

# 衣笠病院グループの立ち位置と 今後の方向性



社会福祉法人  
**日本医療伝道会**  
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ  
相談役 武藤正樹  
衣笠ろうけん施設長

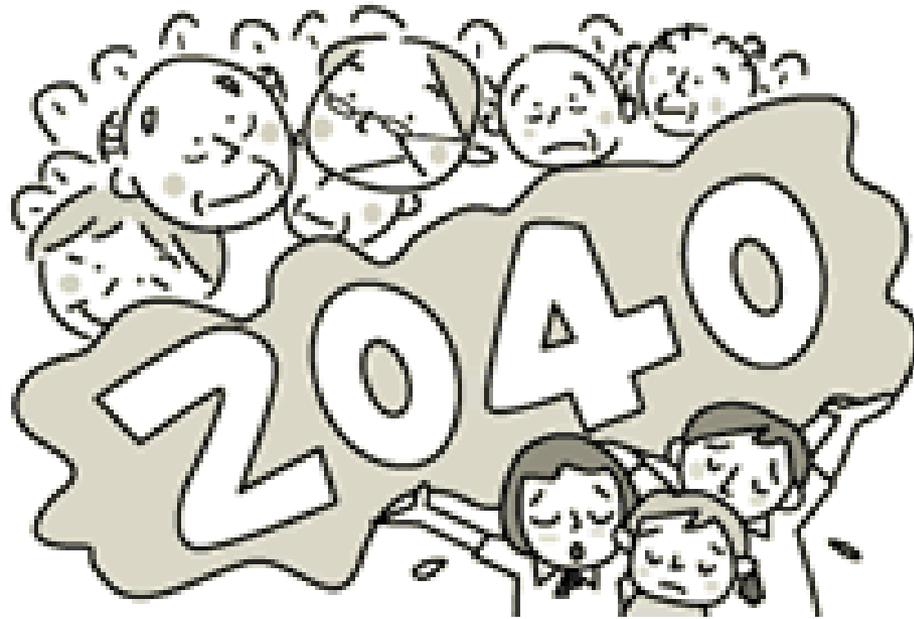
# 目次



- パート 1
  - 横須賀三浦の2025・40年問題を考える
- パート 2
  - かかりつけ医機能と中小病院
- パート 3
  - 地域包括ケアシステムの歴史
- パート 4
  - 地域包括ケアシステムと地域密着サービス

# パート1

## 2025・40年問題とは？



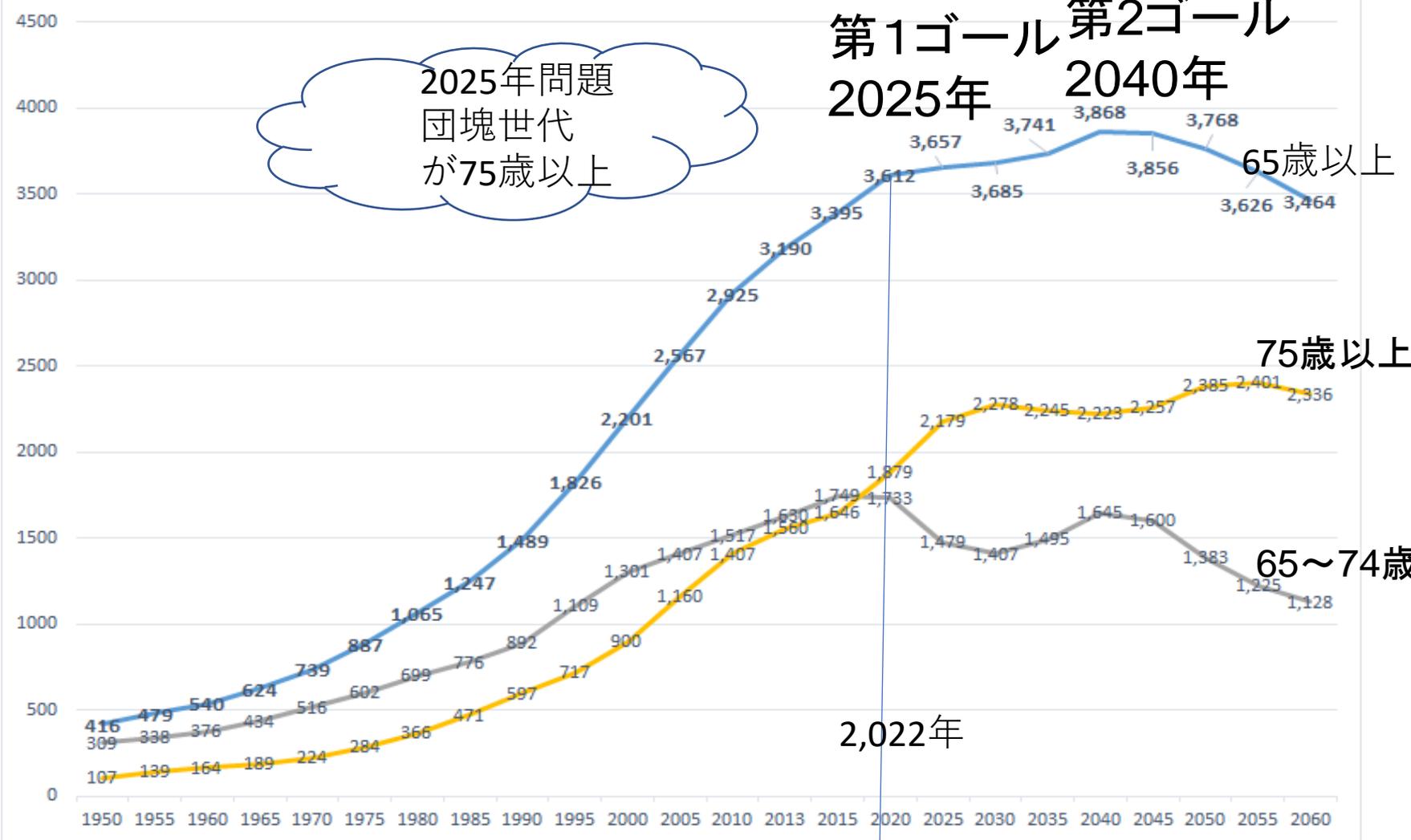
# 65歳以上の高齢者の人口推移

— 65～74歳 — 75歳以上 — 65歳以上(計)

2040年問題  
団塊ジュニア  
が65歳以上

2025年問題  
団塊世代  
が75歳以上

第1ゴール 第2ゴール  
2025年 2040年



65歳以上

75歳以上

65～74歳

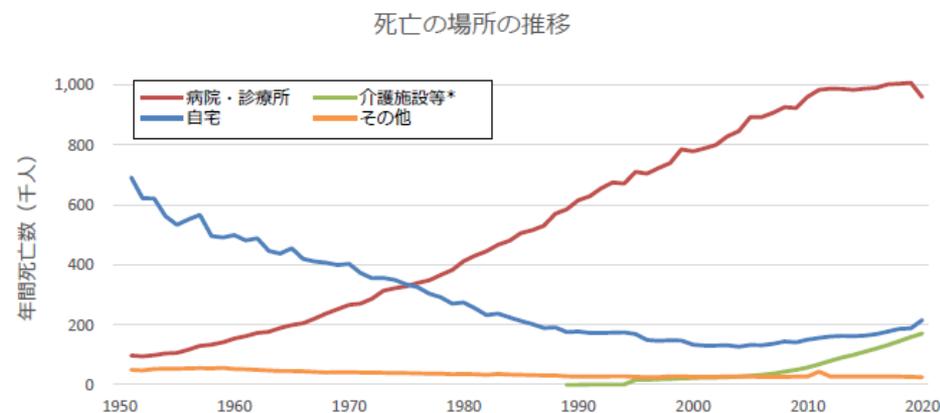
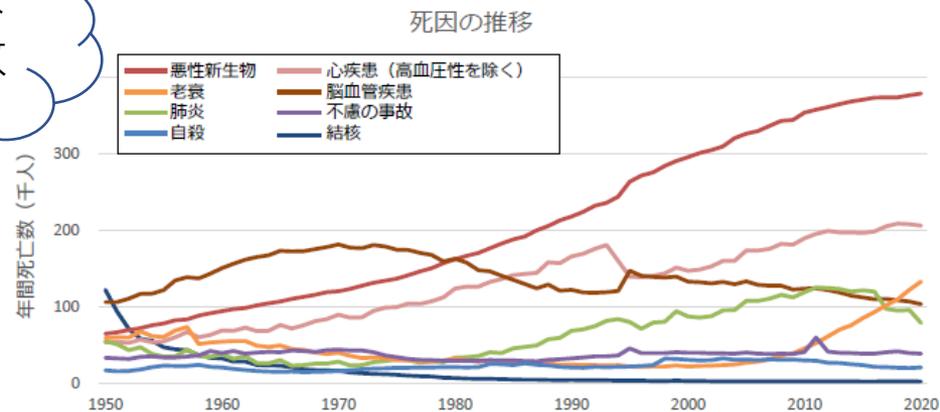
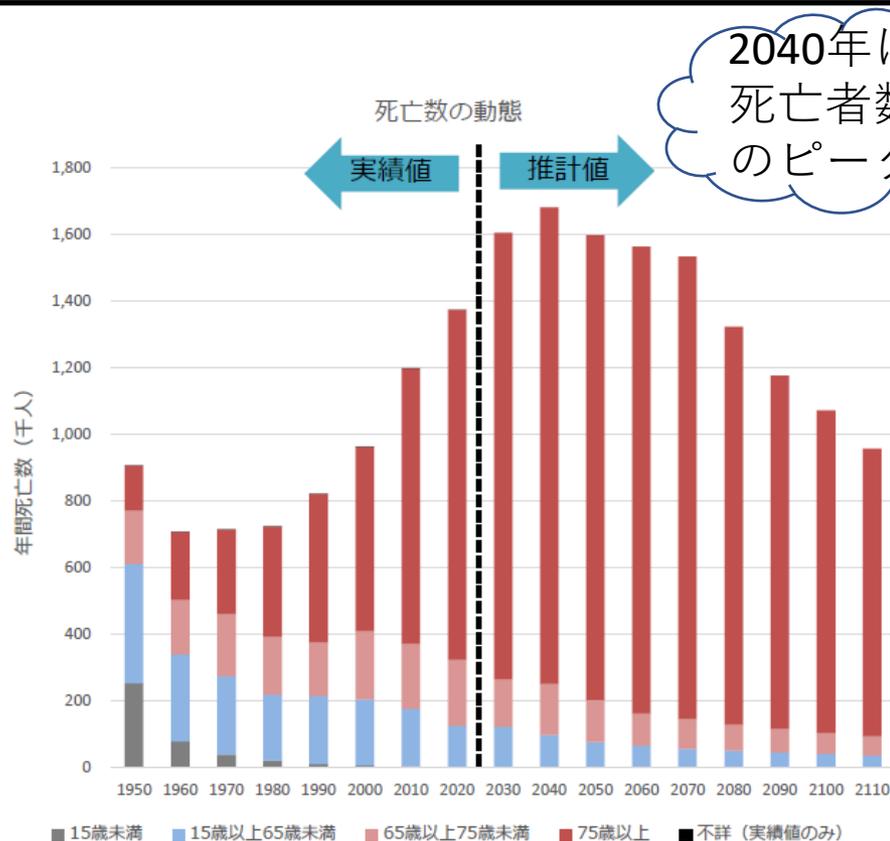
2,022年

# 医療需要の変化⑦ 死亡数が一層増加する

第7回第8次医療計画  
等に関する検討会  
令和4年3月4日

資料  
1

- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。
- 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「性・年齢（5歳階級）別死亡数」「出生中位（死亡中位）推計：男女年齢4区分別死亡数（総人口）」、厚生労働省「人口動態統計」

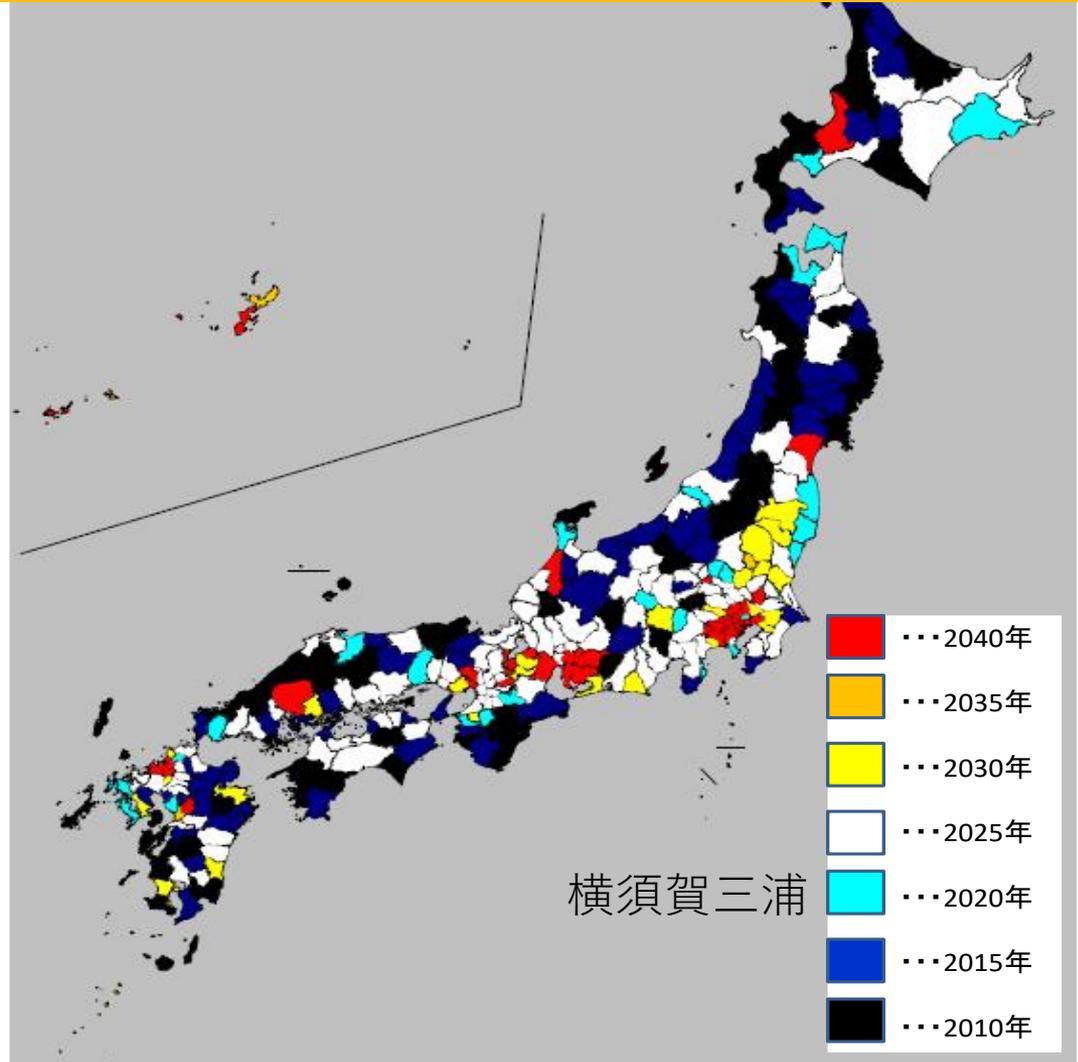
\*介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム。

