

社会保障審議会 介護給付費分科会（第221回）	資料 2
令和 5 年 8 月 7 日	

介護老人保健施設

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 介護老人保健施設の概況
2. 令和3年度介護報酬改定の内容
3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況
4. 現状と課題及び論点



1. 介護老人保健施設の概況

2. 令和3年度介護報酬改定の内容

3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況

4. 現状と課題及び論点

老人保健施設制度の沿革

社会保障制度審議会の意見書(S60.1.24)

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

(両施設: 医療機関と特別養護老人ホーム)

中間施設に関する懇談会 中間報告(S60.8.2)

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

※入所サービス

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

S61.12 老人保健法を改正し、老人保健施設を規定

附則において

- ・老人保健施設の試行的実施を行うこと、
 - ・試行的実施の状況及び老人保健施設の運営等に関する基本的事項について、国会に報告すること
- について規定

S62. 2 老人保健施設モデル施設の指定（千葉、長野、三重、大阪、兵庫、山口、北九州）

S62.11 老人保健審議会において「老人保健施設の施設及び人員並びに設備及び運営に関する基準について」を答

S62.12 国会報告

S63. 1 「老人保健施設の施設及び人員並びに設備及び運営に関する基準について」公布

S63. 4 老人保健施設の本格実施

H 9.12 介護保険法成立（根拠規定が老人保健法から介護保険法に移行）

H12. 4 介護保険法施行

介護老人保健施設の概要

(定義)

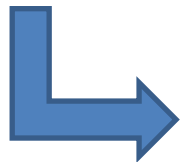
介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(介護保険法第8条第28項)

(基本方針)

第一条の二 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号))



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

介護老人保健施設の基準

必要となる人員・設備等

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

・ 人員

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

・ 施設及び設備

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

ユニット型介護老人保健施設の場合、上記基準に加え、

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

介護老人保健施設の職員数

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

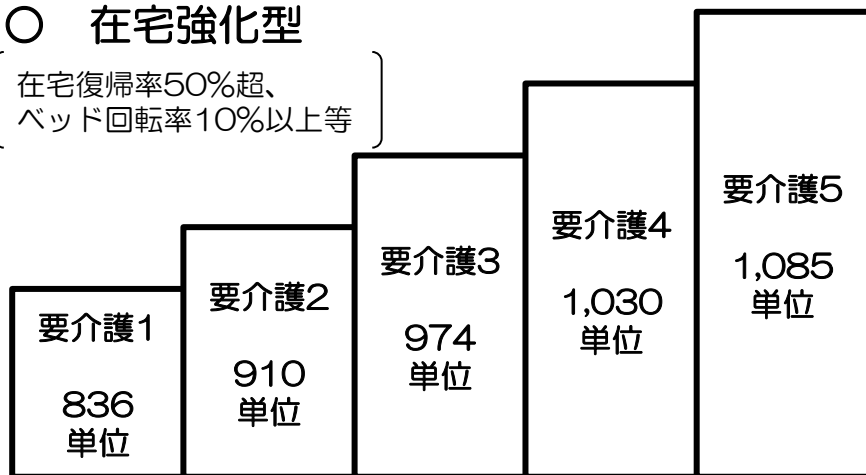
介護老人保健施設の報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

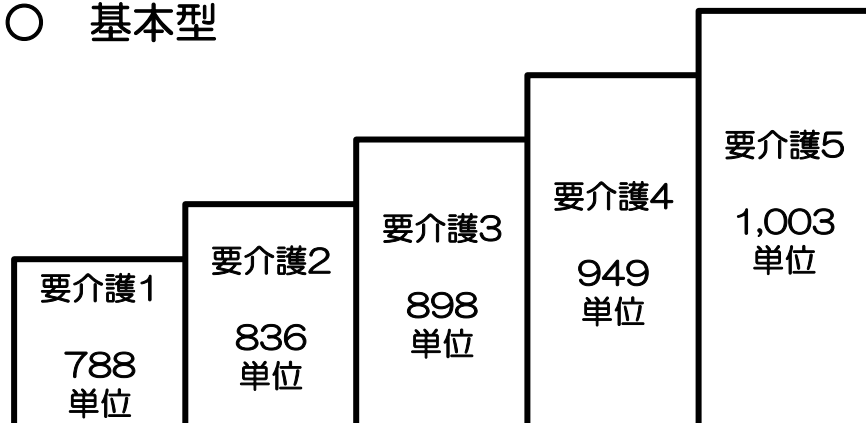
利用者の要介護度・在宅復帰率等に応じた
基本サービス費（多床室の場合）

○ 在宅強化型

在宅復帰率50%超、
ベッド回転率10%以上等



○ 基本型



利用者の状態に応じたサービス提供や
施設の体制に対する加算・減算

利用開始日から30日以内の期間
(過去3か月間入所経験ない場合)
(30単位/日)

ターミナルケアの実施

死亡日以前31～45日：80単位
死亡日以前4～30日：160単位
前日・前々日：850単位
当日：1,700単位

在宅復帰・在宅療養支援

(I) 34単位(基本型に対する加算)
(II) 46単位(強化型に対する加算)

入所前後に退所後の居宅を訪問して、施設サービス計画を策定

(I) 450単位/回 (II) 480単位/回

肺炎、尿路感染症、带状疱疹、 蜂窩織炎の治療

(I) 239単位/日
(II) 480単位/日

短期集中的なりハビリテーションの実施 (240単位/日)

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

栄養管理の強化

(11単位/日)

夜勤職員の手厚い配置

(24単位/日)

介護福祉士や常勤職員等を 一定割合以上配置

(サービス提供体制強化加算)

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

介護職員処遇改善加算

I：3.9%・II：2.9%・III：1.6%

介護職員等特定処遇改善加算

(I) 2.1% (II) 1.7%

定員を超えた利用や人員配置
基準に違反 (▲30%)

身体拘束廃止未実施減算
(▲10%)

介護老人保健施設の算定状況①

	単位数 (令和3年度改訂後)	単位数	割合	回数・日数・件数	算定率	請求事業所数	算定率	
		(単位:千単位)	(単位数ベース)	千回・千日・千件	(回転ベース)		(事業所ベース)	
		総数	11 109 308	総数	9949.3		総数	4210
介護保健施設サービス		11 109 308	1110930909%	9 949.3	100%	-	-	
介護保健施設 (Ⅰ)基本型	(Ⅰ)在宅強化型	714~1,003単位/日	4 680 042	42.1%	5 227.6	52.5%	-	-
	(Ⅱ)療養型	756~1,085単位/日	3 488 115	31.4%	3 573.7	35.9%	-	-
	(Ⅲ)療養型	739~1,165単位/日	121 474	1.1%	113.7	1.1%	-	-
	(Ⅳ)その他型	739~1,138単位/日	16 349	0.1%	15.6	0.2%	-	-
	(Ⅳ)その他型	700~982単位/日	223 890	2.0%	257.5	2.6%	-	-
介護ユニット型 (Ⅰ)基本型	(Ⅰ)在宅強化型	796~1,006単位/日	393 816	3.5%	437.1	4.4%	-	-
	(Ⅱ)療養型	841~1,090単位/日	284 084	2.6%	289.1	2.9%	-	-
	(Ⅲ)療養型	904~1,252単位/日	14 280	0.1%	12.8	0.1%	-	-
	(Ⅳ)その他型	904~1,225単位/日	1 980	0.0%	1.8	0.0%	-	-
	(Ⅳ)その他型	779~988単位/日	17 344	0.2%	19.9	0.2%	-	-
身体拘束廃止未実施減算	△71~△93単位	△ 613	0.0%	6.9	0.1%	-	-	
安全管理体制未実施減算	△5単位/日	△ 35	0.0%	7.0	0.1%	-	-	
夜勤職員配置加算	24単位/日	209 916	1.9%	8 746.5	87.9%	3685	87.5%	
短期集中リハビリテーション実施加算	240単位/日	217 650	2.0%	906.9	9.1%	3802	90.3%	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240単位/日	50 396	0.5%	210.0	2.1%	1963	46.6%	
認知症ケア加算	76単位/日	99 992	0.9%	1 315.7	13.2%	1163	27.6%	
若年性認知症入所者受入加算	120単位/日	417	0.0%	3.5	0.0%	84	2.0%	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	34単位/日	109 263	1.0%	3 213.6	32.3%	1326	31.5%	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	46単位/日	128 598	1.2%	2 795.6	28.1%	1168	27.7%	
外泊時費用	362単位/日	169	0.0%	0.5	0.0%	-	-	
外泊時在宅サービス利用費用	800単位/日	2	0.0%	0.0	0.0%	-	-	
ターミナルケア加算(死亡日以前31日以上45日以下)	80単位/日	1 232	0.0%	15.4	0.2%	797	18.9%	
ターミナルケア加算(死亡日以前4日以上30日以下)	160単位/日	7 221	0.1%	45.1	0.5%	1363	32.4%	
ターミナルケア加算(死亡前日・前々日)	820単位/日	4 169	0.0%	5.1	0.1%	1416	33.6%	
ターミナルケア加算(死亡日)	1,650単位/日	4 383	0.0%	2.7	0.0%	1431	34.0%	
療養体制維持特別加算(Ⅰ)	27単位/日	1 848	0.0%	68.5	0.7%	42	1.0%	
療養体制維持特別加算(Ⅱ)	57単位/日	3 785	0.0%	66.4	0.7%	44	1.0%	
初期加算	30単位/日	18 611	0.2%	620.4	6.2%	4126	98.0%	
再入所時栄養連携加算	400単位/回	9	0.0%	0.0	0.0%	38	0.9%	
入所前後訪問指導加算(Ⅰ)	450単位/回	3 238	0.0%	7.2	0.1%	2025	48.1%	
入所前後訪問指導加算(Ⅱ)	480単位/回	1 526	0.0%	3.2	0.0%	771	18.3%	
試行的退所時指導加算	400単位/回	188	0.0%	0.5	0.0%	137	3.3%	
退所時情報提供加算	500単位/回	5 004	0.0%	10.0	0.1%	2634	62.6%	
入退所前連携加算(Ⅰ)	600単位/回	3 417	0.0%	5.7	0.1%	1073	25.5%	
入退所前連携加算(Ⅱ)	400単位/回	2 888	0.0%	7.2	0.1%	1834	43.6%	
訪問看護指示加算	300単位/回	103	0.0%	0.3	0.0%	241	5.7%	

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

(注2)「算定率(回数ベース)」は、各加算の回数÷総回数により求めたもの。

(注3)「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

介護老人保健施設の算定状況②

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

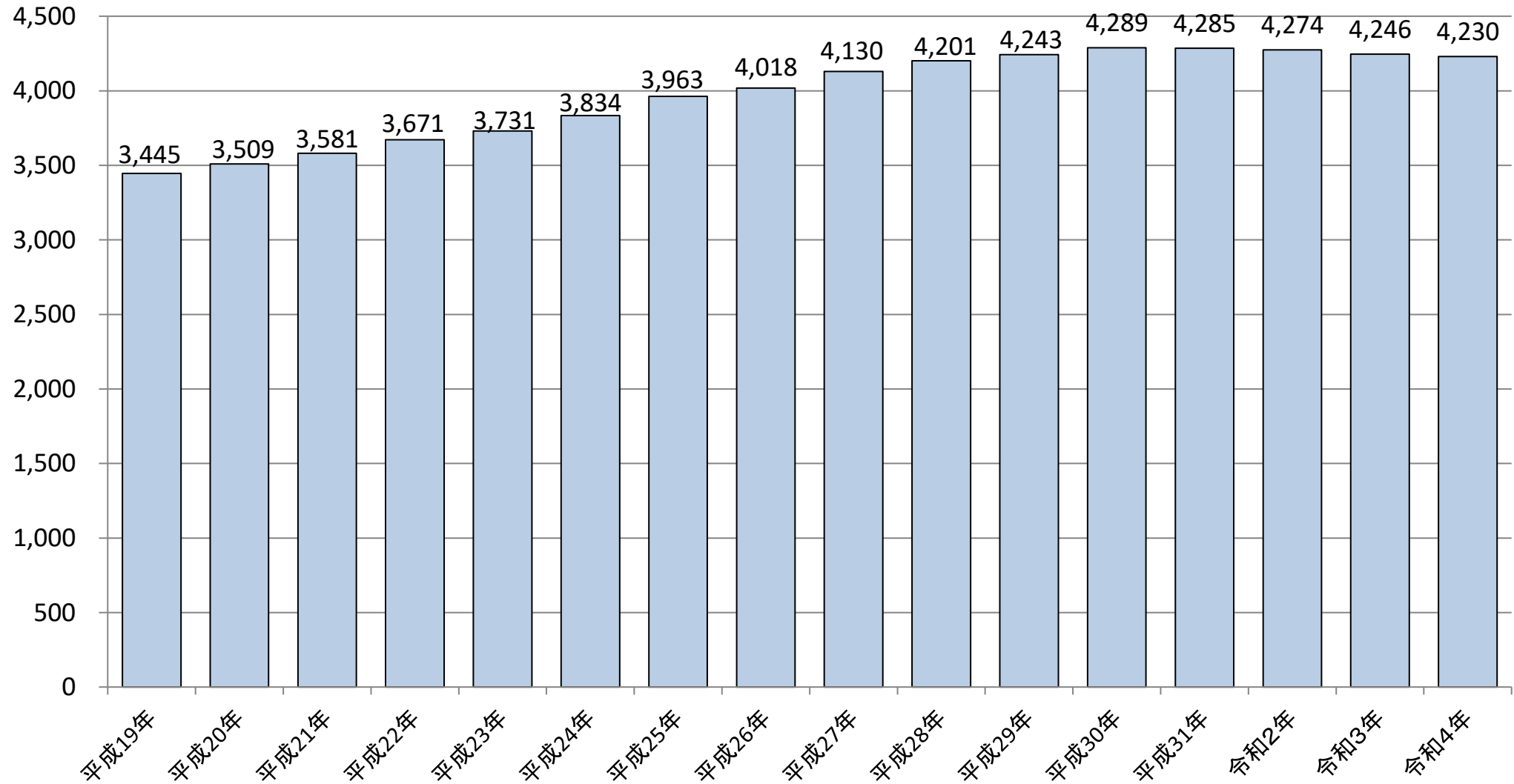
(注1) 「割合(単位数ベース)」は、各加算の単位数÷総単位数により求めたもの。

