

薬剤師が知っておきたい 2021年介護報酬改定のポイント

ジェネリック企業不祥事と新目標



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

横浜

鎌倉

逗子・葉山海岸



油壺マリンパーク



衣笠病院



戦艦三笠

三浦半島



ベリー公園

目次

- パート 1
 - ジェネリック医薬品企業不祥事
- パート 2
 - ジェネリック医薬品の新たな目標
- パート 3
 - 2021年介護報酬改定の基本方針
- パート 4
 - 地域包括ケアシステムの推進
- パート 5
 - 多職種連携の推進
- パート 6
 - テクノロジーの活用
- パート 7
 - 老人保健施設での減薬の推進



パート 1

ジェネリック医薬品企業不祥事



TBS
NEWS

水虫薬に睡眠剤混入で立ち入り調査

2020年12月21日 小林化工（福井県）

**小林化工が製造した爪水虫などの治療薬に
睡眠導入剤の成分が混入**

JNN

イトラコナゾール 50 [MEEK]

イトラコナゾール



MK12



50mg



MK12

イトラコナゾール



イトラコナゾール



MK12



50mg



MK12

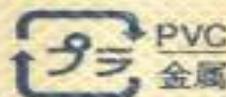
イトラコナゾール



イトラコナゾール



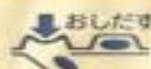
MK12



PVC
金属

ITRACONAZOLE 50 [MEEK]

イトラコナゾール イトラコナゾール

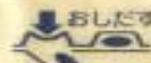


50mg

抗真菌剤 抗真菌剤

イトラコナゾール イトラコナゾール

50mg



抗真菌剤 抗真菌剤

イトラコナゾール イトラコナゾール

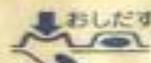


50mg

抗真菌剤 抗真菌剤

イトラコナゾール イトラコナゾール

50mg



抗真菌剤 抗真菌剤

イトラコナゾール イトラコナゾール



50mg

(01)04987436174214

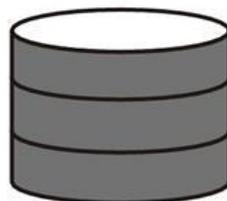


混入は複数のミスや問題が重なって起きた

令和2年7月ごろ

本来の原料と睡眠導入剤成分が入った容器を取り違える

× 容器の形状は大きく異なる



本来の原料



睡眠導入剤
成分入り



容器を取り違えたまま継ぎ足しを実施

× 継ぎ足しは厚労省が承認していない手順



出荷前の品質検査を実施

× 2人一組でのダブルチェックもせず



9~12月

出荷

× 異物混入を示すデータが検出も見落とす

小林化工の問題点

経営陣は黙認

原料管理・製造

- ① 2人で確認する作業を1人で実施
- ② 本来の原料と睡眠導入剤成分を取り違え
- ③ 国承認外の原料つぎ足し
(手順書が存在)
- ④ 立ち入り検査に備え虚偽記録を作成

品質試験

- ⑤ 一部の検査をせず結果を捏造
- ⑥ 異常を示すデータ検出も検証せず

出荷

健康被害 239人
計41製品自主回収

1人死亡



福井県は2月9日、
小林化工に対して
116日間の業務停止
処分と業務改善命令
を通告した。

医薬品回収分類

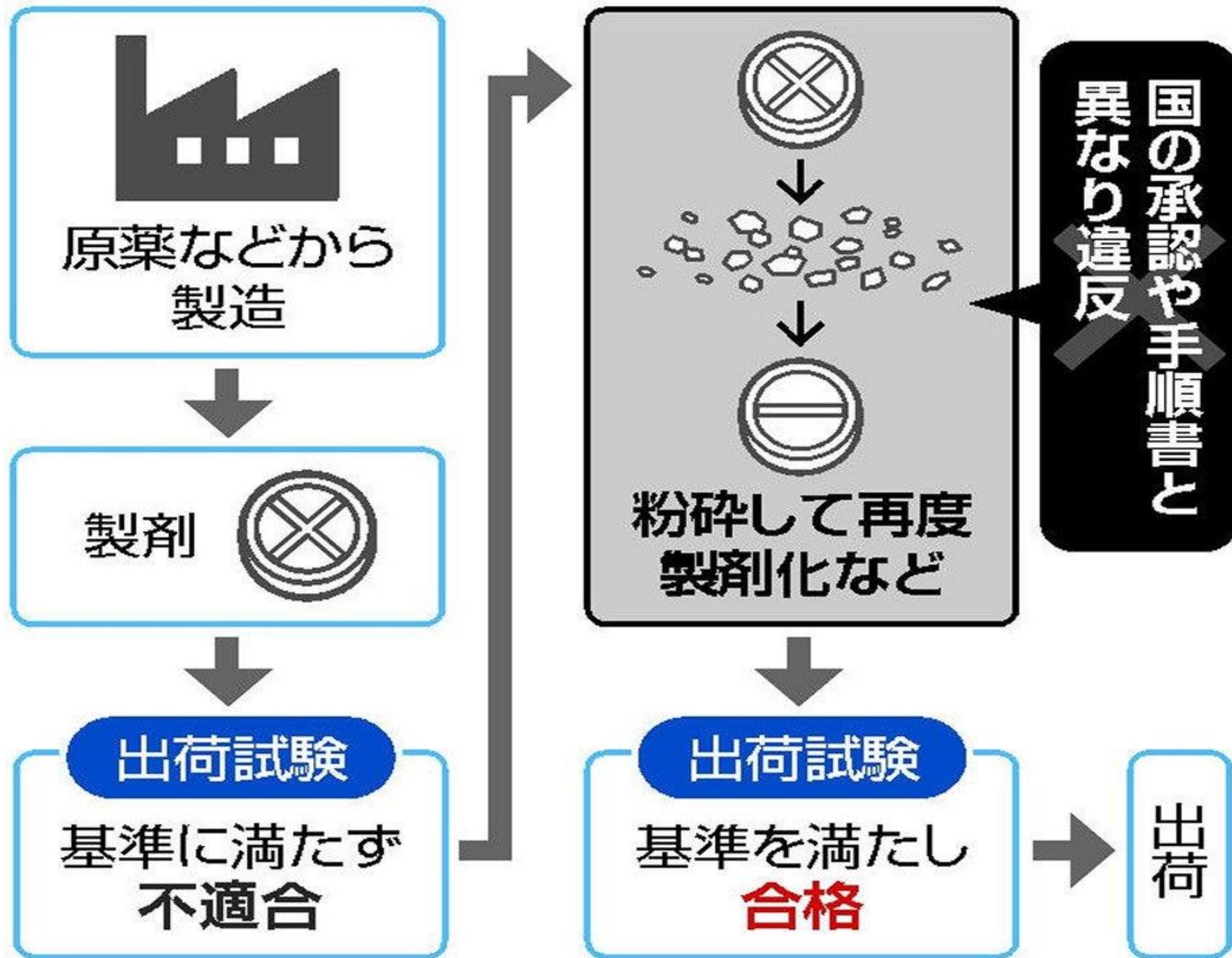
- **クラスI**：クラスIとは、その製品の使用等が、重篤な健康被害又は死亡の原因となりうる状況をいう。
- **クラスII**：クラスIIとは、その製品の使用等が、一時的な若しくは医学的に治癒可能な健康被害の原因となる可能性があるか又は重篤な健康被害のおそれはまず考えられない状況をいう。
- **クラスIII**：クラスIIIとは、その製品の使用等が、健康被害の原因となるとはまず考えられない状況をいう。



2021年3月3日
業務停止32日間
75製品を自主回収、

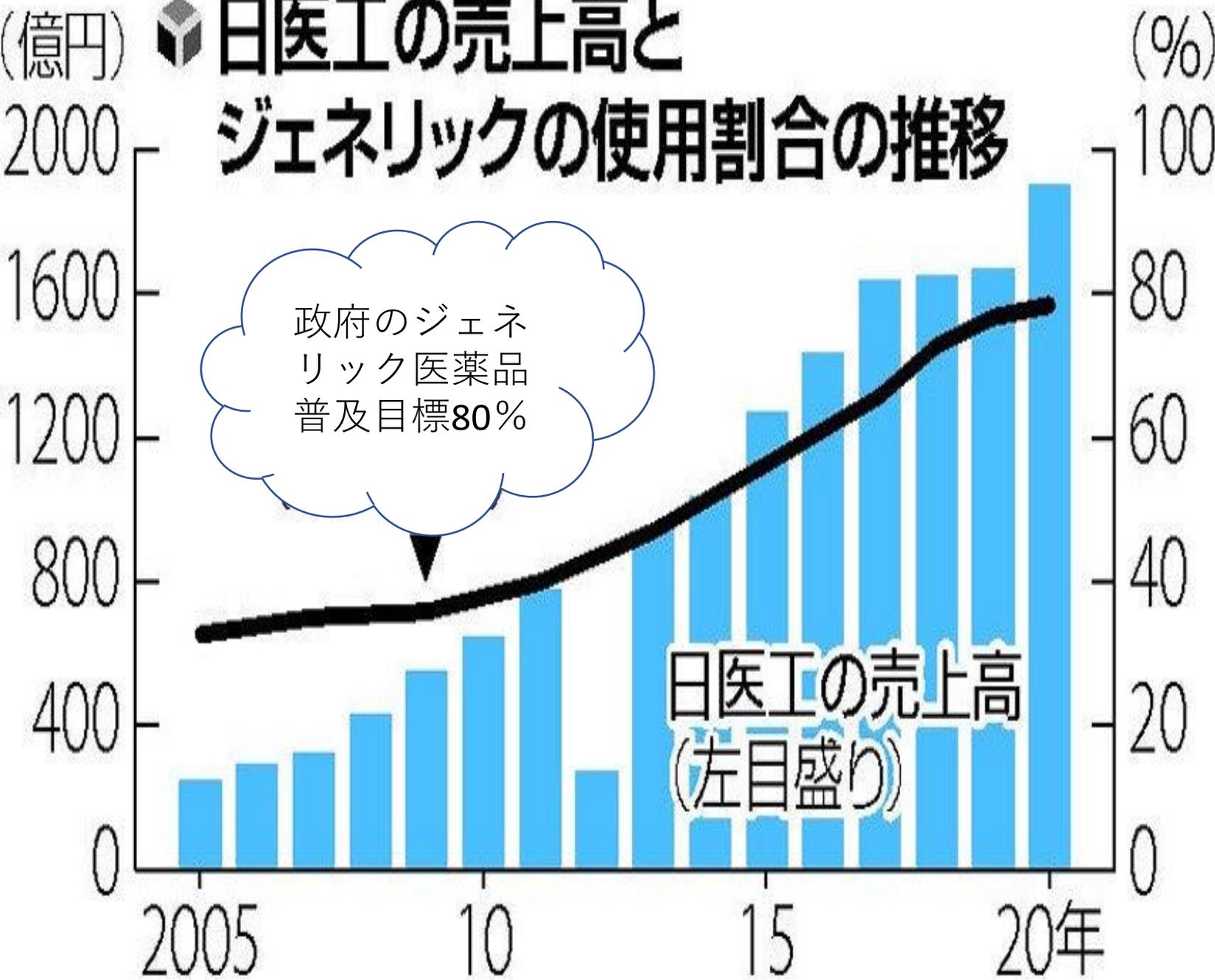
廃棄回避の手法	内容
再試験	手順書（出荷試験不適合の管理に関する手順書）に反し、初回試験結果を棄却。再試験など（初回試験と同一サンプルを使った再試験、または別のサンプルを使用した試験）を行って出荷した。
再加工処理	出荷試験不適合ロットに対し、製造指示記録書に記載していない再加工処理を実施して出荷した。
社内規格不適合品の出荷	製品標準書に反し、社内規格不適合ロットを出荷した。
出荷試験の不実施と試験データねつ造	定量試験不適合ロットから選別したものを定量試験/溶出試験を実施せずに出荷した。試験データには、不適合だった選別前の定量試験の数値に補正を掛けた数値、および選別前の溶出試験の数値を使い、試験適合品と偽った。

不適正な再加工処理の事例



※日医工の資料などから作成

日医工の売上高と ジェネリックの使用割合の推移



※日医工は2012年に11月期決算から3月期決算に変更。
使用割合は厚生労働省調べ



高橋 尚

田村 文一

吉川 真弘

2021年3月3日
業務停止32日間
75製品を自主回収、
規格外ロットを粉碎再加工、
10年前から

医師7千人調査「後発医薬品による健康被害問題をどう思う？」 後発品全般への評価「悪くなった」が6割

2021年4月30日 日経メディカルアンケート

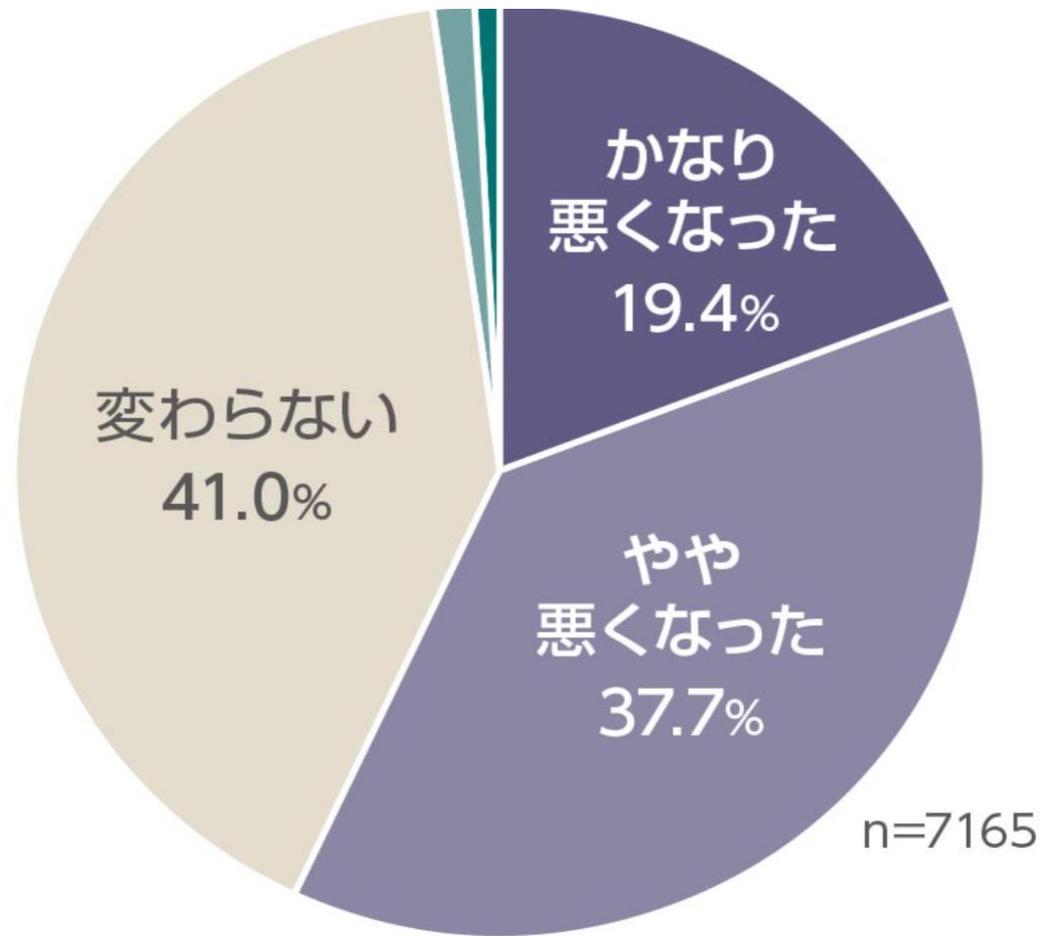




図4 具体的な印象について（重複回答、これ以外に「その他」を279人が選択）

不正防止へ業界「目安箱」設置 後発薬の信頼回復目指す



日本ジェネリック製薬協会
沢井光郎会長

日本ジェネリック製薬協会（東京）は、加盟各社の社員から公になっていない製造過程や品質管理上の問題の通報・相談を受け付ける「目安箱」を6月にも設ける方針だ。

パート 2

ジェネリック薬品の 新たな目標



経済・財政一体改革の進捗について
(社会保障分野)

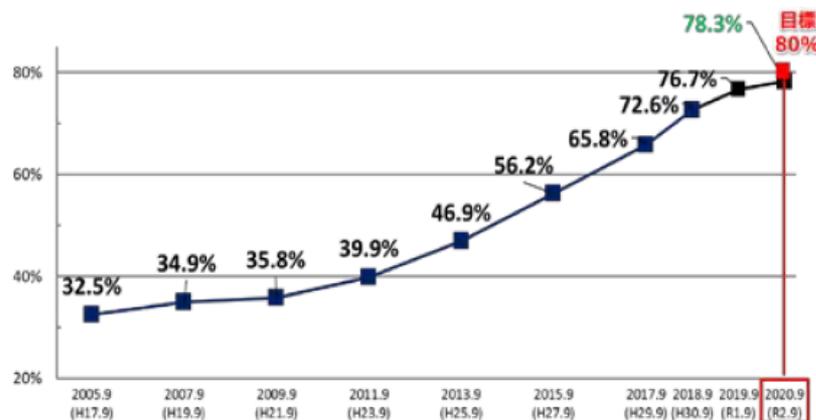
令和3年4月27日
厚生労働省提出資料

【現状】

「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）（抄）

⑦薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等

2020年（平成32年）9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



**80%目標に対し、実績78.3%※
⇒目標には届かず**

※令和2年9月薬価調査

注）「使用割合」は、後発医薬品のある先発医薬品及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいふ。厚生労働省調べ

➤後発医薬品メーカーの不祥事により、後発医薬品への信頼低下

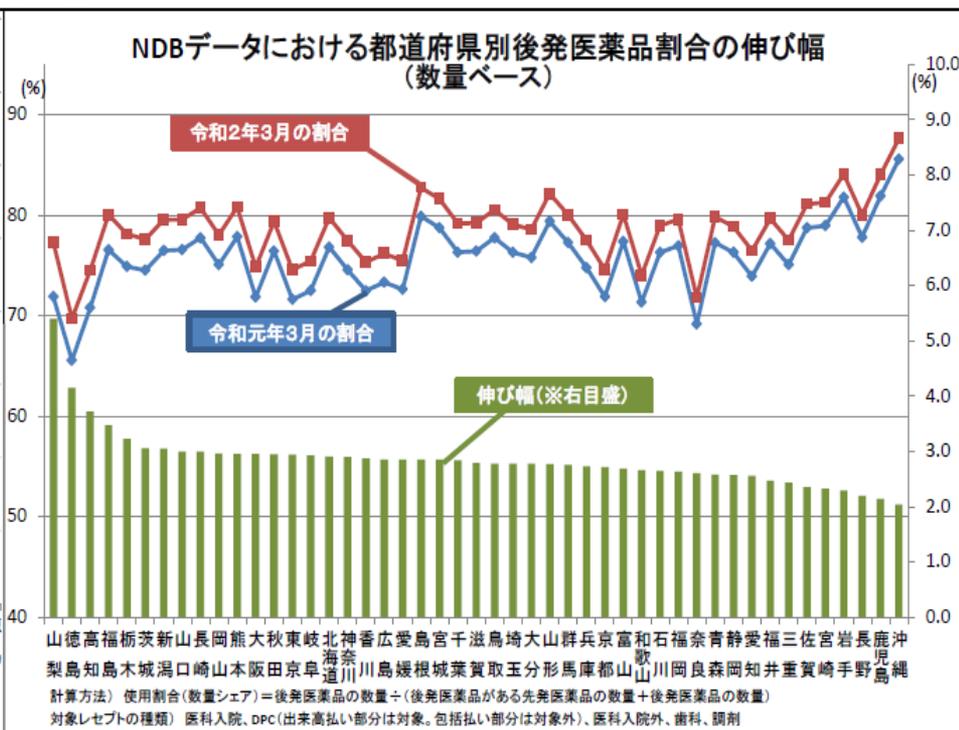
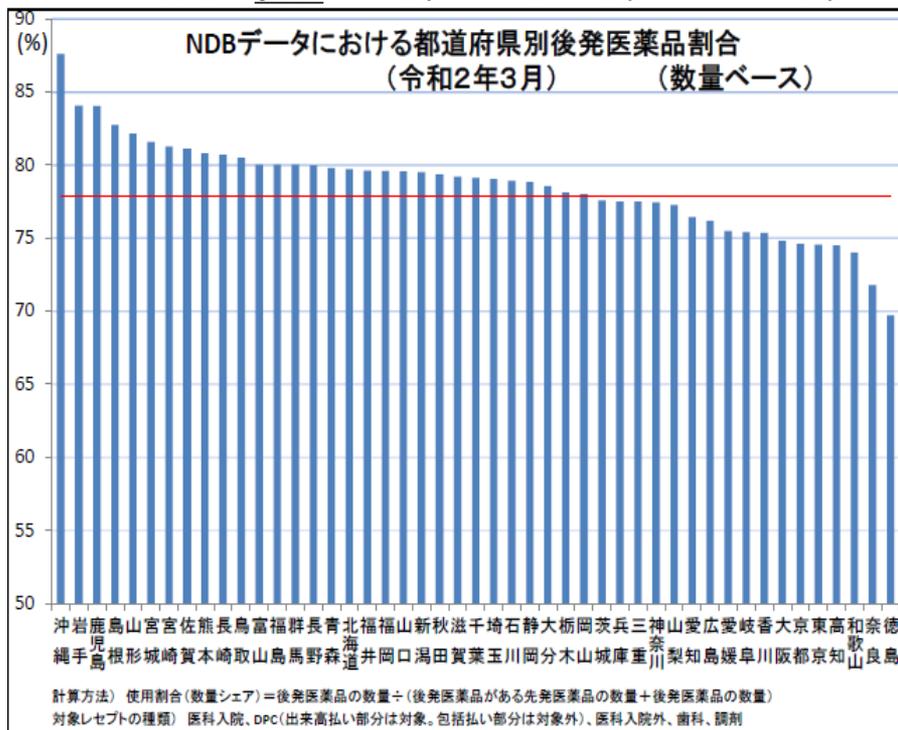
- 令和2年12月、小林化工(株)が製造販売する抗真菌剤に、睡眠導入剤の混入事案が発生
- 令和3年2月、日医工(株)富山第一工場に対し、県及び（独）医薬品医療機器総合機構の合同による無通告査察を実施したところ、GMP違反の疑いが判明

