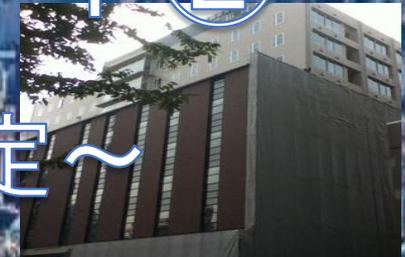


# 医療と介護のクロスロード②

～地域包括ケアと同時改定～



国際医療福祉大学大学院 教授  
(医療福祉経営専攻、医学研究科公衆衛生専攻)  
武藤正樹

# 国際医療福祉大学三田病院 2012年



JCI認証取得



# 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





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
  - 地域医療構想と地域データ
- パート 2
  - 医療と介護の連携
- パート 3
  - 訪問看護ステーションの現状と課題
- パート 4
  - 2018年介護報酬改定

# パート1 地域医療構想と地域データ



地域医療構想、地域包括ケアシステム

# 地域医療介護 総合確保法



# 社会保障制度改革国民会議 最終報告書（2013年8月6日）



地域医療構想  
と地域包括  
ケアシステム

最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

# 地域医療介護総合確保法 可決（2014年6月18日）

## 医療

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

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

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

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

## 介護

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

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

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

2014年6月18日  
可決成立

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14日衆院  
厚生労働委員会で  
強行採決！



# 衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

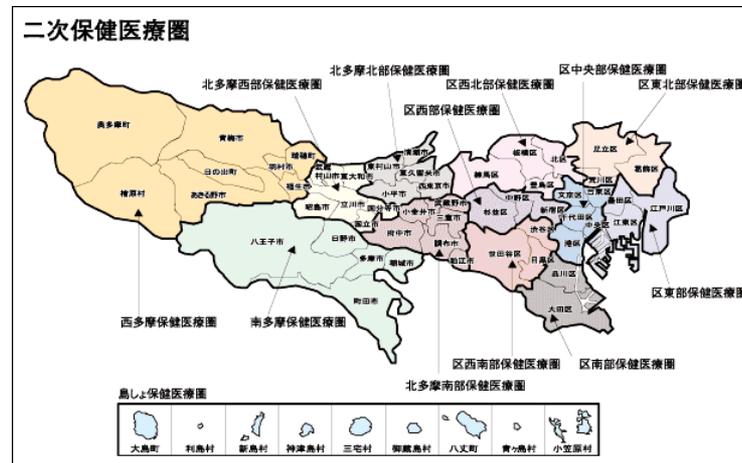
FAQ

アンケート



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

# 地域医療構想とは？



東京都の13の二次医療圏

## 医療機関が報告する医療機能

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

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

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

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

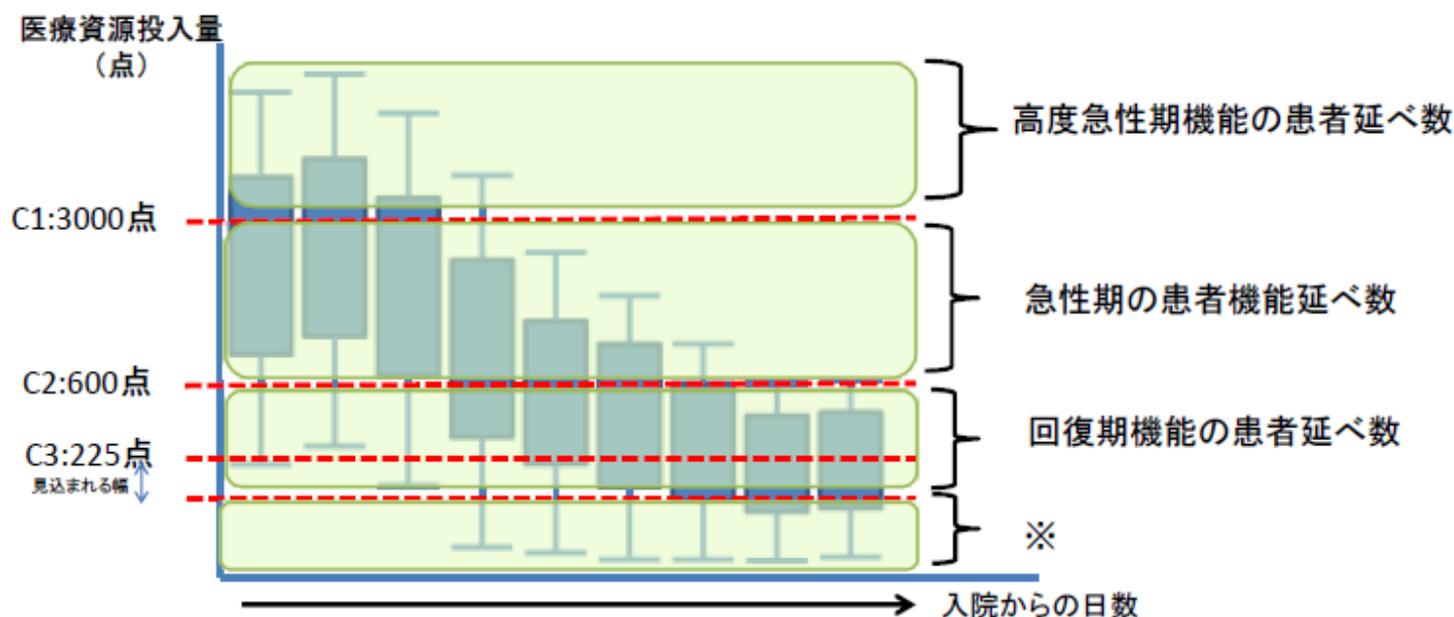
(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

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

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

## 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

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



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



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

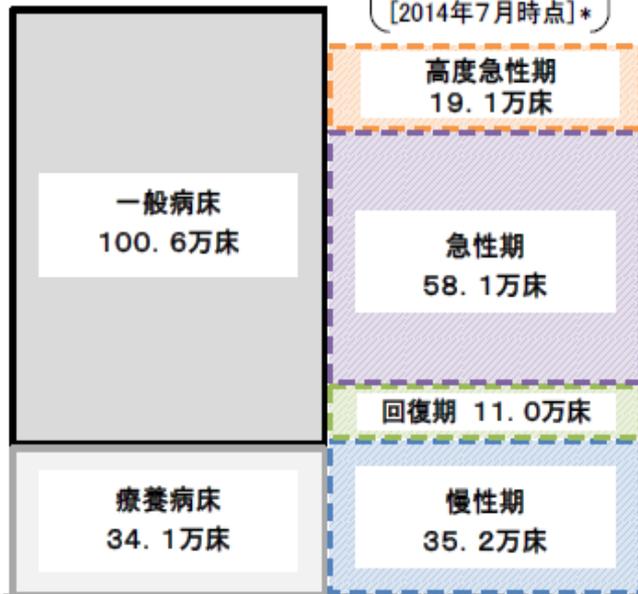
## 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

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

### 【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告  
123.4万床  
[2014年7月時点]\*



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

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)  
115~119万床程度※1

15万床  
減少



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

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

# 地域医療構想に関する会議

## 都道府県単位の会議

都道府県

意見聴取

地域医療構想  
(医療計画の一部)

医療計画

### 都道府県医療審議会

(医療法第71条の2)

- ・ 都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

医療専門職、市町村、保険者の代表、学識経験者等

### 地域医療対策協議会

(医療法第30条の12)

- ・ 救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保等必要とされる医療の確保について協議
- ・ 都道府県は参加者として関係者と共に協議し、施策を策定・公表

## 二次医療圏等単位の会議

構想区域※1

※1 二次医療圏を原則としつつ、将来における要素を勘案して設定

### 地域医療構想調整会議

(医療法第30条の14)

- ・ 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- ・ 病床機能報告制度による情報等の共有
- ・ 都道府県計画※2に盛り込む事業に関する協議
- ・ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

活用※3

※3 圏域連携会議など、既存の枠組みを活用した形での開催も可能

### 二次医療圏

(平成27年2月末現在344圏域)

### 圏域連携会議

(医療計画作成指針平成24年3月30日)

- ・ 必要に応じて圏域ごとに関係者が必要に応じて、具体的な連携等について協議する場

地域医療構想調整会議

地域医療構想調整会議

地域医療構想調整会議

・ 複数の地域医療構想調整会議、複数の都道府県による合同開催や、地域・参加者を限定した形での開催など柔軟な運用が可能

・ 特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には専門部会・ワーキンググループを設置

※2 都道府県が作成する地域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業の実施に関する計画

消費税増収分を活用し都道府県に設置された地域医療介護総合確保基金を活用し、計画に掲載された事業に要する経費を支弁

圏域  
連携  
会議

圏域  
連携  
会議

圏域  
連携  
会議



事例

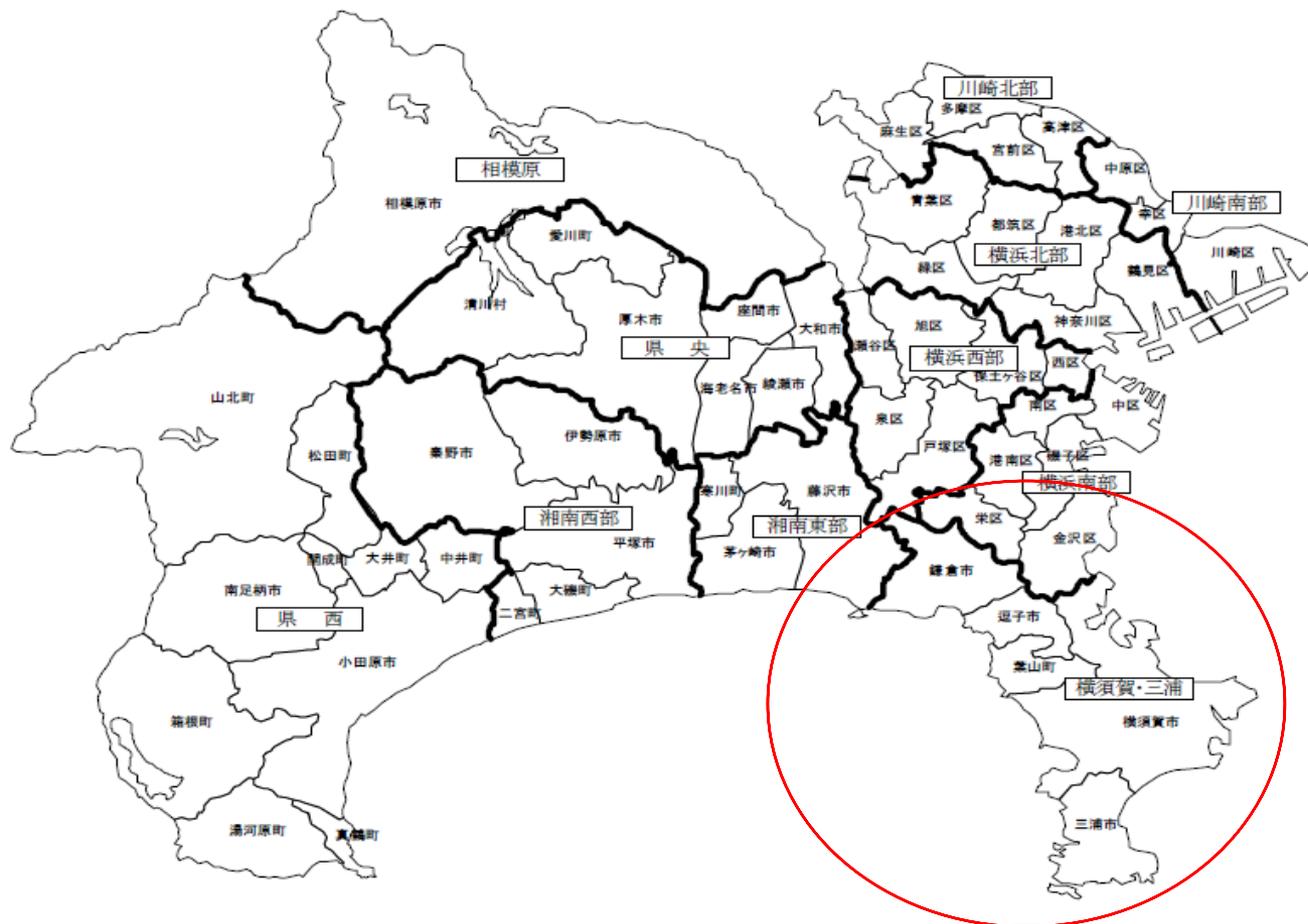
横須賀・三浦の地域医療構想を考える

# 「よこすか・みうらの地域医療構想を考える」2016年7月15日（横須賀共済病院）



## < 二次保健医療圏 >

- 一般的な入院医療への対応を図り、保健・医療・福祉の連携した総合的な取り組みを行うために市区町村域を超えて設定する圏域です。
- 県内の二次保健医療圏は、次の市町村で構成される11圏域です。



横須賀・三浦医療圏

# 横須賀・三浦の人口推移

## (1)人口の将来推計

図 横須賀・三浦の年齢区分別人口の推移

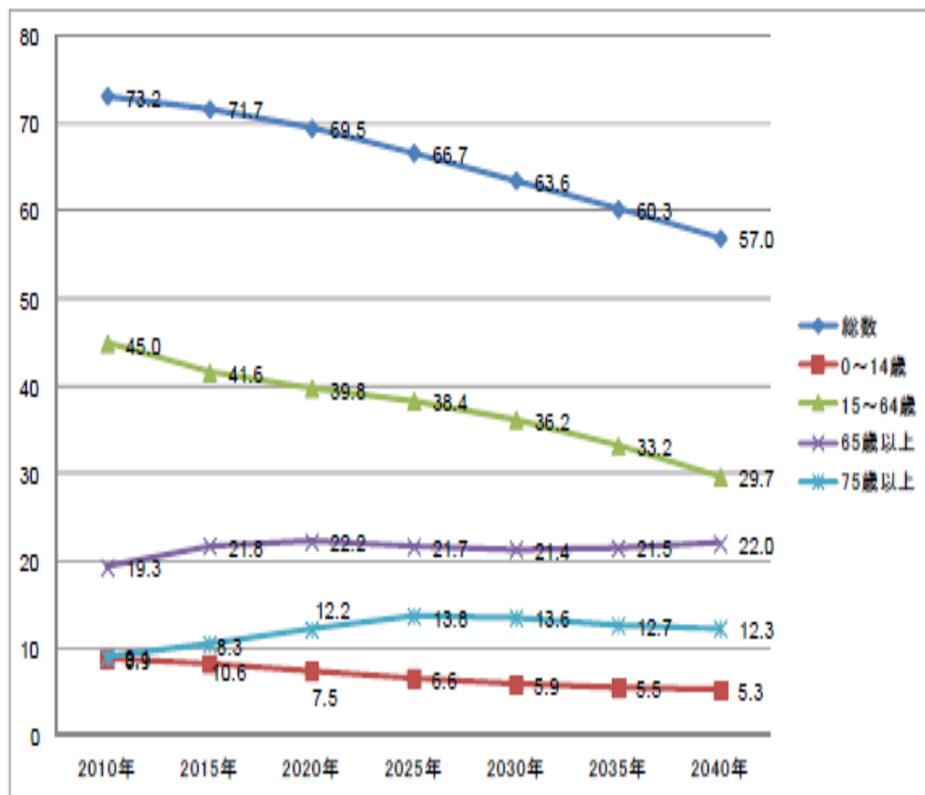
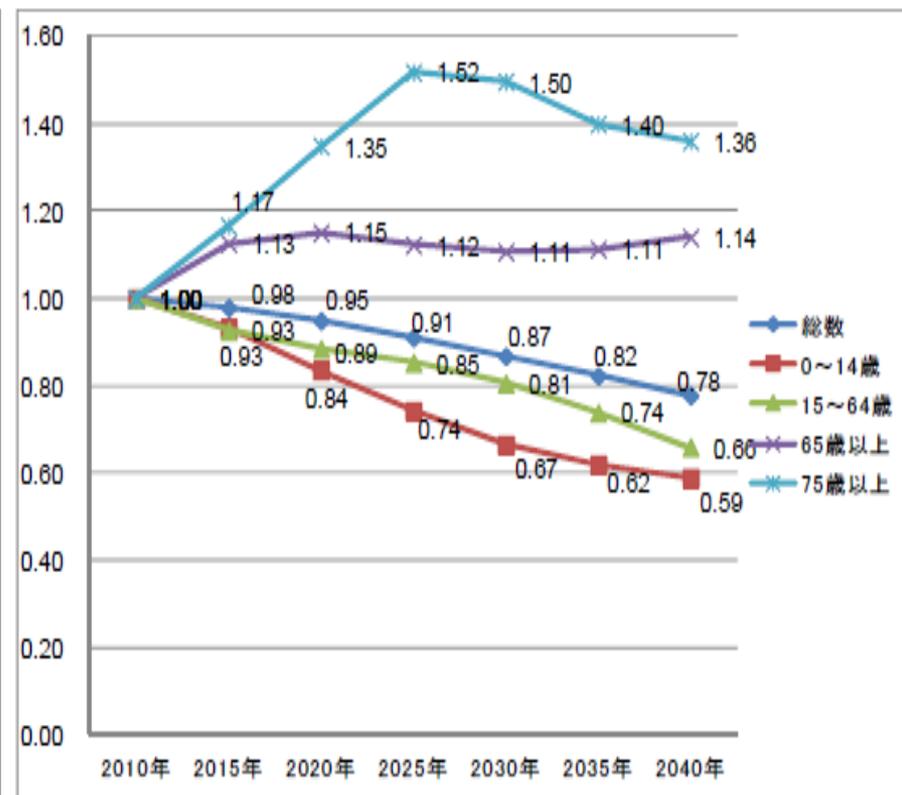


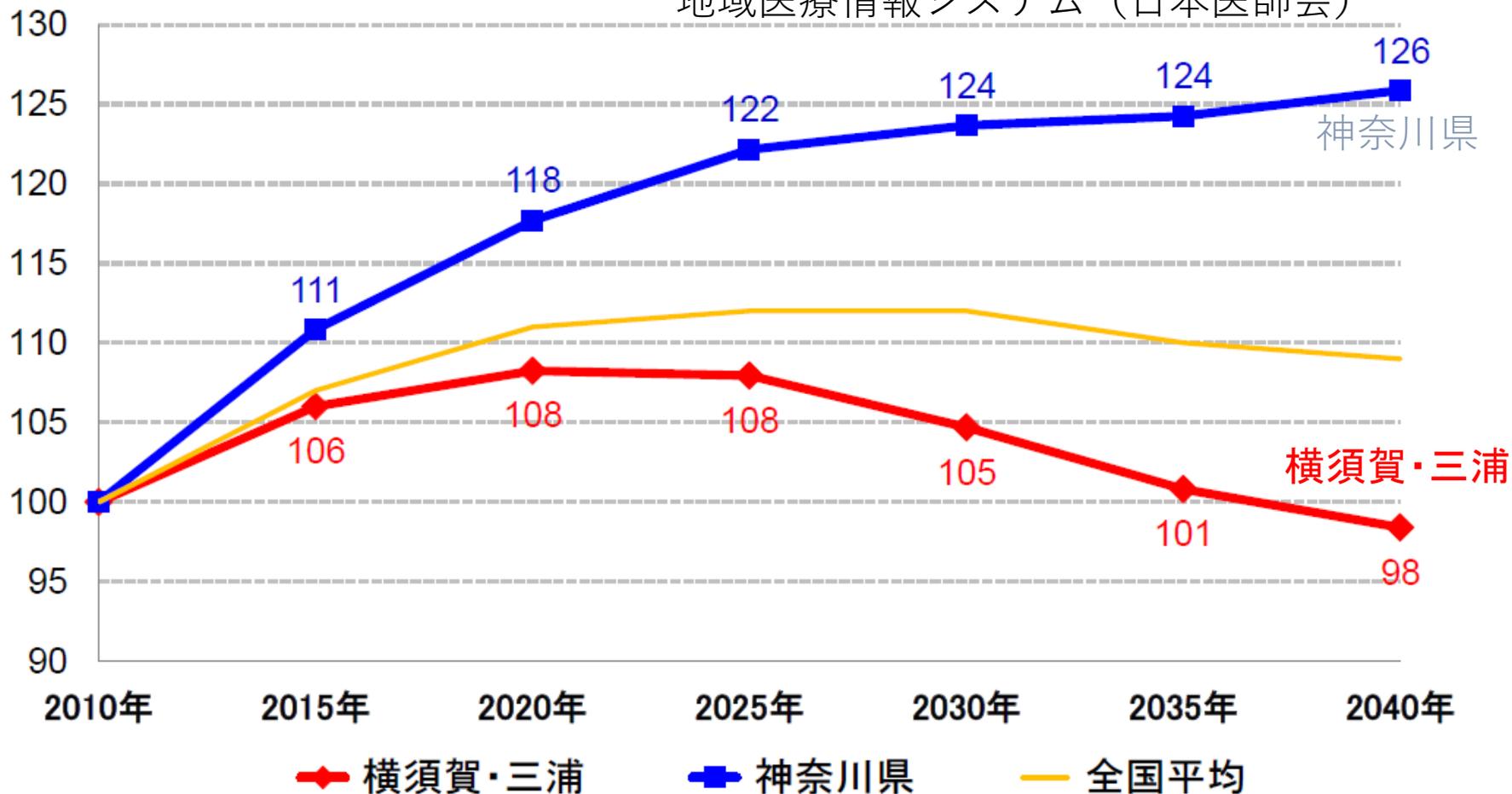
図 横須賀・三浦の年齢区分別人口の増加率の推移(2010年基準)



<出典> 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計」(平成25年3月推計)

# 医療需要予測指数 (2010年=100)

地域医療情報システム (日本医師会)



全国平均	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
医療需要予測指数	107	111	112	112	110	109

## D P C 対象病院の分布

D P C 対象病院とは・・・

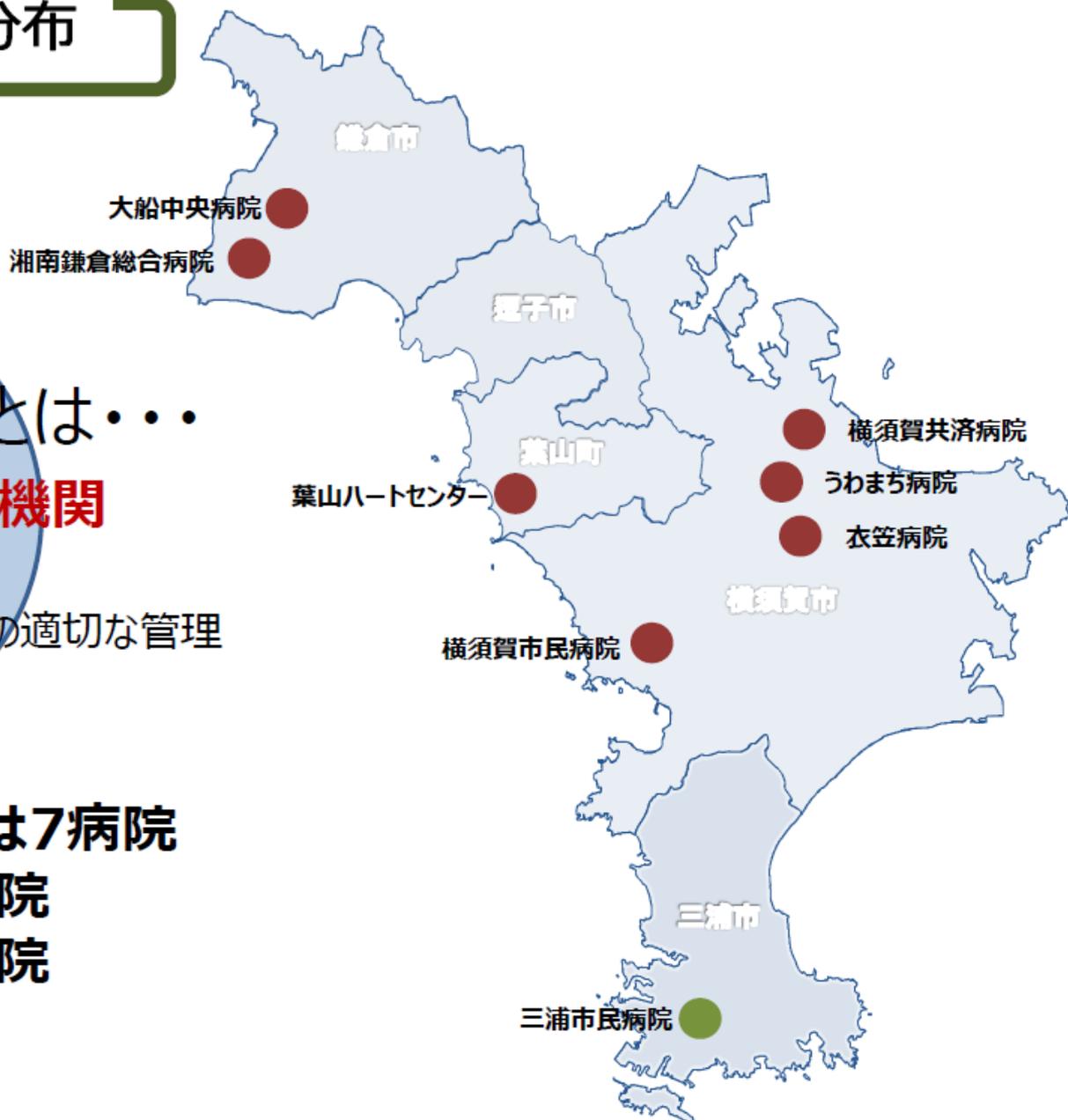
**急性期医療を担う医療機関**

- ・ 看護師の人員配置
- ・ D P C 調査へ参加・診療録の適切な管理

**横須賀・三浦医療圏では7病院**

**D P C 対象病院：7病院**

**D P C 準備病院：1病院**





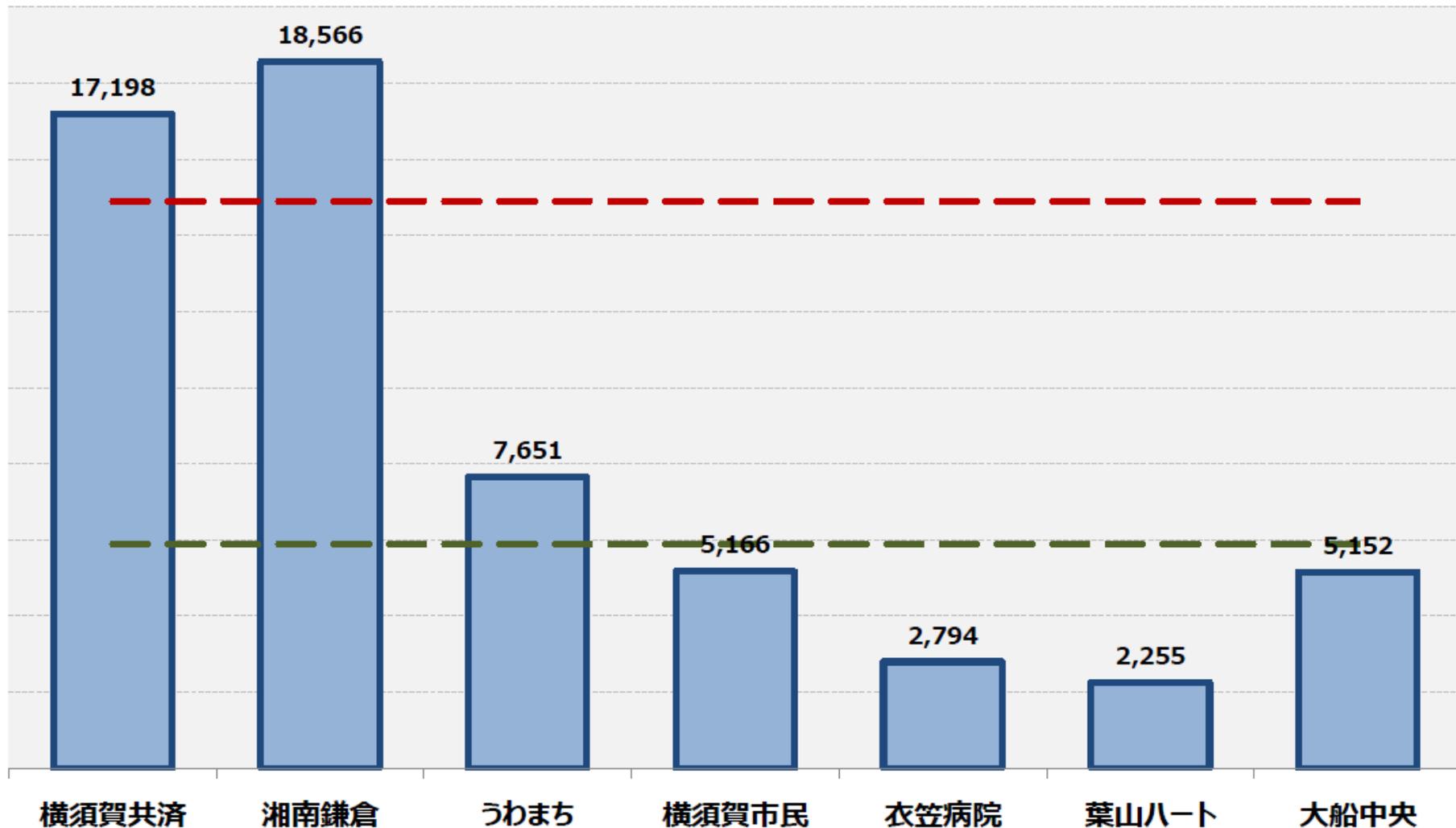
# 入院患者数

平成26年度実績

[HTTP://WWW.MHLW.GOJP/STF/SHINGI2/0000104146.HTML](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000104146.html)