※ 2020年までは実績値、2021年以降は推計値。

# 高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

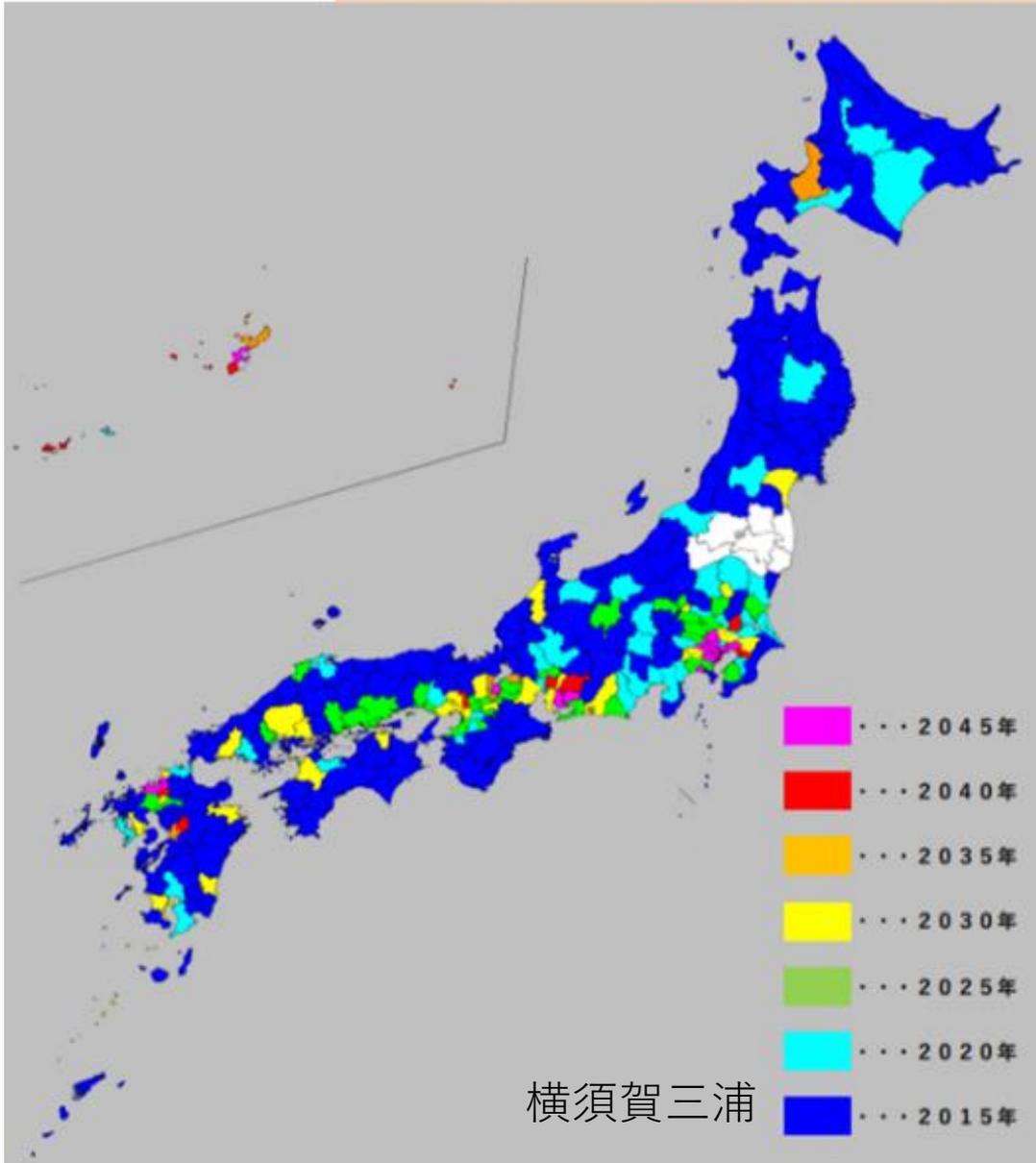
地域により  
医療需要ピークの時期  
が大きく異なる

2040年に高齢化のピークを  
迎えるのは首都圏を始めと  
した大都市圏、地方では  
ピークを過ぎている



出典：社会保障制度国民会議 資料（平成25年4月19日 第9回  
資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料）

## 二次医療圏ごとの外来患者推計のピーク



外来医療については、多くの地域ですでに需要のピークを迎えていると考えられる。

### 【出典】

- ・国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」
- ・厚生労働省「平成29年患者調査」

### 【データ加工】

- ・産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツールAJAPA」

### ※「地域別人口変化分析ツールAJAPA」による推計方法

患者調査で把握できる都道府県・性・年齢階級・傷病別の受療率が将来も継続すると仮定し、将来推計人口の通り人口構造が変化した場合の患者数増減を推計している。（2010年を100としたときの患者数を示している。）

※ 福島県については、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」において、東日本大震災の影響により市町村別の人口推移等を推計することが困難との理由からデータが掲載されていないため、着色していない。

# 年齢別の推計外来患者数の推移

千人

5,000

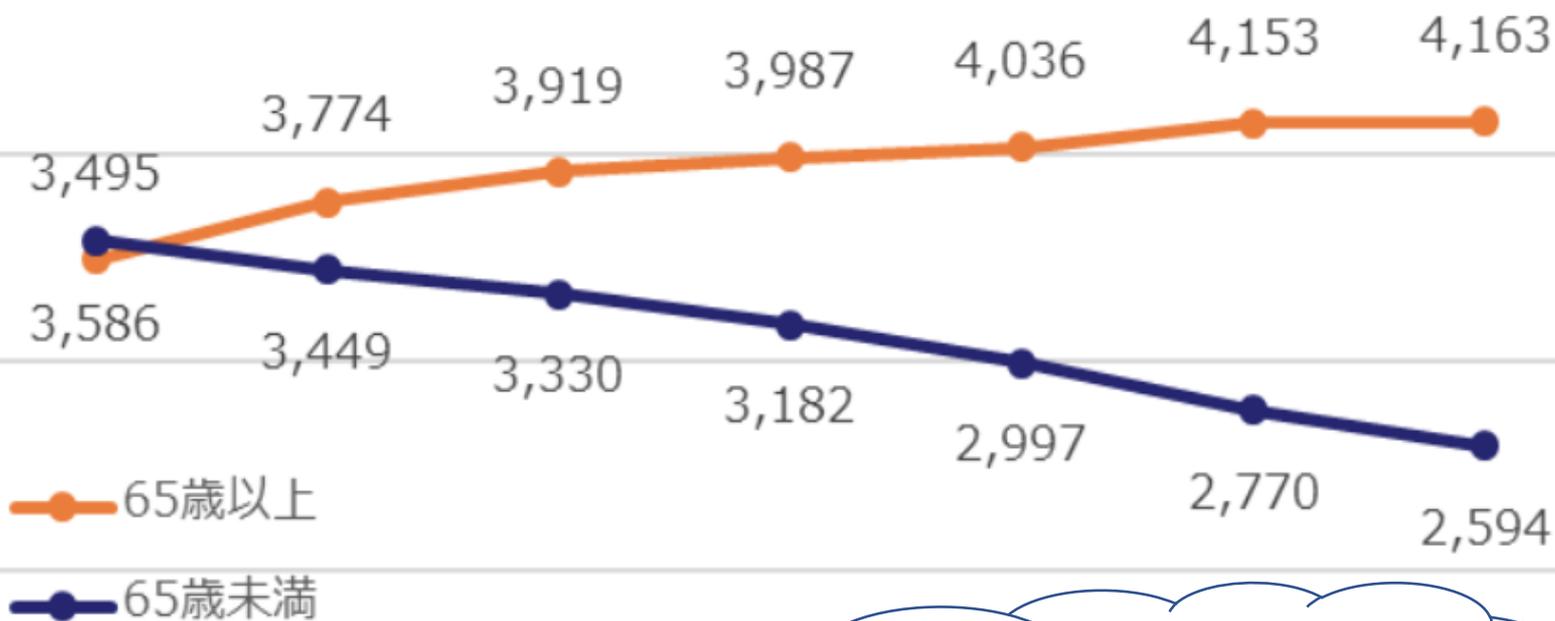
4,000

3,000

2,000

1,000

0



減るのは65歳未満の若い外来患者

2015年

2020年

2025年

2030年

2035年

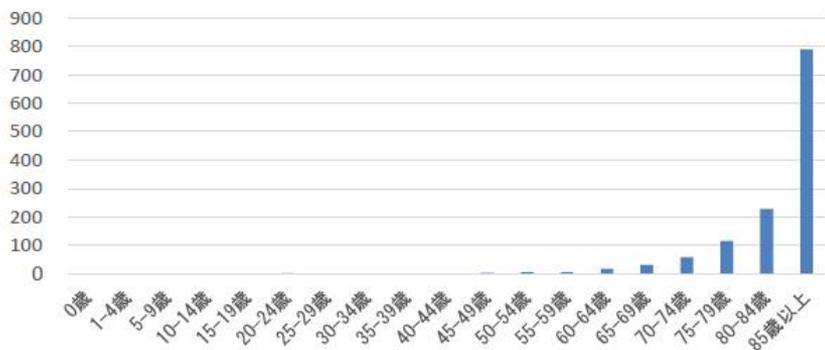
2040年

2045年

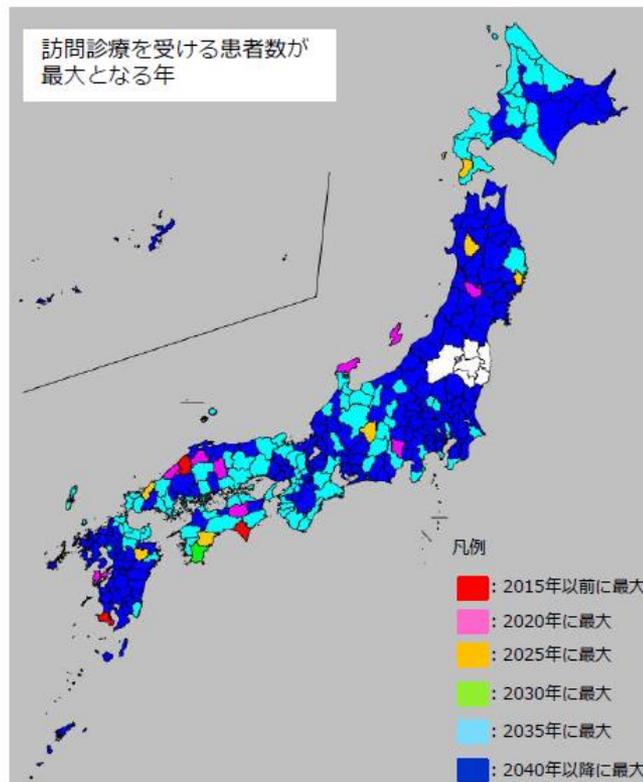
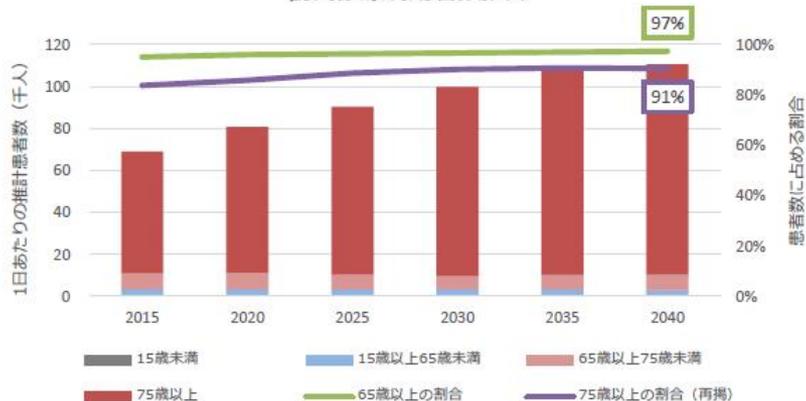
# 医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種別・入院-外来の種別別」  
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種別・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」

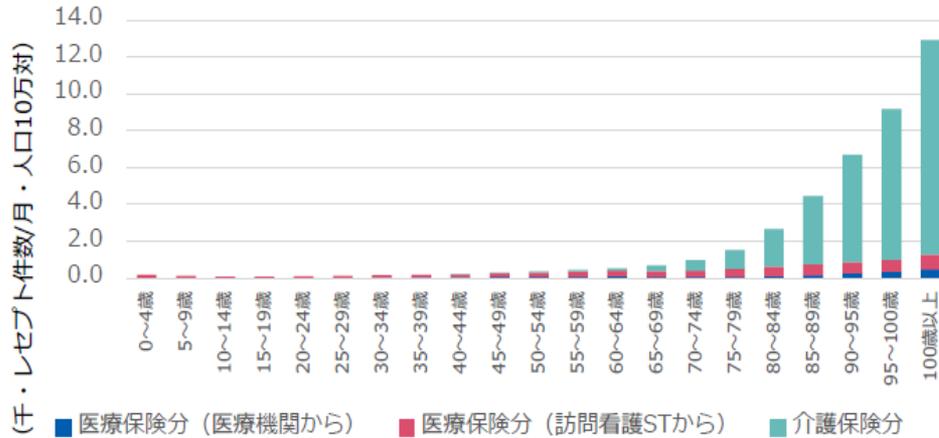
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

- ※ 病院、一般診療所を対象に集計。
- ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の実受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
- ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

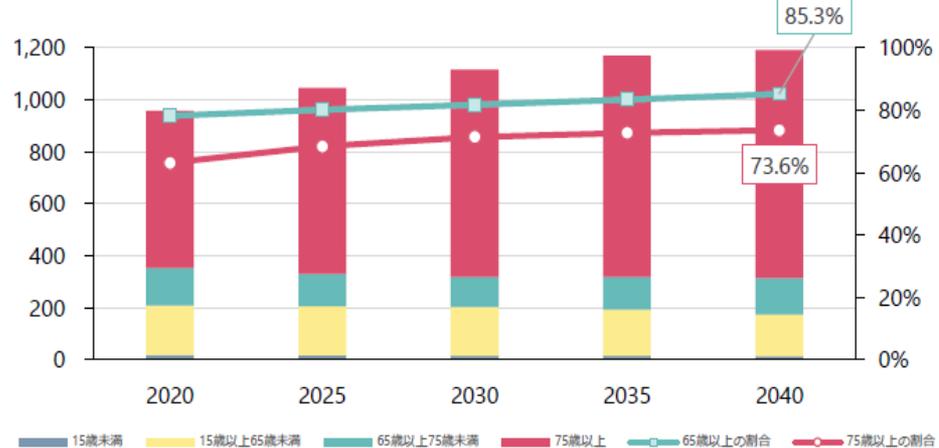
# 訪問看護の必要量について

- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることが見込まれる。
- 訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（198の医療圏）において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。

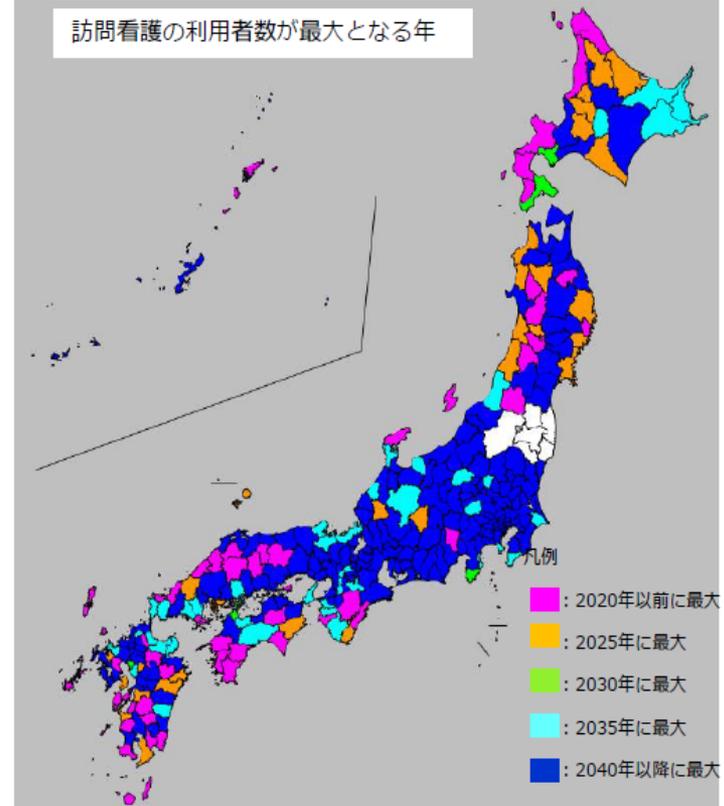
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



年齢階級別の訪問看護の将来推計（医療保険+介護保険）



訪問看護の利用者数が最大となる年



【出典】

利用率：NDB、介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。

推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護DBデータ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導科、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導科及び精神科訪問看護・指導科のレセプトを集計。  
 ※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。  
 ※3 2019年度における訪問看護または介護予防訪問看護のレセプトを集計。  
 ※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。  
 ※5 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

An aerial photograph of the Yokosuka and Miura Peninsula region in Japan. The image shows a mix of green forested hills, urban areas with buildings and roads, and a large body of blue water. A prominent mountain peak is visible in the upper left corner. The text is overlaid in the center-left area.