【課題】

➤都道府県別に見るとばらつきが存在 <令和2年3月NDBデータ>

使用割合が**高い** 1位：沖縄、2位：岩手、3位：鹿児島

使用割合が**低い** 1位：徳島、2位：奈良、3位：和歌山



➤後発医薬品の信頼回復に向けた取組の推進

- GMP立入検査の強化 (無通告立入検査回数の増、立入検査手法の質の向上等)
- 製造業者における原薬管理の徹底
- 製造販売業者としての管理体制強化 (製造所の監督等の厳格化、安全対策の強化や製造量等に見合った体制確保等)
- 安定供給確保の措置

(参考) 医療機関等への調査結果においては、後発医薬品選定の際に品切れが発生しないことを重視する傾向が示されている

品切れが発生しないことを重視する 病院93.5%、診療所33.3%、保険薬局：82.8% <令和元年度 後発医薬品使用促進ロードマップに関する調査報告書> 33

【今後の対応】

- ✓ 後発医薬品メーカーの不祥事による後発医薬品使用割合の変化・傾向を注視
 - ✓ 後発医薬品使用割合の見える化を地域や医療機関等の別に着目して拡大することを2021年度中に実施に向けて検討
- NDBを活用し、都道府県、二次医療圏、年齢、薬効分類、医療機関等の別の後発医薬品使用割合の見える化を検討(2021年度中)
分析結果を都道府県に提供することにより、都道府県は後発医薬品安心使用促進協議会や保険者協議会等の場において使用促進策に活用し、全体の底上げを図る



<新たな目標>

2023年度末までに後発医薬品の数量シェアを、全ての都道府県で80%※以上

※NDBデータにおける後発医薬品割合

<参考:2020年3月後発医薬品数量割合 77.9%>

○バイオシミラーに係る新たな目標の在り方についても、バイオシミラーの特

神奈川県

77.2%

を検討

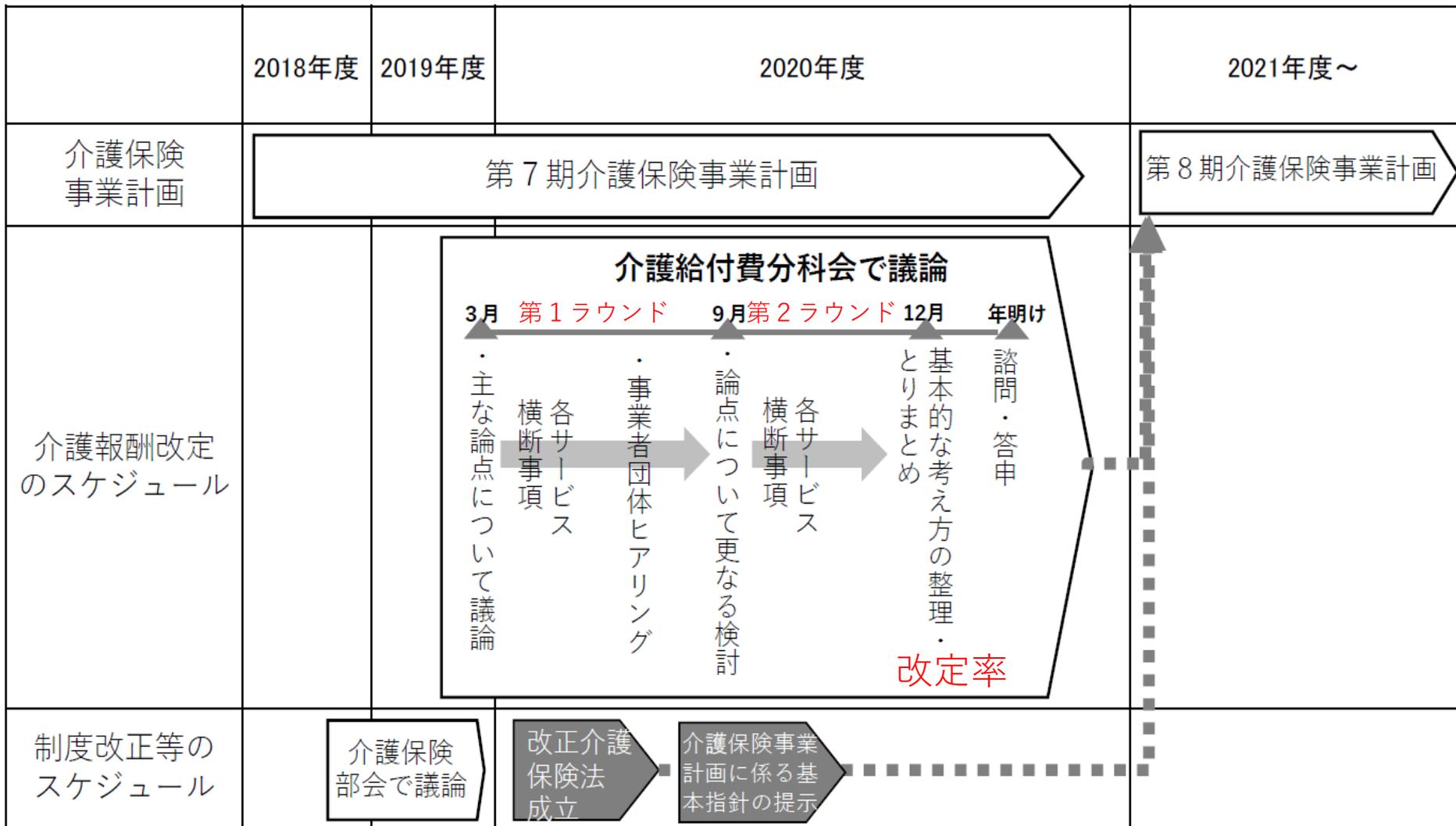
パート 3

2021年介護報酬改定の 基本方針



介護給付費分科会（オンライン）

令和3年度介護報酬改定に向けた今後のスケジュール(案)

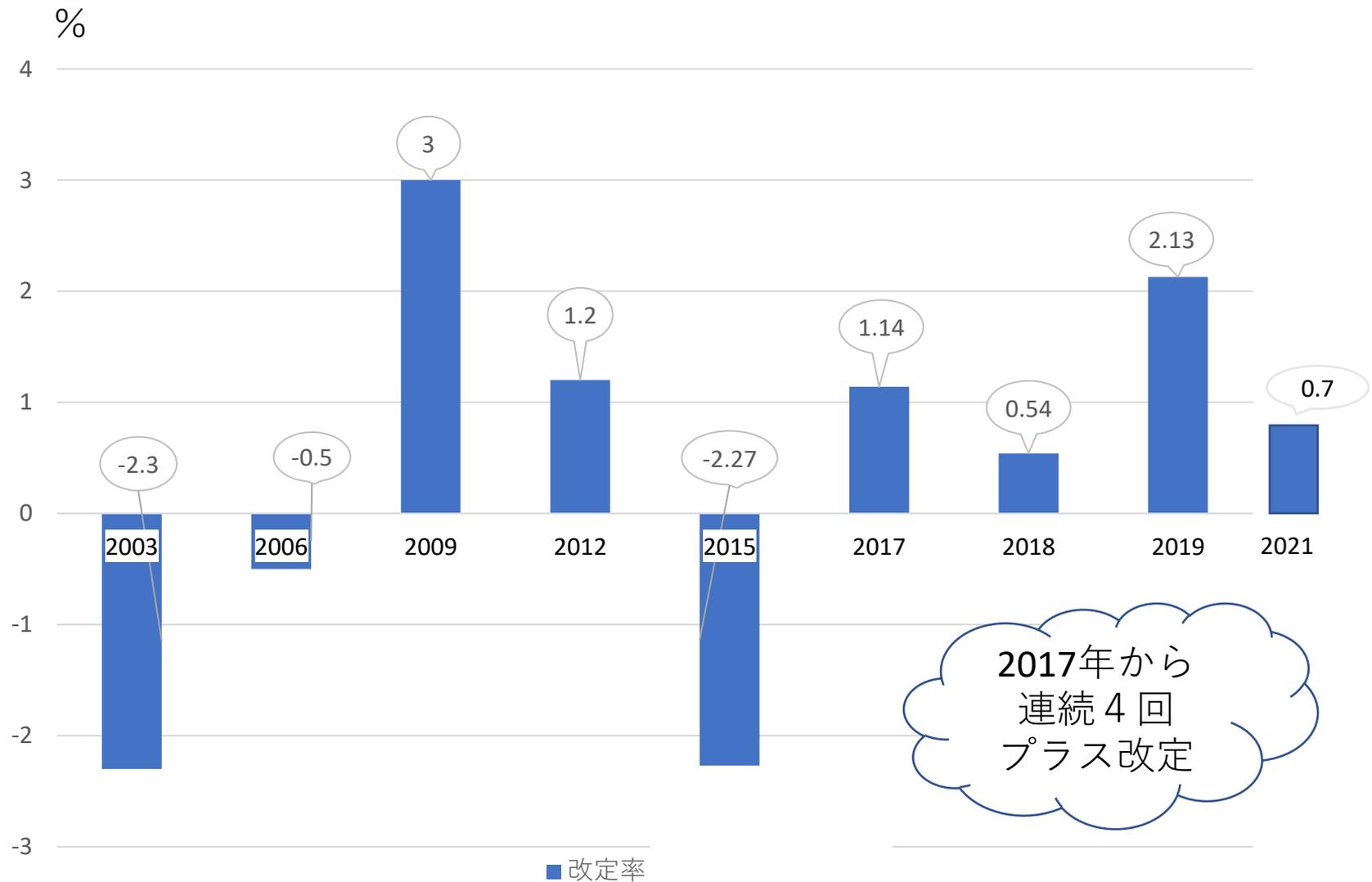


2021年改定率

0・7%プラス改定

このうち0・05%分はコロナ対応分の上乗せ

介護報酬改定率の推移





会場



田中分科会長



安藤委員



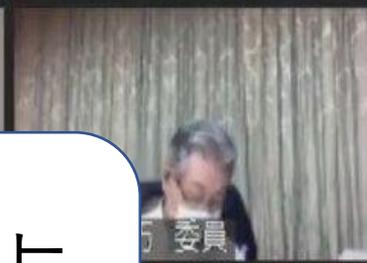
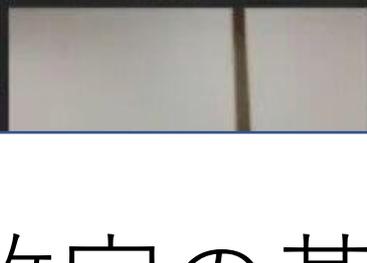
今井委員



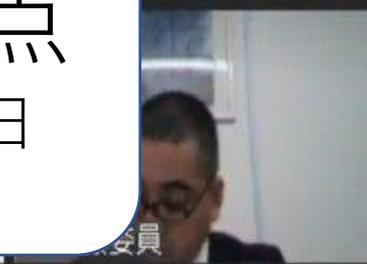
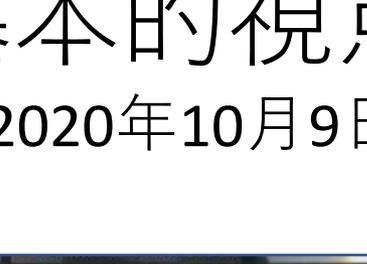
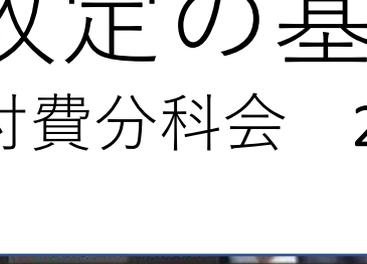
江澤和彦委員



大西委員



武久 洋三委員



石田路子委員



亀井委員



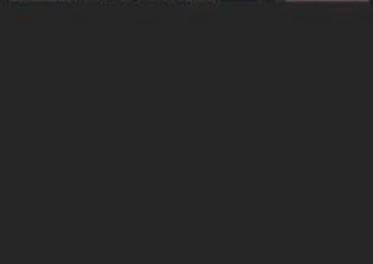
齋藤 訓子参考...



小玉委員



田辺委員



東 憲太郎委員



松田晋哉

次期改定の基本的視点

介護給付費分科会 2020年10月9日

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**地域包括ケアシステムの推進**」、「**自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。

※各事項は主なもの

1. 感染症や災害への対応力強化

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・感染症対策の強化 ・業務継続に向けた取組の強化 ・災害への地域と連携した対応の強化 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

○看取りへの対応の充実

・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

○医療と介護の連携の推進

・老健施設の医療ニーズへの対応強化
・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

・訪問看護や訪問入浴の充実 ・緊急時の宿泊対応の充実 ・個室エントの定員上限の明確化

○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

・事務の効率化による通減制の緩和 ・医療機関との情報連携強化 ・介護予防支援の充実

○地域の特性に応じたサービスの確保 ・過疎地域等への対応（地方分権提案）

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進
・職員の離職防止・定着に資する取組の推進
・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実
・人員配置基準における両立支援への配慮 ・ハラスメント対策の強化

○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進

・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和
・会議や多職種連携におけるICTの活用
・特養の併設の場合の兼務等の緩和 ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の掲示の柔軟化

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化
・リハビリテーションマネジメントの強化 ・退院退所直後のリハの充実
・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進
・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化
・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生管理や栄養マネジメントの強化

○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進
・ADL維持等加算の拡充

○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○評価の適正化・重点化

・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し
・長期間利用の介護予防リハの評価の見直し ・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し
・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）の廃止
・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

○報酬体系の簡素化

・月額報酬化（療養通所介護） ・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

6. その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化
・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額（食費）の見直し

パート4

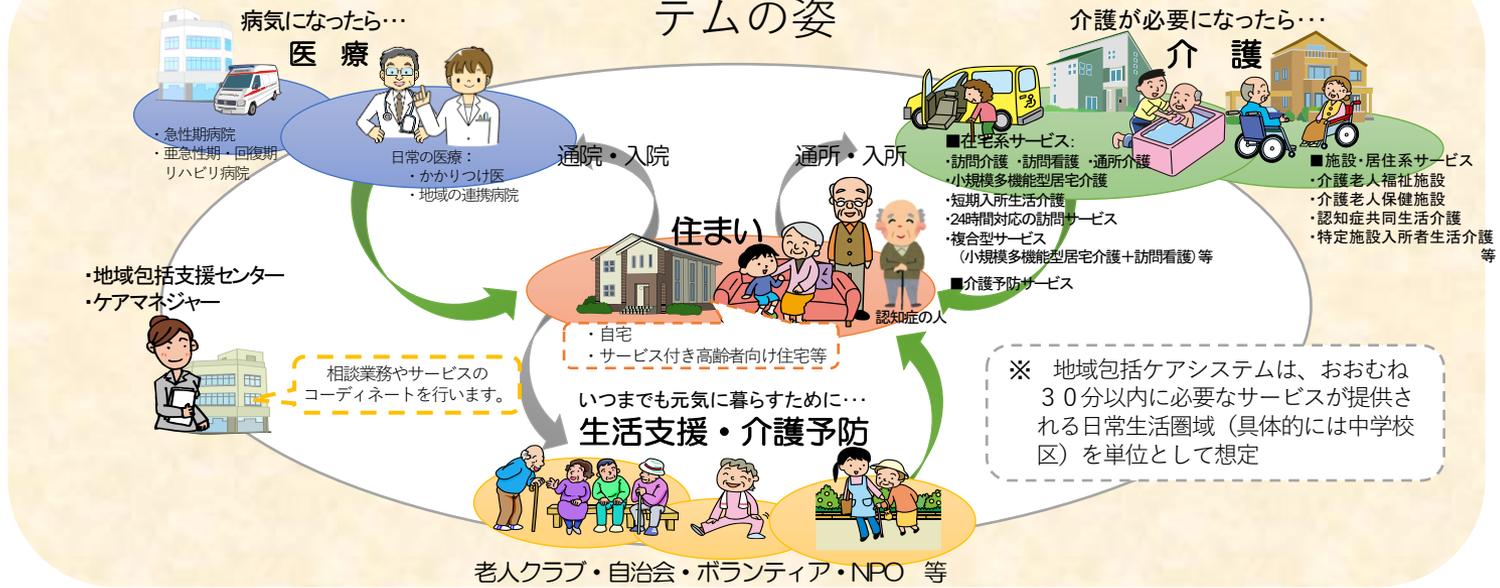
地域包括ケアシステムの推進



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。

2025年の地域包括ケアシステムの姿



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



介護サービスの種類

- ①居宅介護サービス
 - 訪問サービス
 - 通所サービス
 - 短期入所サービス
- ②施設サービス
 - 特養
 - 老健
 - 介護医療院
- ③地域密着型サービス
 - 定期巡回随時対応
 - 看多機



介護保険サービスの種類	分類	介護保険適用サービス
居宅介護サービス	訪問サービス	<ul style="list-style-type: none"> •訪問介護 •訪問入浴介護 •訪問看護 •訪問リハビリテーション
	通所サービス	<ul style="list-style-type: none"> •通所介護 •通所リハビリテーション
	短期入所サービス	<ul style="list-style-type: none"> •短期入所生活介護 •短期入所療養介護
	その他のサービス	<ul style="list-style-type: none"> •特定施設入居者生活介護 •福祉用具貸与 •住宅改修費支給
施設サービス		<ul style="list-style-type: none"> •特別養護老人ホーム •介護老人保健施設 •介護療養型医療施設（療養病床等） •介護医療院
地域密着サービス	訪問・通所型サービス	<ul style="list-style-type: none"> •小規模多機能型居宅介護 •夜間対応型訪問介護 •定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	認知症対応型サービス	<ul style="list-style-type: none"> •認知症対応型通所介護 •認知症対応型共同生活介護
	施設・特定施設型サービス	<ul style="list-style-type: none"> •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居者生活介

(1) 居宅介護サービス

- ①訪問看護
- ②在宅介護の通院等乗降介助
- ③訪問入浴介助
- ④緊急ショート

①訪問看護

- (ア) 退院時の訪問看護
- (イ) 看護体制強化加算
- (ウ) 訪問看護ステーションにおける理学療法士の訪問



(ア) 退院日の訪問看護



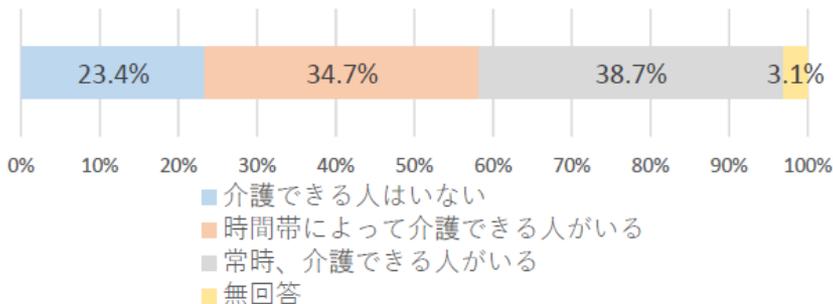
退院当日の算定のルール

	医療保険	介護保険	
対象者	小児等40歳未満の者、 要介護者・要支援者以外	要支援者・要介護者	※1：厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7） 末期の悪性腫瘍 多発性硬化症 重症筋無力症 スモン 筋萎縮性側索硬化症 脊髄小脳変性症 ハンチントン病 進行性筋ジストロフィー症 パーキンソン病関連疾患 多系統萎縮症 プリオン病 亜急性硬化性全脳炎 ライソゾーム病 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
退院日の 訪問看護	原則、算定不可		
例外として 算定できる 場合	厚生労働大臣が 定める疾病等 (別表第7※1)		※2：厚生労働大臣が定める状態（別表第8） イ 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 ロ 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（別表第8のみ） 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 ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態 ニ 真皮を超える褥瘡の状態 ホ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められた状態（在宅患者訪問点滴注射管理指導料 ⁵ を算定している者）
	退院日の訪問看護が 必要と認められた者		
算定方法	退院日の翌日以降初日の 指定訪問看護を行ったとき に退院支援指導加算を 算定	訪問看護費を算定	

