

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会

介護保険制度における 医療提供と生活期リハビリテーション

公益社団法人
日本医師会 常任理事

江 澤 和 彦

介護保険給付・地域支援事業の全体像

【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%

【財源構成】

国：38.5%

都道府県：
19.25%

市町村：
19.25%

1号保険料：
23%

地域支援事業

介護給付（要介護1～5）

予防給付（要支援1～2）

介護予防・日常生活支援総合事業（要支援1～2、それ以外の者）

- **介護予防・生活支援サービス事業**
 - ・訪問型サービス
 - ・通所型サービス
 - ・生活支援サービス（配食等）
 - ・介護予防支援事業（ケアマネジメント）
- **一般介護予防事業**

包括的支援事業

- **地域包括支援センターの運営**
（介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援、地域ケア会議の充実）
- **在宅医療・介護連携推進事業**
- **認知症総合支援事業**
（認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等）
- **生活支援体制整備事業**
（コーディネーターの配置、協議体の設置 等）

任意事業

- **介護給付費適正化事業**
- **家族介護支援事業**
- **その他の事業**

介護サービスの種類

	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	<p>◎居宅介護サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護（ホームヘルプサービス） ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 ○特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与 ○特定福祉用具販売 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通所介護（デイサービス） ○通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○短期入所生活介護（ショートステイ） ○短期入所療養介護 <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設 ○介護医療院 	<p>◎地域密着型介護サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○地域密着型通所介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） <p>◎居宅介護支援</p>
予防給付を行うサービス	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 ○介護予防特定施設入居者生活介護 ○介護予防福祉用具貸与 ○特定介護予防福祉用具販売 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ） ○介護予防短期入所療養介護 	<p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム） <p>◎介護予防支援</p>

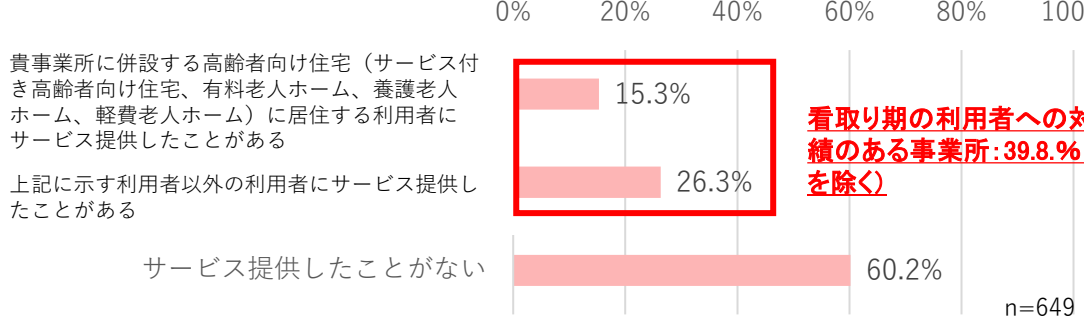
この他、居宅介護（介護予防）住宅改修、介護予防・日常生活支援総合事業がある。

居宅介護サービス

訪問介護 看取り期の利用者に対するサービス提供状況

- 看取り期の利用者に対するサービス提供を行った事業所は39.8%であり、1事業所あたり1年間で平均4.5人。
- また、他のサービスでの看取り期の利用者の受入実績について、小多機では提供したことがある事業所が33.9%、定期巡回では56.8%、認知症グループホームでは40.0%となっている。

■直近1年間（令和3年4月から令和4年3月まで）の看取り期の利用者（※）に対するサービス提供の実施有無



■直近1年間（令和3年4月から令和4年3月まで）でサービス提供を行った看取り期の利用者（※）数

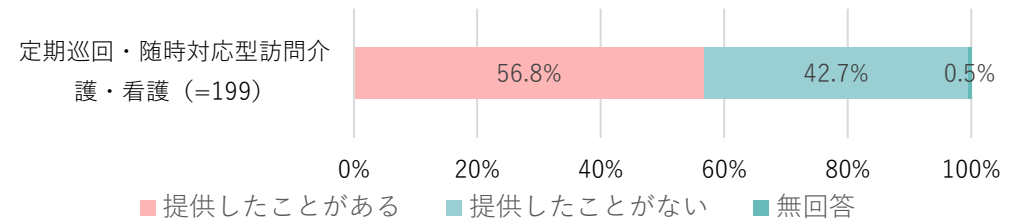
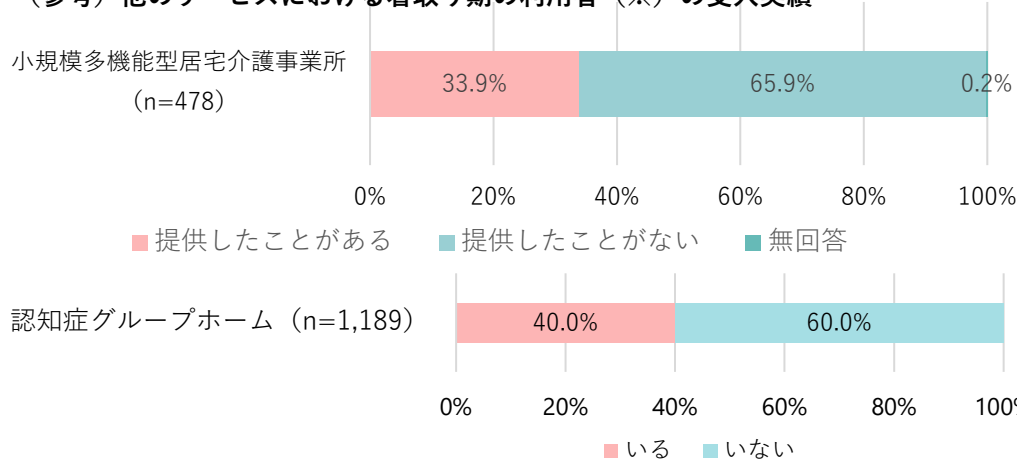
	調査数	平均値
サービス提供を行った看取り期の利用者の実人数	258	4.5
上記のうち、高齢者向け住宅に居住する利用者の実人数	258	2.6

単位:人

（複数回答可）

（※）医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した方を指す。

（参考）他のサービスにおける看取り期の利用者（※）の受入実績



出典：令和4年度老人保健健康増進等事業「訪問介護の令和3年度介護報酬改定の施行後の状況等に関する調査研究事業」（株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所）

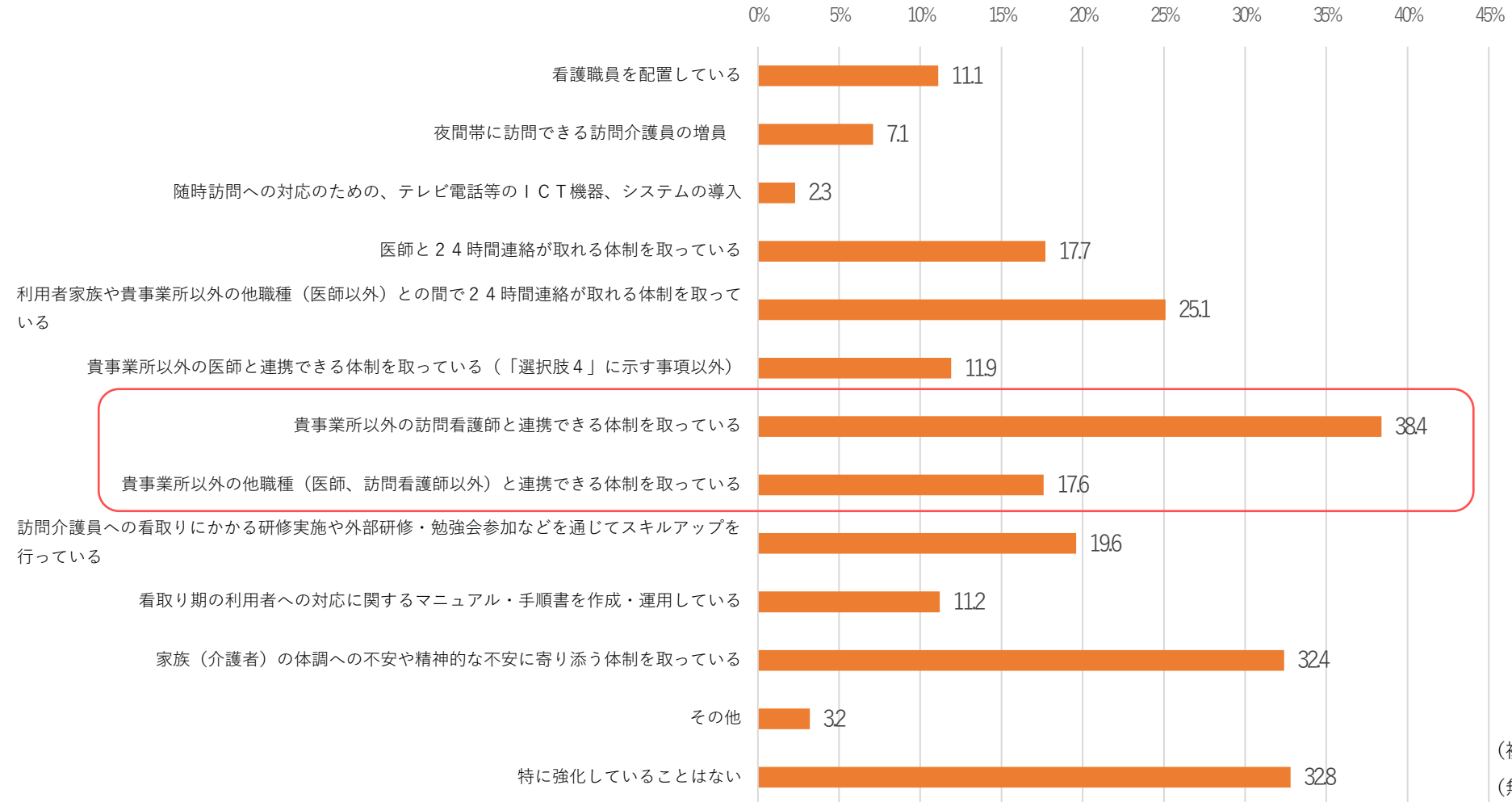
出典：令和4年度老人保健健康増進等事業「認知症高齢者グループホームの令和3年度介護報酬改定の施行後の状況に関する調査研究事業」（公益社団法人日本認知症グループホーム協会）

出典：平成27年度老人保健健康増進等事業「訪問系サービスにおける看取り期の利用者に対する支援のあり方に関する調査研究事業」（株式会社浜銀総合研究所）

訪問介護 看取り期の利用者に対するサービス提供の特徴

○ 看取り期の利用者に対するサービス提供について、事業所の体制として強化している取組としては、「事業所外の訪問看護師と連携できる体制をとっている」が38.4%と最多、次いで「特に強化していることはない」32.8%であった。

■看取り期の利用者（※）へのサービス提供について、事業所の体制として強化している取組

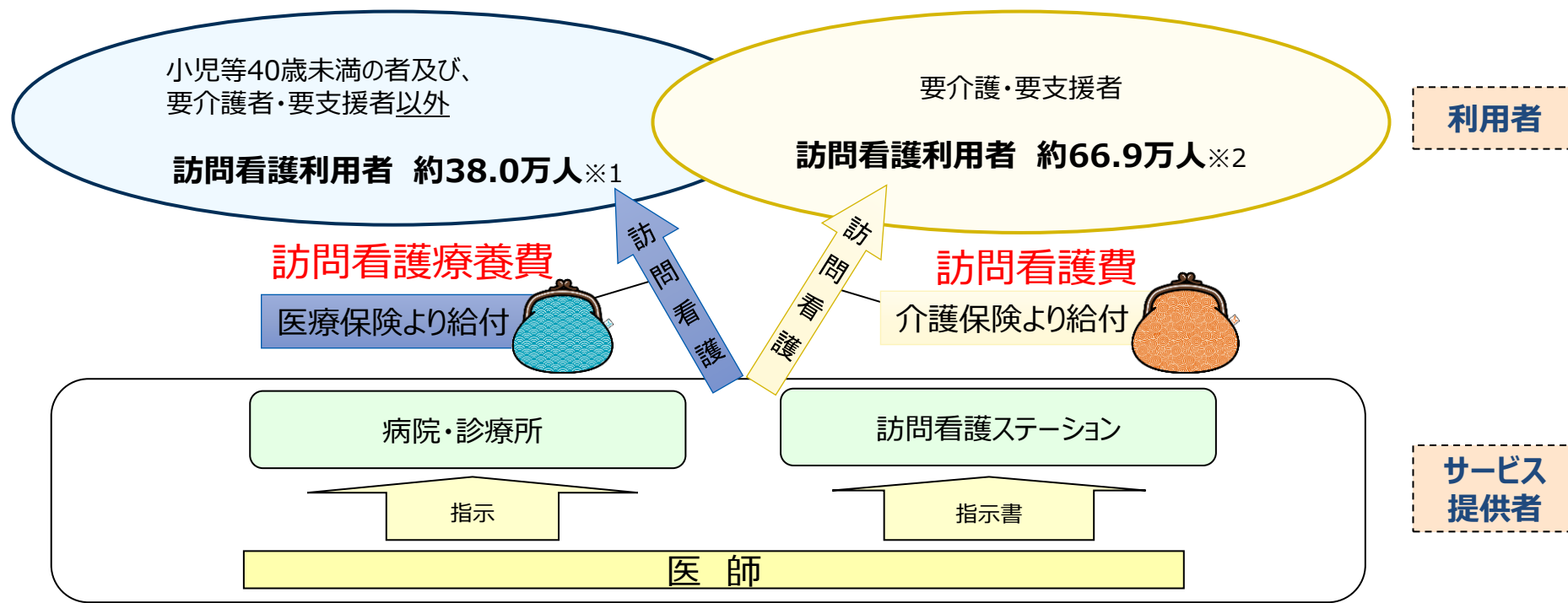


(※) 医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した方を指す。

出典：令和4年度老人保健健康増進等事業「訪問介護の令和3年度介護報酬改定の施行後の状況等に関する調査研究事業」（株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所）

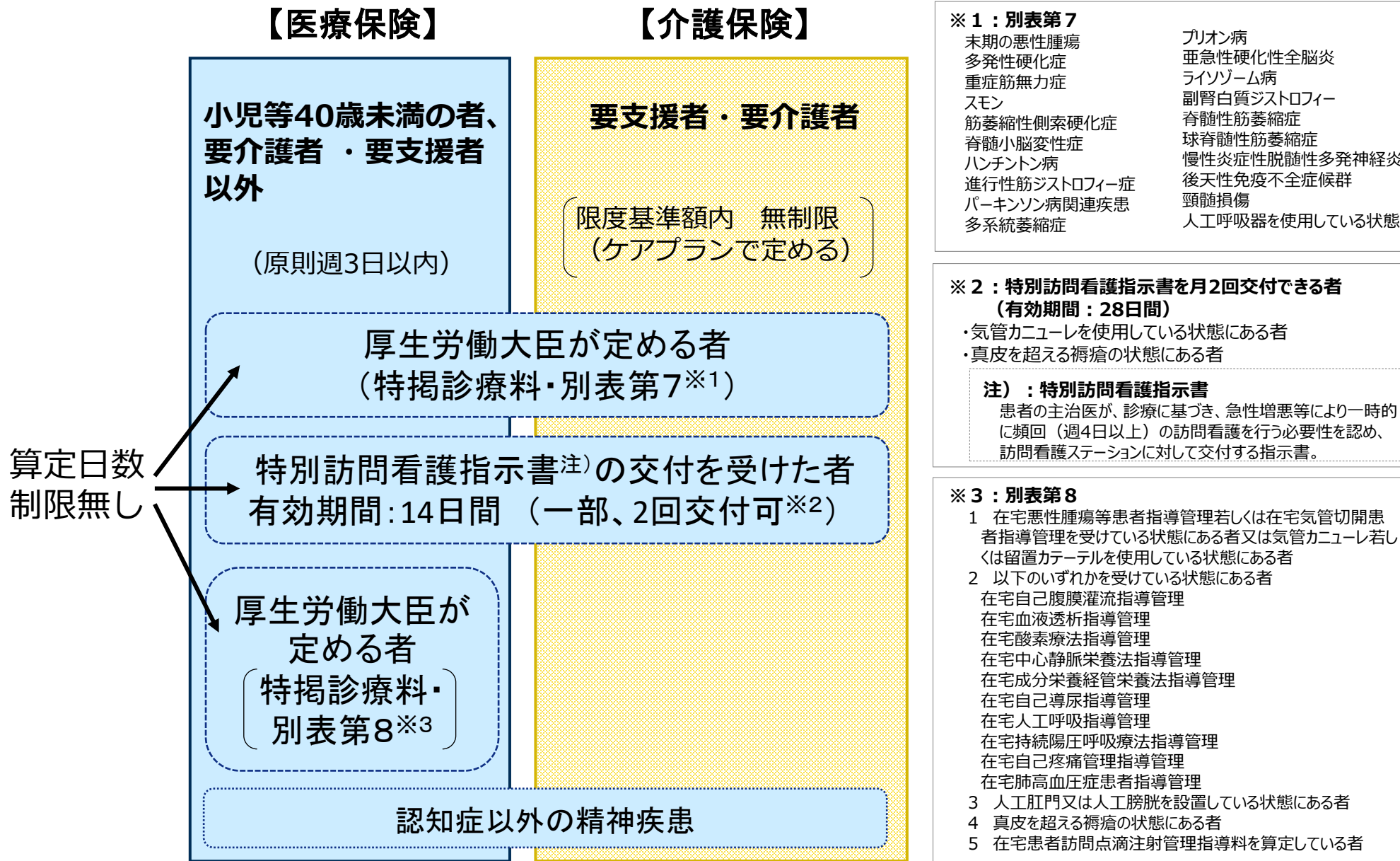
訪問看護の概要

- 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。



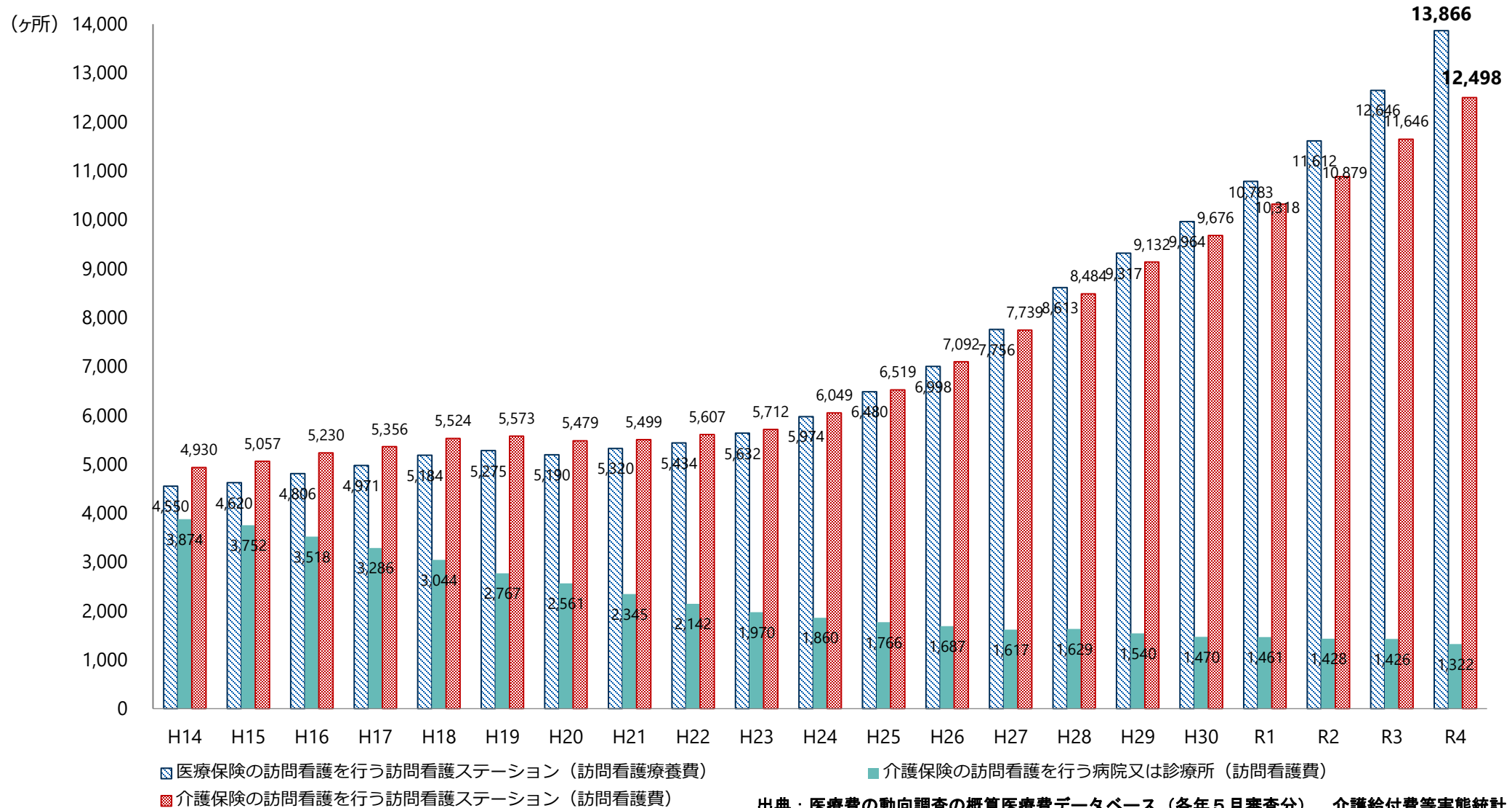
出典: ※1 訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(令和3年6月審査分より推計) ※2 介護給付費等実態統計(令和3年6月審査分)

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ



訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

○ 訪問看護事業所の数は、近年増加しており請求事業所数は1万事業所を超えている。一方、介護保険の訪問看護費を算定する病院・診療所は減少傾向である。



居宅療養管理指導の概要

居宅療養管理指導の概要

要介護状態となった場合でも、利用者が可能な限り居宅で、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、管理栄養士又は歯科衛生士等が、通院が困難な利用者（管理栄養士及び歯科衛生士等については通院または通所が困難な利用者）の居宅を訪問して、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。

各職種が行う指導の概要

医師又は歯科医師	<ul style="list-style-type: none">○ 計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づいて実施○ 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供○ 居宅要介護者や家族等に対する、居宅サービスを利用する上での留意点や介護方法等についての指導及び助言○ 訪問診療又は往診を行った日に限る
薬剤師	<ul style="list-style-type: none">○ 医師又は歯科医師の指示に基づいて実施される薬学的な管理及び指導○ 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none">○ 計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を30分以上行う
歯科衛生士等	<ul style="list-style-type: none">○ 訪問歯科診療を行った歯科医師の指示及びその歯科医師の策定した訪問指導計画に基づいて実施される口腔内や有床義歯の清掃又は摂食・嚥下機能に関する実地指導を利用者に対して1対1で20分以上行う。

※居宅療養管理指導の事業を行うことができるのは、病院、診療所、薬局等である。

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

概要

【居宅療養管理指導★】

- 居宅療養管理指導について、基本方針を踏まえ、利用者が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、より適切なサービスを提供していく観点から、近年、「かかりつけ医等が患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げる取組」を進める動きがあることも踏まえ、また多職種間での情報共有促進の観点から、見直しを行う。【省令改正、通知改正】

R3.1.13 諮問・答申済

基準・算定要件等

- 以下の内容を通知に記載する。
 - < 医師・歯科医師 >
 - ・ 居宅療養管理指導の提供に当たり、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、利用者の多様なニーズについて地域における多様な社会資源につながるよう留意し、必要に応じて指導、助言等を行う。
 - < 薬剤師・歯科衛生士・管理栄養士 >
 - ・ 居宅療養管理指導の提供に当たり、（上記の）医師・歯科医師の指導、助言等につながる情報の把握に努め、必要な情報を医師又は歯科医師に提供する。
- 以下の内容等を運営基準（省令）に規定する。
 - < 薬剤師 >
 - ・ 療養上適切な居宅サービスが提供されるために必要があると認める場合や、居宅介護支援事業者等から求めがあった場合は、居宅サービス計画の作成、居宅サービスの提供等に必要な情報提供又は助言を行う。

医師・歯科医師の居宅療養管理指導の様式について

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所
担当 殿

医療機関名
医療機関所在地
電話番号
FAX 番号
医師氏名

基本情報

利用者氏名	(ふりがな) -----	男・女	〒	-
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先 ()	

利用者の病状、経過等

(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日

1.	発症年月日（昭和・平成・令和 年 月 日頃）
2.	発症年月日（昭和・平成・令和 年 月 日頃）
3.	発症年月日（昭和・平成・令和 年 月 日頃）

(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
(前回の情報提供より変化のあった事項について記入)

(3) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊

低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ()

→ 対処方針 ()

(2) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

(3) サービスの必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）

訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導

訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導

通所リハビリテーション その他の医療系サービス ()

(4) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 特になし あり () ・移動 特になし あり ()

・摂食 特になし あり () ・運動 特になし あり ()

・嚥下 特になし あり () ・その他 ()

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項

(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
社会生活面の課題 特になし あり ()

→ 必要な支援 ()

(2) 特記事項

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所
担当 殿

医療機関名
医療機関所在地
電話番号
FAX 番号
歯科医師氏名

基本情報

利用者氏名	(ふりがな) -----	男・女	〒	-
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先 ()	

利用者の病状、経過等

(1) 情報提供の目的

(2) 病状、経過等

口腔衛生状態不良

う蝕等

歯周病

口腔粘膜疾患（潰瘍等）

義歯の問題（義歯新製が必要な欠損 義歯破損・不適合等）

摂食・嚥下機能の低下

口腔乾燥

その他 ()

配慮すべき基礎疾患 ()

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 必要な歯科治療

う蝕治療 冠・ブリッジ治療 義歯の新製や修理等

歯周病の治療 口腔機能の維持・向上 その他 ()

(2) 利用すべきサービス

居宅療養管理指導（歯科医師、歯科衛生士） その他 ()

(3) その他留意点

摂食・嚥下機能 誤嚥性肺炎 低栄養 その他 ()

(4) 連携すべきサービス

特になし あり ()

→必要な支援 ()

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項

(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
社会生活面の課題 特になし あり ()

→ 必要な支援 ()

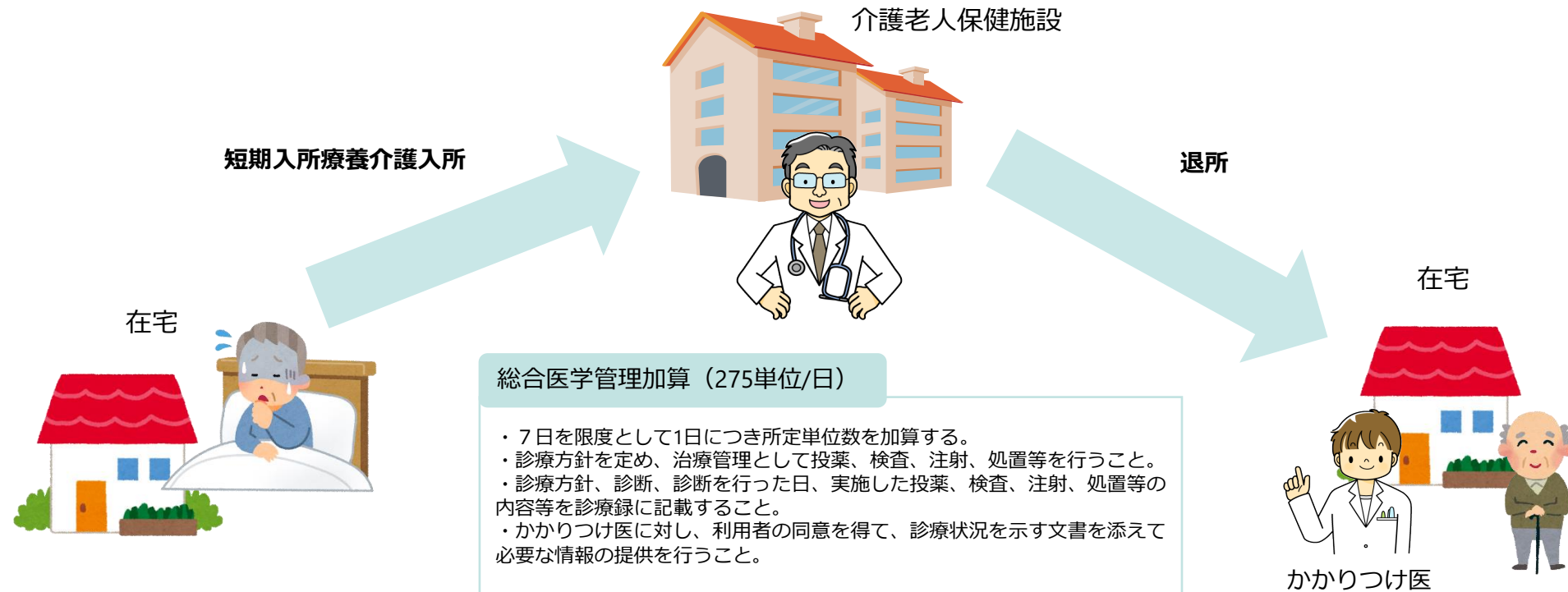
(3) 特記事項

介護老人保健施設による在宅療養支援の推進

介護老人保健施設における医療ニーズのある利用者の受け入れを促進するため、令和3年度介護報酬改定において、総合医学管理加算(短期入所療養介護)を新設。

概要

- 介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護について、医療ニーズのある利用者の受入の促進や介護老人保健施設における在宅療養支援機能の推進を図るため、医師が診療計画に基づき必要な診療、検査等を行い、退所時にかかりつけ医に情報提供を行う総合的な医学的管理を評価する加算。



総合医学管理加算の状況

- 約3割の医療機関から総合医学管理加算の仕組みを認識しているとの回答があった。

医療機関への認知度調査

- 在宅療養中の要介護高齢者が、熱中症や脱水、感染症等で治療および経過観察が必要になった際に受け入れできるように、老健施設に医療対応が可能なショートステイが新設されたことをご存知ですか。（N=887）

	施設種別			訪問診療の実施		全体
	有床診療所	無床診療所	病院	有り	無し	
はい	39.1%	30.0%	37.6%	31.9%	33.3%	32.9%
いいえ	60.9%	69.3%	62.4%	67.7%	66.1%	66.6%
無回答・無効回答	0.0%	0.7%	0.0%	0.4%	0.6%	0.5%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
施設数	128	547	181	523	348	887

出典: 令和3年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設とかかりつけ医の連携等に関する調査研究事業」

特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護の概要

1. 制度の概要

- 特定施設入居者生活介護とは、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。
- 特定施設の対象となる施設は以下のとおり。
 - ① 有料老人ホーム ② 軽費老人ホーム（ケアハウス） ③ 養護老人ホーム
 - ※ 「サービス付き高齢者向け住宅」については、「有料老人ホーム」に該当するものは特定施設となる。
- 特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホームを「介護付き有料老人ホーム」という。

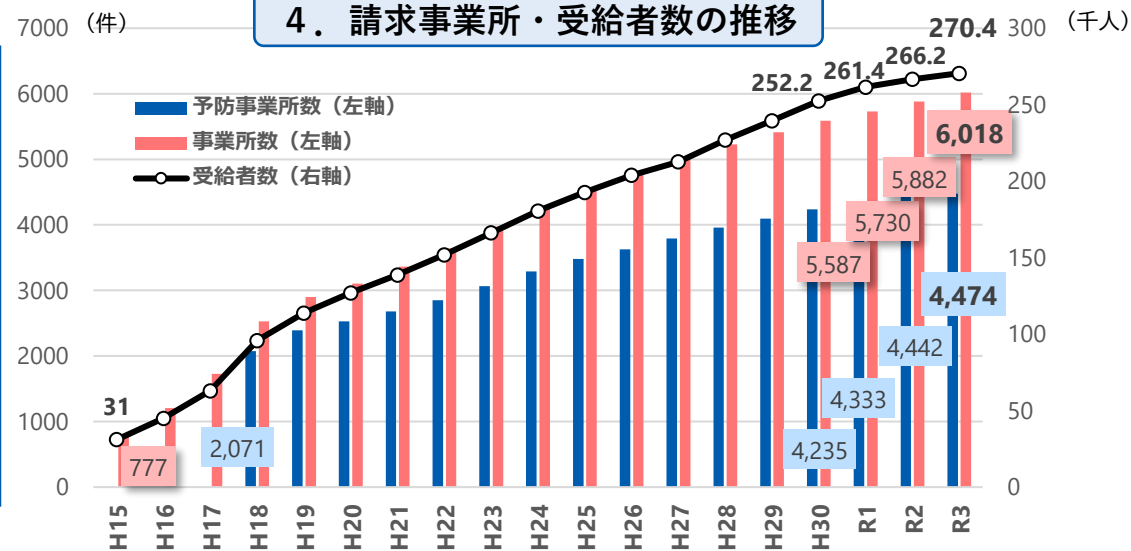
2. 人員基準

- 管理者— 1人 [兼務可] ○ 生活相談員— 要介護者等：生活相談員=100：1
- 看護・介護職員— ①要支援者：看護・介護職員=10：1 ②要介護者：看護・介護職員=3：1
 ※ ただし看護職員は要介護者等が30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人 ※ 夜間帯の職員は1人以上
- 機能訓練指導員— 1人以上 [兼務可] ○ 計画作成担当者— 介護支援専門員1人以上 [兼務可] ※ただし、要介護者等：計画作成担当者100:1を標準

3. 設備基準

- ① 介護居室：・原則個室
 ・プライバシーの保護に配慮、介護を行える適当な広さ
 ・地階に設けない 等
- ② 一時介護室：介護を行うために適当な広さ
- ③ 浴室：身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
- ④ 便所：居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備える
- ⑤ 食堂、機能訓練室：機能を十分に発揮し得る適当な広さ
- ⑥ 施設全体：利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造

4. 請求事業所・受給者数の推移



※地域密着型特定施設入居者生活介護を含む。 出典：介護給付費等実態調査（各年度3月分（4月審査分））

高齢者向け住まいについて①

(各サービス関係図)

有料老人ホーム

- ・老人福祉法第29条第1項に基づき、老人の福祉を図るため、その心身の健康保持及び生活の安定のために必要な措置として設けられている制度。
- ・老人を入居させ、以下の①～④のサービスのうち、いずれかのサービス（複数も可）を提供している施設。

- ① 食事の提供
- ② 介護（入浴・排泄・食事）の提供
- ③ 洗濯・掃除等の家事の供与
- ④ 健康管理

サービス付き高齢者向け住宅

- ・高齢者住まい法第5条に基づき、状況把握サービスと生活相談サービスを提供する等、以下の基準を満たす高齢者向けの賃貸住宅等の登録住宅。

《ハード》床面積は原則25㎡以上、バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）等
《サービス》少なくとも、①安否確認サービス、②生活相談サービスのいずれかを提供。

住宅型有料老人ホーム
(有料老人ホームのうち、
特定施設入居者生活介護
の指定を受けていないもの)

施設数： 11,511棟
定員数： 344,459名

有料老人ホーム

施設数： 15,928棟
定員数： 611,056名
(出来高報酬)
【区分支給限度額＝上限】

介護付き有料老人ホーム
(有料老人ホームのうち、
特定施設入居者生活介護
の指定を受けたもの)

施設数： 4,358棟
定員数： 266,048名
(サ高住は含まない)

特定施設入居者生活介護

施設数： 5,071棟
定員数： 301,400名
・一般型は包括報酬
・外部サービス利用型は出来高報酬

サービス付き高齢者向け住宅 (サ高住)

施設数： 8,103棟
登録戸数： 276,563戸
(出来高報酬)
【区分支給限度額＝上限】

サ高住のうち(特定施設入
居者生活介護の指定を受
けたもの)
施設数： 713棟
登録戸数： 35,352戸

サービス付き高齢者向け住宅のうち
有料老人ホームに該当するもの
(サービス付き高齢者向け住宅のうち、
「食事の提供」「介護の提供」「家事の供
与」「健康管理の供与」のいずれかを実
施している場合、「有料老人ホーム」に
該当することとなる。)

※サービス付き高齢者向け住
宅の約97%は有料老人ホー
ムにも該当する。

特定施設入居者生活介護

・介護保険法第8条第11項に基づき、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。

(サービス付き高齢者向け住宅の施設数・登録戸数は、サービス付き高齢者向け住宅情報提供システムによる (R4.6.30時点) (有料老人ホームの施設数・定員数は厚生労働省調べ (R4.6.30時点))