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

(注3) 「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

介護老人保健施設の請求事業所数

○ 請求事業所数は、令和4年4月時点で4,230事業所であった。

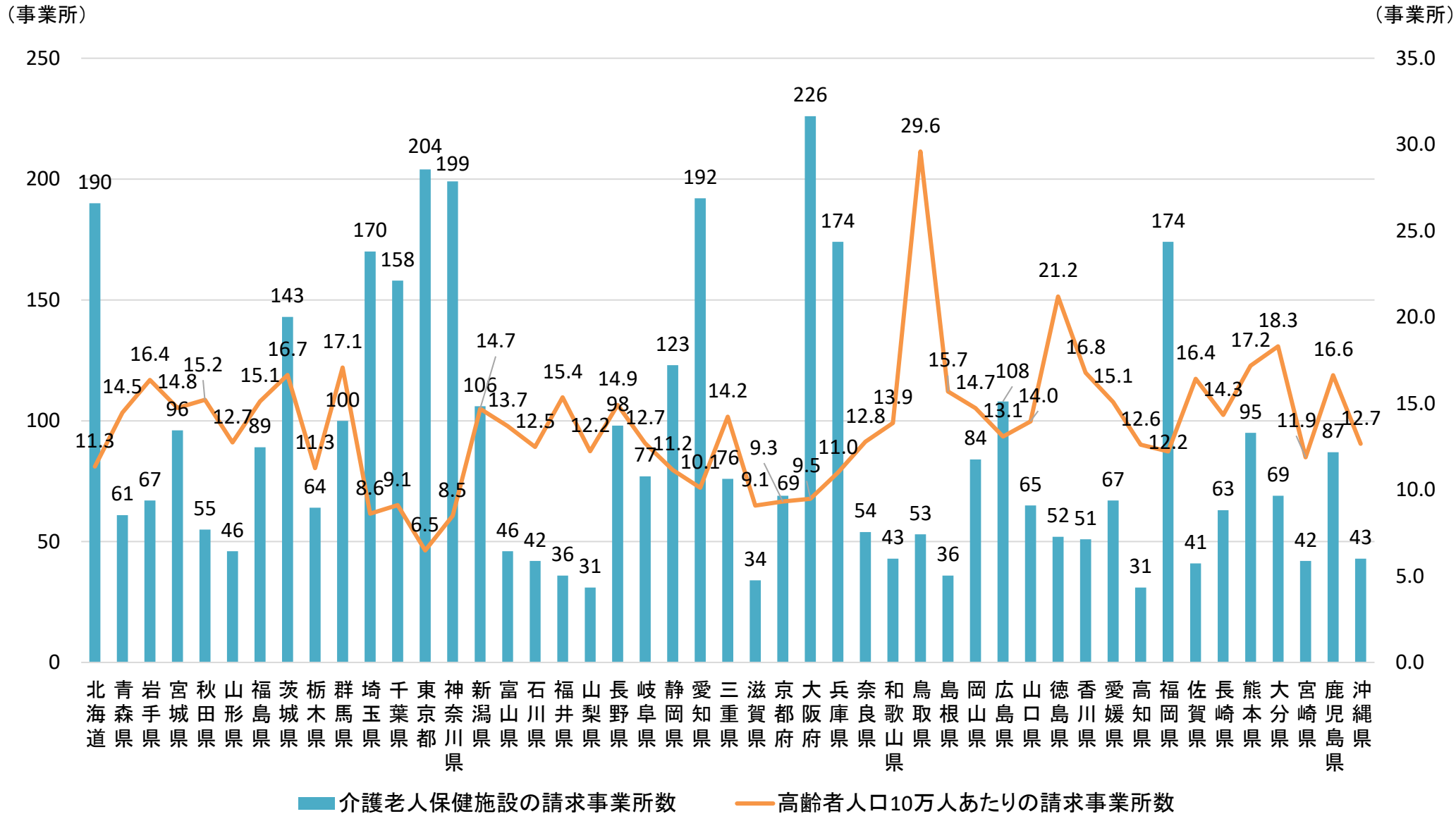


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

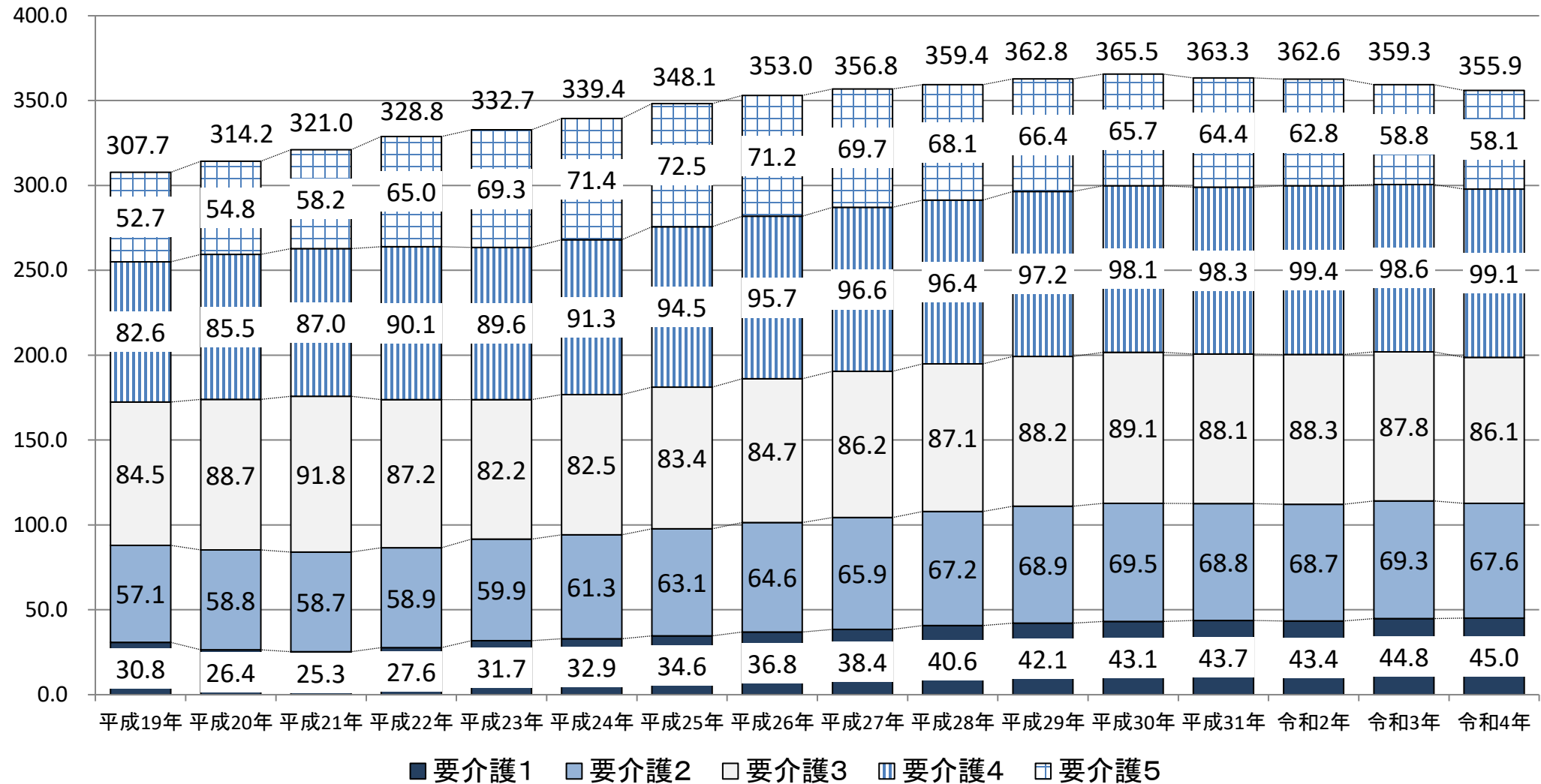
介護老人保健施設の請求事業所数(都道府県別)



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

介護老人保健施設の受給者数

(千人)

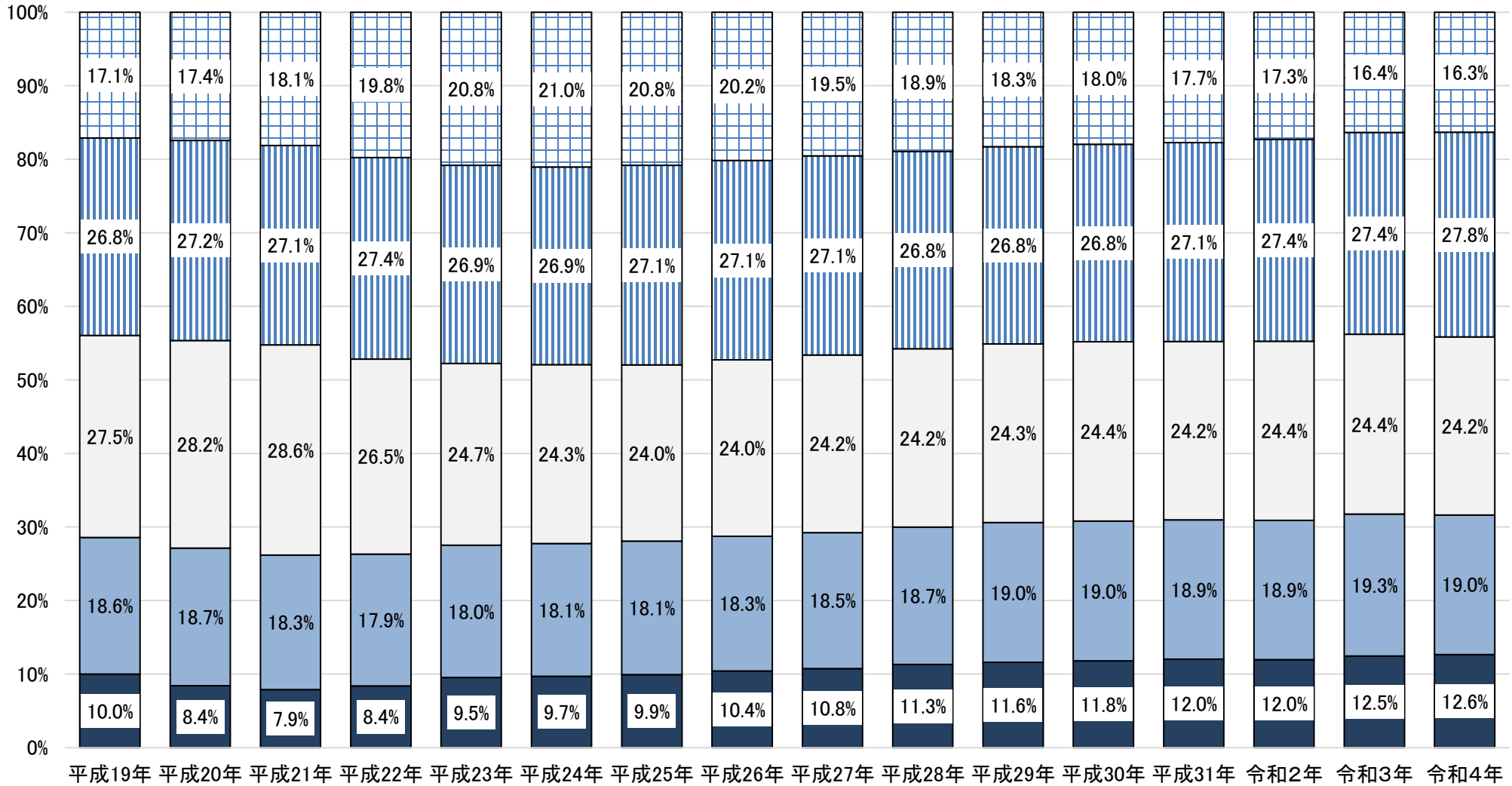


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

介護老人保健施設の要介護度別受給者割合

○ 受給者割合は、要介護度3が減少傾向、要介護1が増加傾向である。



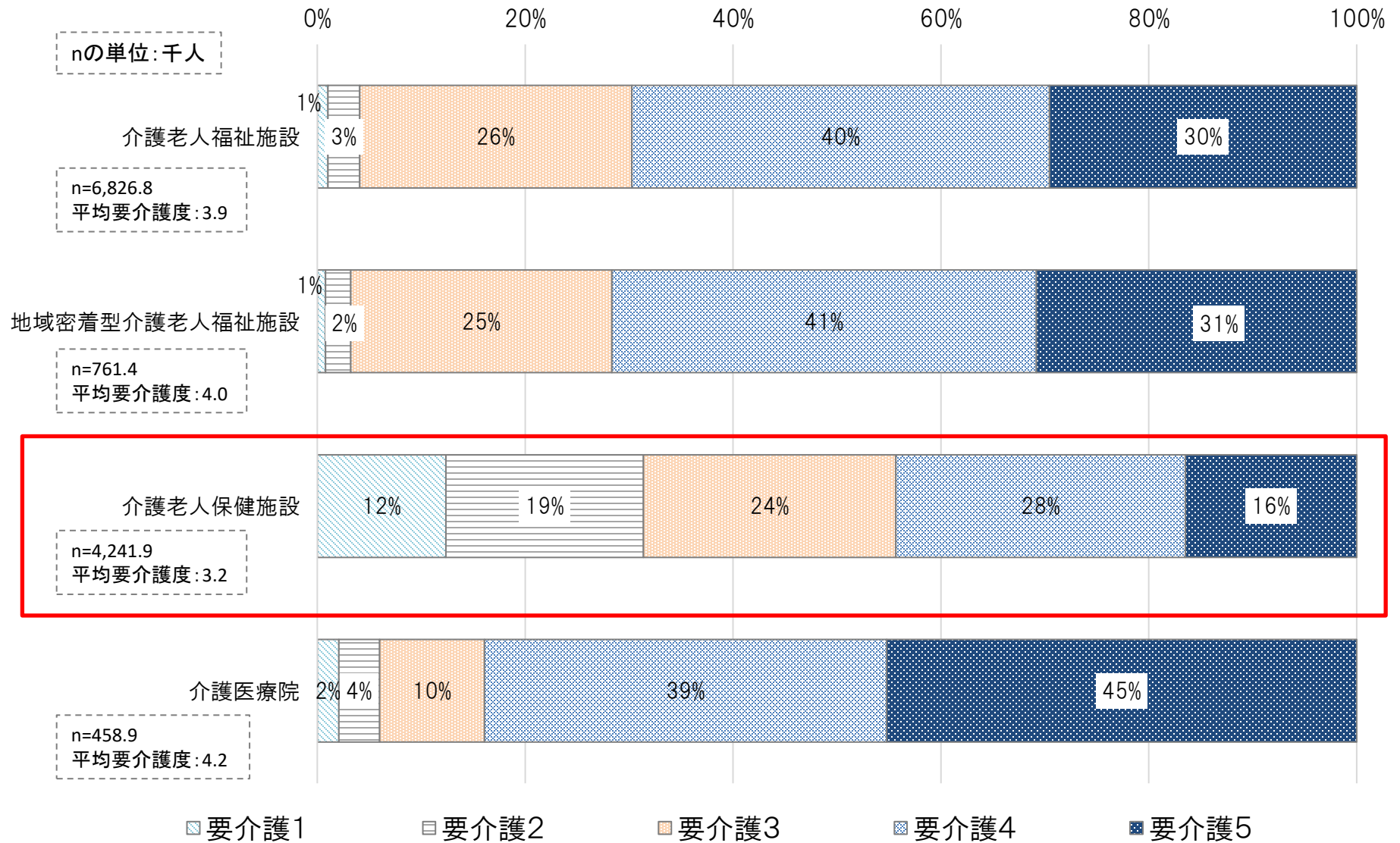
■要介護1 ■要介護2 □要介護3 ■要介護4 □要介護5

※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

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)

