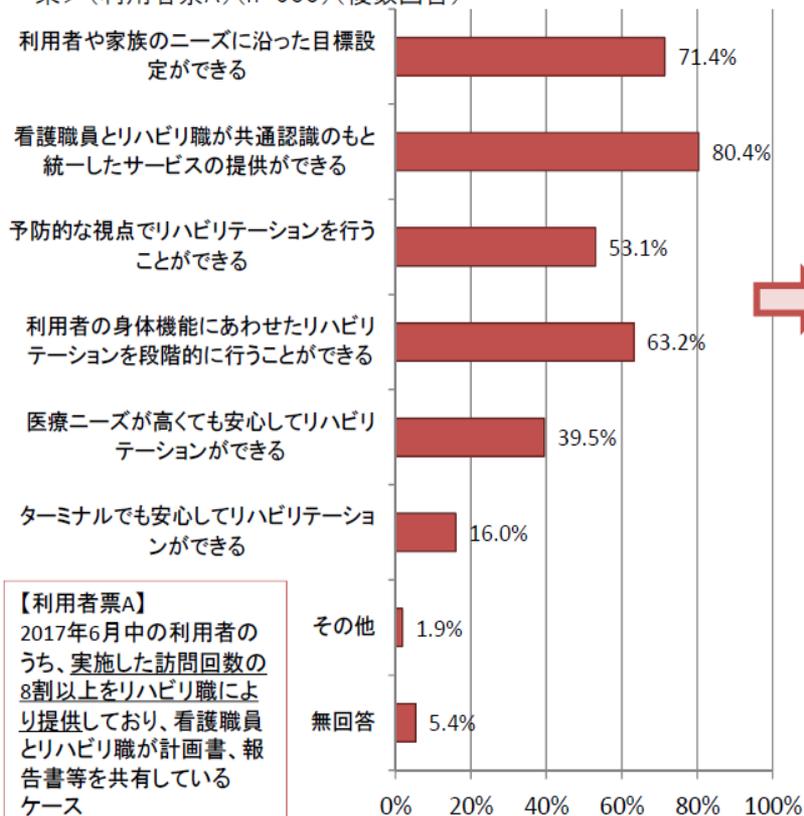


訪問看護ステーションにおける看護職員と理学療法士等の連携による効果

○ 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)

■ <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



- 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が一緒に参加。
- 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。

出典：平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所における看護職員と理学療法士等のより良い連携のあり方に関する調査研究事業」ヒアリング速報データを元に老人保健課において整理

