

出席者一覧

- ・ 安部 好弘 日本薬剤師会常務理事
- ・ 稲葉 雅之 民間介護事業推進委員会代表委員
- ・ 猪口 雄二 全日本病院協会副会長
- ・ 遠藤 秀樹 日本歯科医師会常務理事
- ・ 幸野 庄司 健康保険組合連合会理事
- ・ 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- ・ 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- ・ 鷲見 よしみ 日本介護支援専門員協会会長
- ・ 瀬戸 雅嗣 全国老人福祉施設協議会副会長
- ・ 武久 洋三 日本慢性期医療協会会長
- ・ 田中 滋 慶應義塾大学名誉教授【分科会長】
- ・ 田辺 国昭 東京大学大学院法学政治学研究科教授【会長】
- ・ 東 憲太郎 全国老人保健施設協会会長
- ・ 松本 純一 日本医師会常任理事

(五十音順 敬称略)

【テーマ3】 リハビリテーション

1 現状

(1) リハビリテーションの目的と役割分担

- リハビリテーションについては、
 - ・ 急性期においては、診断・治療を経て、早期の離床やリハビリテーションにより廃用症候群を予防し、心身機能の改善やADLの向上を図る
 - ・ 回復期においては、集中的なリハビリテーションにより、心身機能の回復やADLの向上を図る
 - ・ 維持期・生活期においては、心身機能やADLの維持・向上を図りつつも、更に多職種によるチームアプローチにより、生活機能（活動や参加を含む）やQOL等の向上を図る

といった観点から、急性期・回復期については主に医療保険により、維持期・生活期については主に介護保険により、給付が行われている。

(2) 疾患別リハビリテーションの維持期・生活期における対応

1) 報酬設定

- 医療保険のリハビリテーションは、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められる患者等について、計画的に定期的な効果判定を行いながら実施することとしている。疾病の種類ごとに算定することができる日数（標準的算定日数）が規定されており、入院中の患者以外の要介護被保険者等に対し標準的算定日数を超過して行われるリハビリテーションについては、(1)の役割分担の考え方に基づき、平成29年度末までに、原則として、介護保険に移行する方針となっている。

※ 治療の継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される患者等については、引き続き、医療保険の給付を行うことができる。

- 平成28年度診療報酬改定において、要介護被保険者等である患者について、介護保険のリハビリテーションと同様に活動や参加へのアプローチにも焦点を当てて、リハビリテーションの目標設定等による支援等を行った場合の評価を新設した。

- 介護保険においては、要介護被保険者等に対し、病院・診療所や介護老人保健施設が必要な通所リハビリテーション等を実施することについて、評価を行っている。
- 標準的算定日数を超過した要介護被保険者等に対しても、同じ病院・診療所において介護保険のリハビリテーションが提供できるよう、介護保険における施設基準の緩和等を行ってきた。
- 保険医療機関は、別段の申し出がない限り、介護保険における指定通所リハビリテーションの事業所としての指定を受けたものとみなされる。ただし、医療保険の各疾患別リハビリテーションの施設及び人員基準と、介護保険の通所リハビリテーションの施設及び人員基準は同一ではないため、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を届け出ている医療機関であっても、介護保険の通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護保険の通所リハビリテーションの基準を満たす必要がある。
- また、介護保険の通所リハビリテーションの基本報酬は、事業所の規模によって複数の種類があり、個々の事業所がどの基本サービス費を算定するか特定する必要があることや、個々の事業所においてどのような加算が算定可能かを特定する必要があること等の理由により、通所リハビリテーション事業所のみなし指定を受けた保険医療機関であっても、介護保険の通所リハビリテーションサービス費の請求を行うためには、別途、事業所の体制等について都道府県に届け出る必要がある。
- なお、医療保険・介護保険いずれにおいても、リハビリテーションに係る報酬の算定に当たっては、リハビリテーションの目的等を記載した計画書を作成することになっている。

2) サービス提供

- 医療保険の疾患別リハビリテーションを受けている患者のうち、発症等から標準的算定日数を超過して疾患別リハビリテーションを受けている要介護被保険者等（治療の継続により状態の改善が期待できると医学的に判断された者を除く。）の割合は、約3%（3.9万人）である。

- 介護保険においては、心身機能やADLの維持・向上を図りつつ、更に多職種によるチームアプローチを行うことにより、生活機能（活動や参加を含む）やQOL等の向上を図っている。
- 介護保険における通所リハビリテーションについて、事業者数やサービス受給者数は、一貫して増加傾向にある。
 - ※ 事業者数は、平成20年4月には6,530事業所であったが、平成28年4月には7,511事業所となっている。
 - ※ サービス受給者数は、平成20年4月には約35万人であったが、平成28年4月には約42万人となっている。

2 主な課題

(1) 高齢者の生活を支えるリハビリテーションの実施

- 急性期や回復期においては、早期の集中的なリハビリテーションにより、心身機能の改善・回復やADLの向上を図ることが重要であるが、加えて、維持期・生活期のリハビリテーションを見据えて、活動や参加に関する目標を設定した上で、この目標に応じた心身機能の回復を図ることが重要である。

(2) 疾患別リハビリテーションの維持期・生活期における対応

- 平成30年度から、発症等から標準的算定日数を超過した要介護被保険者等に係るリハビリテーションについては、医療保険から介護保険に円滑に移行する必要がある。ただし、治療の継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される者について、適切に医療保険のリハビリテーションを行うことができるよう、配慮する必要がある。
- 介護保険への移行に当たって、リハビリテーションにかかる施設基準の違いや、医療保険とは別の事務手続の存在が障壁となるとの指摘がある。

(3) リハビリテーションに係る情報提供・情報共有

- 医療保険における実施計画書と介護保険における実施計画書との間では、記載内容は概ね共通しているが、連携・移行に当たって円滑に情報提供・情報共有が行われないうえに、介護保険のリハビリテーション事業所で再度記載が必要になる等の非効率な運用になっている場合がある。

3 検討の視点

- 急性期や回復期のリハビリテーションにおいて、目標設定支援の視点に基づくリハビリテーションをより一層推進することについて、どのように考えるか。
- 疾患別リハビリテーションの維持期における介護保険への円滑な移行を含め、医療と介護との間で切れ目のない継続的なリハビリテーションを効果的に提供することについて、どのように考えるか。
- 医療と介護の連携・移行をより効率的に推進する観点から、リハビリテーションにおける実施計画書等の在り方について、どのように考えるか。

【テーマ3】 リハビリテーション 参考資料

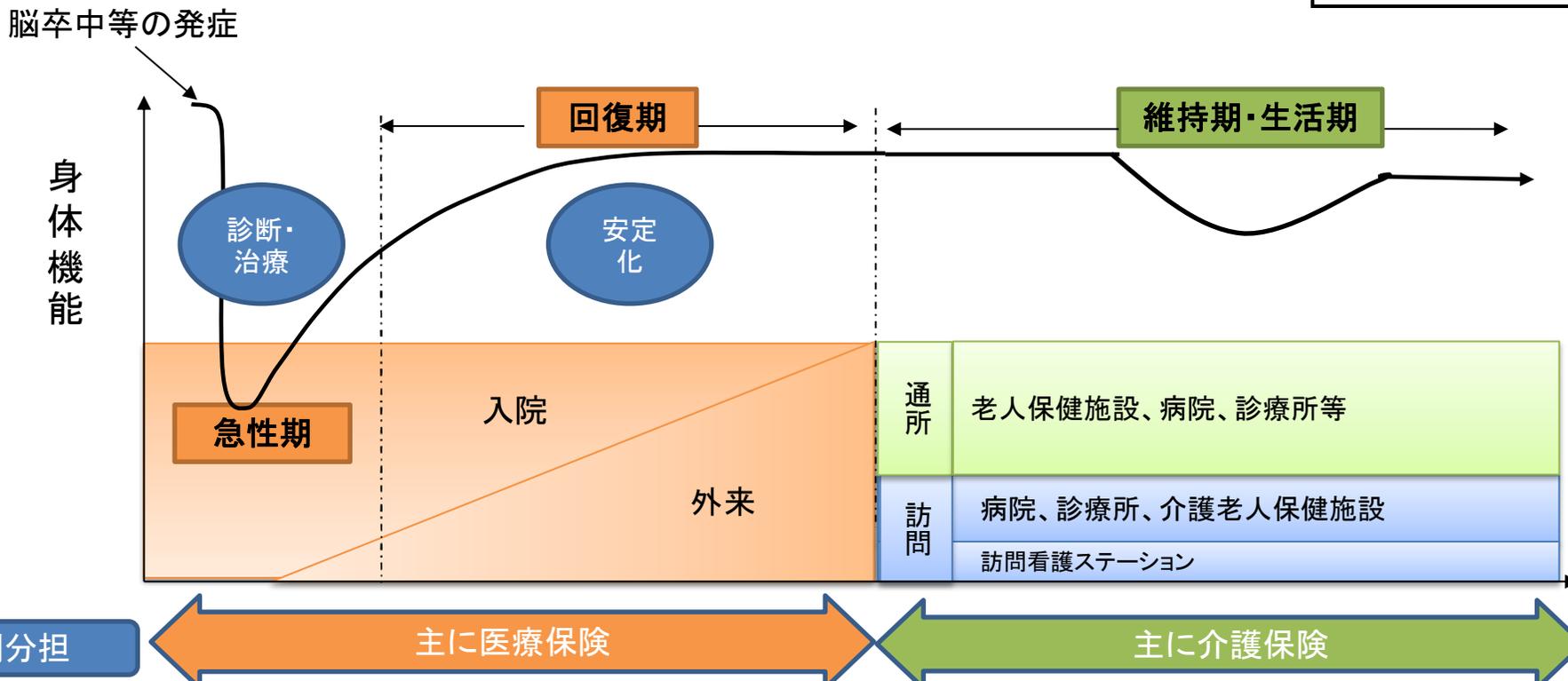
【テーマ3】 リハビリテーション

1. 状態に応じたリハビリテーション
2. リハビリテーションの現状
3. 維持期リハビリテーションの介護保険への移行
4. リハビリテーションに係る直近の改定の動向

【テーマ3】 リハビリテーション

1. 状態に応じたリハビリテーション
2. リハビリテーションの現状
3. 維持期リハビリテーションの介護保険への移行
4. リハビリテーションに係る直近の改定の動向

リハビリテーションの役割分担

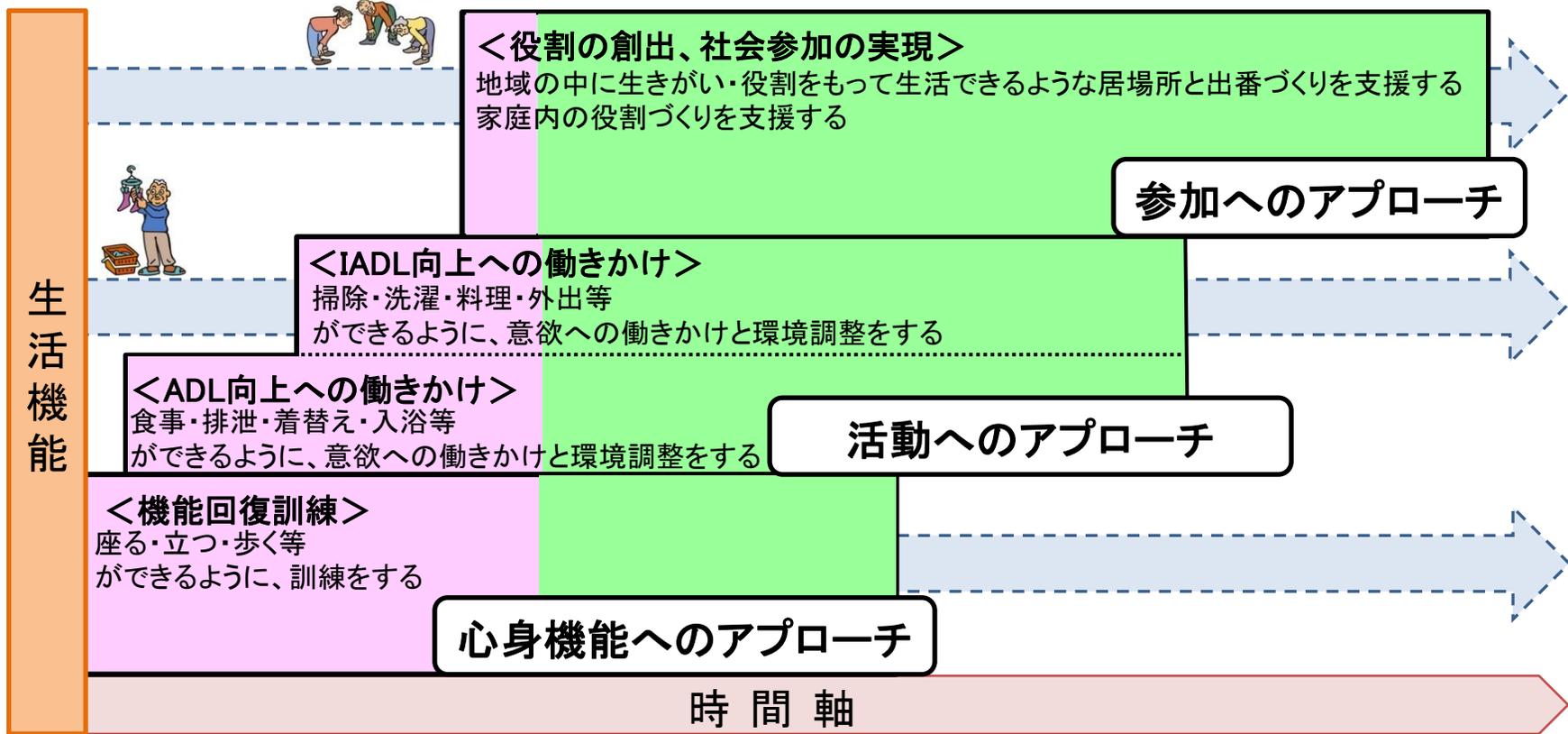


役割分担	主に医療保険		主に介護保険
	急性期	回復期	維持期・生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	—	—	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成

リハビリテーションの展開と3つのアプローチ

・ 介護保険においては、心身機能へのアプローチのみならず、活動、参加へのアプローチにも焦点を当て、これらのアプローチを通して、利用者の生活機能を総合的に向上、発展させていくリハビリテーションを推進している。



・ 発症等から早い時期に、主として医療機関において、心身の機能回復を主眼としたリハビリテーションを実施。
・ 回復の限界を十分考慮せず、心身機能へのアプローチによるリハビリテーションを漫然と提供し続けた場合、**活動、参加へのアプローチによるリハビリテーションへ展開する機を逸し、結果として患者の社会復帰を妨げてしまう可能性がある。**

・ 治療を継続しても状態の改善は期待できないという医学的判断ののちも、主として介護保険サービス提供施設において、残存機能を活かしながらADL、IADL、社会参加等の回復を目指し更なるリハビリテーションを実施。
・ 日常生活や社会参加に伴う実践的な活動を通じて、心身機能を維持。
・ **患者が心身機能へのアプローチによる機能回復訓練のみをリハビリテーションとらえていた場合、介護保険によるリハビリテーションを「質が低い」「不十分」と感じる場合がある。**

医学的リハビリテーションの進め方(参考)

- 医学的リハビリテーションは、心身機能の回復訓練に終始するのではなく、常に予後を意識し、残存機能を活かした活動、参加を念頭に置きながら進めることが推奨されている。
- 特に患者について予測される予後等から「参加」レベルの目標を設定し、そこから逆算して活動の目標、心身機能の目標を定め、当該目標を各分野の共通認識としてリハビリテーションを進めることが望ましいとされている。

医学的リハビリテーションの進め方の分類

0. 心身機能の回復訓練に終始する場合

- リハビリテーションとは呼べない。

1. 段階論的アプローチ

- まず心身機能の回復に努め、それが頭打ちになったらADL訓練などの「活動」に対する働きかけに移り、それが限界に達して初めて「参加」について考える。目標は具体的ではなく「ADL自立性向上」「自宅復帰」など一般的に止まる。

2. 同時並行的アプローチ

- 理学療法・作業療法・言語聴覚療法・ソーシャルワークなどを並行して開始し同時に進めていくが、その間の連携は不十分で、分立・分業的であり、目標すら「理学療法の目標」「作業療法の目標」などとバラバラで統一したものはない。

3. 目標指向的アプローチ(もっとも望ましい)

- 心身機能、活動、参加の「予後」(適切なリハビリテーション・プログラムでそれぞれがどこまで回復するかの予測)を総合し、患者の環境因子、個人因子をも十分考慮して「参加レベルの目標(それをどういう活動で実行するかを含む)」の候補(選択肢)を最低3つつくって患者に提示する。もちろんこの選択肢はチームの知恵を集めて作る。
- 患者が熟慮し、家族とも相談して、3つのうち1つを選べばそこで「参加の目標」が決まり、そこから逆に「活動の目標」「心身機能の目標」が決まる。この共通の目標を目指して、各分野が緊密に協業してプログラムを進める。

出典: 上田敏「標準リハビリテーション医学 第3版」

【テーマ3】 リハビリテーション

1. 状態に応じたリハビリテーション
2. リハビリテーションの現状
3. 維持期リハビリテーションの介護保険への移行
4. リハビリテーションに係る直近の改定の動向

医療保険の疾患別リハビリテーションの概要

		脳血管疾患等(Ⅰ)	脳血管疾患等(Ⅱ)	脳血管疾患等(Ⅲ)
設備	機能 訓練室	160㎡以上	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)
人員配置	医師	専任の常勤医:2名↑	専任の常勤医:1名↑	専任の常勤医:1名↑
	PT OT ST	①専従常勤PT:5名↑ ②専従常勤OT:3名↑ ③言語聴覚療法を行う場合専従常勤ST:1名↑ ①～③の合計:10名↑	①専従常勤PT:1名↑ ②専従常勤OT:1名↑ ③言語聴覚療法を行う場合専従常勤ST:1名↑ ①～③の合計:4名↑	・専従常勤PT,OT,STのいずれかが1名↑
—	点数	245点	200点	100点
—	標準的算定日数	180日		
—	対象患者	脳血管疾患、脳腫瘍等の中樞神経疾患、パーキンソン病等の慢性の神経筋疾患、高次脳機能障害 等の患者		

		運動器(Ⅰ)	運動器(Ⅱ)	運動器(Ⅲ)
設備	機能 訓練室	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	45㎡以上
人員配置	医師	専任の常勤医:1名↑	専任の常勤医:1名↑	専任の常勤医:1名↑
	PT OT ST	①専従常勤PT ②専従常勤OT ①②の合計:4名↑	以下のいずれかを満たしていること。 ア 専従常勤PT:2名↑ イ 専従常勤OT:2名↑ ウ 合計:2名↑	・専従常勤PT,OT,STのいずれかが1名↑
—	点数	185点	170点	85点
—	標準的算定日数	150日		
—	対象患者	<ul style="list-style-type: none"> ・上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者 ・関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により一定程度以上の運動機能等の低下を来している患者 		

発症等からの経過に応じた疾患別リハビリテーション料の点数について ～脳血管リハビリテーション料（I）の場合～

		発症等 ～180日	181日以降
標準的算定日数の上限	除外	245点	標準的算定日数を超えた場合の点数
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 以下で、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合 <ul style="list-style-type: none"> ・失語症、失認及び失行症の患者 ・高次脳機能障害の患者 ・回復期リハ病棟入院料を算定する患者 ・その他疾患別リハビリテーションの対象患者で、リハビリの継続が必要と医学的に認められる場合 等 ■ 以下で、治療上有効と医学的に判断される場合 <ul style="list-style-type: none"> ・先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合 ・障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者の場合(加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病以外) 		
	要介護被保険者 以外		245点 (月13単位まで)
	対象		147点 (月13単位まで)

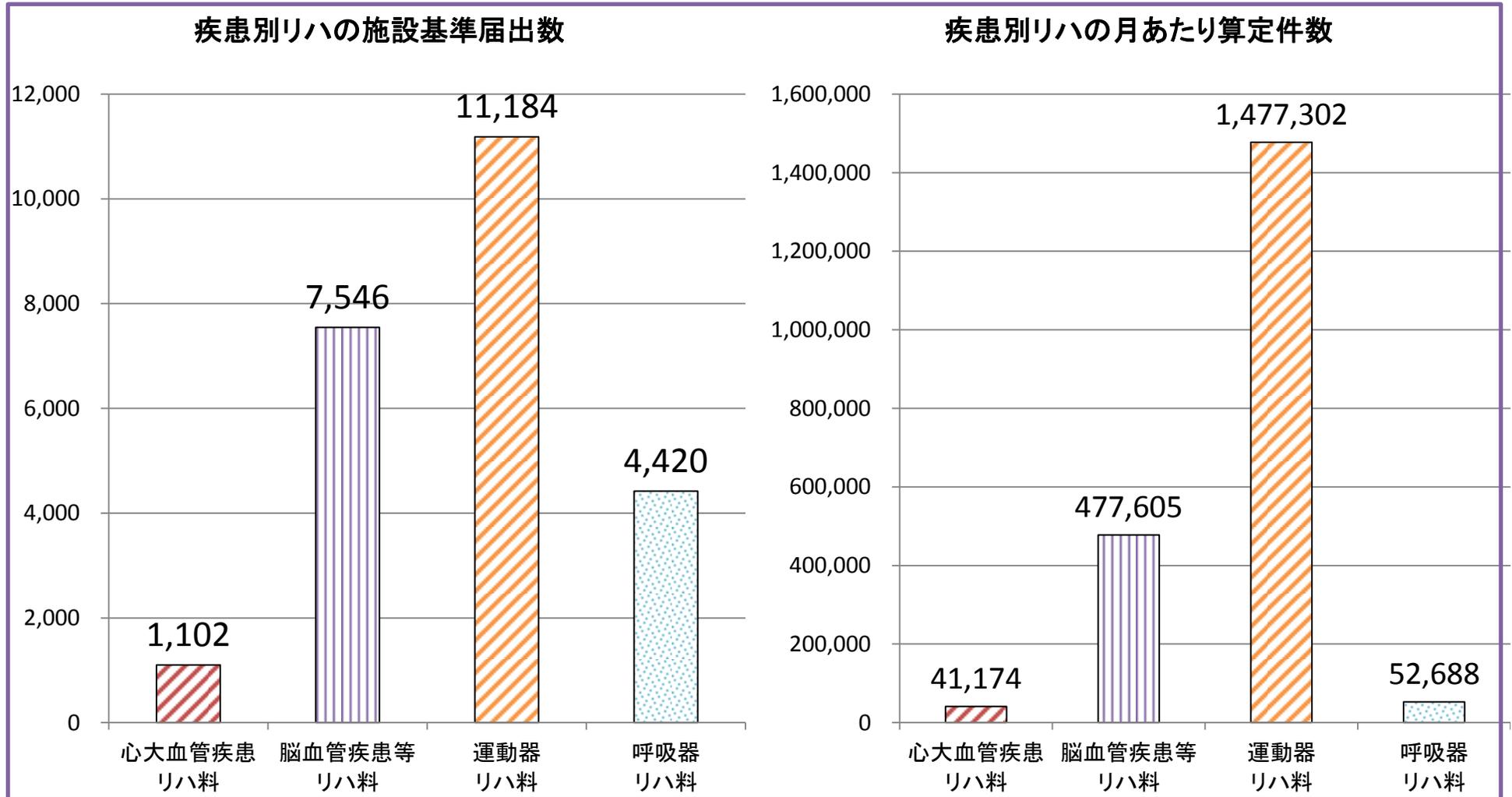
標準的算定日数を超えた場合の疾患別リハビリテーション料の点数について
 ～脳血管リハビリテーション料（I）の場合～