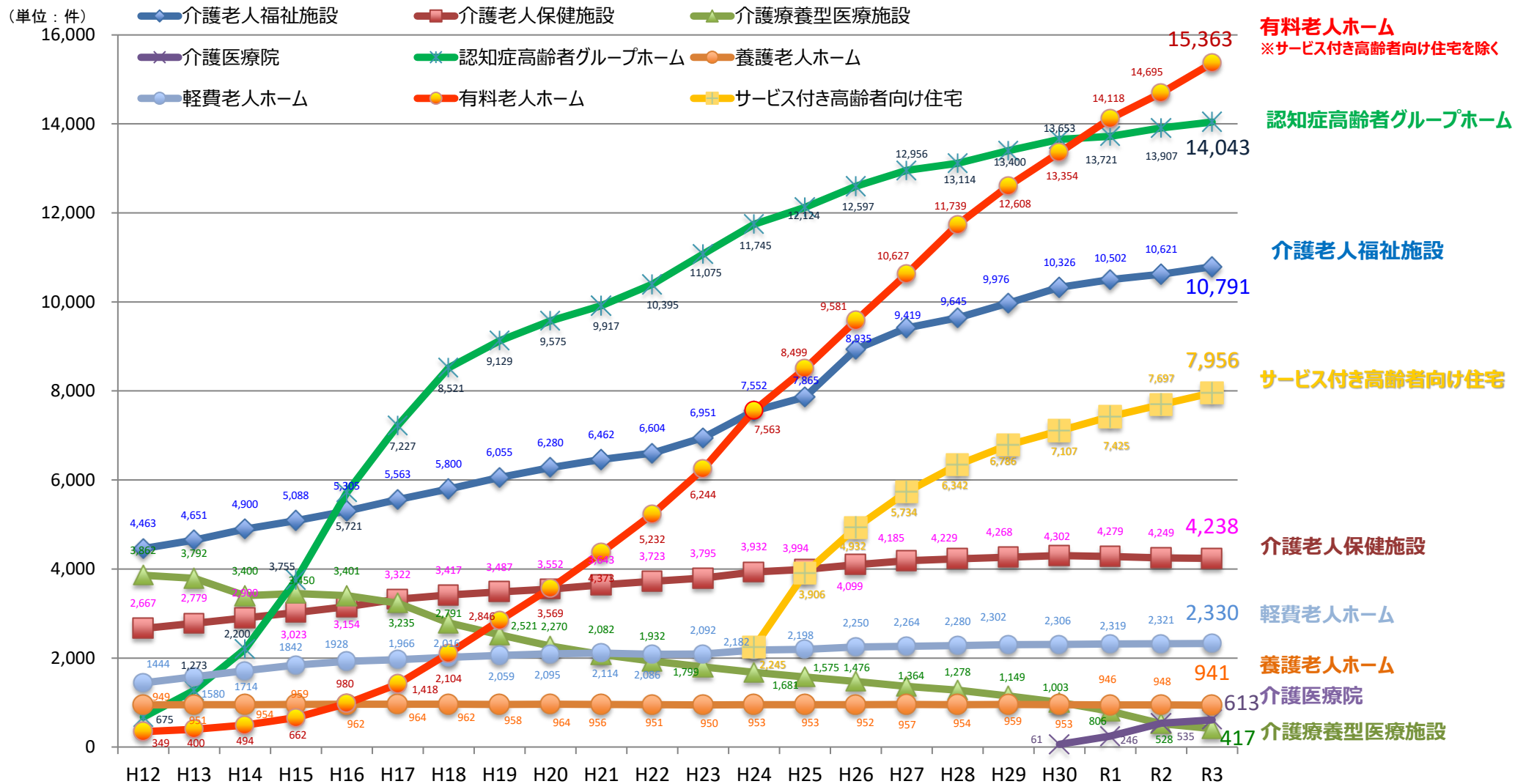
高齢者向け住まいについて②

(介護付き有料老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の違い)

- 有料老人ホームには、特定施設入居者生活介護の指定を受けた「介護付き有料老人ホーム」と指定を受けない「住宅型有料老人ホーム」がある。
- 介護付き有料老人ホームは、介護保険サービスをホームが直接提供し、包括報酬で支払われるのに対し、住宅型有料老人ホームは、入居者が介護保険サービス利用する際、別途外部の介護サービス事業所と個別に契約・利用し、介護報酬はサービス利用量に応じて各事業所に支払われる。

	介護付き有料老人ホーム	住宅型有料老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅
許認可の有無	都道府県又は市町村による指定	都道府県等への届出	都道府県等への登録
指導監督権限	右記に加え、介護保険法に基づく勧告、改善命令、指定取り消し 等	老人福祉法に基づく改善命令、業務停止命令等	高齢者の居住の安定確保に関する法律に基づく是正指示、登録の取消 等
介護サービスの利用・報酬体系	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険サービスをホームが直接提供 ・介護報酬はホームに包括報酬で支払い 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険サービスを受けたい場合は、別途外部のサービス事業所と個別契約し利用 ・介護報酬はサービス利用量に応じて各事業所に支払い 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険サービスを受けたい場合は、別途外部のサービス事業所と個別契約し利用 ・介護報酬はサービス利用量に応じて各事業所に支払い
主な人員基準	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者－1人 ・生活相談員－ 要介護者等：生活相談員＝100：1 ・看護・介護職員－ 要支援者：看護・介護職員＝10：1 要介護者：看護・介護職員＝3：1 ・機能訓練指導員－1人以上 ・計画作成担当者－介護支援専門員1人以上 	<p>法令上の規定はないが、標準指導指針（局長通知）にて下記の職員の配置を示している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者の数及び提供するサービスの内容に応じ、管理者、生活相談員、栄養士、調理員を配置すること。 ・介護サービスを提供する場合は、提供するサービスの内容に応じ、要介護者等を直接処遇する職員については、介護サービスの安定的な提供に支障がない職員体制とすること 等 	<p>次のいずれかの者が、少なくとも日中常駐し、状況把握サービス及び生活相談サービスを提供すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉法人、医療法人、指定居宅サービス事業所等の職員 ・医師、看護師、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員、ヘルパー2級以上の資格を有する者 <p>※ 常駐しない時間帯は、緊急通報システムにより対応。</p>
主な設備基準	<ul style="list-style-type: none"> ・介護居室：原則個室、プライバシーの保護に配慮、介護を行える適当な広さ、地階に設けない 等 ・一時介護室：介護を行うために適当な広さ ・浴室：身体の不自由な者が入浴するのに適したもの ・便所：居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備える ・食堂、機能訓練室：機能を十分に発揮し得る適当な広さ ・施設全体：利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造 	<p>法令上の規定はないが、標準指導指針（局長通知）において、下記の職員の配置を示している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般居室、介護居室、一時介護室：個室とすることとし、入居者1人当たりの床面積は13平方メートル以上 等 ・浴室、洗面設備、便所について、居室内に設置しない場合は、全ての入居者が利用できるように適当な規模及び数を設けること・介護居室のある区域の廊下は、入居者が車いす等で安全かつ円滑に移動することが可能となるよう、幅は原則1.8メートル以上 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・居室：25平方メートル ※ 居間、食堂、台所その他の住宅の部分が高齢者が共同して利用するため十分な面積を有する場合は18平方メートル以上。 ・各居住部分が台所、水洗便所、収納設備、洗面設備及び浴室を備えたものであること ※ 共同部分に共同して利用するため適切な台所、収納設備又は浴室を備えている場合は、各戸に台所、収納設備、又は浴室を備えずとも可。 ・バリアフリー構造であること

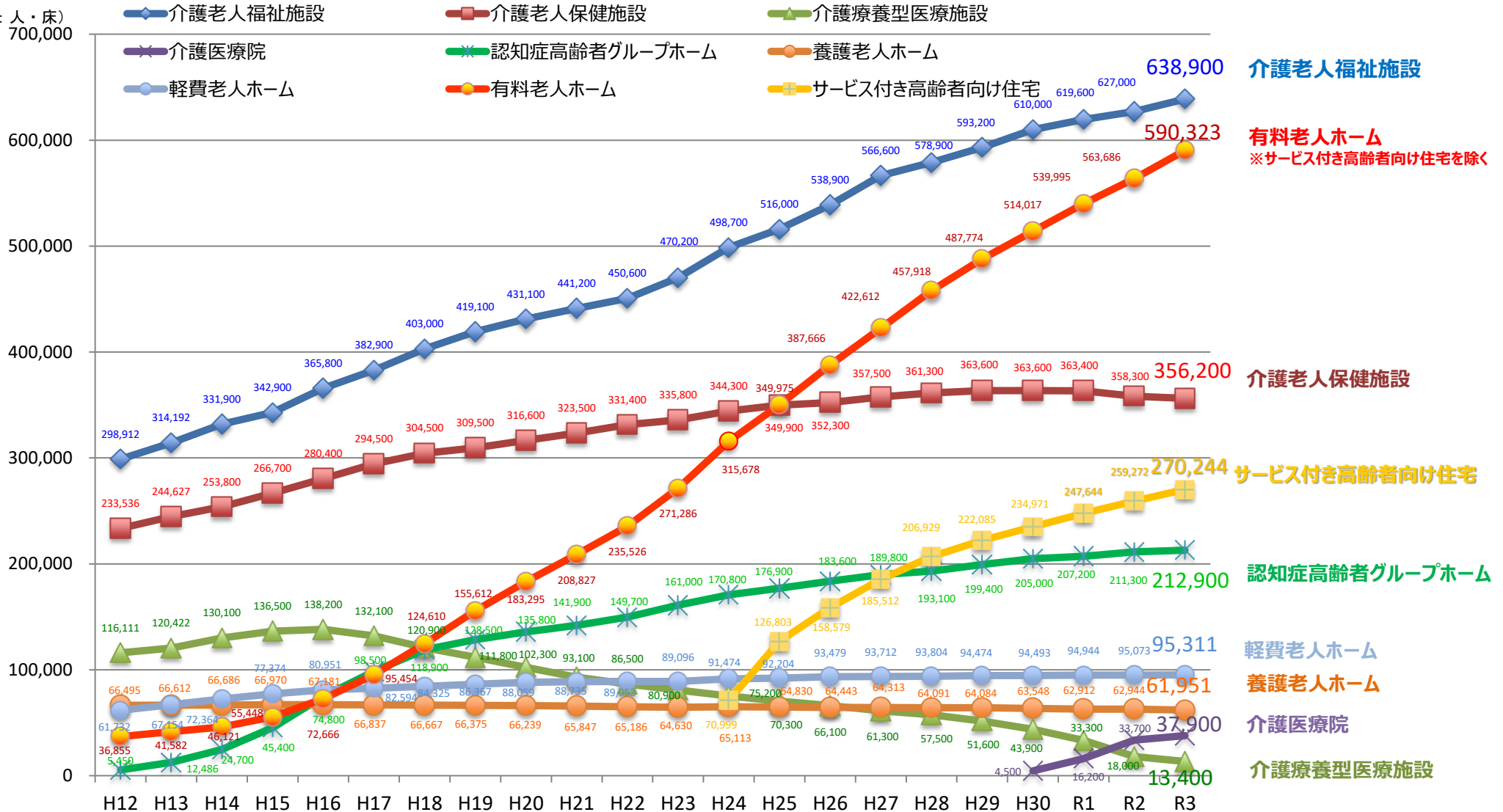
高齢者向け施設・住まいの件数



※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査（10月審査分）【H14～H29】」及び「介護給付費等実態統計（10月審査分）【H30～】」による。
 ※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したものの。
 ※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）
 ※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（R2.10/1時点）」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24～は基本票の数値。
 ※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。
 ※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（各年9/30時点）」による。

高齢者向け施設・住まいの利用者数

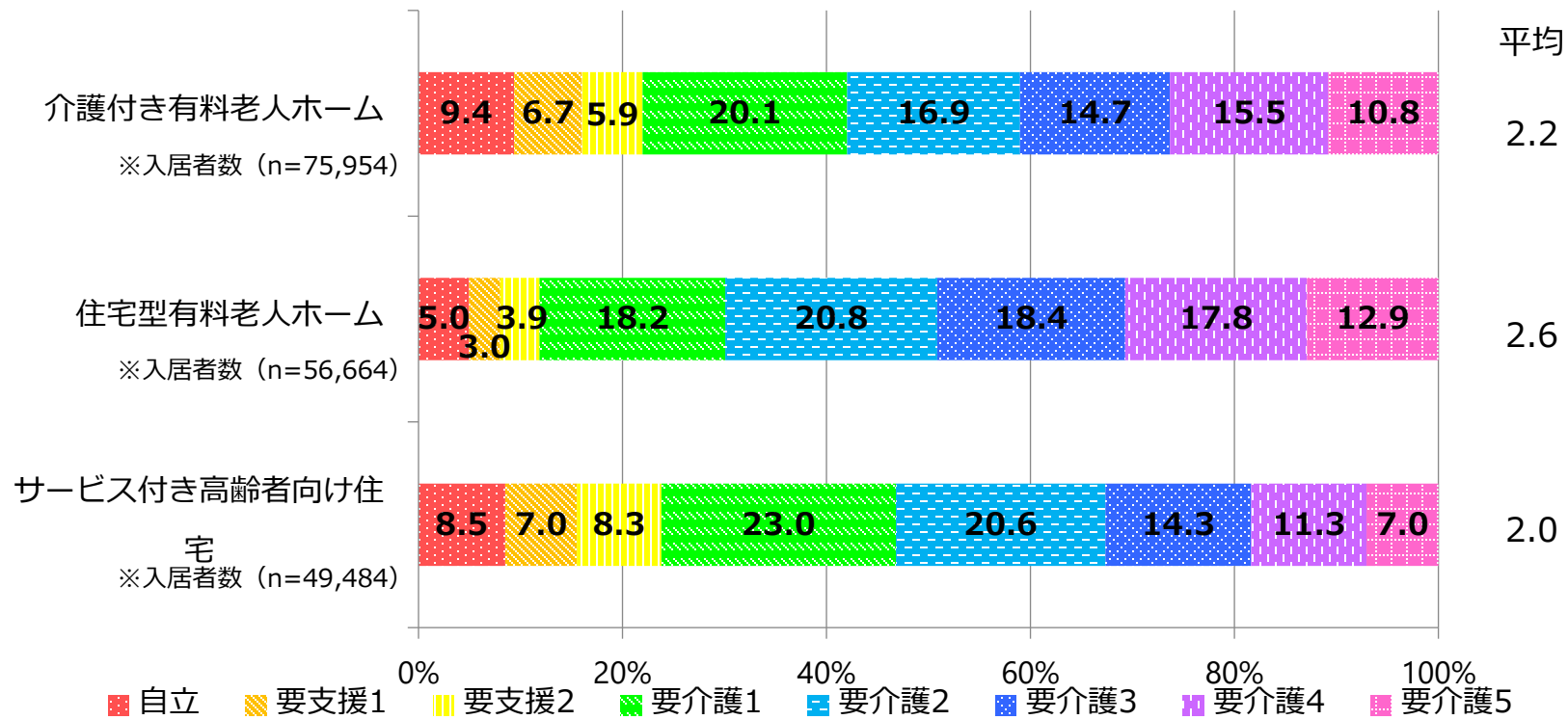
(単位：人・床)
700,000



※1：介護保険施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査（10月審査分）【H14～H29】」及び「介護給付費等実態統計（10月審査分）【H30～】」による。
 ※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したものの。
 ※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）
 ※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（R2.10/1時点）」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24～は基本票の数値。（利用者数ではなく定員数）
 ※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（利用者数ではなく定員数）による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。
 ※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（各年9/30時点）」による。（利用者数ではなく登録戸数）

高齢者向け住まいの役割等について（入居者の要介護度）

- 介護付き有料老人ホームの入居者のうち、自立から要介護2までの軽度要介護者は約59%、要介護3～5までの重度要介護者は約41%。
- 住宅型有料老人ホームの入居者のうち、自立から要介護2までの軽度要介護者は約50%、要介護3～5までの重度要介護者は約50%。
- サービス付き高齢者向け住宅の入居者のうち、自立から要介護2までの軽度要介護者は約67%、要介護3～5までの重度要介護者は約33%。



※「不明・申請中」は除く。

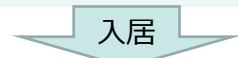
※ 自立はゼロ、要支援1・2は0.375として平均要介護度を算出。

(出典) 平成30年度老人保健健康増進等事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

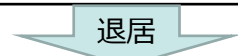
高齢者向け住まいにおける入所者・退所者の状況

○ 高齢者向け住まいにおける退所理由は、死亡が最も多く、次に病院・診療所等への退所が多い。

(新規入居者数 n=8,403)	100.0
自宅	37.8
病院・診療所・ 介護療養型医療施設・介護医療院	35.4
介護老人保健施設	7.1
介護保険対象の居住系サービス	5.6
介護保険対象外の居住系サービス	2.2
特別養護老人ホーム	0.9
その他（不明を含む）	11.0



特定施設



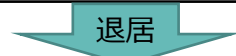
(退去者数 n=8,729)	100.0
死亡による契約終了（※）	60.0
病院・診療所・ 介護療養型医療施設・介護医療院	17.8
介護保険対象の居住系サービス	6.3
自宅	5.3
特別養護老人ホーム	5.1
介護老人保健施設	2.5
介護保険対象外の居住系サービス	1.1
その他（不明を含む）	1.8

※死亡による契約終了の内訳は、居室56.1%、病院・診療所29.7%、その他14.2%

(新規入居者数 n=3,132)	100.0
病院・診療所・ 介護療養型医療施設・介護医療院	43.1
自宅	28.4
介護老人保健施設	5.3
介護保険対象外の居住系サービス	4.7
介護保険対象の居住系サービス	2.9
特別養護老人ホーム	0.5
その他（不明を含む）	15.1



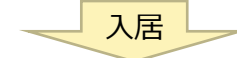
住宅型有料老人ホーム



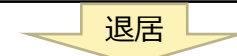
(退去者数 n=3,132)	100.0
死亡による契約終了（※）	50.5
病院・診療所・ 介護療養型施設・介護医療院	22.2
特別養護老人ホーム	6.9
自宅	5.2
介護保険対象の居住系サービス	4.7
介護老人保健施設	4.6
介護保険対象外の居住系サービス	3.8
その他（不明を含む）	2.1

※死亡による契約終了の内訳は、居室62.4%、病院・診療所36.9%、その他0.7%

(新規入居者数 n=4,411)	100.0
自宅	42.3
病院・診療所・ 介護療養型医療施設・介護医療院	28.7
介護老人保健施設	4.4
介護保険対象外の居住系サービス	3.4
介護保険対象の居住系サービス	2.2
特別養護老人ホーム	0.3
その他（不明を含む）	18.7



サービス付き高齢者向け住宅(非特定)



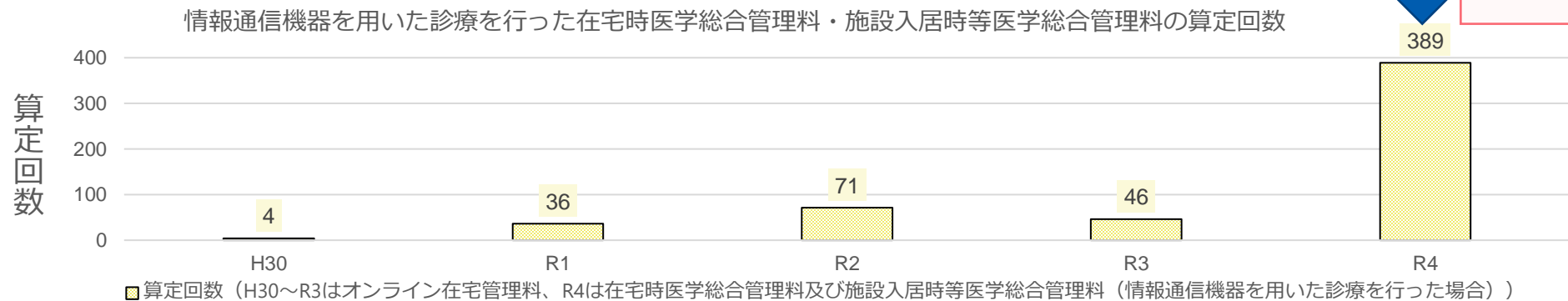
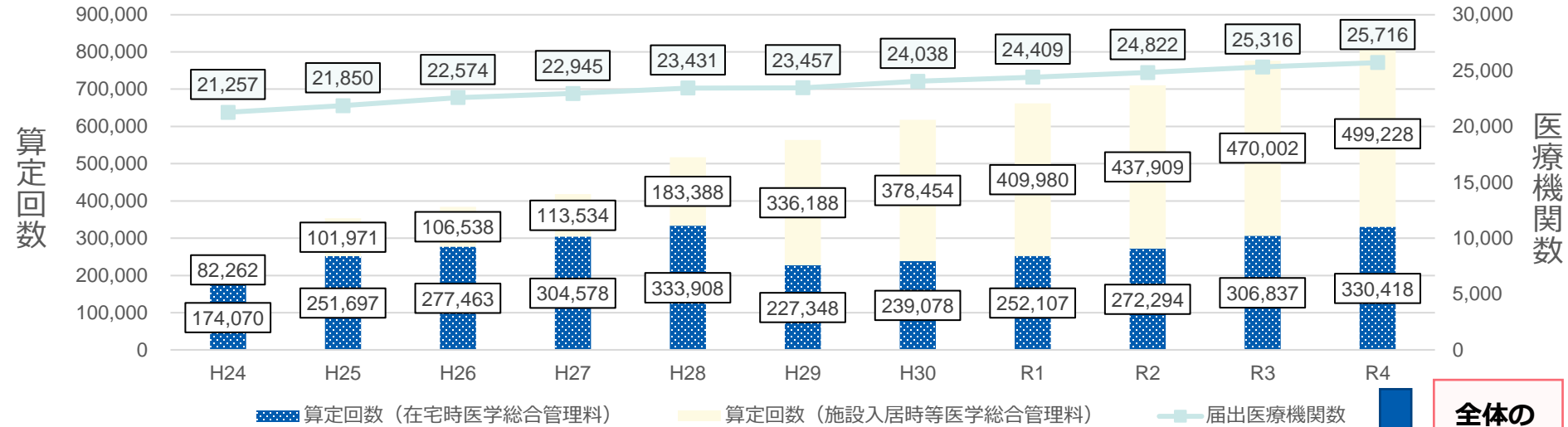
(退去者数 n=4,200)	100.0
死亡による契約終了（※）	40.6
病院・診療所・ 介護療養型施設・介護医療院	18.1
特別養護老人ホーム	8.5
自宅	8.4
介護保険対象の居住系サービス	7.0
介護保険対象外の居住系サービス	4.9
介護老人保健施設	3.0
その他（不明を含む）	9.5

※死亡による契約終了の内訳は、居室50.6%、病院・診療所43.3%、その他6.2%

（出典）令和4年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究

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。
- 情報通信機器を用いた診療を行った在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料について、令和4年5月時点における算定回数は全体の約0.05%である。



全体の約0.05%

出典：算定回数については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、届出医療機関数については保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

情報通信機器情報通信機器を組み合わせる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については令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査及びNDBデータより

地域密着型介護サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の概要

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。

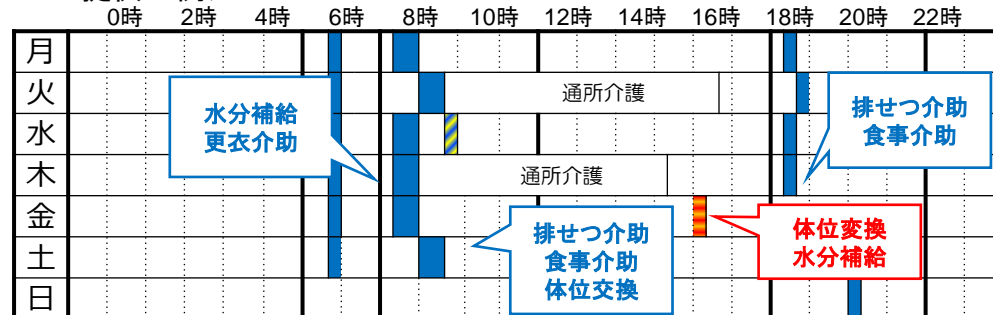
経緯

- 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>

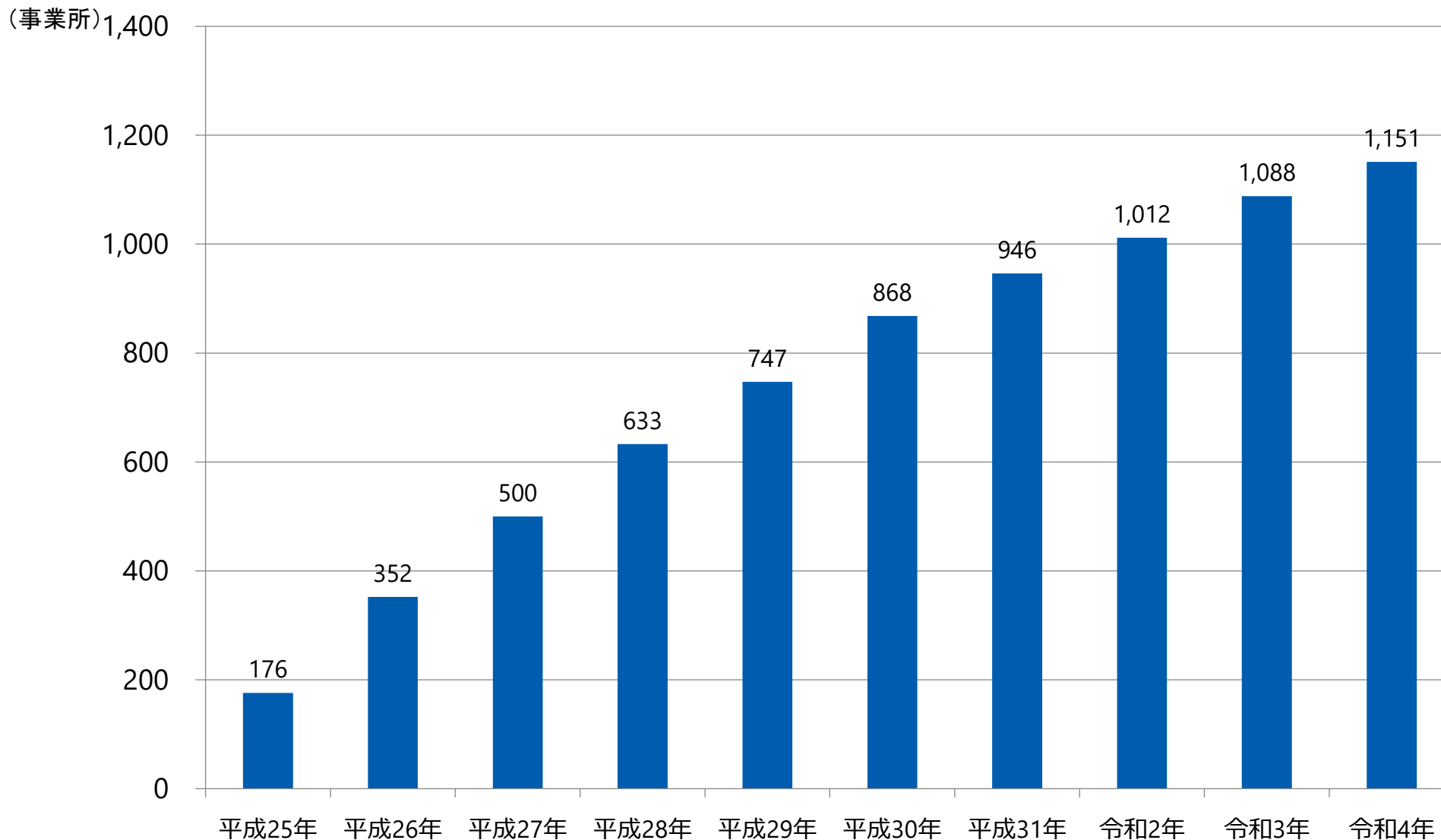


<サービス提供の例>



- ・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)

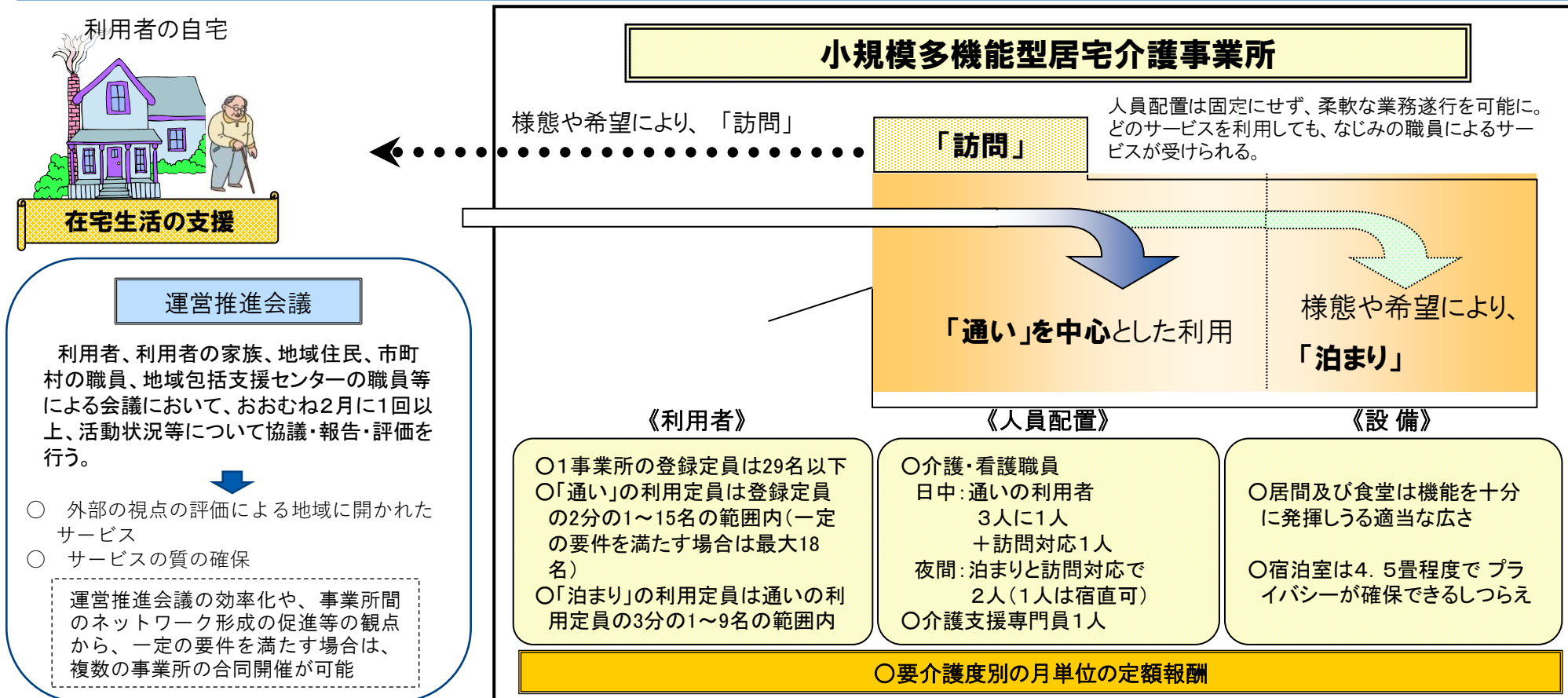
小規模多機能型居宅介護の概要

定義

○「小規模多機能型居宅介護」は、利用者（要介護（支援）者）の心身の状況や置かれている環境に応じて、利用者の選択に基づき、居宅に訪問し、または拠点に通わせ、もしくは拠点に短期間宿泊させ、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等や機能訓練を行うもの。

経緯

○「通い」を中心として、要介護（支援）者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせることで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能型居宅介護が創設された（平成18年4月創設）。

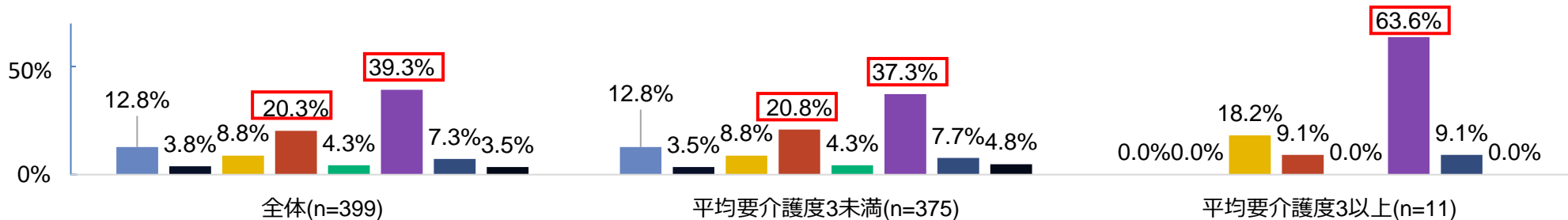


小規模多機能型居宅介護から施設・居住系サービスへ移行した理由

- 在宅での生活を希望していたが、やむを得ず施設・居住系サービスへ移行した場合の主な理由として、「家族にとって利用者の介護負担が大きいため」、「認知症が重度化したため」が多い傾向。
- また、認知症が重度化した際に、対応できなかったこととして、常時の見守りが必要になり、事業所として対応できなくなったケース、家族の負担増等により在宅生活が難しくなったケース等が挙げられている。

・やむを得ず施設・居住系サービスへ移行した場合の主な理由（平均要介護度別）

※ 平均要介護度3以上の事業所はn数が少ないため参考値



- 経済的理由により負担額の低いサービスを選択したため
- 医療依存度が高くなったため
- 周囲との問題（他の利用者とのトラブルなど）のため
- 家族（世帯）の問題のため（主介護者の死去・別離、利用者に対する家族からの虐待など）
- 医師により他のサービスの方が適していると判断されたため
- 認知症が重度化したため
- 家族にとって利用者の介護負担が大きいため
- その他

・医療依存度が高くなった際に対応できなかったこと

具体的な内容

- ・ 毎日の喀痰吸引が必要な状態の方だったが、毎日の対応は困難だった
- ・ 胃ろうが必要となり、自事業所の職員だけでは対応できなくなった
- ・ 食事の経口摂取ができなくなり、経管栄養が必要となった。

・認知症が重度化した際に対応できなかったこと

具体的な内容

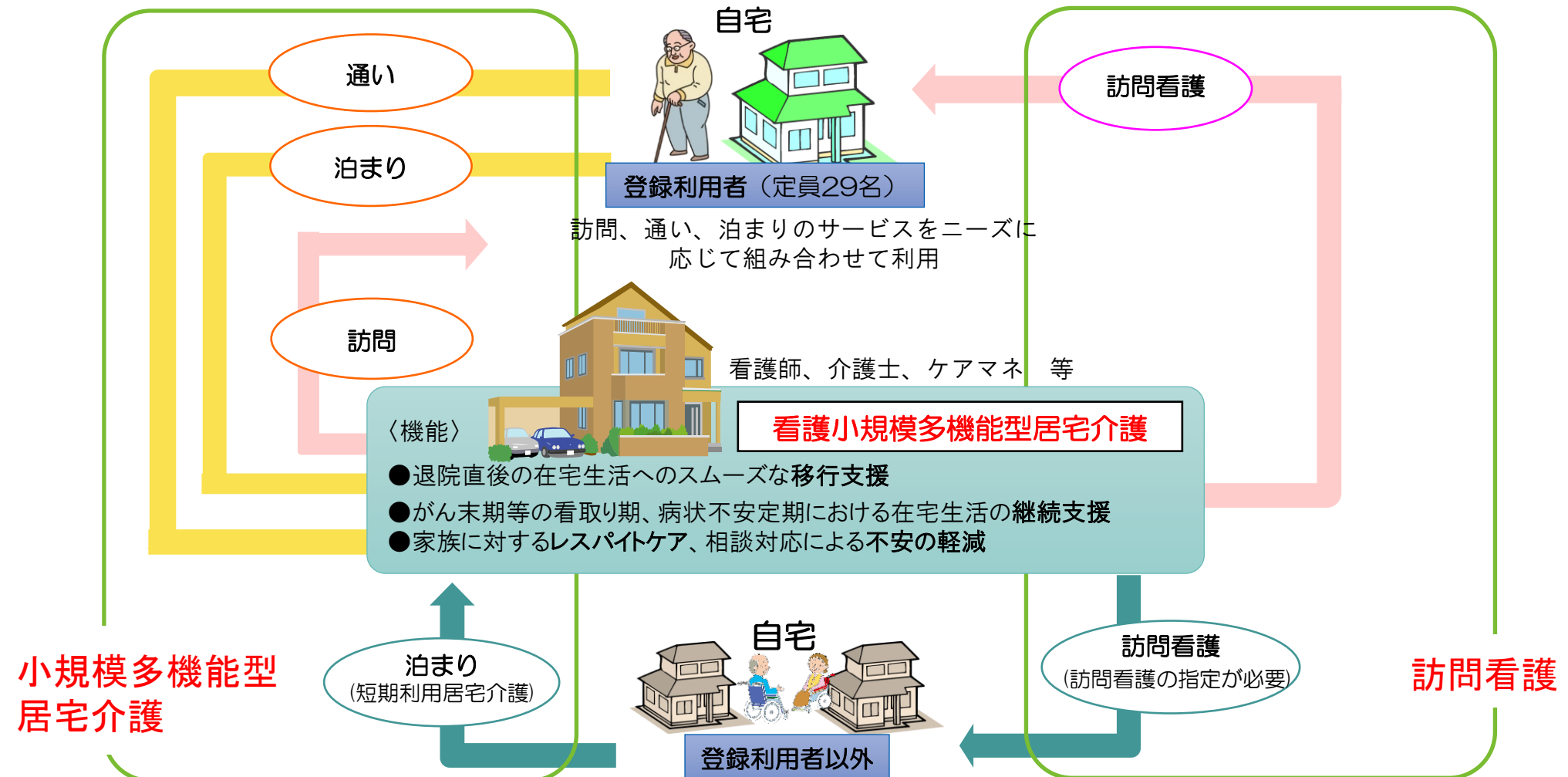
- ・ トイレ動作などの日常生活動作が分からなくなり常時介護が必要となった
- ・ 常に介護が必要な状態で、在宅復帰が困難になった
- ・ 認知症の進行により、ご家族の介護負担が増え宿泊サービス中心になり、自宅に戻ることが困難になった
- ・ 主介護者に対して暴言や暴力、窓ガラスを割るなどの行為