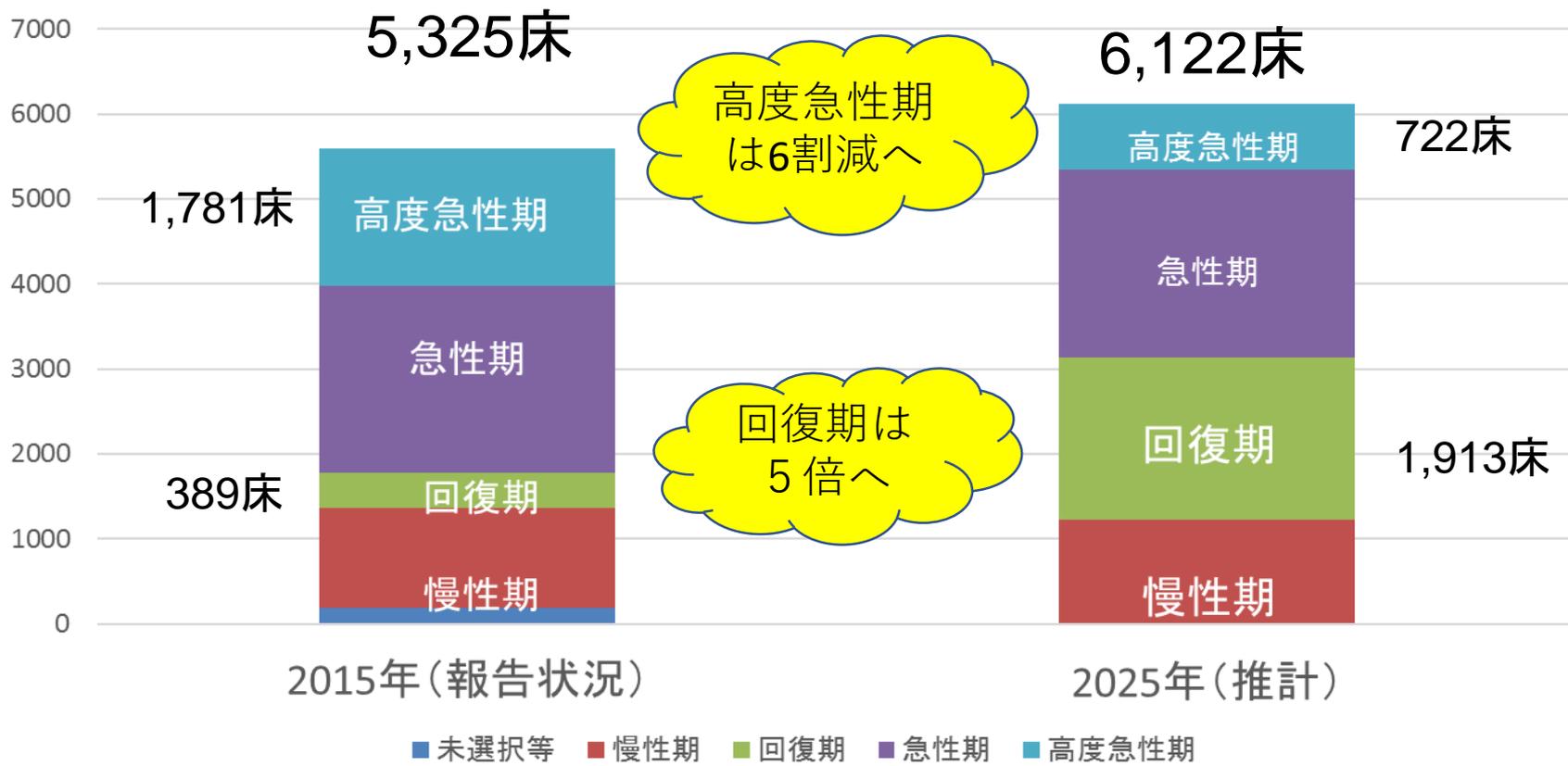
# 病院情報局

■ 症例数 ■ 大学病院平均値 ■ 全病院の平均値



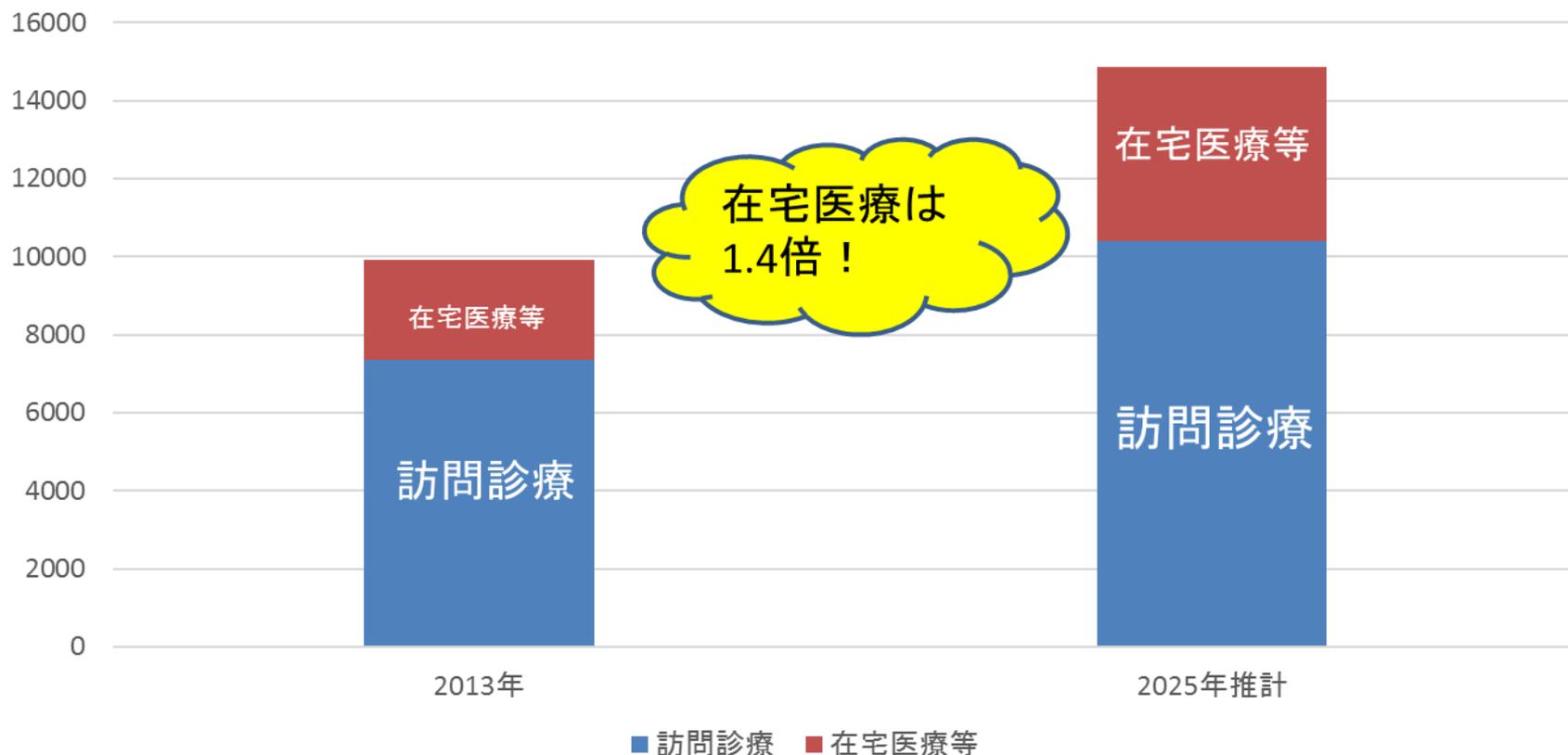
# 横須賀・三浦 2025年の病床数の必要量

病床機能報告（厚労省）  
グラフタイトル



# 横須賀・三浦 在宅医療等の必要量

グラフタイトル



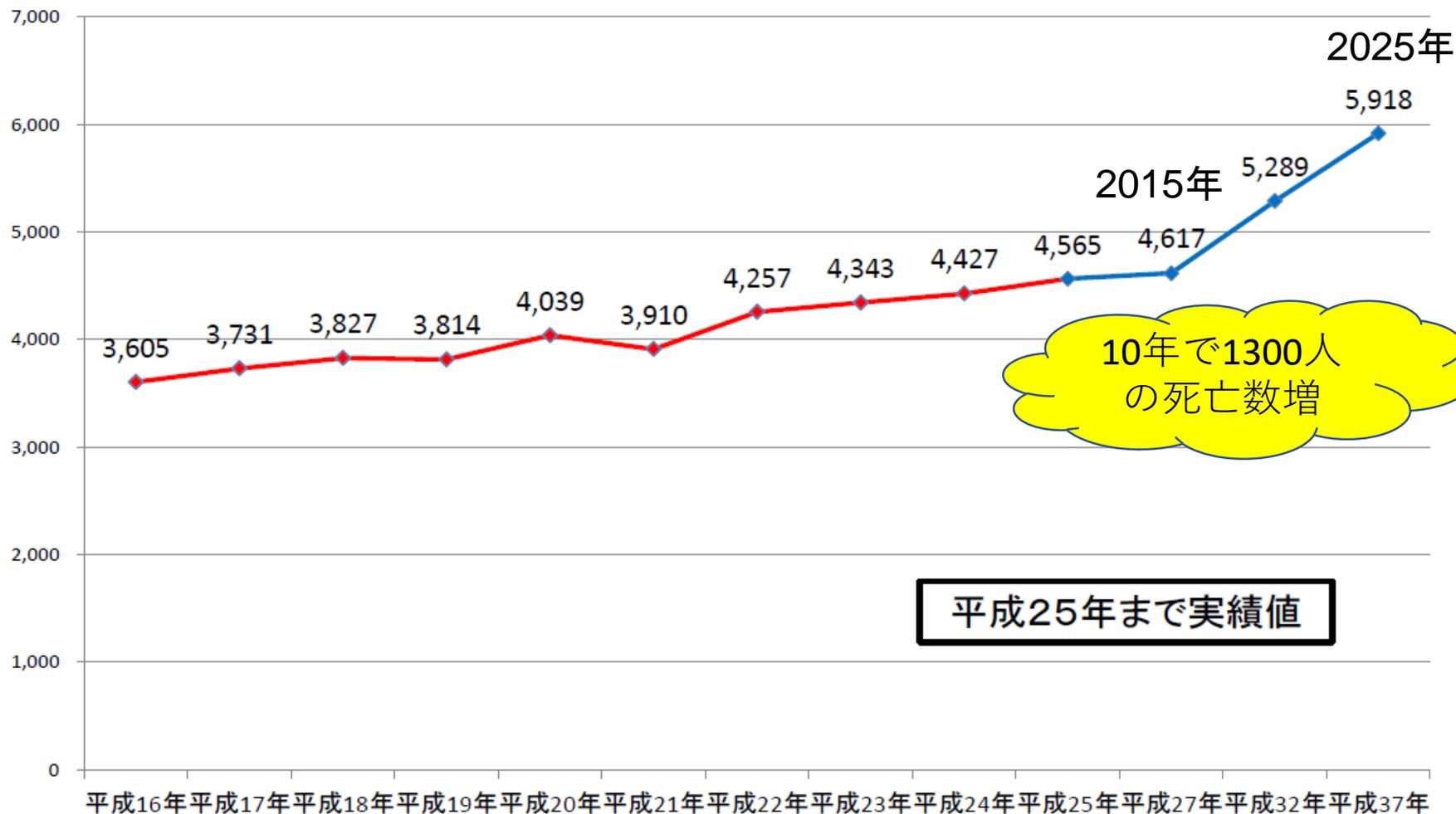
在宅医療の必要量は療養病床の医療区分1の70%、  
一般病床の医療資源投入量175点未満の患者数が含まれている

# 横須賀・三浦の 地域包括ケアを考える



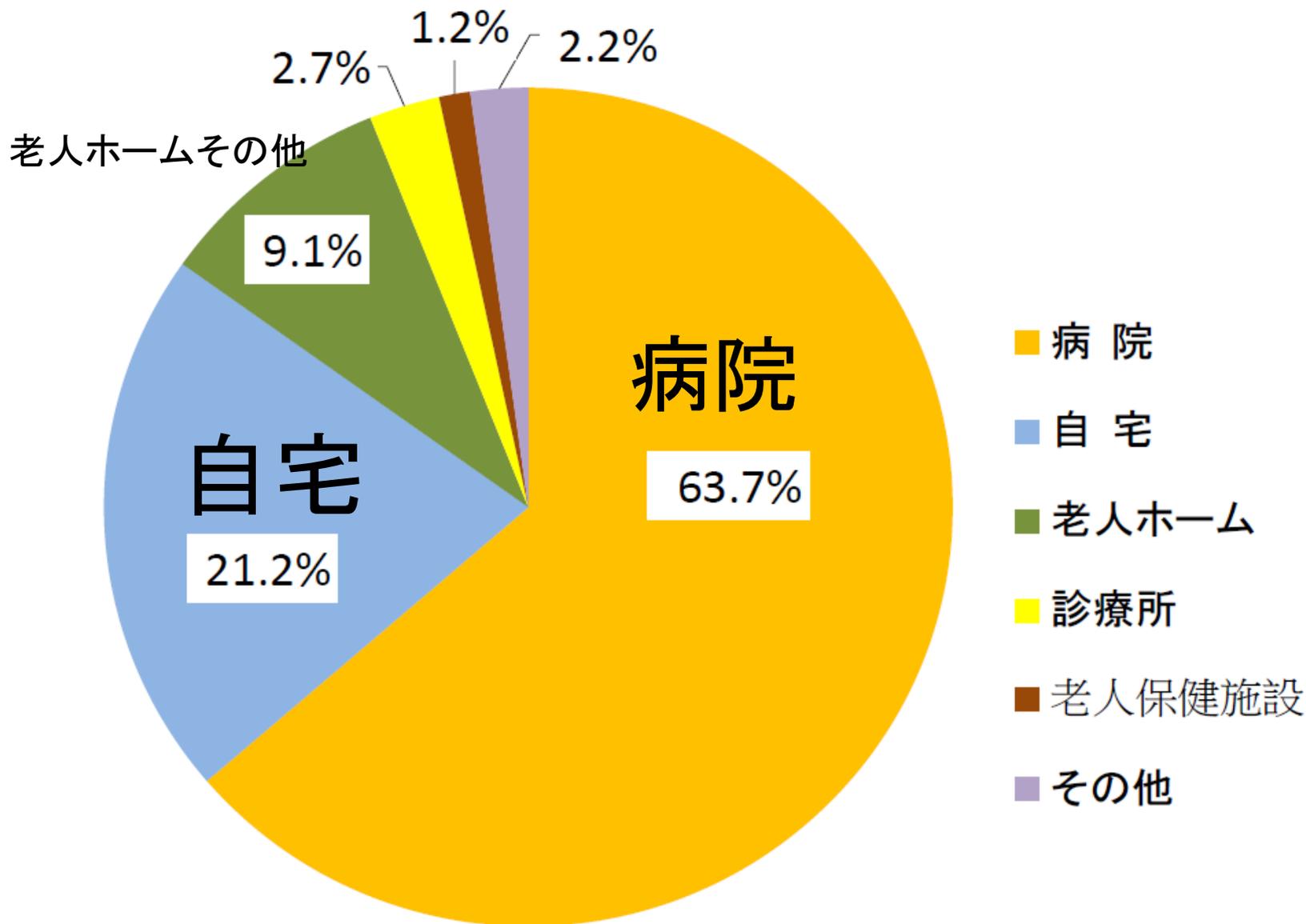
7月15日横須賀共済病院

# 横須賀市の死亡数の推計



資料:横須賀市都市政策研究所「横須賀市の将来推計人口(平成26年5月推計)」をもとに、出生と死亡だけの要因で人口が変化すると仮定した推計方法により算出した参考値

# 横須賀市の死亡場所の構成比（平成25年）



# 横須賀市の在宅医療の取り組み

- 市民啓発のためのシンポジウム開催や啓発冊子の作成
- 医療と介護の関係職種の多職種連携のための会議設置や研修実施
- 関係職種のスキルアップや理解を深めるためのセミナー等開催
- 在宅医療を推進するための拠点づくり
- 病院から退院する際の退院調整ルールづくりなど

# 横須賀市 在宅死亡割合22.9%

20万人以上の都市で全国トップ！

2016年7月8日厚生労働省



地域を知るための  
データソースは？

# 地域情報データベース①

- 病床機能報告（厚生労働省）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>

The screenshot shows a web browser displaying the page <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>. The page is titled "病床機能報告 | 厚生労働省" (Hospital Bed Function Report | Ministry of Health, Labour and Welfare). The main content area features a blue box with the following text:

平成28年度病床機能報告が始まりました。

改正医療法に基づく義務です。  
一般病床・療養病床を有する病院・有床診療所が対象となります。

(1) 報告様式1の報告期限

- 報告様式1の締め切りは 10月31日(月)です(10月1日(土)受付開始)。
- なお、報告様式1にデータ不備があった場合、データ不備を修正した報告様式1の締め切りは 1月20日(金)です(12月下旬発送予定)。

(2) 報告様式2の報告期限

- 「電子レセプトにより診療報酬請求を行っており、6月診療分であって7月審査分の電子の入院レセプトがある医療機関」の場合、報告様式2Aの締め切りは 1月20日(金)です(12月下旬発送予定)。
- 「上記以外の医療機関」の場合、報告様式2Bの締め切りは 10月31日(月)です(10月1日(土)受付開始)。

The right sidebar contains a navigation menu under "政策について" (About Policy), listing various categories such as "分野別の政策一覧" (List of Policies by Field), "健康・医療" (Health and Medical Care), "子ども・子育て" (Children and Childcare), "福祉・介護" (Welfare and Nursing Care), "雇用・労働" (Employment and Labor), "年金" (Pension), "他分野の取り組み" (Initiatives in Other Fields), "組織別の政策一覧" (List of Policies by Organization), "各種助成金・奨励金等の制度" (Systems of Various Grants and Incentives), "審議会・研究会等" (Advisory Committees, Research Conferences, etc.), and "国会会議録" (Records of the Diet).

# 地域情報データソース②

- 地域包括ケア見える化  
<http://mieruka.mhlw.go.jp/#ページトップ>

The screenshot shows a web browser window displaying the 'Mieruka' website. The browser's address bar shows the URL <http://mieruka.mhlw.go.jp/#ページトップ>. The website header includes the logo of the Ministry of Health, Labour and Welfare (厚生労働省) and the title '地域包括ケア「見える化」システム'. Below the header, there are navigation tabs for '地域包括ケア「見える化」システムとは', '地域包括ケア「見える化」システム運営方針', and '関連情報'. The main content area features a news announcement titled 'お知らせ (10月24日)データ更新のお知らせ'. The announcement text states that data for the '介護保険事業状況報告 平成26年年報および平成28年5月月報' and '後期高齢者医療事業状況報告 平成26年年報および平成28年3月事業月報' has been updated in the system. To the right of the announcement, there are links for 'システムご利用前の準備について (信頼済みサイトへの登録)', a 'ログイン' button, and a '新規利用者登録' button. Below the announcement, there is a section titled '地域包括ケア「見える化」システムとは' which provides a description of the system and its purpose. The system is designed to support the planning and implementation of care insurance services across municipalities. It provides a unified view of information related to care insurance, including the structure of the system. The main purpose of the system is to provide the following:

- 地域間比較等による現状分析から、自治体の課題抽出をより容易に実施可能とする
- 同様の課題を抱える自治体の取組事例等を参照することで、各自治体が自らに適した施策を検討しやすくする
- 都道府県・市町村内の関係者全員が一元化された情報を閲覧可能となることで、関係者間の課題意識や互いの検討状況を共有することができ、自治体間・関係部署間の連携が容易になる

The bottom of the screenshot shows the Windows taskbar with the time 8:30 and date 2016/12/03.

# 地域情報データソース③

- 地域医療情報システム（日本医師会）
- <http://jmap.jp/>

The screenshot displays the JMAP (Japan Medical Analysis Platform) website. The browser address bar shows the URL <http://jmap.jp/>. The page header includes the JMAP logo and the Japan Medical Association logo. The main content area features a navigation menu with options like '地域から地域指定' (Regional Designation) and '地域別統計' (Regional Statistics). A central map of Japan is color-coded by region, with a legend on the left. The legend lists various medical groups: 北日本ブロック (purple), 東日本ブロック (blue), 北関東ブロック (light blue), 東関東ブロック (green), 西日本ブロック (yellow), 東海ブロック (orange), 中国ブロック (red), and 九州ブロック (dark red). The map labels major cities and regions across Japan. On the right side, there is a 'ご利用案内' (User Guide) section with a photo of a woman and a list of updates from 2015 to 2016. The footer contains links for 'ご利用案内', 'よくある質問', and 'お問い合わせ', along with a copyright notice for the Japan Medical Association.

# 地域情報データベース④

- 病院情報局 <http://hospia.jp/>

The screenshot shows the Hospia website interface. At the top, there is a navigation bar with the following items: 病院検索 (Hospital Search), 患者数ランキング (Top Hospitals), DPC全国統計 (DPC Statistics), 病院ニュース (Hospital News), 情報活用 (Point of View), 特集 (Special), お知らせ (Information), and ログイン (Login). Below the navigation bar is a banner for "医師のアルバイト求人ならMRT" (Part-time doctor jobs on MRT) with a search button. The main content area is divided into several sections: 1. 病院検索 (Hospital Search) with dropdown menus for 都道府県 (Prefecture), 医療圏 (Medical Area), and 病院名 (Hospital Name), and a search button. 2. はじめての方へ (For New Users) with a "NAV" label and icons for various services, and the text "病院情報局ナビ 全国の病院を診療実績で比較できる! 病院版ミシュラン!". 3. 医療関係者の方へ (For Medical Professionals) with a photo of a woman and the text "情報を正しくご活用いただくために 必ずご一読ください" and a "ご利用ガイド" button. 4. @care\_reviewさんをフォロー (Follow @care\_review) with a follower count of 28. 5. いいね! (Like!) with a count of 924. 6. お気に入り病院グループ (Favorite Hospital Groups) with a note about free membership registration. 7. 最近チェックした病院 (Recently Checked Hospitals). 8. 閲覧数の多い病院 (Most Viewed Hospitals) with a list of hospitals: 日本赤十字社 和歌山医療センター and 順天堂大学医学部附属 順天堂医院. 9. 主な疾患別患者数ランキング (Main Disease Patient Ranking) with a list of diseases: がん合計, 食道がん, 胃がん, 大腸がん, 直腸肛門がん, 肝・肝内胆管がん, 胆嚢・肝外胆管がん, 膵臓・脾臓がん, 肺がん, 前立腺がん, and 甲状腺がん.

