

社会保障審議会 介護給付費分科会（第231回）	資料 2
令和 5 年11月16日	

介護老人保健施設（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

1. これまでの分科会における主なご意見
2. 論点及び対応案
3. 参考資料



1. これまでの分科会における主なご意見

2. 論点及び対応案

3. 参考資料

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）①

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

<介護老人保健施設>

（在宅復帰・在宅療養支援機能）

- 介護老人保健施設の機能に応じた類型の評価が進んできており、超強化型が大きく増加している一方で、基本型は減少している。今後も、在宅復帰・在宅療養支援の取組をより積極的に進めていただくように、算定要件の見直しを検討すべきではないか。
- 老健施設の持つ在宅復帰・在宅療養支援のための地域拠点としての役割、リハを提供する機能維持・改善の役割の2つの役割は引き続き重要である。超強化型が約3割近くとなってきており、これからも2つの役割を果たせるように、メリハリをつけることも念頭に置きながら、かつ、サービスを必要とする人がきちんと利用できるようにしていくことが必要ではないか。
- 機能の高い老健施設ほど社会福祉士をはじめとした有資格者の配置割合も高い点も踏まえて、評価をすべきではないか。
- 老健を含む施設サービスの収支差は非常に厳しい状況となっていることから、基本報酬の引き上げを検討すべきではないか。

（リハビリテーション）

- 在宅復帰の促進に向け、入所者の自宅及び自宅周辺のアセスメントや調理・掃除などの家事遂行訓練など、個別・具体的な生活支援のリハビリプログラムの充実が必要ではないか。

（医療提供機能の強化）

- 所定疾患施設療養費は、医療ニーズのみですぐに医療機関へ搬送せずに、できるかぎり施設で対応するために非常に重要な制度であり、高齢者によく見られるいわゆる心不全等を所定疾患施設療養費の対象疾患に加えることも検討すべきではないか。

（看取り）

- 老健施設の看取りは、長い期間入所している方ばかりではないことや、医療費が基本報酬に含まれていること、医師・看護師・リハ職等の多職種で対応していること等の特徴があることから、ターミナルケア加算は、これらを踏まえた評価をすべきではないか。

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）②

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

<介護老人保健施設>

（薬剤管理）

- 薬剤調整について、かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定が困難な理由のとおり、入所前のかかりつけ医と介護老人保健施設の医師または薬剤師の間での意思疎通・情報連携が難しい現状である。医療・介護のDXの実施など、情報連携の整備体制強化を図っていくことが必要ではないか。

（高額な薬剤）

- 入所が受けられないほどの高額な薬剤については、しっかりと薬剤費を算定できるような見直しが必要ではないか。
- 薬剤調整等の課題があるために入所ができないことについては、入所希望者にとって不利益であるため、改善を進めるべきではないか。
- 老健施設入所中であっても、難病の公費負担が利用できるようになると、高額な薬剤が理由で入所が困難になることも少なくなると考えられるため、積極的な検討をお願いしたい。
- 入所者に対し、高額薬剤の処方箋を交付した場合、技術料や指導料等の取扱いが明確でない部分がある。コロナ治療薬以外の薬剤を含む対応について一定の整理が必要はないか。

（その他）

- ポリファーマシーに関しては、単に服用する薬剤数が多いということではなく、それに関連した有害事象のリスク等が増加することと定義されている。各職種の連携による取組の評価については、各サービス全体に共通した課題として今後も検討することが必要。
- 施設等における口腔管理に対する体制については、外部歯科医療機関との連携の下、質の向上を図れるようにすべきではないか。その上で、施設等で取り組まれている口腔衛生管理と歯科医療として実施している訪問口腔衛生指導は、その役割や効果も違っていると思うので、それぞれの役割が果たされるような運用になるようお願いしたい。

1. これまでの分科会における主なご意見



2. 論点及び対応案

3. 参考資料

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・在宅療養支援機能の強化	8
論点 2.	リハビリテーション機能の強化(短期集中リハビリテーション実施加算)	15
論点 3.	リハビリテーション機能の強化(認知症短期集中リハビリテーション実施加算)	18
論点 4.	リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組の推進	24
論点 5.	入所者への医療提供(所定疾患施設療養費)	28
論点 6.	看取りへの対応の充実(ターミナルケア加算)	32
論点 7.	ポリファーマシー解消の推進(かかりつけ医連携薬剤調整加算)	39
論点 8.	報酬体系の整理・簡素化(地域連携診療計画情報提供加算、認知症情報提供加算)	46

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強化

論点①

- 介護老人保健施設の基本報酬については、平成30年度介護報酬改定において、在宅復帰・在宅療養支援等指標を3段階から5段階に見直しを行った。令和3年度改定では在宅復帰・在宅療養支援等指標の一部見直し（訪リハ事業所の併設の評価、PT・OT・STいずれも配置されていることの評価）を行った。
- 施設類型については、各施設での取組が進められた結果、令和5年2月時点で、在宅復帰・在宅療養支援機能の高い超強化型が28.6%まで増加した。
- 入退所支援を担う支援相談員の配置について、在宅復帰・在宅療養支援機能が高い種類の施設の方が、関係者との連絡及び調整等の相談援助を業とする国家資格である社会福祉士の配置が多いことから、報酬上の評価を検討すべきとの意見もあった。
- 在宅復帰・在宅療養支援等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・在宅療養支援等指標について、一定の経過措置を設けた上で
 - ・ 円滑な在宅復帰に向けた取組を更に促進するため、入所前後訪問指導割合及び退所前後訪問指導割合に係る指標の取得状況を踏まえ、基準を引き上げることとしてはどうか。
 - ・ 在宅復帰・在宅療養支援に向けた体制を評価するため、支援相談員の配置割合に係る指標において、社会福祉士の配置を評価することとしてはどうか。
- 上記の見直しに合わせて、各類型間における基本報酬において、更に評価の差をつけることとしてはどうか。

介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価

算定要件等

	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型 (左記以外)
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)		在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)		
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(訪問リハビリテーションを含む) 3	2サービス 1 0、1サービス
⑥リハ専門職の配置割合	5以上(PT、OT、STいずれも配置) 5	5以上 3	3以上 2 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

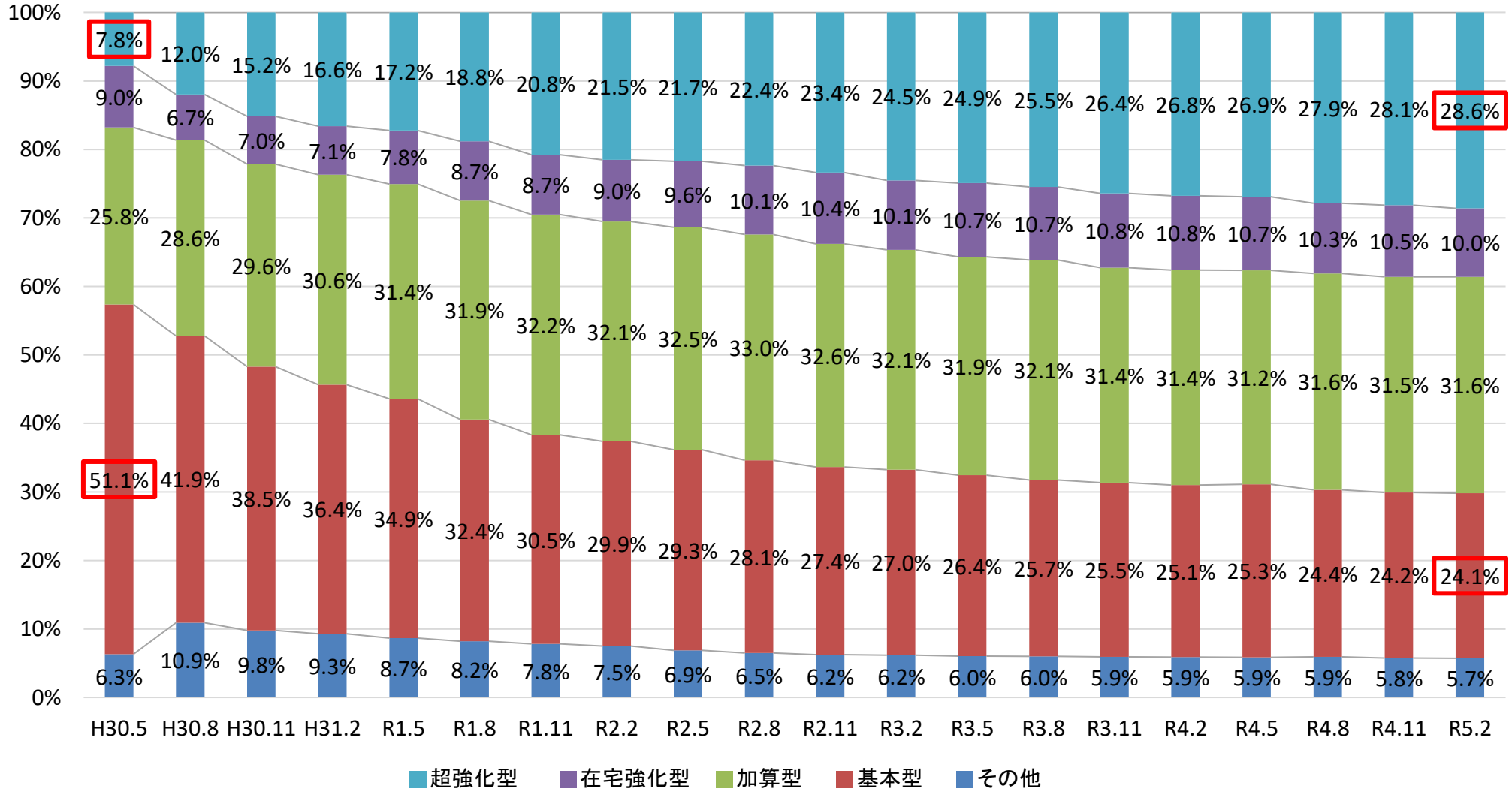
評価項目	算定要件
退所時指導等	<p>a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。</p> <p>b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p>
リハビリテーションマネジメント	<p>a: 入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。</p> <p>b: 医師は、リハビリテーションの実施にあたり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、リハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、中止基準、リハビリテーションにおける入所者に対する負荷量等のうちいずれか一つ以上の指示を行うこと。</p>
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7.8%から令和5年2月時点で28.6%に増加した。
- 基本型について、平成30年5月時点の51.1%から令和5年2月時点で24.1%に減少した。

介護老人保健施設の施設類型の推移



(注) 介護保険総合データベースを元に老健局老人保健課において集計

在宅復帰・在宅療養支援等指標の取得状況①

①施設ごとの在宅復帰率の分布(n=503)

	施設類型					
	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型	全体
0%	0.0%	0.0%	0.0%	9.1%	42.9%	3.2%
0%超10%以下	0.0%	0.0%	5.7%	20.9%	14.3%	6.8%
10%超20%以下	0.6%	1.8%	16.5%	27.3%	7.1%	11.7%
20%超30%以下	2.4%	5.4%	19.6%	20.0%	14.3%	12.3%
30%超40%以下	10.3%	30.4%	21.5%	7.3%	0.0%	15.1%
40%超50%以下	10.3%	19.6%	15.8%	1.8%	0.0%	10.9%
50%超60%以下	36.4%	28.6%	9.5%	3.6%	0.0%	18.9%
60%超70%以下	23.0%	3.6%	5.7%	0.9%	0.0%	9.9%
70%超80%以下	12.1%	7.1%	2.5%	1.8%	0.0%	6.0%
80%超90%以下	1.8%	1.8%	0.6%	0.0%	0.0%	1.0%
90%超100%未満	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.2%
100%	1.2%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.6%
無回答	1.8%	1.8%	1.3%	7.3%	21.4%	3.4%
平均値	56.9%	46.7%	36.1%	18.9%	7.8%	40.0%

②施設ごとのベット回転率の分布(n=503)

	施設類型					
	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型	全体
0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7.1%	0.2%
0%超5%未満	0.0%	7.1%	13.3%	28.2%	57.1%	12.7%
5%以上10%未満	16.4%	39.3%	57.0%	50.9%	14.3%	39.2%
10%以上15%未満	44.8%	33.9%	20.9%	8.2%	0.0%	26.8%
15%以上20%未満	28.5%	10.7%	4.4%	4.5%	0.0%	12.9%
20%以上25%未満	6.7%	5.4%	1.9%	0.9%	0.0%	3.6%
25%以上30%未満	1.8%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	1.0%
30%以上	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
無回答	1.8%	1.8%	1.3%	7.3%	21.4%	3.4%
平均値	13.9%	11.1%	8.8%	7.1%	3.0%	10.3%

③施設が入所者に対し、入所前後における指導を実施した割合の分布(n=503)

	施設類型					
	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型	全体
0%	1.2%	1.8%	8.2%	31.8%	64.3%	11.9%
0%超10%未満	1.2%	1.8%	0.6%	3.6%	0.0%	1.6%
10%以上20%未満	1.2%	1.8%	10.8%	6.4%	0.0%	5.4%
20%以上30%未満	2.4%	7.1%	11.4%	6.4%	7.1%	6.8%
30%以上40%未満	29.1%	16.1%	26.6%	6.4%	0.0%	21.1%
40%以上50%未満	21.2%	28.6%	11.4%	4.5%	0.0%	14.7%
50%以上60%未満	20.6%	17.9%	11.4%	9.1%	0.0%	14.3%
60%以上70%未満	7.9%	10.7%	5.7%	4.5%	7.1%	6.8%
70%以上80%未満	4.8%	7.1%	5.7%	6.4%	0.0%	5.6%
80%以上90%未満	3.0%	1.8%	4.4%	5.5%	0.0%	3.8%
90%以上100%未満	1.2%	1.8%	0.6%	1.8%	0.0%	1.2%
100%	4.2%	1.8%	2.5%	6.4%	0.0%	3.8%
無回答	1.8%	1.8%	0.6%	7.3%	21.4%	3.2%
平均値	48.9%	48.0%	39.7%	34.4%	8.3%	41.9%

④施設が退所者に対し、退所時等指導を実施した割合の分布(n=503)

	施設類型					
	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型	全体
0%	0.6%	1.8%	4.4%	31.8%	64.3%	10.5%
0%超10%未満	0.0%	0.0%	1.3%	0.9%	0.0%	0.6%
10%以上20%未満	0.0%	0.0%	2.5%	3.6%	0.0%	1.6%
20%以上30%未満	1.2%	0.0%	2.5%	3.6%	0.0%	2.0%
30%以上40%未満	8.5%	3.6%	3.8%	1.8%	0.0%	4.8%
40%以上50%未満	9.7%	8.9%	4.4%	0.0%	0.0%	5.6%
50%以上60%未満	17.0%	14.3%	8.9%	6.4%	0.0%	11.3%
60%以上70%未満	12.7%	17.9%	7.6%	6.4%	0.0%	9.9%
70%以上80%未満	9.7%	16.1%	7.6%	0.9%	7.1%	7.8%
80%以上90%未満	13.3%	19.6%	7.6%	2.7%	0.0%	9.5%
90%以上100%未満	6.1%	3.6%	3.2%	0.0%	0.0%	3.4%
100%	18.8%	12.5%	44.9%	35.5%	7.1%	29.6%
無回答	2.4%	1.8%	1.3%	6.4%	21.4%	3.4%
平均値	69.6%	69.6%	74.5%	50.9%	15.6%	66.0%