		要介護被保険者	
		非該当	該当
標準的算定日数の上限	除外		
	対象	245点 (月13単位まで)	147点 (月13単位まで)



平成29年度末までに、原則として、介護保険に移行する方針

疾患別リハビリテーション料の施設基準届出数・月あたり算定件数



(平成27年7月1日時点) 出典: 保険局医療課調べ

出典: 平成27年社会医療診療行為別調査

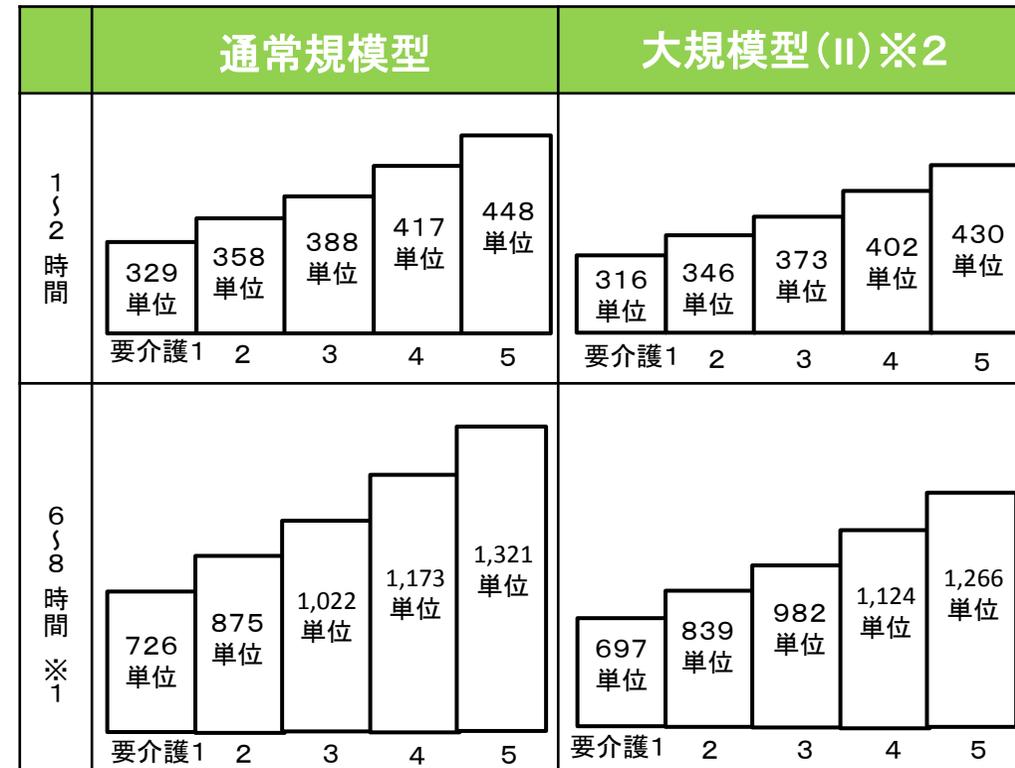
介護保険の通所リハビリテーションの概要

設備、人員配置

サービス提供時間、利用者の要介護度及び事業所規模に応じた基本サービス費

設備	機能訓練室	リハビリを行う専用の訓練室として 利用定員×3m ²
	医師	専任の常勤医師1以上 (病院、診療所併設の介護老人保健施設では、 当該病院、診療所の常勤医との兼務可)
人員配置		単位ごとに利用者10人に1以上
	PT	上の内数として、単位ごとに利用者100人に1以上
	OT	※所要時間1～2時間では適切な研修を受けた看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩
	ST	マッサージ師で可

指定通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ（1回あたり）



※1: その他、2～3時間、3～4時間、4～6時間のサービス提供時間がある。

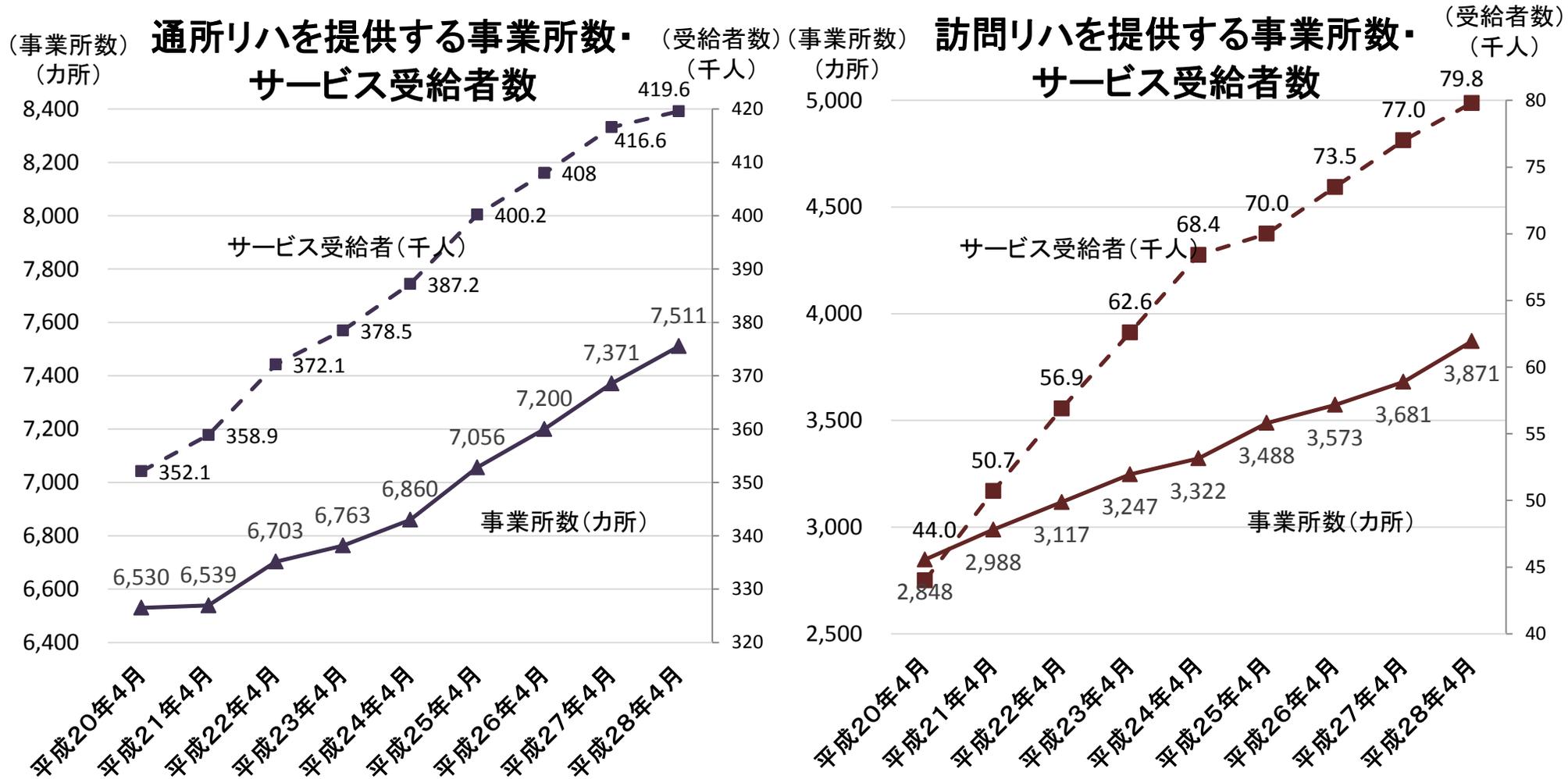
※2: その他、前年度の平均利用延人員数が900人/月以内の大規模型(I)がある。

通所リハビリテーションにおける主な加算・減算

項目	要項	単位数
リハビリマネジメント加算	<ul style="list-style-type: none"> • リハビリ計画を作成 • 定期的に関リハビリ会議を開催 • IIIについては医師による説明が必要 	I: 230単位／月 II: 1020単位／月 6月以降700単位／月
短期集中個別リハビリ実施加算	<ul style="list-style-type: none"> • 1週間につきおおむね2日以上、1日40分以上のリハビリ実施で算定 • 起算日から3月まで算定 	110単位／日
生活行為向上リハビリ加算	<ul style="list-style-type: none"> • 生活行為に関する目標を設定し、実現にむけて計画的に関リハビリを実施した際に算定 • リハビリマネジメント加算の算定が前提 • 起算日から6月まで算定 	3月まで2000単位／月 3月以降1000単位／月 6月以降－15%の減算
社会参加支援加算	<ul style="list-style-type: none"> • 前年度の利用状況が条件を満たせば算定 	12単位／日
送迎減算	<ul style="list-style-type: none"> • 送迎を実施しない場合に算定 	－94単位／日 片道の送迎なら－47単位／日

通所・訪問リハビリテーションを提供する事業所数・受給者数の増加

- 介護保険における通所・訪問リハビリテーションを提供する事業所の数、サービス受給者の数は、平成20年以降、一貫して増加傾向にある。

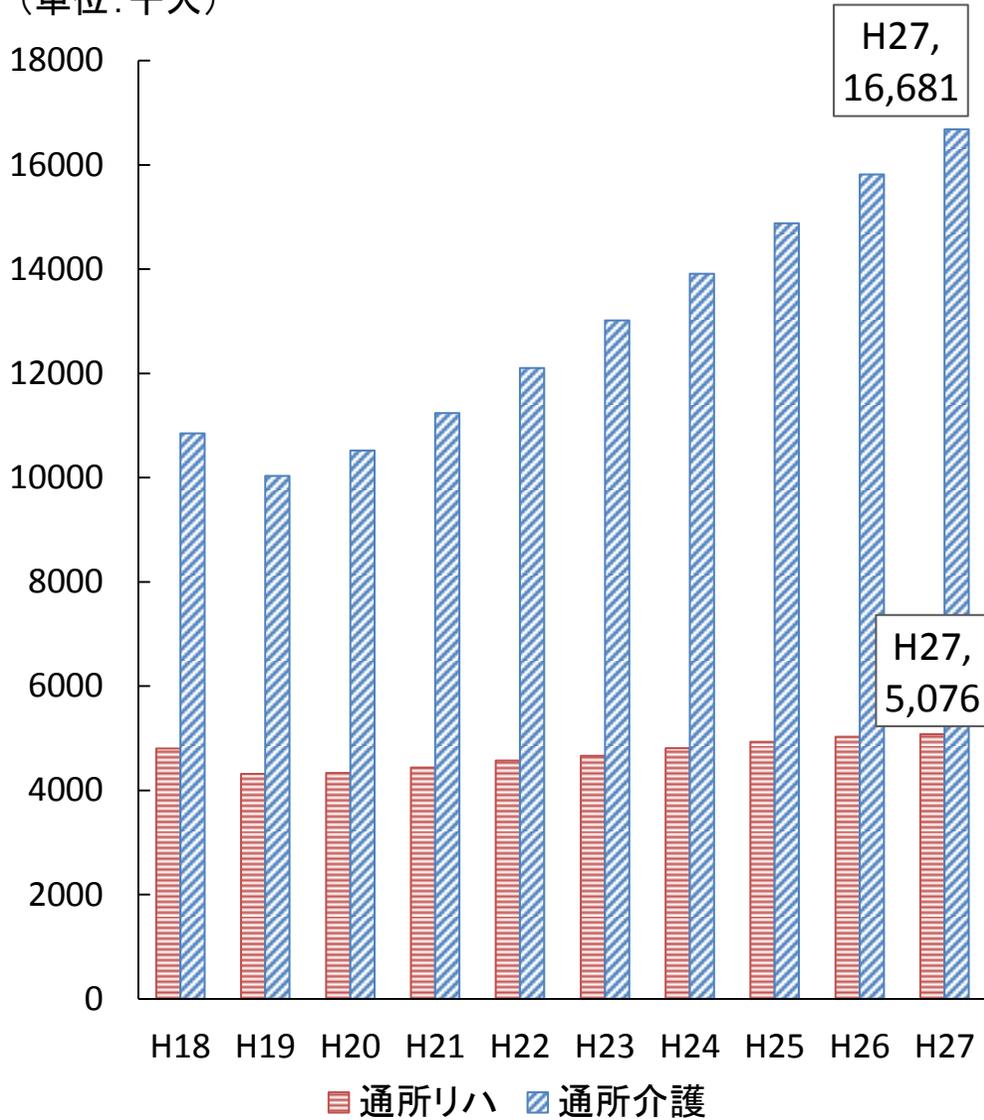


出典：介護給付費実態調査

通所リハと通所介護の比較（受給者、費用額推移）

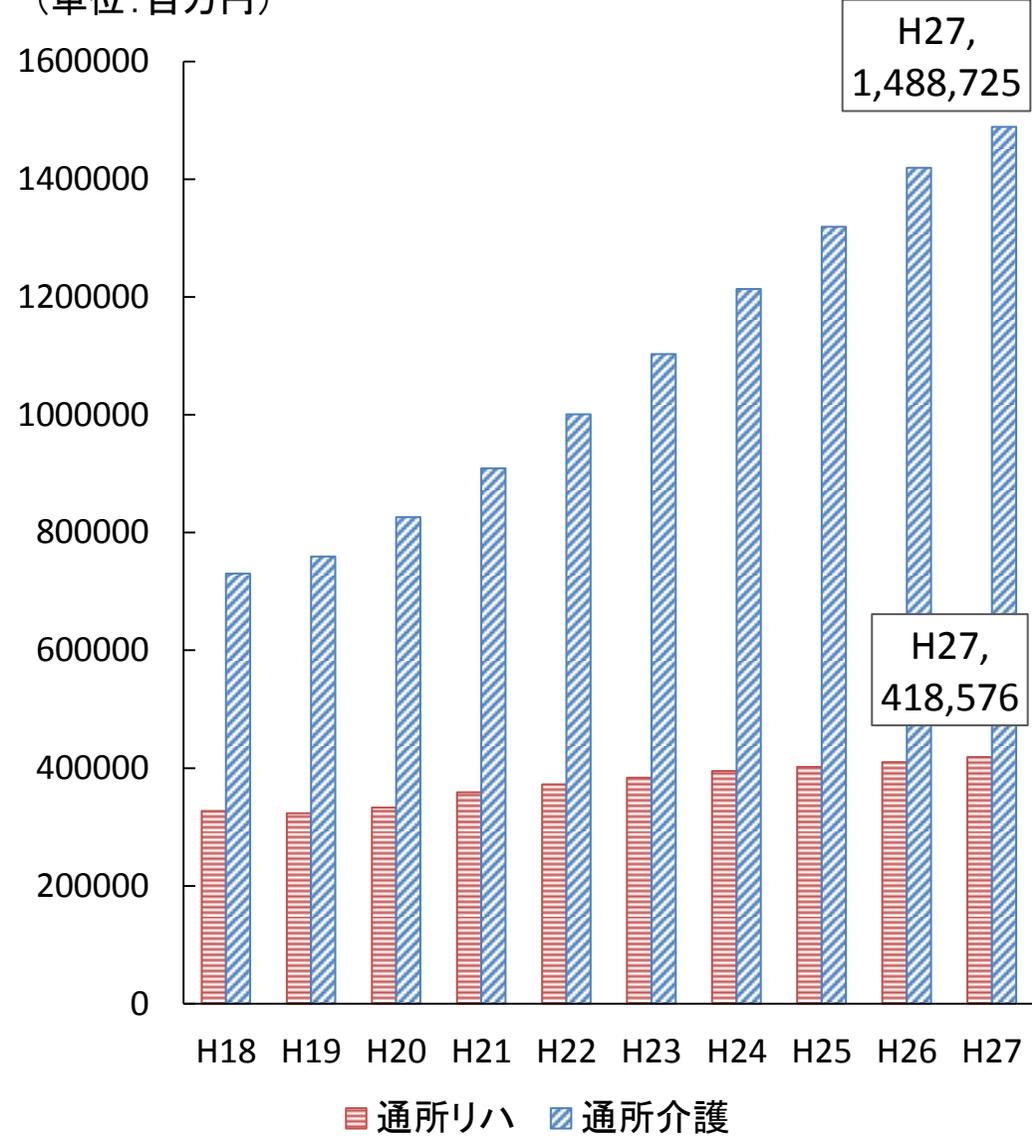
通所リハビリテーションと通所介護との受給者

（単位：千人）



通所リハビリテーションと通所介護との費用額

（単位：百万円）



【テーマ3】 リハビリテーション

1. 状態に応じたリハビリテーション
2. リハビリテーションの現状
3. 維持期リハビリテーションの介護保険への移行
4. リハビリテーションに係る直近の改定の動向

介護保険法における指定居宅サービス事業者の特例について

指定居宅サービス事業所の特例(みなし指定)・・・介護保険法 第71条の要約

病院等について、健康保険法第63条第3項第一号の規定による保険医療機関又は保険薬局の指定があったとき(同法第69条の規定により同号の指定があったものと見なされたときも含む)は、その指定の時に、当該病院等の開設者について、当該病院等により行われる居宅サービス(病院又は診療所にあつては、居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーション)に限り、薬局にあつては居宅療養管理指導に限る)の指定があったものとみなす。

※上記規定により通所リハビリテーションの指定があったものとみなされる病院等については、通所リハビリテーションが実施される病院等の環境にかんがみ、脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料にかかる施設基準に適合しているものとして届出をしていることを想定。

(平成21年3月13日老振発第0313002号・老老発第0313002号厚生労働省老健局振興課長・老人保健課長通知)

医療保険と介護保険のリハビリテーションを同時に行う場合の 施設基準緩和について

- 「疾患別リハビリテーションと1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを同時に行う場合に必要な機能訓練室の面積は、疾患別リハビリテーションに規定される面積基準を満たし、また、疾患別リハビリテーションを受ける患者を通所リハビリテーションの利用者とみなした場合に満たすべき面積基準を満たしていればよい。なお、介護保険の機能訓練室と疾患別リハビリテーションの機能訓練室は分ける必要はなく、疾患別リハビリテーションの機能訓練室の一部で通所リハビリテーションを行うことは差し支えない。」(医療H22.3.29 事務連絡(抄))
- 「保険医療機関が医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーションの届出を行っており、当該保険医療機関において、1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーションを実施する際には、指定通所リハビリテーションの利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えない(必要な機器及び器具の利用についても同様)。この場合の居宅基準第112条第1項の指定通所リハビリテーションを行うために必要なスペースは、三平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用定員と医療保険のリハビリテーションを受ける患者の数を乗じた面積以上とする。」(介護保険基準通知(抄))

同一の施設で医療保険の外来リハと介護保険のリハ（通所リハ）の両方を行っている施設の例

- 同一の施設において、同一の日に、医療保険の外来リハと介護保険のリハを両方とも実施可能としている。

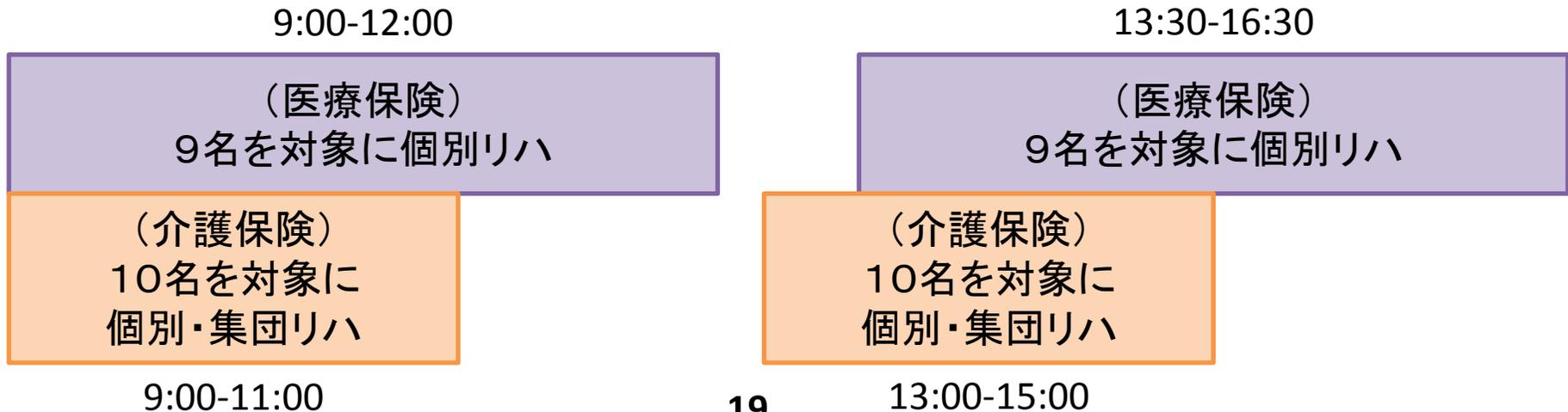
事例1:

45m²のスペース、PT/OT/ST各1名、看護師1名で、医療保険のリハと介護保険の通所リハを交互に実施



事例2:

75m²のスペース、PT/OT/ST各2名で、医療保険のリハと介護保険の通所リハを並行して実施

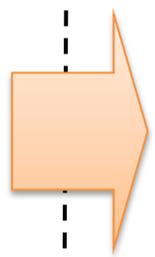


医療保険と介護保険におけるリハビリテーションの比較 (平成28年度～)

