

令和3年11月3日

令和3年度広島県在宅支援薬剤師専門研修会

在宅医療・
地域包括支援システムについて

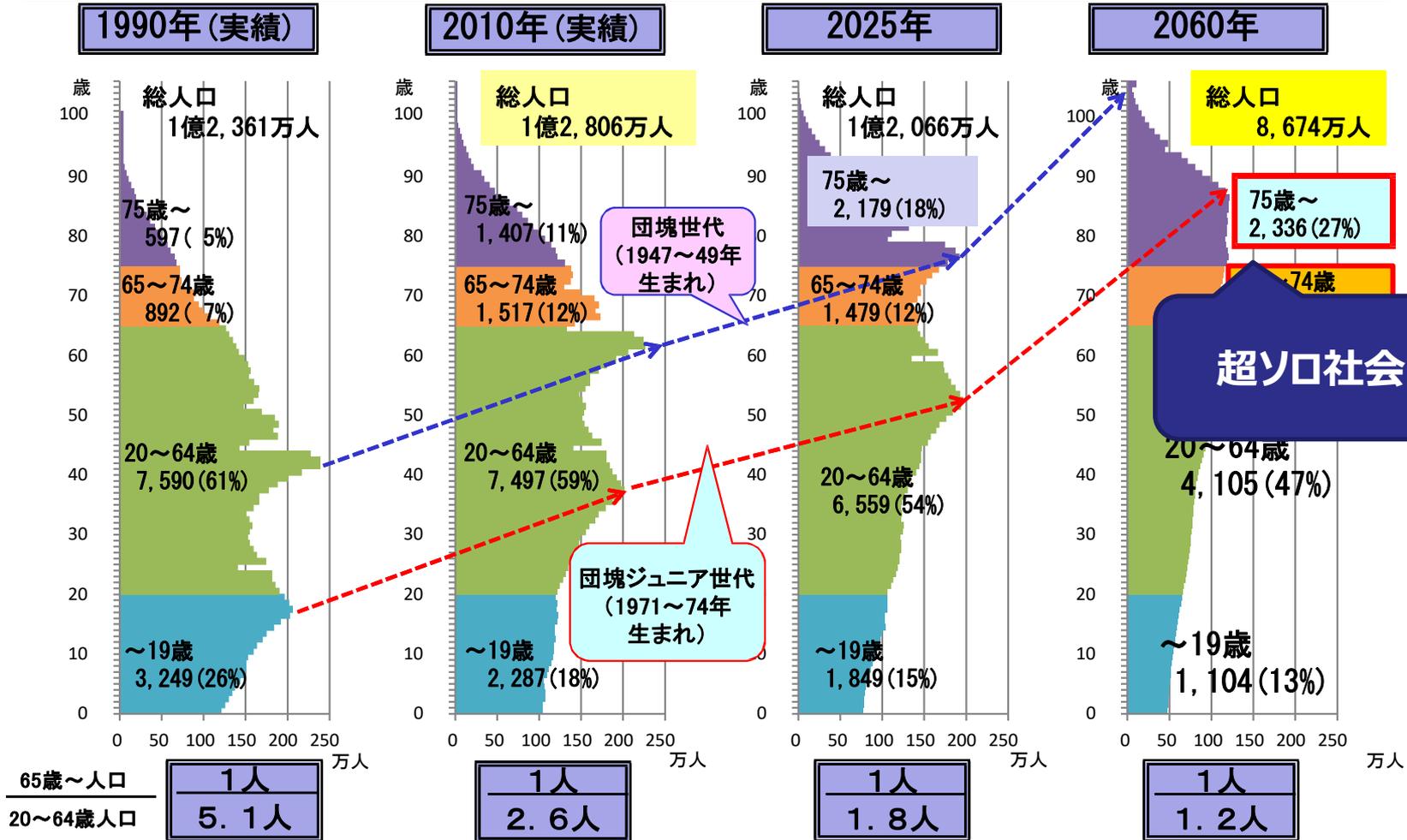
広島県介護支援専門員協会
会長 落久保裕之

本日の内容

- 地域包括ケアシステムについて
- 在宅医療における医師の役割
- 歯科医師の役割
- 看護師及び訪問看護ステーションの役割
- 介護支援専門員の役割
- その他職種とその役割
- 各種カンファレンスやサービス担当者会議の役割

人口ピラミッドの変化（1990～2060年） 自分の問題として

○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定



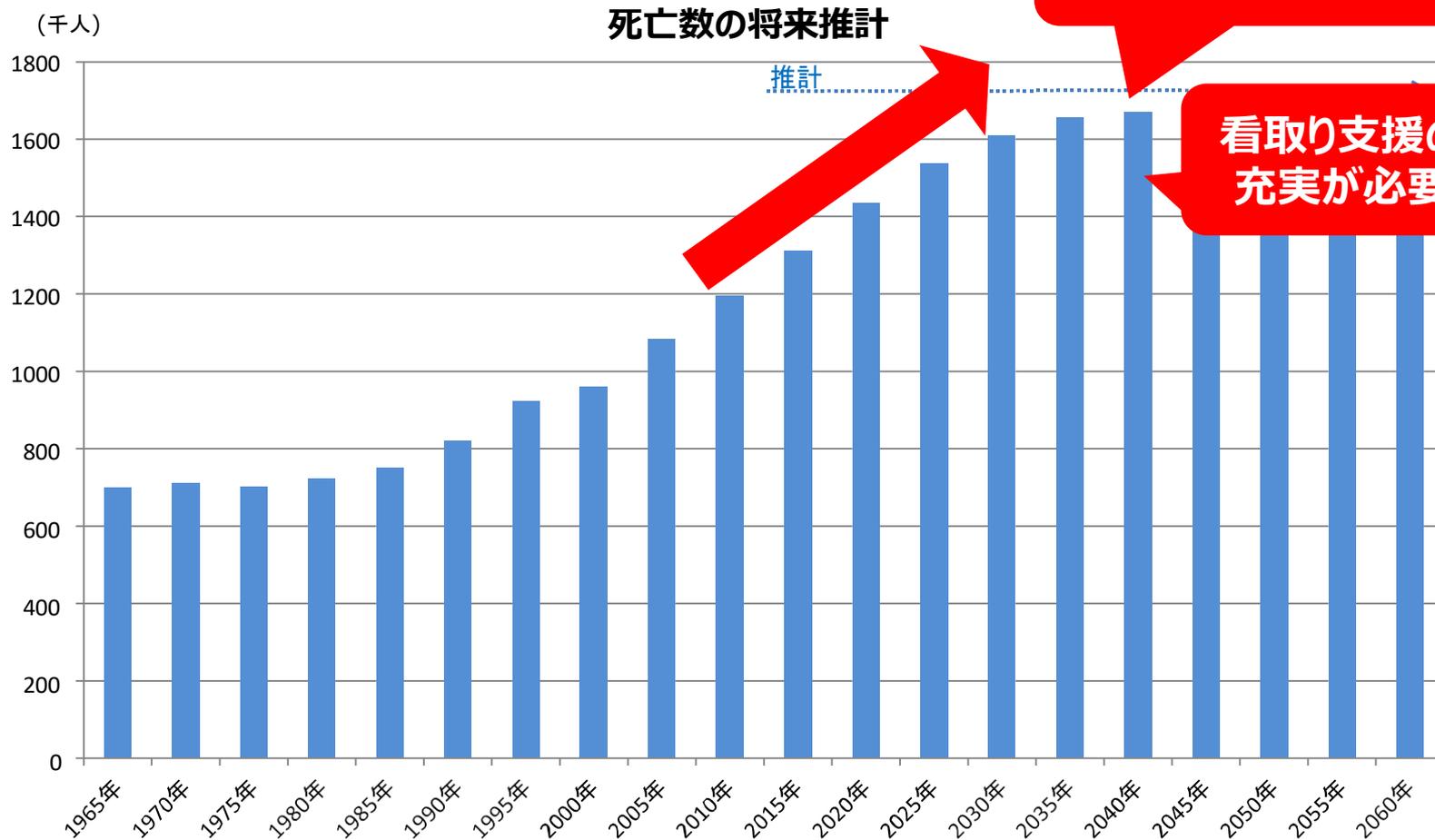
(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計): (各年10月1日現在人口)

死亡数の将来推計

- 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約36万人/年の差が推計されている。

自宅死亡割合約13%
年間20万人以上

看取り支援の
充実が必要

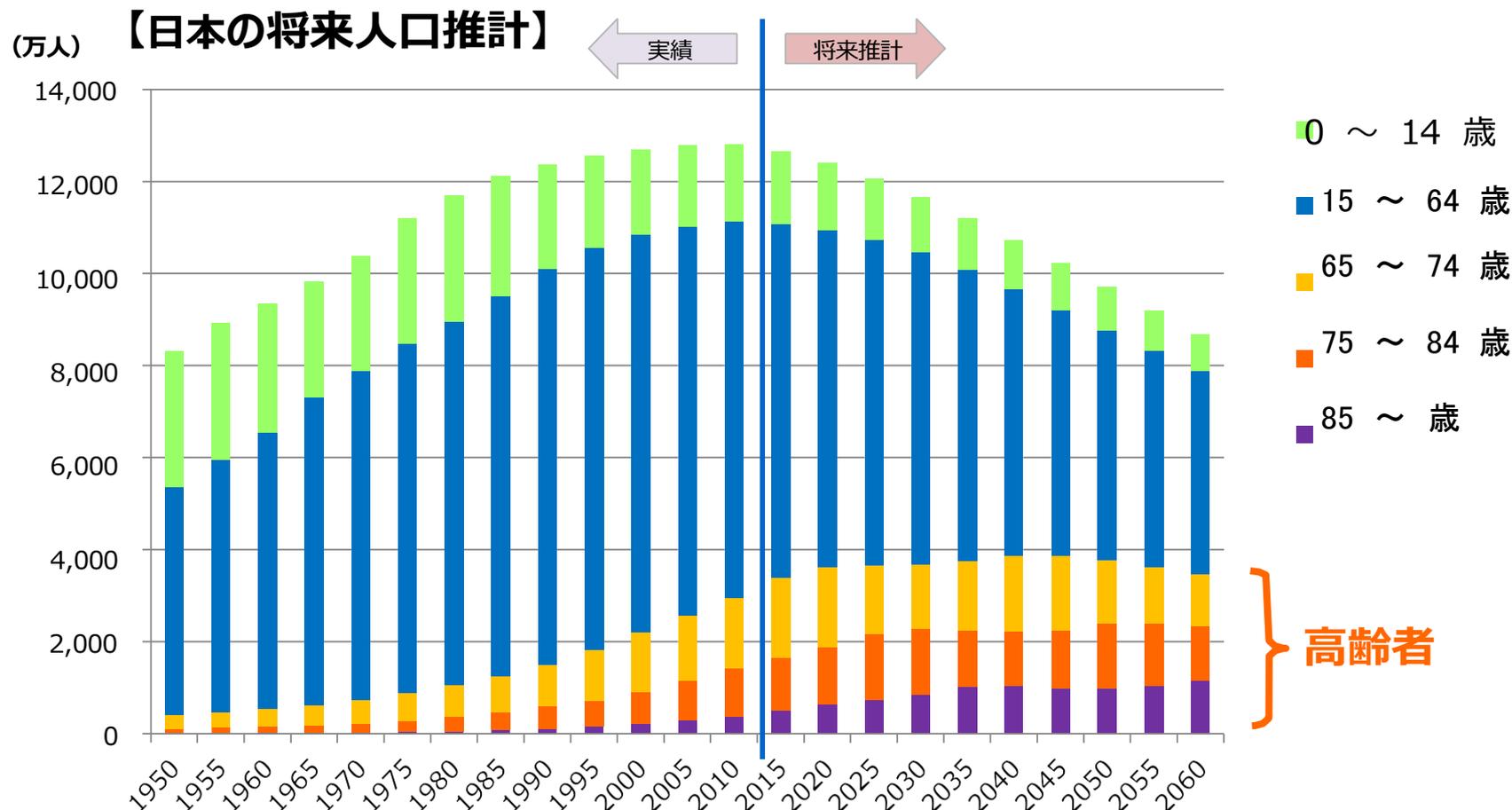


出典：2010年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数(いずれも日本人)

2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

日本の人口構造（超高齢社会の意味）

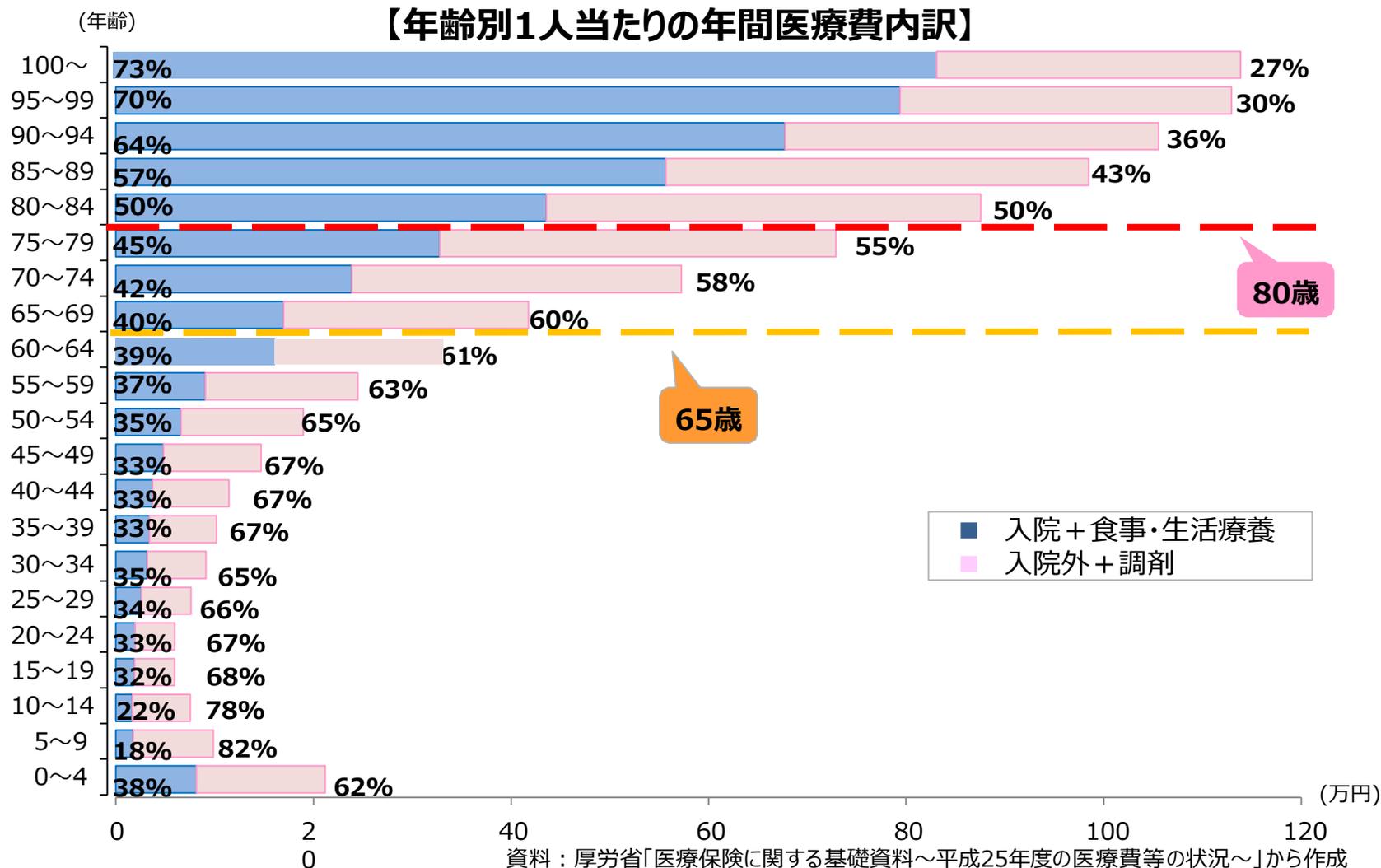
- 社会の高齢化率が急速に高まる中、**社会保障費の拡大が財政を圧迫する要因**となるとともに、労働力の減少に伴う**経済活動の停滞**が懸念される。
- 他方、**65歳以上の高齢者人口は横ばい**。急速な高齢化は若年層の減少が原因。



少子化対策、外国人労働者の受け入れは、いずれも重要な政策課題ではあるが、抜本的な解決策にならない。

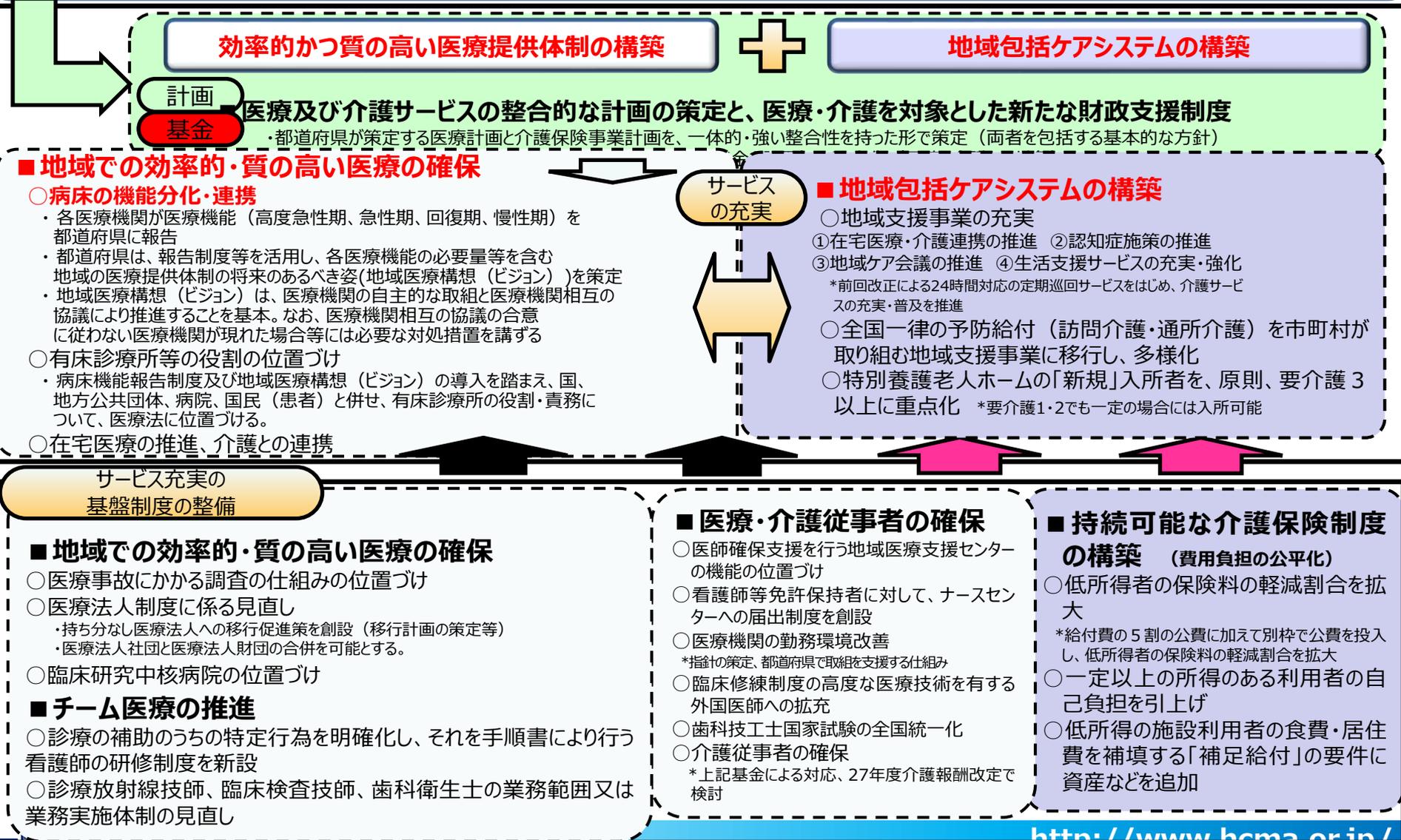
年齢別 1人当たりの年間医療費（平成25年度）

○ 一人当たり医療費は、乳幼児期を除くと年齢とともに多くなるが、**65歳以降急速に増加し、80歳以降は入院に係る費用（入院+食事・生活療養）の割合が高くなる。**



