

出國報告（出國類別：考察）

日本高齡者口腔照護政策及實務參訪

服務機關：衛生福利部口腔健康司

姓名職稱：賴向華副司長

派赴國家：日本

出國期間：112年3月23日至27日

報告日期：112年4月27日

摘要

日本牙醫界長期執行高齡者口腔醫療照護模式已頗獲成效，為與日本牙醫界交流口腔保健政策與規範，社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙醫師全聯會)於 112 年 3 月 23 至 27 日辦理日本參訪行程。

本次參訪首先拜會日本牙醫師公會，該公會特別邀請同為牙醫師的比嘉奈津美參議員一同參與交流座談。後續另參訪東京醫科齒科大學大學院口腔再生再建分野、植牙學科、先端齒科診療中心、東京都大田區役所—蒲田地域廳舍及大田區立特別養護老人之家 Tamagawa 等學校及機構。牙醫師全聯會並辦理座談會，由守谷市牙醫師公會前會長/中華民國僑務委員會委員中里憲文先生擔任講座與臺灣參訪醫師們討論日本介護保險、在宅醫療申請、執行內容及申報流程以供借鏡。最後參訪牙科器材生產工廠，日本 NSK 株式会社ナカニシ的 AI 工廠與總公司。

目錄

壹、	目的.....	4
貳、	過程.....	4
參、	心得及建議.....	10
肆、	活動照片	11
附錄.....		16

壹、目的

高齡者健康與口腔狀況息息相關，不僅影響營養之攝取，更有研究指出口腔與多項疾病有共病關係，因此口腔照護的提升將可減少未來整體醫療的成本支出。日本長期執行老人口腔照護政策，為牙醫界長照制度仿效之楷模，近年來全球對於口腔保健的維護及治療因 Covid-19 而有所調整，擬藉此參訪機會與日本牙醫師探討及交流照顧經驗，對比臺灣國民醫療需求及政府資源，可為後續相關政策規劃參考。

貳、過程

一、行程簡介

日期	時間	行程
3/23 (四)	09:30-13:25	日本航空 96 松山→羽田
	16:00-17:00	拜會日本牙醫師公會 地址：東京都千代田区九段北 4 丁目 1-20
	18:00-20:00	拜會晚宴 — 八芳園 地址：東京都港区白金台 1-1-1，本館 3 樓
3/24 (五)	09:30-11:00	參訪東京醫科齒科大學大學院口腔再生再建分野、植牙學科、先端齒科診療センター 地址：東京都文京区湯島 1 丁目 5
	13:00-16:00	參訪東京都大田區役所—蒲田地域庁舎 地址：大田区蒲田本町二丁目 1 番 1 号 特別養護老人ホームたまがわ 地址：大田区下丸子四丁目 23 番 1 号
3/25 (六)		參觀日本國會議事堂 地址：東京都千代田区永田町 1 丁目 7-1
3/26 (日)	11:00-13:30	座談會-旅日台醫人參與長照現狀 守谷市牙醫師公會前會長/中華民國僑務委員會委員—中里憲文
3/27 (一)	09:30-11:00	參訪日本 NSK 株式会社ナカニシ A1 工廠 地址：栃木県鹿沼市深程 990-22 總公司 地址：栃木県鹿沼市下日向 700
	11:00-13:00	NSK 社招待午宴
	18:15-20:55	日本航空 99

二、參訪團團員名單及拜訪名單

團員名單

序號	單位	姓名	職稱
1.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	陳彥廷	理事長
2.	衛生福利部口腔健康司	賴向華	副司長
3.	國立陽明交通大學	洪善鈴	牙醫學院代理院長
4.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	蔡珍重	常務理事 國際事務委員會主任委員
5.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	林鎰麟	常務理事 法令制度委員會主任委員
6.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	彭啓清	理事 特殊需求者口腔照護委員會主任委員
7.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	吳永隆	理事
8.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	李文勝	理事
9.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	黃立賢	監事召集人
10.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	張焱焯	監事
11.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	陳明道	國際副主委
12.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	陳麗娟	國際委員
13.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	蔡慧玲	國際委員
14.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	林希融	國際委員
15.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	李建雄	國際委員
16.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	黃天昭	法律顧問
17.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	周彥儒	執行副秘書長
18.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	廖秋英	主任
19.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	劉芳穎	國際會務人員

拜訪名單

序號	單位	姓名	職稱
1.	日本齒科醫師公會	堀 憲郎	會長
2.	日本齒科醫師公會	佐藤 保	副會長
3.	日本齒科醫師公會	瀨古口精良	專務理事
4.	日本齒科醫師公會	尾松素樹	常務理事
5.	日本齒科醫師公會事務局學術課	諸岡	課長
6.	日本齒科醫師公會事務局學術課	飯田	係長
7.	臺北駐日經濟文化代表處	蔡明耀	公使
8.	國會參議院	比嘉 奈津美	參議員
9.	國會參議院	岡田英	參議員秘書
10.	千葉縣齒科醫師公會	牧口哲英	副會長
11.	蒲田齒科醫師公會	佐藤充宏	會長
12.	日本中華聯合總會	毛利友次	名譽會長
13.	日本中華聯合總會	新垣句子	名譽會長
14.	中華民國僑務委員會	大山青峰	僑務委員
15.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	廣內世英	會務顧問
16.	中華民國牙醫師公會全國聯合會	陳賢群	會務顧問
17.	東京医科歯科大学病院	新田浩	首席副病院長
18.	東京医科歯科大学病院 先端歯科診療センター	水口俊介	センター長
19.	東京医科歯科大学院医歯学総合研究科 口腔再生再建学分野	丸川 恵理子	教授
20.	東京医科歯科大学植牙部	塩田真	博士
21.	大田区福祉部介護保険課介護保険	森田治樹	課長
22.	大田区健康医療制作部健康づくり課	真砂美	監物

	齒科衛生		
23.	大田区福祉部介護保険課介護保険	梅原千晶	係長
24.	大田区立特別養護老人ホームたまがわ	本間秀樹	施設長
25.	大田区立特別養護老人ホームたまがわ	矢嶋利成	施設長
26.	中華民國僑務委員會	中里憲文	僑務委員
27.	株式会社ナカニシ NAKANISHI INC.		

三、行程內容說明

(一) 112年3月23日(四)

1. 拜會日本牙醫師公會：

日本牙醫師公會由堀憲郎會長、佐藤副會長、瀨古口專務理事、尾松常務理事、諸岡課長、飯田係長等人接待參訪團，並特別邀請同為牙醫師出身的比嘉奈津美參議員一同參與交流，期能透過本次拜訪搭起臺日穩固的友誼橋樑。牙醫師全聯會長期以不同的形式與日本牙醫界交流，如參與日本學校齒醫會、日本老年齒科醫學會年會或辦理臺日交流論壇、口腔健康國際學術大會，互相分享及傳遞口腔醫學治療經驗及知識，提升兩國的口腔保健水準。日本牙醫師公會並表示願意與牙醫師全聯會長期合作，建立更堅穩的連結網絡並藉由討論未來合作方向與計畫，成為口腔健康推進的好夥伴。

2. 拜會晚宴

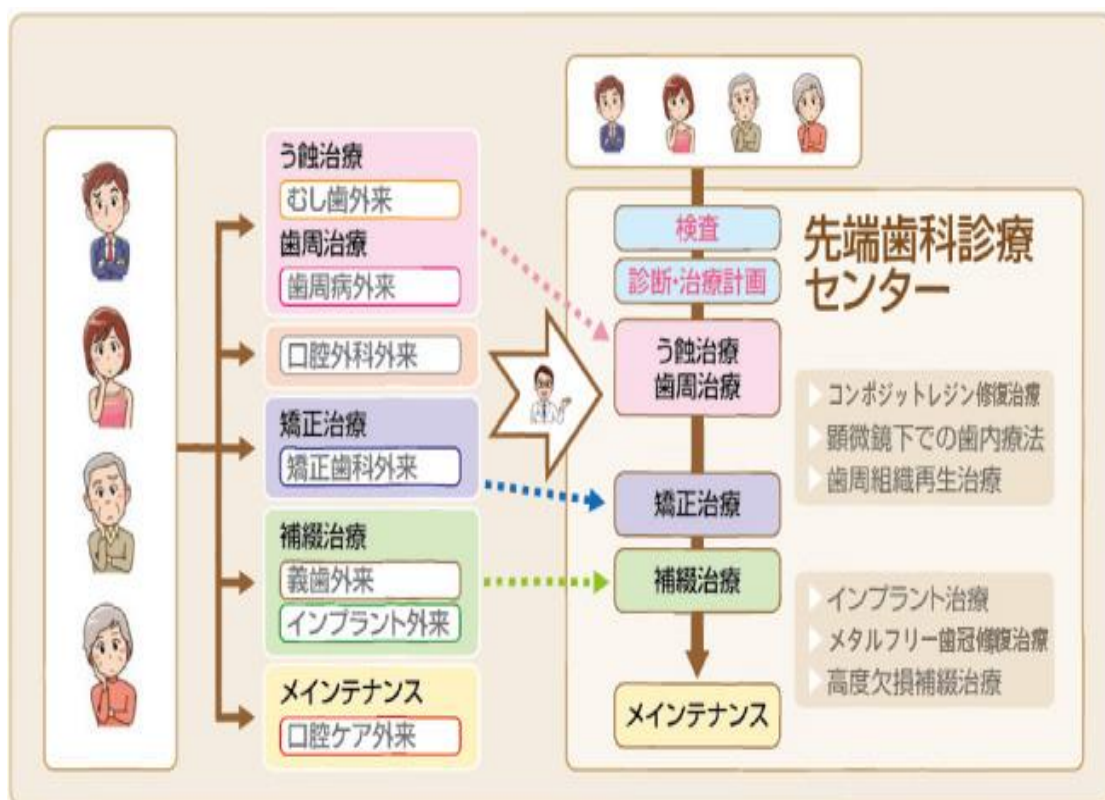
牙醫師全聯會於八芳園舉辦晚宴，邀請臺灣駐日本代表處蔡明耀政務公使、日本國會參議院比嘉奈津美議員、日本中華聯合總會毛利友次名譽會長、千葉縣牙醫師公會牧口哲英副會長、日本中華聯合總會新垣句子名譽會長之胞弟、中華民國僑務委員會大山青峰僑務委員、中華民國僑務委員會僑務委員兼守谷市牙醫師公會前會長中里憲文先生、本會廣內世英顧問及陳賢群顧問，在場嘉賓對本次參訪皆表正面回應，更願意成為雙方交流的助力，期能為未來的合作建立橋樑。

(二) 112年3月24日(五)

1. 參訪東京醫科齒科大學大學院口腔再生再建分野、植牙學科、先端齒科診療

センター

為有效率提供先進和專業的牙科治療，日本先端牙科治療中心於 2015 年 10 月成立，由擁有先進技術和豐富經驗的牙醫團隊提供綜合治療。該中心除了先進的醫療設備，在感染控制、個人診間、寬敞走廊及無障礙設施等皆給予患者安全及安心的就診體驗。主要治療內容包含補綴、矯正、牙周治療及牙齒美白等 (如下簡圖)。



資料來源：<https://www.tmd.ac.jp/denthospital/sentan/>

2. 參訪東京都大田區役所—蒲田地域庁舎

由大田區役所森田治樹課長、真砂美監物及梅原千晶係長講解全民照護保險申請資格、流程、內容及費用等，使參訪醫師們更能了解日本照護制度，進而參考運用於臺灣相關之照護領域，透過面對面交談的機會，提出許多問題共同討論，受益良多。

3. 參訪特別養護老人ホームたまがわ

特別養護老人之家「Tamagawa」的基本理念是提供「讓人有尊嚴地度過餘生的照護」。「Tamagawa」的空間寬敞、開闊且為無障礙友善空間，與既定老人之家印象中冷冰冰空間不同，環境布置得相當溫馨，讓人感到安心。在飲食方面，「Tamagawa」配合住民健康情形、咬合力及吞嚥狀況提供不同型態

飲食；醫療方面，由內科、精神科等醫師負責老人之家內的醫療及健康管理，如需要去醫院，將會帶到合作的醫療機構就診。「Tamagawa」設有專屬的牙科診療室，藉由大田區蒲田牙科醫師會的協助，除了牙科治療，亦指導住民咀嚼吞嚥。經牙科醫師、營養師、護理師及專業護理人員討論後，配合施行最適合住民的飲食型態、餐具及協助方法，以透過飲食來提升住民的生活品質。牙科診療室內另有輪椅診療區，「Tamagawa」施設長亦將輪椅推至診間，由參訪團醫師們實際體驗操作。

(三) 112年 3 月 25 日(六)：參觀日本國會議事堂

(四) 112年 3 月 26 日(日)：座談會-旅日台醫人參與長照現狀

特別拜訪旅日多年的牙醫師，中里憲文先生及本鄉啓成先生等人一起分享於日本執業的經歷。中里憲文先生藉由簡報與參訪團醫師們深入談論日本介護保險、在宅醫療申請、執行內容及申報流程，由資深旅日醫師們提供的寶貴知識，猶如醍醐灌頂。

(五) 112年 3 月 27 日(一)：參訪日本「NSK 株式会社ナカニシ」A1 工廠、總公司

「NSK 株式会社ナカニシ」為日本牙科器材生產工廠，該公司除帶領參訪團前往去年新建的 A1 工廠參觀，另前往總公司由社長介紹該公司理念及產品項目等。期間參訪團醫師們看到一組行動醫療牙科器材，其輕便性及完整性可讓執行到宅醫療的醫師更容易攜帶，爰產生極大的興趣，此產品若引進臺灣，應可嘉惠許多特殊需求者並減輕醫師搬運器材的負擔。

參、心得及建議

飲食攝取的能力取決於口腔功能的優良與否，多數高齡者因為口腔組織老化、咀嚼能力變差、牙齒磨耗、牙周病惡化、齲齒增加或唾液分泌減少等問題而衍生出飲食攝取困難和營養不良等問題。日本政府相當重視老年人的進食能力與口腔吞嚥能力，為了讓高齡者盡可能維護口腔功能及咀嚼能力，日本牙醫界從 1989 年便開始推行「8020 運動」來落實口腔保健工作，用意是希望日本國民即便到了 80 歲的高齡，依然能擁有 20 顆自然牙。日本厚生勞動省採分齡、分對象的方式來推動 8020 政策，讓民眾透過培養正確刷牙方法，養成潔牙習慣，超過 30 年的執行成效受到 WHO 的肯定。

改善口腔衛生和減少肌力的衰退，對於維繫高齡者的健康和晚年生活品質至為關鍵。本次參訪之特別養護老人之家「Tamagawa」，其對住民的口腔照護堪稱完善，透過當地牙醫師定時及隨時進入機構對住民提供口腔照護及診療與每個月執行 3 次咀嚼吞嚥指導，可有效提升住民口腔健康，進而延長「健康壽命」，謹就此次參訪見聞臚列下列建議：

- 一、原來由老人健保所支付的照護服務費用，可隨介護保險制度的開辦而吸收。將醫療保險與照護保險分開，使一般的國民醫療保險體系，不致因過多照護費用而產生財務困境，也可落實社會保障改革的基本方向。
- 二、建構明確的給付與負擔關係，以社會保險方式，由社會全體共同分擔照護責任，明確規範保險費負擔與保險給付，以達負擔的透明性與公平性。
- 三、開放私部門加入長期照護服務的提供，只要取得在宅服務的法人資格，原則上民營社會福利機構亦可加入照護事業的經營之列，且其營運經費非來自政府的補助金，提供照護所收取的費用即成為機構的主要財源，長期照護轉換為自由市場主義的服務提供體系。
- 四、只提供服務給付，除特殊情況不提供現金給付，目的在於推動長期照護社會化，避免女性受限於照護工作，形成照護家庭化。建構以居家照護為主，機構照護為輔的長期照護服務體系。
- 五、根據市場主義，提供服務的福利機構與服務使用者基於「自由契約制」，由使用者（或家屬）與機構直接簽訂契約，賦予使用者享有福利選擇權，可以自由選取服務。

肆、活動照片



拜會日本牙醫師公會



拜會晚宴 — 八芳園



參訪東京醫科齒科大學大學院口腔再生再建分野、植牙學科、先端齒科診療センター



参访東京都大田区役所—蒲田地域庁舎



参访特别养护老人ホームたまがわ



參觀日本國會議事堂



座談會-旅日台醫人參與長照現狀



參訪日本 NSK 株式会社ナカニシ，A1 工廠



參訪日本 NSK 株式会社ナカニシ，總公司

附錄



大田區立特別養護老人之家 Tamagawa

〈設施導覽〉

藉由【Tamagawa 的 4 個行動準則】為使用者提供服務！

特別養護老人之家 Tamagawa 的事業營運目標是，讓使用者和家人能安心使用，同時基本理念是提供「讓人有尊嚴地度過餘生的照護」。並且，依據下面列舉的 4 個行動準則，提供援助服務。

【Tamagawa 的 4 個行動準則】

①回應所有需求 這才是專業

擁有身為專家的自覺，掌握使用者與家人，以及地區社會的需求，並且努力回應需求。

②有我們的支持，就能讓人有尊嚴地活著

即使邁向高齡，或是罹患失智症，或者臥床不起，我們也會支援讓人有尊嚴地生活。

③大家照顧大家 = 家人也是團隊的一員

「Tamagawa」提供許多種服務，許多職務的職員在此工作。我們以沒有本位主義的照護為目標，以「大家照顧大家」的口號實現團體照護。進行事業間的橫向活動、委員會活動與職員進修。此外，我們把家人也視為團隊的一員，呼籲參加擬定照護計畫、活動，以及參加設施營運。

④ 共享開心及喜悅

「Tamagawa」的照護，將使用者的開心、喜悅、生活的意義、功能之提供，也定位成專業的援助服務。使用者、家人、職員、社區居民一起共享生活的開心與喜悅。因此，在志工們的協助之下，從事咖啡廳、居酒屋和小賣店的營運，並且努力實施各種活動與社團等。

本設施附設日間護理服務等，特別養護老人之家的專用空間是 2~4 樓的 3 個樓層。

聯絡方式 03-5732-1022（特別養護諮詢室）



規定人數

237 名

日常生活需要經常照護的人，經認定為需照護 3~5 級的人皆可使用。

提供飲食、入浴、排泄等照護，以及健康管理、活動・社團活動等服務。

舒適的居住空間與距離長、寬度寬的走廊、採光多且令人感受到開放感的構造魅力十足。

〈房間與設備導覽〉

居室



居室有 4 人房、3 人房、2 人房、單人房間這 4 種。

- 4 人房 37 間
- 3 人房 1 間
- 2 人房 19 間
- 單人房間 48 間

餐廳



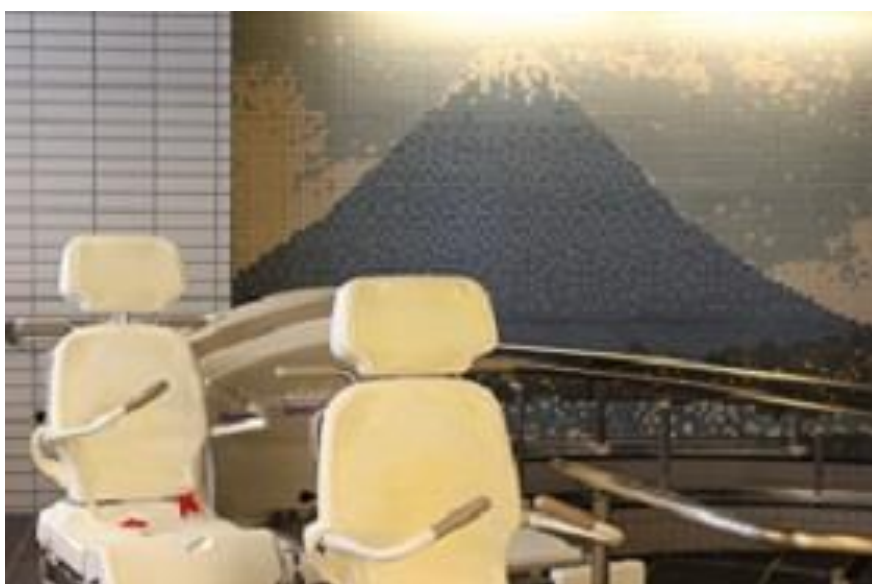
各個樓層都有餐廳。
也被當成社團或活動等的舉辦場地使用。

機械浴室



臥床式浴缸。能夠躺著安全入浴

一般・升降浴室



也有座位式浴缸。
可在寬敞的浴室裡，舒適地享受洗澡。

理美容室



在專業理美容師的協助下提供服務。
也接受預約。

居住空間（走廊）



正面玄關



在寬敞的入口迎接各位。

飲食導覽

在色彩、擺盤等用心調理，提供具有季節感的飲食。

祝膳



夏日祭典 祭典菜單



飲食

- 配合咬合力差的人和吞嚥，飲食型態分成 4 個階段提供。
 - 配合病況，準備減鹽餐或熱量限制餐。
-



醫療

醫療

由內科、精神科等部署醫師完善醫療體制。

診療體制

內科（部署醫師 4 名） 星期一・二・三・四

精神科 第 2・4 個星期五

健康管理

負責的部署醫師出診進行健康管理。假如需要去醫院，將會帶到合作的醫療機構就診。

入居者的健康檢查

每年 1 次，進行血液檢查・胸部 X 光・心電圖等健康檢查。

介紹合作的醫療機構。

- 池上綜合醫院（池上）
- 田園調布中央醫院（田園調布）
- 松井醫院（池上）
- 目蒲醫院（下丸子）

牙科醫療

藉由大田區蒲田牙科醫師會的協助，整頓牙科治療、咀嚼吞嚥指導的體制。

【何謂咀嚼吞嚥指導？】

在蒲田牙科醫師會「從嘴巴進食的幸福」的概念下，對於設施使用者及其家人和職員等，牙科醫師及口腔衛生師為了讓大家安全美味地攝取飲食及水分等，對口腔護理等進行相關的建議與指導。