※現行の在宅復帰・在宅療養支援等指標のポイント区分を赤破線で示している

在宅復帰・在宅療養支援等指標の取得状況②

⑤施設ごとの居宅サービス実施種類数の分布(n=503)

	施設類型						全体	
	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型	全体		
0種類	0.6%	0.0%	5.7%	13.6%	21.4%	5.6%	11.1%	
1種類	3.0%	3.6%	9.5%	21.8%	21.4%	9.7%		
2種類(訪問リハなし)	24.8%	37.5%	42.4%	47.3%	42.9%	37.2%	37.2%	
2種類(訪問リハあり)	5.5%	3.6%	3.8%	3.6%	0.0%	4.2%	4.2%	
3種類	64.2%	55.4%	38.0%	11.8%	0.0%	41.7%	41.7%	
無回答	1.8%	0.0%	0.6%	1.8%	14.3%	1.6%		
平均値	2.6種類	2.5種類	2.2種類	1.6種類	1.3種類	2.2種類		

⑥施設ごとのリハ専門職の配置割合の分布(n=503)

	施設類型						全体	
	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型	全体		
1人未満	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11.9%	
1人以上2人未満	0.0%	0.0%	2.5%	10.0%	14.3%	3.4%		
2人以上3人未満	0.0%	1.8%	7.6%	23.6%	28.6%	8.5%		
3人以上4人未満	4.2%	10.7%	34.8%	29.1%	0.0%	19.9%	31.6%	
4人以上5人未満	3.6%	7.1%	22.2%	11.8%	7.1%	11.7%		
5人以上6人未満	24.2%	39.3%	12.0%	7.3%	7.1%	17.9%		
6人以上7人未満	27.9%	21.4%	8.2%	7.3%	0.0%	15.7%		
7人以上8人未満	13.3%	8.9%	3.8%	0.9%	0.0%	6.8%	50.3%	
8人以上9人未満	9.7%	5.4%	3.2%	0.9%	0.0%	5.0%		
9人以上10人未満	7.3%	0.0%	0.0%	0.9%	0.0%	2.6%		
10人以上	4.2%	1.8%	1.9%	0.9%	0.0%	2.4%		
無回答	5.5%	3.6%	3.8%	7.3%	42.9%	6.2%		
平均値	6.7人	5.9人	4.6人	3.6人	2.6人	5.2人		

⑦施設ごとの支援相談員の配置割合の分布(n=503)

	施設類型						全体	
	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型	全体		
0人	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11.7%	
0人超1人未満	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
1人以上2人未満	4.2%	1.8%	11.4%	23.6%	50.0%	11.7%		
2人以上3人未満	15.8%	30.4%	36.1%	34.5%	7.1%	27.6%	27.6%	
3人以上4人未満	44.8%	44.6%	38.6%	23.6%	0.0%	37.0%		
4人以上5人未満	20.6%	8.9%	8.2%	7.3%	0.0%	11.9%		
5人以上6人未満	8.5%	8.9%	1.9%	2.7%	0.0%	5.0%		
6人以上7人未満	1.2%	0.0%	1.3%	0.9%	0.0%	1.0%	54.3%	
7人以上8人未満	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
8人以上	0.0%	1.8%	0.0%	0.9%	0.0%	0.4%		
無回答	4.8%	3.6%	2.5%	6.4%	42.9%	5.4%		
平均値	3.5人	3.4人	2.9人	2.6人	1.4人	3.1人		

※現行の在宅復帰・在宅療養支援等指標のポイント区分を赤破線で示している

在宅復帰・在宅療養支援等指標の取得状況③

⑧施設ごとの要介護4・5の入所者割合の分布(n=503)

	施設類型					
	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型	全体
10%未満	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
10%以上20%未満	1.2%	0.0%	1.3%	6.4%	0.0%	2.2%
20%以上30%未満	1.8%	10.7%	12.0%	17.3%	7.1%	9.5%
30%以上40%未満	14.5%	17.9%	28.5%	23.6%	21.4%	21.5%
30%以上35%未満	4.2%	5.4%	7.6%	13.6%	21.4%	8.0%
35%以上40%未満	10.3%	12.5%	20.9%	10.0%	0.0%	13.5%
40%以上50%未満	46.7%	37.5%	27.8%	25.5%	35.7%	34.8%
50%以上60%未満	26.7%	28.6%	20.3%	14.5%	7.1%	21.7%
60%以上70%未満	4.8%	3.6%	7.0%	8.2%	7.1%	6.2%
70%以上80%未満	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
80%以上90%未満	0.6%	0.0%	0.6%	1.8%	0.0%	0.8%
90%以上100%未満	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
100%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
無回答	3.0%	1.8%	2.5%	2.7%	21.4%	3.2%
平均値	46.8%	44.4%	42.8%	40.3%	40.2%	43.7%

⑨喀痰吸引を実施している入所者割合の分布(n=503)

	施設類型					
	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型	全体
0%	12.7%	14.3%	27.8%	34.5%	57.1%	23.7%
0%超5%未満	14.5%	23.2%	17.1%	24.5%	21.4%	18.7%
5%以上10%未満	23.6%	30.4%	27.8%	18.2%	0.0%	23.9%
10%以上15%未満	26.1%	16.1%	16.5%	9.1%	0.0%	17.5%
15%以上20%未満	13.3%	8.9%	5.1%	3.6%	0.0%	7.8%
20%以上25%未満	4.8%	5.4%	1.3%	0.9%	0.0%	2.8%
25%以上30%未満	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.2%
30%以上	1.2%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%	0.8%
無回答	3.6%	1.8%	3.8%	7.3%	21.4%	4.8%
平均値	9.3%	7.4%	6.0%	4.6%	0.6%	6.8%

⑩経管栄養を実施している入所者割合の分布(n=503)

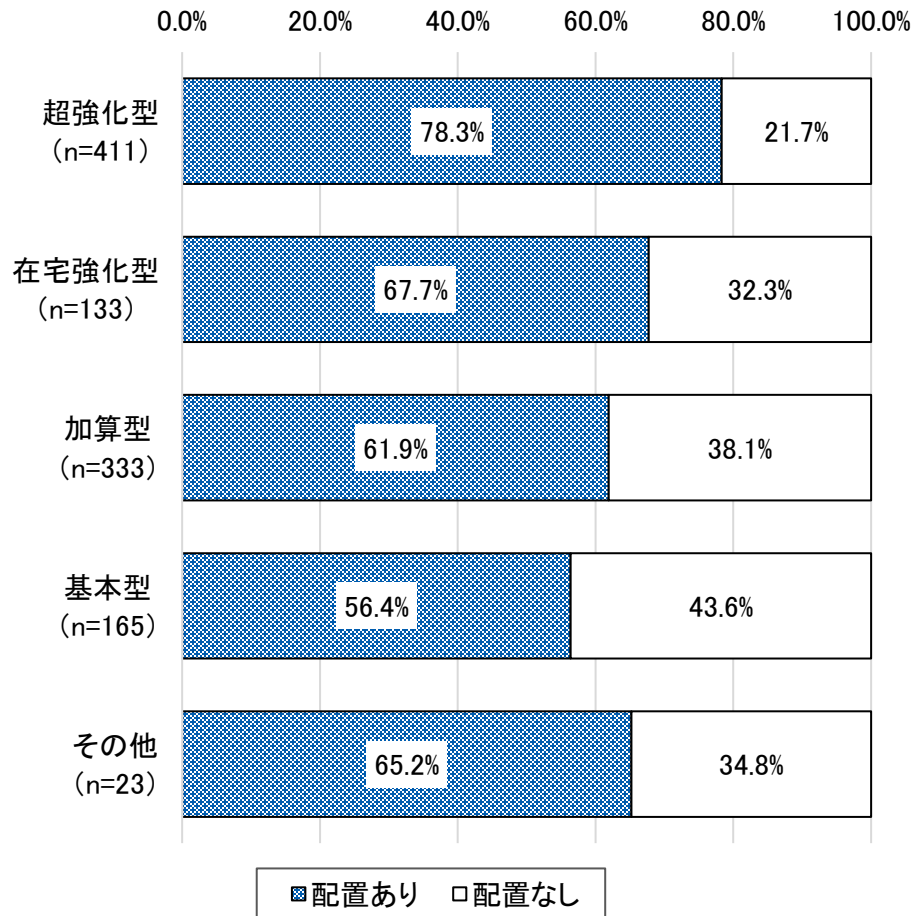
	施設類型					
	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型	全体
0%	14.5%	17.9%	25.9%	26.4%	64.3%	22.5%
0%超5%未満	26.1%	46.4%	32.3%	35.5%	7.1%	31.8%
5%以上10%未満	36.4%	28.6%	28.5%	19.1%	7.1%	28.4%
10%以上15%未満	17.0%	5.4%	8.2%	10.0%	0.0%	10.9%
15%以上20%未満	1.2%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.6%
20%以上25%未満	1.2%	0.0%	1.3%	0.9%	0.0%	1.0%
25%以上30%未満	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
30%以上	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
無回答	3.0%	1.8%	3.2%	8.2%	21.4%	4.6%
平均値	6.3%	3.8%	4.3%	3.9%	0.6%	4.7%

※現行の在宅復帰・在宅療養支援等指標のポイント区分を赤破線で示している

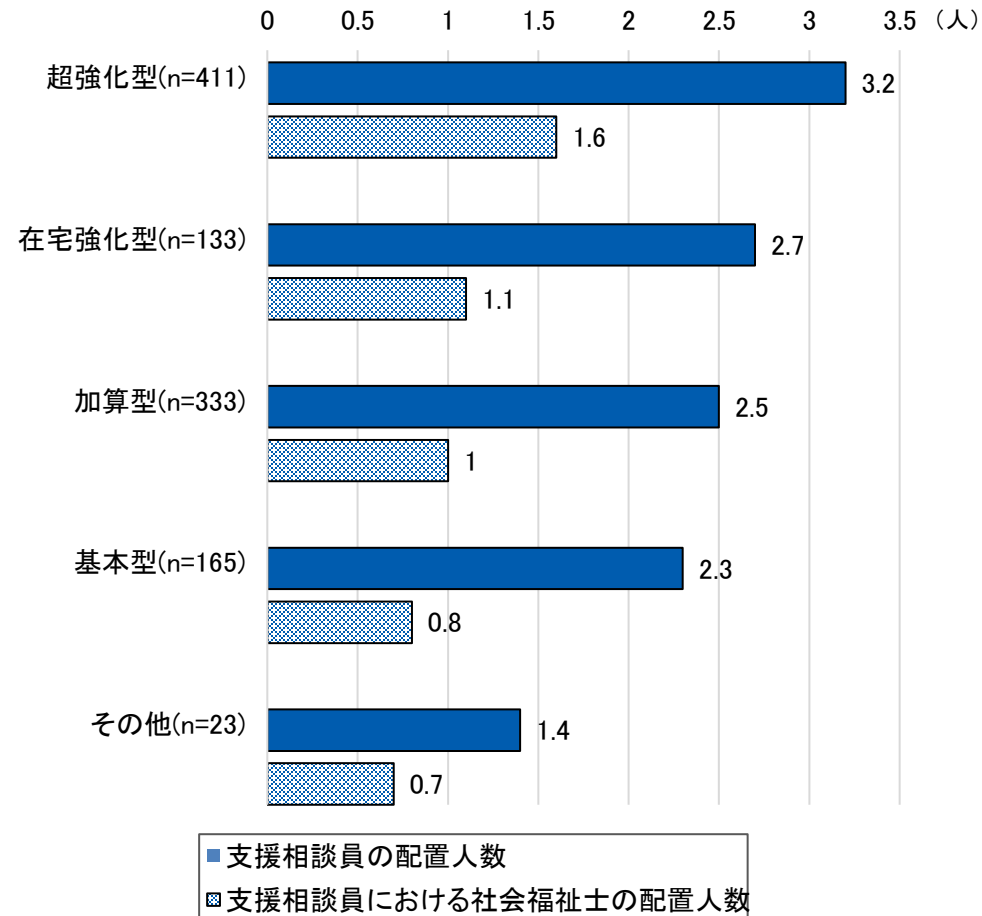
各類型における支援相談員としての社会福祉士の配置について

- 支援相談員として社会福祉士を配置している施設の割合は超強化型が最も高かった。
- 支援相談員の配置人数および支援相談員における社会福祉士の配置人数は超強化型が最も多かった。

支援相談員における社会福祉士の配置の有無(施設類型別)



支援相談員の配置人数および支援相談員における社会福祉士の配置人数(施設類型別)



論点② リハビリテーション機能の強化（短期集中リハビリテーション実施加算）

論点②

- 介護老人保健施設におけるリハビリテーションについて、入所直後は集中的なりハビリテーションにより比較的大きくADLが改善することが報告されている。
- 短期集中リハビリテーションについては、入所後3か月間実施されるものであり、効果が期待される一方で、ADL等の評価の頻度は定められておらず、LIFEへの提出は加算の算定要件とされていない。
- 例えば、通所リハビリテーションにおいては、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件として、開始後一定期間については、月1回以上、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直すことが求められているところ。
- 介護老人保健施設におけるリハビリテーションにおいて、効果的なりハビリテーションを更に促進する観点からどのような対応が考えられるか。

対応案

- 短期集中リハビリテーション実施加算について、効果的なりハビリテーションを推進する観点から、原則として入所時及び月1回以上ADL等の評価を行った上で、必要に応じてリハビリテーション計画を見直すとともに、評価結果をLIFEに提出した場合の加算区分を新設し、評価に一定の差を設けてはどうか。

