令和6年診療報酬・介護報酬改定説明会

慢性期医療の使命と役割

～今こそ寝たきりゼロ作戦を！～

日本慢性期医療協会 会長 橋本康子

日本慢性期医療協会
JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

内容

・令和6年度改定の振り返り

・寝たきり防止へのこれまでの提言

令和６年度改定の振り返り

令和6年度報酬改定率

診療報酬・介護報酬ともプラスだが、すべて賃上げに充当される。
そのため、医療機関運営にとってはマイナス改定となった。

診療報酬改定

	改定率	国費
診療報酬	**＋0.88%**	**800億円**
うち		
医療職の処遇改善	+0.61%	
事務等の処遇改善	+0.28%	
入院食費基準額	+0.06%	
上記以外	▲0.07%	

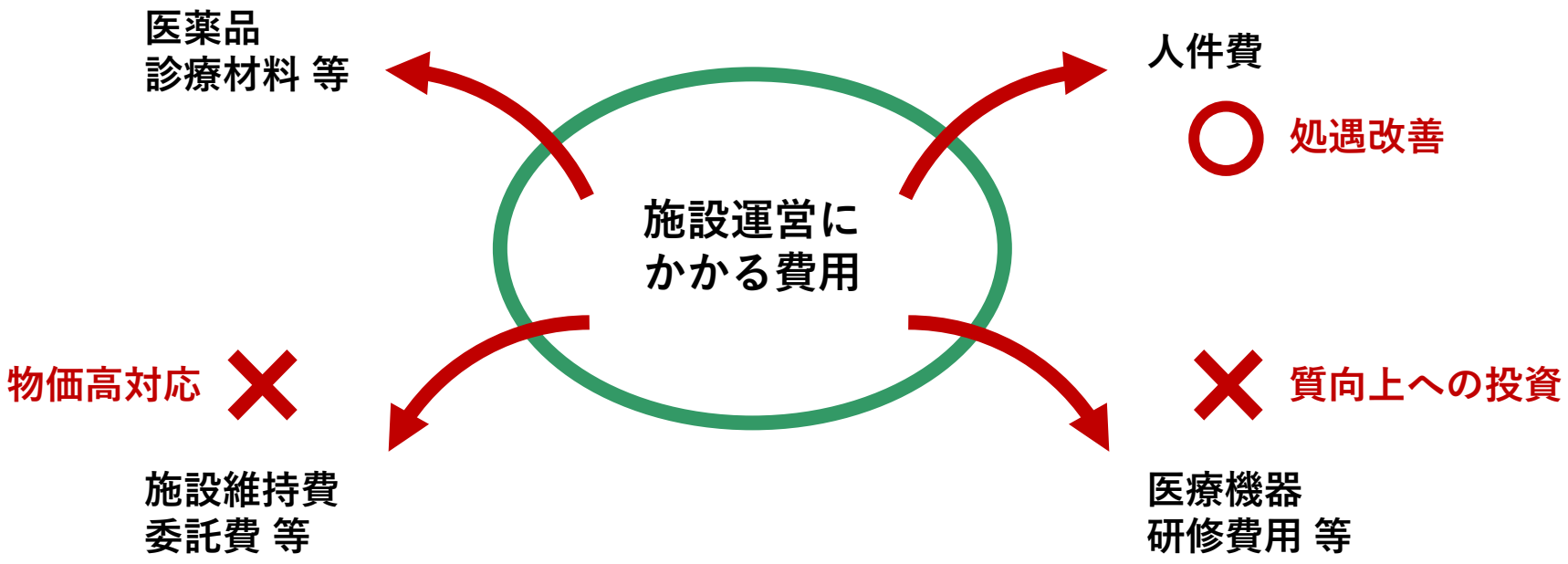
介護報酬改定

	改定率	国費
介護報酬	**＋1.59%**	**432億円**
うち		
介護職の処遇改善	+0.98%	
介護以外の処遇改善	+0.61%	

施設運営への影響

運営にかかる費用は人件費だけではない。報酬減＋物価高により、
質の向上だけでなく施設維持さえ困難に陥ることが懸念される。

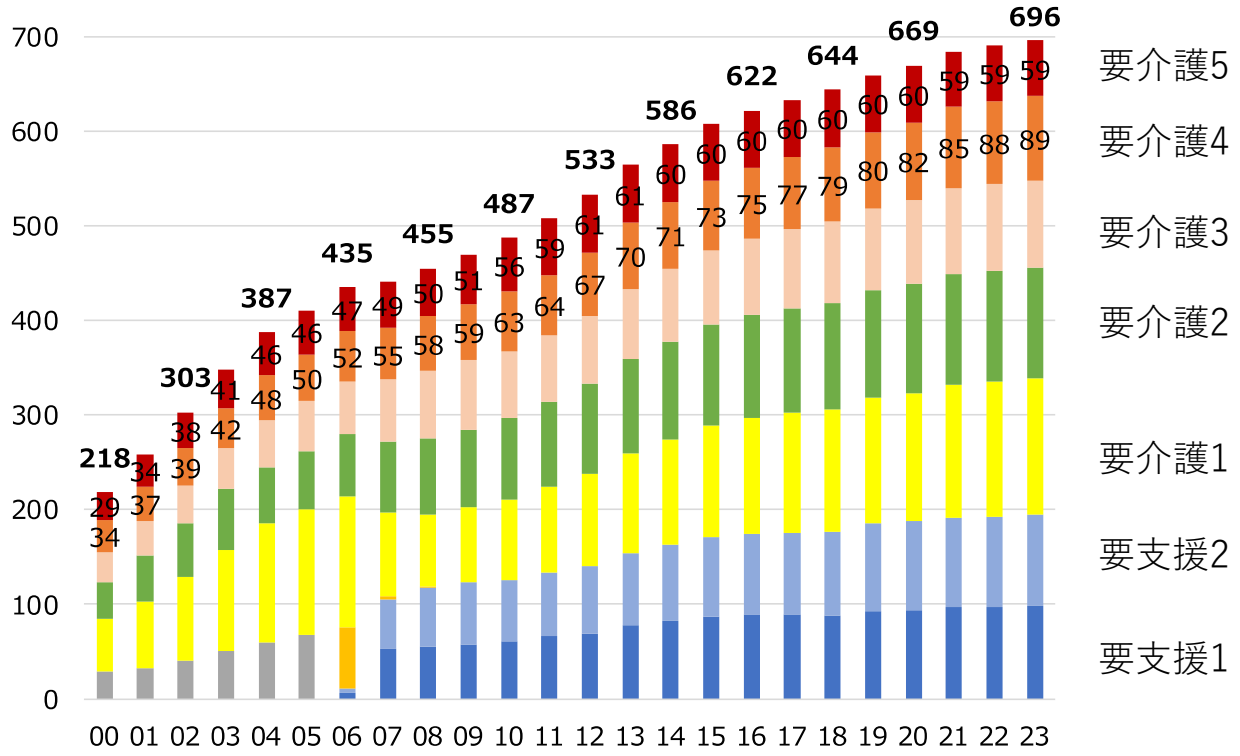
施設運営費は人件費だけではない



医療介護費はコストなのか？

診療報酬・介護報酬は「下げるべきコスト」と見做されている。
これは、要介護者が増え続ける現状などへの評価とも言える。

要支援要介護認定者数の推移（万人）



高齢者人口との増減比較（万人）

（％）は第一号被保険者に占める割合

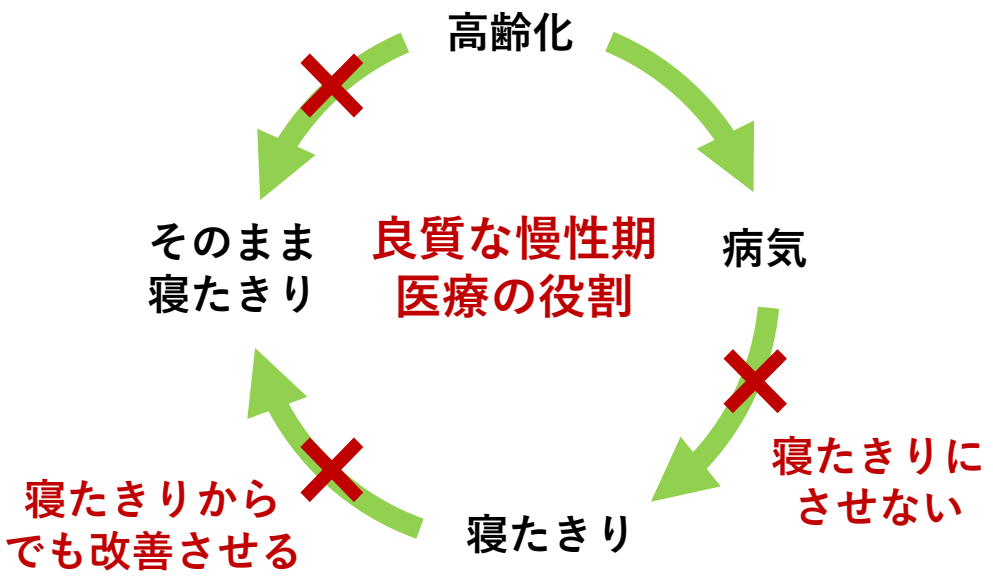
	2000年	2023年	増加率
第一号被保険者（65歳以上）	2,165	3,586	1.7倍
要支援	29 (1.3%)	195 (5.4%)	6.7倍
要介護	189 (8.7%)	502 (14.0%)	2.7倍
うち要介護4+5	63 (2.9%)	148 (4.1%)	2.4倍

出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告（暫定）」各年4月時点

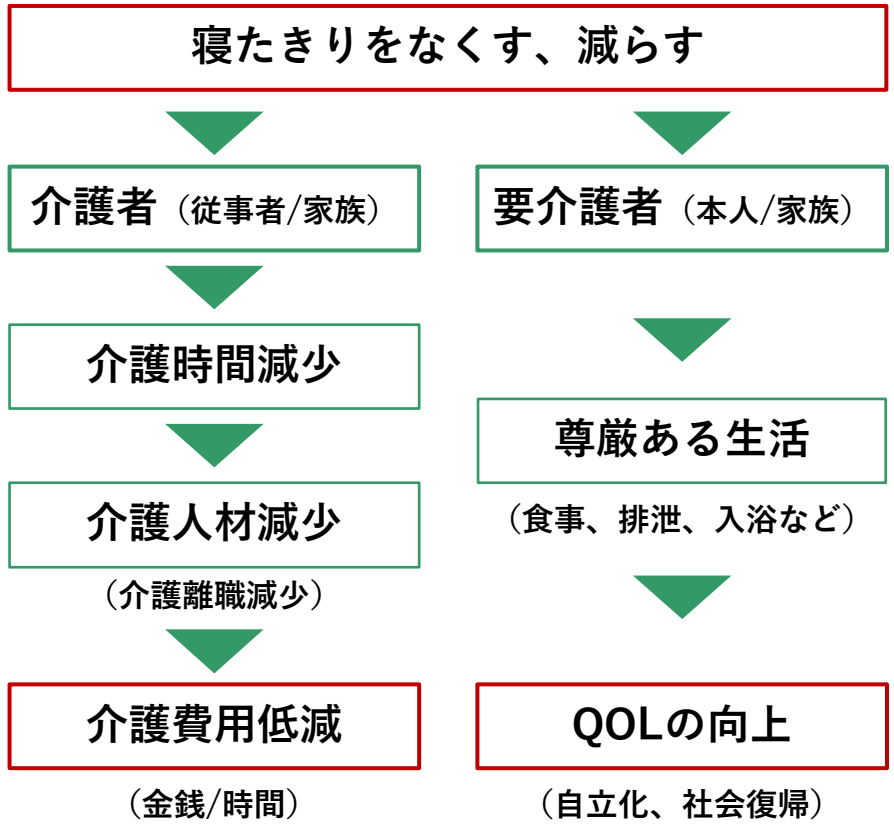
慢性期医療の価値

良質な慢性期医療とは、寝たきりを防止しQOLを高めること。
このことが活力ある社会を実現し、国費投入の価値となるはず。

「寝たきりは当たり前」ではない



活力ある社会のために国費を投入



寝たきり、要介護にさせない

要介護者数の増加は、1%の改善で防止できる。この数字を上げていくことで、活力ある社会を実現し、国民に貢献できる。

要介護者数を増加させないためには

	2023年	2040年	
65歳以上人口	3,586	3,928	342万人増加しても
要介護者数	502	502	2023年と同じとするには
要介護者率	14.0%	12.8%	▲1.2%とすれば良い

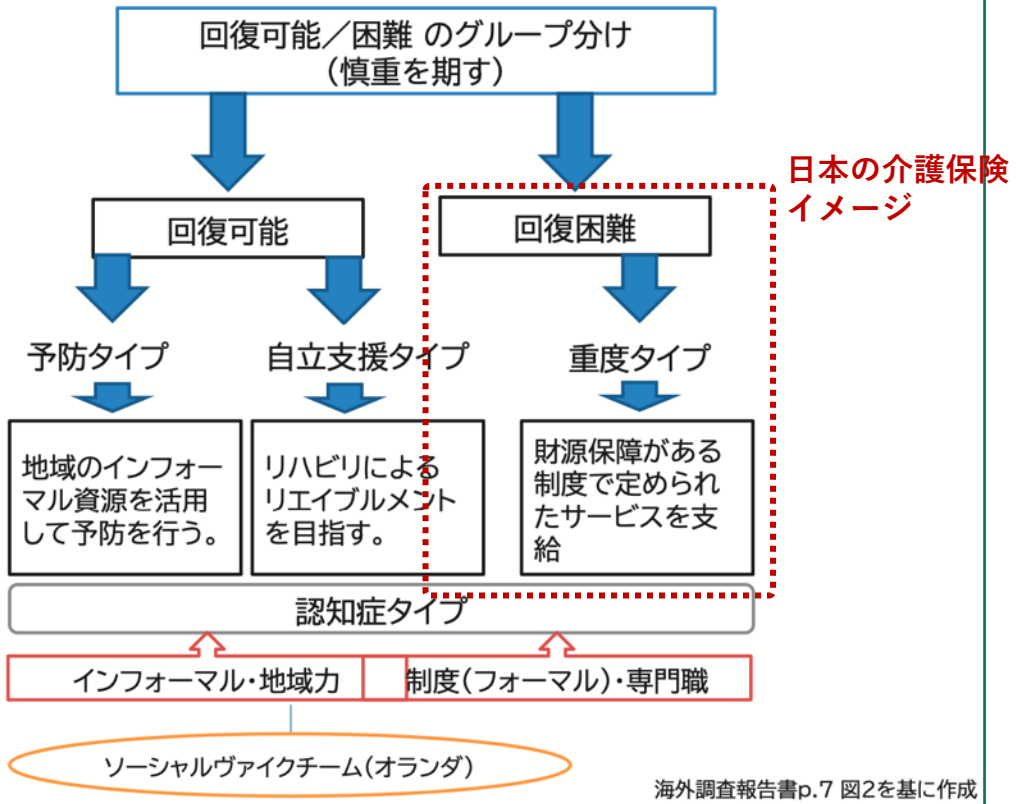
状態・能力に応じた評価

全員を改善させることは現実的でない。改善可能と困難とに分け、
それぞれに応じたアプローチで、寝たきり防止を推進させる。

世界に目を向ければ、OECD諸国においても高齢化への対応が進んでいる。英国、ドイツ及びオランダでは、介護保険や社会サービスについて持続可能な制度づくりを目指すため、介護サービス提供に当たっての理念の根本的な転換や、地域資源の積極的な活用を図る取組みが行われている。

「回復可能／困難」を分ける受給資格認定

日本から見て、3か国の制度で印象的なのは、高齢者が介護サービスを受給できるかを判断する入口の部分で、スクリーニングを厳密に行って「回復可能者」と「回復困難者（永続的にケアが必要）」に分けること



海外調査報告書p.7 図2を基に作成

出所：厚生労働省「令和4年版厚生労働白書　欧州各国の介護サービス受給資格認定に見る予防・自立支援」

寝たきりは治せる

専門家の介入により、一定数の寝たきりや要介護者は改善できる。

作業療法の介入②：重度要介護者の活動と参加の推進

○作業療法では、医学的管理の下ICFの観点からアセスメントを行い、車いすなどの環境調整を含め段階的に離床を進め、重度要介護者の活動と参加を推進している。

○老人保健施設の作業療法士への調査では、寝たきりCランク者に対するADL自立までの期間について、各ADLとも「わからない」また「現状維持」と答えた者がそれぞれ3割であった。一方、1年以内で自立するとの回答が、食事：25.3%、移乗：15.5%、整容：15.0%であった。（表１）また、離床を進める上で難しいと思うことでは、「車いすなど離床を進める用具が十分ではない」が最も多い68.7%であった。（表２）

出典：日本作業療法士協会（2019年度介護領域の事態調査）

○そのことで、ADLの自立を促し、レクリエーション活動など余暇活動にも参加できるようになる。

表１：重度要介護者（寝たきりCランク）のADL自立までの期間（N＝277）

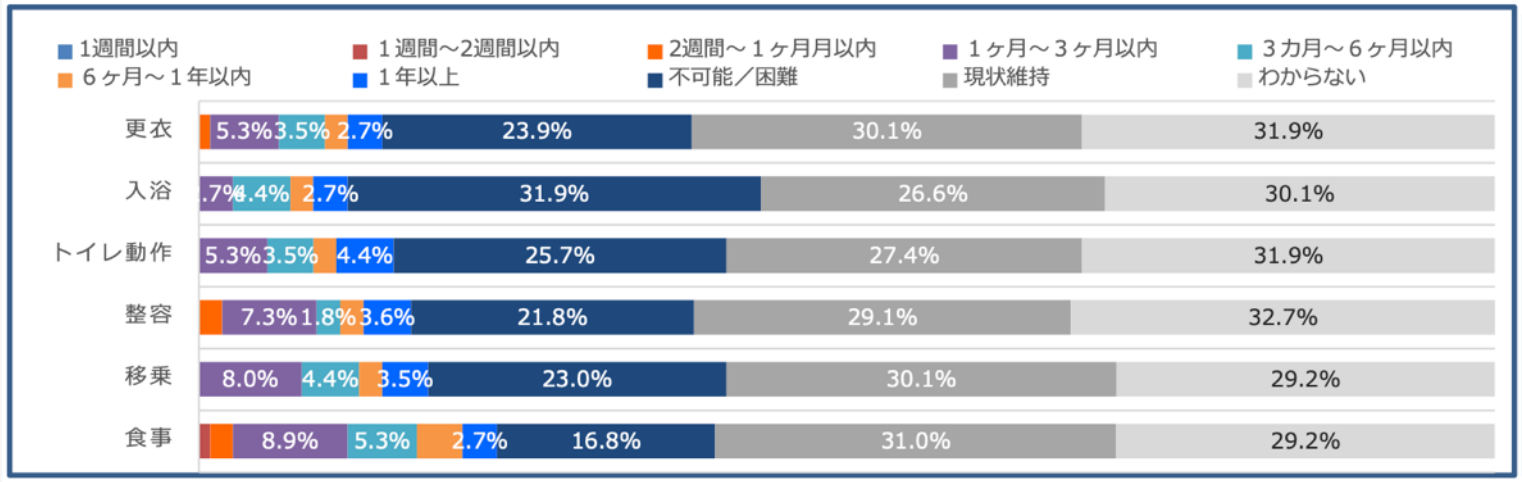
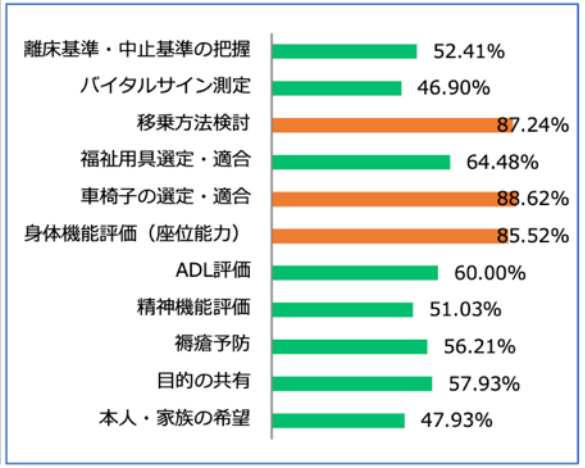


表３：離床（計画）を行うOTの技術（複数選択N＝290）



出所：介護費給付費分科会資料 令和2年8月3日「地域包括ケア構築に向けて 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士からの提案」