【咀嚼吞嚥指導事業的目標】

- 維持、改善使用者的口腔功能
- 支援顧慮到使用者安全的經口攝取
- 提升使用者的日常生活動作
- 普及正確的口腔護理相關知識、提升認知等

【吞嚥咀嚼指導當天的流程】

○事前會議

- 咀嚼吞嚥指導當天，牙科醫師和設施職員（營養師、護理師、專業護理人員等）將共享使用者資訊，確認指導重點。

↓

○評估

・請牙科醫師觀察實際的咀嚼狀況等。此外，設施照護職員等也要確認飲食環境、使用者的姿勢與咀嚼狀況等。

↓

○討論會（討論）

・根據牙科醫師的建議等，由多個職業進行討論。

↓

○為了安全美味地進食

・接受討論結果，整頓並實行最適合使用者的飲食型態、餐具、協助方法環境，透過飲食努力提升使用者的生活品質等。



診療體制

定時及隨時出診

咀嚼指導 第1・3個星期三、第2個星期四、第4個星期五

活動・文康活動

夏日祭典・敬老祝賀會

夏日祭典

每年 8 月最後一個星期日，都會舉辦開發社區的夏日祭典。
兒童太鼓和爵士樂團的現場演奏・沖繩的傳統舞蹈和搭配民謠的盆踊。在臨時攤販有販售必吃的炒麵等。
※由於新型冠狀病毒的影響，目前暫停舉辦。



敬老祝賀會

每年都會在敬老日的前一天舉辦敬老祝賀會。以 100 歲以上的使用者・米壽的使用者為對象舉行祝賀儀式，並擺設筵席，慶祝長命百歲。



其他

除了敬老祝賀會和夏日祭典等季節活動，還會舉辦流水素麵等飲食活動，還有插花社團等每日的社團活動。

一年之中，每個月會舉辦 1 次某種活動，努力提供樂趣。

社團活動是每月 1 次定期舉行。

※由於新型冠狀病毒的影響，目前暫停舉辦。



流水素麵



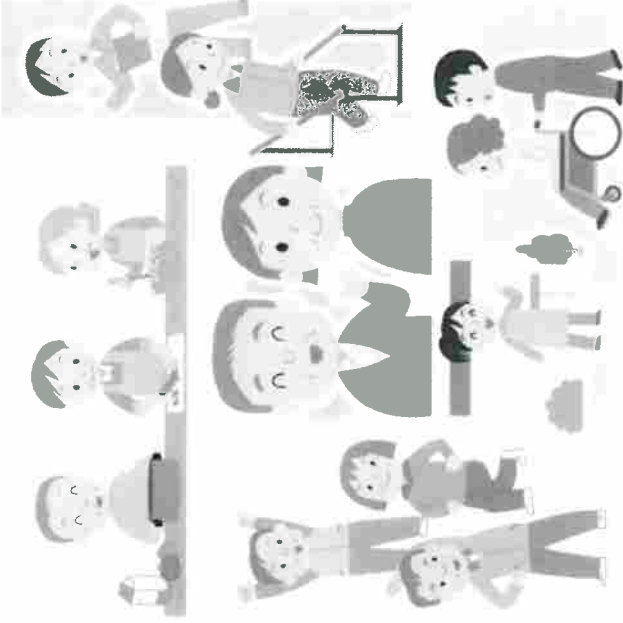
插花社團

6 介護保険制度について

「みんなの介護保険
利用のしかた」参照



令和3年7月発行



大田区

1 要介護認定の申請

介護サービスを利用するためには まず申請をしてください



介護サービスを利用するためには、「要介護認定」^{注1}の申請をすることが必要です。まずは、地域包括支援センターで申請の手続きをしてください。

本人または家族が申請するか、成年後見人、地域包括支援センター、または厚生労働省令で定められた指定居宅介護支援事業者^{注2}や介護保険施設などに申請を代行してもらうこともできます。

65歳以上の人は

お住まいの地域を担当する地域包括支援センターで申請してください。または、介護保険課および地域福祉課（大森・調布）で申請することもできます。

申請に
必要なもの

- 要介護・要支援認定申請書（記入のしかたはP7をご覧ください）
- 介護保険被保険者証
- 健康保険被保険者証
- 本人確認、マイナンバー確認、代理権の確認が出来る書類^{注3}

※申請書には主治医を記入していただけます。病院名、主治医の氏名、連絡先などがわかるものをご用意ください。

医療保険に加入している 40歳から64歳の人は

介護保険課または各地域福祉課で申請してください。

申請に
必要なもの

- 要介護・要支援認定申請書（記入のしかたはP7をご覧ください）
- 健康保険被保険者証
- 本人確認、マイナンバー確認、代理権の確認が出来る書類^{注3}

※申請書には主治医を記入していただけます。病院名、主治医の氏名、連絡先などがわかるものをご用意ください。
※申請ができるのは特定疾病（P2参照）の人に限られます。

●主治医を指定する場合は、医師の了解を得るようお願いします。

注1) 要介護認定 ▶ くわしい説明は本ページ（P6）～P11にあります。

注2) 指定居宅介護支援事業者 ▶ くわしい説明は下記のかいごほけん用語をご覧ください。

注3) 本人確認等が出来る書類については、介護保険課にご確認ください。

かいごほけん用語



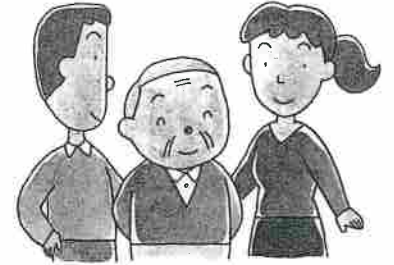
し て い きょ た く か い ご し えん じ ぎょう しゃ 指定居宅介護支援事業者

区市町村の指定を受け、介護支援専門員（ケアマネジャー）がいる機関です。要介護認定の申請の代行や、ケアプラン（介護サービス計画）の作成を依頼するときの窓口となり、サービス事業者との連絡・調整などを行っています。介護予防ケアプラン（介護予防サービス計画）の作成については地域包括支援センターが窓口となります。

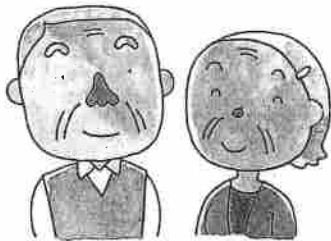
介護保険の
被保険者は

40歳以上の みなさまが被保険者 (加入者)です

大田区にお住まいの40歳以上のみなさまは、
介護保険の被保険者（加入者）です。被保険者
は年齢によって2種類に分かれ、介護サービ
スを利用できる条件も異なります。

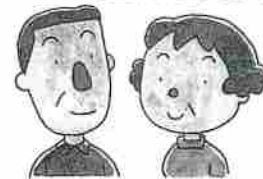


65歳以上の人は 『第1号被保険者』



介護サービスを利用できるのは
原因を問わず介護が必要であると認定^{注1}
された人
(どんな病気やけががもとで介護が必要に
なったかは問いません)

医療保険に加入している 40歳から64歳の方は 『第2号被保険者』



介護サービスを利用できるのは
老化が原因とされる病気（特定疾病*）に
より介護が必要であると認定された人
(特定疾病以外、例えば交通事故などが原因
で介護が必要となった場合は、介護保険の
対象にはなりません)

注1) 要介護認定 ▶ くわしい説明はP6~11にあります。

かいごほけん用語

とくていしつべい
特定疾病* 16疾病が指定されています。

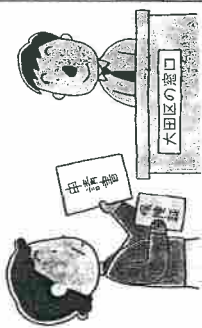
- がん（医師が一般に認められて
いる医学的知見に基づき回
復の見込みがない状態に至っ
たと判断したものに限り）
- 関節リウマチ
- 筋萎縮性側索硬化症
- 後縦靭帯骨化症
- 骨折を伴う骨粗しょう症
- 初老期における認知症
- 進行性核上性麻痺、大
脳皮質基底核変性症及
びパーキンソン病
- 脊髄小脳変性症
- 脊柱管狭窄症
- 早老症
- 多系統萎縮症
- 糖尿病性神経障害、
糖尿病性腎症
及び糖尿病性網膜症
- 脳血管疾患（外傷性を除く）
- 閉塞性動脈硬化症
- 慢性閉塞性肺疾患
- 両側の膝関節又は股関節に著
しい変形を伴う変形性関節症

介護(介護予防)サービス を利用するまでの手続き の流れを見ましよう

介護サービスの
利用のしかた

介護(介護予防)サービスを利用するためには、大田区に申請して「介護や支援が必要である」と認定されることが必要です。窓口申請すると、訪問調査や審査を経て、介護が必要な状態かどうか、またどのくらいの介護が必要であるかが決まります。サービスを利用するまでの手続きの流れは以下のようになっています。

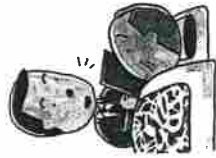
申請する



サービスの利用を希望する人は、地域包括支援センターに「要介護認定」の申請をしましょう。 **P66▶ P37▶**

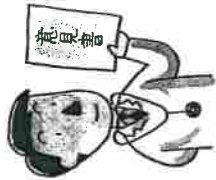
要介護認定

●訪問調査



心身の状況を調べるために、本人と家族などへの聞き取り調査を行います。 **P8▶**

●主治医の意見書



区役所より主治医へ意見書の記載を依頼します。

●介護認定審査会



訪問調査の結果と主治医の意見書をもとに、保健、医療、福祉の専門家が審査します。 **P9▶**

●認定

介護を必要とする程度合い(要介護状態区分)が認定されます。

- 非該当
- 要支援1
- 要支援2
- 要介護1
- 要介護2
- 要介護3
- 要介護4
- 要介護5

P10▶

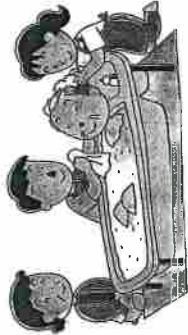
認定結果の通知

非該当
要支援1
要介護1
2
3
4
5



原則として申請から30日以内に、大田区から認定結果が通知されます。 **P10▶**

サービスを利用する



介護サービス(介護予防サービス)を行う提供事業者と契約を結び、ケアプラン(介護予防ケアプラン)にものづく(サービス)を利用します。原則として費用の1割、2割または3割が利用者負担となります。

P16▶ P28▶

ケアプラン(介護予防 ケアプラン)を作る



どんなサービスをどのくらい利用するかというケアプラン(介護予防ケアプラン)を作ります。

P12▶ P14▶

更新の場合は、現在利用中のサービスの継続を居宅介護支援事業者または地域包括支援センターに相談します。

利用できるサービス

■非該当の人

大田区が行う介護予防・日常生活支援総合事業の一般介護予防事業等が利用できません。 **P12▶**

■要支援1・2の人

介護保険の予防給付、介護予防・生活支援サービス事業のサービスが利用できます。 **P12▶**

■要介護1~5の人

介護保険の介護給付が利用できます。 **P14▶**

更新

認定の有効期間は原則として6~12か月です。また、48か月に延長される場合もあります。引き続きサービスの利用を希望する場合には、有効期間満了前には、有効期間満了前更新の申請をしてください。

※有効期間内に大きな状態の変化がある場合は、改めて認定申請(区分変更申請)をすることがあります。

P11▶

どのくらい介護が必要か 調査と審査が行われます

区の職員または区が委託した介護支援専門員（ケアマネジャー）が訪問調査員として自宅や施設等を訪問し、心身の状況について本人や家族等から聞き取り調査を行います。

訪問調査員が全国共通の調査票にもとづき、基本調査、概況調査、特記事項の記入をします。

調査の結果はコンピュータ処理され、どれくらい介護が必要かの指標となる「要介護状態区分」が示されます（一次判定）。

このような調査項目があります

〔身体機能・起居動作〕

- 麻痺等の有無
- 寝返り
- 座位保持
- 両足での立位保持
- 歩行
- 視力
- 聴力 …… など

〔認知機能〕

- 意思の伝達
- 毎日の日課を理解
- 短期記憶
- 徘徊 …… など

〔生活機能〕

- 移動
- えん下
- 食事摂取
- 排尿
- 排便 …… など

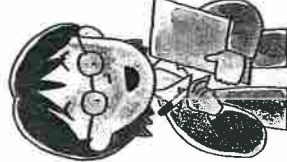
〔社会生活への適応〕

- 薬の内服
- 金銭の管理
- 日常の意思決定
- 買い物
- 簡単な調理 …… など

〔過去14日間にうけた 特別な医療について〕 〔日常生活自立度〕



調査項目は
74項目です。



コンピュータ判定の結果と、特記事項、主治医の意見書をもとに、介護認定審査会が審査（二次判定）し、どのくらい介護が必要か（＝要介護状態区分）を判定します。

コンピュータ判定 （一次判定）

公平な判定を行うため、訪問調査の結果はコンピュータ処理されます。

特記事項

「状態」「手間」「頻度」の内容を具体的に訪問調査員が記入します。

主治医の意見書

大田区の依頼により、心身の状況について主治医が意見書を作成します。

介護認定審査会が判定 （二次判定）

非該当

要支援1・2

要介護1～5

かいほけん用語

介護認定審査会

大田区長が委嘱する保健、医療、福祉の学識経験者5人程度から構成され、介護の必要性について、総合的な審査を行います。



こたえ

認定結果に納得できないときはどうすればよいのですか。

要介護認定の結果などに疑問や不服がある場合は、決定通知書に記載されているお問い合わせ先までご相談ください。そのうえで納得できない場合には、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、東京都介護保険審査会に審査請求をすることが出来ます。東京都介護保険審査会では、区市町村が行った処分に違法または不当な点がないかを審査します。

※審査請求結果が通知されるまでの間は、認定された要介護状態区分でのサービス利用となります。



こたえ

要介護認定を受けるとき、
気をつけることはありますか。

訪問調査では、本人の心身の状況を正確に調査員に伝えることが必要です。また、可能な限り、本人の日頃の状況を把握している家族等が立ち会い、介護に時間がかかっていることなどを具体的に調査員に伝えてください。
本人の前で話すことができない場合は、本人がいないところで調査員に日頃の状況を伝えてください。

主治医の意見書も重要です。主治医にも本人の心身の状況をくわしく伝えましょう。



こたえ

申請後、認定結果が通知されるまでの間に
介護サービスを利用することは出来ますか。

申請した後、認定結果が通知されるまでの間も介護サービスを利用することができます。その場合はケアマネジャー等に「暫定ケアプラン」の作成を依頼して大田区に届けること、原則として1割（一定以上所得者は2割または3割）の利用者負担でサービスを受けることが出来ます。認定の結果、非該当となった場合は全額が、また支給限度額以上のサービスを利用した場合は、支給限度額を超えた分の費用が自己負担になります。

3 認定結果の通知

あなたに必要な介護の度合いが認定され、大田区から通知されます

介護認定審査会の審査結果にもとづき、介護保険の対象とならない「非該当」、予防的な対策が必要な「要支援1・2」、介護が必要な「要介護1～5」の区分に分けて認定され、その結果が記載された認定結果通知書と介護保険被保険者証が届きます。

●認定結果通知書に記載されていること

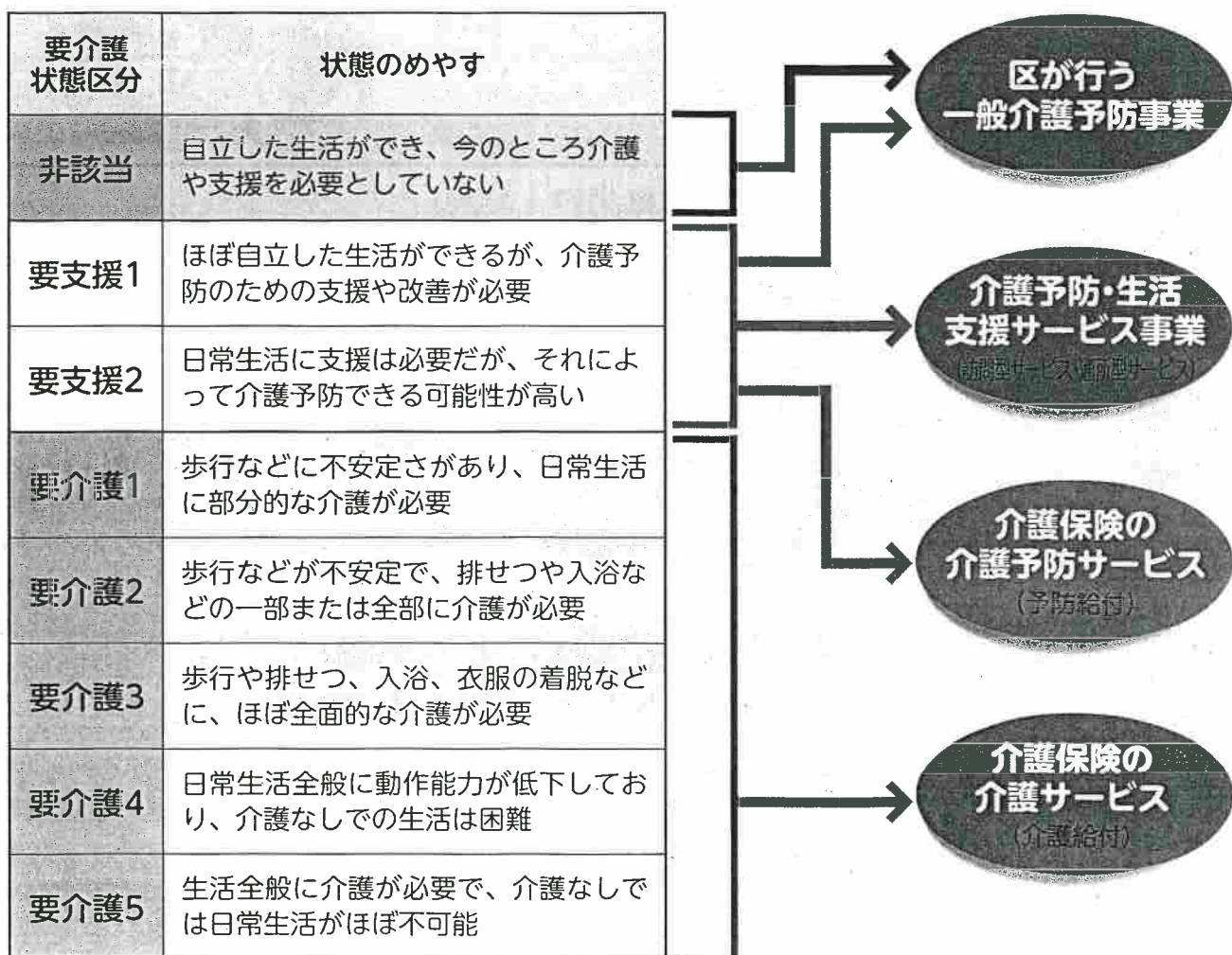
あなたの要介護状態区分、認定の有効期間など

●介護保険被保険者証に記載されていること

あなたの要介護状態区分、認定の有効期間、支給限度額^注、介護認定審査会の意見など

注) 支給限度額▶くわしい説明はP16にあります。

■要介護状態区分



4 要支援1・2または非該当と認定された人は(サービス利用開始までの手続)

地域包括支援センターが中心となって 住み慣れた地域で自立した生活を続け ていけるよう支援します

要支援1・2と認定された人は、個人の心身状態に合ったケアプランを作成し、そのプランにもとづいた介護保険の介護予防サービスおよび介護予防・生活支援サービス事業を利用します。非該当と認定された人は、一般介護予防事業を利用します。




**自立した生活を送れる人
一般介護予防事業**
介護や介助を必要としない人

**介護予防・生活支援サービス事業
(訪問型サービス・通所型サービス)**

- 日常生活能力の低下が心配され、将来的に介護が必要になる可能性が高い人
- 訪問型サービス・通所型サービスを必要とする要支援1・2の人

**介護予防サービス
(予防給付)**

日常生活上の基本動作はほぼ自立している、または介護が必要だが状態が軽く、サービス利用によって生活能力の維持や改善の可能性が高い人



ケアマネジメント

ケアマネジャーによるアセスメント
アセスメント表や本人・家族との話し合いにより、利用者の心身の状態や環境、生活歴などを把握し、課題を分析します。

サービス担当者との話し合い
目標を認定して、それを達成するための支援メニューを、利用者・家族とサービス担当者を含めて検討します。

介護予防ケアプランの作成
目標を達成するため、サービスの種類や回数を決定します。

介護予防・生活支援サービス事業を利用

ご自身で目標を持ってサービスを利用



介護予防サービスを利用



P16へ

低下しかけていた日常生活能力を取り戻し、維持しましょう

※ケアマネジャーが、一定期間ごとに効果を評価し、プランを見直します


一般介護予防事業を利用

ご自身で目標を持ってサービスを利用



一般介護予防事業利用の申込み

高齢福祉課・地域包括支援センターに申込みます。



介護予防・生活支援サービス事業

利用できる人：
●要支援1・2の認定を受けた人
●基本チェックリストで事業対象者と判定された人

訪問型

①生活力アップサポート	ホームヘルパーとともに生活力の向上をめざします。	30～60分/日
②絆サポート	地域のボランティアが自立した生活をサポートします。	原則30分/日
③元氣アップリハ(訪問型短期機能訓練)	機能訓練指導員が自宅を訪問して機能訓練を行います。	30分/日

通所型

はつたつ体力アップサポート(機能訓練特化)	体力アップをめざしたサポートを行います。	2時間～5時間未満/日
いきいき生活機能アップサポート(生活機能向上)	仲間と一緒に心身の元氣度をアップするサポートを行います。	5時間以上/日

