


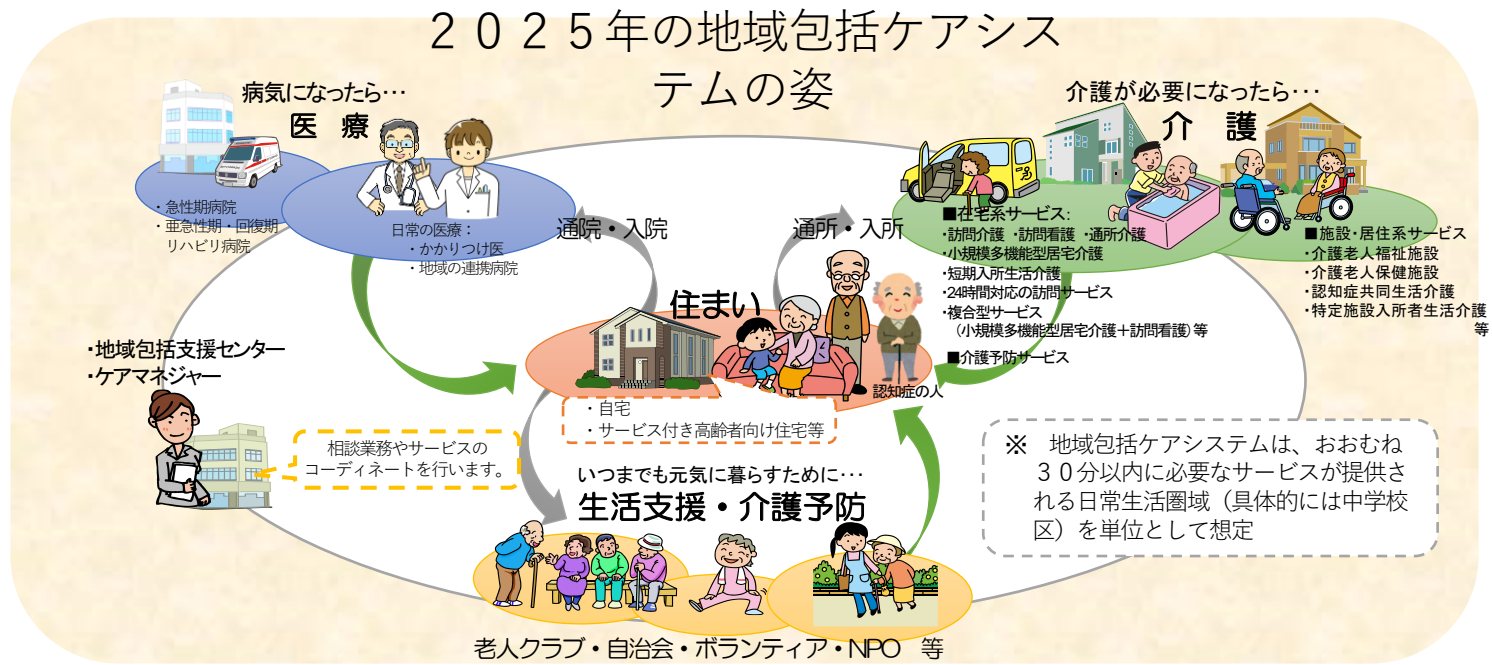
地域包括ケアについて



社会福祉法人日本医療伝道会
衣笠病院グループ相談役
よこすか地域包括ケア推進センター長
武藤正樹

平成25年 地域包括ケアシステム

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



人口1万人、中学校区、駆け付け30分圏内

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

目次



- パート 1
 - 横須賀・三浦の地域医療構想を考える
- パート 2
 - 地域包括ケアシステムの歴史
- パート 3
 - 地域包括ケアシステムと地域密着型サービス
- パート 4
 - 2021年介護報酬改定と多職種連携

An aerial photograph of a coastal region. The foreground shows a large body of blue water. The middle ground features a peninsula and a large landmass with a mix of green vegetation and urban development. In the background, there are rolling green hills and a prominent mountain peak on the left side. The text is overlaid in the center of the image.

パート1
横須賀・三浦の地域医療構想を考える

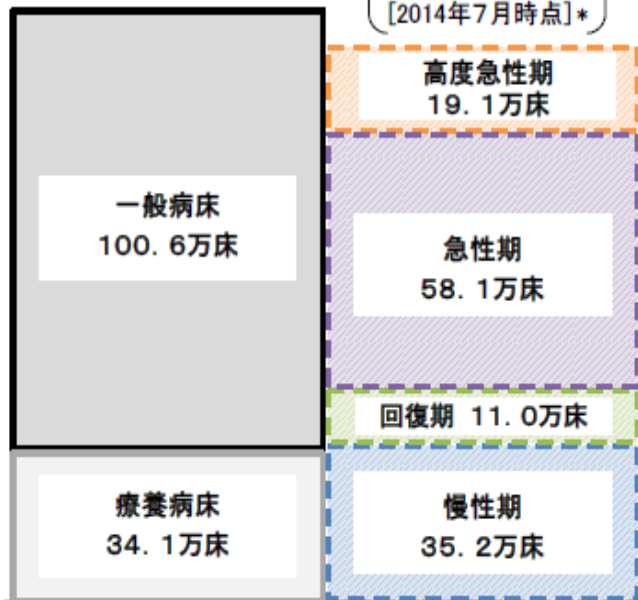
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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



* 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

「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）



神奈川県 二次保健医療圏



横須賀・三浦

保健医療圏の図

- 一次保健医療圏：市町村域の領域
- 二次保健医療圏：太線で囲まれた領域
- 三次保健医療圏：県全体を一つの領域としている

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

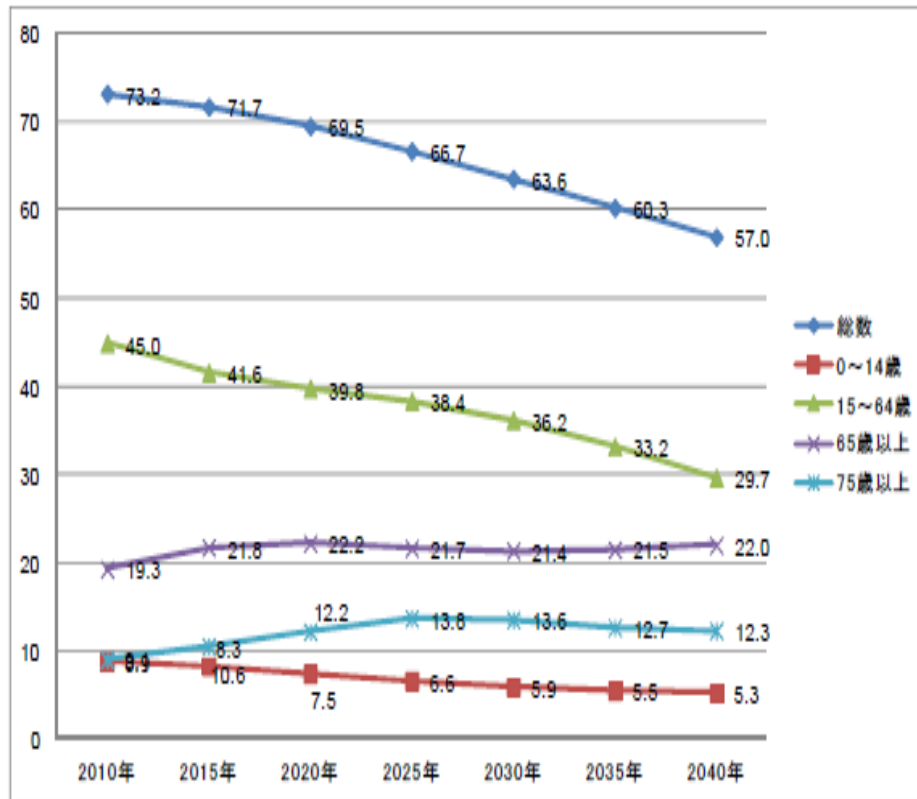
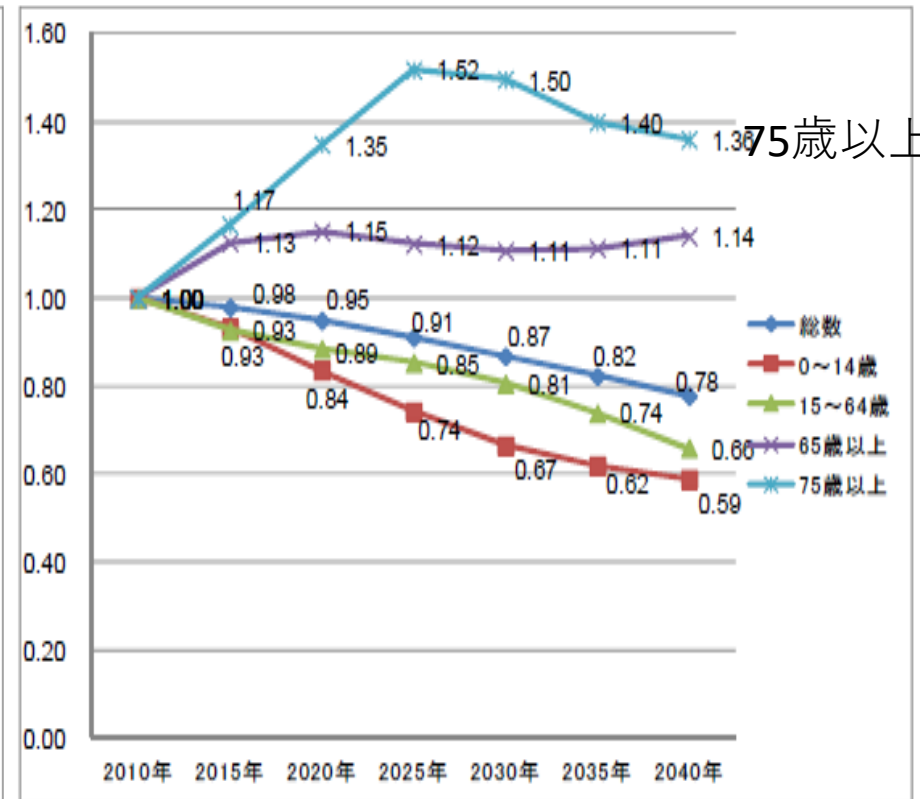


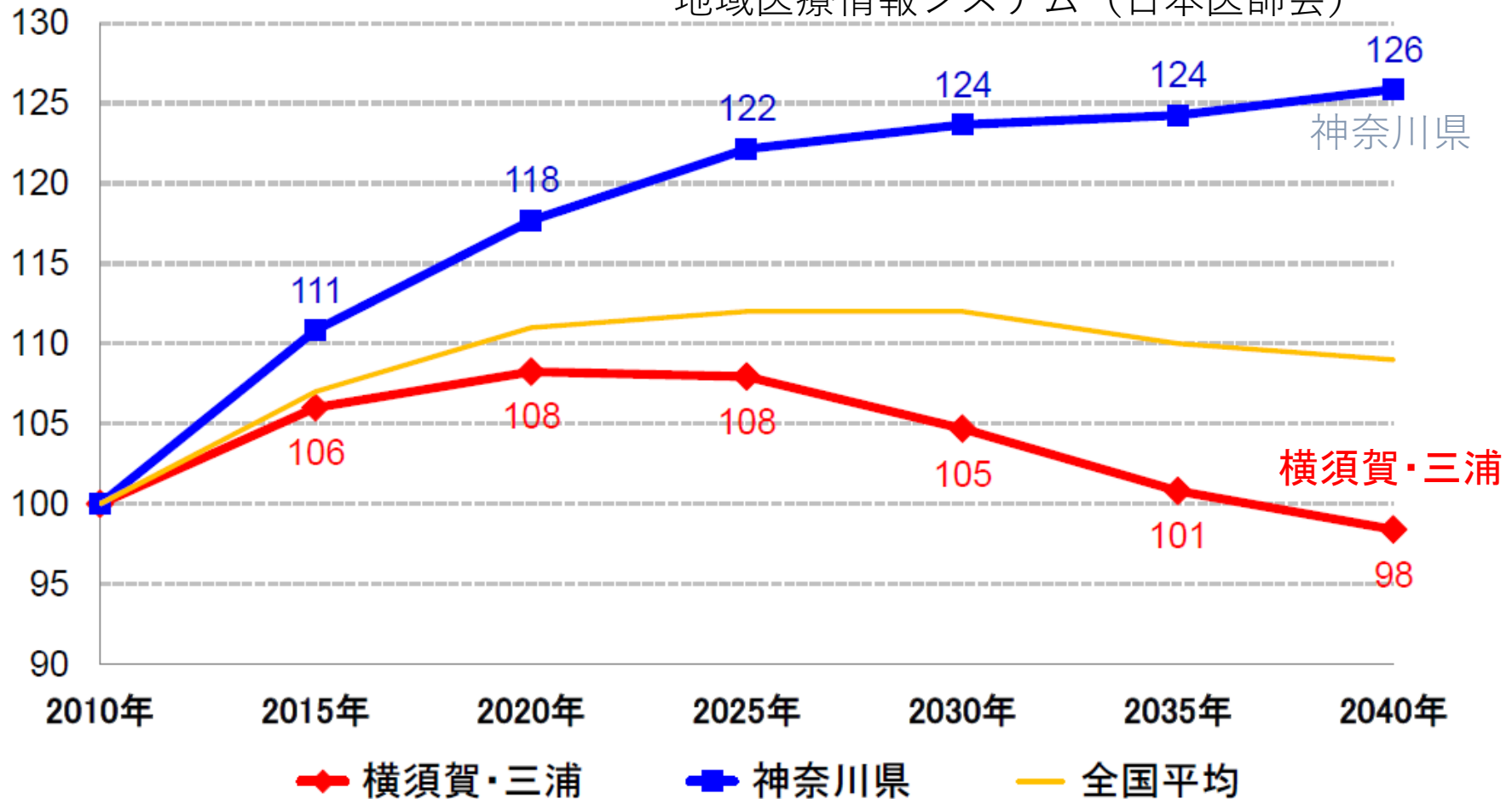
図 横須賀・三浦の年齢区分別人口の増加率の推移(2010年基準)