概要

利用者の身体機能を回復するための集中的なリハビリテーションを実施することを評価する加算。

単位数

<現行>

短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日 入所後3月以内

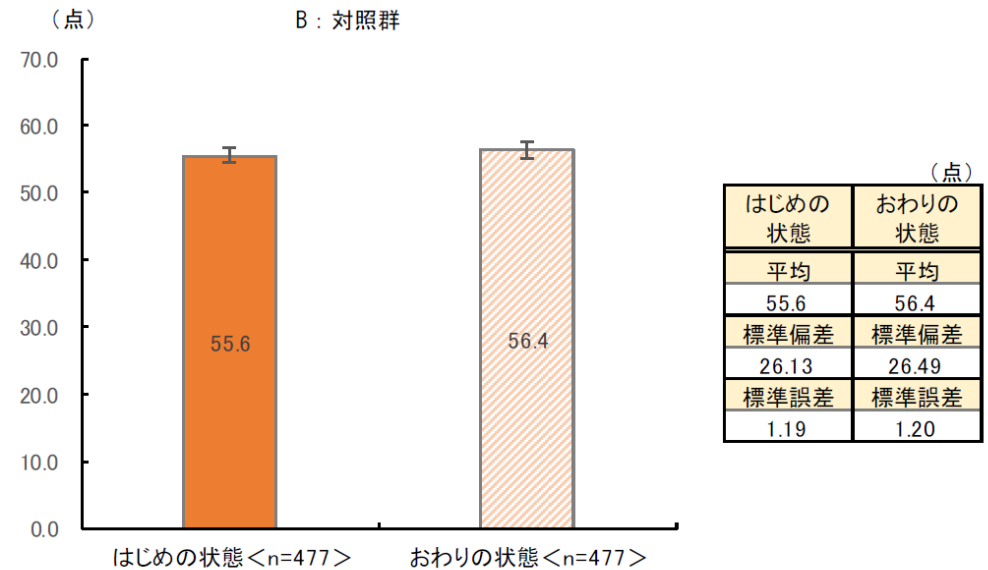
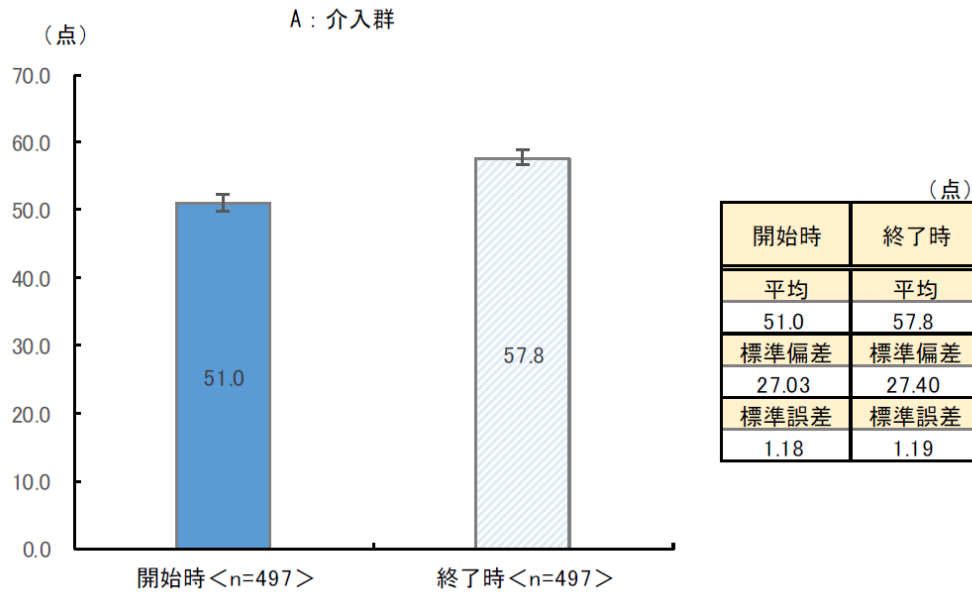
算定要件

○医師、または医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士が、入所した日から起算して3月以内の期間に、20分以上の個別リハビリテーションを1週につきおおむね3日以上、実施すること。

○当該入所者が過去3月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがないこと。ただし、4週間以上の入院後に再入所し、短期集中リハビリテーションの必要が認められる場合と、4週間未満の入院後に再入所し、脳梗塞等の状態である場合を除く。

○ 短期集中リハビリテーションの実施により、ADLの改善を認めた。

各群におけるBarthel Index総得点の比較



* Barthel Indexは得点が高いほどADLが自立していることを示す

論点③ リハビリテーション機能の強化（認知症短期集中リハビリテーション実施加算）

論点③

- 介護老人保健施設における認知症リハビリテーションについて、現在一部の認知症リハビリテーションでは学習療法や記憶訓練等に比重が偏っており、廃用予防や活動・参加につながる訓練をすべきであるとの指摘がされている。
- 認知症リハビリテーションに関するガイドライン※では、在宅復帰を目標としたリハビリテーションでは、在宅での生活環境をリハビリテーション開始前にアセスメントし、環境に合わせたリハビリテーションを実施することが重要であるとされている。
- また、通所リハビリテーションにおける認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)においては、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、当該利用者の居宅を訪問することが要件とされている。
- 令和5年度の改定検証調査では、介護老人保健施設における認知症短期集中リハビリテーションを実施するために自宅の状況を確認している施設の割合は70.2%であった。
- 認知症リハビリテーションについて、認知症の方の生活機能の改善や在宅復帰に向けた支援を推進していく観点からどのように考えるか。

※「日々の暮らしにつなげる認知症リハビリテーション実践ガイド」（監修:国立長寿医療研究センター 理事長・総長 鳥羽研二）

対応案

- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について、認知症を有する利用者の居宅における生活環境に対応したサービス提供が行えるよう、当該利用者の居宅を訪問し生活環境を把握することを要件としてはどうか。
- 利用者の居宅を訪問しない場合については、評価に一定の差を設けることとしてはどうか。

介護老人保健施設における認知症短期集中リハビリテーション実施加算

- 生活機能の改善が見込まれる認知症入所者へのリハビリテーションの実施に対する加算。

単位等

- ・ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日

注 入所の日から起算して3月以内の期間に限り, 1週に3日を限度とする

算定要件等

- ・ 認知症であると医師が判断した者であって, リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して, 別に厚生労働大臣が定める施設基準(※)に適合する介護老人保健施設において, 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が集中的にリハビリテーションを行うこと。

※厚生労働大臣が定める施設基準

→施設基準・五十八

イ リハビリテーションを担当する理学療法士, 作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること

ロ リハビリテーションを行うに当たり, 入所者数が, 理学療法士, 作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。

地域における高齢者リハビリテーションの推進に関する検討会 報告書(令和5年3月) (抜粋)

2. ② 認知症に対するリハビリテーションの推進

【現状と課題】

- 認知症の方に対するリハビリテーションについては、「認知症施策推進大綱（令和元年6月18日閣議決定）」において、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、最大限に活かしながら日常生活を継続できるようにすることが重要とされており、認知症の方の生活機能の改善を目的とした認知症に対するリハビリテーションを推進することが求められている。
- 認知症短期集中リハビリテーションの制度導入時においては、利用者の状態像に応じ、身体と認知機能のリハビリテーションについて、その必要性を検討した上で実施することが推奨されていたとの指摘があった。
- 現在一部の認知症リハビリテーションでは学習療法や記憶訓練等に比重が偏っており、廃用予防や活動・参加につながる訓練をすべきであるとの指摘があった。

【今後に向けた提言】

- 認知症を有する高齢者に対するリハビリテーションについて、認知症施策推進大綱に基づき、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、活用できる能力を最大限に活かしながら日常生活を継続できるよう、現行で認知症に対する短期集中リハビリテーションがない訪問リハビリテーションについて、介入すべき時期や方法について検討を進め、有効性を認めた場合は評価について検討を行う必要がある。
- 入所系・通所系の施設においては、これまで認知症に対するリハビリテーションにかかる取組が進められてきており、リハビリテーションを必要とする認知症を有する高齢者へのケアの提供にあたり、医療機関からの早期退院の促進も含め、介護施設がより積極的に関与する体制を構築する必要がある。
- また、その際、活動・参加という目的を明確化したうえで、集団リハビリテーションも含め、個々にふさわしいプログラム、サービス提供のあり方の検討が必要である。

日々の暮らしにつなげる認知症リハビリテーション実践ガイド

認知症リハビリテーションの目標

- ✓ 認知症の人は、その進行とともに自律(自己決定)と生活の自立が障害されていくため、家族を含む他者の支援が必要となっていく。そのため認知症の人のリハビリテーションでは、認知症の人が独力で生活するのではなく、他者の支援や環境の助けを借りながら「そのひとなりの生活」を組み立てていくことを目標としている。

認知症リハビリテーションで重視される視点

- ✓ 生活障害の改善を目指す
- ✓ 実際の生活の場面を反映したリハビリテーションの組み立て
- ✓ 有する能力を最大限に活かす

在宅復帰に向けての支援

- ✓ 家族支援の重要性

在宅復帰に向けての在宅環境のアセスメントでは、物的環境が重視されがちだが、実際には家族の介護力という人的環境や地域資源などの社会的環境が重要な要素となる。

- ✓ 家族に対するリハビリテーションや介護の指導

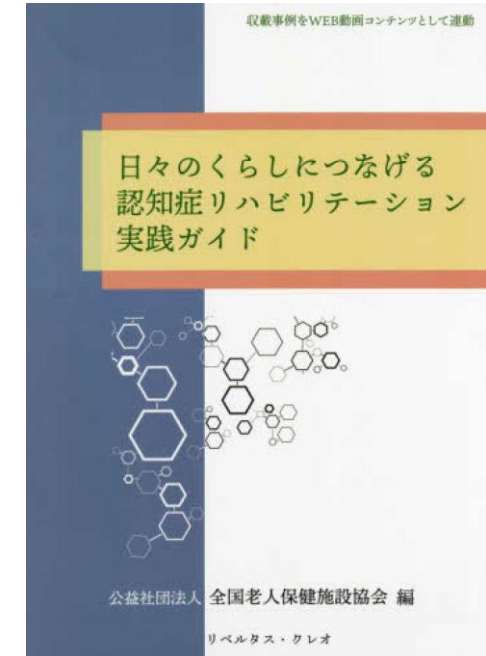
指導は退所前にものみ行うのではなく、入所時から行い、退所時には家族が習熟することが望まれる。

- ✓ リハビリテーション開始前の生活環境アセスメント

在宅復帰を目標としたリハビリテーションでは、在宅での生活環境をリハビリテーション開始前にアセスメントし、環境に合わせたリハビリテーションを実施することが重要である。

- ✓ 退所前の生活環境アセスメント

退所前には、在宅の環境を再度アセスメントし、必要な住宅改修を実施する。



編集: 全国老人保健施設協会
監修: 国立長寿医療研究センター
理事長・総長 鳥羽研二

通所リハビリテーションにおける認知症短期集中リハビリテーション実施加算

算定要件

別に厚生労働大臣が定める基準(※)に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、

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が、
イについてはその退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、
ロについてはその退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間に
リハビリテーションを集中的に行った場合に算定される。

(加算)

- イ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) 240単位/回 (週2回まで)
- ロ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) 1920単位/月

※厚生労働大臣が定める基準

イ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)

1週間に2日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。

ロ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)

次のいずれにも適合すること。

(1) 1月に4回以上リハビリテーションを実施すること。

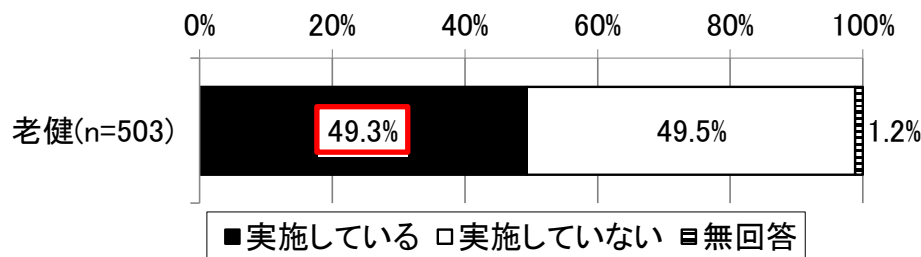
(2) リハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施すること。

(3) 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算のいずれかを算定していること。

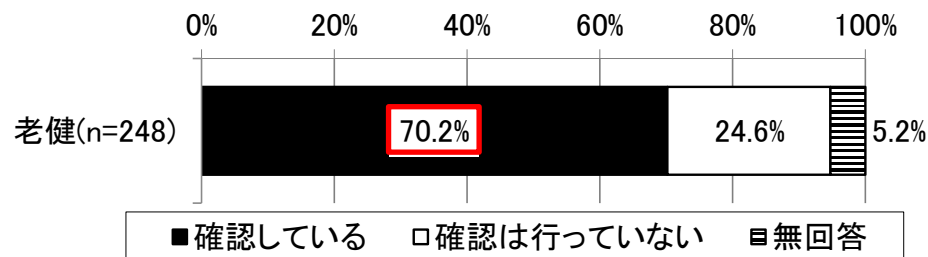
※認知症を有する利用者の生活環境に対応したサービス提供ができる体制を整える必要があることから、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、当該利用者の居宅を訪問すること

- 認知症短期集中リハビリテーションは49.3%の施設が実施をしていた。
- 実施している場合、認知症短期集中リハビリテーションを実施するために自宅の状況を確認している施設の割合は70.2%であった。

認知症短期集中リハビリテーションの実施の有無（施設ベース）



(認知症短期集中リハビリテーションを実施している場合)
認知症リハを実施するための自宅の状況の確認の有無（施設ベース）



論点④ リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組の推進

論点④

- リハビリテーション、口腔、栄養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。
- 介護老人保健施設では、口腔については歯科衛生士の介入を口腔衛生管理加算として評価しており、栄養については管理栄養士の配置された施設において行われる栄養ケアを栄養マネジメント強化加算として評価している。
- また、リハビリテーションについては、一部類型を除き、基本報酬の要件としてリハビリテーションマネジメントを実施することとされており、加算においてLIFE提出やフィードバックの活用が評価されている。
- 介護老人保健施設におけるリハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組を更に推進するため、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 介護老人保健施設におけるリハビリテーションマネジメント計画書情報加算について、リハビリテーション・口腔・栄養を一体的に推進する観点から、下記の要件を満たす場合について評価する加算区分を新設することとしてはどうか。
 - ・口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。
 - ・実施計画等の内容について、リハ・口腔・栄養の情報を関係職種間で一体的に共有すること。その際、必要に応じてLIFE提出情報を活用すること。
 - ・共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行った上で、見直しの内容について関係職種に対しフィードバックを行うこと。

※介護医療院の理学療法等（特別診療費）、特養の個別機能訓練加算（Ⅱ）についても同様の見直しを行うこととしてはどうか。

介護老人保健施設におけるリハビリテーション・口腔・栄養に関する加算

リハビリテーションマネジメント計画書情報加算

- リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 33単位/月
- 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同し、リハビリテーション実施計画を入所者又はその家族等に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理する

注 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算は、入所者ごとのデータをLIFEにて提出する必要がある

口腔衛生管理加算

- 口腔衛生管理加算（Ⅰ） 90単位/月
- 口腔衛生管理加算（Ⅱ） 110単位/月
- 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対する専門的口腔ケアを月2回以上、入所者に係る口腔ケアについて介護職員に対する具体的な技術的助言及び指導、相談対応