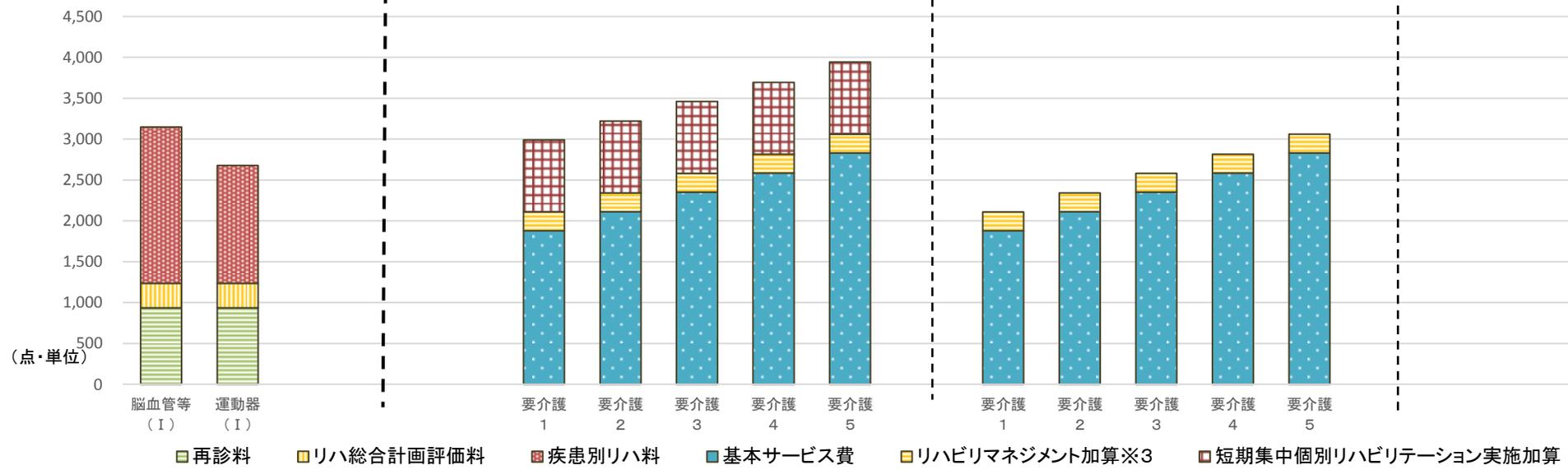
中医協 総-1
28.12.2改

・ 維持期の患者が医療保険から介護保険に移行した場合、月あたりの報酬額等に大きな差はない。

【医療保険※1】
疾患別リハビリテーション
脳血管:180日超
運動器:150日超
例) 20分×13回/月 = 260分
(上限:13単位/月×20分=260分/月)



【介護保険】
(通常規模型:通所リハビリテーション:短時間リハビリテーションの場合※2)
~3ヶ月
例) 40分×8回/月 = 320分
(短期集中個別リハビリを実施した場合の下限)
3ヶ月~
リハビリテーション計画に基づいて
理学療法、作業療法等を実施



一診療報酬一
 <再診料>
72点/日
 <リハ総合計画評価料>
300点/月
 <疾患別リハ※1>一要介護保険者等一
 脳血管等 (I) 147点/単位
 運動器 (I) 111点/単位

一介護報酬一
 <基本サービス費>
 要介護1 329単位/日、要介護2 358単位/日
 要介護3 388単位/日、要介護4 417単位/日
 要介護5 448単位/日
 ※送迎を実施しないことによる減算 -94単位/日
 <リハビリマネジメント加算 I ※3>
230単位/月
 <短期集中リハビリテーション実施加算※4>
~3ヶ月:110点/日

※1: 医療機関の外来リハビリテーションを受けた場合。
 ※2: 1~2時間未満のリハビリテーションを提供した場合。送迎を実施しないことを想定。
 ※3: リハビリテーション計画を策定し、通所リハビリテーションを実施した場合に算定。リハビリテーションマネジメント加算は I が230単位/月、II が6月まで1020単位/月、6月~700単位/月。ここでは I を基に計算。
 ※4: 退院(所)日または認定日から3ヶ月以内:週2回以上、1回当たり40分以上の個別リハビリテーションを行った場合に算定できる。

リハビリテーションの医学管理を目的とした計画書等について

- リハビリテーションの実施やそれに関係する加算の算定に当たっては、医療保険、介護保険とも、計画書等の文書の作成が求められる。その内容には、患者・利用者の現状の評価、リハビリテーションの目標等が含まれ、実質的に共通する部分が相当程度ある。
- しかしながら、医療保険と介護保険の間で様式の互換性が乏しいため、患者が医療保険から介護保険へ移行するにあたり、これらの情報の引き継ぎが円滑に行われにくい。

(例)

医療保険 疾患別リハビリ

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：これまでの経過、現在の機能、心身機能・活動・社会参加に係る患者の目標、目標に関する今後の見通しと患者の受け止め 等

介護保険 通所リハビリ

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：これまでの経過、現在の心身機能・活動・社会参加の状況、リハビリテーションの目標とそれに向けた具体的支援内容、利用者と家族の希望等

標準的算定日数を超過した要介護被保険者等による疾患別リハビリ料の状況

脳血管疾患等リハビリテーション料や運動器リハビリテーション料を算定した患者の3%程度(約3.9万人)が、標準的算定日数を超過した要介護被保険者等が算定する点数を算定していた。

上段:算定件数の割合
下段:算定回数の割合

	入院外レセプト(総数)		入院外レセプト(後期高齢者医療)	
	標準的算定日数を超過した要介護被保険者等(※)に対する点数	その他	標準的算定日数を超過した要介護被保険者等(※)に対する点数	その他
脳血管疾患等リハ料	12,090 (6.8%) 86,966 (7.9%)	164,419 (93.2%) 1,017,602 (92.1%)	6,878 (22.6%) 47,829 (20.6%)	23,556 (77.4%) 184,554 (79.4%)
運動器リハ料	26,437 (2.2%) 153,058 (2.6%)	1,189,127 (97.8%) 5,708,958 (97.4%)	22,083 (5.0%) 127,914 (5.2%)	418,437 (95.0%) 2,308,651 (94.8%)
計	38,527 (2.8%) 240,024 (3.5%)	1,353,546 (97.2%) 6,727,560 (96.5%)	28,961 (6.2%) 175,743 (6.6%)	441,993 (93.8%) 2,493,205 (93.4%)

(※)標準的算定日数の上限の除外対象となる要介護被保険者を除く。

【テーマ3】 リハビリテーション

1. 状態に応じたリハビリテーション
2. リハビリテーションの現状
3. 維持期リハビリテーションの介護保険への移行
4. リハビリテーションに係る直近の改定の動向

質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進 (平成28年度診療報酬改定)



キーワード1 早期からのリハビリテーション

- 初期加算、早期加算の算定要件等の見直し
- ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

キーワード2 質の高いリハビリテーション(アウトカム評価)

- 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

キーワード3 多様な状態に応じたリハビリテーション

- 摂食機能療法の対象の明確化等
- 廃用症候群リハビリテーション料の新設
- 心大血管リハビリテーション料の施設基準の見直し
- 運動器リハビリテーション料の評価の充実
- リンパ浮腫の複合的治療等

キーワード4 具体的な目標を意識した戦略的なリハビリテーション

- 要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行(目標設定支援等・管理料の新設)



質の高いリハビリテーションの評価等①（平成28年度診療報酬改定）

廃用症候群リハビリテーション料の新設

- 廃用症候群の特性に応じたリハビリテーションを実施するため、廃用症候群に対するリハビリテーションの費用を新たな疾患別リハビリテーション料として設ける。

(新) 廃用症候群リハビリテーション料

1 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)	(1単位) 180点
2 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)	(1単位) 146点
3 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)	(1単位) 77点

[算定要件]

原則として、脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)と同様。

ただし、

- ・対象を「急性疾患等(治療の有無を問わない。)に伴う安静による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの」とする。
- ・標準的算定日数は120日とする。

[施設基準]

脳血管疾患等リハビリテーション料を届け出ていること。

質の高いリハビリテーションの評価等②（平成28年度診療報酬改定）

要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

- ▶ 医療と介護の役割分担を勘案し、要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーションについて評価の適正化を行いつつ、介護保険への移行を図る。
- ▶ 要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、その目標設定支援等に係る評価を新設する。

現行

要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料

本則の100分の90に減算

維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合

所定点数の100分の90に減算

改定後

要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料(※)

本則の100分の60に減算

維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合(※)

所定点数の100分の80に減算

※平成30年4月1日以降は原則として対象外。

(新) 目標設定等支援・管理料

1 初回の場合 250点

2 2回目以降の場合 100点

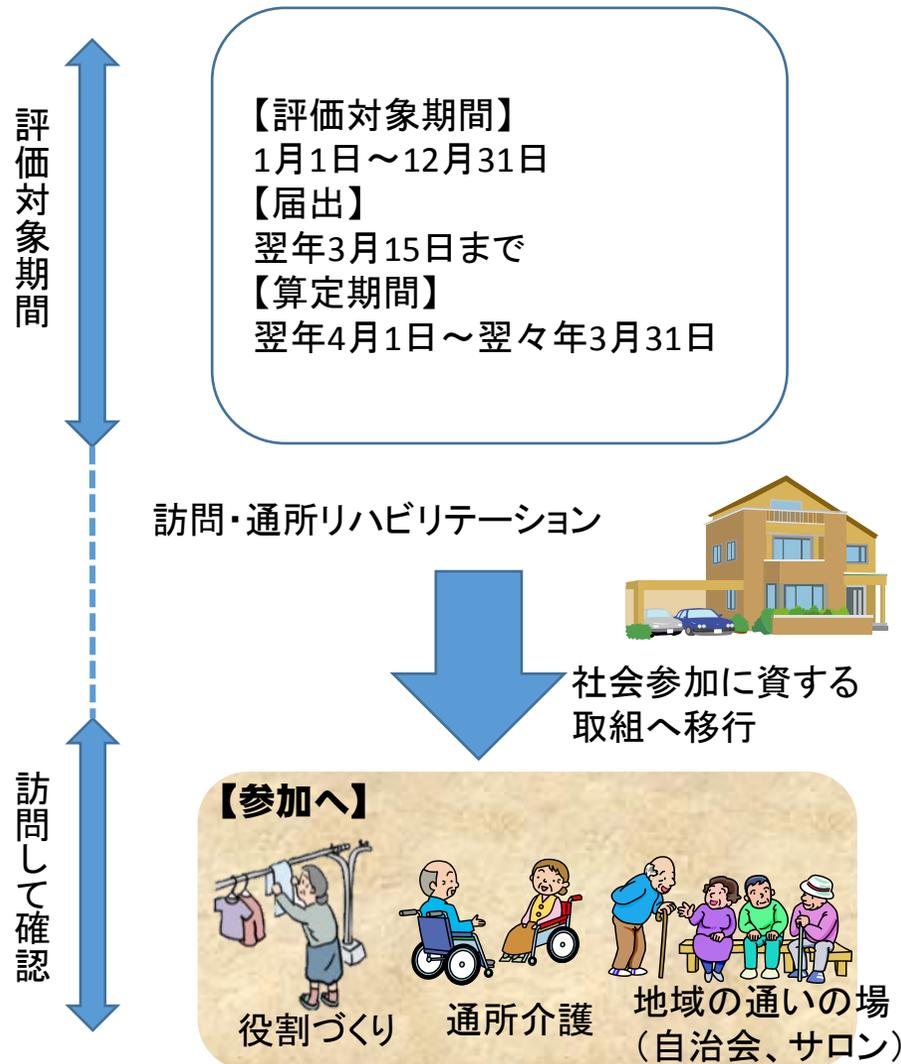
[算定要件等]

脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等にリハビリテーションの目標設定等の支援、介護保険のリハビリテーションの紹介等を行った場合に算定。

標準的算定日数の3分の1経過後、目標設定等支援・管理料を算定せず疾患別リハビリテーションを行う場合、100分の90に減算。

通所リハビリテーションの中重度者等へのリハビリテーション内容等の実態把握調査事業

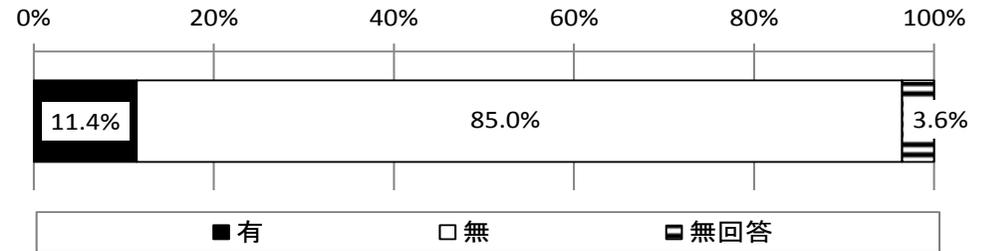
【社会参加支援加算】



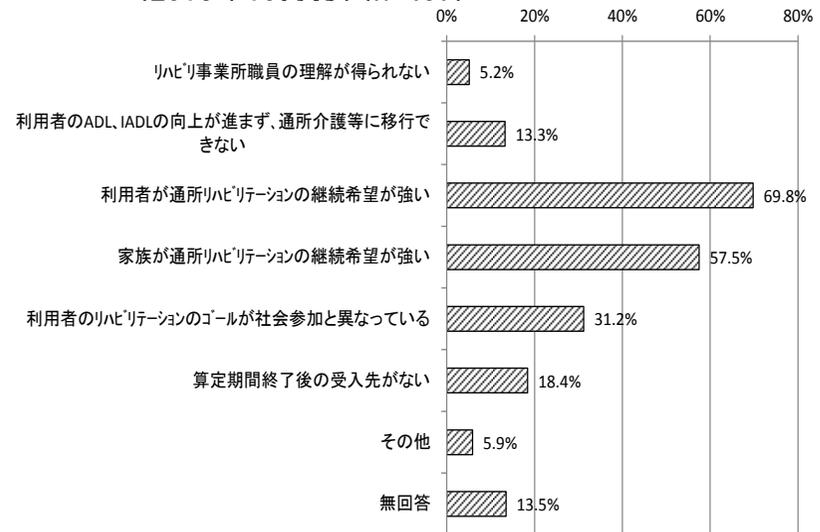
※終了後14日～44日以内に訪問にて
3月以上参加が継続することを確認

- 社会参加支援加算の届出は、通所リハは11.4%であった。
- 通所リハで届出をしていない主な理由は「利用者が通所リハの継続希望が強い」が69.8%、「家族が継続希望が強い」が57.5%であった。

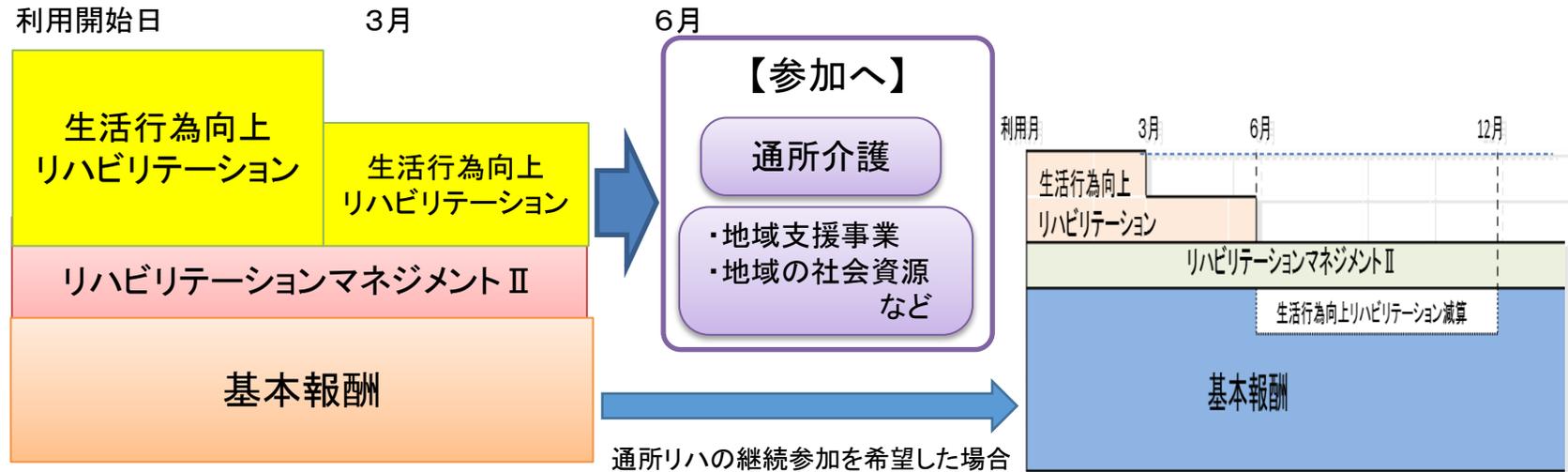
図表2-2-80 【通所リハ】社会参加支援加算の届出状況 (2016年10月分) (n=507事業所)



図表2-2-84 【通所リハ】社会参加支援加算届出をしていない理由 (2016年10月分) (n=407)

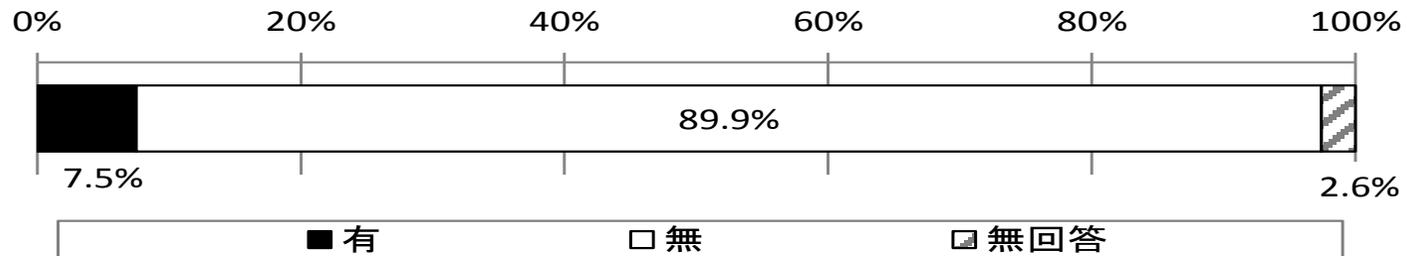


【生活行為向上リハビリテーションに対する加算】



○ 生活行為向上リハビリテーション加算の届出は、7.5%であった。

図表2-2-86 【通所リハ】生活行為向上リハビリテーション加算の届出状況
(2016年10月分)(n=507事業所)



【テーマ4】関係者・関係機関の調整・連携

1 現状

(1) 総論

- 医療保険においては、厚生労働大臣の指定を受け、保険医療機関、保険薬局又は訪問看護ステーションが、医療サービスを提供している。
- 介護保険においては、多様な居宅サービスや施設サービスが設定されており、サービス事業者・施設は、原則としてサービスの種類・事業所ごとに都道府県知事等の指定を受け、介護サービスを提供している。
- 特に高齢者については、医療を受けながら、介護保険の複数のサービスを利用していることから、医療・介護の関係者・関係機関間の情報提供・共有、相互の理解といった連携が重要となっている。

(2) 医療機関と居宅介護支援事業者等との連携

- 医療保険においては、退院支援や関係者・関係機関の連携の観点から、例えば、保険医療機関の次のようなサービスについて評価を行うとともに、必要な書面の様式等を定めているものもある。
 - ・ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるよう、入院早期から退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院支援を実施すること（退院支援加算）
 - ・ 退院後に介護サービスを導入することが適切であると考えられ、本人もそれを望んでいる患者が、退院後により適切なサービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と連携し、退院後のケアプラン作成につなげること（介護支援連携指導料）
 - ・ 患者の同意を得て、居宅介護支援事業者、介護老人保健施設等に診療情報を提供すること（診療情報提供料（I））
 - ・ 入院中の患者に対し、保険医療機関が、その同意を得て、退院後の在宅療養を担う保険医療機関や保険薬局、訪問看護ステーション、介護支援専門員等とともに在宅での療養上必要な説明及び指導を行うこと（退院時共同指導料）

- 介護保険においては、入退院時や在宅療養時における介護支援専門員と医療機関等の関係機関・関係者の連携の観点から、居宅介護支援において次のようなサービスについて評価を行っている。
 - ・ 介護サービス利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、病院又は診療所の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の情報を提供すること（入院時情報連携加算）
 - ・ 病院又は診療所に入院していた者が退院するにあたって、入院担当医との会議（カンファレンス）等を行い、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すること（退院・退所加算）
 - ・ 病院又は診療所の求めにより、医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、利用者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行うこと（緊急時等居宅カンファレンス加算）。
- 関係者・関係機関においては、診療報酬・介護報酬に位置付けられていなくとも、必要に応じて、各々の方法で調整・連携し、情報提供・情報共有を行っている。

(3) 歯科医療機関と介護施設との連携

- 口腔疾患と全身疾患の関連については、重度の歯周病が糖尿病のリスクファクターとなることや、歯科医療専門職の介入による口腔衛生管理が要介護被保険者等の誤嚥性肺炎の発症を低下させることが報告されている。
- 介護施設等の入所者への歯科医療については、医療保険により評価されており、歯科医療機関の約2割が在宅医療サービス（介護施設等への歯科訪問診療を含む）を提供している。特に施設への訪問診療は年々増加しており、歯科訪問診療料を算定している医療機関の約半数が、1日に複数の同一建物居住者に対して行った歯科訪問診療を評価する歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を算定している。また、歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づく歯科衛生士等による療養上必要な指導を評価している訪問歯科衛生指導料についても近年増加傾向にある。
- 介護保険施設においては約9割で協力歯科医療機関を定めているが、歯科医療機関と介護保険施設との連携内容は、歯科訪問診療の実施が主となっている。

- 歯科医師、歯科衛生士と連携した介護保険施設の口腔衛生管理に対する介護報酬については、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員への助言指導等を評価する口腔衛生管理体制加算の算定が約半数、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による口腔ケアを評価する口腔衛生管理加算が1割弱の算定となっている。

(4) 居宅介護支援事業者と医療関係職種との連携

- 介護支援専門員はケアプランの作成に当たって、利用者、家族、居宅サービス（医療サービスを含む。）等の担当者を招集してサービス担当者会議を開催し、担当者から専門的な見地からの意見を求めることとされている。
- 利用者が訪問看護や通所リハビリテーション等の医療サービスを希望しているなど必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師の意見を求めなければならないこととなっている。また、在宅における薬学管理については、医師が必要と認めた場合に、医師の指示に基づき、薬局・薬剤師が行うこととされている。

2 主な課題

- ケアプランの作成・変更に当たって、医療職と介護支援専門員との間の連携・理解が不足している場合があるため、特に末期の悪性腫瘍等の患者へのサービス提供に際して、患者の状態に応じた真に必要なサービスが迅速に提供されていない場合があるとの指摘がある。
- 入退院時における居宅介護支援事業者と医療機関との連携について、事業者側からカンファレンスの開催を求めるなどの取組が見られる一方、医療機関の都合に合わせた訪問調整や、情報提供を行う機会の確保に困難を感じる事業者が多い。
- 各医療・介護職種は、それぞれが患者・利用者に関してどのような情報等を求めているかを共有できていないことや、日々の業務で忙しく、一堂に会することが難しいこともあり、服薬状況や口腔ケアマネジメント等に関する情報を含め、相互に必要とする情報が円滑に共有されない場合があるとの指摘がある。