<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・・・

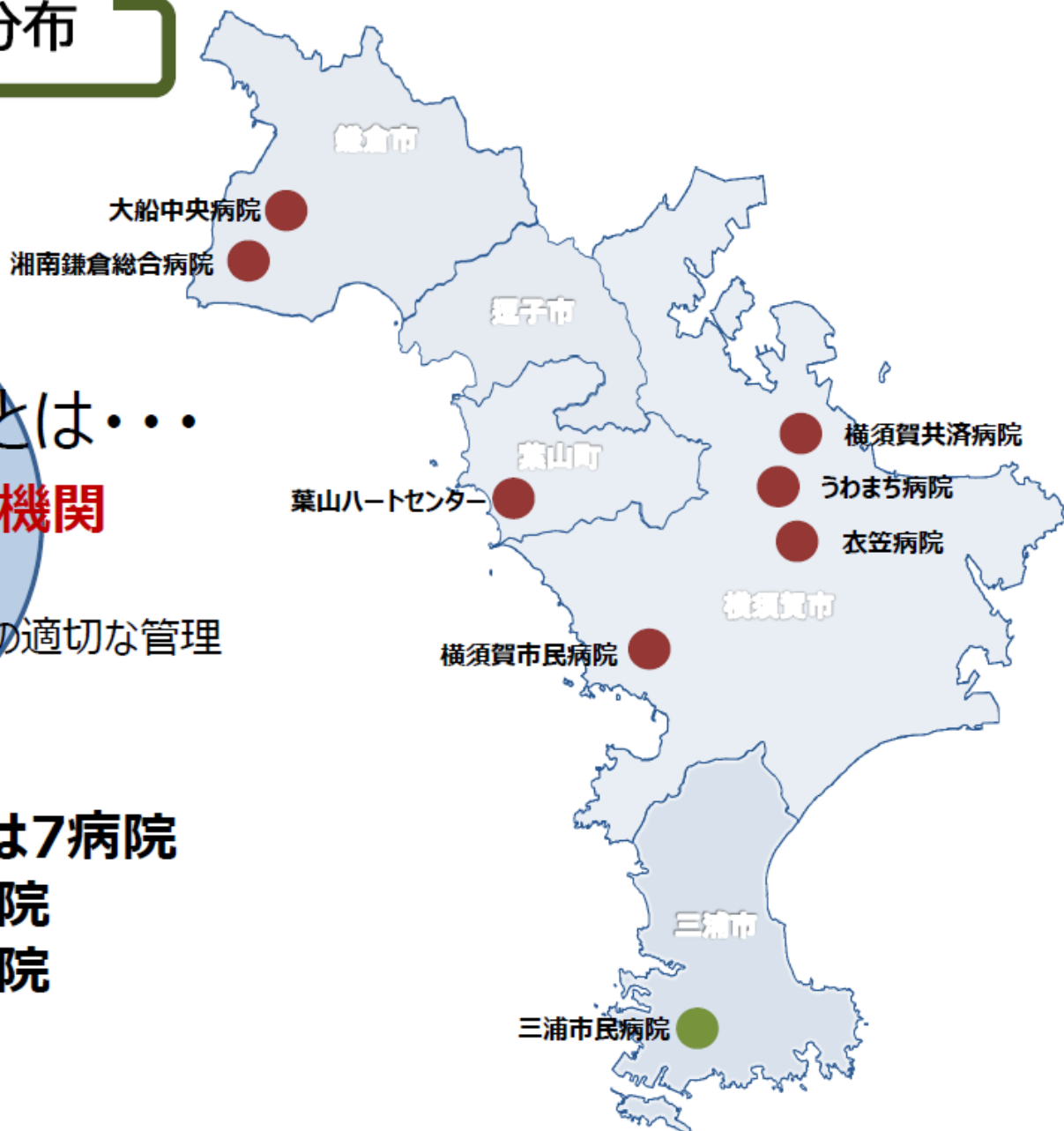
急性期医療を担う医療機関

- ・ 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





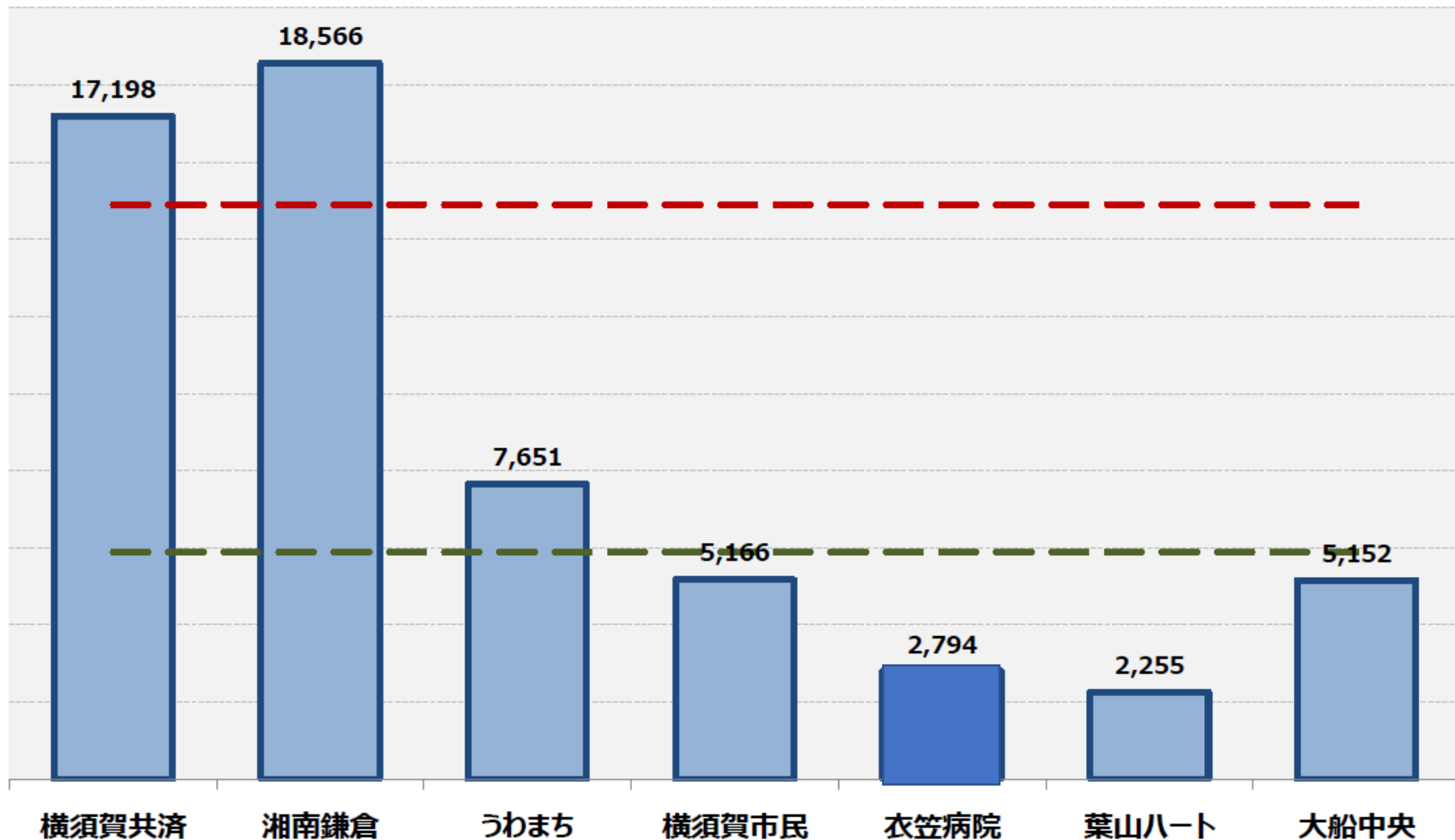
入院患者数

平成26年度実績

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

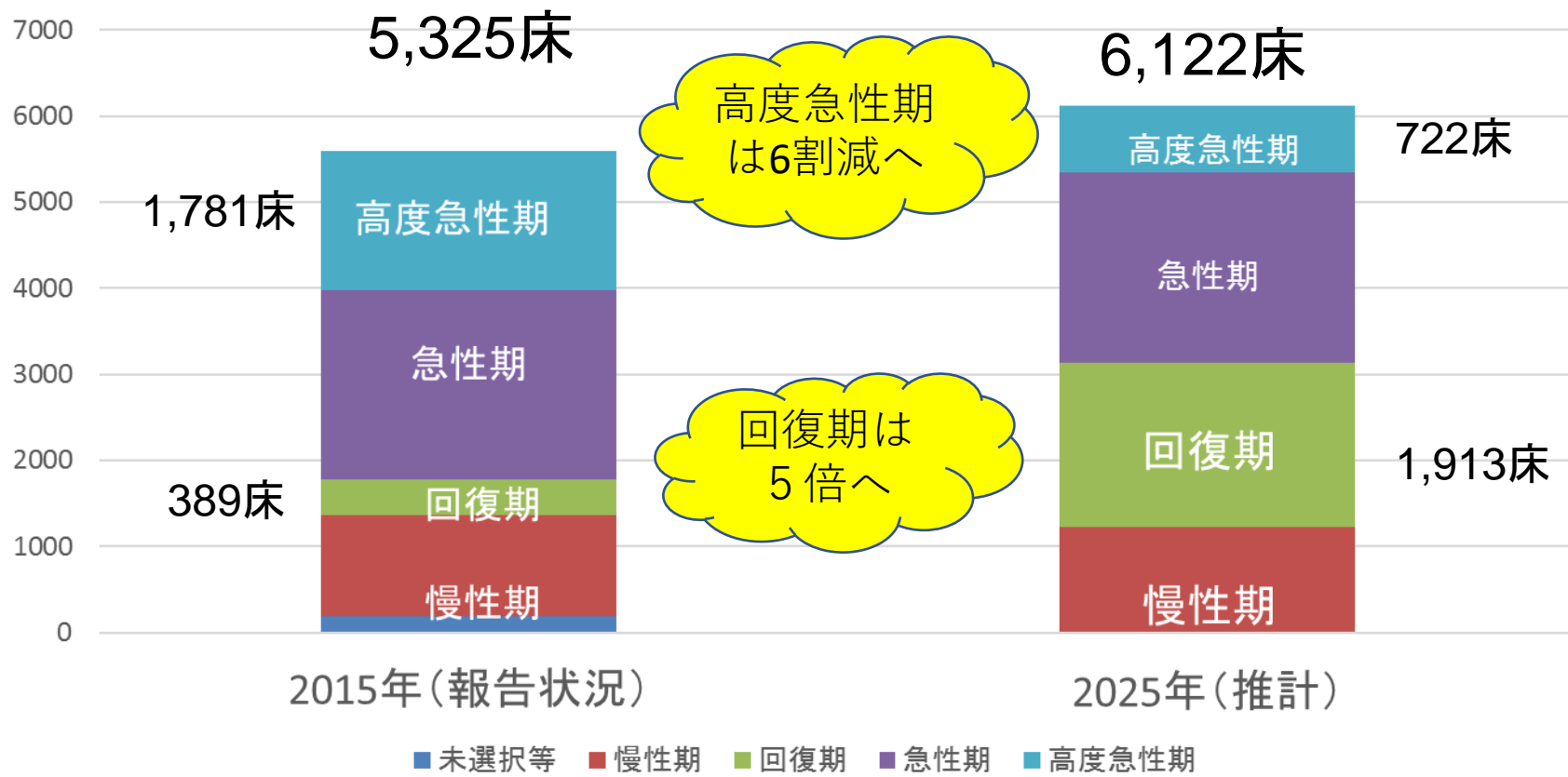
病院情報局

■ 症例数 ■ 大学病院平均値 ■ 全病院の平均値



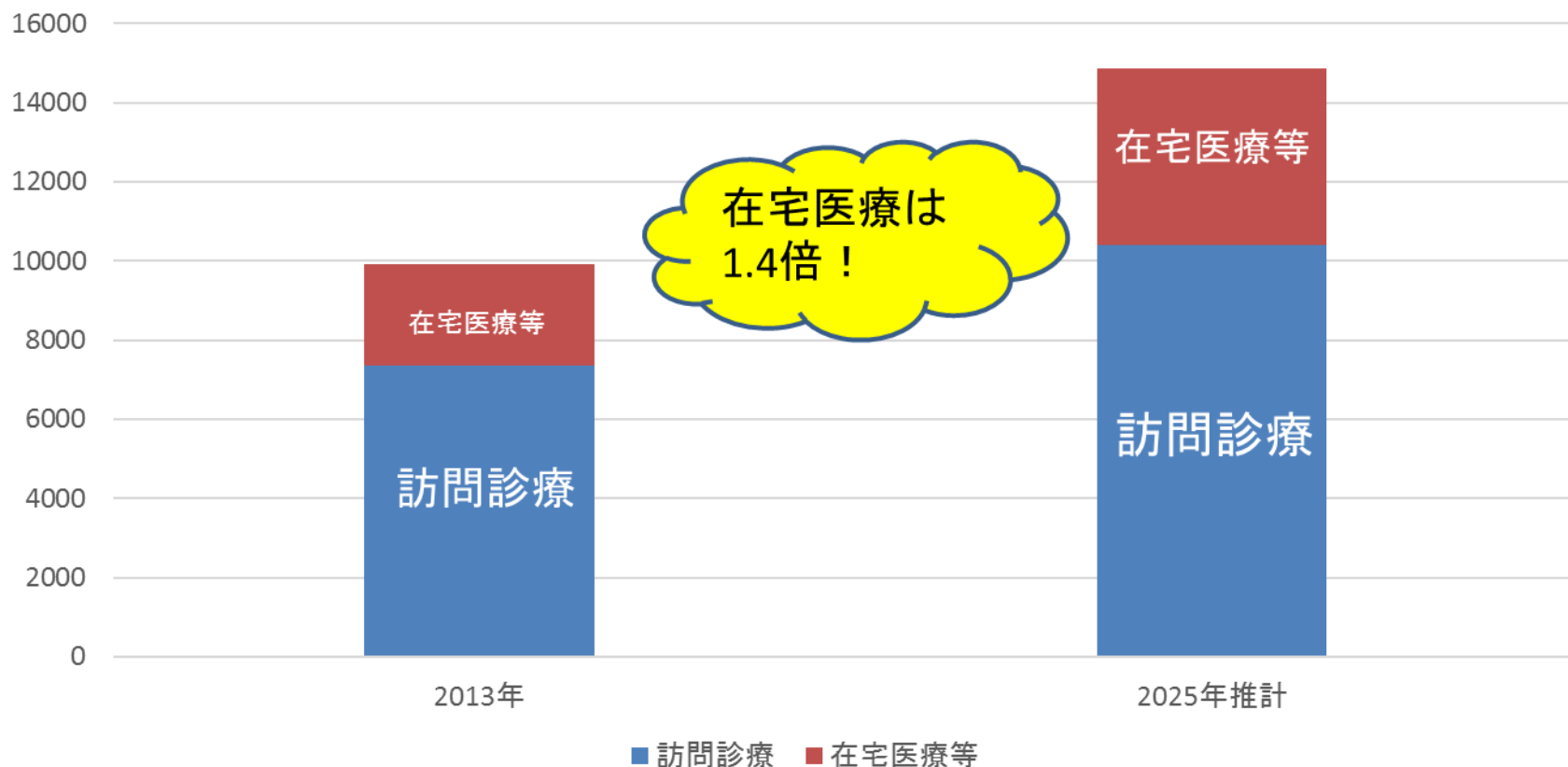
横須賀・三浦 2025年の病床数の必要量

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



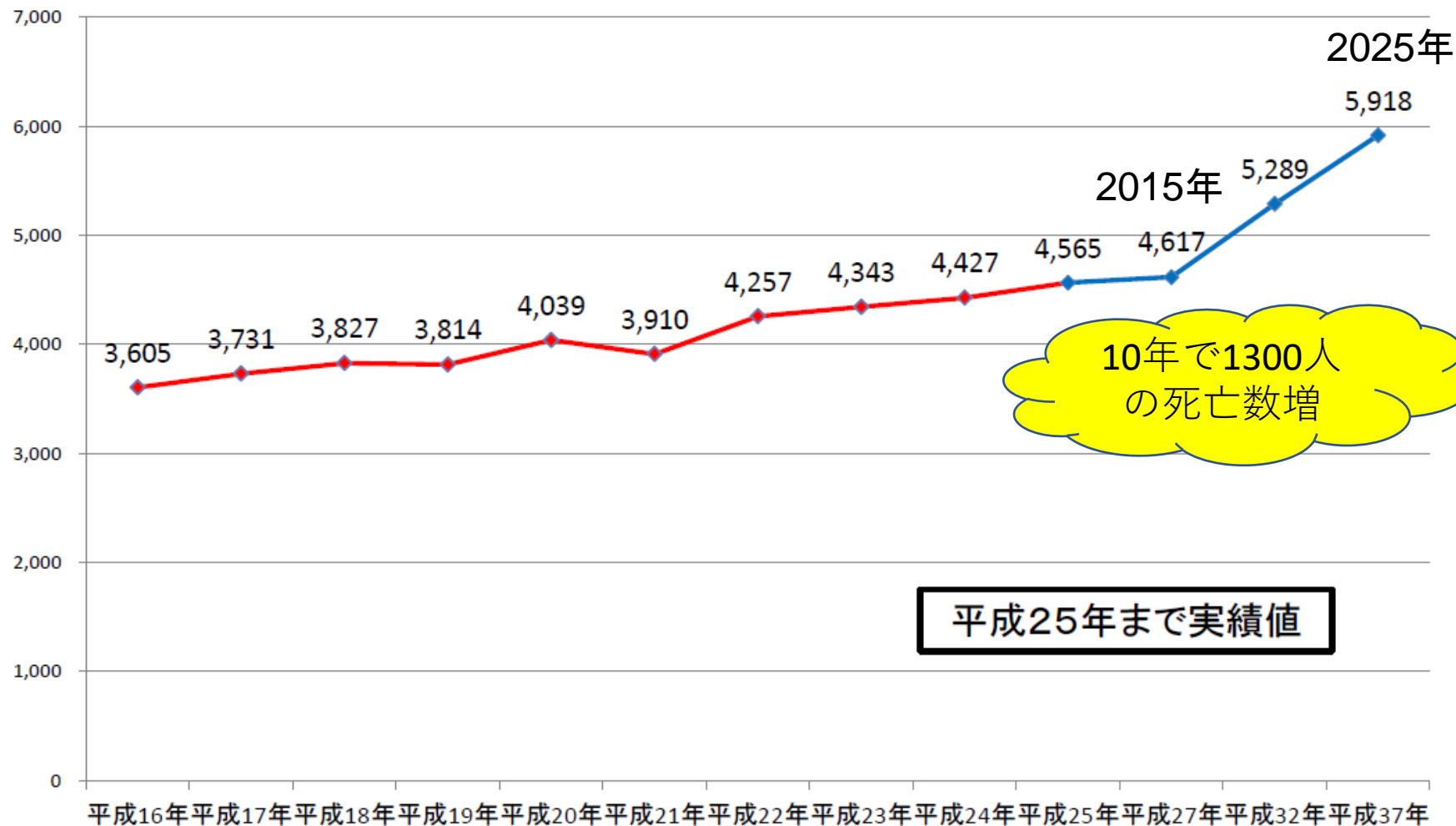
在宅医療の必要量は療養病床の医療区分1の70%、
一般病床の医療資源投入量175点未満の患者数が含まれている

横須賀・三浦の 地域包括ケアを考える



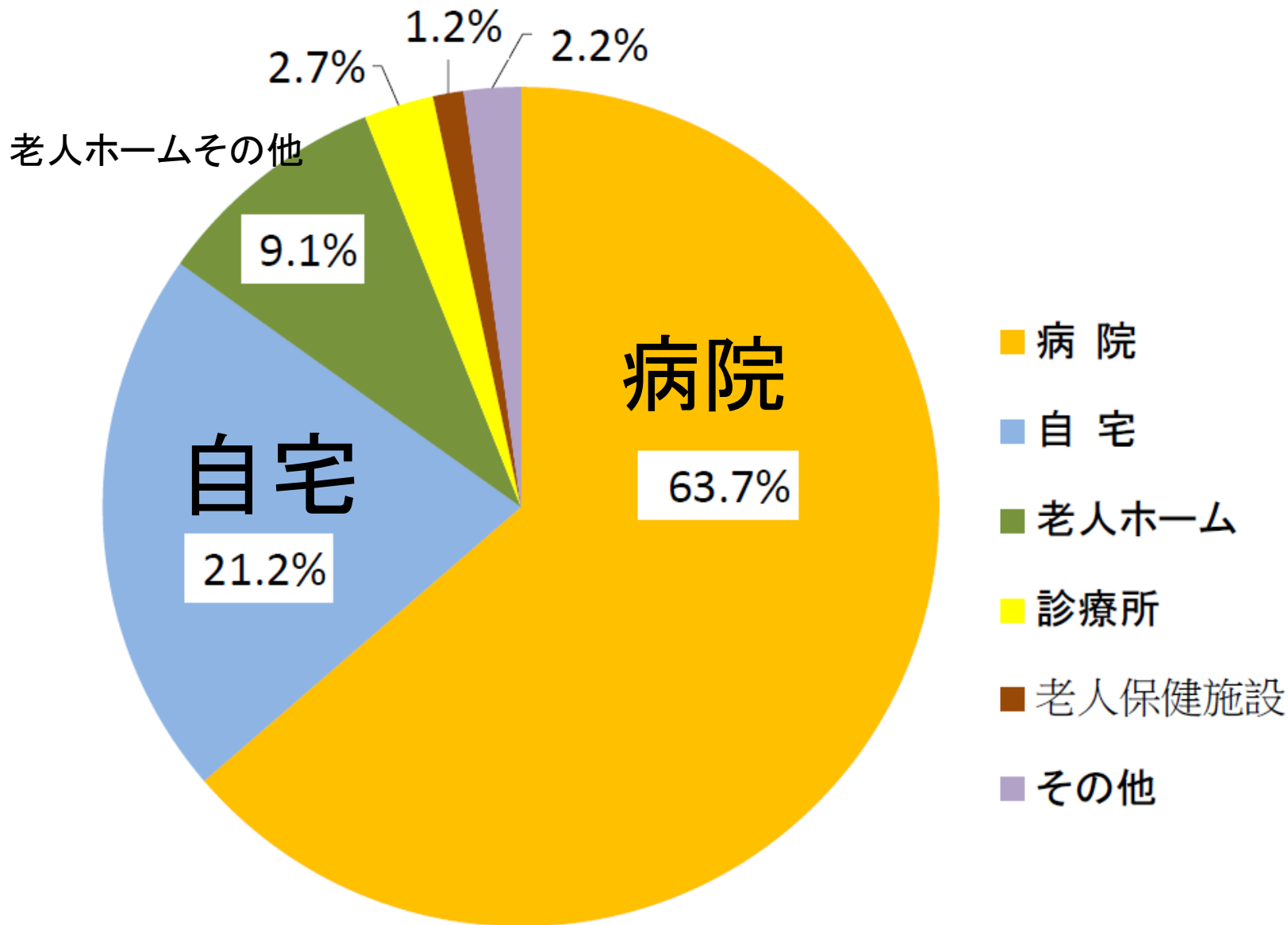
7月15日横須賀共済病院

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



パート2

地域包括ケアシステムの 歴史

地域包括ケアの原点は広島県尾道市の寝たきり予防から始まった

地域包括ケアの原点は広島県尾道市 山口昇先生



地域包括ケアは 公立みつきぎ総合病院から始まった

- 公立みつきぎ総合病院
 - **1970**年代に広島県公立みつきぎ総合病院を拠点とした尾道市御調町の「地域包括ケア」が起源
- 「地域包括ケア」の最初の提唱者、山口昇先生
 - 同病院の山口昇医師は、**1970**年当時、脳卒中や心筋梗塞でみつきぎ総合病院に入院した高齢者が退院し、在宅に帰ってから間もなく「寝たきり」となって再入院するケースが多いことに気がついた。
- 御調町の取り組み
 - **1975**年から看護や医療を在宅に「出前」するサービスを開始して、寝たきり防止に努めることにした。

地域包括ケア

- 御調町の組織改革
 - 1984年、町の保健福祉部門を病院内の健康管理センターに統合する組織改革を実施した。
 - このころから、御調町の保健医療福祉の統合化による「寝たきり予防」にむけた実践を「地域包括ケア」と呼ぶようになった。
- 2000年の介護保険スタート
 - 2010年の「地域包括ケア研究会」（座長 慶応義塾大学大学院 田中滋）の報告書の中で、その概念整備がなされ、全国的な政策として普遍化した。
 - 介護保険制度改正で、「地域包括支援センター」が制度化
 - 2012年の介護保険報酬改定から地域包括ケアはスタート

-

公立みつぎ総合病院全景

(平成25年9月 240床)



〔昭和42年5月オープン時
40床、45人〕



御調で地域包括ケアがはじまった きっかけとその後の経緯（変遷）

- 1 在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦
→ 最初はソフトからはじまった
- 2 保健・医療・福祉の連携・統合
→ 病院と行政のドッキング（行政改革）
- 3 各種介護施設の併設
→ 維持期（生活期）のリハビリセンターを合築
- 4 住民参加
→ 住民組織とボランティア
- 5 地域包括ケアシステムの構築

住宅改修 玄関等の手すり

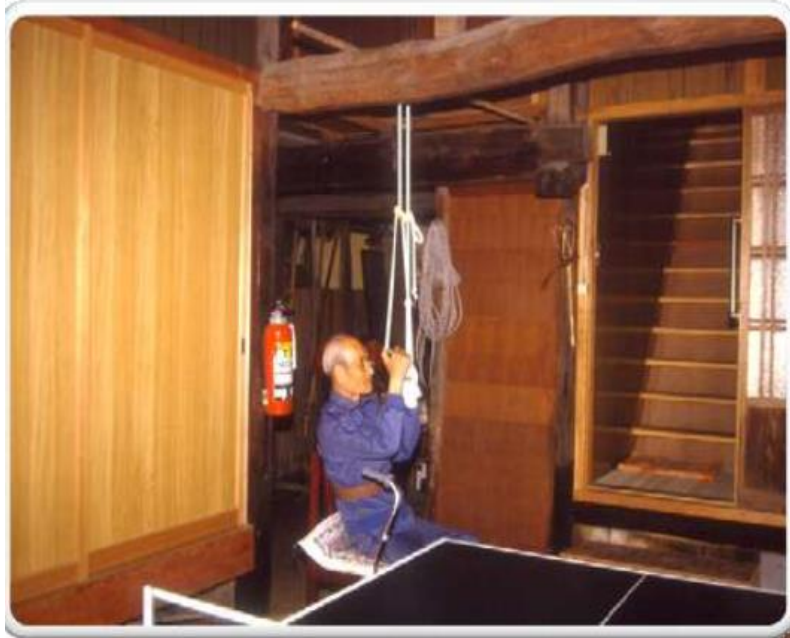
(平成5年頃)



(平成24~25年)

納屋に吊るした簡易フーリーで 背中と肩をストレッチ

(昭和59年頃)



(平成20年頃)



急性期(外来・一般棟)



公立みつぎ総合病院 における リハビリテーションの状況

回復期リハビリ
テーション病棟



維持期(施設)





保健福祉センター

地域包括支援センター



病棟での退院前カンファレンス



緩和ケア病棟でのカンファレンス



在宅でのカンファレンス



デイサービスのボランティア



福祉バンク(市町村合併前)