居宅介護支援事業者などと契約しケアプラン(介護サービス計画)を作ります

要介護1～5と認定されると、介護サービスを利用することができますが、実際に利用を開始する前に、利用するサービスの内容を具体的に盛り込んだ、ケアプラン(介護サービス計画)を作ることが必要となります。手続きの流れは以下のようになっています。

在宅でサービスを利用したい

居宅介護支援事業者と契約
ケアプランの作成を依頼




大田区へ届け出
「居宅サービス計画作成依頼出書」を郵送等で介護保険課に提出します。



施設へ入所したい

介護保険施設と契約
入所を希望する施設へ直接申し込みます。
※区内の介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)を希望する場合は、お住まいの地域を担当する高齢者の総合相談窓口(P37)へ申し込みます。



ケアプランを作成
入所した施設で、ケアマネジャーが利用者にあつたケアプランを作成します。



事業者と契約するときは、こんなことに注意しましょう

介護保険によるサービスの利用は、利用者と事業者との「契約」となります。契約の必要がある場合は、以下のようなことに注意しましょう。

事業者からの説明… 利用者からの解約が認められる場合およびその手続きが明記されているか。

損害賠償… サービス提供によって利用者が損害を与えられた場合の賠償義務が明記されているか。

秘密保持… 利用者および利用者の家族に関する秘密や個人情報が保護されるようになっているか。

サービスの内容… 利用者の状況にあつたサービス内容や回数か。


契約期間… 在宅サービスは要介護認定の有効期間に合わせた契約期間となっているか。

利用者負担金… 利用者負担金の額や交通費の要否などの内容が明記されているか。

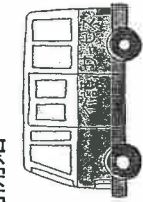
ケアプランの作成
(全額が保険から支払われ、自己負担はかかりません)

- ①計画の原案が提示される
作成を依頼した事業者のケアマネジャーから、サービス利用の原案が利用者に示されます。
- ②サービス担当者との話し合い
ケアマネジャーが連絡・調整して、利用者や家族とサービス事業者が、原案についての検討を行います。
- ③ケアプランを作成
サービスの種類、利用回数などを盛り込んだケアプランを作成し、利用者の同意を得ます。

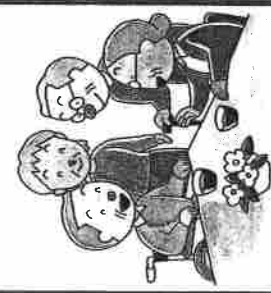
サービス事業者と契約
訪問介護や訪問看護などを行うサービス事業者と契約をします。



サービスの利用開始
ケアプランにもとづいてサービスを利用します。



サービスの利用開始
ケアプランにもとづいてサービスが提供されます。

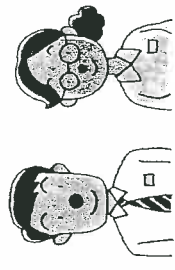


介護支援専門員
(ケアマネジャー)

ケアマネジャーは介護の知識を幅広く持った専門家で、介護サービスの利用にあたって、次のような役割を担っています。

- 介護を必要とする人や家族の相談に応じたり、助言をします。
- 利用者の状態にあつたケアプランを作成します。
- サービス事業者への連絡や手配などを行います。

かいはけん用語



介護サービスの種類

自分に必要なサービスを組み合わせて利用できます

※サービス費用のめやすは、1割負担の場合の金額を記載しています。

介護 原則、要介護1～5の人が利用できるサービスです。

予防 原則、要支援1・2の人が利用できるサービスです。

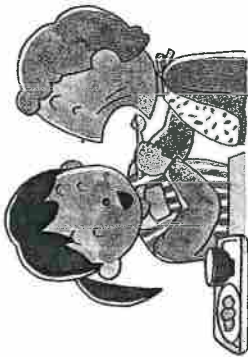
在宅サービス

●在宅サービスの費用●

介護保険の在宅サービスを利用する際には、要介護状態区分別に上限額（支給限度額）が決められています。利用者は原則としてサービスにかかった費用の1割、2割または3割を自己負担します。

●在宅サービスの支給限度額

要介護状態区分	在宅サービス(家庭で利用するサービス)と通所して利用するサービス(1か月当たりの支給限度額)
要支援1	5,032単位：月額 50,320～57,000円程度
要支援2	10,531単位：月額 105,310～120,000円程度
要介護1	16,765単位：月額 167,650～191,000円程度
要介護2	19,705単位：月額 197,050～224,000円程度
要介護3	27,048単位：月額 270,480～308,000円程度
要介護4	30,938単位：月額 309,380～352,000円程度
要介護5	36,217単位：月額 362,170～412,000円程度



単位とは 介護サービスにかかる費用は、介護報酬の単位をもとに計算されます。1単位は通常10円ですが、サービスの種類やサービス事業者の所在地などにより異なります。23区の場合、1単位の金額は下の表のとおりです。

1単位の金額	サービスの種類
11.40円	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、居宅介護支援、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防支援
11.10円	訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護
10.90円	通所介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、地域密着型通所介護
10円	居宅療養管理指導、福祉用具貸与、介護予防居宅療養管理指導、介護予防福祉用具貸与

※「サービス費用のめやす」は1割負担での金額です。

訪問を受けて利用する

予防的訪問介護は介護予防・日常生活支援総合事業へ（P12）

訪問介護（ホームヘルプ）

利用者が自力では困難な行為について、同居家族の支援や地域の支援あり、支援サービスなどが受けられない場合には、ホームヘルパーによるサービスを提供します。ホームヘルパーが自宅を訪問し入浴、排泄、食事等の身体介護や通院を目的とした乗降介助が利用できます。

※生活援助の利用は次のような場合です。

- ①利用者が一人暮らしの場合
- ②利用者の家族等が障害や疾病等の場合
- ③利用者の家族等が障害や疾病等でなくとも、同様のやむを得ない事情により家事が困難な場合

■サービス費用のめやす

身体介護(20分以上30分未満)	285円
生活援助(20分以上45分未満)	209円
通院のための乗車・降車の介助(1回)	113円

※早朝、夜間は25%加算、深夜などは50%加算あり
※移送にかかる費用は別途自己負担



介護サービスの種類

X訪問介護サービスの対象とならないもの

直接本人の援助に該当しない行為

主として家族の利便に供する行為または家族が行うことが適当であると判断される行為

- 利用者以外のための調理、洗濯、買物、布団干し
 - 主として利用者が使用する居室等以外の掃除
- ※家族との共用部分（トイレ・浴室・居間など）の掃除は原則としてできません。

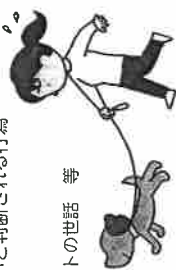


- 話し相手
- 求職の応援（お茶、食事の手配など）
- 自家用車の洗車・清掃
- 介護を伴わない通院等の待ち時間の見守り
- 外食、カラオケ、お祭りなど地域行事への参加、冠婚葬祭への付添い 等

日常生活の援助に該当しない行為

ホームヘルパーが行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為

- 喜むしり
- 花木の水やり
- 犬の散歩等ペットの世話 等



- 日常的に行われる家事の範囲を超える行為
- 家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え
- 大掃除、窓のガラス磨き、床のワックス掛け
- 室内外家屋の修理、ペンキ塗り
- 植木の剪定等の園芸
- 正月、節句等のために特別な手間をかけて行う調理 等

医療行為

ホームヘルパーによる医療行為は原則として認められていません。

金銭・貴重品の取扱い

預貯金の引き出しや年金の受取など、ホームヘルパーに金銭や貴重品の取扱いを頼むことは原則としてできません。トラブルの原因ともなりかねないので、現金や通帳などは本人または家族が管理しましょう。

※「サービス費用のめやす」は1割負担での金額です。

訪問を受けて利用する

② 介護(予防)訪問リハビリテーション

居宅での生活行為を向上させる訓練が必要な場合に、医師の診断のもと理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が訪問により短期集中的なリハビリテーションを行います。

■サービス費用のめやす(1回につき*)

341円

※20分間リハビリテーションを行った場合

③ 介護(予防)訪問入浴介護

居宅に浴室がない場合や、感染症などの理由からその他の施設における浴室の利用が困難な場合に、訪問による入浴介護を提供します。

■サービス費用のめやす(1回につき)

972円

1,437円

④ 介護(予防)訪問看護

疾患等を抱えている人について、看護師が居宅を訪問して、介護予防を目的とした療養上の世話や診療の補助を行います。

■サービス費用のめやす

訪問看護ステーションから(30分未満)	513円
病院または診療所から(30分未満)	435円

訪問看護ステーションから(30分未満)	536円
病院または診療所から(30分未満)	454円

⑤ 介護(予防)居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士などが居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行います。

■サービス費用のめやす(1回につき)

医師による指導	514円
---------	------

通所して利用する

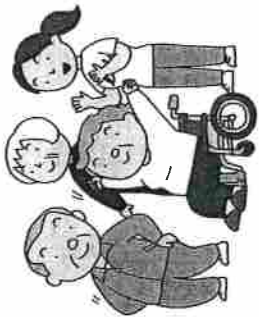
⑥ 通所介護(デイサービス) 予防の通所介護は介護予防・日常生活支援総合事業へ(P12)

通所介護施設で、食事、入浴などの日常生活上の支援や、生活行為向上のための支援を日帰りでを行います。

■サービス費用のめやす

要介護1	714円	要介護4	1,110円
要介護2	843円	要介護5	1,245円
要介護3	977円		

※入浴などは加算あり



※「サービス費用のめやす」は1割負担での金額です。

⑦ 介護予防通所リハビリテーション(デイケア)

老人保健施設や医療機関等で、共通的サービスとして日常生活上の支援やリハビリテーションを行うほか、その人の目標に合わせた選択的サービス(運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上)を提供します。

■サービス費用のめやす(月単位の定額)

共通のサービス※送迎、入浴を含む	2,279円
要支援1	2,279円
要支援2	4,439円

(選択的サービス)

運動器機能向上	250円
栄養改善	222円
口腔機能向上(1)	167円



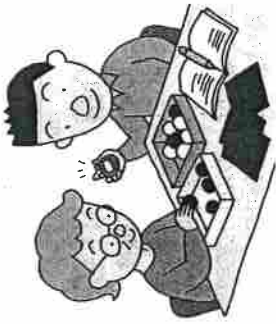
⑧ 通所リハビリテーション(デイケア)

老人保健施設や医療機関等で、食事、入浴などの日常生活上の支援や生活行為向上のためのリハビリテーションを、日帰りでを行います。

■サービス費用のめやす

通常規模の事業所の場合(5時間以上6時間未満)			
要介護1	686円	要介護4	1,088円
要介護2	814円	要介護5	1,235円
要介護3	939円		

※入浴などは加算あり



居宅での暮らしを支える

⑨ 2~5 福祉用具貸与

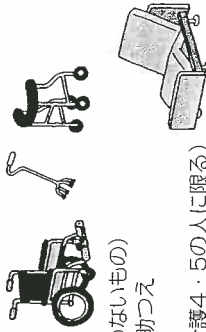
※要介護2~5の人が対象です。

日常生活の自立を助けるための福祉用具を貸与します。

- 車いす ●車いす付属品 ●特殊寝台付属品 ●床ずれ防止用具 ●体位変換器 ●手すり(工事ともなわれないもの)
- スロープ(工事ともなわれないもの) ●歩行器 ●歩行補助つえ
- 認知症老人徘徊感知機器 ●移動用リフト(つり具を除く)
- 自動排泄処理装置(便を自動的に吸引する機能のものは要介護4・5の人に限り)

※要支援1・2の人、要介護1の人には、車いす(付属品含む)、特殊寝台(付属品含む)、床ずれ防止用具、体位変換機、認知症老人徘徊感知機器、移動用リフト、自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のもの)を除く。以下同じ)は原則として保険給付の対象となりません。なお、自動排泄処理装置については、要介護2・3の人にも対象外です。ただし、身体の状態に応じて要介護2~5の人(自動排泄処理装置は要介護4・5の人)と同様のサービスが受けられる場合があります。くわしくはケアマネジャーにご相談ください。

■サービス費用のめやす 実際に貸与を受けたものに応じて異なります。



⑩ 介護(予防)福祉用具貸与

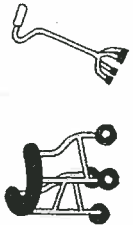
※要支援1~2と要介護1の人が対象です。

福祉用具のうち介護予防に資するものについて貸与を行います。

- 手すり(工事ともなわれないもの) ●スロープ(工事ともなわれないもの)
- 歩行器 ●歩行補助つえ
- 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものに限る)

※ただし、身体の状態に応じて要介護2~5の人と同様のサービスを受けられる場合があります。くわしくはケアマネジャーにご相談ください。

■サービス費用のめやす 実際に貸与を受けたものに応じて異なります。



居室での暮らしを支える

特定介護(予防)福祉用具購入費支給

1年につき10万円を上限額として、原則9割、8割または7割が保険から支給されます。ただし都道府県が福祉用具販売事業者として指定した事業者から購入した場合のみ支給されます。

また、直接「福祉用具専門相談員」からのアドバイスが受けられない通信販売などは、支給の対象となりません。

- 腰掛便座 入浴補助用具
- 簡易浴槽 移動用リフトのつり具
- 自動排泄処理装置の交換可能部品
- 排泄予測支援機器

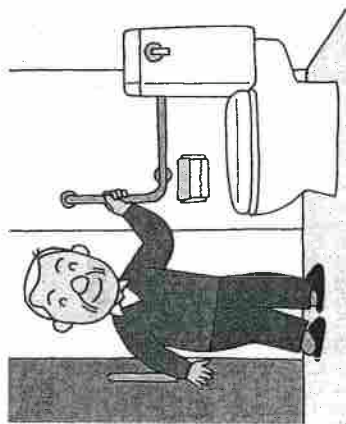
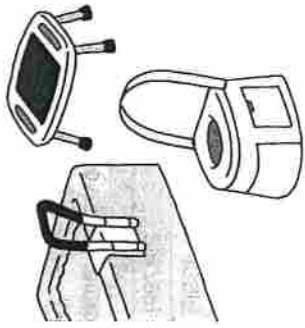
介護(予防)住宅改修費支給

お住まいの住宅(介護保険被保険者の住所)に手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修をした際、20万円を上限額として、原則9割、8割または7割が保険から支給されます。

- 廊下や階段、浴室等への手すり設置
- 段差解消のためのスロープの設置等
- 滑り防止および移動円滑化等のための床材変更
- 引き戸等への扉の取り替え
- 洋式便器への便器の取り替えなどの小規模な改修

■事前の申請が必要になります。

あらかじめ大田区へ申請を行い、改修内容の審査を受ける必要があります。
※改修内容によっては、かえって残存機能を低下させてしまう事もあります。事前に担当ケアマネジャーまたは地域包括支援センターに相談し、適切な改修を行ってください。



住宅改修費と福祉用具購入費については、給付の方法に次の2種類があります。

- 申請方法1
利用者がいったん費用の全額を支払います。その後、申請により大田区から保険給付分(原則9割、8割または7割)が利用者に給付されます。
- 申請方法2(大田区へ登録した事業者を利用)
利用者は利用者負担分(原則費用の1割、2割または3割)、またはかかった費用が上限額を超えた場合、利用者負担分に上限額を超えた額を加え、事業者を支払います。大田区は保険給付分(原則9割、8割または7割)を事業者に支払います。

*大田区に登録している事業者一覧はホームページから閲覧できます。

お問い合わせ先：介護保険課 給付担当 ☎5744-1622

※「サービス費用のめやす」は1割負担での金額です。

短期間入所する

介護(予防)短期入所生活介護/介護(予防)短期入所療養介護(ショートステイ)

在宅生活を継続するために、福祉施設や医療施設に短期間入所して、介護予防を目的とした日常生活上の支援や機能訓練などが受けられます。

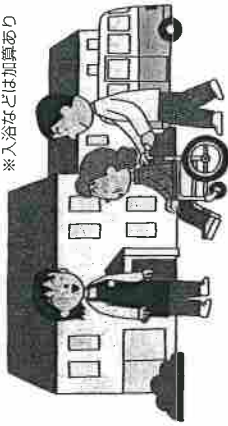
■サービス費用のめやす

要支援1	495円
要支援2	616円
要介護1	662円
要介護2	739円
要介護3	818円
要介護4	895円
要介護5	971円

■サービス費用のめやす 介護老人保健施設の多床室の場合(1日につき)

要支援1	665円
要支援2	838円
要介護1	902円
要介護2	955円
要介護3	1,024円
要介護4	1,081円
要介護5	1,139円

*入浴などは加算あり



*入浴などは加算あり

ショートステイを利用するときは、次のことにご注意ください。

- ①支給限度額までショートステイを利用することになりますが、連続しての利用は30日までです。
 - ②連続して30日を過ぎない利用であっても、ショートステイの累計利用日数は、要介護認定の有効期間のおおむね半分の日数を超えないようにしてください(例えば、6か月(180日)の有効期間の場合は、おおむね90日)。
- ※ショートステイの滞在費(居住費等)と食費は自己負担になります。ただし、課税状況や年金収入・資産の状況に応じて負担軽減する制度があります。(P30「利用者負担の軽減について」をご覧ください。)

在宅に近い暮らしをする

介護(予防)特定施設入居者生活介護

指定を受けた有料老人ホーム等に同居している高齢者に、介護予防を目的とした日常生活上の支援や介護を提供します。

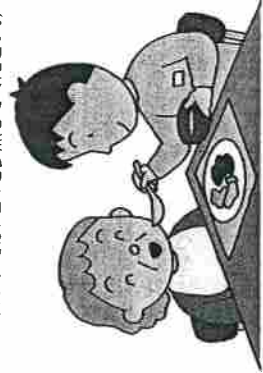
■サービス費用のめやす(1日につき)

要支援1	199円
要支援2	339円
要介護1	587円
要介護2	659円
要介護3	735円
要介護4	805円
要介護5	880円

*入浴などは加算あり

※特定施設とは有料老人ホーム、介護老人ホーム、軽費老人ホームおよび一部のサービス付き高齢者向け住宅が対象となります。

※定員が29人以下の介護専用型有料老人ホーム等は、「地域密着型サービス」の説明についてはP24を参照してください。



施設サービス

※「サービス費用のめやす」は1割負担での金額です。

施設サービスは、介護が中心か、治療が中心か、またどの程度医療上のケアが必要かなどによって、入所する施設が違います。

※サービス費用は、施設の種類や所在地、要介護状態区分に応じて異なります。

※サービス費用は1か月を30日として計算しています。

※サービス費用の原則1割、2割または3割が利用者の負担となります。また、別途居住費や食費、日常生活費などの利用者負担があります。ただし、居住費と食費については、課税状況や年金収入、資産の状況に応じて負担軽減する制度があります。

※施設サービスで特別室を利用する際は、特別室料などの利用者負担がある場合がありますので、入所の際は施設にご確認ください。

施設に入所する

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

※原則、要介護3～5の人が対象となります。ただし、要介護1・2の人でも認知症や障がい、同居の家族が支援できないなど、特別養護老人ホーム以外で生活が著しく困難と認められる場合は、特別的に入所できます。

日常生活に常時介護が必要で、自宅では介護が困難な高齢者が入所します。食事、入浴、排泄などの日常生活の介護や機能訓練、健康管理が受けられます。この中には従来の多床室中心の施設と、個室、ユニットケアの施設があります。

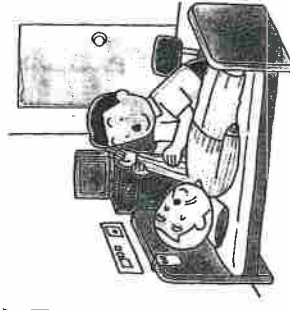
サービス費用のめやす	多床室の場合
要介護1	18,738円
要介護2	20,961円
要介護3	23,283円
要介護4	25,506円
要介護5	27,697円



介護老人保健施設（老人保健施設）

病状が安定し、治療よりは看護や介護に重点を置いたケアが必要な高齢者が入所します。医学的な管理のもとで、日常生活の介護や機能訓練が受けられます。

サービス費用のめやす	多床室の場合
要介護1	25,768円
要介護2	27,338円
要介護3	29,365円
要介護4	31,033円
要介護5	32,799円



施設に入所する

介護療養型医療施設（療養病床等）

急性期の治療が終わり、長期の療養を必要とする高齢者が入所します。医療、看護、介護などが受けられます。



介護医療院（平成30年4月から創設）

急性期の治療が終わったものの、医学的管理のもとで長期療養が必要な人のための医療機関の病床です。生活の場としての機能も兼ね備え、日常生活上の支援をします。



サービス費用のめやす	多床室の場合
要介護1	22,433円
要介護2	25,539円
要介護3	32,112円
要介護4	34,989円
要介護5	37,475円

サービス費用のめやす	多床室の場合
要介護1	26,978円
要介護2	30,542円
要介護3	38,292円
要介護4	41,562円
要介護5	44,538円

■基準費用額：施設における居住費・食費の平均的な費用を勘案して定める額（1日当たり）

●居住費：ユニット型個室 2,006円

ユニット型個室的多床室 1,668円

従来型個室 1,668円（介護老人福祉施設と短期入所生活介護は1,171円）

多床室 377円（介護老人福祉施設と短期入所生活介護は855円）

●食費：1,445円

※厚生労働省資料による

※利用者負担は施設と利用者間で契約により決められます。

●施設サービスの費用

介護保険施設に入所した場合には、①原則としてサービス費用の1割、2割または3割、②居住費、③食費、④日常生活費を利用者が負担します。

※短期入所サービスの滞在費、食費と、通所サービスの食費も全額利用者の負担となります。

負担限度額認定制度（P30）

低所得の人には申請により居住費、食費の負担が一定の限度額までとなる負担限度額制度があります。通所介護サービス、特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）は対象となりません。有効期間は申請された月の初日からなります。