出典：令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び（看護）小規模多機能型居宅介護の普及等に関する調査研究事業」（株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所）

看護小規模多機能型居宅介護の概要

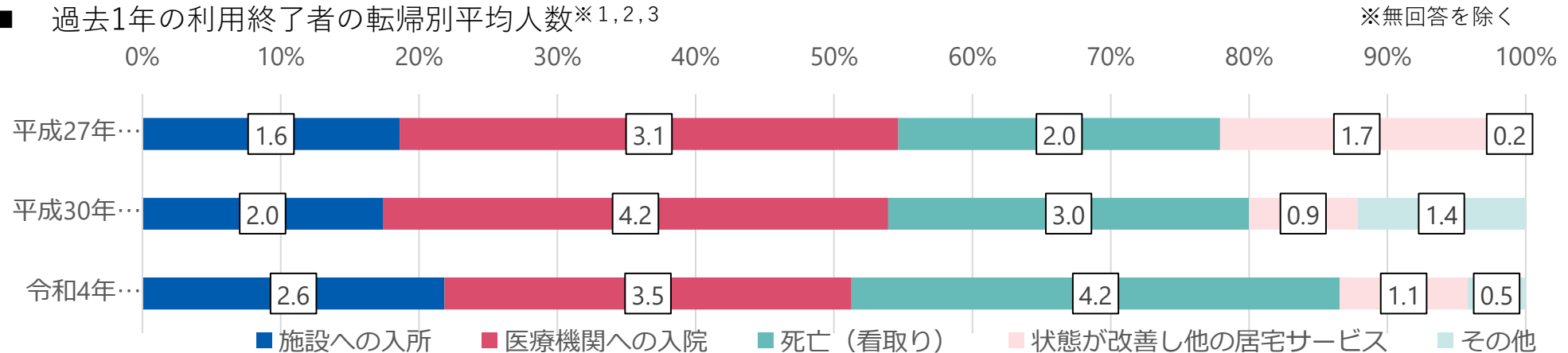
- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせることにより、退院後の在宅生活への移行や、看取り期の支援、家族に対するレスパイト等への対応等、利用者や家族の状態やニーズに応じ、主治医との密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービス（「通い」、「泊まり」、「訪問（看護・介護）」）を一体的に24時間365日提供。
- また、登録利用者以外に対しても、訪問看護（訪問看護の指定が必要）や宿泊サービスを提供するなど、医療ニーズも有する高齢者の地域での生活を総合的に支える。



看護小規模多機能型居宅介護サービスの利用終了者の転帰状況

- 過去1年以内の利用終了者の転帰別平均人数では、施設への入所、死亡（看取り）が増加傾向である。
- 死亡（看取り）4.2人のうち、自宅での死亡は1.8人、看多機での死亡は2.4人となっている。

■ 過去1年の利用終了者の転帰別平均人数※1,2,3



■ 過去1年の利用終了者の転帰別平均人数※3 (n = 204事業所)

	平均値	中央値	最大値	最小値
介護保険施設（特養・老健・介護医療院）への入所	1.7人	1人	19人	0人
居住系サービス（特定施設・有料老人ホーム・サ高住等）への入居	0.9人	0人	7人	0人
医療機関への入院	3.5人	3人	18人	0人
死亡（看取り）	4.2人	3人	31人	0人
自宅	1.8人	1人	23人	0人
看多機	2.4人	2人	25人	0人
状態が改善し他の居宅サービス	1.1人	1人	15人	0人
その他	0.5人	0人	20人	0人

※1 平成27年度介護報酬改定検証調査(平成27年度調査)「(1)看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供の在り方に関する調査研究事業」

※2 平成30年度 老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護および療養通所介護の特性に関する調査研究事業」

※3 令和4年度老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護の普及等に向けた調査研究事業」

認知症グループホームにおける医療ニーズへの対応強化

概要	【認知症対応型共同生活介護】
○ 認知症グループホームにおいて、医療ニーズのある入居者への対応を適切に評価し、医療ニーズのある者の積極的な受入れを促進する観点から、医療連携体制加算（Ⅱ）及び（Ⅲ）の医療的ケアが必要な者の受入実績要件（前12月間において喀痰吸引又は経腸栄養が行われている者が1人以上）について、喀痰吸引・経腸栄養に加えて、医療ニーズへの対応状況や内容、負担を踏まえ、他の医療的ケアを追加する見直しを行う。【告示改正】	

単位数・算定要件等		※追加する医療的ケアは下線部		
		医療連携体制加算(Ⅰ)	医療連携体制加算(Ⅱ)	医療連携体制加算(Ⅲ)
単位数		39単位/日	49単位/日	59単位/日
算定要件	看護体制要件	<ul style="list-style-type: none"> 事業所の職員として、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること。 事業所の職員である看護師、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること 	<ul style="list-style-type: none"> 事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置していること。 	<ul style="list-style-type: none"> 事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること。
	医療的ケアが必要な者受入要件	—	<ul style="list-style-type: none"> 算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する状態の入居者が1人以上であること。 <ul style="list-style-type: none"> (1) 喀痰(かくたん)吸引を実施している状態 (2) 経鼻胃管や胃瘻(ろう)等の経腸栄養が行われている状態 (3) <u>呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態</u> (4) <u>中心静脈注射を実施している状態</u> (5) <u>人工腎臓を実施している状態</u> (6) <u>重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態</u> (7) <u>人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態</u> (8) <u>褥瘡に対する治療を実施している状態</u> (9) <u>気管切開が行われている状態</u> 	
	指針の整備要件	<ul style="list-style-type: none"> 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。 		

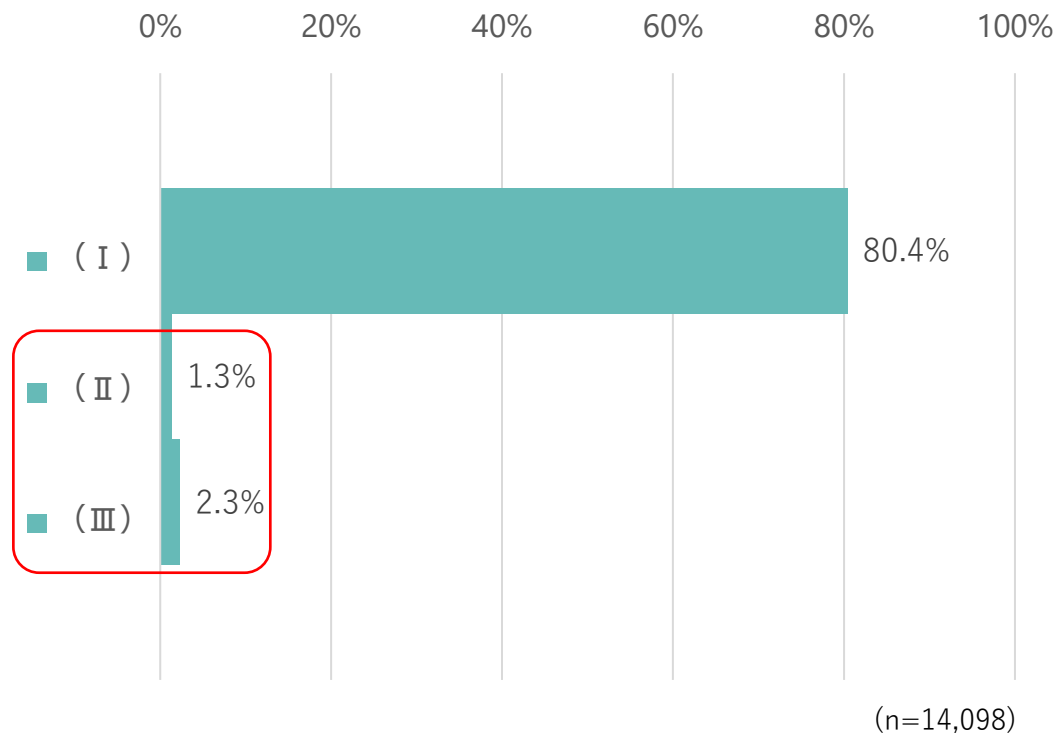
※1 別区分同士の併算定は不可。

※2 介護予防は含まない。

医療連携体制加算の算定状況

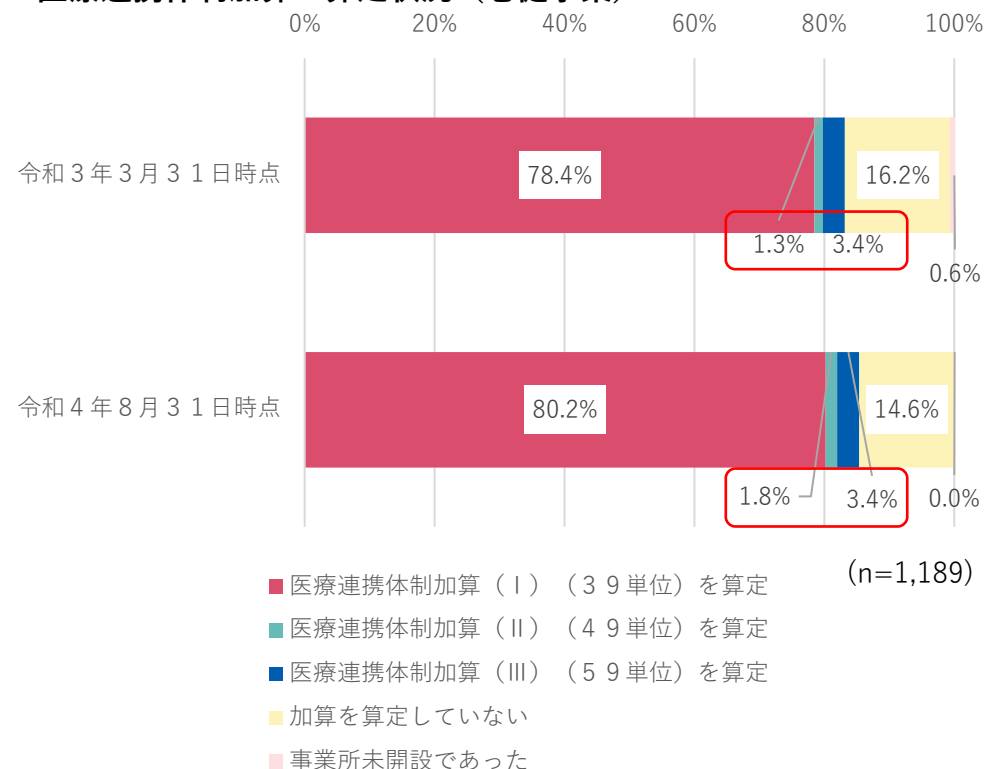
- 介護給付費等実態統計(令和4年8月審査分)によると、医療連携体制加算の算定状況について、(Ⅰ)は80.4%、(Ⅱ)は1.3%、(Ⅲ)は2.3%であった。
- また、調査研究事業では、令和3年3月31日時点で、(Ⅰ)は78.4%、(Ⅱ)は1.3%、(Ⅲ)は3.4%、未算定は16.2%であった(事業所未開設は0.6%)。
- 令和4年8月31日時点では、(Ⅰ)は80.2%、(Ⅱ)は1.8%、(Ⅲ)は3.4%、未算定は14.6%であった。

・医療連携体制加算の算定状況(介護給付費等実態統計)



出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(令和4年8月審査分)

・医療連携体制加算の算定状況(老健事業)



出典：令和4年度老人保健健康増進等事業「認知症高齢者グループホームの令和3年度介護報酬改定の施行後の状況に関する調査研究事業」(公益社団法人認知症グループホーム協会)

退院・退所時のカンファレンスにおける福祉用具専門相談員等の参画促進

概要	【居宅介護支援、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】
<p>○ 退院・退所時のスムーズな福祉用具貸与の利用を図る観点から、居宅介護支援の退院・退所加算や施設系サービスの退所時の支援に係る加算において求められる退院・退所時のカンファレンスについて、退院・退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合には、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参画することを明確化する。【通知改正】</p>	

単位数	○ 変更なし。				
	※ 指定居宅介護支援における退院・退所加算				
	(I) イ 450単位	(I) ロ 600単位	(II) イ 600単位	(II) ロ 750単位	(III) 900単位
関係者からの利用者 に係る必要な情報提 供の回数	1回 (カンファレンス以外 の方法により実施)	1回 (カンファレンス により実施)	2回以上 (カンファレンス以外 の方法により実施)	2回 (うち1回以上はカン ファレンスを実施)	3回以上 (うち1回以上はカン ファレンスを実施)

算定要件等	○ 居宅介護支援における退院・退所加算のカンファレンスの要件について、以下の内容を通知に記載する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院・退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合は、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加するもの。
-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業

⑥ 退院・退所時カンファレンスへの参加

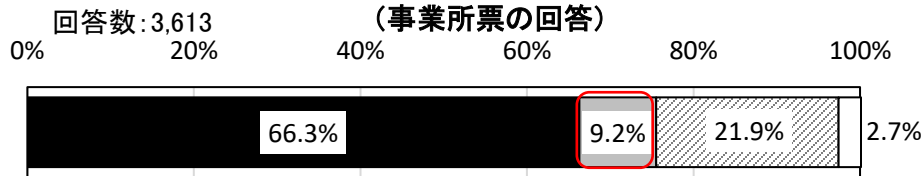
B:事業所調査(郵送法):事業所票・利用者票

【福祉用具専門相談員の参加状況・効果】

※事業所票 問7 退院・退所時のカンファレンスへの参加 利用者票 問8 退院・退所時のカンファレンスへの福祉用具専門相談員の招集

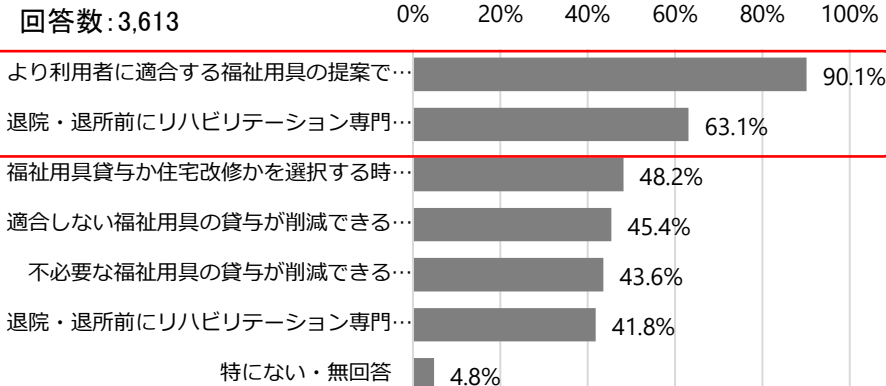
- 退院・退所時のカンファレンスへの参加状況について、「以前より積極的に同席を依頼されるようになった」と回答した事業所は9.2%だった。介護支援専門員による福祉用具専門相談員への同席依頼状況については、「退院・退所加算の算定要件に追加されたため、参加を依頼するようになった」が2.8%、「令和3年4月以降退院・退所時のカンファレンスの開催がないが、必要があれば依頼したい」が12.2%だった。※新型コロナウイルスの影響が含まれている可能性がある。
- 退院・退所時カンファレンスに福祉用具専門相談員が参加することによる効果については、福祉用具専門相談員、介護支援専門員いずれも「より利用者に適合する福祉用具の提案ができる(提案が得られた)」が9割以上と最も多かった。また、「退院・退所前にリハビリテーション専門職等と一緒に適合確認ができる」も6割以上と多く、一定の効果が認められた。

図表29 退院・退所時のカンファレンスへの参加状況

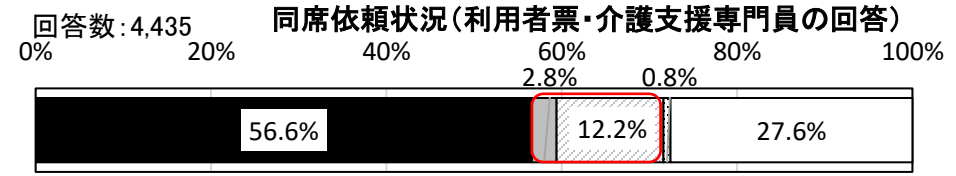


- 以前と同様に同席を依頼されている
- 以前より積極的に同席を依頼されるようになった
- 以前と変わらず同席を依頼されることは少ない
- 無回答

図表31 退院・退所時のカンファレンスへ参加したことによる効果【複数回答】(福祉用具貸与事業所の回答)

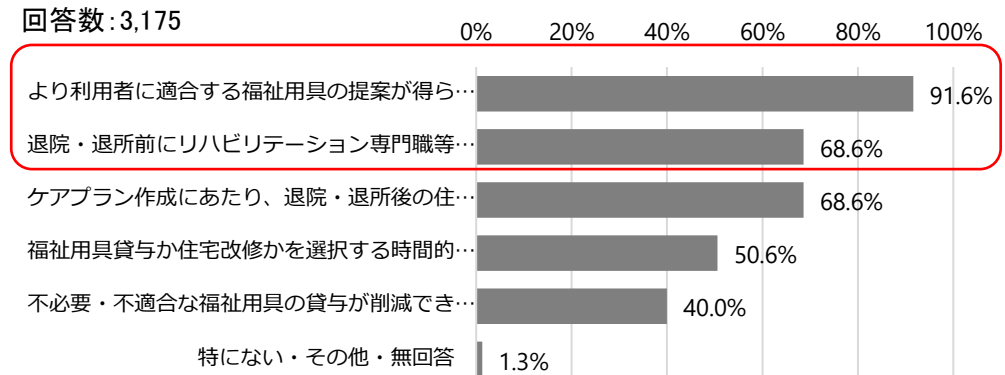


図表30 退院・退所時のカンファレンスへの福祉用具専門相談員への同席依頼状況(利用者票・介護支援専門員の回答)



- 以前から福祉用具貸与サービスの必要がある場合には同席を依頼している
- 令和3年4月以降退院・退所時のカンファレンスの開催がないが、必要があれば依頼したい
- 福祉用具専門相談員に同席してもらう必要はない
- 無回答

図表32 退院・退所時カンファレンスへの福祉用具専門相談員の参加により得られる(期待する)効果【複数回答】(利用者票・介護支援専門員の回答)



居宅介護支援

医療機関との情報連携の強化

概要

【居宅介護支援】

- 居宅介護支援について、医療と介護の連携を強化し、適切なケアマネジメントの実施やケアマネジメントの質の向上を進める観点から、利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを一定の場合に評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

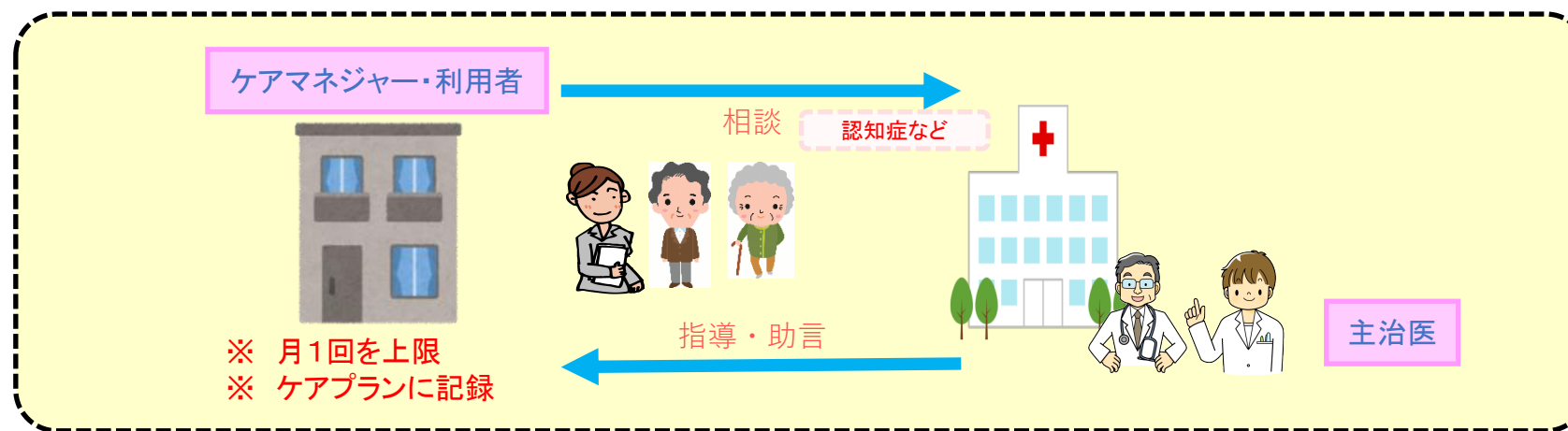
単位数

< 現行 >
なし

< 改定後 >
⇒ 通院時情報連携加算 50単位/月 (新設)

算定要件等

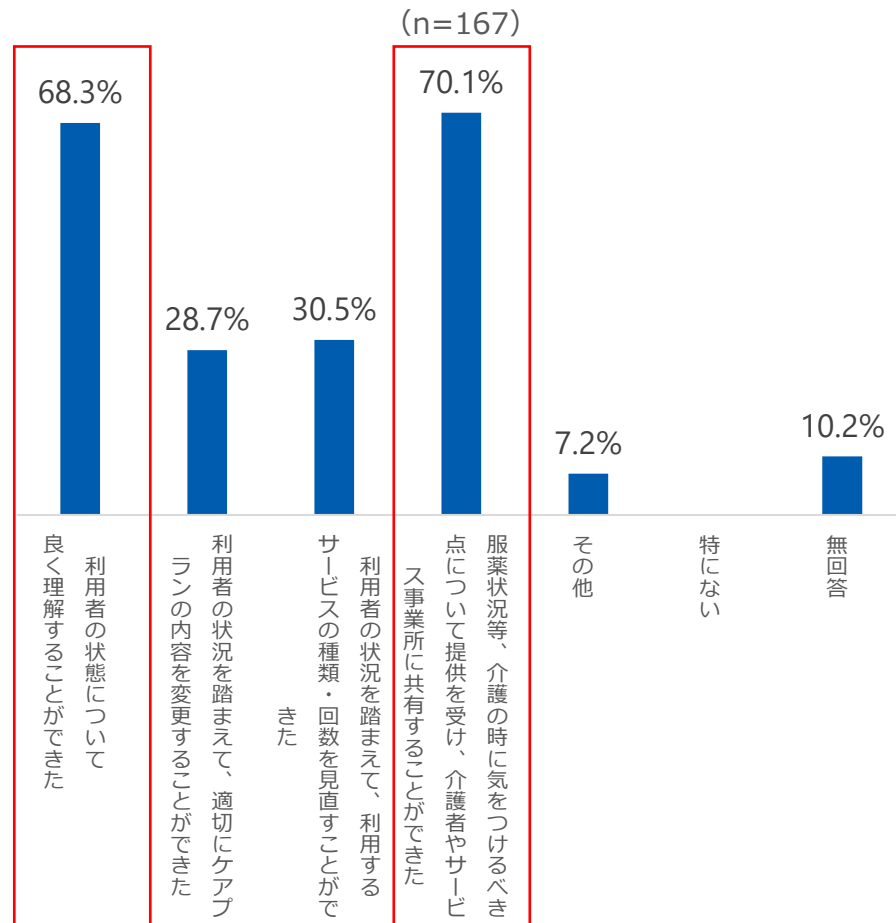
- ・利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする
- ・利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録した場合



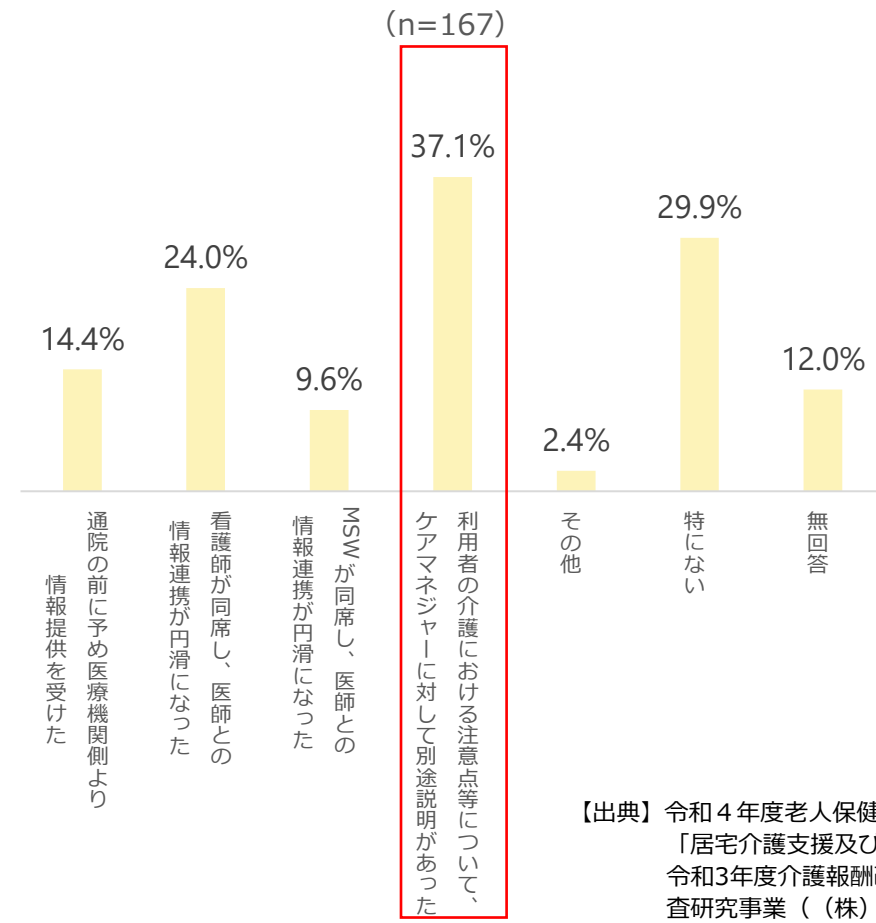
通院時情報連携による効果

- 医療機関と情報連携を行ったことによる効果について、「服薬状況等、介護の時に気をつけるべき点について提供を受け、介護者やサービス事業所に共有することができた」が70.1%と最も多く、次いで「利用者の状態について良く理解することができた」が68.3%であった。
- 通院の時に役立った医療機関側の支援について、「利用者の介護における注意点等について、ケアマネジャーに対して別途説明があった」が37.1%と最も多かった。

医療機関と情報連携を行ったことによる効果（複数回答）



通院の時に役立った医療機関側の支援（複数回答）



【出典】令和4年度老人保健健康増進等事業
「居宅介護支援及び介護予防支援における令和3年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業」（株）三菱総合研究所

施設サービス

介護老人福祉施設の基準

必要となる人員・設備等

介護老人福祉施設においてサービスを提供するために必要な職員・設備等は次の通り。

○人員基準

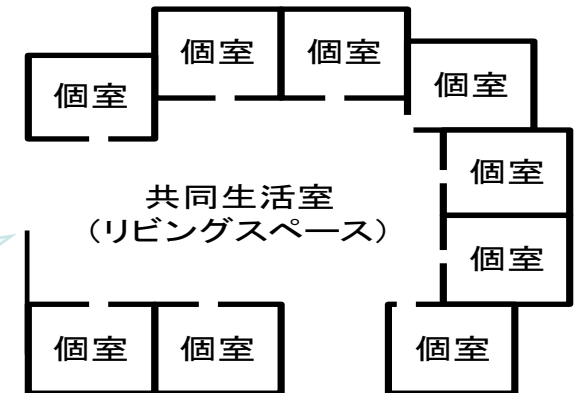
医師	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
生活相談員	入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上
介護職員 又は看護職員	入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上 看護職員1以上（入所者の数に応じて定められている）
栄養士 又は管理栄養士	1以上
機能訓練指導員	1以上
介護支援専門員	1以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする）

○設備基準

居室	原則定員1人 入所者1人当たりの床面積10.65㎡以上
医務室	医療法に規定する診療所とすること
食堂及び 機能訓練室	床面積入所定員×3㎡以上
廊下幅	原則1.8m以上
浴室	要介護者が入浴するのに適したものとすること

ユニット型介護老人福祉施設の場合、上記基準に加え、以下が必要

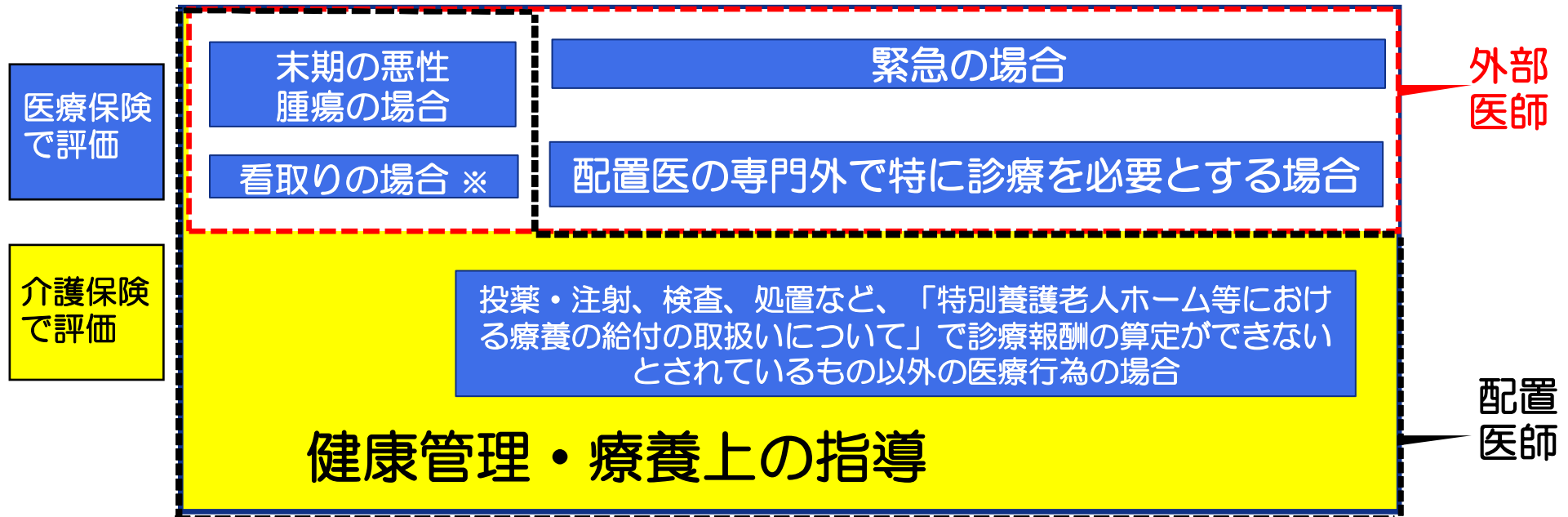
- 共同生活室の設置
- 居室を共同生活室に近接して一体的に設置
- 1のユニットの定員は原則としておおむね10人以下とし、15人を超えないもの
- 昼間は1ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員、夜間は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置
- ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等



介護老人福祉施設における医療の提供について

- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、基準上、入所者に対し、健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数の医師を配置することとされており、この配置医師が行う健康管理及び療養上の指導は介護報酬で評価されるため、初診・再診料等については、診療報酬の算定はできない。
- 一方で、配置医師以外の医師（外部医師）については、（１）緊急の場合、（２）配置医師の専門外の傷病の場合に、「初・再診料、往診料」等を算定できる。また、（３）末期の悪性腫瘍の場合、（４）在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合に限っては、「在宅患者訪問診療料」等も算定できる。
- こうした入所者に対する医療行為の報酬上の評価の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発0331002号厚生労働省保険局医療課長通知。令和4年3月25日一部改正）で規定している。

医療保険・介護保険の役割のイメージ

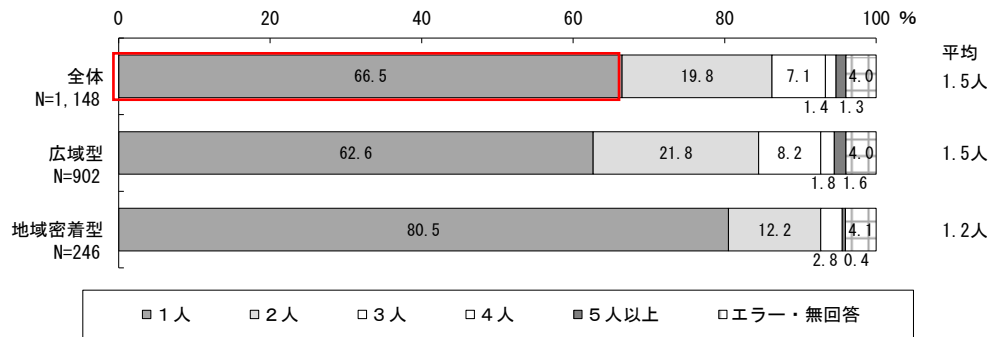


※ 在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合に限る。

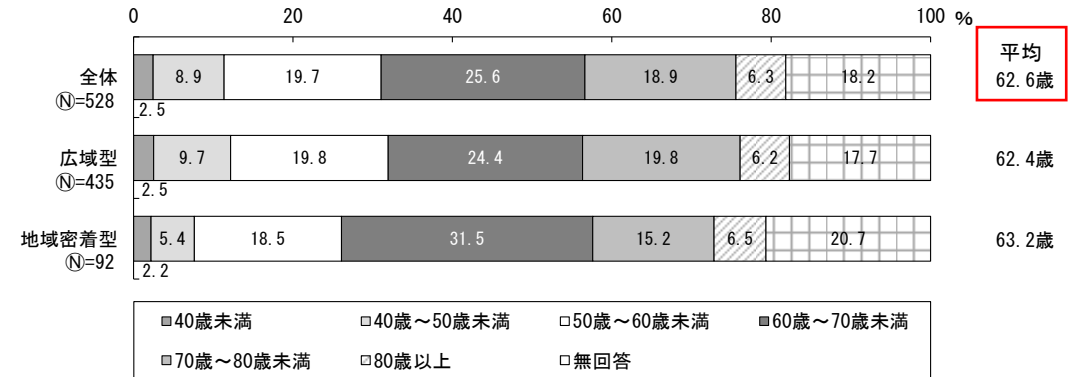
介護老人福祉施設における配置医師数・年齢・雇用形態

- 配置医師数は全体で「1人」が66.5%で最も多く、配置医師の1施設あたりの平均人数（実人数）は1.5人である。
- 平均年齢は62.6歳である。
- 雇用形態は「雇用契約（嘱託等）」が62.9%で最も多く、「配置医師の所属先医療機関との契約」が28.2%、「雇用契約（正規職員）」が4.2%である。