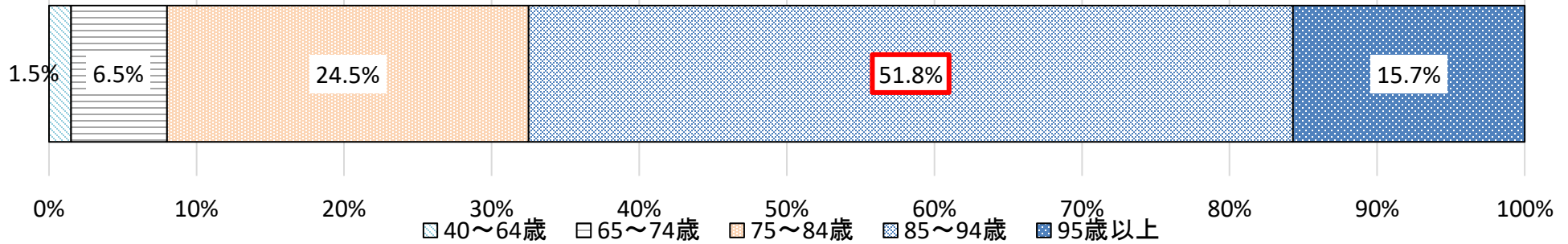
施設サービスの要介護度割合



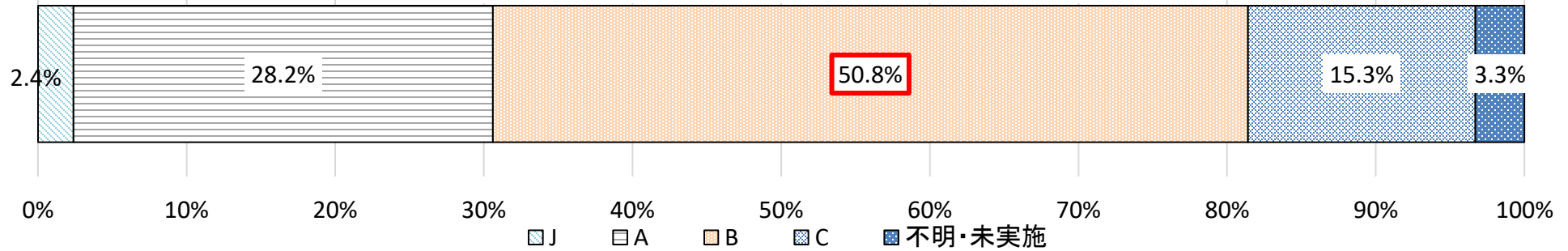
介護老人保健施設の入所者について

○ 入所者については年齢階級としては「85～94歳」、障害高齢者の日常生活自立度としては「B」、認知症高齢者の日常生活自立度としては「Ⅲ」が最も多かった。

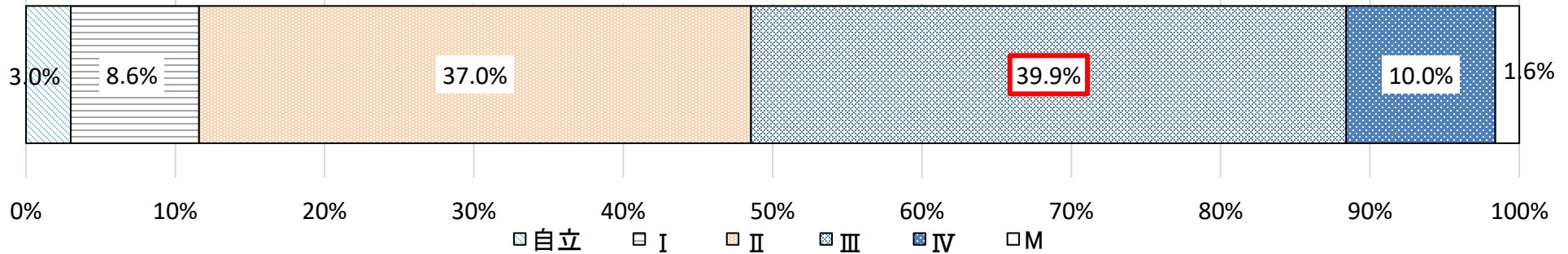
年齢階級別の入所者割合



障害高齢者の日常生活自立度別の入所者割合



認知症高齢者の日常生活自立度別入所者割合



日常生活自立度について

障害高齢者の日常生活自立度

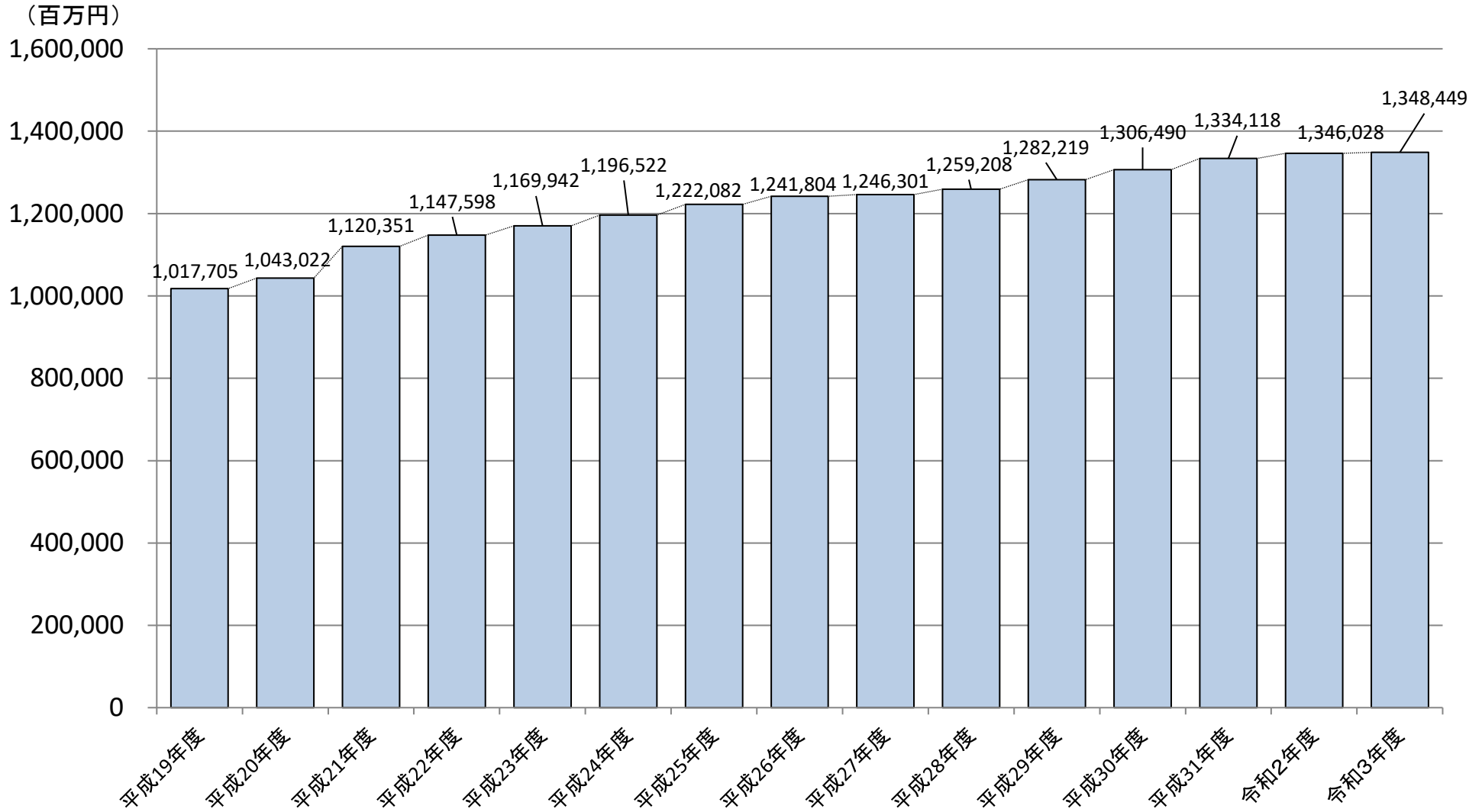
生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランクC	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない

※判定に当たっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

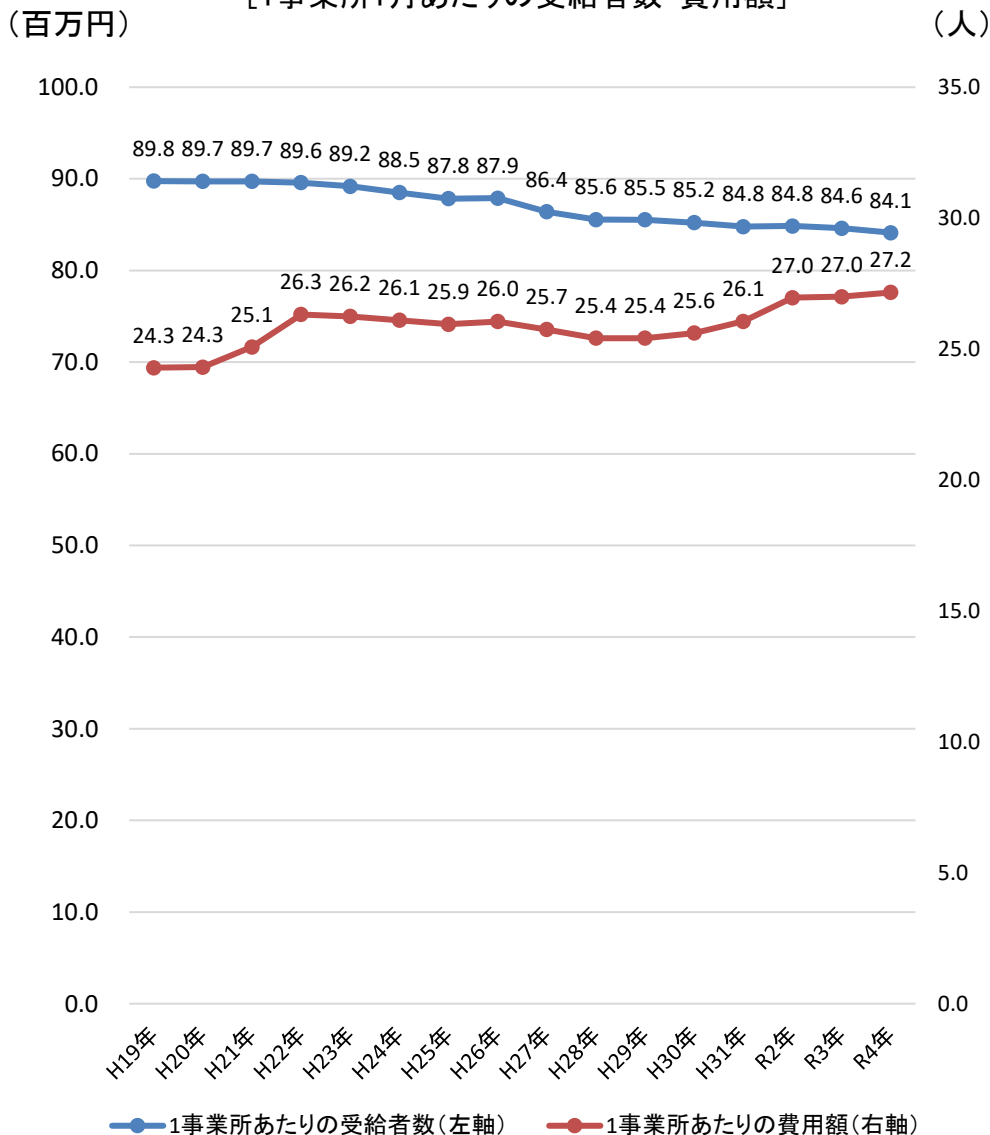
介護老人保健施設の費用額



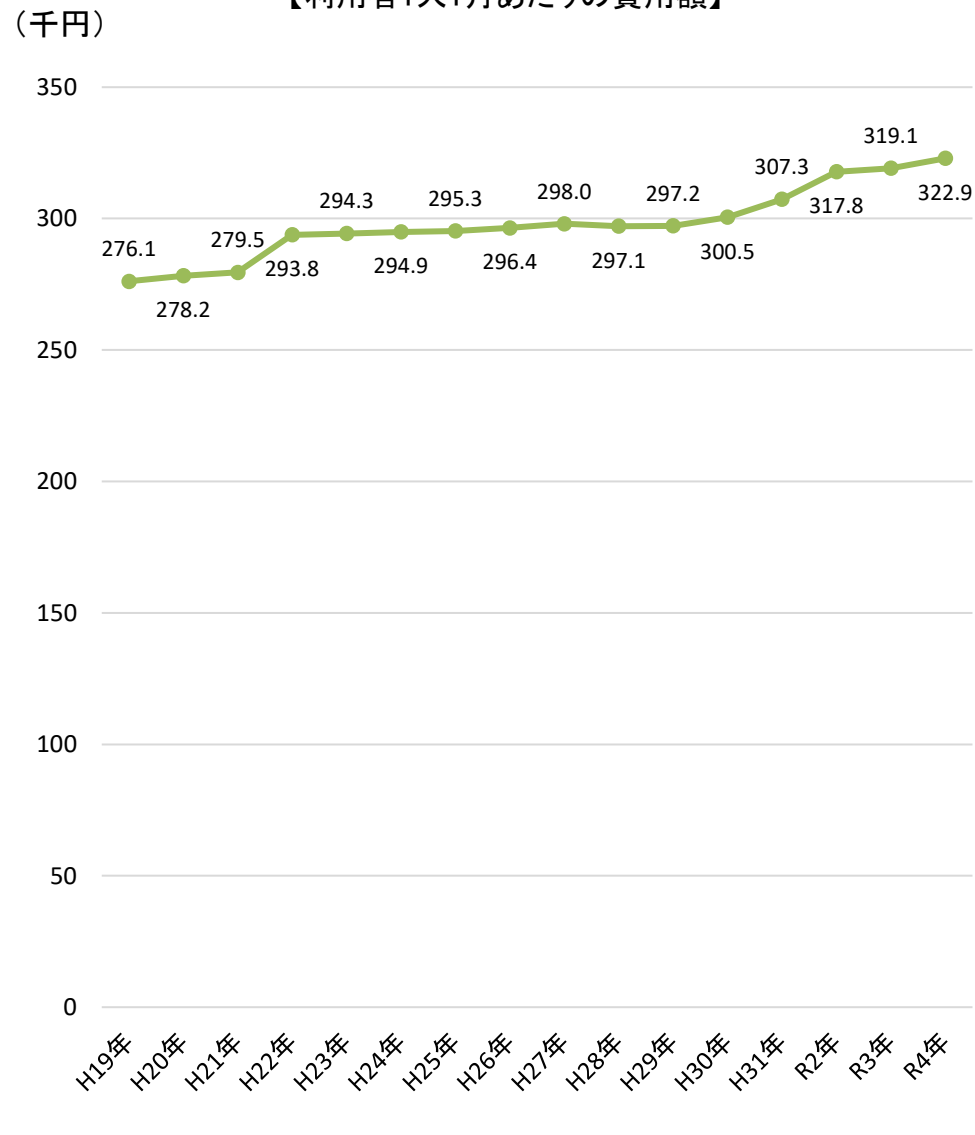
※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。
※補足給付は含まない。

介護老人保健施設 1事業所1月あたりの受給者数・費用額、利用者1人1月あたりの費用額

【1事業所1月あたりの受給者数・費用額】



【利用者1人1月あたりの費用額】

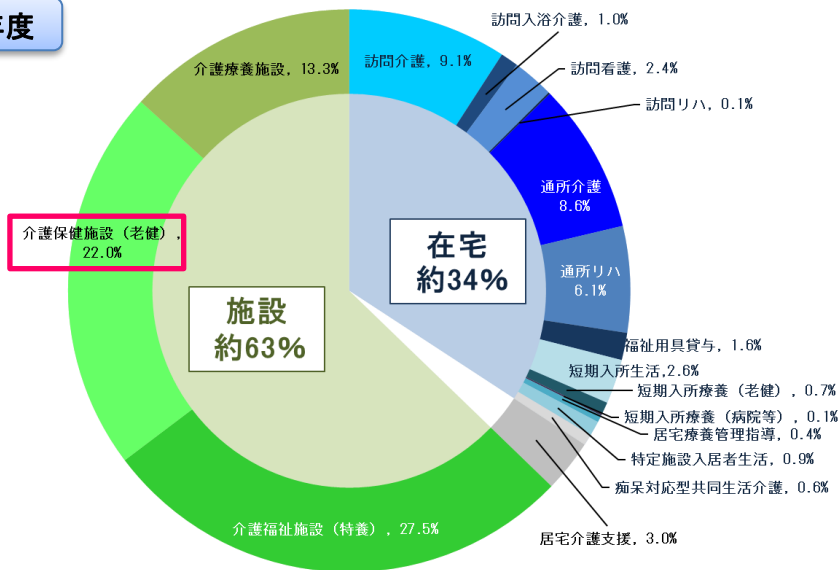


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。
 ※短期利用は含まない。

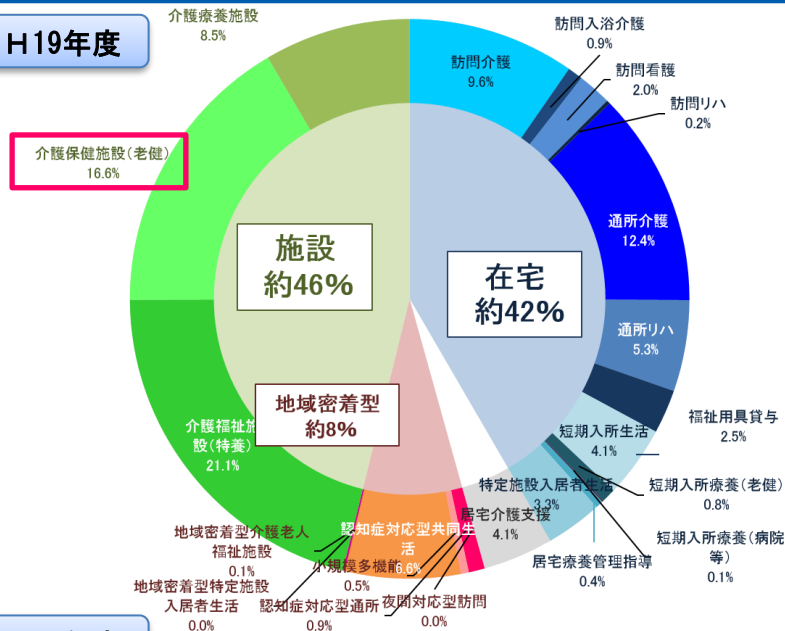
出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