横須賀・三浦の2025年  
2040年問題を考える

# 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

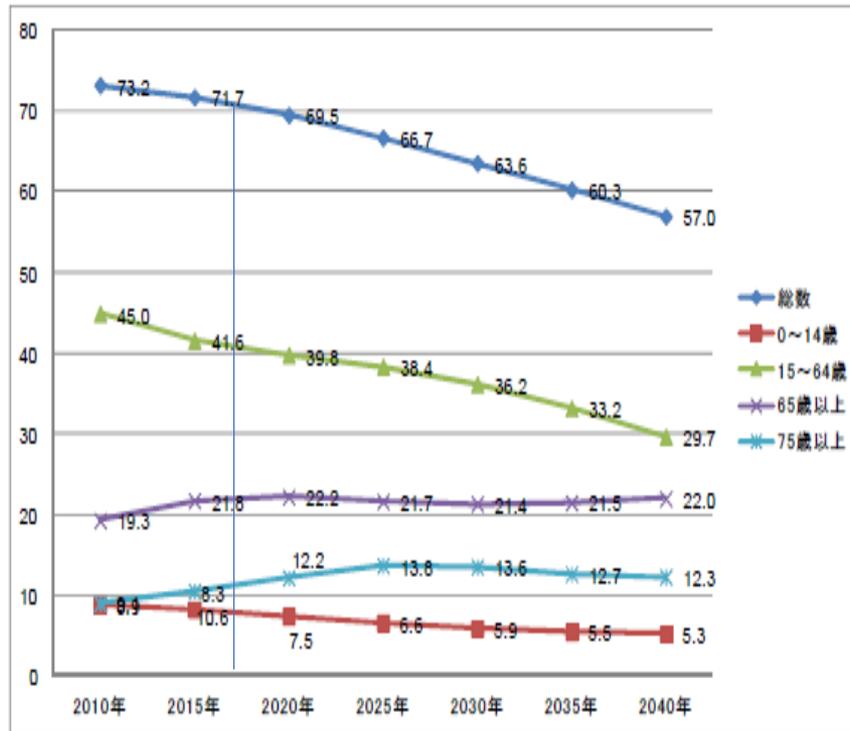
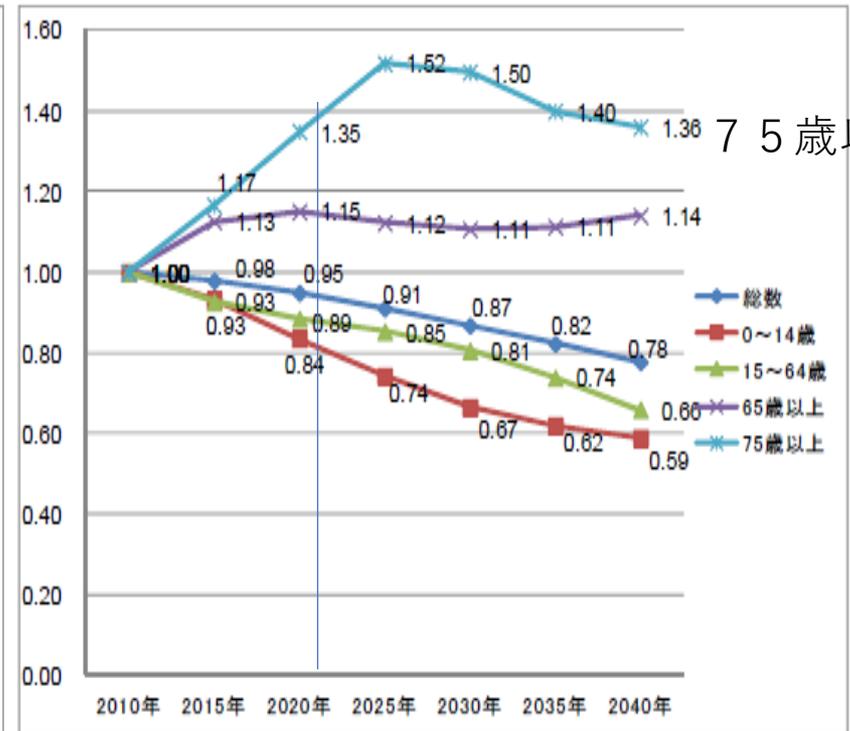


図 横須賀・三浦の年齢区分別人口の増加率の推移(2010年基準)

