

介護老人保健施設の報酬・基準について

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。

<介護保険施設のリスクマネジメント>

- 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ため行えない。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。
- 自立支援を促進しようと思えば思うほど事故のリスクは高くなるものであり、現場が萎縮しないよう検討していく必要がある。
- 報告を求める内容については、事業所の事務負担に配慮すると同時に、各自治体が収集している情報にも留意し、提出する判断基準も統一すべきではないか。
- 安全対策を恒常的なものとする上でも、安全対策担当職員を基準上明確にし、責任者の配置と研修や事故報告等の一連の取組に対して、報酬上も評価すべき。
- 全国で事故報告が蓄積されており、これを分析するなどして、現場にフィードバックしていくべきではないか。

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)

<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。
- 指標は老健の施設機能評価であり、老健の機能が向上する、ケアの質が向上する項目を前提にすべき。
- 認知症の重度の方が多いこととケアの質が高いことはイコールではなく、施設の機能の指標にはならないのではないか。
- 認知症の方の受入れの促進の観点では重要であるが、老健の在宅復帰、在宅療養支援機能との関係を明らかにした上で検討すべきではないか。
- 個別リハについて、客観的に評価する必要があることから、ADLのアウトカム評価を導入すべき。
- 生活期リハは維持・改善をし、活動参加が重要であり、これを考慮した評価について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、带状疱疹は注射製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。
- 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、老健の管理医師とかかりつけ医の連携が行われることが重要であり、連携が進む工夫を検討するべきではないか。

介護老人保健施設 目次

論点①.	介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援等指標	4
論点②.	中重度者や看取りへの対応の充実	11
論点③.	居宅介護支援事業者との連携（退所前連携加算）	18
論点④.	入所者への医療の提供（所定疾患施設療養費）	21
論点⑤.	かかりつけ医との連携（継続的な薬物治療の提供）	28
論点⑥.	介護保険施設のリスクマネジメント	36

論点①介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援等指標

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。
- この時、在宅復帰・在宅療養支援等評価指標及び要件について、更に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。

対応案

- 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職種の配置を評価してはどうか。
 - 上記の見直しにあたっては、半年間の経過措置を設けてはどうか。
- 基本型以上に求められているリハビリテーションマネジメントの実施要件が求められているところではあるが、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、医師の詳細な指示に基づくりハビリテーションに関する事項を明確化してはどうか。

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
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	

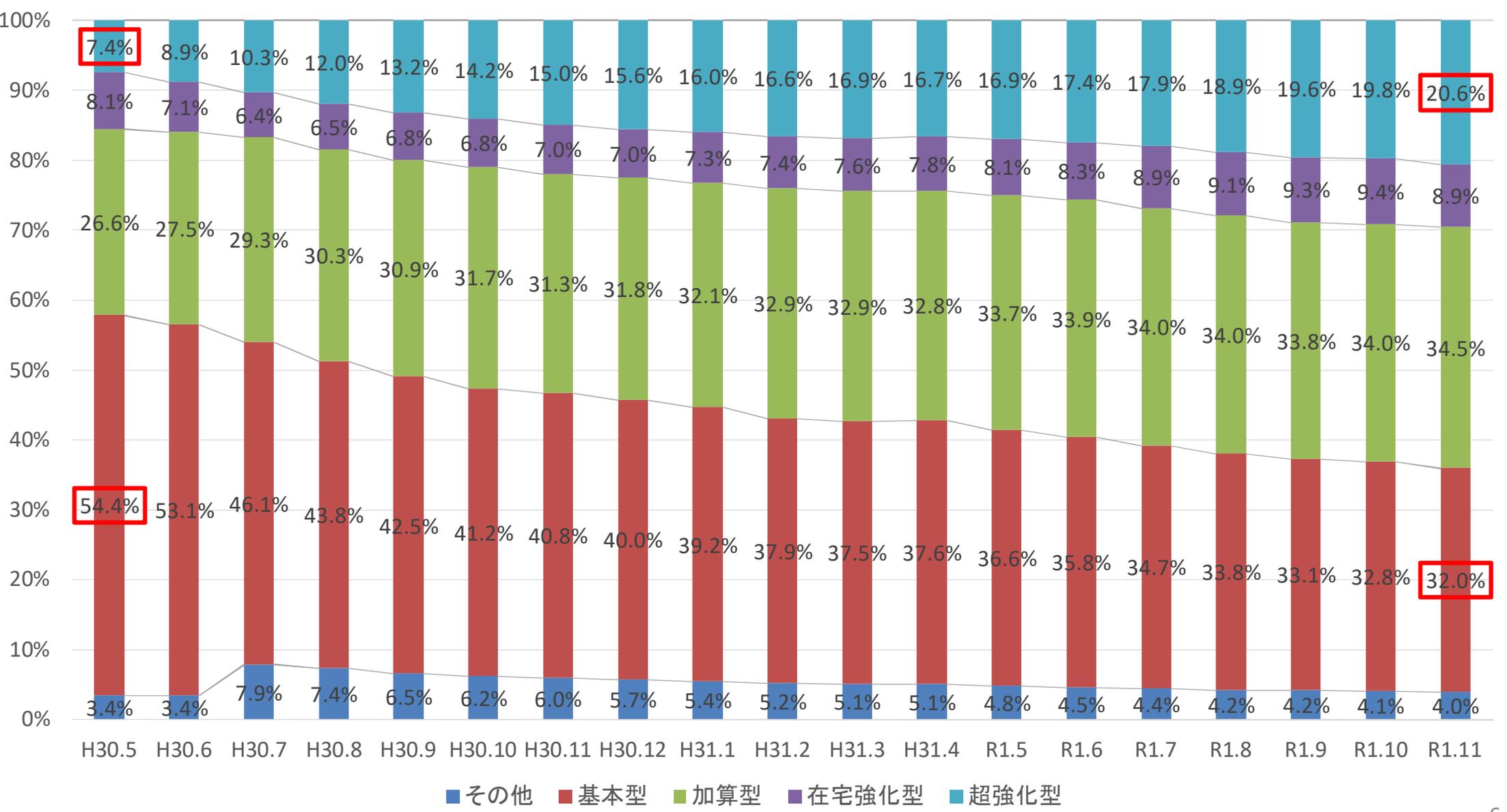
評価項目	算定要件
退所時指導等	<p>a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。</p> <p>b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p>
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	地域に貢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

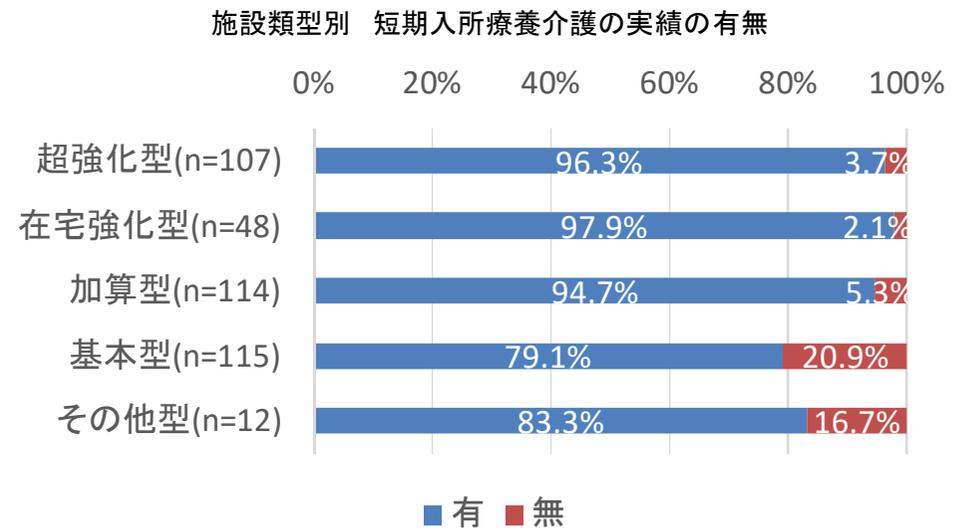
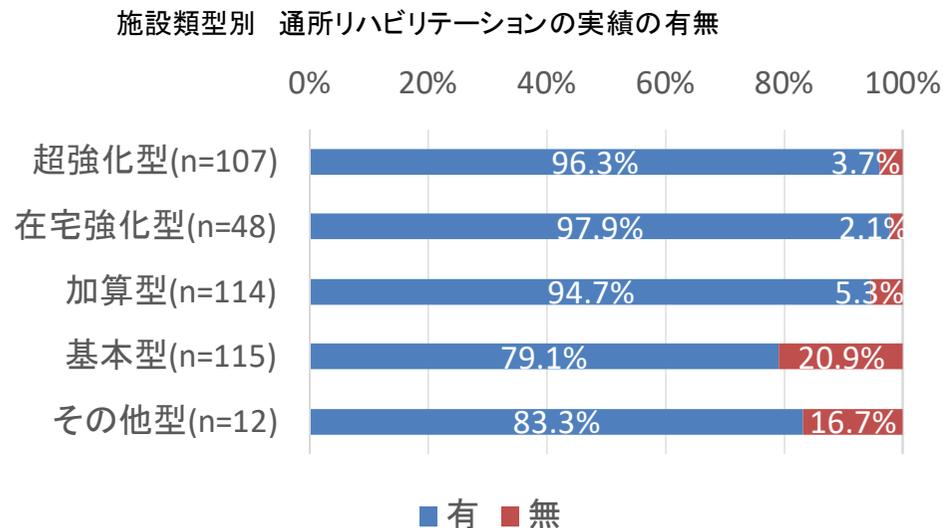
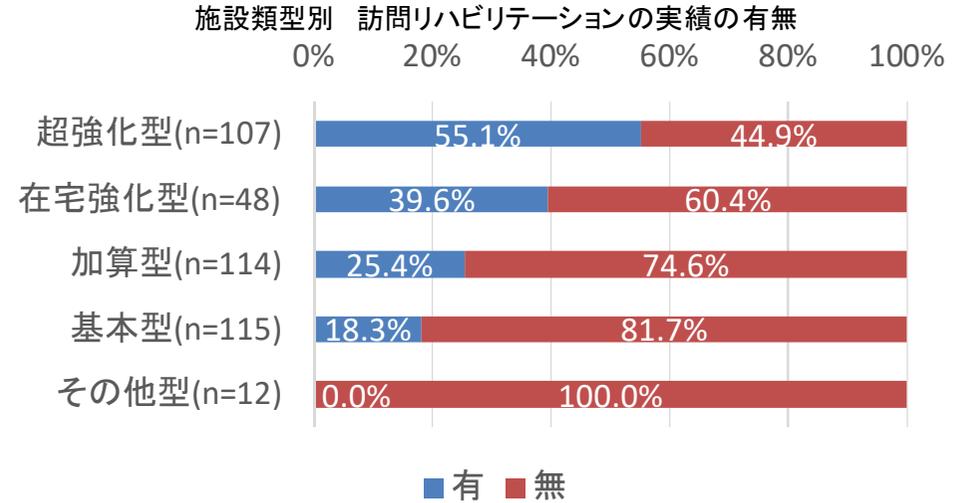
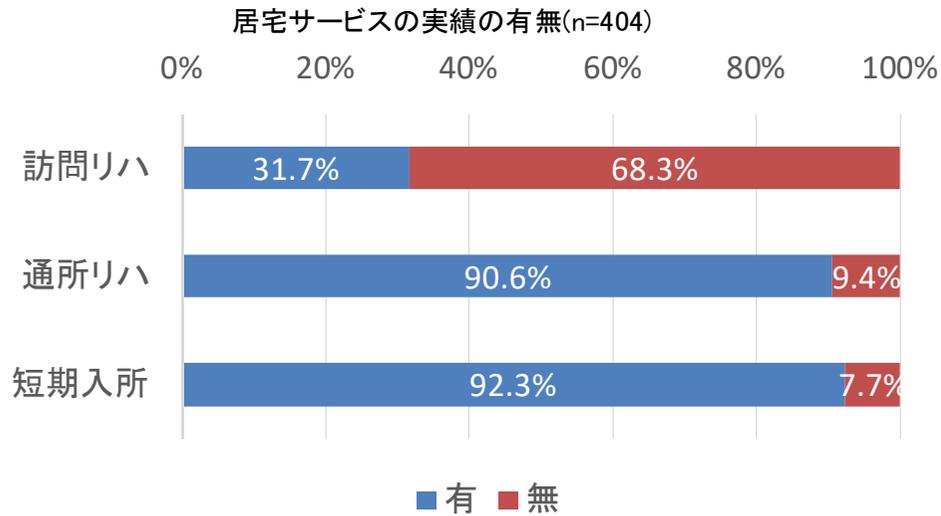
- 超強化型について、平成30年5月時点の7.4%から令和元年11月時点で20.6%に増加した。
- 基本型について、平成30年5月時点の54.4%から令和元年11月時点で32%に減少した。

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

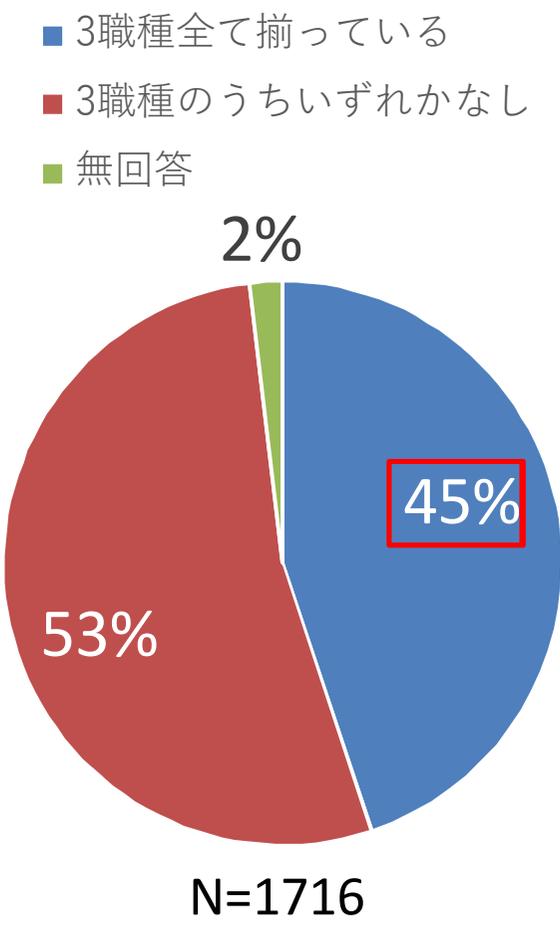
- 訪問リハビリテーションの実績が「有」は31.7%であり、「無」は68.3%であった。
- 通所リハビリテーションの実績が「有」は90.6%であり、「無」が9.4%であった。
- 短期入所療養介護の実績が「有」は92.3%であり、「無」が7.7%であった。