緩和ケア病棟でのボランティア



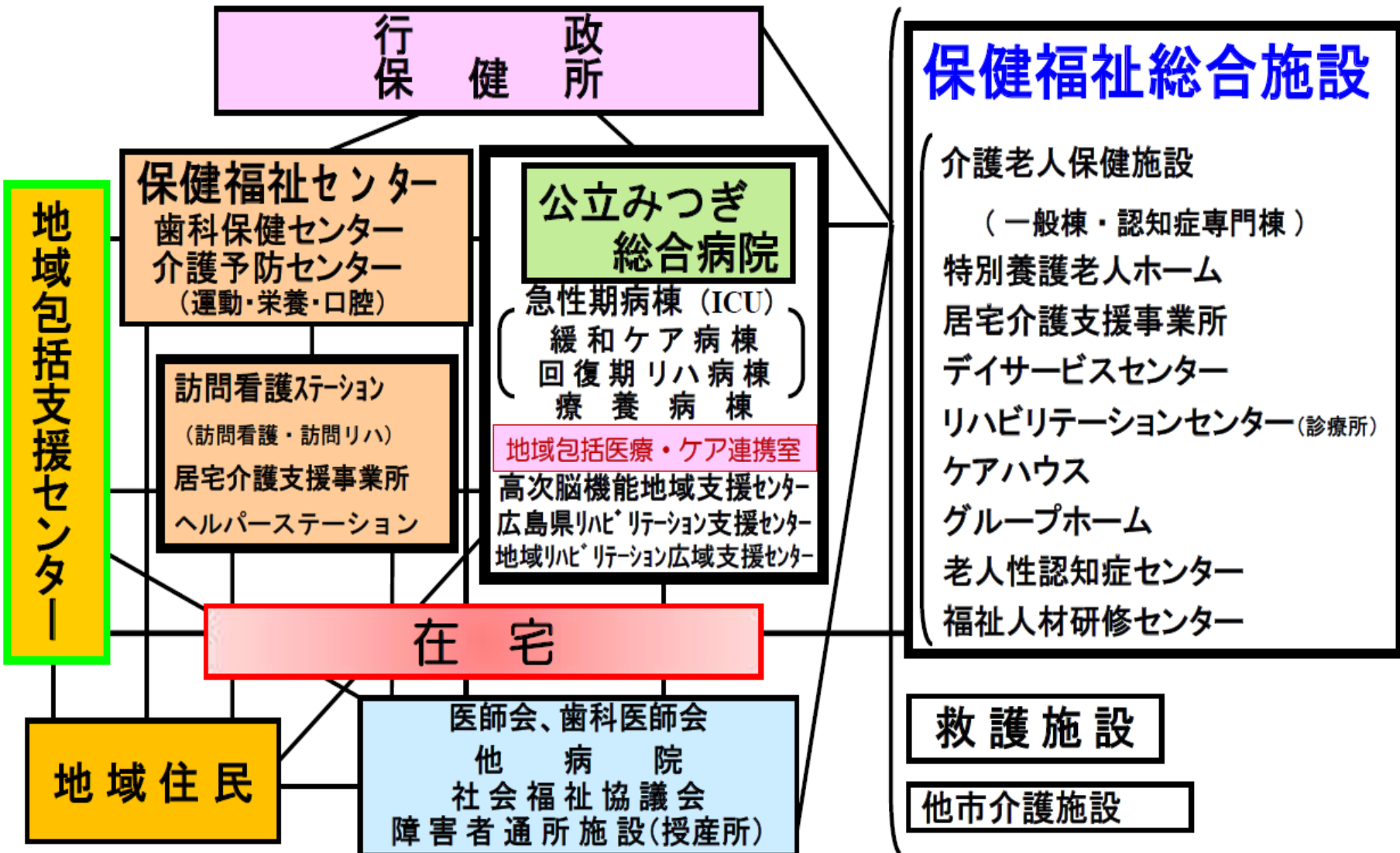
健康づくり座談会 (健康わくわく21)



ナイトパトロール



公立みつぎ総合病院を核とした地域包括ケアシステム (保健・医療・介護・福祉の連携・統合システム)



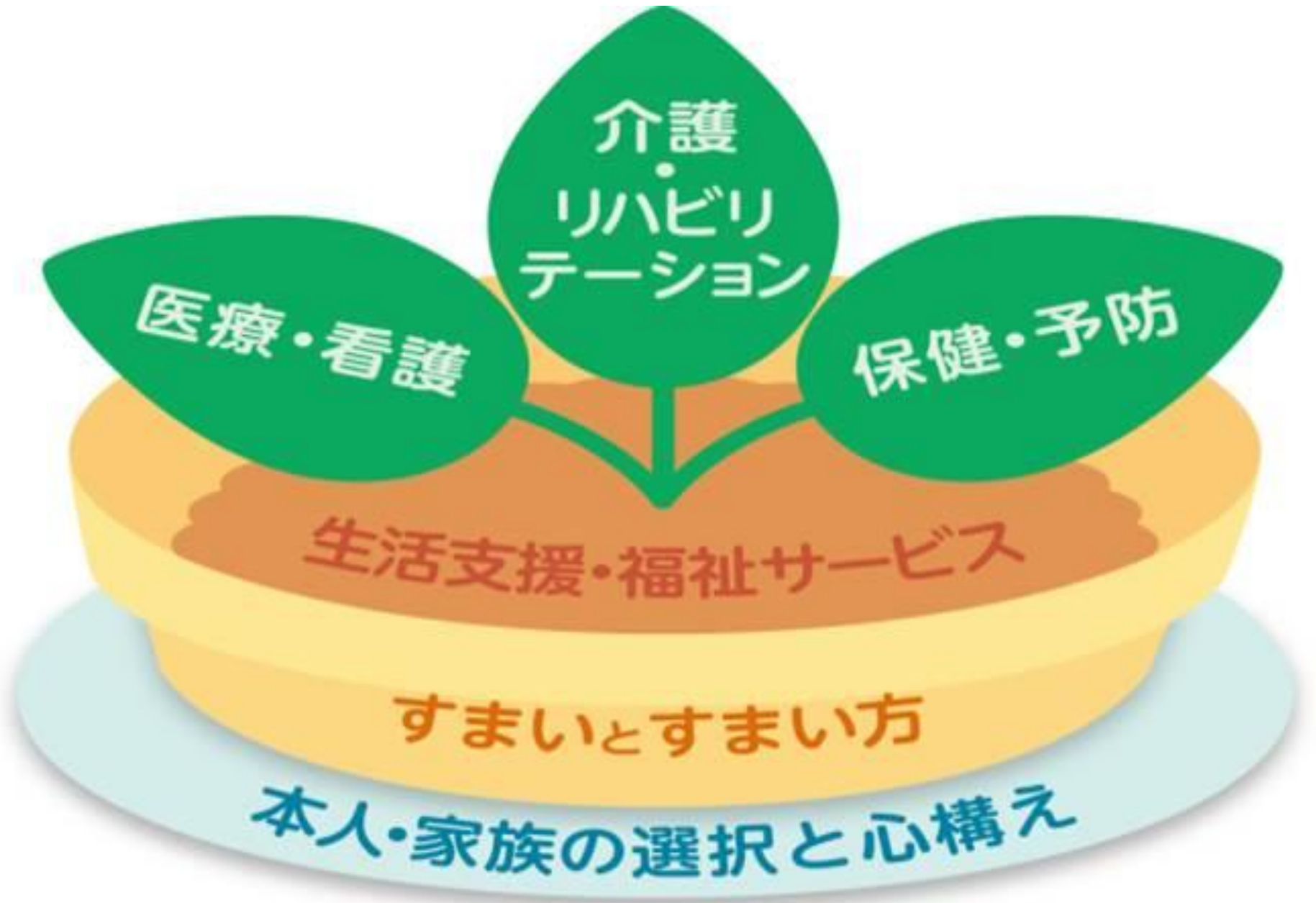
地域包括ケアは病院の
専門職の地域活動から始
まった

高齢者介護研究会と地域包括ケア

- 「地域包括ケア」が初めて国の文書に登場したのは2003年6月だった。
 - 2000年に介護保険制度が始まって3年後である。
- 「高齢者介護研究会」（座長・堀田力さわか福祉財団理事長）
 - 厚労省老健局長の私的研究会がまとめた報告書「2015年の高齢者介護」
 - 「地域包括ケアシステムの確立」と初めて記載された。
- 「介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民運動を含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア」

地域包括ケア研究会

- 2008年、厚労省に「地域包括ケア研究会」
（座長・田中滋慶應義塾大学大学院教授）がスタート
- 2009年に研究会は「住宅サービス」を加えた
- 「個人が尊厳ある生活を地域の中で送るためには、居住環境が整備された住宅を個人が選択できることが大切」
- その後、研究会は地域包括ケアシステムの概念を更新していく



地域包括ケア研究会

地域医療介護 総合確保法と地域包括ケア



2014年

地域医療介護総合確保法 (2014年)

- **第二条** この法律において「**地域包括ケアシステム**」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

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」
地域密着型サービスについて意見を述べた

パート 3

地域包括ケアと 地域密着型サービス



介護サービスの種類

※赤で囲った部分が地域密着型サービス

都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス

市町村が指定・監督を行うサービス

介護給付を行うサービス

◎居宅介護サービス

【訪問サービス】

- 訪問介護（ホームヘルプサービス）
- 訪問入浴介護
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 居宅療養管理指導

- 特定施設入居者生活介護
- 福祉用具貸与

【通所サービス】

- 通所介護（デイサービス）
- 通所リハビリテーション

【短期入所サービス】

- 短期入所生活介護（ショートステイ）
- 短期入所療養介護

◎居宅介護支援

◎施設サービス

- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 介護療養型医療施設

◎地域密着型介護サービス

- 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
- 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 地域密着型通所介護

予防給付を行うサービス

◎介護予防サービス

【訪問サービス】

- 介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）
- 介護予防訪問入浴介護
- 介護予防訪問看護
- 介護予防訪問リハビリテーション
- 介護予防居宅療養管理指導

- 介護予防特定施設入居者生活介護
- 介護予防福祉用具貸与

【通所サービス】

- 介護予防通所介護（デイサービス）
- 介護予防通所リハビリテーション

【短期入所サービス】

- 介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）
- 介護予防短期入所療養介護

◎地域密着型介護予防サービス

- 介護予防認知症対応型通所介護
- 介護予防小規模多機能型居宅介護
- 介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

◎介護予防支援

このほか、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給、居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給がある。

平成17年度介護保険法改正

2005年

地域密着型サービスの創設

要介護者の住み慣れた地域での生活を支えるため、身近な市町村で提供されることが適当なサービス類型(=地域密着型サービス)を創設

1:A市の住民のみが利用可能

- 指定権限を市町村に移譲
- その市町村の住民のみがサービス利用可能(A市の同意を得た上で他の市町村が指定すれば、他の市町村の住民が利用することも可能)

A 市

保険給付



利用



地域密着型サービス事業所

指定
指導・監査

2:地域単位で適正なサービス基盤整備

市町村(それらをさらに細かく分けた圏域)単位で必要整備量を定めることで、地域のニーズに応じたバランスの取れた整備を促進

3:地域の実情に応じた指定基準、介護報酬の設定

4:公平・公正透明な仕組み

指定(拒否)、指定基準、報酬設定には地域住民、高齢者、経営者、保健・医療福祉関係者等が関与

2006 [平成18年4月] ◎6つの地域密着型サービスを創設

- 夜間対応型訪問介護
- 認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）
- 地域密着型特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等）
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（地域密着型特別養護老人ホーム）

2012 [平成24年4月] ◎さらに2つの地域密着型サービスを創設

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（24時間地域巡回型訪問サービス）
- 複合型サービス※2015年に看護小規模多機能型居宅介護に名称変更

2016 [平成28年4月] ◎小規模型通所介護の移行

- 地域密着型通所介護

9つの
地域密着型
サービス

地域密着型サービスの趣旨は
「在宅介護はこれ以上ム
リ！」という
「在宅限界点」を引き上げる
ことにある



2021年介護報酬改定と 地域密着型サービス

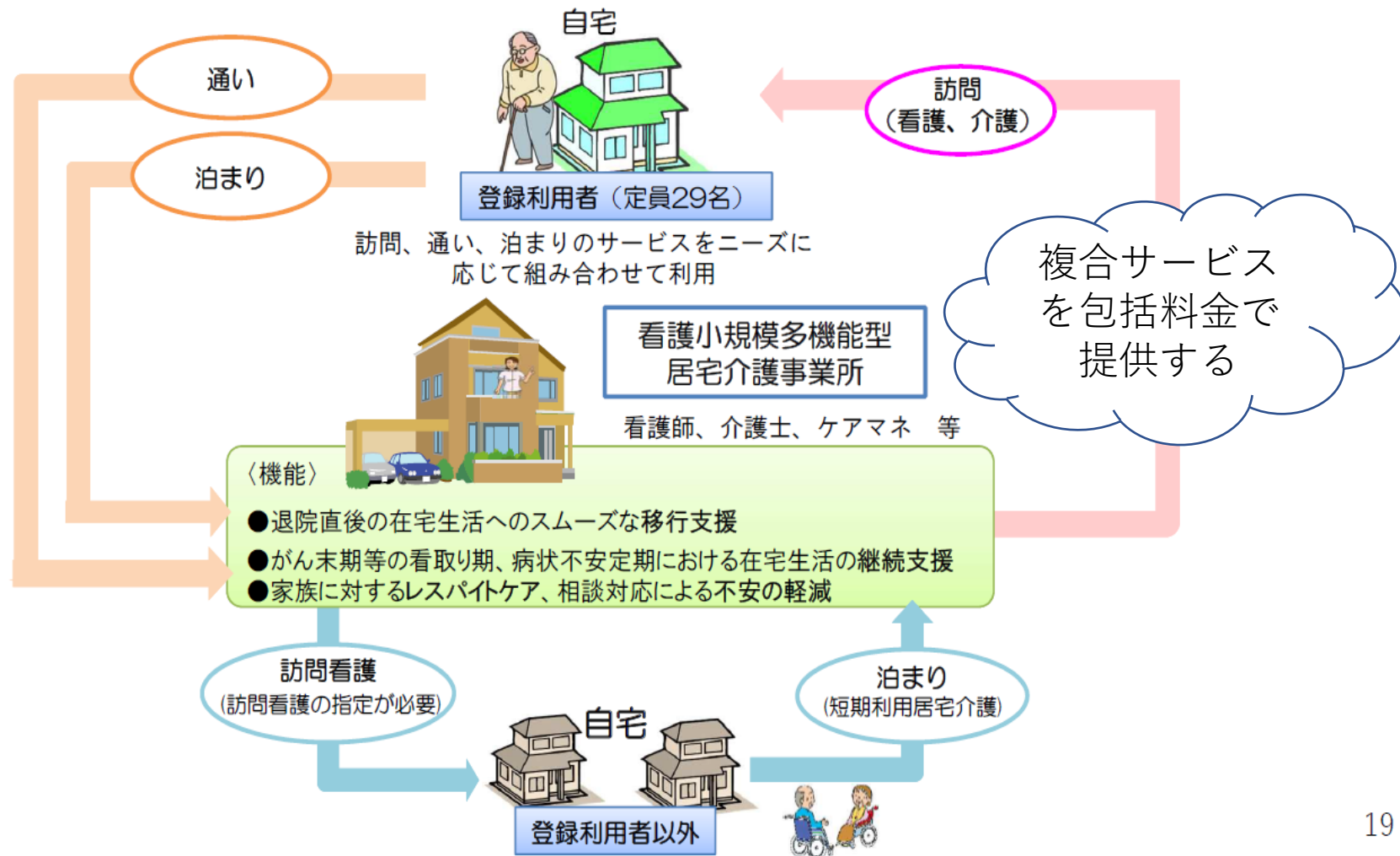
- ①看護小規模多機能型居宅介護（看多機）
- ②地域密着型通所介護、療養通所介護（医療デイ）
- ③小規模多機能型居宅介護（小多機）
- ④定期巡回・随時対応型訪問介護看護
（24時間地域巡回型訪問サービス）
- ⑤夜間対応型訪問介護

①看多機（かんだき）



看護小規模多機能型居宅介護の概要

- 退院後の在宅生活への移行や、看取り期の支援、家族に対するレスパイト等への対応等、利用者や家族の状態やニーズに応じ、主治医との密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービス（「通い」、「泊まり」、「訪問（看護・介護）」）を24時間365日提供。
- また、登録利用者以外に対しても、訪問看護（訪問看護の指定が必要）や宿泊サービスを提供するなど、医療ニーズも有する高齢者の地域での生活を総合的に支える。



看護小規模多機能型居宅介護の変遷

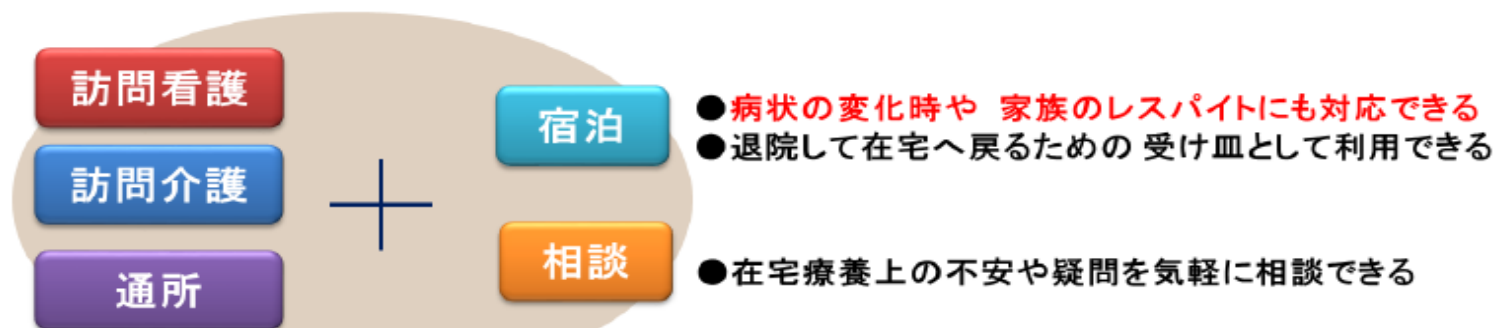
年	内容
平成24 2012年	<p>複合型サービスの創設 小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を有した「複合型サービス」として創設 〈基本報酬（1月につき）〉 要介護1 13,255単位、要介護2 18,150単位、要介護3 25,111単位、要介護4 28,347単位、要介護5 31,934単位</p>
平成27 2015年	<p>名称改称 「複合型サービス」→「看護小規模多機能型居宅介護」 サービス内容を具体的にイメージできるように改称（運営基準事項）</p> <p>訪問看護体制強化加算（新設） 中重度の要介護者の医療ニーズに重点的な対応を行っている事業所を評価 2,500単位/月</p>
平成30 2018年	<p>看護体制強化加算（見直し） 医療ニーズに対応できる介護職員との連携体制やターミナルケアの体制をさらに整備 2,500単位/月 → 看護体制強化加算（Ⅰ）3,000単位/月（新設） 看護体制強化加算（Ⅱ）2,500単位/月</p> <p>緊急時訪問看護加算（見直し） 中重度の要介護者の在宅生活を支える体制をさらに整備するため、24時間体制を評価 540単位/月 → 574単位/月</p> <p>訪問体制強化加算（新設） 訪問を担当する従業者を一定以上配置し、1ヶ月あたり延べ訪問回数が一定以上の事業所に対する評価 1,000単位/月</p> <p>指定基準の緩和（省令改正） サービス供給量を増やす観点から、診療所の参入を推進 診療所が有する病床について宿泊室を兼用することを可能とする（新設） 指定を受けるに当たっては 法人であること→法人又は病床を有する診療所を開設している者であること</p> <p>サテライト型事業所の創設（省令改正） サービス供給量を増やす観点及び効率化を図る観点からサテライト型事業所を創設</p>

➤在宅療養に必要なサービスを一つにしました 2012年

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)

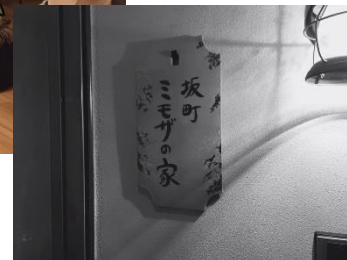
2010年8月

「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。

看多機の事例



ミモザの家、新宿区



事例2. 株式会社リンデン 複合型サービス ナーシングホーム岡山

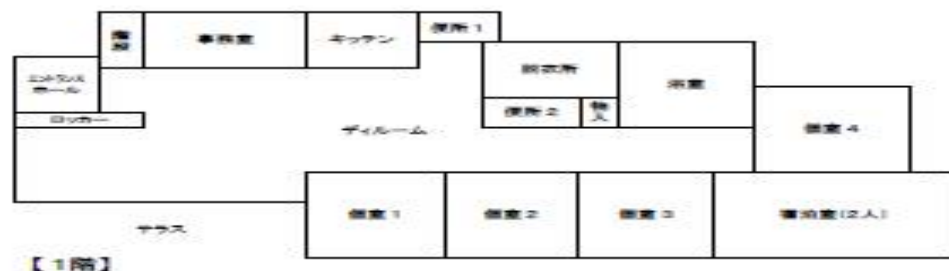


＜事業運営上のポイント＞

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

1. 事業所の基本情報

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



●事例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 全介助	食事 全介助	排泄 全介助	入浴 全介助	着替え 全介助
主な傷病	・悪性新生物 ・腹部大動脈瘤		・パーキンソン病 ・大動脈弁閉鎖症	・脳梗塞	・心不全
必要な医療処置	・胃ろう ・褥瘡の処置(真皮に達する褥瘡) ・浣腸		・バルーン留置カテーテル ・摘便	・たんの吸引 ・服薬管理 ・吸入	
ターミナル期	ターミナル期ではない		病状の安定性・悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり	