注 口腔衛生管理加算Ⅱは、入所者ごとのデータをLIFEにて提出する必要がある

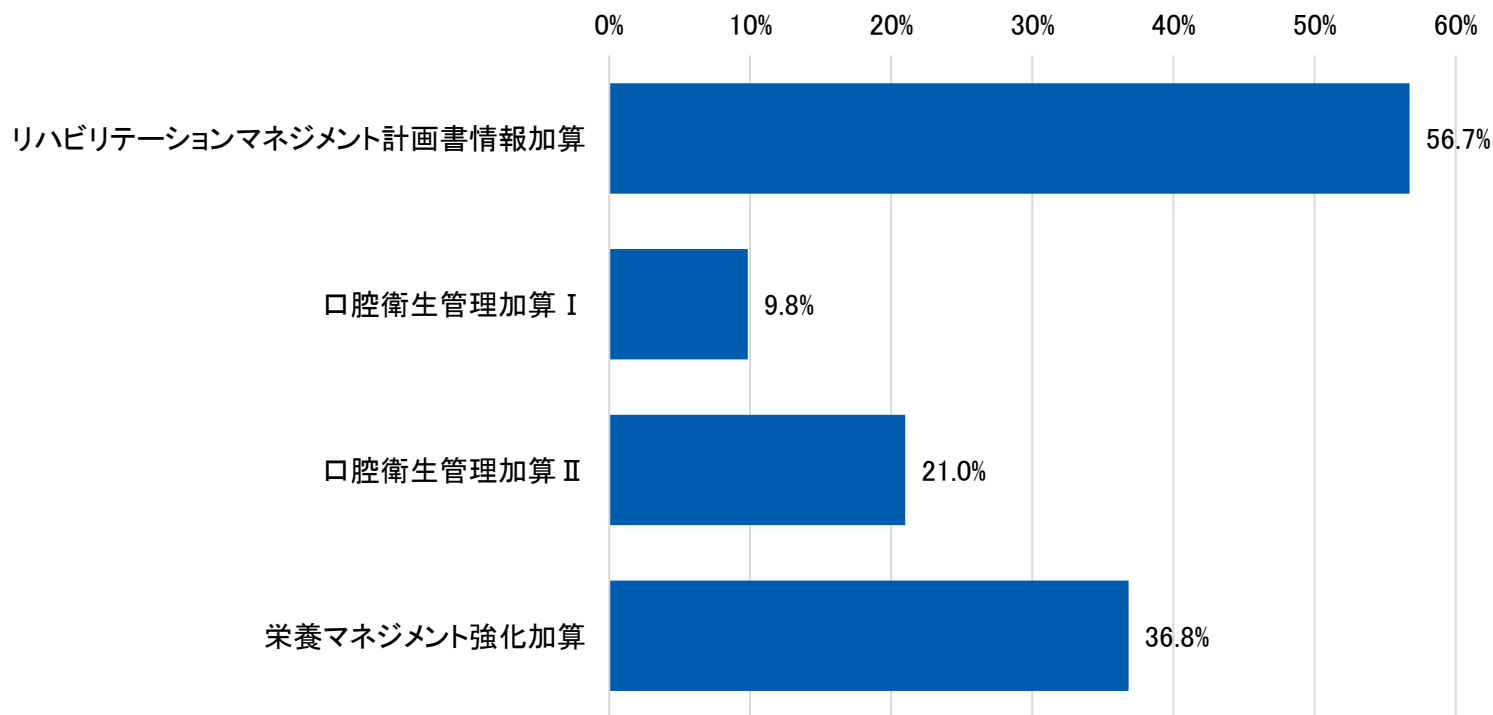
栄養マネジメント強化加算

- 栄養マネジメント強化加算 11単位/日
- 管理栄養士を規定の常勤換算数以上配置し、低栄養状態のリスクが高い入所者への丁寧な栄養ケア（週3回以上の食事観察や退所時の栄養情報連携等）を行う

注 栄養マネジメント強化加算は、入所者ごとのデータをLIFEにて提出する必要がある

介護老人保健施設におけるリハビリテーション・口腔・栄養に関する加算の算定状況

介護老人保健施設における各加算の算定状況

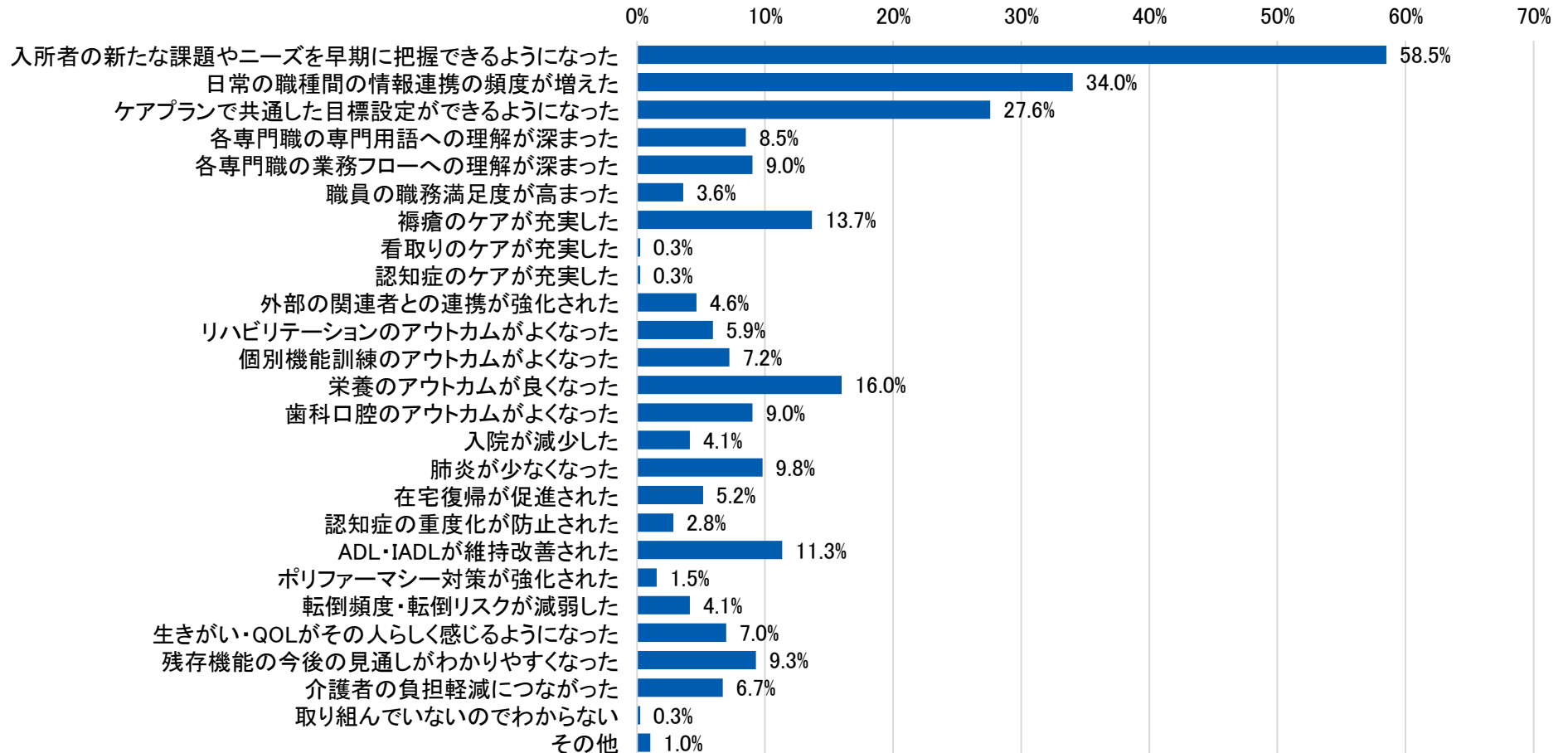


※算定率: 加算請求事業所数 / 請求事業所数 × 100

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果

- 高齢者施設における「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果として「入所者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」最も多く、次いで、「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」が多かった。

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況



※調査対象: 全国388施設の特養・老健に対して調査を実施

【出典】令和4年度老人保健健康増進等事業「施設及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する施設」 一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

論点⑤ 入所者への医療提供（所定疾患施設療養費）

論点⑤

- 介護老人保健施設では、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、施設において投薬等の治療管理を行った場合の評価として、所定疾患施設療養費による評価を行っている。
- 令和3年度改定において、所定疾患施設療養費の対象に蜂窩織炎が追加となっており、蜂窩織炎の発症があった施設のうち、医療機関へ転院させた利用者がいた施設の割合が25.0%から9.7%に低下した。
- 令和5年度の調査では、介護老人保健施設において、心不全（慢性心不全の増悪等）を発症する方がいた施設が一定程度ある中で、医療機関へ転院させた利用者がいた施設の割合が約7割の状況である。
- 医療機関に転院する理由として、約9割の施設が重症度を理由の一つとしてあげたが、他の理由として、報酬上の評価がされていないことも一定程度あげられた。
- 急性疾患を発症した入所者が、当該者の状態に応じ、適切な場において必要な医療が提供されるよう、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対象疾患についてどのように考えるか。

対応案

- 施設において適切な医療を提供する観点から、慢性心不全が増悪した場合について所定疾患施設療養費の対象として追加することとしてはどうか。

所定疾患施設療養費

- 特定の疾患により治療を必要とする入所者に、施設で治療管理などの対応をすることを評価する加算

単位等

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

注1 所定疾患施設療養費（Ⅰ）（Ⅱ）は、いずれか一方のみ算定可能。

注2 同一の入所者に対して1月に1回、連続する7日（Ⅰ）もしくは10日（Ⅱ）を限度とする

注3 所定疾患施設療養費は、緊急時施設療養費を算定した日は算定不可

算定要件等

- 肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎のいずれかに該当する入所者に対する治療管理であること

＜所定疾患施設療養費（Ⅰ）＞

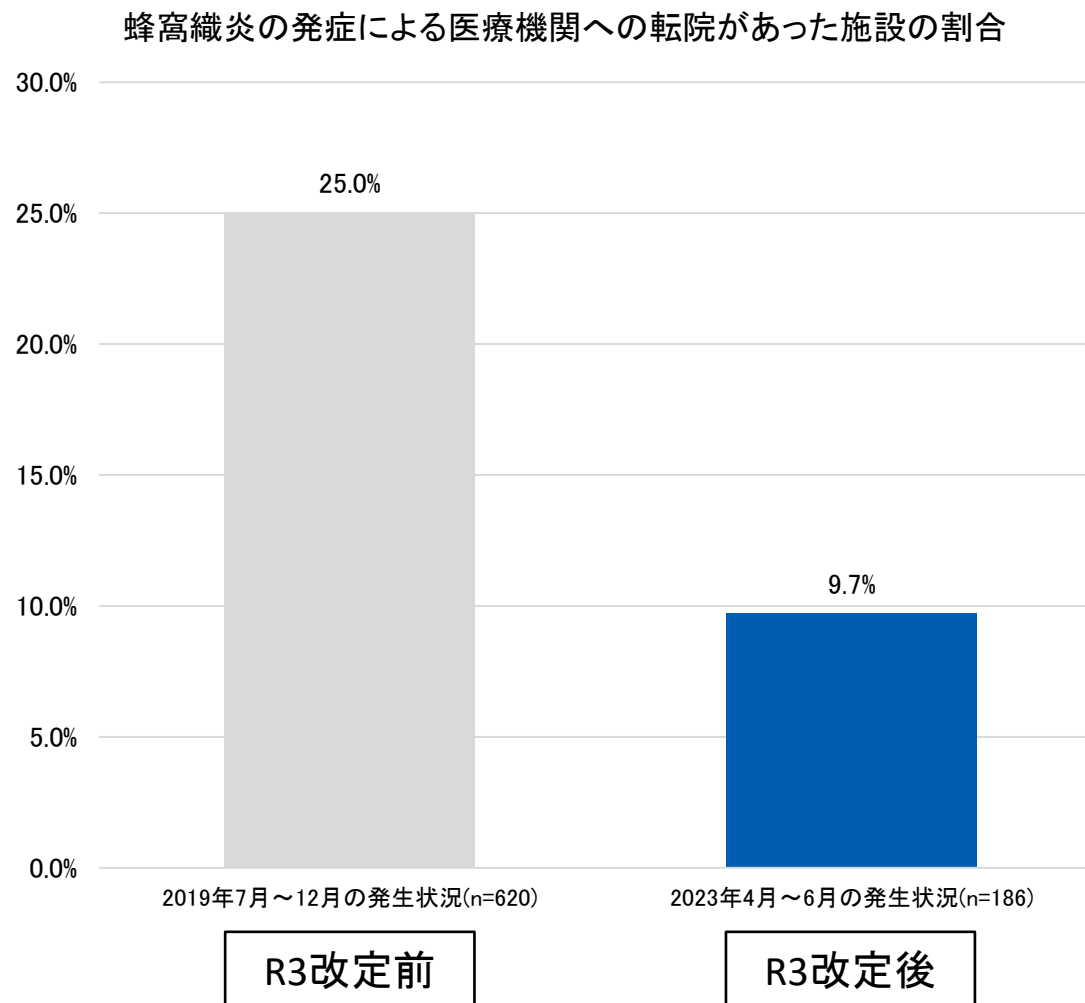
- 診断・診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること

＜所定疾患施設療養費（Ⅱ）＞

- 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、処置等の内容等を診療録に記載していること
- 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
- 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること

介護老人保健施設入所者の蜂窩織炎の発症及び医療機関への転院の状況

- 令和3年度介護報酬改定時に所定疾患施設療養費に追加された蜂窩織炎においては、報酬改定後に蜂窩織炎の発症があった施設のうち、医療機関へ転院させた利用者がいた施設の割合が低下した。



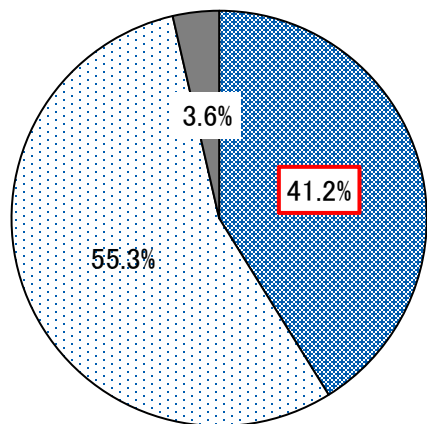
【出典】 介護老人保健施設における疾患（蜂窩織炎）の対応状況に関する調査（令和2年11月実施）全国老人保健施設協会調べ