# 地域情報データソース⑤

- NDBオープンデータ（厚生労働省）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000139390.html>

The screenshot shows a web browser window displaying the page for the first NDB Open Data release. The browser's address bar shows the URL: <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000139390.html>. The page header includes the Ministry of Health, Labour and Welfare logo and navigation links. The main content area features a breadcrumb trail: ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 > 第1回NDBオープンデータ. Below this, there is a section titled "第1回NDBオープンデータ" with a sub-section "第1回NDBオープンデータについて". The text in this section states: "この度、レセプト情報・特定健診等情報データベース（以下NDB）に蓄積されたレセプト情報及び特定健診情報を抽出し、第1回NDBオープンデータとして公表いたします。". A sidebar on the right contains a menu for "政策について" with various policy categories. The bottom of the page shows a section titled "第1部【解説編】" with a note about a correction to a graph in the explanatory text.

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000139390.html

第1回NDBオープンデータ | 厚...

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

文字サイズの変更 標準 大 特大

調べたい語句を入力してください 検索

御意見募集やパブリックコメントはこちら 国民参加の場

テーマ別に探す 報道・広報 政策について 厚生労働省について 統計情報・白書 所管の法令等 申請・募集・情報公開

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 > 第1回NDBオープンデータ

健康・医療 第1回NDBオープンデータ

この度、レセプト情報・特定健診等情報データベース（以下NDB）に蓄積されたレセプト情報及び特定健診情報を抽出し、第1回NDBオープンデータとして公表いたします。

第1回NDBオープンデータについて

作成の背景と目的、集計対象と公表形式、最小集計単位の扱い、公表物

第1回NDBオープンデータについて [208KB]

ページの先頭へ戻る

第1部【解説編】

解説編（後編）5-3.特定健診の集計グラフについて修正がありましたので、再掲載いたします（28.10.31）

政策について

- 分野別の政策一覧
  - 健康・医療
  - 子ども・子育て
  - 福祉・介護
  - 雇用・労働
  - 年金
  - 他分野の取り組み
- 組織別の政策一覧
  - 各種助成金・奨励金等の制度
  - 審議会・研究会等
  - 国会会議録
  - 予算および決算・税制の概要
  - 政策評価・税法評価

# パート2

## 医療と介護の連携

同時改定は医療と介護の連携の  
またとないチャンス！

# 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

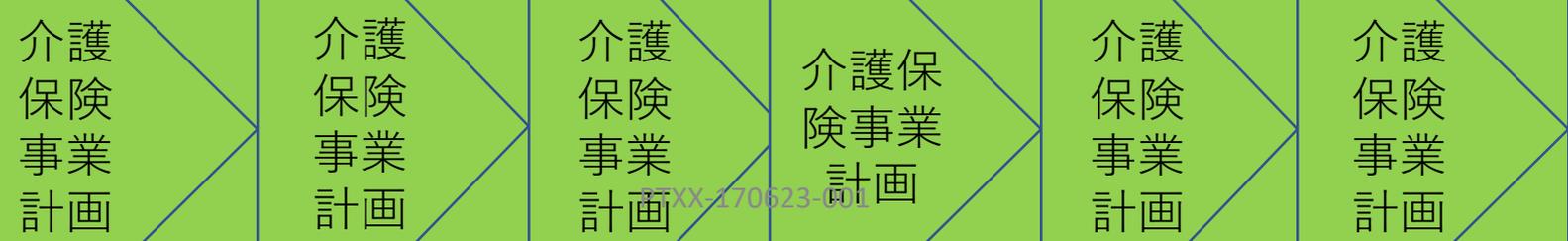
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画

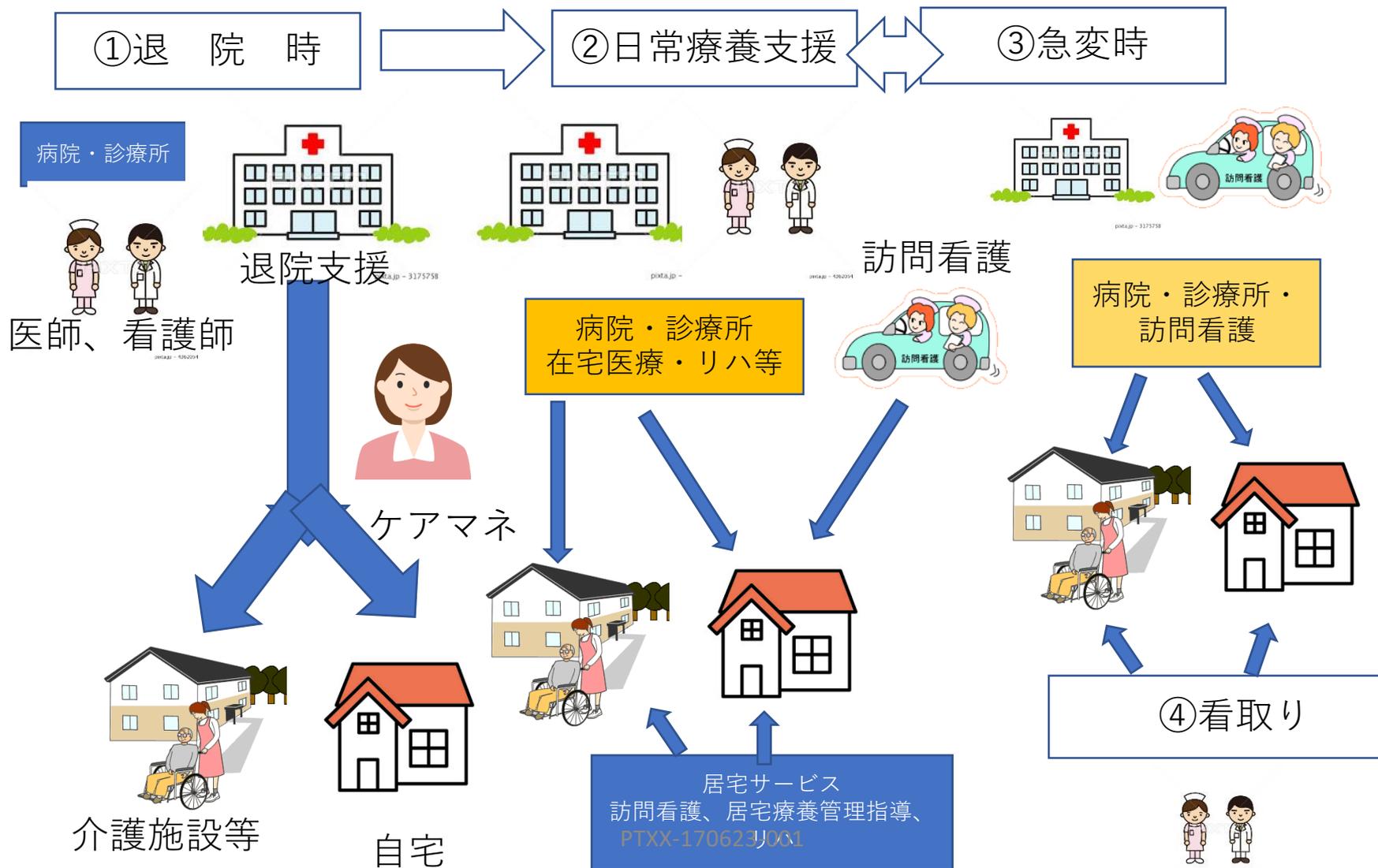


医療介護のあるべき姿

# 医療と介護の連携に関する意見交換

中医協委員と介護給付費分科会委員の  
間で意見交換がされた（2017年3月22日）

# 医療と介護の連携の4つのフェーズ



# 医療と介護の意見交換のテーマ

## • (1) 看取り (④)

- 医療機関、介護施設、居宅等における看取りと医療・介護サービス提供の在り方
- 要介護被保険者等の状態やニーズに応じた、医療・介護サービスの供給の範囲

## • (2) 訪問看護 (①、②、③、④)

- 医療機関から在宅への円滑な移行支援に係る訪問看護の提供体制
- 在宅での療養生活を送るための訪問看護の24時間対応や急変時対応
- 訪問看護における医療職と介護職との連携

## • (3) リハビリテーション (①、②)

- 医療と介護による継続的なリハビリテーションの提供の在り方
- リハビリテーションにおける医師の指示や実施計画等の在り方

## • (4) 関係者・関係機関の調整・連携 (①、②、③、④)

- 入退院時、日常療養時及び急変時等における、医療機関と居宅介護支援事業所等の医療・介護を含めたサービス提供者間の連携の在り方

# 看取り

- 国民のおよそ6割は「自宅での療養」を望んでいる
- しかし看取りは医療機関で行われるケースが8割を占めている
- 診療報酬（在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算や看取り加算など）や介護報酬（介護福祉施設サービス費の看取り介護加算、介護保険施設サービス費のターミナルケア加算）が順次整備されてきている

# 報酬上の評価と算定状況①

## ターミナルケアに関連する診療報酬上の主な評価

	訪問診療			訪問看護	
加算等	在宅患者訪問診療の算定回数の緩和	在宅ターミナルケア加算	看取り加算	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(訪問看護ステーションが算定)
算定要件(概要)	<p>終末期等により、一時的に週4回以上の頻回な訪問診療の必要を認める患者の患家を定期的かつ計画的に訪問し診療を行った場合には、1月に1回に限り、頻回な訪問診療の必要を認めた日から最大14日間連続で、在宅患者訪問診療料を算定することができる。</p> <p>(注)在宅患者訪問診療料の算定は、原則最大3回/週</p>	<p>・在宅で死亡した患者に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合に算定する。</p> <p>・この場合、診療内容の要点等を診療録に記録する。</p>	<p>・往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合に算定する。</p> <p>・なお、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者を患家で看取った場合に算定する。</p> <p>・この場合、診療内容の要点等を診療録に記録する。</p>	<p>・在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制(担当者名、連絡先、緊急時の注意事項)について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。</p> <p>・当該加算を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を看護記録に記録する。</p>	<p>・在宅で死亡した利用者に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制(担当者名、連絡先、緊急時の注意事項)について利用者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。</p> <p>・当該療養費を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を訪問看護記録書に記録する。</p>
点数(療養費は円)	-	<p>(例)在宅療養支援診療所又は、在宅療養支援病院</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病床を有する場合 6,000点</li> <li>・病床を有しない場合 5,000点</li> </ul>	3,000点	2,000点	20,000円
備考	-	-	<p>※死亡診断加算(200点)</p> <p>在宅で療養を行っている患者が、在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断をした場合に算定。看取り加算には、死亡診断に係る費用が含まれており、別に算定することはできない。</p>	-	-

# 在宅の看取りの課題

- 在宅ターミナル加算

- 在宅で療養中の患者について、死亡日あるいは死亡前14日以内に2回以上の往診や訪問診療を行い、その患者が在宅で死亡した場合には、在宅患者訪問診療料に「在宅ターミナルケア加算」が取れる（機能強化型の在宅療養支援病院で6000点）。
- しかし、在宅療養中の患者が例えば「医療機関での看取り」を希望していた場合には、訪問診療や往診などを行うかかりつけ医師と入院先医療機関の医師との間で、緊密な情報連携を行っていても、報酬上の評価はなされない。
- 次期改定において「結果（在宅での死亡）だけに着目せず、ターミナルケアや看取りの実質的なプロセスも評価していく」方針にしてはどうか。

# 介護保険施設での看取りの課題

- 看取りを行わない方針の特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）が1割強もある
  - 特別養護老人ホームでは常勤の配置医が少ない
  - 医師法第20条【医師は（中略）自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。ただし、診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない】を誤解し、看取りに二の足を踏んでいる特養ホームが一定程度ある
- 有料老人ホームでは、死亡による契約終了者が多いが、負担感から看取りを行わない施設もある。

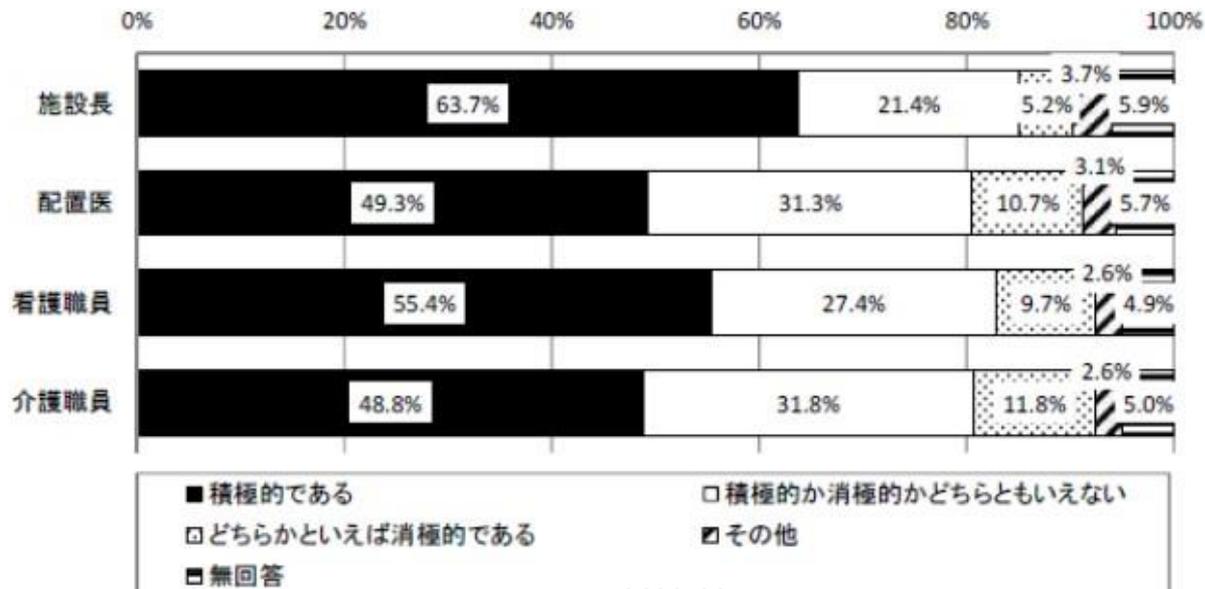
○施設の看取りの方針は、「希望があれば施設内で看取る」が78.0%、「原則、病院に移す」が16.3%であった。

図表2-282 施設の看取りの方針(n=1,502)



○施設長が施設内看取りに「積極的である」が63.7%、どちらかという「消極的」が5.2%であった。

図表2-294 職種別 施設内看取りに対する意向(n=1,502)



# 特養の看取り

- 齋藤訓子委員（日本看護協会常任理事、介護給付費分科会）
- 夜間オンコール体制などの施設では、看取りの体制があいまいなため、急性増悪でないにもかかわらず、患者・家族の意向に反して病院に搬送されてしまう。



齋藤訓子委員

# 在宅看取りの3点セット

- 鈴木邦彦委員
  - 中医協委員と介護給付費分科会委員の双方を経験している鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）
- 在宅での看取りであれば、①かかりつけ医、②24時間対応の訪問看護、③後方病床—の3点セットで整える必要がある
- 「特養ホームの配置医師に求められるのは、健康管理などでは済まなくなっている」



鈴木邦彦委員

# パート3 訪問看護ステーションの現状

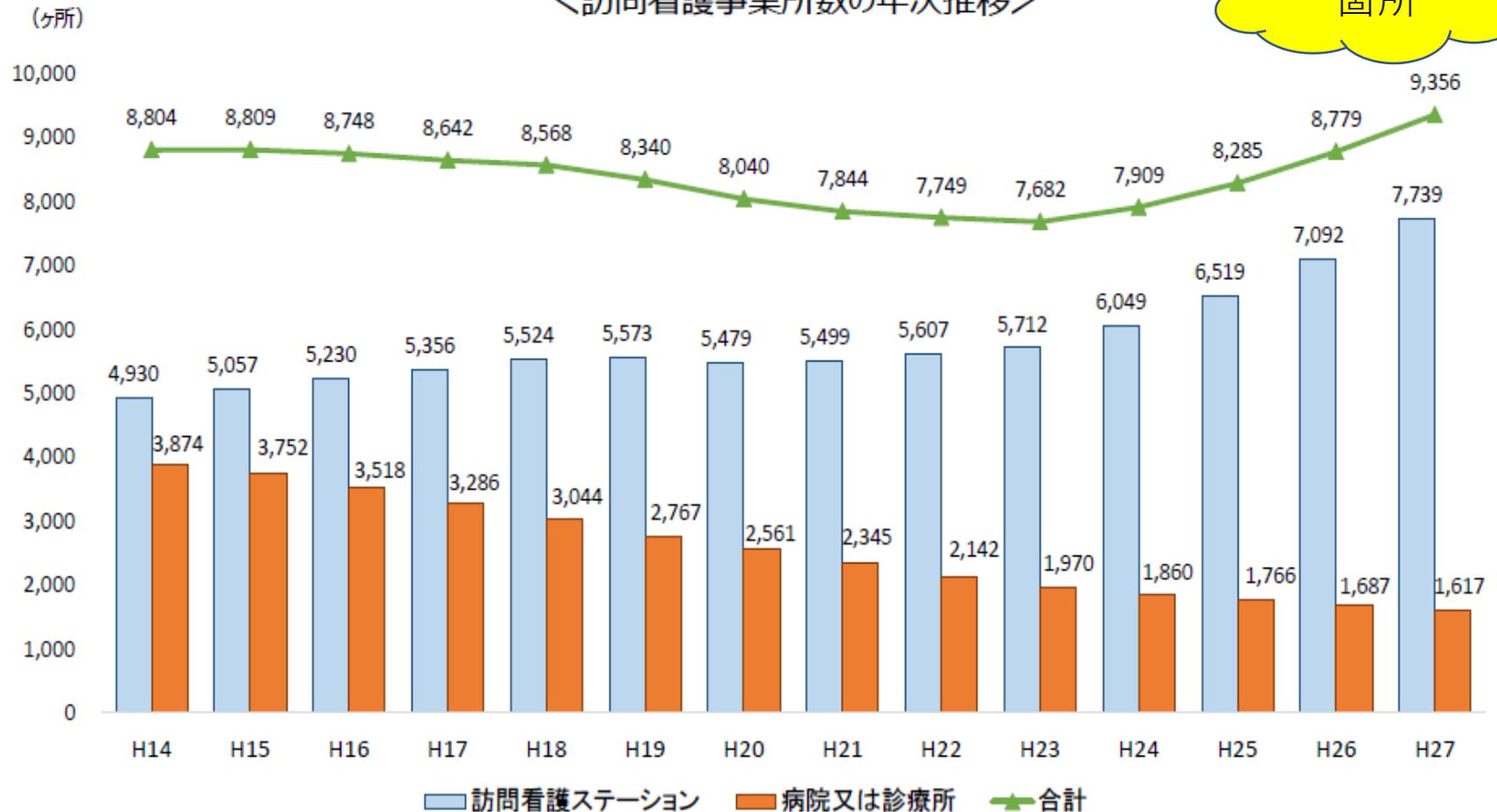


# 訪問看護ステーション数の年次推移

○ 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。

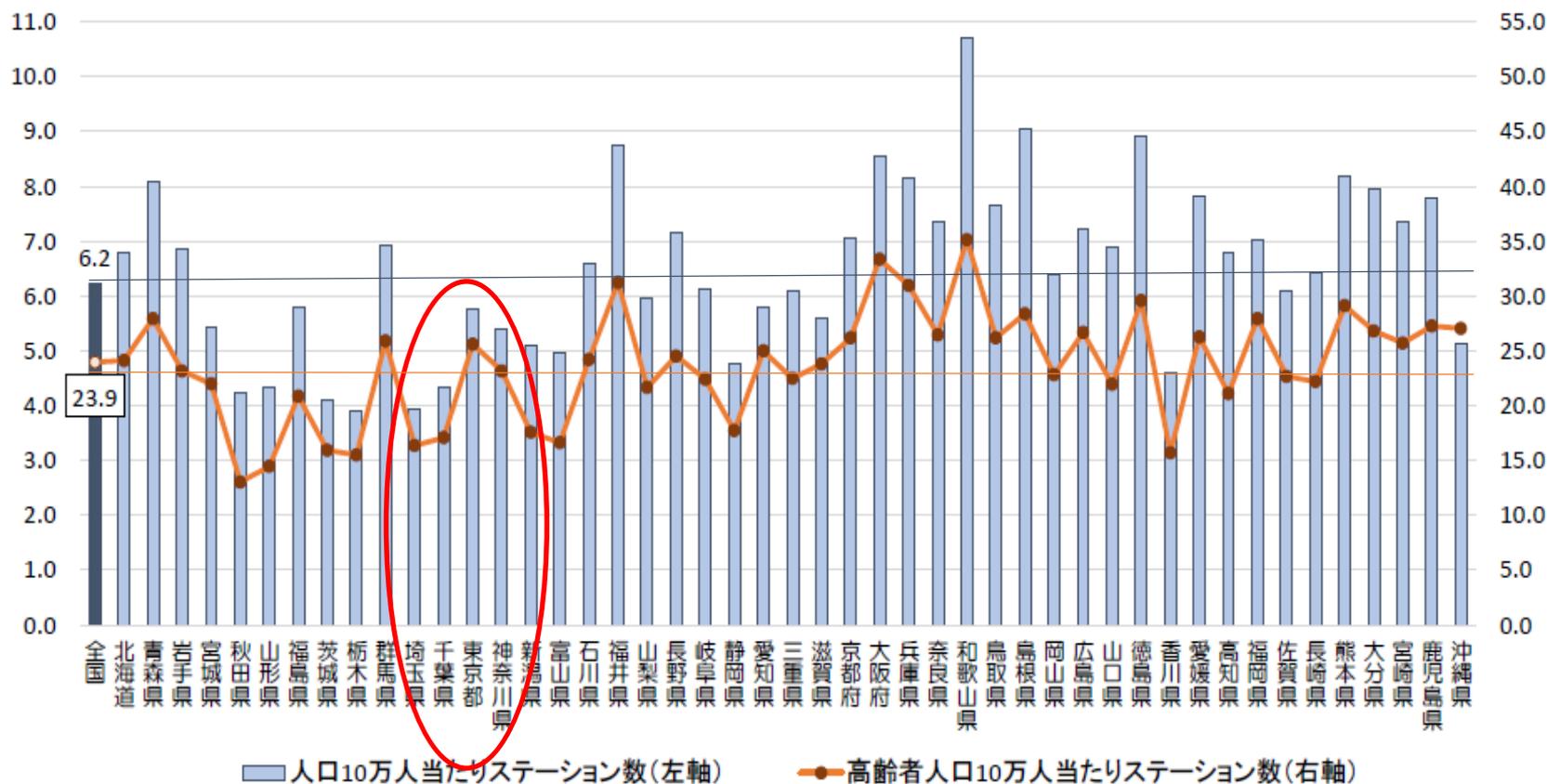
9 3 5 6  
箇所

＜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。



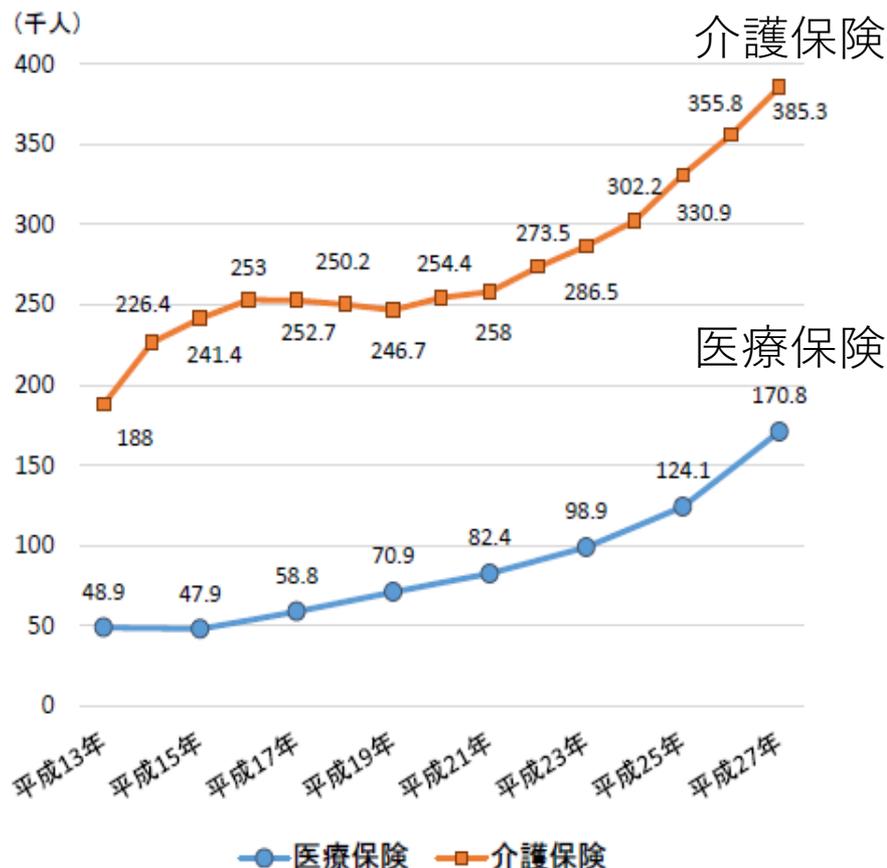
出典：平成26年度「介護サービス施設・事業所調査」及び平成26年10月1日「現在推計人口」（総務省統計局）

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

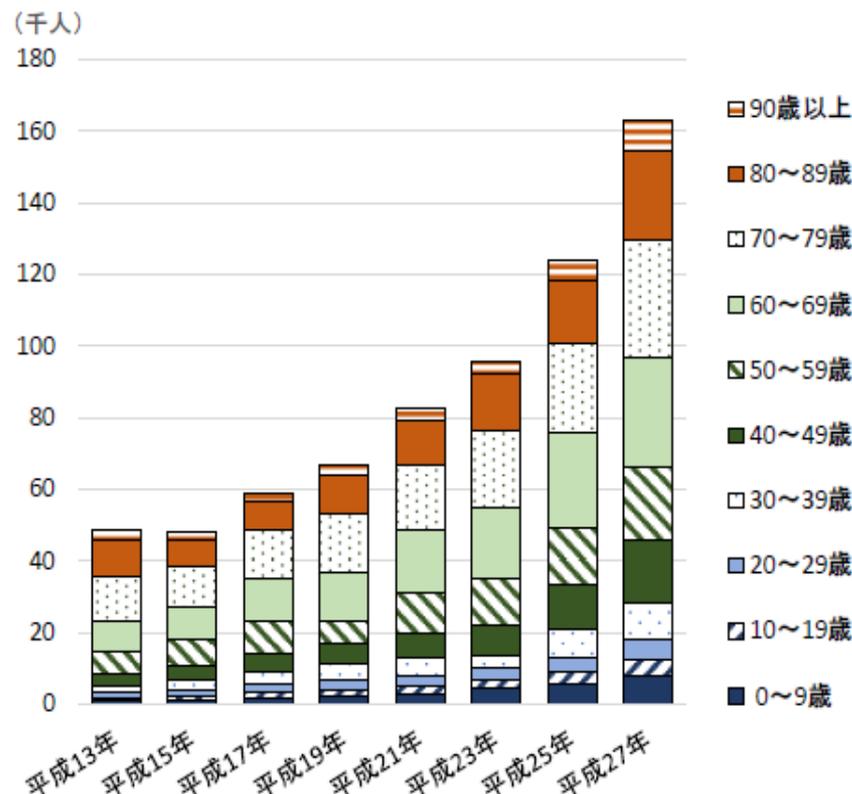
- 医療保険、介護保険ともに、訪問看護の利用者数は増加している。
- 医療保険の訪問看護利用者数は、どの年齢層も増加している。

