

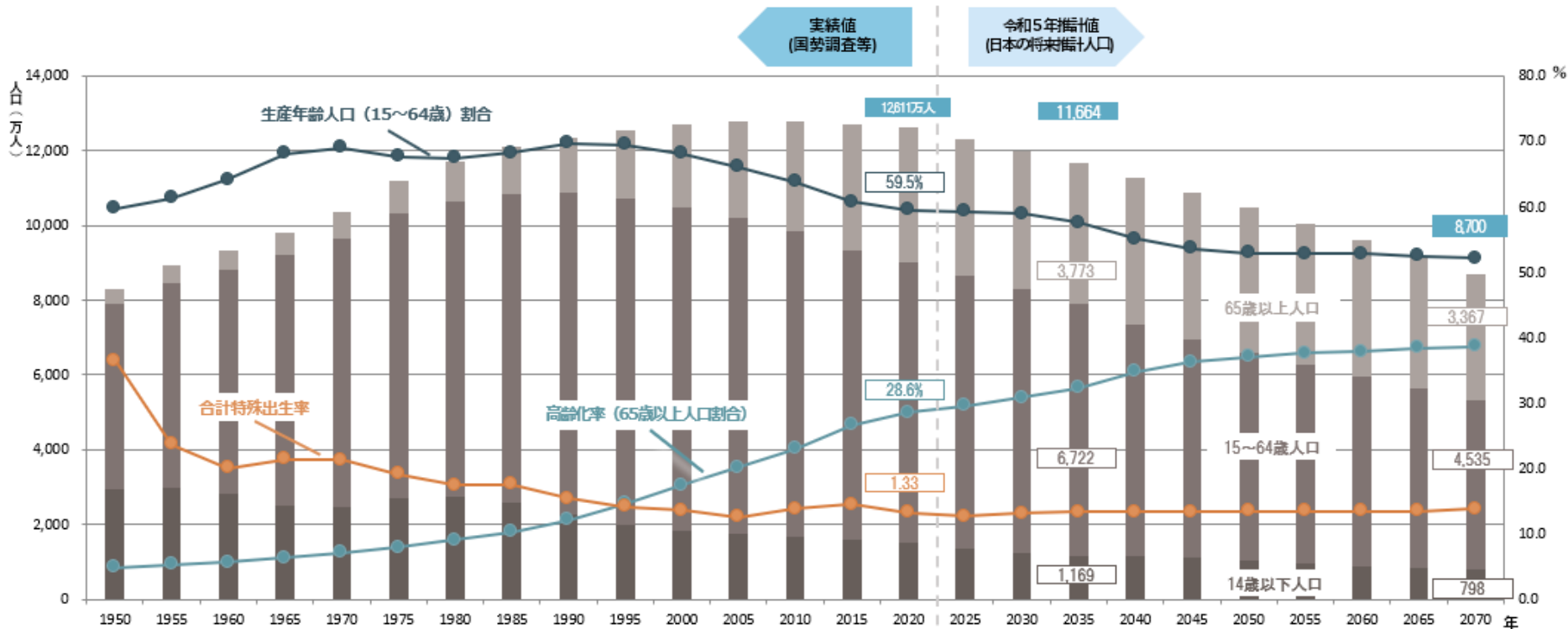
事前学習 総論

# 在宅医療における かかりつけ医の役割

公益社団法人 日本医師会  
常任理事 江澤 和彦

# 日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



	2015年	2020年	2025年	2070年
65歳以上高齢者人口 (割合)	3,387万人(26.6%)	3,604万人(28.6%)	3,653万人(29.6%)	3,367万人(38.7%)
75歳以上高齢者人口 (割合)	1,632万人(12.8%)	1,861万人(14.8%)	2,155万人(17.5%)	2,180万人(25.1%)

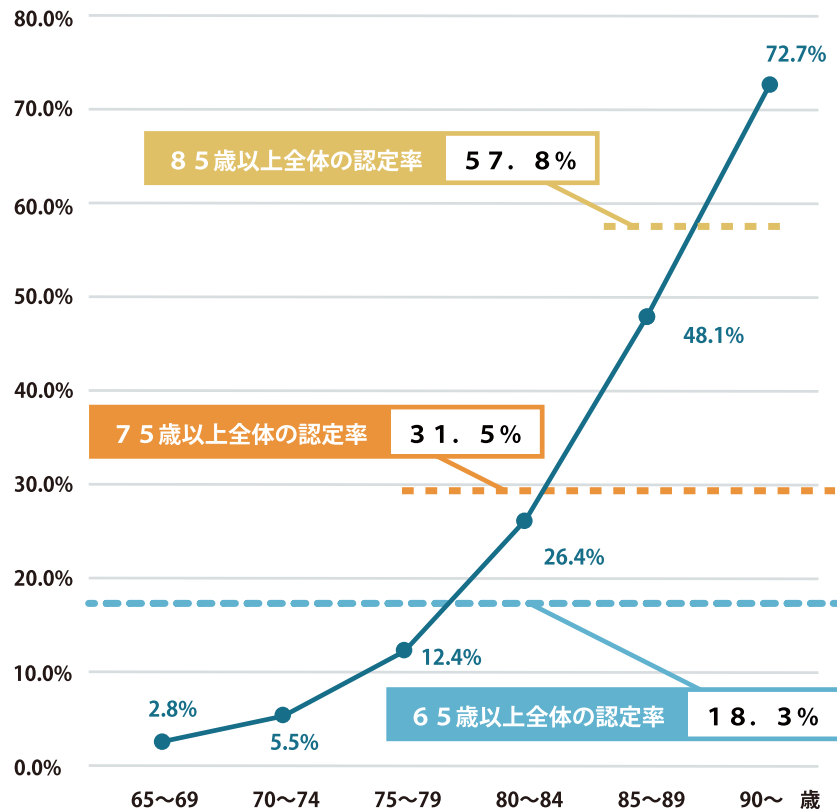
## 出典

2020年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は、2020年は総務省「人口推計」それ以外は総務省「国勢調査」  
 2020年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」  
 2025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（令和5年推計）：出生中位・死亡中位推計」

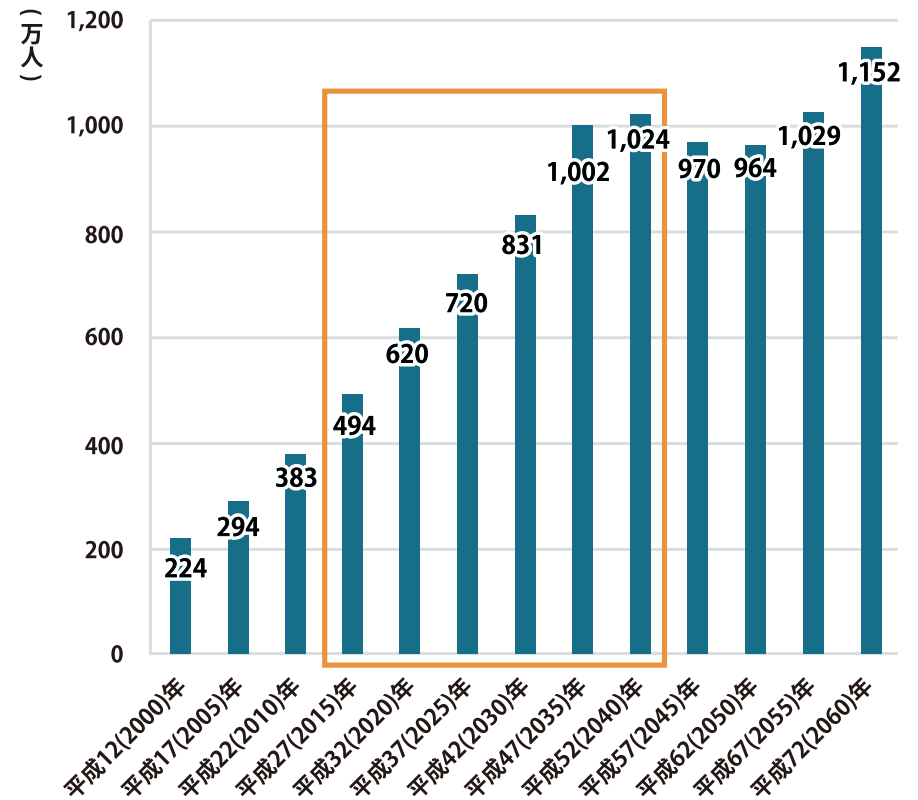
# 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 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

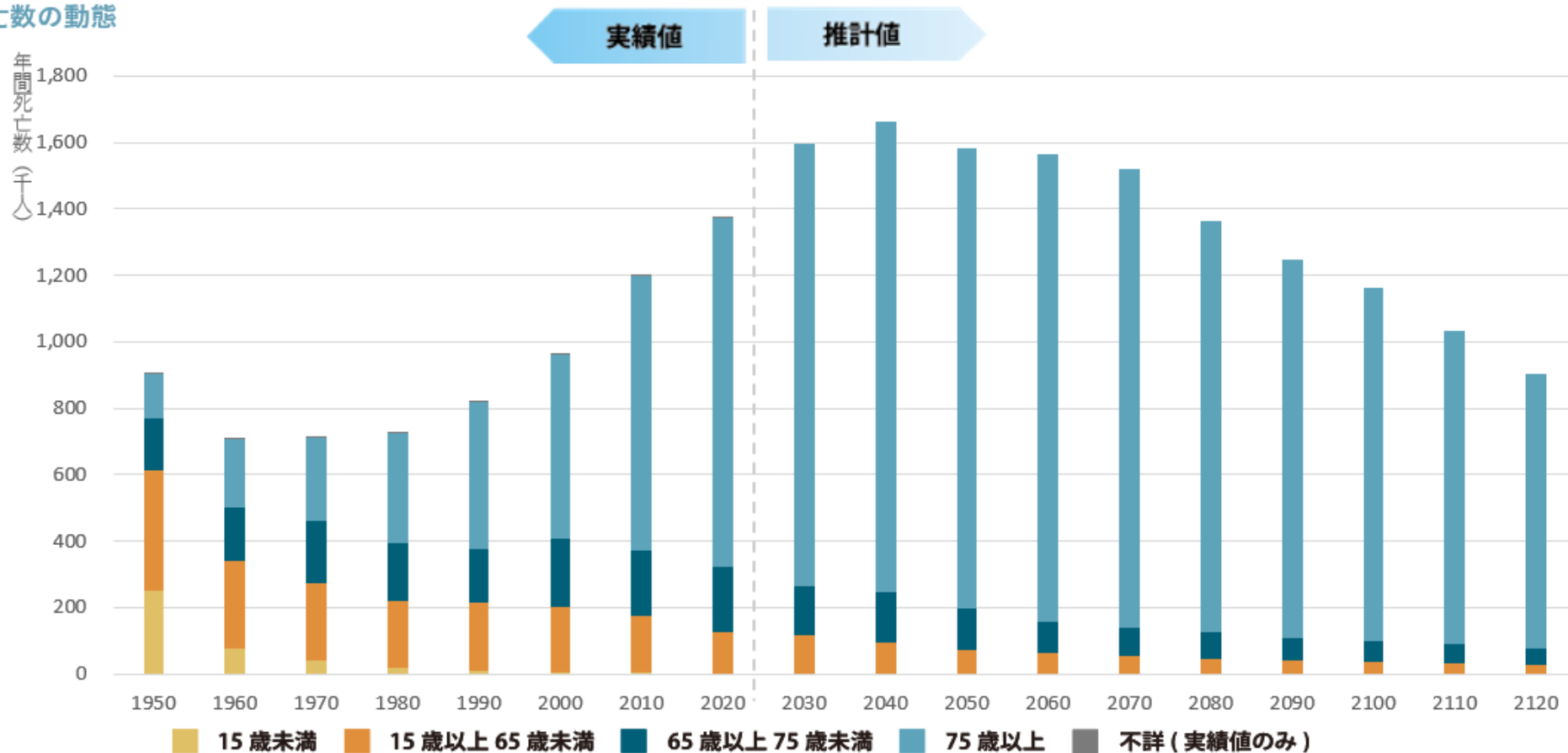


2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成  
 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計  
 実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

# 死亡数が一層増加する

○ 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。

## 死亡数の動態

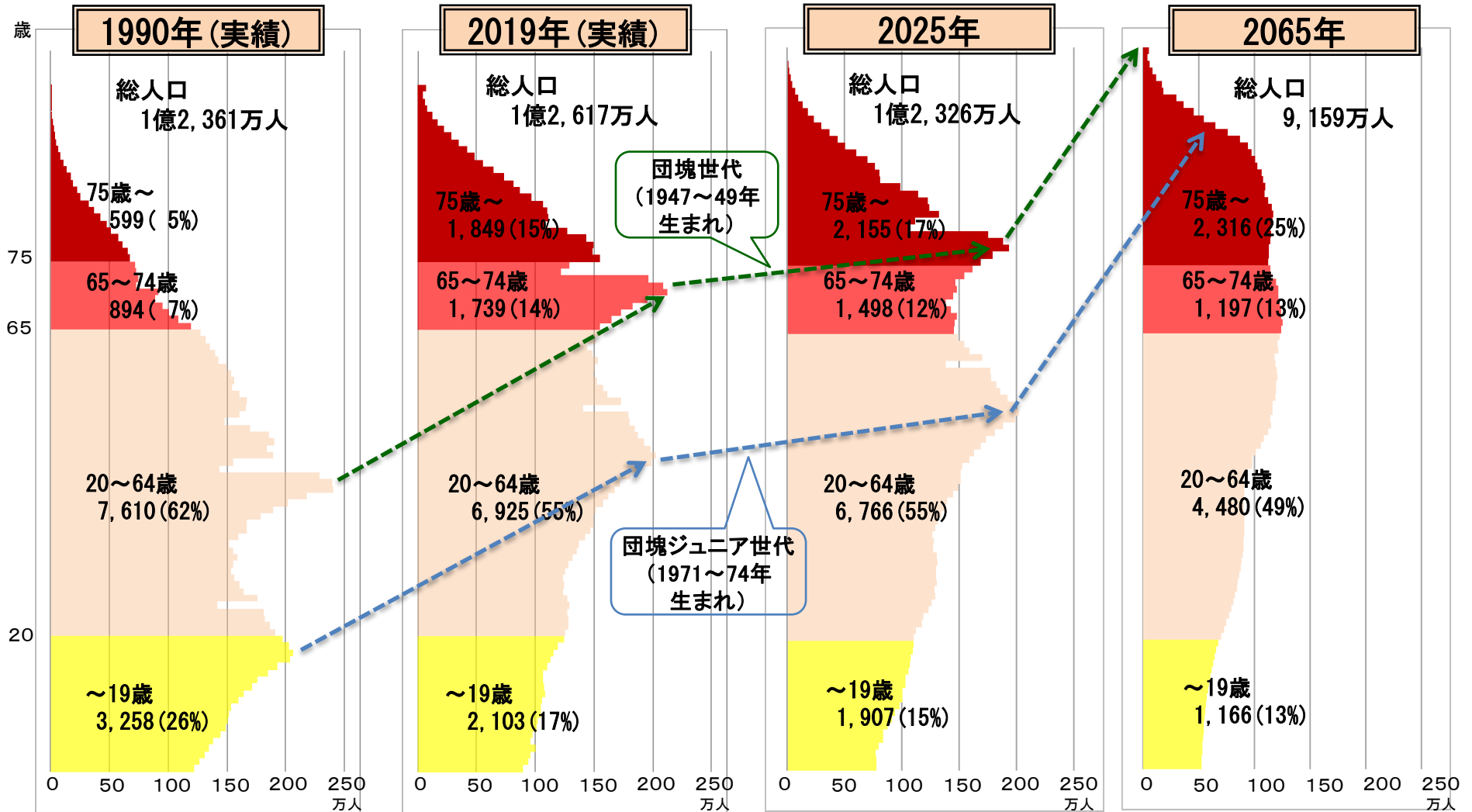


## 出典

2020年までは厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」  
2030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（令和5推計）：出生中位・死亡中位推計」より作成

# 日本の人口ピラミッド変化

- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の17%となる。
- 2065年には、人口は9,159万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。

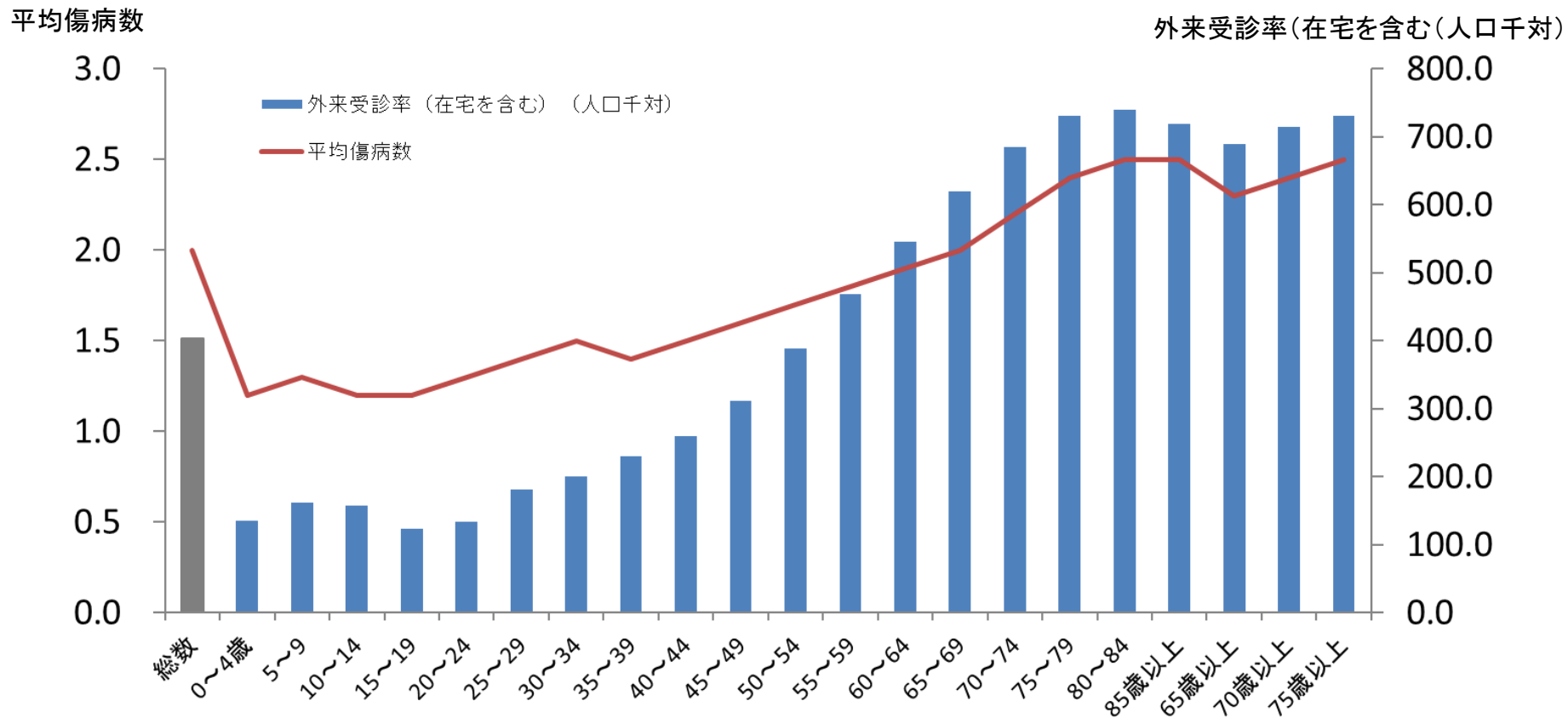


出典: 総務省「国勢調査(年齢不詳をあん分した人口)」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計): 出生中位・死亡中位推計」

# 年齢別平均傷病数と外来受診率（在宅を含む）

○ 65歳から84歳までの高齢者では、平均傷病数および外来受診率（在宅を含む）は他の年齢層と比較して高い。

※外来受診率（在宅を含む）  
 = 通院者数 ÷ 世帯人員数 × 1,000

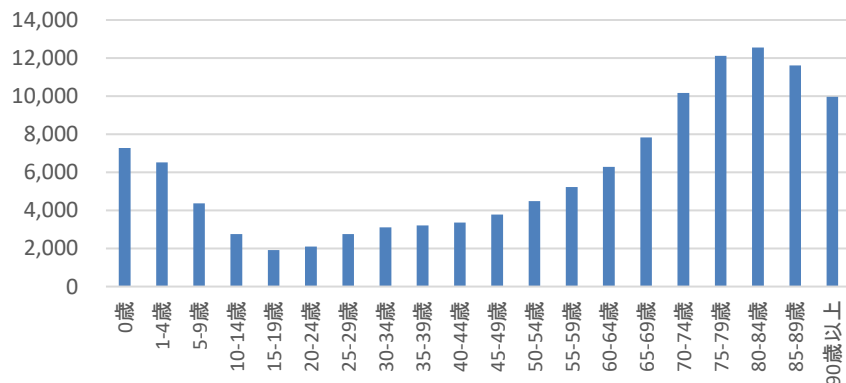


※ 通院者とは、世帯員（入院者を除く。）のうち、病気やけがで病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者をいう。（往診、訪問診療を含む。）  
 ※ 通院者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