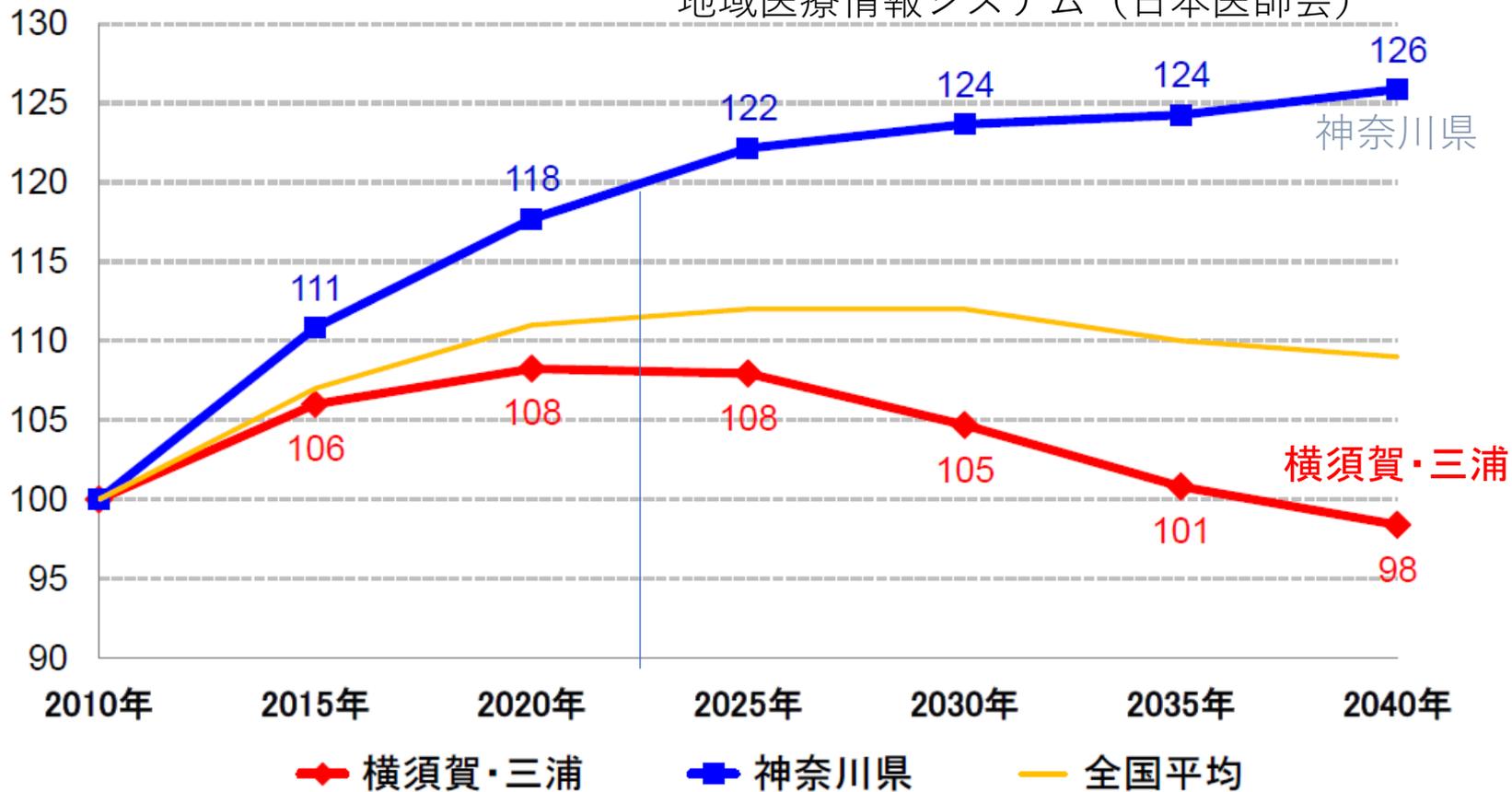


75歳以上

<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





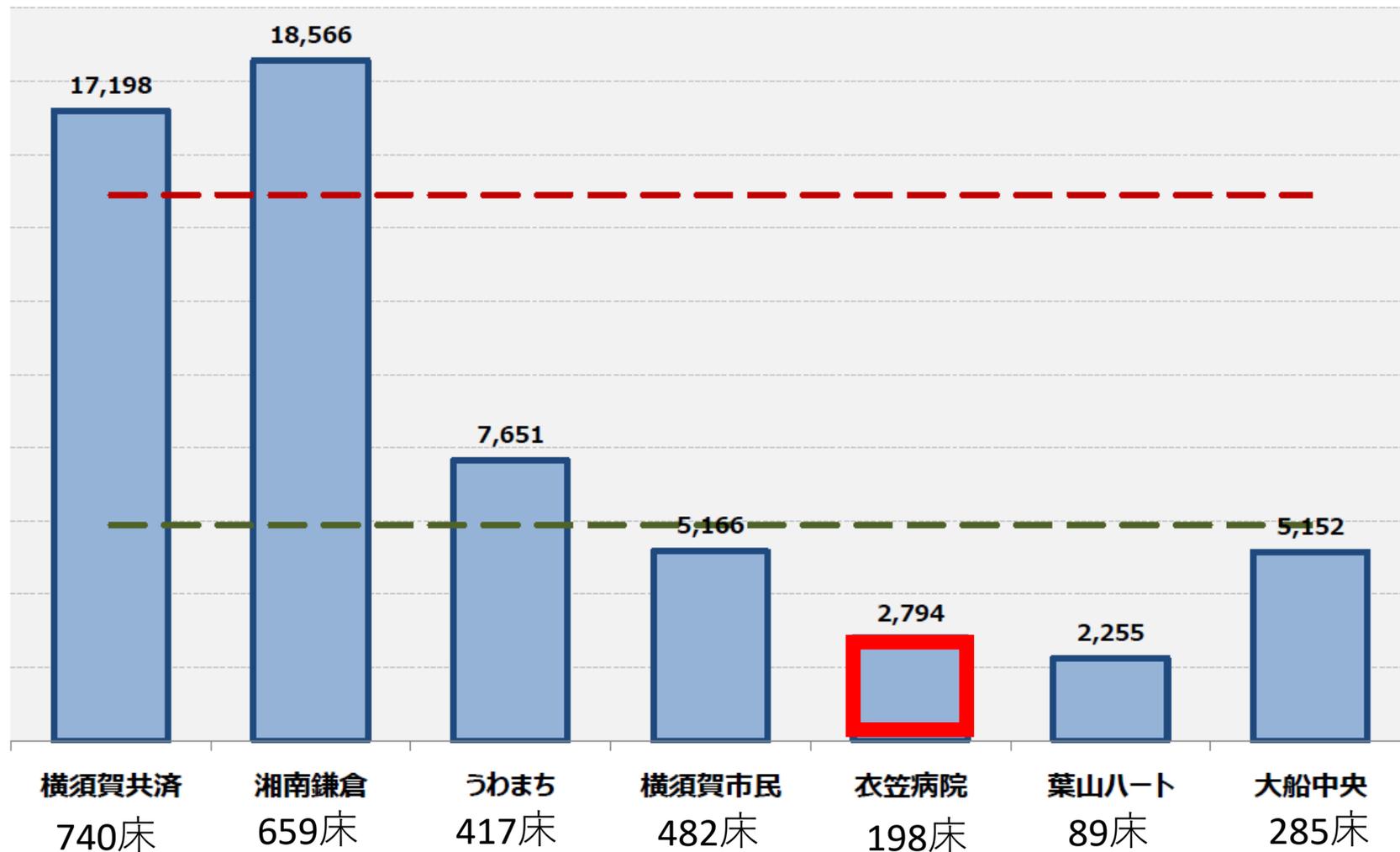
# 入院患者数

平成26年度実績

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

# 病院情報局

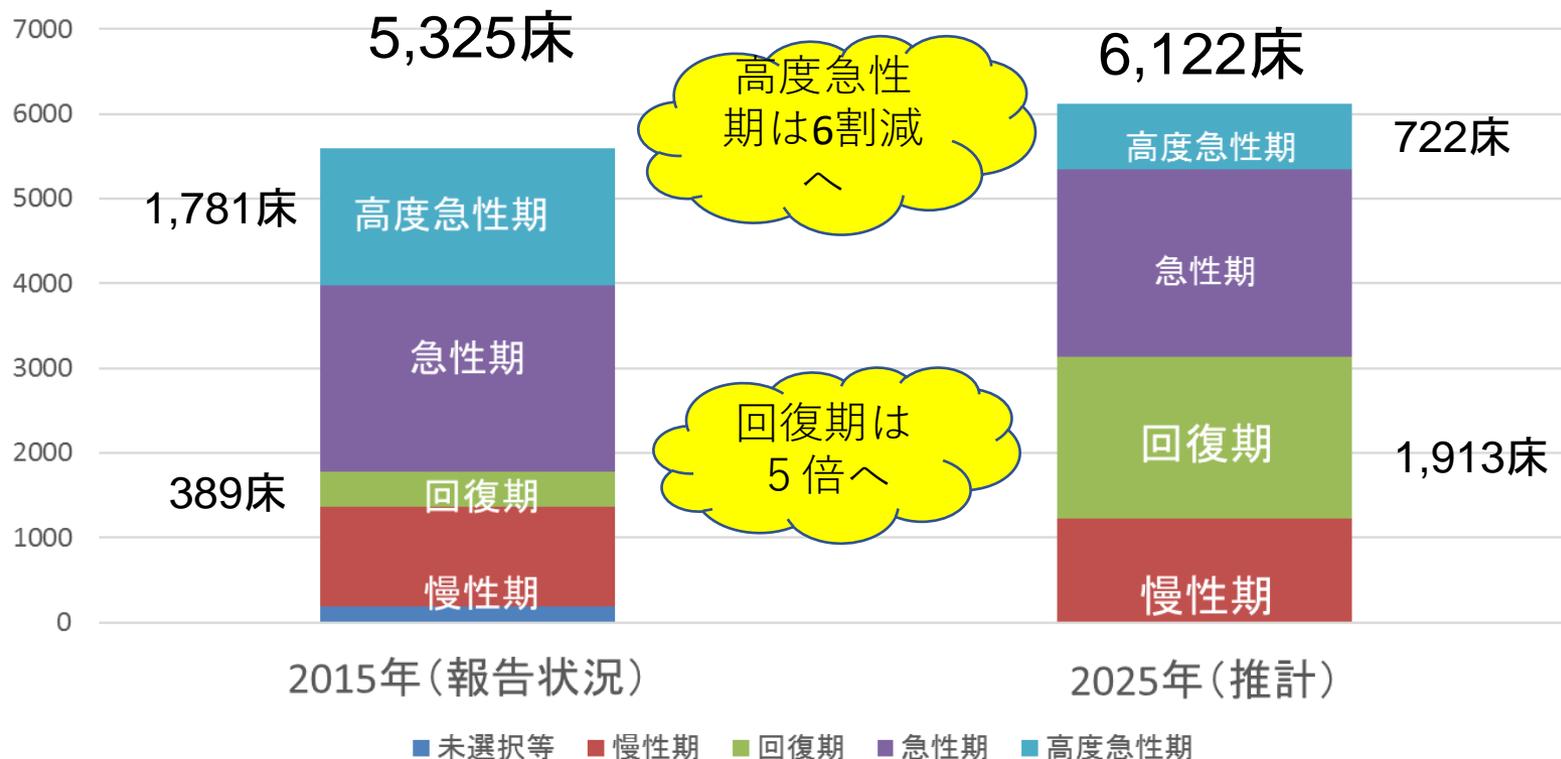
■ 症例数    ■ 大学病院平均値    ■ 全病院の平均値



# 横須賀・三浦 2025年の病床数の必要量

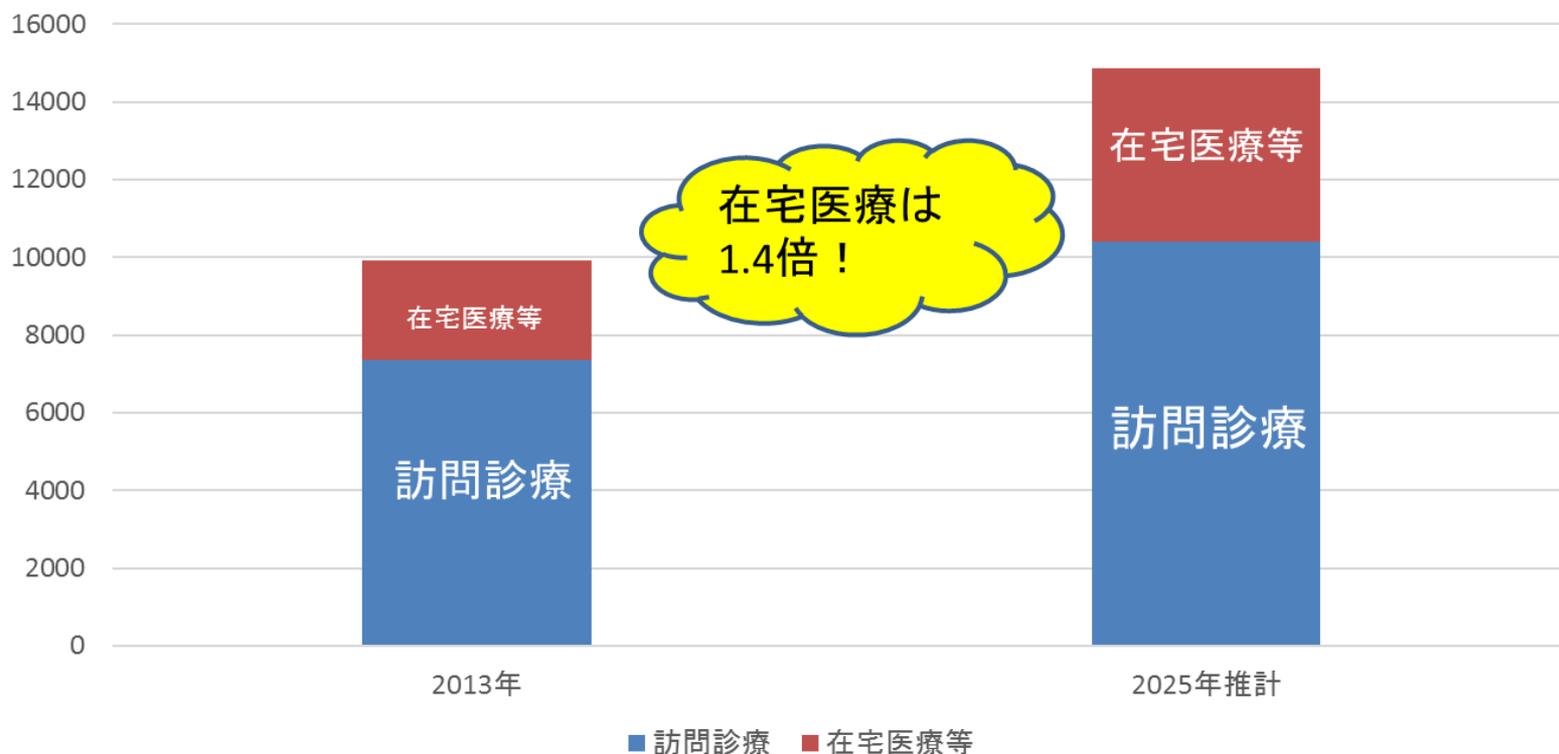
病床機能報告（厚労省）

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

横須賀三浦では  
急性期医療の需要は減り  
在宅医療の需要が増える



# パート 2

## かかりつけ医機能と 中小病院



# かかりつけ医機能の制度整備

- 「新経済・財政再生計画 改革工程表2021」（2021年12月23日）
  - 「かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策」について検討を進める」
  - 検討期限は2023年度
- 「経済財政運営と改革の基本方針2022（骨太の方針2022）」（2022年6月7日）
  - 「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」
- 「第8次医療計画等に関する検討会」
  - かかりつけ医機能について検討（2022年9月9日）
  - 2023年度からの都道府県での第8次医療計画策定に向け、2022年中には一定の結論を出すスケジュール
- 社会保障審議会医療部会（2022年9月29日）
- 全世代型社会保障構築会議（2022年11月11日）
  - 増田寛也主査「かかりつけ医機能を強化するための制度整備は不可避」
  - かかりつけ医機能の情報開示

# 全世代型社会保障構築会議

2022年11月24日

かかりつけ  
医機能の制  
度整備は不  
可欠



# かかりつけ医の定義と機能



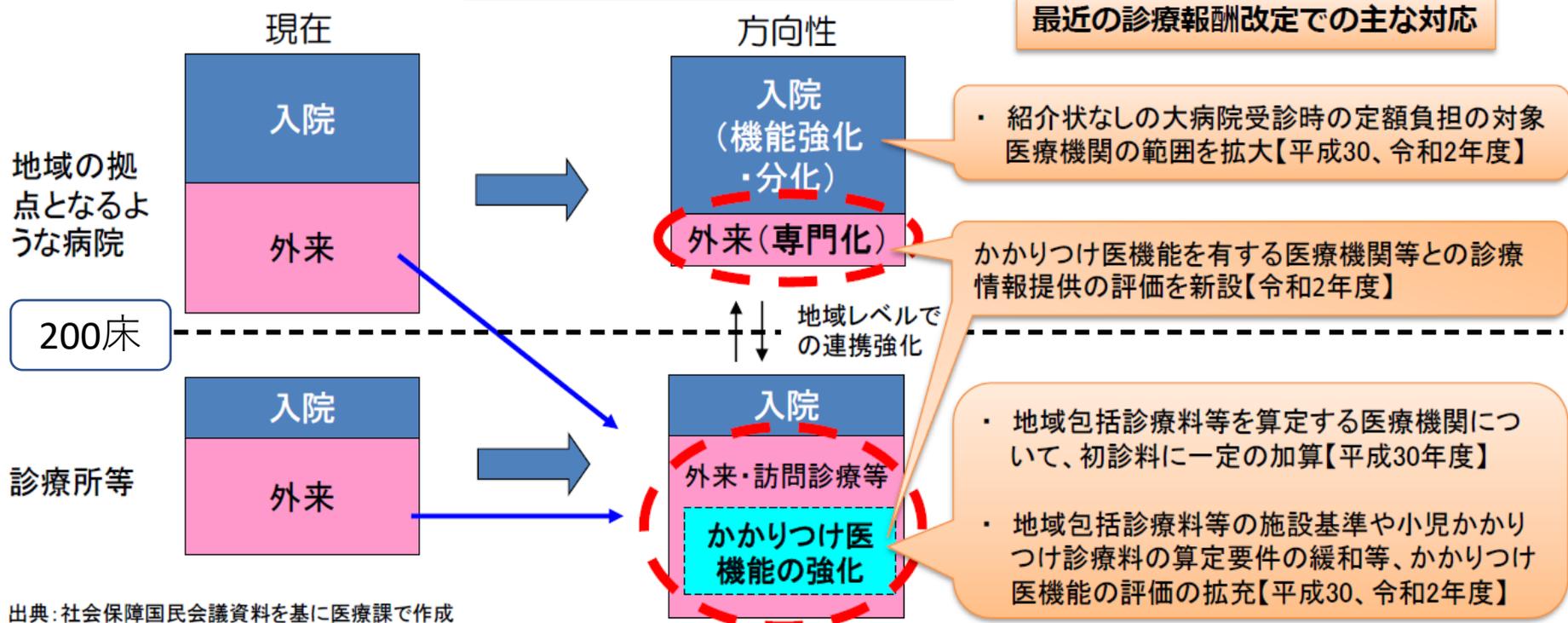
2023年度に医療法改正で  
法制化をめざす

# 外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

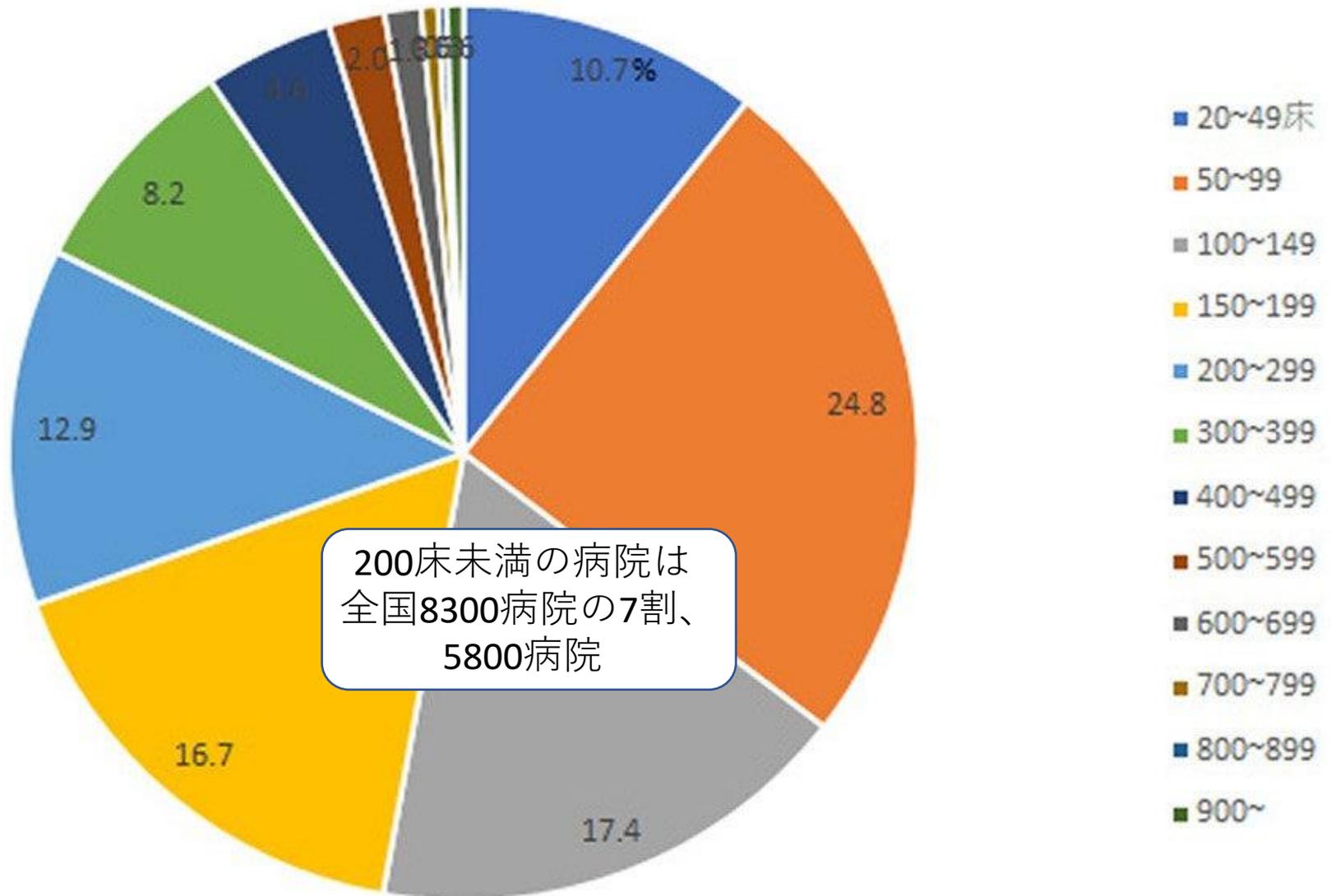
- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

## 外来医療の役割分担のイメージ



# 病床規模別の病院の割合

(厚生労働省・2019年医療施設調査より)



# かかりつけ医機能が発揮される制度整備（骨格案）

- ・国民・患者はそのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- ・医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化。

## 国民・患者のニーズ

### 多様な医療ニーズ

（高齢者の場合）

- 持病（慢性疾患）の継続的な医学管理
- 日常的によくある疾患への幅広い対応
- 入退院時の支援
- 休日・夜間の対応
- 在宅医療
- 介護サービス等との連携

## 制度整備の内容

かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化

- ・医療機関は左記ニーズに対応する機能を都道府県に報告
- ・この報告に基づき、都道府県は、地域における機能の充足状況や、これらの機能をあわせもつ医療機関を確認・公表した上で、地域の協議の場で不足する機能を強化する具体的方策を検討・公表