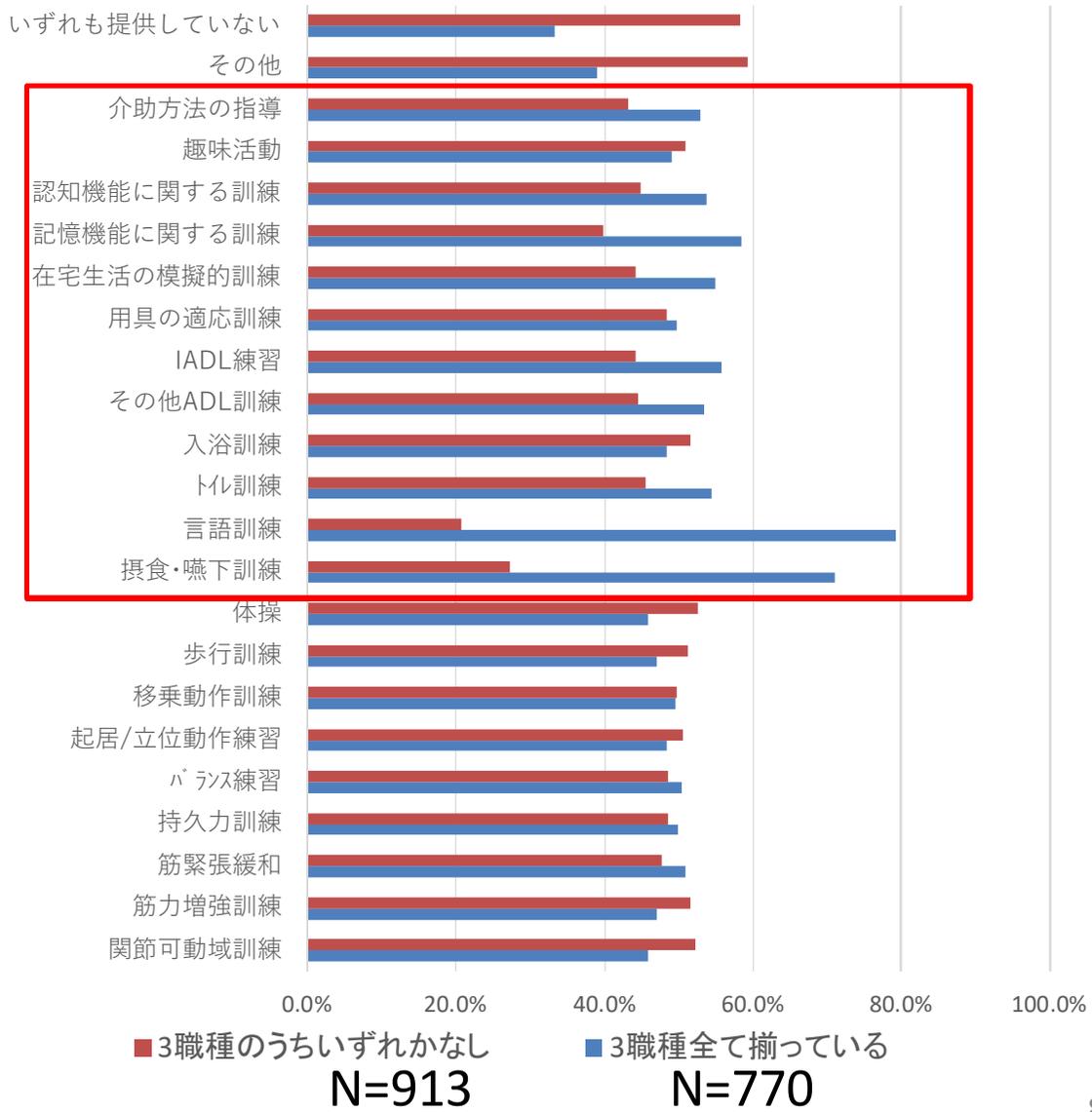
介護老人保健施設における人員配置状況・リハビリテーションの内容

- 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



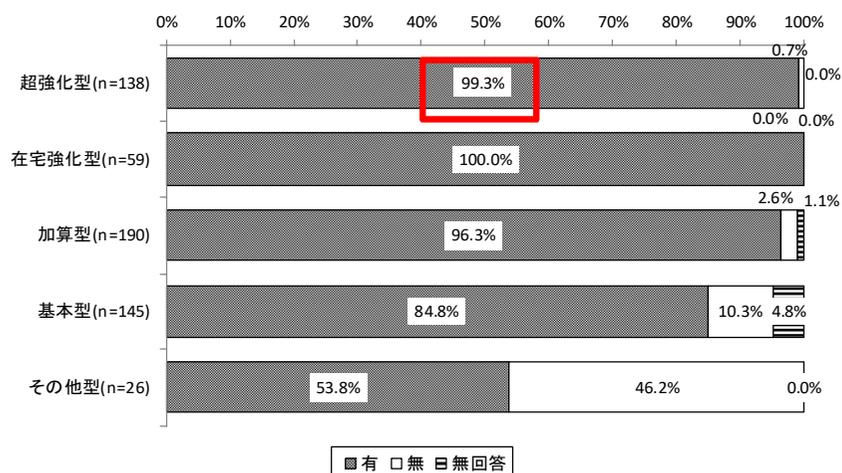
入所中のリハビリテーションの内容



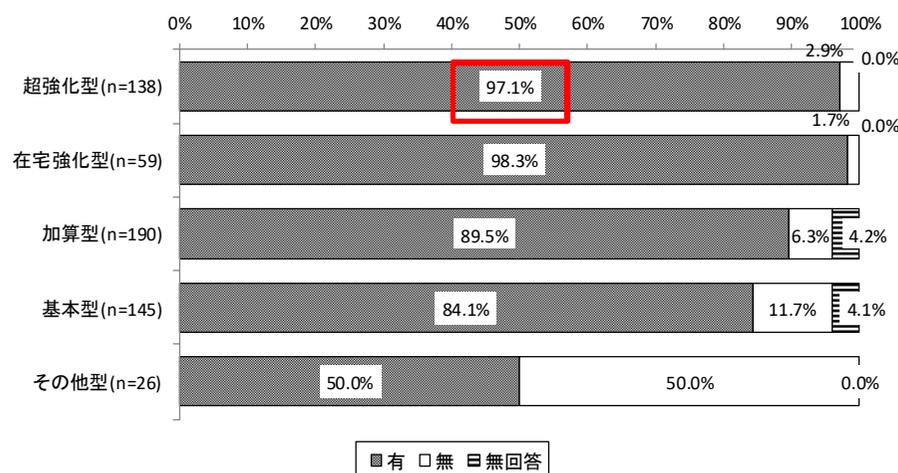
在宅復帰・在宅療養支援機能の算定要件について

- 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。

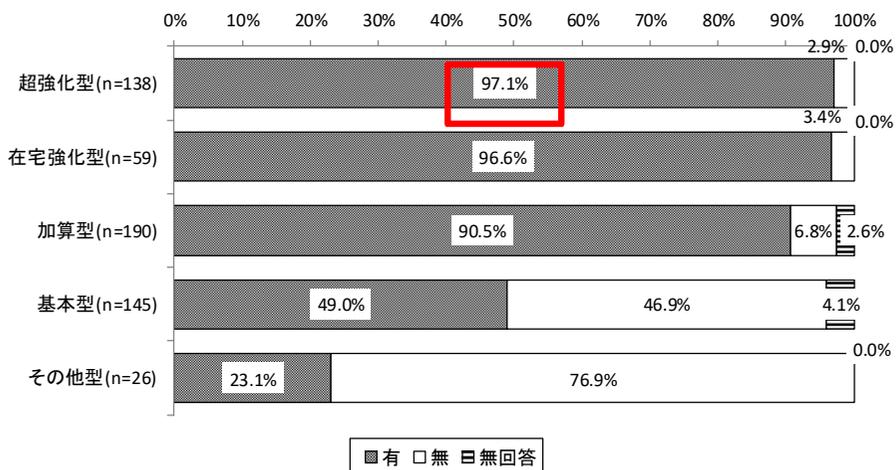
施設類型別 退所時指導等の取組状況(n=558)



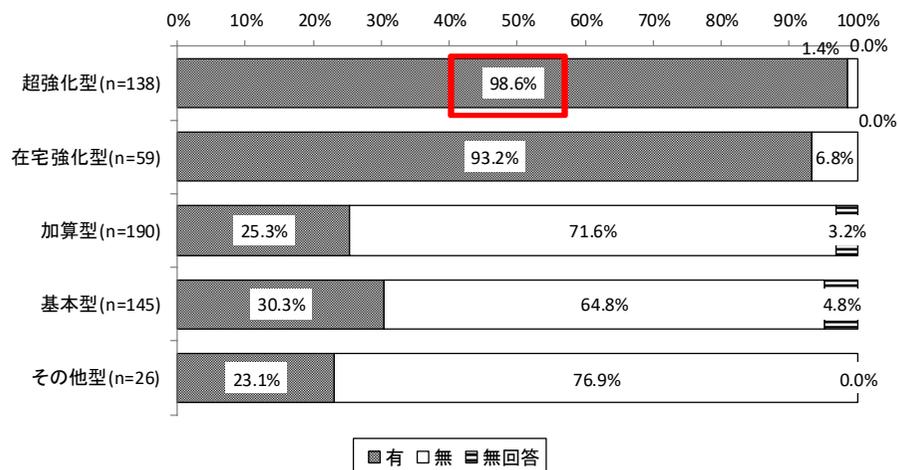
施設類型別 リハビリテーションマネジメントの取組状況(n=558)



施設類型別 地域貢献活動取組状況(n=558)

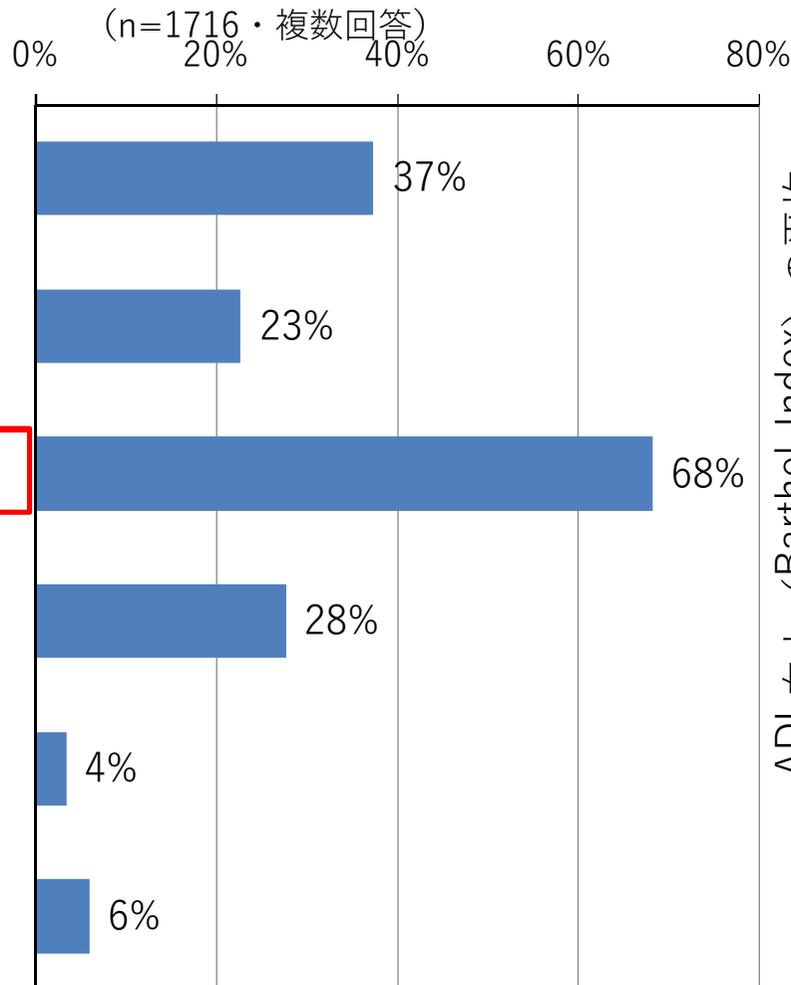


施設類型別 充実したリハビリテーション(n=558)



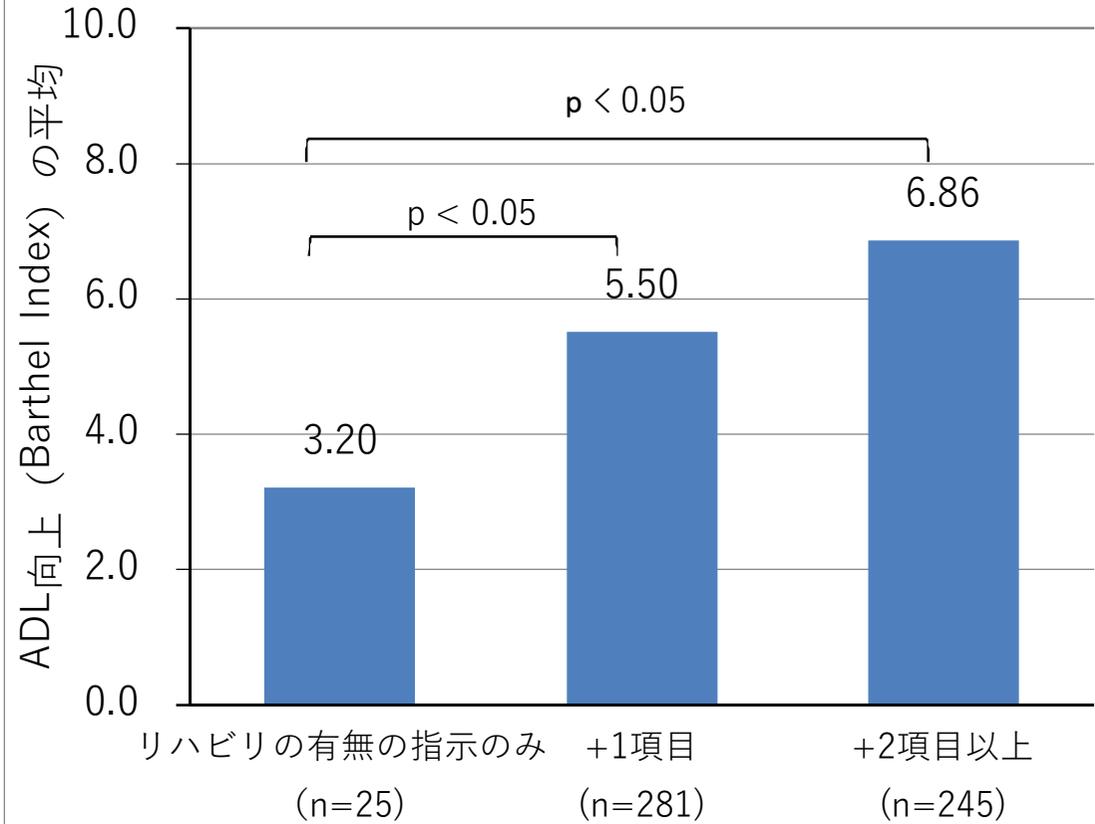
- 医師が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に出すリハビリテーションの指示内容は、訓練中の留意事項が最も多かった。
- リハビリテーションの実施の有無のみの指示のものと、その他の詳細が含まれる指示がなされていたものを比較すると、後者でより大きなADL向上がみられていた。

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。

論点②中重度者や看取りへの対応の充実

論点②

- 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。

対応案

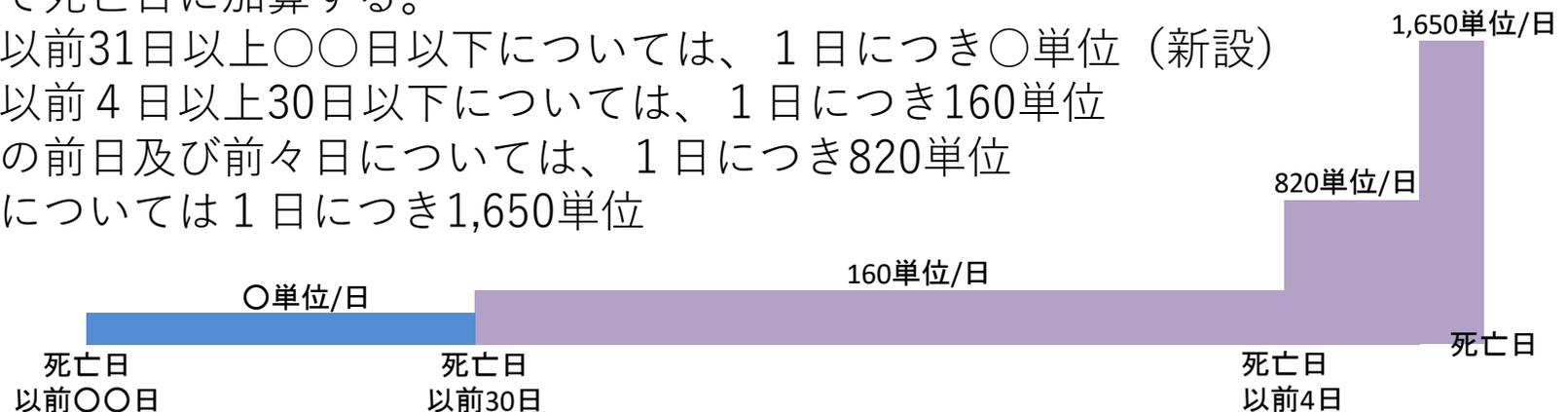
- 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を更に充実させる観点から、ターミナルケア加算において、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを明示してはどうか。

※特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援の看取り・ターミナルケアに係る加算についても同様にしてはどうか。

- 算定日数期間を超えて看取りに係るケアを行っている実態があることを踏まえ、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の算定日数をより早期としてはどうか。

以下について死亡日に加算する。

- ・死亡日以前31日以上〇〇日以下については、1日につき〇単位（新設）
- ・死亡日以前4日以上30日以下については、1日につき160単位
- ・死亡日の前日及び前々日については、1日につき820単位
- ・死亡日については1日につき1,650単位



