

介護老人保健施設の 報酬・基準について（検討の方向性）

これまでの分科会における主なご意見(介護老人保健施設)

<体制、要件、人員・設備基準等>

- 他の居宅サービスと比べ訪問リハビリテーションの実施割合が少なく、促進すべきではないか。
- リハビリテーションにおける医師の関与の強化は今後も推進していくべき。
- 認知症の入所者については、集団でのリハビリテーションも効果があるのではないか。
- 地域貢献活動について、出前講座の実施や住民・入所者の合同イベント開催など、地域交流を活発にしていけるべきではないか。
- 施設から在宅に戻ってからも、施設内で実施された口腔ケアを継続できる情報共有のスキーム作りが必要ではないか。
- 入所中も継続的にケアマネジャーと連携することで早期の対処や在宅復帰が促進される仕組みを更に進めることが必要ではないか。
- 認知症で車いすを利用している方が転倒した場合、一律に事故にあたるとはいえないのではないか。ベルトによる固定も身体拘束にあたるとは行えない。転倒、転落は老年症候群の1つであり、これらが本当に事故にあたるのか、検討すべきではないか。

<基本報酬・各種加算>

- 老健の基本理念を踏まえると、超強化型への重点化が必要ではないか。
- 在宅復帰の機能を一層強化するため、財政中立を原則に、メリハリをつけた評価を更に行うべきではないか。
- かかりつけ医連携薬剤調整加算について、かかりつけ医との合意形成に遠慮するという声も聞く一方、算定しなくとも減薬を行っているのが現実であるが、連携が進む工夫を検討すべきではないか。
- 所定疾患施設療養費について、肺炎や尿路感染症は算定要件の1週間では治療期間が収まらない事例が示されており、治療の状況、実態に即して算定要件を見直すべき。
- 所定疾患施設療養費について、带状疱疹は注射剤のみが算定要件となっているが、内服薬による治療が一般的であることも踏まえて検討すべき。
- 所定疾患施設療養費について、带状疱疹は例年発症件数が少なく、蜂窩織炎への変更など、実態に即した疾患の見直しを行ってはどうか。
- 所定疾患施設療養費（肺炎）の算定に当たり、「検査していない」ということはあり得ず、きちんとした対応が必要なのではないか。
- 所定疾患施設療養費は、診療録の内容をレセプトの摘要欄にも記載する必要があり、医師にとって負担となっているので、対応を検討するべきではないか。

論点①介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の推進

論点①

- 平成29年の制度改正で、介護老人保健施設の役割が在宅復帰・在宅療養支援であることがより明確にされたことを踏まえ、この機能を更に推進する観点から、平成30年度介護報酬改定において、報酬体系の見直しが行われた。
- その際、在宅復帰・在宅療養支援等指標及び要件について、きめ細かい評価ができるよう設定されたところであるが、指標の取得状況等を踏まえ、在宅復帰・在宅療養支援機能を更に推進する観点から、どのような対応が考えられるか。

21. 介護老人保健施設 ①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価

算定要件等

	超強化型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	在宅強化型	加算型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	基本型	その他型 (左記以外)
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)	70以上	60以上	40以上	20以上	左記の要件を満たさない
退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

在宅復帰・在宅療養支援等指標：

下記評価項目(①～⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値
(最高値：90)

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0	
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス 3	1サービス 2	0サービス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5	3以上 3	3未満 0	
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0	
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0	
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	

評価項目	算定要件
退所時指導等	a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。 b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハ	少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

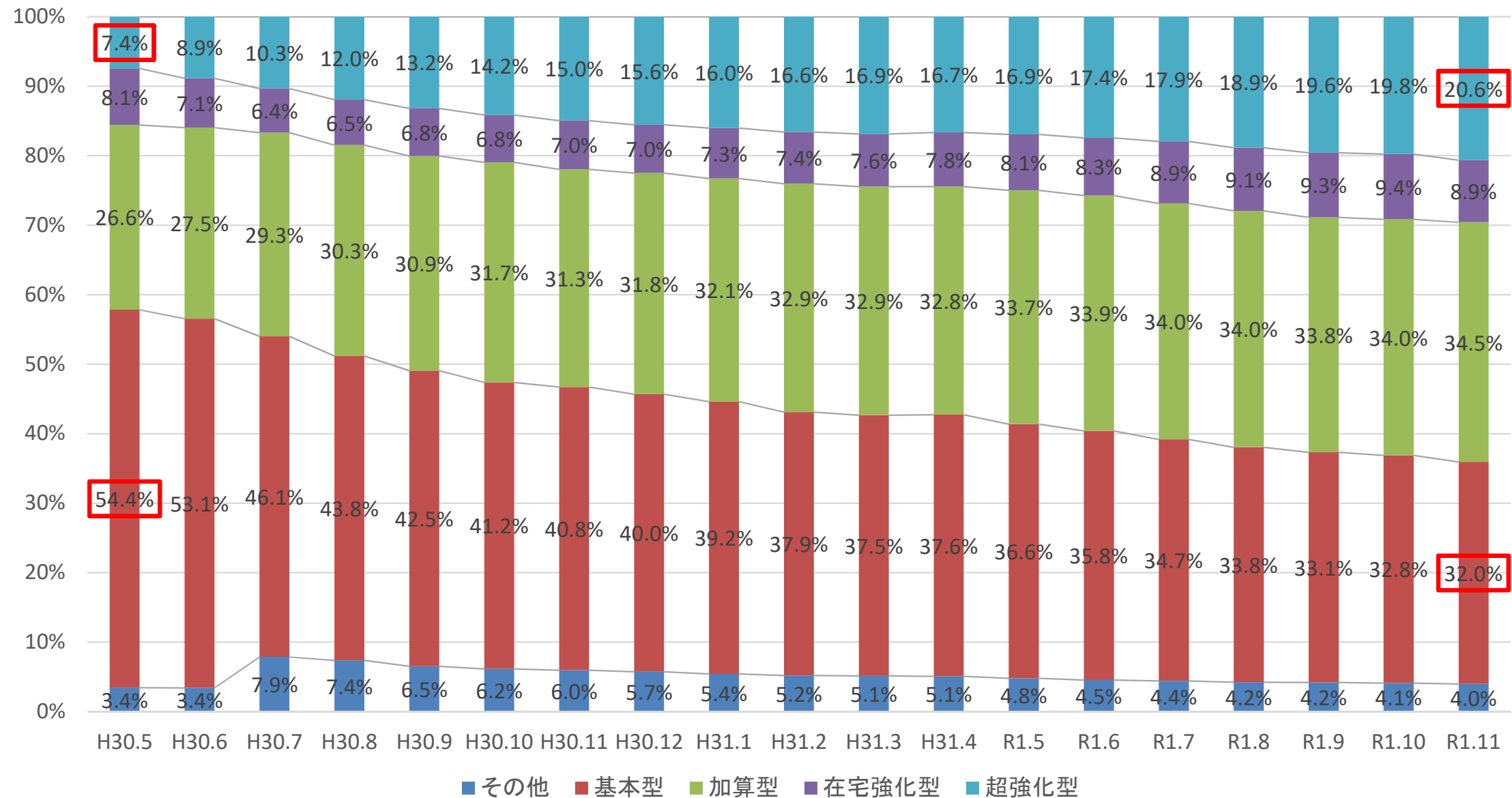
※要介護4・5については、2週間。

介護老人保健施設の基本サービス費類型の推移

社保審一介護給付費分科会
第183回 (R2.8.27) 資料 2

- 超強化型について、平成30年 5 月時点の7.4%から令和元年11月時点で20.6%に増加した。
- 基本型について、平成30年 5 月時点の54.4%から令和元年11月時点で32%に減少した。

介護老人保健施設の施設類型の推移



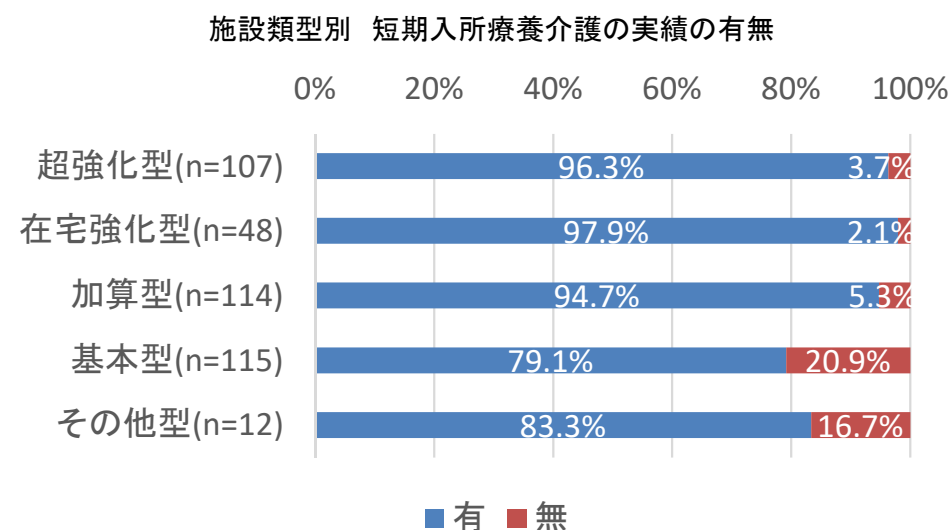
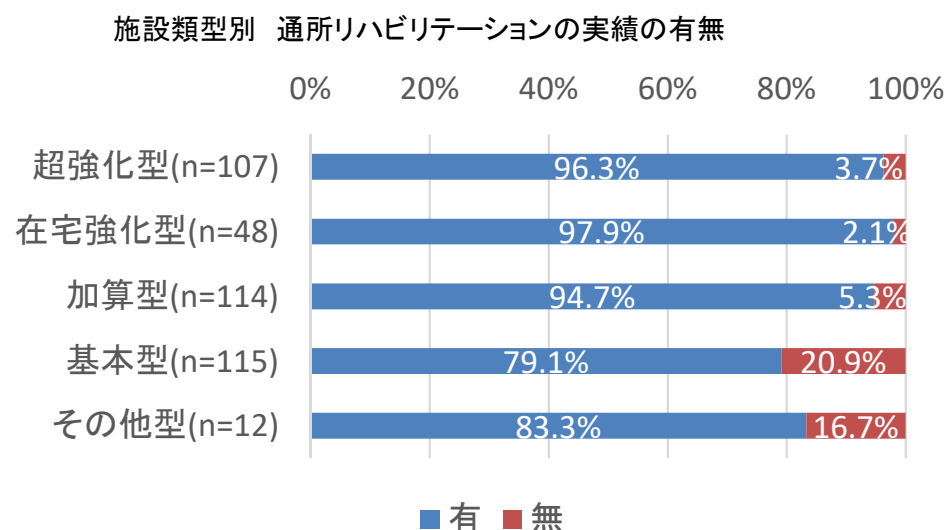
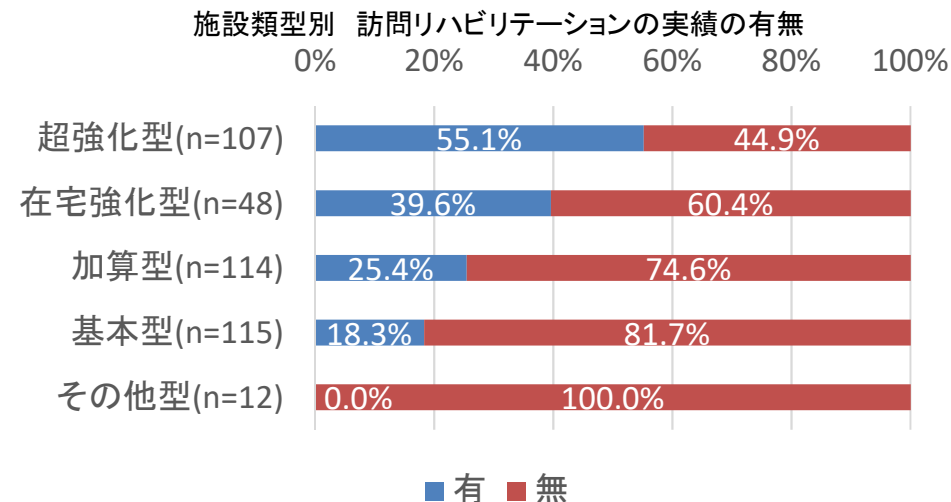
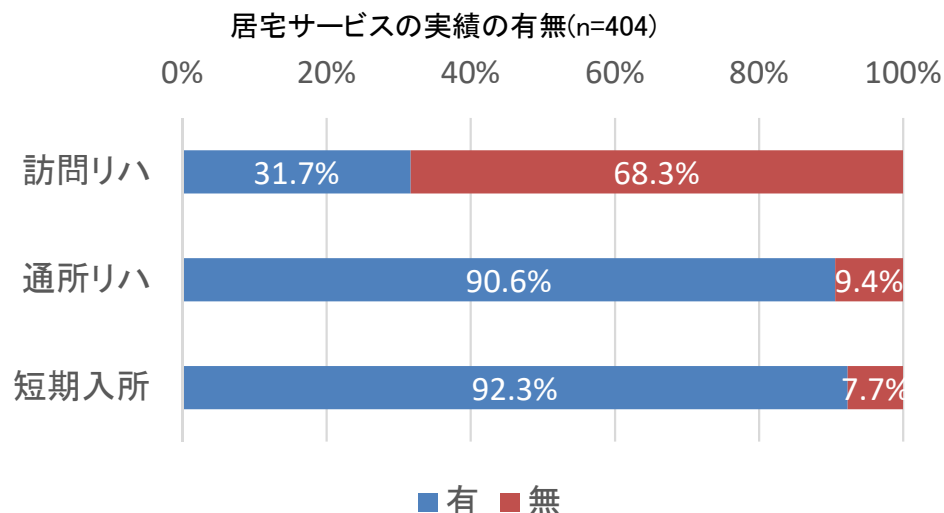
介護老人保健施設の提供する居宅サービスについて

社保審一介護給付費分科会

第183回 (R2.8.27)

資料 2

- 訪問リハビリテーションの実績が「有」は31.7%であり、「無」は68.3%であった。
- 通所リハビリテーションの実績が「有」は90.6%であり、「無」が9.4%であった。
- 短期入所療養介護の実績が「有」は92.3%であり、「無」が7.7%であった。



【出典】介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和元年度調査）「医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業」
注：無回答であった施設は除く

介護老人保健施設における人員配置状況・リハビリテーションの内容

社保審一介護給付費分科会

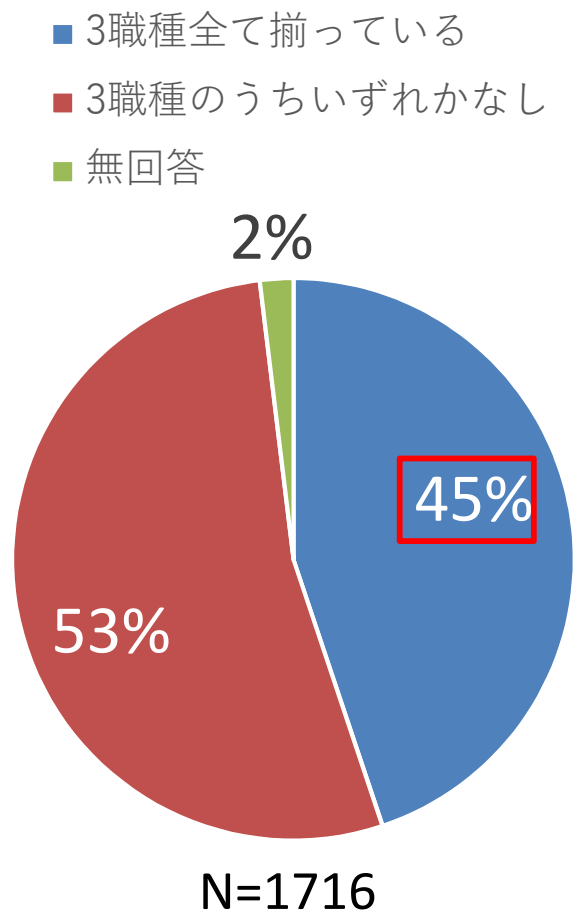
第183回 (R2.8.27)

資料 2

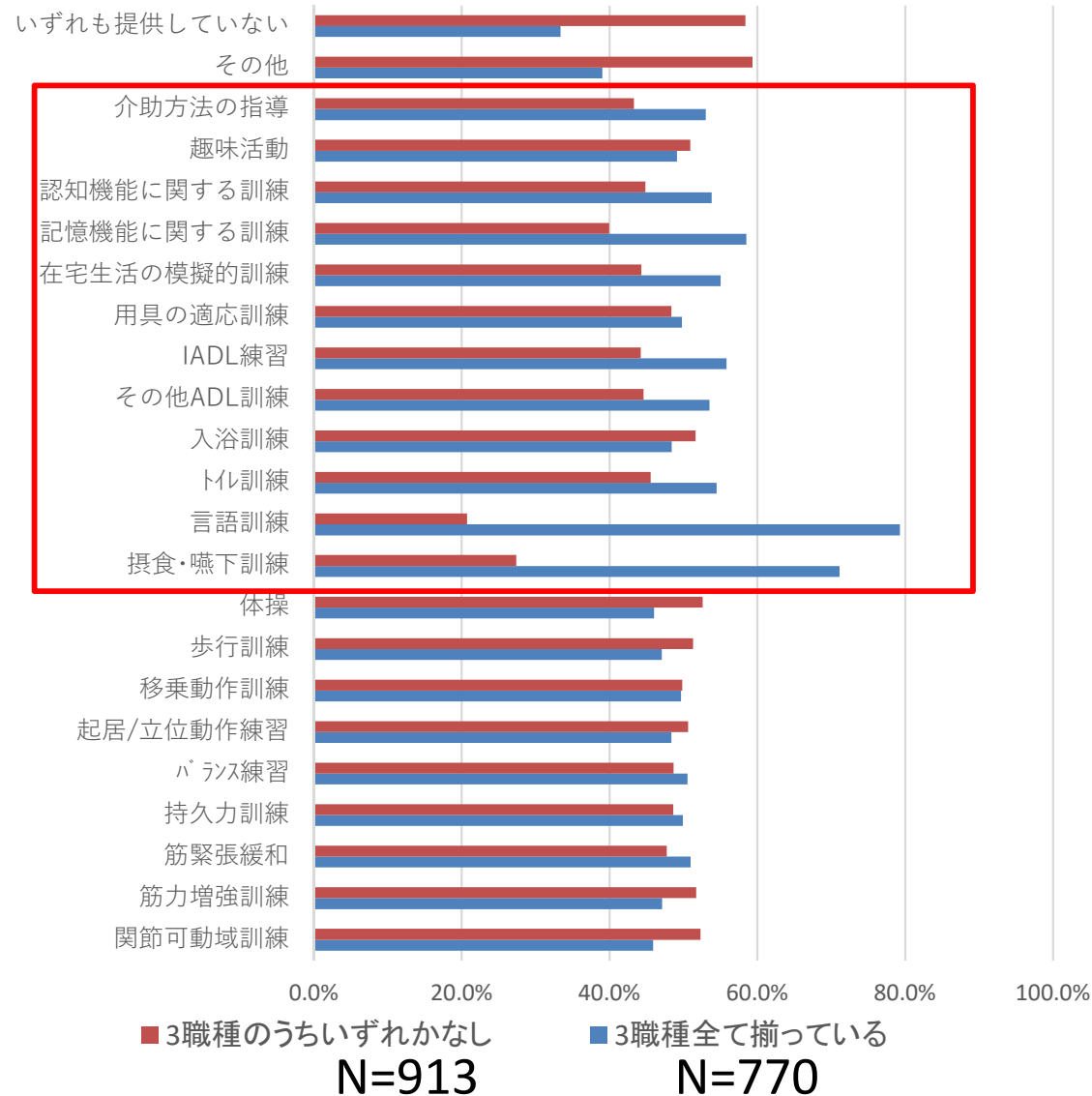
- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の全てが配置されている施設は45%であった。
- 入所中のリハビリテーションの内容は3職種配置の場合は、いずれかなしの場合と比較し、言語訓練、IADL訓練等の割合が高い。

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の

3職種割合



入所中のリハビリテーションの内容



在宅復帰・在宅療養支援機能の算定要件について

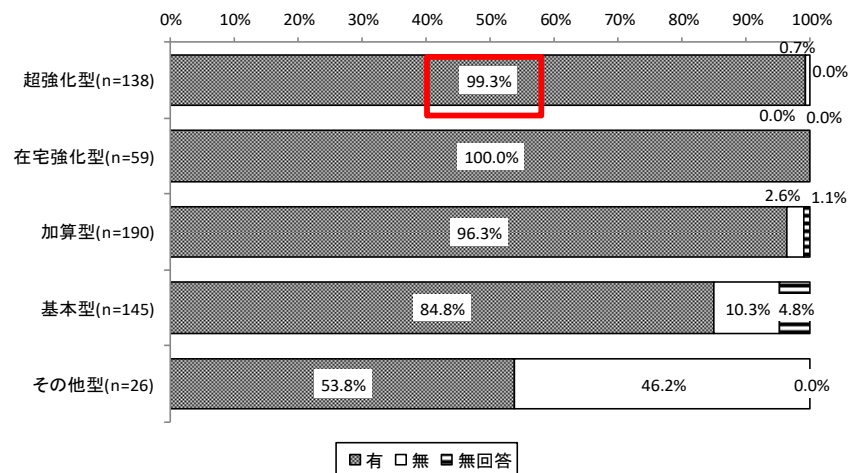
社保審一介護給付費分科会

第183回 (R2.8.27)