QOLの向上

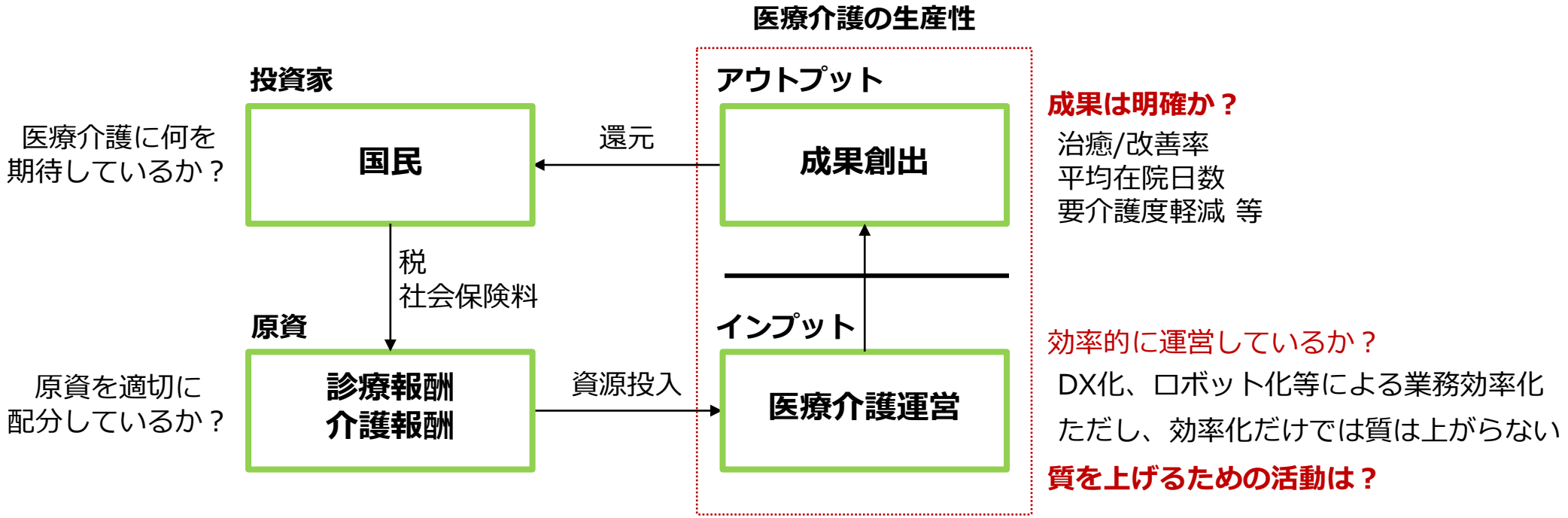
寝たきりの防止は、QOLを向上させ患者自身を幸せにする。

栄養不良による寝たきりからの脱却例

コストから投資への転換

「下げるべきコスト」から「未来社会への投資」に転換するには、
医療介護それぞれが成果を出し、国民に還元しなければならない。

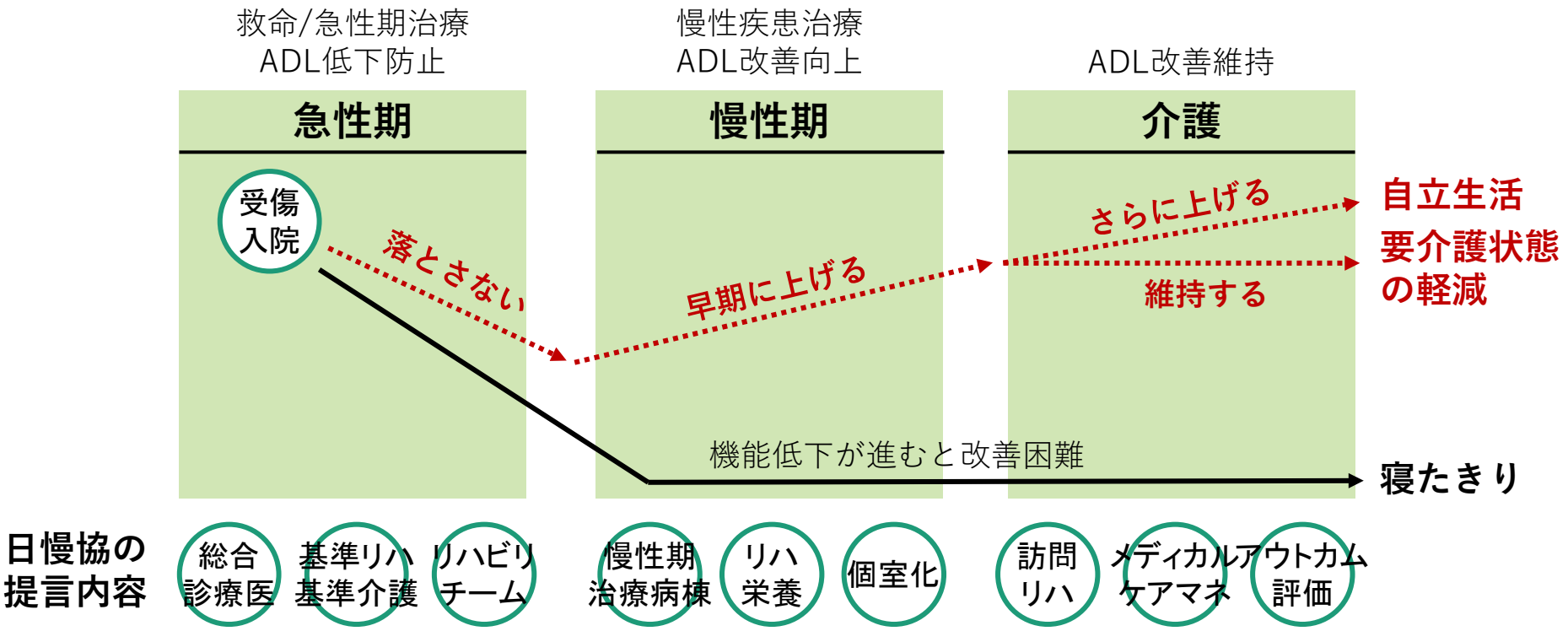
質を上げる活動で成果を創出し、還元する



寝たきり防止への取り組み提言

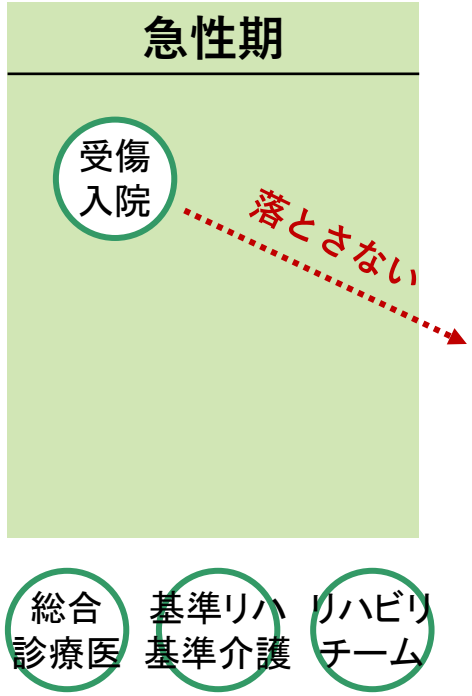
日慢協では、寝たきり防止への具体的提言を続けてきた。
令和6年度診療報酬改定でこれらがどのように反映されているか？

寝たきり防止への各機能の役割



急性期で落とさない

医原性の寝たきり（入院関連機能障害）を作らないリハ・ケアへの評価。
セラピストだけでなく、介護福祉士の役割、重要性が認められた。



新 地域包括医療病棟

高齢者の救急患者等にリハ、栄養、在宅復帰支援等の機能を提供

施設基準

病院の一般病棟

理学療法士、作業療法士、
言語聴覚士、管理栄養士の配置

看護補助体制充実加算 新

介護福祉士または
3年以上経験研修修了看護補助者

総合診療医は？
療養病棟からは？

新 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

入院後48時間以内にリハ、栄養、口腔の計画を策定

施設基準

理学療法士、作業療法士、
言語聴覚士、管理栄養士の配置

現）ADL維持向上等体制加算と同じ

＋口腔管理に必要な体制

新 急性期リハビリテーション加算

重症者への早期からのリハビリテーション提供

疾患別リハビリテーションへの加算

日常生活能力低下、重度認知症の状態
特別な管理を要する処置
感染対策が特に必要

慢性期で早期に上げる

リハビリテーションに欠かせない栄養改善を推進する仕組みとなった。
感染症についても管理や個室化など対策が取りやすくなった。

慢性期

早期に上げる

慢性期治療病棟　リハ栄養　個室化

入院時食事療養費

委託費、食材費に充当し、栄養の質を上げる

1食	640円→670円
流動食	575円→605円

新 回復期等口腔機能管理計画策定料

歯科医師との連携による口腔管理

新 回復期等専門的口腔衛生処置

歯科衛生士の専門性を評価

新 特定感染症入院医療管理加算

感染対策が特に必要な患者への感染管理

1入院に7日

特定感染症患者療養環境特別加算（名称変更）

感染症患者の個室、陰圧室管理

地ケア、回リハ、認知症なども可

療養病棟入院基本料

疾患・処置が混在した体系から、資源投入量に合わせて整理された。
慢性期治療病棟の将来的な姿として、地域包括医療病棟を参考にしたい。

療養病棟入院基本料

処置等に係る医療区分

疾患・状態に係る医療区分	三	二	一
三	ADL区分 三 二 一 1 2 3	4 5 6	7 8 9
二	10 11 12	13 14 15	16 17 18
一	19 20 21	22 23 24	25 26 27

スモン

28 29 30

新 経腸栄養管理加算

中心静脈栄養30日以降の対応方法

↓ リハ（摂食機能療法）、栄養管理、口腔管理

経口摂取へ

機能改善への流れは見えたが、
そのアウトカム評価は？

地域包括医療病棟

慢性期救急の視点を含めた
慢性期治療病棟の姿では？
今後は、療養病棟からも？

回復期リハビリテーション病棟

医師の関与が否定された。医療の質を高めるには、「成果が出ていない」ではなく、「これだけの成果を出すべき」があるべき姿。

回復期リハビリテーション病棟（入院料1）

栄養状態評価にGLIM基準
専従の社会福祉士
地域貢献活動への参加
FIM測定の院内研修
FIMの定期的測定
口腔管理体制整備
体制強化加算1、2の廃止
運動器リハビリテーション料の6単位上限

介護福祉士への評価は？

廃　体制強化加算

施設基準
専従の社会福祉士→入院料基準へ組み込み
専従の常勤医師　→専任化

退院後支援が可能
外来リハビリテーション
通所リハビリテーション
訪問リハビリテーション

医師が関与しても成果が出ない
医師が関与するなら、
（実績指数を上げるなど）
もっと成果を出すべき

医療の質を上げるために

リハケア体制や専門職評価など寝たきりを作らない方向は評価された。
今後、質（アウトカム）評価やそれをリードする医師配置に期待したい。

「寝たきりゼロ」から見た本改定のポイント

本改定で

評価!

寝たきりを作らない

急性期でのリハ・ケア・栄養
体制の充実

介護福祉士、歯科衛生士など
専門職種への評価

今後に

期待!

寝たきりを治す

慢性期へのアウトカム視点
（医療の質改善）

医療の質を高めるチーム
リーダーとしての医師配置

寝たきり防止へのこれまでの提言

1．なぜ総合診療医が必要なのか？
2．なぜ基準リハ・基準介護が必要なのか？
3．慢性期治療病棟への転換に向けて
4．病院給食にえいようはあるか？
5．感染防止と療養環境改善に寄与する個室の規制緩和
6．訪問リハビリテーションの実践的活用法
7．介護のアウトカムをどう評価すべきか
8．寝たきりを減らすリハビリチームの創設を
9．医療介護の人材確保をどうするか？

（2022年7月～2023年12月 記者会見より）

なぜ総合診療医が必要なのか？

・高齢者患者の特徴は「多病」

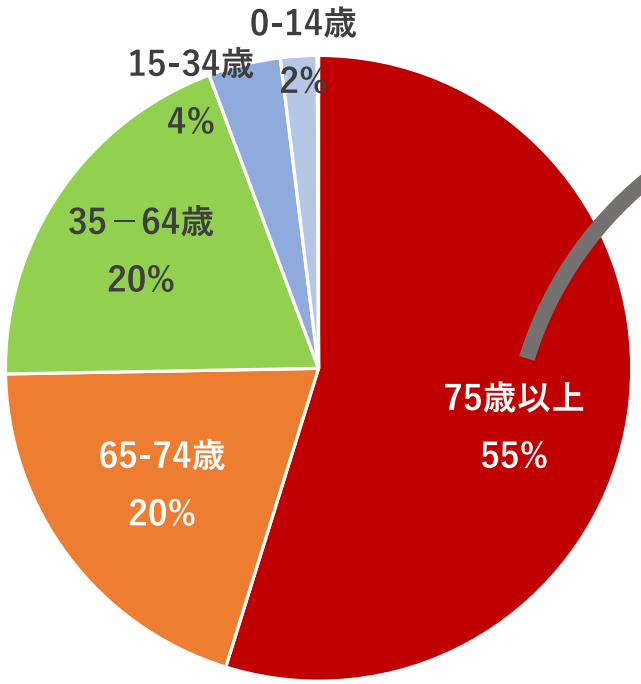
・急性期で落とさないための「総合診療医」

・総合診療医の育成　「新人医師」「キャリア医師」

高齢患者の特徴「多病」

入院患者の大半を占める高齢者は、複数の慢性疾患を抱えている。
入院の原疾患となる主病以外の治療も必要となる。

年齢階級別推計入院患者割合



出所：厚生労働省「令和2年患者調査」

東京都後期高齢者約131万人分のレセプト情報

75歳以上の約8割が2疾患以上、
約6割が3疾患以上の慢性疾患を併存

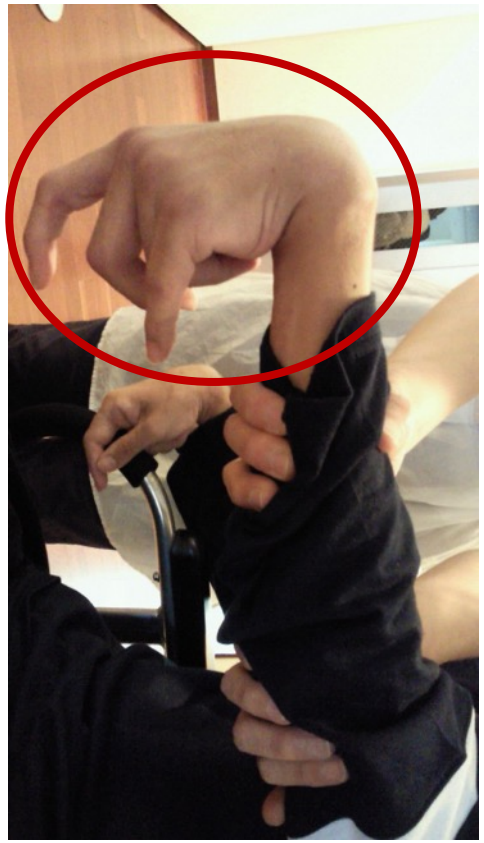
頻度の最も高い３疾患の組み合わせは、男性では、高血圧・潰瘍性疾患・虚血性心疾患（12.4%）、次いで高血圧・脂質異常症・潰瘍性疾患（11.0%）、女性では、高血圧症・脂質異常症・潰瘍性疾患（12.8%）、次いで高血圧・潰瘍性疾患・脊椎/関節疾患（11.2%）でした。

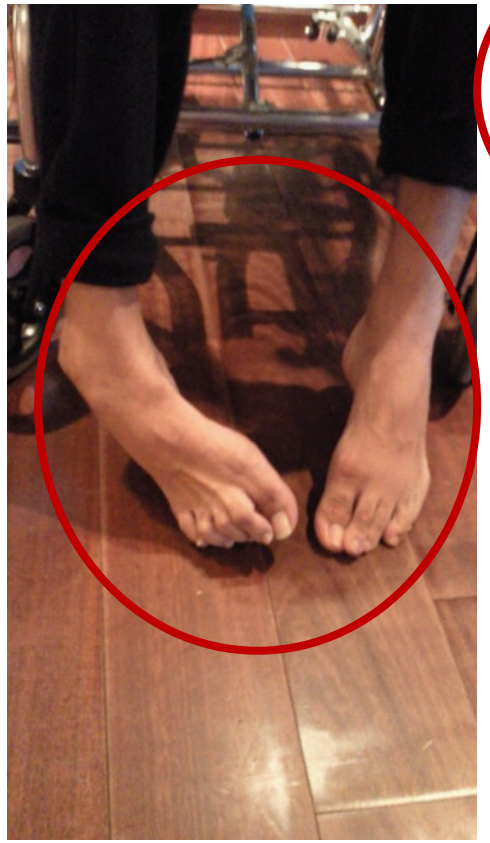
平成31年2月1日地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター「75歳以上の約8割が2疾患以上、約6割が3疾患以上の慢性疾患を併存」より引用

身体機能低下の例

絶対安静や身体拘束などにより、主病に関係なく身体機能が低下する。

筋萎縮や関節拘縮による廃用の発生

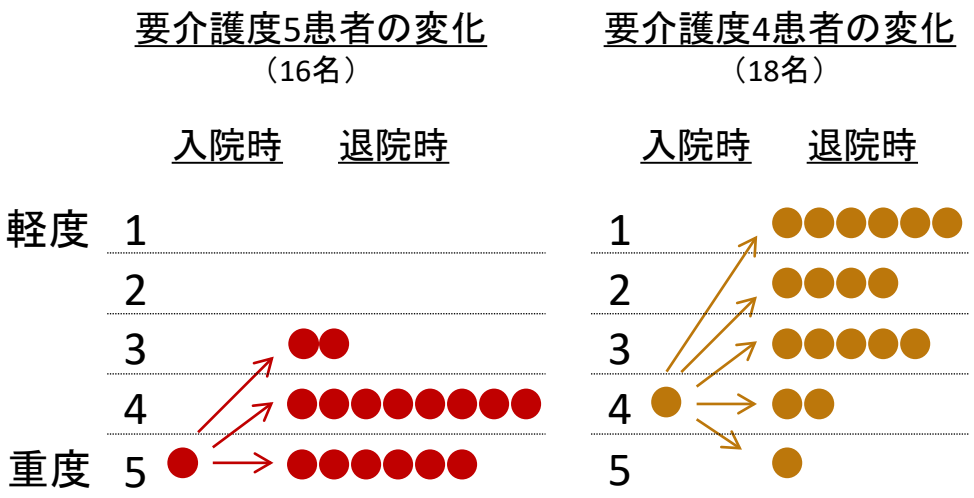




入院時の状態による改善傾向

要介護度5やFIM13点など重介助で入院してきた患者は、改善困難ケースとなりやすい。機能を落とし切らないことが急性期の役割。

要介護度による改善傾向



FIMによる改善傾向

寝たきり ← **退院時FIM（運動項目のみ）** → 自立

入院時 ＼ 退院時	13	14–20	21–26	27–39	40–52	53–65	66–78	79–91
重度 13	29%	22%	6%	25%	4%	3%	6%	6%
14–20	2%	0%	10%	22%	16%	19%	17%	14%
21–26			6%	11%	15%	22%	22%	24%
27–39			1%	4%	11%	9%	36%	39%
40–52					3%	8%	25%	64%
53–65						1%	10%	89%
66–78							3%	97%
軽度 79–91								100%

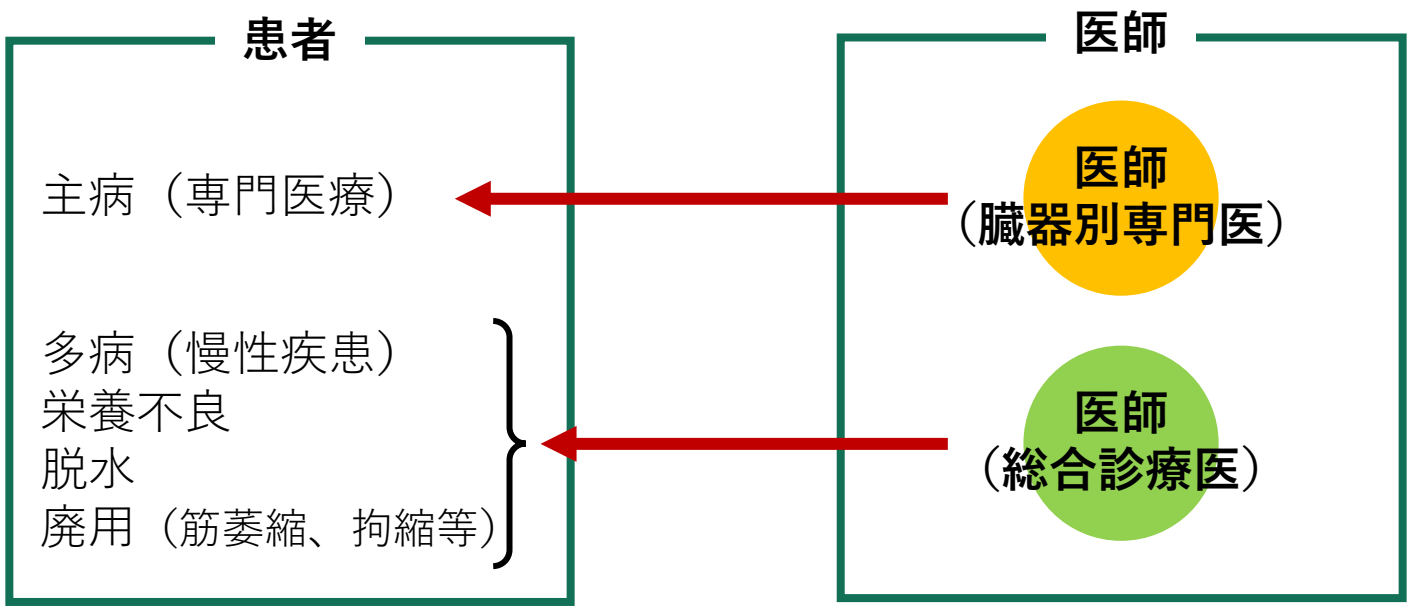
（2021年度退院患者694名）

出所：千里リハビリテーション病院退院患者データ（要介護度は当院地域連携室にて独自に測定したもの）

患者と医師の関わり方

急性期では、主病治療に加え全身の治療ケアが必要となる。臓器別専門医と総合診療医を組み合わせ専門治療と寝たきり防止を両立させる。

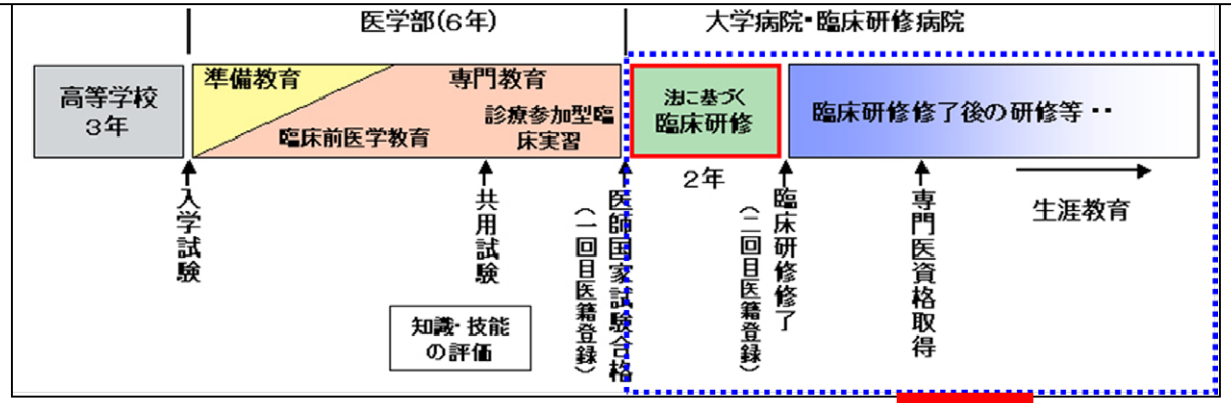
急性期医師の関わり方



総合診療医の育成（新人医師）

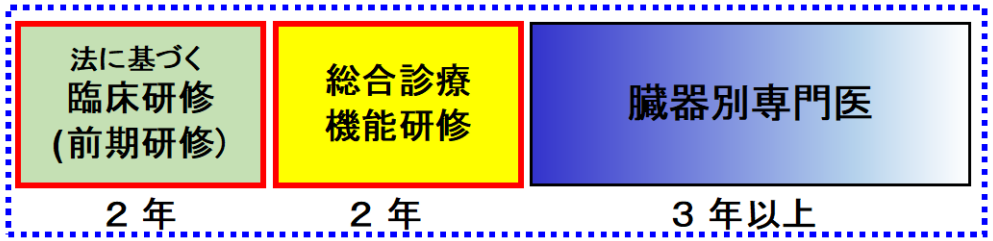
医師の臨床研修制度の概要

現行



改正案①

医師国家試験合格後、2年間の「前期研修」と「後期研修」の初めの2年間を総合診療機能を学ぶための研修期間とし、この4年間の研修を経てはじめて、臓器別診療医の研修を行う医師養成制度にするべきではないか。



