

特別講演

テーマ

「介護老人保健施設への期待」

講演者

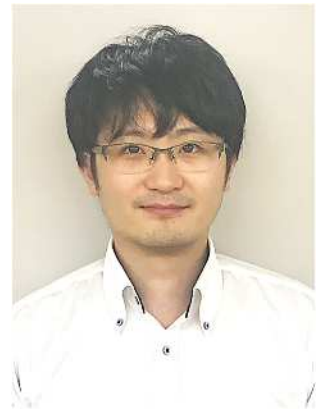
佐野隆一郎先生

(厚生労働省 老健局 老人保健課 医系技官)

略歴

さの りゅういちろう
佐野 隆一郎 先生

(厚生労働省 老健局 老人保健課 医系技官)



学歴

平成 27 年 東京医科歯科大学医学部医学科卒業

職歴

平成 27 年 東京医科歯科大学医学部附属病院

平成 28 年 株式会社日立製作所ひたちなか総合病院

平成 29 年 東京大学医学系研究科公共健康医学専攻

平成 31 年 厚生労働省 医政局 医事課

令和 3 年 厚生労働省 老健局 老人保健課

介護老人保健施設への期待

令和5年5月19日

厚生労働省 老健局 老人保健課

課長補佐 佐野 隆一郎

本日の内容

1. 介護保険制度をとりまく現状について
2. 介護老人保健施設への期待
3. リハビリテーションについて
 - ① 保険給付におけるリハビリテーション
 - ② リハ・口腔・栄養の一体的取組
 - ③ 地域リハビリテーションについて
4. LIFEについて
5. 介護報酬改定について
6. おわりに

本日の内容

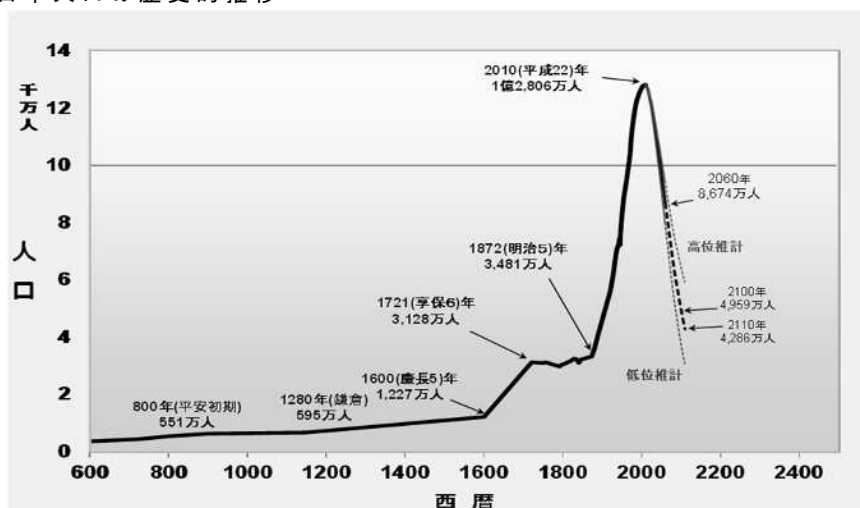
1. 介護保険制度をとりまく現状について
2. 介護老人保健施設への期待
3. リハビリテーションについて
 - ① 保険給付におけるリハビリテーション
 - ② リハ・口腔・栄養の一体的取組
 - ③ 地域リハビリテーションについて
4. LIFEについて
5. 介護報酬改定について
6. おわりに

1



日本人口の歴史的推移

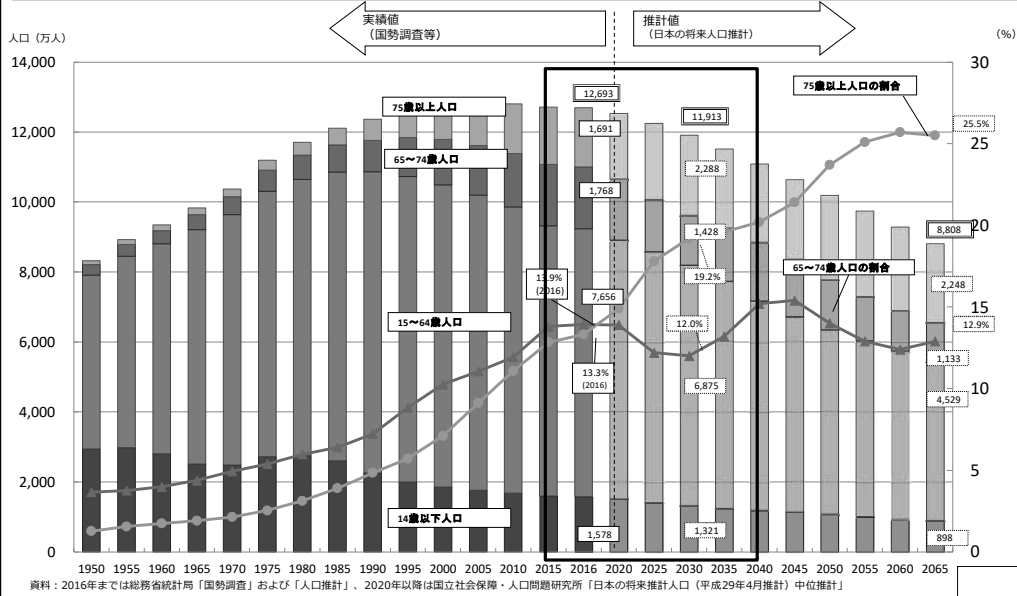
中医協 総-2参考
28.12.14より



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」)2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計])

総人口の推移

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者（特に75歳以上の高齢者）の占める割合は増加していくことが想定される。



5

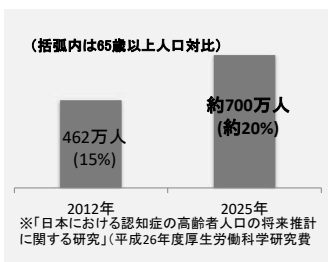
今後の介護保険をとりまく状況(1)

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,677万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,935万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

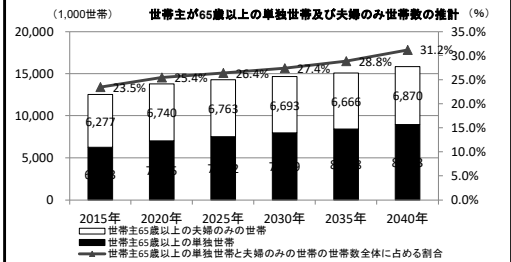
	2015年	2020年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,387万人(26.6%)	3,619万人(28.9%)	3,677万人(30.0%)	3,704万人(38.0%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,632万人(12.8%)	1,872万人(14.9%)	2,180万人(17.8%)	2,446万人(25.1%)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(全国)(平成29(2017)年4月推計)」より作成

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



③ 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



④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	東京都(17)	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	77.3万人 <10.6%>	70.7万人 <11.4%>	99.3万人 <10.9%>	80.8万人 <10.8%>	105.0万人 <11.9%>	146.9万人 <10.9%>	26.5万人 <16.1%>	18.9万人 <18.4%>	19.0万人 <16.9%>	1632.2万人 <12.8%>
2025年 <>は割合	120.9万人 <16.8%>	107.2万人 <17.5%>	146.7万人 <16.2%>	116.9万人 <15.7%>	150.7万人 <17.7%>	194.6万人 <14.1%>	29.5万人 <19.5%>	20.9万人 <23.6%>	21.0万人 <20.6%>	2180.0万人 <17.8%>
()は倍率	(1.56倍)	(1.52倍)	(1.48倍)	(1.45倍)	(1.44倍)	(1.33倍)	(1.11倍)	(1.11倍)	(1.10倍)	(1.34倍)

※都道府県名順の()内の数字は倍率の順位

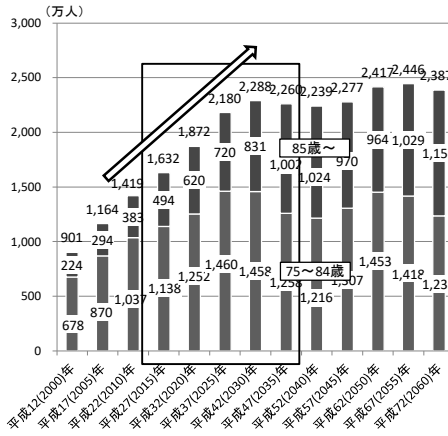
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年3月推計)」より作成

6

今後の介護保険をとりまく状況(2)

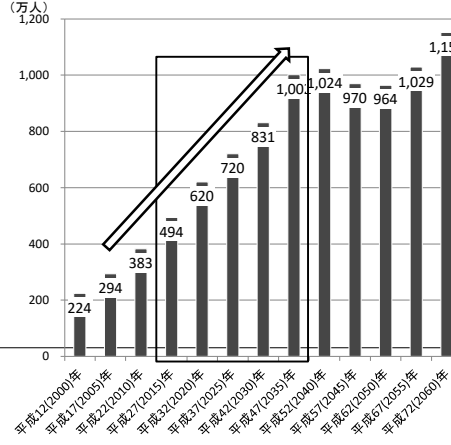
75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間で、急速に増加。



85歳以上の人口の推移

○85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間で、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。

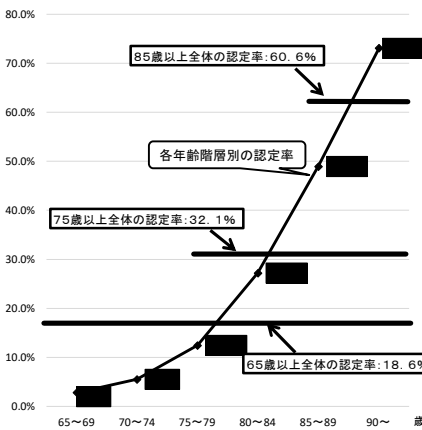


(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

今後の介護保険をとりまく状況(3)

年齢階級別の要介護認定率

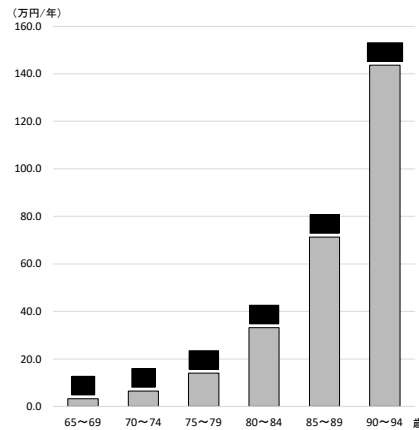
○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



出典：2019年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2019年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

年齢階級別の人口1人当たりの介護給付費

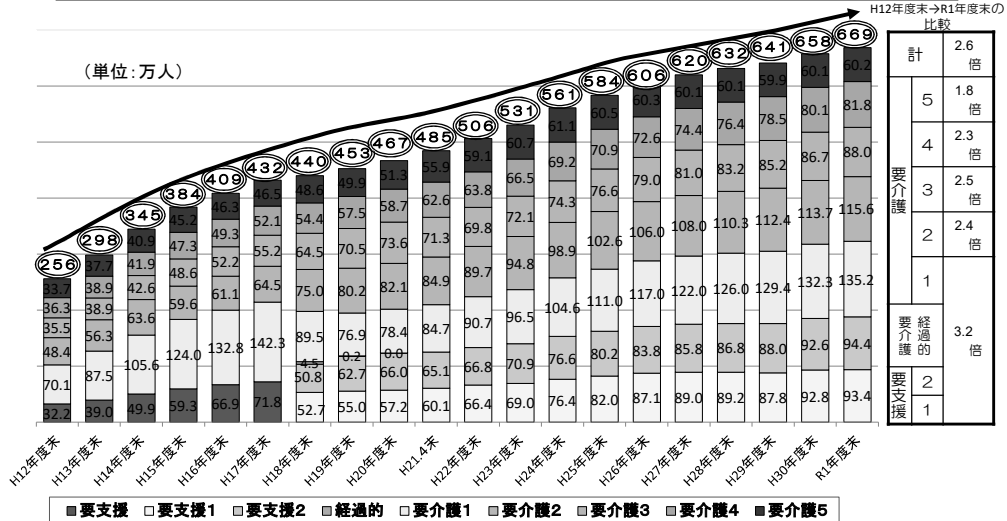
○一人当たり介護給付費は85歳以上の年齢階級で急増。



出典：2018年度「介護給付費等実態統計」及び2018年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成
注) 高齢介護サービス費、高齢医療合算介護サービス費は含まない。
補足給付に係る費用は、サービスごとに年齢階級別受給者数に応じて按分。

要介護度別認定者数の推移

要介護（要支援）の認定者数は、令和元年度末現在669万人で、この20年間で約2.6倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。



【出典】介護保険事業状況報告

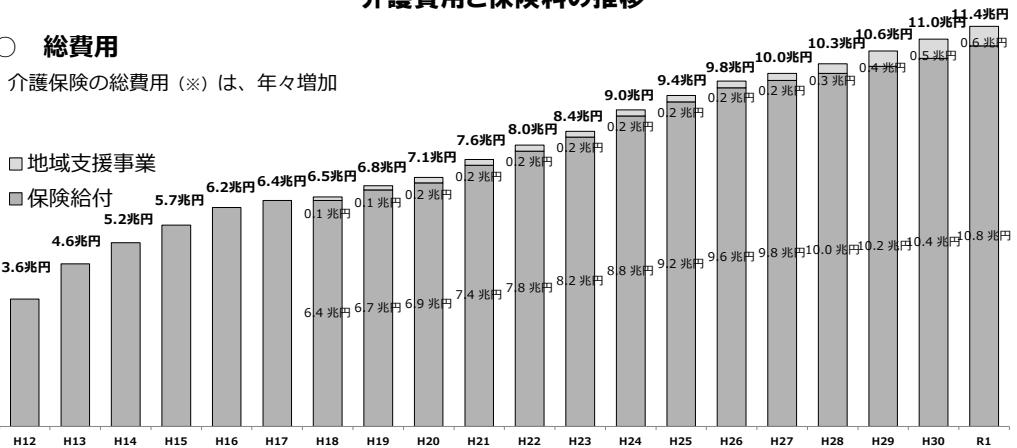
注) H22年度末の数値には、広野町、榑葉町、富岡町、川内村、双葉町、新地町は含まれていない。