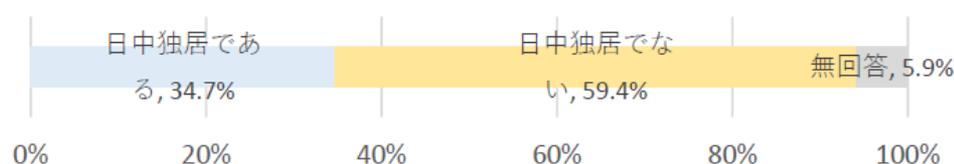
退院当日に訪問の必要があった利用者の介護の状況

- 退院当日に訪問が必要であった利用者の介護状況は「介護できる人はいない」23.4%、世帯の状況は「独居」が26.4%であった。
- また、日中の状況については「日中独居」は34.7%、利用者・家族の困りごとは、「体調・病状」80.5%、「緊急時の対応」54.2%、「服薬」51.3%であった。

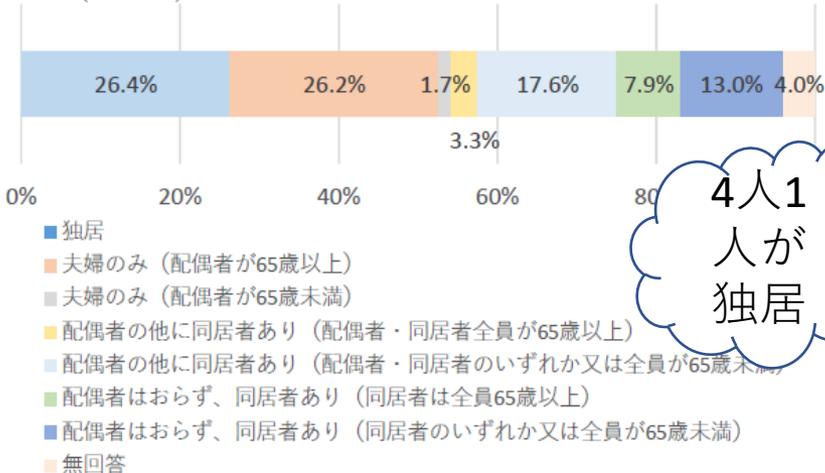
■ 退院当日に訪問が必要であった利用者の介護者の状況 (n=478)



■ 退院当日に訪問が必要であった利用者の日中の状況 (n=478)

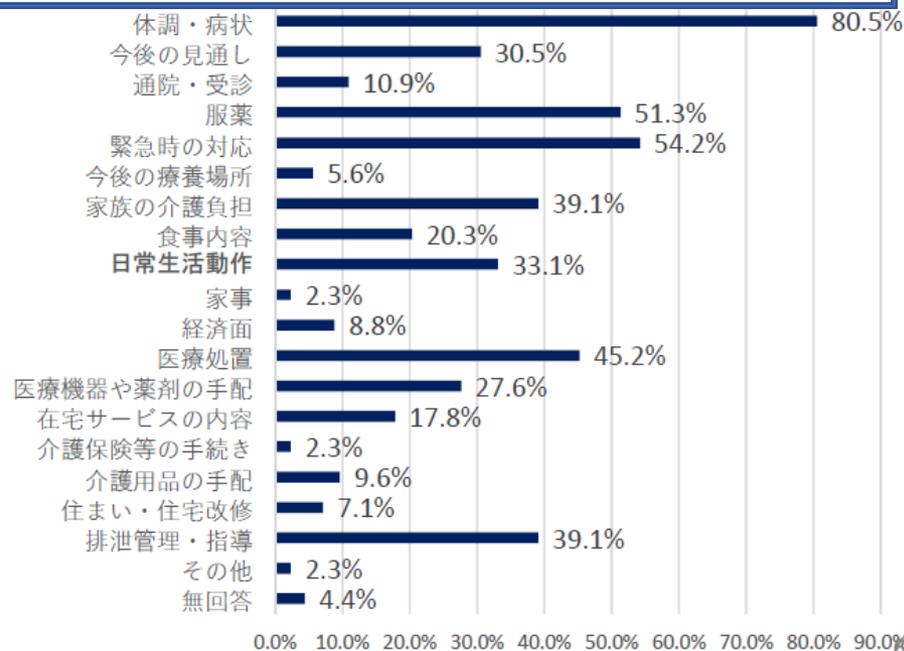


■ 退院当日に訪問が必要であった利用者の世帯の状況 (n=478)



4人1人が独居

■ 退院当日に訪問が必要であった利用者・家族の困りごとや心配ごと (n=478)



2.(4)③ 退院当日の訪問看護

概要

【訪問看護★】

- 退院当日の訪問看護について、利用者のニーズに対応し在宅での療養環境を早期に整える観点から、主治の医師が必要と認める場合は算定を可能とする。【通知改正】

算定要件等

- 医療機関、介護老人保健施設、介護療養型医療施設又は介護医療院を退院・退所した日について、厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示第六号）にある利用者に加え、主治の医師が必要と認めた利用者に訪問看護費を算定できることとする。
※短期入所療養介護サービス終了日（退所・退院日）も同様の取扱い。

参考：厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示第六号）

特別管理加算の対象患者

- イ 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
- ロ 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
- ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ニ 真皮を超える褥瘡の状態
- ホ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められた状態（在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者）

退院日の訪問
看護の解禁

特別管理加算の対象

参考：厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示第六号）

- イ 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
- ロ 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
- ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ニ 真皮を超える褥瘡の状態
- ホ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められた状態（在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者）



(イ) 看護体制強化加算



在宅の重症患者が増えている

論点②在宅療養を支える訪問看護提供体制の強化(看護体制強化加算)

論点②

- 訪問看護サービスは、医療ニーズのある要介護者等の在宅療養を支えるサービスの1つであり、今後増加が見込まれる利用者の医療ニーズに対応するため、訪問看護ステーションにおける体制の一層の強化が必要となる。
- 医療ニーズのある要介護者等の在宅療養を支える観点から、訪問看護体制の強化についてどのような対応が考えられるか。

中重度者対応を評価する
看護体制強化加算の
要件緩和

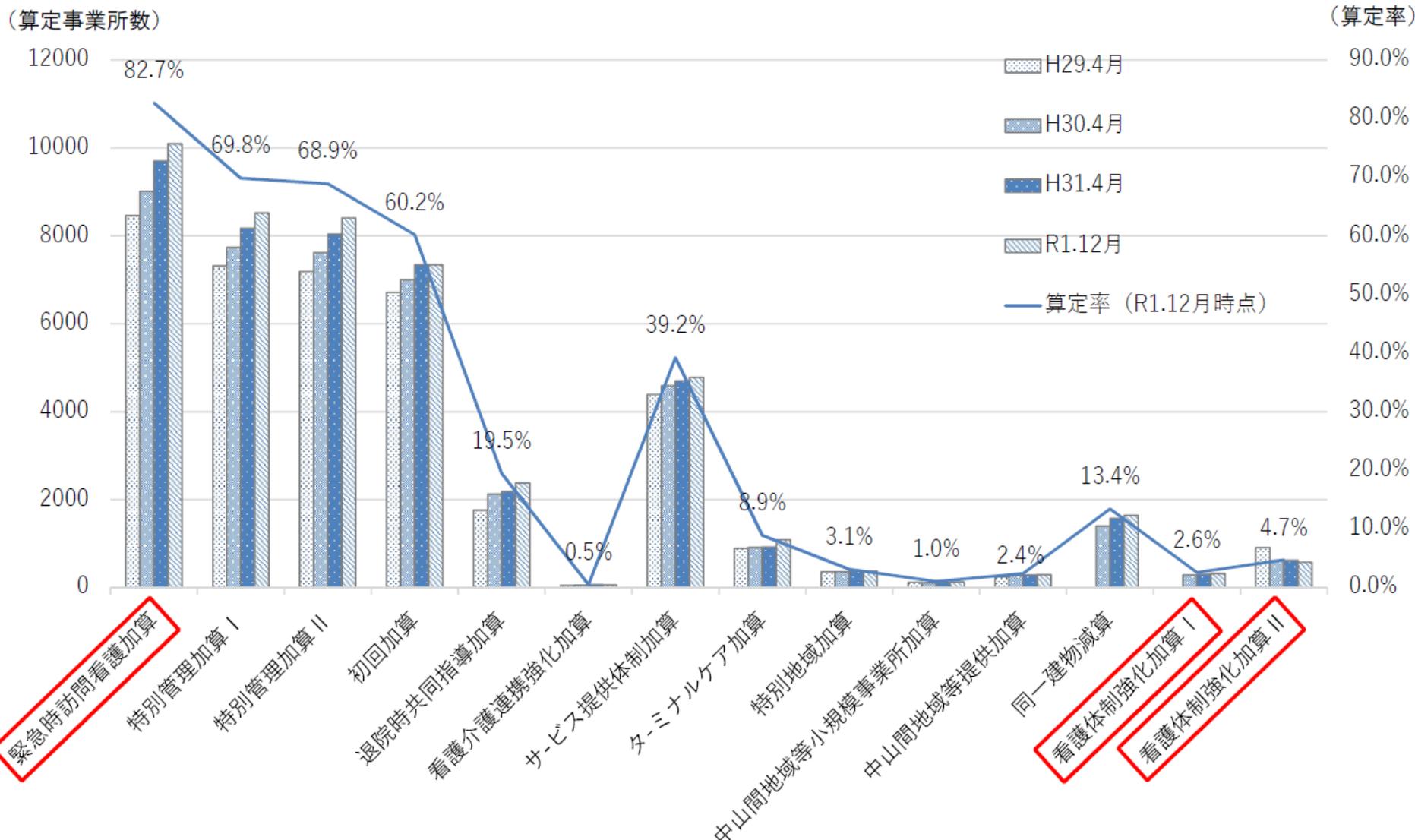
訪問看護の提供体制の評価

	看護体制強化加算		緊急時訪問看護加算
	(Ⅰ)	(Ⅱ)	
概要	要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応を強化する観点から、充実したサービス提供体制の事業所を評価		利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制を評価
単位数	600単位（1月につき）	300単位（1月につき）	574単位（1月につき）
要件	① 算定月の前6月間における利用者総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した割合が50%以上		利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して24時間連絡できる体制にあって、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う体制にある場合
	② 算定月の前6月間における利用者総数のうち、 特別管理加算※を算定した割合が30%以上		
	③ 算定月の前12月間にターミナルケア加算を算定した利用者が5人以上	③ 算定月の前12月間にターミナルケア加算を算定した利用者が1人以上	

※特別管理加算の対象：厚生労働大臣が定める状態（第六号）

- イ 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
- ロ 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
- ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ニ 真皮を超える褥瘡の状態
- ホ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められた状態（在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者）

訪問看護における主な加算等の算定状況



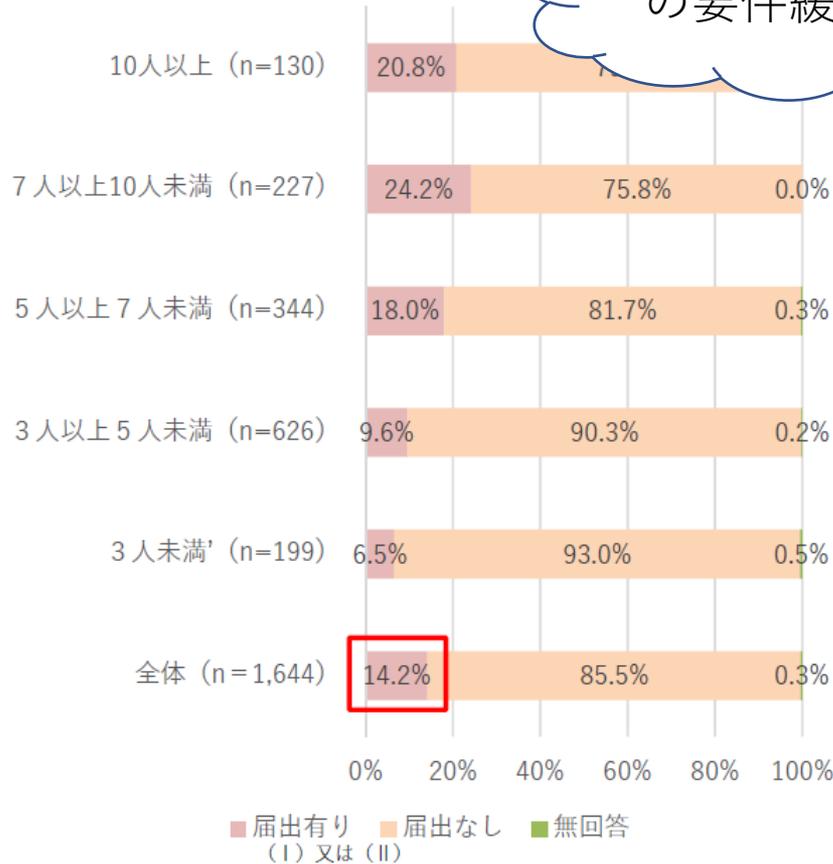
※各月の加算算定事業所及び請求事業所を介護保険総合データベースから集計
 ※算定率は、各審査月の加算算定事業所／請求事業所数により算出した
 ※算定事業所数には、訪問看護ステーション、病院・診療所を含む。

看護体制強化加算の届出状況

- 看護体制強化加算は、約14%で届出されており、看護職員が多くなるほど届出をしている事業所の割合が高い。
- 算定できない理由については、「特別管理加算の対象となる利用者が少ない」が55.0%であった。

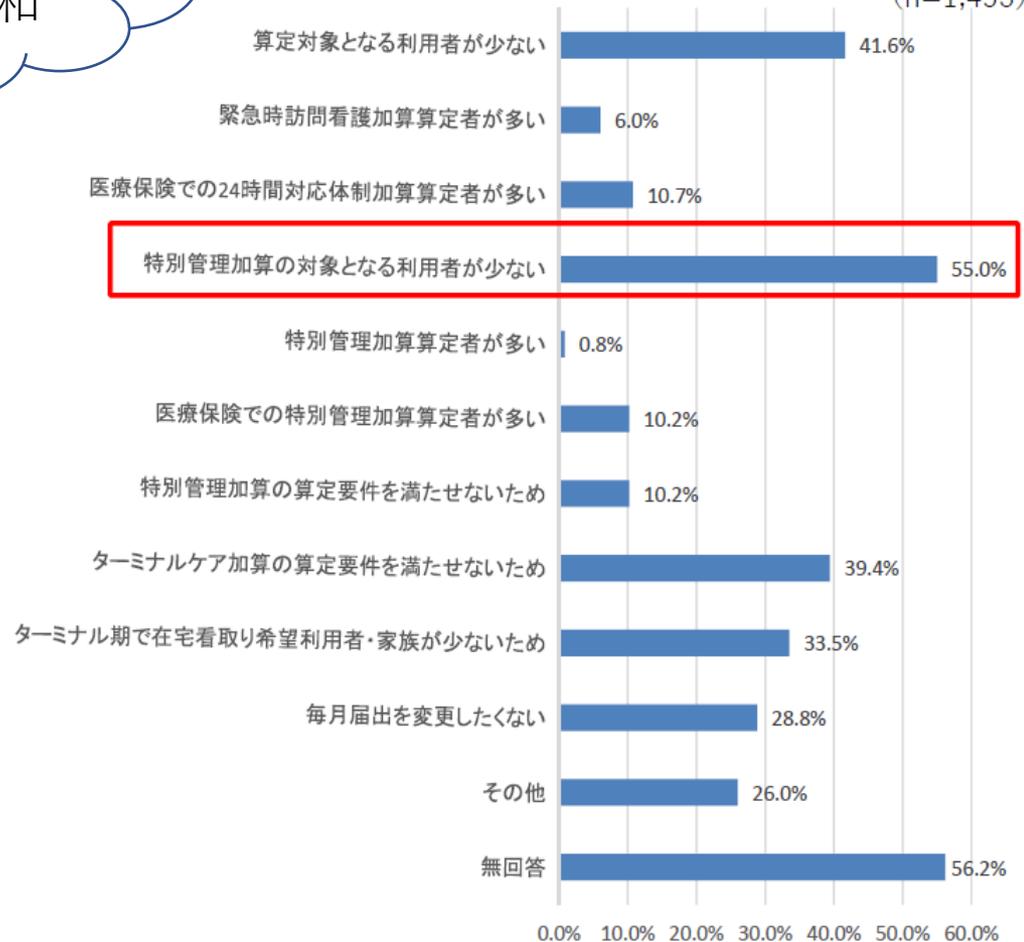
■ 看護体制強化加算の届出状況

特別管理加算
の要件緩和



看護体制強化加算を算定できない理由 (複数回答)

(n=1,453)



(出典) 平成30年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所における看護師等の従業者数の規模別にみたサービスの実態に関する超研究事業」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

(出典) 平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)「訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究」

2.(4)④ 看護体制強化加算の見直し

概要

【訪問看護★】

- 看護体制強化加算について、医療ニーズのある要介護者等の在宅療養を支える環境を整える観点や訪問看護の機能強化を図る観点から見直しを行う。【告示改正】

単位数

<現行>

(訪問看護の場合)

看護体制強化加算 (I) 600単位/月

看護体制強化加算 (II) 300単位/月

<改定後>

看護体制強化加算 (I) 550単位/月

看護体制強化加算 (II) 200単位/月

(介護予防訪問看護の場合)

看護体制強化加算 300単位/月

看護体制強化加算 100単位/月

算定要件等

- 要件について、以下の見直しを行う（訪問看護、介護予防訪問看護共通）

- ・ 算定日が属する月の前6月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合について、「100分の30以上」から「100分の20以上」に見直し
- ・ (介護予防) 訪問看護の提供にあたる従業者の総数に占める看護職員の割合が6割以上であることとする要件を設定（令和5年4月1日施行）

※ 令和5年3月末日時点で看護体制強化加算を算定している事業所であって、急な看護職員の退職等により看護職員6割以上の要件を満たせなくなった場合においては、指定権者に定期的に採用計画を提出することで、採用がなされるまでの間は同要件の適用を猶予する。

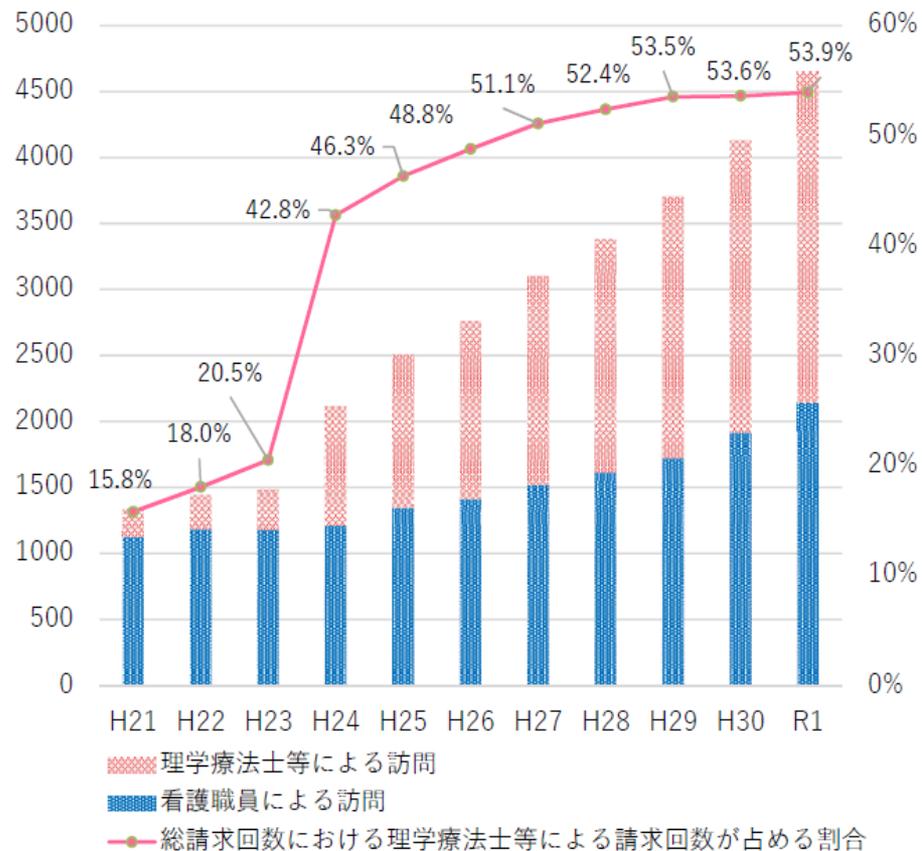
(ウ) 訪問看護ステーション における理学療法士等の訪問



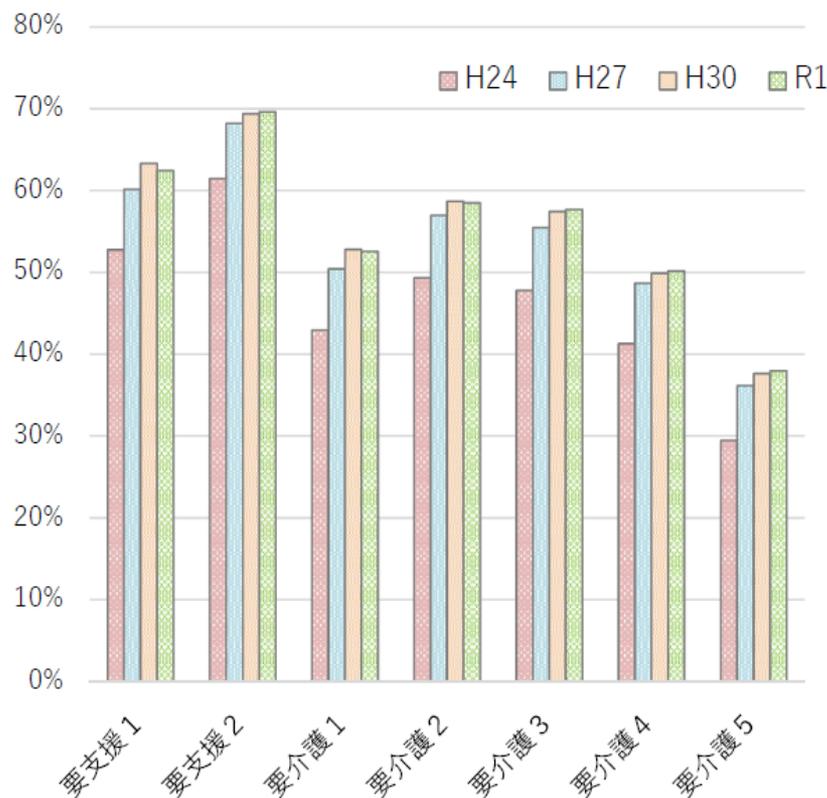
訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問看護の現状