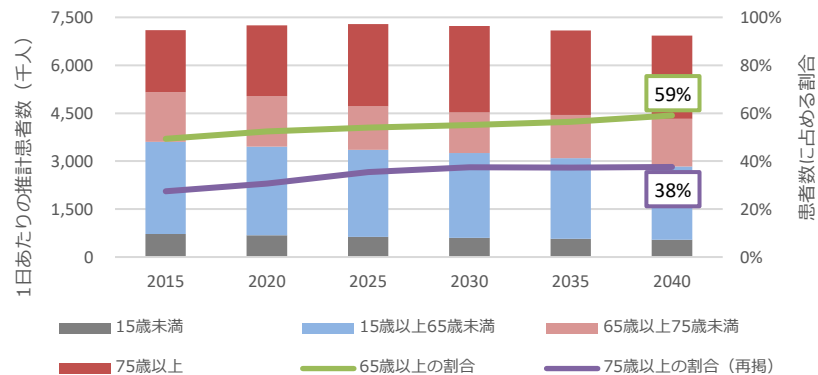
## 医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに214の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

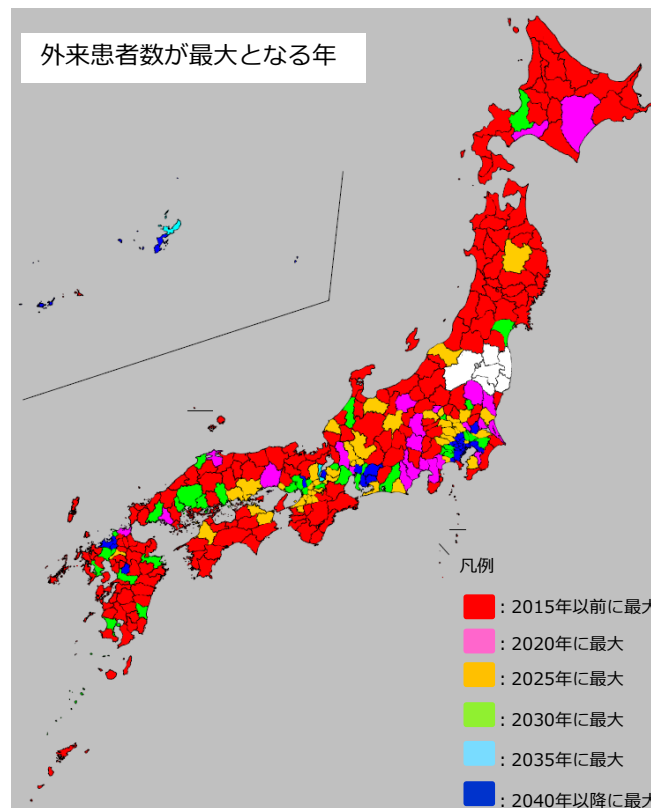
外来受療率（人口10万対）



外来患者数推計



外来患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院一外来×性・年齢階級×都道府県別」  
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。

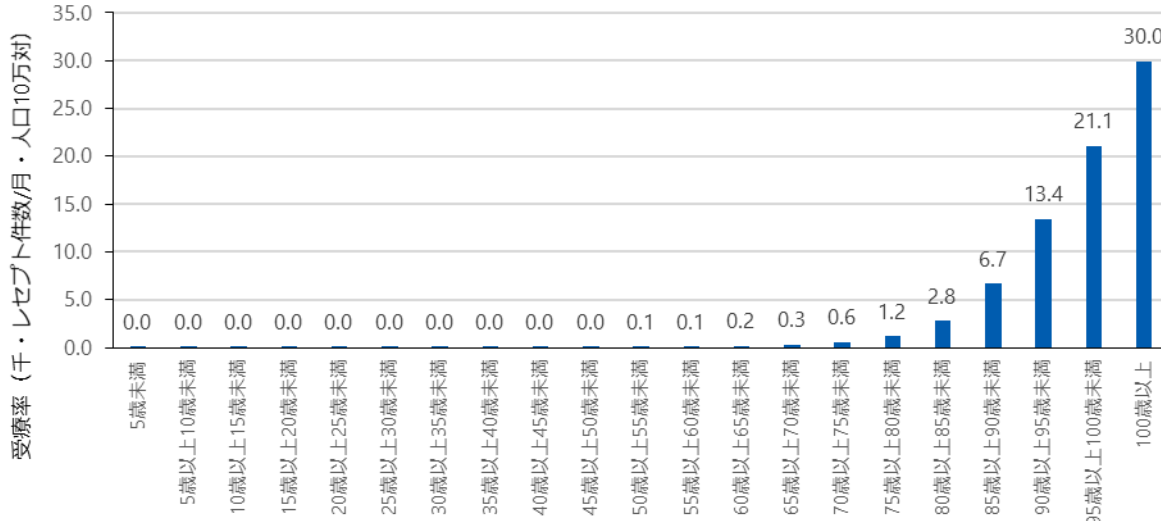
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

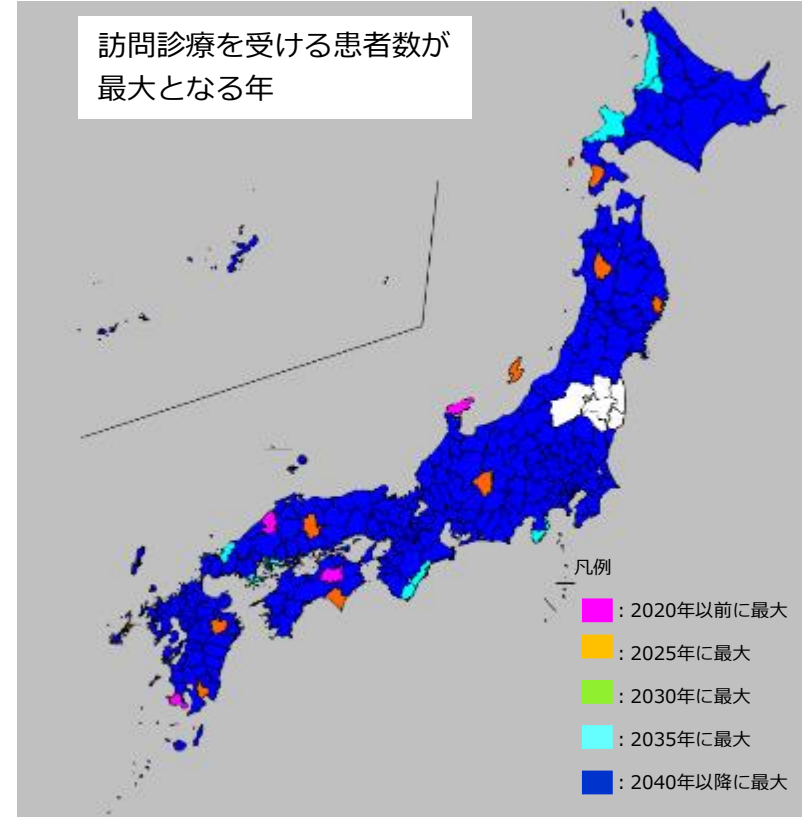
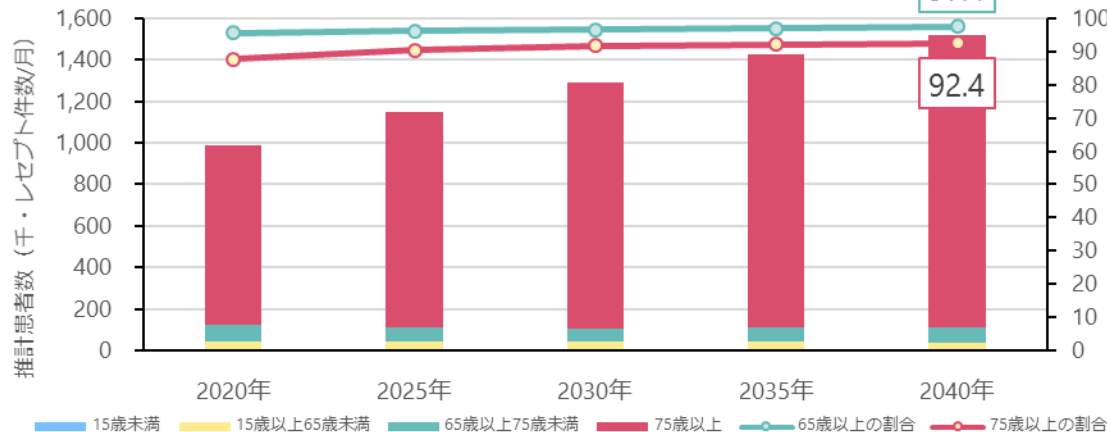
# 訪問診療の必要量について

- 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。

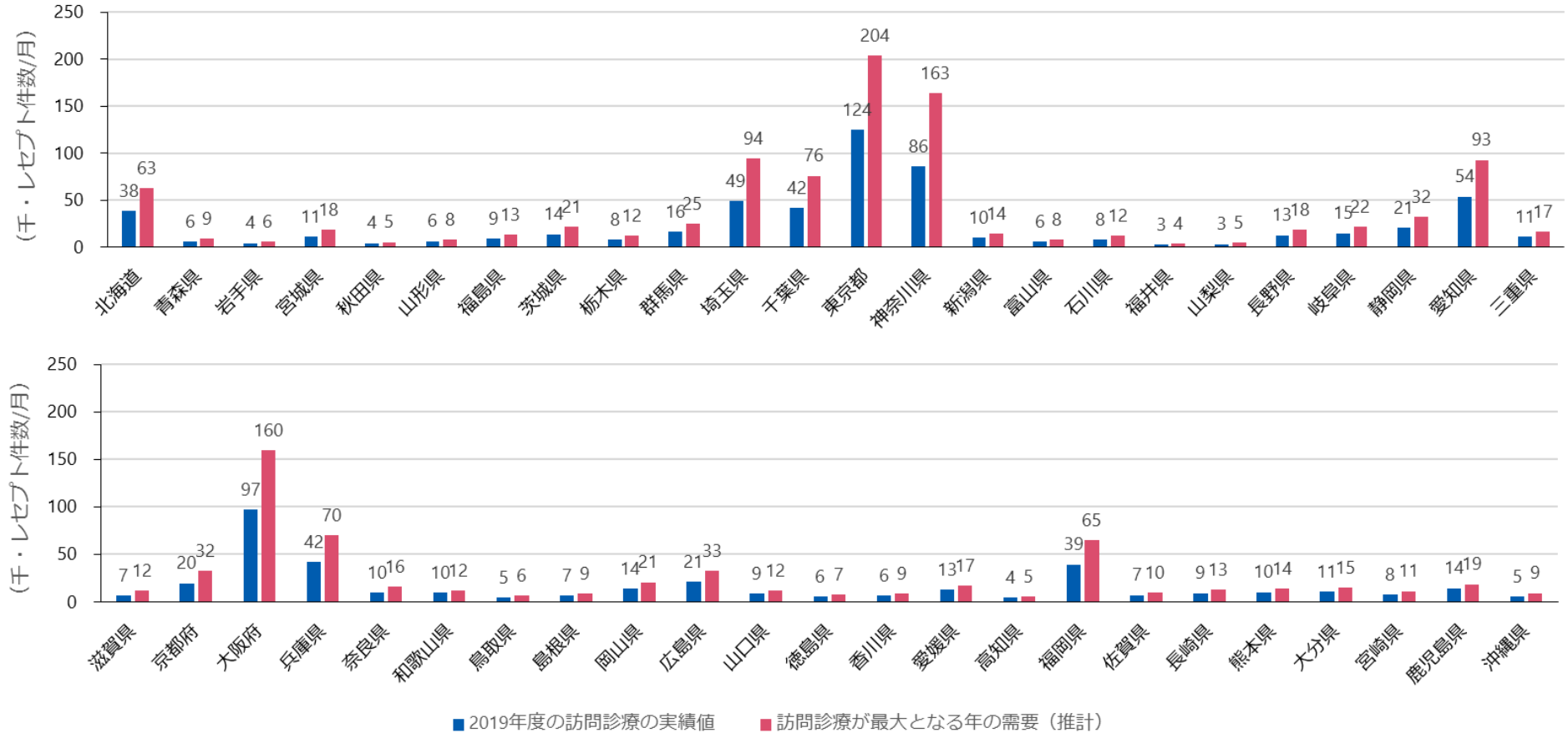
※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。

※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。



# 訪問診療の将来需要と現下の供給実績について

都道府県別に、2020・2025・2030・2035・2040年度における訪問診療の将来需要を推計し、在宅患者訪問診療料のレセプト件数が最大となる年度の需要と2019年度における当該件数の実績値とを比較した。



【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）  
 ・集計項目：在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプト件数/月  
 ・推計：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・死亡中位仮定）  
 ※将来推計患者数=Σ将来推計人口（性・年齢・二次医療圏別）×受療率（性・年齢・当該都道府県別）

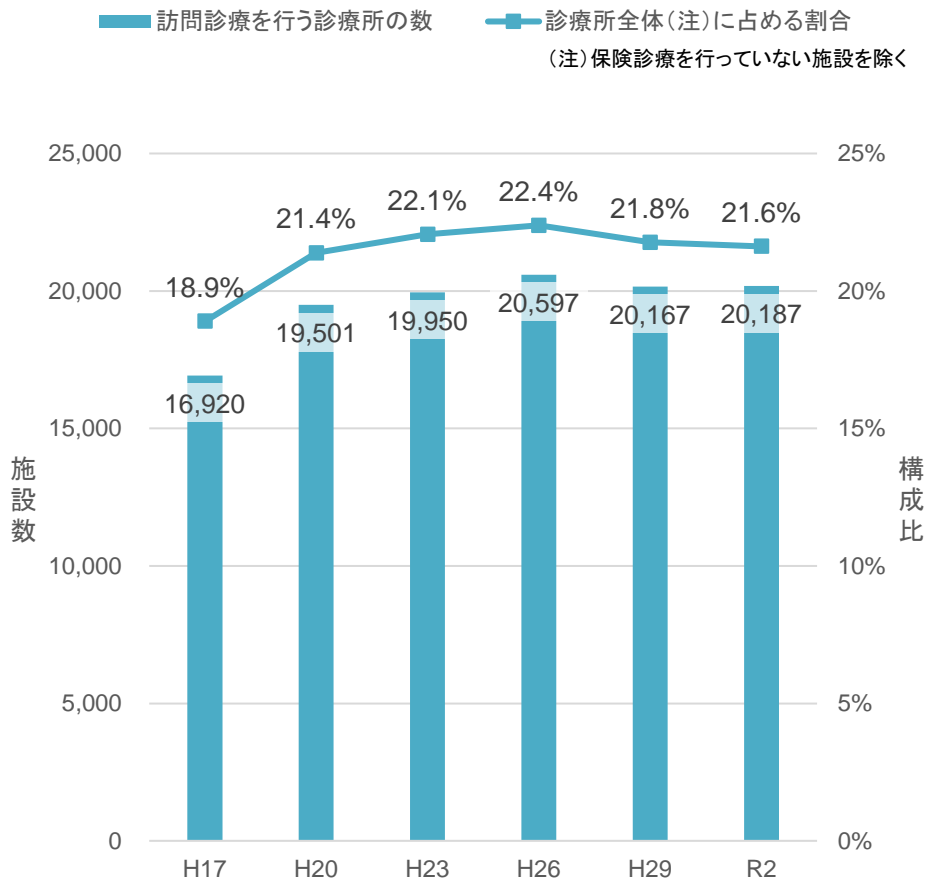
# 在宅医療の提供体制

○ 訪問診療に対応する医療機関の数は、令和2年時点では診療所では全体の約22%、病院では平成26年以降増加に転じ、全体の約36%であった。

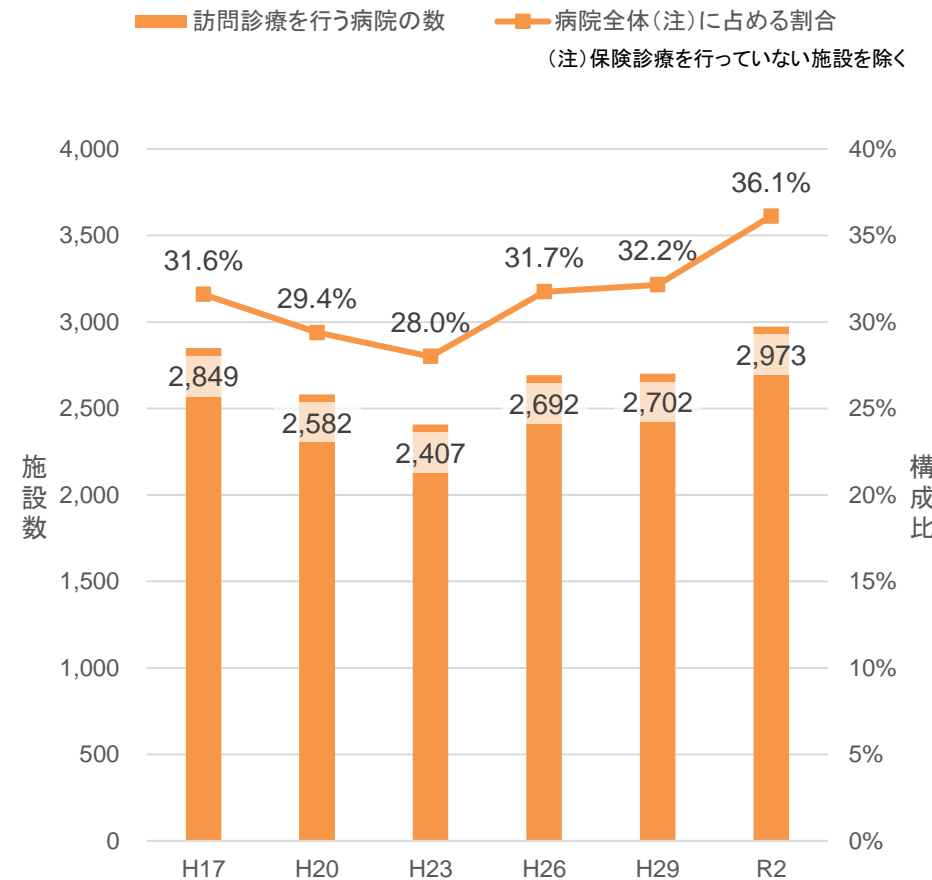
## 訪問診療を行う医療機関数の推移

訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの  
 往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