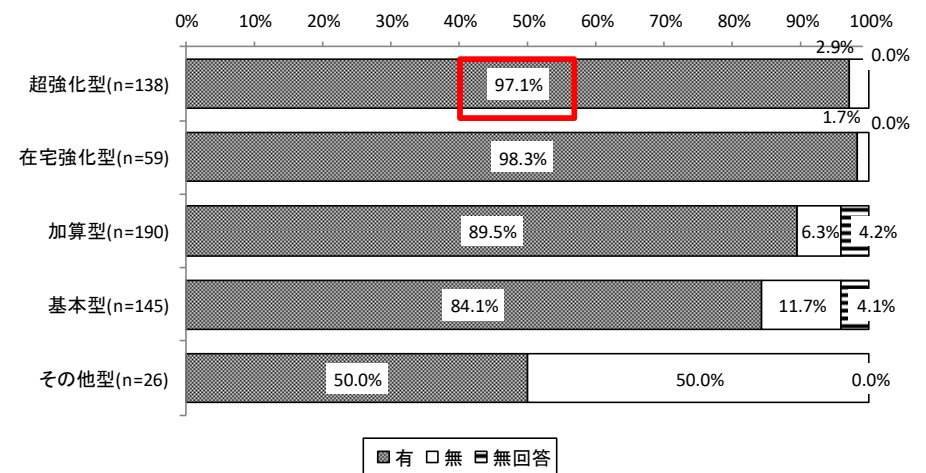
資料 2

- 退所時指導等を行っている施設の割合は、「超強化型」で99.3%であった。
- リハビリテーションマネジメントを行っている施設の割合は、「超強化型」で97.1%であった。
- 地域貢献活動を行っている施設の割合は、「超強化型」で97.1%であった。
- 充実したリハビリテーションの取組を行っている施設の割合は、「超強化型」で98.6%であった。

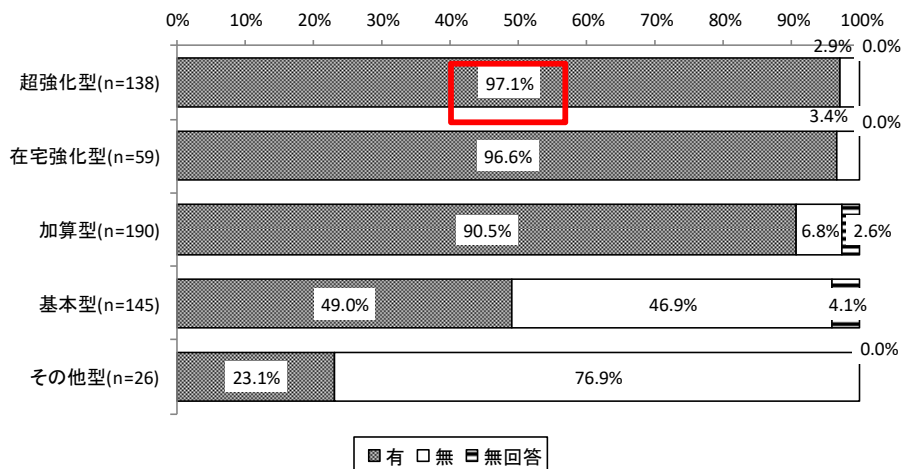
施設類型別 退所時指導等の取組状況(n=558)



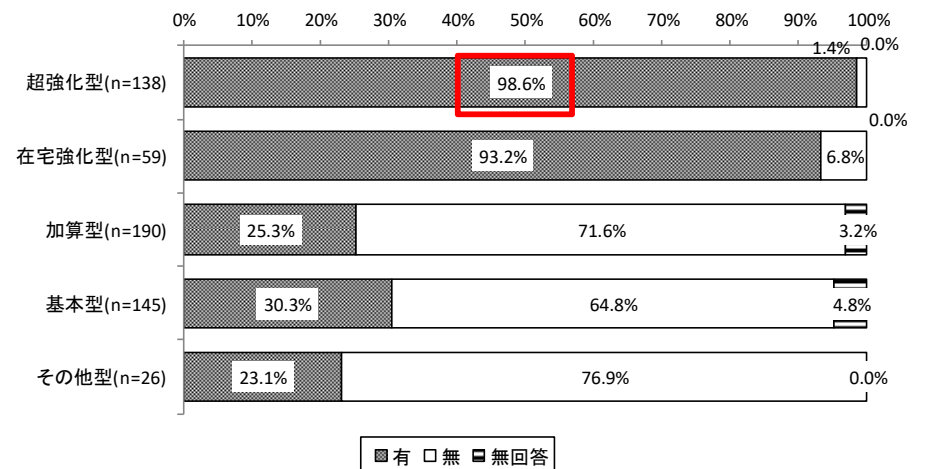
施設類型別 リハビリテーションマネジメントの取組状況(n=558)



施設類型別 地域貢献活動取組状況(n=558)



施設類型別 充実したリハビリテーション(n=558)



介護老人保健施設における医師の関与

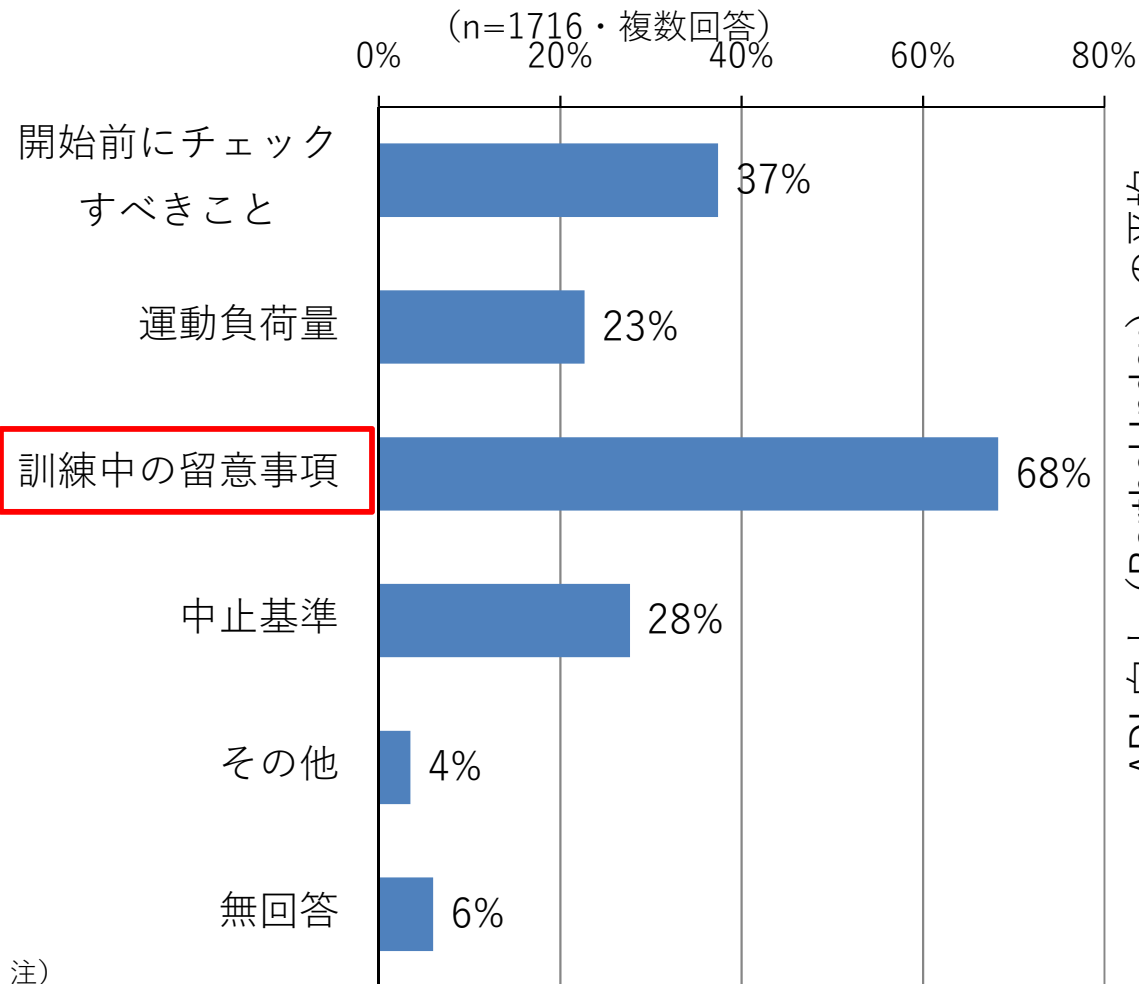
社保審一介護給付費分科会

第183回 (R2.8.27)

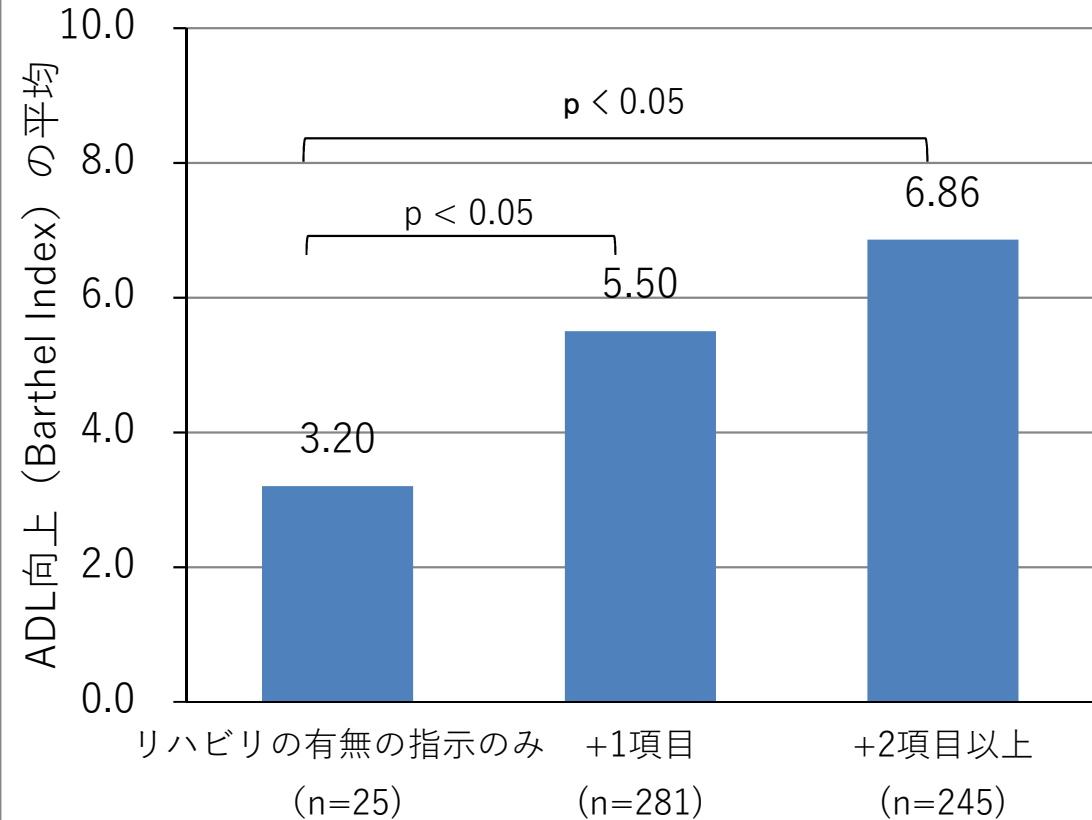
資料 2

- 医師が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に出すリハビリテーションの指示内容は、訓練中の留意事項が最も多かった。
- リハビリテーションの実施の有無のみの指示のものと、その他の詳細が含まれる指示がなされていたものを比較すると、後者でより大きなADL向上がみられていた。

医師からの指示や留意事項の内容



医師からの指示の種類数別入所時から
(点) 退所時にかけてのADL向上の平均



注)
・令和元年9月18日～10月1日の2週間に退所した者を対象として集計

注)
・令和元年9月18日～10月1日の2週間に自宅等へ退所した者を対象として集計。

【出典】介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和元年度調査）「医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業」

認知症施策推進大綱(抜粋)

(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議)

第2. 具体的な施策

3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

(2) 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

- 急性期病院をはじめとして、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護師等は、医療における認知症への対応力を高める鍵となる。既存の関係団体の研修に加え、広く看護師等が認知症への対応に必要な知識・技能を修得することができるよう、関係団体の協力を得ながら研修を実施する。
- また、病院以外の診療所・訪問看護ステーション・介護事業所等に勤務する医療従事者を対象とした認知症対応力向上研修の実施についても検討する。

(3) 介護サービス基盤整備・介護人材確保・介護従事者の認知症対応力向上の促進

- 認知症の人が、それぞれの状況に応じて、適切な介護サービスを利用できるよう、市町村及び都道府県は、介護保険事業計画及び介護保険事業支援計画を適切に策定し、計画に基づいて介護サービス基盤を整備する。
- 介護従事者の処遇改善や就業促進、離職の防止など介護人材の確保については、介護職員の定着促進等を一層進めるため、2018年12月に「介護現場革新会議」を立ち上げ、3月に、「組織マネジメントの確立」「成功体験の共有等による職員のやる気の引き出し」「結婚・出産や子育てをしながら働ける環境づくりや、柔軟な働き方」「定年まで働ける賃金体系の確立」等を主な内容とする基本方針をとりまとめたところであり、今後、都道府県や政令市等におけるパイロット事業で得られた結果を踏まえ、業務仕分け、元氣高齢者の活躍、ロボット・センサー・ICTの活用による介護現場の業務改善や介護業界のイメージ改善について、先進的な取組を全国に普及・展開する。
- 認知症の人は、その環境に応じて、居宅で家族等の介護を受け、独居であっても地域の見守り等の支援を受けながら、通所介護や訪問看護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護等の通所・訪問系サービスや認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）、有料老人ホーム等における特定施設入居者生活介護などの居住系サービスを利用したり、介護保険施設に入ったりと、様々な形で介護サービスと関わりながら生活をしていくこととなる。
特に認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）については、認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開し、共用型認知症対応型通所介護や認知症カフェ等の事業を積極的に行っていくことが期待される。また、地域に開かれた事業運営が行われないと、そのサービス形態から外部の目が届きにくくなるとの指摘もあることから、介護サービスの質の評価や利用者の安全確保を強化することについて、その方策の検討も含め取組を進める。
その他のサービスにおいても、利用者の中の認知症の人の割合が増加する中、在宅の中重度の要介護者を含め、認知症への対応力を向上するための取組を推進する。
- 認知症についての理解のもと本人主体の介護を行い、できる限り認知症症状の進行を遅らせ、BPSDを予防できるよう、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修を推進する。研修の推進にあたっては、eラーニングの部分的活用を含めた、受講者がより受講しやすい仕組みについて引き続き検討していく。

介護老人保健施設の入所者について

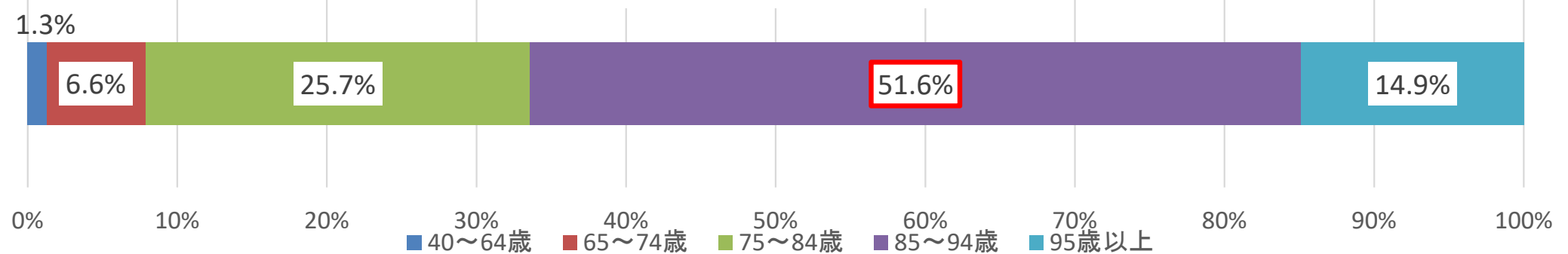
社保審一介護給付費分科会

第183回（R2.8.27）

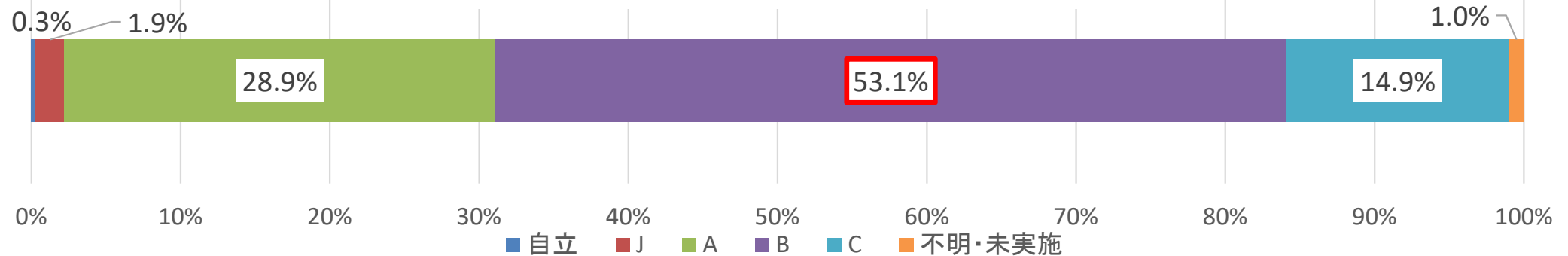
資料2

○ 入所者については年齢階級としては「85～94歳」、障害高齢者の日常生活自立度としては「B」、認知症高齢者の日常生活自立度としては「Ⅲ」が最も多かった。

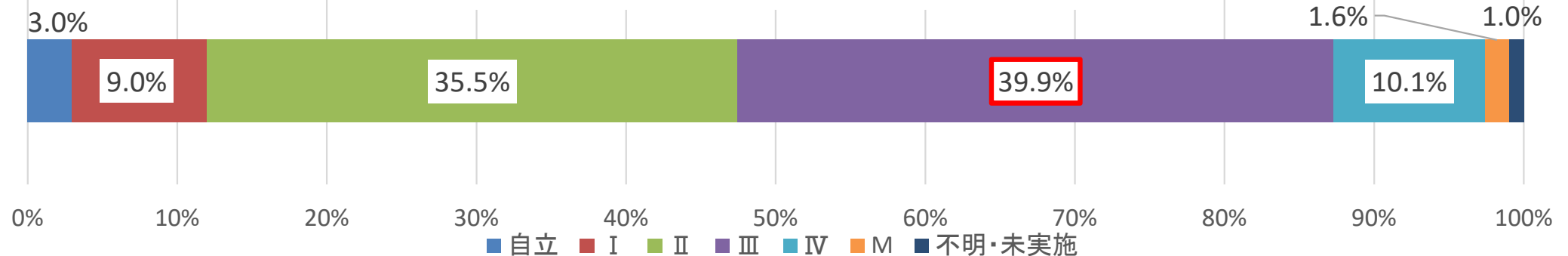
年齢階級別の入所者割合



障害高齢者の日常生活自立度別の入所者割合



認知症高齢者の日常生活自立度別入所者割合



認知症短期集中リハビリテーション実施加算

240単位／日（入所の日から3月以内、週3日まで）

<留意事項>

- ① 認知症短期集中リハビリテーションは、認知症入所者の在宅復帰を目的として行うものであり、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週三日、実施することを標準とする。
- ② 当該リハビリテーション加算は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の入所者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、在宅復帰に向けた生活機能の改善を目的として、リハビリテーション実施計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下⑥において「理学療法士等」という。)が記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを実施した場合に算定できるものである。なお、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムは認知症に対して効果の期待できるものであること。
- ③ 当該リハビリテーションに関わる医師は精神科医師又は神経内科医師を除き、認知症に対するリハビリテーションに関する研修を修了していること。なお、認知症に対するリハビリテーションに関する研修は、認知症の概念、認知症の診断、及び記憶の訓練、日常生活活動の訓練等の効果的なリハビリテーションのプログラム等から構成されており、認知症に対するリハビリテーションを実施するためにふさわしいと認められるものであること。
- ④ 当該リハビリテーションにあっては、一人の医師又は理学療法士等が一人の利用者に対して行った場合にのみ算定する。
- ⑤ 当該リハビリテーション加算は、利用者に対して個別に二〇分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定するものであり、時間が二〇分に満たない場合は、介護保健施設サービス費に含まれる。
- ⑥ 当該リハビリテーションの対象となる入所者はMMSE(Mini Mental State Examination)又はHDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)において概ね五点～二五点に相当する者とする。
- ⑦ 当該リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、訓練評価、担当者等)は利用者毎に保管されること。
- ⑧ 注5の短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は当該リハビリテーション加算を算定することができる。
- ⑨ 当該リハビリテーション加算は、当該入所者が過去三月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できることとする。

請求事業所割合 41.1%

※ 各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

※ 厚生労働省「介護給付費実態統計」平成31年4月審査（平成31年3月サービス提供）分より

論点①介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の推進

検討の方向（案）

（１）リハビリテーション機能の強化

- 在宅復帰・在宅療養支援等評価指標について、
 - 訪問リハビリテーションの実施を更に促進するために、居宅サービス実施数に係る指標において、訪問リハビリテーションの比重を高くすることを検討してはどうか。
 - 入所者の状態に応じたより多様なリハビリテーション提供体制を評価するため、リハビリテーション専門職配置割合に係る指標において、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の３職種の配置を評価することを検討してはどうか。
- より入所者の状態にあったリハビリテーションを提供するため、医師の指示に関する事項を明確化することを検討してはどうか。