改正案②

医師国家試験合格後、2年間の「前期研修」を終えると、2年間は臓器別専門医としての技術を磨くとともに、総合診療医としての知識とスキルを習得する研修期間としてはどうか。

出所：武久洋三「 2022年6月30日(木)日本慢性期医療協会会長退任記念講演会」

総合診療医の育成（キャリア医師）

専門医修了後や開業/後継など、キャリアの転換期を迎える医師に
日慢協として総合診療医としてのリトレーニングの場を提供する。

日慢協研修

現在：**総合診療医認定講座**（6日間の講義と症例検討）

予定：**総合診療医実習受け入れ**（実習病院の整備とプログラム作成）

①実習先病院で就職
②非常勤として実習

なぜ基準リハビリ、基準介護が必要なのか？

・基準リハビリテーションによる寝たきり防止

・介護福祉士の専門性を活かす基準介護

基準リハの必要性

拘縮や廃用予防のため、急性期病棟にリハビリ療法士を配置する。日数、人数、内容を基準化し、機能低下を抑える。

急性期病棟とリハビリ病棟の配置

急性期病棟
看護師
看護補助者

回復期リハビリテーション病棟（入院料1）
理学療法士2名以上
作業療法士1名以上
言語聴覚士1名以上
2単位以上/日
基準リハ

地域包括ケア病棟（管理料）
理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が1名以上
平均2単位以上/日
基準リハ

①日数
土日祝はリハビリ休止の場合あり

②人員数
ICU、CCUなどでのリハビリ人員の不足

③内容
拘縮予防
廃用予防
筋力低下予防

基準化

基準介護の要素

基準介護の目的も寝たきり防止。そのためには、人員配置に加えリハビリ介護の技術も必要になる。

基準介護（リハビリテーション介護）

人員配置

量

ケア時間の確保

目的 **寝かせきりを防止**
身体拘束や不必要なおむつなどが廃用を進行させる。

内容 **活動量 （日常生活動作）を積極的に増やす**

業務内容

質

リハ介護技術の提供

目的 **身体機能の改善**
疾患別リハビリだけでなく、毎日のADLが自立度の改善につながる。

内容 **リハビリ視点の日常生活動作支援で機能改善を図る**

ケア時間＝活動量の確保

拘束やおむつを外し、活動量を上げるには人手がかかる。

介入しないと活動量は減る

目が届かないから

身体拘束

今は機能が低いから

おむつ

適切なおむつ
交換であっても

寝かせきり
（活動量低下）

筋力低下、機能低下による
廃用の進行

寝たきり

トイレ排泄のトレーニング

車イスに乗れれば、トイレ排泄は可能

① 2時間おきにトイレへ誘導

② 排泄パターン確認

③ パターンに沿ってトイレ誘導

④ 尿意を覚え、意思表示を

リハビリ介護技術の習得

ケア介入時間（回数）を、機能改善の機会とするにはリハビリ介護技術が必要。高いケア技術は、機能改善だけでなく、介助者も守れる。

毎日のADLケア

「よいしょっ！」の介護

介助者による
力任せのケア

↓

身体機能は
変わらない

↓

介助量も変わらない

↓ 腰痛など故障の発生

介助者の減少

リハビリ介護

患者の残存能力を
使ったケア

↓ 1回目より10回目
10回目より100回目

徐々に機能改善

↓

介助量の減少

↓

他の患者のケアへ

リハ介護技術の習得

出所：千里リハビリテーション病院PTによるCWへの研修風景

介護専門能力の活用

介護専門職の能力を活かすため、業務の役割分担を推進する。

2. 業務の明確化と役割分担：(1) 業務全体の流れの再構築

① 現状　役割分担やシフトが適切に設定されていないため、職員の負担増やケアの質の低下を招いている。

② 取組　作業分析を行い、役割分担の見直しやシフトの組み換えを行う。

③ 成果　職員それぞれが従事する業務に向き合うことができる。

直接介護　　間接介護

出所：社会保障審議会 介護保険部会(第95回)資料1令和4年7月25日

令和６年度改定内容

令和６年度診療報酬改定　Ⅱ－４　患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価－⑩

看護補助者に係る評価の充実①

直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置の評価

- 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進し、高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟入院料について、主として直接患者に対し療養生活上の世話をする看護補助者を一定数配置している場合の評価を新設するとともに、看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

現行	改定後
【療養病棟入院料】 注12　イ　夜間看護加算　50点 ロ　看護補助体制充実加算　55点	【療養病棟入院基本料】 注12　夜間看護加算　50点 注13　イ　看護補助体制充実加算１　**80点** ロ　看護補助体制充実加算２　**65点** ハ　看護補助体制充実加算３　55点

※障害者施設等入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料の看護補助体制充実加算も同様に見直すとともに、地域包括医療病棟入院料に同様の加算を新設する。

[算定要件]（概要）
当該基準に係る区分に従い、それぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、**身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３**の例により所定点数に加算する。
※身体的拘束を実施した日の取扱いは、令和７年６月１日以降より適用する。

[施設基準]
（１）**看護補助体制充実加算１** の施設基準
ア　当該保険医療機関において**３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、５割以上**配置配置されていること。
イ　**主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の数は、常時100対１以上**であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。
ウ　看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年１回以上受講した者であること。ただし、看護補助者が受講する研修内容については、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。
エ　当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。当該病棟の全ての看護職員が院内研修を年１回以上受講していること。
オ　当該保険医療機関における**看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用**していること。

（２）**看護補助体制充実加算２** の施設基準
（１）のイからオを満たすものであること。

（３）**看護補助体制充実加算３** の施設基準
（１）のウ及びエを満たすものであること。

6

出所：厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要 【入院VI(働き方改革の推進、横断的事項)】」

療養病床から
慢性期治療病床への転換に向けて
～医療区分評価からアウトカム評価へ～

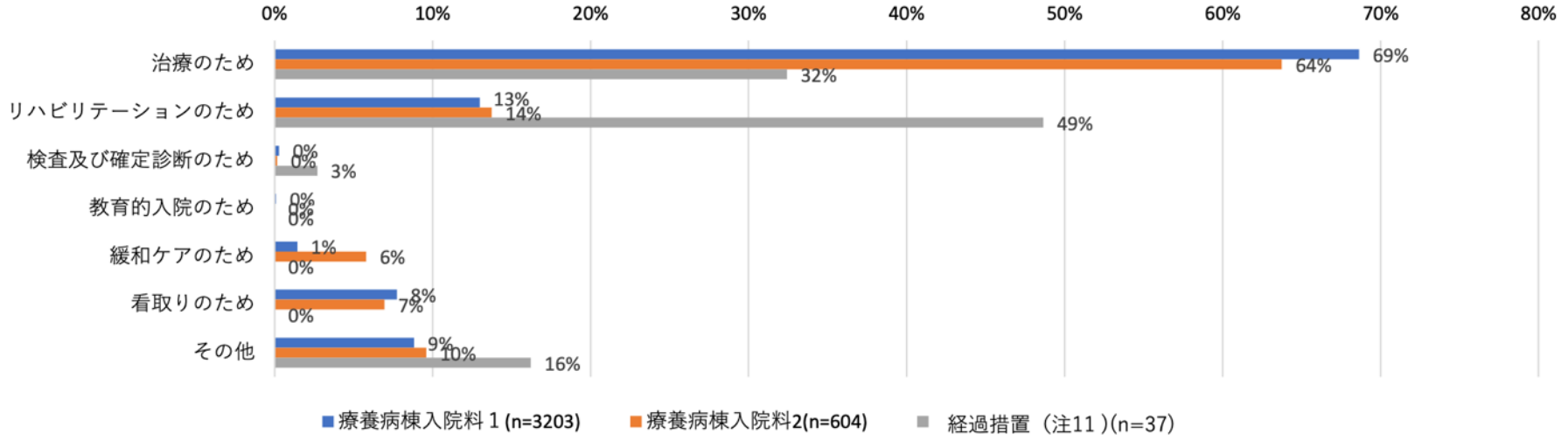
・療養病床の制度	：治療成果を見えなくする医療区分
・医療区分の問題点	：評価にもインセンティブにも活用困難
・慢性期治療病棟へ	：アウトカムを重視した評価報酬制度へ

療養病床の制度（入院の目的）

大半の患者は、「養生」ではなく「治療」目的のために入院している。

各入院料毎の患者の入院の理由

○ 各入院料に分けた場合の患者の入院理由は以下のとおり。入院料１及び2を届け出ている病棟においては「治療のため」が最も多く、経過措置（注11）を届け出ている病棟においては「リハビリテーションのため」が最も多かった。



出所：厚生労働省「令和3年度 入院医療等の調査・評価分科会 とりまとめ 【別添】資料編」

治療の成果は？

医療区分で見ると、改善は数%と療養病床での成果（アウトカム）は出ていないように見える。

療養病棟入院患者の3ヶ月後の推移（医療区分、ADL区分）

入院料１			令和２年８月１日時点 医療区分１（N=948）	医療区分２（N=5372）	医療区分３（N=3977）
令和2年10月30日 3ヶ月後	医療区分１		46.7%	2.0%	3.0%
	医療区分２		8.5%	75.0%	4.7%
	医療区分３		8.0%	6.2%	65.6%
	退棟		36.7%	16.8%	26.8%
	（退棟の内訳）	医療区分１	26.3%	1.5%	0.3%
		医療区分２	0.8%	6.4%	0.4%
		医療区分３	0.8%	0.7%	2.7%
		死亡退院	8.9%	8.3%	23.3%

入院料１			令和２年８月１日時点 ADL区分１（N=951）	ADL区分２（N=2198）	ADL区分３（N=7290）
令和2年10月30日 3ヶ月後	ADL区分１		54.0%	1.6%	0.6%
	ADL区分２		5.4%	66.8%	1.8%
	ADL区分３		5.6%	8.7%	76.5%
	退棟		35.0%	22.9%	21.0%
	（退棟の内訳）	ADL区分１	26.0%	0.8%	0.1%
		ADL区分２	0.7%	12.0%	0.2%
		ADL区分３	1.0%	0.9%	3.9%
		死亡退院	7.4%	9.1%	16.8%

	医療区分2の患者	ADL区分2の患者
改善	3.5%	2.4%
変化無し	81.4%	78.8%
悪化	15.2%	18.7%

出所：厚生労働省「令和3年度 入院医療等の調査・評価分科会 とりまとめ 【別添】資料編」

療養病床の制度（医療区分）

医療区分には、難病など改善困難な（悪化させない）疾患と改善（軽快）すべき疾患とが混在している。

医療区分３	【疾患・状態】 ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分２又は３に該当する項目がある場合） 【医療処置】 ・２４時間持続点滴 ・中心静脈栄養**（摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分３の場合の点数に代えて、医療区分２の場合に相当する点数を算定）** ・人工呼吸器使用　・ドレーン法　・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管　・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量３L/分以上を必要とする状態等）
医療区分２	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー　・多発性硬化症　・筋萎縮性側索硬化症　・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷）　・慢性閉塞性肺疾患（COPD）←悪化させない ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍　・肺炎　・尿路感染症←改善すべき ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（**経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分１の場合に相当する点数を算定**） ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血　・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態　・褥瘡　・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄　・うつ状態　・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分２又は３に該当する項目がない場合） 【医療処置】 ・透析　・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養　・喀痰吸引（１日８回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア　・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍　・手術創　・創傷処置） ・酸素療法（医療区分３に該当するもの以外のもの）
医療区分１	医療区分２・３に該当しない者

療養病床の患者層（多病）

療養病床患者は「多病」のため、改善しにくい疾患とそうでない疾患が混在している。主傷病の多くは改善が見込みにくい。

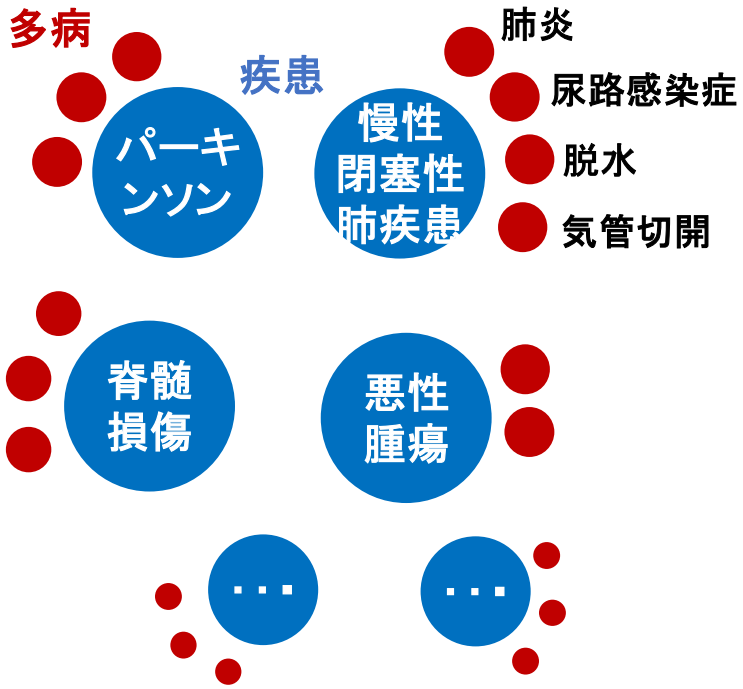
患者は「高齢者」

療養病棟入院基本料1の
入院患者平均年齢*

男性77.9歳

女性83.6歳

高齢者は「多病」



疾患/状態が「混在」

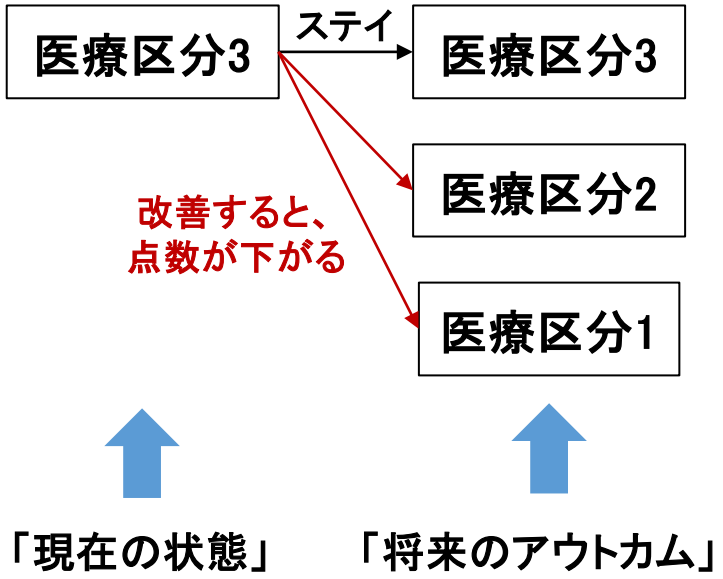
- 悪化させない疾患・状態
- 改善（軽快）すべき疾患・状態

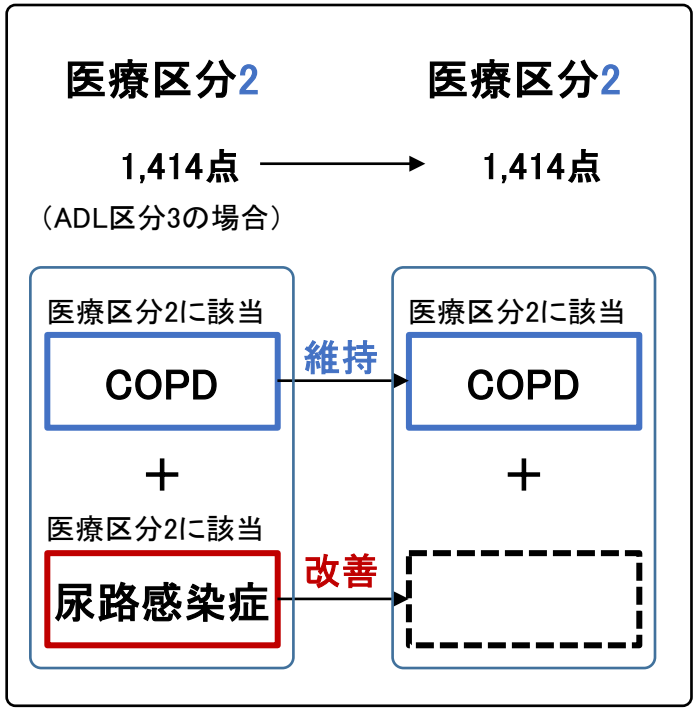
*日本慢性期医療協会「療養病棟入院基本料1に入院している患者の状態像等 アンケート結果概要 2021年10月13日」

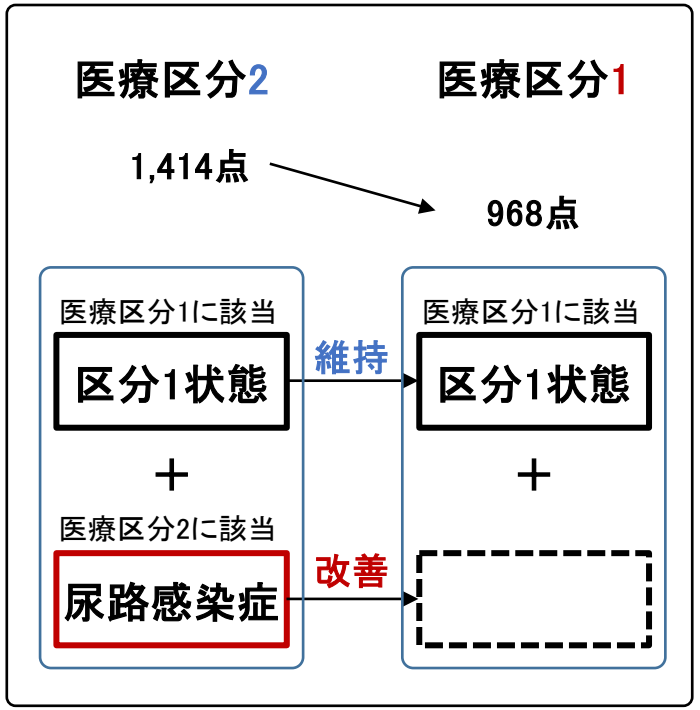
医療区分の問題点（アウトカムと診療点数）

医療区分は、「現在の状態」のみを評価している。これは、アウトカムを見えにくくし、改善による点数低下も引き起こす。

医療区分と診療報酬



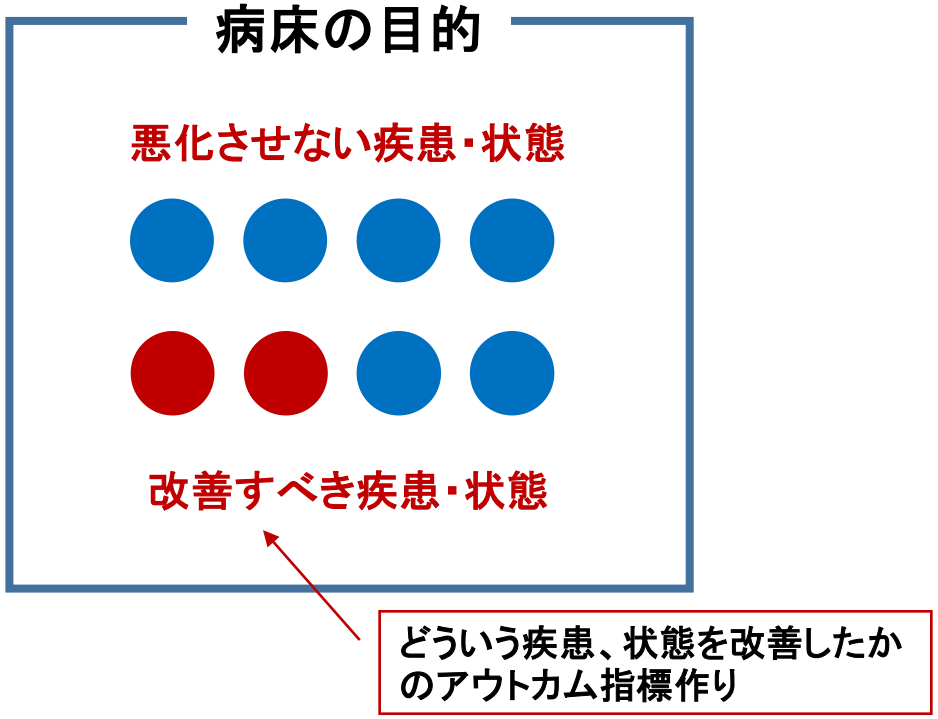




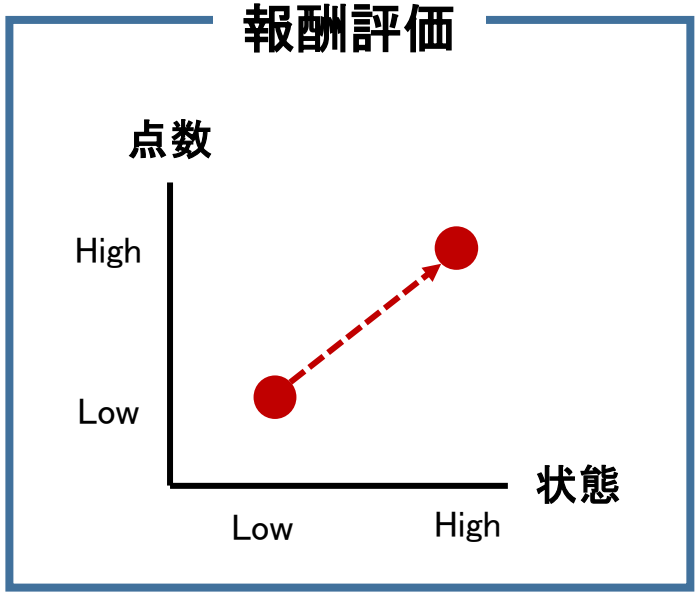
慢性期治療病棟へ

慢性期治療病棟として、アウトカムが見える指標作りとそれによる報酬評価の制度作りに取り組む。

アウトカムの明確化



改善すると点数が上がる



令和６年度改定内容

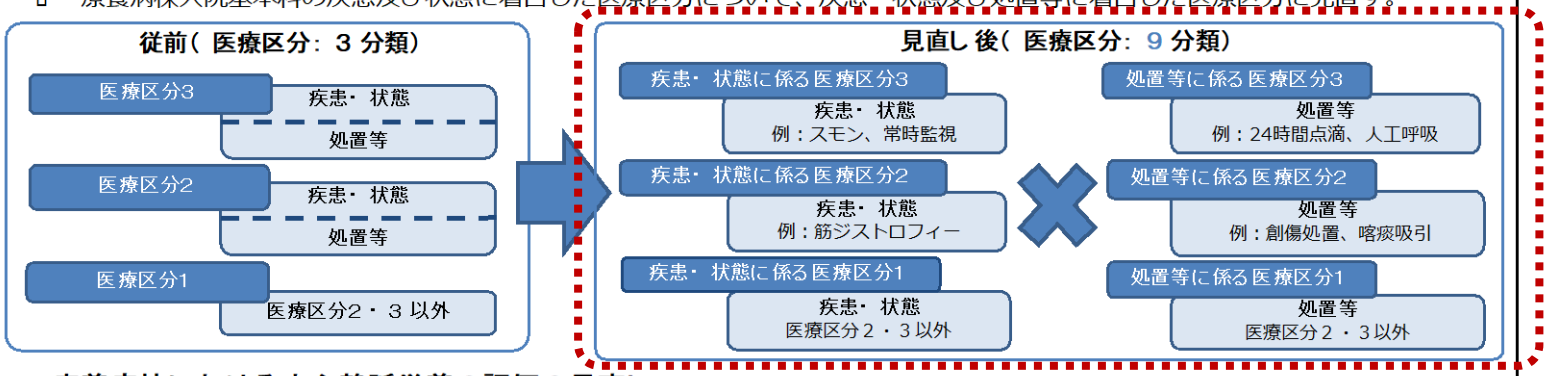
令和６年度診療報酬改定　Ⅱ－４　患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価⑭