サービス種類別介護費用額割合の推移

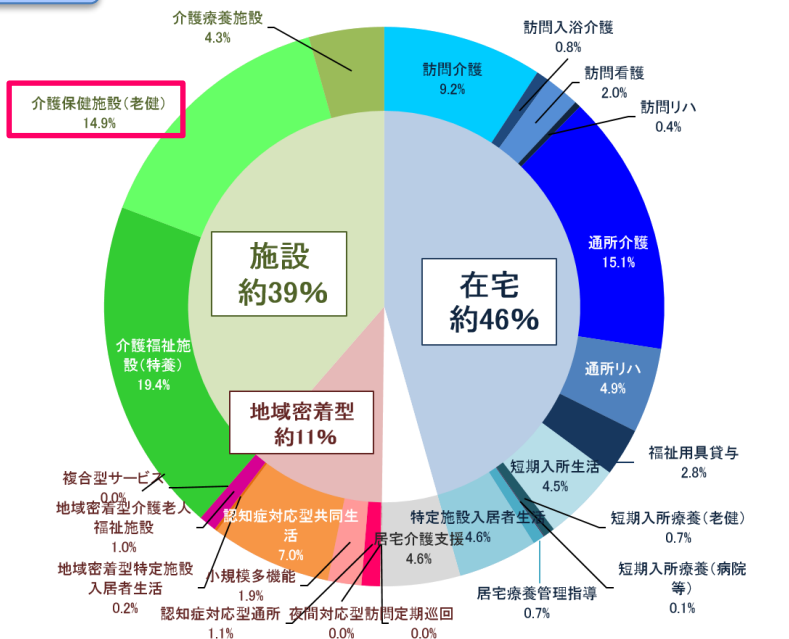
H13年度



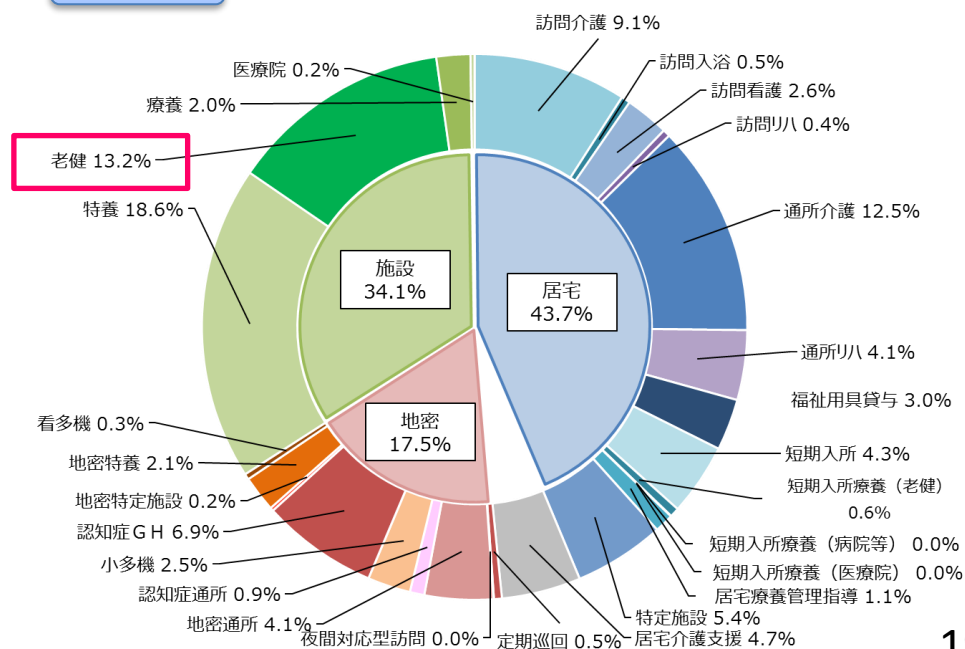
H19年度



H24年度



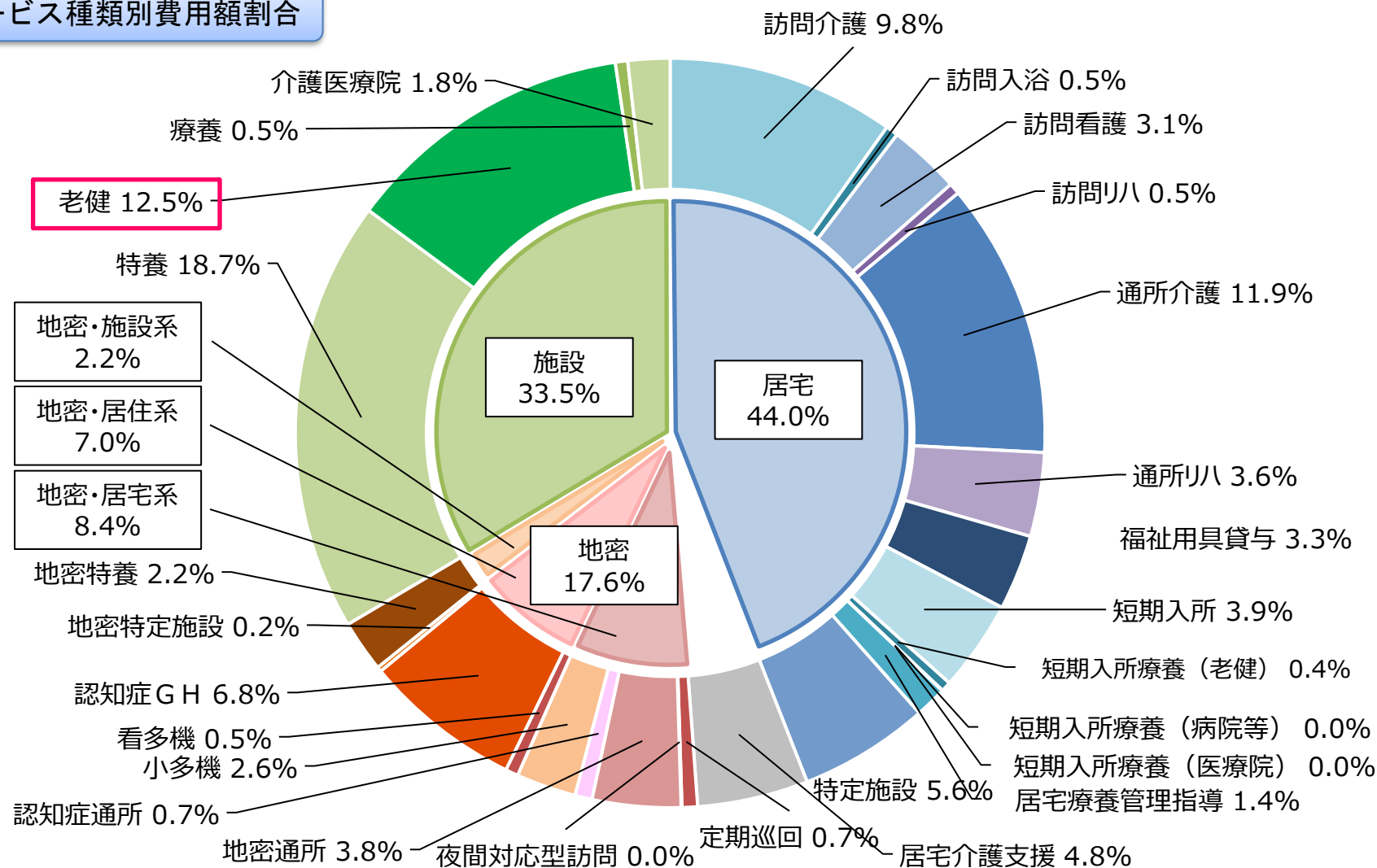
H30年度



(出典)介護給付費等実態調査 (平成13年度から平成30年度) より作成

介護保険給付に係る総費用のサービス種類別内訳(令和3年度) 割合

サービス種類別費用額割合



【出典】厚生労働省「令和3年度介護給付費等実態統計報告」

(注1) 総費用は保険給付額と公費負担額、利用者負担額(公費の本人負担額を含む)の合計額。介護予防サービスを含まない。

(注2) 特定入所者介護サービス(補足給付)、地域支援事業に係る費用は含まない。また、市区町村が直接支払う費用(福祉用具購入費、住宅改修費など)は含まない。

(注3) 費用は、令和元年度(令和3年5月~令和4年4月審査分(令和3年4月~令和4年3月サービス提供分))。

介護保険給付に係る総費用等における提供サービスの内訳(令和3年度) 金額

		費用額 (百万円)	請求事業所数
居宅	訪問介護	1,056,219	34,372
	訪問入浴介護	57,398	1,658
	訪問看護	334,982	13,843
	訪問リハビリテーション	51,968	5,214
	通所介護	1,279,943	24,445
	通所リハビリテーション	389,552	8,060
	福祉用具貸与	350,628	7,180
	短期入所生活介護	421,633	10,643
	短期入所療養介護	47,909	3,385
	居宅療養管理指導	146,203	45,607
	特定施設入居者生活介護	604,219	5,910
	計	4,740,654	160,317
居宅介護支援		514,629	37,831
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	72,234	1,151
	夜間対応型訪問介護	3,681	180
	地域密着型通所介護	410,524	18,947
	認知症対応型通所介護	79,601	3,098
	小規模多機能型居宅介護	277,991	5,824
	看護小規模多機能型居宅介護	59,030	1,000
	認知症対応型共同生活介護	734,030	14,328
	地域密着型特定施設入居者生活介護	21,860	363
	地域密着型介護老人福祉施設サービス	239,843	2,483
	計	1,898,795	47,374
施設	介護老人福祉施設	2,007,919	8,340
	介護老人保健施設	1,348,998	4,230
	介護療養型医療施設	54,237	340
	介護医療院	184,721	671
	計	3,595,326	13,581
合計		10,749,404	259,103

※請求事業所数は延べ数である。

【出典】厚生労働省「令和3年度介護給付費等実態統計」

(注1) 総費用は保険給付額と公費負担額、利用者負担額(公費の本人負担額を含む)の合計額。

介護予防サービスを含まない。特定入所者介護サービス(補足給付)、地域支援事業に係る費用は含まない。また、市区町村が直接支払う費用(福祉用具購入費、住宅改修費など)は含まない。

(注2) 介護費用額は、令和3年度(令和3年5月~令和4年4月審査分(令和3年4月~令和4年3月サービス提供分))、請求事業所数は、令和4年4月審査分である。

(注3) 令和3年度(令和3年5月~令和4年4月審査分(令和3年4月~令和4年3月サービス提供分))の特定入所者介護サービス(補足給付)は約2,700億円。

介護老人保健施設を含む施設サービスの経営状況

○ 介護老人保健施設の収支差率は1.9%となっている。

■ 施設サービスにおける収支差率

サービスの種類	令和2年度 実態調査	令和4年度 概況調査	
	令和元年度 決算	令和2年度 決算	令和3年度 決算
介護老人福祉施設	1.6% (1.6%)	1.6% <1.2%> (1.6%)	1.3% <1.2%> (1.3%)
介護老人保健施設	2.4% (2.2%)	2.8% <2.1%> (2.5%)	1.9% <1.5%> (1.3%)
介護医療院	5.2% ※ (4.7%) ※	7.0% <6.2%> (6.5%)	5.8% <5.2%> (5.3%)

※令和4年度決算は調査中

注: 収支差率に「※」のあるサービスについては、集計施設・事業所数が少なく、集計結果に個々のデータが大きく影響していると考えられるため、参考数値として公表している。

注: 括弧なしは、税引前収支差率(令和2年度決算及び令和3年度決算はコロナ補助金を含む)。

< >内は、税引前収支差率(コロナ補助金を含まない)

()内は、税引後収支差率(令和2年度決算及び令和3年度決算はコロナ補助金を含む)

介護老人保健施設の収支差率等

○ 介護老人保健施設の収支差率（令和3年度決算 税引前（コロナ補助金を含む）は1.9%（※）となっており、金額ベースでは66.8万円。※収支差率について全サービスの平均は3.0%。

2 介護老人保健施設

		令和2年度実態調査		令和4年度概況調査		（参考）令和元年度概況調査	
		令和元年度決算		令和2年度決算		平成30年度決算	
		千円		千円		千円	
1	I 介護事業収益	29,045	29,006	29,136	28,549		
2	(1)介護料収入	29,045	29,006	29,136	28,549		
3	(2)保険外の利用料	6,059	6,078	6,195	5,920		
4	(3)補助金収入 (新型コロナウイルス感染症関連の補助金収入を除く)	-	-	-	-		
5	(4)介護報酬査定減	-32	-40	-28	-28		
6	II 介護事業費用	21,627	21,649	21,958	20,825	60.5%	60.5%
7	(1)給与費	61.7%	61.8%	62.2%	60.5%		
8	(2)減価償却費	1,553	1,583	1,563	1,627	4.7%	4.7%
9	(3)国庫補助金等特別積立金取崩額	-	-	-	-		
10	(4)その他	10,896	10,922	11,117	10,569	30.7%	30.7%
11	うち委託費	3,340	3,452	3,464	3,241	9.4%	9.4%
12	III 介護事業外収益	-	-	-	-		
13	(1)借入金補助金収入	-	-	-	-		
14	IV 介護事業外費用	151	149	132	192		
15	V 特別損失	-	-	-	-		
16	(1)本部費繰入	-	-	-	-		
17	収入 ①=I+III	35,072	35,044	35,304	34,441		
18	支出 ②=II+IV+V	34,227	34,302	34,770	33,213		
19	差引 ③=①-②	844	742	533	1,228	3.6%	3.6%
20	新型コロナウイルス感染症関連の補助金収入	-	242	135	-		
21	新型コロナウイルス感染症関連の補助金収入を含めた差引 ③'	-	984	668	-	1.9%	1.9%
22	法人税等	87	104	209	67	0.2%	0.2%
23	法人税等差引 ④=③'-法人税等	757	880	459	1,161	3.4%	3.4%
24	有効回答数	630	591	591	603		

※ 比率は収入に対する割合である。
 ※ 各項目の数値は、決算額を12で除した値を掲載している。
 ※ 各項目の数値は、それぞれ表章単位未満で四捨五入しているため、内訳の合計が総数に一致しない場合等がある。

21	a 設備資金借入金元金償還金支出	884	1,003	962	1,101
22	b 長期運営資金借入金元金償還金支出	347	398	435	454
23	参考:(④+II(2)+II(3))- (a+b)	1,080	1,062	625	1,233