## ■ 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。

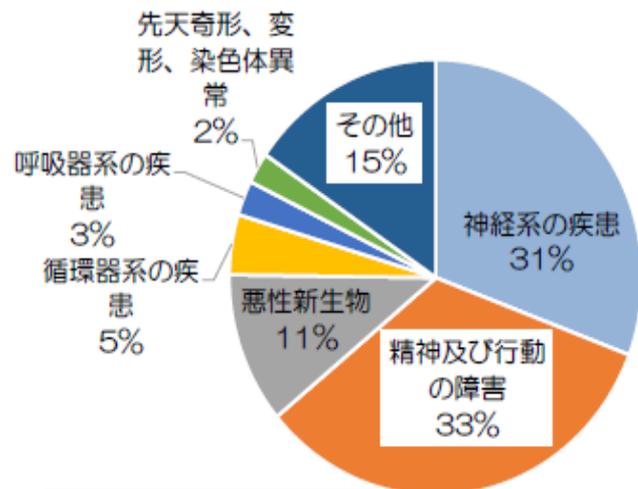
## ■ 医療保険の年齢階級別利用者数の推移



# 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

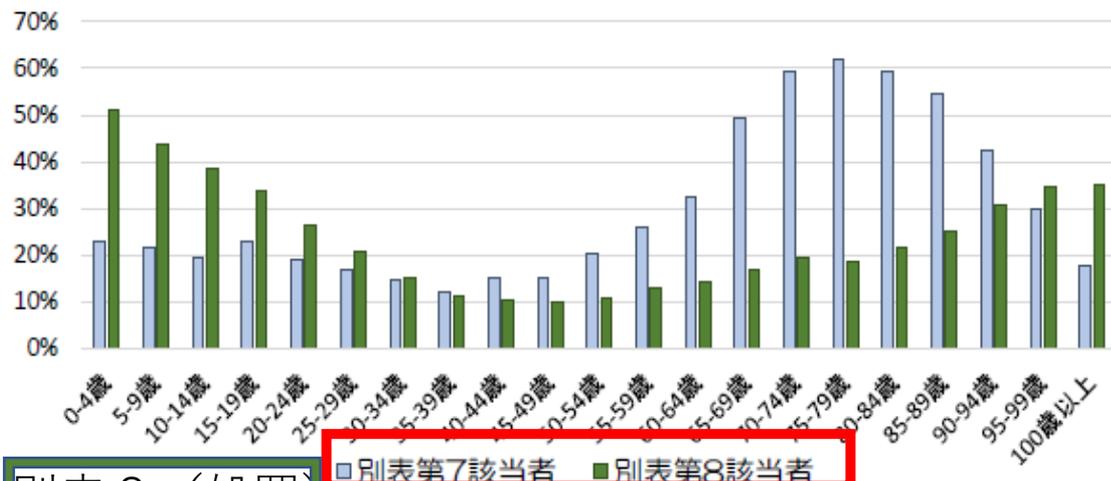


### 別表 7 (疾患)

#### ※ 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)

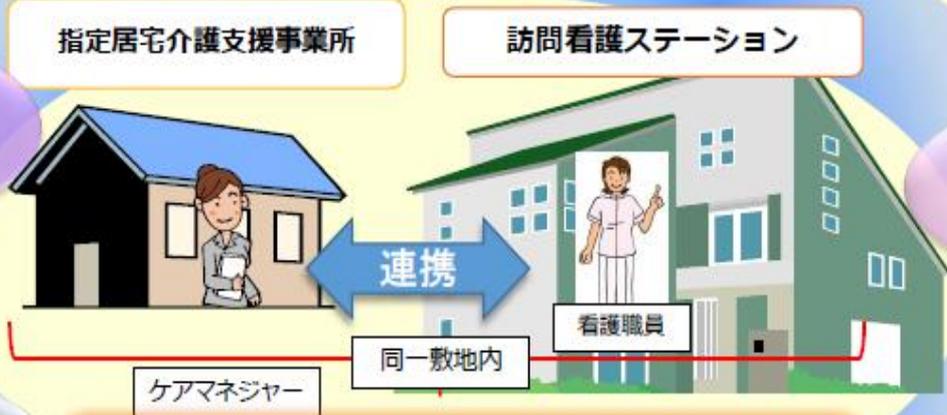
**常勤看護職員**  
機能強化型訪問看護管理療養費1: 7人以上  
機能強化型訪問看護管理療養費2: 5人以上

**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。

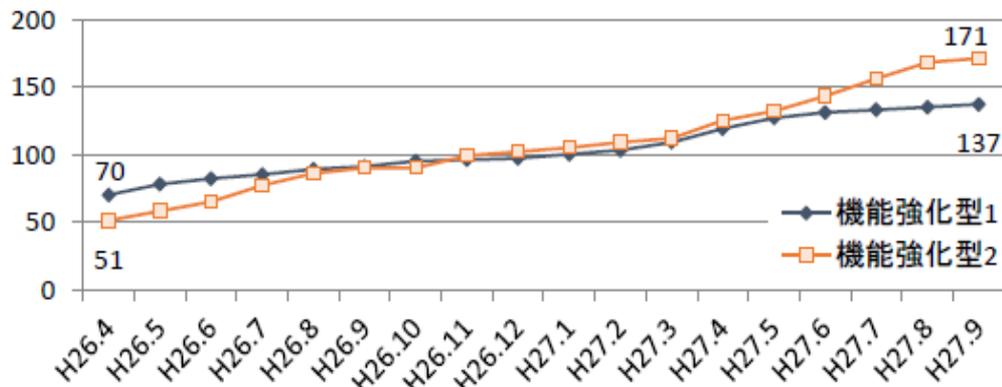
#### 機能強化型訪問看護管理療養費2

- 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。

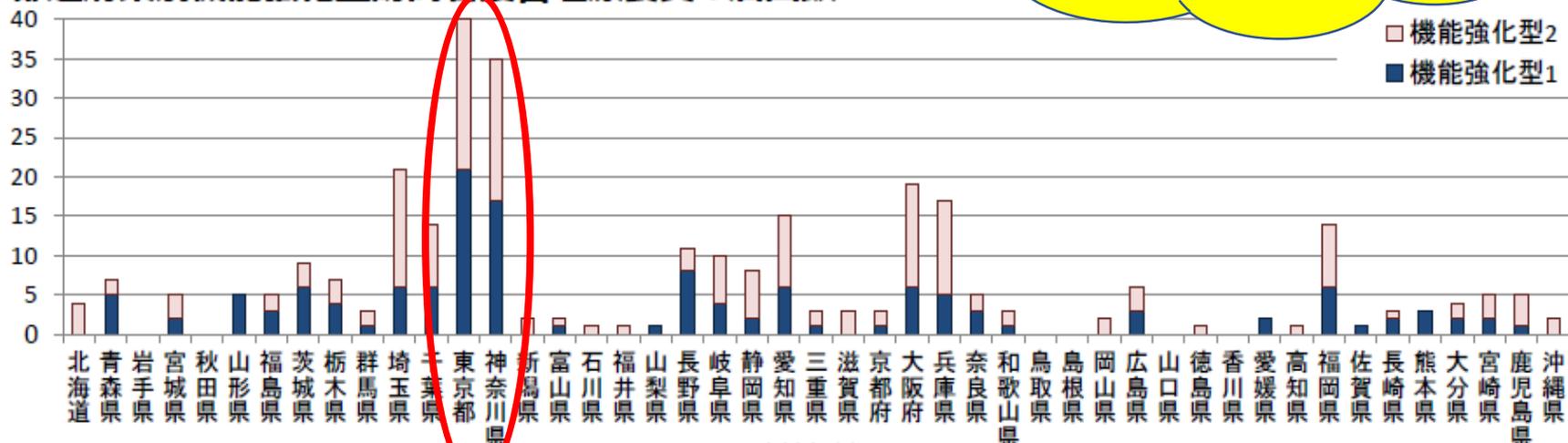
## ■機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



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）

# 機能強化型訪問看護ステーションの実績 ①医療ニーズの高い利用者

○ 機能強化型訪問看護ステーションの利用者は、機能強化型以外に比べ別表第7及び別表第8に該当する医療ニーズの高い利用者の割合が高い。

## ■ 1ステーション当たりの全利用者に占める該当利用者の割合

(全利用者数)		①医療保険のみ の利用者	②別表第7※1 の該当者	③別表第8※2 の該当者	④特別指示書 交付
機能強化型1	(9,639)	32.5%	20.6%	13.1%	2.3%
機能強化型2	(6,291)	30.7%	19.2%	11.5%	2.2%
機能強化型以外	(31,535)	25.3%	12.3%	7.2%	2.1%
主に精神科	(5,721)	90.3%	1.0%	0.3%	0.6%

注1) ①～④は重複している利用者もいる。

注2)

### 機能強化型以外

「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」の届け出がなく、かつ、「主に精神科の訪問看護を実施している事業所」を除く事業所

### 主に精神科

平成26年9月の利用者数のうち、精神科訪問看護基本療養費Ⅰ・Ⅲの利用者数が50%以上の事業所

### ※1：別表第7

末期の悪性腫瘍	脊髄性筋萎縮症
多発性硬化症	球脊髄性筋萎縮症
重症筋無力症	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
スモン	後天性免疫不全症候群
筋萎縮性側索硬化症	脊髄損傷
脊髄小脳変性症	人工呼吸器を使用している状態
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	
ライソゾーム病	
副腎白質ジストロフィー	

### ※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

# 機能強化型 訪問看護ステーションと 2016年改定

- ①看取り要件
- ②医療ニーズの高い小児の受け入れ
- ③退院直後の在宅療養支援

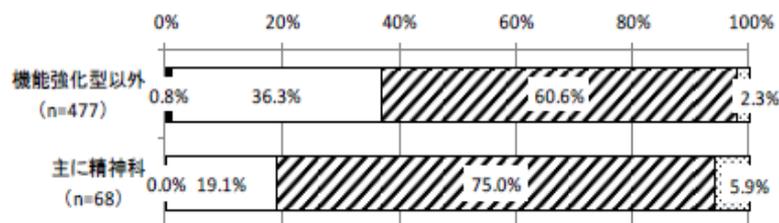
# ①看取り要件



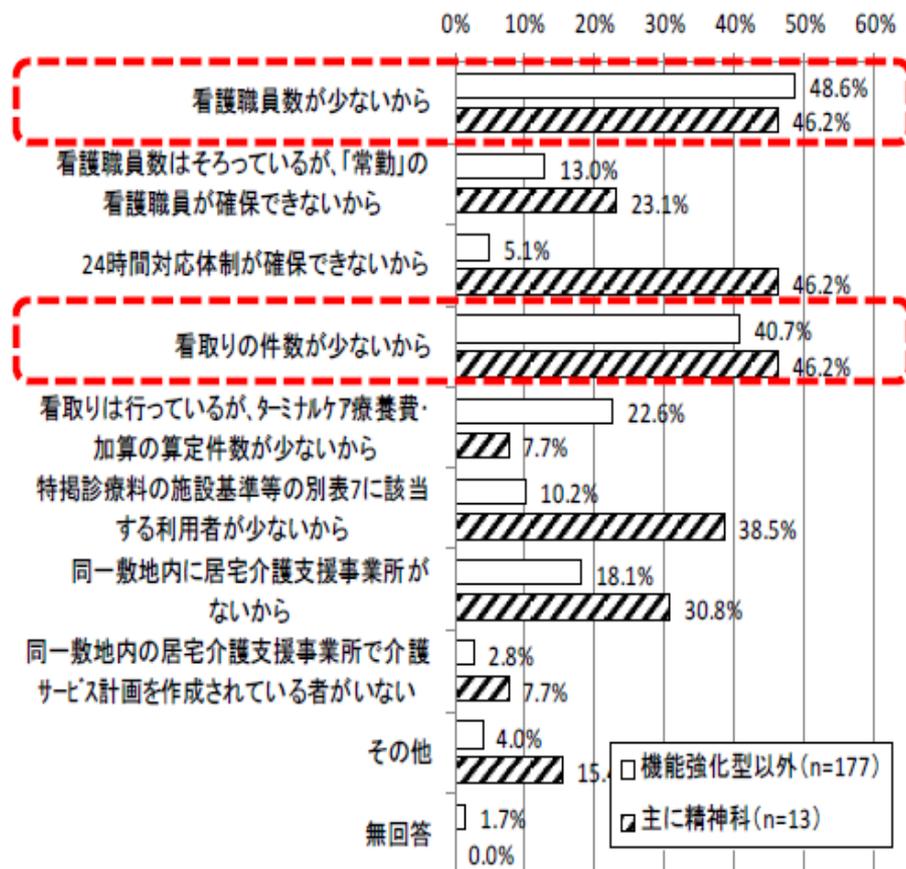
# 機能強化型を届け出ない理由①

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

## ■ 機能強化型の届出の検討状況



## ■ 機能強化型の届出なしの理由 (複数回答)



# 訪問看護ステーションにおける看取り状況

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

## ■1ステーション当たりの年間看取り件数

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

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

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

### 在宅がん医療総合診療料

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

#### 【概要】

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

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

在宅がん医療総合診療料患者を含めて20人

# ②医療ニーズの高い 小児の受け入れ



# 長期入院児の増加傾向

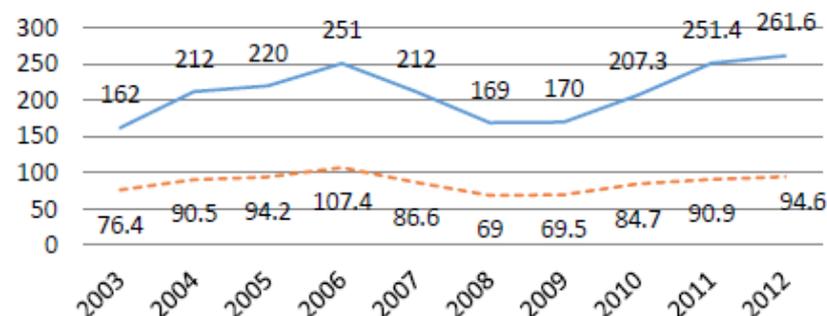
- 長期入院児の年間発生数は、NICU 1,000床当たり95例、出生1万人当たり2.6例である。(2012年)
- NICU長期入院児の年間発生数は、2006年以降減少していたが、2010年以降再び増加傾向である。
- 在宅人工呼吸の小児患者数も、増加している。

## 長期入院児\*の年間発生数 (2012年データ)

NICU1000床あたり95例  
 ⇒ 推計総数 約260例\*\*  
 (約2.6例/出生1万人)

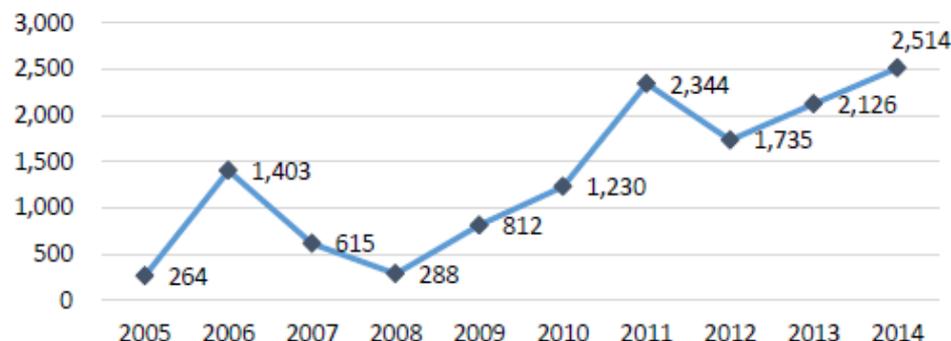
- \* 2011年に出生しNICUあるいはその後方病床に1年以上入院している児
- \*\* 2012年のNICU総病床数2,765

## ■長期入院児数の推移



出典：平成23～25年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
 「重症の慢性疾患児の在宅での療養・療育環境の拡充に関する総合研究」（主任研究者：田村正徳）

## ■在宅人工呼吸指導管理料の算定件数（0～19歳）の推移

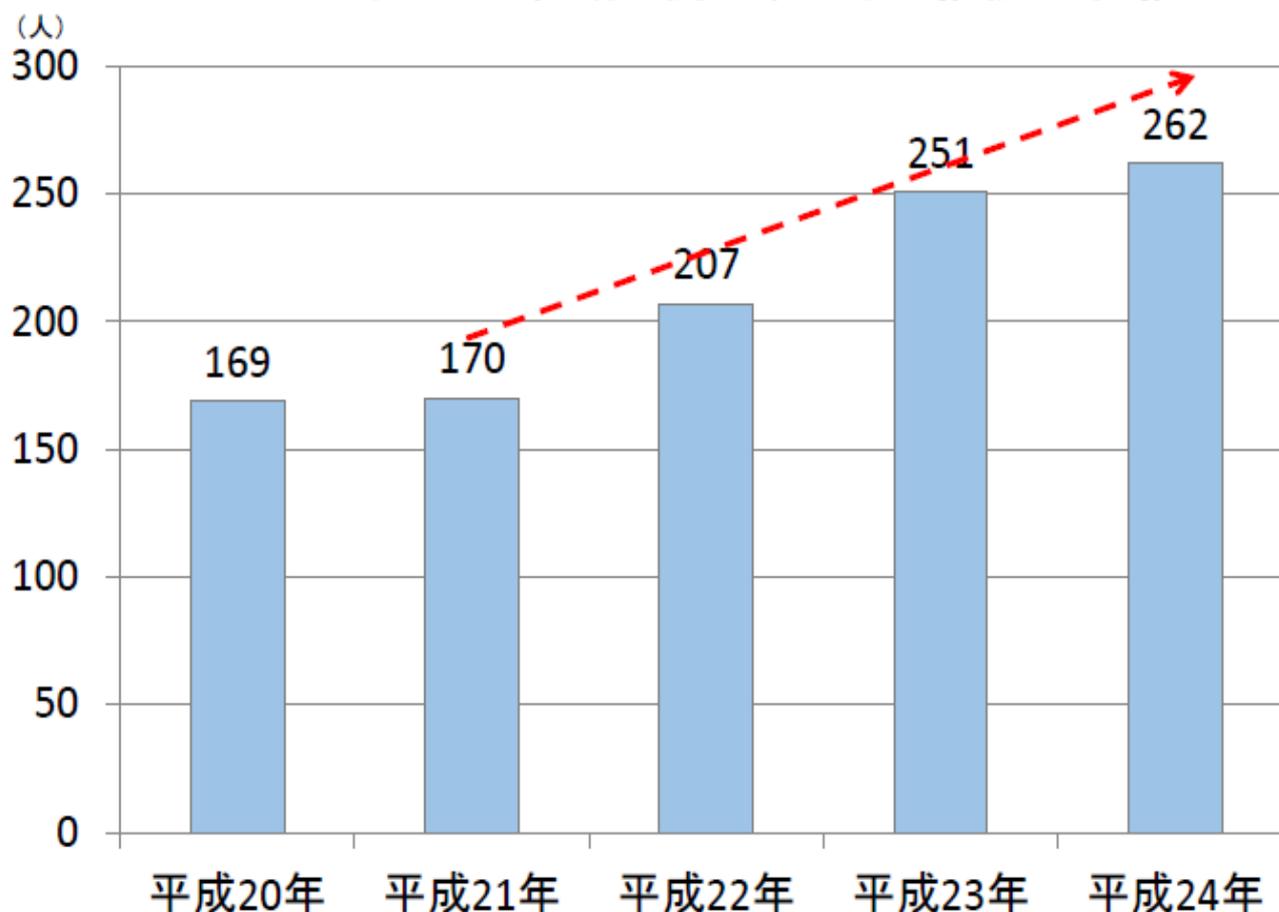


出典：社会医療診療行為別調査（各年6月審査分）

# NICUにおける長期入院児の推移

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

<NICUにおける1年以上の長期入院児数の年次推移(全国推計)>



PTXX-170623-001

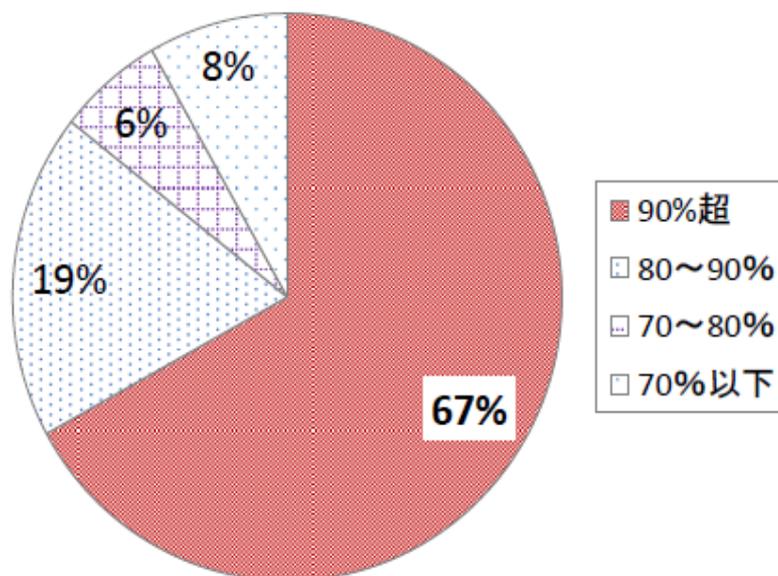
# NICUにおける病床利用状況

- 総合周産期母子医療センターの約70%において、NICUの病床利用率は90%を超えていた。
- NICUにおいて母胎・新生児の搬送受入ができなかった事例において、その理由の約90%は満床によるためであった。

## <NICUにおける病床の利用状況について>

NICU病床利用率について  
(総合周産期母子医療センター97施設)

**NICU病床利用率90%超のセンターは約7割**



母体及び新生児搬送受入ができなかった理由について  
(総合周産期母子医療センター)

**受入れができなかった主な理由は「NICU満床」**

母体	理由	NICU満床	MFICU満床	診察可能 医師不在	その他
	センター数		70/79	50/79	17/79
割合(%)※		88.6%	63.3%	21.5%	68.4%

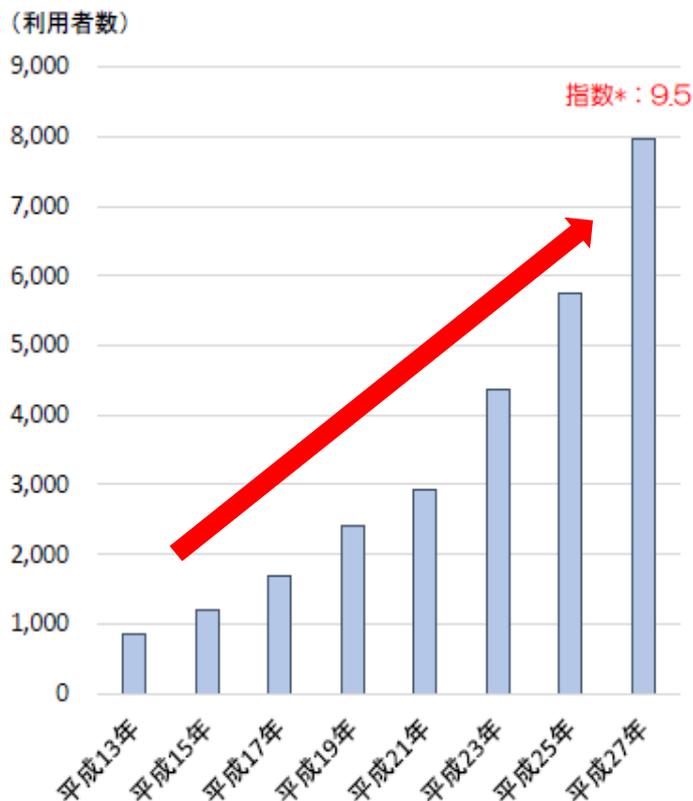
新生児	理由	NICU満床	診察可能 医師不在	その他
	センター数		55/59	6/59
割合(%)※		93.2%	10.2%	33.9%

※受入れができなかったことがあるセンター数に対する割合(複数回答可)

# 小児に対する訪問看護の実施状況

- 訪問看護ステーションからの訪問看護を受ける小児（0～9歳）の利用者数は増加しており、平成13年に比べ9.5倍になっている。
- 長時間訪問看護加算は、15歳未満の小児の算定者数が多かつ1月当たりの算定回数が多い。

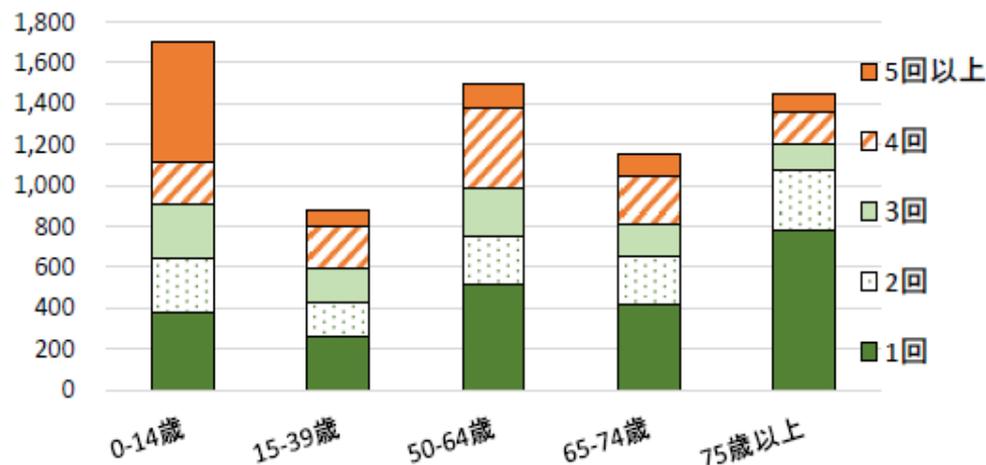
## ■ 9歳以下の訪問看護利用者数の推移



※：平成13年を1とした時の指数

## ■ 長時間訪問看護加算の算定回数別利用者数

(平成27年5月の1か月間)  
(人)