（２）認知症の人への対応

- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設としての機能を推進し、認知症の人への対応力を向上する観点から、認知症に係る事項を追加することを検討してはどうか。
- 上記の検討にあたっては、入所者像に係る指標である「要介護度４・５の割合」「喀痰吸引の実施割合」「経管栄養の実施割合」と合わせて検討してはどうか。

論点②リハビリテーション機能の強化

論点②

- 介護老人保健施設について、在宅復帰・在宅療養支援機能の推進に加え、リハビリテーションを提供して機能を維持・改善する役割を担う施設としての機能をより推進するため、どのような対応が考えられるか。

介護老人保健施設における入所者のADL

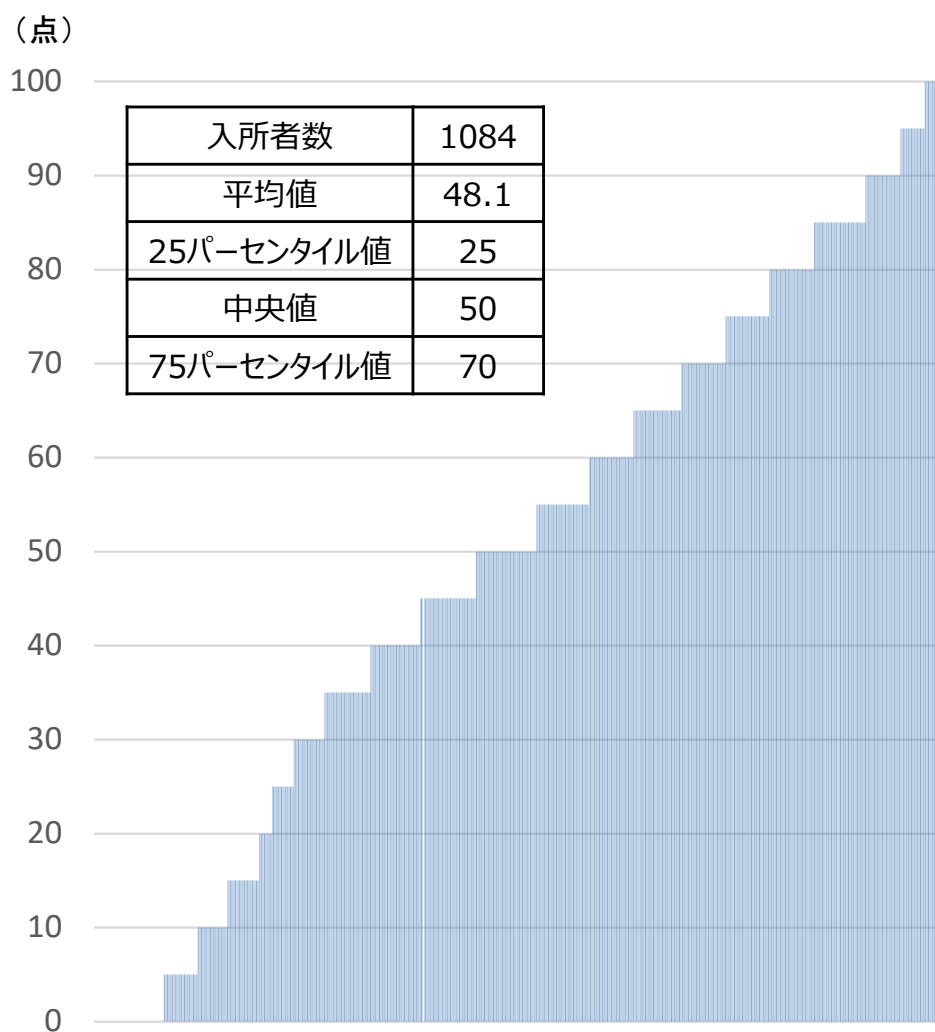
社保審一介護給付費分科会

第183回（R2.8.27）

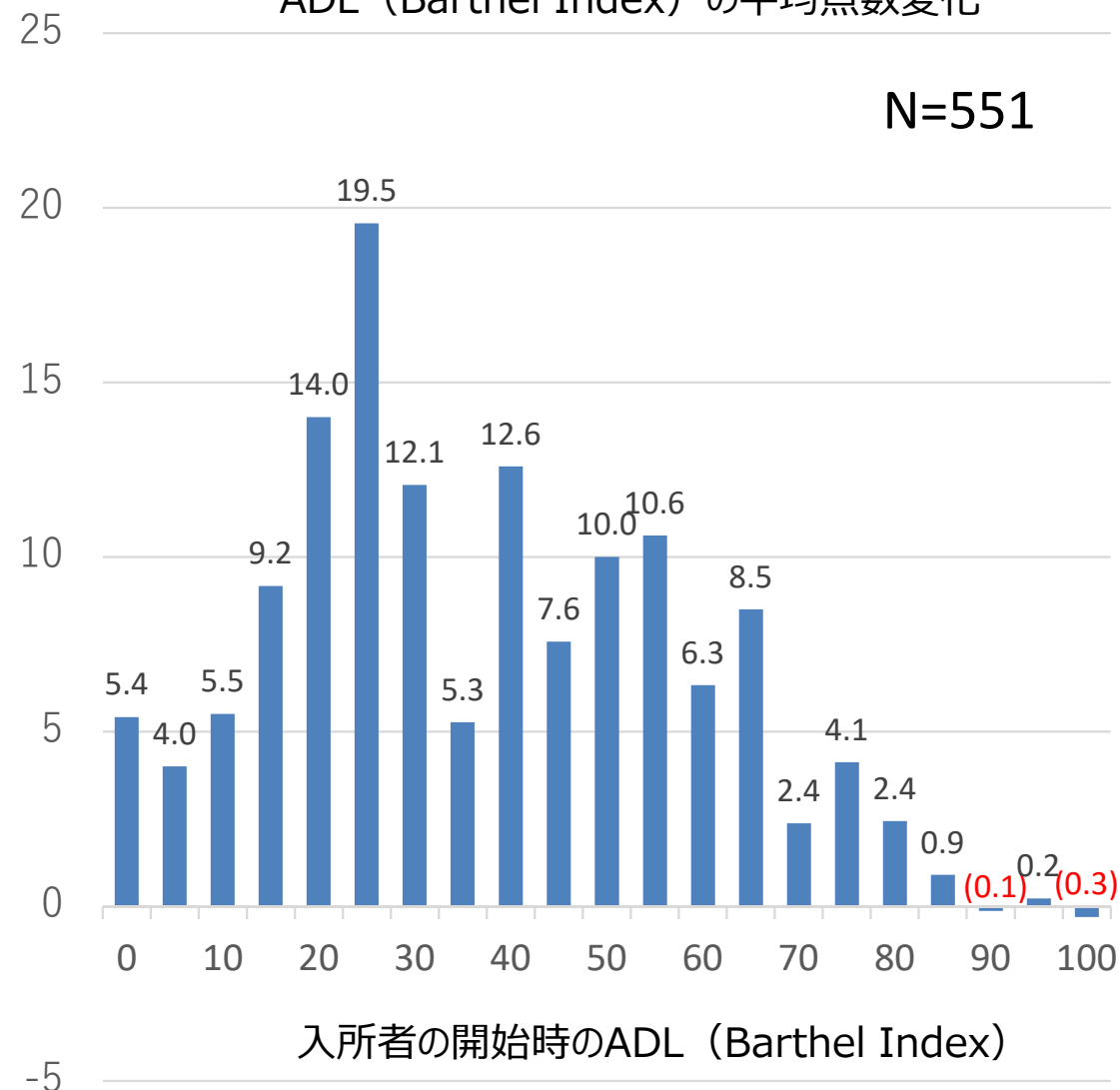
資料2

- 開始時のADL評価であるBIは平均が48.1点であった。
- 入所時から退所時のADL変化をみると、入所時のADLに関わらず大方で改善している。

入所者の開始時のADL（Barthel Index）



入所時から退所時における
ADL（Barthel Index）の平均点数変化



リハビリテーションマネジメント加算の考え方 (平成30年度介護報酬改定)

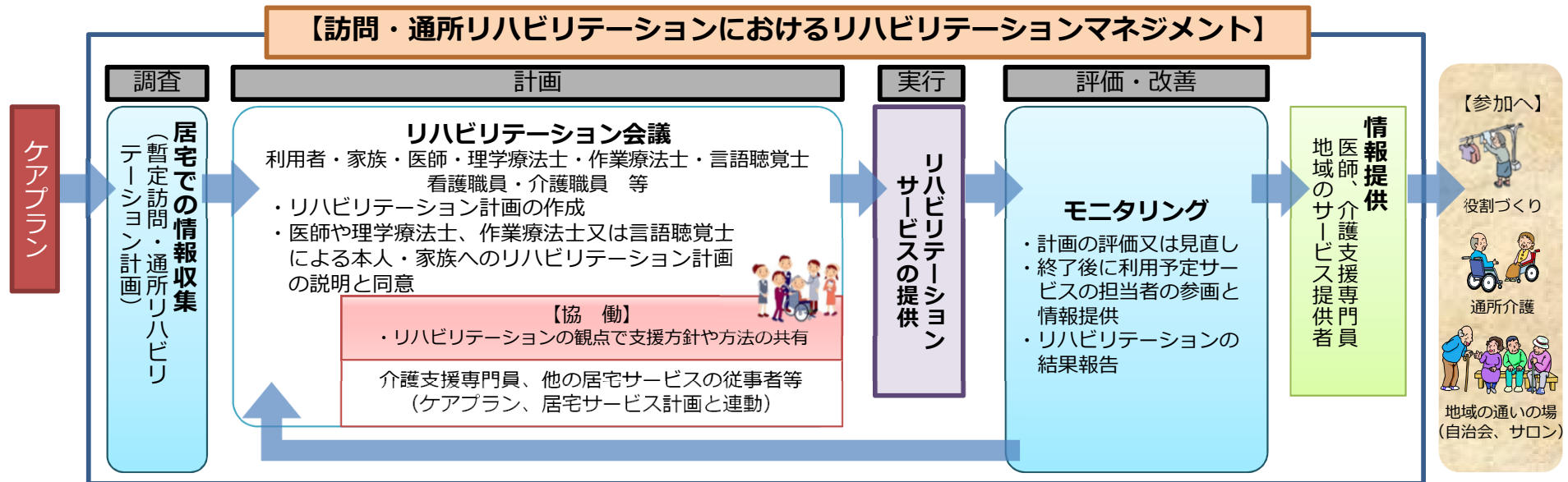
社保審－介護給付費分科会

第178 (R2.6.25)

資料 1

概要

リハビリテーションマネジメントは調査、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。



主な改正点（従来との差）

【医師の詳細な指示の明確化】

- ・ 利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか以上の指示を行うこと。

【ICTを活用したリハビリテーション会議への参加】

- ・ テレビ電話等情報通信機器を使用してもよいこととする。

【利用者、家族へのリハビリテーション計画等の説明】

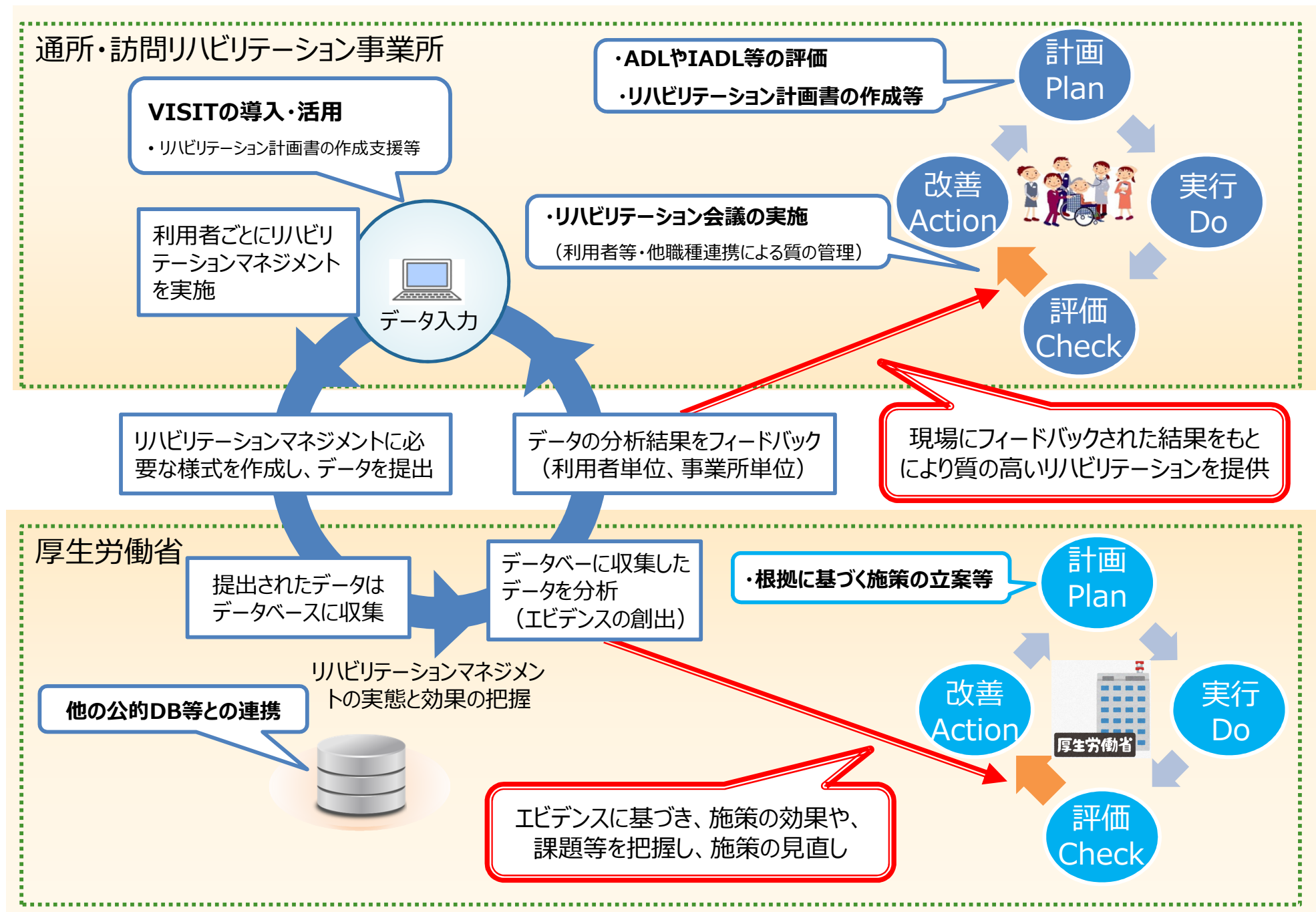
- ・ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) → リハビリテーション計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明
- ・ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ) → 医師が説明

【データ提出・フィードバック】

- ・ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ) → VISITを活用してデータを提出し、フィードバックを受けること

VISITを用いたPDCAサイクルの好循環のイメージ

社保審一介護給付費分科会
第178回(R2.6.25)資料1より



論点②リハビリテーション機能の強化

検討の方向（案）

- 介護老人保健施設について、リハビリテーションを提供して心身の機能を維持・改善する役割を担う施設としての機能をより推進するため、その評価の導入について検討してはどうか。
- 通所・訪問リハビリテーション事業所において活用されているVISITについて、介護老人保健施設においても活用することを検討してはどうか。

論点③中重度者や看取りへの対応の充実

論点③

- 介護老人保健施設における中重度者や看取りへの対応を充実する観点から、どのような対応が考えられるか。

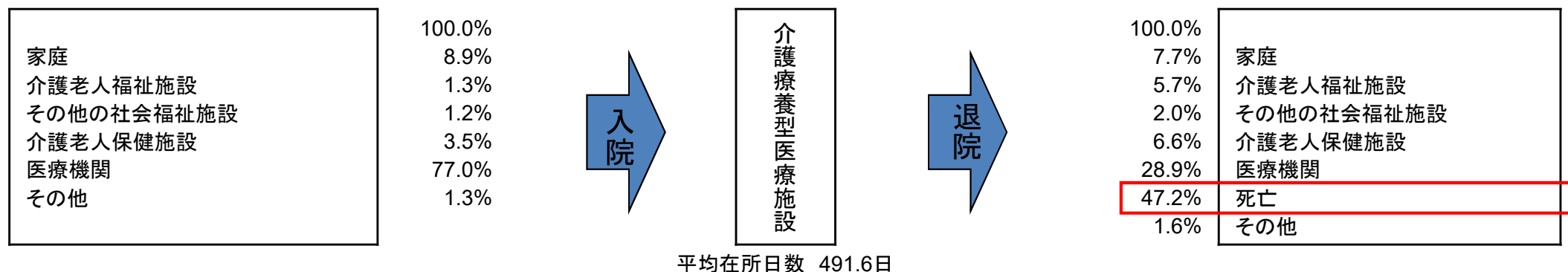
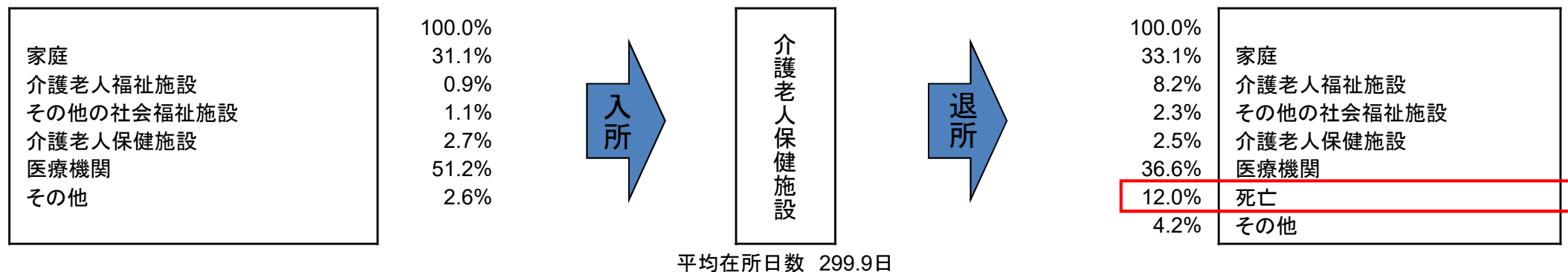
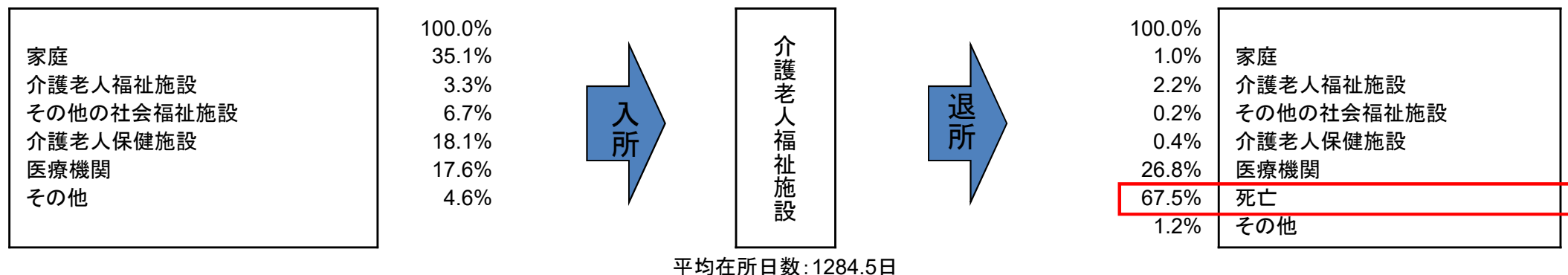
介護保険三施設における入所者・退所者の状況

社保審一介護給付費分科会

第183回 (R2.8.27)