※利用開始から最初の2週間のサービス提供状況

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

3. 2か月間の泊まりの継続利用後、在宅で訪問の利用中心に

<訪問を中心に>

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

●事例2● 88歳 女性【がん末期の在宅生活支援】

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

1. 利用者の基本情報

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

2. 利用開始の経緯

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

○直近11日のサービス提供状況

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

●事例3● 78歳 女性【医療ニーズの高い認知症者支援】

✓医療ケアの必要な認知症の利用者に対し、原疾患の進行に合わせた支援を実施

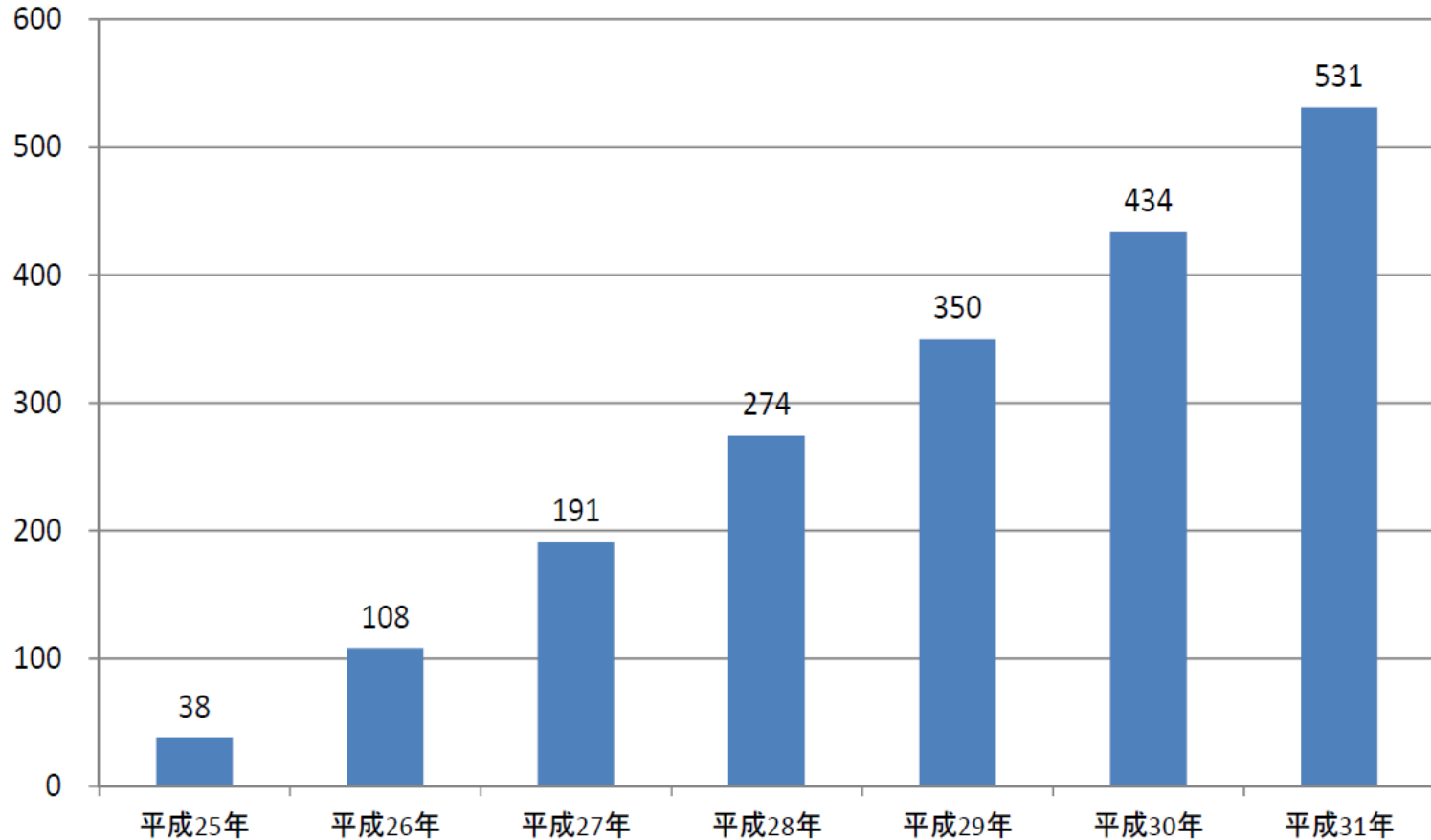
✓強い利用拒否に対し、馴染みの職員が対応することで、通いや泊りが利用可能に

1. 利用者の基本情報

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

看護小規模多機能型居宅介護の請求事業所数

○ 看多機の請求事業所数は、年々増加しており、毎年、約80事業所増えている。



(平成24年4月創設の当該サービスは、平成24年4月審査分に入らない。)

※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

※平成27年4月にサービス名称変更(看護小規模多機能型居宅介護)。

※平成28年度については、同一の事業所が短期利用及び短期利用以外の請求を同一月に行った場合についても、一事業所として計上している

※平成31年4月時点で、サテライト事業所数は3事業所(グラフ内は除いた数値) 出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計」(各年4月審査分)

②地域密着型療養通所介護 (医療デイ)

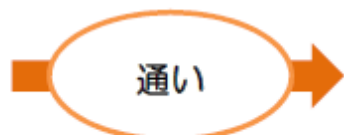


療養通所介護の概要

- 主に、難病等の重度要介護者やがん末期の者であって、サービス提供に当たり看護師による観察が必要な利用者を対象とする地域密着型サービス。
- 入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練を行うことで、利用者の社会的孤立感の解消や心身の機能の維持、利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図る。



難病、認知症、脳血管疾患後遺症等を有する重度者又はがん末期の利用者



看護師による利用者
の心身の状況把握

相談援助等の
生活指導

機能訓練



必要な日常生活上の
世話

療養通所介護事業所（定員18名以下）

〈機能〉

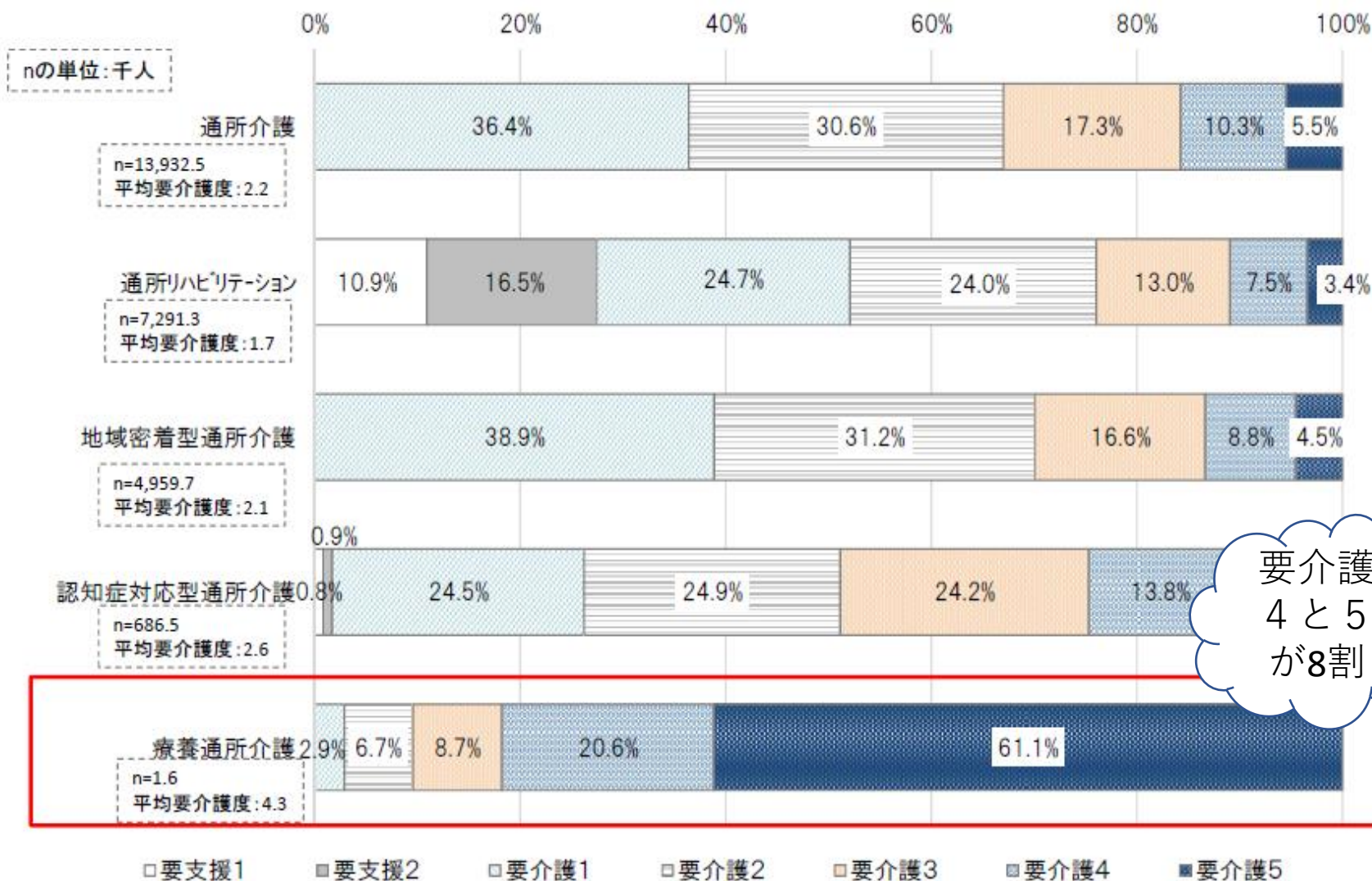
- 利用者の社会的孤立感の解消
- 心身の機能の維持
- 利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減

〈運営〉

- 安全・サービス提供管理委員会を概ね6月に1回開催
安全かつ適切なサービス提供の確保等について検討
委員：地域の医療関係団体に属する者

地域の保健、医療又は福祉の分野を専門とする者 等

通所系サービスの要介護度割合



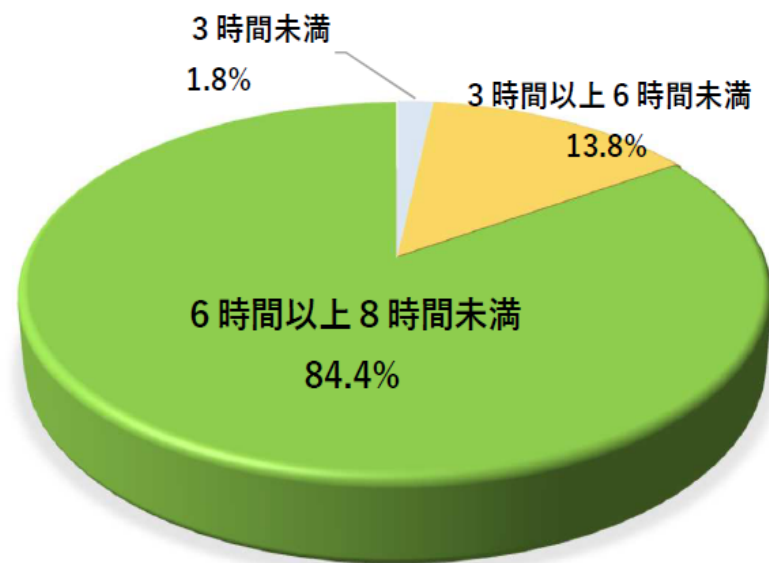
(注)平均要介護度の算出にあたり、要支援1・2は0.375として計算している。

【出典】療養通所サービスは、介護保険総合データベースより療養通所介護の実利用者を集計(平成30年5月審査分～平成31年4月審査分)。それ以外のサービスは、平成30年度介護給付費等実態統計報告(平成30年5月審査分～平成31年4月審査分) 9

療養通所介護サービスの利用状況

- 療養通所介護は、6時間以上8時間未満の区分の利用が84.4%となっており、1ヶ月の平均利用回数は、3時間以上6時間未満の区分が0.9回、6時間以上8時間未満の区分が5.2回となっている。
- 1ヶ月のサービス提供において、2割の利用者が1回以上サービス利用をキャンセルしており、その主な理由は、体調不良に伴う自宅療養や入院がそれぞれ約2割となっている。

■ 時間区分別利用割合 (n=3,310回)



■ 平均利用回数 (月) (n=535名)

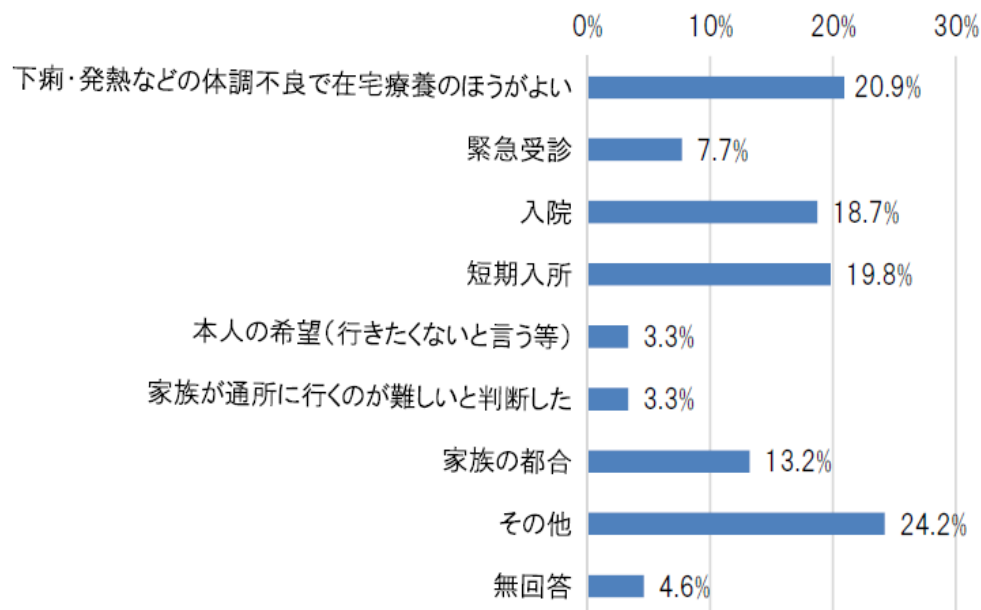
3時間以上6時間未満	0.9回
6時間以上8時間未満	5.2回

■ 令和元年11月のキャンセルした利用者数

(利用者数=453人, 回答事業所数:49)

1ヶ月間で1回以上キャンセルした総実人数	91人 (20.0%)
----------------------	----------------

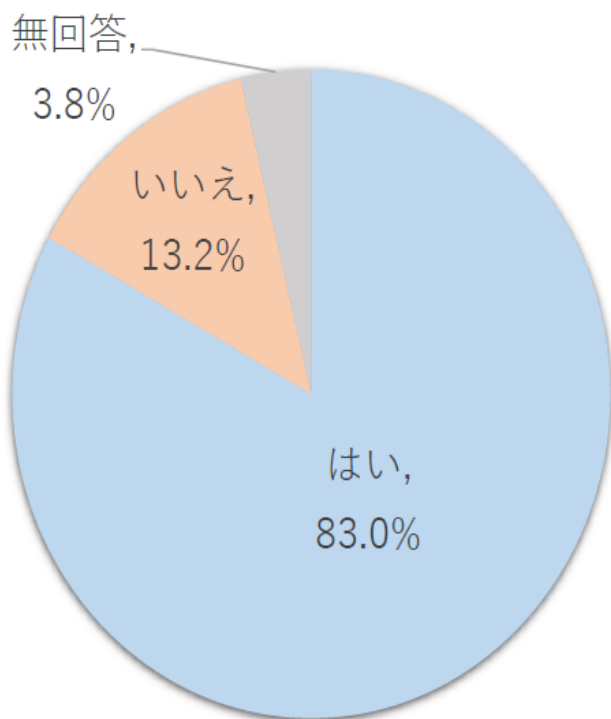
・ キャンセルの主な理由 (複数回答)



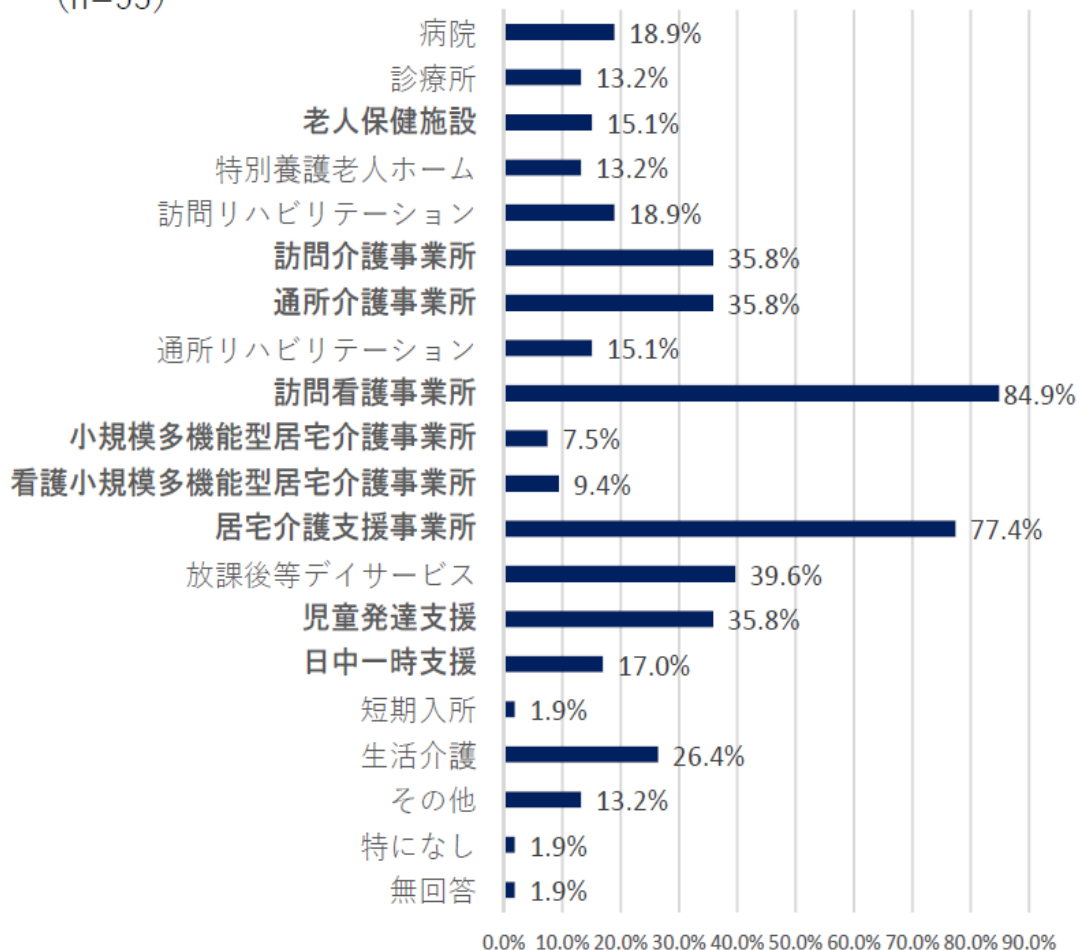
療養通所介護事業所の併設事業所等の状況

- 訪問看護事業所を併設している療養通所介護事業所は、83.0%であった。
- また、療養通所介護事業所の経営主体・関連法人が他に運営している施設・事業所は、「訪問看護事業所」が84.9%で、「居宅介護支援事業所」は77.4%であった。

■ 訪問看護事業所の併設状況 (n=53)



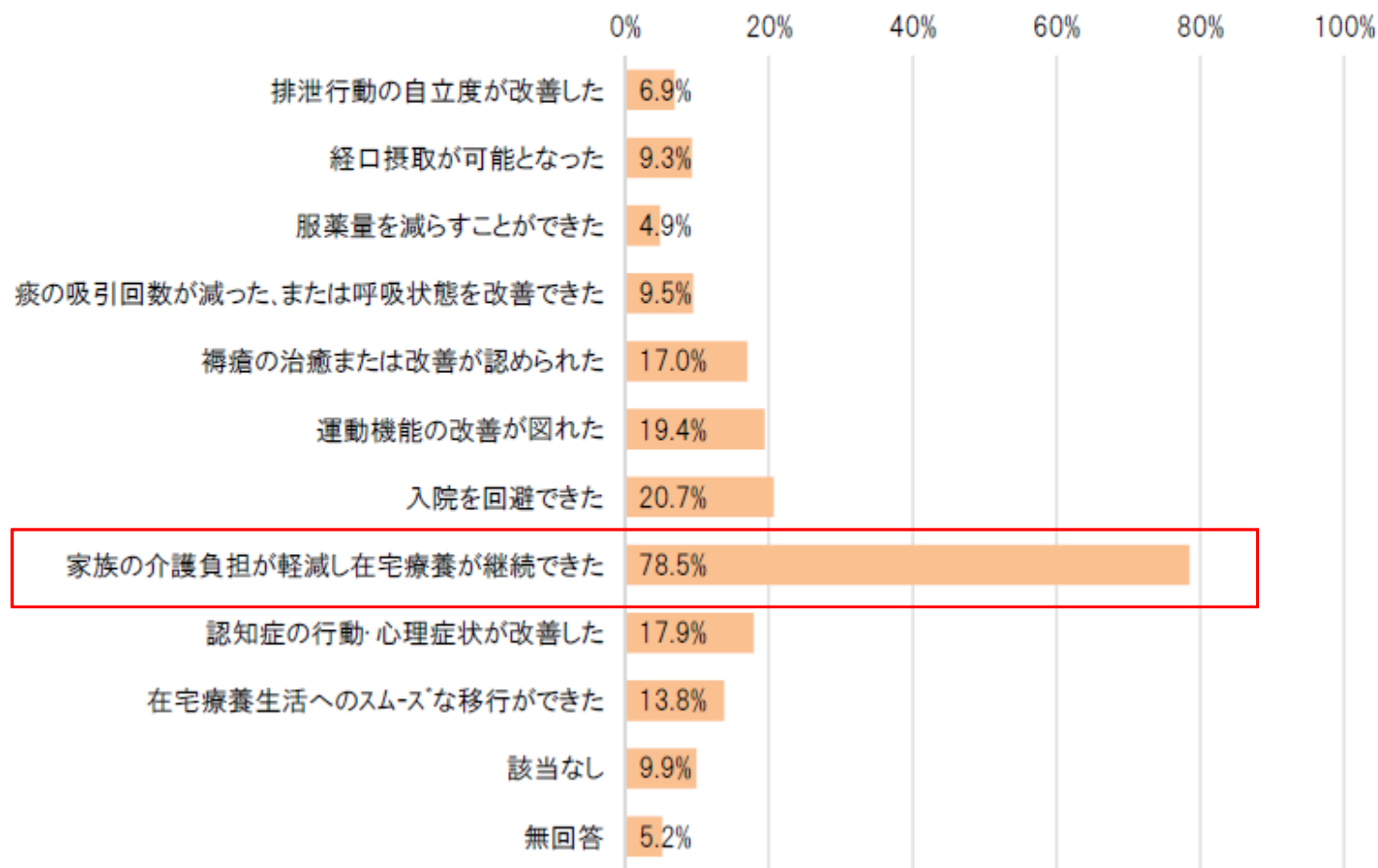
■ 事業所の経営主体・関連法人が他に運営している施設・事業所 (n=53)