介護費用と保険料の推移

○ 総費用

介護保険の総費用(※)は、年々増加

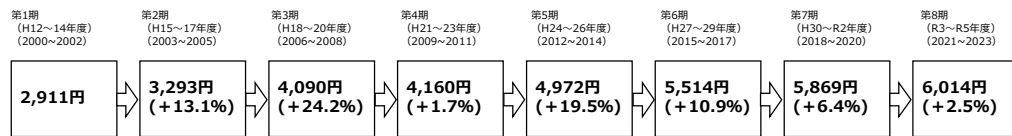
■ 地域支援事業
■ 保険給付



※1 介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない（地方交付税により措置されている）。

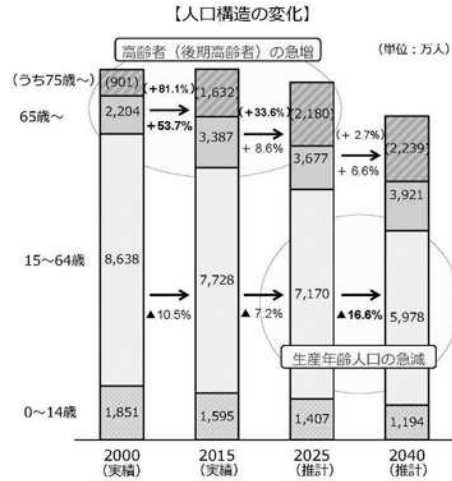
※2 地域支援事業の利用者負担は含まない。

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均（月額・加重平均）〕



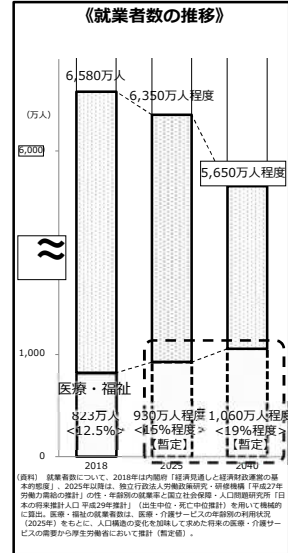
今後の介護保険をとりまく状況(4)

○人口構造の推移を見ると、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。



出典) 総務省「国勢調査」人口推計、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年版推計」

(出典) 平成30年4月12日経済財政諮問会議加藤臨時委員提出資料(厚生労働省)



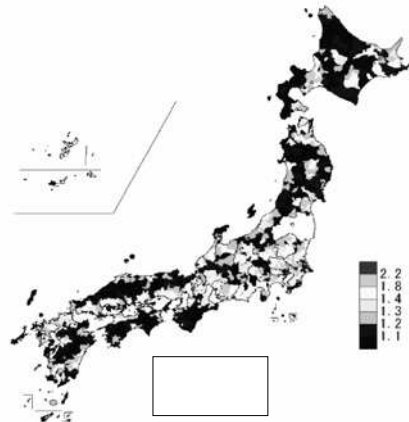
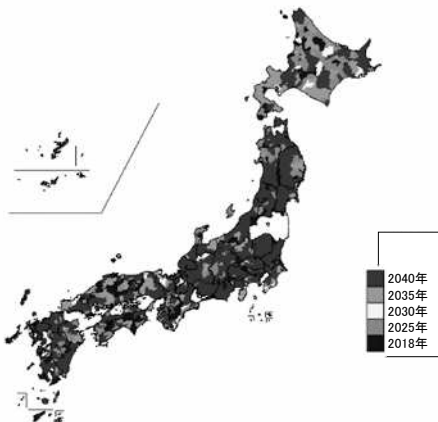
11

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2018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】

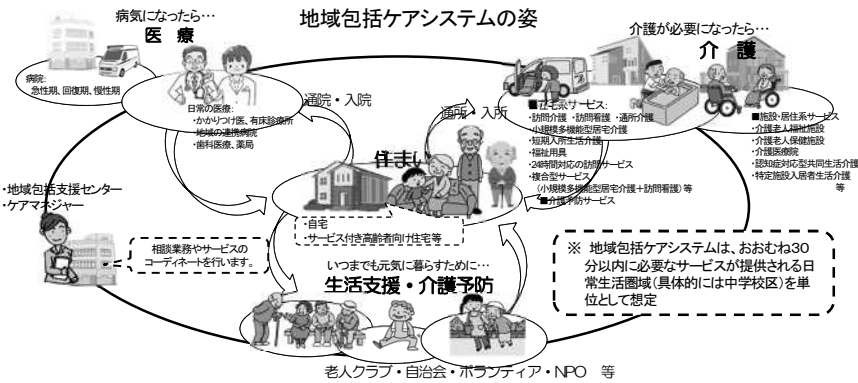


※ 2018年度介護保険事業状況報告(厚生労働省)、2017年度介護給付費等実態調査(厚生労働省)から、保険者別の年齢階級別・サービス類型別・要介護度別利用率を算出し、当該利用率に推計人口(日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)(国立社会保障・人口問題研究所)を乗じて、2025年以降5年毎に2040年までの保険者別の推計利用者数を作成(推計人口が算出されていない福島県内の保険者を除く)。

12

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。**



今後の社会保障と働き方の方向性

(高齢者人口がピークを迎える2040年頃を見据えて)

(新型コロナウイルス感染症の影響)

人生100年時代

- 健康寿命の延伸
- 生涯現役の就労と社会参加

担い手不足・人口減少の克服

- 就業率の一層の向上
- 働く人のポテンシャルの向上と活躍
- 医療・福祉サービス改革を通じた生産性向上
- 少子化対策

新たなつながり・支え合い

- 総合的なセーフティネットの構築
- 多様な担い手が参画する地域活動の推進
- 経済的な格差拡大の防止

生活を支える社会保障制度の維持・発展

- 機能の強化
- 持続可能性の強化(財政面+サービス提供面)

デジタル・トランスフォーメーション(DX)

「3つの「密」」を避ける新たな生活様式の拡がり等、国民生活、社会・経済の様々な面に大きな影響。

経済・雇用情勢の影響を大きく受ける者・世帯への対応(労働・福祉の両面で臨機応変の対応)

日常生活のオンライン化(オンライン診療、行政手続)

エッセンシャルワークの重要性(感染防止対策、医療福祉分野の処遇改善)

新しい働き方(テレワーク、フリーランス)

新しいつながり(オンライン活用、アウトリーチ)

(中長期の構造変化を想定) 産業構造、国土構造、地域社会のあり方、経済・財政等

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現

令和元年8月29日
2040年を展望した社会保障・
働き方改革本部 配付資料

- 2040年を展望すると、高齢者の人口の伸びは落ち着き、現役世代（担い手）が急減する。
→「総就業者数の増加」とともに、「より少ない人手でも回る医療・福祉の現場を実現」することが必要。
- 今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、以下の取組を進める。
①多様な就労・社会参加の環境整備、②健康寿命の延伸、③医療・福祉サービスの改革による生産性の向上
④給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保
- また、社会保障の枠内で考えるだけでなく、農業、金融、住宅、健康な食事、創薬にもウイングを拡げ、関連する政策領域との連携の中で新たな展開を図っていく。

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指す。

「現役世代の人口の急減という新たな局面に対応した政策課題」

多様な就労・社会参加	健康寿命の延伸	医療・福祉サービス改革
<p>【雇用・年金制度改革等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 70歳までの就業機会の確保 ○ 就職氷河期世代の方々の活躍の場を更に広げるための支援 (厚生労働省就職氷河期世代活躍支援プラン) ○ 中途採用の拡大、副業・兼業の促進 ○ 地域共生・地域の支え合い ○ 人生100年時代に向けた年金制度改革 	<p>【健康寿命延伸プラン】</p> <p>(⇒2040年までに、健康寿命を男女ともに3年以上延伸し、75歳以上に)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ①健康無関心層へのアプローチの強化、 ②地域・保険者間の格差の解消により、以下の3分野を中心に、取組を推進 <ul style="list-style-type: none"> ・次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等 ・疾病予防・重症化予防 ・介護予防・フレイル対策、認知症予防 	<p>【医療・福祉サービス改革プラン】</p> <p>(⇒2040年時点で、単位時間当たりのサービス提供を5%（医師は7%）以上改善)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 以下の4つのアプローチにより、取組を推進 <ul style="list-style-type: none"> ・ロボット・AI・ICT等の実用化推進、 ・データヘルス改革 ・タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進 ・組織マネジメント改革 ・経営の大規模化・協働化

「引き続き取り組む政策課題」

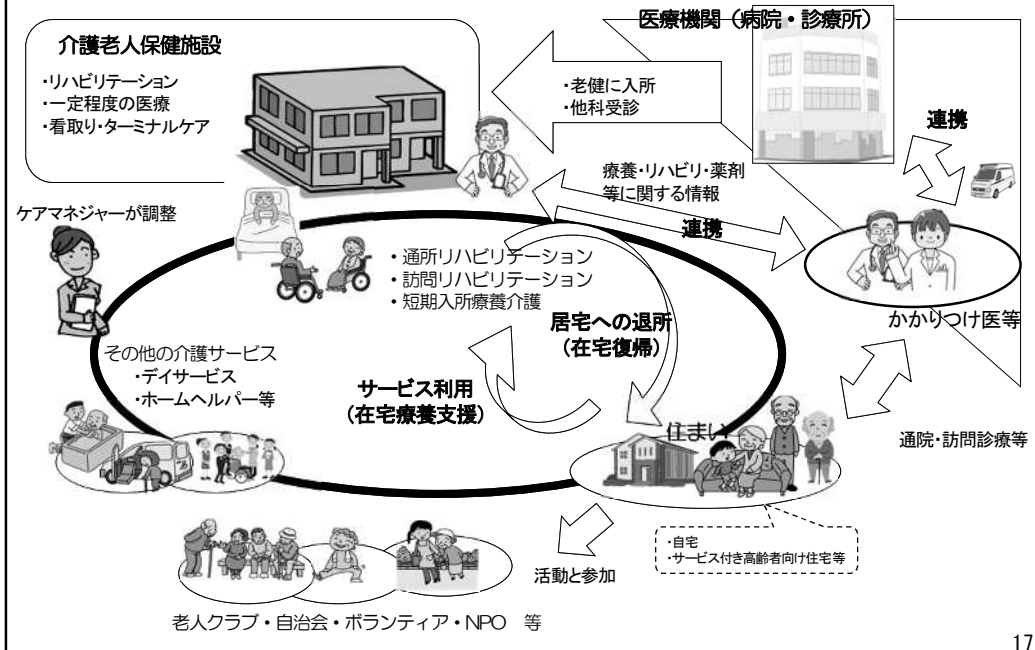
給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

本日の内容

1. 介護保険制度をとりまく現状について
2. 介護老人保健施設への期待
3. リハビリテーションについて
 - ① 保険給付におけるリハビリテーション
 - ② リハ・口腔・栄養の一体的取組
 - ③ 地域リハビリテーションについて
4. LIFEについて
5. 介護報酬改定について
6. おわりに

2

地域包括ケアシステムにおける介護老人保健施設のイメージ



介護老人保健施設について

平成29年介護保険法改正

(定義)

「介護老人保健施設」とは、要介護者に対し、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並びに機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設

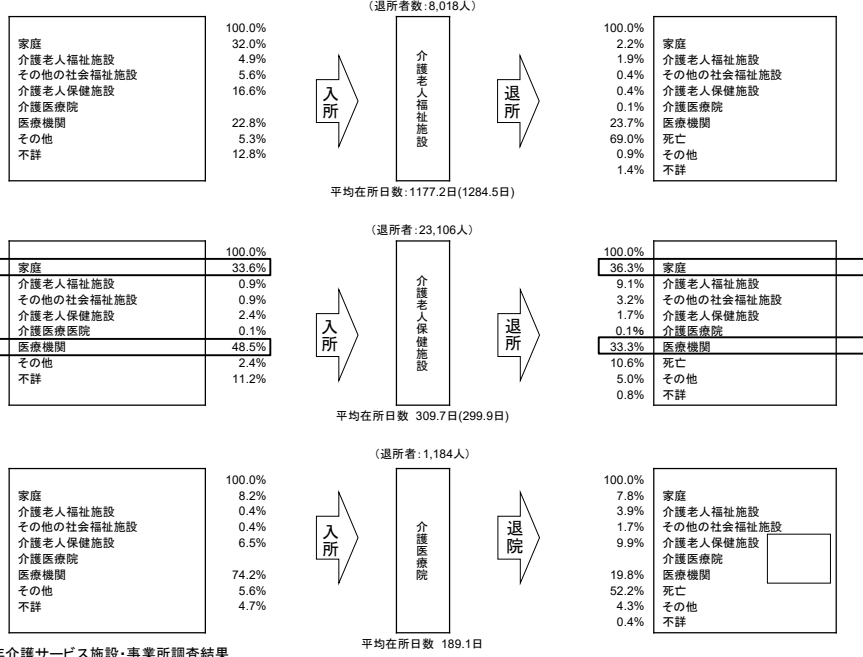
改正

「介護老人保健施設」とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにな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並びに機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設



- リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設
- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設