### 診療所

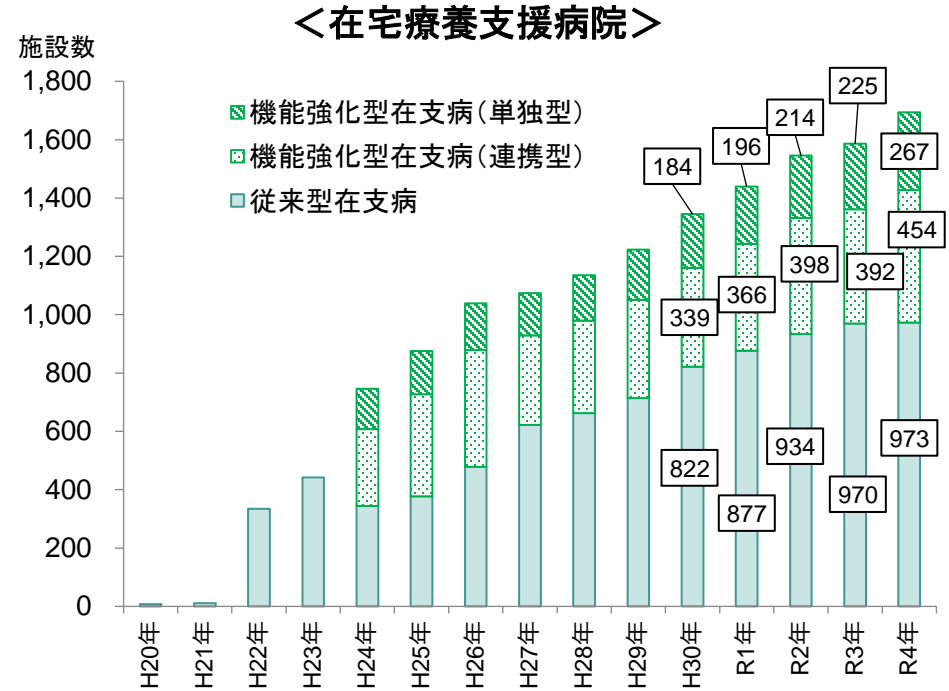
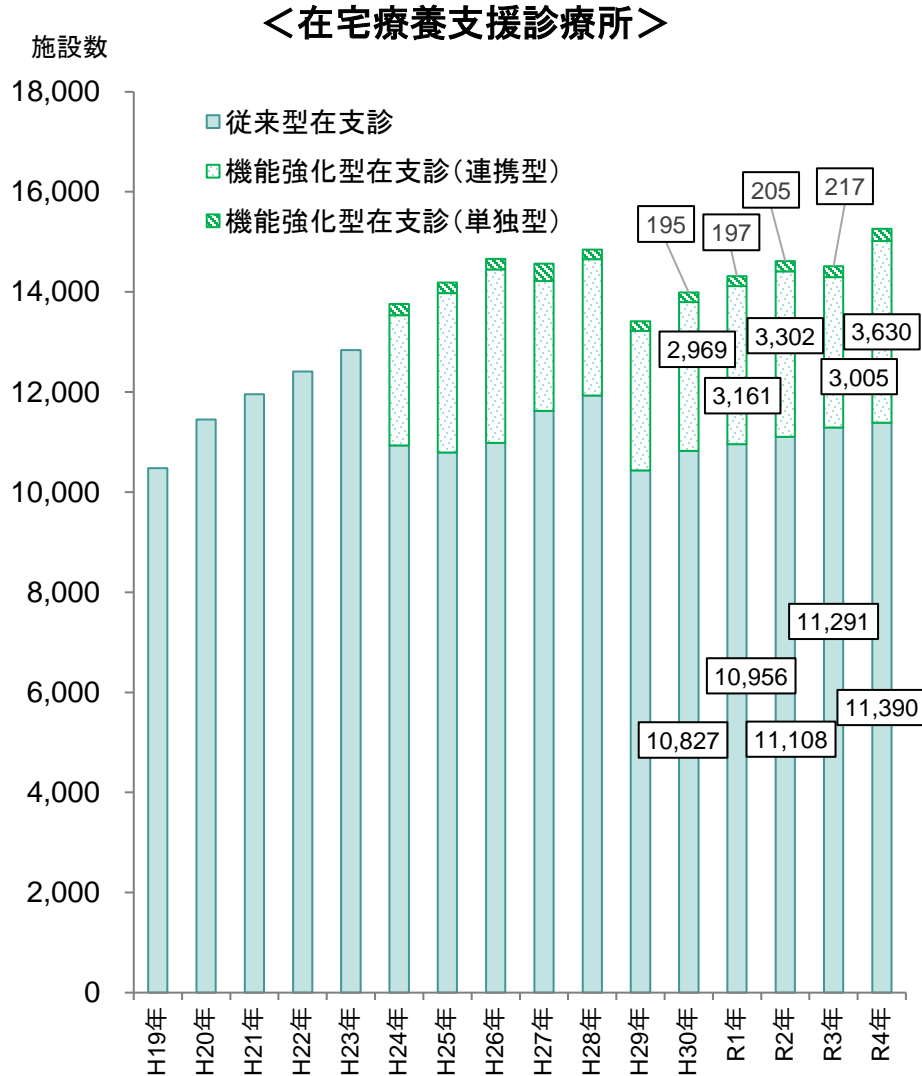


### 病院

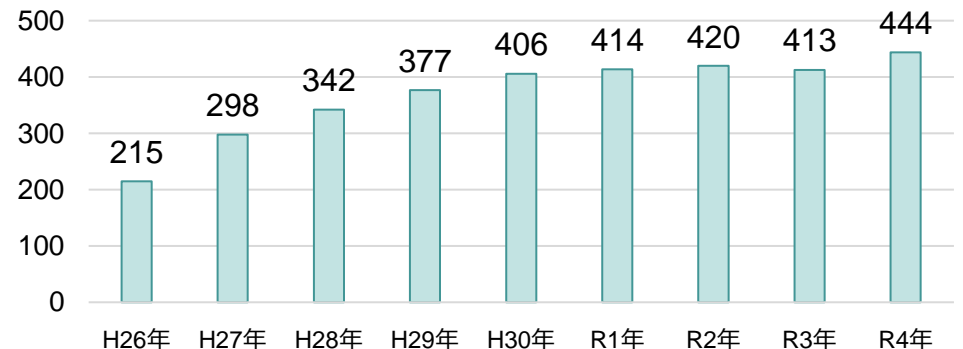


# 在宅療養支援診療所等の届出数

- 在宅療養支援病院の届出は、近年増加傾向である。
- 在宅療養支援診療所の届出は、近年横ばい傾向であったが、令和4年は増加している。



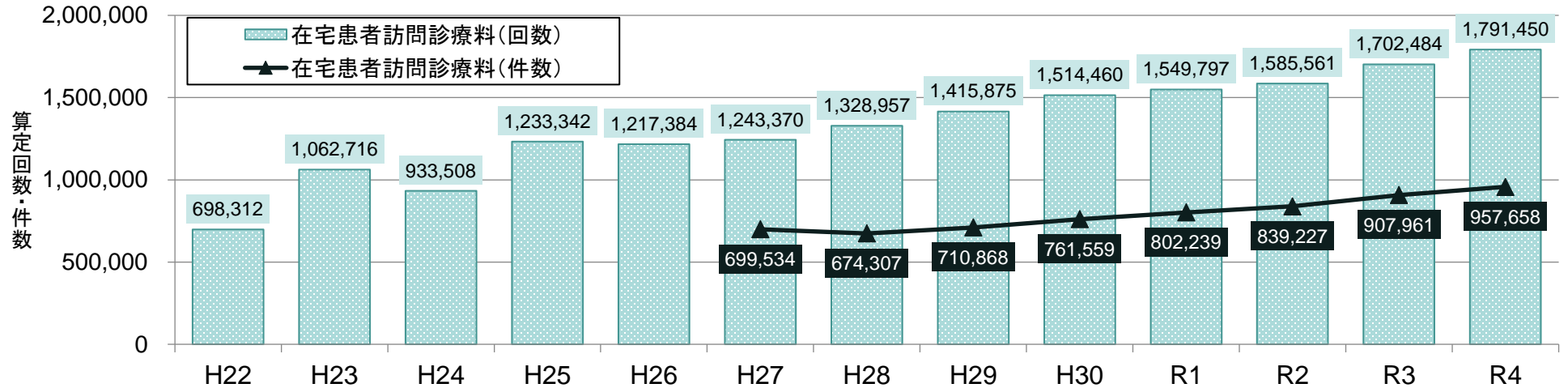
<在宅療養後方支援病院> ※平成26年新設



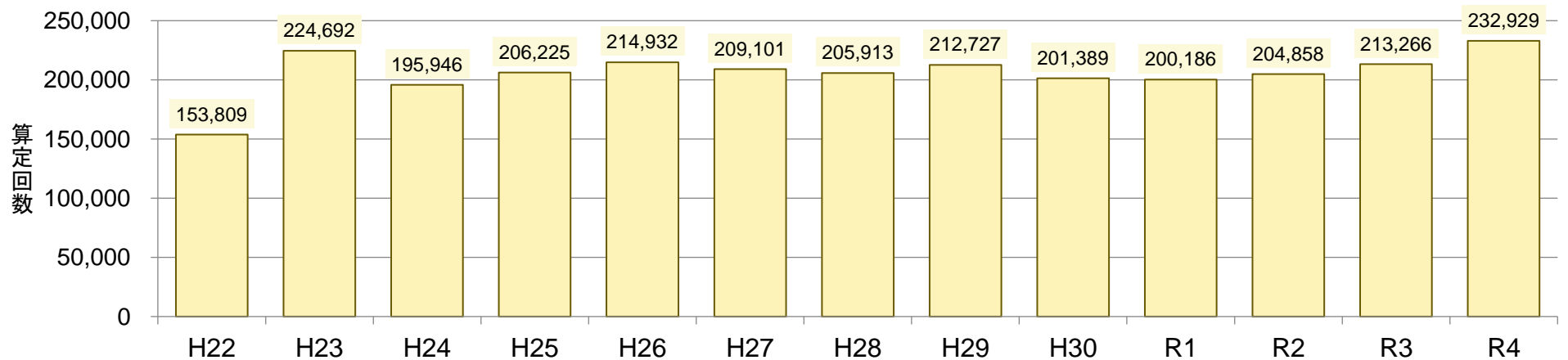
# 在宅患者訪問診療料・往診料の算定状況

○ 在宅患者訪問診療料の算定回数は平成26年から一貫して増加傾向、往診料の算定回数は令和元年から増加傾向である。

## <在宅患者訪問診療料の算定回数>



## <往診料の算定回数>



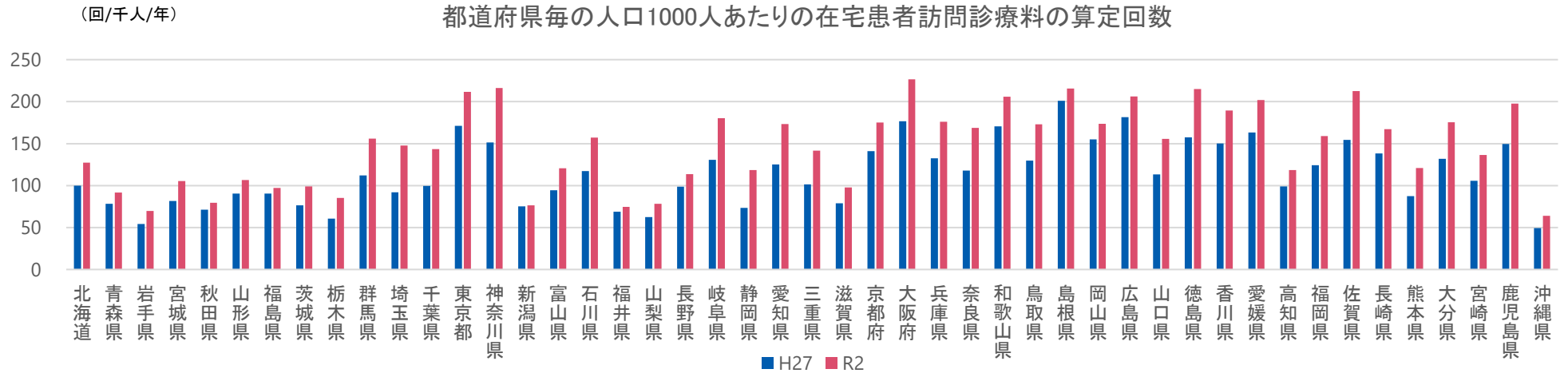
出典：社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

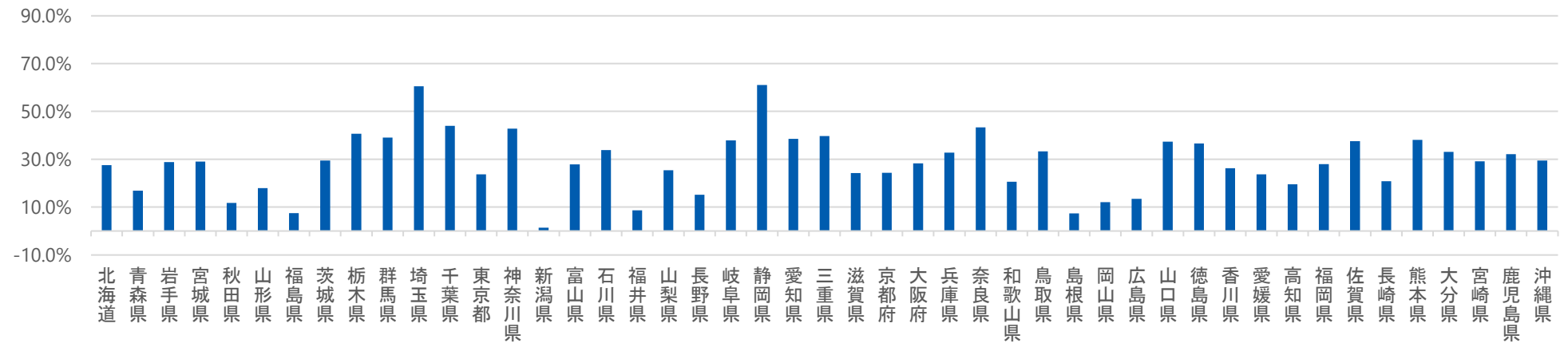
※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

# 都道府県毎の在宅患者訪問診療料の算定状況

- 平成27年と令和2年における一年間の人口1000人あたりの都道府県別の訪問診療料の算定回数及び増加率は以下のとおり(人口は令和3年度人口動態統計を使用)。
- 全ての地域で在宅患者訪問診療料の算定回数が増加しているが、人口あたりで最大3.5倍の差が生じている。



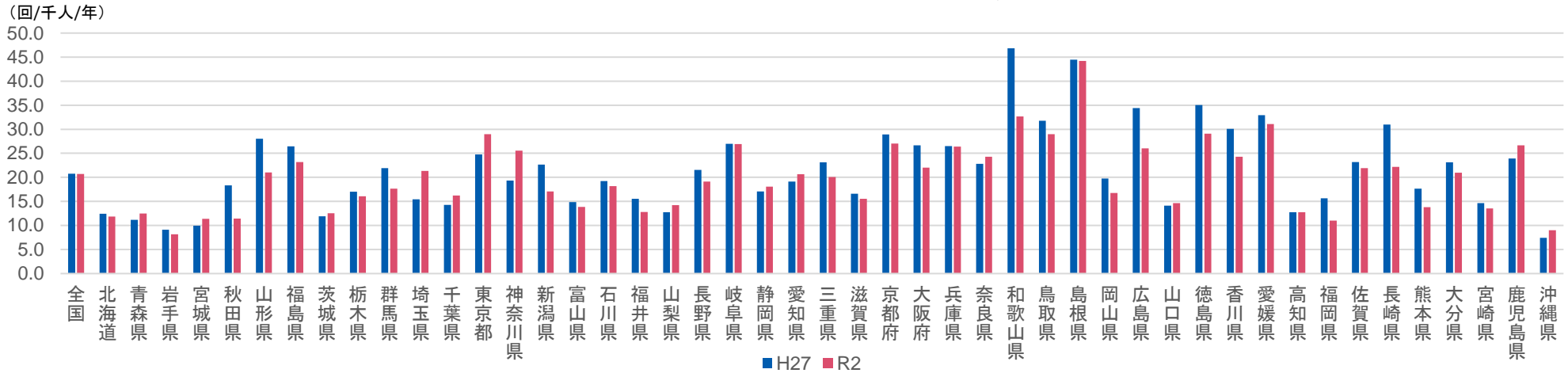
都道府県毎の人口1000人あたりの在宅患者訪問診療料の算定回数の増加率(H27→R2)



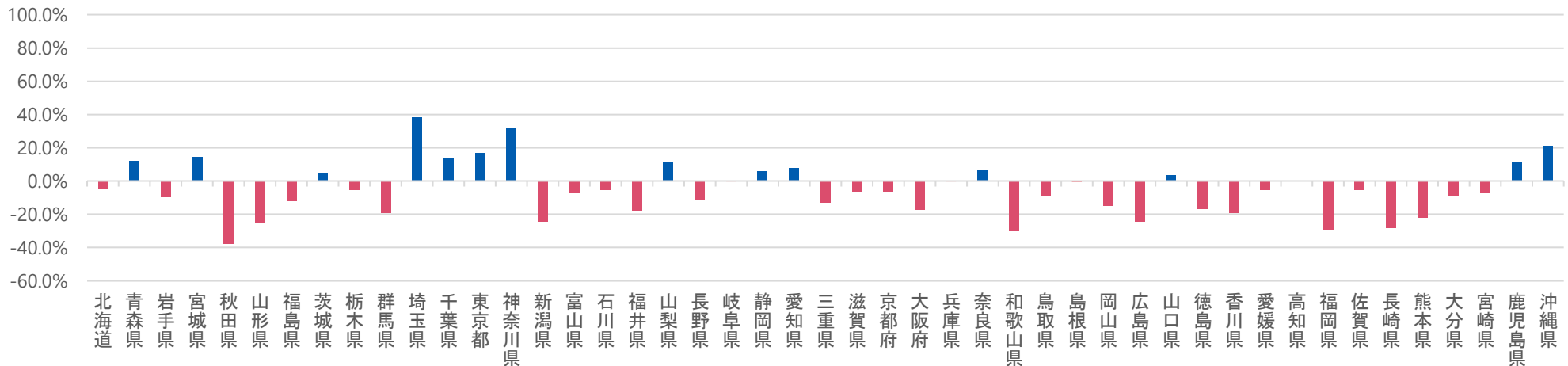
# 都道府県毎の往診料の算定状況

- 平成27年と令和2年における一年間の人口1000人あたりの都道府県別の往診料の算定回数及び増加率は以下のとおり。(人口は令和3年度人口動態統計を使用)
- 増加率で見ると増加している都道府県と増加していない都道府県が存在する。

都道府県毎の人口1000人あたりの往診料の算定回数

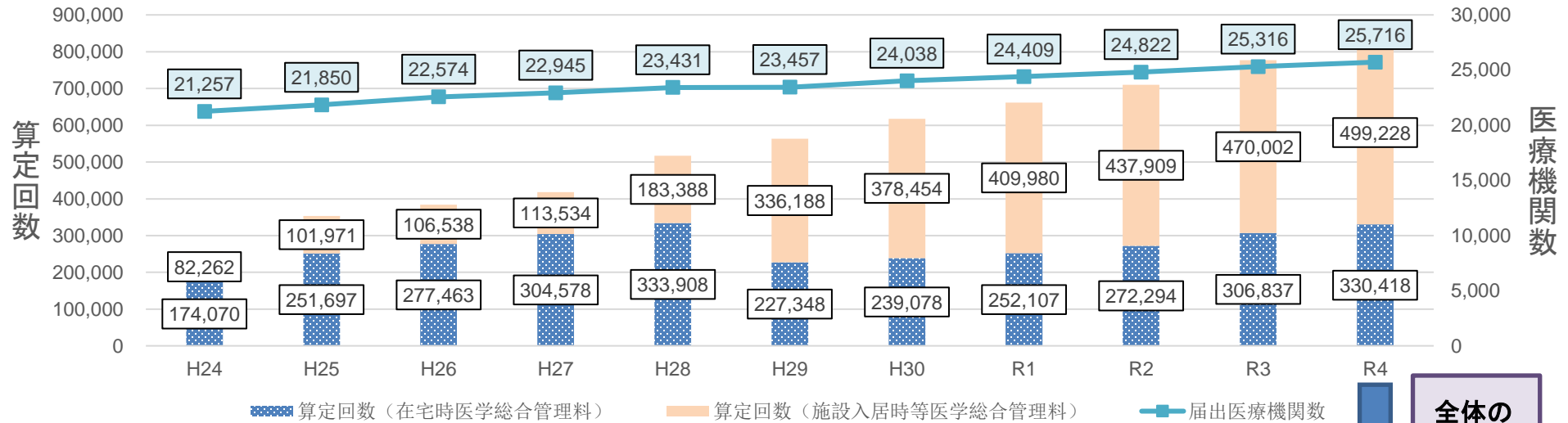


都道府県毎の人口1000人あたりの往診料の算定回数の増加率(H27→R2)

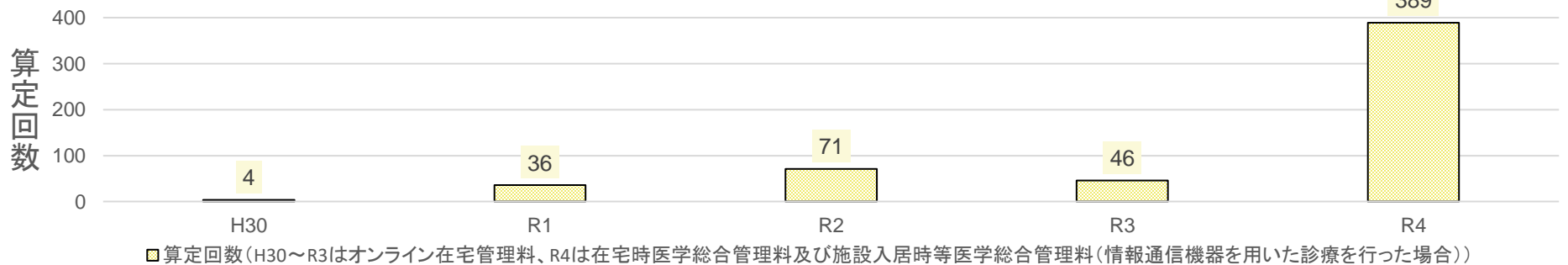


# 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定状況

- 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。



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・施設入居時等医学総合管理料の算定回数



■算定回数(H30～R3はオンライン在宅管理料、R4は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(情報通信機器を用いた診療を行った場合))