長時間訪問看護加算は、基準告示第2の3に規定する長時間の訪問を要する者に対して、1回の指定訪問看護の時間が90分を超えた場合、1人の利用者に対して週1（15歳未満の超重症児又は準超重症児においては週3回）に限り所定額に加算すること。

○厚生労働省告示第六十四号 第二の三

長時間訪問看護加算及び長時間精神科訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者

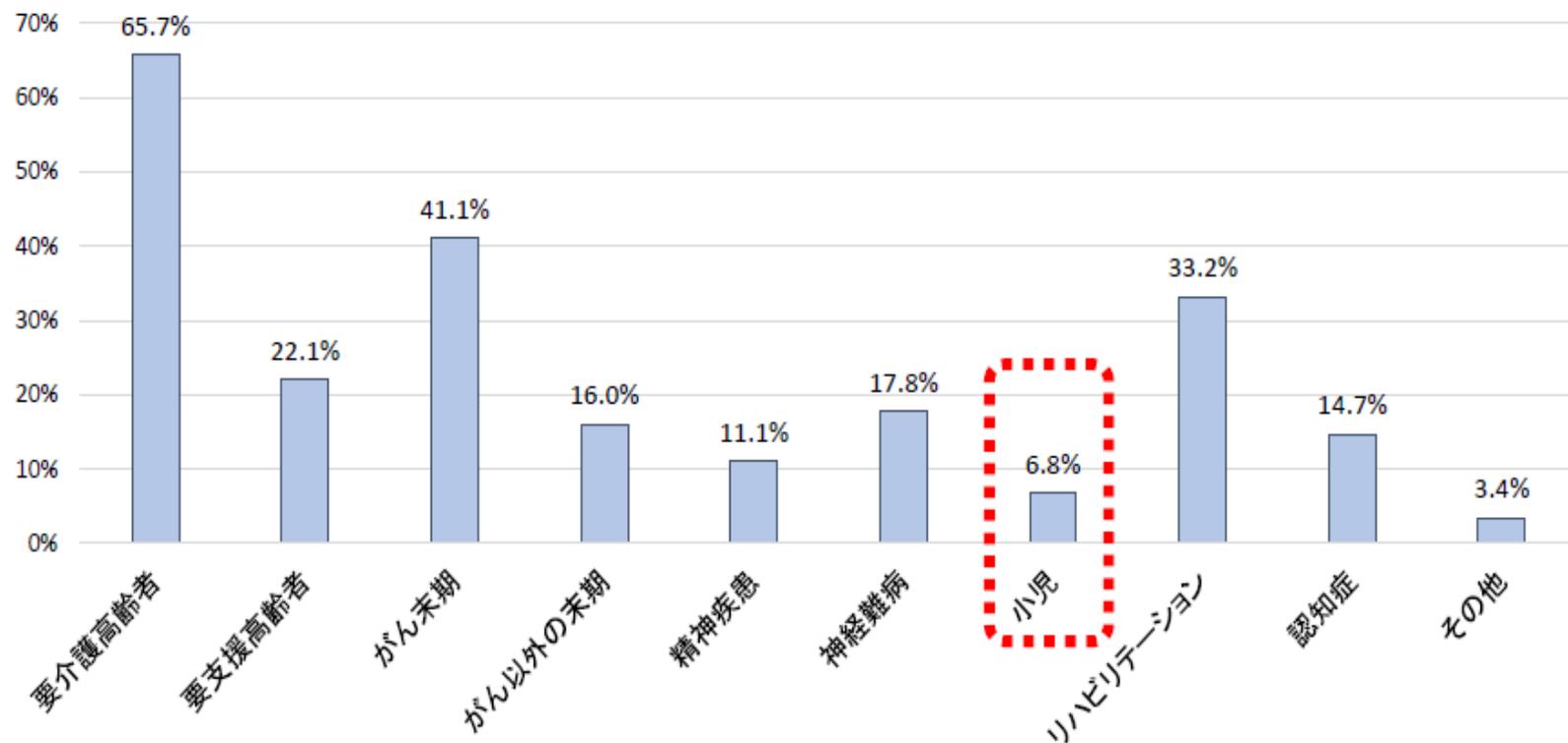
長時間の訪問看護を要する利用者であつて、次のいずれかに該当するもの

- (1) 十五歳未満の超重症児又は準超重症児
- (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

# 訪問看護ステーションが得意としている利用者の特性

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

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



出典：東京都訪問看護支援検討委員会報告書（平成25年3月）

※調査対象：東京都内の訪問看護ステーション（管理者票）

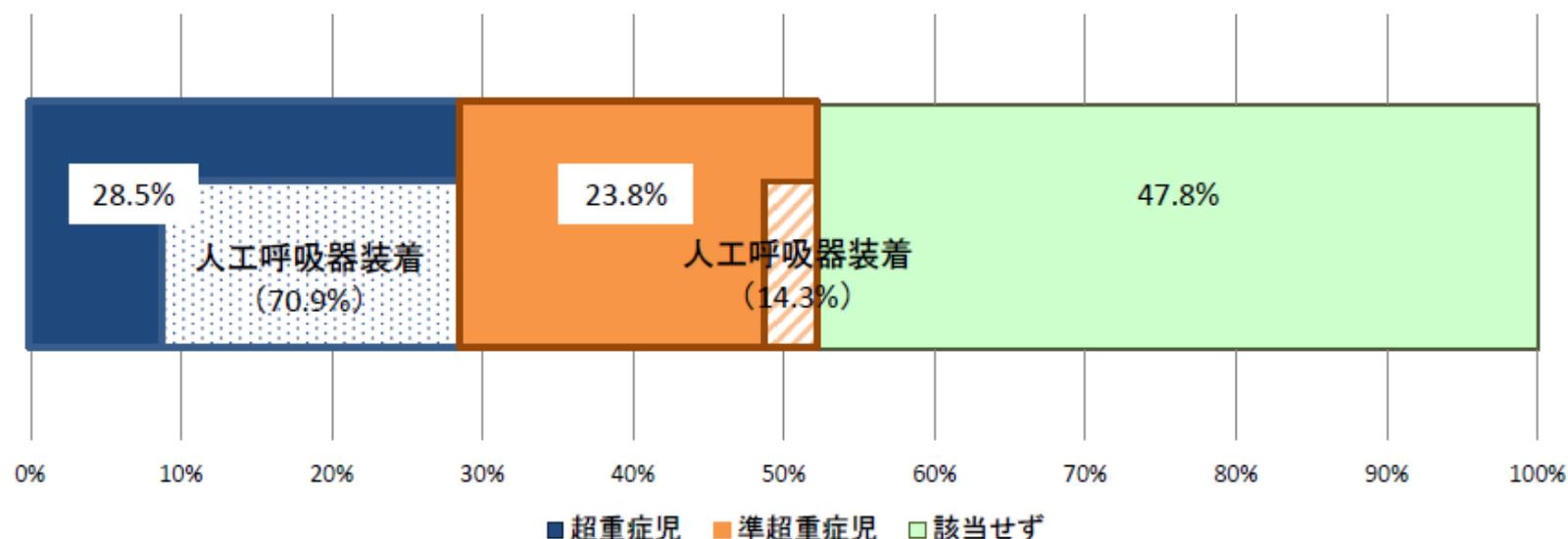
PTXX-170623-001

## 18歳未満の利用者の状態

- 18歳未満の利用者のうち約半数は超重症児と準超重症児であり、超重症児のうち7割以上、準超重症児のうち1.5割程度が人工呼吸器を装着している。

### ■ 18歳未満の利用者の状態（超重症児・準超重症児の該当）

(n=2,854)

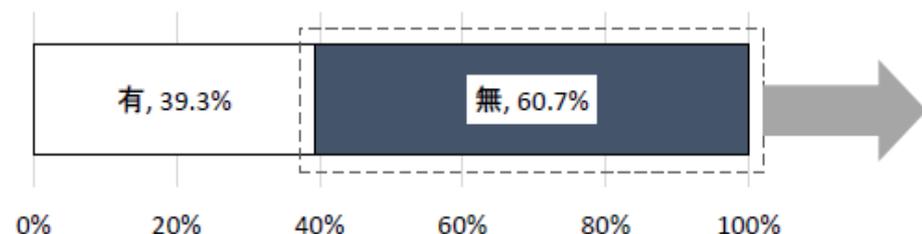


出典：平成28年診療報酬改定に関するアンケート調査  
(平成27年 社団法人全国訪問看護事業協会)

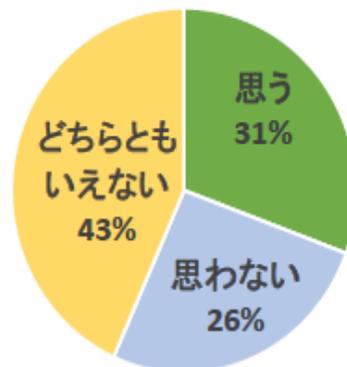
## 訪問看護ステーションにおいて小児を受け入れるために必要なこと

○ 小児訪問看護を行っていない訪問看護ステーションにおいて、小児訪問看護を取り組めるようにするためには、「小児訪問看護の研修」と並んで、「小児訪問看護を行っている訪問看護ステーションでの体験研修」が挙げられている。

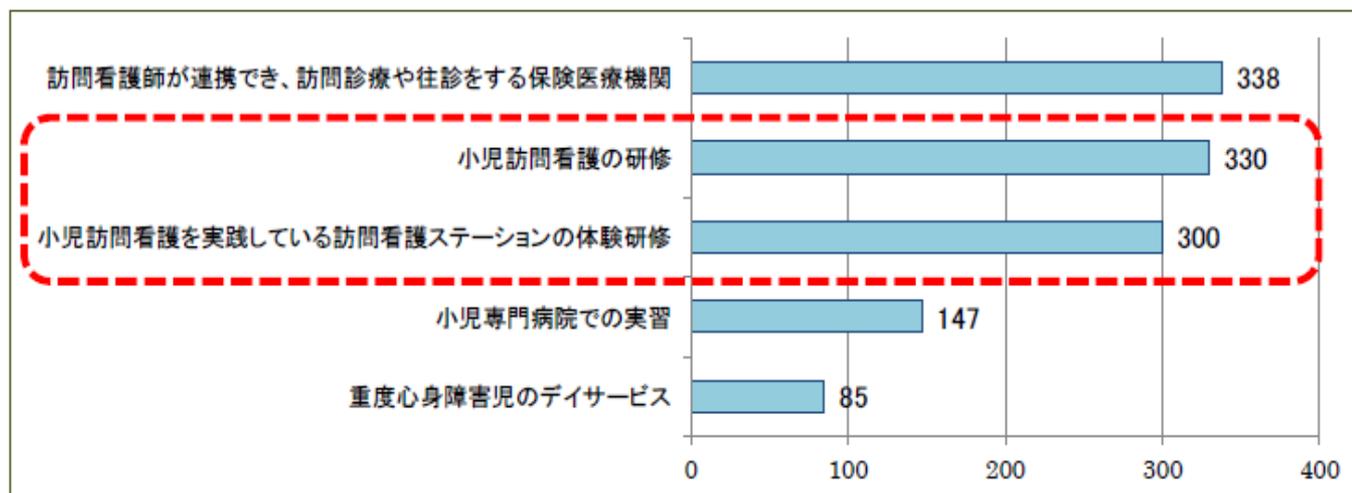
### ■ 過去6か月間の小児訪問看護の経験



### ■ 今後、小児訪問看護を行いたい



### ■ 小児訪問看護を取り組めるようになるための要件



出典：平成28年度制度報酬改定に向けた会員アンケート  
(平成27年 日本訪問看護財団)

※調査対象：日本訪問看護財団会員(3,129か所)、回収率29%(908か所)

※調査期間：平成27年5月

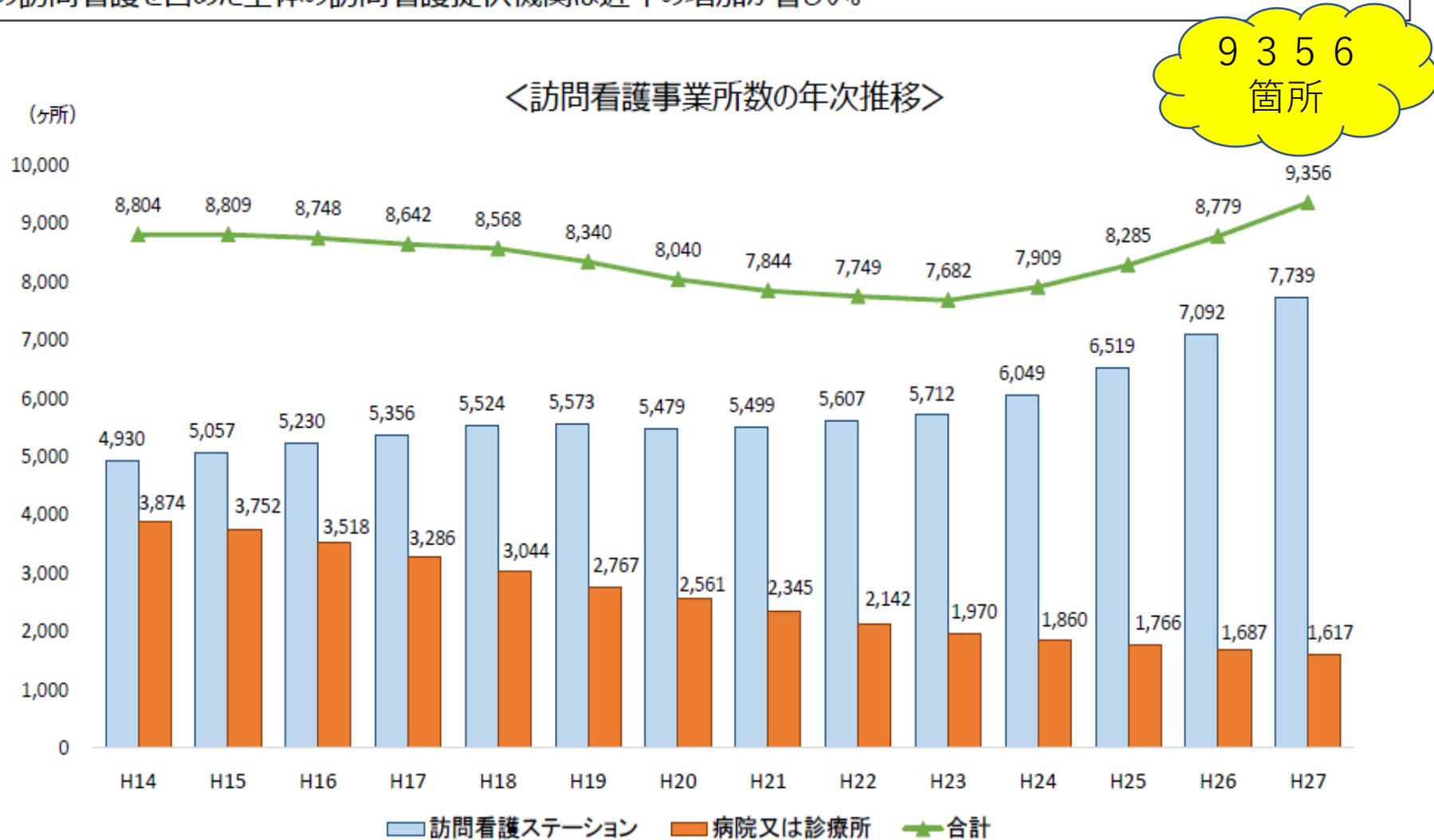
PTXX-170623-001

### ③退院直後の在宅療養支援

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

# 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。



# 病院・診療所からの訪問看護の実施状況 ①実施医療機関

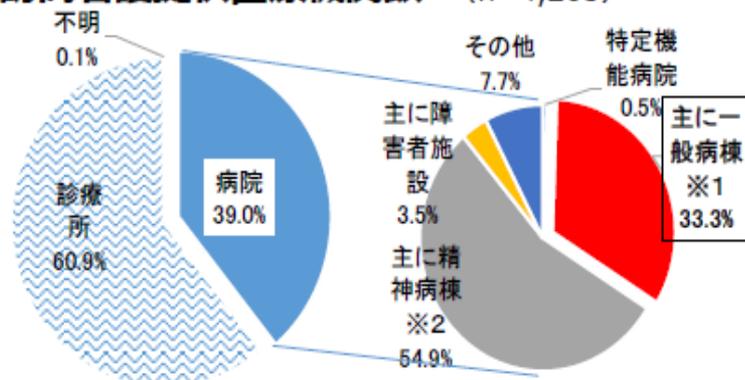
- 全医療機関のうち3.8%が医療保険からの訪問看護を実施しており、病院に限ると約2割が実施している。
- 訪問看護を実施している医療機関のうち約4割が病院であり、そのうち約3割は主に一般病棟を有する病院である。一般病院における1医療機関当たりの訪問看護提供者数は1~10人が最も多く、10:1入院基本料を算定している病院が実施している割合が高い。

## ■ 医療機関における訪問看護の実施状況

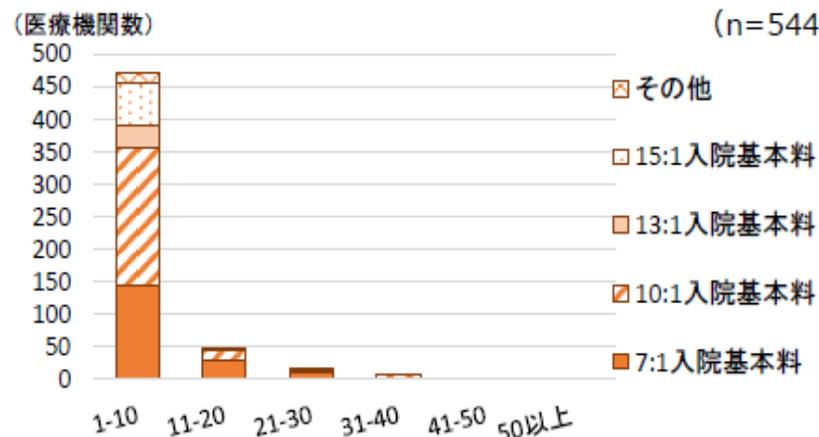
医療機関数 <sup>1)</sup>	訪問看護を実施	
	介護保険 <sup>2)</sup>	医療保険 <sup>3)</sup>
病院 8,484	—	1,641 (19.3%)
診療所 100,962	—	2,561 ( 2.5%)
合計 109,996	1,580 (1.4%)	4,205 ( 3.8%)

- 1)「医療施設動態調査」(平成27年5月末概数)
- 2)「介護給付費実態調査」(平成27年6月審査分)
- 3)NDBデータ(平成27年5月診療分)

## ■ 訪問看護提供医療機関数 (n=4,205)



## ■ 一般病院における訪問看護提供者数別の医療機関数 (n=544)



※1 主に一般病棟: 当該月において一般病棟入院基本料を算定している者が過半数を占める病院

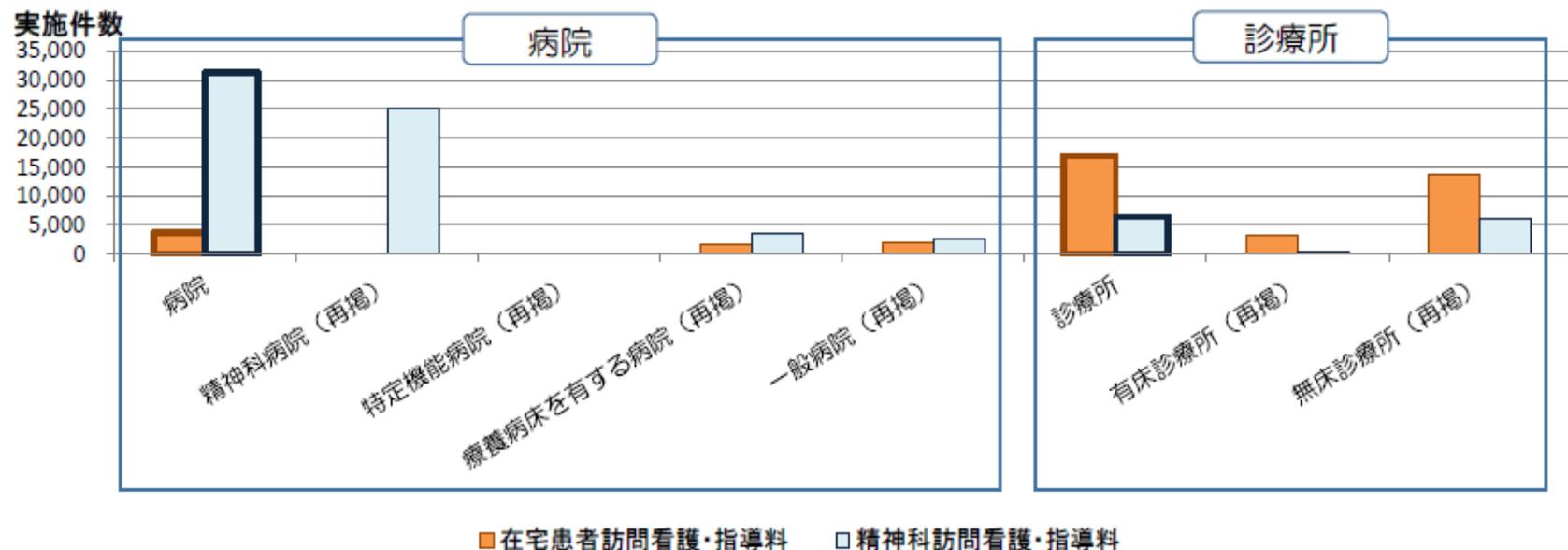
※2 主に精神病棟: 当該月において精神病棟入院基本料を算定している者が過半数を占める病院

## 病院・診療所からの訪問看護の実施状況 ②実施件数

- 病院・診療所からの訪問看護の実施件数は、病院からの訪問が約6割、診療所からの訪問が約4割である。
- 病院からの訪問看護は、約9割が精神科病院からの精神科訪問看護・指導である。

### ■病院・診療所からの訪問看護・指導の実施件数（平成26年6月審査分）

	総数(件)		病院		診療所	
	件数	(%)	件数	(%)	件数	(%)
在宅患者訪問看護・指導料※1	20,748	(100.0%)	3,623	(17.5%)	16,881	(81.4%)
精神科訪問看護・指導料※2	37,845	(100.0%)	31,376	(82.9%)	6,456	(17.1%)
合計	58,593	(100.0%)	34,999	(59.7%)	23,337	(39.8%)

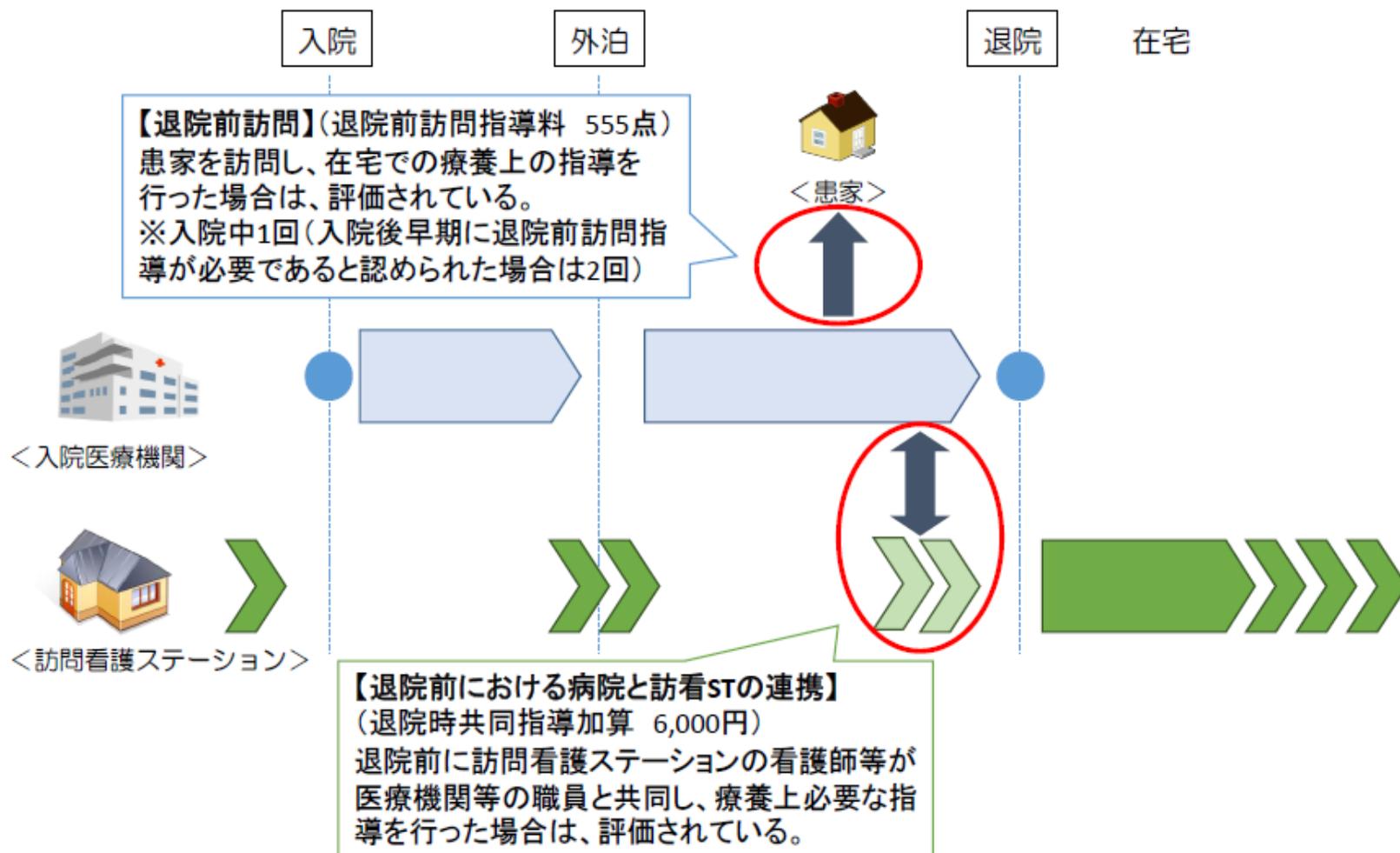


※1 在宅患者訪問看護・指導料:在宅患者訪問看護・指導料と同一建物居住者訪問看護・指導料の細分類の実施件数を積み上げている

※2 精神科訪問看護・指導料:精神科訪問看護・指導料(I)~(Ⅲ)の細分類の実施件数を積み上げている

# 入院医療機関における退院時の在宅療養支援の評価

- 入院医療機関から在宅療養への円滑な移行に向けた支援のうち、現在評価されているのは退院前に実施された支援である。（医療機関側の評価：退院前訪問指導料、訪看ステーション側の評価：退院時共同指導加算）
- 入院医療機関が退院支援の一環として行う退院後の在宅療養支援を評価する項目はない。