※P30「利用者負担の軽減について」をご確認ください。



地域密着型サービス

※原則として地区市町村のサービスは利用できません。

認知症をはじめ、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するためには、身近な日常生活圏域ごとサービス拠点をつくり、支援していく必要があります。そこで、要支援1・2、要介護1～5の人のために大田区が地域の実情に合わせて事業者の指定および指導監督を行う、「地域密着型サービス」を提供していきます。

※「サービス費用のめやす」は1割負担での金額です。
※「サービス費用のめやす」以外に諸費用がかかることがあります。

認知症の高齢者が通所して利用する

① 介護予防 認知症対応型通所介護

認知症高齢者を対象に食事、入浴などの日常生活上の支援や、生活行為向上のための支援を日帰りでを行います。



■サービス費用のめやす
併設型の事業所の場合（7時間以上8時間未満）

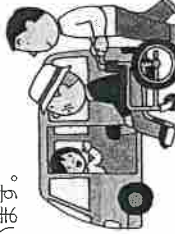
要支援1	856円
要支援2	957円
要介護1	991円
要介護2	1,096円
要介護3	1,204円
要介護4	1,311円
要介護5	1,417円

※入浴などは加算あり

住み慣れた地域で通所して利用する

① 地域密着型通所介護

定員18人以下の小規模な通所介護施設で、食事、入浴などの日常生活上の支援や、生活行為向上のための支援を日帰りでを行います。



■サービス費用のめやす
（7時間以上8時間未満）

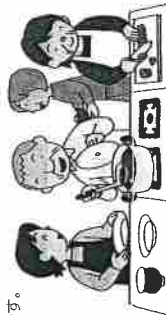
要介護1	818円
要介護2	967円
要介護3	1,121円
要介護4	1,274円
要介護5	1,426円

認知症の高齢者が在宅に近い暮らしをする

② 介護予防 認知症対応型共同生活介護 （認知症高齢者グループホーム）

認知症高齢者がスタッフの介護を受けながら少人数で共同生活する住宅（グループホーム）です。家庭的な環境と地域住民との交流のもと、住み慣れた環境で生活することを目的とします。

※要支援2の人が対象です。



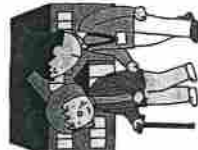
■サービス費用のめやす
ユニット数1の場合（1日につき）

要支援2	829円
要介護1	833円
要介護2	872円
要介護3	897円
要介護4	916円
要介護5	936円

※「サービス費用のめやす」は1割負担での金額です。

「通所」「訪問」「宿泊」を組み合わせて利用する

① 介護予防 小規模多機能型居宅介護



「通所」を中心に、ご本人の状況や希望に応じて、「宿泊」「訪問（介護）」といったサービスを組み合わせ、自宅で継続して生活するために必要な支援を行います。

■サービス費用のめやす
【月単位の定額】

要支援1	3,817円
要支援2	7,713円
要介護1	11,570円
要介護2	17,003円
要介護3	24,735円
要介護4	27,299円
要介護5	30,100円

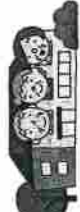
■サービス費用のめやす
【月単位の定額】

要介護1	13,807円
要介護2	19,318円
要介護3	27,156円
要介護4	30,800円
要介護5	34,839円

在宅に近い暮らしをする

① 地域密着型特定施設入居者生活介護

指定を受けた定員29人以下の介護専用型有料老人ホーム等に入居している高齢者に、日常生活上の支援や介護を提供します。



■サービス費用のめやす
（1日につき）

要介護1	591円
要介護2	664円
要介護3	741円
要介護4	811円
要介護5	887円

夜でも安心して利用する

① 夜間対応型訪問介護

夜間に安心して在宅生活が送れるよう、巡回や通報システムによる夜間専用の訪問介護です。



■サービス費用のめやす
【月単位の定額（基本+実績（随時訪問分））】

基本料金	1,169円
随時訪問1回につき	671円

24時間利用する

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

日中、夜間（深夜、早朝）を問わず、介護サービスと看護サービスが連携をとりながら定期の巡回や随時の通報により訪問し、必要に応じて入浴、排泄、食事等の介護や療養上の世話、診療の補助を行います。



■サービス費用のめやす
【月単位の定額】

介護と看護を利用する人		一体型		連携型	
介護のみ利用する人	介護のみ利用する人	介護のみ利用する人	看護のみ利用する人	介護のみ利用する人	看護のみ利用する人
要介護1	9,476円	6,495円	6,495円	6,495円	6,495円
要介護2	14,803円	11,592円	11,592円	11,592円	11,592円
要介護3	22,596円	19,247円	19,247円	19,247円	19,247円
要介護4	27,856円	24,347円	24,347円	24,347円	24,347円
要介護5	33,746円	29,445円	29,445円	29,445円	29,445円

※連携型で訪問看護を利用する場合は、別途訪問看護費がかかります。

居宅療養管理指導

居宅療養管理指導の概要

居宅療養管理指導の概要

要介護状態となった場合でも、利用者が可能な限り居宅で、有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士又は歯科衛生士等が、通院が困難な利用者の居宅を訪問して、心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るもの。

各職種が行う指導の概要

医師又は歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> ○ 計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づいて実施 ○ 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供 ○ 居宅要介護者や家族等に対する、居宅サービスを利用する上での留意点や介護方法等についての指導及び助言 ○ 訪問診療又は往診を行った日に限る
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師又は歯科医師の指示に基づいて実施される薬学的な管理及び指導 ○ 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none"> ○ 計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を30分以上行う
歯科衛生士等	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問歯科診療を行った歯科医師の指示及びその歯科医師の策定した訪問指導計画に基づいて実施される口腔内や有床義歯の清掃又は摂食・嚥下機能に関する実地指導

※居宅療養管理指導の事業を行うことができるのは、病院、診療所、薬局等である。

居宅療養管理指導における利用者の居住場所等による評価の変遷について

	診療報酬	介護報酬
平成20年度改定	<p>【訪問診療料】 居住場所に応じた評価を導入(①自宅の患者と②居住系施設の入居患者で区別)</p> <p>【在総管・特医総管】 在宅時医学総合管理料(在総管)(平成18年創設)の他に、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)を創設</p>	
平成21年度改定		・薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士において、居住場所に応じた評価を導入(①在宅の利用者と②居住系施設入居者等で区別)
平成22年度改定	<p>【訪問診療料】 居住場所ではなく、同一建物の訪問人数に応じた評価に見直し(①同一建物居住者と②それ以外の者で区別)</p>	
平成24年度改定	<p>【訪問診療料】 同一建物の訪問人数と特定施設等の入所に応じた評価に見直し(①同一建物居住者以外、②特定施設等入所者、③それら以外の同一建物居住者で区別)</p>	・全職種において、同一建物の訪問人数に応じた評価に見直し(①同一建物居住者と②それ以外の者で区別)
平成28年度改定	<p>【在総管・施設入居時等医学総合管理料(施設総管)】 特医総管を施設総管に見直すとともに、在総管・施設総管について、①単一建物診療患者数、②重症度、③月の訪問回数に応じて評価を細分化</p>	
平成30年度改定	<p>【在総管・施設入居時等医学総合管理料(施設総管)】 月の訪問回数に応じて評価を適正化</p> <p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、訪問歯科衛生指導料】 単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直し</p>	<p>・訪問人数に応じた評価の見直し(単一建物居住者が①1人②2～9人③10人以上で区別)</p> <p>・看護職員による居宅療養管理指導の廃止</p> <p>・離島や中山間地域に居住する者へのサービス提供加算の創設</p>

居宅療養管理指導費の報酬

居宅療養管理指導の報酬体系

職種等		報酬単価(単位)		
		単一建物居住者が1人の場合	単一建物居住者が2～9人の場合	単一建物居住者が10人以上の場合
医師 注1 (月2回を限度)	居宅療養管理指導費(Ⅰ)	509	485	444
	居宅療養管理指導費(Ⅱ)注2	295	285	261
歯科医師(月2回を限度)注1		509	485	444
薬剤師	病院又は診療所の薬剤師 (月2回を限度)	560	415	379
	薬局の薬剤師 (月4回を限度)注3	509	377	345
管理栄養士(月2回を限度)		539	485	444
歯科衛生士等(月4回を限度)		356	324	296

特別地域居宅療養管理指導加算	+15/100
中山間地域等における小規模事業所加算	+10/100
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	+5/100

注1：訪問診療又は往診を行った日に限り算定できる。

注2：診療報酬の「在宅時医学総合管理料」又は「施設入居時等医学総合管理料」を算定する場合。

これらの管理料は、通院困難な患者に対し、計画的医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に月1回に限り算定できる。

注3：末期の悪性腫瘍の者、中心静脈栄養を受けている者に対しては、2回/週、かつ、8回/月を限度として算定。

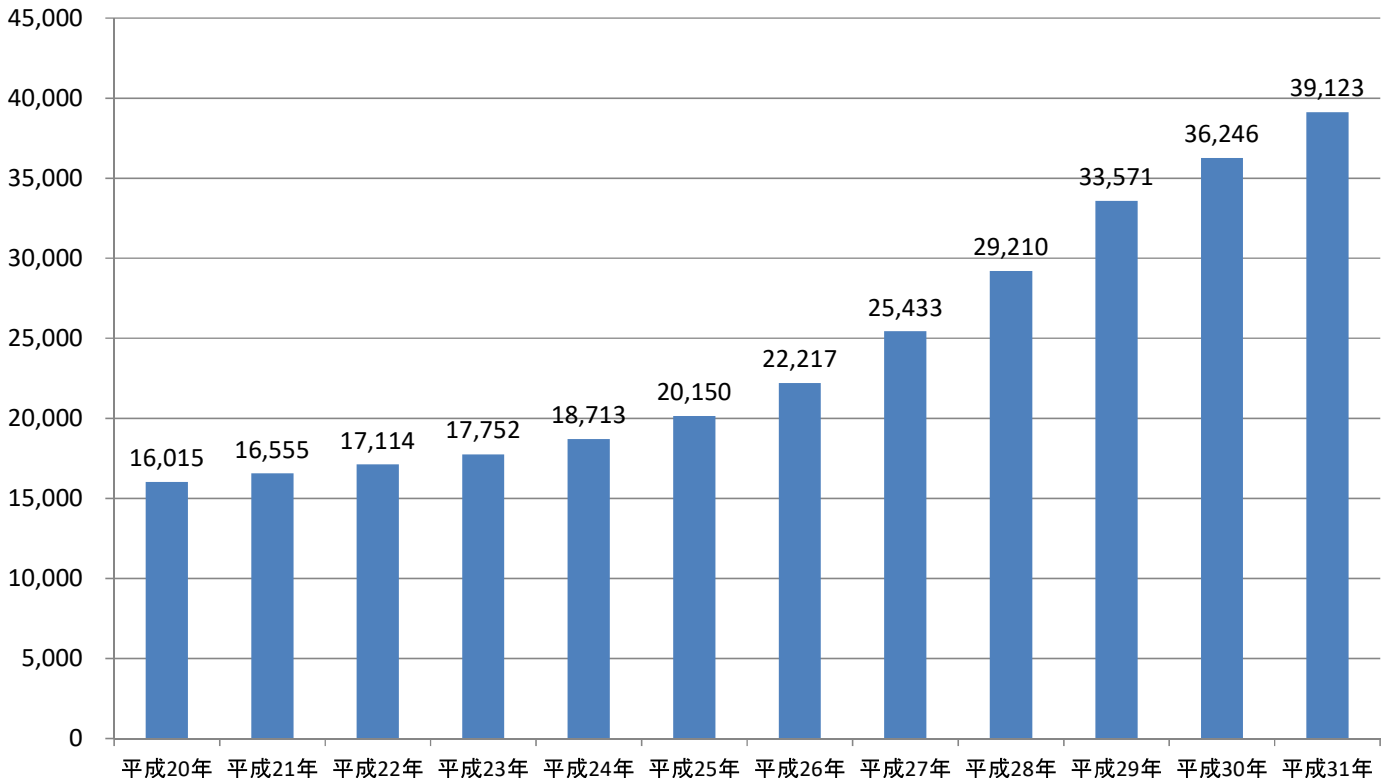
居宅療養管理指導の加算算定率

	単位数	算定事業所数	算定率 (事業所ベース)	算定回数・日数 (単位：回・日)	算定率 (回数・日数ベース)	算定単位数 (単位：1単位)
特別地域居宅療養管理指導加算	15/100	288	0.74%	4.2	0.15%	373,000
中山間地域等における小規模事業所加算	10/100	1,021	2.64%	6.2	0.22%	394,000
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	5/100	252	0.65%	1.8	0.06%	59,000
(予防) 特別地域居宅療養管理指導加算	15/100	128	0.79%	0.4	0.22%	38,000
(予防) 中山間地域等における小規模事業所加算	10/100	325	2.01%	0.6	0.34%	38,000
(予防) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	5/100	82	0.51%	0.2	0.11%	6,000

- ※ 算定事業所数：国保連合会保有給付実績情報について任意集計を実施。
- ※ 算定率（事業所ベース）：各加算算定事業所数／居宅療養管理指導算定事業所数
- ※ 算定回数・日数：介護給付費実態統計（月報・第10表／平成31年3月サービス提供分）
- ※ 算定率（回数・日数ベース）：各加算算定回数・日数／居宅療養管理指導算定総回数

4

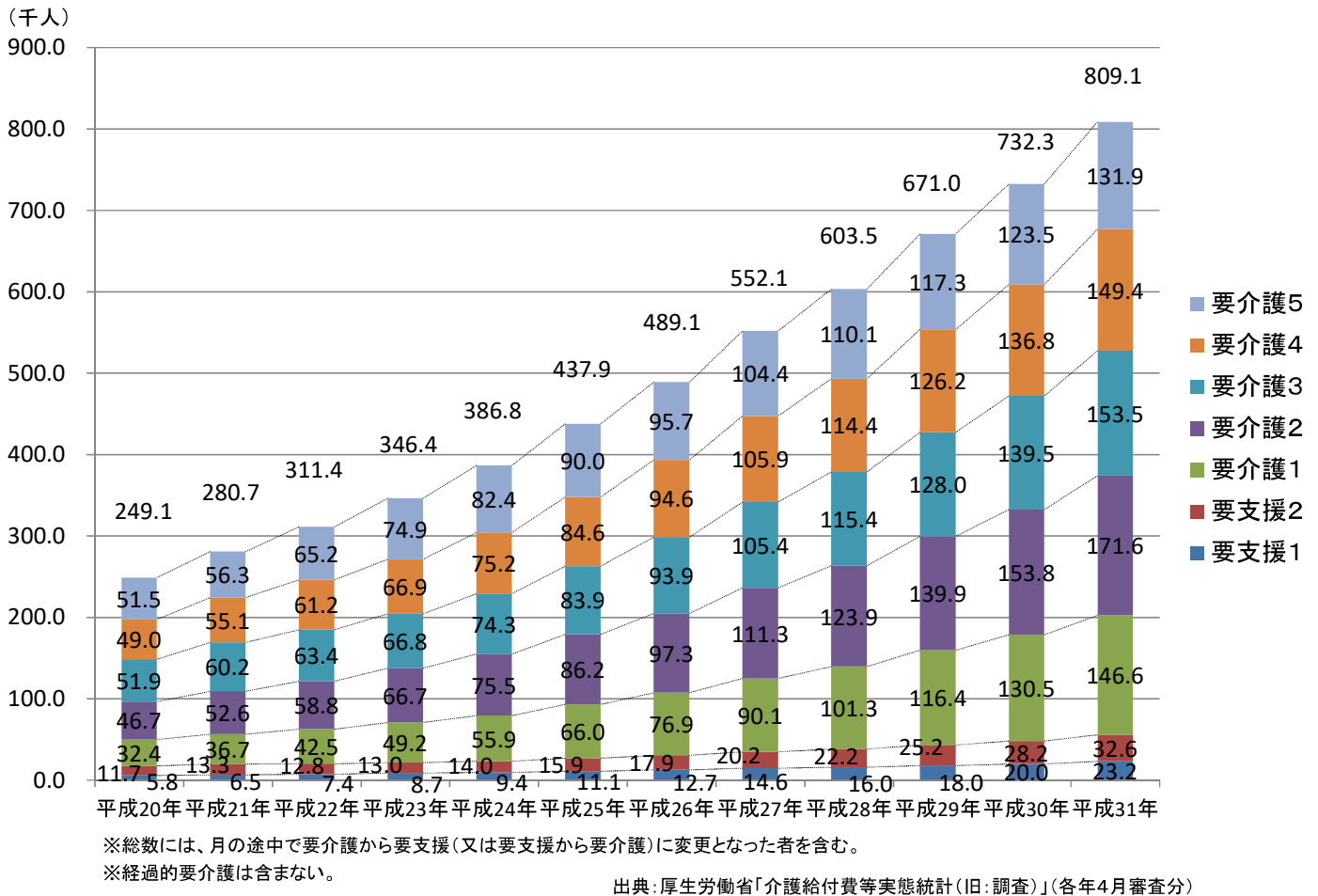
居宅療養管理指導の請求事業所数



- ※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。

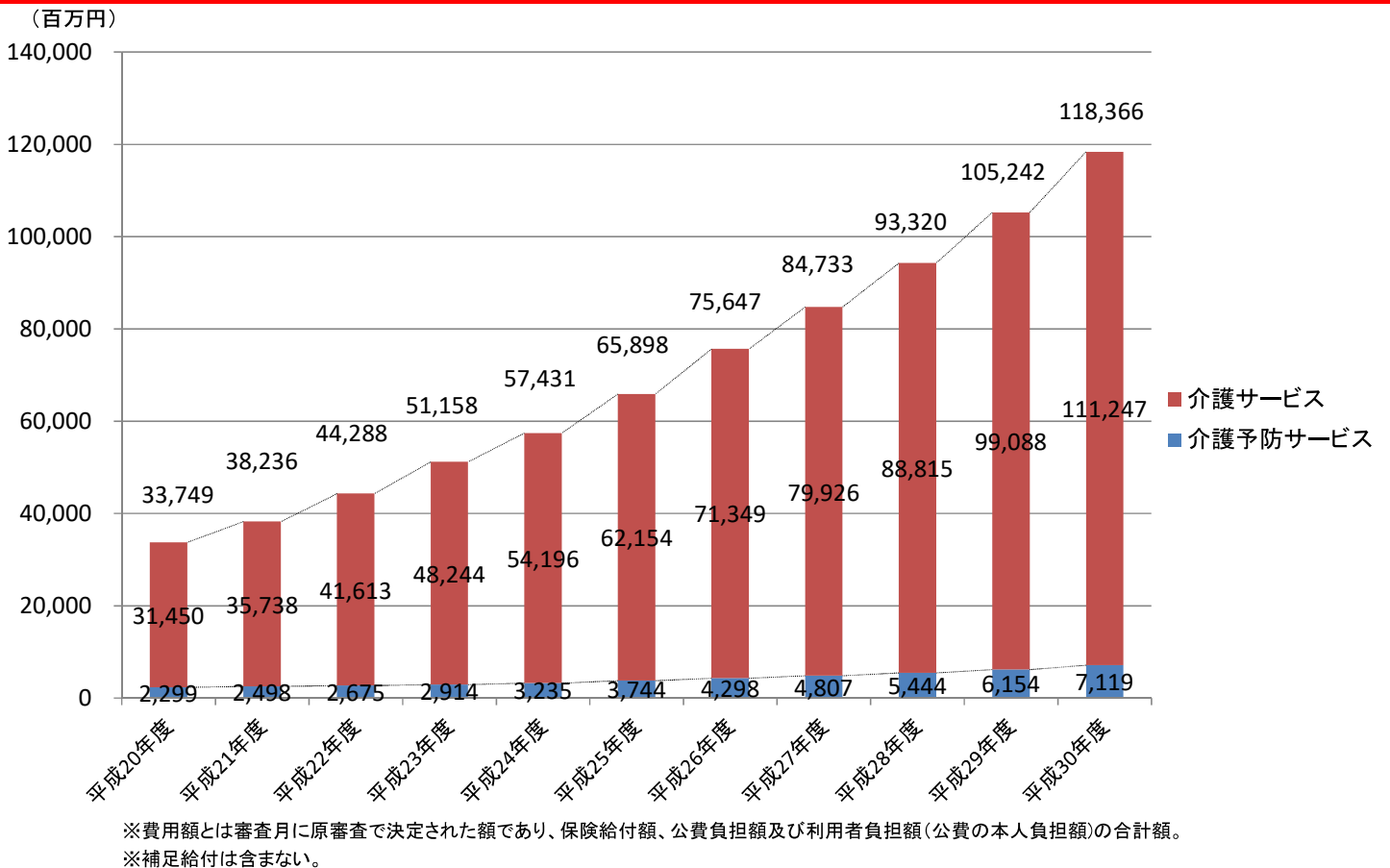
出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計（旧：調査）」（各年4月審査分）