## 期待される効果

身近な地域で提供される日常的な医療が充実

⇒住んでいる地域で、あるいは加齢に伴い、必要な医療が受けられなくなるのではないかと不安を解消

医師・医療機関との継続的な関係を確認できる

⇒今かかっている医療機関で、将来も継続的に診てもらえるのか、という不安を解消

大病院に行かなくても身近なところで必要な医療が受けられる

⇒大病院に行かないと必要な医療が受けられないのではないかと不安を解消  
⇒大病院で働く医師の負担軽減にも資する

誰もが確実に必要な医療につながる環境が整う

⇒医療にかかるための情報が見つからない、情報の見方が分からない、という悩みや不安を解消

### 全ての国民への情報提供

- かかりつけ医・医療機関を選ぶための情報が不足している。
- かかりつけ医・医療機関を探す方法が分からない。

## 医療機能情報提供制度の拡充

- ・「かかりつけ医機能」の定義を法定化。「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能」
- ・都道府県は国民・患者による医療機関の適切な選択に資するよう「かかりつけ医機能」に関する情報を分かりやすく提供

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、かかりつけ医機能として提供する医療の内容を説明することとする（書面交付など）。

# 現行の医療機能情報提供制度について

## 【医療法】

第六条の三 病院、診療所又は助産所の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、**医療を受ける者が病院等の選択を適切に行うために必要な情報として厚生労働省令で定める事項**を当該病院等の所在地の都道府県知事に報告するとともに、当該事項を記載した書面を当該病院等において閲覧に供しなければならない。

5 都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、第一項及び第二項の規定により報告された事項を**公表**しなければならない。

## 【医療法施行規則（省令）】

別表第一第二の項第一号イ(13)（地域医療連携体制）

(iii) 身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能として厚生労働大臣が定めるもの（以下「かかりつけ医機能」という。）

【医療法施行規則別表第一の規定に基づく病院、診療所又は助産所の管理者が都道府県知事に報告しなければならない事項として医療法施行規則別表第一に掲げる事項の内、厚生労働大臣の定めるもの（告示）】

第十七条 規則別表第一第二の項第一号イ(13)(iii)及びロ(13)(ii)に規定する厚生労働大臣が定める身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能は、次のとおりとする。ただし、病院については、第五号に掲げるものを除く。

- 一 日常的な医学管理及び重症化予防
- 二 地域の医療機関等との連携
- 三 在宅医療支援、介護等との連携
- 四 適切かつ分かりやすい情報の提供
- 五 地域包括診療加算の届出
- 六 地域包括診療料の届出
- 七 小児かかりつけ診療料の届出
- 八 機能強化加算の届出

具体性に乏しいとの指摘

診療報酬点数であり、理解しづらいとの指摘

医療法施行規則にかかりつけ医機能の項目はある

## 医療機能情報提供制度の充実・強化について（案）

- ・国民は、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行うよう努めることとされている（現行医療法第6条の2第3項）ことも踏まえ、「かかりつけ医機能」の**定義を法定化**しつつ、「かかりつけ医機能」に関する国民・患者への**情報提供の充実・強化**を図ることとしてはどうか。
- ・かかりつけ医機能の定義  
：「**身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能**」
- ・医療機関は、その有する「かかりつけ医機能」を都道府県知事に報告するとともに、都道府県知事は、報告された「かかりつけ医機能」に関する**情報を国民・患者に分かりやすく提供**する。

### 現在の情報提供項目

- 一 日常的な医学管理及び重症化予防
- 二 地域の医療機関等との連携
- 三 在宅医療支援、介護等との連携
- 四 適切かつ分かりやすい情報の提供
- 五 地域包括診療加算の届出
- 六 地域包括診療料の届出
- 七 小児かかりつけ診療料の届出
- 八 機能強化加算の届出

かかりつけ医機能を**医療法**の条文に載せる

### 今後の情報提供項目のイメージ

例えば、

- ◆対象者の別（高齢者、子どもなど）
  - ◆日常的によくある疾患への幅広い対応
  - ◆医療機関の医師がかかりつけ医機能に関して受講した研修など
  - ◆入退院時の支援など医療機関との連携の具体的内容
  - ◆休日・夜間の対応を含めた在宅医療や介護との連携の具体的内容
- など、国民・患者目線で分かりやすいものに見直す。

※具体的な項目の内容については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討。

国民・患者へのわかりやすい情報提供の実現

## 地域におけるかかりつけ医機能の強化のための方策について

【都道府県は、地域における機能の充足状況を確認した上で、地域の協議の場で不足する機能を強化する具体的方策を検討・公表】

### <具体的な方策の例>

- ◆ 病院勤務医が地域で開業し地域医療を担うための研修や支援の企画実施  
(例えば在宅酸素療法、在宅緩和ケア、主治医意見書の書き方等。研修先の斡旋や研修中の受け持ち患者の診療支援も考えられる。)
- ◆ 地域で不足する機能を担うことを既存又は新設の医療機関に要請
- ◆ 医療機関同士の連携の強化 (グループ診療、遠隔医療やオンライン資格確認の活用等)
- ◆ 在宅医療を積極的に担う医療機関や在宅医療の拠点の整備
- ◆ 地域医療連携推進法人の設立活用 (より簡易な要件で設立できる新類型を設ける)



### 【国による基盤整備・支援】

- ◆ 研修の標準的な基準の設定等を通じた研修等の量的・質的充実と受講の促進
- ◆ 国民・患者の健康・医療情報の共有基盤等の整備 (医療DXの推進)
- ◆ **かかりつけ医機能の診療報酬による適切な評価 など**

## かかりつけ医機能が発揮される制度整備の進め方のイメージ

- ◆ 年内に医療部会で制度整備の基本的考え方にとりまとめを行い、例えば、以下のようなイメージで具体的な検討・実施を進めることが考えられる。

### 医療機能情報提供制度の拡充

- ◆ ～令和5年夏目途
  - ・今後の具体的な情報提供項目のあり方や情報提供の方法を検討。
- ◆ 令和6年度以降
  - ・医療機能情報の公表の全国統一化（都道府県ごとに公表されている医療機関に関する情報について全国統一のシステムを導入する）
- ・あわせて、上記の検討結果を踏まえた報告項目の見直しを反映

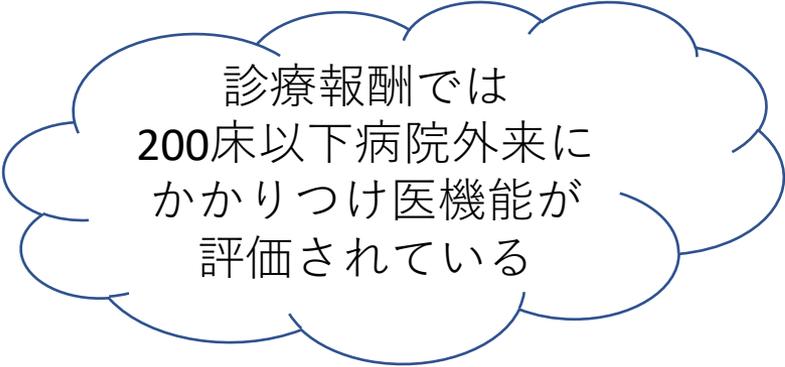
### かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化

- ◆ 令和5年度頃 2023年度
  - ・医療法に基づく「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針（告示）」の検討
- 2024年～2025年度
- ◆ 令和6年度～令和7年度頃
  - ・個々の医療機関からの機能の報告
  - ・地域の協議の場における「かかりつけ医機能」に関する議論
- ◆ 令和8年度以降 2026年度
  - ・医療計画に適宜反映

※かかりつけ医機能に関する協議について、市町村介護保険事業計画や医療介護総合確保法に基づく

# 200床未満の中小病院と かかりつけ医機能

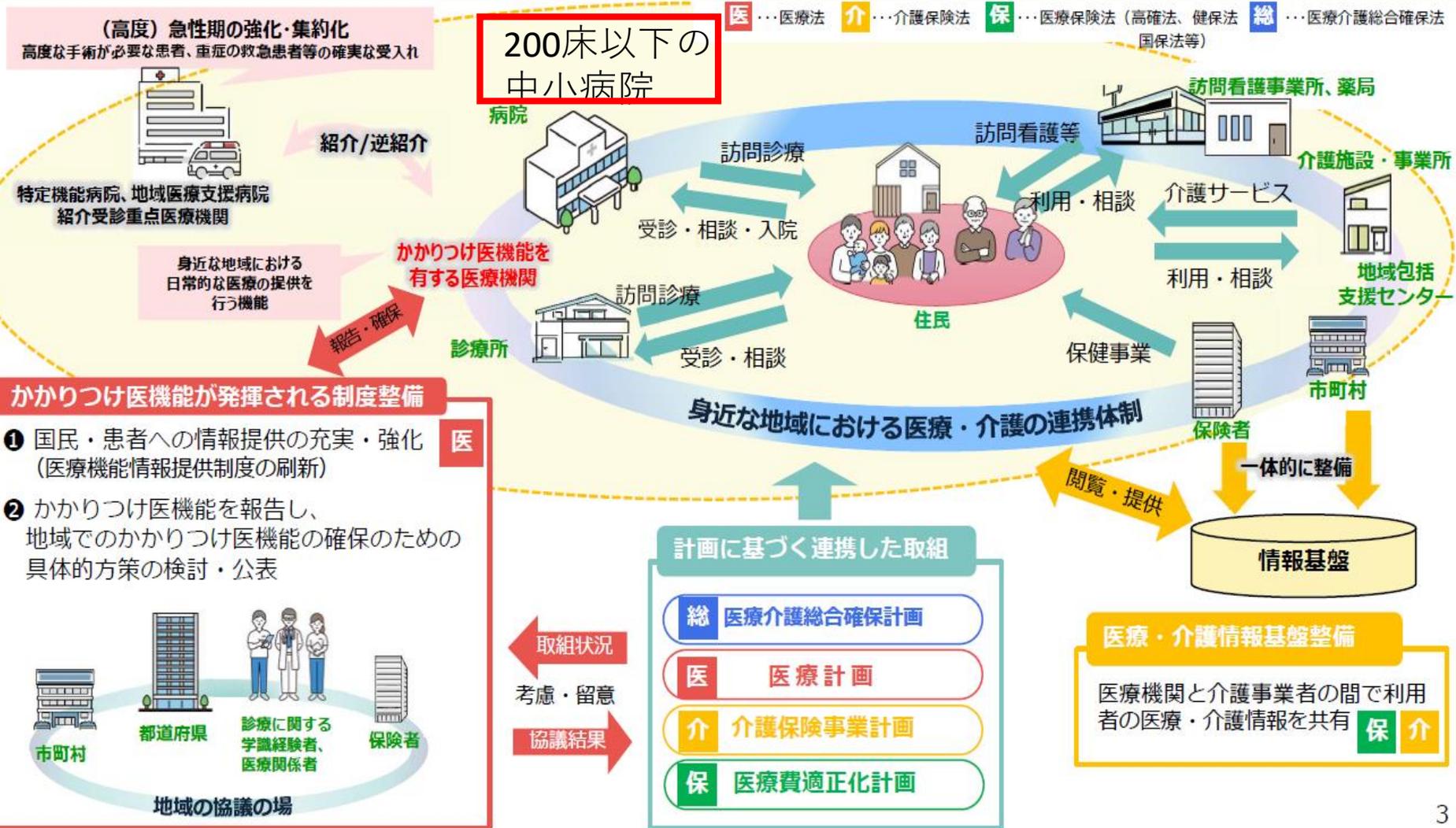
- 外来機能
  - かかりつけ医機能
    - 地域包括診療料
    - 特定疾患療養管理料
- 地域包括ケア病棟
  - 200床未満病院では在宅支援機能が要件となっている。
- これからは200床以下病院は地域包括ケアシステムを支援する機能がさらに求められる
  - 訪問診療
  - 訪問看護
  - 訪問リハビリ
  - 訪問栄養