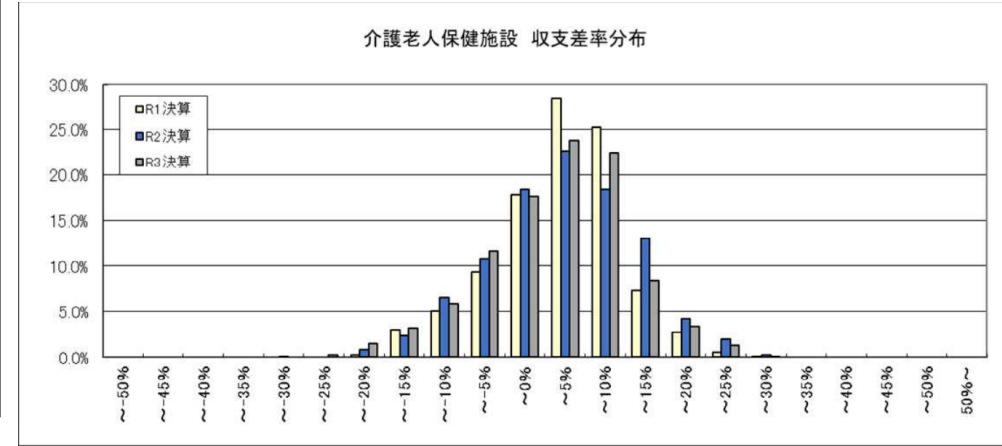
24	定員	87.4人	87.6人	88.3人
25	延べ利用者数	2,520.2人	2,478.1人	2,524.9人
26	常勤換算職員数(常勤率)	55.8人 85.7%	55.2人 85.3%	54.3人 85.5%
27	看護・介護職員常勤換算数(常勤率)	39.2人 86.8%	38.9人 86.4%	39.1人 86.0%
28	常勤換算1人当たり給与費			
29	看護師	448,962円	462,955円	457,388円
30	准看護師	382,799円	401,606円	392,081円
31	介護福祉士	355,166円	377,606円	353,810円
32	介護職員	341,460円	359,829円	336,325円
33	非常勤			
34	看護師	362,987円	385,687円	357,602円
35	准看護師	334,143円	342,847円	326,939円
36	介護福祉士	290,548円	297,431円	282,434円
37	介護職員	261,953円	277,178円	253,652円

38	利用者1人当たり収入			
39	・新型コロナウイルス感染症関連の補助金収入を除く	13,916円	14,246円	13,641円
40	・新型コロナウイルス感染症関連の補助金収入を含む	-	14,300円	-
41	利用者1人当たり支出	13,581円	14,031円	13,154円
42	常勤換算職員1人当たり給与費	374,858円	390,251円	373,289円
43	看護・介護職員(常勤換算)1人当たり給与費	351,327円	368,920円	347,987円

44	常勤換算職員1人当たり利用者数	1.6人	1.6人	1.6人
45	看護・介護職員(常勤換算)1人当たり利用者数	2.2人	2.3人	2.3人

収支差率分布

有効回答数 = 591



収支差率	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
介護老人保健施設 (税引前)平均	3.6%	2.4%	2.8%	1.9%
介護老人保健施設 (税引後)平均	3.4%	2.2%	2.5%	1.3%

出典：令和4年度 介護事業経営概況調査結果

第8期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

令和2(2020)年度
実績値 ※1

令和5(2023)年度
推計値 ※2

令和7(2025)年度
推計値 ※2

令和22(2040)年度
推計値 ※2

○ 介護サービス量

	令和2(2020)年度 実績値 ※1	令和5(2023)年度 推計値 ※2	令和7(2025)年度 推計値 ※2	令和22(2040)年度 推計値 ※2
在宅介護	359 万人	391 万人 (9%増)	405 万人 (13%増)	474 万人 (32%増)
うちホームヘルプ	114 万人	123 万人 (8%増)	128 万人 (12%増)	152 万人 (33%増)
うちデイサービス	219 万人	244 万人 (11%増)	253 万人 (15%増)	297 万人 (36%増)
うちショートステイ	35 万人	40 万人 (14%増)	40 万人 (17%増)	48 万人 (38%増)
うち訪問看護	61 万人	68 万人 (10%増)	71 万人 (15%増)	84 万人 (37%増)
うち小規模多機能	11 万人	13 万人 (19%増)	14 万人 (23%増)	16 万人 (43%増)
うち定期巡回・随時 対応型サービス	3.0 万人	4.1 万人 (37%増)	4.4 万人 (45%増)	5.4 万人 (78%増)
うち看護小規模多機能型居宅介護	1.5 万人	2.6 万人 (75%増)	2.8 万人 (89%増)	3.4 万人 (130%増)
居住系サービス	47 万人	54 万人 (14%増)	56 万人 (19%増)	65 万人 (39%増)
特定施設入居者生活介護	26 万人	30 万人 (17%増)	32 万人 (22%増)	37 万人 (43%増)
認知症高齢者グループホーム	21 万人	23 万人 (11%増)	24 万人 (15%増)	28 万人 (33%増)
介護施設	103 万人	110 万人 (8%増)	116 万人 (13%増)	133 万人 (30%増)
特養	62 万人	67 万人 (8%増)	71 万人 (14%増)	82 万人 (31%増)
老健	35 万人	37 万人 (5%増)	39 万人 (10%増)	44 万人 (26%増)
介護医療院	3.4 万人	5.2 万人 (53%増)	6.5 万人 (91%増)	7.4 万人 (118%増)
介護療養型医療施設	1.7 万人	1.0 万人 (40%減)	- 万人	- 万人

- ※1) 2020年度の数値は介護保険事業状況報告(令和2年12月月報)による数値で、令和2年10月サービス分の受給者数(1月当たりの利用者数)。
在宅介護の総数は、同報告の居宅介護支援・介護予防支援、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスの受給者数の合計値。
在宅介護の内訳について、ホームヘルプは訪問介護、訪問リハ(予防給付を含む)、夜間対応型訪問介護の合計値。
デイサービスは通所介護、通所リハ(予防給付を含む)、認知症対応型通所介護(予防給付を含む)、地域密着型通所介護の合計値。
ショートステイは短期入所生活介護(予防給付を含む)、短期入所療養介護(予防給付を含む)の合計値。
居住系サービスの特定施設及び介護施設の特養は、それぞれ地域密着型サービスを含む。
- ※2) 令和5(2023)年度、令和7(2025)年度、令和22(2040)年度の数値は、地域包括ケア「見える化」システムにおける推計値等を集計したもの。
なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

1. 介護老人保健施設の概況



2. 令和3年度介護報酬改定の内容

3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況

4. 現状と課題及び論点

8.(2) 介護老人保健施設

改定事項

- 介護老人保健施設 基本報酬
- 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
- ① 1(1)③災害への地域と連携した対応の強化
- ② 2(1)①認知症専門ケア加算等の見直し
- ③ 2(1)②認知症に係る取組の情報公表の推進
- ④ 2(1)④認知症介護基礎研修の受講の義務づけ
- ⑤ 2(2)①看取り期における本人の意思に沿ったケアの充実
- ⑥ 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
- ⑦ 2(3)⑦退所前連携加算の見直し
- ⑧ 2(3)⑧所定疾患施設療養費の見直し
- ⑨ 2(3)⑨かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し
- ⑩ 2(4)⑦退院・退所時のカンファレンスにおける福祉用具専門相談員等の参画促進
- ⑪ 2(5)①個室ユニット型施設の設備・勤務体制の見直し
- ⑫ 3(1)①リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な推進
- ⑬ 3(1)③リハビリテーションマネジメント等の見直し
- ⑭ 3(1)⑭施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化
- ⑮ 3(1)⑮施設系サービスにおける栄養ケア・マネジメントの充実

8.(2) 介護老人保健施設

改定事項

- ⑬ 3(1)⑬多職種連携における管理栄養士の関与の強化
- ⑭ 3(2)⑤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
- ⑮ 3(3)①寝たきり予防・重度化防止のためのマネジメントの推進
- ⑯ 3(3)②褥瘡マネジメント加算等の見直し
- ⑰ 3(3)③排せつ支援加算の見直し
- ⑱ 4(1)①処遇改善加算の職場環境等要件の見直し
- ⑲ 4(1)②介護職員等特定処遇改善加算の見直し
- ㉑ 4(1)③サービス提供体制強化加算の見直し
- ㉒ 4(2)⑪介護老人福祉施設等の人員配置基準の見直し
- ㉓ 5(1)⑩介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)の廃止
- ㉔ 6①介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化
- ㉕ 6③基準費用額の見直し

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】

- 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】。
- 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】

単位数

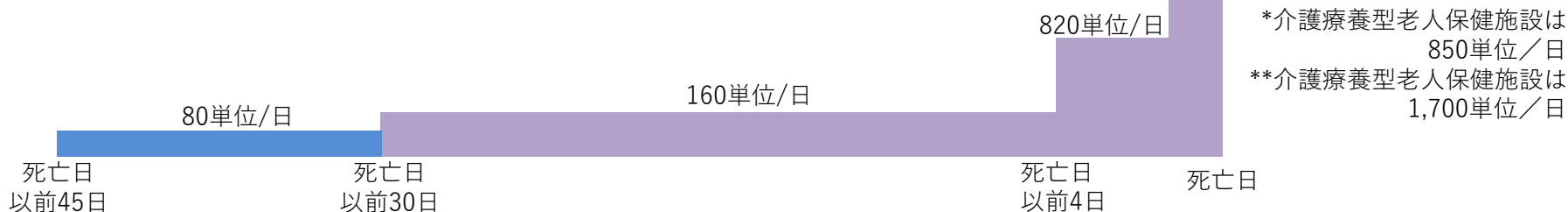
ターミナルケア加算
<現行>

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

⇒

<改定後>

死亡日45日前～31日前 80単位/日 (新設)
変更なし
死亡日30日前～4日前 160単位/日
変更なし
死亡日前々日、前日 820単位/日
変更なし
死亡日 1,650単位/日



算定要件等

- 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。
 - ・ 「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)
- 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。
 - ・ 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)⑦ 退所前連携加算の見直し

概要

【介護老人保健施設】

- 介護老人保健施設の入所者の早期の在宅復帰を促進する観点から、退所前連携加算について、現行の取組に加え、入所前後から入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し、退所後の介護サービスの利用方針を定めた場合の区分を設定する。【告示改正】
- 現行相当の加算区分については、新たな加算区分の取組を促進する観点から評価の見直しを行う。【告示改正】

単位数

<現行>

退所前連携加算 500単位

⇒

<改定後>

入退所前連携加算（Ⅰ） 600単位（新設）

入退所前連携加算（Ⅱ） 400単位（新設）

算定要件等

<入退所前連携加算（Ⅰ）>

※入所者1人につき1回を限度

イ 入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し、入所者の同意を得て、退所後の居宅サービス等の利用方針を定めること。

ロ 入所者の入所期間が1月を超え、入所者が退所し、居宅サービス等を利用する場合、入所者の退所に先立って入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対し、入所者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて居宅サービス等に必要な情報を提供し、かつ、当該居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス等の利用に関する調整を行うこと。（※現行の退所前連携加算の要件）

<入退所前連携加算（Ⅱ）>

- ・ 入退所前連携加算（Ⅰ）のロの要件を満たすこと。

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】

- 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】

算定要件等

< 現行 >

入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合に算定。

< 改定後 >

⇒ 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。

○入所者の要件

< 現行 >

- イ 肺炎の者
- ロ 尿路感染症の者
- ハ 帯状疱疹の者（抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする者に限る。）

< 改定後 >

- イ 肺炎の者
- ロ 尿路感染症の者
- ハ 帯状疱疹の者
- ニ 蜂窩織炎の者

○算定日数（所定疾患施設療養費（Ⅱ））

< 現行 >

- ・1月に1回、連続する 7日を限度

< 改定後 >

- ・1月に1回、連続する 10日を限度

※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】

2.(3)⑨ かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し

概要

【介護老人保健施設】

- かかりつけ医連携薬剤調整加算について、介護老人保健施設において、かかりつけ医との連携を推進し、継続的な薬物治療を提供する観点から、見直しを行う。【告示改正】

単位数

<現行>		<改定後>	
かかりつけ医連携薬剤調整加算	125単位	⇒	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ） 100単位（新設）
			かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） 240単位（新設）
			かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） 100単位（新設）

算定要件等

※それぞれ全ての要件を満たす必要。入所者1人につき1回を限度。退所時に所定単位数を加算

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）>

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

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）>

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

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）>

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

3.(1)③ リハビリテーションマネジメント等の見直し

概要

【介護老人保健施設、介護医療院】

- 介護老人保健施設（リハビリテーションマネジメント）及び介護医療院（特別診療費（理学療法・作業療法・言語聴覚療法）について、自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、訪問リハビリテーション等と同様に、CHASE・VISITへリハビリテーションのデータを提出しフィードバックを受けてPDCAサイクルを推進することを評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

単位数

<現行>
なし

<改定後>

⇒ リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（老健） 33単位／月（新設）
理学療法、作業療法又は言語聴覚療法に係る加算（医療院） 33単位／月（新設）

算定要件等

- 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同し、リハビリテーション実施計画を入所者又はその家族等に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理していること。
- 入所者ごとのリハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

3.(2)⑤ 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①

概要

【介護老人保健施設】

- 在宅復帰・在宅療養支援等評価指標と要件について、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能を更に推進するため、指標の取得状況等も踏まえ、以下の見直しを行う。その際、6月の経過措置期間を設ける。【告示改正】
- ・ 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職種の配置を評価する。
 - ・ 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。

算定要件等

※下線部が見直し箇所

在宅復帰・在宅療養支援等指標：下記評価項目（①～⑩）について、項目に応じた値を足し合わせた値（最高値：90）

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0	
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス 3 <u>⇒2サービス（訪問リハビリテーションを含む） 3</u>	1サービス 2 <u>⇒2サービス1</u>	0サービス 0 <u>⇒0、1サービス0</u>
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5 <u>⇒5以上（PT, OT, STいずれも配置） 5</u>	3以上 3 <u>⇒5以上 3</u>	（設定なし） <u>⇒3以上 2</u>	3未満 0
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0	
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0	
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	

3.(2)⑤ 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②

算定要件等

○ 下線部を追加

評価項目	算定要件
退所時指導等	<p>a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。</p> <p>b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日*以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月*以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p>
リハビリテーションマネジメント	<p>a: 入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。</p> <p><u>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。</u></p>
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハ	少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

1. 介護老人保健施設の概況

2. 令和3年度介護報酬改定の内容



3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況

4. 現状と課題及び論点

介護老人保健施設に関連する意見

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告(社会保障審議会介護給付費分科会 令和2年12月23日)

- 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。

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

- 介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援の機能、介護医療院の医療が必要な要介護者の長期療養・生活施設としての機能をそれぞれ更に推進していく観点から、必要な医療が引き続き提供されるよう取組を進めることが必要である。

【テーマ4】高齢者施設・障害者施設等における医療

主な課題

- (1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能について
- 2) 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、施設ごとで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

- (1) 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。

【テーマ4】高齢者施設・障害者施設等における医療

主な課題

(3) 高齢者施設等における薬剤管理について

- 高齢者施設等においては、ポリファーマシーが懸念される利用者が多くおり、また、服薬の支援・管理は施設職員の業務の中でも時間や労力を相当程度必要とするものとなっている。常勤の医師及び薬剤師の配置がある施設においては、減薬を含めた必要な取組等をさらに推進することが求められ、その他の施設等では、薬局等の薬剤師が、医師や施設職員と協働しながら、各利用者・施設の状況等に応じた薬剤管理指導を行うことで、ポリファーマシーの解消等につながると考えられ、さらなる推進が求められる。

検討の視点

(3) 高齢者施設等における薬剤管理について

- 患者の療養の場が移っても切れ目なく適切な薬物療法を継続し、ポリファーマシー等に対して必要な対応を行うためには、地域においてどのような連携体制が求められるか。

介護老人保健施設 ①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価 (令和3年度介護報酬改定後)

算定要件等

	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型 (左記以外)
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)		在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)		
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)	70以上	60以上	40以上	20以上	左記の要件を満たさない
退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