○ 訪問看護ステーションにおける訪問看護費の請求回数は、訪問看護の一環としての理学療法士等による訪問が増加している。特に、要支援における理学療法士等による訪問の割合が高い。

■ 訪問看護費の職種別請求回数と理学療法士等による請求が占める割合
(単位:千回) (PT等訪問の請求が占める割合)



■ 訪問看護費の理学療法士等による請求が占める割合 (要介護別)



注1) 看護職員 = 保健師・看護師・准看護師、理学療法士等 = 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

注2) 平成24年介護報酬改定において理学療法士等による訪問看護については提供単位20分1回を基本とし、週に6回まで提供可能とする見直しを行った。これにより、請求回数が増加していることに留意が必要。

注3) 総請求回数における理学療法士等による請求回数が占める割合 = 理学療法士等による請求回数 / 総請求回数により算出した。

【出典】介護給付費等実態統計 (旧調査) (各年5月審査分)

理学療法士による訪問看護

- 介護給付費分科会において、訪問看護については一部に「スタッフのほとんどが理学療法士等のリハビリ専門職である訪問看護ステーションがある。中には『訪問リハビリステーション』を名乗る事業所までである」ことが指摘されていた。
- こうした理学療法士を中心とした訪問看護ステーションは訪問看護に求められる重度者対応・医療的ケア・夜間や24時間の対応をほとんど行わず、「軽度者（主に要支援者）に対して日中にリハビリを提供している」点が問題視された。
- 介護給付費分科会で、当初は「人員配置基準に看護師6割要件を求めているかどうか」との方向で議論まで行われた。
- しかし「看護師確保ができない事業所では介護保険指定を受けられなくなり、結果的に利用者が不利益を被ることになってしまう」ことから、看護体制強化加算の要件に「看護師6割要件」を設ける方向で決着した経緯がある。

5.(1)③ 訪問看護の機能強化

概要

【訪問看護★】

- 訪問看護の機能強化を図る観点から、理学療法士等によるサービス提供の状況や他の介護サービス等との役割分担も踏まえて、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護や介護予防訪問看護について評価や提供回数等の見直しを行う。【告示改正】

単位数

- 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問の場合（1回につき）

<現行>	⇒	<改定後>
297単位		293単位
（介護予防）		
287単位		283単位
- 1日に2回を超えて指定介護予防訪問看護を行った場合の評価

<現行>	⇒	<改定後>
1回につき100分の90に相当する単位数を算定		1回につき100分の50に相当する単位数を算定

訪問看護における理学療法士等による訪問単価引き下げ

利用開始日の属する月から12月超の利用者に介護予防訪問看護を行った場合は、1回につき5単位を減算する(新設)

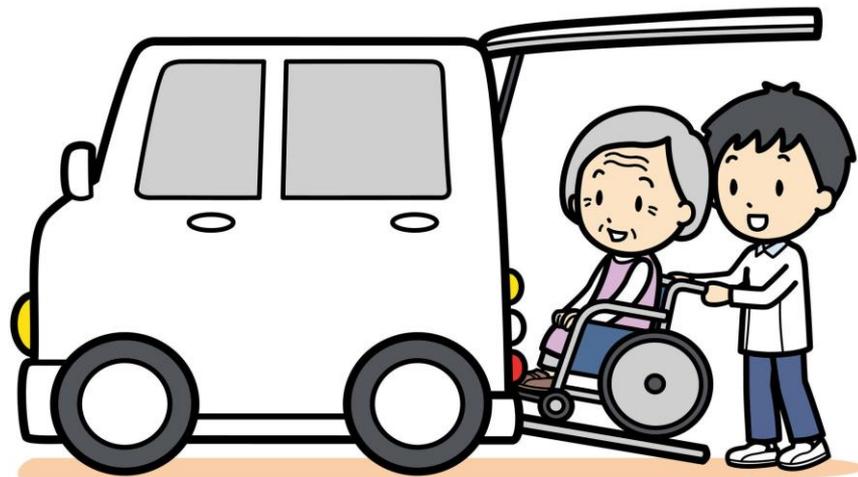
算定要件等

- 理学療法士等が行う訪問看護については、その実施した内容を訪問看護報告書に添付することとする。
- 対象者の範囲
 理学療法士等が行う訪問看護については、訪問リハビリテーションと同様に「通所リハビリテーションのみでは家屋内におけるADLの自立が困難である場合」を追加。

この背景には、リハビリ専門職の独立開業が認められていないという根本問題がある

独立開業が認められているのは・・・
医師・歯科医師・獣医師・薬剤師・看護師
師・助産師・柔道整復師・鍼灸師(はり師・きゅう師)・あん摩マッサージ指圧師

②在宅介護の 通院等乗降介助



2.(4)① 訪問介護における通院等乗降介助の見直し

概要

【訪問介護、通所系サービス★、短期入所系サービス★】

- 通院等乗降介助について、利用者の身体的・経済的負担の軽減や利便性の向上の観点から、目的地が複数ある場合であっても、居宅が始点又は終点となる場合には、その間の病院等から病院等への移送や、通所系サービス・短期入所系サービスの事業所から病院等への移送といった目的地間の移送に係る乗降介助に関しても、同一の事業所が行うことを条件に、算定可能とする。【通知改正】

この場合、通所系サービス・短期入所系サービス事業所は送迎を行わないことから、通所系サービスについては利用者宅と事業所との間の送迎を行わない場合の減算を適用し、短期入所系サービスについては、利用者に対して送迎を行う場合の加算を算定できないこととする。

単位数

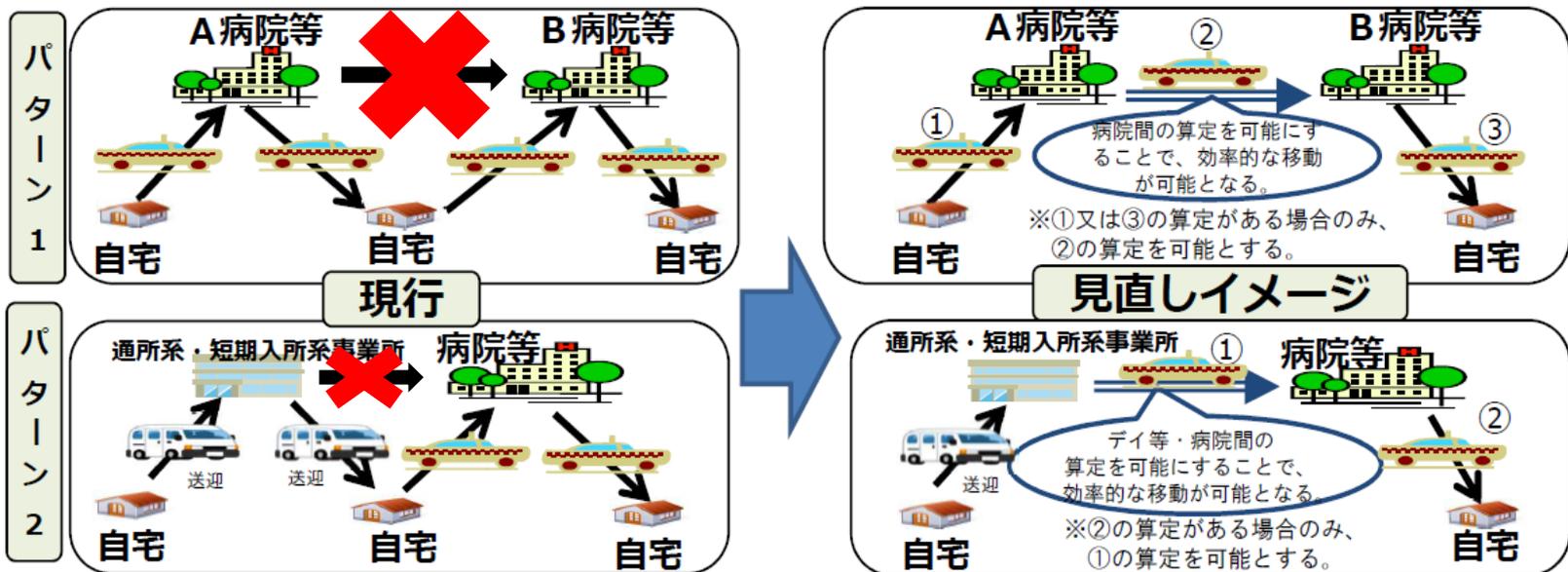
通院等乗降介助

99単位/片道

※今回改定後の単位数

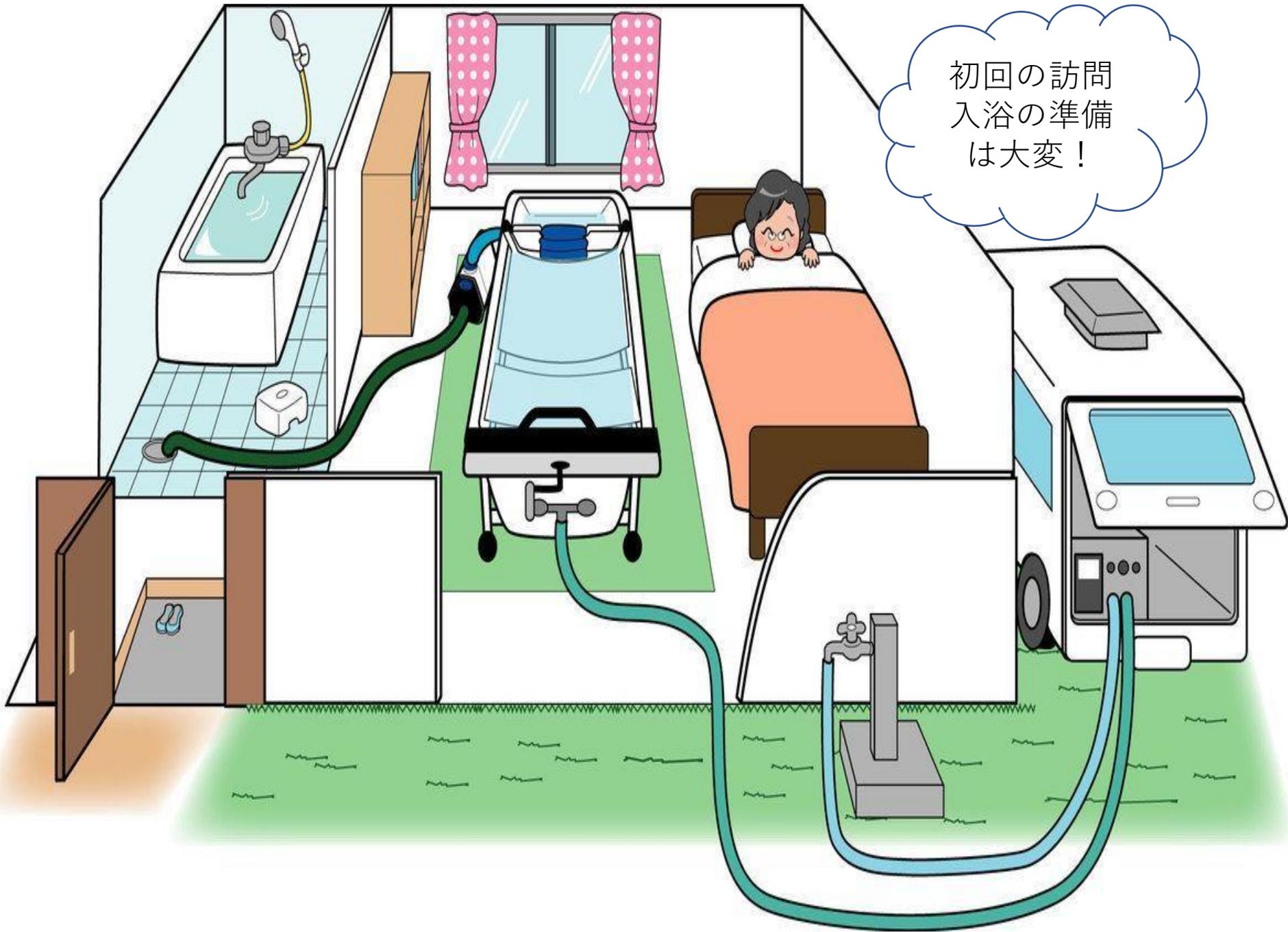
算定要件等

・車両への乗降介助等が介護保険の対象
・移送に係る運賃は介護保険の対象外



③訪問入浴介護





初回の訪問
入浴の準備
は大変！

訪問入浴介護に関連する各種意見

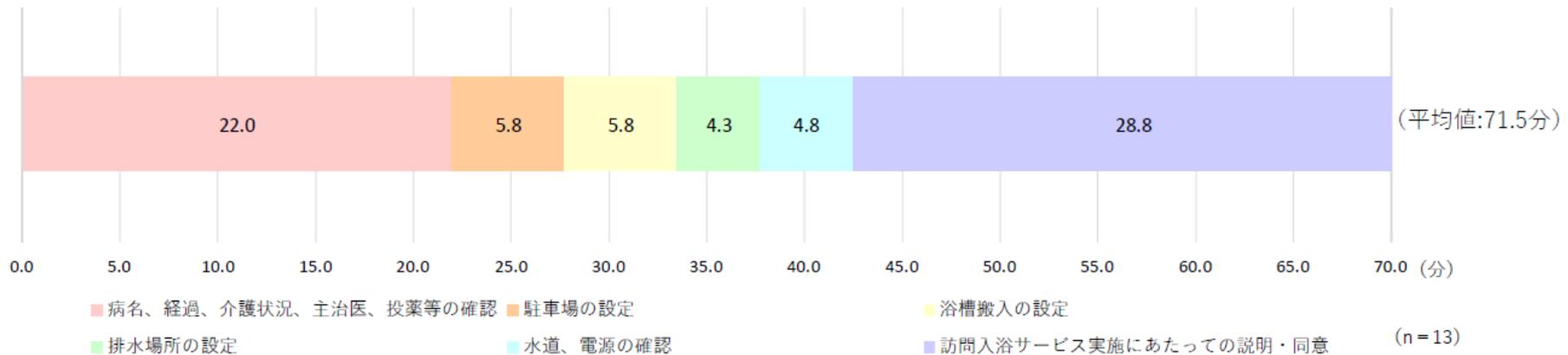
令和3年4月 介護報酬改定に関する要望書

(令和2年10月9日 一般社団法人『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会) 抜粋

(初期加算の創設について)

- 訪問入浴においては、サービスを提供する前に利用者の状態について情報収集を行うとともに、室内における浴槽の設置場所や給排水の方法、利用者がベッドから浴槽へ移動する方法等の確認が必要になり、依頼があった場合は初回の利用前に看護師を含め3名で訪問する。
- この事前訪問については、当然、職員の賃金が発生する一方で利用料は発生せず、事業所の「持ち出し」が生じてしまうことになる。サービス提供の初期段階において上記のような費用が生じている点を考慮し、初期加算の創設を求める。

[初回の訪問入浴介護提供前に実施する標準的な一連の行為 (平均延べ時間数別)]



※ 移動時間は含まない。

※ 一般社団法人『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会における調査結果。

初回・初期加算

- 初回に係る手間については、主な訪問系・多機能系サービスでは、初回・初期加算として評価されている。
- 一方で、（介護予防）訪問入浴介護については、初回・初期に着目した介護報酬上の特別な評価はない。

	初回加算			初期加算			(参考)
サービス	訪問介護	(介護予防)訪問看護	(介護予防支援)居宅介護支援	定期巡回	(介護予防)小多機	看多機	(介護予防)訪問入浴
単位数	200単位/月	300単位/月	300単位/月	30単位/日	30単位/日	30単位/日	—
算定要件	<p>新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が初回若しくは初回の指定訪問介護を行った日の属する月に指定訪問介護を行った場合</p> <p>又は</p> <p>当該指定訪問介護事業所のその他の訪問介護員等が初回若しくは初回の指定訪問介護を行った日の属する月に指定訪問介護を行った際にサービス提供責任者が同行した場合は算定(※)</p>	<p>新規に(介護予防)訪問看護計画を作成した利用者に対して、初回の指定(介護予防)訪問看護を行った場合は算定(※)</p>	<p>新規に(介護予防)居宅サービス計画を作成する利用者に対して、指定居宅介護支援を行った場合</p> <p>又は</p> <p>要支援者が要介護認定を受けた場合に指定居宅介護支援を行った場合</p> <p>又は</p> <p>要介護状態区分が2区分以上変更された利用者に対し指定居宅介護支援を行った場合は算定</p>	<p>指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用を開始した日から起算して30日以内の期間について算定(30日を超える病院又は診療所への入院後に指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用を再び開始した場合も同様)</p>	<p>指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して30日以内の期間について算定(30日を超える病院又は診療所への入院後に指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護の利用を再び開始した場合も同様)</p> <p>※ 短期利用は除く</p>	<p>指定看護小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して30日以内の期間について算定(30日を超える病院又は診療所への入院後に指定看護小規模多機能型居宅介護の利用を再び開始した場合も同様)</p> <p>※ 短期利用は除く</p>	—

(※)利用者が過去2月間(暦月)に、初回加算を算定しようとする事業所からサービス提供を受けていない場合に算定されるものである。

2.(4)② 訪問入浴介護の報酬の見直し

概要

【訪問入浴介護★】

- 訪問入浴介護について、利用者への円滑な初回サービス提供と、利用者の状態に応じた臨機応変なサービス提供に対し適切な評価を図る観点から、以下の見直しを行う。
 - ア 新規利用者へのサービス提供に際して、事前の居宅訪問を行うなど、事業者に一定の対応が生じていることを踏まえ、新規利用者に対して、初回のサービス提供を行う前に居宅を訪問し、訪問入浴介護の利用に関する調整（浴槽の設置場所や給排水の方法の確認等）を行った場合を評価する新たな加算を創設する。【告示改正】
 - イ 清拭又は部分浴を実施した場合の減算について、サービス提供の実態を踏まえ、減算幅を見直す。【告示改正】

単位数

<現行>

<改定後>

ア なし

初回加算 200単位/月 (新設)

イ 清拭又は部分浴を実施した場合は
30%/回を減算

清拭又は部分浴を実施した場合は
10%/回を減算

算定要件等

ア 初回加算

- 訪問入浴介護事業所において、新規利用者の居宅を訪問し、訪問入浴介護の利用に関する調整を行った上で、利用者に対して、初回の訪問入浴介護を行うこと。
- 初回加算は、初回の訪問入浴介護を実施した日に算定すること。

イ 清拭又は部分浴を実施した場合の減算（現行と同様）

- 訪問時の利用者の心身の状況等から全身入浴が困難な場合であって、当該利用者の希望により清拭又は部分浴（洗髪、陰部、足部等の洗浄をいう。）を実施したとき。

④緊急ショートへの対応

介護者に何かあった場合に備えよう



家族介護者が病気、緊急ショートの手当は多い
しかしスタッフは大変

2.(4)⑤ 緊急時の宿泊ニーズへの対応の充実②

概要

【短期入所療養介護】

- 在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズに対応できる環境づくりを一層推進する観点から、短期入所療養介護の緊急短期入所受入加算について、短期入所生活介護における同加算と同様に、「7日以内」とされている受入日数の要件について、「7日以内を原則として、利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内」とする。【告示改正】

単位数

<現行>

緊急短期入所受入加算 90単位/日 ⇒

<改定後>

変更なし

算定要件等

※追加は下線部

- 居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を緊急に行った場合は、利用を開始した日から起算して7日 (利用者^の日常生活上の世話を^を行う^を家族の^の疾病等^をやむ^を得^をない^を事情^をがある^を場合は、14日)を限度として、1日につき90単位を所定単位数に加算する。

2. (4) 在宅サービスの機能と連携の強化 (その3)

緊急時の宿泊対応の充実

- 認知症グループホーム、短期療養、多機能系サービスにおいて、緊急時の宿泊ニーズに対応する観点から、緊急時短期利用の受入日数や人数の要件等を見直す。【告示改正】

認知症グループホーム

- 利用者の状況や家族等の事情により介護支援専門員が緊急に利用が必要と認めた場合等を要件とする定員を超えての短期利用の受入れ（緊急時短期利用）について、地域における認知症ケアの拠点として在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズを受け止めることができるようにする観点から、以下の要件の見直しを行う。
 - 〔人数〕（現行）1事業所1名まで → （改定後）1ユニット1名まで
 - 〔日数〕（現行）7日以内 → （改定後）7日以内を原則として、利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内
 - 〔部屋〕（現行）個室 → （改定後）「おおむね7.43㎡/人でプライバシーの確保に配慮した個室的なしつらえ」が確保される場合には、個室以外も認める。