訪問看護師とリハ職の情報共有

- 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

ポイント⑤

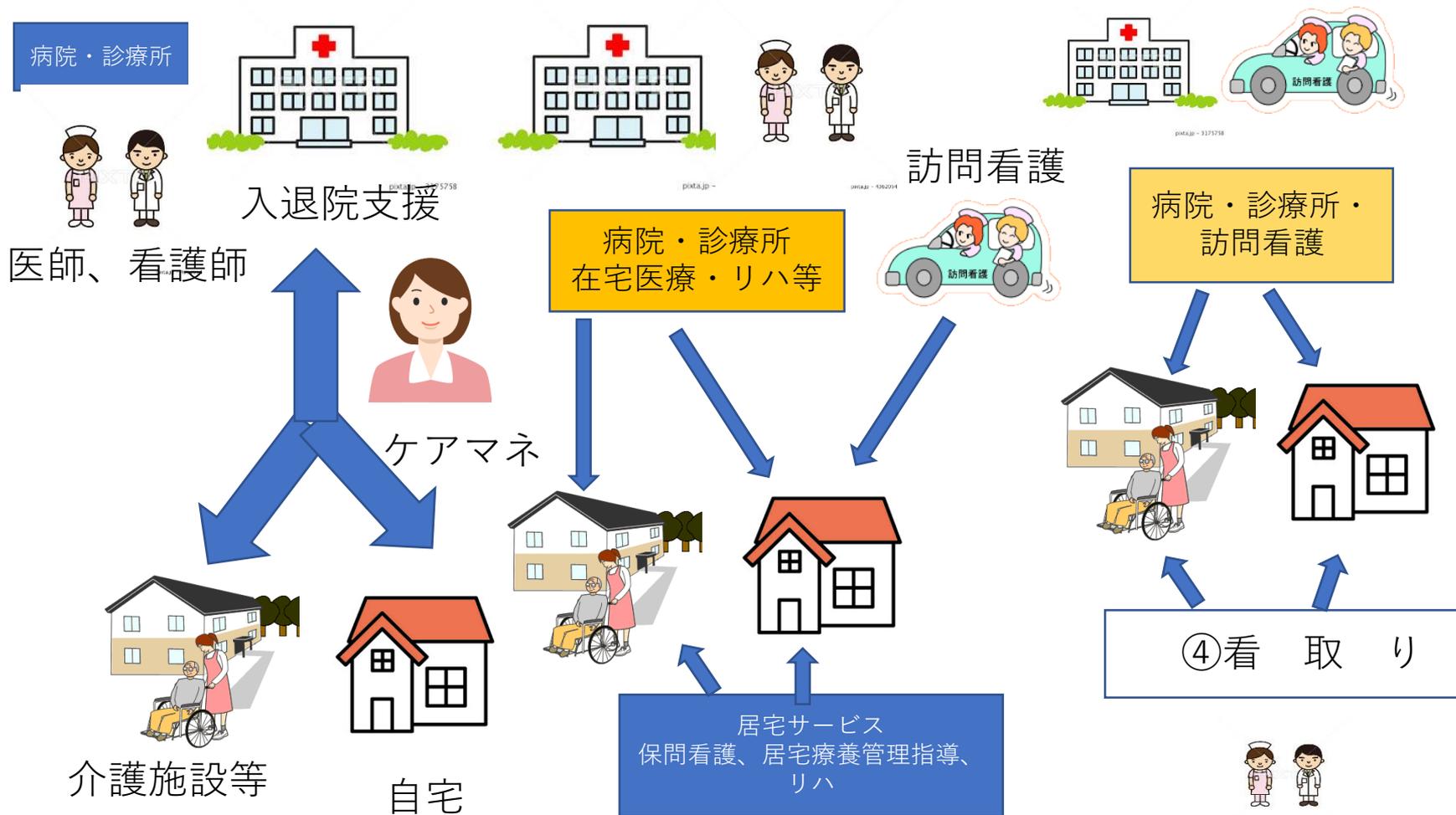
病院との情報共有

医療と介護の連携の4つのフェーズ

①入退院時

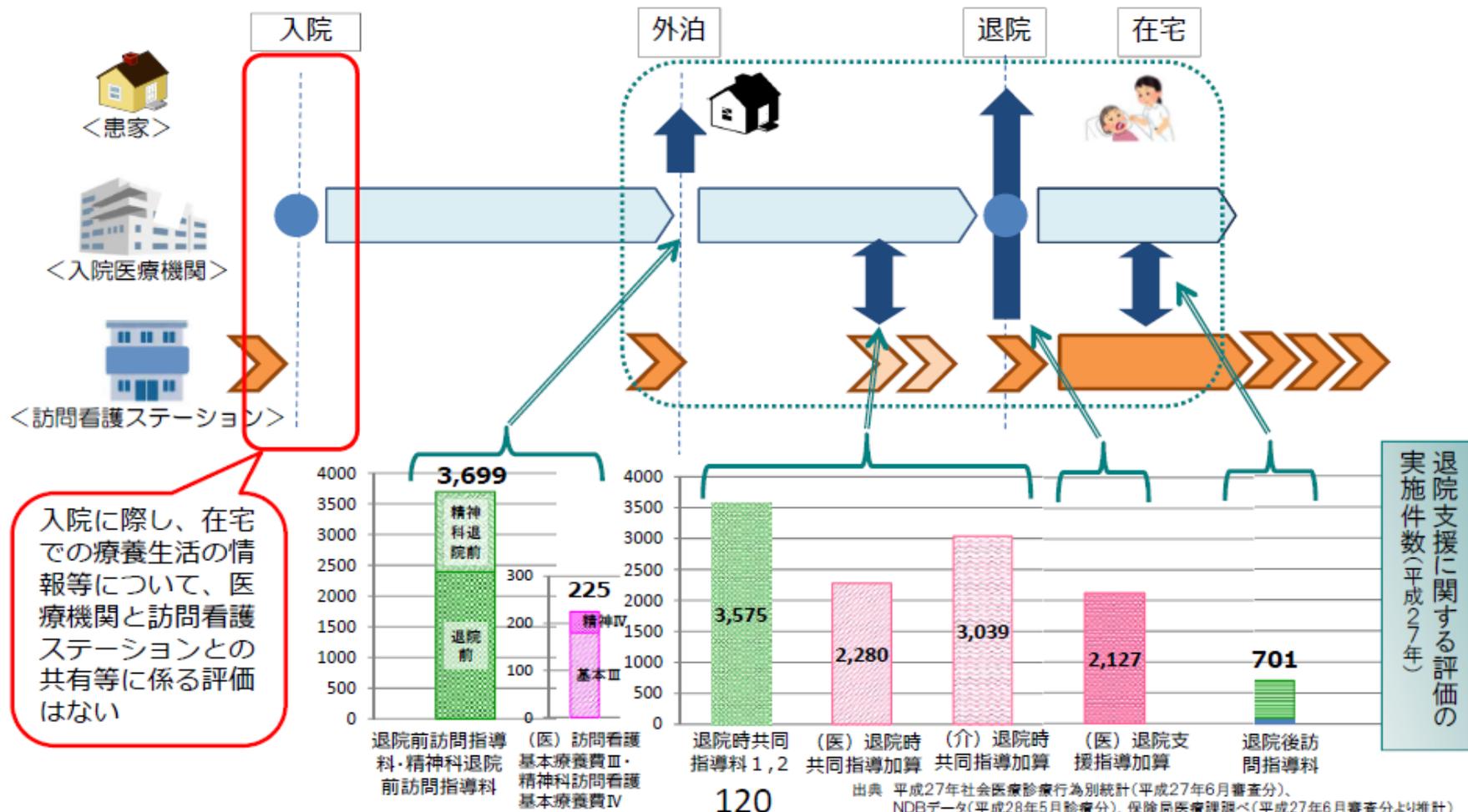
②日常療養支援

③急変時



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。



パート4 病院の入退院支援の しくみ



これまでの退院支援

- ①退院が決まってから始める退院支援
- ②「退院したくない」と言う患者を「力業」で退院させる退院支援
- ③傾聴より指導。一方的に「してあげる」スタンスの退院支援
- ④患者本人より家族の意向を優先してしまう退院支援
- ⑤とりあえず受け入れてくれる病院・施設につなぐ退院支援
- ⑦病棟も外来も関係ない！地域連携室だけで行う退院支援

これからは「入院前から始める退院支援」、
「生活に戻す医療」が重要



元愛媛大学医学部
附属病院 総合診療
サポート・センター長
檀本真津先生

2016年診療報酬改定と 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



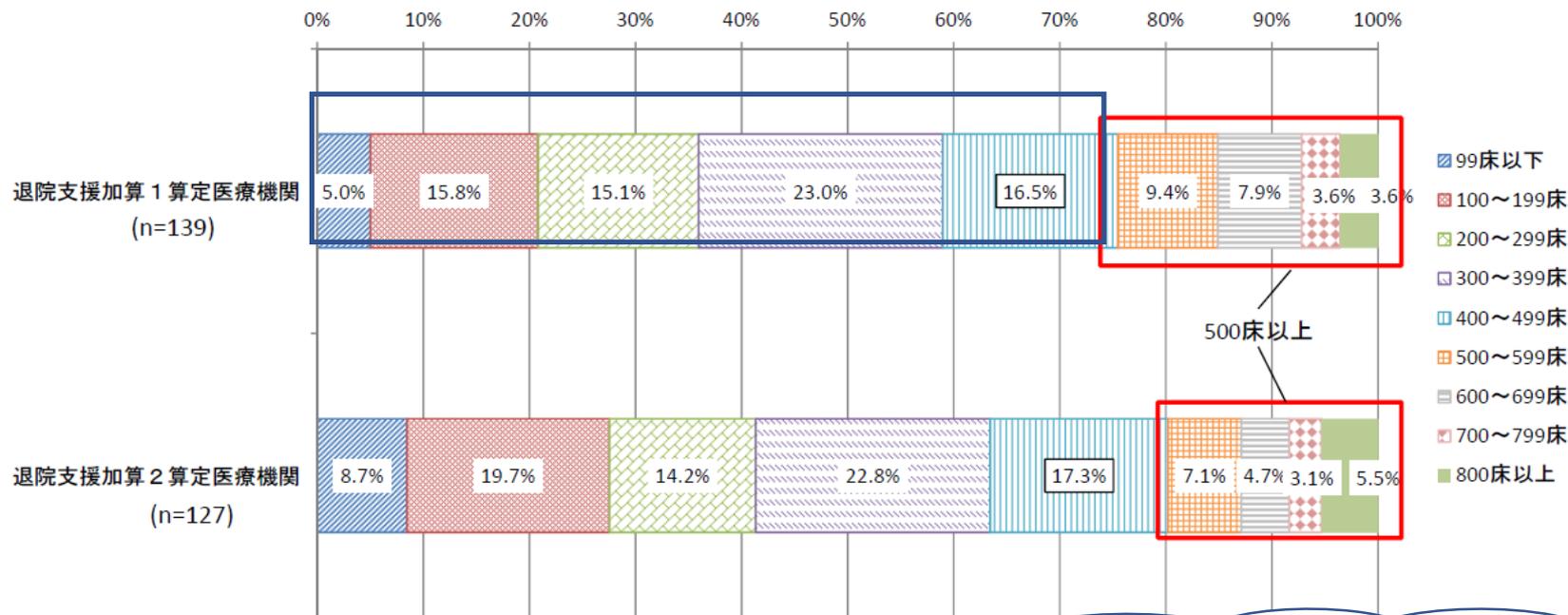
[算定要件・施設基準]