在宅復帰・在宅療養支援等指標：

下記評価項目(①～⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値(最高値:90)

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0	
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス(訪問リハビリテーションを含む) 3	2サービス 1	0、1サービス
⑥リハ専門職の配置割合	5以上(PT、OT、STいずれも配置) 5	5以上 3	3以上 2	3未満 0
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0	
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0	
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	

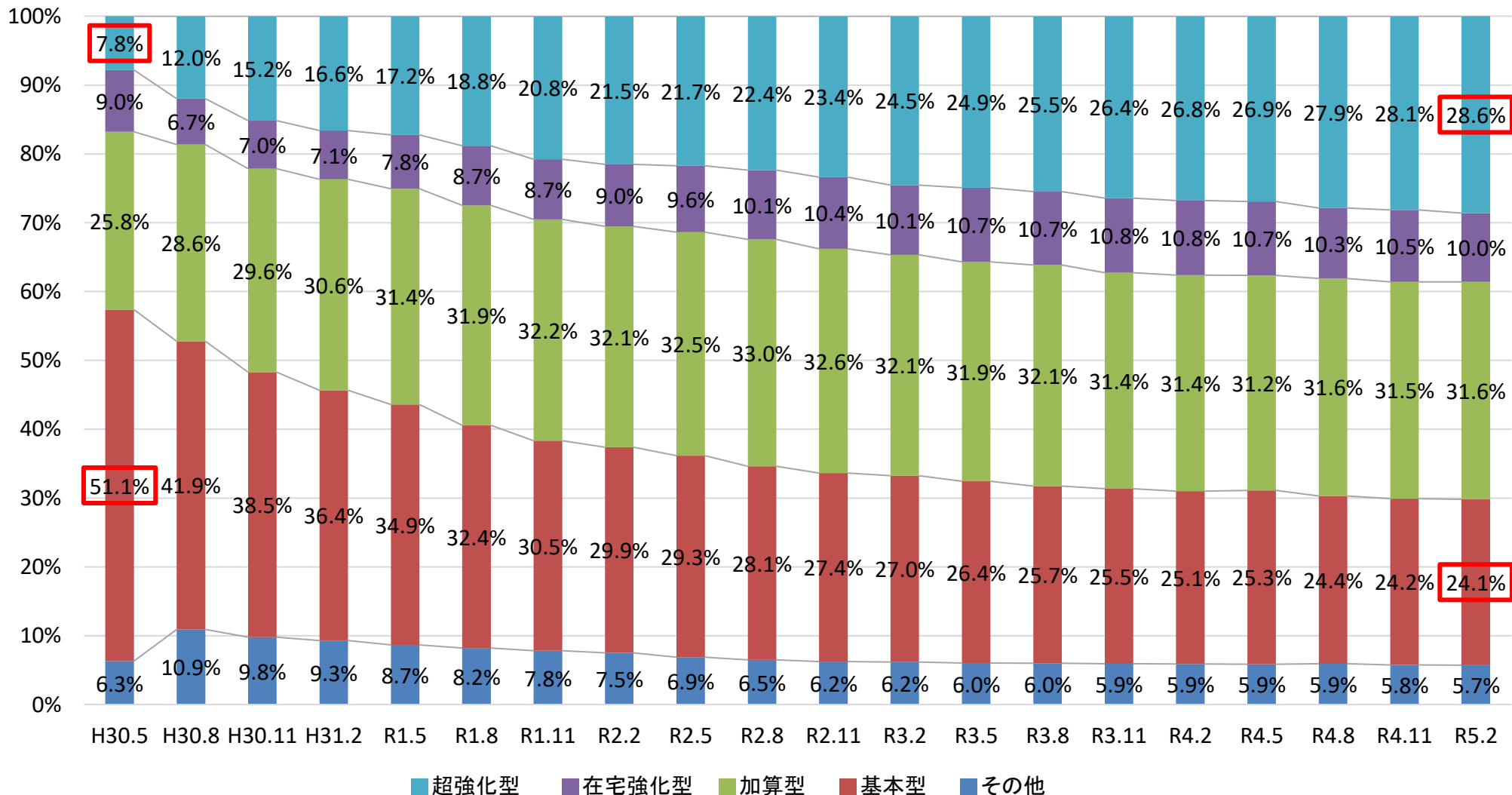
評価項目	算定要件
退所時指導等	<p>a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。</p> <p>b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p>
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハ	少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

※要介護4・5については、2週間。

介護老人保健施設の基本サービス費類型の推移

- 超強化型について、平成30年5月時点の7.8%から令和5年2月時点で28.6%に増加した。
- 基本型について、平成30年5月時点の51.1%から令和5年2月時点で24.1%に減少した。

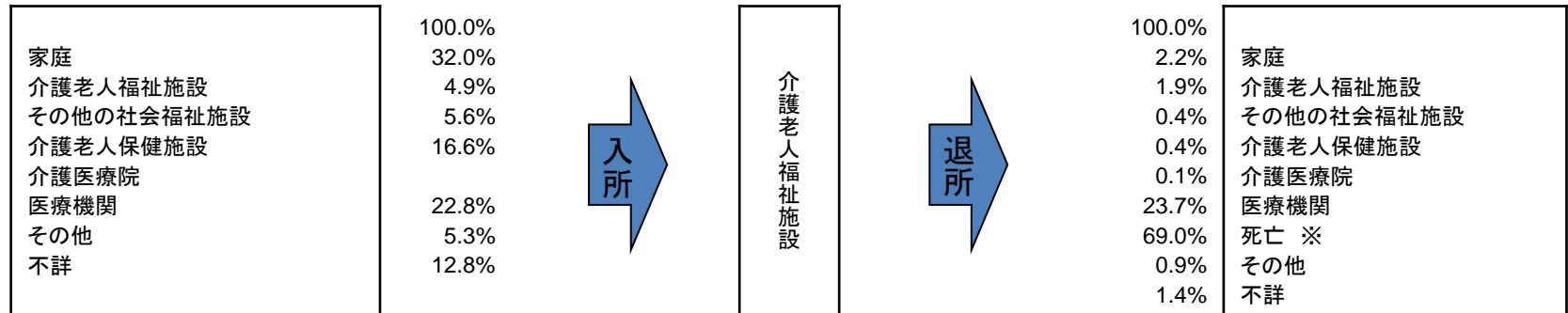
介護老人保健施設の施設類型の推移



(注) 介護保険総合データベースを元に老健局老人保健課において集計

介護保険三施設における入所者・退所者の状況

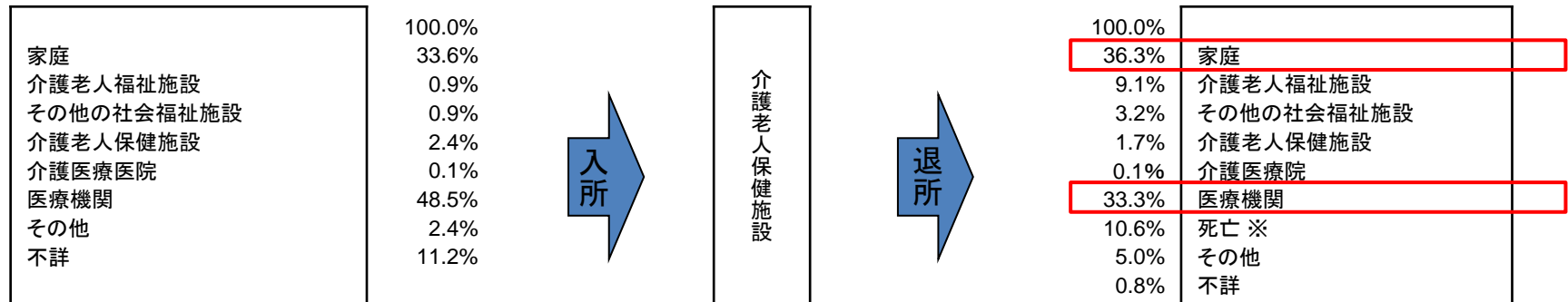
(退所者数:8,018人)



平均在所日数: 1177.2日(1284.5日)

※死亡の内訳として、施設内での死亡が65.1%、入院先での死亡が34.9%

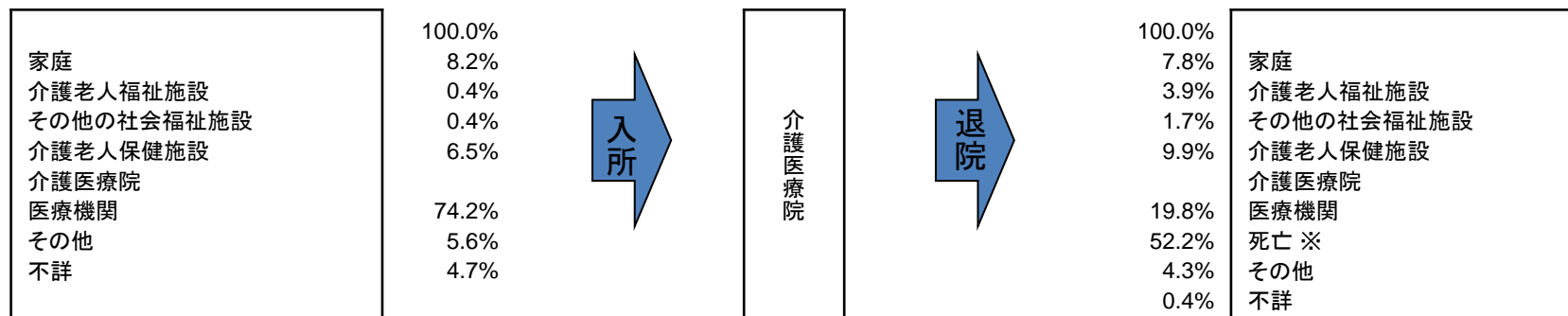
(退所者:23,106人)



平均在所日数 309.7日(299.9日)

※死亡の内訳として、施設内での死亡が92.9%、入院先での死亡が7.1%

(退所者:1,184人)



平均在所日数 189.1日

※死亡の内訳として、施設内での死亡が100%

介護老人保健施設の利用者における疾病状況について

- 入所時の該当する疾病の割合は、「高血圧」が最も多く、ついで「認知症」であった。
- 入所時の主病名の割合は、「認知症」が最も多く、ついで「脳卒中」であった。

入所時の該当する傷病名別割合 (n=710)

* 複数回答

単位(%)

	老健 (n=710)
高血圧	42.5
脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	29.0
心臓病	25.8
糖尿病	15.9
高脂血症(脂質異常症)	7.5
呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等)	11.0
胃腸・肝臓・胆のう疾患	8.3
腎疾患	9.3
前立腺疾患	4.1
筋骨格系の疾患(骨粗しょう症、関節症等)	21.5
外傷(転倒・骨折等)	22.3
がん (新生物)	9.4
血液・免疫疾患	2.1
うつ病・精神疾患	4.6
認知症 (アルツハイマー病等)	39.7
パーキンソン病	3.5
眼科疾患	6.8
耳鼻科疾患	0.3
歯科疾患	0.0
その他の難病	1.3
その他	15.5
ない	0.1
エラー・無回答	7.7

入所時の主な傷病名別割合 (n=710)

単位(%)

	老健 (n=710)
高血圧	4.9
脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	14.5
心臓病	6.9
糖尿病	2.7
高脂血症(脂質異常症)	0.0
呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等)	2.7
胃腸・肝臓・胆のう疾患	1.5
腎疾患	1.5
前立腺疾患	0.3
筋骨格系の疾患(骨粗しょう症、関節症等)	4.9
外傷(転倒・骨折等)	7.5
がん (新生物)	2.0
血液・免疫疾患	0.4
うつ病・精神疾患	1.8
認知症 (アルツハイマー病等)	19.6
パーキンソン病	1.7
眼科疾患	0.1
耳鼻科疾患	0.0
歯科疾患	0.0
その他の難病	0.4
その他	3.1
ない	0.3
エラー・無回答	23.1

施設内で提供可能な医療

【施設内で提供可能な医療の割合】

- 「経鼻経管栄養」について、老健では41.7%、介護医療院では93.7%、特養では28.7%であった。
- 「24時間持続点滴」について、老健では39.9%、介護医療院では82.4%、特養では5.7%であった。
- 「喀痰吸引(1日8回以上)」について、老健では50.3%、介護医療院では83.7%、特養では24.1%であった。
- 「酸素療養(酸素吸入)」について、老健では66.1%、介護医療院では90.5%、特養では53.9%であった。
- 「持続モニター(血圧、心拍、酸素飽和度)」について、老健では31.6%、介護医療院では83.3%、特養では7.6%であった。

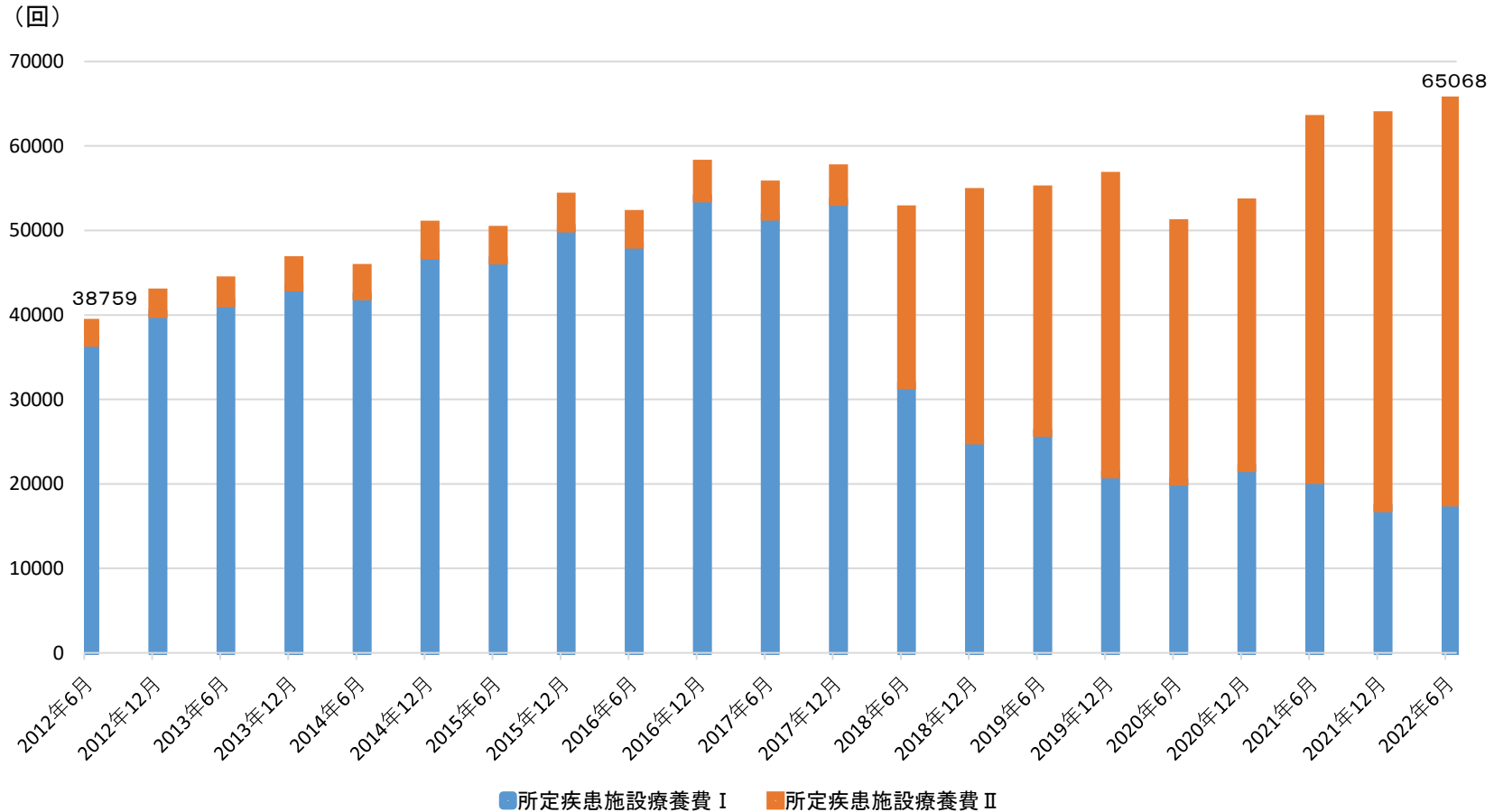
図表23 施設内で提供可能な医療の割合(複数回答可)

