

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（第1回） 議事次第

令和5年3月15日(水) 9:30～
於 オンライン開催

議 題

○本意見交換会について

○地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害
サービスの連携

○リハビリテーション・口腔・栄養

○要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

出席者一覽

- ・ 池端 幸彦 日本慢性期医療協会副会長
- ・ 稲葉 雅之 民間介護事業推進委員会代表委員
- ・ 江澤 和彦 日本医師会常任理事
- ・ 小塩 隆士 一橋大学経済研究所教授【中央社会保険医療協議会会長】
- ・ 田中 志子 日本慢性期医療協会常任理事
- ・ 田辺 国昭 国立社会保障・人口問題研究所所長
【社会保障審議会介護給付費分科会会長】
- ・ 田母神 裕美 日本看護協会常任理事
- ・ 長島 公之 日本医師会常任理事
- ・ 濱田 和則 日本介護支援専門員協会副会長
- ・ 林 正純 日本歯科医師会常務理事
- ・ 東 憲太郎 全国老人保健施設協会会長
- ・ 古谷 忠之 全国老人福祉施設協議会参与
- ・ 松本 真人 健康保険組合連合会理事
- ・ 森 昌平 日本薬剤師会副会長

(五十音順 敬称略)

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会について

1. 目的

- 令和6年度は、6年に一度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定になるとともに、医療介護総合確保方針、医療計画、介護保険事業（支援）計画、医療保険制度改革などの医療と介護に関わる関連制度の一体改革にとって大きな節目であることから、今後の医療及び介護サービスの提供体制の確保に向け様々な視点からの検討が重要となる。
- また、医療と介護を取り巻く現状としては、いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年（2025年）にかけて、65歳以上人口、とりわけ75歳以上人口が急速に増加した後、令和22年（2040年）に向けてその増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、令和7年以降さらに減少が加速すると見込まれている。
- ポスト2025年を見据え、医療・介護ニーズが増大する一方で、その支え手は減少が見込まれている中、あるべき医療・介護の提供体制を実現していくことが強く求められている。また、この際、限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護提供体制の最適化・効率化を図っていくという視点も重要である。
- このような背景を踏まえ、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会において、診療報酬と介護報酬等との連携・調整をより一層進める観点から、両会議の委員のうち、検討項目に主に関係する委員で意見交換を行う場を設けることとする。
- 以上のような背景を踏まえ、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会がそれぞれ具体的な検討に入る前に、以下のテーマ・課題（案）に主に関わる委員にて意見交換を行う。
- なお、この意見交換会では、関係者において新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえた今後の健康危機管理やポスト2025を見据えた際の課題や方向性の共有を目的とし、具体的な報酬に関する方針を決めないこととする。

2. テーマ・議題（案）

○ 議題は、各報酬の対象者が今後直面すると考えられる以下のテーマを議題とする。

1. 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
2. リハビリテーション・口腔・栄養
3. 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療
4. 高齢者施設・障害者施設等における医療
5. 認知症
6. 人生の最終段階における医療・介護
7. 訪問看護
8. 薬剤管理
9. その他

3. 開催時期と頻度

- ・ 第1回（本日） 令和5年3月15日 テーマ1、2、3
- ・ 第2回 令和5年4月 テーマ4、5
- ・ 第3回 令和5年5月 テーマ6、7

※テーマ8については各テーマ内で議論を予定

4. 会議の運営

- 1) 会議は、老健局及び保険局の共同事務局による有識者会議とする。
- 2) 会議で出された意見は、中央社会保険医療協議会及び介護給付費分科会に報告する。加えて、障害福祉サービス等報酬についても令和6年度に改定されることから、障害福祉サービス等報酬改定検討チームにも報告することとする。
- 3) 会議の議事は原則公開とする。

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（案）

○目的

令和6年度の診療報酬等の改定に向けて、中央社会保険医療協議会及び介護給付費分科会において、それぞれ改定内容に係る検討が行われるところ、各報酬がより有機的に連携したものとなるよう、それぞれが具体的な検討に入る前に、同時改定に関する議題に主に関係する委員等で意見交換を行う。

なお、この懇談会では、関係者において新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえた今後の健康危機管理やポスト2025および2040年を見据えた際の課題や方向性の共有を目的とし、具体的な報酬に関する方針を決めないこととする。

○議題（案）

議題は、各報酬の対象者が今後直面すると考えられる課題（以下）を念頭に今後調整を行う。

1. 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
2. 高齢者施設・障害者施設等における医療
3. 認知症
4. リハビリテーション・口腔・栄養
5. 人生の最終段階における医療・介護
6. 訪問看護
7. 薬剤管理
8. その他

○開催時期と頻度：令和5年3月以降、3回程度の開催を予定

○会議の運営

- 1) 会議は、老健局及び保険局の共同事務局による有識者会議とする。
- 2) 会議で出された意見は、中央社会保険医療協議会及び介護給付費分科会に報告する。加えて、障害福祉サービス等報酬についても令和6年度に改定されることから、障害福祉サービス等報酬改定検討チームにも報告することとする。
- 3) 会議の議事は原則公開とする。

意見交換 資料1 参考2
R 5 . 3 . 1 5

令和5年2月16日

第19回医療介護総合確保促進会議

資料1

総合確保方針の見直しについて（案）

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

総合確保方針の意義・基本的方向性の見直し（案）

【現行】

意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現

【見直し案】

意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者・国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現。

基本的方向性

- (1) 効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築
- (2) 地域の創意工夫を活かせる仕組み
- (3) 質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進
- (4) 限りある資源の効率的かつ効果的な活用
- (5) 情報通信技術（ICT）の活用

基本的方向性

- (1) 「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築
 - (2) サービス提供人材の確保と働き方改革
 - (3) 限りある資源の効率的かつ効果的な活用
 - (4) デジタル化・データヘルスの推進
 - (5) 地域共生社会の実現
- (別添) ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

総合確保方針の意義の見直し案

1. 意義

- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年（2025年）にかけて、65歳以上人口、とりわけ75歳以上人口が急速に増加した後、令和22年（2040年）に向けてその増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、令和7年以降さらに減少が加速する。
- 全国で見れば、65歳以上人口は令和22年を超えるまで、75歳以上人口は令和32年（2050年）を超えるまで増加が続くが、例えば、要介護認定率や1人当たり介護給付費が急増する85歳以上人口は令和7年まで75歳以上人口を上回る勢いで増加し、令和17年（2035年）頃まで一貫して増加する。外来患者数は令和7年（2025年）頃、入院患者数は令和22年（2040年）頃、在宅患者数は令和22年（2040年）以降に最も多くなる。一方で、都道府県や2次医療圏単位で見れば、65歳以上人口が増加する地域と減少する地域に分かれ、入院・外来・在宅それぞれの医療需要も、ピークを迎える見込みの年が地域ごとに異なる。
- 生産年齢人口が減少していく中で、急激に高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを越える地域もあるなど、人口構成の変化や医療及び介護需要の動向は地域ごとに異なる。こうした地域の実情に応じた医療及び介護提供体制の確保を図っていくことが重要である。その際、中山間地域や離島では、地理的要因によって医療や介護の資源が非常に脆弱な地域も存在することに留意する必要がある。また、求められる患者・利用者の医療・介護ニーズも変化している。高齢単身世帯が増えるとともに、慢性疾患や複数の疾患を抱える患者、医療・介護の複合ニーズを有する患者・利用者が増加しており、医療・介護の連携の必要性が高まっている。
- 特に、認知症への対応については、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人やその家族の視点を重視しながら共生と予防を車の両輪として施策を推進していく必要がある。
- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者など国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築し、国民一人一人の自立と尊厳を支えるケアを将来にわたって持続的に実現していくことが、医療及び介護の総合的な確保の意義である。

総合確保方針の基本的な方向性を見直し案（その1）

（1）「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築

- 医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築が進められてきたが、今般の新型コロナウイルス感染症対応において、地域における医療・介護の提供に係る様々な課題が浮き彫りとなった。
- こうした課題にも対応できるよう、平時から医療機能の分化と連携を一層重視して国民目線で提供体制の改革を進めるとともに、新興感染症等が発生した際にも提供体制を迅速かつ柔軟に切り替えることができるような体制を確保していくことが必要である。
- 入院医療については、まずは令和7年に向けて地域医療構想を推進し、その上で、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、更に医療機能の分化・連携を進めていくことが重要である。外来医療・在宅医療については、外来機能報告制度を踏まえ紹介受診重点医療機関の明確化を図るとともに、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行っていくことが重要である。これらについては、地域医療構想を更に推進する中で対応を進めるとともに、医療従事者の確保と働き方改革を一体的に進めていくことが重要である。また、医薬品の安定供給や提供体制の確保を図っていくことが必要である。
- 地域包括ケアシステムについては、介護サービスの提供体制の整備、住まいと生活の一体的な支援、医療と介護の連携強化、認知症施策の推進、総合事業、介護予防、地域の支え合い活動の充実等を含めた地域づくりの取組を通じて、その更なる深化・推進を図っていくことが重要である。
- 人口構成の変化や医療・介護需要の動向は地域ごとに異なることから、医療及び介護の総合的な確保を進めていくためには、地域の創意工夫を活かせる柔軟な仕組みを目指すことが必要である。
- 国民の行動変容を促す情報発信、人生の最終段階において本人が望む医療やケアについて家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発等、患者・利用者など国民の視点に立った医療・介護の提供体制の整備を進めていくことが重要である。

総合確保方針の基本的な方向性を見直し案（その2）

（2）サービス提供人材の確保と働き方改革

- 令和22年に向けて生産年齢人口が急減する中で、医療・介護提供体制の確保のために必要な質の高い医療・介護人材を確保するとともに、サービスの質を確保しつつ、従事者の負担軽減が図られた医療・介護の現場を実現することが必要となる。
- 医療従事者については、働き方改革の取組を進めるとともに、各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の整備やタスク・シフト／シェア、チーム医療の推進、復職支援等を進めていくことが重要である。介護従事者については、これまでの処遇改善の取組に加え、ICTや介護ロボット等の活用、手続のデジタル化等により介護現場の生産性向上の取組を推進し、専門性を生かしながら働き続けられる環境づくりや復職支援、学校等と連携した介護の仕事の魅力発信に取り組むとともに、いわゆる介護助手の導入等の多様な人材の活用を図ることで、必要な人材の確保を図っていくことが重要である。
- このような取組を通じて、患者・利用者など国民の理解を得ながら、医療・介護サービス提供人材の確保と働き方改革を地域医療構想と一体的に進めることが重要である。

（3）限りある資源の効率的かつ効果的な活用

- 人口減少に対応した全世代型の社会保障制度を構築していくことが必要である。急速に少子高齢化が進む中、医療及び介護の提供体制を支える医療保険制度及び介護保険制度の持続可能性を高めるためには、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用していく必要がある。
- こうした観点からも、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供、介護サービスの質の向上、介護サービス事業者の経営の協働化・大規模化、ケアマネジメントの質の向上を推進することが重要である。

総合確保方針の基本的な方向性の見直し案（その3）

（4）デジタル化・データヘルスの推進

- オンライン資格確認等システムにおいては、患者の同意の下に、医療機関・薬局において特定健診等情報や薬剤情報等を確認し、より良い医療が提供される環境の整備が進められている。
- 介護についても、地域包括ケアシステムを深化・推進するため、介護情報を集約し、医療情報とも一体的に運用する情報基盤の全国一元的な整備を進めることとしている。
- オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等に加え、予防接種、電子処方箋、自治体検診、電子カルテ等の医療（介護を含む。）全般にわたる情報について共有・交換できる「全国医療情報プラットフォーム」を創設する方向が示されている。
- 医療・介護連携を推進する観点から、医療・介護分野でのDX（デジタルトランスフォーメーション）を進め、患者・利用者自身の医療・介護情報の標準化を進め、デジタル基盤を活用して医療機関・薬局・介護事業所等の間で必要なときに必要な情報を共有・活用していくことが重要である。
- 医療・介護提供体制の確保に向けた施策の立案に当たり、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）、公的データベース等やこれらの連結解析等を通じ、客観的なデータに基づいてニーズの分析や将来見通し等を行っていくEBPM（エビデンス・ベスト・ポリシー・メイキング）の取組が重要である。

総合確保方針の基本的な方向性を見直し案（その4）

（5）地域共生社会の実現

- 孤独・孤立や生活困窮の問題を抱える人々が地域社会と繋がりながら、安心して生活を送ることができるようにするため、地域の包括的な支援体制の構築、いわゆる「社会的処方」の活用など「地域共生社会」の実現に取り組む必要がある。現に、従来からの地域包括ケアシステムに係る取組を多世代型に展開し、地域共生社会の実現を図る地方自治体も現れてきている。
- 医療・介護提供体制の整備については、住宅や居住に係る施策との連携も踏まえつつ、地域の将来の姿を踏まえた「まちづくり」の一環として位置付けていくという視点を明確にしていくことも重要である。
- 医療・介護提供体制の確保に当たっては、地域住民や地域の多様な主体の参画や連携を通じて、こうした「地域共生社会」を目指していく文脈の中に位置付けていくことが重要である。

（別添）ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供体制の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの

※このほか、市町村計画の共同策定の明確化など所要の見直し

(別添) ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

1. ポスト2025年に対応した医療・介護提供体制の姿

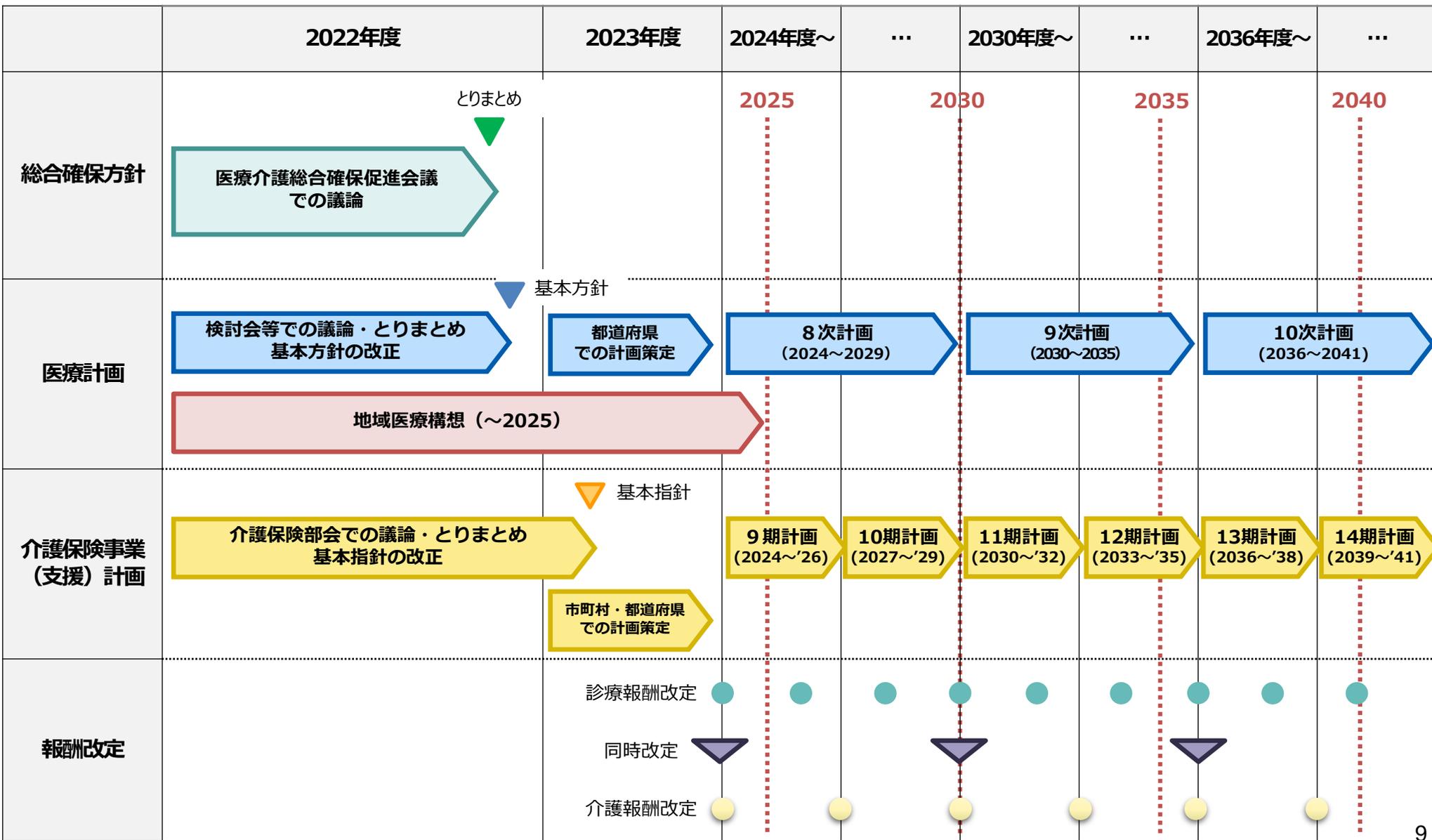
- 医療・介護提供体制の改革を進めていくに当たっては、実現が期待される医療・介護提供体制の姿を関係者が共有した上でそこから振り返って現在すべきことを考える形（バックキャスト）で具体的に改革を進めていくことが求められる。
- その際、限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護提供体制の最適化・効率化を図っていくという視点も重要。
- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの。

2. ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿の3つの柱

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿は、以下の3つの柱を同時に実現することを通じて、患者・利用者など国民が必要な情報に基づいて適切な選択を行い、安心感が確保されるものでなければならない。

- I 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること
- II 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること
- III 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けられること

(参考) 今後のスケジュール



ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿（案）

いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年（2025年）に向けて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築が進められてきたが、一方で、今般の新型コロナウイルス感染症対応において、地域における医療・介護の提供に係る様々な課題が浮き彫りとなった。

今後、医療・介護の複合的ニーズを有する85歳以上人口が急増し、また、高齢者の単独世帯も増加していく中で、例えば単身で暮らす複数の基礎疾患を持つ要介護の高齢者への急性期や感染症の対応など、新型コロナウイルス感染症対応は、このまま対策を講じなければいずれ直面するであろう医療・介護提供体制の課題を、現実に体験したものと捉えることもできる。他方、こうした危機の中において、医療・介護の現場あるいは現場と行政の間等で、密接な意思疎通が求められ、新たな形を含め様々な役割分担・連携・協力の取組が模索され、地域で実現したことも確かであり、今後の医療・介護提供体制の改革にこうした経験を活かしていくことが期待される。

今後、全国的には令和22年（2040年）頃に、高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面するという局面を迎えることとなる。さらに医療・介護提供体制の改革を進めていくに当たっては、こうした局面を視野に入れて、実現が期待される医療・介護提供体制の姿を関係者が共有した上で、そこから振り返って現在すべきことを考える形（バックキャスト）で具体的に改革を進めていくことが求められる。その際、医療・介護の提供体制を論ずべき地域単位でみれば、こうした変化のスピードや度合いは様々であり、地域ごとの人口構造やこれに伴う医療・介護需要の変化を見据えながら、地域ごとに適切に対応できるような形で改革を進めていく必要がある。また、既に減少に転じている生産年齢人口が令和7年（2025年）以降さらに減少が加速化することも踏まえると、必要なサービスを創出していく取組を続ける一方で、限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護提供体制の最適化や効率化を図っていくという視点も重要である。

「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」は、高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面するという局面において実現が期待される医療・介護提供体制の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたものである。

1 ポスト 2025 年の医療・介護提供体制の姿の 3 つの柱

- ポスト 2025 年の医療・介護提供体制の姿は、以下の 3 つの柱を同時に実現することを通じて、患者・利用者など国民が必要な情報に基づいて適切な選択を行い、安心感が確保されるものでなければならない。
 - ① 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること
 - ② 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること
 - ③ 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けられること

2 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること

(基本的考え方)

- 医療・介護が必要な状態になっても、自分が住み慣れた地域において、「治し、支える」医療と個別ニーズに寄り添った多様な介護サービスなどの支援が、それぞれの機関が役割分担しながら、かつ、それらの機関が有機的に連携して、ニーズに応じて柔軟に提供される。こうした形で地域が医療・介護の連携体制によってカバーされ、いざというときにも、自らの生活の中で自分や家族を支えてくれる基盤が整っているということが、目に見える形で分かりやすく明らかになっている。

(「治し、支える」医療と医療・介護連携)

- できる限り住み慣れた地域で、これまでの日常生活に近い環境で暮らし続けたいという国民の想いに応えるためには、入院医療で「治す」ことに特化した機能だけでなく、在宅医療や外来医療を含め「治し、支える」医療が、在宅復帰・在宅療養支援等を含む介護サービスや住まい、生活面での支援とともに地域で完結して提供される、地域包括ケアシステムが構築されている必要がある。

- こうしたシステムが構築されていることで、例えば要介護になって在宅を中心に入退院を繰り返し（「ときどき入院、ほぼ在宅」）、最後は看取りを要することになっても、生活の質（QOL）を重視しながら、必要な医療・介護を受けることができる。「治し、支える」医療と個別ニーズに寄り添った介護の理念の下に地域包括ケアシステムが構築されていることが、住民の目から見て明らかになっていることが重要である。

（ポスト 2025 年を見据えた医療機能）

- 入院医療については、令和 7 年（2025 年）に向けて、4 つの医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計した病床の必要量を含む地域医療構想を策定し、これに基づき医療機能の分化・連携の取組が進められている。
また、外来医療については、地域における紹介受診重点医療機関の決定など、大病院への外来患者の集中を緩和するための取組が進められている。
こうした取組に加え、在宅医療を含め、身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行うかかりつけ医機能について、こうした機能が発揮される制度整備を行っていくこととされている。
- 入院医療の中で急性期から回復期、慢性期に至る診療体制を構築するだけでは、「治し、支える」医療やこれと連携した介護を地域で完結して受けられる体制を構築していくことはできない。外来医療や在宅医療、介護保険施設における医療を含め、限りある医療資源が連携して最適化・効率化されていて、これが住民に分かりやすく共有されることで、患者もこれに応じて適切に医療にかかることができる。
- こうした観点も含め、地域医療構想をアップデートし、これに基づき、さらに医療機能の分化・連携を進めていく必要がある。
- また、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者が増加する中、要介護になっても、在宅を中心に生活を継続しながら、必要に応じて入退院を繰り返すこと、即ち「ときどき入院、ほぼ在宅」にも対応できるよう、こうした高齢者の入退院における対応について介護保険施設との協力や役割分担も含め検討していくことが必要である。

(地域包括ケアシステムの深化・推進)

- 要介護認定率が上昇し、介護給付費が急増する85歳以上人口は、令和17年(2035年)頃まで一貫して増加していく。また、さらに増加が見込まれる認知症への対応は、本人だけでなく家族の視点も含め、国民の将来への不安の一因ともなっている。ポスト2025年を見据え、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援等が包括的に確保される地域包括ケアシステムを、各地域の実情に応じてさらに深化・推進させていく必要がある。
- その際、できる限り住み慣れた地域で、これまでの日常生活に近い環境で暮らし続けたいという国民の思いに応えるためには、利用者の暮らし方、利用者の状態の変化やそれを支える周囲の状況等に応じて、柔軟に介護サービスが利用できるようにしていくという視点が重要である。
- このためには、従来の施設と在宅という体系論を所与の前提とせず、改めて各種サービスが持つ機能に応じて、それが発揮できる制度の在り方を検討していくことが求められる。例えば、本人の希望や周囲の状況等に応じて選択できるよう、在宅の場合であっても通所・訪問・泊まり・看護などのサービスを一体として利用できるような選択肢を増やしていくことは、自宅等で暮らし続けながら、自らの状態や介護者の状況の変化に応じて柔軟にサービスを受けることを可能にするものと考えられる。
- また、高齢者施設における適切な医療・介護サービスを確保していく観点からは、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院といった施設サービスのそれぞれの特性を踏まえつつ、その機能や施設入所者への医療提供のあり方等を検討していくことが必要である。
- さらに、認知症の方が増えていく中で、認知症とうまく付き合いながら地域で生活していける環境を整備するとともに、住み慣れた自宅や地域での介護を推進する観点から、居宅サービスやグループホームなどの地域密着型サービスの確保やユニットケアの促進、入院期間の短縮化等の介護サービスの受け皿や医療介護の連携等の在り方の検討を進め、認知症の方本人を中心に、家族や介護者、医療機関・薬局・介護施設等が協力して対応していける体制を構築することが必要である。

- また、介護保険の給付対象となる介護サービスだけでなく、住まいや生きがいを持った生活への支援も含め、地域の中に住民主導のものも含めた様々な社会資源があり、これらについてケアマネジャー等が主体となって調整を行い、医療・介護サービス等が包括的に提供されるようにすることが重要である。こうした、地域包括ケアシステムについては、市町村や地域住民が主体となり、その運営に関わっていけるようにすることも重要である。
- その際、住民がより長くいきいきと地域で暮らし続けることができるよう、介護予防、地域支援事業、地域の支え合い活動を含めた地域づくりの取組を充実させ、サービス提供者と利用者とは「支える側」と「支えられる側」という画一的な関係性に陥ることのないよう、高齢者の社会参加等を進めることで、世代を超えて地域住民が共に支え合う地域が形作られていくことが期待される。

（「治し、支える」医療や介護の担い手）

- 必要なときに自らに寄り添った適切な医療・介護を受けることができるという実感を持てるためには、医療・介護を担う人材が、専門職としての知識や技能の基盤の上に、互いに連携しながら、生き生きと働いている姿を普段から目の当たりにできることが重要である。
- ポスト 2025 年を見据え「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った介護の理念の下に地域包括ケアシステムを推進していくことは、医療・介護に係る物的資源だけでなく、その限りある人的資源についても、必要なサービスへの再配置や再分配を含めた効率的な利用の実現を通じて、地域で必要な担い手の安定的な確保に資するものとなる。生産年齢人口が急減していく中で、サービスの質を確保しつつ、テクノロジーも活用し、従事者の負担軽減が図られた医療・介護の現場を実現していくことが必要である。
- 医療の質や安全が確保され、持続可能な形で提供されるよう、労務管理の徹底や労働時間の短縮を通じて医師の健康を確保する医師の働き方改革を進めていくとともに、各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の整備や、タスク・シフト／シェアが図られ、医療従事者がチームとして医療現場を支える仕組みが構築される必要がある。オンライン診療等の遠隔医療など ICT の活用を進めていくほか、医師の地域偏在・診療科偏在を是正していくことも必要である。

- 介護についても、人が人を支えるというやりがいでなく、それに見合った処遇が確保され、介護現場に活気が生まれてこなければ、利用者から見て安心して暮らせる場とはならない。深刻な介護人材不足に向き合っていくためにも、専門性の高い従事者が適切な業務配分によりその専門性を十分に発揮できるよう、高齢者をはじめとする幅広い層の参画を通じた、いわゆる介護助手の活用の取組などタスクシェア・タスクシフトの促進や ICT・介護ロボット等の活用、手続のデジタル化等により介護現場の生産性向上の取組を推進し、介護職員に対する相談支援等の環境整備を含めた働く環境の改善や復職支援に取り組む必要がある。それとともに、外国人の介護人材が円滑に就労・定着できる環境整備等を含め、多様な人材を適切に活用していく中で、資格と職務経験に応じた富士山型の人材活用を目指すなど、必要な人材の確保を図っていく必要がある。こうした取組をより効果的に推進し、サービスの質を確保しつつ、人材や資源を有効に活用するため、介護サービスの質の向上、介護サービス事業者の経営の協働化・大規模化も有効である。

3 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること

(基本的考え方)

- 健康・医療・介護に関して何か不安を感じたときに、自分が住み慣れた地域に気軽に相談できる専門職やその連携が確保されている。こうした専門職等に相談すれば、自ら適切なサービスを提供してくれるか、その時々状況に適した専門職を紹介し、適切なサービスに繋げてくれる。こうした気軽に相談できる専門職等があらかじめ明らかになっていて、自らそれを選ぶことができる。

(医療・介護サービス利用の起点)

- 身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行うかかりつけ医機能を担う医療機関やその連携が明らかになっていることが重要である。自らこうした医療機関を選択することで、国民は、地域において「治し、支える」医療やこれと連携した介護を提供してくれる地域包括ケアシステムへの起点を持つこととなる。
- こうした機能を担う医療機関は、日常的な医療を提供しつつ、必要に応じて、地域の介護サービスや通いの場などの社会資源につないだり、専門的な医療機関等へ紹介したりして、患者を継続的に総合的に支える役割を担う。また、退院した患者を地域で継続的に支援する機能なども担うこととなる。

(ケアマネジメントの機能強化)

- 介護サービスの利用に当たっては、本人の自立を支援する適切なケアマネジメントが行われることが重要であることは言うまでもない。こうしたケアマネジメントが、個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護を、医療はもとより、介護予防、住まい、生活支援などと連携して包括的に提供する地域包括ケアシステムの中で重要な役割を担うものである。
- ケアマネジャーがこうした役割に即した適切なケアマネジメント機能を発揮できるよう、取り巻く課題について包括的な検討を行うことが重要である。その中で、適切なケアマネジメント手法の普及・定着、ケアプラン情報やLIFE（科学的介護情報システム）情報を含め介護情報の体系化、データベース化等によるケアマネジメントの質の向上等も進めていくほか、かかりつけ医機能を担う医療機関との連携、入退院から介護サービスの利用までを含めた総合的なケアマネジメントの推進を目指す必要がある。また、人材の確保の観点からも、ケアマネジャーの待遇改善、ICT等を活用した業務効率化をはじめとした取組により、働く環境の改善を進めて行く必要がある。

(相談支援体制の整備)

- 地域包括ケアシステムへの起点は、医療機関だけではない。認知症の人や要介護高齢者等の増加が見込まれる中、地域包括支援センターなどの身近な拠点による認知症の方を含む要介護者や家族介護者等への伴走型支援はその入口となるものである。
- 地域住民からの総合相談支援等を担う地域包括支援センターについて、地域包括ケアシステムの重要な構成要素として、高齢化に伴う介護ニーズの増大や高齢者を取り巻く課題の複雑化・多様化、高齢者の単独世帯の増加等に適切に対応するための体制や環境整備を図っていくことに加え、障害福祉や児童福祉などの他分野の相談窓口との一体的な設置や連携を促進していくことが重要である。また、こうした相談窓口が適切に活用されるよう、その周知等を通じて、相談支援の仕組みが浸透していくようにすることが重要である。

(地域共生社会の実現)

- さらに大きな視点に立てば、医療・介護の提供体制だけでは、できる限り住み慣れた地域で、これまでの日常生活に近い環境で暮らし続けることを実現させることはできない。8050 問題、孤独・孤立や生活困窮といった複合的な問題を抱えていても、しっかり受け止める相談の場が確保され、地域社会と繋がりながら、医療・介護のみならず、障害福祉や子育てなど様々な必要な支援が受けられる体制の整備が重要である。医療・介護や住まい、就労・社会参加、権利擁護など複合的な支援ニーズを抱える方を地域で支える基盤をより強固なものとしていくことを通じて、地域共生社会の実現に向けた取組を進めていくことが求められる。

4 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受け取ることができること

(基本的考え方)

- 自分の健康・医療・介護情報が最新の状況が反映された質の高い形で個人が電子的に一元的に管理できるようになっている。そして、マイナンバーカード 1 枚で受診でき、自ら同意した上で、こうした情報を医療機関・薬局・介護事業者や保険者、民間事業者も含めた多様な主体が共有することで、より適切なサービスを受けることができる。

(「全国医療情報プラットフォーム」)

- オンライン資格確認等システムは今後の医療 DX の基盤であり、このネットワークを発展的に拡充し、レセプトや特定健診に加え、予防接種、電子処方箋、自治体検診、電子カルテ等の医療（介護を含む）全般にわたる情報について共有・交換できる「全国医療情報プラットフォーム」を構築していくこととされている。
- ポスト 2025 年を見据え「治し、支える」医療や個別ニーズに沿った介護を地域で完結して受けられる体制を構築していく中で、かかりつけ医機能を担う医療機関やその連携する医療機関・薬局・介護施設等が、こうした健康・医療・介護情報を、本人の同意の下に一元的に把握し、事務コストを削減しつつ、より質の高い医療・介護の促進のために活用していけることは、極めて重要なことである。

- また、本人がマイナポータルを通じて確認できる自身の健康・医療・介護情報は、医療機関・薬局等での確認に加え、一定のルールの下で、民間のPHR（パーソナル・ヘルス・レコード）事業者もAPI（アプリケーション・プログラミング・インターフェース）連携により活用できることとなる。民間の創意工夫により、予防・健康づくりに資する様々なサービスの創出も期待される。
- 国民自らが自らの健康・医療・介護情報にオーナーシップの意識を高めていく中で、医療機関・薬局・介護事業者や保険者、地方自治体、民間事業者も含めた多様な主体が、こうした健康・医療・介護情報を本人の同意の下に適切に活用することで、個人の予防を推進し、良質な医療やケアを受けられるようにしていくことが期待される。そのために必要な情報の標準化や情報基盤の構築を着実に進めていく必要がある。

5 終わりに

- ポスト 2025 年を展望すると、引き続き高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを越え、人口が急速に減少する地域もある。人口構成の変化やこれに伴う医療・介護需要の動向は、地域によって大きく異なる。これは東京のような大都市圏と中山間地域や離島の状況とを想起すれば明らかである。医療・介護の確保については、地域を包括的にカバーする提供主体の活用や、オンライン診療など ICT 技術を活用して時間と場所を超えてサービスを提供することを可能にする形態の活用も図りつつ、必要な医療・介護サービスを確保することを前提に、戦略的に再編を図ることも意識しながら、地域ごとの取組を進めていく必要がある。
- こうした取組を進めていくため、地方自治体ごとに、状況分析と課題の洗い出しを行い、各地域の優先課題の設定と対策について、地域の関係者で議論していくことが重要であり、国や広域的な支援を行う地方自治体は、そうした検討に資する材料を提供し、必要に応じて課題解決に向けた効果的・効率的な取組方法の提供など伴走支援を行う必要がある。その際、医療・介護だけでなく、障害福祉や子ども・子育て、生活困窮者支援などの政策と連携する視点も重要である。併せて、こうした取組は、まちづくりの一環として進める必要があり、商業、金融、交通、労働、農業、教育など分野横断的な連携を進める必要がある。

- 今後の技術の進歩を視野に入れれば、医療・介護について、患者・利用者のサービス利用の状況から供給体制に至るまで適時に把握することができるような基盤を構築していくことを志向しつつ、こうしたデータに基づき、限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えていくための最適なエコシステムを構築していくことが重要である。

意見交換会の基礎資料

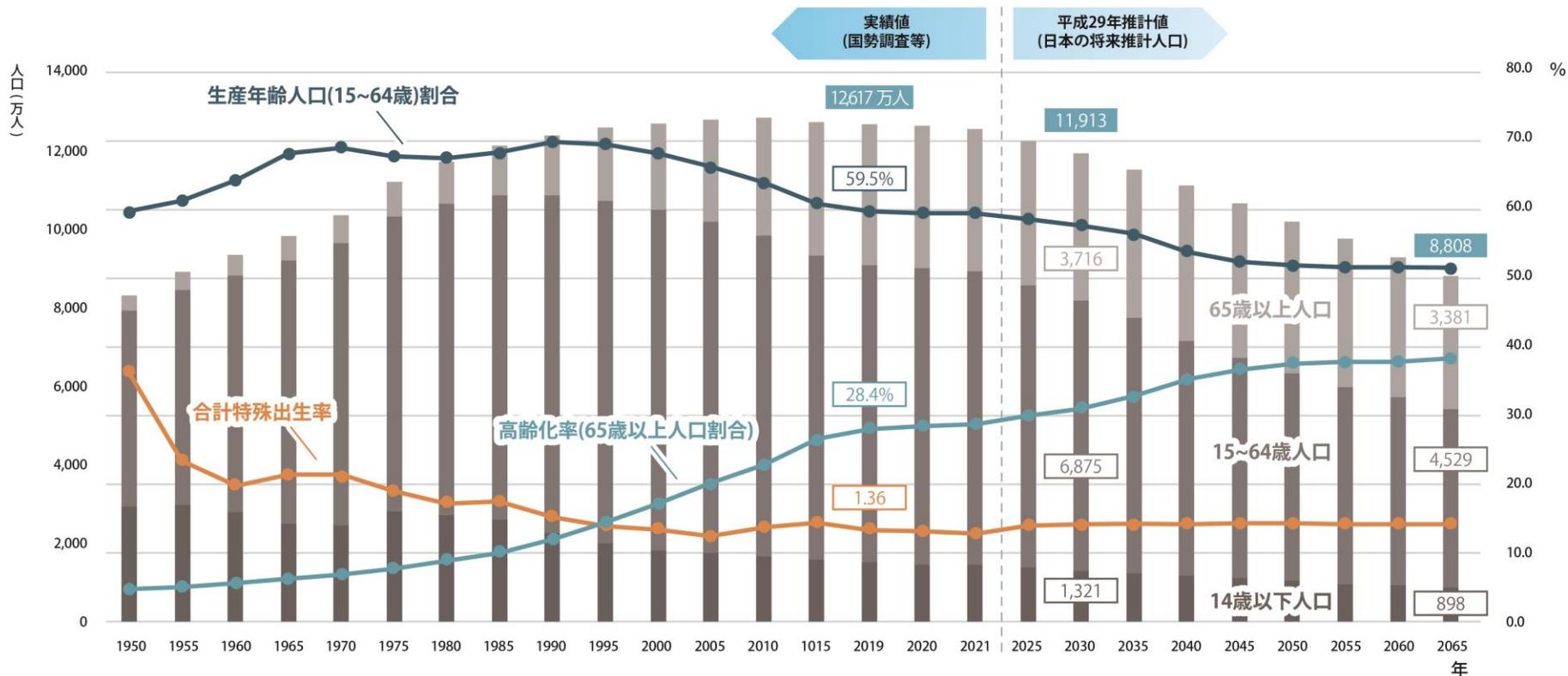
INDEX

人口動態	2
医療需要の変化	15
介護需要の変化	26
社会保障給付費の変化	35
新型コロナの発生状況	45
法律上の理念等	48

人口動態

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



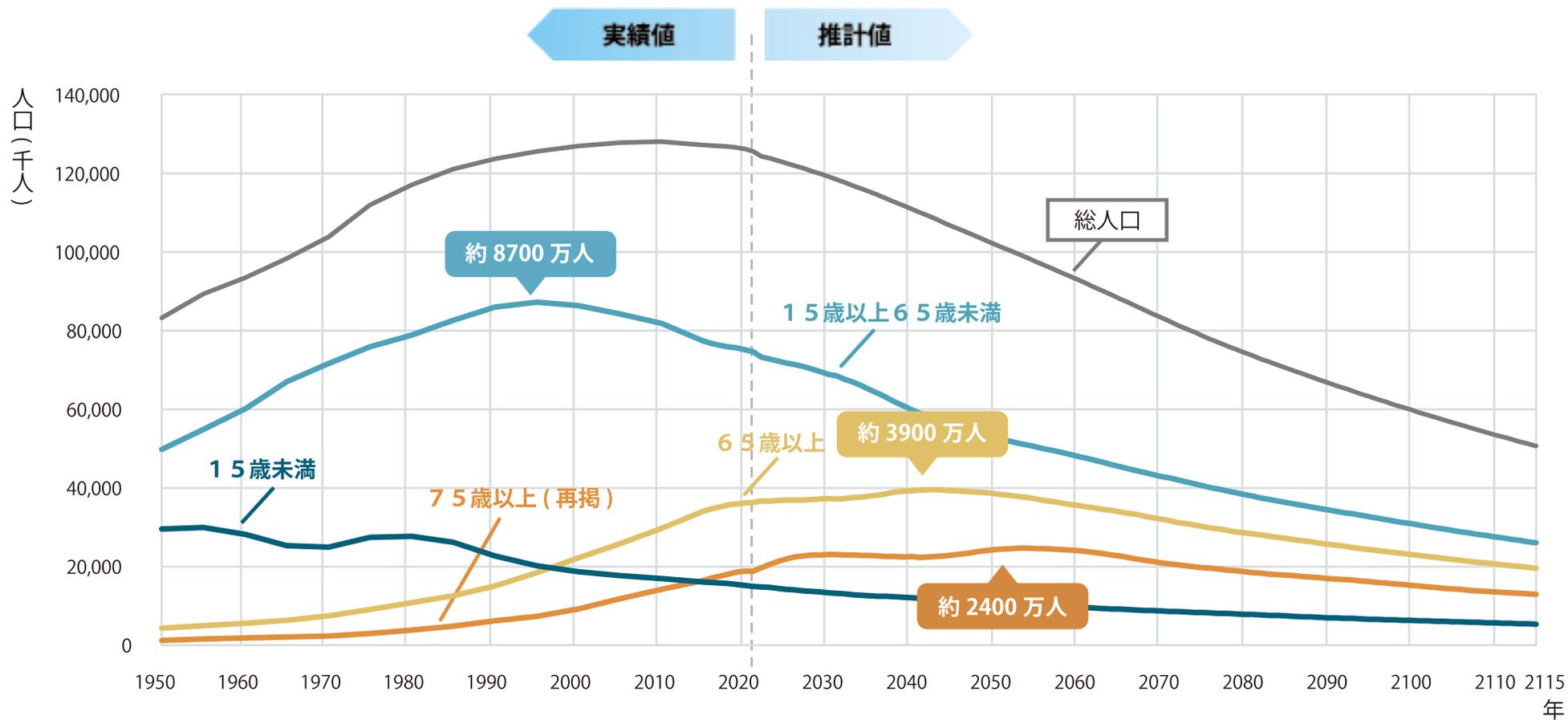
	2015年	2020年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口 (割合)	3,387万人 (26.6%)	3,603万人 (28.6%)	3,677万人 (30.0%)	3,704万人 (38.0%)
75歳以上高齢者人口 (割合)	1,632万人 (12.8%)	1,860万人 (14.7%)	2,180万人 (17.8%)	2,446万人 (25.1%)

出典

2021年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は、2021年は総務省「人口推計」、それ以外は総務省「国勢調査」
 2021年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」
 2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」

2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

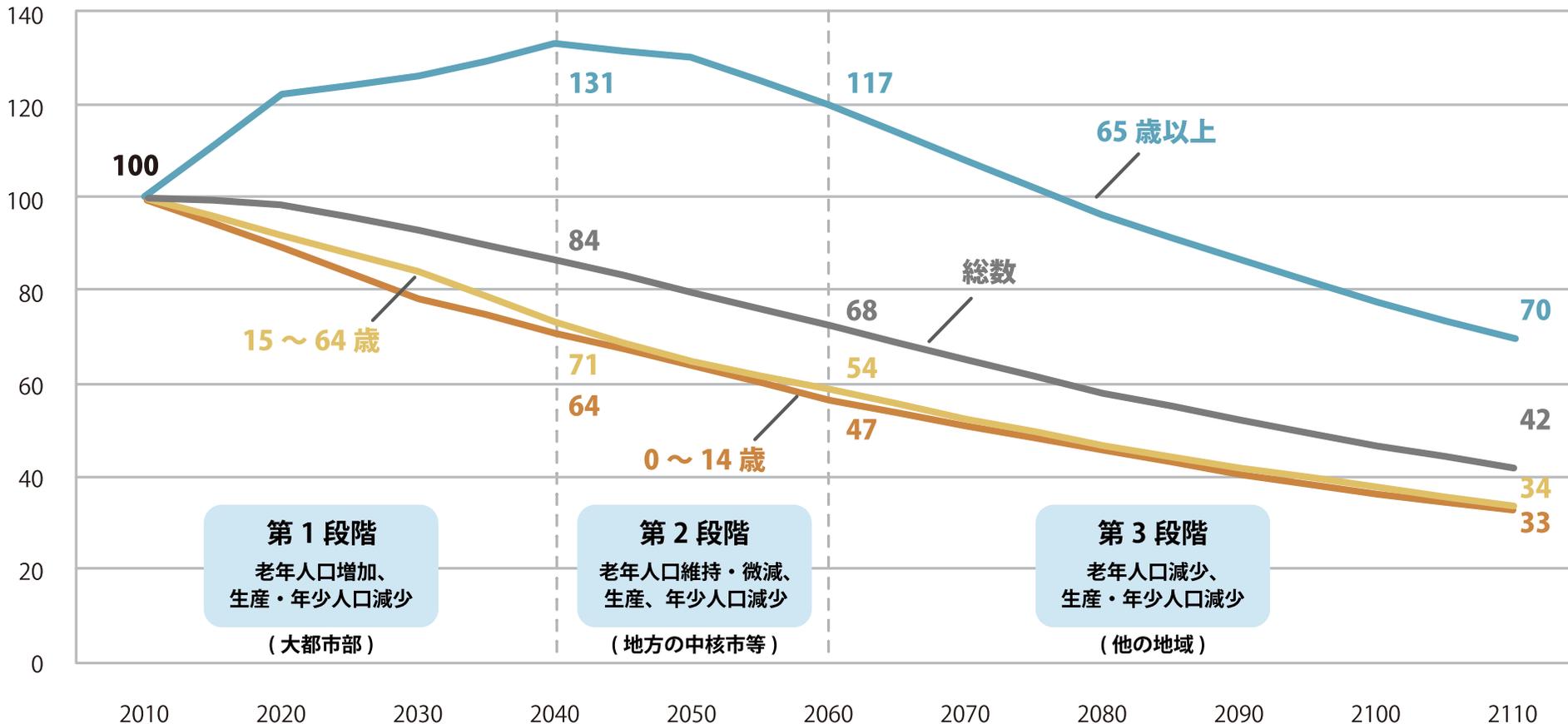
- 現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



将来人口動向：「3つの減少段階」

○ 我が国の人口動向は、大きく「3つの減少段階」を経て、人口減少に至る。

2010年の人口を100としたときの指数



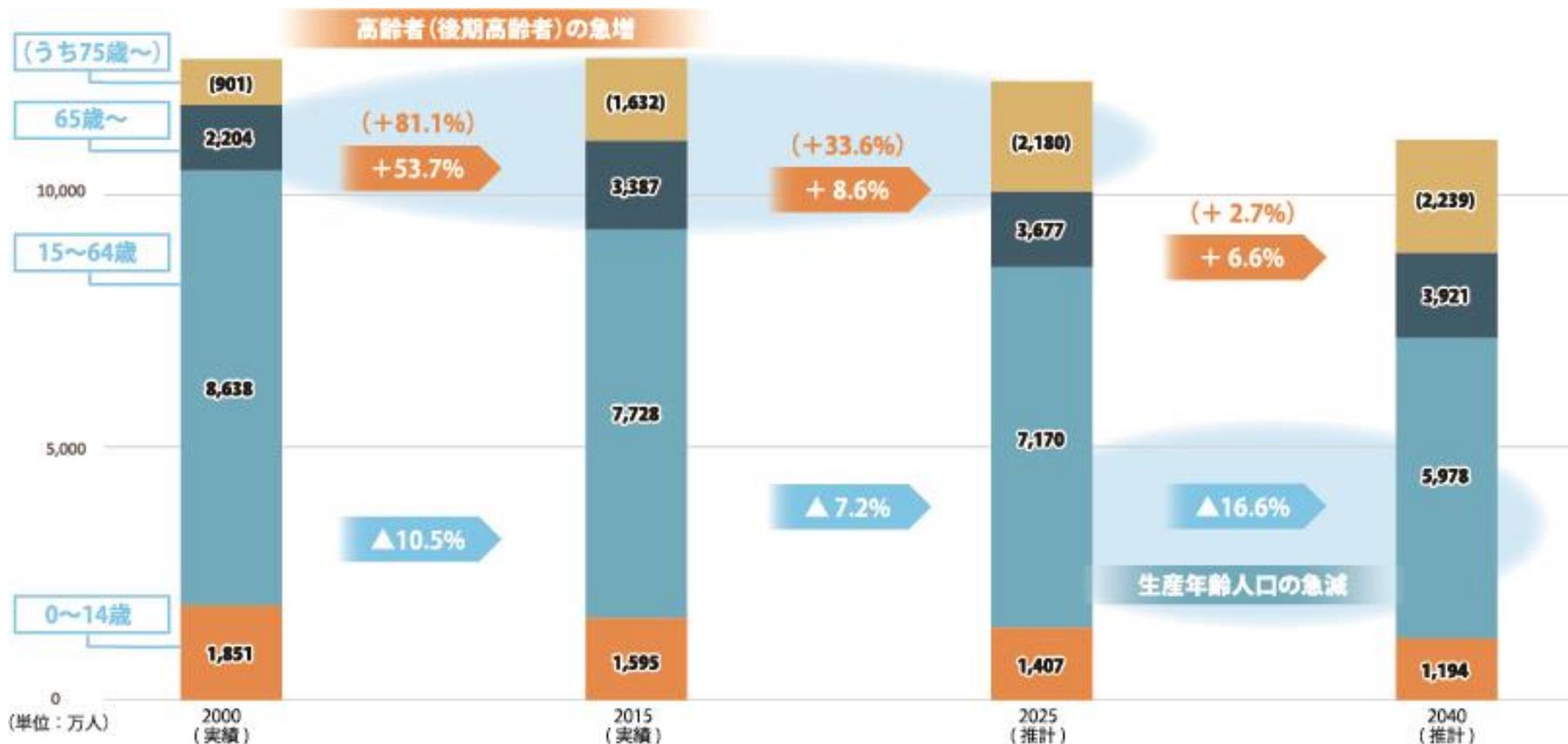
出典

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位・死亡中位推計）より作成。
2010年、2020年は総務省統計局「令和2年国勢調査」による。
2010年の人口を100とし、各年の人口を指数化した。

2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

○ 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

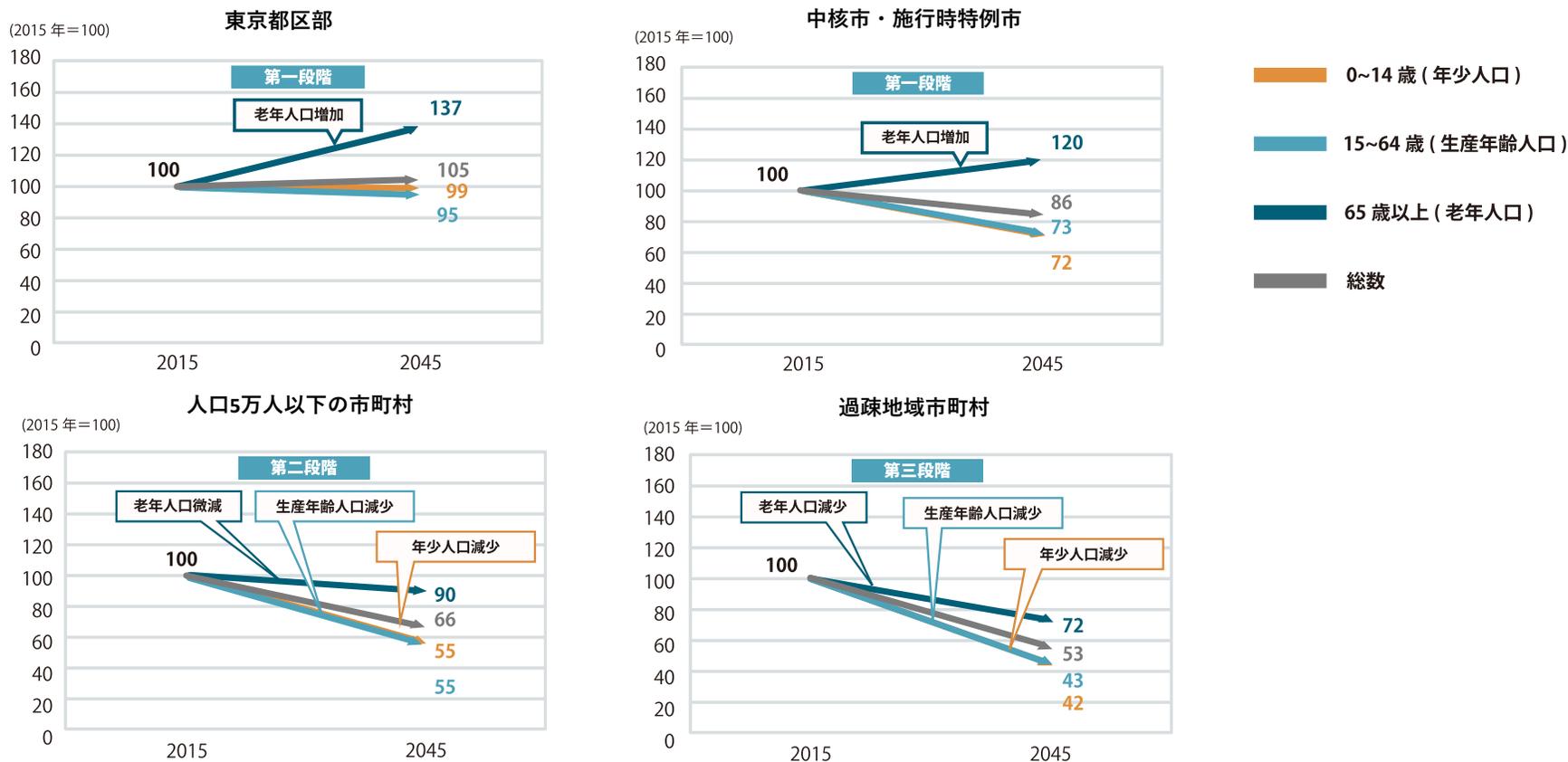
人口構造の変化



地域毎の年齢階級別人口推移

○ 東京都区部や中核市などの都市部は若年人口は減少するが老年人口は増加する「第一段階」にあるのに対し、人口5万人以下の市町村は若年人口の減少が加速化するとともに老年人口が維持または微減する「第二段階」、過疎地域の市町村は老年人口の減少が一層加速化し老年人口も減少する「第三段階」に入っている。

地域毎の年齢階級別人口推移

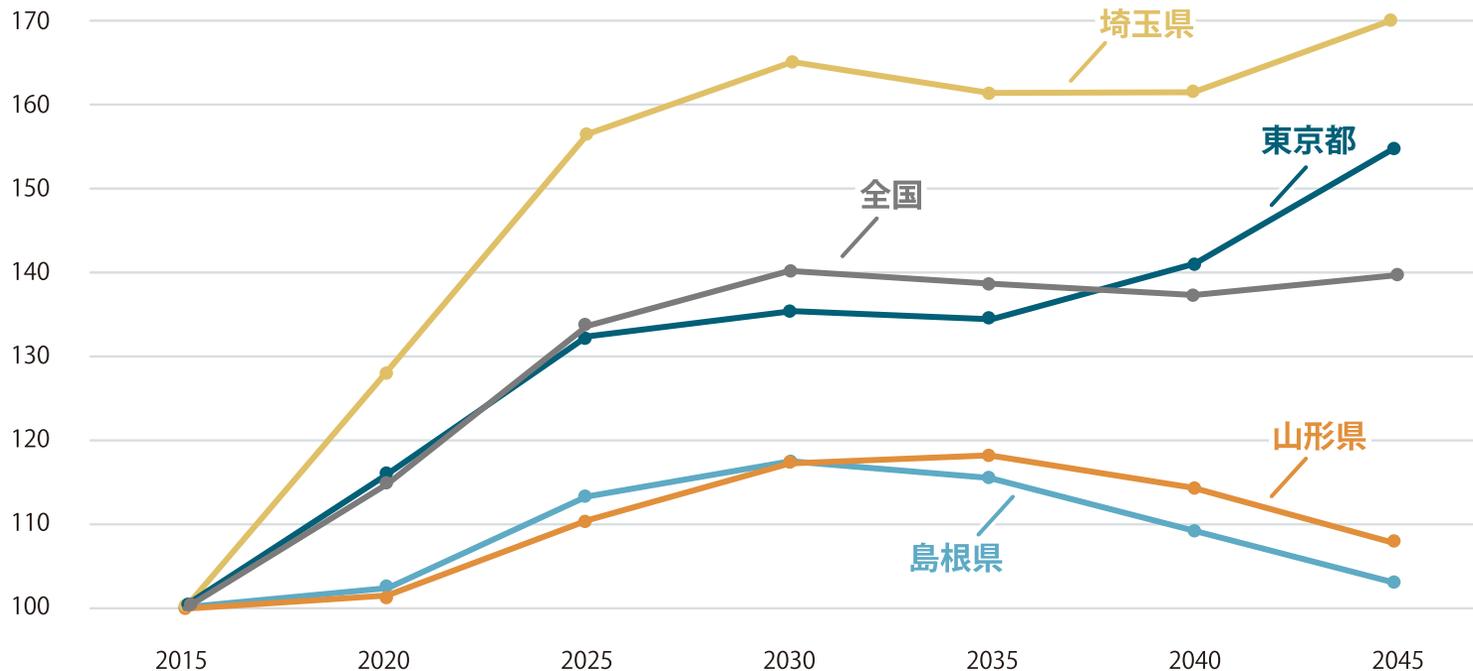


内閣官房「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン（令和元年改訂版）」（令和元年12月20日閣議決定）より改変。

各地域の高齢化の状況

- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
 ※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが25道府県、2035年にピークを迎えるのが13県
 ※埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、山梨県、愛知県、滋賀県、兵庫県、沖縄県では、2045年に向けてさらに上昇
- 2015年から10年間の伸びの全国計は1.34倍であるが、埼玉県、千葉県では1.5倍を超える一方、山形県、秋田県、鹿児島県では1.1倍となるなど、地域間で大きな差がある。

75歳以上人口の将来推計（2015年の人口を100としたときの指数）

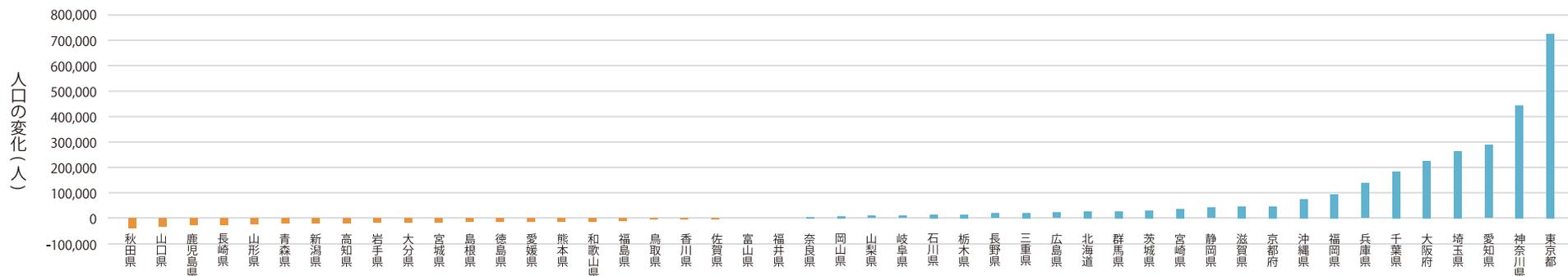


- 埼玉県**
(2025年の指数が全国で最も高い)
- 東京都**
(2040年に向けて上昇)
- 山形県**
(2025年の指数が全国で最も低い)
- 島根県**
(2030年以降の指数が全国で最も低い)

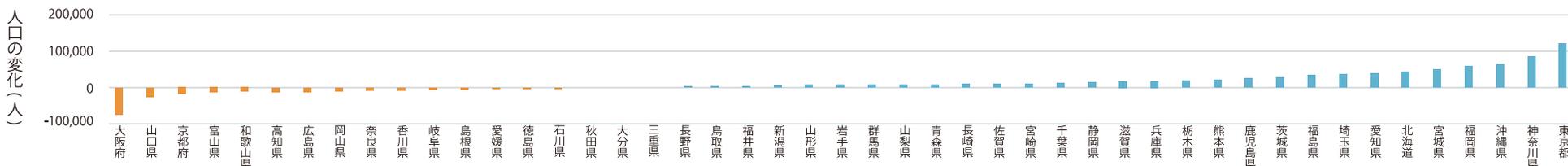
65歳以上人口は急増してきたが、今後は減少する都道府県が発生する

- 都道府県単位でみると、2025年から2040年にかけて、65歳以上人口が減少する都道府県が発生する（計21県）。他方、引き続き増加する都道府県は計26都道府県で、特に東京都・神奈川県をはじめとする都市部では増加数が大きい。
- また、75歳以上人口でみると、減少する都道府県は計17府県で、大阪府は減少数が大きい。一方で、75歳以上人口が引き続き増加する都道府県は計30県だが、増加数は緩やかとなる。

2025年から2040年にかけての65歳以上の人口の動態



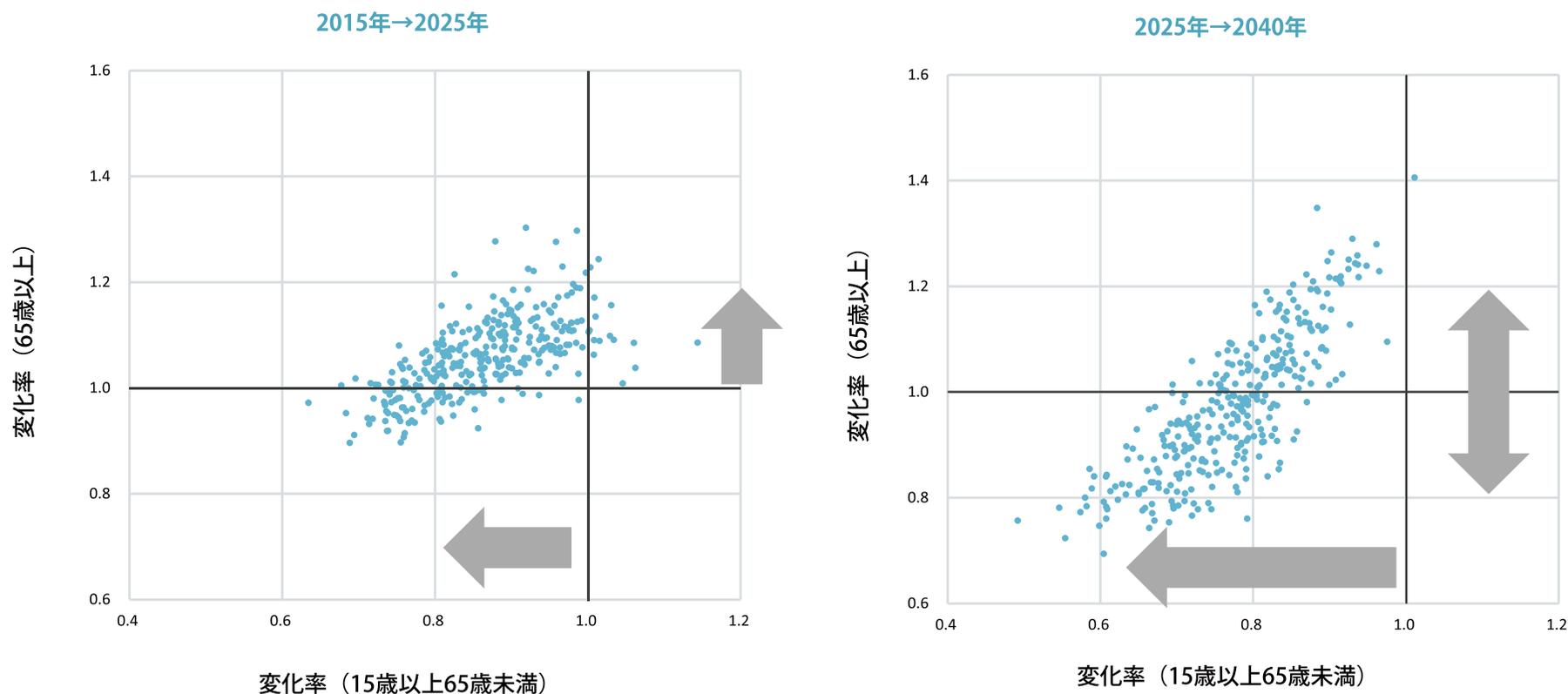
2025年から2040年にかけての75歳以上人口の動態（再掲）



高齢者の減少と現役世代の急減が同時に起こる2次医療圏が数多く発生する

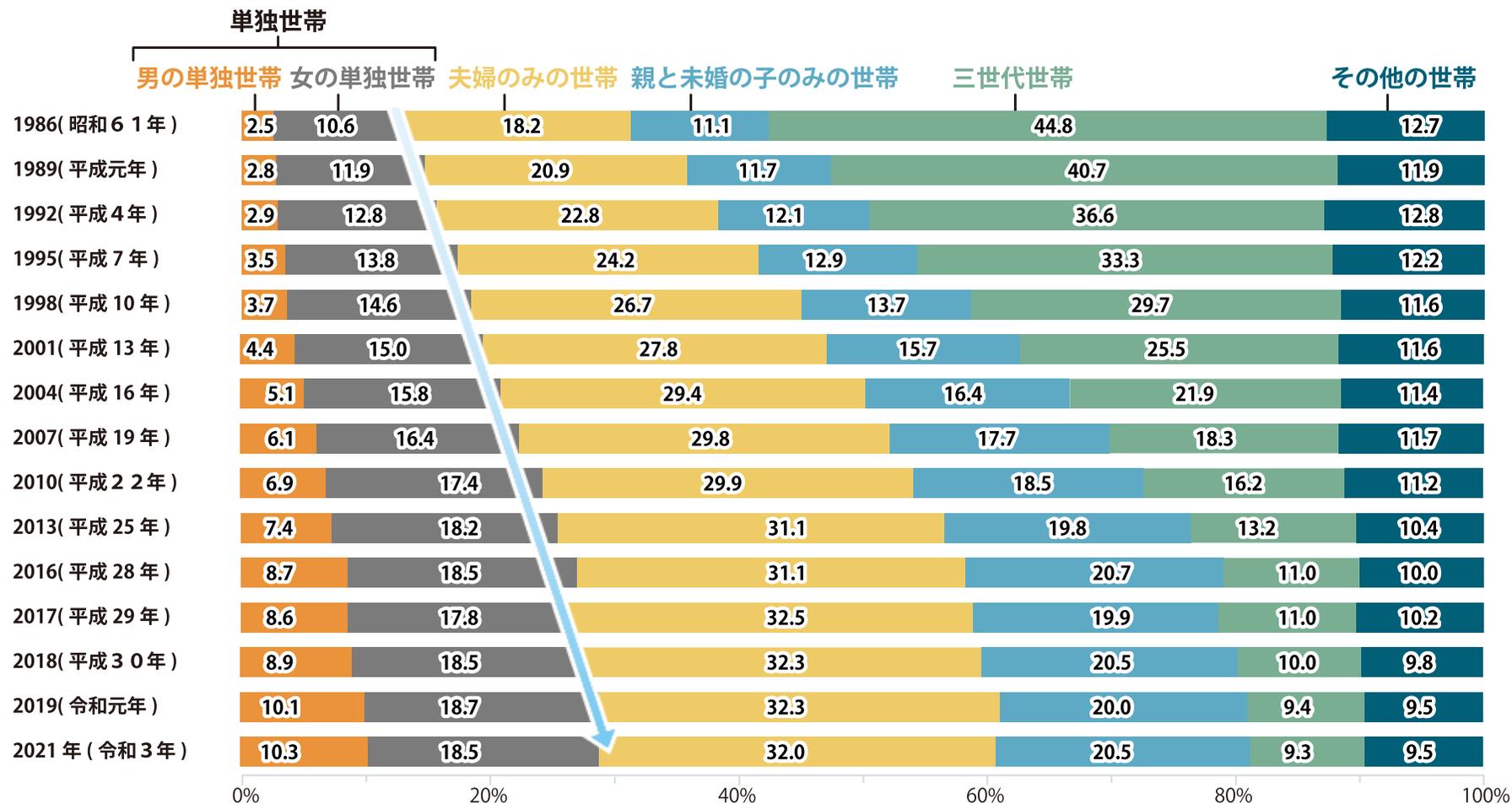
- 2次医療圏単位で見ると、2015年から2025年にかけて、多くの地域で、65歳以上人口の増加と生産年齢人口の減少が起きる。
- 2025年から2040年にかけては、65歳以上人口が増加する地域（135の医療圏）と減少する地域（194の医療圏）に分かれる。また、多くの地域で生産年齢人口が急減する。

2次医療圏ごとの人口変化率



65歳以上の者のいる世帯の世帯構造の年次推移

○ 高齢者独居世帯は年々増加傾向にある。



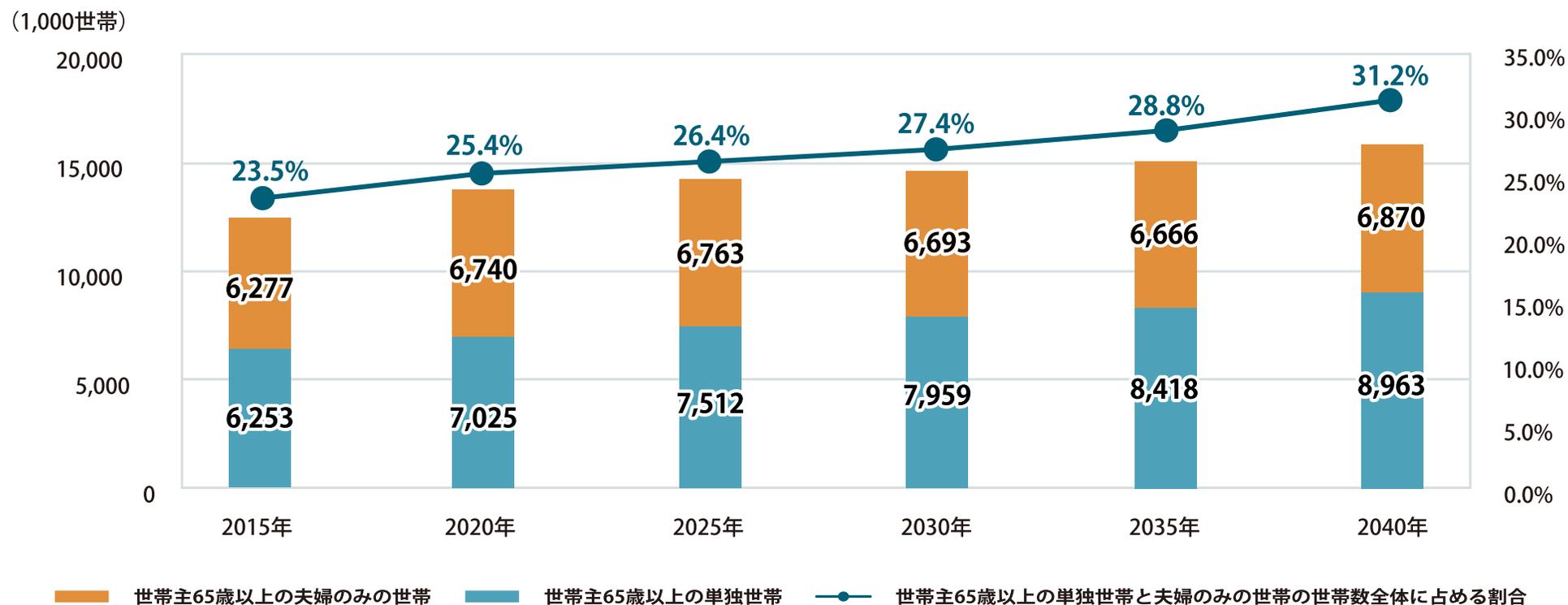
厚生労働省「令和3年国民生活基礎調査」

- 1) 1995(平成7年)の数値は、兵庫県を除いたものである。
- 2) 2016(平成28年)の数値は、熊本県を除いたものである。
- 3) 2020(令和2年)は、調査を実施していない。
- 4) 「親と未婚の子のみの世帯」とは、「夫婦と未婚の子のみの世帯」及び「ひとり親と未婚の子のみの世帯」をいう。

世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみ世帯数の変化

○ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。

世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計



障害者の数

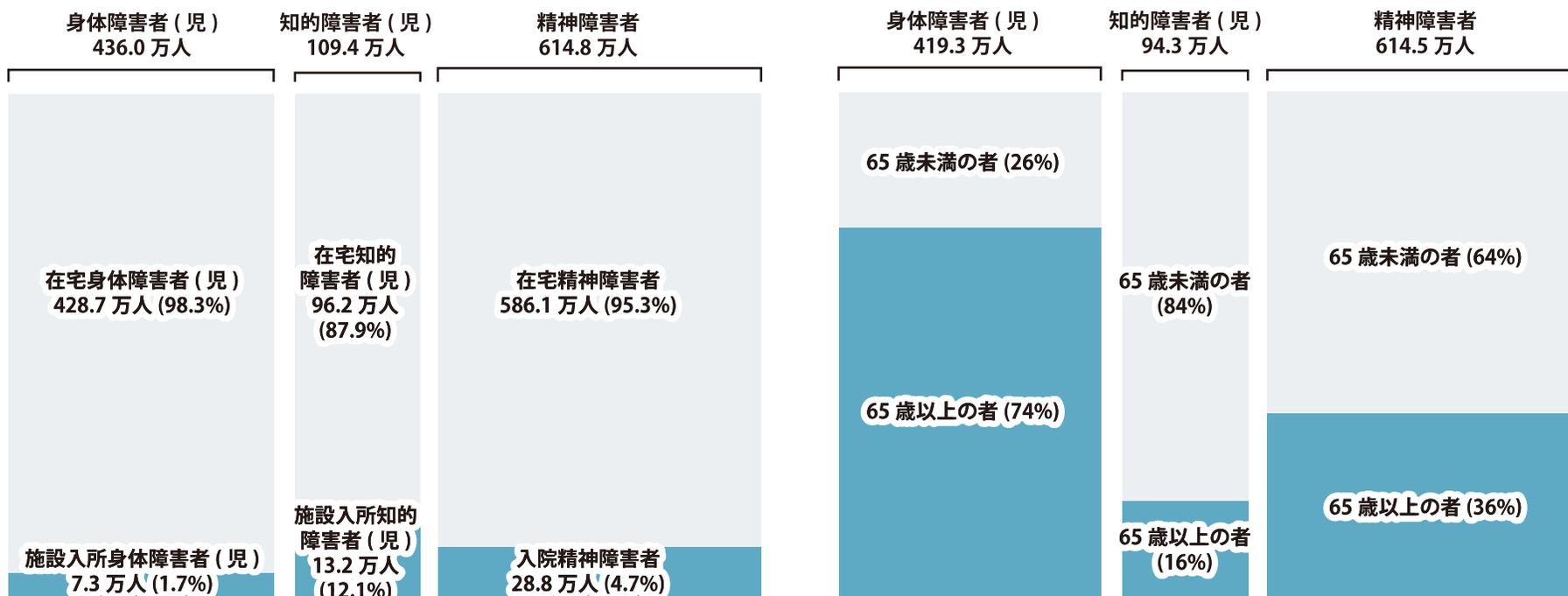
- 障害者の総数は1160.2万人であり、人口の約9.2%に相当。
- そのうち身体障害者は436.0万人、知的障害者は109.4万人、精神障害者は614.8万人。
- 障害者数全体は増加傾向にあり、また、在宅・通所の障害者は増加傾向となっている。

在宅・施設別

障害者総数 1160.2万人（人口の約9.2%）
 うち在宅 1111.0万人（95.8%）
 うち施設入所 49.3万人（4.2%）

年齢別

65歳未満 51%
 65歳以上 49%



在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児):厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査」(平成28年)、施設入所身体障害者(児)及び施設入所知的障害者(児):厚生労働省「社会福祉施設等調査」(平成30年)等、在宅精神障害者及び入院精神障害者:厚生労働省「患者調査」(令和2年)より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

※在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児)は、障害者手帳所持者数の推計。障害者手帳非所持で、自立支援給付等(精神通院医療を除く。)を受けている者は19.4万人と推計されるが、障害種別が不明のため、上記には含まれていない。※在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児)は鳥取県倉吉市を除いた数値である。※施設入所身体障害者(児)及び施設入所知的障害者(児)には高齢者施設に入所している者は含まれていない。※年齢別の身体障害者(児)及び知的障害者(児)数は在宅者数(年齢不詳を除く)での算出し、精神障害者数は在宅及び施設入所者数(いずれも年齢不詳を除く)で算出。※複数の障害種別に該当する者の重複があることから、障害者の総数は粗い推計である。※令和2年から患者調査の総患者数の推計方法を変更している。具体的には、再来外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している(平成29年までは31日以上を除外していたが、令和2年からは99日以上を除外して算出)。

障害者の高齢化について

○ 障害者数全体は増加傾向にあり、また障害者の高齢化が進んでいる。

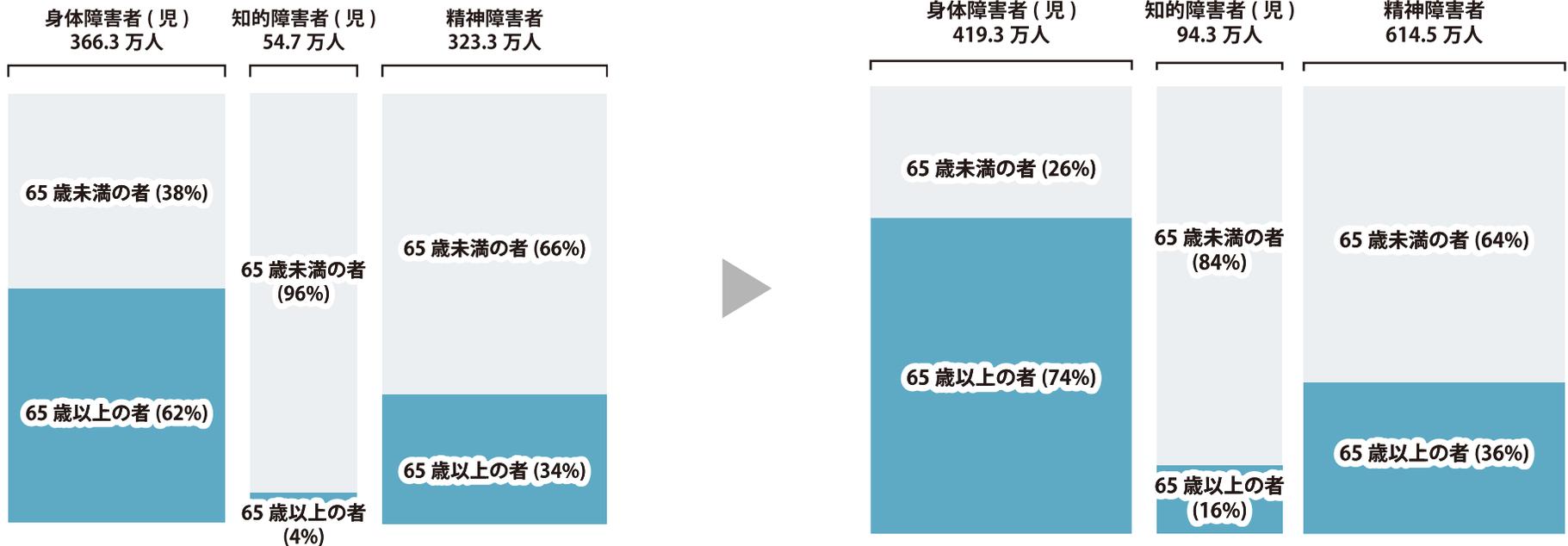
65歳以上の障害者の割合	46% → 52%	
うち身体障害者の割合	62% → 74%	(平成18年 → 平成28年 (在宅) 30年 (施設))
うち知的障害者の割合	4% → 16%	(平成17年 → 平成28年 (在宅) 30年 (施設))
うち精神障害者の割合	34% → 36%	(平成20年 → 令和2年)

平成20年度

障害者総数 744.2 万人 (人口の約 5.8%)
 うち 65 歳未満 54%
 うち 65 歳以上 46%

令和2年度

障害者総数 1160.2 万人 (人口の約 9.2%)
 うち 65 歳未満 51%
 うち 65 歳以上 49%



出典

※身体障害者(児)数は平成18年の調査等、知的障害者(児)数は平成17年の調査等、精神障害者数は平成20年の調査等による推計。
 なお、身体障害者(児)には高齢者施設に入所している身体障害者は含まれていない。
 ※難病患者等のうち、身体障害者(児)、知的障害者(児)、精神障害者(児)のいずれにも該当しない者の数は含まない。(右図同様)
 ※社会保障審議会(障害者部会)第68回(2015年7月24日)「高齢の障害者に対する支援の在り方について」資料より抜粋

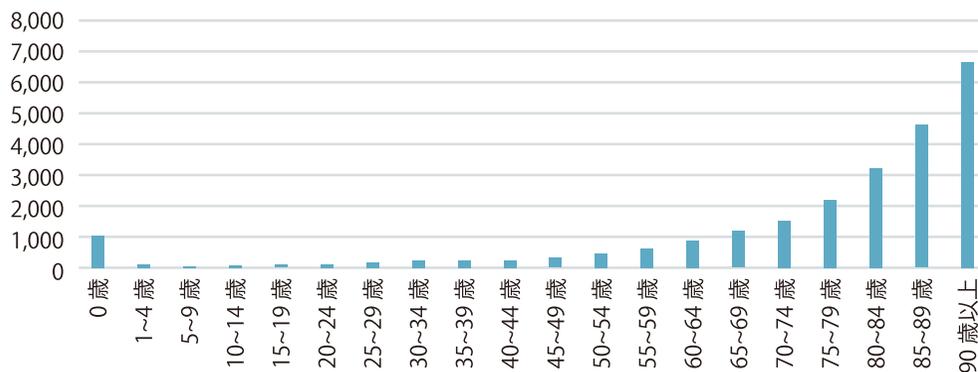
在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児):厚生労働省「生活のしづかさに関する調査」(平成28年)、施設入所身体障害者(児)及び施設入所知的障害者(児):厚生労働省「社会福祉施設等調査」(平成30年)等、在宅精神障害者及び入院精神障害者:厚生労働省「患者調査」(令和2年)より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成
 ※在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児)は、障害者手帳所持者数の推計。障害者手帳非所持で、自立支援給付等(精神通院医療を除く)を受けている者は19.4万人と推計されるが、障害種別が不明のため、上記には含まれていない。※在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児)は鳥取県高松市を除いた数値である。※施設入所身体障害者(児)及び施設入所知的障害者(児)には高齢者施設に入所している者は含まれていない。
 ※年齢別の身体障害者(児)及び知的障害者(児)数は在宅者数(年齢不詳を除く)での算出し、精神障害者数は在宅及び施設入所者数(いずれも年齢不詳を除く)で算出。※複数の障害種別に該当する者の重複があることから、障害者の総数は粗い推計である。
 ※令和2年から患者調査の総患者数の推計方法を変更している。具体的には、再来外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している(平成29年までは31日以上を除外していたが、令和2年からは99日以上を除外して算出)。

医療需要の変化

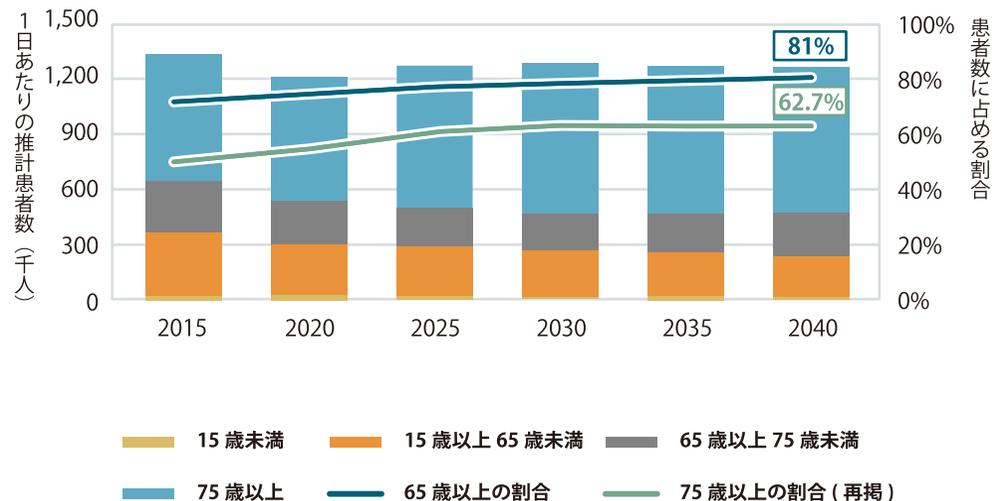
入院患者数の変化

○ 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となることが見込まれる。

入院受療率(人口10万対)



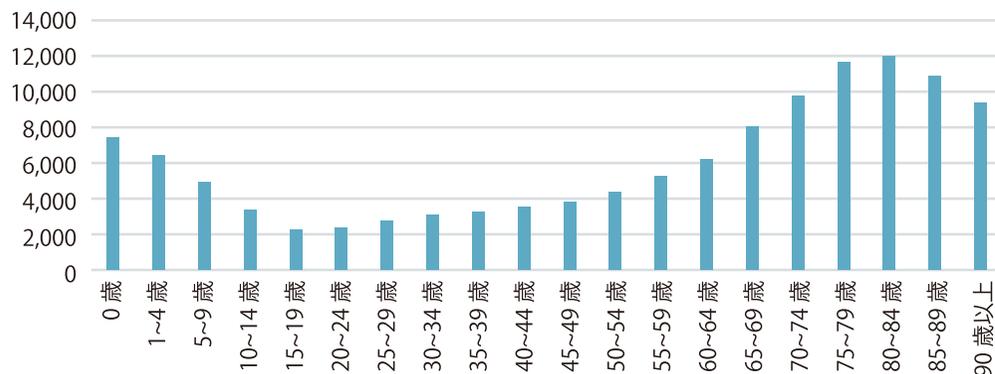
入院患者数推計



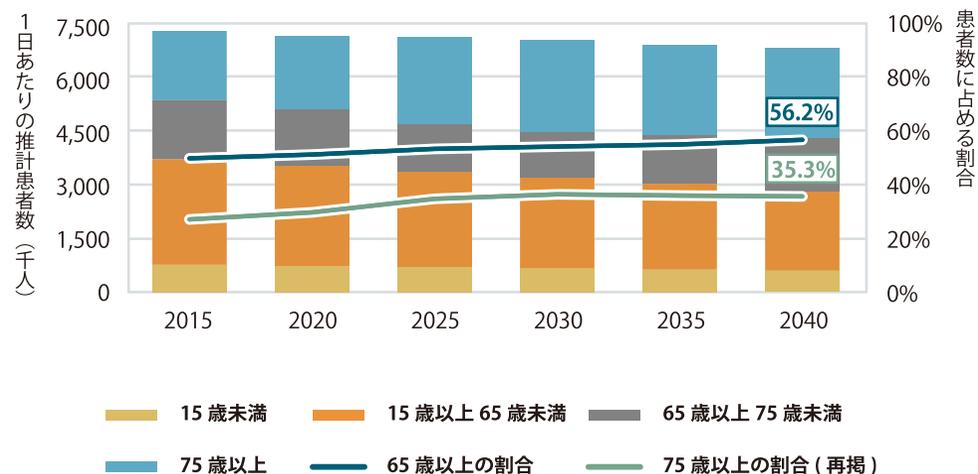
外来患者数の変化

○ 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となることが見込まれる。

外来受療率(人口10万対)



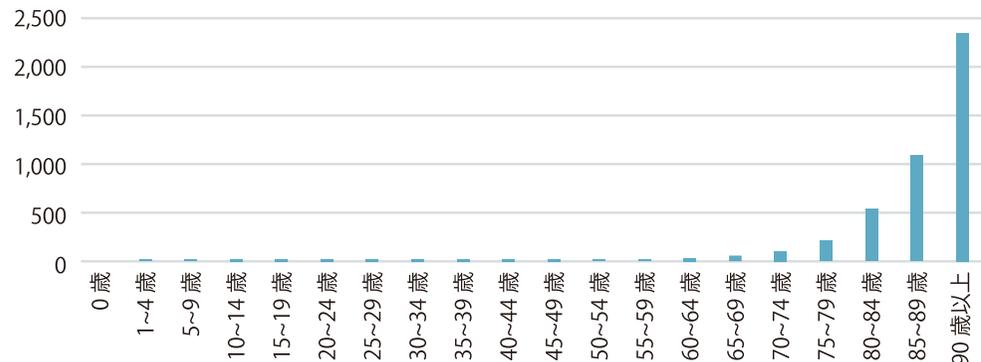
外来患者数推計



在宅患者数の変化

○ 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。

在宅医療の受療率(人口10万対)

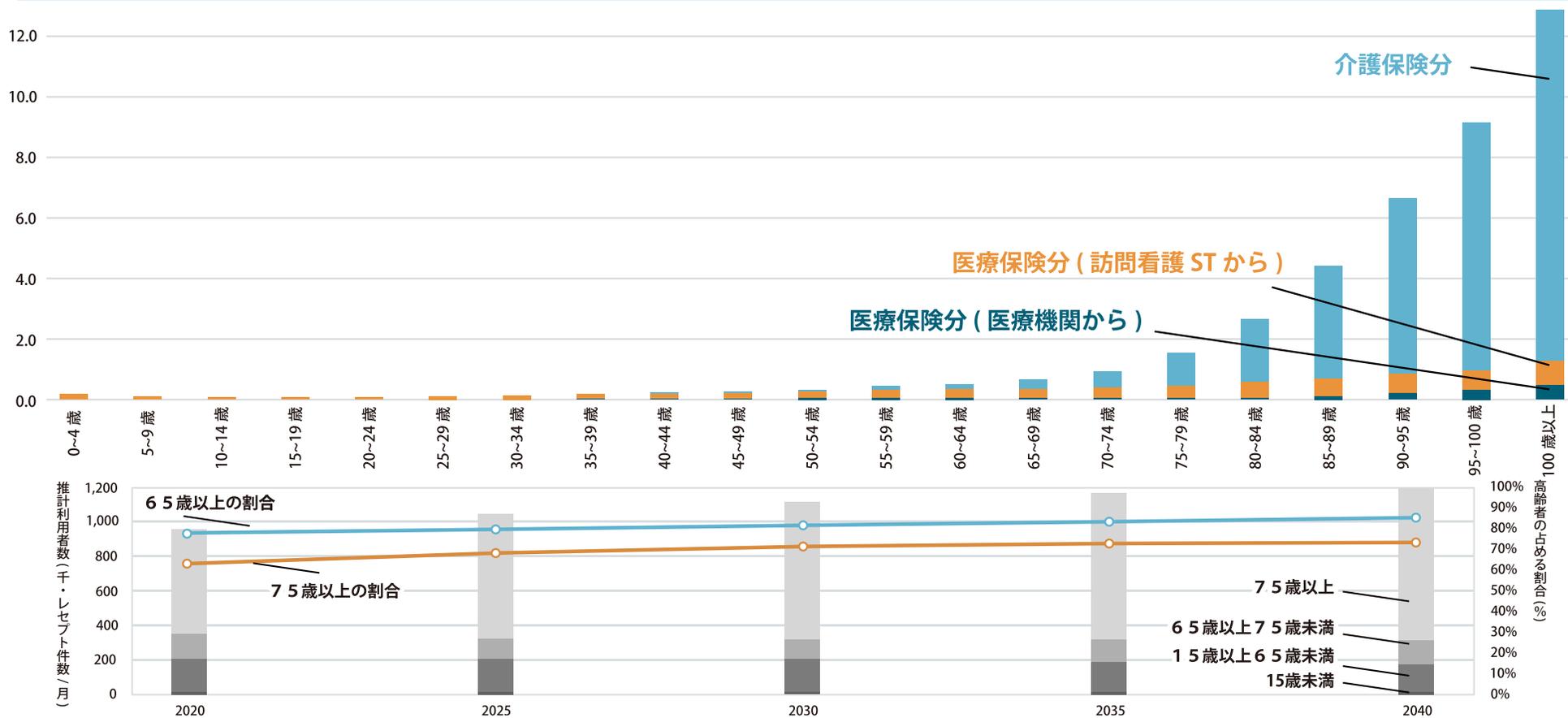


在宅医療を受けた外来患者数推計



訪問看護の必要量の変化

- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることが見込まれる。

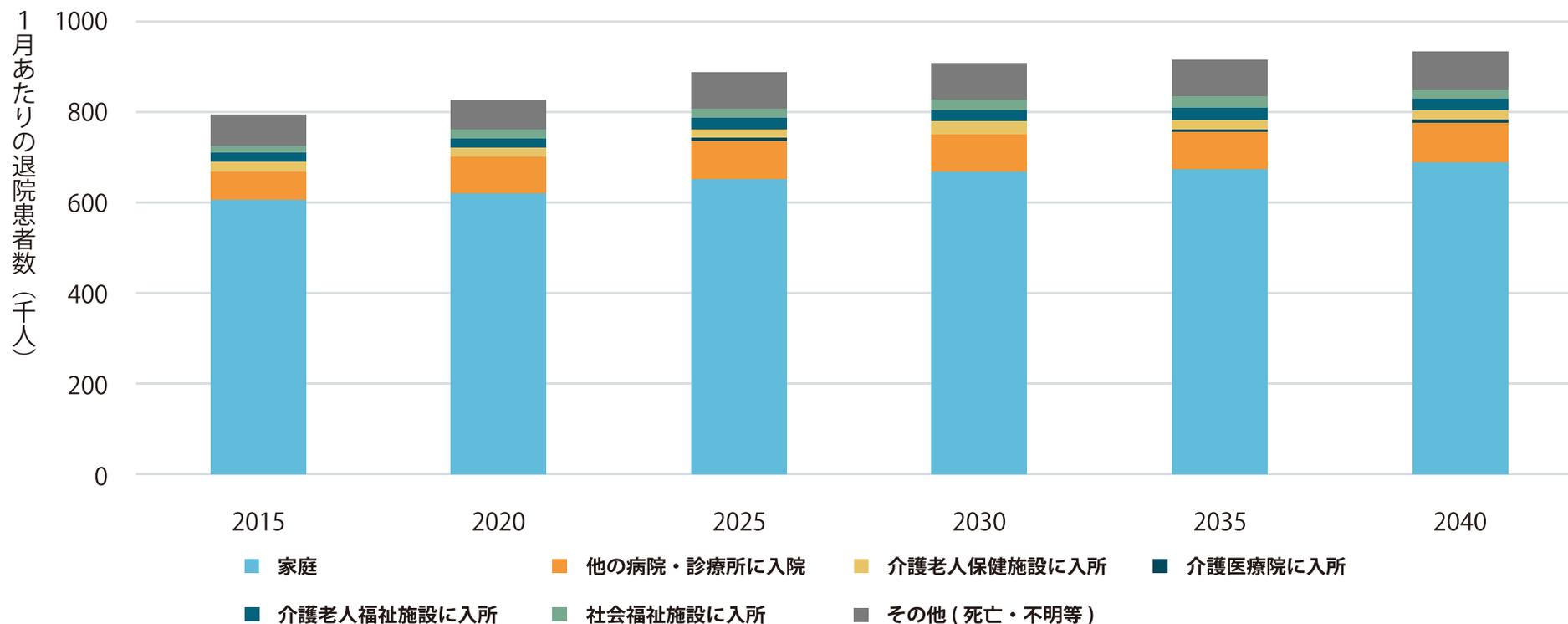


利用率:NDB,介護DB及び審査支払機関(国保中央会・支払基金)提供訪問看護レセプトデータ(2019年度訪問看護分)、住民基本台帳に基づく人口(2020年1月1日時点)に基づき、算出。