	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

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）



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



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

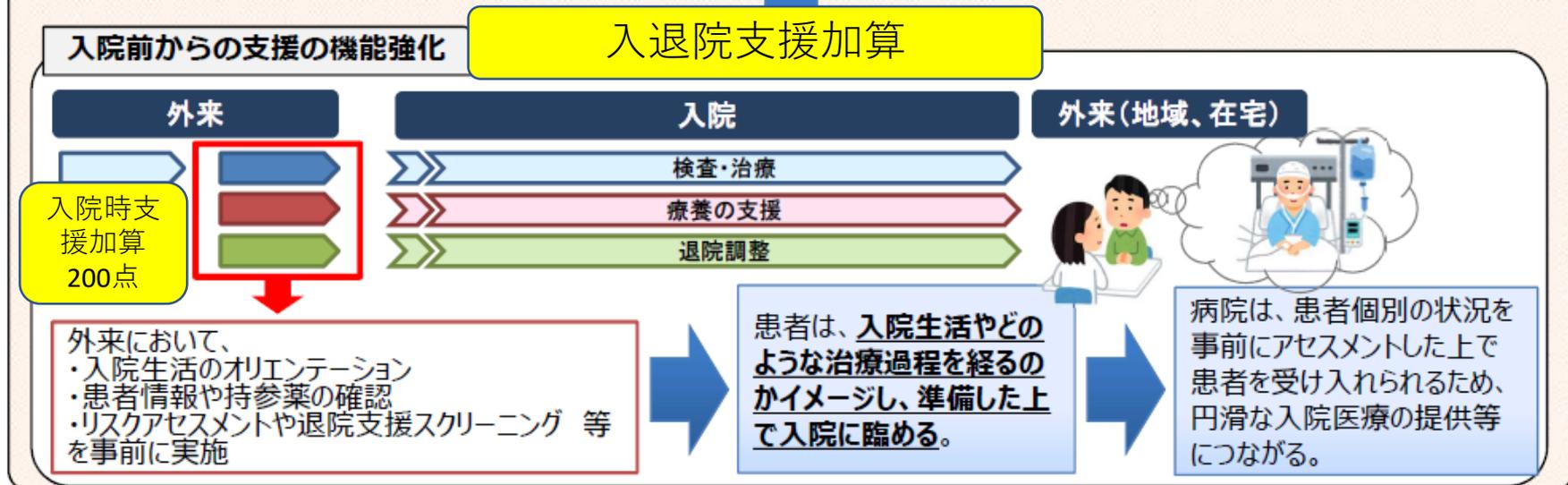
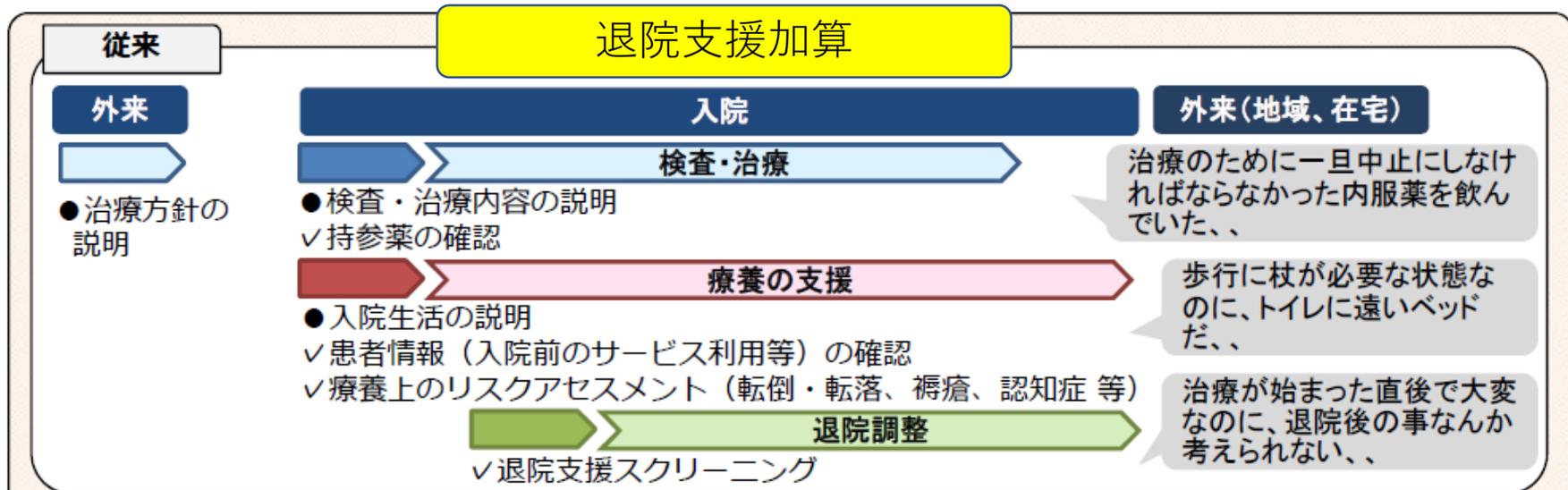
中部徳洲会病院（沖縄）の 入退院サポートセンター

- 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

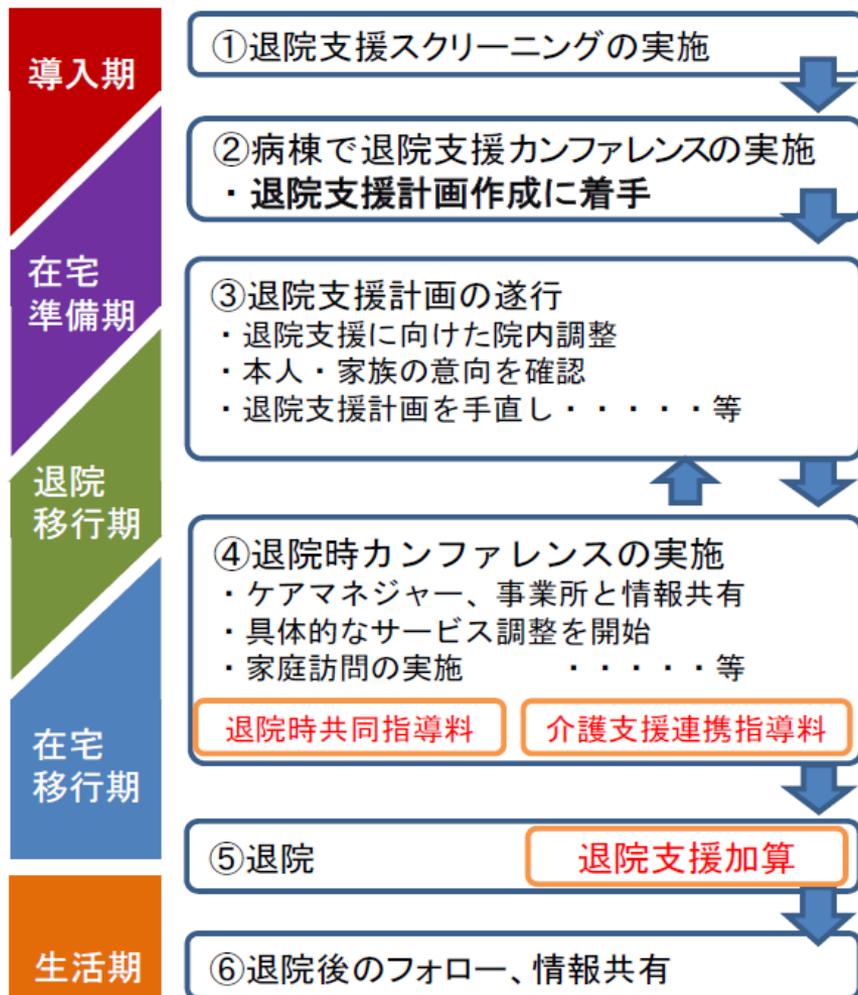
入院前からの支援の機能強化(イメージ図)