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

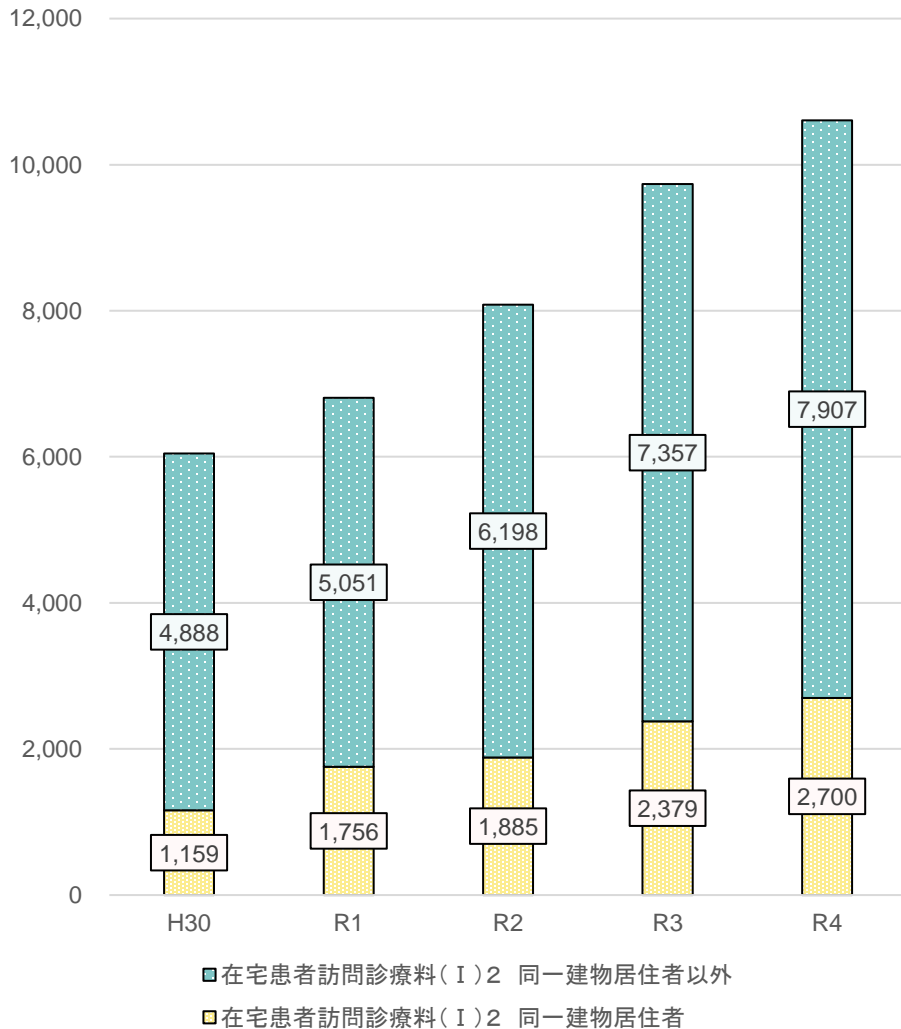
届出医療機関数については保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

情報通信機器情報通信機器を組み合わせ実施した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

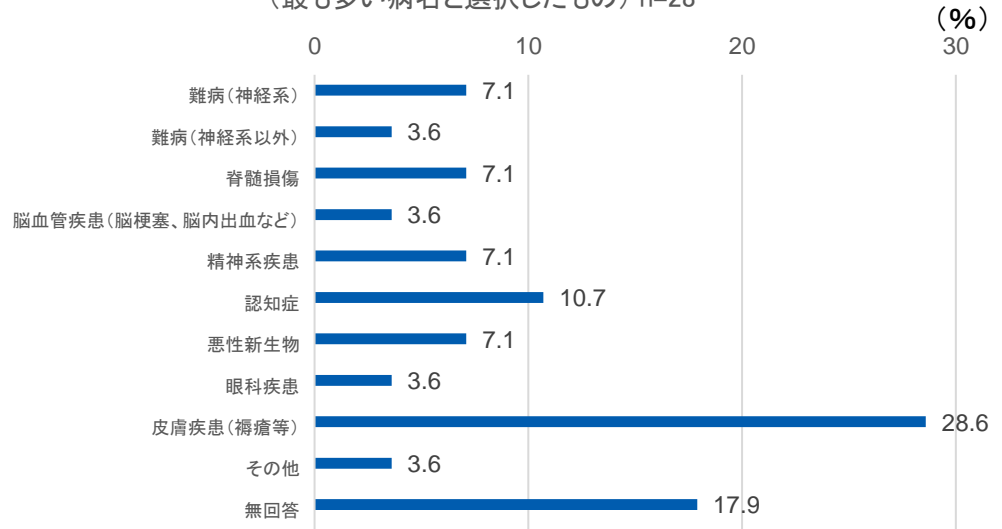
# 在宅患者訪問診療料（I）2の現状

- 在宅患者訪問診療料（I）2は、複数の医療機関による訪問診療が可能となるように平成30年に新設されたものであるが、算定回数は増加傾向である。
- 訪問診療の依頼について、対象病名としては皮膚疾患が多く、依頼先の診療科としては皮膚科が多い。

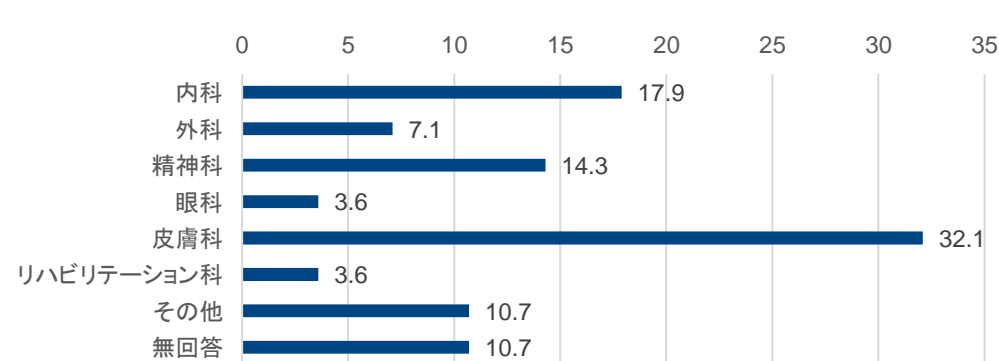
在宅患者訪問診療料（I）2の算定回数



訪問診療を依頼した対象病名  
（最も多い病名と選択したもの）n=28



訪問診療の依頼先として最も多い診療科  
（最も多い診療科と選択したもの）n=28



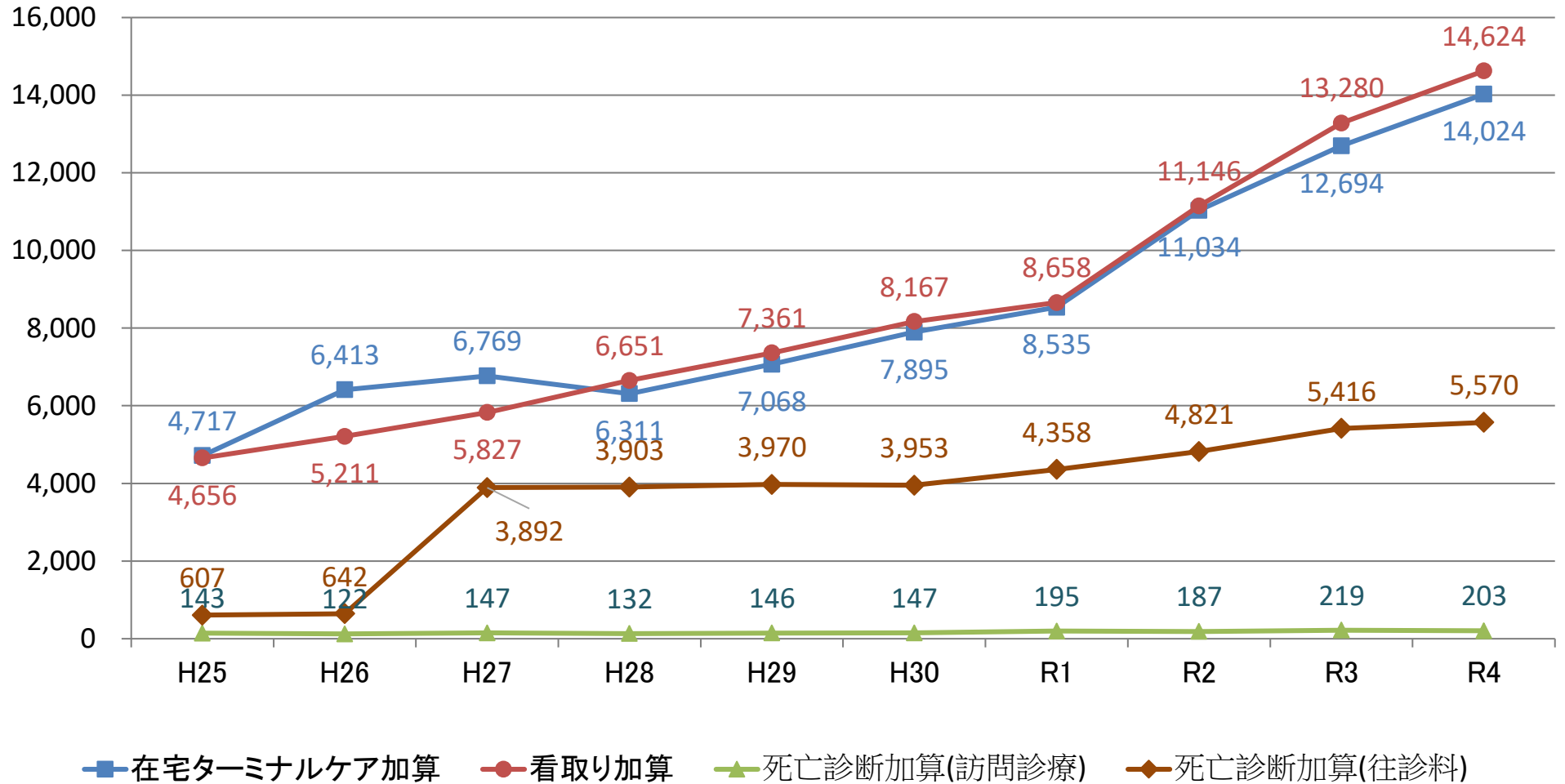


# 在宅ターミナルケア加算等の算定状況

○ 在宅ターミナルケア加算、看取り加算の算定回数は増加傾向である。

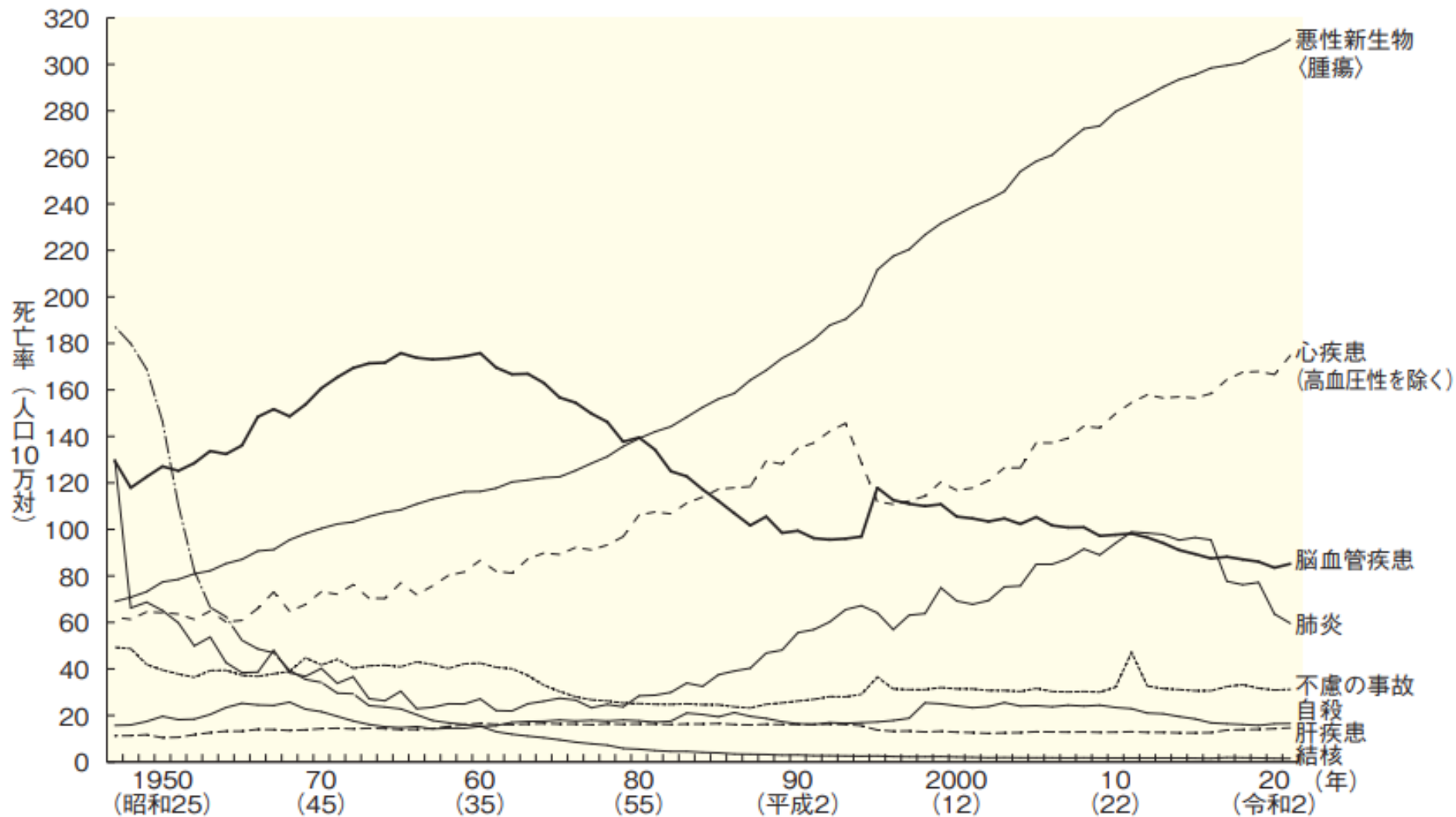
算定回数

在宅患者訪問診療料に係る加算の算定回数



# 主な死因別にみた死亡率の推移

## 主な死因別にみた死亡率の推移（人口10万対）



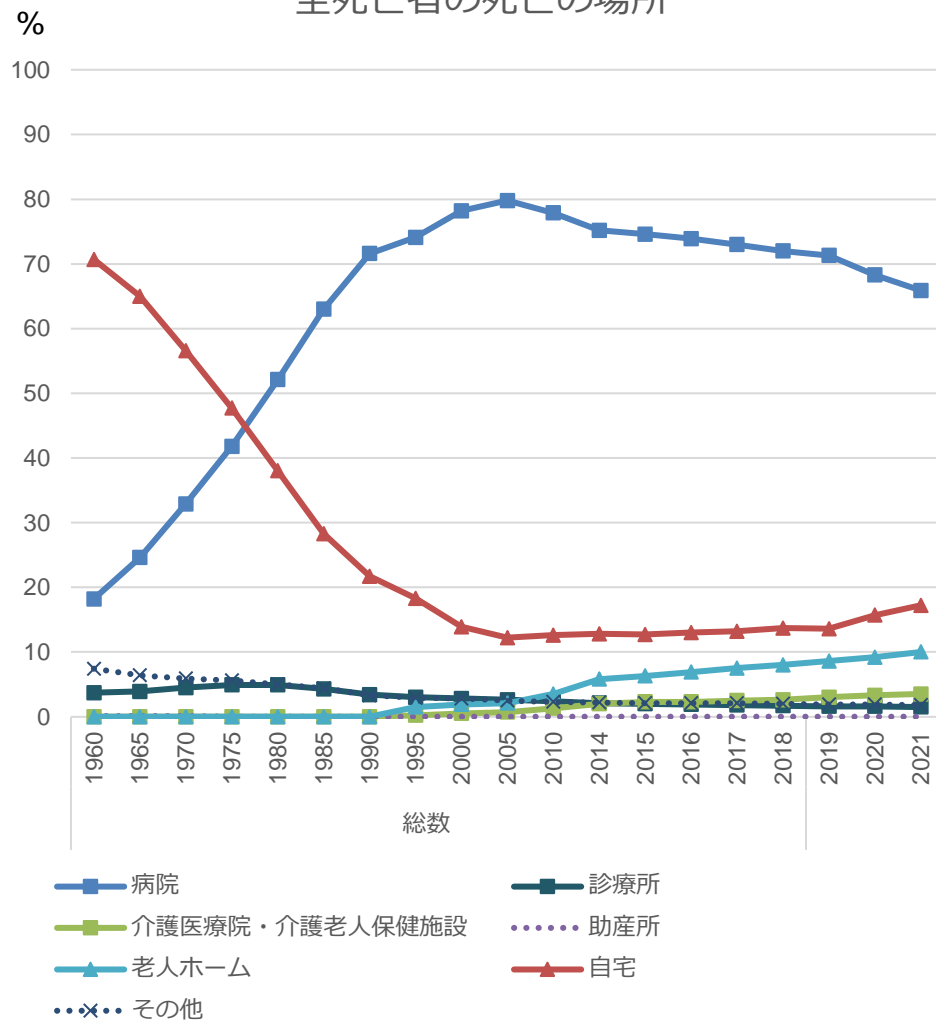
資料：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」