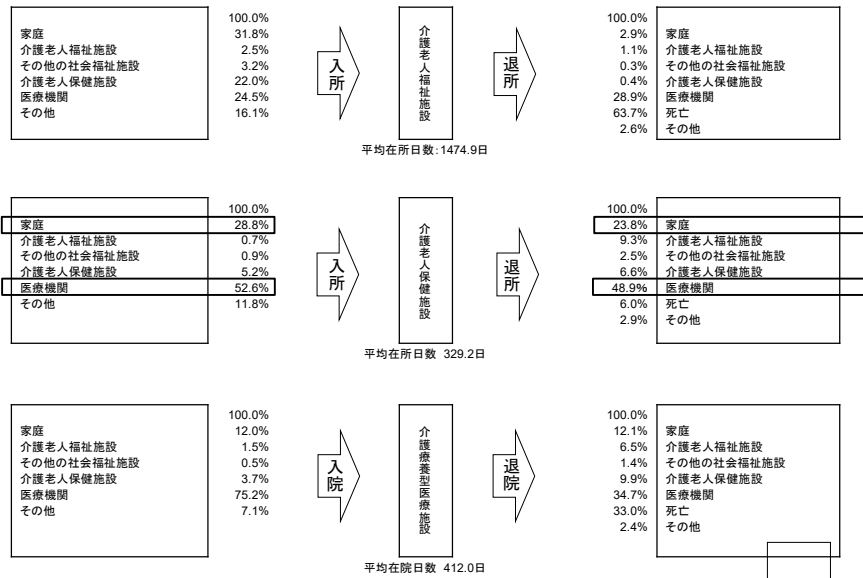
介護保険施設における入所者・退所者の状況（令和元年）



出典: 令和元年介護サービス施設・事業所調査結果

19

介護保険施設における入所者・退所者の状況（平成22年）



注: 「その他」には不詳を含む。

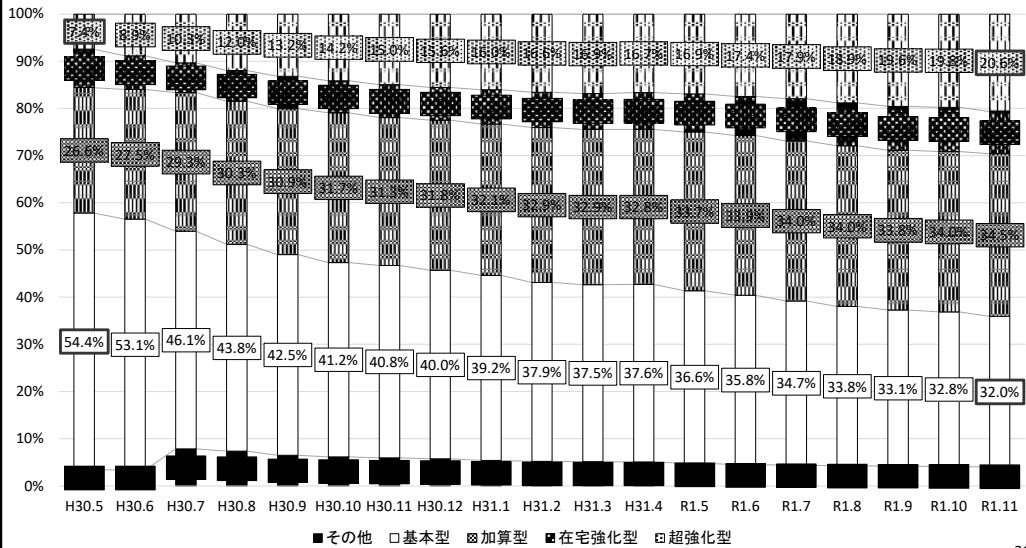
出典: 平成22年介護サービス施設・事業所調査結果

20

介護老人保健施設の基本サービス費類型の推移

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

介護老人保健施設の施設類型の推移



(出典：介護給付費等実態統計（旧介護給付費等実態調査））

通所リハビリテーションの現状

「通所リハビリテーション」とは

- 要支援・要介護者が可能な限り居宅において、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、理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能回復を図るもの

【指定通所リハビリテーション事業所の要件】

- ①専任の常勤医師一名以上 ②理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を利用者100人に一名以上 ③従事者を利用者10人に一名以上（従事者：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員）

- 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること

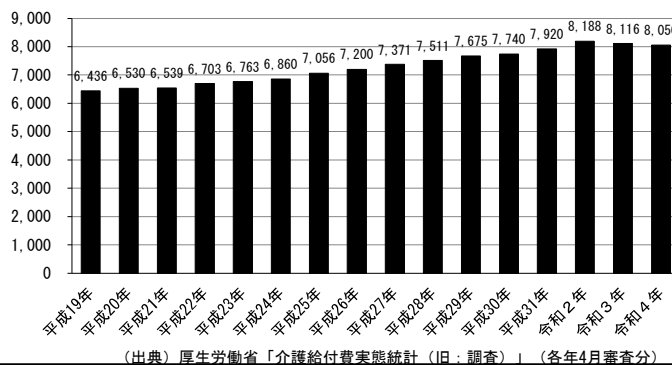
- 指定通所リハビリテーションを行うに必要な専用の部屋（3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上）

【通所リハビリテーションの対象者】

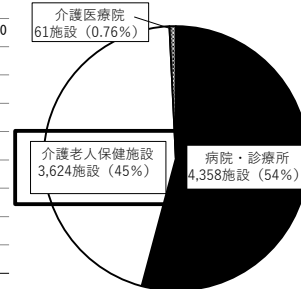
- 介護保険法の居宅要支援、要介護者

通所リハビリテーションの請求事業所は約8000事業所となっている。開設者種別では、医療機関と介護老人保健施設が半々である。

請求通所リハビリテーション事業所数



開設者種別割合



(出典) 厚生労働省「介護給付費実態統計（旧：調査）」（令和4年11月審査分）

(出典) 厚生労働省「介護給付費実態統計（旧：調査）」（各年4月審査分）

訪問リハビリテーションの現状

「訪問リハビリテーション」とは

○ 原則通院の困難な利用者に対し、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により行われるリハビリテーション

【指定訪問リハビリテーション事業所の要件】

○ ①専任の常勤医師一名以上 ②理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を適当数置かなければならない

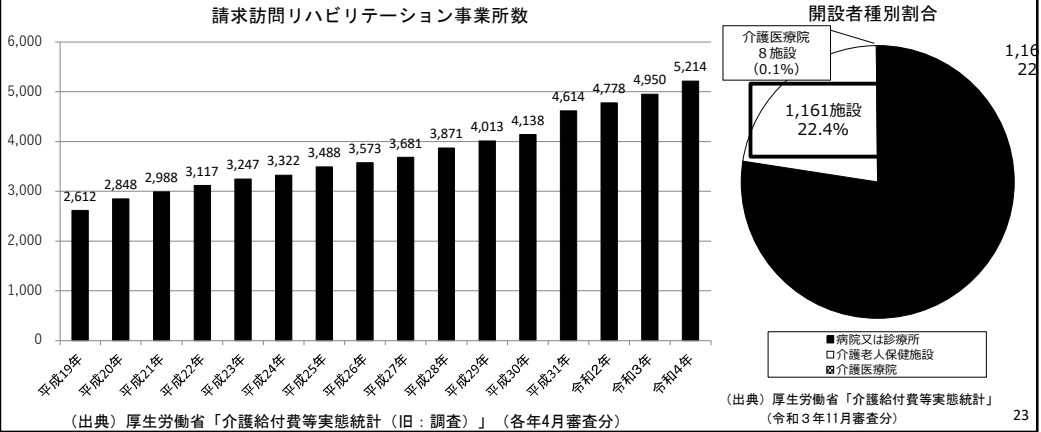
○ 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること

○ 指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等を備えているもの

【訪問リハビリテーションの対象者】

○ 介護保険法の居宅要支援、要介護者

訪問リハビリテーションの請求事業所は年々増加している。開設者種別では、約8割が医療機関、約2割が介護老人保健施設である。



3. (2) 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進 (その3)

介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の評価の充実

■ 老健施設の在宅復帰・在宅療養支援等評価指標について、在宅復帰等を更に推進する観点から、見直しを行う。
【告示改正】 (※6月の経過措置期間を設ける)

介護老人保健施設

○在宅復帰・在宅療養支援等評価指標について、以下の見直しを行う。
・居宅サービス実施数に係る指標において、訪問リハビリテーションの比重を高くする。
・リハビリテーション専門職配置割合に係る指標において、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の3職種の評価する。
・基本型以上についてリハビリテーションマネジメントの実施要件が求められているが、医師の詳細な指示に基づくリハビリテーションに関する事項を明確化する。

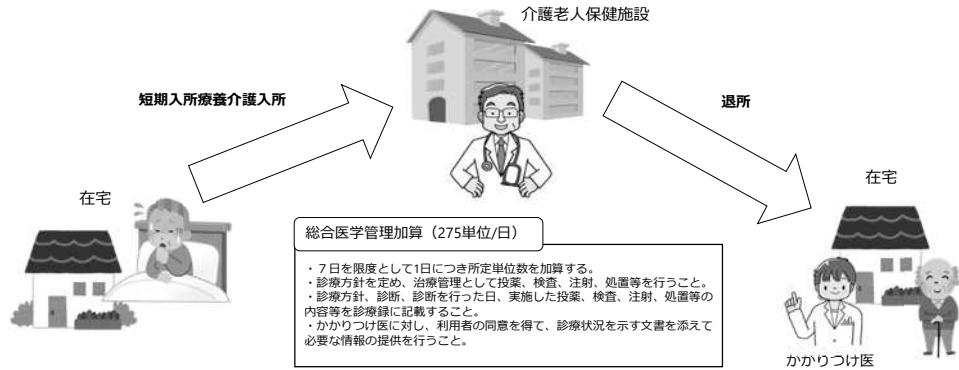
在宅復帰・在宅療養支援等指標: 下記評価項目(①-⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値(最高値:90)		算定要件 (リハビリテーションマネジメント)	
①在宅復帰率	50%超 20 30%超 10 30%以下 0	a: 入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。 b: 医師は、リハビリテーションの実施にあたり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、リハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、中止基準、リハビリテーションにおける入所者に対する負荷量等のうちいずれか一つ以上の指示を行うこと。(追加)	
②ベッド回転率	10%以上 20 5%以上 10 5%未満 0		
③入所前後訪問指導割合 (2)介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進	30%以上 10 10%以上 5 10%未満 0		
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10 10%以上 5 10%未満 0		
⑤居宅サービスの実施数	3サービス5 2サービス3 ⇒2サービス(訪問リハビリテーションを含む)3 1サービス2 ⇒2サービス1 0サービス0 ⇒0、1サービス0		
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5 ⇒5以上(P.T,O.T,STいずれも配置)5 3以上 3 ⇒5以上 3 (設定なし) ⇒3以上 2 3未満 0		
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5 2以上 3 2未満 0		
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5 35%以上 3 35%未満 0		
⑨嗜痰吸引の実施割合	10%以上 5 5%以上 3 5%未満 0		
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5 5%以上 3 5%未満 0		

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。



25

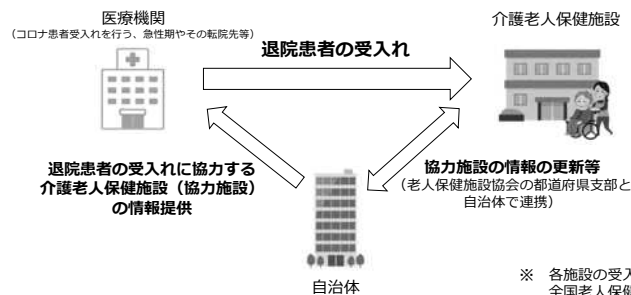
退院患者の介護施設における適切な受け入れに関する更なる取組について

背景・これまでの取組

- ・ **新型コロナウイルス感染症の退院患者について、介護施設での受入促進を図ることは、退院した高齢者の適切な療養環境の確保や、地域の医療提供体制の確保の観点で重要**である。
- ・ そのため、これまで、受け入れた施設への介護報酬上の特例的な評価^(※)等の取組を実施してきた。
※ 介護保険施設において、退院患者(自施設から入院した者を除く)を受け入れた場合、退所前連携加算(500単位)を最大30日間算定できる。

更なる取組

- ・ 今般、受け入れの更なる促進を図るため、**退院基準を満たした患者の受け入れに協力する介護老人保健施設に関する情報^(※)を、自治体を通じて医療機関に提供する**取組を実施する。これにより、医療機関による退院先調整の円滑化につながると考えられる。
- ・ なお、都道府県に対して、今後も情報の更新等の継続的な取組を依頼。



26

3

本日の内容

1. 介護保険制度をとりまく現状について
2. 介護老人保健施設への期待
3. リハビリテーションについて
 - ① 保険給付におけるリハビリテーション
 - ② リハ・口腔・栄養の一体的取組
 - ③ 地域リハビリテーションについて
4. LIFEについて
5. 介護報酬改定について
6. おわりに

3

本日の内容

1. 介護保険制度をとりまく現状について
2. 介護老人保健施設への期待
3. リハビリテーションについて
 - ① 保険給付におけるリハビリテーション
 - ② リハ・口腔・栄養の一体的取組
 - ③ 地域リハビリテーションについて
4. LIFEについて
5. 介護報酬改定について
6. おわりに