居宅療養管理指導の受給者数



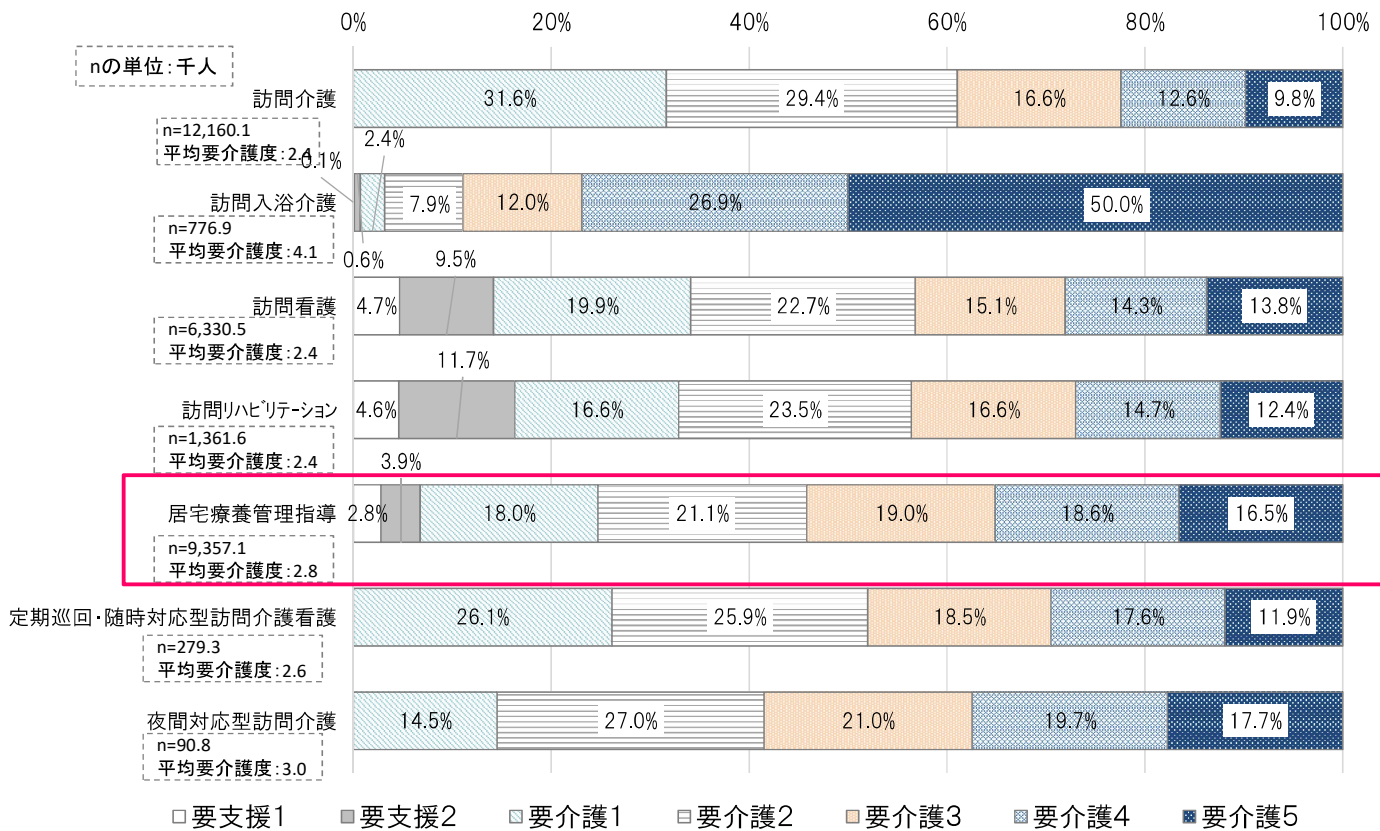
6

居宅療養管理指導の費用額



44

訪問系サービスの要介護度割合



(注) 平均要介護度の算出にあたり、要支援1・2は0.375として計算している。

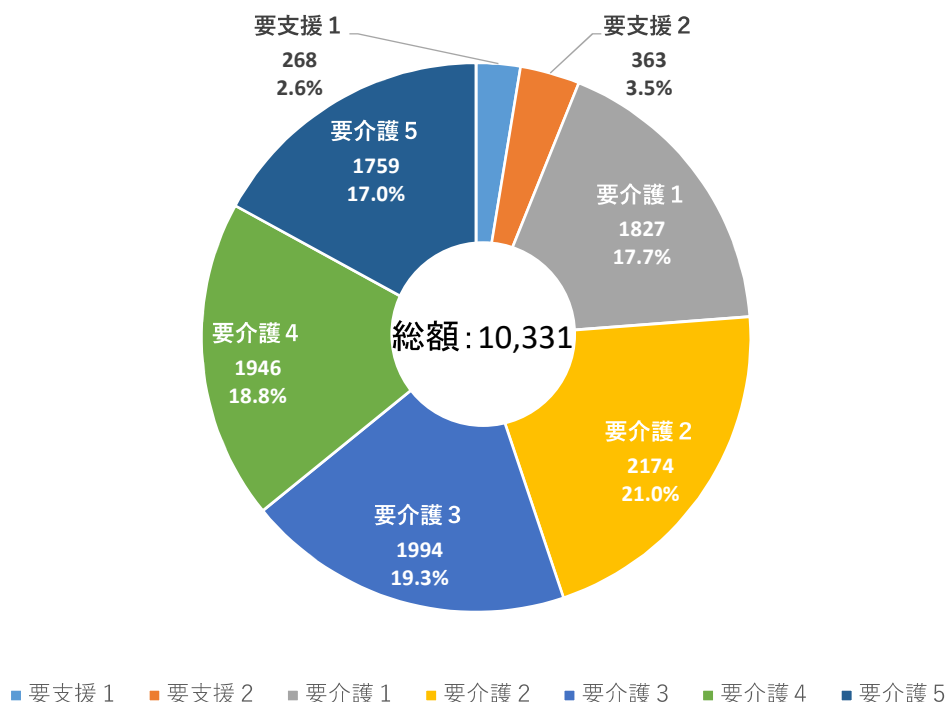
【出典】平成30年度介護給付費等実態統計報告(平成30年5月審査分～平成31年4月審査分)

8

居宅療養管理指導の要介護度別費用額(1月あたり)

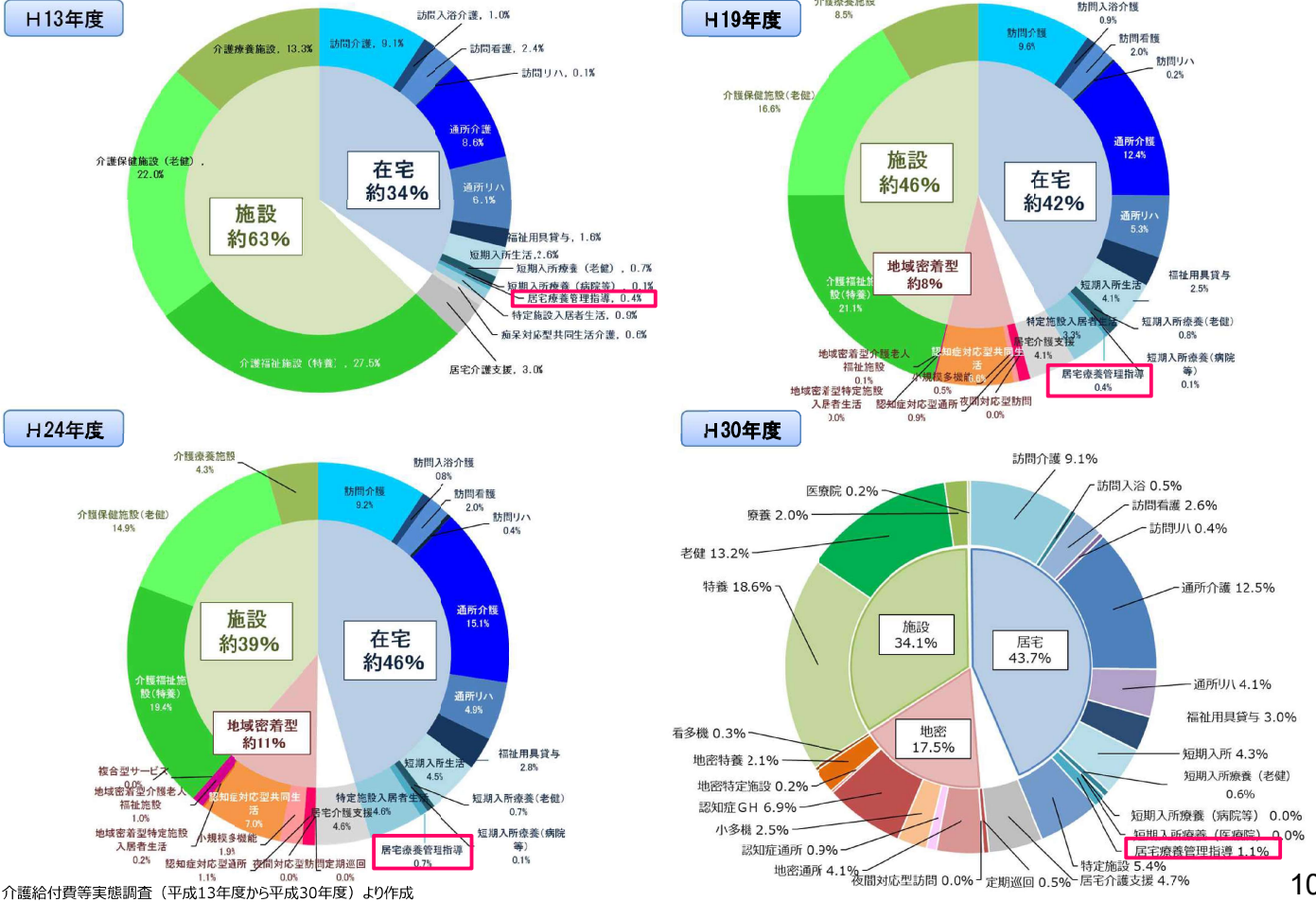
○ 居宅療養管理指導における費用額について、要介護度別の費用額をみると、要介護2が最も多く(21.0%)、次いで要介護3(19.3%)、要介護4(18.8%)が多い。

(単位：百万円)



注1) 介護給付費等実態統計(旧調査)月報の平成31年4月審査(3月サービス提供)分の状況。
注2) 総額は要介護度別の費用額の合計

サービス種類別介護費用額割合の推移



10

総費用等に占める提供サービスの内訳(平成30年度) 金額

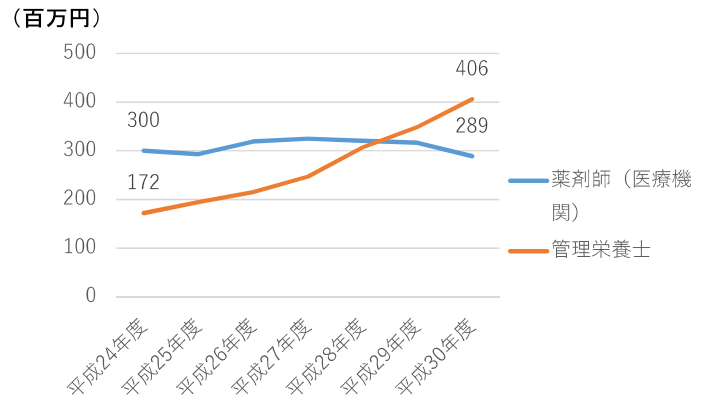
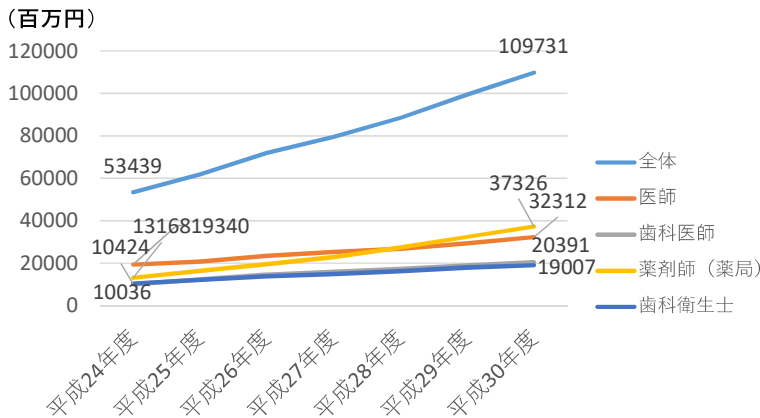
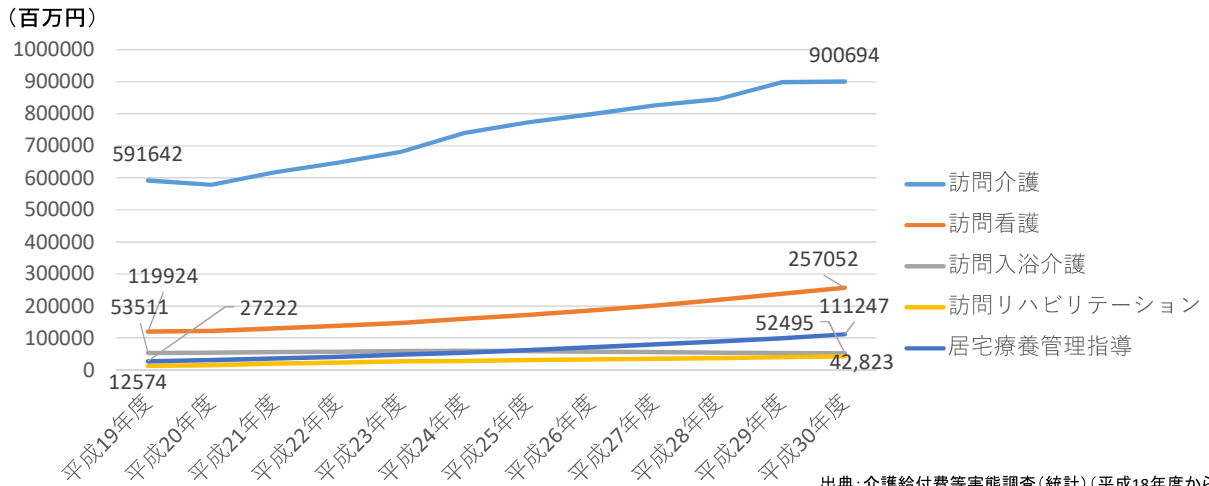
		費用額(百万円)	利用者数(千人)	事業所数
居宅	訪問介護	900,694	1,456.7	33,176
	訪問入浴介護	52,495	123.0	1,770
	訪問看護	257,052	701.0	11,795
	訪問リハビリテーション	42,823	153.6	4,614
	通所介護	1,243,519	1,604.5	23,881
	通所リハビリテーション	409,205	621.8	7,920
	福祉用具貸与	302,033	2,413.1	7,113
	短期入所生活介護	422,572	739.1	10,615
	短期入所療養介護	57,484	152.9	3,781
	居宅療養管理指導	111,247	1,053.5	39,123
特定施設入居者生活介護	532,291	280.6	5,550	
計	4,331,418	3,930.2	149,338	
居宅介護支援		465,401	3,581.1	39,685
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	46,295	36.8	946
	夜間対応型訪問介護	3,416	12.6	172
	地域密着型通所介護	402,188	596.8	19,452
	認知症対応型通所介護	85,213	82.7	3,439
	小規模多機能型居宅介護	252,000	143.2	5,648
	看護小規模多機能型居宅介護	33,730	18.1	627
	認知症対応型共同生活介護	682,789	257.4	13,904
	地域密着型特定施設入居者生活介護	19,718	10.4	350
	地域密着型介護老人福祉施設サービス	211,289	75.7	2,344
	計	1,736,638	1,182.6	46,882
施設	介護老人福祉施設	1,847,256	690.7	8,057
	介護老人保健施設	1,306,490	566.2	4,285
	介護療養型医療施設	199,799	73.0	912
	介護医療院	23,724	12.4	145
	計	3,377,270	1,284.6	13,399
合計	9,910,728	5,179.2	244,054	

※事業所数は短期利用等を含む延べ数である。

【出典】厚生労働省「平成30年度介護給付費等実態統計」

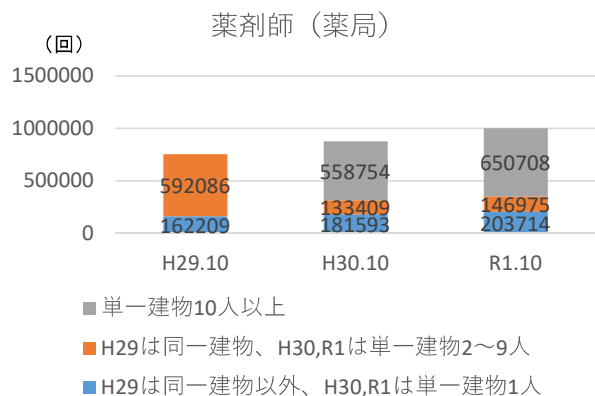
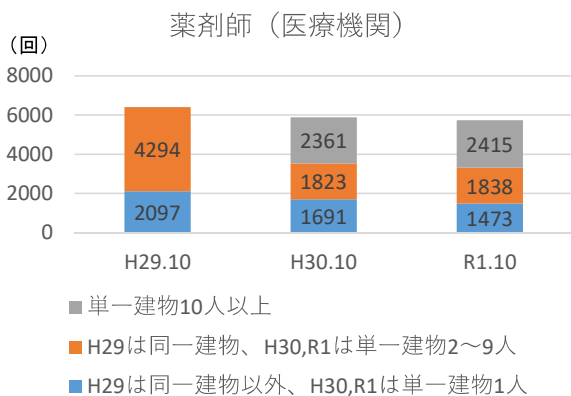
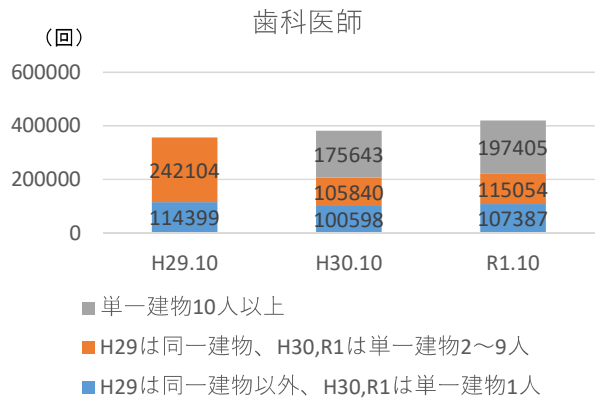
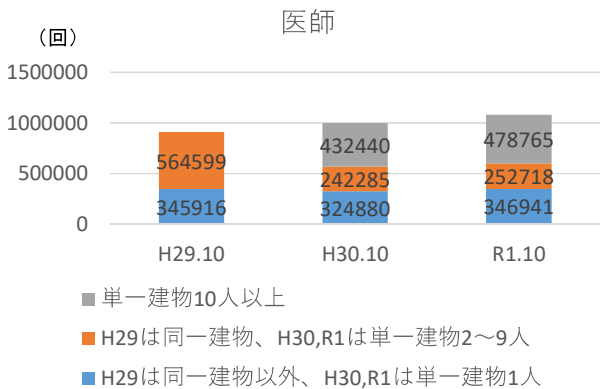
(注1) 介護予防サービスを含まない。特定入所者介護サービス(補足給付)、地域支援事業に係る費用は含まない。また、市区町村が直接支払う費用(福祉用具購入費、住宅改修費など)は含まない。
 (注2) 介護費は、平成30年度(平成30年5月～平成31年4月)審査分(平成30年4月～平成31年3月)サービス提供分、請求事業所数は、平成31年4月審査分である。
 (注3) 利用者数は、平成30年4月から平成31年3月の1年間において一度でも介護サービスを受給したことのあつた者の数であり、同一人が2回以上受給した場合は1人として計上している。ただし、当該期間中に被保険者番号の変更があつた場合には、別受給者として計上している。

居宅療養管理指導の費用額の推移



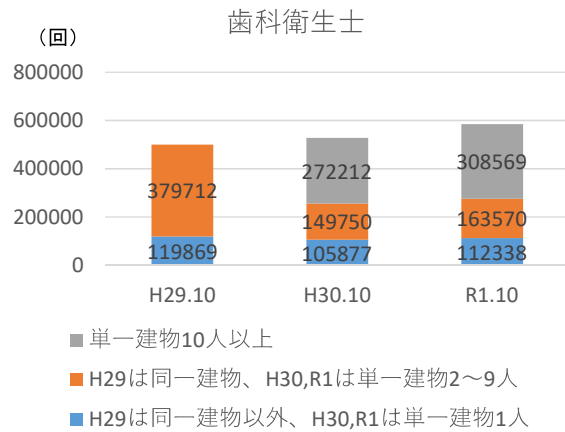
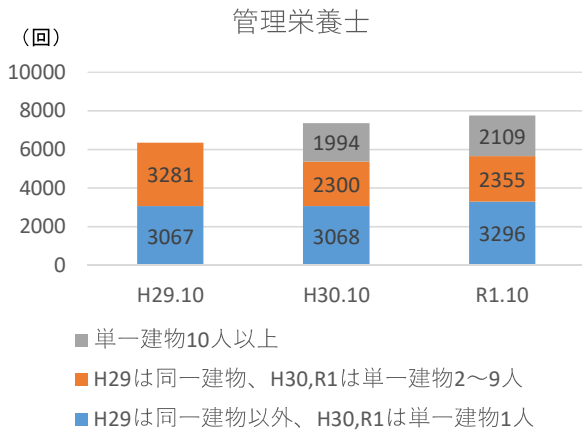
出典:介護給付費等実態調査(統計)(各年10月審査分を12倍)(介護予防サービスを含まない)

居宅療養管理指導の職種別算定回数推移①



出典:介護給付費等実態統計(旧:調査)(各年10月審査分)

居宅療養管理指導の職種別算定回数推移②



出典:介護給付費等実態統計(旧:調査)(各年10月審査分)

14

居宅療養管理指導 (平成30年度介護報酬改定)

改定事項

①訪問人数等に応じた評価の見直し

②看護職員による居宅療養管理指導の廃止

③離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する居宅療養管理指導の提供

居宅療養管理指導 ①訪問人数等に応じた評価の見直し (平成30年度介護報酬改定)

概要 ※介護予防居宅療養管理指導を含む

○ 現在、同一日に同じ建物に居住する者（同一建物居住者）に対し指導・助言等を行った場合は減額した評価を行っているが、平成28年度診療報酬改定において、訪問した建物内において、当該訪問月に診療した人数（単一建物居住者の人数）によって、メリハリのある評価とする等の見直しが行われた。

○ これを踏まえ、医療保険と介護保険との整合性の観点から、単一建物に居住する人数に応じて、以下のように評価することとするとともに、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要な見直しを行う。

- ・ 単一建物居住者が1人
- ・ 単一建物居住者が2～9人
- ・ 単一建物居住者が10人以上

単位数

○医師が行う場合
(1) 居宅療養管理指導費 (I)