3 検討の視点

- 患者・利用者に対して、その病状や介護の状態に応じて、真に必要な医療や介護サービスを適時適切に提供する観点から、医療・介護の関係者・関係機関間の円滑な情報提供・共有、相互の理解といった連携の在り方について、どのように考えるか。

【テーマ4】

関係者・関係機関の調整・連携
参考資料

【テーマ4】 関係者・関係機関の調整・連携

1. 医療機関等と居宅介護支援事業者等との連携
2. 歯科医療機関と介護施設との連携
3. 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(医療介護連携部分)概要
4. 居宅介護支援事業者と医療関係職種との連携

【テーマ4】 関係者・関係機関の調整・連携

1. 医療機関等と居宅介護支援事業者等との連携
2. 歯科医療機関と介護施設との連携
3. 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(医療介護連携部分)概要
4. 居宅介護支援事業者と医療関係職種との連携

退院支援に係る主な診療報酬上の評価

項目名	点数	概要
退院支援加算	(退院時1回) 1 (一般等) 600点 (療養等) 1,200点 2 (一般等) 190点 (療養等) 635点	入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、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。
介護支援連携指導料	(入院中2回) 400点	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を導入することが適切であると考えられる患者等が退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、社会福祉士等がケアプランの作成を担当する介護支援専門員と共同して導入すべき介護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
退院時共同指導料1	(入院中1回) 在支診 1,500点 在支診以外 900点	入院している患者の保険医療機関において、地域において患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医等と入院中の保険医療機関の保険医等とが、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。
退院時共同指導料2	(入院中1回) 400点 注3の加算 2,000点	(注3:入院中の保険医療機関の保険医が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、居宅介護支援事業者の介護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)
退院前訪問指導料	(入院中1回) 580点	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。
診療情報提供料(I)	(月1回) 250点	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、保険医療機関が、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。

指定居宅介護支援費の介護報酬 ～医療・介護連携に関する加算～

○入院時情報連携加算

- イ 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位 病院又は診療所を訪問し、必要な情報を提供している場合に加算。
- ロ 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位 イ以外の方法により、必要な情報を提供している場合に加算。

利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を提供した場合に所定単位数を加算。

※利用者1人につき、1月に1回を限度とする。

※利用者が入院してから遅くとも7日以内に情報提供した場合に算定する。

※入院時情報連携加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）はいずれか一方のみを算定する。

○退院・退所加算 300単位

病院もしくは診療所に入院していた者、地域密着型介護老人福祉施設もしくは介護保険施設に入所していた者が退院又は退所し、居宅において介護サービスを利用する場合において、利用者の退院又は退所にあたり、「病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、介護サービスの利用に関する調整を行った場合」に所定単位数を算定。

※入院又は入院期間中につき3回を限度として算定。

※3回算定する場合は、うち1回についてはカンファレンス（診療報酬の退院時共同指導料の2注3に該当するもの）に参加した場合に限る。

※初回加算を算定する場合は算定しない。

○緊急時等居宅カンファレンス加算 200単位

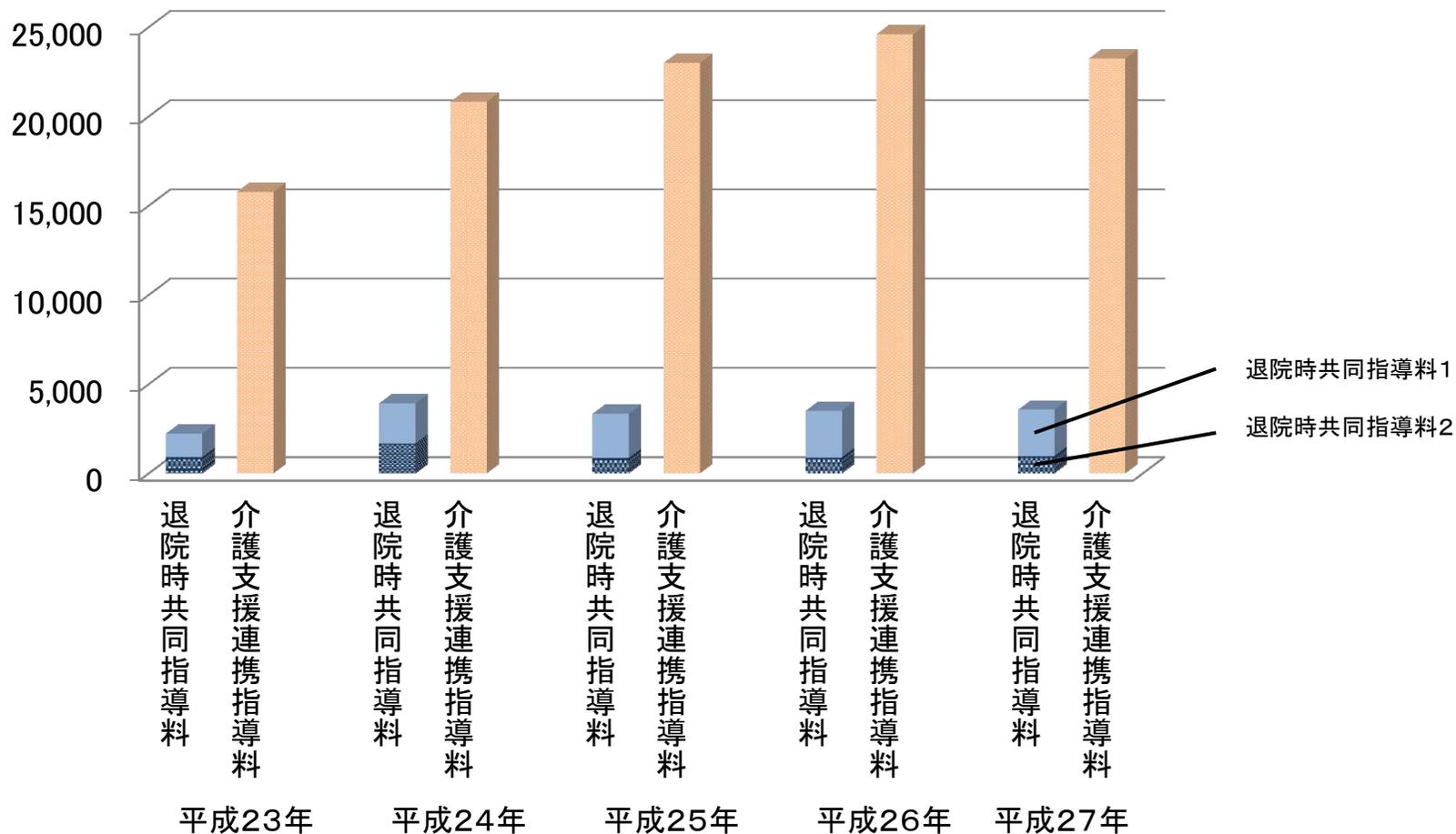
病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じ利用者に必要な介護サービスの利用に関する調整を行った場合に所定単位数を加算。

※利用者1人につき、1月に2回を限度とする。

退院時の連携に関する診療報酬の算定推移

- 退院時に関係機関と連携する指導料については、近年、横ばい傾向。
- 介護支援専門員と連携して指導した件数が、保険医療機関と共同して指導した件数より多い。

(算定件数)

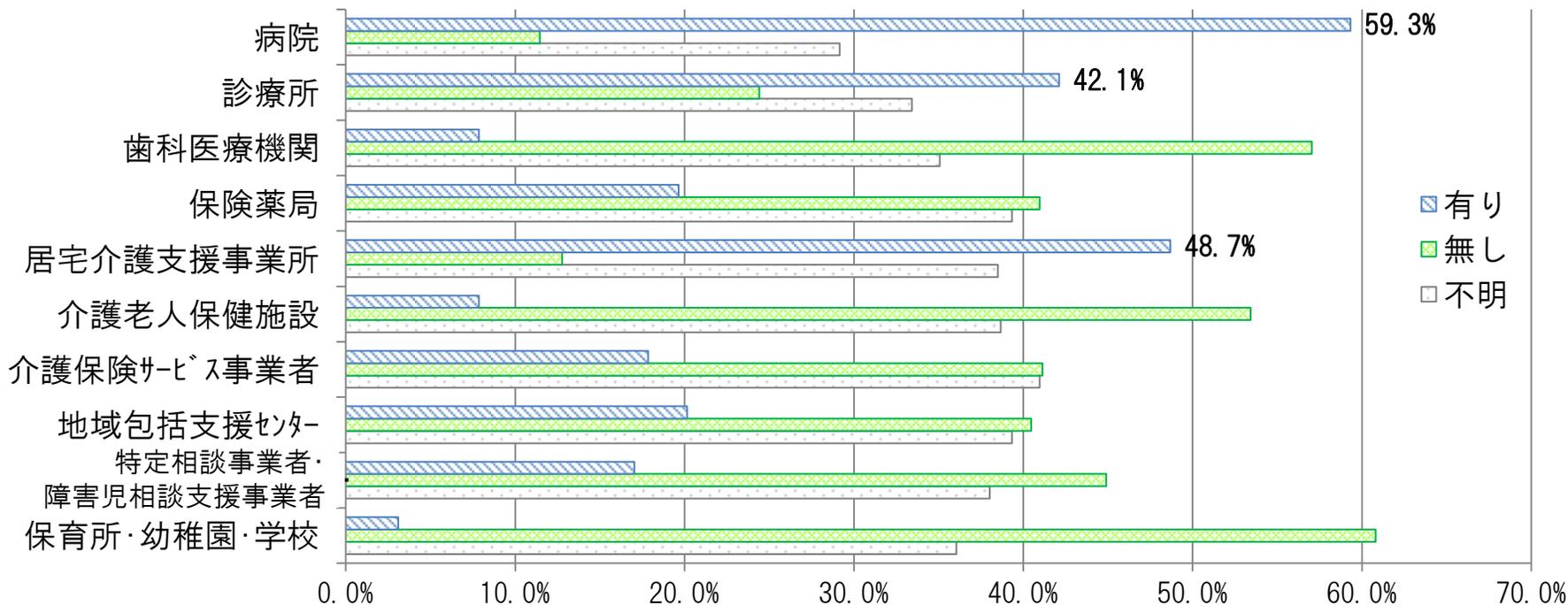


訪問看護ステーションが行う療養生活にかかる情報提供

○ 訪問看護ステーションの約4～6割が、1月あたり6～10人の利用者について、病院や診療所、居宅介護事業所に情報提供や共有を行っており、4～6回、利用者について療養に関する文書提供を行っている。

■ 情報提供や共有※1を行った施設等の割合(平成28年9月の1か月間)

(n=610)



※1 訪問看護指示書、訪問看護計画書・報告書に関するものは除く

※2 医療保険の利用者

■ 情報提供や共有※1を行った利用者数※2、療養に関する文書を提供した回数(平成28年9月の1か月間) (n=610)

	病院	診療所	歯科医療機関	保険薬局	居宅介護支援事業所	介護老人保健施設	介護保険サービス事業者	地域包括支援センター	特定相談事業者・障害児相談支援事業者	保育所・幼稚園・学校
情報提供や共有を行った利用者数(人)	平均	7.37	6.48	0.21	1.31	10.47	0.23	1.84	0.80	0.08
	標準偏差	14.58	13.72	0.89	3.80	19.43	0.77	5.26	1.84	0.40
訪看STから文書を提供した回数(回)	平均	4.83	5.46	0.07	0.52	6.83	0.14	0.57	0.52	0.03
	標準偏差	9.71	13.96	0.34	2.97	17.28	0.67	2.04	1.85	0.19

出典:平成28年度診療報酬改定の効果検証に係る特別調査「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療・訪問看護の実施状況調査」(医療課にて再集計)

【テーマ4】 関係者・関係機関の調整・連携

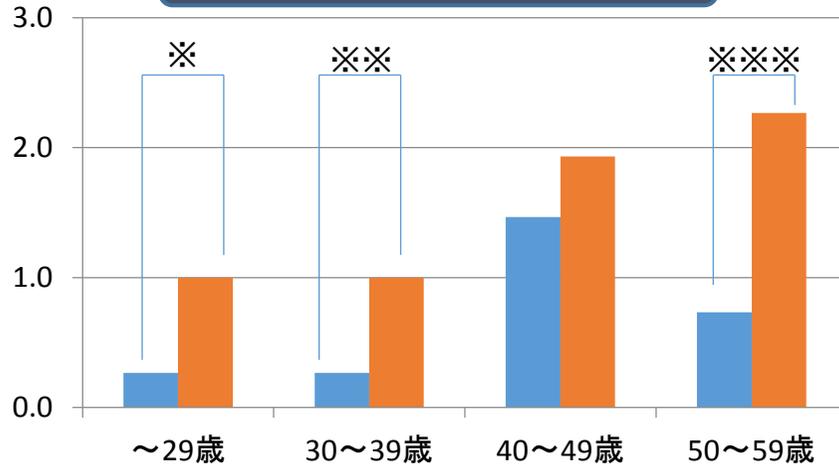
1. 医療機関等と居宅介護支援事業者等との連携
2. 歯科医療機関と介護施設との連携
3. 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(医療介護連携部分)概要
4. 居宅介護支援事業者と医療関係職種との連携

糖尿病と歯周病の関係について

- 糖尿病患者は歯周病にかかりやすいこと、また、重度の歯周病は糖尿病のリスクファクターであることがわかってきている。
- 歯周治療による血糖値改善については、複数の文献が認められ、糖尿病患者に歯周治療を行うと血糖コントロールが改善することが示唆されている。

(分画数)

糖尿病と歯周病の関係1



(n=652) ■ コントロール ■ 糖尿病 (n=652)

※; p<0.05, ※※; p<0.01, ※※※; p<0.001

出典 : 「平成13年度厚生労働科学研究 口腔保健と全身的な健康状況の関係について」

糖尿病と歯周病の関係2

著者	年	主な結果
Arora et al.	2014	非糖尿病被験者1,165人。重度歯周病は糖尿病のリスクファクターである。オッズ比2.05 (95%信頼区間1.24~3.39)

歯周治療による血糖値改善についての文献(メタ解析)

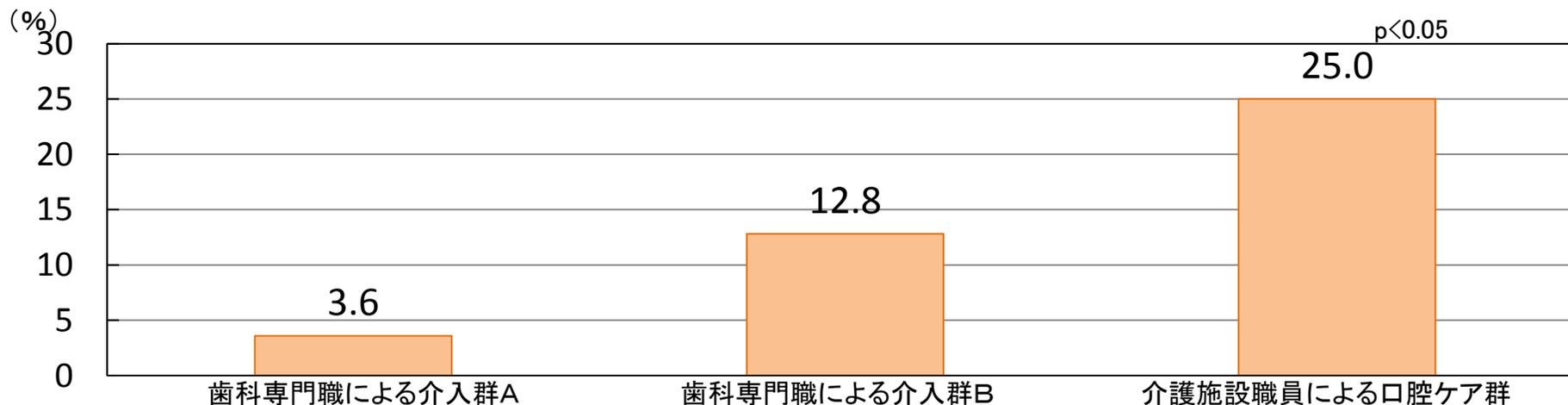
著者	年	主な結果
Janket et al.	2005	歯周治療後にHbA1cが0.38低下。2型糖尿病は0.66%、抗菌薬服用者は0.71%低下。
Teeuw et al.	2010	歯周治療後にHbA1cが0.40低下 (p=0.03)
Simpson et al.	2010	歯周治療後のHbA1cが-0.40 (95%信頼区間-0.78~-0.01、p=0.04)
Engbretson et al.	2013	歯周治療後のHbA1cが-0.36 (95%信頼区間-0.54~-0.19、p<0.0001)
Sgolastre et al.	2013	2型糖尿病患者の歯周治療後にHbA1cが0.65低下 (95%信頼区間0.43~0.88、p<0.05)。空腹時血糖値が9.04低下 (95%信頼区間2.17~15.9、p<0.05)

出典 : 「健康長寿社会に寄与する歯科保健医療のエビデンス」を医療課で改変

歯科専門職の評価に基づく口腔衛生管理の効果

○ 介護保険施設入所者に対し、歯科医師または歯科衛生士の評価に基づく口腔ケア・マネジメント及び歯科衛生士による週1～2回の専門的口腔ケアを組み合わせた実施群が、介護施設職員による口腔ケア群に比べて、肺炎の発症率が低かった。

東京都内および関東近県の介護老人福祉施設(9施設)に入所している高齢者367名(平均年齢85.9±8.2歳)を対象に3年間(H18年4月～H20年3月)にわたる肺炎の発症の有無を比較



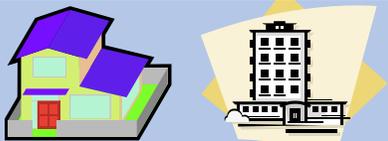
		歯科医師または歯科衛生士の評価に基づく口腔ケア・マネジメント	歯科衛生士による専門的口腔ケア(週1～2回)	介護施設職員による日常的口腔ケア
歯科専門職による介入群A	口腔ケア・マネジメントを実施した4施設に入居する256名(平均年齢86.5±6.3歳)のうち、5歯以上を有する28名	○	○	○
歯科専門職による介入群B	口腔ケア・マネジメントを実施した4施設に入居する256名(平均年齢86.5±6.3歳)のうち、A群と同等の条件をもつ39名	○	—	○
施設職員による口腔ケア	歯科専門職の介入のない3施設111名(平均年齢85.5±8.9歳)のうち、A群と同等の条件をもつ40名	—	—	○

菊谷 武ほか:介護施設における歯科衛生士介入の効果 (日本口腔リハビリテーション学会雑誌, 24:65-70, 2011.)

在宅歯科医療に係る歯科診療報酬上の取扱い（平成28年度改定）

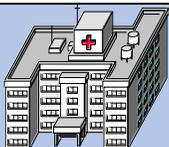
- 歯科訪問診療料：訪問先の建物の種類に関わらず、訪問診療にかかった「時間」及び同一建物における「患者数」で整理
- 個々の診療にかかる診療報酬：外来診療と同様に出来高で算定

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

	1人の患者を診療	2人以上9人以下	10人以上
20分以上	歯科訪問診療1 (866点)	歯科訪問診療2 (283点)	
20分未満	歯科訪問診療3 (120点)		
歯科訪問診療料の注13に規定する基準の届出を行っていない場合		注13	イ 初診時 (234点) ロ 再診時 (45点)

※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

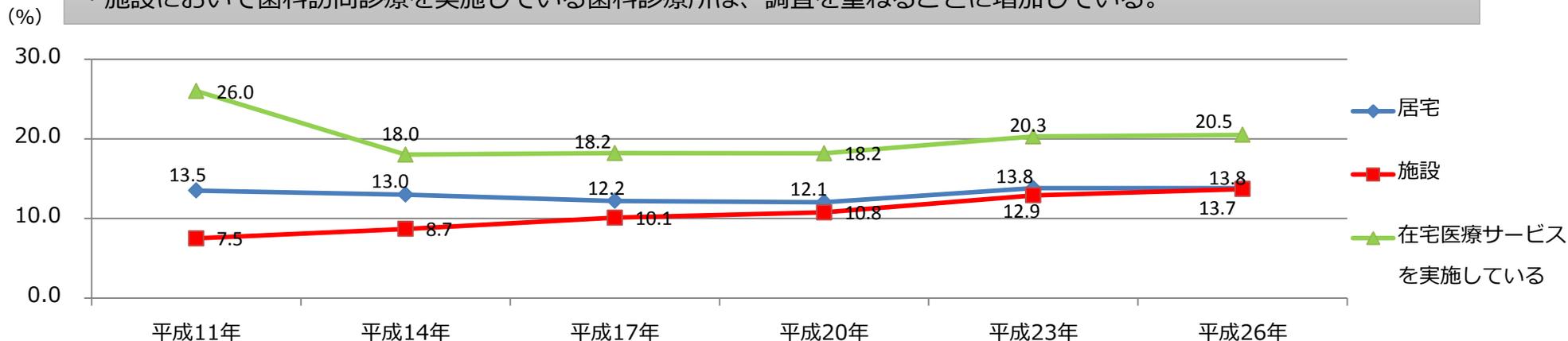
○個別の診療内容の項目に対する加算

・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

歯科訪問診療を実施している歯科診療所の割合（訪問先別）

- ・月に一度でも在宅医療サービスを提供している歯科診療所や居宅で在宅医療を提供している歯科診療所は横ばい。
- ・施設において歯科訪問診療を実施している歯科診療所は、調査を重ねるごとに増加している。

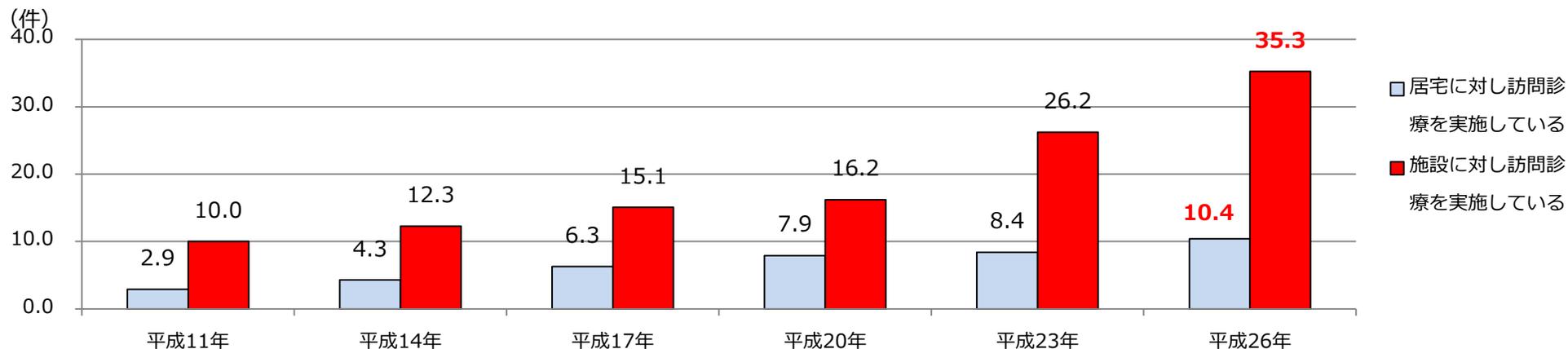


注1：平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いて算出
注2：平成20年は在宅医療サービスを実施している歯科診療所は調査していない。