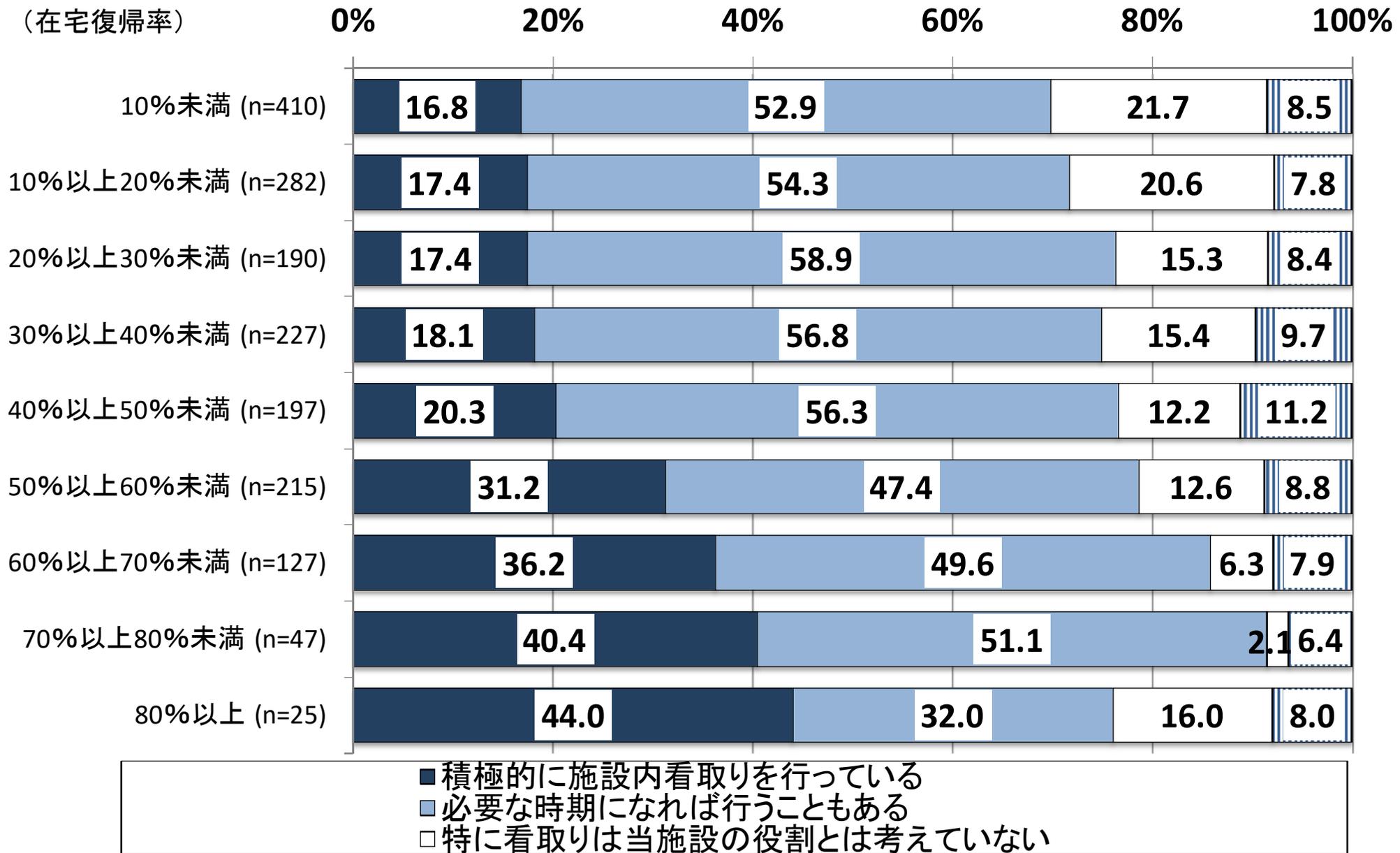
介護保険三施設における入所者・退所者の状況

○ 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。



【出典】介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成28年度調査)「介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの適正な提供体制等に関する調査研究事業」

介護老人保健施設等における看取りの状況①

人生の最終段階の医療・ケアの決定プロセスにおいて重視していること(施設票)(複数回答)(単位:%)

	入所者・患者本人がなるべく最期まで口から食べられるようにする	入所者・患者本人がなるべく最期まで入浴する	入所者・患者本人が最期まで楽しみを大切にする	入所者・患者本人が家族等とのつながりを大切にする	入所者・患者本人の希望をかなえる(例:家族等の面会、外出、外泊等)	入所者・患者本人が痛みや苦しみがないようにする	入所者・患者本人がリハビリを行い、安楽に過ごしてもらおう	入所者・患者本人の死への不安や恐怖に寄り添う	家族等の苦しみ、悩み、負担を軽減する	家族等に後悔が残らないようにする	その他	無回答
介護医療院 n=51	41.2	27.5	27.5	45.1	37.3	66.7	-	5.9	19.6	25.5	-	-
介護療養型医療施設 n=164	32.9	13.4	11.0	39.6	28.7	82.3	6.7	9.8	32.3	34.8	-	0.6
医療療養病床を有する医療機関 n=171	21.1	12.3	12.3	38.0	42.7	76.6	5.3	12.9	31.0	38.6	-	1.2
介護老人保健施設 n=164	38.4	11.6	25.0	43.3	27.4	57.3	4.9	13.4	20.7	33.5	4.3	3.0

看取り期に本人の心身状況の維持のために行ったこと(入所者票)(複数回答)(単位:%)

	最期まで口から食べるようにする	最期まで入浴する	痛みが少ないようにする	呼吸苦が無いようにする	褥瘡ができないようにする	口腔機能の評価と口腔ケアを行う(等)	服薬を見直す(抗がん剤を減量・中止する等)	最期まで自分でできることは自分でしていた	リハビリを行い、安楽に過ごしてもらおう	本人の訴えが難しい場合でも、表情や様子を観察して意思をくみとるようにする	容態の急変が無いか、頻回に見守る	その他	無回答
介護医療院 n=73	47.9	61.6	63.0	82.2	89.0	61.6	17.8	15.1	27.4	83.6	84.9	2.7	-
介護療養型医療施設 n=188	29.8	45.7	60.1	68.6	76.1	51.1	13.3	10.1	23.9	76.1	71.3	4.3	2.1
医療療養病床を有する医療機関 n=215	20.5	36.3	60.5	61.4	69.3	47.4	14.0	7.4	12.1	64.2	78.1	2.3	4.2
介護老人保健施設 n=153	56.9	53.6	64.1	62.7	83.7	59.5	39.9	16.3	42.5	81.7	77.8	7.8	4.6

介護老人保健施設等における看取りの状況②

看取り期に本人や家族等のために行ったこと(入所者票)(複数回答)(単位:%)

	最期まで楽しみを大切にす る(好物、音楽、花、ペット、 景色等)	家族等とのつながりを大切 にする(面会、電話、写真、 思い出の品等)	外出や外泊など本人の希望 をかなえる	生きがいや社会とのつなが りを保てるよう支援をする	本人の性格、生活歴をふま えたケアをする	本人の死への不安や恐怖に 寄り添う	本人の話を傾聴する	なるべく本人を一人にしな いようにする	家族等の苦しみや負担を軽 減する	家族等に後悔が残らないよ うにする	その他	無回答
介護医療院 n=73	35.6	84.9	11.0	8.2	39.7	24.7	31.5	26.0	56.2	68.5	1.4	1.4
介護療養型医療施設 n=188	26.1	68.6	7.4	1.6	32.4	16.5	29.8	12.2	49.5	68.1	3.7	4.3
医療療養病床を有する医療機関 n=215	20.5	61.9	7.0	2.8	29.3	16.7	33.5	14.4	45.1	60.9	3.7	5.1
介護老人保健施設 n=153	57.5	72.5	15.7	11.1	45.1	23.5	43.1	37.9	58.2	75.2	5.2	5.2

看取りを行うことを決定した原因(入所者票)(複数回答)(単位:%)

	食事をはじめと口から食 べられなくなった	肺炎等感染症について治 療をしても改善がみられ なくなった	意識障害がみられ、意思 の疎通が困難になった	悪性新生物が多臓器に転 移しているとき	栄養を受け付けなくなっ た	経鼻、胃ろう、腸ろうで、 栄養を受け付けなくなっ た	中心静脈栄養を継続でき なくなった	末梢静脈の確保が難しく なった	治療による改善がみられ なくなった	医師が終末期に近づいてい ると判断した	カンファレンスで判断した	本人が望んだ	家族等が望んだ	その他	無回答
介護医療院 n=73	58.9	23.3	27.4	11.0	9.6	-	21.9	30.1	69.9	12.3	12.3	39.7	2.7	4.1	
介護療養型医療施設 n=188	48.4	21.8	24.5	6.4	9.6	0.5	17.0	25.5	41.5	8.0	11.2	29.3	7.4	2.1	
医療療養病床を有する医療機関 n=215	40.0	22.8	25.1	10.2	9.3	4.7	12.6	36.7	50.2	5.6	12.1	34.4	4.7	5.1	
介護老人保健施設 n=153	67.3	14.4	20.9	11.1	5.9	0.7	5.9	24.2	66.0	19.0	5.9	51.0	5.2	3.9	

介護老人保健施設における看取りの状況③

- 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。

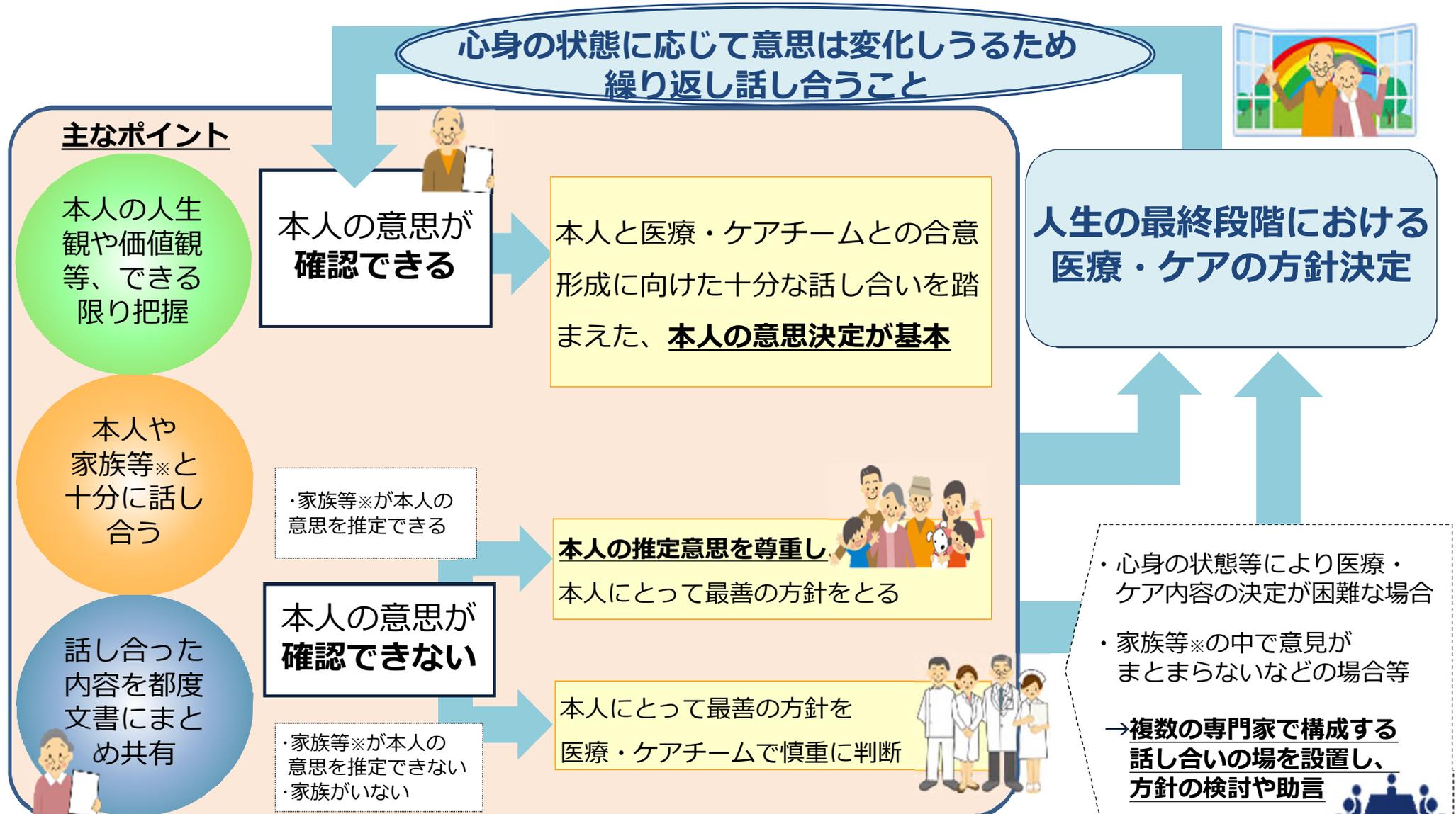
看取りを開始した日から死亡日までの日数(上段:人数、下段:割合)

	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	373	43	92	68	128	29	8	5	70.7
(上段:人数、下段:割合)	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。



※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定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。



論点③居宅介護支援事業者との連携(退所前連携加算)

論点③

- 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。

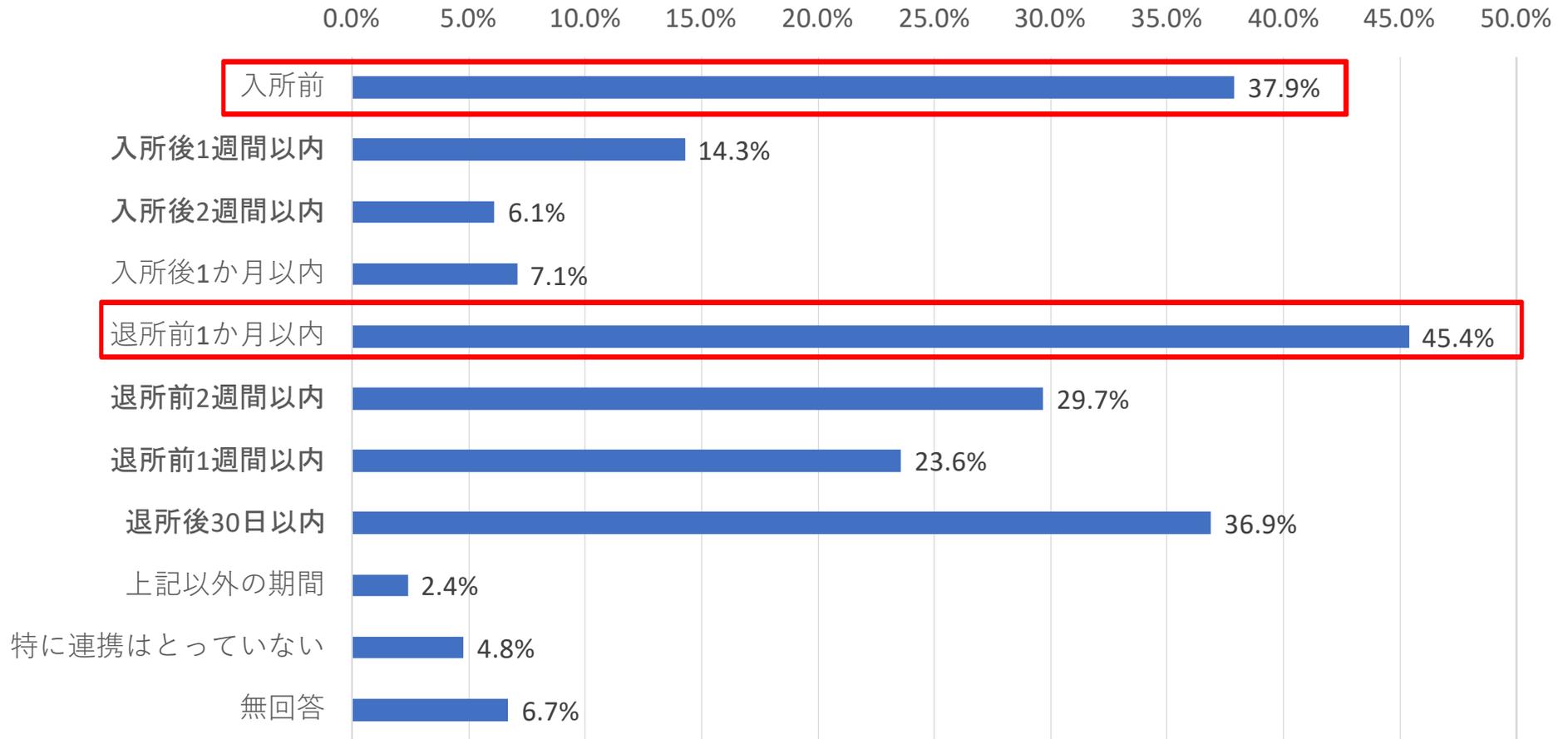
対応案

- 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してはどうか。
- 一方、上記の取組を促す観点から、退所前だけの連携（退所前連携加算）については、現行の単位数を見直してはどうか。