介護施設等・他の医療施設へ退院する患者数が増加する

○ 2025年から2040年にかけて、65歳以上の人口が増加することに伴い、全ての退院先について退院する患者数が増加すると見込まれる。

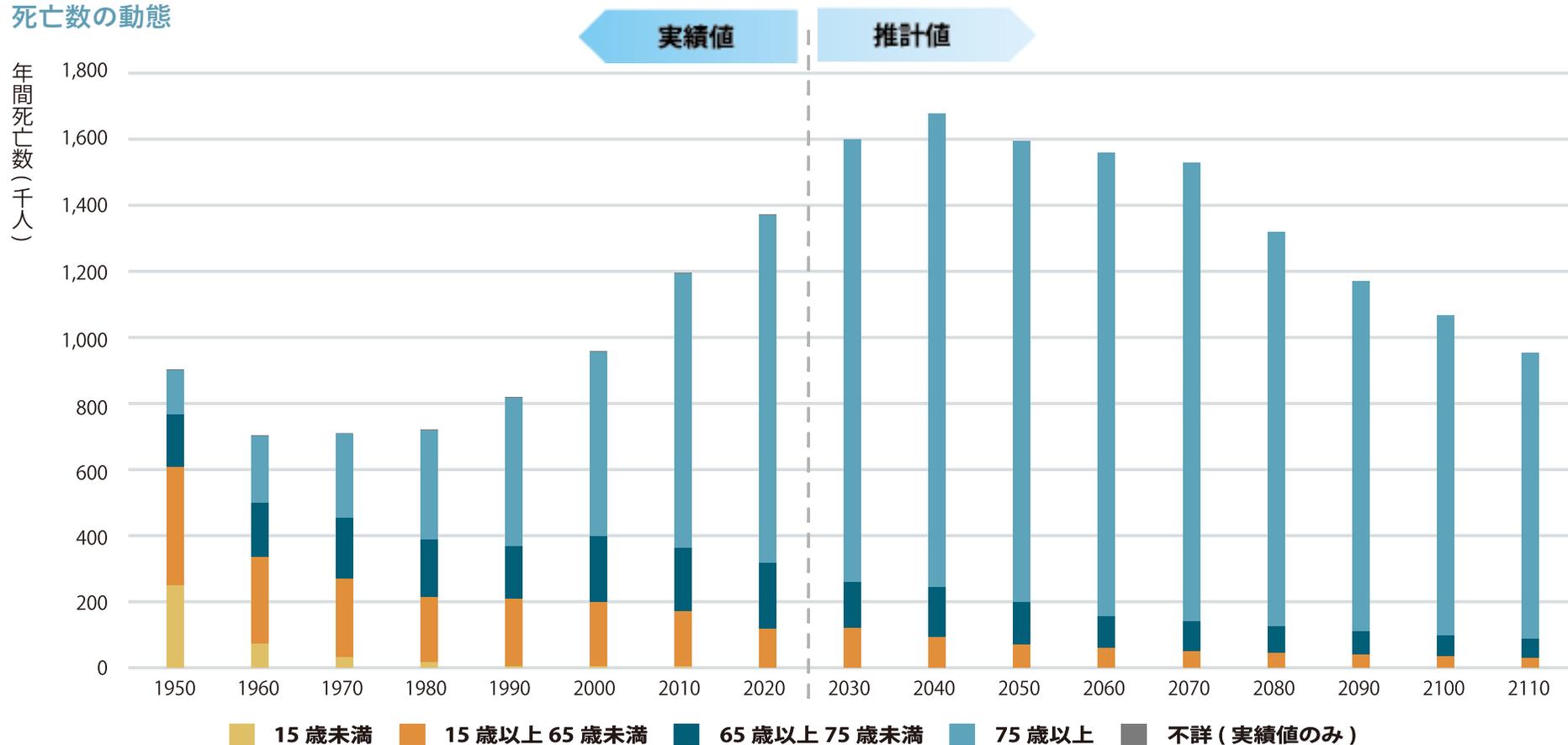
65歳以上における退院患者の退院先の推移



死亡数が一層増加する

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

死亡数の動態

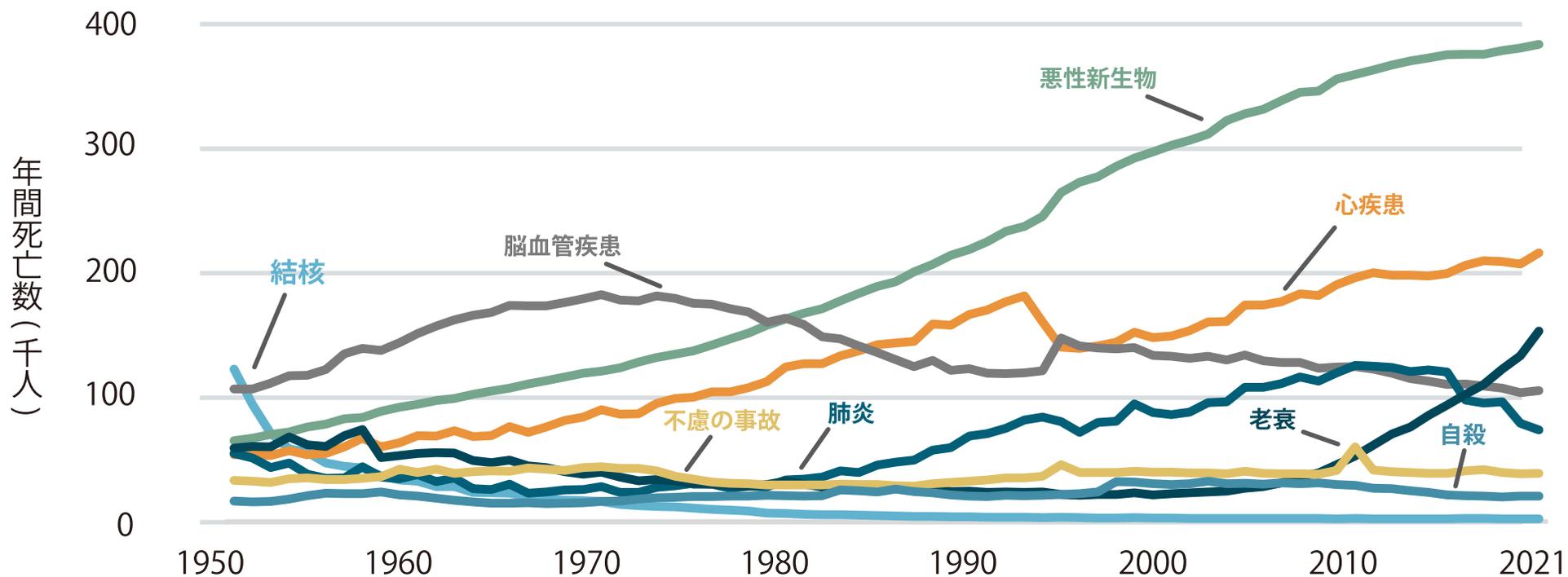


死因の推移



○ 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。

死因の推移



出典

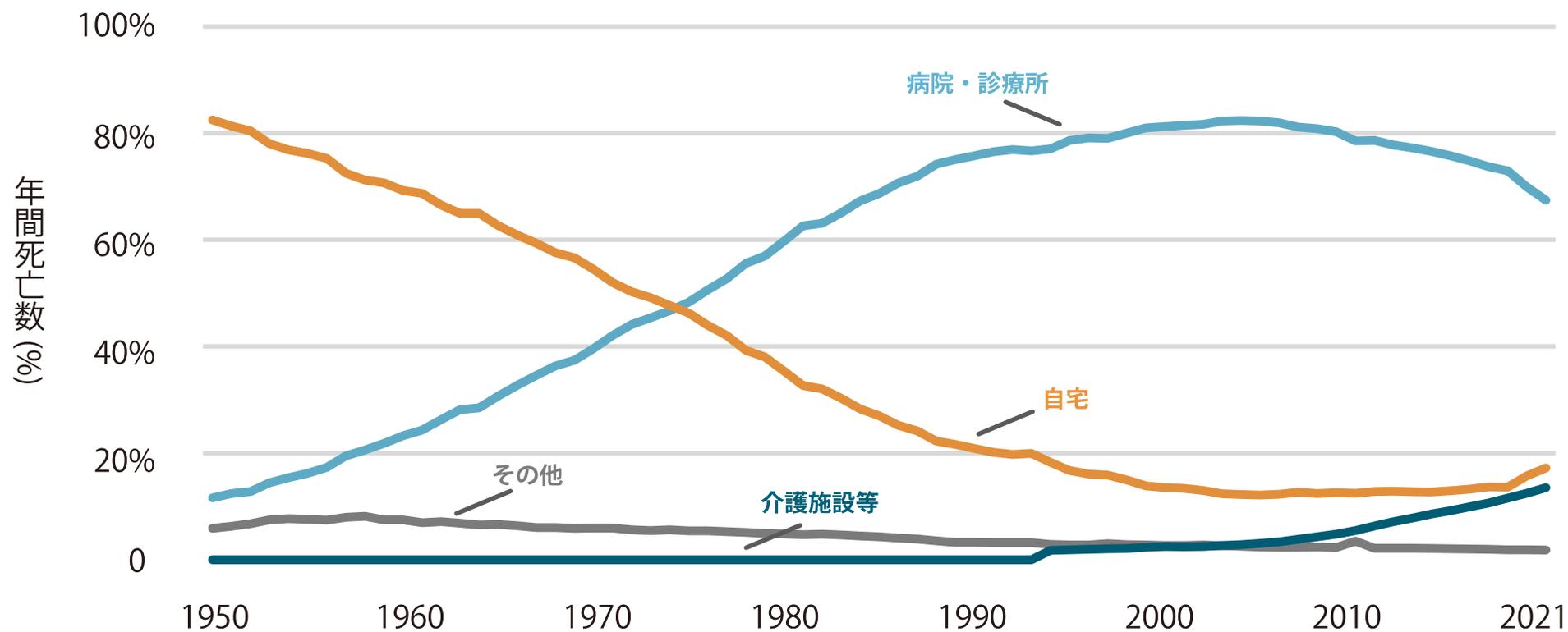
厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」

死亡の場所の推移



○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

死亡の場所の推移



人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望

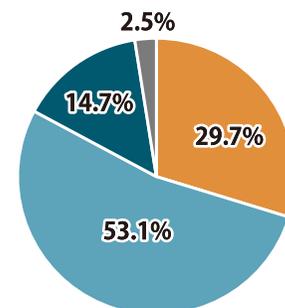
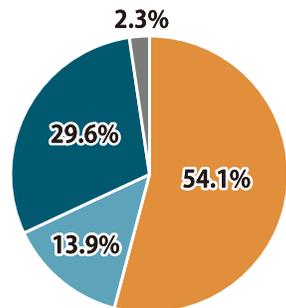
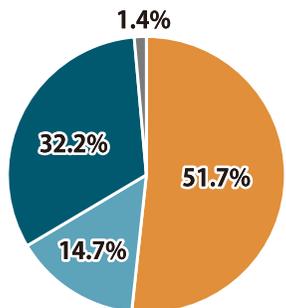
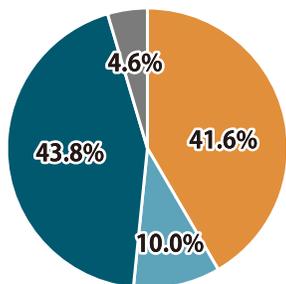
(あなたの病状)
病気で治る見込みがなく、
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。

(あなたの病状)
末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、
呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、
トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

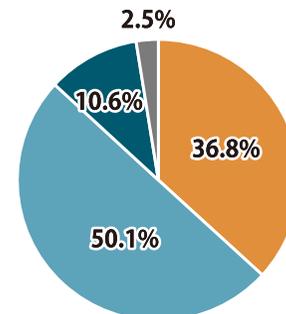
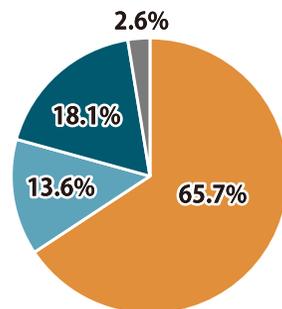
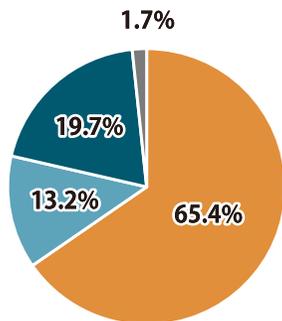
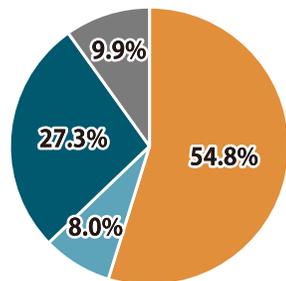
(あなたの病状)
慢性的な重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

(あなたの病状)
認知症と診断され、状態は悪化し、
自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのこ
とに手助けが必要です。

最期をどこで迎えたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



医療機関
 介護施設
 自宅
 無回答

出典

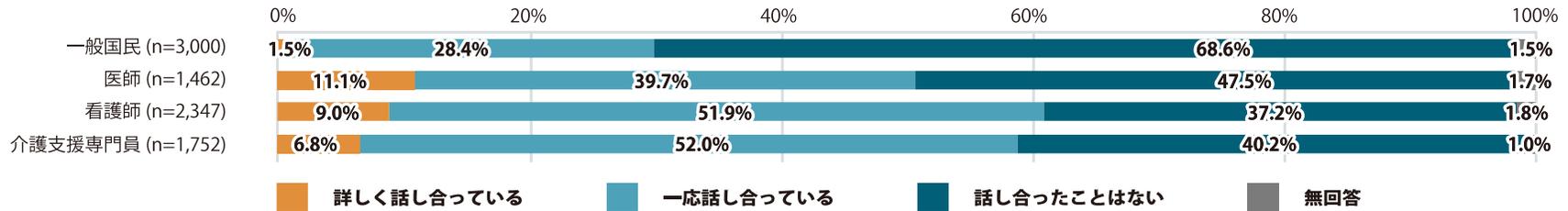
厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」(速報値)

※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある

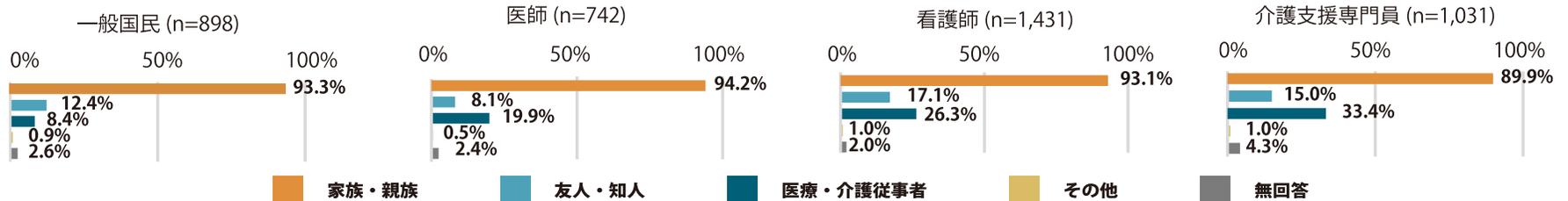
※ 回答の比率(%)は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

人生の最終段階における医療・ケアに関する 家族等や医療・介護従事者との話し合いの実施状況

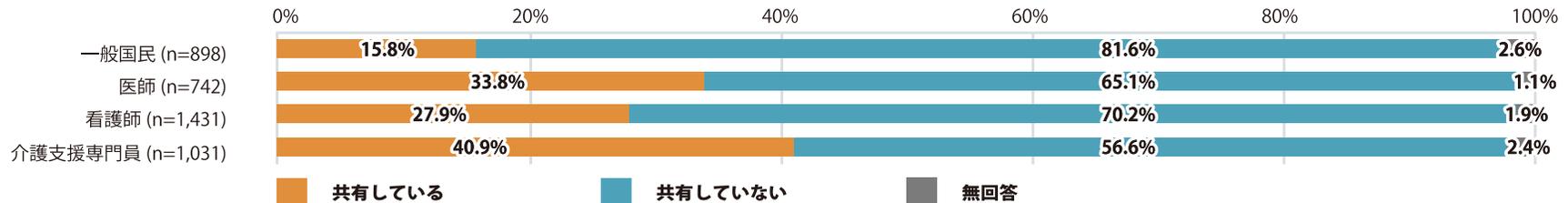
あなたが人生の最終段階で受たいもしくは受たくない医療・ケアについて、
ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っていると思いますか



「あなたが人生の最終段階で受たいもしくは受たくない医療・ケアについて、ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っていると思いますか」の間に「詳しく話し合っている」「一応話し合っている」と回答した方にお尋ねします。
どなたと話し合いましたか（複数回答可）



話し合った内容を医療・介護従事者と共有していますか

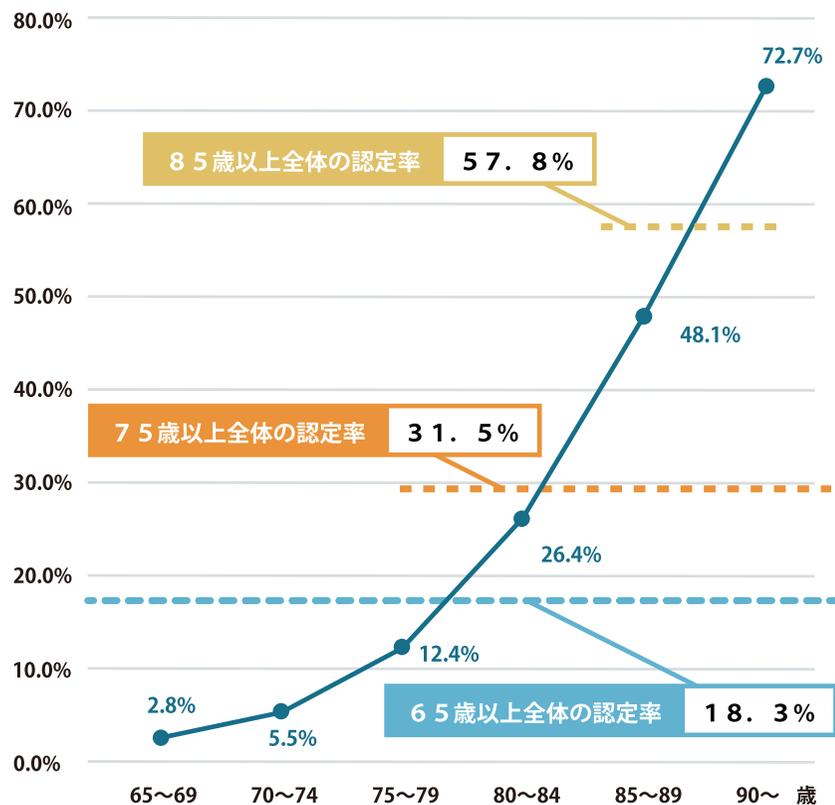


介護需要の変化

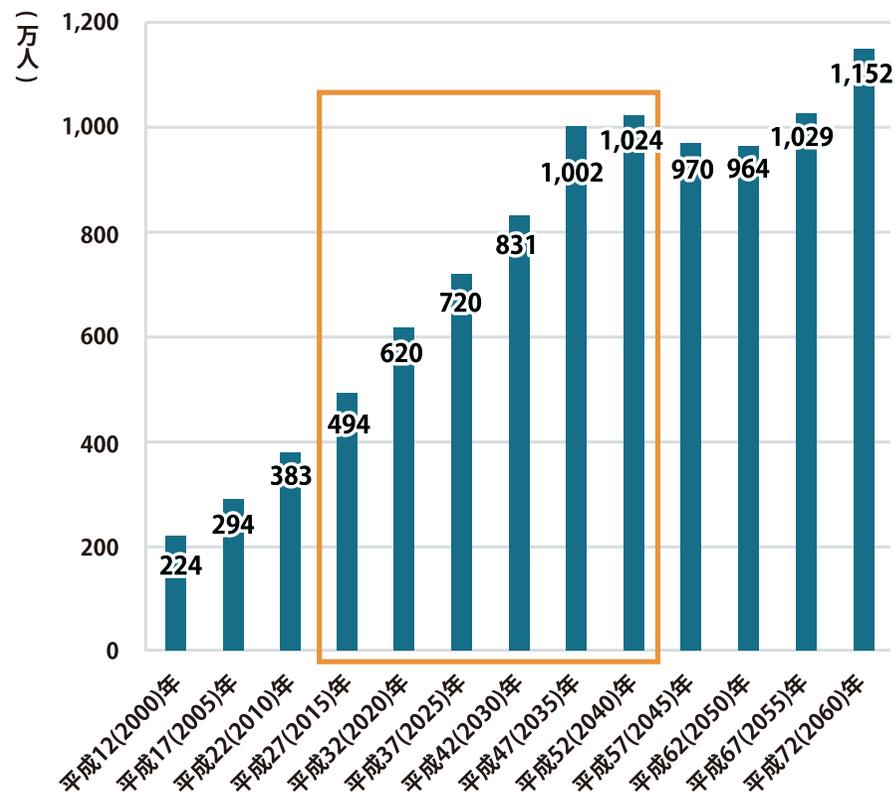
医療と介護の複合ニーズが一層高まる

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

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移



出典

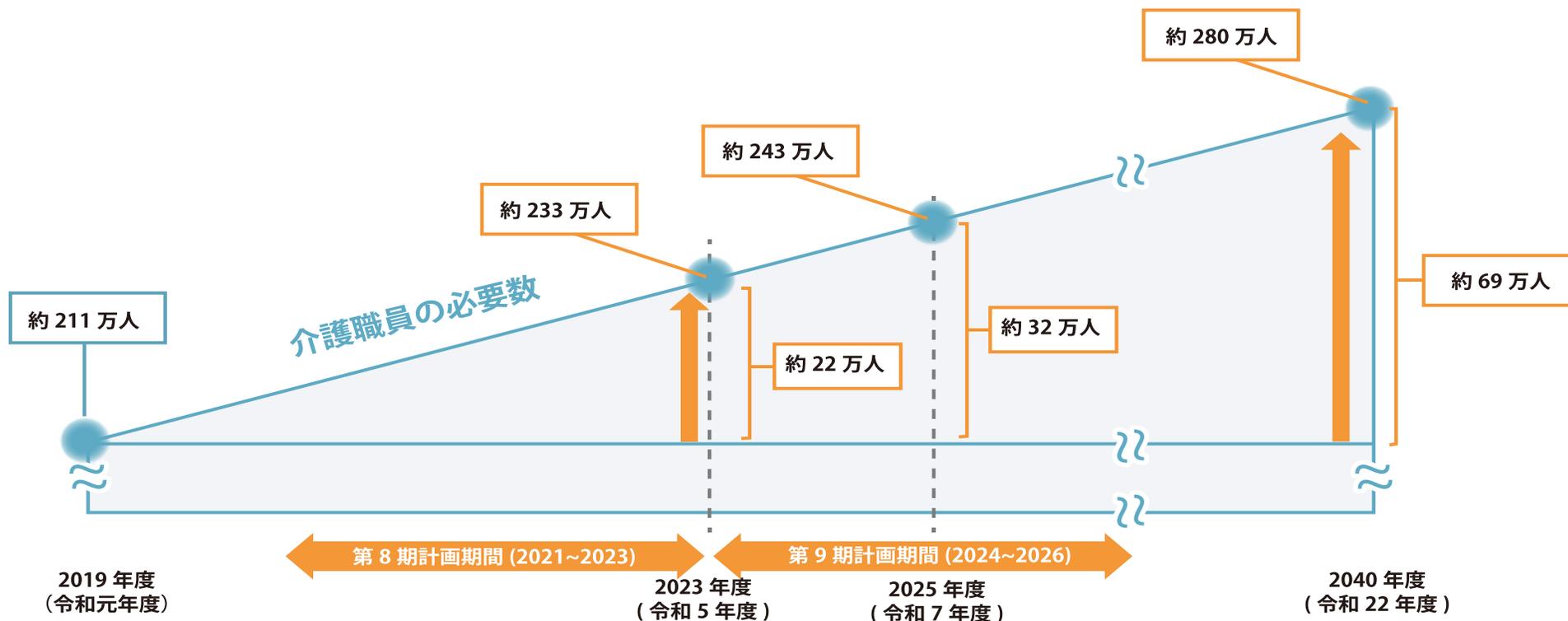
2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成
 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
 実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について

○ 第8期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計すると、

- ・ 2023年度には約233万人（+約22万人（5.5万人/年））
- ・ 2025年度には約243万人（+約32万人（5.3万人/年））
- ・ 2040年度には約280万人（+約69万人（3.3万人/年））となった。 ※（）内は2019年度（211万人）比

※介護職員の必要数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員の必要数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員の必要数を加えたもの。



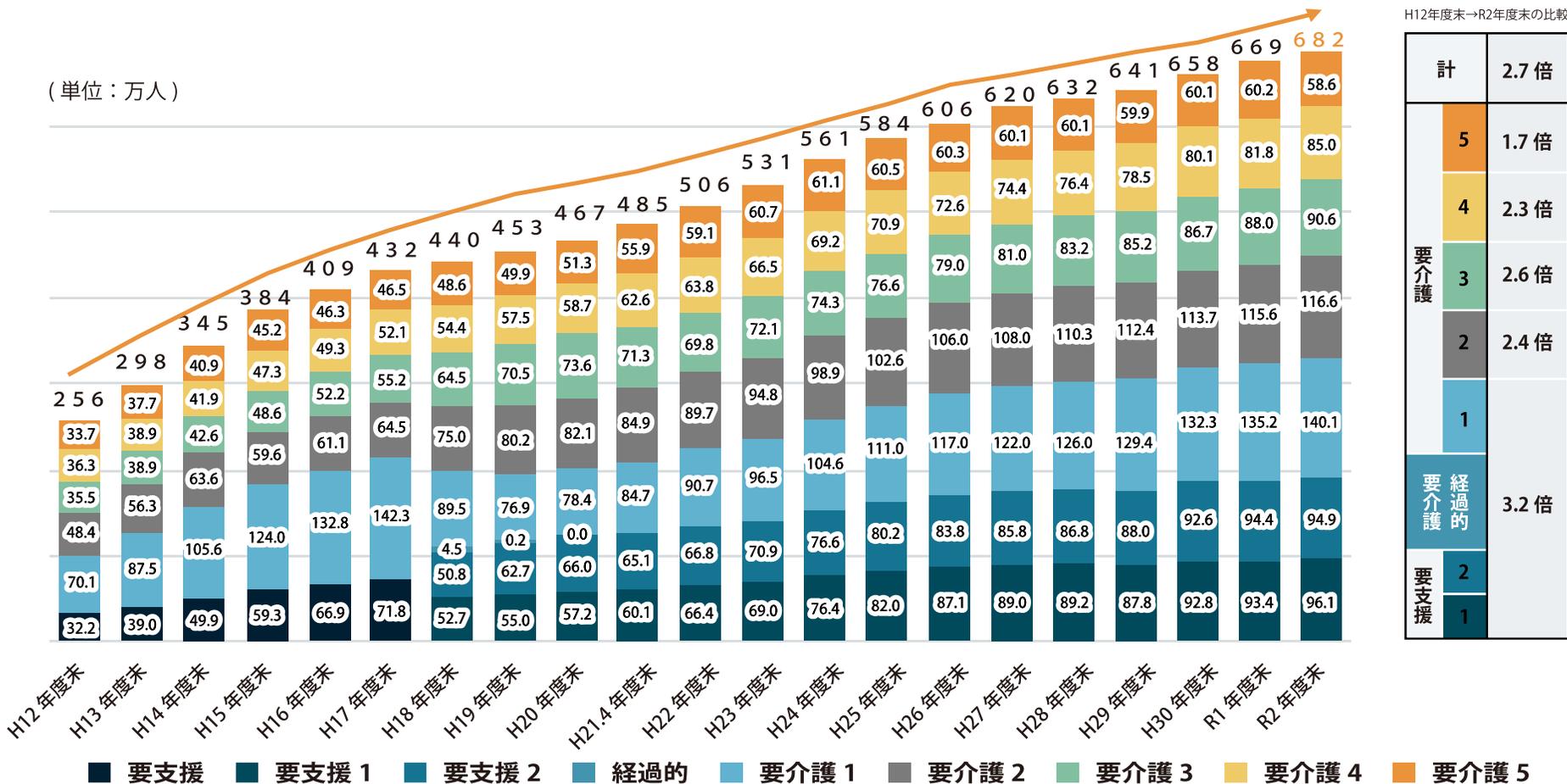
出典

注1) 2019年度(令和元年度)の介護職員数約211万人は、「令和元年介護サービス施設・事業所調査」による。注2) 介護職員の必要数(約233万人・243万人・280万人)については、足下の介護職員数を約211万人として、市町村により第8期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量(総合事業を含む)等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。注3) 介護職員数には、総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員数を含む。注4) 2018年度(平成30年度)分から、介護職員数を調査している「介護サービス施設・事業所調査」の集計方法に変更があった。このため、同調査の変更前の結果に基づき必要数を算出している第7期計画と、変更後の結果に基づき必要数を算出している第8期計画との比較はできない

要介護度別認定者数の推移

○ 要介護（要支援）の認定者数は、令和2年度末現在682万人で、この21年間で約2.7倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。

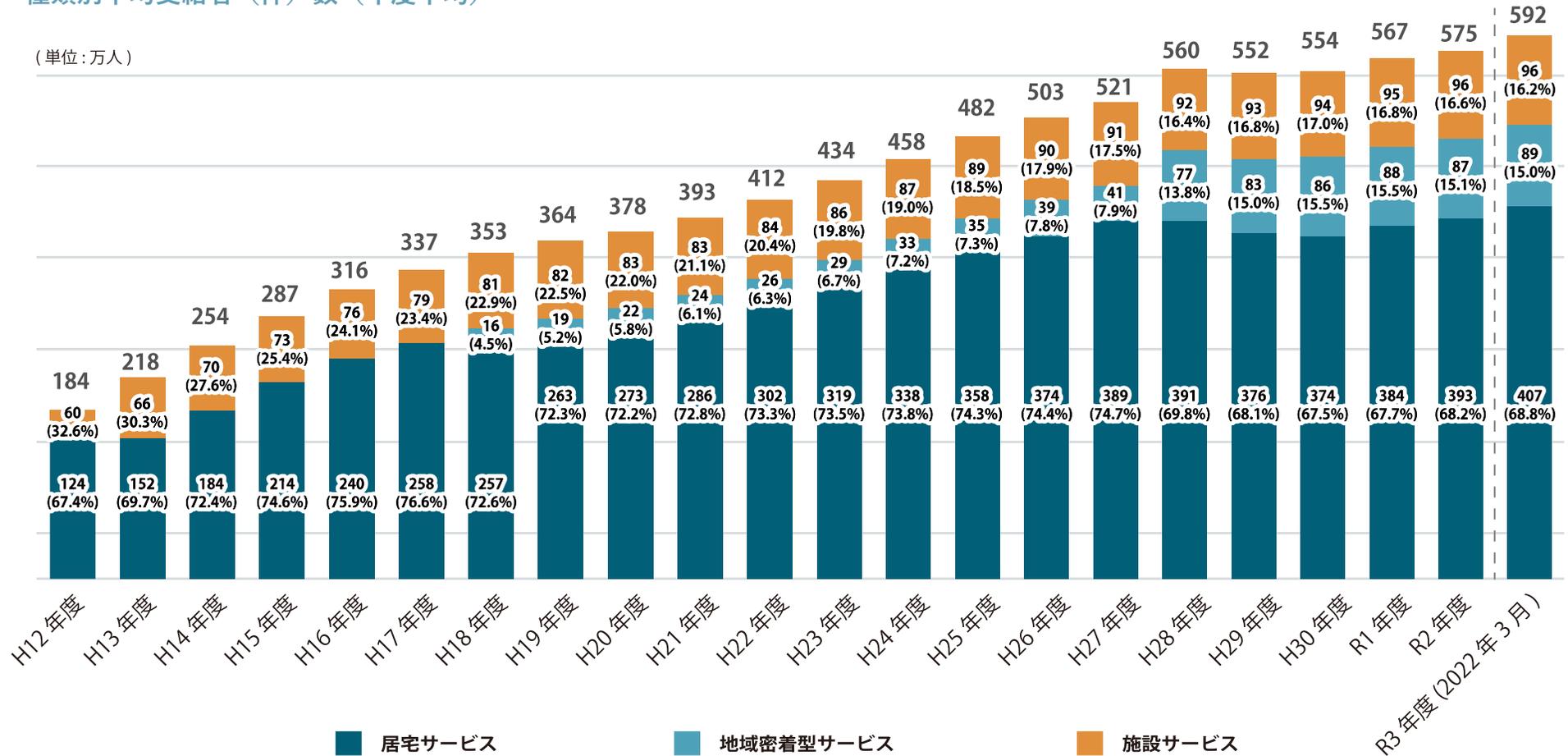
(単位：万人)



介護保険サービス利用者の推移

種類別平均受給者（件）数（年度平均）

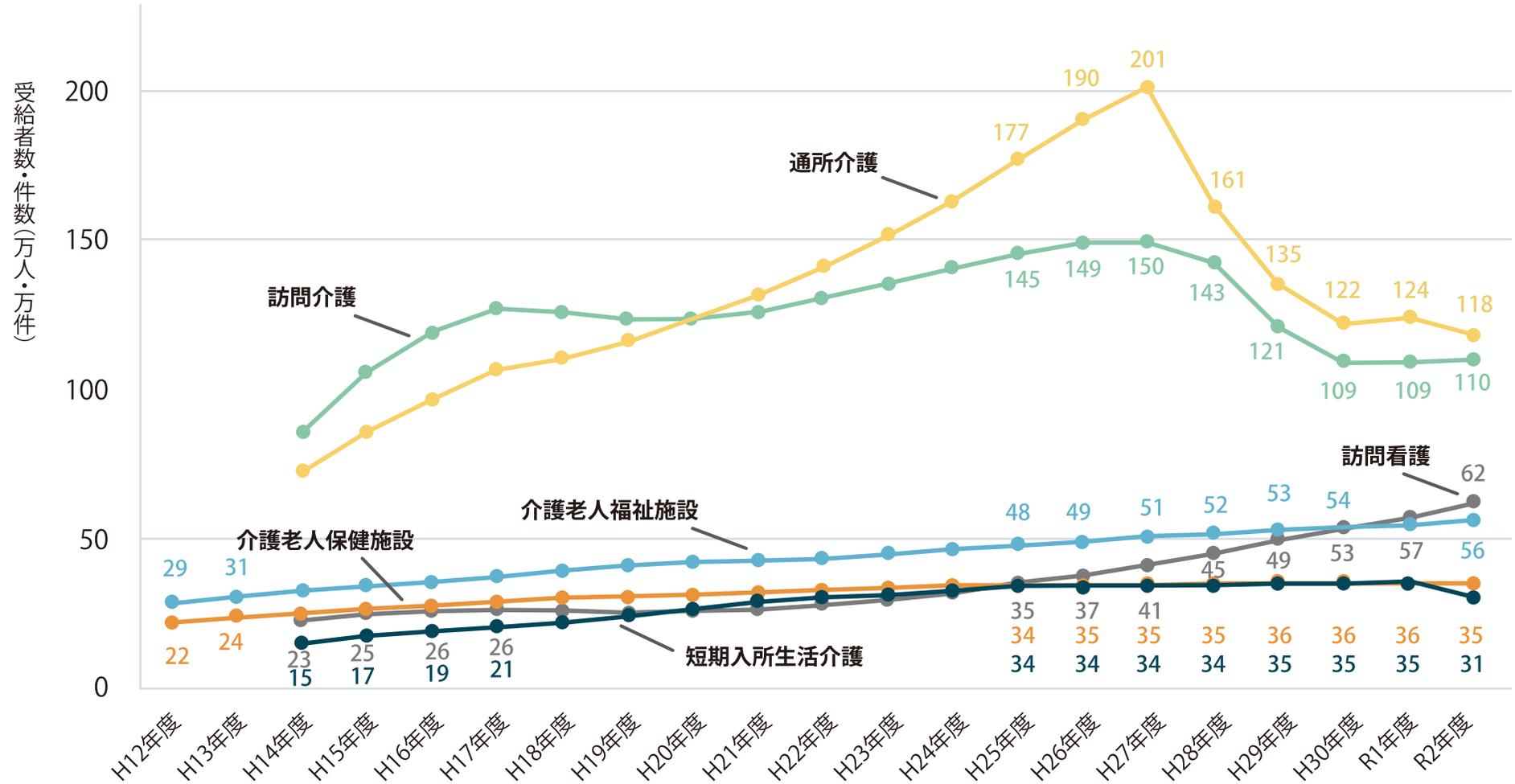
（単位：万人）



介護保険事業状況報告
出典

※1 () は各年度の構成比。 ※2 各年度とも3月から2月サービス分の平均（ただし、平成12年度については、4月から2月サービス分の平均）。
 ※3 平成18年度の地域密着型サービスについては、4月から2月サービス分の平均。 ※4 受給者数は、居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス間の重複利用がある。
 ※5 東日本大震災の影響により、平成22年度の数値には、福島県内5町1村の数値は含まれていない。 ※6 R3年度は2022年3月サービス分。

介護保険サービス受給者数・件数



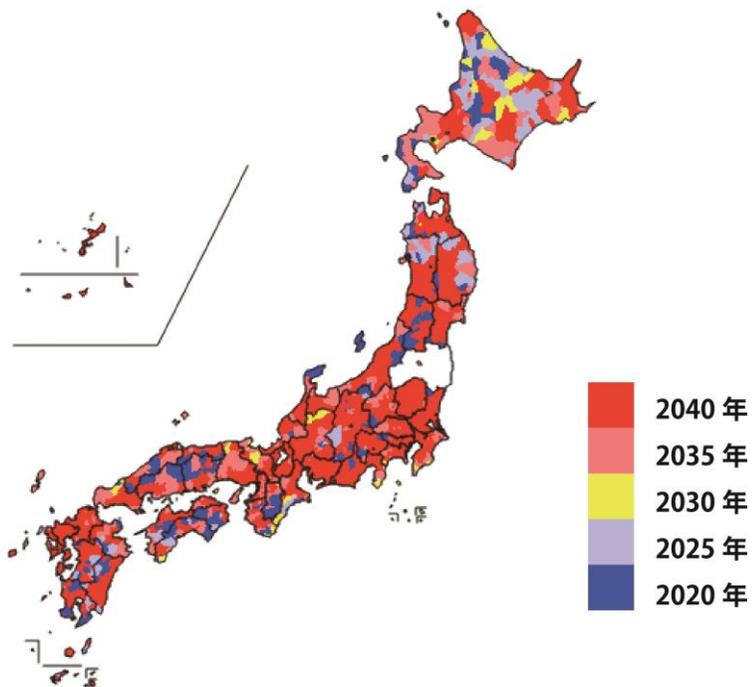
介護保険事業状況報告（3月サービス分から翌年2月サービス分までを集計）

- ※1 平成22年度は、東日本大震災の影響により福島県の5町1村（広野町、楢葉町、富岡町、川内村、双葉町、新地町）を除いて集計した値。
- ※2 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設は受給者数、それ以外は件数である。
- ※3 平成12年度の数値や、平成18年4月開始の小規模多機能型居宅介護及び地域密着型介護老人福祉施設の平成18年度の数値は11ヶ月分を月平均した。（他は12ヶ月分）
- ※4 認知症対応型共同生活介護は平成14年度以前は痴呆対応型共同生活介護。平成13年度以前データはデータを集計していない。
- ※5 同一月に複数サービスを受けた場合等重複がある点に留意が必要。
- ※6 件数には介護予防サービスも含まれており、訪問介護と通所介護はH27以降総合事業に移行し、集計対象から除されている。

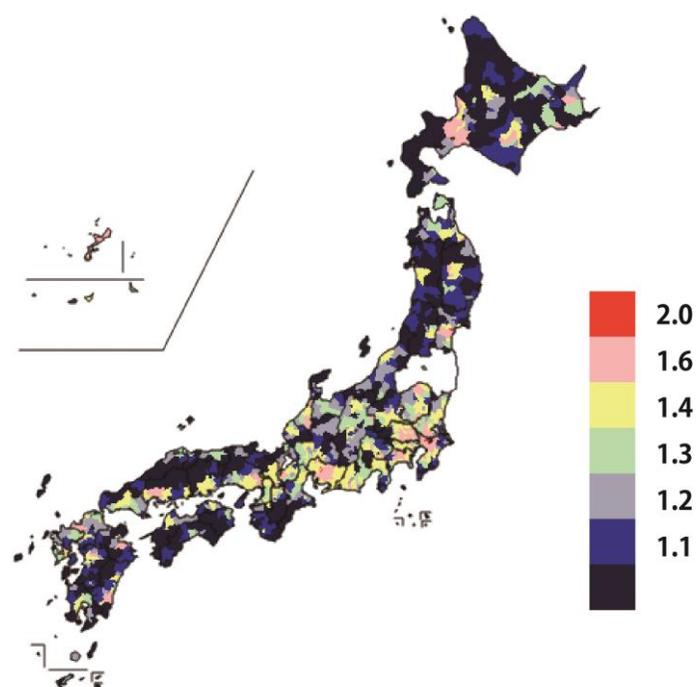
介護保険の保険者別の介護サービス利用者数の見込み

- 各保険者（福島県内の保険者を除く）における、2040年までの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じた保険者もある一方、都市部を中心に2040年まで増え続ける保険者が多い。
- また、最も利用者数が多くなる年の利用者数の2020年の利用者数との比（増加率）をみると、ほとんど増加しない保険者がある一方、2倍超となる保険者も存在する。

保険者別2040年までの間に
サービス利用者数が最も多い年



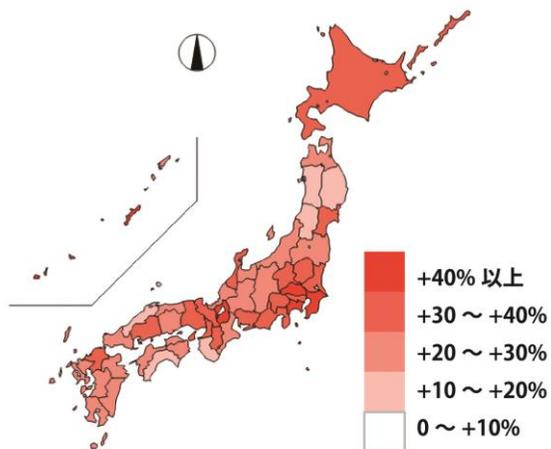
保険者別2040年までの間にサービス利用者数が
最も多い年の利用者数の増加率



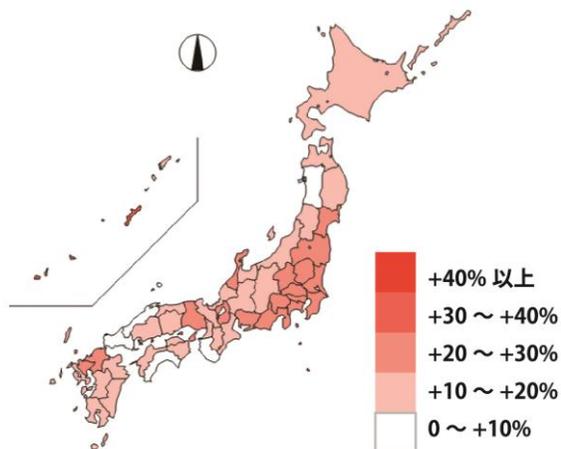
介護需要の変化サービス種別の介護保険利用者数（増加率）

○ 2025年利用者数に対する2040年の利用者数（増加率）

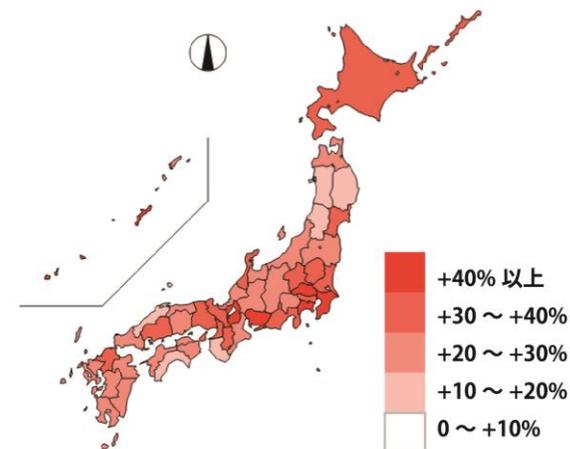
施設系サービス利用者数



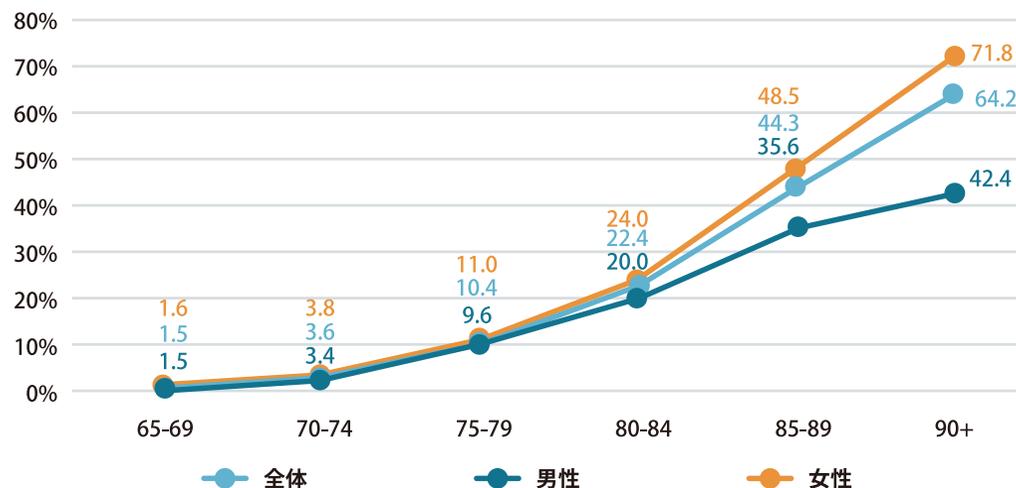
在宅系サービス利用者数



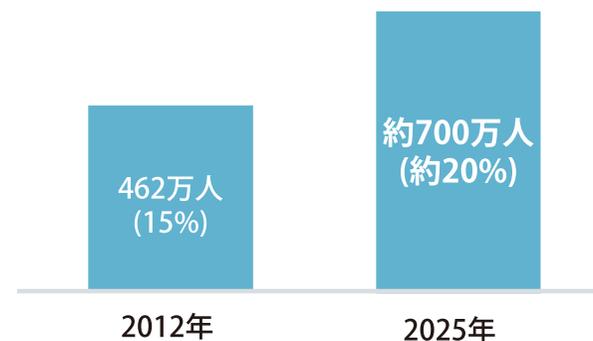
居住系サービス利用者数



年齢階級別の認知症有病率について



(括弧内は65歳以上人口対比)



「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授) を元に推計

日本医療研究開発機構認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」
悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果 (解析対象5,073人)
研究代表者二宮治 (九州大学大学院) 提供のデータより作図

認知症の人の将来推計について

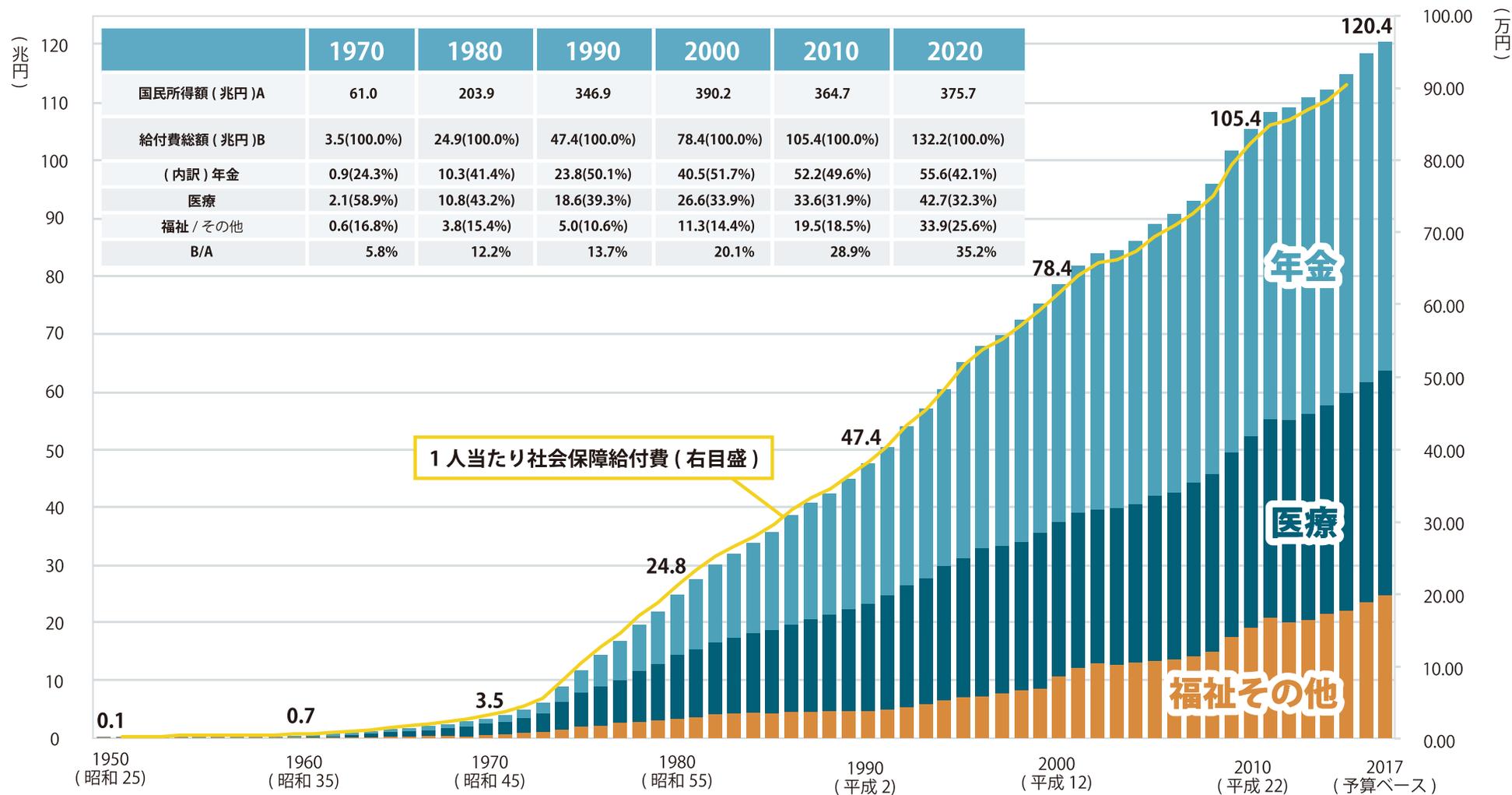
年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/率	462万人 15.0%	517万人 15.2%	602万人 16.7%	675万人 18.5%	744万人 20.2%	802万人 20.7%	797万人 21.1%	850万人 24.5%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 (※) 人数/率		525万人 15.5%	631万人 17.5%	730万人 20.0%	830万人 22.5%	953万人 24.6%	1016万人 27.0%	1154万人 33.3%

出典

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」 (平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授)
(※) 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病 (糖尿病) の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

社会保障給付費の変化

社会保障給付費の推移



国立社会保障・人口問題研究所「令和2年度社会保障費用統計」

医療費の伸び率の要因分解

○ 医療費の伸びについて、人口要因を除いたその他の要因による伸びを入院・外来等の診療種別で見た場合、以下の通り。

	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)	平成29年度 (2017)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)
医療費(兆円)	41.5	41.3	42.2	42.6	43.6	42.2	44.2
医療費の伸び率(%)	3.8	-0.4	2.3	0.8	2.4	-3.1	4.6
診療費計	2.5	0.5	2.1	1.6	2.0	-3.4	4.9
医科計	2.6	0.4	2.1	1.5	2.0	-3.6	4.9
入院	1.9	1.1	2.6	2.0	2.0	-3	2.8
入院外	3.3	-0.4	1.6	1.0	2.0	-4.3	7.5
歯科	1.4	1.5	1.4	1.9	1.9	-0.8	4.8
調剤	9.4	-4.8	2.9	-3.1	3.6	-2.6	2.7
訪問看護療養費	17.3	17.3	16.4	17.0	15.9	19.8	18.4
(参考)入院外+調剤	5.4	-2.0	2.1	-0.4	2.6	-3.7	5.9
医療費の伸び率から人口増の影響 及び高齢化の影響を除いた分	2.9	-1.3	1.3	-0.1	1.6	-3.9	4.0

介護費の伸び率の要因分解



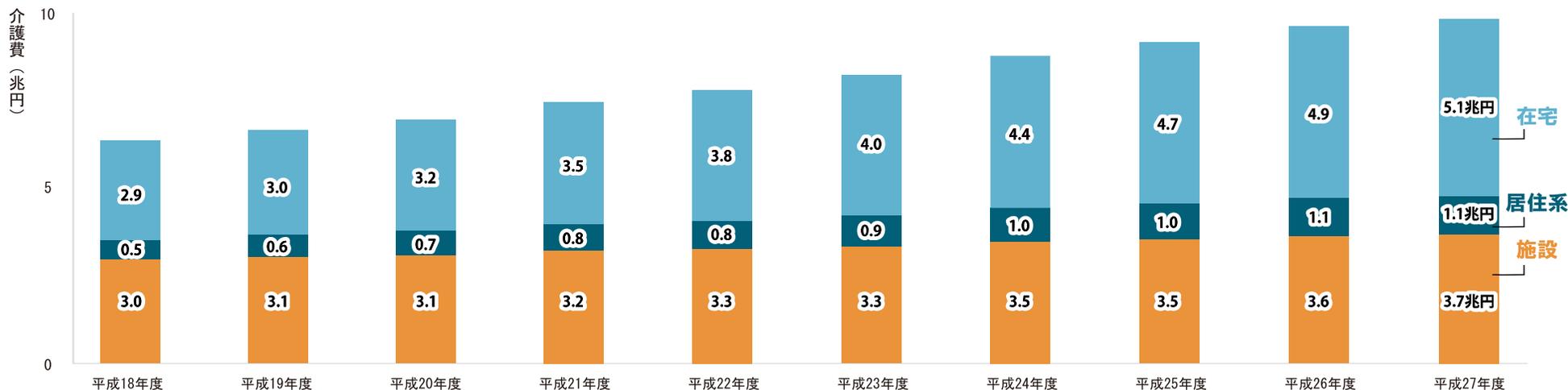
	平成 18 (2006)	平成 19 (2007)	平成 20 (2008)	平成 21 (2009)	平成 22 (2010)	平成 23 (2011)	平成 24 (2012)	平成 25 (2013)	平成 26 (2014)	平成 27 (2015)
介護保険事業計画	第3期			第4期			第5期			第6期
介護費	6.4兆円	6.7兆円	7.0兆円	7.5兆円	7.8兆円	8.3兆円	8.8兆円	9.2兆円	9.6兆円	9.9兆円
介護費の伸び率	-0.2%	4.9%	4.2%	7.3%	4.8%	5.4%	6.5%	4.6%	4.6%	2.3%
うち高齢化の影響	4.9%	4.8%	4.3%	4.3%	3.2%	4.2%	4.2%	3.9%	3.8%	2.9%
うち高齢化の影響以外	-4.9%	0.1%	-0.2%	2.9%	1.6%	1.2%	2.1%	0.7%	0.8%	-0.6%
うち介護報酬改定	-1.45%	-	-	3.0%	-	-	1.2%	-	0.63%	-2.27%
うち介護報酬改定以外	-3.5%	0.1%	-0.2%	-0.1%	1.6%	1.2%	0.9%	0.7%	0.1%	1.8%

介護給付費実態調査（厚生労働省）、国勢調査、人口推計10月1日現在人口（総務省）

※1 介護費には、償還払いの費用（福祉用具購入、住宅改修費等）及び地域支援事業に係る費用は含まれていない。 ※2 平成18年4月の介護報酬改定は▲0.5%〔平成17年10月改定分を含めると▲2.4%〕であり、平成17年10月改定分は平成18年度前半まで影響することから、平成18年度の介護報酬改定の影響を平成18年4月改定分（▲0.5）+平成17年10月改定分の半年分の影響（（▲2.4-▲0.5）/2）とした。 ※3 高齢化に起因する伸び率は、前年度の利用状況を基に人口の違いによる影響を推計したものである。したがって、「高齢化以外のその他」に下記が含まれることに留意が必要
 ・施策の影響（制度改正等の影響）・施設給付の見直し（平成17年10月）・新しい予防給付の導入、地域密着型サービスの創設（平成18年4月）※新予防給付導入による経過措置は平成20年度末まで・定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設（平成24年4月）・家族形態の変化（高齢単身世帯の増加等）に伴うサービス利用構造の変化等・医療から介護への流れに伴う介護ニーズの増等

サービス類型別介護費の動向（平成18～27年度）

サービス種類別の介護費の推移



伸び率（対前年度）の推移

	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
施設	2.6%	1.1%	4.4%	1.4%	2.5%	3.5%	2.2%	2.7%	0.9%
うち高齢化	5.2%	4.6%	4.5%	3.0%	4.5%	4.4%	4.1%	4.0%	3.0%
うち高齢化以外	▲2.5%	▲3.4%	▲0.1%	▲1.6%	▲1.9%	▲0.9%	▲1.8%	▲1.2%	▲2.0%
居住系	16.3%	9.6%	9.0%	7.5%	9.1%	9.1%	5.3%	5.3%	2.5%
うち高齢化	4.9%	4.5%	4.5%	3.5%	4.5%	4.5%	4.2%	4.1%	3.1%
うち高齢化以外	10.9%	4.9%	4.4%	3.8%	4.3%	4.5%	1.1%	1.1%	▲0.5%
在宅	5.2%	6.1%	9.6%	7.4%	7.2%	8.3%	6.4%	5.9%	3.3%
うち高齢化	4.4%	4.0%	3.9%	3.2%	3.8%	4.0%	3.7%	3.6%	2.7%
うち高齢化以外	0.7%	2.0%	5.5%	4.1%	3.3%	4.1%	2.6%	2.2%	0.5%

出典

介護給付費実態調査（厚生労働省）、人口推計、国勢調査（総務省）を基に作成

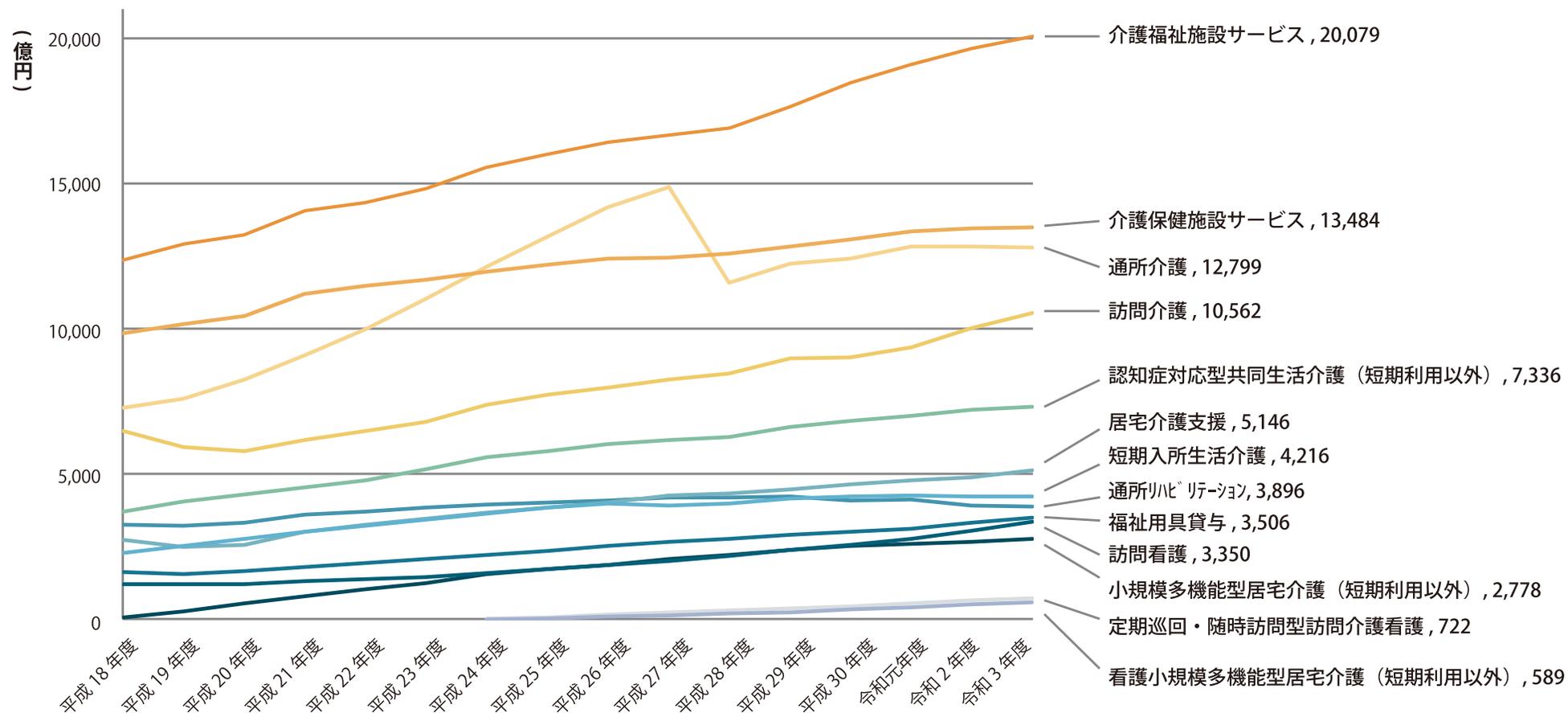
○施設：介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設 ○居住系：特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護 ○在宅：上記以外のサービス

※1 予防サービス、補足給付を含む。市区町村が直接支払う償還払いの費用（福祉用具購入、住宅改修費等）及び地域支援事業に係る費用は含まない。

※2 高齢化の伸びは、年齢階級別の1人当たり費用を固定して、人口構成の変化のみを反映させた場合の伸びをあらわす。

※3 高齢化以外の伸びには、介護報酬改定の影響、制度改正効果、医療から介護への移行に伴う影響などが含まれる。

サービス類型別介護費用額の推移



出典

介護給付費等実態調査 (統計) (平成18年度から令和3年度) より作成

※1 介護予防サービスを含まない。

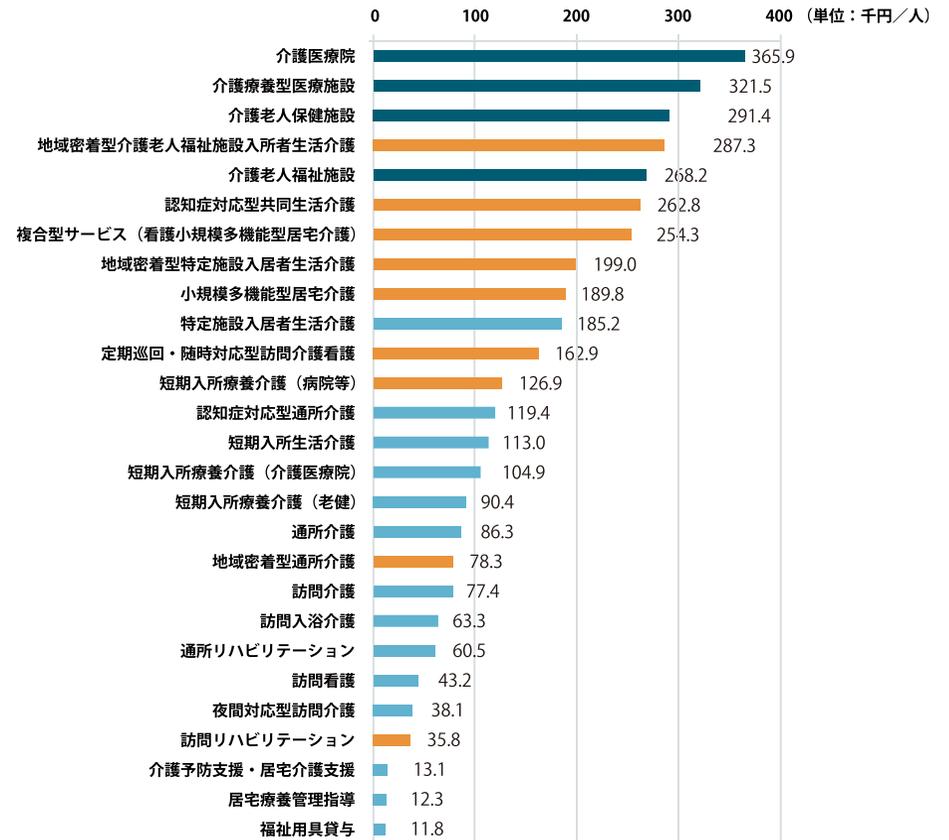
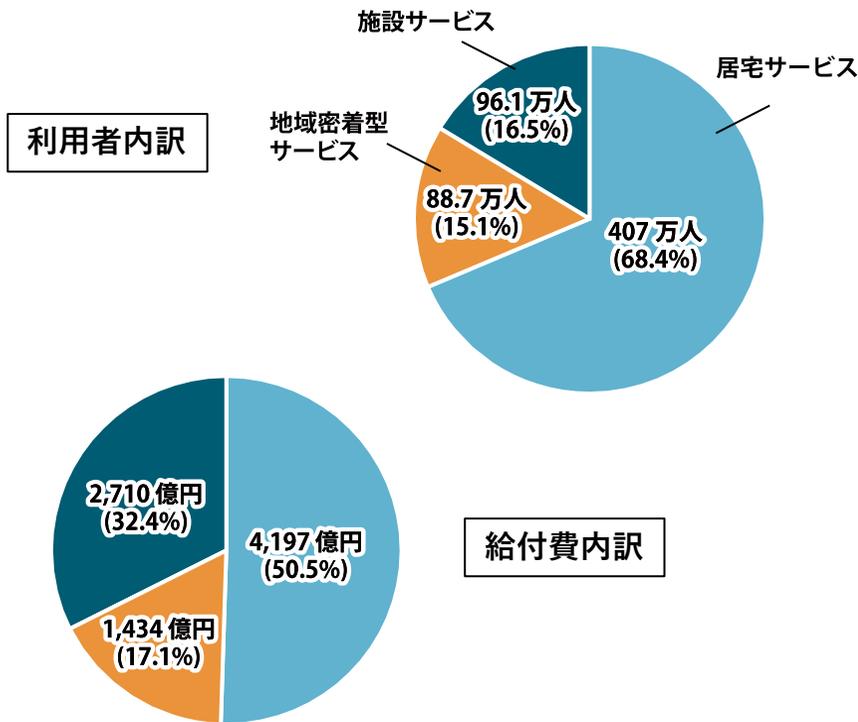
※2 右のサービス名に記載された数値は令和3年度分のもの。

介護保険給付の給付費のサービス種類別の内訳

- サービス利用者のうち、居宅・地域密着型サービスは約83%、施設サービスは約17%であるが、
- 給付費においては、居宅・地域密着型サービスは約68%、施設サービスは約32%となっている。

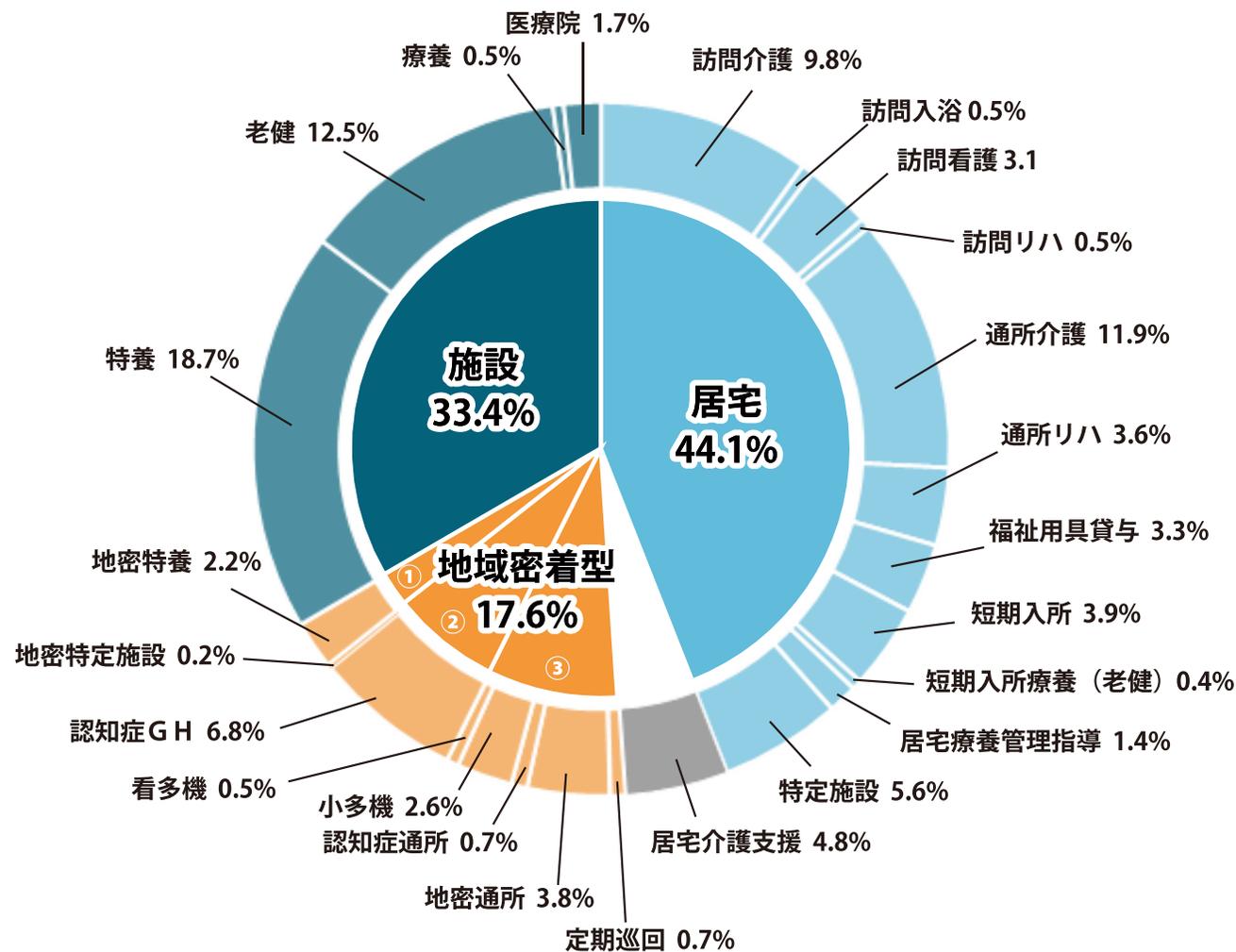
利用者・給付費内訳

サービスごとの1人当たり給付費



介護保険給付に係る総費用のサービス種類別内訳（2021年度）

サービス種類別費用額割合



- ① 地域密着型サービス・居宅系 8.4%
- ② 地域密着型サービス・居住系 7.0%
- ③ 地域密着型サービス・施設系 2.2%

短期入所療養（病院等） 0.0%
 短期入所療養（医療院） 0.0%
 夜間対応型訪問 0.0%

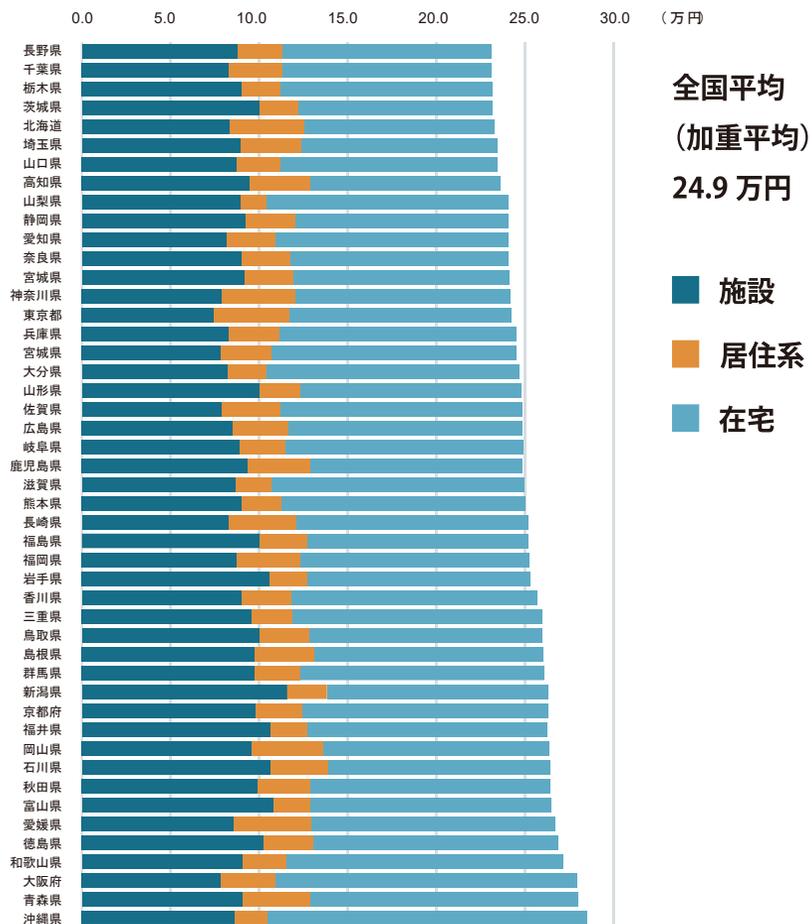
厚生労働省「令和3年度介護給付費等実態統計」

※1 総費用は保険給付額と公費負担額、利用者負担額（公費の本人負担額を含む）の合計額。。市区町村が直接支払う費用（償還払い）は含まない。

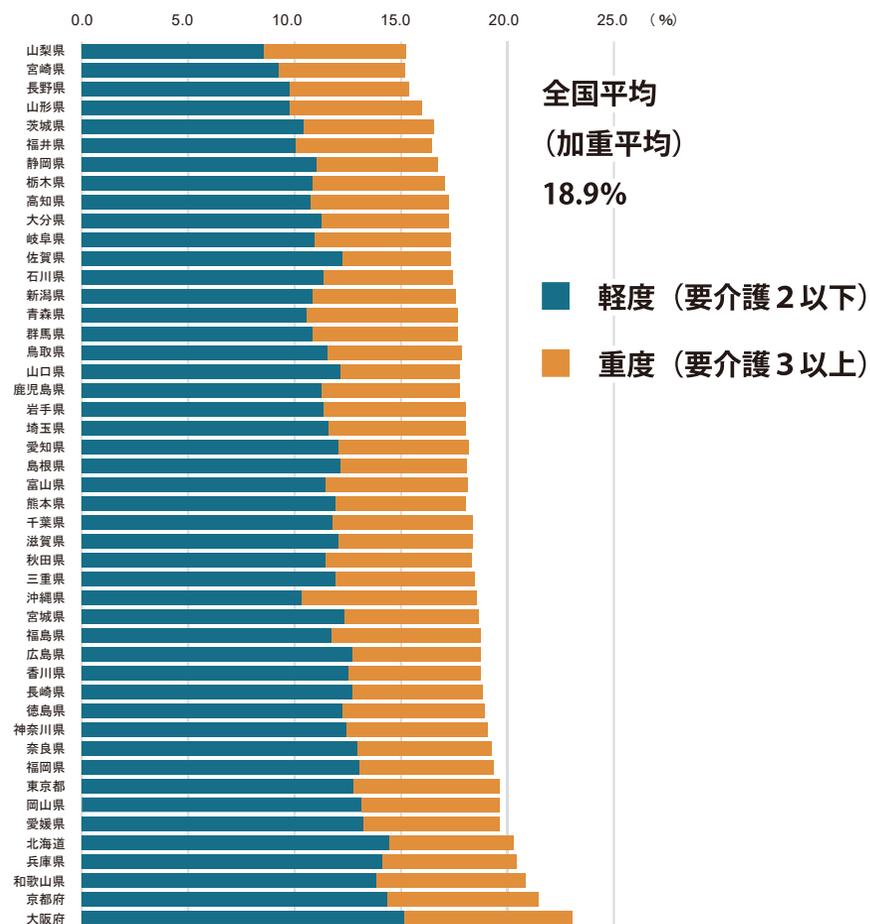
※2 費用は、令和3年度（令和3年5月～令和4年4月審査分）。

第1号被保険者1人当たり介護給付費と認定率の地域差（年齢調整後）

2020年度被保険者1人当たり介護給付費（年齢調整後）



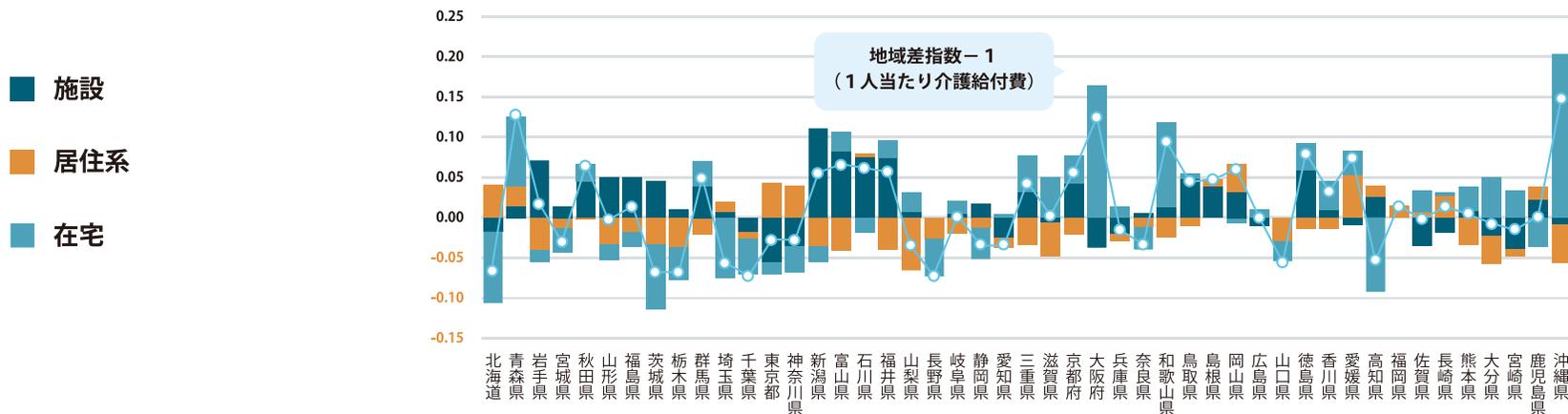
2021年度認定率（年齢調整後）



都道府県別地域差指数（寄与度別）

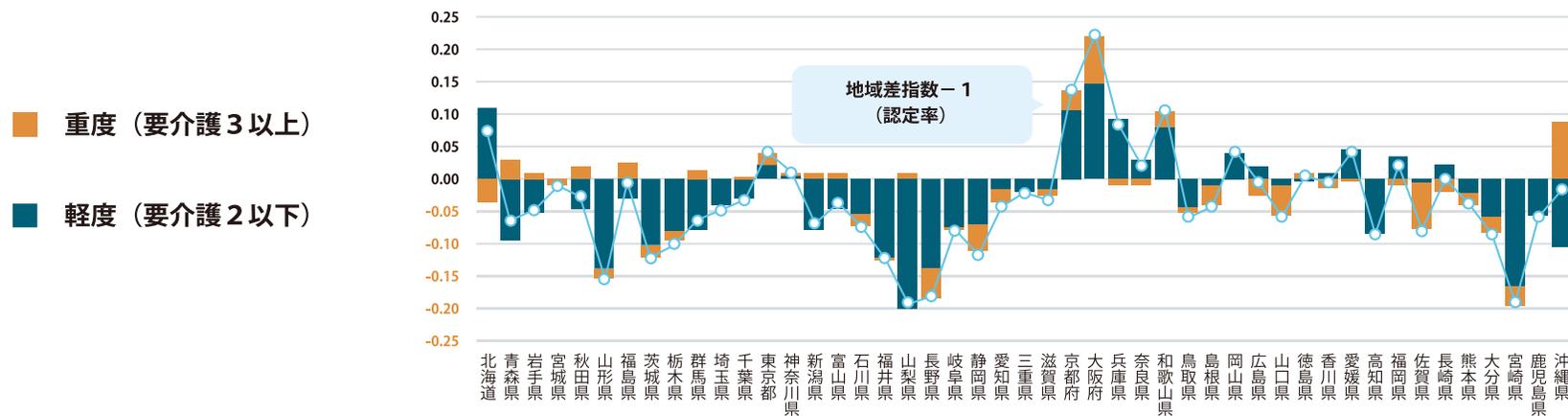
※地域差指数の全国平均からの乖離（地域差指数 - 1）を寄与度に分解したものの
（地域差指数は、年齢調整後の値を全国値で割って指数化したもの（全国値 = 1））

1人当たり介護給付費（2020年度）の地域差指数（施設・居住系・在宅の寄与度別）



全国平均より一人当たり介護給付費が高い
低い

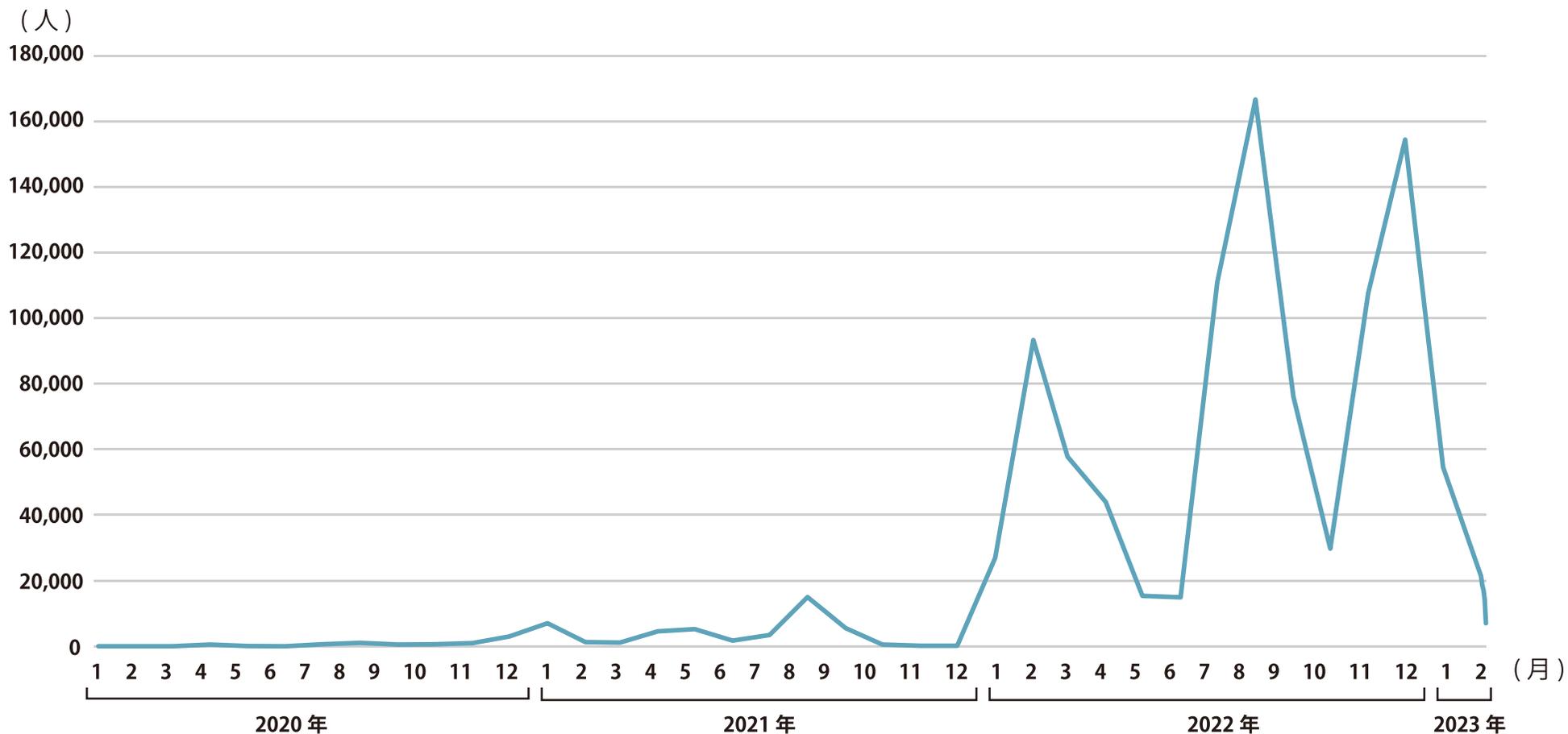
認定率（2021年度）の地域差指数（寄与度別）



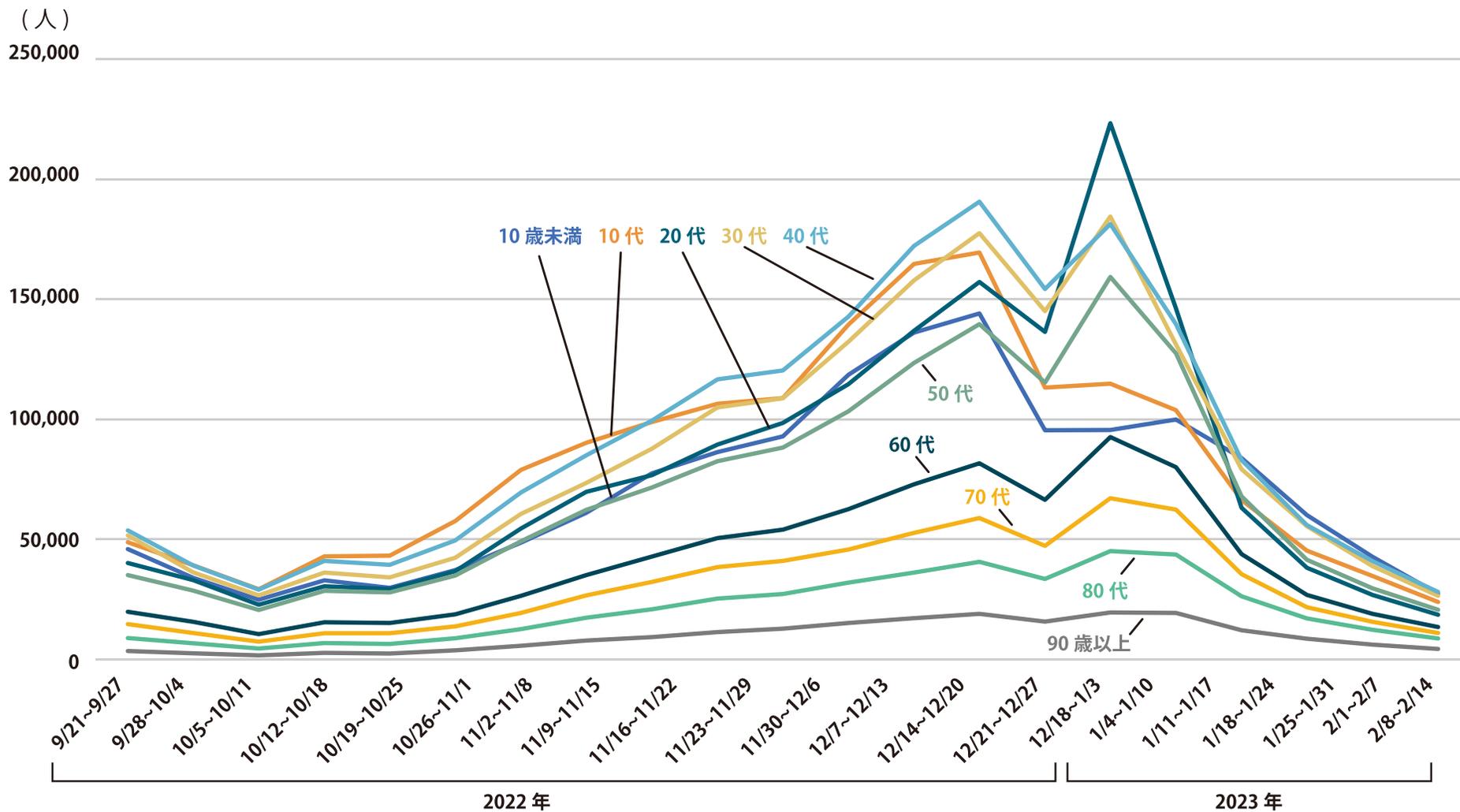
全国平均より認定率が高い
低い

新型コロナウイルスの発生状況

新型コロナの新規陽性者数の推移(日別)



年代別新規陽性者数(週別)



出典

厚生労働省 データからわかる - 新型コロナウイルス感染症情報 - 2023/02/21時点

法律上の理念等

医療に関する法律上の理念等

医療法（抄）

第一条の二

- 1 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。
- 2 医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設（以下「医療提供施設」という。）、医療を受ける者の居宅等（居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。以下同じ。）において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。

健康保険法（抄）

目的

第一条 この法律は、労働者又はその被扶養者の業務災害（労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）第七条第一項第一号に規定する業務災害をいう。）以外の疾病、負傷若しくは死亡又は出産に関して保険給付を行い、もって国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする。

基本的理念

第二条 健康保険制度については、これが医療保険制度の基本をなすものであることにかんがみ、高齢化の進展、疾病構造の変化、社会経済情勢の変化等に対応し、その他の医療保険制度及び後期高齢者医療制度並びにこれらに密接に関連する制度と併せてその在り方に関して常に検討が加えられ、その結果に基づき、医療保険の運営の効率化、給付の内容及び費用の負担の適正化並びに国民が受ける医療の質の向上を総合的に図りつつ、実施されなければならない