短期入所療養介護

- 緊急短期入所受入加算について、以下の要件の見直しを行う。
 - 〔日数〕（現行）7日以内 → （改定後）7日以内を原則として、利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内

小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

- 事業所の登録定員に空きがあること等を要件とする登録者以外の短期利用（短期利用居宅介護費）について、登録者のサービス提供に支障がないことを前提に、宿泊室に空きがある場合には算定可能とする。

(2) 地域密着型サービス

介護保険サービスの種類	分類	介護保険適用サービス
居宅サービス	訪問サービス	<ul style="list-style-type: none"> •訪問介護 •訪問入浴介護 •訪問看護 •訪問リハビリテーション
	通所サービス	<ul style="list-style-type: none"> •通所介護 •通所リハビリテーション
	短期入所サービス	<ul style="list-style-type: none"> •短期入所生活介護 •短期入所療養介護
	その他のサービス	<ul style="list-style-type: none"> •特定施設入居者生活介護 •福祉用具貸与 •住宅改修費支給
施設サービス		<ul style="list-style-type: none"> •特別養護老人ホーム •介護老人保健施設 •介護療養型医療施設（療養病床等） •介護医療院
地域密着型サービス	訪問・通所型サービス	<ul style="list-style-type: none"> •小規模多機能型居宅介護 •夜間対応型訪問介護 •定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	認知症対応型サービス	<ul style="list-style-type: none"> •認知症対応型通所介護 •認知症対応型共同生活介護
	施設・特定施設型サービス	<ul style="list-style-type: none"> •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居者生活介

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



地域密着型サービスの例

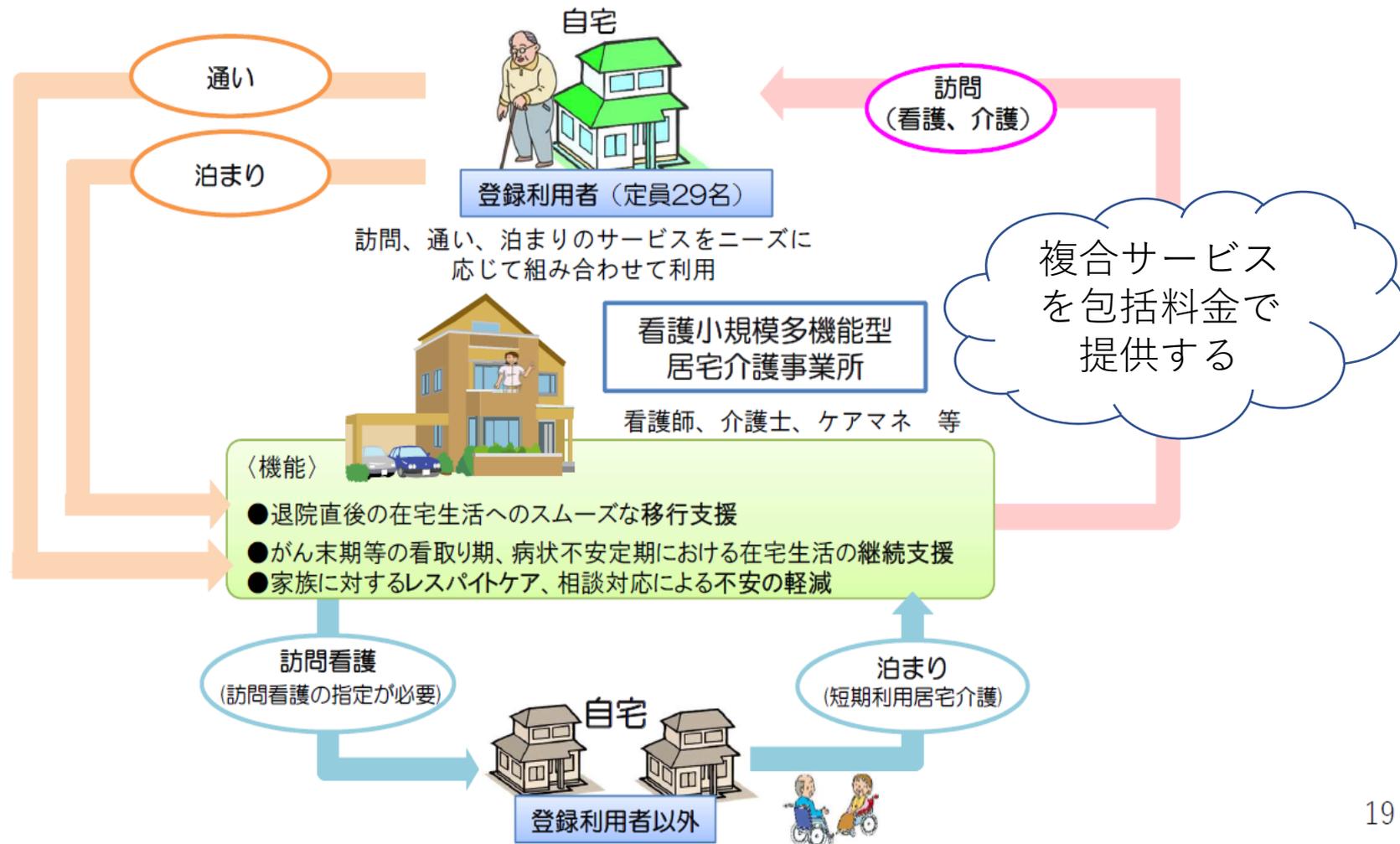
- ①看護小規模多機能型居宅介護（看多機）
- ②定期巡回・随時対応型訪問介護看護
（24時間地域巡回型訪問サービス）

①看多機（かんだき）



看護小規模多機能型居宅介護の概要

- 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

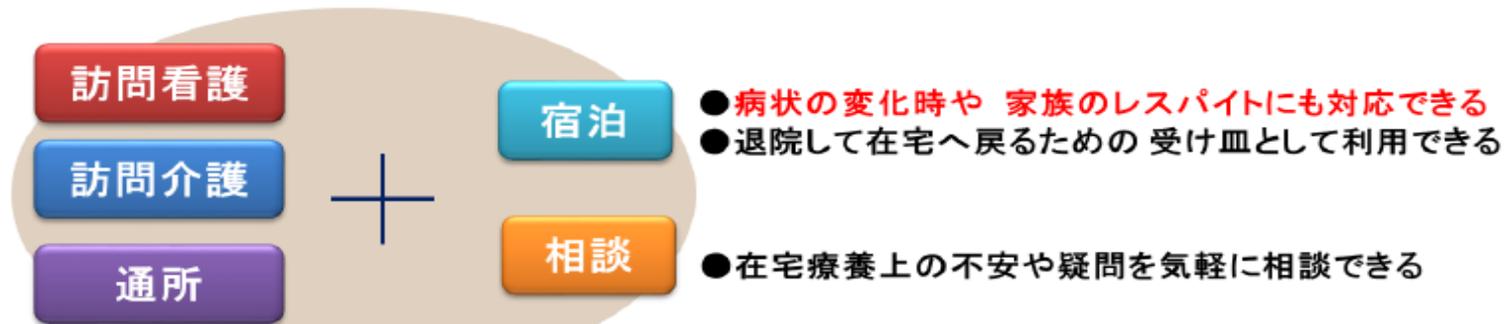
年	内容
平成24 2012年	<p>複合型サービスの創設 小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を有した「複合型サービス」として創設 〈基本報酬（1月につき）〉 要介護1 13,255単位、要介護2 18,150単位、要介護3 25,111単位、要介護4 28,347単位、要介護5 31,934単位</p>
平成27 2015年	<p>名称改称 「複合型サービス」→「看護小規模多機能型居宅介護」 サービス内容を具体的にイメージできるように改称（運営基準事項）</p> <p>訪問看護体制強化加算（新設） 中重度の要介護者の医療ニーズに重点的な対応を行っている事業所を評価 2,500単位/月</p>
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)

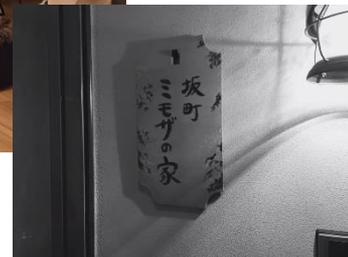
2010年8月

「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上

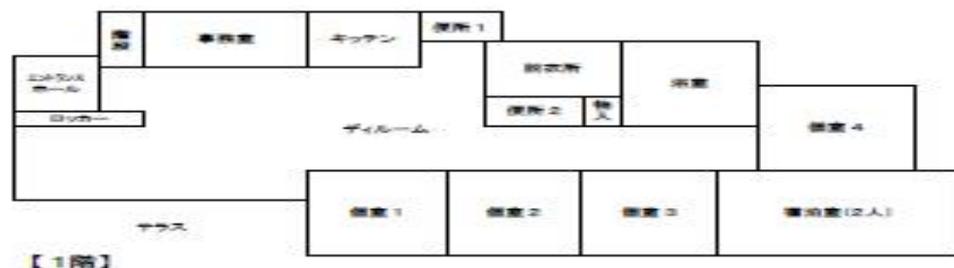


＜事業運営上のポイント＞

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

1. 事業所の基本情報

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



●事例1● 81歳 男性【退院直後の在宅復帰支援】

- ✓退院直後から2か月間は泊まりを継続提供。その後、訪問を中心に在宅復帰
- ✓家族の不安を解消するサービス提供方法を検討・相談
- ✓家族と外部サービスとの役割分担を明確にし、家族へは吸引等の処置の実施方法を教育

1. 利用者の基本情報

世帯構成	妻、長男の妻、その子ども（孫）と同居				
介護力	主たる介護者は長男の妻。時間帯によって介護可能。				
要介護度	要介護5				
障害高齢者の日常生活自立度	C2		認知層高齢者の日常生活自立度	I	
ADL	移動 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	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日
泊まり	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
訪問看護 (同事業所: 医療保険)	★ 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

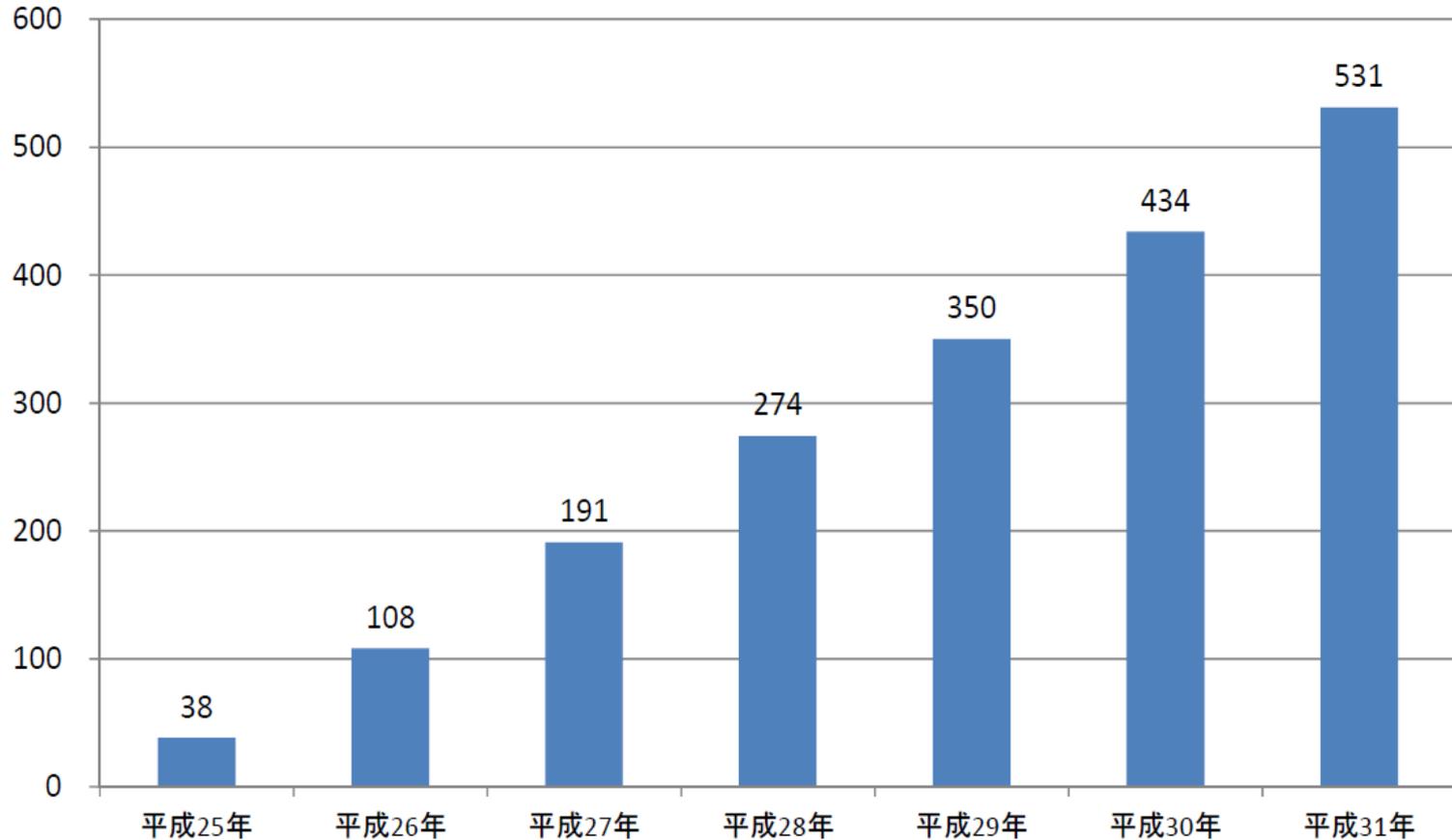
✓強い利用拒否に対し、馴染みの職員が対応することで、通いや泊りが利用可能に

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。				

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)

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

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												

Callouts from the table:

- 水分補給 更衣介助 (Water supply, dressing assistance) - 6:00-8:00
- 通所介護 (Outpatient care) - 8:00-18:00
- 排せつ介助 食事介助 (Bowel assistance, meal assistance) - 18:00-22:00
- 排せつ介助 食事介助 体位交換 (Bowel assistance, meal assistance, position change) - 8:00-12:00
- 体位変換 水分補給 (Position change, water supply) - 14:00-18:00

Legend:

- 定期巡回 (Regular巡回)
- 随時訪問 (On-demand visit)
- 訪問看護 (Home nursing)

Service possibilities:

- ・ 日中・夜間を通じてサービスを受けることが可能 (Possible to receive services throughout the day and night)
- ・ 訪問介護と訪問看護を一体的に受けることが可能 (Possible to receive home care and home nursing integratively)
- ・ 定期的な訪問だけではなく、必要ときに随時サービスを受けることが可能 (Possible to receive services not only through regular visits but also on-demand when necessary)

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

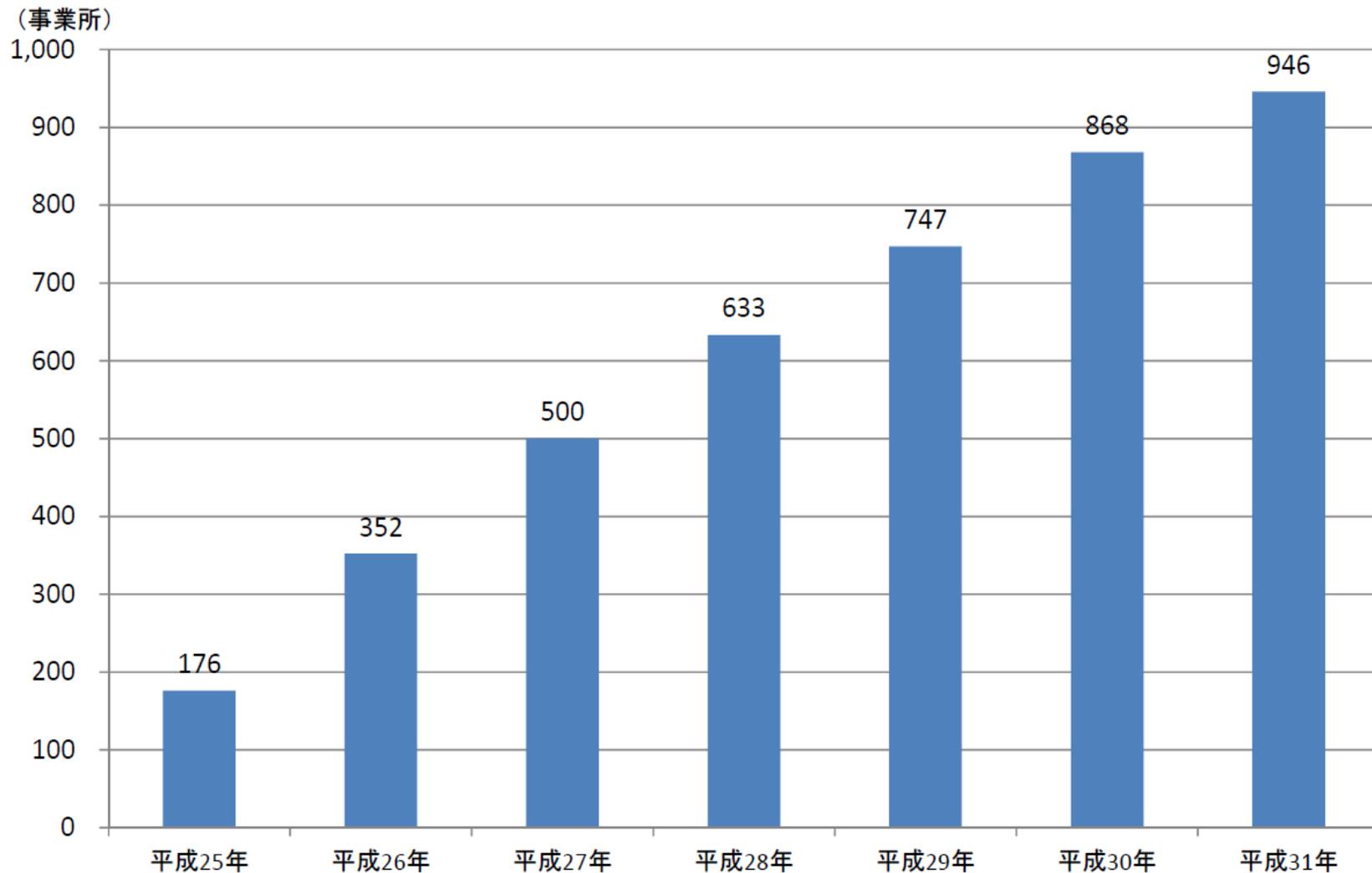
定期巡回・随時訪問介護は安心と安全を支える信頼の絆



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)

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

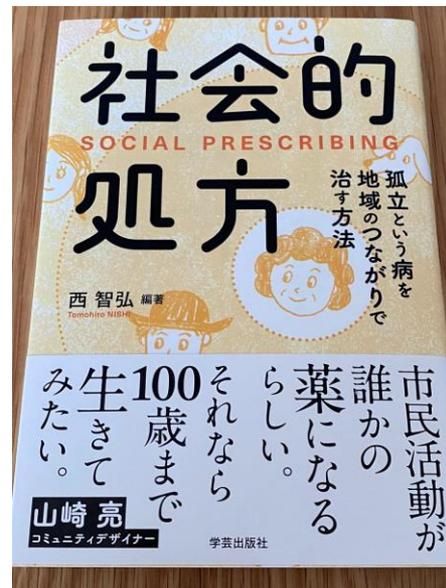
パート5

多職種連携の推進

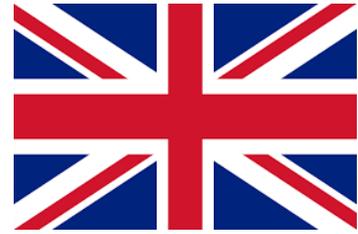
①社会的処方、②多職種による総合リハと口腔栄養



①社会的処方 医師等による居宅療養管理指導



社会的処方（NHS）



Social prescribing is a way for local agencies to refer people to a link worker. Link workers give people time, focusing on ‘what matters to me’ and taking a holistic approach to people’s health and wellbeing. They connect people to community groups and statutory services for practical and emotional support.