介護保険制度におけるリハビリテーションの位置づけ

介護保険法における関連の規定

第1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。

第4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。

29

介護保険制度におけるリハビリテーションの位置づけ

リハビリテーションの理念

リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。

高齢者のリハビリテーションに求められるもの

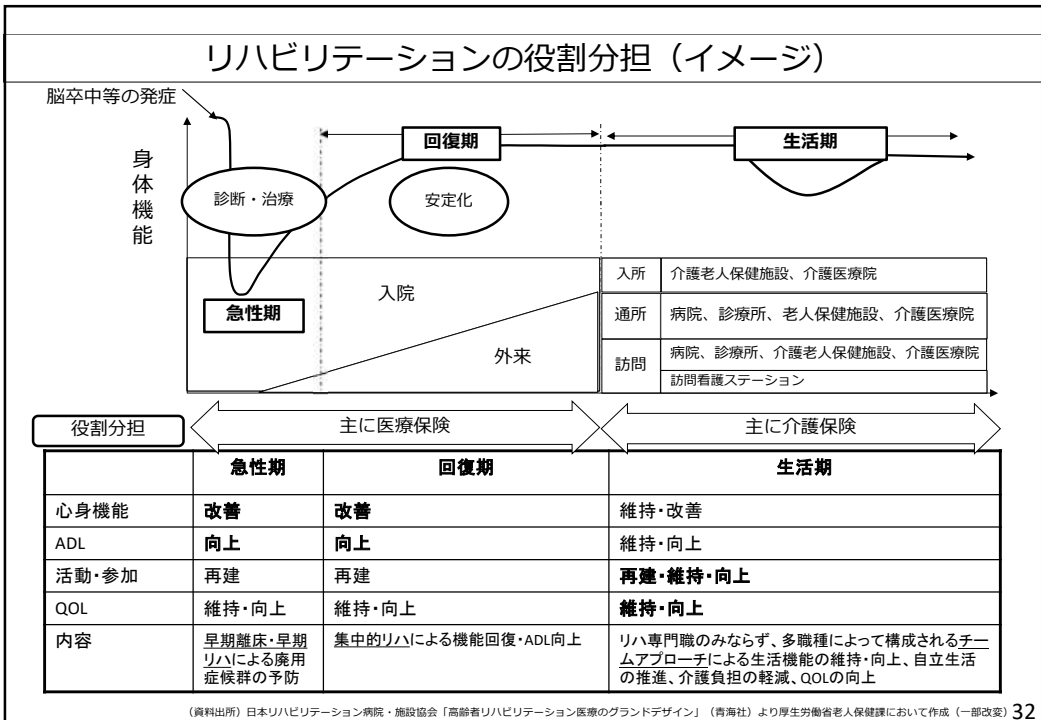
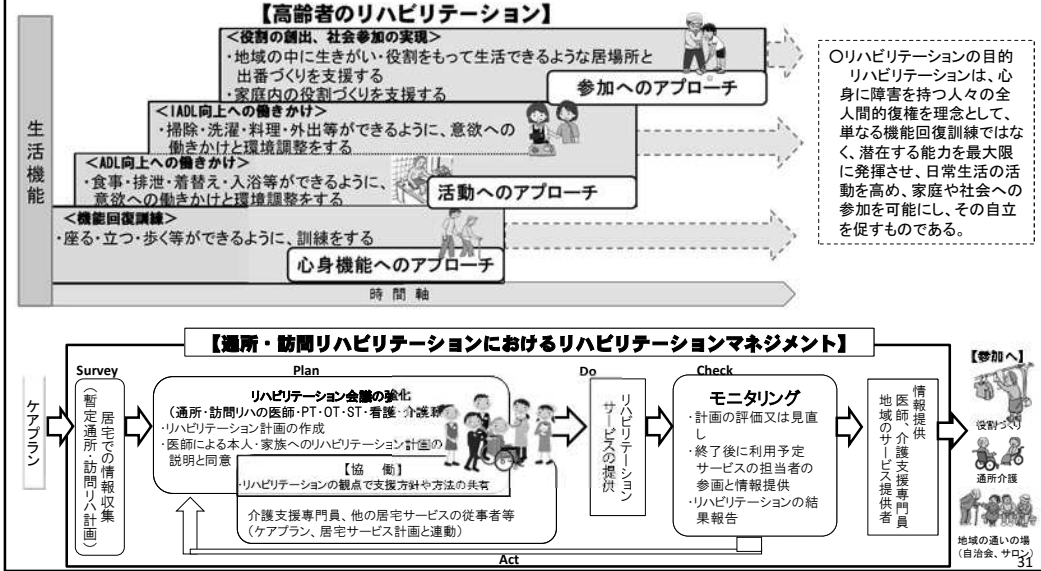
生活機能の向上を目的として、個々の働きかけを連動して総合的に提供するとともに、日常生活や地域社会における制限や制約を最小限にし、利用者本人が望んでいる生活を支えていくこと

注) 個々の働きかけとは・・・心身機能、日常生活活動、社会参加、物理的環境などへの働きかけ

【出典】平成16年1月 高齢者リハビリテーション研究会の報告書

30

○「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なリハビリテーションの提供を推進するため、そのような理念を明確化するとともに、「活動」と「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入や、このような質の高いリハビリテーションの着実な提供を促すためのリハビリテーションマネジメントの充実等を図る。

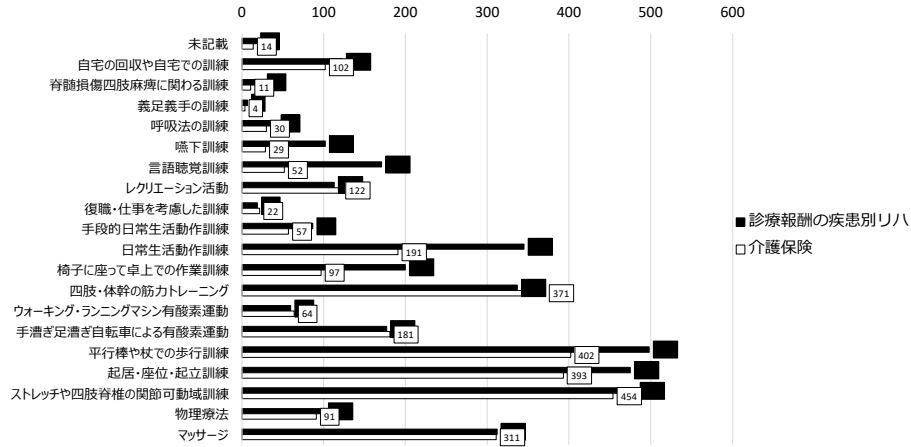


(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成 (一部改変) 32

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。

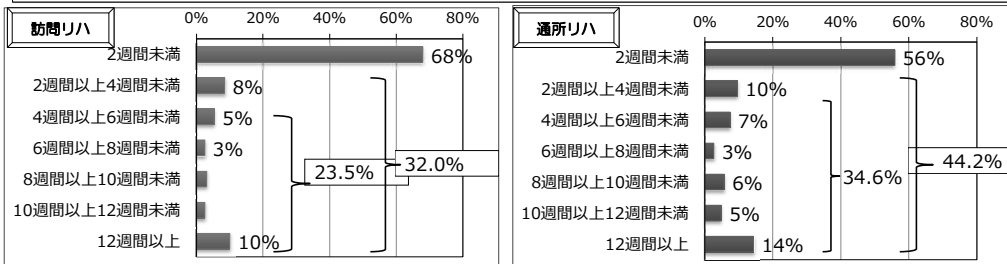
疾患別リハビリテーション（診療報酬）と介護保険におけるリハビリテーションにおける訓練内容の比較



※ 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから維持期・生活期リハビリテーションへの一貫したリハビリテーション手法の確立研究」（研究代表者：三上幸夫、令和2～4年度）によるアンケート調査結果 33

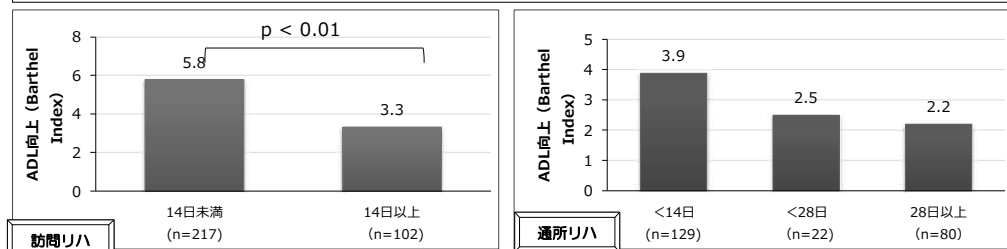
退院後のリハビリテーション利用開始までの期間と効果

退院後にリハビリテーションの利用を開始について、
 ・訪問リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約32%、4週間以上かかっている者が約24% ※H27.10以降の退院者:319名
 ・通所リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約44%、4週間以上かかっている者が約35% ※H27.10以降の退院者:231名



(出典) 平成27年度介護報酬改定検証調査（平成28年度調査）の結果を事務局で集計

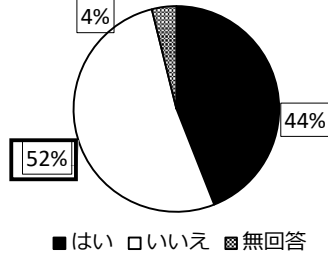
退院後から訪問・通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能回復が大きい傾向が見られた。



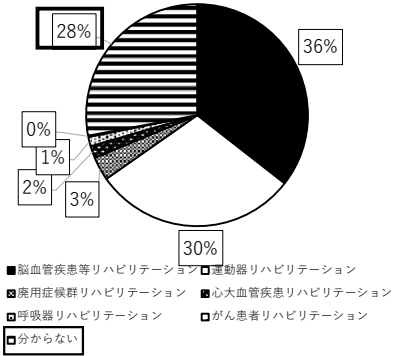
疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

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

*Fisherの正確検定

※ 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから維持期・生活期リハビリテーションへの一貫したリハビリテーション手法の確立研究」（研究代表者：三上幸夫、令和2～4年度）によるアンケート調査結果

35

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における課題・検討の視点

(2) リハビリテーション

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（第1回）
令和5年3月15日 資料4抜粋

主な課題

- 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。

検討の視点

- 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。

36

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）

Ⅲ. 今後の課題

【自立支援・重度化防止の取組の推進】

（介護保険制度におけるアウトカムの視点も含めた評価の在り方）

- 今回の介護報酬改定でリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養など多職種が連携した取組を推進することとしたが、その取組の実施状況、効果等について、CHASE・VISIT等も活用しながら検証し、更なる推進方策を検討していくべきである。
- 平成30年度介護報酬改定において、自立支援に向けた事業所へのインセンティブとしてADL維持等加算が創設され、今回の介護報酬改定ではこれを拡充することとしたが、引き続きクリームスキミングにより利用者のサービス利用に支障が出るなどの弊害が生じていないかなどについて検証し、必要な対応を検討していくべきである。
- リハビリテーションサービスについて、生活期のリハビリテーションは、心身機能、活動、参加のそれぞれにバランス良く働きかけることが重要とされている一方、現時点でそのアウトカムに関する適切な評価方法が定まっていないことから、その具体的な評価方法について、科学的な妥当性を前提としつつ、現場で活用されている評価方法も参考に、引き続き検討していくべきである。また、その検討を踏まえて、通所リハビリテーションにおける、ストラクチャー、プロセス、アウトカム評価を組み合わせた総合的な評価方法について、検討していくべきである。
- 今回の介護報酬改定では褥瘡マネジメントや排せつ支援において新たにアウトカム評価を導入することとしたが、介護保険制度におけるアウトカムの視点も含めた評価の在り方について、引き続き検討していくべきである。

39

本日の内容

1. 介護保険制度をとりまく現状について
2. 介護老人保健施設への期待
3. リハビリテーションについて
 - ① 保険給付におけるリハビリテーション
 - ② リハ・口腔・栄養の一体的取組
 - ③ 地域リハビリテーションについて
4. LIFEについて
5. 介護報酬改定について
6. おわりに

3

自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

社保審 - 介護給付費分科会
第178 (R2.6.25) 資料1

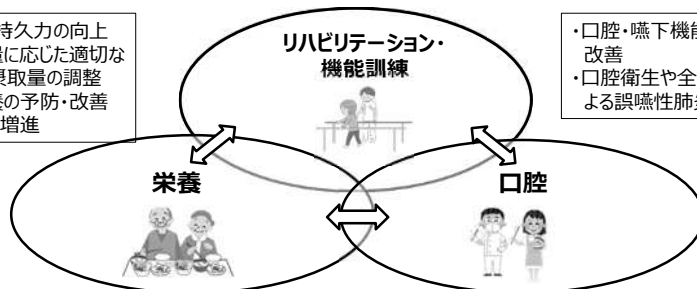
リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

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

・筋力・持久力の向上
・活動量に応じた適切な
栄養摂取量の調整
・低栄養の予防・改善
・食欲の増進

リハビリテーション・
機能訓練

・口腔・嚥下機能の維持・
改善
・口腔衛生や全身管理に
よる誤嚥性肺炎の予防



・適切な食事形態・摂取方法の提供 ・食事摂取量の維持・改善 ・経口摂取の維持

- ・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。

41

【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。
- > 口が痛いと言った食事を残す⇒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。