療養病棟入院基本料の見直し

○　療養病棟入院基本料について以下の見直しをおこなう。

１．医療区分に係る評価体系の見直し

- 医療区分とＡＤＬ区分に基づく９分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、**疾患・状態に係る３つの医療区分**、**処置等に係る３つの医療区分**および**３つのＡＤＬ区分**に基づく**27分類及びスモンに関する３分類の合計30分類の評価に見直す**。
- 療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す。



２．療養病棟における中心静脈栄養の評価の見直し

- 中心静脈栄養について、**患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す**。また、中心静脈栄養を終了後７日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

３．療養病棟におけるリハビリテーションの評価の見直し

- 医療区分・ADL区分ともに１である入院料27（従前の入院料Ⅰ）について、１日につき２単位を超える疾患別リハビリテーション料を包括範囲に含める

４．療養病棟入院基本料注11に規定する経過措置の廃止

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止する。

５．療養病棟における適切な経腸栄養管理に係る評価の新設

- 療養病棟に入院中の患者に対し、「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な**経腸栄養管理加算を新設**する。

141

出所：厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）」

病院給食に栄養はあるか？

～寝たきり防止への栄養管理～

・栄養量の設定　:基準栄養量では、体重減少/低栄養が進行する

・給食改善余地　:25年前の給食費水準により改善余力がない

入院患者の栄養状態

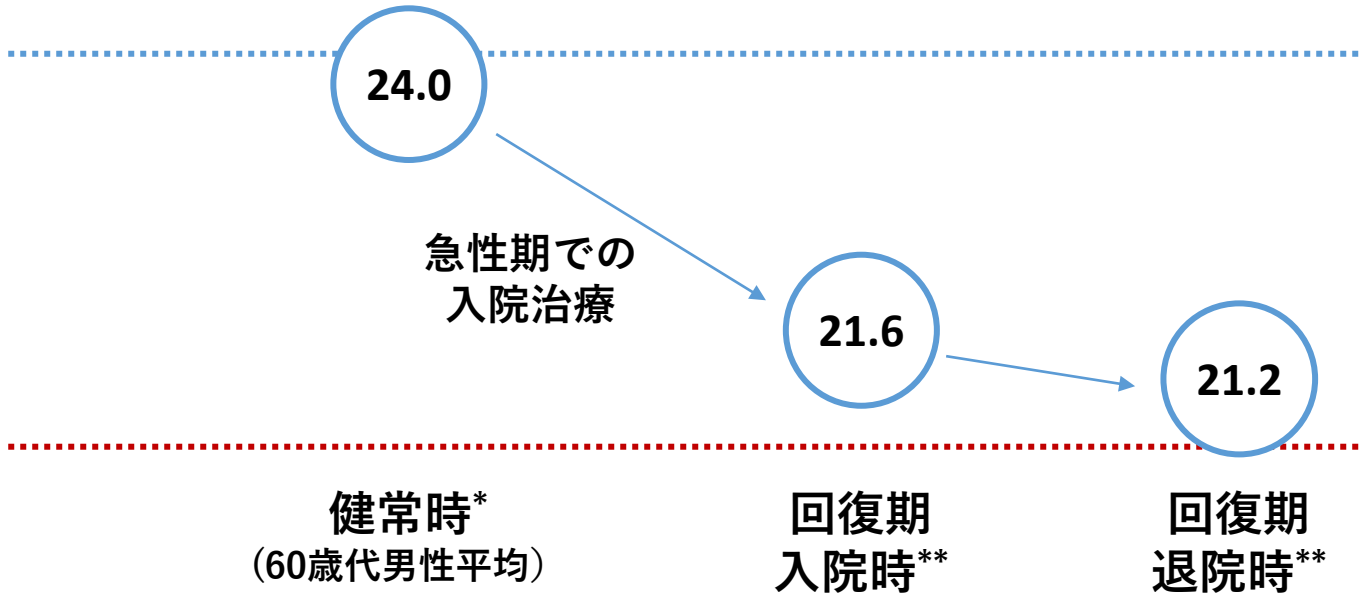
急性期治療中に低体重（低栄養）になる。回復期などの慢性期へもその状態で入院し、改善できずに退院している。

BMIによる判定基準

BMI＝[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]

25以上	肥満
18.5以上 25未満	普通体重
18.5未満	低体重（やせ）

入院前後のBMI平均推移

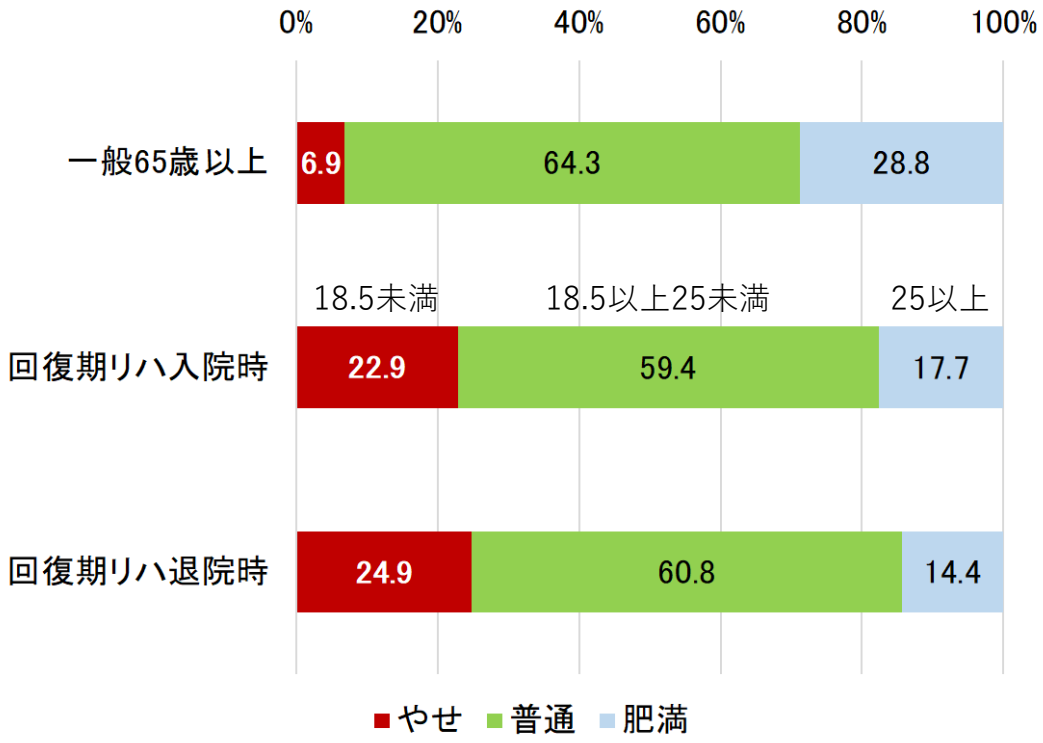


*厚生労働省「令和元年国民健康・栄養調査」
**回復期リハビリテーション病棟協会「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書　2023年2月」

入院患者の低栄養の進行

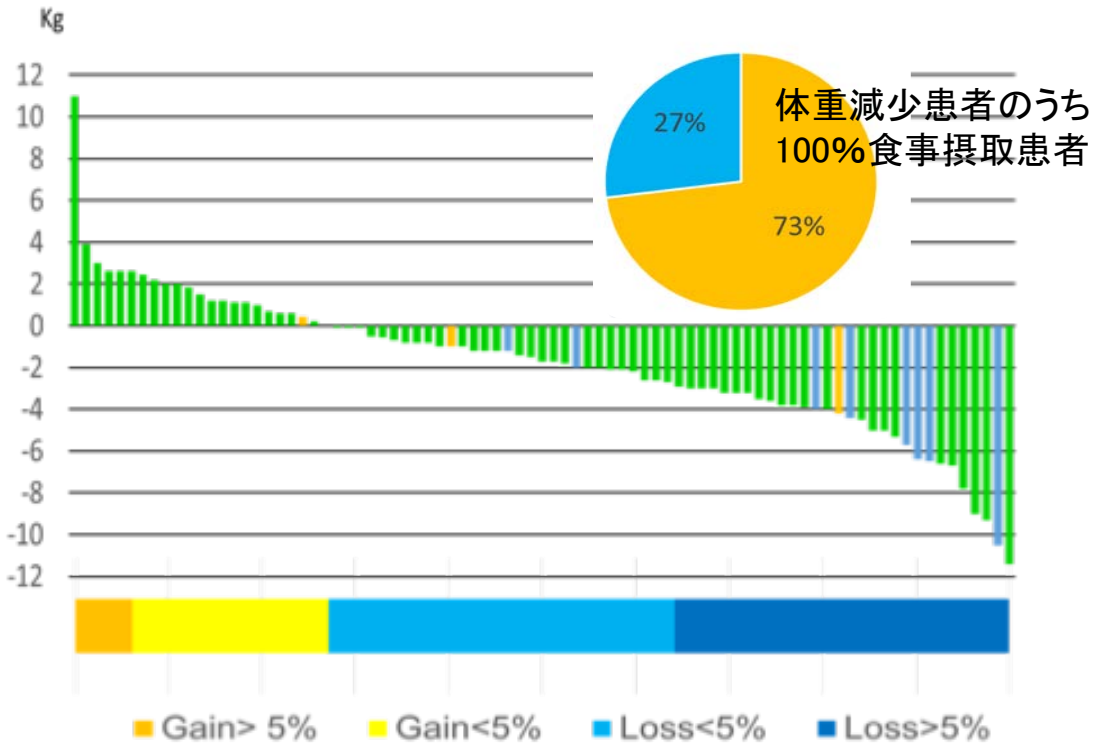
回復期入院中も体重減少、低栄養が進行している。そこには、食事の全量摂取患者も含まれている。

回復期リハ入院退院時BMI*



*回復期リハビリテーション病棟協会「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書　2023年2月」

入退院時の体重増減**

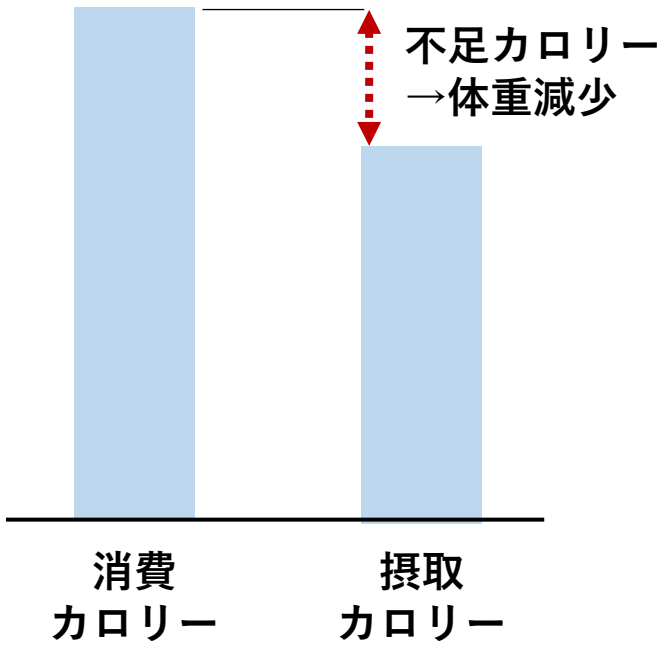


**千里リハビリテーション病院2015年8月9月退院患者(n=81)

体重減少（低栄養）要因

体重減少は、カロリー不足から生じる。その要因には、そもそもの基準栄養量の不足や高齢化などによる摂取量自体の不足がある。

体重減少はカロリー不足



カロリー不足の要因

摂食機能（食べる能力）があっても

1. 給食の基準栄養量が不足している
2. 基準栄養量があっても、全量が食べられない

① 必要な栄養量

病院基準食は、入院患者の年齢構成を加味した食事摂取基準より作成されるが、リハビリや体重増に必要な栄養量を満たしていない。

病院基準食の設定

（参考）推定エネルギー必要量（kcal/日）

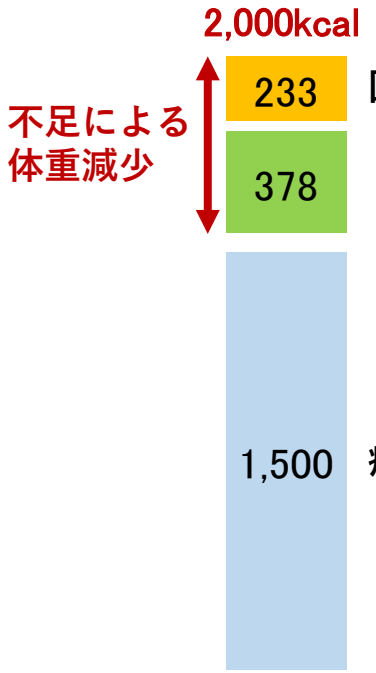
「日本人の食事摂取基準（2020年版）」策定検討会報告書 p.51～p.105

性別	男性			女性		
身体活動レベル[1]	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ
0～5（月）	—	550	—	—	500	—
6～8（月）	—	650	—	—	600	—
9～11（月）	—	700	—	—	650	—
1～2（歳）	—	950	—	—	900	—
3～5（歳）	—	1,300	—	—	1,250	—
6～7（歳）	1,350	1,550	1,750	1,250	1,450	1,650
8～9（歳）	1,600	1,850	2,100	1,500	1,700	1,900
10～11（歳）	1,950	2,250	2,500	1,850	2,100	2,350
12～14（歳）	2,300	2,600	2,900	[illegible]	[illegible]	[illegible]
15～17（歳）	2,500	2,800	3,150	[illegible]	[illegible]	[illegible]
18～29（歳）	2,300	2,650	3,050	[illegible]	[illegible]	[illegible]
30～49（歳）	2,300	2,700	3,050	[illegible]	[illegible]	[illegible]
50～64（歳）	2,200	2,600	2,950	[illegible]	[illegible]	2,250
65～74（歳）	2,050	2,400	2,750	1,550	1,850	2,100
75以上（歳）[2]	1,800	2,100	—	1,400	1,650	—
妊婦（付加量）[3] 初期				+50	+50	+50
中期				+250	+250	+250
後期				+450	+450	+450
授乳婦（付加量）				+350	+350	+350

高齢女性の多い病院では1,500～1,600kcalとなる

[1] 身体活動レベルは、低い、ふつう、高いの三つのレベルとして、それぞれ、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲで示した。
[2] レベルⅡは自立している者、レベルⅠは自宅にいてほとんど外出しない者に相当する。レベルⅠは高齢者施設で自立に近い状態で過ごしている者にも適用できる値である。
[3] 妊婦個々の体格や妊娠中の体重増加量及び胎児の発育状況の評価を行うことが必要である。
注1：活用に当たっては、食事摂取状況のアセスメント、体重及びBMIの把握を行い、エネルギーの過不足は、体重の変化又はBMIを用いて評価すること。
注2：身体活動レベルⅠの場合、少ないエネルギー消費量に見合った少ないエネルギー摂取量を維持することになるため、健康の保持・増進の観点からは、身体活動量を増加させる必要がある。

回復に必要な栄養量（cal）



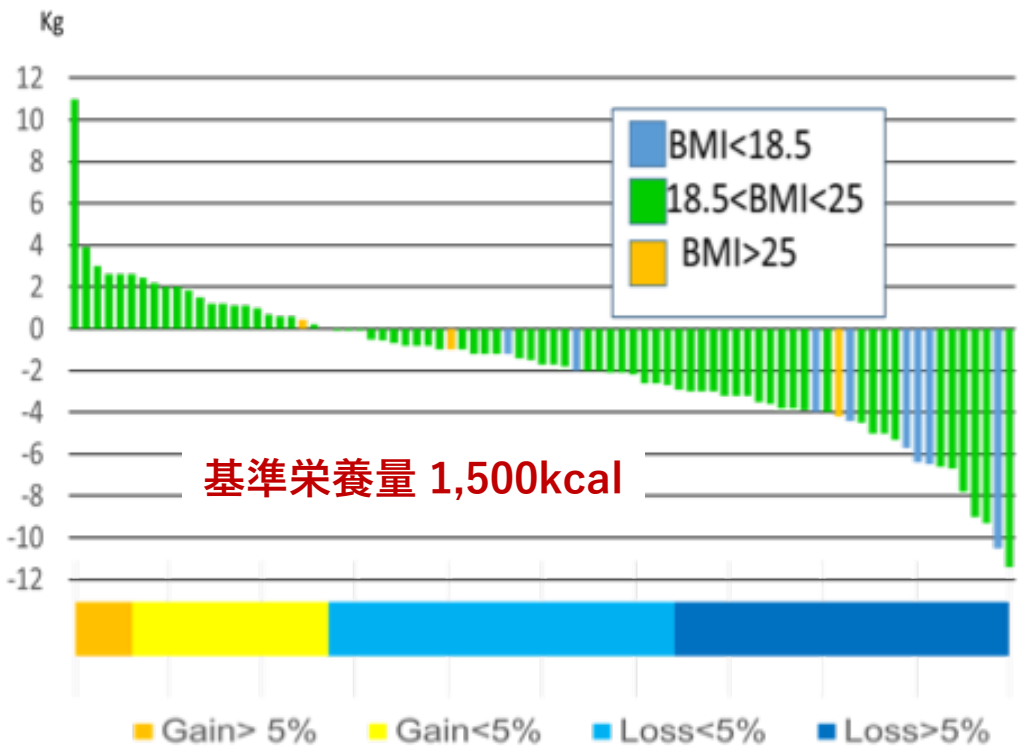
体重1kg増には7,000kcal必要
7,000kca÷30日
=233kcal

体重40kg患者がリハビリ（3メッツ）を3時間行う場合：1.05×40kg×3×3（h）＝378kcal

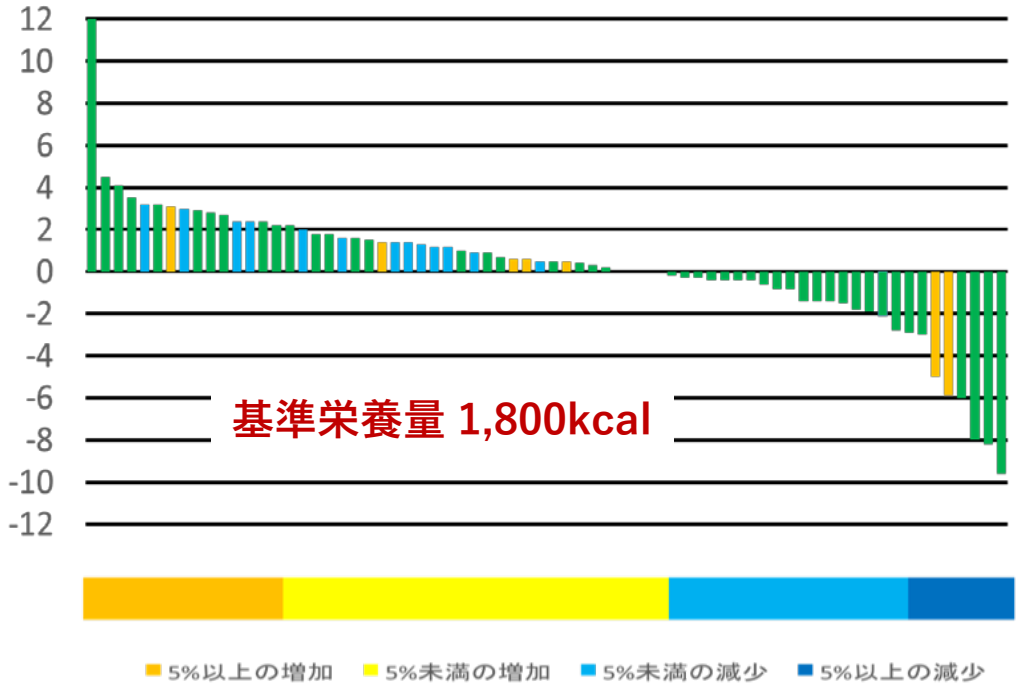
① 基準栄養量改善の効果

基準栄養量を改善すれば、体重減少患者を低減できる。

栄養量改善前の体重増減*



栄養量改善後の体重増減**



*千里リハビリテーション病院2015年8月9月退院患者(n=81)