地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革

改革の目的： 今回の医療・介護の改革は、プログラム法の規定に基づき、**高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保**することで地域における適切な医療・介護サービスの提供体制を実現し、患者の早期の社会復帰を進め、住み慣れた地域での継続的な生活を可能とすること



医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

第1章 総則

(目的)

第一条 この法律は、国民の健康の保持及び福祉の増進に係る多様なサービスへの需要が増大していることに鑑み、地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講じ、もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする。

(定義)

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。

将来のあるべき医療・介護の提供体制の姿

① 病床の機能の分化及び連携

【高度急性期病床】



医師・看護師を多く配置し、質の高い医療と手厚い看護により、早期に急性期後の病院や「リハビリ病院」に転院可能

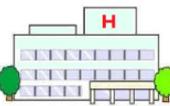
病院の退院調整スタッフが連携先の身近な病院を紹介
自分で転院先を探す必要がない

【急性期病床】



身近なところで、集中的なリハビリを受けることができる

【回復期病床】



【慢性期病床】



発症

いつでも必要な場合に往診してくれる
医師が近くいて、必要な訪問看護
サービスを受けることができる

歯科
医療

薬局



【住まい】
患者さん・家族

サービス付き高齢者向け
住宅や有料老人ホーム等
高齢者が安心して暮らせる
多様な住まい

診療所

外来医療
在宅医療

② 地域包括ケアシステムの確立

医療、介護、住まい、予防、生活支援の
サービスが身近な地域で包括的に確保
される「地域包括ケアシステム」の確立

【在宅介護サービス】

24時間対応の訪問介護・
看護サービス、小規模多機能
型居宅介護等により、高齢者
の在宅生活を支援



連携強化



医療・介護の円滑な
移行をコーディネート

【生活支援・介護予防】



ボランティア、NPO等の多様な主体による見守り、配食、
買物支援等の生活支援サービスが充実
老人クラブ、自治会等の社会参加が推進され、地域での介
護予防活動が充実

【特別養護老人ホーム・老人保健施設】

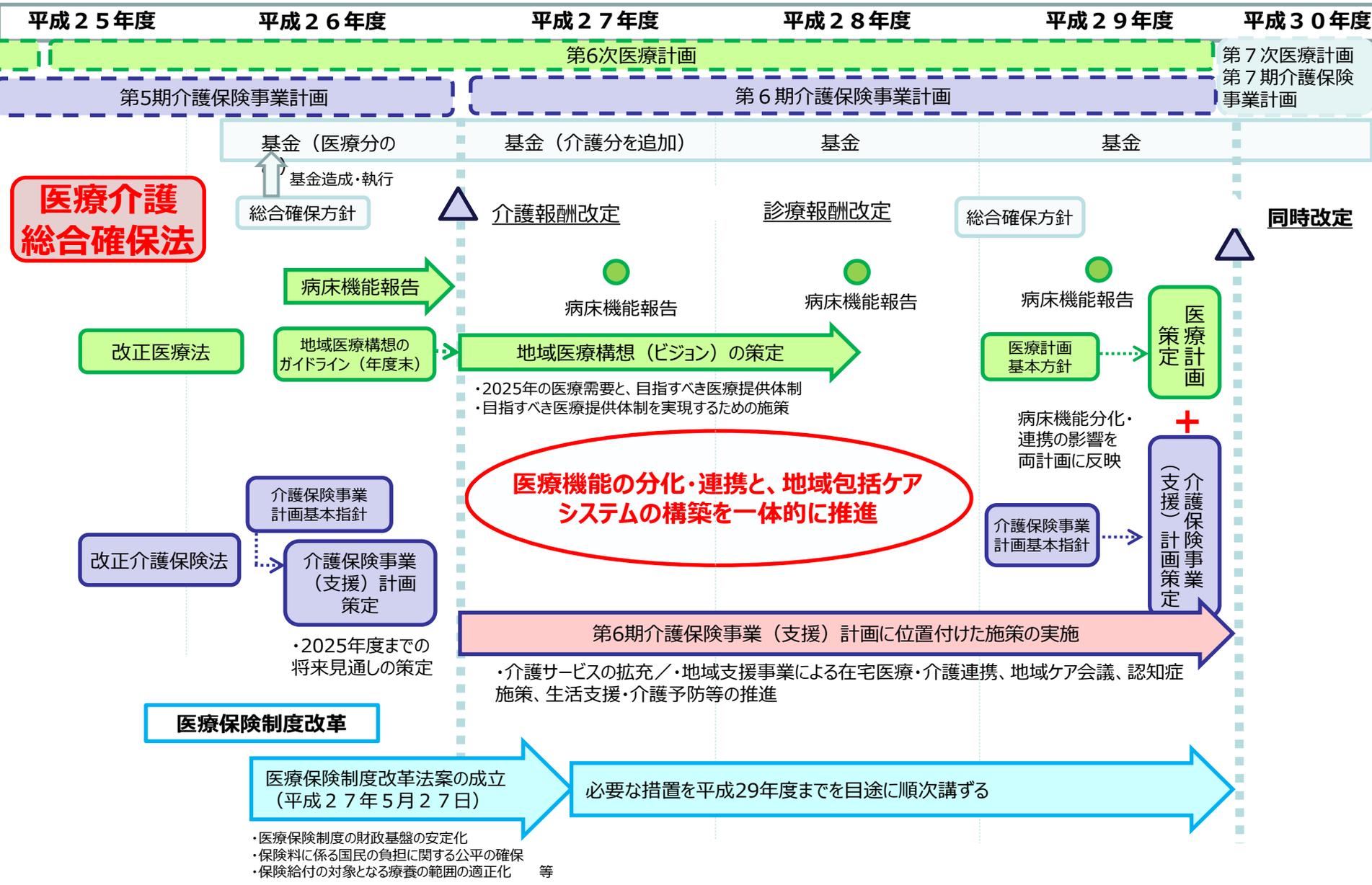
地域の拠点として在宅介護
サービス等も積極的に展開



③ 医療・福祉・介護人材の確保・育成

医療・介護の提供体制を
支えるスタッフの育成・確保

医療と介護の一体改革に係る今までの経緯



「地域包括ケア」に係る理念規定の創設)

- 介護保険法第5条第3項

国及び地方公共団体は、被保険者が、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、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

(平成23年6月改正、24年4月施行)

地域包括ケアシステムの定義

地域包括ケアシステムは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義。

その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。

地域包括ケア研究会
(平成22年度老人保健健康増進等事業)

地域包括ケアシステム構築へ向けた5つの視点+4つの支援

従来



医療、介護、予防、生活支援サービス、住居の5つの視点をより詳しく現しそれらが連携・重層化し要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進



各層ごとに整理すると

- ① 介護サービスの充実強化
- ② 医療との連携強化
- ③ 予防の推進
- ④ 見守り、配食、など多様な生活支援サービスの確保
- ⑤ 高齢期になっても住み続けることができる高齢者住まいの整備



「自助」
「互助」
「共助」
「公助」

地域包括ケアシステムの基本的視点

本人・家族の選択と心構え



「養生」のための動機づけ支援や知識の普及

- 地域包括ケアシステムでは、支援・サービスを提供するだけでなく、本人も、自発的に健康を管理する態度をもって健康な生活を送る「養生(ようじょう)」が求められる。
- 「養生」に努めるには、受動的でなく能動的に学び、多様なニーズや関心をもつ人達が情報やスキルを共有、健康管理や必要な支援・サービスの選択ができるようになるプログラムの提供、教育人材の確保・育成が必要。

自己決定に対する支援

- 世帯構成の変化、住み替え、ケア方針の決定といった様々な場面での意思決定に対する支援として、**分かりやすい情報の提示、専門職の助言、支援・サービスの利用による効果の成功体験の蓄積・伝達**が必要。
- 長年の信頼関係をもつ主治医や以前から関与しているケアマネジャー等の専門職が助言してこそ意味がある。特にターミナル期では、望まない治療や救急搬送が行われないよう十分なコミュニケーションが求められる。

住まいと住まい方



「支援・サービス」を受ける場所と「住まい」の種類



- 「住まい」としては、「**一般住宅**」のほか、家屋・家族・サービス基盤等の理由で一般住宅での生活が難しい場合に住み替える「**高齢者向け住宅**」、重度で在宅生活が難しい場合に集中的なケアを提供する「**重度者向けの住まい**」がある。すべての「住まい」は、「住み慣れた地域」での生活を保障。
- 「住まい」での生活を基本としつつ、急性期には「**医療機関**」、軽度の症状変化や急性期病院からの退院時には「**住まいと医療機関の中間施設**」を、必要に応じて短期間利用。

生活支援



個人に対する生活支援サービスの提供

- 生活支援は、地域内で民間事業者によって提供されているサービスを購入する方法(自助)、地域の互助によって提供される支援を活用する方法(互助)が想定される。**地域単位で最適な提供方法の検討が必要。**

地域における「包括的な生活支援の拠点」の必要性

- 心身の衰えや病気の治療、近隣の付き合いの減少による孤立感、機能や意欲の低下とともにみられる閉じこもりなどの不安やリスクの解消には、本人や家族が気軽に相談したり立ち寄りたりする「**包括的な生活支援の拠点**」の設置が重要。あらゆる地域住民が支える側・支えられる側の区別なく、自由に訪れ交流できる場所としていく。
- このような拠点は、相談支援、地域住民の交流、不安感の解消、支援・サービスの周知、早期対応、生きがい創出、閉じこもり予防など、運営方法によって多様な効果が期待できる。

医療・介護・予防の一体的な提供



医療・介護の連携が特に求められる取組・場面

- 介護職は、「**医療的マインド**」を持って、具体的な生活場面のアセスメントの内容を医療側に伝達。医療側は、「**生活を支える視点**」を持って、介護側から提供された生活情報をもとに病態を把握、臨床経過の予測を介護側に伝え、必要となる介護やリハビリテーション等の介入を見通す。
- このような連携が求められる取組や場面として、「**介護予防**」「**重度化予防**」「**急性疾患への対応**」「**入院・退院支援**」「**看取り**」が挙げられる。

統合的なケアの提供に必要な仕組み

- 統合的なケアの提供に関わる多様な専門職の機能を統合するためには、**顔の見える関係づくり**に始まり、**課題認識の共有や目標設定、ツール作成**等を通じて、統合的なケアの提供に必要な仕組みを構築する必要がある。
- ツールとしては、アセスメントやプラン作成の標準的な様式の作成、連携の場面に必要な手順や役割分担、連絡調整上の配慮等に関するルール、地域連携クリティカルパスが考えられる。

令和5年度 総合確保方針の意義・基本的方向性の見直し

【現行】

意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現

【見直し案】

意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年、**その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え**、患者・利用者・国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現。

基本的方向性

- 効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築
- 地域の創意工夫を活かせる仕組み
- 質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進
- 限りある資源の効率的かつ効果的な活用
- 情報通信技術（ICT）の活用

基本的方向性

- （1）「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築**
- サービス提供人材の確保と働き方改革
- 限りある資源の効率的かつ効果的な活用
- デジタル化・データヘルスの推進
- 地域共生社会の実現
- （別添）ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、**かかりつけ医機能の確保の重要性に留意**することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① **かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築**し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。

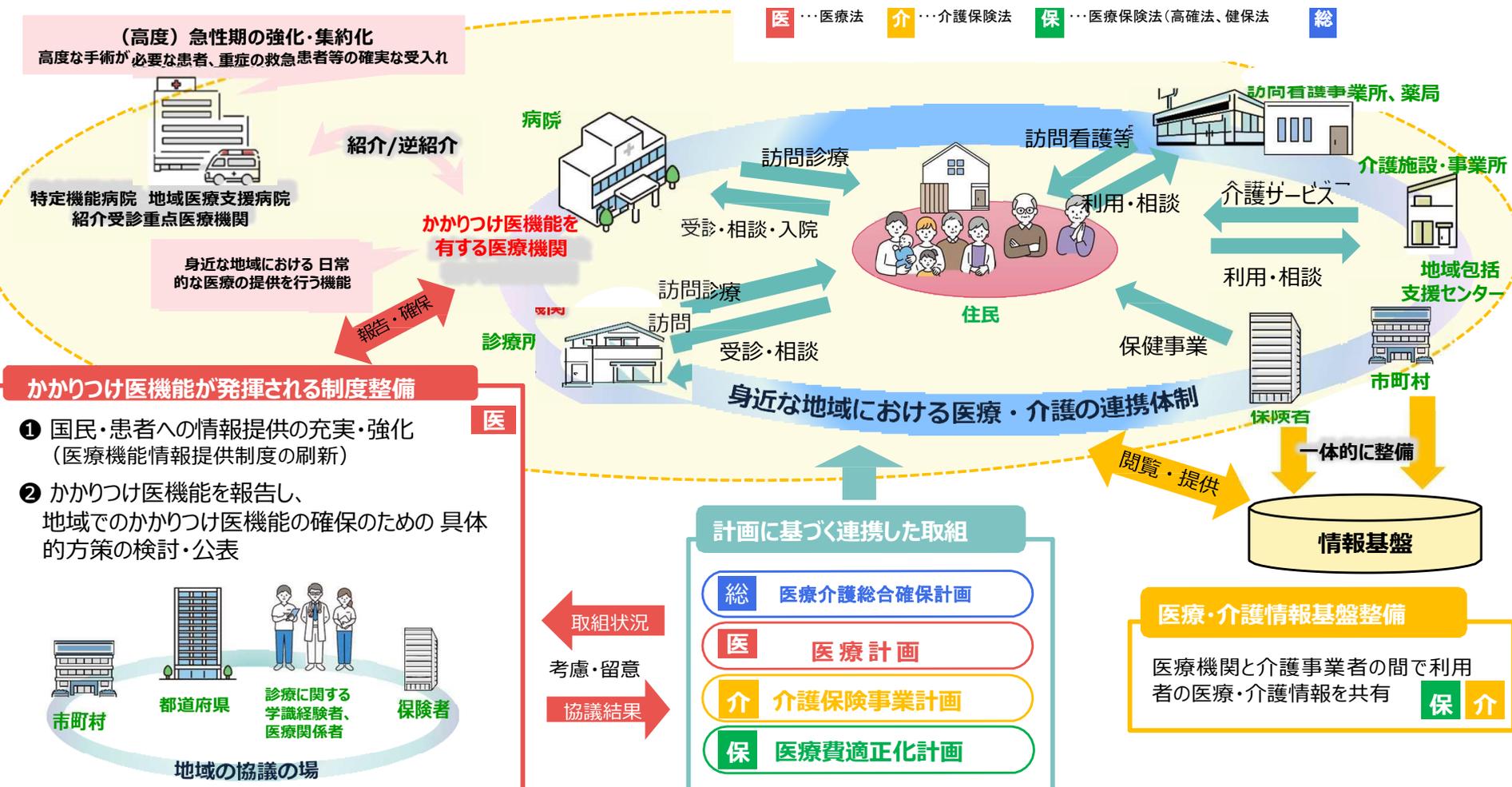
等

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び**4①は令和7年4月1日**、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