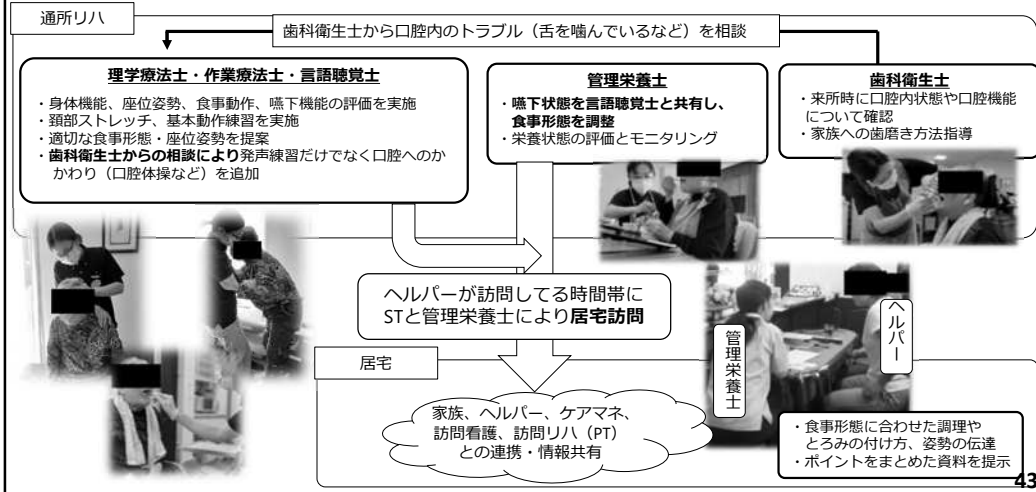
42

【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



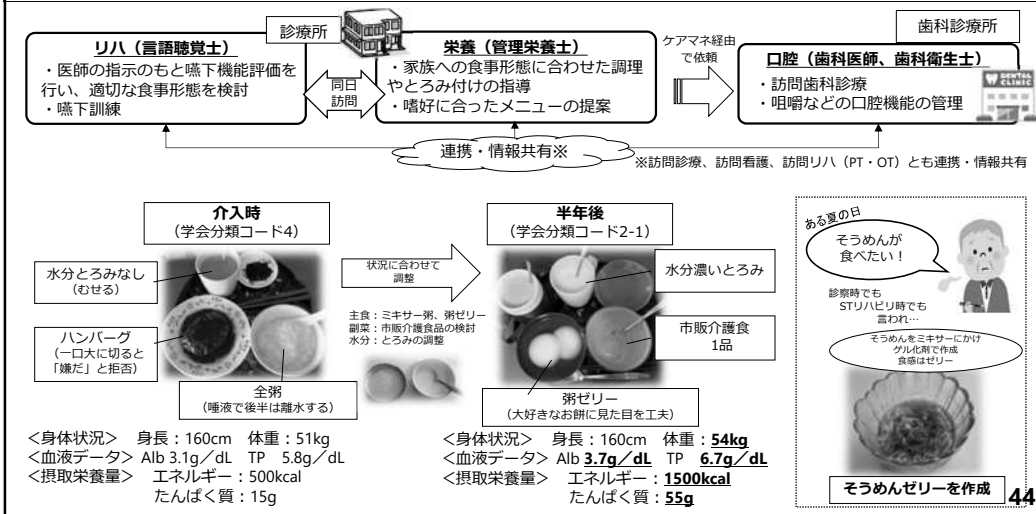
43

【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）

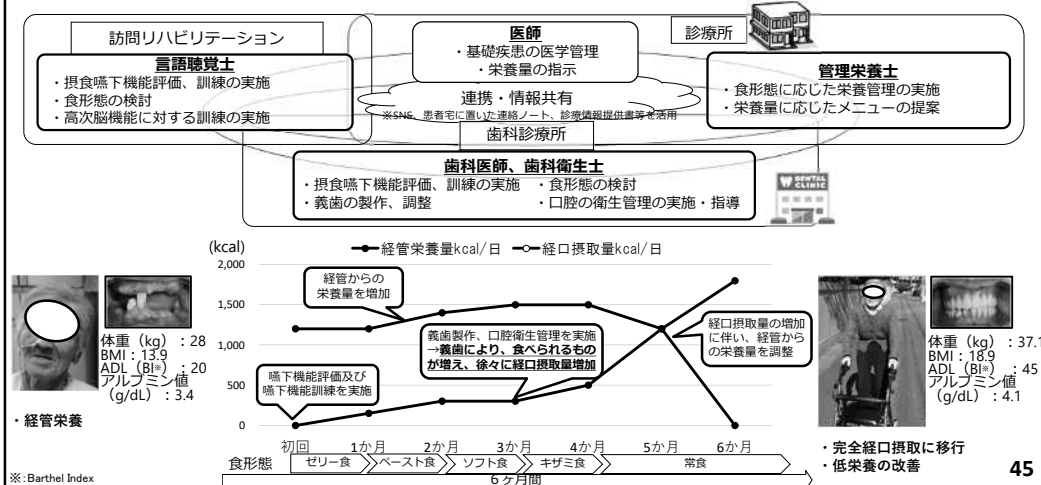


44

【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



45

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）

III. 今後の課題

【自立支援・重度化防止の取組の推進】

（介護保険制度におけるアウトカムの視点も含めた評価の在り方）

- 今回の介護報酬改定でリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養など多職種が連携した取組を推進することとしたが、その取組の実施状況、効果等について、CHASE・VISIT等も活用しながら検証し、更なる推進方策を検討していくべきである。
- 平成30年度介護報酬改定において、自立支援に向けた事業所へのインセンティブとしてADL維持等加算が創設され、今回の介護報酬改定ではこれを拡充することとしたが、引き続きクリームスキミングにより利用者のサービス利用に支障が出るなどの弊害が生じていないかなどについて検証し、必要な対応を検討していくべきである。
- リハビリテーションサービスについて、生活期のリハビリテーションは、心身機能、活動、参加のそれぞれにバランス良く働きかけることが重要とされている一方、現時点でそのアウトカムに関する適切な評価方法が定まっていないことから、その具体的な評価方法について、科学的な妥当性を前提としつつ、現場で活用されている評価方法も参考に、引き続き検討していくべきである。また、その検討を踏まえて、通所リハビリテーションにおける、ストラクチャー、プロセス、アウトカム評価を組み合わせた総合的な評価方法について、検討していくべきである。
- 今回の介護報酬改定では褥瘡マネジメントや排せつ支援において新たにアウトカム評価を導入することとしたが、介護保険制度におけるアウトカムの視点も含めた評価の在り方について、引き続き検討していくべきである。

46

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における課題・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

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（第1回）
令和5年3月15日 資料4 抜粋

主な課題

- 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。

検討の視点

- 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。

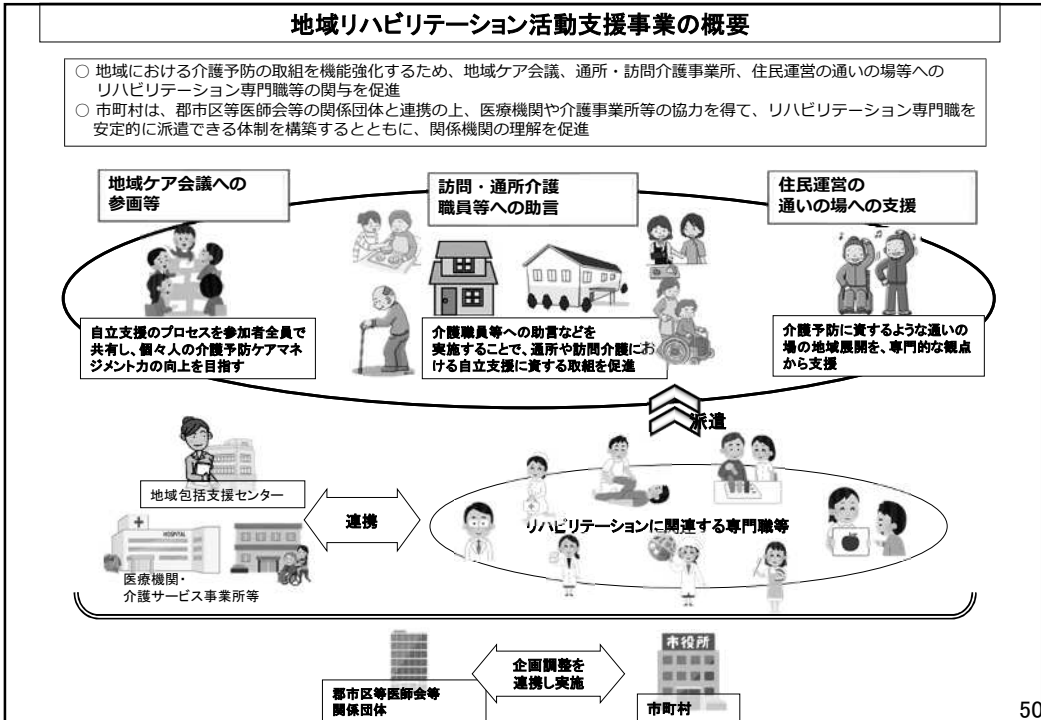
47

本日の内容

1. 介護保険制度をとりまく現状について
2. 介護老人保健施設への期待
3. リハビリテーションについて
 - ① 保険給付におけるリハビリテーション
 - ② リハ・口腔・栄養の一体的取組
 - ③ 地域リハビリテーションについて
4. LIFEについて
5. 介護報酬改定について
6. おわりに

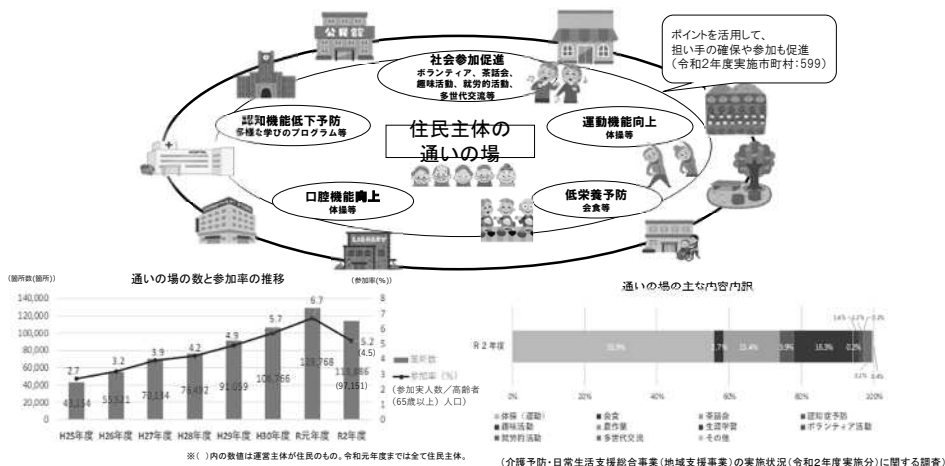
3

地域支援事業の概要		令和3年度予算額 公費3,884億円、国費1,942億円
<p>○ 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ため、市町村において「地域支援事業」を実施。</p>		
<p>○ 地域支援事業の事業内容 ※金額は積算上の公費（括弧書きは国費）</p> <p>(1) 介護予防・日常生活支援総合事業 1,980億円 (990億円)</p> <p>① 介護予防・生活支援サービス事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 訪問型サービス イ 通所型サービス ウ その他の生活支援サービス（配食、見守り等） エ 介護予防ケアマネジメント <p>② 一般介護予防事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 介護予防把握事業 イ 介護予防普及啓発事業 ウ 地域介護予防活動支援事業 エ 一般介護予防事業評価事業 オ 地域リハビリテーション活動支援事業 	<p>○ 地域支援事業の事業費</p> <p>市町村は、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されている。</p> <p>【事業費の上限】</p> <p>① 介護予防・日常生活支援総合事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業移行前年度実績に市町村の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額 <p>② 包括的支援事業・任意事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「26年度の介護給付費の2%」×「高齢者数の伸び率」 	
<p>(2) 包括的支援事業・任意事業 1,902億円 (951億円)</p> <p>① 包括的支援事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 地域包括支援センターの運営 うちイ、社会保障充実分 534億円 (267億円) <ul style="list-style-type: none"> i) 介護予防ケアマネジメント業務 ii) 総合相談支援業務 iii) 権利擁護業務（虐待の防止、虐待の早期発見等） iv) 包括的・継続的マネジメント支援業務 ※支援困難事例に関するケアマネジャーへの助言、地域のケアマネジャーのネットワークづくり等 イ 社会保障の充実 <ul style="list-style-type: none"> i) 認知症施策の推進 ii) 在宅医療・介護連携の推進 iii) 地域ケア会議の実施 iv) 生活支援コーディネーター等の配置 <p>② 任意事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業等 	<p>○ 地域支援事業の財源構成 (財源構成の割合は第7期以降の割合)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>介護予防・日常生活支援総合事業</p> <p>【財源構成】</p> <ul style="list-style-type: none"> 1号 23% 2号 27% 都道府県 12.5% 国 25% 市町村 12.5% <p>○ 費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>包括的支援事業・任意事業</p> <p>【財源構成】</p> <ul style="list-style-type: none"> 1号 23% 都道府県 19.25% 国 38.5% 市町村 19.25% <p>○ 費用負担割合は、第2号は負担せず、その分を公費で賄う。 (国：都道府県：市町村=2：1：1) 49</p> </div> </div>	



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。



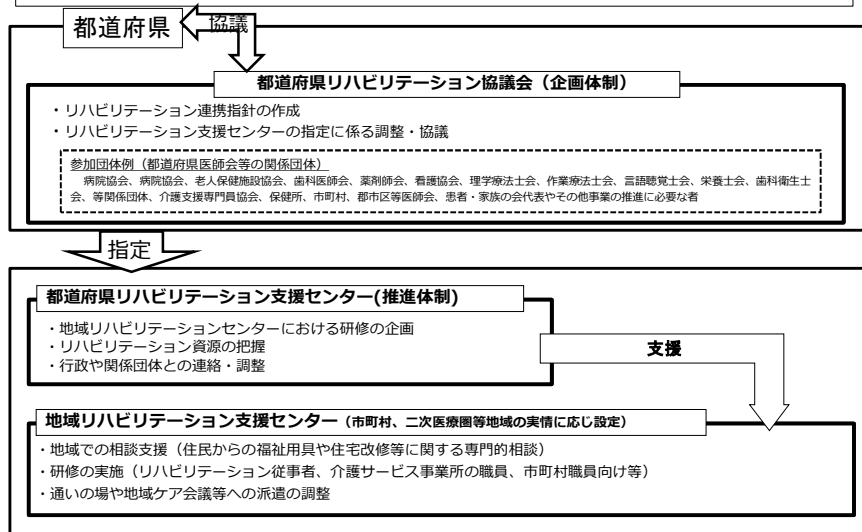
- (参考)事業の位置づけ:介護予防・日常生活支援総合事業
- 介護予防・生活支援サービス事業
 - 一般介護予防事業
 - ・ 地域介護予防活動支援事業
 - ・ 地域リハビリテーション活動支援事業 等

【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%

51

地域リハビリテーション体制（イメージ）について

- 地域リハビリテーション推進のための指針における、都道府県における望ましい地域リハビリテーションのイメージは以下のとおり
- 都道府県は、協会の設置や支援センターの指定を行い、事業実施を推進することで、市町村の一般介護予防を中心とした地域支援事業の充実・強化を支援



52

「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」報告書概要(令和2年7月14日公表)

(1) リハビリテーションサービスにおける提供体制の議論の範囲

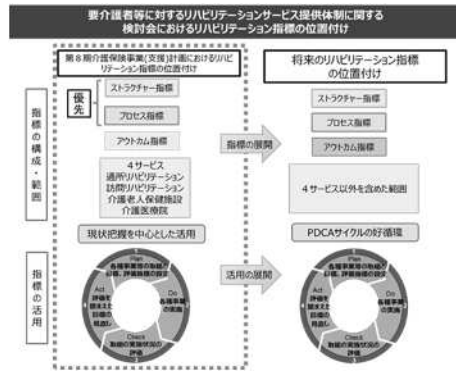
- 要介護者は、身体機能低下だけでなく、認知機能低下等の多様な病態や障害があることから、リハビリテーションの提供にあたり、国際生活機能分類（ICF）による、「心身機能」「活動」「参加」に働きかけるリハビリテーションを提供することが、重要であることを確認。
- 介護保険制度における生活期のリハビリテーションとして、本検討会においては、主にリハビリテーションを提供するサービスである訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション、介護老人保健施設、介護医療院を対象とした。

(2) リハビリテーション指標の考え方

- 保険者及び都道府県が、介護保険事業（支援）計画の策定や進捗管理、評価を実施に活用できるよう、リハビリテーション指標を設定。

(3) リハビリテーション指標

- まずは介護保険事業（支援）計画作成における取組と目標設定に活用できるよう、ストラクチャー指標・プロセス指標を設定。
 - ※ ストラクチャー指標
物的資源、人的資源、地域の状態像等を表す指標
 - ※ プロセス指標
活動や連携体制を測る指標