【出典】 令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和5年度調査）

「（2）介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供体制等に関する調査研究事業 速報値」

介護老人保健施設入所者における心不全の発症及び医療機関への転院の状況

入所者に心不全(慢性心不全の増悪等)が生じた施設の割合



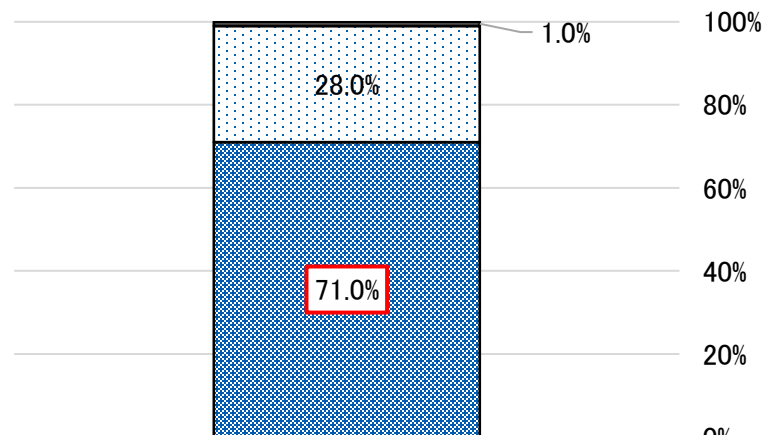
■ 発症あり □ 発症なし ■ 無回答

※2023年4月～6月(n=503)

心不全の発症ありの場合



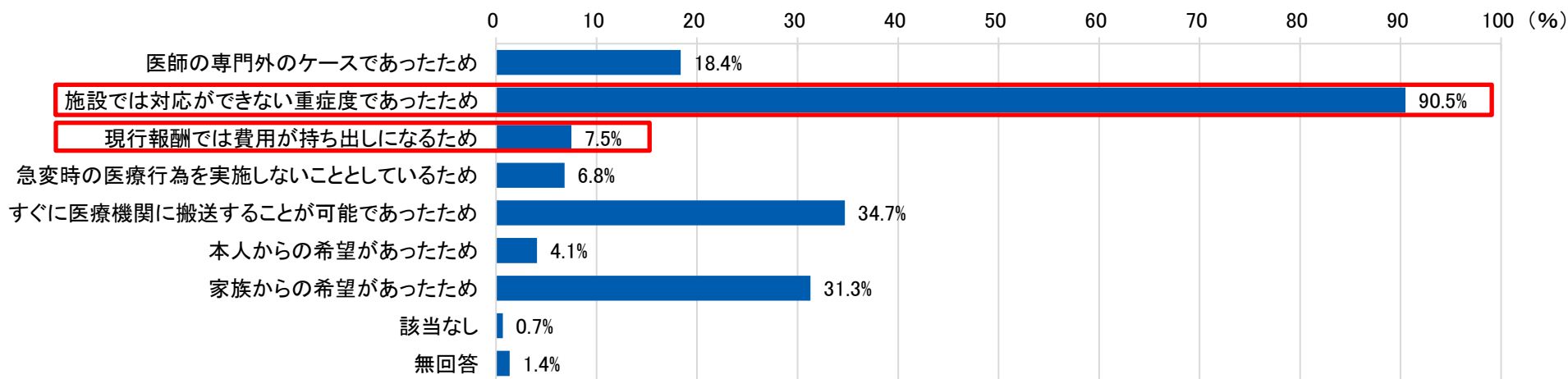
医療機関への転院の有無



■ 転院あり □ 転院なし ■ 無回答

※2023年4月～6月(n=207)

医療機関に転院することになった理由(複数回答)



論点⑥ 看取りへの対応の充実（ターミナルケア加算）

論点⑥

- 介護老人保健施設における看取り対応の特徴として、看護師などの医療専門職が常駐していることや、リハビリ職などの多職種による評価・介入ができることなどがあげられる。
- 介護老人保健施設における看取り対応として、死亡日を含めて45日の間で施設において行うターミナルケアを評価するターミナルケア加算がある。
- 施設類型別の分析では、超強化型や強化型は基本型と比べ、死亡日31日以前の加算算定が少なく、死亡日が近づいてから入所し、看取りが行われている割合が高い。
- また、特に在宅療養支援機能が高い介護老人保健施設では、ターミナルケア加算が算定可能な期間においても、本人の希望等にあわせ、在宅への一時帰宅を行いながら、最終的に施設で看取りを行う場合もある。
- なお、看取り期における対応では、終末期に必要な投薬や検査など手厚い対応が行われている一方で、介護老人保健施設では医療費等が基本報酬に含まれていることから、当該医療コスト等は施設の持ち出しとなる。
- 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在り方についてどのように考えるか。

対応案

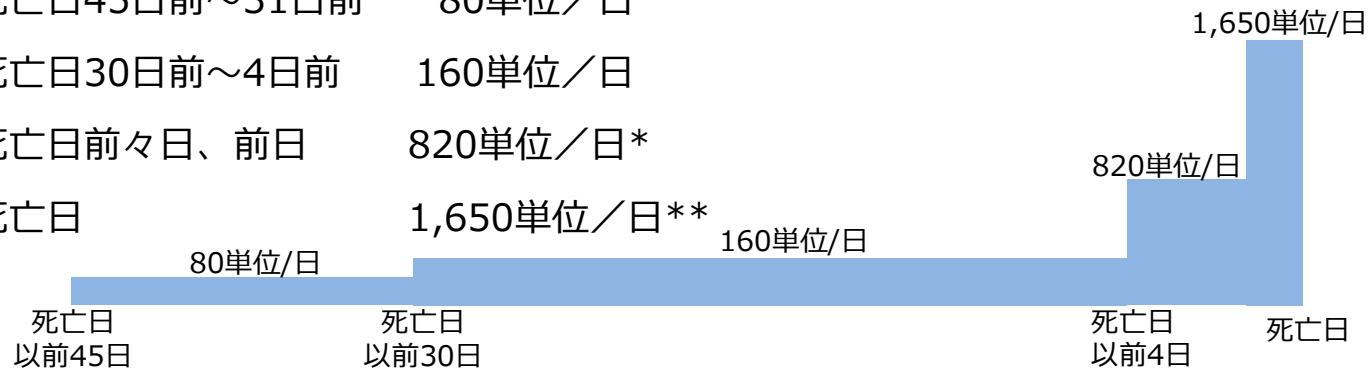
- 介護老人保健施設における看取りへの対応を充実する観点や在宅復帰・在宅療養支援を行う施設における看取りを適切に評価する観点から、ターミナルケア加算について、死亡日から期間が離れた区分における評価を引き下げ、死亡直前における評価をより一層行うよう重点化を図ることとしてはどうか。

ターミナルケア加算

- 看取り期の利用者に対してターミナルケアを行う体制を整え、実施することを評価する加算

単位等

- 死亡日45日前～31日前 80単位/日
- 死亡日30日前～4日前 160単位/日
- 死亡日前々日、前日 820単位/日*
- 死亡日 1,650単位/日**



*介護療養型老人保健施設は
850単位/日
**介護療養型老人保健施設は
1,700単位/日

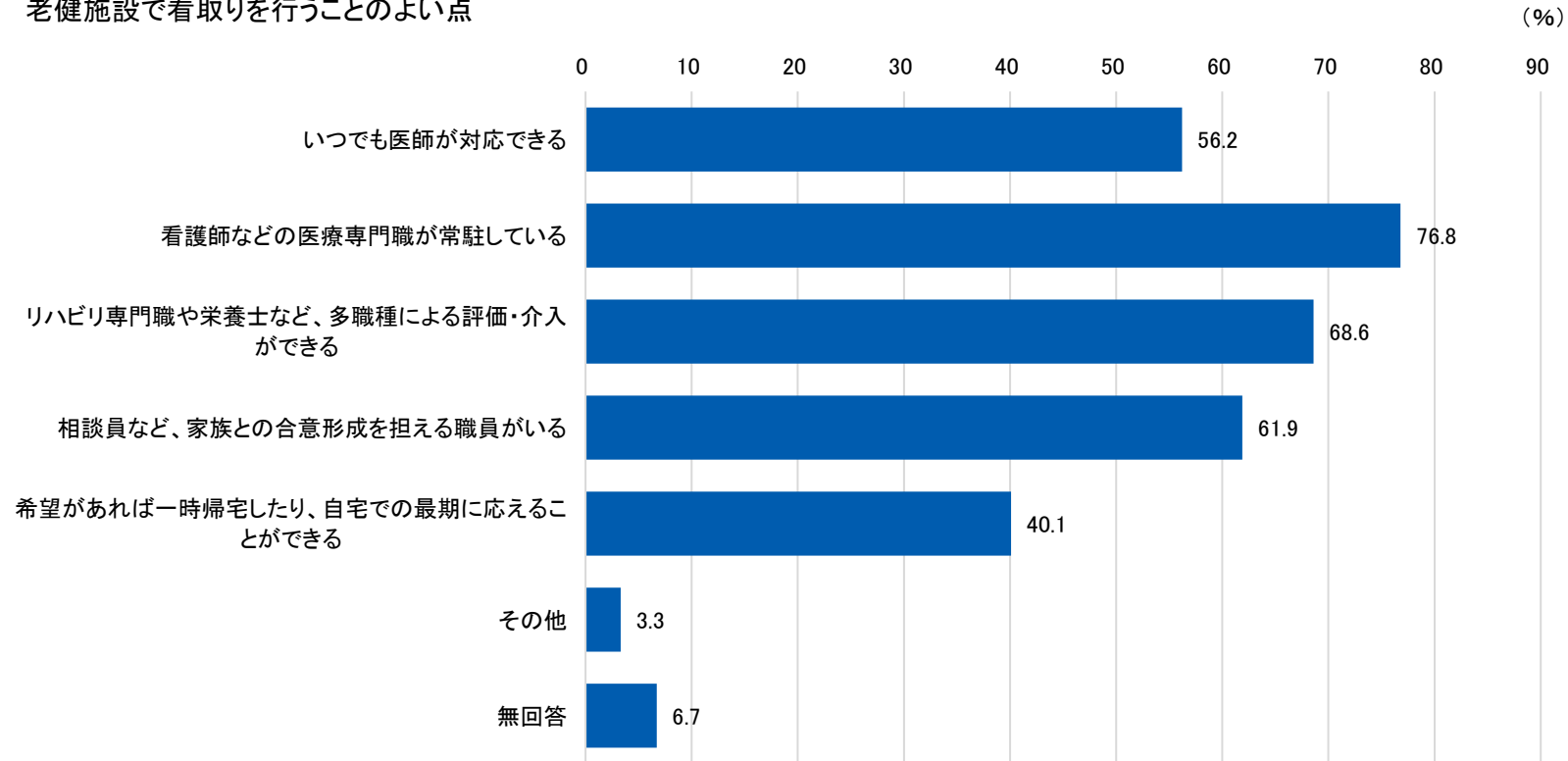
算定要件等

- 以下のいずれにも適合している入所者であること
 - 1 医師が一般的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者
 - 2 入所者又はその家族等の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること
※「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」等の内容に沿った取組を行うこと
※計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めること
 - 3 医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること

介護老人保健施設における看取り対応

- 介護老人保健施設における看取り対応の特徴としては、「看護師などの医療専門職が常駐している」、「リハビリ専門職や栄養士など、多職種による評価・介入ができる」という点が挙げられる。

老健施設で看取りを行うことのよい点



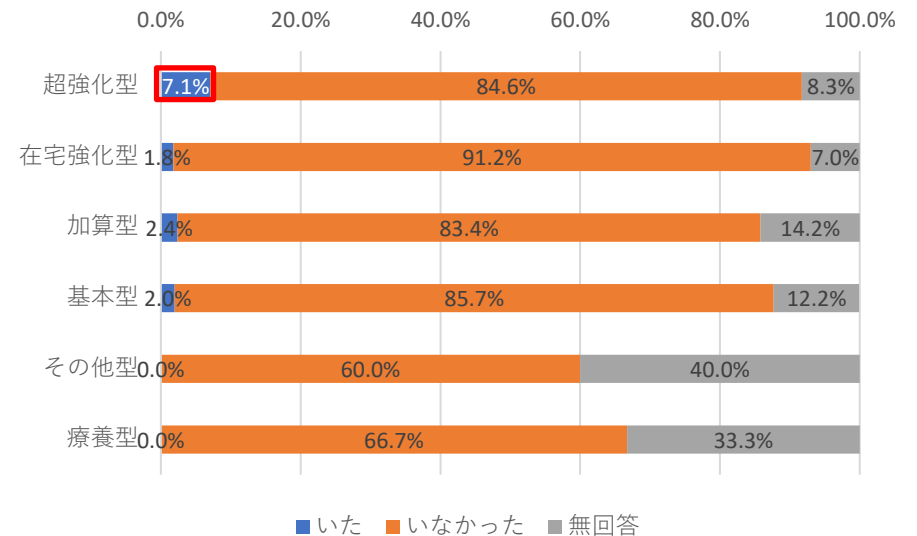
介護老人保健施設における看取り対応

- ターミナルケア加算の死亡日からの日数に応じた区分ごとの算定状況について、超強化型、在宅強化型、加算型は、基本型に比べて、死亡日から45日～31日前の区分の算定率が低かった。
- 施設類型のうち、特に超強化型の介護老人保健施設では、ターミナルケア加算算定中であっても在宅に帰宅するケースがある。

ターミナルケア加算を算定したケースについて、死亡日からの日数に応じた区分ごとの算定状況(施設類型別)

死亡日からの日数に応じた算定区分	45～31日前	30～15日前	14～3日前	前々日、前日	死亡日
超強化型 (n=120)	57.4%	70.3%	80.2%	94.1%	100.0%
在宅強化型 (n=39)	52.3%	57.0%	79.4%	98.1%	100.0%
加算型 (n=93)	51.5%	65.0%	80.6%	95.1%	100.0%
基本型 (n=51)	66.0%	75.5%	89.6%	92.5%	100.0%