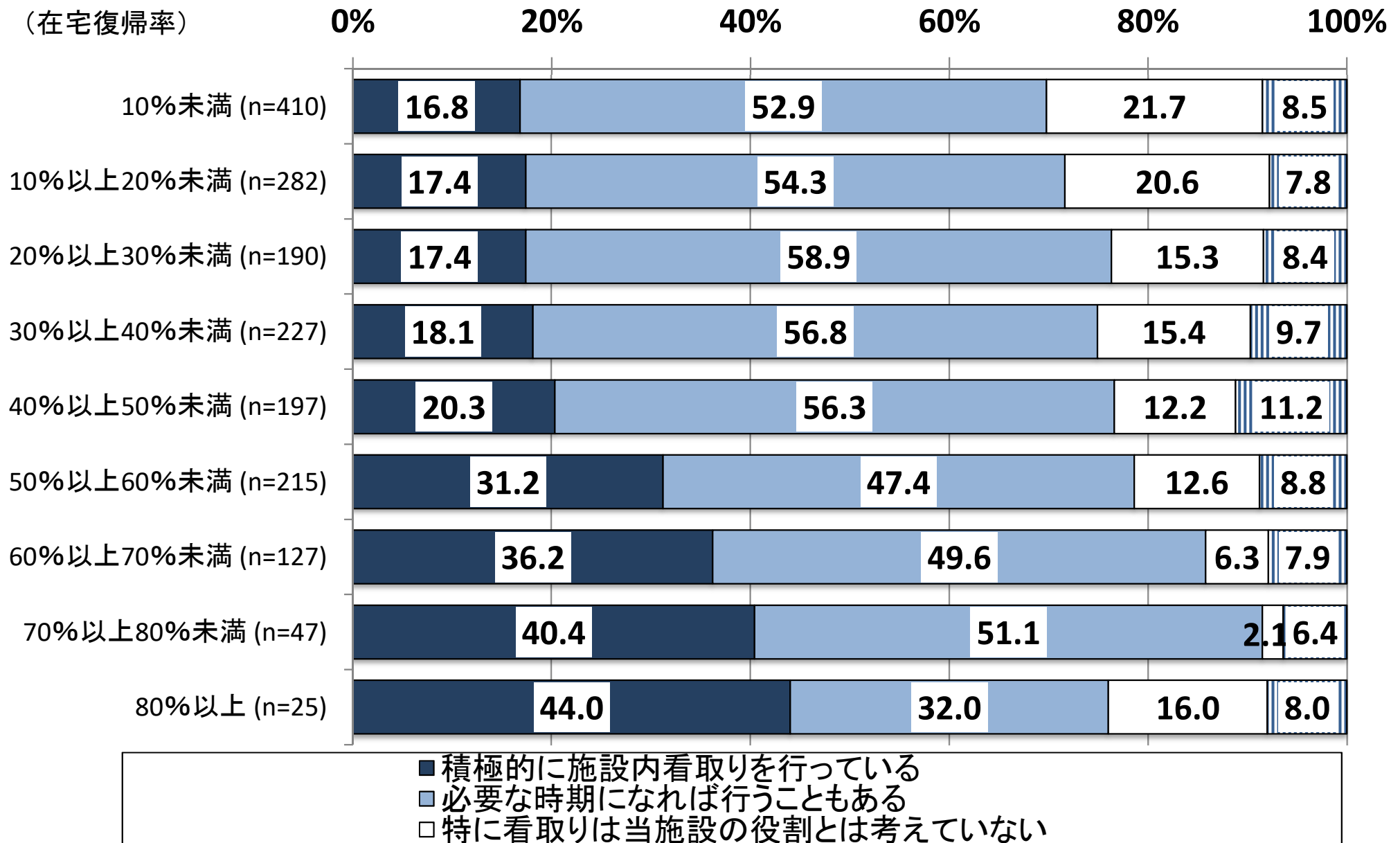
資料2 一部改変

○ 介護老人保健施設の退所者の12.0%が死亡を理由として退所している。



介護老人保健施設における看取りの基本的な方針について

○ 在宅復帰率が80%以上の施設では「積極的に施設内看取りを行っている」割合が44.0%であった。



介護老人保健施設における看取りの状況①

- 看取りを開始した日から死亡日までの日数について、介護老人保健施設では32～180日の割合が最も多く（32.5％）、平均値は51.5日であった。

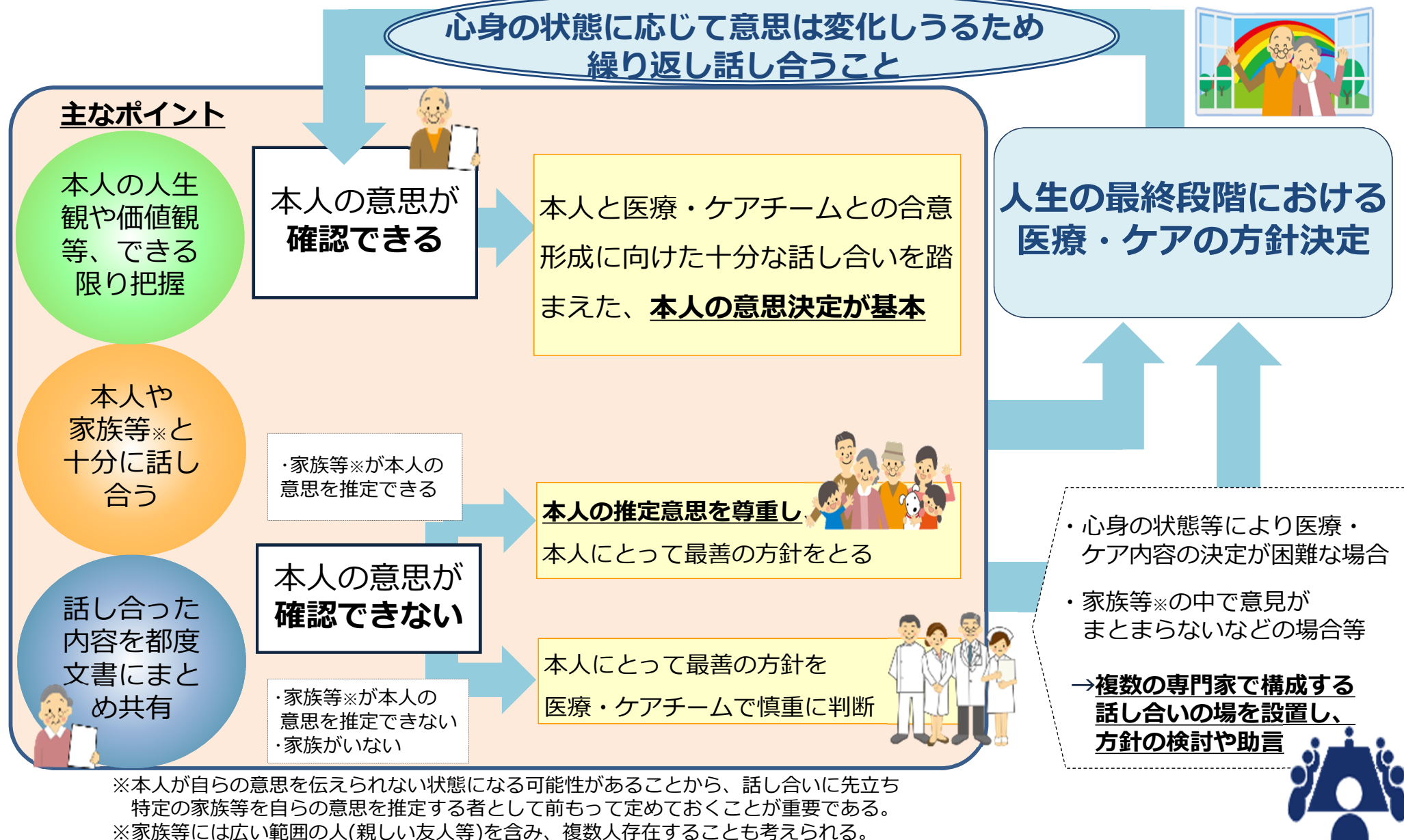
看取りを開始した日から死亡日までの日数（上段：人数、下段：割合）

	調査数	1～3日	4～14日	15～31日	32～180日	181～365日	366日以上	無回答	平均値 (日数)
全 体 (上段：人数、下段：割合)	373	43	92	68	128	29	8	5	70.7
	100.0	11.5	24.7	18.2	34.3	7.8	2.1	1.3	-
介護医療院	52	5	12	5	22	5	2	1	104.3
	100.0	9.6	23.1	9.6	42.3	9.6	3.8	1.9	-
介護療養型医療施設	100	5	26	22	30	12	3	2	84.3
	100.0	5.0	26.0	22.0	30.0	12.0	3.0	2.0	-
医療療養病床を有する医療機関	101	18	19	18	37	6	2	1	63.1
	100.0	17.8	18.8	17.8	36.6	5.9	2.0	1.0	-
介護老人保健施設	120	15	35	23	39	6	1	1	51.5
	100.0	12.5	29.2	19.2	32.5	5.0	0.8	0.8	-

出典：令和元年度老人保健健康増進等事業「医療提供を目的とした介護保険施設における看取りの在り方等に関する調査研究」

「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)

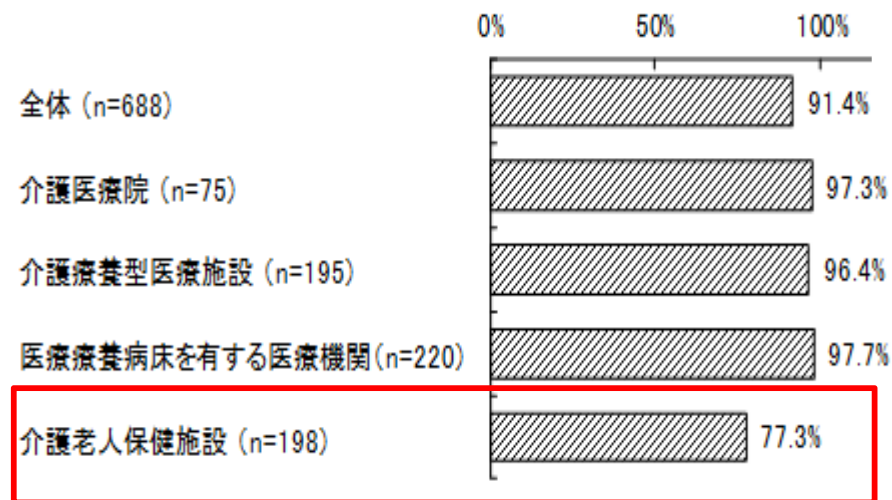
人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



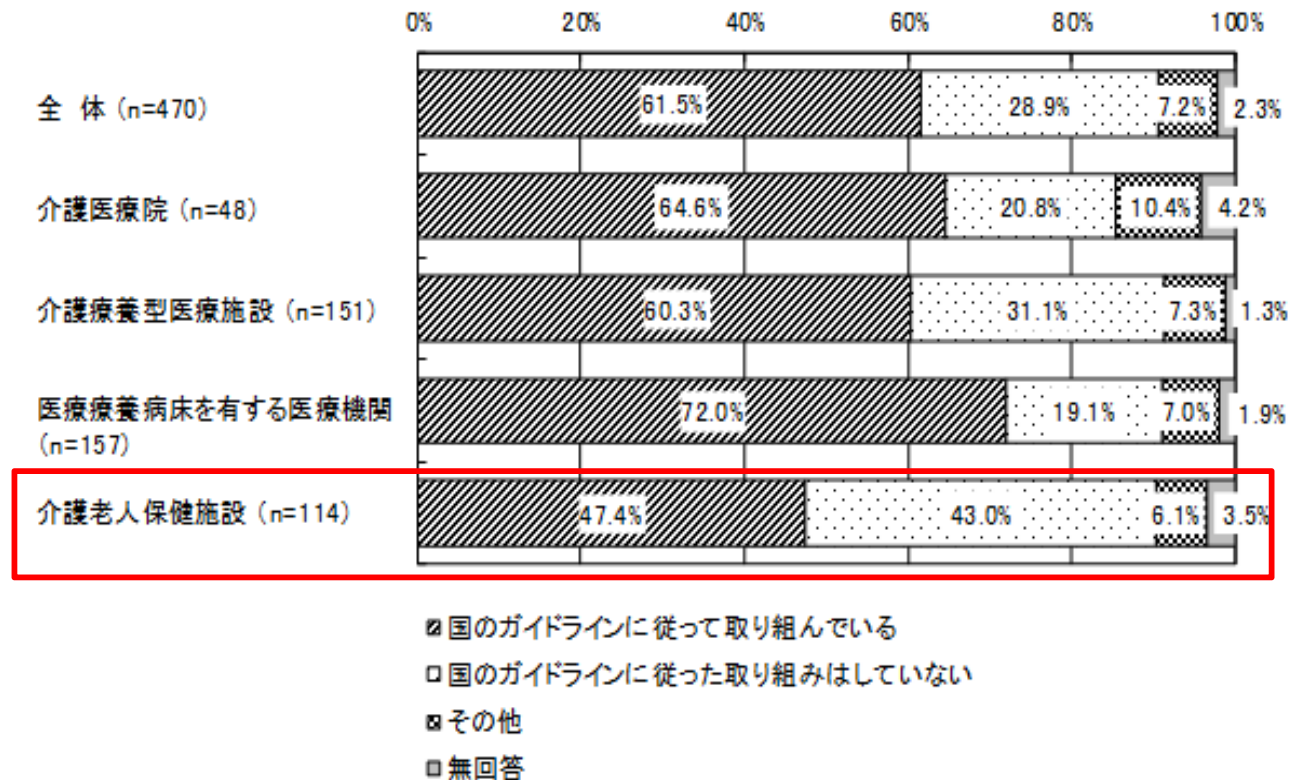
介護老人保健施設における看取りの状況②

- 最近1年間に施設・病院で亡くなられた患者・入所者の有無については、「あり」と回答した施設が介護老人保健施設では77.3%であった。
- 「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」に従って取り組んでいる割合は、介護老人保健施設では47.4%であった。

最近1年間に施設・病院で亡くなられた患者・入所者がいた施設・病院の割合



「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」に従った取組の有無



出典：令和元年度老人保健健康増進等事業「医療提供を目的とした介護保険施設における看取りの在り方等に関する調査研究」

論点③中重度者や看取りへの対応の充実

検討の方向（案）

- 介護老人保健施設における看取りへの対応を充実する観点から、ターミナルケア加算等の在り方について検討してはどうか。
- 「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」等に基づく取組を促進する観点から、対応を検討してはどうか。

論点④居宅介護支援事業者との連携(退所前連携加算)

論点④

- 介護老人保健施設の入所者のより早期の在宅復帰を促進する観点から、居宅介護支援事業者との連携についてどのような対応が考えられるか。

退所前連携加算

概要

- 退所前連携加算は、介護老人保健施設等の入所者が居宅等へ退所するにあたり、退所後の居宅等での介護サービスの利用等が円滑なものとなるよう相談支援等を行うことを評価する。

単位数

500単位／日（1回につき）

算定要件等

- 退所前連携加算
入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合、入所者の退所に先立って入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対して、入所者の同意を得て、入所者の診療状況を示す文書を添えて入所者の居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に算定

居宅ケアマネジャーと連携をとった時期

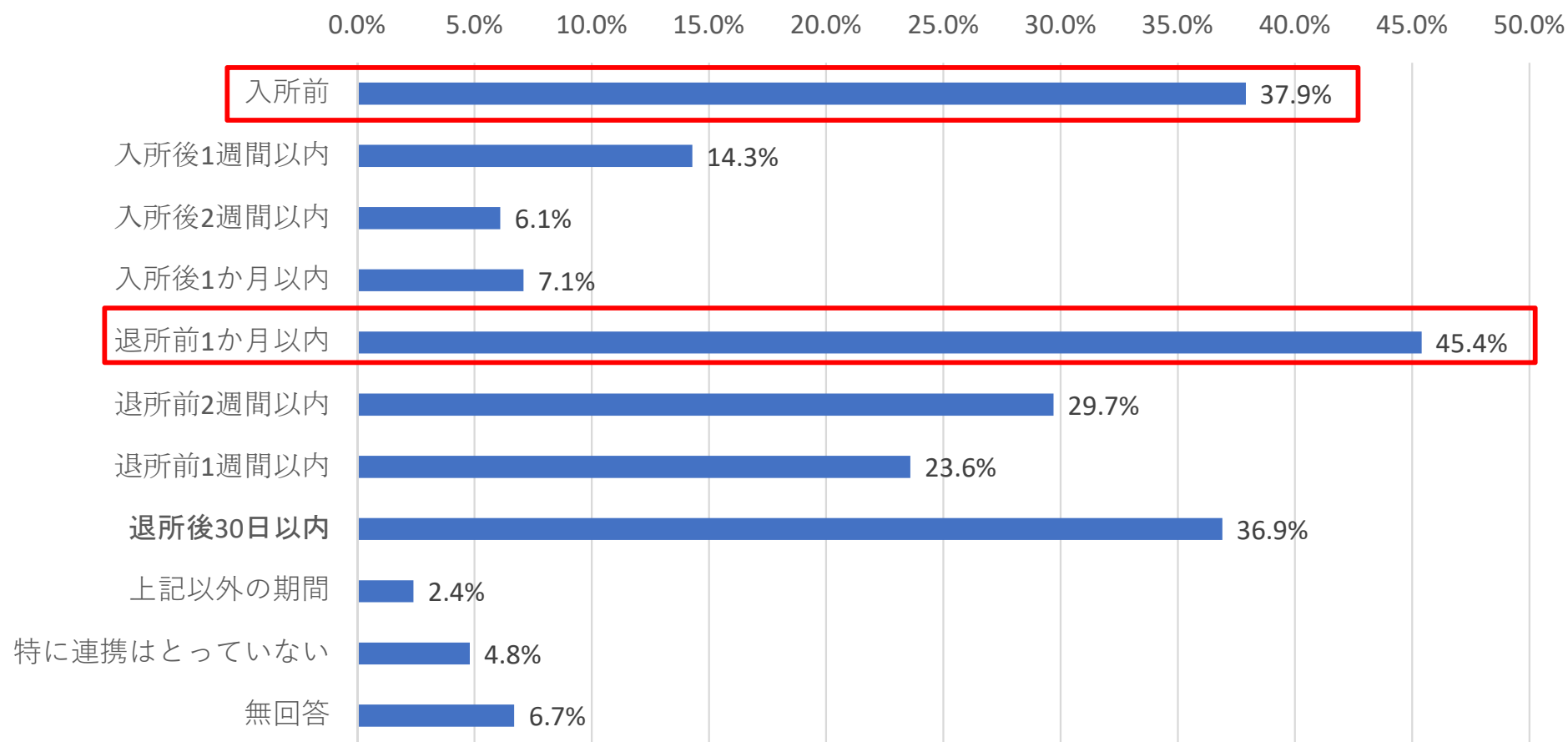
社保審一介護給付費分科会

第183回（R2.8.27）

資料2

- 退所後のケアプランを作成した居宅ケアマネジャーと連携を取った時期は退所前1ヶ月以内が45.4%で最も多く、次いで入所前が37.9%であった。

居宅ケアマネと連携をとった時期（複数回答）（n=4,436）

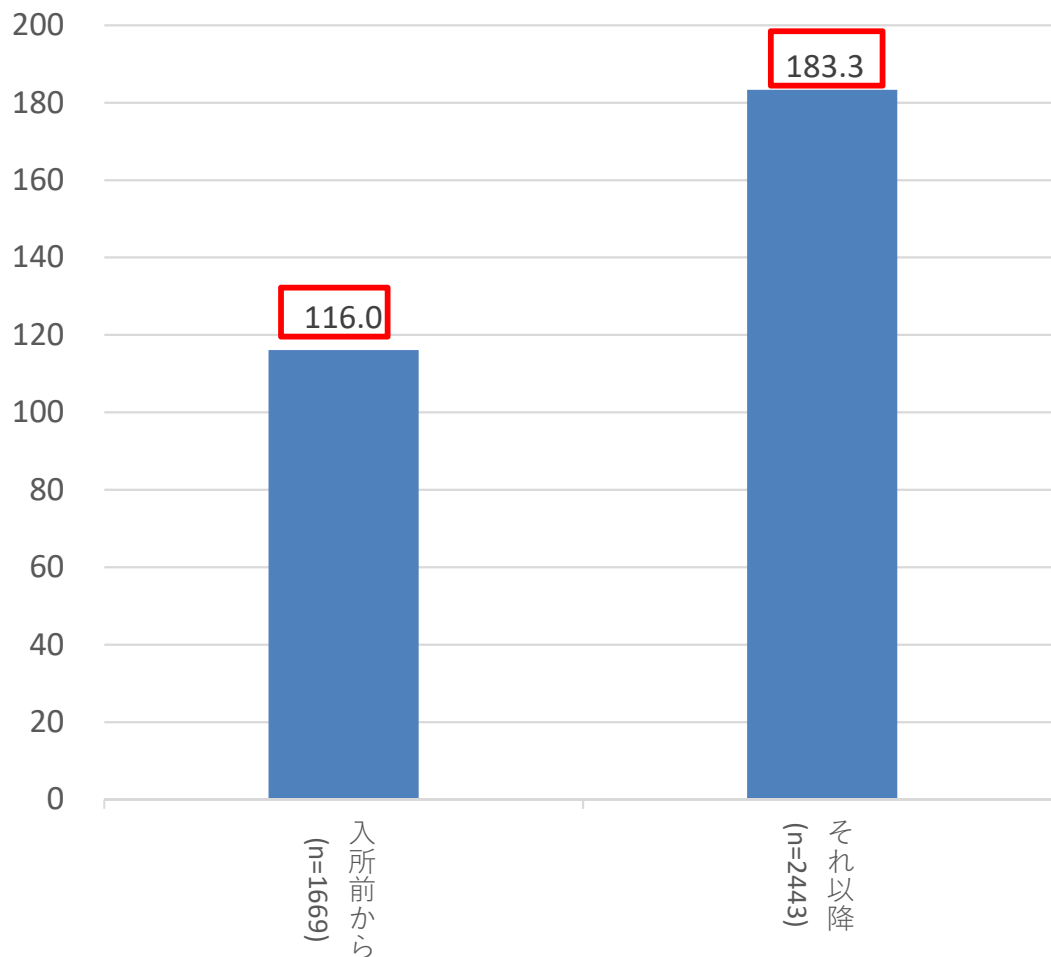


※複数回答。連携をとった時期ごとに最も当てはまる選択肢。

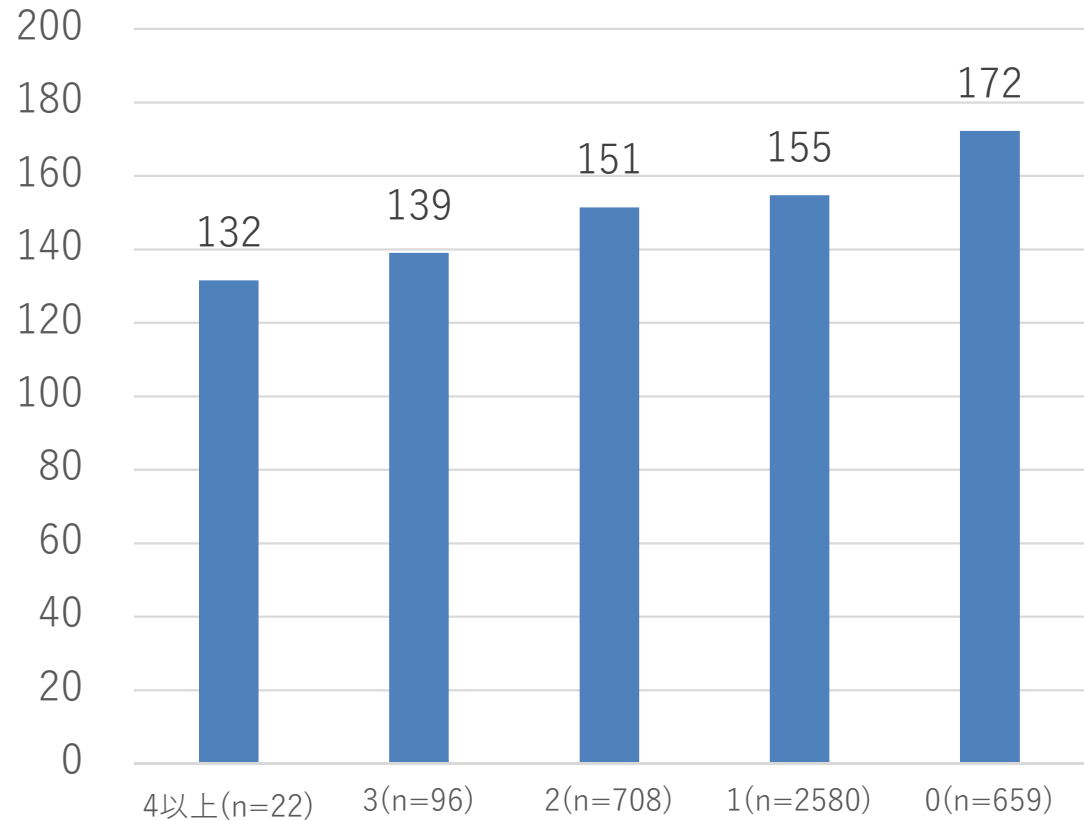
居宅介護支援事業所との連携

- 居宅介護支援事業所と入所前に連携した場合、それ以降に連携した場合と比較して入所期間が短い。
- 居宅介護支援事業所とのカンファレンス実施回数が1回以上の場合、0回と比較して入所期間が短い。