(平成26年医療施設調査)

1 歯科診療所当たりの歯科訪問診療実施件数（毎年9月分）

- ・1歯科診療所当たりの歯科訪問診療実施件数（9月分）は、調査を重ねるごとに増加しており、特に、施設での増加が顕著



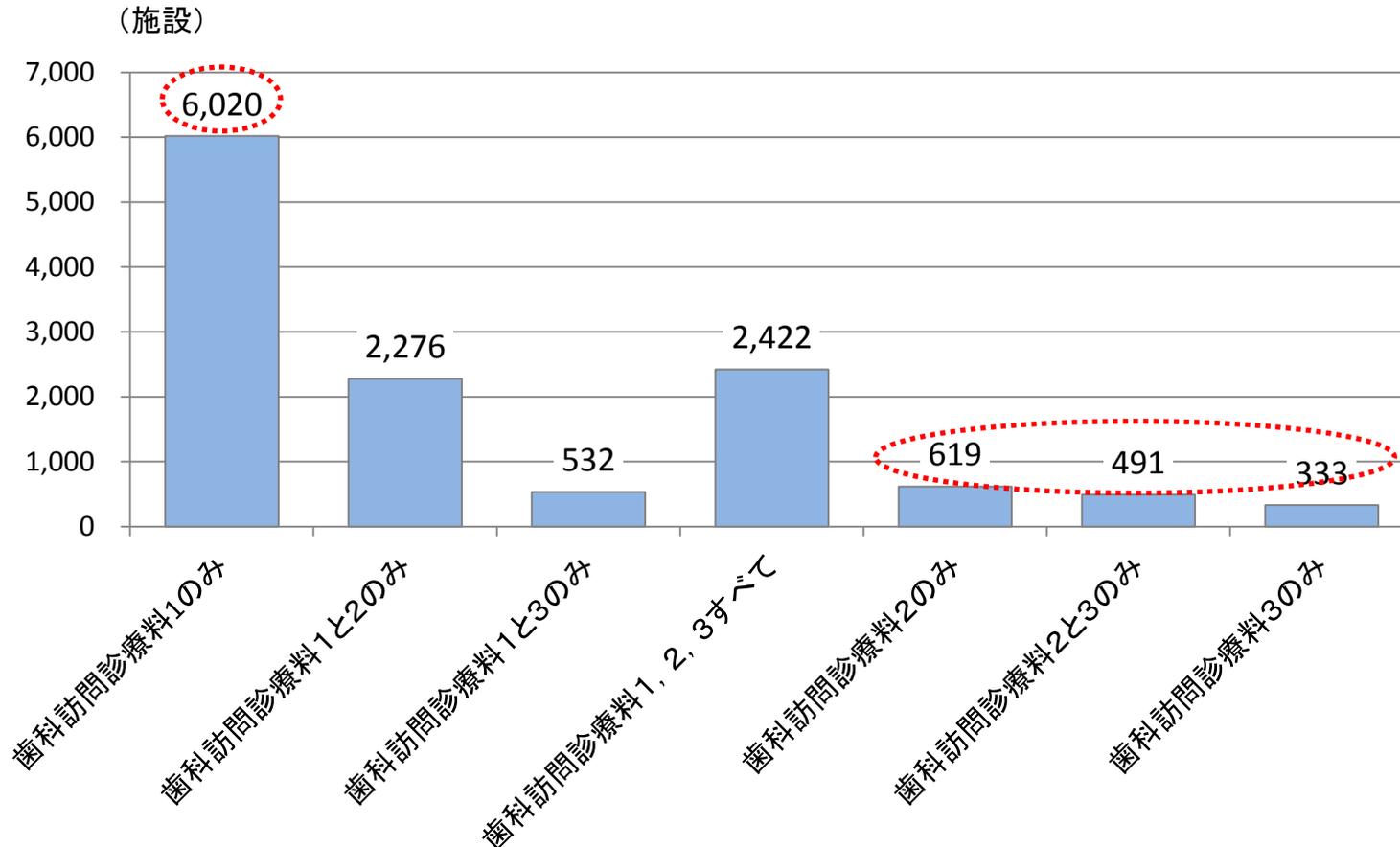
注：平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いて算出

(平成26年医療施設調査)

歯科訪問診療の実施状況(医療機関数)

- 歯科訪問診療を実施している医療機関は12,693施設であった。このうち、歯科訪問診療1のみを算定している医療機関が約半数(6,020施設)であった。
- 一方、歯科訪問診療1の算定がない医療機関が約1割(1,443施設)であった。

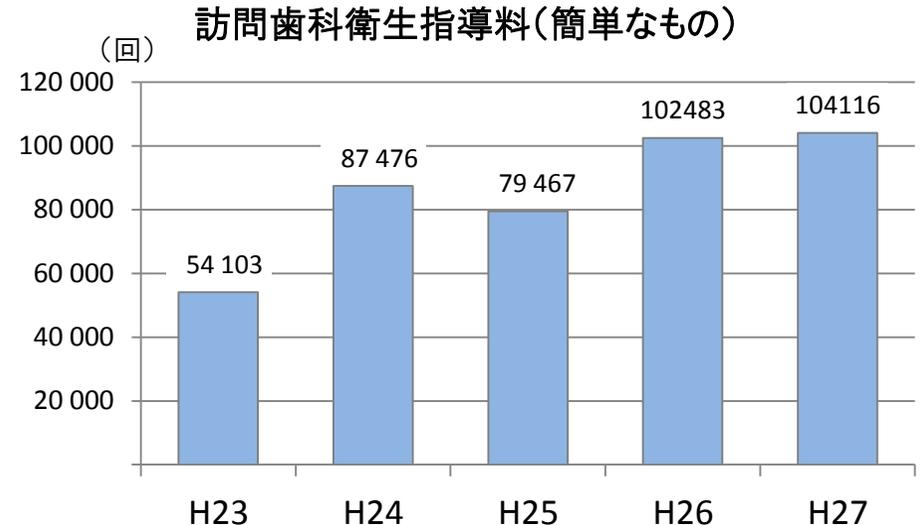
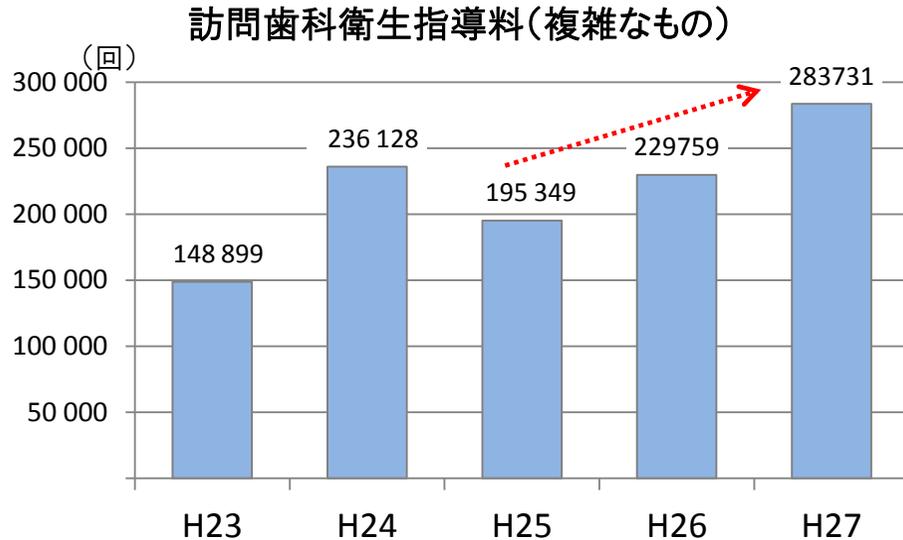
＜歯科訪問診療料算定医療機関の内訳＞



訪問歯科衛生指導料の算定状況

- 訪問歯科衛生指導料の算定回数は、「複雑なもの」「簡単なもの」とともに近年増加傾向である。
- 特に、平成27年は「複雑なもの」の増加が著しい。

<訪問歯科衛生指導料の1月あたりの算定回数>



○訪問歯科衛生指導料 1 複雑なもの 360点 2 簡単なもの 120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、患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内での清掃(機械的歯面清掃を含む。)又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合に算定
- ・ 患者1人につき、月4回(同一月内に1及び2を行った場合は、併せて月4回)を限度として算定
- ・ 複雑なもの: 1人の患者に対して歯科衛生士等が1対1で指導を行い、1回の指導時間が20分以上の場合
- ・ 簡単なもの: 複数の患者に対して指導を行い、1回の指導時間が40分以上の場合または1人の患者に対して1対1指導を行い、1回の指導時間が20分未満の場合

介護保険における口腔関連サービス

要支援1・2（予防給付）

要介護1～5（介護給付）

<居宅療養管理指導費>

サービス内容：口腔清掃の指導、摂食・嚥下訓練
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
報酬単位数：（歯科医師）同一建物居住者以外の者：503単位/回（月2回限度）
同一建物居住者：452単位/回（月2回限度）
※ 指定居宅介護支援事業者に対する情報提供は、必須要件
（歯科衛生士）同一建物居住者以外の者：352単位/回（月4回限度）
同一建物居住者：302単位/回（月4回限度）

<口腔機能向上加算>

サービス内容：口腔清掃の指導、摂食・嚥下訓練
サービス担当者：歯科衛生士、看護師、言語聴覚士
報酬単位数：（予防給付）150単位/月
（介護給付）150単位/回（月2回を限度）

<選択的サービス複数実施加算>

サービス内容：運動機能向上/栄養改善/口腔機能向上の各プログラムを複数実施
報酬単位数：（2種類）480単位/月
（3種類）700単位/月

<口腔衛生管理体制加算>

内容：口腔ケアに係る介護職員への技術的助言/指導
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
報酬単位数：30単位/月

<口腔衛生管理加算>

サービス内容：入所者に対する専門的口腔ケア
サービス担当者：歯科医師の指示を受けた歯科衛生士
報酬単位数：110単位/月

<経口維持加算Ⅱ>

サービス内容：咀嚼能力等の口腔機能を踏まえた経口維持のための支援（多職種による食事の観察や会議の実施）
サービス担当者：歯科医師、歯科衛生士等
報酬単位数：100単位/月

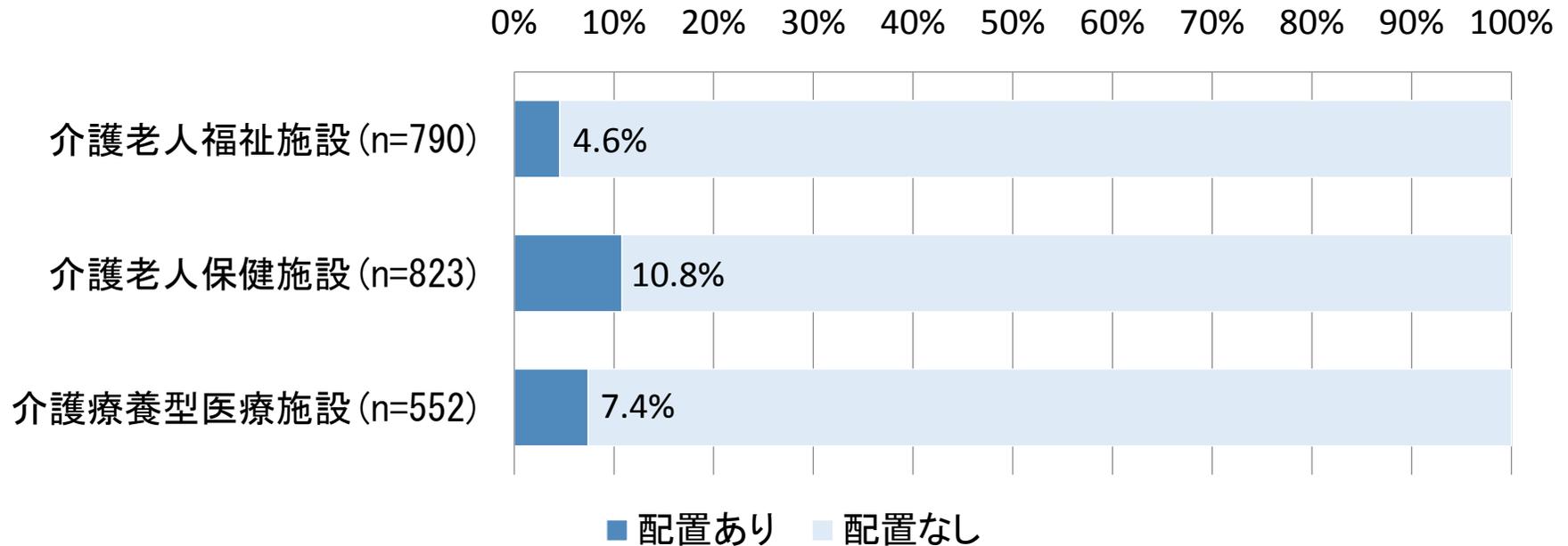
居宅・介護予防サービス

施設サービス

介護保険施設における歯科衛生士の配置状況

○ 介護老人保険施設への歯科衛生士の配置割合(常勤、非常勤)については、介護老人保健施設が最も多く10.8%、ついで介護療養型医療施設7.4%、介護老人福祉施設4.6%となっている。

介護保険施設における歯科衛生士の配置割合

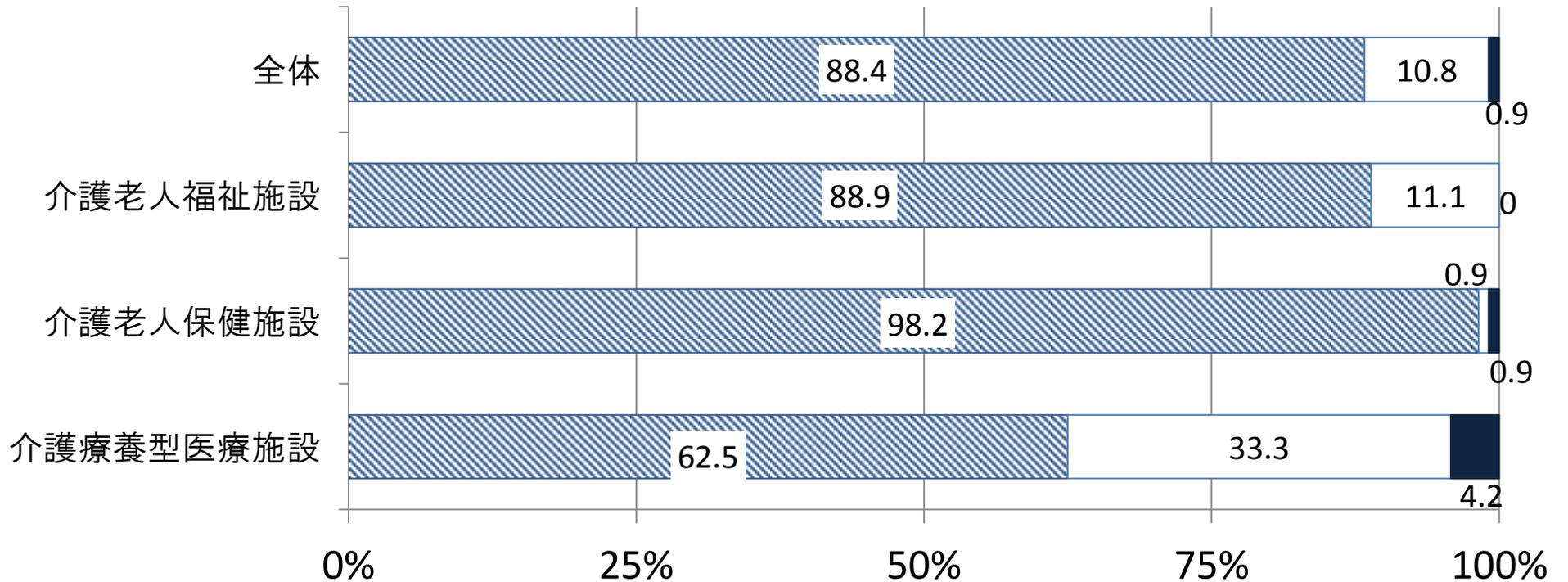


平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成27年度調査)
「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」報告書

協力歯科医療機関の状況

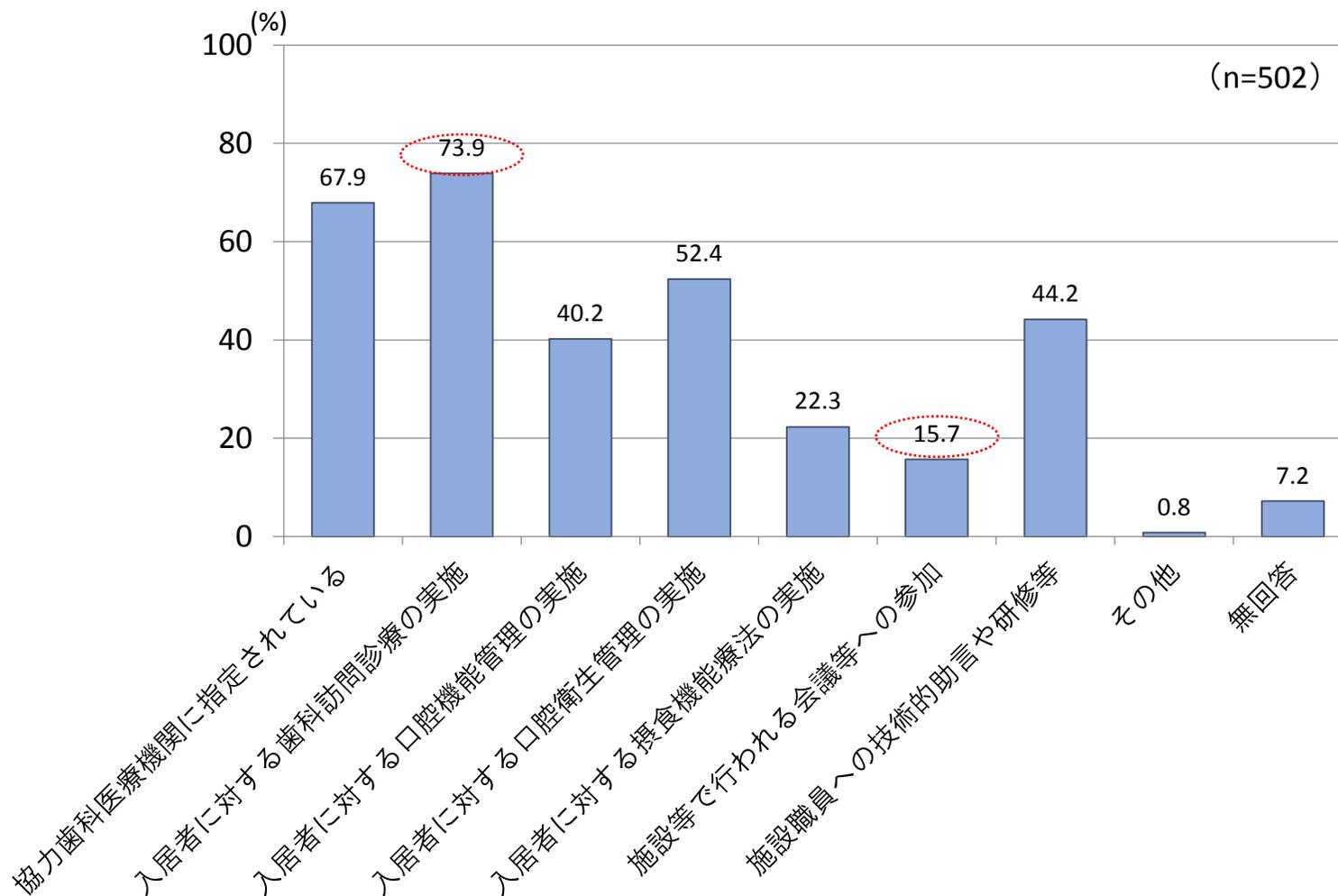
協力歯科医療機関の有無

■ある □ない ■無回答



介護保険施設等との連携内容

- 介護保険施設等との連携内容では、「入居者への歯科訪問診療の実施」が最も多く、73.9%であった。
- 一方、「施設等で行われる会議等への参加」は約15%に留まっていた。