退院支援の手順・フローチャート

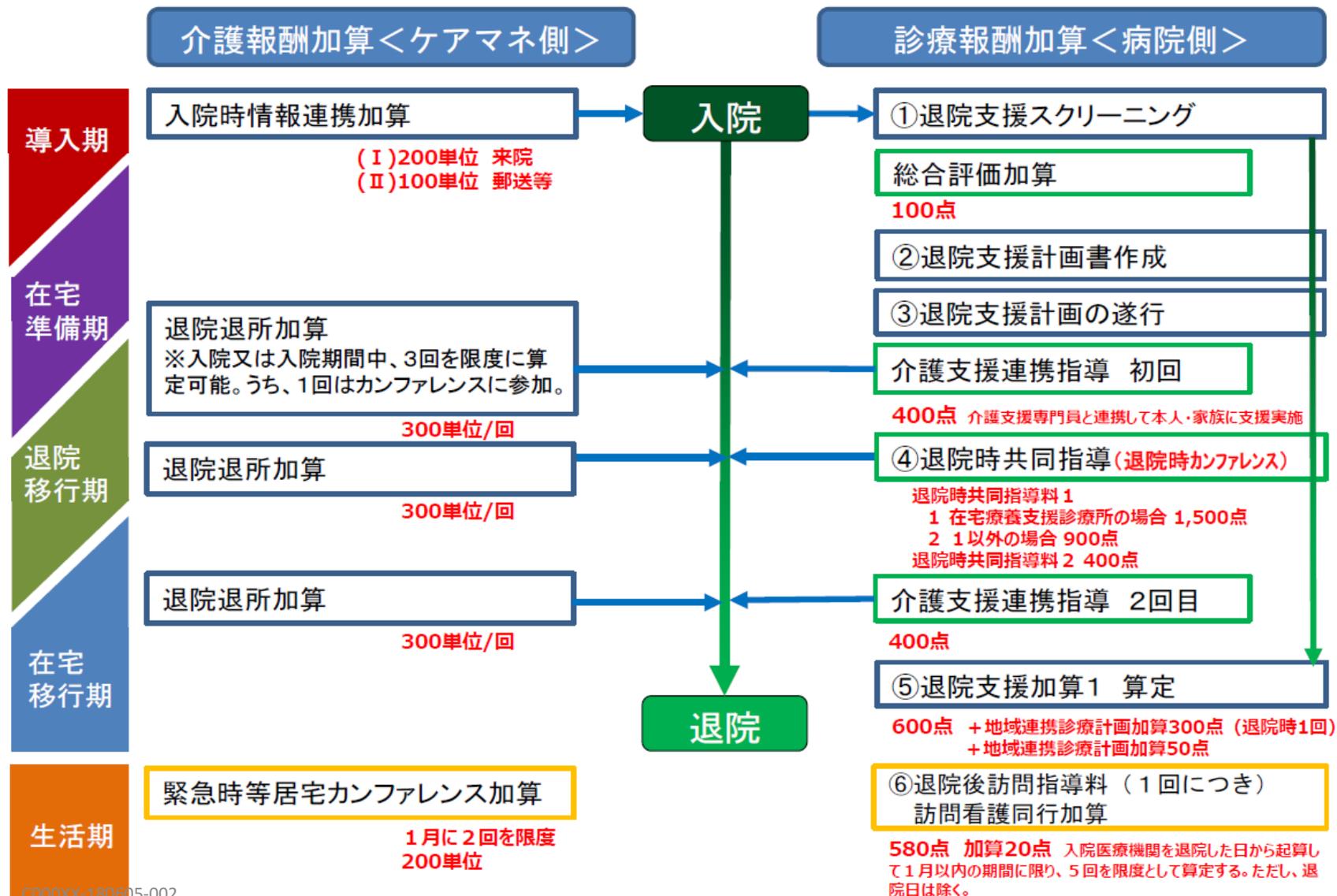
退院支援実践内容

退院支援の手順



- ①退院支援スクリーニング票を用いて3日以内に退院支援困難な要因を抽出し、退院支援の必要性を判断
- ②退院支援カンファレンスの実施
 - ※病棟の看護師及び病棟に専任の退院支援職員並びに退院調整部門の看護師及び社会福祉士が共同してカンファレンスを実施
 - ※スクリーニングが終了次第、7日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを実施
- ③退院支援計画の遂行
 - ※実践内容の③、④のプロセスは、患者の状態の変化や介護者の都合等によって反復して行われる場合がある。
- ④退院時カンファレンスの実施
 - ④-1 ケアマネジャーへ診療情報提供書を用いて情報提供を実施する。
 - ※他、看護サマリー、リハビリテーションサマリー、栄養に関する情報提供書（食形態や必要なカロリー、摂取時の姿勢、水分量など）を活用する。
 - ④-2 退院時にケアマネジャーは独自の退院時情報聴取シートを用意して聞き取りに来院する。
 - ④-3 医学的管理が必要な疾患は地域連携パス等の情報共有シートを活用し退院後のケア内容、経過などを把握する場合がある。

退院時連携に係る介護・診療報酬の一覧



総合評価加算

(1) 高齢者総合評価 入院時スクリーニング

--

入院時年齢 歳	
平成	年 月 日
A・B棟 階 南・北	
担当医師氏名:	
記載看護師名:	

看護師記入欄

身体機能	移動	<input type="checkbox"/> 介助必要
	セルフケア	<input type="checkbox"/> 介助必要
	視力	<input type="checkbox"/> 介助必要
生活機能	聴力	<input type="checkbox"/> 介助必要
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 介助必要
	電話の利用	<input type="checkbox"/> 介助必要
	交通機関の利用	<input type="checkbox"/> 介助必要
	お金の管理	<input type="checkbox"/> 介助必要
精神機能	食事の準備	<input type="checkbox"/> 介助必要
	認知機能	<input type="checkbox"/> 介助必要
	気分・意欲	<input type="checkbox"/> 介助必要

＜自立の例＞
 新聞やテレビの字幕が読める(眼鏡使用可)。
 普通の声の大きさで会話ができる。
 お薬の飲み方を正確に理解している。
 電話番号を自分で調べ、一人で電話できる。
 電車やバスを使い、一人で来院できる。
 支払いや通帳の管理が一人でできる。
 買い物や料理など食事の準備を一人でできる。

↓ * 1項目以上にチェックが入った場合は、医師が記載

退院後に介護を含めどのような生活を送るかということを念頭に置いた医療が必要であり、生活に影響する身体機能や精神機能などについて総合的に評価を行う必要が...