(日) 居宅ケアマネと初めて連携した時期別の入所期間



(日) カンファレンス実施回数別入所期間



論点④居宅介護支援事業者との連携(退所前連携加算)

検討の方向（案）

- 入所時から退所後の生活を念頭に置いて対応することで、より早期の在宅復帰を促進する観点から、入所時からの、入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者との連携を評価することを検討してはどうか。
- 一方、上記の取組を促す観点から、退所前のみの連携については、現行の単位数を見直すことを検討してはどうか。

論点⑤入所者への医療の提供(所定疾患施設療養費)

論点⑤

- 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、所定疾患施設療養費の算定要件、対象疾患についてどのように考えるか。

所定疾患施設療養費

概要

- 肺炎等により治療を必要とする状態となった入所者に対し、治療管理として投薬、検査、注射、処置等が行われた場合に、1回に連続する7日を限度とし、月1回に限り算定する。

単位数

所定疾患施設療養費（Ⅰ）	239単位／日
所定疾患施設療養費（Ⅱ）	480単位／日

算定要件等

所定疾患施設療養費（Ⅰ）

- ① 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

所定疾患施設療養費（Ⅱ）

- ① 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。（協力医療機関等と連携して行った検査等を含む。）
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。
- ③ 医師が感染症対策に関する研修を受講していること。

※ 介護給付費明細書の摘要欄に診療内容を記載することも必要となる。

介護老人保健施設における疾患の発生状況

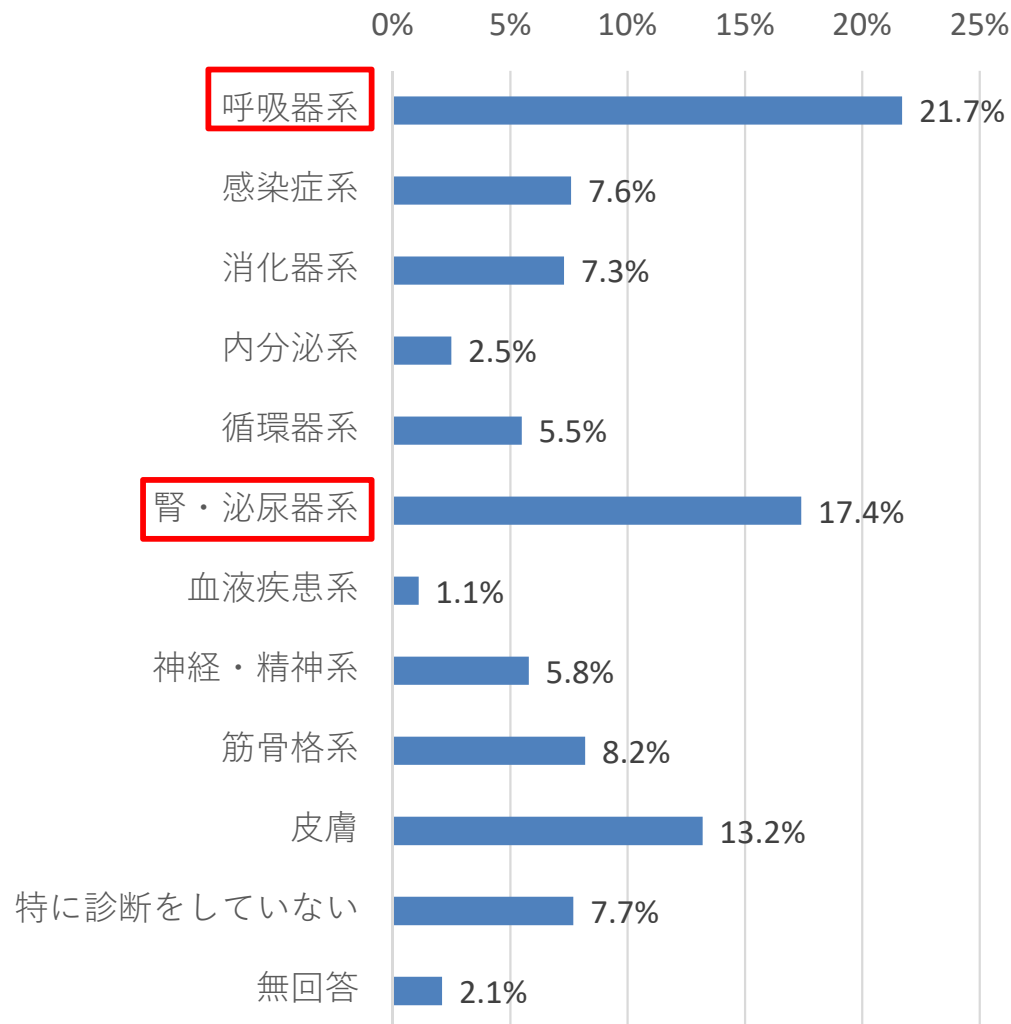
社保審一介護給付費分科会

第183回 (R2.8.27)

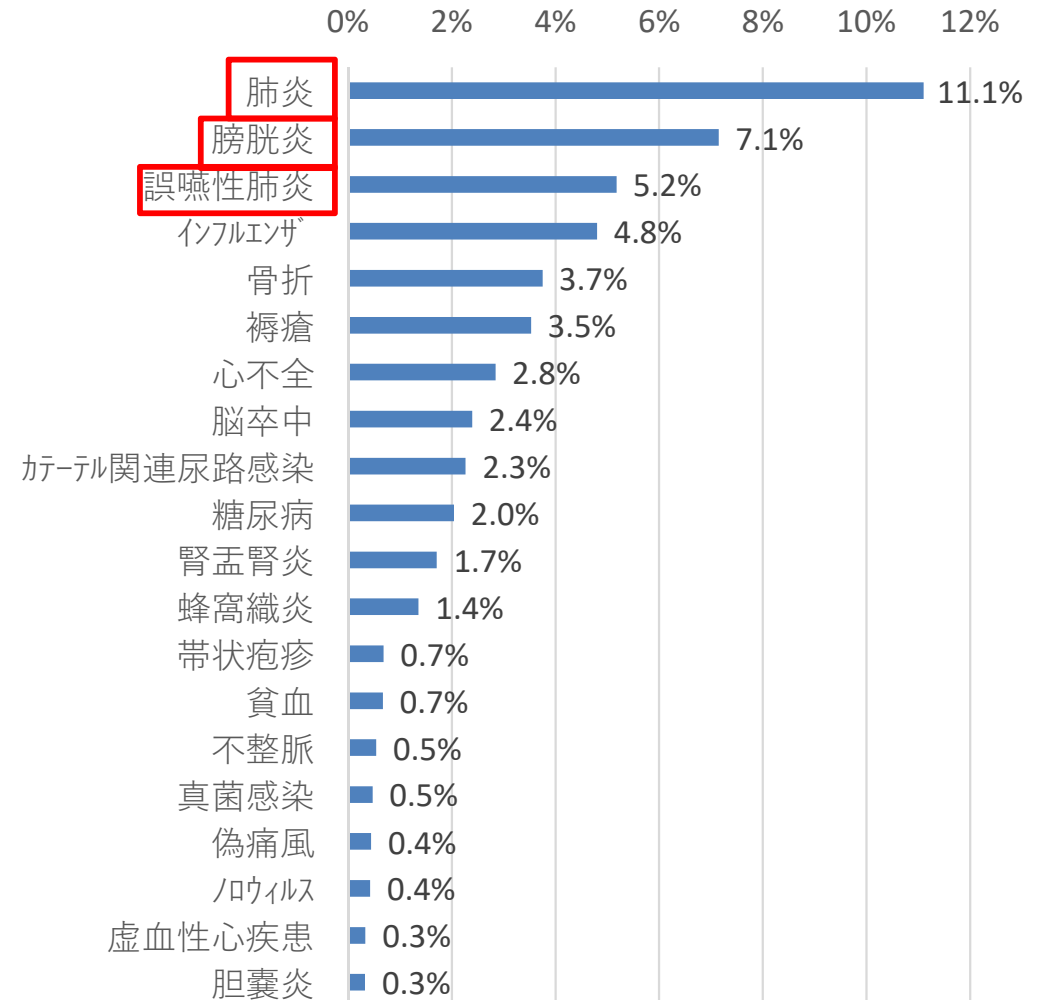
資料2

- 発生した疾患について、分類でみたところは「呼吸器系」が21.7%、「腎・泌尿器系」が17.4%であった。疾患名でみたところ、「肺炎」が11.1%、「膀胱炎」が7.1%、「誤嚥性肺炎」が5.2%であった。

疾患分類別 (n=14,570)



疾患名別 (上位20位まで) (n=14,570)



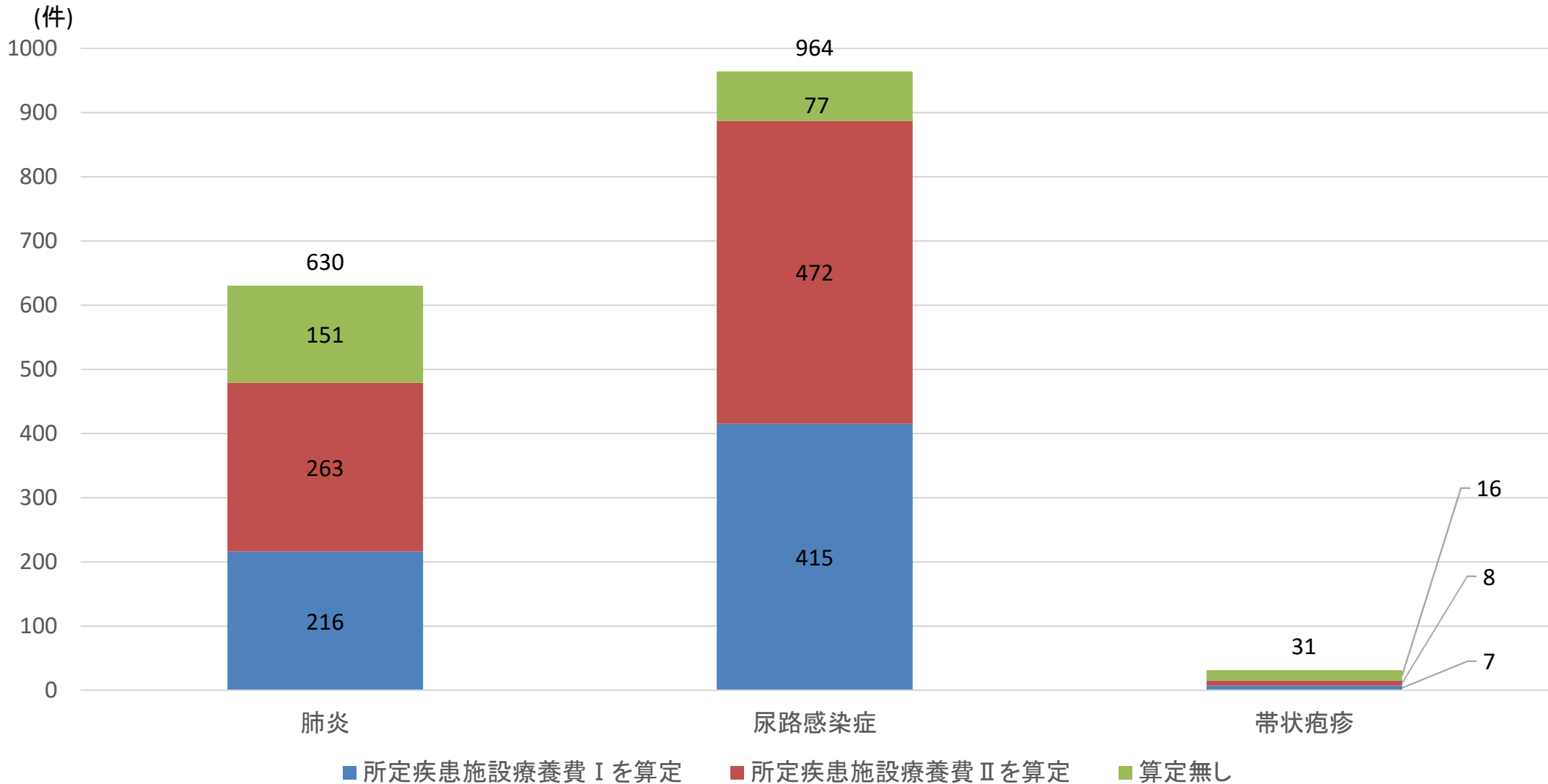
介護老人保健施設における疾患の発症状況

社保審一介護給付費分科会

第183回（R2.8.27）

資料2

○ 介護老人保健施設で発症した肺炎、尿路感染症、带状疱疹のうち、所定疾患施設療養費ⅠまたはⅡを算定したものの件数は、肺炎で630件中479件・尿路感染症で964件中887件・带状疱疹で31件中15件となった。



所定疾患施設療養費の検査について

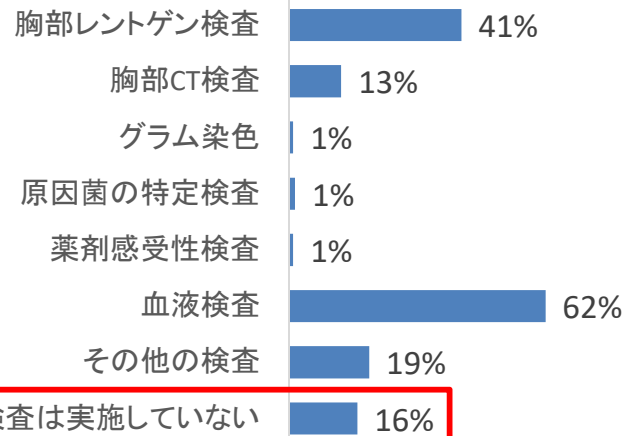
社保審一介護給付費分科会

第183回 (R2.8.27)

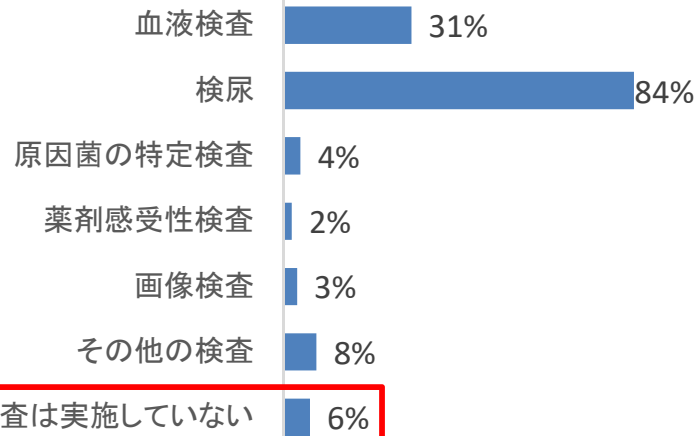
資料2 一部改変

- 所定疾患施設療養費（Ⅰ）の算定にあたって、実際に行った検査・診断根拠等については肺炎は血液検査が62%、尿路感染症については検尿が84%であった。一方で、検査を実施していない割合が肺炎は16%、尿路感染症は、6%であった。
- 所定疾患施設療養費（Ⅱ）の算定にあたって、実際に行った検査・診断根拠等については肺炎は血液検査が67%、尿路感染症については検尿が83%であった。一方で、検査を実施していない割合が肺炎は17%、尿路感染症は、5%であった。

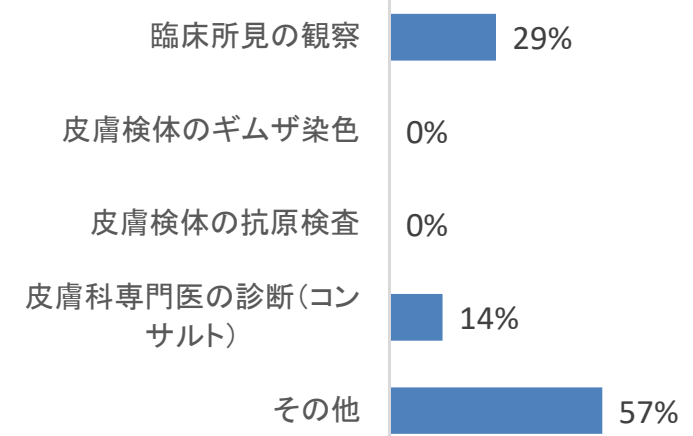
肺炎（Ⅰ）（複数回答、n=208）



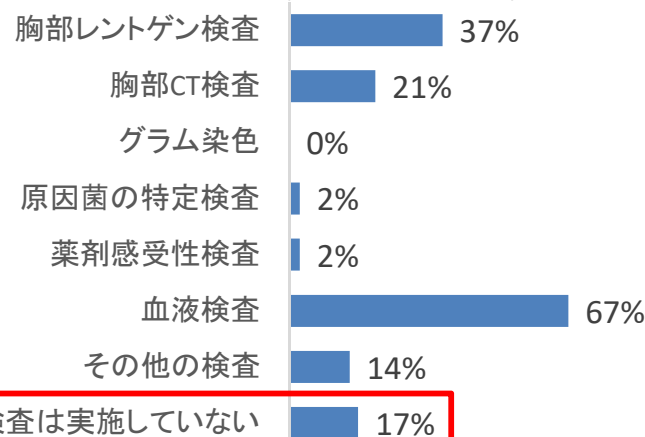
尿路感染症（Ⅰ）（複数回答、n=389）



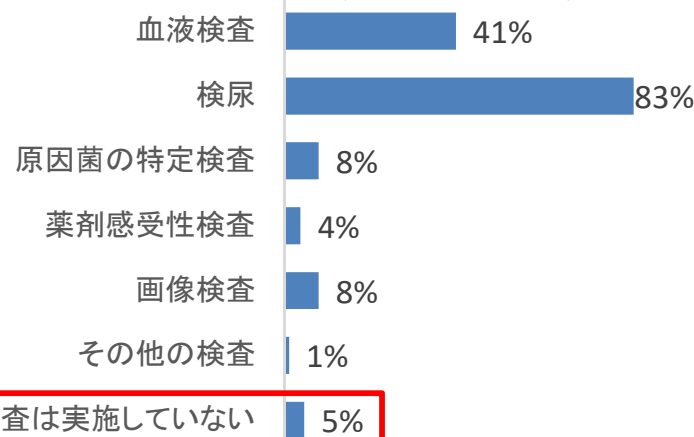
带状疱疹（Ⅰ）（複数回答、n=7）



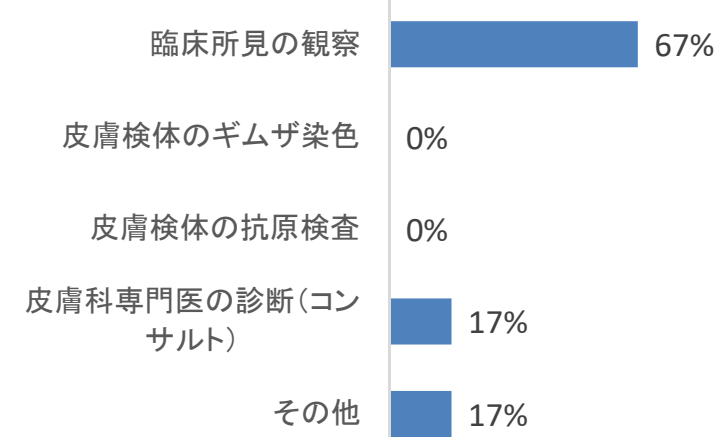
肺炎（Ⅱ）（複数回答、n=242）



尿路感染症（Ⅱ）（複数回答、n=439）



带状疱疹（Ⅱ）（複数回答、n=6）



所定疾患施設療養費の治療期間について

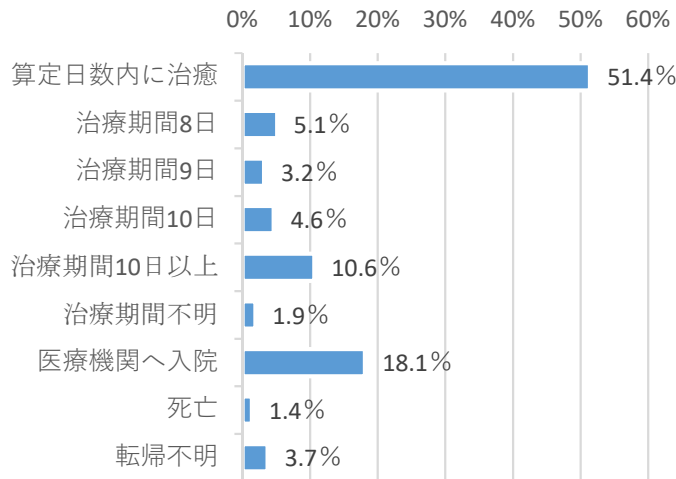
社保審一介護給付費分科会

第183回 (R2.8.27)