居宅ケアマネジャーと連携をとった時期

○ 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。

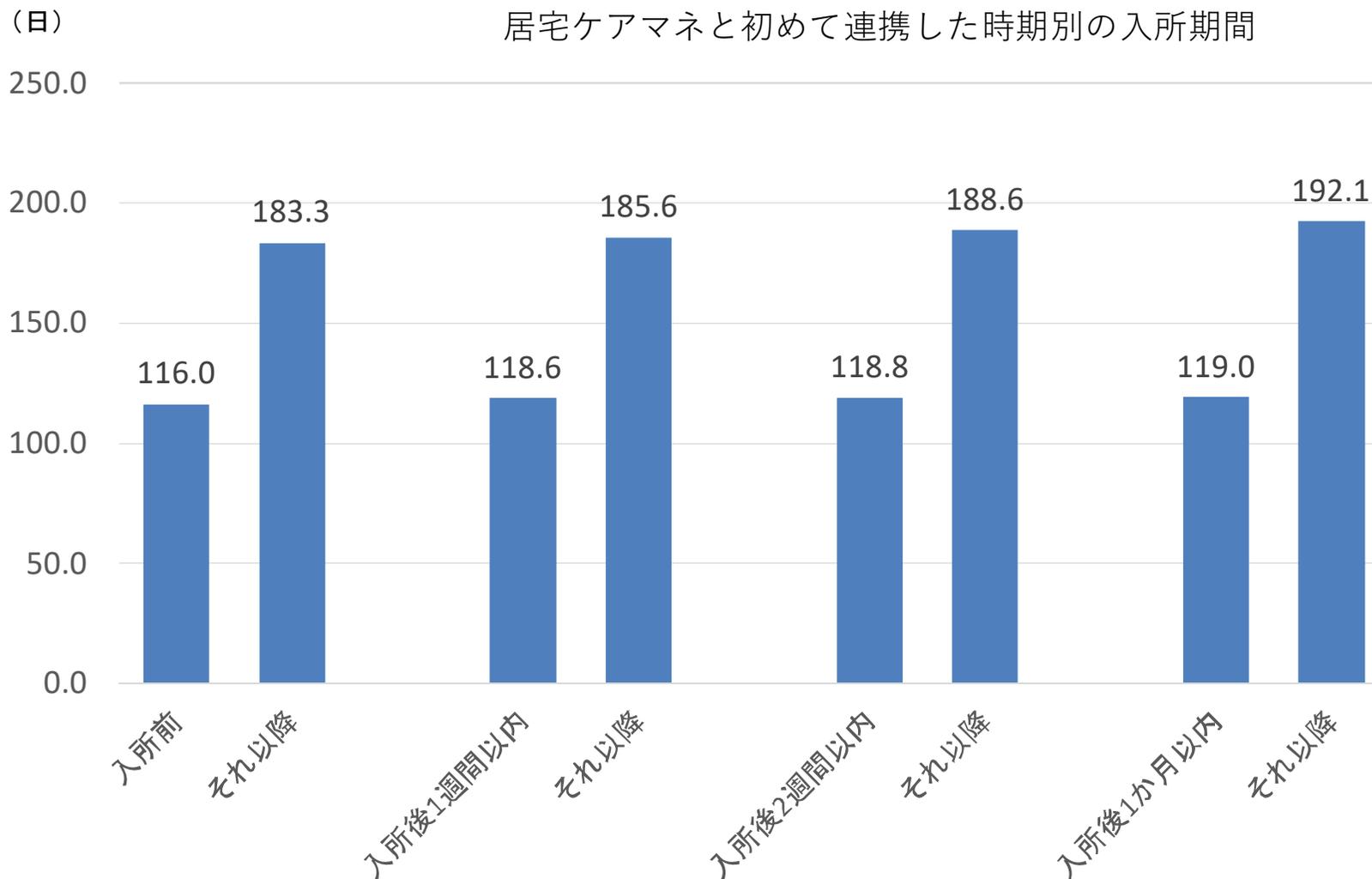
居宅ケアマネと連携をとった時期（複数回答）（n=4,436）



※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後に連携した場合、それ以降に連携した場合と比較して入所期間が短い。



初めて連携した時期	n数
入所前	1669
それ以降	2443

入所後1週間以内	1817
それ以降	2295

入所後2週間以内	1921
それ以降	2191

入所後1か月以内	2033
それ以降	2079

論点④入所者への医療の提供(所定疾患施設療養費)

論点④

- 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。

対応案

- 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、実態を踏まえ、以下の見直しを行ってはどうか。
 - 検査の実施を明確化
 - 所定疾患施設療養費（Ⅱ）の算定日数を連続する7日から10日に延長
 - 対象疾患に蜂窩織炎を追加
 - 摘要欄の記載の簡素化

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）

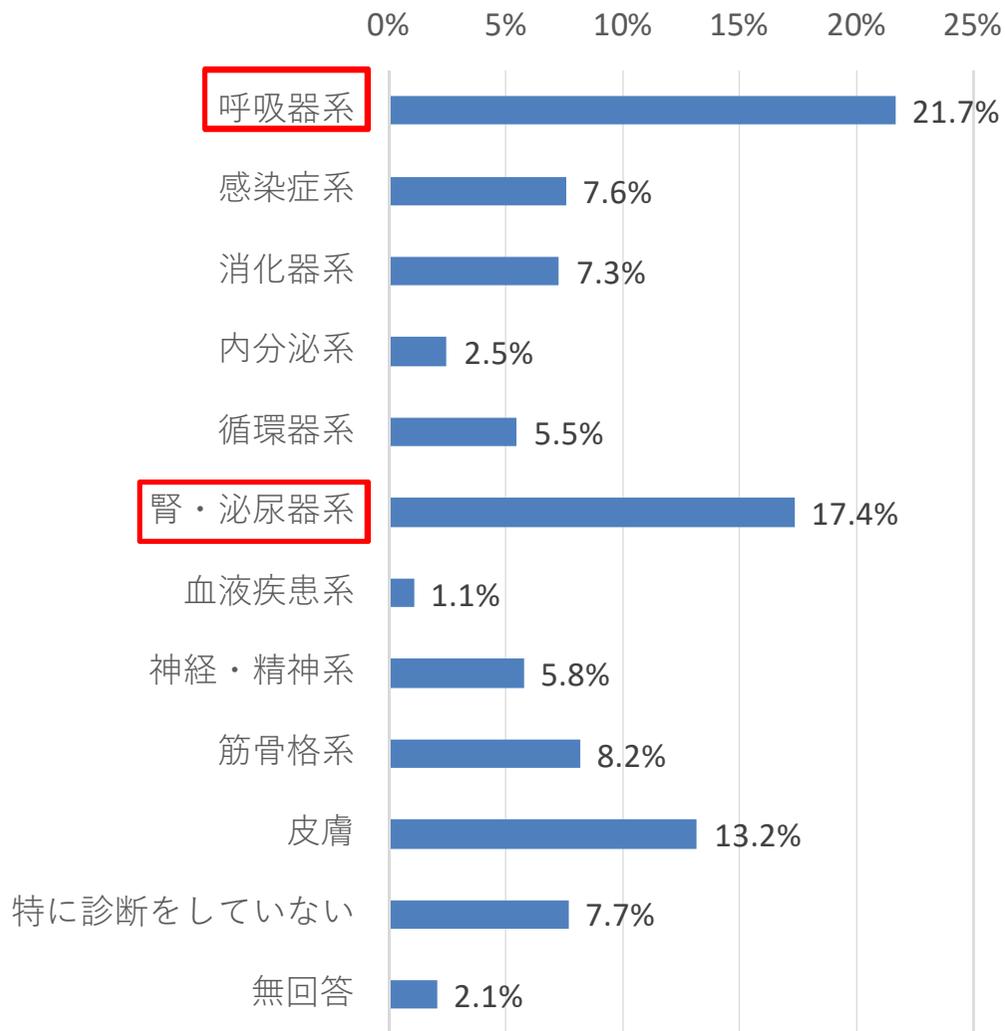
- ① 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。（協力医療機関等と連携して行った検査等を含む。）
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。
- ③ 医師が感染症対策に関する研修を受講していること。

※ 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。

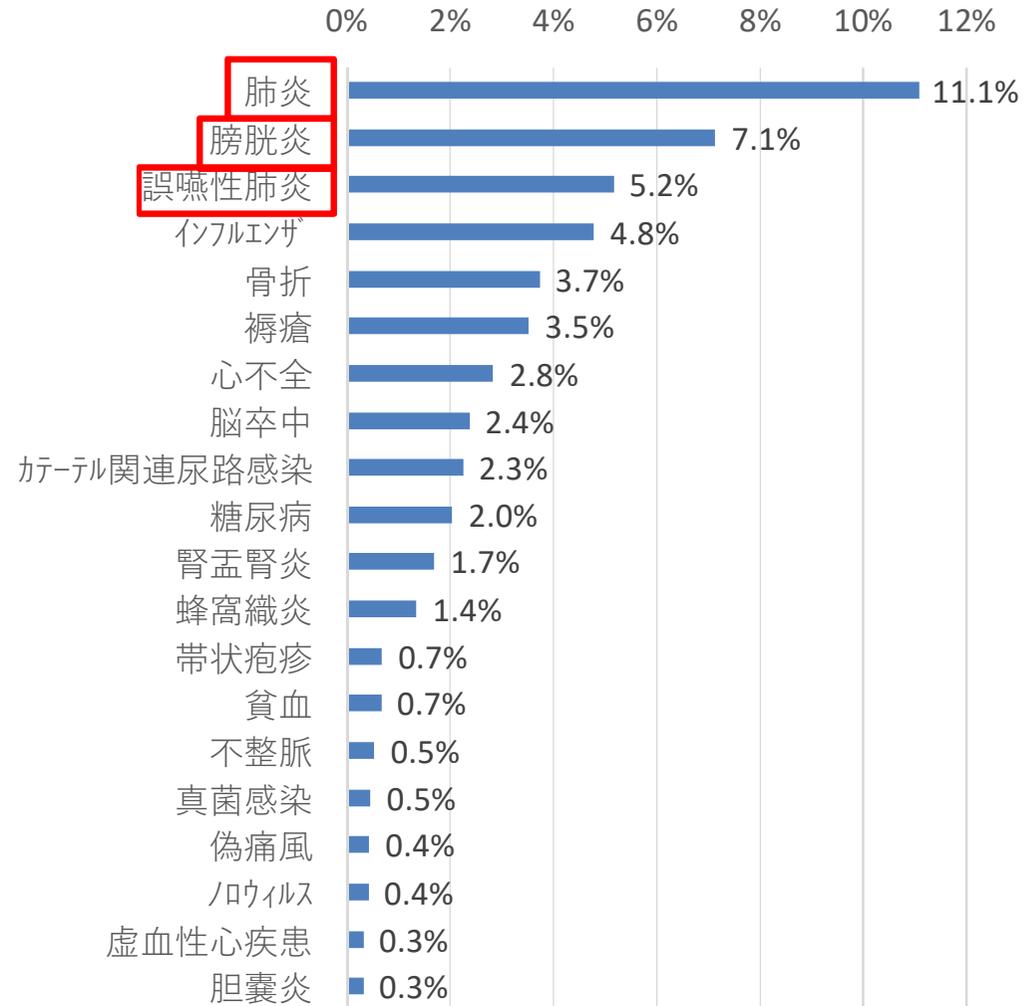
介護老人保健施設における疾患の発生状況

○ 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)

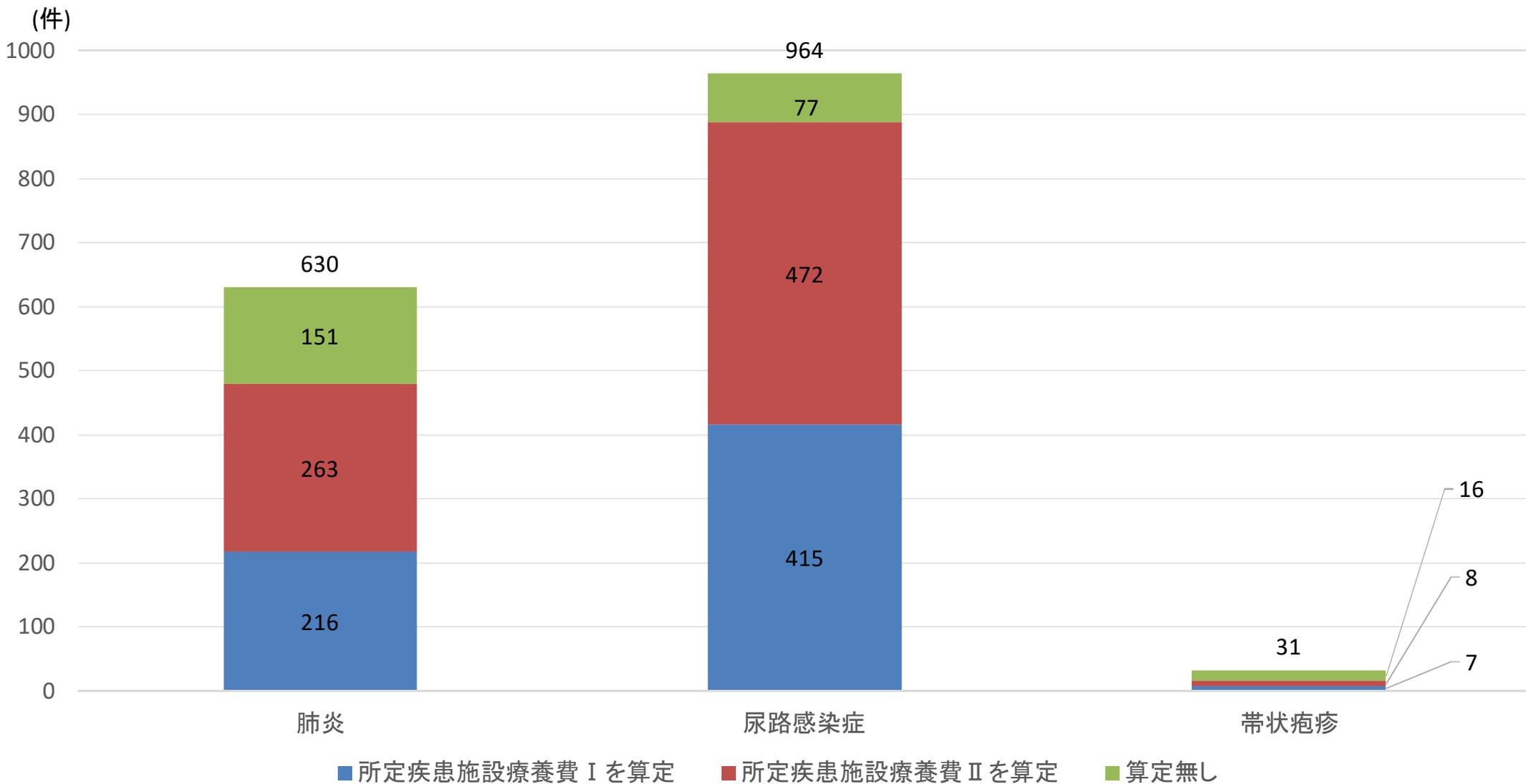


疾患名別 (上位20位まで) (n=14,570)



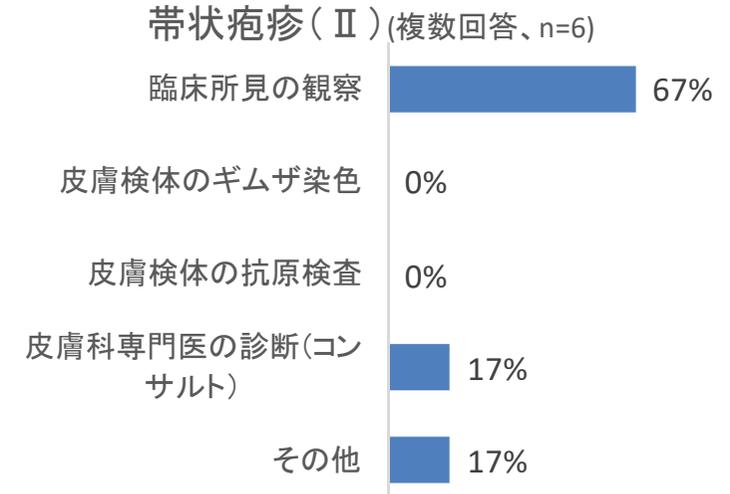
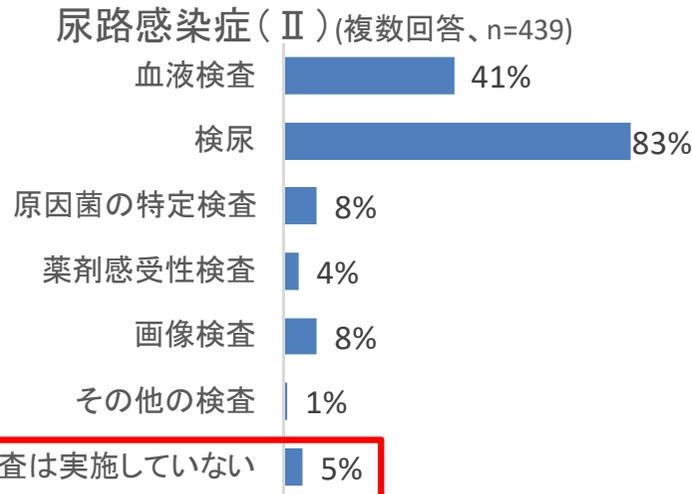
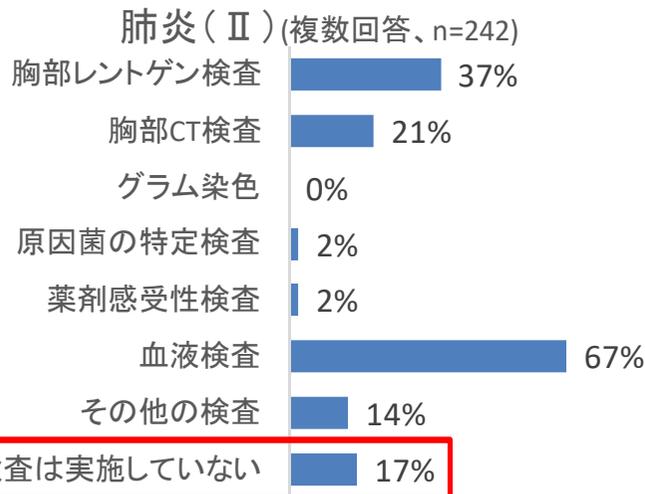
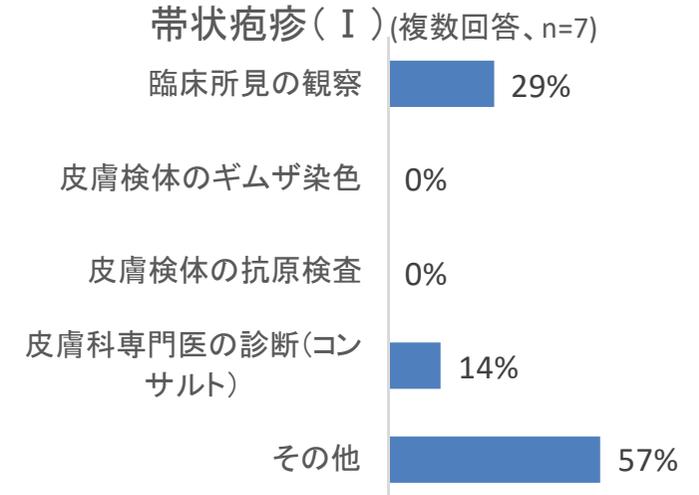
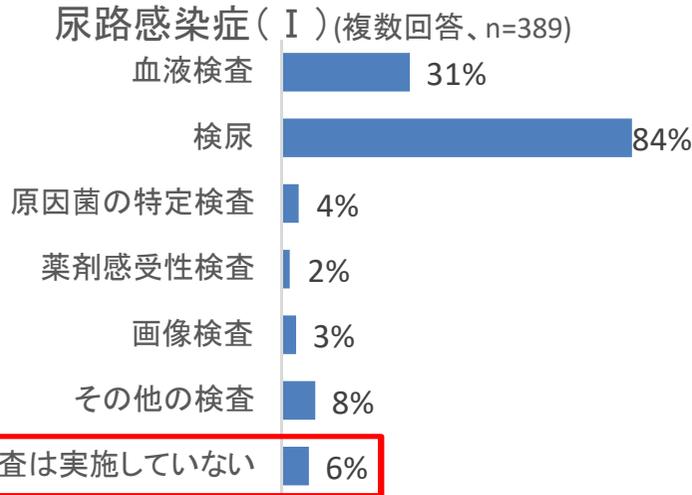
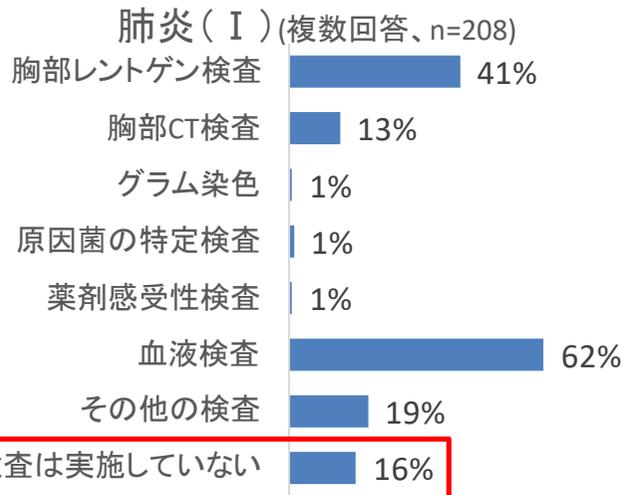
介護老人保健施設における疾患の発症状況