# 病院による在宅医療・生活の支援の取り組み ①小児（神奈川県茅ヶ崎地域の例）

【概要】 <平成26年度小児等在宅医療連携拠点事業（神奈川県）>

地域の小児等への在宅医療資源の拡充と専門機関との連携のために、①小児在宅医療に関する相談窓口の設置、②小児在宅医療の担い手を対象とした各種研修会の実施、③在宅医連携カンファレンスの実施、④新生児地域連携カンファレンス、⑤退院支援の実施 が行われた。

## 退院後同行訪問の概要

### I 目的

在宅医療を行うこどもに対する訪問看護師の初回訪問に入院医療機関の看護師が同行し、医療ケアの効率的な引継ぎと医療ケア方法の修正を共同して行う。

訪問看護師の小児在宅医療ケアに対する不安の軽減を図り、在宅への移行を協働して行う。

### II 対象患者

在宅医療ケアを必要とする退院患者

### III 訪問時期

退院後1ヶ月以内に行う

患者の状況に応じて医療者、患者・家族と調整し決定する

### IV 訪問者

退院在宅医療支援室看護師（状況により外来、退院病棟の看護師）

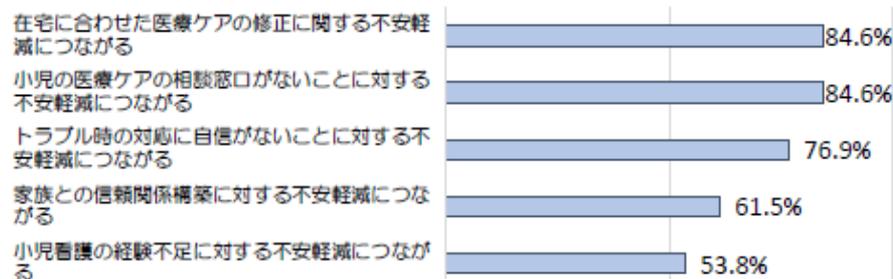
## 実績（H26年度（2月末時点））

総数：12件（うち9件は病棟看護師同行）

TPPV 5件	NPPV 2件	酸素 2件
注入 1件	ターミナル 1件	IVH 1件
同行訪問看護ステーション数		10施設
在宅医と合わせた訪問（医師も同行）		3件
共同して医療ケアの修正		4件

## 利用した訪問看護師からの声

(n=23)



在宅移行時に切れ目のない支援が実現し、訪問看護師や患者・家族の不安解消の一助になった。

# 退院直後の 病棟の看護師と訪問看護ステーションと連携



病院の訪問看護ステーション

病棟看護師と連携



退院直後患者



地域の訪問看護ステーション

# 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑪

## 退院直後の在宅療養支援に関する評価

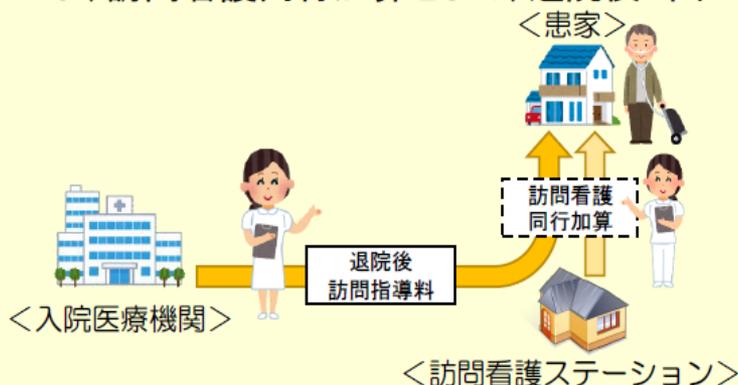
- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

(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

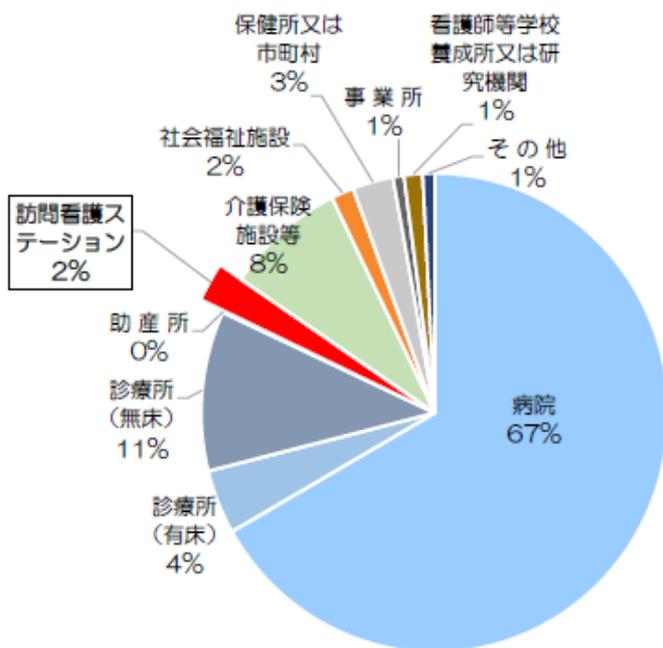
- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
  - 在宅自己腹膜灌流指導管理
  - 在宅血液透析指導管理
  - 在宅酸素療法指導管理
  - 在宅中心静脈栄養法指導管理
  - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
  - 在宅自己導尿指導管理
- 3 在宅人工呼吸指導管理
- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
- 在宅自己疼痛管理指導管理
- 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 4 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 5 在宅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

# 訪問看護ステーションの就業者数の推移

- 就業している看護職員のうち、訪問看護ステーションに就業しているのは2%である。
- 訪問看護ステーションに就業している看護職員数は年々増加しているが、看護職員全体に比べ増加割合は低い。

## ■ 就業場所別看護職員数（常勤換算）

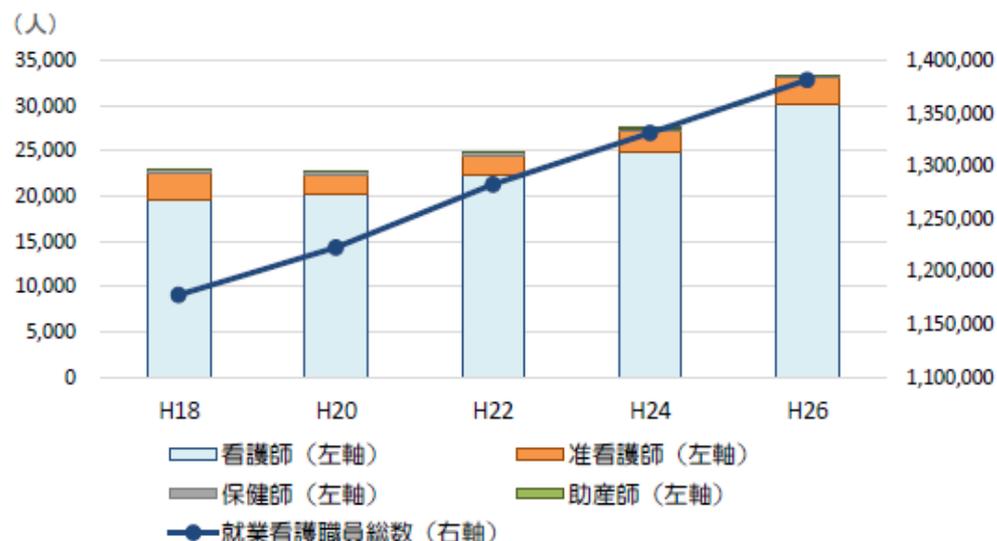
（平成26年12月末現在）



※看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師

## ■ 訪問看護ステーションの就業看護職員数（常勤換算）

（各年年12月末現在）



※就業看護職員総数：就業している保健師、助産師、看護師、准看護師の総数

訪問看護師3万人  
2025年に15万人必要

# パート4

## 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）

# 地域包括ケアシステムとは

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

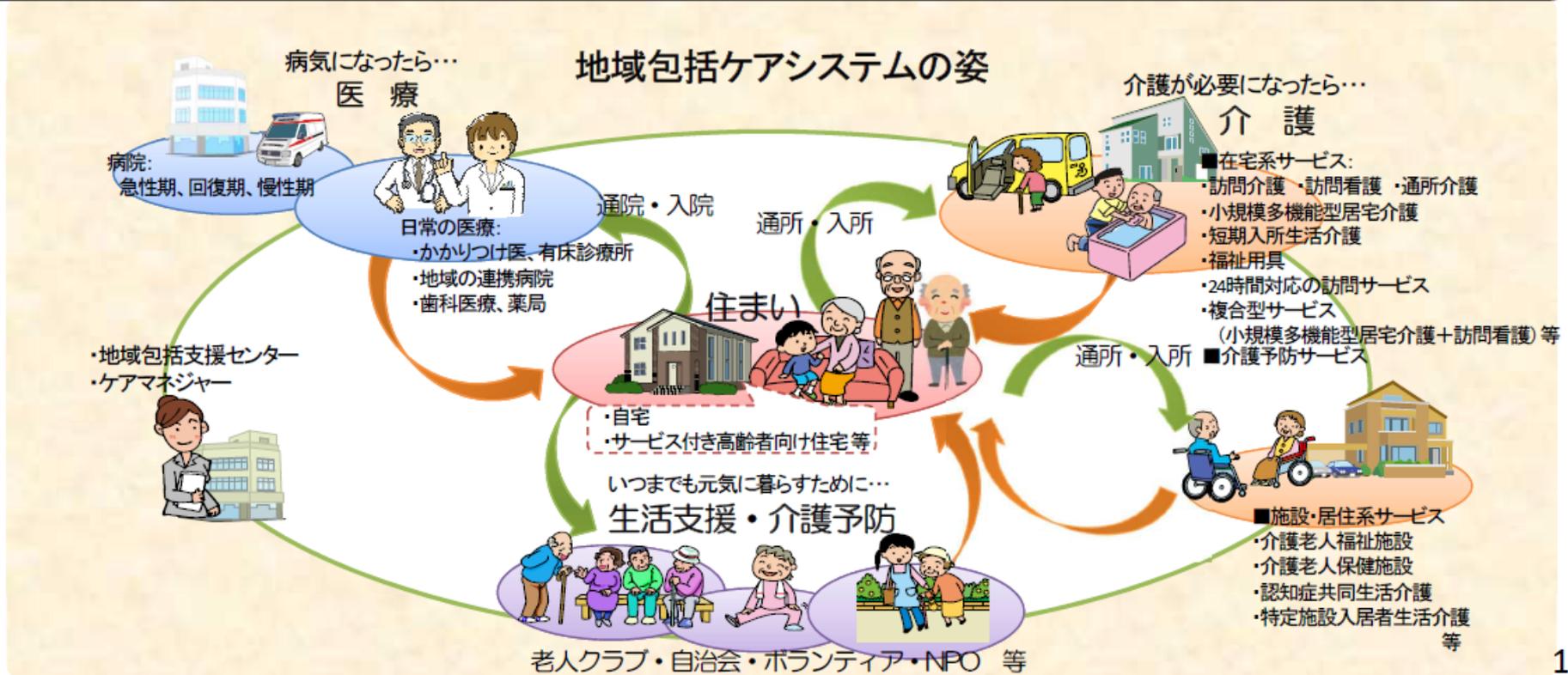


**Aging in  
Place**

# 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

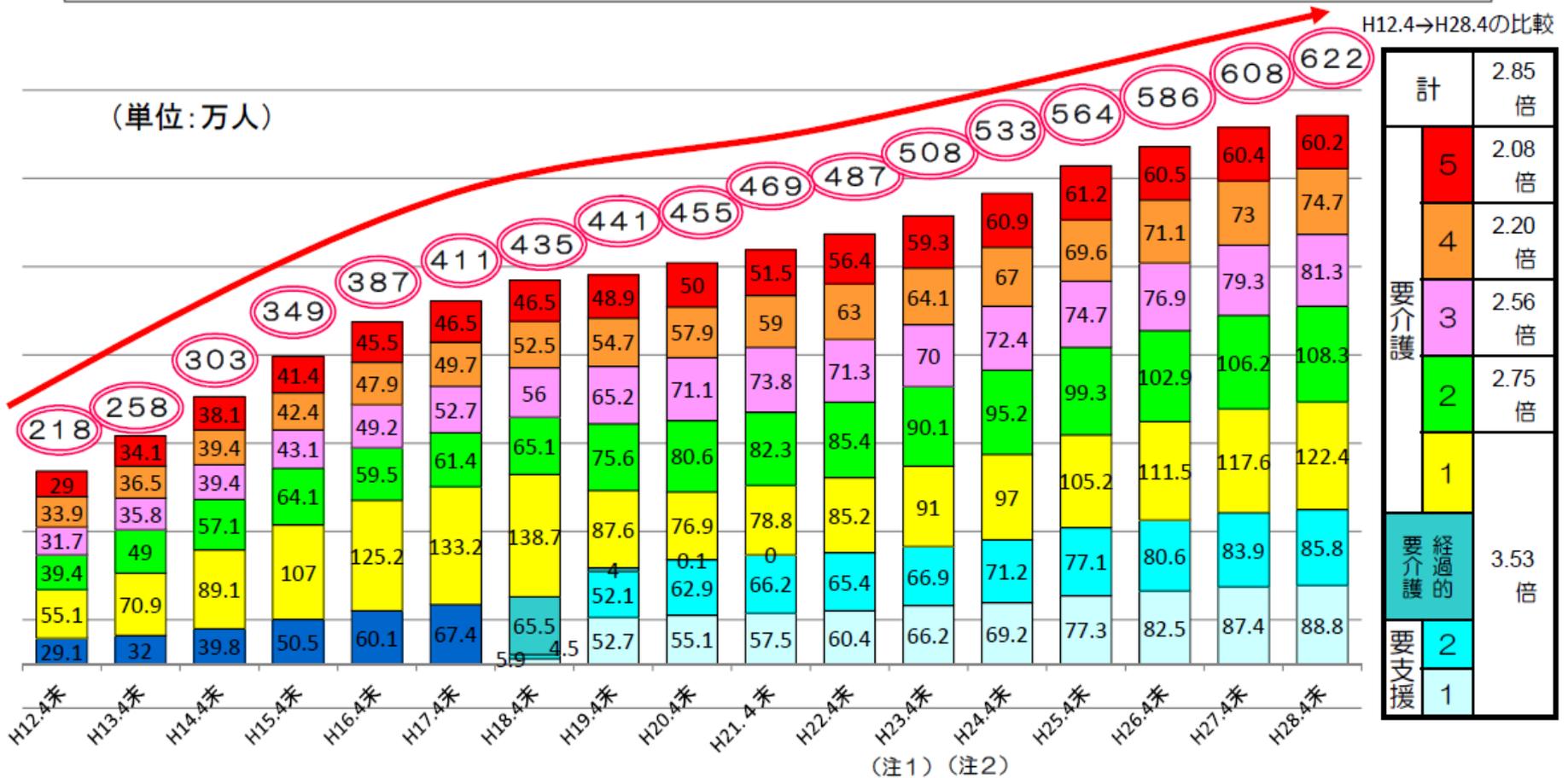
(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応 2015年介護報酬改定

- 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。

# 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  
ついては、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（**看多機**）は現状、事  
業数（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。

# 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を利用している。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、高年齢者の入退院時に生じるとして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

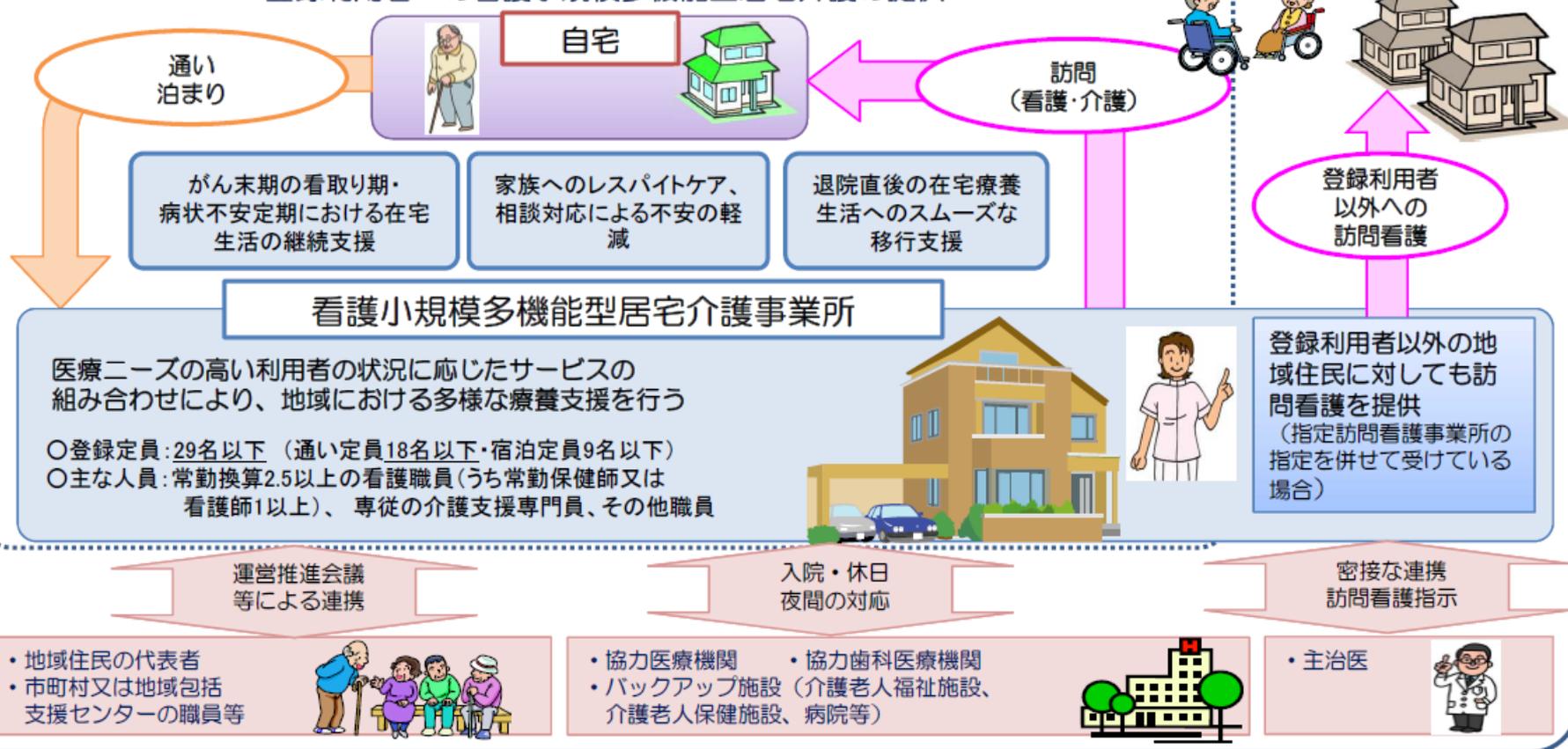
## 2つのポイント

- ① 看護小規模多機能型居宅介護  
(看多機)
- ② 定期巡回・随時対応サービス  
訪問看護介護 (24時間サービス)

①看多機 (かんだき)

# 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。

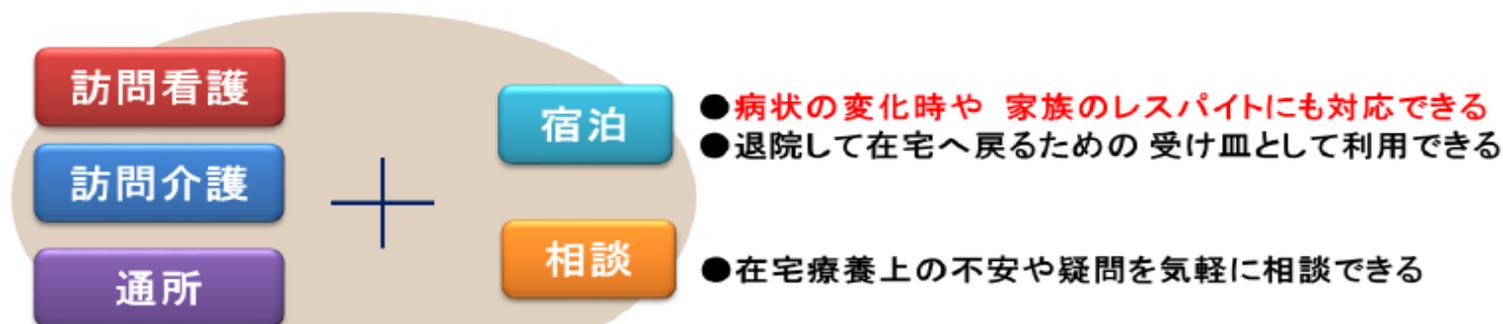
○ 看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、「通い」、「泊まり」、「訪問(看護・介護)」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状態に即応できるサービスを組み合わせることができる。

## ➤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市一凡

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）

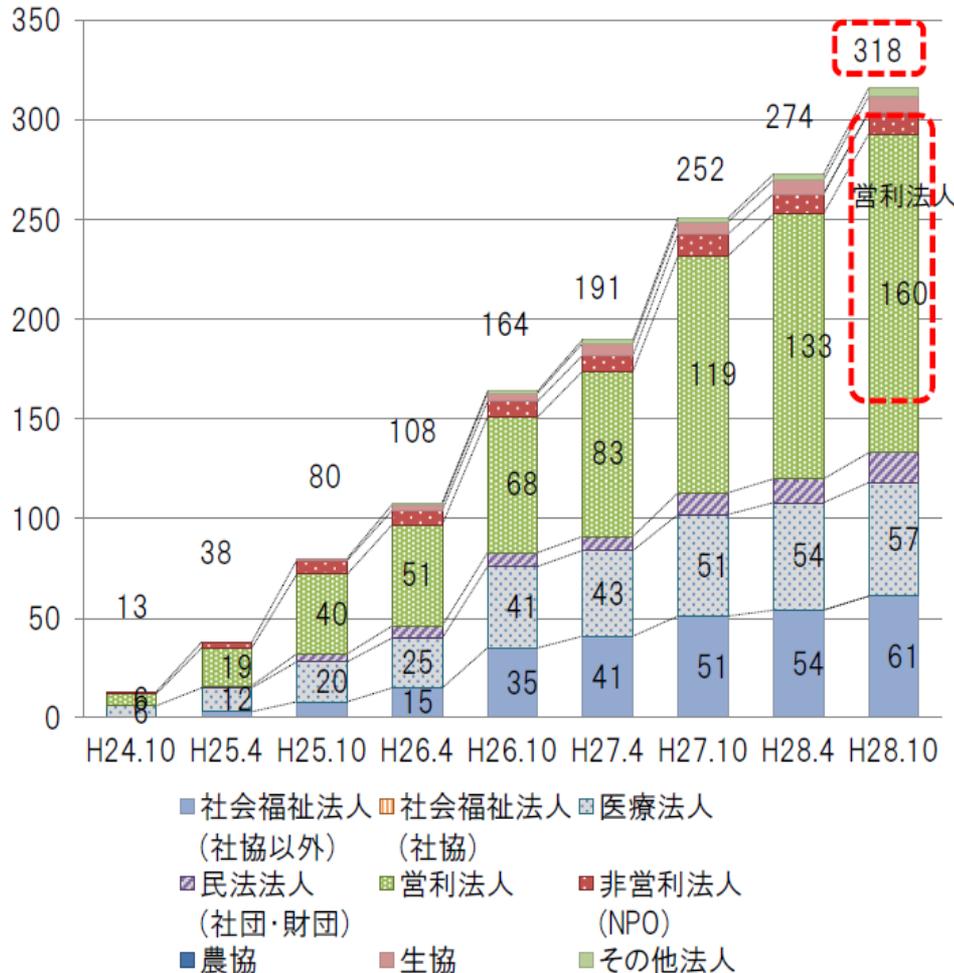


日看協常任理事(当時)の斎藤訓子氏

# 看護小規模多機能型居宅介護の事業所数等

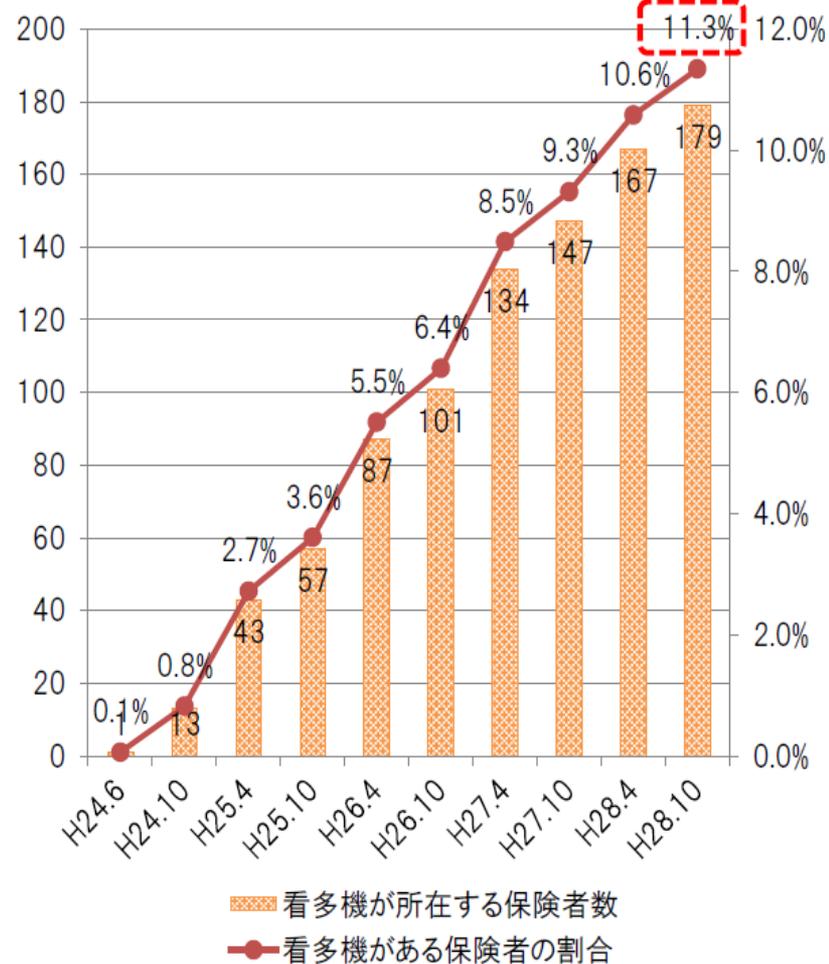
- 請求事業所数は318ヶ所であり、年々増加している。開設主体別にみると営利法人が最も多い。
- 看護小規模多機能型居宅介護事業所がある保険者の割合は11%であり、看護小規模多機能型居宅介護事業所がない保険者がほとんどである。