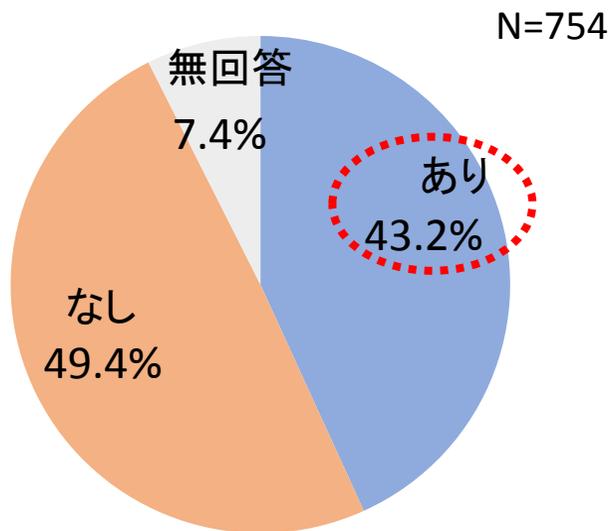


【参考】介護保険施設における協力歯科医療機関の業務について

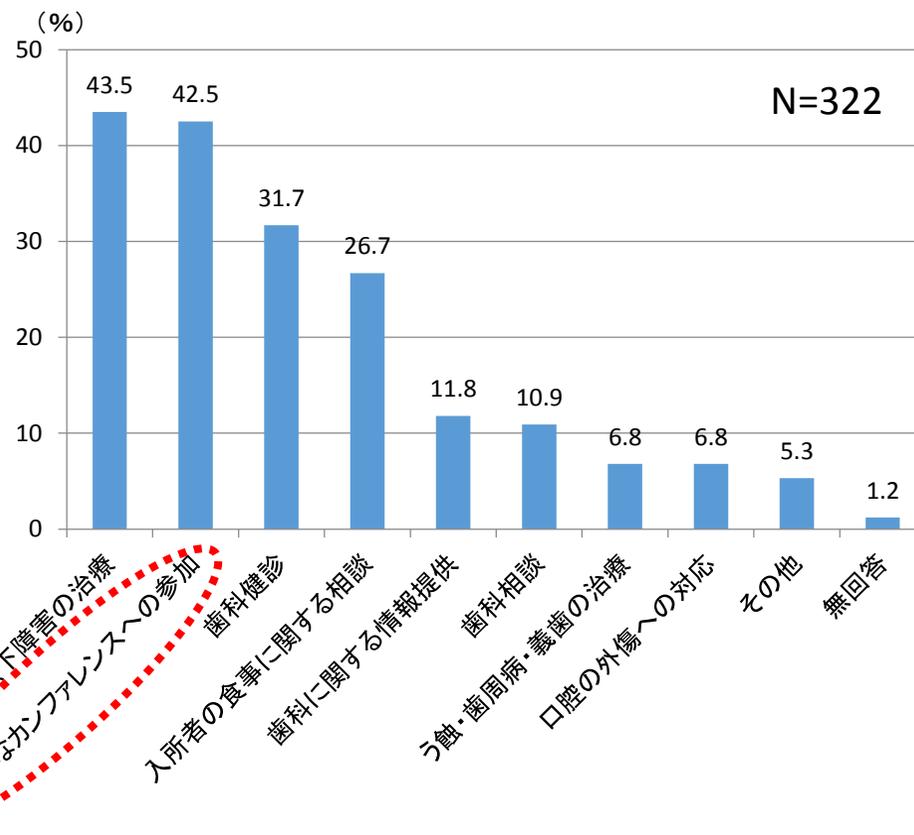
- 協力歯科医師に行ってもらいたい業務の有無を確認したところ43.2%があると回答した。
（調査対象：介護老人福祉施設454施設、介護老人保健施設213施設、介護療養型医療施設61施設）
- そのうち、42.5%は定期的なカンファレンスへの参加を希望していた。

中医協 総 - 2
27.11.11

協力歯科医療機関に行ってもらいたい業務の有無



協力歯科医療機関に行ってもらいたいが行われていない業務



出典：介護保険施設における口腔と栄養のサービス連携に関する調査研究事業報告書（平成26年度老人保健健康増進等事業）

【テーマ4】 関係者・関係機関の調整・連携

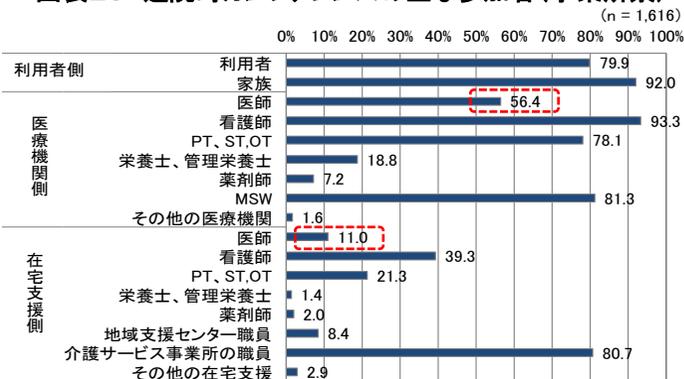
1. 医療機関等と居宅介護支援事業者等との連携
2. 歯科医療機関と介護施設との連携
3. 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(医療介護連携部分)概要
4. 居宅介護支援事業者と医療関係職種との連携

平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 【平成27年度調査（医療介護連携部分 抜粋）】

【医療機関等との連携状況】

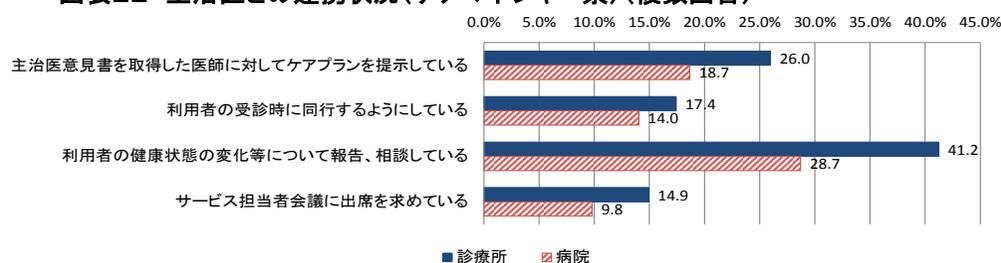
- 退院時カンファレンスに医療機関側（病院）の医師が参加する割合は56.4%、在宅支援側の医師が参加する割合は11.0%であった。（図表20）
- 調査対象事業所における「入院者数に占める情報提供を行った人数」と「退院者数に占める面談を行った人数」の割合は、特定事業所加算取得事業所においてそれぞれ約65%であった。（図表21）
- 訪問看護師との連携状況については、「ケアプランの作成、変更にあたり意見を求めている」割合は、経験年数1年未満では68.6%、経験年数5年以上では86.5%等、全般にケアマネジャーの経験年数による差がみられた。（図表23）

図表20 退院時カンファレンスの主な参加者（事業所票）

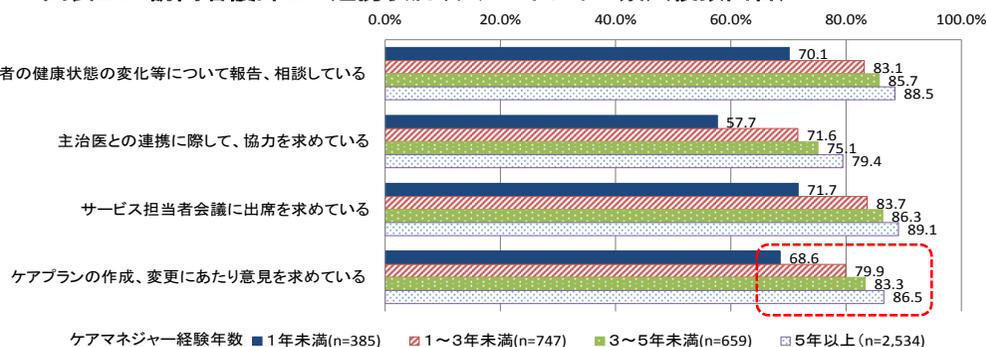


※ 調査票該当箇所：事業所調査票 P6 7(3)4) ケアマネジャーが退院時、カンファレンスに参加している場合、貴事業所職員以外の主な参加者、利用者調査票 P4 5(1) このケースにおける主治医との連携の状況、(3) 入退院の状況、ケアマネジャー票

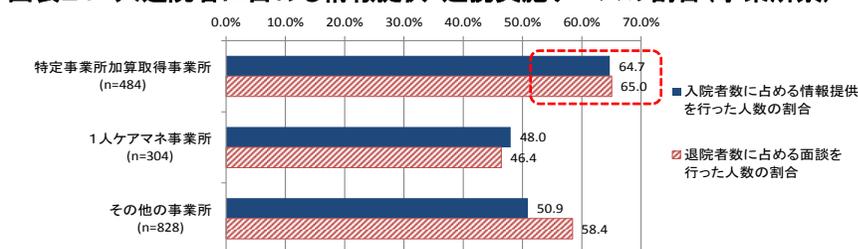
図表22 主治医との連携状況（ケアマネジャー票）（複数回答）



図表23 訪問看護師との連携状況（ケアマネジャー票）（複数回答）



図表21 入退院者に占める情報提供・連携実施ケースの割合（事業所票）



※ 調査票該当箇所：事業所調査票 P5 7(2) 医療機関に入院した人数、うち入院時に医療機関へ情報提供を行った人数、7(3) 退院した利用者数、退院者のうち退院時に職員との面談を行った人

平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 【平成27年度調査（医療介護連携部分 抜粋）】

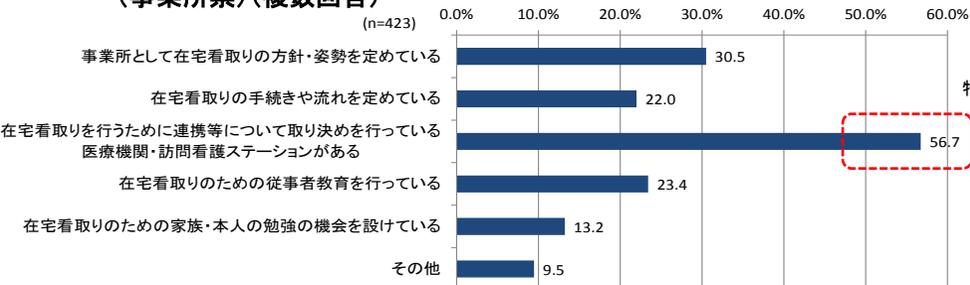
【看取りの対応状況（1／2）】

- 在宅での看取りを予定して行う支援について事業所としての取り決め等がある事業所は、特定事業所加算取得事業所で27.5%、1人ケアマネ事業所で24.7%、その他の事業所で26.0%であった。（図表28）
- 「取り決め等がある事業所」のうち、事業所としての取り決め等の内容については、「在宅看取りを行うために連携等について取り決めを行っている医療機関・訪問看護ステーションがある」が最も多く、56.7%であった（図表29）
- 在宅で看取りを行った利用者の割合（過去1年間）については、「0%」が特定事業所加算取得事業所で23.5%、1人ケアマネ事業所で58.9%、その他の事業所で42.0%であった。（図表30）

図表28 在宅における看取りを予定して行う支援について事業所としての取り決め等の有無（事業所票）



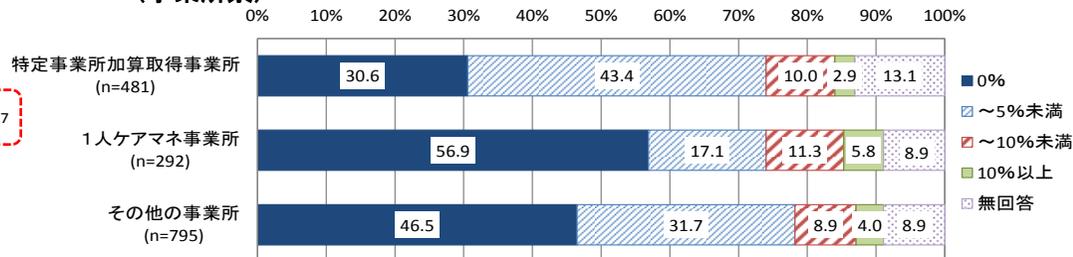
図表29 在宅における看取りを予定して行う支援について事業所としての取り決め等の内容（図表28のうち取り決め等がある423事業所）（事業所票）（複数回答）



図表30 在宅で看取りを行った利用者（過去1年間；対登録者比率）（事業所票）



図表31 在宅からの入院期間が30日以内で亡くなった利用者の割合（過去1年間）（事業所票）



※ 調査票該当箇所：事業所調査票P6 7(4)1)在宅で看取りを行った利用者数、2)在宅からの入院期間が30日以内で亡くなった利用者数、(5)在宅における看取りを予定して行う支援について事業所として取り決め等がありますか1)「ある」の場合、その内容

平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 【平成27年度調査（医療介護連携部分 抜粋）】

【看取りの対応状況（2／2）】

- 在宅で看取りを行った利用者数および入院30日以内死亡数の利用者数に占める割合の合計は、医療系サービスを併設している事業所では合計5.8%（3.0%+2.8%）、併設なしでは5.3%（2.8%+2.5%）。医療系の基礎資格を有するケアマネジャーがいる事業所では7.2%（3.7%+3.5%）、いない事業所では4.6%（2.4%+2.2%）であった。（図表32、図表33）
- 在宅における看取りを予定して行う支援について事業所としての取り決め等がある事業所は、利用者数合計に占める「在宅で看取りを行った利用者の割合」は5.0%、「入院30日以内に死亡した利用者の割合」は3.9%であり、取り決め等がない事業所はそれぞれ1.9%、2.2%であった。（図表34）

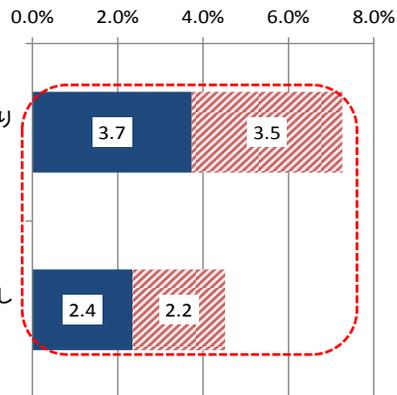
図表32 在宅看取り数と入院30日以内死亡数の割合（事業所票）

医療系サービスの併設の有無別



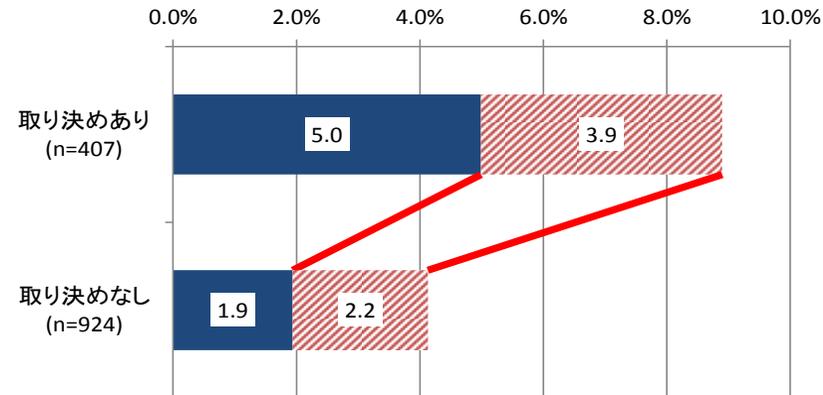
図表33 在宅看取り数と入院30日以内死亡数の割合（事業所票）

医療系の基礎資格を有するケアマネジャーの配置の有無別



図表34 在宅看取り数と入院30日以内死亡数の割合（事業所票）

看取りに関する取り決めの有無別



■ 在宅で看取りを行った利用者の割合
 ▨ 入院30日以内に亡くなった利用者の割合

医療系サービス：介護老人保健施設、療養病床を有する病院・診療所、病院・診療所（上記以外）、訪問看護（介護予防含む）、短期入所療養介護（介護予防含む）

■ 在宅で看取りを行った利用者の割合
 ▨ 入院30日以内に亡くなった利用者の割合

医療系基礎資格：医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師

■ 在宅で看取りを行った利用者の割合
 ▨ 入院30日以内に亡くなった利用者の割合

※ 調査票該当箇所：事業所調査票P6 7(4)1)在宅で看取りを行った利用者数、2)在宅からの入院期間が30日以内で亡くなった利用者数

平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 【平成28年度調査（医療介護連携部分 抜粋）】

(2) 医療介護連携の推進

1) 主治医等との日常的な連携

利用者別の主治医との連携状況は、全体を通して「利用者の健康状態の変化等について報告、相談している」が最も多く、それぞれ「入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者」は29.5%、「入院した利用者」は41.0%、「退院した利用者」は40.6%、「看取りを行った利用者」は59.3%であった。

「入院した利用者」、「退院した利用者」、「看取りを行った利用者」では、次いで「病状（予後・改善可能性）について意見を求めている」が多く、それぞれ37.6%、36.6%、58.3%であった。

「看取りを行った利用者」については、それ以外の利用者と比べて、いずれの項目についても実施している割合が高かった。

図表 48 利用者別の主治医との連携状況(利用者調査票)(複数回答可)

	合計	主治医意見書を取得した医師に対してケアプランを提示した	利用者の受診時に同行したことがある	利用者の健康状態の変化等について報告、相談している	主治医にサービス担当者会議に出席を求めている	病状(予後・改善可能性)について意見を求めている	その他	無回答
入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者	3,473	851	774	1,026	323	709	603	771
	100.0%	24.5%	22.3%	29.5%	9.3%	20.4%	17.4%	22.2%
入院した利用者	213,329	65,120	63,469	87,571	26,088	80,246	29,730	29,932
	100.0%	30.5%	29.8%	41.0%	12.2%	37.6%	13.9%	14.0%
退院した利用者	171,262	47,943	49,684	69,463	20,853	62,728	24,963	24,978
	100.0%	28.0%	29.0%	40.6%	12.2%	36.6%	14.6%	14.6%
看取りを行った利用者	63,189	25,811	25,538	37,465	18,451	36,861	6,731	7,498
	100.0%	40.8%	40.4%	59.3%	29.2%	58.3%	10.7%	11.9%

注) 報告書の図表48より「全体」のみ抜粋している。

注) 「入院した利用者」、「退院した利用者」および「看取りを行った利用者」については、図表32と同様にウエイトバック調整を実施している。

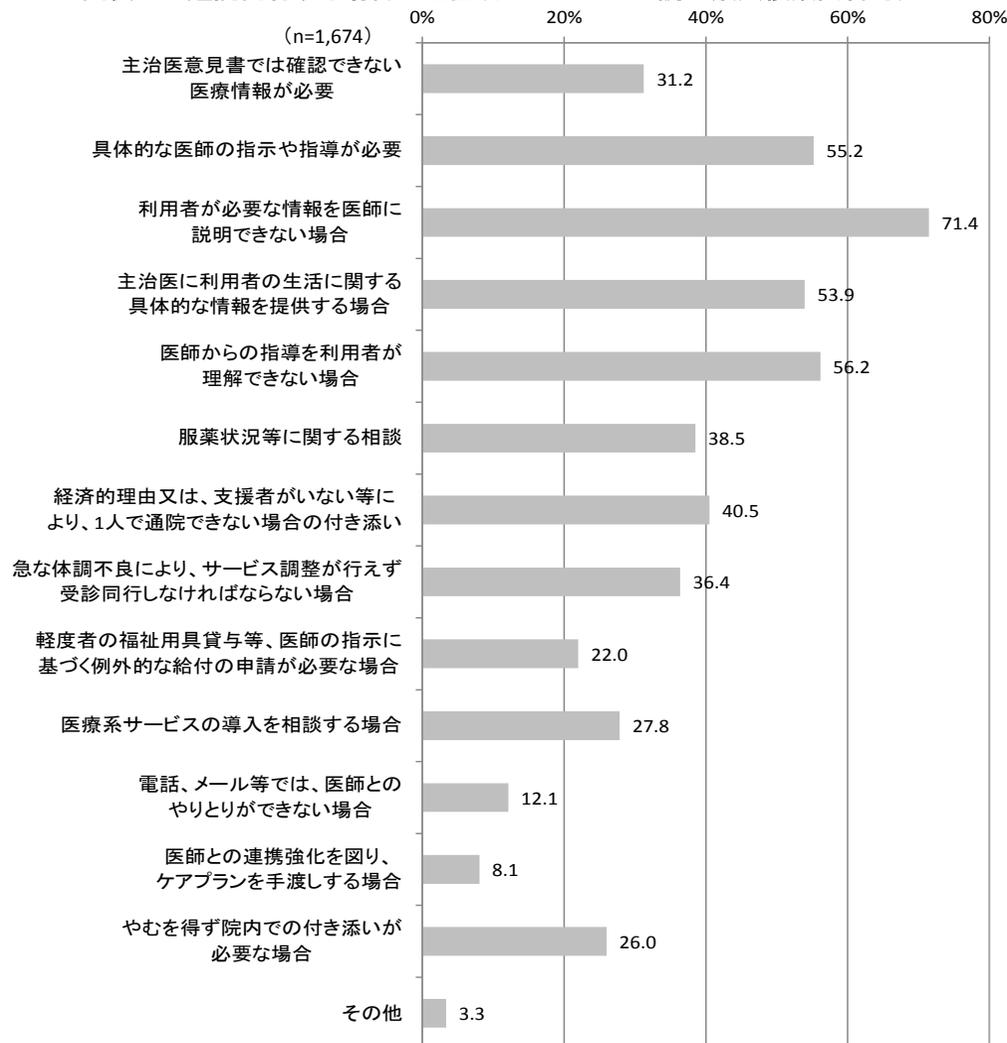
平成28年9月の1か月間の医療機関への通院同行の状況について、「同行している」と回答したケアマネジャーの割合は、35.8%であった。

図表 50 医療機関への通院同行の状況(ケアマネジャー調査票)

合計	同行している	同行していない	無回答
4,682	1,674	2,866	142
100.0%	35.8%	61.2%	3.0%

通院同行する場合の理由について、「利用者が必要な情報を医師に説明できない場合」が最も多く、71.4%であった。次いで、「医師からの指導を利用者が理解できない場合」が56.2%、「具体的な医師の指示や指導が必要」が55.2%であった。

図表 51 通院同行する場合の理由(ケアマネジャー調査票)(複数回答可)



注) 通院同行している場合に限定している。

平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 【平成28年度調査（医療介護連携部分 抜粋）】

2) 入退院・看取りの際の連携

「平成28年7月～9月に1回でも給付管理を行った人数(合計)」のうち、同期間に「医療機関に入院した人数」の平均は7.7人、「うち入院時に医療機関へ情報提供を行った人数」は4.2人、うち「入院時情報連携加算適用人数」は3.1人であった。

図表 56 平成28年7月～9月に医療機関に入院した利用者数(事業所調査票)

	全体	0人	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7～9人	10人以上	無回答	平均(人)	標準偏差
医療機関に入院した利用者がある事業所	1,572	80	168	194	184	132	99	82	197	292	144	7.7	21.3
	100.0%	5.1%	10.7%	12.3%	11.7%	8.4%	6.3%	5.2%	12.5%	18.6%	9.2%	-	-
うち入院時に医療機関へ情報提供を行った利用者がある事業所	1,572	333	223	186	146	104	73	62	128	173	144	4.2	5.8
	100.0%	21.2%	14.2%	11.8%	9.3%	6.6%	4.6%	3.9%	8.1%	11.0%	9.2%	-	-
うち入院時情報連携加算を適用した利用者がある事業所	1,572	678	138	111	94	69	55	48	98	137	144	3.1	5.4
	100.0%	43.1%	8.8%	7.1%	6.0%	4.4%	3.5%	3.1%	6.2%	8.7%	9.2%	-	-