	単位 (%)					単位 (%)			
	老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)		老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)
胃ろう・腸ろうによる栄養管理	93.4	97.3	90.4	93.5	抗菌薬	61.5	82.4	27.8	85.8
経鼻経管栄養	41.7	93.7	28.7	94.3	昇圧薬	24.7	57.9	7.2	73.7
中心静脈栄養	7.8	48.0	2.2	81.4	皮内、皮下及び筋肉注射(インスリン注射を除く)	62.6	84.6	39.3	92.7
24時間持続点滴	39.9	82.4	5.7	91.5	簡易血糖測定	88.2	92.8	62.4	94.3
カテーテル(尿道カテーテル・コンドームカテーテル)の管理	91.7	92.3	81.1	95.1	インスリン注射	86.8	91.9	69.1	95.5
ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	84.8	84.6	70.2	87.9	疼痛管理(麻薬なし)	68.1	69.2	42.4	83.8
喀痰吸引(1日8回未満)	87.6	95.9	73.5	93.9	疼痛管理(麻薬使用)	19.5	46.2	15.7	76.5
喀痰吸引(1日8回以上)	50.3	83.7	24.1	91.5	内服薬・座薬・貼付薬	73.3	69.7	55.7	85.4
ネブライザー	45.7	72.4	22.8	88.7	点滴薬	50.6	53.4	25.2	74.9
酸素療法(酸素吸入)	66.1	90.5	53.9	92.7	創傷処置	87.1	92.8	78.5	95.1
鼻カスラ	63.8	87.3	52.0	88.3	褥瘡処置	93.4	93.7	87.0	97.2
マスク	58.3	82.4	37.6	87.4	浣腸	88.8	90.5	81.5	95.5
リザーバー付きマスク	17.2	46.6	8.7	63.6	摘便	92.8	95.0	86.7	93.9
気管切開のケア	23.3	50.2	2.6	79.8	導尿	81.3	88.2	55.9	93.5
人工呼吸器の管理	3.2	13.6	0.4	49.8	膀胱洗浄	58.0	81.9	38.3	86.6
挿管	1.7	13.1	0.2	44.9	持続モニター(血圧、心拍、酸素飽和度等)	31.6	83.3	7.6	91.9
マスク式(NPPV等)	7.2	14.9	1.1	47.8	リハビリテーション	80.5	89.6	30.0	85.0
静脈内注射(点滴含む)	60.6	81.9	32.0	87.9	透析	8.9	7.7	9.8	25.1
電解質輸液	63.2	86.4	34.6	87.4	その他	1.4	5.4	0.2	11.3

所定疾患施設療養費の算定状況

○ 介護老人保健施設における所定疾患施設療養費の算定回数は増加傾向

■ 所定疾患施設療養費の算定状況の推移



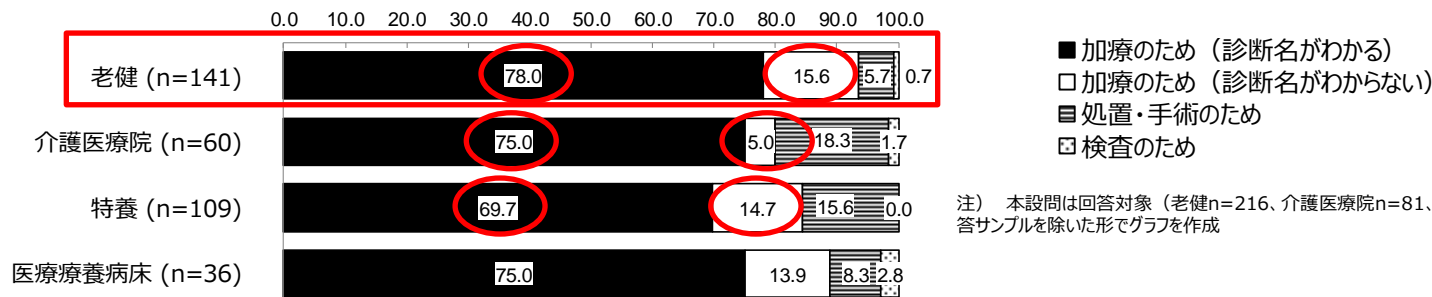
出典:介護保険総合データベースを元に老人保健課で集計

退所・退院先が病院・診療所の場合の退所・退院理由

【退所・退院先が病院・診療所の場合の退所・退院理由】

- 退所・退院理由については、「加療のため(診断名がわかる)」が老健では78.0%、介護医療院では75.0%、特養では69.7%、「加療のため(診断名がわからない)」は老健では15.6%、介護医療院では5.0%、特養では14.7%であった。
- 退所・退院理由が「加療のため(診断名がわかる場合)」と回答した場合、その診断名は、「肺炎」が老健では26.4%、介護医療院では17.8%、特養では31.6%であった。

図表27 退所・退院先が病院・診療所の場合、退所・退院理由(複数回答可) (%)



注) 本設問は回答対象(老健n=216、介護医療院n=81、特養n=152)であるが、無回答サンプルを除いた形でグラフを作成

図表28 加療のため(診断名がわかる場合)(複数回答可)

	老健 (n=110)	介護医療院 (n=45)	特養 (n=76)	医療療養病床 (n=27)
肺炎	26.4	17.8	31.6	18.5
尿路感染症	4.5	6.7	5.3	7.4
骨折	10.9	8.9	1.3	7.4
脳血管疾患	6.4	11.1	5.3	7.4
心疾患	13.6	13.3	13.2	11.1
認知症による精神症状の増悪	2.7	2.2	5.3	7.4
脱水症	5.5	4.4	6.6	3.7
新型コロナ	9.1	2.2	6.6	14.8
その他	36.4	42.2	40.8	33.3

図表29 加療のため(診断名がわからない場合)(複数回答可)

	老健 (n=22)	介護医療院 (n=3)	特養 (n=16)	医療療養病床 (n=5)
発熱	50.0	100.0	31.3	40.0
呼吸困難	27.3	0.0	12.5	20.0
胸痛	0.0	0.0	0.0	0.0
腹痛	4.5	0.0	0.0	0.0
意識障害	22.7	0.0	25.0	20.0
血圧低下	9.1	0.0	6.3	0.0
その他	36.4	0.0	62.5	40.0

注) n数が少ないため参考値。

介護施設・福祉施設からの入院患者

意見交換 資料－5参考－1
R 5 . 3 . 1 5

○ 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。

○ 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

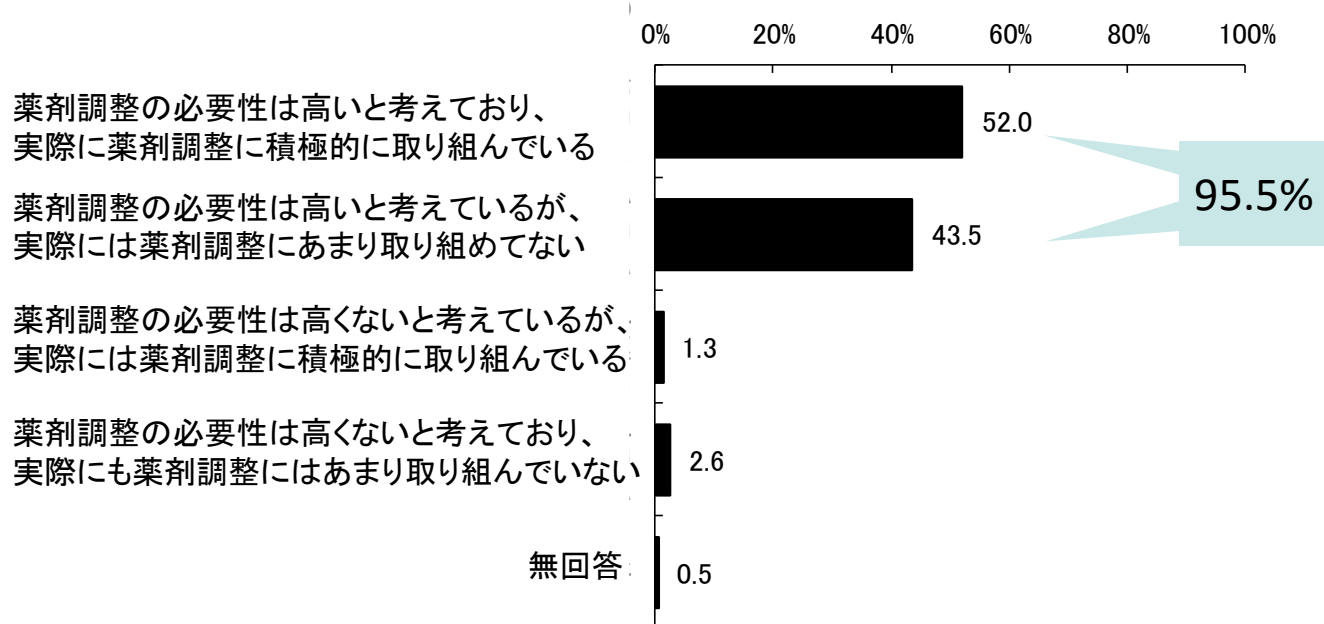
NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	19,054	3.9%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	17,052	3.5%
7	N10	急性尿管間質性腎炎	13,606	2.8%
8	U071	2019年新型コロナウイルス急性呼吸器疾患	12,850	2.6%
9	E86	体液量減少 (症)	10,588	2.1%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	7,490	1.5%
11	I509	心不全, 詳細不明	7,162	1.5%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%
14	L031	(四) 肢のその他の部位の蜂巣炎 <蜂窩織炎>	4,553	0.9%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%
18	I634	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	3,845	0.8%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%
20	K810	急性胆のう <嚢> 炎	3,625	0.7%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ5	2,839	0.6%
24	K805	胆管炎及び胆のう <嚢> 炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
30	K562	軸捻 (転)	2,379	0.5%
31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
33	N12	尿管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
34	I610	(大脳) 半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
36	G20	パーキンソン < Parkinson > 病	1,844	0.4%
37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
42	K800	急性胆のう <嚢> 炎を伴う胆のう <嚢> 結石	1,470	0.3%
43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%

介護老人保健施設における薬剤調整の取組状況

○ 薬剤調整の必要性に対する意識と取組状況について、薬剤調整の必要性を高いと考える施設は、全体の95.5%であったが、実際に積極的に取り組んでいる施設は約半数に留まっている。

○ 薬剤調整の必要性に対する意識と取組状況 (N=379)



かかりつけ医連携薬剤調整加算

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

単位等

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

算定要件等

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）>

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

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）>

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

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）>

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

かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定状況

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

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

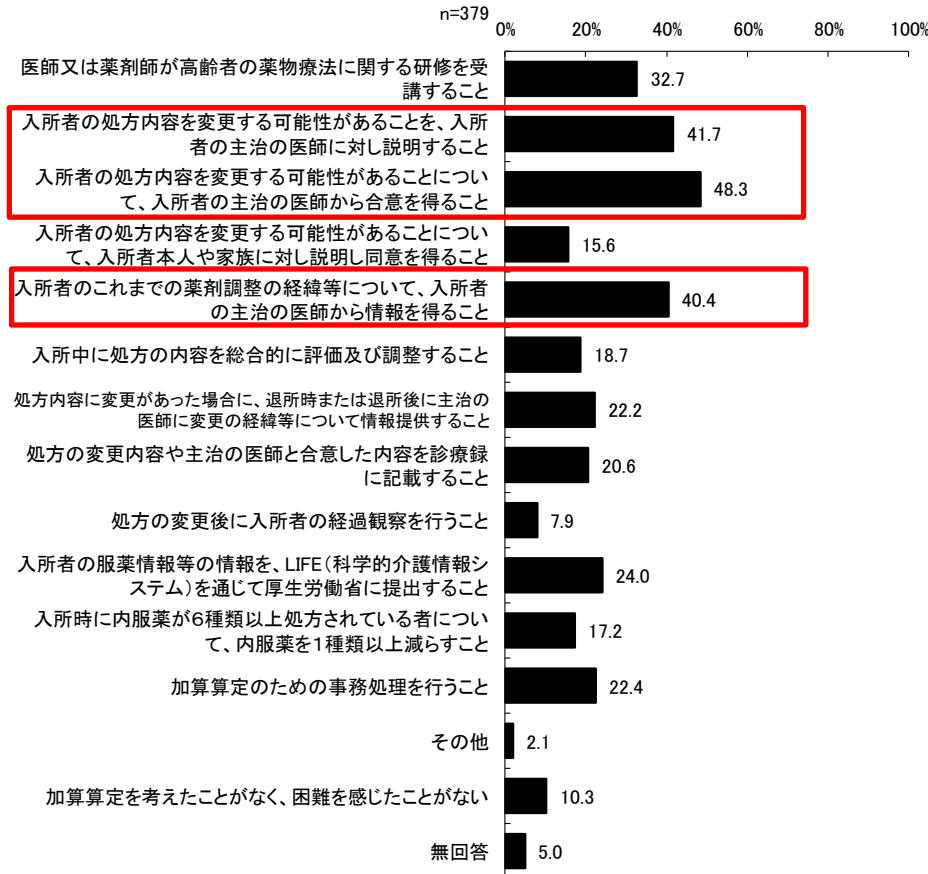
(注2) 「算定率(回数ベース)」は、各加算の回数÷総回数により求めたもの。

(注3) 「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定が困難な理由

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

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



介護老人保健施設における高額な薬剤費の影響について

○ 薬剤費が高額であることが理由で、介護老人保健施設の入所に困難を生じている場合がある。

入所受け入れを断ったケースにおける断った最大の要因(原因疾患別)

	n	空床がない	医療依存 度が高すぎ る	医薬品代 等が高額	処置・管理 の手間が かかる	人手不足	認知症の 周辺症状 が著しい	退所の目 途が立たな い	看取りが予 想されるた め	疾患(難病 等)に対す る経験が少 ない	その他
脳梗塞	111	24%(27)	24%(27)	12%(13)	4%(4)	1%(1)	14%(16)	1%(1)	1%(1)	1%(1)	18%(20)
アルツハイマー型 認知症	102	22%(22)	13%(13)	2%(2)	1%(1)	3%(3)	50%(51)	1%(1)		2%(2)	7%(7)
悪性新生物	48	2%(1)	58%(28)	15%(7)			2%(1)		8%(4)	4%(2)	10%(5)
慢性呼吸器感染症	46	9%(4)	50%(23)	7%(3)	9%(4)	2%(1)	4%(2)		7%(3)		13%(6)
糖尿病	44	9%(4)	39%(17)	23%(10)	7%(3)		11%(5)				11%(5)
慢性心不全	39	8%(3)	49%(19)	18%(7)	3%(1)	3%(1)	5%(2)	5%(2)		5%(2)	5%(2)
脳出血	19	24%(7)	31%(9)	7%(2)		3%(1)	10%(3)	10%(3)			14%(4)
大腿骨骨折(手術)	27	22%(6)	26%(7)	4%(1)			22%(6)	7%(2)	4%(1)		15%(4)
パーキンソン病	26	12%(3)	38%(10)	27%(7)							23%(6)
腎不全(慢性・急性を 含む)	24	17%(4)	54%(33)	8%(2)	4%(1)	4%(1)					13%(3)