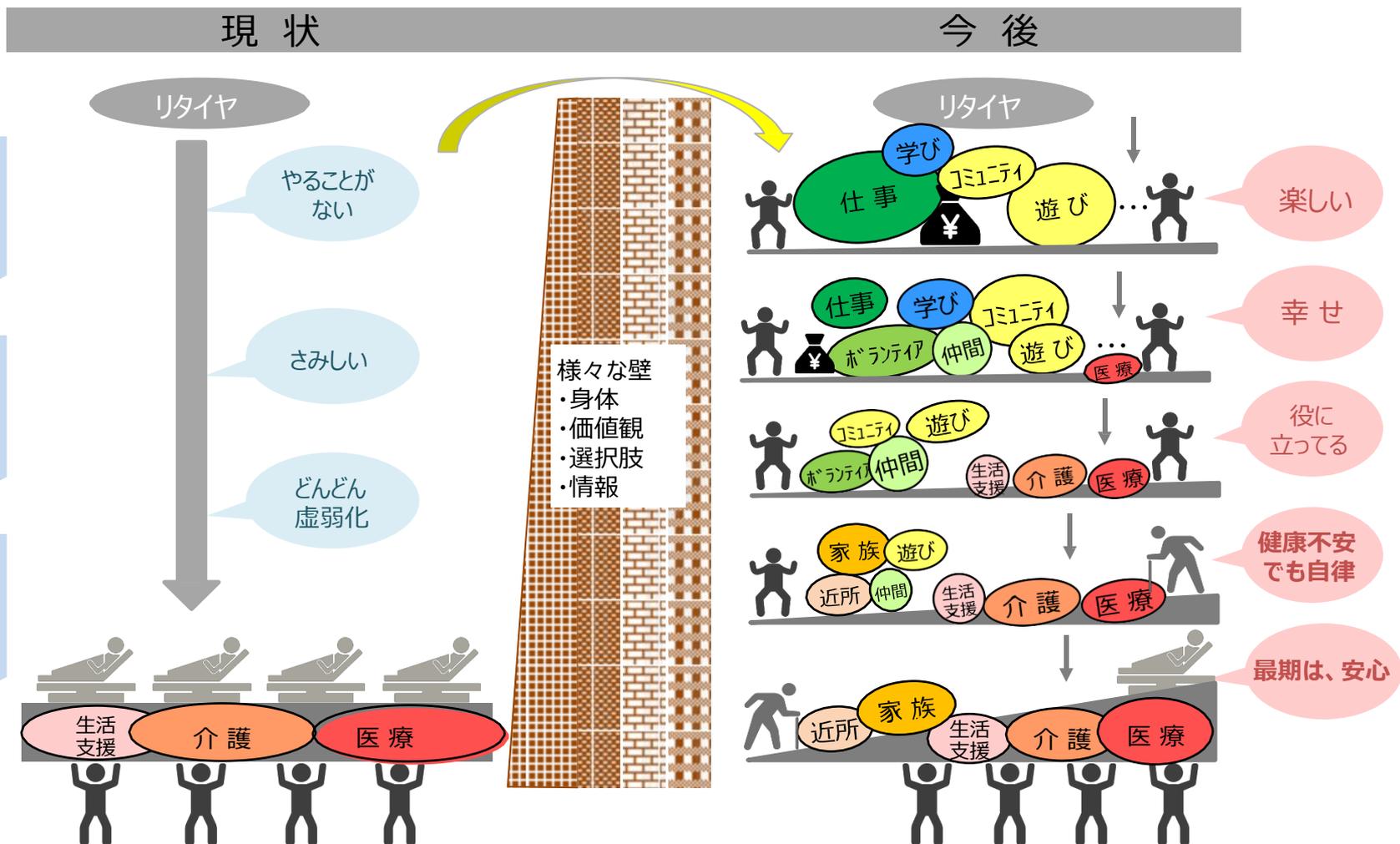
地域完結型の医療・介護提供体制の構築（再掲）

在宅を中心に入院を繰り返し、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。

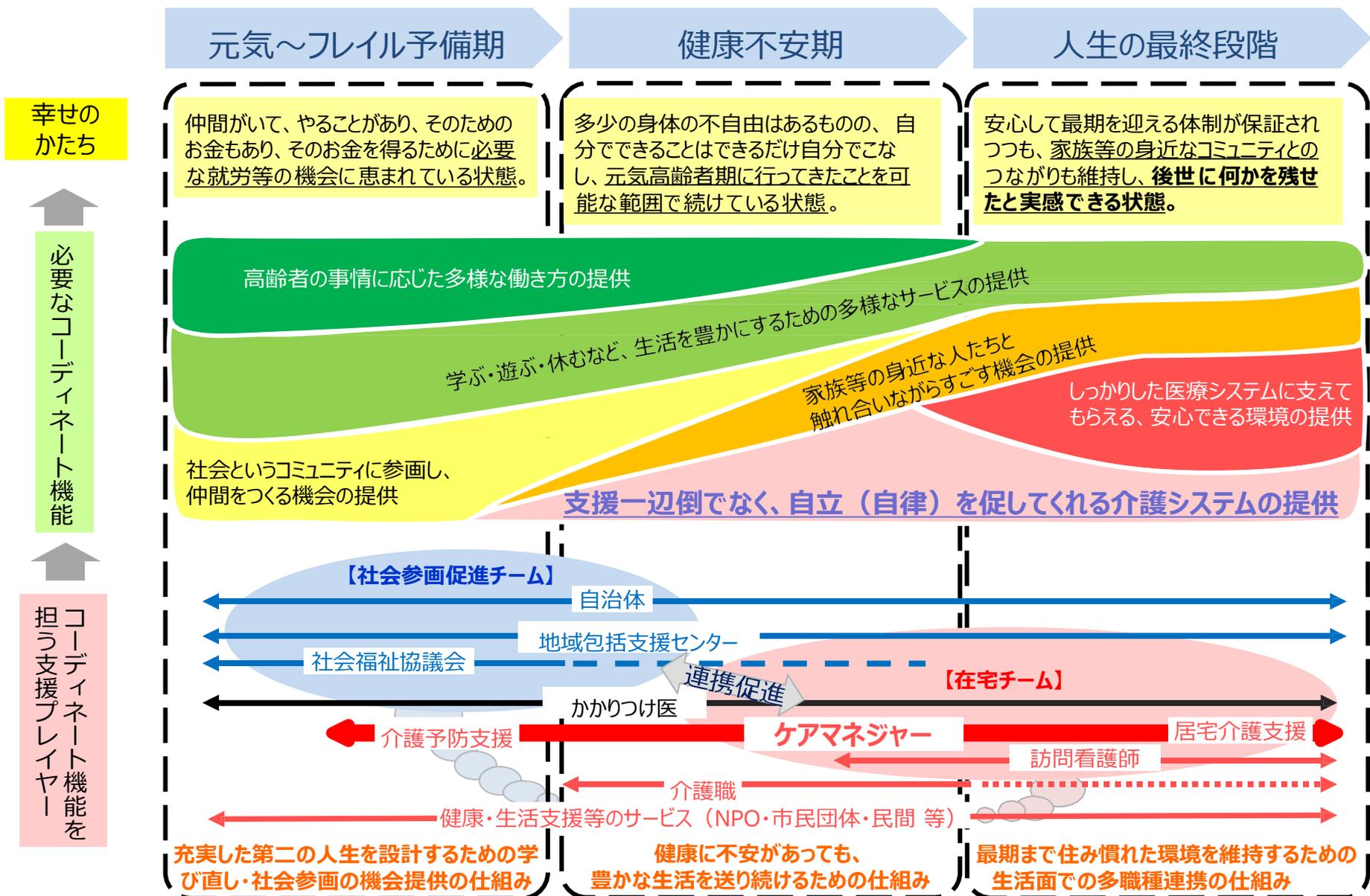


「生涯現役社会」の構築に向けた現状と今後

- ・ 今後は、これらの壁を乗り越えていくために、様々なコーディネート機能が 必要。
- ・ 仕事、コミュニティ活動等の **社会参画の機会** や、学ぶ・遊ぶ・休むなど **生活を豊かにするための多様なサービス**、**医療・介護・生活支援等の最期まで住み慣れた環境で安心して暮らせるサービス** を、**高齢者及び地域社会のニーズに応じて整備**していくことが重要。



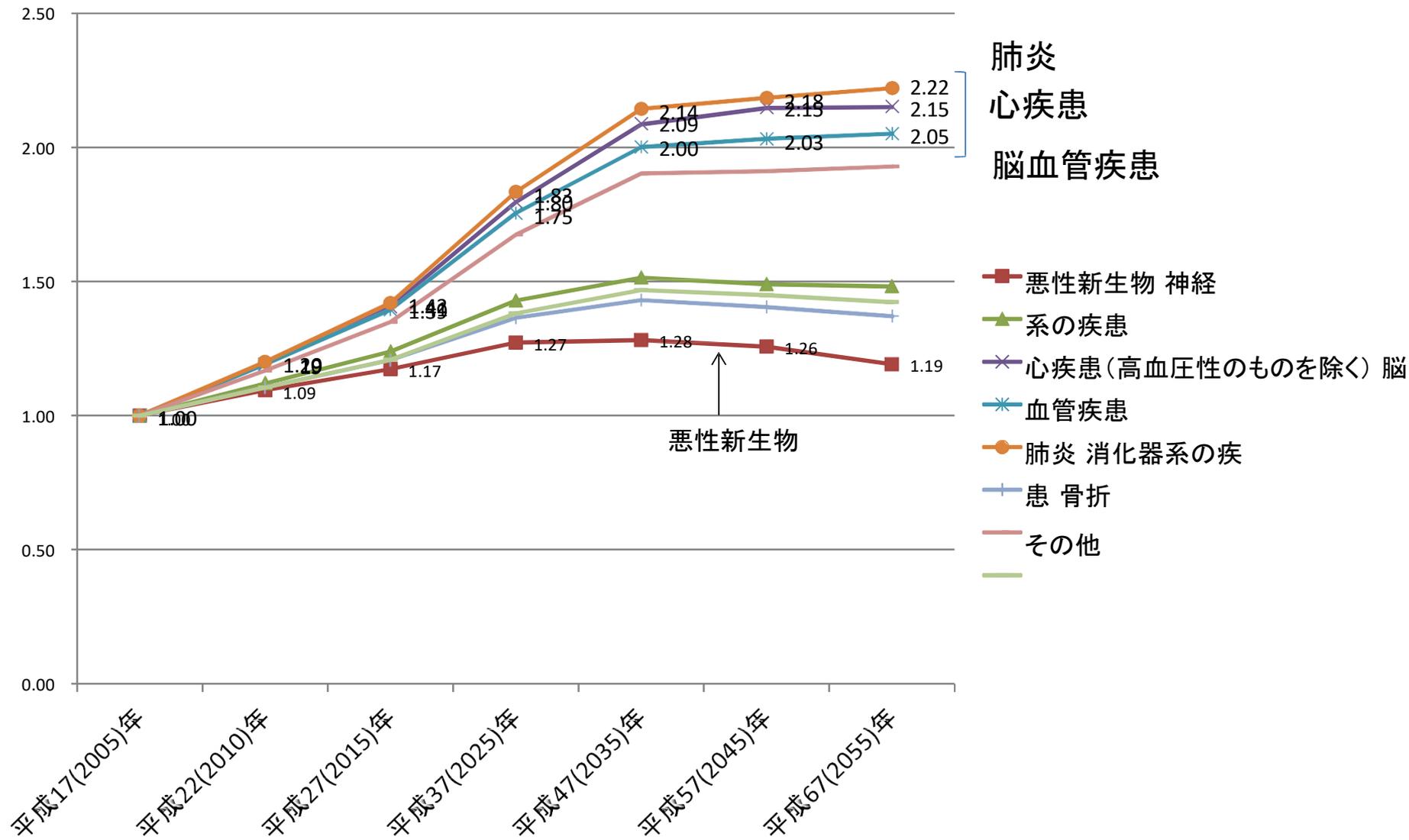
「生涯現役社会」の構築に向けた対応の方向性



本日の内容

- 地域包括ケアシステムについて
- 在宅医療における医師の役割
- 歯科医師の役割
- 看護師及び訪問看護ステーションの役割
- 介護支援専門員の役割
- その他職種とその役割
- 各種カンファレンスやサービス担当者会議の役割

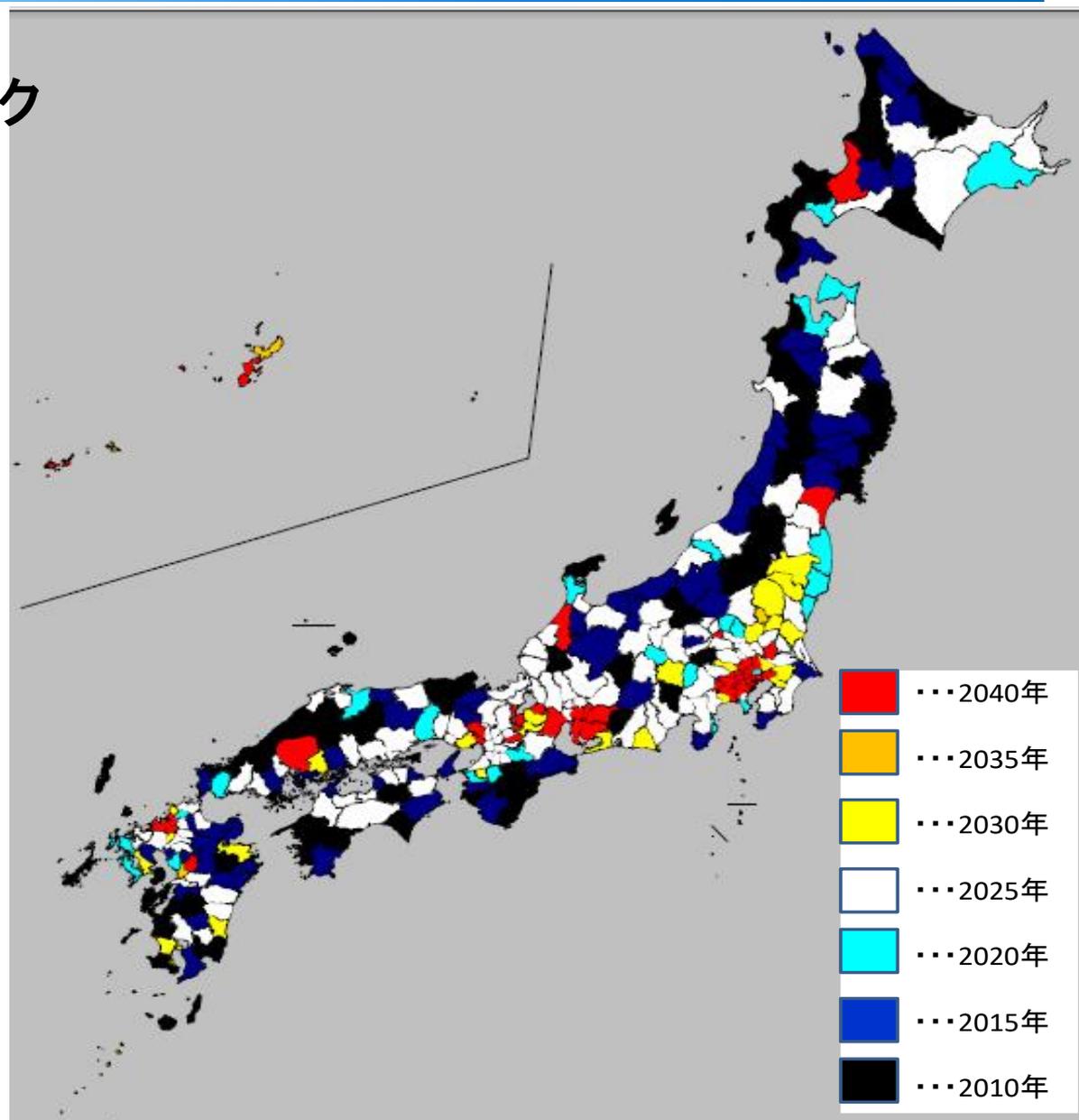
入院患者の将来推計



国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計及び患者調査から作成

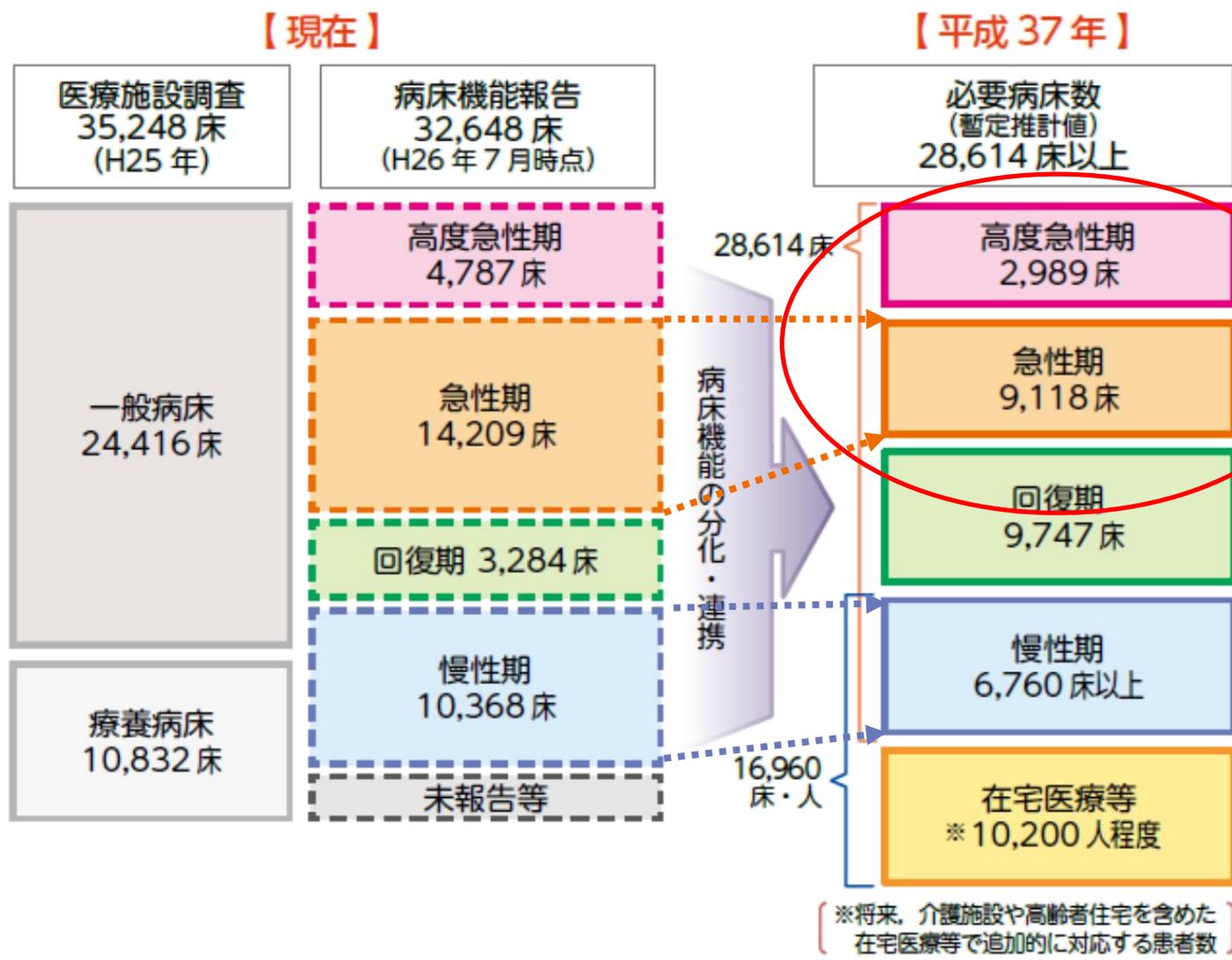
高齢者のピーク・医療需要総量のピーク

地域により医療需要ピークの時期が大きく異なる



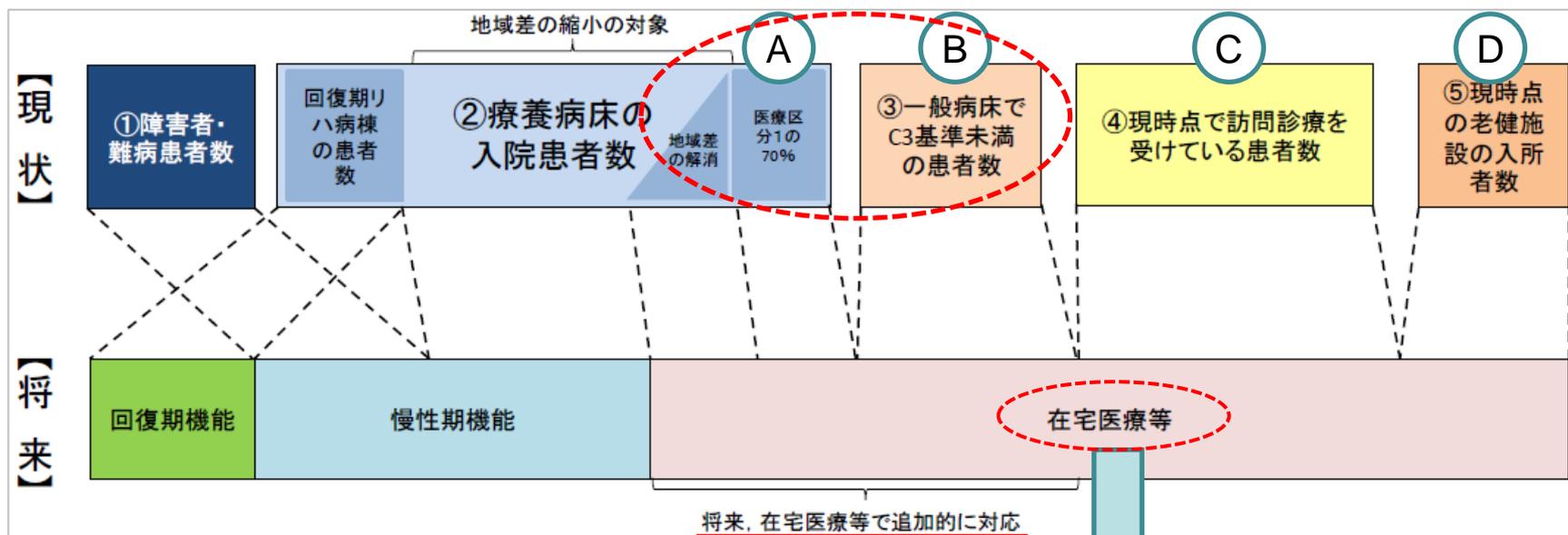
出典: 社会保障制度国民会議 資料
(平成25年4月19日 第9回
国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料)

病床機能の分化 広島県地域医療構想



在宅医療等の医療需要推計の考え方

出典：厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」(一部改変)