介護保険法（抄）

目的

第一条

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

介護保険

第二条

介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2. 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
3. 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
4. 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

国民の努力及び業務

第四条

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2. 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

障害者支援に関する法律上の理念等

障害者総合支援法（抄）

目的

第一条

この法律は、障害者基本法（昭和四十五年法律第八十四号）の基本的な理念にのっとり、身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）、知的障害者福祉法（昭和三十五年法律第三十七号）、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第二百二十三号）、児童福祉法（昭和二十二年法律第六十四号）その他障害者及び障害児の福祉に関する法律と相まって、障害者及び障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付、地域生活支援事業その他の支援を総合的に行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする。

基本理念

第一条の二

障害者及び障害児が日常生活又は社会生活を営むための支援は、全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえのない個人として尊重されるものであるとの理念にのっとり、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現するため、全ての障害者及び障害児が可能な限りその身近な場所において必要な日常生活又は社会生活を営むための支援を受けられることにより社会参加の機会が確保されること及びどこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと並びに障害者及び障害児にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものの除去に資することを旨として、総合的かつ計画的に行わなければならない。

国民の責務

第三条

すべての国民は、その障害の有無にかかわらず、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営めるような地域社会の実現に協力するよう努めなければならない。

【テーマ1】地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携

1 現状

(1) 総論

1) 検討の背景となる人口・世帯構成の変化について [参考資料 p3~11]

- 団塊の世代が全員 75 歳以上となる 2025 年、更にはその先の 2040 年にかけて、85 歳以上の人口が急増するとともに、高齢者単独世帯や夫婦のみの世帯が増加することが見込まれる。
- また、2040 年に向けて生産年齢人口の急激な減少が生じ、現役世代が流出する地方ではますます介護人材の不足が深刻になる。
- さらに、こうした変化についての地域差も大きい。都市部では 75 歳以上人口が急増する一方で、既に高齢化が進んだ地方ではその伸びが緩やか、あるいは減少していくなど、地域によって置かれている状況や課題は全く異なる。

2) 地域包括ケアシステムと地域共生社会について [参考資料 p14, 16~23]

- 「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。
- また、地域包括ケアシステムは、地域共生社会（高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会をいう。）の実現に向けた中核的な基盤となり得るものである。

(2) 医療・介護・障害サービスの連携

1) 医療・介護連携について

- 2040 年にかけて人口・世帯構成が変化することに伴い、医療と介護双方のニーズを有する高齢者が大幅に増加する。
- このため、介護保険サービス利用者が入院すること、医療機関に入院する高齢者が退院後に介護保険サービスを利用すること、地域や施設で生活を送る高齢者が医療と介護双方のサービスを利用することは今後更に増えると思定される。よって、医療と介護の関係者、関係機関間の情報提供や情報共有を、相互の顔の見える関係を土台とした上で、効率的に行うことが益々重要となる。
- 特に、在宅患者数の増加が見込まれる中、在宅医療の推進、とりわけ在宅医療・介護の連携を推進していくことの重要性が高まっている。

2) 医療・介護連携に係る評価について [参考資料 p25～53]

- 累次の改定では、医療と介護の連携について、以下のような視点で様々な評価を行っている。また、双方間の情報提供にあたっては、必要な様式等を定めているものもある。
 - ① 入退院等により患者・利用者の療養場所が移ることに伴う情報提供・連携に係る評価
 - ② 在宅療養中の者を支える医療機関と介護保険の居宅サービス等との連携に係る評価
 - ③ 関係者・関係機関間の日頃からの顔の見える連携体制構築に係る評価

3) 在宅医療・介護連携推進事業について [参考資料 p55～65]

- 医療と介護の連携は、報酬による評価だけでなく、平成 26 年に地域支援事業の一つに在宅医療・介護連携推進事業を位置づけ、平成 30 年からは全ての市町村で実施し、連携体制の構築を推進している。当該事業においては、コーディネーターの配置による在宅医療・介護連携に関する相談支援や、医療・介護関係者の研修等の実施だけでなく、地域の実情に応じて特に医療と介護の連携が必要となる 4 つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）で PDCA サイクルに沿って事業実施ができるよう継続的な取組がなされている。
- 「4 つの場面」を意識した取組について、入退院支援は 72.1%の市町村が既に取り組んでいるが、急変時の対応は 36.3%と最も取組が進んでいな

い状況にある。

4) 医療・介護DXについて [参考資料 p67～75]

- 現在、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」において、質の高い医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築には、情報通信機器（ICT）の活用は情報共有に有効な手段とされており、各地域においても医療情報連携ネットワークや医療介護連携のための情報共有ツールを有効に活用している事例が散見される。今後、全国医療情報プラットフォームの整備等の医療・介護におけるDXの推進等により、医療機関間、介護事業所間、医療・介護間における効果的・効率的な情報連携が期待される。

※ 医療分野においては、異なる電子カルテシステムが稼働している医療機関間での円滑な情報交換や共有を推進するため、医療情報交換のための国際標準規格：HL7 FHIRに基づき、交換・共有する標準的な情報及びその電子的な記述仕様を策定し、それらの仕様（診療情報提供書、退院時サマリー等）を2022（令和4）年3月、厚生労働省標準規格として採択した。

5) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携について [参考資料 p77～96]

- 障害者数全体は増加傾向にあり、障害者の高齢化が進んでいる。また、利用者等のニーズに応じてきめ細かく障害者の支援ができるよう、障害福祉サービスの提供体制の充実が図られてきている。
- 一方で、高齢化した障害者、精神疾患の患者、医療的ケア児が増加していることに加えて、身体疾患に罹患した障害者や強度行動障害を有する障害者への対応の必要性が顕在化してきているなど、障害の特性や個々の状況に応じた対応や、医療・介護・障害福祉サービスにまたがるニーズを有する者への対応が課題となっている。

(3) 医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

1) 主治医と介護支援専門員の連携について [参考資料 p98～101]

- 介護を必要とする高齢者の生活を支えていくためには、医療と介護の適切な連携が不可欠であり、医療で中心的な役割を担う主治医と、介護をコーディネートする役割を担う介護支援専門員との間で、円滑な連携体制が築

かれていることが求められている。

- 各市町村が行う在宅医療・介護連携に関する会議や事業へは、地域包括支援センターの他に、医師会とケアマネ協会の参加率が高く、主治医と介護支援専門員の団体単位での連携は一定程度行われている。
具体的には、各地域において、円滑な連携に向けて、「主治医・介護支援専門員連絡票」を作成しその運用方法を定めたり、主治医が介護支援専門員からの相談を受けられる時間“ケアマネタイム”を一覧化する等の取組が行われている。
- 患者／利用者単位の連携については、サービス担当者会議、地域ケア会議、受診時等の機会を活用した連携や、介護支援専門員から主治医へのケアプラン提供等を通じた情報共有等が行われている。
例えば、主治医へのケアプランの提供について、介護支援専門員は約4割の利用者のケアプランを主治医意見書を記載した医師に対して提示していた。一方で、主治医等にケアプランを提出しても、活用されていない／活用されていることが不明と感じていたなどの課題もある。
- 介護支援専門員にとって、医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいことは、「医療機関側に時間をとってもらうことが困難」であった。医療機関との情報共有における工夫として最も多いものは、「受診時に同行し主治医と面談」であった。

2) 退院時における医療機関と介護支援専門員の連携 [参考資料 p102]

- 地域で暮らす高齢者における日常的な主治医と介護支援専門員の連携に加え、入退院時における医療機関と介護支援専門員との間で、円滑な連携体制が築かれていることも求められている。
- 退院時における連携について、居宅介護支援事業者が最も困難・問題と感じる点は、「医療機関からの急な退院の連絡があり、対応が困難」であった。一方で、医療機関が最も困難・問題と感じる点は、「治療等の都合により、ケアマネジャーへの退院の連絡が直前になること」であった。

3) 多職種連携にも資する適切なケアマネジメント手法について [参考資料 p103~112]

- 一定以上のケアマネジメントの水準を確保するための取組として、ケア

マネジャーがアセスメントやモニタリングの過程で収集・分析し、共有すべき情報を体系的に整理した「適切なケアマネジメント手法」の普及を図っている。本手法は、「基本ケア」と「疾患別ケア」で構成され、ケアプラン検討時の抜け漏れ防止、多職種間での情報共有等に活用が見込まれる。令和6年4月施行予定の介護支援専門員法定研修カリキュラムにも盛り込まれる予定である。

(4) 高齢者施設・障害者施設等における医療

- 施設入所者の高齢化・要介護度の上昇とともに、施設における医療ニーズは近年増加していると考えられ、地域包括ケアシステムの構築を実現する観点からも、住み慣れた施設における生活を望む高齢者が、可能な限り人生の最後まで住み慣れた場所で暮らすことができるよう、協力医療機関等による相談体制の充実、バックベッド機能の整備、継続的な薬物治療やポリファーマシー対策を含めた施設の医療機能の更なる向上が求められる。
- また、施設における感染対策については、新型コロナウイルス感染症の急速な感染拡大により、施設における基本的な感染対策の脆弱さや医療提供機能の限界とともに、協力医療機関との連携不足が明らかとなったことから、将来的な新興感染症等の流行に備え、平時から高齢者施設等における感染予防の能力向上を図りつつ、施設内で感染が拡大した場合における医療機関と高齢者施設等の連携についても強化していく必要がある。

※ 詳細は、【テーマ4】高齢者施設・障害者施設等における医療にて整理

(5) 認知症

- 高齢者単独世帯の増加が見込まれる中、認知症への気づきや介入が遅れないよう、日ごろからの地域における社会参加活動の推進や、身近な存在である主治医による健康管理の推進などの重層的な取組の推進が重要である。
- 在宅や施設から入院する場合、認知症者の入院前の症状やADL、生活歴・趣味等を把握することが、適切な認知症ケアを提供するうえで必要となるが、入院期間が短い急性期の医療機関等において、このような情報を医療機関が家族等から聴取することは困難が伴う。
- また、医療機関から在宅や施設へ退院する場合においても、入院中の認知症の症状や医療機関が家族等から入手した生活歴等の情報を、在宅療養を

支える医療機関、ケアマネジャー、介護サービス事業所等と共有されることで、円滑な移行が推進される。

- 入院時と退院時を中心に、認知症者の治療やケアに際し医療・介護間で必要な情報が適切に共有されることが担保される仕組みを検討する必要がある。

※ 詳細は、【テーマ5】認知症にて整理

(6) リハビリテーション・口腔・栄養

- リハビリテーション、口腔の管理及び栄養管理の取組は一体的に運用されることで、より効果的な治療・重症（重度）化予防、自立支援につながることを期待される。
- 医療及び介護において、リハビリテーション、口腔の管理、栄養管理に関する取組は、それぞれ推進されてきた。一方で、多職種による適切な評価や介入が行われていない実態等もあり、リハビリテーション、口腔の管理、栄養管理に関する取組を効果的に行うためには、
 - ・ 医師をはじめ関係職種が一体的な取組の重要性を認識し、的確に対象者を把握した上で、速やかに評価や介入を行うこと
 - ・ 多職種による日常的なコミュニケーションが強化されることなどが必要である。
- また、高齢者は状態に応じて、在宅又は施設から入退院を繰り返す場合も多く、リハビリテーション、口腔の管理、栄養管理に関する一体的な取組の情報は、医療と介護とで切れ目なく引き継がれることが求められる。

※ 詳細は、【テーマ2】リハビリテーション・口腔・栄養にて整理

2 主な課題

(1) 医療・介護・障害サービスの連携

1) 今後の重点的課題を踏まえた医療・介護連携について

- 2040年を見据え、
 - ・ 急増する85歳以上の年代では、認知症が疑われる人や認知症の人が大

幅に増加するため、認知症高齢者に対する対応

- ・ 高齢者単独世帯や夫婦のみの世帯が増加するため、生活支援や住まいの支援も含めた対応
 - ・ 限りある資源で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護サービスの提供体制の最適化
 - ・ 都市部と地方の高齢化の差など、地域によって置かれている状況や課題が全く異なるため、今まで以上の地域の特性に応じた対応
- といった今後重点的に取り組むべき課題を踏まえ、医療と介護の連携を推進する必要がある。

○ また、医療と介護双方のニーズを有する高齢者に対し、それぞれの高齢者が“ときどき入院、ほぼ在宅（施設を含む）”のどの場面においても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、医療においてはより「生活」に配慮した質の高い医療を、介護においてはより「医療」の視点を含めたケアマネジメントが求められている。

○ さらに、在宅においては、訪問介護や通所介護等の利用者と接する機会が相対的に多いサービス提供者が、支援する中で得られた日常的な変化や気づきを、主治医や介護支援専門員、他のサービス提供者等と共有し、必要に応じてケアプランの見直し等につなげていくことも求められている。

2) 医療・介護DXについて

○ 医療と介護の施設間等における情報提供や情報連携は、未だ手交や郵送等のアナログな方法が多いが、今後の全国医療情報プラットフォームの整備や電子カルテ情報・交換方式の標準化等も踏まえ、効果的・効率的な情報連携の方法に転換していくことが求められている。

3) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携について

○ 障害者が、その特性や個々の状況に応じて、日頃から医療・介護・障害福祉サービスを円滑に併用しながら生活できる体制や、緊急時に適切に医療の提供を受けられる体制が求められている。

○ また、医療・介護・障害福祉サービスにまたがるニーズを有する者に対応するためには、医療機関が障害者の特性や個々の状況に応じた医療提供を行う一方で、障害福祉サービス事業所において一定の医療ニーズに対応することや、双方の連携体制の強化を図ることが重要であり、医療機関と相談

支援事業所等の関係者間での必要な情報の円滑な共有等を図りながら個々の障害者に応じた適切なサービスを提供することが求められている。

(2) 医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

- 従前より主治医と介護支援専門員の連携強化は課題であり、累次の改定において連携の推進に資する評価が行われるとともに、各地域単位における様々な情報共有の工夫も行われている。
- 平成30年度同時改定では、特に主治医と介護支援専門員との連携が求められる訪問診療を受ける者や末期のがん患者等に着目した評価や見直しが行われたが、主治医がより「生活」に配慮した医療を提供するためには、在宅医療だけでなく外来通院中の患者における連携を強化することが求められている。
- なお、主治医と介護支援専門員の連携に係る現状や課題は、介護支援専門員視点で様々な調査等で明示されているものの、主治医視点の体系的な分析はあまり行われていない。

3 検討の視点

(1) 医療・介護・障害サービスの連携

1) 今後の重点的課題を踏まえた医療・介護連携について

- 医療においてはより「生活」に配慮した質の高い医療を、介護においてはより「医療」の視点を含めたケアマネジメントを行うために必要な情報提供の内容や連携の在り方について、どう考えるか
- とりわけ、在宅医療を推進する中で、必要不可欠となる在宅医療・介護の連携の更なる推進をどう図っていくか

2) 医療・介護DXについて

- 将来的な全国医療情報プラットフォームの整備等を見据え、医療機関間、介護事業所間、医療・介護間で情報共有を円滑に行うために必要な項目や様式の統一化などについて、どう考えるか

3) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携について

- 高齢化した障害者、精神疾患の患者、身体疾患に罹患した障害者、医療的ケア児、強度行動障害を有する障害者など、医療・介護・障害福祉サービスにまたがるニーズを有する者に対応できるよう、障害特性や個々の状況に応じた医療・介護サービスの提供体制や、障害福祉サービスにおける一定の医療ニーズに対応する体制についてどう考えるか
- また、個々の当事者の特性に応じた対応を図るよう各サービス間の連携を強化することについて、どう考えるか

(2) 医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

- 主治医がより「生活」に配慮した質の高い医療を提供するために必要な介護支援専門員との連携の在り方について、どう考えるか
- また、在宅や施設、高齢者住宅等における医療を円滑に行えるよう、介護支援専門員が「医療」の視点を含めたケアマネジメントを行うために必要な主治医との連携の在り方について、どう考えるか

地域包括ケアシステムのさらなる推進のための 医療・介護・障害サービスの連携

参考資料

1. 総論

2. 医療・介護連携に係る評価

3. 在宅医療・介護連携推進事業

4. 医療・介護DX

5. 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

6. 主治医と介護支援専門員の連携

総合確保方針の意義・基本的方向性の見直し（案）

【現行】

意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現

【見直し案】

意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者・国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現。

基本的方向性

- (1) 効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築
- (2) 地域の創意工夫を活かせる仕組み
- (3) 質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進
- (4) 限りある資源の効率的かつ効果的な活用
- (5) 情報通信技術（ICT）の活用

基本的方向性

- (1) 「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築
 - (2) サービス提供人材の確保と働き方改革
 - (3) 限りある資源の効率的かつ効果的な活用
 - (4) デジタル化・データヘルスの推進
 - (5) 地域共生社会の実現
- (別添) ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

総合確保方針の意義の見直し案

1. 意義

- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年（2025年）にかけて、65歳以上人口、とりわけ75歳以上人口が急速に増加した後、令和22年（2040年）に向けてその増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、令和7年以降さらに減少が加速する。
- 全国で見れば、65歳以上人口は令和22年を超えるまで、75歳以上人口は令和32年（2050年）を超えるまで増加が続くが、例えば、要介護認定率や1人当たり介護給付費が急増する85歳以上人口は令和7年まで75歳以上人口を上回る勢いで増加し、令和17年（2035年）頃まで一貫して増加する。外来患者数は令和7年（2025年）頃、入院患者数は令和22年（2040年）頃、在宅患者数は令和22年（2040年）以降に最も多くなる。一方で、都道府県や2次医療圏単位で見れば、65歳以上人口が増加する地域と減少する地域に分かれ、入院・外来・在宅それぞれの医療需要も、ピークを迎える見込みの年が地域ごとに異なる。
- 生産年齢人口が減少していく中で、急激に高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを越える地域もあるなど、人口構成の変化や医療及び介護需要の動向は地域ごとに異なる。こうした地域の実情に応じた医療及び介護提供体制の確保を図っていくことが重要である。その際、中山間地域や離島では、地理的要因によって医療や介護の資源が非常に脆弱な地域も存在することに留意する必要がある。また、求められる患者・利用者の医療・介護ニーズも変化している。高齢単身世帯が増えるとともに、慢性疾患や複数の疾患を抱える患者、医療・介護の複合ニーズを有する患者・利用者が増加しており、医療・介護の連携の必要性が高まっている。
- 特に、認知症への対応については、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人やその家族の視点を重視しながら共生と予防を車の両輪として施策を推進していく必要がある。
- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者など国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築し、国民一人一人の自立と尊厳を支えるケアを将来にわたって持続的に実現していくことが、医療及び介護の総合的な確保の意義である。

総合確保方針の基本的な方向性を見直し案（その1）

（1）「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築

- 医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築が進められてきたが、今般の新型コロナウイルス感染症対応において、地域における医療・介護の提供に係る様々な課題が浮き彫りとなった。
- こうした課題にも対応できるよう、平時から医療機能の分化と連携を一層重視して国民目線で提供体制の改革を進めるとともに、新興感染症等が発生した際にも提供体制を迅速かつ柔軟に切り替えることができるような体制を確保していくことが必要である。
- 入院医療については、まずは令和7年に向けて地域医療構想を推進し、その上で、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、更に医療機能の分化・連携を進めていくことが重要である。外来医療・在宅医療については、外来機能報告制度を踏まえ紹介受診重点医療機関の明確化を図るとともに、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行っていくことが重要である。これらについては、地域医療構想を更に推進する中で対応を進めるとともに、医療従事者の確保と働き方改革を一体的に進めていくことが重要である。また、医薬品の安定供給や提供体制の確保を図っていくことが必要である。
- 地域包括ケアシステムについては、介護サービスの提供体制の整備、住まいと生活の一体的な支援、医療と介護の連携強化、認知症施策の推進、総合事業、介護予防、地域の支え合い活動の充実等を含めた地域づくりの取組を通じて、その更なる深化・推進を図っていくことが重要である。
- 人口構成の変化や医療・介護需要の動向は地域ごとに異なることから、医療及び介護の総合的な確保を進めていくためには、地域の創意工夫を活かせる柔軟な仕組みを目指すことが必要である。
- 国民の行動変容を促す情報発信、人生の最終段階において本人が望む医療やケアについて家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発等、患者・利用者など国民の視点に立った医療・介護の提供体制の整備を進めていくことが重要である。

総合確保方針の基本的な方向性を見直し案（その2）

（2）サービス提供人材の確保と働き方改革

- 令和22年に向けて生産年齢人口が急減する中で、医療・介護提供体制の確保のために必要な質の高い医療・介護人材を確保するとともに、サービスの質を確保しつつ、従事者の負担軽減が図られた医療・介護の現場を実現することが必要となる。
- 医療従事者については、働き方改革の取組を進めるとともに、各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の整備やタスク・シフト／シェア、チーム医療の推進、復職支援等を進めていくことが重要である。介護従事者については、これまでの処遇改善の取組に加え、ICTや介護ロボット等の活用、手続のデジタル化等により介護現場の生産性向上の取組を推進し、専門性を生かしながら働き続けられる環境づくりや復職支援、学校等と連携した介護の仕事の魅力発信に取り組むとともに、いわゆる介護助手の導入等の多様な人材の活用を図ることで、必要な人材の確保を図っていくことが重要である。
- このような取組を通じて、患者・利用者など国民の理解を得ながら、医療・介護サービス提供人材の確保と働き方改革を地域医療構想と一体的に進めることが重要である。

（3）限りある資源の効率的かつ効果的な活用

- 人口減少に対応した全世代型の社会保障制度を構築していくことが必要である。急速に少子高齢化が進む中、医療及び介護の提供体制を支える医療保険制度及び介護保険制度の持続可能性を高めるためには、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用していく必要がある。
- こうした観点からも、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供、介護サービスの質の向上、介護サービス事業者の経営の協働化・大規模化、ケアマネジメントの質の向上を推進することが重要である。

総合確保方針の基本的な方向性を見直し案（その3）

（4）デジタル化・データヘルスの推進

- オンライン資格確認等システムにおいては、患者の同意の下に、医療機関・薬局において特定健診等情報や薬剤情報等を確認し、より良い医療が提供される環境の整備が進められている。
- 介護についても、地域包括ケアシステムを深化・推進するため、介護情報を集約し、医療情報とも一体的に運用する情報基盤の全国一元的な整備を進めることとしている。
- オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等に加え、予防接種、電子処方箋、自治体検診、電子カルテ等の医療（介護を含む。）全般にわたる情報について共有・交換できる「全国医療情報プラットフォーム」を創設する方向が示されている。
- 医療・介護連携を推進する観点から、医療・介護分野でのDX（デジタルトランスフォーメーション）を進め、患者・利用者自身の医療・介護情報の標準化を進め、デジタル基盤を活用して医療機関・薬局・介護事業所等の間で必要なときに必要な情報を共有・活用していくことが重要である。
- 医療・介護提供体制の確保に向けた施策の立案に当たり、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）、公的データベース等やこれらの連結解析等を通じ、客観的なデータに基づいてニーズの分析や将来見通し等を行っていくEBPM（エビデンス・ベスト・ポリシー・メイキング）の取組が重要である。

総合確保方針の基本的な方向性を見直し案（その4）

(5) 地域共生社会の実現

- 孤独・孤立や生活困窮の問題を抱える人々が地域社会と繋がりながら、安心して生活を送ることができるようにするため、地域の包括的な支援体制の構築、いわゆる「社会的処方」の活用など「地域共生社会」の実現に取り組む必要がある。現に、従来からの地域包括ケアシステムに係る取組を多世代型に展開し、地域共生社会の実現を図る地方自治体も現れてきている。
- 医療・介護提供体制の整備については、住宅や居住に係る施策との連携も踏まえつつ、地域の将来の姿を踏まえた「まちづくり」の一環として位置付けていくという視点を明確にしていくことも重要である。
- 医療・介護提供体制の確保に当たっては、地域住民や地域の多様な主体の参画や連携を通じて、こうした「地域共生社会」を目指していく文脈の中に位置付けていくことが重要である。

(別添) ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供体制の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの

※このほか、市町村計画の共同策定の明確化など所要の見直し

(別添) ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

1. ポスト2025年に対応した医療・介護提供体制の姿

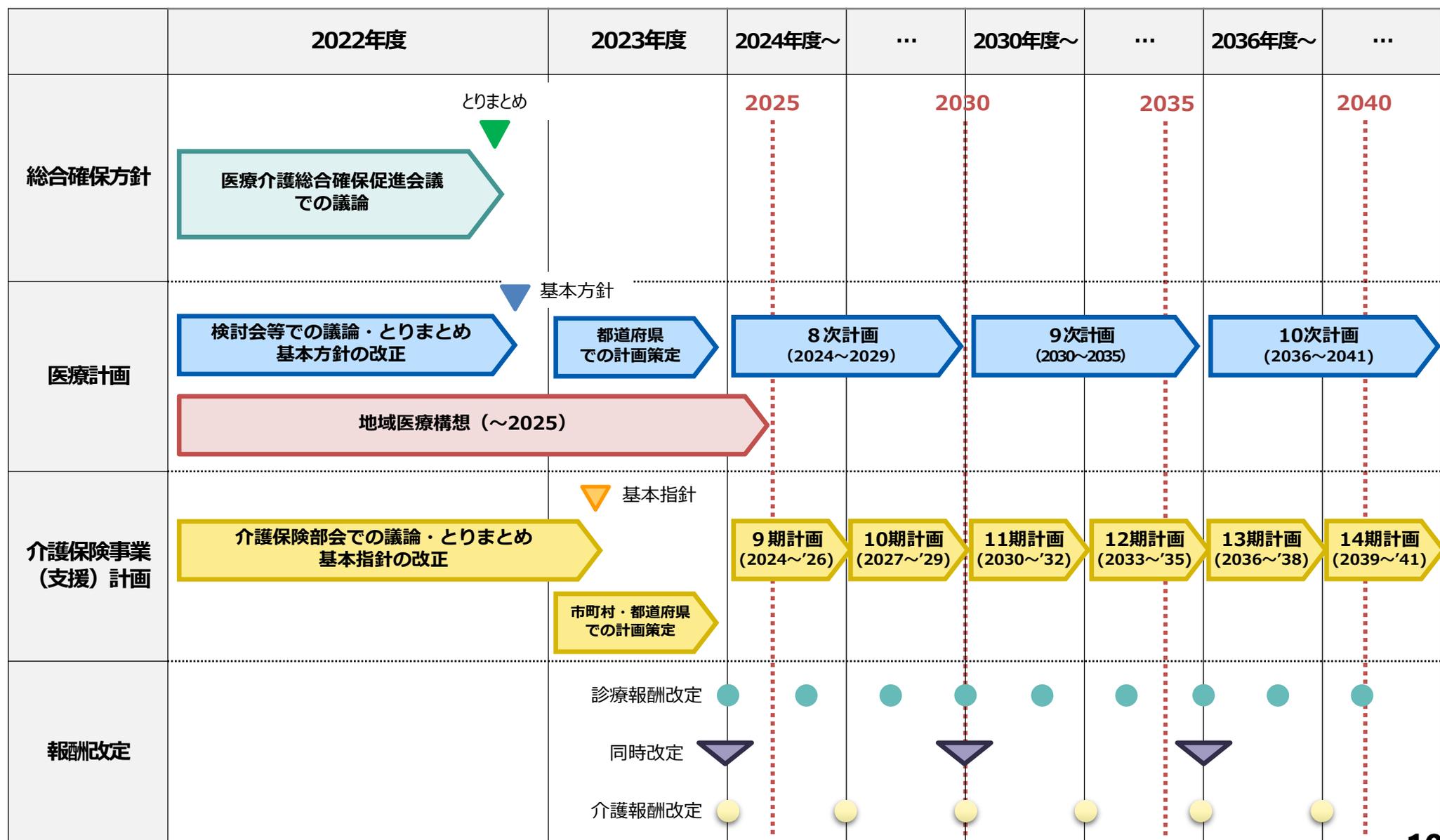
- 医療・介護提供体制の改革を進めていくに当たっては、実現が期待される医療・介護提供体制の姿を関係者が共有した上でそこから振り返って現在すべきことを考える形（バックキャスト）で具体的に改革を進めていくことが求められる。
- その際、限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護提供体制の最適化・効率化を図っていくという視点も重要。
- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの。

2. ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿の3つの柱

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿は、以下の3つの柱を同時に実現することを通じて、患者・利用者など国民が必要な情報に基づいて適切な選択を行い、安心感が確保されるものでなければならない。

- I 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること
- II 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること
- III 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けられること

(参考) 今後のスケジュール



地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について

総論

<人口・世帯構成の変化>

- 団塊の世代が全員75歳以上となる2025年、更にはその先の2040年にかけて、85歳以上の人口が急増するとともに、高齢者単独世帯や夫婦のみの世帯が増加することが見込まれる。85歳以上の年代では、要介護度が中重度の高齢者や、医療・介護双方のニーズを有する高齢者、認知症が疑われる人や認知症の人が大幅に増加し、また、高齢者世帯の増加により、生活支援や住まいの支援を要する世帯も増加することが見込まれる。
- また、2040年に向けて生産年齢人口の急激な減少が生じ、現役世代が流出する地方ではますます介護人材の不足が深刻になる。限りある資源で増大する介護ニーズを支えていくため、介護サービスの提供体制の最適化を図っていくという視点が重要であり、医療・介護の質を維持しつつ、相対的に少ない職員により医療・介護を提供できるようなサービス・支援の提供体制の在り方に変えていくことが必要となる。
- さらに、こうした変化についての地域差も大きい。都市部では75歳以上人口が急増する一方で、既に高齢化が進んだ地方ではその伸びが緩やか、あるいは減少していくなど、地域によって置かれている状況や課題は全く異なる。今まで以上に、地域の特性に応じた対応が必要となってくる。

<地域包括ケアの深化の必要性>

- 介護が必要となっても、できる限り住み慣れた地域で、これまでの日常生活に近い環境で暮らし続けたいという事は、国民の共通の願いである。その願いを実現させるためには、介護や介護予防、医療はもとより、住まい、生活支援、そして社会参加までもが包括的に確保される地域を、人口・世帯構成や地域社会の変化があっても、各地域の実情に応じて構築し、維持し続けていくことが必要であり、「地域包括ケアシステム」を深化させていかなければならない。

地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について

総論

（1）生活を支える介護サービス基盤の整備

＜介護サービス基盤の計画的な確保、すまい＞

- 介護サービス等の基盤については、地域の人口動態や介護ニーズの見込みを適切に捉えて医療・介護需要の見直しを行い、施設・サービス種別の変更なども含め計画的に確保していく必要がある。
- 具体的には、主に都市部において多くの高齢者が介護が必要となりやすい年齢層に達することに伴い、介護ニーズも急増することが見込まれる一方、既に高齢化のピークを迎えた地域では介護ニーズが減少することが見込まれるなど、地域の状況によってサービスの利用状況に変化が生じる可能性がある。また、要介護者が点在するような地域では、在宅サービスを効率的に提供することが事実上難しい場合も想定される。こうしたことを踏まえ、既存のサービス基盤の適切な活用や住まいの確保等も課題となる。

＜ひとり一人に寄り添う介護サービス＞

- 介護サービスについては、利用者の状態や家族などの周囲の状況、暮らし方などに変化があっても、ケアマネジャーのアセスメントや専門的知見に基づいて、利用者ひとり一人の個別ニーズに応じたサービスが提供されることが重要である。このため、自立支援に資する質の高いケアマネジメントを実現するとともに、こうした状況の変化や本人の希望に柔軟に対応できるよう、住まい方も踏まえつつ必要なサービス提供体制を整備することが重要と考えられる。

＜医療需要への的確な対応＞

- また、医療・介護双方のニーズを有する高齢者が大幅に増加する中で、医療・介護が効率的に連携され、住み慣れた地域や施設で医療・介護を継続して受け続けることができる体制を整備することが重要である。

地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について

総論

<介護DXの推進>

- 今後は、デジタル技術を活用し、介護情報の標準化や情報連携基盤の構築を進め、医療機関や介護事業所が医療・介護情報等を本人の同意の下に共有・利活用できるようにするとともに、こうした情報を、市町村が自立支援・重度化防止等の取組みに活用するなど、医療での取組に遅れることなく、医療・介護DXを進めていくことが重要である。

<安心・安全の確保>

- こうした中で、介護現場における事故や虐待といった高齢者の生命・身体の危機に直結するような事態が生じないよう、必要な対応を講じることが重要であることは言うまでもなく、サービス提供の場面における安全性の確保や虐待防止に向けて効果的な措置を検討する必要がある。

地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について

総論

（2）様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現

＜総合事業の推進＞

- 生きがいを持った生活への支援をはじめ、地域の中に住民主導のものも含めた様々な社会資源があり、これらについて生活支援コーディネーター等が発掘等を行うとともに、ケアマネジャー等が主体となって調整を行い、医療・介護サービス等とともに包括的に生活支援等が提供されるようにすることが重要である。

＜介護予防や社会参加＞

- その際、住民がより長くいきいきと地域で暮らし続けることができるよう、介護予防の取組を進めるとともに、サービス提供者と利用者との「支える側」と「支えられる側」という画一的な関係性に陥ることのないよう、高齢者の社会参加等を進めることで、世代を超えて地域住民が共に支え合う地域が形作られていくことが期待される。

＜地域包括支援センターの体制整備と地域共生社会づくり＞

- また、認知症の人や要介護高齢者の増加、単身・夫婦のみの高齢者世帯の増加が見込まれる中、認知症の人や要介護高齢者への支援のみならず、その介護者（家族等）が抱える負担や複雑化した課題への対応が必要である。地域住民からの総合相談支援等を担う地域包括支援センターについて、体制や環境の整備を図っていくことに加え、障害者福祉や児童福祉などの他分野の相談窓口との一体的な設置や連携を促進していくことが重要である。

- このような医療・介護・住まい・生活支援・社会参加の支援が必要な者は高齢者に限られず、経済的困窮者、単身・独居者、障害者、ひとり親家庭や、これらの要素が複合したケースも含め、究極的には、全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合う「地域共生社会」の実現が、「地域包括ケアシステム」の目指す方向であるとも言える。

地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について

総論

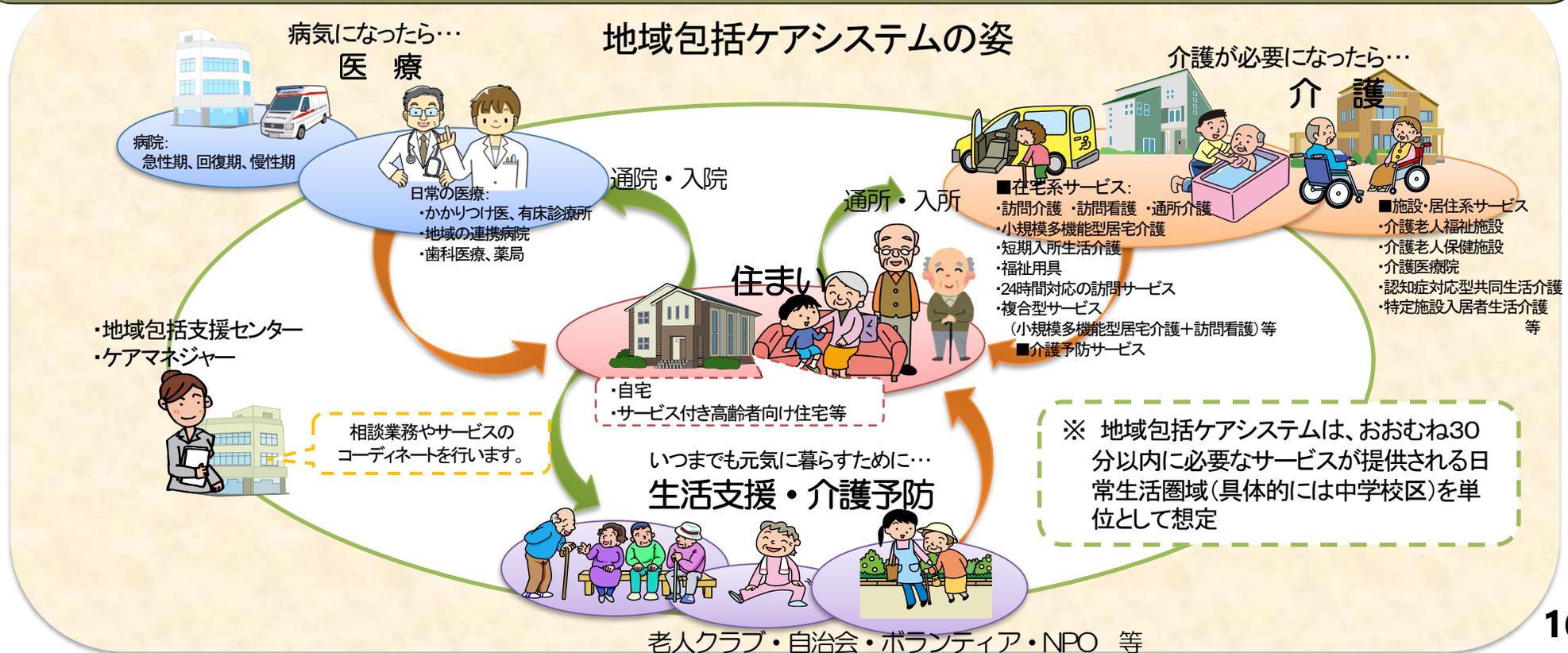
(3) 保険者機能の強化

<保険運営と地域デザイン機能の強化>

- 上記の課題に対応する観点からは、介護保険の保険者である市町村が、限られたマンパワーの中で事務を効率化し、保険制度を運営する保険者としての機能をより一層発揮しながら、地域の自主性や主体性に基づき、地域包括ケアシステムを推進する主体として、介護保険サービス基盤の確保に加え、介護予防の取組や地域づくりなど、地域の実情に応じて仕組みや取組をデザインする、いわば「地域デザイン」に係る業務を展開することが欠かせない。
- こうした機能を果たすためには、市町村が情報連携基盤の構築等を主体的に進め、地域の高齢者の自立支援・重度化防止等の取組みを推進するための役割を果たすことが期待される。
- 以上の観点から、2040年に向けて地域包括ケアシステムの深化・推進を図るため、(1)生活を支える介護サービス基盤の整備、(2)様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現、(3)保険者機能の強化というそれぞれの観点から検討を行う。

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



地域生活はこうやって支える：地域包括ケアシステムの植木鉢

関係者が「まとまる」取組

葉っぱ：多職種連携



土：地域づくり

関係者が「まじわる」取組

資格や専門的な知識をもった専門職

医師、看護師、リハビリテーション職、介護職、ケアマネジャー、保健師、ケースワーカー。介護保険は引き続き生活支援サービスも提供するが、より「専門職にしかできない業務」に集中。バラバラに経営されている事業者が連携してチームに。

日常生活／地域生活

地域の様々な主体や関係者を表している。住民グループは趣味の会、ボランティアグループ、民生委員、町内会、ご近所づきあい、民間企業、商店街、コンビニ、郵便局など。多様な資源を組み合わせることで多様な選択肢を提示することで、住民は、心身能力が低下しても従前の生活を維持しやすくなる。

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

(国及び地方公共団体の責務)

第五条 国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない。

2 都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない。

3 国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

4 国及び地方公共団体は、前項の規定により同項に掲げる施策を包括的に推進するに当たっては、障害者その他の者の福祉に関する施策との有機的な連携を図るよう努めるとともに、地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現に資するよう努めなければならない。 ※太字部分が令和2年法律第52号で追加(令和3年4月施行)

(目的)

第一条 この法律は、社会福祉を目的とする事業の全分野における共通的基本事項を定め、社会福祉を目的とする他の法律と相まって、福祉サービスの利用者の利益の保護及び地域における社会福祉(以下「地域福祉」という。)の推進を図るとともに、社会福祉事業の公明かつ適正な実施の確保及び社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図り、もって社会福祉の増進に資することを目的とする。

(地域福祉の推進)

第四条 地域福祉の推進は、地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現を目指して行われなければならない。 ※本項は令和2年法律第52号で追加(令和3年4月施行)

2 地域住民、社会福祉を目的とする事業を営む者及び社会福祉に関する活動を行う者(以下「地域住民等」という。)は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が確保されるように、地域福祉の推進に努めなければならない。

3 地域住民等は、地域福祉の推進に当たっては、福祉サービスを必要とする地域住民及びその世帯が抱える福祉、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、保健医療、住まい、就労及び教育に関する課題、福祉サービスを必要とする地域住民の地域社会からの孤立その他の福祉サービスを必要とする地域住民が日常生活を営み、あらゆる分野の活動に参加する機会が確保される上での各般の課題(以下「地域生活課題」という。)を把握し、地域生活課題の解決に資する支援を行う関係機関(以下「支援関係機関」という。)との連携等によりその解決を図るよう特に留意するものとする。

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律 (平成元年6月30日法律第64号)

社会保障審議会
介護保険部会（第101回）

資料3

令和4年11月14日

(目的)

第一条 この法律は、国民の健康の保持及び福祉の増進に係る多様なサービスへの需要が増大していることに鑑み、地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講じ、もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。 ※本項は平成26年法律第83号で追加（公布日（平成26年6月25日施行））

地域共生社会の実現

- 人々の暮らしや地域の在り方が多様化している中、地域に生きる一人ひとりが尊重され、多様な経路で社会とつながり参画することで、その生きる力や可能性を最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現が目指されている。
- 平成29年には、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法の改正とあわせて、「地域共生社会」の実現に向けた地域づくり・包括的な支援体制の整備を行うための社会福祉法等の改正が行われた。また、高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービスを位置付ける改正が行われた。
- 現在、地域共生社会の実現に向けて、必要となる社会福祉基盤の整備を一層進めるため、
 - ・ 8050世帯（高齢の親と働いていない独身の50代の子とが同居している世帯）等の地域住民の複合・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、①断らない相談支援、②参加支援、③地域づくりに向けた支援を市町村が一体的に実施し、それに対する国の財政支援を行う新たな事業の創設、
 - ・ 地域の課題や福祉サービスの提供のための課題に対し、社会福祉法人等の連携により対応する選択肢の1つとして、社会福祉法人を中核とする非営利連携法人制度の創設、
 - ・ 介護福祉士養成施設卒業者に対する国家試験合格義務付けの経過措置等の在り方等について、検討が進められている。
- 地域共生社会とは、高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会である。今後高齢化が一層進む中で、高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムは、全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得る。
- これまで、介護保険制度においても、地域包括ケアシステムを推進する観点から、共生型サービスの創設のほか、生活支援や介護予防、認知症施策などの地域づくりに関係する取組を進めてきたが、今後、地域共生社会の実現に向けた地域づくりや社会福祉基盤整備の観点からも、介護保険制度について見直しを進め、前述の社会福祉法等に基づく社会福祉基盤の整備とあわせて一体的に改革に取り組み、地域共生社会の実現を図っていくことが必要である。

地域共生社会の実現と2040年への備え

社会福祉・介護保険制度改革

社会福祉制度改革

1. 包括的な支援体制の構築

- ① 相談支援
- ② 参加支援
- ③ 地域づくりに向けた支援

～ 一体的に実施するための体制整備 ～

2. 社会福祉連携推進法人の創設

社会福祉法人の経営基盤強化、連携強化により、人材確保や地域貢献活動を後押し

介護保険制度改革

1. 介護予防・地域づくりの推進

～健康寿命の延伸～

／「共生」・「予防」を両輪とする認知症施策の総合的推進

2. 地域包括ケアシステムの推進

～地域特性等に応じた介護基盤整備
・質の高いケアマネジメント～

3. 介護現場の革新

～人材確保・生産性の向上～

保険者機能の強化

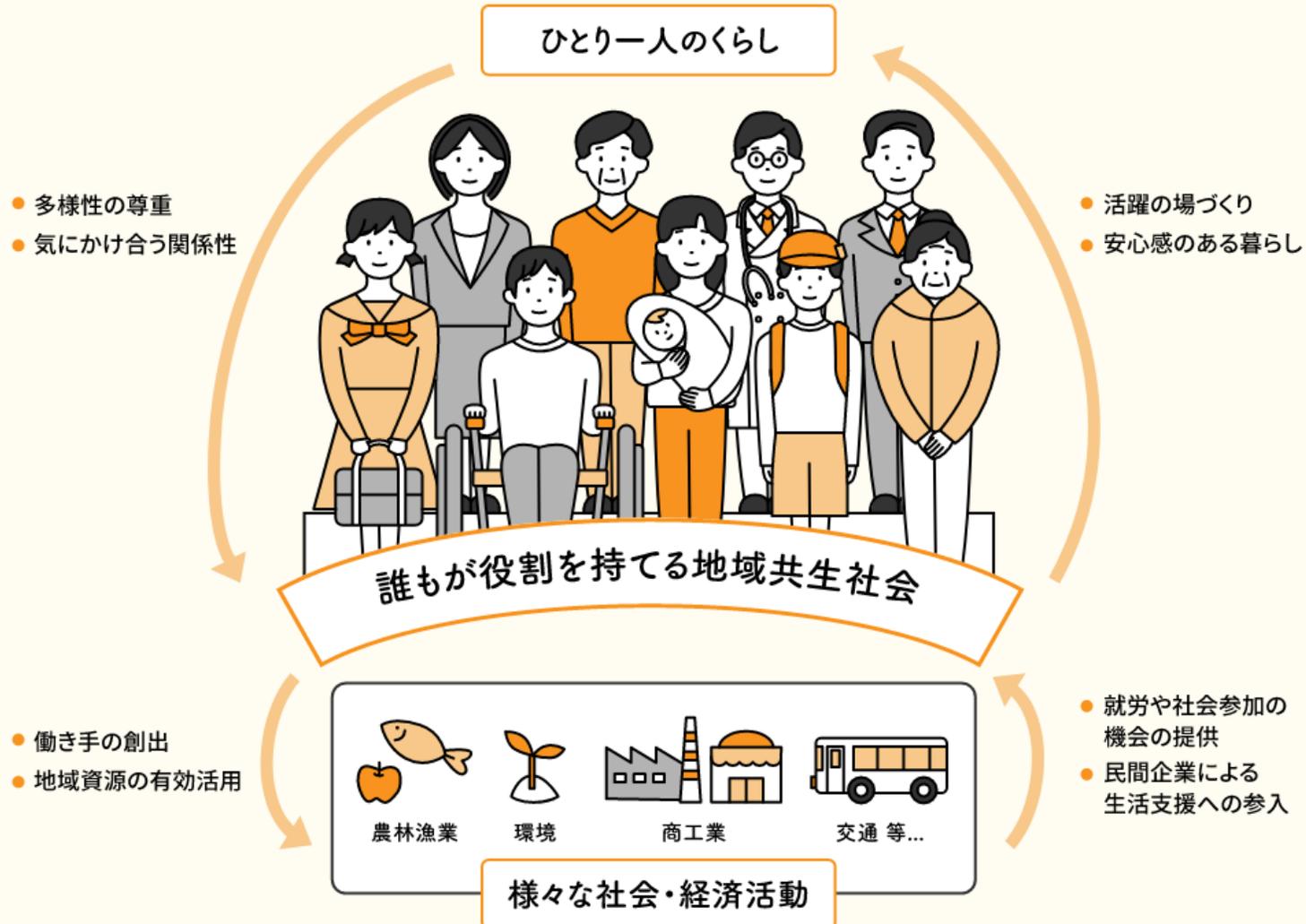


データ利活用のためのICT基盤整備

制度の持続可能性の確保のための見直しを不断に実施

地域共生社会

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、
地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が
世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を指しています。



1. 総論

2. 医療・介護連携に係る評価

3. 在宅医療・介護連携推進事業

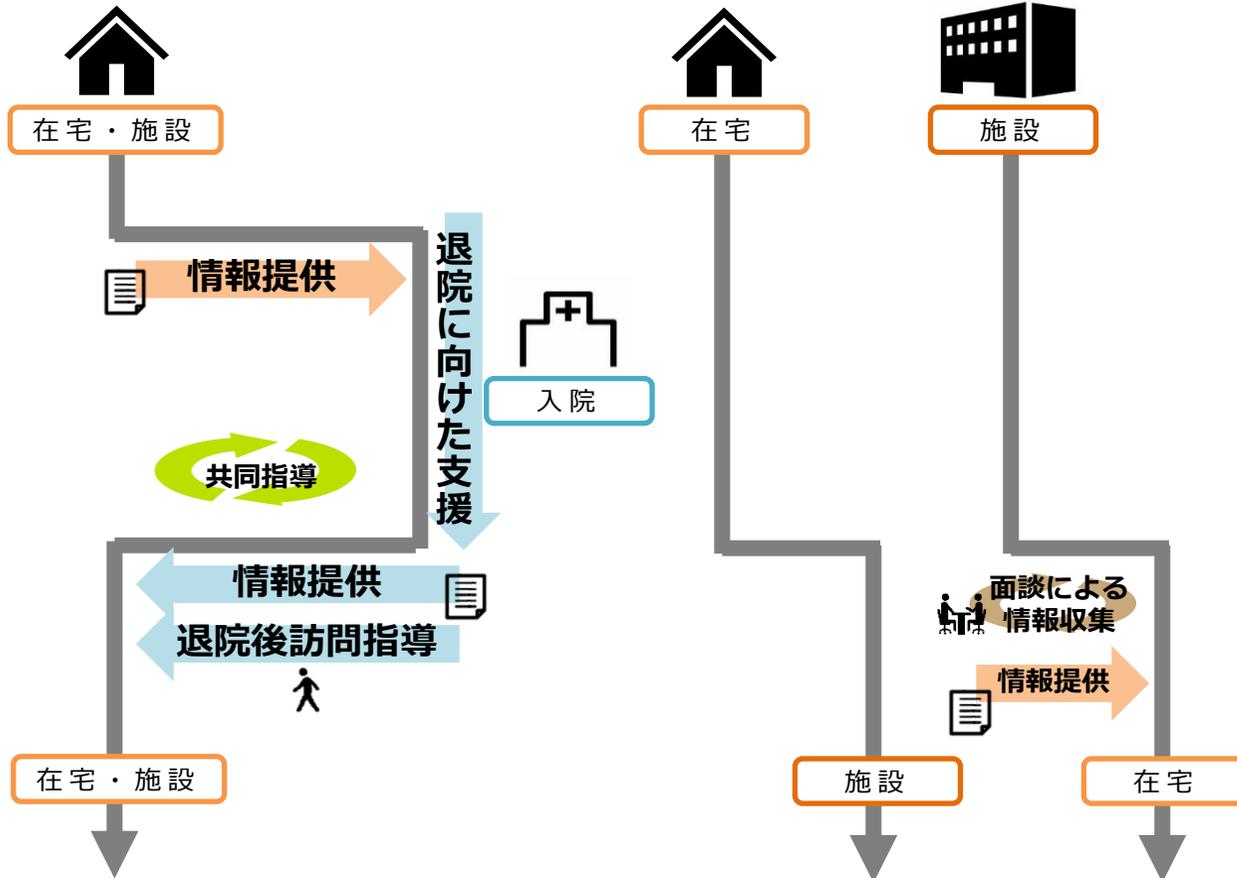
4. 医療・介護DX

5. 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

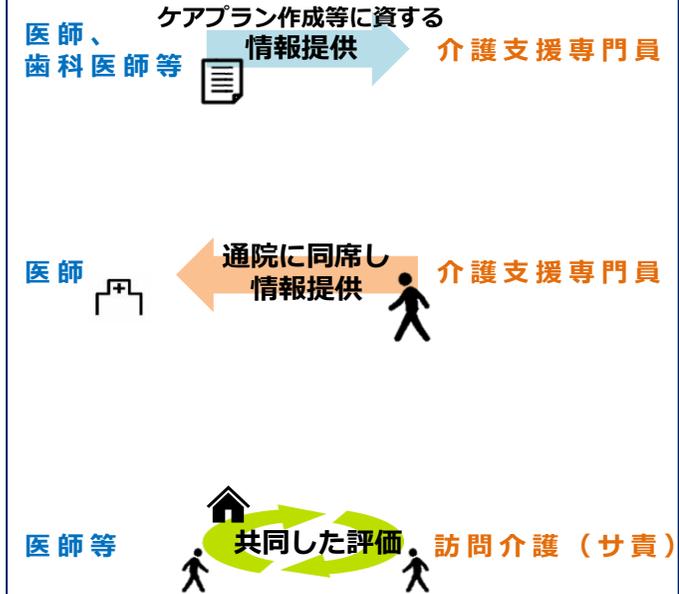
6. 主治医と介護支援専門員の連携

医療と介護の連携に関する評価（イメージ）

療養場所が移行することに伴う情報提供・連携等の主な評価



在宅療養中の者を支える医療と介護の連携の主な評価



関係者・関係機関間の日頃からの連携体制構築の評価

医療介護連携に係る主な診療報酬上の評価①

退院時の連携

項目名	概要	様式の有無
入退院支援加算	入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び当該計画に基づき退院した場合に算定する。	無 (本人に交付する「退院支援計画書」様式は有)
退院時共同指導料1 ※患者の在宅療養を担う医療機関の評価 退院時共同指導料2 ※患者の入院中の医療機関の評価	<p>地域において、患者の退院後の在宅療養を担う医療機関の医師等と入院中の医療機関の医師等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定する。</p> <p>(注3(多機関共同指導加算):入院中の医療機関の医師・看護師等が、在宅療養を担う医療機関の医師／看護師等、歯科医師／歯科衛生士、薬剤師、訪問看護一手シヨンの看護師等、介護支援専門員、相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に算定する。)</p> <p>(注4:入退院支援加算を算定する患者にあつては、療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養担当医療機関と共有した場合に限り算定する。)</p> <p>※歯科診療に関する共同指導を行った場合は歯科診療報酬で、薬剤管理に関する共同指導を行った場合は調剤報酬で同様に評価している。</p>	無 注4のみ参考様式有
介護支援等連携指導料	入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービス又は障害福祉サービスを導入することが適切であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後に適切な介護等サービスを受けられるよう、看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門と共同して導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に算定する。	無
退院前訪問指導料	継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。	無
退院後訪問指導料	<p>医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、患者が入院していた保険医療機関の医師などが患家、介護保険施設又は障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>(注2(訪問看護同行加算):患者の在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の医療機関の看護師等と同行して患家等を訪問し、当該看護師等への技術移転又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。)</p>	無

医療介護連携に係る主な診療報酬上の評価②

項目名	概要	様式の有無
退院時リハビリテーション指導料	退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。	無
診療情報提供料(Ⅰ)	医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、保健医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。	有 (紹介先機関ごとに様式を定めている)
栄養情報提供加算 ※入院栄養食事指導料の注3	栄養指導に加え、当該指導内容及び入院中の栄養管理の状況等を含む栄養に関する情報を示す文書を患者の退院の見通しが立った際に説明するとともにこれを他の保険医療機関、介護老人保健施設等、指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供した場合に加算する。	無

入院時の連携

項目名	概要	様式の有無
入院時支援加算	<p>【算定の留意事項(抄)】</p> <p>入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまでを実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定策の病棟職員と共有した場合に算定する。</p> <p>ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握 ウ 褥瘡に関する危険因子の評価 エ 栄養状態の評価 オ 服薬中の薬剤の確認 カ 退院困難な要因の有無の評価 キ 入院中に行われる治療・検査の説明 ク 入院生活の説明</p>	無
在宅患者支援病床初期加算 ※地域包括ケア病棟入院基本料の注5のロ	<p>【算定の留意事項(抄)】</p> <p>介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「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」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するもの</p>	無

医療介護連携に係る主な診療報酬上の評価③

項目名	概要	様式の有無
有床診療所在宅患者 支援病床初期加算 ※有床診療所入院基本料の 注3	【算定の留意事項(抄)】 有床診療所在宅患者支援病床初期加算については、介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、有床診療所の一般病床が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「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」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するものである。	無
薬剤適正使用連携加算 ※再診料の注14 ※地域包括診療料の注3 ※認知症地域包括診療料の 注3	【算定の留意事項(抄)】 地域包括診療加算又は認知症地域包括診療加算を算定する患者であって、他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所していたものについて、以下の全てを満たす場合に、退院日又は退所日の属する月の翌月までに1回算定する。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。 ア 患者の同意を得て、入院又は入所までに、入院又は入所先の他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。 イ 入院又は入所先の他の保険医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応すること。 ウ 退院又は退所後1か月以内に、ア又はイを踏まえて調整した入院・入所中の処方内容について、入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供を受けていること。 エ 以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、屯服は含めずに算出すること。 (イ) ウで入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供された入院・入所中の処方内容のうち、内服薬の種類数 (ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数	無

在宅療養中の支援

項目名	概要	様式の有無
在宅時医学総合管理料 在宅がん医療総合診療料	【算定の留意事項(抄)】 悪性腫瘍と診断された患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、適宜情報提供する。	無

その他

項目名	概要	様式の有無
リハビリテーション計画提供料	リハビリテーションを実施している患者であって、介護リハビリテーションの利用を予定している者について、当該患者の同意を得て、当該リハビリテーションを行う訪問リハビリテーション又通所リハビリテーションを行う事業所にリハビリテーションの計画を文書により提供した場合に限り算定する。 (注4(電子化連携加算): 指定リハビリテーション事業所において利用可能な電磁的記録媒体でリハビリテーション計画を提供した場合。)	有
歯科医療機関連携加算1 ※診療情報提供料(I)の注14	【算定の留意事項(抄)】 保険医療機関が歯科を標榜する保険医療機関に対して、口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。 (略) イ 医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合	無

医療介護連携に係る主な介護報酬上の評価①

医療機関から介護保険施設に入所時の連携

サービス類型	項目名	概要	様式の有無
老健	地域連携診療計画情報提供加算	診療報酬点数表の地域連携診療計画管理料・診療計画退院時指導料を算定して医療機関を退院した入所者に、医療機関が作成した地域連携診療計画に基づいて診療計画を作成し、入所者の治療を行い入所者の同意を得て退院月の翌月までに診療計画管理料を算定する病院に診療情報を文書で提供する。	無
特養・老健・介護医療院	再入所時栄養連携加算	指定介護老人福祉施設の入所時に経口により食事を摂取していた者が、医療機関に入院し、当該入院中に、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入となった場合であって、当該者が退院した後に再度当該施設に入所する際、当該施設の管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と連携し、栄養ケア計画を作成した場合に算定。	無

介護保険施設から医療機関に入院時の連携

サービス類型	項目名	概要	様式の有無
老健	地域連携診療計画情報提供加算	診療報酬点数表の地域連携診療計画管理料・診療計画退院時指導料を算定して医療機関を退院した入所者に、医療機関が作成した地域連携診療計画に基づいて診療計画を作成し、入所者の治療を行い入所者の同意を得て退院月の翌月までに診療計画管理料を算定する病院に診療情報を文書で提供する。	無
老健	かかりつけ医連携薬剤調整加算	退所時または退所後1月以内に主治医に薬剤の変更状況を情報提供。	有
老健	認知症情報提供加算	認知症のおそれがあると医師が判断した入所者で施設内での診断が困難と判断されたものを、認知症疾患医療センター等に対して紹介した場合。	無

居宅から医療機関に入院時の連携

サービス類型	項目名	概要	様式の有無
居宅介護支援	入院時情報連携加算	利用者が病院・診療所に入院するに当たって、病院・診療所の職員に対し、利用者の必要な情報を提供する。 (Ⅰ):3日以内、(Ⅱ):7日以内	有

医療機関・施設から居宅へ退院・退所時の連携

サービス類型	項目名	概要	様式の有無
居宅介護支援	退院・退所加算	病院・診療所の入院者、介護保険施設の入所者が退院・退所し、居宅サービスを利用する際、当該病院・施設等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報提供を受けた上でケアプランを作成し、居宅サービス利用に関する調整を行った場合。	有
特定施設入居者生活介護	退院・退所時連携加算	病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から指定特定施設に入居した場合は、入居した日から起算して30日以内の期間については、退院・退所時連携加算として、1日につき所定単位数を加算する。	無
訪問看護	退院時共同指導加算	病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院中(入所中)の者が退院(退所)するに当たり、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)が入院中(入所中)の者又はその看護に当たっている者に対し、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の主治医やその他の従業者と共同して在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合に算定。	無

在宅療養中の支援

サービス類型	項目名	概要	様式の有無
居宅療養管理指導	居宅療養管理指導	計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員に対するケアプラン作成等に必要な情報提供並びに利用者若しくはその家族等に対する介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての助言及び指導を行った場合に算定。	医師 歯科医師 歯科衛生士 :有 薬剤師 管理栄養士 :無
訪問介護	生活機能向上連携加算	(Ⅱの場合) 利用者に対して、リハビリテーションを実施している医療提供施設の医師等が居宅を訪問する際に、サ責が同行する等により、医師等と利用者の身体の状態等の評価を共同で行い、かつ生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を策定した場合であって、医師等と連携し訪問介護計画に基づく訪問介護を行う。	無

外来受診時等の連携

サービス類型	項目名	概要	様式の有無
居宅介護支援	通院時情報連携加算	利用者が病院・診療所において医師の診察を受けるときにケアマネが同席し、医師等に対して当該利用者の心身状況や生活環境等の情報提供を行うとともに、医師等から当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、ケアプランに記録。	無
居宅介護支援	緊急時等居宅カンファレンス加算	利用者の急変等に伴い、訪問診療を実施する保険医療機関や保険医の求めにより、利用者宅でのカンファレンスに参加し、必要に応じて居宅サービスの調整を実施。	無
居宅介護支援	ターミナルケアマネジメント加算	死亡前14日以内に2日以上、居宅を訪問し、利用者の心身の状況等を記録し、主治医及び介護サービス事業者提供等を実施。	無
特定施設入居者生活介護	医療機関連携加算	看護職員が、利用者ごとに健康の状況を継続的に記録している場合において、当該利用者の同意を得て、協力医療機関(指定地域密着型サービス基準第127条第1項に規定する協力医療機関をいう。)又は当該利用者の主治の医師に対して、当該利用者の健康の状況について月に1回以上情報を提供した場合は、医療機関連携加算として、1月につき80単位を所定単位数に加算する。	有
短期入所生活介護	医療連携強化加算	医療連携強化加算は、急変の予想や早期発見等のために看護職員による定期的な巡視や、主治の医師と連絡が取れない等の場合における対応に係る取り決めを事前に行うなどの要件を満たし、都道府県知事に届け出た指定短期入所生活介護事業所において、指定短期入所生活介護を行った場合に、当該利用者について加算する。	無

その他

サービス類型	項目名	概要	様式の有無
通りハ等	リハビリテーションマネジメント加算	指定通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定。	無

入退院支援の評価（イメージ）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。

- 入院時支援加算

- 入退院支援加算
- 地域連携診療計画加算

- 退院時共同指導料

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う
医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・（入院前に）利用しているサービスの利用状況の確認
- ・服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等



《入退院支援加算の対象となる患者》

- ・悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・虐待を受けている又はその疑いがある
- ・生活困窮者
- ・入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・排泄に介助を要する
- ・同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・退院後に医療処置が必要
- ・入退院を繰り返している
- ・長期的な低栄養状態が見込まれる
- ・家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等
- ・児童等の家族から、介助や家族等を日常的に受けている

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・患者の退院後の在宅療養を担う医療機関と、入院中の医療機関とが退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同で行う

共同指導が行えなかった時は【情報提供】

- ・保険医療機関間及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報の提供



入退院支援加算の概要

A246 入退院支援加算（退院時1回）

➤ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。

- 入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点
入退院支援加算2 イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
入退院支援加算3 1,200点
 ➤ 入退院支援加算1又は2を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。 小児加算 200点

[主な算定要件・施設基準]

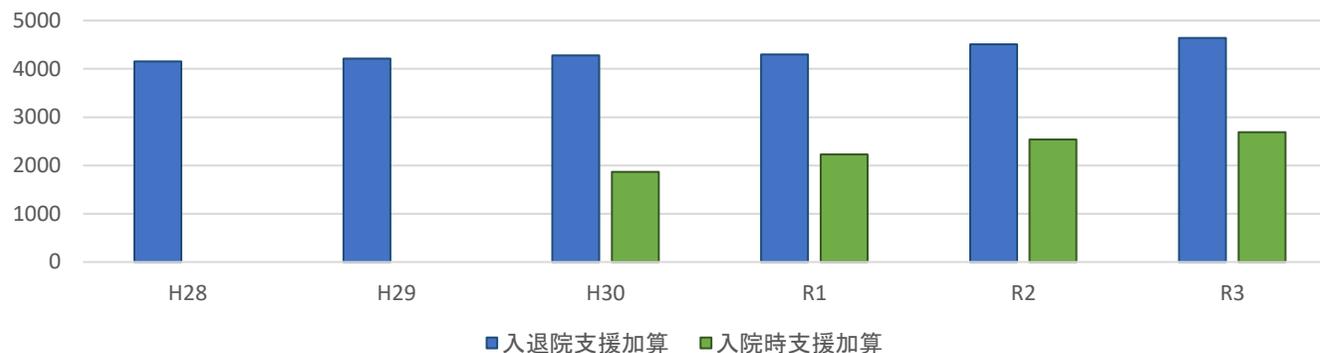
	入退院支援加算1	入退院支援加算2	入退院支援加算3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること シ. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合	ア. 先天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上 かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置	（※）週3日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤2名以上の組み合わせも可。	5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-	-
連携機関との面会	連携機関の数が25以上であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること	-	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	-	-

入退院支援加算の届出・算定状況

- 入退院支援加算と入院時支援加算の届出施設は徐々に増加している。
- 入退院支援加算と入院時支援加算の算定回数はいずれも増加している。

■ 入退院支援加算の届出状況の推移

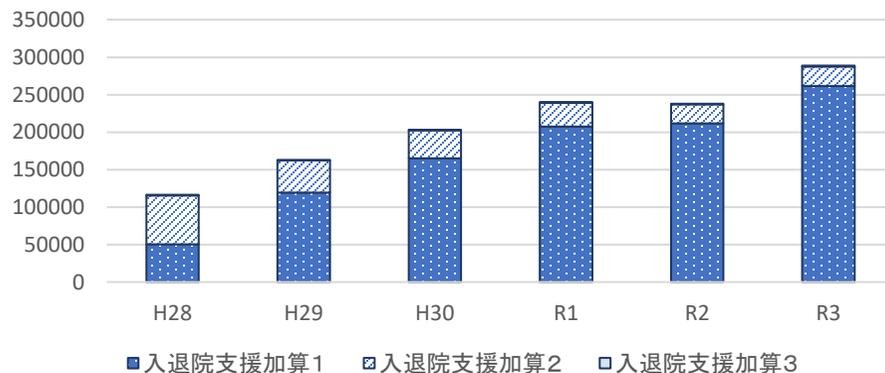
入退院支援加算届出施設数



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

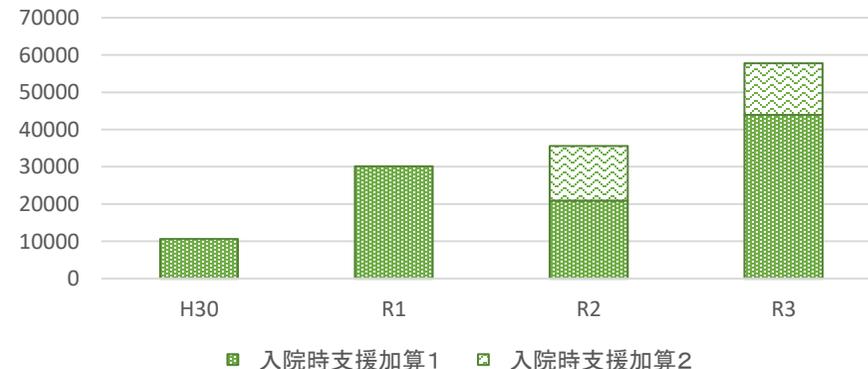
■ 入退院支援加算の算定状況の推移

入退院支援加算(算定回数)



■ 入院時支援加算の算定状況の推移

入院時支援加算(算定回数)



出典：社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

退院時共同指導料の概要

退院時共同指導料

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

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

（※）

退院時共同指導料を2回算定できる疾病等の患者

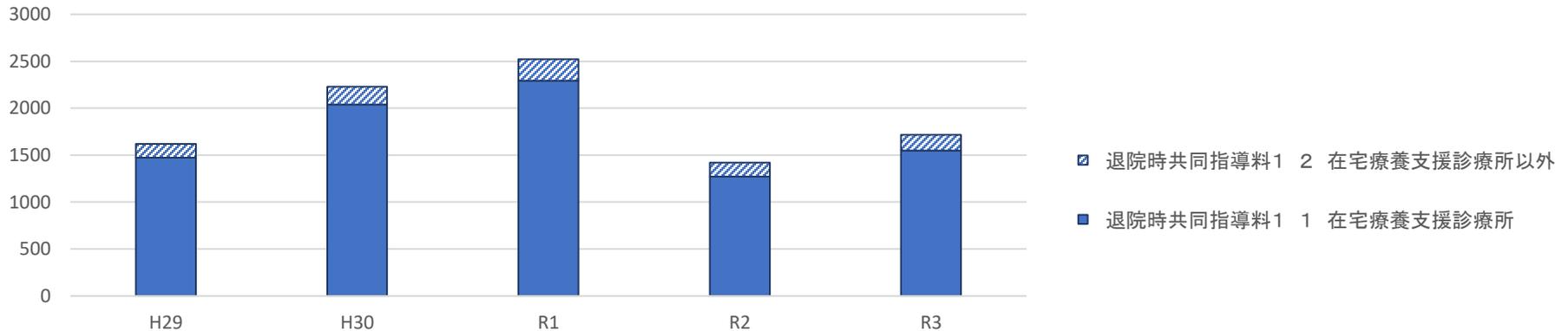
- 1 末期の悪性腫瘍の患者（在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く。）
- 2 (1)であって、(2)又は(3)の状態である患者
 - (1)
 - ・在宅自己腹膜灌流指導管理
 - ・在宅血液透析指導管理
 - ・在宅酸素療法指導管理
 - ・在宅中心静脈栄養法指導管理
 - ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - ・在宅人工呼吸指導管理
 - ・在宅悪性腫瘍等患者指導管理
 - ・在宅自己疼痛管理指導管理
 - ・在宅肺高血圧症患者指導管理
 - ・在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
 - (2) ドレーン又は留置カテーテルを使用している状態
 - (3) 人工肛門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

退院時共同指導料の算定状況

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

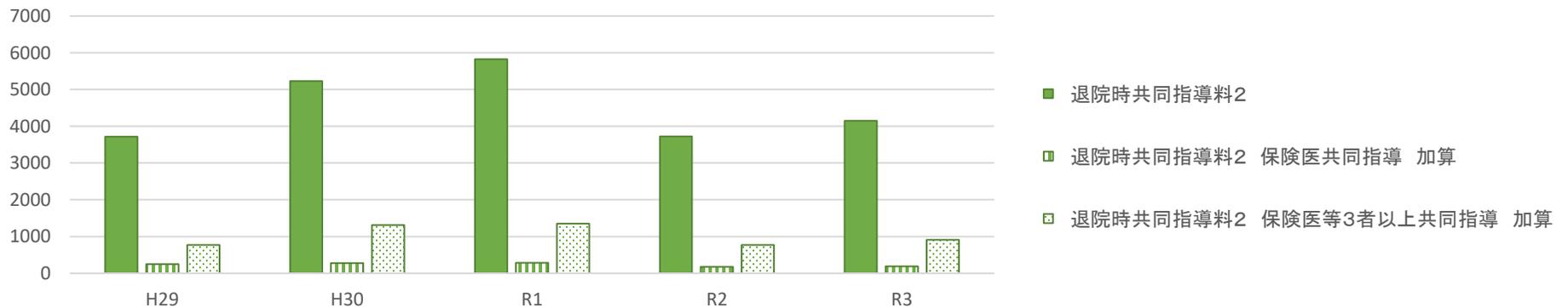
■ 退院時共同指導料1の算定状況の推移

退院時共同指導料1(算定回数)



■ 退院時共同指導料2の算定状況の推移

退院時共同指導料2(算定回数)



退院時共同指導料2「注4」の様式例①

○ 退院時共同指導料2「注4」は、地域連携診療計画と同等の事項(当該医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等)に加えて退院後の在宅または介護施設等での療養上必要な指導を行うために必要な看護及び栄養管理の状況等の情報を当該患者及び家族に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関のほか、訪問看護ステーション、介護施設等と共有することとしている。

年 月 日

看護及び栄養管理等に関する情報(1)

患者氏名(ふりがな)		性別		生年月日	年 月 日
入退院日	入院日: 年 月 日	退院(予定)日:	年 月 日		
主たる傷病名					
主な既往歴	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照	アレルギー	<input type="checkbox"/> 薬剤() <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他()		
入院中の経過	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照				
継続する看護上の問題等					
ケア時の具体的な方法や留意点					
病状等の説明 内容と受け止め	医師の説明				
	患者				
	家族				
患者・家族の今後の希望・目標や、大切にしていること	患者				
	家族				
家族構成(同居者の有無、キーパーソン等)		緊急連絡先(氏名・続柄・連絡先) ① ②			
介護者等の状況	介護者()協力者:() 対応可能な時間: <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 独居・介護者や協力者がいない				
日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
認知症自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
社会資源	要介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援状態区分(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護状態区分(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
	介護支援専門員/訪問看護ステーション/訪問診療医療機関 障害手帳	<input type="checkbox"/> 有 ()			
生活等の状況	清潔	入浴: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助方法: <input type="checkbox"/> 全介助(<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 最終: 月 日) 口腔ケア: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: <input type="checkbox"/> 全介助 更衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: <input type="checkbox"/> 全介助			
	活動	座位: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: <input type="checkbox"/> 全介助			

活動	座位: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: <input type="checkbox"/> 全介助 移乗: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: <input type="checkbox"/> 全介助 移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: <input type="checkbox"/> 全介助 方法: <input type="checkbox"/> T杖・松葉杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子自走 <input type="checkbox"/> ストレッチ	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: <input type="checkbox"/> 全介助 方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自己導尿 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 尿意がない <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 便意がない <input type="checkbox"/> 便失禁 排便回数:()日に()回 最終排便: 月 日
食事	介助方法:	
睡眠	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> その他()	
精神状態	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 認知症(症状、行動等):	
運動機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺:(<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> 言語障害:(<input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症) <input type="checkbox"/> 視力障害:(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 聴力障害:(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 補聴器使用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
安全対策	方法:	
医療処置・挿入物等の状況	点滴投与経路	<input type="checkbox"/> PICC(末梢挿入型中心静脈カテーテル) <input type="checkbox"/> CVC(中心静脈カテーテル) <input type="checkbox"/> 末梢静脈ライン <input type="checkbox"/> 静注 CV ポート 挿入部位: サイズ: 最終交換日: 月 日 最終ロック日: 交換頻度:
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他() サイズ: Fr cm 挿入日: 月 日 最終交換日: 月 日 交換頻度:
膀胱留置カテーテル	種類: サイズ: Fr 固定水: ml 最終交換日: 月 日 交換頻度:	
透析	週 回 シャント: <input type="checkbox"/> 有(部位)	
呼吸管理	<input type="checkbox"/> 吸引 回数: <input type="checkbox"/> 酸素療法(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> その他 酸素設定: <input type="checkbox"/> 気管切開:気管内チューブ mm 最終交換日: 月 日 交換頻度: <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 設定、モード:	
	創傷処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡 部位・深度・大きさ等: ケア方法: <input type="checkbox"/> 手術創 部位: ケア方法:
ストーマ処置	種類: サイズ: 最終交換日: 月 日 交換頻度:	
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要確認・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(方法:) 他院処方薬: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
その他		

(記入者氏名)

(照会先)

退院時共同指導料 2 「注4」の様式例②

看護及び栄養管理等に関する情報(2)

患者氏名													
入退院日		入院日: 年 月 日					退院(予定)日: 年 月 日						
(太枠: 必須記入)													
栄養管理・ 栄養指導等 の経過													
	栄養管理上の 注意点と課題												
栄養 評価	評価日	年 月 日			過去(週間)の体重変化	増加・変化なし・減少: (kg %)							
	身体計測	体重	kg	測定日(/)	BMI	kg/m ²	下腿周囲長	cm	不明	握力	kgf	不明	
	身体所見	食欲低下	無・有・不明()			消化器症状	無・有(嘔気・嘔吐・下痢・便秘)・不明						
		味覚障害	無・有・不明()			褥瘡	無・有(部位等)・不明						
		浮腫	無・有(胸水・腹水・下肢)・不明			その他							
		嚥下障害	無・有			特記事項							
	咀嚼障害	無・有											
	検査・ その他	過去1か月以内Alb値 ()g/dL			測定なし	その他							
	1日栄養量	エネルギー			たんぱく質		食塩	水分	その他				
	必要栄養量	()kcal/標準体重kg ()kcal/現体重kg			()g/標準体重kg ()g/現体重kg		g	ml					
摂取栄養量	()kcal/標準体重kg ()kcal/現体重kg			()g/標準体重kg ()g/現体重kg		g	ml						
栄養補給法	経口・経腸(経口・経鼻・胃瘻・腸瘻)・静脈					食事回数:	回/日	朝・昼・夕・その他()					
退院時 食事内容	食種	一般食・特別食()・その他()											
	食事形態	主食種類	朝	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()								量	g/食
			昼	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()									g/食
			夕	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()									g/食
		副食形態	常菜・軟菜・その他() *自由記載:例 ベース										
	嚥下調整食	不要・必要	コード(嚥下調整食の場合は必須) 0j・0t・1j・2-1・2-2・3・4										
	とろみ調整 食品の使用	無・有	種類(製品名)	使用量(gまたは包)			とろみの濃度 薄い / 中間 / 濃い						
	その他影響する問題点	無・有()											
	禁止食品	食物アレルギー	無・有 乳・乳製品・卵・小麦・そば・落花生・えび・かに・青魚・大豆 その他・詳細()										
		禁止食品 (治療、服薬、宗教上 などによる事項)											
退院時 栄養設定 の詳細	栄養量	補給量	エネルギー	たんぱく質 (アミノ酸)	脂質	炭水化物 (糖質)	食塩	水分	その他				
		経口(食事)	kcal	g	g	g	g	ml					
		経腸	kcal	g	g	g	g	ml					
		静脈	kcal	g	g	g	g	ml					
		経口飲水						ml					
		合計 (現体重当たり)	kcal/kg	g/kg	g/kg	g/kg	g/kg	ml					
経腸栄養 詳細	種類	朝:		昼:		夕:							
	量	ml		ml		ml		ml					
	投与経路	経口・経鼻・胃瘻・腸瘻・その他()											
	投与速度	ml/h		ml/h		ml/h		ml/h					
静脈栄養 詳細	種類・量	ml		ml		ml							
	投与経路	末梢・中心静脈											
備考													

(記入者氏名)

(照会先)

医療保険 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑪

退院直後の在宅療養支援に関する評価

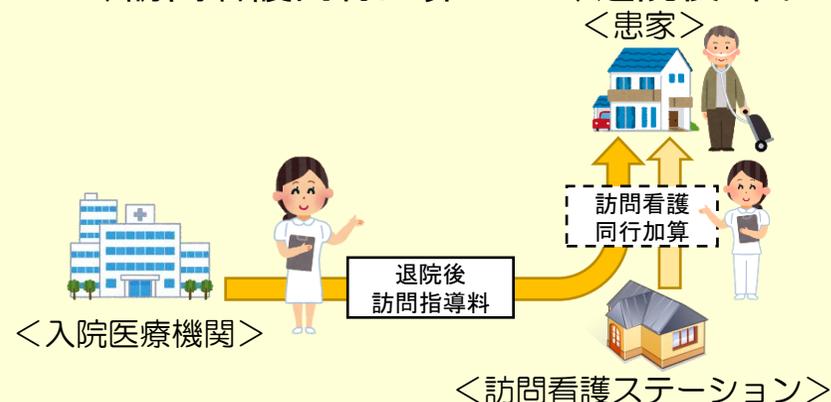
- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

(新) 退院後訪問指導料 580点(1日につき)

(新) 訪問看護同行加算 20点

[算定要件]

- ① 対象患者: 別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※
※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。
- ② 算定回数: 退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
- ③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。



別表第8

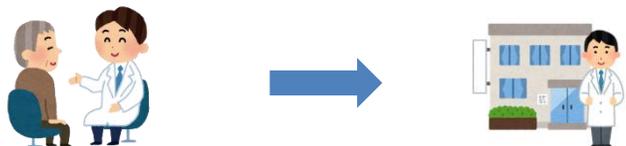
- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
- 3 在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 4 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 5 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 6 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

診療情報提供料（Ⅰ）の概要

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

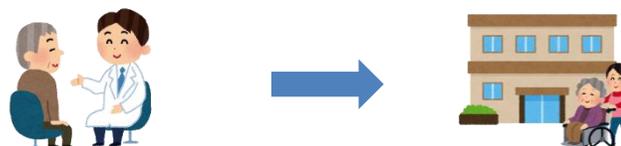
① 別の保険医療機関に紹介した場合

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



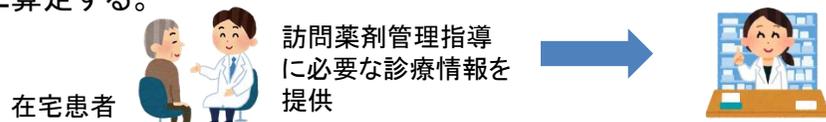
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

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



③ 保険薬局に提供する場合

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



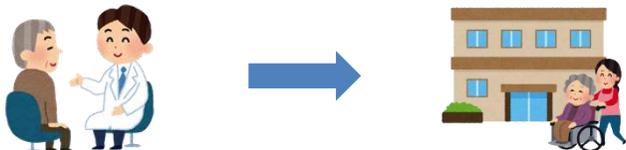
④ 精神障害者施設等に提供する場合

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



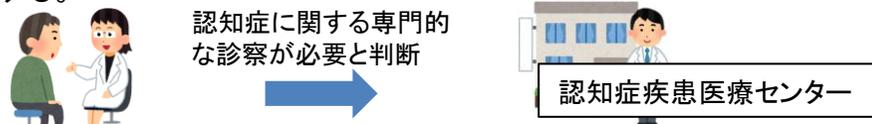
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

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



⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

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



⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

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



診療情報提供料（Ⅰ） 250点
（患者1人につき月1回に限り）

診療情報提供料（Ⅰ）の様式例

- 診療情報提供料（Ⅰ）では、紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付することとしている。

■ 他の保険医療機関

(別紙様式 11)

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名 印

患者氏名 患者住所 性別 男・女
電話番号
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 職業

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備 考

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

■ 指定居宅介護支援事業所等

(別紙様式 12 の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書

情報提供先事業所 年 月 日
担当 殿

医療機関の所在地及び名称
電話番号
FAX 番号
医師氏名 印

患者氏名	(ふりがな)	男	〒	—
	明・大・昭 年 月 日 生 (歳)	女		連絡先 ()

患者の病状、経過等

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

1. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

2. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

3. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

(3) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(4) 診療形態

外来 ・ 訪問診療 ・ 入院

入院患者の場合
入院日： 年 月 日 退院日： 年 月 日

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針

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

低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ()

→ 対処方針 ()

(2) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

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

訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導

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

通所リハビリテーション その他の医療系サービス ()

(4) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 特になし あり () ・移動 特になし あり ()

・摂食 特になし あり () ・運動 特になし あり ()

・嚥下 特になし あり () ・その他 ()

患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項

概要

（居宅介護支援）※ i は介護予防支援を含み、ii 及び iii は介護予防支援を含まない

ア 入院時における医療機関との連携促進

入院時における医療機関との連携を促進する観点から、以下の見直しを行う。

- i 居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼することを義務づける。【省令改正】
- ii 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。
- iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示すこととする。【通知改正】

単位数

【ii について】

<現行>

入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月

入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月

<改定後>

入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月

入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月

算定要件等

【ii について】

<現行>

入院時情報連携加算（Ⅰ）

- ・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供

入院時情報連携加算（Ⅱ）

- ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

<改定後>

入院時情報連携加算（Ⅰ）

- ・入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない）

入院時情報連携加算（Ⅱ）

- ・入院後7日以内に情報提供（提供方法は問わない）

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

2.(6)③ 医療機関との情報連携の強化

令和3年度報酬改定

概要

【居宅介護支援】

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

単位数

<現行>

なし

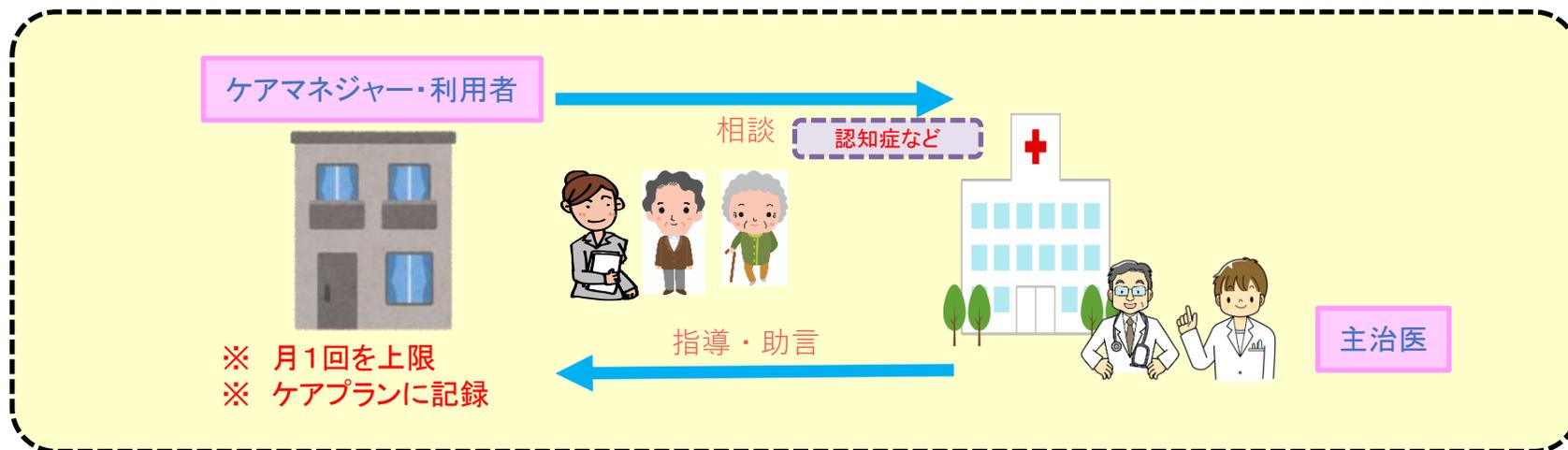
<改定後>

⇒

通院時情報連携加算 50単位/月 (新設)

算定要件等

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

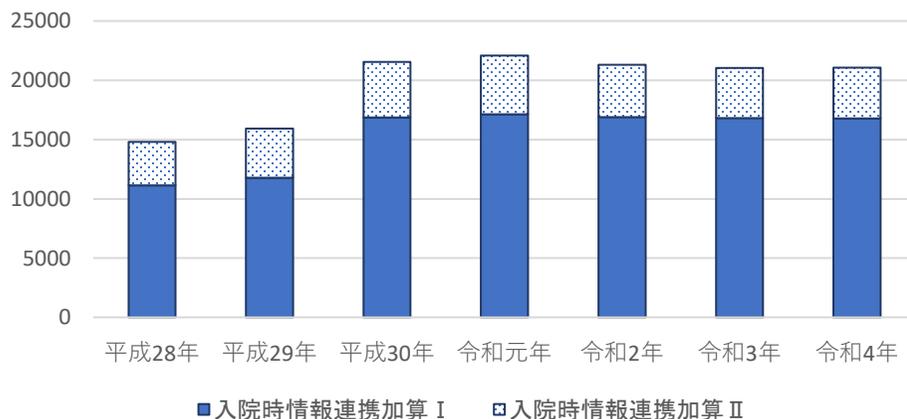


入院時情報連携加算、通院時情報連携加算の算定状況

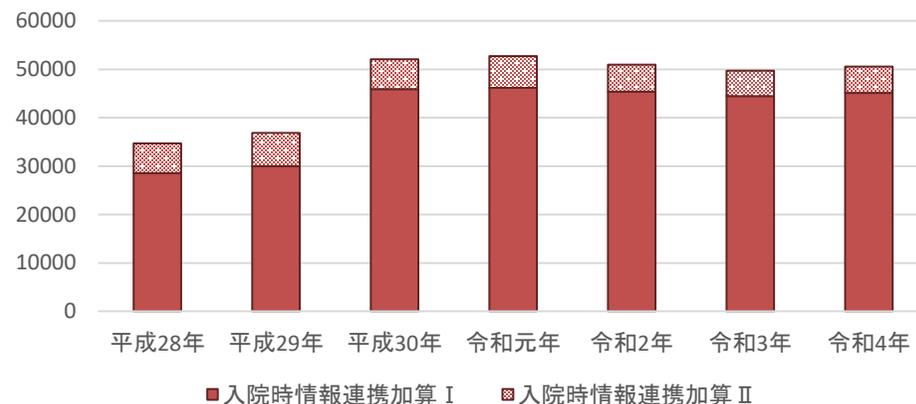
- 入院時情報連携加算について、算定回数は増加傾向であったが、令和2年に減少。
- 通院時情報連携加算について、令和3年度の新設後、令和4年はほぼ横ばい。

■入院時情報連携加算の算定状況の推移（居宅介護支援）

入院時情報連携加算（算定事業所数）



入院時情報連携加算（算定回数）



■通院時情報連携加算の算定状況の推移（居宅介護支援）

通院時情報連携加算（算定事業数）



通院時情報連携加算（算定事業数）



入院時情報提供書の標準様式

○ 入院時情報提供書の標準様式では、生活歴・趣味、ADL、精神面における療養上の問題等が示されている。

記入日: 年 月 日
入院日: 年 月 日
情報提供日: 年 月 日

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名: _____ 事業所名: _____
ご担当者名: _____ ケアマネジャー氏名: _____
TEL: _____ FAX: _____

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名 (フリガナ)	年齢	才	性別	男 女
住所	生年月日	明・大・昭 年 月 日生		
住環境 ※可能なほど(写真)を添付	電話番号			
特記事項 ()				
入院時の要介護度	□要支援 () □要介護 () 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 □申請中(申請日 /) □区分変更(申請日 /) □未申請			
障害高齢者の日常生活自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2 □医師の判断			
認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M □ケアマネジャーの判断			
介護保険の自己負担割合	□割 割 □不明 □障害など認定 □なし □あり (身体・精神・知的)			
年金などの種類	□国民年金 □厚生年金 □障害年金 □生活保護 □その他()			

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	□独居 □高齢者世帯 □子と同居 □その他 () * □日中独居		
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL: TEL

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等 _____

本人の生活歴 _____

入院前の本人の生活に対する意向 □ 同封の居宅サービス計画(1)参照

入院前の家族の生活に対する意向 □ 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況 同封の書類をご確認下さい。
□居宅サービス計画書1.2.3表 □その他 ()

5. 今後の在宅生活の展望について (ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件 _____

退院後の世帯状況 □ 独居 □ 高齢世帯 □ 子と同居 (家族構成員数 名) * □ 日中独居 □ その他 ()

世帯に対する配慮 □ 不要 □ 必要 ()

退院後の主介護者 □ 本シート2に同じ □ 左記以外 (氏名 続柄・年齢)

介護力* □ 介護力が見込める (□ 十分 ・ □ 一部) □ 介護力は見込めない □ 家族や支援者がない

家族や同居者等による虐待の疑い* □ ない □ あり ()

特記事項 _____

6. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加 □ 希望あり □ 希望あり (具体的な要望 ())