「社会的処方とは、GPなどの地域医療機関が（ニーズのある）人々をリンクワーカーに紹介する行為である。リンクワーカーは、「患者本人にとって重要なこと」に焦点を当て、人々の健康と福祉に対して総合的なアプローチをとることで、人々に余裕を与える。リンクワーカーは実践的、感情的な支援のためのコミュニティグループと法定サービスに結びつける（一部筆者意識）。」

イギリスにおけるGPによる 社会的処方

アルツハイマー型認知症に罹患している独居老人を診察している一般医（GP）が、当該患者が診療日以外は自宅に閉じこもりがちであり、それが心身の状況に悪影響を及ぼしていると診断した場合、リンクワーカーである自治体のケースワーカーや地区看護師（district nurse）に「日中の居場所確保および日常生活支援の必要性」を「処方」し、その総合的な対応を図る。

社会的処方

「社会的処方を受けた患者の
80%が救急外来、外来診察、入
院の使用を減らした」



2.(3)② 医師・歯科医師から介護支援専門員への情報提供の充実

概要

【居宅療養管理指導★】

- 医師・歯科医師による居宅療養管理指導について、医師・歯科医師から介護支援専門員に適時に必要な情報が提供され、ケアマネジメントに活用されるようにする観点から、算定要件である介護支援専門員への情報提供に当たっての様式について見直しを行う。【通知改正】
 - ・ 医師：主治医意見書の様式を踏まえた新たな様式を設定。
 - ・ 歯科医師：歯科疾患在宅療養管理料（医療）の様式を踏まえた新たな様式を設定。
- ※ 様式には、居宅要介護者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう、関連の記載欄を設定。（※2（3）①参照）

医師等による居宅療養管理指導において、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意し、関連する情報をケアマネージャー等に提供するよう努めることとする

2. (3) 医療と介護の連携の推進 (その1)

基本方針を踏まえた居宅療養管理指導の実施と多職種連携の推進

- 医師等による居宅療養管理指導において、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意し、関連する情報をケアマネジャー等に提供するよう努めることとする。

居宅療養管理指導

- 医師・歯科医師が居宅療養管理指導を行う際には、必要に応じて、居宅要介護者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意し、また、関連する情報については、介護支援専門員等に提供するよう努めることを明示する。【通知改正】
- 薬剤師・歯科衛生士・管理栄養士が居宅療養管理指導を行う際には、必要に応じて、これらの支援につながる情報を把握し、また、関連する情報を医師・歯科医師に提供するよう努めることを明示する。【通知改正】
- 多職種間での情報共有促進の観点から、薬剤師の居宅療養管理指導の算定要件とされている介護支援専門員等への情報提供について、明確化する。【省令改正】

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号) (抄)

(基本方針)

第八十四条 指定居宅サービスに該当する居宅療養管理指導(以下「指定居宅療養管理指導」という。)の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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、医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士(歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を含む。以下この章において同じ。)又は管理栄養士が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るものでなければならない。

短期入所療養介護における医学的管理の評価の充実

- 短期療養について、基本報酬の評価を見直すとともに、医療ニーズのある利用者の受入促進の観点から、総合的な医学的管理を評価する。【告示改正】

短期入所療養介護 (介護老人保健施設が提供する場合に限る)

総合医学管理加算 275単位/日 (新設) ※1回の短期入所につき7日に限る

(算定要件)

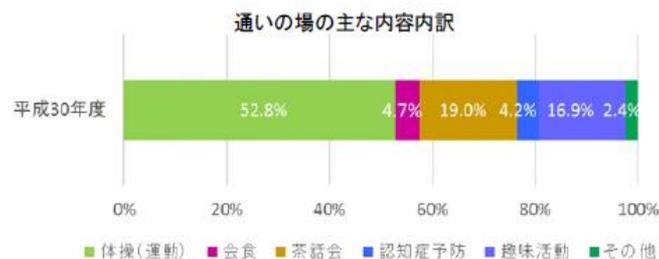
- ・ 治療管理を目的とした利用者に対して、診療方針を定め、投薬、検査、注射、処置等を行い、利用者の主治の医師に対して、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。

(※) 基本報酬の評価を併せて見直し

住民主体の通いの場等(地域介護予防活動支援事業)

- 住民主体の通いの場の取組について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進
- 通いの場の数や参加率は増加・上昇傾向にあり、取組内容としては体操、茶話会、趣味活動の順が多い。

社会的処方には、まず地元の地域資源を知ることが必要



(参考) 事業の位置づけ：介護予防・日常生活支援総合事業

○ 介護予防・生活支援サービス事業

○ 一般介護予防事業

- ・ 地域介護予防活動支援事業
- ・ 地域リハビリテーション活動支援事業 等

【財源構成】

国：25%、都道府県：12.5%、市町村12.5%
1号保険料：23%、2号保険料：27%

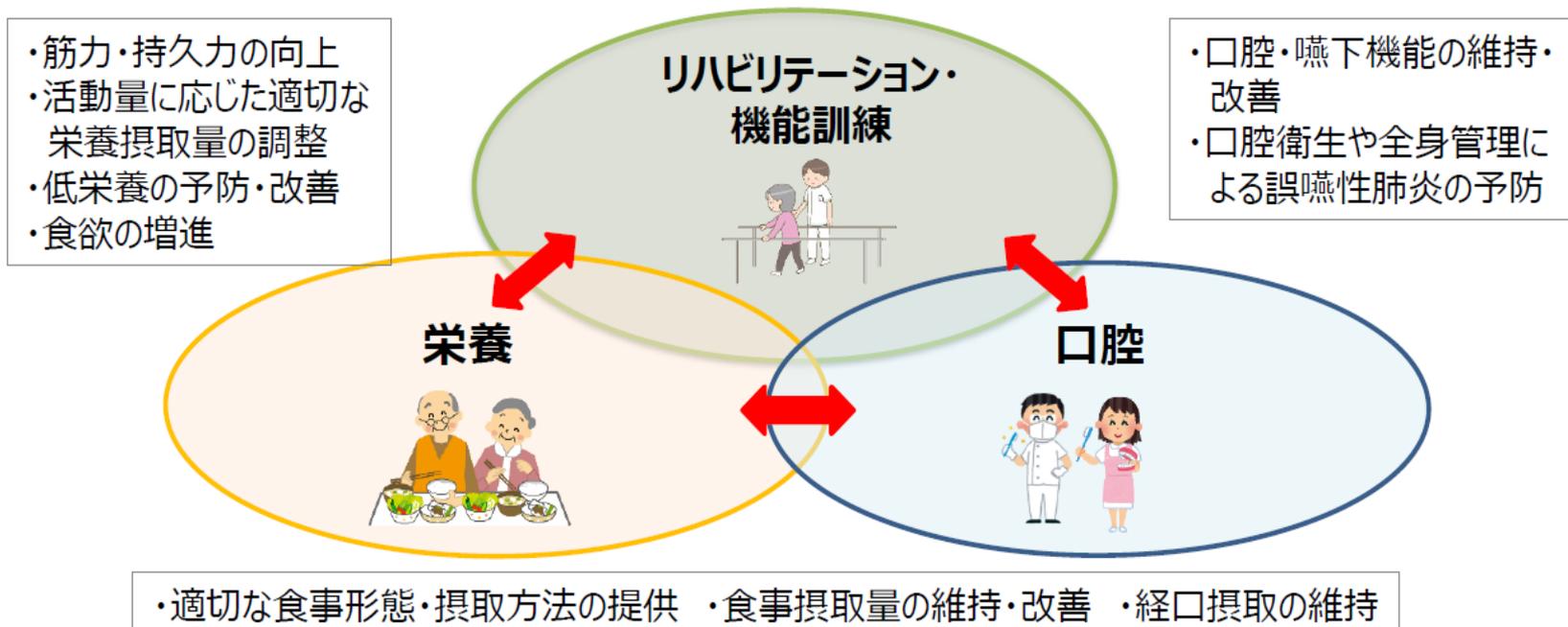
(※) 介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与 515市町村
うち、高齢者等による介護予防に資するボランティア活動に対するポイントの付与 426市町村
(介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(平成30年度実施分)に関する調査)

②多職種による総合
リハ、口腔・栄養

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

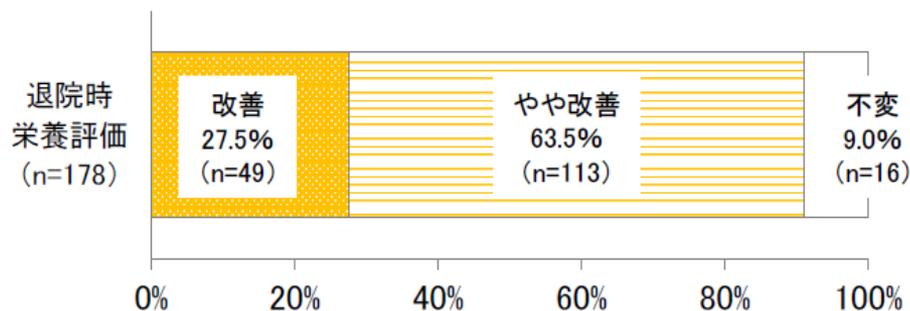


- リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

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

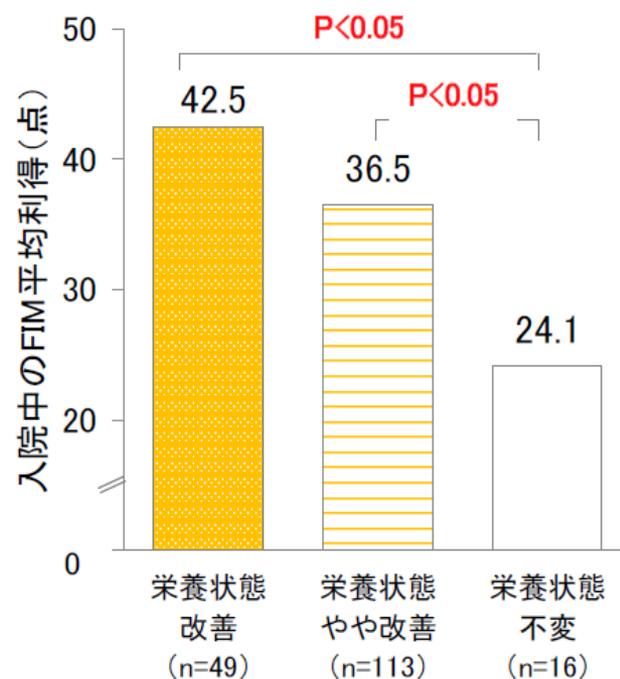
- 低栄養状態で回復期リハ病院に入院した脳卒中高齢患者に対し、管理栄養士が理学療法士等とともにリハビリテーションの計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて個別に栄養管理を行うと、約9割の患者で栄養状態が改善したとの報告がある。
- 栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



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



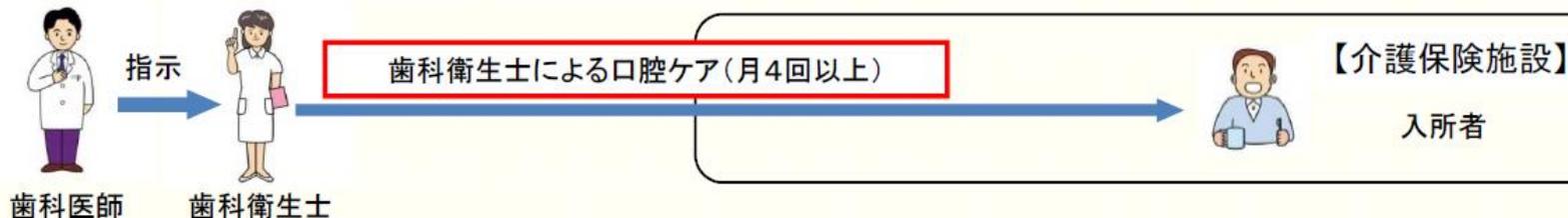
施設系サービスにおける 口腔・栄養関連加算の 基本サービス化



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。

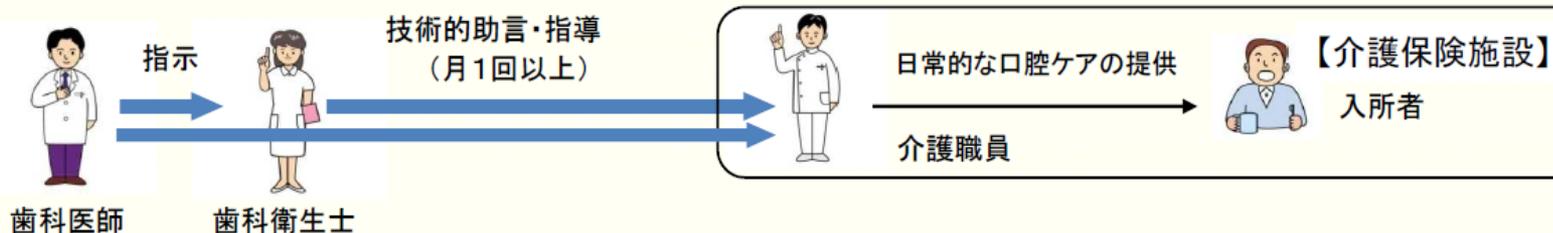
留意事項通知

- 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。

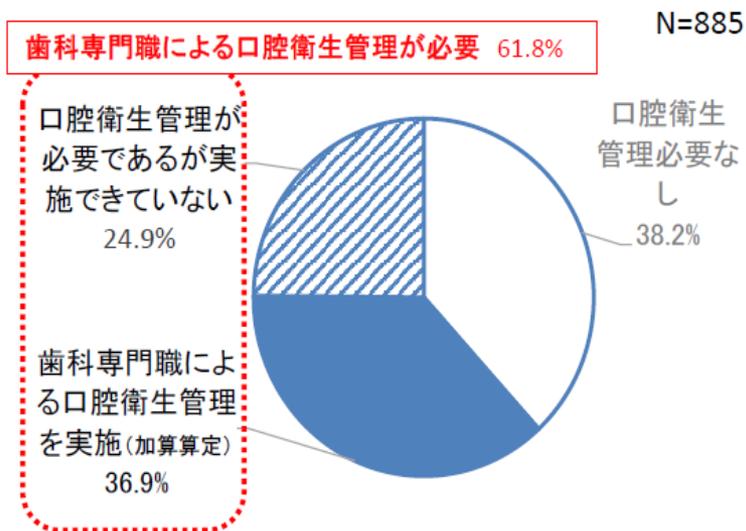
留意事項通知

- 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

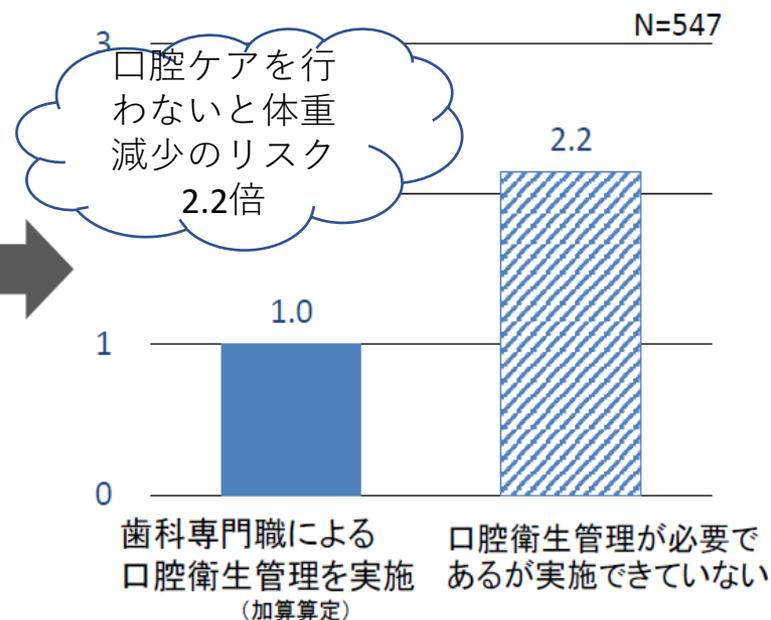
- 介護保険施設入所者の61.8%に歯科専門職による口腔衛生管理が必要とされていた。
(調査対象:全国35の介護保険施設の入所者889名)
- 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年後に体重(BMI)減少がみられるリスクは、
歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して2.2倍であった。

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



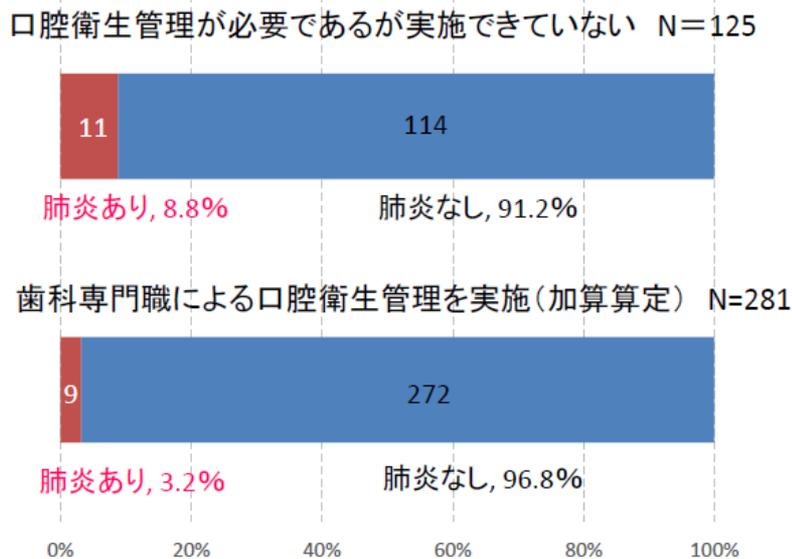
※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

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

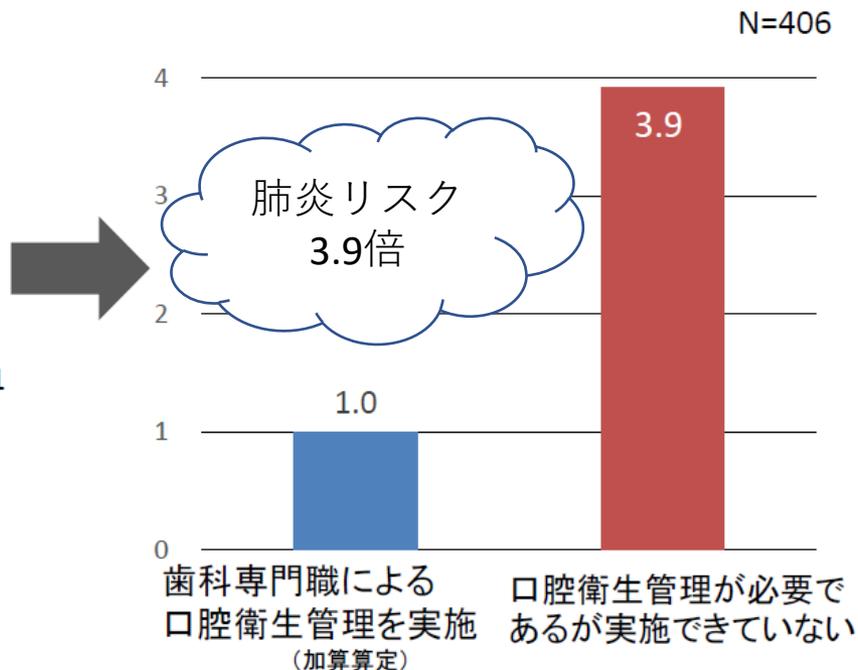
- 介護保険施設入所者406名のうち、1年間に肺炎を発症したのは20名(4.9%)であった。
- 歯科専門職による口腔衛生管理を実施している者と比較して、口腔衛生管理が必要であるが実施できていない者では、肺炎の発症(8.8%)が有意に高い結果であった。
- 口腔衛生管理が必要な入所者で口腔衛生管理が行われなかった場合、1年間の肺炎の発症は、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた場合と比較して3.9倍であった。

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

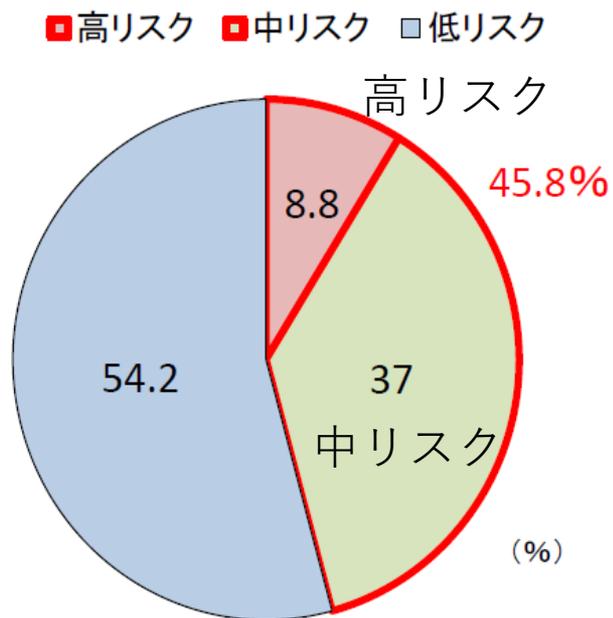
- 施設系サービスにおける口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、基本サービスとして行うこととする。
- 施設系サービスについて、口腔衛生管理体制を整備し、入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うことを求める。
- その際、3年の経過措置期間を設けることとする。
- 口腔衛生管理加算について、CHASE へのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設ける。