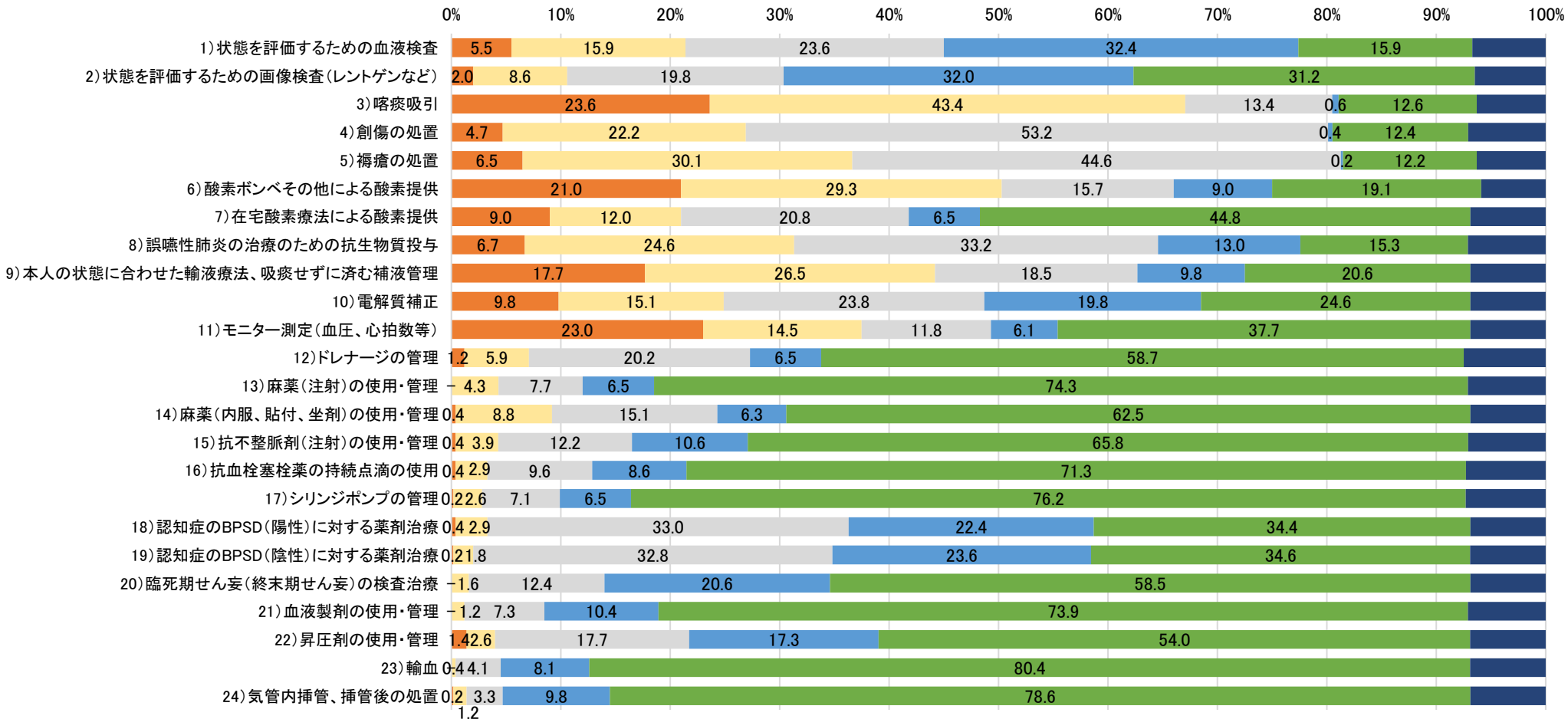
令和4年8月～令和5年7月の1年間における、ターミナルケア加算算定中に在宅に一時帰宅(外泊を含みます)した方がいた施設の割合



看取り期における医療やケアの内容①

○ 介護老人保健施設における看取り対応では、通常期に比べて頻度が増える医療的ケアが一定数ある。

看取り期に通常と比べて頻度が増す医療やケアについて（その1）

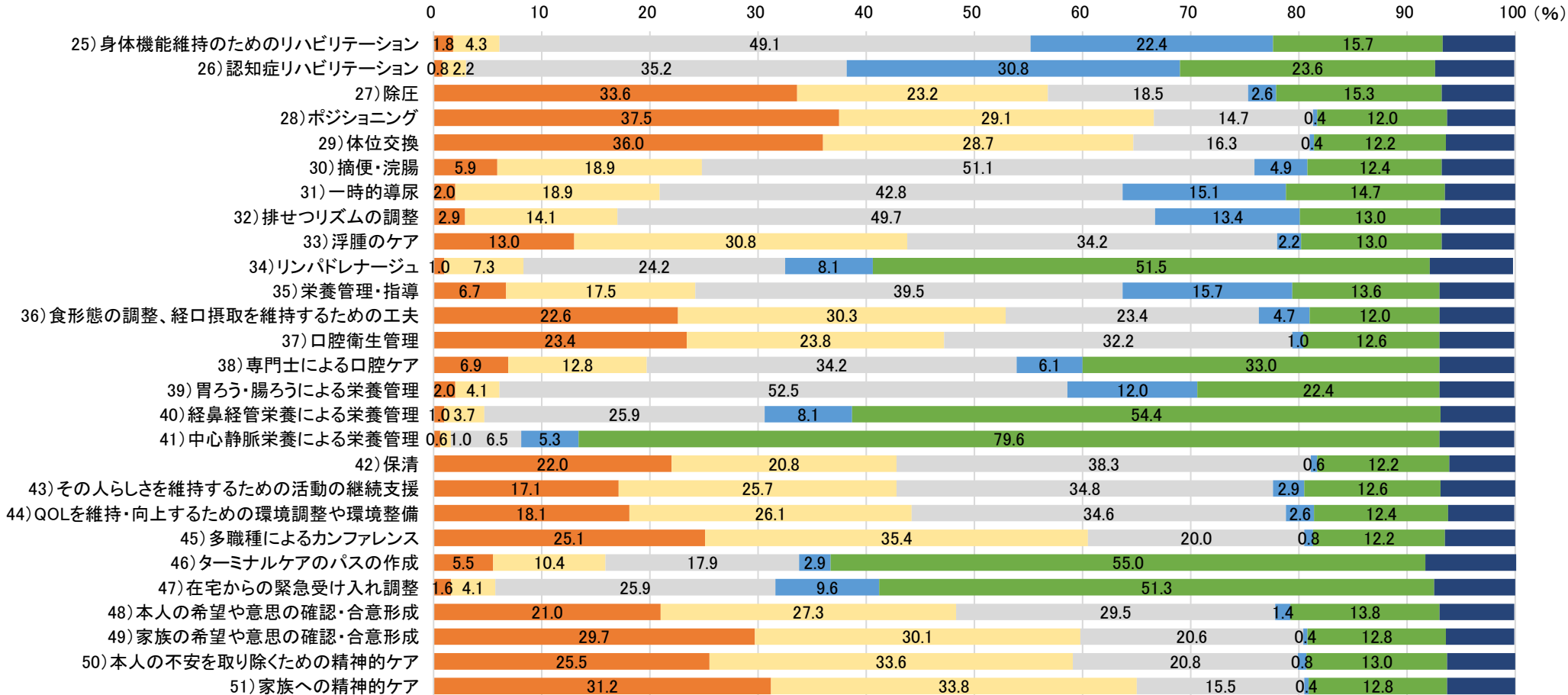


■ ほとんどの看取りケースで頻度が増える
 ■ 通常期より頻度が増えることがある
 ■ 頻度は看取り前(通常時)と変わらない
 ■ 看取り期には行わない
 ■ そもそも当施設では行っていない
 ■ 無回答

看取り期における医療やケアの内容②

○ 介護老人保健施設における看取り対応では、通常期に比べて頻度が増える医療的ケアが一定数ある。

看取り期に通常と比べて頻度が増す医療やケアについて（その2）



ほとんどの看取りケースで頻度が増える

通常期より頻度が増えることがある

頻度は看取り前(通常時)と変わらない

看取り期には行わない

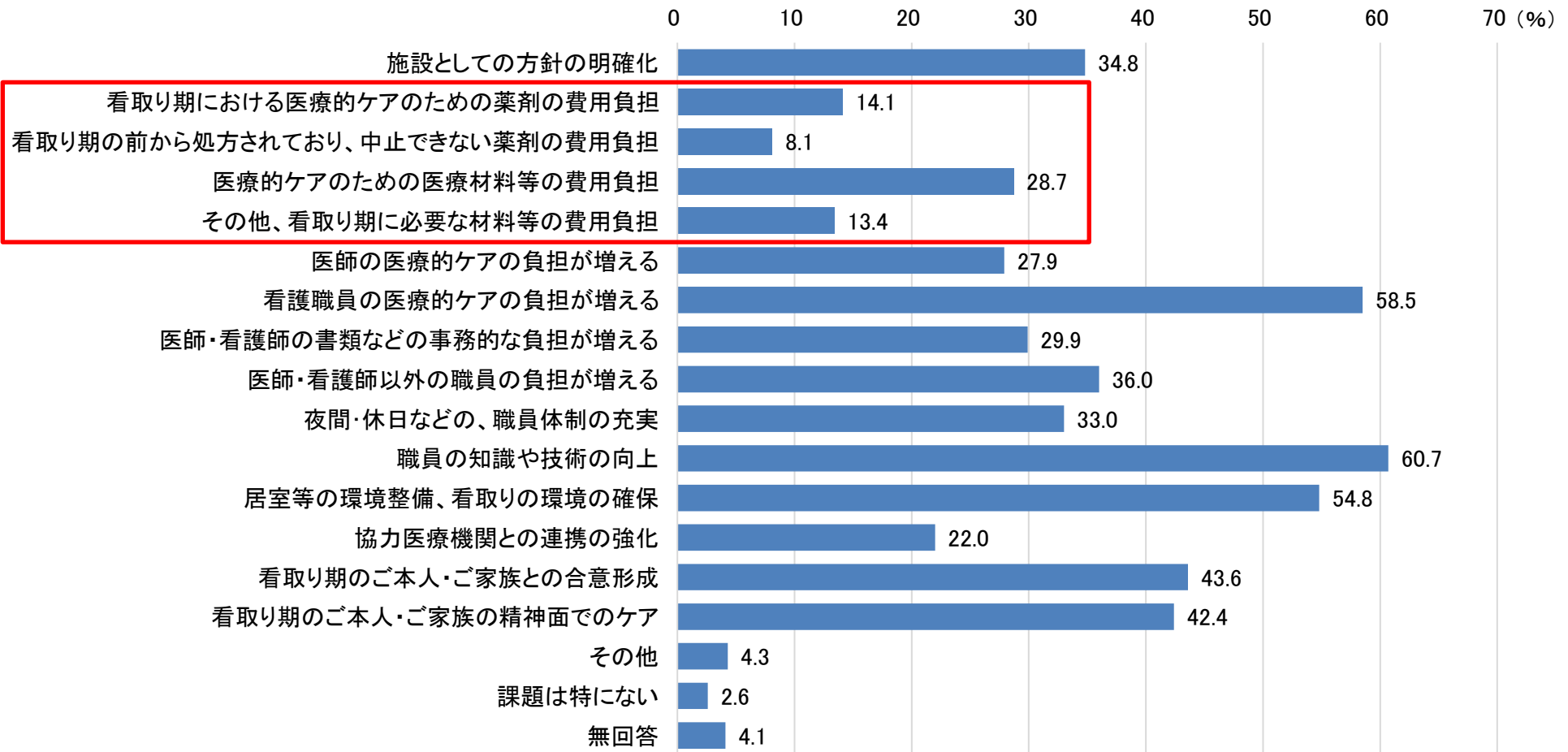
そもそも当施設では行っていない

無回答

介護老人保健施設における看取り対応の課題

○ 介護老人保健施設では、投薬等の医療に要する費用も含めた基本報酬となっているため、看取り期において医療的対応が増える場合に、それに要する医薬品費や医療材料費等の費用は施設の持ち出しとなる。

○ 看取り対応を行うにあたって、どのような課題があるか（複数回答）



論点⑦ ポリファーマシー解消の推進（かかりつけ医連携薬剤調整加算）

論点⑦

- 介護老人保健施設では、入所者のうち約半数が入所時に6種類以上の内服薬を処方されており、そのうち約35%は退所時に1種類以上減薬しているなど、一定のポリファーマシー解消のための取組が行われている。
- 一方、介護老人保健施設においてポリファーマシー対策を積極的に行っている施設は約6割であった。
- 利用者のかかりつけ医と連携し、薬剤を減らす取組を評価するかかりつけ医連携薬剤調整加算の算定率は5.8%と低く、算定が困難な理由として、「入所者の処方内容を変更する可能性があることについて、入所者の主治の医師から合意を得ること」等の理由が挙げられている。
- 介護老人保健施設における入所者のポリファーマシー解消の取組を推進する観点から、どのような方策が考えられるか。

対応案

- かかりつけ医連携薬剤調整加算（1）について、現在は入所前の主治医と連携した上で処方内容を総合的に評価・調整を行った場合を評価しているが、施設におけるポリファーマシー解消の取組を推進する観点から、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合に加え、施設において薬剤を評価・調整した場合について評価してはどうか。その上で、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合を高く評価することとしてはどうか。
- また、同加算（1）について、施設におけるポリファーマシー解消の取組を推進する観点から、病院の入院患者におけるポリファーマシー解消のための診療報酬上の取組を参考に、
 - ・ 処方を変更する際の留意事項を医師、薬剤師及び看護師等の多職種で共有し、処方変更に伴う病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて総合的に評価を行うこと
 - ・ 入所前に6種類以上の内服薬が処方されている方を対象とすること
 - ・ 入所者や家族に対して、処方変更に伴う注意事項の説明やポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うことを新たに要件としてはどうか。

介護老人保健施設入所者における多剤服用の状況と減薬の取組状況

- 介護老人保健施設の退所者のうち、入所時に6種類以上の内服薬が処方されている方の割合は概ね半数程度（9.8/20.5）であった。
- そのうち、退所時に内服薬が1種類以上減った方の割合は約35%（(1.5+1.9)/9.8）であった。

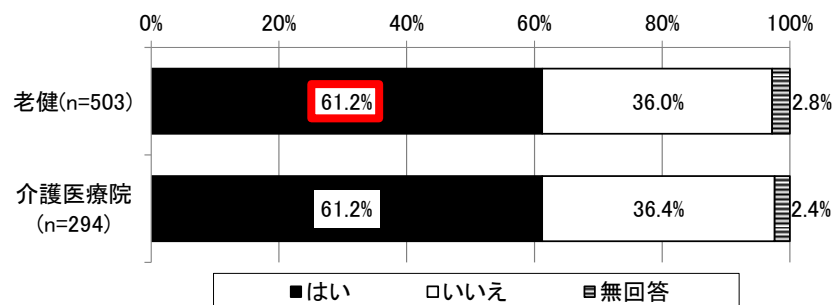
○令和4年6月1日～令和4年8月31日の退所者における薬剤の状況や加算算定人数

	平均値（人）	退所者数（平均20.5人）に対する割合	（参考）有効回答施設数
退所者数	20.5	—	345
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	9.8	47.8%	298
上記のうち退所時に内服薬が1種類減った人数	1.5	7.3%	295
上記のうち退所時に内服薬が2種類以上減った人数	1.9	9.3%	298
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）の算定人数	1.7	8.3%	325
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）の算定人数	1.2	5.9%	327
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）の算定人数	0.4	2.0%	327