ない ある → 高齢者総合的機能評価を施行して下さい。

<h3>認知機能の評価</h3> <p>* 患者さんに問診するより、看護師の客観的な評価を重視して下さい。 ...例えば、服薬を本人管理で任せられるかは判断基準の一つになります</p> <p>記憶力の低下 説明したことを覚えていない、さかしまのが多い 自分の病歴やなぜ入院したのかを覚えていない</p> <p>見当識の低下 ここがどこかわからない、今年が何年かわからない 週にまよう、検査に1人で行けない</p> <p>理解力・判断力の低下 誤った方法で対応する 機器の使い方がわからない</p>	<h3>気分・意欲の評価</h3> <p>* 客観的な評価が難しい場合は、以下問診するとよい。 気分:うつ・不安</p> <p>・1日中ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでいませんか？ ・ほとんどのことに興味がなくなっていましたか？ ・今まで楽しめていたことが楽しめなくなりましたか？ ・さまざまな事柄に関して、過剰に不安となったり、起こりそうもないことを心配していますか？</p> <p>意欲低下: 閉じこもりも含む ・挨拶をしない ・食事や排泄、リハビリに関心がない ・週に1回も外出していない ・外出頻度が減っている</p>
---	---

A病院 高齢者総合評価加算様式1

(4) 高齢者総合評価加算 算定通知書

入院センター提出用

--

診療科 _____ 科
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
病棟 _____ 階
主治医氏名
主治医以外の 担当者氏名

(連絡先PHS: _____)

医事課入院会計担当 御中

当該患者において、下記後期高齢者総合評価を実施いたしましたので、診療報酬の請求を行ってください。

高齢者総合評価加算 算定基準(〇〇病院△△科)

- 介護保険法第2条規定特定疾患を有する40歳以上65歳未満
- 年齢 65歳以上
- 機能評価測定: Barthel index
- 機能評価測定: MMSE または HDS-R
- 機能評価測定: GDS または Vitality index
- 測定結果に基づく評価: 老年病専門医による
- 高齢者総合評価の結果: 患者・家族に説明
- 高齢者総合評価の結果: 入院診療録に保存
- 高齢者総合評価の結果: 外来診療録に保存

* 総合評価を行ったら、すみやかに「入院センター」行きメッセージャーファイルにこれ学内便で送付してください。

- 介護保険特定疾病
1. がん(がんは、医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断した、いわゆる「末期がん」に限られる。)
 2. 慢性脳幹リウマチ
 3. 筋萎縮性側索硬化症
 4. 後縦靭帯骨化症
 5. 骨折を伴う骨粗鬆症
 6. 初老期における認知症
 7. 進行性上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
 8. 脊髄小脳変性症
 9. 脊柱変形症
 10. 早老症
 11. 多系統萎縮症
 12. 糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症及び糖尿病性神経障害
 13. 脳血管疾患
 14. 閉塞性動脈硬化症
 15. 慢性閉塞性肺疾患
 16. 両側の関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

A病院 高齢者総合評価加算様式3

退院支援計画書

(6) 退院支援 入院時アセスメント

--

平成 年 月 日
A棟 11階 南
看護師名:

リスク因子

- 入院前よりADLの低下あり
- 退院後に医療処置あり
- 家族介護力不足
- 今後病状悪化の可能性高い



1項目でもチェックが入ったらカンファレンスで検討
以下基本事項記入

家庭環境	住所	
	介護者	
介護保険	要介護度	
	ケアマネ	
退院にむけての問題点		

(7) 退院支援計画書

--

患者氏名 殿

平成 年 月 日
病棟 階 号室
主治医氏名
退院支援計画 担当者

当院では、入院患者様が入院早期より退院後にどのような生活を送るかということを中心においた医療を受けることができるために、入院後早期に退院支援計画書を作成しております。

病名	
患者以外の相談者	
退院支援計画を行う者の氏名(担当者を除く)	
退院に係わる問題点、課題など	
退院に向けた目標設定、支援期間、支援概要	
予想される退院先	
退院後に利用が予測される社会福祉サービス等	

注)上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化に応じて変わり得るものである。

(患者氏名) _____

退院支援が必要な患者例

* 退院支援が必要な患者の状態像の例 *



▲再入院を繰り返している患者



▲褥瘡処置など退院後も高度で熟練的医療が必要な患者



▲入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者



◀ 独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者



◀ 現行制度を利用しての在宅への意向が困難あるいは制度の対象外の患者
その他

退院支援加算～退院困難な要因

<退院支援加算1, 2の算定要件> 以下の退院困難な要因を有している患者を抽出

【退院困難な要因】

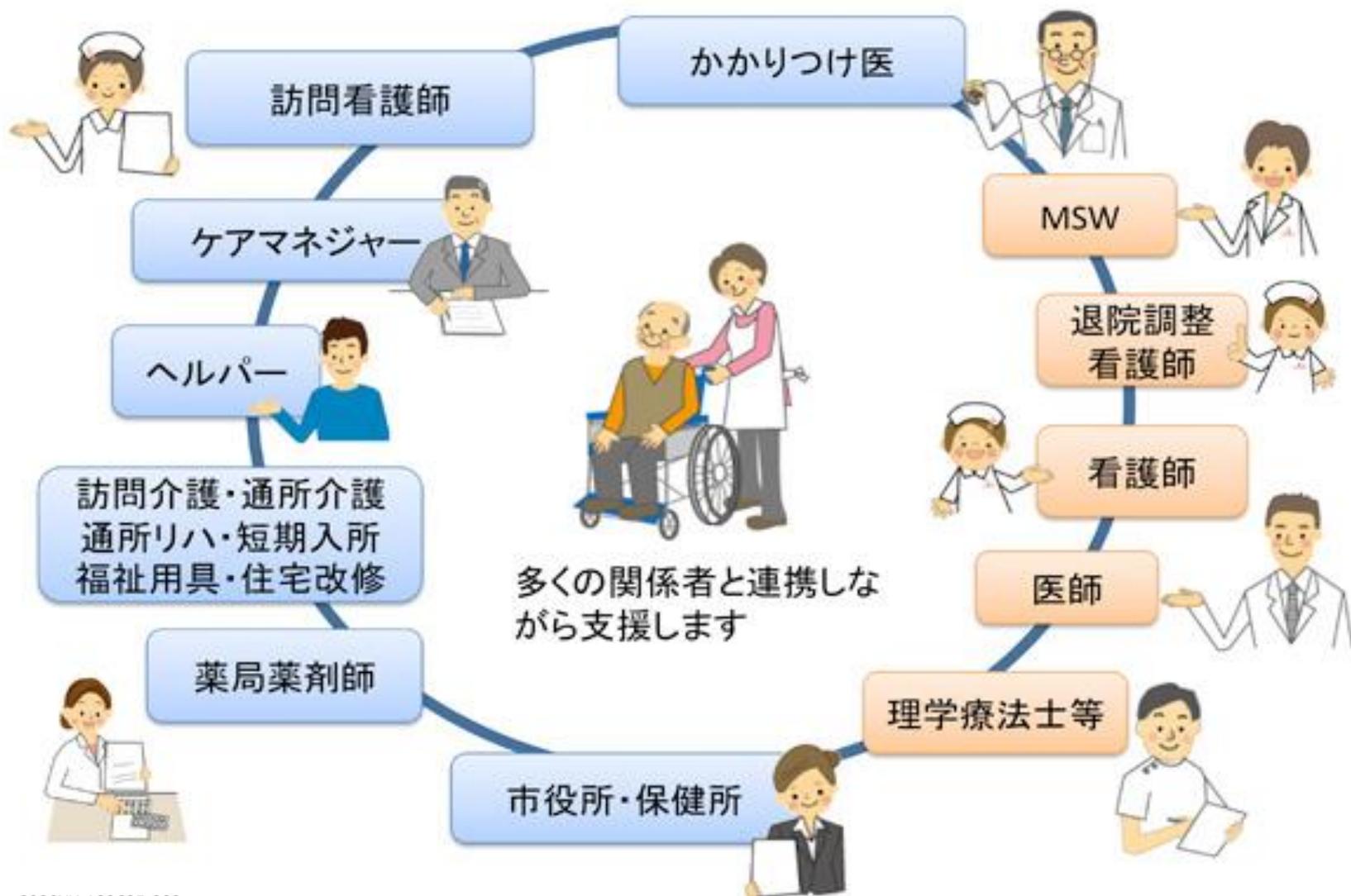
- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護認定が未申請であること
- エ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること
(必要と推測されること。)
- オ 排泄に介助を要すること
- カ 同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
- キ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む。)が必要なこと
- ク 入退院を繰り返していること
- ケ その他患者の状況から判断してアからクまでに準ずると認められる場合