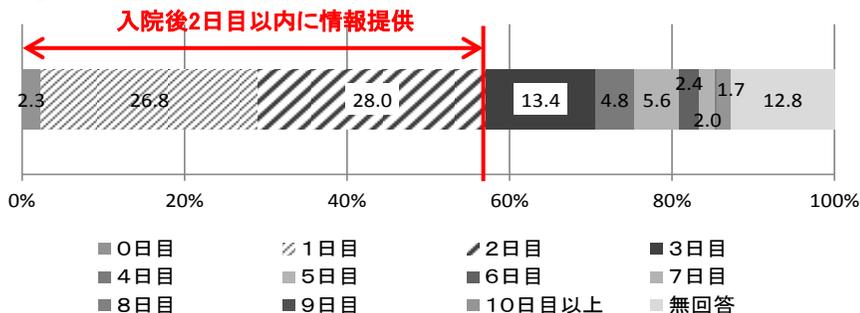
「入院時に利用者の情報を書面で送付し提供した」または「入院時に医療機関を訪問し情報提供をした」と回答した場合について、入院時に医療機関に情報提供を行った日は、「入院後2日目」が28.0%、「入院後1日目」が26.8%であり、入院後2日目以内に情報提供した割合が半数を超えていた。

図表 60 入院時に情報提供を行った場合、情報提供を行った日(利用者調査票)

全体	0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目以上	無回答	平均(日)	標準偏差
149,110	3,374	40,023	41,759	20,036	7,148	8,279	3,611	3,032	267	77	2,476	19,027	2.6	3.0
100.0%	2.3%	26.8%	28.0%	13.4%	4.8%	5.6%	2.4%	2.0%	0.2%	0.1%	1.7%	12.8%	-	-

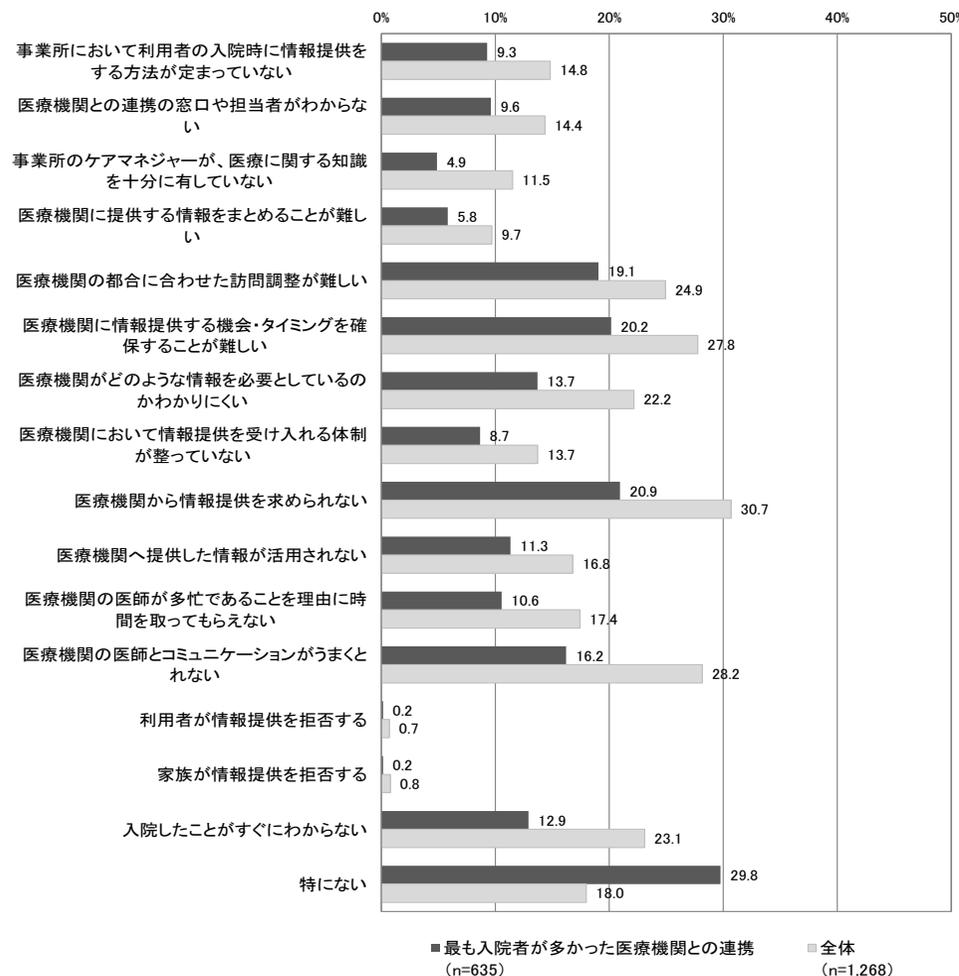
注)「入院時に利用者の情報を書面で送付し提供した」および「入院時に医療機関を訪問し情報提供をした」と回答した場合に限定している。

注)入院後0日目を入院当日とする。



入院時の情報提供において問題と感ずる点について、全体では「医療機関から情報提供を求められない」が30.7%と最も多く、次いで「医療機関の医師とコミュニケーションがうまくとれない」が28.2%、「医療機関に情報提供する機会・タイミングを確保することが難しい」が27.8%であった。

図表 57 入院時の情報提供において問題と感ずる点(事業所調査票)(複数回答可)



注)無回答を除く。また、「その他」を省略。

平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 【平成28年度調査（医療介護連携部分 抜粋）】

「平成28年7月～9月中に退院し給付管理の対象となった利用者」の平均は6.0人であり、「退院者のうち退院・退所加算を適用した人」の平均は1.6人、「退院者のうち初回加算を適用した人」の平均は、0.9人であった。

図表 64 平成28年7月～9月中に退院し給付管理の対象となった利用者数
(事業所調査票)

	全体	0人	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7～9人	10人以上	無回答	平均(人)	標準偏差
退院した利用者がある事業所	1,572	113	253	201	169	130	99	71	155	182	199	6.0	20.2
	100.0%	7.2%	16.1%	12.8%	10.8%	8.3%	6.3%	4.5%	9.9%	11.6%	12.7%	-	-
退院した利用者のうち初回加算を適用した人がある事業所	1,572	783	204	107	64	21	20	8	11	11	343	0.9	1.8
	100.0%	49.8%	13.0%	6.8%	4.1%	1.3%	1.3%	0.5%	0.7%	0.7%	21.8%	-	-
退院した利用者のうち退院・退所加算を適用した人がある事業所	1,572	771	204	126	71	52	43	29	45	32	199	1.6	3.3
	100.0%	49.0%	13.0%	8.0%	4.5%	3.3%	2.7%	1.8%	2.9%	2.0%	12.7%	-	-

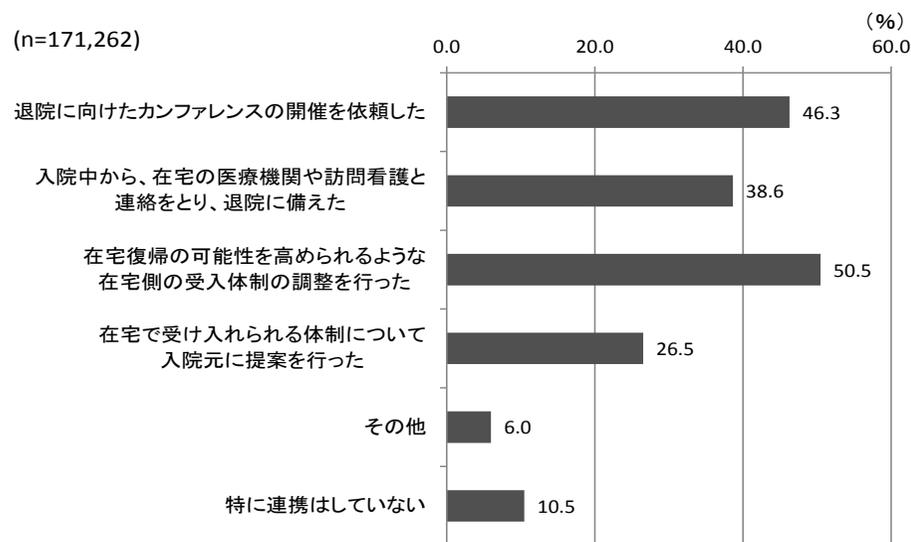
事業所のケアマネジャーが、退院時カンファレンスに参加するうえで問題と感じる点については、「医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しい」が最も多く45.5%であり、次いで「退院時カンファレンスが行われていない」が28.0%、「退院時カンファレンスに呼ばれない」が20.3%、「疾病管理の話が中心で、退院後の在宅生活を支援するための協議がなされない」が18.3%であった。

図表 65 事業所のケアマネジャーが、退院時カンファレンスに参加するうえで問題と
感じる点(事業所調査票)

全体	退院時カンファレンスが行われていない	退院時カンファレンスに呼ばれない	発言する機会がない、発言しにくい雰囲気	医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しい	コミュニケーションがうまくいかず、必要な情報が正しく提供されていない場合がある	疾病管理の話が中心で、退院後の在宅生活を支援するための協議がなされない	その他	無回答
1,572	440	319	108	715	182	287	180	271
100.0%	28.0%	20.3%	6.9%	45.5%	11.6%	18.3%	11.5%	17.2%

「退院した利用者」に関する入院期間中の連携状況については、「在宅復帰の可能性を高められるような在宅側の受入体制の調整を行った」が50.5%、「退院に向けたカンファレンスの開催を依頼した」が46.3%であった。

図表 66 退院した利用者の入院期間中の連携状況
(利用者調査票)(複数回答可)



注)「退院した利用者」のnについては、図表32と同様にウエイトバック調整を実施している。

平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 【平成28年度調査（医療介護連携部分 抜粋）】

退院後に医療機関の専門職が利用者宅を訪問する予定があるかについて、「確認している」は53.7%、「確認していない」が41.5%であった。

図表 87 退院後に医療機関の専門職が利用者宅を訪問する予定があるかどうかの確認(ケアマネジャー調査票)

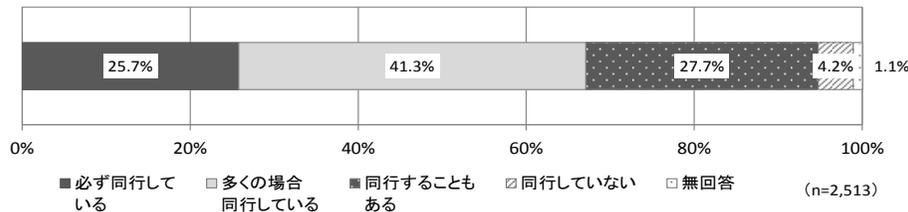
全体	確認している	確認していない	無回答
4,682	2,513	1,944	225
100.0%	53.7%	41.5%	4.8%

医療機関の専門職の利用者宅への訪問予定を確認している場合、ケアマネジャーが訪問に同行しているかについて、「必ず同行している」および「多くの場合同行している」の合計が67.0%であった。

図表 88 医療機関の専門職が利用者宅を訪問する際の同行の有無(ケアマネジャー調査票)

全体	必ず同行している	多くの場合同行している	同行することもある	同行していない	無回答
2,513	647	1,039	695	105	27
100.0%	25.7%	41.3%	27.7%	4.2%	1.1%

注)「医療機関の専門職が利用者宅を訪問する予定があるか」について確認していると回答した場合に限定している。



医療機関の専門職が利用者宅を訪問する際にケアマネジャーが同行している場合、専門職の訪問時の指導内容を踏まえて行っていることについては、「多職種、サービス提供事業者と共有し、協働に結びつけている」が78.1%で最も多く、次いで、「居宅サービス計画の変更に反映している」が66.5%であった。

図表 89 医療機関の専門職が利用者宅を訪問する際にケアマネジャーが同行している場合、専門職の訪問時の指導内容を踏まえて行っていること(ケアマネジャー調査票)(複数回答可)

全体	指導内容を踏まえてモニタリングをしている	居宅サービス計画の変更に反映している	多職種、サービス提供事業者と共有し、協働に結びつけている	その他	無回答
1,686	999	1,122	1,317	19	95
100.0%	59.3%	66.5%	78.1%	1.1%	5.6%

注)医療機関の専門職が利用者宅を訪問する際に、「必ず同行している」および「多くの場合同行している」と回答している場合に限定している。

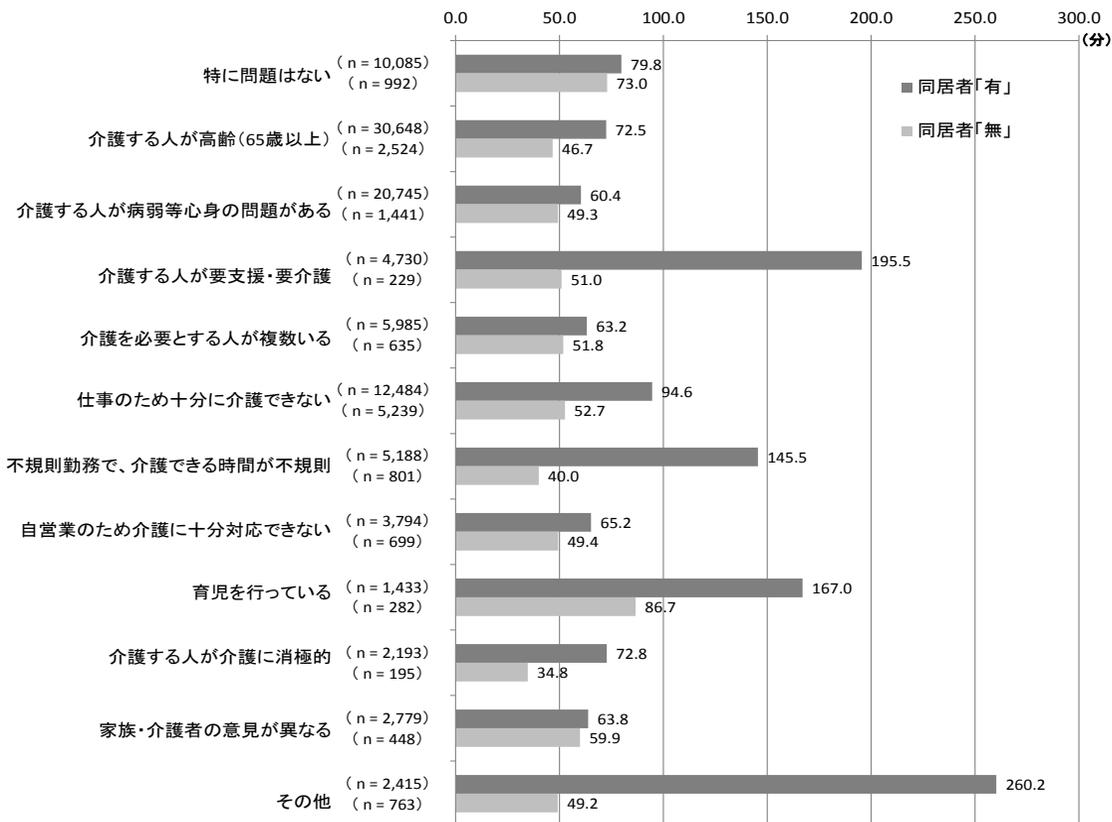
平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 【平成28年度調査（医療介護連携部分 抜粋）】

3) 家族に対する支援

退院時カンファレンスの延べ所要時間(分)の平均を同居者の有無別、家族介護者等の状況別に比較すると、全体として、「同居者有」のほうが「同居者無」よりも平均所要時間が長かった。

最も平均延べ所要時間が長いのは、同居者がいる場合で、「介護する人が要支援・要介護」である場合の195.5分であった(「その他」を除く)。

図表 106 退院時カンファレンスの平均延べ所要時間；同居者の有無および家族介護者等の状況別(利用者調査票)

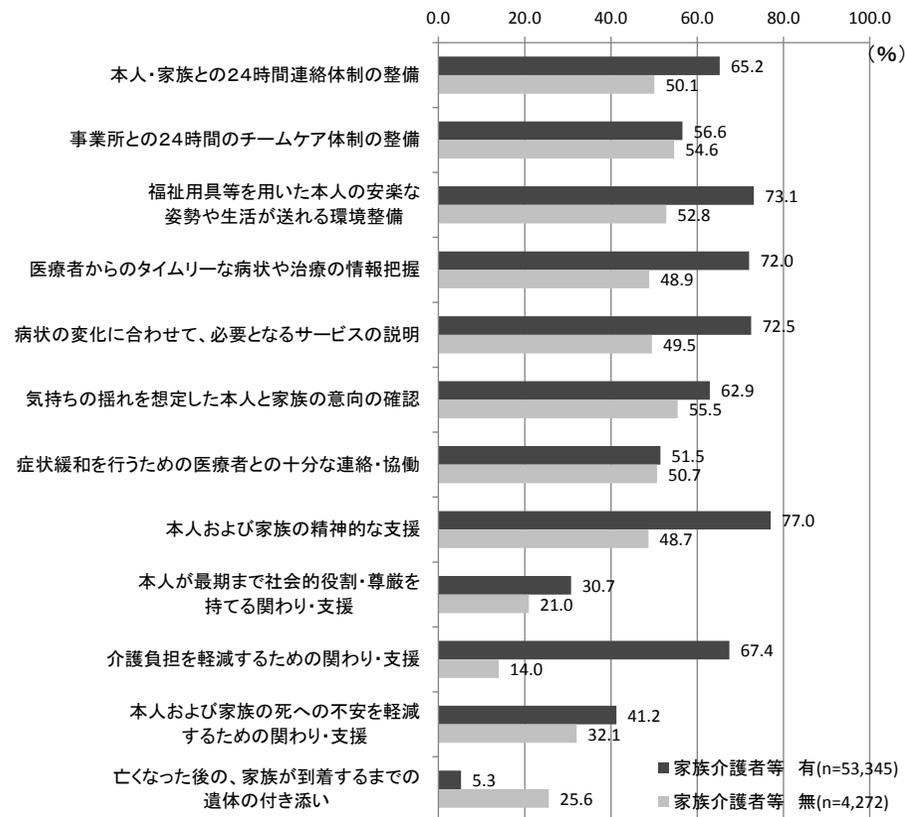


看取りに対応するために行った支援内容を家族介護者等の有無別で見ると、1項目を除いて「家族介護者等有り」のほうが実施割合が高かった。

「家族介護者等有り」では、「本人および家族の精神的な支援」が77.0%と最も多く、次いで「福祉用具等を用いた本人の安楽な姿勢や生活が送れる環境整備」が73.1%であった。

「家族介護者等無し」では「気持ちの揺れを想定した本人と家族の意向の確認」が55.5%、「事業所との24時間のチームケア体制の整備」が54.6%であった。

図表 107 看取りに対応するために行った支援内容；家族介護者等の有無別(利用者調査票)【看取りを行った利用者】(複数回答可)



注)「看取りを行った利用者」については、図表32と同様に、ウエイトバック調整を行っている。

【テーマ4】 関係者・関係機関の調整・連携

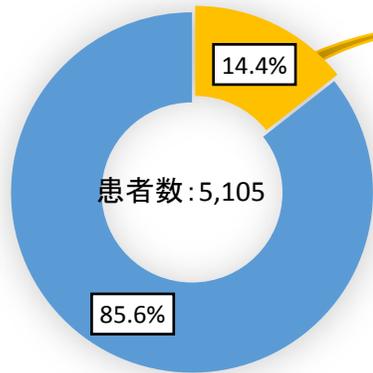
1. 医療機関等と居宅介護支援事業者等との連携
2. 歯科医療機関と介護施設との連携
3. 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(医療介護連携部分)概要
4. 居宅介護支援事業者と医療関係職種との連携

○在宅医療において薬剤師が関与することで、有害事象や服薬状況が改善

在宅医療を実施している薬局へのアンケート結果(回答数1,890薬局)

※処方変更については医師との協議を行う

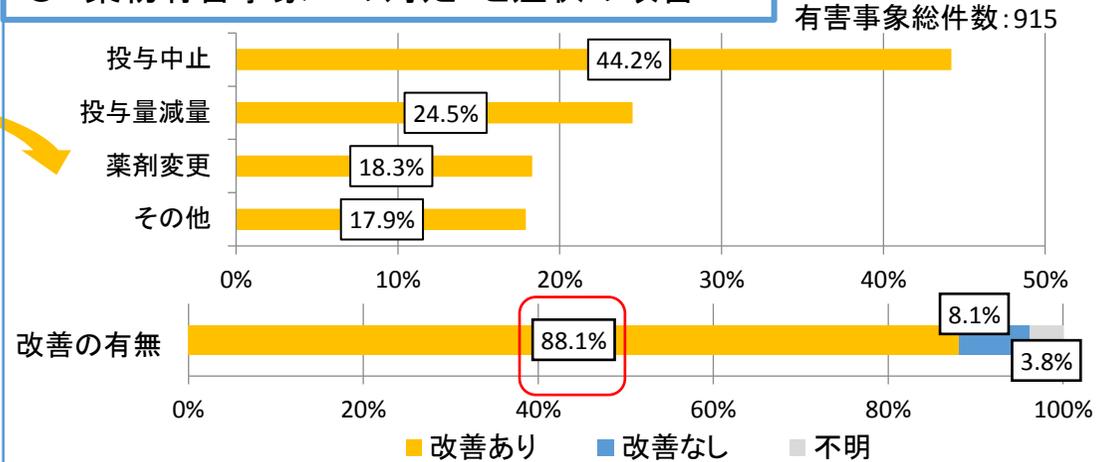
● 薬剤師による薬物有害事象の発見



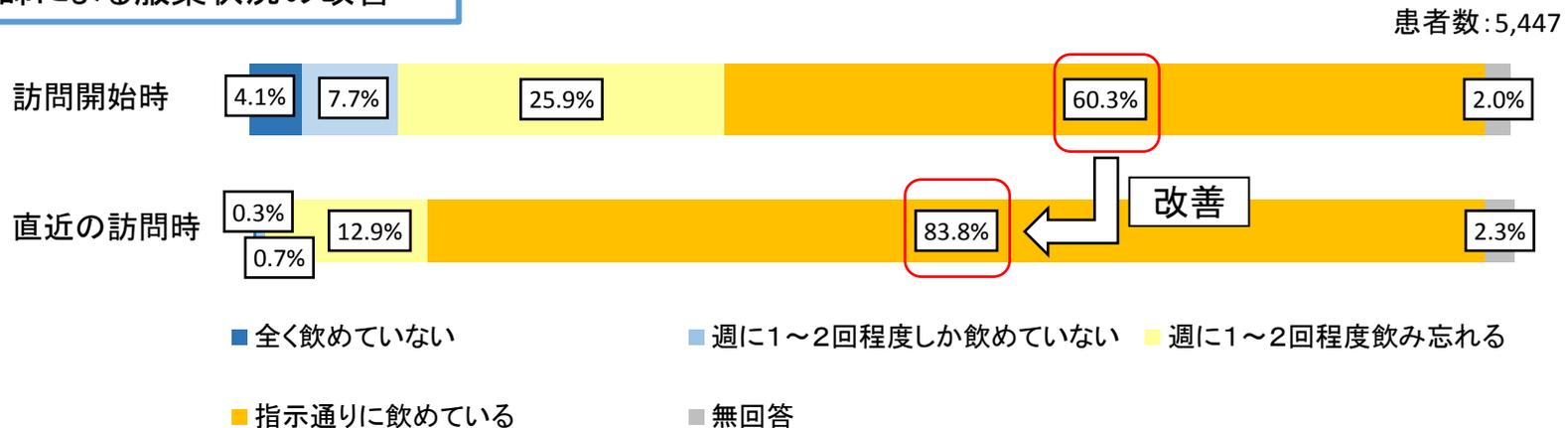
Q. 訪問開始時から現在まで、薬の服用による副作用やその他有害事象の兆候を発見した経験はあるか