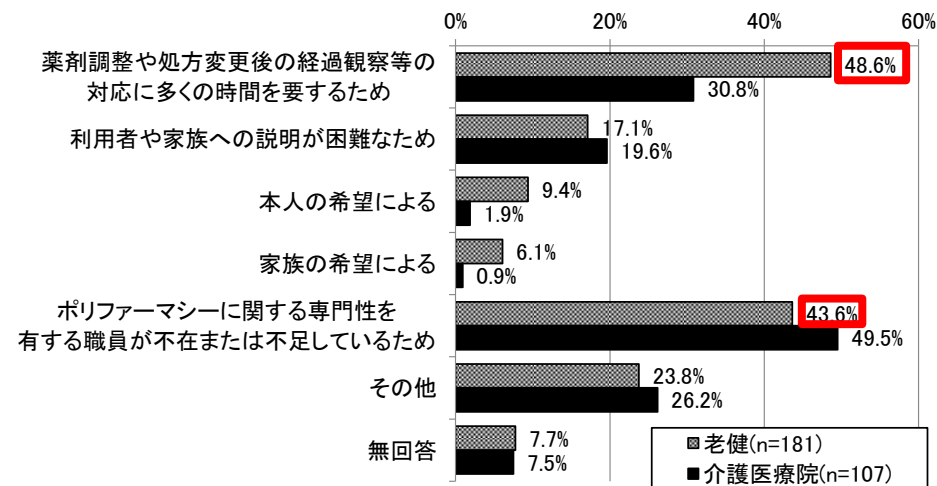
介護老人保健施設におけるポリファーマシー対策の状況

- ポリファーマシー対策として薬剤調整を積極的に実施している施設の割合は61.2%であった。
- 薬剤調整を積極的に実施していない理由としては、「薬剤調整や処方変更後の経過観察等の対応に多くの時間を要するため」が48.6%、「ポリファーマシーに関する専門性を有する職員が不在または不足しているため」が43.6%であった。

ポリファーマシー対策として薬剤調整を積極的に実施しているか



(いいえの場合) 実施していない理由 (複数回答)



かかりつけ医連携薬剤調整加算

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

単位等

- かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ） 100単位
 - かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） 240単位
 - かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） 100単位
- 注 入所者1人につき1回を限度。退所時に所定単位数を加算

算定要件等

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）>

- 介護老人保健施設の医師又は薬剤師が、関連ガイドライン等を踏まえた高齢者の薬物療法に関する研修を受講していること。
- 入所後1月以内に、かかりつけ医に、状況に応じて処方内容を変更する可能性があることについて説明し、合意を得ていること。
- 入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価内容や入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯及び変更後の状態について、退所時又は退所後1月以内にかかりつけ医に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）>

- （Ⅰ）を算定していること。
- 入所者の服薬情報等を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）>

- （Ⅰ）と（Ⅱ）を算定していること。
- 6種類以上の内服薬が処方されており、入所中に処方内容を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が共同し、総合的に評価・調整し、介護老人保健施設の医師が、入所時に処方されていた内服薬の種類を1種類以上減少させること。
- 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少していること。

かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定状況

	単位数 (令和3年度改訂後)	単位数	割合	回数・日数・件数	算定率	請求事業所数	算定率
		(単位:千単位) 総数	(単位数ベース) 11 109 308	千回・千日・千件 総数	(回転ベース) 9949.3		(事業所ベース)
介護保健施設サービス		11 109 308	9%	9 949.3	100%	-	-
栄養マネジメント強化加算	14単位/日	38 539	0.3%	3 503.6	35.2%	1550	36.8%
経口移行加算	28単位/日	309	0.0%	11.0	0.1%	265	6.3%
経口維持加算(Ⅰ)	400単位/月	15 683	0.1%	39.2	0.4%	2100	49.9%
経口維持加算(Ⅱ)	100単位/月	3 101	0.0%	31.0	0.3%	1511	35.9%
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90単位/月	1 325	0.0%	14.7	0.1%	414	9.8%
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110単位/月	4 824	0.0%	43.9	0.4%	884	21.0%
療養食加算	6単位/回	44 757	0.4%	7 459.5	75.0%	3897	92.6%
在宅復帰支援機能加算	5単位/回	93	0.0%	9.3	0.1%	5	0.1%
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)	100単位/回	138	0.0%	1.4	0.0%	246	5.8%
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)	240単位/回	228	0.0%	1.0	0.0%	171	4.1%
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)	100単位/回	15	0.0%	0.2	0.0%	66	1.6%
緊急時治療管理	518単位/日	1 138	0.0%	2.2	0.0%	-	-
所定疾患施設療養費(Ⅰ)	235単位/回	4 637	0.0%	19.4	0.2%	1827	43.4%
所定疾患施設療養費(Ⅱ)	475単位/回	24 456	0.2%	51.0	0.5%	1436	34.1%
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3単位/日□	638	0.0%	212.6	2.1%	155	3.7%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4単位/日□	300	0.0%	74.9	0.8%	43	1.0%
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位/日	4	0.0%	0.0	0.0%	0	0.0%
認知症情報提供加算	350単位/日	1	0.0%	0.0	0.0%	1	0.0%
地域連携診療計画情報提供加算	300単位/日	11	0.0%	0.0	0.0%	24	0.6%
リハビリテーションマネジメント計画書情報	33単位/月	6 479	0.1%	196.3	2.0%	2389	56.7%
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3単位/月	189	0.0%	62.9	0.6%	1827	43.4%
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13単位/月	1 307	0.0%	100.5	1.0%	1436	34.1%
排せつ支援加算(Ⅰ)	10単位/月	1 241	0.0%	124.1	1.2%	1575	37.4%
排せつ支援加算(Ⅱ)	15単位/月	116	0.0%	7.7	0.1%	625	14.8%
排せつ支援加算(Ⅲ)	20単位/月	29	0.0%	1.5	0.0%	285	6.8%
自立支援促進加算	300単位/月	25 753	0.2%	85.8	0.9%	1049	24.9%
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40単位/月	2 979	0.0%	74.5	0.7%	937	22.3%
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	60単位/月	10 373	0.1%	172.9	1.7%	2048	48.6%
安全対策体制加算	20単位/月	417	0.0%	20.8	0.2%	2680	63.7%
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位/日	97 828	0.9%	4 446.8	44.7%	1909	45.3%
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位/日	57 666	0.5%	3 203.7	32.2%	1312	31.2%
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6単位/日	12 407	0.1%	2 067.8	20.8%	879	20.9%
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	+所定単位×39/1000	357 376	3.2%	305.1	3.1%	3599	85.5%
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	+所定単位×29/1000	19 771	0.2%	23.1	0.2%	0	0.0%
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	+所定単位×16/1000	6 905	0.1%	14.7	0.1%	211	5.0%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	+所定単位×21/1000	142 409	1.3%	223.5	2.2%	1363	32.4%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	+所定単位×17/1000	38 716	0.3%	77.7	0.8%	916	21.8%
介護職員等ベースアップ等支援加算	0.8%	72 394	0.7%	300.2	3.0%	-	-

(注1) 「割合(単位数ベース)」は、各加算の単位数÷総単位数により求めたもの。

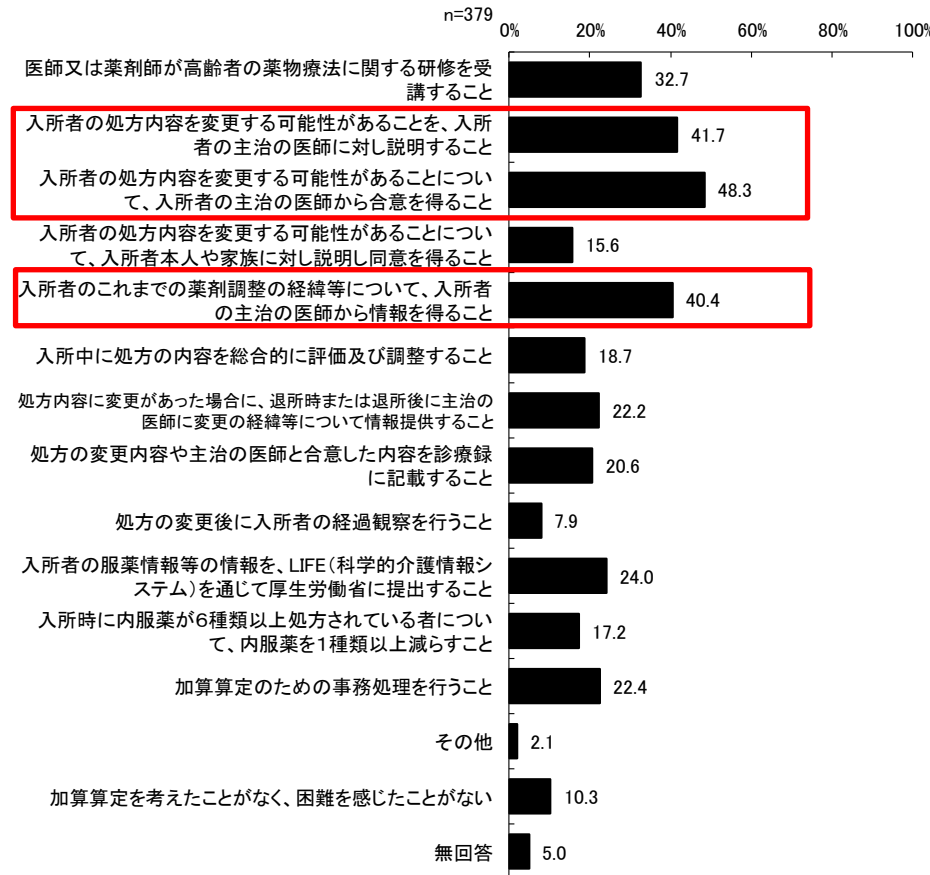
(注2) 「算定率(回数ベース)」は、各加算の回数÷総回数により求めたもの。

(注3) 「算定率(事業所ベース)」は、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。

かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定が困難な理由

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

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



1. 医療機関における減薬等の評価

○入院患者に対するポリファーマシー解消の取組の評価

- 入院時にポリファーマシー状態にある患者に対して、内服薬の総合的な評価及び変更の取組の評価と、減薬に至った場合を評価

【入院時】

6種類以上の内服薬

薬剤総合評価調整加算

【退院時】
→100点

更に

薬剤調整加算

【退院時】
2種類以上減少
→150点

- 多職種でカンファレンスを実施し、内服薬の変更、中止を行う
- 患者に対して処方変更に伴う注意点を説明し、病状の変化等について多職種で確認する



○外来患者に対する減薬の評価

- 多剤服薬を行っている患者に対して、受診時に内服薬が減少した場合を評価

【受診前】
6種類以上の内服薬



薬剤総合評価調整管理料

【受診後】
2種類以上減少
→250点

医療機関



連携管理加算

薬局と連携
→50点

薬局



※ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す（多剤服用の中でも害をなすものをポリファーマシー）

2. 薬局における減薬等の評価

○薬局の減薬の取組の評価

- 薬局が医師に減薬の提案を行い、その結果処方される内服薬が減少した場合の評価

【提案前】

6種類以上の内服薬

患者

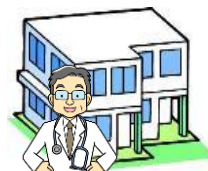
処方箋

調剤・
服薬指導

薬局

①文書で提案

②処方反映



医療機関

服用薬剤調製支援料1

【提案後】
2種類以上減少が4週間継続
→125点

○薬局の重複投薬解消の提案の評価

- 薬局が医師に服用薬の一覧表を作成し、重複投薬等の解消の提案した場合の評価

【提案前】

6種類以上の内服薬

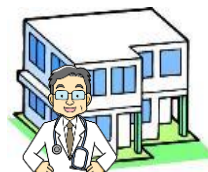
患者

処方箋

調剤・
服薬指導

薬局

報告書の送付



医療機関

服用薬剤調製支援料2

・服用薬の一元的把握
・重複投薬等の解消に係る提案
→100点

○外来患者の重複投薬等に関する疑義照会に関する評価

- 薬局から医師へ重複投薬等に関する疑義照会を行い、処方内容が変更された場合の評価

重複投薬・相互作用等防止加算 →40点

論点⑧ 報酬体系の整理・簡素化（地域連携診療計画情報提供加算、認知症情報提供加算）

論点⑧

- 地域連携診療計画情報提供加算は、大腿骨頸部骨折または脳卒中の患者について、診療報酬の地域連携診療計画加算を算定して退院したものについて、医療機関の作成した診療計画に基づき治療等を行った上で、当該医療機関に診療情報を提供した場合を評価する加算であるが、算定率は0.6%である。
- 認知症情報提供加算は、認知症患者を認知症疾患医療センターや認知症の鑑別診断等に係る専門医療機関に照会した場合を評価する加算であるが、算定率は0.0%である。
- これらの算定率が著しく低い加算について、廃止することも含めどのように考えるか。

対応案

- 地域連携診療計画情報提供加算及び認知症情報提供加算については、算定率が著しく低いことを踏まえ、廃止することとしてはどうか。
- 医療機関との連携については、本分科会で別途議論することとしてはどうか。

地域連携診療計画情報提供加算

- 特定の怪我または病気により入院していた者が退院した際、地域連携パスにおける介護事業の役割として、ケアの情報提供を行うことを評価する加算

単位等

- 地域連携診療計画情報提供加算 300/回
注 入所者1人につき1回を限度として算定する

算定要件等

- 医療診療報酬点数表の地域連携診療計画管理料又は、地域連携診療計画退院時指導（I）を算定して、保険医療機関を退院した入所者に対して、当該保険医療機関が地域連携診療計画に基づいて作成した診療計画に基づき、入所者の治療等を行った記録を、地域連携診療計画管理料を算定する病院に文書で提供する必要がある
 - 文書は、入所者の合意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに提供しなければならない
- <対象疾患>
- 大腿骨頸部骨折
大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合に限る
 - 脳卒中
急性発症又は急性増悪した脳梗塞、脳出血又は、くも膜下出血の治療を実施している場合に限る
 - 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

認知症情報提供加算

- 介護老人保健施設の入所者で、過去に認知症の原因疾患に関する確定診断を受けておらず、認知症のおそれがあると医師が判断した入所者を認知症疾患医療センター等に紹介することを評価する加算

単位等

- 認知症情報提供加算 350単位/回
 - 注1 入所者1人につき1回を限度として算定する
 - 注2 当該介護老人保健施設に併設する保険医療機関に対する紹介を行った場合は算定しない

算定要件等

- 過去に認知症の原因疾患に関する確定診断を受けておらず、認知症のおそれがあると医師が判断した入所者であって、施設内での診断が困難であると判断された者について、当該入所者又はその家族の同意を得た上で、当該入所者の紹介を行うこと