**千里リハビリテーション病院2016年8月9月退院患者(n=70)

② 必要量を満たす施策

全量摂取困難な患者には、1品あたり栄養量の増加や食事回数の頻回化（分割）のほか、戦略的な胃瘻増設も選択肢となる。

嚥下機能や高齢による全量摂取困難

一度にすべては食べられない

栄養量を満たすために

工夫　1品栄養量UP、食事回数UP

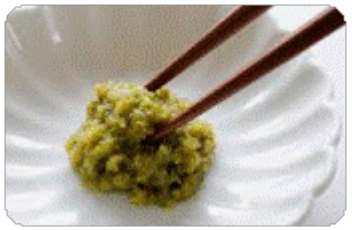
ちょい足し、間食/多頻回化

手段　胃瘻増設による栄養補給

通常量摂取が可能になれば、抜去

❷ 参考）食事の工夫

食材選び



柚子胡椒 10g（4.9kcal）

タルタルソース 10g（49kcal）

10倍

豆腐 20g（13kcal）

油揚げ 20g（77kcal）

6倍

トースト 1枚40g（130kcal）

クロワッサン 1個40g（200kcal）

1.5倍

調理方法

棒棒鶏 100g（200kcal）

唐揚げ 100g（300kcal）

1.5倍

アジの塩焼き 100g（110kcal）

アジフライ 100g（220kcal）

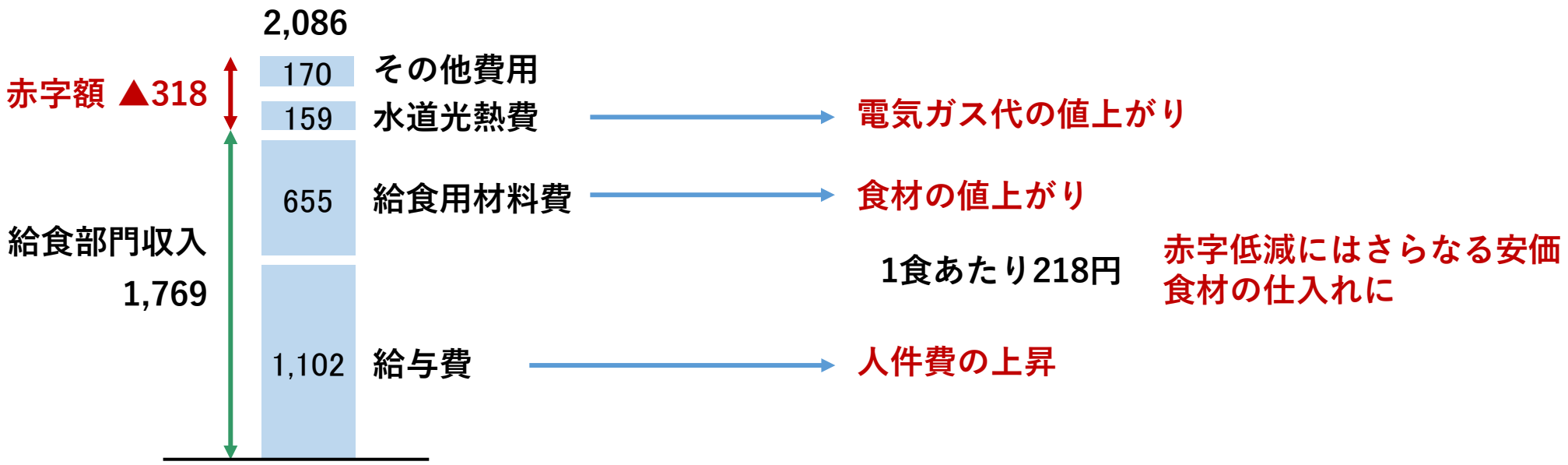
2倍

改善余地 給食費用（食事療養費）

給食部門は、2017年調査時点ですでに赤字。近時の人件費増や物価高騰により、栄養部門の改善余地は限界にある。

患者1人1日当たりの給食収支（円）

（直営病院（n=30））



改善、工夫の余地はない

*厚生労働省「平成 29 年度 入院時食事療養の収支等に関する実態調査」

給食費用の推移

現在の食事療養費（640円/食）は、25年前から変わっていない。

1. 病院給食問題

～入院時食事療養費の設定金額が据え置きになっている。
その一方で、患者の自己負担額（窓口負担額）は増え続けている～

1989（平成元）年4月
消費税3%導入

1994（平成6）年度入院時食事療養費導入

1997（平成9）年4月
消費税3%➡5%に増税

1998（平成10）年度診療報酬改定

2000（平成12）年度診療報酬改定
介護保険制度スタート

2006（平成18）年度、1回目の診療報酬・介護報酬同時改定

2012（平成24）年度、2回目の同時改定

2014（平成26）年4月
消費税5%➡8%に増税

2016（平成28）年度診療報酬改定
2018（平成30）年度、3回目の同時改定

2019（令和元）年10月
消費税8%➡10%に増税

2020（令和2）年度診療報酬改定
2022（令和4）年度診療報酬改定

入院時食事療養費制度の変遷

1994（平成6）年度　1,900円/日
特別食加算 350円/日　食堂加算 50円/日
特別管理加算 200円/日　選択メニュー加算 50円/日

1998（平成10）年度　1,920円/日（＋20円）
※その他は変更なし
3%➡5%に対応

1,920円を3食で除すと1食換算640円

2006（平成18）年度　640円/食
（1日当➡1食当に算定方法変更）

特別食加算　76円/食
➡3食換算で228円/日
~~特別管理加算　200円~~
食堂加算　50円/食
~~選択メニュー加算　50円~~

「選択メニューではなく、基本メニューとは別に通常の費用では提供困難な高価な材料を使用した場合等であれば1食17円を標準として社会的妥当な支払を受けることができる（特別メニュー＝全額自費）」

2016（平成28）年度
市販の濃厚流動食
640円➡575円（▲65円）

5%➡8%
8%➡10%
対応なし

いわゆる基本診療料（初診料、再診料、入院基本料等）で対応も、5➡8%時は補填が不十分であることが後に問題になった。

令和4年5月現在まで1食640円は変更なし

自己負担額（一般）の変遷

1994（平成6）年10月
～1996（平成8）年9月
➡1日当たり600円

1996（平成8）年10月
～2000（平成12）年12月
➡1日当たり760円（＋160円）

2001（平成13）年1月
～2006（平成18）年3月
➡1日当たり780円（＋20円）

2006（平成18）年4月
～2016（平成28）年3月
➡1食当たり260円

～食材費＋調理費、を窓口負担とする～

2016（平成28）年4月
～2018（平成30）3年
➡1食当たり360円（＋100円）

2018（平成30）4年
～現在に至る
➡1食当たり460円（＋100円）

*四病院団体協議会「入院中の食事療養に必要な費用に関する改正要望書」2022年6月27日

令和６年度改定内容

令和６年度診療報酬改定　Ⅲ －１ 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応－①

入院時の食費の基準の見直し

入院時の食費の基準の見直し

- 食材費等が高騰していること等を踏まえ、入院時の食費の基準を引き上げる。
  ※　令和６年６月１日施行。令和６年３月までは重点支援地方交付金により対応。令和６年４月・５月については地域医療介護総合確保基金により対応。
- 今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行う。

	現行		改定後
総額	640円	＋30円 →	670円
自己負担			
一般所得者の場合	460円	＋30円 →	490円
住民税非課税世帯の場合	210円	＋20円 →	230円
住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない７０歳以上の場合	100円	＋10円 →	110円

205

出所：厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）」

感染防止と療養環境改善に寄与する個室の規制緩和

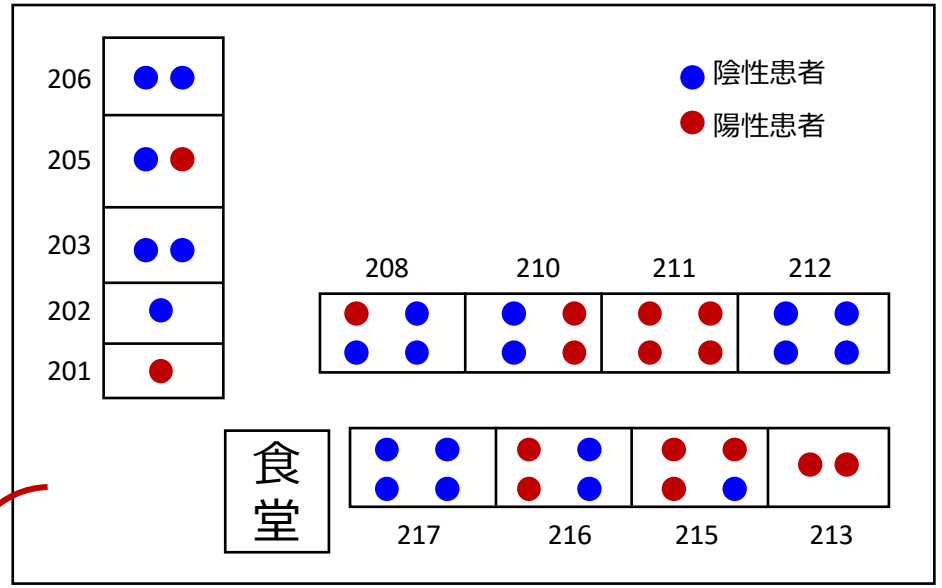
・感染症対策としての個室利用

・個室は活動性も高める

感染症対策としての個室利用

新型コロナ感染症は多床室の脆弱性を浮き彫りにした。特例措置により個室対応が可能となったが、通常時には医療機関の負担となる。

多床室での感染拡大は抑えにくい



コロナ特例措置において、回復後患者の個室受け入れを「**二類感染症患者療養環境特別加算（個室加算：300点）**」として評価

感染症対策としての個室利用

特例措置がなければ、

特別の料金を求めてはならない場合

① 同意書による確認を行っていない場合

② 「治療上の必要」により入院させる場合

例）免疫力が低下し、感染症に罹患するおそれのある患者

③ 病棟管理の必要性等により、実質的に患者の選択によらない場合

例）MRSA等に感染している患者であって、他の入院患者の院内感染を防止するため、実質的に患者の選択によらず入院させたと認められる者

出所：医療法人社団和風会橋本病院クラスター発生時のフロアマップ

出所：平成18年3月13日 保医発第0313003号から抜粋

療養環境＋活動性の向上

治療の必要な患者にとって、個室は特別な環境ではない。
他人に気兼ねせず自由度も高まるため、活動性の向上も期待できる。

多床室こそ「特別な環境」

病気になってから、他人との共同生活がスタート

- 同室者との相性
- 生活音（テレビ、会話、いびきなど）
- プライバシー（仕切りはカーテン1枚）
- 活動場所はベッド上のみ

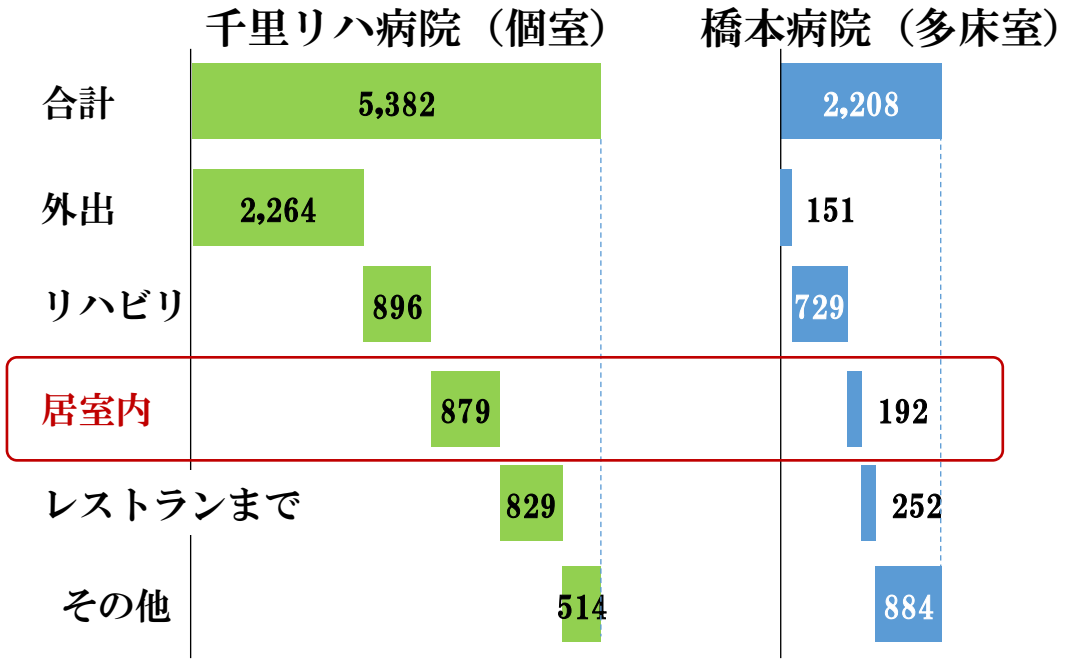
慢性期は長期にわたる

日常より明らかに劣る環境での入院生活

- 医療現場では、上記クレーム対応業務が発生
- 不快な環境にこそ「同意書」が必要

個室は活動性も高める

1日あたり歩数



Source : He Xin, Ken Miura, Takafumi Miyazaki "*The evaluation and verification of rehabilitation hospital from the view points of building occupancy, number of steps, and exercise intensity of the stroke patients*"(2011)

令和６年度改定内容

令和６年度診療報酬改定　Ⅱ－６ 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組－②

ポストコロナにおける感染症対策の評価②

感染症の入院患者に対する感染対策の評価の新設

- 感染管理が特に重要な感染症の患者に対して、適切な感染対策を講じた上で入院医療を提供した場合の加算を新設する。

（新）　特定感染症入院医療管理加算　治療室の場合　200点
　　それ以外の場合　100点

［算定要件］
感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なものに対して、適切な感染防止対策を実施した場合に、１入院に限り7日（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を限度として、算定する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

［対象となる感染症］
狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムポックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属ＳＦＴＳウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、ＲＳウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスB19によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法第6条第8項に規定する指定感染症

［対象の入院料］
一般病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟及び精神病棟）、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料及び特定一般病棟入院料

56

出所：厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）」

令和６年度改定内容

令和６年度診療報酬改定　Ⅱ－６ 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組－②

ポストコロナにおける感染症対策の評価③

感染症の入院患者に対する個室・陰圧室管理の評価の拡充

- 二類感染症患者療養環境特別加算について、名称を特定感染症患者療養環境特別加算に見直すとともに、対象となる感染症及び入院料の範囲を見直す。

現行

【二類感染症患者療養環境特別加算】
［算定留意事項］
保険医療機関に入院している感染症法第６条第３項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。

改定後

【特定感染症患者療養環境特別加算】
［施設基準（抜粋）］
保険医療機関に入院している患者であって、二類感染症から五類感染症まで、新型インフルエンザ等感染症又は指定感染症の患者及びその疑似症患者のうち個室又は陰圧室に入院させる必要性が特に高い患者について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

［個室加算の対象となる感染症］
狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムポックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属ＳＦＴＳウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、ＲＳウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスＢ１９によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法第６条第３項に規定する二類感染症、同法同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同法同条第８項に規定する指定感染症

［陰圧室加算の対象となる感染症］
鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、麻しん、新型コロナウイルス感染症及び水痘並びに感染症法第６条第３項に規定する二類感染症、同法同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同法同条第８項に規定する指定感染症

［対象の入院料］
一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

57

出所：厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）」

訪問リハビリテーションの実践的活用法

～早期集中型訪問リハビリの可能性～

・リハビリの場所　：生活と訓練とが直結する最適空間

・リハビリの量：十分なリハビリ量は、入院リハと同等の効果

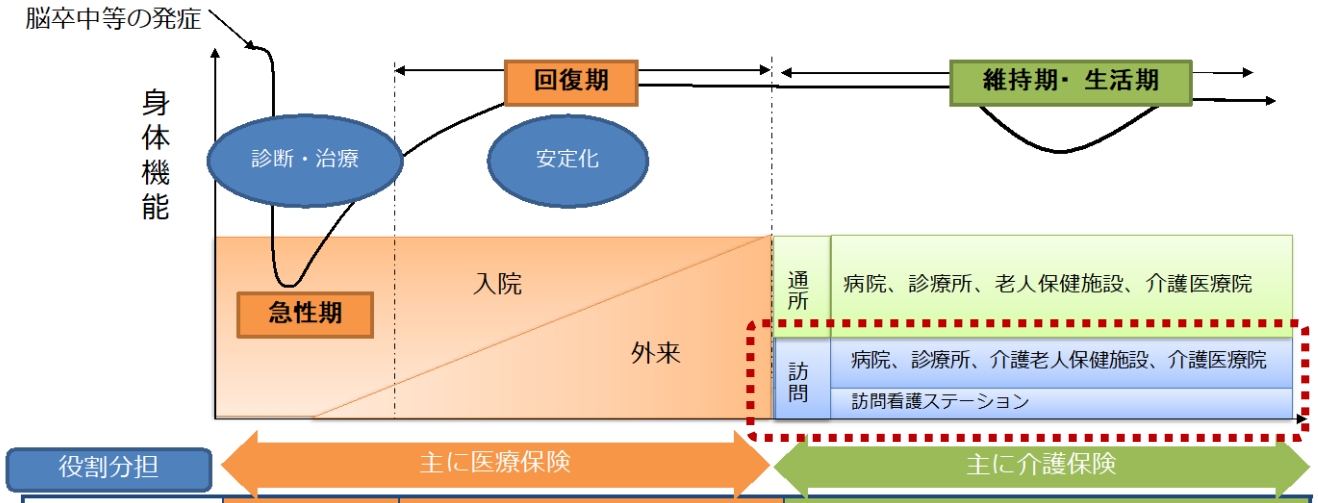
・リハビリの質：アウトカム評価など、密室リハからの脱出

訪問リハビリテーション

回復期以降の、在宅で生活する通院困難な患者や利用者に対し、主に機能維持を目的として提供される。

令和４年度診療報酬改定

リハビリテーションの役割分担（イメージ）



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

（資料出所）日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」（青海社）より厚生労働省老人保健課において作成　28

訪問リハビリテーションの対象者

医療保険
疾病、傷病のために通院してリハビリテーションを受けることが困難な者

介護保険
通院が困難な利用者

出所：令和4年度診療報酬改定の概要

生活の場でのリハビリ課題

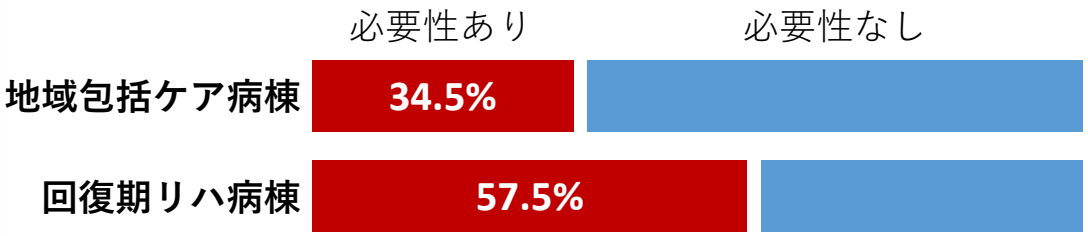
リハビリテーションは在宅生活への復帰や維持が目的であるが、その在宅で実施できないミスマッチが起こっている。

	病院リハビリ	訪問（在宅）リハビリ
リハビリの場所	訓練室でのリハビリ	外来/通所（訓練室）でのリハビリ
	目的である生活の場でリハビリできない 訪問リハビリは通院/通所困難な場合のみ	
リハビリの量	3時間/日（回復期リハ）	2時間/週 **回復より維持** 4時間/週（退院/退所直後） 終了促進 長期継続減算 **継続支援が手薄**
リハビリの質	アウトカム評価 豊富なスタッフ数	勤続年数評価 数人の小規模事業所 **品質の確保**

リハビリの場所 退院後の実践リハ

退院後支援として、外来リハビリは手厚くなった。実践の場である訪問リハビリにも集中的に実施する施策が望まれる。

退棟後のリハビリの必要性※



平成30年度診療報酬改定

疾患別リハビリテーション算定日数上限の除外対象患者の追加

回復期リハビリテーション病棟を退棟した日から起算して3月以内の患者

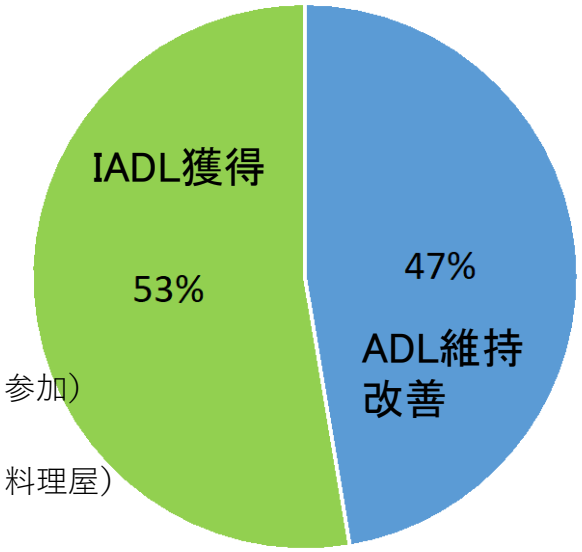
→外来での疾患別リハが算定可能に

*厚生労働省「(令和元年度第5回) 入院医療等の調査・評価分科会」

訪問リハビリの実施目的※※

IADLの主な内容

- 自転車運転（通学）、スクーター運転
- 自動車運転
- 電車利用（通勤・コーラス参加）
- 買い物、子供の送迎
- 復職（部品組立、パン屋、料理屋）
- 自宅、職場の環境設定
- 海外旅行の準備