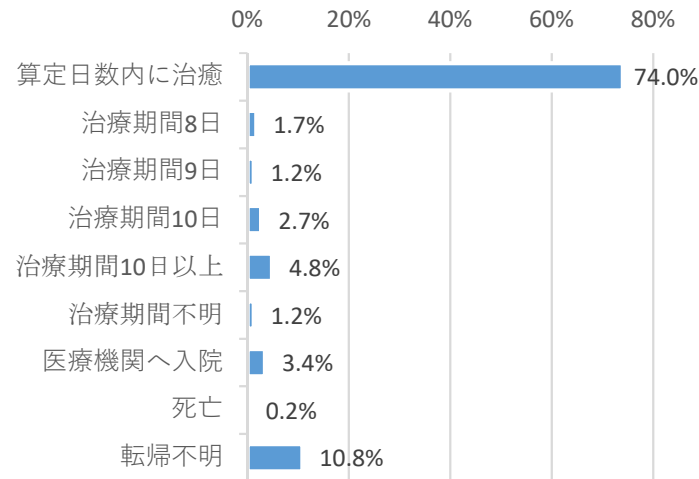
資料 2

○ 算定日数を超えて治療を行い治癒した入所者が一定数存在した。

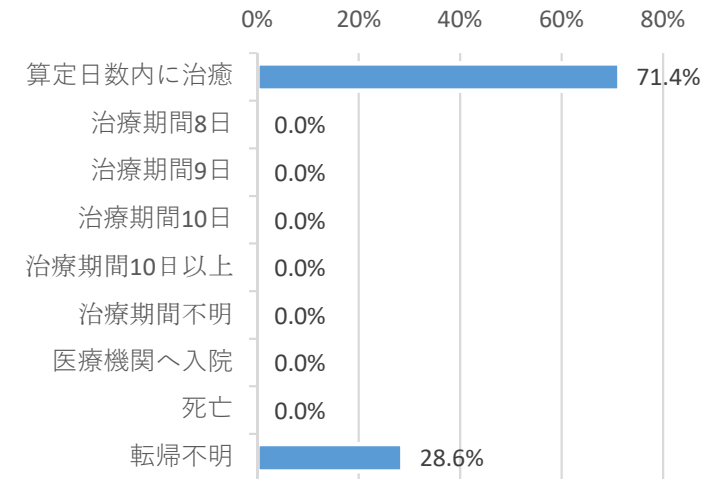
肺炎（Ⅰ）（n = 216）



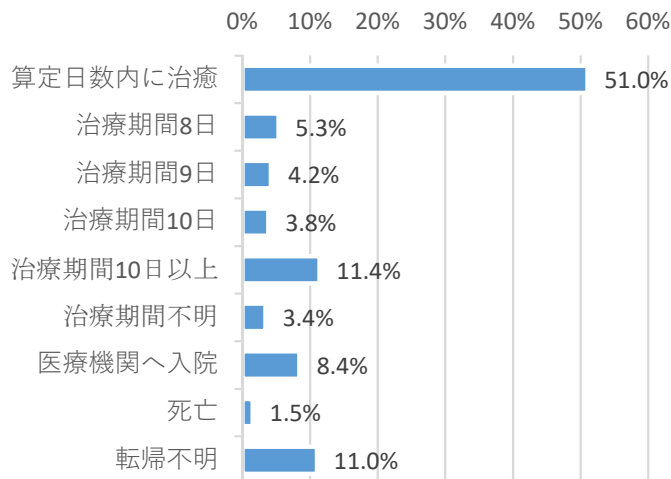
尿路感染症（Ⅰ）（n = 415）



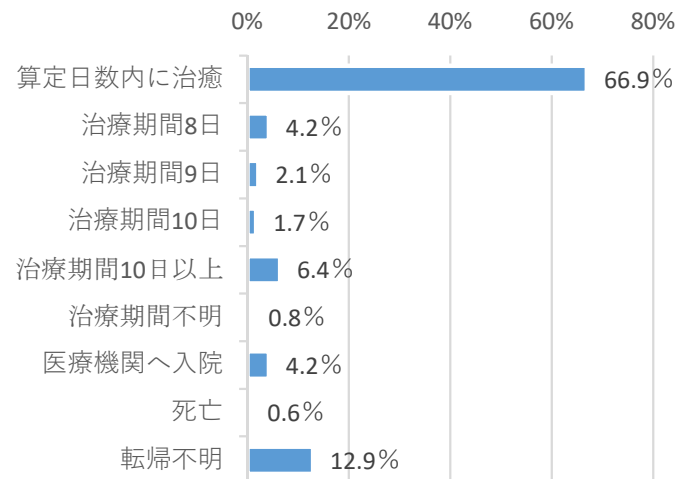
带状疱疹（Ⅰ）（n = 7）



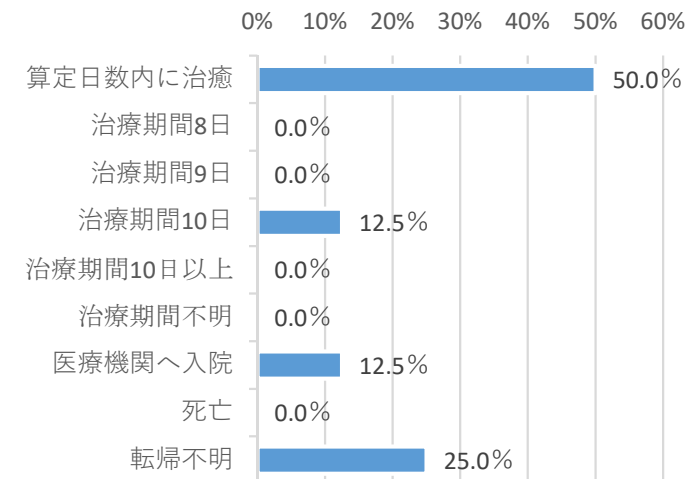
肺炎（Ⅱ）（n = 263）



尿路感染症（Ⅱ）（n = 472）



带状疱疹（Ⅱ）（n = 8）



論点⑤入所者への医療の提供(所定疾患施設療養費)

検討の方向 (案)

- 入所者により適切な医療を提供する観点から、所定疾患施設療養費の算定要件について、検査の実施の明確化、算定期間の延長を行うとともに、対象疾患の見直しを検討してはどうか。

論点⑥かかりつけ医との連携(継続的な薬物治療の提供)

論点⑥

- かかりつけ医との連携を推進し、入所前後で継続的な薬物治療を提供する観点から、どのような対応が考えられるか。
- 入所前後で継続的な薬物治療を提供するためには、入所中に服用している薬剤に変更があった場合、変更の経緯・理由や変更後の状態に関する情報をかかりつけ医に共有することが重要と考えられるが、これを促すためにどのような対応が考えられるか。

かかりつけ医連携薬剤調整加算 (平成30年度介護報酬改定)

概要

- 多剤投薬されている入所者の処方方針を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が事前に合意し、その処方方針に従って減薬する取組みについて、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要に応じて評価することとする。

単位数

＜現行＞
なし

⇒

＜改定後＞
かかりつけ医連携薬剤調整加算 125単位／日（新設）

算定要件等

- かかりつけ医連携薬剤調整加算
次に掲げるいずれの基準にも適合する入所者に対し、当該入所者に処方する内服薬の減少について退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載した場合は、当該入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に加算する。
- イ 6種類以上の内服薬が処方されており、当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整し、当該入所者に処方する内服薬を減少させることについて当該介護老人保健施設の医師と当該主治の医師が合意している者
- ロ 当該合意された内容に基づき、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させた者
- ハ 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少している者

かかりつけ医連携薬剤調整加算について

社保審一介護給付費分科会

第183回 (R2.8.27)

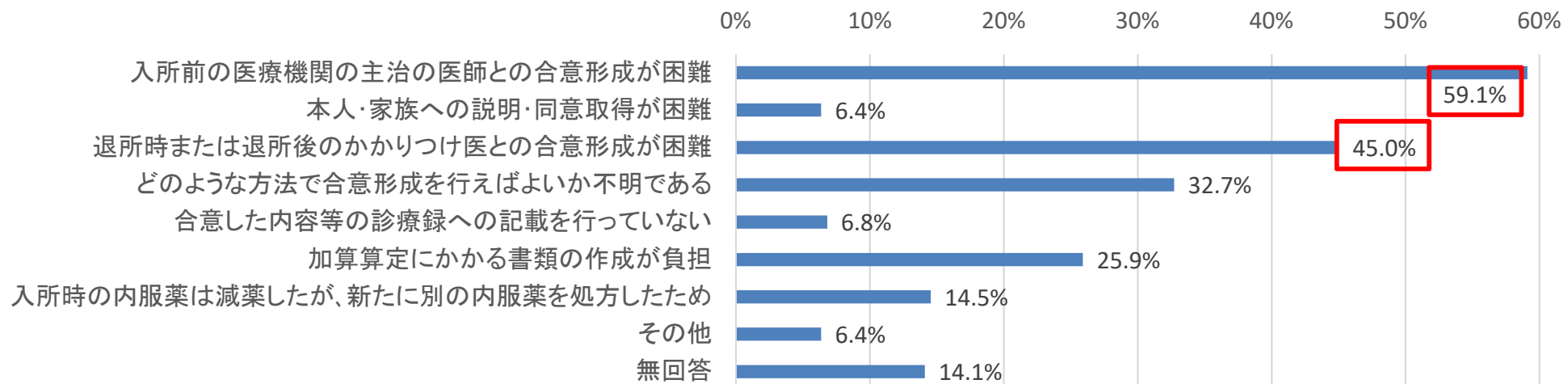
資料2 一部改変

- 入所時に6種類以上の内服薬が処方されていた退所者のうち、退所時の処方内服薬が入所時より1種類以上減った人の割合は31.3%、このうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定した人の割合は6.9%であった。
- 減薬したが、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定しなかった理由は「入所前の医療機関の主治の医師との合意形成が困難」が59.1%、「退所時または退所後のかかりつけ医との合意形成が困難」が45.0%であった。

退所者の処方等の状況(回答数425施設)

	合計人数：人	退所者数に対する割合	6種類以上の内服薬が処方されていた人数に対する割合	退所時の処方内服薬が入所時より1種類以上減った人に対する割合	該当者がいた施設数：施設	該当者がいた施設数に対する割合	6種類以上の内服薬が処方されていた人がいた施設数に対する割合	退所時の処方内服薬が入所時より1種類以上減った人がいた施設数に対する割合
退所者数(死亡を除く)	19,226	100.0%			425	100.0%		
退所者のうち、入所時に6種類以上の内服薬が処方されていた人数	6,929	36.0%	100.0%		310	72.9%	100.0%	
うち、退所時の処方内服薬が入所時より1種類以上減った人数	2,172	11.3%	31.3%	100.0%	227	53.4%	73.2%	100.0%
うち、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定した人数	149	0.8%	2.2%	6.9%	21	4.9%	6.8%	9.3%

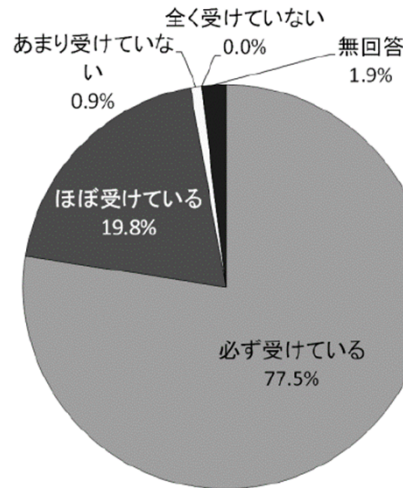
減薬したが、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定しなかった理由(複数回答)(n=220)



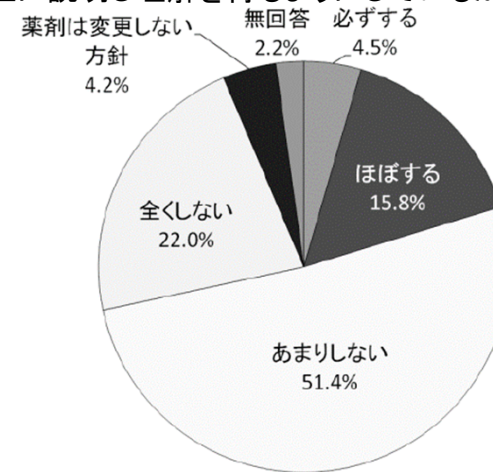
かかりつけ医との連携

- 入所時にかかりつけ医から診療情報提供を「必ず受けている」が77.5%、「ほぼ受けている」が19.8%であった。
- 入所に際し、薬剤の中止・変更の可能性について、かかりつけ医に説明し理解を得るようにしているかについて、「あまりしない」が51.4%、「全くしない」が22.0%であった。
- 退所時に、減らした薬について、その理由を診療情報提供書に記載するかについて、「必ずする」が20.8%、「ほぼする」が20.0%、「あまりしない」が20.4%であった。

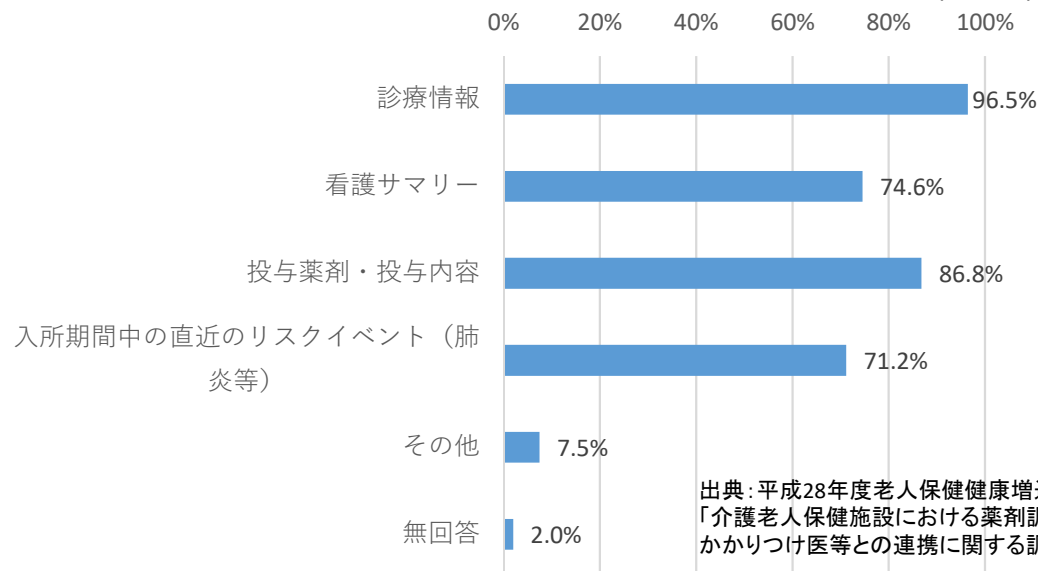
入所時にかかりつけ医から診療情報提供を受けているか
(n=692)



入所に際し、薬剤の中止・変更の可能性について、かかりつけ医に説明し理解を得るようにしているか(n=692)

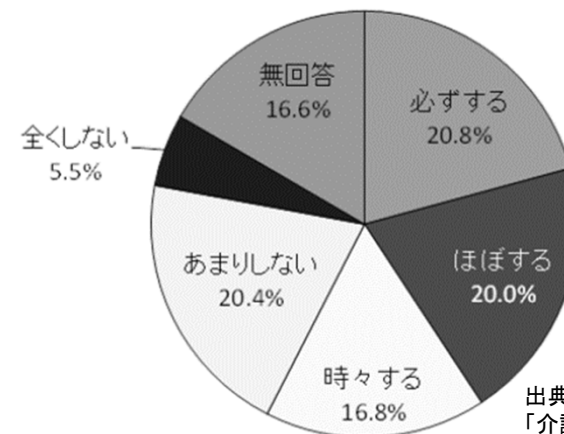


退所時にかかりつけ医に提供する医療に関わる情報(複数回答)(n=692)



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薬剤調整のあり方とかかりつけ医等との連携に関する調査研究事業」

退所時に、減らした薬について、その理由を診療情報提供書に記載の有無(n=770)



出典:平成27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薬物治療の在り方に関する調査研究事業」

入院、外来、在宅医療における特徴

中医協 総一1
元. 9. 18
(一部改変)

- 入院中は処方の一元的な管理、処方変更後の患者の状態の多職種による確認が可能（外来では処方内容の把握や処方変更後の状態の確認が容易ではない。）。
- 入院から外来や在宅への移行時には、薬剤の変更理由、変更後の状態等のかかりつけ医や薬剤師への引継ぎが重要。
- 各療養に共通で①患者や家族の意向の確認・尊重、②高齢者での非薬物的対応、③多職種の連携は重要。

1. 処方内容の把握、処方変更後の状態の把握 ※「高齢者の医薬品適正使用の指針」を踏まえて作成

	処方内容の把握・管理等	処方変更後の状態の確認	入院から外来・在宅医療への移行時の留意点
入院	入院中は処方を一元的に管理	多職種による患者の状態の確認が可能	
外来	定期的・継続的に外来通院する患者であっても、他院での治療・処方経過が都度報告されるとは限らない ⇒定期的な確認が必要	容易ではない	① 薬剤の変更・中止の理由、処方変更後の患者の状態等について、退院時カンファレンス、診療情報提供書等により、地域のかかりつけ医や薬剤師に引き継ぐ ② 地域のかかりつけ医は、退院後の生活に合わせた処方を検討する
在宅医療	外来通院時よりも把握が容易	在宅訪問時に確認が可能	等
特別養護老人ホームなど (常勤医師：いない)	施設スタッフが服薬支援を行っており把握が容易	介護・介護職等により確認が可能	・ 入所中に薬剤の変更、中止が行われた場合には、その理由や変更後の病態について、地域のかかりつけ医や薬剤師に情報提供する等
介護老人保健施設など (常勤医師：いる)	入所中は一元的に管理	多職種による患者の状態の確認が可能	

2. 各療養環境に共通する留意点 ※「高齢者の医薬品適正使用の指針」を踏まえて作成

- **ACPが実践されている場合における薬物療法の適正化**：患者や家族の意向を確認・尊重することが重要
- **非薬物的対応の重要性**：高齢者の療養環境では、薬物療法以外の手段による疾病の予防と治療、健康増進も重要
- **多職種の役割、連携**：地域包括ケアを担う医療・介護を担う関係者での情報共有や連携が重要

入院時のポリファーマシー解消の推進

入院時のポリファーマシーに対する取組の評価

➤ 現在は2種類以上の内服薬の減薬が行われた場合を評価しているが、これを見直し、①処方
の総合的な評価及び変更の取組と、②減薬に至った場合、に分けた段階的な報酬体系とする。

現行	改定後
薬剤総合評価調整加算(退院時1回) 250点 次のいずれかに該当する場合に、所定点数を加算する。 (1) 入院前に6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、処方の内容を総合的に評価及び調整し、退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合 (2) 精神病床に入院中の患者であって、入院前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合※	①薬剤総合評価調整加算(退院時1回) 100点 ア 患者の入院時に、<u>関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行う。</u> イ アを踏まえ、<u>多職種によるカンファレンスを実施し、薬剤の総合的な評価を行い、処方内容の変更又は中止を行う。</u> ウ カンファレンスにおいて、<u>処方変更の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。</u> エ <u>処方変更による病状の悪化等について、多職種で確認する。</u> ②薬剤調整加算(退院時1回) 150点 ①に係る算定要件を満たした上で、次のいずれかに該当する場合に、更に所定点数に加算する。 ・<u>退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</u> ・<u>退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合※</u> ※ クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、1,000mg以上減少した場合