○ 介護老人保健施設で発症した肺炎、尿路感染症、帯状疱疹のうち、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・帯状疱疹で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

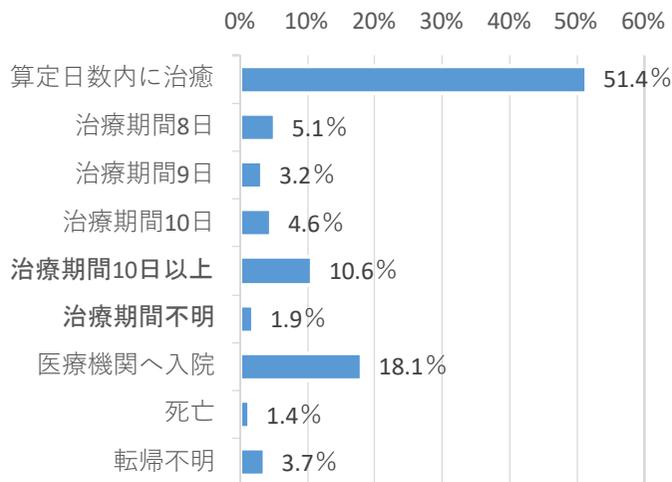
- 所定疾患施設療養費（Ⅰ）の算定にあたって、実際に行った検査・診断根拠等については肺炎は血液検査が62%、尿路感染症については検尿が84%であった。一方で、検査を実施していない割合が肺炎は16%、尿路感染症は、6%であった。
- 所定疾患施設療養費（Ⅱ）の算定にあたって、実際に行った検査・診断根拠等については肺炎は血液検査が67%、尿路感染症については検尿が83%であった。一方で、検査を実施していない割合が肺炎は17%、尿路感染症は、5%であった。



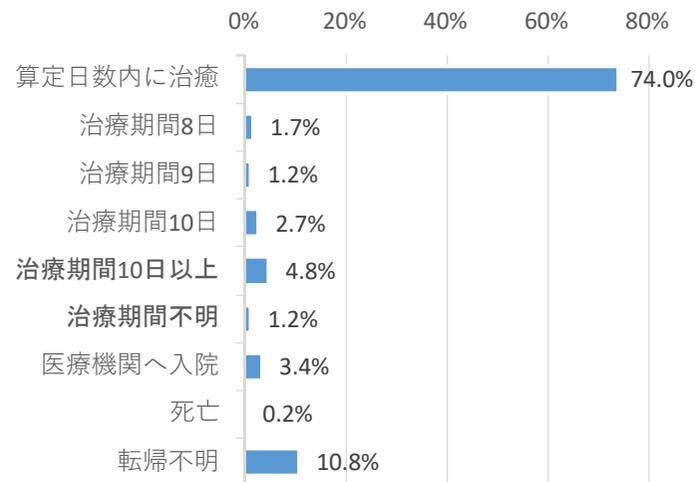
所定疾患施設療養費の治療期間について

○ 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。

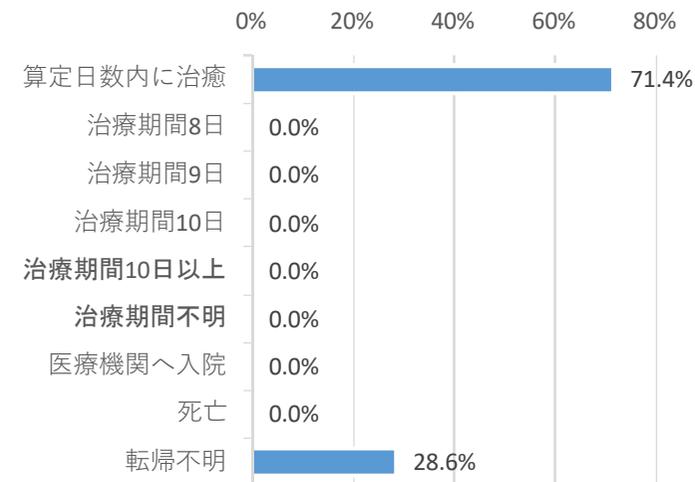
肺炎 (I) (n = 216)



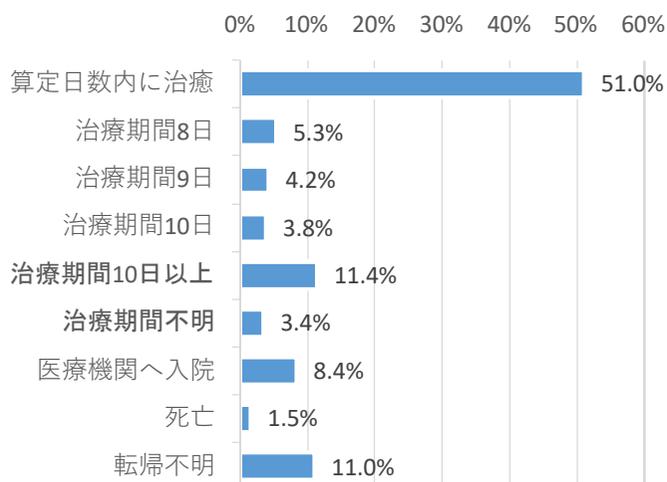
尿路感染症 (I) (n = 415)



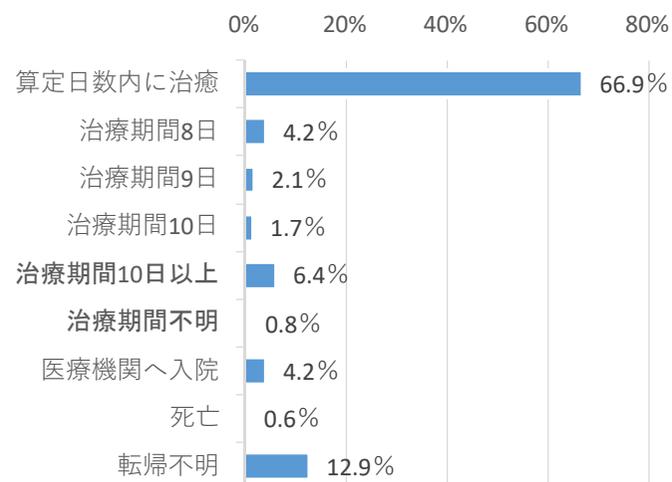
带状疱疹 (I) (n = 7)



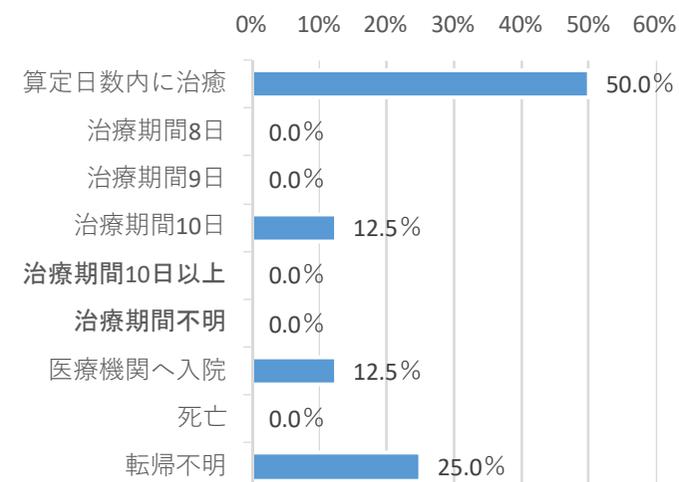
肺炎 (II) (n = 263)



尿路感染症 (II) (n = 472)

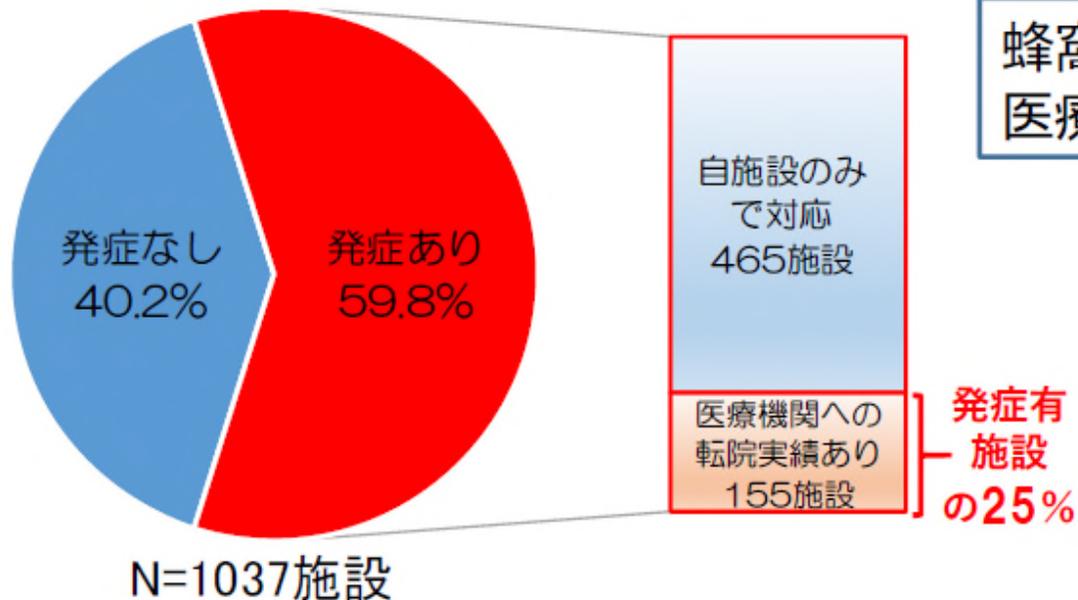


带状疱疹 (II) (n = 8)

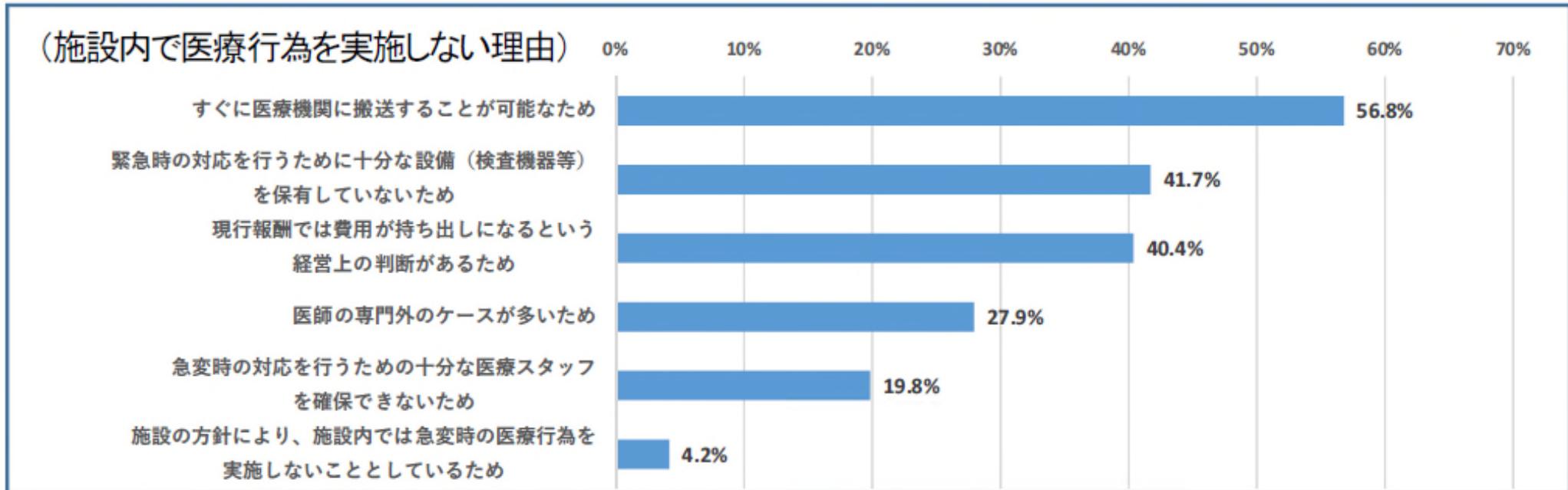


介護老人保健施設における蜂窩織炎の対応状況について

(令和元年7月～12月の発生状況)



蜂窩織炎が発症した施設の1/4の施設で医療機関への転院実績があった。



【出典】介護老人保健施設における疾患（蜂窩織炎）の対応状況に関する調査（令和2年11月実施）全国老人保健施設協会調べ

論点⑤ かかりつけ医との連携(継続的な薬物治療の提供)

論点⑤

- 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。

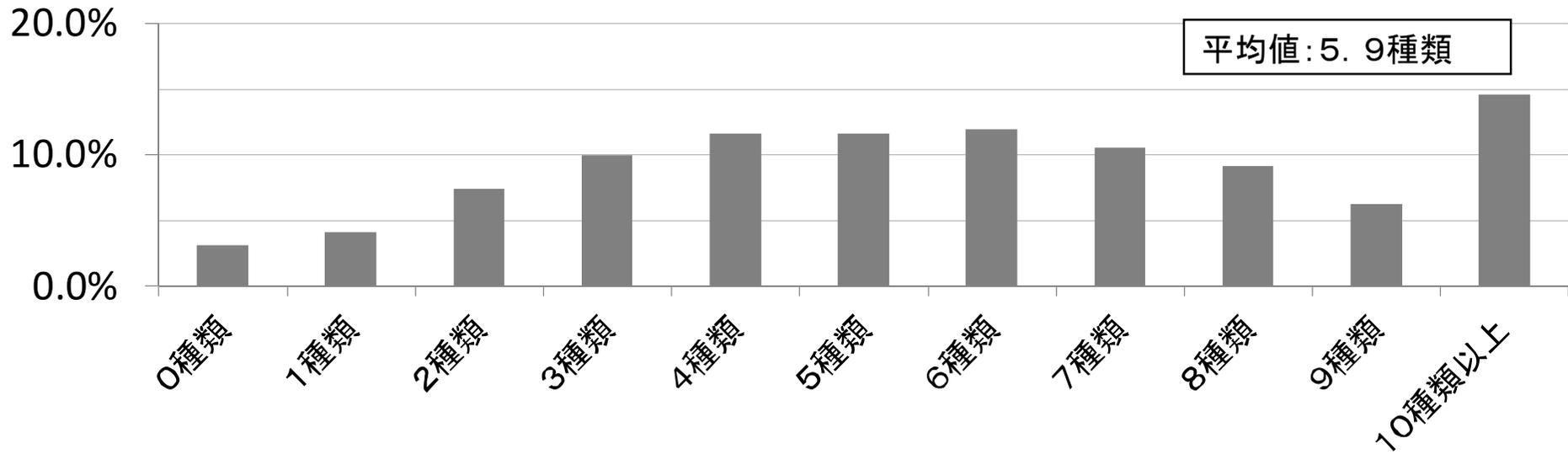
対応案

- 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としてはどうか。
- また、高齢者に対して特に慎重な投与を要する薬剤については、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、上記の評価については、施設の医師又は薬剤師が、高齢者の薬物療養に関する研修を受講している介護老人保健施設を対象としてはどうか。