	<現行>	→		<改定後>
・ 同一建物居住者以外	503単位		・ 単一建物居住者が1人	507単位
・ 同一建物居住者	452単位		・ 単一建物居住者が2～9人	483単位
			・ 単一建物居住者が10人以上	442単位

※ 歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等の居宅療養管理指導についても同様の評価を行う。

算定要件等

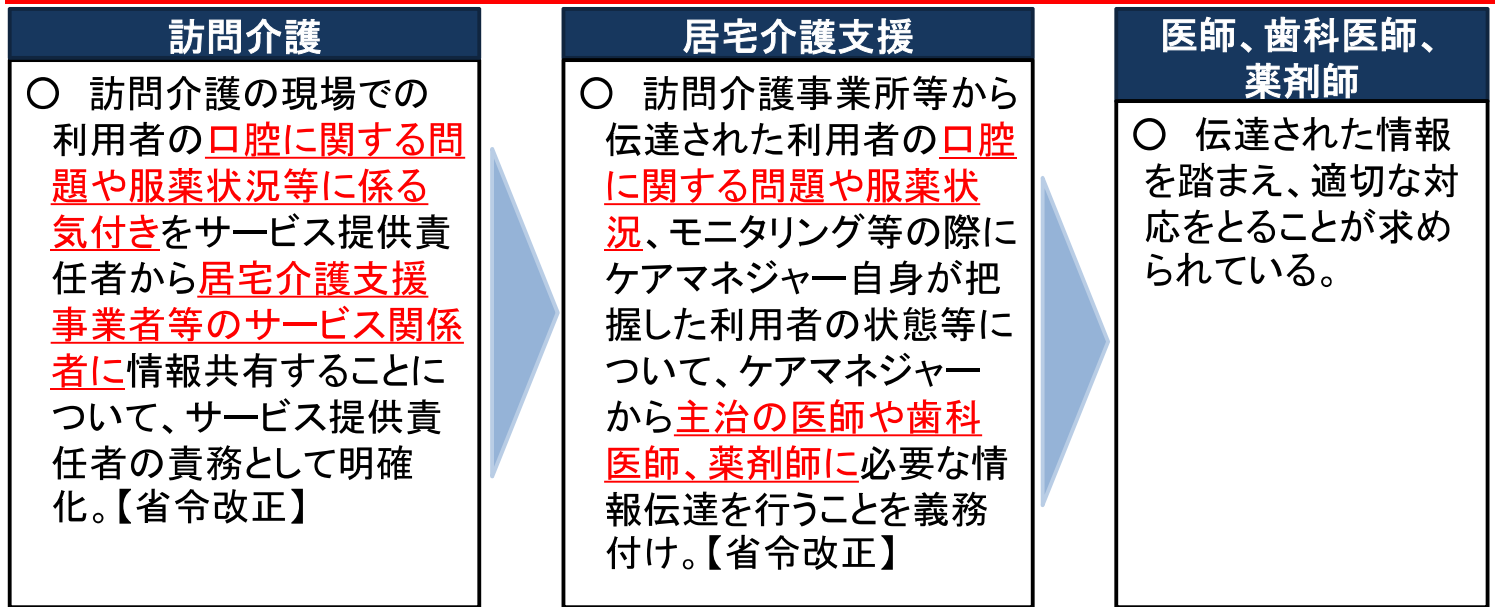
○ 同一建物居住者と単一建物居住者の定義の違いは以下のとおり。

<同一建物居住者>
当該利用者と同一建物に居住する他の利用者に対して指定居宅療養管理指導事業所の医師等が同一日に訪問診療、往診又は指定居宅療養管理指導を行う場合の当該利用者

<単一建物居住者>
当該利用者が居住する建築物に居住する者のうち、当該指定居宅療養管理指導事業所の医師等が、同一月に訪問診療、往診又は指定居宅療養管理指導を行う場合の当該利用者

16

医療と介護の連携の強化 (平成30年度介護報酬改定)



- <情報提供の例>**
- ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
 - ・薬の服用を拒絶している
 - ・口臭や口腔内出血がある
 - ・食事量や食事回数に変化がある
 - ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
 - ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない
 - ・使いきらないうちに新たに薬が処方されている
 - ・体重の増減が推測される見た目の変化がある
 - ・下痢や便秘が続いている

17

医療と介護の連携の強化 (平成30年度介護報酬改定)

●指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）抄

(管理者及びサービス提供責任者の責務)

第二十八条

- 3 サービス提供責任者は、第二十四条に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。
- 二の二 居宅介護支援事業者等に対し、指定訪問介護の提供に当たり把握した利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報の提供を行うこと。

●指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）抄

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第一条の二に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

- 十三の二 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

18

在宅患者訪問に関する診療報酬上の取扱い

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)(抜粋・下線追加)
(令和2年3月5日付保医発0305第1号)

別添1 医科診療報酬点数表に関する事項

C001 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)

- (1) 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価であり、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「A001」再診料の「注12」地域包括診療加算又は区分番号「B001-2-9」地域包括診療料が算定可能である。
- (略)

別添3 調剤報酬点数表に関する事項

区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、あらかじめ名称、所在地、開設者の氏名及び在宅患者訪問薬剤管理指導（以下「訪問薬剤管理指導」という。）を行う旨を地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局の薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況、薬剤保管状況及び残薬の有無の確認等の薬学的管理指導を行い、当該指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。在宅患者訪問薬剤管理指導料は、定期的に訪問して訪問薬剤管理指導を行った場合の評価であり、継続的な訪問薬剤管理指導の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族又は介助者等の助けを借りずに来局ができる者等は、来局が容易であると考えられるため、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。
- (略)

医師・歯科医師

20

医師・歯科医師の居宅療養管理指導について

<老企第36号 第2の6(2) (抜粋)>

① 算定内容

主治の医師及び歯科医師の行う居宅療養管理指導については、計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づき、指定居宅介護支援事業者（指定居宅介護支援事業所に属し、利用者に居宅介護支援を行う介護支援専門員。以下この項において「ケアマネジャー」という。）等に対する介護サービス計画（以下この項において「ケアプラン」という。）の策定等に必要の情報提供並びに利用者若しくはその家族等に対する介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に算定する。

なお、当該医師が当該月に医療保険において、「在宅時医学総合管理料」を当該利用者について算定した場合には、当該医師に限り居宅療養管理指導費(Ⅱ)を算定する。

② 「情報提供」及び「指導又は助言」の方法

ア ケアマネジャー等に対する情報提供の方法

ケアプランの策定等に必要の情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことを基本とする（必ずしも文書等による必要はない。）。

当該会議への参加が困難な場合やサービス担当者会議が開催されない場合等においては、下記の「情報提供すべき事項」（薬局薬剤師に情報提供する場合は、診療状況を示す文書等の内容も含む。）について、原則として、文書等（メール、FAX等でも可）により、ケアマネジャー等に対して情報提供を行うことで足りるものとする。

なお、サービス担当者会議等への参加により情報提供を行った場合については、その情報提供の要点を記載すること。当該記載については、医療保険の診療録に記載することは差し支えないが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

また、文書等により情報提供を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

(情報提供すべき事項)

(a) 基本情報（医療機関名、住所、連絡先、医師・歯科医師氏名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等）

(b) 利用者の病状、経過等

(c) 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(d) 利用者の日常生活上の留意事項

※ 上記に係る情報提供については、医科診療報酬点数表における診療情報提供料に定める様式を活用して行うこともできることとする。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(抜粋)

○ 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）抄

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第一条の二に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

(略)

十三の二 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔くう機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

十七 介護支援専門員は、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設はそれぞれ医療機能等が異なることに鑑み、主治医の意見を参考にし、主治医に意見を求める等をして介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

十九の二 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

二十 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

22

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について①(参考)

<老企第22号 第二 三の6(2) (抜粋)>

⑬ 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等（第13号・第13号の2）

指定居宅介護支援においては、利用者の有する解決すべき課題に即した適切なサービスを組み合わせて利用者に提供し続けることが重要である。このために介護支援専門員は、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であり、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。）を行い、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合等必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

なお、利用者の解決すべき課題の変化は、利用者へ直接サービスを提供する指定居宅サービス事業者等により把握されることも多いことから、介護支援専門員は、当該指定居宅サービス事業者等のサービス担当者と緊密な連携を図り、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合には、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めなければならない。

また、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報は、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師が医療サービスの必要性等を検討するにあたり有効な情報である。このため、指定居宅介護支援の提供に当たり、例えば、

- ・ 薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
- ・ 薬の服用を拒絶している
- ・ 使いきらないうちに新たに薬が処方されている
- ・ 口臭や口腔内出血がある
- ・ 体重の増減が推測される見た目の変化がある
- ・ 食事量や食事回数に変化がある
- ・ 下痢や便秘が続いている
- ・ 皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- ・ リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない状況

等の利用者の心身又は生活状況に係る情報を得た場合は、それらの情報のうち、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要であると介護支援専門員が判断したものについて、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について②(参考)

⑱ 介護保険施設への紹介その他の便宜の提供(第17号)

介護支援専門員は、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設はそれぞれ医療機能等が異なることに鑑み、主治医の意見を参考にし、主治医に意見を求める等をして介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。

⑳ 主治の医師等の意見等 (第19号・第19号の2・第20号)

訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）及び看護小規模多機能型居宅介護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）については、主治の医師等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。

このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。（中略）

なお、医療サービス以外の指定居宅サービス等を居宅サービス計画に位置付ける場合にあって、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、介護支援専門員は、当該留意点を尊重して居宅介護支援を行うものとする。

24

診療情報提供料について

・診療情報提供料(Ⅰ)250点（平成20年3月5日号外厚生労働省告示第59号 抜粋）

2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

診療情報提供料について

・様式例

(別紙様式12の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け診療情報提供書

情報提供先事業所

平成 年 月 日

担当 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称	
電話番号	
FAX番号	
医師氏名 (B)	
患者氏名	性別 男・女
職業	
電話番号	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生 ()歳
患者住所	
情報提供の目的	
生活機能低下の原因になっているもの	
病名	発症日:昭和・平成 年 月 日
その他の傷病名	
傷病の経過及び治療状況	
診療形態	外来・訪問診療・入院 入院患者の場合 入院日: 年 月 日 退院日: 年 月 日
必要と考えられる検査・通称サービス又はサービス利用に際しての留意点等	
療養高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 OJ1 OJ2 OA1 OA2 OB1 OB2 OC1 OC2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 OI OII OIII OIV OVa OVI OVIa OVIb OVIc OVID OVIId OVIId	

診療情報提供書と主治医意見書で共通する項目

26

主治医意見書について

主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者	性別 男・女
連絡先 ()	
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。	
医師氏名	
医療機関名	電話 ()
医療機関所在地	FAX ()
(1) 最終診療日	令和 年 月 日
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	(有の場合) <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 腫瘍科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()
1. 傷病に関する意見	
(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日 1. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日) 日填) 2. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日) 日填) 3. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日) 日填)	
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合は、具体的な状態を記入)	
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び治療内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)	
2. 特別な医療 (過去14日以内に行った医療のすべてにチェック)	
処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置
薬薬への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等)
3. 心身の状態に関する意見	
(1) 日常生活の自立度等について ・障害高齢者の日常生活自立度(寛たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 OJ1 OJ2 OA1 OA2 OB1 OB2 OC1 OC2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 OI OII OIII OIV OVa OVI OVIa OVIb OVIc OVID OVIId OVIId	
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む) ・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 且つ体的要求に訴えられる <input type="checkbox"/> 伝えられない	
(3) 認知症の行動・心理症状 (BPSD) (該当する項目全てにチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 徘徊・夜驚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()	
(4) その他の精神・神経症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状名:) 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	

診療情報提供書と主治医意見書で共通する項目

(5) 身体の状態
利き腕 (□右 □左) 身長= <input type="text"/> cm 体重= <input type="text"/> kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少) <input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位:) <input type="checkbox"/> 麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重) <input type="checkbox"/> 右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重) <input type="checkbox"/> その他 (部位:) 程度: □軽 □中 □重 <input type="checkbox"/> 筋力の低下 (部位:) 程度: □軽 □中 □重 <input type="checkbox"/> 関節の拘縮 (部位:) 程度: □軽 □中 □重 <input type="checkbox"/> 関節の痛み (部位:) 程度: □軽 □中 □重 <input type="checkbox"/> 失調・不随意運動・上肢 □右 □左 下肢 □右 □左 体幹 □右 □左 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位:) 程度: □軽 □中 □重 <input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患 (部位:) 程度: □軽 □中 □重
4. 生活機能とサービスに関する意見
(1) 移動 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればしている <input type="checkbox"/> していない 車いすの使用 <input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している <input type="checkbox"/> 主に他人が操作している 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) <input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用
(2) 栄養・食生活 食事行為 <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助 現在の栄養状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 栄養・生活上の留意点 ()
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心臓機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 鼻感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他 () 対処方針 ()
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し <input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明
(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。) <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ()
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 ・血圧 □特になし □あり () ・摂食 □特になし □あり () ・嚥下 □特になし □あり () ・褥下 □特になし □あり () ・その他 ()
(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 不明
5. 特記すべき事項 要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的などご意見を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

54

27

主治医意見書について

○主治医意見書記入の手引き（抜粋）

（5）介護サービス計画作成時の利用

介護サービス計画の作成に際し、介護サービスを提供するにあたっての医学的観点からの意見や留意点等についての情報を、申請者等の同意を得てサービス提供者に提供することになります。

サービス提供時の医学的観点からの留意点や禁忌等は主治医意見書の記載内容のみから判断されるものではありませんが、介護サービス計画作成等に有用となる留意点をお分かりになる範囲で具体的に記入してください。

要介護認定制度の見直し(有効期間)

申請区分等		原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請		6ヶ月	3ヶ月～6ヶ月→3ヶ月～12ヶ月(H24年度改正)
区分変更申請		6ヶ月	3ヶ月～6ヶ月→3ヶ月～12ヶ月(H23年度改正)
更新申請	前回要支援 → 今回要支援	6ヶ月→12ヶ月 (H16年度改正)	3ヶ月～12ヶ月→3ヶ月～24ヶ月(H27年度改正) ※1 →3ヶ月～36ヶ月(H30年度改正) →3ヶ月～48ヶ月(R3年度改正予定) ※2
	前回要介護 → 今回要介護	6ヶ月→12ヶ月 (H16年度改正)	3ヶ月～12ヶ月→3ヶ月～24ヶ月(H16年度改正) →3ヶ月～36ヶ月(H30年度改正) →3ヶ月～48ヶ月(R3年度改正予定) ※2
	前回要支援 → 今回要介護 前回要介護 → 今回要支援	6ヶ月→12ヶ月 (H27年度改正) ※1	3ヶ月～6ヶ月→3ヶ月～12ヶ月(H23年度改正) →3ヶ月～24ヶ月(H27年度改正) ※1 →3ヶ月～36ヶ月(H30年度改正)

※1 市町村全域で介護予防・日常生活支援総合事業を開始した場合に適用。

※2 直前の要介護度と同じ要介護度と判定された場合に適用。

いわゆる「社会的処方」について

○ 経済財政運営と改革の基本方針2020（令和2年7月17日閣議決定）（抜粋）

4. 「新たな日常」を支える包摂的な社会の実現（1）「新たな日常」に向けた社会保障の構築

②「新たな日常」に対応した予防・健康づくり、重症化予防の推進

「新たな日常」に対応するため、熱中症対策に取り組むとともに糖尿病、循環器病などの生活習慣病や慢性腎臓病の予防・重症化予防を多職種連携により一層推進する。新たな技術を活用した血液検査などの実用化を含め、負荷の低い健診に向けた健診内容の見直し・簡素化等を前倒しするとともに、オンラインでの健康相談の活用を推進する。

かかりつけ医等が患者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつなげる取組についてモデル事業を実施する。（以下省略）

※下線部が、いわゆる「社会的処方」と呼ばれる取組

○ 高齢者の社会的リスクに関する基礎的調査研究事業（令和元年度老人保健事業推進費等補助金）（抜粋）

0-1. 事業内容

(1) 目的

（前略）こうしたなか、医師等が健康の社会的決定要因への対応に目を向け、患者の多様なニーズについて地域における多様な社会資源に結びつけ、より患者が主体的に自立して生きていけるよう支援する取組みへの関心が広がりを見せている。英国等では、これを「社会的処方（social prescribing）」と称して住民のよりよく生きる力とケアの持続可能性を高めうる仕組みとして推進するようになってきた。

英国で用いられている社会的処方（social prescribing）の定義

「社会的・情緒的・実用的なニーズをもつ人々が、時にボランティア・コミュニティセンターによって提供されるサービスを使いながら、自らの健康とウェルビーイングの改善につながる解決策を自ら見出すことを助けるため、家庭医や直接ケアに携わる保健医療専門職が、患者をリンクワーカー（link worker）に紹介できるようにする手段である。患者はリンクワーカーとの面談を通じて、可能性を知り、個々に合う解決策をデザインする。すなわち自らの社会的処方をもとに創り出していく。」

30

いわゆる「社会的処方」の事例

かかりつけ医／かかりつけ診療所に期待される役割と求められる機能：国立市での取組みから（抜粋）

事例1 認知症となり、薬の管理ができなくなる事例

（概要）70歳代、男性、脳梗塞、高血圧、一人暮らし

（経過）

退職後は外出の機会が減り、たばこを吸っている（20本/日）が多かったが、脳梗塞の再発予防のための定期的な通院と内服はできていた。70歳代前半から認知機能が低下し、通院ができなくなり、薬の内服ができなくなった。自宅で昏睡状態となったところを近隣の友人に見えられ、緊急入院となり、脳梗塞の再発と診断された。

（本事例から見える課題）

- ・受診が途切れたときのフォロー体制
- ・地域での仲間づくり、見守りの目
- ・認知症の方の支援体制

めざす姿の達成に必要な要素

- 継続的な受診が必要な市民の、見守りを含めた支援体制

事例2 迅速な対応により救命できた事例

（概要）80歳代、男性、心不全、一人暮らし

（経過）

妻を病院で亡くして以来、病院嫌いとなり、通院をしていない。「全身倦怠感があり、歩けない」と本人から地域包括支援センターに相談が入り、往診[※]を依頼した。往診した医師より、血圧158/98、顔色不良、心音の異常、全身にむくみ等があり、心不全と診断された。2回目の往診時に本人が転倒しており、同行していた地域包括支援センターの職員と在宅医療相談窓口職員が発見した。心不全の状態がさらに悪化し、往診医より入院治療の必要があると判断され、緊急入院となった。治療の結果、退院となる。現在、自宅で在宅医療を受けながら暮らすことができています。

（本事例で達成できていること）

- ・地域包括支援センターの依頼により、迅速な往診が行われた

（本事例から見える課題）

- ・かかりつけ医を持ち、日常療養を行う

めざす姿の達成に必要な要素

- かかりつけ医への受診と、適切な治療・療養の継続
- 再発を予防するための、医療・介護専門職、家族、地域包括支援センター、行政による本人の状況の適時把握及び支援

事例3 かかりつけ医と訪問診療医の連携により、早期に介護保険サービスを利用できた事例

（概要）30歳代、女性、高血圧、軽度認知症、一人暮らし

（経過）

夫の他界後、広い自宅で好きな本を読んで過ごし、外出はほとんどなし。高血圧のための定期的な通院はできていた。別居の家族が毎日薬の管理を行っていた。夕食は配達サービスを利用。本人は、自身の栄養不足を心配し、地域包括支援センターに相談していた。徐々に体力が低下し、通院が困難となった。高血圧の管理をしていた医療機関から訪問診療医に依頼があり、在宅療養が開始された。また、介護保険を申請し、リハビリサービスの利用が開始された。本人の体力が回復し、近所に買い物に行けるまで回復した。

（本事例で達成できていること）

- ・家族による服薬管理、サービスの利用等、見守り体制の確立

（本事例から見える課題）

- ・早期の介護保険サービスの利用
- ・栄養管理
- ・体力低下の予防
- ・地域包括支援センターの対応

めざす姿の達成に必要な要素

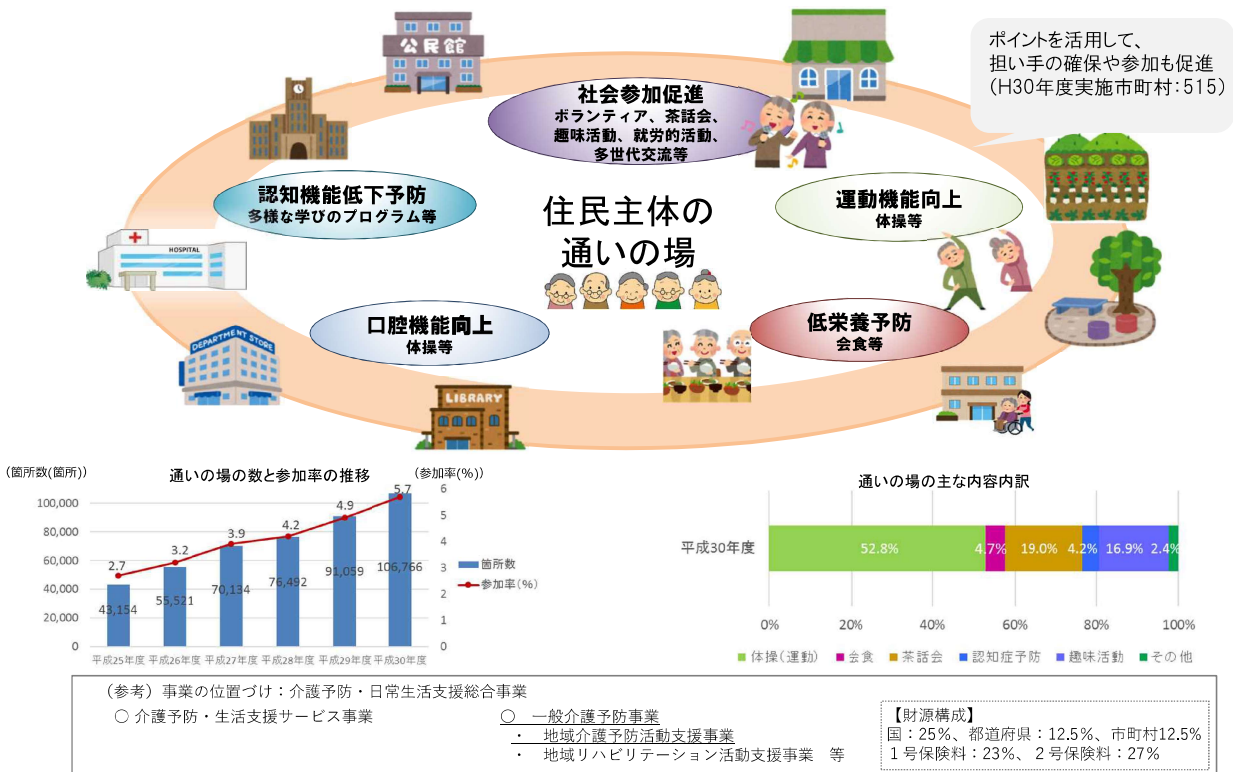
- 医療・介護専門職、家族、地域包括支援センター、行政による本人の状況の適時把握、かかりつけ医との情報共有
- 診療所同士の連携