- (注) 1. 死因分類等の改正により、死因の内容に完全な一致をみることはできない。  
2. 2021（令和3）年は概数である。

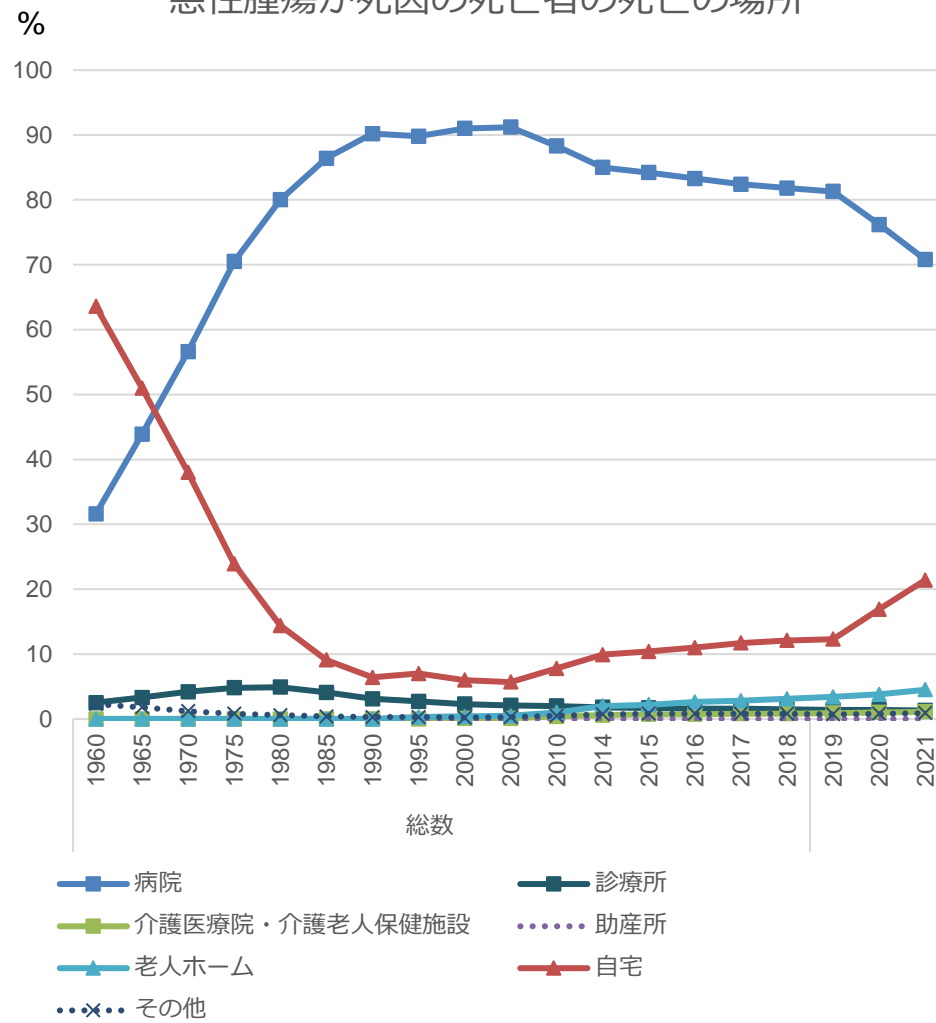
# 悪性腫瘍の患者の死亡の場所の推移

○ 悪性腫瘍が死因の死亡者について、自宅で死亡する患者の割合は特に増加してきている。

## 全死亡者の死亡の場所



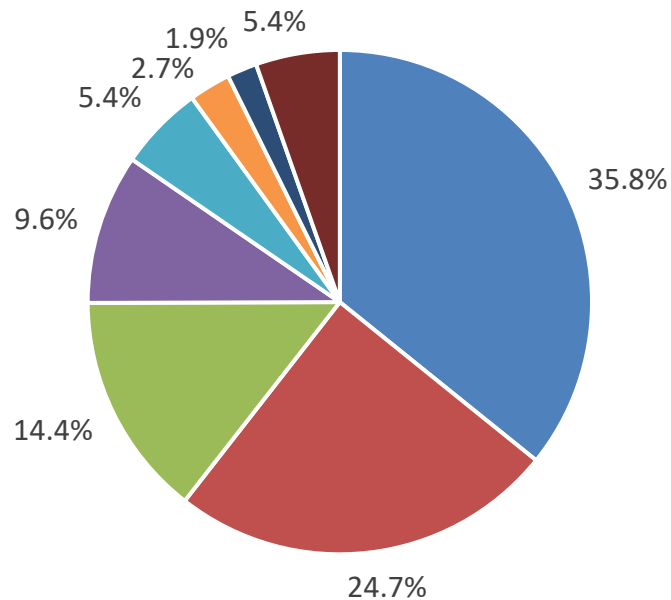
## 悪性腫瘍が死因の死亡者の死亡の場所



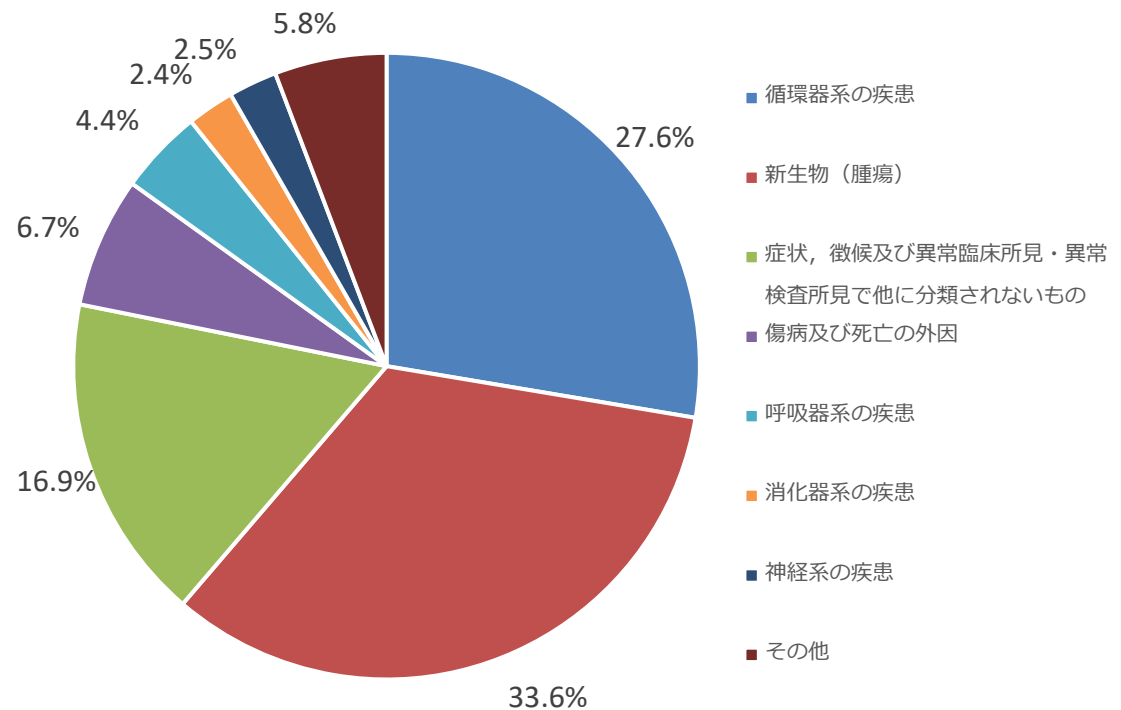
# 自宅における死亡者の死因の割合

○ 自宅における死亡者の平成28年と令和3年の死因の割合を比較すると、悪性腫瘍の割合が増加し、循環器疾患の割合が減少している。

自宅における死亡者の死因の割合  
(H28)n=169,447



自宅における死亡者の死因の割合  
(R3)n=247,896



# 「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

日本医師会・四病院団体協議会合同提言(平成25年8月8日)より抜粋

## 「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

## 「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

# 居宅療養管理指導の基本方針

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

(基本方針)

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

# かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

## 国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

### 医療機能情報提供制度 (H18)

入院	病床機能報告 (H26)
外来	有床診・病院 外来機能報告 (R3) (紹介受診重点医療機関の確認)
	無床診 かかりつけ医機能報告 (新設)
在宅	

## 制度整備の内容

### 医療機能情報提供制度の刷新

- 医療機関は、**国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報**及び**医療機関間の連携に係る情報**を都道府県知事に報告
  - ① 情報提供項目の見直し
  - ② 全国統一のシステムの導入

### かかりつけ医機能報告による機能の確保

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、**医療機関から都道府県知事に報告**。
- 都道府県知事は、**報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表 (※)**。
- あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「**かかりつけ医機能**」を**確保する具体的方策を検討・公表**。


※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

## 地域におけるかかりつけ医機能の充実強化に向けた協議のイメージ

＜慢性疾患を有する高齢者の場合のイメージ＞


※報告を求める具体的な機能については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討（診療所に加え、医療機関が病院の場合も検討）。

かかりつけ医機能 ※①～⑤は機能の例示	①外来医療の提供 (幅広いプライマリケア等)	②休日・夜間の対応	③入退院時の支援	④在宅医療の提供	⑤介護サービス等と連携
A診療所	◎	○	◎	◎	◎
B診療所	◎	○	○	○	◎
C診療所	◎	◎	◎	◎	◎
D診療所	◎	×	×	◎	◎
E診療所	◎	○	×	○	◎
F診療所	◎	—	×	—	◎
G診療所	—	—	—	—	—



地域の医療機関は、①～⑤の機能の有無や、これらをあわせて担う意向等を報告。

都道府県は、①～⑤の機能をあわせて担う医療機関を確認。



協議の場において、各医療機関の①～⑤を担う意向を踏まえつつ、地域で不足している機能を充足できるよう、支援や連携の具体的方法を検討。

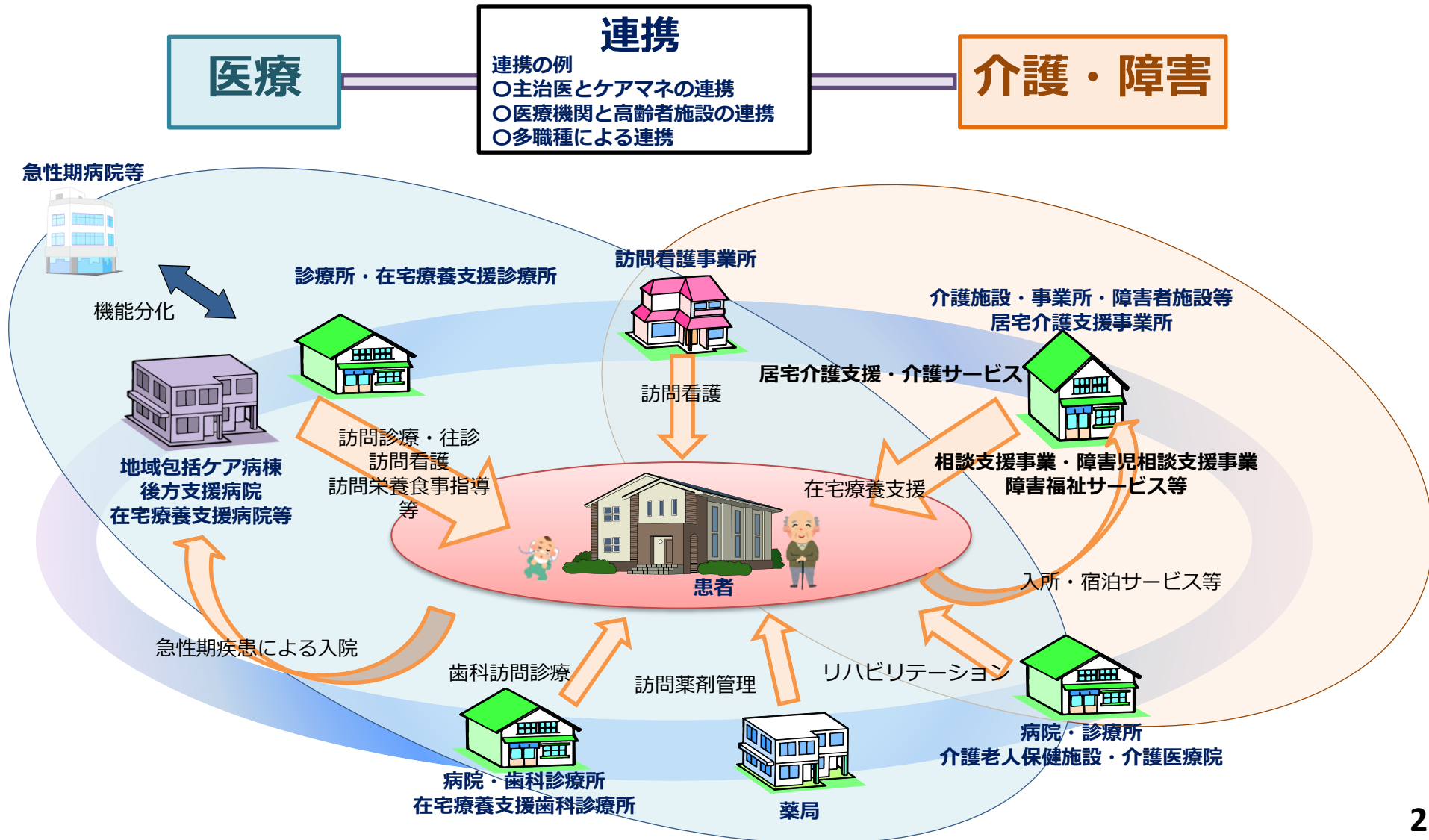
- ◎：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を単独で提供できる
- ：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を他の医療機関と連携して提供できる（連携する医療機関も報告。③の○は他院と連携して病床を確保している場合が考えられる。）
- ×
- ：当該機能を担う意向がない

※他院を支援する意向も報告し、不足する機能の充足の協議に活かす。



# 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。



# 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

### ①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

### ②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

### ④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

### ③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所(歯科含む)・薬局
- ・訪問看護事業所・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

## 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

# 外来在宅共同指導料について

- 外来在宅共同指導料は、通院患者のスムーズな在宅医療への意向を推進する観点から、令和4年度診療報酬改定において新設された。
- 令和4年5月時点での算定回数は少ない。

## C014 外来在宅共同指導料

外来在宅共同指導料 1

400点

(在宅療養を担う保険医療機関において算定)

外来在宅共同指導料 2

600点

(外来において診療を行う保険医療機関において算定)



### [対象患者]

外来において継続的に診療(継続して4回以上外来を受診)を受けている患者であって、在宅での療養を行う患者(他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム又はサービス付き高齢者向け住宅その他施設等に入院若しくは入所する患者については、対象とはならない。)

### [算定要件]

#### 外来在宅共同指導料1

保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。

#### 外来在宅共同指導料2

外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者1人につき1回に限り算定する。なお、当該保険医療機関の保険医が、在宅での療養上必要な説明及び指導を情報通信機器を用いて行った場合においても算定できる。

### ●外来在宅共同指導料の算定状況 (令和4年5月診療分)

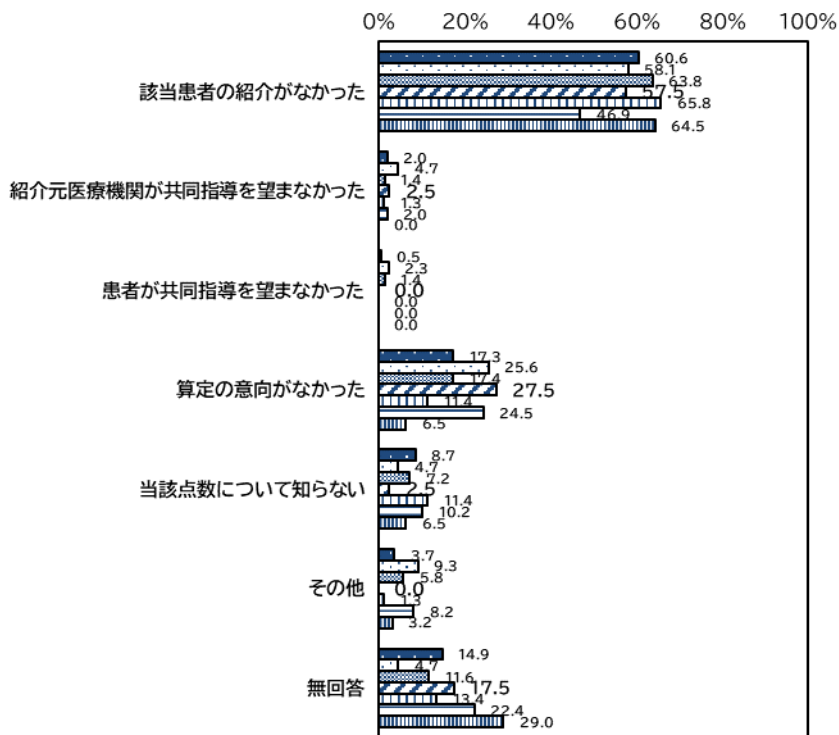
	外来在宅共同指導料	
	外来在宅共同指導料 1	外来在宅共同指導料 2
算定医療機関数	26	23
算定件数	38	30
算定回数	38	30

# 医療機関調査の結果⑥

＜外来在宅共同指導料を算定していない理由＞（報告書p193,195）

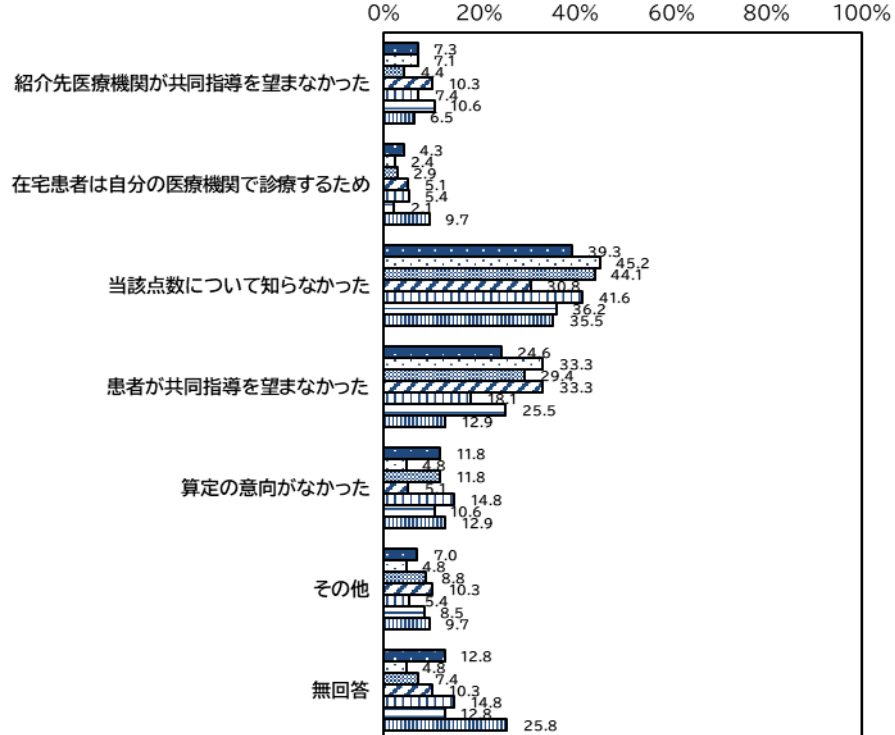
○ 外来在宅共同指導料1について算定していない理由を尋ねたところ、「該当患者の紹介がなかった」が全体の60.6%と最も多かった。外来在宅共同指導料2について同様に尋ねたところ、「当該点数について知らなかった」が全体の39.3%と最も多かった。

図表 2-212 外来在宅共同指導料1を算定していない理由  
（外来在宅共同指導料1の算定人数が0人の施設）（複数回答）  
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



- 全体 n=404
- a.機能強化型在宅療養支援病院(単独+連携) n=43
- b.機能強化型在宅療養支援診療所(単独+連携) n=69
- c.機能強化型でない在宅療養支援病院 n=40
- d.機能強化型でない在宅療養支援診療所 n=149
- e.在宅療養支援病院でない病院 n=49
- f.在宅療養支援診療所でない診療所 n=31

図表 2-215 外来在宅共同指導料2を算定していない理由  
（外来在宅共同指導料2の算定人数が0人の施設）（複数回答）  
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



- 全体 n=399
- a.機能強化型在宅療養支援病院(単独+連携) n=42
- b.機能強化型在宅療養支援診療所(単独+連携) n=68
- c.機能強化型でない在宅療養支援病院 n=39
- d.機能強化型でない在宅療養支援診療所 n=149
- e.在宅療養支援病院でない病院 n=47
- f.在宅療養支援診療所でない診療所 n=31

# 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

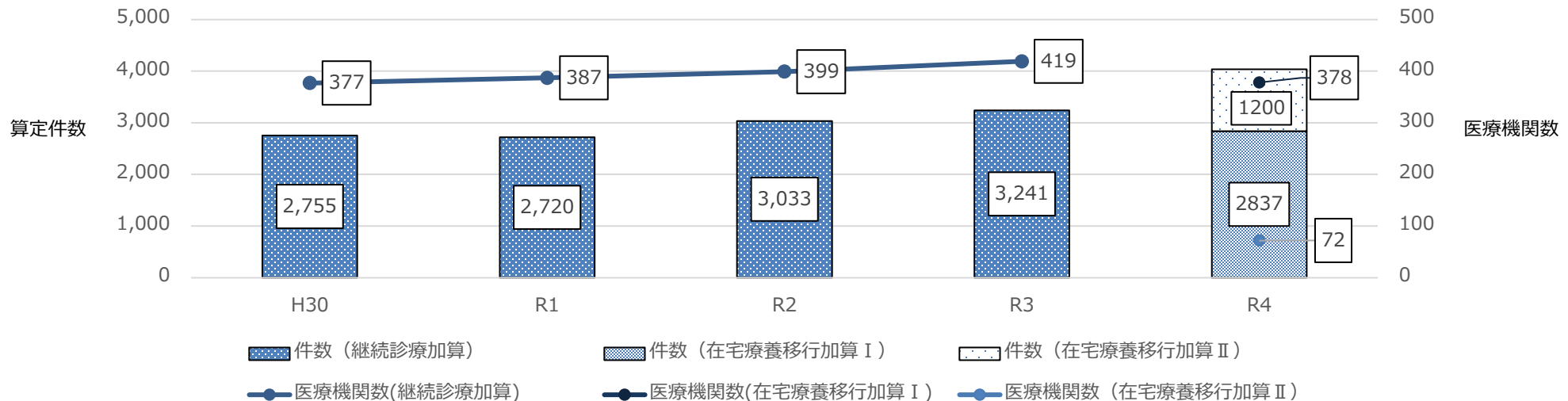
- ア 24時間の往診体制及び24時間の連絡体制
- イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明している