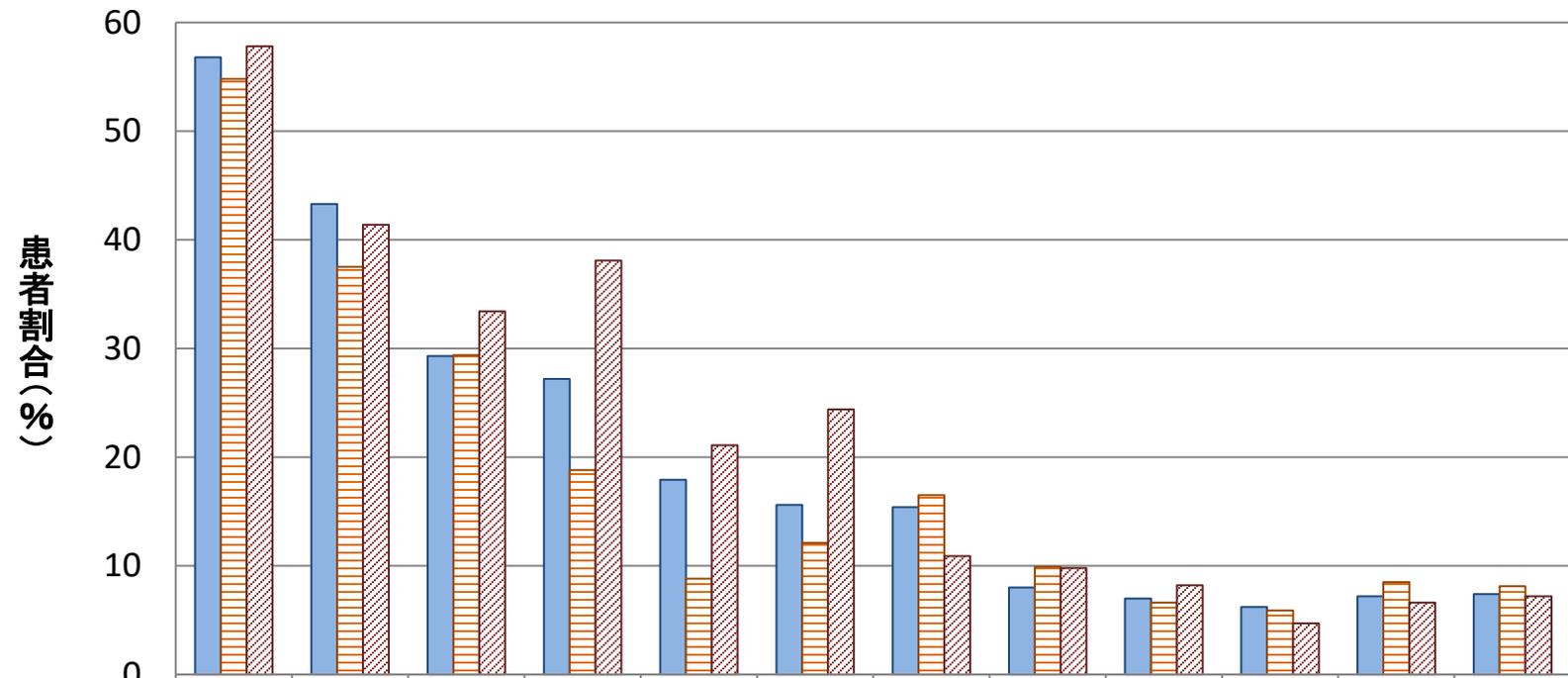
在宅医療等の医療需要については、次の4つを合計することで推計

- A) 慢性期の入院患者数のうち、**医療区分1の患者数の70%**及び入院受療率の地域差を解消していくことで、将来的に在宅医療等に対応する患者数
- B) 一般病床の入院患者数のうち、**医療資源投入量が175点未満**の患者数
- C) 平成25(2013)年に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37(2025)年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数
- D) 平成25(2013)年の介護老人保健施設の施設サービス受給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37(2025)年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数

在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、**現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており**、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定している。

医療療養病床入院患者の状況（速報値） 抜粋

平成27年9月中の医療提供状況（複数回答，上位10位まで抜粋）

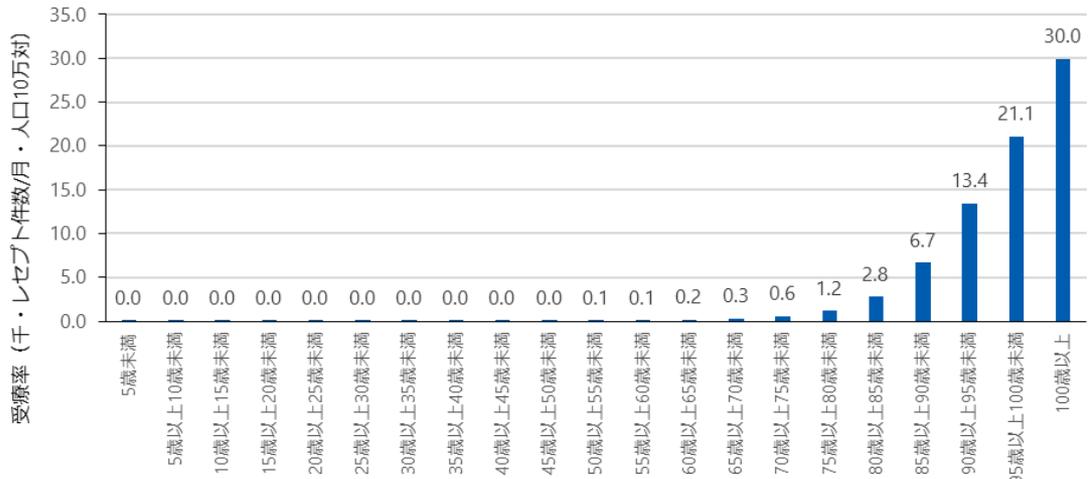


	服薬管理・指導	リハビリテーション(理学療法, PT)	パルスオキシメーターを使用した酸素飽和度測定	坐薬挿肛及び摘便	リハビリテーション(作業療法, OT)	鼻腔・胃瘻・腸瘻による経管栄養	X線検査	尿道バルカテーテル留置	浣腸	心電図	その他	未回答
■ 全体(n=1,169)	56.8	43.3	29.3	27.2	17.9	15.6	15.4	8	7	6.2	7.2	7.4
□ 未認定 (65歳～)(n=272)	54.8	37.5	29.4	18.8	8.8	12.1	16.5	9.9	6.6	5.9	8.5	8.1
▨ 要介護3～5(n=512)	57.8	41.4	33.4	38.1	21.1	24.4	10.9	9.8	8.2	4.7	6.6	7.2

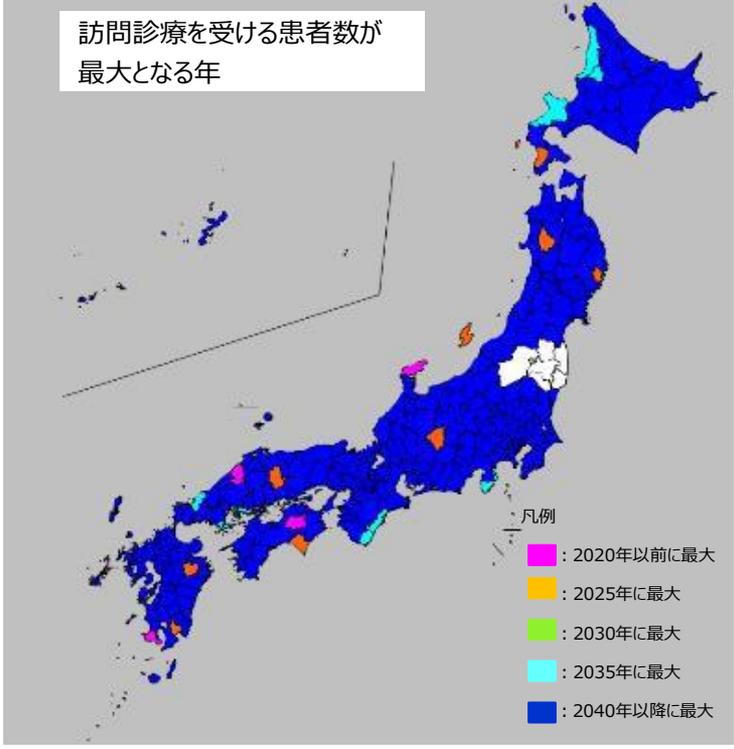
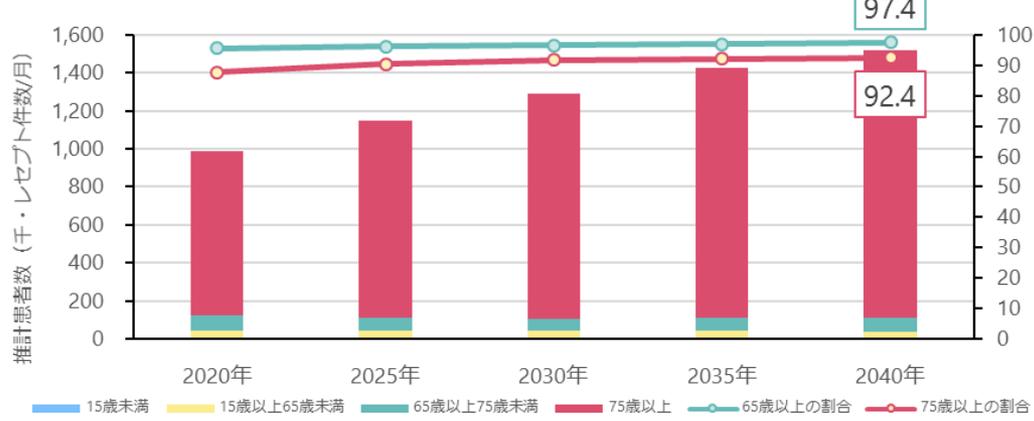
訪問診療の必要量について

- 年齢とともに訪問診療の受療率は増加し、特に85歳以上で顕著となる。
- 訪問診療の利用者数は今後も増加し、2025年以降に後期高齢者の割合が9割以上となることが見込まれる。
- 訪問診療の利用者数は多くの地域で今後も増加し、**305の二次医療圏において2040年以降に訪問診療利用者数のピークを迎える**ことが見込まれる。

年齢階級別の訪問診療受療率（2019年度）



年齢階級別の訪問診療の将来推計

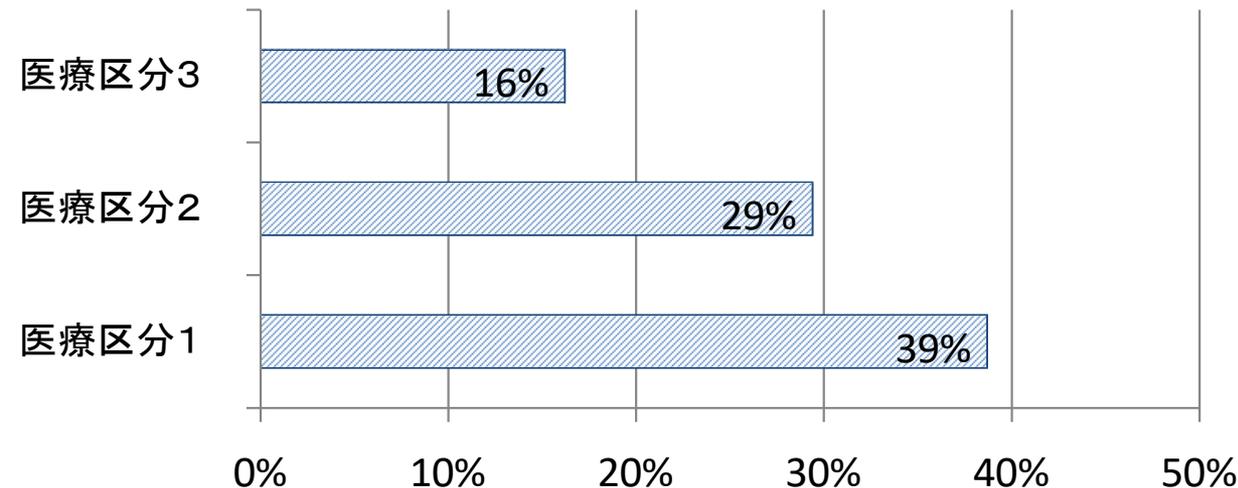


【出典】
 受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。
 推計方法：NDBデータ（※1）及び住民基本台帳人口（※2）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※3）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。
 ※1 2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。
 ※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
 ※3 国立社会保障・人口問題研究所「日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。

訪問診療の対象患者

＜訪問診療対象患者の医療区分＞

n=364



- 平成24年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査」において調査。全国の保険医療機関のうち、在宅療養支援診療所(1500施設)・在宅療養支援病院(500施設)・在宅療養支援診療所等の届出がない保険医療機関(500施設)を対象として調査、回答施設数22.0%。この調査において、1施設につき3名を、退院からの期間が新しい人から優先的に患者調査の対象とした。患者調査の有効回答数(医療機関と患者から患者票の回答があった人数)はn=364。上記のグラフには、医療区分について無回答だった患者数(16%)が含まれていないため、医療区分1～3の合計が100%に一致しない。

医療区分3	【疾患・状態】 ・スモン ・常時監視、管理を実施
	【医療処置】 ・24時間持続点滴 ・人工呼吸器使用 ・胸腹腔洗浄 ・感染隔離室 ・中心静脈栄養 ・ドレーン法 ・気管切開等(発熱+) ・酸素療法
医療区分2	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患・その他の難病 ・脊髄損傷等 ・悪性腫瘍(疼痛コントロール) ・肺炎 ・リハビリテーション(30日以内) ・脱水かつ発熱 ・頻回の嘔吐かつ発熱 ・下肢末端開放創 ・うつ状態 ・多発性硬化症 ・慢性閉塞性肺疾患 ・尿路感染症 ・体内出血 ・褥瘡 ・せん妄 ・暴行
	【医療処置】 ・透析 ・喀痰吸引 ・血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍) ・手術創 ・創傷処置 ・経腸栄養(発熱等+) ・気管切開等
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

出典：平成24年度検証部会調査(在宅医療；図表238)

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院

在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図り、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関（地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能）が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している

注3：①の医師数については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可

在宅療養支援病院

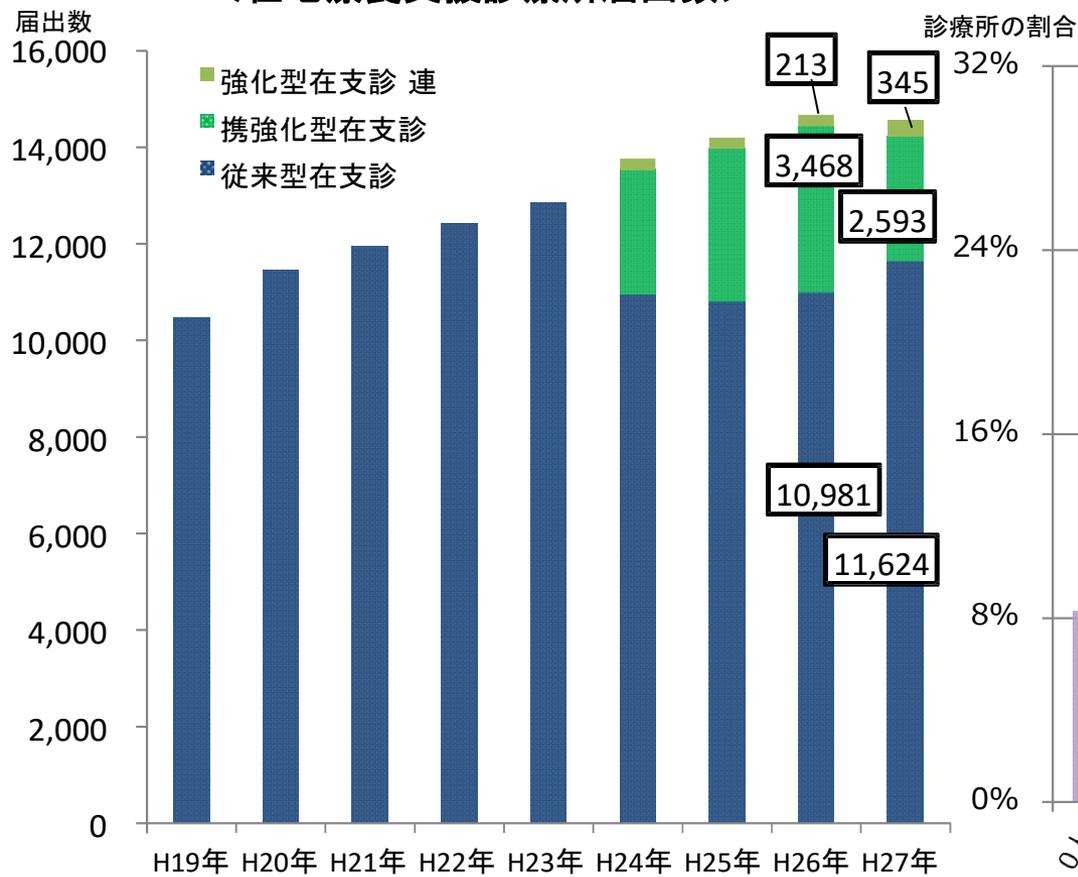
診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

- ① 200床未満又は4 km以内に診療所がない病院
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している 注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