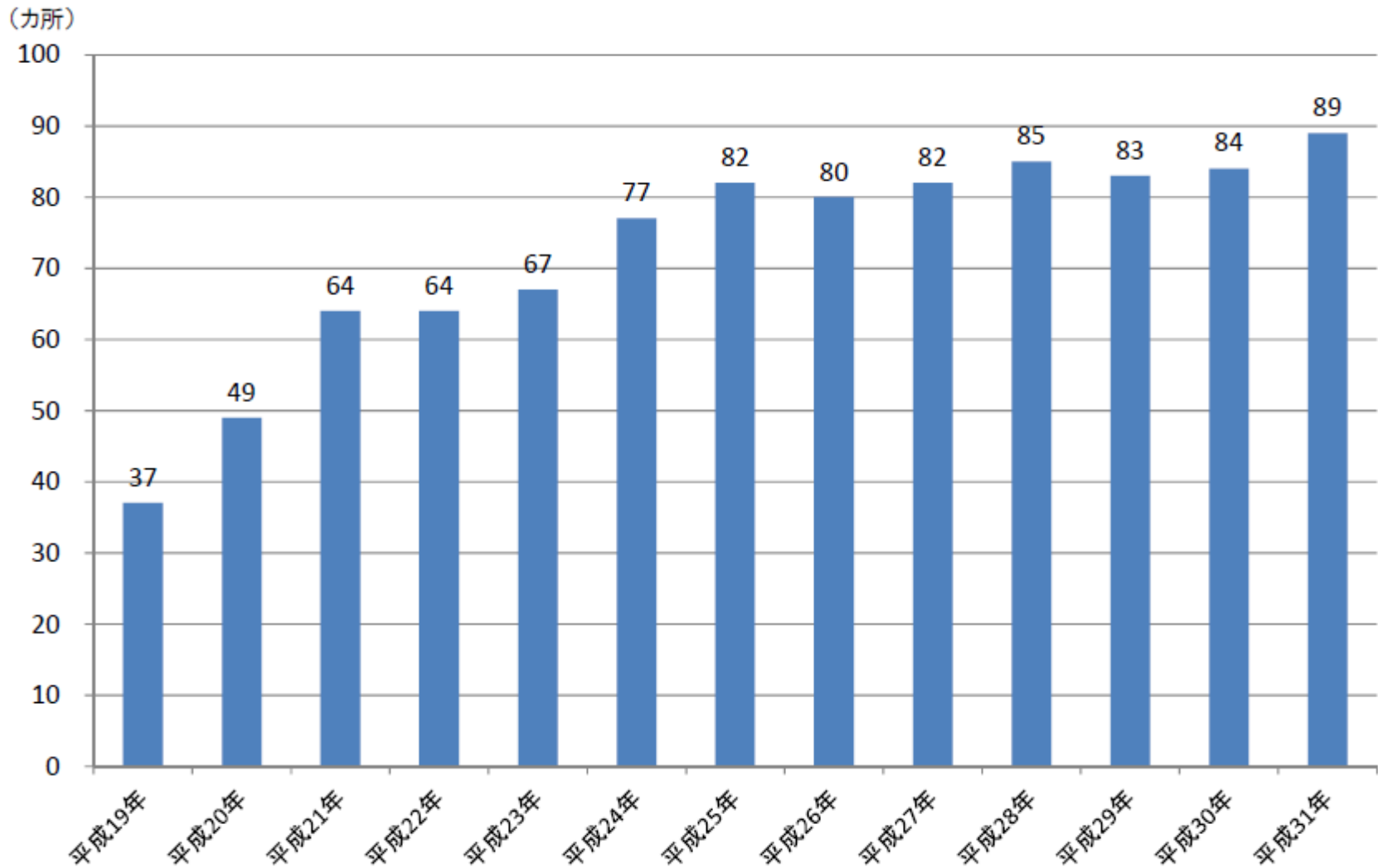
療養通所介護の利用者の変化

○ サービス利用により事業者が認識する利用者の状態の変化は、「家族の介護負担が軽減し在宅療養が継続できた」が78.5%となっている。

■ 事業者が認識するサービス利用による利用者の状態の変化（複数回答）（n=536）



療養通所介護の請求事業所数



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

(請求事業所数は、通所介護(療養通所介護事業所)の値を使用している)

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

③小規模多機能型 居宅介護（小多機）



小規模多機能型 居宅介護とは？

従来の介護サービス

サービスごとに複数の事業所を利用している

Aショートステイ B訪問介護 Cデイサービス



～お悩み～

- ・事業所ごとの対応にばらつきがあり不安
- ・ひと月ごとの料金を把握しにくい



小規模多機能型居宅介護

「通い」「訪問」「宿泊」が、ひとつの事業所で提供される！

合体！
というイメージ



- ・どのサービスも、同じ事業所の職員が対応するため、統一感のあるサービスを受けることができ安心です
- ・料金は分かりやすい、ひと月毎の「定額制」 ※下記料金表参照

私の1週間を
ご紹介します



月	火	水	木	金	土	日
訪問 (自宅の掃除)		通い(入浴)		通い+宿泊	通い+宿泊	通い(楽しみ)

1ヶ月単位の定額料金で、施設への「通い」「宿泊」ご自宅への「訪問」サービスがご利用いただけます。

お一人おひとりに合わせたプランを、ご本人、ご家族、施設の介護支援専門員で相談しながら一緒に決めていきます。
慣れ親しんだご自宅、地域での生活を続けながら、必要なサービスを必要な分だけ受けていただくことができます。

要支援 1	4,575	円
要支援 2	8,184	円
要介護 1	11,701	円
要介護 2	16,712	円
要介護 3	23,838	円
要介護 4	26,203	円
要介護 5	28,787	円

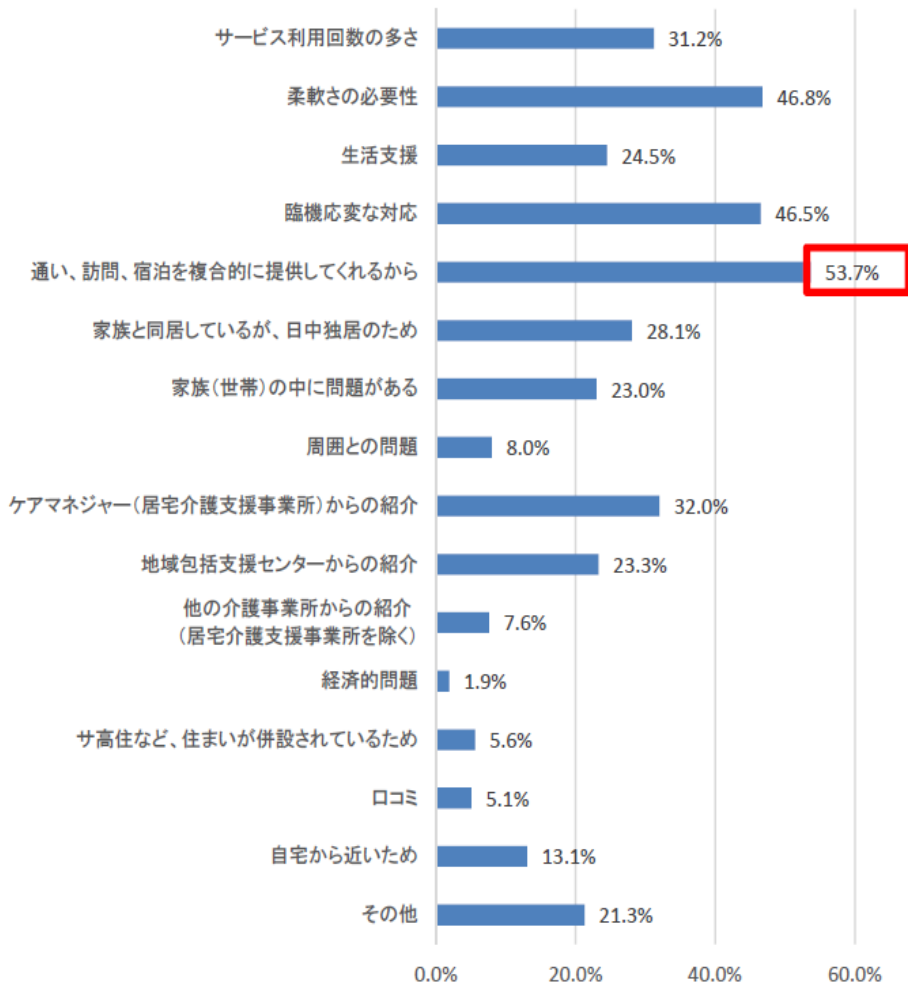
一ヶ月あたり
基本料金

※別途、各種加算、食費、おむつ代等を頂戴いたします事をご了承下さい。

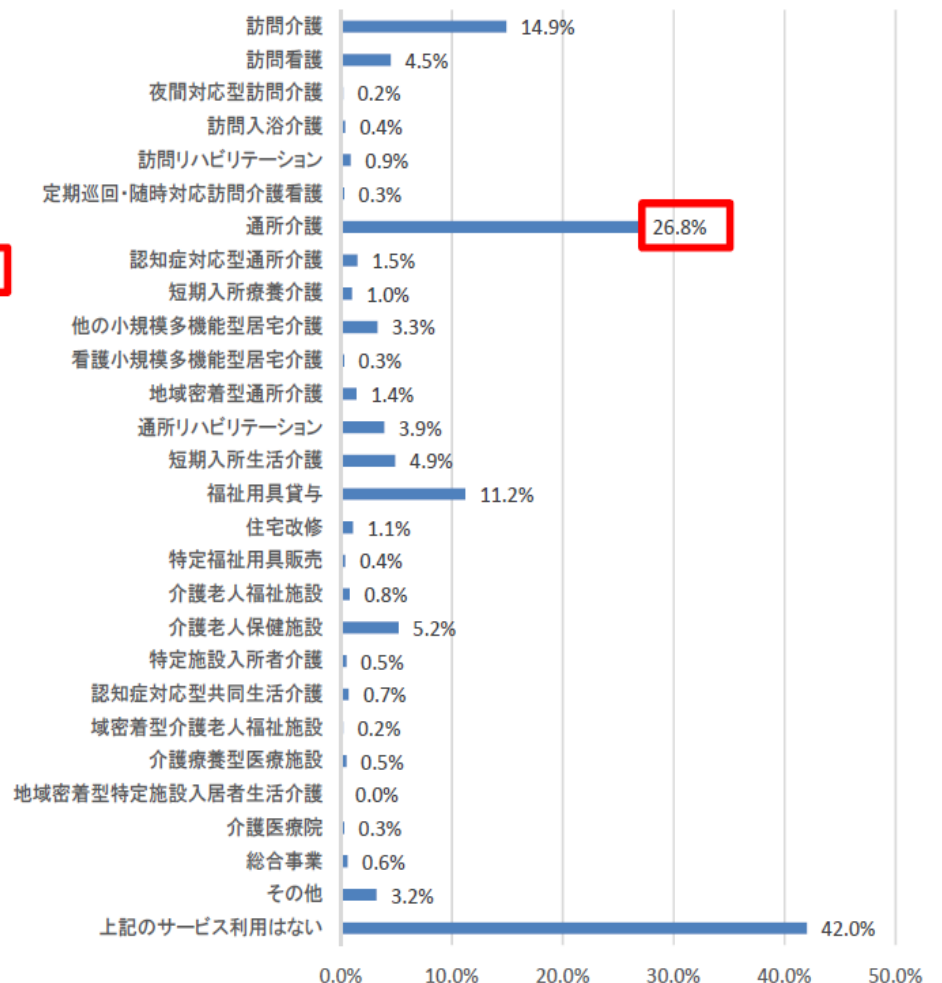
小規模多機能型居宅介護 利用することになった理由、直前に使っていた介護サービス

- 利用することになった理由では「通い、訪問、宿泊を複合的に提供してくれるから」が53.7%で最多。
- 直前に使っていた介護サービスでは、介護サービス未利用者を除くと、「通所介護」が26.8%で最多。

[利用することになった理由] (n=5,596)



[直前に使っていた介護サービス] (n=5,406)



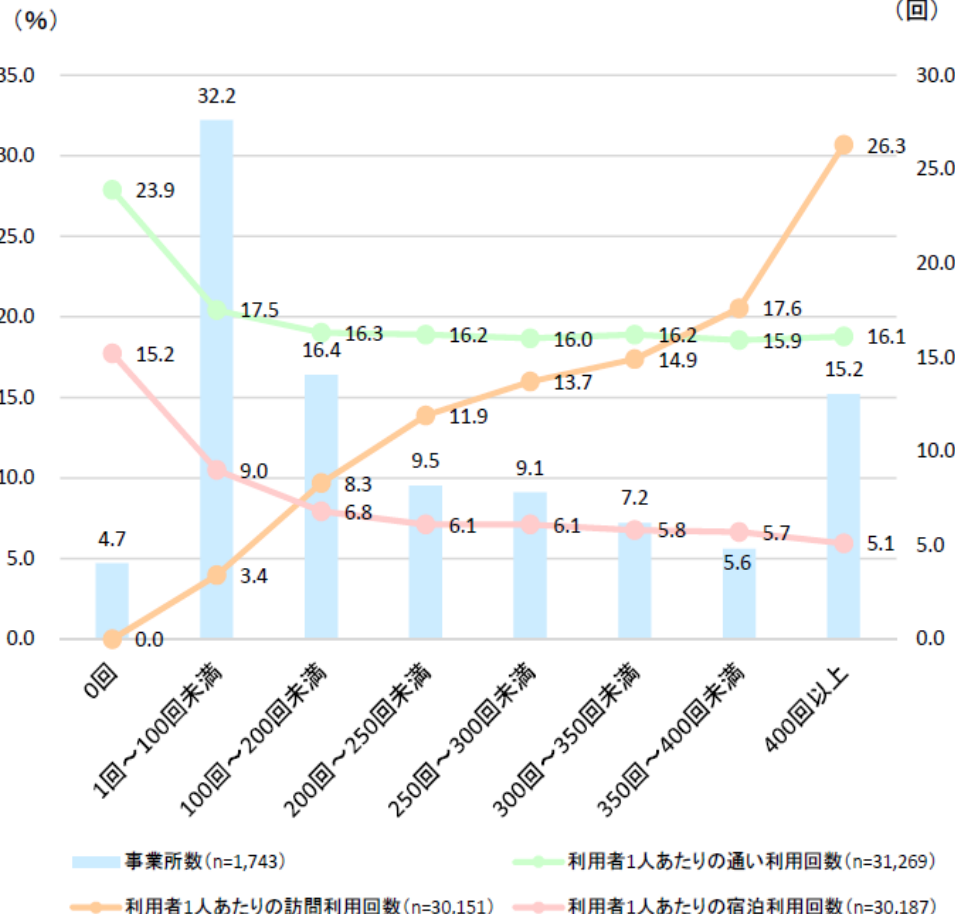
出典：令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「小規模多機能型居宅介護における経営の安定性確保や介護人材の確保等に関する調査研究事業」(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会) 12

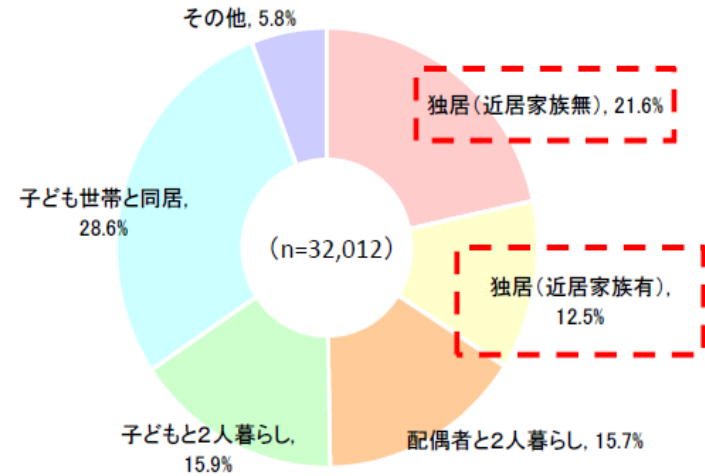
小規模多機能型居宅介護 訪問サービスの実施状況

- 現状、1事業所あたり月間訪問回数は、「0回」の事業所が4.7%いる一方で、「400回以上」の事業所が15.2%いる。
- 月間訪問回数に関わらず、「通い」「泊まり」の利用状況は概ね同程度である（月間訪問回数が0回の事業所を除く）。
- 利用者の世帯構成は、独居世帯（「独居（近居家族無）」＋「独居（近居家族有）」）が34.1%。
- （一人暮らしの高齢者が増加すると予測されるが、）独居世帯は、他の世帯に比べて、訪問回数が多い傾向。

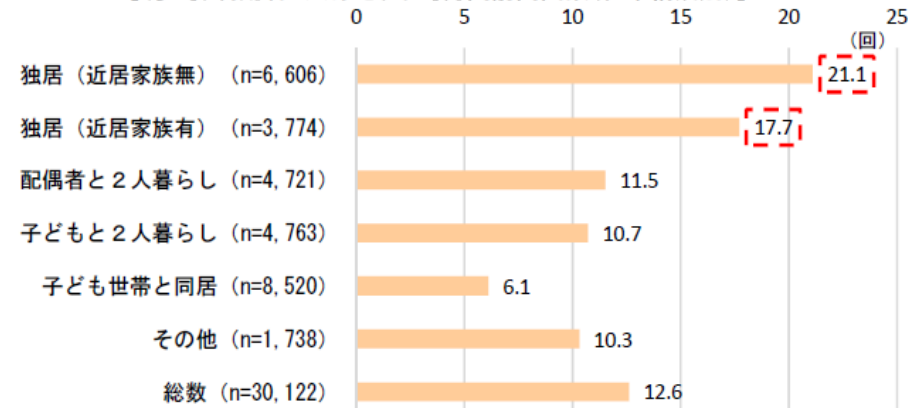
【月間訪問回数別事業所数割合・利用者1人あたりサービス利用状況】



【(参考)利用者の世帯構成】



【(参考)利用者1人あたり平均月間訪問回数(世帯構成別)】



※ 令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「小規模多機能型居宅介護における経営の安定性確保や介護人材の確保等に関する調査研究事業」(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会)のデータをもとに事務局にて作成。