ストラクチャー指標	サービス提供事業所数（訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・介護老人保健施設・介護医療院）【介護DB】
定員数（サービス種別別）	【介護サービス情報公表システム】
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の従事者数（サービス種別別）	【介護サービス施設・事業所調査】
サービス提供事業所数（短期入所療養介護（介護老人保健施設・介護医療院））	【介護DB】
利用率（訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・介護老人保健施設・介護医療院）	【介護保険事業状況報告】
定員あたりの利用延人員数（通所リハビリテーション）	【介護サービス施設・事業所調査】
通所リハビリテーション（短時間（1時間以上2時間未満））の算定者数	【介護DB】
リハビリテーションマネジメント加算II以上の算定者数	【介護DB】
短期集中（個別）リハビリテーション実施加算算定者数	【介護DB】
認知症短期集中リハビリテーション実施加算算定者数	【介護DB】
個別リハビリテーション実施加算算定者数	【介護DB】
生活機能向上連携加算算定者数	【介護DB】
経口維持加算算定者数	【介護DB】

介護保険制度の見直しに関する意見（一部抜粋）
（令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会）

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 生活を支える介護サービス等の基盤の整備

（地域における高齢者リハビリテーションの推進）

- 高齢者リハビリテーションについては、どの地域でも適時適切に提供されるよう、地域支援事業と保険給付の双方の観点からのリハビリテーション提供体制の構築を更に促進していくことが必要である。そのため、介護保険事業（支援）計画での対応も含めて、地域リハビリテーション支援体制の構築の推進が必要である。

介護保険事業（支援）計画について

○ 保険給付の円滑な実施のため、3年間で1期とする介護保険事業（支援）計画を策定している。

国の基本指針（法第116条、8期指針：令和3年1月厚生労働省告示第29号）

○ 介護保険法第116条第1項に基づき、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に規定する総合確保方針に即して、国が介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定める
※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参照する標準を示す

市町村介護保険事業計画（法第117条）

- 区域（日常生活圏域）の設定
- 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み（区域毎）
- 各年度における必要定員総数（区域毎）
※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標
- その他の事項

保険料の設定等

- 保険料の設定
- 市町村長は、地域密着型の施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定をしないことができる。

都道府県介護保険事業支援計画（法第118条）

- 区域（老人福祉圏域）の設定
- 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み（区域毎）
- 各年度における必要定員総数（区域毎）
※介護保険施設、介護専用型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、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる（任意）
- 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標
- その他の事項



基盤整備

- 都道府県知事は、介護保険施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定等をしないことができる。

医療介護総合確保方針、医療計画、介護保険事業（支援）計画に係るスケジュール

	2022年度	2023年度	2024年度～	...	2030年度～	...	2036年度～	...
総合確保方針		とりまとめ	2025		2030		2035	2040
医療計画	医療介護総合確保促進会議での議論	基本方針	8次計画 (2024～2029)		9次計画 (2030～2035)		10次計画 (2036～2041)	
介護保険事業（支援）計画	介護保険部会での議論・とりまとめ 基本指針の改正	基本指針案	9期計画 (2024～26)	10期計画 (2027～29)	11期計画 (2030～32)	12期計画 (2033～35)	13期計画 (2036～38)	14期計画 (2039～41)
報酬改定		診療報酬改定 同時改定 介護報酬改定						

基本指針の構成について		社会保険審議会 介護保険部会（第106回） 令和5年2月27日	資料1-2
		見直しの方針案	
市町村	都道府県		
(二)包括的支援事業の事業量の見込み		●総合相談支援業務の一部委託や介護予防支援の見直し等について追記。【市】	
4 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、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及び介護給付の適正化への取組及び目標設定	3 市町村が行う被保険者の地域における自立した日常生活の支援、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及び介護給付の適正化への取組への支援に関する取組及び目標設定	○地域リハビリテーション支援体制の構築の推進のため、関係団体・関係機関、地域リハビリテーション支援センター等と協働して取組を行うことについて記載。【市】 ●地域リハビリテーション支援体制の構築の推進のため、関係団体・関係機関等を含めた協議会を設けることについて記載。【県】	
(一)被保険者の地域における自立した日常生活の支援、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への取組及び目標設定	(一)市町村が行う、被保険者の地域における自立した日常生活の支援、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への取組への支援に関する取組及び目標設定	●個別の市町村に対する併走型支援を含め、都道府県が市町村に対して、各市区町村が実施した地域包括ケアシステムの構築状況に関する自己点検の結果も参考にしながら、既存の地域資源を活用した地域包括ケアの推進及び地域づくりにつなげていくという視点で支援を行うことの重要性について追記。【県】	
(二)介護給付の適正化への取組及び目標設定	(二)市町村が行う、介護給付の適正化への取組への支援に関する取組及び目標設定	●介護給付適正化事業について、保険者の事務負担の軽減を図りつつ、効果的・効率的に事業を実施するため、新たな取組を含めた事業の重点化・内容の充実・見える化を行うという見直しの方針に沿った内容に修正。【市県】 ○地域差改善や介護給付費の適正化に向けて都道府県と議論を行い、計画に反映させることが必要であることを追記。【市】 ○地域差改善や介護給付費の適正化に向けて市町村と議論を行い、国保連合会と連携し、市町村の実情に応じた支援を行うという取組を計画に反映させることが必要であることを追記。【県】	
	4 老人福祉圏域を単位とする広域的調整		
	5 市町村介護保険事業計画との整合性の確保	○都道府県指定の介護サービスの事業所が、併せて市町村指定の複合型サービスの指定を受ける場合が見込まれることなども踏まえて、市町村計画との整合性を確保する必要があることについて追記。【県】	

<p>本日の内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 介護保険制度をとりまく現状について 2. 介護老人保健施設への期待 3. リハビリテーションについて <ol style="list-style-type: none"> ① 保険給付におけるリハビリテーション ② リハ・口腔・栄養の一体的取組 ③ 地域リハビリテーションについて 4. LIFEについて 5. 介護報酬改定について 6. おわりに 		 <p>厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare 58</p>
---	---	--

LIFE（科学的介護情報システム）

Long-term care Information system For Evidence

59

科学的裏付けに基づく介護（科学的介護）とは

医療分野における「根拠（エビデンス）に基づく医療」（Evidence Based Medicine : EBM）

- 「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、専門技能を活用して医療を行うこと」と定義できる実践的な手法。

（医療技術評価推進検討会報告書，厚生省健康政策局研究開発振興課医療技術情報推進，平成11年3月23日）
（Guyatt GH. Evidence-based medicine. ACP J Club. 1991;114(suppl 2):A-16.）

1990年代以降、医療分野においては、「エビデンスに基づく医療」が実施されている。

介護分野における取組み

- 介護保険制度は、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというだけでなく、**高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念**とした制度。
- 介護分野においても科学的手法に基づく分析を進め、エビデンスを蓄積し活用していくことが必要であるが、**現状では、科学的に効果が裏付けられた介護が、十分に実践されているとは言えない。**
- エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等を進めるためには、**現場・アカデミア等が一体となって科学的裏付けに基づく介護を推進するための循環が創出できる仕組みを形成する必要がある。**

介護関連データベースによる情報の収集・分析、現場へのフィードバックを通じて、科学的裏付けに基づく介護の普及・実践をはかる。

介護関連データ



60

科学的介護情報システム (LIFE)

旧: VISIT

旧: CHASE

○ 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集。

○ 以下の文書を定められた様式で作成し、これらを電子的に入力（または電子的に入力されたものを取り込み）できるようにし、かつその内容を厚生労働省に提出してフィードバックが受けられる仕組みを構築。

(収集項目)

- ・様式 1 : 興味・関心チェックシート
- ・様式 2-1 : リハビリテーション計画書 (アセスメント)
- ・様式 2-2 : リハビリテーション計画書
- ・様式 3 : リハビリテーション会議録
- ・様式 4 : プロセス管理票
- ・様式 5 : 生活行為向上リハビリテーション実施計画書

※ 生活行為向上リハビリテーションを実施する場合

○ 平成30年度介護報酬改定において、VISITにデータを提出しフィードバックを受けることを評価するリハビリマネジメント加算 (IV) を新設。

※ 令和3年度介護報酬改定後は、リハビリテーションマネジメント加算 (A) 及びリハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ。

○ 高齢者の状態・ケアの内容等のデータベース。2020年度から運用を開始。

(基本的な項目)

分類	項目名称	分類	項目名称
総論	保険者番号	口腔	食事の形態
総論	被保険者番号	口腔	誤嚥性肺炎の既往歴等
総論	事業所番号	栄養	身長
総論	性別	栄養	体重
総論	生年月日	栄養	栄養補給法
総論	既往歴	栄養	提供栄養量 エネルギー
総論	服薬情報	栄養	提供栄養量 タンパク質
総論	同居人等の数・本人との関係性	栄養	主食の摂取量
総論	在宅復帰の有無	栄養	副食の摂取量
総論	褥瘡の有無・ステージ	栄養	血清アルブミン値
総論	Barthel Index	栄養	本人の意欲
認知症	認知症の既往歴等	栄養	食事の留意事項の有無
認知症	DBD13	栄養	食事時の摂食・嚥下状況
認知症	Vitality Index	栄養	食欲・食事の満足感
		栄養	食事に対する意識
		栄養	多職種による栄養ケアの課題

※ 今後、モデル事業等の研究の状況、介護報酬改定等の状況を踏まえ、適宜、修正・追加を行う。

科学的介護情報システム (LIFE)

○ 介護施設・事業所が、介護サービス利用者の状態や、行っているケアの計画・内容などを一定の様式で提出することで、入力内容が集計・分析され、当該施設や利用者へフィードバックされる情報システム。介護施設・事業所では、提供されたフィードバックを活用し、PDCAサイクルを回すことで、介護の質向上を目指す。

○ 令和3年度介護報酬改定において、一部の加算について、LIFEへのデータ提供等を要件とした。

LIFEにより収集・蓄積したデータの活用

- ・ LIFEにより収集・蓄積したデータは、フィードバック情報としての活用に加えて、施策の効果や課題等の把握、見直しのための分析にも活用される。
- ・ LIFEにデータが蓄積し、分析が進むことにより、エビデンスに基づいた質の高い介護の実施につながる。



(参考) LIFEへのデータの提出を要件としている項目と収集している情報、対象となるサービス

加算の種類	科学的介護推進加算 (I) (E)	個別機能訓練加算 (E)	ADL維持等加算 (I) (E)	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 (A) (B) (ロ)	理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	看護マネジメント加算 (I) (E)	褥瘡対策指導管理 (E)	排せつ支援加算 (I) (E) (ロ)	自立支援促進加算	かかりつけ医連携加算	薬剤管理指導等	栄養マネジメント加算	栄養アセスメント加算	口腔衛生管理加算 (E)
収集している情報	ADL 実状の状況 認知症の状況 転倒リスク 認知症等	機能訓練の目標 プログラムの内容等	ADL	ADL, IADL, 心身の機能、リハビリテーションの目標等	褥瘡の危険因子 褥瘡の状態等	排せつ・排便の状態 並びに排便の状況等	ADL 支援加算等	薬剤変更情報等	身長、体重、低栄養リスク、食事摂取量、必要栄養素等	口腔の健康 ケアの目標 ケアの記録等				
介護老人福祉施設	○	○	○											
地域密着型介護老人福祉施設	○	○	○											
介護老人保健施設	○			○										
介護療養施設	○				○									○
通所介護	○	○	○											○
地域密着型通所介護	○	○	○											○
認知症対応型通所介護 (予防含む)	○	○	○ (予防を除く)											○
特定施設入居者生活介護 (予防含む)	○	○	○ (予防を除く)											
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 (予防含む)	○													
小規模多機能型居宅介護 (予防含む)	○													
看護小規模多機能型居宅介護	○					○								○
通所リハビリテーション (予防含む)	○					○ (予防を除く)								○
訪問リハビリテーション	○					○ (予防を除く)								○

LIFE関連加算の算定状況について

C. 介護関連DB分析

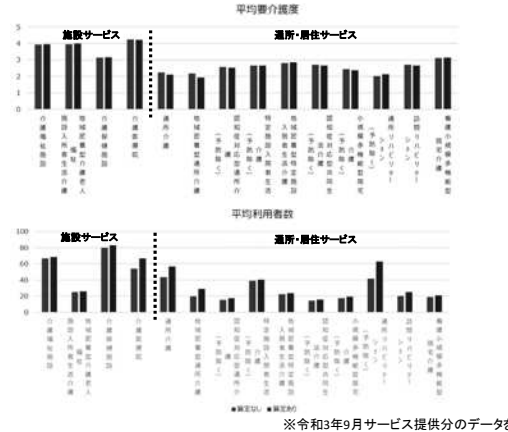
【LIFE関連加算の算定状況、算定有無別利用者の状況】

- LIFE関連加算の設置されている各サービスにおける算定割合（いずれかのLIFE関連加算を算定している施設・事業所）の割合は下表（左図）の通り。
- LIFE関連加算の算定有無別の平均要介護度・平均利用者数は下図の通り。特に通所系サービスにおいて、LIFE関連加算を算定している事業所の方が平均利用者数が多い傾向が確認された。

図表37 サービス別のLIFE関連加算の算定状況

サービス名称	施設・事業所数 (算定有無別)	LIFE関連加算を算定している施設・事業所数	LIFE関連加算を算定している施設・事業所の割合
訪問介護サービス	52,17	822	1.58%
通所介護	3,433	820	23.7%
通所介護（在宅サービス）	8,99	3,44	40.6%
認知症対応型通所介護（介護付施設型）	1,433	399	27.9%
認知症対応型通所介護（介護付施設型）	5,97	1,71	28.5%
介護予防型認知症対応型通所介護（介護付施設型）	4,27	1,04	24.3%
認知症対応型訪問介護（介護付施設型）	35	6	17.1%
介護予防型訪問介護（介護付施設型）	8,11	259	31.9%
介護支援センター	823	423	51.4%
介護支援センター（在宅サービス）	4,33	2,95	68.1%
地域包括ケアシステム構築型訪問介護	3,61	1,23	34.1%
介護支援センター	8,1	26	32.1%
介護予防型訪問介護（在宅サービス）	38,7	3,27	8.4%
認知症対応型訪問介護	3,24	94	29.0%
介護支援センター（在宅サービス）	5,79	1,84	31.8%
介護予防型訪問介護（在宅サービス）	4,1	149	36.3%
介護支援センター（在宅サービス）	3,71	1,17	31.5%
介護支援センター（在宅サービス）	8,1	299	36.9%
認知症対応型訪問介護	1,95	422	21.6%