<退院支援加算3の算定要件> 以下の退院困難な要因を有している患者を抽出

【退院困難な要因】

- ア 先天奇形
- イ 染色体異常
- ウ 出生体重1,500g未満
- エ 新生児仮死(Ⅱ度以上のものに限る。)
- オ その他、生命に関わる重篤な状態

図2 退院前合同カンファレンスの参加者



パート5 退院前カンファレンス



退院前カンファレンス メンバー

・患者さん・ご家族



永井さん



息子さん



旦那さん

・病院スタッフ



主治医



病棟看護師



理学療法士



退院調整看護師
(岩本)



医療ソーシャルワーカー
(木田)

・在宅チーム



在宅医



訪問看護師



ケアマネジャー



訪問ヘルパー



福祉用具専門相談員

退院前カンファレンスの目的とは？

- 退院前カンファレンスは、退院予定の患者で、自宅での療養に在宅サービスを利用する必要がある場合に開催する
- 目的① 情報の共有
 - 入院医療機関が持っている患者情報を、直接在宅サービスの担当者へ情報提供すること。
 - 自宅にて訪問看護などの在宅サービスを利用する際に必要な情報について、直接顔を合わせて情報交換することができる。
 - 顔の見える連携が取れると、退院後にわからないことがあった場合でも、直接問い合わせがしやすくなります。
- 目的② 安心感の共有
 - 患者様、家族への安心感の提供。事前に病院に来て、医療機関から訪問看護の担当者を紹介することで、患者様、家族が安心するといふことがあげられる。
 - 会ったことがない人に自宅で初めて会うというのは誰でも抵抗感がある。
 - また、スタッフ同士が連携している様子を患者様、家族に見てもらったことにより、スタッフ同士が連携している様子を見てもらうことで、患者様、家族に安心感につながる。

誰が参加するの？主催は？

• 主催者

- ほとんどの場合、退院前カンファレンスを主催するのは、入院している医療機関の地域連携室です。地域連携室の担当者が院内の職種や在宅サービスの担当者へ連絡し、カンファレンスの日程調整を行う。

• メンバー

- 院内の関係職種については、対象となる患者様を担当している医師、病棟看護師（退院調整看護師）、リハビリスタッフ、薬剤師、栄養士、地域連携関係部署の退院調整看護師、医療ソーシャルワーカーといったメンバーだ。
- 在宅サービスからのメンバーとしては、在宅医、訪問看護師、ケアマネージャー、薬剤師、歯科医師、歯科衛生士、訪問リハビリ士などもある。
- ジャーナル、訪問ヘルパーや福祉用具業者、歯科医療機器業者などもある。
- 患者様、家族がカンファレンスに参加しても構わない、希望や意見を聞き、医療機関側と在宅サービス関係者の連携の様子を見たりする。

• 情報共有

- 退院調整の間に、場合によっては、日記を各担当者へ送る。これだけの人を集めてカンファレンスをするには、日記を共有し、作成し、患者様、家族に集められ、了解をいただいた上で、日記を送る。

退院前カンファレンスの内容は？

• カンファレンスの内容

- 退院前カンファレンスの内容は、疾患や治療、症状のコントロールに関すること、病棟での看護状況、リハビリの内容、処方内容や服薬の仕方、社会保障制度の活用状況、利用予定の在宅サービスの内容等について、情報共有とディスカッションをします。
- 入院中の管理を在宅でそのまま行うわけではありませんので、入院中に在宅に合わせた管理に移行するために打ち合わせが中心
- 患者様、家族の希望や意見、心配事などについても話をしてもらい、カンファレンスで検討する。

• 進行

- 進行は、地域連携室の担当者が行う。
- 患者様、家族の話を聞きながら進めることもあれば、職種ごとに一通り基本情報のプレゼンを先に行うなど、患者様、家族のキャラクターやその場の雰囲気ですべて進行する人が判断するでしょう。それぞれの担当者が情報をまとめた資料等を配布することもある。