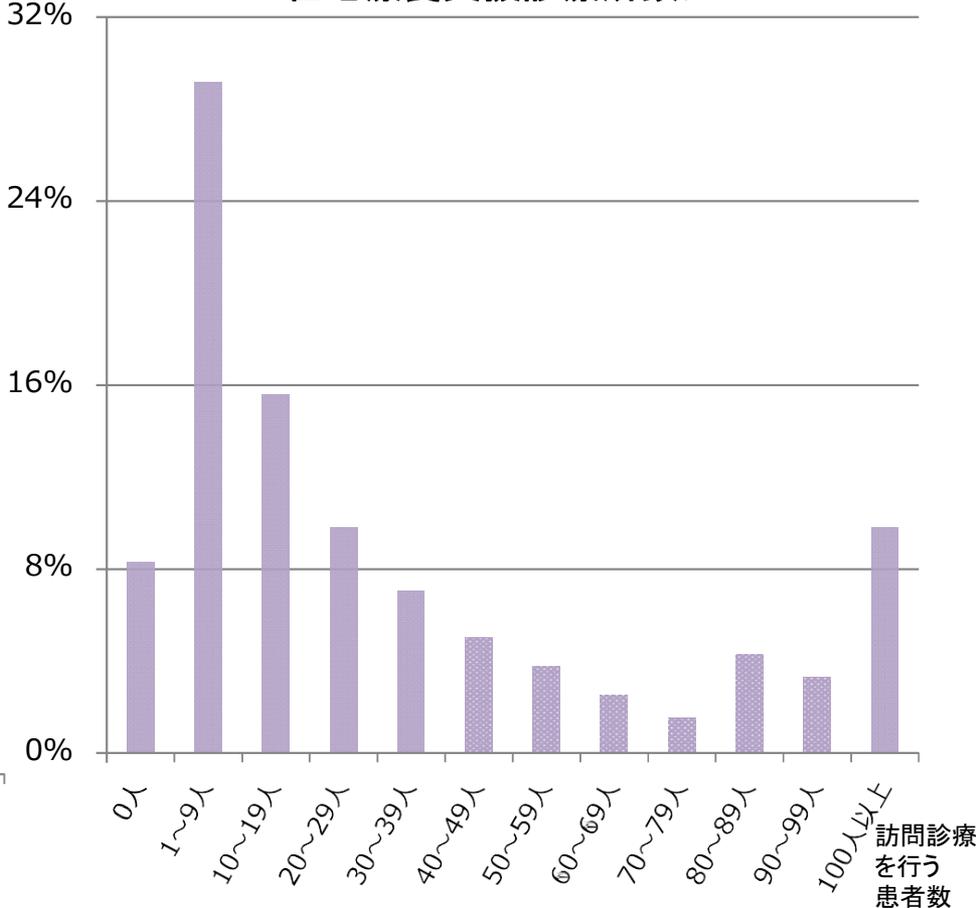
在宅療養支援診療所の届出数の推移と診療状況

- 在宅療養支援診療所の届出医療機関数は概ね増加から横ばいである。
- 在宅療養支援診療所のうち、訪問診療を行っている患者数が「1～9人」の医療機関が最も多い。

＜在宅療養支援診療所届出数＞



＜訪問診療を行う患者数別の在宅療養支援診療所数＞

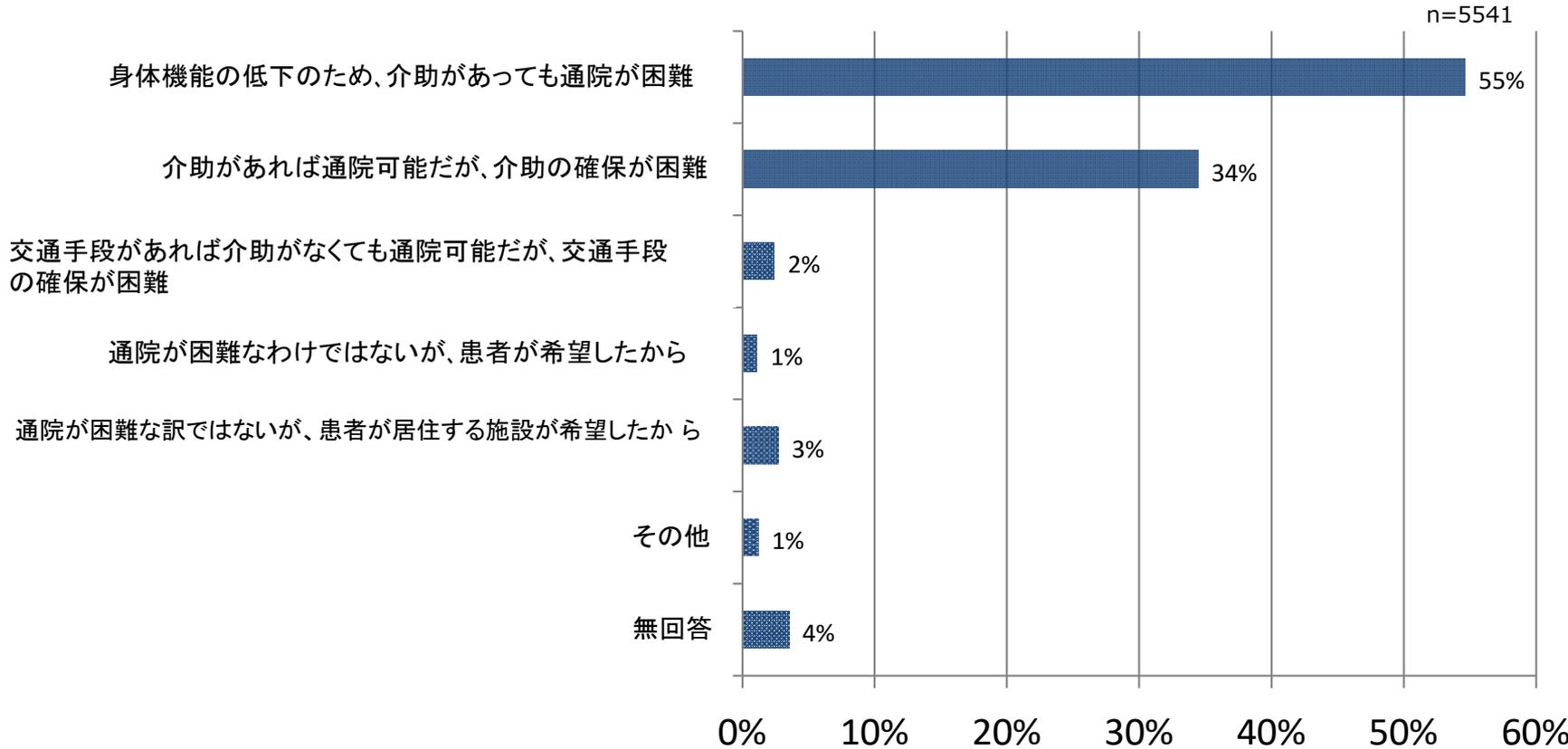


出典：保険局医療課調べ（平成27年7月1日時点）、平成26年度検証部会調査（在宅医療）

訪問診療の対象患者について① <訪問診療を行っている理由>

○訪問診療を行っている理由について、「身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難」な患者が全体の約50%を占める一方、「通院が困難なわけではないが、患者や患者が居住する施設が希望したから(約4%)」など必ずしも通院困難ではない患者も一定程度存在する。

<訪問診療を行っている理由別の患者割合>

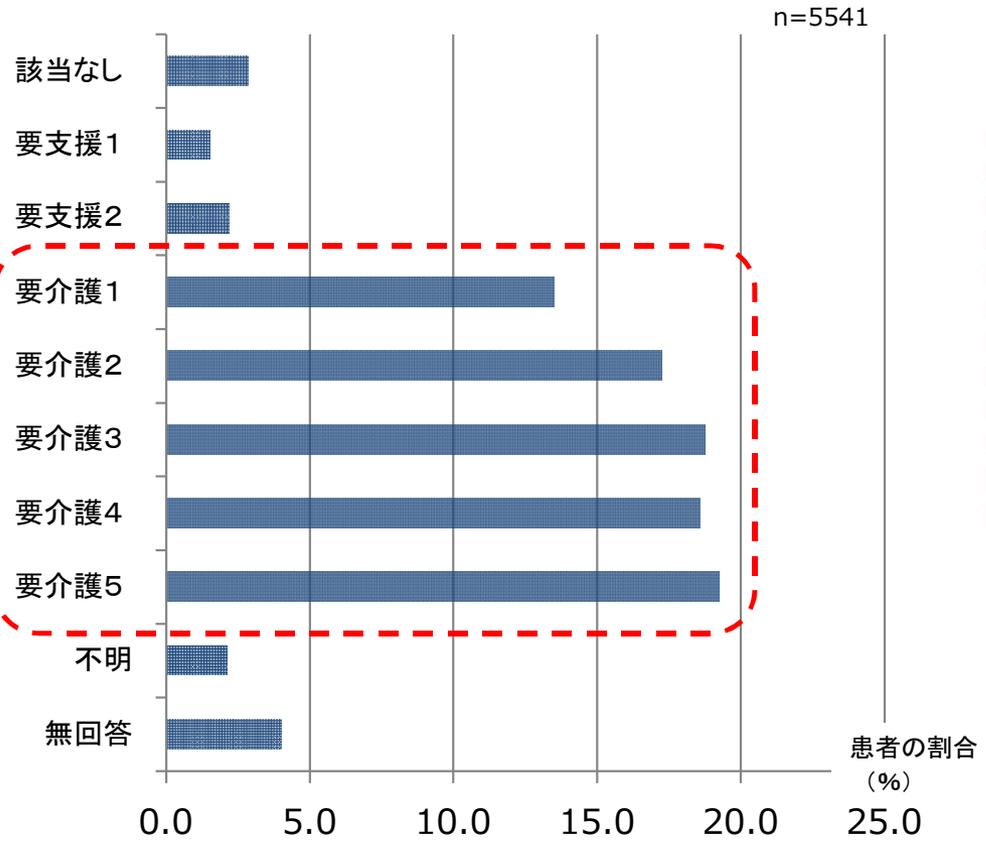


出典：平成26年度検証部会調査(在宅医療)

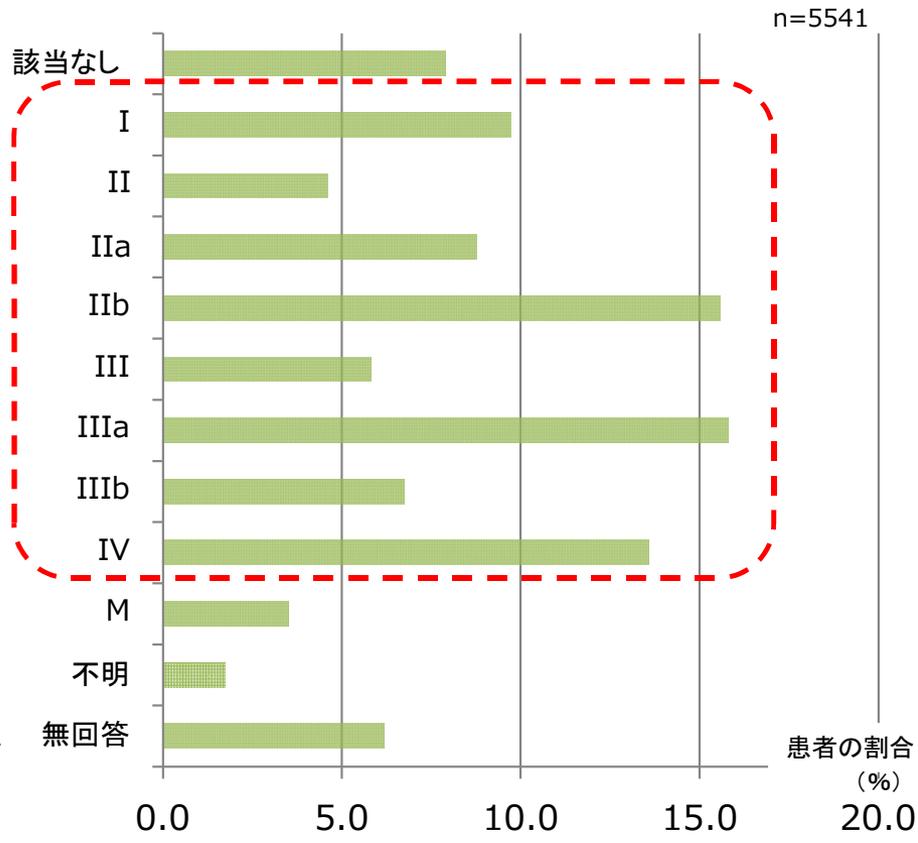
訪問診療の対象患者について① <患者の要介護度・認知症自立度>

- 在宅患者の85%以上は要介護状態にあり、各要介護度の患者がそれぞれ10%以上存在する。
- 認知症自立度についてはランクIからランクIVまで、幅広く患者の分布がみられる。

<要介護度別の患者割合>



<認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合>

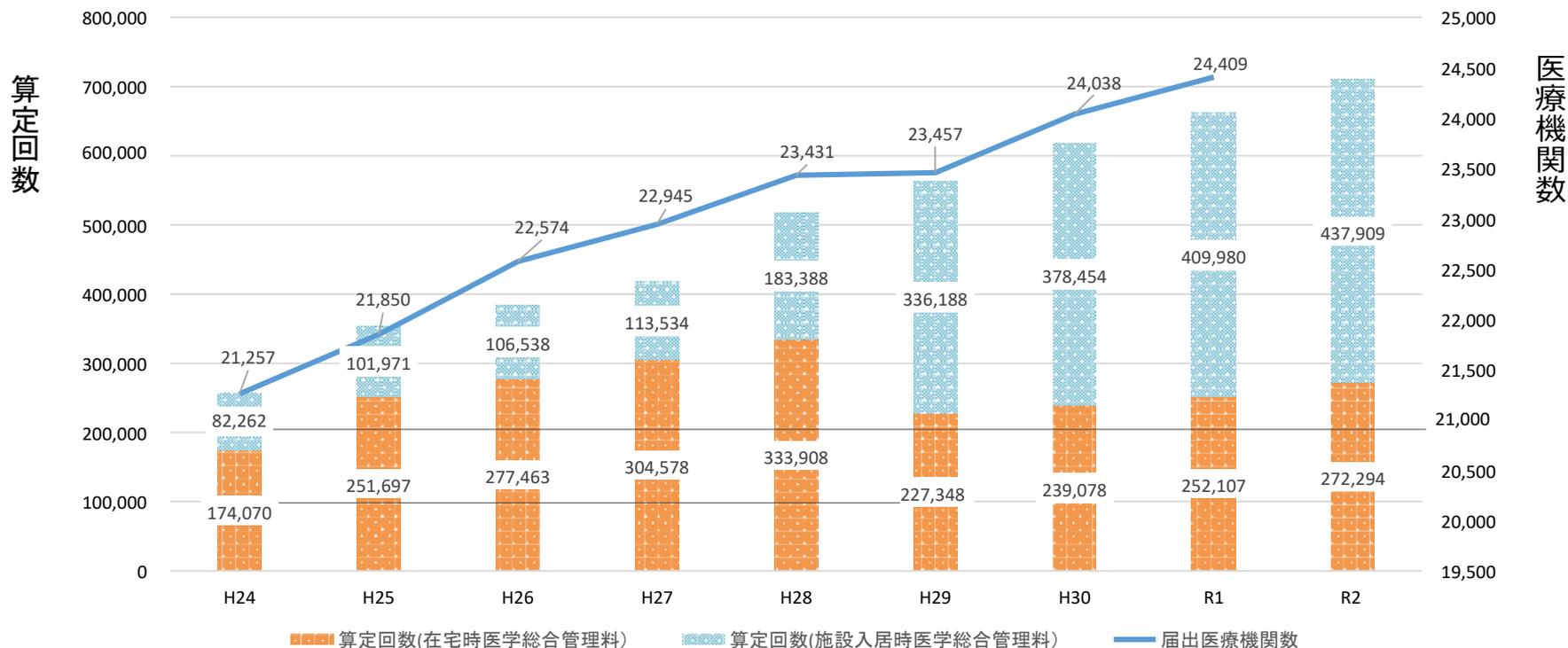


出典: 平成26年度検証部会調査(在宅医療)

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定状況

○ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、届出医療機関数及び算定回数は増加傾向である。

C002	在宅時医学総合管理料	在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の 確立及び在宅での療養の推進を図るもの。在宅又は施設で療養を行っている患者であって、通院困難な 者に対して、個別の患者毎に総合的な在宅療養計画を作成し 総合的な医学管理料を行った場合の評価。
C002-2	施設入居時等医学総合管理料	

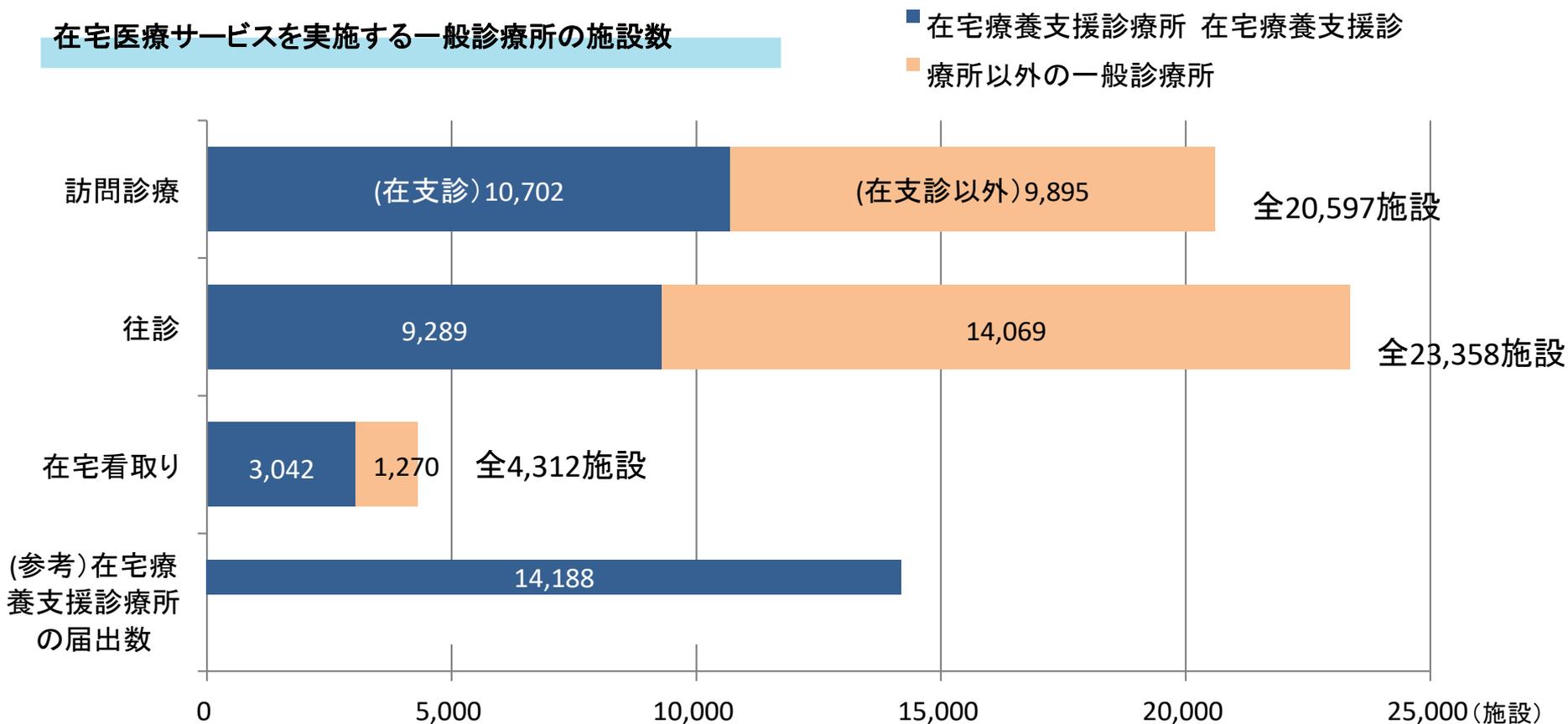


出典: 社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)
 ※診療所について: 平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査 保
 険局医療課調べ(各年7月1日時点)

在宅医療サービスを実施する診療所の属性

- 在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数をみると、在宅療養支援診療所(在支診)ではないが、在宅医療サービスを提供する一般診療所が相当数ある。
- 在宅療養支援診療所であっても、全ての在宅医療サービスを実施しているとは限らない。

在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数

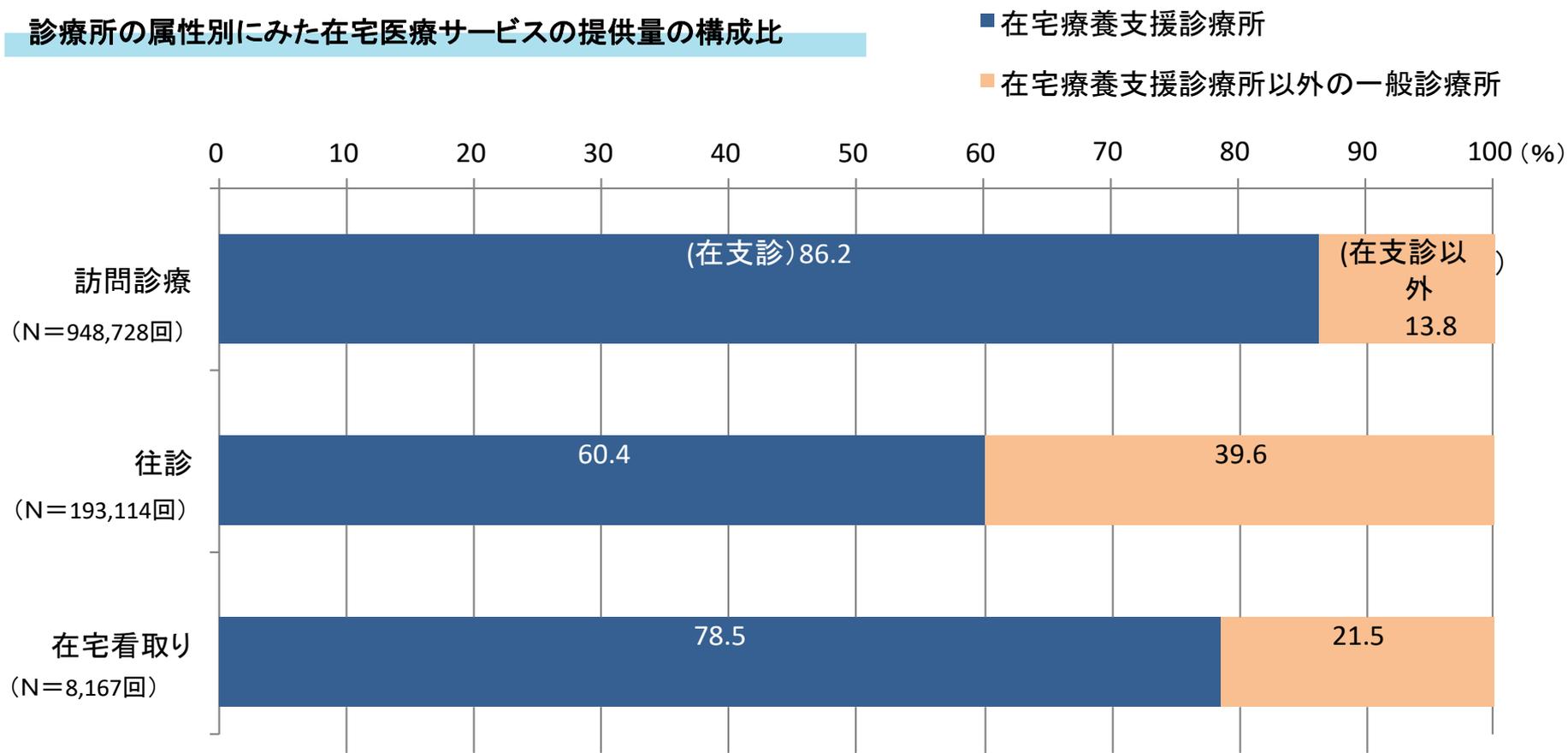


出典:平成26年度医療施設調査(厚生労働省)(特別集計)