介護老人保健施設・介護医療院入所者について算定できる医薬品等

意見交換
資料 - 1 参考
R 5 . 4 . 1 9

内服薬及び外用薬

昭和63年度

腫瘍用薬

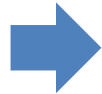


平成20年度

抗悪性腫瘍剤

医療用麻薬

抗ウイルス剤



平成30年度

抗悪性腫瘍剤

医療用麻薬

抗ウイルス剤

注射及び注射薬

平成12年度

エリスロポエチン



平成20年度

エリスロポエチン

ダルベポエチン

抗悪性腫瘍剤

医療用麻薬

インターフェロン

抗ウイルス剤

血友病治療薬



平成30年度

外来化学療法加算

静脈内注射*

動脈注射*

抗悪性腫瘍剤局所持続
注入*

肝動脈塞栓を伴う局所持
続注入*

点滴注射*

中心静脈注射*

植込型カテーテルによる
中心静脈注射*

エリスロポエチン

ダルベポエチン

抗悪性腫瘍剤

医療用麻薬

インターフェロン

抗ウイルス剤

血友病治療薬

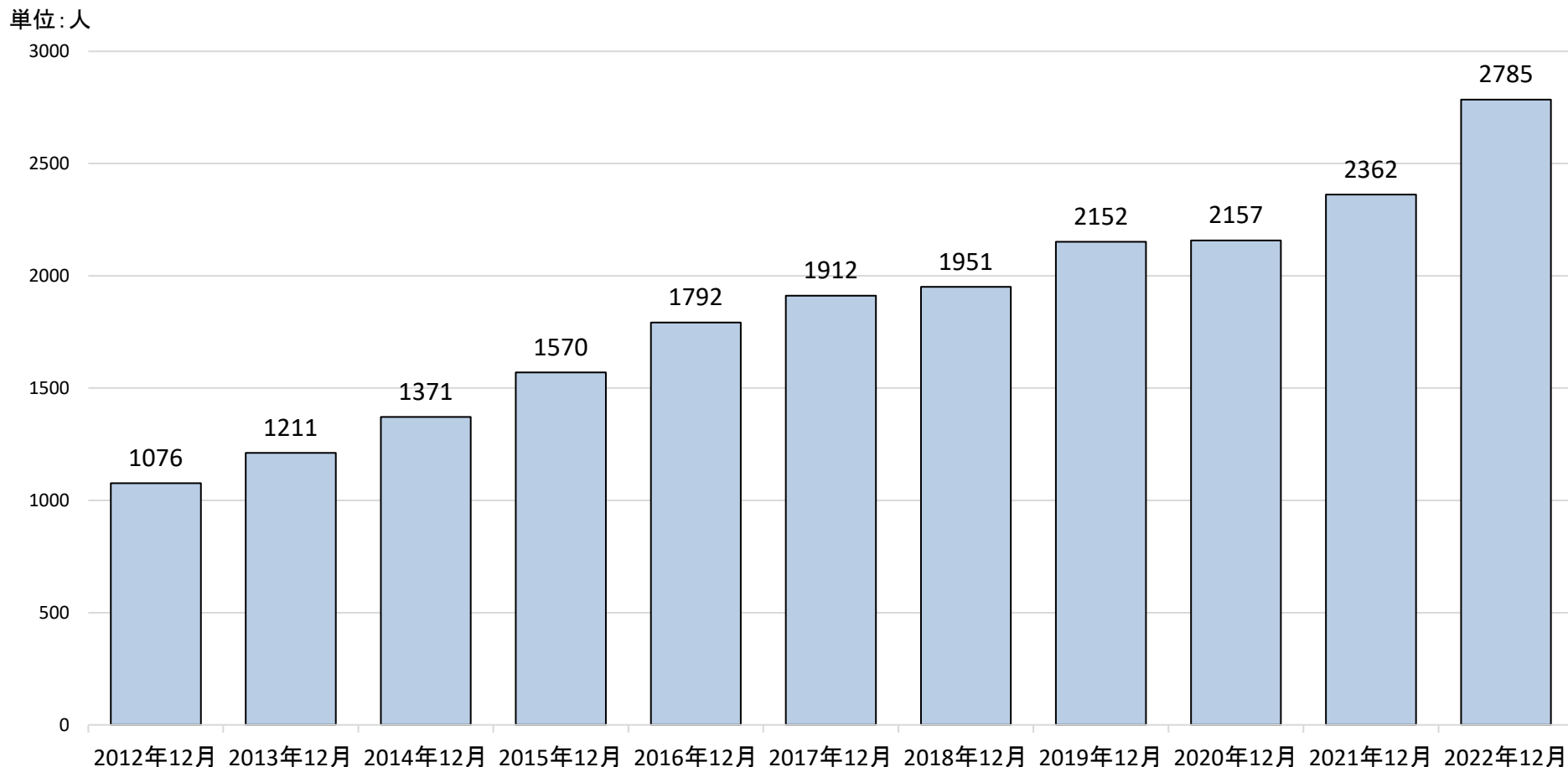
*外来化学療法加算を算定するものに限る。

介護老人保健施設におけるターミナルケア加算の算定状況

意見交換
資料 - 1 参考 (一部改変)
R 5 . 5 . 1 8

○ 介護老人保健施設におけるターミナルケア加算の算定人数は増加傾向

■ 介護老人保健施設におけるターミナルケア加算の算定人数の推移



※各月に少なくとも1日ターミナルケア加算を算定した人数を集計。2021年度以降は、当該月において死亡前31日～45日前における加算のみを算定した者は除く。

介護老人保健施設における短期集中リハビリテーション実施加算

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

単位等

- 短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日 入所後3月以内

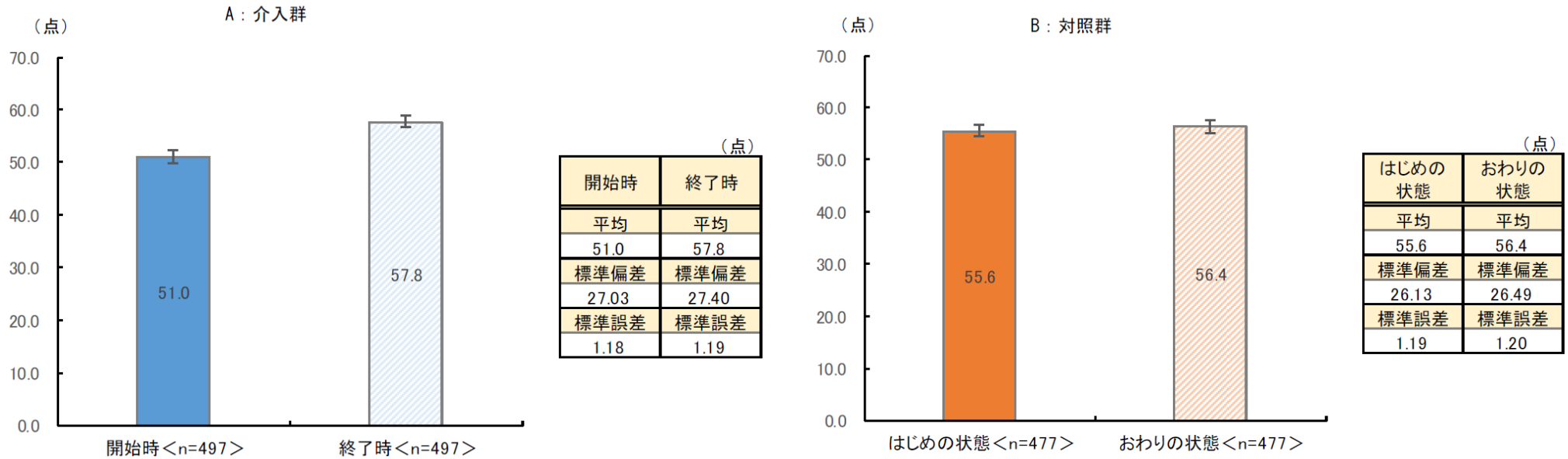
算定要件等

- 医師、または医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士が、入所した日から起算して3月以内の期間に、20分以上の個別リハビリテーションを1週につきおおむね3日以上、実施すること。
- 当該入所者が過去3月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがないこと。ただし、4週間以上の入院後に再入所し、短期集中リハビリテーションの必要が認められる場合と、4週間未満の入院後に再入所し、脳梗塞等の状態である場合を除く。

短期集中リハビリテーションについて

○ 短期集中リハビリテーションの実施により、ADLの改善を認めた。

各群におけるBarthel Index総得点の比較



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

介護老人保健施設において活用されている評価指標

○ 介護老人保健施設では、認知症高齢者の日常生活自立度、HDS-R、Barthel Index、障害高齢者の日常生活自立度が約9割と多く活用されていた。

身体機能に関連した評価指標

握力	80%
TUG (Timed Up and Go Test)	77%
BMI	71%
10m歩行テスト	45%
6分間歩行距離	23%
CS30 (30秒椅子立ち上がりテスト)	18%
FAC (Functional Ambulation Categories)	4%

認知・精神機能に関連した評価指標

認知症高齢者の日常生活自立度	95%
HDS-R (長谷川式認知症スケール)	92%
MMSE (Mini Mental State Examination)	52%
Vitality Index	29%
DBD-13 (Dementia Behavior Disturbance scale -13)	20%
SLTA(Standard Language Test of Aphasia)	15%
リバーミード行動記憶検査 (Rivermead Behavioural Memory Test)	2%
CDR (Clinical Dementia Rating)	0%
NPI-Q (NPI-Brief Questionnaire Form)	0%

活動・参加に関連した評価指標 (包括的指標も含む)

BI (Barthel Index)	90%
障害高齢者の日常生活自立度	87%
FIM (Functional Independence Measure)	45%
ICF ステージング	33%
FAI (Frenchay Activities Index)	15%
Lawtonの手段的日常生活動作尺度	13%
生活行為の作業工程分析(作業遂行アセスメント表)	8%
老研式活動能力指標	7%
LSA (Life Space Assessment)	2%
Ability for Basic Movement Scale	1%
CHART (Craig Handicap Assessment and Reporting Technique)	1%
CIQ (Community Integration Questionnaire)	0%
SF-36 (MOS 36-Item Short-Form Health Survey)	0%
WHODAS2.0 (The World Health Organization Disability Assessment Schedule)	0%

介護老人保健施設における認知症短期集中リハビリテーション実施加算

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

単位等

- ・ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日

注 入所の日から起算して3月以内の期間に限り, 1週に3日を限度とする

算定要件等

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

※厚生労働大臣が定める施設基準

→施設基準・五十八

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

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

認知症リハビリテーションに関連する意見

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

2. ② 認知症に対するリハビリテーションの推進

【現状と課題】

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

【今後に向けた提言】

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

日々の暮らしにつなげる認知症リハビリテーション実践ガイド

認知症リハビリテーションの目標

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

認知症リハビリテーションで重視される視点

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

在宅復帰に向けての支援

✓ 家族支援の重要性

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

✓ 家族に対するリハビリテーションや介護の指導

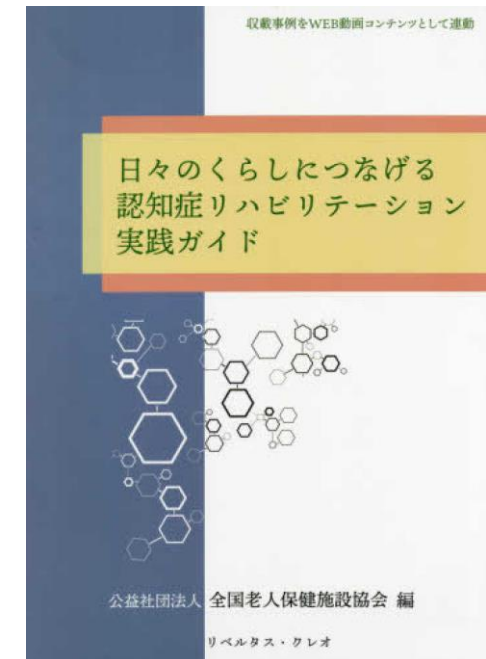
指導は退所前にのみ行うのではなく、入所時から行い、退所時には家族が習熟することが望まれる。

✓ リハビリテーション開始前の生活環境アセスメント

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

✓ 退所前の生活環境アセスメント

退所前には、在宅の環境を再度アセスメントし、必要な住宅改修を実施する。



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

1. 介護老人保健施設の概況
2. 令和3年度介護報酬改定の内容
3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況
- ▶ 4. 現状と課題及び論点

介護老人保健施設の現状と課題

<現状と課題>

- 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指す施設。
- 請求事業所数、受給者数は平成30年度から令和3年度までわずかに減少傾向、費用額は平成31年度から令和3年度まで横ばい。
- 収支差率は、令和元年が2.4%、令和2年が2.8%、令和3年が1.9%と推移している。
- 前回の令和3年度介護報酬改定では、主に以下を実施した。
 - ①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
 - ②介護老人保健施設における看取りへの対応の充実
 - ③退所前連携加算の見直し
 - ④所定疾患施設療養費の見直し
 - ⑤かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し
 - ⑥リハビリテーションマネジメント等の見直し

<現状と課題>

- 介護老人保健施設（以下、老健）の基本報酬については、平成30年度改定において、在宅復帰・在宅療養支援等評価指標を3段階評価から5段階評価に見直しを行った。令和3年度改定では在宅復帰・在宅療養支援等評価指標の一部見直し（訪リハ事業所の併設の評価、PT・OT・STがいずれも配置されていることの評価等）を行った。
- 平成30年度の見直し後より超強化型の割合が増えており、直近では約3割が超強化型となっている。
- 同時報酬改定に向けた意見交換会においては、高齢者施設の医療提供機能について、まずは自施設の職員による対応力の向上を図った上で、自施設で対応可能な範囲を超えた場合に外部の医療機関と連携して対応にあたるべきと指摘されている。
- 老健における医療提供機能の評価には、肺炎等に対する治療管理を評価する報酬として、所定疾患療養費があり、令和3年度改定では、対象疾患の拡大、算定日数の延長を行っており、医療ニーズへの対応力強化を図ってきた。一方で、酸素療法（酸素吸入）を行うことが可能な施設が約66%、喀痰吸引（1日8回以上）が約50%、経鼻経管栄養が約42%であるなど、施設間で提供可能な医療については差があるという報告がある。
- また、利用者のかかりつけ医と連携し、薬剤を減らす取組を評価するかかりつけ医連携加算の算定率は1.6%～5.8%と低く、算定が困難な理由として、「入所者の処方内容を変更する可能性があることについて、入所者の主事の医師からの合意を得ること」等の理由が挙げられている。また、薬剤調整の必要性は高いと考えるが、実際に薬剤調整にあまり取り組めていないと答える施設は43.5%であった。
- さらに、薬剤費が高額であることが理由で、老健の入所に困難を生じている場合がある。
- 老健における看取りについて、近年ターミナルケア加算の算定回数は増加傾向となっている。ターミナルケア加算については、令和3年度改定において、他のサービスと共通の改定として、死亡日以前30日前からの算定に加え、死亡前31日～45日の区分を設けられたところである。

<現状と課題>

- 老健におけるリハビリテーションについて、老健入所直後は、集中的なリハビリテーションにより比較的大きくADLが改善することが示されている。様々な評価指標が使用されている中、評価指標の設定を含め、老健において効果的なリハビリテーションが更に促進されるよう検討を行う必要がある。
- また、認知症リハビリテーションについては、現在一部の認知症リハビリテーションでは学習療法や記憶訓練等に比重が偏っており、廃用予防や活動・参加につながる訓練をすべきであるとの指摘がされている。
- 認知症リハビリテーションのガイドラインでは、「在宅復帰を目標とするリハビリテーションでは、在宅での生活環境をリハビリテーション開始前にアセスメントし、環境に合わせてリハビリテーションを実施することが重要」とされている。

< 論点 >

- 介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の促進に向け、医療ニーズへの対応力の強化、看取りへの対応の充実、リハビリテーションの充実、適切な薬剤調整の推進等の観点からどのような方策が考えられるか。