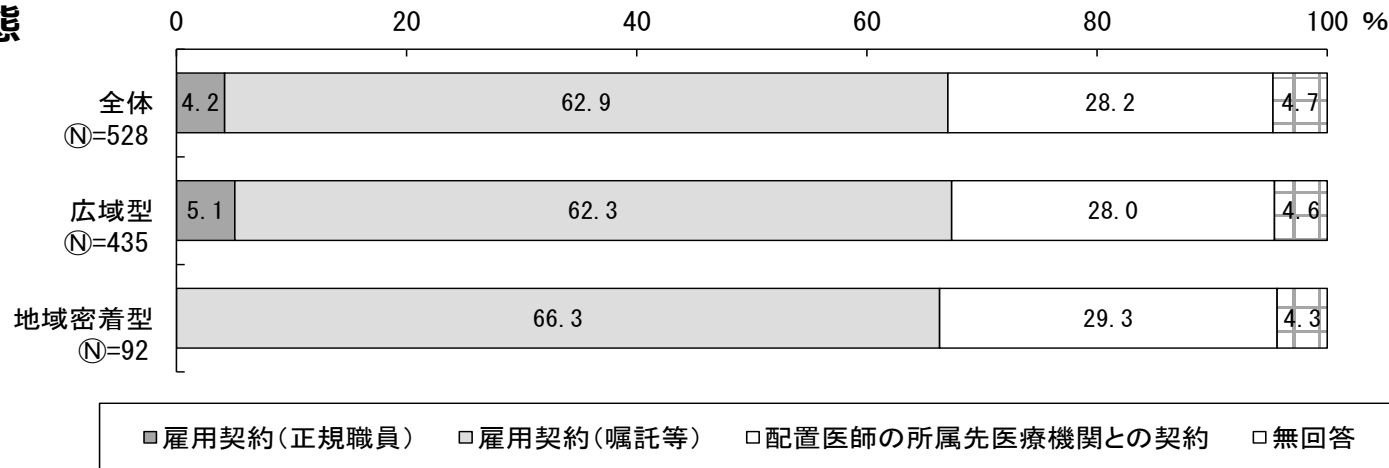
○ 配置医師数



○ 年齢



○ 雇用形態

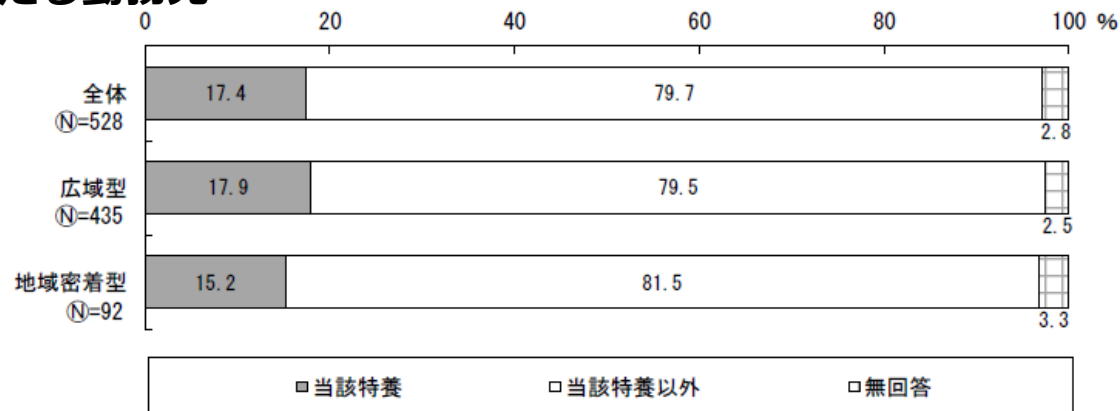


出典：令和4年度 老人保健健康増進等事業
「特別養護老人ホームと医療機関の協力的体制に関する調査研究」

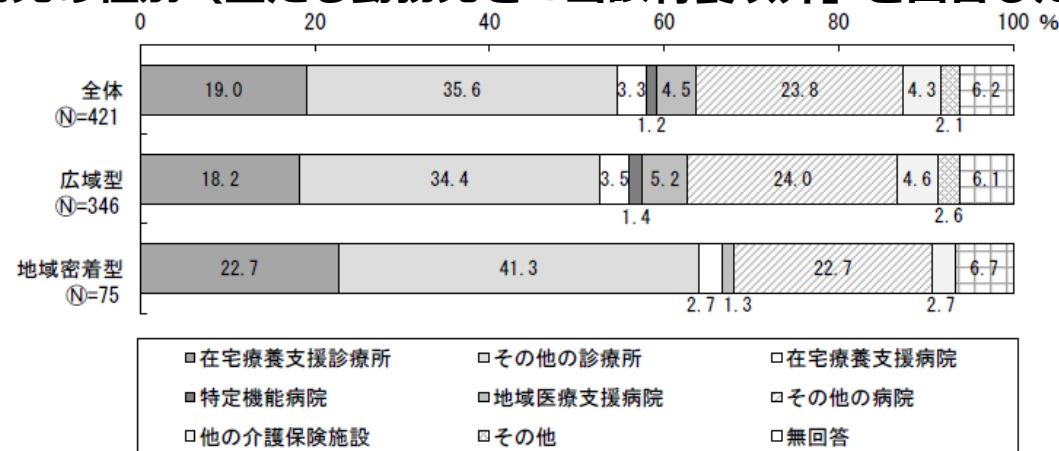
介護老人福祉施設における配置医師の主たる勤務先

- 配置医師の主たる勤務先は「当該特養」が17.4%、「当該特養以外」が79.7%であり、約8割の配置医師は主たる勤務先が特養以外であった。
- 主たる勤務先が特養以外である場合、その勤務先は「その他の診療所」が最も多く35.6%、次いで「その他の病院」が23.8%であった。

○ 主たる勤務先



○ 勤務先の種別（主たる勤務先を「当該特養以外」と回答した配置医師のみ）



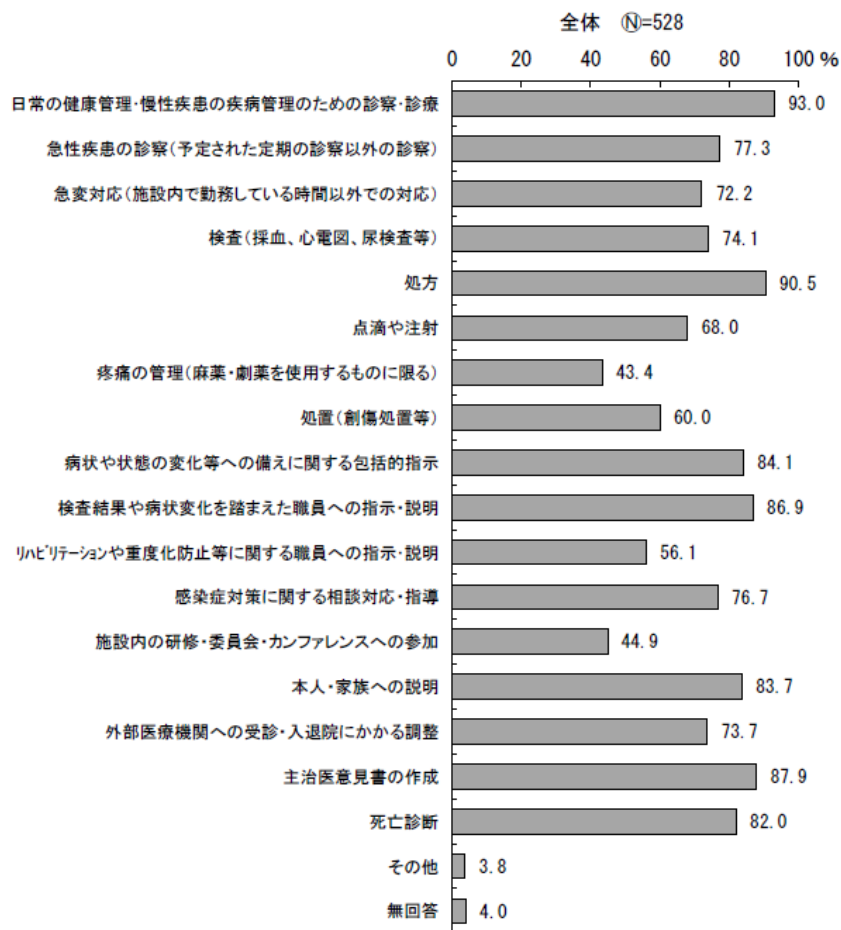
出典: 令和4年度 老人保健健康増進等事業
「特別養護老人ホームと医療機関の
協力体制に関する調査研究事業」

介護老人福祉施設における配置医師の役割

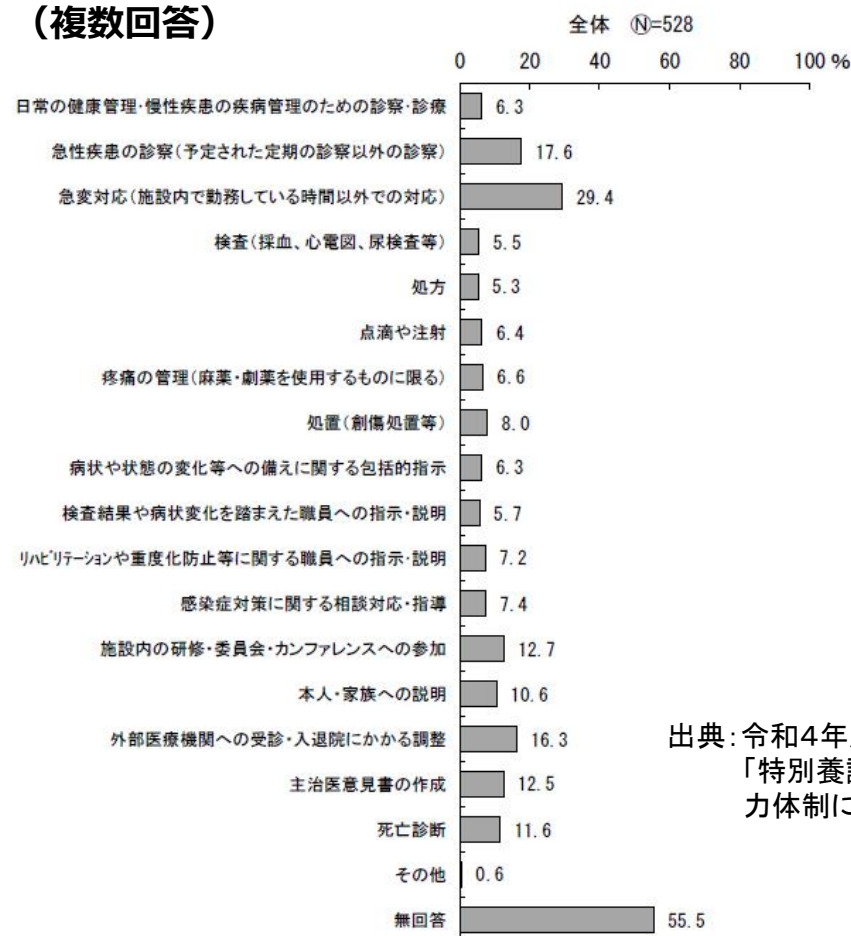
○配置医師が実際に果たしている役割は、「日常の健康管理・慢性疾患の疾病管理のための診察・診療」が最も多く93.0%、次いで「処方」が90.5%であった。

○配置医師が実際に果たしている役割のうち負担に感じる役割は、「急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）」が最も多く29.4%、次いで「急性疾患の診察（予定された定期の診察以外の診察）」が17.6%と続いた。

○ 配置医師が実際に果たしている役割（複数回答）



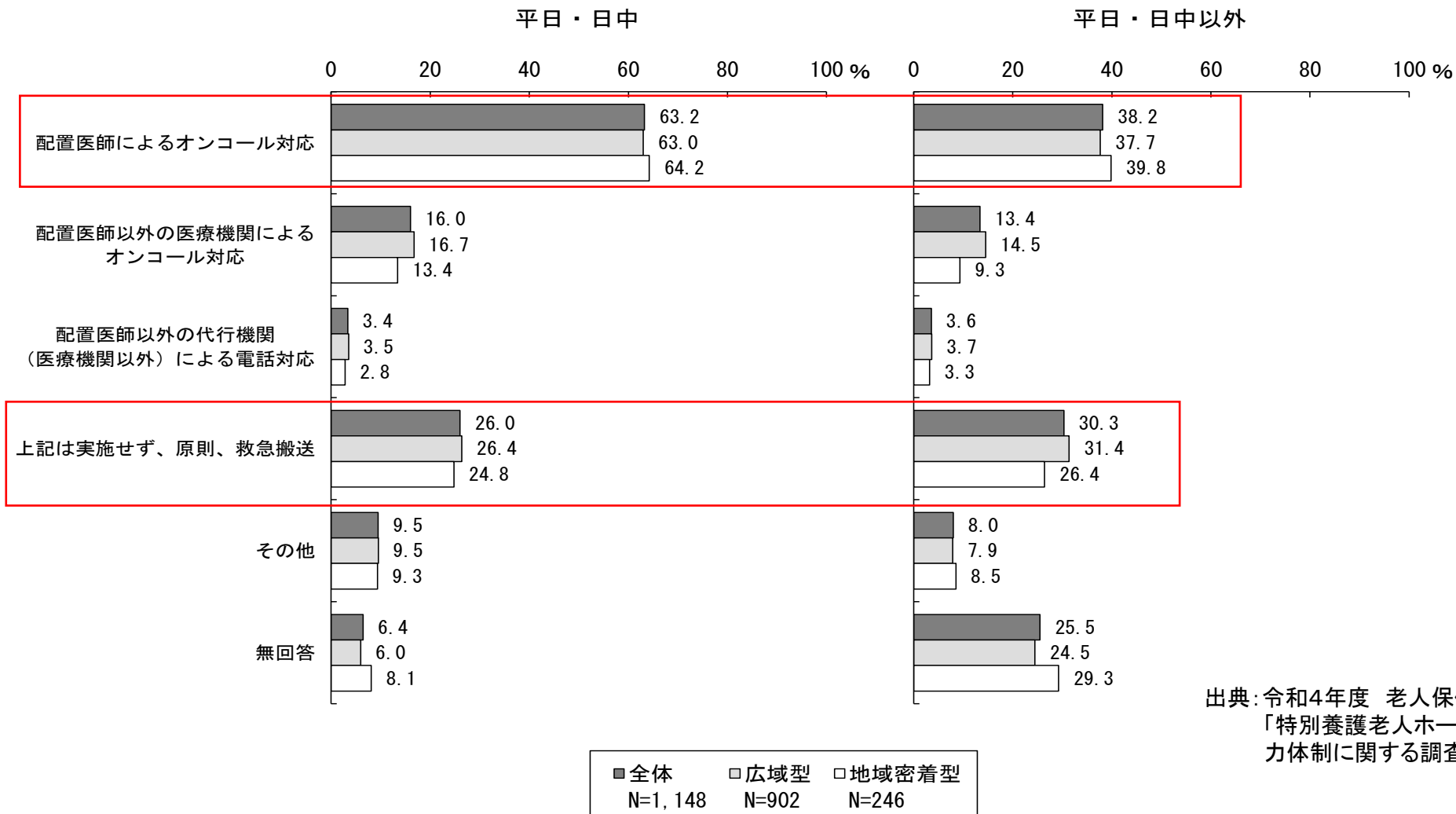
○ 配置医師が実際に果たしている役割のうち負担に感じる役割（複数回答）



出典: 令和4年度 老人保健健康増進等事業
「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究」

配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法

○配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法は、平日・日中、平日・日中以外どちらも、「配置医師によるオンコール対応」がそれぞれ 63.2%と 38.2%で最も多いが、「原則、救急搬送」が平日・日中、平日・日中以外どちらも26.0%、30.3%と続いている。

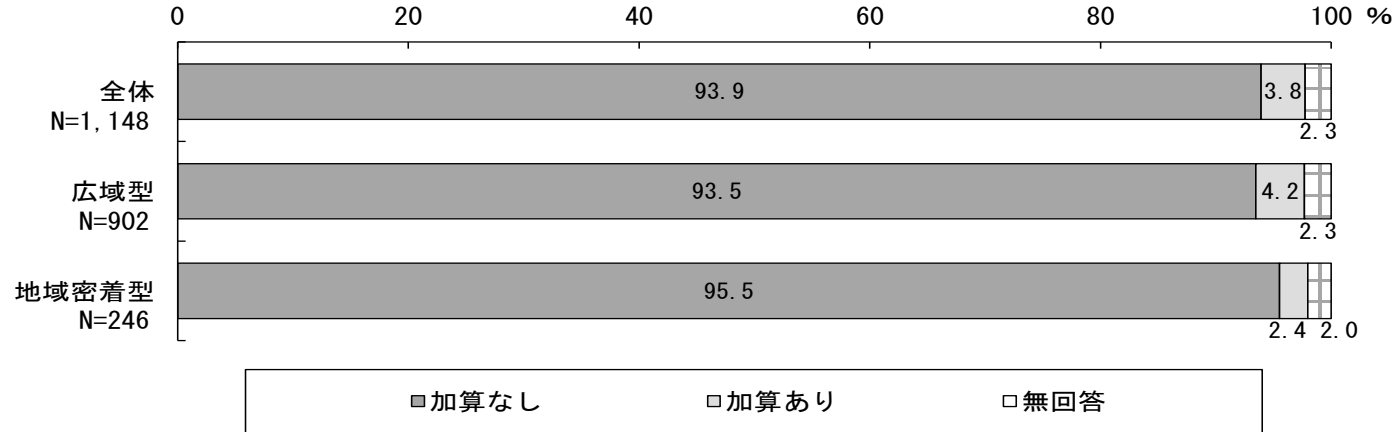


出典:令和4年度 老人保健健康増進等事業
「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究」

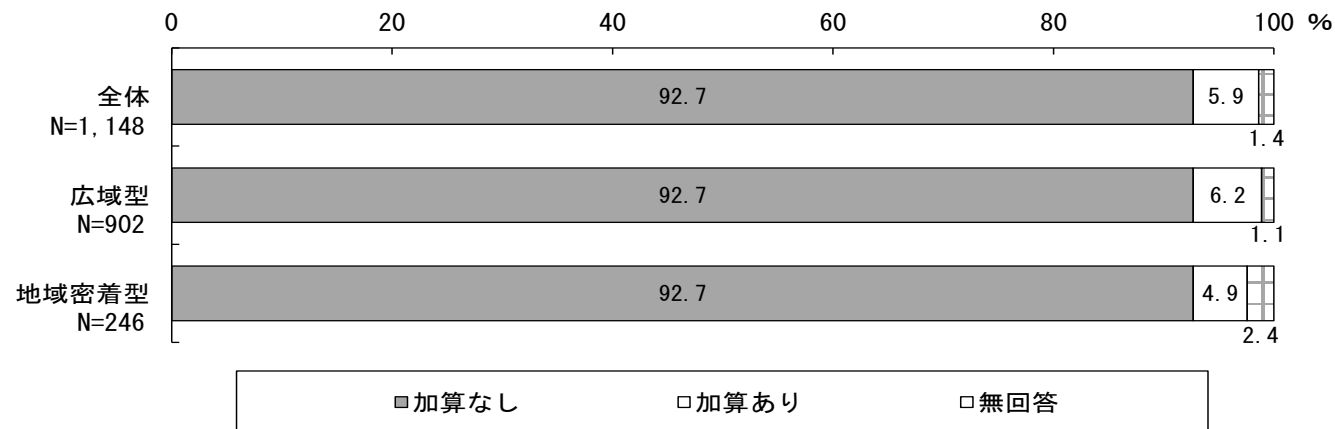
介護老人福祉施設における 常勤医師配置加算・配置医師緊急時対応加算の算定状況

- 常勤医師配置加算は、「加算なし」が 93.9%を占めており、「加算あり」は 3.8%である。
- 配置医師緊急時対応加算は、「加算なし」が 92.7%を占めており、「加算あり」は 5.9%である。

○ 常勤医師配置加算



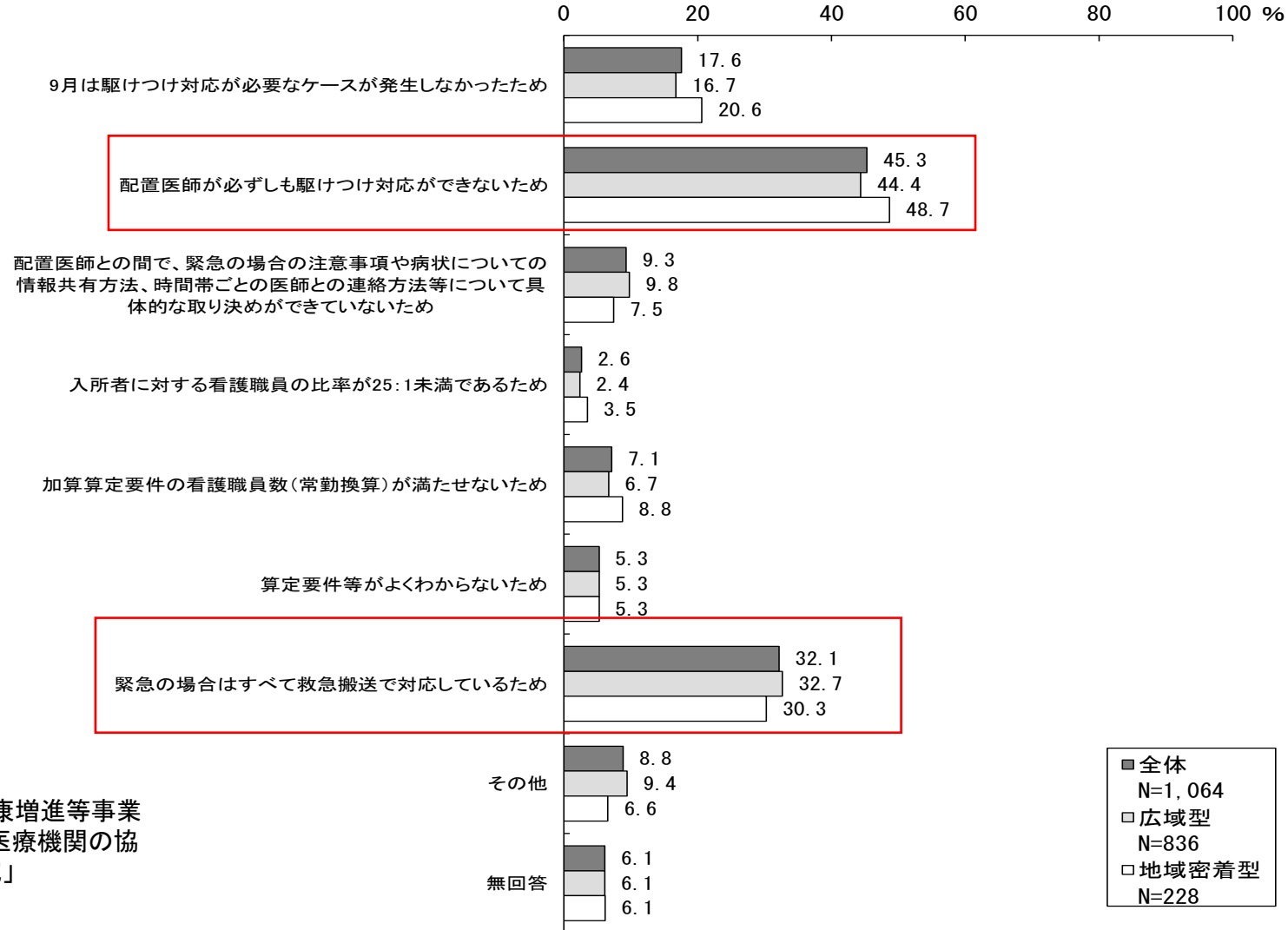
○ 配置医師緊急時対応加算



出典：令和4年度 老人保健健康増進等事業
「特別養護老人ホームと医療機関の協
力体制に関する調査研究」

配置医師緊急時対応加算を算定していない理由

○配置医師緊急時対応加算を算定していない理由は、「配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができないため」が45.3%で最も多く、次いで「緊急の場合はすべて救急搬送で対応しているため」が32.1%と続いている。



出典: 令和4年度 老人保健健康増進等事業
「特別養護老人ホームと医療機関の協
力体制に関する調査研究」

介護老人保健施設の概要

(定義)

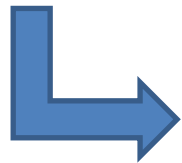
介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(介護保険法第8条第28項)

(基本方針)

第一条の二 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者が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にすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 (平成11年厚生省令第40号))



- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
- リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

介護老人保健施設の利用者における疾病状況について

- 入所時の該当する疾病の割合は、「高血圧」が最も多く、ついで「認知症」であった。
- 入所時の主病名の割合は、「認知症」が最も多く、ついで「脳卒中」であった。

入所時の該当する傷病名別割合 (n=710) *複数回答

	老健 (n=710)	単位 (%)
高血圧		42.5
脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)		29.0
心臓病		25.8
糖尿病		15.9
高脂血症(脂質異常症)		7.5
呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等)		11.0
胃腸・肝臓・胆のう疾患		8.3
腎疾患		9.3
前立腺疾患		4.1
筋骨格系の疾患(骨粗しょう症、関節症等)		21.5
外傷(転倒・骨折等)		22.3
がん (新生物)		9.4
血液・免疫疾患		2.1
うつ病・精神疾患		4.6
認知症 (アルツハイマー病等)		39.7
パーキンソン病		3.5
眼科疾患		6.8
耳鼻科疾患		0.3
歯科疾患		0.0
その他の難病		1.3
その他		15.5
ない		0.1
エラー・無回答		7.7

入所時の主な傷病名別割合 (n=710)

	老健 (n=710)	単位 (%)
高血圧		4.9
脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)		14.5
心臓病		6.9
糖尿病		2.7
高脂血症(脂質異常症)		0.0
呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等)		2.7
胃腸・肝臓・胆のう疾患		1.5
腎疾患		1.5
前立腺疾患		0.3
筋骨格系の疾患(骨粗しょう症、関節症等)		4.9
外傷(転倒・骨折等)		7.5
がん (新生物)		2.0
血液・免疫疾患		0.4
うつ病・精神疾患		1.8
認知症 (アルツハイマー病等)		19.6
パーキンソン病		1.7
眼科疾患		0.1
耳鼻科疾患		0.0
歯科疾患		0.0
その他の難病		0.4
その他		3.1
ない		0.3
エラー・無回答		23.1

【出典】介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (令和4年度調査) 「介護保険施設における医療及び介護サービスの提供実態等に関する調査研究事業」

所定疾患施設療養費の見直し

概要

【介護老人保健施設】

○所定疾患施設療養費について、介護老人保健施設の入所者により適切な医療を提供する観点から、介護老人保健施設における疾患の発症・治療状況を踏まえ、算定要件や算定日数、対象疾患等の見直しを行う。【告示改正】

算定要件等

<現行>

入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合に算定。

<改定後>

⇒ 入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合（肺炎の者又は尿路感染症の者については検査を実施した場合に限る。）に算定。

○入所者の要件

<現行>

- イ 肺炎の者
- ロ 尿路感染症の者
- ハ 帯状疱疹の者（抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする者に限る。）

<改定後>

- イ 肺炎の者
- ロ 尿路感染症の者
- ハ 帯状疱疹の者
- ニ 蜂窩織炎の者

○算定日数（所定疾患施設療養費（Ⅱ））

<現行>

- ・1月に1回、連続する7日を限度

<改定後>

- ⇒ ・1月に1回、連続する10日を限度

※所定疾患施設療養費（Ⅱ）の算定にあたり、診療内容等の給付費明細書の摘要欄への記載は求めないこととする。【通知改正】

かかりつけ医連携薬剤調整加算

- 入所者の薬物療法について、入所前の主治の医師と連携して総合的な評価を行い、減薬に至った場合を評価。

単位等

- かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ） 100単位
 - かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） 240単位
 - かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） 100単位
- 注 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

算定要件等

<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。

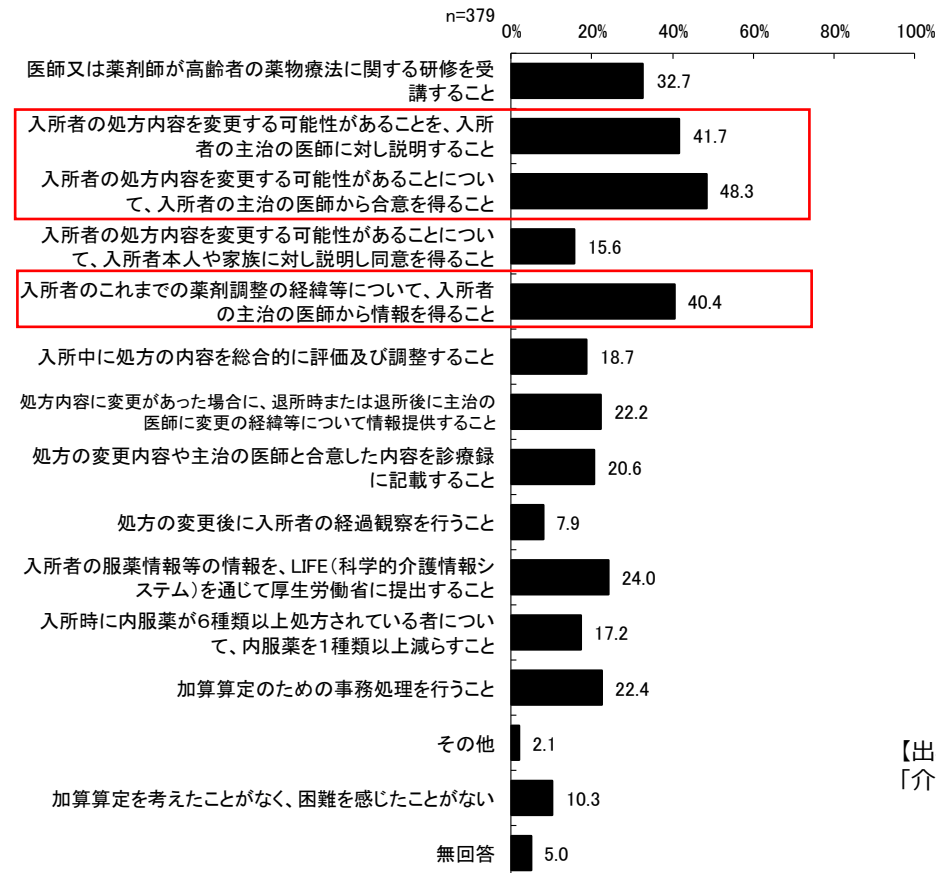
<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）>

- （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。

かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定が困難な理由

- かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定が困難な理由として、「入所者の処方内容を変更する可能性があることについて、入所者の主治の医師から合意を得ること」が48.3%、「入所者の処方内容を変更する可能性があることを、入所者の主治の医師に対し説明すること」が41.7%、「入所者のこれまでの薬剤調整の経緯等について、入所者の主治の医師から情報を得ること」が40.4%であった。

○ かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)～(Ⅲ)の算定を進める上で困難を感じること(複数回答)



【出典】令和4年度 老人保健健康増進等事業（令和4年度調査）
「介護老人保健施設における薬剤調整にかかる調査研究事業」

介護老人保健施設における高額な薬剤費の影響について

- 薬剤費が高額であることが理由で、介護老人保健施設の入所に困難を生じている場合がある。

入所受け入れを断ったケースにおける断った最大の要因（原因疾患別）

	n	空床がない	医療依存度が高すぎる	医薬品代等が高額	処置・管理の手間がかかる	人手不足	認知症の周辺症状が著しい	退所の目途が立たない	看取りが予想されるため	疾患（難病等）に対する経験が少ない	その他
脳梗塞	111	24%(27)	24%(27)	12%(13)	4%(4)	1%(1)	14%(16)	1%(1)	1%(1)	1%(1)	18%(20)
アルツハイマー型認知症	102	22%(22)	13%(13)	2%(2)	1%(1)	3%(3)	50%(51)	1%(1)		2%(2)	7%(7)
悪性新生物	48	2%(1)	58%(28)	15%(7)			2%(1)		8%(4)	4%(2)	10%(5)
慢性呼吸器感染症	46	9%(4)	50%(23)	7%(3)	9%(4)	2%(1)	4%(2)		7%(3)		13%(6)
糖尿病	44	9%(4)	39%(17)	23%(10)	7%(3)		11%(5)				11%(5)
慢性心不全	39	8%(3)	49%(19)	18%(7)	3%(1)	3%(1)	5%(2)	5%(2)		5%(2)	5%(2)
脳出血	19	24%(7)	31%(9)	7%(2)		3%(1)	10%(3)	10%(3)			14%(4)
大腿骨骨折(手術)	27	22%(6)	26%(7)	4%(1)			22%(6)	7%(2)	4%(1)		15%(4)
パーキンソン病	26	12%(3)	38%(10)	27%(7)							23%(6)
腎不全(慢性・急性を含む)	24	17%(4)	54%(33)	8%(2)	4%(1)	4%(1)					13%(3)

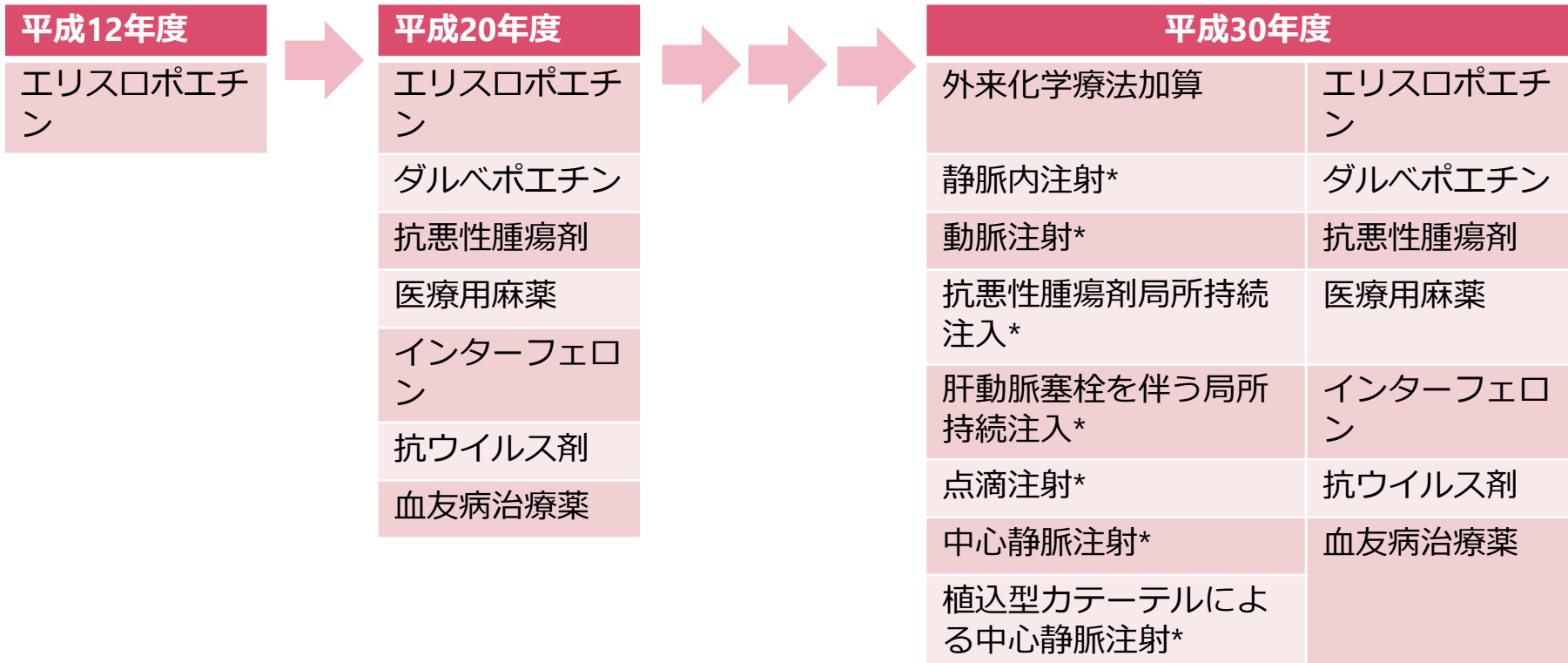
出典：平成28年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設における医療提供実態等に関する調査研究事業」

介護老人保健施設・介護医療院入所者について算定できる医薬品等

内服薬及び外用薬



注射及び注射薬



*外来化学療法加算を算定するものに限る。

介護医療院の概要

(定義)

介護医療院とは、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(介護保険法第8条第29項)

(基本方針)

第二条 介護医療院は、長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、その者が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にするものでなければならない。

(介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 (平成30年厚生省令第5号))

○医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設



介護医療院の基準

必要となる人員・設備等

介護医療院においてサービスを提供するために必要な職員・設備等は次の通り。

・ 人員基準

医師	I型：48対1以上（施設で3以上） II型：100対1以上（施設で1以上）
薬剤師	I型：150対1以上 II型：300対1以上
看護職員	6対1以上
介護職員	I型：5対1以上 II型：6対1以上
理学療法士、 作業療法士、 言語聴覚士	実情に応じた適当数
栄養士	入所定員100以上の場合、1以上
介護支援 専門員	1以上 （100対1を標準とする）
放射線技師	実情に応じた適当数

・ 設備基準

診察室	医師が診察を行うのに適切なもの
療養室	1室当たり定員4人以下、 入所者1人当たり8.0㎡以上
機能訓練室	40㎡以上
談話室	談話を楽しめる広さ
食堂	1㎡×入所者数以上
廊下幅	1.8m以上（中廊下は2.7m以上）
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
その他 医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所

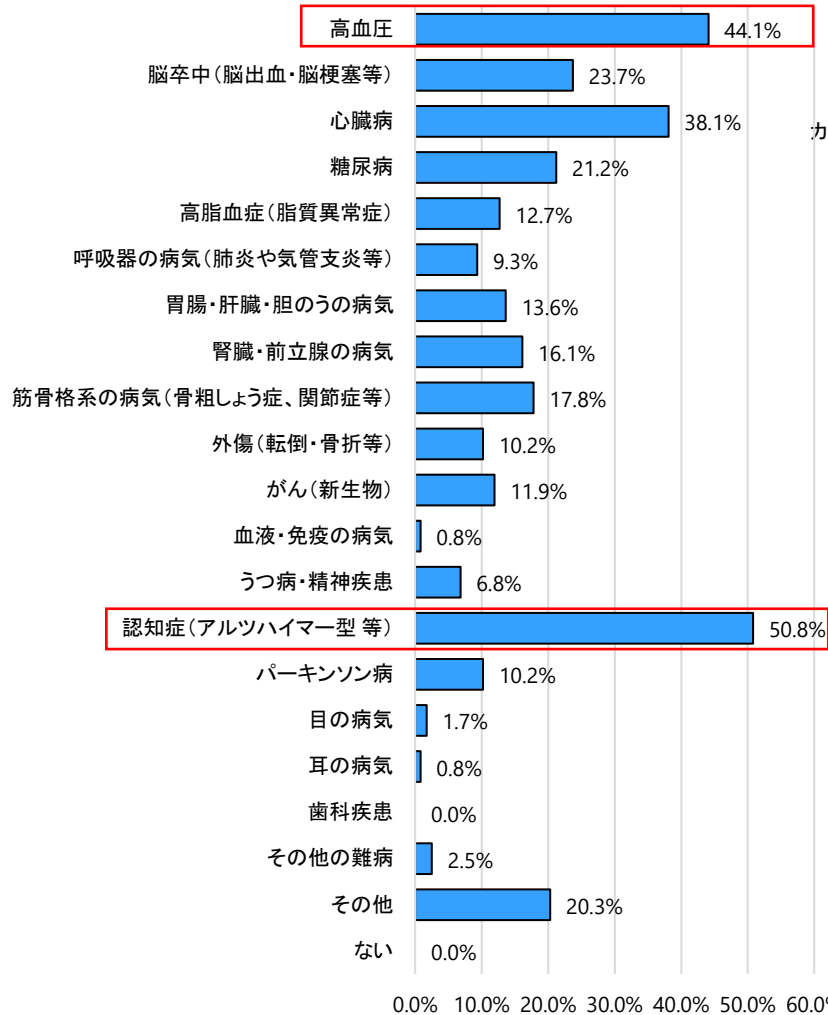
ユニット型介護療養型医療施設の場合、上記基準に加え、

- ・ 共同生活室の設置
- ・ 病室を共同生活室に近接して一体的に設置
- ・ 1のユニットの定員はおおむね10人以下
- ・ 昼間は1ユニットごとに常時1人以上、夜間及び深夜は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置
- ・ ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等