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

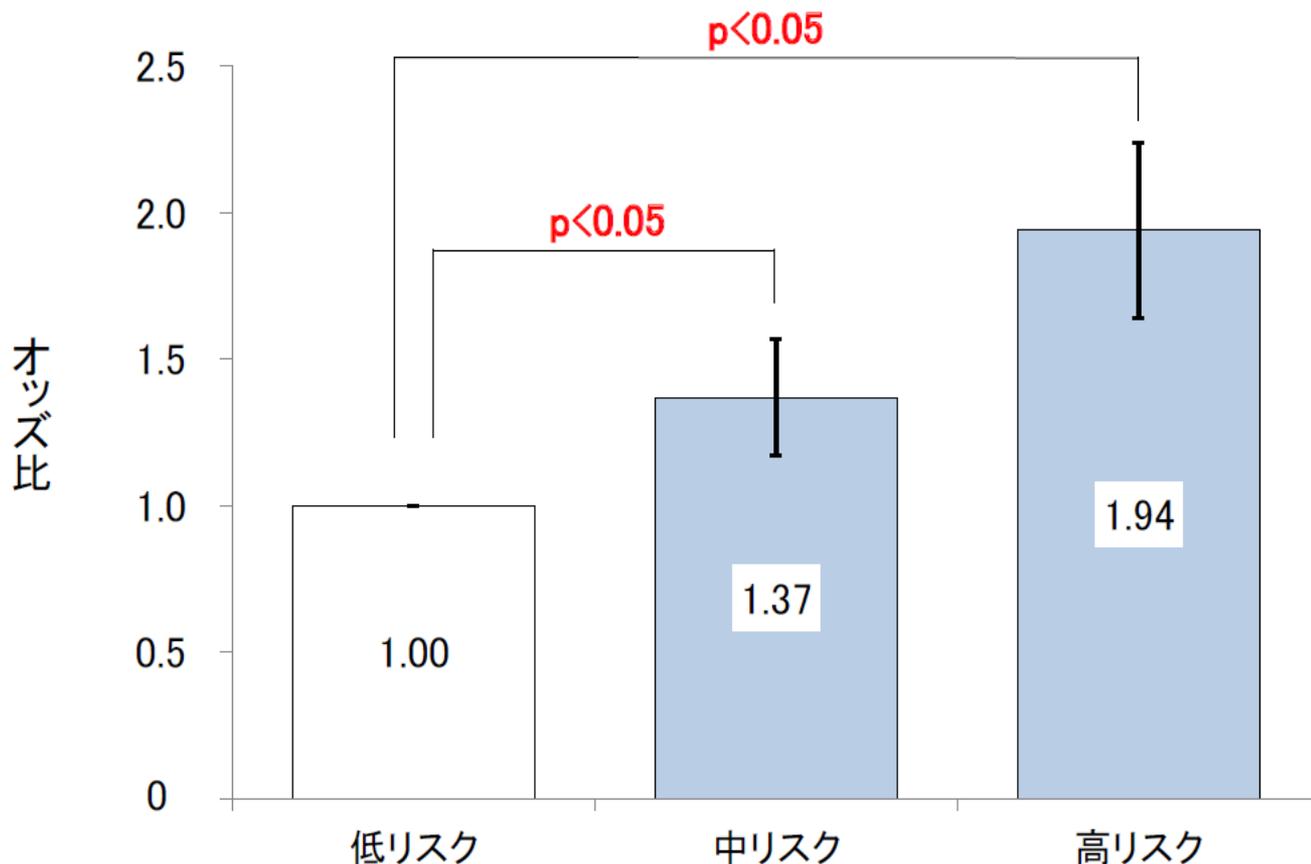


図 低栄養リスクが予後(入院・死亡)に及ぼす影響(低リスクを基準とした場合)

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

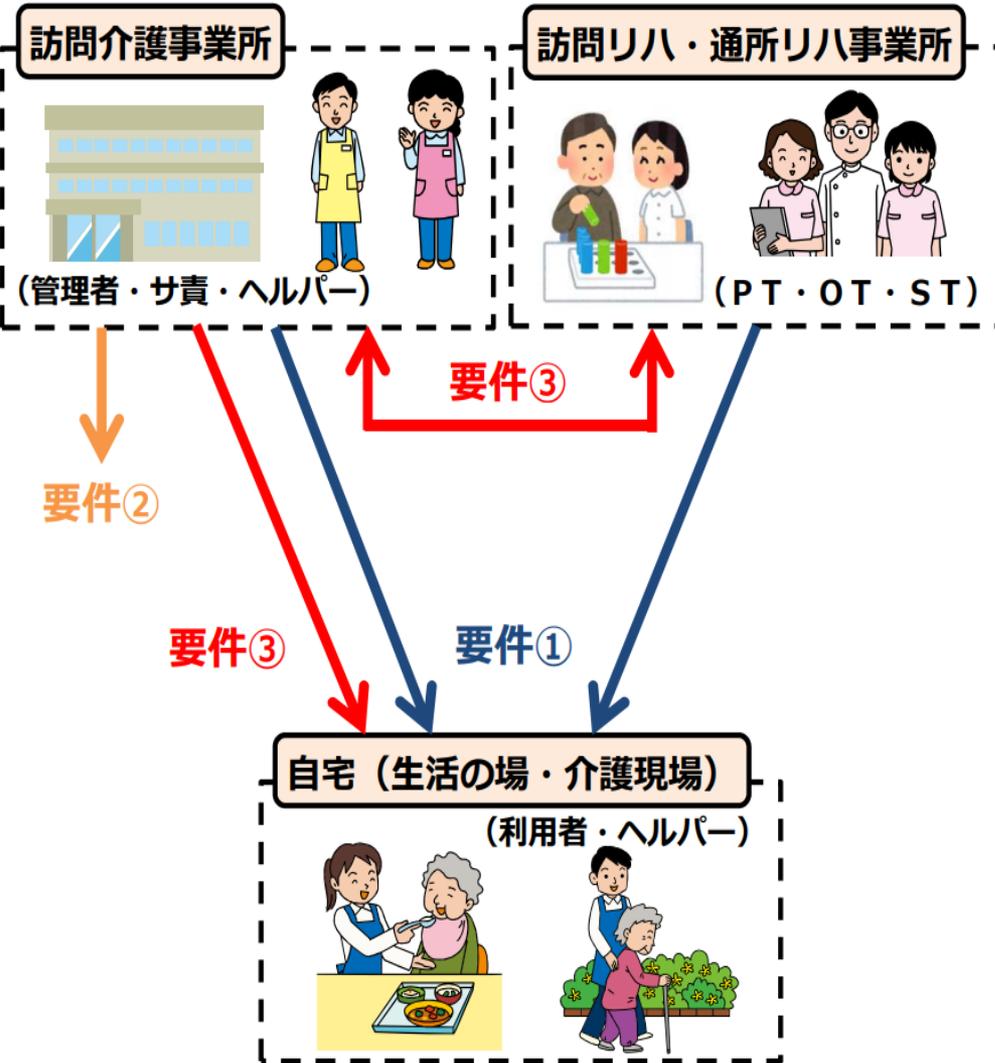
パート5

テクノロジーの活用

- ①生活機能向上連携加算とICT
- ②各種会議、服薬指導とICT
- ③見守りセンサーの活用
- ④ケアマネージャーとICT

①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)

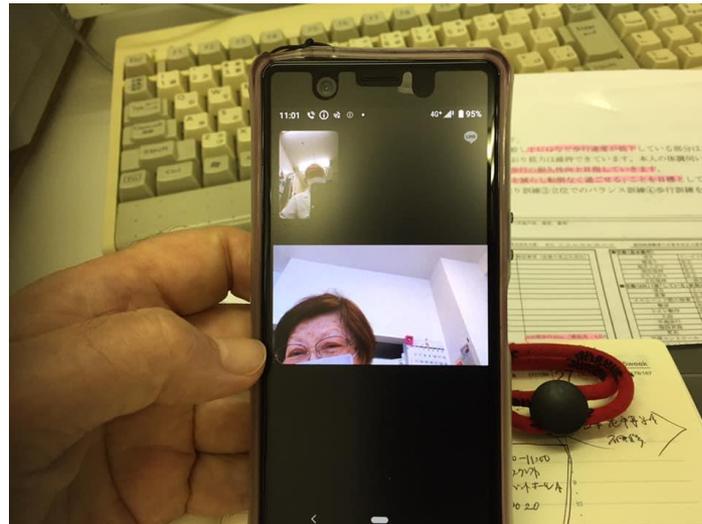
- 訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設 (病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。) の理学療法士等や医師からの助言 (アセスメント・カンファレンス) を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。
- 理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。

<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

②各種会議、服薬指導とICT



スマホで在宅と結んでリハ会議

会議や他職種連携におけるICTの活用

- 運営基準や加算の要件等における各種会議等の実施について、感染防止や多職種連携促進の観点から、テレビ電話等を活用しての実施を認める。【省令改正、告示改正】

全サービス

- 利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を認める。
 - 利用者等が参加して実施するものについて、上記に加えて、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用しての実施を認める。
- (※) 利用者の居宅を訪問しての実施が求められるものを除く。

薬剤師による情報通信機器を用いた服薬指導の評価

- 薬剤師による居宅療養管理指導について、診療報酬の例も踏まえて、情報通信機器を用いた服薬指導を新たに評価する。【告示改正】

居宅療養管理指導

- 居宅療養管理指導（薬局の薬剤師が行う場合）

情報通信機器を用いた場合 45単位/回（新設） ※月1回まで算定可能

〔算定要件〕

- ・ 対象利用者：在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された利用者
居宅療養管理指導費が月1回算定されている利用者
- ・ 薬機法施行規則及び関連通知に沿って実施すること
- ・ 訪問診療を行った医師に対して、情報通信機器を用いた服薬指導の結果について必要な情報提供を行うこと

③見守りセンサーの活用



⑫介護ロボットの活用の推進

概要

- 夜勤職員配置加算について、業務の効率化等を図る観点から、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合について、新たに評価する。

単位数

○変更なし

※夜勤職員配置加算

・地域密着型

従来型の場合

(Ⅰ)イ：41単位/日

経過的の場合

(Ⅰ)ロ：13単位/日

ユニット型の場合

(Ⅱ)イ：46単位/日

ユニット型経過的の場合

(Ⅱ)ロ：18単位/日

・広域型

従来型（30人以上50人以下）の場合

(Ⅰ)イ：22単位/日

従来型（51人以上又は経過的小規模）の場合

(Ⅰ)ロ：13単位/日

ユニット型（30人以上50人以下）の場合

(Ⅱ)イ：27単位/日

ユニット型（51人以上又は経過的小規模）の場合

(Ⅱ)ロ：18単位/日

算定要件等

<現行の夜勤職員配置加算の要件>

- ・夜勤時間帯の夜勤職員数：
夜勤職員の最低基準+1名分の人員を多く配置していること。

<見守り機器を導入した場合の夜勤職員配置加算の要件>

- ・夜勤時間帯の夜勤職員数：
夜勤職員の最低基準+0.9名分の人員を多く配置していること。
- ・入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の15%以上に設置していること。
- ・施設内に見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。

2018年改定

夜勤職員配置加算の条件

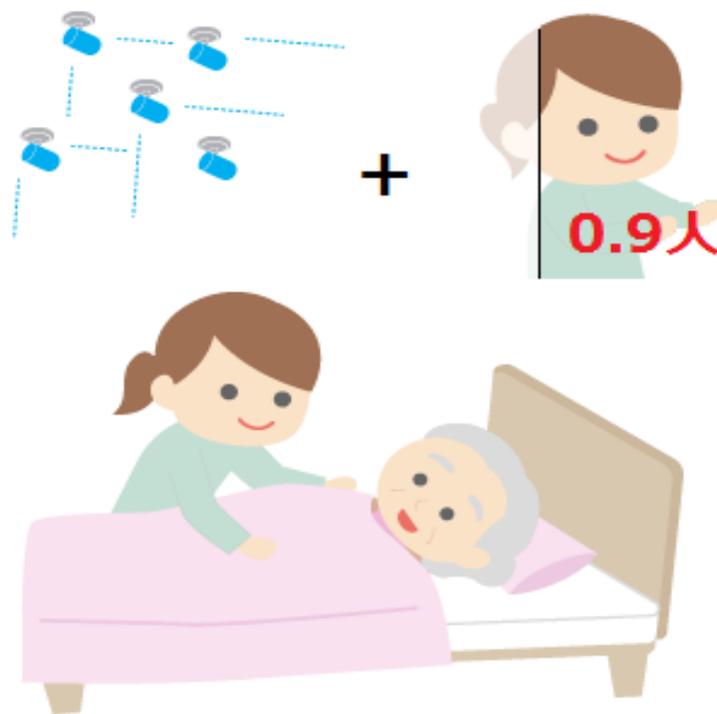
これまで



介護職員

最低基準より
1人以上多く配置

これから…？



介護職員
見守りロボット

最低基準より**0.9人**多く配置
入居者の**15%以上**設置

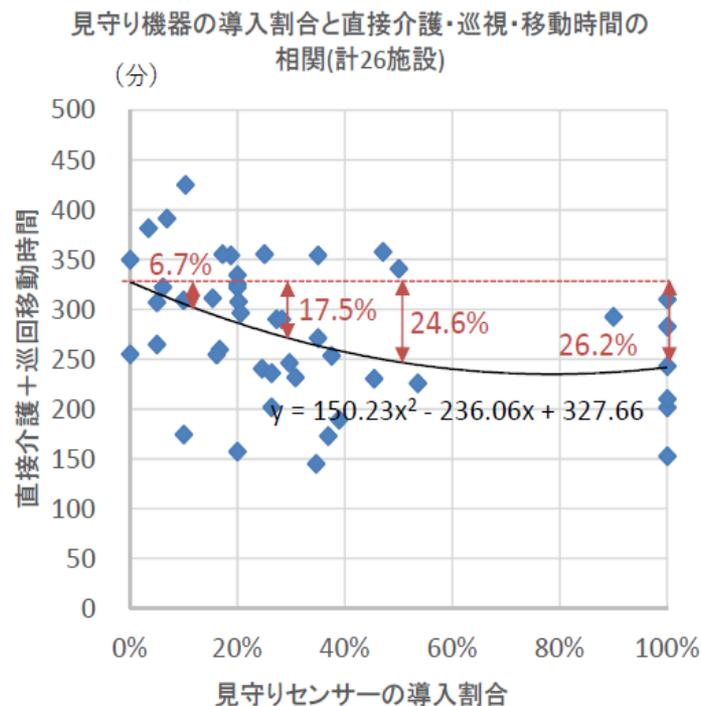
複数の介護ロボット・ICT活用によるケアの質の向上への取組例

- テクノロジーの活用施設においては、介護記録の効率化やインカム等のICTの活用等により、利用者との対面時間の増加、専門職とのきめ細かな連携が可能となり、今まで以上に適切なケアが実現している。

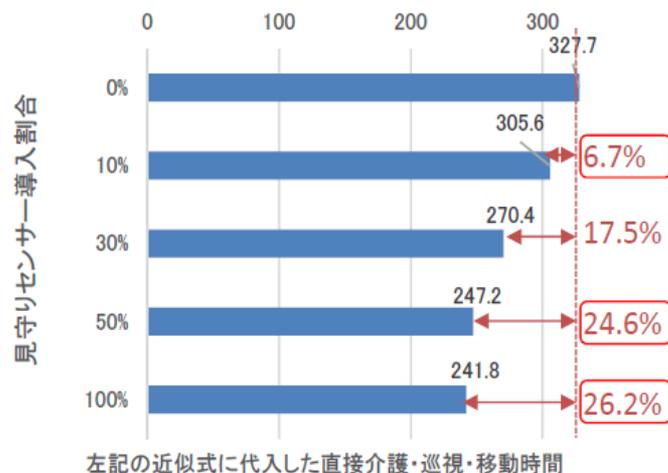
	業務変更前	業務変更後	導入の効果	ケアの質の変化
ケース1	<ul style="list-style-type: none"> 利用者情報やケアの記録を、手書きでメモし、その後ステーション(事務所)等に戻ってからPCに記録。 	<ul style="list-style-type: none"> ベッドサイドに持参した端末でケア記録を入力したり、音声記録したり、職員間で音声連絡。 内容はテキスト変換されて内容がそのまま管理システムに反映。 	<ul style="list-style-type: none"> 記録の時間の短縮 	<ul style="list-style-type: none"> 時間短縮で得られたゆとりを使い、利用者とのコミュニケーションの時間を増やすことができた。 利用者の心身状態を観察する時間が増えて、今まで以上に適切なケアを実践できた。 データ連携により、新たな機器の導入による職員への記録作業負担を最小限にすることができた。
	<ul style="list-style-type: none"> 利用者を目視でこまめに観察し、経験に基づいて排泄を誘導。結果は手書きでメモ。 	<ul style="list-style-type: none"> 排泄支援機器を使い、タイムリーに排泄を誘導。記録はデータ連携により自動でシステムに反映。 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者のQOLの向上 記録の時間の短縮 	
	<ul style="list-style-type: none"> バイタルの測定結果を、手書きでメモし、その後ステーション(事務所)等に戻ってからPCに記録。 	<ul style="list-style-type: none"> バイタル測定器とベッドサイドに持参した端末との連動で、測定結果を入力する業務は不要。 	<ul style="list-style-type: none"> 測定及び記録の時間の短縮 	
ケース2	<ul style="list-style-type: none"> 利用者・ケアの気づき等を、ベッドサイドからステーション(事務所)に移動して専門職と相談、再び戻って実践。 	<ul style="list-style-type: none"> インカムを使って、利用者・ケアに何か気づきがあれば、ベッドサイドに居ながら専門職と相談。 アドバイス内容を即座に実践。 	<ul style="list-style-type: none"> 相談のための移動時間の短縮 多職種連携の円滑な実施 	<ul style="list-style-type: none"> ケアの実践のなかで、多職種連携の成果をきめ細かく反映できた。 介護福祉士からの指導・育成の機会を創出しやすくなった。 高度なケアに取り組みやすくなった。 提供中のケアの中断を最小限にすることができた。
	<ul style="list-style-type: none"> 看取りケアで、利用者の容体を目視でこまめに観察・確認。結果は手書きでメモし、後で記録。 	<ul style="list-style-type: none"> 看取りケアで、見守り機器によりバイタルの変動を自動で常時確認。結果はシステムと連動して記録。 	<ul style="list-style-type: none"> 専門性の高いケアにおける職員の負担軽減 	
	<ul style="list-style-type: none"> ユニット内で職員一人勤務の場合、排泄ケア(オムツ交換)で居室内に入る際に、フローアが無人にならないよう応援職員をPHS等で探す。 	<ul style="list-style-type: none"> 応援職員が必要な際に、インカムの同時通信機能などを使用し、即座に応援を依頼。 	<ul style="list-style-type: none"> その瞬間に応援対応できる職員の速やかな把握 連絡に伴う時間の短縮 	

夜間における見守りセンサーの導入割合と直接介護・巡視時間の相関について

- 介護施設における業務時間（直接介護+巡視移動時間）と利用者に占める見守りセンサーの導入割合の相関を見ると、導入割合0%の場合の業務時間に対して、導入割合10%導入では6.7%減少、導入割合30%では17.5%減少、導入割合50%では24.6%減少、導入割合100%では26.2%減少する結果となった。



相関式からみた平均的な業務時間の減少割合



※ xに「見守り機器導入率」の値を代入したときのyの値

- ※ 調査対象施設は26施設を掲載している。20施設については導入前後の事前調査と事後調査の結果を、6施設については導入100%の実証施設であって、通常時の担当利用者数でみた場合の結果のみを用いた。
- ※ 調査対象の26施設のうち、特養が24施設、老健が2施設である。
- ※ 散布図中の1プロットは各施設の職員業務調査（タイムスタディ）の5日分を平均した値を用いた。
- ※ 一部インカム等のICTを活用している施設が含まれている。

2021年改定 論点⑦夜間における人員・報酬(テクノロジーの活用)①

検討の方向 (案)

- 見守りセンサーやインカム等のICTを活用することによる、夜勤職員の業務効率化や睡眠の質の維持等に関する実証結果を踏まえ、見守り機器を導入した場合の夜勤職員配置加算について、見守りセンサーの入所者に占める導入割合の要件を緩和する（現行15%を10%とする）とともに、全ての入所者について見守りセンサーを導入した場合の新たな要件区分を設けることを検討してはどうか。

	現行要件の緩和（イメージ）	新設要件（イメージ）
夜勤職員の最低基準に加えて配置する人員	0.9人（現行維持）	0.5人（新規）
見守りセンサーの入所者に占める導入割合	10% <small>（緩和：見直し前15%→見直し後10%）</small>	100%
その他の要件	安全かつ有効活用するための委員会の設置（現行維持）	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤職員全員がインカム等のICTを使用していること ・委員会の設置を含めた安全体制を確保していること

- また、見守りセンサーを活用する場合の算定要件の適用について、介護老人福祉施設及び短期入所生活介護だけでなく、介護老人保健施設、介護医療院及び認知症型共同生活介護についても拡大することを検討してはどうか。

④ ケアマネージャと ICT

特定事業所加算の見直し

- 特定事業所加算において、事業所間連携により体制確保や対応等を行う事業所を新たに評価する。【告示改正】

居宅介護支援

< 現行 >

特定事業所加算 (I) 500単位/月 →
 特定事業所加算 (II) 400単位/月 →
 特定事業所加算 (III) 300単位/月 →

< 改定後 >

特定事業所加算 (I) 505単位/月
 特定事業所加算 (II) 407単位/月
 特定事業所加算 (III) 309単位/月
 特定事業所加算 (A) 100単位/月 (新設)

(※) 特定事業所加算 (IV) は特定事業所加算から切り離して「特定事業所医療介護連携加算」とする。

(算定要件 (特定事業所加算 (A))) ※加算 I・II・IIIと異なる部分

- ・介護支援専門員の配置(要件2)：常勤1名以上、非常勤1名以上 (非常勤は他事業との兼務可)

- ・連絡体制・相談体制確保(要件4)、研修実施(要件6)、実務研修への協力(要件11)、事例検討会等実施(要件12)：他の事業所との連携による対応を可とする

(※) 加算 I・II・III・Aの要件として、必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス (インフォーマルサービスを含む) が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していることを新たに求める (新設)

事務の効率化による逓減制の緩和

- 適切なケアマネジメントの実施を確保しつつ、経営の安定化を図る観点から、逓減制において、ICT活用又は事務職員の配置を行っている場合の適用件数を見直す (逓減制の適用を40件以上から45件以上とする)。

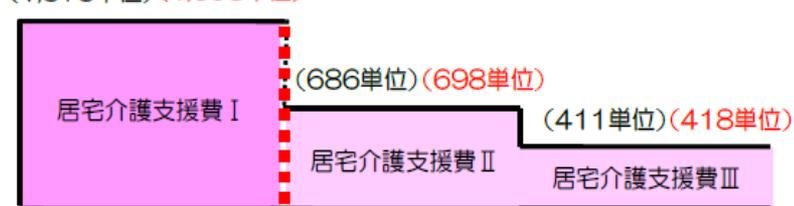
居宅介護支援

例：要介護3・4・5の場合 (黒字：現行の単位数、赤字：改定後の単位数)

【現行】 合

【改定後：ICT等を活用する場合】

(1,373単位) (1,398単位)



⇒ 一定の条件を満たした場合

⇒ 45件以上に適用



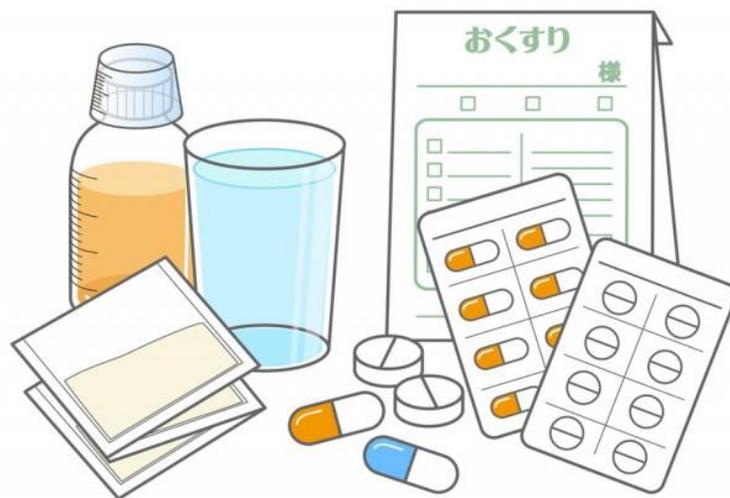
40件 60件
 (介護支援専門員1人当たり取扱件数)

40件 45件 60件
 (介護支援専門員1人当たり取扱件数)

A young man in blue scrubs is smiling and assisting an elderly man in a grey suit on a treadmill in a rehabilitation center. The elderly man is holding a red balloon. The scene is set in a bright room with large windows and various pieces of exercise equipment.