「退院前カンファレンス」への参加 □ 希望あり □ 希望あり

「退院前訪問指導」を実施する場合の同行 □ 希望あり □ 希望あり

7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況	なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	□なし □あり ()
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内) □杖 □歩行者 □車いす □その他
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外) □杖 □歩行者 □車いす □その他
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作 自立 見守り 一部介助 全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助	
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	
食事	自立	見守り	一部介助	全介助		
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)			食事制限	□あり () □なし □不明
	食事形態	□普通 □きざみ □嚥下障害食 □ミキサー			UDF等の食形態区分	
口腔	摂食方法	□経口 □経管栄養		水分とろみ	□なし □あり	水分制限 □あり () □なし □不明
	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	□なし □あり (部分・総)
排泄	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	□なし □あり
	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ □なし □夜間 □常時
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド □なし □夜間 □常時
睡眠の状態	良	不良 ()		服剤の使用	□なし □あり	
喫煙	無	有 _____本くらい/日		飲酒	無 有 _____合くらい/日あたり	
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	眼鏡	□なし □あり ()
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	□なし □あり
	言語	問題なし	やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項: _____	
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難		
精神面における療養上の問題	□なし □幻視・幻聴 □興奮 □焦燥・不穏 □妄想 □暴力/攻撃性 □介護への抵抗 □不眠 □昼夜逆転 □徘徊 □危険行為 □不潔行為 □その他 ()					
疾患歴*	□なし □悪性腫瘍 □認知症 □急性呼吸器感染症 □脳血管障害 □骨折 □その他 ()					
入院歴*	最近半年間での入院 □なし □あり (理由: _____ 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日)					
	入院頻度 □頻度は高い/繰り返している □頻度は低い/これまでもある □今回が初めて					
入院前に実施している医療処置*	□なし □点滴 □酸素療法 □喀痰吸引 □気管切開 □胃ろう □経鼻栄養 □経腸栄養 □褥瘡 □尿道カテーテル □尿路ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール □自己注射 () □その他 ()					

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	□なし □あり ()	居宅療養管理指導	□なし □あり (職種:)
薬剤管理	□自己管理 □他者による管理 (管理者: _____ 管理方法: _____)		
服薬状況	□処方通りの服用 □時々飲み忘れ □飲み忘れが多い、処方を守られていない □服薬拒否		
お薬に関する特記事項 _____			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名	電話番号
医師名 (フリガナ)	診察方法・頻度 □通院 □訪問診療・頻度 = () 回 / 月

* = 診療報酬 退院支援加算 1, 2 「退院困難な患者の要因」に関連

退所時情報提供加算

概要

【介護老人保健施設、介護医療院】

- 入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所後の主治の医師に対して、当該入所者の紹介を行うことを評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

単位数

<現行>

なし

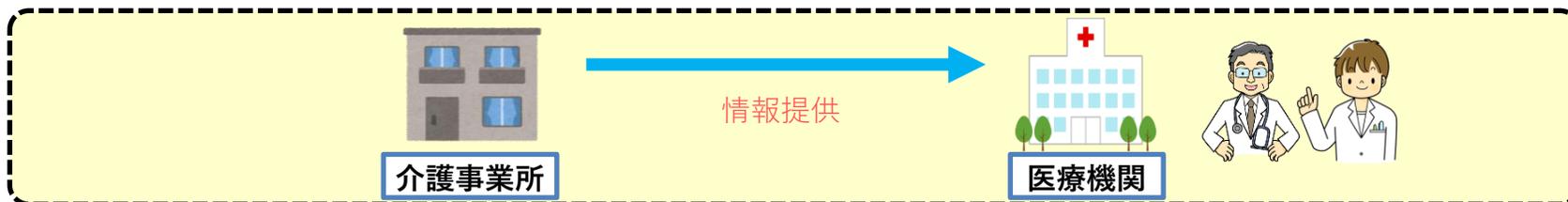
<改定後>

⇒

退所時情報提供加算 500単位 **(新設)**

算定要件等

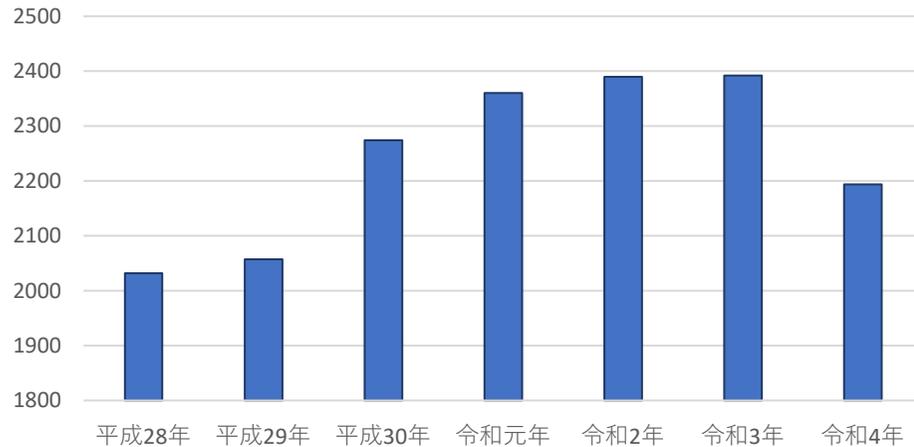
- ・入所者1人につき、1回の算定を限度とする
- ・当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者の紹介を行った場合
- ・入所者が退所後に他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入所者の診療状況を示す文書を添えて必要な情報を提供したときも同様。
- ・退所後の主治の医師に対して入所者を紹介するに当たっては、様式2の文書に必要な事項を記載の上、入所者又は主治の医師に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付する
- ・様式2の文書に入所者の諸検査の結果、日常生活動作能力、心理状態などの心身機能の状態、薬歴、退所後の治療計画等を示す文書を添付する
- ・以下の場合には、算定できない
 - ①退所して病院又は診療所へ入院する場合
 - ②退所して他の介護保健施設へ入院又は入所する場合
 - ③死亡退所の場合



○ 算定回数は増加傾向であったが、令和4年は著減。

■ 退所時情報提供加算の算定状況の推移（介護老人保健施設）

退所時情報提供加算（算定施設数）



退所時情報提供加算（算定回数）



概要

（居宅介護支援）※ ※介護予防支援は含まない

- イ 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進
 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算を以下のとおり見直す。
- i 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。
 - ii 医療機関等との連携回数に応じた評価とする。
 - iii 加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。
- また、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。【通知改正】

単位数

<現行>

退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	300単位	300単位
連携 2 回	600単位	600単位
連携 3 回	×	900単位

⇒

<改定後>

退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	450単位	600単位
連携 2 回	600単位	750単位
連携 3 回	×	900単位

算定要件等

- 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。
- ただし、「連携3回」を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

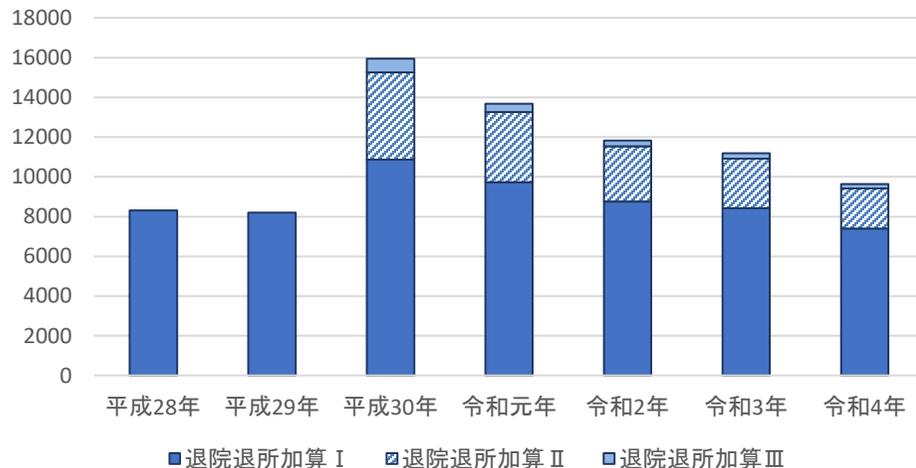
※ 入院又は入所期間中につき1回を限度。また、初回加算との同時算定不可。

退院・退所加算の算定状況

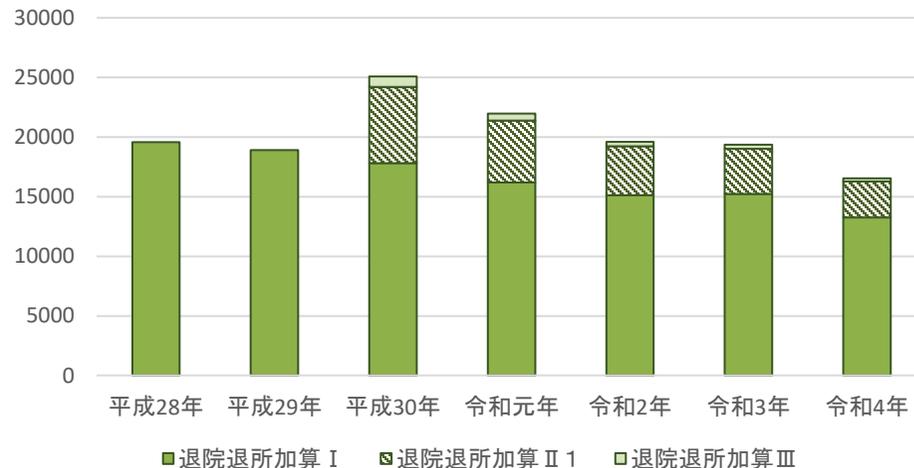
○ 平成30年度改定における評価の引き上げ後、算定回数が増加したが、その後減少傾向。

■ 退院・退所加算の算定状況の推移（居宅介護支援）

退院・退所加算（算定事業所数）



退院・退所加算（算定回数）



退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)		
	氏名	様 男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 ()・要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし		
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日					
	入院原因疾患(入所目的等)					
① 疾患と入院(所)中の状況	入院・入所先	施設名	棟	室		
	今後の医学管理	医療機関名：		方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	
	現在治療中の疾患	①	②	③	疾患の状況 *番号記入 安定() 不安定()	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()				
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()				
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず				
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()			UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()				眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()					
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	<本人> 退院後の生活に関する意向					
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方					
	<家族> 退院後の生活に関する意向					

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導 (食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()	
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 (ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習 (歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習 (買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 (痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
症状・病状の予後・予測			
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)		例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。	
在宅復帰のために整えなければならない要件			
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)	会議出席
1	年 月 日		無・有
2	年 月 日		無・有
3	年 月 日		無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

医療と介護の連携の推進

国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関する報酬において、「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」等を踏まえた対応を要件とするとともに、評価を充実
- 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実



介護医療院・有床診療地域包括ケアモデルへの対応

- 介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「居住系介護施設等」と同様の取扱いとし、退院時の情報提供等に係る取組の評価において「介護老人保健施設」と同様の取扱いとする
- 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用を支援

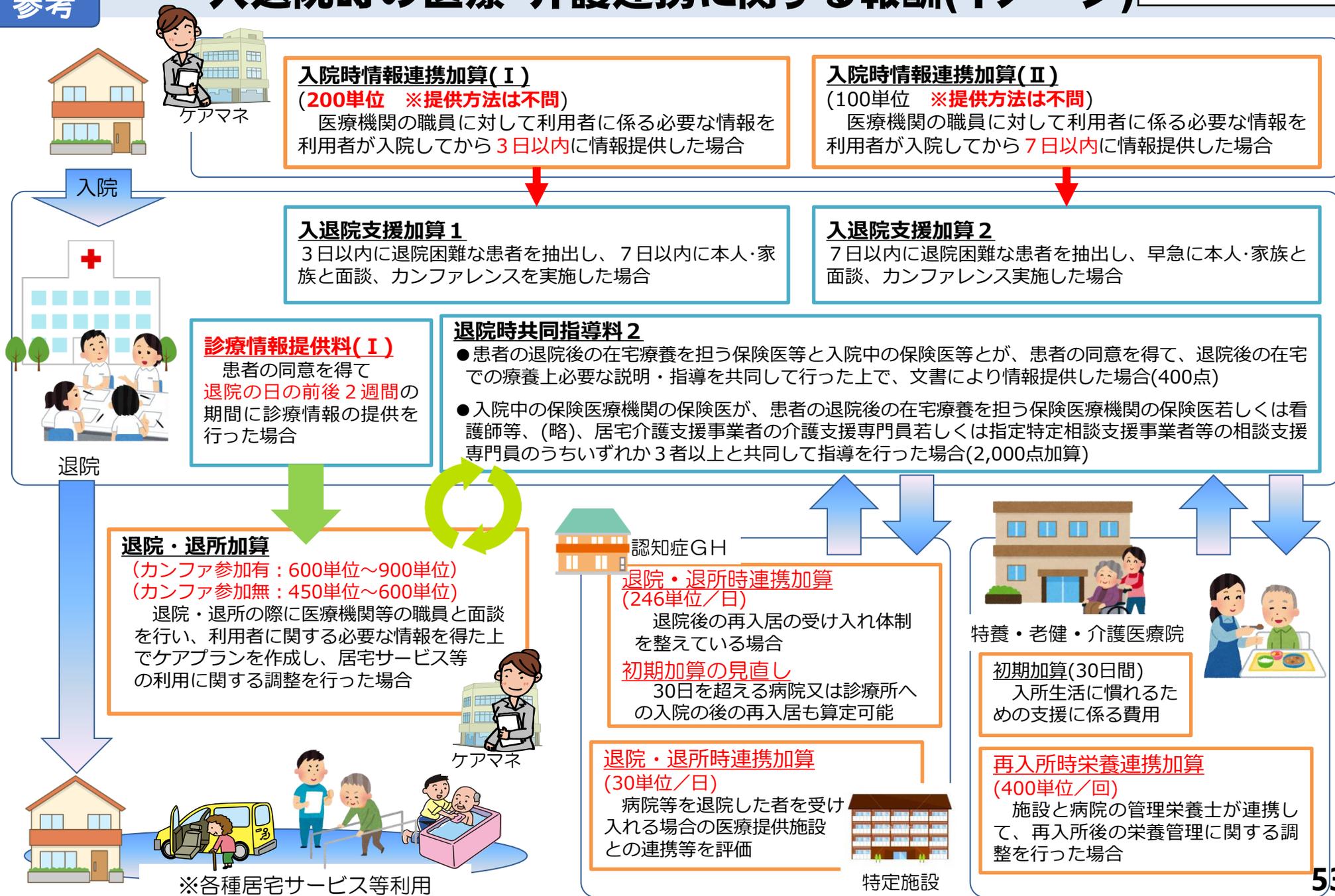
訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

- 訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進
- 末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進



リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

- 医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価
- 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和



1. 総論

2. 医療・介護連携に係る評価

3. 在宅医療・介護連携推進事業

4. 医療・介護DX

5. 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

6. 主治医と介護支援専門員の連携

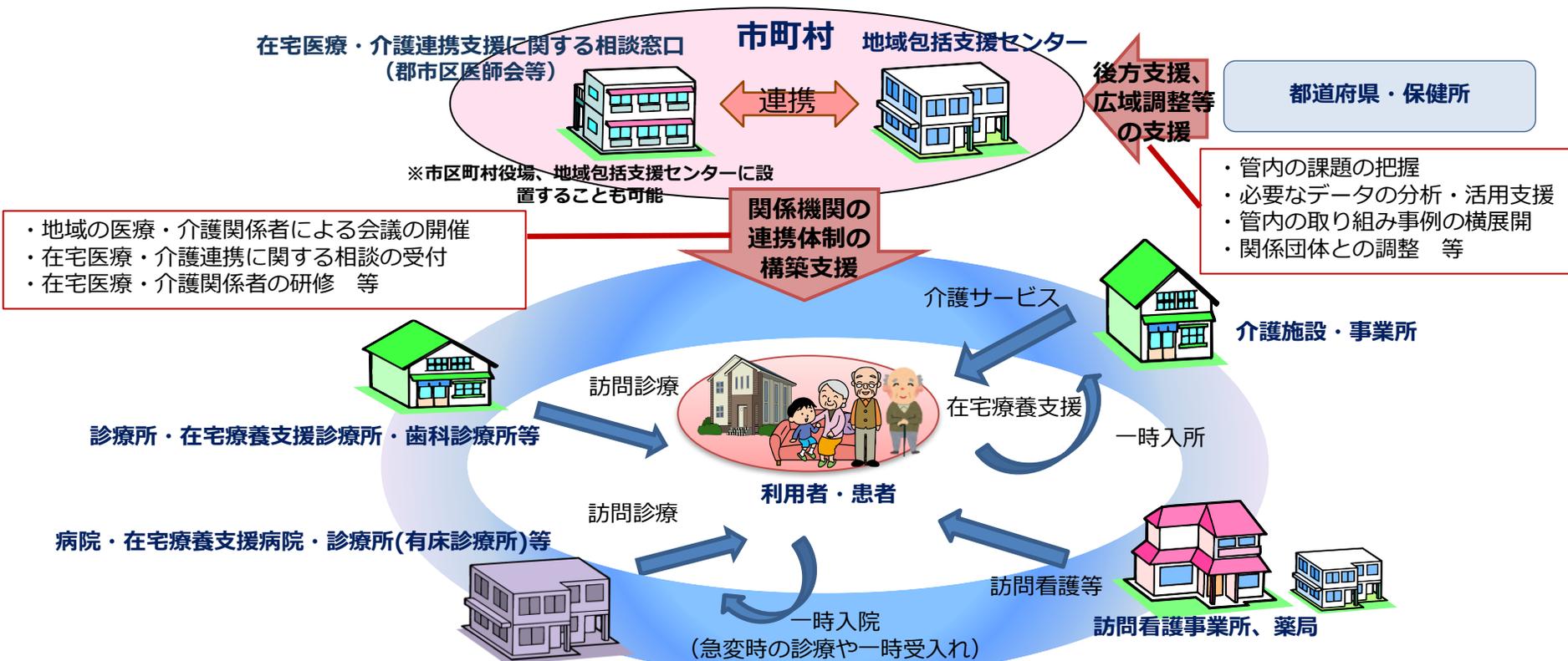
在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

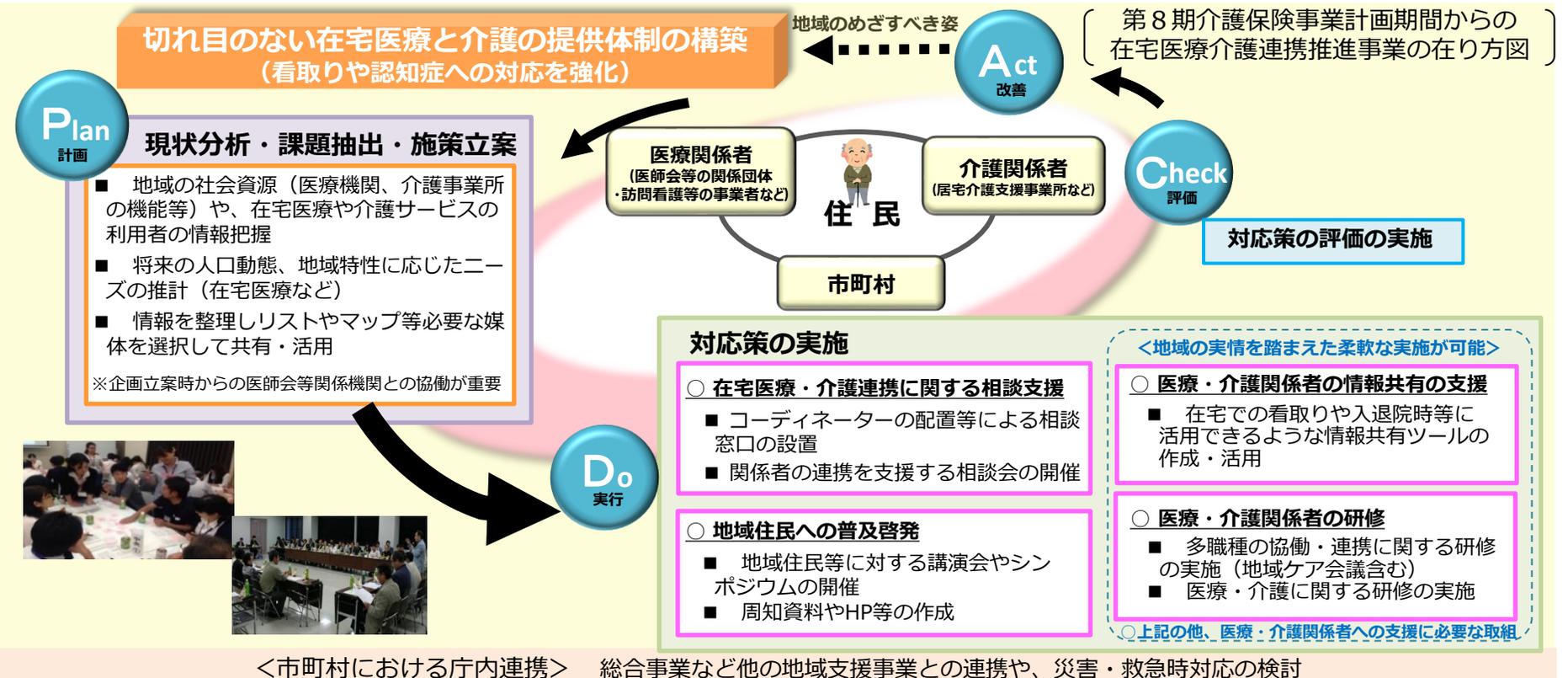
- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



都道府県(保健所等)による支援

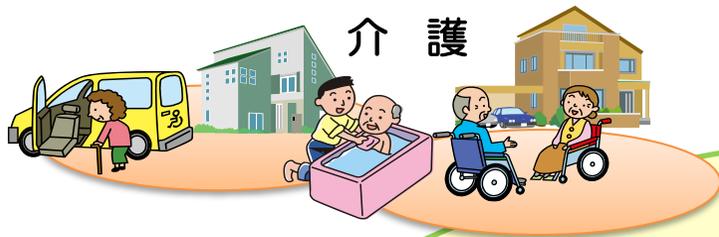
- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
- 地域医療構想・医療計画との整合

- 平成26年介護保険法改正により市町村が実施する地域支援事業の包括的支援事業として、在宅医療・介護連携推進事業（以下、「本事業」とする）が位置付けられ、平成27年度から市町村は順次、8つの事業項目を開始してきた。
- 本事業の円滑な実施のために「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.1（介護保険最新情報vol.447）」（以下、「手引き」とする）を作成、具体的な取組を例示し、平成27年3月に周知を行う。
- さらに、平成29年介護保険法改正においても、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の導入及び充実を図るとともに、都道府県による市町村支援の役割を明確にするために、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.2（介護保険最新情報vol.610）」として、平成29年10月に周知してきたところ。
- そして、本事業の開始から数年が経過し、現在では、8つの事業項目に限らず、認知症や災害に関する取組をあわせて実施するなど、地域の実情を踏まえた在宅医療・介護連携の取組が実施されつつある。一方で、「将来的な本事業のあるべき姿をイメージできていないこと」を課題としてあげる等、本事業の構造や進め方についての理解が不足している状況もみられ、8つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかと指摘もある。
- このような中で、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって本事業でめざす姿の実現がなされるよう、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3」として、令和2年9月に発出。

1 改訂のポイント

- PDCAサイクルに沿った具体的な運用ができるような構成に再編
- 目標の設定の必要性や事業マネジメントの考え方、都道府県の役割の明確化
- 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージに沿った、4つの場面を意識した考え方
- 好事例の横展開を図るため、事例の掲載





日常の療養支援

- ・多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの在宅医療・介護の提供
- ・緩和ケアの提供
- ・家族への支援
- ・認知症ケアパスを活用した支援

入退院支援

- ・入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働・情報共有による入退院支援
- ・一体的でスムーズな医療・介護サービスの提供

急変時の対応

- ・在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確認
- ・患者の急変時における救急との情報共有

看取り

- ・住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施
- ・人生の最終段階における意思決定支援

行政



4 「第2章 市町村における事業の進め方」の要旨

● 4つの場面を意識したPDCAサイクルの考え方と展開例 P23



- ライフサイクルにおいて、場面毎に必要な医療と介護のサービスの比重は変わるものの、地域において在宅療養者が医療と介護を必要とする場合には、医療と介護が連携し、高齢者が住み慣れた地域で最期まで生活することができるような支援が必要である。
- 在宅療養者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かしつつ、さらに、入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、本事業においては、医療と介護が主に共通する4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）を意識して取り組む必要がある。なお、この4つの場面は、双方が重なり合っていることも少なくないことに留意が必要である。
- 4つの場面ごとの現状分析・課題抽出・目標設定等を行う前提として、地域のめざすべき姿を必ず設定し、その目的を実現するために、達成すべき目標を4つの場面ごとに設定することが重要である。



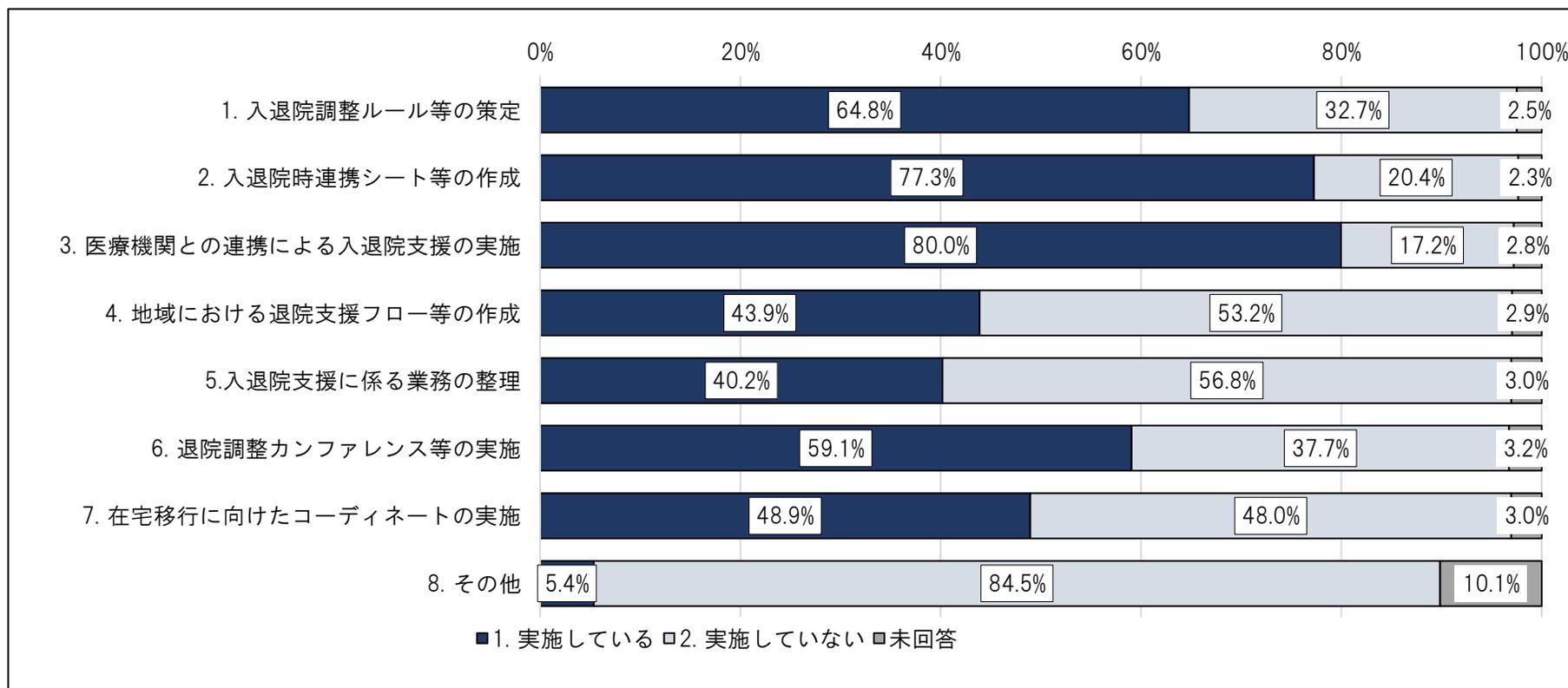
● 事業の実施に当たっての留意事項 P48

- 事業委託、既に実施されている取組事例、PDCAサイクルに沿った取組を実施する上でのポイント など

入退院支援の実施状況 (n = 1,324)

4つの場面を意識した取組のうち、「入退院支援」に“取り組んでいる”または“今後取り組む予定である”と回答した市町村において、実施している取組みとして最も多いものは、「医療機関との連携による入退院支援の実施」であり、次いで「入退院時連携シート等の作成」、「入退院調整ルール等の作成」であった。

○ 「入退院支援」の実施状況



在宅医療・介護連携推進事業の課題 (n = 1,717 最大5項目優先順位回答)

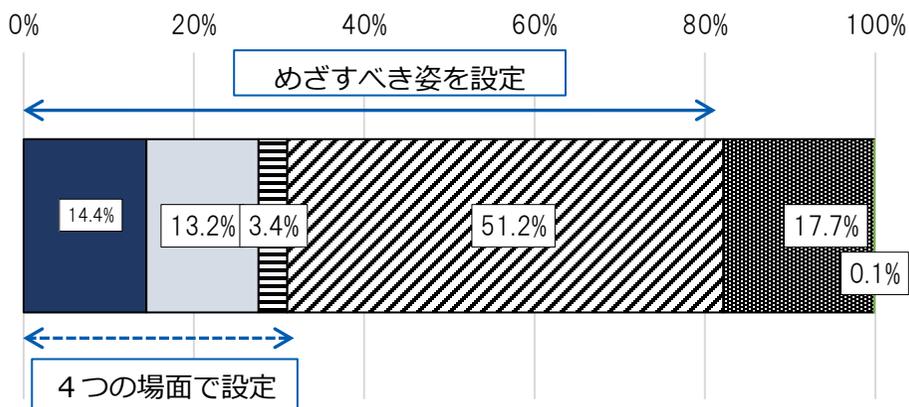
在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題については、「事業実施のためのノウハウの不足」「指標設定等の事業評価のしにくさ」「本事業を総合的に進めることができるような人材の育成」等の回答が多い。

	%	回答数
1. 予算の確保	34.0%	583
2. 事業実施のためのノウハウの不足	72.8%	1,250
3. 本事業の存在や必要性を医療・介護関係者に認知してもらうこと	50.0%	858
4. 行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築	53.5%	918
5. 行政内部の連携、情報共有等	38.7%	664
6. 地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足	63.3%	1,087
7. 総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足	58.4%	1,003
8. 本事業を総合的に進めることができるような人材の育成	69.7%	1,196
9. 事業運営に関する相談のできる人材の不足	50.8%	873
10. 現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと	34.5%	592
11. 将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと	47.6%	818
12. 多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化	46.2%	794
13. 地域の医療・介護資源の不足	62.6%	1,075
14. 事業推進を担う人材の不足（市区町村担当者及び事業委託先を想定）	59.5%	1,022
15. 指標設定等の事業評価のしにくさ	70.1%	1,204
16. 隣接する市区町村との広域連携の調整	32.1%	551
17. 都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する当該市区町村のデータ等の提供	33.7%	579
18. 在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供（先進事例等）	32.4%	556
19. 多職種研修の企画・運営の技術的支援	30.3%	521
20. 在宅医療・介護連携に関する相談窓口配置する相談員の研修、人材育成	40.3%	692
21. 医師会等関係団体との調整	44.3%	761
22. 医療機関との調整	41.0%	704
23. 広域的な医療・介護連携（退院調整等）に関する協議	40.1%	688
24. 市区町村間の意見交換の場の設定	22.4%	384
25. 地域医療構想や地域医療計画との整合を取るための方策	36.5%	627
26. その他	2.5%	43
27. 特にない	0.9%	16

PDCAを踏まえた事業展開の現状① (n = 1,717)

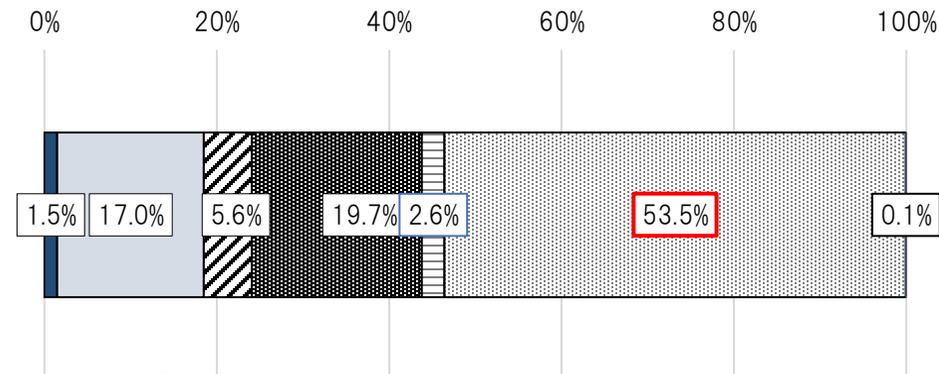
めざすべき姿を設定している自治体は約8割であるものの、4つの場面で設定している自治体は約3割にとどまっている。また、約半数の市町村は、取組改善の目安としている期間を「わからない・設定することは想定していない」と回答。

○ 在宅医療・介護連携の推進によってめざすべき姿の設定状況



- 1. 4つの場面で設定し、介護保険事業計画に記載
- 2. 4つの場面で設定し、在宅医療・介護の関係者では共有しているが、介護保険事業計画では記載していない
- 3. 4つの場面で設定しているが、自治体内の共有に留まる
- 4. 本事業の実施によって目指す姿の設定はしているが、特に4つの場面での設定はしていない
- 5. 特に設定はしていない
- 未回答

○ 取組改善（PDCAの運用）に要する目安としている期間

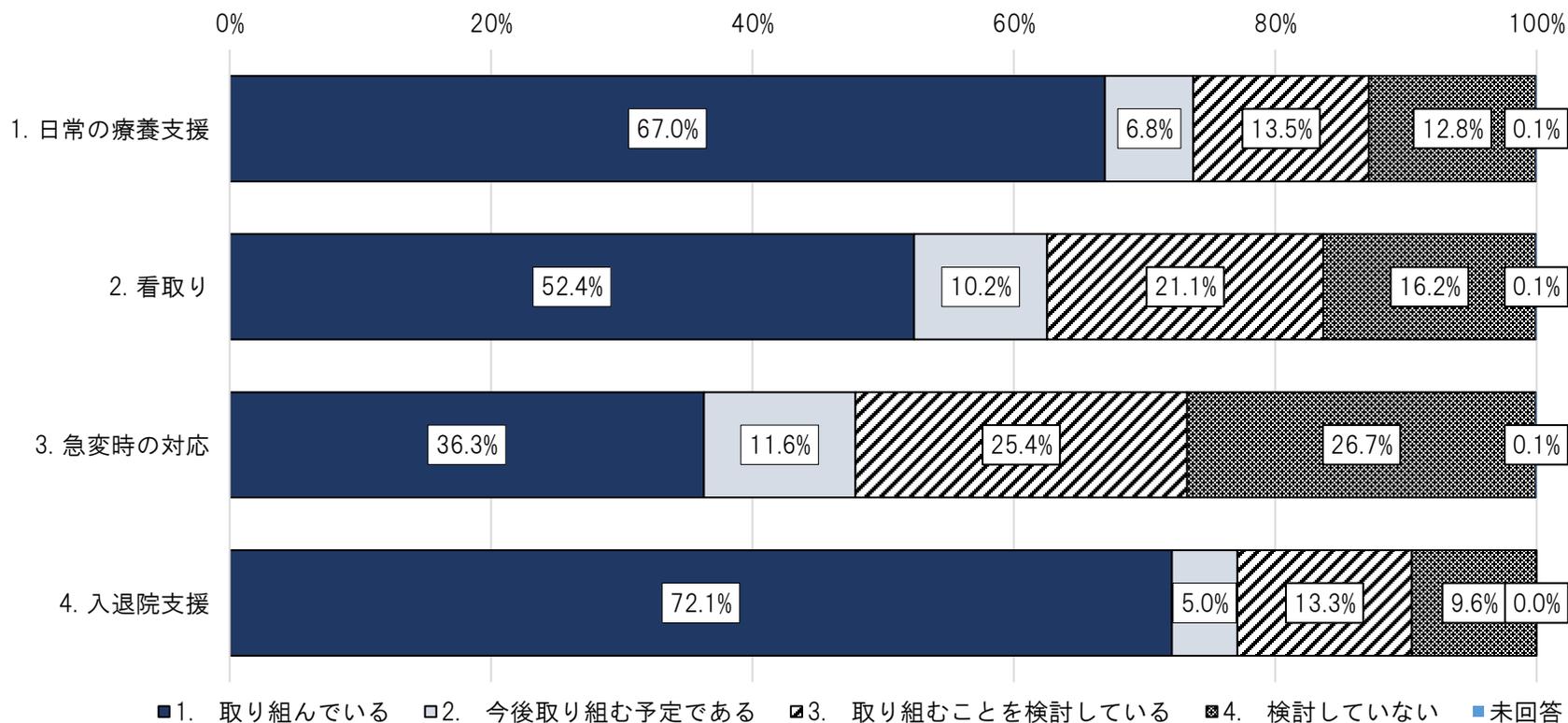


- 1. 1年未満
- 2. 約1年
- 3. 約2年
- 4. 約3年
- 5. 約4年以上
- 6. わからない・設定はすることは想定していない
- 未回答

PDCAを踏まえた事業展開の現状② (n = 1,717)

4つの場面を意識した取組については、「急変時の対応」が36.3%と最も進んでいない状況にある。

○ 「4つの場面」を意識した取組の状況



在宅医療・介護連携推進事業

【事例⑥】 島根県 —病院と地域をつなぐ切れ目のない連携を目指して—

入退院時における病院等と居宅介護支援事業所・地域包括支援センター間の情報共有ルールを定める際のガイドラインを作成。異なる市町村での入退院や二次医療圏をまたぐ入退院でも、医療や介護をはじめ多様な関係機関が切れ目なく、円滑に連携するための情報共有を支援

< 二次医療圏域等での情報共有の支援に関する取組 >

① 島根県入退院連携ガイドライン

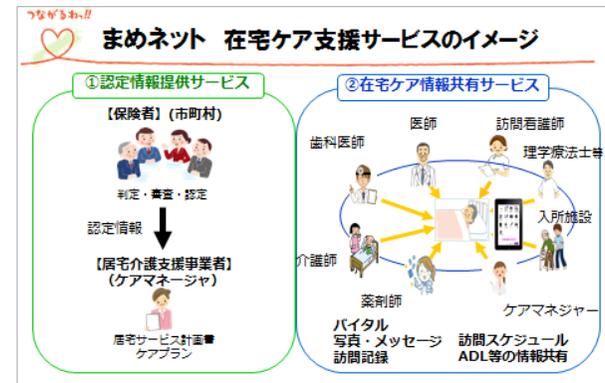
- 平成26年度から入退院時における病院と在宅サービス事業所間の情報共有に関する調査等を実施。医療・介護の関係機関の情報共有の有無や、その質・タイミングの課題が判明。
- 平成30年度に、県、保健所、医療介護関係者による「島根県入退院連携検討委員会」を設置。各圏域における入退院連携の実態把握・課題抽出を行い、入退院時に関係者が円滑に情報共有できるようにガイドラインを作成。
- 各圏域におけるルールの作成と、その検討過程を通じた顔の見える関係の構築を促すツールとしても活用

② しまね医療情報ネットワーク「まめネット」

- 「連携カルテサービス※1」や「在宅ケア情報共有サービス※2」など、関係機関の情報共有を支援するツールが稼働
- 例えば、在宅ケアチームの訪問看護師等の医療職が「連携カルテサービス」を活用して入院中の情報を得たり、病院が在宅ケアチームに入った上で「在宅ケア情報共有サービス」を活用し、在宅復帰後の情報の共有が可能

※1:患者の同意を得た医療機関が診療情報をまとめて閲覧できるサービス

※2:在宅療養者の情報を多職種で共有できるサービス



在宅医療・介護連携推進事業

【事例②】滋賀県大津市 一入退院時から在宅療養まで安定して過ごせる環境整備一

役割分担したエリア別在宅医療連携拠点による相談支援や連携の強化と、入退院支援ルール
の運用による入退院時から在宅療養まで安定して過ごせる環境の整備

<在宅医療連携拠点機能>

1つの拠点：全体総括

- ・保健所、医師会、歯科医師会、薬剤師会
拠点事業の方針決定、情報収集発信

3つの拠点：医療介護関係者への相談支援の中核

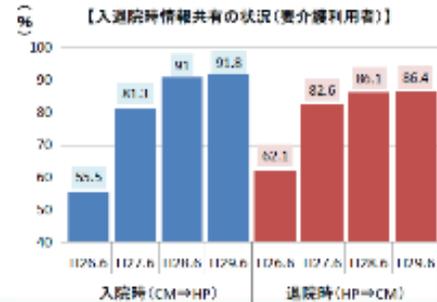
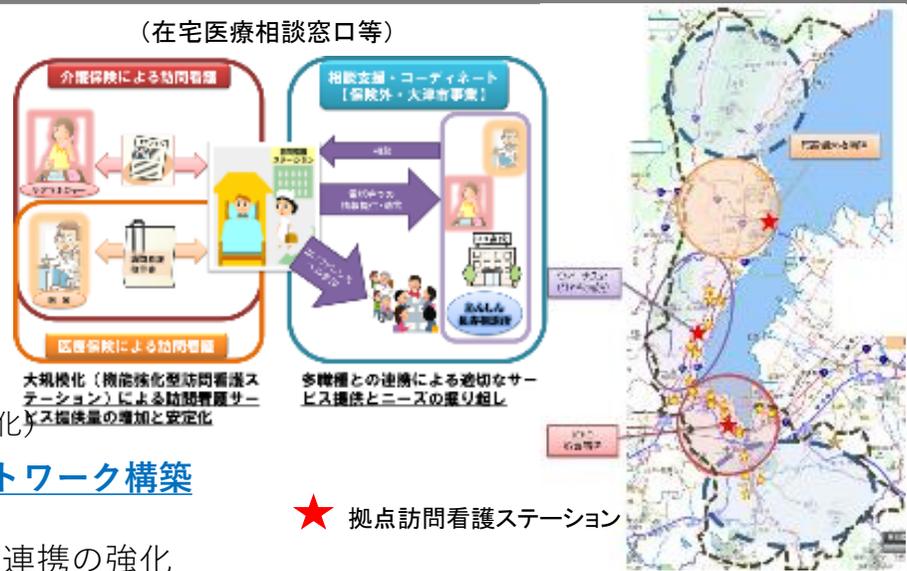
- ・医療機関に併設した訪問看護ステーションに
相談・支援機能を付加（委託事業）
⇒医療介護関係者からの相談対応
医療と介護の連携と訪問看護の体制の強化
（地域の訪問看護ステーション支援や24時間対応の強化）

7つの拠点：市民相談・啓発の中核、多職種ネットワーク構築

- ・あんしん長寿相談所、すこやか相談所
⇒市民からの相談対応・小地域における多職種連携の強化

<入退院支援連携>

- ・入退院支援ルール及び『大津保健医療圏域における病院とケアマネジャーの入退院支援の手引き』運用（R1改訂）
- ・入退院支援に関する情報交換会（2回/年）
- ・入退院支援に関する連携状況調査（1回/年）
- ・病院関係者・退院調整担当看護師会議



1. 総論

2. 医療・介護連携に係る評価

3. 在宅医療・介護連携推進事業

4. 医療・介護DX

5. 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

6. 主治医と介護支援専門員の連携

医療DXとは

DXとは

DXとは、「Digital Transformation（デジタルトランスフォーメーション）」の略称で、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える（Transformする）ことである。
（情報処理推進機構DXスクエアより）

医療DXとは

医療DXとは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えることと定義できる。

疾病の
発症予防

被保険者
資格確認

診察・治療
薬剤処方

診断書等
の作成

診療報酬
請求

地域医療
連携

研究開発

クラウドを活用した業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化

特定健診
情報

資格情報

カルテ情報
処方情報
調剤情報

電子カルテ
情報

診療情報
提供書
退院時サマリ
行政への届出

診療報酬算定
モジュール

オンライン資格確認
マイナポータル活用

電子カルテ情報の標準化等

診療報酬
DX

医療ビッグデータ
分析

NDB

介護DB

公費負担医療
DB

等

医療DXの方向性

背景

- 世界に先駆けて少子高齢化が進む我が国において、国民の健康増進や切れ目のない質の高い医療の提供に向け、医療分野のデジタル化を進め、保健・医療情報（介護含む）の利活用を積極的に推進していくことは非常に重要。
- また、今般の新型コロナウイルス感染症流行への対応を踏まえ認識された課題として、平時からのデータ収集の迅速化や収集範囲の拡充、医療のデジタル化による業務効率化やデータ共有を通じた医療の「見える化」の推進等により、次の感染症危機において迅速に対応可能な体制を構築できることとしておくことが急務。

方向性

- 国民による自らの保健・医療情報（介護含む）への容易なアクセスを可能とし、自らの健康維持・増進に活用いただくことにより、健康寿命の延伸を図るとともに、医療の効率的かつ効果的な提供により、診療の質の向上や治療等の最適化を推進。
- また、今般の新型コロナウイルス感染症流行に際して開発された既存のシステムも活用しつつ、医療情報に係るシステム全体として、次の感染症危機において必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みを構築。
- さらに、医療情報の適切な利活用による創薬や治療法の開発の加速化により、関係する分野の産業振興につながることや、医療のデジタル化による業務効率化等により、SE人材を含めた人材のより有効な活用につながること等が期待される。

骨格

1. 「全国医療情報プラットフォーム」
2. 電子カルテ情報の標準化、標準型電子カルテの検討
3. 「診療報酬改定DX」

医療DXの実現により目指す社会

医療DXとは

保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）**において発生する情報やデータ**に関し、**全体最適された基盤を構築し、活用**することを通じて、**保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化**を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えていくこと。

国民のさらなる健康増進

- 誕生から現在までの生涯にわたる保健医療データが自分自身で一元的に把握可能となり、個人の健康増進に寄与
 - 自分で記憶していない検査結果情報、アレルギー情報等が可視化
 - 将来的にも安全・安心な受療が可能

切れ目なくより質の高い医療等の提供

- 本人同意の下で、全国の医療機関等が**セキュリティを確保しながら必要な診療情報を共有**することにより、切れ目なくより質の高い医療等の提供が可能
 - 災害や次の感染症危機を含め、全国いつどの医療機関等にかかっても、必要な医療情報が共有

医療機関等の業務効率化

- システムコスト低減により、医療機関等のデジタル化が促進
 - 業務効率化、効率的な働き方が実現
- 次の感染症危機において、医療現場における情報入力等の負担を軽減するとともに、必要な情報を迅速かつ確実に取得

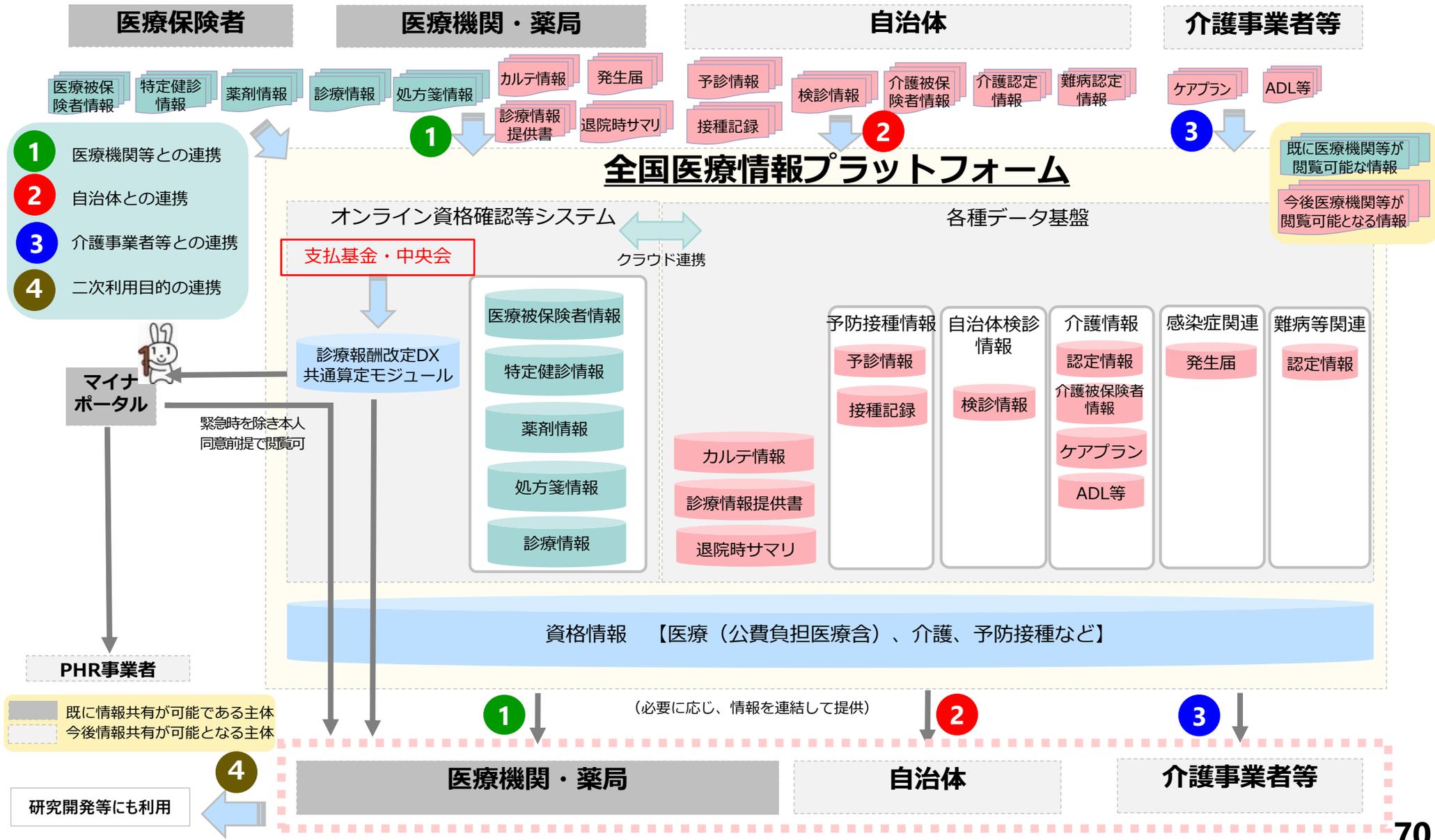
人材の有効活用

- 診療報酬改定に関する作業の効率化
- 医療情報システムに関与する人材の有効活用、費用の低減を実現
 - 医療保険制度全体の運営コストの削減

医療情報の利活用の環境整備

- 民間事業者との連携
- 保健医療データの二次利用による創薬、治験等の医薬産業やヘルスケア産業の振興
 - 結果として国民の健康寿命の延伸に資する

「全国医療情報プラットフォーム」(将来像)



医療DXに関する施策の現状と課題② (電子カルテ情報の標準化等)

現状

- 電子カルテについては、**ベンダーごとに異なる情報の出入力方式が採用**されており、**異なるベンダーの電子カルテを導入している医療機関の間では、情報の共有が困難**。
- これまで、データヘルス改革において、電子カルテ情報の標準化を進めるべく取り組んできており、令和4年3月に、医療現場における有用性等の観点を踏まえ、まずは3文書6情報(※)について、情報の共有にあたっての標準規格を決定(厚生労働省標準規格)し、まずは診療情報提供書・退院時サマリーに関して交換・共有の仕組みに取り組む。

(※) 3文書：①診療情報提供書、②退院時サマリー、③健診結果報告書

6情報：①傷病名、②アレルギー情報、③感染症情報、④薬剤禁忌情報、⑤検査情報(救急、生活習慣病)、⑥処方情報

課題

- 標準化されている情報の種類が限定的
- 電子カルテシステムを導入している医療機関が限定的

今般の医療DXの推進により実現すること

- 共有できる情報の範囲を広げるため、**標準規格を定める情報の範囲を拡大**
(令和4年度は、透析情報及び一部の感染症発生届について標準規格を定める予定)
- **医療機関にて作成される文書のうち行政手続に使用されるものを標準化・デジタル化し、行政手続のワンストップ化の促進を検討**
- 小規模な医療機関向けに、**標準規格に準拠したクラウドベースの電子カルテ(標準型電子カルテ)の開発**を検討

- 全国医療情報プラットフォームの拡大に寄与

厚生労働省データヘルス改革工程表（令和3年6月4日）

①利用者自身が介護情報を閲覧できる仕組みの整備

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
電子カルテ・介護情報等						
介護情報		CHASEフィードバック機能の開発	CHASE等の解析結果の利用者単位等のフィードバック（2021年度～） CHASE等による自立支援等の効果を検証		システム要件の整理、システム改修等	マイナポータル等で閲覧可能（2024年度以降順次～）
			技術的・実務的な課題等を踏まえ、利用者や介護現場で必要となる情報の範囲や、全国的に介護情報を閲覧可能とするための仕組みを検討			次期システムの運用開始によるデータに基づく更なるフィードバック等（2024年度～）

②介護事業所間等において介護情報を共有することを可能にするための取組

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
介護事業所間における介護情報の共有並びに介護・医療間の情報共有を可能にするための標準化		介護情報の共有や標準化に係る調査	全国的に介護記録支援システムの情報を含めた介護情報を閲覧可能とするための基盤のあり方についてIT室（デジタル庁）とともに検討し、結論を得る		左記を踏まえたシステムの課題解決・システム開発	

③科学的介護の推進

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
自立支援・重度化防止等につながる科学的介護の推進	CHASEフィードバック機能の開発 NDB・介護DB連結解析開始	事業所・利用者単位のフィードバックや解析による科学的介護の推進（2021年度～） CHASE等による自立支援等の効果を検証 VISIT・CHASEを一体的運用、介護DBとの連結解析開始	新たな情報収集システムに向けた更なるデータ項目の整理	次期システムの開発	次期システムの運用開始によるデータに基づく更なるフィードバック等（2024年度～）	
						※2021年度から、CHASE・VISITを一体的運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、以下の統一した名称を用いる。科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence; LIFE ライフ）

介護情報利活用に関するワーキンググループの設置趣旨

- データヘルス改革に関する工程表においては、利用者自身が介護情報を閲覧できる仕組みを整備する（2024年度以降に順次閲覧開始）とともに、介護事業所間等において介護情報を共有することを可能にするためのシステム開発を行う（2024年度～）こととされている。
- これまで、科学的介護情報システム（LIFE）を開発・運用し、利用者ごとの介護情報の収集に取り組むとともに、老人保健健康増進等事業「自身の介護情報を個人・介護事業所等で閲覧できる仕組みについての調査研究事業」を実施し、介護事業所や介護記録システムの主要ベンダへのヒアリング等を行ってきた。
- 一方で、改革工程表に記載された事項の検討を進める上では、以下の課題があり、関係団体や学識経験者を含めた幅広い関係者による議論を深める必要がある。

（主な課題）

①必要な情報の選定・標準化

- 利用者自身や介護事業者が共有することが適切かつ必要な情報を選定する必要がある。
- 介護事業所間で、情報を共有することが可能となるよう、記録方法等の標準化を進める必要がある。

②情報を閲覧・共有するための仕組みの整備

- 介護情報を利用者自身が閲覧、又は介護事業所間で共有するためには、顕名情報を収集し共有する仕組みを整備する必要がある。



- 健康・医療・介護情報利活用検討会の下、介護分野にて発生する情報の利活用に関する検討を行うためのワーキンググループを新たに設置する。
- 本ワーキンググループは2022年夏に開始し、データヘルス改革に関する工程表に従って検討を進め、健康・医療・介護情報利活用検討会及び関係審議会に定期的に報告等を行いつつ、2023年度までに結論を得る。

介護情報利活用ワーキンググループにおける対応方針（案）

- 介護情報のうち、全国医療情報プラットフォームを用いて共有することを目指す情報は、当面の間、以下のいずれの要件も満たすものとしてはどうか。
 - ①本人が閲覧したり、介護事業者間、市区町村等で共有することが有用と考えられる情報
 - ・ 利用者の自立支援・重度化防止に向けて、本人や専門職等が共有することが有用な情報
 - ・ 地域の実情に応じた介護保険事業の運営に有用な情報
 - ②記録方法や様式がすでに一定程度、標準化されている情報
- 上記の要件を満たすものとしては、具体的には以下の項目などが実現性のあるものとして考えられるのではないかと。

- ・ 要介護認定情報
 - ・ 請求・給付情報
 - ・ LIFE情報
 - ・ ケアプラン
- これらの情報には、それぞれ様々な様式や内容が含まれるため、①閲覧・共有する具体的な情報の範囲及び②必要な標準化方策については、個別に検討が必要。

介護情報利活用WGでの検討事項と当面の検討スケジュール（案）

	2022年度	2023年度	
①共有する情報の内容の基準整理 （一定程度標準化・電子化されている情報）	第1回 9月	第2回 12月	
②共有する情報の範囲	第3回 1月	調査研究事業等において現状や課題を整理	
③共有する情報の内容の留意事項整理	第3回 1月		第4回 2月
④同意、個人情報保護（留意事項の整理）			第4回 2月
⑤（各組織内における）閲覧者の範囲			第4回 2月
⑥医療・介護間で連携する情報の範囲			第5回
⑦安全管理措置（情報セキュリティの担保）			第5回
⑧情報の標準化・技術的課題（様式・電子化・電送化）への対応			第7回
⑨科学的介護等の推進（二次利用）			第6回
⑩ 上記に関する調査研究報告・対応の方向性提示		WGでの議論とりまとめに向けて、整理した課題等を報告。	
⑪取りまとめ		第8回	
		第9回	

（注）上記は現時点におけるスケジュールであり、今後の検討状況を踏まえて適宜見直しを行う。

1. 総論

2. 医療・介護連携に係る評価

3. 在宅医療・介護連携推進事業

4. 医療・介護DX

5. 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

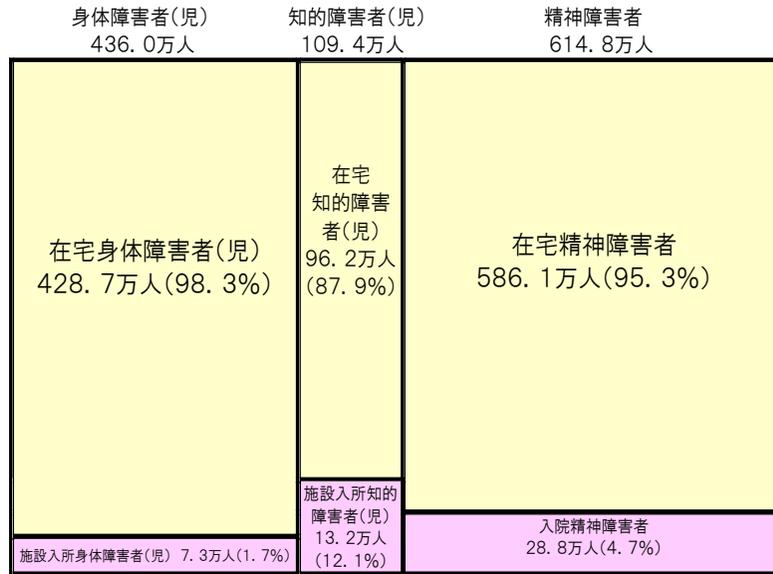
6. 主治医と介護支援専門員の連携

障害者の数

- 障害者の総数は1160.2万人であり、人口の約9.2%に相当。
- そのうち身体障害者は436.0万人、知的障害者は109.4万人、精神障害者は614.8万人。
- 障害者数全体は増加傾向にあり、また、在宅・通所の障害者は増加傾向となっている。

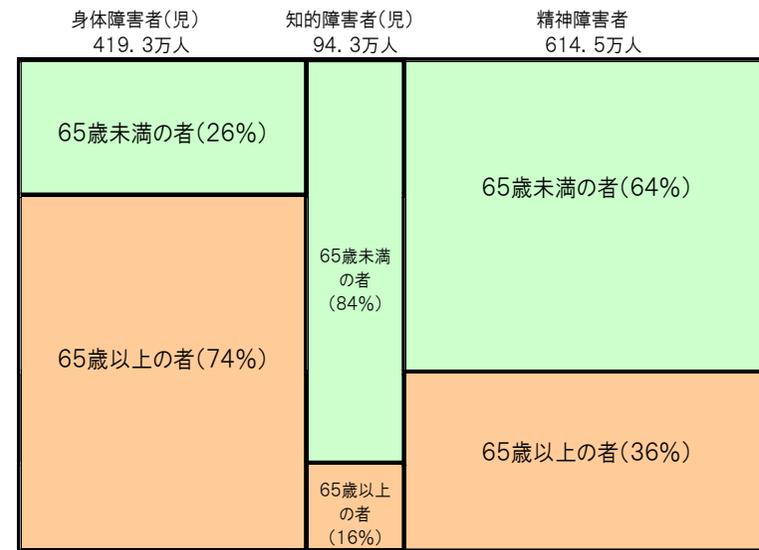
(在宅・施設別)

障害者総数 1160.2万人(人口の約9.2%)
 うち在宅 1111.0万人(95.8%)
 うち施設入所 49.3万人(4.2%)



(年齢別)

65歳未満 51%
 65歳以上 49%



出典 在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児):厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査」(平成28年)、施設入所身体障害者(児)及び施設入所知的障害者(児):厚生労働省「社会福祉施設等調査」(平成30年)等、在宅精神障害者及び入院精神障害者:厚生労働省「患者調査」(令和2年)より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

※在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児)は、障害者手帳所持者数の推計。障害者手帳非所持で、自立支援給付等(精神通院医療を除く。)を受けている者は19.4万人と推計されるが、障害種別が不明のため、上記には含まれていない。

※在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児)は鳥取県倉吉市を除いた数値である。

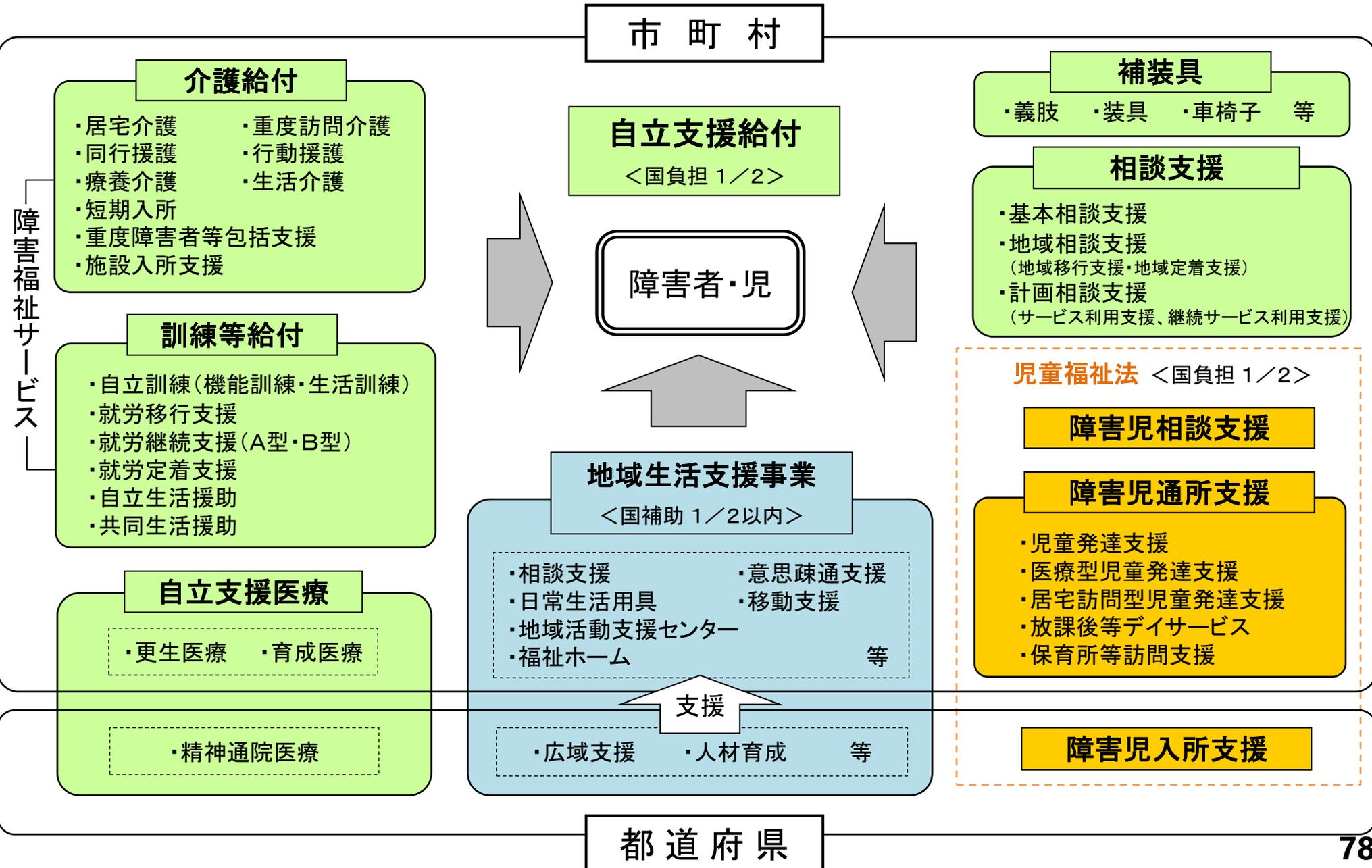
※施設入所身体障害者(児)及び施設入所知的障害者(児)には高齢者施設に入所している者は含まれていない。

※年齢別の身体障害者(児)及び知的障害者(児)数は在宅者数(年齢不詳を除く)での算出し、精神障害者数は在宅及び施設入所者数(いずれも年齢不詳を除く)で算出。

※複数の障害種別に該当する者の重複があることから、障害者の総数は粗い推計である。

※令和2年から患者調査の総患者数の推計方法を変更している。具体的には、再来外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している(平成29年までは31日以上を除外していたが、令和2年からは99日以上を除外して算出)。

障害者総合支援法等における給付・事業



障害福祉サービス等の体系（介護給付・訓練等給付）

		サービス内容	利用者数	施設・事業所数
訪問系	介護給付	居宅介護 者 児	193,197	21,243
		重度訪問介護 者	11,853	7,451
		同行援護 者 児	24,622	5,682
		行動援護 者 児	12,062	1,926
		重度障害者等包括支援 者 児	43	11
日中活動系	介護給付	短期入所 者 児	43,007	5,077
		療養介護 者	20,943	256
		生活介護 者	295,584	11,961
施設系		施設入所支援 者	125,968	2,569
居住支援系		自立生活援助 者	1,251	288
		共同生活援助 者	154,680	11,239
訓練系・就労系	訓練等給付	自立訓練（機能訓練） 者	2,067	176
		自立訓練（生活訓練） 者	13,696	1,251
		就労移行支援 者	34,877	3,055
		就労継続支援（A型） 者	78,695	4,132
		就労継続支援（B型） 者	302,545	14,926
		就労定着支援 者	14,028	1,443

(注) 1.表中の「者」は「障害者」、「児」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。 2.利用者数及び施設・事業所数は、令和 4 年 1 月サービス提供分（国保連データ）

障害福祉サービス等の体系（障害児支援、相談支援に係る給付）

		サービス内容	利用者数	施設・事業所数
障害児通所系	障害児支援に係る給付	児童発達支援 ● 児 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援を行う	151,389	9,547
		医療型児童発達支援 ● 児 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、 集団生活への適応訓練などの支援及び治療を行う	1,783	87
		放課後等デイサービス ● 児 授業の終了後又は休校日に、児童発達支援センター等の施設に通わせ、生活能力向上のための必要な訓練、社会との交流促進などの支援を行う	278,735	17,748
訪問系	障害児	居宅訪問型児童発達支援 ● 児 重度の障害等により外出が著しく困難な障害児の居宅を訪問して発達支援を行う	278	100
		保育所等訪問支援 ● 児 保育所、乳児院・児童養護施設等を訪問し、障害児に対して、障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援などを行う	9,770	1,145
入所系	障害児	福祉型障害児入所施設 ● 児 施設に入所している障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与を行う	1,386	185
		医療型障害児入所施設 ● 児 施設に入所又は指定医療機関に入院している障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与並びに治療を行う	1,821	197
相談支援系	相談支援に係る給付	計画相談支援 ● 者 児 【サービス利用支援】 <ul style="list-style-type: none"> サービス申請に係る支給決定前にサービス等利用計画案を作成 支給決定後、事業者等と連絡調整等を行い、サービス等利用計画を作成 【継続利用支援】 <ul style="list-style-type: none"> サービス等の利用状況等の検証（モニタリング） 事業所等と連絡調整、必要に応じて新たな支給決定等に係る申請の勧奨 	202,337	9,407
		障害児相談支援 ● 児 【障害児利用援助】 <ul style="list-style-type: none"> 障害児通所支援の申請に係る給付決定の前に利用計画案を作成 給付決定後、事業者等と連絡調整等を行うとともに利用計画を作成 【継続障害児支援利用援助】	63,828	5,595
		地域移行支援 ● 者 住居の確保等、地域での生活に移行するための活動に関する相談、各障害福祉サービス事業所への同行支援等を行う	551	319
		地域定着支援 ● 者 常時、連絡体制を確保し障害の特性に起因して生じた緊急事態等における相談、障害福祉サービス事業所等と連絡調整など、緊急時の各種支援を行う	4,079	577

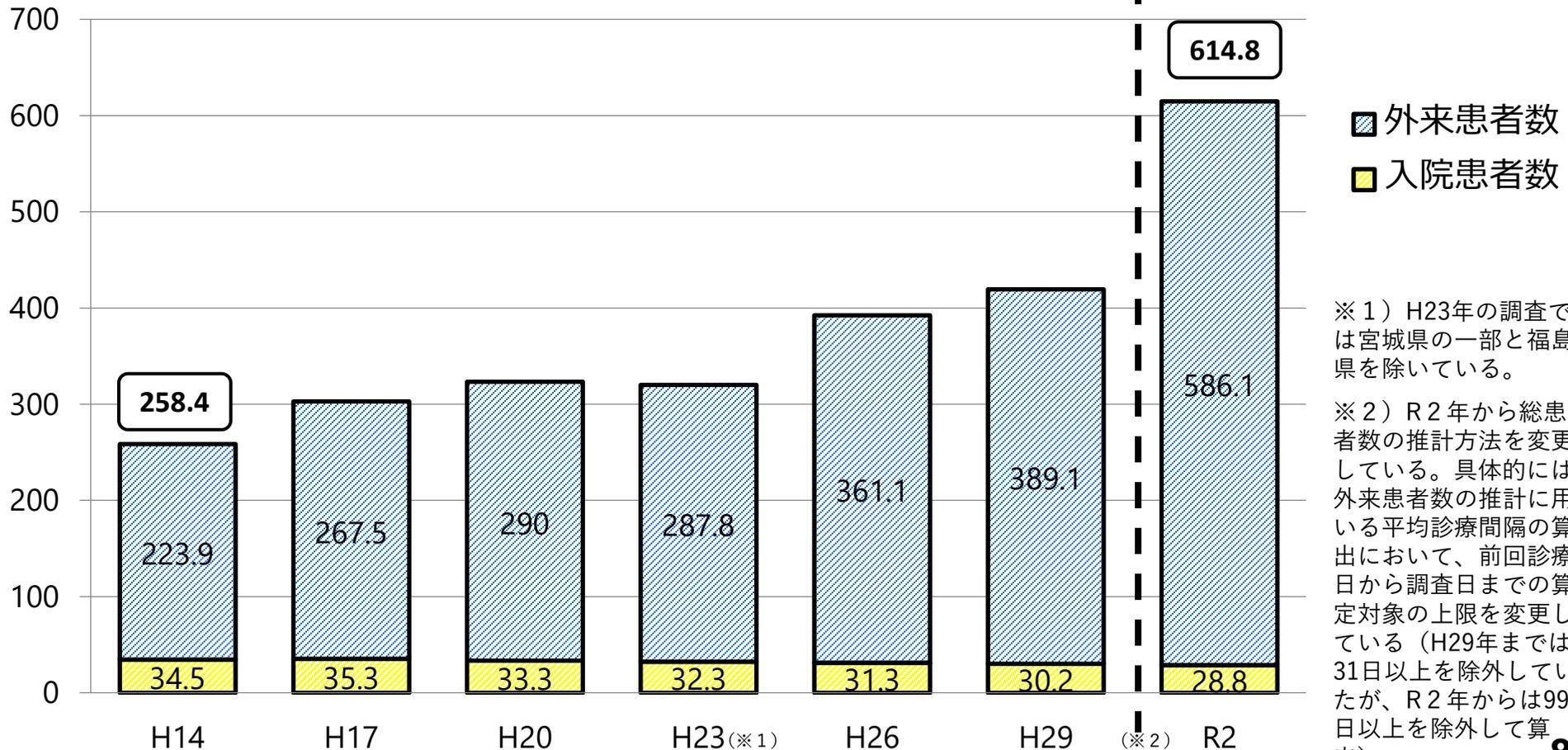
※ 障害児支援は、個別に利用の可否を判断（支援区分を認定する仕組みとなっていない） ※ 相談支援は、支援区分によらず利用の可否を判断（支援区分を利用要件としていない）

（注） 1.表中の「●」は「障害者」、「●」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。 2.利用者数及び施設・事業所数は、令和 4年 1月サービス提供分（国保連データ）

精神疾患を有する総患者数の推移

- 精神疾患を有する総患者数は約**614.8万人**【入院：約28.8万人、外来：約586.1万人】
※ うち**精神病床における入院患者数は約27.4万人**
- **入院患者数は過去15年間で減少傾向**（約35.3万人→28.8万人【△約6万5千人】）
一方、外来患者数は平成29年までは増加傾向

(単位:万人)

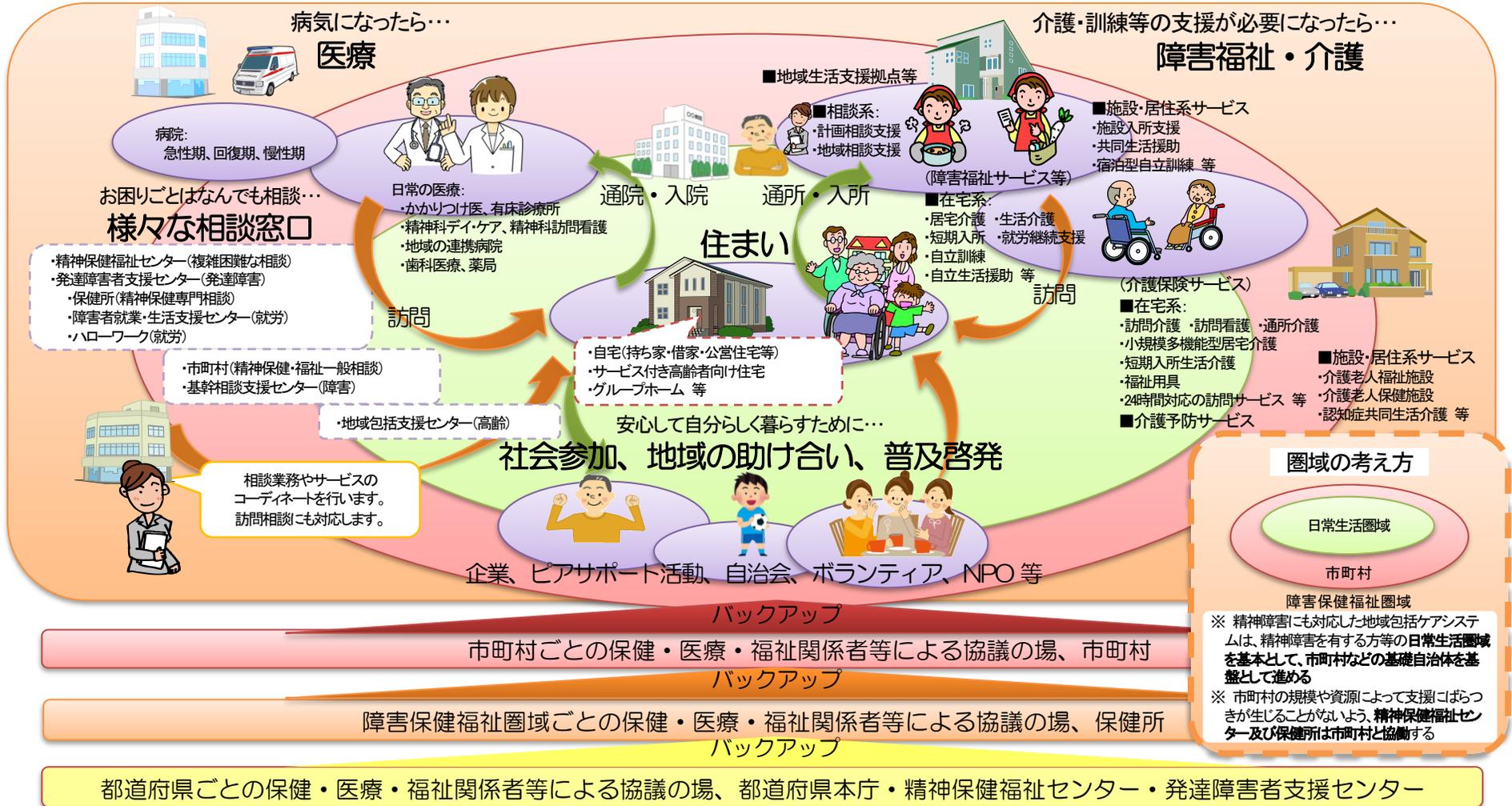


※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

※2) R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療・障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があり、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



相談支援の流れ（イメージ）

相談窓口（受付）



自治体や相談支援事業所はどこでも、相談をまずは受け止め、丁寧に話を聞き、相談の内容を整理します。
他機関等による支援が適切である場合には、その機関に丁寧につなぎます。

どこに相談してよいかわからない場合は、市町村が基幹相談支援センターにまずは相談します。

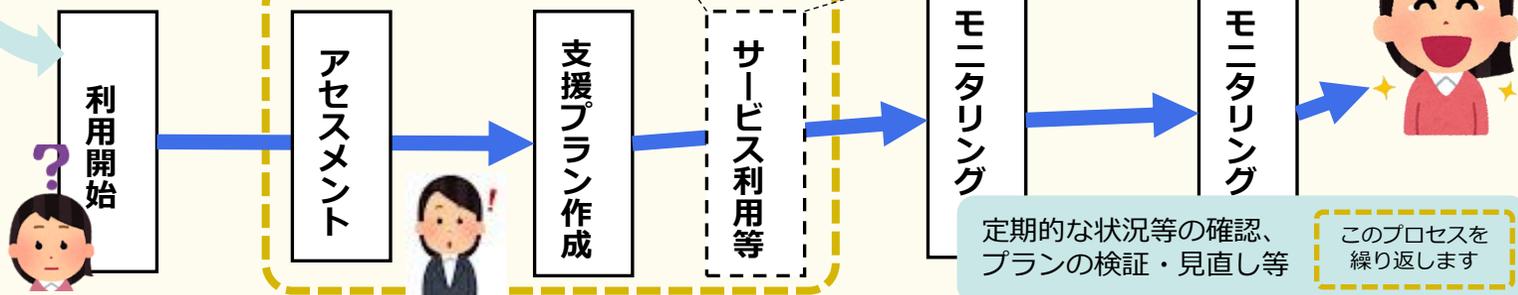
相談は本人のみならず、家族・親族や地域住民、関係機関等からの相談も受け付けます。

継続した相談支援

障害福祉サービス等を利用しない場合



障害福祉サービス等を利用する場合



計画相談以外であっても相談支援専門員は原則としてケアマネジメントの技法を用いて支援を行います。

- ① ケアマネジメントを提供することを基本としながら、その過程で（並行して）、
 - ② 面談や同行等をしながら、不安の解消や本人が前向きになったり、主体的に取り組む方向に向けた働きかけ等を行うこと、本人の希望する暮らしのイメージを具体化するための取組等を行います。（エンパワメント・意思決定支援）
 - ③ 利用者が希望する日常生活を継続するために必要な支援を直接行うこともあります。
- このように支援を通じて、本人の希望する暮らしのイメージ形成や実現に伴走します。

例



現行の相談支援体制の概略

相談支援事業名等	配置メンバー	業務内容	実施状況等
基幹相談支援センター	定めなし 《地活要綱例示》 主任相談支援専門員 相談支援専門員 社会福祉士 精神保健福祉士 保健師 等	<ul style="list-style-type: none"> ● 総合的・専門的な相談の実施 (基幹相談支援センター機能強化事業) ● 地域の相談支援体制強化の取組 <ul style="list-style-type: none"> ・地域の相談事業者への専門的な助言等 ・人材育成 ・地域の相談機関との連携強化 ・事例の検証 ● 地域移行・地域定着の促進の取組 ※権利擁護・虐待防止(虐待防止センターの受託)	■ 1,741市町村中 687市町村 (H31.4) 39% 778市町村 (R2.4) 45% 873市町村 (R3.4) 50% ※箇所数は1,100ヶ所 (R3.4)
障害者相談支援事業 実施主体：市町村 →指定特定相談支援事業者、 指定一般相談支援事業者への 委託可	定めなし	<ul style="list-style-type: none"> ● 福祉サービスの利用援助(情報提供、相談等) ● 社会資源を活用するための支援(各種支援施策に関する助言・指導) ● 社会生活力を高めるための支援 ● ピアカウンセリング ● 権利擁護のために必要な援助 ● 専門機関の紹介 等 	■ 全部又は一部を委託 1,576市町村 (91%) ■ 単独市町村で実施 1,042市町村 (60%) ※R3.4時点 ※全市町村が実施 (地域生活支援事業必須事業)
指定特定相談支援事業所 指定障害児相談支援事業所	専従の相談支援専門員 (業務に支障なければ 兼務可)、管理者	<ul style="list-style-type: none"> ● 基本相談支援 ● 計画相談支援等 <ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用支援、 ・継続サービス利用支援 ※機能強化型報酬を算定する場合は24時間対応及び困難事例への対応等を行う場合あり	■ 10,202ヶ所 (H31.4) 22,453人 10,563ヶ所 (R2.4) 23,729人 11,050ヶ所 (R3.4) 25,067人 ※障害者相談支援事業受託事業所数 2,157ヶ所 (20%)
指定一般相談支援事業所	専従の指定地域移行支援従事者(兼務可)、うち1以上は相談支援専門員、管理者	<ul style="list-style-type: none"> ● 基本相談支援 ● 地域相談支援等 <ul style="list-style-type: none"> ・地域移行支援 ・地域定着支援 	■ 3,377ヶ所 (H31.4) 3,551ヶ所 (R2.4) 3,543ヶ所 (R3.4)

障害者の地域移行・地域生活を支えるサービスについて

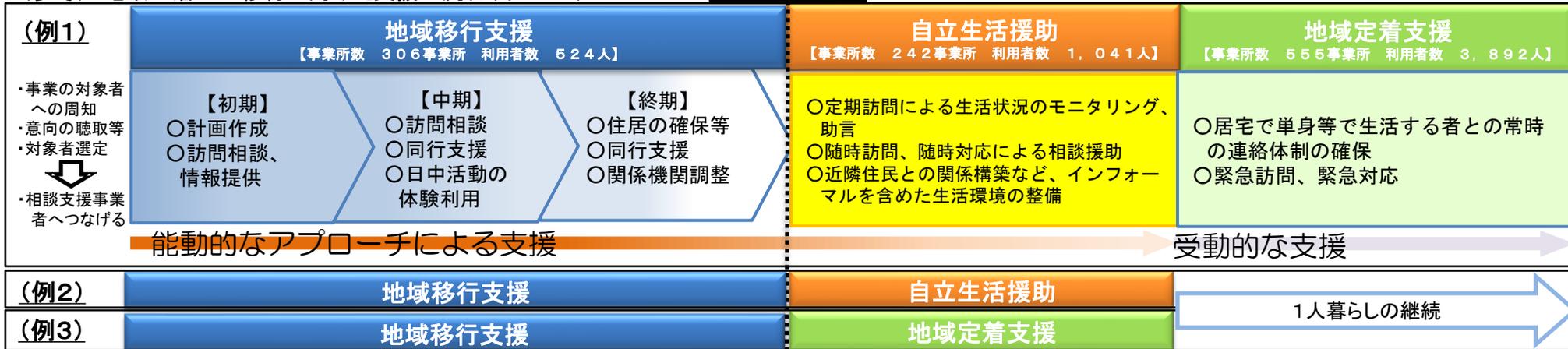
地域生活への移行に向けて、地域移行支援・自立生活援助・地域定着支援を組み合わせた支援を実施

- 地域移行支援： 障害者支援施設や病院等に入所又は入院している障害者を対象に、住居の確保その他の地域生活へ移行するための支援を行う。【支給決定期間：6ヶ月間】
- 自立生活援助： グループホームや障害者支援施設、病院等から退所・退院した障害者等を対象に、定期及び随時訪問、随時対応その他自立した日常生活の実現に必要な支援を行う。【標準利用期間：1年間】
- 地域定着支援： 居宅において単身で生活している障害者等を対象に、常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。【支給決定期間：1年間】

(参考) 地域生活への移行に向けた支援の流れ(イメージ)

退院・退所

【出典】令和3年4月サービス提供分(国民健康保険団体連合会データ)



自立支援協議会によるネットワーク化

市町村、保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所、障害福祉サービス事業所、障害者就業・生活支援センター 等

計画相談支援における連携に関する責務

計画相談支援事業者は、適切な相談支援が提供するため他機関との連携を図るよう努めることや、その上での具体的な業務上の責務が定められている。障害福祉分野では利用者のニーズや心身の状況、ライフステージ等により連携を求められる機関等が多様であることから、保健医療のみならず多様な分野との連携について責務が課されている。

(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準)

計画相談支援事業を実施するに当たっての基本方針（第2条より抜粋）

- 3 指定計画相談支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者等の選択に基づき、**適切な保健、医療、福祉、就労支援、教育等のサービス**（以下「福祉サービス等」という。）が、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。
- 5 指定特定相談支援事業者は、市町村、障害福祉サービス事業を行う者、指定居宅介護支援事業者（介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。）、指定介護予防支援事業者（介護保険法第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。）その他の関係者との連携を図り、地域において必要な社会資源の改善及び開発に努めなければならない。

指定計画相談支援の具体的取扱方針（第15条第2項より抜粋）

（サービス担当者会議の実施）

十一 相談支援専門員は、支給決定又は地域相談支援給付決定を踏まえてサービス等利用計画案の変更を行い、指定障害福祉サービス事業者等、指定一般相談支援事業者その他の者との連絡調整等を行うとともに、サービス担当者会議（相談支援専門員がサービス等利用計画の作成のために当該変更を行ったサービス等利用計画案に位置付けた福祉サービス等の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議をいう。以下同じ。）の開催等により、当該サービス等利用計画案の内容について説明を行うとともに、担当者から、専門的な見地からの意見を求めなければならない。

（サービス等利用計画の交付）

十三 相談支援専門員は、サービス等利用計画を作成した際には、当該サービス等利用計画を利用者等及び担当者に交付しなければならない。

障害福祉制度と介護保険制度の適用関係の概要

65歳
まで

障害福祉サービス

- ・ 居宅介護 (ホームヘルプ)
- ・ 生活介護 (デイサービス)
- ・ 重度訪問介護 (ホームヘルプ)
- ・ 短期入所 (ショートステイ)
- ・ 就労継続支援
- ・ 同行援護
- ・ 行動援護
- 等

介護保険に相当するサービスがある障害福祉サービス

障害福祉固有のサービス

原則

個別の状況 = 介護保険サービスのみでは適切な支援が受けられない場合

65歳
以降

利用していた障害福祉サービスに相当する介護保険サービスに移行

① 介護保険サービス + 障害福祉サービスを一部利用

② 障害福祉サービスを引き続き利用

障害福祉サービスを引き続き利用

個別の状況

一律に介護保険サービスに移行するのではなく、以下に該当し、適切なサービス量が介護保険サービスのみによって確保することができないと認められる場合等には、個別のケースに応じて障害福祉サービスを利用することが可能

- ① 介護保険サービスの支給限度基準額の制約から、介護保険のケアプラン上において、介護保険サービスのみによって適切なサービス量を確保することができないものと認められる場合
- ② 実際に介護保険サービスを利用することが難しい場合
 例えば
 - ・ 利用可能な介護保険サービスに係る事業所又は施設が身近にない場合
 - ・ 介護保険法に基づく要介護認定等を受けた結果、非該当と判定された場合 等

※ 障害者支援施設等に入所又は入院している者については、介護保険法の規定によるサービスに相当する介護サービスが提供されていること等の理由から、当分の間、介護保険の被保険者とはならないこととされており、入所を継続できる

入退院時についての医療と福祉の連携と報酬上の評価

入退院時に医療機関と福祉事業者の情報連携（文書等による情報の提供、収集）や協働による支援の検討（カンファレンスの開催や参加）等の連携を推進するため、当該業務について相互に報酬上評価を行っている。

入院時

相談支援

退院時

○入院時情報連携加算

入院時に医療機関が求める利用者の情報を医療機関に提供した場合
(Ⅰ) 訪問 (Ⅱ) 文書等

○介護支援等連携指導料

患者の同意を得て、医師等が相談支援専門員等と共同して患者の心身の状況等を踏まえて導入が望ましい障害福祉サービス等や退院後に利用可能な障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合

○診療情報提供料(Ⅰ)

患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合（退院日の前後2週間）
介護支援等連携指導料を算定した場合は算定不可。

○入退院支援加算1 ○入退院支援加算2

退院困難な患者を抽出し、早急に本人・家族と面談、カンファレンスを実施した場合

○医療・保育・教育機関等連携加算

【計画作成時】
障害福祉サービス等以外の医療機関、保育機関等の職員と面談を行い、必要な情報提供を受け協議等を行った上で、サービス等利用計画を作成した場合

○退院・退所加算 【計画作成時】

退院退所時に、医療機関等の多職種からの情報収集や医療機関等における退院・退所時のカンファレンスへの参加を行った上で、サービス等利用計画を作成した場合

○集中支援加算 ※R3年度報酬改定で新設

【計画作成時・モニタリング時以外】
障害福祉サービス等の利用に関して、以下の支援を行った場合（①～③について各々月1回算定可）

- ①月2回以上の居宅等への訪問による面談
- ②サービス担当者会議の開催
- ③他機関の主催する利用者の支援についての検討を行う会議への参加

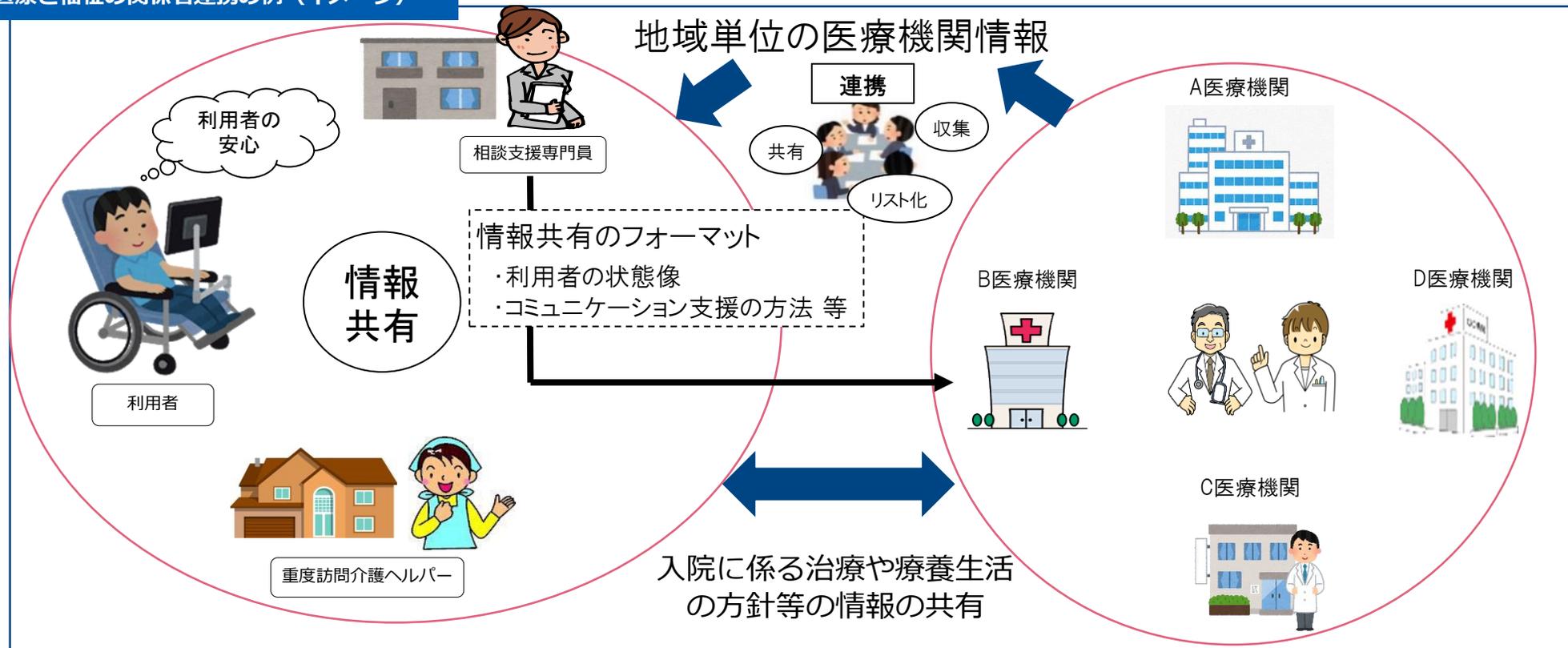
診療報酬（医療機関）

障害福祉サービス等報酬
（計画相談支援・障害児相談支援）

入院中の重度障害者に係る医療と福祉の連携（イメージ）

- 入院中の重度障害者のコミュニケーション支援等が行われる場合には、医療機関と支援者は当該入院に係る治療や療養生活の方針等の情報を共有するなど十分に連携することが必要である。このため、利用者の普段の状態像・支援ニーズや入院中の個々の利用者の症状に応じたコミュニケーション支援の方針・方法等について、関係者間で情報を共有するためのフォーマットの作成など、より円滑な連携に向けての検討が必要である。
- また、入院時に重度訪問介護を利用する者にとって地域の医療機関における重度障害者の受入等に関する情報があれば有用である。このため、医療と福祉の関係者が連携して、地域の医療機関情報をリスト化し、共有を図ること等の検討も必要である。