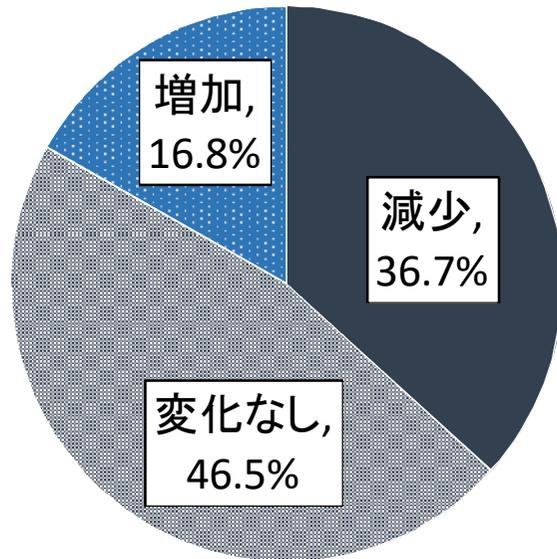
介護老人保健施設入所者の内服薬の分布

社保審一介護給付費分科会	
第152回 (H29.11.22)	資料2 一部改変 (右下図追加)

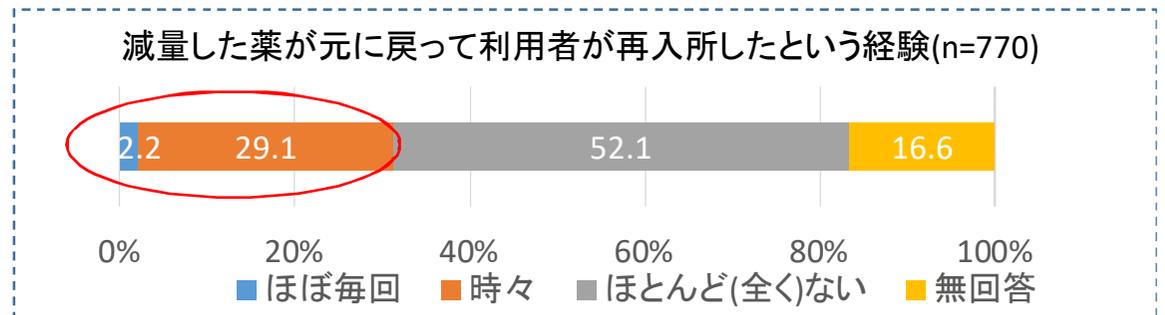
介護老人保健施設入所者の服薬数



入所時から入所2ヶ月後における薬剤種類数の変化



入所者1人当たり薬剤種類数の変化

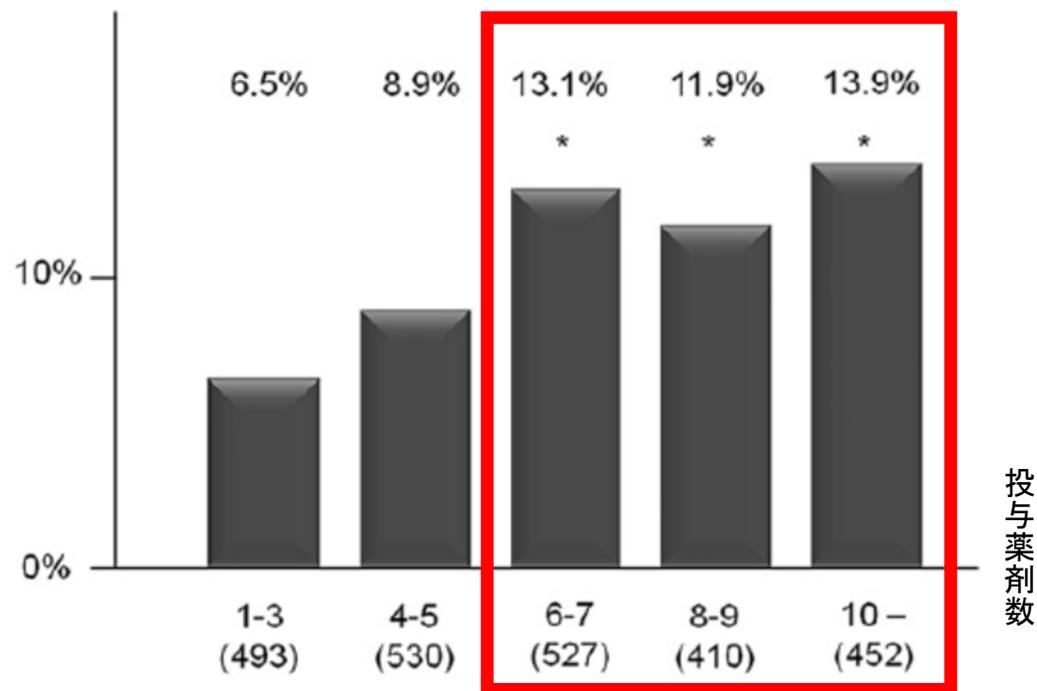


【出典】平成27年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設における薬物治療の在り方に関する調査研究事業」

- 高齢者では、6剤以上の投薬が特に有害事象の発生増加に関連している。
- 高齢者の薬物有害事象は、意識障害、低血糖、肝機能障害、電解質異常、ふらつき・転倒の順に多かった。

高齢者の投与薬剤数と有害事象の関係性

薬物有害事象発生率



投与薬剤数

高齢者の薬物有害事象の主な症状	薬物有害事象を呈した者の症状の内訳
意識障害	9.6%
低血糖	9.6%
肝機能障害	9.6%
電解質異常	7.7%
ふらつき・転倒	5.8%
低血圧	4.8%
無動・不随意運動	3.8%
便秘・下痢・腹痛	3.8%
食欲不振・吐き気	3.8%
徐脈	3.8%
出血・INR延長	3.8%

- 1995年～2010年に東京大学病院の老年病科に入院した65歳以上の高齢者2,412人(年齢:78.7±7.3歳、男性51.3%)の薬物による副作用を後向きに調査。
- 投与薬剤数は6.6±3.6剤。
- 252人(10.5%)に副作用を確認。

- 2013年4月～2014年3月に大学病院老年科5施設(杏林大学高齢医学科、名古屋大学老年内科、東北大学老年科、大阪大学老年・高血圧内科、東京大学老年病科)に入院した65歳以上の患者の薬物有害事象を調査した。
- 患者数:700名、平均年齢:81.5歳(男性46.1%)
- 薬物有害事象を呈した患者数:104名(14.7%)※上記表は、そのうち102名の症状の内訳

出典:厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)
平成25(2013)年度 総括研究報告書「高齢者の薬物治療の安全性に関する研究」

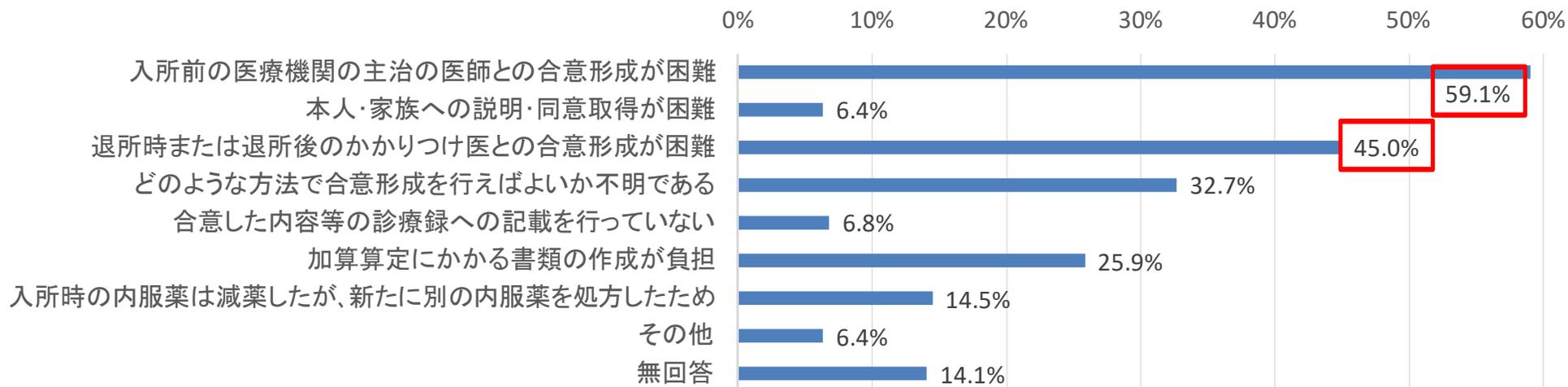
かかりつけ医連携薬剤調整加算について

- 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%

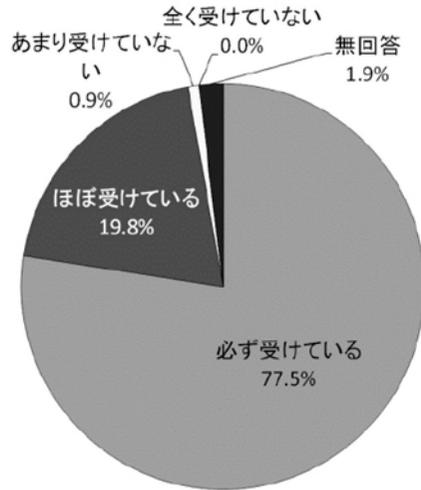
減薬したが、かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定しなかった理由(複数回答)(n=220)



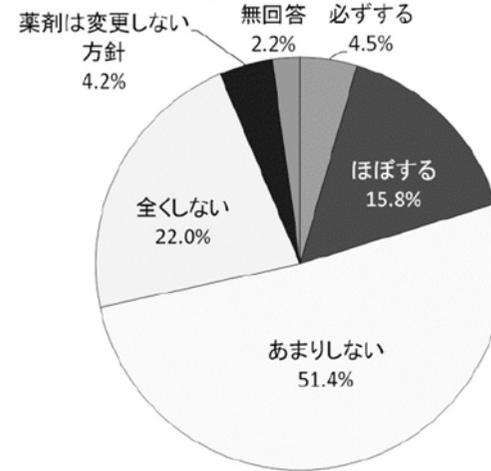
かかりつけ医との連携

- 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。

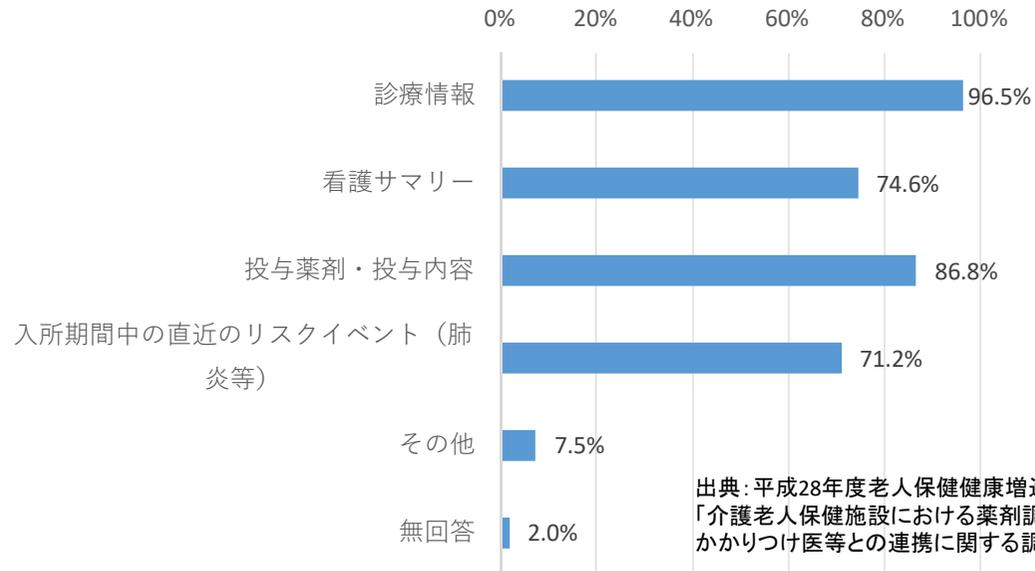
入所時にかかりつけ医から診療情報提供を受けているか (n=692)



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)

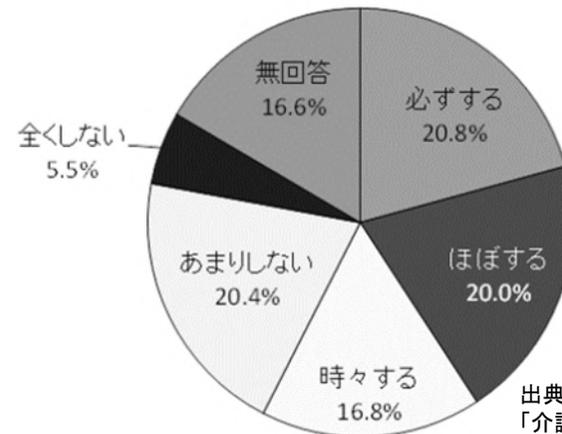


退所時にかかりつけ医に提供する医療に関わる情報(複数回答)(n=692)



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-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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 of 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

- 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*



改定後

- 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、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。
 - イ アを踏まえ、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。
 - ウ カンファレンスにおいて、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。
 - エ 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。
- 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。
- ・退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
 - ・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*

※ 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

- 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介護保険施設のリスクマネジメント

論点⑥

- 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。

対応案

- 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、必ずしも専任の安全対策を担当する者が決められていないことを踏まえ、安全対策をより恒常的なものとする観点から、安全対策に係る担当者を決めておくことを運営基準において規定してはどうか。
- 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、運営基準における事故発生又はその再発防止のための措置がとられていない場合は、基本報酬を減算することとしてはどうか。
- 併せて、安全対策をより一層強化していくため、外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合の評価を行ってはどうか。

※ 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。

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

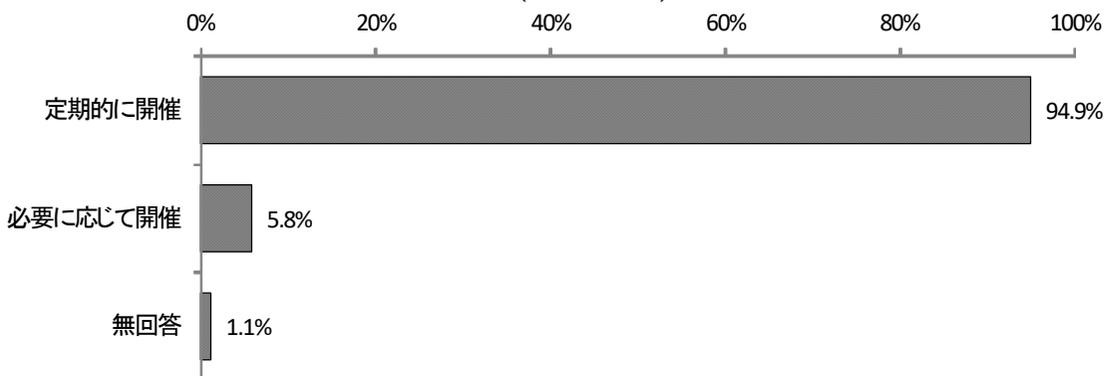
（略）

- 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。

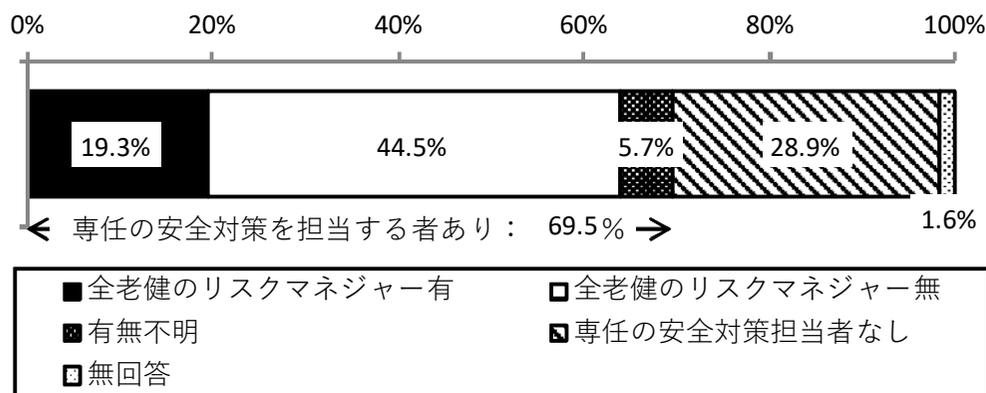
委員会の開催・専任の安全対策担当職員

- 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

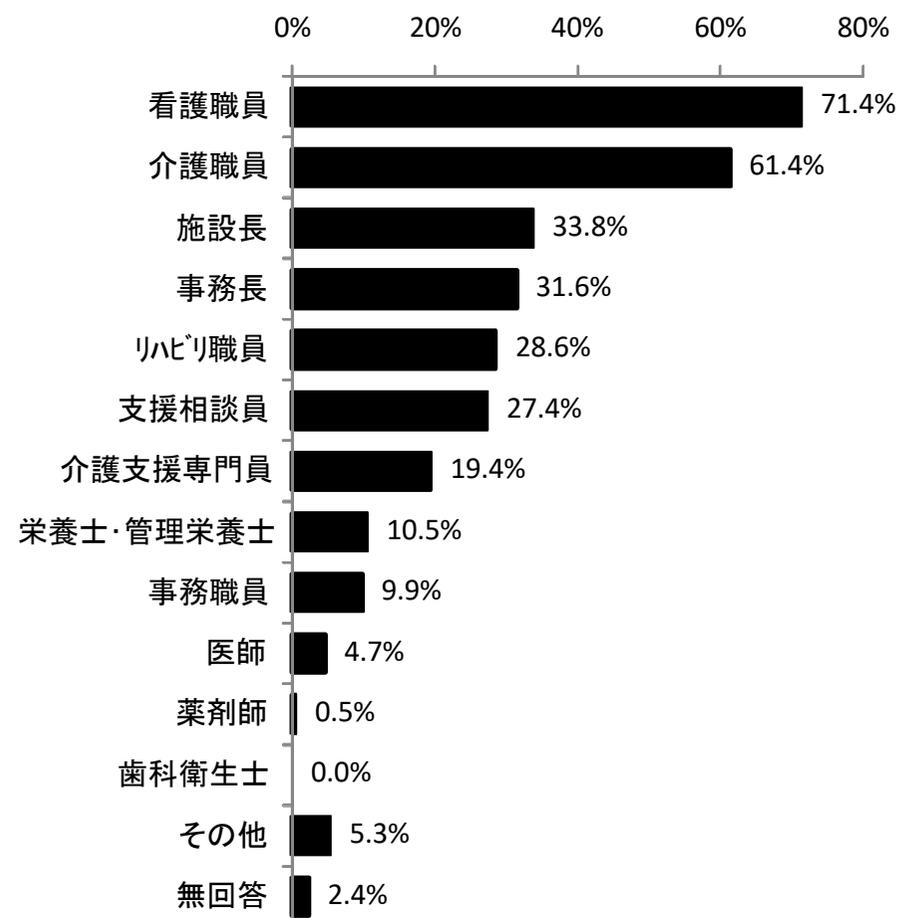
施設における事故防止検討委員会の開催状況(複数回答)
(n=1,163)