パート 7 老人保健施設の減薬の推進

かかりつけ医 連携薬剤調整加算



在宅等における医療・介護連携の強化に関する事項(施設での連携)

○ かかりつけ医との連携【介護老人保健施設】

多剤投薬されている入所者の処方方針を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が事前に合意し、その処方方針に従って減薬する取組みについて評価を新設。

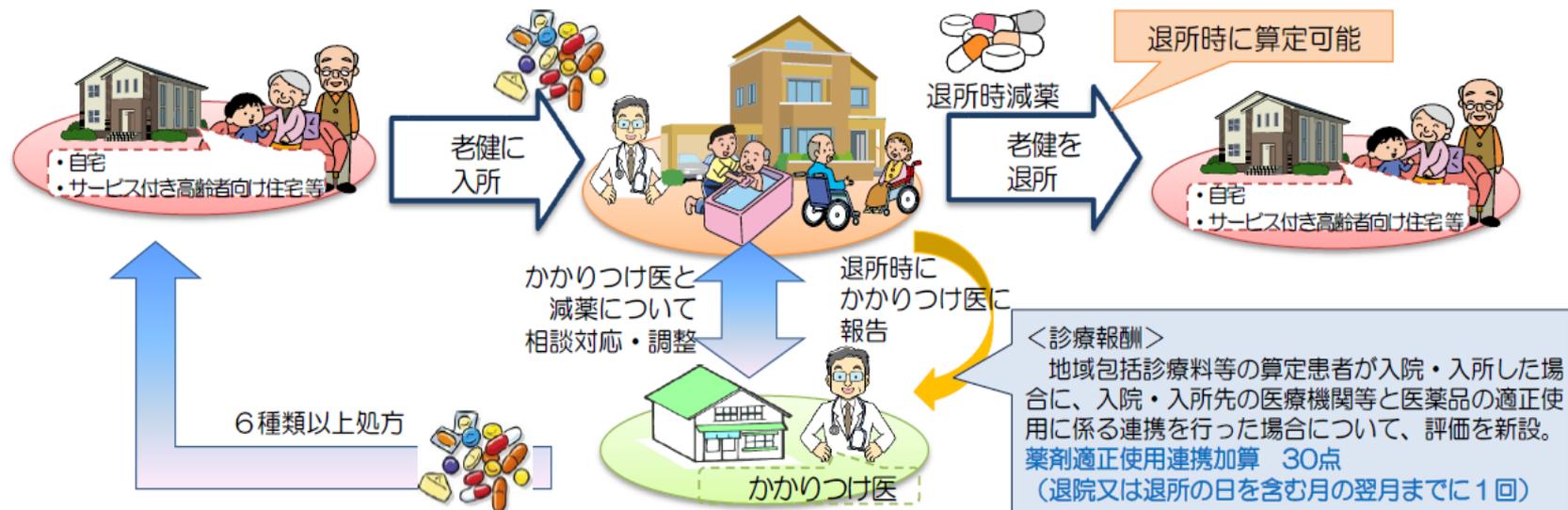
(新設) かかりつけ医連携薬剤調整加算 125単位 ※入所者1人につき1回を限度として、退所時に加算

(要件) 次に掲げるいずれの基準にも適合する入所者に対し、当該入所者に処方する内服薬の減少について退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載した場合は、当該入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に加算。

イ 6種類以上の内服薬が処方されており、当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整し、当該入所者に処方する内服薬を減少させることについて当該介護老人保健施設の医師と当該主治の医師が合意している者

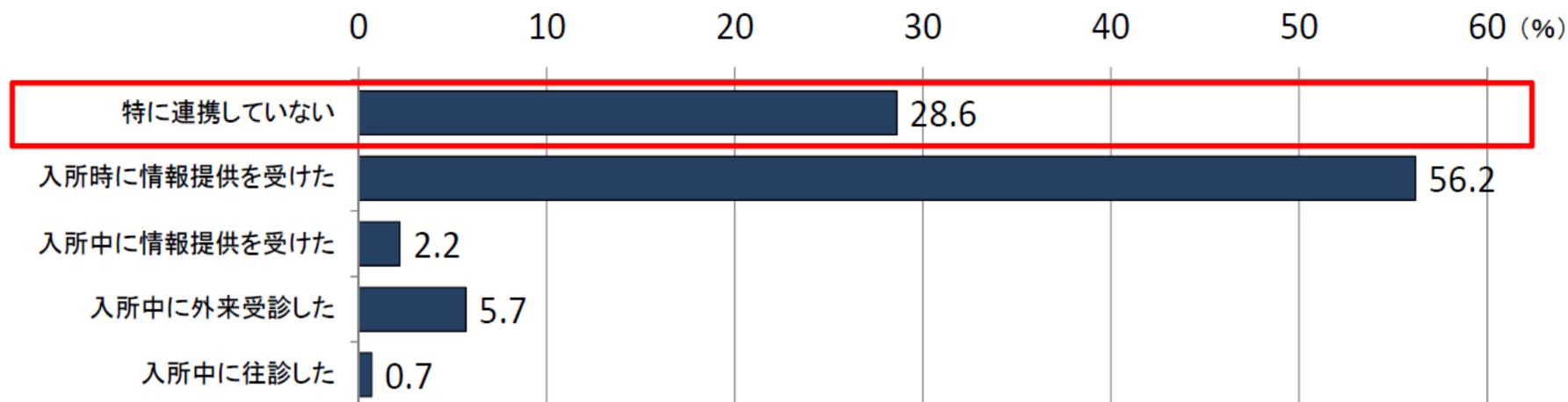
ロ 当該合意された内容に基づき、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させた者

ハ 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少している者

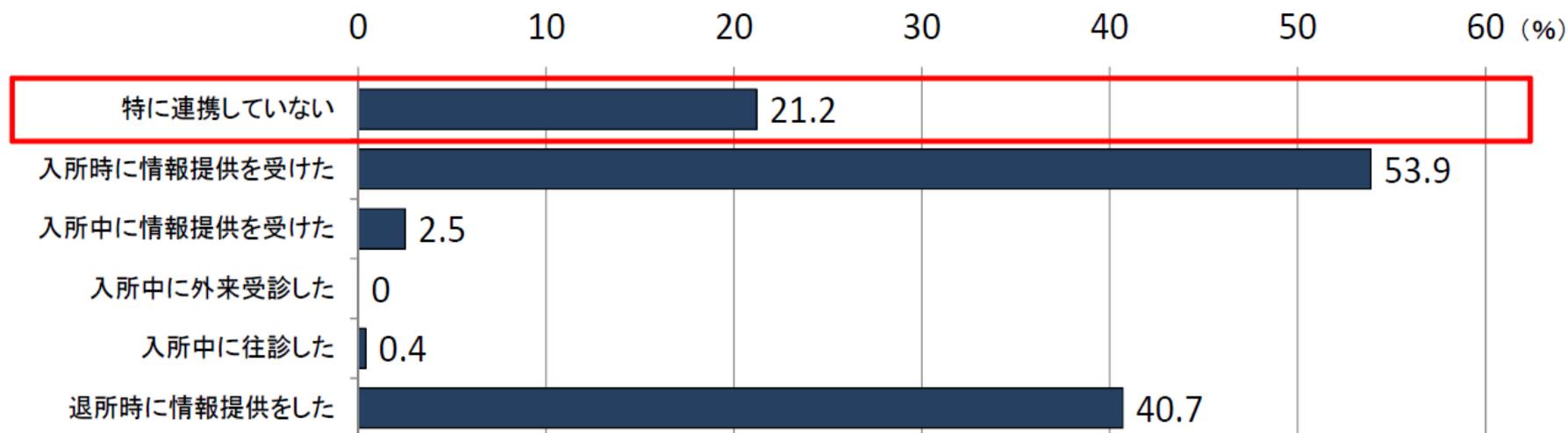


介護老人保健施設とかかりつけ医との連携について

入所時における、利用者のかかりつけ医との連携内容について



退所時における、利用者とかかりつけ医との連携内容について



かかりつけ医連携薬剤調整加算について

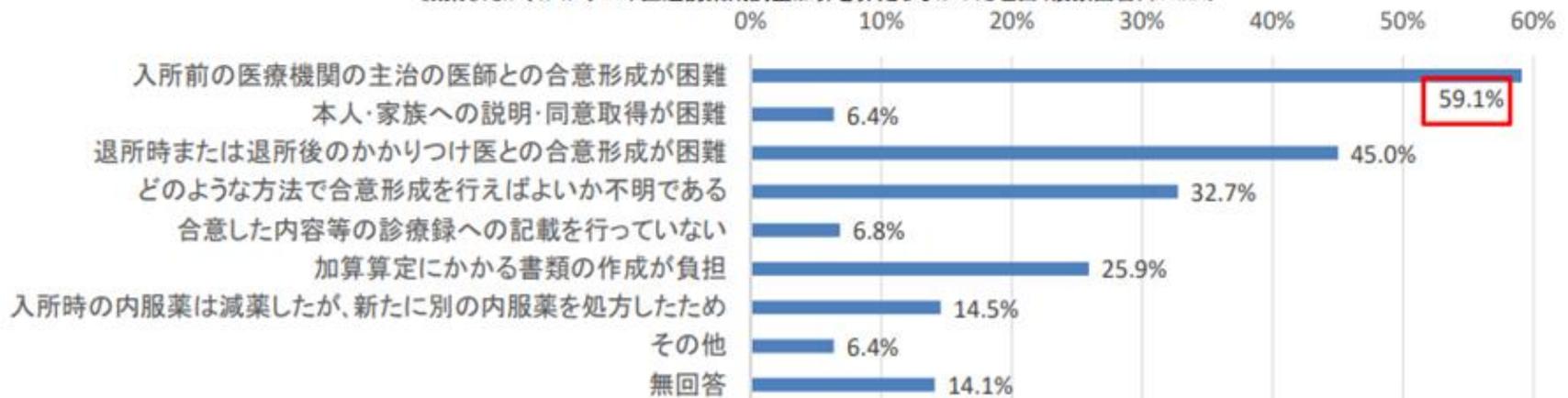
- 退所者のうち、入所時に6種類以上の内服薬が処方されており、退所時の処方内服薬が入所時より1種類以上減った人の割合は11.3%、このうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定した人の割合は6.9%であった。
- 減薬したが、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定しなかった理由は「入所前の医療機関の主治の医師との合意形成が困難」が59.1%であった。

退所者の処方等の状況 (回答数425施設)

	合計人数：人	退所者数に対する割合	退所時の処方内服薬が入所時より1種類以上減った人に対する割合	該当者がいた施設数：施設	回答施設数に対する割合
退所者数 (死亡を除く)	19,226	100.0%		425	100.0%
退所者のうち、入所時に6種類以上の内服薬が処方されていた人数	6,929	36.0%		310	72.9%
うち、退所時の処方内服薬が入所時より1種類以上減った人数	2,172	11.3%		227	53.4%
うち、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定した人数	149	0.8%		21	4.9%

算定率は
6.9%と低調

減薬したが、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定しなかった理由(複数回答)(n=220)



2.(3)⑨ かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し

概要

【介護老人保健施設】

- かかりつけ医連携薬剤調整加算について、介護老人保健施設において、かかりつけ医との連携を推進し、継続的な薬物治療を提供する観点から、見直しを行う。【告示改正】

単位数

<現行>	<改定後>
かかりつけ医連携薬剤調整加算 125単位	⇒ かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ） 100単位（新設） かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） 240単位（新設） かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） 100単位（新設）

算定要件等

※それぞれ全ての要件を満たす必要。入所者1人につき1回を限度。退所時に所定単位数を加算

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）>

- ・ 介護老人保健施設の医師又は薬剤師が、関連ガイドライン等を踏まえた高齢者の薬物療法に関する研修を受講していること。
- ・ 入所後1月以内に、かかりつけ医に、状況に応じて処方内容を変更する可能性があることについて説明し、合意を得ていること。
- ・ 入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価内容や入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯及び変更後の状態について、退所時又は退所後1月以内にかかりつけ医に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）>

- ・ （Ⅰ）を算定していること。
- ・ 入所者の服薬情報等を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）>

- ・ （Ⅰ）と（Ⅱ）を算定していること。
- ・ 6種類以上の内服薬が処方されており、入所中に処方内容を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が共同し、総合的に評価・調整し、介護老人保健施設の医師が、入所時に処方されていた内服薬の種類を1種類以上減少させること。
- ・ 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少していること。

老健では減薬が進められている



- 老健施設では薬剤費が包括評価されている
- このため「減薬へのインセンティブが内包されている」と考えられる(薬を多く使うほど、施設側の収益は悪くなる)
- 「かかりつけ医に連絡・連携せずに減薬をすすめている」施設などもあることを真鍋老人保健課長は紹介している

真鍋馨老人保健課長

減薬の4つのタイミング

- ①患者が減薬を希望する場合
- ②病院入退院時
- ③老健入所時
- ④在宅訪問時

○ 患者の意向を踏まえ、患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討した上で、処方医に減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合を評価。

(新) 服用薬剤調整支援料

125点

[算定要件]

6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

- (1) 当該保険薬局で調剤している内服薬の種類数が2種類以上(うち少なくとも1種類は保険薬剤師が提案したもの)減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定
- (2) 服用を開始して4週間以内の薬剤は、調整前の内服薬の種類数から除外。屯服薬は対象外。また、調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更を保険薬剤師が提案したことで減少した場合は、減少した種類数に含めない。
- (3) 保険薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や提案に至るまでに検討した薬学的内容を薬剤服用歴の記録に記載する。また、保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴の記録に添付する。
- (4) 当該保険薬局で服用薬剤調整支援料を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少したときに限り新たに算定することができる。

・中々算定するのは難しい
 ・患者の減薬の意向があるの
 がどうか
 ・処方医と顔の見える関係性
 が無いと・・・
 ・文章だけではなく、医師の先
 生に足を運んで・・・
 (厚生労働省 浦課長補佐)



薬局における対人業務の評価の充実 ①

外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

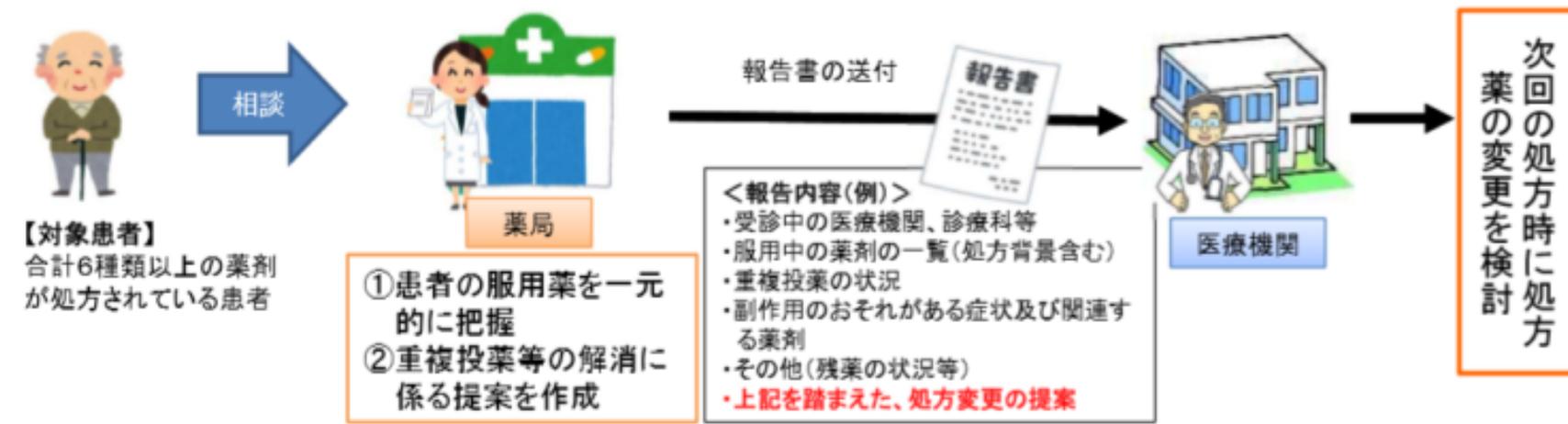
- 複数の医療機関を受診する患者の重複投薬の解消を推進する観点から、薬局において患者の服薬情報を一元的に把握し、重複投薬の有無の確認等を行った上で、処方医に重複投薬等の解消に係る提案を行う取組について新たな評価を行う。

(新) 服用薬剤調整支援料2 100点 (3月に1回まで)

〔算定要件〕

複数の保険医療機関より6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、患者等の求めに応じて、①当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行うとともに、②重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案^(※)を検討し、当該提案や服用薬剤の一覧を含む報告書を作成し、処方医に送付した場合に算定する。

※ 重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案



減薬お願いカード

お薬減らして
ください



今日のまとめ

- 小林化工、日医工による
後発医薬品信頼失墜による混乱が続く
- 新たな後発医薬品の目標
すべての都道府県で80%以上を
2023年までに達成しよう
- 介護保険制度を通じて
地域包括ケアシステムを知ろう
- 患者からの減薬希望に取り組もう

2040年～医療 & 介護のデッドライン



団塊世代“大死亡時代”の航海図

2040年—— 医療&介護の デッドライン

武藤正樹 国際医療福祉大学大学院 教授
MASAKI MUTO

2040年——団塊世代700万人が
死に場所難民になる
超高齢化社会
そのピークまであと20年

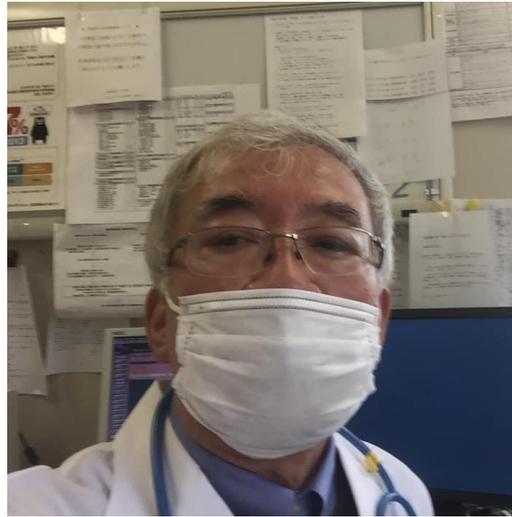
2040年に向かう“潮流”に沿って、
今後どのような地域・医療・介護の体制が構築されていくか、
医療機関と介護施設は今後どの方向に舵を切るべきか——

医学通信社



- 団塊世代“大死亡時代”の航海図
- 「団塊の世代の大死亡時代が刻々と迫っている。筆者もその一員である団塊世代700万人が大量死亡するピークの2040年まであと20年」
- 2019年11月27日 刊行
- 医学通信社

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