■ 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



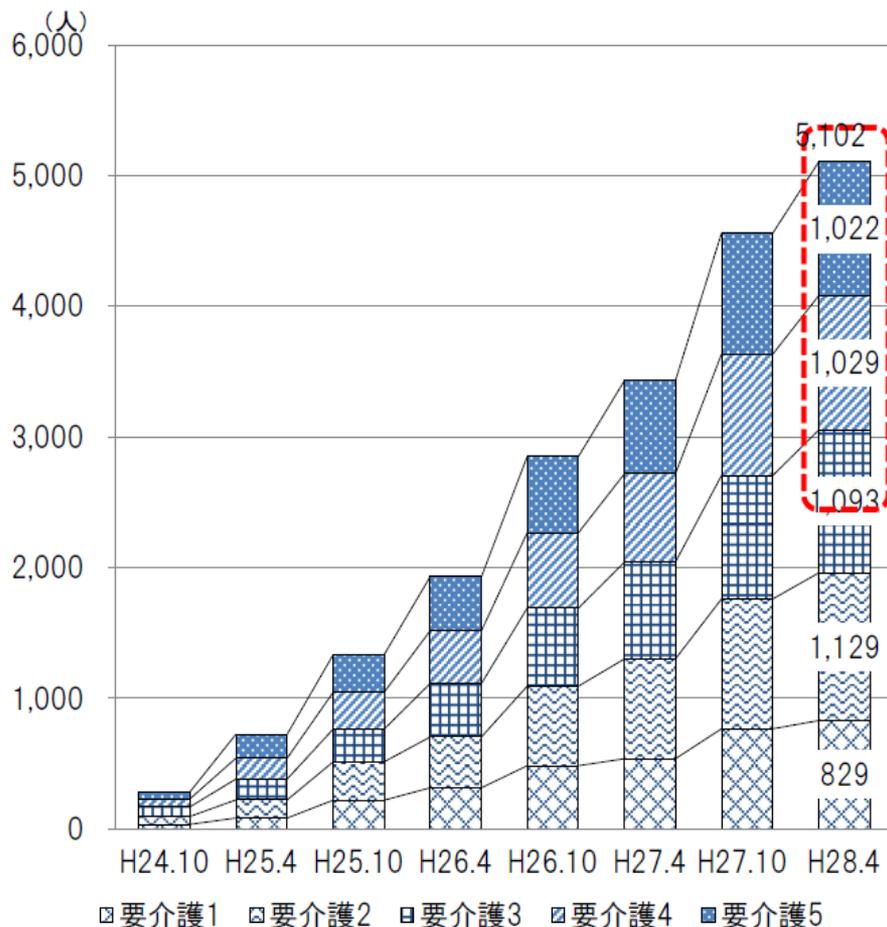
【出典】老健局老人保健課調べ



# 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。

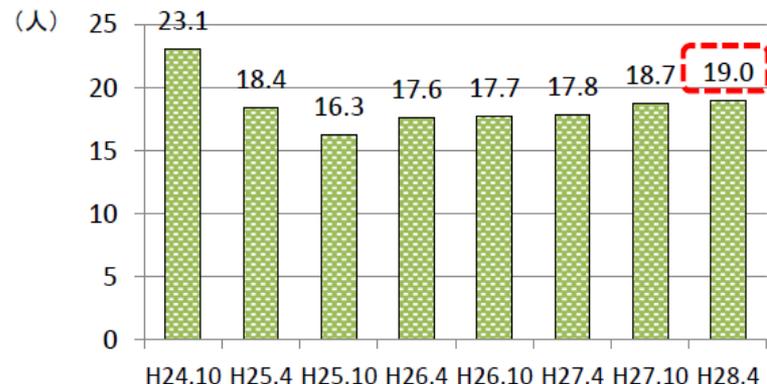
■ 看護小規模多機能型居宅介護の受給者数の推移(要介護別)



注)短期利用居宅介護の受給者を除く。

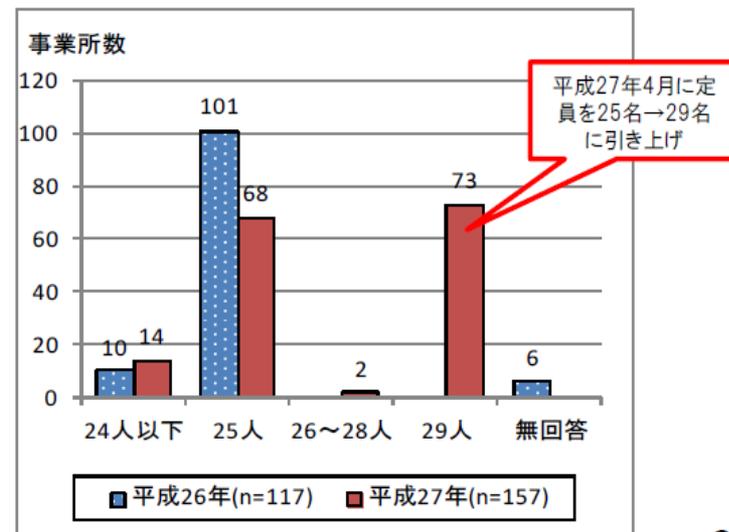
【出典】介護給付費実態調査

■ 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



平成27年4月に定員を25名→29名に引き上げ

# 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）

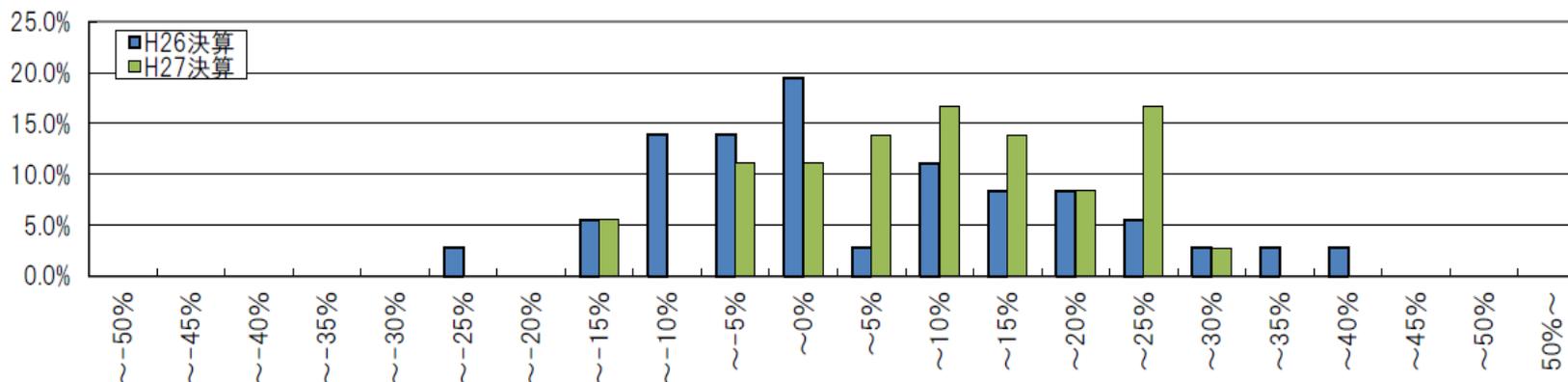
○ 看護小規模多機能型居宅介護の収支差率は6.3%(参考値)に改善している。

■ 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。

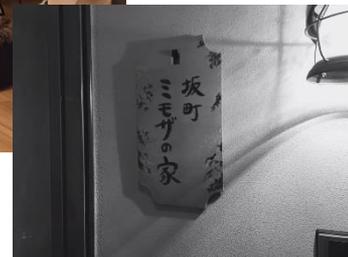
■ 看護小規模多機能型居宅介護の収支差率分布



# 看多機の事例



ミモザの家、新宿区)





●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"> <li>・悪性新生物</li> <li>・腹部大動脈瘤</li> <li>・パーキンソン病</li> <li>・大動脈弁閉鎖栓</li> <li>・脳梗塞</li> <li>・心不全</li> </ul>				
必要な医療処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>・胃ろう</li> <li>・褥瘡の処置(真皮に達する褥瘡)</li> <li>・浣腸</li> <li>・バルーン留置カテーテル</li> <li>・大動脈弁閉鎖栓</li> <li>・摘便</li> <li>・たんの吸引</li> <li>・服薬管理</li> <li>・吸入</li> </ul>				
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									

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										

#### ○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＞

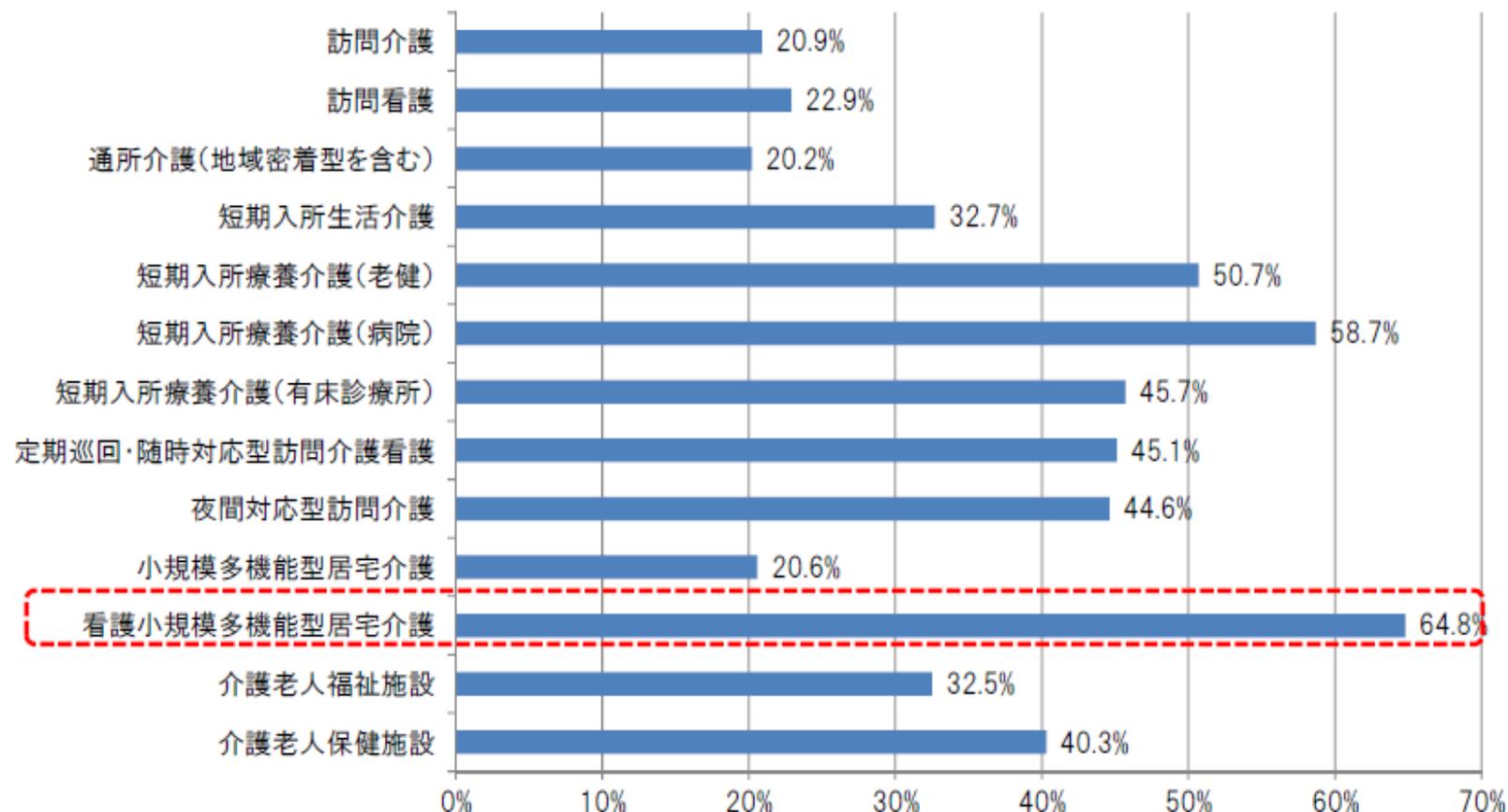
○事業開始時支援加算については、少しでも参入をふやすことを考えると、期間延長も視野に入れた検討も必要ではないか。

○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

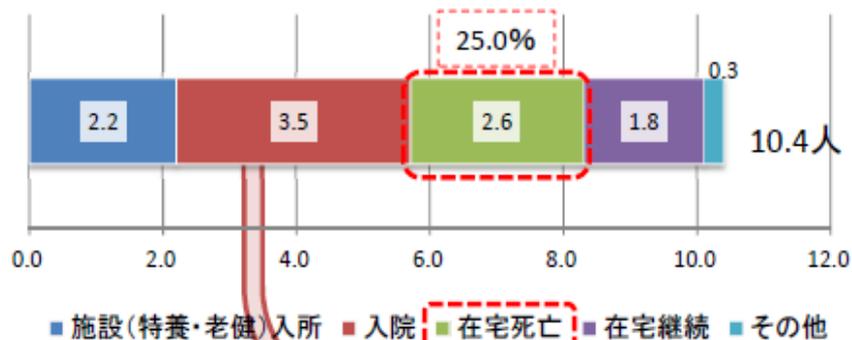
- 2017年11月8日の会合で厚労省は、看護小規模多機能型居宅介護（看多機）に関する見直し案も示した
- 看多機事業所数が伸び悩んでおり、全国357施設（今年3月末現在）にとどまることから同省は、以下を提案している
  - 診療所からの参入を促すために基準を緩和させる
  - 人員基準が緩いサテライト事業所の設置を認める
- このうち、診療所からの新規参入を促す施策について
  - 看多機の利用者専用の宿泊室として「1室」を確保すれば、残りを病床として活用できるルールにする
  - 個人で開設する診療所でも看多機の指定を受けられるルールにする（現在は法人でないと指定を申請できない）

看多機と看取り機能

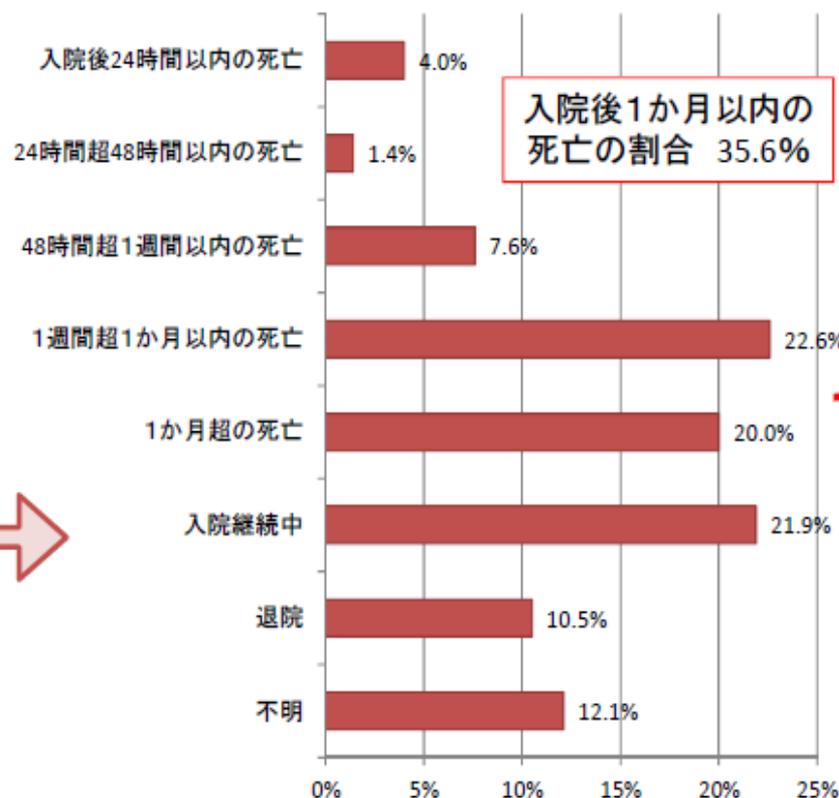
## 利用終了者及び入院後の死亡の状況

- 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)



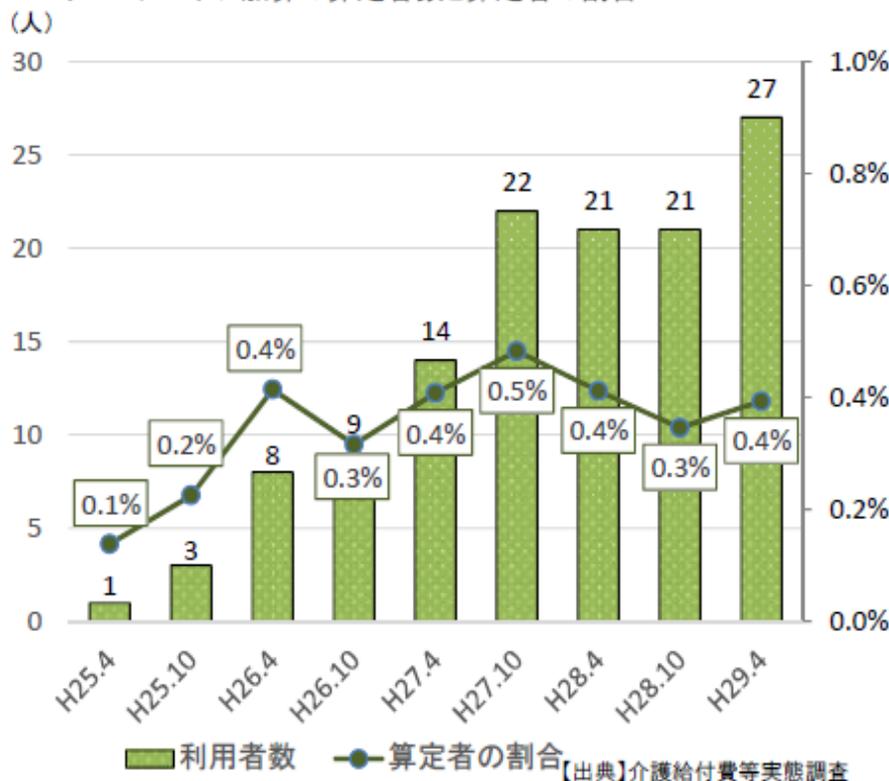
■ 病院・診療所への入院による看護小規模多機能型居宅介護の利用終了者(平成28年8月～平成29年7月)の死亡の状況(109事業所、421人)



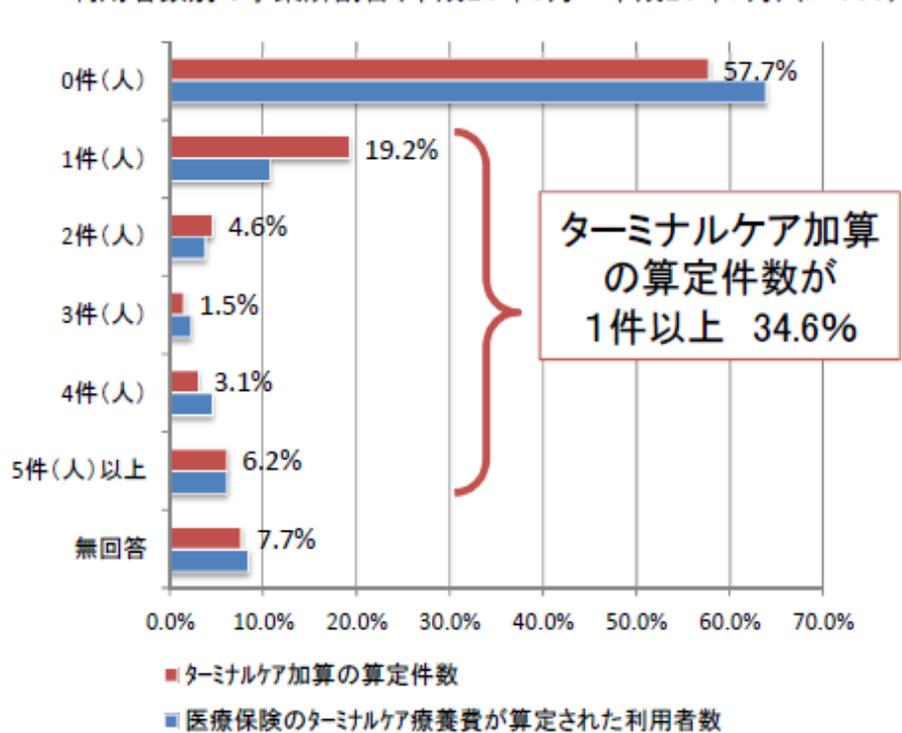
# ターミナルケア加算の算定等について

○ 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

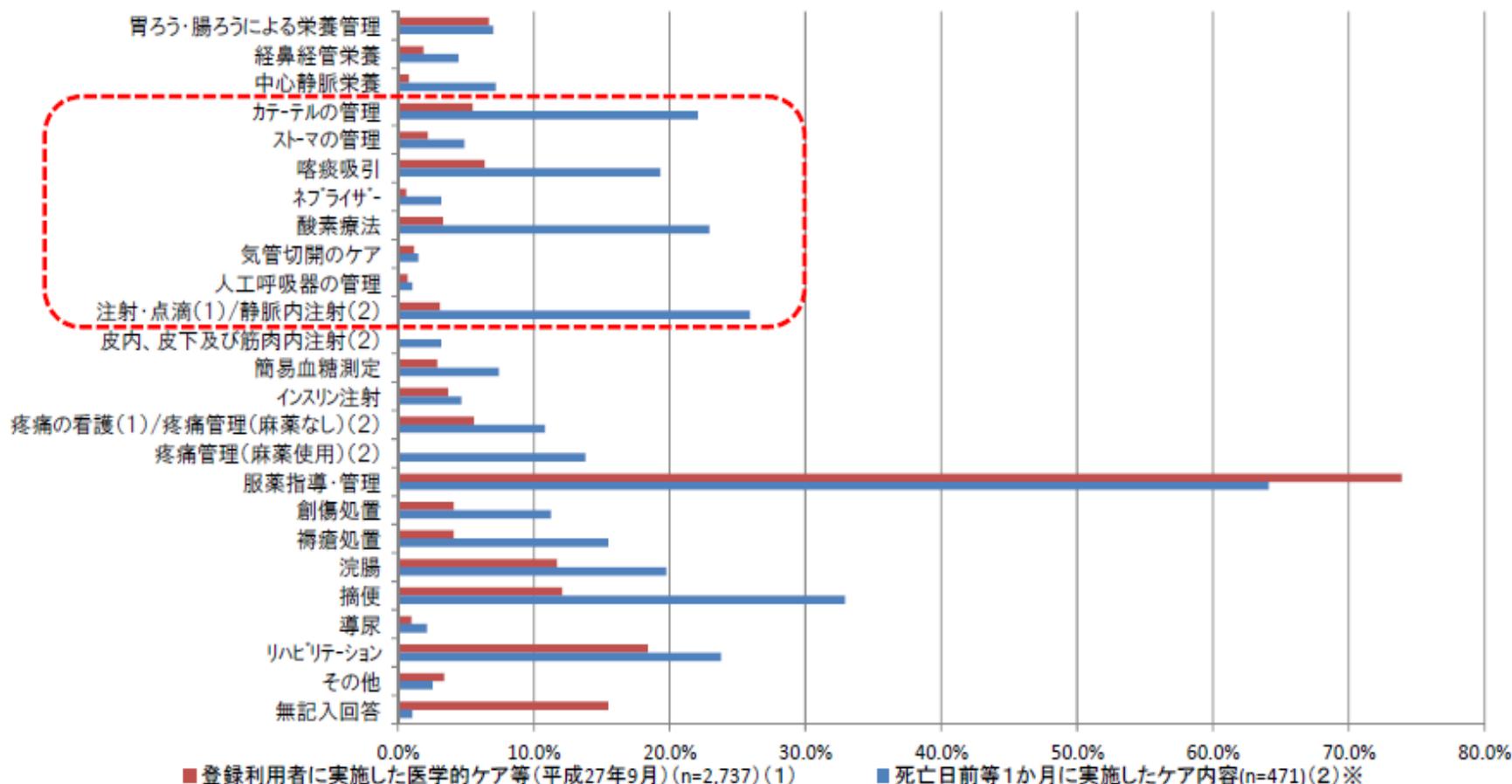
(注)ターミナルケア加算とは、基準に適合している指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が、在宅又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所で死亡した利用者に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日(死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者(末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める状態にある者に限る。)に対して訪問看護を行っている場合にあっては、1日)以上ターミナルケアを行った場合(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所以外の場所で死亡した場合を含む。)に加算する。