属性による在宅医療サービスの提供量の違い

- 在宅医療サービスの提供量についてみると、訪問診療については、在支診によって全体の9割弱が提供されている。
- 往診や在宅看取りについては、在支診ではない一般診療所によって、全体の2～4割が提供されている。

診療所の属性別にみた在宅医療サービスの提供量の構成比

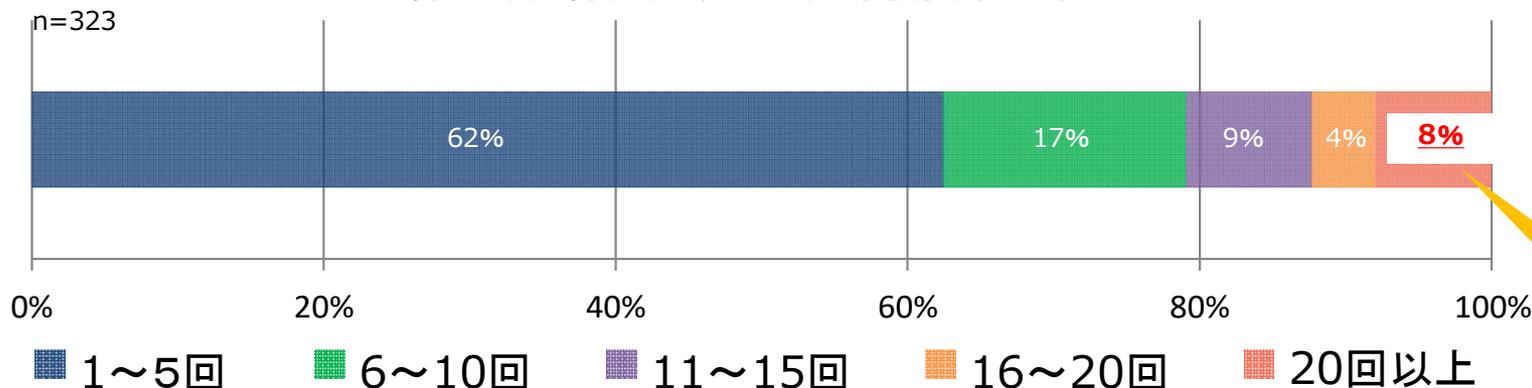


出典:平成26年度医療施設調査(厚生労働省)(特別集計)

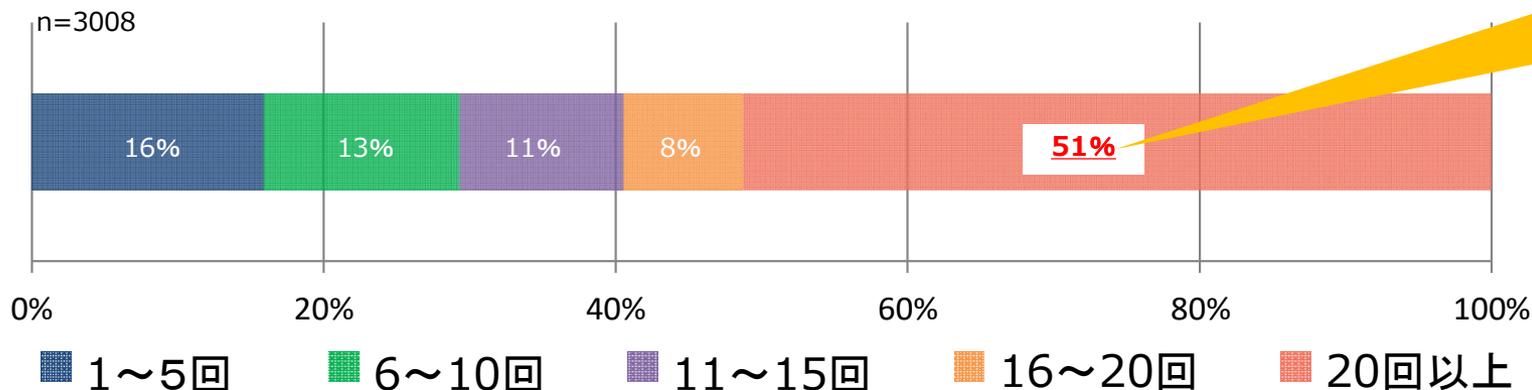
在宅医療における看取りの取り組み状況

- ターミナルケア加算を1回以上算定している医療機関においても、当該加算の算定回数には差あり、一部の算定回数が多い医療機関が全体に占める割合が大きい。

<ターミナルケア加算の年間算定回数別の医療機関数分布>



<上記医療機関がターミナルケア加算算定回数全体に占める割合>



年間算定回数の
上位8%が、全体の
約50%を算定して
いる。

本日の内容

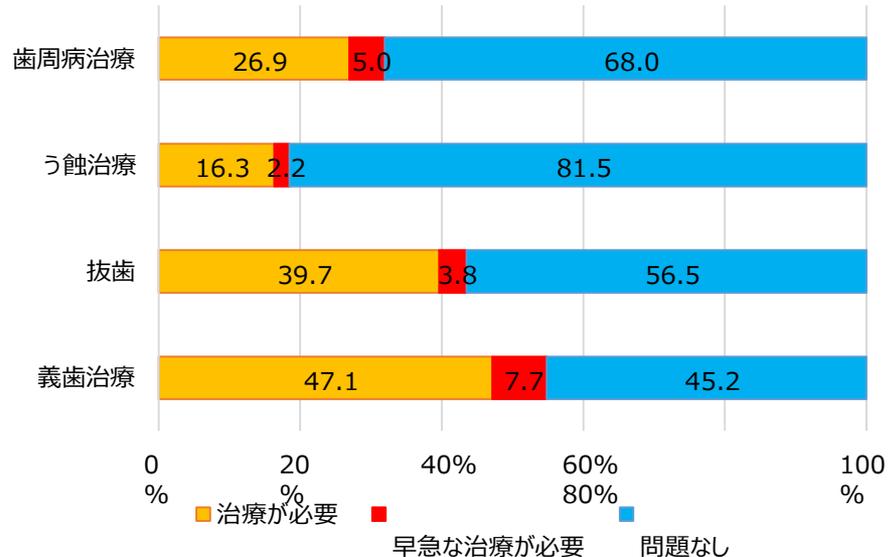
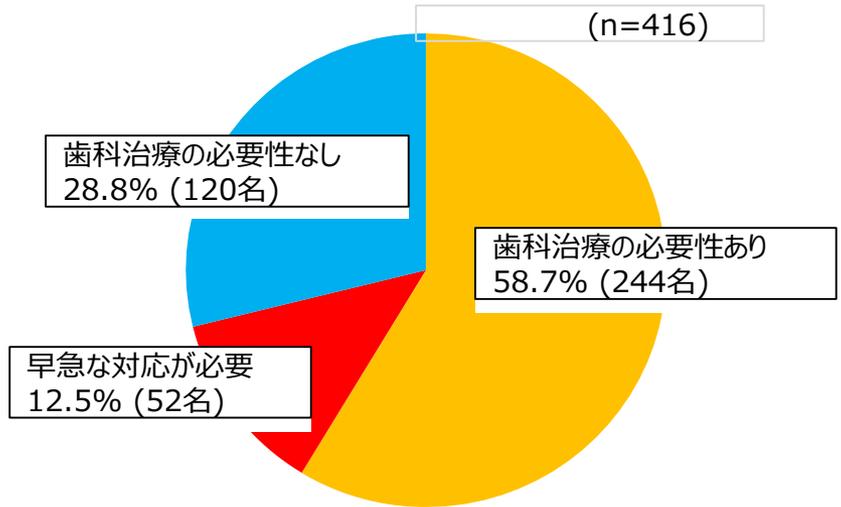
- 地域包括支援システムについて
- 在宅医療における医師の役割
- 歯科医師の役割**
- 看護師及び訪問看護ステーションの役割
- 介護支援専門員の役割
- その他職種とその役割
- 各種カンファレンスやサービス担当者会議の役割

要介護高齢者における歯科的対応の必要性

～地域の要介護高齢者に対する悉皆研究調査から～

A県O町圏域の要介護高齢者416名（悉皆）に対する調査結果。義歯治療、抜歯、う蝕治療、歯周病の治療が必要な者は、それぞれ、54.8%、43.5%、18.5%、32.0%であった。
 また、そのうち早急な対応が必要※1と判断された者は、それぞれ7.7%、3.8%、2.2%、5.0%であった。

（※1 食事に影響する強い痛みや炎症などがある、脱落の可能性が高いなど）重複を除き、416名の**要介護高齢者のうち義歯治療、抜歯、う蝕治療、歯周病の治療うち、どれか一つでも必要と判断された者は296名（71.2%）**であった。

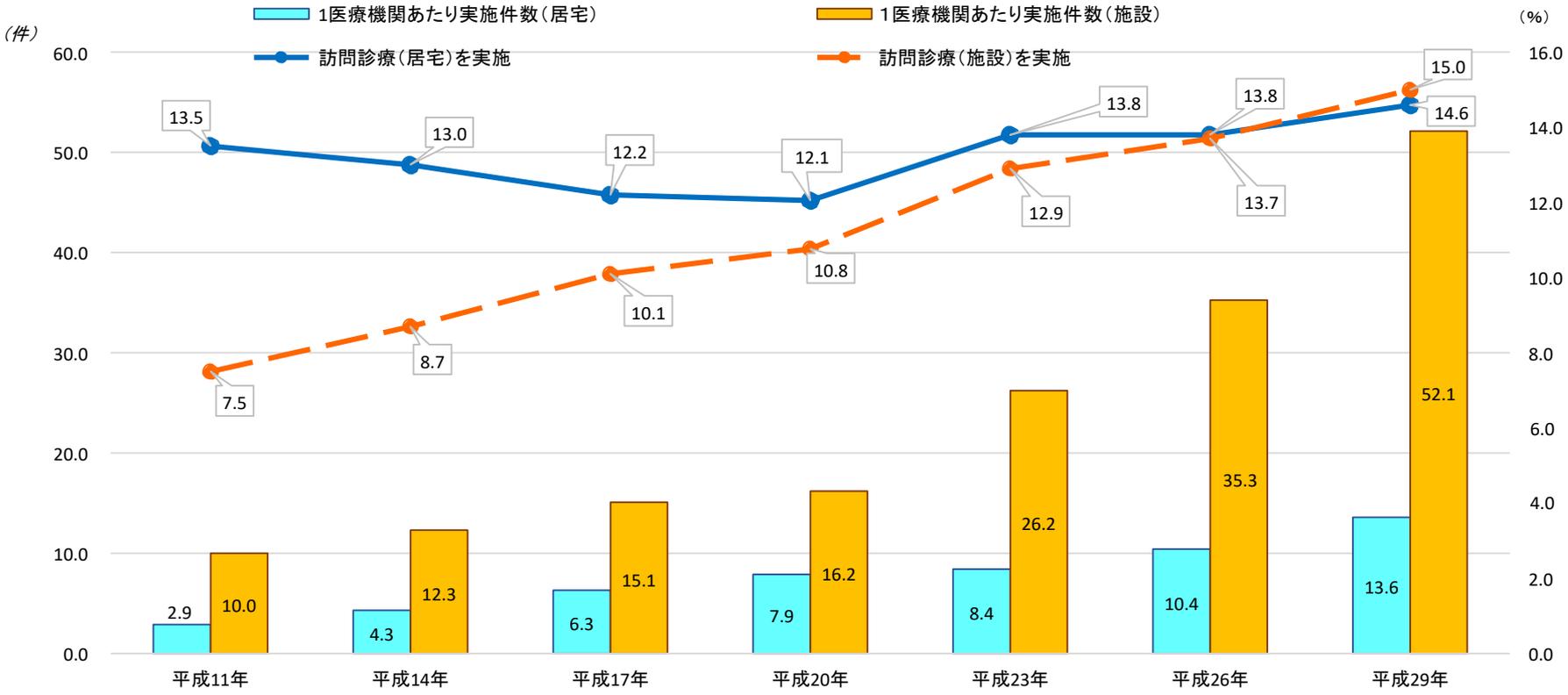


**要介護高齢者の約7割が何らかの歯科治療を必要としていた。
 また、そのうち早急な対応が必要と判断された者は52名（12.5%）であった。**

出典：平成28年度老人保健増進等事業報告書「介護保険施設における歯科医師、歯科衛生士の関与による適切な口腔衛生管理体制のあり方に関する調査研究」報告書（日本老年歯科医学会）

歯科的対応の必要性 歯科訪問診療を提供している歯科診療所の状況

- 居宅において歯科訪問診療を提供している歯科診療所の割合は微増傾向。
- 施設において歯科訪問診療を実施している歯科診療所は、調査を重ねるごとに増加しており、居宅で歯科訪問診療医療を提供している歯科診療所よりも多くなった。
- 1歯科診療所当たりの歯科訪問診療の実施件数（各年9月分）は、調査を重ねるごとに増加しており、特に、施設での増加が顕著。

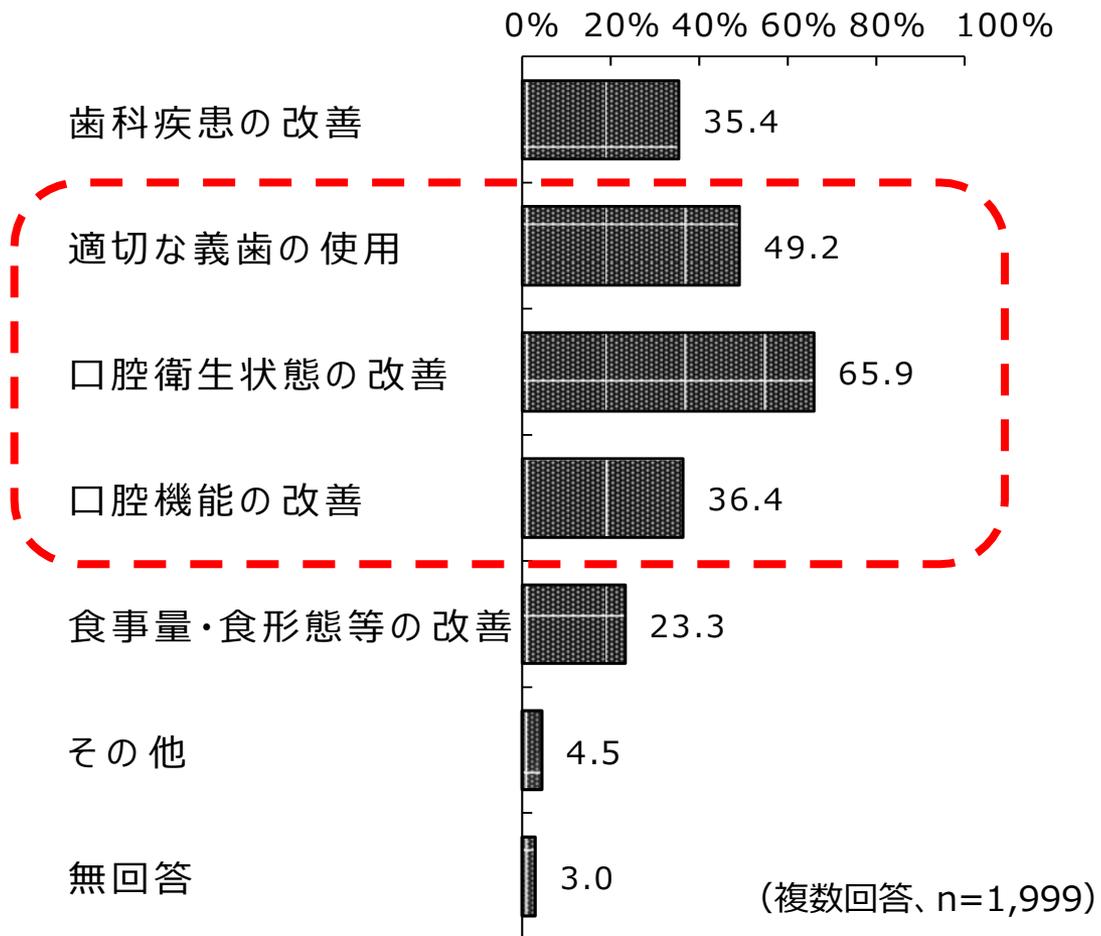


(医療施設調査)

注：平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いて算出

歯科訪問診療等を受けたことによる患者の変化

○ 歯科訪問診療等を受けたことによる患者の変化についてみると、「口腔衛生状態の改善」が65.9%で最も多く、次いで「適切な義歯の使用」が49.2%、「口腔機能の改善」が36.4%であった。



在宅療養支援歯科診療所

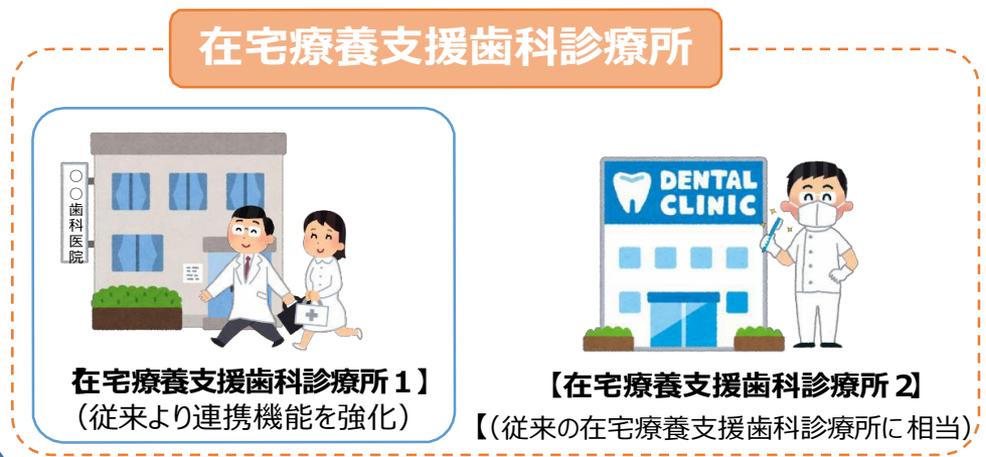
在宅療養支援歯科診療所の役割を明確化するとともに機能に応じた評価となるよう見直しを行う。