ほとんどの患者が「退院後の生活が不安」

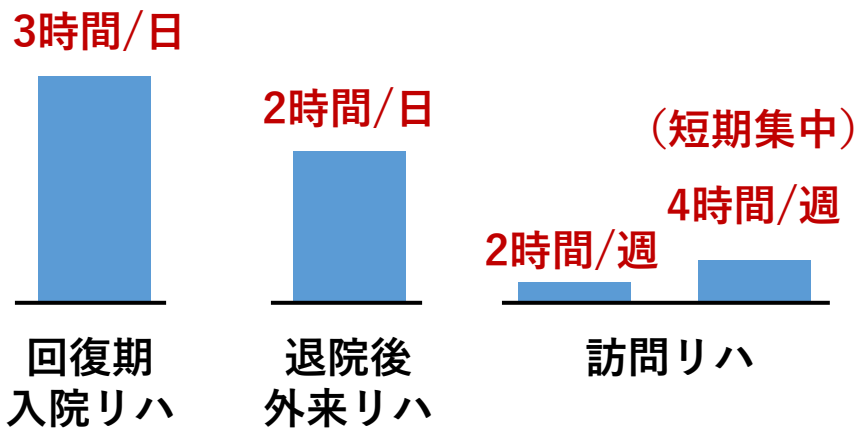
**千里リハビリテーション病院退院後支援訪問リハ患者調査（n=229名）

リハビリの量 現状は維持レベル

退院、外来リハに比べ訪問リハビリの量は大きく劣る。
改善も見られるが、多くは機能維持レベルとなっている。

リハビリテーション量比較

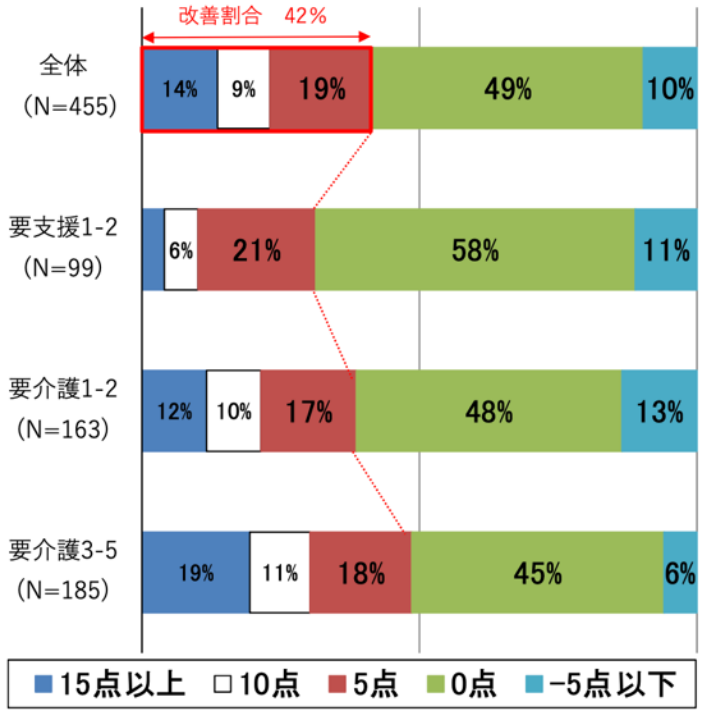
（1日あたり時間数）



（短期集中：退院/退所後3月間）

訪問リハの改善効果

利用開始から６ヶ月後における ＊
ADL（Barthel Index）の点数変化



*厚生労働省「第182回(R2.8.19)介護給付費分科会 資料4 訪問リハビリテーション」

訪問リハの可能性① 症例1

訪問リハビリが改善の場となる試みとして、回復期リハを早期退院し、入院中と同じリハビリ量を提供する訪問リハ（在宅入院）を実施した。

症例

患者　　：62歳、男性

疾患　　：小脳梗塞　重度の体幹失調あり

入院日　：発症～49日　急性期病院

50日～76日　回復期リハ入院（76日）

77日～166日 自宅へ（90日間）

回復期入院時

：FIM運動13点、認知7点、計20点

気管切開、胃瘻

1日あたり訪問時間

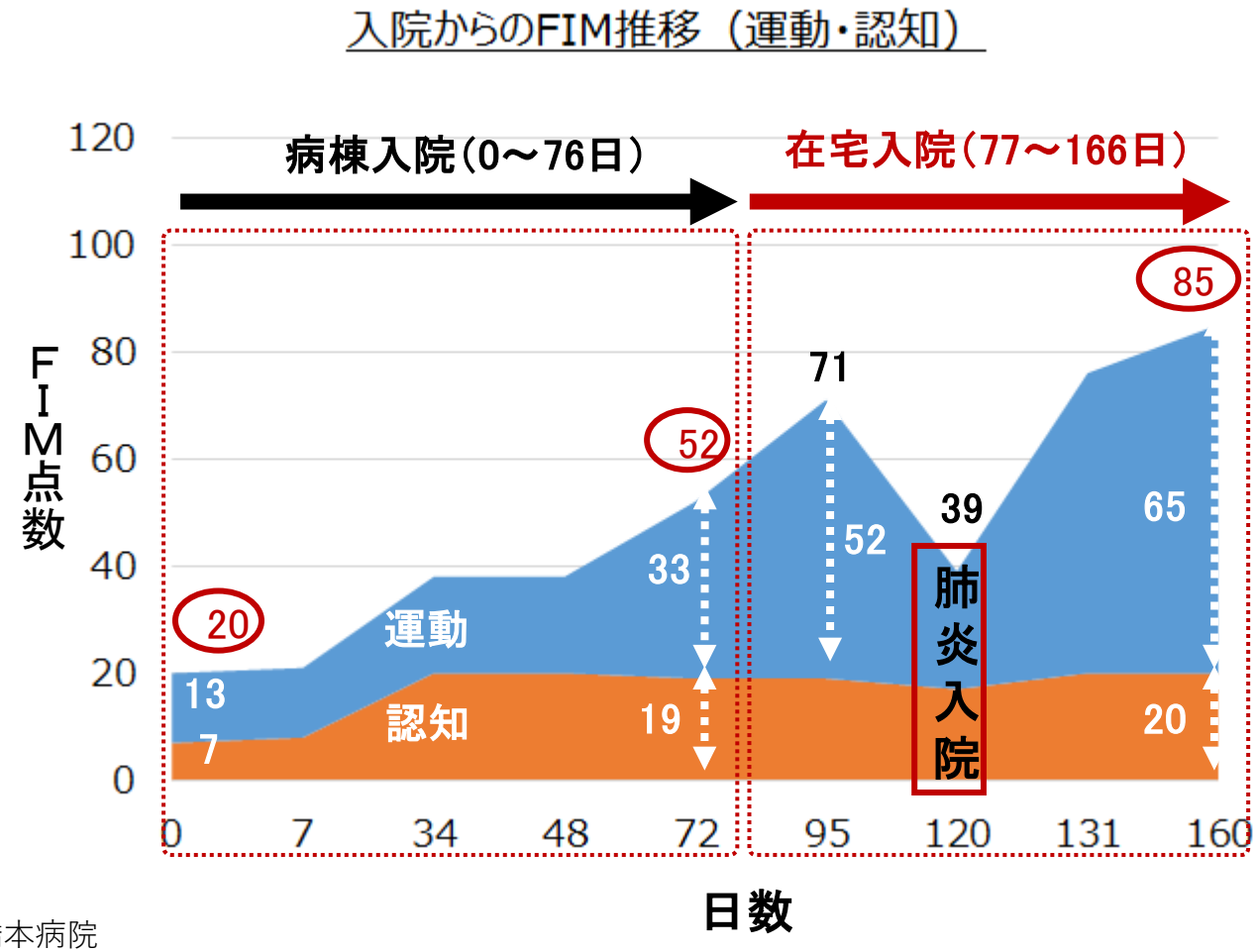
Dr.（医師）	定期訪問
PT（理学療法士）	3時間
OT（作業療法士）	3時間
ST（言語聴覚士）	3時間
NS（看護師）	4.5時間
CW（介護福祉士）	4.5時間
MSW（医療相談員）	必要時

出所：医療法人社団和風会 橋本病院

訪問リハの可能性② 症例1

十分なリハビリ量があれば、入院リハと同等の効果が期待できる。
訪問リハビリを改善の場とすることは可能である。

回復期リハ
入院時



在宅入院
終了時

出所：医療法人社団和風会 橋本病院

訪問リハの可能性③ 症例2

急性期病院退院後から、回復期リハ病棟を経由せず、直接訪問リハビリに移行した症例。

急性期病院退院直後の重症患者例

患者　　：80代 、女性

退院時　：気管カニューレ留置、胃瘻、
　　尿カテーテル留置

処置　　：酸素投与1～2L、
　　喀痰吸引7～8回/日
　　陰部臀部の皮膚炎治療、
　　血糖測定

ADL　　：座位保持不可、寝たきり

訪問体制

Dr.（医師）	随時
PT（理学療法士）	3時間
OT（作業療法士）	3時間
ST（言語聴覚士）	3時間
NS（看護師）	24時間

出所：医療法人社団和風会 千里リハビリテーションクリニック東京

訪問リハの可能性④ 症例2

在宅リハビリだけで、病前の生活に復帰。
社会参加活動も訪問リハビリスタッフの支援により可能に。

出所：医療法人社団和風会 千里リハビリテーションクリニック東京

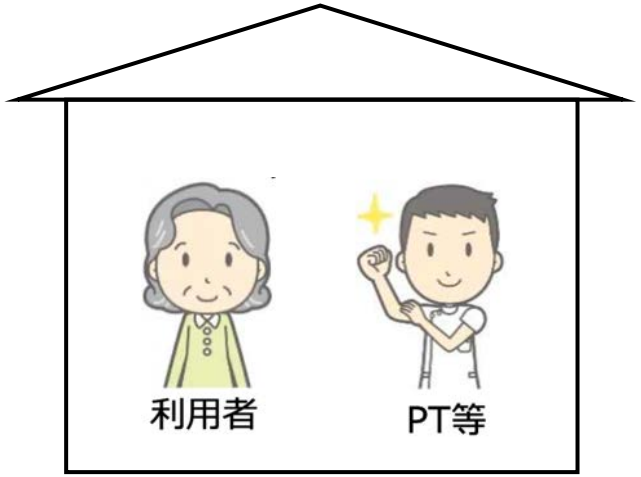
リハビリの質 密室リハの危険性

リハビリスキルには個人差がある。訪問リハは、担当者のみの密室リハになりやすい上、事業規模も小さく品質管理体制に懸念がある。

リハビリには技術差がある

訪問はマンツーマンの密室リハ

担当者の技術が患者/利用者の生活を左右する

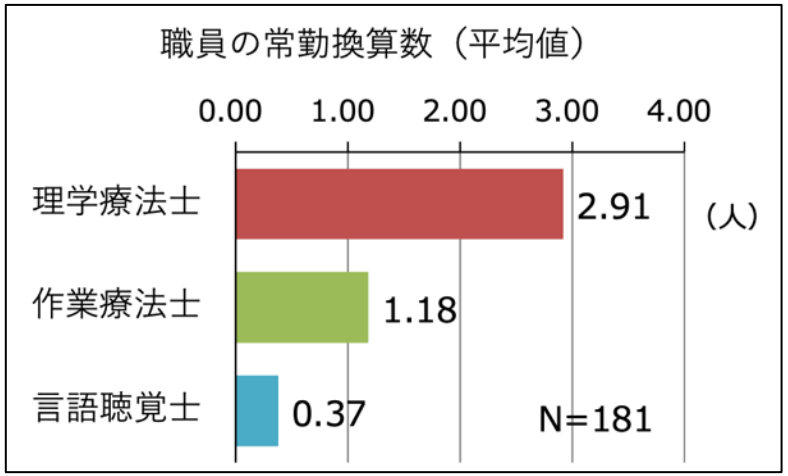


訪問リハ事業所は小規模

質を高める教育とチェック体制

学べる環境、指導体制があるか

訪問リハビリテーション事業所の職員数*



*厚生労働省「第182回(R2.8.19)介護給付費分科会 資料4 訪問リハビリテーション」

リハビリの質 資格/アウトカム評価

勤続年数だけでなく、上級資格保有者の配置やアウトカム評価など、
品質を確保する仕組みが望まれる。

ストラクチャー評価

現在：（介護保険）サービス提供体制強化加算

勤続 3 年以上：3単位
勤続 7 年以上：6単位

臨床経験と学習での資格評価例

資格例	認定団体
認定理学療法士	日本理学療法士協会
認定作業療法士	日本作業療法士協会
認定言語聴覚士	日本言語聴覚士協会
認定訪問療法士	日本訪問リハビリテーション協会

いずれも5年以上の臨床経験と専門研修等の修了が必要

アウトカム評価

■ADL評価

現在： アウトカム指標なし

回復期リハは、FIM利得（退院時FIM-入院時FIM）
による実績指数

■社会参加評価

現在：（介護保険）移行支援加算

デイケア、デイサービスへの移行5％

介護のアウトカムをどう評価すべきか？

～利用者に応じた評価体系～

・介護提供体制　：寝たきり、要介護者の増加は崩壊を招く

・アウトカム評価：改善可能、改善困難での切り分けで評価可能

・新制度の構築　：改善可能を推進するアセスメントと適切な評価を

アウトカム評価を行う課題

アウトカム評価への課題はあるが、社会保険事業であるならば成果への責任がある。要介護者を増加させないために、できることを考える。

アウトカム評価への課題例

高齢者は改善しにくい？

多病、改善困難疾患

改善困難な疾患

慢性閉塞性肺疾患

- 肺炎
- 尿路感染症
- 脱水
- 気管切開

悪化、改善の繰り返し

いつ時点で何を評価するか

家族支援の有無

クリームスキミング

事業者がアウトカムの改善が見込まれる高齢者を選別

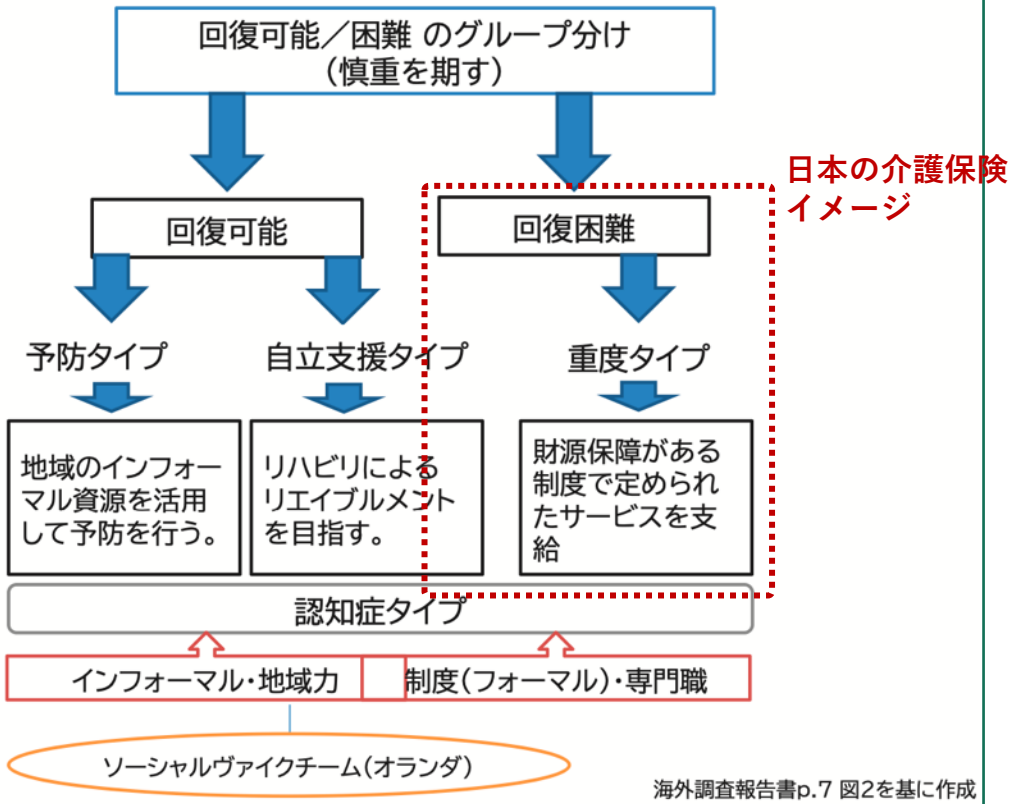
利用者に応じた評価（改善可能性）

すべてを一律に評価することは現実的でない。改善可能と困難とに分け、それぞれの評価体系を構築することもできる。

世界に目を向ければ、OECD諸国においても高齢化への対応が進んでいる。英国、ドイツ及びオランダでは、介護保険や社会サービスについて持続可能な制度づくりを目指すため、介護サービス提供に当たっての理念の根本的な転換や、地域資源の積極的な活用を図る取組みが行われている。

「回復可能／困難」を分ける受給資格認定

日本から見て、3か国の制度で印象的なのは、高齢者が介護サービスを受給できるかを判断する入口の部分で、スクリーニングを厳密に行って「回復可能者」と「回復困難者（永続的にケアが必要）」に分けること



海外調査報告書p.7 図2を基に作成

出所：厚生労働省「令和4年版厚生労働白書　欧州各国の介護サービス受給資格認定に見る予防・自立支援」

改善可能性の見極め

専門家のアセスメントにより、寝たきりでも改善可能性はある。

作業療法の介入②：重度要介護者の活動と参加の推進

○作業療法では、医学的管理の下ICFの観点からアセスメントを行い、車いすなどの環境調整を含め段階的に離床を進め、重度要介護者の活動と参加を推進している。

○老人保健施設の作業療法士への調査では、寝たきりCランク者に対するADL自立までの期間について、各ADLとも「わからない」また「現状維持」と答えた者がそれぞれ3割であった。一方、1年以内で自立するとの回答が、食事：25.3%、移乗：15.5%、整容：15.0%であった。（表１）また、離床を進める上で難しいと思うことでは、「車いすなど離床を進める用具が十分ではない」が最も多い68.7%であった。（表２）

出典：日本作業療法士協会（2019年度介護領域の事態調査）

○そのことで、ADLの自立を促し、レクリエーション活動など余暇活動にも参加できるようになる。

表１：重度要介護者（寝たきりCランク）のADL自立までの期間（N＝277）

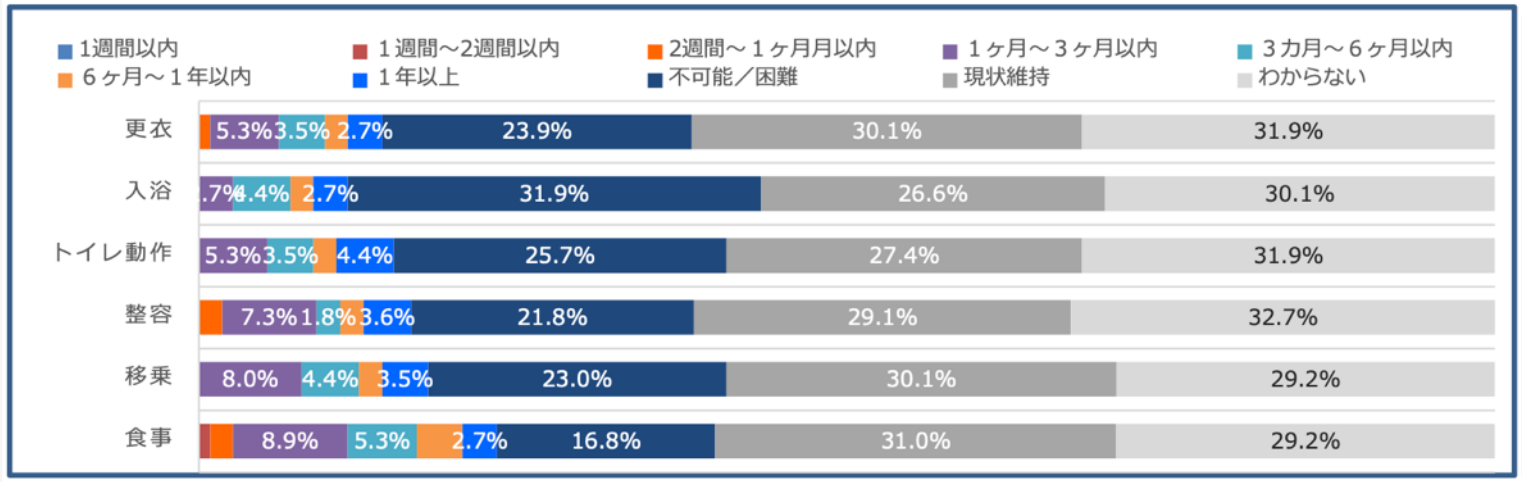
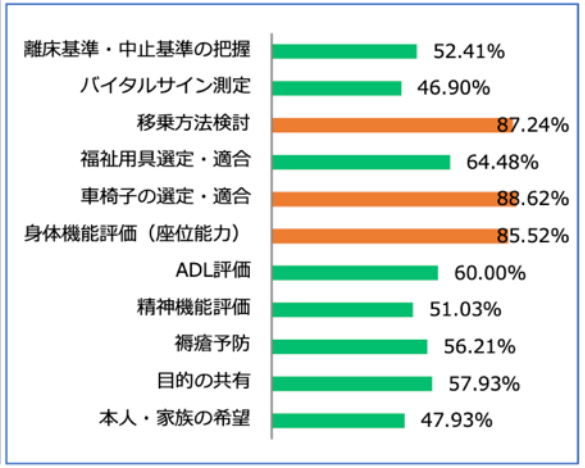


表３：離床（計画）を行うOTの技術（複数選択N＝290）

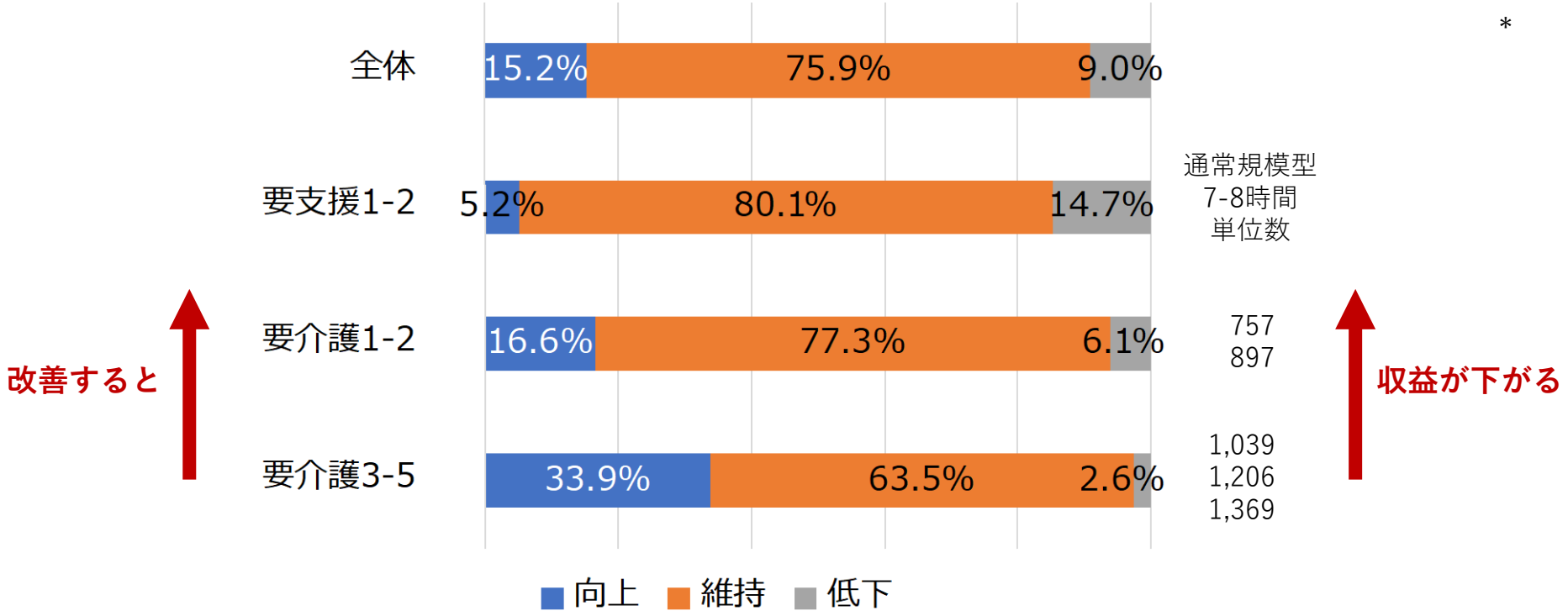


出所：介護費給付費分科会資料 令和2年8月3日「地域包括ケア構築に向けて 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士からの提案」