※ いずれも、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム等に入居している利用者を除く。

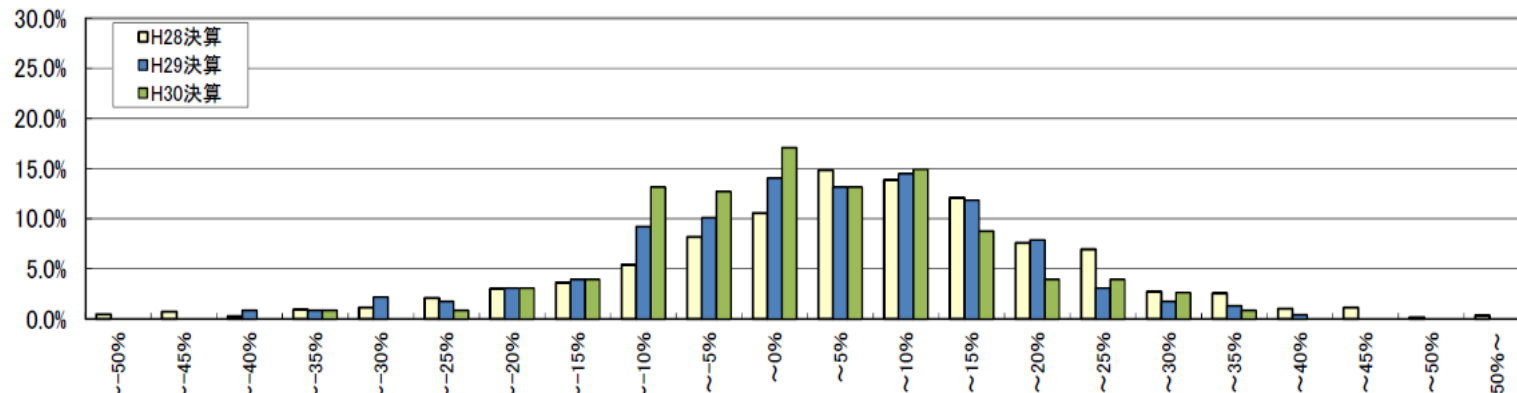
小規模多機能型居宅介護の経営状況

○ 小規模多機能型居宅介護の収支差率は2.8%となっており、半数以上の事業所が赤字である。

■ 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	令和元年度 概況調査		
	H29年度 決算	H30年度 決算	対29年度 増減
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	6.3% (6.0%)	8.7% (8.5%)	+2.2%
夜間対応型訪問介護	※4.2% (※4.2%)	※5.4% (※5.3%)	+1.3%
地域密着型通所介護	4.4% (4.0%)	2.6% (2.3%)	△1.8%
認知症対応型通所介護〔予防を含む〕	6.0% (5.8%)	7.4% (7.2%)	+1.4%
小規模多機能型居宅介護〔予防を含む〕	3.4% (3.0%)	2.8% (2.5%)	△0.4%
認知症対応型共同生活介護〔予防を含む〕	5.1% (4.9%)	4.7% (4.4%)	△0.4%
地域密着型特定施設入居者生活介護〔特定施設分以外を含む全体〕	1.9% (1.6%)	1.5% (1.2%)	△0.4%
地域密着型介護老人福祉施設	0.5% (0.5%)	2.0% (2.0%)	+1.5%
看護小規模多機能型居宅介護	4.6% (4.2%)	5.9% (5.6%)	+1.3%

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。



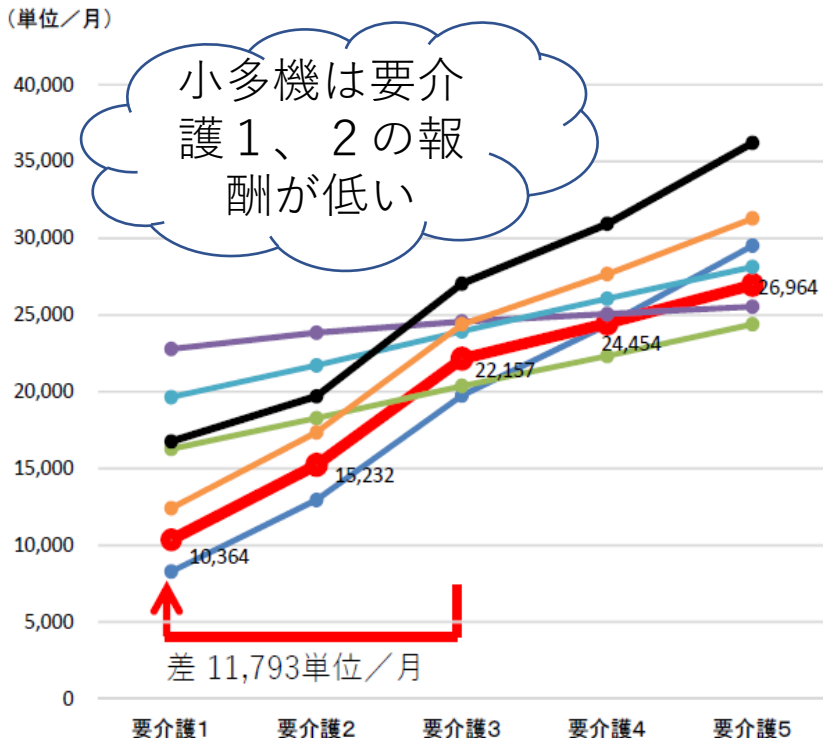
注：H28決算結果は介護事業経営実態調査の結果

出典：令和元年度 介護事業経営概況調査結果

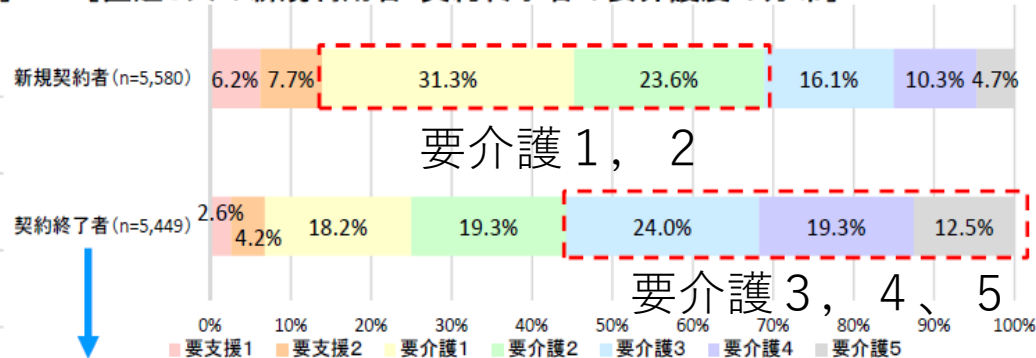
小規模多機能型居宅介護 要介護度別の基本報酬、新規利用者・契約終了者の状況

- 基本報酬は、要介護1・2と要介護3～5との間で差が大きい。
- 新規契約者は要介護1・2が54.9%である一方で、契約終了者は要介護3～5が55.8%。
- 収支状況の要因には要介護度が違う登録者の入れ替わりがあり、契約終了者は介護老人福祉施設に11.8%が入所。

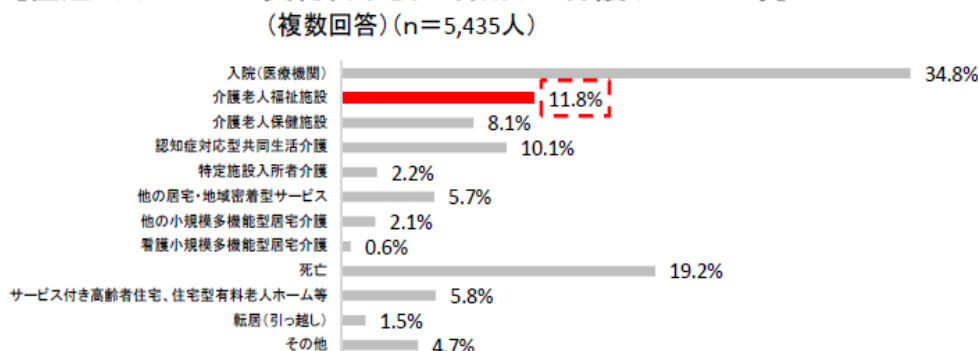
[地域密着型サービスの基本報酬と区分支給限度基準額]



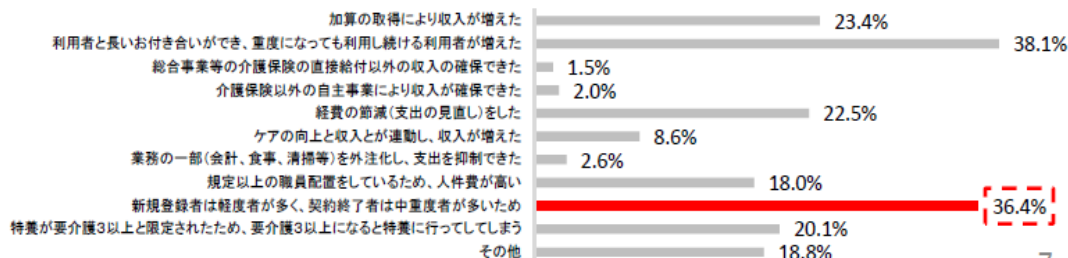
[直近3人の新規利用者・契約終了者の要介護度の分布]



[直近3人について契約終了後に利用した介護サービス等]



[収支状況の要因] (複数回答) (n=1,636)

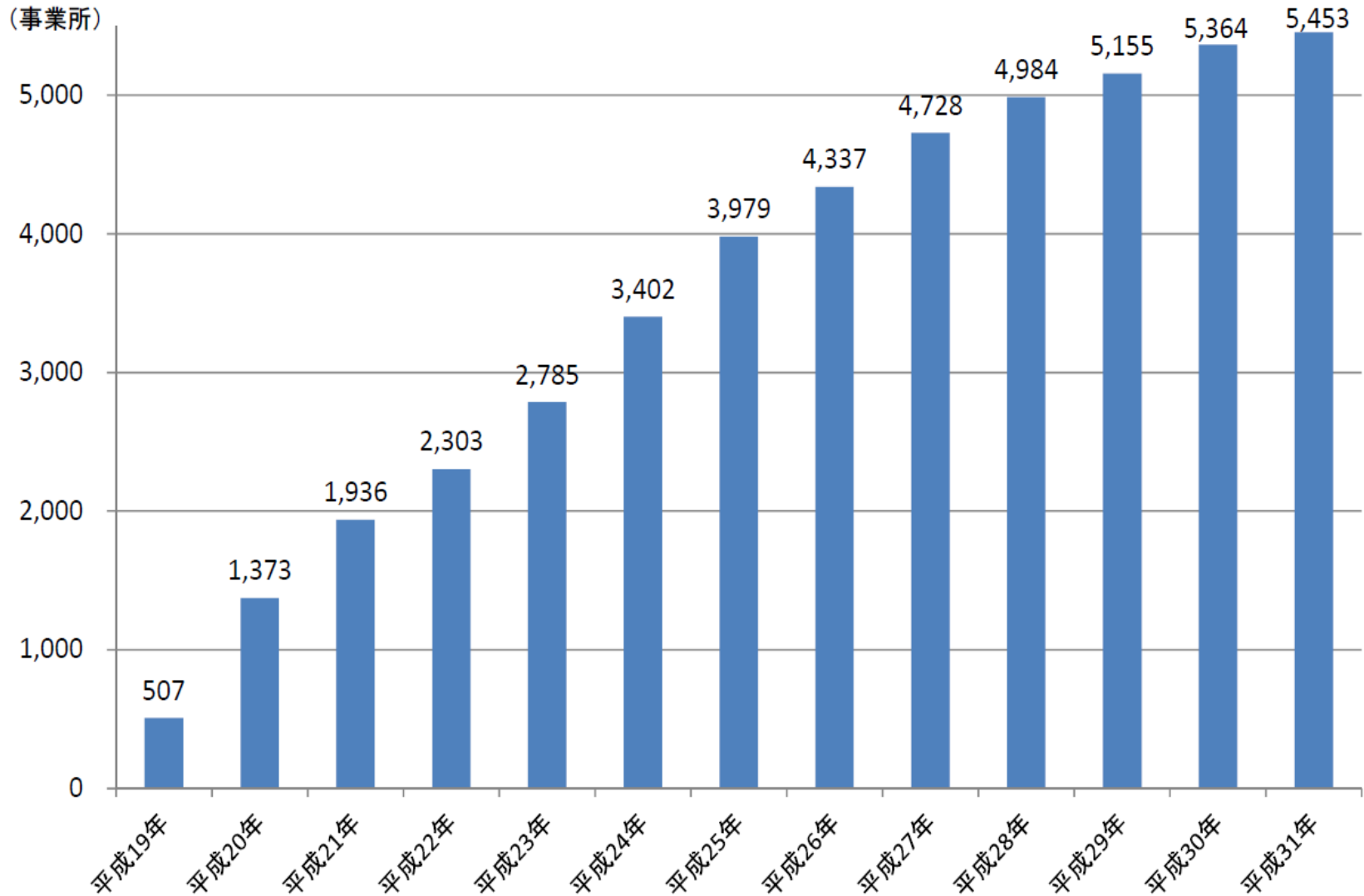


※日額報酬のサービスは、日額報酬×30.4で計算した数値をグラフ化している

出典：令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「小規模多機能型居宅介護における経営の安定性確保や介護人材の確保等に関する調査研究事業」(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会)

小規模多機能型居宅介護の請求事業所数



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

ポイント④

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

定義

- 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とは、
 - ・定期巡回訪問、または、随時通報を受け利用者（要介護者）の居宅を介護福祉士等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を行うとともに、看護師等による療養上の世話や診療の補助を行うもの（訪問看護を一体的に行う場合）
 - または
 - ・定期巡回訪問、または、随時通報を受け訪問看護事業所と連携しつつ、利用者（要介護者）の居宅を介護福祉士等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を行うもの（他の訪問看護事業所と連携し訪問看護を行う場合）
- のうち、いずれかをいう。

経緯

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

<定期巡回・随時対応サービスのイメージ>



<サービス提供の例>

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

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

Callouts from the chart:

- 水分補給 更衣介助 (Water supply, dressing assistance) - 随時訪問
- 通所介護 (Outpatient care) - 定期巡回
- 排せつ介助 食事介助 (Defecation assistance, meal assistance) - 随時訪問
- 通所介護 (Outpatient care) - 定期巡回
- 排せつ介助 食事介助 体位交換 (Defecation assistance, meal assistance, position exchange) - 随時訪問
- 体位変換 水分補給 (Position exchange, water supply) - 随時訪問

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

定期巡回・随時対応型 訪問介護看護（24時間サービス）

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

定期巡回・随時対応型 訪問介護看護（24時間サービス）

- ③駆けつけ30分
 - 通報があって概ね30以内の間に駆け付けられるような体制確保に努めることが必要。
- ④訪問看護サービス
 - 看護師当が医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問して行う療養上の世話又は必要な診療の補助を行う。
 - また療養上の世話又は診療の補助の必要でない利用者であっても、概ね1月に1回はアセスメントのため看護職員が訪問する。

定期巡回・随時対応サービス ～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

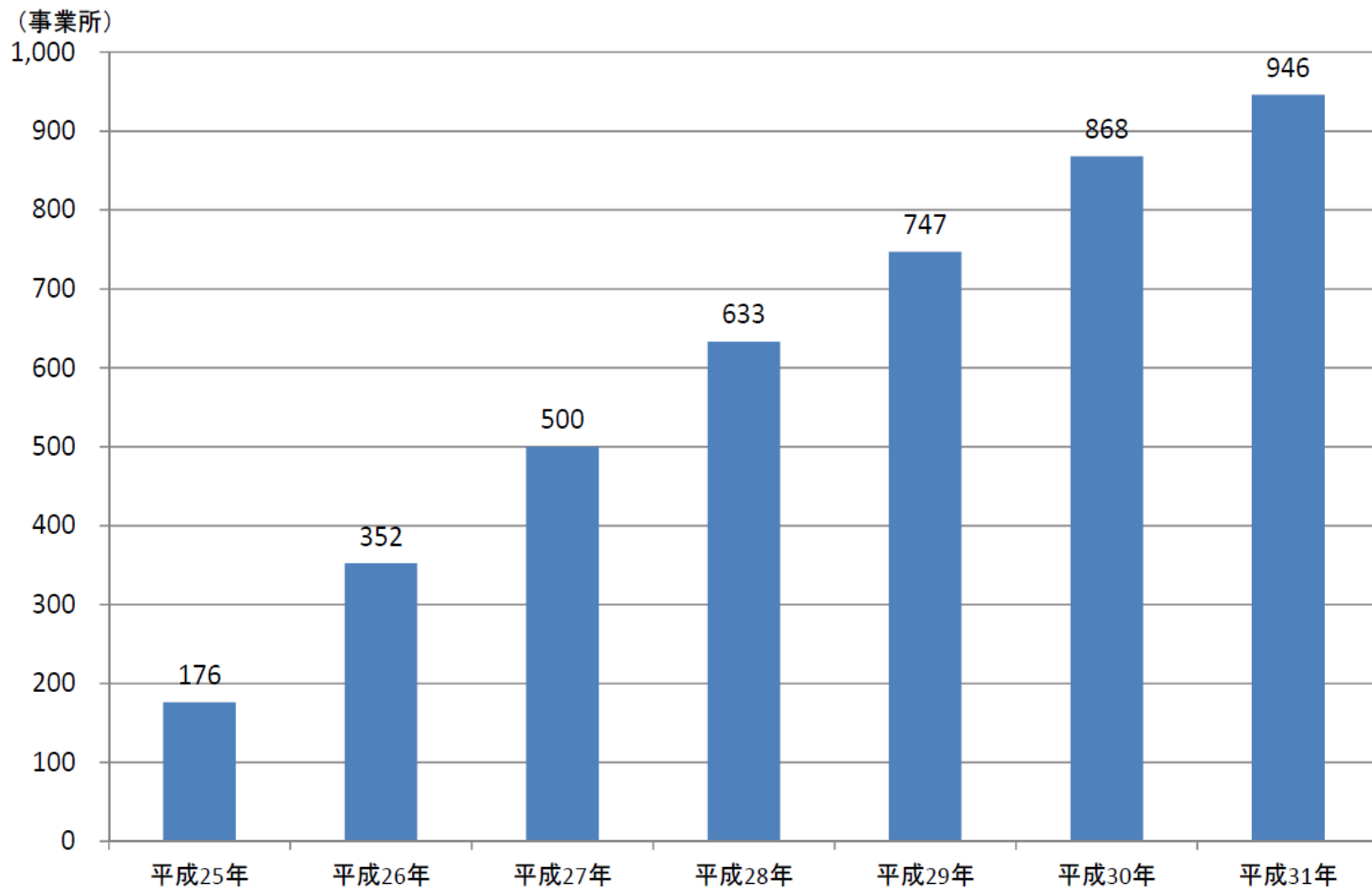
定期巡回・随時訪問介護は安心と安全を支える信頼の絆



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



定期巡回・随時対応型訪問介護看護の請求事業所数



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※平成24年4月創設の当該サービスは、平成24年4月審査分に入らない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

⑤夜間対応型訪問介護



夜間対応型訪問介護の概要

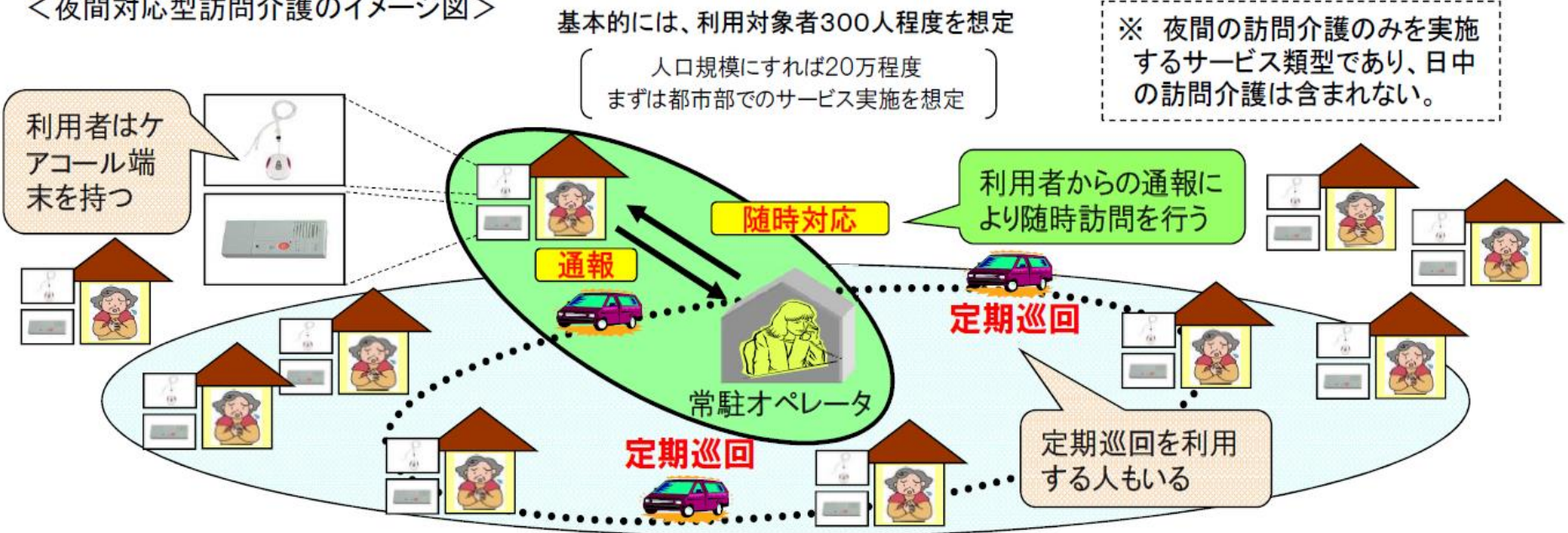
定義

○「夜間対応型訪問介護」とは、夜間において、定期巡回訪問、または、随時通報を受け利用者（要介護者）の居宅を訪問介護員等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護等の提供を行うものをいう。