図表38 サービス別・LIFE関連加算の算定有無別の平均要介護度・平均利用者数



出典：令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和3年度調査）
「LIFEを活用した取組状況の把握及び訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証に関する調査研究」

個別化された自立支援・科学的介護の推進（イメージ）

例：リハビリテーションの提供に応じた、最適な栄養の提供について評価（利用者単位）

本人の状態

年齢：80歳
性別：男性
要介護度：3

褥瘡の有無：なし
褥瘡のステージ：なし

①利用者の背景

サービス利用者の基本的な情報

活動 リハビリテーションの実施：あり
(1時間：3回/週)

■ADLの評価
Barthel Index合計得点の推移

60 → 75

②リハビリテーションによるADLの改善効果は乏しい。

■移動能力[m] (6分間歩行試験)

52 → 62 → 71

③歩行距離はあまり改善していない。

ADLや歩行距離の経時的な変化等を評価。

→ リハビリテーションの効果アップ（ADLが改善）、栄養状態の改善（BMIは正常値に）

LIFEに各領域のデータを収集

LIFE

栄養状態 (管理栄養士：不在 栄養関係の加算：なし)

- 栄養状態の総合評価：維持
- 経腸・静脈栄養の有無：いずれもなし
- 低栄養リスクレベル：中

④栄養状態は、低体重の状態。

■BMI(※)の変化

6月前 5月前 4月前 3月前 2月前 1月前 現在

■ 食事摂取量・必要量 [エネルギー(kcal)]

6月前 5月前 4月前 3月前 2月前 1月前 現在

⑤必要量に比べ、食事の摂取量が少ない。

データ分析

リハビリテーション中のBMIや食事摂取量等を評価。

【まとめ】

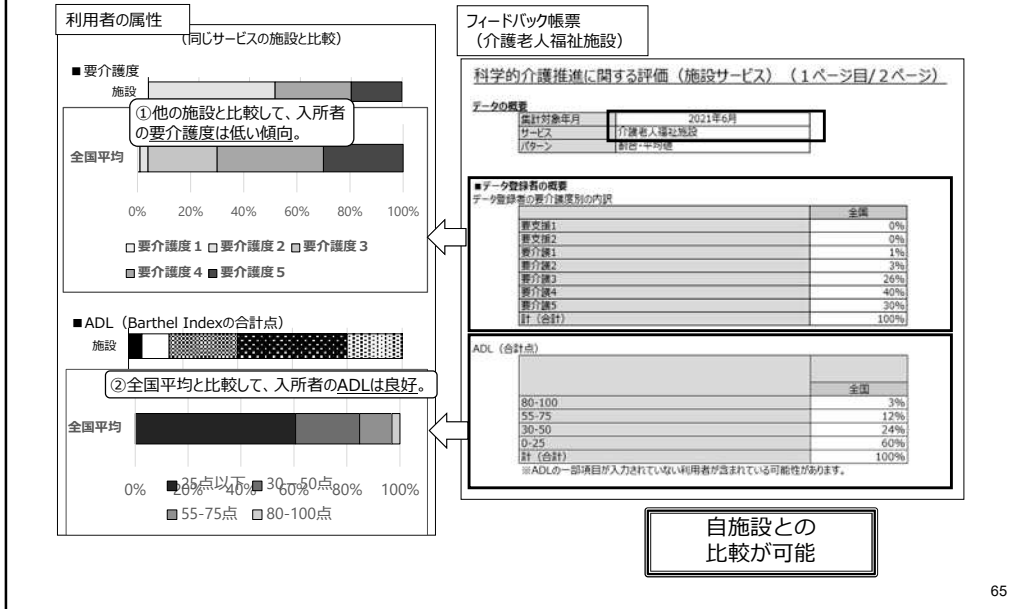
- 同じような利用者のデータと比較して、リハビリテーションの効果が高い。
- 食事摂取量が少なく、BMIは低い状態（低体重）で経過している。

【フィードバック】

- リハビリテーションの提供に合わせて、間食など食事提供量の増量を推奨。

※ BMI (Body Mass Index)
・ [体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出
・ 18.5未満：低体重(やせ)
・ 18.5～25未満：普通体重
・ 25以上：肥満

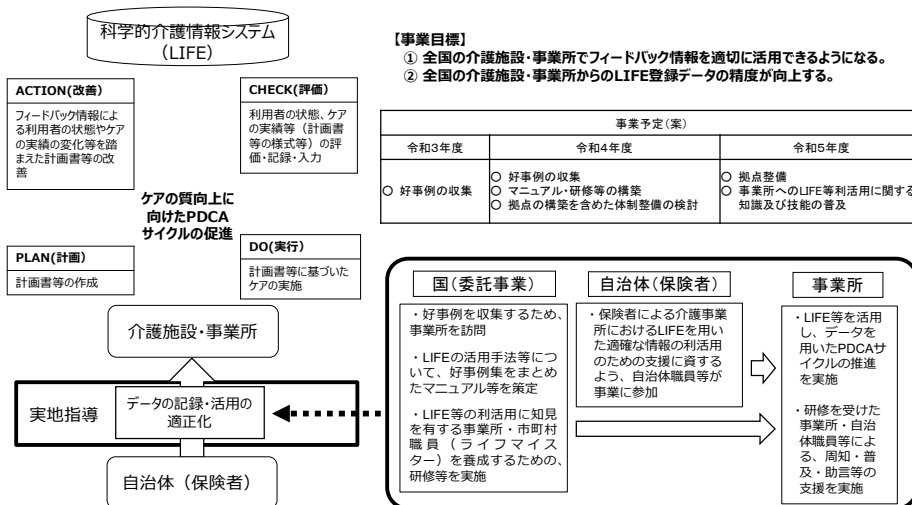
フィードバック帳票（全国集計版）について



65

科学的介護に向けた質の向上支援等事業

LIFEを活用したケアの質向上に向けたPDCAサイクルの促進の実現には、介護施設・事業所による「信頼性のあるデータの提供」と「フィードバックされた情報の適切な活用」が前提となる。本事業ではこの2点の実現に向けた自治体による実地指導等を通じた適正化の取組の本格的な実施に向けた支援を行う。



66

本日の内容

1. 介護保険制度をとりまく現状について
2. 介護老人保健施設への期待
3. リハビリテーションについて
 - ① 保険給付におけるリハビリテーション
 - ② リハ・口腔・栄養の一体的取組
 - ③ 地域リハビリテーションについて
4. LIFEについて
5. 介護報酬改定について
6. おわりに

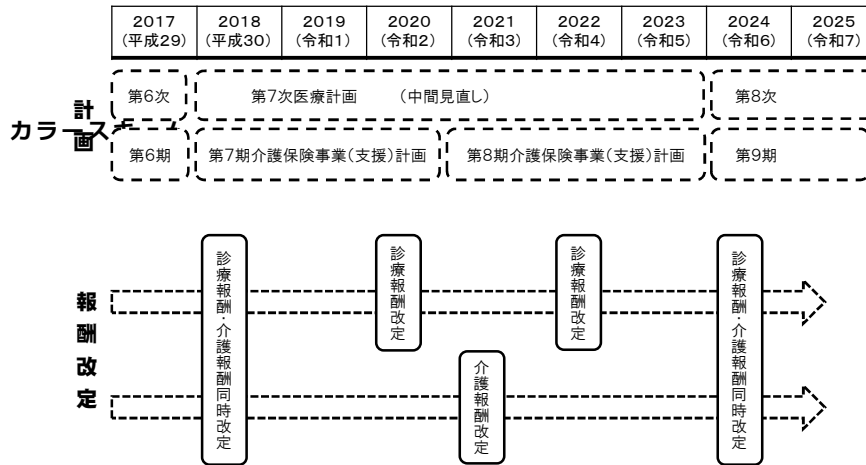
5



介護報酬改定の概要

改定時期	改定にあたっての主な視点	改定率
平成15年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援(ケアマネジメント)の確立 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 ○ 施設サービスの質の向上と適正化 	▲2.3%
平成17年10月改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 居住費(滞在費)に関連する介護報酬の見直し ○ 食費に関連する介護報酬の見直し ○ 居住費(滞在費)及び食費に関連する運営基準等の見直し 	
平成18年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 中重度者への支援強化 ○ 介護予防・リハビリテーションの推進 ○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ○ サービスの質の向上 ○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化 	▲0.5%[▲2.4%] ※[]は平成17年10月改定分を含む。
平成21年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護従事者の人材確保・処遇改善 ○ 医療との連携や認知症ケアの充実 ○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証 	3.0%
平成24年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅サービスの充実と施設の重点化 ○ 自立支援型サービスの強化と重点化 ○ 医療と介護の連携・機能分担 ○ 介護人材の確保とサービスの質の評価(交付金を報酬に組み込む) 	1.2%
平成26年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 消費税の引き上げ(8%)への対応 ・ 基本単位数等の引き上げ ・ 区分支給限度基準額の引き上げ 	0.63%
平成27年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化 ○ 介護人材確保対策の推進(1.2万円相当) ○ サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築 	▲2.27%
平成29年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護人材の処遇改善(1万円相当) 	1.14%
平成30年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現 ○ 多様な人材の確保と生産性の向上 ○ 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保 	0.54%
令和元年度改定(10月～)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護人材の処遇改善 ○ 消費税の引上げ(10%)への対応 ・ 基本単位数等の引き上げ ・ 区分支給限度基準額の引上げ ・ 補足給付に係る基準費用額の引上げ 	2.13% 処遇改善 1.67% 消費税対応 0.39% 補足給付 0.06% ※四捨五入の関係で、合計して2.13%とはならない
令和3年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 感染症や災害への対応力強化 ○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止の取組の推進 ○ 介護人材の確保・介護現場の革新 ○ 制度の安定性・持続可能性の確保 	0.70% ※3年、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%(令和3年9月末までの間)

(参考) 医療・介護分野における2025年に向けたスケジュール



令和3年度介護報酬改定の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「感染症や災害への対応力強化」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「地域包括ケアシステムの推進」、「自立支援・重度化防止の取組の推進」、「介護人材の確保・介護現場の革新」、「制度の安定性・持続可能性の確保」を図る。
改定率：+0.7.0% ※うち、新型コロナ感染症に対応するための特例的な評価 0.0.5% (令和3年9月末までの間)

1. 感染症や災害への対応力強化 ※各事項は主なもの

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

- 日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進
・感染症対策の強化 ・業務継続に向けた取組の強化 ・災害への地域と連携した対応の強化 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

- 認知症への対応力向上に向けた取組の推進
・認知症専門ケア加算の期間+1への拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ
- 看取りへの対応の充実
・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実
- 医療と介護の連携の推進
・老健施設の医療ニーズへの対応強化
・長期入院患者の介護医療院での受け入れ推進
- 在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化
・訪問看護や訪問入浴の充実 ・緊急時の宿泊対応の充実 ・個室+1の定員上限の明確化
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
・事務の効率化による通達制の緩和 ・医療機関との情報連携強化 ・介護予防支援の充実
- 地域の特性に応じたサービスの確保 ・過疎地域等への対応 (地方分権提案)

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

- 介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進
・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進
・職員の離職防止 ・定着に資する取組の推進
- サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実
・人員配置基準における面立支援への配慮 ・ハラスメント対策の強化
- テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進
・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和
・会議や多職種連携におけるICTの活用
・特養の併設の場合の業務等の緩和 ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和
- 文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進
・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の提示の柔軟化

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化
・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化
・リハビリテーションマネジメントの強化 ・退院退所直後のリハの充実
・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進
・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化
・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化
- 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進
・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進
・ADL維持等加算の拡充
- 寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進
・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

- 評価の適正化・重点化
・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・訪問看護のリハの評価 ・提供回数等の見直し
・長期利用の介護予防リハの評価の見直し ・在宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し
・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・介護職員処遇改善加算 (IV) (V) の廃止
・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証
- 報酬体系の簡素化
・月額報酬化 (療養通所介護) ・加算の整理統合 (リハ、口腔、栄養等)

6. その他の事項

- ・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化
- ・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額 (食費) の見直し
- ・基本報酬の見直し

2.(2)③ 介護老人保健施設における看取りへの対応の充実

概要	【介護老人保健施設】						
<p>○ 介護老人保健施設における中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、ターミナルケア加算の算定要件の見直しを行うとともに【告示改正、通知改正】、現行の死亡日以前30日前からの算定に加え、それ以前の一定期間の対応についても新たに評価する区分を設ける【告示改正】。</p> <p>○ あわせて、サービス提供にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求めることとする。【通知改正】</p>							
単位数							
<p>ターミナルケア加算 <現行> ⇒ <改定後></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">死亡日30日前～4日前 160単位/日</td> <td style="width: 50%;">死亡日45日前～31日前 80単位/日 (新設)</td> </tr> <tr> <td>死亡日前々日、前日 820単位/日*</td> <td>変更なし</td> </tr> <tr> <td>死亡日 1,650単位/日**</td> <td>変更なし</td> </tr> </table> <p>*介護療養型老人保健施設は 850単位/日 **介護療養型老人保健施設は 1,700単位/日</p>		死亡日30日前～4日前 160単位/日	死亡日45日前～31日前 80単位/日 (新設)	死亡日前々日、前日 820単位/日*	変更なし	死亡日 1,650単位/日**	変更なし
死亡日30日前～4日前 160単位/日	死亡日45日前～31日前 80単位/日 (新設)						
死亡日前々日、前日 820単位/日*	変更なし						
死亡日 1,650単位/日**	変更なし						
算定要件等							
<p>○ ターミナルケア加算の要件として、以下の内容等を規定する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うこと。(通知) ・看取りに関する協議等の場の参加者として、支援相談員を明記する。(告示) <p>○ 施設サービス計画の作成に係る規定として、以下の内容等を通知に記載する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設サービス計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めること。 							