改善実績への評価

実際、要介護3-5の利用者の3割以上で要介護度の改善ができている。
しかしながら、改善すると収益（単位数）が減少してしまう。

通所リハの6ヶ月の状態の変化（介護度別）

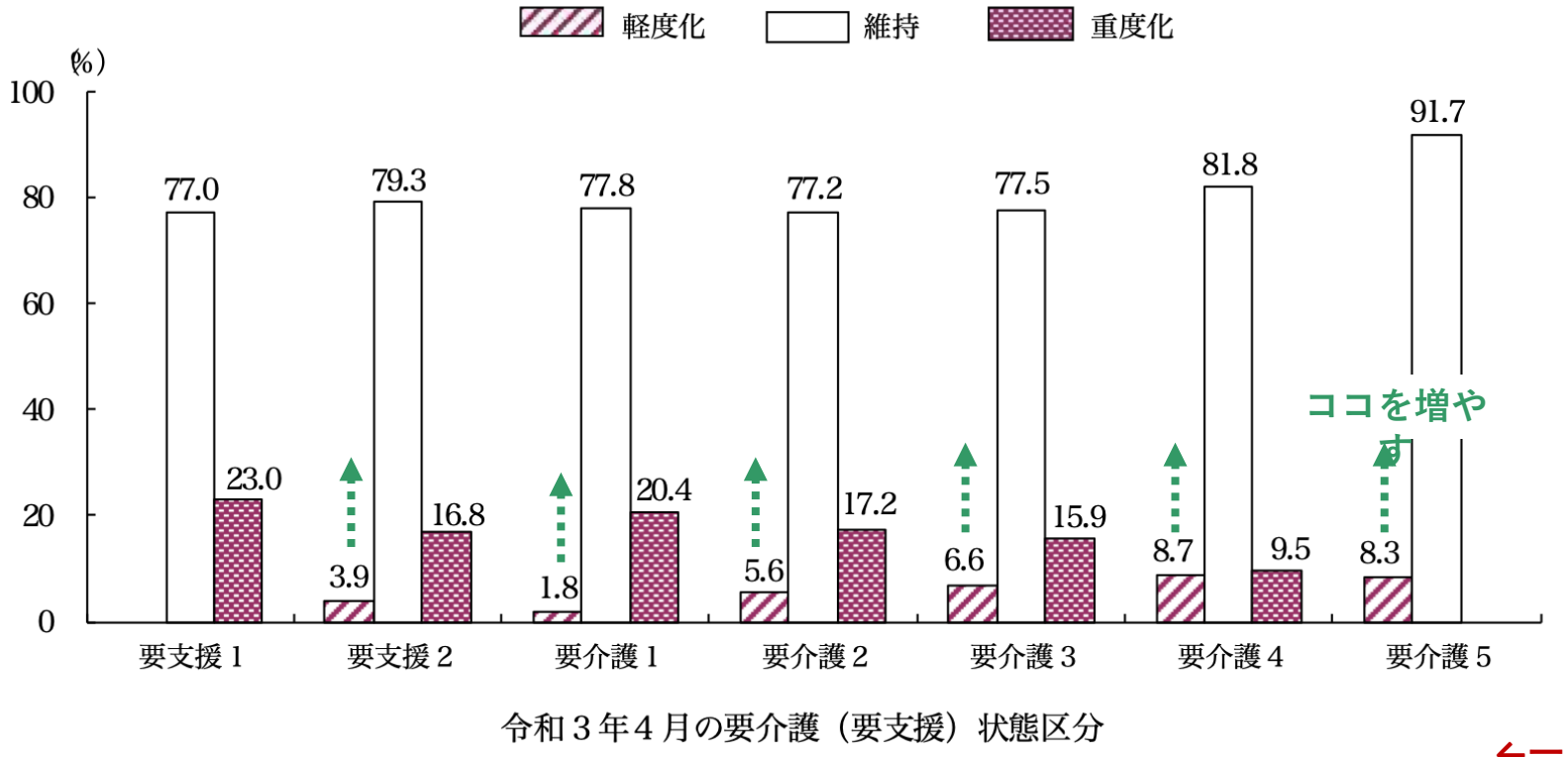


出所：令和4年度 厚生労働省老人保健健康増進等国庫補助金事業「生活期リハビリテーションにおける適切な評価の在り方に関する調査研究事業 報告書」

改善、軽度化の促進を①

重度であっても改善している。要介護度の軽度化は月4万円程度の費用減となるため、この方向性を推進する仕掛けが必要である。

図１ 要介護(要支援)状態区分別にみた年間継続受給者数の変化別割合



21.7　30.6　107.5　143.6　216.3　256.6　292.6　←一人あたり費用額（千円/月）

出所：図1は厚生労働省「令和3年度 介護給付費等実態統計の概況」、一人あたり費用額は「介護給付費等実態統計月報（令和５年３月審査分）」

改善、軽度化の促進を②

要介護度4や5の重度でも要支援などに軽減した利用者も存在する。

表３ 要介護(要支援)状態区分別にみた年間継続受給者数の変化別割合

(単位 :%)

		令和４年３月								
		総数 (3 937.2千人)		要支援１ (217.9千人)	要支援２ (361.2千人)	要介護１ (828.2千人)	要介護２ (817.2千人)	要介護３ (674.2千人)	要介護４ (617.6千人)	要介護５ (420.9千人)
令和３年４月	総数 (3 937.2千人)	(100.0)	100.0	5.5	9.2	21.0	20.8	17.1	15.7	10.7
	要支援１ (252.2千人)	(6.4)	100.0	77.0	11.0	7.8	2.5	0.9	0.6	0.2
	要支援２ (390.8千人)	(9.9)	100.0	3.9	79.3	8.5	5.3	1.7	1.0	0.3
	要介護１ (923.3千人)	(23.4)	100.0	0.5	1.3	77.8	11.8	5.3	2.5	0.7
	要介護２ (826.4千人)	(21.0)	100.0	0.2	0.8	4.5	77.2	10.5	5.1	1.7
	要介護３ (642.2千人)	(16.3)	100.0	0.1	0.4	1.8	4.3	77.5	11.0	4.9
	要介護４ (559.8千人)	(14.2)	100.0	0.1	0.3	1.2	2.3	4.8	81.8	9.5
	要介護５ (342.7千人)	(8.7)	100.0	0.1	0.1	0.4	0.8	1.5	5.4	91.7

出所：厚生労働省「令和3年度 介護給付費等実態統計の概況」

介護のアウトカム評価案

アウトカム評価にあたっては、改善可能性でわけることからはじめる。可能性のありはアウトカムで評価し、一人でも要介護、寝たきりを防ぐ仕組み構築が必要である。

専門家によるアセスメント（グループ分け）

介護度の軽減を原資とした介護報酬制度	現在の介護報酬制度
改善可能	改善困難
改善へのリハビリテーション	適切な介護ケア
要介護度の軽減	より良いQOL
アウトカムによる評価	サービス量による評価

提言8

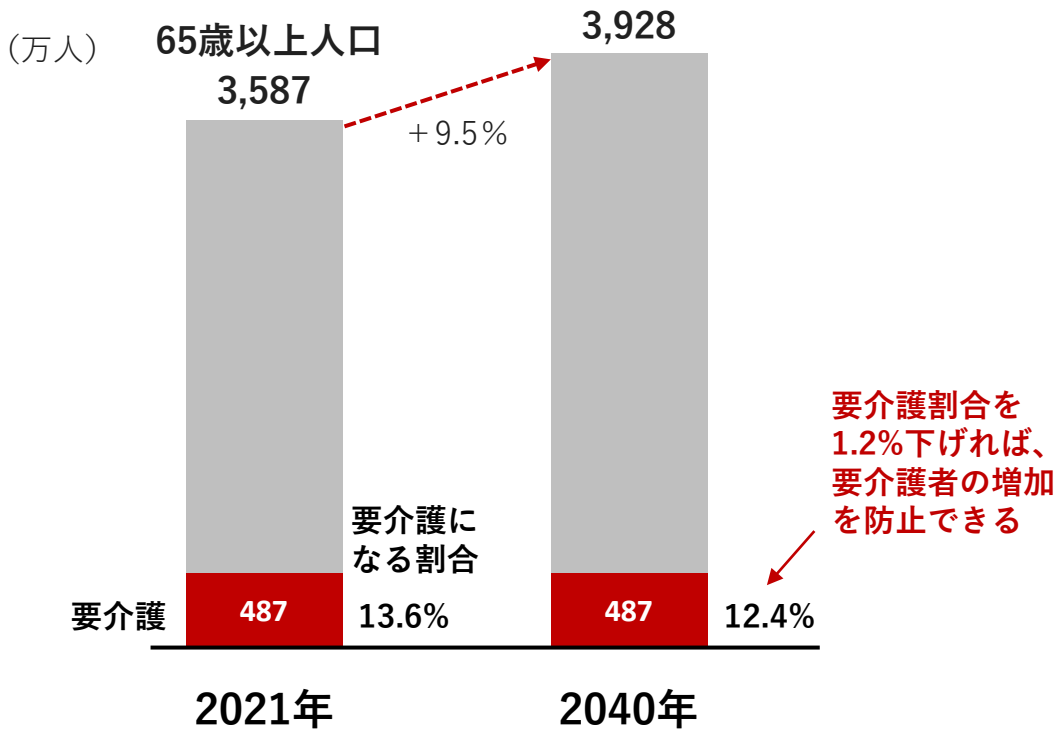
寝たきりを減らすリハビリチームの創設を

・寝たきり防止　　：機能が低下する前に、チームで防止する
・介護福祉士の役割：毎回のADL介入が機能改善につながる
・リハビリチーム　：基準リハと基準介護で寝たきりを防止する

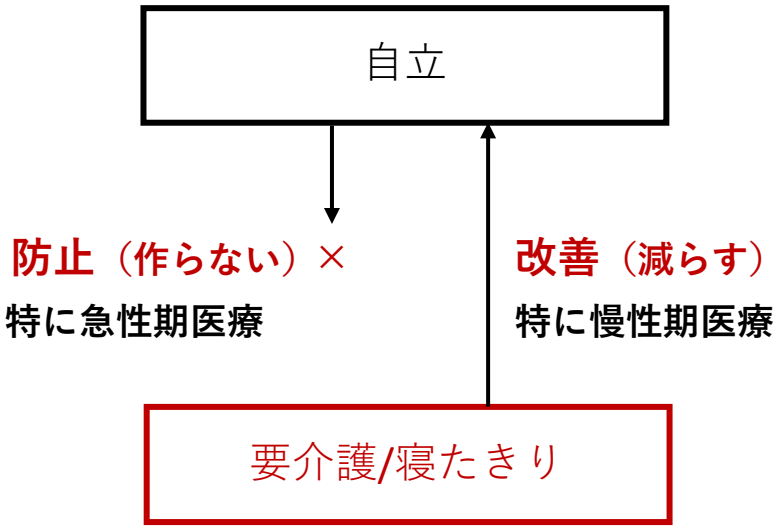
寝たきりを減らすには

医療介護問題の解決方法の一つは、要介護や寝たきりを減らすこと。
それには、寝たきりからの改善か、寝たきりになるのを防止するか。

高齢者に占める要介護者数と割合



寝たきりを減らす二つの方向性

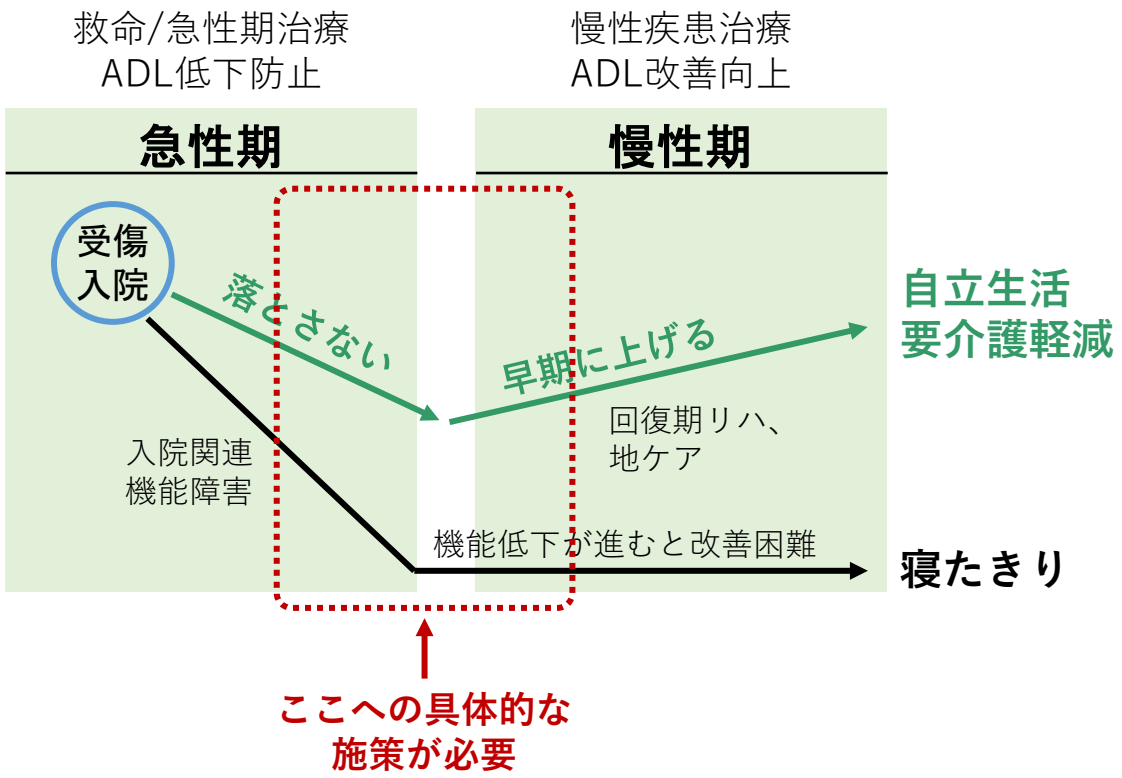


出所：2021年の65歳以上人口（第1号被保険者）・要介護者数は、厚生労働省「令和３年度　介護保険事業状況報告（年報）」

寝たきりはチームで防止する

寝たきり防止は、身体機能が低下する前に上げること。
一職種だけでなく、各専門職種によるチーム力が求められる。

寝たきりの防止



寝たきり防止チームの役割

医師	**臓器別専門医、総合診療医** 急性期治療、多病（慢性疾患）、 栄養不良、脱水、廃用防止
看護師	**看護師、准看護師、看護補助者** 全身状態の観察や適切なケア提供
リハビリ	**理学療法士、作業療法士、言語聴覚士** リハビリテーション（基準リハ）
介護職	**介護福祉士、ヘルパー等** ADLへの介入（基準介護）
管理栄養士	**管理栄養士** リハビリテーション栄養
薬剤師	**薬剤師** 適切な薬剤管理

看護補助者と介護福祉士の違い

専門性の有無や指示系統が異なるため、同一視されるものではない。
それぞれが担うべき業務を実施すべき。

看護補助者

看護補助者の業務

看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）、病室内の環境整備やベッドメーキングのほか、 病棟内において、看護用品及び消耗品の整理整頓、看護職員が行う書類・伝票の整理及び 作成の代行、診療録の準備等の業務を行うこととする。

厚生労働省通知「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（保医発 0305 第2号 令和2年3月5日）

看護補助者の役割

看護チームの一員として看護師の指示のもと、看護師長及び看護職の指導のもとに、看護の専門的判断を要しない看護補助業務を行う。看護補助者は対象者の状態に応じてケアの方法を変更するなどの看護の専門的判断は行わないため、標準化された手順や指示された手順に則って、業務を実施する。

日本看護協会「2021年版看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務のあり方に関するガイドライン及び活用ガイド」

介護福祉士

介護福祉士の定義

専門的知識及び技術をもつて、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であつて、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。）を含む。）を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする者をいう。

「社会福祉士及び介護福祉士法」第2条第２項

介護福祉士の役割

日常の大半を占めるADLをリハビリ視点で介入（リハビリ介護）し、少量頻回のトレーニングを実施する。

「お世話」ではなく「ADLリハ」として介入

リハビリ療法士によるリハビリ

＋

内容	頻度
■朝晩の更衣	2回/日
■起床後・就寝前の整容（洗面、歯磨き、化粧、髭剃り等）	2回/日
■トイレ誘導・おむつ交換などの排泄介助	10回前後/日
■レストランの往復・車椅子から椅子への座り替え	3回以上/日
■食事介助	3回/日
■毎食後の口腔ケア	3回/日
■靴の脱ぎ履き	3回以上/日
■入浴・清拭	3回以上/週
■外出同行（受診・買い物・観劇・美容院等）	1回以上/月
■環境整備（居住空間・照明・室温・寝具や衣類などの整備等）	適宜

出所：千里リハビリテーション病院 介護福祉士一人1日あたりの業務例

回数を重ねて自立化へ

更衣介助

歩行介助

整容介助

移乗介助

寝たきり防止への集中的リハ

疾患別リハにADLリハを付加すれば最大8時間のリハビリが提供できる。
早期集中的介入により、機能改善と入院期間短縮が期待できる。

入院料別疾患別リハ単位数*

入院料	平均単位数/日
急性期一般1	1.24
急性期一般2～3	1.43
地域一般1～2	1.70
地ケア1	2.00
回リハ1	5.36
	（1単位=20分）

＋

リハ介護実施時の患者1日あたり所要時間数

内容	頻度	所要時間
▪朝晩の更衣	2回/日	40分
▪起床後・就寝前の整容（洗面、歯磨き、化粧、髭剃り等）	2回/日	40分
▪トイレ誘導・おむつ交換などの排泄介助	10回前後/日	100分
▪レストランの往復・車椅子から椅子への座り替え	3回以上/日	30分
▪食事介助	3回/日	100分
▪毎食後の口腔ケア	3回/日	30分
▪靴の脱ぎ履き	3回以上/日	10分
▪入浴・清拭	3回以上/週	60分

リハビリ療法士
30分～1.5時間

リハビリ介護
7時間

出所*(令和5年度第6回) 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和5年9月6日(水)

寝たきりゼロへの10か条

寝たきり防止への取り組みは、30年以上前から提唱されていた。

寝たきりゼロへの10か条

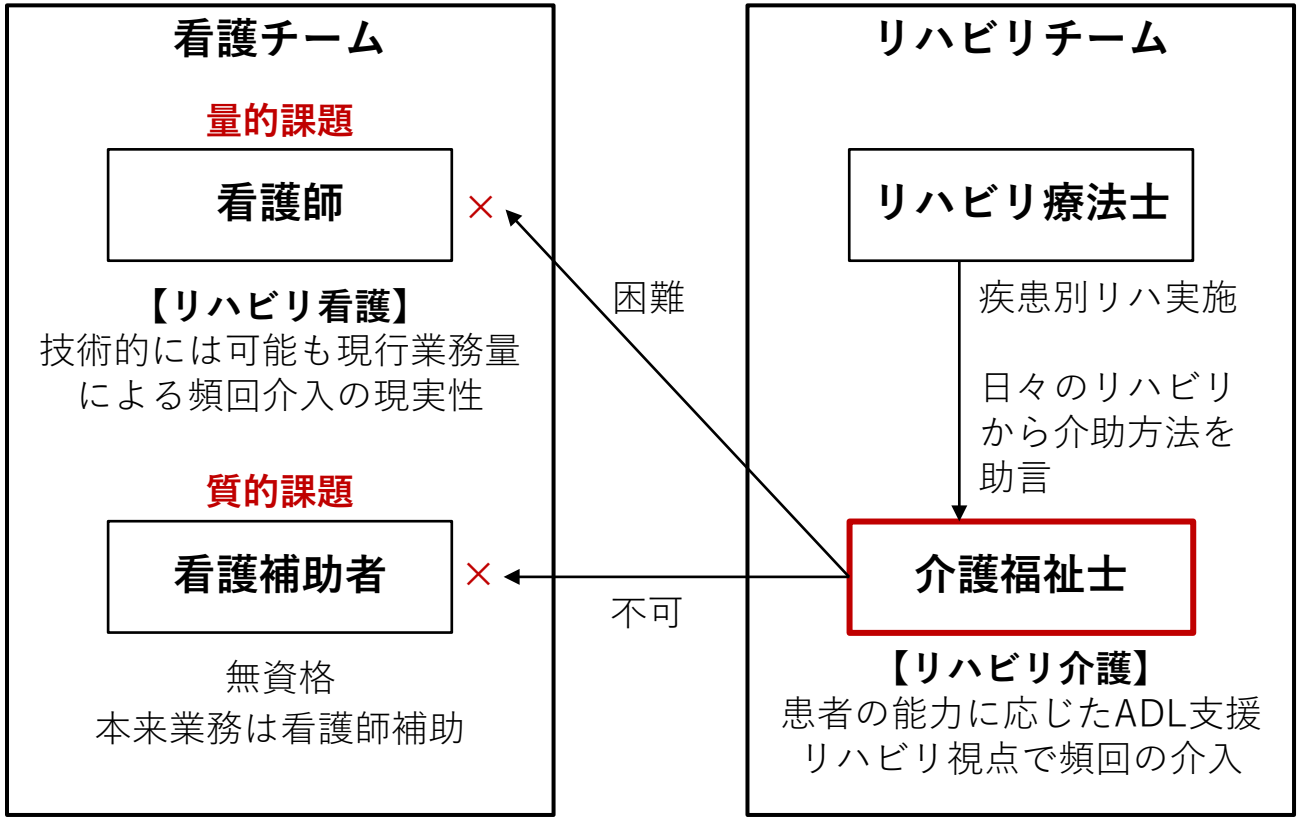
第1条　脳卒中と骨折予防　寝たきりゼロへの第一歩
第2条　寝たきりは 寝かせきりから 作られる　過度の安静 逆効果
第3条　リハビリは 早期開始が 効果的　始めようベッドの上から訓練を
第4条　くらしの中での リハビリは　食事と排泄、着替えから
第5条　朝おきて 先ずは着替えて 身だしなみ　寝・食分けて 生活にメリとハリ
第6条　「手は出しすぎず 目は離さず」が介護の基本　自立の気持ちを大切に
第7条　ベッドから 移ろう移そう 車椅子　行動広げる 機器の活用
第8条　手すりつけ 段差をなくし 住みやすく　アイデア生かした 住まいの改善
第9条　家庭（うち）でも社会（そと）でも よろこび見つけ　みんなで防ごう 閉じこもり
第10条 進んで利用 機能訓練 デイ・サービス　寝たきりなくす 人の和 地域の和