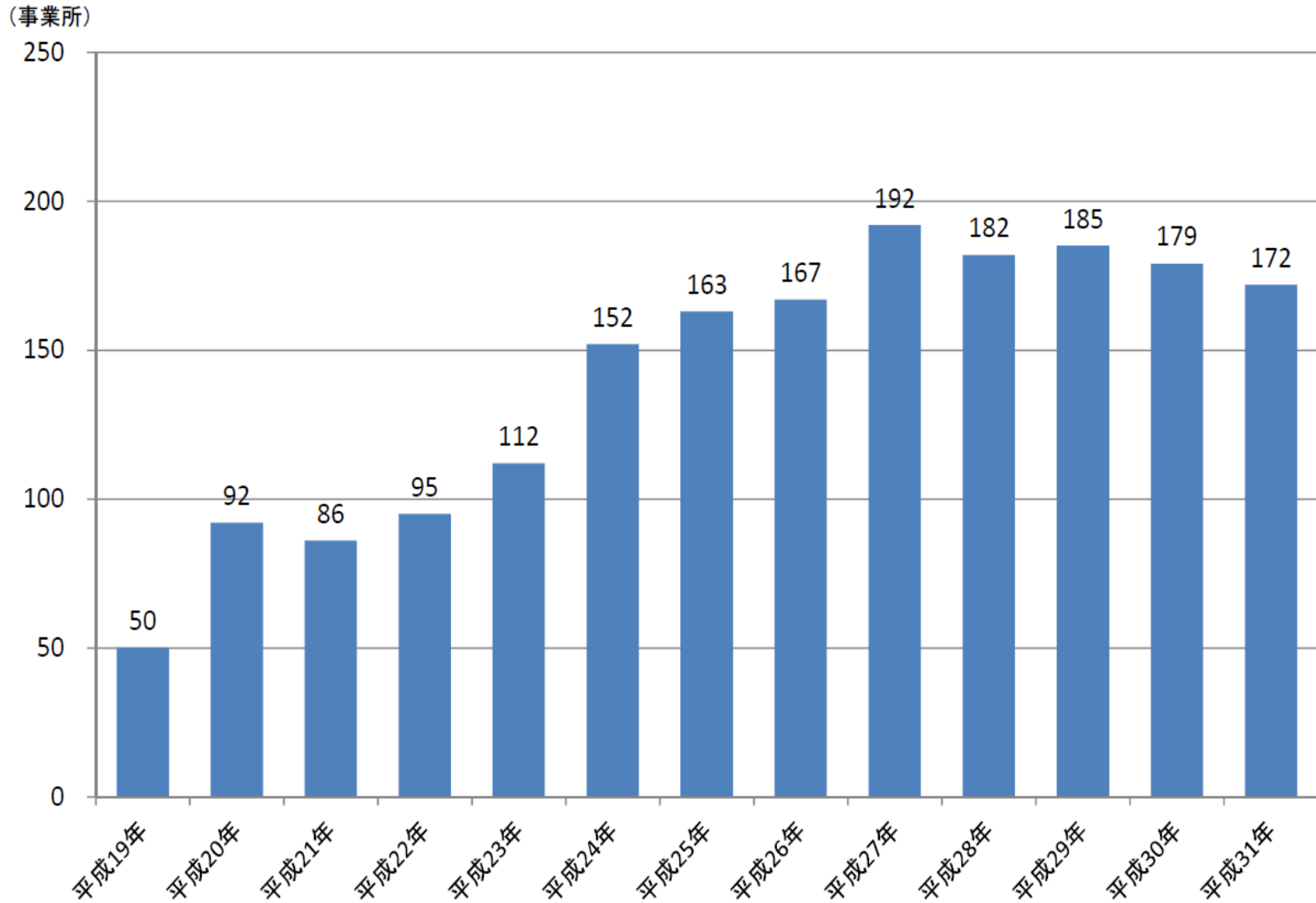
経緯

○在宅にいる場合も、夜間を含め24時間安心して生活できる体制の整備が必要であるとの考えから、平成18年4月に、夜間における「定期巡回」と「通報による随時対応」を合わせた「夜間対応型訪問介護」が創設された（夜間における訪問介護サービスの提供のみを想定したサービス類型）。

<夜間対応型訪問介護のイメージ図>



夜間対応型訪問介護の請求事業所数



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

これから地域包括ケアで
求められるのは
地域密着型サービス

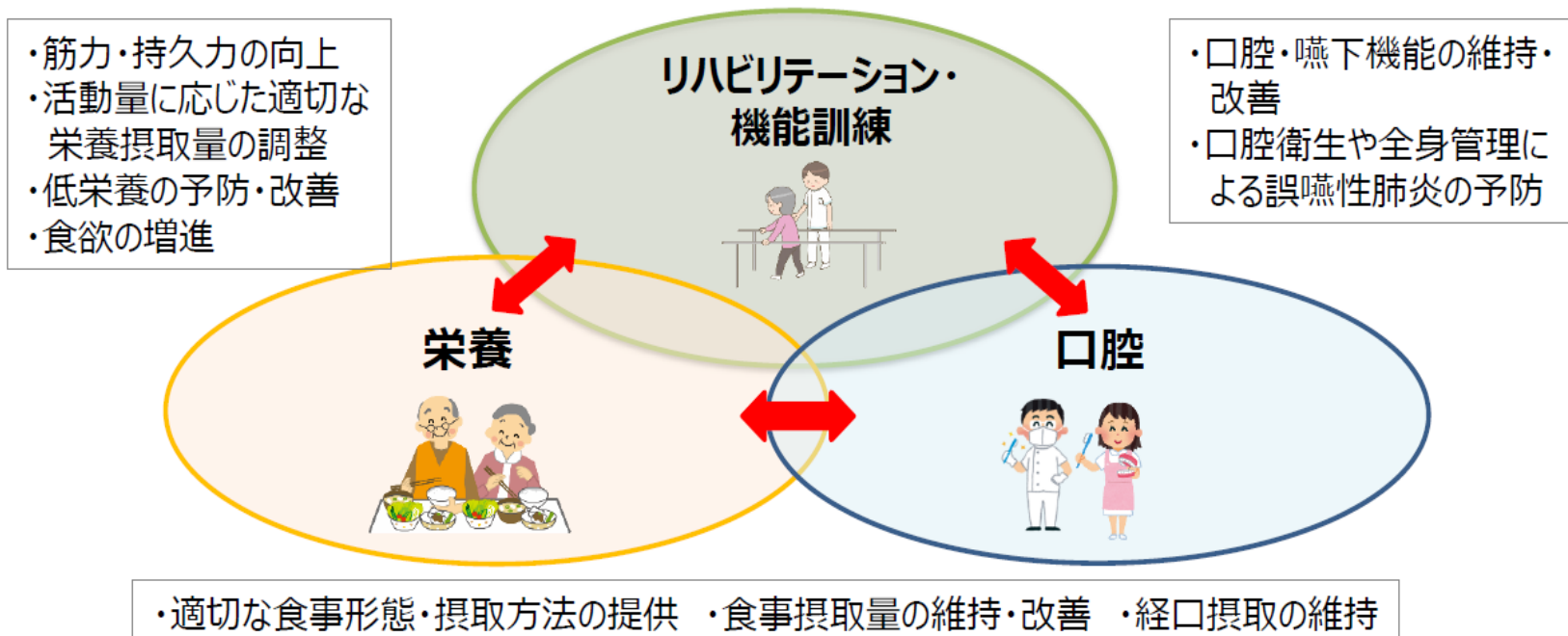
パート4
2021年介護報酬改定と
多職種連携

改定率プラス**0.70%**

自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の
多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理

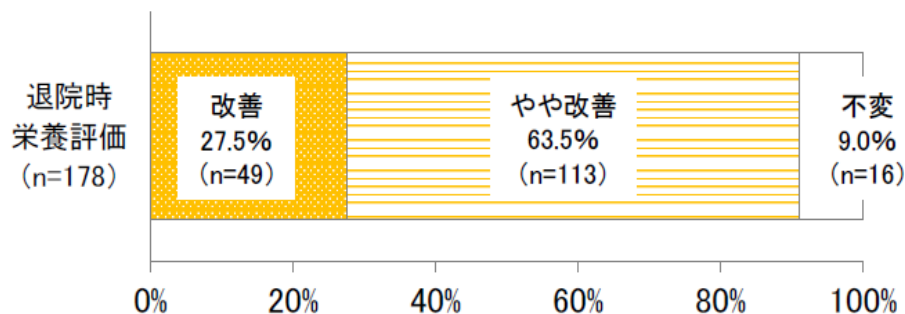


- リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

個別の栄養管理の実施による栄養状態とFIM得点の変化

中医協 総-3
29.10.25

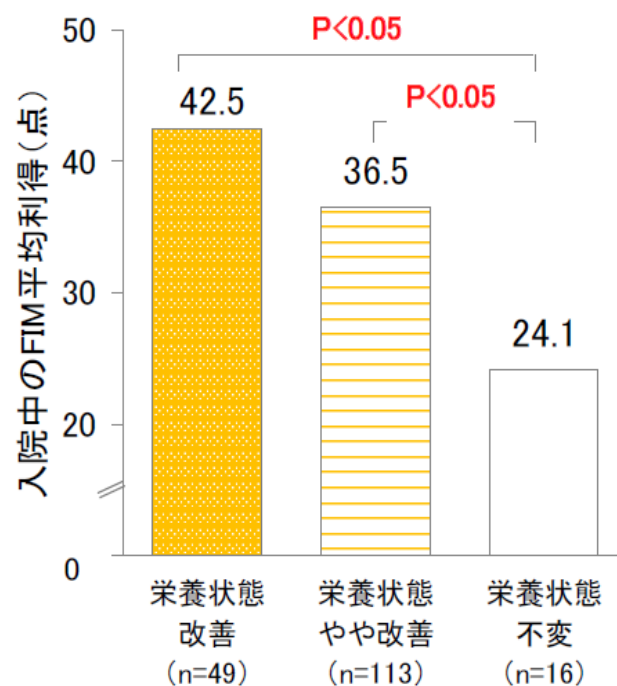
- 低栄養状態で回復期リハ病院に入院した脳卒中高齢患者に対し、管理栄養士が理学療法士等とともにリハビリテーションの計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて個別に栄養管理を行うと、約9割の患者で栄養状態が改善したとの報告がある。
- 栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



注: 栄養状態は管理栄養士がMNA®-SF※を用いて評価。
(退院時) 改善: 12-14点、やや改善: 8-11点、不変: 0-7点
※ Mini Nutritional Assessment - Short Form
低栄養: 0-7点、低栄養リスクあり: 8-11点、栄養状態良好: 12-14点

対象期間: 2012年4月~2014年12月
対象者: 回復期リハ病院に低栄養状態(MNA®-SF: 0-7点)で入院し、加療後に退院した65歳以上の脳卒中患者178名(平均年齢77.2歳)

図 回復期リハ病院の脳卒中高齢患者に対する個別の栄養管理と栄養状態の改善



注: 各群は左図と対応

図 回復期リハ病院入院中の栄養状態の改善とFIM利得

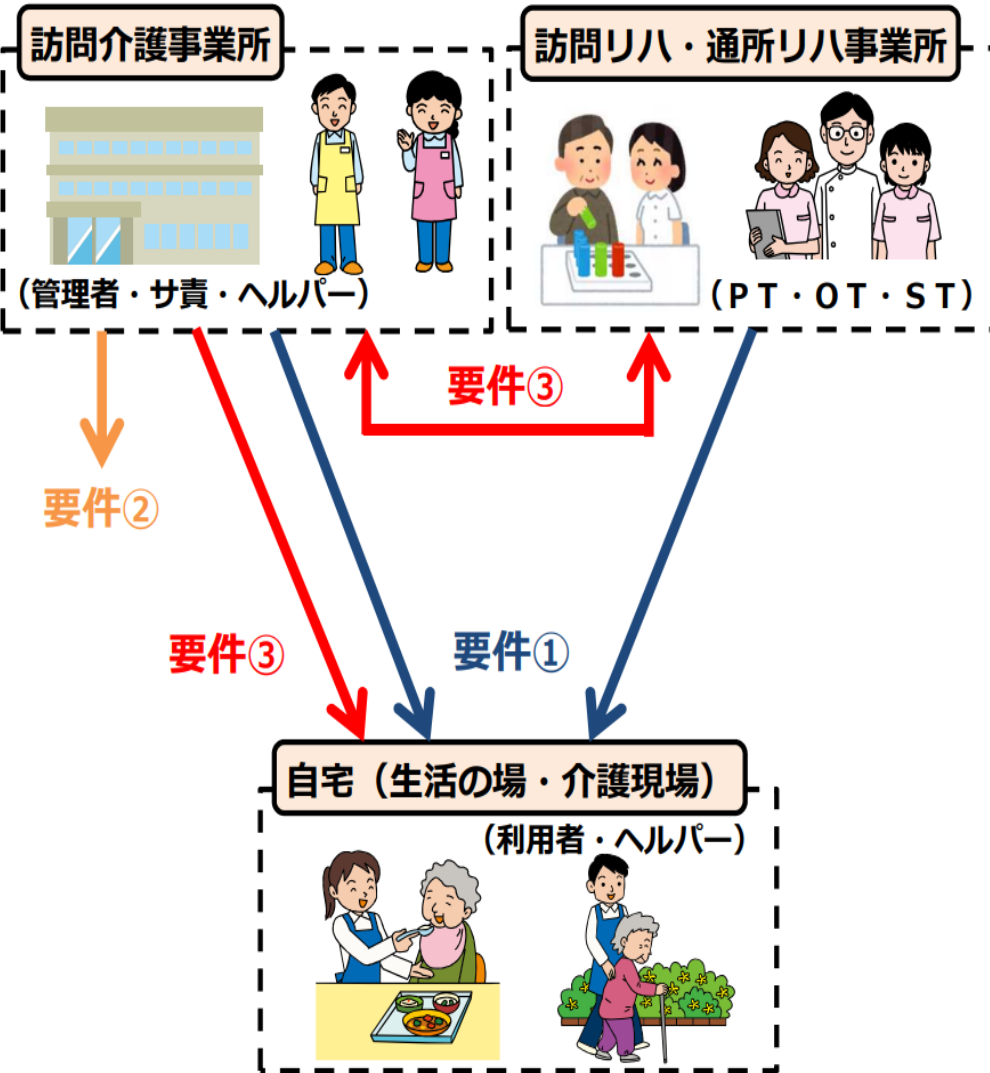
出典: Nishioka S et al. *J Acad Nutr Diet*. 2016; 116(5): 837-43.

本ページのFIM: FIM総得点

加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する

生活機能向上連携 加算のICT活用評価

生活機能向上連携加算



(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

3.(1)⑧ 生活機能向上連携加算の見直し②

単位数 (ア)

<現行>

生活機能向上連携加算 200単位/月

<改定後>

⇒ 生活機能向上連携加算 (Ⅰ) 100単位/月 (新設) (※3月に1回を限度)
生活機能向上連携加算 (Ⅱ) 200単位/月 (現行と同じ)

※ (Ⅰ) と (Ⅱ) の併算定は不可。

算定要件等 (ア)

<生活機能向上連携加算 (Ⅰ) > (新設)

- 訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設 (病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。) の理学療法士等や医師からの助言 (アセスメント・カンファレンス) を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。
- 理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。

<生活機能向上連携加算 (Ⅱ) > (現行と同じ)

- 訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設 (病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。) の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定。

ICT活用した動画
等による利用者の
状態把握

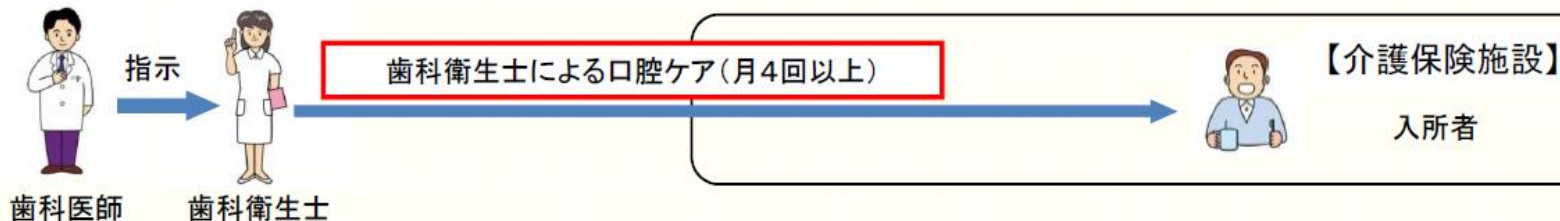
施設系サービスにおける 口腔・栄養関連加算の基 本サービス化



口腔衛生管理加算・口腔衛生管理体制加算【施設系サービス】

【口腔衛生管理加算】110単位/月

- 口腔衛生管理体制加算を算定している介護保険施設において、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者又は入院患者に対する口腔ケアを月4回以上行っていること。



算定基準告示

口腔衛生管理体制加算を算定している介護保険施設において、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合に、1月につき所定点数を加算する。ただし、この場合において、口腔衛生管理体制加算を算定していない場合は、算定しない。

大臣基準告示

- ・施設において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。
- ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

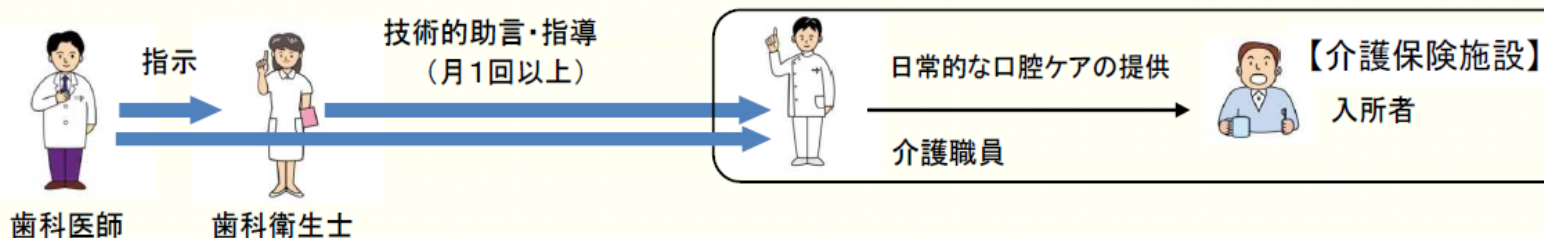
留意事項通知

- ①口腔機能維持管理加算については、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能維持管理体制加算を算定している施設の入所者に対して口腔ケアを実施した場合において、当該利用者ごとに算定するものである。
- ②当該施設が口腔機能維持管理加算に係るサービスを提供する場合においては、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うこと。また、別紙様式1を参考として入所者ごとに口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、口腔ケアの方法及びその他必要と思われる事項に係る記録(以下「口腔機能維持管理に関する実施記録」という。)を作成し保管するとともに、その写しを当該入所者に対して提供すること。
- ③歯科医師の指示を受けて当該施設の入所者に対して口腔ケアを行う歯科衛生士は、口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、口腔ケアの方法及びその他必要と思われる事項を口腔機能維持管理に関する実施記録に記入すること。また、当該歯科衛生士は、入所者の口腔の状態により医療保険における対応が必要となる場合には、適切な歯科医療サービスが提供されるよう当該歯科医師及び当該施設の介護職員等への情報提供を的確に行うこと。
- ④本加算は、医療保険において歯科訪問診療料が算定された日の属する月であっても算定できるが、訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月においては、算定できない。

口腔衛生管理加算・口腔衛生管理体制加算【施設系サービス】

【口腔衛生管理体制加算】30単位/月

- 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月一回以上行っていること。



算定基準告示

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する(施設名称)において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき所定単位数を加算する。

大臣基準告示

- ・施設において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。
- ・定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

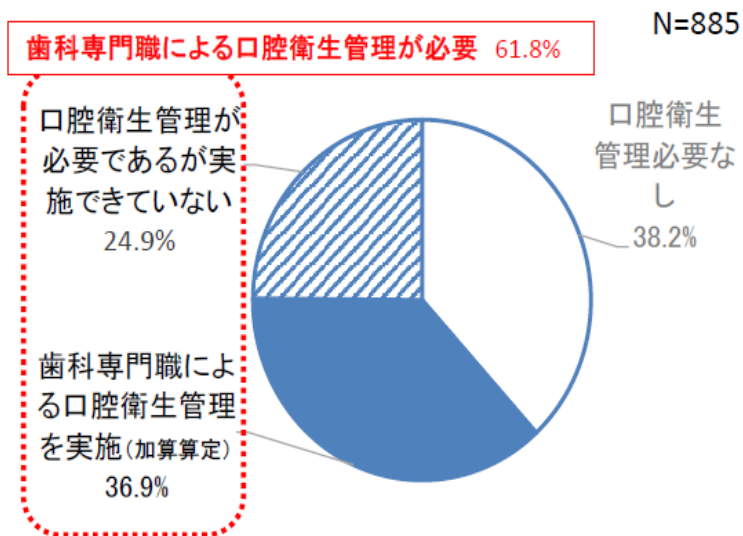
留意事項通知

- ①「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該施設における入所者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該施設において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、個々の入所者の口腔ケア計画をいうものではない。
- ②「入所者の口腔衛生管理計画」には、以下の事項を記載すること。
 - イ 当該施設において入所者の口腔ケアを推進するための課題
 - ロ 当該施設における目標
 - ハ 具体的方策
 - ニ 留意事項
 - ホ 当該施設と歯科医療機関との連携の状況
 - ヘ 歯科医師からの指示内容の要点(当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。)
 - ト その他必要と思われる事項
- ③医療保険において歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても口腔機能維持管理体制加算を算定できるが、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は入所者の口腔衛生管理に係る計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。