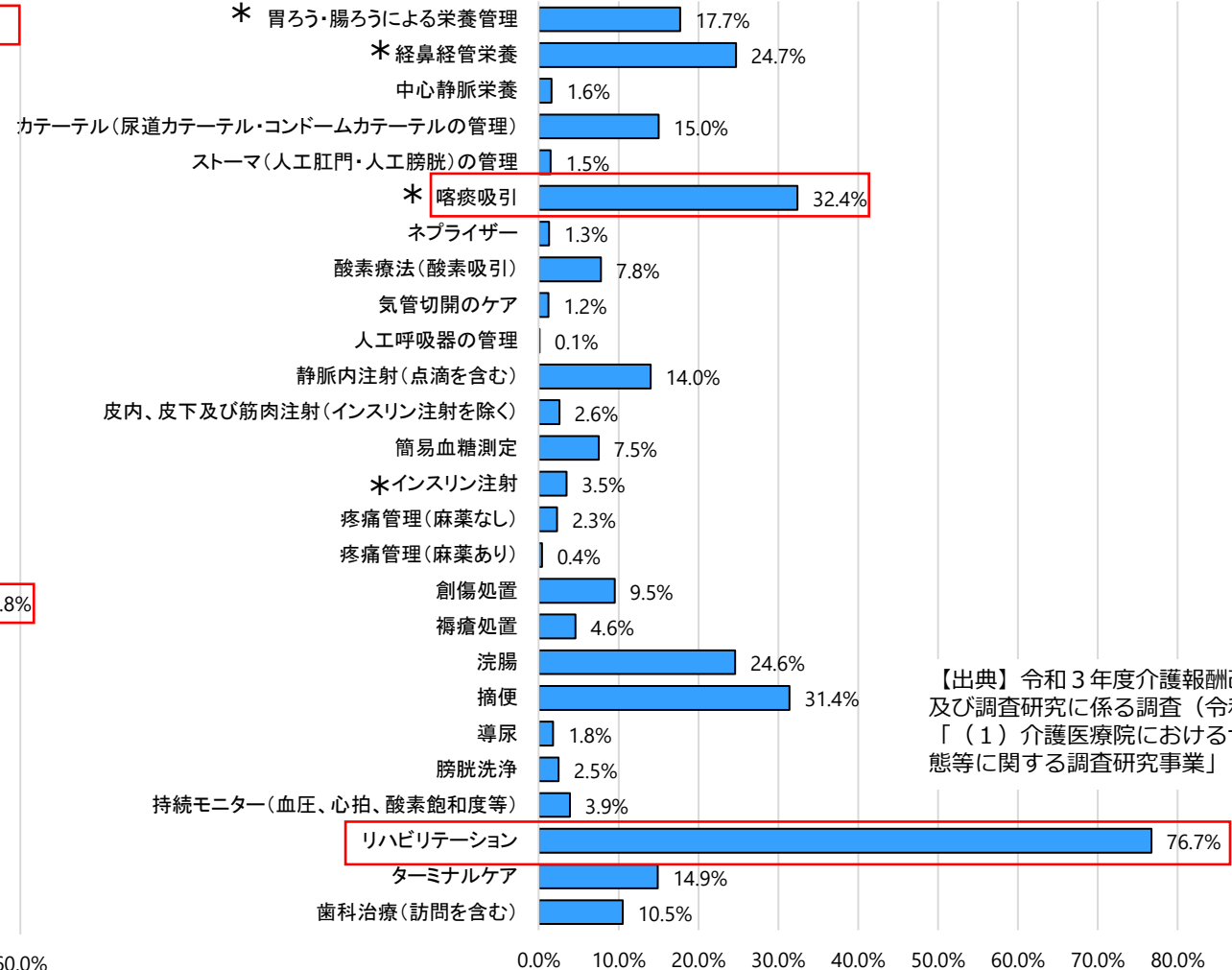
入所者の傷病及び処置の状況

- 介護医療院入所者の傷病は認知症が最も多く50.8%、次いで高血圧が44.1%であった。
- 処置の状況は、リハビリテーションで76.7%、次いで喀痰吸引が32.4%であった。

入所者の傷病（複数回答） n=116



処置の状況（複数回答） 回答数261施設、n=12,681人



【出典】令和3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3年度調査）「（1）介護医療院におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業」

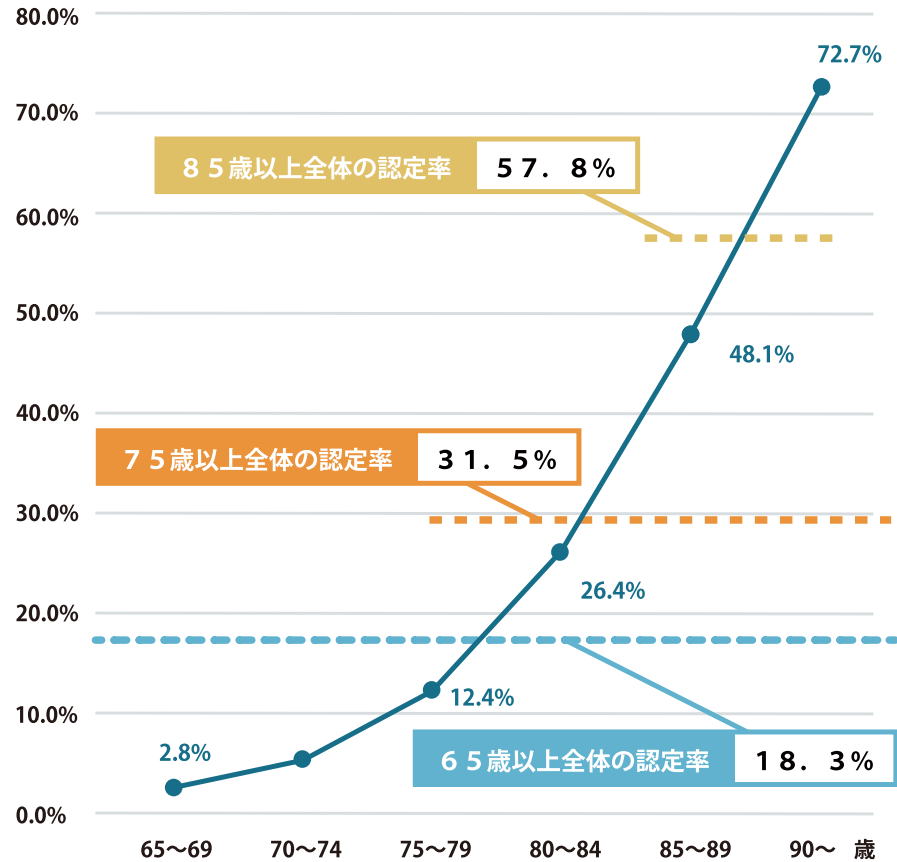
* 栄養管理、喀痰吸引、インスリン注射はサービス費の算定要件となっている

医療機関と高齢者施設の連携

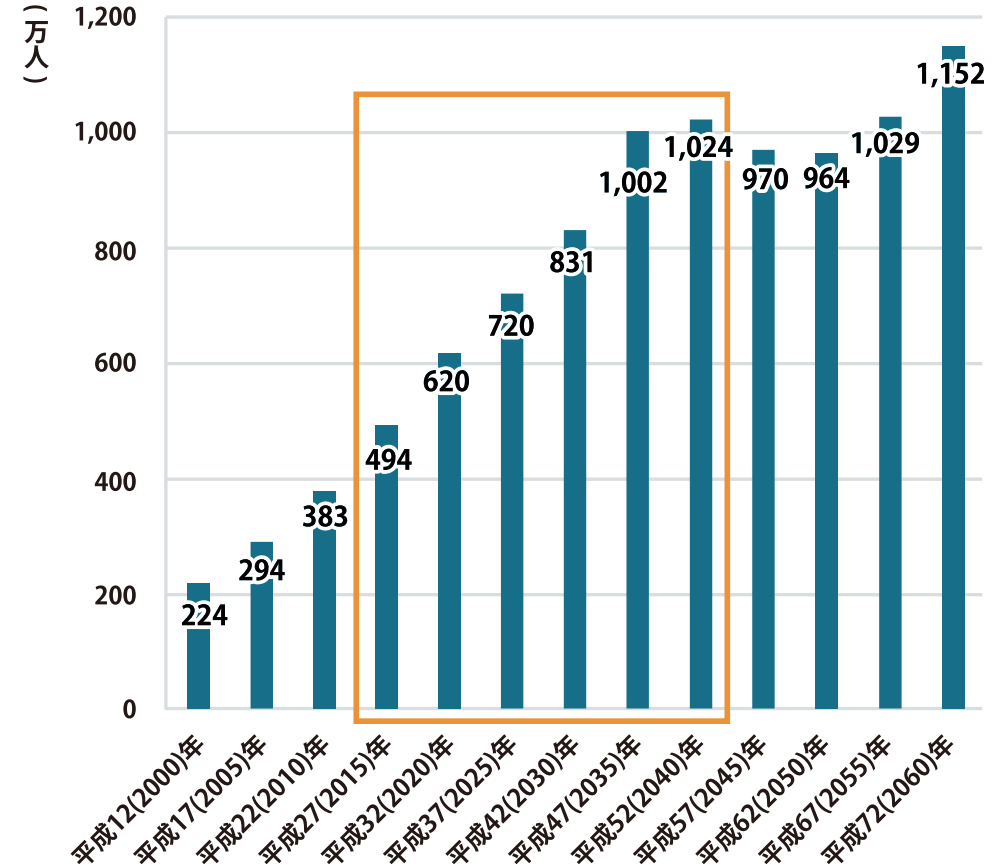
医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移



2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成
 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
 実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

施設内で提供可能な医療

【施設内で提供可能な医療の割合】

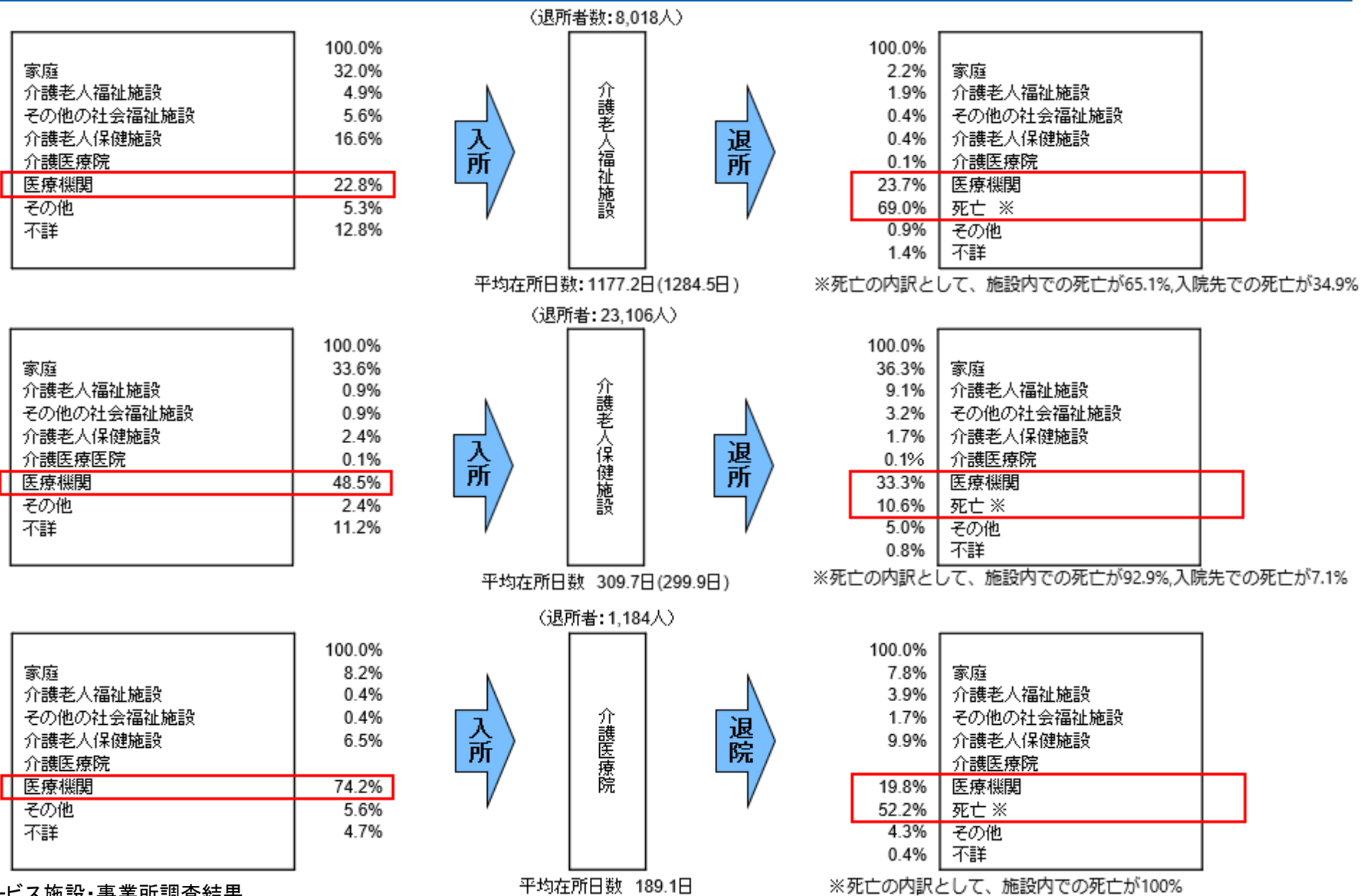
- 「経鼻経管栄養」について、老健では41.7%、介護医療院では93.7%、特養では28.7%であった。
- 「24時間持続点滴」について、老健では39.9%、介護医療院では82.4%、特養では5.7%であった。
- 「喀痰吸引(1日8回以上)」について、老健では50.3%、介護医療院では83.7%、特養では24.1%であった。
- 「酸素療養(酸素吸入)」について、老健では66.1%、介護医療院では90.5%、特養では53.9%であった。
- 「持続モニター(血圧、心拍、酸素飽和度)」について、老健では31.6%、介護医療院では83.3%、特養では7.6%であった。

図表23 施設内で提供可能な医療の割合(複数回答可)

	単位 (%)					単位 (%)			
	老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)		老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)
胃ろう・腸ろうによる栄養管理	93.4	97.3	90.4	93.5	抗菌薬	61.5	82.4	27.8	85.8
経鼻経管栄養	41.7	93.7	28.7	94.3	昇圧薬	24.7	57.9	7.2	73.7
中心静脈栄養	7.8	48.0	2.2	81.4	皮内、皮下及び筋肉注射 (インスリン注射を除く)	62.6	84.6	39.3	92.7
24時間持続点滴	39.9	82.4	5.7	91.5	簡易血糖測定	88.2	92.8	62.4	94.3
カテーテル (尿道カテーテル・コンドームカテーテル) の管理	91.7	92.3	81.1	95.1	インスリン注射	86.8	91.9	69.1	95.5
ストーマ (人工肛門・人工膀胱) の管理	84.8	84.6	70.2	87.9	疼痛管理 (麻薬なし)	68.1	69.2	42.4	83.8
喀痰吸引 (1日8回未満)	87.6	95.9	73.5	93.9	疼痛管理 (麻薬使用)	19.5	46.2	15.7	76.5
喀痰吸引 (1日8回以上)	50.3	83.7	24.1	91.5	内服薬・座薬・貼付薬	73.3	69.7	55.7	85.4
ネブライザー	45.7	72.4	22.8	88.7	点滴薬	50.6	53.4	25.2	74.9
酸素療法 (酸素吸入)	66.1	90.5	53.9	92.7	創傷処置	87.1	92.8	78.5	95.1
鼻カヌー	63.8	87.3	52.0	88.3	褥瘡処置	93.4	93.7	87.0	97.2
マスク	58.3	82.4	37.6	87.4	浣腸	88.8	90.5	81.5	95.5
リザーバー付きマスク	17.2	46.6	8.7	63.6	排便	92.8	95.0	86.7	93.9
気管切開のケア	23.3	50.2	2.6	79.8	導尿	81.3	88.2	55.9	93.5
人工呼吸器の管理	3.2	13.6	0.4	49.8	膀胱洗浄	58.0	81.9	38.3	86.6
挿管	1.7	13.1	0.2	44.9	持続モニター (血圧、心拍、酸素飽和度等)	31.6	83.3	7.6	91.9
マスク式 (NPPV 等)	7.2	14.9	1.1	47.8	リハビリテーション	80.5	89.6	30.0	85.0
静脈内注射 (点滴含む)	60.6	81.9	32.0	87.9	透析	8.9	7.7	9.8	25.1
電解質輸液	63.2	86.4	34.6	87.4	その他	1.4	5.4	0.2	11.3

令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究にかかる調査(令和4年度調査)

介護保険三施設における入所者・退所者の状況

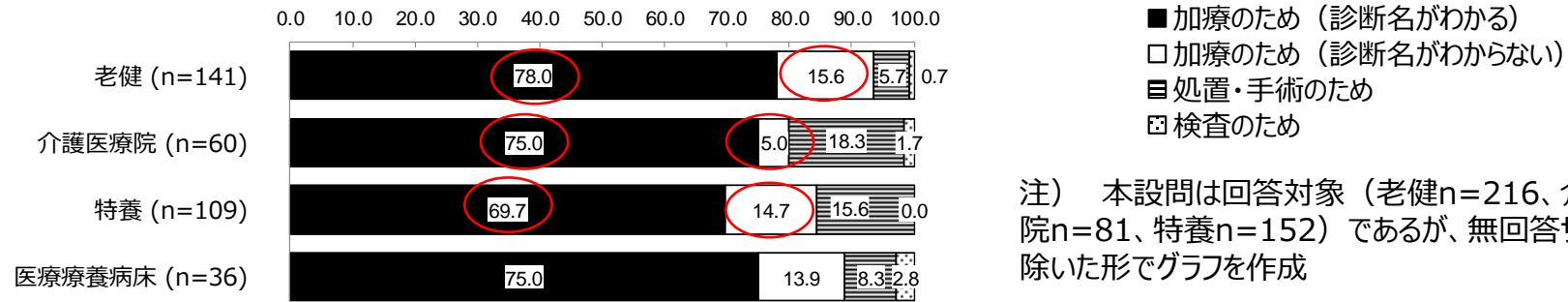


退所・退院先が病院・診療所の場合の退所・退院理由

【退所・退院先が病院・診療所の場合の退所・退院理由】

- 退所・退院理由については、「加療のため(診断名がわかる)」が老健では78.0%、介護医療院では75.0%、特養では69.7%、「加療のため(診断名がわからない)」は老健では15.6%、介護医療院では5.0%、特養では14.7%であった。
- 退所・退院理由が「加療のため(診断名がわかる場合)」と回答した場合、その診断名は、「肺炎」が老健では26.4%、介護医療院では17.8%、特養では31.6%であった。

図表27 退所・退院先が病院・診療所の場合、退所・退院理由(複数回答可) (%)



注) 本設問は回答対象(老健n=216、介護医療院n=81、特養n=152)であるが、無回答サンプルを除いた形でグラフを作成

図表28 加療のため(診断名がわかる場合)(複数回答可) 単位 (%)

	老健 (n=110)	介護医療院 (n=45)	特養 (n=76)	医療療養病床 (n=27)
肺炎	26.4	17.8	31.6	18.5
尿路感染症	4.5	6.7	5.3	7.4
骨折	10.9	8.9	1.3	7.4
脳血管疾患	6.4	11.1	5.3	7.4
心疾患	13.6	13.3	13.2	11.1
認知症による精神症状の増悪	2.7	2.2	5.3	7.4
脱水症	5.5	4.4	6.6	3.7
新型コロナ	9.1	2.2	6.6	14.8
その他	36.4	42.2	40.8	33.3

図表29 加療のため(診断名がわからない場合)(複数回答可) 単位 (%)

	老健 (n=22)	介護医療院 (n=3)	特養 (n=16)	医療療養病床 (n=5)
発熱	50.0	100.0	31.3	40.0
呼吸困難	27.3	0.0	12.5	20.0
胸痛	0.0	0.0	0.0	0.0
腹痛	4.5	0.0	0.0	0.0
意識障害	22.7	0.0	25.0	20.0
血圧低下	9.1	0.0	6.3	0.0
その他	36.4	0.0	62.5	40.0

注) n数が少ないため参考値。

令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究にかかる調査(令和4年度調査)

介護施設・福祉施設からの入院患者

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)	NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%	26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%	27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%	28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%	29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%	30	K562	軸捻(転)	2,379	0.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	19,054	3.9%	31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	17,052	3.5%	32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
7	N10	急性尿細管間質性腎炎	13,606	2.8%	33	N12	尿細管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
8	U071	2019年新型コロナウイルス急性呼吸器疾患	12,850	2.6%	34	I610	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
9	E86	体液量減少(症)	10,588	2.1%	35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	7,490	1.5%	36	G20	パーキンソン<Parkinson>病	1,844	0.4%
11	I509	心不全, 詳細不明	7,162	1.5%	37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%	38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%	39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
14	L031	(四)肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	4,553	0.9%	40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%	41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%	42	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	1,470	0.3%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%	43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	3,845	0.8%	44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%	45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
20	K810	急性胆のう<嚢>炎	3,625	0.7%	46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%	47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%	48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ5	2,839	0.6%	49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
24	K805	胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%	50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%					

出典: DPCデータ(令和3年4月から令和4年3月までの入院症例)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会 「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」 江澤和彦

介護施設・福祉施設からの入院患者

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。
 地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。
 療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

出典：DPCデータ

高齢者施設等における協力医療機関等に関する運営基準（抜粋）

○ 特養

第二十八条 指定介護老人福祉施設は、入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 指定介護老人福祉施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）

○ 老健

第三十条 介護老人保健施設は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 介護老人保健施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）

○ 介護医療院

第三十四条 介護医療院は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 介護医療院は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生省令第5号）

○ 特定施設

第百九十一条 指定特定施設入居者生活介護事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。

2 指定特定施設入居者生活介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：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）

○ 認知症グループホーム

第百〇五条 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。

2 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

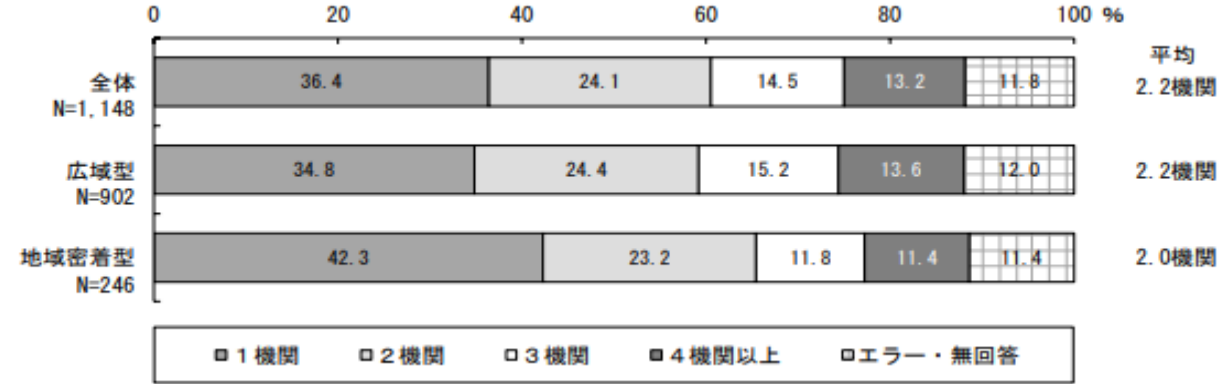
3 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との間の連携及び支援の体制を整えなければならない。

出典：指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生省令第34号）

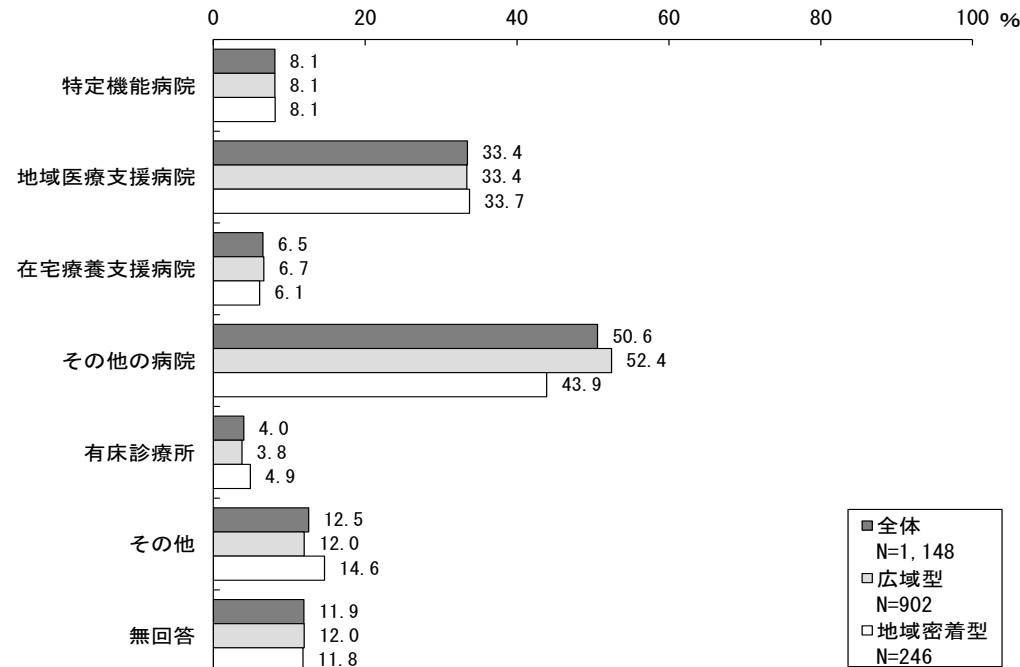
特別養護老人ホームにおける協力医療機関数及び種別

○協力医療機関数は、「1機関」が36.4%で最も多く、次いで「2機関」が24.1%と続いている。
 ○協力医療機関の種別は、「その他の病院」が50.6%で最も多く、次いで「地域医療支援病院」が33.4%と続いている。

○ 協力医療機関数



○ 協力医療機関の種別

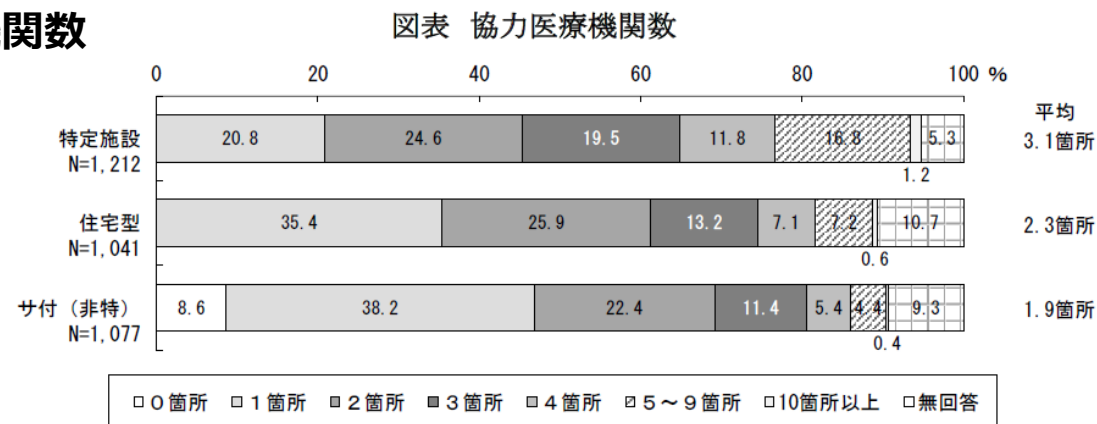


出典: 令和4年度 老人保健健康増進等事業
 「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究」

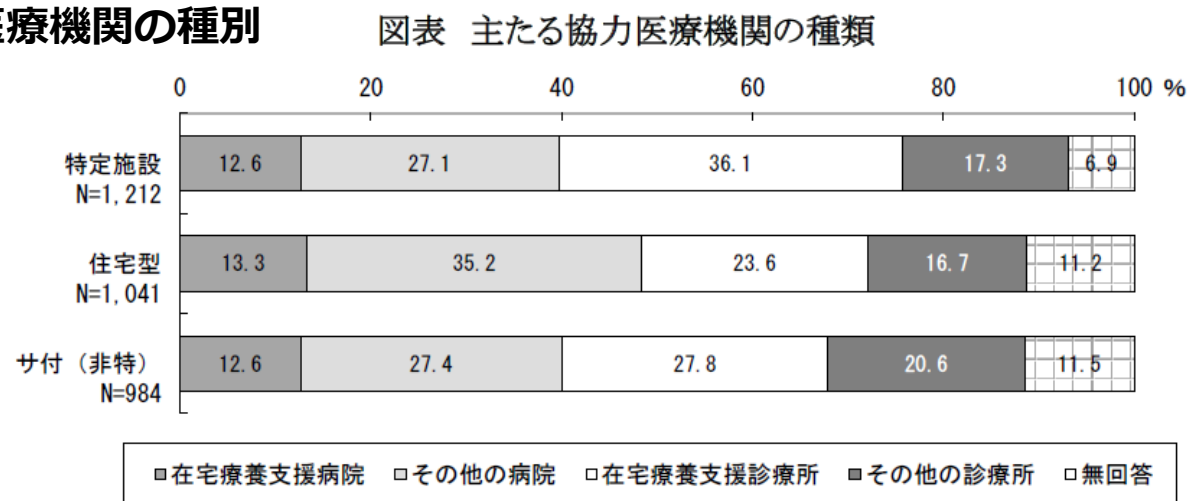
特定施設における協力医療機関数及び種別

- 協力医療機関数は、「2カ所」が最も多く24.6%、次いで「1カ所」が20.8%と続いている。
- 協力医療機関の種別は、「在宅療養支援診療所」が36.1%で最も多く、次いで「その他の病院」が27.1%と続いている。

○ 協力医療機関数



○ 協力医療機関の種別



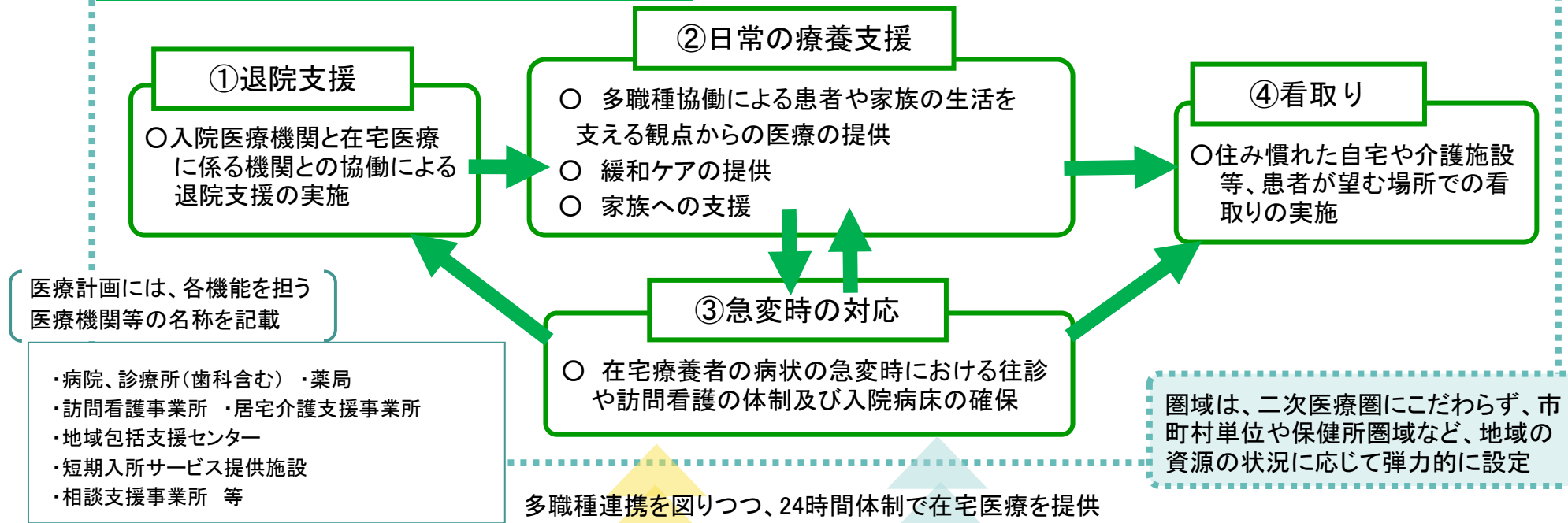
出典：令和4年度 老人保健健康増進等事業
「高齢者向け住まいにおける運営形態
の多様化に関する実態調査研究」

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

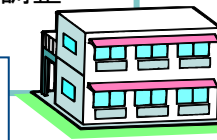
- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・市町村 ・保健所
- ・医師会等関係団体 等



在宅医療の体制構築に係る指針(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)より

在宅療養移行加算について

【在宅療養移行加算】

在宅療養移行加算 1 216点
 在宅療養移行加算 2 116点

[施設基準]

在宅療養移行加算 1

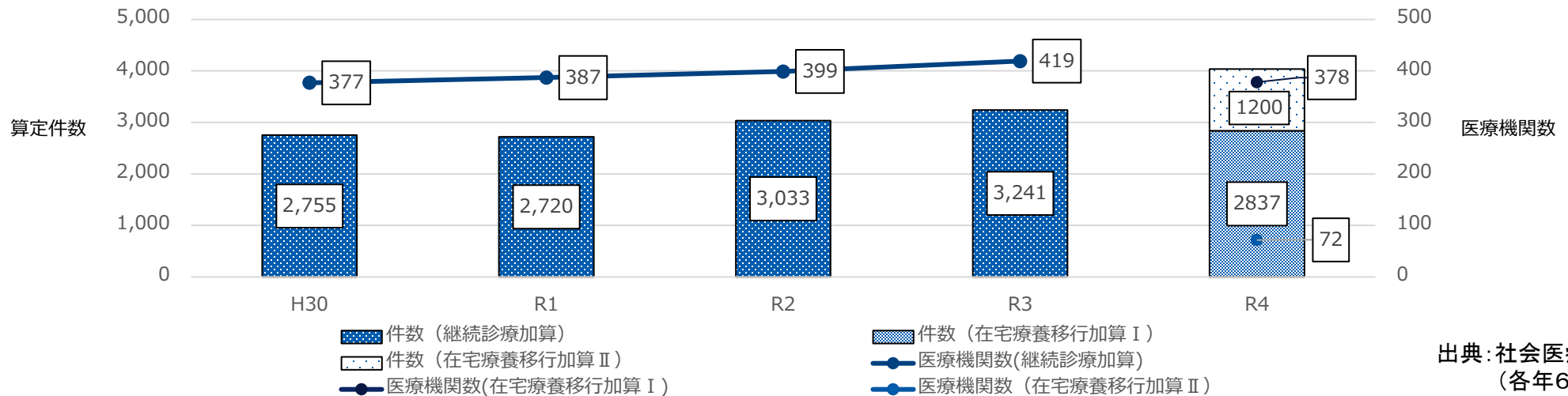
- ア 24時間の往診体制及び24時間の連絡体制
- イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明している

在宅療養移行加算 2

- ア 当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していること。
- イ 24時間の連絡体制を有していること
- ウ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- エ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明している