### 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）



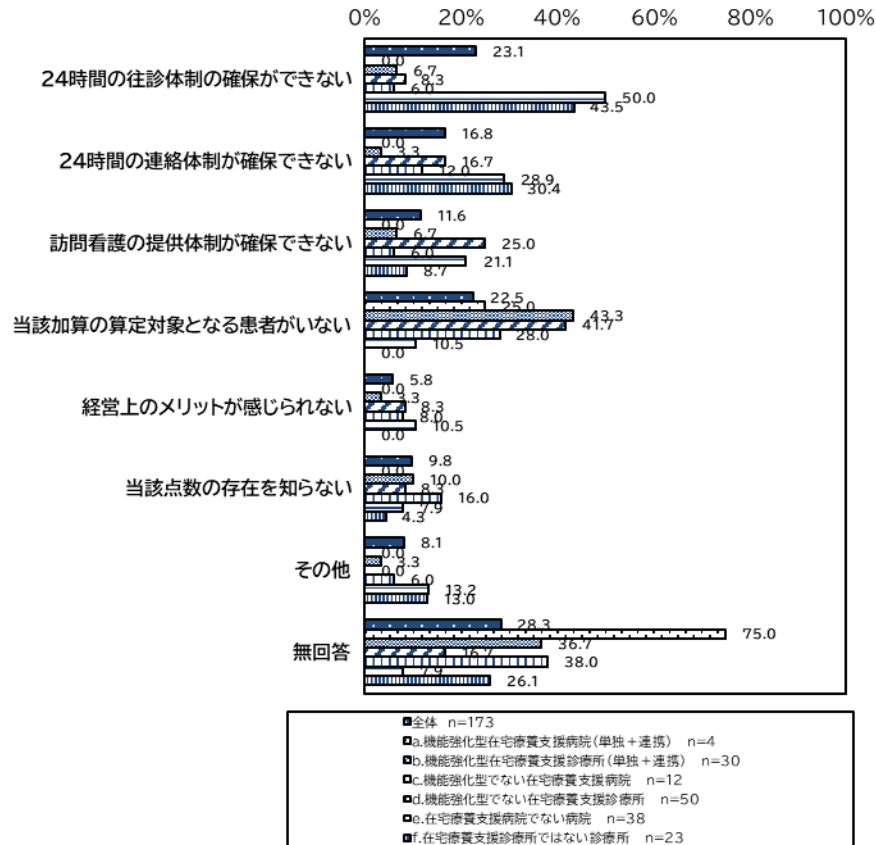


# 医療機関調査の結果⑦

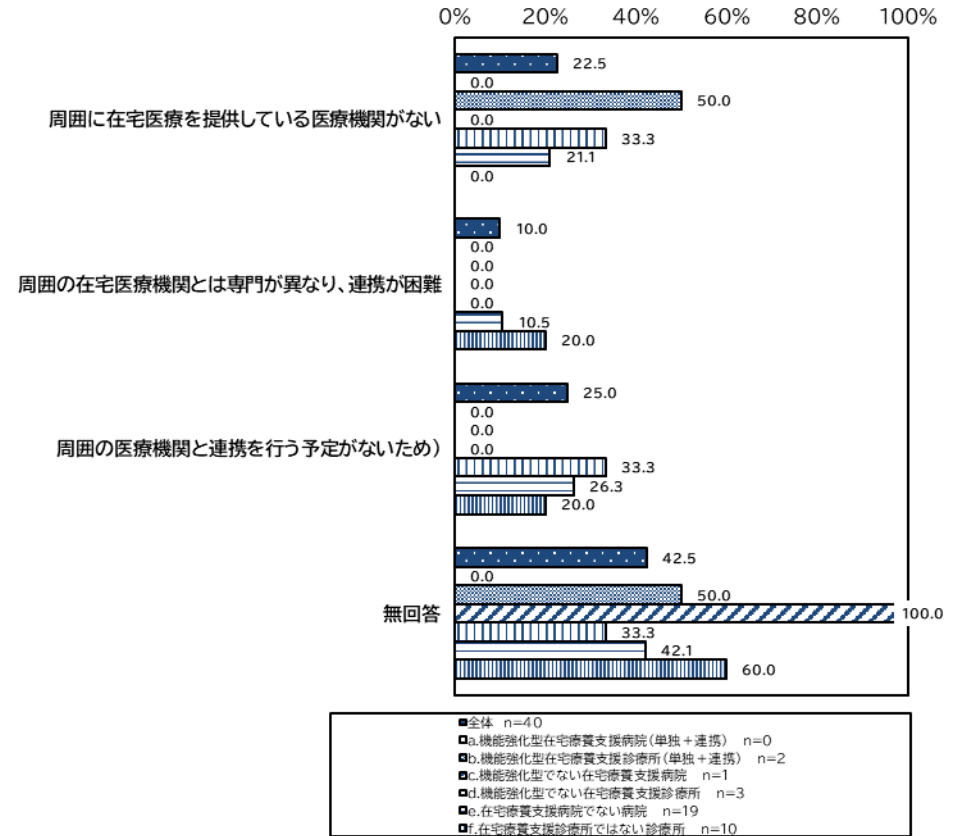
〈在宅療養移行加算1、2を算定していない理由〉(報告書p206,208)

○ 在宅療養移行加算1、2を算定していない理由を尋ねたところ、「24時間の往診体制の確保ができない」が在宅療養支援病院でない病院では50%、在宅療養支援診療所ではない診療所が43.5%と最も多かった。

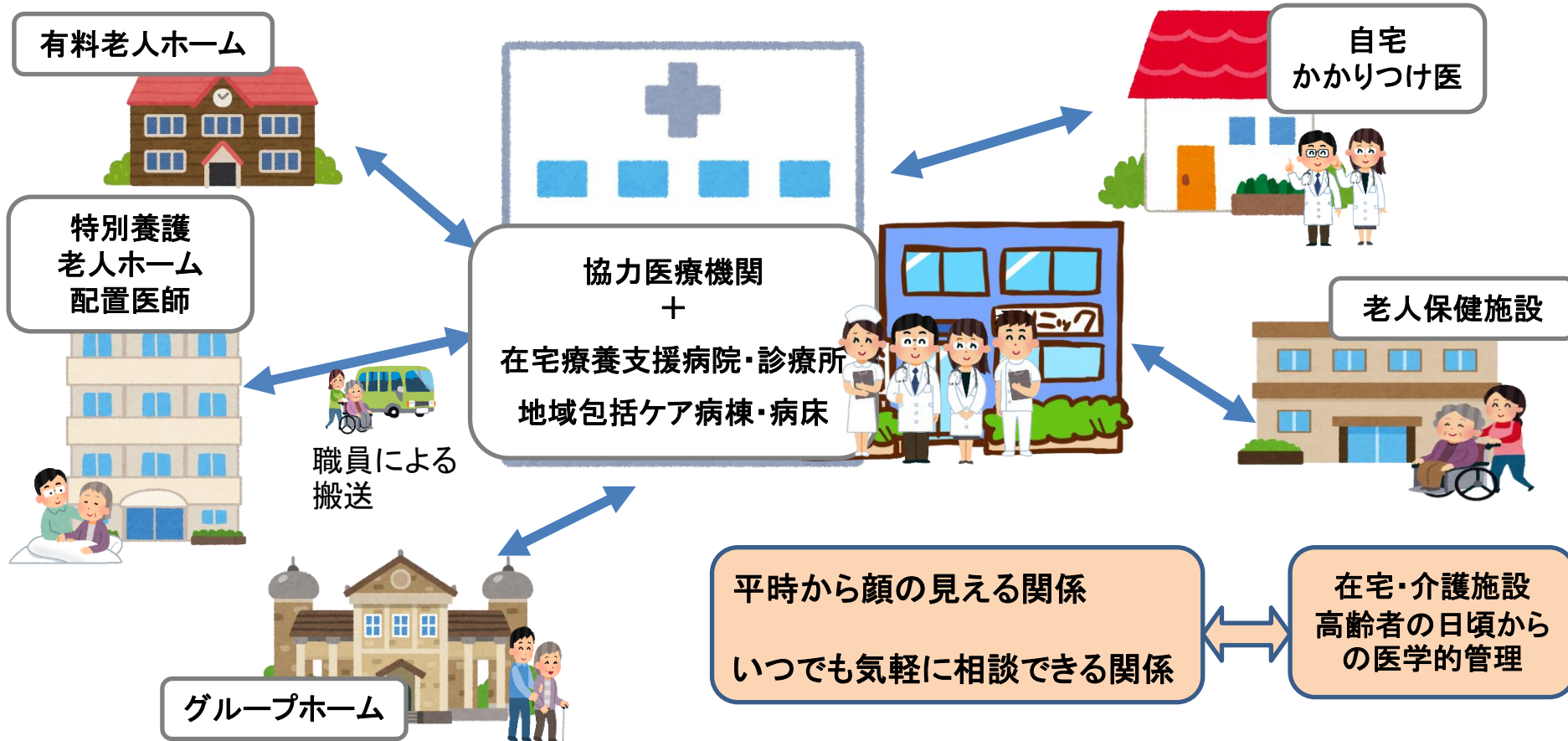
図表 2-228 在宅療養移行加算1、2を算定していない理由  
(在宅療養移行加算1、2の算定がない施設)  
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



図表 2-230 在宅療養移行加算1、2を算定していない理由のうち、  
24時間の往診体制の確保ができない理由



# 日常生活圏における医療・介護ネットワーク

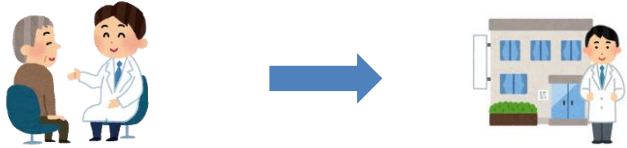


# 診療情報提供料（Ⅰ）概要

医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉医療機関への診療情報提供機能の評価。

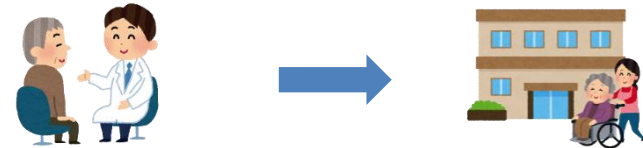
## ① 別の保険医療機関に紹介した場合

別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。



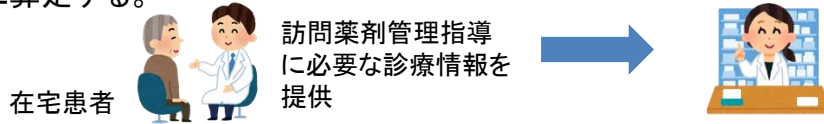
## ② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定する。



## ③ 保険薬局に提供する場合

在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定する。



訪問薬剤管理指導  
に必要な診療情報を  
提供

## ④ 精神障害者施設等に提供する場合

精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。

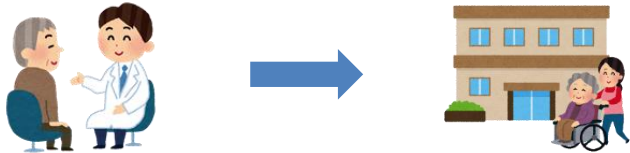


社会復帰の促進に  
必要な情報を提供

グループホーム、就労  
支援を行う事務所等

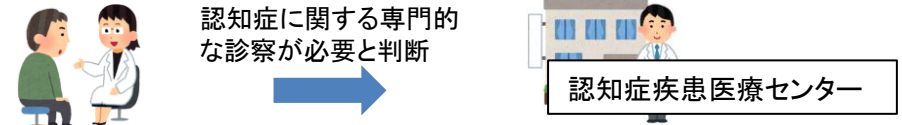
## ⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定する。



## ⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。

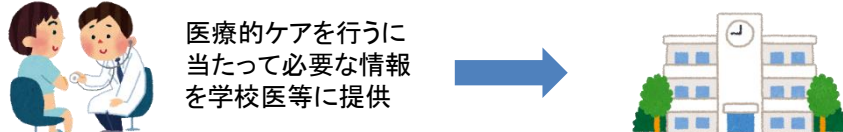


認知症に関する専門的  
な診察が必要と判断

認知症疾患医療センター

## ⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るにあたり必要な情報を提供した場合に算定する。



医療的ケアを行うに  
当たって必要な情報  
を学校医等に提供

**診療情報提供料（Ⅰ） 250点**  
（患者1人につき月1回に限り）



# 退院時共同指導料の概要

## 退院時共同指導料

- ▶ 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師等と入院中の医療機関の医師等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合にそれぞれの保険医療機関において算定する。
- ▶ 入院中1回に限り算定（ただし、別に定める疾病等の患者（※）については、入院医療機関の医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護師若しくは当該医師の指示をうけた方も看護ステーションの看護師等と1回以上共同して行う場合は、入院中に2回に限り算定）

	退院時共同指導料 1 (在宅療養担当医療機関の評価)	退院時共同指導料 2 (入院医療機関の評価)
	<b>1 在支診 1,500点</b> <b>2 在支診以外 900点</b>	<b>400点</b>
<b>共同指導 実施職種</b>	医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士	注1 医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
		注2（300点加算） 医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
		注3（多機関共同指導加算：2,000点加算） 医師、看護師等が、以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養を担う医療機関の医師又は看護師等</li> <li>・歯科医師又は歯科衛生士</li> <li>・薬剤師</li> <li>・訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）</li> <li>・介護支援専門員</li> <li>・相談支援専門員</li> </ul>
<b>対象患者</b>	退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院・入所する患者又は死亡退院した患者は対象とならない。	
	※ただし、入退院支援加算を算定する患者であって、疾患名、入院医療機関の退院基準、退院後の診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養医療機関と共有した場合、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能。	

（※）

**退院時共同指導料を2回算定できる疾病等の患者**

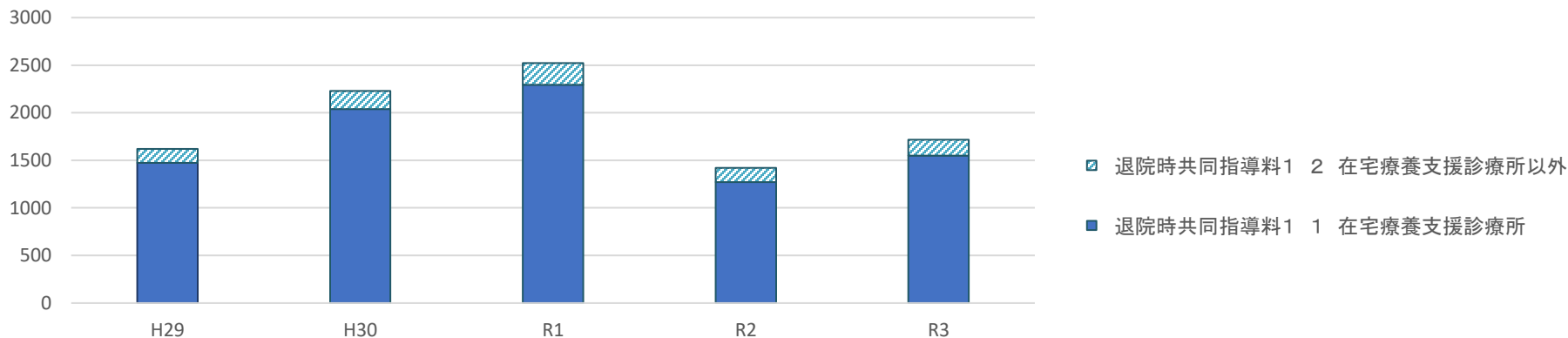
- 1 末期の悪性腫瘍の患者（在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く。）
- 2 (1)であって、(2)又は(3)の状態である患者
  - (1)
    - ・在宅自己腹膜灌流指導管理
    - ・在宅血液透析指導管理
    - ・在宅酸素療法指導管理
    - ・在宅中心静脈栄養法指導管理
    - ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
    - ・在宅人工呼吸指導管理
    - ・在宅悪性腫瘍等患者指導管理
    - ・在宅自己疼痛管理指導管理
    - ・在宅肺高血圧症患者指導管理
    - ・在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
  - (2) ドレーン又は留置カテーテルを使用している状態
  - (3) 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- 3 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

# 退院時共同指導料の算定状況

- 退院時共同指導料1、2ともに算定回数は増加傾向であったが、令和2年に減少している。
- 入院医療機関の評価である退院時共同指導料2よりも、在宅療養担当医療機関の評価である退院時共同指導料1の方が多く算定されている。

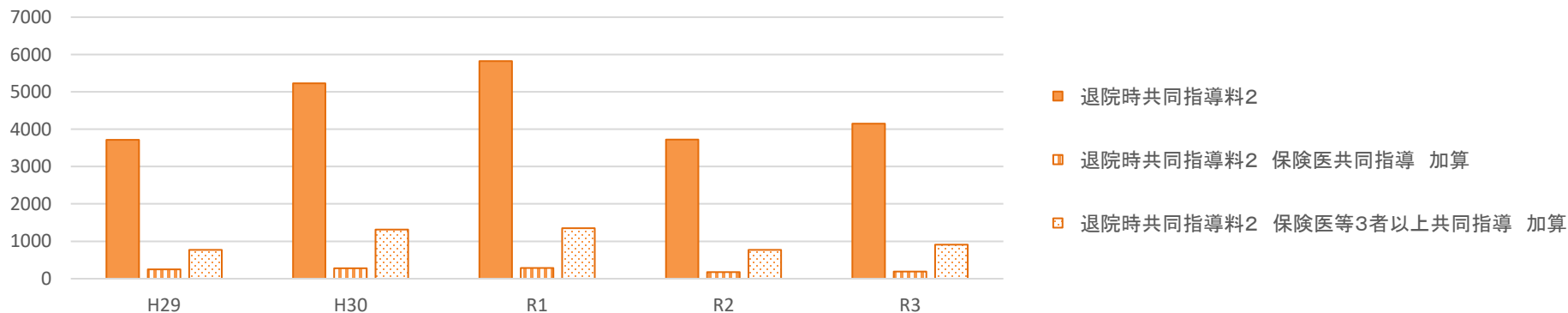
## ■ 退院時共同指導料1の算定状況の推移

退院時共同指導料1(算定回数)



## ■ 退院時共同指導料2の算定状況の推移

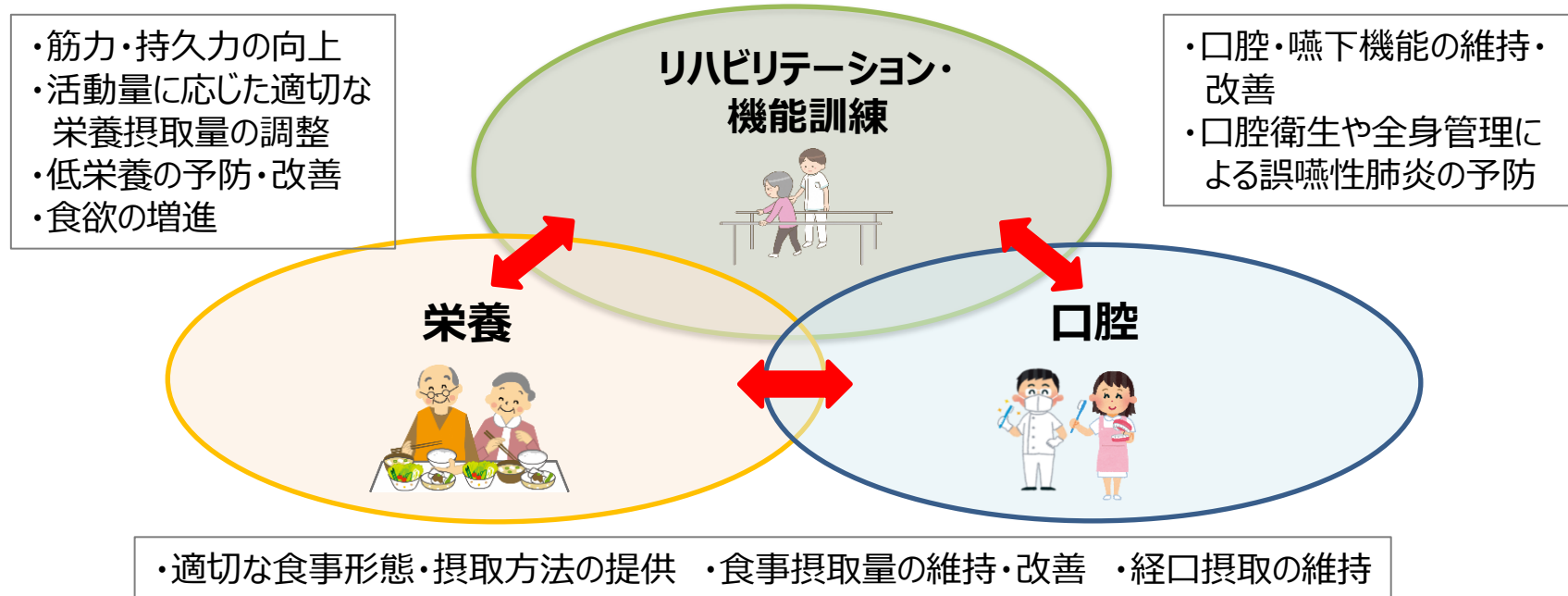
退院時共同指導料2(算定回数)



# 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。

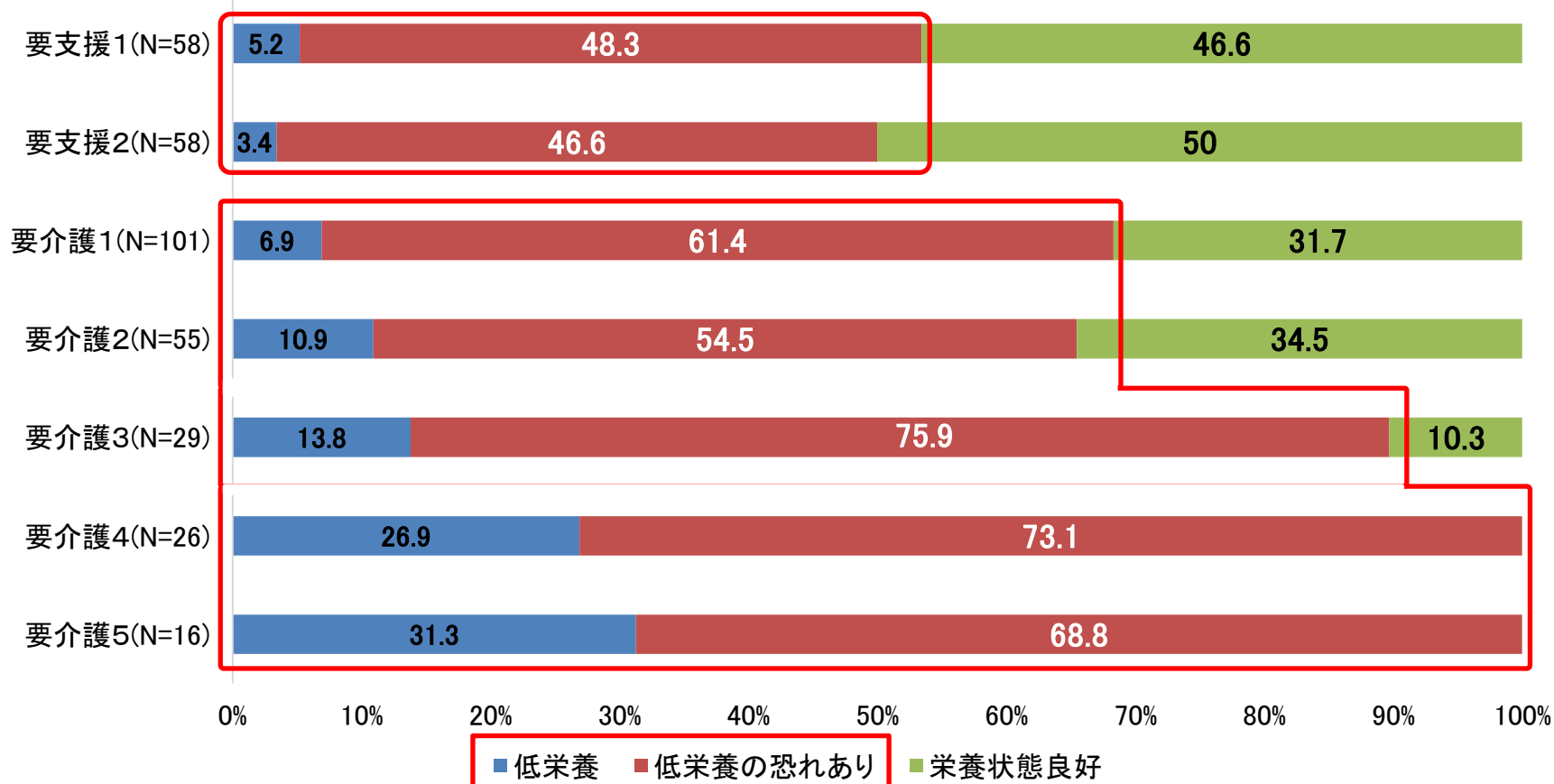
医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