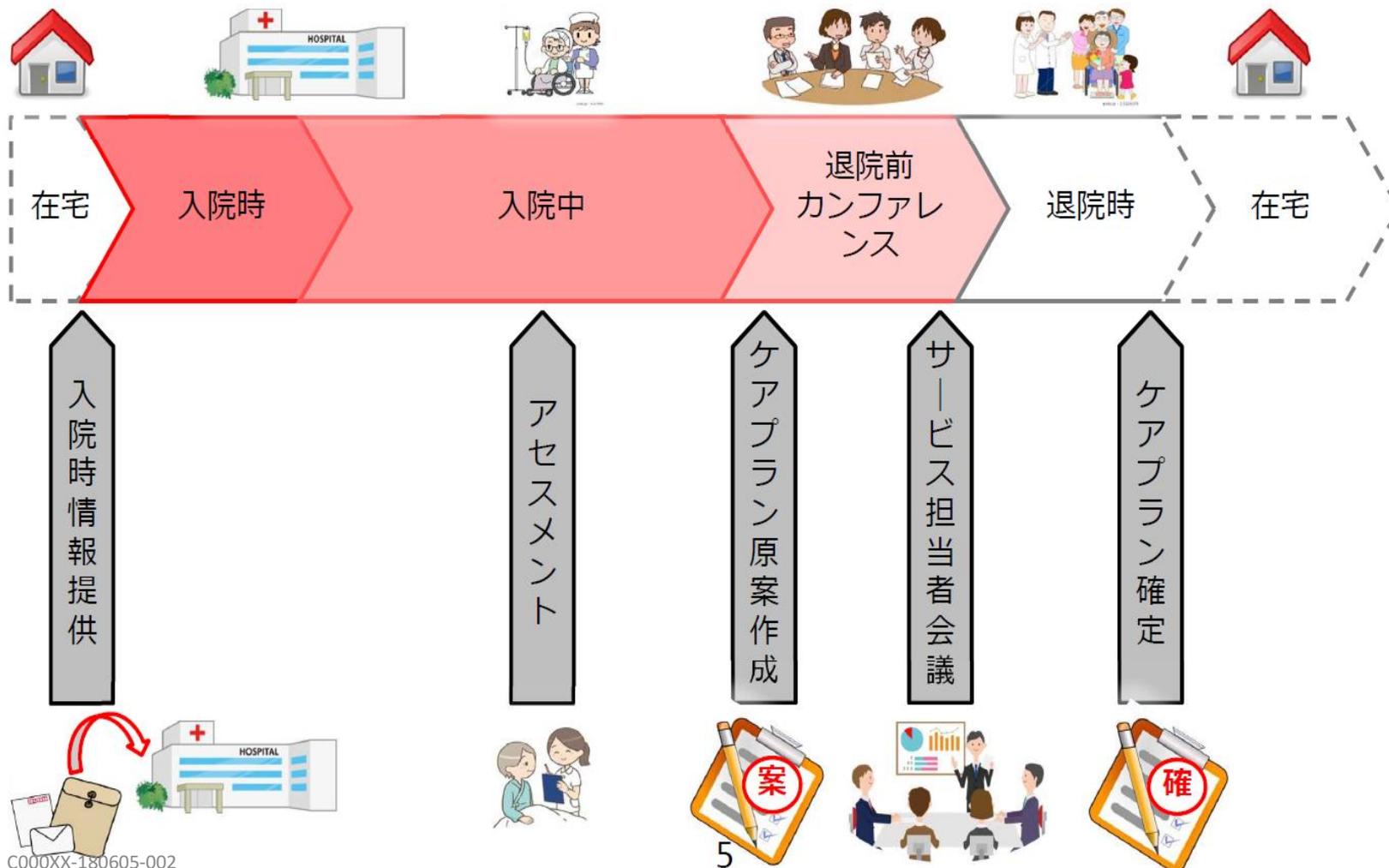
退院前カンファレンスの重要性

- 病状や治療内容、予後の把握
- 本人・家族の理解と意向の聴取
- 在宅移行を実現するための治療やケアの調整
- 病院医や地域ケア担当者との役割分担



入退院時におけるケアマネジメントプロセス(イメージ)