専任の安全対策を担当する者の有無 (回答件数1,163)



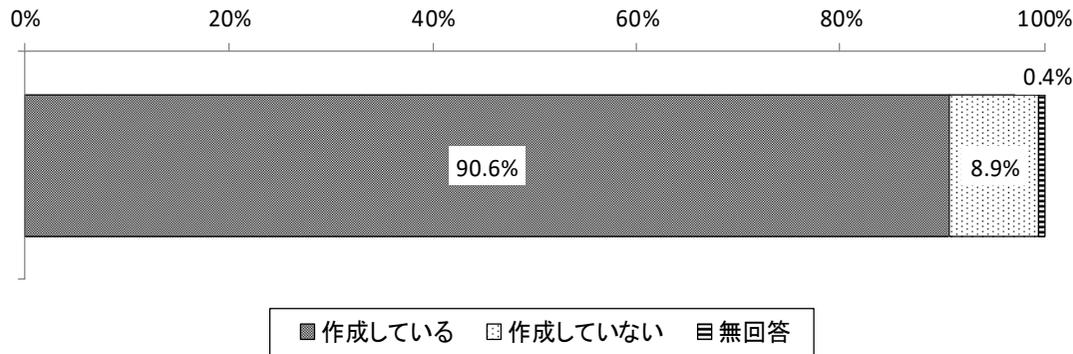
専任の安全対策を担当する者がいる場合：
職種ごとの有無(施設ベース) (複数回答) (n=808)



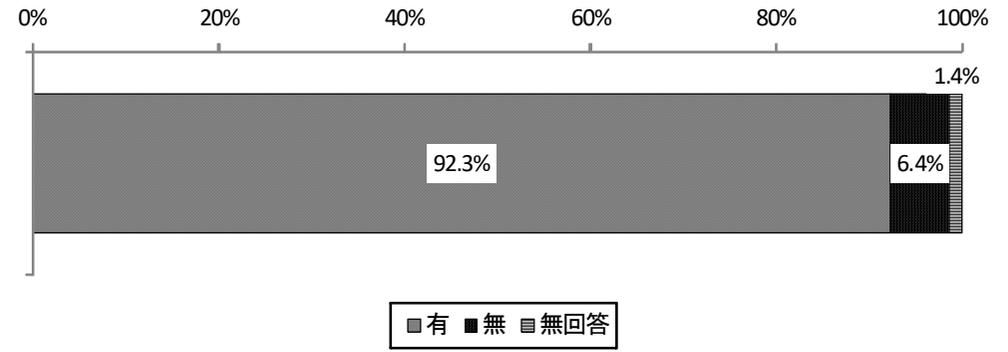
事故発生防止のための指針、リスク評価等①

- 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。

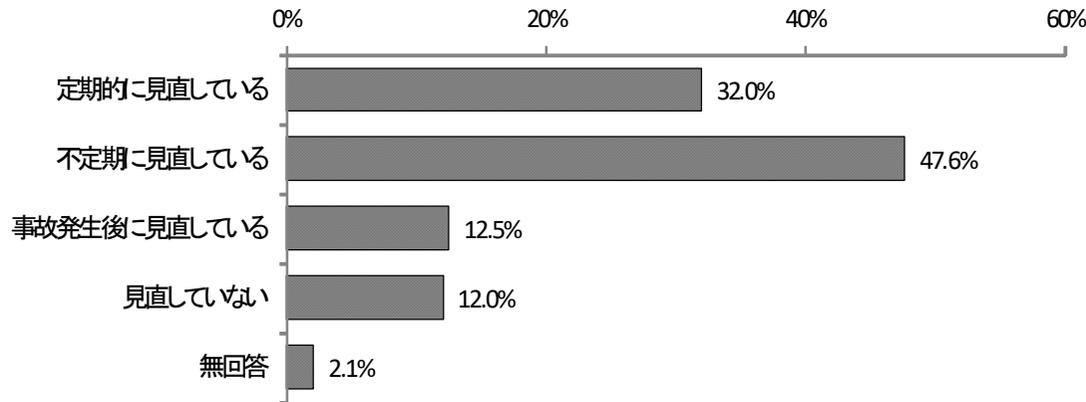
事故発生の防止のための指針の作成状況(n=1,163)



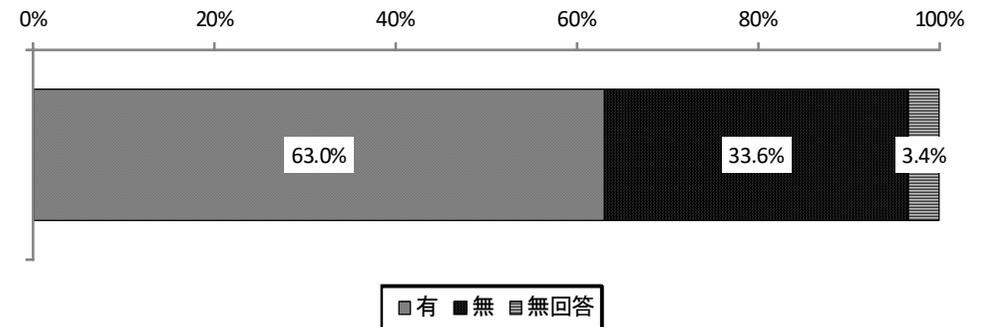
指針に基づくマニュアル等の有無(回答件数1,163)



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)

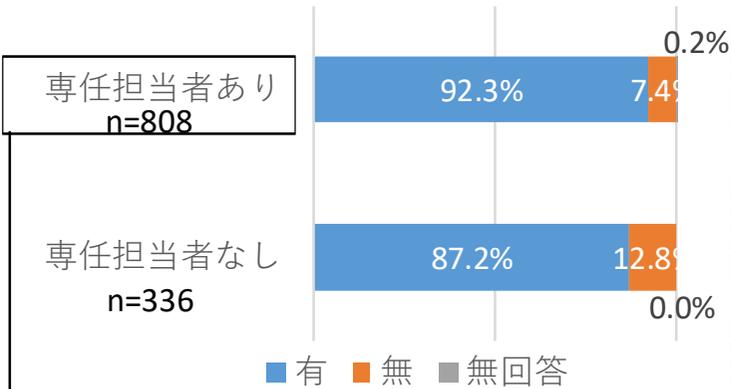


事故発生防止のための指針、リスク評価等②

- 事故発生の防止のための指針作成、指針に基づくマニュアル等の有無、介護事故予防に向けた入所者ごとのリスク評価の有無について、専任の担当者ありの場合、専任の担当者なしと比較し「有」の割合が高かった。
- 専任の担当者ありのうち、外部研修受講ありの場合は、受講なしと比較して、各項目の「有」の割合が高かった。

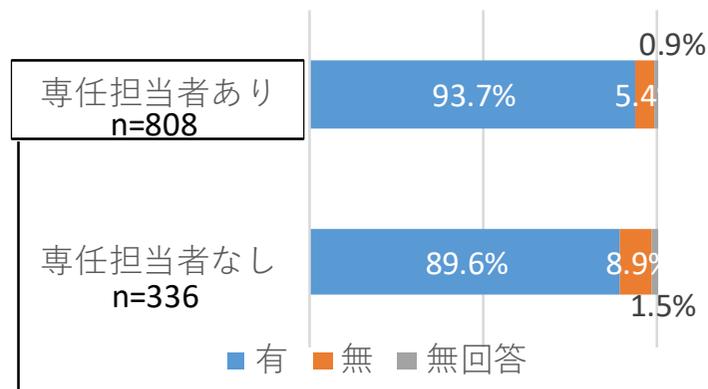
事故発生の防止のための指針の作成状況

0% 50% 100%



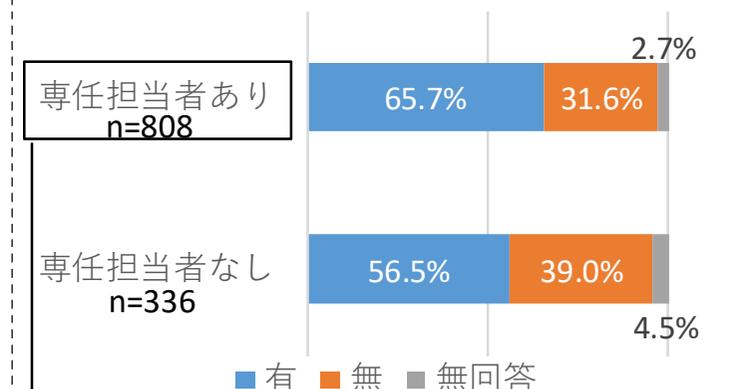
指針に基づくマニュアル等の有無

0% 50% 100%

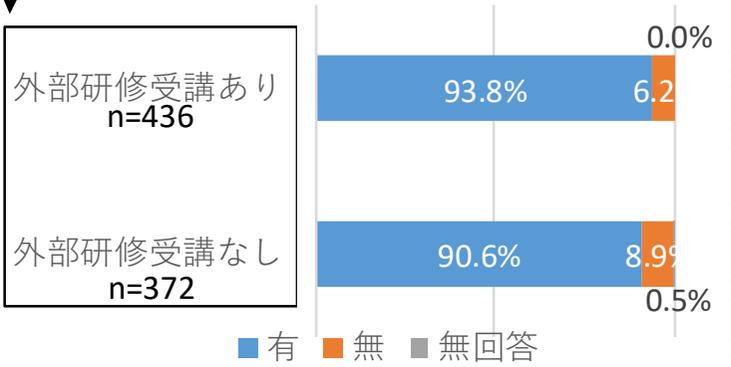


介護事故予防に向けた入所者ごとのリスク評価の有無

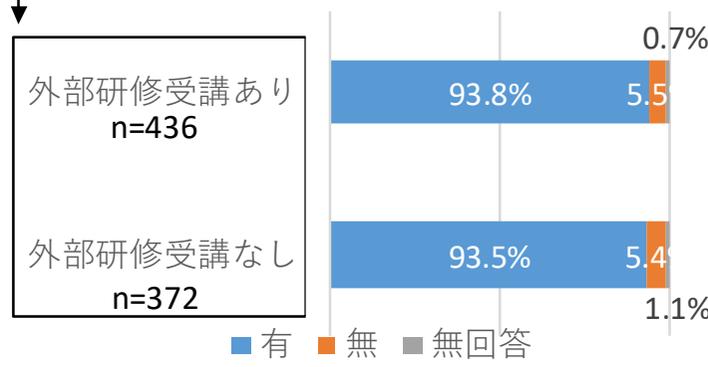
0% 50% 100%



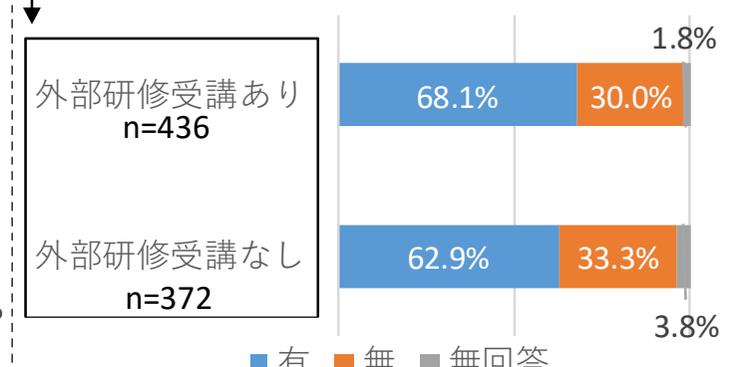
0% 50% 100%



0% 50% 100%



0% 50% 100%

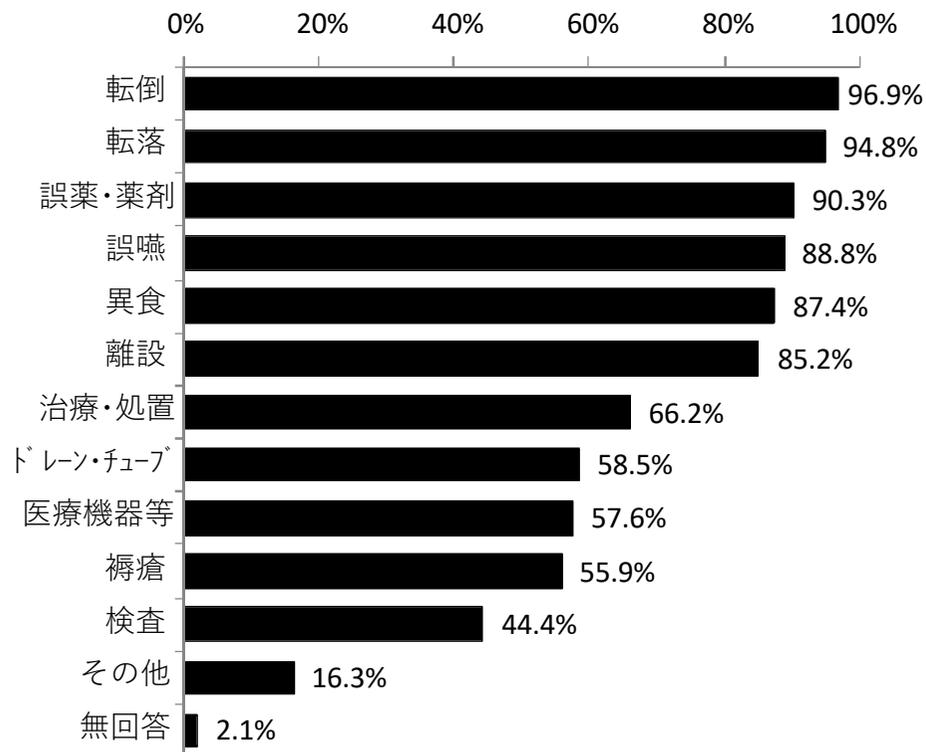


【出典】介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成30年度調査）
「介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業」

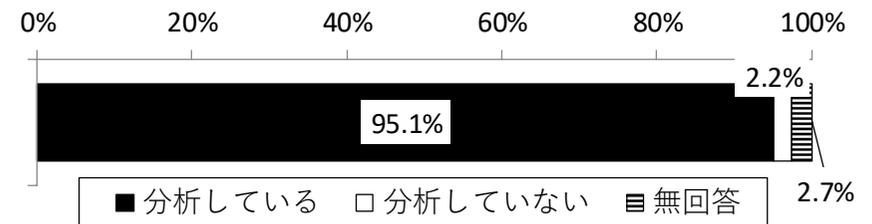
介護事故に関する施設内での報告・分析

- 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)