平成30年度診療報酬改定 I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

- 在宅医療、介護に関する連携等
- 多職種連携 等



連携



口腔機能管理の
推進



- 多職種連携による口腔機能管理

連携



- 他の保険医療機関、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等との連携

研修内容の見直し

- 高齢者の心身の特性
- 認知症高齢者の特徴
- 高齢者の口腔機能管理
- 緊急時対応

- 認知症に関する研修の追加

訪問歯科衛生指導料

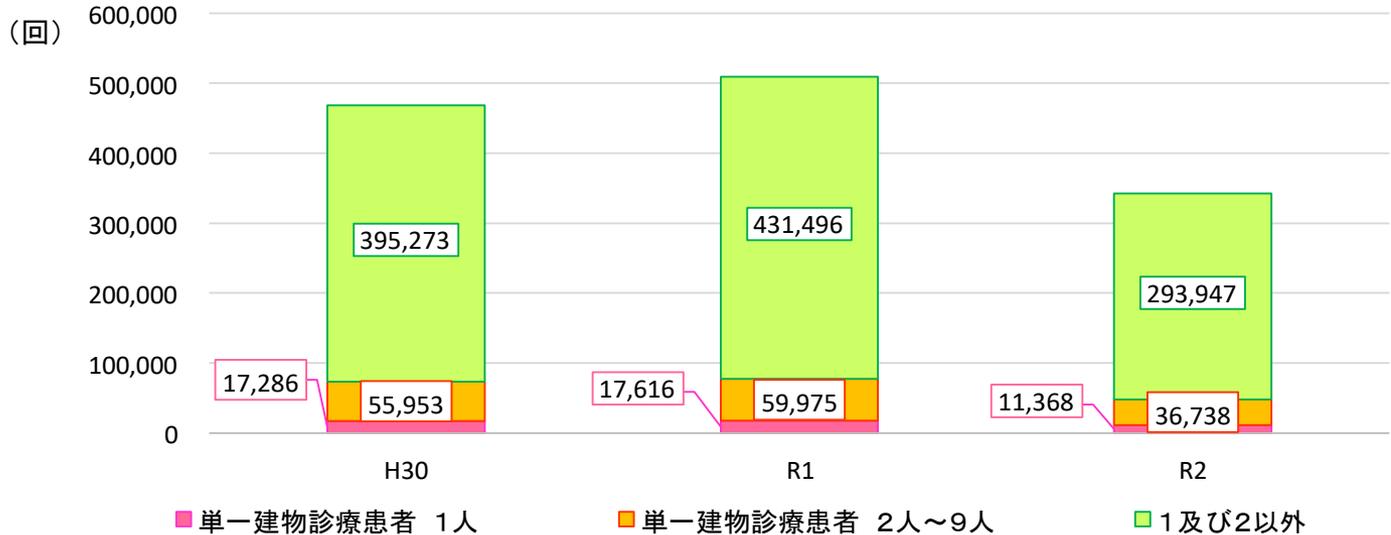
- 訪問歯科衛生指導料 1 単一建物診療患者が1人の場合 360点
- 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 328点
- 3 1及び2以外の場合 300点



[算定要件] 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者※又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。

なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。

※当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているもの



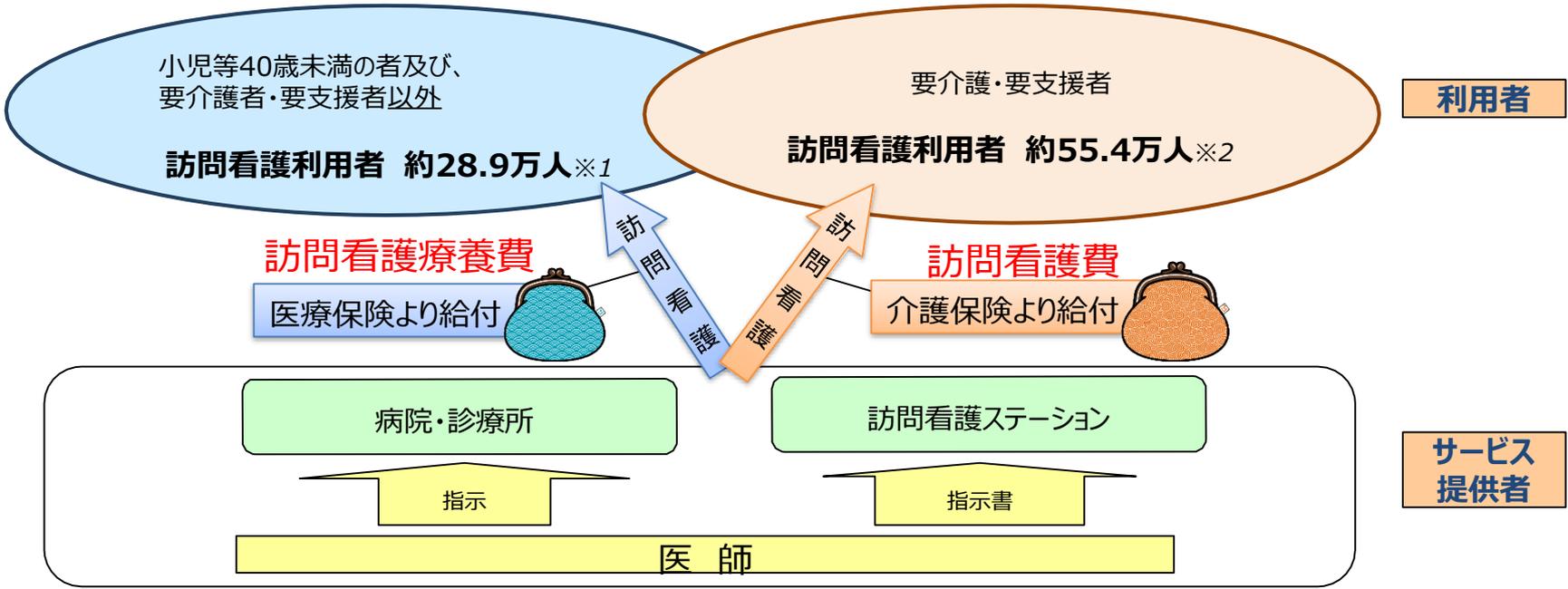
(出典) 算定回数：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

本日の内容

- 地域包括支援システムについて
- 在宅医療における医師の役割
- 歯科医師の役割
- 看護師及び訪問看護ステーションの役割
- 介護支援専門員の役割
- その他職種とその役割
- 各種カンファレンスやサービス担当者会議の役割

訪問看護の仕組み

- 疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、**その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。**
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、**介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。**

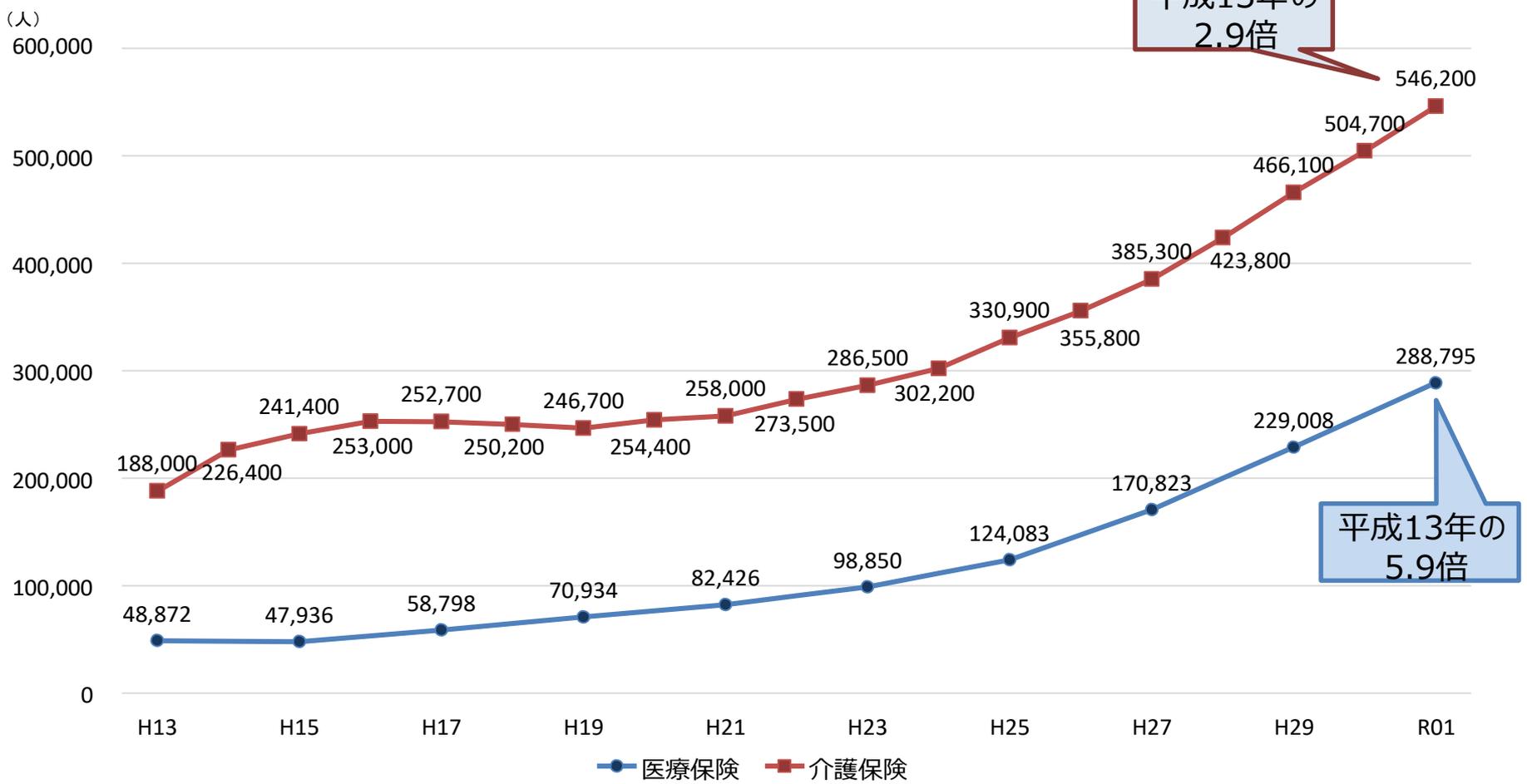


【出典】※1 訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（令和元年6月審査分より推計） ※2 介護給付費等実態統計（令和元年6月審査分）

訪問看護利用者数の推移

○ 訪問看護ステーションの利用者は、介護保険、医療保険ともに増加傾向

■ 訪問看護利用者数の推移

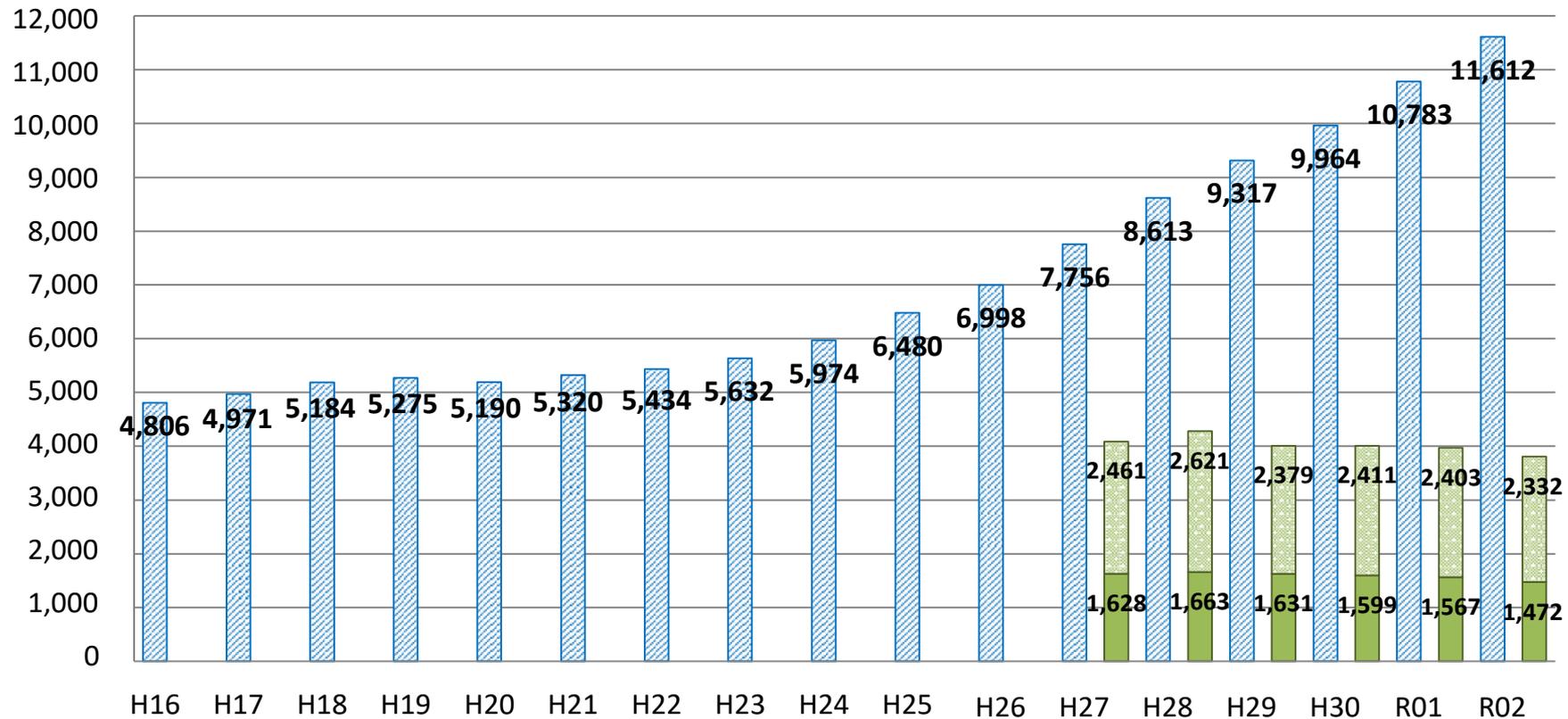


【出典】介護給付費実態調査（各年5月審査分）、訪問看護療養費実態調査（平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計）

訪問看護ステーション数及び訪問看護を行う医療機関数の年次推移

○ 訪問看護ステーションは増加傾向、訪問看護を行う病院・診療所は横ばい。

■ 医療保険の訪問看護ステーション数及び医療保険の訪問看護を行う医療機関数



■ 医療保険の訪問看護事業所 ■ 医療保険の訪問看護を行う病院 (※) ■ 医療保険の訪問看護を行う診療所 (※)

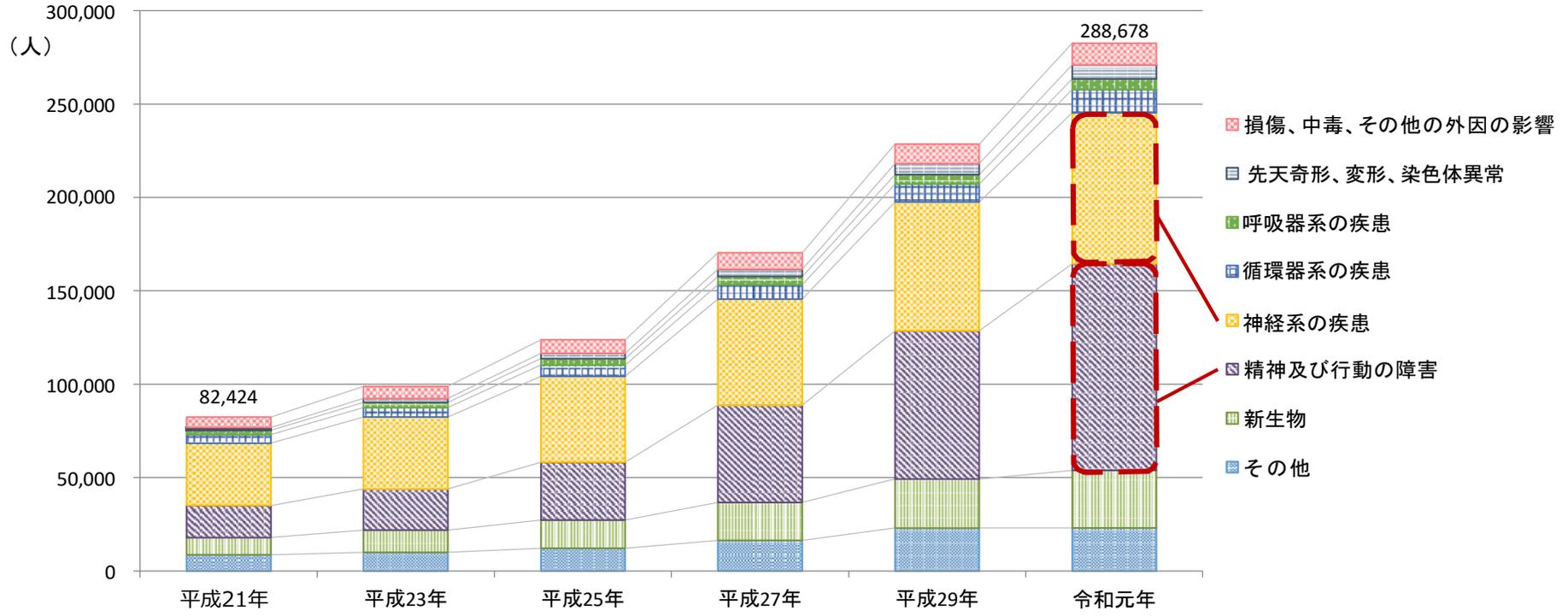
※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料を算定する病院・診療所

【出典】「医療費の動向調査」の概算医療費データベース（各年5月審査分、医療保険のみ）、NDBデータ（各年5月診療分、集計可能なH27～のみ掲載）

訪問看護ステーション利用者の主傷病の推移

○ 訪問看護ステーション利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」が年々増加しており、増加率も最も大きい。

■ 傷病分類※ (主傷病別利用者数の推移)



■ 傷病分類別の増加率

	新生物	精神及び行動の障害	神経系の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患	先天奇形、変形、染色体異常	損傷、中毒、その他の外因の影響
R01/H21年比	3.33	6.42	2.43	2.70	2.33	5.32	2.04
R01/H29年比	1.17	1.40	1.17	1.30	1.12	1.30	1.10

【出典】訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成 (各年6月審査分より推計)