注) 在宅療養移行加算は、
 在支診・在支病では算定できない。

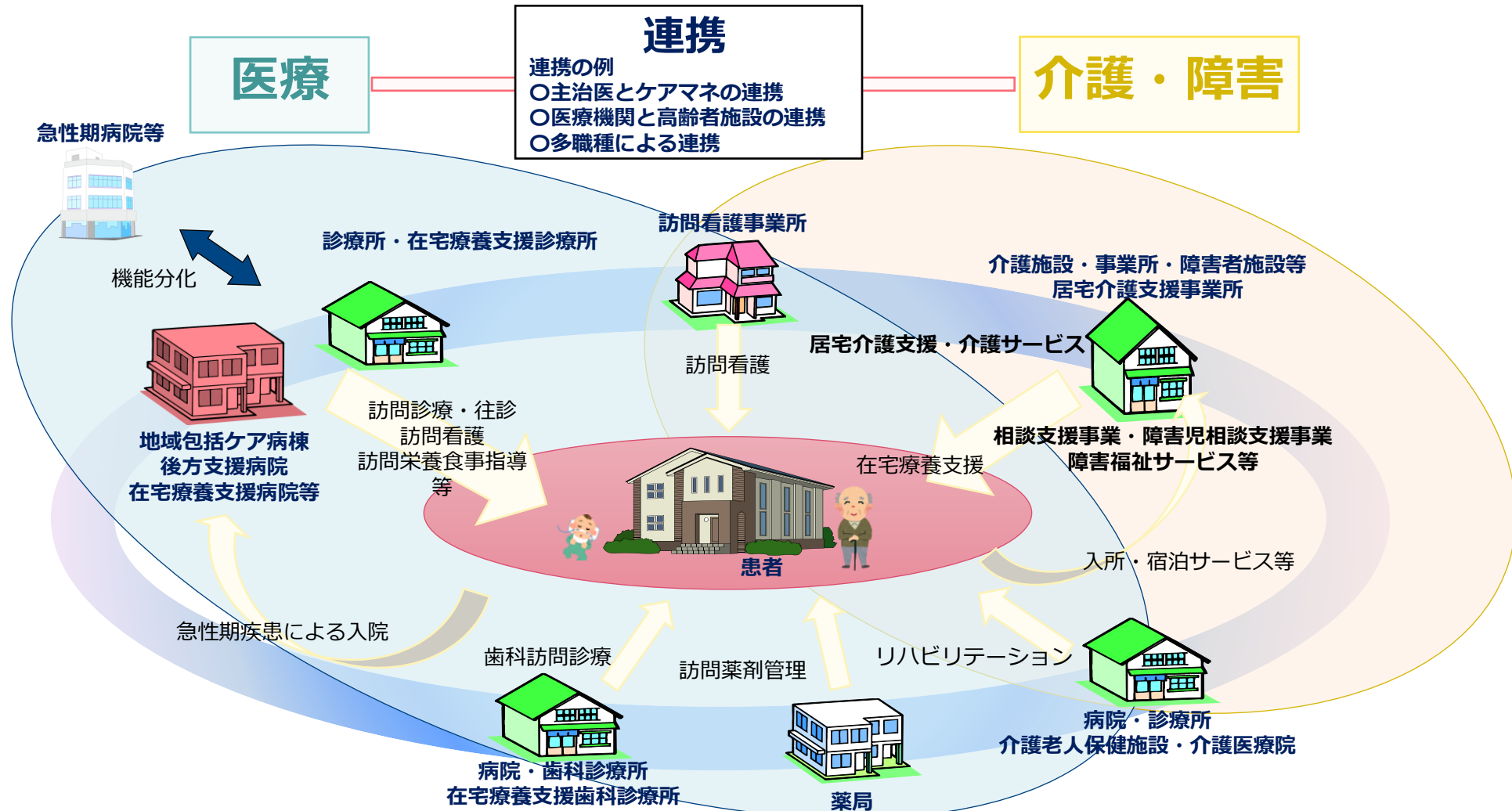
●在宅療養移行加算等の年次推移（各年5月診療分）



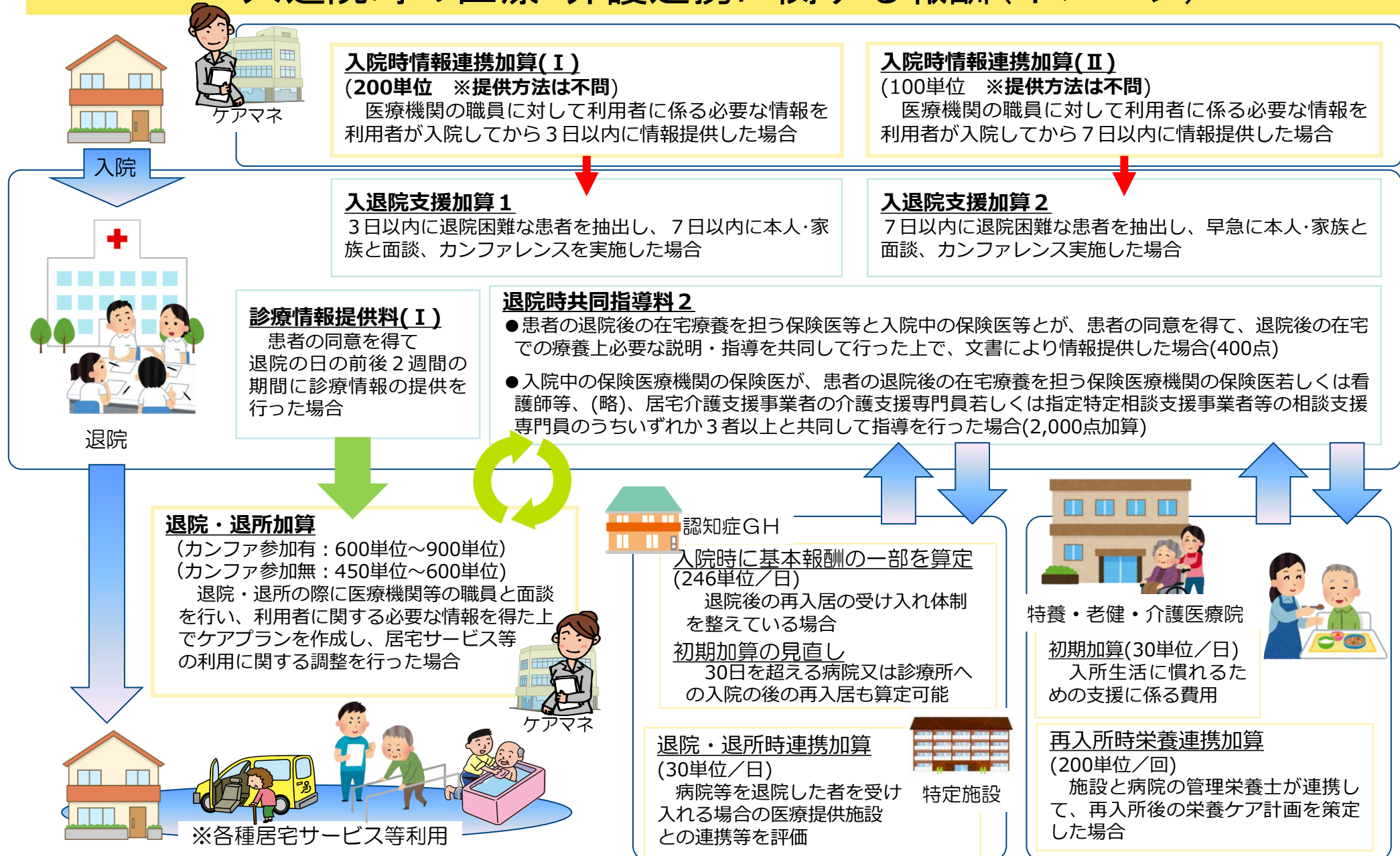
出典：社会医療診療行為別統計
 （各年6月審査分）

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

- 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



入退院時の医療・介護連携に関する報酬(イメージ)



外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

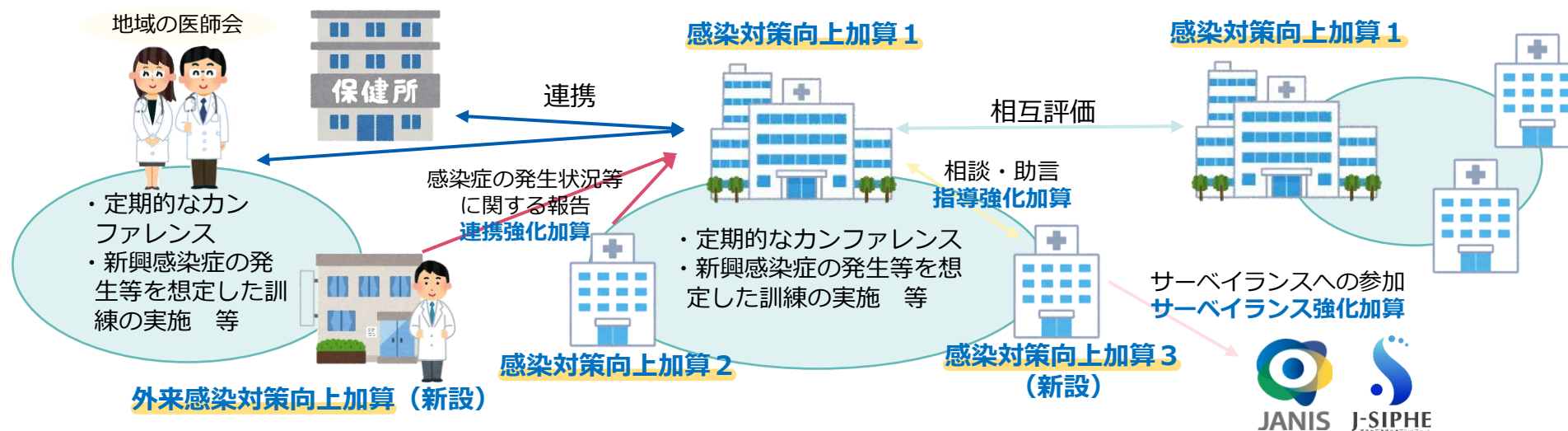
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

現行	改定後
【感染防止対策加算】 感染防止対策加算 1 感染防止対策加算 2 (新設)	(新) 【感染対策向上加算】 感染対策向上加算 1 感染対策向上加算 2 感染対策向上加算 3
390点 90点	710点 (入院初日) 175点 (入院初日) 75点 (入院初日、90日毎)

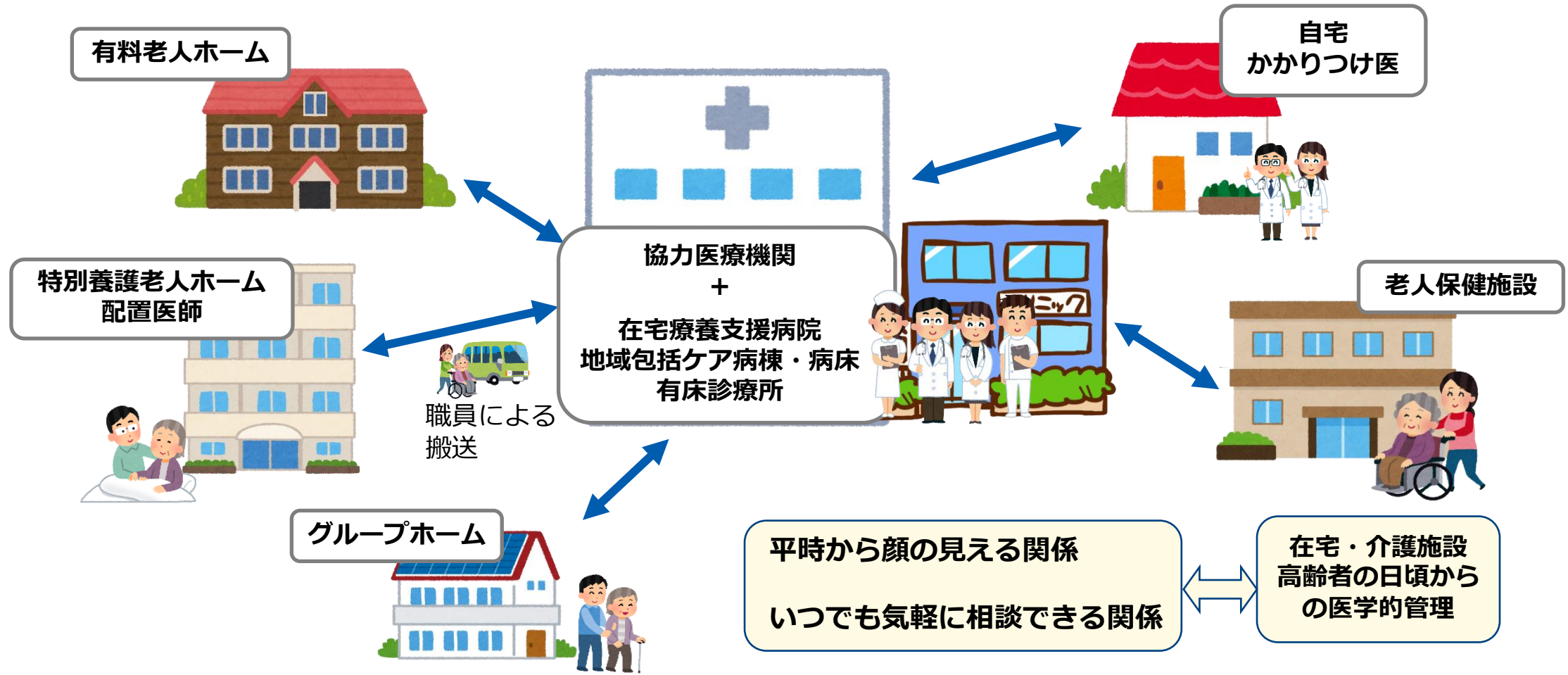
- 感染対策向上加算 1 の保険医療機関が、加算 2、加算 3 又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算 2、加算 3 の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

(新) 指導強化加算 30点 (加算 1 の保険医療機関)

(新) 連携強化加算 30点、サーベイランス強化加算 5点 (加算 2 又は 3 の保険医療機関)

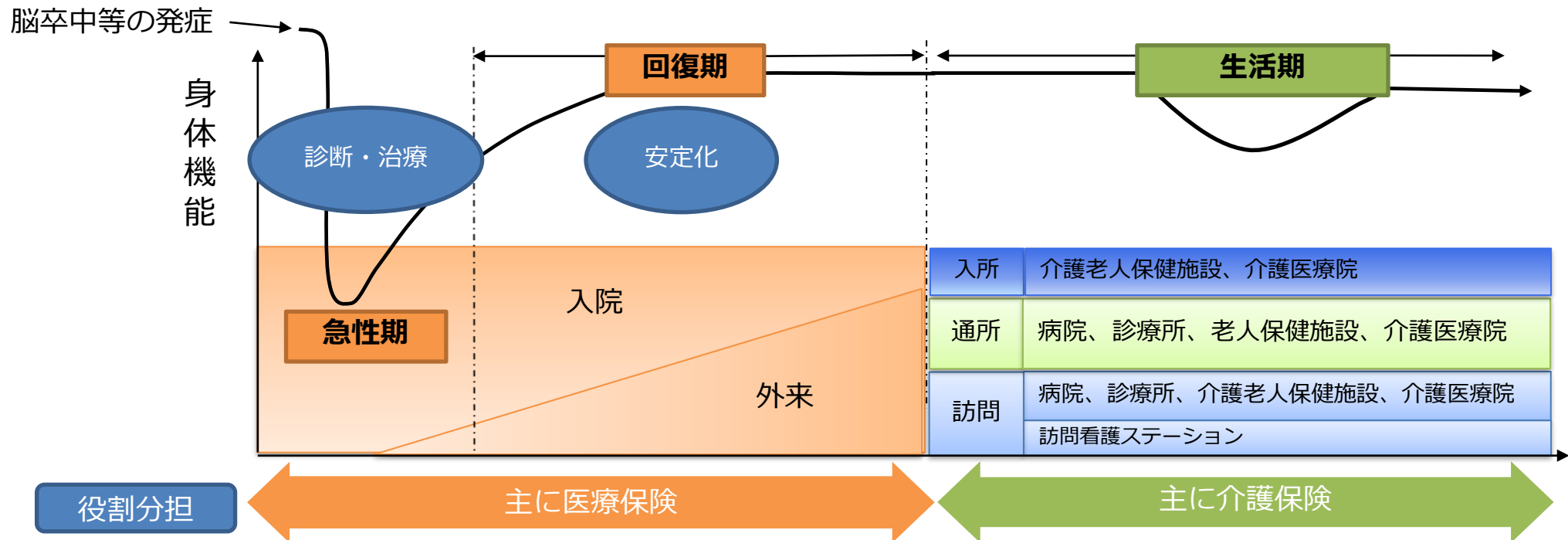


日常生活圏における医療・介護ネットワーク



生活期リハビリテーション

リハビリテーションの役割分担（イメージ）



	急性期	回復期	生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	維持・向上	維持・向上	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成(一部改変)

疾患別リハビリテーション料の概要

- H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料、H003呼吸器リハビリテーション料をまとめて、「疾患別リハビリテーション料」という。

項目名	点数	実施時間	標準的算定日数	対象疾患（抜粋）
心大血管疾患 リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 205点 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） 125点	1単位 20分	150日	○ 急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患、慢性心不全で左室駆出率40%以下等
脳血管疾患等 リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） 245点 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） 200点 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） 100点	1単位 20分	180日	○ 脳梗塞、脳腫瘍、脊髄損傷、パーキンソン病、高次脳機能障害等
廃用症候群 リハビリテーション料	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ） 180点 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ） 146点 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ） 77点	1単位 20分	120日	○ 急性疾患等に伴う安静による廃用症候群
運動器 リハビリテーション料	運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 185点 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 170点 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 85点	1単位 20分	150日	○ 上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、運動器の悪性腫瘍等
呼吸器 リハビリテーション料	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） 175点 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） 85点	1単位 20分	90日	○ 肺炎・無気肺、肺腫瘍、肺塞栓、慢性閉塞性肺疾患であって重症度分類Ⅱ以上の状態等

疾患別リハビリテーション料の見直し

疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

- 質の高いリハビリテーションを更に推進する観点から、標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合に、月に1回以上機能的自立度評価法（FIM）を測定していることを要件化する。

改定後

【リハビリテーション】

【算定要件】（概要）

- 1か月に1回以上、FIM（機能的自立度評価法）の測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断する
- リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付
- 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添2」の様式に基づき、1年間に当該疾患別リハビリテーション料を算定した患者の人数、FIM等について報告を行うこととする
(ただし、FIMの測定については、令和4年9月30日までの間にあってはこの限りではない。)

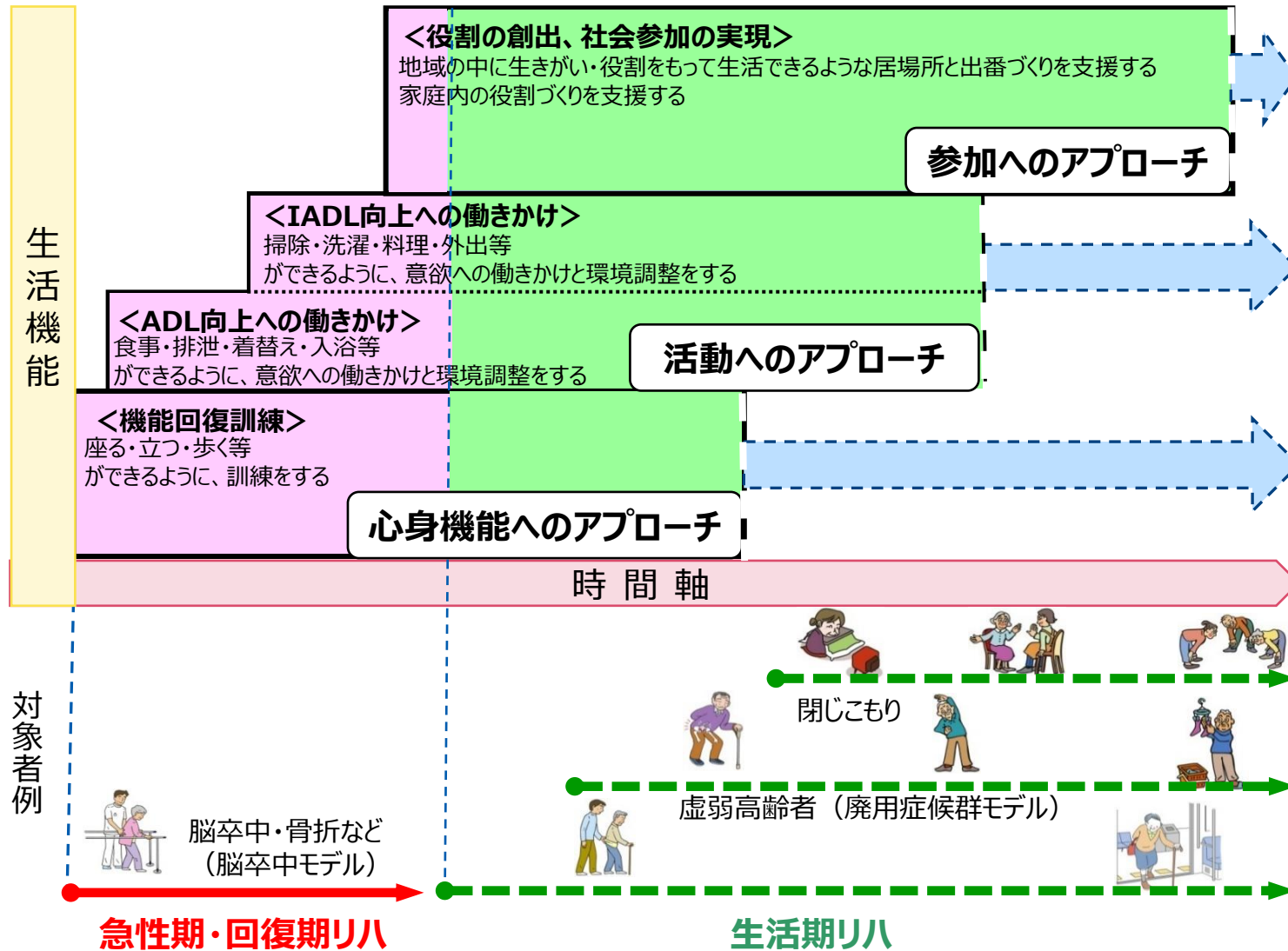
★疾患別リハビリテーション料の点数について（イメージ）
（脳血管リハビリテーション料（I）の場合）

赤枠の部分（標準的算定日数を超えた場合であって、医学的にリハビリテーションを継続して行うことが必要であると認められた場合）について、月に1回以上機能的自立度評価法（FIM）を測定していることを要件化する。

		発症した日等 ～180日まで	181日以降
標準的算定日数の上限	除外	<ul style="list-style-type: none"> 以下で、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合 <ul style="list-style-type: none"> 失語症、失認及び失行症の患者 高次脳機能障害の患者 回復期リハ病棟入院料を算定する患者 その他疾患別リハビリテーションの対象患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる場合等 以下で、治療上有効と医学的に判断される場合 <ul style="list-style-type: none"> 先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合 	245点
	対象	要介護・要支援被保険者 以外の者	245点 (月13単位まで)
		要介護・要支援被保険者 (入院中)	147点 (月13単位まで)
		要介護・要支援被保険者 (入院中以外)	

標準的算定日数を超えた場合の点数

高齢者リハビリテーションのイメージ



通所リハビリテーションの概要・人員基準・設備基準

定義

介護老人保健施設、病院、診療所その他厚生労働省令で定める施設で行う、居宅要介護者に対する、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるための理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーション

必要となる人員・設備等

通所リハビリテーションを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

・人員基準

医師	専任の常勤医師1以上 (病院、診療所と併設されている事業所、介護老人保健施設、介護医療院では、当該病院等の常勤医師との兼務で差し支えない。)
従事者 (理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、介護職員)	単位ごとに利用者10人に1以上
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	上の内数として、単位ごとに利用者100人に1以上 (所要1～2時間の場合、適切な研修を受けた看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ師で可)

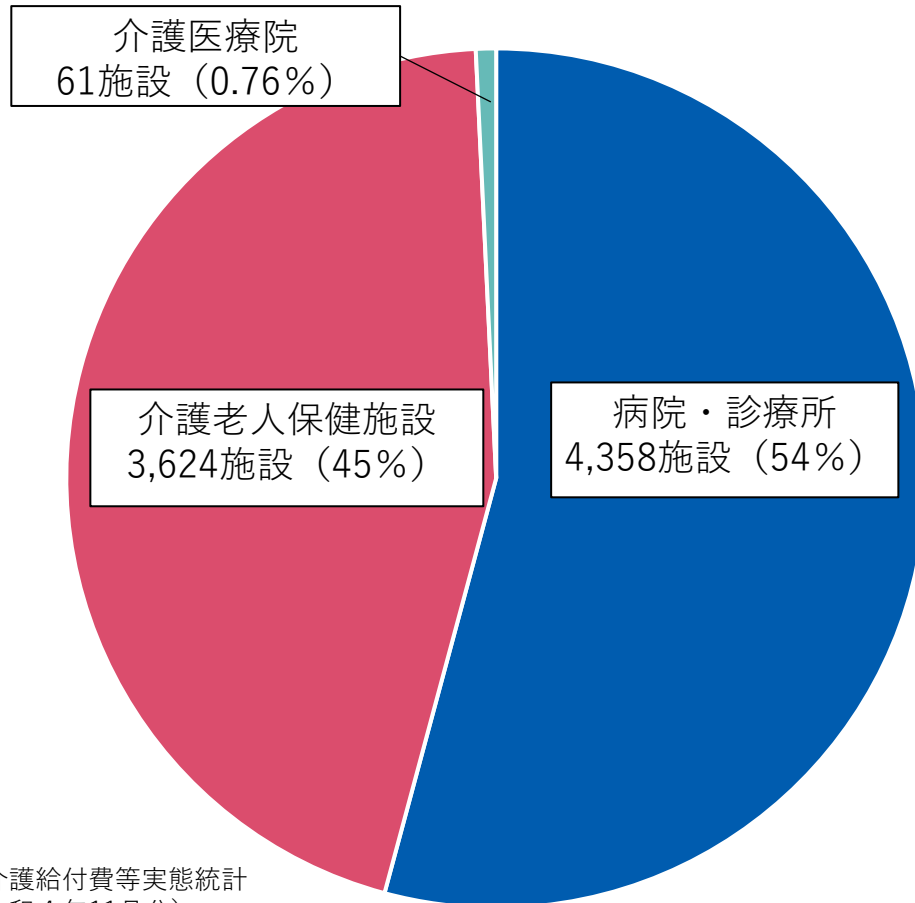
・設備基準

リハビリテーションを行う専用の部屋	指定通所リハビリテーションを行うにふさわしい専用の部屋等であって、3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上のもの。	
施設の規模	通常規模型	前年度1月当たりの平均利用延人員数が750人以内
	大規模型(Ⅰ)	前年度1月当たりの平均利用延人員数が751人以上900人以内
	大規模型(Ⅱ)	前年度1月当たりの平均利用延人員数が901人以上

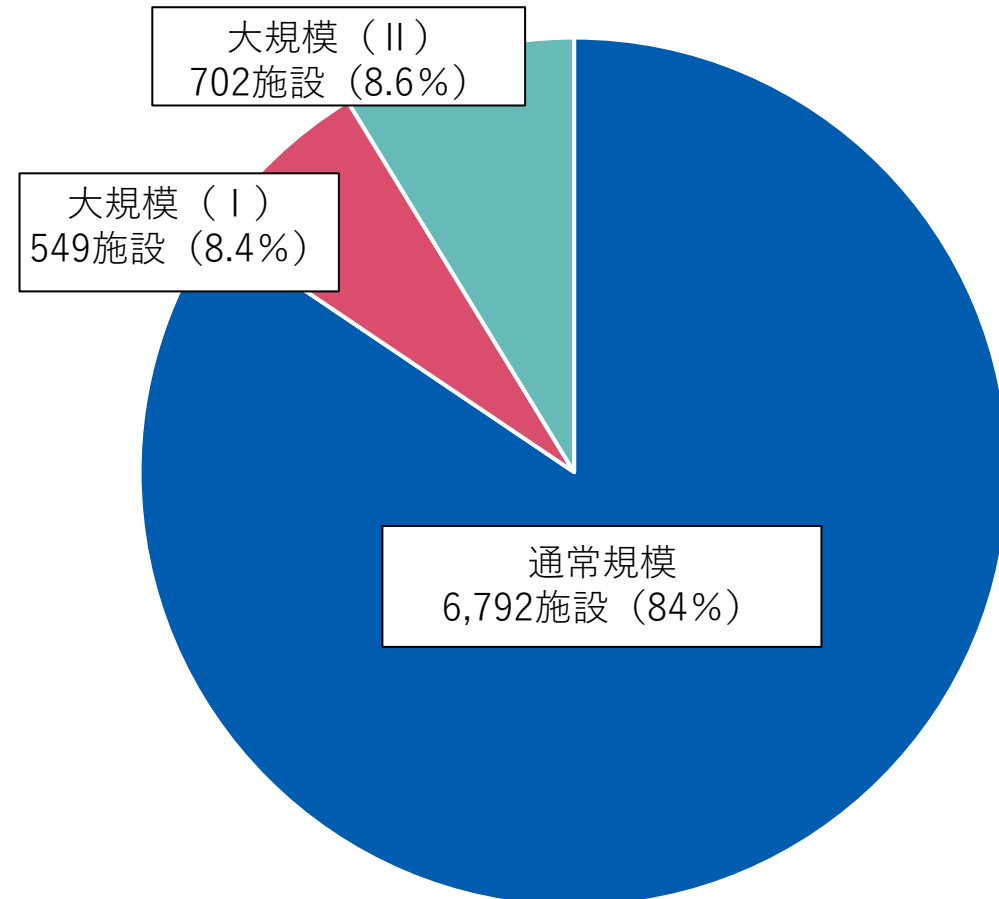
通所リハビリテーション事業所の開設者種別及び事業所規模別の内訳

- 開設者種別では、病院・診療所が約54%、介護老人保健施設が約45%となっている。
- 事業所規模をみると、通常規模が約84%、大規模（Ⅰ）、大規模（Ⅱ）事業所は、それぞれ約8%となっている。

開設者種別割合

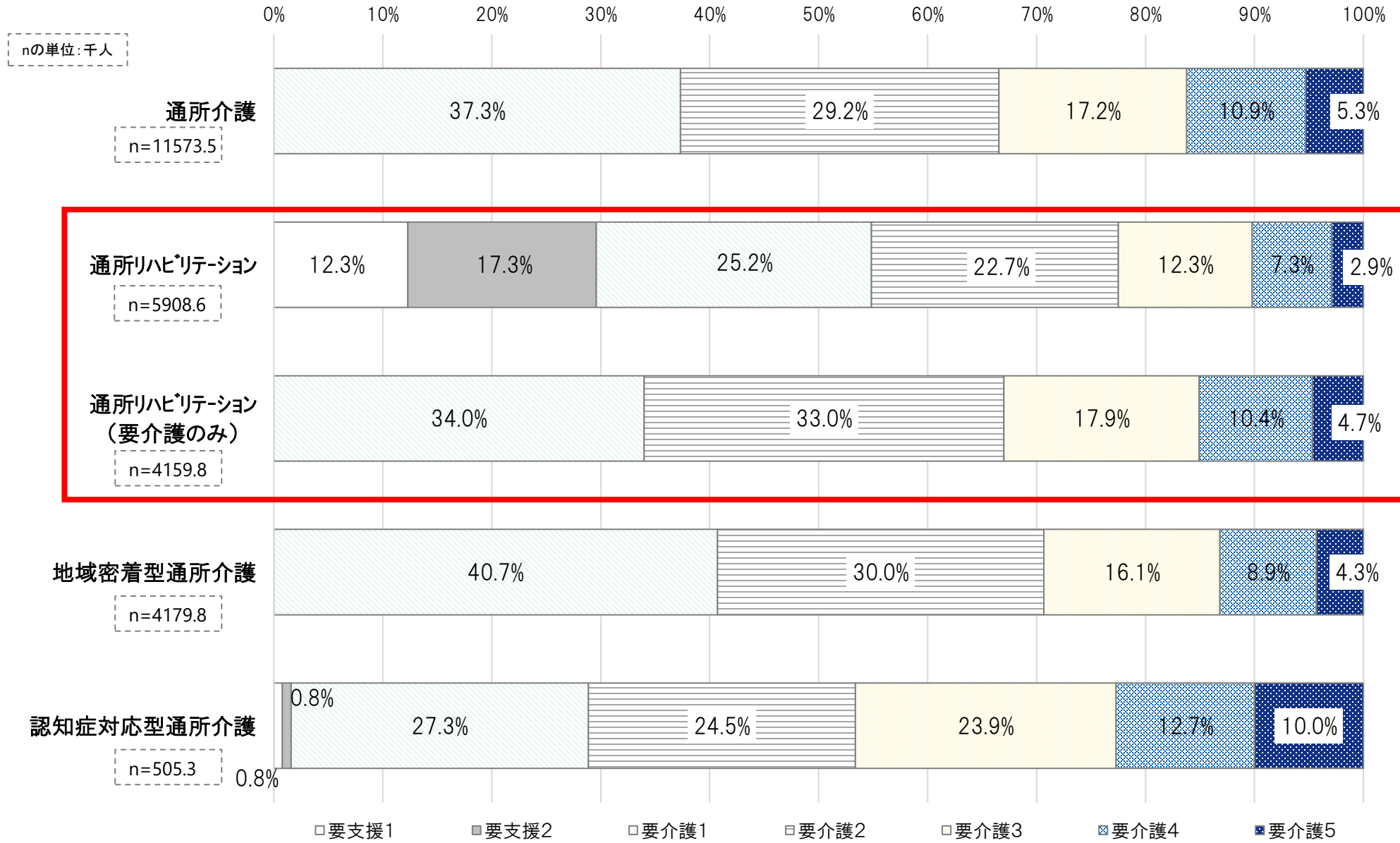


事業所規模の内訳



(出典)
厚生労働省「介護給付費等実態統計
(月報)」(令和4年11月分)

通所系サービスの要介護度割合

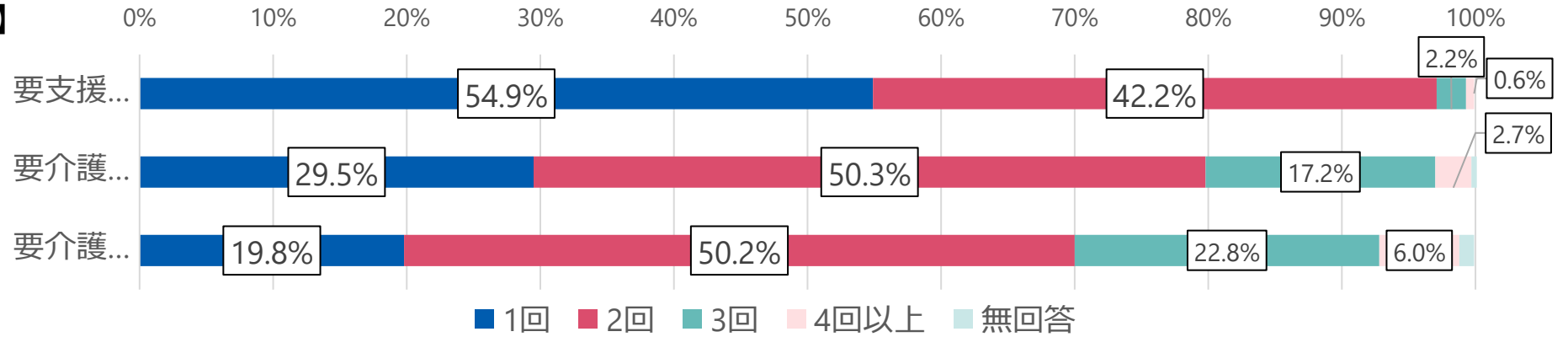


【出典】令和3年度介護給付費等実態統計(令和4年5月審査分～令和5年2月審査分)

通所リハビリテーションの利用頻度と利用時間

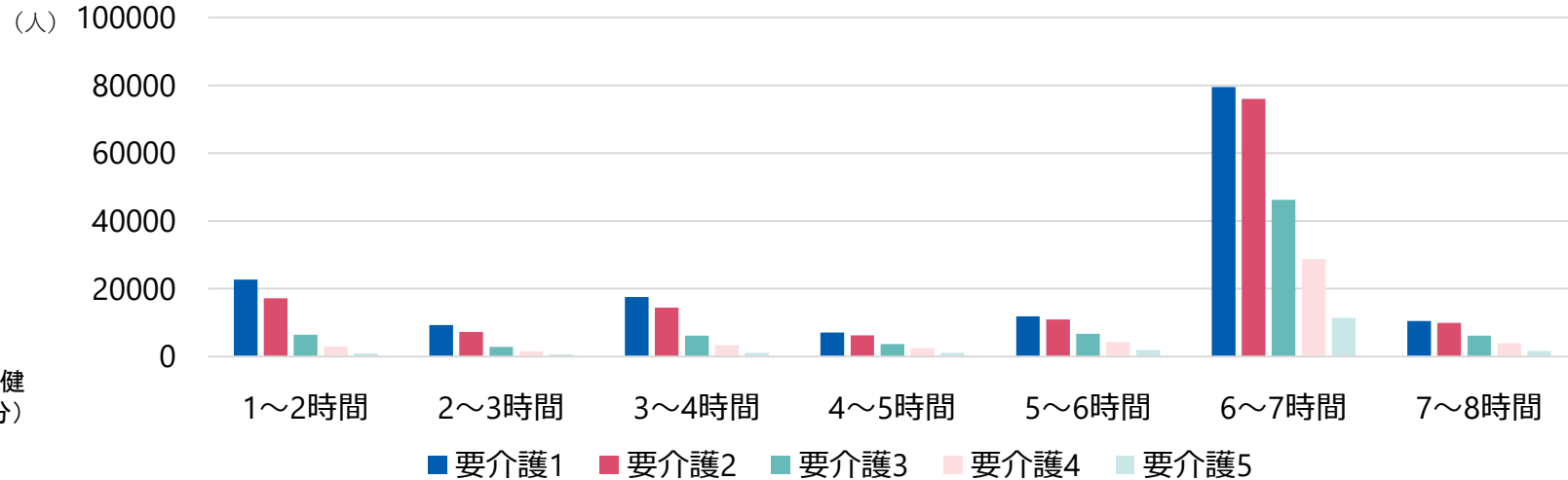
- 要支援者は、週1～2回の利用が95%以上を占め、要介護者は週1～3回の利用が90%以上を占める。
- 要介護者について、全ての要介護度で、6～7時間の利用が最も多い。