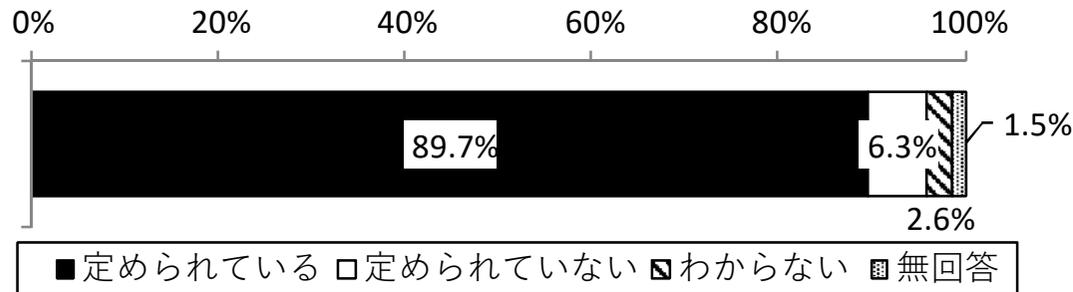
介護事故の分析の有無 (n=1,163)



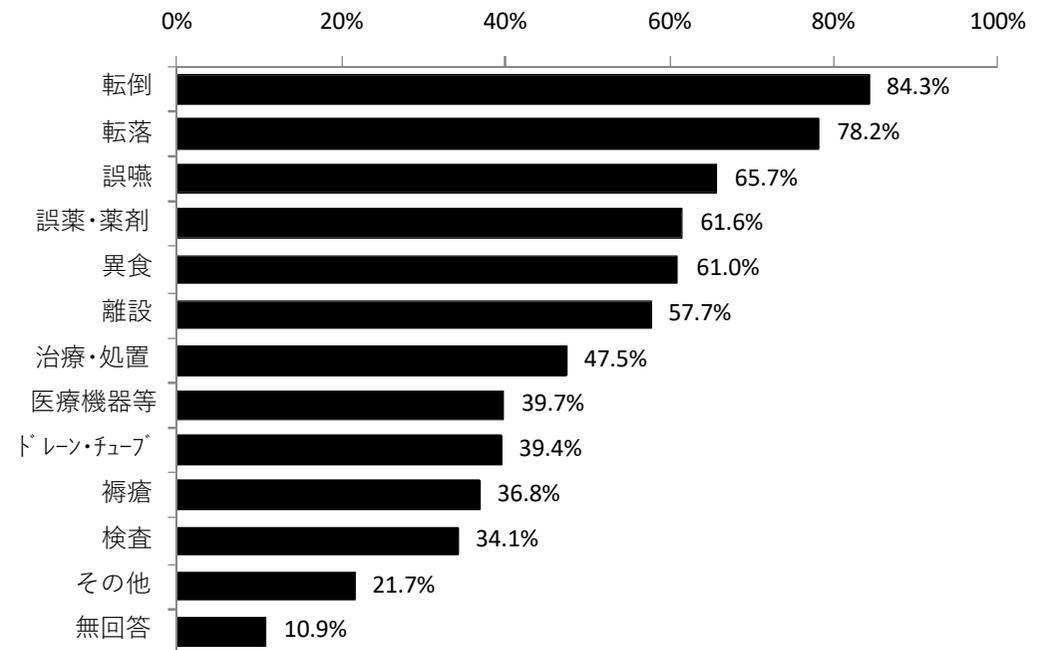
介護事故に関する市区町村への報告

- 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。

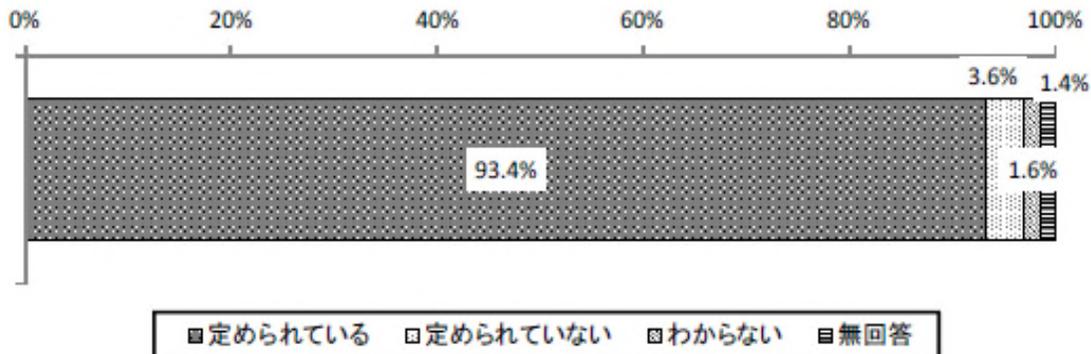
施設から市区町村への報告対象の範囲 (n=1,163)



市区町村への報告対象の事故種別(複数回答) (n=1,163)



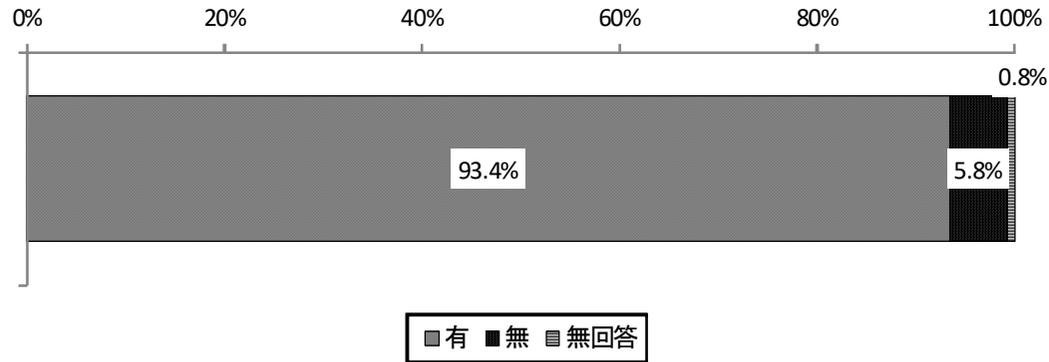
施設から市区町村への報告様式・書式 (n=1,163)



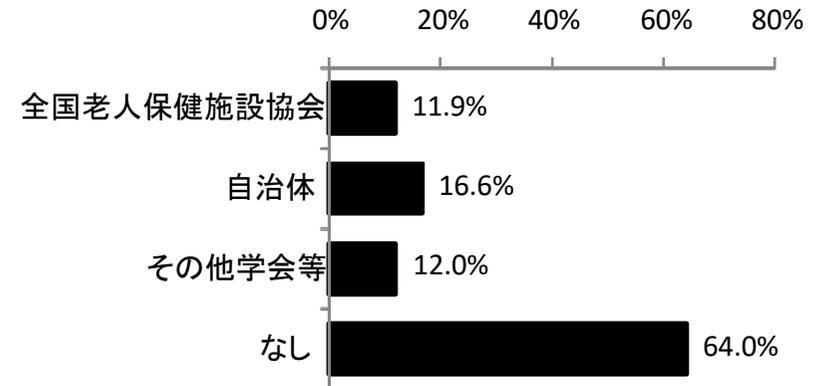
介護事故に関する研修

- 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。

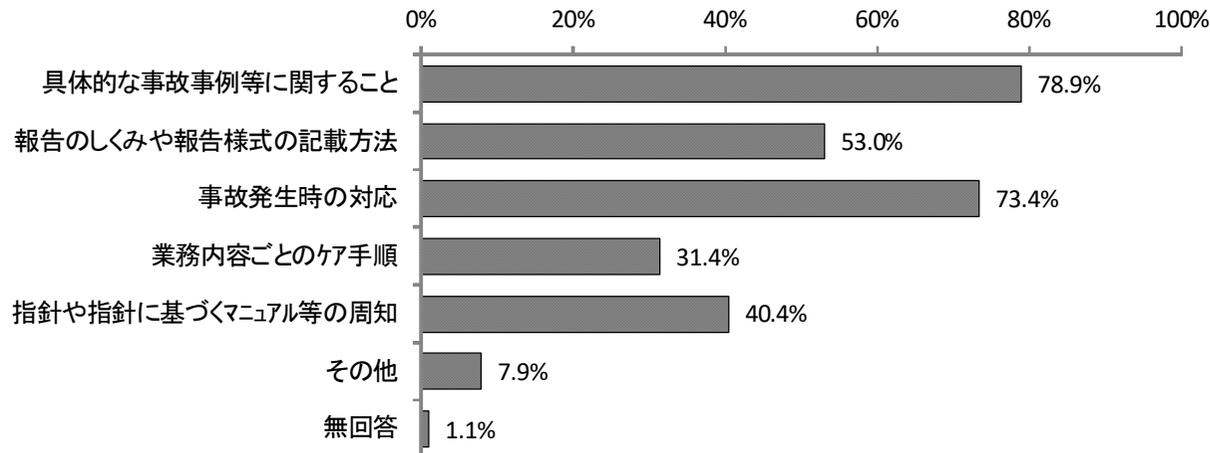
職員に対する事故防止のための研修の有無（平成29年度）（回答件数1,163）



（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）



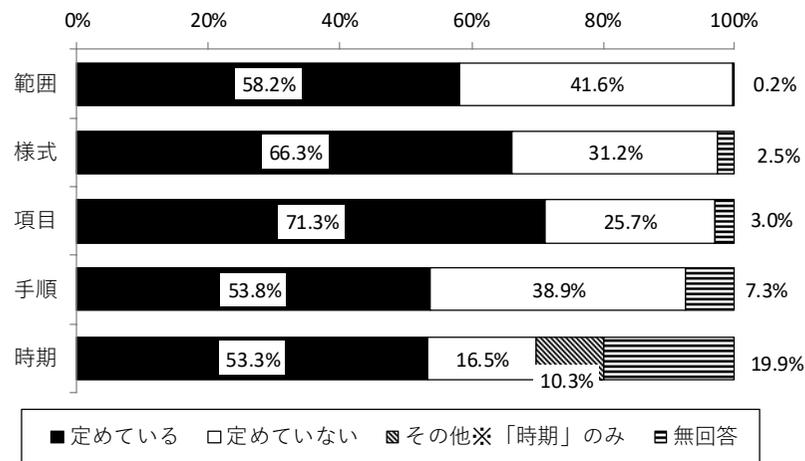
研修内容として該当するもの（複数回答）（回答件数1,086）



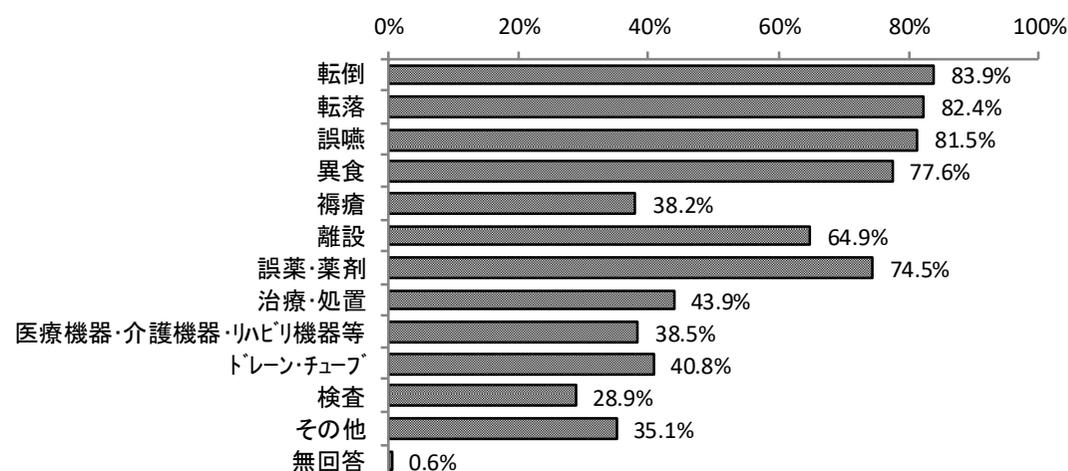
介護事故報告に対する市区町村の対応

- 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い。
- 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。

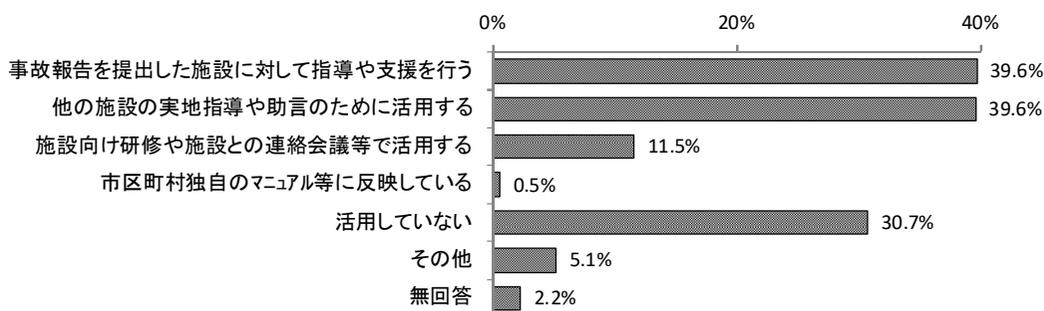
(市区町村が施設に介護事故の報告を求めている場合)
市区町村への報告に関して定めの有無(回答件数1,112)



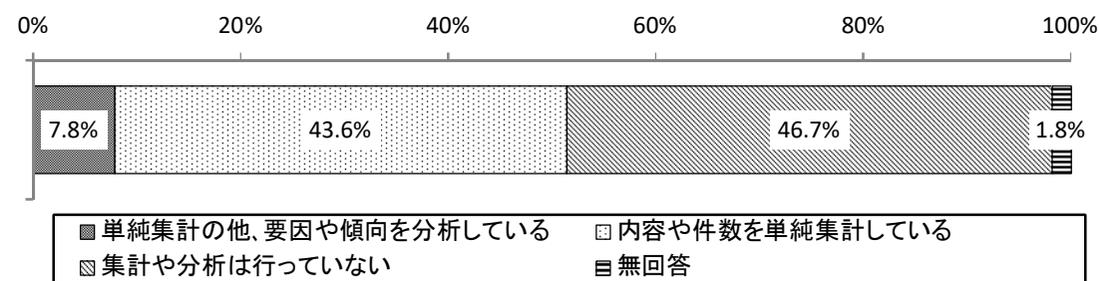
(市区町村が施設に報告を求めている介護事故の範囲を定めている場合)
報告対象の介護事故の種別(複数回答)(回答件数647)



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)



參考資料

介護老人保健施設の概要

(定義)

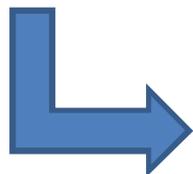
介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(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

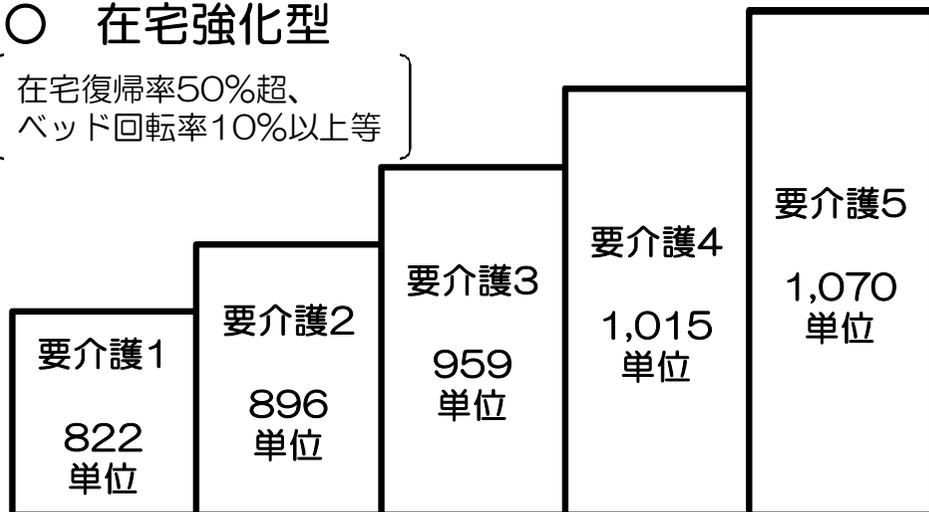
介護老人保健施設の報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

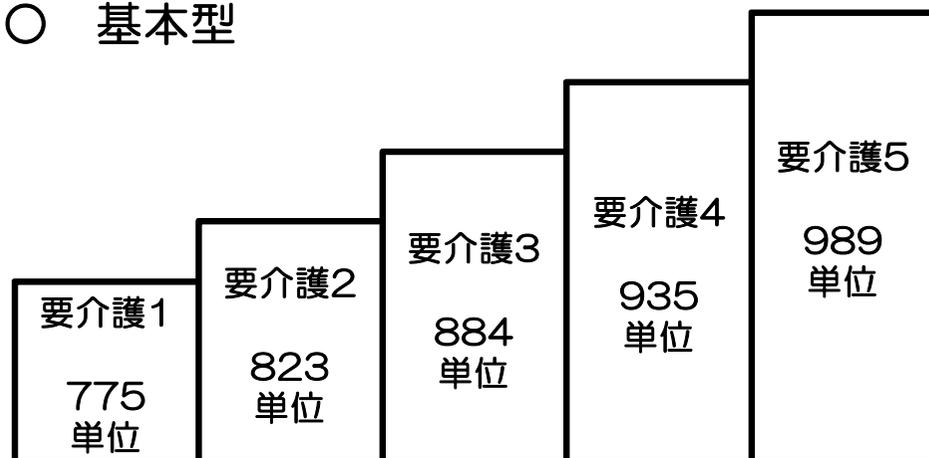
利用者の要介護度・在宅復帰率等に応じた基本サービス費（多床室の場合）

○ 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%)