医療と福祉の関係者連携の例（イメージ）



※連携する場として（自立支援）協議会を活用する等も考えられる。

障害者への医療・介護サービス提供に当たって求められる対応

- 高齢化した障害者、精神疾患の患者、身体疾患に罹患した障害者、医療的ケア児、強度行動障害を有する者など、医療・介護・障害福祉サービスにまたがるニーズがある。
- 様々な障害特性や個々の状況に応じて、適切に医療・介護・障害福祉サービスを受けられる体制が求められる。

医療機関 介護サービス施設・事業所

○障害特性に応じた受け入れ体制

- ・ 様々な障害特性に応じた支援を受けながら医療を受けられる体制（特に、特別なコミュニケーション支援を要する障害者、強度行動障害を有する者等が医療を受ける場合の受け入れ体制）
- ・ 高齢化した障害者が、介護施設への入所を希望する場合等に、精神障害、知的障害などの障害特性に応じた支援を受けられる体制

○障害特性に応じた医療・介護サービスの提供体制

- ・ 精神疾患の患者、医療的ケア児、強度行動障害を有する者などが、訪問医療を必要とする場合等に障害特性に応じて訪問診療・看護等を受けられる体制

○医療・介護・障害福祉サービスの連携体制

- ・ 精神障害者の地域移行など、病院からの退院時における介護・障害福祉サービスとの連携体制
- ・ 地域生活において必要な医療や通所・訪問サービス、ケアマネジメント等を障害福祉サービスなどとともに切れ目なく受けられるための連携体制

障害福祉サービス事業所

○障害者入所施設における医療ニーズへの対応

- ・ 医療ニーズのある施設入所者が医療を受けられる体制（必要に応じ、施設外からの訪問により医療を受けられる体制を含む）

○通所サービス等における医療ニーズへの対応

- ・ 通所などの障害福祉サービス等を受けている医療的ケア児などが、必要な医療等を受けられる体制

入院
入所

訪問

通院
通所

ケアマネ
ジャ

入所

訪問

通所

相談支援

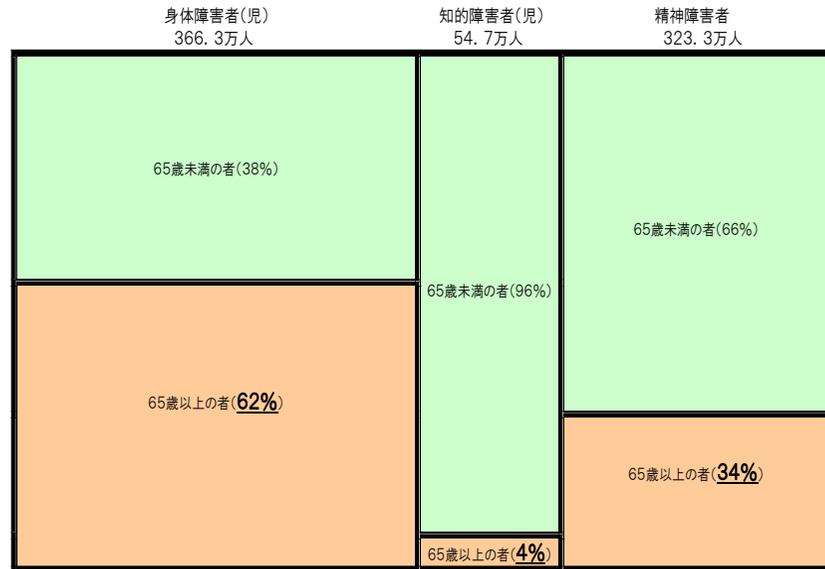
障害者の高齢化について

○ 障害者数全体は増加傾向にあり、また障害者の高齢化が進んでいる。

65歳以上の障害者の割合	46%→52%	
うち身体障害者の割合	62%→74%	(平成18年→平成28年(在宅)30年(施設))
うち知的障害者の割合	4%→16%	(平成17年→平成28年(在宅)30年(施設))
うち精神障害者の割合	34%→36%	(平成20年→令和2年)

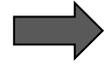
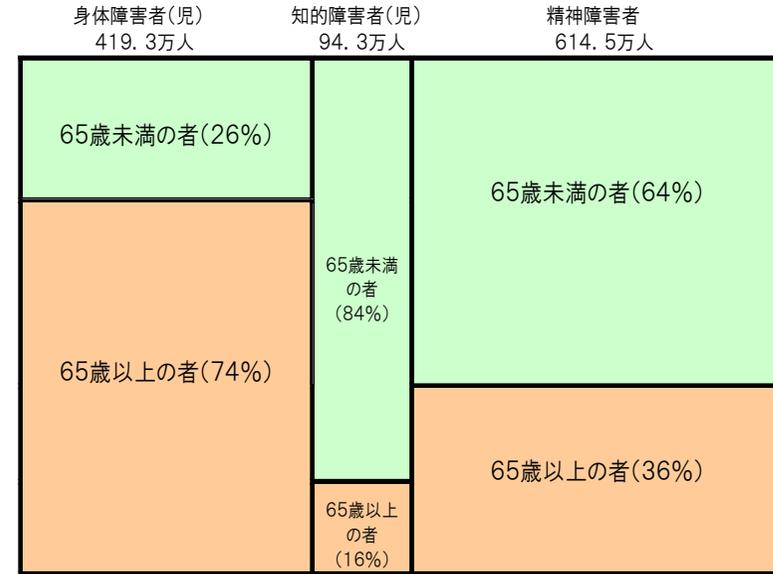
平成20年等

障害者総数 744.2万人(人口の約5.8%)
 うち65歳未満 54%
 うち65歳以上 46%



令和2年等

障害者総数 1160.2万人(人口の約9.2%)
 うち65歳未満 51%
 うち65歳以上 49%



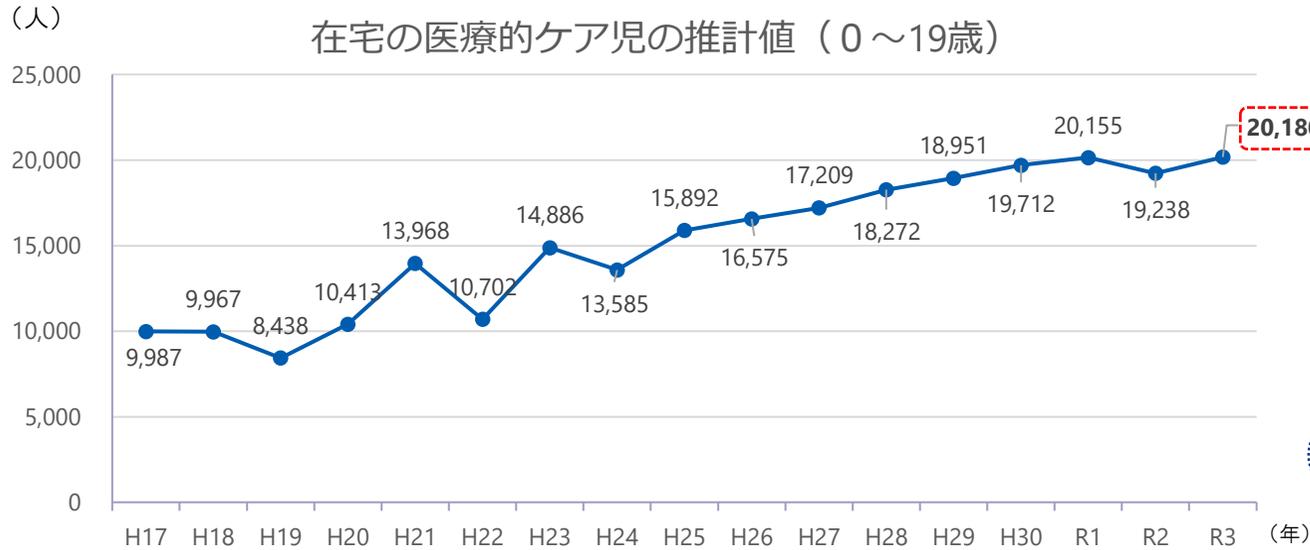
出典 在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児):厚生労働省「生活のしづかさなどに関する調査」(平成28年)、施設入所身体障害者(児)及び施設入所知的障害者(児):厚生労働省「社会福祉施設等調査」(平成30年)等、在宅精神障害者及び入院精神障害者:厚生労働省「患者調査」(令和2年)より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

※身体障害者(児)数は平成18年の調査等、知的障害者(児)数は平成17年の調査等、精神障害者数は平成20年の調査等による推計。なお、身体障害者(児)には高齢者施設に入所している身体障害者は含まれていない。
 ※難病患者等のうち、身体障害者(児)、知的障害者(児)、精神障害者(児)のいずれにも該当しない者は含まない。(右図同様)
 ※社会保障審議会(障害者部会)第68回(2015年7月24日)「高齢の障害者に対する支援の在り方について」資料より抜粋。

※在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児)は、障害者手帳所持者数の推計。障害者手帳非所持者、自立支援給付等(精神通院医療を除く。)を受けている者は19.4万人と推計されるが、障害種別が不明のため、上記には含まれていない。
 ※在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児)は鳥取県倉吉市を除いた数値である。
 ※施設入所身体障害者(児)及び施設入所知的障害者(児)には高齢者施設に入所している者は含まれていない。
 ※年齢別の身体障害者(児)及び知的障害者(児)数は在宅者数(年齢不詳を除く)での算出し、精神障害者数は在宅及び施設入所者数(いずれも年齢不詳を除く)で算出。
 ※複数の障害種別に該当する者の重複があることから、障害者の総数は粗い推計である。
 ※令和2年から患者調査の総患者数の推計方法を変更している。具体的には、再来外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している(平成29年までは31日以上を除外していたが、令和2年からは99日以上を除外して算出)。

医療的ケア児について

- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU（新生児特定集中治療室）等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は、約2万人（推計）である。



その他の医療行為とは、
気管切開の管理、
鼻咽頭エアウェイの管理、酸素療法、
ネブライザーの管理、経管栄養、
中心静脈カテーテルの管理、
皮下注射、血糖測定、
継続的な透析、導尿 等

出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」
及び当該研究事業の協力のもと、社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成

医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年6月18日公布・同年9月18日施行）

第二条 この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。

2 この法律において「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校等（学校教育法に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。）に在籍するものをいう。）をいう。

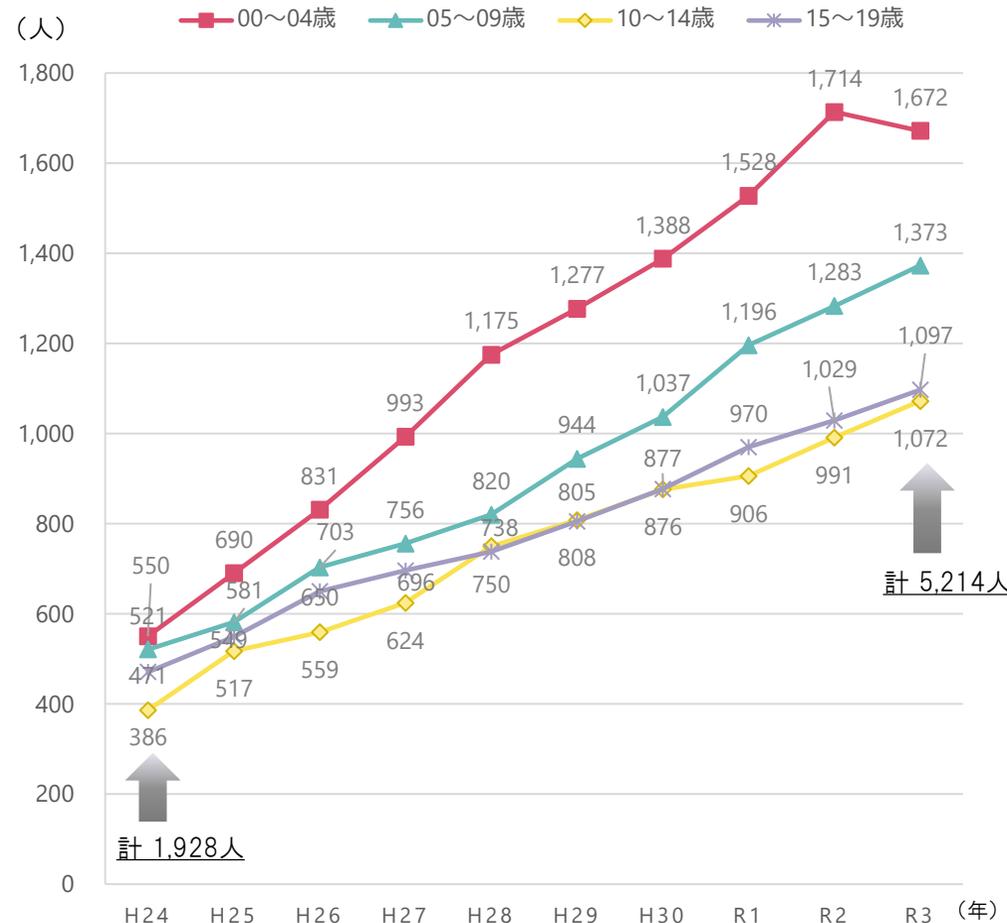
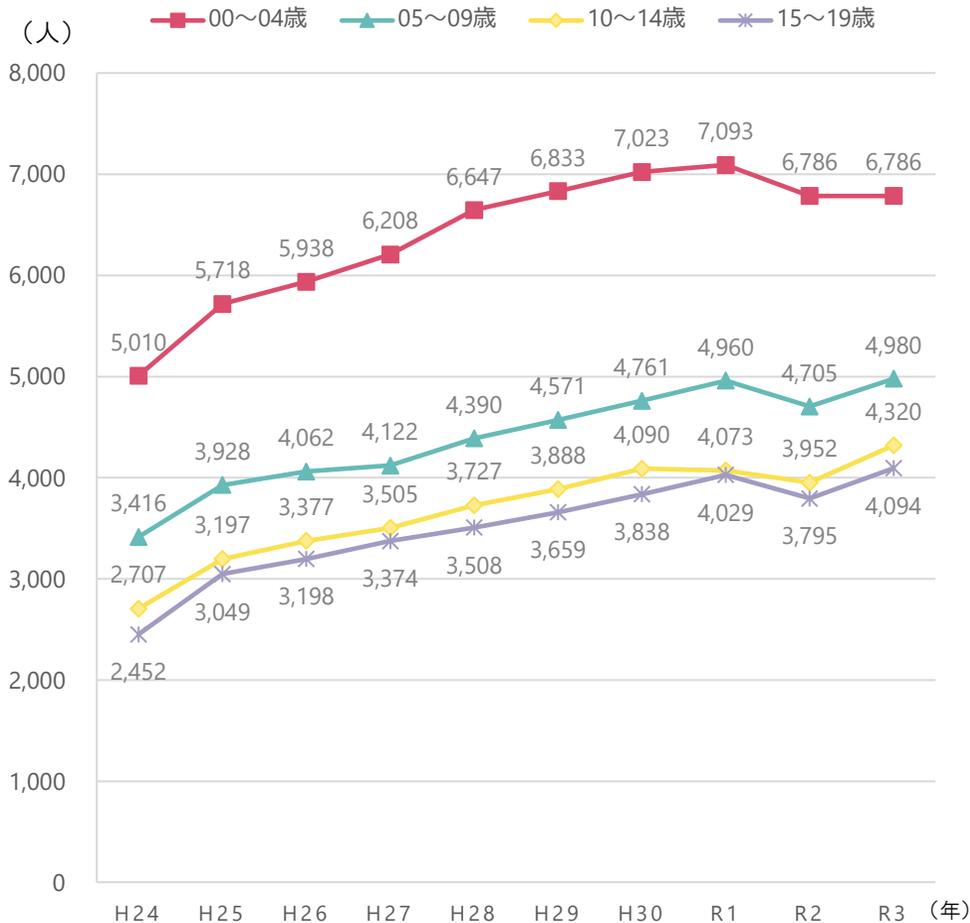


年齢階級別の医療的ケア児数等

- 年齢階級別の医療的ケア児数は、低年齢ほど人数が多く、0～4歳が最も多い。
- 人工呼吸器を必要とする児数は、直近9年で約2.7倍に増加し、0～4歳が最も多い。

■ 年齢階級別の医療的ケア児数の年次推移（推計）

■ 年齢階級別の人工呼吸器を必要とする児数※の年次推移（推計）



出典：社会医療診療行為別統計（調査）（各年6月審査分）により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成

※出典：同左（「C107 在宅人工呼吸指導管理料」算定者数）

「強度行動障害」の定義・障害福祉サービス等報酬上の評価

○ 強度行動障害の定義

・ 自分の体を叩いたり食べられないものを口に入れる、危険につながる飛び出しなど**本人の健康を損ねる行動**、他人を叩いたり物を壊す、大泣きが長時間も続くなど**周囲の人のくらしに影響を及ぼす行動**が、**著しく高い頻度**で起こるため、特別に配慮された支援が必要になっている状態のこと。

○ 強度行動障害に関する障害福祉サービス等報酬上の評価

- ・ 障害福祉サービス等を受ける際に行う障害支援区分の調査と併せて把握する「行動関連項目」（福祉型障害児入所施設の場合は強度行動障害判定基準表）を用いて判定。障害福祉サービス等報酬においては、**一定の点数以上となる人（24点中10点）**に対する特別に配慮された支援の提供が評価されている。（利用者数：下図参照）
- ・ **強度行動障害に至る前からの支援や行動改善が見られた後における継続的な支援**を評価するため、「行動援護」は平成20年に、「共同生活援助、短期入所、施設入所支援の重度障害者支援加算」は平成24年に、対象者判定の基準を変更した。
- ・ 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定において、生活介護にも「重度障害者支援加算」を設けるとともに、障害児通所支援について「強度行動障害児支援加算」を創設した。
- ・ 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定において、共同生活援助の区分4・5を「重度障害者支援加算」の対象とするとともに、障害者支援施設で実施する生活介護の外部通所者にも「重度障害者支援加算」を算定可能とする等の拡充を実施した。

行動障害関連の障害福祉サービス・障害児支援の利用者

（国民健康保険団体連合会データ）

のべ68,906人（令和3年10月時点）



重度訪問介護
1,079人



行動援護
12,117人



短期入所（重度障害者支援加算） 4,994人
施設入所支援（重度障害者支援加算Ⅱ） 21,933人
福祉型障害児入所施設（強度行動障害児特別支援加算） 15人



共同生活援助（重度障害者支援加算Ⅰ） 4,618人
（重度障害者支援加算Ⅱ） 2,759人



放課後等デイサービス（強度行動障害児支援加算） 3,451人
児童発達支援（強度行動障害児支援加算） 307人



生活介護（重度障害者支援加算）
17,633人

（参考）平成26年度から、重度訪問介護についても行動援護等の基準と同様の対象者に対して支援を提供することを可能としている。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律の概要

改正の趣旨

障害者等の地域生活や就労の支援の強化等により、障害者等の希望する生活を実現するため、①障害者等の地域生活の支援体制の充実、②障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進、③精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備、④難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実及び療養生活支援の強化、⑤障害福祉サービス等、指定難病及び小児慢性特定疾病についてのデータベースに関する規定の整備等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 障害者等の地域生活の支援体制の充実【障害者総合支援法、精神保健福祉法】

- ① 共同生活援助（グループホーム）の支援内容として、一人暮らし等を希望する者に対する支援や退居後の相談等が含まれることを、法律上明確化する。
- ② 障害者が安心して地域生活を送れるよう、地域の相談支援の中核的役割を担う基幹相談支援センター及び緊急時の対応や施設等からの地域移行の推進を担う地域生活支援拠点等の整備を市町村の努力義務とする。
- ③ 都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化する。

2. 障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進【障害者総合支援法、障害者雇用促進法】

- ① 就労アセスメント（就労系サービスの利用意向がある障害者との協同による、就労ニーズの把握や能力・適性の評価及び就労開始後の配慮事項等の整理）の手法を活用した「就労選択支援」を創設するとともに、ハローワークはこの支援を受けた者に対して、そのアセスメント結果を参考に職業指導等を実施する。
- ② 雇用義務の対象外である週所定労働時間10時間以上20時間未満の重度身体障害者、重度知的障害者及び精神障害者に対し、就労機会の拡大のため、実雇用率において算定できるようにする。
- ③ 障害者の雇用者数で評価する障害者雇用調整金等における支給方法を見直し、企業が実施する職場定着等の取組に対する助成措置を強化する。

3. 精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備【精神保健福祉法】

- ① 家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意により医療保護入院を行うことを可能とする等、適切に医療を提供できるようにするほか、医療保護入院の入院期間を定め、入院中の医療保護入院者について、一定期間ごとに入院の要件の確認を行う。
- ② 市町村長同意による医療保護入院者を中心に、本人の希望のもと、入院者の体験や気持ちを丁寧に聴くとともに、必要な情報提供を行う「入院者訪問支援事業」を創設する。また、医療保護入院者等に対して行う告知の内容に、入院措置を採る理由を追加する。
- ③ 虐待防止のための取組を推進するため、精神科病院において、従事者等への研修、普及啓発等を行うこととする。また、従事者による虐待を発見した場合に都道府県等に通報する仕組みを整備する。

4. 難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実及び療養生活支援の強化【難病法、児童福祉法】

- ① 難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する医療費助成について、助成開始の時期を申請日から重症化したと診断された日に前倒しする。
- ② 各種療養生活支援の円滑な利用及びデータ登録の促進を図るため、「登録者証」の発行を行うほか、難病相談支援センターと福祉・就労に関する支援を行う者の連携を推進するなど、難病患者の療養生活支援や小児慢性特定疾病児童等自立支援事業を強化する。

5. 障害福祉サービス等、指定難病及び小児慢性特定疾病についてのデータベース（DB）に関する規定の整備【障害者総合支援法、児童福祉法、難病法】

障害DB、難病DB及び小慢DBについて、障害福祉サービス等や難病患者等の療養生活の質の向上に資するため、第三者提供の仕組み等の規定を整備する。

6. その他【障害者総合支援法、児童福祉法】

- ① 市町村障害福祉計画に整合した障害福祉サービス事業者の指定を行うため、都道府県知事が行う事業者指定の際に市町村長が意見を申し出る仕組みを創設する。
- ② 地方分権提案への対応として居住地特例対象施設に介護保険施設を追加する。

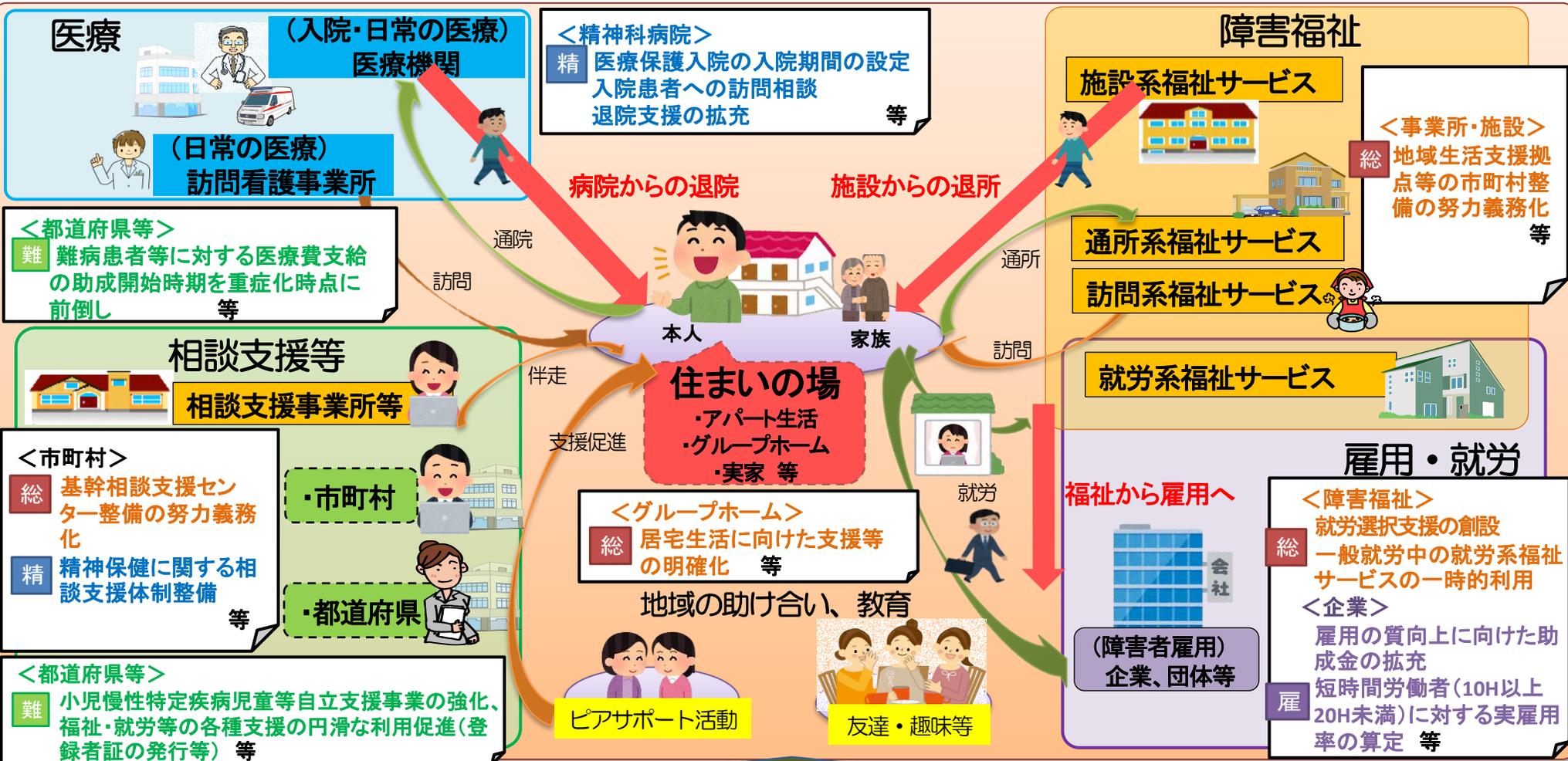
このほか、障害者総合支援法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法附則第18条第2項の規定等について所要の規定の整備を行う。

施行期日

令和6年4月1日（ただし、2①及び5の一部は公布後3年以内の政令で定める日、3②の一部、5の一部及び6②は令和5年4月1日、4①及び②の一部は令和5年10月1日）

障害者や難病患者等が安心して暮らし続けることができる地域共生社会(イメージ)

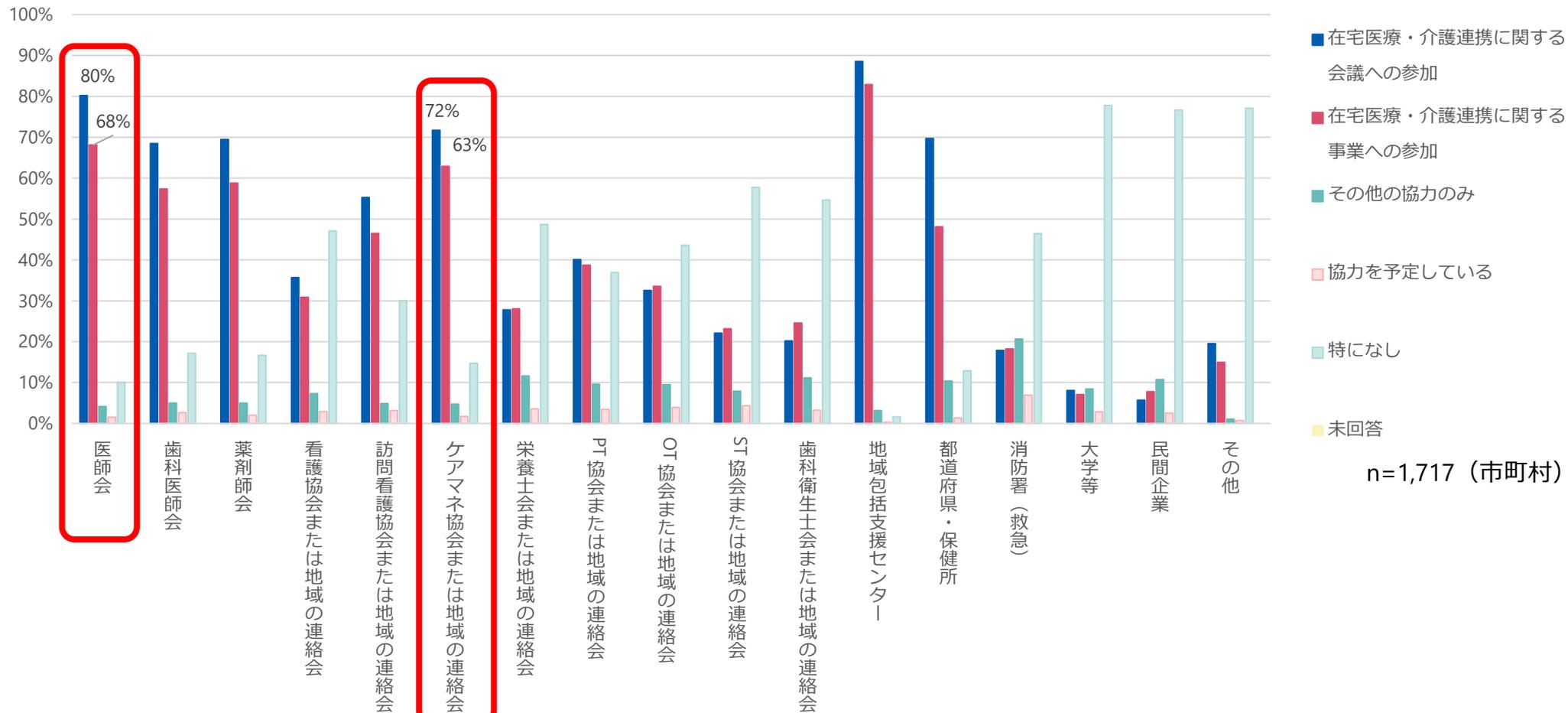
- 障害者や難病患者等が地域や職場で生きがい・役割を持ち、医療、福祉、雇用等の各分野の支援を受けながら、その人らしく安心して暮らすことができる体制の構築を目指す。このため、本人の希望に応じて、
 - ・施設や病院からの地域移行、その人らしい居宅生活に向けた支援の充実 (障害者総合支援法関係、精神保健福祉法関係、難病法・児童福祉法関係) 総 精 難
 - ・福祉や雇用が連携した支援、障害者雇用の質の向上 (障害者総合支援法関係、障害者雇用促進法関係) 総 雇
 - ・調査・研究の強化やサービス等の質の確保・向上のためのデータベースの整備 (難病法・児童福祉法関係、障害者総合支援法関係) 難 総
- 等を推進する。



1. 総論
2. 医療・介護連携に係る評価
3. 在宅医療・介護連携推進事業
4. 医療・介護DX
5. 医療・介護と障害福祉サービスとの連携
- 6. 主治医と介護支援専門員の連携**

在宅医療・介護連携に関する市町村単位での関係団体との協力状況

○ 各市町村が行う在宅医療・介護連携に関する会議や事業へは、地域包括支援センターに次いで、医師会とケアマネ協会が協力しており、団体単位での連携は一定程度行われてきている。

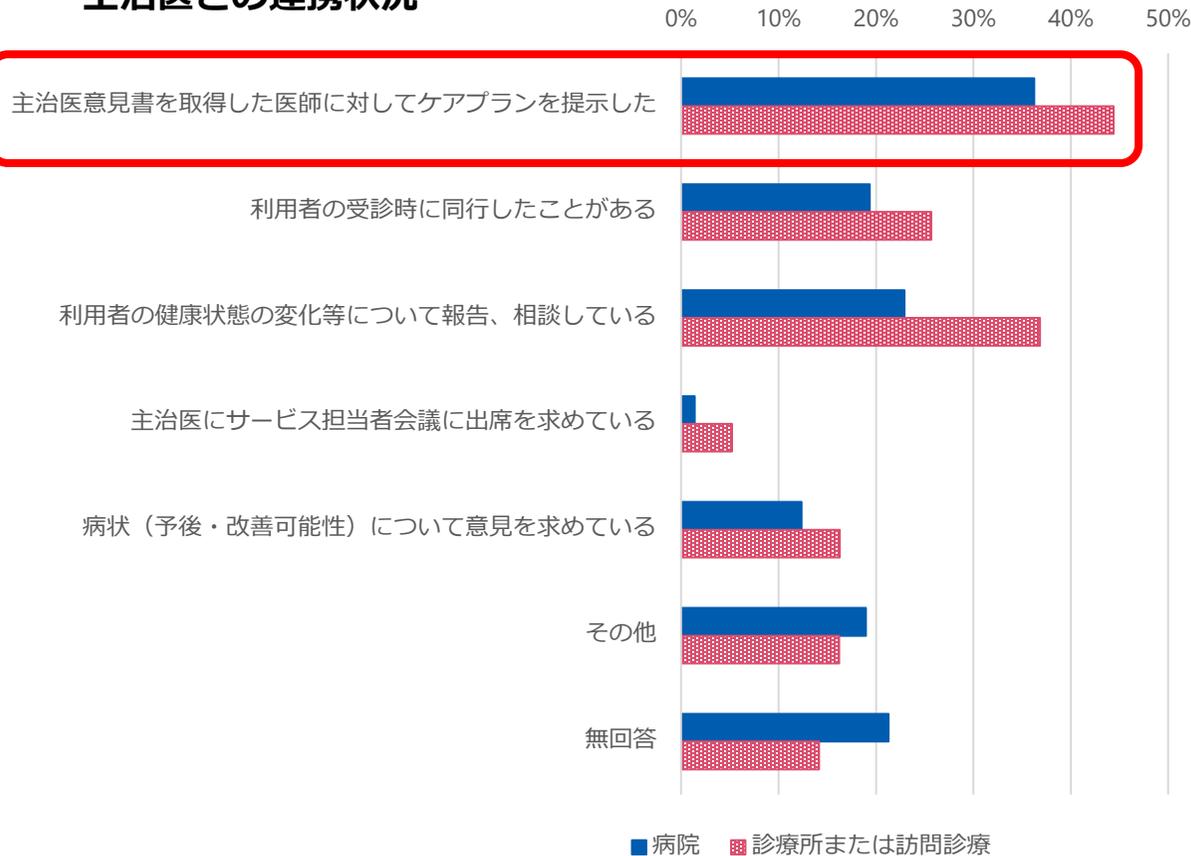


n=1,717 (市町村)

主治医と介護支援専門員との連携状況① (H30)

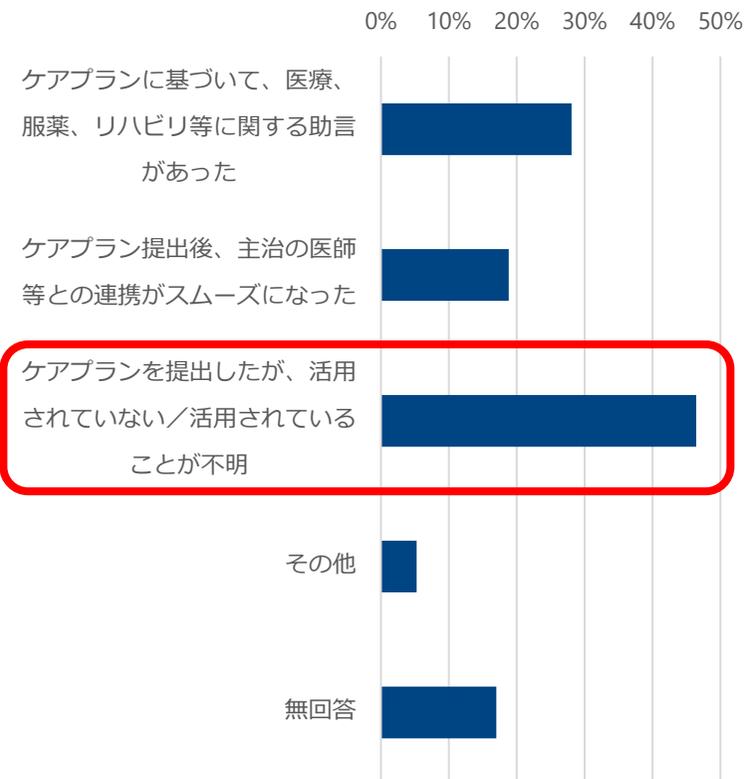
- 介護支援専門員は、約4割の利用者について、主治医意見書を取得した医師に対しケアプランを提示している。
- 一方、4割超の介護支援専門員は、主治医等にケアプランを提出しても、活用されていない／活用されていることが不明と感じている。

■入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者における主治医との連携状況



n=2,381 (利用者調査票) (複数回答可)
※居宅介護支援事業所のみ

■主治医等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携



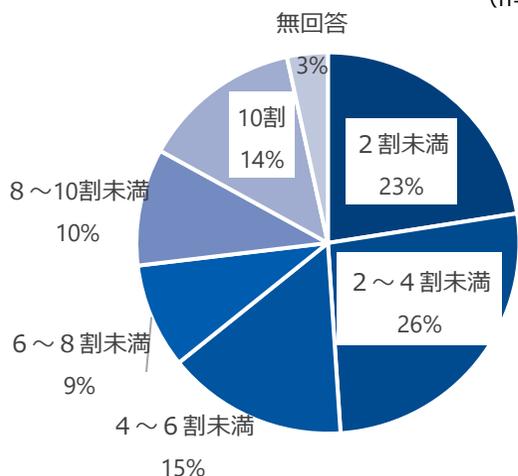
n=3,489 (ケアマネジャー調査票) (複数回答可)
※居宅介護支援事業所のみ

主治医と介護支援専門員との連携状況② (R2)

- 介護支援専門員は、4割超のケアプランを主治医へ提出していた。提出したケアプランのうち、5割弱は、主治医に意見を求めていた。主治医に意見を求めたうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合は4割弱であった。
- 介護支援専門員から医療機関へのケアプラン交付方法は、手交と郵送が最も多い。

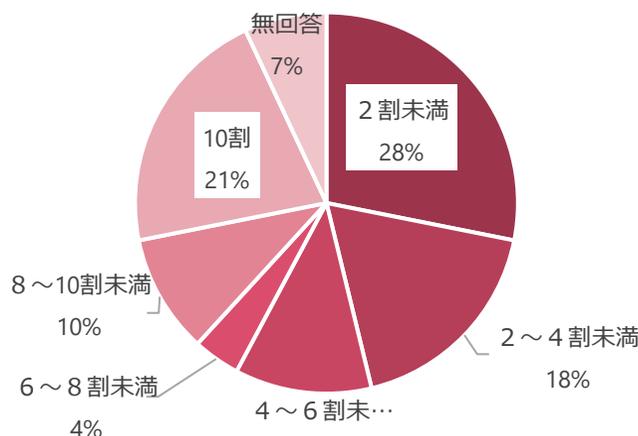
■ ① 主治医にケアプランを提出している割合

割合の平均：4.48
(n=1,279)



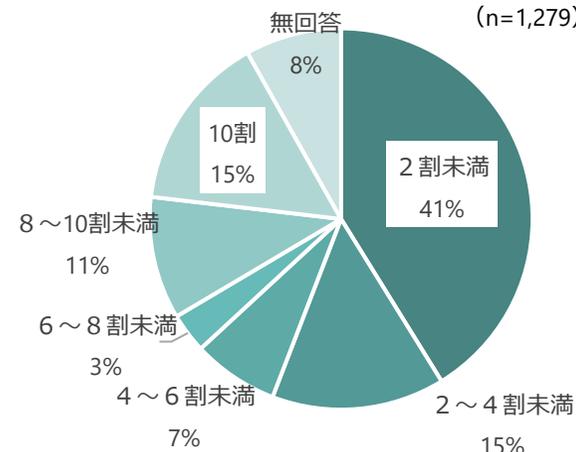
■ ② ①のうち、主治医に意見を求めている割合

割合の平均：4.76
(n=1,279)

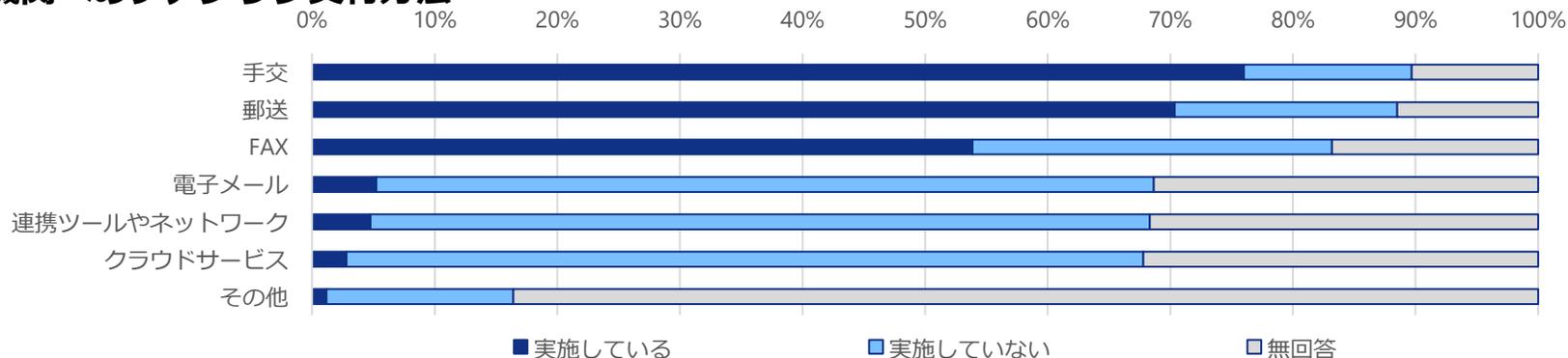


■ ③ ②のうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合

割合の平均：3.85
(n=1,279)



■ 医療機関へのケアプラン交付方法

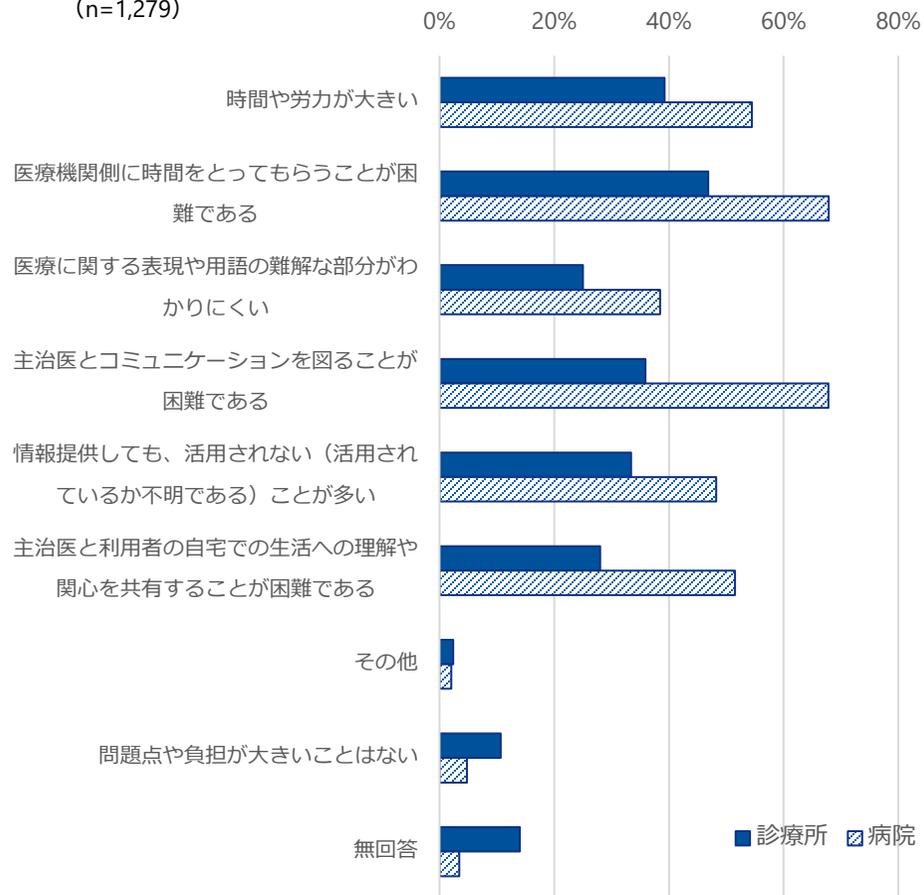


介護支援専門員から見た医療機関との情報共有の問題点や工夫

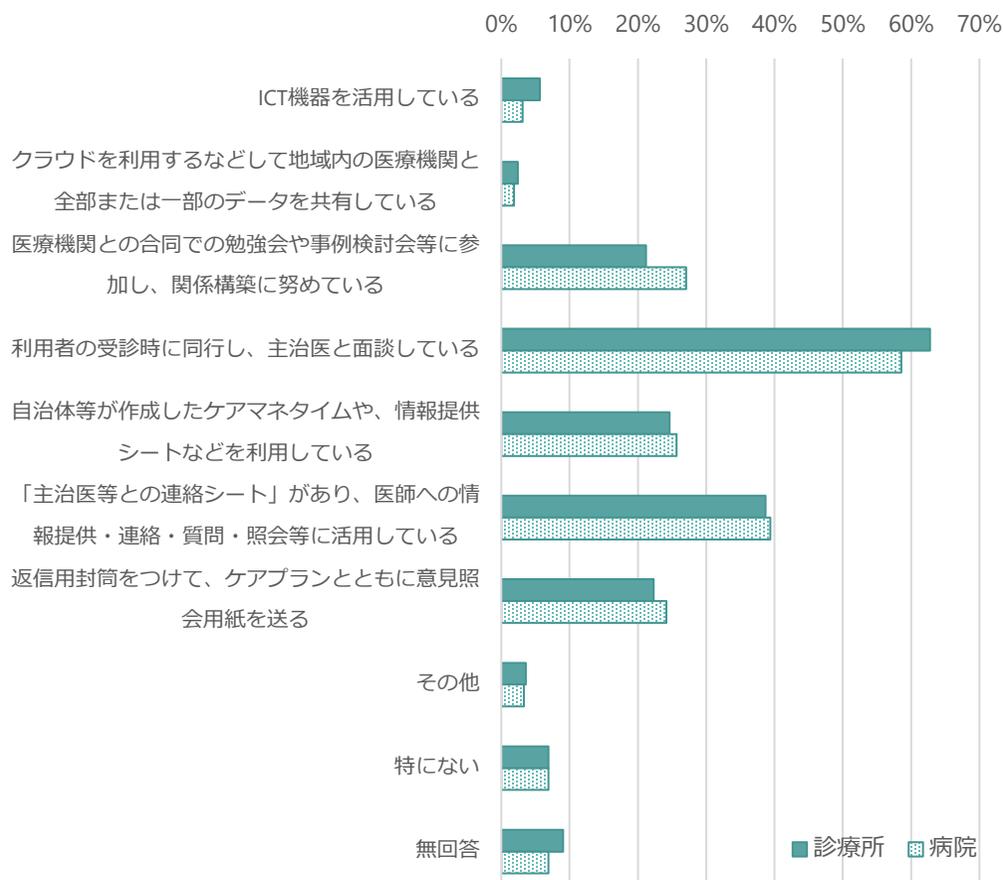
- 介護支援専門員にとって、医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいことは、「医療機関側に時間をとってもらうことが困難」であった。
- 医療機関との情報共有における工夫として最も多いものは、「受診時に同行し主治医と面談」であった。

■ケアマネジメントプロセス全般において医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいこと

(n=1,279)



■医療機関との情報共有における工夫



(3). 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

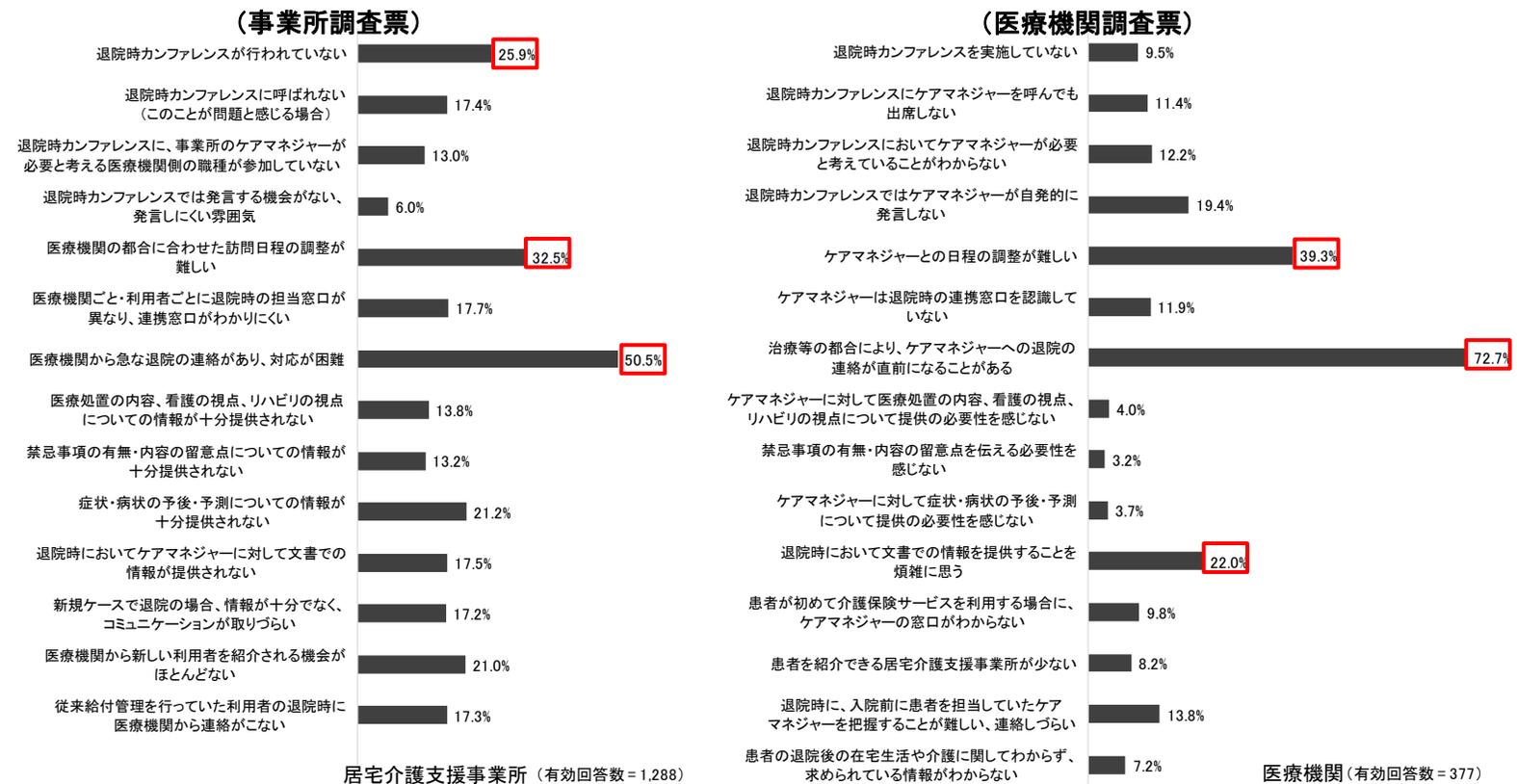
(3). 医療と介護の連携強化(退院時の連携)

【医療介護連携の推進(退院時)】

- 利用者が退院する際の医療機関との連携において、居宅介護支援事業所が困難と感じる点・問題と感じる点は、「医療機関からの急な退院の連絡があり、対応が困難」が50.5%で最も多く、次いで「医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しい」が32.5%、「退院時カンファレンスが行われていない」が25.9%であった。
- 一方で、医療機関が困難と感じる点・問題と感じる点は、「治療等の都合により、ケアマネジャーへの退院の連絡が直前になることがある」が72.7%で最も多く、次いで「ケアマネジャーとの日程調整が難しい」が39.3%、「退院時において文書での情報を提供することを煩雑に思う」が22.0%であった。

※事業所調査票：9(2)平成30年7月～9月中の医療機関との連携において困難と感じる点・問題と感じる点、
医療機関調査票：2(19)ケアマネジャーとの連携について、困難と感じる点・問題と感じる点

図表 19 医療機関との連携において困難と感じる点・問題と感じる点(事業所調査票・医療機関調査票)



介護支援専門員の概要

1 介護支援専門員の定義

- 要介護者等からの相談に応じ、要介護者等がその心身の状況等に応じて適切な介護サービスを利用できるよう、市町村、サービス提供事業者、介護保険施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するとして介護支援専門員証の交付を受けた者。【法第7条第5項】

2 資格取得・研修体系

<介護支援専門員実務研修受講試験>

- 受験要件【法第69条の2第1項、規則第113条の2】

保健・医療・福祉に関する法定資格に基づく業務（※1）又は一定の相談援助業務（※2）に従事した期間が通算して5年以上

（※1）医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士

（※2）生活相談員（介護老人福祉施設等）、支援相談員（介護老人保健施設）、相談支援専門員（障害者総合支援法）、主任相談支援員（生活困窮者自立支援法）

<介護支援専門員実務研修>

- 受講要件【法第69条の2第1項、規則第113条の4第1項】

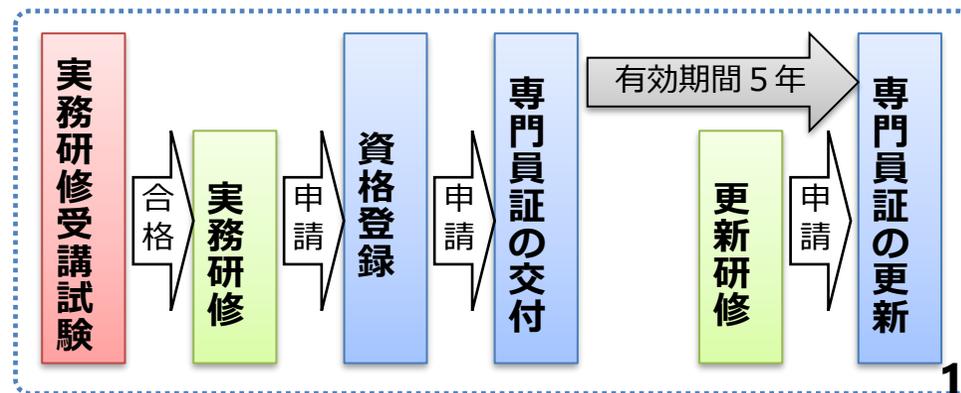
介護支援専門員実務研修受講試験に合格した者

<介護支援専門員更新研修>

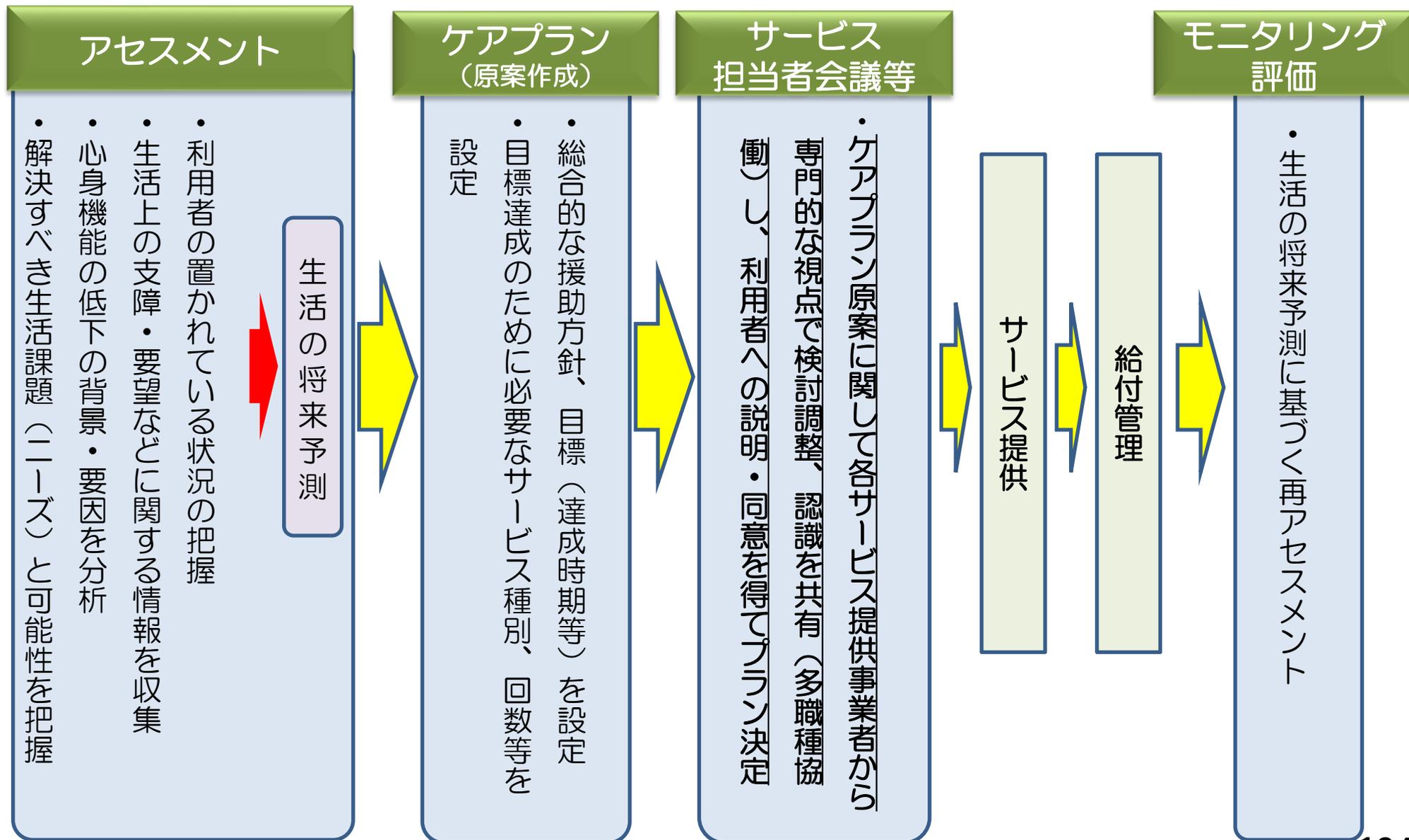
- 受講要件【法第69条の8第2項、規則第113条の18項第1項】

介護支援専門員証の有効期間の更新を受けようとする者

【資格取得・更新の流れ】



ケアマネジメントの流れ



<背景>

- ニッポン一億総活躍プラン(平成28年6月2日閣議決定)において、介護の重度化防止と自立支援の推進を目的として、10年間の工程(2016年～2026年)で「適切なケアマネジメント手法の策定」を行うこととされた。
- 本人の尊厳を保持し、将来の生活の予測に基づいた重度化防止や自立支援を実現するためには、**多職種連携**をより円滑化して各職種の専門性を活かし、本人の状態の維持・改善を目指す個別支援が必要とされている。

<課題>



- 制度発足後今日まで、介護支援専門員の経験の差やほかの職種との関係性、所属事業所の環境等によって、**ケアマネジメント(インテーク～モニタリング迄)のプロセスにおけるアプローチ方法に差異が生じているとの指摘がある。**
- 将来の生活の予測に基づいた支援を組み立てるには、**根拠に基づいて整理された知見に基づいた実践が求められるが支援内容の体系が整理されていないため、属人的な、経験知だけに基づく実践となっている場合もある。**

<目的>

- ケアマネジメントの「差異」の要因と考えられる、個々の介護支援専門員の**属人的な認識(知識)**を改め「支援内容」の平準化を図る。その為に「利用者の状態に対して最低限検討すべき支援内容」の認識(知識)を体系化し共有化することにより「**差異を小さくするための手法の策定と普及**を行う。
- 介護支援専門員に必要な知識(エビデンス等)を体系化し付与することで、サービス担当者会議等において「**根拠の明確な支援内容**」を示せる事により他職種と**支援内容の共有化**を図る。
- ケアマネジメントプロセスをより有効なものとし、他職種との役割分担や**連携・協働の推進**、**モニタリング手法の明確化**、ひいてはケアマネジメントの**質の向上**、自立支援の推進を図る。

<これまでの成果実績(主な内容)>

- | | |
|--|------------------------|
| 平成28年度:脳血管疾患・大腿骨頸部骨折がある方のケア | 平成29年度:心疾患(心不全)がある方のケア |
| 平成30年度:認知症がある方のケア | 令和元年度:誤嚥性肺炎の予防のためのケア |
| 令和2年度:基本ケアを中心とした手法の再整理等 | |
| 令和3年度:複数疾患がある方のケアの手法や疾患以外の高齢者の特徴に着目した手法の検討 | |

＜アプローチの基本的な方向性＞

ケアマネジャーが取り扱う課題は、本来生活全般が対象であるが、範囲が膨大であることから「**一定の条件を定め**」、まずは『疾患』に着目してアプローチをした。

1. ケアマネジメントの標準化(共有化)についての概念整理を行う
2. 一定の条件を定めそれを基にエビデンスのある「想定される支援内容」を整理する。
3. それらを理解し分析可能とする為に介護支援専門員が備えておくべき基本知識を整理する。

＜具体的な取り組み＞

ケアマネジメントは広く生活上の課題を取り扱うが、まずは単なる経験知に基づくだけでなく**エビデンスが明確なことを一定条件とし、『疾患』に着目し**、「想定される支援内容」を検討した。

※ 「疾患選定」の考え方

- 地域連携クリティカルパスが普及していること
- 医療の領域におけるガイドラインがあること
- 要介護認定の原因疾患として占める割合が大きいこと、又は患者数の多い疾患

＜『疾患』に着目したケアマネジメント標準化の検討手順＞

- 実務者を中心に構成されるワーキング・グループでの検討、有識者で構成される委員会での検討を踏まえ、ケアマネジメントの標準化項目の検討案を作成。
- 全国の介護支援専門員を対象に、各自の担当事例を持参してもらい、「検討案」を活用しながら、ケアマネジメントプロセスを振り返る「実証検証」を実施。
- 検証結果をもとに、ワーキング・グループおよび委員会での検討を経て「疾患別のケア」のガイドラインを成案化。

＜本事業で標準化(共有化)されたガイドラインの主な内容＞

- 最低限押さえておくべき知識の共有(確認)
 - ・ 基本ケア(高齢者の生理・心理)
 - ・ 疾患特性に留意したケア
- 自立支援に資する為にエビデンスに基づく最低限検討すべき**想定される支援内容**
- 想定される支援内容を導き出す(確認)為に必要なケアマネジャー及び他職種が共有すべき**アセスメント項目、モニタリング項目**

【参考】「基本ケア」項目一覧

基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容		
I. 尊厳を重視した意思決定の支援	I-1.現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	I-1-1.疾病や心身状態の理解	1.疾患管理の理解の支援 2.併存疾患の把握の支援 3.口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保 4.転倒・骨折のリスクや経緯の確認		
		I-1-2.現在の生活の全体像の把握	5.望む生活・暮らしの意向の把握 6.一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援 7.食事及び栄養の状態の確認 8.水分摂取状況の把握の支援 9.コミュニケーション状況の把握の支援 10.家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援		
		I-1-3.目指す生活を踏まえたリスクの予測	11.口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測 12.転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測		
		I-1-4.緊急時の対応のための備え	13.感染症の早期発見と治療 14.緊急時の対応		
	I-2.意思決定過程の支援	I-2-1.本人の意思を捉える支援	15.本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握		
		I-2-2.意思の表明の支援と尊重	16.日常生活における意向の尊重 17.意思決定支援の必要性の理解		
		I-2-3.意思決定支援体制の整備	18.意思決定支援体制の整備		
		I-2-4.将来の生活の見通しを立てることの支援	19.将来の生活の見通しを立てることの支援		
		II.これまでの生活の尊重と継続の支援	II-1.予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	II-1-1.水分と栄養を摂ることの支援	20.フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援 21.水分の摂取の支援 22.口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援
				II-1-2.継続的な受診と服薬の支援	23.継続的な受診・療養の支援 24.継続的な服薬管理の支援
II-1-3.継続的な自己管理の支援	25.体調把握と変化を伝えることの支援				
II-1-4.心身機能の維持・向上の支援	26.フレイルを予防するための活動機会の維持 27.継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施				
II-1-5.感染予防の支援	28.感染症の予防と対応の支援体制の構築				
II-2.日常的な生活の継続の支援	II-2-1.生活リズムを整える支援		29.一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援 30.休養・睡眠の支援		
	II-2-2.食事の支援		31.口から食事を摂り続けることの支援 32.フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援		
	II-2-3.暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援		33.清潔を保つ支援 34.排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援		
II-3.家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	II-3-1.喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援		35.喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援		
	II-3-2.コミュニケーションの支援		36.コミュニケーションの支援		
	II-3-3.家庭内での役割を整えることの支援	37.本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備			
	II-3-4.コミュニティでの役割を整えることの支援	38.持っている機能を発揮しやすい環境の整備			
III.家族等への支援	III-1.家族等への支援	III-1-1.支援を必要とする家族等への対応	39.本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備 40.家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備 41.将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援		
		III-1-2.家族等の理解者を増やす支援	42.本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援		
	III-2.ケアに参画するひとへの支援	III-2-1.本人をとりまく支援体制の整備	43.本人を取り巻く支援体制の整備		
		III-2-2.同意してケアに参画するひとへの支援	44.同意してケアに参画するひとへの支援		

【参考】「脳血管疾患Ⅰ期」項目一覧

大項目	中項目	項目	想定される支援内容	
1.再発予防	1-1.血圧や疾病の管理の支援	1-1-1.基本的な疾患管理の支援	1.基本的な疾患管理の支援 ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	
		1-1-2.血圧等の体調の確認	2.目標血圧が確認できる体制を整える 3.家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える	
		1-1-3.環境整備	4.室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	
		1-1-4.その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供	5.高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	
	1-2.服薬管理の支援	1-2-1.服薬支援	6.服薬管理の支援 ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	
2.生活機能の維持・向上	1-3.生活習慣の改善	1-3-1.脱水予防	7.必要水分量と日常の摂取量が把握できる体制を整える 8.適切な水分を摂取することの理解をつながす体制を整える 9.自ら水分を摂取できるようにする体制を整える	
		2-1.心身機能の回復・維持	2-1-1.機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて）	10.ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
	2-2.心理的回復の支援	2-2-1.受容の支援	11.受容促進のための働きかけを行う体制を整える 12.抑うつ状態の防止、改善が図れる体制を整える 13.リハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える	
		2-3.活動と参加に関わる能力の維持・改善	2-3-1.機能訓練（残存機能の維持・活用にに向けて）	14.ADL/IADLの状態の定期的な把握と共有がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 15.状態に合ったADL/IADLの機能向上がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
			2-3-2.コミュニケーション能力の改善	16.コミュニケーション能力の状況の継続的な把握ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 17.コミュニケーション能力の改善を図る体制を整える（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等） ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
	2-4.リスク管理	2-3-3.社会参加の機会の確保	18.日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 19.外出や交流の機会が確保できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 20.新たな価値・機能の獲得がなされる体制を整える	
		2-4-1.食事と栄養の確保	2-4-1.食事と栄養の確保	21.必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える ※誤嚥性肺炎の予防について別途確認 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
			2-4-2.転倒予防	22.転倒しにくい体の機能あるいは環境整備するための体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

【参考】「脳血管疾患Ⅱ期」項目一覧

大項目	中項目	項目	想定される支援内容
1.継続的な再発予防	1-1.血圧や疾病の管理の支援	1-1-1.基本的な疾患管理の支援	1.基本的な疾患管理の支援 ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施
		1-1-2.血圧等の体調の確認	2.目標血圧が確認できる体制を整える
		1-1-3.環境整備	3.家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える
		1-1-4.その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供	4.室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
	1-2.服薬管理の支援	1-2-1.服薬支援	5.高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
	1-3.生活習慣の維持	1-3-1.脱水予防	6.服薬管理の支援 ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施
			7.自ら水分を摂取できることが維持できる体制を整える
2.セルフマネジメントへの移行	2-1.心身機能の見直しとさらなる回復・維持	2-1-1.機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて）	8.ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
		2-2.心理的回復の支援	9.受容促進のための働きかけの確認と継続的な支援体制を整える 10.抑うつ状態の防止、改善の確認と継続的な支援体制を整える 11.リハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える
	2-2.行動変容の状況の確認と継続的な支援		12.新たな価値・機能の獲得の支援（落胆体験の繰り返し、残存機能と回復機能の限界を見つめることの支援）体制を整える
			13.セルフマネジメントに向けたリハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える
			14.ADL/IADLの状態の定期的な把握及び共有の確認と継続的な支援体制を整える
	2-3.活動と参加に関わる能力の維持・向上	2-3-1.機能訓練（残存機能の維持・活用に向けて）	15.状態に合ったADL/IADLの機能の向上の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
		2-3-2.コミュニケーション能力の改善	16.コミュニケーション能力の継続的な把握の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
		2-3-3.社会参加の機会の維持・拡大	17.コミュニケーション能力の改善支援（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
	2-4.リスク管理	2-4-1.食事と栄養の確保	18.日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
			19.外出や交流の機会の確保の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
2-4-2.転倒予防		20.新たな価値・機能の獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える 21.必要な栄養量の把握、食事の支援の確認と継続的な支援体制を整える ※誤嚥性肺炎の予防について別途確認 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	
		22.転倒しにくいよう体の機能を維持するための支援の確認と継続的な支援体制を整える	

【参考】「心疾患Ⅰ期」項目一覧

大項目	中項目	項目	想定される支援内容	
1.再入院の予防	1-1.疾患の理解と確実な服薬	1-1-1.基本的な疾患管理の支援	1.疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	
		1-1-2.服薬支援	2.服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	
		1-1-3.併存疾患の把握と療養の支援	3.併存疾患（腎機能の低下にかかわる疾患、糖尿病（糖尿病性腎症）、その他の疾患など）を把握し療養を支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	
	1-2.自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-1.体重の管理	4.体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	
		1-2-2.塩分量・水分量のコントロール	5.適切な塩分・水分摂取量が理解できる体制を整える 6.食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える 7.その人と生活に合った水分の摂取、排泄の状況と変化を把握できる体制を整える	
		1-2-3.血圧の管理	8.血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える	
		1-2-4.活動制限が守られることの支援	9.活動制限と安静の必要性を本人・家族等が理解し、その制限が守られる体制を整える	
		1-2-5.急性増悪の予防	10.感染症の予防の必要性の理解をうながす体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	
		1-2-6.非日常的な活動のリスクの管理	11.長時間の活動が必要な場合の注意事項の理解をうながす体制を整える	
	1-3.療養を続けるための環境・体制の整備	1-3-1.負荷のかかる環境の改善	12.気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施 13.強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	
	2.生活機能の維持・向上	2-1.心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援	2-1-1.活動と参加に関わる能力の維持・改善	14.本人が望む暮らしの意向の把握と活動・参加の状況を維持・改善する体制を整える
			2-1-2.リハビリテーションの実施	15.医療的リハビリテーションを受けることができる体制を整える 16.ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
			2-1-3.入浴習慣の支援	17.入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施
2-1-4.休養・睡眠の支援			18.休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	
2-1-5.禁煙の実現の支援			19.禁煙を実現できる体制を整える	
2-1-6.本人・家族等への生活習慣を変えることの支援			20.本人・家族等が生活習慣を変えることを受け入れられるよう支援する	
2-2.心理的な支援		2-2-1.本人・家族等の不安の軽減	21.精神的な不安を把握し、必要に応じて支援する体制を整える	

【参考】「心疾患Ⅱ期」項目一覧

大項目	中項目	項目	想定される支援内容	
1.再入院の予防	1-1.疾患の理解と確実な服薬	1-1-1.基本的な疾患管理の支援	1.疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	
		1-1-2.服薬支援	2.服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	
		1-1-3.併存疾患の把握と療養の支援	3.併存疾患（腎機能の低下にかかわる疾患、糖尿病（糖尿病性腎症）、その他の疾患など）を把握し療養を支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	
	1-2.自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-1.体重の管理	4.体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	
		1-2-2.塩分量・水分量のコントロール	5.適切な塩分・水分摂取量の理解をうながす体制を整える 6.食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える 7.その人と生活に合った水分の摂取、排泄の状況と変化を把握できる体制を整える	
		1-2-3.血圧の管理	8.血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える	
		1-2-4.活動制限が守られることの支援	9.活動制限と安静の必要性を本人・家族等が理解し、その制限が守られる体制を整える	
		1-2-5.急性増悪の予防	10.感染症の予防の必要性の理解をうながす体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	
		1-2-6.非日常的な活動のリスクの管理	11.長時間の活動が必要な場合の注意事項の理解をうながす体制を整える	
	1-3.療養を続けるための環境・体制の整備	1-3-1.負荷のかかる環境の改善	12.気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされる体制を整える 13.強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	
	2.生活機能の維持	2-1.ステージに応じた生活・暮らし方の支援	2-1-1.活動と参加に関わる能力の維持・改善	14.本人が望む暮らしの意向の把握と活動・参加の状況を維持・改善する体制を整える
			2-1-2.継続的なリハビリテーションの実施	15.必要なリハビリテーションとセルフケアを継続できる体制を整える
			2-1-3.入浴習慣の支援	16.入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施
2-1-4.休養・睡眠の支援			17.休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	
2-1-5.禁煙の実現の支援			18.禁煙を実現できる体制を整える	
2-1-6.本人・家族等への生活習慣を変えることの支援			19.本人・家族等が生活習慣を変えることを受けいれられるよう支援する	
2-2.心理的な支援		2-2-1.本人・家族等の不安の軽減	20.精神的な不安を把握し、必要に応じて支援する体制を整える	
3.EOL準備	3-1.EOL(エンドオブライフ)に向けた準備	3-1-1.末期心不全のEOLケアの対応・準備の支援	21.末期心不全のEOLケアをどのようにするか心の構えをする支援を行う	

介護支援専門員法定研修カリキュラムの見直しについて

背景

- 介護、医療及び福祉の実践の方法や技術、介護保険をはじめとする社会保障制度やそれを取り巻くさまざまな環境は、常に変化しており、独居の要介護高齢者、認知症や精神疾患を有する要介護高齢者、医療処置を要する要介護高齢者、支援を必要とする家族等、介護支援専門員が実際に現場で対応している利用者像も多様化し、複雑化している
- 現行の介護支援専門員の法定研修のカリキュラムは平成28年度から施行されているところであるが、介護支援専門員に求められる能力や役割の変遷及び昨今の施策動向等を踏まえ、「介護支援専門員の資質向上に資する研修等の在り方に関する調査研究事業」（令和3年度老人保健健康増進等事業）においてカリキュラムの見直しについての検討を進めた

※ 令和6年4月の施行予定

カリキュラム見直しのポイント

- 幅広い視点で生活全般を捉え、生活の将来予測や各職種の視点や知見に基づいた根拠のある支援の組み立てを行うことが介護支援専門員に求められていることを踏まえ、高齢者の生活課題の要因等を踏まえた支援の実施に必要な知識や実践上の留意点を継続的に学ぶことができるように、**適切なケアマネジメント手法の考え方を科目類型として追加**
- 認知症や終末期などで意思決定支援を必要とする利用者・世帯がさらに増えるとともに、根拠のある支援の組み立てに向けて学ぶべき知識や技術の変化が今後も進むと考えられる中で、職業倫理の重要性は一層高まることが見込まれるため、**権利擁護や意思決定支援など職業倫理についての視点を強化**
- 地域共生社会の実現に向け、介護保険以外の領域も含めて**、制度・政策、社会資源等についての近年の動向（地域包括ケアシステム、認知症施策大綱、仕事と介護の両立、ヤングケアラー、科学的介護（LIFE）、意思決定支援等）を踏まえた見直しを行う
- 法定研修修了後の継続研修（法定外研修、OJT等）で実践力を養成することを前提に、**カリキュラム全体の時間数は増やさず、継続研修への接続を意識した幅広い知識の獲得に重きを置いた時間配分（＝講義中心）に見直す**

訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

診療報酬改定における対応

- 訪問診療を提供する主治医から患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員への情報提供を推進(在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の要件に追加)

介護報酬改定における対応

- 著しい状態変化を伴う末期のがん患者については、主治の医師等の助言を得ることにより、ケアマネジメントプロセスの簡素化を可能にするとともに、主治の医師等に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進

診療報酬改定における対応（通知抜粋）

○在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の要件（抜粋）

悪性腫瘍と診断された患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者を担当する介護支援専門員に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、適時情報提供すること。

介護報酬改定における対応（居宅介護支援）

○ケアマネジメントプロセスの簡素化

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。【省令改正】

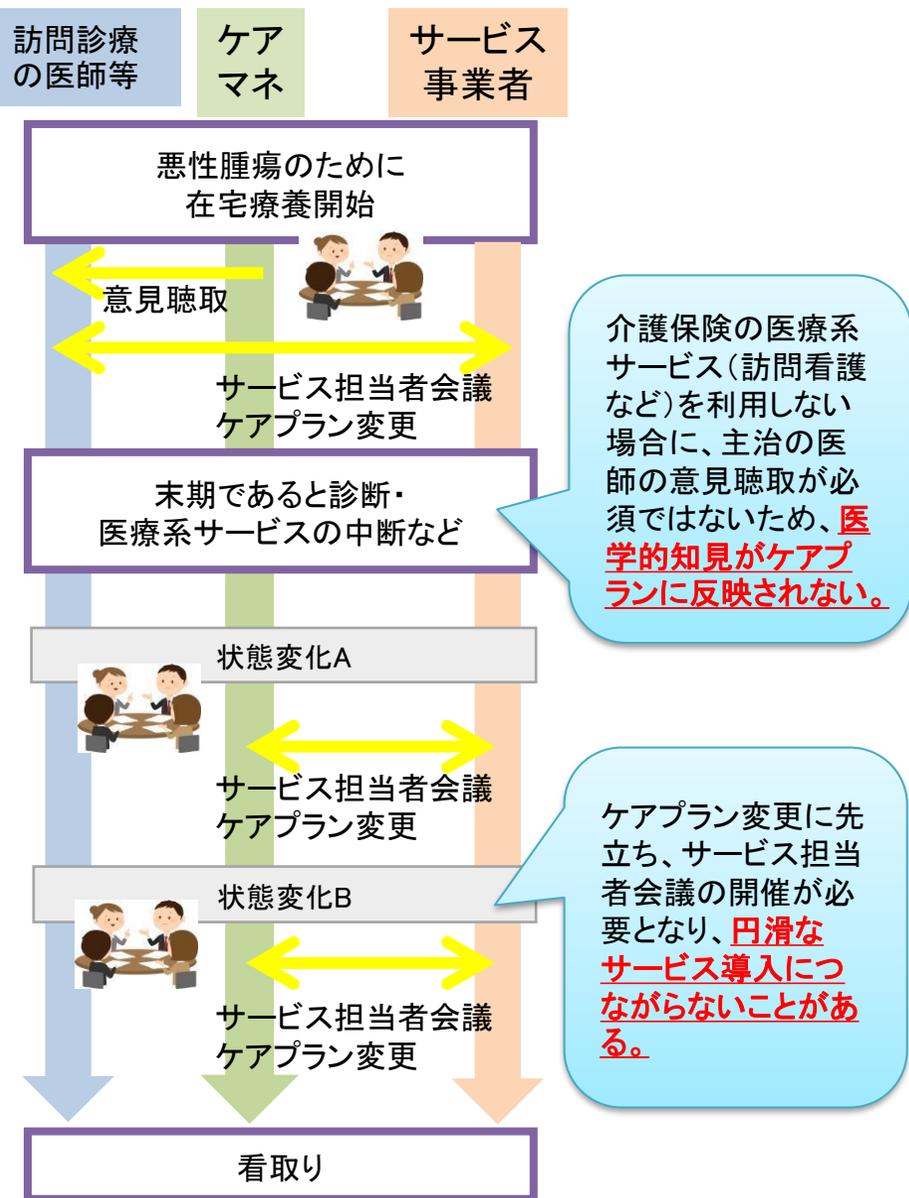
○頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

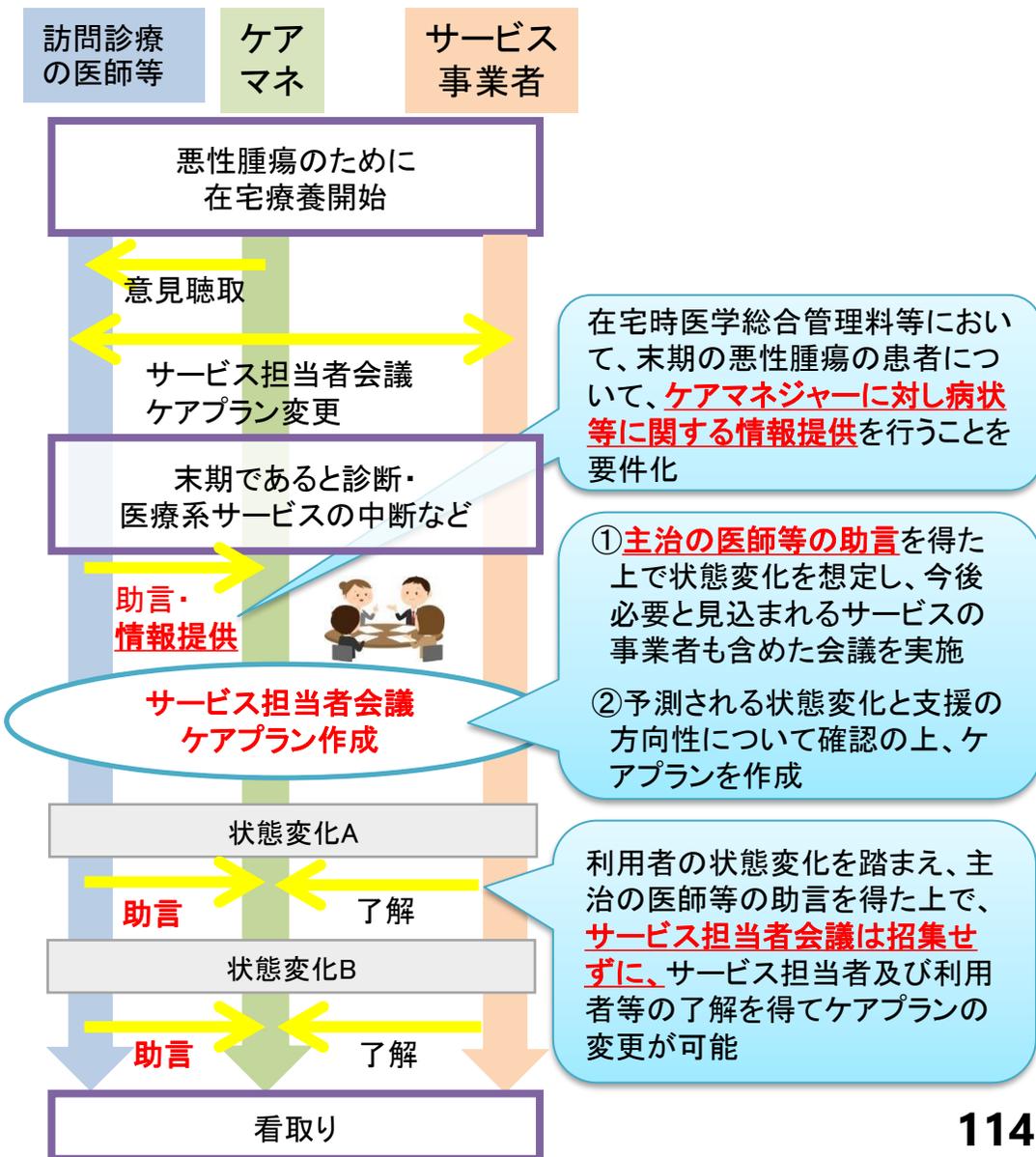
参考

訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化(イメージ)

改定前



改定後(以下の取扱いも可能となる。)



【テーマ2】リハビリテーション・口腔・栄養

1 現状

(1) リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組 [参考資料 p3～22]

- リハビリテーション、口腔の管理及び栄養管理の取組は一体的に運用されることで、より効果的な治療・重症（重度）化予防、自立支援につながることを期待される。

- 具体的には、医師、歯科医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種が連携した総合的なリハビリテーション、口腔の管理及び栄養管理として、
 - ・ リハビリテーションの負荷又は活動量に応じた、必要なエネルギー量や栄養素を調整することによる、筋力・持久力の向上及びADLの維持・改善
 - ・ 医師、歯科医師等の多職種連携による摂食・嚥下機能の評価に基づく、口腔衛生や口腔機能、食事形態、摂取方法の適切な管理、経口摂取のための訓練等による、摂食・嚥下障害の改善及び誤嚥性肺炎の予防等の効果的な取組が期待される。

- これまで、医療機関においては、摂食嚥下支援チーム、栄養サポートチーム、褥瘡対策チームなど多職種が連携して支援を行う取組が推進されてきたところである。

- 介護保険施設においても、リハビリテーション・機能訓練、口腔の管理、栄養管理に関する計画を一体的に記入できる様式の提示や多職種による会議の推進など連携の強化が図られている。

- 一方で、多職種による適切な評価や介入が行われず、治療期間の延長につながっていたり、入院前に経口摂取できていた誤嚥性肺炎患者の約4割が入院1か月後に3食経口摂取を再開できていない実態がある。

- また、介護予防の観点から、市町村が主体となり実施する地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）において、高齢者が集まり交流する通いの場への専門職の関与や、生活機能が低下してきた高齢者を対象とした専門職による短期集中予防サービス（サービスC）等

を推進しているところであり、地域においても、リハビリテーション、口腔、栄養の専門職の活躍が求められている。

- こうした介護予防の取組の機能強化を図るため、地域リハビリテーション活動支援事業として、リハビリテーション専門職等による通いの場への支援等を推進しており、約7割の市町村で当該事業が実施されている一方で、約半数の市町村では総合事業等を担う専門職が不足していることが課題となっている。

(2) リハビリテーション [参考資料 p24～32]

- リハビリテーションについては、急性期から回復期までは医療保険、生活期は介護保険が中心となって対応することとされている。急性期・回復期においては、発症早期から心身機能・ADLの改善を目的とし、生活期においては活動・参加の再建・維持・向上を図るためにリハビリテーションが提供される。
- 退院後から訪問・通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、利用者の機能回復が大きい傾向があり、医療から介護への円滑移行を図るため、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを、医療保険の疾患別リハビリテーションを担う地域の医療機関において、一貫して提供することができるよう、面積・人員等を共用できるようにされている。
- 医療機関からの退院に際しては、本人・家族の希望、患者の心身機能やADL、家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者・家族等に対してリハビリテーションの観点から指導を行うことを推進している。
- さらに、医療・介護に互換性をもったリハビリテーション計画書の様式を示しており、当該様式を使用して、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供することを推進している。
- 一方、介護保険のリハビリテーションの実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっていた。また、診療報酬における疾患別リハビリテーションと比べ、介護保険におけるリハビリテーションでは、レクリエーション活動、四肢・体幹の筋力トレーニングが多く、嚥下訓練、言語聴覚訓練、ADL訓練、

卓上での作業訓練、歩行訓練、起居・座位・起立訓練が少なく、提供している訓練内容に差がある。

- また、リハビリテーションを訓練として提供するのではなく、定期的な生活機能の評価とそれに基づく運動・生活指導によりADLが改善することも報告されている。
- 要支援者に対する介護予防訪問リハビリテーションについて、利用開始から終了までの期間は中央値で6か月であるが、数年以上同サービスを継続している実態もある。

(3) 口腔 [参考資料 p34～51]

- 口腔は、食事や会話などにおいて大きな役割を担うなど、生活の上で基礎的かつ重要な役割を果たし、栄養摂取にも直接的に影響を及ぼすなどQOL（生活の質）に大きく関わる。一方で、高齢者では、加齢に伴う口腔機能の低下、薬剤の影響等による口腔内の環境の変化、全身的な疾患の影響等によるセルフケアの困難さの増大等の課題が生じることや、高齢者の誤嚥性肺炎の発症予防の観点からも、専門職による口腔の管理の重要性が増す。
- 専門職による口腔の管理として、う蝕や歯周病等に対する歯科治療、義歯製作等の歯科治療のほか、口腔の清掃や口腔機能の維持回復のための指導管理、脳血管疾患等により摂食機能が低下した者に対する摂食機能療法等が行われる。これらは、患者の状態や療養を行う場所等に応じて、歯科医師や歯科衛生士だけでなく、医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士等の多職種が連携して行われている。
- 歯科標榜のない病院の入院患者や介護保険施設等の入所者を含む通院困難な患者に対する歯科治療等の口腔の管理は、訪問歯科診療等により提供され、現状で、歯科医療機関の約2割が在宅医療サービス（歯科衛生士による指導を含む）を提供している。
- 高齢になると、「かみにくい」という自覚症状を持つ者の割合は増加する一方で、歯科医療機関へ通院している者の割合は減少する。また、年齢があがるにつれ、要支援・要介護認定を受けていない者ほど歯科受診の割合が低い。また、要介護者もその多くは歯科治療が必要な状態であるが、歯

科受診を含め専門的な口腔の管理は必ずしも十分に提供されていない。

- 介護保険施設においては、基本サービスとして口腔衛生の管理体制を整備することとされている。多くの施設で協力歯科医療機関を定めており、歯科訪問診療が主に行われている一方で、介護保険施設が協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容としては、口腔衛生等に関する研修会や摂食嚥下に関する内容などが多い。
- さらに、病院や介護保険施設では、歯科医師や歯科衛生士がいない場合が多く、地域の歯科医療機関との連携が必ずしも十分に行われず、入退院等をきっかけとして患者の口腔内の状態が悪化する場合があることも指摘されている。
- 介護支援専門員の業務としては、必要な場合に利用者の口腔の問題等について歯科医師に情報伝達を行うことが推進されているが、歯科医師に伝達すべき内容を取得していない等の理由で、実際に情報提供を行った介護支援専門員は約3割にとどまる。一方で、介護支援専門員が歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼しても、提供されないこともある。
- また、歯科医師がいない病院や介護保険施設等においては、地域の歯科医療機関との連携によりNSTや食事観察等の口腔の管理を行うことが推進され、報酬による評価も設けられているが、取組は低調である。

(4) 栄養 [参考資料 p53~65]

- 治療効果やADL、QOLの向上等を図る観点から、栄養状態の維持・改善は重要であり、医療や介護において適切な栄養管理は必須である。
- 栄養管理については、医療・介護ともに、患者・入所者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態等を踏まえ、管理栄養士と多職種が共同して作成した栄養管理に係る計画に基づき行うことを基本としている。
- 平成30年度以降、特定機能病院や回復期リハビリテーション病棟において管理栄養士の病棟配置が評価されるとともに、介護保険施設においては栄養ケアに係る体制の充実（管理栄養士の比例配置）が評価され、きめ細かな栄養管理や多職種との連携強化のための体制整備が推進されている。