(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>

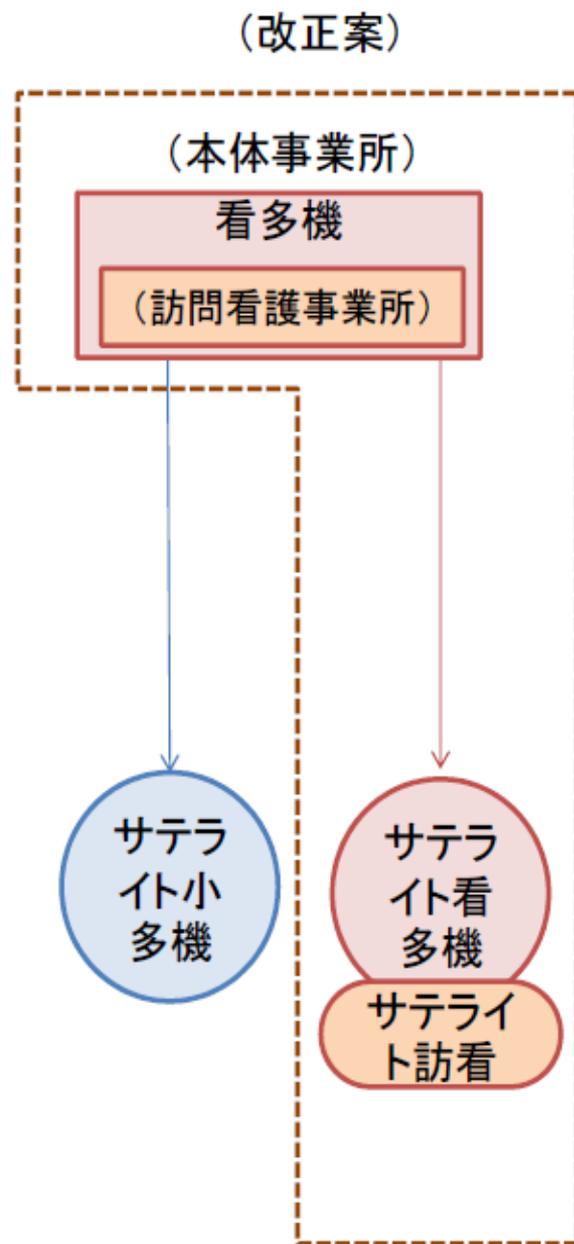
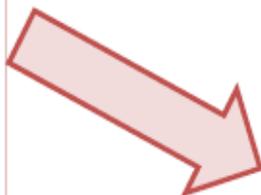
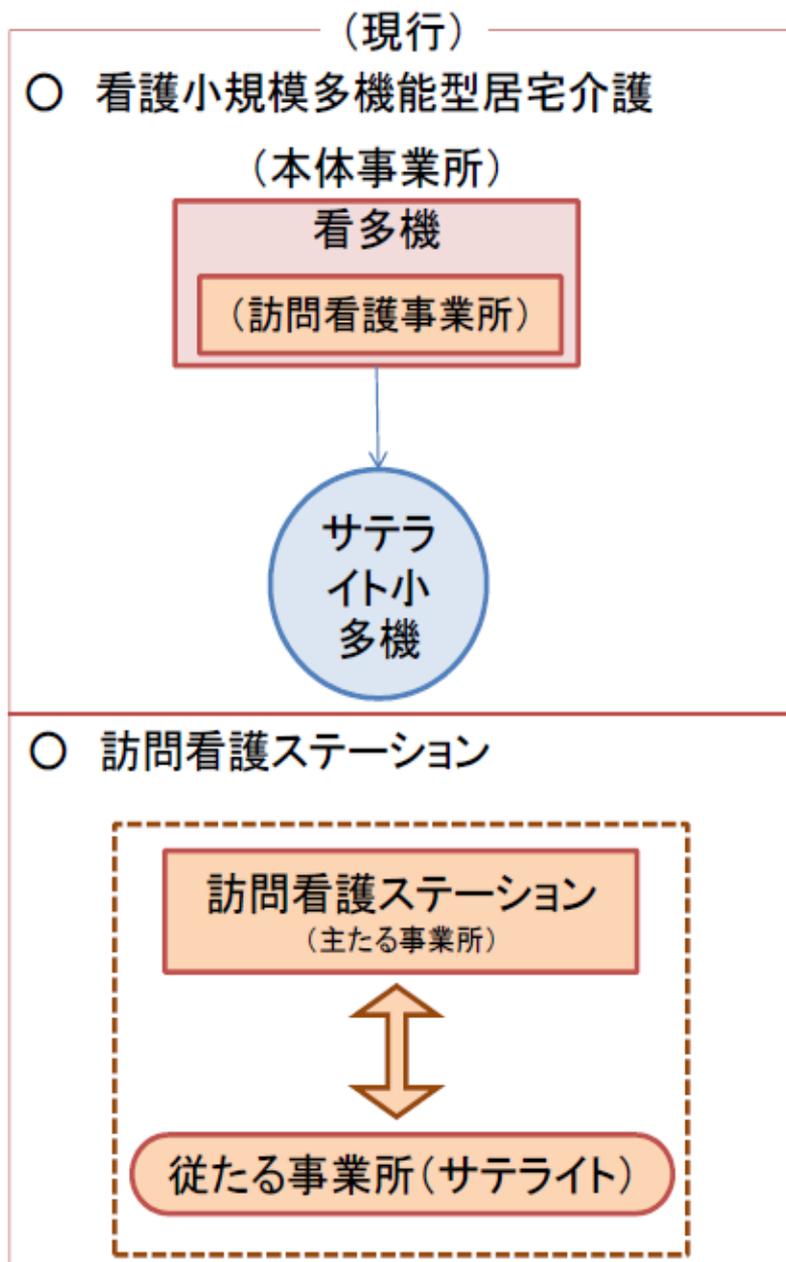
- (※社会福祉士及び介護法第48条の5等に規定)
- 医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保
- 記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置 等

#### <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）



## 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"> <li>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）</li> </ul>		
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"> <li>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。）</li> </ul>		
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"> <li>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</li> </ul>		
サテライト型事業所の 設備基準等	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>※ 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</li> <li>※ 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</li> </ul>		
指定	<ul style="list-style-type: none"> <li>本体、サテライト型事業所それぞれが受ける</li> </ul>		
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"> <li>通常の看護小規模多機能型居宅介護の介護報酬と同額</li> </ul>		

※ 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。

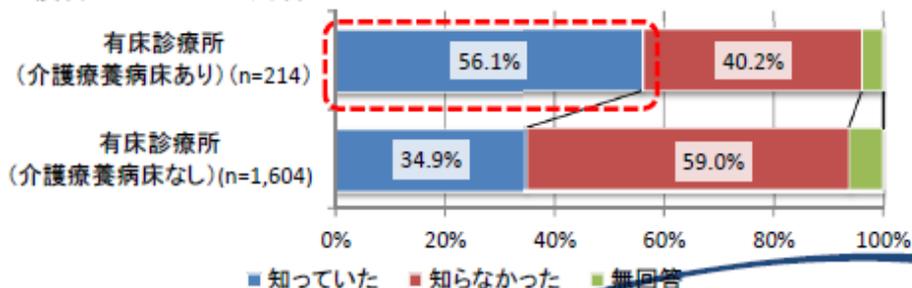
### 対応案

- 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。

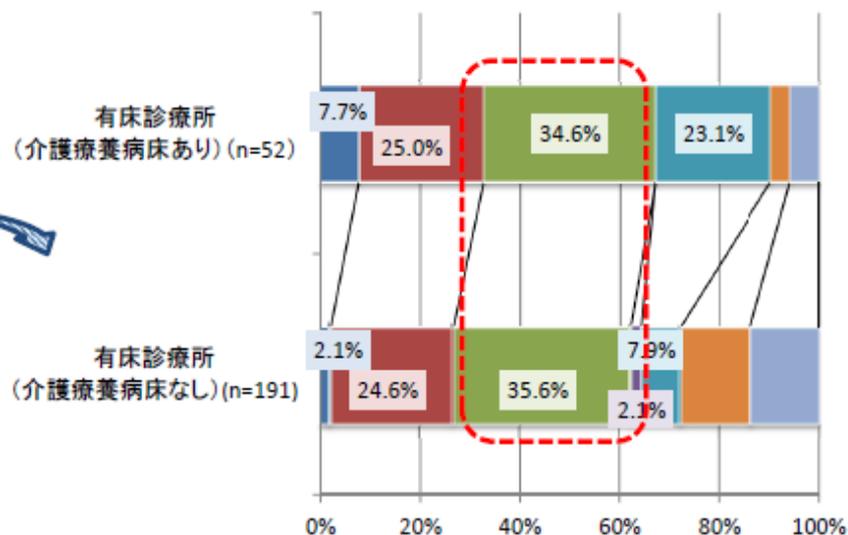
# 有床診療所における看護小規模多機能型居宅介護の認識等について

- 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。

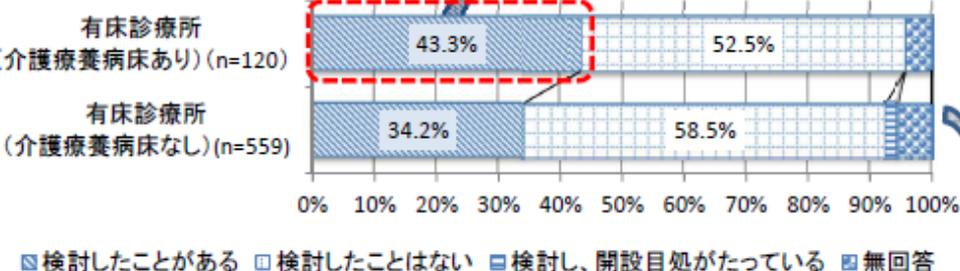
## ■ 複合型サービスの内容について知っていたか



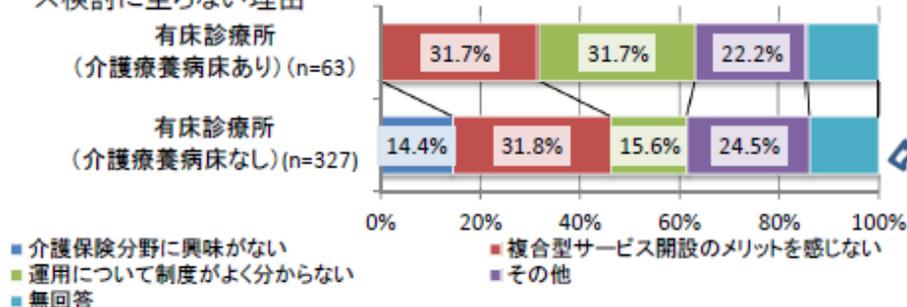
## ■ 複合型サービス開設を検討したことがある診療所における複合型サービスの開設が決まらない理由



## ■ 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

## ポイント②

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られることが可能
- ・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。

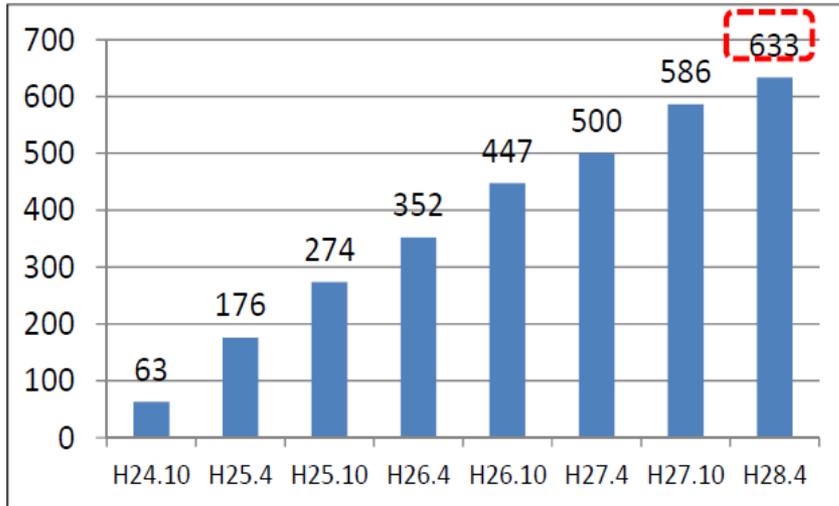
# 定期巡回・随時対応型 訪問介護看護（24時間サービス）

- ③駆けつけ30分
  - 通報があつて概ね30以内の間に駆け付けられるような体制確保に努めることが必要。
- 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。

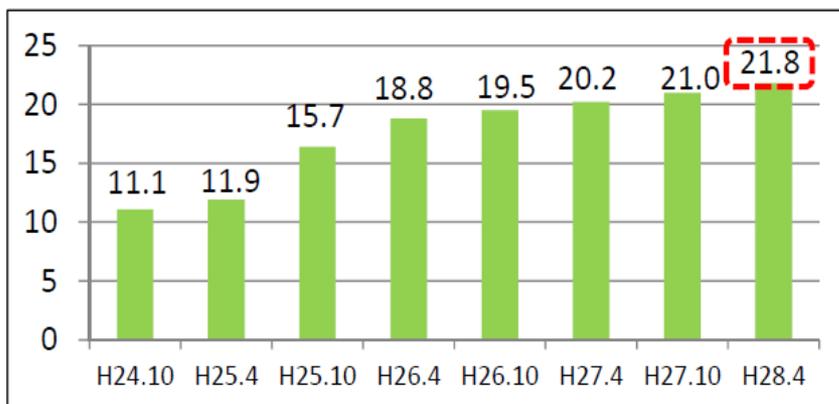
# 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所数・利用者数等

- 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。

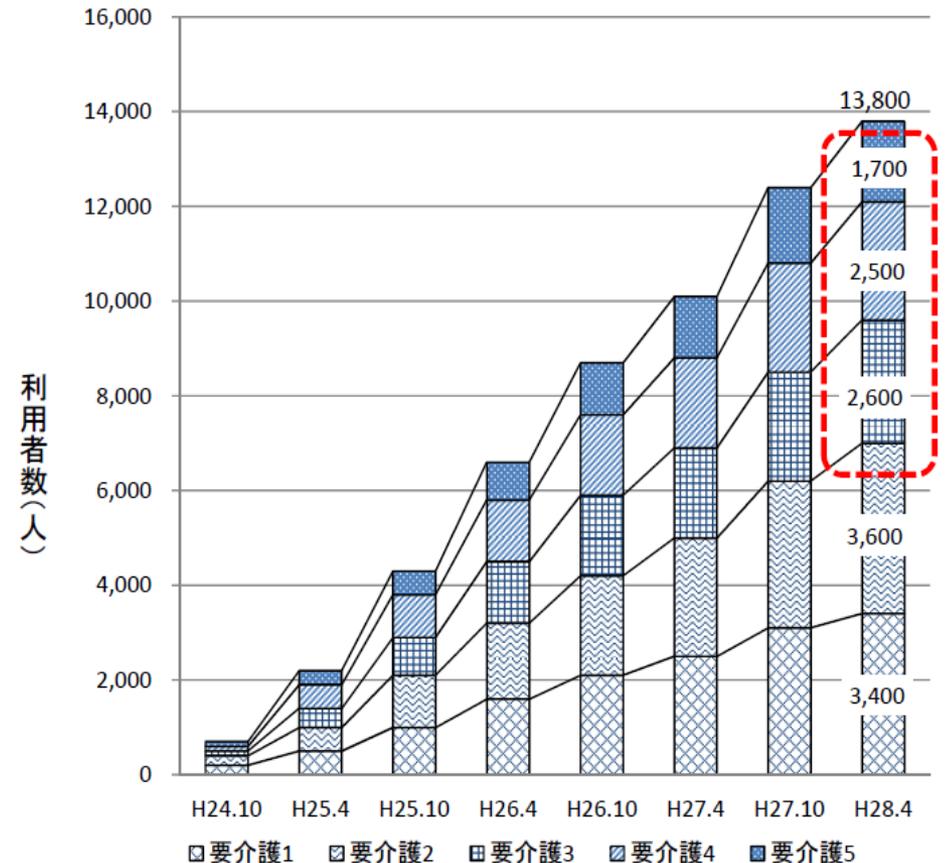
## ■ 事業所数の推移



## ■ 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)



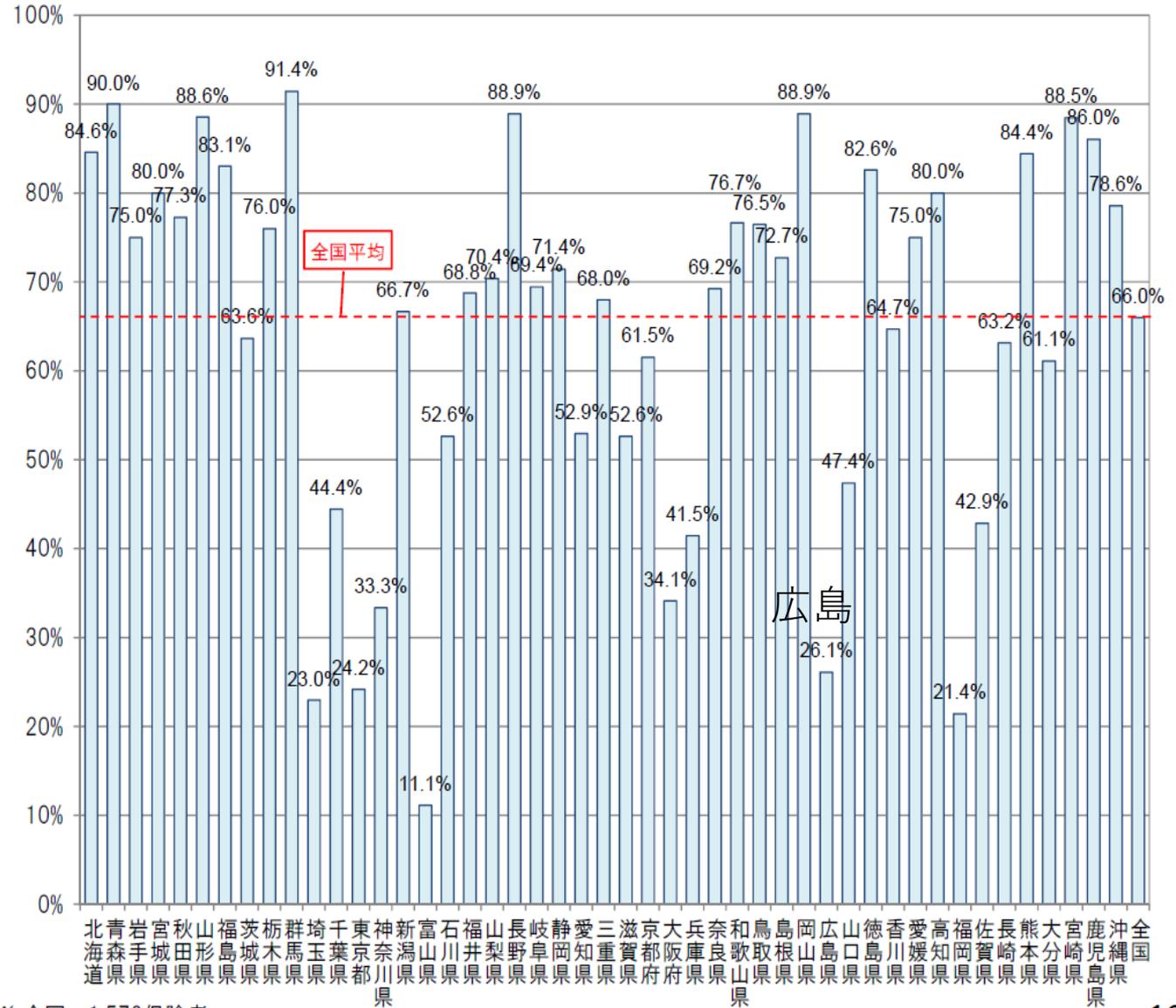
出典：介護給付費実態調査毎月審査分

# 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

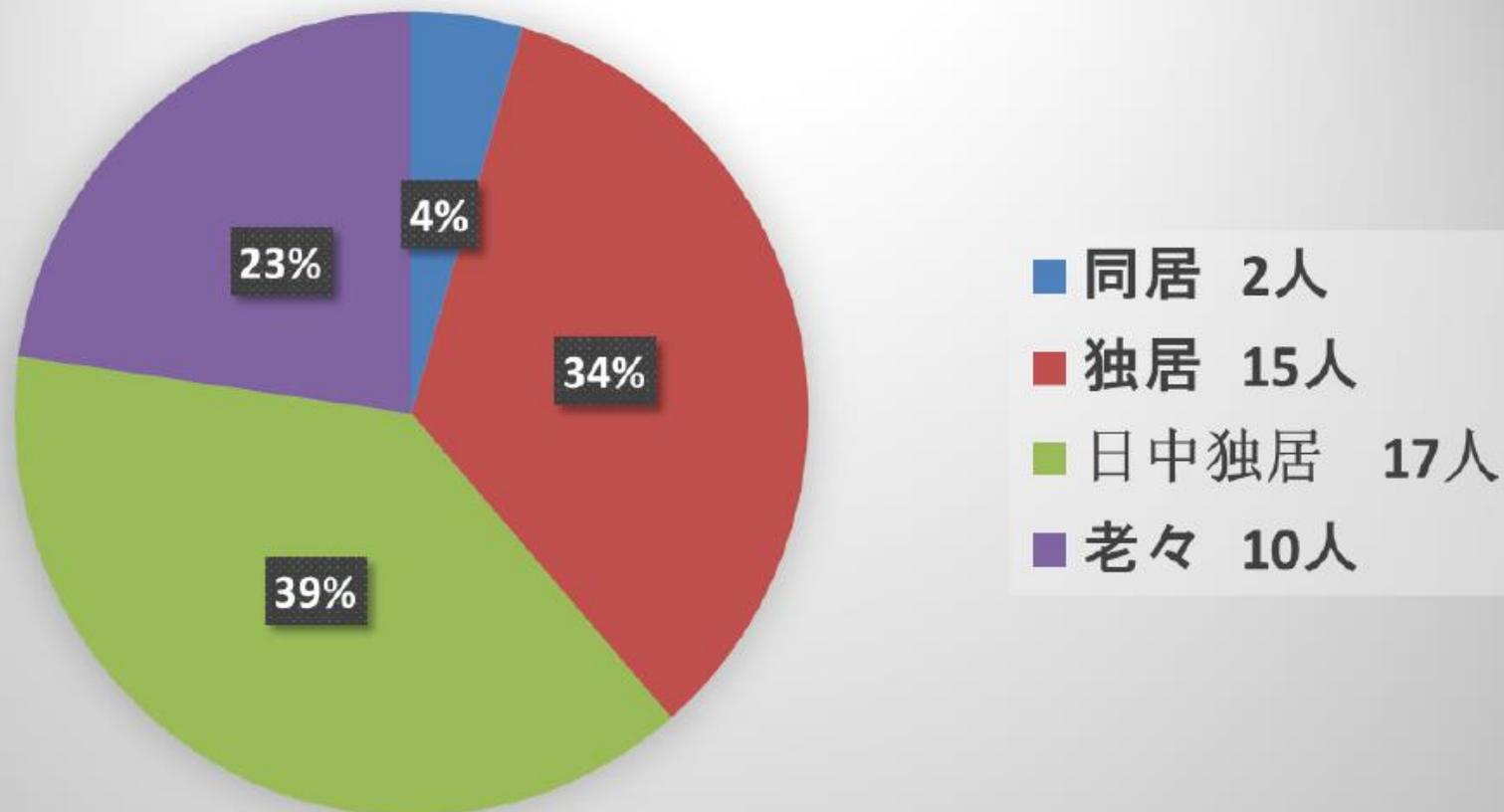
# 定期巡回・随時訪問介護は安心と安全を支える信頼の絆



# 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

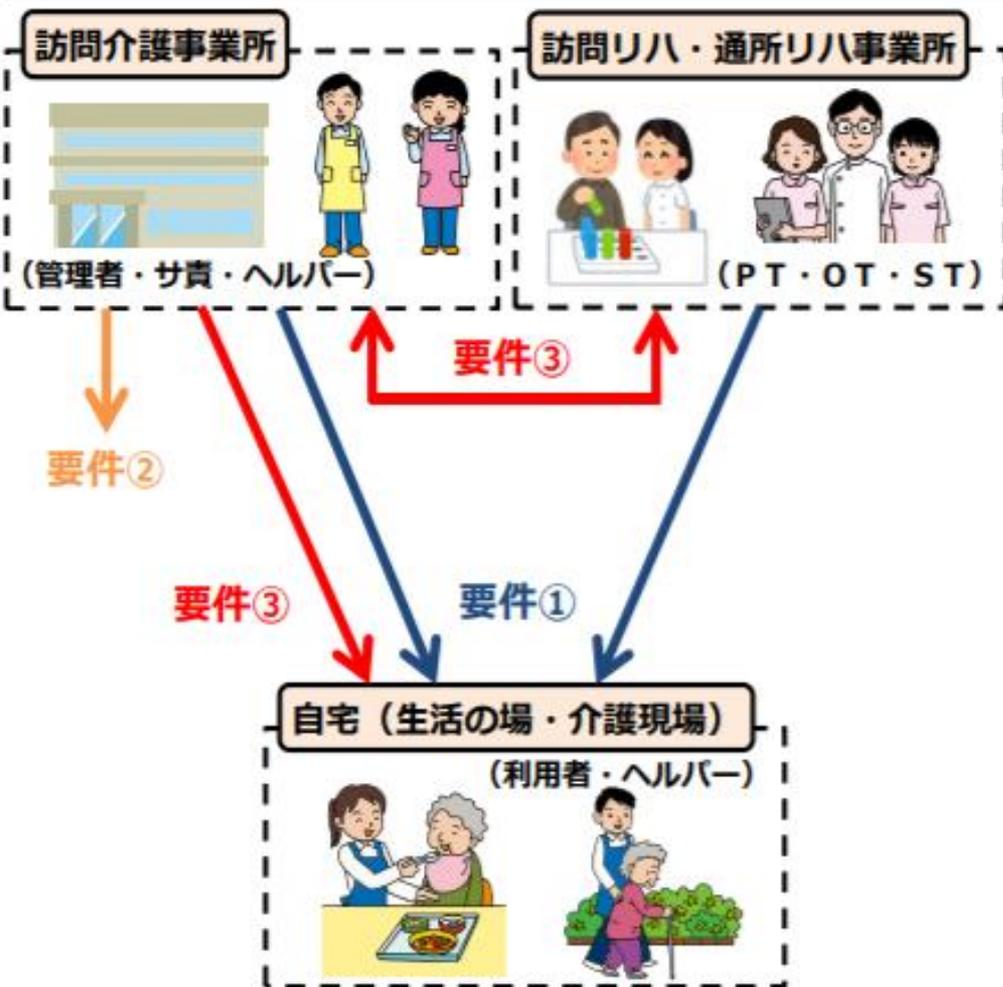


介護給付費分科会 2017年11月1日

# 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"> <li>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</li> </ul>
	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"> <li>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。）</li> <li><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></li> </ul>
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"> <li>2. 5以上（併設訪問看護事業所と合算可能）</li> <li>常時オンコール体制を確保</li> </ul>
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"> <li>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</li> </ul>
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"> <li>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。）</li> </ul>

(※)・・・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

看多機、24時間サービスは、  
生活に戻す医療に欠かせない



## 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・随時対応サービスが必要
- ・ 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](mailto:mutoma@iuhw.ac.jp)