■ 発見あり ■ 発見なし

● 薬物有害事象への対処*と症状の改善

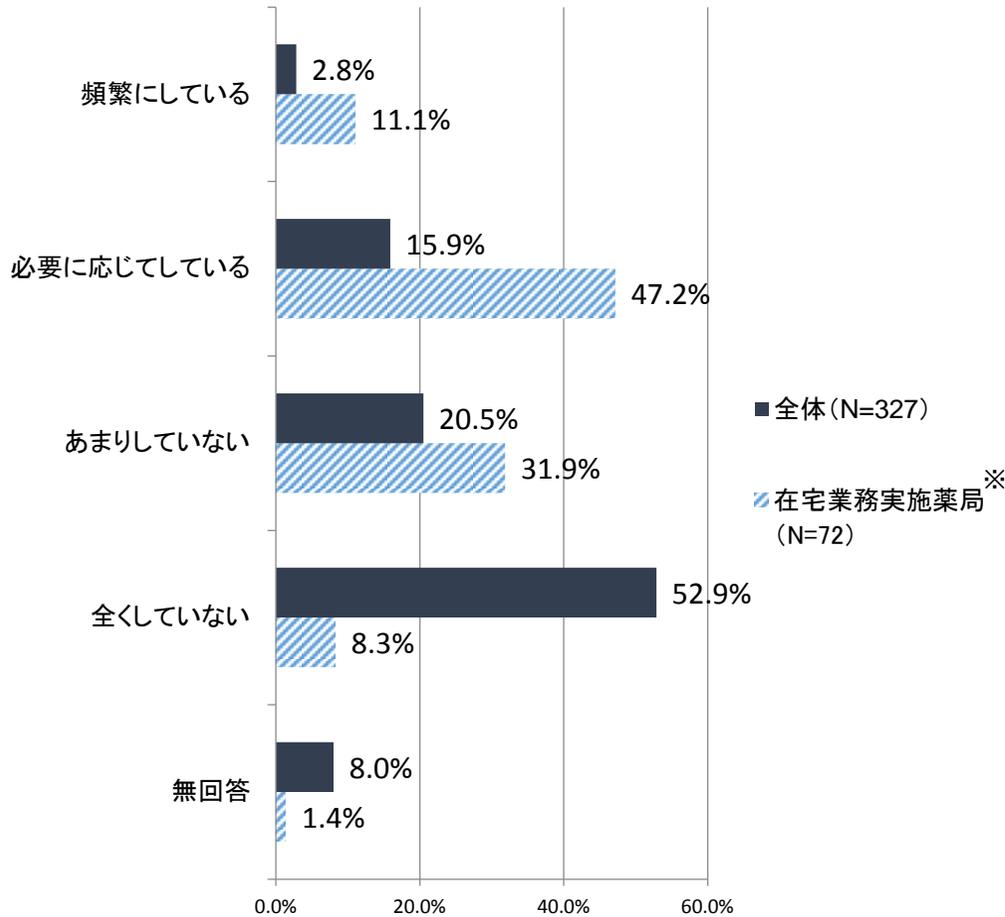


● 薬剤師による服薬状況の改善

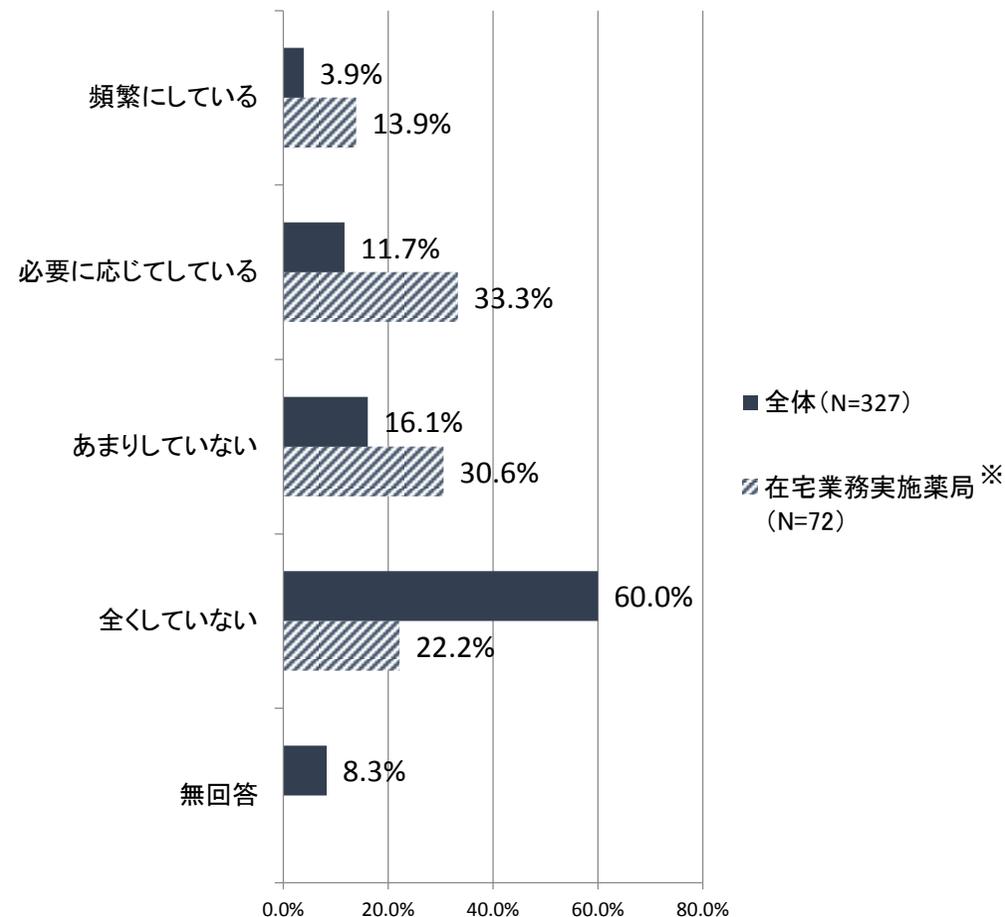


在宅業務の実施と多職種との連携

介護支援専門員との在宅患者に係る 日常的な情報交換の状況



訪問看護師との在宅患者に係る 日常的な情報交換の状況

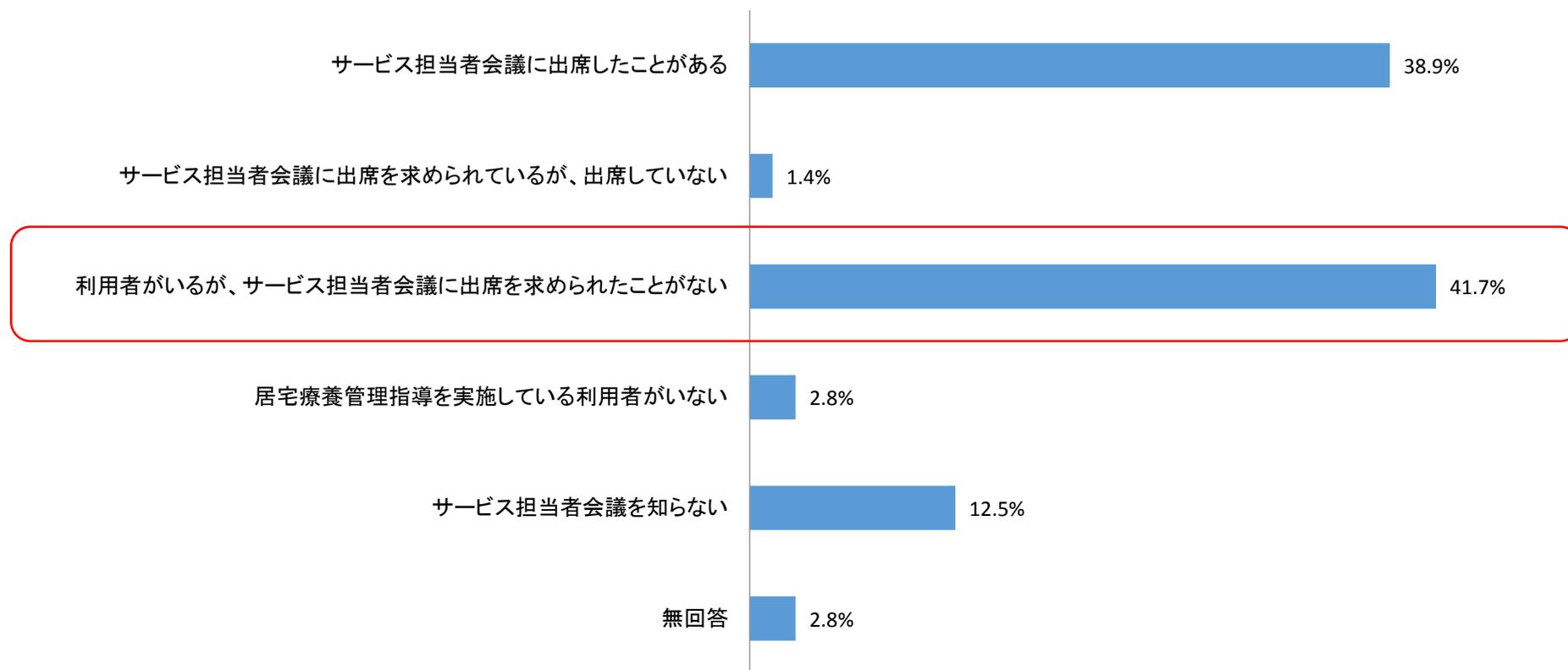


※在宅業務実施薬局：
平成26年10月1ヵ月間において、在宅患者訪問薬剤管理指導料
又は(介護予防)居宅療養管理指導費を算定した薬局

サービス担当者会議への薬剤師の出席状況

- サービス担当者会議への薬剤師の出席状況としては、「利用者がいるが、サービス担当者会議に出席を求められたことがない」が最も多く、41.7%であった。

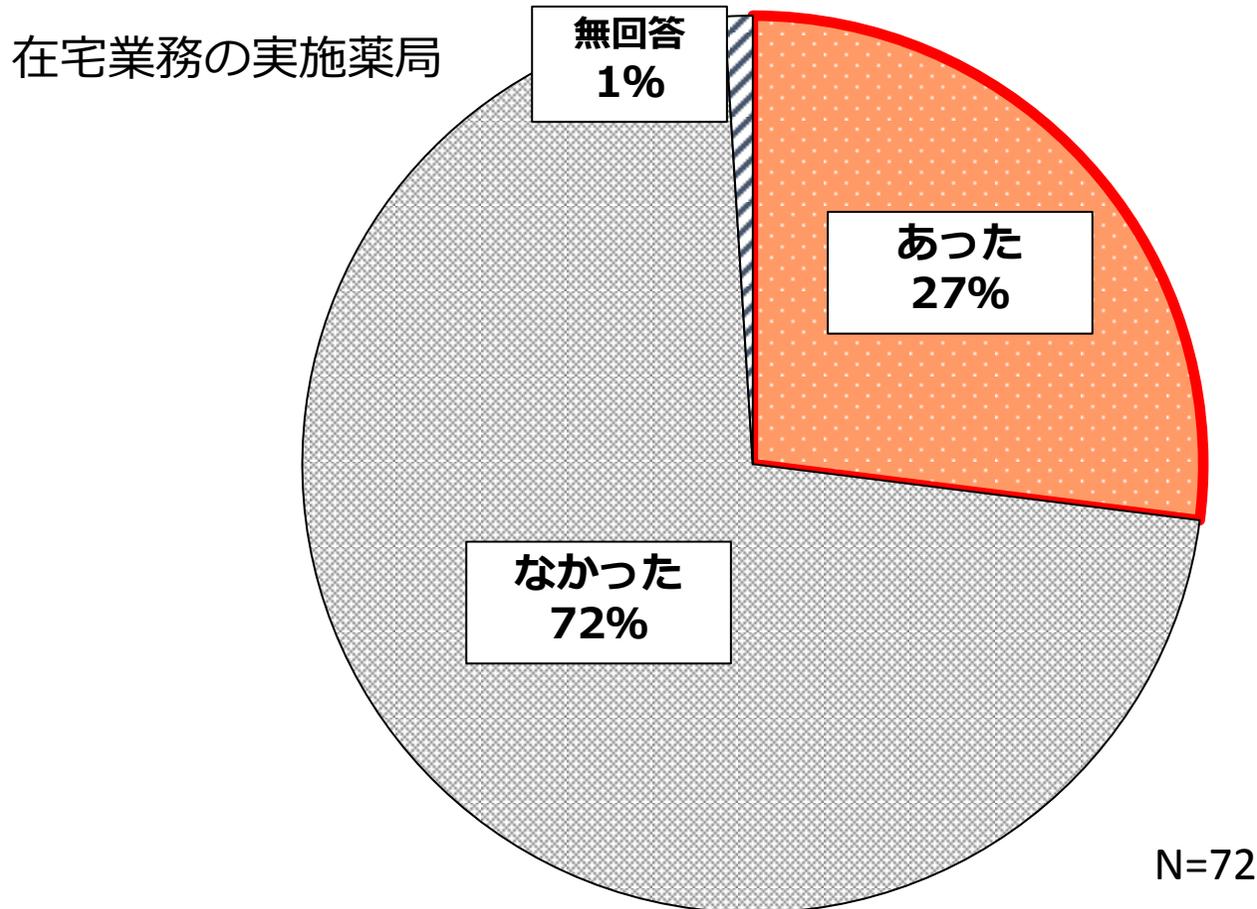
※在宅業務実施薬局の結果(N=72)



出典)「地域包括ケアシステムにおける薬局・薬剤師による薬学的管理及び在宅服薬支援の向上及び効率化のための調査研究事業」
(平成26年度老人保健健康増進等事業)

○介護施設からの要請により持参薬の整理に協力している薬局が存在している。

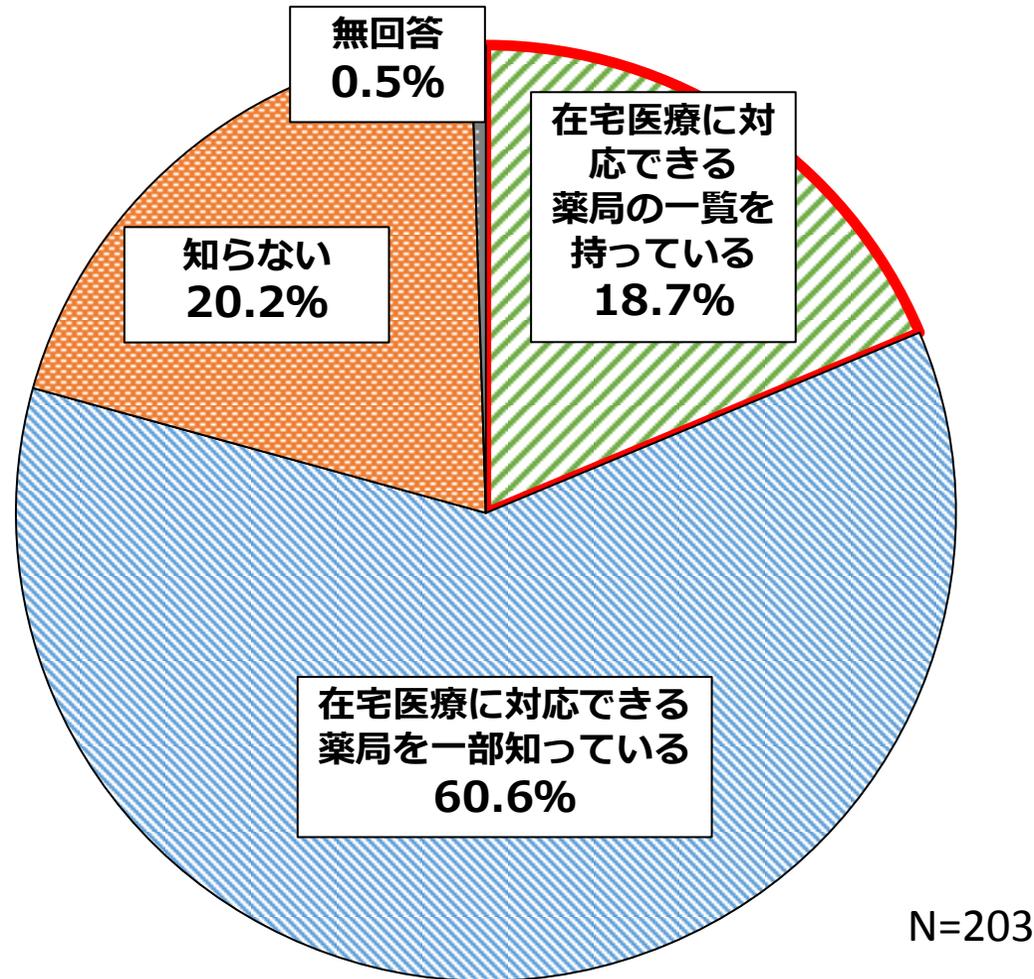
介護施設（特別養護老人ホーム、グループホーム等）からの要請による新規入所者の持参薬整理への協力の有無【平成26年10月】



出典)「地域包括ケアシステムにおける薬局・薬剤師による薬学的管理及び在宅服薬支援の向上及び効率化のための調査研究事業」
(平成26年度老人保健健康増進等事業)

在宅業務に対応できる薬局の認知度

○居宅介護支援事業所において、在宅業務に対応できる薬局について「在宅医療に対応できる薬局の一覧を持っている」との回答は18.7%であった。



出典)「地域包括ケアシステムにおける薬局・薬剤師による薬学的管理及び在宅服薬支援の向上及び効率化のための調査研究事業」
(平成26年度老人保健健康増進等事業)

① 高齢者の利用ニーズに対応した介護サービス基盤の確保

【国民生活における課題】

重度の要介護者数の増加。

- ・要介護3以上の者は2000年～2015年の間に2.2倍に。213万人（2015年度）→421万人（2060年）となる見通し

要介護の度合い等に応じて、希望する介護サービスを利用したい。

- ・介護離職者は年間約10万人（2012年就業構造基本調査）。介護離職の理由として、「介護サービスの利用ができなかったこと」を挙げている方が約15%（推計）

- ・要介護3以上の特養自宅待機者が約15万人（2013年度厚労省老健局調べ）

介護と仕事を両立しにくい。

- ・家族の介護・看護を理由とした離職・転職者：10.1万人（2011年10月～2012年9月）

【今後の対応の方向性】

介護サービスが利用できずやむを得ず離職する者をなくすとともに、特別養護老人ホームに入所が必要であるにもかかわらず自宅で待機している高齢者を解消することを目指し、介護ニーズに応じた機動的な介護サービス基盤を整備し、地域包括ケアを推進する。

【具体的な施策】

- （自立支援・介護予防に取り組む先進的な自治体の取組の全国展開）
 - ・高齢者の自立支援・介護予防に取り組む好事例の横展開を進める。このため、介護サービスの状況や認定率（要介護度別）の見える化システムを活用して、地域分析を進め、市町村ごとのPDCAサイクルを強化する。また、取組状況に応じた市町村や都道府県へのインセンティブ付け等について検討し、次期介護保険制度改正において必要な措置を講じる。
- （自立支援と介護の重度化防止の推進）
 - ・自立支援と介護の重度化防止を推進するため、介護記録のICT化を通じた業務の分析・標準化を進める。これにより、適切なケアマネジメント手法の普及を図るとともに、要介護度の維持・改善の効果を上げた事業所への介護報酬等の対応も含め、適切な評価の在り方について検討する。
- （介護基盤整備の着実な推進）
 - ・緊急対策に基づき、現行の介護保険事業計画等における約38万人分以上（2015年度から2020年度までの増加分）の整備加速化に加え、在宅・施設サービス及びサービス付き高齢者向け住宅の整備量を約12万人分前倒し・上乗せすることで2020年代初頭までに約50万人分を整備する。
 - ・国有地における介護施設等に対する定期借地権による貸付（2016年1月から2020年度末までに一定の地域において契約締結するもの）について、貸付始期より10年間貸付料を5割減額する。また、国有地以外の公共的な用地についても、介護施設等への活用を促進する。
 - ・介護する家族の就労継続を効果的に支援する介護サービスの在り方等について、介護離職に関する地域の実情を踏まえつつ自治体が的確に調査できるよう支援し、第7期以降の介護保険事業計画に反映させる。
- （互いに支え合う社会づくり）
 - ・介護保険被保険者に係る住所地利権等の仕組みについて、本人等の意向を踏まえたものにしつつ、更なる拡充・活用を図り、地域と都市部の支え合いを強化する。
 - ・居住支援協議会による紹介・斡旋等により、空き家等を活用した安心で低廉な家賃の民間賃貸住宅の供給を推進する。

年度 施策	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度以降	指標
在宅・施設サービスの整備	第6期介護保険事業計画 緊急対策に基づく、整備量の前倒し・上乗せ			第7期介護保険事業計画			第8期介護保険事業計画			第9期介護保険事業計画			2020年代初頭までに介護施設・サービスを利用できないことを理由とする介護離職をなくす 要介護3以上の特養自宅待機者を解消する（現在約15万人）
介護離職の観点も含めた介護サービスの把握方法等に関する調査	調査研究事業の実施	調査手法改善、自治体に向けた調査	反映	調査手法の改善及び自治体による第8期に向けた調査の実施	反映	調査手法の改善及び自治体による第9期に向けた調査の実施	反映	調査手法の改善及び自治体による調査の実施					
適切なケアマネジメント手法の策定	標準化に向けた分析手法の検討/ケアマネジメントの先進事例の収集	分析、適切なケアマネジメント手法の策定	適切なケアマネジメント手法の検証・見直し、適切なケアマネジメント手法を踏まえたケアマネジメントの実施										
高齢者の自立支援や介護予防に取り組む保険者等の好事例の全国展開	地域包括ケア「見える化」システムの設計、開発、運用			新たな仕組みの施行 地域包括ケア「見える化」システムの随時改良 自治体向け研修会の開催やアドバイザー派遣等									
国有地の利用推進、介護基盤整備の強力な推進	介護施設整備に係る国有地の活用						介護ニーズ等に応じて介護基盤整備の在り方を検討						
	介護施設整備について、現場の意見を踏まえつつ、必要な措置を実施												