医療機関から薬局に対する情報提供の評価

➤ 入院前の処方薬の内容に変更、中止等の見直しがあった場合について、退院時に見直しの理由や見直し後の患者の状態等を文書で薬局に対して情報提供を行った場合の評価を新設する。

退院時薬剤情報管理指導料

(新) 退院時薬剤情報連携加算 60点



特に慎重な投与を要する薬剤

中 医 協 総 - 3
2 7 . 1 1 . 6 (改)

- 高齢者に対し、特に慎重な投与を要する薬剤について国内外で指針等がまとめられている。
- 高齢者に投与する薬剤を指針を用いて検討することは、ポリファーマシーを防止し、薬物療法の安全性をより確保するために有用である。

Beers Criteria 2019 (米国)

- ・ 高齢者に対する医薬品の潜在的な不適切使用に伴う有害事象を減少させるための基準（一覧表）。
- ・ 1991年にBeersによって公表され、以降、米国の老年医学分野において広く活用されている。

STOPP / START ver.2 2015 (欧州)

- ・ STOPP (Screening Tool of Older person's Potentially inappropriate Prescriptions)は、高齢者に対する処方として不適切な薬剤のスクリーニング手段として用いられる（一覧表）。
- ・ START (Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) は、特定の状態にある高齢者に対する処方として考慮されるべき薬剤を列挙している（一覧表）。

高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015 (日本老年医学会)

- ・ 高齢者における薬物有害事象を防ぐための一般的注意点や系統別指針を明記。その中の主要薬剤は、「特に慎重な投与を要する薬物リスト」として列挙（一覧表）。
- ・ 薬物有害事象のハイリスクグループである75歳以上の高齢者及び75歳未満でもフレイル～要介護状態の高齢者を対象とし、処方見直しのためのスクリーニングツールとしてフローチャートに従って使用する。個々の病態と生活機能、生活環境、意思、嗜好などを考慮して判断する。

「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）

- ・ 診療や処方の際の参考情報を提供することを意図して作成し、処方時に注意を要する薬剤を列挙（一覧表）。
- ・ 薬物有害事象の回避など高齢者の薬物療法の適正化を目指し、高齢者の特徴に配慮したより良い薬物療法を実践するための基本的留意事項をまとめたガイダンス。

出典：

- ・ By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2019 Apr;67(4):674-694.
- ・ D. O'Mahony, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing. 2015 Mar; 44(2): 213-218.
- ・ 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015（日本老年医学会）
- ・ 高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）（厚生労働省 2018年5月）

論点⑥かかりつけ医との連携(継続的な薬物治療の提供)

検討の方向 (案)

- かかりつけ医との連携を推進し、継続的な薬物治療を提供する観点から、かかりつけ医連携薬剤調整加算について、入所時及び退所時におけるかかりつけ医との連携を前提としつつ、同連携に係る取組と、かかりつけ医と共同して減薬にいたった場合を分けて評価することを検討してはどうか。
- 連携に係る取組については、入所に際し、薬剤の中止・変更の可能性についてかかりつけ医に説明し理解を得るとともに、入所中に服用している薬剤に変更があった場合には、退所時に、変更の経緯・理由や変更後の状態に関する情報をかかりつけ医に共有することを検討してはどうか。
- また、高齢者に対して特に慎重な投与を要する薬剤が、国内外でガイドライン等がまとめられており、入所中に薬剤の変更が検討される場合に、より適切な薬物治療が提供されるよう、上記の対応の検討にあたっては、介護老人保健施設の医師又は薬剤師の対応が、これらのガイドライン等も踏まえたものとなるよう検討してはどうか。

論点⑦介護保険施設のリスクマネジメント

論点⑦

- 事故報告について、標準化による情報蓄積と有効活用等に資する取組として、どのような対応が考えられるか。
- 入所者・家族との事故に関する情報共有、より適切な事故発生時の対応、介護事故の発生予防・再発防止の推進の観点から、介護保険施設における安全対策に係る体制についてどのような対応が考えられるか。

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告における「今後の課題」(関係部分)

(平成30年度介護報酬改定に関する審議報告(平成29年12月18日)より作成)

<各サービスに関する課題>

○ 介護保険施設のリスクマネジメント

今後、リスクを関知するセンサー等の導入が進むことも考えられることから、施設でどのようなリスクが発生しており、そのリスクにどのように対応しているのかなど、その実態を把握した上で、介護事故予防ガイドライン等も参考に、運営基準や介護報酬上どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきである。

介護老人保健施設における安全管理体制に関する基準等

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）（抄）

（事故発生の防止及び発生時の対応）

第三十六条 介護老人保健施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。

- 一 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
- 二 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。
- 三 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。

2 介護老人保健施設は、入所者に対する介護保健施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

（3，4略）

介護老人保健施設における安全管理体制に関する基準等

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について
(平成12年3月17日)(老企第44号)(抄)

30 事故発生の防止及び発生時の対応

(①略)

② 事実の報告及びその分析を通じた改善策の職員に対する周知徹底

介護老人保健施設が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、介護事故等について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して職員の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。

具体的には、次のようなことを想定している。

イ 介護事故等について報告するための様式を整備すること。

ロ 介護職員その他の職員は、介護事故等の発生又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに、イの様式に従い、介護事故等について報告すること。

ハ ③の事故発生の防止のための委員会において、ロにより報告された事例を集計し、分析すること。

ニ 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等を取りまとめ、防止策を検討すること。

ホ 報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底すること。

ヘ 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。

③ 事故発生の防止のための委員会

介護老人保健施設における「事故発生の防止のための検討委員会」（以下「事故防止検討委員会」）は、介護事故発生の防止及び再発防止のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の安全対策を担当する者を決めておくことが必要である。（略）

(④⑤略)

介護事故報告に関するこれまでの意見等

第170回社会保障審議会介護給付費分科会議事録（平成31年4月10日）（抜粋）

○ この資料の事故情報として収集する範囲も都道府県等によって異なっているように見受けられるので、こういった施設における安全・衛生管理について、ある程度全国一律の基準、最低限の基準は示されてもよいのではないかと考えていますので、今後の検討課題ではないかと思っています。

○ どういう内容のものを「事故」と定義するかというと「転倒」「転落」「誤嚥」が多いとなっています。しかし、これがもし自宅で転倒、転落、誤嚥したという場合は、大きなことにならないければ「怪我」とかで終わってしまうことも往々にしてあるのではないのでしょうか。それなのに、場所が施設であったりすると、「事故」になってしまう訳です。

そこで、どこまでを「事故」と見るのか、いわゆる「怪我」との違いは何なのかというところを明確にする必要があるのではないかと思います。

社会保障審議会介護保険部会 介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会 中間取りまとめ（令和元年12月4日）（抜粋、下線追加）

4. 今後の進め方

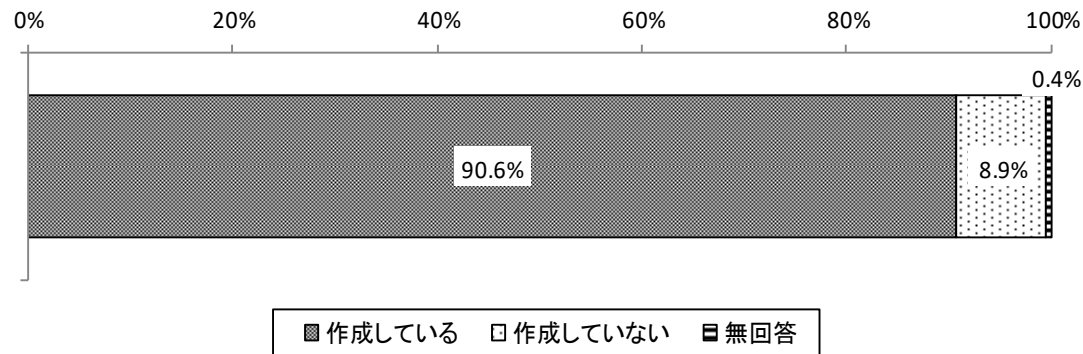
（略）

○ さらに、本専門委員会においては、国、指定権者・保険者及び介護サービス事業者の間でやり取りされている文書、特に指定申請・報酬請求・指導監査に関する文書に係る負担軽減を主な検討対象としてきたが、議論の中では、これら以外の行政に提出する文書についても簡素化や標準化を求める意見があった（例：事故報告の標準化による情報蓄積と有効活用等）ほか、現場の感覚として、ケア記録等の事業所が作成・保管する文書が介護職員の大きな負担となっていることが提起された点にも、留意が必要である。

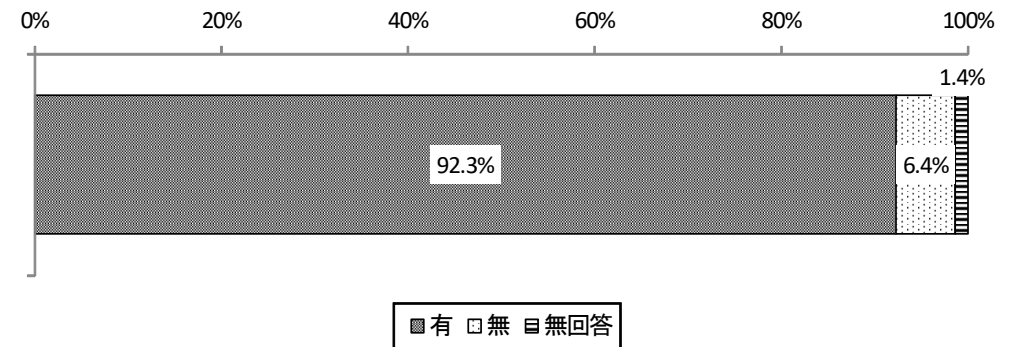
事故発生防止のための指針

- 事故発生の防止のための指針を「作成している」が90.6%であり、「定期的に見直している」が32.0%、「不規則に見直している」が47.6%であった。
- 指針に基づくマニュアル等を作成しているのは92.3%であった。
- 介護事故予防に向けた入所者ごとのリスク評価を行っているのは63.0%であった。

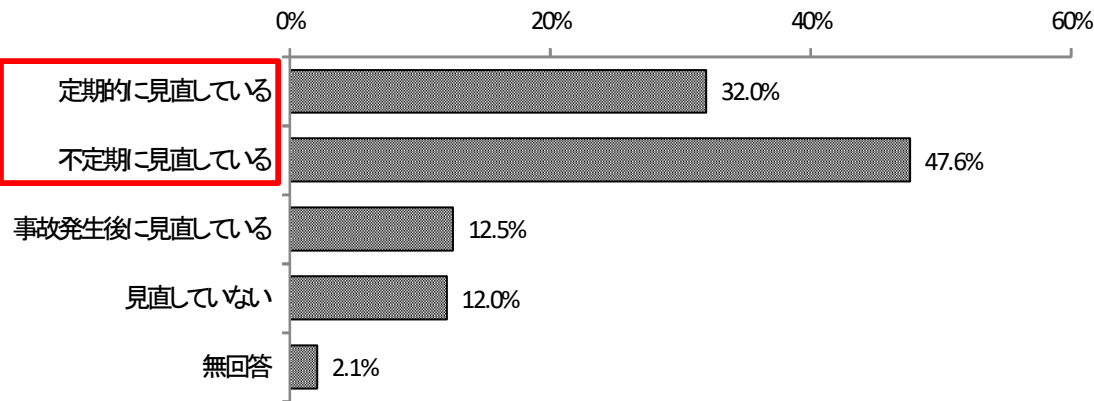
事故発生の防止のための指針の作成状況(n=1,163)



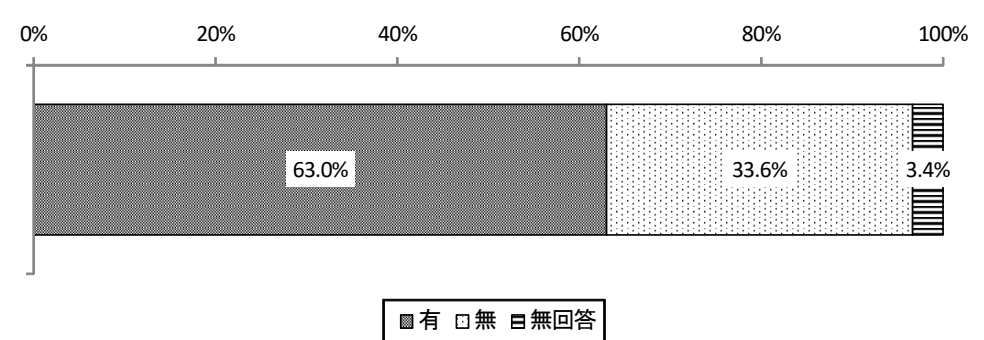
指針に基づくマニュアル等の有無(回答件数1,163)



指針の見直し（複数回答）(回答件数1,054)



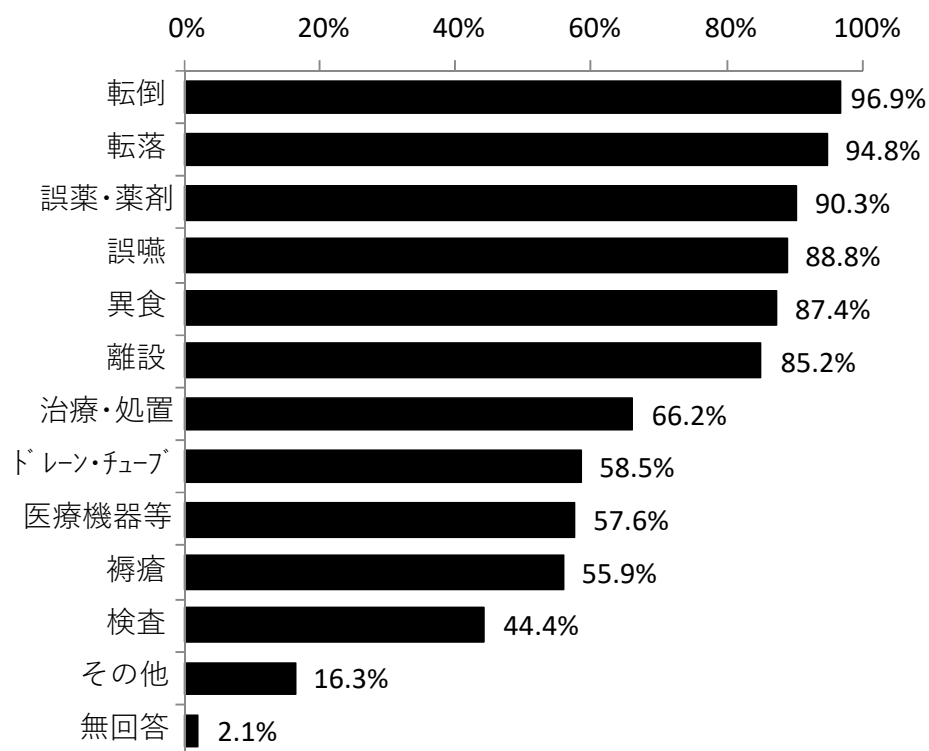
介護事故予防に向けた入所者ごとのリスク評価の有無(回答件数1,163)



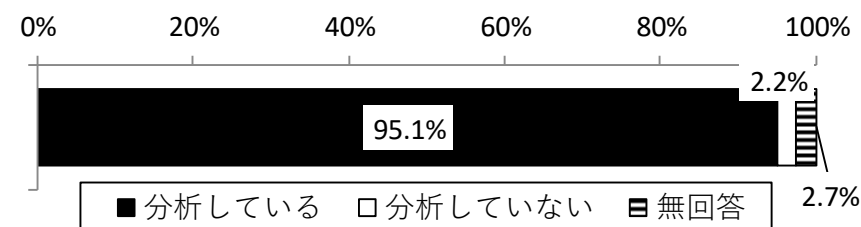
介護事故に関する施設内での報告・分析

- 事故の施設内での報告ルールとして、報告対象の事故の種別は、「転倒」が96.9%、「転落」が94.8%、「誤薬・薬剤」が90.3%であった。
- 95.1%の施設で発生した介護事故の分析を行っている。

報告対象の事故の種別(複数回答) (n=1,163)



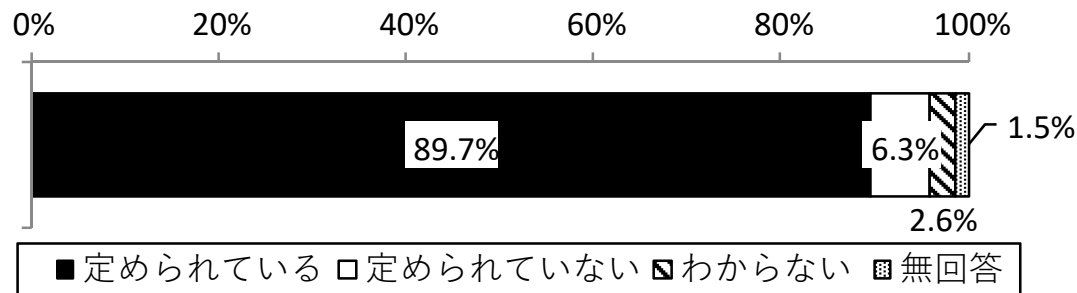
介護事故の分析の有無 (n=1,163)



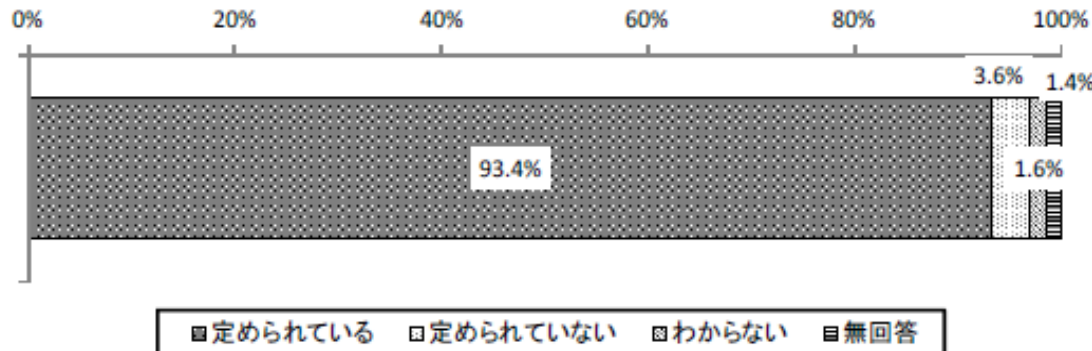
介護事故に関する市区町村への報告

- 市区町村への報告対象の範囲について「定められている」が89.7%であった。
- 市区町村への報告様式・書式について「定められている」が93.4%であった。
- 市区町村に報告している事故の種別は「転倒」が84.3%、「転落」が78.2%、「誤嚥」が65.7%であった。

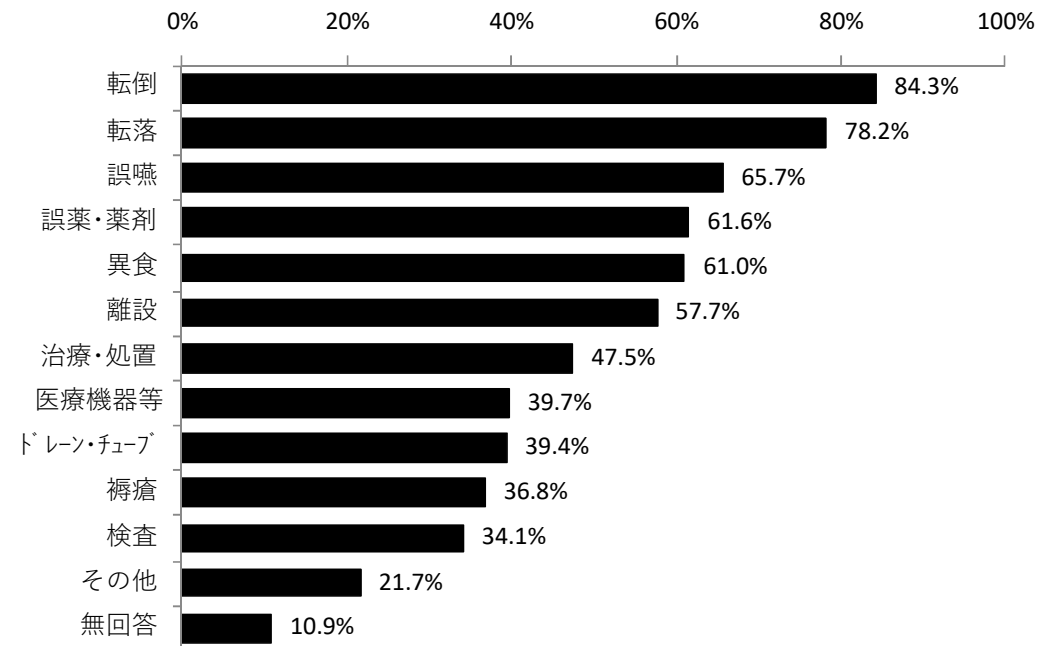
施設から市区町村への報告対象の範囲 (n=1,163)



施設から市区町村への報告様式・書式 (n=1,163)