- 入院時の高齢入院患者の約4割、介護保険施設入所者の約半数は低栄養のリスクが高いことが明らかになっている。低栄養は生命予後に影響することも指摘されており、入院中や施設入所中に特別な栄養管理が必要な者は多い。
- また、入院・施設入所時の当日から食事提供が行われるため、入院・施設入所前又は可能な限り速やかに必要栄養量や食事形態、禁止食品等を把握し、適切な栄養管理を開始する必要がある。また、介護保険施設から医療機関に入院し再入所する際に、入院時と比べて高度な栄養管理が必要となる入所者も一定数存在することからも、医療機関と介護保険施設等との栄養情報の共有や管理栄養士間の連携は重要である。
- 在宅において療養する要介護高齢者は、要介護度が高いほど低栄養のリスクが高い者や摂食嚥下機能に問題がある者が多い。入院・入所中は、管理栄養士等による栄養管理が行われているが、在宅においては、自ら又は家族等が食事の準備をするため、適切な栄養管理を継続するためには支援が重要となる。管理栄養士による訪問栄養食事指導については、診療所に管理栄養士が少ない状況等を踏まえ、他の医療機関や栄養ケア・ステーションの管理栄養士との連携も可能として推進している。

2 主な課題

(1) リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組

- 医療及び介護において、リハビリテーション、口腔の管理、栄養管理に関する取組は、それぞれ推進されてきた。リハビリテーション、口腔の管理、栄養管理に関する取組を効果的に行うためには、医師をはじめ関係職種が一体的な取組の重要性を認識し、的確に対象者を把握した上で、速やかに評価や介入を行う必要がある。
- チーム医療や多職種によるカンファレンスの推進等により、リハビリテーション、口腔、栄養の専門職の連携は進みつつある。一方で、口腔の専門職は医療機関においても介護保険施設においても施設外からの関与が多いことや、管理栄養士は給食管理業務も担っていることなどから、病棟や施設内での日常的なコミュニケーションが十分に取れていない場合も多い。状態が悪化する手前で早期に気づき、速やかに対応するためには、多職種による日常的なコミュニケーションも重要である。

- さらに、高齢者は状態に応じて、在宅又は施設から入退院を繰り返す場合も多く、リハビリテーション、口腔の管理、栄養管理に関する一体的な取組の情報は、医療と介護とで切れ目なく引き継がれることが求められる。
- 認知症等の医療と介護の複合的なニーズを有する高齢者に対し、療養の場に応じ、適切にリハビリテーション、口腔の管理、栄養管理に関する取組が提供される必要がある。
※詳細は、【テーマ3】「要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療」にて整理

(2) リハビリテーション

- リハビリテーションは、医療保険と介護保険の役割分担に基づいて、適時・適切に提供できるよう、累次の改定で見直しを行ってきたところである。一方で、医療保険による急性期・回復期リハビリテーションと、介護保険による生活期リハビリテーションにおける、リハビリテーション実施計画書等の情報連携が不十分な実態や医療と介護で提供している訓練内容の差が明らかとなっており、両者間の円滑な移行を更に推進する必要がある。
- リハビリテーションは適時・適切に提供されることが必要であるが、長期間同じ内容のリハビリテーションが提供されている実態もあり、リハビリテーションが漫然と継続されている可能性がある。リハビリテーションの観点から定期的に生活機能を評価・指導する仕組みが求められる。

(3) 口腔

- 病院や介護保険施設、在宅等で患者に関わる関係者に口腔の管理の重要性が十分認識されていないことに加え、口腔の状態の評価が十分行われていない等の課題があることから、多職種連携のもと必要な口腔の管理が提供されることが求められる。
- 口腔の管理は、療養を行う場所等に応じて医療と介護により行われる。全身の疾患の影響等により口腔内の状態は変化することから、歯科衛生士による必要な口腔衛生管理等の提供内容や頻度等も異なるが、患者の状態に応じた口腔の管理の方法を評価する仕組みがないために、必要な口腔の管理が提供されていない可能性がある。

- 患者の状態や療養を行っている場所がかわっても、切れ目なく適切な口腔の管理が提供されるよう、歯科医療機関と病院や介護保険施設、居宅介護支援事業者等との連携を更に推進する必要がある。

(4) 栄養

- きめ細かな栄養管理や多職種連携の強化を推進するための体制整備が進みつつあるが、医療機関においても、介護保険施設においても、特別な栄養管理が必要な者は多く、更なる体制整備が求められる。
- 入院・入所時に、速やかに必要栄養量や食事形態、禁止食品等を把握し、適切な食事提供や栄養管理が行えるよう、医療機関と介護保険施設等との連携が重要である。
- 在宅において療養する要介護高齢者は、要介護度が高いほど低栄養のリスクが高い者や摂食嚥下機能に問題がある者が多いが、栄養管理や食生活支援が必要な者に訪問栄養食事指導が行われていない可能性がある。

3 検討の視点

(1) リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組

- 医療・介護において、リハビリテーション・口腔の管理・栄養管理の一体的な取組が推進されるよう、
 - ・ 関係者が取組の重要性を認識し、対象者を的確に把握した上で、十分な取組が提供されること
 - ・ 多職種による日常的なコミュニケーションが強化され、早期の気づきや速やかな対応を可能とすることについて、どのような方策が考えられるか。
- 医療と介護との双方向で、リハビリテーション・口腔の管理・栄養管理に関する評価や支援の一体的な情報が円滑に共有されるために、どのような方策が考えられるか。

(2) リハビリテーション

- 医療保険による急性期・回復期リハビリテーションと介護保険による生活期リハビリテーションについて、より円滑な移行を促進するためにどのような方策が考えられるか。

- 適時・適切なリハビリテーションの提供を更に推進する上でどのような方策が考えられるか。

(3) 口腔

- 医療機関や介護保険施設等、在宅において、地域の歯科医療機関の連携のもと、医療と介護において必要な口腔の管理が提供されるためにはどのような方策が考えられるか。

(4) 栄養

- 栄養管理について、医療機関・介護保険施設等・在宅間で円滑に栄養情報の共有や管理栄養士間の連携が図られ、切れ目のない支援が行われるためにはどのような方策が考えられるか。

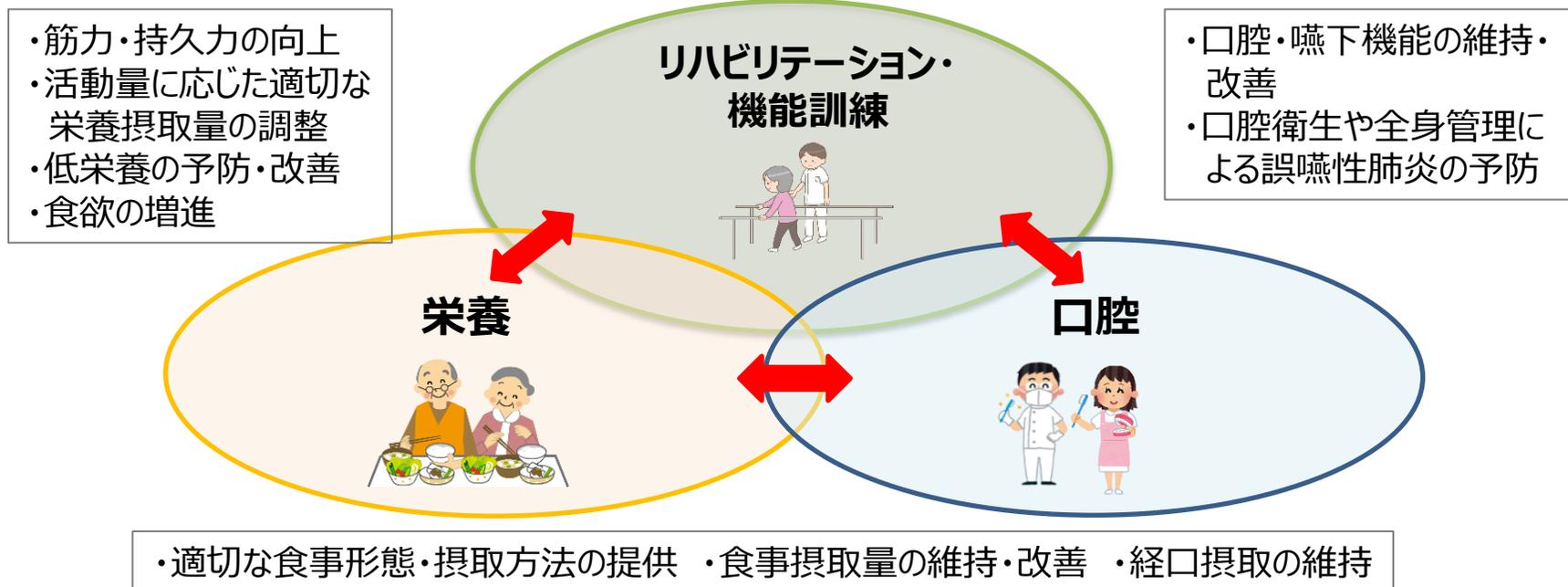
リハビリテーション・口腔・栄養

参考資料

1. リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組
2. リハビリテーション
3. 口腔
4. 栄養

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

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



- リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

【事例】リハビリテーション・口腔・栄養の連携（施設）

多職種によるミールラウンドで評価を行い、職員間の日常的なコミュニケーションで速やかに課題を解決

＜施設＞ 介護老人保健施設（在宅復帰超強化型） ＜入所定員＞ 100床

＜職員数＞ 理学療法士(PT) 6人、作業療法士(OT) 5人、管理栄養士(RD) 2人、歯科衛生士(DH) ※協力歯科医療機関から訪問

多職種によるミールラウンド

- ・ 摂食嚥下機能が低下している入所者に対して、月1回、全職種によるミールラウンドを開催（開催日は、歯科衛生士の訪問日に合わせて設定）
- ・ 多職種で評価を行い、各専門職の視点で支援に関する情報を共有



日常的なコミュニケーション

- ・ 食事の時間は、普段から管理栄養士やリハ職が食堂を巡回するようにしており、入所者の食事の様子を定期的に観察
- ・ 気になる点があれば、「軒下会議」と称する廊下などでの打合せで、解決策をすぐに検討
- ・ 食事の場に専門職がいることで、介護職員等も気軽に相談できる



＜気づきと対応例＞

- 食べ物を口に溜め込んでいる⇒多職種で相談し、OTが食具の選定、RDが副食へのあんかけ対応、介護職が小分け配膳。
- 口が痛いと食事を残す⇒RDからDHに相談。DHが義歯の下の炎症に気づく。歯科医師から処方された薬を塗布。

【事例】リハビリテーション・口腔・栄養の連携（通所）

86歳 女性 要介護4

通所サービスでの多職種による対応に加え、居宅訪問を通じて在宅サービスとも連携

<主病名> 脊髄小脳変性症、パーキンソン症候群 <ADL> 食事はセッティングにより一部介助、その他ほぼ全介助

<経過> 数年前からむせが出現し、誤嚥性肺炎と廃用によるADL低下で3か月間入院治療。退院後1日2～4回の訪問介護利用。

<嚥下状態> 嚥下障害（主に咽頭機能障害）で特に水分での誤嚥がリスク高い <口腔状態> 舌運動能力低下、口腔内清掃状態不良

<食事形態> 介入時：軟飯、軟菜一口大、水分濃いとろみ（入院時の食事形態を維持）

<通所リハ> 週3回、1回5～6時間

通所リハ

歯科衛生士から口腔内のトラブル（舌を噛んでいるなど）を相談

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

- ・身体機能、座位姿勢、食事動作、嚥下機能の評価を実施
- ・頸部ストレッチ、基本動作練習を実施
- ・適切な食事形態・座位姿勢を提案
- ・**歯科衛生士からの相談により**発声練習だけでなく口腔へのかわり（口腔体操など）を追加

管理栄養士

- ・嚥下状態を言語聴覚士と共有し、**食事形態を調整**
- ・栄養状態の評価とモニタリング

歯科衛生士

- ・来所時に口腔内状態や口腔機能について確認
- ・家族への歯磨き方法指導

ヘルパーが訪問してる時間帯にSTと管理栄養士により**居宅訪問**

居宅

家族、ヘルパー、ケアマネ、訪問看護、訪問リハ（PT）との連携・情報共有

管理栄養士

ヘルパー

- ・食事形態に合わせた調理やとろみの付け方、姿勢の伝達
- ・ポイントをまとめた資料を提示

【事例】リハビリテーション・口腔・栄養の連携（認知症・在宅）

82歳 男性 要介護度3

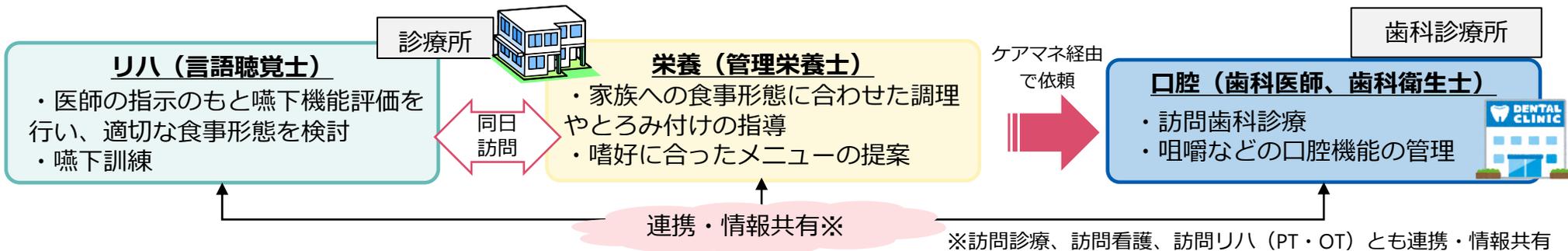
認知症による摂食・嚥下機能の低下や食事量のムラ・嗜好の偏りに多職種で対応

＜主病名＞アルツハイマー型認知症 悪性リンパ腫 脳梗塞後 <ADL> 歩行は要介助、食事と排泄は自立

＜経過＞数年前から食事量が減り、むせるようになった。誤嚥性肺炎にて3か月間入院治療。退院後、訪問診療開始。

＜嚥下状態＞嚥下障害で特に水分での誤嚥兆候が強い <口腔状態＞口腔内清掃状態不良

＜食形態＞介入時：全粥、軟菜食、水分とろみなし（入院時：全粥、ソフト食、水分薄とろみ）



介入時
(学会分類コード4)

水分とろみなし
(むせる)

ハンバーグ
(一口大に切ると「嫌だ」と拒否)



全粥
(唾液で後半は離水する)

状況に合わせて調整

主食：ミキサー粥、粥ゼリー
副菜：市販介護食品の検討
水分：とろみの調整

半年後
(学会分類コード2-1)

水分濃いとろみ

市販介護食
1品



粥ゼリー
(大好きなお餅に見た目を工夫)

＜身体状況＞ 身長：160cm 体重：51kg
＜血液データ＞ Alb 3.1g/dL TP 5.8g/dL
＜摂取栄養量＞ エネルギー：500kcal
たんぱく質：15g

＜身体状況＞ 身長：160cm 体重：**54kg**
＜血液データ＞ Alb **3.7g/dL** TP **6.7g/dL**
＜摂取栄養量＞ エネルギー：**1500kcal**
たんぱく質：**55g**

ある夏の日

そうめんが
食べたい！

診察時でも
STリハビリ時でも
言われ…

そうめんをミキサーにかけ
ゲル化剤で作成
食感はずりー



そうめんゼリーを作成

【事例】リハビリテーション・口腔・栄養の連携（経口摂取への移行・在宅）

90歳 女性 要介護度 5

経口摂取への移行をめざし、在宅において多職種が連携

＜主病名＞脳梗塞後後遺症　＜主訴＞食べられるようになりたい

＜経過＞誤嚥性肺炎にて入院、経管栄養にて自宅退院

＜栄養の状態＞経鼻経管栄養（エネルギー1200kcal）にて栄養管理中

＜口腔の状態＞歯の欠損があるが、義歯は使用していない

＜嚥下の状態＞経口摂取なし、誤嚥あり

訪問リハビリテーション

言語聴覚士

- ・摂食嚥下機能評価、訓練の実施
- ・食形態の検討
- ・高次脳機能に対する訓練の実施

医師

- ・基礎疾患の医学管理
- ・栄養量の指示

診療所



管理栄養士

- ・食形態に応じた栄養管理の実施
- ・栄養量に応じたメニューの提案

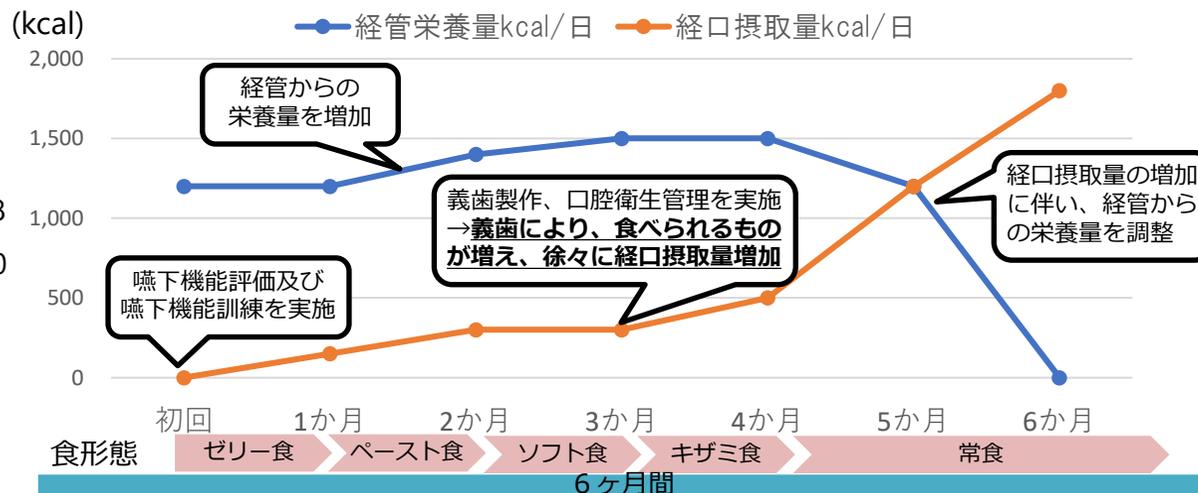
連携・情報共有

※SNS、患者宅に置いた連絡ノート、診療情報提供書等を活用

歯科診療所

歯科医師、歯科衛生士

- ・摂食嚥下機能評価、訓練の実施
- ・義歯の製作、調整
- ・食形態の検討
- ・口腔の衛生管理の実施・指導



経管からの栄養量を増加

嚥下機能評価及び嚥下機能訓練を実施

義歯製作、口腔衛生管理を実施
→義歯により、食べられるものが増え、徐々に経口摂取量増加

経口摂取量の増加に伴い、経管からの栄養量を調整



体重 (kg) : 28
BMI : 13.9
ADL (BI※) : 20
アルブミン値 (g/dL) : 3.4



体重 (kg) : 37.1
BMI : 18.9
ADL (BI※) : 45
アルブミン値 (g/dL) : 4.1

・完全経口摂取に移行
・低栄養の改善

※: Barthel Index

【事例】医療から介護へのリハビリテーションの連携

医療保険 回復期リハビリテーション病棟

病名	原疾患：脳梗塞（左片麻痺・摂食嚥下障害） 既往症・併存症：高血圧症，脂質異常症
治療内容	急性期（2週間）：脳梗塞を発症，血栓回収療法を施行．意識障害・左半身の重度麻痺がありADL全介助（経管栄養） 回復期（5ヶ月）：意識障害は改善，左片麻痺・摂食嚥下障害があり，ADL全介助（経管栄養） 食事と移乗の自立を目標に筋力増強訓練・移乗訓練・摂食嚥下訓練を実施． 介助下にポータブルトイレでの排泄が可能となり，介護申請して自宅退院．左片麻痺・摂食嚥下障害・歩行障害が残存
要介護3	訪問リハビリテーション，訪問看護，通所介護を利用予定となった．

情報連携

連携のポイント①
診療情報を提供



診療情報提供書

- ・現病歴・既往歴
- ・治療経過 ・内服薬
- ・医学管理上の留意点
- ・入院中のイベントなど

連携のポイント② 医療と介護共通の
リハビリテーション実施計画書を作成



リハビリ実施計画書

- ・現在の身体機能・動作能力
- ・訓練の目標・方針
- ・入院中の訓練内容
- ・訓練上の留意点・禁忌
- ・栄養管理の内容など

連携のポイント③ 退院前カンファレンスに
介護スタッフも参加



退院前カンファレンス

- ・入院経過の詳細
- ・本人・家族の思い
- ・退院後ケアプラン
- ・現状の課題 等

介護保険 訪問リハビリテーション

Survey

健康状態の把握・生活機能の評価

- ・診療情報提供書・リハ実施計画書を参照。
- ・課題：左片麻痺，摂食嚥下障害，歩行障害，ADL障害
- ・ADL：Barthel Index：15点 娘の介助下にポータブルトイレで排泄

背景因子(環境・個人)

- ・本人の希望：普通のご飯を食べたい
- ・家族の希望：トイレで排泄してほしい
- ・夫と娘との3人暮らし
- ・家族は非常に熱心で協力的

Plan

訪問リハビリテーション計画書の作成・合意形成

目標	①杖歩行でトイレでの排泄ができるようになる ②誤嚥せずに肉じゃがを食べる
課題	左片麻痺，摂食嚥下障害，歩行障害，ADL障害（排泄はポータブルトイレ介助）
訓練	摂食嚥下訓練，歩行訓練，排泄訓練，環境調整

Do



歩行訓練



嚥下訓練



トイレでの排泄訓練

Check

6か月後：娘の見守りのもと，杖歩行でトイレでの排泄ができるようになった
誤嚥することなく肉じゃがを食べることができるようになり目標は達成

アウトカム評価

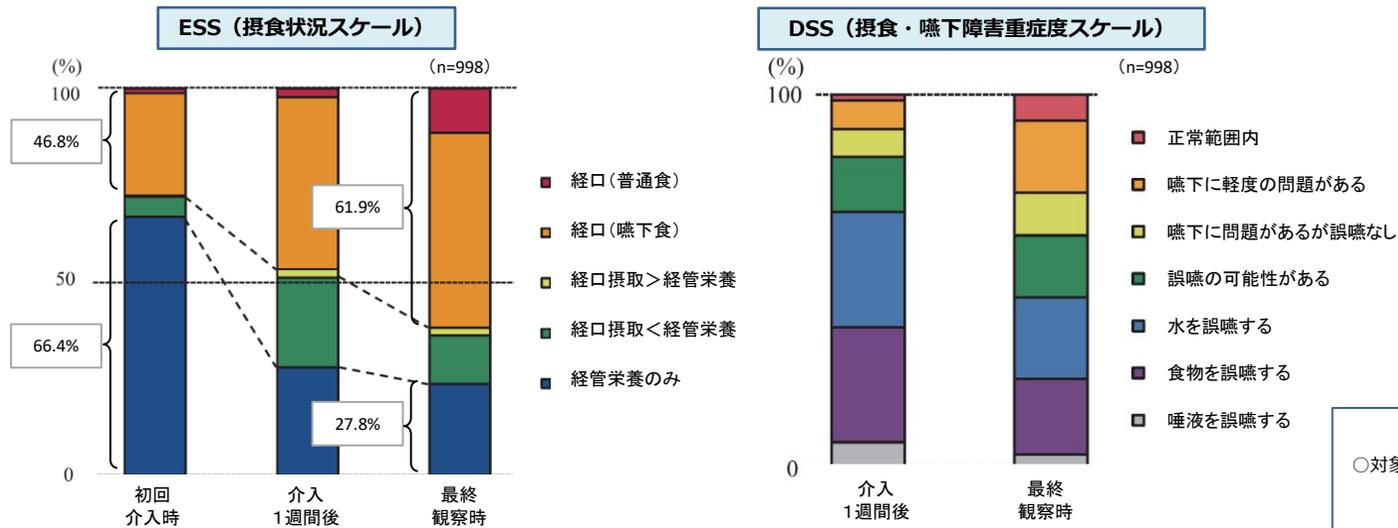
Barthel Index：15点⇒45点に改善
Frenchay Activities Index：0点⇒0点

Act

体力づくりと家庭での役割づくりを目的に外出と洗濯を目標に通所リハビリテーションに移行

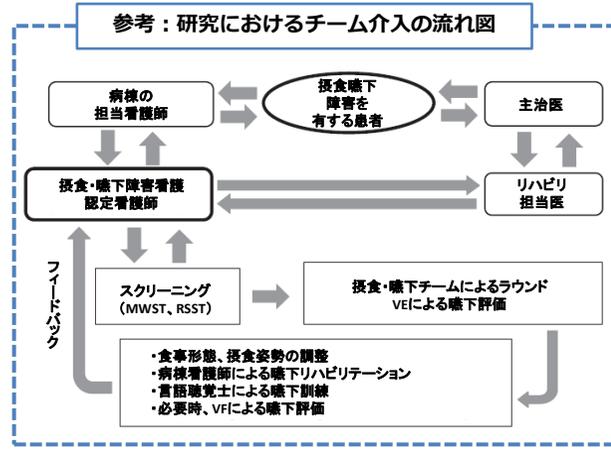
○ 医師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、言語聴覚士、管理栄養士等による多職種から構成される摂食・嚥下チームの介入により、摂食・嚥下機能の維持・改善に効果がみられている。

■ 摂食・嚥下チームの介入による効果



・経口で摂取可能な患者の割合が増加
 ・ESSスコア改善43.0%、不変54.6%、悪化2.4%

・摂食・嚥下障害の重症度が低い患者の割合が増加 (p<0.001)



<研究の概要>

○対象：摂食・嚥下障害を有する患者998名
 【性別】男性638名、女性360名 【年齢】平均74歳
 【主傷病】脳卒中46.0%、その他の脳疾患15.9%、呼吸器疾患7.8% 等

○最終観察時までの日数：平均24日 (1~337日)

○介入内容：嚥下リハビリテーションの実施10.1%、言語聴覚士による摂食訓練の実施14.9%、上記両方の実施14.9%
 認定看護師によるフォローのみ33.9%

【参考】摂食・嚥下チームにおける各職種の役割例

職種	計画・評価等	嚥下評価	嚥下訓練	口腔ケア	患者・家族への指導	その他	
医師、歯科医師		○嚥下内視鏡検査 ○嚥下造影	○実施内容の評価	○歯科診療			
摂食・嚥下障害看護認定看護師	○嚥下機能の総合評価 ○診療計画の立案 ○リハビリ方針の決定 ○摂食姿勢、介助方法、食具、食事形態の検討	○嚥下機能の観察・評価 ○反復唾液嚥下テスト(RSST) ○改訂水のみテスト(MWST) ○食物テスト	○リハビリ計画の立案 ○嚥下訓練の実施 ○実施内容の評価	○口腔状態の評価 ○口腔ケア	○摂食時の注意点、口腔ケア、嚥下訓練の方法等の指導	○病棟看護師への指導 ○外来看護師や在宅における関係者との連携	
言語聴覚士							
理学療法士、作業療法士							
管理栄養士							○食事形態等の工夫の対応
薬剤師							○嚥下機能に影響を及ぼす薬剤の抽出、処方提案 ○服用薬の剤形や服用方法等の提案
歯科衛生士						○口腔ケア	

【出典】(上図) Jpn J Rehabil Sci 2015;6: 50-55をもとに保険局医療課にて作成 (下表) Jpn J Rehabil Sci 2015;6: 50-55、耳鼻58:261-267,2012、日摂食嚥下リハ会誌14(3):219-228,2010、奥村.第2回日本老年病薬学会学術大会をもとに保険局医療課にて作成

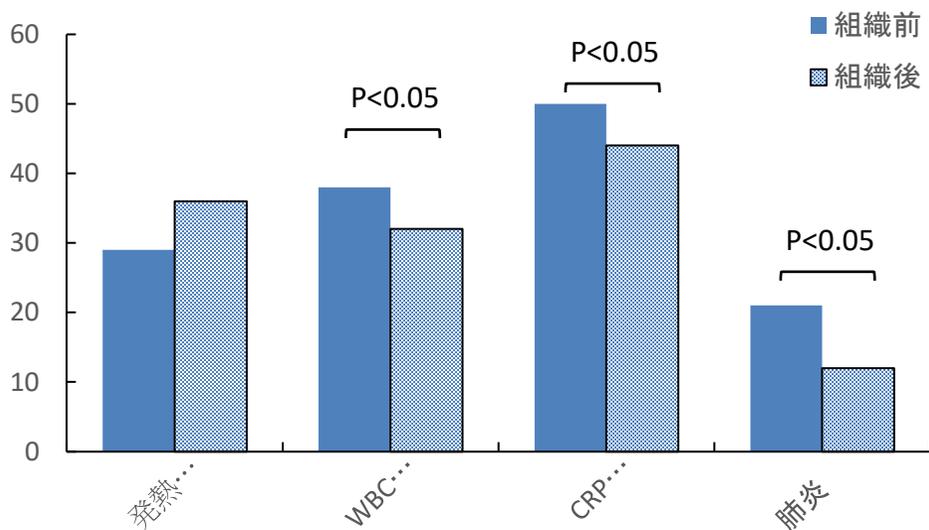
- 脳卒中患者のうち多職種で構成される嚥下チームが組織された後では、入院期間中のWBC及びCRPの基準値以上の患者、肺炎患者数が有意に少ない。
- 嚥下チームが介入することが、肺炎発症の減少に有意に関係している。

【対象・方法】

2009年4月から2014年3月までに入院した急性期脳卒中患者を対象とした。

医師、歯科医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師から構成される嚥下チームが組織された2009年4月～2011年3月までをチーム組織前 (n=132、平均年齢70.0±12.2歳) とし、2011年4月～2014年3月までをチーム組織後 (n=173、平均年齢70.1±11.5歳) として比較・検討を行った。

表 入院期間中の各項目の患者数



※ : WBC : White blood cell、CRP : C-reactive protein

表 肺炎との関係をコックス比例ハザードモデルを用いた一変量解析

	ハザード比	95%信頼区間	P値
入院時NIHSS※ (1ポイント増加毎)	1.11	1.08 - 1.14	<0.0001
嚥下チームの介入	0.39	0.18 - 0.81	0.01

※ : National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) は、脳卒中重症度評価スケールであり、点数が高いほど重症度も高くなり、最大42点。

栄養サポートチーム加算の推移

栄養サポートチーム加算 200点 (週1回)

栄養管理を要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合について、週1回に限り、所定の点数を算定する。

【対象患者】

栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエまでのいずれかに該当する者について算定できる。

- ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL以下であって、栄養障害を有すると判定された患者
- イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者
- ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者
- エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

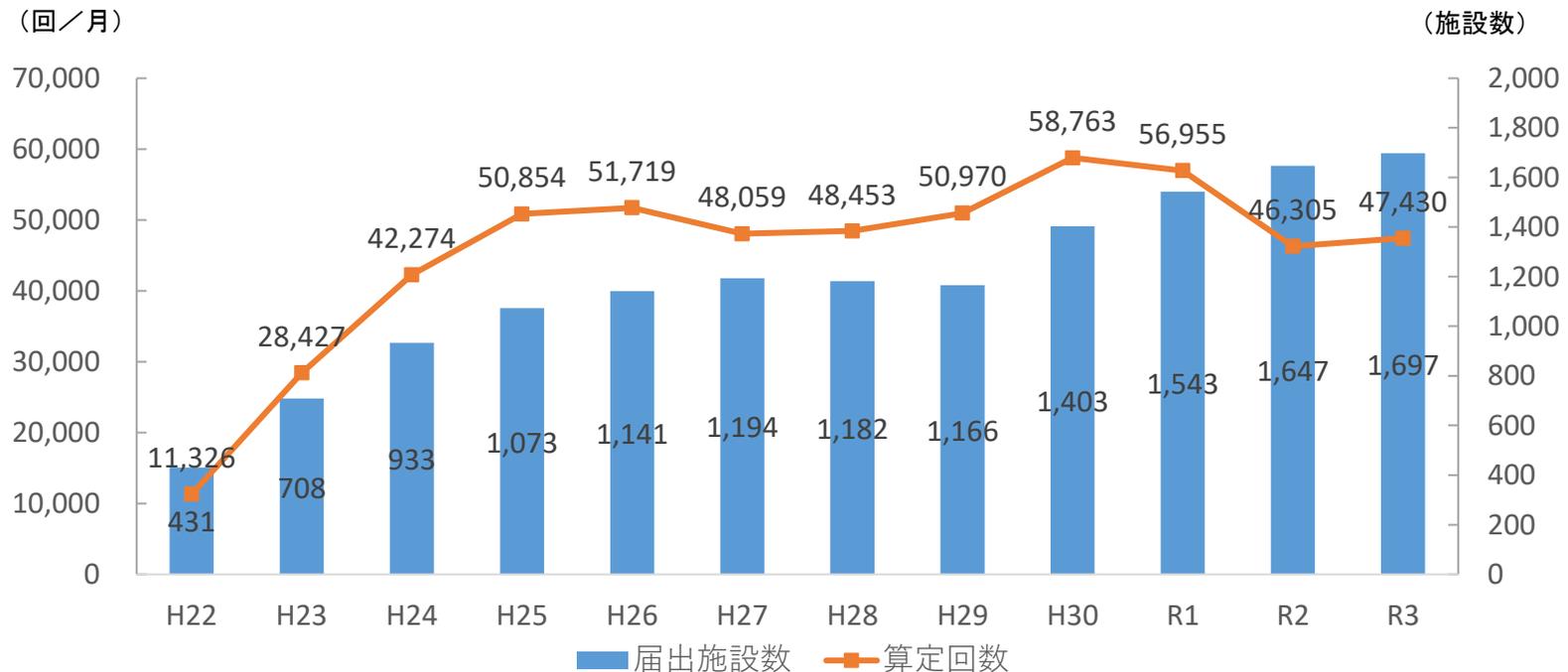


図 栄養サポートチーム加算の届出施設数と算定回数の推移

①24時間ベッドサイドで全身状態(栄養状態、皮膚の状態、臥床時間、活動性など)の観察・評価を行います。褥瘡がしやすい人には、▽オムツや寝具の選択▽肌の乾燥を防ぐための保湿▽皮膚への負担を軽減する身体の動かし方などについて、具体的なアドバイスをしながら、実際のケアを実施。

②褥瘡がある場合は、これらの予防ケアに加えて、薬剤やドレッシング材(傷を保護するために覆うもの)などを用いて適切な処置・ケアを実施。

看護師



医師



褥瘡(床ずれ)の評価、治療方針の決定および治療を実施

リハ職等



- ①身体の特定の部分に圧迫を受けないよう、寝具の選定や見直しを実施。
- ②褥瘡(床ずれ)の治癒促進や予防をするため、福祉用具を用いて、治療・指導・援助。
- ③圧迫が少なくなるよう(除圧)に、自力での体位変換の練習や、除圧姿勢の指導の実施。
- ④除圧のためのベッドやマット、車椅子など用具の調整を実施。

患者



薬剤師



- ① 褥瘡の病態を観察し、治療に使用する外用薬やドレッシング材(創傷被覆剤)について、その特性を活かした選定・使用法を提言・指導します。さらに、薬剤の効果を評価。
- ② 褥瘡周囲の皮膚のたるみなどによる、きずのゆがみは薬剤の効果が現れにくいいため、原因を改善して治療期間の短縮。
- ③外用薬に限らず、褥瘡の発症に関係する内服薬の影響を把握し、副作用を防止。

管理栄養士



- ①患者さんの必要な栄養量を算出したうえで、実際の摂取栄養量・不足栄養素・栄養状態の評価をして、栄養補給方法を計画立案。
- ②患者さんの嗜好への対応、使用する食品や調理法の決定、栄養補助食品の選択、食事形態(普通食・きざみ食・とろみ食など)の提言、テクスチャー(口当たり・歯ごたえ・舌触りなど)の提言、水分管理の評価、経腸栄養剤における選別の提言などを実施。

予防・早期発見



適切な褥瘡管理



褥瘡の改善・治癒

誤嚥性肺炎患者に対する多職種連携

誤嚥性肺炎患者は、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、経口摂取を開始することが重要

- 入院時に禁食となった65歳以上誤嚥性肺炎患者のうち、入院1～3日目に食事が開始されたのは、34.1%

出典: Archives of Gerontology and Geriatrics 2021;95:104398

- 禁食下では、摂食嚥下機能悪化、栄養量不足、口腔内不衛生などが懸念される

出典: Geriatr. Med. 55(11):1239-1241,2017

- 誤嚥性肺炎患者で、摂食嚥下機能評価等を行わず禁食としていた群は、早期経口摂取群と比較すると、入院中の摂食嚥下機能の低下、在院日数の延長、死亡率の増加がみられた

出典: Clinical Nutrition 35 (2016) 1147e1152

- 経口摂取ができていて、誤嚥性肺炎による入院後に禁食管理となった高齢患者の4割以上が、30日以内に3食経口摂取を再開できていない

出典: Geriatr Gerontol Int. 2016 [PMID: 25953259]

- 誤嚥性肺炎患者に対し、医師が入院早期に摂食嚥下機能評価を指示し、多職種による早期介入(口腔ケア、姿勢調整、呼吸ケア、栄養ケア、食事介助、食事の段階的ステップアップ等)を行った場合、①在院日数を短縮し、②退院時経口摂取率を高める可能性が示唆された

出典: 日摂食嚥下リハ会誌 24(1):14-25, 2020

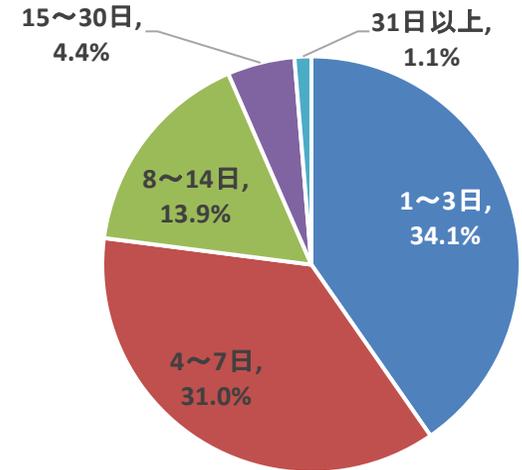


図 禁食から食事が開始された時期
(n = 72,315)

リハビリテーション実施計画書（医療）

(別紙様式21)

リハビリテーション実施計画書			
患者氏名	性別 (男・女) 年齢 (歳)	計画開始年月日 (年 月 日)	発症日・手術日 (年 月 日)
担当病名	治療内容	リハ開始日 (年 月 日)	
併存疾患・合併症	安定度・リスク	薬品・特記事項	
心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載			
<input type="checkbox"/> 呼吸障害 (JCS・GCS)) <input type="checkbox"/> 呼吸機能障害) <input type="checkbox"/> 脱酸素療法 ()L/min) 気切) 人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 循環障害) <input type="checkbox"/> EF ()%) <input type="checkbox"/> 不整脈 (有・無)) <input type="checkbox"/> 危険因子) <input type="checkbox"/> 高血圧症) <input type="checkbox"/> 脳血管障害) <input type="checkbox"/> 糖尿病) <input type="checkbox"/> 虚脱) <input type="checkbox"/> 肥満) <input type="checkbox"/> 高尿酸血症) <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病) <input type="checkbox"/> 家族歴) <input type="checkbox"/> 狭心症) <input type="checkbox"/> 陈旧性心筋梗塞) <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 採食低下障害 ()) <input type="checkbox"/> 栄養障害 ()) <input type="checkbox"/> 排泄機能障害 ()) <input type="checkbox"/> 褥瘡 ()) <input type="checkbox"/> 疼痛 ()) <input type="checkbox"/> その他 ())		<input type="checkbox"/> 関節可動域制限 ()) <input type="checkbox"/> 拘縮・変形 ()) <input type="checkbox"/> 筋力低下 ()) <input type="checkbox"/> 運動機能障害) <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> パーキンソン病) <input type="checkbox"/> 筋緊張異常 ()) <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 触覚 <input type="checkbox"/> 深部覚) <input type="checkbox"/> 音声・発話障害) <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 構音 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 認知行動障害 (<input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 遂行) <input type="checkbox"/> 精神行動障害 ()) <input type="checkbox"/> 異常関連障害 ()) <input type="checkbox"/> 記憶障害 ()) <input type="checkbox"/> 発達障害 ()) <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害)	
基本動作			
<input type="checkbox"/> 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 座位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 立位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> その他 ())			
日常生活活動(動作) (実行状況) ※印またはFIMのいずれか必ず記載			
	項目	得点	開始時→現在
運動	セルフケア	食事	FIM BI 10-5-0 → 10-5-0
		整容	5-0 → 5-0
		着脱・入浴	5-0 → 5-0
		更衣(上半身)	10-5-0 → 10-5-0
		更衣(下半身)	10-5-0 → 10-5-0
		トイレ	10-5-0 → 10-5-0
	排泄	排泄コントロール	10-5-0 → 10-5-0
		排泄コントロール	10-5-0 → 10-5-0
		ベッド、椅子、車椅子	15-10 → 15-10
	移乗	トイレ	5-0 → 5-0
		浴槽・シャワー	5-0 → 5-0
		歩行 (杖・柵具)	15-10 → 15-10
	移動	車椅子	5-0 → 5-0
		階段	10-5-0 → 10-5-0
	小計 (FIM 13-91, BI 0-100)		→
認知	コミュニケーション	→	
	社会的交流	→	
	社会認識	→	
	記憶	→	
	小計 (FIM 5-25)	→	
合計 (FIM 18-126)		→	
栄養 ※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入			
基礎情報 <input type="checkbox"/> 身長 (*1): ()cm <input type="checkbox"/> 体重: ()kg <input type="checkbox"/> BMI(*1): ()kg/m ² 栄養補給方法 (複数選択可) <input type="checkbox"/> 経口: (<input type="checkbox"/> 食卓 <input type="checkbox"/> 補助食品) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養: (<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心) <input type="checkbox"/> 胃ろう 嚥下観察の必要性: (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: (学会分類コード)) 栄養状態の評価: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 低栄養リスク <input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()) [上記で問題なし以外に該当した場合に記載] 必要栄養量 熱量: ()kcal タンパク質量: ()g 摂取栄養量 (経口・経管・経静脈栄養の合計 *1+2) 熱量: ()kcal タンパク質量: ()g *1: 身長測定が困難な場合は算可 *2: 入院履歴等で不明な場合は総摂取栄養量でも可			
社会保障サービスの申請状況 ※該当するもののみ			
<input type="checkbox"/> 要介護状態区分 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 療育手帳・支援手帳 <input type="checkbox"/> その他(他病等) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要介護状態区分 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 申請済手帳 <input type="checkbox"/> 申請済手帳 <input type="checkbox"/> 要介護状態区分 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 種 <input type="checkbox"/> 級 <input type="checkbox"/> 級 <input type="checkbox"/> 障害程度			
日産(ヶ月)		目標(終了時)	<input type="checkbox"/> 予定入院期間() <input type="checkbox"/> 退院先() <input type="checkbox"/> 長期的・継続的にケアが必要
治療方針(リハビリテーション実施方針)		治療内容(リハビリテーション実施内容)	
リハ担当医	主治医	説明を受けた人: 本人、家族 () 説明日: 年 月 日	
理学療法士	作業療法士	署名	
言語聴覚士	看護師		
管理栄養士	社会福祉士		
説明者署名			

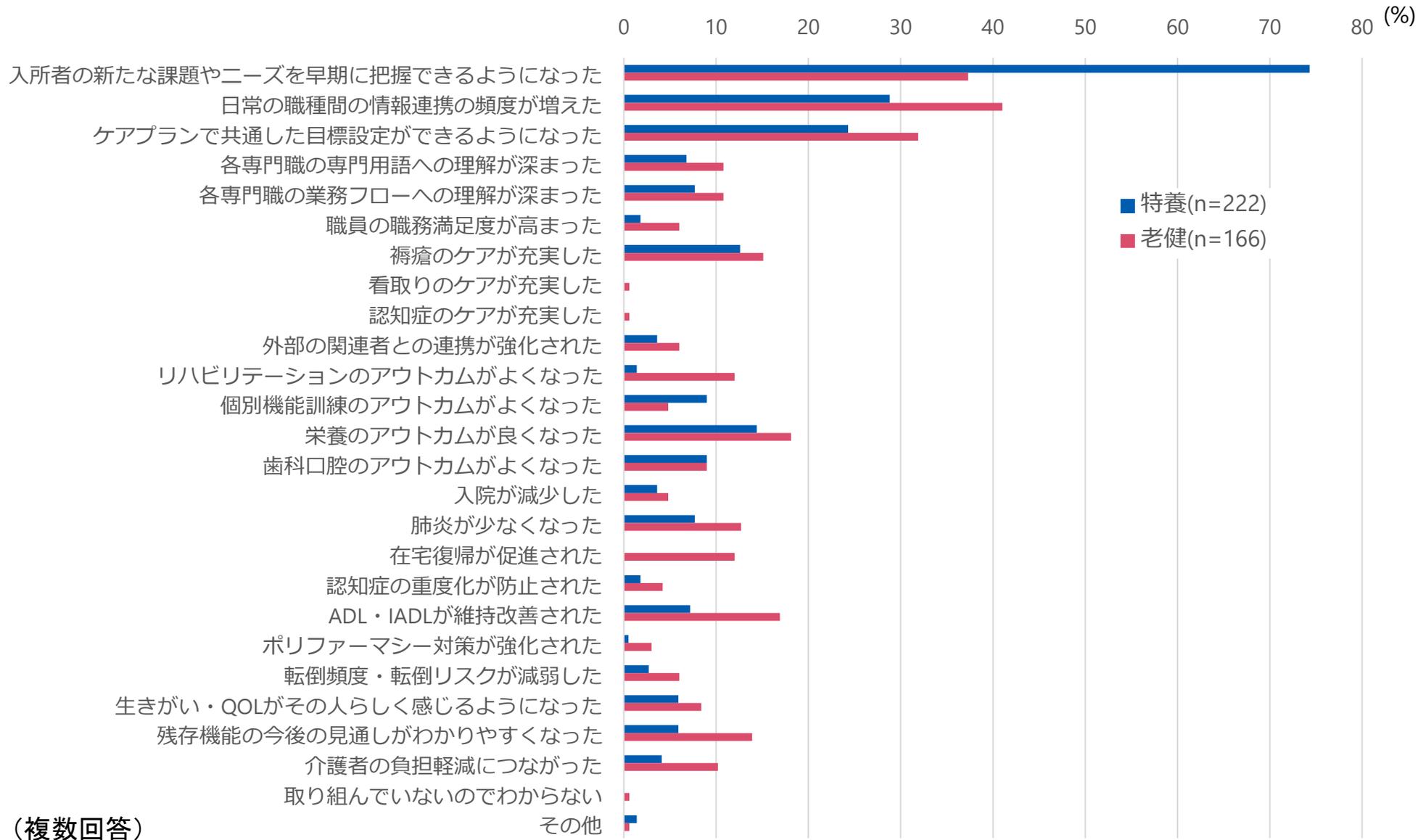
心身機能・構造

基本動作

栄養

社会保障サービスの申請状況

「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（介護保険施設）



(複数回答)

通所系サービス等における口腔・栄養スクリーニングの推進

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

<口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）> 20単位/回 ※6月に1回



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

※把握できない項目は省略可

チェックした全員の情報を文書で提供



介護支援専門員



専門職への相談提言や適切なサービスの選択

<対象サービス>

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

地域支援事業（地域支援事業交付金・重層的支援体制整備事業交付金）

令和5年度当初予算案 1,933億円（1,928億円） ※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者の社会参加・介護予防に向けた取組、配食・見守り等の生活支援体制の整備、在宅生活を支える医療と介護の連携及び認知症の方への支援の仕組み等を一体的に推進しながら、高齢者を地域で支えていく体制を構築する。



咲かそう、地域包括ケアの花！

2 事業費・財源構成

事業費

政令で定める事業費の上限の範囲内で、介護保険事業計画において地域支援事業の内容・事業費を定めることとなっている。

【事業費の上限】

- ① 介護予防・日常生活支援総合事業
「事業移行前年度実績」×「75歳以上高齢者の伸び率」
※ 災害その他特別な事情がある場合は、個別協議を行うことが可能
- ② 包括的支援事業・任意事業
「26年度の介護給付費の2%」×「65歳以上高齢者の伸び率」

財源構成

- ① 介護予防・日常生活支援総合事業
1号保険料、2号保険料と公費で構成
(介護給付費の構成と同じ)
- ② 包括的支援事業・任意事業
1号保険料と公費で構成
(2号は負担せず、公費で賄う)

	①	②
国	25%	38.5%
都道府県	12.5%	19.25%
市町村	12.5%	19.25%
1号保険料	23%	23%
2号保険料	27%	-

3 実施主体・事業内容等

実施主体

市町村

事業内容

高齢者のニーズや生活実態等に基づいて総合的な判断を行い、高齢者に対し、自立した日常生活を営むことができるよう、継続的かつ総合的にサービスを提供する。

① 介護予防・日常生活支援総合事業

要支援者等の支援のため、介護サービス事業所のほかNPO、協同組合、社会福祉法人、ボランティア等の多様な主体による地域の支え合い体制を構築する。あわせて、住民主体の活動等を通じた高齢者の社会参加・介護予防の取組を推進する。

ア 介護予防・生活支援サービス事業

訪問型サービス、通所型サービス、その他生活支援サービス、
介護予防ケアマネジメント

イ 一般介護予防事業

介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、
一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業

② 包括的支援事業

地域における包括的な相談及び支援体制や在宅と介護の連携体制、認知症高齢者への支援体制等の構築を行う。

ア 地域包括支援センターの運営

介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援業務、権利擁護業務、
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

イ 社会保障の充実

在宅医療・介護連携の推進、生活支援の充実・強化、認知症施策の推進、
地域ケア会議の開催

③ 任意事業

地域の実情に応じて必要な取組を実施。

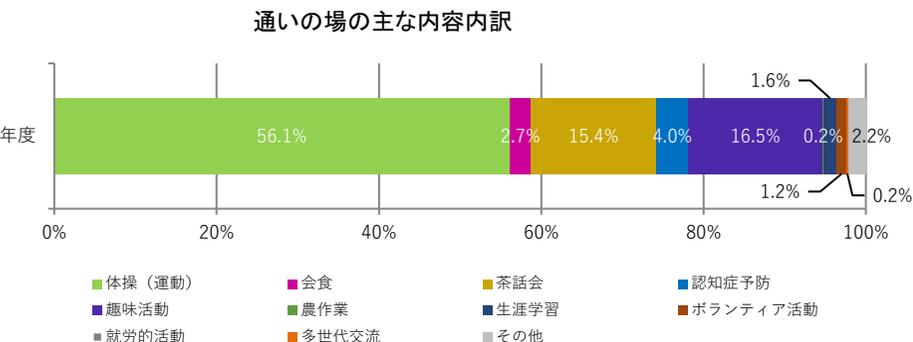
介護給付費等費用適正化事業、家族介護支援事業 等

住民主体の通いの場等（地域介護予防活動支援事業）

- 住民主体の通いの場の取組について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進。
- 通いの場の数や参加率は令和元年度まで増加傾向であったが、令和2年度は減少。取組内容としては体操、趣味活動、茶話会の順で多い。



※()内の数値は運営主体が住民のもの。令和元年度までは全て住民主体。



(介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(令和2年度実施分)に関する調査)

(参考)事業の位置づけ:介護予防・日常生活支援総合事業

- 介護予防・生活支援サービス事業
- 一般介護予防事業
 - ・ 地域介護予防活動支援事業
 - ・ 地域リハビリテーション活動支援事業 等

【財源構成】

国:25%、都道府県:12.5%、市町村12.5%
1号保険料:23%、2号保険料:27%

短期集中予防サービス（サービスC）について

地域支援事業実施要綱（抜粋）

（イ）訪問型サービス

④保健・医療の専門職により提供される、3～6か月の短期間で行われるサービス（以下「訪問型サービスC」という。）

（b）サービス内容

特に閉じこもり等の心身の状況のために通所による事業への参加が困難で、訪問による介護予防の取り組みが必要と認められる者を対象に、保健・医療専門職がその者の居宅を訪問して、その生活機能に関する問題を総合的に把握、評価し、社会参加を高めるために必要な相談・指導等を実施する短期集中予防サービスである。その際、サービス終了後も引き続き活動や参加が維持されるよう、地域の通いの場や通所型サービス等社会参加に資する取組に結びつくよう配慮すること。また、当該サービスは、効果的な取り組みができると判断される場合には、通所型サービスCと組み合わせる実施することができる。

なお、当該サービスにおける保健・医療専門職とは、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等である。

（ウ）通所型サービス

④保健・医療の専門職により提供される、3～6か月の短期間で行われるサービス（以下「通所型サービスC」という。）

（b）サービス内容

個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の生活行為に支障のある者を対象に、保健・医療の専門職が、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切な評価のための訪問を実施した上で、おおよそ週1回以上、生活行為の改善を目的とした効果的な介護予防プログラムを実施する、短期集中予防サービスである。単に高齢者の運動機能や栄養といった心身機能にだけアプローチするのではなく、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたものとするにより、サービス利用の結果、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加につなげるものであること。その際、サービス終了後も引き続き活動や参加が維持されるよう、地域の通いの場等への参加に結びつくよう配慮すること。また、当該事業は、効果的な取り組みができると判断される場合には、訪問型サービスCと組み合わせる実施することができる。

なお、当該サービスにおける保健・医療専門職とは、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等である。

地域リハビリテーション活動支援事業の概要

- 地域における介護予防の取組を機能強化するため、地域ケア会議、通所・訪問介護事業所、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進
- 市町村は、郡市区等医師会等の関係団体と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、リハビリテーション専門職を安定的に派遣できる体制を構築するとともに、関係機関の理解を促進

地域ケア会議への参画等



自立支援のプロセスを参加者全員で共有し、個々人の介護予防ケアマネジメント力の向上を目指す

訪問・通所介護職員等への助言

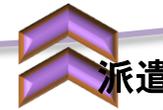


介護職員等への助言などを実施することで、通所や訪問介護における自立支援に資する取組を促進

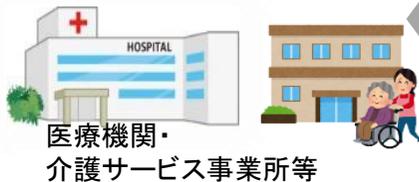
住民運営の通いの場への支援



介護予防に資するような通いの場の地域展開を、専門的な観点から支援



地域包括支援センター



医療機関・介護サービス事業所等

連携

リハビリテーションに関連する専門職等



企画調整を連携し実施

郡市区等医師会等関係団体

市役所
市町村

市町村における総合事業へのリハビリ専門職の確保について

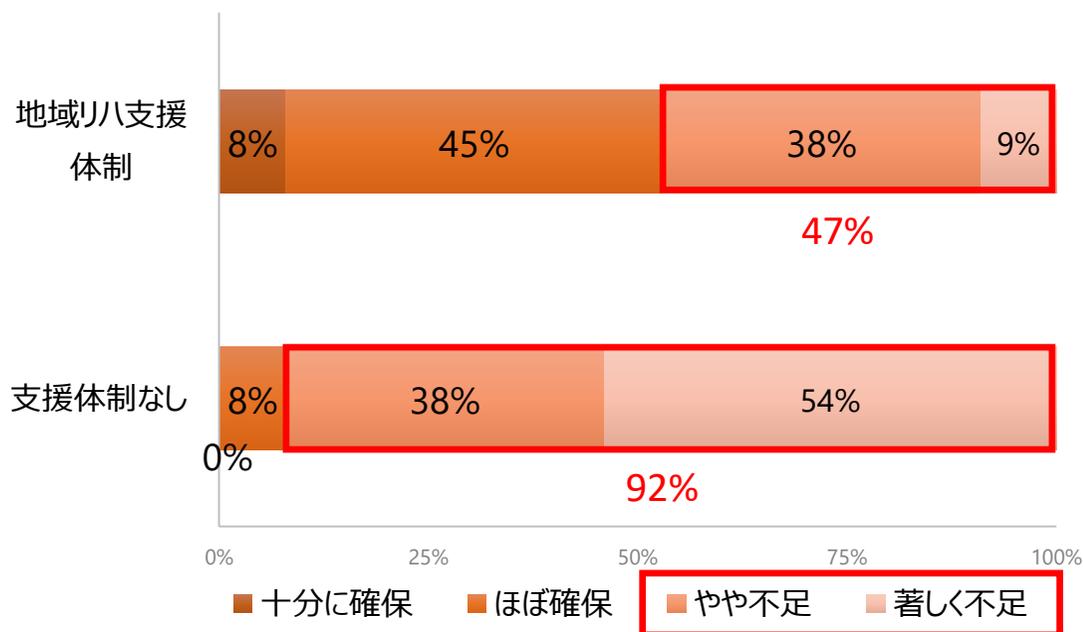
- 地域リハビリテーション活動支援事業は74.2%の市町村で実施されている。
- 総合事業へのリハビリ専門職について、地域リハ支援体制が整備されている市町村においては約半数、地域リハ支援体制がない市町村においては約9割が十分に確保できていない。

地域リハビリテーション活動支援事業の実施状況

	有	無	計
実施市町村数(市町村)	1,292	449	1,741
割合[%]	[74.2%]	[25.8%]	[100.0%]

令和2年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査

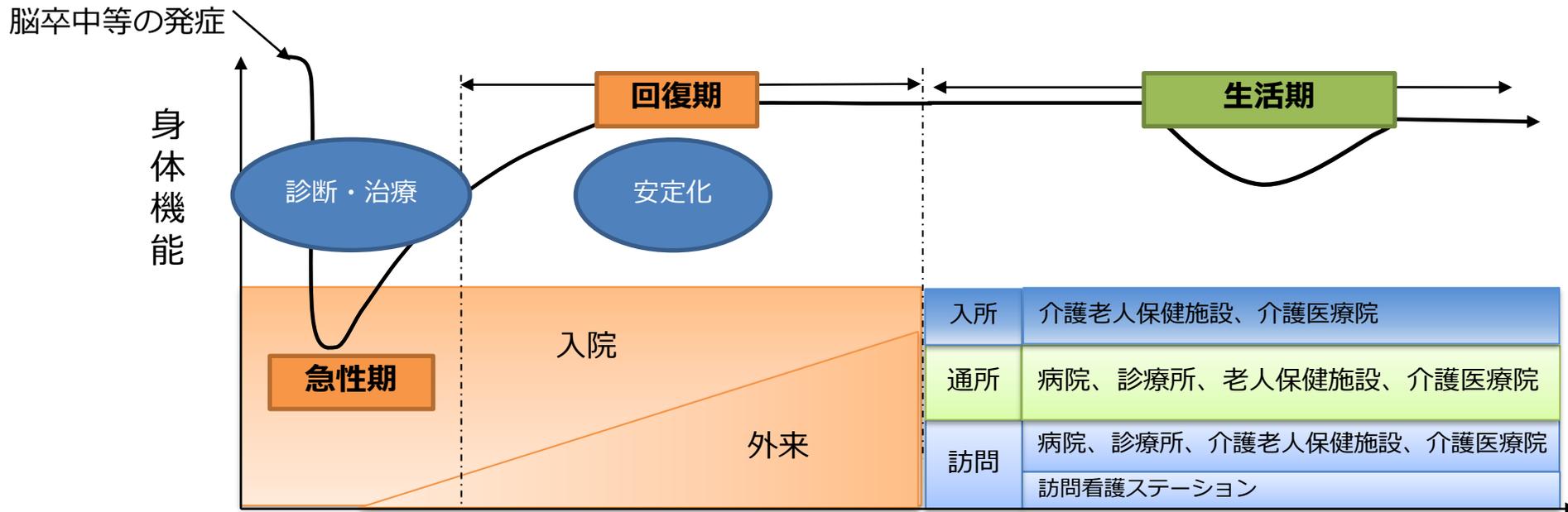
総合事業へのリハビリ専門職の確保状況



訪問・通所リハビリテーションの実態調査事業、全国老人保健施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会 合同事業、2017

1. リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組
2. リハビリテーション
3. 口腔
4. 栄養

リハビリテーションの役割分担（イメージ）



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

維持期・生活期のリハビリテーションへの対応①

維持期・生活期リハビリテーションに係る見直し

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

医療・介護間でのリハビリテーションに係る情報共有の推進

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

（新） リハビリテーション計画提供料1 275点

（新） 電子化連携加算 5点

[リハビリテーション計画提供料1の算定要件]

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

診療報酬改定と介護報酬改定の共通の対応

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

医療・介護の役割分担と連携の一層の推進①

(平成30年度介護報酬改定)

- リハビリテーションに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハビリテーション計画書の様式を互換性を持ったものにする。

通所リハビリテーション

- 診療報酬改定における対応を鑑みながら、医療保険のリハビリテーションを提供している病院、診療所が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、新たな設備や人員、器具の確保等が極力不要となるよう、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の面積・人員・器具の共用に関する要件を見直し、適宜緩和することとする。

	平成30年度介護報酬改定以前	見直しの内容(注)
面積要件	介護保険の利用定員と医療保険の患者数の合計数 × 3㎡ 以上 を満たしていること	常時、介護保険の利用者数 × 3㎡ 以上 を満たしていること
人員要件	同一職種の従業者と交代する場合は、医療保険のリハビリテーションに従事することができる。	同じ訓練室で実施する場合には、医療保険のリハビリテーションに従事することができる。
器具の共有	1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションの場合は、必要な器具の共用が認められる。	サービス提供の時間にかかわらず、医療保険・介護保険のサービスの提供に支障が生じない場合は、必要な器具の共用が認められる。

注 面積要件・人員要件の見直しは、1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションに限る。

医療・介護の役割分担と連携の一層の推進②

(平成30年度介護報酬改定)

- リハビリテーションに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハビリテーション計画書の様式を互換性を持ったものにする。

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

- 医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設けることとする。
- 指定（介護予防）訪問・通所リハビリテーション事業所が、医療機関から当該様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。

医療保険 疾患別リハビリテーション

目標設定等支援・管理料
「目標設定等支援・管理シート」

- 算定要件：要介護被保険者等に対し、多職種が共同して、患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付け等を行った場合に算定
- 文書の内容：発症からの経過、ADL評価、リハビリテーションの目標、心身機能・活動及び社会参加に関する見通し（医師の説明、患者の受け止め）、介護保険のリハビリテーションの利用の見通し 等

介護保険 通所リハビリテーション

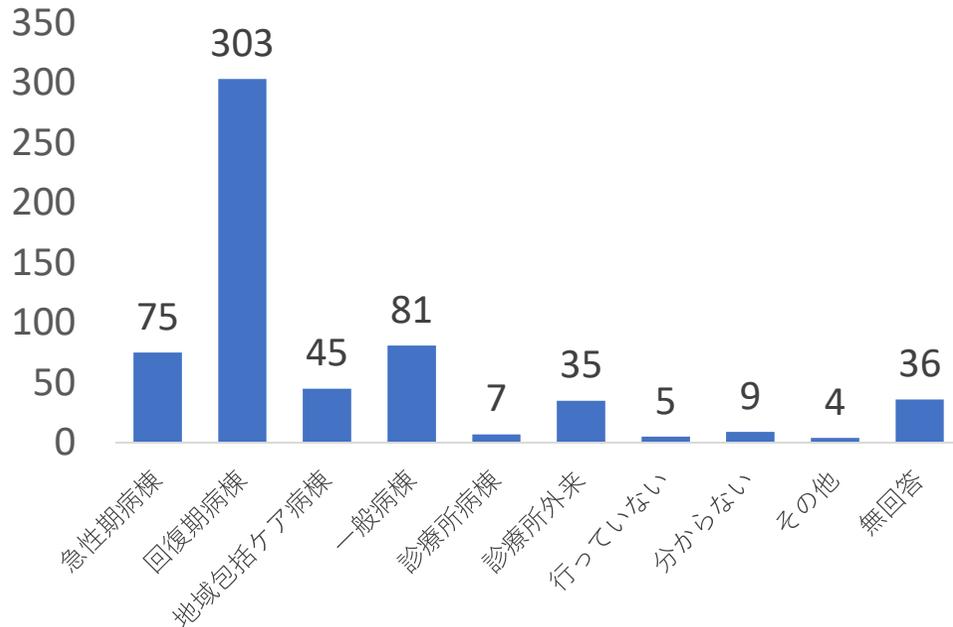
リハビリテーションマネジメント加算
「リハビリテーション計画書」

- 算定要件：多職種が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定
- 文書の内容：利用者と家族の希望、健康状態（原疾患名、経過）、参加の状況、心身機能の評価、活動の評価（改善の可能性）、リハビリテーションの目標と具体的支援内容、他職種と共有すべき事項 等

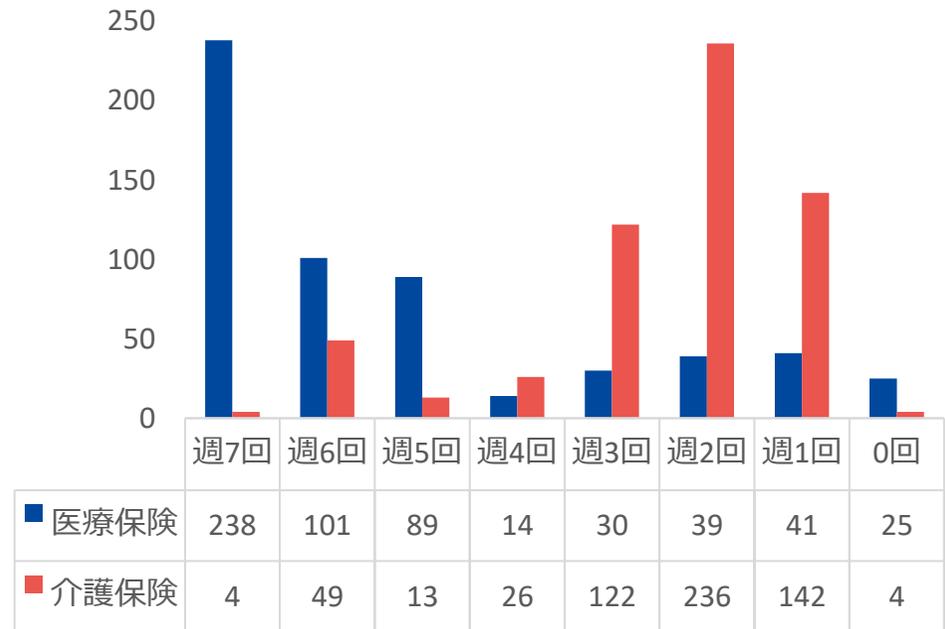
疾患別リハビリテーションから 介護保険におけるリハビリテーションへの移行について

- 診療報酬における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへの移行についての調査において、最後に疾患別リハビリを提供されていた場所は回復期リハビリテーション病棟が最多であった。
- 疾患別リハビリテーションの方が介護保険におけるリハビリテーションより提供頻度が多かった。

最後に疾患別リハビリテーション（診療報酬）を
提供されていた場所



リハビリテーションの頻度
(平均週回数, n=600)

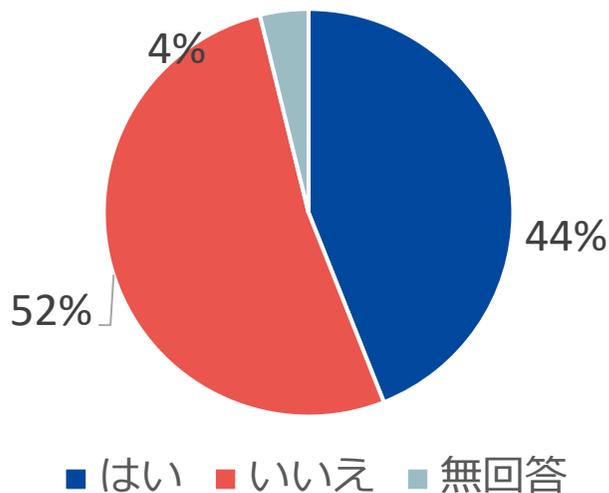


(対象) 疾患別リハビリテーション治療が終了3月以内に、介護保険の訪問リハ・通所リハ・老健のリハを利用中の要介護者
 (方法) リハビリテーションマネジメントの提供状況に対するアンケート調査 期間：2020年10月～2021年1月
 (回収率) 600部/1370部 (回収率43.9%)

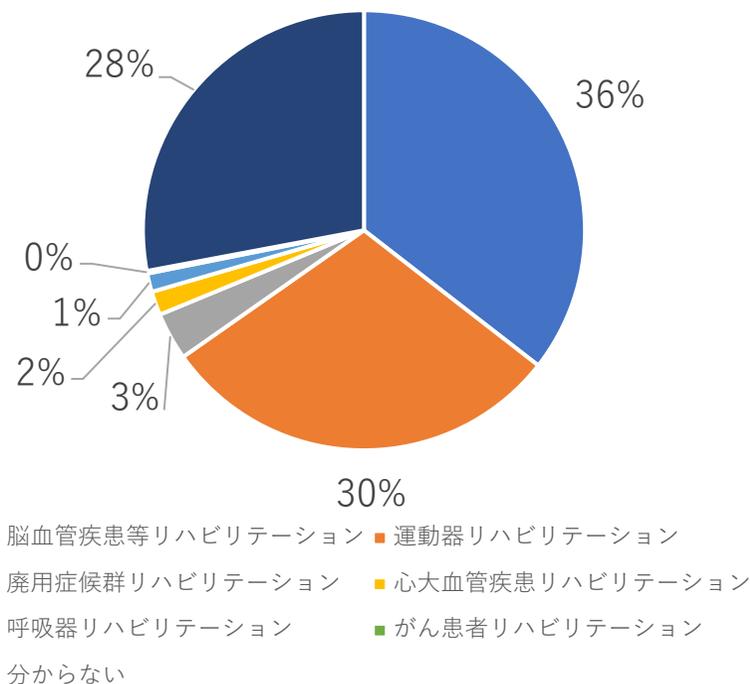
疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

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

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



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



医療機関からリハビリテーション実施計画書を入手したか

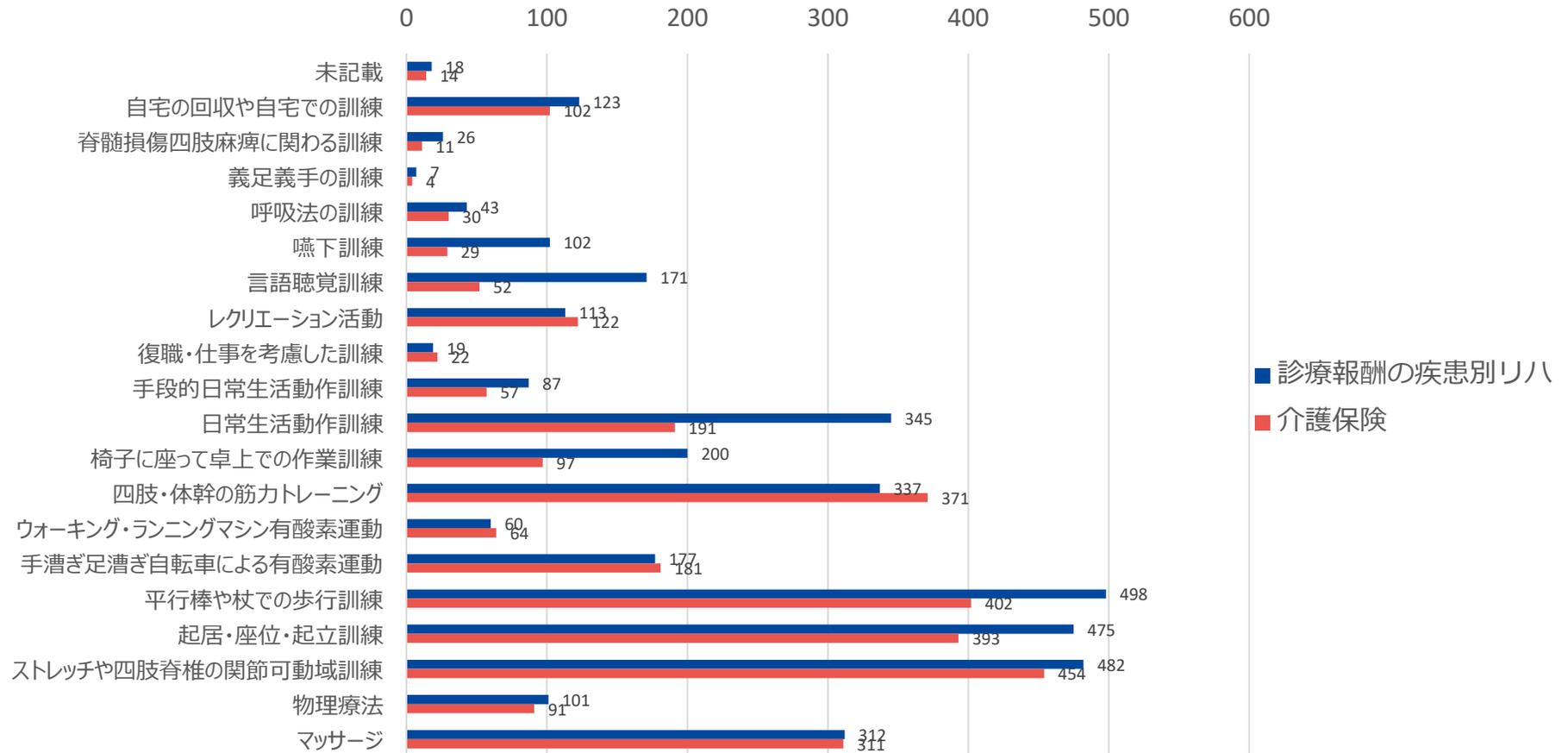
		はい	いいえ	p-value*
		215	181	<0.001
同一医療法人	はい	54.3%	45.7%	
または関連医療機関	いいえ	48	131	
からの紹介		26.8%	73.2%	

*Fisherの正確検定

疾患別リハビリテーションと 介護保険におけるリハビリテーションにおける訓練内容の比較

- 診療報酬における疾患別リハビリテーションと比べ、介護保険におけるリハビリテーションでは、レクリエーション活動、四肢・体幹の筋力トレーニングが多く、嚥下訓練、言語聴覚訓練、ADL訓練、卓上での作業訓練、歩行訓練、起居・座位・起立訓練が少なかった。

疾患別リハビリテーション（診療報酬）と介護保険におけるリハビリテーションにおける訓練内容の比較



リハビリに関わる医師の定期的診察によるADL変化について

○ 回復期リハ病棟の退院後の、リハ専門職によるリハビリを受けていない患者に対し、リハに関わる医師による定期的診察がない場合と比較した場合に有意にADLが改善していた。

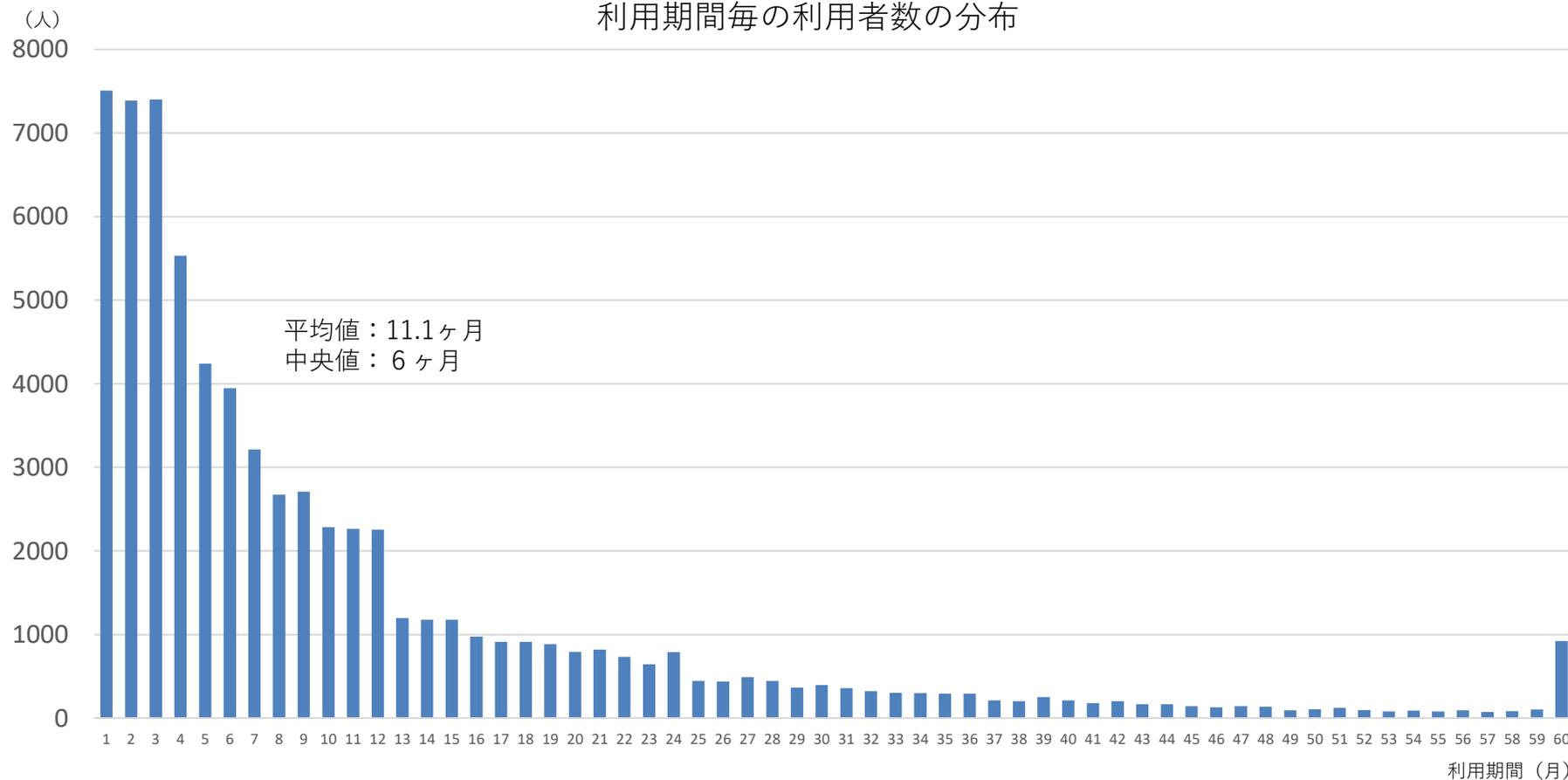
n	リハビリテーションに関わる 医師診察あり 33	リハビリテーションに関わる 医師診察なし 132	P
年齢	76.1 ± 14.5	75.2 ± 14.8	0.754
女性 (%)	23 (70)	70 (53)	0.116
原因疾患 (%)			0.142
脳血管疾患	12 (36)	69 (52)	
整形外科	15 (46)	51 (39)	
廃用症候群	6 (18)	12 (9.1)	
FIM合計利得	3.4 ± 11.1	-0.44 ± 7.1	0.017
FIM運動利得	2.8 ± 9.6	-0.4 ± 6.5	0.024
FIM認知利得	0.6 ± 1.7	0 ± 1.3	0.023

平均 ± 標準偏差またはN (%)

- リハビリテーションに関わる医師 内科疾患等を診る医師（主治医やかかりつけ医）とは別に、リハビリテーションの指示・計画を立て定期的に評価し、見直すような医師
- 調査方法 回復期リハ病棟を有する日本リハ病院施設協会会員施設に令和2年8月1日～8月31日および、令和3年8月1日～8月31日に回復期リハ病棟を退棟した患者の情報等についてEメールによる調査票配布により実施、回収を実施。

○ 介護予防訪問リハビリテーションの利用開始から終了までの期間の平均値は11.1ヶ月、中央値は6ヶ月であった。

介護予防訪問リハビリテーションにおける
利用期間毎の利用者数の分布



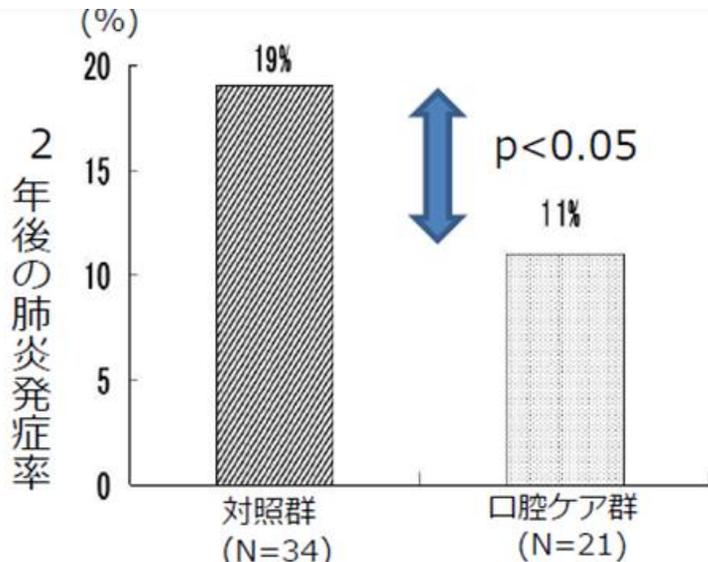
※2015年1月に該当サービスを利用開始した者の2019年12月までの5年間における、該当サービスの初回利用日から最終利用日までの継続利用期間を介護DBより任意集計。
 ※最終評価時点で利用継続している者は、最終評価時点までの利用している者と集計している（60ヶ月以上利用している者は、60ヶ月利用している者として集計している）。

1. リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組
2. リハビリテーション
3. 口腔
4. 栄養

口腔管理等による効果

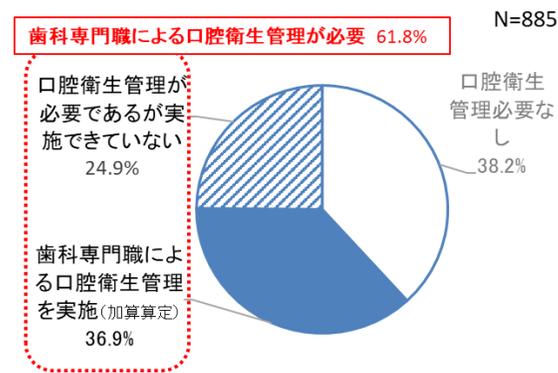
- 要介護者に対する歯科医師又は歯科衛生士による口腔の管理により、肺炎の発症率が下がることが示されている。
- 口腔衛生管理が必要であるが口腔衛生管理が行われていない者は、1年後に体重(BMI)減少がみられるリスクが、歯科専門職による口腔衛生管理が行われた者と比較して高い。

要介護者に対する肺炎発症の抑制効果



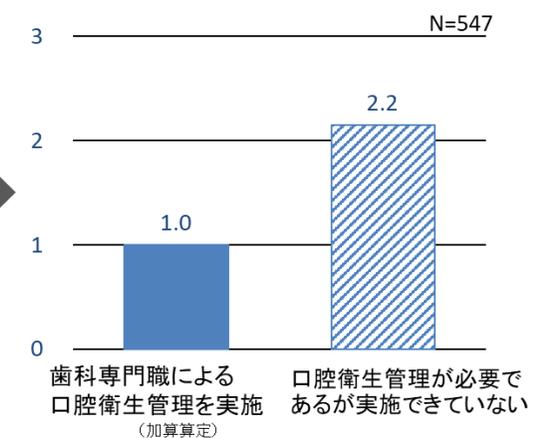
体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係

入所者の口腔衛生管理の必要性と提供状況



※ 介護保険施設の担当看護師、介護職員が回答

体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係



※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

出典: Yoneyama et al. :Lancet,1999

出典: 令和元年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

薬剤による口腔内の環境への影響

○ 薬剤の中には、唾液分泌を抑制する薬剤や、歯肉炎、顎骨壊死の原因となる薬剤がある。

口腔内に影響を及ぼす代表的な薬剤

口腔内環境への影響	薬効分類等	一般名
唾液分泌抑制 (口腔乾燥、衛生状態の悪化、 摂食嚥下の困難さ増大等) 	鎮痙剤、吸入薬(末梢性抗コリン薬)	アトロピン、臭化ブチルスコポラミン、チオトロピウム
	パーキンソン病治療薬(中枢性抗コリン薬)	トリヘキシフェニジル
	抗うつ薬(三環系抗うつ薬、定型抗精神薬)	イミプラミン、アミトリプチン
	抗アレルギー薬(第1世代抗ヒスタミン薬)	クロルフェニラミン、ジフェンヒドラミン
	利尿薬	フロセミド
薬物性歯肉増殖症 (口腔内の炎症、衛生状態の悪化等) 	抗てんかん薬(ヒダントイン系薬)	フェニトイン
	降圧剤(カルシウムチャネル拮抗薬)	ニフェジピン
	免疫抑制剤(カルシニューリン阻害薬)	シクロスポリン
顎骨壊死 (疼痛、感染症リスクの増加等) 	ビスホスホネート系薬剤 (骨吸収抑制剤、骨粗鬆症治療剤等)	ゾレドロン酸水和物、パミドロン酸二ナトリウム アレンドロン酸ナトリウム水和物、リセドロン酸ナトリウム水 和物、エチドロン酸二ナトリウム

出典: 薬剤と口腔機能 日補綴会誌AnnJpan Prosthodont Soc 12:330-336,2020

口腔乾燥症の病態と治療 日補綴会誌AnnJpan Prosthodont Soc 7:136-141,2915

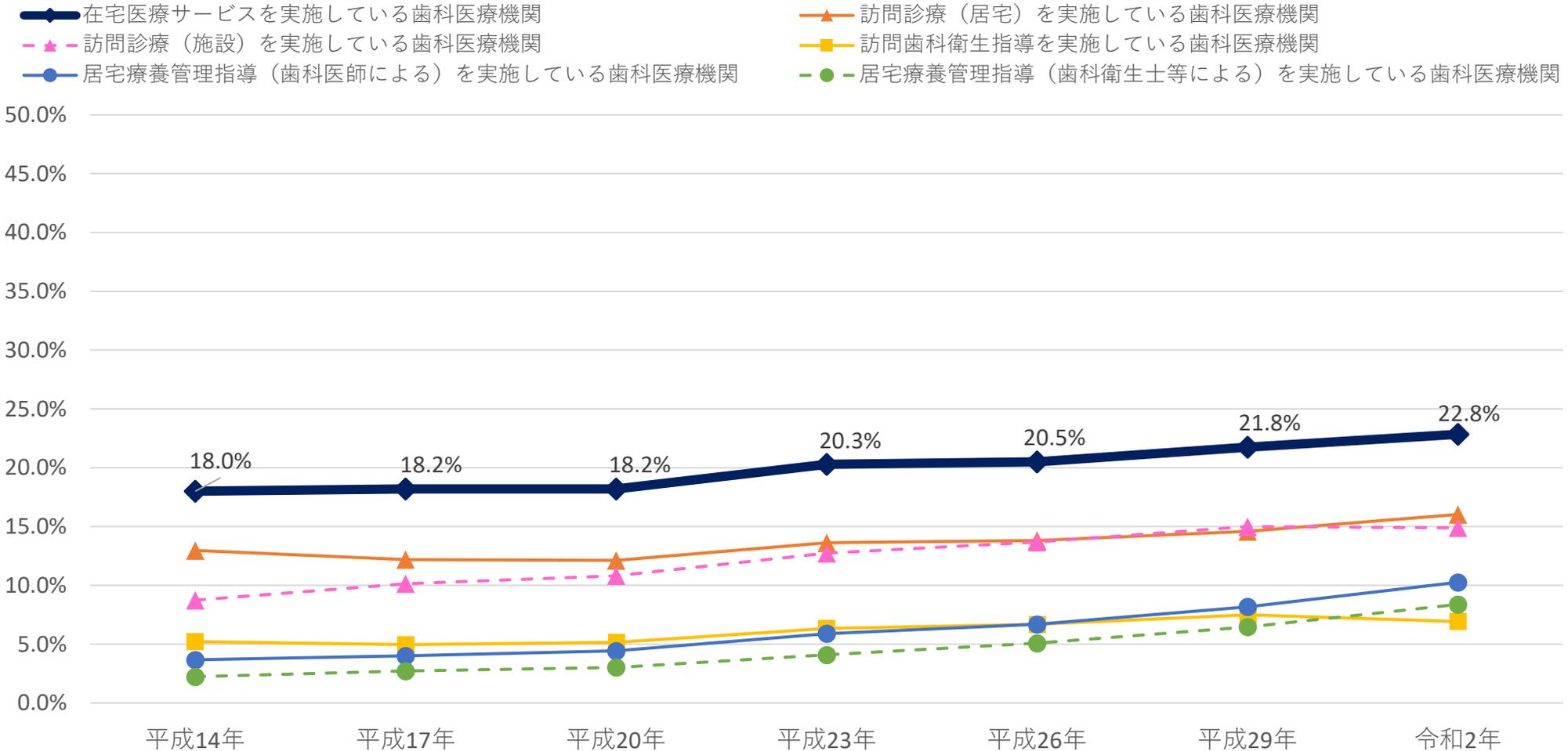
歯周治療のガイドライン2022

顎骨壊死検討委員会ポジションペーパー2023(日本口腔外科学会、日本骨粗鬆症学会、日本病院薬剤師会、日本歯科放射線学会、日本臨床口腔病理学会、日本骨代謝学会)

口腔機能低下症に関する基本的な考え方(令和2年3月日本歯科医学会) より作製

在宅医療サービスを実施している歯科医療機関の割合

○ 在宅医療サービス(訪問診療(居宅)、訪問診療(施設)、訪問歯科衛生指導、居宅療養管理指導(歯科医師)、居宅療養管理指導(歯科衛生士等)のいずれか)を実施する歯科医療機関の割合は、令和2年では歯科医療機関全体の約2割である。



出典：医療施設調査

※各調査年9月に、実施件数が1以上の歯科医療機関の割合

※令和2年の在宅医療サービスを実施している歯科医療機関の割合、訪問診療(施設)を実施している歯科医療機関の割合は、特別集計。

在宅における歯科医師による指導管理の実施状況

- 歯科疾患在宅療養管理料の算定回数は令和2年を除きほぼ横ばいである。
- 居宅療養管理指導費(歯科医師が行う場合)の算定回数は、緩やかに増加している。

歯科疾患在宅療養管理料

- 1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 340点
- 2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 230点
- 3 1及び2以外の場合 200点

歯科医師が、歯科訪問診療を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、患者またはその家族等の同意を得て患者の歯科疾患の状況及び合わせて実施した口腔機能評価の結果等を踏まえて管理計画を作成した場合に、月1回に限り算定する。

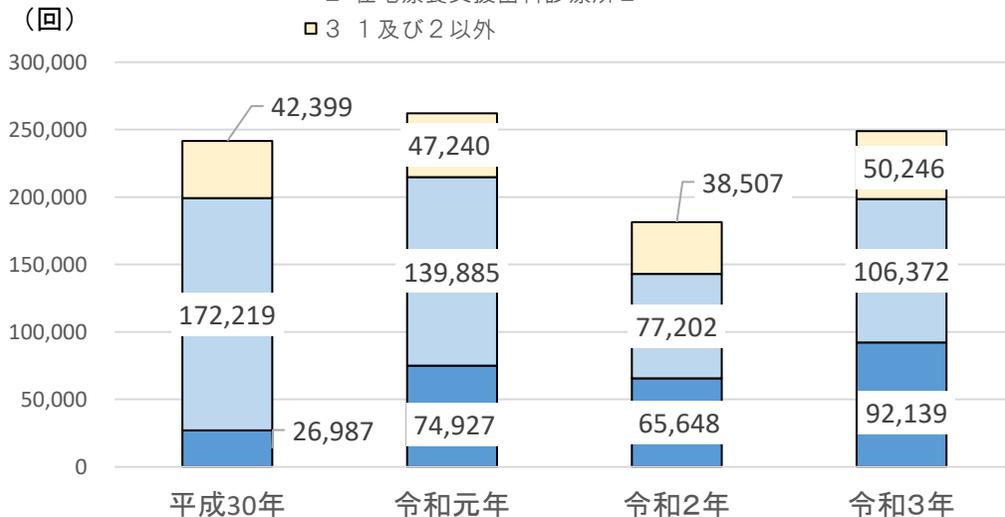
居宅療養管理指導費(歯科医師が行う場合)

- 1 単一建物居住者1人に対して行う場合 516単位/回
- 2 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 486単位/回
- 3 1及び2以外の場合 440単位/回

在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、歯科医師が、当該利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な歯科医学的管理に基づき、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要の情報提供並びに利用者またはその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に、単一建物居住者の人数に従い、1月に2回を限度として、所定単位数を算定する。