※傷病分類 (主傷病) は、「社会医療行為別統計 傷病分類表」による。

専門看護師・認定看護師の概要

	専門看護師	認定看護師		
目的	複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供する ための、特定の専門看護分野の知識及び技術を深め、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかる。	特定の看護分野における熟練した看護技術及び知識を用いて、あらゆる場で看護を必要とする対象に、水準の高い看護実践の できる認定看護師を社会に送り出すことにより、看護ケアの広がりや質の向上を図る。		
役割	<ul style="list-style-type: none"> 実践 相談 調整 倫理調整 教育 研究 	<ul style="list-style-type: none"> 実践 指導 相談 		
経験	通算5年以上の実務経験者 (うち3年以上は専門分野の実務研修)	通算5年以上の実務経験者 (うち3年以上は認定看護分野の実務研修)		
教育	看護系大学院修士課程修了者で、日本看護系大学協議会が定める専門看護師教育課程基準の所定の単位(総計26単位または38単位)を取得していること。	A課程(特定行為研修なし) 2026年度にて終了	B課程(特定行為研修あり) 2020年度より開始	
		認定看護師教育A課程修了 (6ヶ月以上～1年以内・600時間以上)	認定看護師教育B課程修了 (1年以内・800時間程度)	
教育機関	108大学院 347課程	32機関 23課程 (665名分)	16機関 29課程 (579名分)	
専門・認定看護分野	<ul style="list-style-type: none"> 急性・重症患者看護(312名) 慢性疾患看護(226名) 感染症看護(90名) がん看護(937名) 精神看護(364名) 老人看護(206名) 小児看護(275名) 母性看護(84名) 遺伝看護(11名) 家族支援(74名) 在宅看護(86名) 地域看護(27名) 災害看護(22名) 	<ul style="list-style-type: none"> 救急看護(1238名) がん性疼痛看護(753名) がん化学療法看護(1639名) 不妊症看護(176名) 透析看護(276名) 摂食・嚥下障害看護(1006名) 小児救急看護(256名) 脳卒中リハビリテーション看護(759名) 慢性呼吸器疾患看護(308名) 慢性心不全看護(452名) 訪問看護(650名) 皮膚・排泄ケア(2272名) 感染管理(2824名) 糖尿病看護(841名) 新生児集中ケア(429名) 手術看護(658名) 乳がん看護(370名) 認知症看護(1836名) がん放射線療法看護(353名) 	<ul style="list-style-type: none"> 集中ケア(1082名) 緩和ケア(2495名) 	<ul style="list-style-type: none"> クリティカルケア(217名) 緩和ケア(40名) がん薬物療法看護(31名) 生殖看護(1名) 腎不全看護(8名) 摂食嚥下障害看護(24名) 小児プライマリケア(4名) 脳卒中看護(14名) 呼吸器疾患看護(22名) 心不全看護(15名) 在宅ケア(16名) 皮膚・排泄ケア(300名) 感染管理(96名) 糖尿病看護(81名) 新生児集中ケア(2名) 手術看護(17名) 乳がん看護(1名) 認知症看護(31名) がん放射線療法看護(2名)
	2,714名(13分野)	20,673名(21分野)	922名(19分野)※2	
認定機関	公益社団法人 日本看護協会			

※1 A課程修了の認定看護師について
●特定行為研修+移行手続きをする場合
 →現在取得している認定分野と同一、または統合、もしくは変更した新たな分野名称の認定を受け、「**特定認定看護師**」を名乗ることができる。
○移行手続きをしない場合
 →現在取得している認定看護分野の資格が継続され、「**認定看護師**」のままとなる。

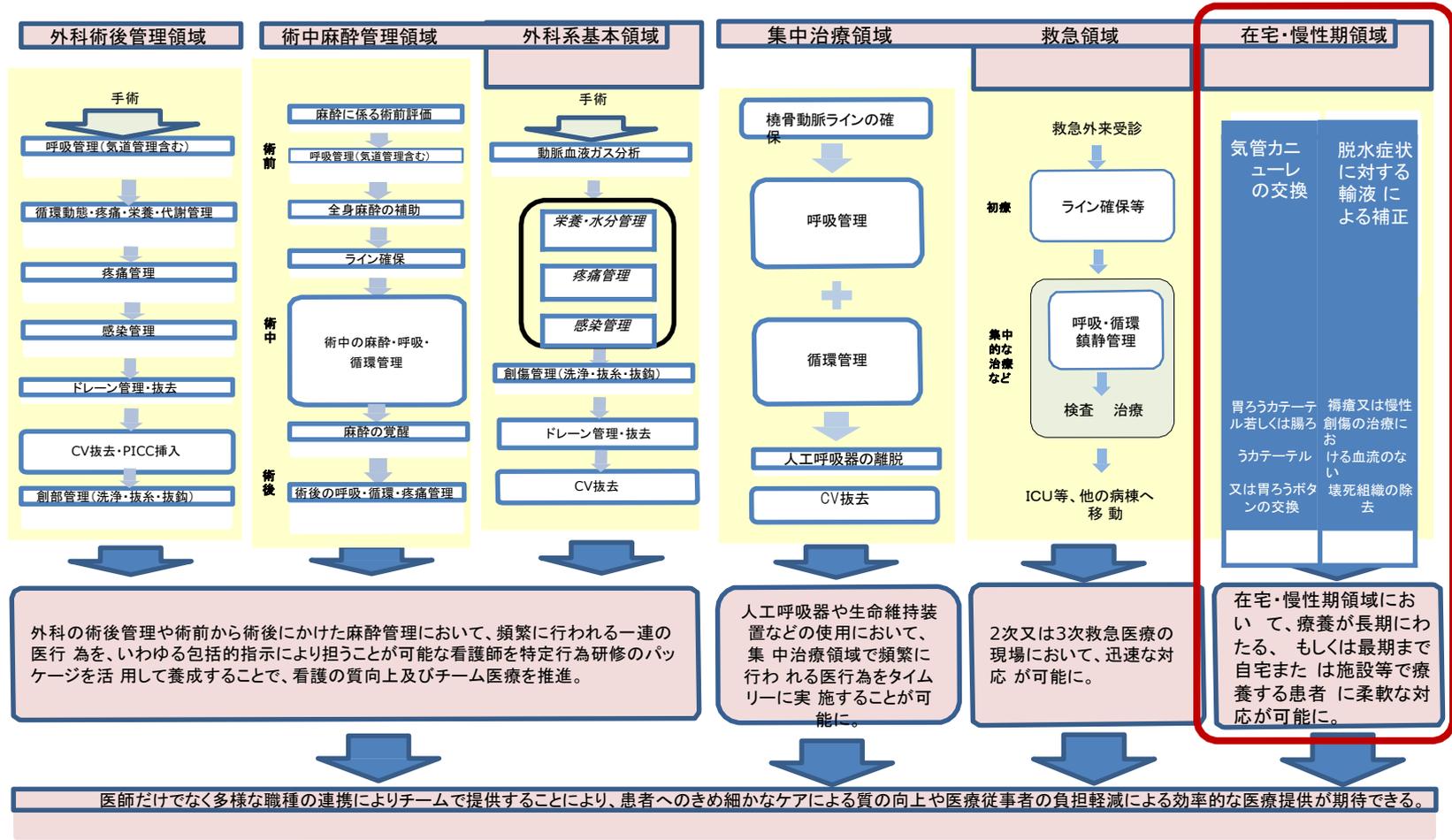
※2 B課程修了者について
 ○2021年6月現在で**922名**の認定看護師が特定行為研修を修了しており、**特定認定看護師**として審査・移行手続きを終えた。

今後、特定行為研修修了者が増加していくと、A課程修了者は減少し、B課程修了者が増加していく ※2

※日本看護協会HP・R2看護白書をもとに作成(2021.6)

特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

- 特定の領域において頻繁に行われる一連の医行為についてパッケージ化し研修することで特定行為研修修了者を確保する。
- 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。



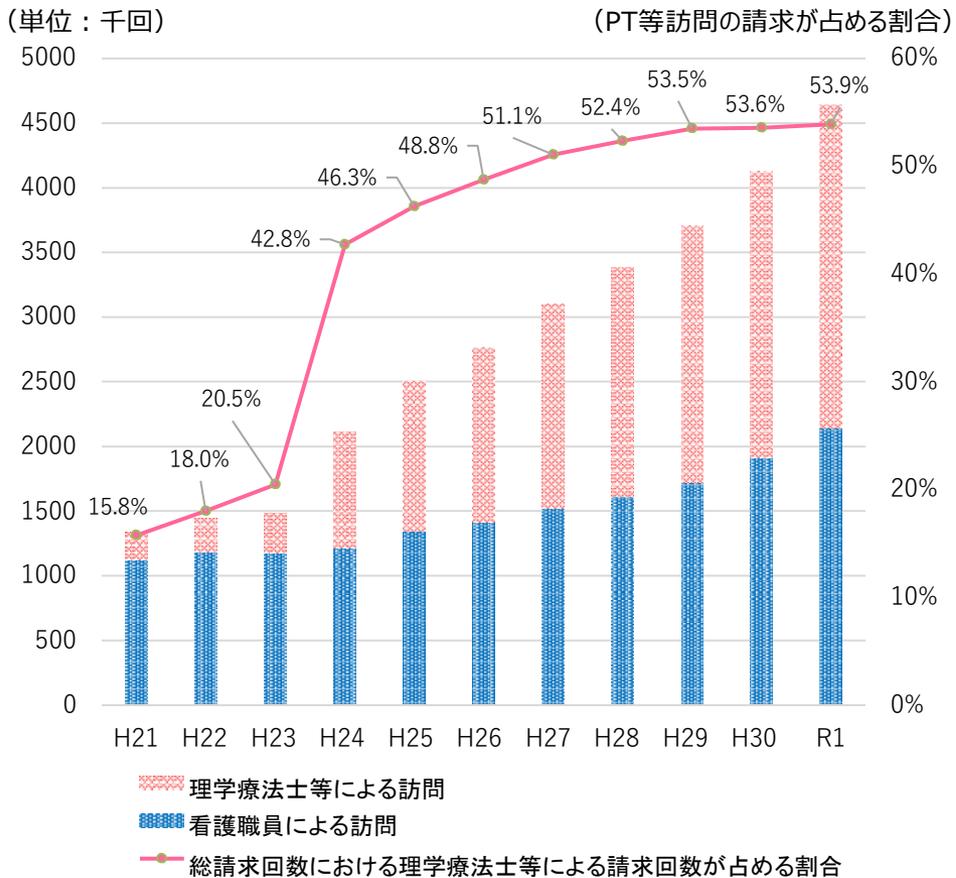
訪問看護での活躍が期待される領域

(一連の流れの中で特定行為研修修了者がパッケージに含まれる特定行為を手順書にもとづき実施)

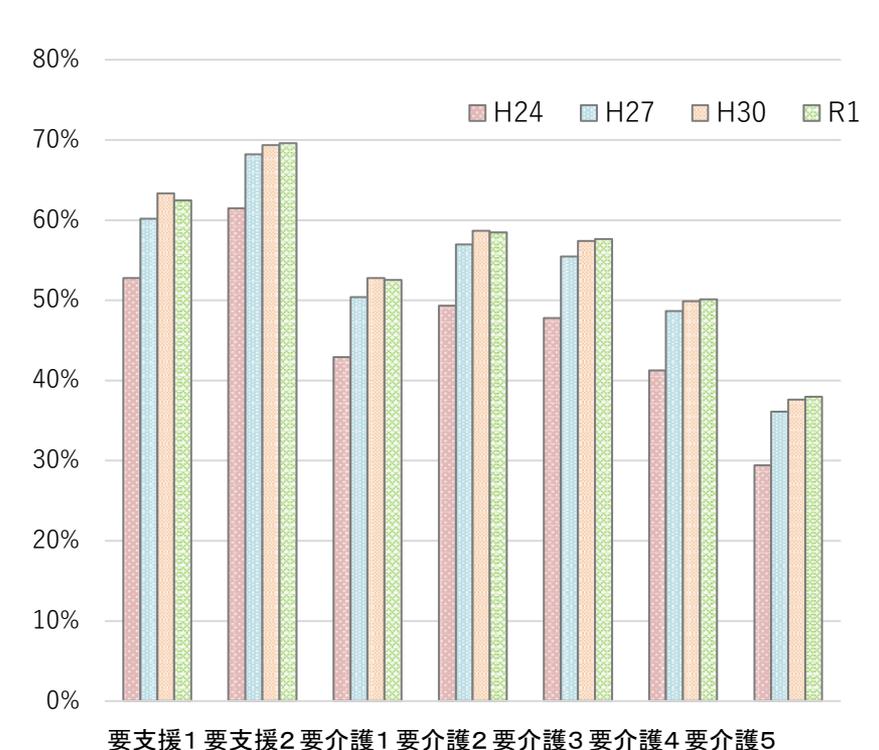
訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問看護の現状

○ 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



■ 訪問看護費の理学療法士等による請求が占める割合 (要介護度別)



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)

本日の内容

- 地域包括支援システムについて
- 在宅医療における医師の役割
- 歯科医師の役割
- 看護師及び訪問看護ステーションの役割
- 介護支援専門員の役割
- その他職種とその役割
- 各種カンファレンスやサービス担当者会議の役割

介護保険法 第69条の34 (介護支援専門員の義務)

1 介護支援専門員は、その相当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなくてはならない。

2 介護支援専門員は、厚生労働省令で定める基準に従って、介護支援専門員の業務を行わなければならない。

新 3 介護支援専門員は、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術の水準を向上させ、その他その資質の向上を図るよう努めなければならない。

※ 平成26年6月18日に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」に基づく介護保険法一部改正により法第69条の34第3項の規定が新設された。

介護保険制度の基本理念

高齢者の自立支援

利用者主体のサービス利用

複合的な生活の課題をもつ人に、医療、保健、福祉のサービスを効果的な組合わせ（ケアパッケージ）として提供

利用者の自立した生活

ケアマネジメント専門職
介護支援専門員を位置づけ

令和 適切なケアマネジメントの必要性

ケアマネジメントとは…

- 生活全般の状況を総合的に把握し、自立した日常生活に向けての希望を十分に把握し、それを踏まえてニーズに応じたサービスを一体的に提供する専門的な機能

介護保険制度におけるケアマネジメントの目的は、

介護保険制度が目指す「自立支援」の理念を実現すること

多様なニーズに応じた
各種サービスの総合的、
一体的、効率的な選択を
支援すること

利用者本位の
決定となるよう、
利用者の尊厳を守ること

全ての要介護者が
等しく、サービスの利用に
おける権利を有することを
担保すること

- 「適切なケアマネジメント手法」で整理した知見は、ケアマネジャーの職域が培ってきた知見を体系化し、誰もがこれを参照すれば、一定の水準のケアマネジメントが実践されるようにする「**共通化された実践知**」である。
- 体系化されているので他の職種にも示しやすく、結果的に、多職種間の連携が進むことも期待している。

知見の平準化

ケアマネジメントの
質の向上

多職種間の
連携推進

インフォーマル
リソースの理解

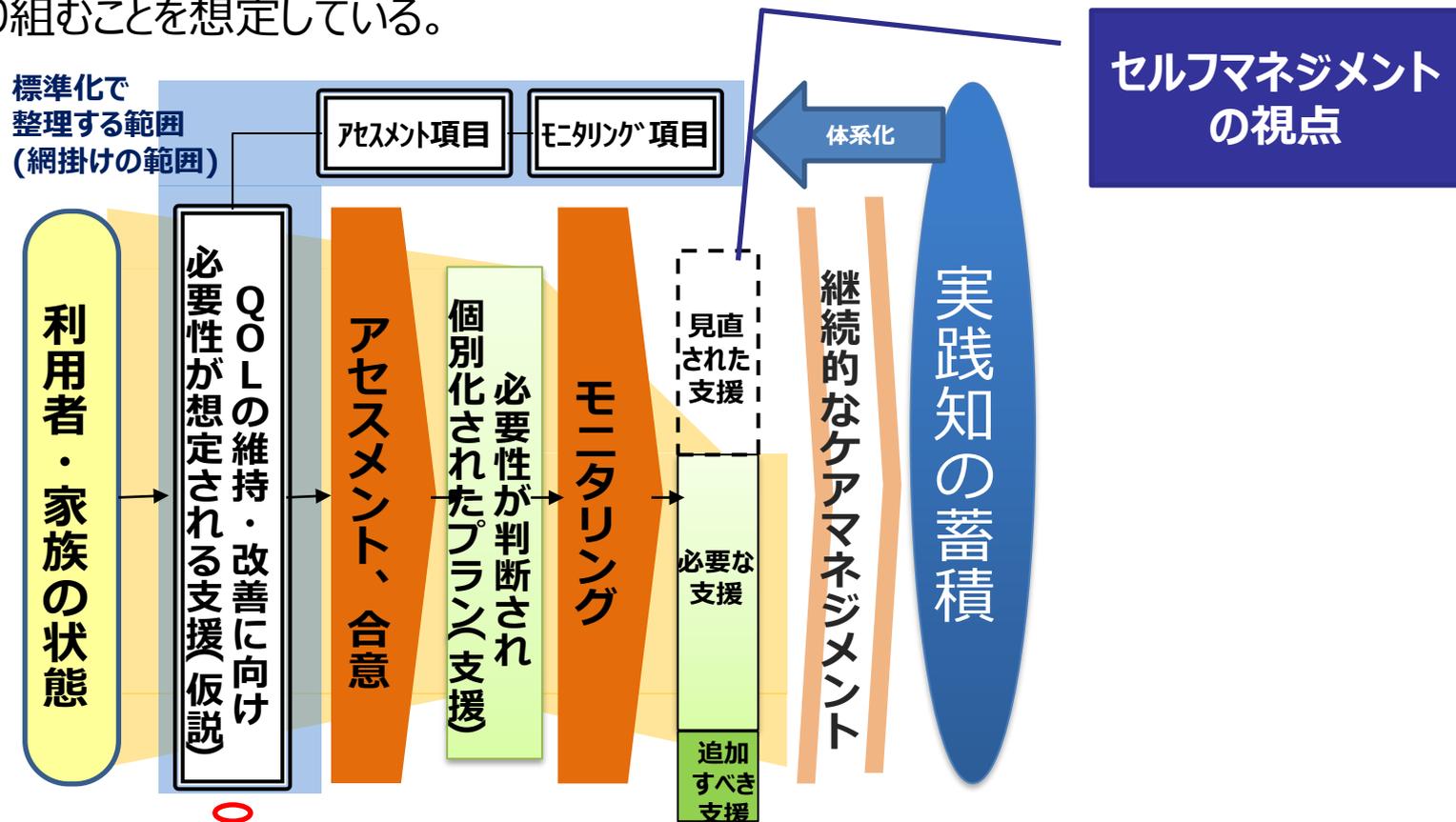
+ ケア・フォーミラリー
の確立

適切なケアマネジメント

click

ケアマネジメントプロセスにおける「標準化」の位置付け

情報収集前にある程度仮説（当たり）をつかんで情報収集・整理・課題抽出に取り組むことを想定している。



ベテランのケアマネさんなら
当たりを付けられる支援内容

適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業

脳血管疾患

大腿骨頸部骨折

心疾患

認知症

誤嚥性肺炎の予防

平成28年度

平成29年度

平成30年度

令和元年度

4年間疾患別の
議論を行うと、
やはり基本ケア
にたどり着く

疾患別ケア

(疾患に応じて特に留意すべき詳細の内容)

基本ケア

(高齢者の機能・整理)

基本ケアを押さえたうえで
疾患別のケアを押さえる



疾患や状態によらず、
共通して重視すべき事項

疾患別ケア（脳血管疾患）の概要

- 疾患別ケア（脳血管疾患）では、再発の予防と生活機能の回復・向上が重要。
- I期では再発予防のための支援体制の整備を重視するとともに心理的回復を含めた生活機能の維持・向上に着目。一方、II期では継続的なセルフマネジメントに着目。

I 期

再発予防

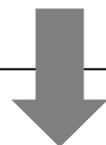
生活機能の維持・向上

血圧や疾病の管理の支援
服薬管理の支援
生活習慣の改善

心身機能の回復・維持
心理的回復の支援

活動と参加に関わる能力の維持・改善
リスク管理

落胆体験
の理解



II 期

継続的な再発予防

セルフマネジメントへの移行

血圧や疾病の**自己**管理の支援
服薬の**自己**管理
生活習慣の**維持**

心身機能の**見直しとさらなる回復・維持**
心理的回復の支援
活動と参加に関わる能力の維持・改善
リスク管理

自律
autonomy

広島脳卒中地域連携の会（広島大学を含む広島市内主要病院参加）
項目を 脳神経外科、脳神経内科、リハビリテーション科専門医に確認

本日の内容

- 地域包括ケアシステムについて
- 在宅医療における医師の役割
- 歯科医師の役割
- 看護師及び訪問看護ステーションの役割
- 介護支援専門員の役割
- その他職種とその役割
- 各種カンファレンスやサービス担当者会議の役割

Take home message

**Touch
not only
with your hands
but also
with your heart**

(Ipswich Hospice, Australia)

**Thank you for your time
and attention.**