【1週あたりの利用頻度】



(出典)生活期リハビリテーションにおける適切な評価の在り方に関する調査研究事業(令和4年度 老人保健健康増進等事業)

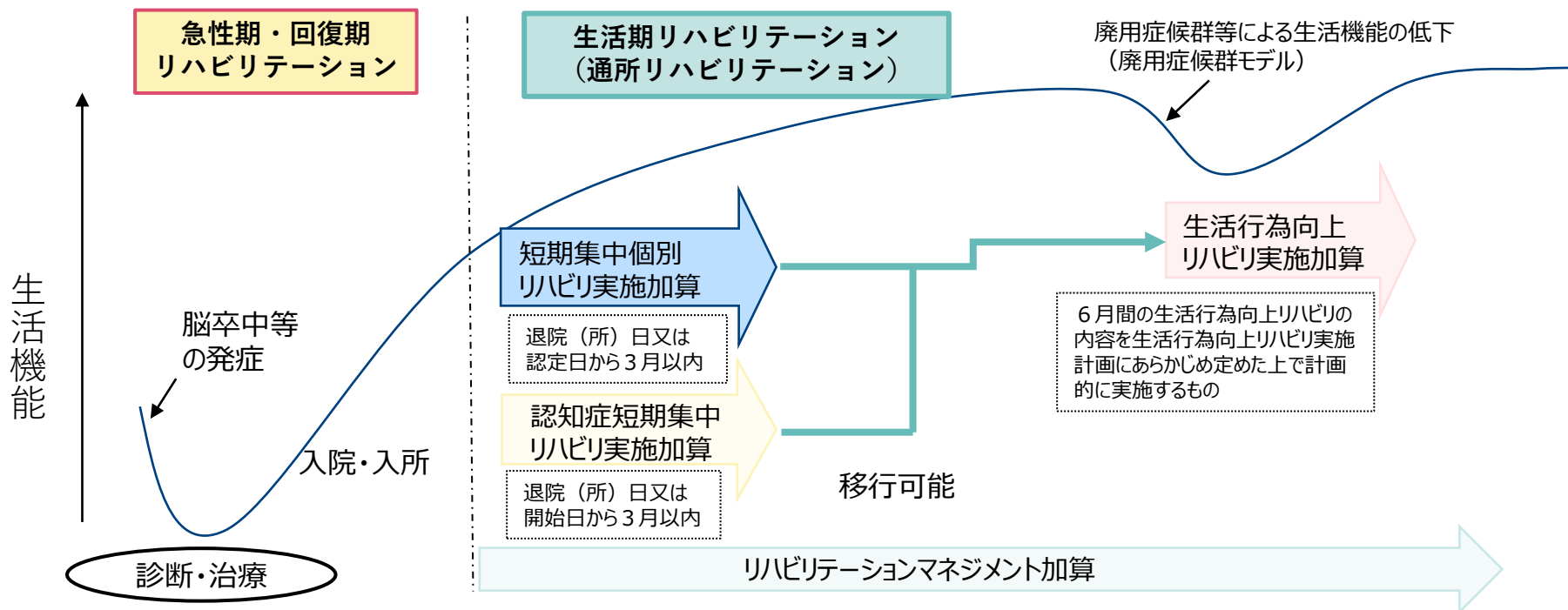
【一月あたりの利用時間別の利用人数】



(出典) 介護保険総合データベースを元に老健局老人保健課で集計(令和5年3月分)

通所リハビリテーションにおける各種加算のイメージ

- 短期集中個別リハビリテーション実施加算は退院・退所直後に集中的なりハビリテーションを実施することを目的としている。
- 生活行為向上リハビリテーション実施加算は、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者を対象に実施することを目的としている。

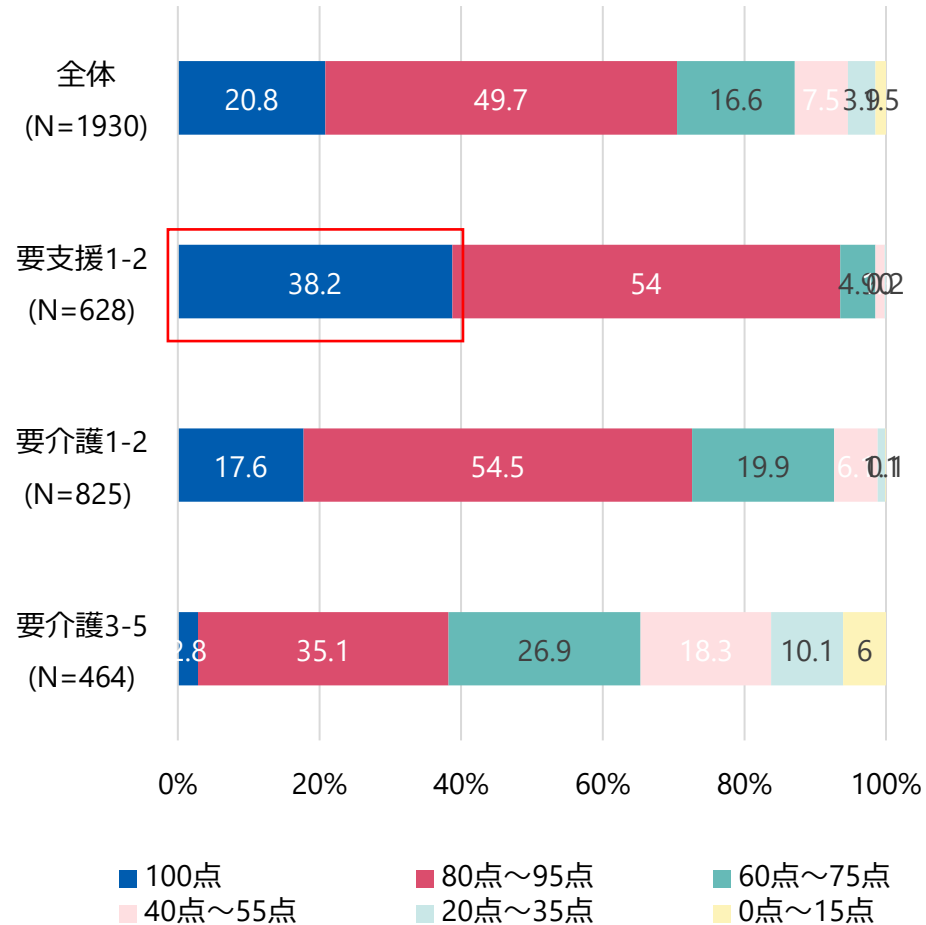


	留意事項通知における記載
短期集中リハビリテーション実施加算*	短期集中個別リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力及び応用的動作能力を向上させ、身体機能を回復するための集中的なりハビリテーションを個別に実施するものであること。 （*平成27年度の介護報酬改定において、退院（所）後間もない者に対する身体機能の回復を目的と、短期集中リハビリテーション実施加算と個別リハビリテーション実施加算は統合され、短期集中個別リハビリテーション実施加算として見直されている。）
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	認知症短期集中リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力（生活環境または家庭環境へ適応する等の能力をいう。以下同じ。）を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するものであること。
生活行為向上リハビリテーション実施加算	生活行為向上リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間の生活行為向上リハビリテーションの内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらかじめ定められた上で、計画的に実施するものであること。

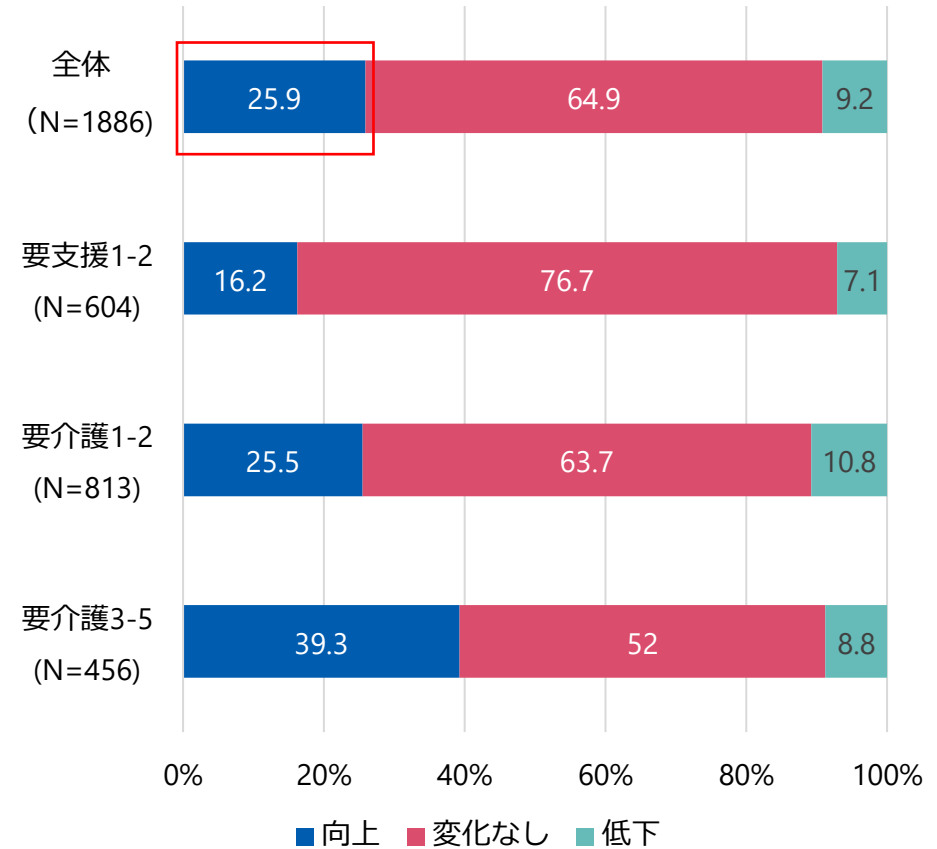
通所リハビリテーションにおけるADL

- 開始時に要支援者の38.2%においてADL評価であるBarthel Indexは満点（100点）であった。
- 利用開始から6ヶ月後のADLをみると、全体で25.9%が改善していた。

■利用者の開始時のADL（Barthel Index）



■利用開始から6ヶ月後におけるADL（Barthel Index）の点数変化

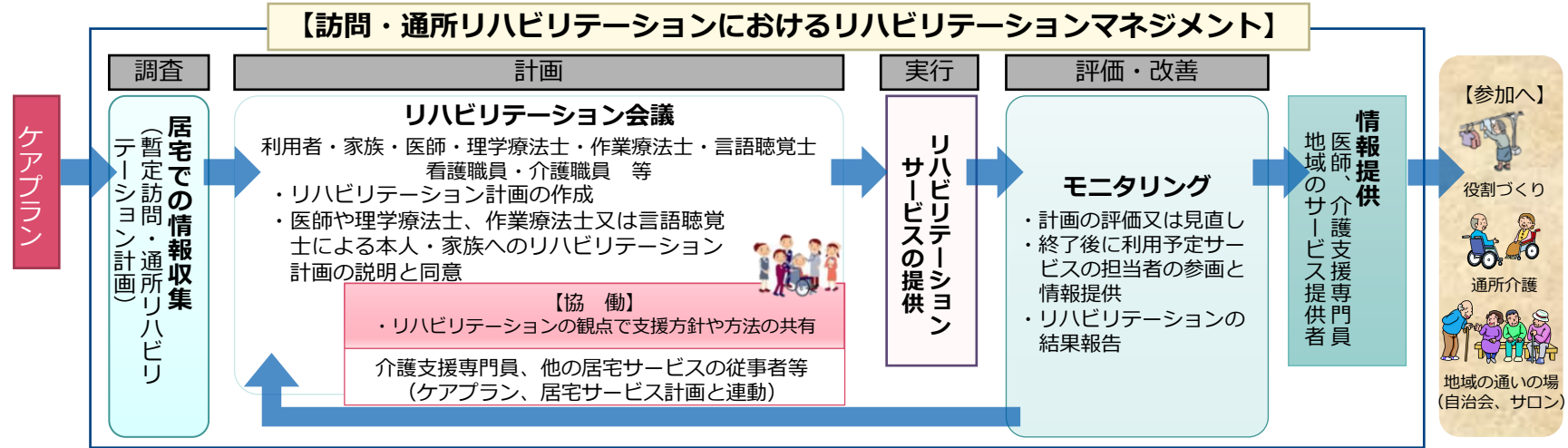


（出典）生活期リハビリテーションにおける適切な評価の在り方に関する調査研究事業（令和4年度 老人保健健康増進等事業）

リハビリテーションマネジメント加算の考え方（令和3年度介護報酬改定後）

概要

リハビリテーションマネジメント加算では調査、計画、実行、評価、改善のサイクルの構築を通じて、「心身機能」、個人として行う食事等の日常生活動作や買い物等の手段的日常生活動作といった「活動」をするための機能、家庭で役割を担うことや地域の行事に関与するといった「参加」をするための機能について、バランスよく働きかけるリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理することを評価する。



リハビリテーションマネジメントに係る要件 ※主なもの

基本報酬

【医師の指示】

医師がリハビリテーションの詳細な指示を実施。指示の内容を記録

【リハビリテーション計画】

進捗状況を定期的に評価し、必要に応じ見直しを実施

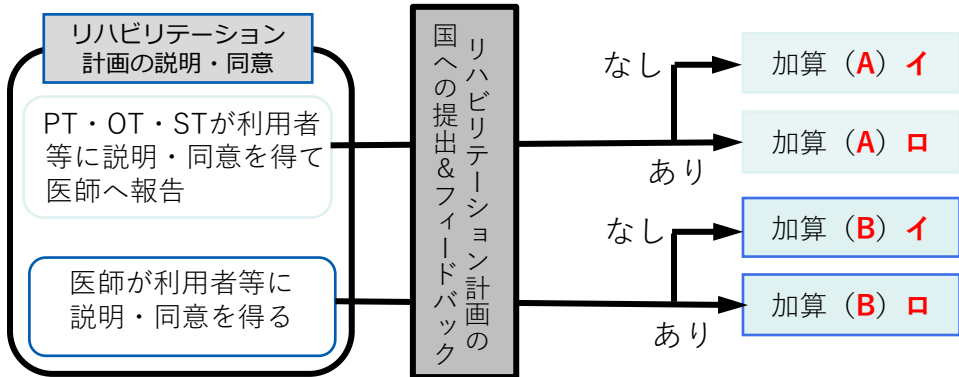
【情報連携】

PT・OT・STがケアマネを通じ、他の事業所に介護の工夫等の情報を伝達

リハビリテーションマネジメント加算の算定要件

【リハビリテーション会議】

会議を開催し、利用者の状況等を構成員と共有。会議内容を記録する。



Frenchay Activities Index (FAI) 及びLife Space Assessment (LSA) について

Frenchay Activities Index (FAI)

手段的ADL (IADL) に関する15項目を0～3点の4段階で評価する指標。日本語人における標準値が報告されている。

アセスメント項目	評価内容の記載方法
食事の用意	0：していない 1：まれにしている
食事の片付け	2：週に1～2回 3：週に3回以上
洗濯	0：していない 1：まれにしている 2：週に1回未満 3：週に1回以上
掃除や整頓	
力仕事	
買物	
外出	
屋外歩行	
趣味	
交通手段の利用	
旅行	
庭仕事	
家や車の手入れ	0：していない 1：電球の取替、ねじ止めなど 2：ペンキ塗り、模様替え、洗車 3：家の修理、車の整備
読書	0：読んでいない、 1：まれに 2：月1回程、 3：月2回程
仕事	0：していない 1：週1～9時間 2 週10～29時間 3 週30時間以上

Life Space Assessment (LSA)

個人の生活の空間的な広がりにおける移動を評価する指標。地域在住高齢者において信頼性と妥当性が検証されている。

評価点	内容
0	寝室
1	住居内 (自宅で寝ている以外の部屋)
2	居住空間のごく近くの空間 (玄関外・中庭・ベランダ・車庫などの屋外)
3	自宅近隣 (自宅の庭またはマンションの建物以外の近隣)
4	町内 (近隣よりも離れた場所)
5	町外

Baker et al. "Measuring life-space mobility in community-dwelling older adults" J Am Geriatr Soc . 2003 Nov;51(11):1610-4.

リハビリテーションマネジメント加算と機能改善の関係

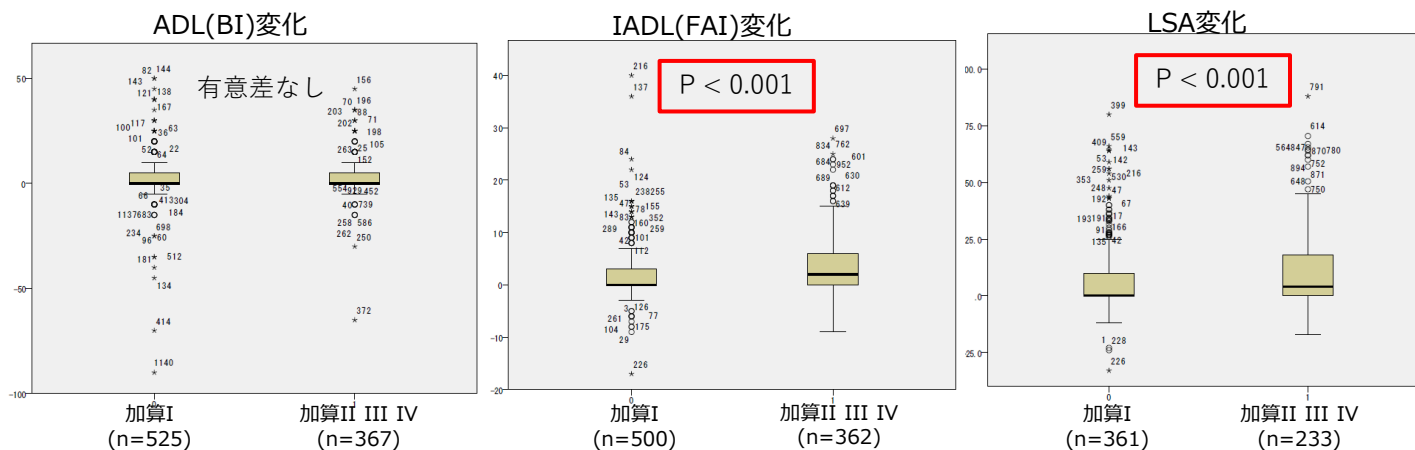
- リハマネ加算Ⅱ～Ⅳを算定する利用者は、それ以外の者と比較し、リハ開始時から6ヶ月後、手段的日常生活動作（IADL）と活動範囲（LSA*）が有意に改善している。

※LSA: Life-Space Assessment（個人の生活の空間的な広がりにおける移動を評価する指標）

利用開始時から6ヶ月後のADL, IADL, LSA変化とリハマネ加算算定との関係

	ADL(BI)変化	IADL(FAI)変化	LSA変化
リハマネ加算I	2.80 ± 10.6	2.18 ± 4.89	7.1 ± 14.6
リハマネ加算Ⅱ Ⅲ Ⅳ	3.41 ± 8.60	3.79 ± 5.48	11.5 ± 16.9

平均値 ± 標準偏差 ADLはBarthel Index, IADLはFAI(Frenchay Activities Index)を指標として使用。

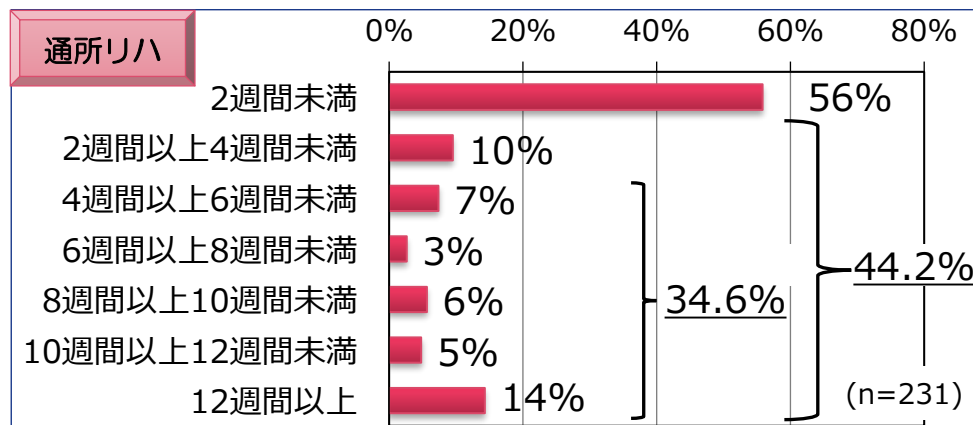
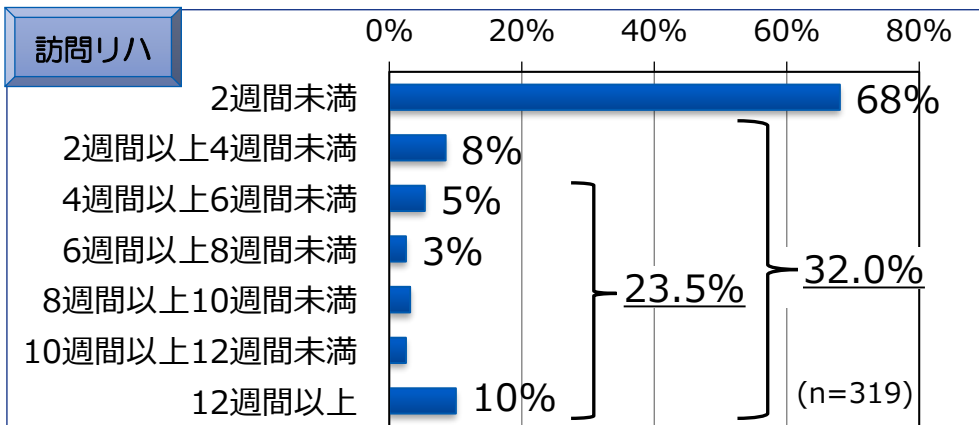


(出典) 通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業（令和元年度調査）のデータをもとに老人保健課で集計

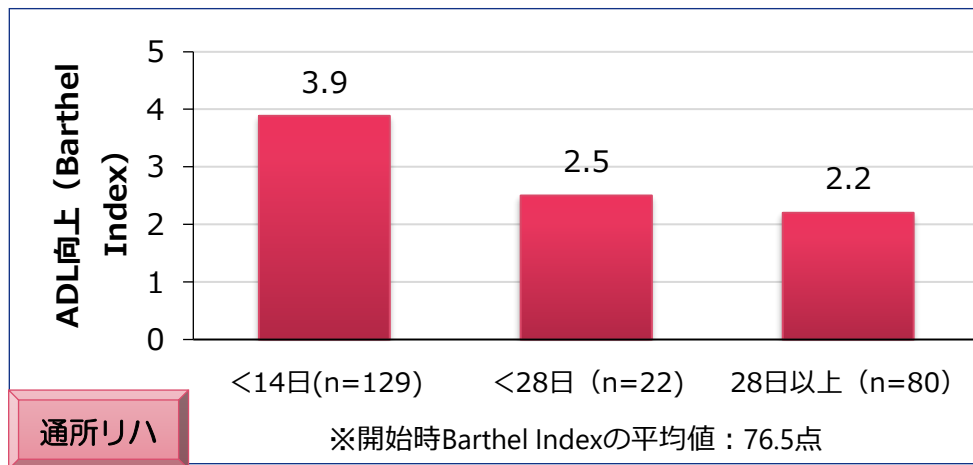
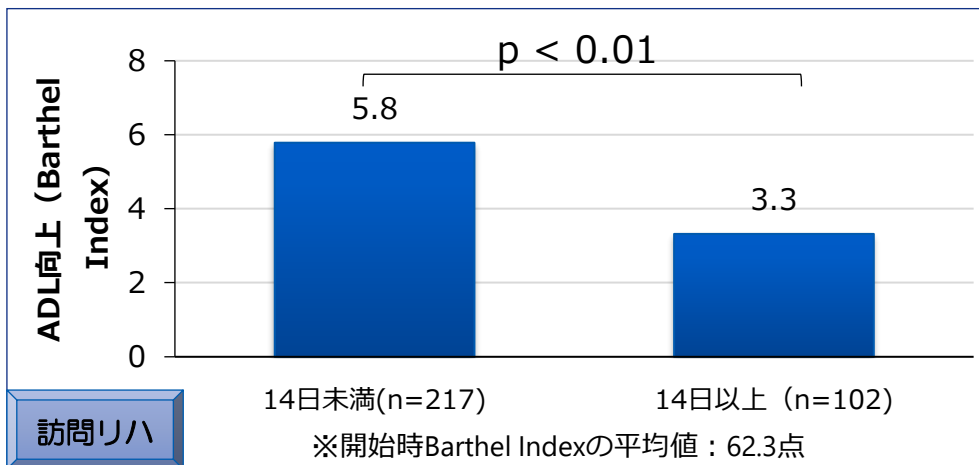
退院後のリハビリテーション利用開始までの期間と機能回復

- 退院後のリハビリテーション利用の開始について、
 - ・ 訪問リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約32%、4週間以上かかっている者が約24%
 - ・ 通所リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約44%、4週間以上かかっている者が約35%
- 退院後から訪問・通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能回復が大きい傾向が見られた。

■退院後のリハビリテーションの利用開始までの期間



■退院後のリハビリテーション開始までの期間別の機能回復の程度

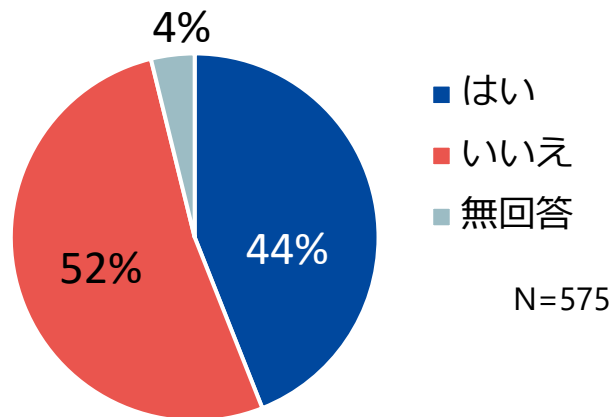


(出典)
平成27年度介護報酬改定
検証調査（平成28年度調
査）の結果を事務局で集計

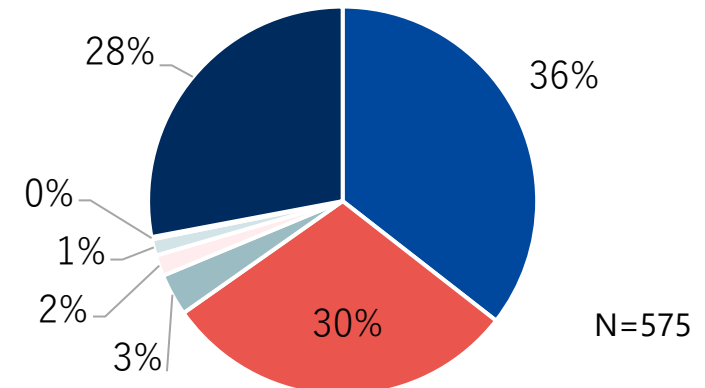
疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

- 介護保険のリハビリテーション実施者が、疾患別リハビリテーション（医療保険）のリハビリテーション実施計画書入手していたのは44%の利用者に留まっていた。同一法人または関連医療機関からの紹介以外のケースでは、入手していたのは26.8%であった。
- 28%の事例においては介護保険のリハビリテーション提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかった。

介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションの実施計画書入手していたか



介護保険のリハビリテーション事業者が把握している移行前の疾患別リハビリテーションの分類



		医療機関からリハビリテーション実施計画書入手したか		p-value*
		はい	いいえ	
同一医療法人 または関連医療機関 からの紹介	はい	215 (54.3%)	181 (45.7%)	<0.001
	いいえ	48 (26.8%)	131 (73.2%)	

※ 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから維持期・生活期リハビリテーションへの一貫したリハビリテーション手法の確立研究」（研究代表者：三上幸夫、令和2～4年度）によるアンケート調査結果

維持期・生活期のリハビリテーションへの対応

維持期・生活期リハビリテーションに係る見直し

- 要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料について、経過措置を1年間に限り延長。(平成31年4月以降、要介護・要支援被保険者等に対する疾患別リハビリテーション料の算定を認めない取扱いとする)

医療・介護間でのリハビリテーションに係る情報共有の推進

- 新しく設けた共通様式を使用して、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合の評価を新設
- 介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業(VISIT)」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を設ける。

(新) リハビリテーション計画提供料1 275点

(新) 電子化連携加算 5点

[リハビリテーション計画提供料1の算定要件]

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所に指定の様式を用いてリハビリテーションの計画書を提供していること

診療報酬改定と介護報酬改定の共通の対応

- 医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携や業務の効率化を推進するため、双方で使用可能な計画書の共通様式を設ける。
- 指定通所リハビリテーション事業所が、医療機関から指定の様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として通所リハビリテーション費の算定を開始可能とする。
- 介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを、医療保険の疾患別リハビリテーションを担う地域の医療機関において、一貫して提供することができるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和する。
- 医療保険のリハビリテーションを提供している医療機関が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の人員等の共用に関する要件を見直し、適宜緩和する。

訪問リハビリテーションの概要・基準

定義

居宅要介護者について、その者の居宅において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション

必要となる人員・設備等

訪問リハビリテーションを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

・人員基準

医師	専任の常勤医師 1 以上 (病院、診療所と併設されている事業所、介護老人保健施設、介護医療院では、当該病院等の常勤医師との兼務で差し支えない。)
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	適当数置かなければならない。

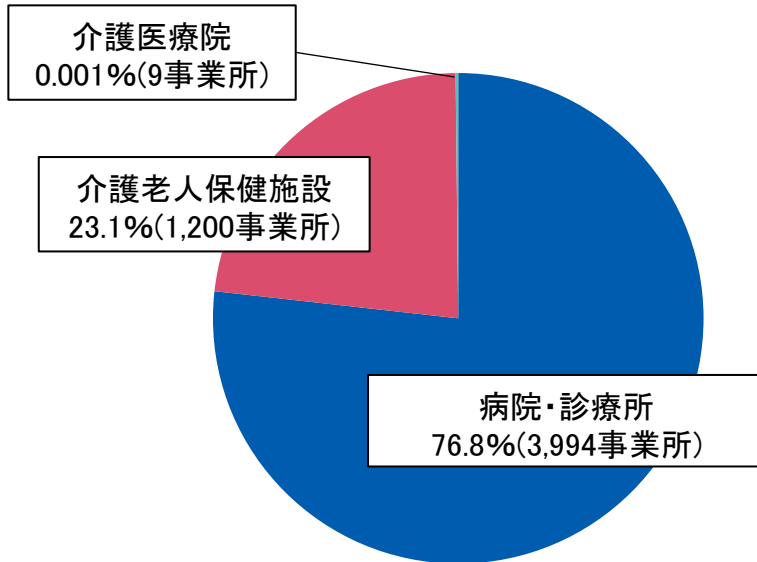
・設備基準

設備及び備品	病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること。
	指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等を備えているもの。

訪問リハビリテーション事業所について

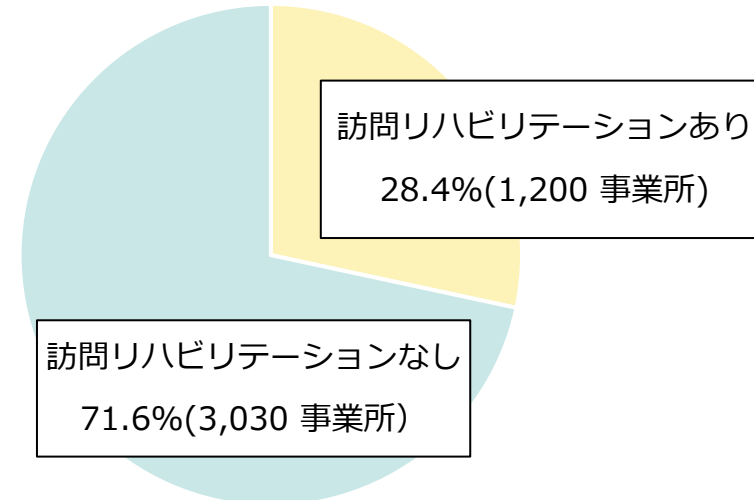
- 訪問リハビリテーション事業所の開設者種別割合は、病院・診療所が76.8%、介護老人保健施設が23.1%となっている。
- 介護老人保健施設のうち、訪問リハビリテーションを実施しているのは28.4%である。

【訪問リハビリテーション事業所の開設種別割合】



【介護老人保健施設での訪問リハビリテーションの実施】

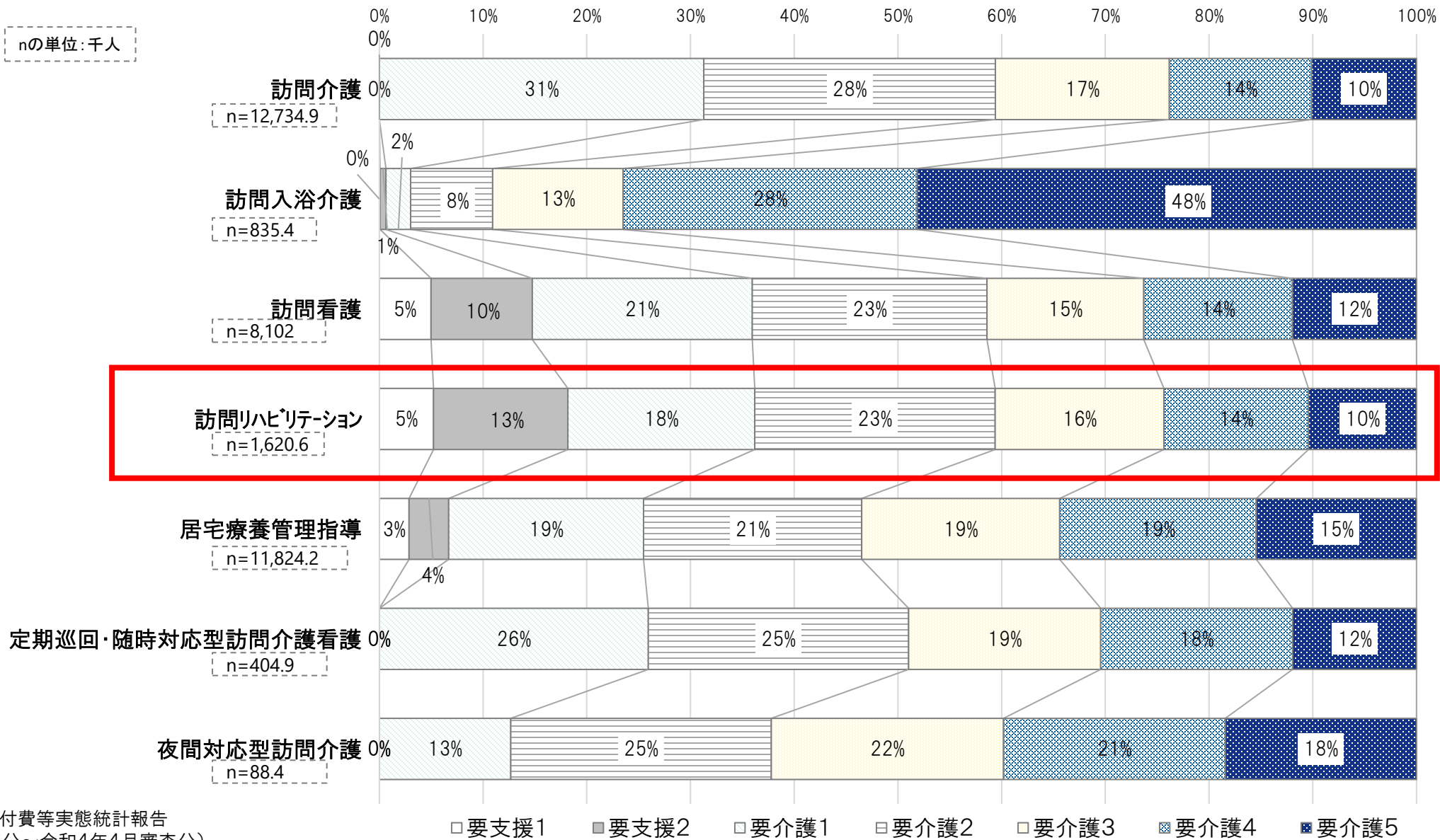
※介護老人保健施設(全4,230事業所)のうち、
訪問リハビリテーション提供している/していない事業所の割合