（出典）高齢者の社会的リスクに関する基礎的調査研究事業（令和元年度老人保健事業推進費等補助金）

※往診：本人の要望により、必要に応じて医師が自宅に診療に向かうこと。なお、「訪問診療」も医師が自宅に診療に向かうことを指すが、定期的に訪問する点に違いがある

住民主体の通いの場等(地域介護予防活動支援事業)

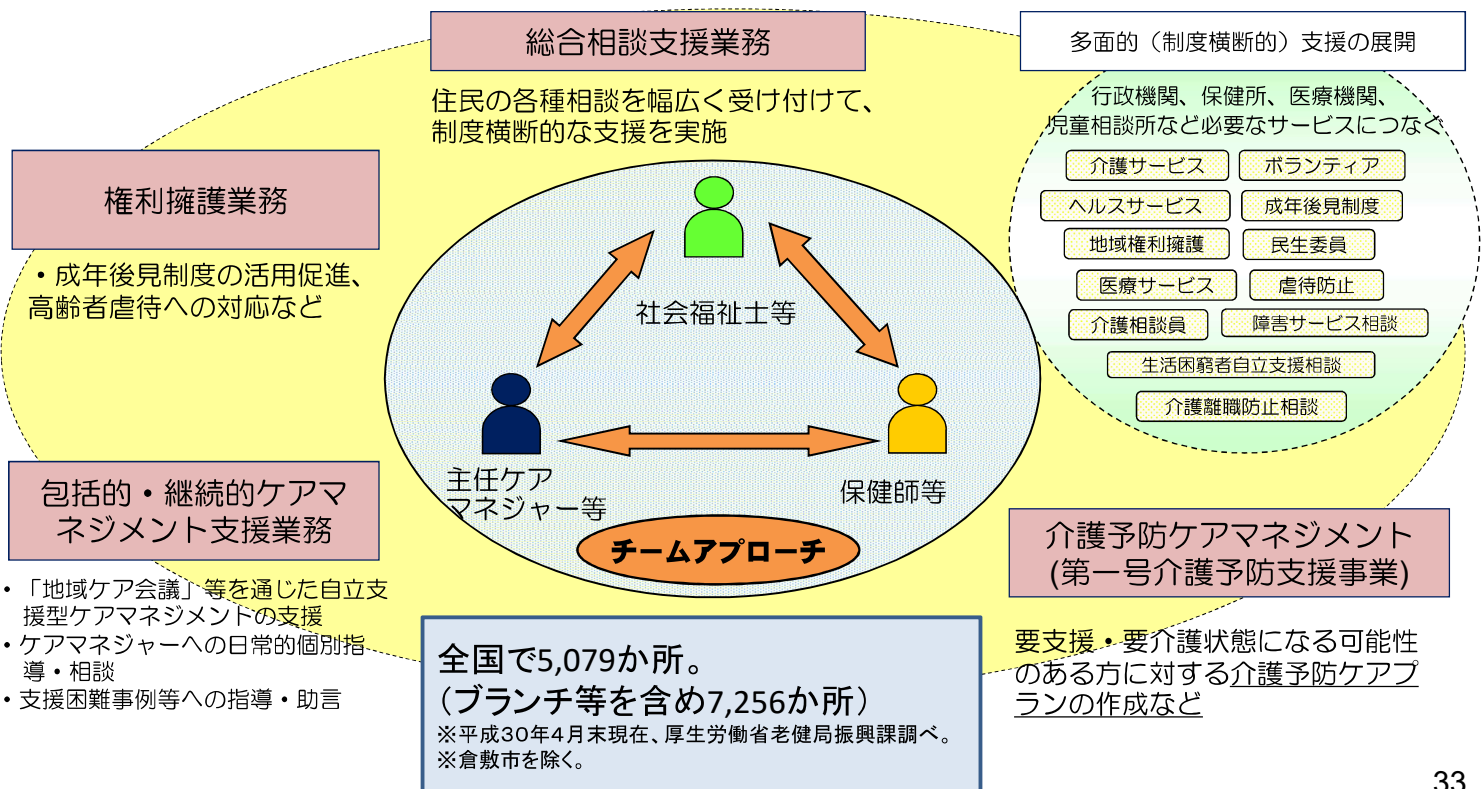
- 住民主体の通いの場の取組について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進
- 通いの場の数や参加率は増加・上昇傾向にあり、取組内容としては体操、茶話会、趣味活動の順が多い。



(※) 介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与 515市町村
 うち、高齢者等による介護予防に資するボランティア活動に対するポイントの付与 426市町村
 (介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(平成30年度実施分)に関する調査)

地域包括支援センター

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設。(介護保険法第115条の46第1項)



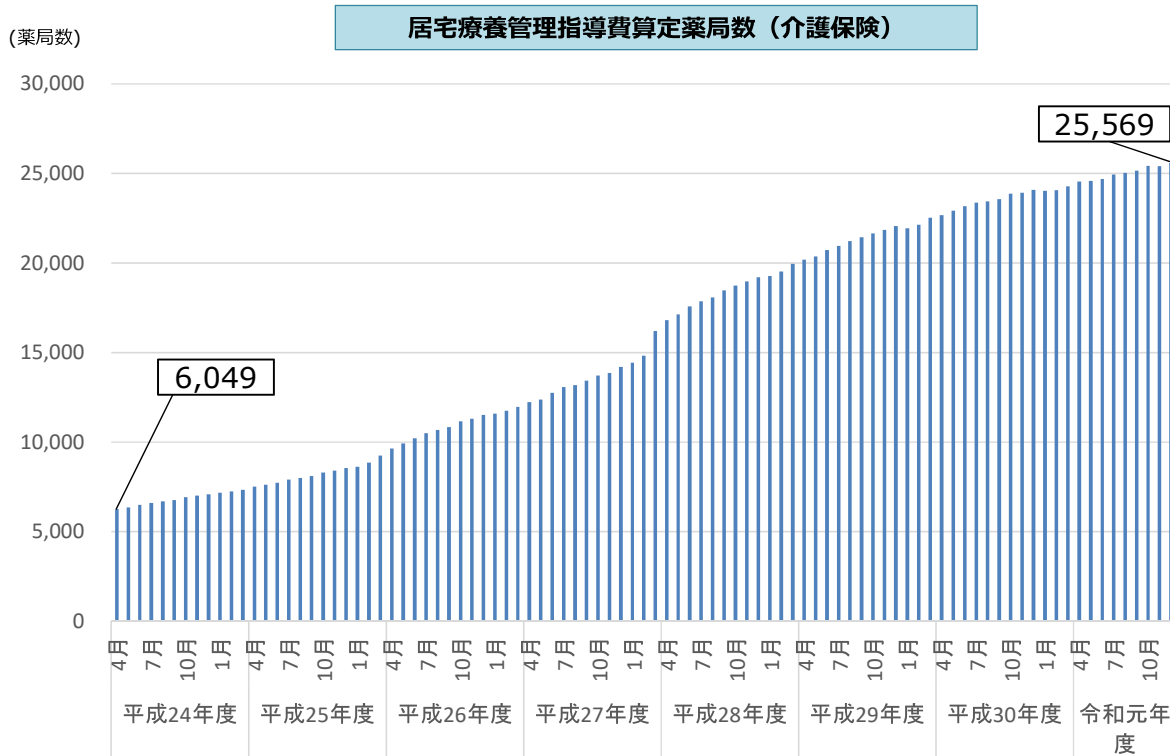
薬剤師

「患者のための薬局ビジョン」 ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

平成27年10月23日公表



居宅療養管理指導を行う薬局数の推移



〔出典〕厚生労働省老健局老人保健課で特別集計

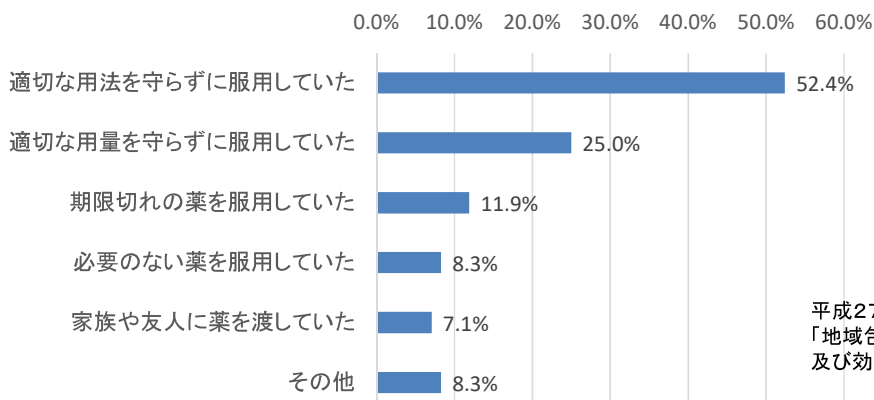
在宅業務の実施時における残薬の発見

- 在宅業務を開始してから残薬の問題を発見したことがある利用者数は226人であり、そのうち大量の残薬の問題を発見した患者数は98人（残薬を発見したことがある利用者数の43.4%）、また、認知症の可能性を疑った利用者は54人（同上23.9%）であった。
- 残薬を不適切に利用していた事例について、「適切な用法を守らずに服用していた」52.4%が最も多く、次いで「適切な用量を守らずに服用していた」25.0%であった。

<在宅業務実施時に残薬の問題を発見した在宅患者数（平成27年10月に訪問した利用者）（n=168）>

	人数	割合
在宅業務を開始してから残薬の問題を発見したことがある利用者数	226人	100.0%
（再掲）大量の残薬を発見した利用者数	98人	43.4%
（再掲）認知症の可能性を疑った利用者数	54人	23.9%

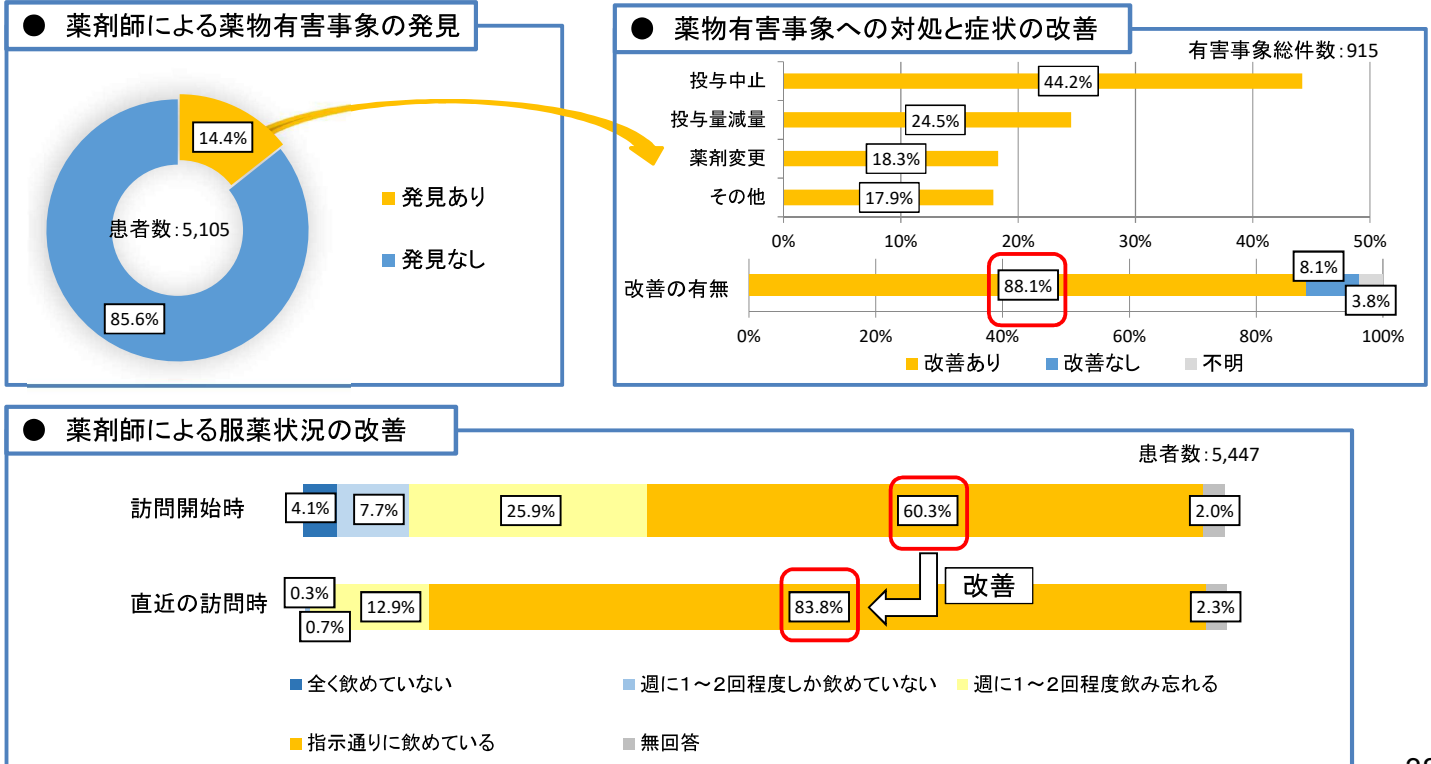
<残薬の不適切な使用事例>



平成27年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
「地域包括ケアシステムにおける薬局・薬剤師による薬学的管理の向上
及び効率化のための調査研究事業」

○在宅医療において薬剤師が関与することで、有害事象や服薬状況が改善。

※ 在宅医療を実施している薬局へのアンケート結果(回答数1,890薬局)



(出典)平成23~25年度厚生労働科学研究「地域医療における薬剤師の積極的な関与の方策に関する研究」(主任研究者:保健医療科学院 今井博久)

「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」(関係部分) (令和元年12月19日経済財政諮問会議決定)

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

政策目標	KPI第2階層	KPI第1階層	取組
<p>【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革</p> <p>【指標①】 医療費・介護費の適正化</p> <p>【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減</p> <p>【指標③】 年齢調整後の一人あたり介護費の地域差縮減</p> <p>【指標④】 医療・福祉サービスの生産性 (※1)の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量</p> <p>【指標⑤】 医療・福祉サービスの質 (※2)の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度</p>	<p>○大病院受診者のうち紹介状なしで受診したものの割合【2020年度までに400床以上の病院で40%以下】</p> <p>○重複投薬・相互作用等防止に係る調剤報酬の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて20%増加】</p> <p>○地域包括ケアシステムにおいて過去1年間に平均月1回以上医師等と連携して在宅業務を実施している薬局数【2022年度までに60%】</p>	<p>○「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を発揮できる薬剤師を配置している薬局数【2022年度までに60%】</p> <p>○各都道府県の、一人の患者が同一期間に3つ以上の医療機関から同じ成分の処方を受けている件数【見える化】</p> <p>○調剤報酬における在宅患者訪問薬剤管理指導料、介護報酬における居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて40%増加】</p>	<p>56. かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及</p>

「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」(関係部分)
(令和元年12月19日経済財政諮問会議決定)

(参考) 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

政策目標	KPI第2階層	KPI第1階層	取組
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	<ul style="list-style-type: none"> ○重複投薬・相互作用等防止に係る調剤報酬の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて20%増加】 ○地域包括ケアシステムにおいて過去1年間に平均月1回以上医師等と連携して在宅業務を実施している薬局数【2022年度までに60%】 	<ul style="list-style-type: none"> ○「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数【2022年度までに60%】 ○各都道府県の、一人の患者が同一期間に3つ以上の医療機関から同じ成分の処方を受けている件数【見える化】 ○調剤報酬における在宅患者訪問薬剤管理指導料、介護報酬における居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて40%増加】 	<p>⑳ かかりつけ薬局推進のための薬局全体の改革の検討、薬剤師による効果的な投薬・残薬管理や地域包括ケアへの参画を目指す</p>

40

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第63号）の概要

改正の趣旨

国民のニーズに応える優れた医薬品、医療機器等をより安全・迅速・効率的に提供するとともに、住み慣れた地域で患者が安心して医薬品を使うことができる環境を整備するため、制度の見直しを行う。

改正の概要

1. 医薬品、医療機器等をより安全・迅速・効率的に提供するための開発から市販後までの制度改善

- 「先駆け審査指定制度※」の法制化、小児の用法用量設定といった特定用途医薬品等への優先審査等
※先駆け審査指定制度…世界に先駆けて開発され早期の治験段階で著明な有効性が見込まれる医薬品等を指定し、優先審査等の対象とする仕組み
- 「条件付き早期承認制度※」の法制化
※条件付き早期承認制度…患者数が少ない等により治験に長期間を要する医薬品等を、一定の有効性・安全性を前提に、条件付きで早期に承認する仕組み
- 最終的な製品の有効性、安全性に影響を及ぼさない医薬品等の製造方法等の変更について、事前に厚生労働大臣が確認した計画に沿って変更する場合に、承認制から届出制に見直し
- 継続的な改善・改良が行われる医療機器の特性やAI等による技術革新等に適切に対応する医療機器の承認制度の導入
- 適正使用の最新情報を医療現場に速やかに提供するため、添付文書の電子的な方法による提供の原則化
- トレーサビリティ向上のため、医薬品等の包装等へのバーコード等の表示の義務付け等

2. 住み慣れた地域で患者が安心して医薬品を使うことができるようになるための薬剤師・薬局のあり方の見直し

- 薬剤師が、調剤時に限らず、必要に応じて患者の薬剤の使用状況の把握や服薬指導を行う義務 } を法制化
薬局薬剤師が、患者の薬剤の使用に関する情報を他医療提供施設の医師等に提供する努力義務 }
- 患者自身が自分に適した薬局を選択できるよう、機能別の薬局※の知事認定制度（名称独占）を導入
※①入退院時や在宅医療に他医療提供施設と連携して対応できる薬局（地域連携薬局）
②がん等の専門的な薬学管理に他医療提供施設と連携して対応できる薬局（専門医療機関連携薬局）
- 服薬指導について、対面義務の例外として、一定のルールの下で、テレビ電話等による服薬指導を規定等

3. 信頼確保のための法令遵守体制等の整備

- 許可等業者に対する法令遵守体制の整備（業務監督体制の整備、経営陣と現場責任者の責任の明確化等）の義務付け
- 虚偽・誇大広告による医薬品等の販売に対する課徴金制度の創設
- 国内未承認の医薬品等の輸入に係る確認制度（薬監証明制度）の法制化、麻薬取締官等による捜査対象化
- 医薬品として用いる覚せい剤原料について、医薬品として用いる麻薬と同様、自己の治療目的の携行輸入等の許可制度を導入等

4. その他

- 医薬品等の安全性の確保や危害の発生防止等に関する施策の実施状況を評価・監視する医薬品等行政評価・監視委員会の設置
- 科学技術の発展等を踏まえた採血の制限の緩和等

施行期日

令和2年9月1日（ただし、1.(3)のうち医薬品及び再生医療等製品について、1.(5)、2.(2)及び3.(1)(2)については令和3年8月1日、1.(6)については令和4年12月1日、3.(4)については令和2年4月1日）

情報通信機器を用いた服薬指導の評価 ②

在宅患者へのオンライン服薬指導料

(新) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者オンライン服薬指導料 57点(月1回まで)

[対象患者]

- (1) 在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施により処方箋が交付された患者、かつ、
- (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料が月1回算定されている患者

[主な算定要件]

- ・ 保険薬剤師1人につき、在宅患者訪問薬剤管理指導料1から3までと合わせて週40回に限り、週10回を限度として算定できる。
- ・ 薬機法施行規則及び関連通知に沿って実施すること
- ・ 服薬指導計画を作成し、当該計画に基づき実施すること
- ・ オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること
- ・ 訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン服薬指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと
- ※ このほか薬機法により、当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤であることなどが要件として求められる

[施設基準]

- (1) 薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行った保険薬局であること

オンライン服薬指導を活用した在宅患者への薬学管理(イメージ)

第1週	第2週	第3週	第4週
訪問		訪問	



月2回の訪問(※)のうち、1回をオンライン服薬指導で対応した場合は「在宅患者オンライン服薬指導料」の算定が可能
 ※在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定

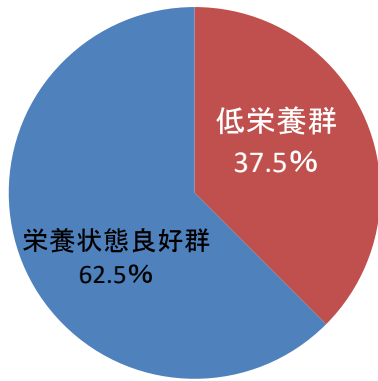
第1週	第2週	第3週	第4週
訪問		オンライン	

管理栄養士

在宅サービス利用高齢者の低栄養状態と2年後の予後

- 在宅サービス利用高齢者のうち、低栄養（BMI 20未満）の者は、約4割。
- 在宅サービス利用高齢者では、低栄養（BMI 20未満）の者は、そうでない者と比べて、2年後の死亡リスクが高いことが報告されている。