診療報酬では  
200床以下病院外来に  
かかりつけ医機能が  
評価されている

# 地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



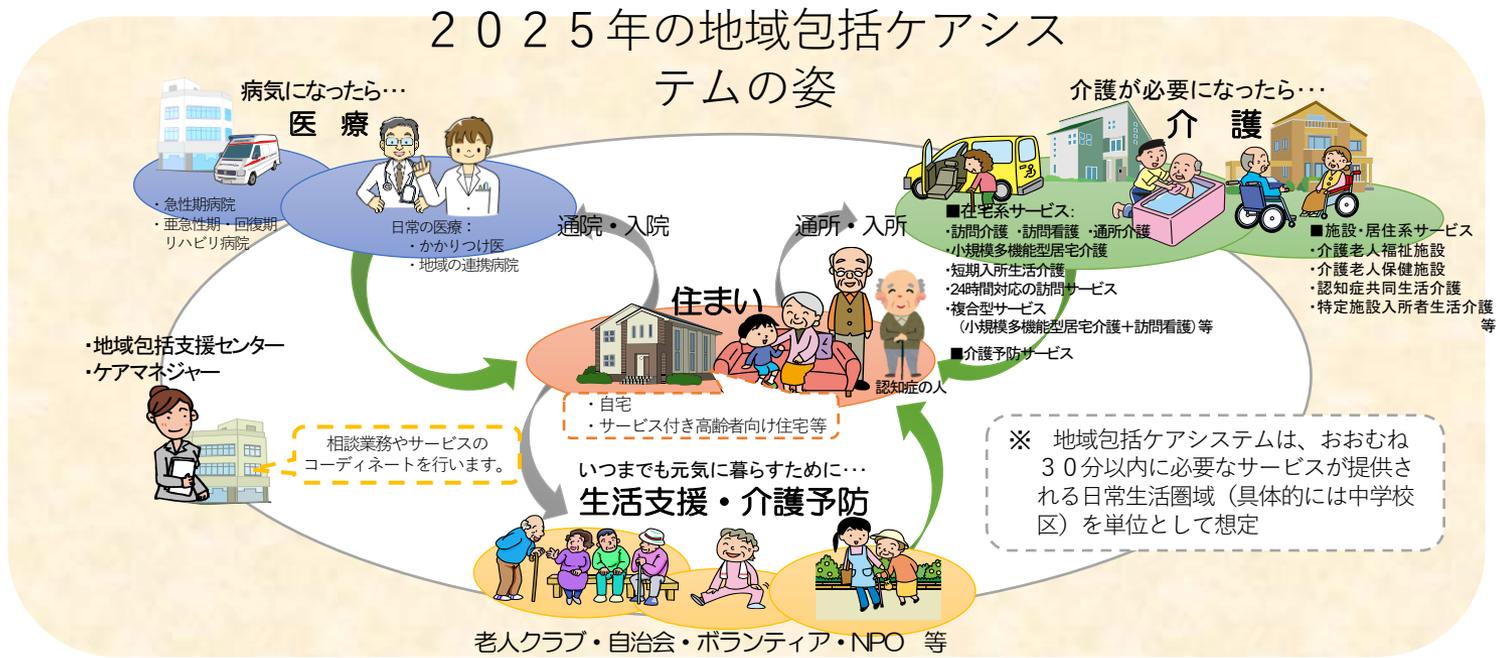
## パート 3

# 地域包括ケアシステムとは

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

# 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。



地域とは人口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

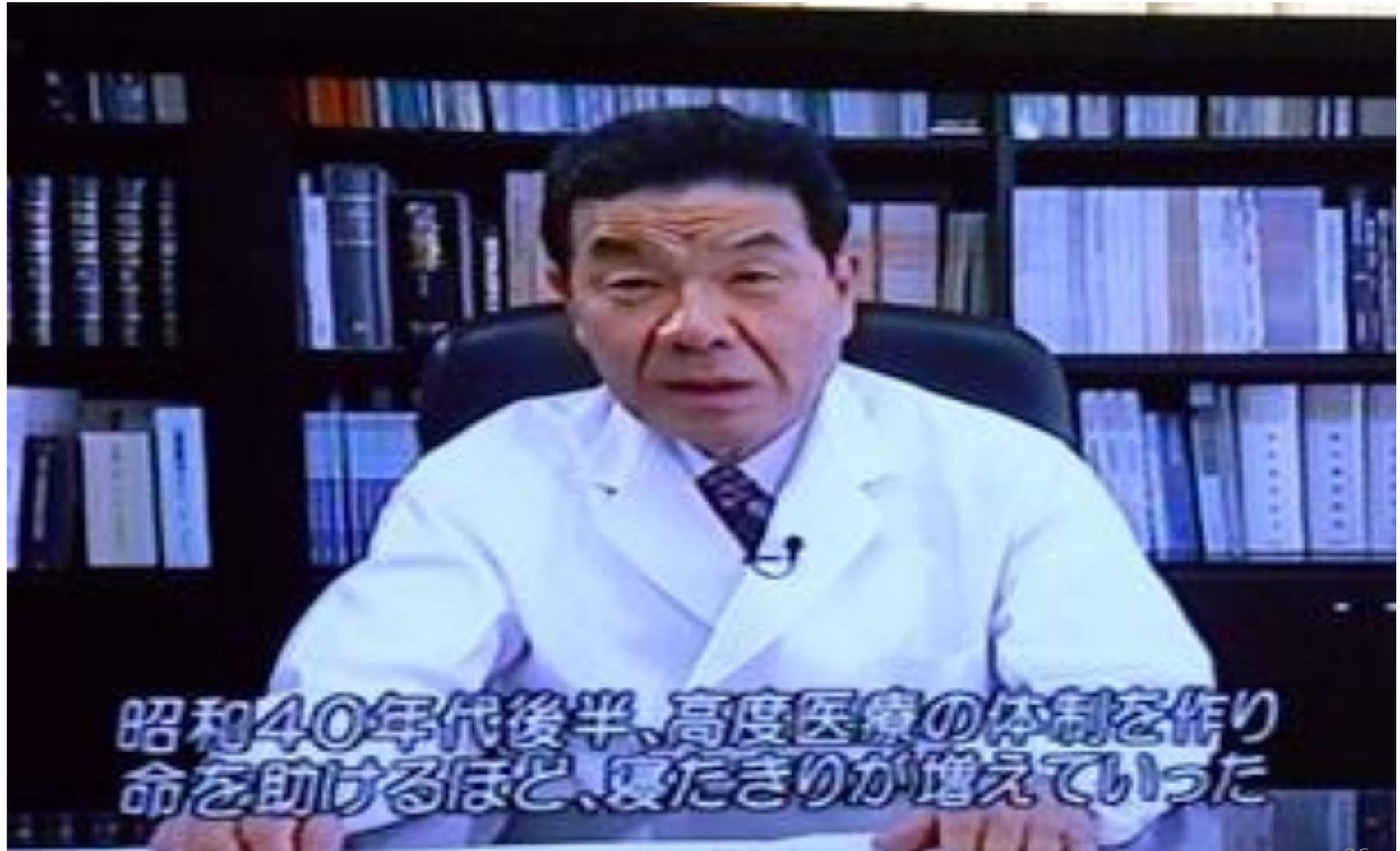
**Aging in Place**

# 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



昭和40年代後半、高度医療の体制を作り  
命を助けるほど、要たまりが増えていった

# 地域包括ケアは 公立みつき総合病院から始まった

- 公立みつき総合病院
  - **1970**年代に広島県公立みつき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。

# 公立みつぎ総合病院全景

2013年  
(平成25年9月 240床)



1962年

〔昭和42年5月オープン時  
40床、45人〕

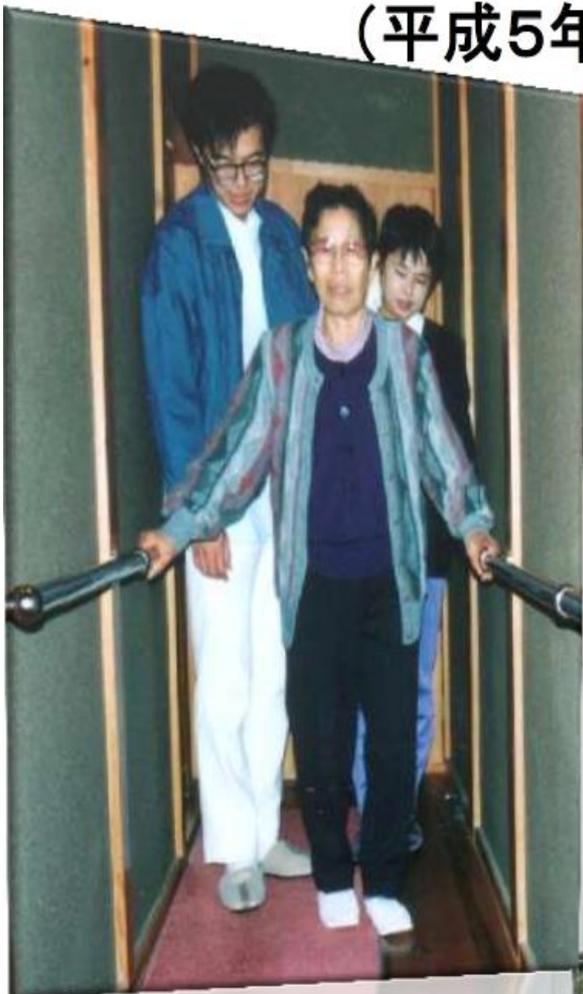


# 御調で地域包括ケアがはじまった きっかけとその後の経緯（変遷）

- 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) 1993年



(平成24~25年)

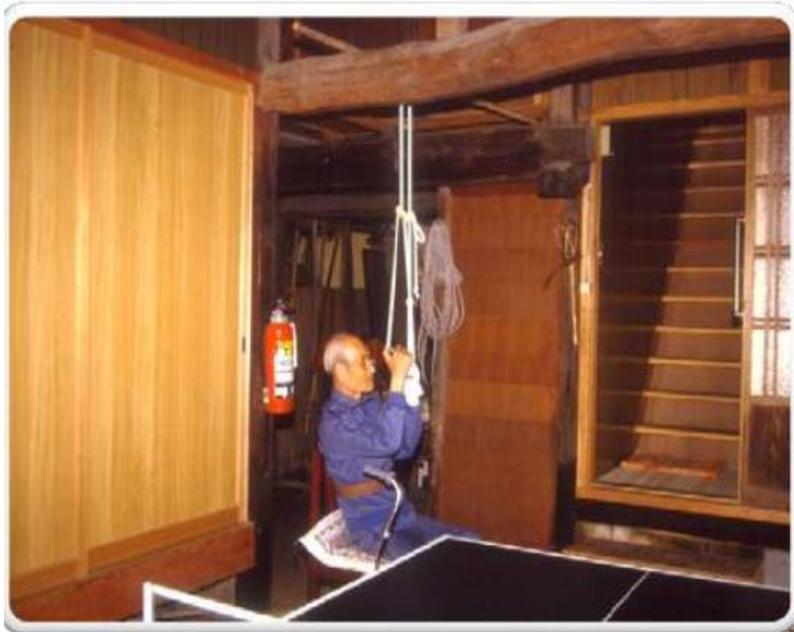
2012年~2013年

# 納屋に吊るした簡易フーリーで

# 背中と肩をストレッチ

1984年  
(昭和59年頃)

2008年  
(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



# 緩和ケア病棟でのボランティア



# 福祉バンク(市町村合併前)



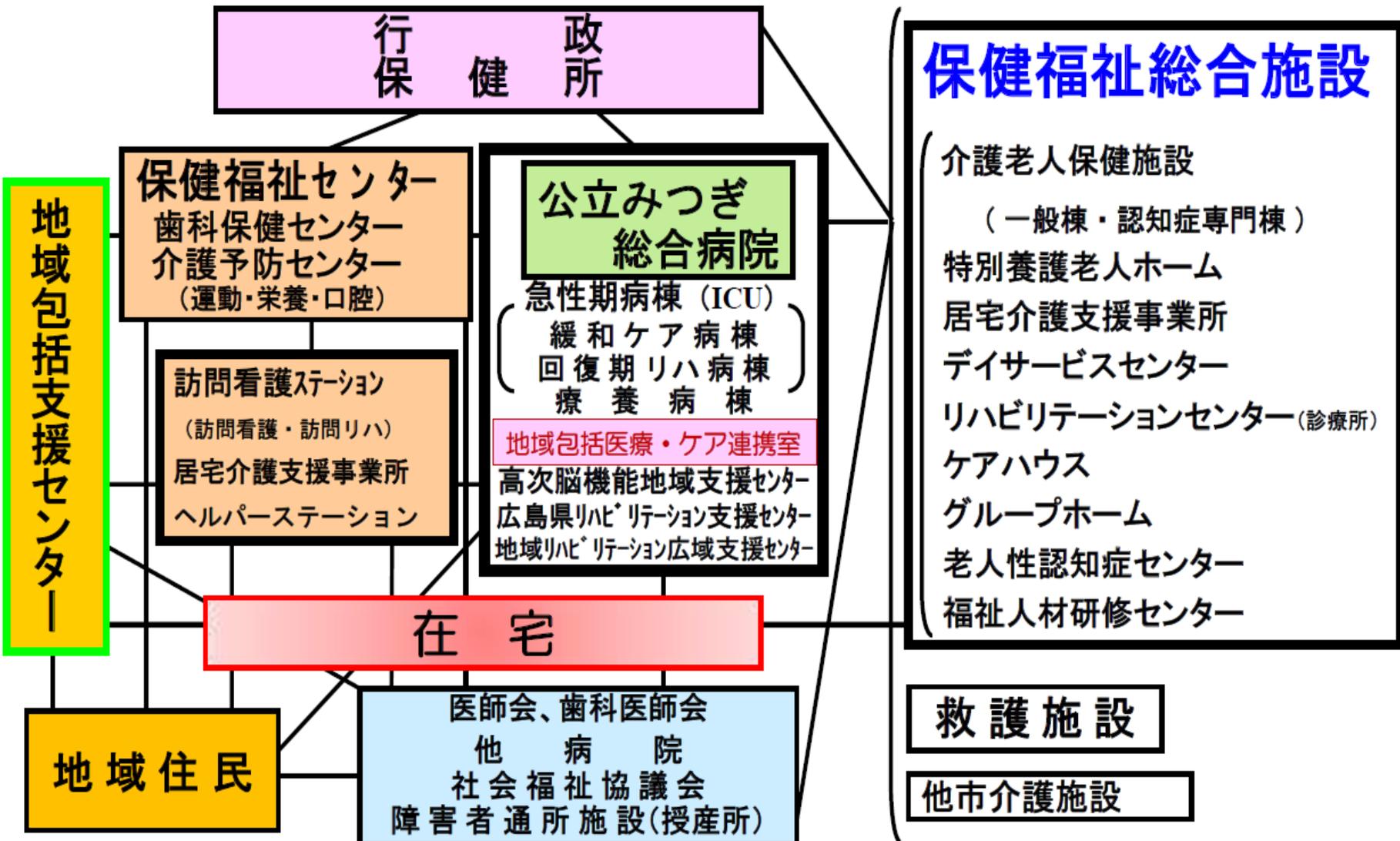
# 健康づくり座談会 (健康わくわく21)



# 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



専門職の出前サービス

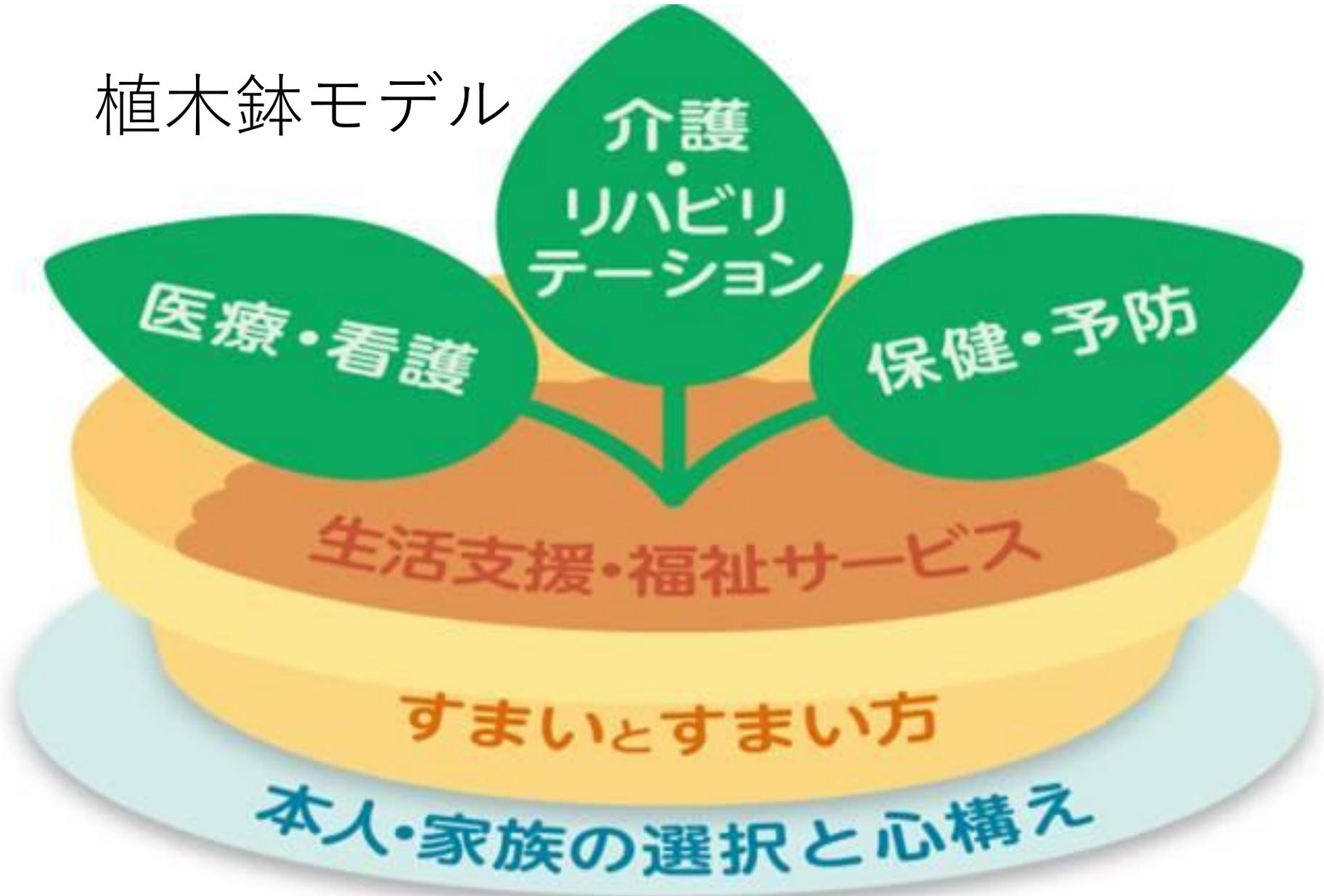
地域包括ケアシステムが  
制度として出来上がるのは  
2000年の介護保険の成立から・・