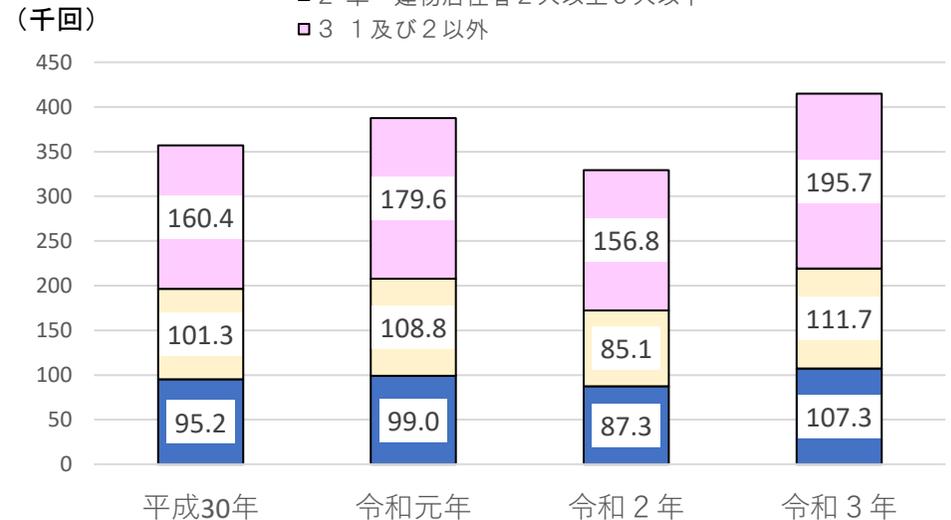
歯科疾患在宅療養管理料 算定回数

- 1 在宅療養支援歯科診療所1
- 2 在宅療養支援歯科診療所2
- 3 1及び2以外



居宅療養管理指導費(歯科医師が行う場合) 算定回数

- 1 単一建物居住者1人
- 2 単一建物居住者2人以上9人以下
- 3 1及び2以外



在宅における歯科衛生士による指導管理の実施状況

- 訪問歯科衛生指導料の算定回数は令和2年を除きほぼ横ばいである。
- 居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)の算定回数は、緩やかに増加している。

訪問歯科衛生指導料

- 1 単一建物診療患者が1人の場合 360点
- 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 328点
- 3 1及び2以外の場合 300点

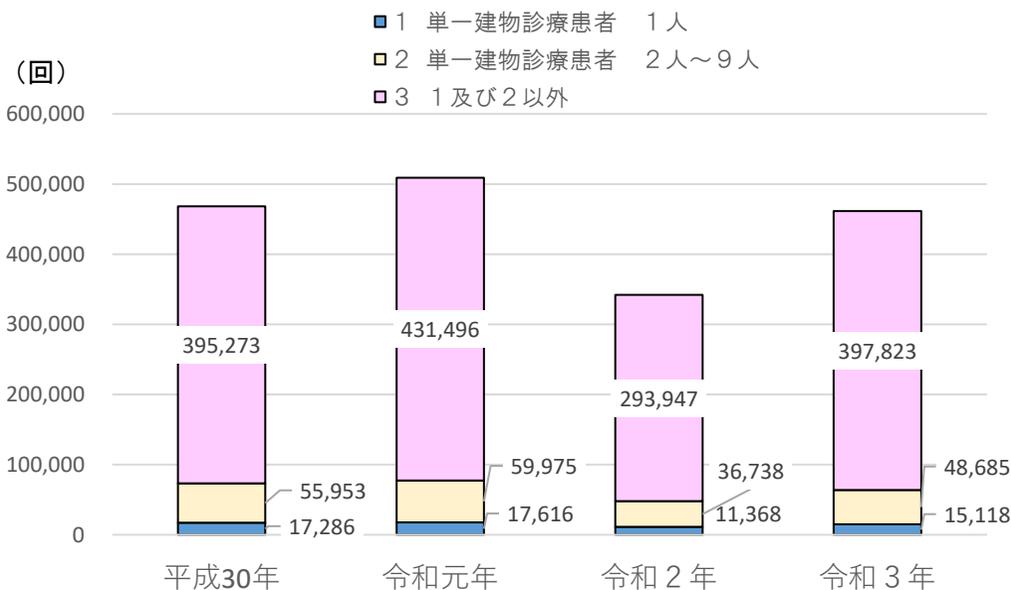
歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃(機械的歯面清掃を含む。)、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。

居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)

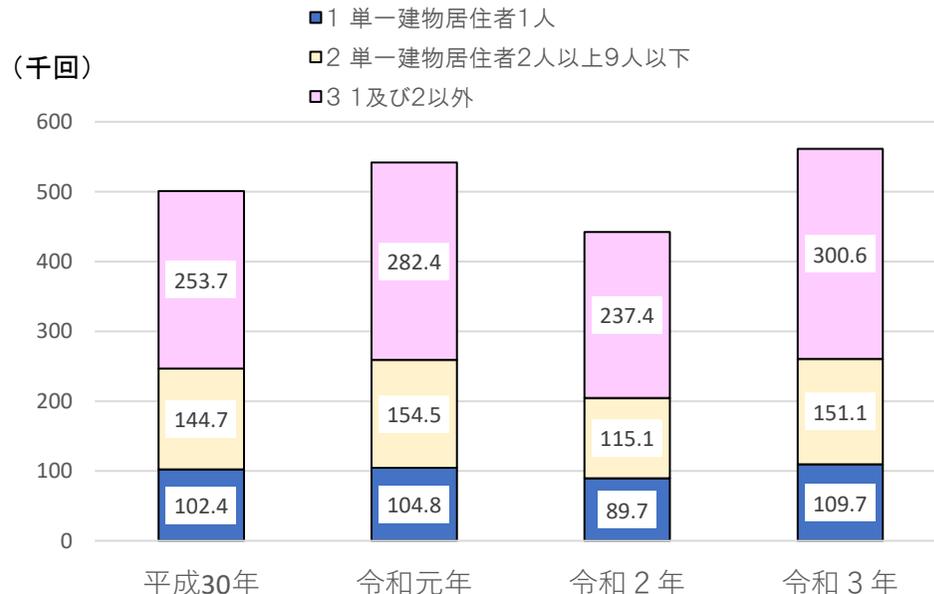
- 1 単一建物居住者1人に対して行う場合 361単位/回
- 2 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 325単位/回
- 3 1及び2以外の場合 294単位/回

在宅の利用者であって通院または通所が困難なものに対して、歯科衛生士、保健師又は看護職員が、当該利用者に対して訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、当該利用者を訪問し、実地指導を行った場合に、単一建物居住者の人数に従い、1月に4回を限度として、所定単位数を算定する。

訪問歯科衛生指導料 算定回数

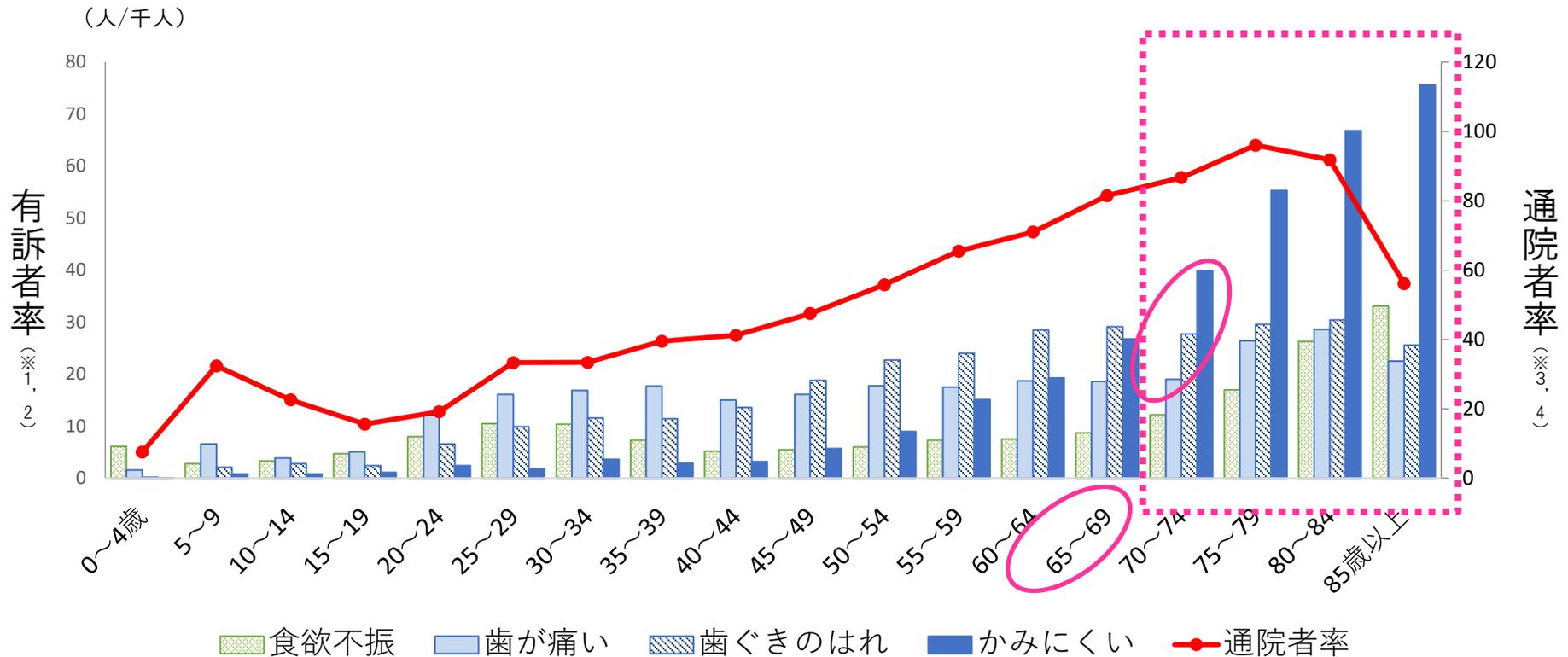


居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合) 算定回数



歯科疾患に関する有訴者率と通院者率

○ 歯の病気による通院者率は70歳から減少するが、「かみにくい」と自覚している者(有訴者率)は年齢とともに増加している。



※1: 有訴者とは、世帯員(入院者を除く。)のうち、病気やけが等で自覚症状のある者をいう。

※2: 有訴者率とは、人口千人に対する有訴者数をいう。分母となる世帯人員数には入院者を含むが、分子となる有訴者数には、入院者は含まない。

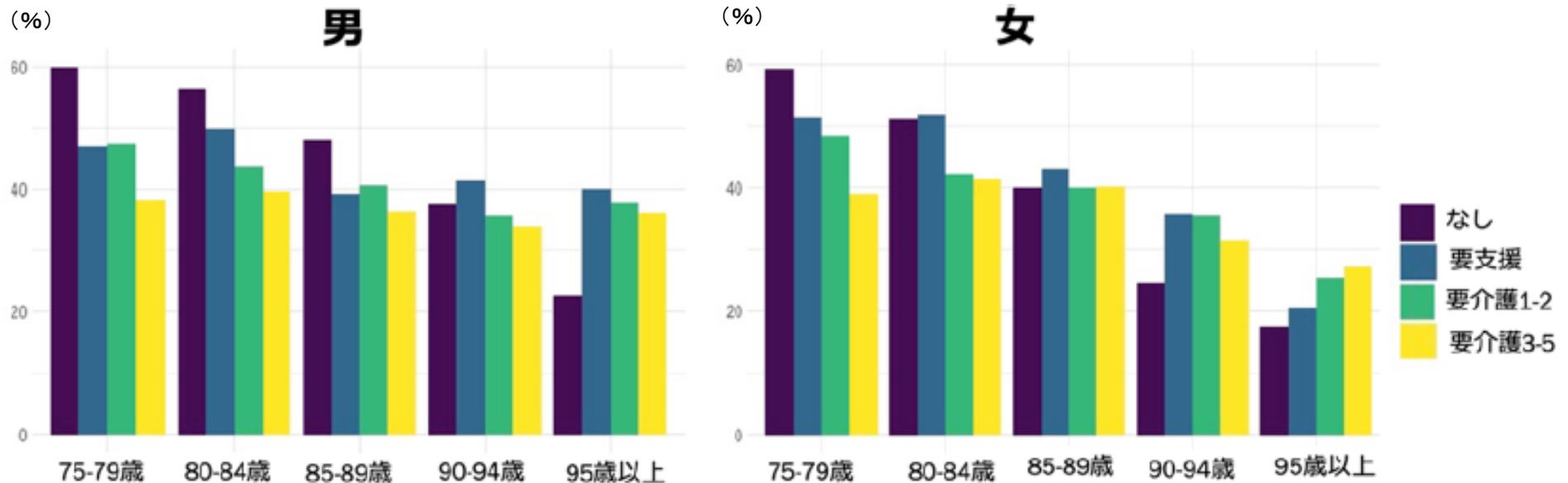
※3: 通院者とは、世帯員(入院者除く。)のうち、病気やけがで病院や診療所に通院している者をいう(訪問診療を含む)。

※4: 通院者率とは、人口千人に対する通院者数をいう。分母となる世帯人員数には入院者を含むが、分子となる通院者には、入院者は含まない。

後期高齢者の歯科受診の状況（要介護度別）

○ 年齢があがるにつれ、要支援・要介護認定を受けていない者の歯科受診の割合が低くなっている。

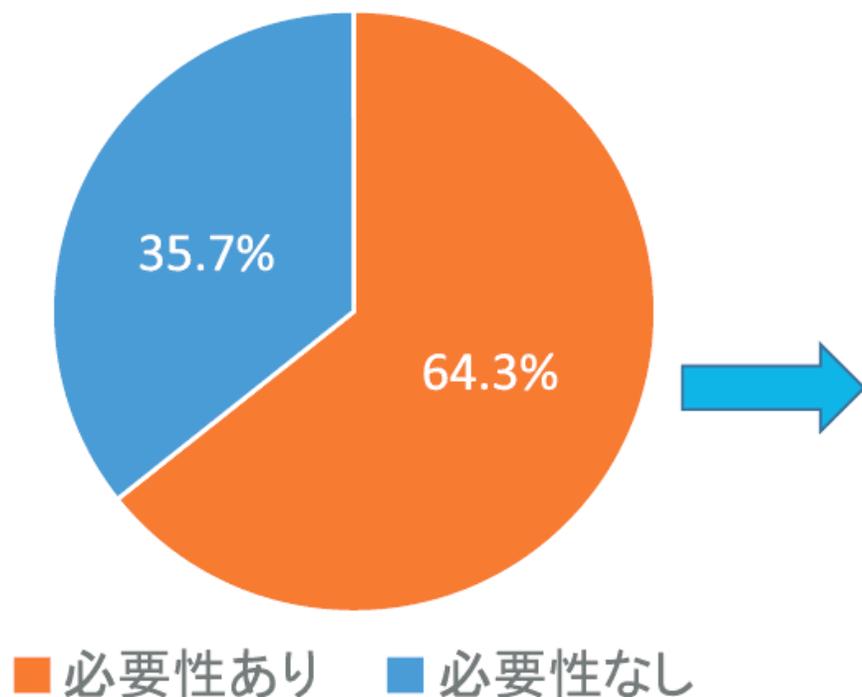
<年齢・要介護度別の歯科受診割合>



n = 27,141

- 対象：A市の75歳以上の全住民（国民健康保険又は後期高齢者医療保険に加入している住民）
- 期間：2014年4月～2019年3月の医療介護連結レセプトデータベース（医療、歯科医療、薬剤、介護のレセプトを突合）

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



歯科治療が必要な
64.3%のうち
実際に歯科治療を
受けた要介護者は
2.4%である。

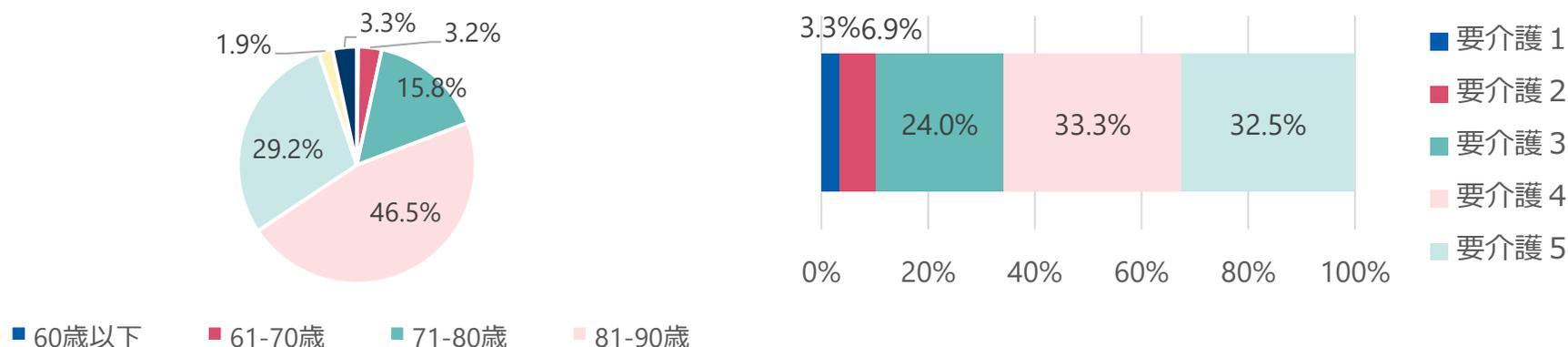
※歯科治療(義歯・う蝕・歯周疾患・粘膜疾患・保湿)の必要性の有無を歯科医師が判定

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

介護保険施設における歯科医療管理

○ 介護保険施設の入所者の歯科の受療状況について、定期的な受診を行っている者は11.4%に過ぎず、入所後1度も歯科受診の経験がない者が約3割を占めていた。

介護保険施設37施設に入所し、本人等から同意の得られた1,060人を対象に調査を実施。
(調査期間令和元年10月～令和2年2月)



歯科の受診状況	n	%
定期的を受けている	110	11.4
何かあったときに受診した経験がある	561	58.1
受診経験なし	280	29.0
必要を指摘されたことがあるが希望されない、拒否がある	14	1.5

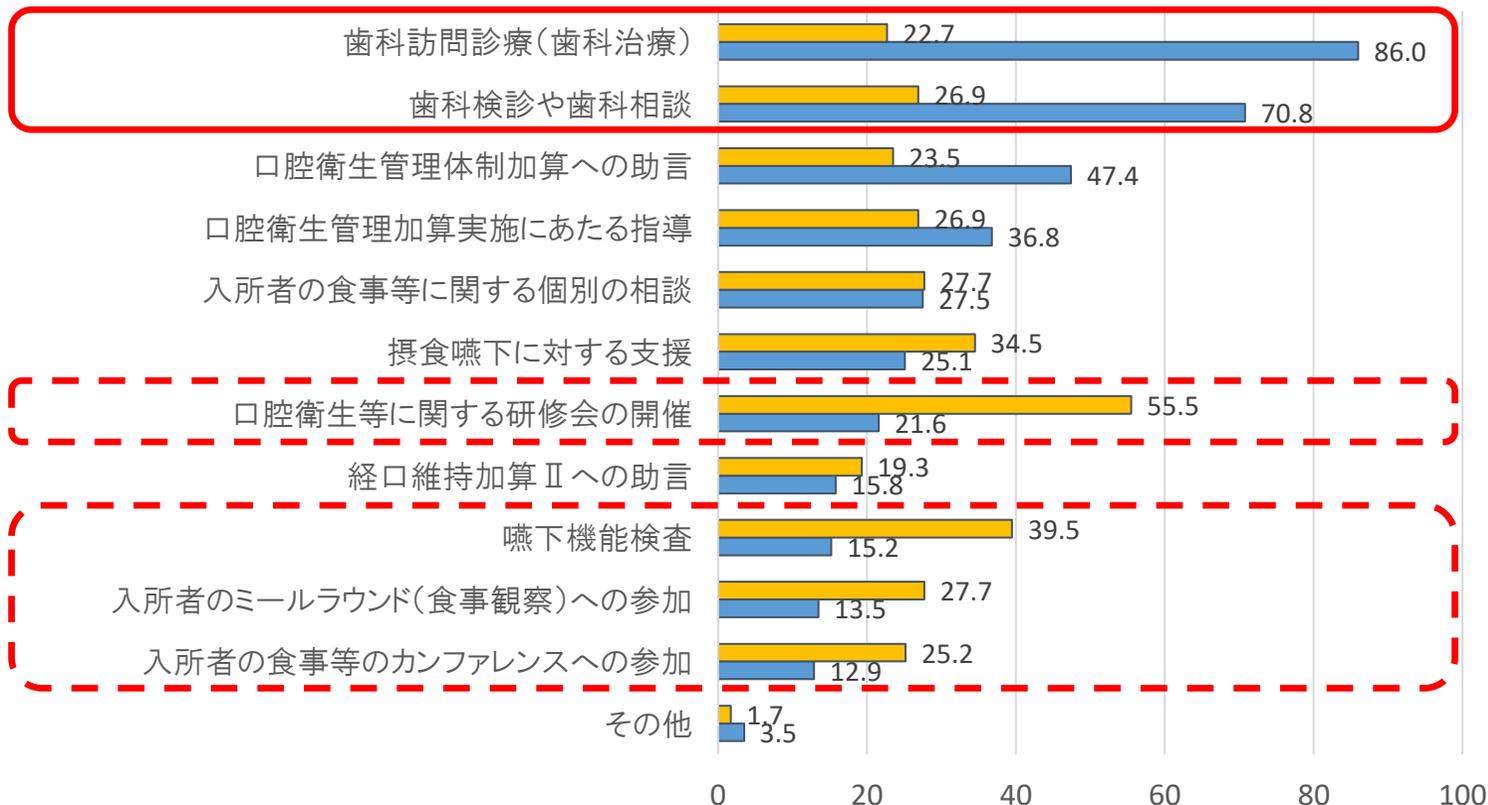
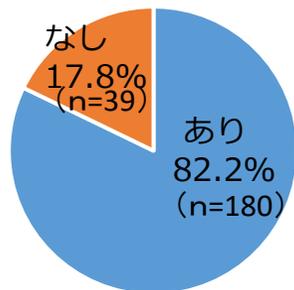
協力歯科医療機関が実施している内容、協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容

- 協力歯科医療機関を定めている介護保険施設は82.2%であった。
- 協力歯科医療機関が実施している内容として、歯科訪問診療、歯科検診や歯科相談が多かった。
- 協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容としては、口腔衛生管等に関する研修会や、摂食嚥下に関する内容が多かった。

協力歯科医療機関の有無

協力歯科医療機関が実施している内容・実施してもらいたい内容(複数回答)

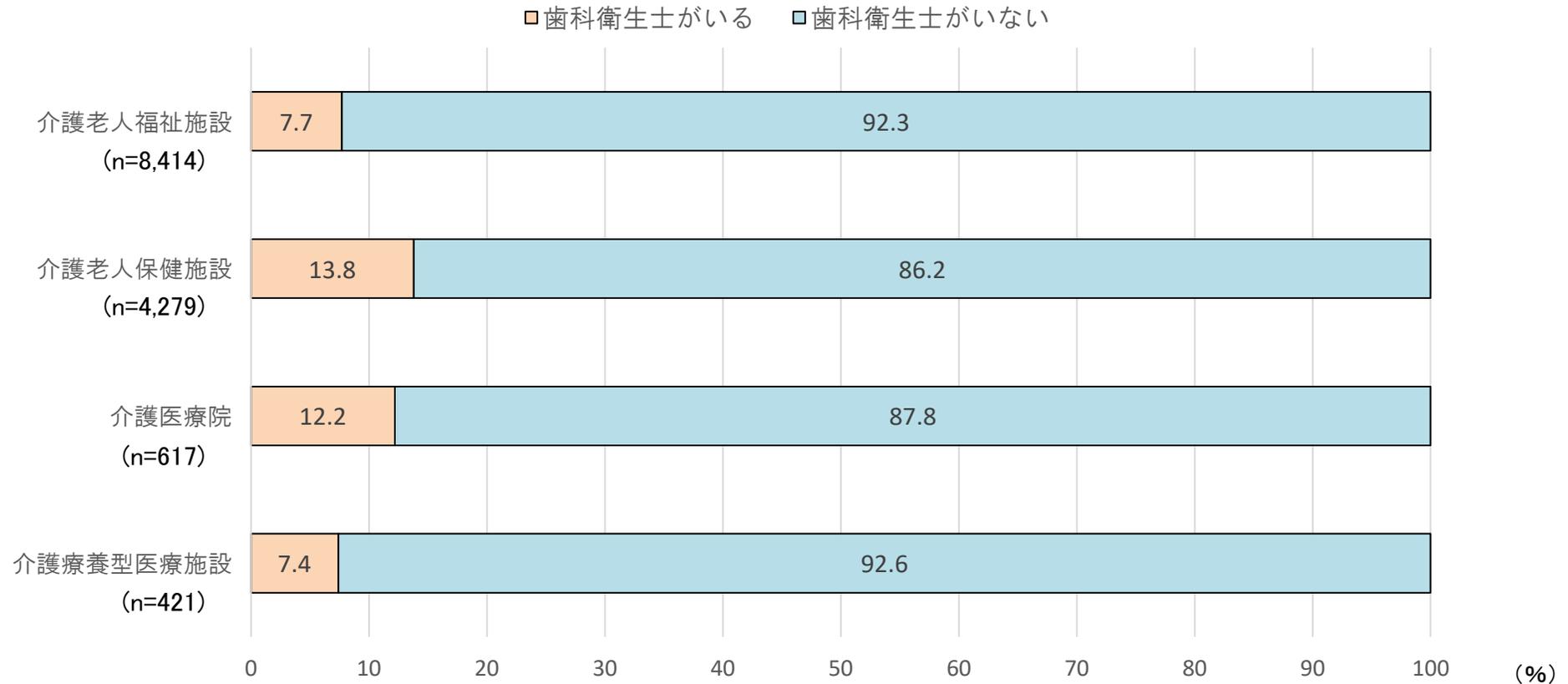
■ 協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容(n=119)
 ■ 協力歯科医療機関が実施している内容(n=171)



※介護保険施設に対し、協力歯科医療機関が実施している内容と、協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容を調査した結果

歯科衛生士がいる介護保険施設の割合

○ 歯科衛生士が常勤または非常勤でいる介護保険施設の割合は、介護老人福祉施設が7.7%、介護老人保健施設が13.8%、介護医療院が12.2%、介護療養型医療施設7.4%となっている。

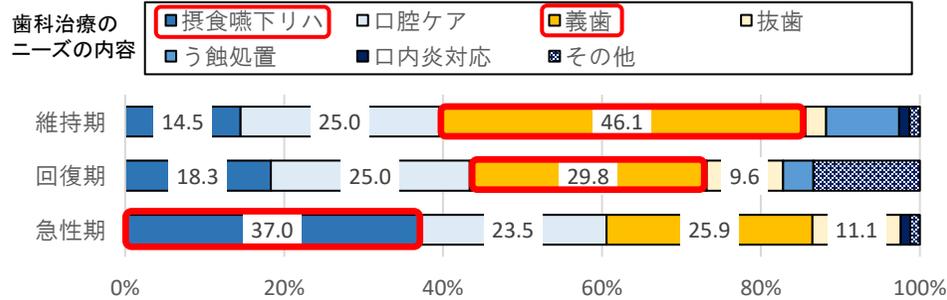


医療・介護における口腔管理の課題

- 口腔の状態は全身の疾患の影響等により変化するため、例えば脳卒中患者では、急性期では摂食嚥下障害への対応が、回復期や維持期では義歯への対応が多いなど、歯科治療のニーズも変化する。
- 回復期や生活期では歯科のかかわりが少ない場合も多く、転院により口腔機能管理が途切れる可能性がある。
- 入院により歯科治療や口腔管理が中断し、口腔内の状況の悪化や口腔機能の低下が進行することが指摘されている。

歯科治療のニーズ(急性期、回復期、維持期)

- 脳卒中患者で食事の問題のある高齢者に対する歯科治療のニーズとして、急性期では摂食嚥下障害への対応が、回復期や維持期では義歯への対応が多い。

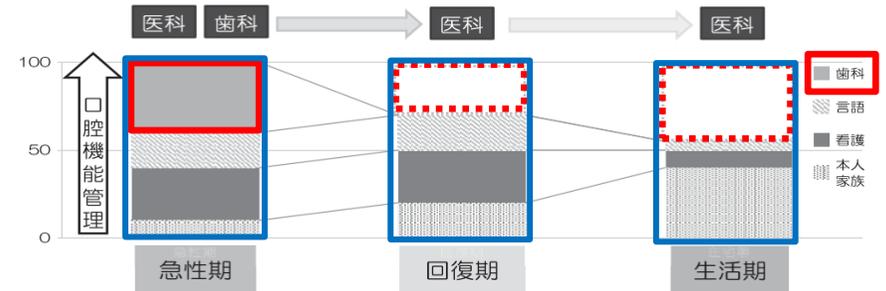


脳卒中と口腔機能. 古屋純一.日補会誌 Ann Jpn Prosthodont Soc 12 : 309-315, 2020
図「病気による歯科的ニーズの違い」を元に作図

出典:脳卒中と口腔機能. 古屋純一.日補会誌 Ann Jpn Prosthodont Soc 12 : 309-315, 2020

脳卒中患者における口腔管理の課題

- 回復期や生活期では歯科のかかわりが少ない場合も多く、転院により口腔機能管理が途切れる可能性がある。
- また、回復期や生活期においては、口腔機能管理の提供量は減少する。



地域と多職種でつなぐ脳卒中患者の口腔機能管理. 古屋純一. 老年歯科医学 34 27-33 2019
図 脳卒中患者における口腔機能管理の問題を元に作図

出典:地域と多職種でつなぐ脳卒中患者の口腔機能管理. 古屋純一. 老年歯科医学 34 27-33 2019

在宅歯科医療の課題

在宅歯科医療に関する現状と課題

- 在宅歯科医療に関して、**医科歯科連携の推進、歯科医療と介護との連携の推進及び歯科医療機関間(歯科診療所間、病院歯科と歯科診療所)における連携の強化**が課題である。
- **入院により歯科治療や口腔管理が中断し、その間に口腔内の状況の悪化や口腔機能の低下が進行することが多く、退院後に「痛くて食べられない」等の訴えがでて初めて、家族やかかりつけ医からかかりつけ歯科医に連絡が入り、治療を再開するケースが多い。**
- **要支援・要介護高齢者の口腔内の状況は良好とはいえないことが多く、潜在的な歯科医療や口腔ケア等のニーズがあると考えられるが、患者からの訴えがない場合はそのニーズを把握することが難しいため、介護支援専門員等も含めた要支援・要介護高齢者に関わる他職種との連携が必要**である。

出典:在宅歯科医療の充実に向けた議論の整理(在宅歯科医療の提供体制等に関する検討会報告書、令和元年6月10日)

歯科医療機関と介護支援専門員の連携

- 利用者の口腔に関する情報提供を行った介護支援専門員は約3割だった。
- 介護支援専門員から、歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼し、実際に情報提供を受けた割合は約5割だった。
- 情報提供しなかった理由として、「担当する歯科医師に取得すべき情報を伝えていないため」、「その他」が多く、「その他」の内容としては「本人・家族が対応したため」「該当する利用者がいないため」「必要がなかった」などが多かった。

調査の概要

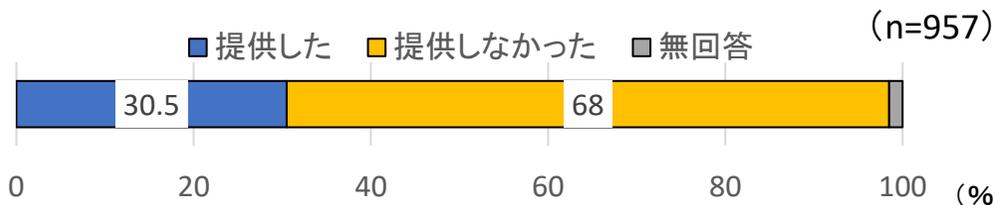
調査対象：一般社団法人日本介護支援専門員協会会員の中から無作為抽出した介護支援専門員2,000名

回収結果：回収数1,087(回収率54.4%)、有効回答数957(有効回答率47.9%)

調査期間：令和元年12月3日～令和2年1月10日

口腔に関する情報提供をした介護支援専門員の割合 (介護支援専門員調査)

※対象期間：平成31年4月～令和元年9月の半年間調査



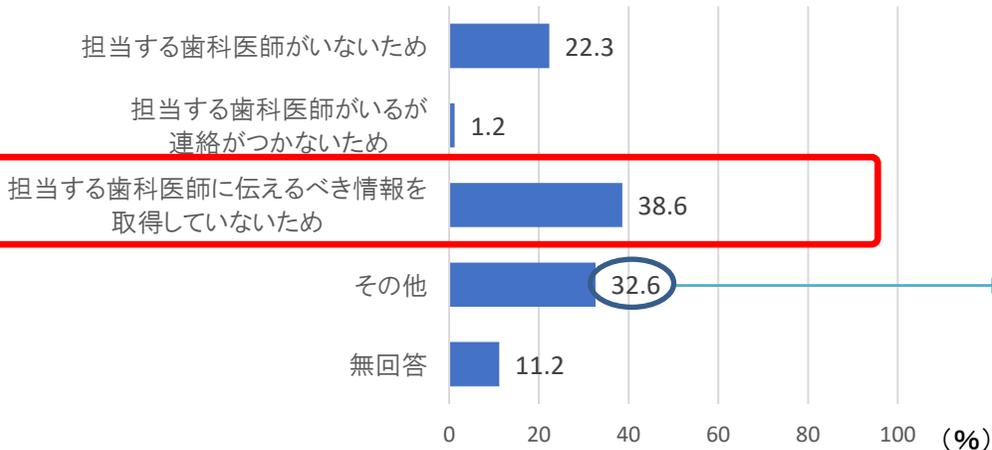
歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼し、実際に提供を受けた割合 (介護支援専門員調査)

※対象期間：平成31年4月～令和元年9月の半年間調査



介護支援専門員が、口腔に関する情報を歯科医師に提供しなかった理由(複数回答)

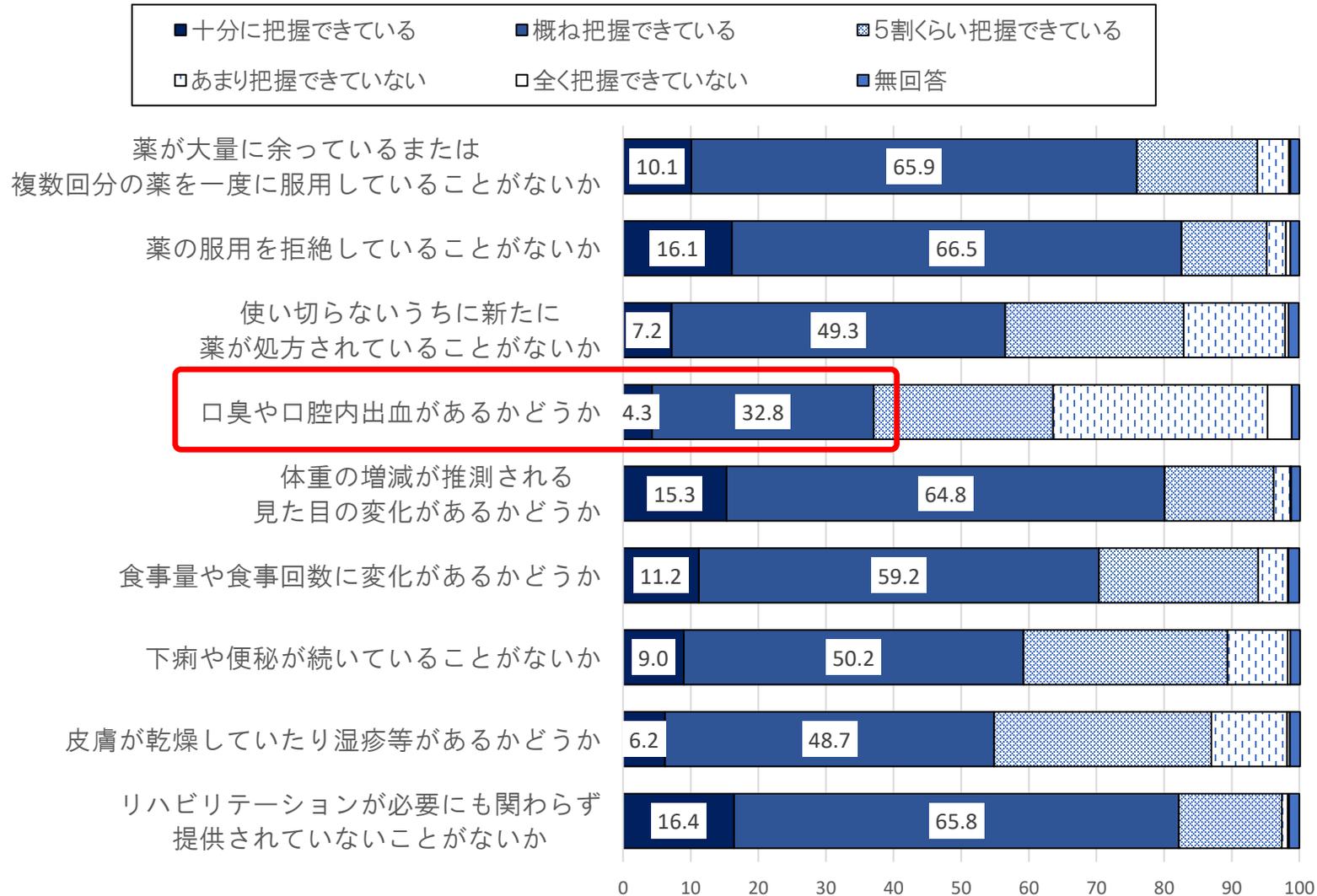
(n=651)



その他の内容として、「本人・家族が対応したため」「該当する利用者がいないため」「必要がなかった」「自ら歯科受診しているため」「本人や家族の了承が得られなかった」等

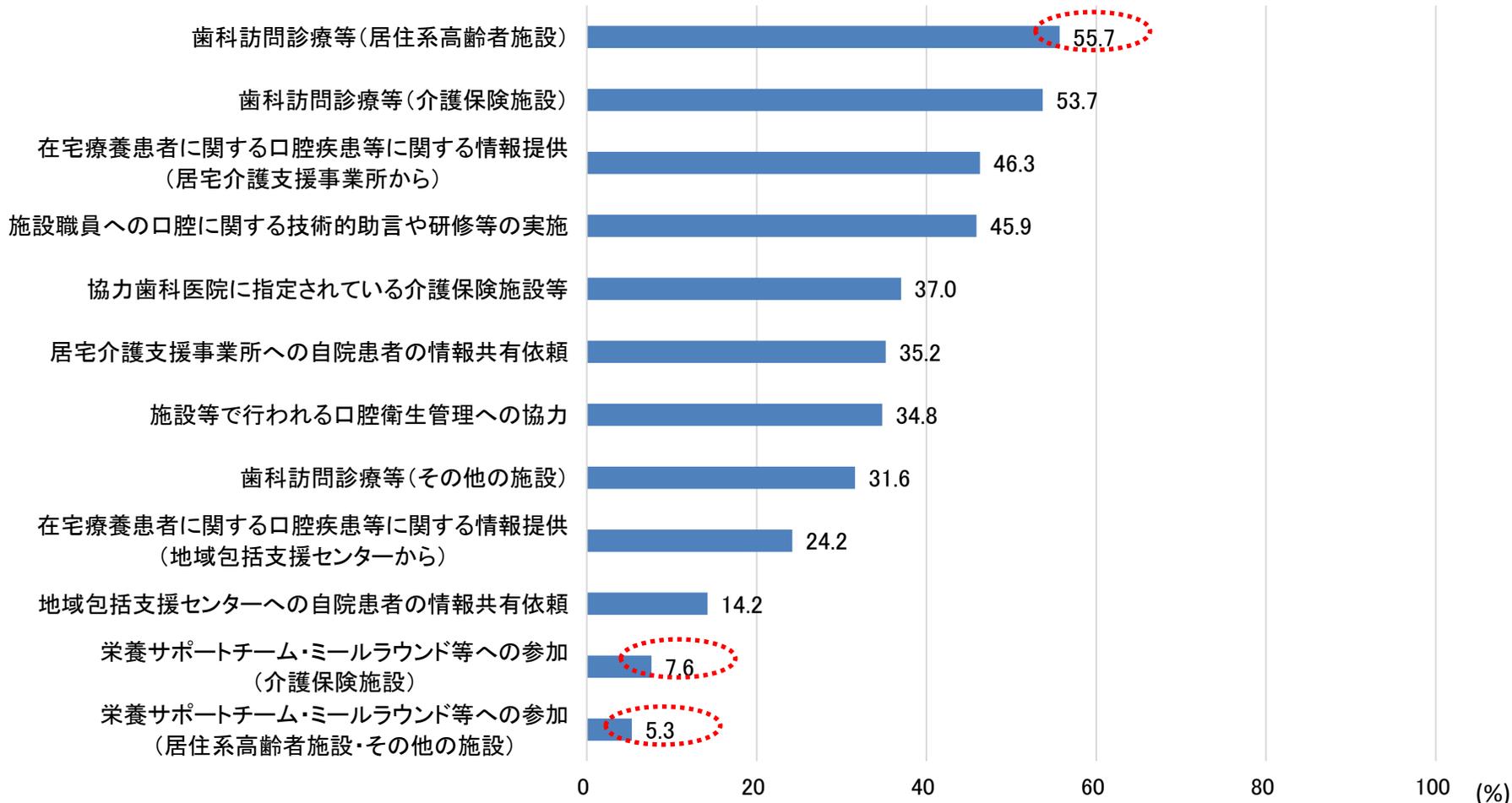
介護支援専門員による利用者の状況の把握

○ 介護支援専門員が、利用者の状況をどの程度把握しているかについて、「口腔や口腔内出血があるかどうか」を「十分に把握できている」「概ね把握できている」と回答した者の割合は約37%であり、最も低かった。



在宅療養支援歯科診療所と介護保険施設等との連携内容

- 在宅療養支援歯科診療所と介護保険施設等との連携内容では、居住系高齢者施設の歯科訪問診療等が最も多く、55.7%であった。
- 一方、栄養サポートチーム・ミールラウンド等への参加は10%未満に留まっていた。



調査対象:在宅療養支援歯科診療所から無作為抽出(N=1,081)

食事観察等に歯科医師・歯科衛生士が関与した場合の評価

- 診療報酬において、栄養サポートチーム等と連携した場合の加算が設けられているが、その算定回数は緩やかに増加している。
- 介護報酬において、多職種が共同して、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための加算が設けられているが、その算定回数は緩やかに増加している。

栄養サポートチーム等連携加算1

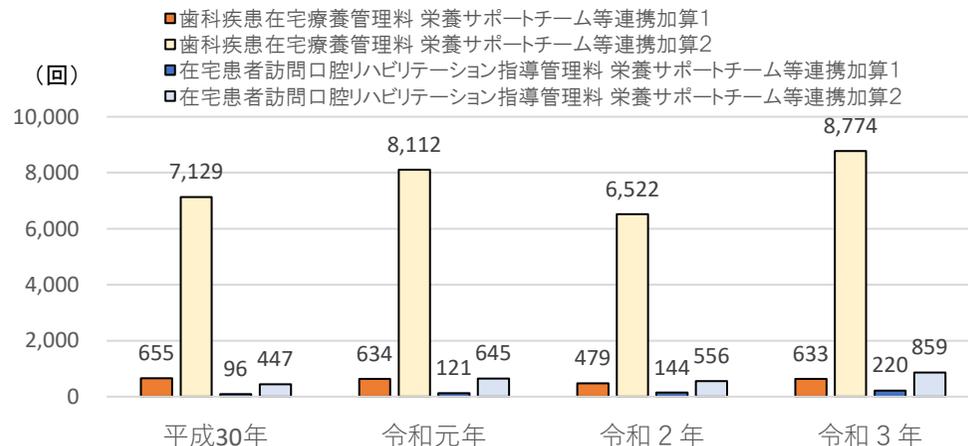
他の保険医療機関に入院している患者に対して、栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。

栄養サポートチーム等連携加算2

介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を実施。
※ いずれも歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の加算)

算定回数

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
歯科疾患在宅療養管理料	241,605	262,052	181,357	248,757
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	11,612	16,071	12,440	18,331



出典：社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

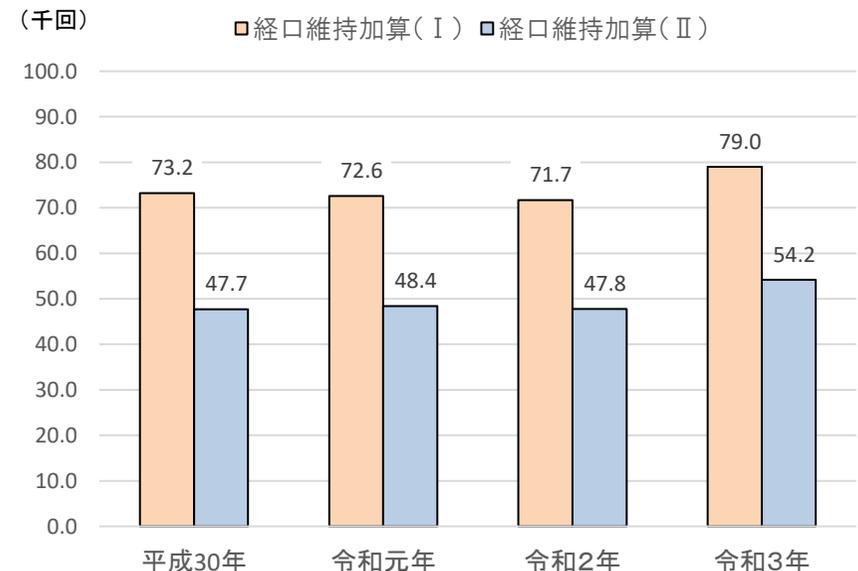
経口維持加算(Ⅰ)

医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成し、栄養管理を実施。

経口維持加算(Ⅱ)

協力歯科医療機関を定めている施設が、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わり栄養管理を実施。

算定回数

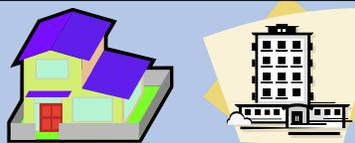


出典：介護給付費等実態統計(各年6月審査分)

在宅歯科医療に係る歯科診療報酬上の取扱い

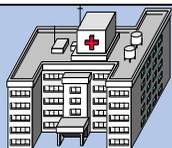
- 歯科訪問診療料: 訪問先の建物の種類に関わらず、訪問診療にかかった「時間」及び同一建物における「患者数」で整理
- 個々の診療にかかる診療報酬: 外来診療と同様に出来高で算定

居宅、居宅系施設



通院困難な患者

歯科の標榜がない病院(介護療養型医療施設等含む。)



入院中の通院困難な患者

歯科の標榜がある病院(周術期口腔機能管理に関連する場合に限る)

入院中の周術期口腔機能管理を行う患者

・介護老人保健施設

・介護老人福祉施設

等



入所中の通院困難な患者

通院困難な患者

歯科訪問診療の提供

		同一の建物に居住する患者数		
		1人 歯科訪問診療1	2人以上9人以下 歯科訪問診療2	10人以上 歯科訪問診療3
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	【1,100点】	【361点】	【185点】
	20分未満	【880点】 (100分の80相当)	【253点】 (100分の70相当)	【111点】 (100分の60相当)

※患者の容体が急変し、診療を中止した場合は20分未満であっても

歯科訪問診療1又は2の算定が可能

※「著しく歯科診療が困難な者」又は要介護3以上に準じる状態の場合は、20分未満でも歯科訪問診療1の算定が可能

※同居する同一世帯の複数の患者の場合は、1人は歯科訪問診療1を算定可

※歯科訪問診療料を算定する場合は、**基本診療料は算定不可**

患者の状況に応じて



○在宅医療に関連する各種加算、管理料等

○個別の診療内容に関する診療報酬、

・う蝕治療 ・有床義歯の作製や修理・歯科疾患の指導管理など診療行為に対して出来高算定

○個別の診療内容の項目に対する加算

・消炎鎮痛、有床義歯の調整等に関連する項目について100分の30～70に相当する点数を加算

・歯科訪問診療料及び特別対応加算を算定した患者に対しては、処置の部と歯冠修復及び欠損補綴(一部除外あり)の部を行った場合に100分の30～50に相当する点数を加算

介護報酬における口腔衛生関連サービス

- 歯科医療機関が算定
- 介護施設・事業所が算定
- R3改定で新設又は大きな改正があったもの

施設サービス

介護老人福祉施設
 介護老人保健施設
 介護療養型医療施設
 介護医療院
 地域密着型介護老人福祉施設

※基本サービス費に包括化
 ・口腔衛生管理体制加算

併算不可	口腔衛生管理加算 (I) ※該当者のみ	
	口腔衛生管理加算 (II) ※該当者のみ	LIFE

サービス内容:入所者に対する専門的口腔ケアを月2回以上 (H30:回数緩和:月4回以上⇒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 (H30:要件追加)
 サービス担当者:歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

居宅・介護予防サービス

訪問サービス
 (介護予防含む)

特定施設入居者生活介護(介護予防含む)
 認知症対応型共同生活介護(介護予防含む)
 地域密着型特定施設入居者生活介護

併算不可

通所サービス
 (介護予防含む)

<居宅療養管理指導費>

サービス内容:
 (歯科医師)
 介護支援専門員に対するケアプラン作成等に
 必要な情報提供や利用者等に対する居宅
 サービスを利用する上での留意点、介護方
 法等についての指導及び助言等

(歯科衛生士)
 口腔清掃の指導、有床義歯の清掃又は摂
 食・嚥下訓練に関する実地指導等

サービス担当者:
 歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛
 生士

口腔機能向上加算 (I) ※該当者のみ	
口腔機能向上加算 (II) ※該当者のみ	LIFE

サービス内容:口腔清掃の指導もしくは実施、
 又は摂食・嚥下訓練の指導もしくは実施
 サービス担当者: 歯科衛生士、看護師、言
 語聴覚士

<口腔衛生管理体制加算>

(H30新設)
 内容:日常的な口腔ケアに係る介護職員への技術的助言/指導
 (個々の入所者の口腔ケアを言うものではない)
 サービス担当者: 歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

口腔・栄養スクリーニング加算 (I) 口腔及び栄養
口腔・栄養スクリーニング加算 (II) 口腔又は栄養

サービス内容:介護サービス事業所の従業者が、利用開始時
 及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態・栄養状態に
 ついて確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専
 門員に提供
 サービス担当者:介護職員
 通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型
 通所介護、看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護、認知
 症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護、地域密着型特定施設入
 所者生活介護

1. リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組
2. リハビリテーション
3. 口腔
4. **栄養**

入院時の高齢患者の栄養状態

- 入院時に高齢患者の42%は低栄養リスクが指摘され、26%は低栄養であった。
- 高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

表 入院時の栄養状態

		総数	40歳～ 69歳	70歳以上
低栄養リスク*	無し	71.9%	85.5%	58.1%
	有り	28.1%	14.5%	41.9%
低栄養**		18.0%	10.6%	25.7%

* 簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form) による評価
 ** GLIM基準 (Global Leadership Initiative on Malnutrition) による評価

対象者：国内の大学病院 入院患者1,987名
 (40～69歳 717名、70歳以上 1,270名)

出典：K. Maeda et al. / Clinical Nutrition 39 (2020) 180e184を元に医療課で作成

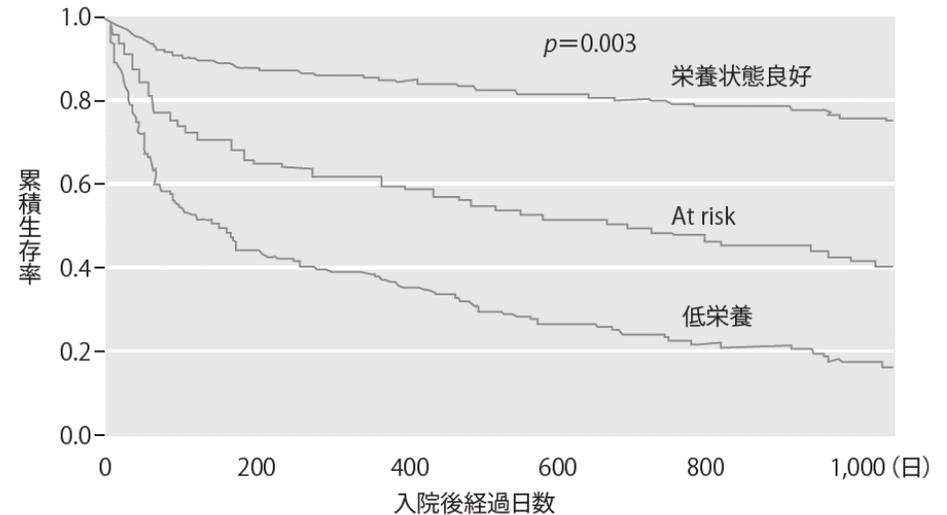
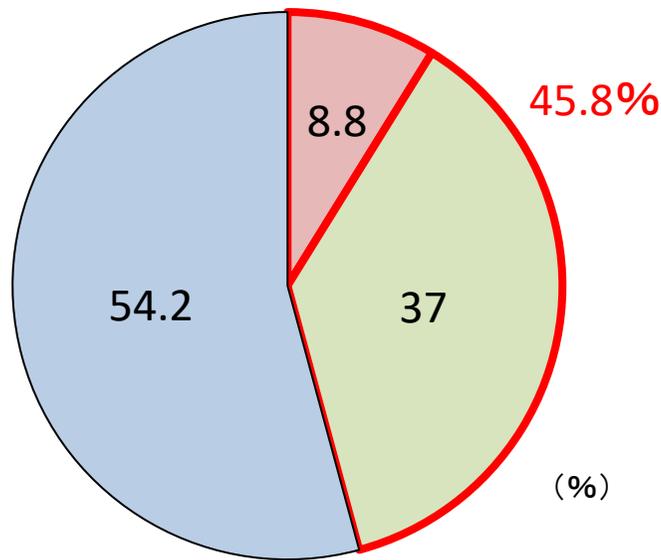


図1 入院高齢者の生命予後と栄養状態 (文献1)
 入院時に栄養状態をMini Nutritional Assessment full formで評価し、3群に分けた生存曲線 (Kaplan-Meier法) を示す。

出典：前田；日内会誌 110:1184～1192, 2021
 (文献1) Kagansky N, et al. Am J Clin Nutr 82 : 784—791, 2005.

○ 介護保険施設入所者のうち、低栄養リスクが中・高リスクの者が約半数

■ 高リスク ■ 中リスク □ 低リスク



(参考) 低栄養リスクの分類について*

	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1ヶ月 →3～5%未満 3ヶ月 →3～7.5%未満 6ヶ月 →3～10%未満	1か月 →5%以上 3か月 →7.5%以上 6か月 →10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl以下
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

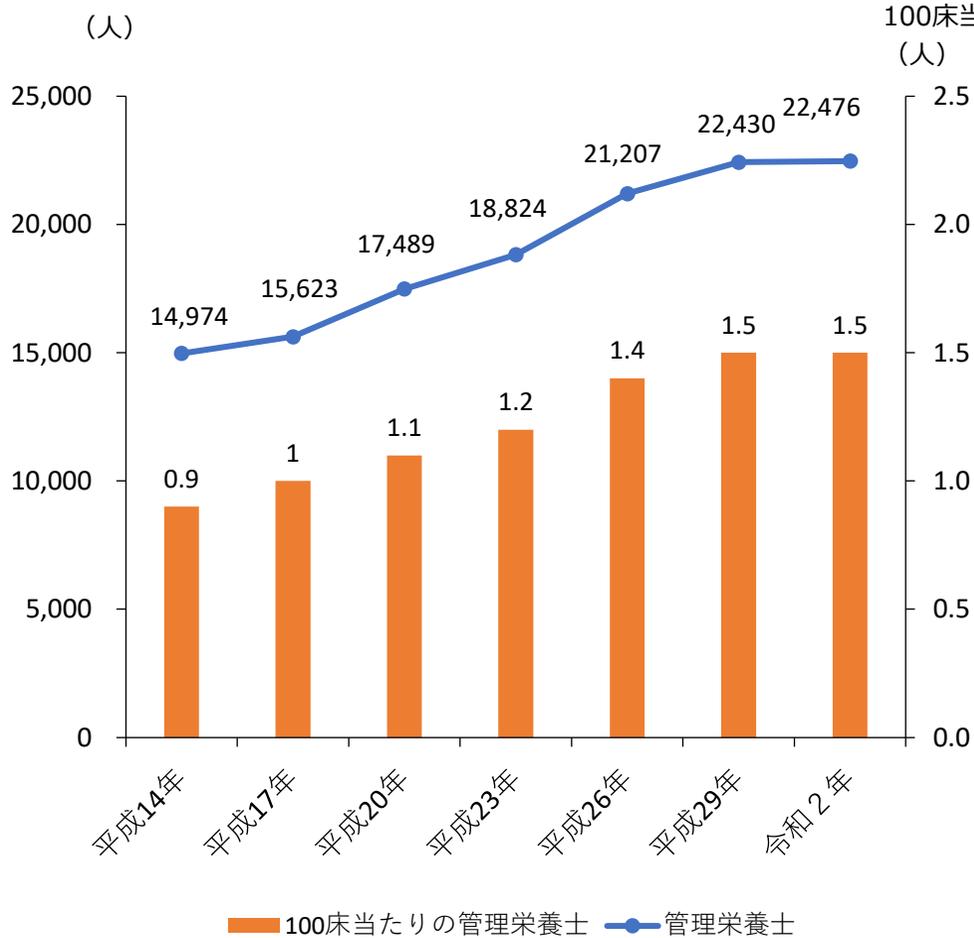
※対象者：全国464施設(老健181施設・特養283施設)の入所者35,314名

出典：令和元年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設における効果的・効率的な栄養ケア・マネジメント及び医療施設との栄養連携の推進に関する調査研究事業」(日本健康・栄養システム学会)

※「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」(平成17年9月7日老老発第0907002号)

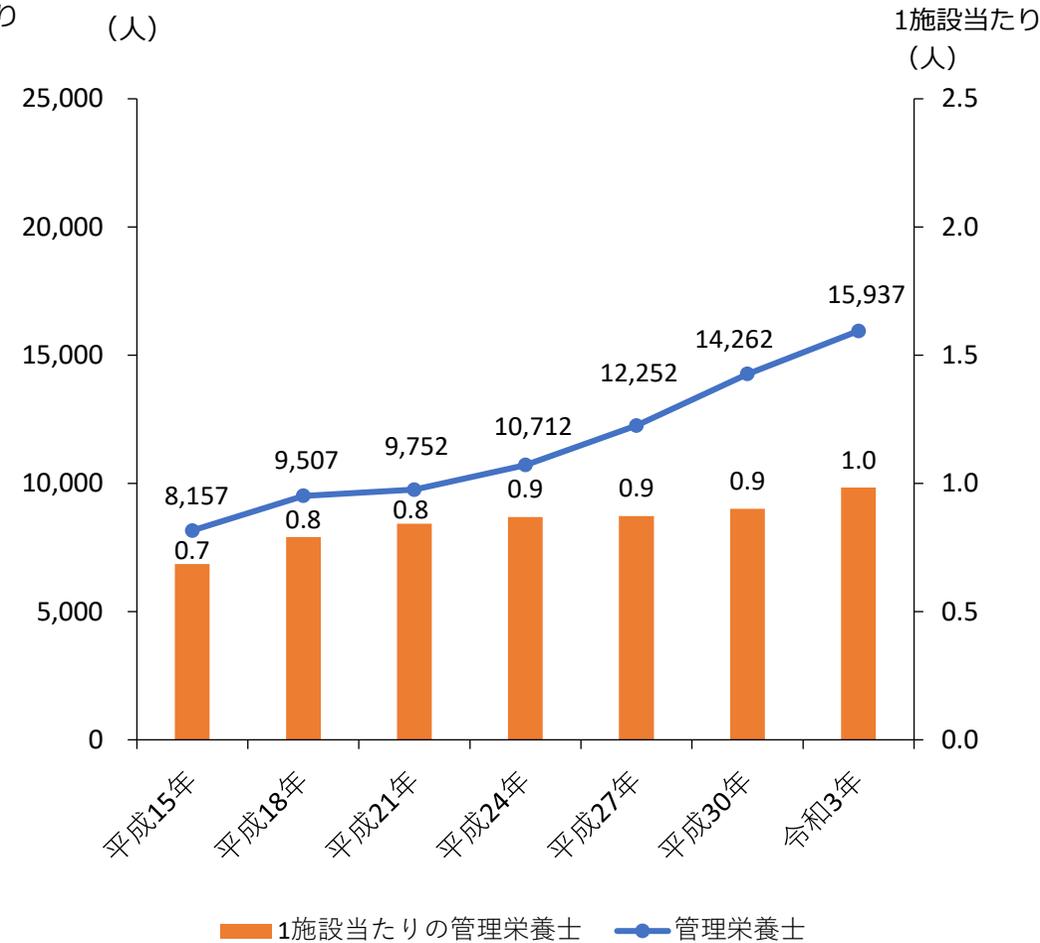
病院及び介護保険施設における管理栄養士の配置状況の推移

病院



※常勤換算（各年10月1日時点）
出典：医療施設静態調査

介護保険施設



※常勤換算（各年10月1日時点）
出典：介護サービス施設・事業所調査

病院及び介護保険施設における管理栄養士の業務の現状

病院

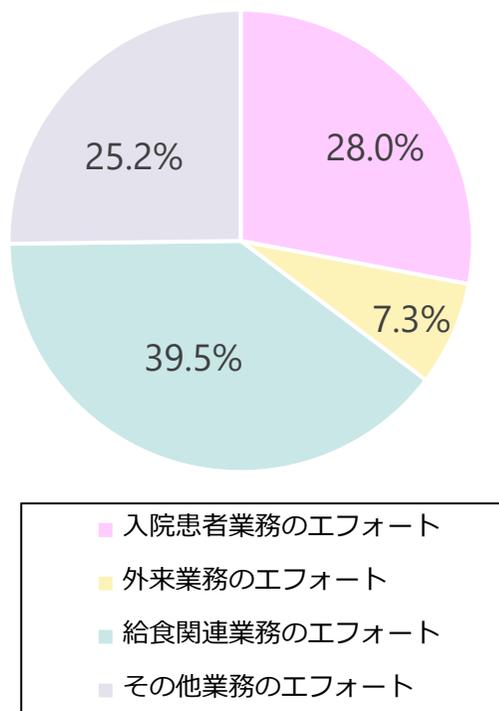


図 病院管理栄養士の業務内容別割合

出典：2020年度政策事業全国病院部門実態調査
(業務量調査) 報告書 ((公社) 日本栄養士会)

介護保険施設

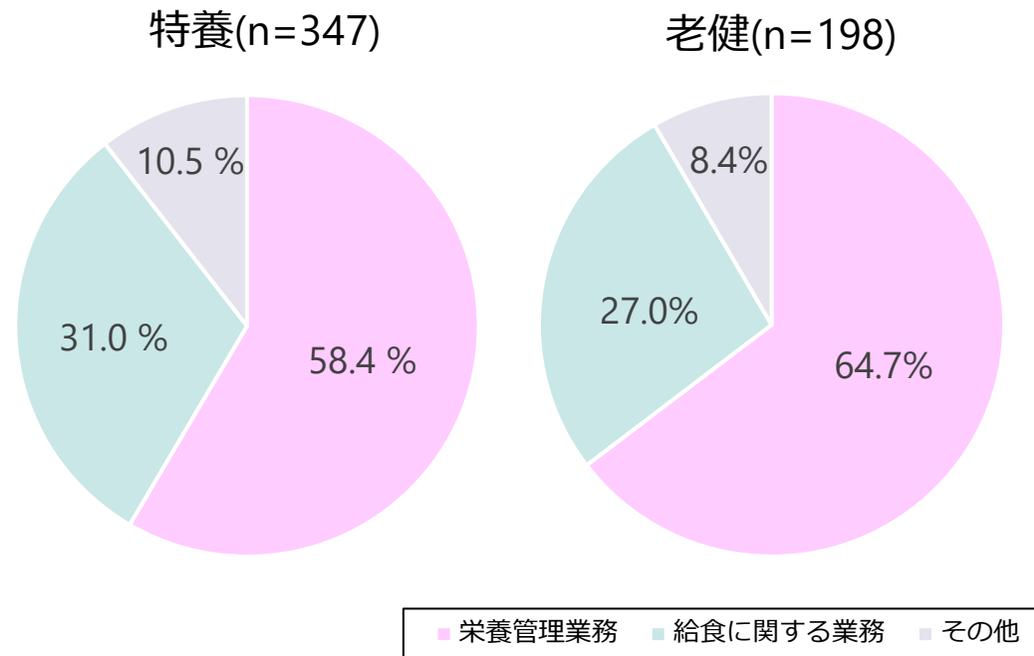


図 介護保険施設における管理栄養士の業務時間割合

出典：令和3年度老人保健事業推進等補助金「介護保険施設等における
栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」報告書
(一般社団法人 日本健康・栄養システム学会)

* 「栄養管理業務」とは、栄養ケア・マネジメントに関する全ての業務で「給食に関する業務」、「その他」以外。
* 「給食管理に関する業務」とは、献立作成、食事箋・食札の管理、残食調査・食事満足度調査・検食、給食に関する契約・発注、委託会社との給食業務関連の調整、配膳・下膳・配食、衛生管理業務、調理準備・調理作業・食器や調理器具の洗浄と片付け・厨房の掃除等。

- 栄養情報提供書を提供している場合、提供していない場合と比較して、栄養管理計画・栄養ケアプランの作成に係る時間が有意に減少している。
- 栄養管理に関する情報提供を行った施設において、転帰直後より転院前の食形態やとろみに関する情報を参考に食形態の変更を行っていた。

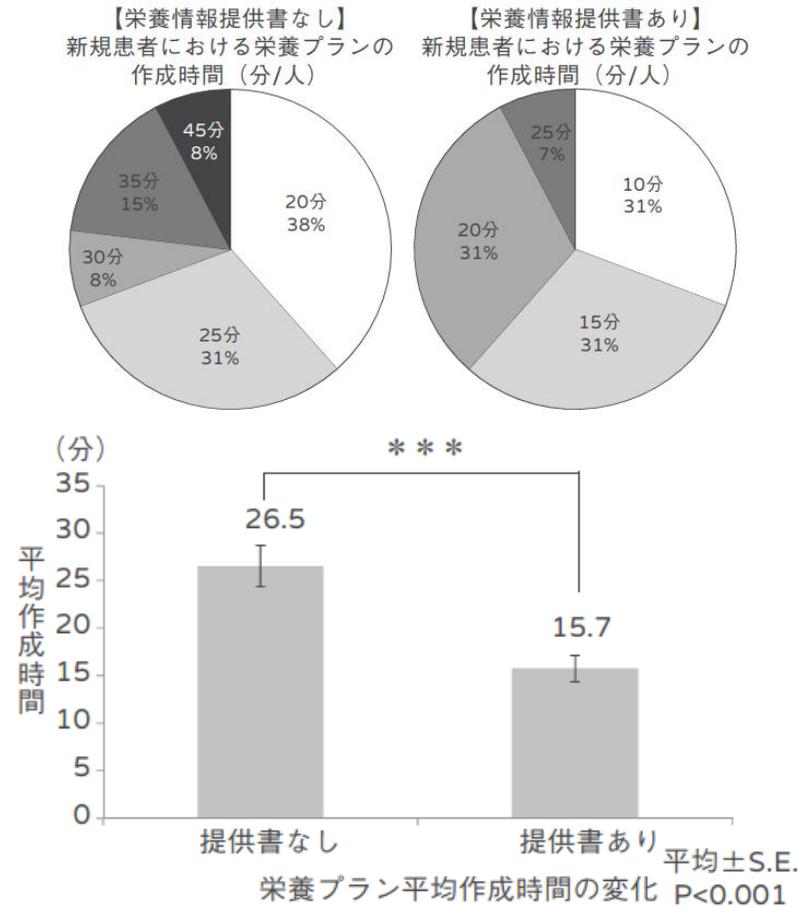


表 栄養管理に関する情報提供書の送付先の転院後の食形態及びとろみ調整食品の変更対応の有無

対応	送付時からの変更	転帰直後	1~6か月以内	有意差 (転帰直後 VS 1~6か月以内)
食形態	あり	36	8	n.s
	なし	118	38	
とろみ調整食品	あり	12	6	n.s
	なし	144	41	

出典: 田中ら、日本栄養士会雑誌62(9)、479-487(2019)

医療施設からの再入所の状況①

- 自施設から医療施設に入院(自宅等に退所後の入院も含む)し、再度自施設に入所した者(以下「再入所者」という。)が1名以上いた施設の割合は97.7%であり、1施設当たりの該当者数は14名(8~25名)*であった。
- 以前の入所時と比べて高度な栄養管理が必要となった再入所者が1名以上いた施設の割合は77.2%であり、再入所者に占める該当者の割合は22.0(3.5~43.7)%*であった。

* 値は中央値及び四分位範囲

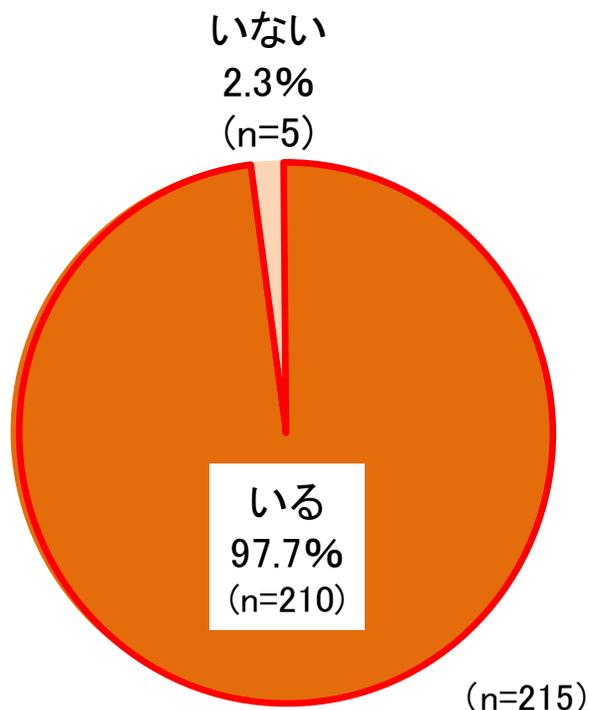


図 医療施設からの再入所者が平成28年度に1名以上いた施設

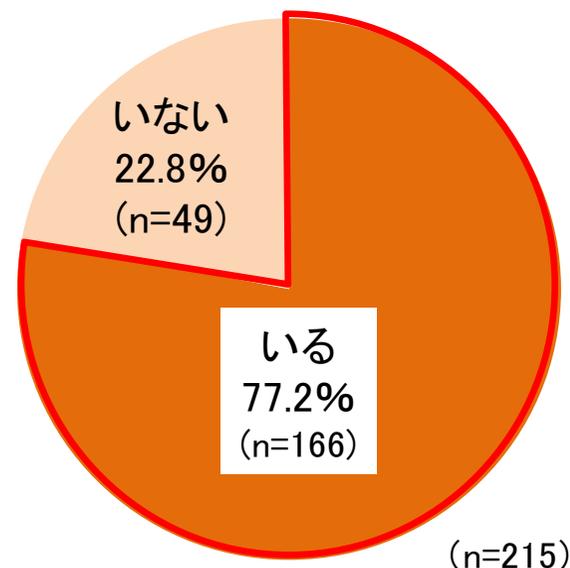


図 医療施設からの再入所者のうち、高度な栄養管理が必要となった者が平成28年度に1名以上いた施設

医療施設からの再入所の状況②

- 再入所時に必要となった高度な栄養管理としては、「摂食嚥下機能の低下に伴う嚥下調整食の導入」が66.0%、「経口摂取困難による経腸栄養の導入」が46.5%であった。
- 医療施設に入院した元入所者を受け入れることについて、栄養管理面の問題が一因となり、難渋又は断念したことがあると回答した施設の割合は31.6%であった。
- こうした難渋・断念例の主な理由は、「人的余裕がない」が32.4%、「食種への対応が困難」が26.5%であった。

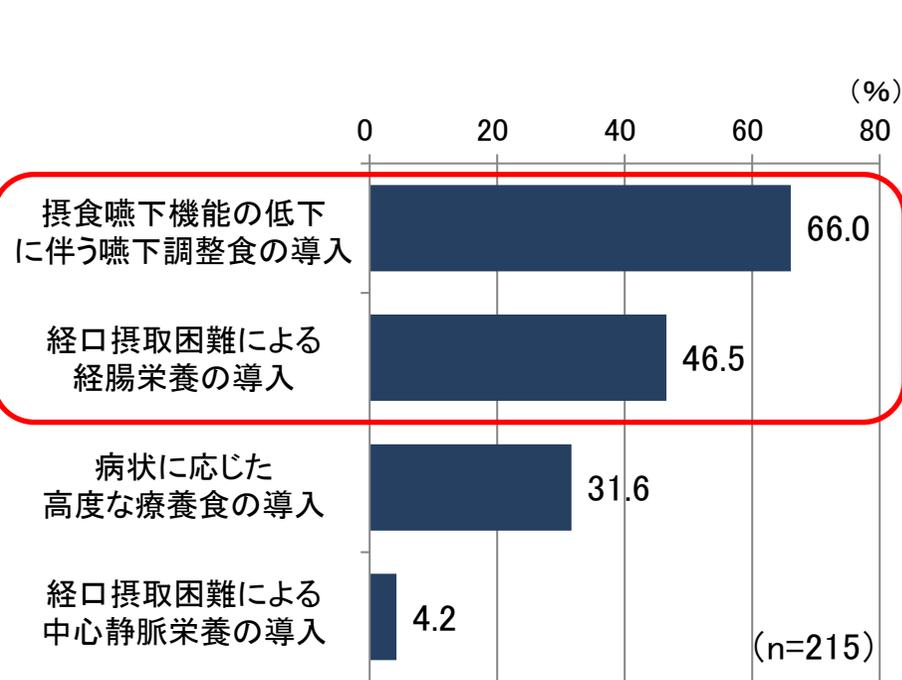


図 再入所時に必要となった高度な栄養管理(複数回答)

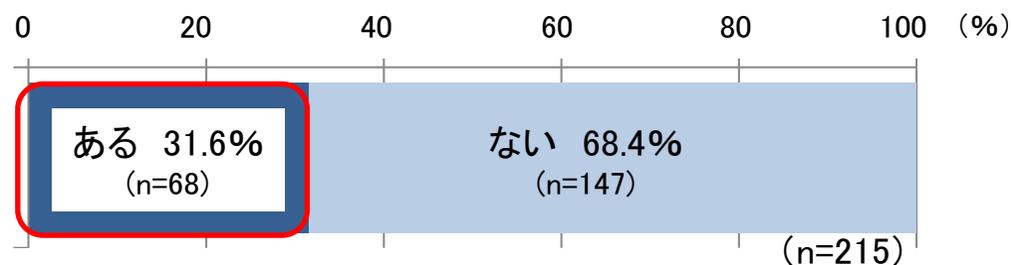


図 栄養管理面の問題が一因となり、自施設への受入れについて難渋又は断念したことはあるか

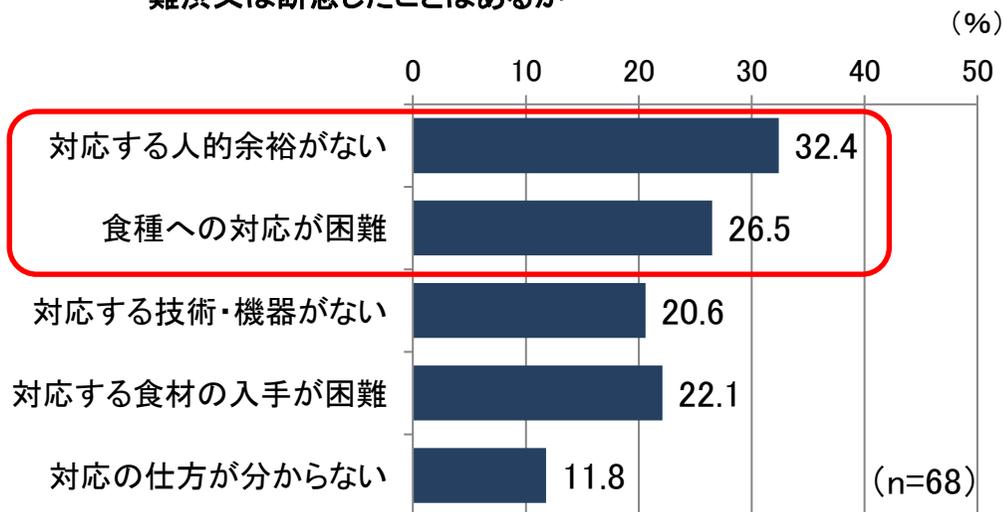


図 自施設への受入れについて難渋又は断念した理由(複数回答)

在宅療養要介護高齢者における栄養障害と摂食・嚥下障害の状況

○ 在宅療養高齢者において、栄養障害及び摂食・嚥下障害が認められる者は多く存在し、要介護度が高いほど、その割合も高い

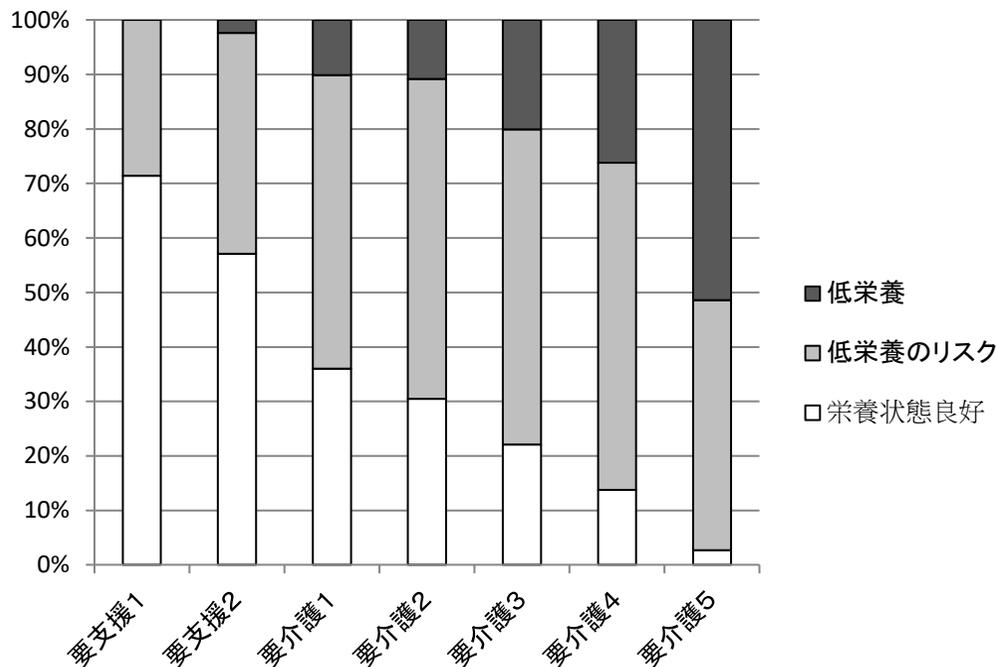


図 要介護度とMNA®-SF* 3群との関係

* 簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form)

対象者：居宅サービス利用者 男性460名、女性682名 (平均年齢81.2±8.7歳)

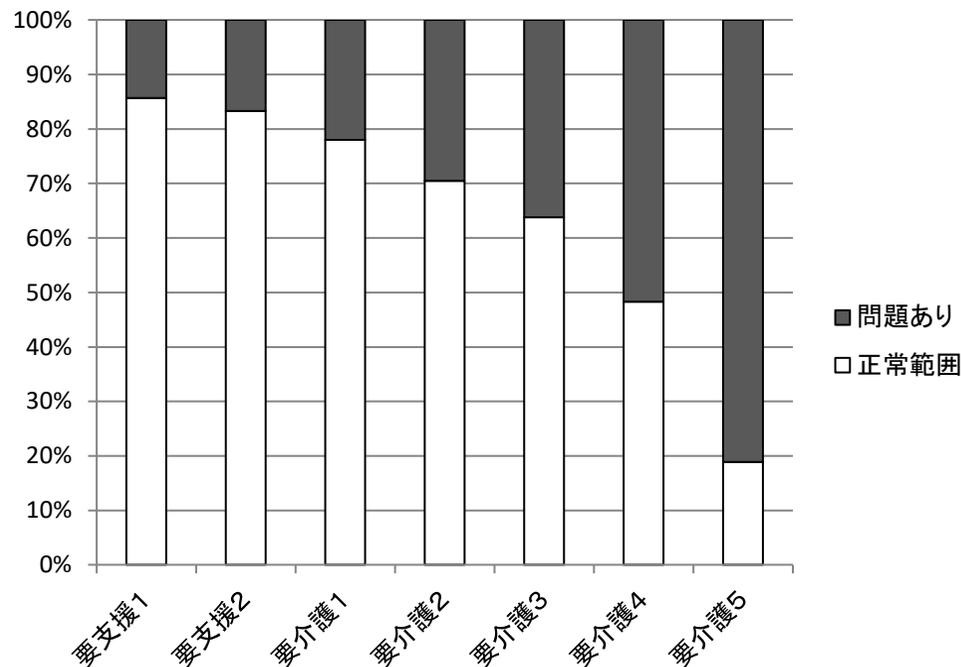


図 要介護度とDSS** (正常範囲とそれ以外) との関係

** 摂食・嚥下障害臨床的重症度分類 (Dysphagia Severity Scale)

管理栄養士の従事者数及び栄養指導の状況

中医協 総-4
元. 11.27

- 一般診療所の常勤換算管理栄養士数は、一般診療所の施設数と比較して、少ない状況である。
- 他方、糖尿病に関心が高い診療所等においては、管理栄養士の雇用率が75%~78%と高く、栄養指導の実施状況が高い。



図 平成29年度の病院、診療所における管理栄養士常勤換算従事者数

出典：平成29年度医療施設調査（10月1日時点）

【対象等】

糖尿病に関心が高い全国123の大学病院、1,155の一般病院、448の診療所・開業医家に対して、アンケート調査を実施。

表 調査対象医療機関における管理栄養士を雇用している施設の割合

	1982年	1992年	2002年
大学病院	100%	100%	100%
一般病院	100%	100%	100%
診療所・開業医家	75%	78%	78%

表 調査対象医療機関における栄養指導の実施状況

	個人指導	集団指導
大学病院	91%	87%
一般病院	94%	84%
診療所・開業医家	84%	54%

在宅での栄養食事指導の実施状況について

第5回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ

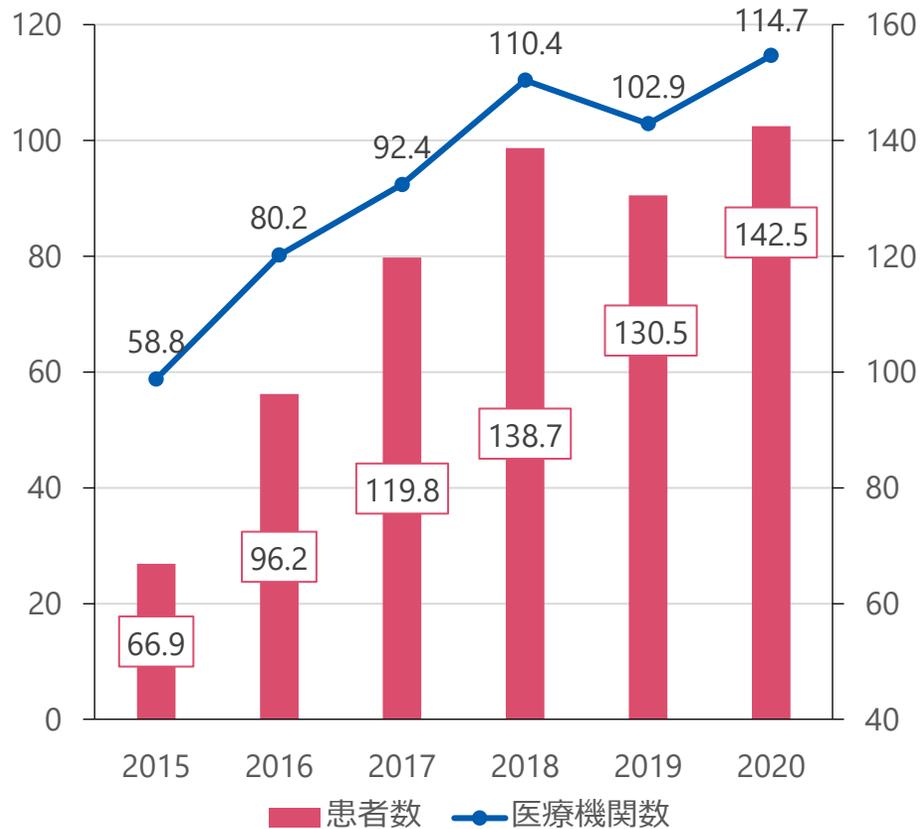
資料

令和4年7月28日

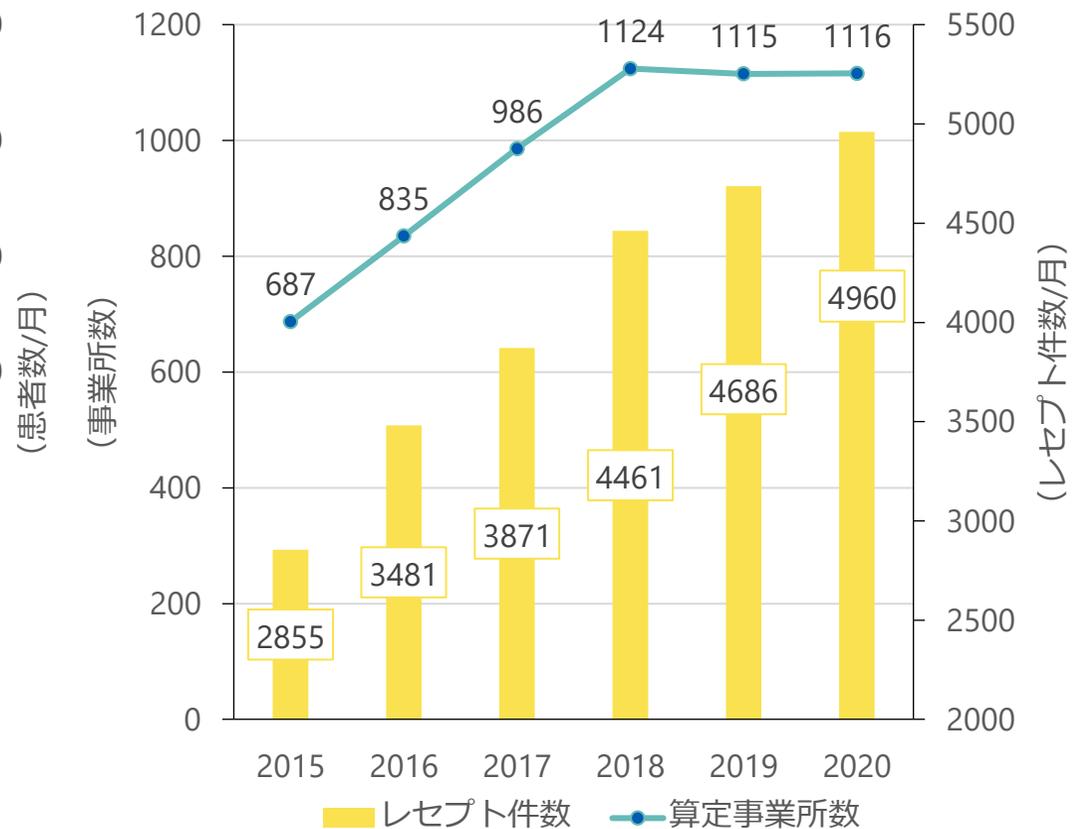
(一部改変)

- 在宅患者訪問栄養食事指導料を算定している医療機関数や患者数は、増加している。
- 管理栄養士による居宅療養管理指導の算定事業所数は横ばいであるが、レセプト件数は年々増加している。
- 在宅での栄養食事指導の対象となっている患者は、要介護認定を受けている患者がほとんどである。

在宅患者訪問栄養食事指導



管理栄養士による居宅療養管理指導



【出典】国保データベース（KDB）（2015～2020年度診療分）
 算定項目：在宅患者訪問栄養食事指導料
 ※医療機関数：1ヶ月あたりにサービス算定をした事業所数
 ※月当たりの平均患者数
 ※京都府を除く

【出典】介護DB 任意集計（2015～2020年度分）
 サービス種類：管理栄養士居宅療養Ⅰ～Ⅲ、介護予防管理栄養士居宅療養Ⅰ～Ⅲ
 ※事業所数：サービス算定をした事業所数
 ※レセプト件数：サービスのレセプト件数/月（年度のサービスのレセプト件数を12で除した値）
 ※県外の事業所による算定は除く

診療報酬における栄養管理に係る主な評価（入院）



入院料

急性期

回復期

慢性期

栄養管理体制（通則）

- ・ 常勤管理栄養士1名以上を配置 ・ 多職種共同で栄養管理を行う体制を整備し、栄養管理手順を作成 ・ 特別な栄養管理の必要性を入院診療計画書に記載
- ・ 特別な栄養管理が医学的に必要な患者に栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養管理計画に基づき、患者ごとの状態に応じた栄養管理を実施等

回復期リハビリテーション病棟入院料

管理栄養士の病棟配置、リハ計画への栄養項目記載
入院料1：必須、入院料2～5：努力義務

チーム医療

（入退院支援加算）入院時支援加算（1：230点、2：200点/退院時1回）

入院中の治療や入院生活に備え、患者情報の把握、褥瘡・栄養状態の評価、服薬中の薬剤確認等を入院前の外来において実施し、支援を行った場合を評価

退院時共同指導料（1：①1500点②900点、2：400点/入院中1回）

患者の退院後の在宅療養担当医療機関と入院中の医療機関の保険医又は指示を受けた多職種が、在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行い、文書で情報提供した場合を評価

（摂食機能療法）摂食嚥下機能回復体制加算（1：210点、2：190点、3：120点/週1回）

専門知識を有した多職種による摂食嚥下支援チームが摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、共同して必要な指導管理を行った場合を評価

摂食障害入院医療管理加算（30日以内：200点、31日以上60日以内：100点/日）

摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供される場合を評価

栄養サポートチーム加算（200点/週1回）

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなるチームを編成し、低栄養患者等の栄養状態改善の取組を実施した場合を評価

栄養サポートチーム加算【再掲】

入院栄養管理体制加算（270点/入院初日・退院時）

特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理を行う体制（管理栄養士の病棟配置）を評価

（緩和ケア診療加算）

個別栄養食事管理加算（70点/日）

緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の上場や希望に応じた栄養食事管理を行った場合を評価

加算

高度な栄養管理

早期栄養介入管理加算

（250点/日、早期に経腸栄養を開始した場合400点/日）
特定集中治療室等への入室後、早期に管理栄養士が治療室の医師等と連携し、経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を行った場合を評価

周術期栄養管理実施加算（270点/1手術1回）

全身麻酔を実施した患者に対して、管理栄養士が医師と連携し、術前・術後の栄養管理を適切に行った場合を評価

栄養食事指導

入院栄養食事指導料（初回1：260点、2：250点、2回目1：200点、2：190点/週1回・入院中2回） 栄養情報提供加算（50点/入院中1回）

管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食が必要、摂食・嚥下機能が低下又は低栄養状態等の入院患者に対して、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上栄養指導を行った場合を評価。さらに、退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、在宅担当医療機関等に情報提供を実施した場合は栄養情報提供加算として評価。
※回復期は、回復期リハ入院料1のみ算定可

集団栄養食事指導料（80点/月1回）

管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食を必要とする複数の患者を対象に栄養指導を行った場合を評価

診療報酬における栄養管理に係る主な評価（入院以外）



<外来>

糖尿病透析予防指導管理料（350点／月1回）

糖尿病の患者であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合を評価

（外来腫瘍化学療法診療料）連携充実加算（150点／月1回）

医師又は医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発言状況、治療計画等を文書により提供した上で、患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合を評価
※療養に必要な栄養指導を実施する場合は、管理栄養士との連携を図る

外来栄養食事指導料

イ 外来栄養食事指導料1

保険医療機関の管理栄養士が当該保健医療機関の医師の指示に基づき実施

- (1) 初回
① 対面で行った場合 260点
② 情報通機器等を用いた場合 235点
(2) 2回目以降
① 対面で行った場合 200点
② 情報通機器等を用いた場合 180点