- 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。

# 在宅要支援・要介護者の栄養状態

- 「低栄養の恐れあり」および「低栄養」の状態である者の割合は、要支援者は50%以上、要介護者は70%以上であった。



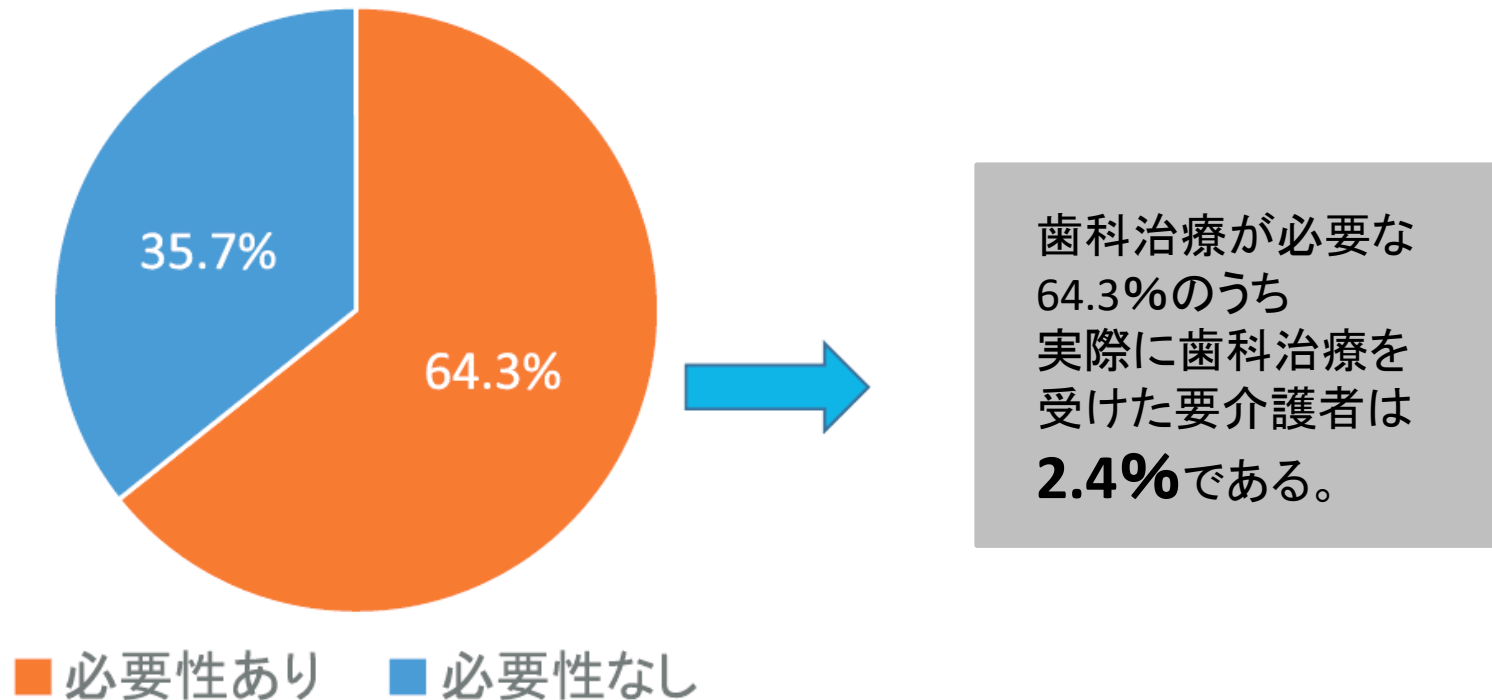
対象者:通所サービスや居宅サービスを利用する65歳以上の高齢者343名

本調査では、身体・健康の質問\*及びMNAによって栄養状態を判定

\*「食事量減少の有無」「過去3ヶ月間での体重減少の有無」「自立歩行の可否」「過去3ヶ月間での精神的ストレスなどへの罹患経験の有無」「神経・精神的問題の有無」の5項目

# 要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

- 要介護高齢者（N=290,平均年齢86.9±6.6歳）の調査では、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であったが、そのうち、過去1年以内に歯科を受療していたのは、2.4%であった。



※歯科治療(義歯・う蝕・歯周疾患・粘膜疾患・保湿)の必要性の有無を歯科医師が判定

※要介護高齢者:特定地域の在宅療養、認知症グループホーム、通所サービス、療養病棟、老人保健施設、特別養護老人ホームの入所、利用者など

# 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。

# 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 (%)
		全入院	492,744	100%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	19,054	3.9%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	17,052	3.5%
7	N10	急性尿管間質性腎炎	13,606	2.8%
8	U071	2019年新型コロナウイルス急性呼吸器疾患	12,850	2.6%
9	E86	体液量減少 (症)	10,588	2.1%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	7,490	1.5%
11	I509	心不全, 詳細不明	7,162	1.5%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%
14	L031	(四) 肢のその他の部位の蜂巣炎 <蜂窩織炎>	4,553	0.9%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	3,845	0.8%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%
20	K810	急性胆のう <嚢> 炎	3,625	0.7%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ 5	2,839	0.6%
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%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
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%
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%
30	K562	軸捻 (転)	2,379	0.5%
31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
33	N12	尿管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
34	I610	(大脳) 半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
36	G20	パーキンソン < Parkinson > 病	1,844	0.4%
37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
42	K800	急性胆のう <嚢> 炎を伴う胆のう <嚢> 結石	1,470	0.3%
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%
44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%



# 訪問リハビリテーションの現状

## 「訪問リハビリテーション」とは

- 原則通院の困難な利用者に対し、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により行われるリハビリテーション

## 【指定訪問リハビリテーション事業所の要件】

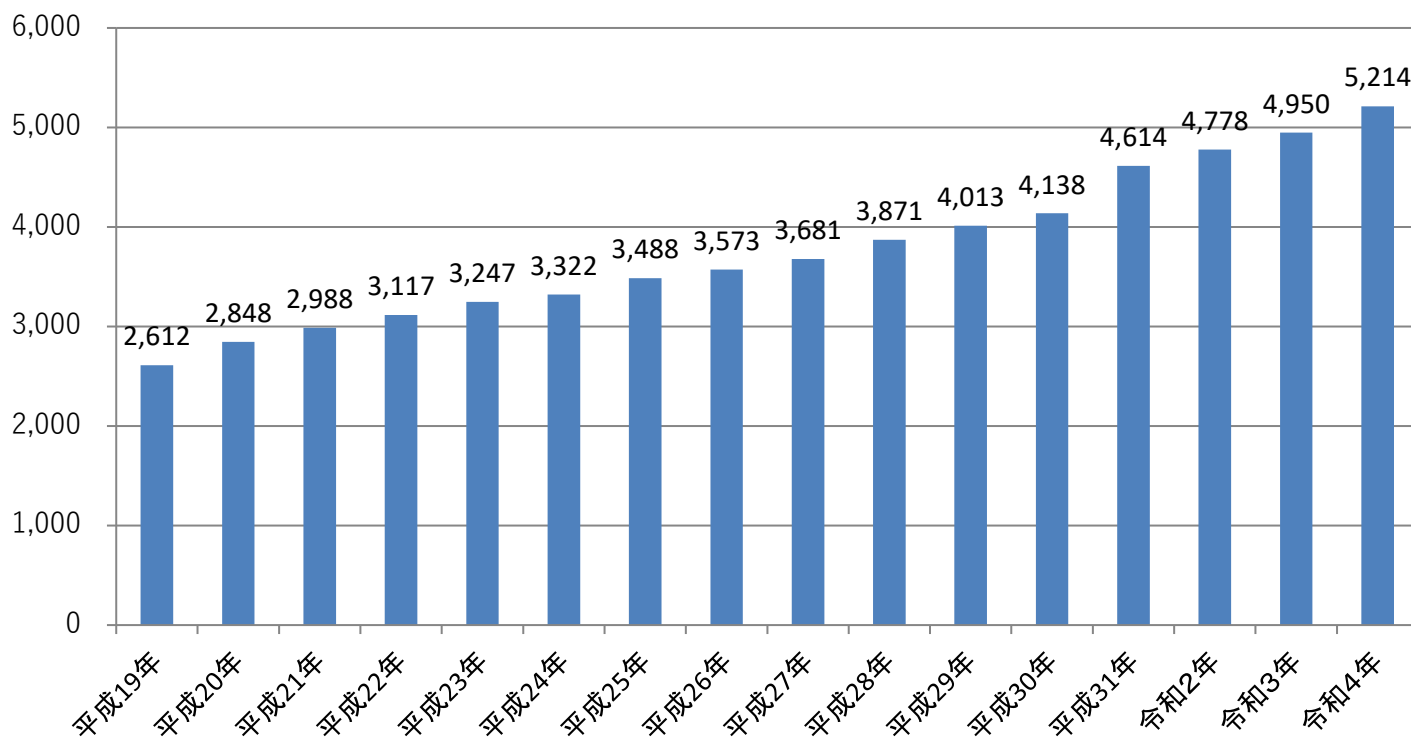
- ①専任の常勤医師一名以上 ②理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を適当数置かなければならない
- 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること
- 指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等を備えているもの

## 【訪問リハビリテーションの対象者】

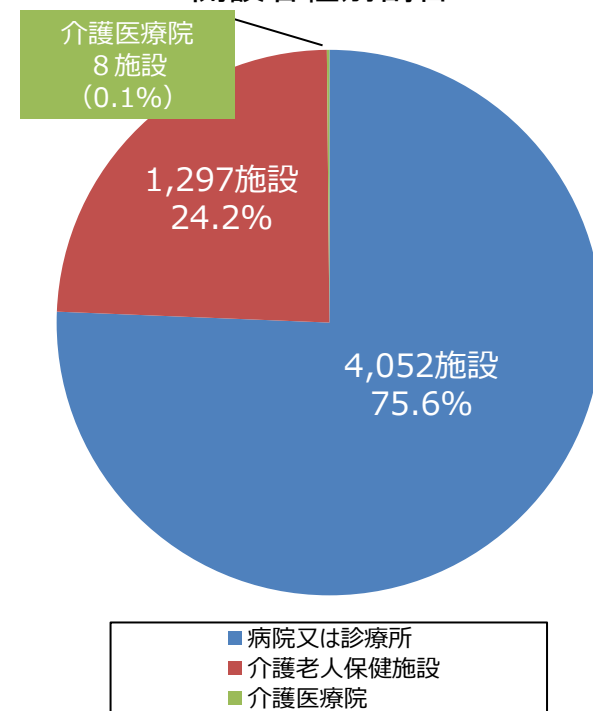
- 介護保険法の居宅要支援、要介護者

訪問リハビリテーションの請求事業所は年々増加している。開設者種別では、約8割が医療機関、約2割が介護老人保健施設である。

請求訪問リハビリテーション事業所数



開設者種別割合



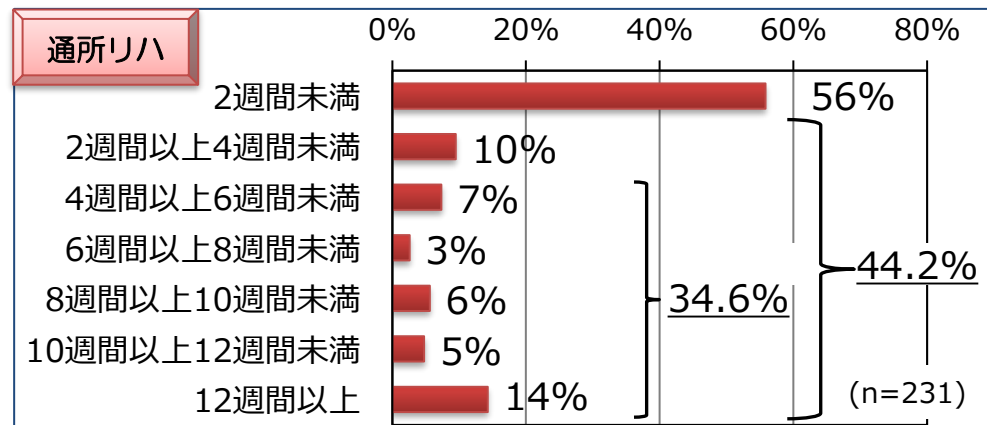
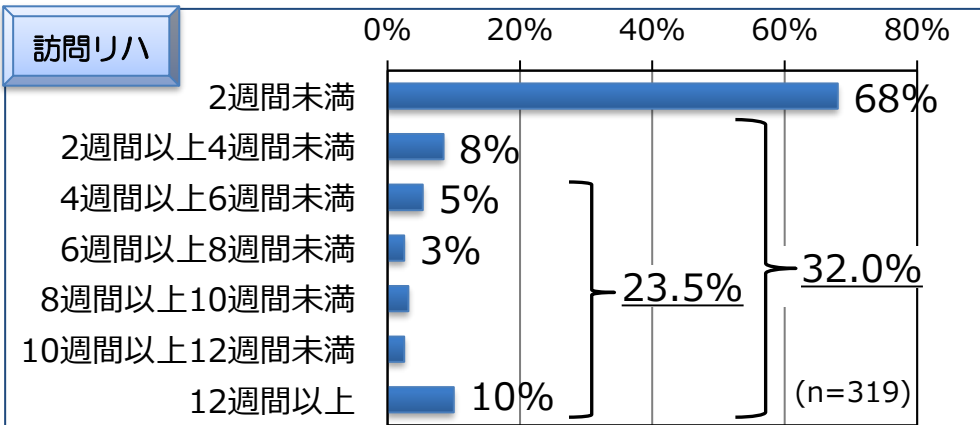
(出典) 厚生労働省「介護給付費等実態統計」  
(令和5年3月審査分)



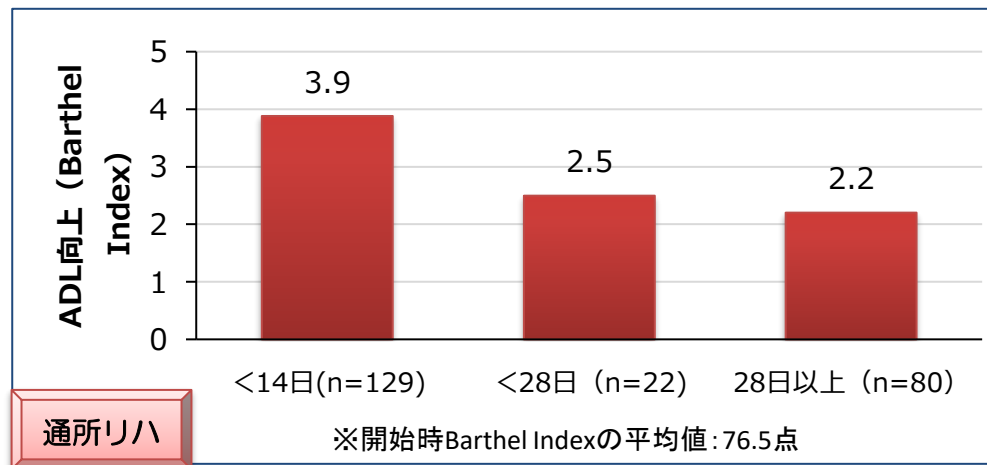
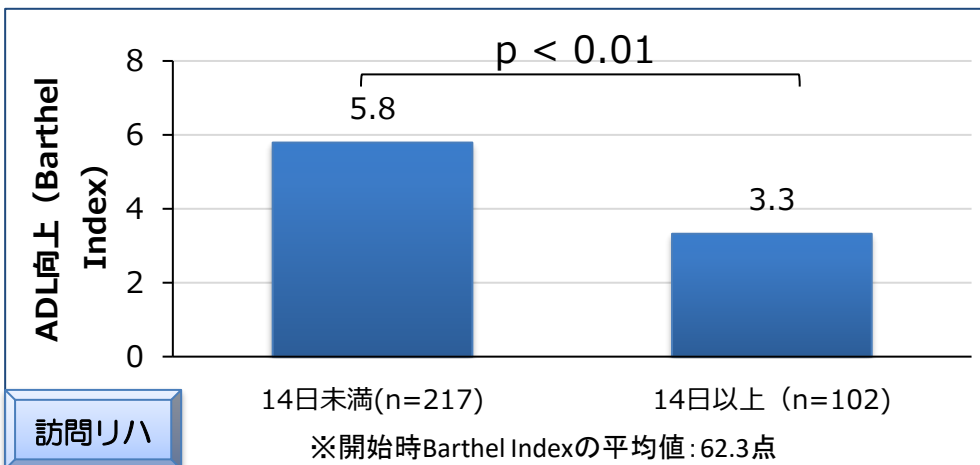
# 退院後のリハビリテーション利用開始までの期間と機能回復

- 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



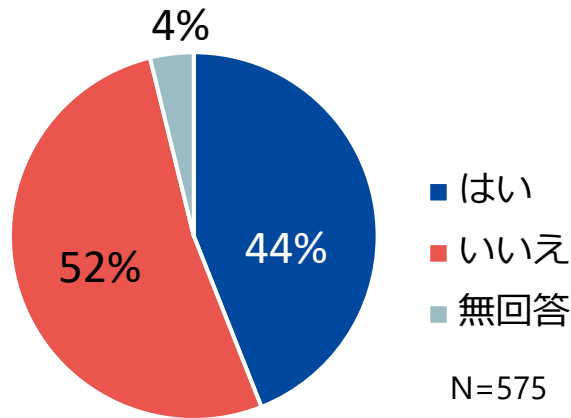
## ■退院後のリハビリテーション開始までの期間別の機能回復の程度



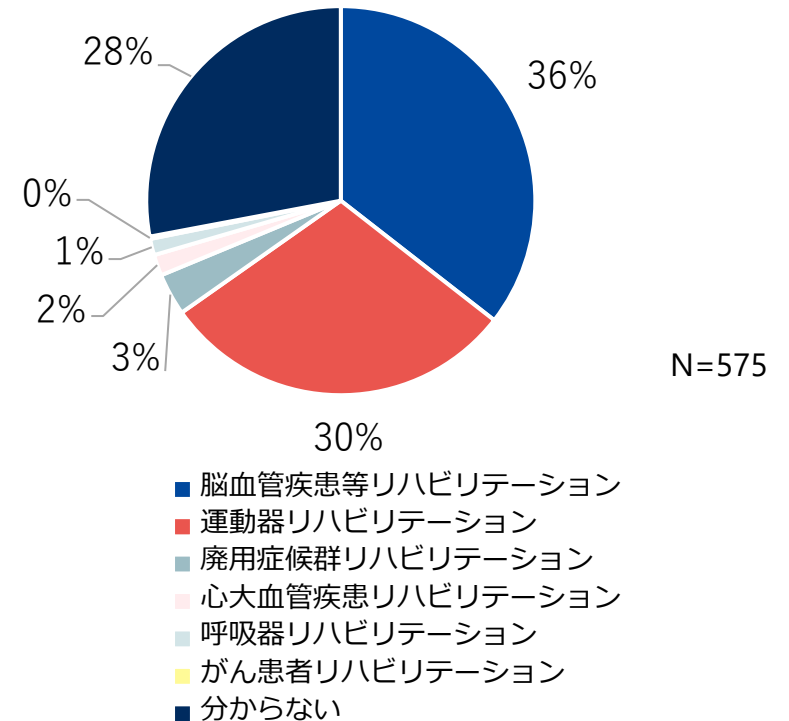
# 疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

- 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を入手していたのは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  
リハビリテーション実施計画書を入手していたか