- 退院後の円滑な介護サービス導入に向けて、ケアマネジャーは、入院中からアセスメントを行うことが想定される

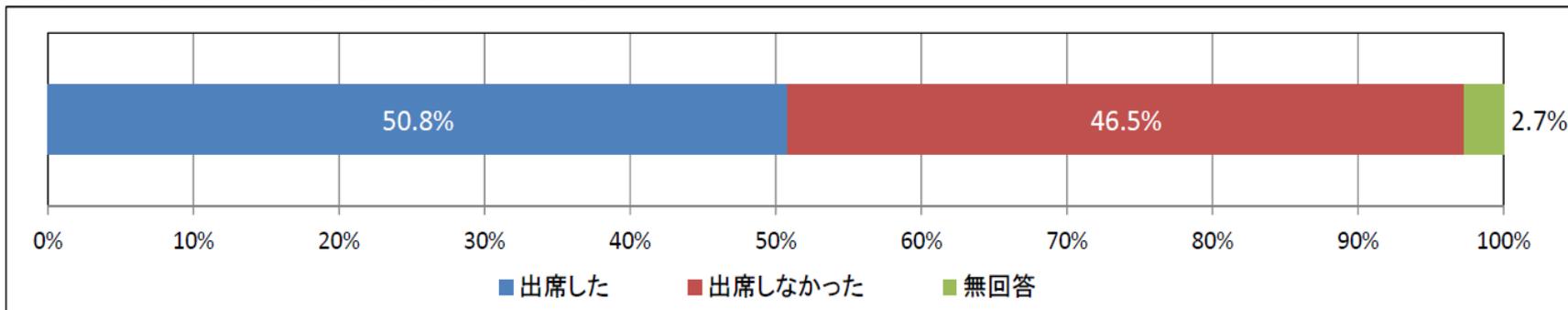


退院時における医療機関との連携状況①

○ 利用者の退院時のカンファレンスにケアマネジャーが出席した割合は50.8%だった。

退院時カンファレンスの出席の有無（利用者調査票）

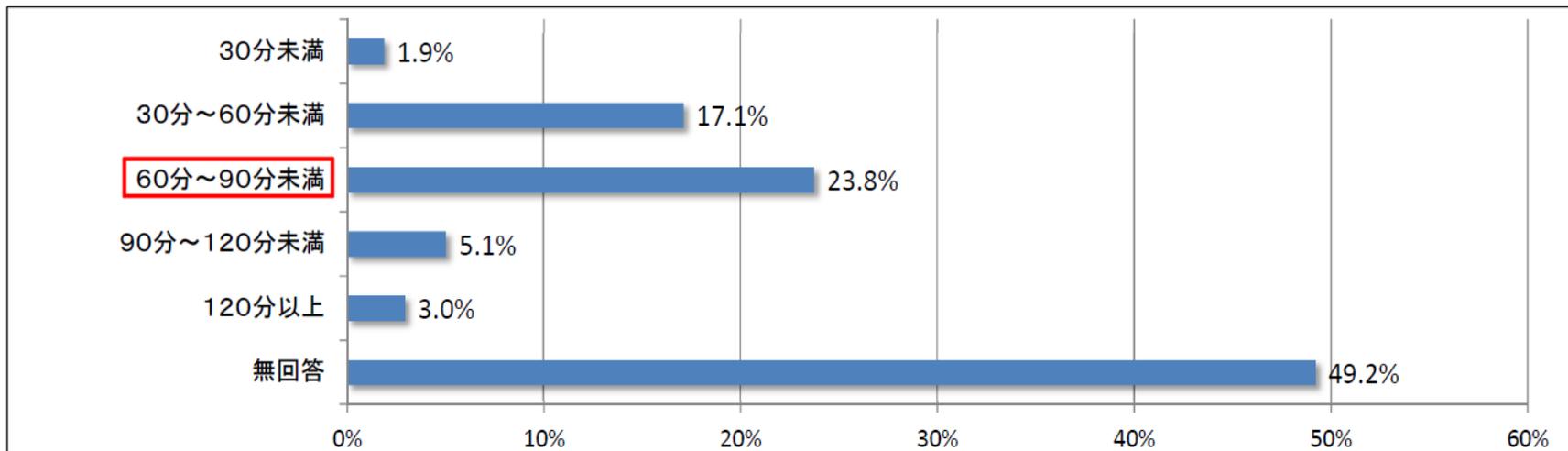
n=171,262



○ 退院時カンファレンスにケアマネジャーが出席した場合の、カンファレンスの延べ所要時間は「60分～90分未満」が23.8%であった。

退院時カンファレンスの所要時間（利用者調査票）

n=87,021



退院時における医療機関との連携状況②

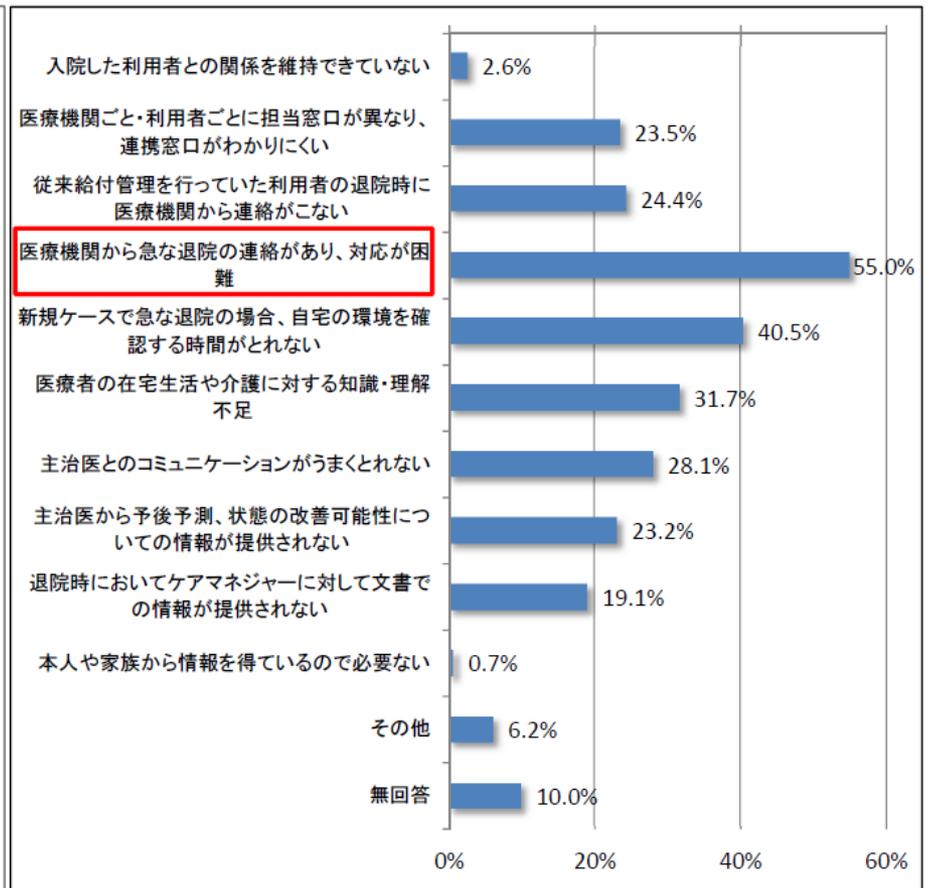
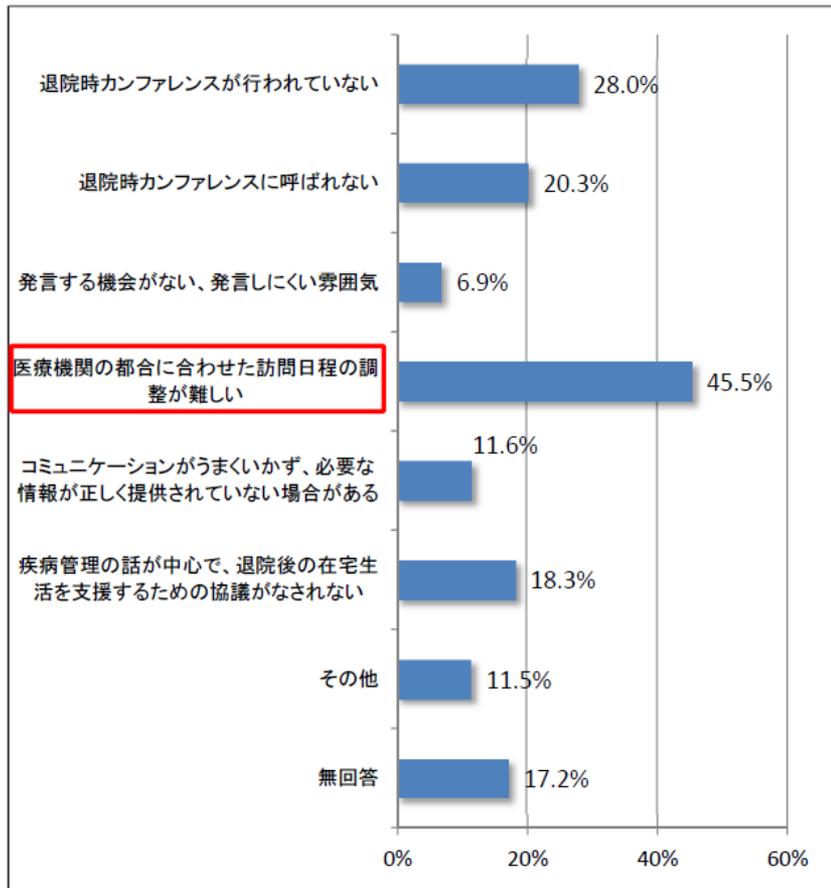
○ 退院時カンファレンスに参加する上で問題と感じる点は「医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しい」が45.5%となっている。また、退院時に医療機関より利用者情報を得ることが困難と感じる点は「医療機関から急な退院の連絡があり、対応が困難」が55.0%となっている。

退院時カンファレンスに参加する上で問題と感じる点
(事業所調査票) (複数回答可)

n=1,572

退院時に医療機関より利用者情報を得ることが困難と感じる点
(事業所調査票) (複数回答可)

n=1,572



退院前カンファレンスと診療報酬

- 【訪問看護ステーションが算定できる診療報酬】
 - **1.訪問看護基本療養費**

入院中の患者さんが退院後の在宅療養に備えて試験的に外泊を行った際に訪問看護をおこなった場合に算定可能。こちらは、通常おこなわれる訪問看護の診療報酬と同じ枠組みとなっている。
 - **2.退院支援指導加算**

介護保険の利用者で退院時に特別訪問看護指示書が交付された場合、退院日に訪問することで算定できる。
 - **3.退院時共同加算**

入院中の病院にて行われる退院支援カンファレンスに参加した場合に算定できます。

事例を見てみよう

妙高花子さんの退院前カンファレンスの事例

(新) 退院後訪問指導料 580点(1日につき)

(新) 訪問看護同行加算 20点

[算定要件]

- ① 対象患者:別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※
※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。
- ② 算定回数:退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
- ③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。



別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍等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
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
- 3 在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

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

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20日緊急出版！**
- 2018年同時改定の「十字路口」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

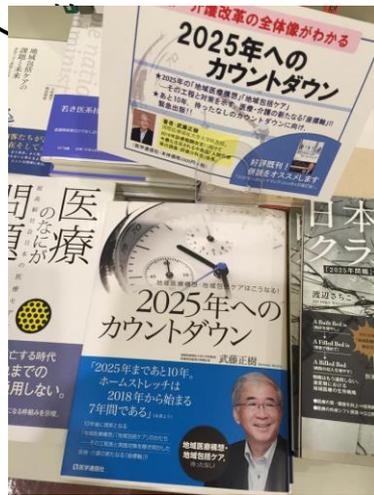


2025年へのカウントダウン ～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介
スetc

• 2015  1 発刊

アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！
C000XX-180605-002



まとめと提言

- 地域包括ケアシステムの中での訪問看護を考えよう
- 地域で受け入れられる訪問看護ステーションを目指そう
- 診療報酬改定で病院における入退院支援に注目が集まっている
- 訪問看護ステーションも病院の地域連携室との連携が大事
- 退院前カンファレンスに参加しよう
- 今後は入院前から始まる入退院支援に注目

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