図 在宅サービス利用高齢者の栄養状態



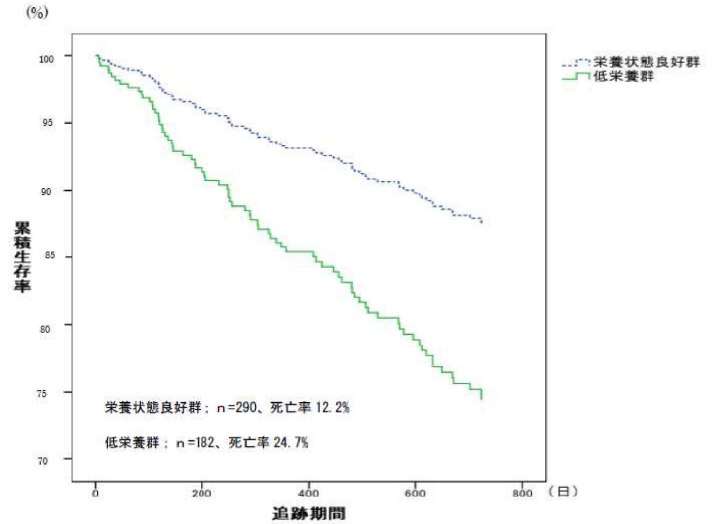
対象者：神奈川県横須賀・三浦地域の在宅サービス※利用高齢者504名

※訪問診療、訪問看護、デイケア、デイサービス、ショートステイ、居宅療養管理指導、配食サービス

本論文では、BMI 20未満を低栄養群、BMI 20以上を栄養状態良好群と定義

出典：在宅サービス利用高齢者における低栄養状態の実態および要因分析；古明地ら, Nutrition care and management 16(2), 20-27, 2016

図 BMIによる低栄養の有無からみた累積生存率



p=0.001
性、年齢、要介護度、併存疾患指数で調整

本論文では、BMI 20未満を低栄養群、BMI 20以上を栄養状態良好群と定義

出典：在宅サービス利用高齢者における低栄養状態と2年後の予後；古明地ら, Nutrition care and management 16(2), 28-35, 2016

44

居宅療養管理指導における医師と管理栄養士の連携

- 医師による居宅療養管理指導において、管理栄養士の同行希望は、5割強。
- 同行訪問時に、管理栄養士が利用者に対して助言・実施してほしいこととしては、「食事形態の提言（69.8%）」、「必要な栄養素量の算出（51.1%）」、「献立の提案（46.8%）」の順が多い。

図 医師による管理栄養士の同行希望 (n=257)

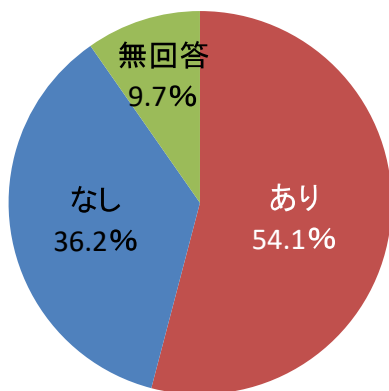
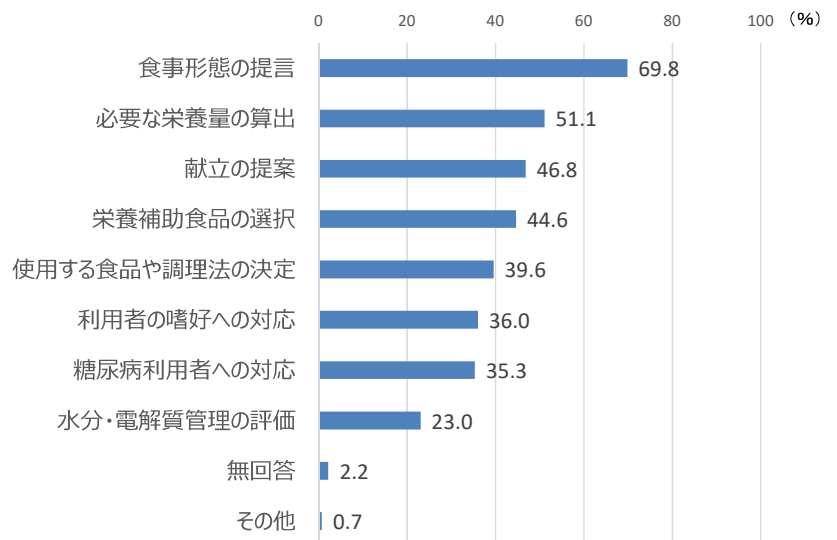


図 同行訪問時に、管理栄養士が利用者に対して助言・実施してほしいこと(n=139)



(複数回答)

出典：平成25年度老人保健健康増進等事業「居宅療養管理指導の実態に関する調査研究事業」(三菱総合研究所)

45

病院、一般診療所における管理栄養士・栄養士の常勤換算従事者数の状況

- 医師による居宅療養管理指導が行われている事業所としては、診療所が9割以上。
- 一方、一般診療所の常勤換算管理栄養士数は、一般診療所の施設数と比較して、少ない状況である。

図 医師による居宅療養管理指導の事業形態 (n=211)

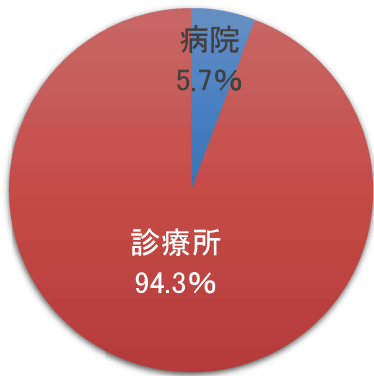
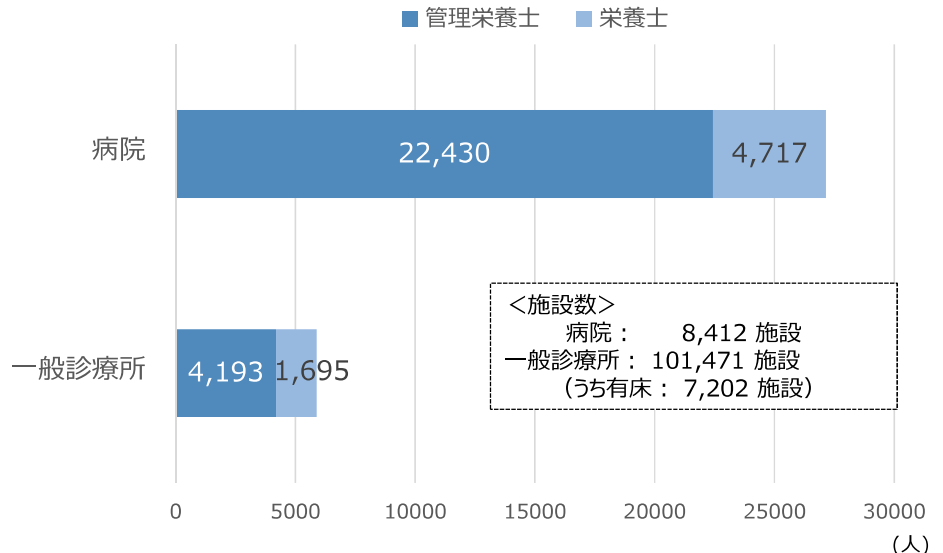


図 病院、一般診療所における管理栄養士・栄養士の常勤換算従事者数



出典：令和元年度老人保健健康増進等事業「居宅療養管理指導サービス利用者の実態把握のための調査研究事業」(野村総合研究所)

(出典)平成29年度医療施設調査 (10月1日時点) 46

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-4 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価 ⑧

栄養食事指導の見直し

外来栄養食事指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料の見直し

- 外来・在宅患者に対する栄養食事指導を推進する観点から、診療所における外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、他の医療機関及び栄養ケア・ステーションの管理栄養士が栄養指導を行った場合を評価する。

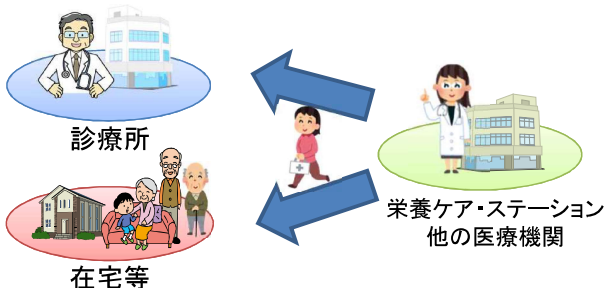
現行

【外来栄養食事指導料】	
イ 初回	260点
ロ 2回目以降	200点
【在宅患者訪問栄養食事指導料】	
1 単一建物診療患者が1人の場合	530点
2 単一建物診療患者が2人～9人の場合	480点
3 1及び2以外の場合	440点

改定後

【外来栄養食事指導料】	
イ 外来栄養食事指導料1	(1) 初回 260点 (2) 2回目以降 200点
ロ 外来栄養食事指導料2	(1) 初回 250点 (2) 2回目以降 190点
【在宅患者訪問栄養食事指導料】	
1 在宅患者訪問栄養食事指導料1	
イ 単一建物診療患者が1人の場合	530点
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合	480点
ハイ及びロ以外の場合	440点
2 在宅患者訪問栄養食事指導料2	
イ 単一建物診療患者が1人の場合	510点
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合	460点
ハイ及びロ以外の場合	420点

【外来栄養食事指導料2、在宅患者訪問栄養食事指導料2の算定要件】
 診療所において、特別食を医師が必要と認めたものに対し、当該保険医療機関以外(日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の医療機関に限る)の管理栄養士が、当該保健医療機関の医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。



歯科衛生士等

歯科衛生士等による居宅療養管理指導の様式例について

○ 歯科衛生士等による居宅療養管理指導は、口腔内や義歯の清掃などの口腔衛生や摂食・嚥下機能などの口腔機能に関する実地指導を行い、指導内容等を定期的に記録することになっているが、その様式は、原則として口腔機能向上加算の様式例を準用することになっており、口腔機能に関する欄が多く、口腔衛生に関する欄が少なくなっている。

- 摂食・嚥下機能など口腔機能に関する項目
- 口腔内や義歯の清掃など口腔衛生に関する項目

口腔機能向上サービスに関する
課題把握・アセスメント・モニタリング・評価票 (様式例) 別紙1

氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	□ 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 暗	年 月 日	生まれ
氏名	かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

1. 関連職種等により把握された課題等 (該当する項目をチェック)
(記入日: 平成 年 月 日、記入者:)

□かみにくさ □むせ □口のかわき □口臭 □歯みがき □飲み込み □会話 □食べこぼし
□嚥下 (痛み・動揺・清掃状態・管理状態) □その他 ()

2. 事前・事後アセスメント・モニタリング (アセスメント、モニタリングでそれぞれ記入)

項目	平成 年 月 日	モニタリング	平成 年 月 日	事後評価
1. 課題の把握・把握 お茶や汁類等によるむせ 口のかわき	1. ない 2. ある	1. ない 2. ある		
2. 咬筋の筋力 (咬合力)	1. 強い 2. 弱い 3. 無し			
3. 歯や義歯のよこれ	1. ない 2. ある 3. 多い			
4. 歯のよこれ	1. ない 2. ある 3. 多い			
5. プラークが多い (空プクプクでも可)	1. できる 2. やや不十分 3. 不十分			

6. RST (※: 30秒間の観察上の回数) () 前/30秒 () 前/30秒 () 前/30秒 () 前/30秒

7. ガーデンティアドコキネシス

ハ () 前/10秒	ハ () 前/10秒	ハ () 前/10秒	ハ () 前/10秒
カ () 前/10秒	カ () 前/10秒	カ () 前/10秒	カ () 前/10秒

8. 特記事項等^{※1}

9. 評価点

□ 左右 □ 飲み込み □ 口のかわき □ 口臭 □ 歯みがき □ 食べこぼし
□ むせ □ 会話 □ その他 ()

※1 事前・事後アセスメントについては、把握された課題やモニタリング結果を確認した上で行う。
※2 モニタリングについては、利用開始日の翌月の結果をモニタリングの欄に記載する。
※3 対象者・利用者の状況により課題・評価に関する項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を記入する。

3. 総合評価^{※4}

1. 日常生活における口腔機能向上サービスの利用前後を比較した場合の特記すべき事項

2. サービスを継続しないことによる口腔機能の低下のおそれ あり なし

【総合評価結果】

1. サービス継続の必要性: あり(継続) なし(終了) 2. 計画変更の必要性: あり なし

備考: ()

※4 総合評価については、関連職種は、サービス担当者と連携して行うこと。

口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録 別紙2

氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 暗	年 月 日	生まれ
----	---	--	-------	-----

1. 口腔機能改善管理指導計画
※: 内容を通所介護計画、通所リハ計画、介護予防通所介護計画、介護予防通所リハ計画に記載する場合は不要

初回作成日	年 月 日	作成者氏名:	職種
作成(変更)日	年 月 日	作成者氏名:	職種

ご本人またはご家族の希望
解決すべき課題・目標

【実施計画】(実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」に記入する。)

嚥下訓練又は専門職種の実施項目	指導等	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操	<input type="checkbox"/> 歯みがき支援	<input type="checkbox"/> 食事支援や食環境の指導
専門職の実施項目	その他	<input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導	<input type="checkbox"/> かむ	<input type="checkbox"/> 飲み込み	<input type="checkbox"/> 発音・発声
家庭での実施項目	本人	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操	<input type="checkbox"/> 歯みがきの実施	<input type="checkbox"/> その他 ()	
サービスの説明と同意	開始時: 平成 年 月 日	同意者: 日本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()	担当者名:		
	継続時: 平成 年 月 日	同意者: 日本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()	担当者名:		

2. 口腔機能向上サービスの実施記録 (実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。)

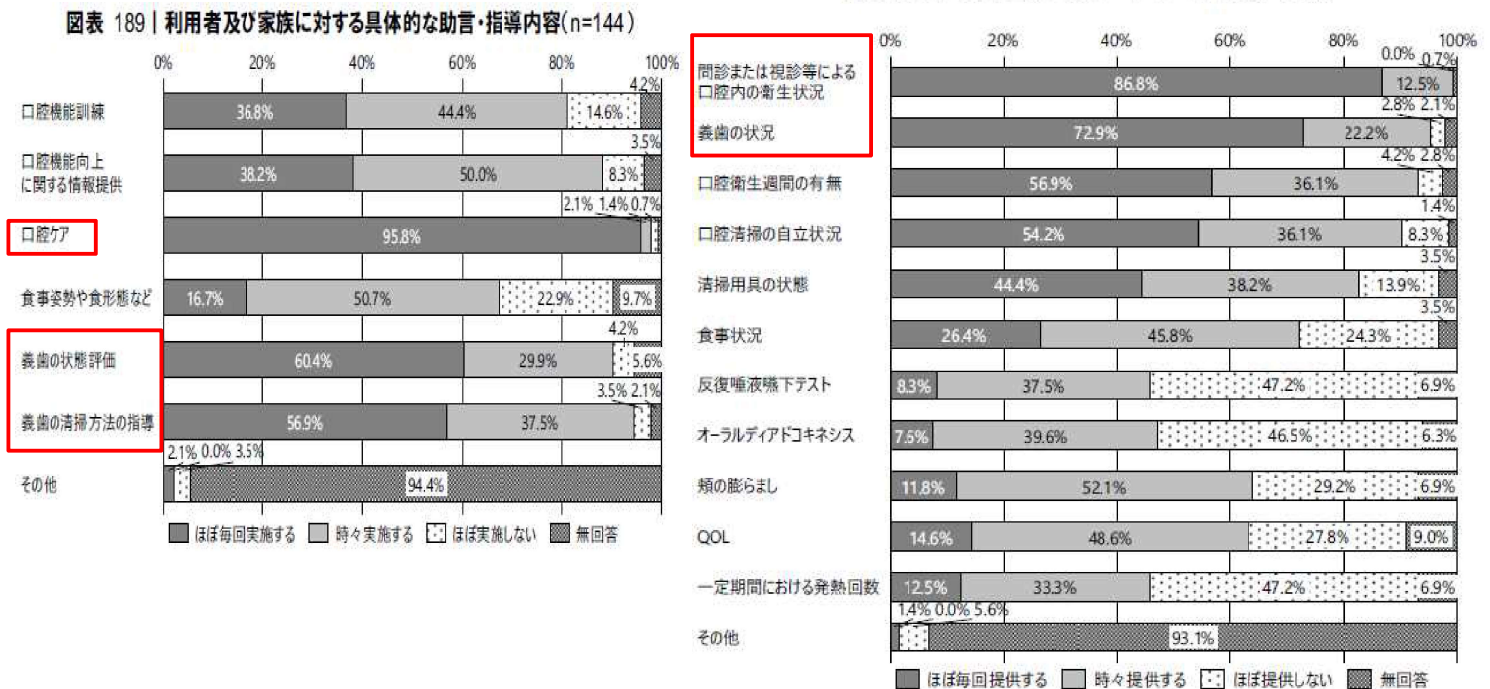
実施年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
担当者名:	担当者名	担当者名	担当者名	担当者名	担当者名	担当者名
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する情報提供						
<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能に関する訓練指導						
<input type="checkbox"/> 口腔衛生に関する指導 (歯・義歯・舌、咬合・歯周病等)						
<input type="checkbox"/> 発音・発声・呼吸に関する訓練指導						
<input type="checkbox"/> 食事支援や食環境についての指導						
<input type="checkbox"/> その他 ()						

特記事項 (注意すべき点、利用者の変化等)

歯科衛生士等による居宅療養管理指導の具体的な実施内容

- 利用者等への助言・指導内容として「ほぼ毎回実施する」とされた内容をみると、「口腔ケア」が9割強、「義歯の状態評価や清掃方法」が約6割、「口腔機能訓練」が約4割であった。
- 歯科医師へのモニタリング報告の内容として「ほぼ毎回提供する」という内容をみると、「口腔内の衛生状況」が約9割、次いで「義歯の状況」が約7割であった。

図表 190 | 歯科医師へのモニタリング内容(n=144)



出典: 令和元年度老人保健健康増進等事業「居宅療養管理指導サービス利用者の実態把握のための調査研究事業」(野村総合研究所)

居宅療養管理指導

<現状と課題>

- 居宅療養管理指導は、要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限りその居宅において、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、各職種が、通院が困難な利用者の居宅を訪問し、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るものである。
- 平成30年度介護報酬改定では、看護師による居宅療養管理指導を廃止するとともに、訪問人数に応じた評価の見直しや、離島や中山間地域に居住する者へのサービス提供に関する加算の創設を行ったところ。
- 算定事業所数は全体として増加しているが、算定状況は職種毎に異なっており、算定回数及び費用額をみると、
 - ・ 医師、歯科医師、薬剤師（薬局）、管理栄養士、歯科衛生士は年々増加傾向、
 - ・ 薬剤師（医療機関）は横ばい、
 - ・ 管理栄養士及び薬剤師（医療機関）は、他の職種と比較して低くなっている。
- 医師・歯科医師については、居宅療養管理指導において、
 - ・ ケアマネジャーに対する、ケアプランの策定等に必要な情報提供、
 - ・ 利用者やその家族等に対する、介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等の指導や助言を行うこととされている。
 また、ケアマネジャーに対し情報提供すべき事項に、「利用者の日常生活上の留意事項」が含まれているが、この内容は、医科診療報酬の診療情報提供書の様式を利用することが可能であるとされているものの、主治医意見書と比較すると、その項目等は限定的である。

居宅療養管理指導

<現状と課題（続き）>

- なお、主治医意見書については、要介護認定審査のほか、介護サービス計画作成時に用いられることとされているが、今般の介護保険制度改正により、令和3年4月より、要介護認定の有効期間については、最大48カ月に見直される予定である。
- 薬剤師については、在宅業務の推進が行われており、令和2年度診療報酬改定では、緊急訪問の評価の充実や、ICTの活用に係る評価が行われた。
- 管理栄養士については、栄養改善が必要な在宅高齢者は約4割とのデータもあり、一定割合必要な者がいると考えられるが、算定回数は極めて低い。また、令和2年度診療報酬改定では、診療所の在宅患者訪問栄養食事指導料について、他の医療機関や栄養ケア・ステーションの管理栄養士が栄養指導を行った場合の評価が行われた。
- 歯科衛生士等については、口腔機能向上加算の様式を準用することになっているが、摂食嚥下関連の指導記載が多く、口腔衛生に関する指導の内容記載が少なくなっている一方で、歯科衛生士が行う内容としては、口腔ケア等の口腔衛生に関する指導の割合が高くなっている。

52

居宅療養管理指導

<論点>

- 居宅療養管理指導について、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、適切なサービスを提供していくためにどのような方策が考えられるか。
- 医師によるケアマネジャーに対する情報提供は、ケアプラン策定において重要な役割を果たしているが、要介護認定の有効期間の見直し等により、主治医意見書の情報をケアプラン策定において活用する機会が減少していることが考えられる。
このような中で、医師の居宅療養管理指導について、日常生活における地域の社会資源の活用等も含めた包括的なサービス提供や、自立支援・重度化防止に資する介護を推進する観点から、情報提供の様式例を含めどのような方策が考えられるか。
- 歯科衛生士等の居宅療養管理指導は、口腔衛生と口腔機能の実地指導を目的とするものであるが、今後更に質の高いこれらの取組が実施されるよう、様式例を含め、どのような方策が考えられるか。
- さらに、令和2年診療報酬改定では、「在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者オンライン服薬指導料」の新設、「在宅患者訪問栄養食事指導料」の見直し等が行われたことを踏まえ、医療保険と介護保険との整合性の観点から、どのように考えるか。