# 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

# 植木鉢モデル



地域包括ケア研究会

# パート4

## 地域包括ケアと 地域密着型サービス



# 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

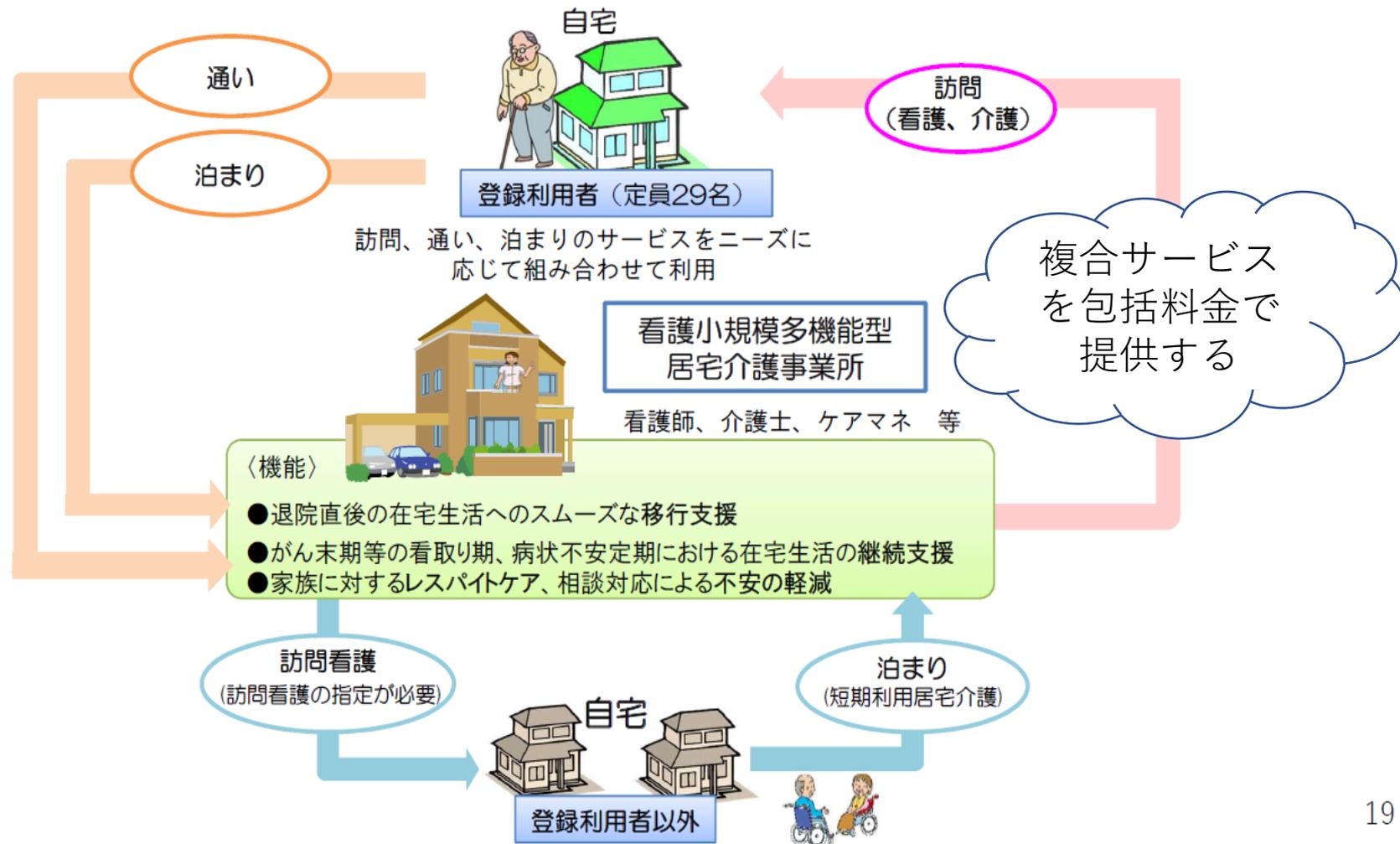
- ①看護小規模多機能型居宅介護（看多機）
- ②小規模多機能型居宅介護（小多機）
- ③定期巡回・随時対応型訪問介護看護  
（24時間地域巡回型訪問サービス）

# ①看多機（かんだき）



# 看護小規模多機能型居宅介護の概要

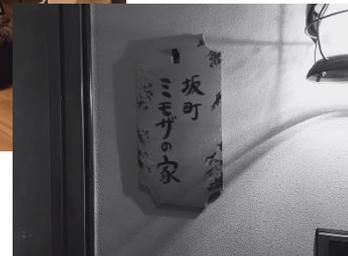
- 退院後の在宅生活への移行や、看取り期の支援、家族に対するレスパイト等への対応等、利用者や家族の状態やニーズに応じ、主治医との密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービス（「通い」、「泊まり」、「訪問（看護・介護）」）を24時間365日提供。
- また、登録利用者以外に対しても、訪問看護（訪問看護の指定が必要）や宿泊サービスを提供するなど、医療ニーズも有する高齢者の地域での生活を総合的に支える。



# 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

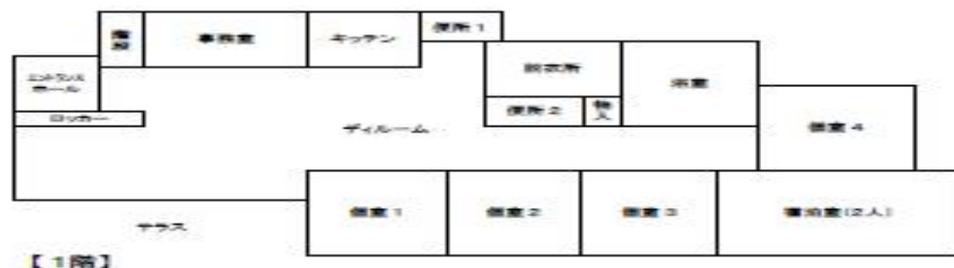


### ＜事業運営上のポイント＞

- 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"> <li>・訪問看護ステーション（開設時期：平成23年4月）</li> <li>・居宅介護支援事業所</li> <li>・訪問介護事業所</li> </ul>			
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"> <li>・看護職員 【日勤】8：30～17：30 ※夜間の緊急対応に2名が待機。</li> <li>・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</li> </ul>			



●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】

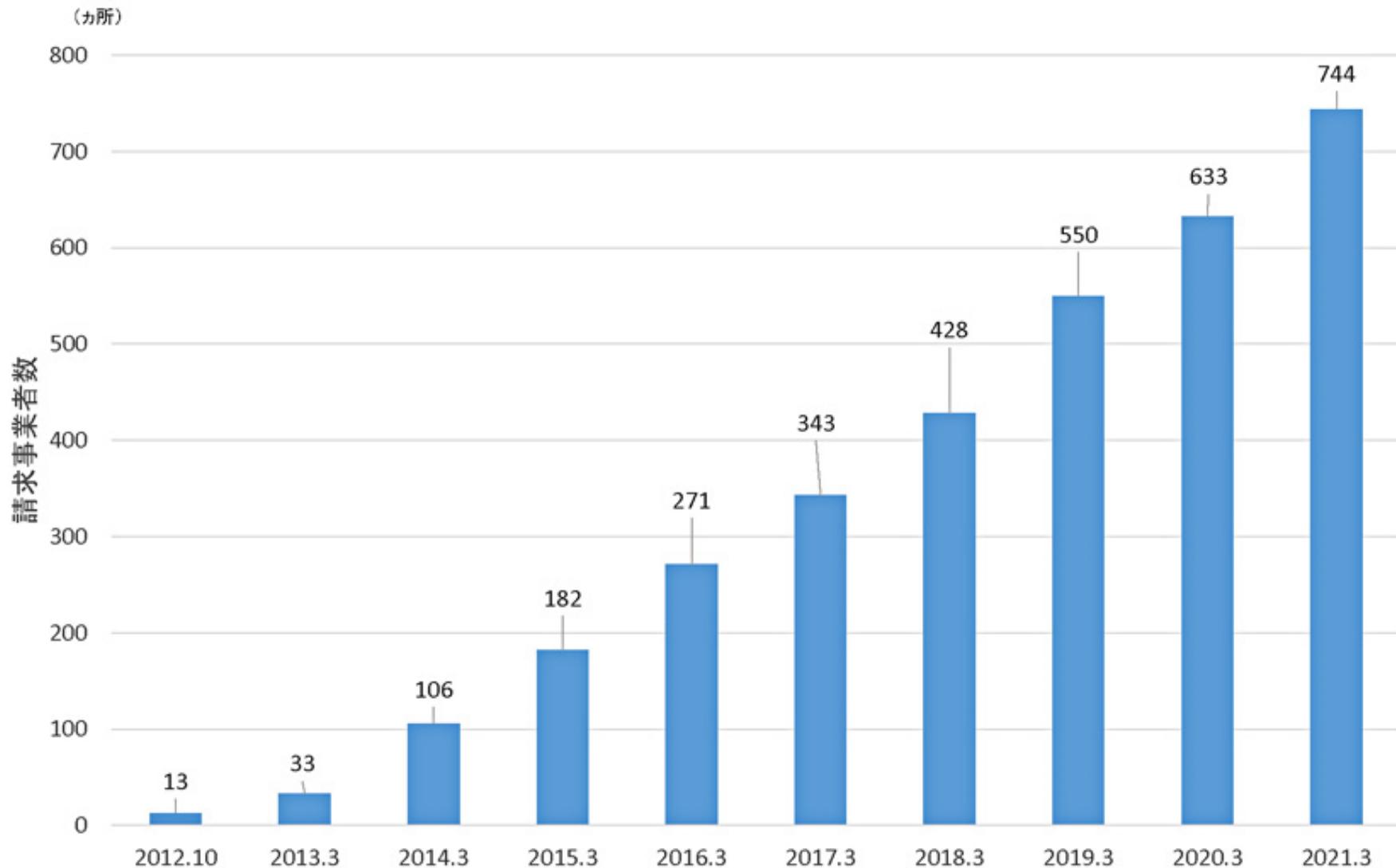
✓医療ケアの必要な認知症の利用者に対し、原疾患の進行に合わせた支援を実施

✓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。				

# 看多機事業所数の推移



[2012～2016]介護給付費実態調査より複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)の請求事業者数

[2016～2021]介護給付費等実態統計より複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)の請求事業者数

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1b.html> より作成

# ②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**

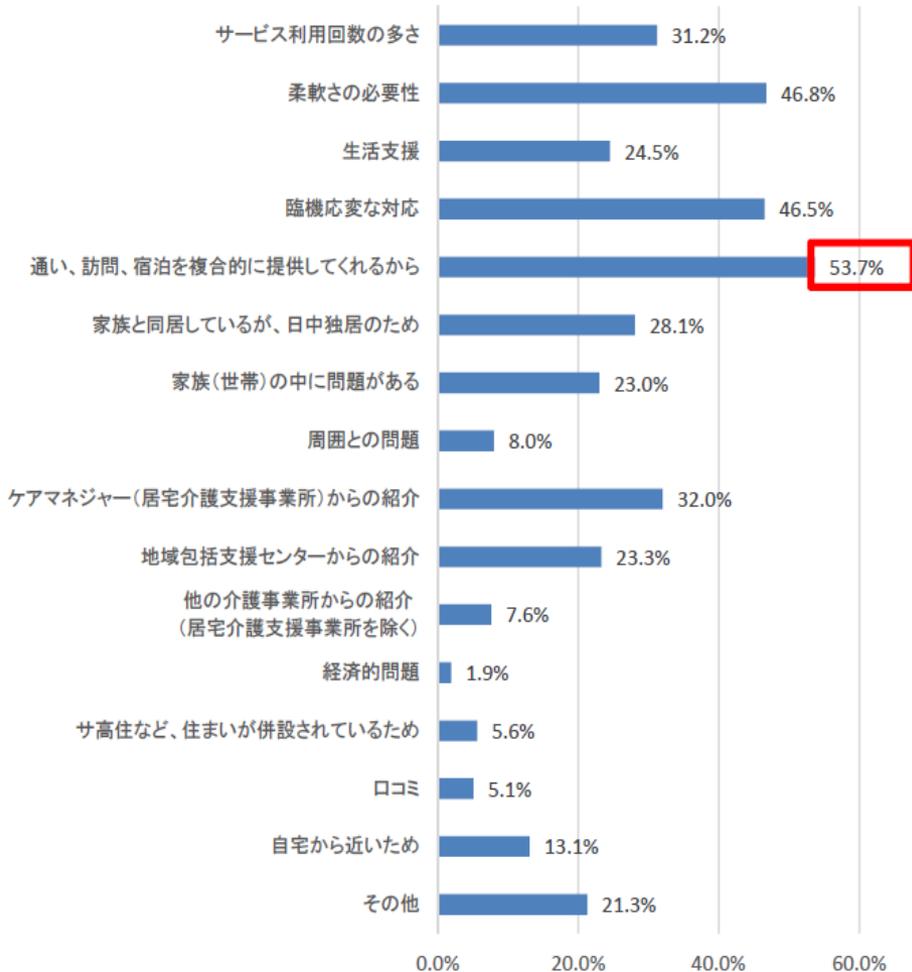
※別途、各種加算、食費、おむつ代等を頂戴いたします事をご了承下さい。



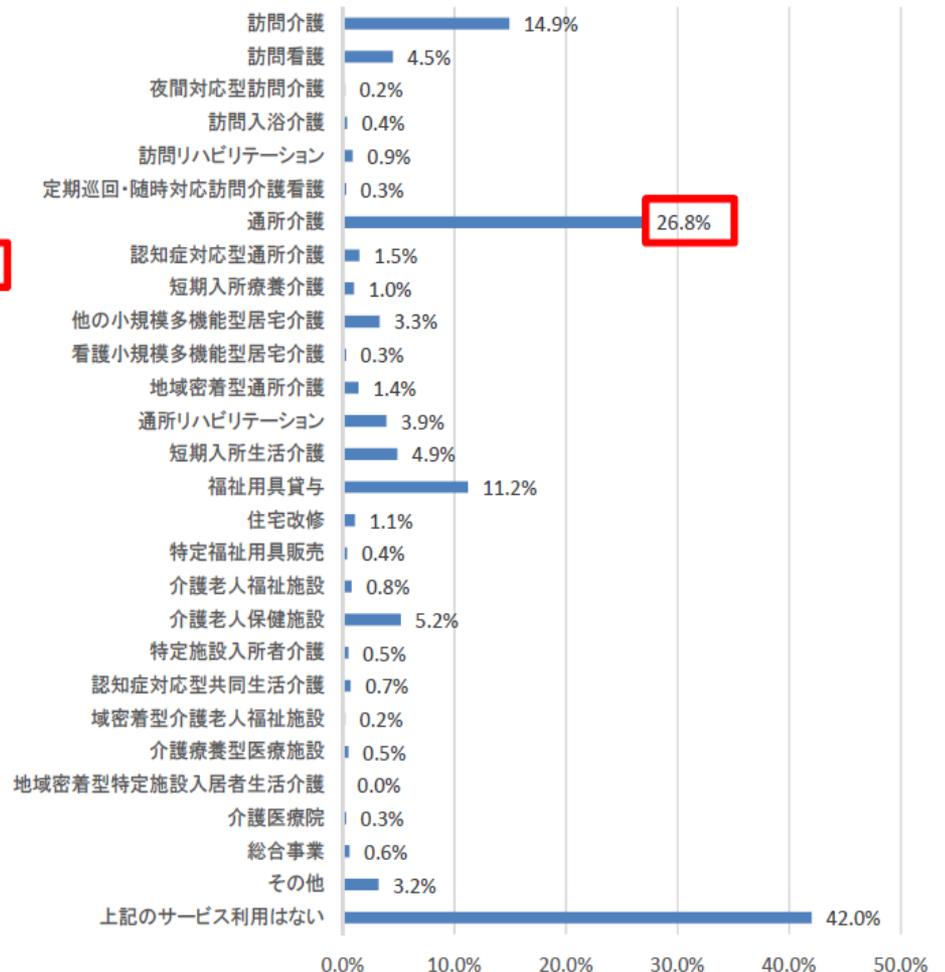
# 小規模多機能型居宅介護 利用することになった理由、直前に使っていた介護サービス