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

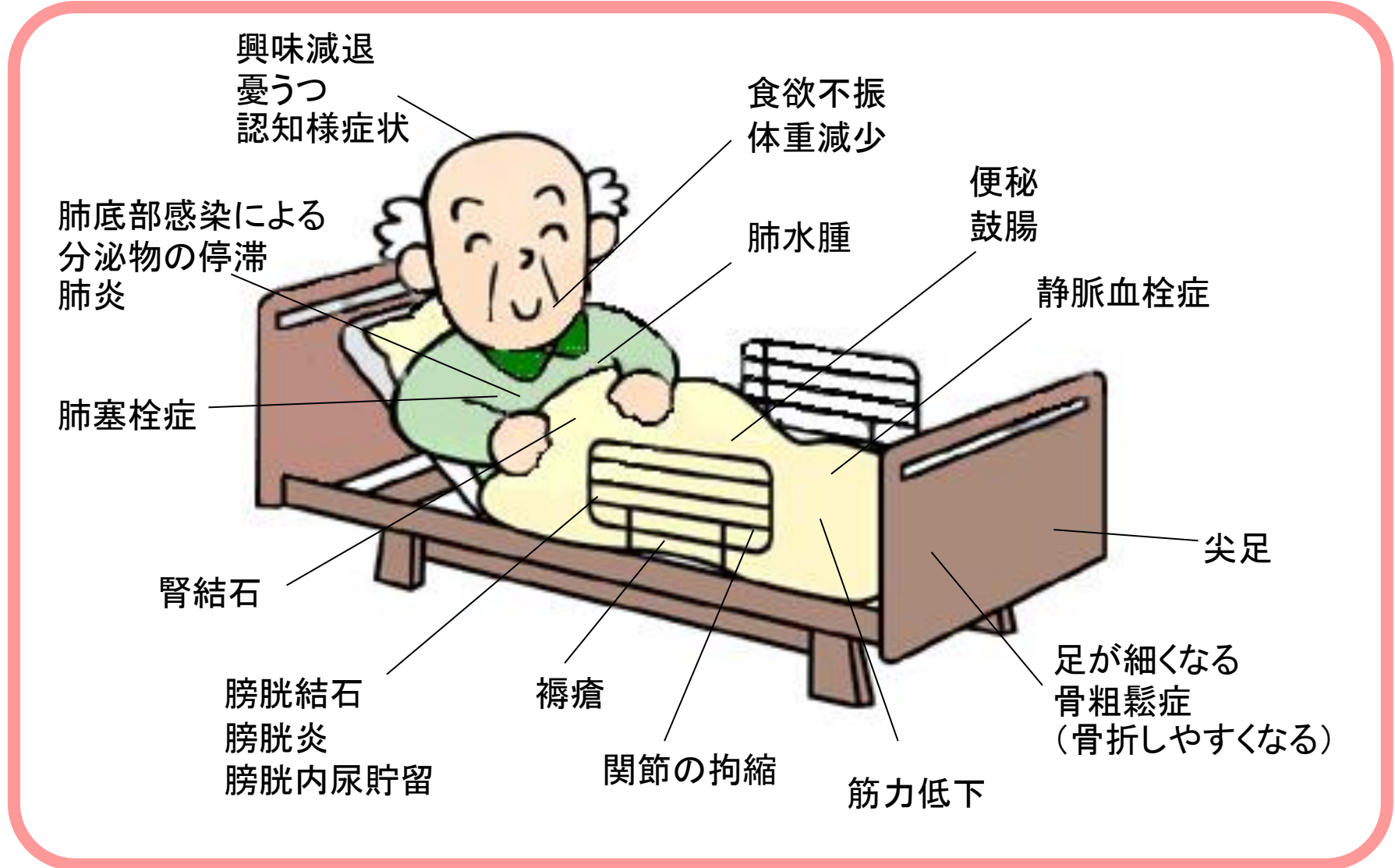


		医療機関からリハビリテーション 実施計画書を入手したか		p-value*
		はい	いいえ	*Fisherの正確検定
同一医療法人 または関連医療機関 からの紹介	はい	215 (54.3%)	181 (45.7%)	<0.001
	いいえ	48 (26.8%)	131 (73.2%)	

※ 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

# 廃用症候群

長期臥床はさまざまな合併症を起こす



# 高齢者の健康状態の特性等について

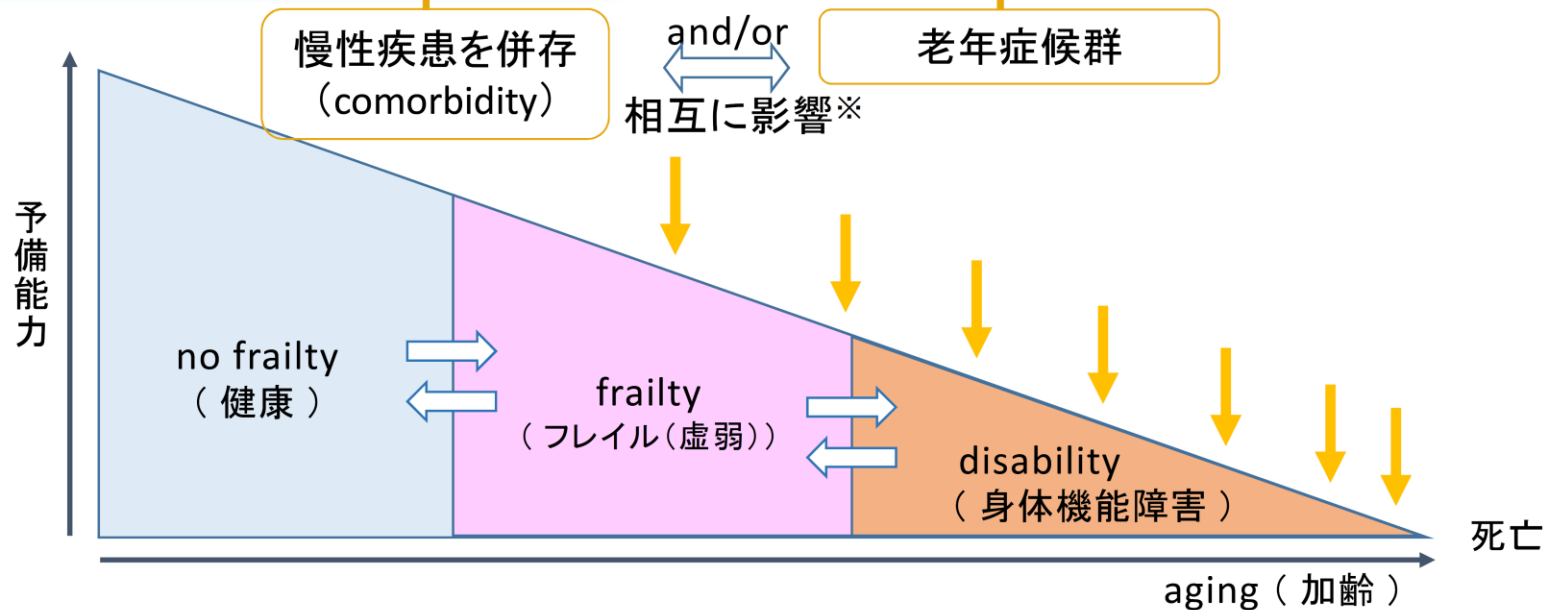
平成30年11月22日

第5回高齢者の保健事業と介護予防の  
一体的な実施に関する有識者会議

参考資料

- 高血圧
- 心疾患
- 脳血管疾患
- 糖尿病
- 慢性腎疾患(CKD)
- 呼吸器疾患
- 悪性腫瘍
- 骨粗鬆症
- 変形性関節症等
- 生活習慣や加齢に伴う疾患


- 認知機能障害
- めまい
- 摂食・嚥下障害
- 視力障害
- うつ
- 貧血
- 難聴
- せん妄
- 易感染性
- 体重減少
- サルコペニア(筋量低下)



「フレイル」とは、『フレイル診療ガイド2018年版』(日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018)によると「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。フレイルは、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。」と定義されている。また、「フレイル」の前段階にあたる「プレフレイル」のような早期の段階からの介入・支援を実施することも重要である。

※ 現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要。

# 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: 入居(退居)日: 性別: 国籍: 出身地: 転居(転居)日: 転居(転居)理由: 転居(転居)先: 転居(転居)先住所: 転居(転居)先電話番号: 転居(転居)先郵便番号: 転居(転居)先住所(〒): 転居(転居)先住所(市区町村): 転居(転居)先住所(丁目): 転居(転居)先住所(番地): 転居(転居)先住所(部屋番号):

利用者と家族の意向  
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  
継続  
期間

① 栄養状態  
② 食事摂取量  
③ 体重の維持  
④ 水分摂取量  
⑤ 排便状況  
⑥ 口腔機能  
⑦ 嚥下機能  
⑧ 認知機能  
⑨ 生活機能  
⑩ その他

栄養ケア提供経過記録  
日 月 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)** 別紙3


リハビリテーション実施計画書(2)

実施の目的  
実施の手段  
実施の時期  
実施の場所  
実施の担当者  
実施の評価

実施の目的  
実施の手段  
実施の時期  
実施の場所  
実施の担当者  
実施の評価

実施の目的  
実施の手段  
実施の時期  
実施の場所  
実施の担当者  
実施の評価

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4

氏名: 年齢: 性別: 国籍: 出身地: 転居(転居)日: 転居(転居)理由: 転居(転居)先: 転居(転居)先住所: 転居(転居)先電話番号: 転居(転居)先郵便番号: 転居(転居)先住所(〒): 転居(転居)先住所(市区町村): 転居(転居)先住所(丁目): 転居(転居)先住所(番地): 転居(転居)先住所(部屋番号):

1. 口腔機能向上管理指導計画  
作成(策定)日: 作成者氏名:  
解決すべき課題、目標

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「その他」に記入する。)

実施年月日: 実施回数: 実施時間: 実施場所: 実施担当者: 実施評価:

実施項目:  
 嚥下機能向上に関する指導  
 嚥下機能向上に関する指導(嚥下機能向上プログラム等)  
 嚥下機能向上に関する指導(嚥下機能向上プログラム等)  
 嚥下機能向上に関する指導(嚥下機能向上プログラム等)  
 嚥下機能向上に関する指導(嚥下機能向上プログラム等)  
 嚥下機能向上に関する指導(嚥下機能向上プログラム等)  
 その他

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）				説明日
	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）				X年 7月19日
	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"> <li>・フレイルに伴う下肢筋力低下</li> <li>・低栄養（体重減少）</li> <li>・もともと俳句サークルに所属し再開を希望</li> </ul>	<p>低栄養状態のリスク（<input type="checkbox"/>低 <input type="checkbox"/>中 <input checked="" type="checkbox"/>高）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外出の機会が減り、半年で約6kg体重減少（-10.6%/6か月）</li> <li>・週3回の通所利用日以外は、生活が不規則で欠食も多い</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■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）</li> <li>■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）</li> <li>■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</li> <li><input type="checkbox"/>音声・言語機能に関する疾患の可能性</li> <li><input type="checkbox"/>その他（ ）</li> </ul> <p>【記入者】 <input type="checkbox"/>看護職員 ■歯科衛生士 <input type="checkbox"/>言語聴覚士</p>		



<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>
-------------	--

# 通所系サービス等における口腔・栄養スクリーニングの推進

- 介護保険における通所系サービス等において、口腔機能低下や低栄養のおそれがある利用者を早期に確認し、必要なサービスにつなげる観点から、介護職員等による口腔と栄養に関する一体的なスクリーニングを評価

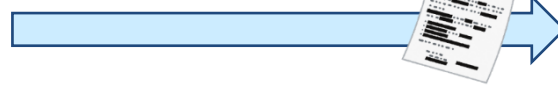
## <口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）> 20単位/回 ※6月に1回



スクリーニング内容(主なチェック項目)		
口腔	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる	
	入れ歯を使っている	
	むせやすい	
栄養	身長・体重	BMI 18.5未満
	1～6か月の体重減少	3%以上
	血清アルブミン値	3.5g/dl未満
	食事摂取量	75%未満

※把握できない項目は省略可

チェックした全員の情報を文書で提供



介護支援専門員



専門職への相談提言や適切なサービスの選択

## <対象サービス>

通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、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、認知症対応型共同生活介護★  
(★：介護予防についても同様の措置を講ずる場合)



## 口腔・栄養スクリーニング様式

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日生まれ	歳		
氏名		要介護度・病名・ 特記事項等				記入者名：			
						作成年月日： 年 月 日			
						事業所内の歯科衛生士		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
						事業所内の管理栄養士・栄養士		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

	スクリーニング項目	前回結果 (●月●日)	今回結果 (●月●日)
口 腔	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる	はい・いいえ	はい・いいえ
	入れ歯を使っている	はい・いいえ	はい・いいえ
	むせやすい	はい・いいえ	はい・いいえ
	特記事項（歯科医師等への連携の必要性）		

栄養	身長 (cm) ※ <sup>1</sup>	(cm)	(cm)
	体重 (kg)	(kg)	(kg)
	BMI (kg/ m <sup>2</sup> ) ※ <sup>1</sup> 18.5未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ m <sup>2</sup> )
	直近1～6か月間における 3%以上の体重減少※ <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ か月)
	直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少※ <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 6か月)
	血清アルブミン値 (g/dl) ※ <sup>3</sup> 3.5 g/dl未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( (g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( (g/dl))
	食事摂取量 75%以下※ <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( %)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( %)
	特記事項 (医師、管理栄養士等への 連携の必要性等)		

※<sup>1</sup> 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

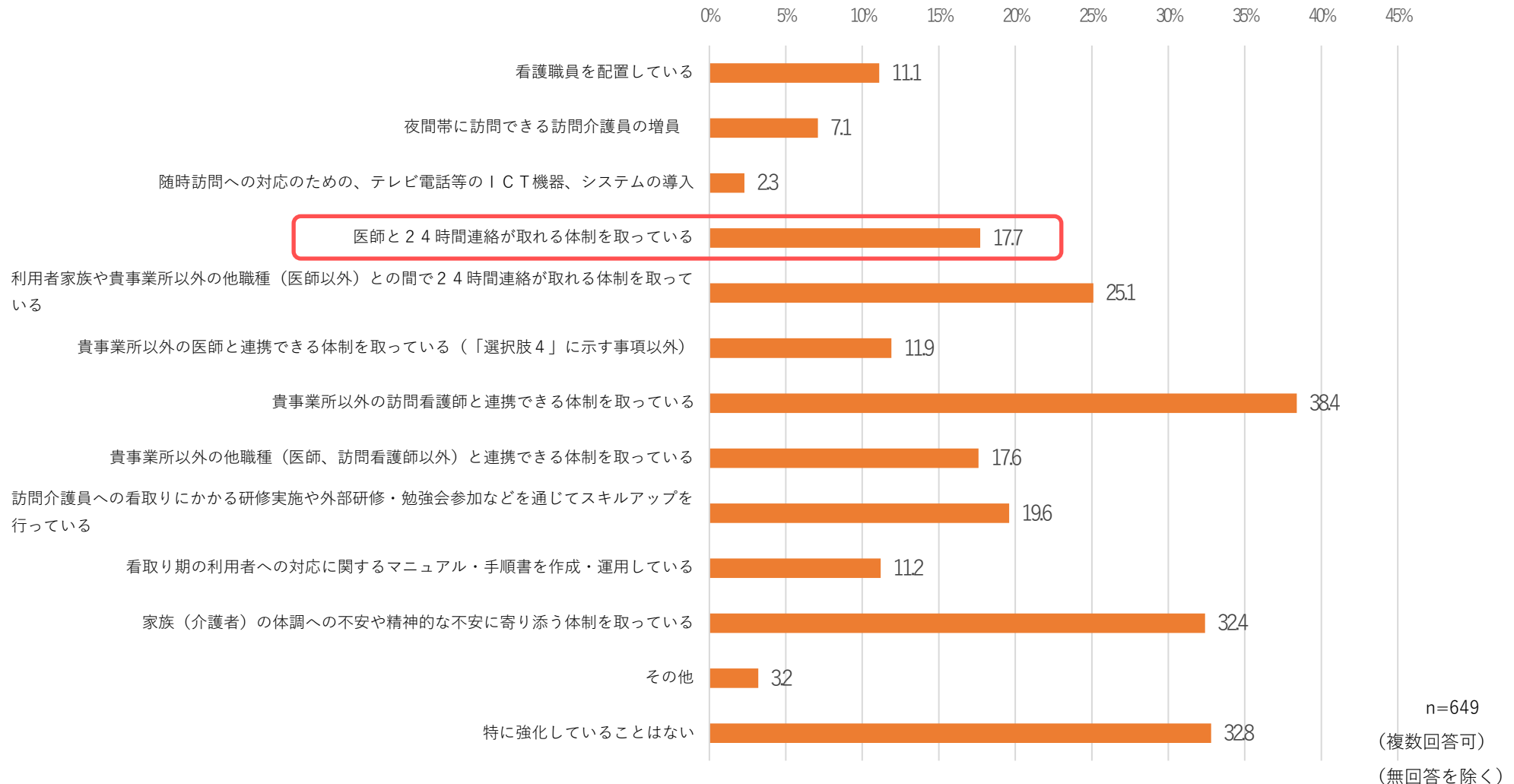
※<sup>2</sup> 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない。(初回は評価不要)

※<sup>3</sup> 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

# 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

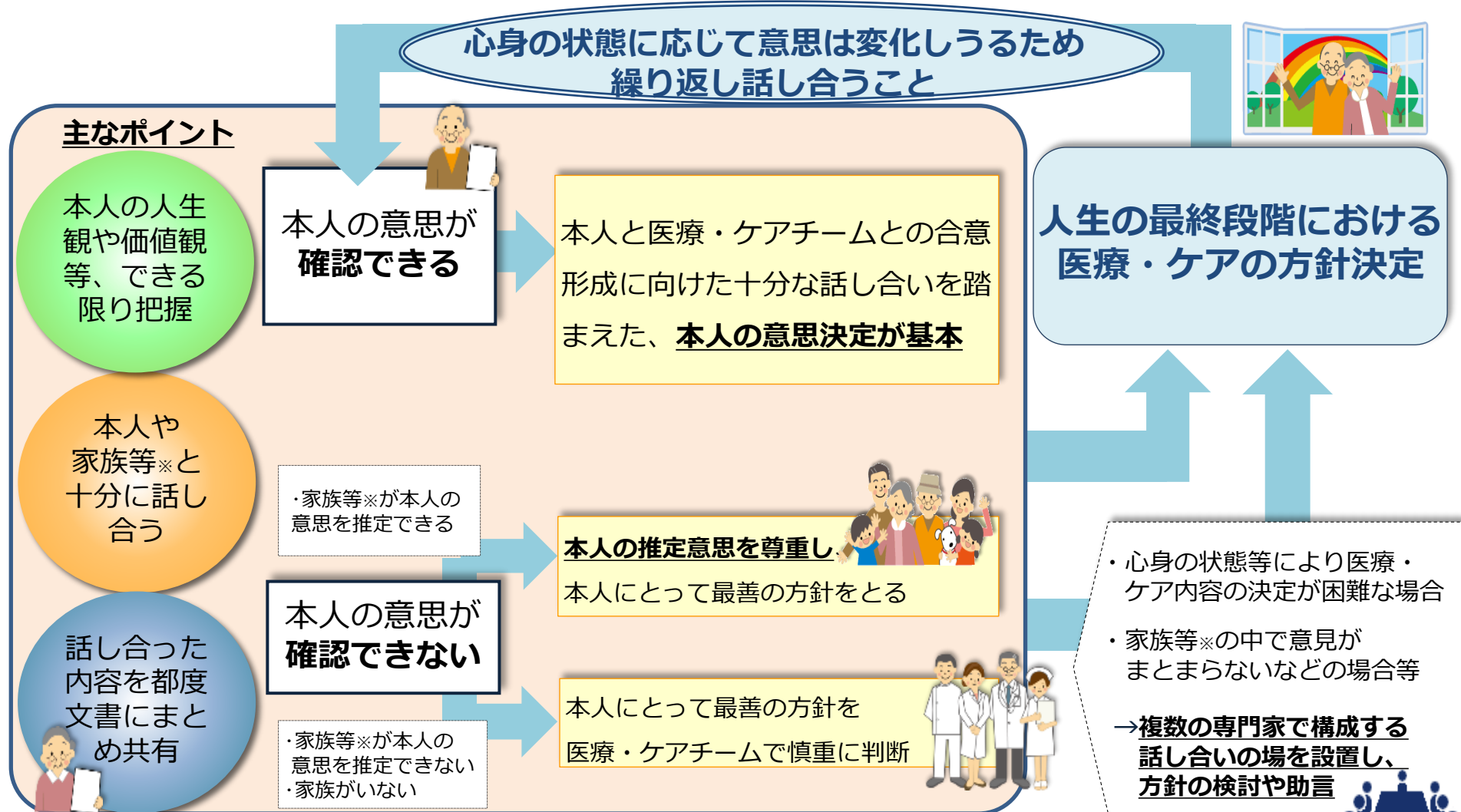


(※) 医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した方を指す。

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）

# 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって決めておくことが重要である。

※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



# 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。