(出典) 厚生労働省「介護給付費等実態統計」(令和4年4月審査分)

訪問系サービスの要介護度割合

nの単位:千人



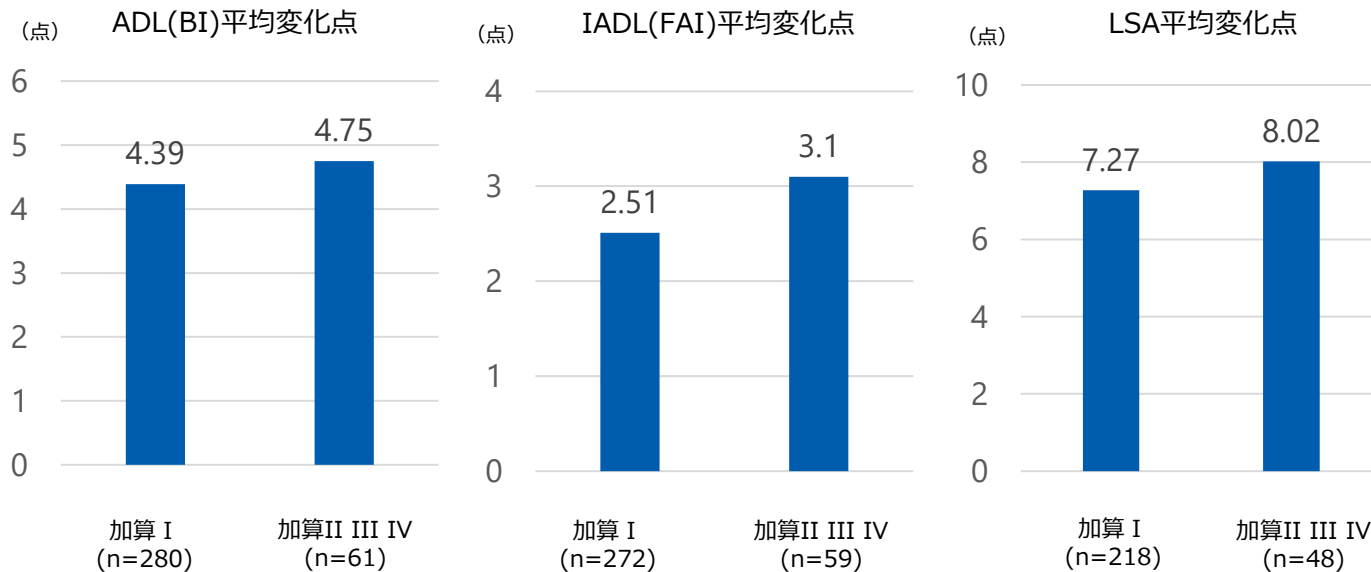
【出典】
令和3年度介護給付費等実態統計報告
(令和3年5月審査分～令和4年4月審査分)

リハビリテーションマネジメント加算と機能改善の関係

- リハマネ加算II～IVを算定する訪問リハビリテーションの利用者は、リハ開始時から6ヶ月後に、平均して、ADLの評価であるBarthel Indexは4.75点、手段的日常生活動作（IADL）の評価であるFAIは3.1点、活動範囲の評価であるLSA*は8.02点の改善を認めた。リハマネ加算Iを算定する者は、リハ開始時から6ヶ月後に、平均して、ADLは4.39点、IADLは2.51点、LSAは7.27点の改善がみられた。

※FAI : Frenchay Activities Index
※LSA: Life-Space Assessment（個人の生活の空間的な広がりにおける移動を評価する指標）

利用開始時から6ヶ月後のADL, IADL, LSA変化点とリハマネ加算算定との関係

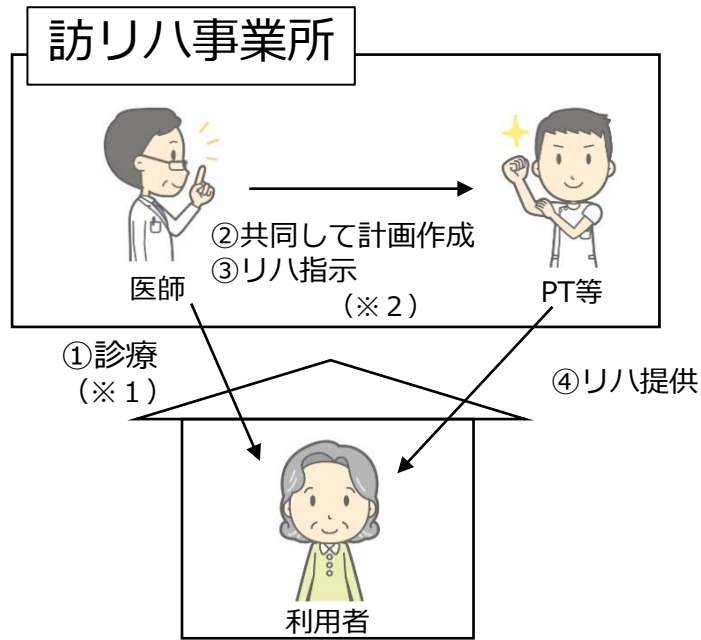


（出典）通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業（令和元年度調査）のデータをもとに老人保健課で集計

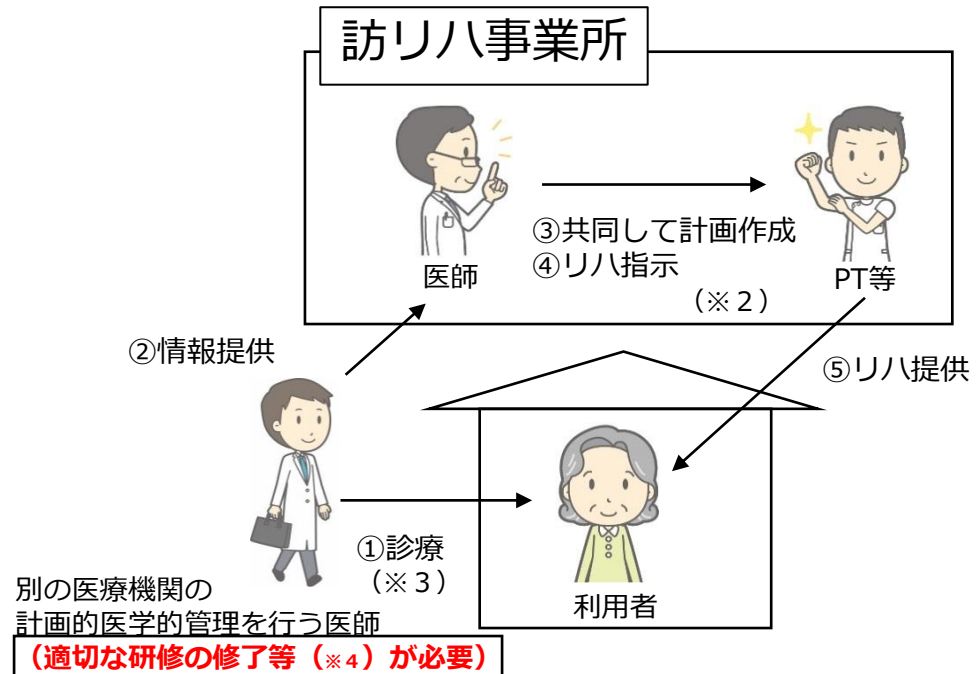
リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算

○ 訪問リハビリテーションにおける、事業所の医師の診療にかかる取り扱い【訪問リハ】

訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たす場合には、適正化した単位数で評価している。



通常の場合
307単位/回



事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合
257単位/回 (50単位減算)

※1 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が事業所を訪れて行うもの（当該事業所が医療機関である場合の外来受診の機会や、通所リハ事業所である場合の通所の機会を捉えて、計画作成に必要な診療を行うもの等）でも可。

※2 詳細な指示等の要件を満たせば、リハビリテーションマネジメント加算が算定可能。

※3 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が当該医療機関を訪れて行うもの（外来受診の機会を捉えて行うもの等）でも可

※4 「適切な研修の修了等」については、令和6年3月31日まで適用猶予

※5 適切な研修の修了等は、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修

日医かかりつけ医機能研修制度

【目的】

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

【実施主体】

本研修制度の実施を希望する都道府県医師会

平成28年4月1日より実施

【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践

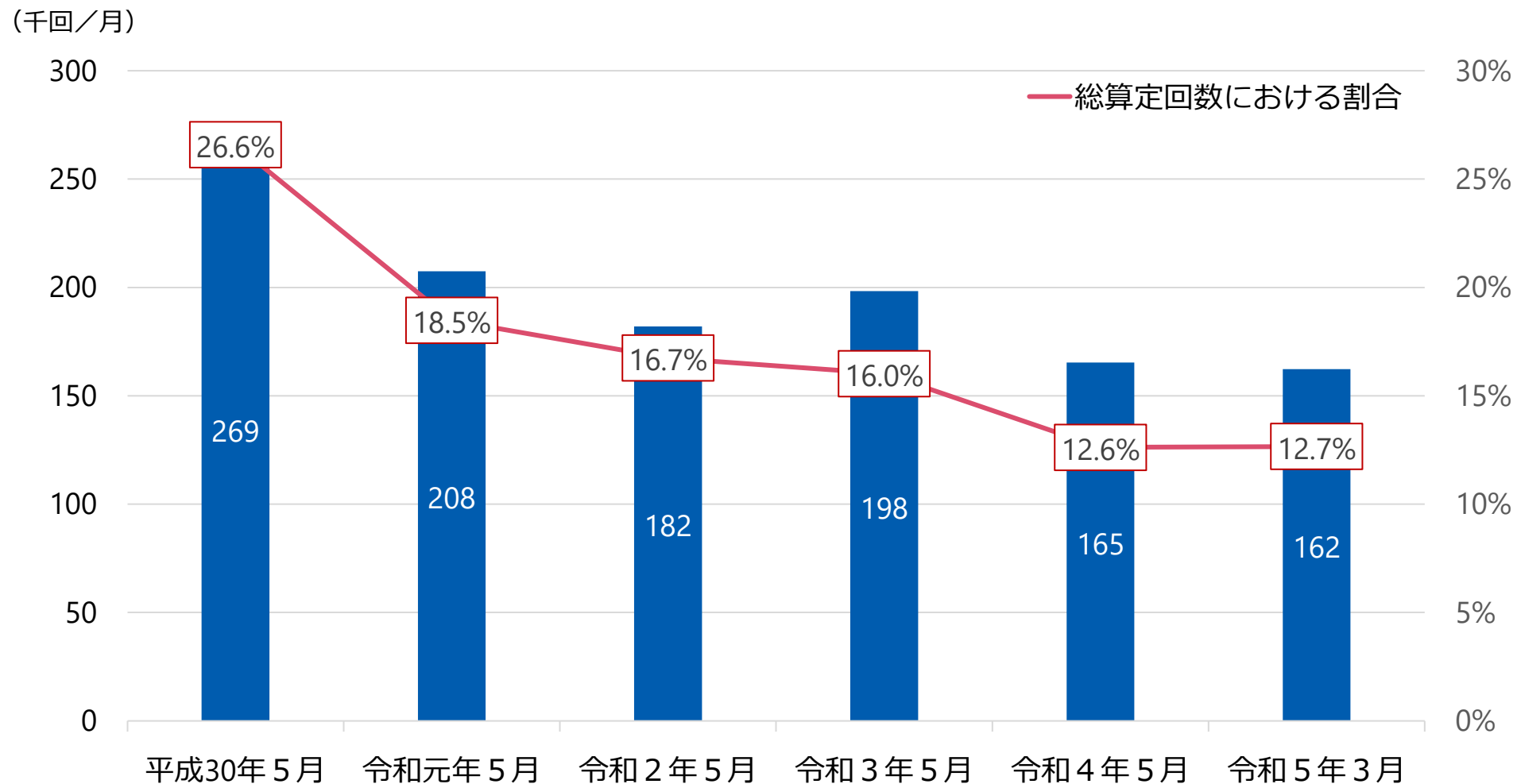


【研修内容】

基本研修	応用研修	実地研修
日医生涯教育認定証の取得。	日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および都道府県・郡市区医師会が主催する研修等の受講。 <i>規定の座学研修を10単位以上取得</i>	社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。 <i>規定の活動を2つ以上実施（10単位以上取得）</i>

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より証書の発行（有効期間3年）。

リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算の算定回数



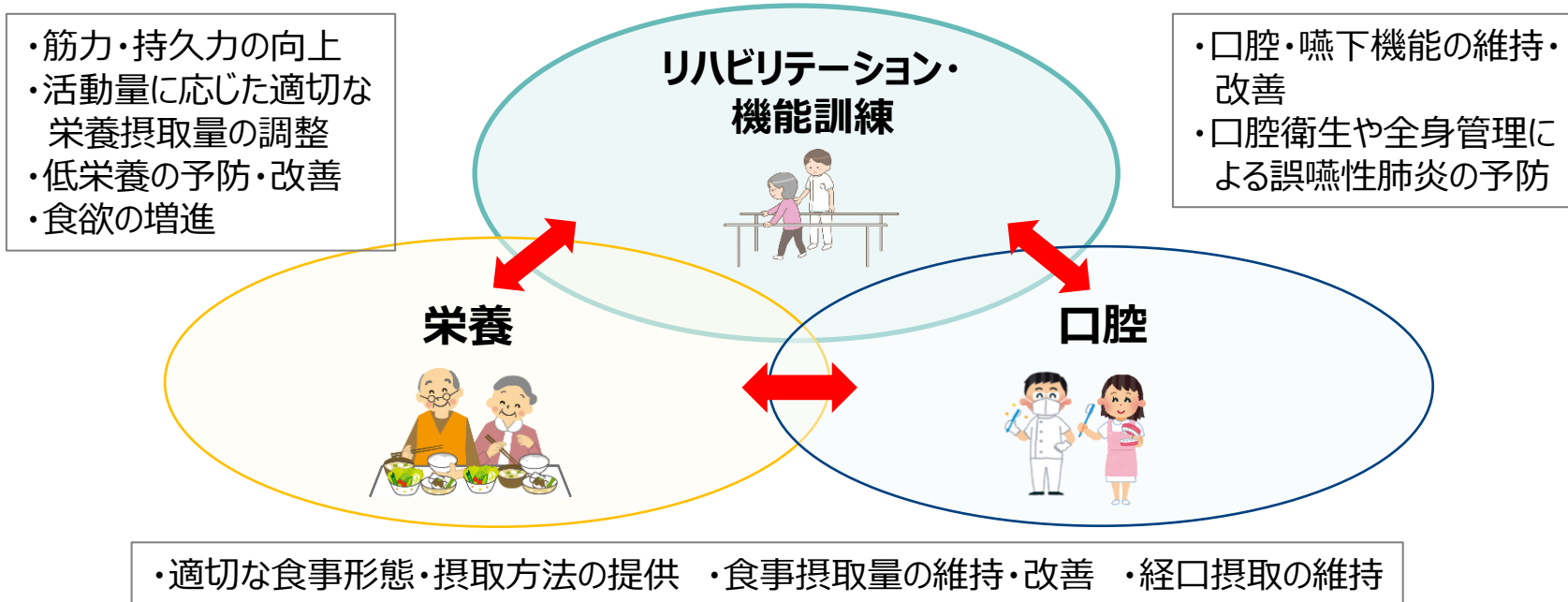
※訪問リハビリテーションの算定回数は、20分で1回としている。そのため、訪問回数と算定回数は一致しない。

(出典)厚生労働省「介護給付費実態統計」

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。

入院関連機能障害について


- 入院による安静臥床を原因とする歩行障害、下肢・体幹の筋力低下などの機能障害(特に運動障害)は、入院関連機能障害と呼称され、全入院患者の30-40%に発生すると報告されている¹。
- 入院関連機能障害のリスクとしては以下が報告されている。

入院関連機能障害のリスク因子²⁻⁵

- 高齢であること(特に85歳以上)
- 入院前のADL低下
- 認知機能低下
- 歩行機能障害
- 栄養状態不良(低アルブミン血症)
- 悪性腫瘍の既往
- 脳卒中の既往 等

1. Ettinger WH. Can hospitalization-associated disability be prevented? JAMA. 2011;306:1800-1.
2. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med. 1996;156:645-52.
3. Mehta KM, Pierluissi E, Boscardin WJ, Kirby KA, Walter LC, Chren M-M, et al. A clinical index to stratify hospitalized older adults according to risk for new-onset disability. J Am Geriatr Soc. 2011;59:1206-16.
4. Mahoney JE, Sager MA, Jalaluddin M. Use of an ambulation assistive device predicts functional decline associated with hospitalization. J Gerontol Med Sci. 1999;54A:M83-8.
5. Lindenberger EC, Landefeld CS, Sands LP, Counsell SR, Fortinsky RH, Palmer RM, et al. Ungaitedness reported by older hospitalized patients predicts functional decline. J Am Geriatr Soc. 2003;51:621-6.

主なリハ・栄養・口腔加算等における各種計画書



栄養ケア計画書 (施設) (様式例) 別紙2

氏名: 年齢: 性別: 入院日: 退院日: 転居日: 転居先: 転居理由: 転居日: 転居先: 転居理由:

利用後及び家族の意向

解決すべき課題(ニーズ)

長期目標と期間

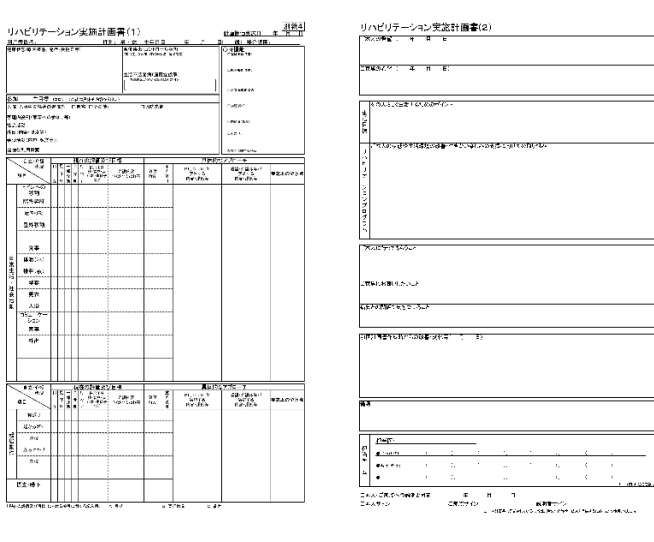
短期目標と期間	栄養ケアの具体的な内容	担当者	達成	期間
① 栄養状態の悪化を予防する				
② 栄養状態の悪化を予防する				
③ 栄養状態の悪化を予防する				

特記事項

栄養ケア提供経過記録

日	サービス提供項目

栄養ケア計画書



リハビリテーション実施計画書(1)

リハビリテーション実施計画書(2)

本人・家族の希望

解決すべき課題・目標

実施項目	実施内容	担当者	達成	期間

リハビリテーション実施計画書



口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録 別紙3

氏名: 性別: 年齢: 入院日: 退院日: 転居日: 転居先: 転居理由:

1. 口腔機能改善管理指導計画

本人・家族の希望

解決すべき課題・目標

【実施計画】(実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」に記入する。)

実施項目	実施内容	担当者	達成	期間

2. 口腔機能向上サービスの実施記録 (実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。)

実施項目	実施内容	担当者	達成	期間

口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録

各種計画書	共通する項目	固有の項目
リハビリテーション実施計画書	本人家族の希望 解決すべき課題・目標	心身機能、ADL、IADLの状況 リハビリテーションプログラム等
栄養ケア計画書	本人家族の希望 解決すべき課題・目標	栄養補給・食事 栄養食事相談 他職種による課題の解決など
口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録	本人家族の希望 解決すべき課題・目標	口腔・嚥下に関する指導・機能訓練の項目

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（通所系）

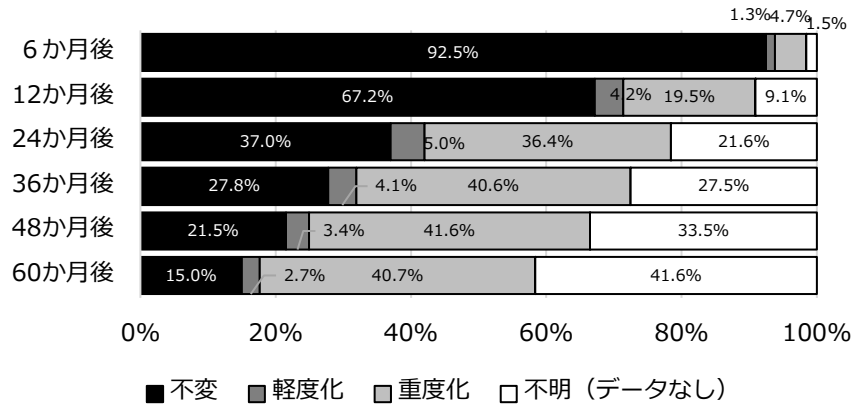
記載例

氏名：	○○ ○○ 殿	サービス開始日：	X年 7月 10日
		初回作成日：	X年 7月 19日
作成者：	リハ ○○ ○○ (PT)	栄養 ○○ ○○ (RD)	口腔 ○○ ○○ (DH)
		作成（変更）日：	年 月 日
利用者及び家族の意向	①落ちた筋力を取り戻したい。（ご本人）		
	②負担なく調理可能な栄養のあるメニューを教えてください。（ご家族）		
	③口腔体操等でいつまでもごはんをおいしく食べたい。（ご本人・ご家族）		
	説明日	X年 7月19日	
		説明者	○○ ○○
	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養	口腔
解決すべき 課題 (ニーズ)	<ul style="list-style-type: none"> ・フレイルに伴う下肢筋力低下 ・低栄養（体重減少） ・もともと俳句サークルに所属し再開を希望 	低栄養状態のリスク（ <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高） <ul style="list-style-type: none"> ・外出の機会が減り、半年で約6kg体重減少（-10.6%/6か月） ・週3回の通所利用日以外は、生活が不規則で欠食も多い ・家では、妻が食事の準備をしているが、夫は偏食で、妻自身も体力が落ちてきているため、毎日の調理が負担 	<ul style="list-style-type: none"> ■口腔衛生状態（<input type="checkbox"/>口臭、<input type="checkbox"/>歯の汚れ、 ■義歯の汚れ、<input type="checkbox"/>舌苔） ■口腔機能の状態（<input type="checkbox"/>食べこぼし、<input type="checkbox"/>舌の動きが悪い ■むせ、■痰がらみ、■口腔乾燥） ■歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、 歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 <input type="checkbox"/>音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/>その他（ ） 【記入者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士

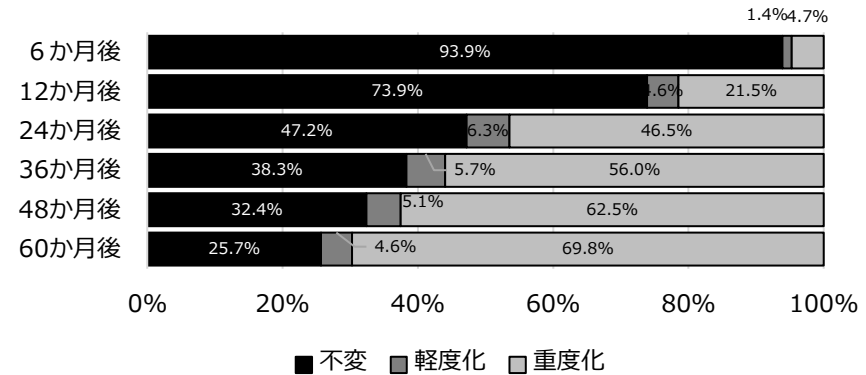
<p>長期目標・ 期間</p>	<p>(心身機能) ・ 下肢筋力の向上 (活動) ・ 杖を用いて屋外歩行自立 ・ 活動量の保持 (4000歩/日) (参加) ・ 俳句サークルへ復帰する</p>	<p>・ 行きたい場所 (俳句サークル) に外出できる体力を取り戻す ・ 体重を6kg増やす</p> <p style="text-align: right;">【6か月】</p>	<p>■ 口腔衛生 (□維持、■改善 (月2回、歯科衛生士による口腔清掃及び口腔清掃指導)) ■ 摂食・嚥下機能 (□維持、■改善 (口腔体操を実施, 自宅で継続するよう指導)) ■ 食形態 (■維持、□改善 ()) □ 音声・言語機能 (□維持、□改善 ()) ■ 誤嚥性肺炎の予防 ■ その他 (修復物脱離、進行したう蝕の疑いあり、受診勧奨)</p> <p>【計画立案者】 □ 看護職員 ■ 歯科衛生士 □ 言語聴覚士</p>
<p>短期目標・ 期間</p>	<p>(心身機能) ・ 下肢筋力の向上 (活動) ・ 杖を用いて屋外歩行が見守りで可能 ・ 日中の活動量の向上、自主トレの定着 (参加) ・ 介助者と外出が可能</p>	<p>・ 毎日3食おいしく食べて、日中は身体を動かし、規則正しい生活を送る ・ 妻の負担にも配慮し、簡単に嗜好に合ったバランスのよい食事をとり体重を3kg増やす</p> <p style="text-align: right;">【3か月】</p>	<p>【計画立案者】 □ 看護職員 ■ 歯科衛生士 □ 言語聴覚士</p>
<p>具体的な ケア内容</p>	<p>・ スクワット等の筋力増強訓練 (負荷量については栄養摂取量に応じて調整) ・ 屋内外の歩行訓練 (歩行補助具の検討)、応用歩行訓練 (階段・段差) ・ 自宅の環境調整</p> <p>担当職種：理学療法士、 期間：X年7月～ 頻度：週3回、時間：40分/回</p>	<p>・ 居宅を訪問し、妻に献立の助言を行う ・ ご本人様に、嗜好に合ったバランスのよい食事やリハビリを効果的に行うための適量について、分かりやすく説明する ・ リハビリを行う日は、栄養補助食品 (分岐鎖アミノ酸) を追加する</p> <p>担当職種：管理栄養士 期間：X年7月～、頻度：月2回</p>	<p>■ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ■ 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 □ 音声・言語機能に関する指導 □ その他 ()</p> <p>【サービス提供者】 □ 看護職員 ■ 歯科衛生士 □ 言語聴覚士</p>
<p>算定加算</p>	<p>□ リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ □ リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ □ リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ ■ リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ □ 個別機能訓練加算 (I) □ 個別機能訓練加算 (II) □ 口腔・栄養スクリーニング加算 □ 栄養アセスメント加算 ■ 栄養改善加算 □ 口腔機能向上加算 (I) ■ 口腔機能向上加算 (II)</p>		

要介護度に着目した要介護度の推移

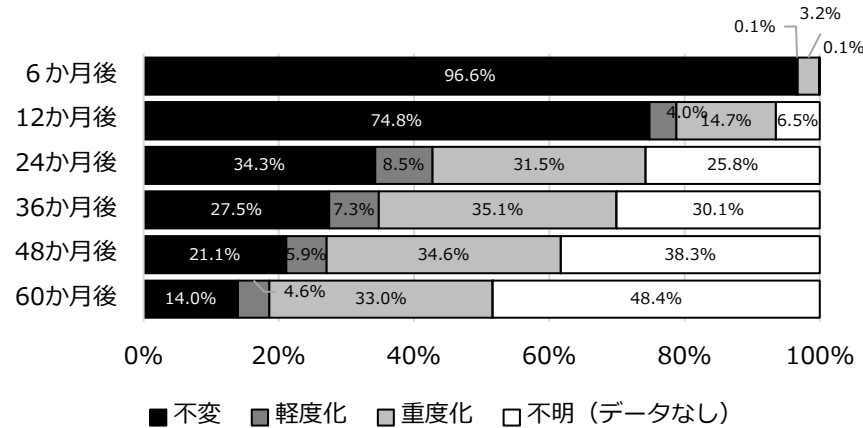
要介護1（更新申請）



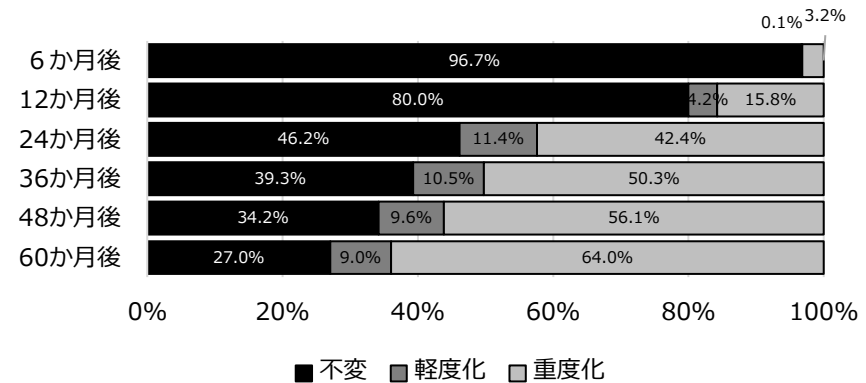
要介護1（更新申請） ※不明（データなし）を除いた割合



要介護2（更新申請）



要介護2（更新申請） ※不明（データなし）を除いた割合



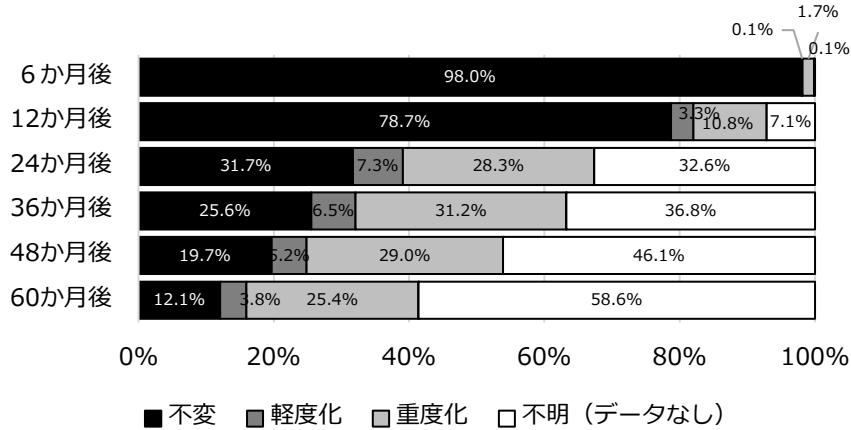
※ 出典：介護保険総合データベース（令和4年8月集計）。

注1）平成28年4～9月に認定された方の各時点の状況。

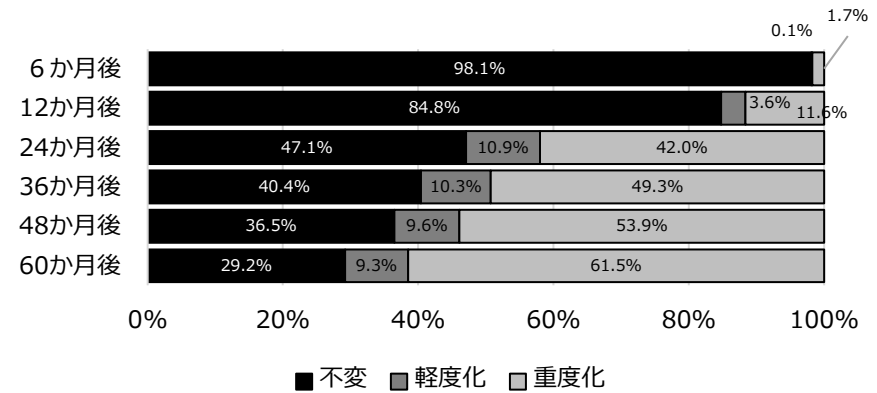
注2）「不明（データなし）」の場合は、死亡・転居・更新申請をしていない等の理由により、介護給付を受けていない者であると考えられる。

要介護度に着目した要介護度の推移

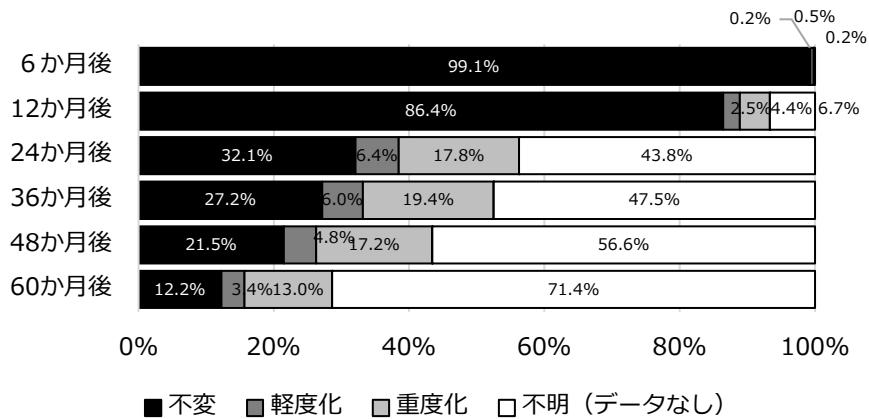
要介護3（更新申請）



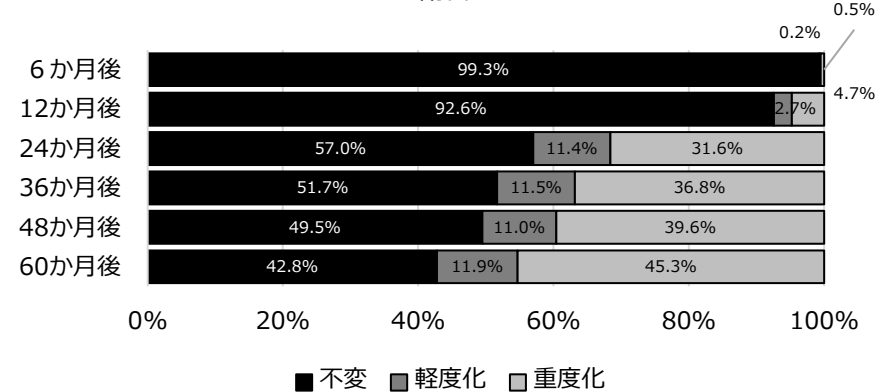
要介護3（更新申請） ※不明（データなし）を除いた割合



要介護4（更新申請）



要介護4（更新申請） ※不明（データなし）を除いた割合



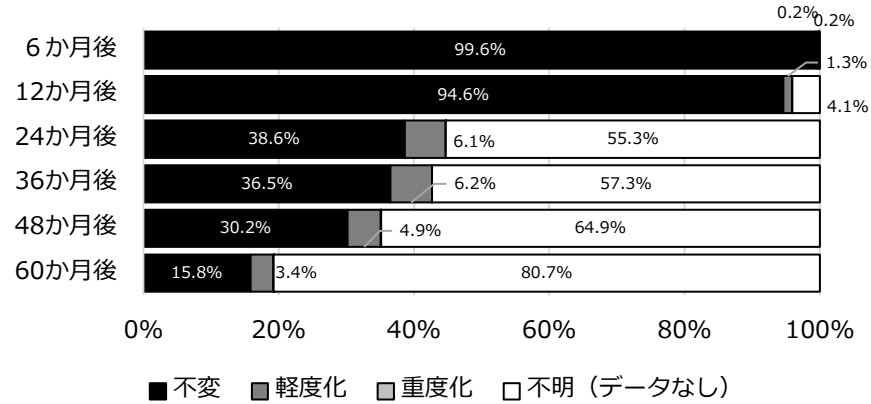
※ 出典：介護保険総合データベース（令和4年8月集計）。

注1）平成28年4～9月に認定された方の各時点の状況。

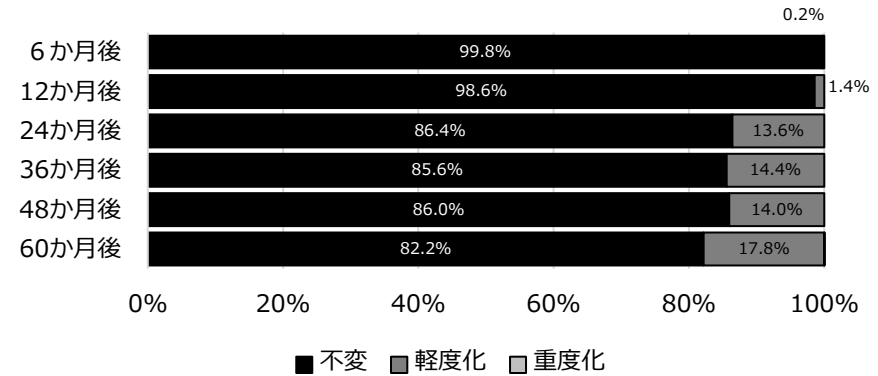
注2）「不明（データなし）」の場合は、死亡・転居・更新申請をしていない等の理由により、介護給付を受けていない者であると考えられる。

要介護度に着目した要介護度の推移

要介護5（更新申請）



要介護5（更新申請） ※不明（データなし）を除いた割合



※ 出典：介護保険総合データベース（令和4年8月集計）。

注1）平成28年4～9月に認定された方の各時点の状況。

注2）「不明（データなし）」の場合は、死亡・転居・更新申請をしていない等の理由により、介護給付を受けていない者であると考えられる。

尊厳の保障へ向けて

好き好んで病気や障害をきたしている人はいるはずもなく、誰もがその人にとっての本来の普通の生活を望んでおり、その生活の実現すなわち尊厳の保障を実行することが我々の役割である。