ロ 外来栄養食事指導料2

当該診療所以外（他の医療機関又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき実施

- (1) 初回
① 対面で行った場合 250点
② 情報通機器等を用いた場合 225点
(2) 2回目以降
① 対面で行った場合 190点
② 情報通機器等を用いた場合 170点

- 管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食が必要、摂食・嚥下機能が低下又は低栄養状態等の患者に対して、初回は概ね30分以上、2回目以降は概ね20分以上栄養指導を行った場合を評価（初回の月は月2回、その他の月は月1回）
- 外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、月2回以上の指導（時間不問）を行った場合に限り、月の2回目の指導時にイ(2)①の点数を算定
- 外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、専門的な知識を有する管理栄養士が指導（時間不問）を行った場合に限り、月1回に限り260点を算定

集団栄養食事指導料（80点／月1回）

管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食を必要とする複数の患者を対象に栄養指導を行った場合を評価



<在宅>

在宅患者訪問褥瘡管理指導料

（750点／初回カンファレンスから6月以内、患者1人につき3回限り）

在宅で療養を行っており重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、保険医、管理栄養士及び看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合を評価

在宅患者訪問栄養食事指導料

1 在宅患者訪問栄養食事指導料1

保険医療機関の管理栄養士が当該保健医療機関の医師の指示に基づき実施

- イ 単一建物診療患者が1人の場合 530点
ロ " 2～9人の場合 480点
ハ イ及びロ以外の場合 440点

2 在宅患者訪問栄養食事指導料2

当該診療所以外（他の医療機関又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき実施

- イ 単一建物診療患者が1人の場合 510点
ロ " 2～9人の場合 460点
ハ イ及びロ以外の場合 420点

在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、特別食が必要、摂食・嚥下機能が低下又は低栄養状態等の患者に対して、管理栄養士が医師の指示に基づき、食事計画案等を交付するとともに、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を30分以上行った場合を評価

チーム医療

栄養食事指導

介護報酬における栄養関連の加算等について

対象者

軽度

重度

施設 サービス

介護老人福祉施設
(地域密着型を含む)
介護老人保健施設
介護医療院

栄養ケア・マネジメント(基本サービス) ※未実施の場合、14単位/日減算(令和6年3月31日まで経過措置)

- ・人員基準: 栄養士又は管理栄養士を1以上配置
- ・運営基準: 入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない(管理栄養士が、入所者の栄養状態に応じて、計画的に行うべきことを定めたもの)

栄養マネジメント強化加算 (11単位/日)

- ・管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50(施設に常勤栄養士を1人以上配置し、給食管理を行っている場合は70)で除して得た数以上配置し、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)を行うとともに、LIFEを活用した場合に算定

経口維持加算(Ⅰ,Ⅱ) (Ⅰ:400単位/月、Ⅱ:100単位/月)

- ・摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者ごとに経口維持計画を作成し、計画に従った栄養管理を行った場合に算定

経口移行加算 (28単位/日)

- ・経管栄養の入所者ごとに経口移行計画を作成し、計画に従った栄養管理・支援を行った場合に算定

再入所時栄養連携加算 (200単位/回)

- ・入所者が医療機関に入院し、介護保険施設の管理栄養士が医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行い、再入所となった場合に算定 (ICT活用可)

療養食加算 ・入所者の病状等に応じて療養食を提供した場合に算定 (6単位/食)

栄養アセスメント加算 (50単位/月)

- ・管理栄養士が多職種と共同して栄養アセスメントを実施し、利用者等への相談に応じるとともに、LIFEを活用した場合に算定

栄養改善加算(200単位/回(月2回まで))

- ・低栄養状態の者に対し、栄養改善等を目的として個別に(必要に応じて居室を訪問し)栄養管理を行った場合に算定

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ,Ⅱ) (Ⅰ:20単位/6か月、Ⅱ:5単位/6か月)

- ・介護職員等でも実施可能な口腔及び栄養状態のスクリーニングを実施し、その結果を介護支援専門員に文書で報告した場合に算定

【認知症GH】 栄養管理体制加算 (30単位/月)

- ・管理栄養士が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を月1回以上行った場合に算定

総合事業:サービスC

管理栄養士による通所型・訪問型の短期集中予防サービス

居宅療養 管理指導 (Ⅰ,Ⅱ)

(Ⅰ:443~544単位/回、
Ⅱ:423~524単位/回)
(月2回まで)

- ・通院又は通所が困難な者で、特別食を必要とする者又は低栄養状態にある者に対し、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行った場合に算定

・Ⅱは、外部の管理栄養士と連携して実施する場合

通所 サービス

通所介護
通所リハ 等

地域密着型 サービス

小多機、
認知症GH 等

在宅

【テーマ3】要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

1 現状

（1）急性期疾患に対応する医療機関等 [参考資料 p2~14]

- 入院医療の評価は、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましいことから、基本的な医療の評価と診療実績に応じた段階的な評価を組み合わせた評価体系とされている。
- 地域包括ケア病棟は、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援を役割として求められており、自宅等からの急性期疾患の患者の受入が評価されている。
- 令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例あるが、このうち、急性期一般病棟へ入院する患者が75%を占める。
- 急性期一般病棟の入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいであるが、85歳以上が占める割合は年々増加している。令和3年時点において入院患者の64%を75歳以上が占めている。
- 急性期一般病棟における要介護者、認知症の患者、ADLが低下している患者の割合よりも、地域一般病棟、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟等における要介護者等の割合の方が高い。
- 入院医療においては、個々の患者の状態に応じて、適切かつ効果的・効率的に医療資源が投入されることが必要であるが、急性期一般病棟に入院する高齢者施設等からの入所者の疾患は、誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症が約5%となっている。

（2）高齢者の心身の特性に応じた対応 [参考資料 p15-23]

- 高齢者は一般に多疾患が併存し、さらに加齢に伴いADL、認知機能、視力、聴力、排泄機能等が低下していることが多く、急性疾患や治療に伴う安静臥床等の影響により、これらの機能等は容易に更なる低下を来すことが指摘されている。

- 要介護者等の高齢者は、一般病棟に入院することにより、ADL等の生活機能や要介護度が悪化することが報告されている。
- 特に高齢者については、入院の契機となった疾患の治療経過を踏まえつつ、心身機能及び生活歴等の包括的かつ定期的な評価に基づいて、医師による安静度の指示を含め、離床・自立に向けた多職種による日常的な支援（リハビリテーション、栄養管理、口腔の管理、認知症ケア、排泄ケア等）が提供されることが重要である。
- 一方、急性期一般病棟における入院患者に対するリハビリテーションの提供状況にはばらつきがある。また、リハビリテーション専門職の配置は、地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関と比較して少ない状況にある。

(3) 入退院支援 [参考資料 p24-27]

- 要介護者等の高齢者が入院医療を受ける際には、入院前に行われていたケアが継続して提供されることや、早期に適切な療養場所に転院又は退院することが重要であり、こういった観点を踏まえ、入退院等による療養場所の変更に伴う情報提供・連携の強化や、関係機関間における日頃からの顔の見える連携体制の構築を推進してきているところ。
- こうした機能を担う入退院支援部門については、設置医療機関数が増加傾向にあるが、地域包括ケア病棟では施設基準となっており、入退院支援の充実を特に推進している。

(4) 医療・介護の人材確保 [参考資料 p28]

- 2025年から2040年にかけて、生産年齢人口は急激に減少し、医療・介護分野における人材不足が見込まれている。

2 主な課題

(1) 急性期疾患に対応する医療機関等

- 高齢者にとって一般的な疾患である誤嚥性肺炎や尿路感染症等に対する入院医療を急性期一般病棟が担っている実態があり、このような医療機関が提供する医療の内容と、要介護者等の高齢者が求める医療の内容に乖離がある可能性がある。

- 一方、地域包括ケア病棟における介護施設・福祉施設からの入院患者の受入は急性期一般病棟と比べると少ない実態がある。リハビリテーション専門職等の多職種が一定程度配置されており、入退院支援部門の設置が要件化されている地域包括ケア病棟や医師が配置されている介護保険施設等が、要介護者等の高齢者の急変対応を担うことを推進する必要がある。

(2) 高齢者の心身の特性に応じた対応

- 急性期医療機関における要介護者等の高齢者に対する診療には、高齢者の心身の特性に対する医師をはじめとする医療関係職種の理解が不可欠であり、更に日々変化する病状に応じた適切な心身機能の評価に基づく、多職種による早期の離床・自立に向けた取組が提供されることを推進する必要がある。
- 特に、高齢者が必要とするリハビリテーション、口腔の管理、栄養管理に関する一体的な取組を効果的に行うため、多職種間の連携とともに、速やかな評価や介入を行うことが求められる。

※ 詳細は、【テーマ2】リハビリテーション・口腔・栄養で議論

(3) 入退院支援

- 高齢者の入退院支援にあたっては、入院時には、入院前の生活状況等について、特に介護サービス等を利用している場合に十分な情報が医療機関に提供されることが重要である。また、退院に際しては、特に入院期間が短い急性期の医療機関では、入院早期から退院支援が必要となるため、予定入院では入院前から、緊急入院でも可能な限り早期に入院前の生活状況等の情報を得て、退院先の調整を開始することが住み慣れた地域で療養や生活を継続する観点からも重要となる。

(4) 医療・介護の人材確保

- 医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加が見込まれる中、介護職員を含む医療・介護の人材確保は大きな課題となっている。

3 検討の視点

(1) 急性期疾患に対応する医療機関等

- 生活機能が低下した高齢者（高齢者施設の入所者を含む）に一般的である

誤嚥性肺炎をはじめとした疾患について、地域包括ケア病棟や介護保険施設等での受入を推進するためにどのような方策が考えられるか。

(2) 高齢者の心身の特性に応じた対応

- 急性期一般病棟における要介護者等の高齢者について、入院中の生活機能の低下を最小化とするための医師及び医療専門職等による多職種連携に基づく対応について、どのような取組の強化が必要と考えられるか。

(3) 入退院支援

- 高齢者に対し適切な入退院支援を提供する上での情報提供や連携のあり方についてどのような対応が考えられるか

※ 詳細は、【テーマ1】地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携において議論

(4) 医療・介護の人材確保

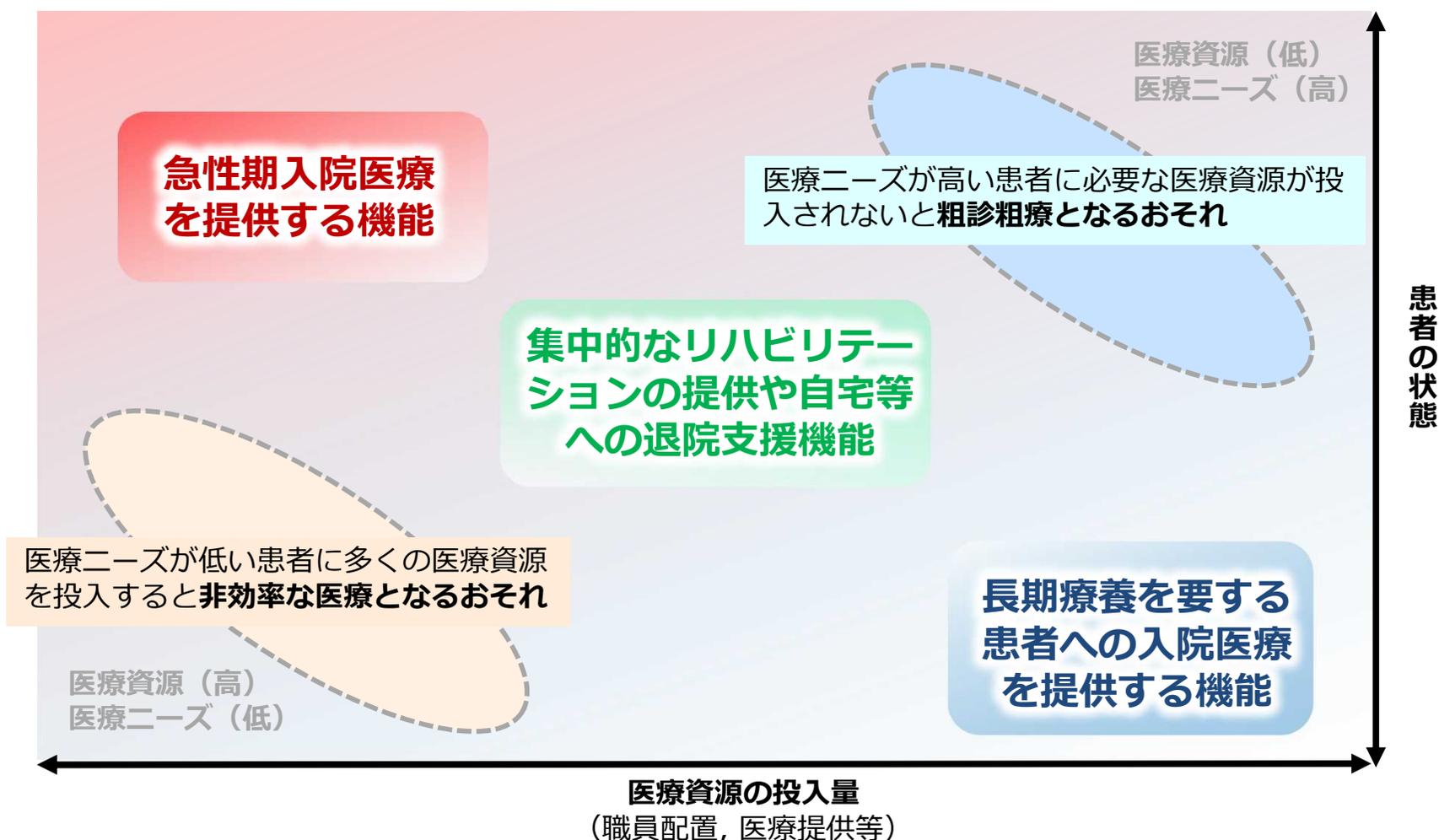
- 医療・介護の人材に限られる中で、要介護者等の高齢者に対する急性期の入院医療の質を向上させるための方策についてどのように考えるか。

要介護者等の高齢者に対応した 急性期入院医療

参考資料

入院医療の評価体系と期待される機能

- 入院医療の評価は、
- 個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましいこと
 - 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがあること
- を踏まえ、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。



入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

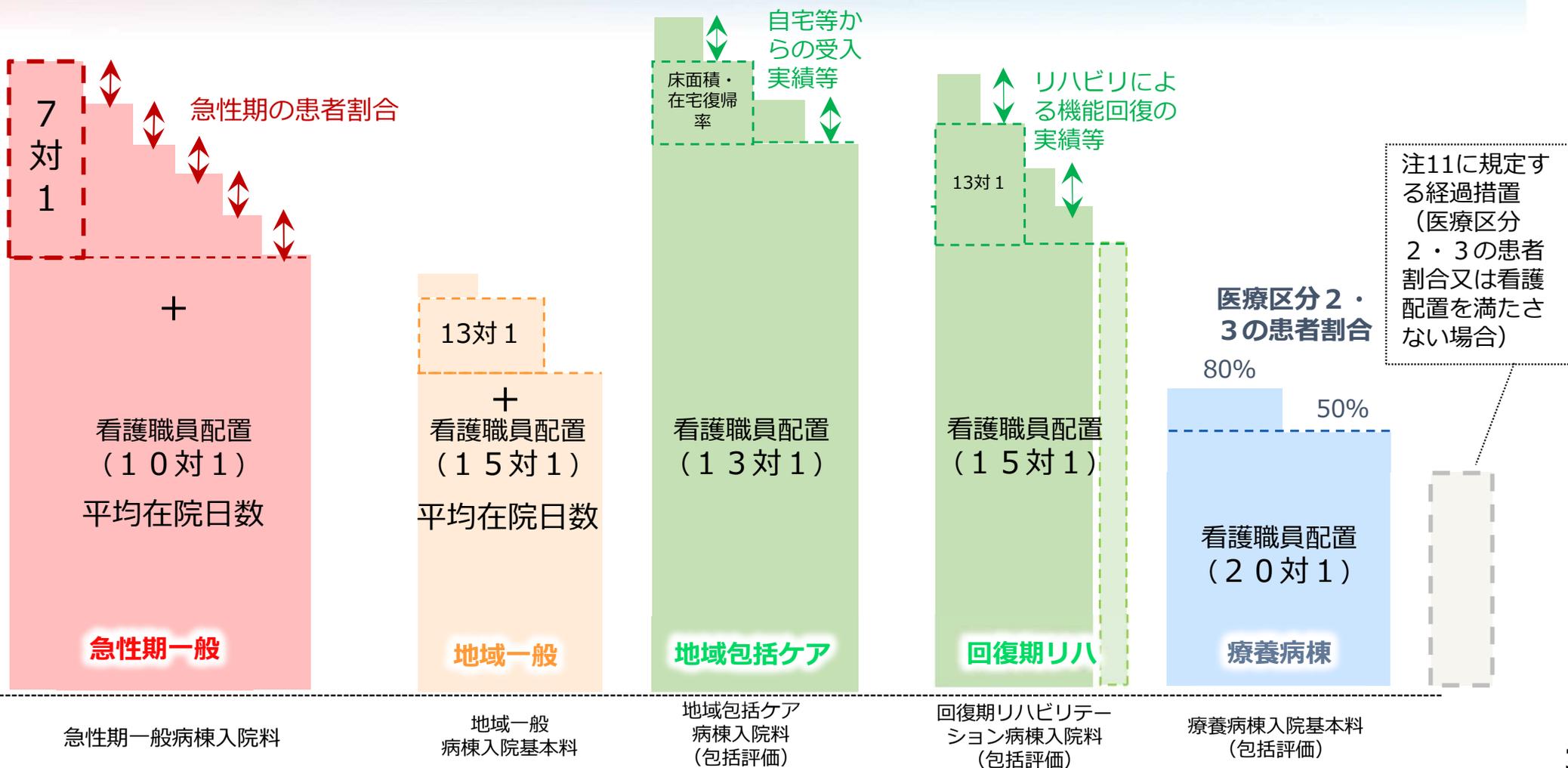
- 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。

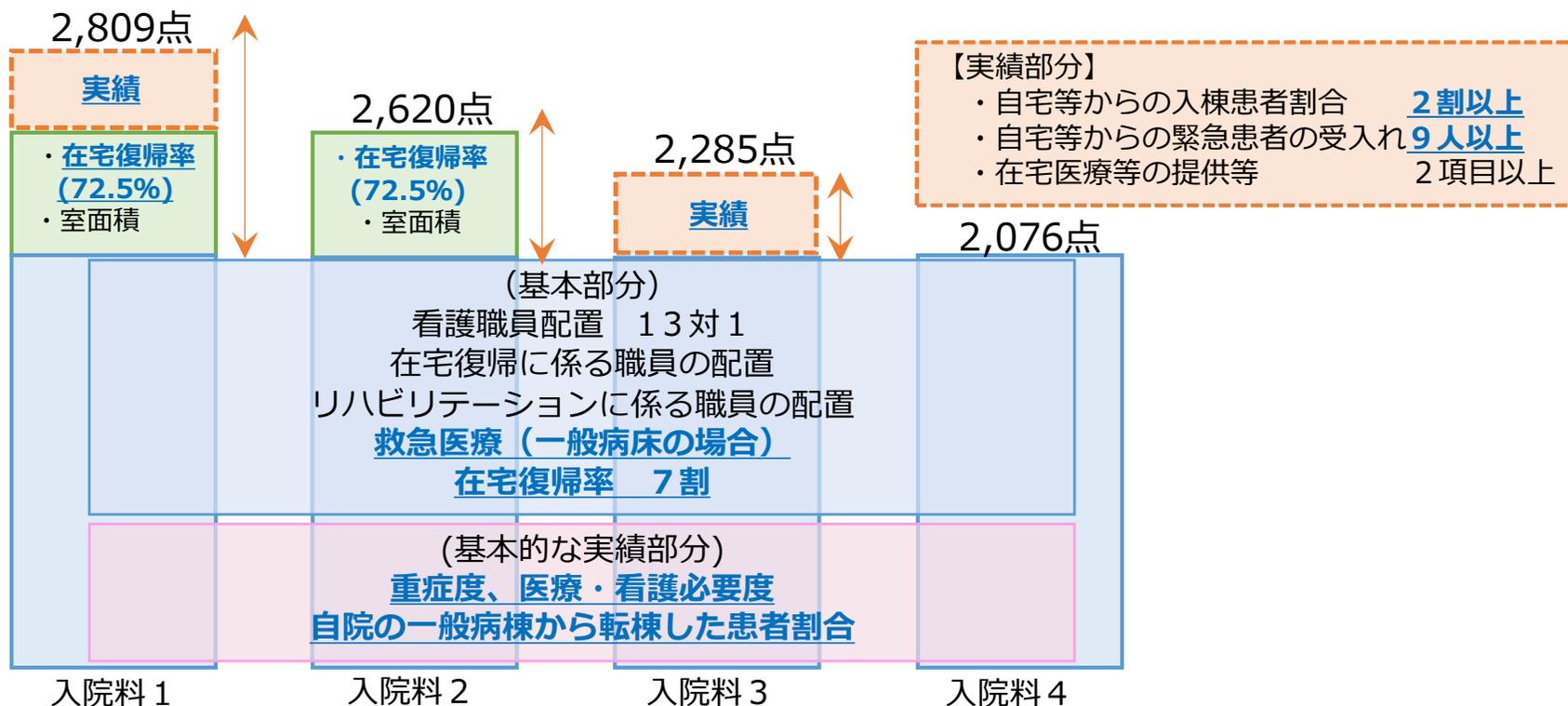
急性期医療

回復期医療

慢性期医療



地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (イメージ)



地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



	入院料 1	管理料 1	入院料 2	管理料 2	入院料 3	管理料 3	入院料 4	管理料 4
看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-	○	○		-	○
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-	
自宅等から入棟した患者割合	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で 9人 以上				3月で 9人 以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率	7割2分5厘 以上				7割以上 （満たさない場合90/100に減算）			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90/100に減算）							
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

・ **療養病床については95/100の点数を算定**する。ただし、**救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合が6割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれか**を満たす場合は100/100

介護施設・福祉施設からの入院患者

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

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

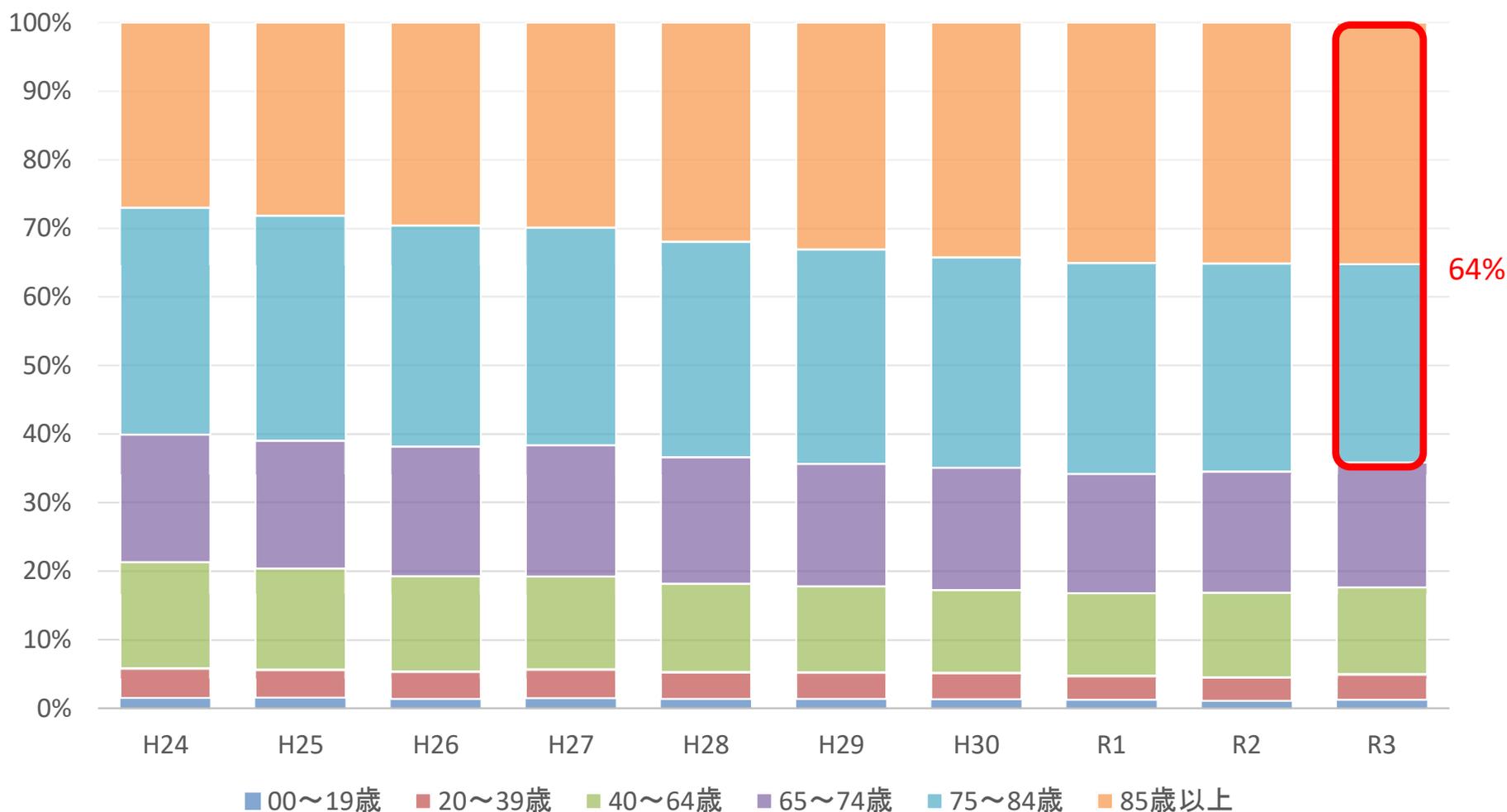
入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%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

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

入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

- 急性期一般入院料を算定する入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち64%を75歳以上が占める。

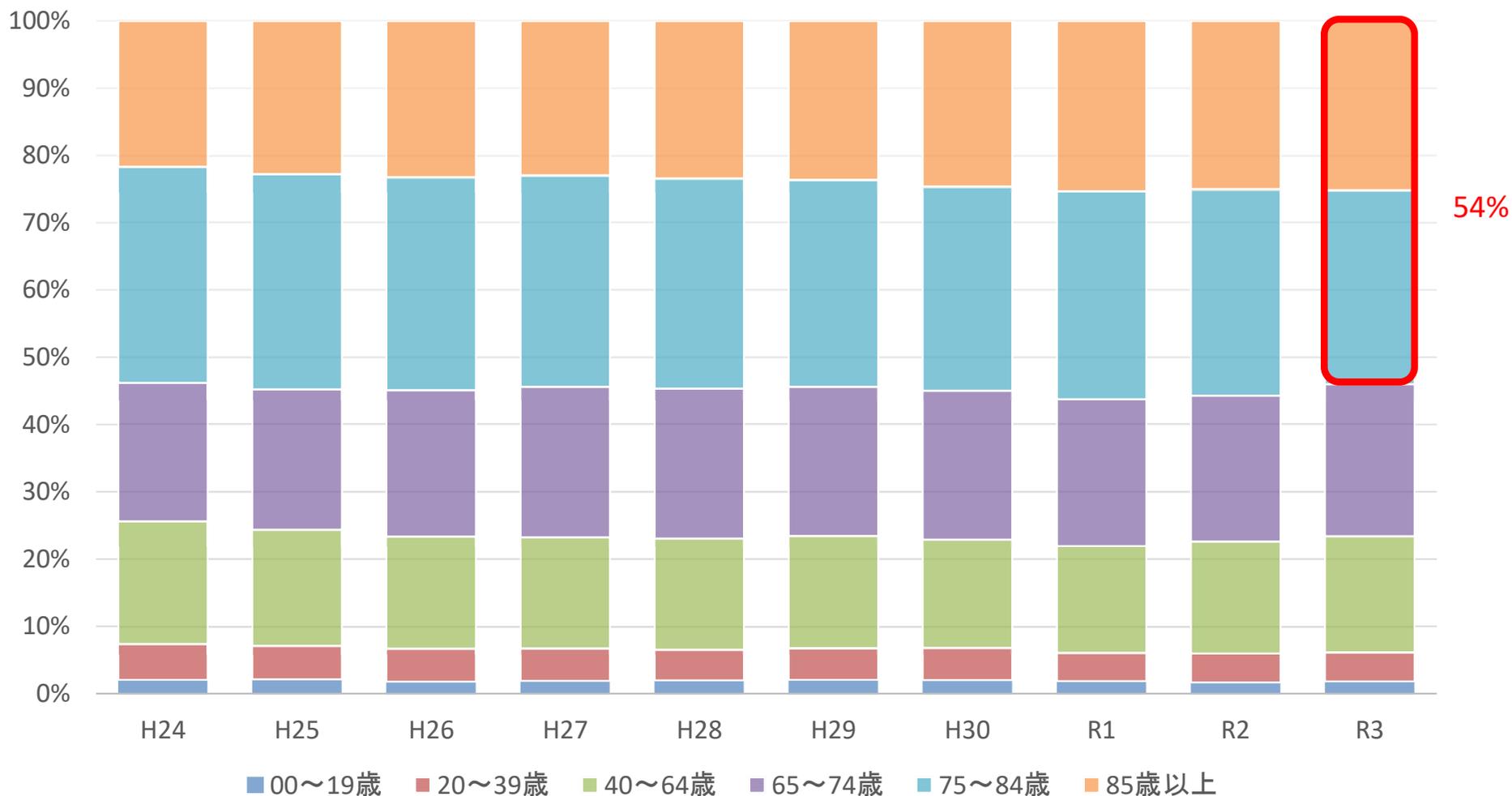
■ 急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比 ※H24~H29は7対1または10対1一般病棟入院基本料



入院患者の年齢構成の推移②（急性期一般入院料 1～3）

- 急性期一般入院料1～3を算定する入院患者の年齢構成比の経年変化はほぼ横ばいである。
- 令和3年では、入院患者のうち54%を75歳以上が占める。

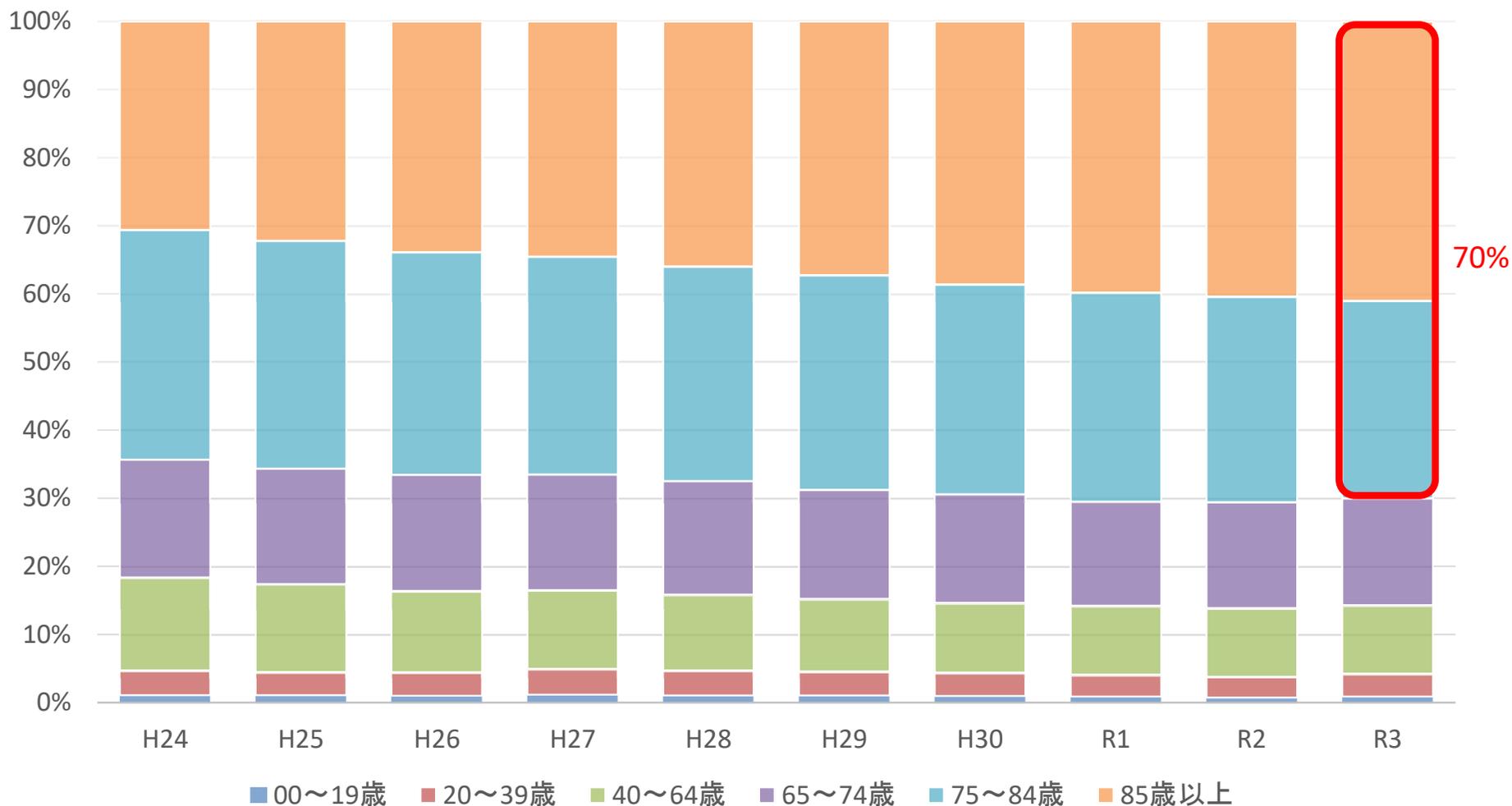
■ 急性期一般入院料 1～3 ※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は7対1一般病棟入院基本料



入院患者の年齢構成の推移③（急性期一般入院料4～7）

- 急性期一般入院料4～7を算定する入院患者のうち、75歳以上の高齢者が占める割合は年々増加しており、特に85歳以上の占める割合が増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち70%を75歳以上が占める。

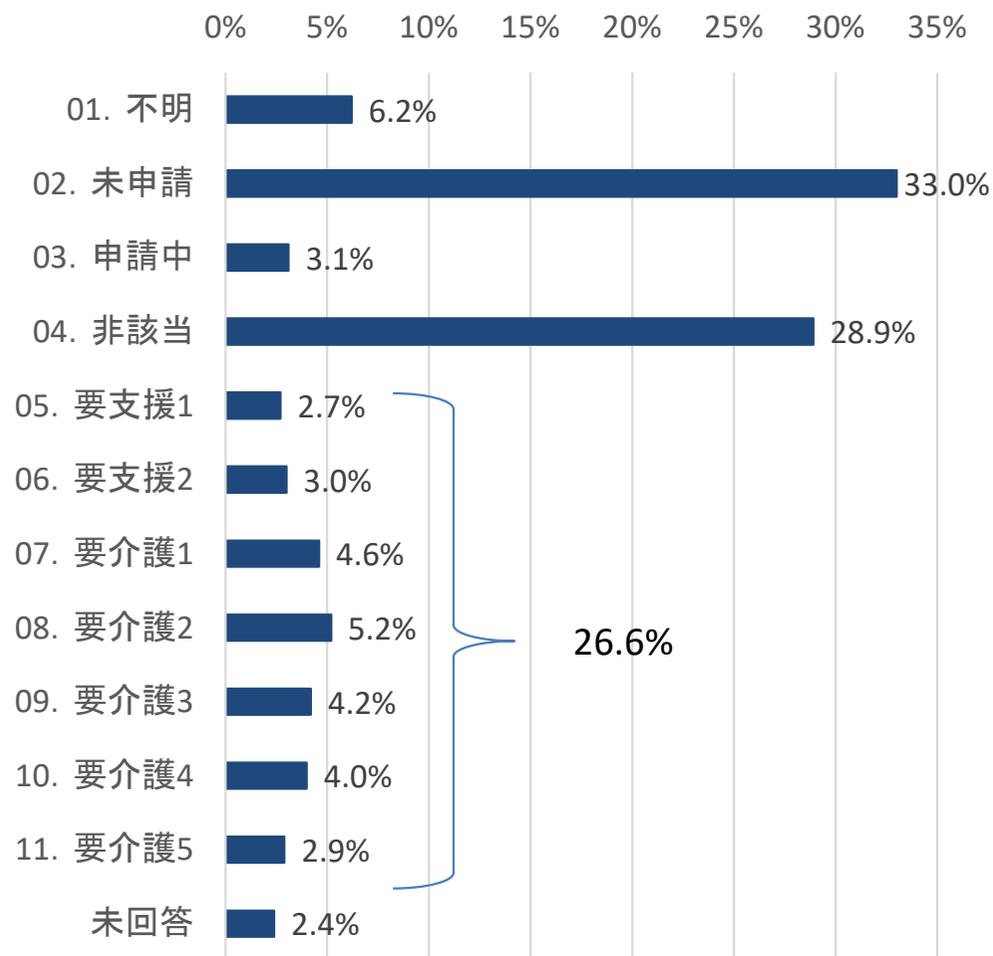
■急性期一般入院料4～7※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は10対1一般病棟入院基本料



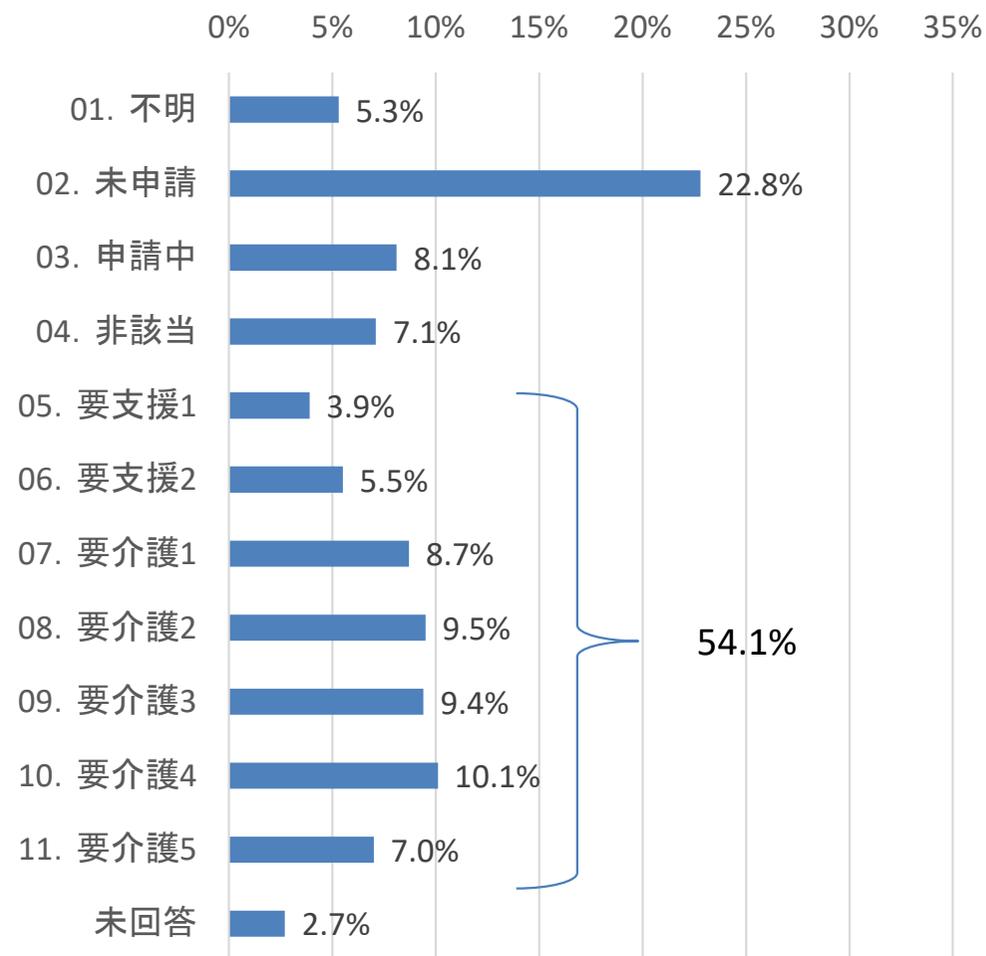
入院患者に占める要介護者等の割合

○ 入院患者に占める要介護者等の割合は急性期一般入院料等では26.6%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では54.1%であった。

■急性期一般入院料等



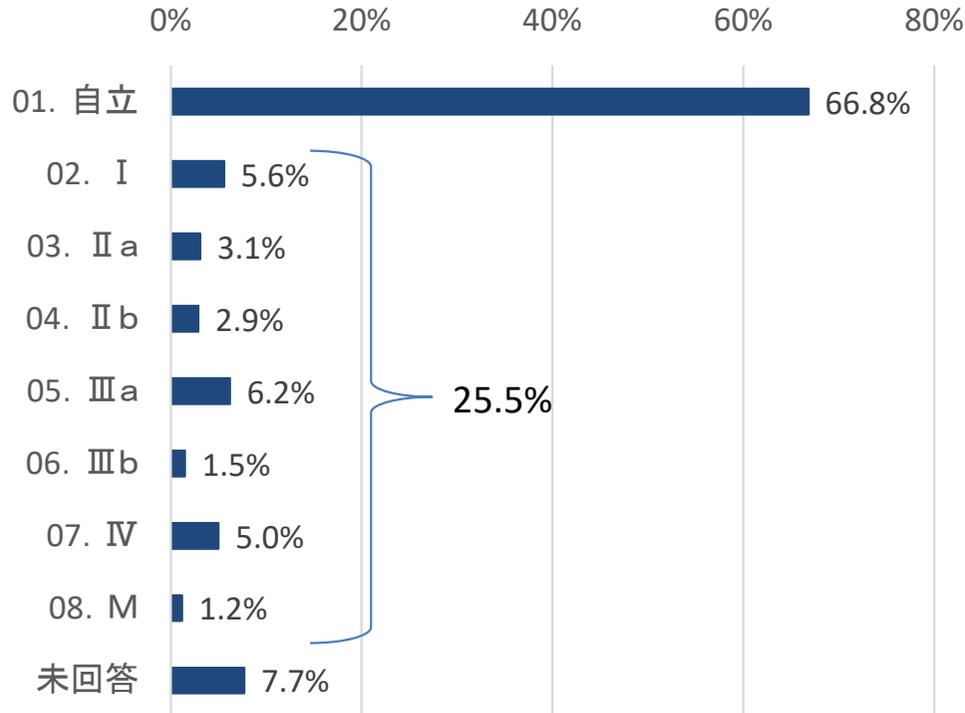
■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



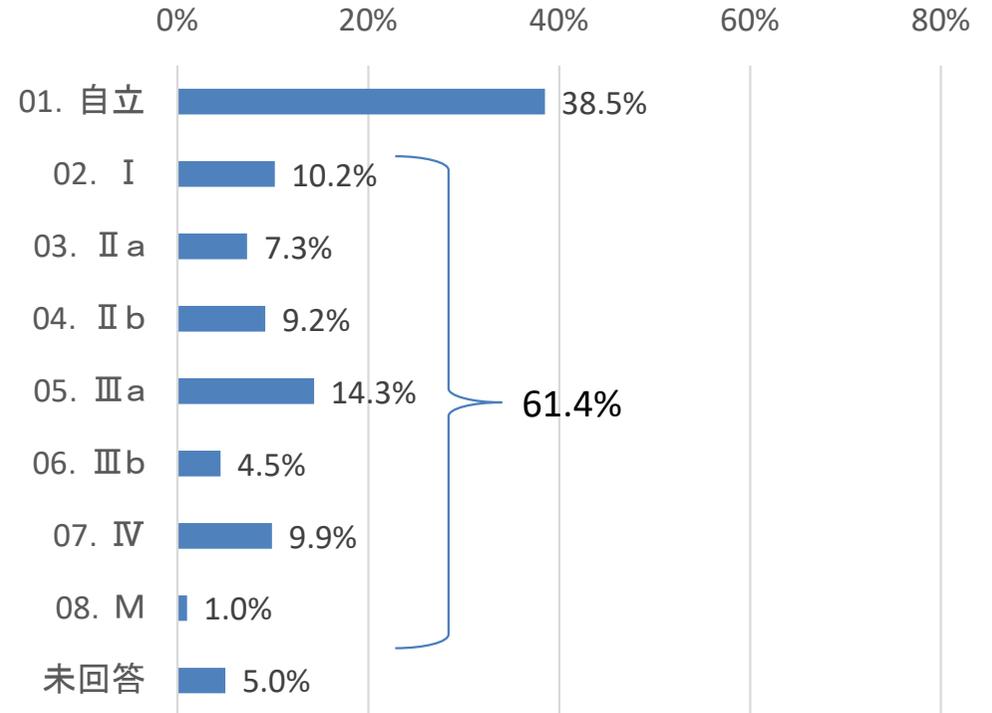
入院患者における認知症高齢者の日常生活自立度

○ 入院患者に占める認知症高齢者の日常生活自立度が I 以上の患者の割合は急性期一般入院料等では25.5%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では61.4%であった。

■急性期一般入院料等



■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等

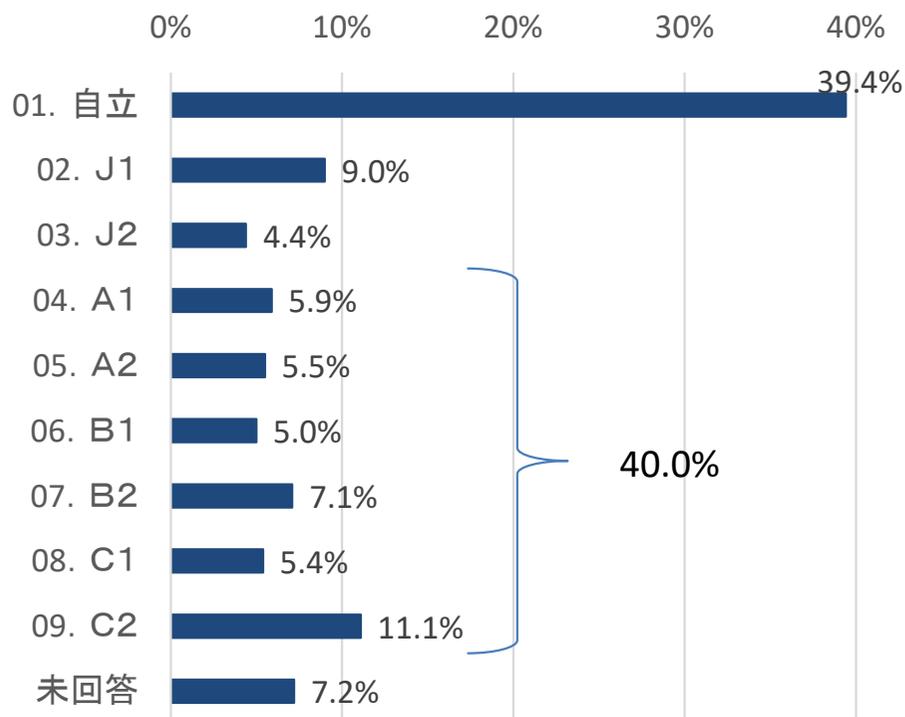


ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

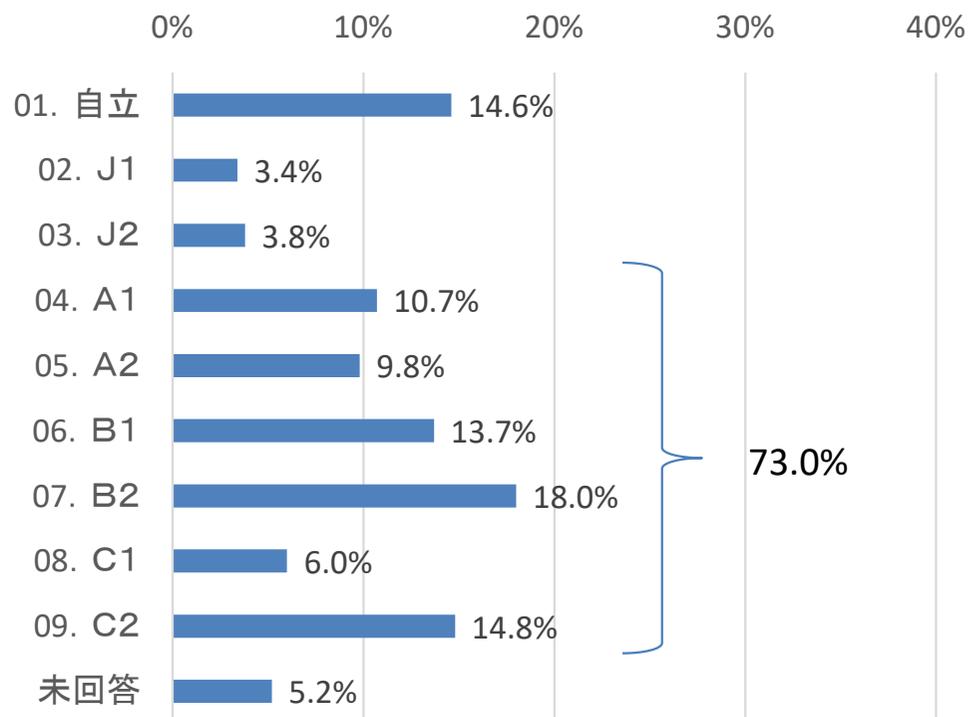
入院患者における障害高齢者の日常生活自立度

○ 入院患者に占める障害高齢者の日常生活自立度がA1以上の患者の割合は急性期一般入院料等では53.4%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では80.2%であった。

■ 急性期一般入院料等



■ 地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



障害高齢者の日常生活自立度

J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所なら外出する
A	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

介護施設・福祉施設からの入院患者

○ 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。

○ 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

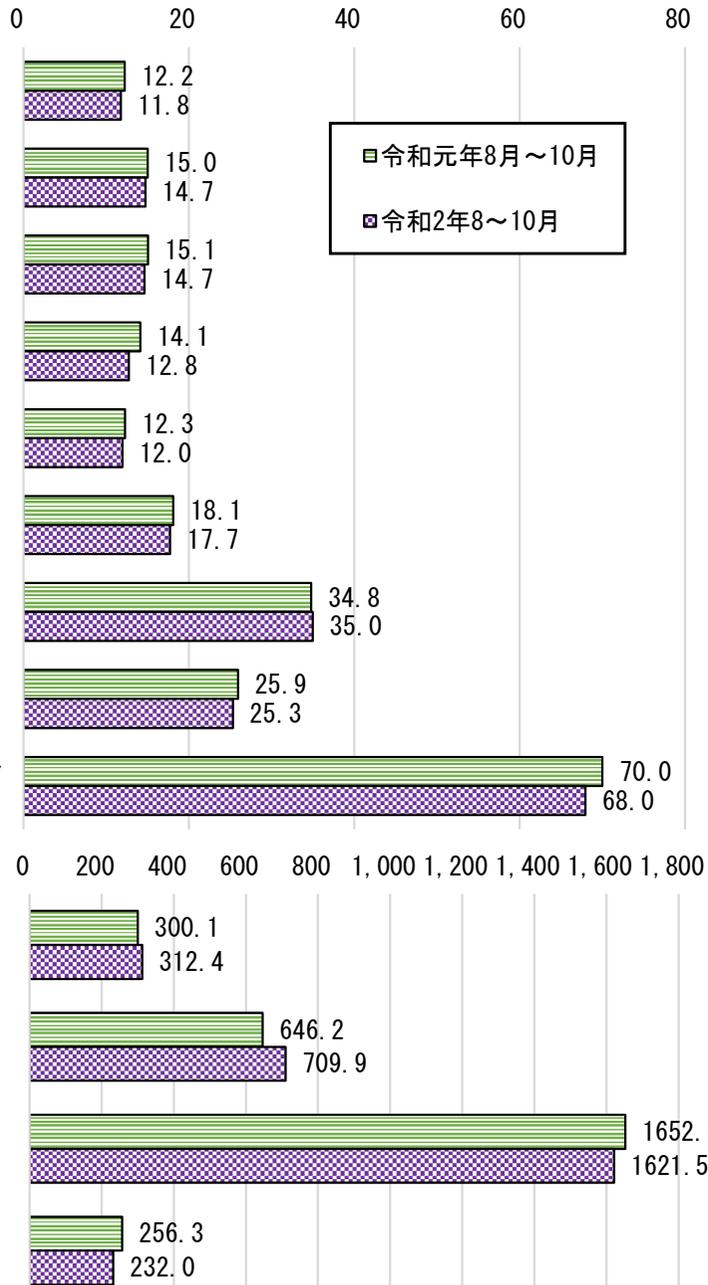
NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)	NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%	26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%	27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%	28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%	29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
4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

出典: DPCデータ(令和3年4月から令和4年3月までの入院症例)

入院料ごとの平均在院日数・病床利用率

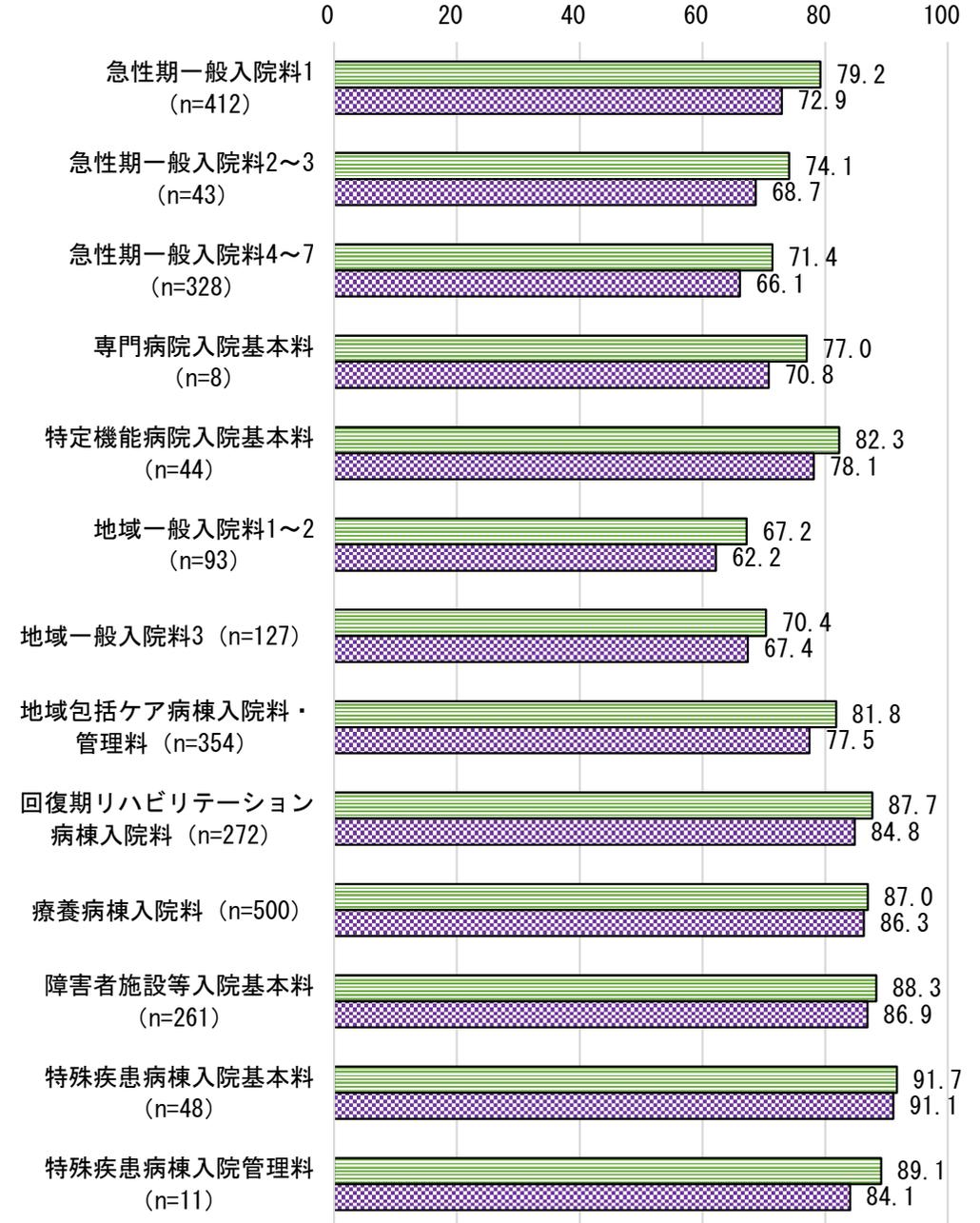
平均在院日数

(日)



病床利用率

(%)



高齢者の多疾患併存について

- 高齢者は複数の疾患を有しており、入院の契機となった疾患以外にも配慮が必要となる。

東京都の75歳以上の後期高齢者約131万1,116人分のレセプト情報の分析結果

- 東京都の後期高齢者の約8割が2疾患以上の慢性疾患を併存。
- 3疾患以上の疾患を併存した割合が約6割。
- 頻度の高い3疾患の組み合わせは、男性は以下の通り。
 - ・高血圧・潰瘍性疾患・虚血性心疾患(12.4%)
 - ・高血圧・脂質異常症・潰瘍性疾患(11.0%)
 - ・高血圧・脂質異常症・虚血性心疾患(10.8%)。
- 女性では以下の通り。
 - ・高血圧症・脂質異常症・潰瘍性疾患(12.8%)
 - ・高血圧・潰瘍性疾患・脊椎／関節疾患(11.2%)
 - ・高血圧・脂質異常症・変形性関節症／脊椎障害(10.7%)。
- 多疾患を有する高齢者の特徴は、男性、85～89歳、医療費が1割負担、在宅医療を受けている、外来受診施設数が多い、入院回数が多い、であった。

入院関連機能障害について

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

入院関連機能障害のリスク因子²⁻⁵

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

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

在宅要介護高齢者の要介護度悪化の要因

○ 一般病院への入院が、在宅要介護高齢者の要介護度を悪化させる要因となることが報告されている。

在宅要介護高齢者の要介護度悪化に関連する要因の分析結果(要介護1)

一自治体の2014年6月から2020年3月までの医科(国民健康保険、後期高齢者医療制度)及び介護レセプトから2014年6月に要介護認定を受けて、要支援1以上と判定された65歳以上の高齢者を抽出した。このうち、2014年6月に入院・入所していない在宅の高齢者を分析対象として、以後月単位で医療・介護サービスの利用状況及び主たる傷病の有病の状況を医科及び介護レセプトから把握し、月単位のパネルデータを作成し、要介護度の悪化に関連する要因を分析。

年齢と一般病院への入院が要介護度悪化の重要な要因

要介護度悪化に関連する要因のパネルデータ分析の結果(要介護1: 8,564名)

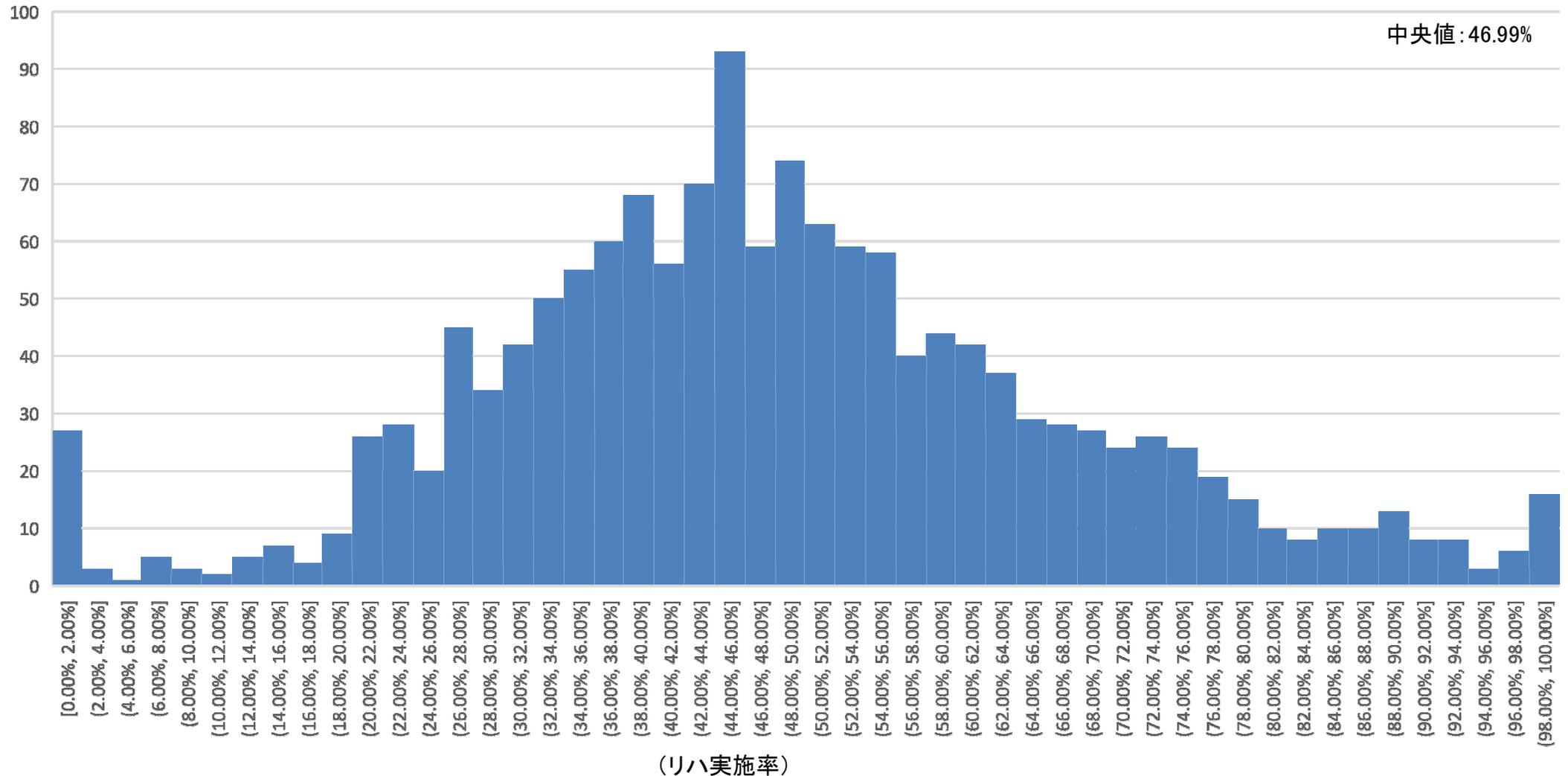
説明変数	オッズ比 (OR)	ORの95%信頼区間		p値
		下限	上限	
年齢階級 75-84歳(対照:65-74歳)	7.94	5.48	11.51	<0.001
年齢階級 85歳以上(対照:65-74歳)	76.50	50.61	115.63	<0.001
糖尿病	0.90	0.83	0.97	0.008
高血圧	0.84	0.76	0.91	<0.001
気分障害	1.02	0.89	1.17	0.767
皮膚疾患	1.29	1.20	1.38	<0.001
関節障害	0.81	0.73	0.89	<0.001
骨折	1.77	1.61	1.94	<0.001
腎不全	1.45	1.26	1.67	<0.001
心不全	1.24	1.13	1.35	<0.001
肺炎	1.50	1.35	1.67	<0.001
悪性腫瘍	0.97	0.89	1.06	0.489
認知症	1.82	1.65	2.00	<0.001
脳血管障害	1.04	0.95	1.14	0.407
尿路感染症	1.21	1.07	1.36	0.002
貧血	1.36	1.24	1.49	<0.001
一般病院入院(※)	2.72	2.48	2.99	<0.001
外来受診	0.81	0.74	0.90	<0.001

(※)看護配置基準10:1以上で、地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定していない病棟への入院

急性期一般入院料 1 におけるリハ実施率

○ 急性期一般入院料 1 における、65歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布は以下の通り。

(医療機関数)



抽出条件: 令和4年4月1日～6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上的一般病棟入院基本料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

医療機関の常勤職員・非常勤職員の合計数について

- 一施設100床あたりの職員数の配置状況は以下の通り。
- 急性期一般における病床あたりのリハ専門職は、回復期リハ病棟・地域包括ケア病棟より少ない。

100床あたりの常勤職員・非常勤職員の合計数(常勤換算、平均)(令和3年6月1日時点)

	急性期一般入院料 1	急性期一般入院料 2～3	急性期一般入院料 4～7	回復期リハ病棟 又は地ケア病棟
①医師	28.1	16.7	13.4	11.3
②歯科医師	0.5	0.4	0.2	0.1
③看護師	102.9	69.7	62.0	57.5
④准看護師	1.5	4.3	7.2	6.3
⑤看護補助者	9.4	9.0	13.8	16.3
（うち）介護福祉士	1.2	1.5	2.9	5.5
⑥薬剤師	6.0	4.3	3.7	3.3
⑦管理栄養士	1.9	1.9	2.0	2.0
⑧理学療法士	5.8	6.3	9.0	14.0
⑨作業療法士	2.5	3.2	3.6	7.1
⑩言語聴覚士	1.3	1.4	1.4	2.7
⑪公認心理師	0.3	0.2	0.2	0.1
⑫診療放射線技師	5.8	4.8	4.2	3.5
⑬臨床検査技師	7.6	5.4	4.7	3.9
⑭臨床工学技士	3.3	2.6	2.2	1.5
⑮歯科衛生士	0.6	0.6	0.4	0.4
⑯相談員	1.7	1.8	1.8	2.5
（うち）社会福祉士	1.4	1.5	1.4	2.1
（うち）精神保健福祉士	0.2	0.2	0.2	0.1
⑰医師事務作業補助者	5.4	3.4	3.1	2.2
⑱事務職員	19.7	16.8	19.5	16.8
⑲その他の職員	6.8	5.3	8.8	7.3

※ 各入院基本料料等を届出ている医療機関

安静臥床の弊害について

○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

安静臥床が及ぼす 全身への影響

1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

2. 循環器系

- 1) 循環血液量の低下
- 2) 最大酸素摂取量低下
- 3) 静脈血栓

3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

4. 消化器系

- 1) 便秘等

5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

6. 精神神経系

- 1) せん妄等

○ ギプス固定で1日で1-4%、3～5週間で約50%の筋力低下が生じる。

出典: Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○ 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。

出典: Puthuchery ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○ 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。

出典: 長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

○ 長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。

出典: 佐々木信幸. Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○ 高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。

出典: Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

出典: 佐藤和香 Jpn J Rehabil
Med.2019; 56::842-847.

誤嚥性肺炎患者に対する多職種連携

誤嚥性肺炎患者は、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、経口摂取を開始することが重要

- 入院時に禁食となった65歳以上誤嚥性肺炎患者のうち、入院1～3日目に食事が開始されたのは、34.1%

出典：Archives of Gerontology and Geriatrics 2021;95:104398

- 禁食下では、摂食嚥下機能悪化、栄養量不足、口腔内不衛生などが懸念される

出典：Geriatr. Med. 55(11):1239-1241,2017

- 誤嚥性肺炎患者で、摂食嚥下機能評価等を行わず禁食としていた群は、早期経口摂取群と比較すると、入院中の摂食嚥下機能の低下、在院日数の延長、死亡率の増加がみられた

出典：Clinical Nutrition 35 (2016) 1147e1152

- 経口摂取ができていて、誤嚥性肺炎による入院後に禁食管理となった高齢患者の4割以上が、30日以内に3食経口摂取を再開できていない

出典：Geriatr Gerontol Int. 2016[PMID: 25953259]

- 誤嚥性肺炎患者に対し、医師が入院早期に摂食嚥下機能評価を指示し、多職種による早期介入（口腔ケア、姿勢調整、呼吸ケア、栄養ケア、食事介助、食事の段階的ステップアップ等）を行った場合、①在院日数を短縮し、②退院時経口摂取率を高める可能性が示唆された

出典：日摂食嚥下リハ会誌 24(1):14-25, 2020

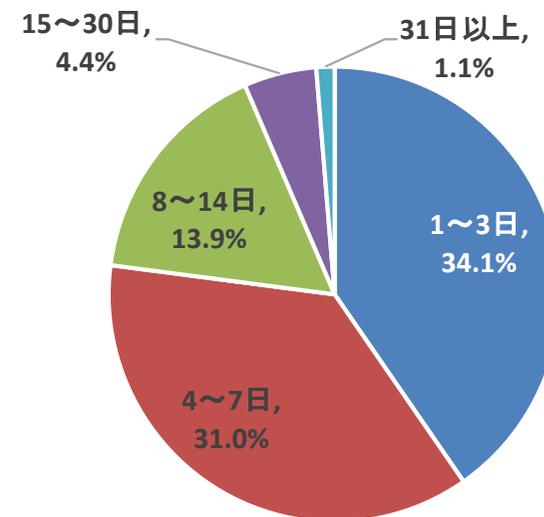


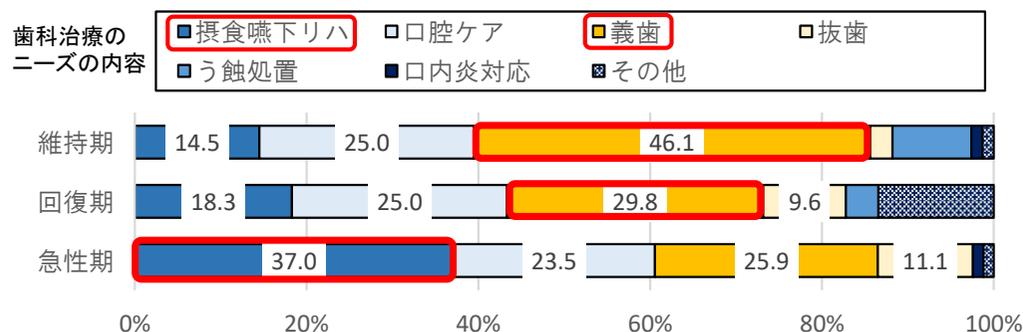
図 禁食から食事が開始された時期 (n = 72,315)

医療・介護における口腔管理の課題

- 口腔の状態は全身の疾患の影響等により変化するため、例えば脳卒中患者では、急性期では摂食嚥下障害への対応が、回復期や維持期では義歯への対応が多いなど、歯科治療のニーズも変化する。
- 回復期や生活期では歯科のかかわりが少ない場合も多く、転院により口腔機能管理が途切れる可能性がある。
- 入院により歯科治療や口腔管理が中断し、口腔内の状況の悪化や口腔機能の低下が進行することが指摘されている。

歯科治療のニーズ(急性期、回復期、維持期)

- 脳卒中患者で食事に問題のある高齢者に対する歯科治療のニーズとして、急性期では摂食嚥下障害への対応が、回復期や維持期では義歯への対応が多い。

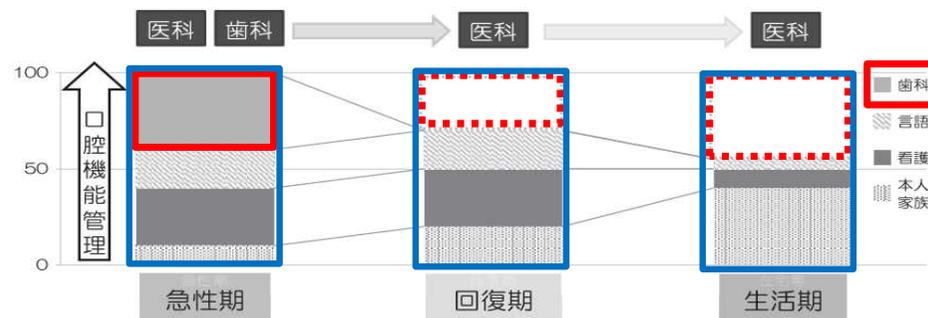


脳卒中と口腔機能. 古屋純一. 日補会誌 Ann Jpn Prosthodont Soc 12 : 309-315, 2020
 図「病気による歯科的ニーズの違い」を元に作図

出典: 脳卒中と口腔機能. 古屋純一. 日補会誌 Ann Jpn Prosthodont Soc 12 : 309-315, 2020

脳卒中患者における口腔管理の課題

- 回復期や生活期では歯科のかかわりが少ない場合も多く、転院により口腔機能管理が途切れる可能性がある。
- また、回復期や生活期においては、口腔機能管理の提供量は減少する。



地域と多職種でつなぐ脳卒中患者の口腔機能管理. 古屋純一. 老年歯科医学 34 27-33 2019
 図 脳卒中患者における口腔機能管理の問題を元に作図

出典: 地域と多職種でつなぐ脳卒中患者の口腔機能管理. 古屋純一. 老年歯科医学 34 27-33 2019

在宅歯科医療の課題

在宅歯科医療に関する現状と課題

- 在宅歯科医療に関して、**医科歯科連携の推進、歯科医療と介護との連携の推進及び歯科医療機関間(歯科診療所間、病院歯科と歯科診療所)における連携の強化**が課題である。
- **入院により歯科治療や口腔管理が中断し、その間に口腔内の状況の悪化や口腔機能の低下が進行することが多く、退院後に「痛くて食べられない」等の訴えがでて初めて、家族やかかりつけ医からかかりつけ歯科医に連絡が入り、治療を再開するケースが多い。**
- **要支援・要介護高齢者の口腔内の状況は良好とはいえないことが多く、潜在的な歯科医療や口腔ケア等のニーズがあると考えられるが、患者からの訴えがない場合はそのニーズを把握することが難しいため、介護支援専門員等も含めた要支援・要介護高齢者に関わる他職種との連携が必要**である。

出典: 在宅歯科医療の充実に向けた議論の整理(在宅歯科医療の提供体制等に関する検討会報告書、令和元年6月10日)

入院時の高齢患者の栄養状態

- 入院時に高齢患者の42%は低栄養リスクが指摘され、26%は低栄養であった。
- 高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

表 入院時の栄養状態

		総数	40歳～ 69歳	70歳以上
低栄養リスク*	無し	71.9%	85.5%	58.1%
	有り	28.1%	14.5%	41.9%
低栄養**		18.0%	10.6%	25.7%

* 簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form) による評価

** GLIM基準 (Global Leadership Initiative on Malnutrition) による評価

対象者：国内の大学病院 入院患者1,987名
(40～69歳 717名、70歳以上 1,270名)

出典：K. Maeda et al. / Clinical Nutrition 39 (2020) 180e184を元に医療課で作成

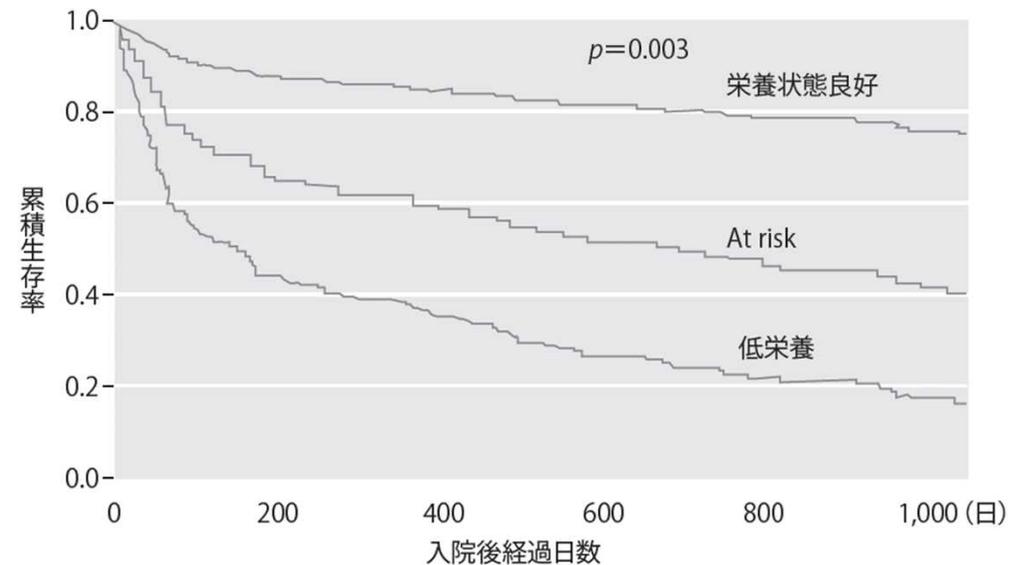


図1 入院高齢者の生命予後と栄養状態 (文献1)
入院時に栄養状態をMini Nutritional Assessment full formで評価し、3群に分けた生存曲線 (Kaplan-Meier法) を示す。

出典：前田；日内会誌 110:1184～1192, 2021
(文献1)Kagansky N, et al. Am J Clin Nutr 82 : 784—791, 2005.

入退院支援の評価（イメージ）

○ 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。

・ 入院時支援加算

・ 入退院支援加算
・ 地域連携診療計画加算

・ 退院時共同指導料

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う
医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・ (入院前に) 利用しているサービスの利用状況の確認
- ・ 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・ 入院生活に関するオリエンテーション
- ・ 看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成



《入退院支援加算の対象となる患者》

- ・ 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・ 緊急入院 / ・ 要介護認定が未申請
- ・ 虐待を受けている又はその疑いがある
- ・ 生活困窮者
- ・ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・ 排泄に介助を要する
- ・ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・ 退院後に医療処置が必要
- ・ 入退院を繰り返している
- ・ 長期的な低栄養状態が見込まれる
- ・ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等
- ・ 児童等の家族から、介助や家族等を日常的に受けている

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・ 患者の退院後の在宅療養を担う医療機関と、入院中の医療機関とが退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同で行う

共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

- ・ 保険医療機関間及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報の提供



入退院支援加算の概要

A 2 4 6 入退院支援加算（退院時 1 回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- **入退院支援加算 1** イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点
- 入退院支援加算 2** イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
- 入退院支援加算 3** 1,200点
- 入退院支援加算 1 又は 2 を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。 **小児加算** 200点

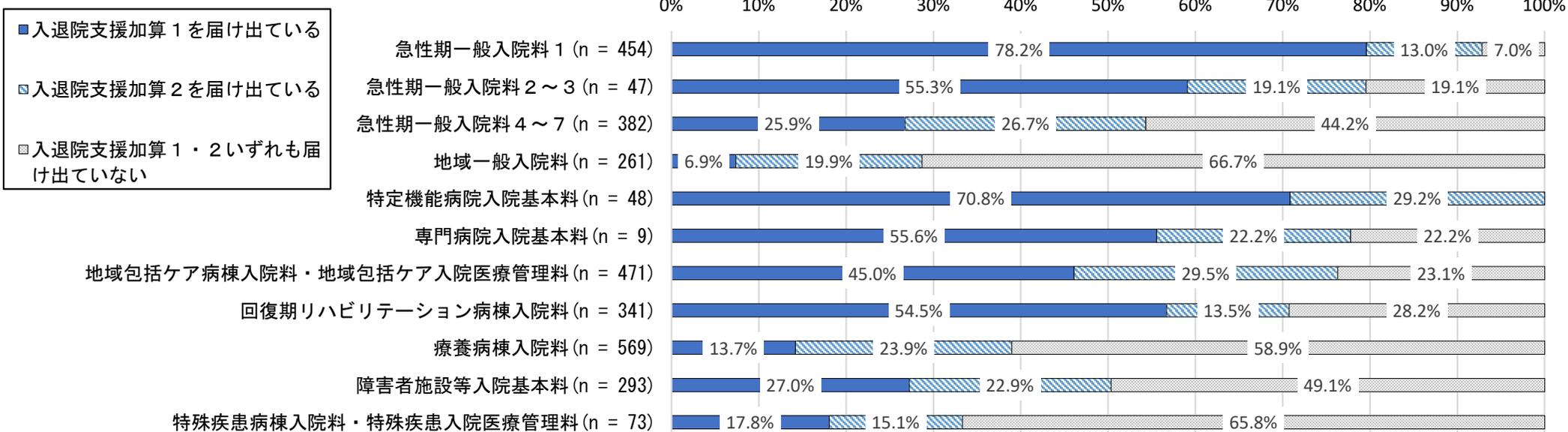
[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2	入退院支援加算 3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること シ. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合	ア. 先天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上 かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置		5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士 （※）週3日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤2名以上の組み合わせも可。
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-	-
連携機関との面会	連携機関の数が25以上であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること	-	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	-	-

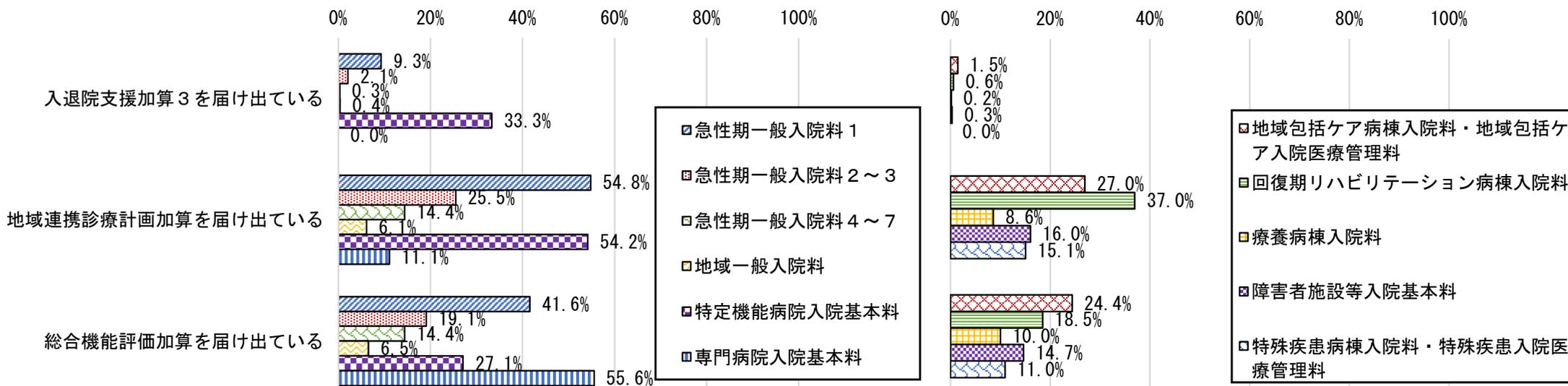
入退院支援加算の届出状況

○ 入退院支援加算は、急性期一般入院料 1 や特定機能病院入院基本料での届出が多かった。

入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況



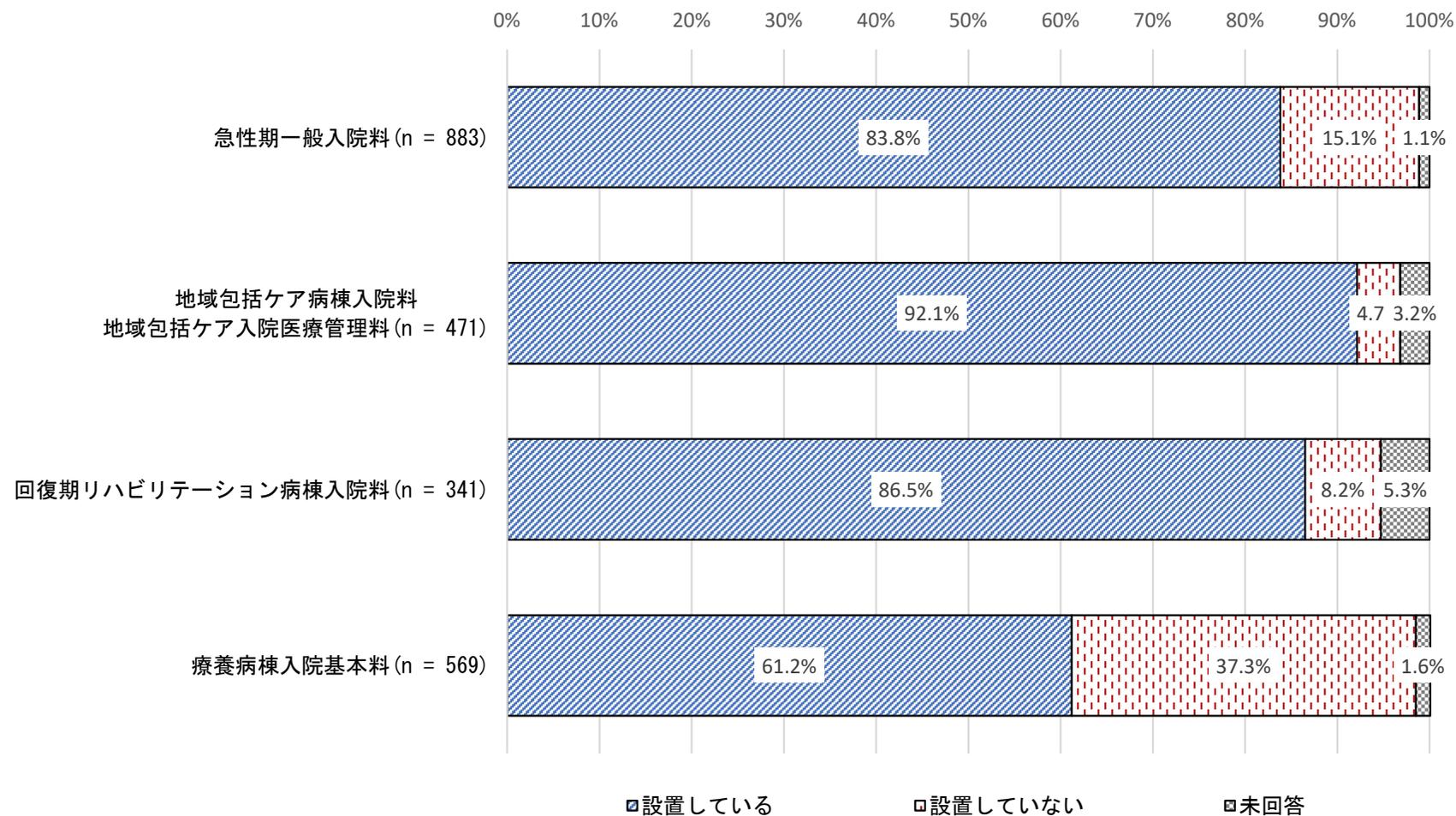
入退院支援加算等の届出状況 (複数回答)



入退院支援部門の設置状況

○ 急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料では、8割以上の施設で入退院支援部門を設置していた。

入退院支援部門の設置状況



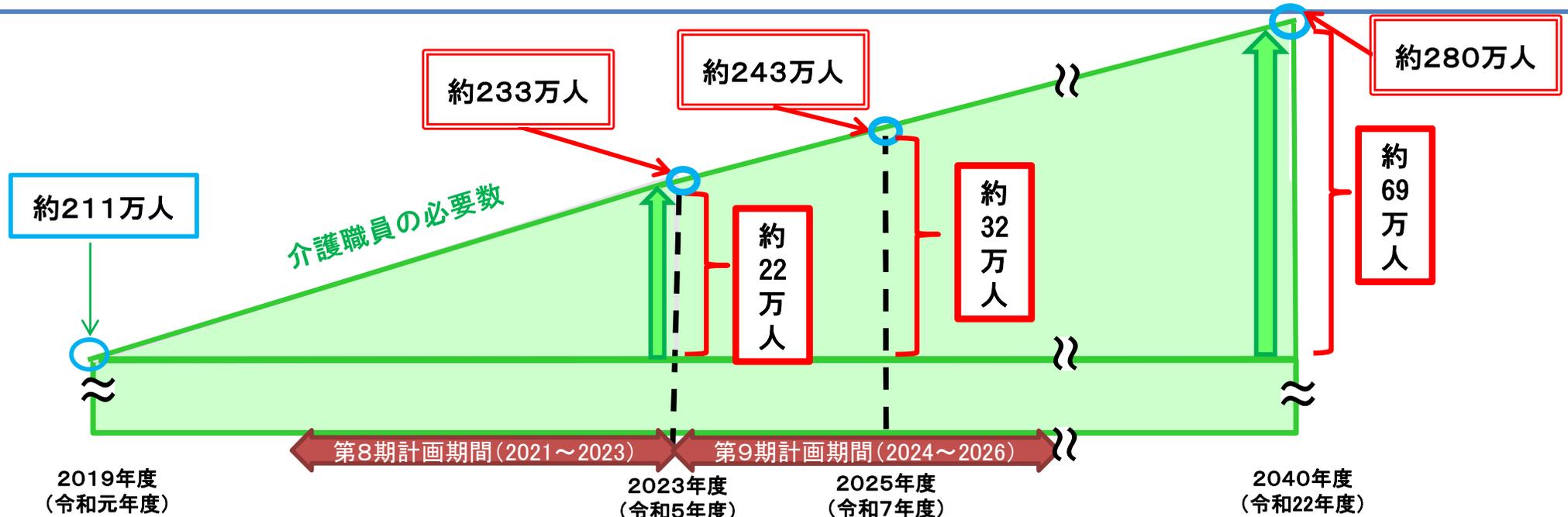
第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について

- 第8期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計すると、
 - ・ 2023年度には約233万人（+約22万人（5.5万人/年））
 - ・ 2025年度には約243万人（+約32万人（5.3万人/年））
 - ・ 2040年度には約280万人（+約69万人（3.3万人/年））

となった。 ※（）内は2019年度（211万人）比

※ 介護職員の必要数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員の必要数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員の必要数を加えたもの。

- 国においては、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進・生産性向上、④介護職の魅力向上、⑤外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組む。



注1) 2019年度（令和元年度）の介護職員数約211万人は、「令和元年介護サービス施設・事業所調査」による。

注2) 介護職員の必要数（約233万人・243万人・280万人）については、足下の介護職員数を約211万人として、市町村により第8期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量（総合事業を含む）等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。

注3) 介護職員数には、総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員数を含む。

注4) 2018年度（平成30年度）分から、介護職員数を調査している「介護サービス施設・事業所調査」の集計方法に変更があった。このため、同調査の変更前の結果に基づき必要数を算出している第7期計画と、変更後の結果に基づき必要数を算出している第8期計画との比較はできない。

(参考) 各入院料の届出状況

○ 各入院料の届出状況は以下の通り。

名称	届出医療機関数	病棟数	病床数
一般病棟入院基本料	4,675	12,539	579,787
急性期一般入院料1(再掲)	1,489	7,924	362,562
急性期一般入院料2-3(再掲)	143	339	16,468
急性期一般入院料4-7(再掲)	1,941	3,054	145,204
地域一般入院料1-3(再掲)	1,016	1,135	51,905
療養病棟入院基本料	2,944	4,457	205,572
特定機能病院入院基本料(一般病棟)	87	1,313	58,541
地域包括ケア病棟入院料及び 地域包括ケア入院医療管理料	2,709	-	88,020
回復期リハビリテーション病棟入院料	1,585	-	90,740

介護保険施設の比較

		介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	介護療養型医療施設	
基本的性格		要介護高齢者のための 生活施設 ※27年度より新規入所者は原則要介護3以上	要介護高齢者にリハビリ等 を提供し在宅復帰を目指し 在宅療養支援を行う施設	要介護高齢者の 長期療養・生活施設	医療の必要な要介護高齢者のための 長期療養施設	
定義		老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームであって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設	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行うことを目的とする施設	要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設	療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設	
主な設置主体※1		社会福祉法人（約95%）	医療法人（約76%）	医療法人（約89%）	医療法人（約80%）	
施設数※2		10,896 件	4,221 件	734 件	277 件	
利用者数※2		638,600 人	351,900 人	42,900 人	7,400 人	
居室面積・定員数	従来型	面積／人	10.65㎡以上	8㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上
		定員数	原則個室	4人以下	4人以下	4人以下
	ユニット型	面積／人	10.65㎡以上			
		定員数	原則個室			
「多床室」の割合※3		19.7%	53.3%	71.9%	78.9%	
平均在所(院)日数※4		1,177日	310日	189日	472日	
低所得者の割合※4		68.6%	52.5%	50.1%	50.0%	
医師の配置基準		必要数(非常勤可)	1以上 / 100:1以上	I型: 3以上 / 48:1以上 II型: 1以上 / 100:1以上	3以上 / 48:1以上	
医療法上の位置づけ		居宅等	医療提供施設	医療提供施設	病床	

※1 介護サービス施設・事業所調査（令和3年）より ※2 介護給付費等実態統計（令和4年10月審査分）より ※3 介護サービス施設・事業所調査（令和3年）より（数値はすべての居室のうち2人以上の居室の占める割合）
※4は介護サービス施設・事業所調査（令和元年）より ※2及び※3の介護老人福祉施設の数値については地域密着型含む。

介護老人保健施設による在宅療養支援の推進

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

概要

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