<対象機関>

- 認知症疾患医療センター
- 認知症の鑑別診断等に係る専門医療機関

介護老人保健施設の算定状況②

	単位数 (令和3年度改訂後)	単位数	割合	回数・日数・件数	算定率	請求事業所数	算定率
		(単位:千単位)	(単位数ベース)	千回・千日・千件	(回転ベース)		(事業所ベース)
		総数	11 109 308	総数	9949.3	総数	4210
介護保健施設サービス		11 109 308	9%	9 949.3	100%	-	-
栄養マネジメント強化加算	14単位/日	38 539	0.3%	3 503.6	35.2%	1550	36.8%
経口移行加算	28単位/日	309	0.0%	11.0	0.1%	265	6.3%
経口維持加算(Ⅰ)	400単位/月	15 683	0.1%	39.2	0.4%	2100	49.9%
経口維持加算(Ⅱ)	100単位/月	3 101	0.0%	31.0	0.3%	1511	35.9%
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90単位/月	1 325	0.0%	14.7	0.1%	414	9.8%
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110単位/月	4 824	0.0%	43.9	0.4%	884	21.0%
療養食加算	6単位/回	44 757	0.4%	7 459.5	75.0%	3897	92.6%
在宅復帰支援機能加算	5単位/回	93	0.0%	9.3	0.1%	5	0.1%
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)	100単位/回	138	0.0%	1.4	0.0%	246	5.8%
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)	240単位/回	228	0.0%	1.0	0.0%	171	4.1%
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)	100単位/回	15	0.0%	0.2	0.0%	66	1.6%
緊急時治療管理	518単位/日	1 138	0.0%	2.2	0.0%	-	-
所定疾患施設療養費(Ⅰ)	235単位/回	4 637	0.0%	19.4	0.2%	1827	43.4%
所定疾患施設療養費(Ⅱ)	475単位/回	24 456	0.2%	51.0	0.5%	1436	34.1%
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3単位/日□	638	0.0%	212.6	2.1%	155	3.7%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4単位/日□	300	0.0%	74.9	0.8%	43	1.0%
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位/日	4	0.0%	0.0	0.0%	0	0.0%
認知症情報提供加算	350単位/日	1	0.0%	0.0	0.0%	1	0.0%
地域連携診療計画情報提供加算	300単位/日	11	0.0%	0.0	0.0%	24	0.6%
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	33単位/月	6 479	0.1%	196.3	2.0%	2389	56.7%
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3単位/月	189	0.0%	62.9	0.6%	1827	43.4%
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13単位/月	1 307	0.0%	100.5	1.0%	1436	34.1%
排せつ支援加算(Ⅰ)	10単位/月	1 241	0.0%	124.1	1.2%	1575	37.4%
排せつ支援加算(Ⅱ)	15単位/月	116	0.0%	7.7	0.1%	625	14.8%
排せつ支援加算(Ⅲ)	20単位/月	29	0.0%	1.5	0.0%	285	6.8%
自立支援促進加算	300単位/月	25 753	0.2%	85.8	0.9%	1049	24.9%
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40単位/月	2 979	0.0%	74.5	0.7%	937	22.3%
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	60単位/月	10 373	0.1%	172.9	1.7%	2048	48.6%
安全対策体制加算	20単位/月	417	0.0%	20.8	0.2%	2680	63.7%
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位/日	97 828	0.9%	4 446.8	44.7%	1909	45.3%
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位/日	57 666	0.5%	3 203.7	32.2%	1312	31.2%
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6単位/日	12 407	0.1%	2 067.8	20.8%	879	20.9%
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	+所定単位×39/1000	357 376	3.2%	305.1	3.1%	3599	85.5%
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	+所定単位×29/1000	19 771	0.2%	23.1	0.2%	0	0.0%
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	+所定単位×16/1000	6 905	0.1%	14.7	0.1%	211	5.0%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	+所定単位×21/1000	142 409	1.3%	223.5	2.2%	1363	32.4%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	+所定単位×17/1000	38 716	0.3%	77.7	0.8%	916	21.8%
介護職員等ベースアップ等支援加算	0.8%	72 394	0.7%	300.2	3.0%	-	-

(注1) 「割合(単位数ベース)」は、各加算の単位数÷総単位数により求めたもの。

(注2) 「算定率(回数ベース)」は、各加算の回数÷総回数により求めたもの。

(注3) 「算定率(事業所ベース)」は、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。

1. これまでの分科会における主なご意見

2. 論点及び対応案



3. 参考資料

老人保健施設制度の沿革

社会保障制度審議会の意見書(S60.1.24)

重介護を要する老人には、医療面と福祉面のサービスが一体として提供されることが不可欠で、両施設を統合し、それぞれの長所を持ちよった中間施設を検討する必要がある。

(両施設：医療機関と特別養護老人ホーム)

中間施設に関する懇談会 中間報告(S60.8.2)

医療施設、福祉施設、家庭との間に存在する課題を解決し、要介護老人に対して通所、短期入所サービス及び入所サービスをきめ細かく実施する中間施設の体系的整備を図っていくことが必要

※入所サービス

- ①入院治療後に家庭・社会復帰のためのリハビリテーション、生活訓練等の実施
- ②病院に入院して治療するほどではないが、家庭では十分なケアのできない要介護老人に対し、医学的な管理と看護を中心としたサービスを提供

- S61.12 老人保健法を改正し、老人保健施設を規定
 - 附則において
 - ・老人保健施設の試行的実施を行うこと、
 - ・試行的実施の状況及び老人保健施設の運営等に関する基本的事項について、国会に報告することについて規定
- S62. 2 老人保健施設モデル施設の指定（千葉、長野、三重、大阪、兵庫、山口、北九州）
- S62.11 老人保健審議会において「老人保健施設の施設及び人員並びに設備及び運営に関する基準について」を答
- S62.12 国会報告
- S63. 1 「老人保健施設の施設及び人員並びに設備及び運営に関する基準について」公布
- S63. 4 老人保健施設の本格実施
- H 9.12 介護保険法成立（根拠規定が老人保健法から介護保険法に移行）
- H12. 4 介護保険法施行

介護老人保健施設の概要

(定義)

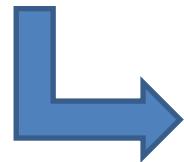
介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(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基準

必要となる人員・設備等

介護老人保健施設においてサービスを提供するために必要な人員・設備等は次の通り。

・ 人員

医師	1以上、100対1以上
薬剤師	実情に応じた適当数 (300対1を標準とする)
看護・介護職員	3対1以上、 うち看護は2/7程度
支援相談員	1以上、100対1以上
理学療法士、 作業療法士 又は言語聴覚士	100対1以上
栄養士	入所定員100以上の場合、1以上
介護支援専門員	1以上 (100対1を標準とする)
調理員、事務員 その他の従業者	実情に応じた適当数

・ 施設及び設備

療養室	1室当たり定員4人以下、 入所者1人当たり8㎡以上
機能訓練室	1㎡×入所定員数以上
食堂	2㎡×入所定員数以上
廊下幅	1.8m以上 (中廊下は2.7m以上)
浴室	身体の不自由な者が入浴する のに適したもの 等

ユニット型介護老人保健施設の場合、上記基準に加え、

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

介護老人保健施設の職員数

職種	1施設あたりの 平均配置人数(人)
医師	1.07
歯科医師	0.01
薬剤師	0.30
看護師	5.97
准看護師	3.98
介護職員	27.38
うち、介護福祉士	18.61
支援相談員	2.21
うち、社会福祉士	0.76
理学療法士	2.42
作業療法士	1.56
言語聴覚士	0.37
管理栄養士	1.21
栄養士	0.21
歯科衛生士	0.09
介護支援専門員	1.55
調理員	1.54
その他の職員	3.87

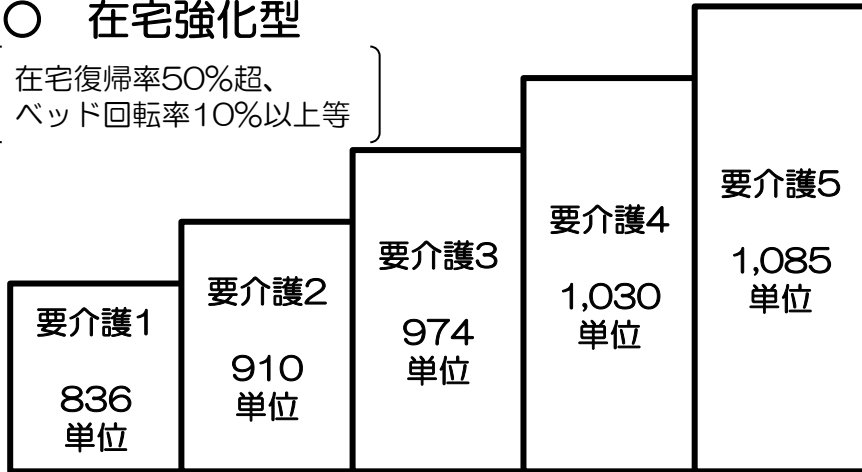
介護老人保健施設の報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

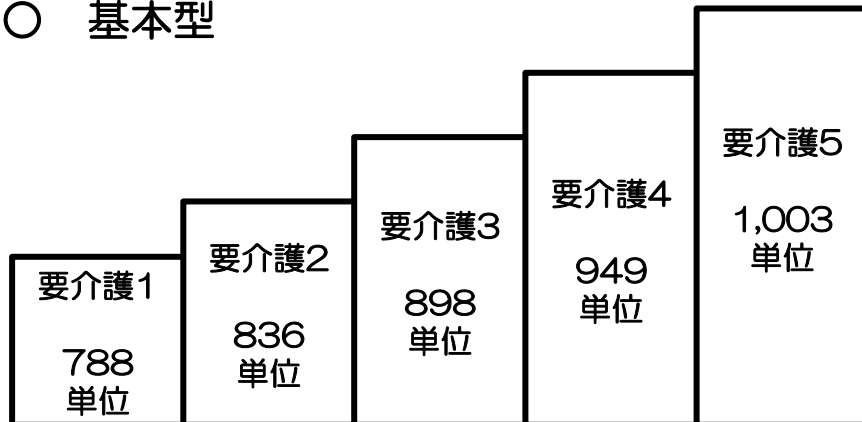
利用者の要介護度・在宅復帰率等に応じた基本サービス費（多床室の場合）

○ 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31~45日：80単位
死亡日以前4~30日：160単位
前日・前々日：850単位
当日：1,700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、帯状疱疹、蜂窩織炎の治療

(I) 239単位/日
(II) 480単位/日

短期集中的なりハビリテーションの実施 (240単位/日)

認知症短期的なりハビリテーションの実施 (240単位/日)
※週に3回を限度

栄養管理の強化

(11単位/日)

夜勤職員の手厚い配置

(24単位/日)

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8割以上等：22単位
・介護福祉士6割以上等：18単位
・介護福祉士5割以上等：6単位

介護職員処遇改善加算

I：3.9%・II：2.9%・III：1.6%

介護職員等特定処遇改善加算

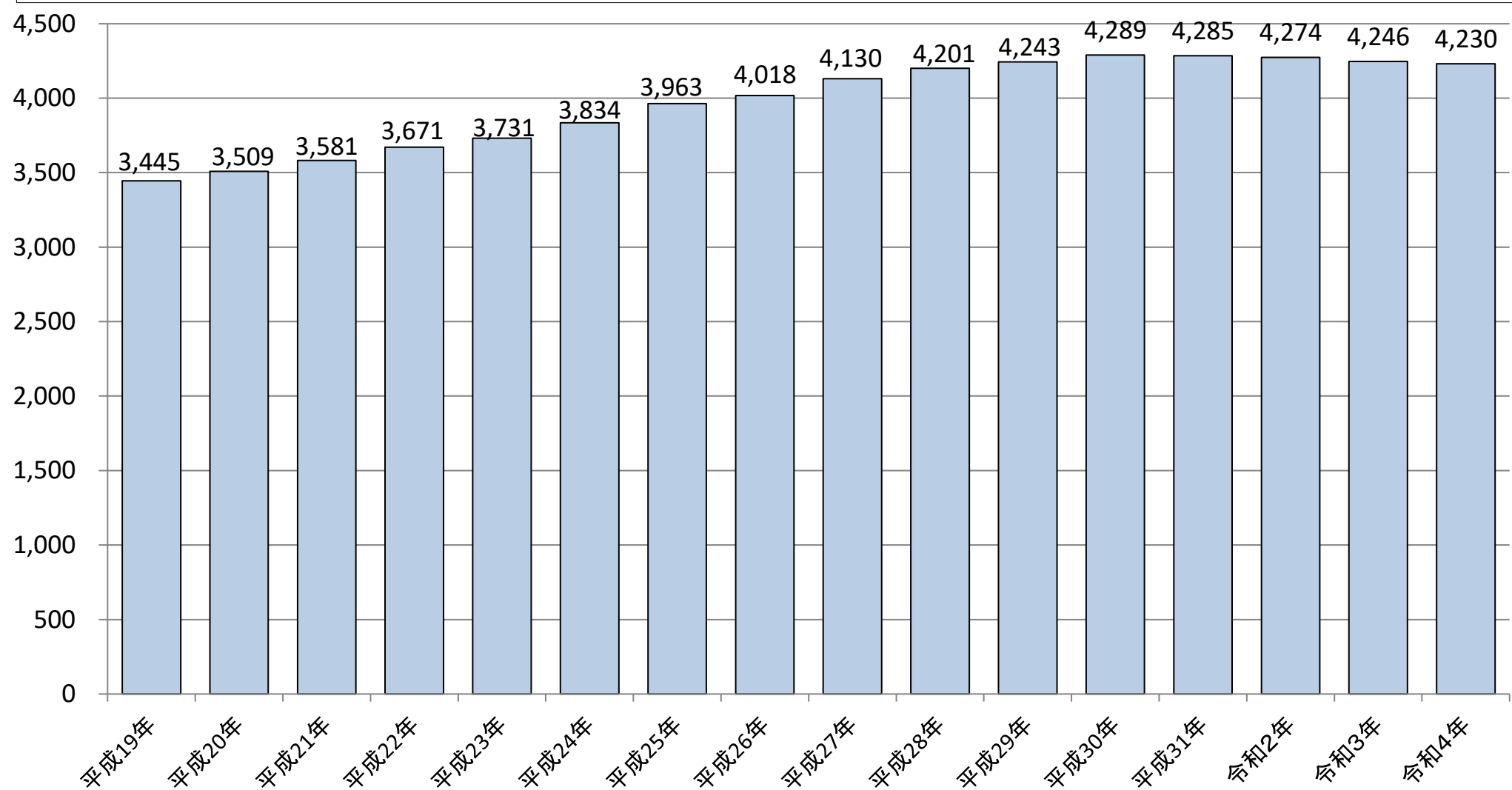
(I) 2.1% (II) 1.7%

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%)

介護老人保健施設の請求事業所数

○ 請求事業所数は、令和4年4月時点で4,230事業所であった。



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。