介護保険施設入所者の体重減少に対する口腔衛生管理加算の効果

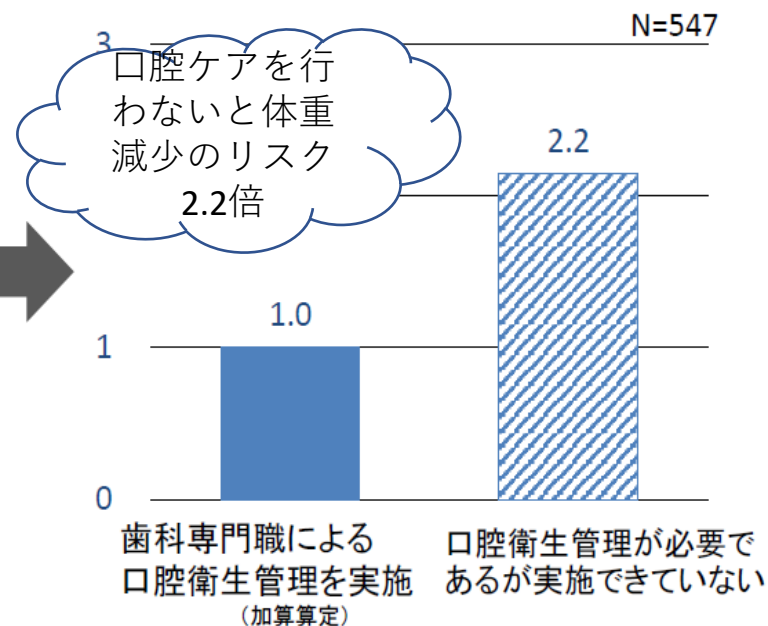
- 介護保険施設入所者の61.8%に歯科専門職による口腔衛生管理が必要とされていた。
(調査対象:全国35の介護保険施設の入所者889名)
- 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年後に体重(BMI)減少がみられるリスクは、
歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して2.2倍であった。

入所者の口腔衛生管理の必要性和提供状況



※ 介護保険施設の担当看護師、介護職員が回答

体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係



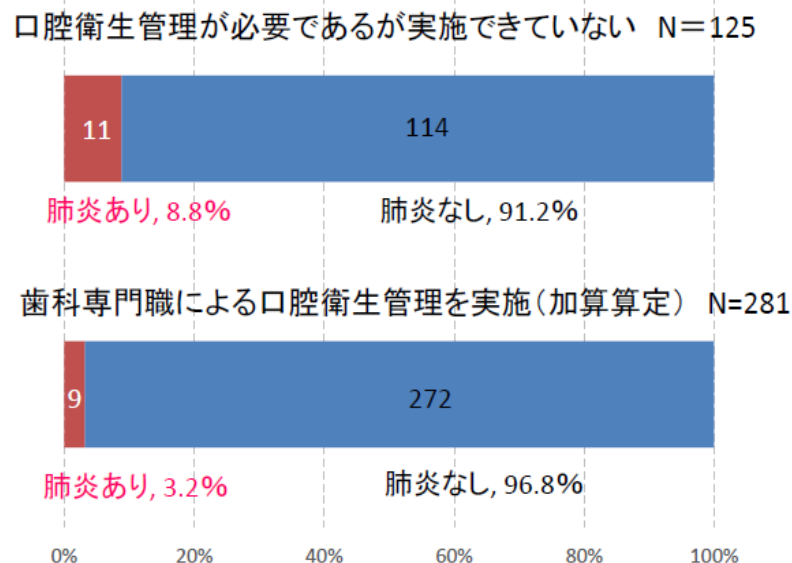
※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

出典:令和元年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

介護保険施設入所者の肺炎発症に対する口腔衛生管理加算の効果

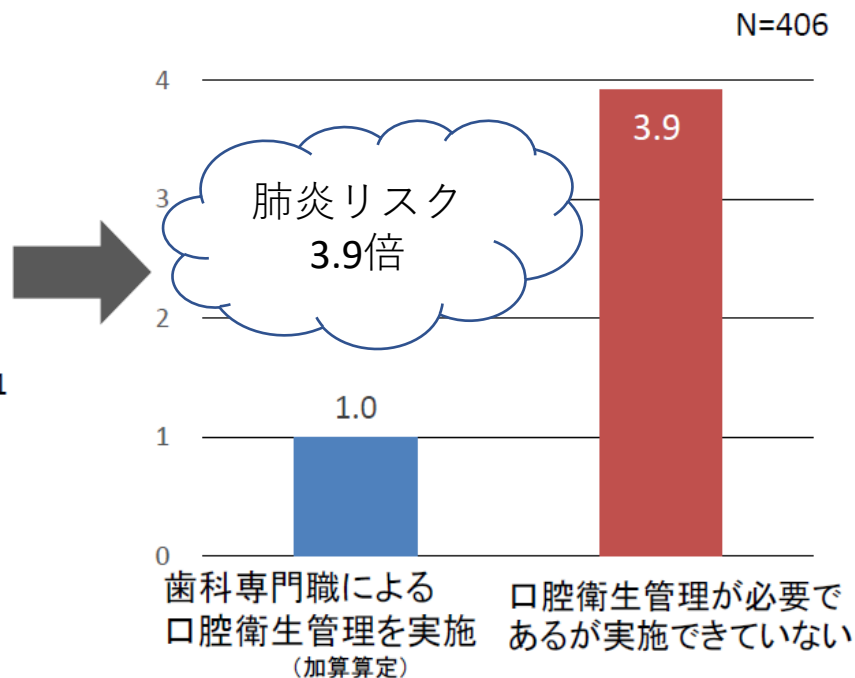
- 介護保険施設入所者406名のうち、1年間に肺炎を発症したのは20名(4.9%)であった。
- 歯科専門職による口腔衛生管理を実施している者と比較して、口腔衛生管理が必要であるが実施できていない者では、肺炎の発症(8.8%)が有意に高い結果であった。
- 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年間の肺炎の発症は、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して3.9倍であった。

口腔衛生管理加算実施の有無と1年間の肺炎の有無



※ 介護保険施設の担当看護師、介護職員が回答

肺炎の発症リスクと口腔衛生管理の関係



※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

出典:令和元年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

施設系サービスにおける口腔衛生管理体制加算の基本サービス化

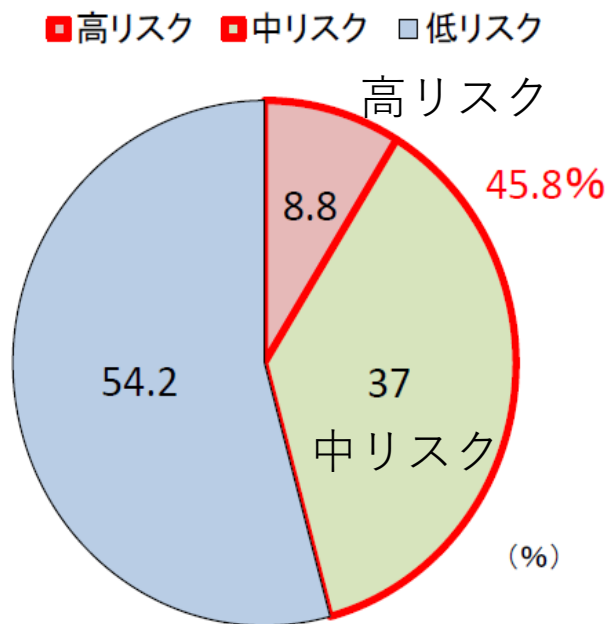
- 施設系サービスにおける口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、基本サービスとして行うこととする。
- 施設系サービスについて、口腔衛生管理体制を整備し、入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うことを求める。
- その際、3年の経過措置期間を設けることとする。
- 口腔衛生管理加算について、CHASE へのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設ける。

施設サービスにおける 栄養マネジメント充実



介護保険施設入所者の栄養状態

○ 介護保険施設入所者のうち、低栄養リスクが中・高リスクの者が約半数



(参考)低栄養リスクの分類について*

	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1ヶ月 →3~5%未満 3ヶ月 →3~7.5%未満 6ヶ月 →3~10%未満	1か月 →5%以上 3か月 →7.5%以上 6か月 →10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl以下
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

※対象者: 全国464施設(老健・特養)の入所者35,314名

出典:令和元年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業」(日本健康・栄養システム学会)

※「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成17年9月7日老老発第0907002号)

介護保険施設入所者における低栄養リスクと入院・死亡リスクの関連

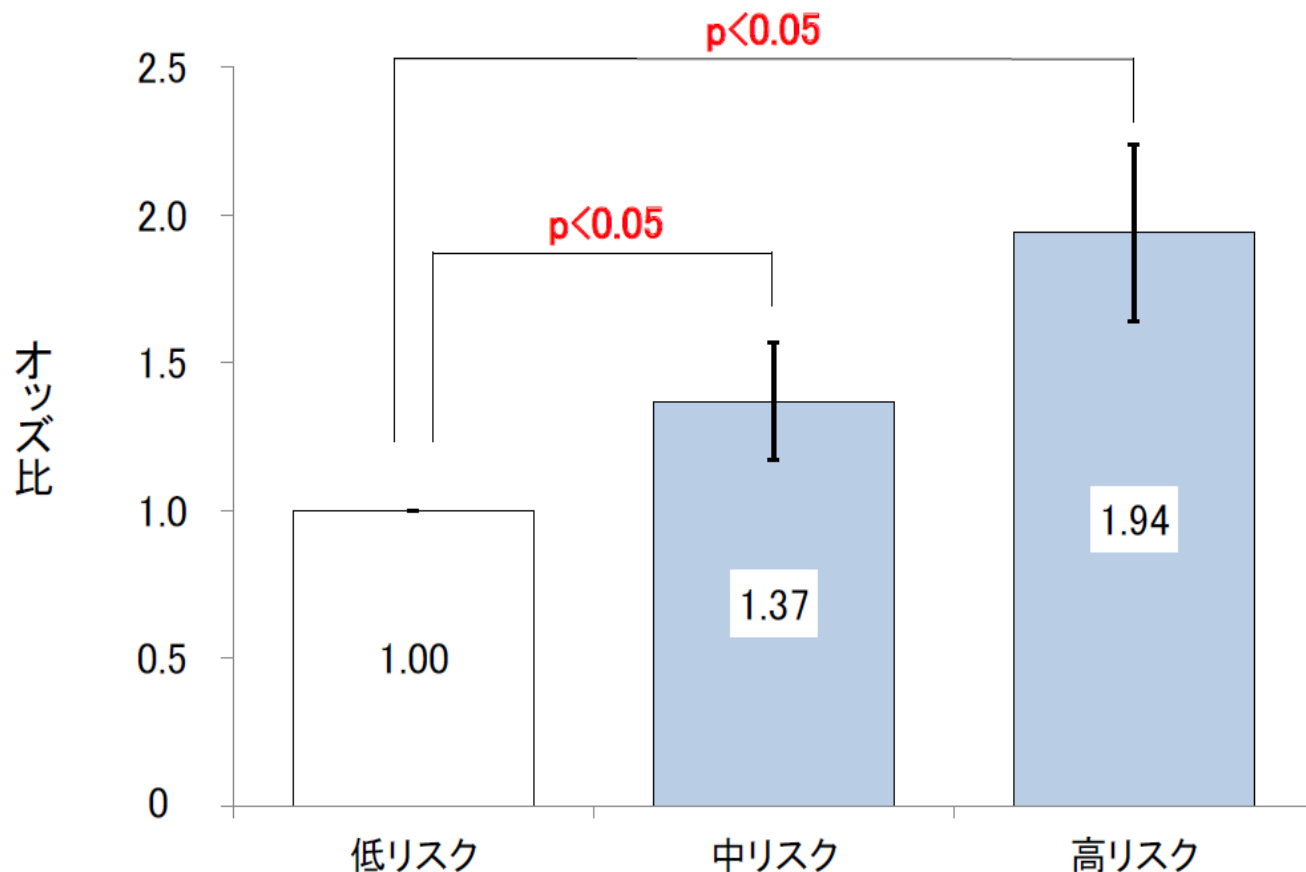


図 低栄養リスクが予後(入院・死亡)に及ぼす影響(低リスクを基準とした場合)

対象施設: 介護老人福祉施設及び介護老人保健施設(141施設)

値: オッズ比及び95%信頼区間

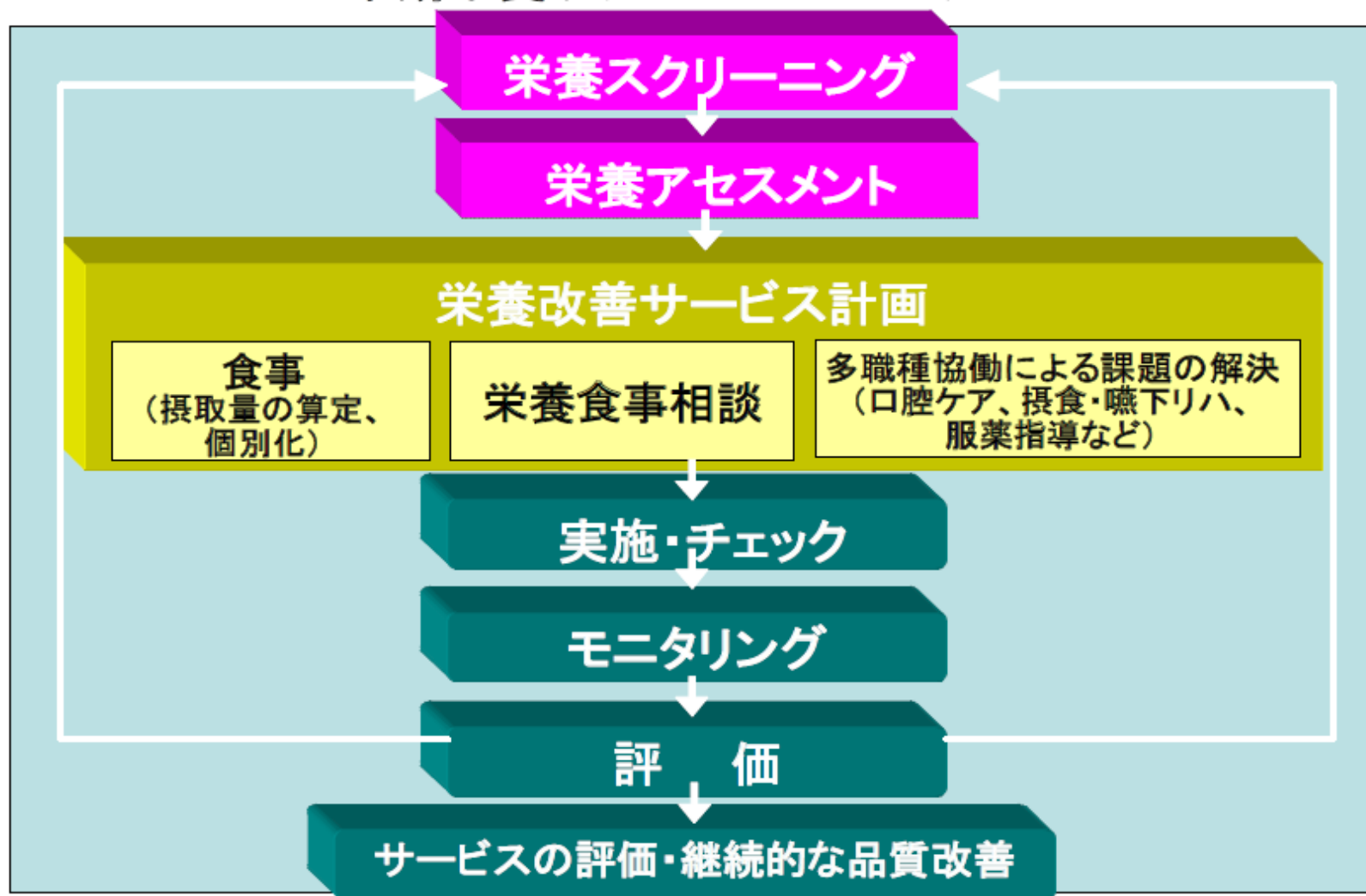
対象人数: 9,812人

平均追跡期間: 392日間

調整因子: 性、年齢階級、BMI、日常生活自立度、要介護度

栄養ケア・マネジメントの構成要素

～早期栄養ケアのためのシステム～



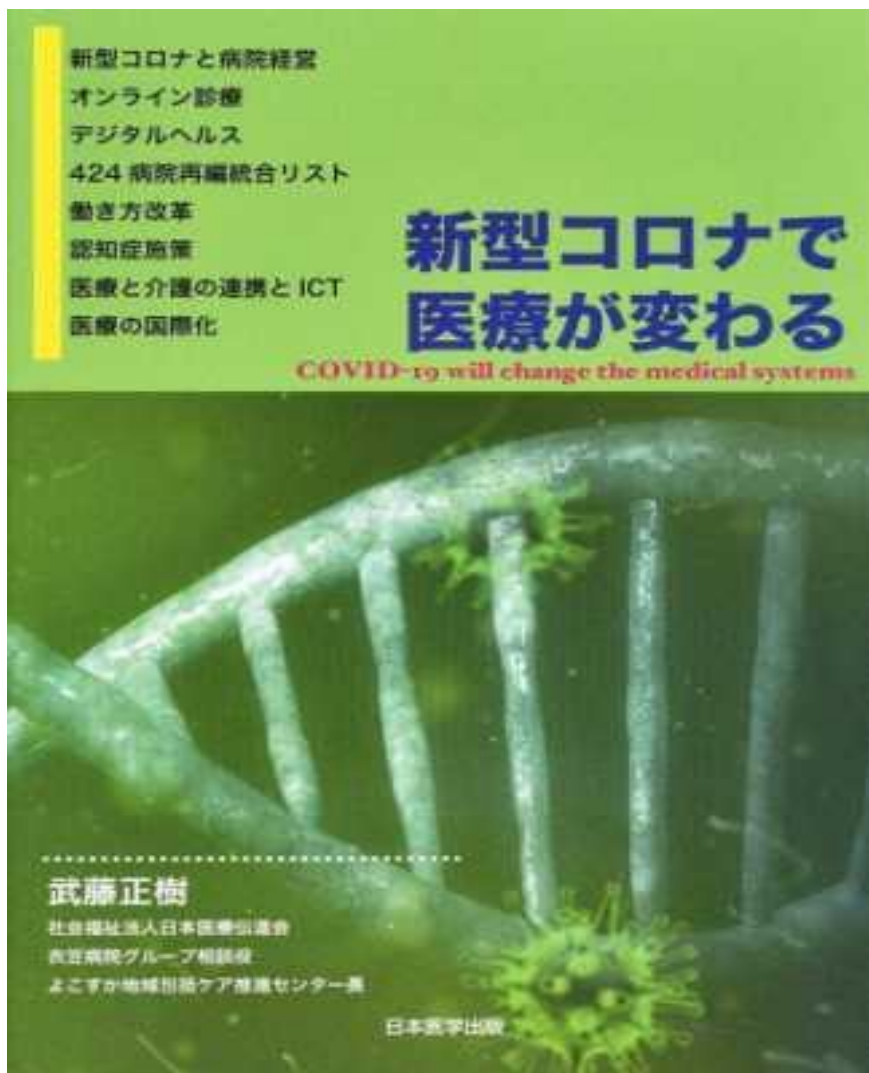
施設系サービスにおける栄養マネジメント加算の基本サービス化

- 施設系サービスにおける栄養マネジメント加算を廃止し、栄養ケア・マネジメントを基本サービスとして行うこととする。
- このため、現行の栄養士に加えて、管理栄養士の配置を位置付ける（栄養士又は管理栄養士の配置を求める）とともに、入所者ごとの状態に応じた栄養管理を計画的に行うことを求める。
- 栄養ケア・マネジメントが実施されていない場合は、基本報酬を減算する。その際、3年の経過措置期間を設けることとする。
- 低栄養リスクが高い者のみを対象とする低栄養リスク改善加算について、入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や栄養ケアに係る体制の充実を評価する加算に見直す。
- その際、CHASE へのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCA サイクルの推進・ケアの向上を図ることを要件の一つとする

今日のまとめ

- 地域包括ケアは病院の専門職の地域活動から始まった
- 地域包括ケアの推進は、在宅限界をいかに上げていくかが課題の一つ。
- 地域密着型サービスに注目しよう
- 介護報酬改定でも多職種間連携が基本サービスとなる

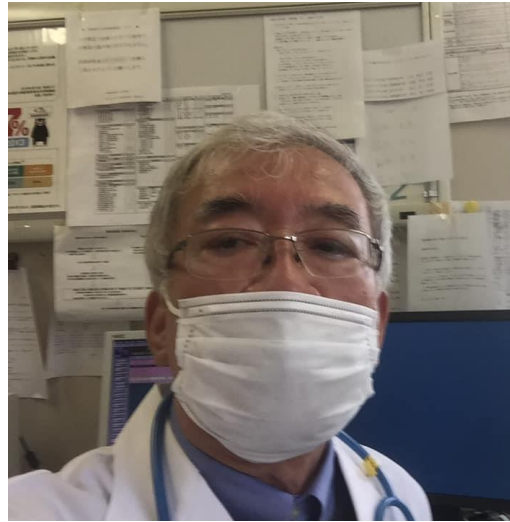
新型コロナで医療が変わる



- 新型コロナと病院経営危機
- オンライン診療
- デジタルヘルス
- 424病院再編統合リスト
- 働き方改革
- 認知症施策
- 医療と介護の連携とICT
- 医療の国際化

日本医学出版より
8月発刊！

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。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

muto@kinugasa.or.jp