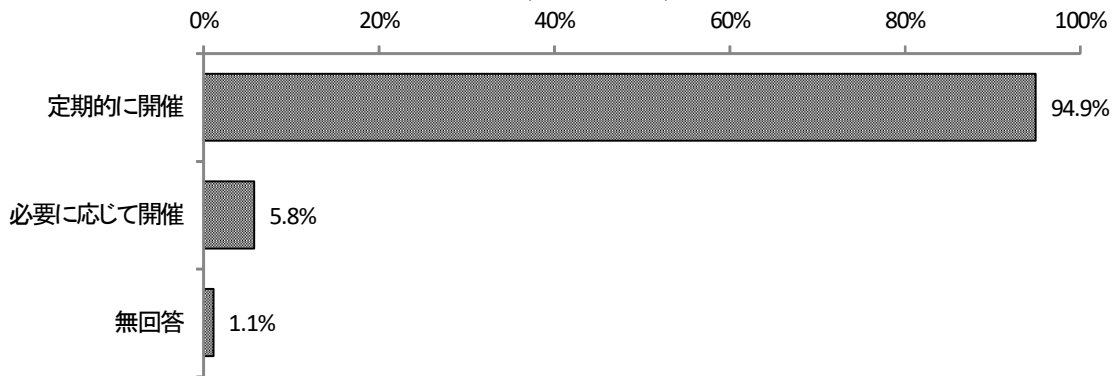
市区町村への報告対象の事故種別(複数回答) (n=1,163)



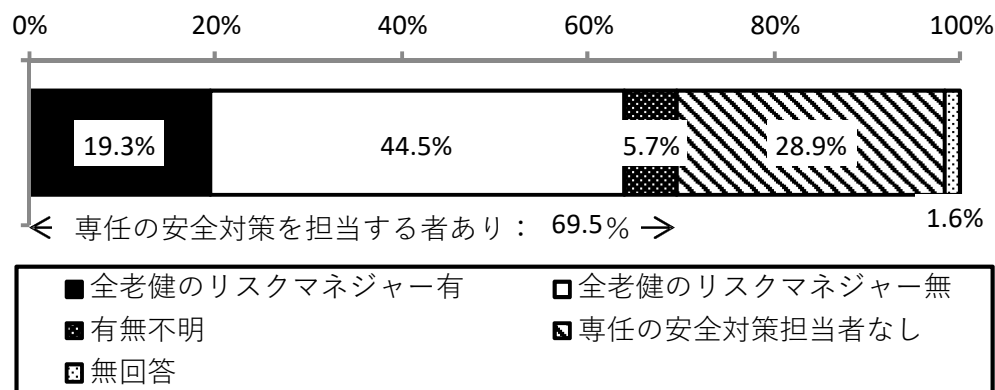
委員会の開催・専任の安全対策担当職員

- 施設における事故防止検討委員会の開催状況は「定期的に開催」が94.9%であった。
- 「専任の安全対策を担当する者あり」が69.5%であった。
- 職種別には「看護職員」が担当している施設が71.4%、「介護職員」が61.4%であった

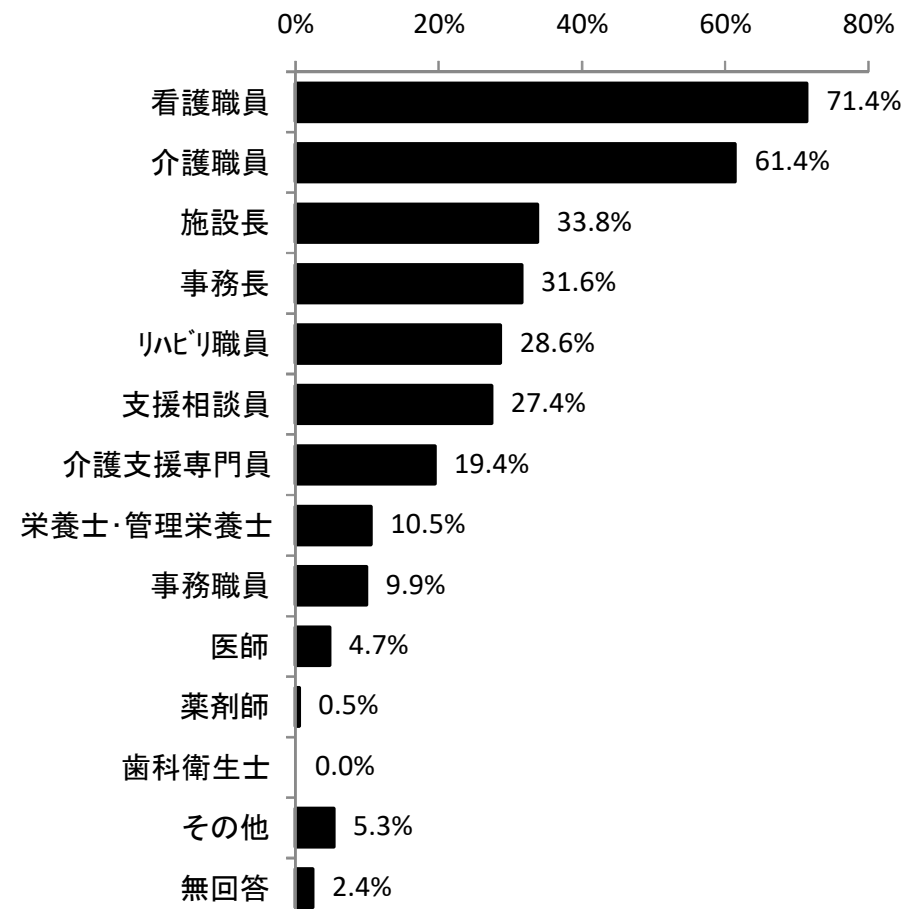
施設における事故防止検討委員会の開催状況(複数回答)
(n=1,163)



専任の安全対策を担当する者の有無 (回答件数1,163)



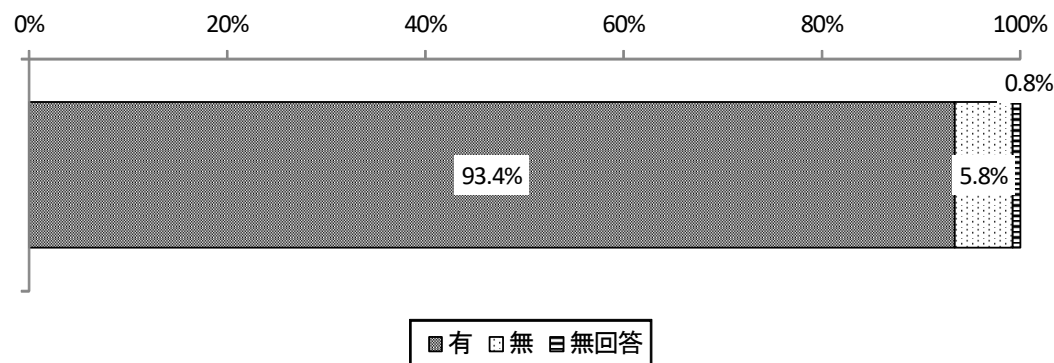
専任の安全対策を担当する者がいる場合：
職種ごとの有無(施設ベース) (複数回答) (n=808)



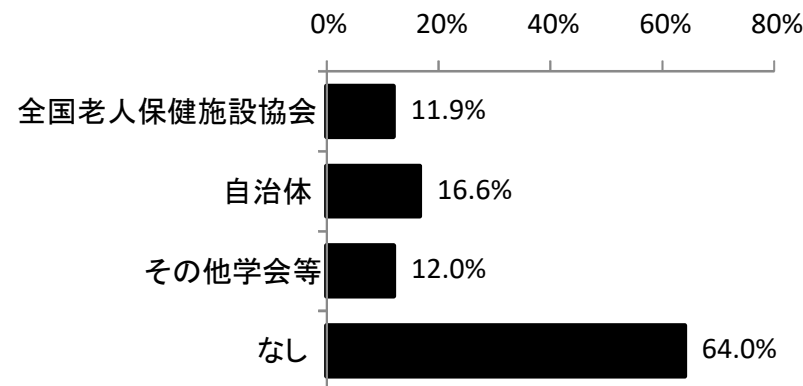
介護事故に関する研修

- 93.4%の施設が職員に対する介護事故防止のための研修を実施しており、内容としては、「具体的な事故事例等に関すること」が78.9%、「事故発生時の対応」が73.4%であった。
- 専任の安全対策を実施する者の外部研修の受講状況は「自治体」が16.6%、「全国老人保健施設協会」が11.9%であった。

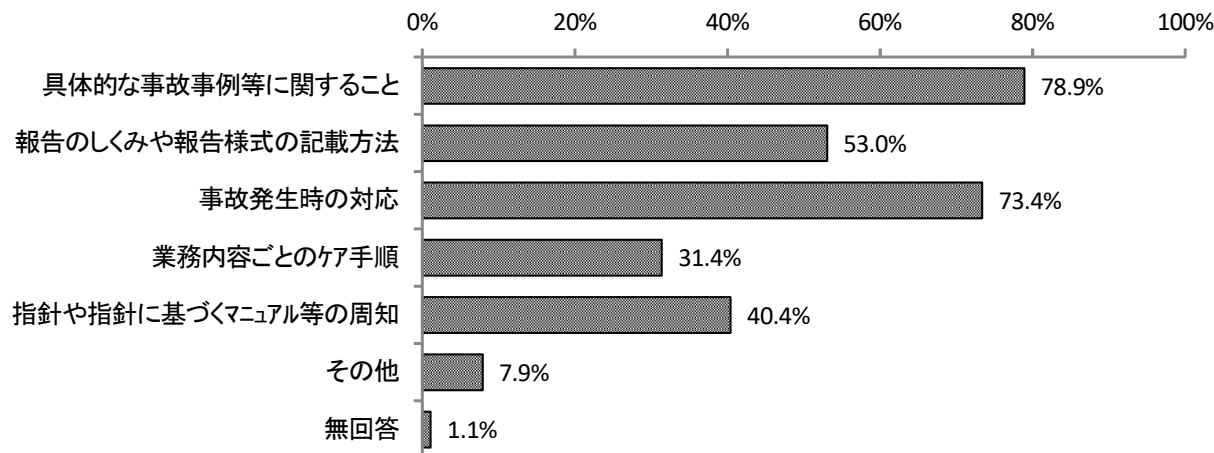
職員に対する事故防止のための研修の有無（平成29年度）（回答件数1,163）



（専任の安全対策を担当する者）外部研修の受講状況（複数回答）（n=2,578）



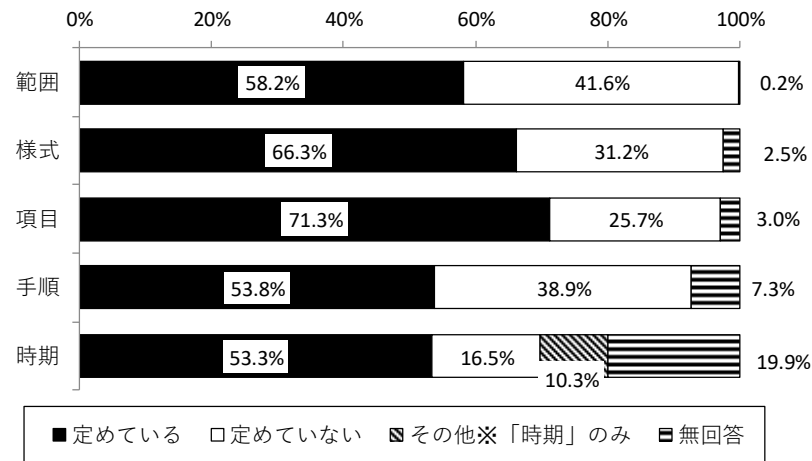
研修内容として該当するもの（複数回答）（回答件数1,086）



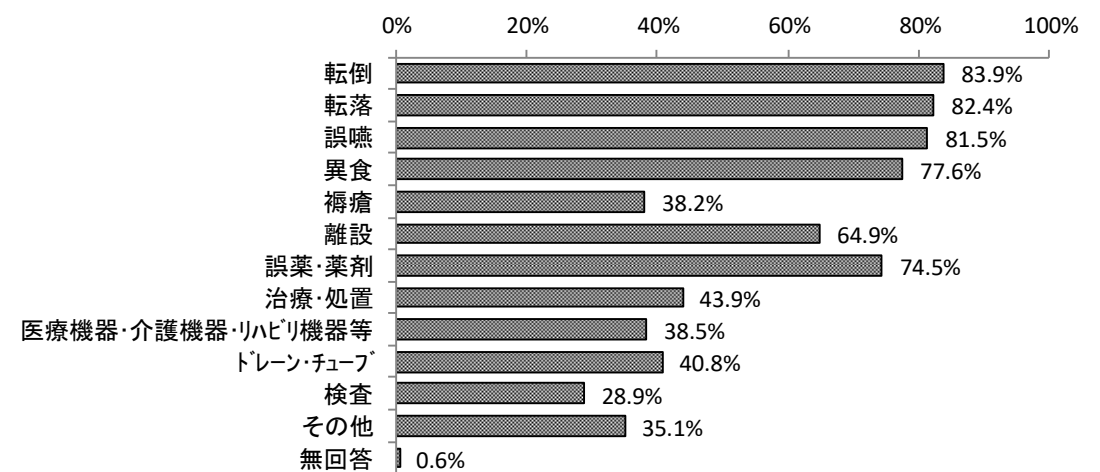
介護事故報告に対する市区町村の対応

- 施設による介護事故報告の「範囲」を定めている市区町村は58.2%であり、転倒、転落、誤嚥、誤薬・薬剤を報告として求めている場合が多かった。また、「様式」を定めている市区町村は66.3%だった。
- 介護事故情報について、39.6%の市区町村で「事故報告を提出した施設に対して指導や支援」「他の施設の実地指導や助言」に活用している一方で、30.7%の市区町村で活用されていなかった。
- 報告された介護事故情報は、半数以上の市区町村で集計や分析が行われているが、46.7%の市区町村では集計や分析が行われていなかった。

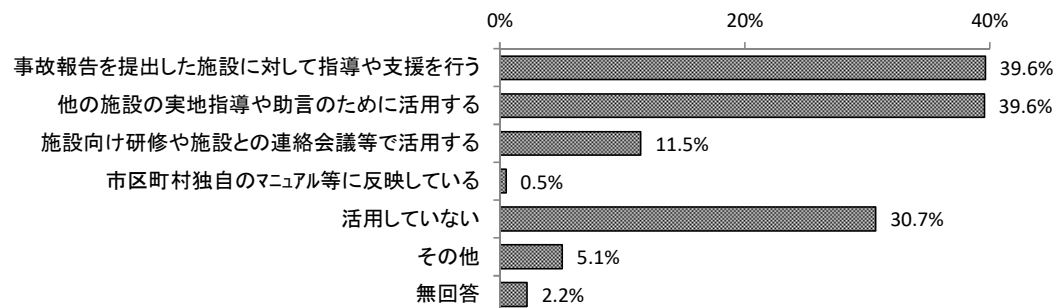
(市区町村が施設に介護事故の報告を求めている場合)
市区町村への報告に関して定めの有無(回答件数1,112)



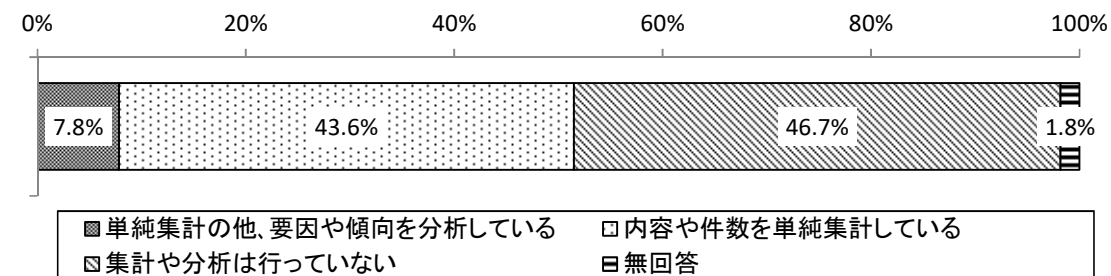
(市区町村が施設に報告を求めている介護事故の範囲を定めている場合)
報告対象の介護事故の種別(複数回答)(回答件数647)



市区町村における介護事故情報の活用状況(複数回答)(回答件数1,173)



市区町村に報告された介護事故情報の集計・分析状況(回答件数1,173)



論点⑦介護保険施設のリスクマネジメント

検討の方向（案）

- 市町村によって事故報告の基準が様々であることを踏まえ、将来的な事故報告の標準化による情報蓄積と有効活用等の検討に資する観点から、国において報告様式を作成し周知することを検討してはどうか。
 - 介護保険施設における安全管理体制に関して、指針の作成や委員会の開催、職員研修の実施、専任の安全対策担当者の設置等の状況を踏まえ、安全対策をより一層強化していくべきではないか。
- ※ 介護医療院、介護療養型医療施設についても同様にしてはどうか。

參考資料

介護老人保健施設の概要

(定義)

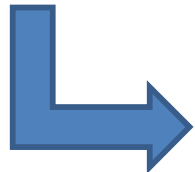
介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(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

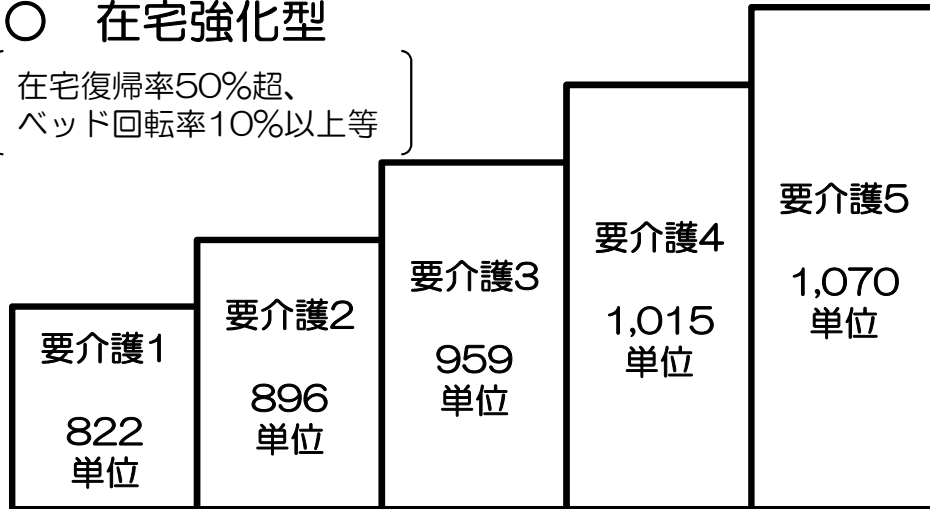
介護老人保健施設の報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

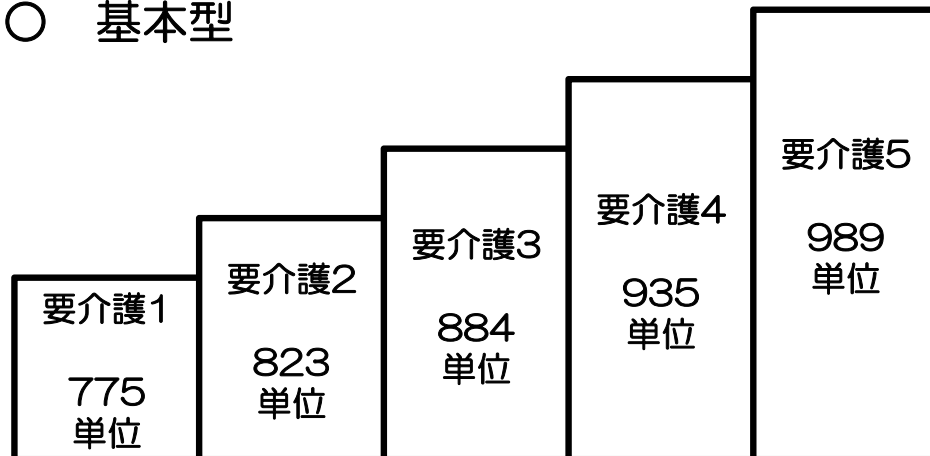
利用者の要介護度・在宅復帰率等に応じた
基本サービス費（多床室の場合）

○ 在宅強化型

在宅復帰率50%超、
ベッド回転率10%以上等



○ 基本型



利用者の状態に応じたサービス提供や
施設の体制に対する加算・減算

利用開始日から30日以内の期間
（過去3か月間入所経験ない場合）
（30単位／日）

ターミナルケアの実施

死亡日以前4～30日：160単位
前日・前々日：820単位
当日：1,650単位

在宅復帰・在宅療養支援

（Ⅰ）34単位（基本型に対する加算）
（Ⅱ）46単位（強化型に対する加算）

入所前後に退所後の居宅を訪問
して、施設サービス計画を策定

（Ⅰ）450単位/回（Ⅱ）480単位/回

肺炎、尿路感染症、带状疱疹の
治療

（Ⅰ）239単位／日
（Ⅱ）480単位／日

短期集中的なリハビリテーショ
ンの実施（240単位／日）

認知症短期集中的なリハビリ
テーションの実施（240単位／日）
※週に3回を限度

継続的な栄養管理（14単位／日）
低栄養状態の改善等（300単位／月）

夜勤職員の手厚い配置
（24単位）

介護福祉士や常勤職員等を
一定割合以上配置
（サービス提供体制強化加算）

・介護福祉士6割以上：18単位
・介護福祉士5割以上：12単位
・常勤職員等：6単位

介護職員処遇改善加算

Ⅰ：3.9%・Ⅱ：2.9%・Ⅲ：1.6%
・Ⅳ：Ⅲ×0.9・Ⅴ：Ⅲ×0.8

介護職員等特定処遇改善加算

（Ⅰ）2.1%（Ⅱ）1.7%

定員を超えた利用や人員配置
基準に違反（▲30%）

身体拘束廃止未実施減算
（▲10%）