2.(3)⑧ 所定疾患施設療養費の見直し

概要	【介護老人保健施設】										
<p>○ 所定疾患施設療養費について、介護老人保健施設の入所者により適切な医療を提供する観点から、介護老人保健施設における疾患の発症・治療状況を踏まえ、算定要件や算定日数、対象疾患等の見直しを行う。【告示改正】</p>											
算定要件等											
<p><現行> ⇒ <改定後></p> <p>入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合に算定。 ⇒ 入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合（肺炎の者又は尿路感染症の者については検査を実施した場合に限る。）に算定。</p>											
<p>○入所者の要件</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><現行></td> <td style="width: 50%;"><改定後></td> </tr> <tr> <td>イ 肺炎の者</td> <td>イ 肺炎の者</td> </tr> <tr> <td>ロ 尿路感染症の者</td> <td>ロ 尿路感染症の者</td> </tr> <tr> <td>ハ 带状疱疹の者（抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする者に限る。）</td> <td>ハ 带状疱疹の者</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ニ 蜂窩織炎の者</td> </tr> </table>		<現行>	<改定後>	イ 肺炎の者	イ 肺炎の者	ロ 尿路感染症の者	ロ 尿路感染症の者	ハ 带状疱疹の者（抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする者に限る。）	ハ 带状疱疹の者		ニ 蜂窩織炎の者
<現行>	<改定後>										
イ 肺炎の者	イ 肺炎の者										
ロ 尿路感染症の者	ロ 尿路感染症の者										
ハ 带状疱疹の者（抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする者に限る。）	ハ 带状疱疹の者										
	ニ 蜂窩織炎の者										
<p>○算定日数（所定疾患施設療養費（Ⅱ））</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><現行></td> <td style="width: 50%;"><改定後></td> </tr> <tr> <td>・1月に1回、連続する7日を限度</td> <td>⇒ ・1月に1回、連続する10日を限度</td> </tr> </table>		<現行>	<改定後>	・1月に1回、連続する7日を限度	⇒ ・1月に1回、連続する10日を限度						
<現行>	<改定後>										
・1月に1回、連続する7日を限度	⇒ ・1月に1回、連続する10日を限度										
<p>※所定疾患施設療養費（Ⅱ）の算定にあたり、診療内容等の給付費明細書の摘要欄への記載は求めないこととする。【通知改正】</p>											

2.(3)⑤ 短期入所療養介護における医学的管理の評価の充実

概要 【短期入所療養介護★】

- 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新たな加算を創設する。【告示改正】

単位数

総合医学管理加算	<現行> なし	⇒	<改定後> 275単位/日（新設）
----------	------------	---	----------------------

算定要件等

- 治療管理を目的とし、以下の基準に従い、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を行った場合に、7日を限度として1日につき所定単位数を加算。
- ・ 診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。
 - ・ 診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること。
 - ・ かかりつけ医に対し、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。

73

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）

Ⅲ. 今後の課題

【介護老人保健施設】

- ・ 介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の評価の充実として、今回の介護報酬改定で訪問リハビリテーションの実施等に対する評価を行うこととしたが、取組状況を把握し、在宅復帰・在宅療養支援機能の促進に向け、更に検討していくべきである。

74

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における課題・検討の視点

高齢者施設・障害者施設等における医療（介護老人保健施設関係）

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（第2回）
令和5年4月19日 資料1抜粋

主な課題

<介護老人保健施設における医療提供機能について>

- 介護老人保健施設において提供可能な医療については、酸素療法(酸素吸入)を行うことが可能な施設が約66%、静脈内注射(点滴含む)が約61%、喀痰吸引(1日8回以上)が約50%であり、施設間で医療提供機能にばらつきが見られている。
- また、介護医療院同様、介護老人保健施設においても、医療機関への退所者のうち肺炎や尿路感染症等による入院も一定の割合を占めていると報告されており、施設ごとに対応可能な利用者の医療ニーズに差がある可能性がある。
- さらに、介護老人保健施設については、医療機関への退所者のうち、約21%が平日夜間又は土日に退所しているとの報告もあり、一般的に医師が不在である夜間休日の、施設での医療対応能力の向上や協力医療機関との連携体制の構築が求められる。
- また、給付調整に関連して、介護老人保健施設の入所にあたり、服用している医薬品が高額であるという理由で施設入所に至らないという事例も報告されている。

検討の視点

<高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能について>

- 常勤の医師及び看護職員が配置されている介護医療院及び介護老人保健施設について、介護医療院における生活の継続を望む高齢者が、可能な限り施設で生活を送ることができるようにする観点や、介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能を推進する観点から、利用者に対して必要な医療が適切に提供されるよう、どのような対応が考えられるか。

<医療機関と高齢者施設等との連携について>

- 高齢者施設等の入所者の急変時における相談体制や往診等の体制を充実する観点や、その後適切な入院医療に繋げる観点から、協力医療機関等との連携の在り方についてどのように考えるか。

75

令和3年度介護報酬改定のスケジュール

【令和2年】

○3月～9月

横断事項・各介護サービス等の**主な論点**について議論

- ・8月3日 事業者団体ヒアリング①
- ・8月19日 事業者団体ヒアリング②

○10月上旬～

横断事項・各介護サービス等の報酬・基準について**検討の方向性**を提示

- ・10月9日 報酬改定に向けた基本的な視点(案)の公表
- ・10月30日 介護事業経営実態調査等の結果の公表

○11月中旬～

横断事項・各介護サービス等の報酬・基準について**対応案**を提示

○12月23日

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告取りまとめ

○令和3年度政府予算案編成

【令和3年】

○1月13日

諮問・答申①(基準省令案に関する事項について)

○1月18日

諮問・答申②(介護報酬改定案について)

○1月25日

基準省令公布

○3月15日

算定告示等公布

○4月

介護報酬改定

76

本日の内容

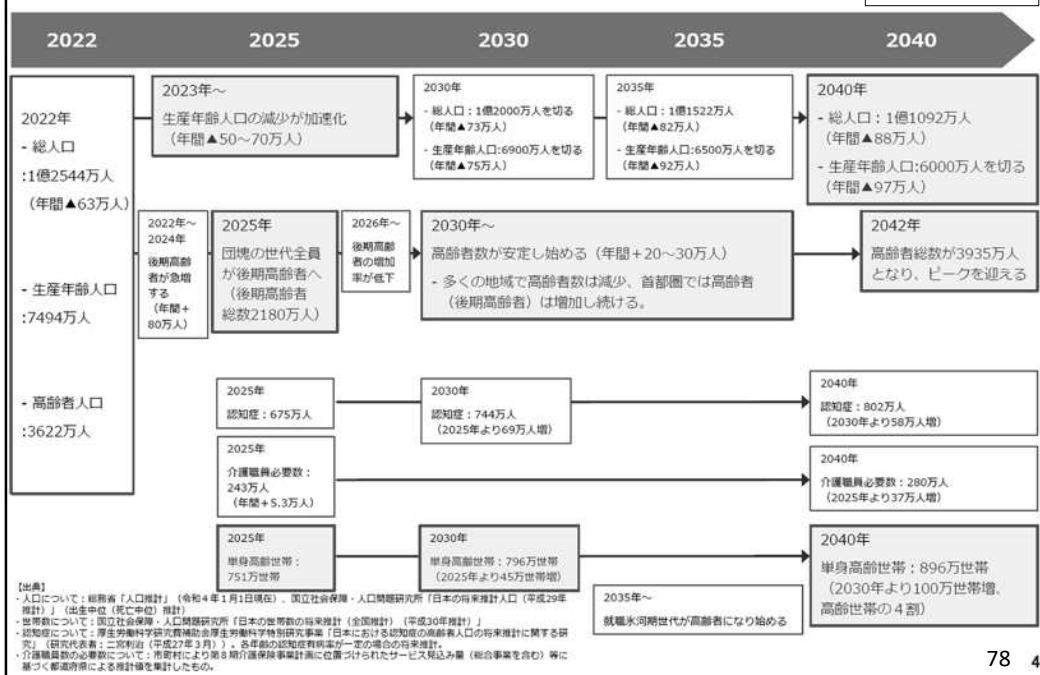
1. 介護保険制度をとりまく現状について
2. 介護老人保健施設への期待
3. リハビリテーションについて
 - ① 保険給付におけるリハビリテーション
 - ② リハ・口腔・栄養の一体的取組
 - ③ 地域リハビリテーションについて
4. LIFEについて
5. 介護報酬改定について
6. おわりに

6



(参考) 2040年までの人口等に関する短期・中期・長期の見通し

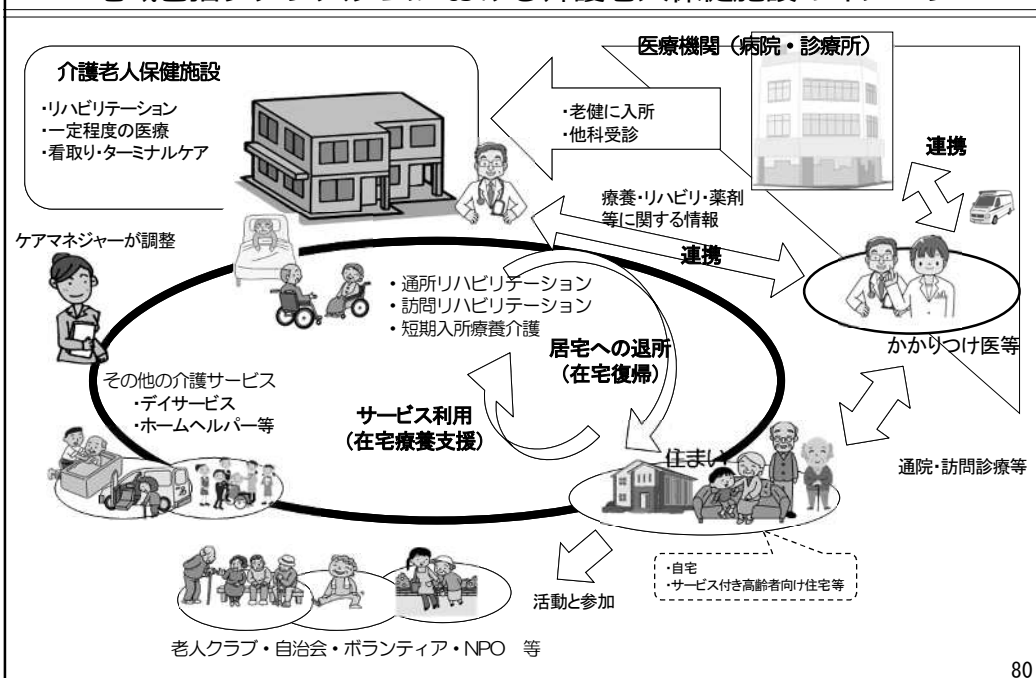
令和4年 全世代型社会保障
構築会議資料



総合的な介護人材確保対策（主な取組）

<p>介護職員の処遇改善</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ リーダー級の介護職員について他産業と遜色ない賃金水準を目指し、総額2000億円(年)を活用し、経験・技能のある介護職員に重点化した更なる処遇改善を2019年10月より実施 ○ 介護職員について、収入を3%程度(月額9,000円)引き上げるための措置を、2022年2月から実施 <p>※ 令和3年度介護報酬改定では、介護職員の人材確保・処遇改善等にも配慮し、改定率を+0.70%とするともに、更なる処遇改善について、介護職員間の配分ルールの変動化を実施</p> <p>(実績)月額平均7.5万円の改善</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 月額平均1.8万円の改善(令和元年度～) ○ 月額平均1.4万円の改善(29年度～) ○ 月額平均1.3万円の改善(27年度～) ○ 月額平均0.6万円の改善(24年度～) ○ 月額平均2.4万円の改善(21年度～)
<p>多様な人材の確保・育成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護福祉士修学資金貸付、再就職準備金貸付による支援 ○ 中高年齢者等の介護未経験者に対する入門的研修の実施から、研修受講後の体験支援、マッチングまでを一体的に支援 ○ ボランティアポイントを活用した介護分野での就労的活動の推進 ○ 多様な人材層の参入促進、介護助手等の普及促進 ○ 他業種からの参入促進のため、キャリアコンサルティングや、介護・障害福祉分野の職業訓練枠の拡充のため、訓練に職場見学・職場体験を組み込むことを要件に、訓練委託費等の上乗せ、訓練修了者への返済免除付きの就職支援金の貸付を実施 ○ 福祉系高校に通う学生に対する返済免除付きの修学資金の貸付を実施 ○ 介護施設等における防災リーダーの養成
<p>離職防止 定着促進 生産性向上</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護ロボット・ICT等テクノロジーの活用推進 ○ 介護施設・事業所内の保育施設の設置・運営の支援 ○ キャリアアップのための研修受講負担軽減や代替職員員の確保支援 ○ 生産性向上ガイドラインの普及 ○ 悩み相談窓口の設置、若手職員の交流推進 ○ ウイズコロナに対応したオンライン研修の導入支援、介護助手としての就労や副業・兼業等の多様な働き方を実践するモデル事業の実施
<p>介護職の魅力向上</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 学生やその保護者、進路指導担当者等への介護の仕事の理解促進 ○ 民間事業者によるイベント、テレビ、新聞、SNSを活かした取組等を通じて全国に向けた発信を行い、介護の仕事の社会的評価の向上を図るとともに、各地域の就職相談のできる場所や活用できる支援施策等の周知を実施
<p>外国人材の受入れ環境整備</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護福祉士を目指す留学生等の支援(介護福祉士修学資金の貸付推進、日常生活面での相談支援等) ○ 「特定技能」等外国人介護人材の受入環境整備(現地説明会等による日本の介護のPR、介護技能向上のための集合研修、介護の日本語学習支援、介護業務等の相談支援・巡回訪問の実施等) ○ 特定技能の受入見込数を踏まえ、試験の合格者見込数を拡充するとともに、試験の開催国を拡充

地域包括ケアシステムにおける介護老人保健施設のイメージ



ご静聴ありがとうございました。

厚生労働省 老健局 老人保健課
佐野 隆一郎