- 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)



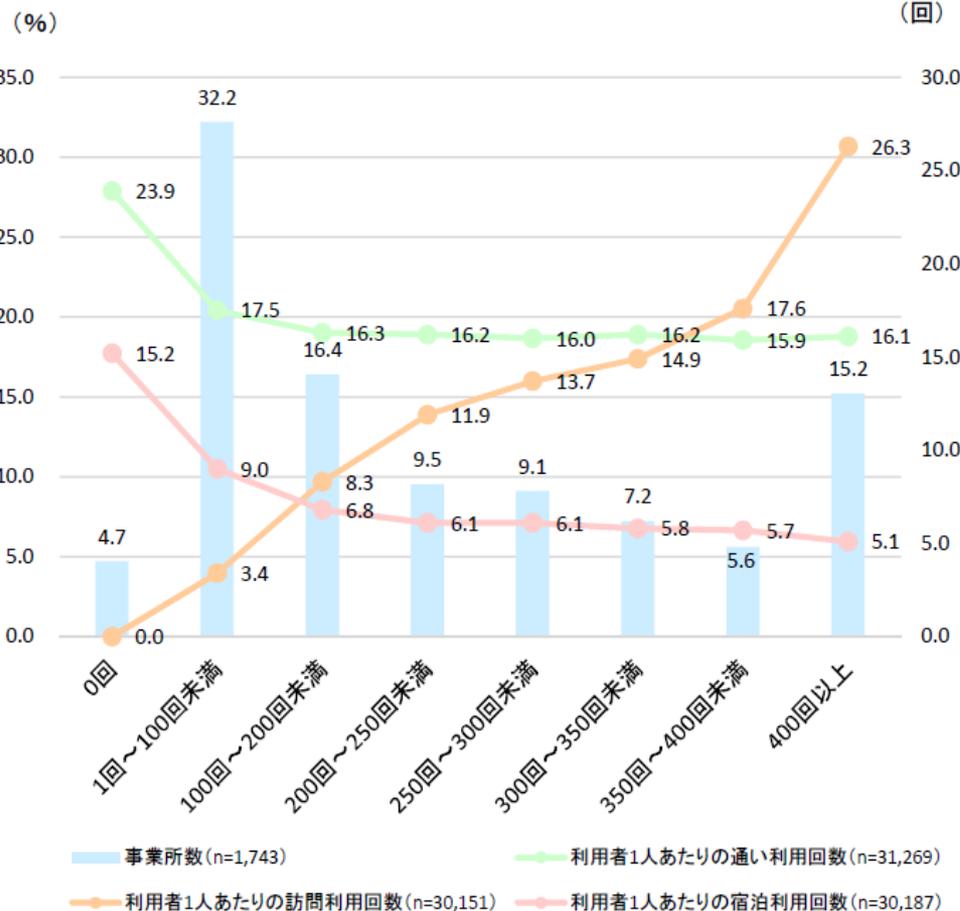
出典：令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「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

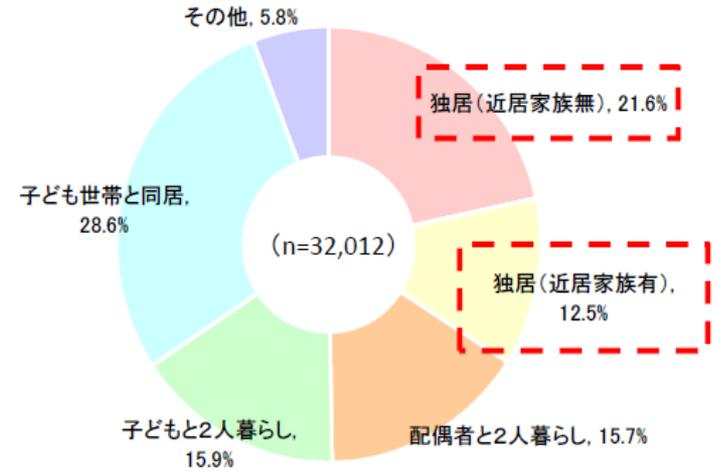
# 小規模多機能型居宅介護 訪問サービスの実施状況

- 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。

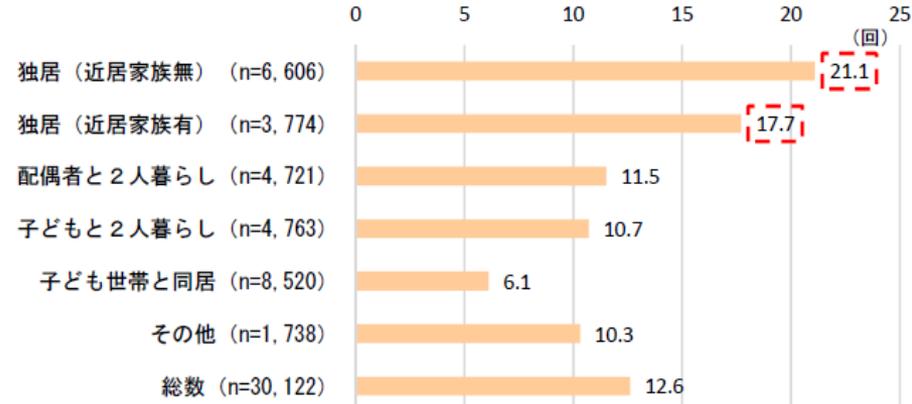
【月間訪問回数別事業所数割合・利用者1人あたりサービス利用状況】



【(参考)利用者の世帯構成】



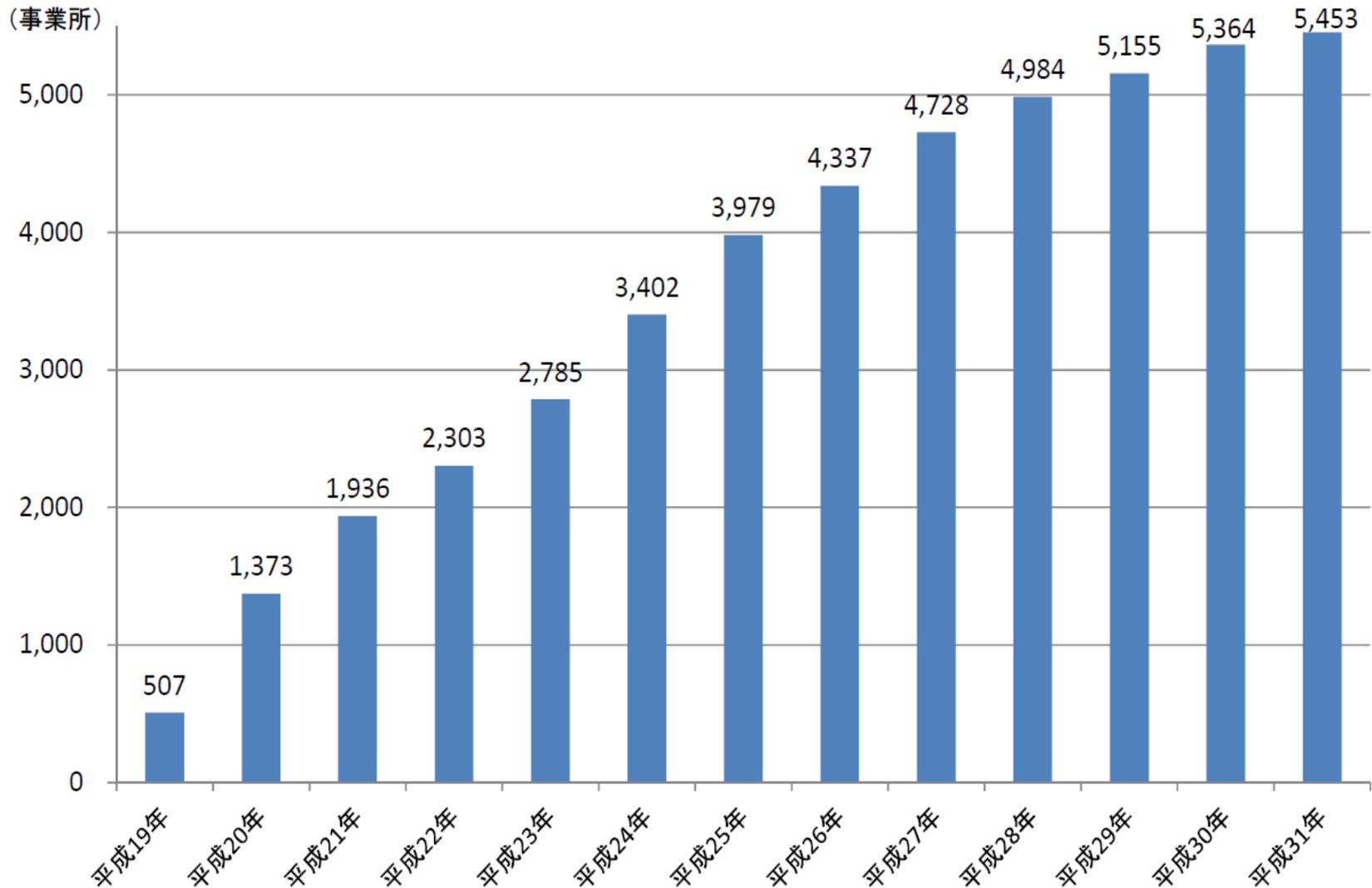
【(参考)利用者1人あたり平均月間訪問回数(世帯構成別)】



※ 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③

定期巡回・随時対応型  
訪問介護看護



# 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の概要

## 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) - Regular巡回
- 通所介護 (Outpatient care) - Regular巡回
- 排せつ介助 食事介助 (Bowel assistance, Meal assistance) - Regular巡回
- 排せつ介助 食事介助 体位交換 (Bowel assistance, Meal assistance, Position change) - Regular巡回
- 体位変換 水分補給 (Position change, 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

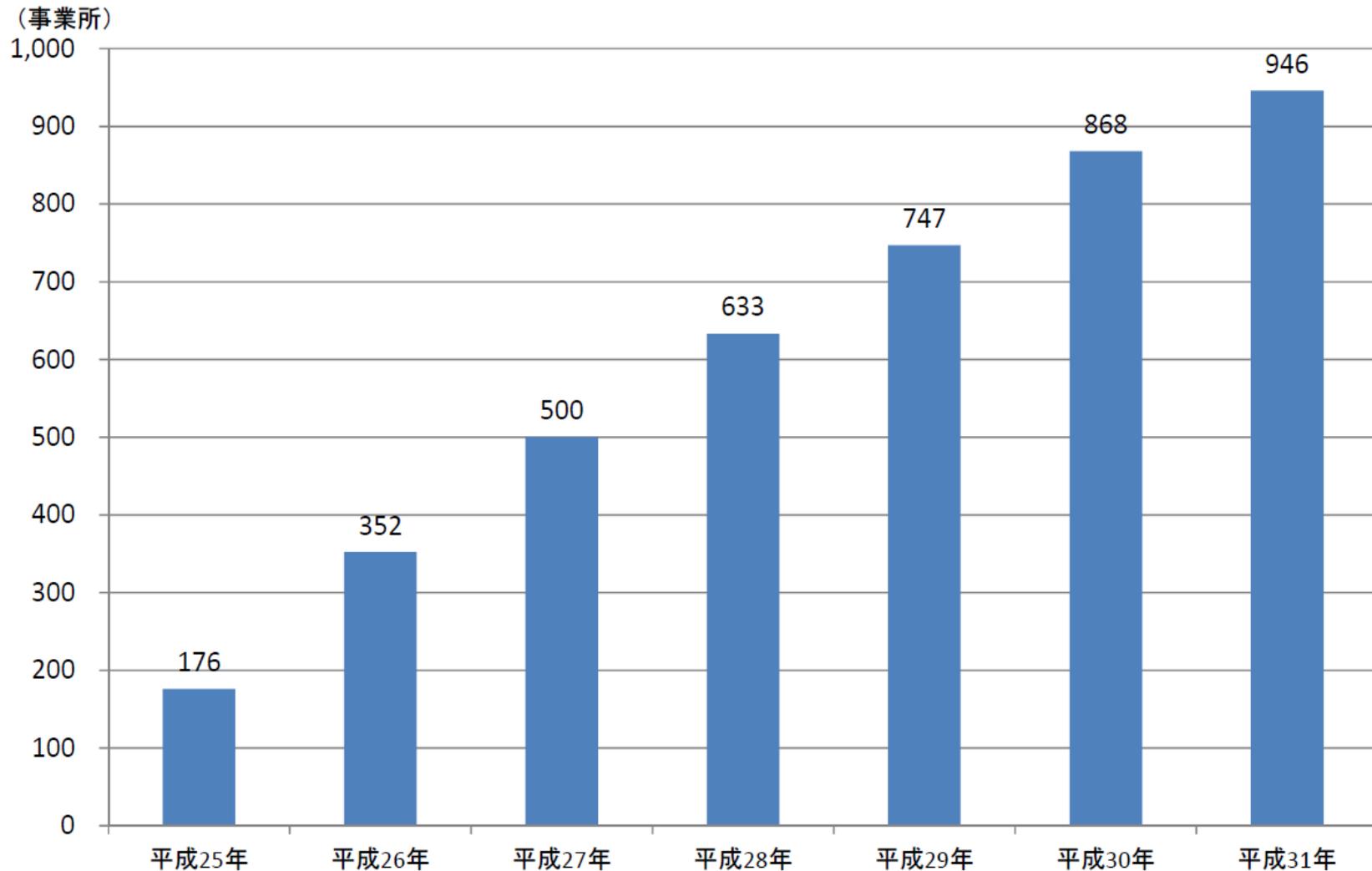
# 定期巡回・随時訪問介護は安心と安全を支える信頼の絆



# 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



# まとめと提言

- 200床以下の中小病院には  
かかりつけ医機能が求められる
- 中小病院のかかりつけ医機能とは  
地域包括ケアシステム支援機能のこと
- 地域包括ケアシステムでこれから  
求められるのは地域密着サービス
- 衣笠病院グループの明日を考えよう

# コロナで変わる 「かかりつけ医」制度



次のコロナの備えをするのは、今だ!!

- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか
- なぜ、今かかりつけ医制度が必要なのか
- かかりつけ医の制度化に必要なポイントとは何か  
—コロナで変わる「かかりつけ医」や「総合診療医」の在り方を  
最新情報をまじえてやさしく解説!



- 武藤正樹著
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか?
- なぜ、いまかかりつけ医制度が必要なのか
- 発売日：2022/09/22
- 出版社：[ぱる出版](#)
- ISBN：978-4-8272-1360-7

# 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内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)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](mailto:muto@kinugasa.or.jp)