出所：厚生省 平成3年3月7日 老健第18号「寝たきりゼロへの10か条」の普及について

リハビリチームの必要性

リハビリ介護を他職種で担うには、質的にも量的にも課題がある。
リハビリ療法士と介護からなるリハビリチームで提供すべき。

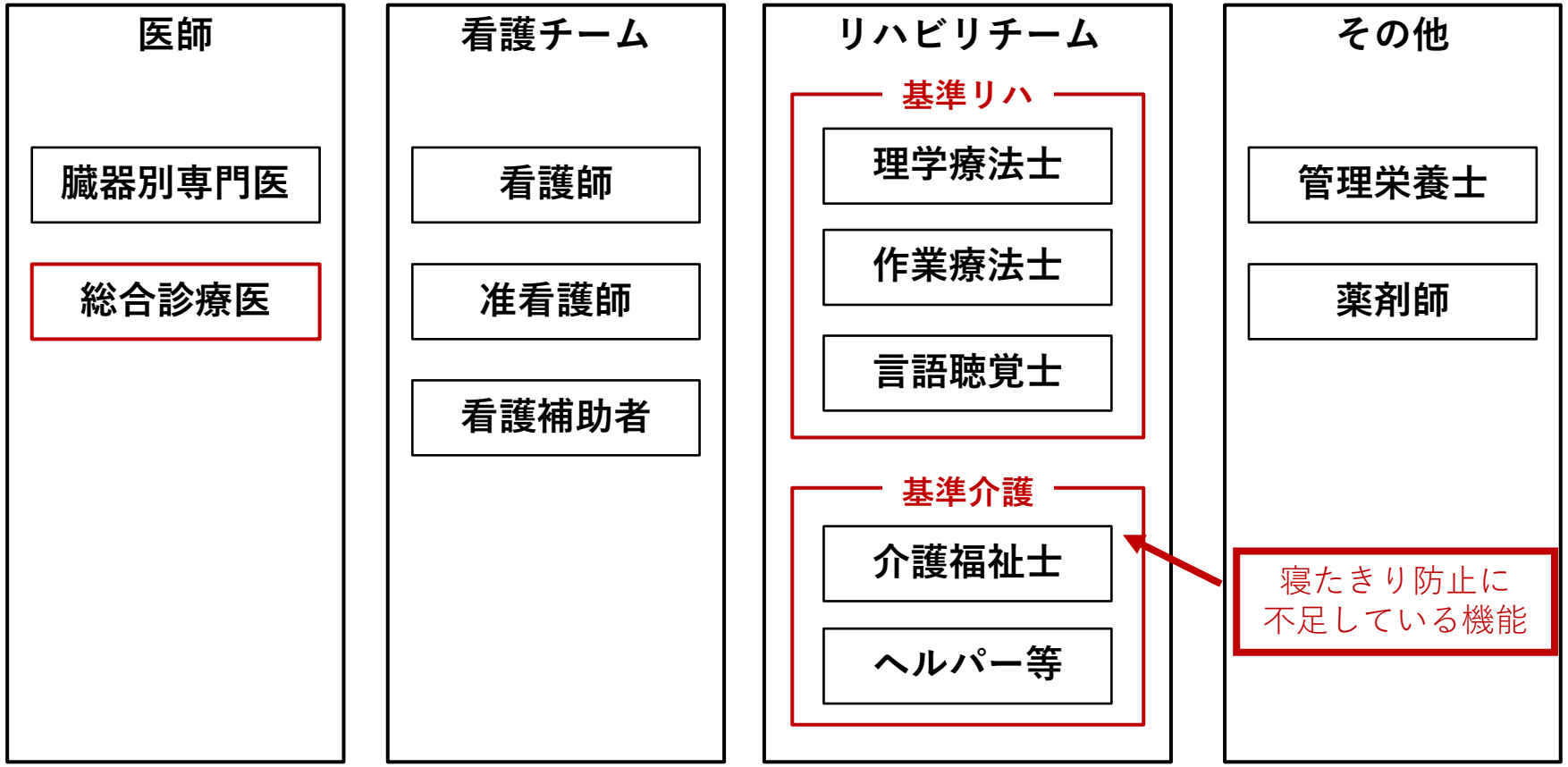
リハビリ介護をだれが担うか？



寝たきり防止チームの創設

現在不足している機能として、リハビリチーム（基準リハ＋基準介護）の創設により寝たきりは防止できる。

寝たきり防止チームの構成



介護福祉士の専門性発揮を

介護福祉士を病院に迎えるには、役割の明確化が必要。リハビリチームの一員として、寝たきり防止へ専門性を発揮できる場を創出する。

介護福祉士の働き方

介護報酬（介護）

専門性を活かし、待遇も良い

介護職として専門性を発揮

処遇改善加算により評価

診療報酬（医療）

制限があり、給与も低い

看護補助者として業務に制限

無資格の看護補助者と同待遇

リハビリチーム（新）

寝たきり防止への新たな役割

リハビリ介護としてADLリハ

専門性が認められる
アウトカム・実績作り

医療介護の人材確保をどうするか？

・人材確保の状況　：医療介護人材の確保は三重苦の状態

・人材確保の手段　：人材紹介手数料が経営を圧迫している

紹介手数料の原資は国民の社会保険料

・業界としての対策　：施設の情報発信とハローワークの強化を

人材確保の困難さ

医療介護は質を維持するためにも人員配置が欠かせない。しかしながら、人材確保は困難を極め、今後も厳しいことが予想される。

医療介護の人材確保の三重苦

医療介護は人材確保が必須条件

質の維持・向上
人員配置基準

▶ **生産年齢人口の減少**

国内の労働者全体の減少

▶ **他産業への流出**

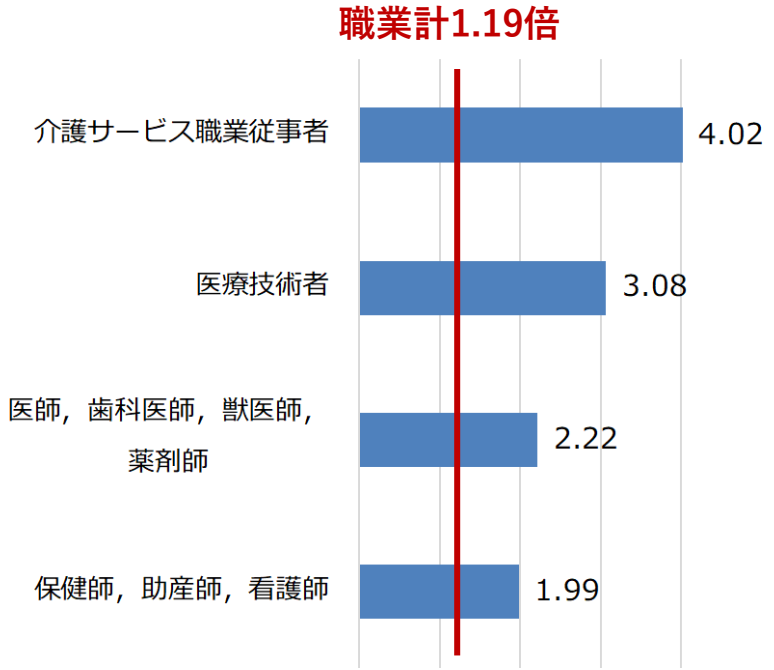
賃上げ原資不足による格差拡大

▶ **（今後）働き方改革**

医師労働時間の上限規制
産後育休パパの10割給付
などによる労働力減少

人材獲得は容易ではない

職業別有効求人倍率
（パートタイムを含む常用）



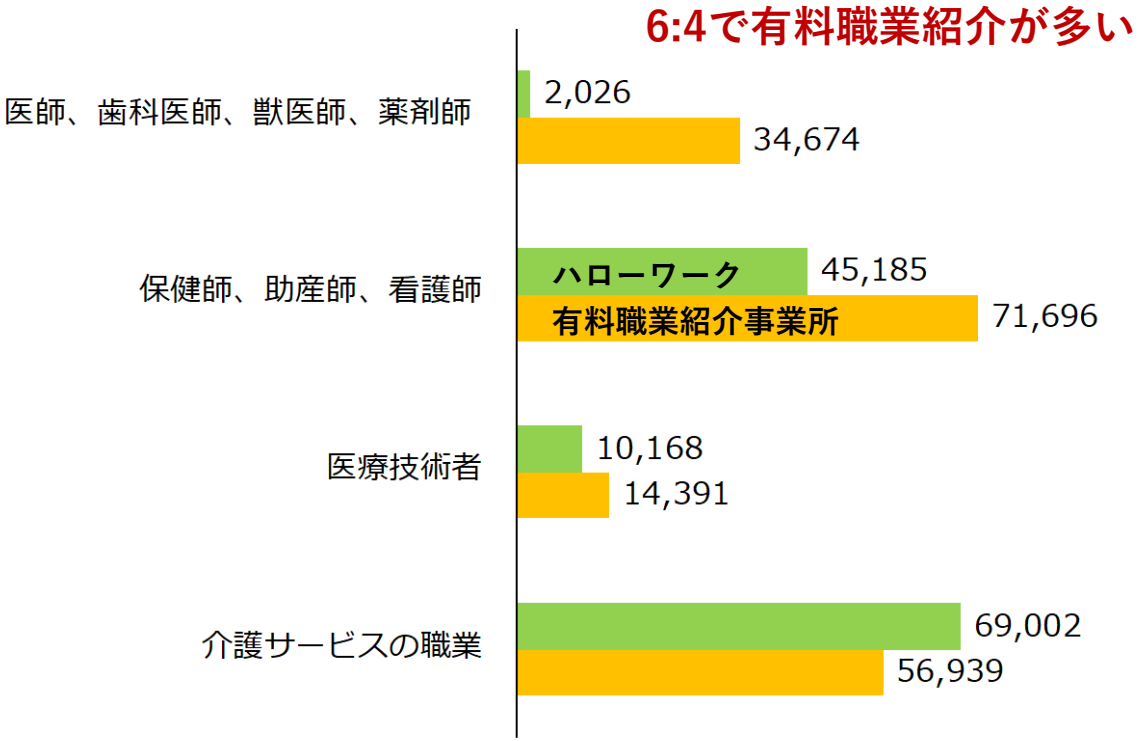
出所：厚生労働省「一般職業紹介状況(令和5年6月分)」

人材獲得の手段

直接応募以外の紹介就職は有料紹介が過半を占める。紹介手数料総額は1,215億円となり、国民医療費＋介護給付費の0.2%に相当する。

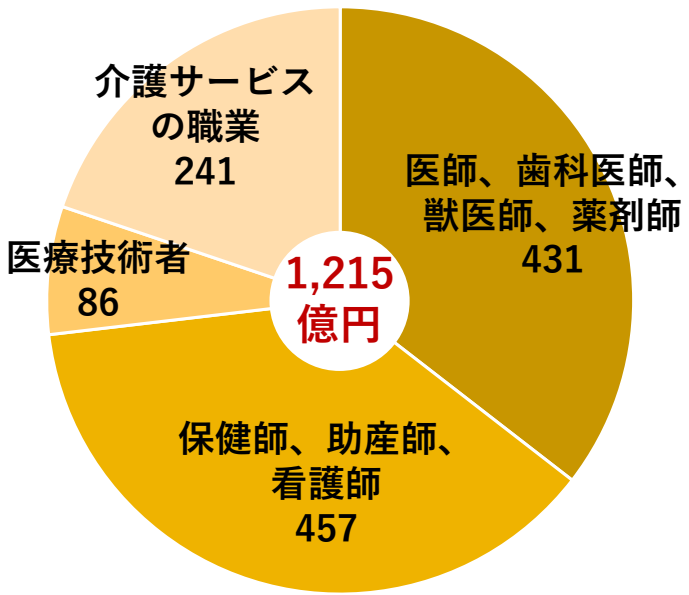
紹介ルート別就職件数（人）

（令和3年度）



職種別紹介手数料（億円）

（令和3年度）



（参考）

令和４年度
国民医療費 46兆円
介護給付費 11兆円
合計 57兆円

診療報酬改定率
1.診療報酬 ＋0.43%
2.薬価等
①薬価 ▲1.35%
②材料価格▲0.02%

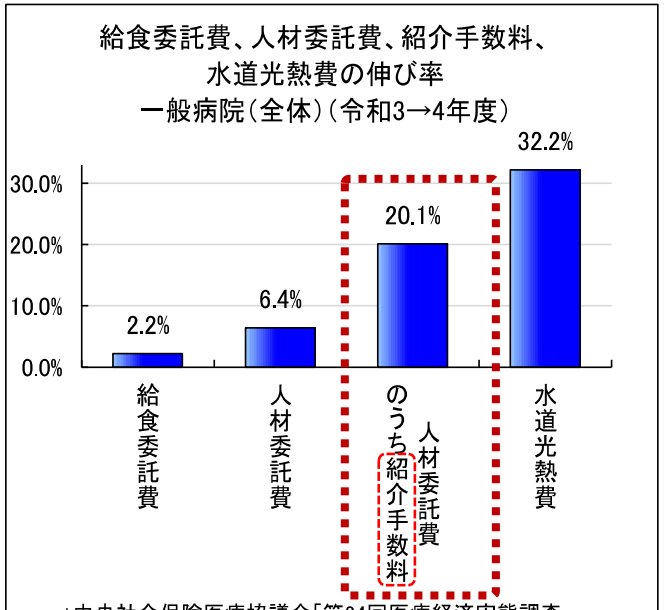
出所：厚生労働省「一般職業紹介状況」、厚生労働省「令和３年度職業紹介事業報告書の集計結果（速報）」

中医協医療経済実態調査

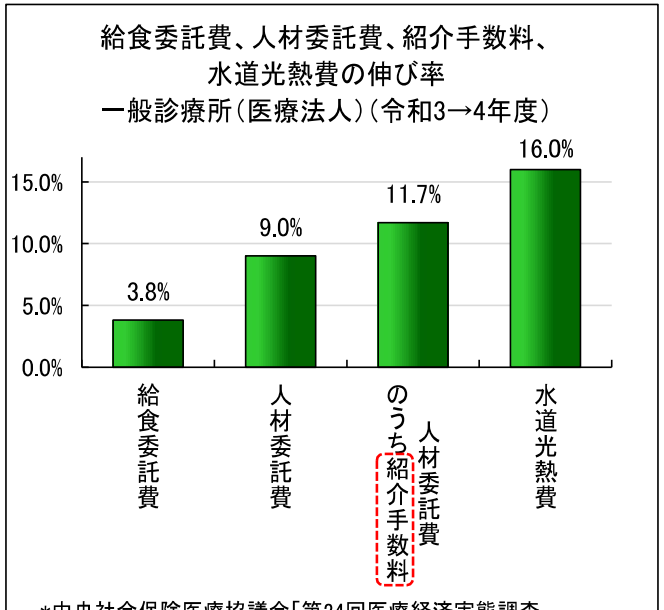
病院の紹介手数料は、前年比20%の増加ともなっている。

3－3. 一般病院・一般診療所　委託費、水道光熱費等の伸び率

今回の調査から新たに加わった給食委託費、人材委託費、紹介手数料、水道光熱費はいずれも令和3年度よりも増加している。特に、物価高騰を反映して水道光熱費の伸びが顕著であった。また紹介手数料も大きく上昇し、人材確保の厳しさを示している。



*中央社会保険医療協議会「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」から作成



*中央社会保険医療協議会「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」から作成

8

日慢協 有料人材紹介実態調査

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

有料人材紹介に関する実態調査を実施した。回答施設のうち、77%が有料紹介会社を利用し、新入職者の4人に1人は紹介会社経由であった。

調査方法

調査対象期間	2022年4月～2023年3月（1年間）
調査対象	日本慢性期医療協会会員施設（1,109施設）
回答数	350施設（回答率31.6%）
紹介会社利用	271施設（利用率77%）

集計概要

全施設	施設数	病床数/定員数	手数料総額	1施設あたり手数料	新規入職者数	うち紹介入職者数	紹介割合	手数料/人
病院	309	180.1	2,071,120,843	6,702,656	9,281	2,321	25%	892,340
特別養護老人ホーム	13	101.9	11,463,210	881,785	166	20	12%	573,161
介護老人保険施設	10	102.0	15,149,185	1,514,919	104	21	20%	721,390
介護医療院	9	109.6	35,799,708	3,977,745	84	38	45%	942,098
その他	9	341.1	67,768,922	7,529,880	174	62	36%	1,093,047
合計	**350**	**169.9**	**2,201,301,868**	**6,289,434**	**9,809**	**2,462**	**25%**	**894,111**

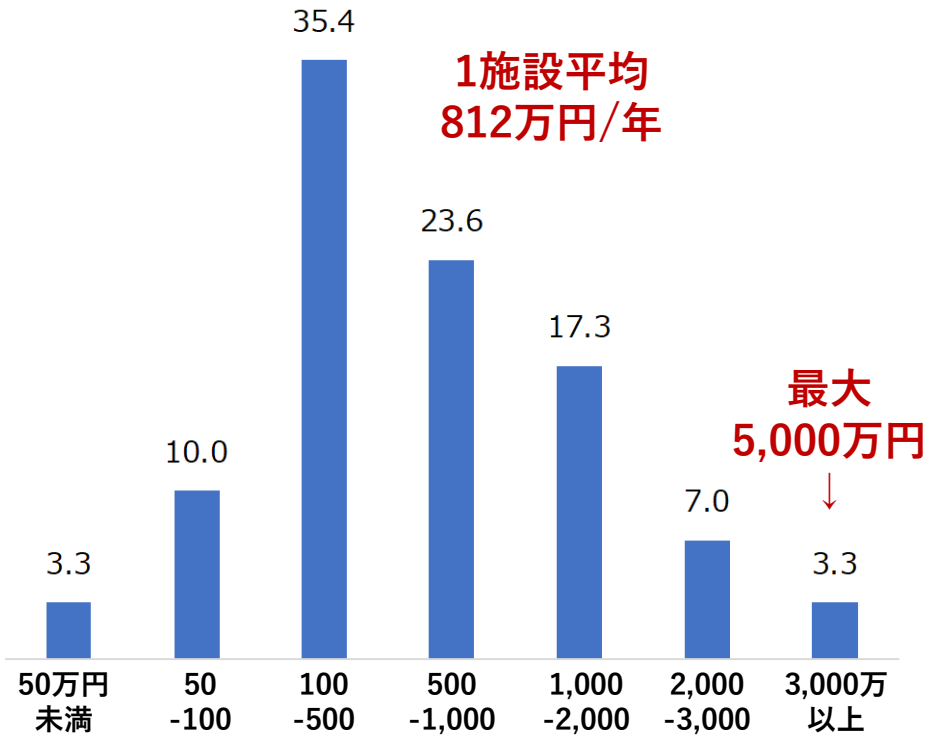
紹介実績のある施設	施設数	病床数/定員数	手数料総額	1施設あたり手数料	新規入職者数	うち紹介入職者数	紹介割合	手数料/人
病院	252	187.3	2,071,120,843	8,218,734	8322	2321	28%	892,340
特別養護老人ホーム	5	110.0	11,463,210	2,292,642	55	20	36%	573,161
介護老人保険施設	5	116.0	15,149,185	3,029,837	64	21	33%	721,390
介護医療院	5	109.2	35,799,708	7,159,942	63	38	60%	942,098
その他	4	71.0	67,768,922	16,942,231	163	62	38%	1,093,047
合計	**271**	**181.4**	**2,201,301,868**	**8,122,885**	**8,667**	**2,462**	**28%**	**894,111**

紹介手数料が経営に与える影響

1施設あたり812万円、3割程度の施設が1,000万円超の紹介手数料を負担している。5,000万円を支出する施設もあり、経営に影響を与えている。

紹介手数料総額の金額帯別施設割合(%)

（紹介会社利用の271施設）



調査意見（抜粋）

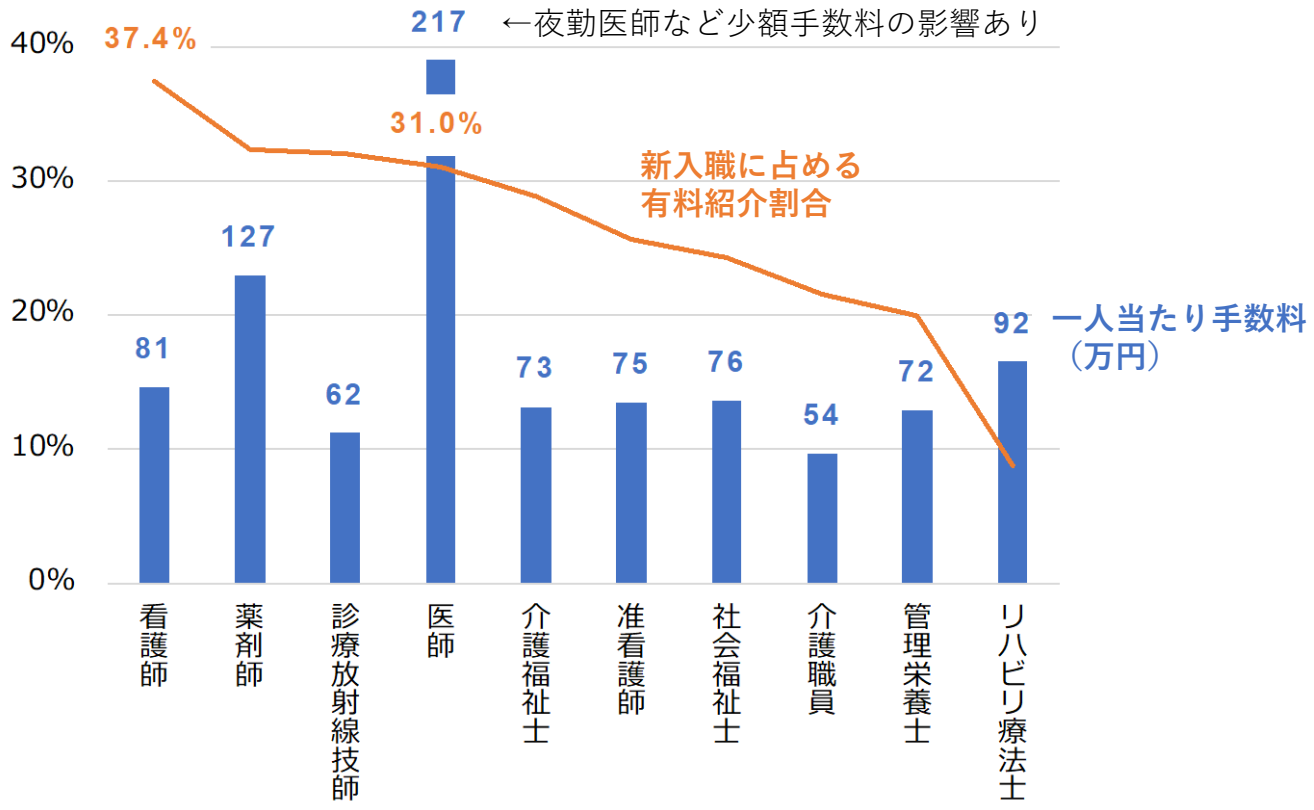
・人材不足を解消するため、紹介会社を利用せざるを得ないが、負担額が大きすぎる
・人件費の上昇にともなってさらに高くなることが予想される
　すでに当院の経営にも大きな影響を及ぼしている
・看護配置基準などどうしても看護師が必要な時などは、とくに足元をみられているように思う
・紹介手数料が高額で、病院運営に支障がある
・紹介手数料（年収の25-30%）が施設運営の負担増になっているのが現状
・看護職員、介護職員の人材確保は重大な課題であり、紹介手数料の支払いは収益圧迫の要因となる
・紹介手数料の支払いは大変厳しいものがあるが、背に腹は代えられず、人材紹介会社を利用せざるをえない状況

出所：日本慢性期医療協会「人材紹介手数料に関するアンケート調査」（2023年11月実施）

職種別の紹介状況

すべての職種で有料紹介が利用されており、その割合も20%を超える。
一人あたり手数料は、月給の2-3倍超（年収の20%-30%）と思われる。

職種別紹介利用割合と1人あたり手数料



出所：日本慢性期医療協会「人材紹介手数料に関するアンケート調査」（2023年11月実施）

有料職業紹介を促進するか？

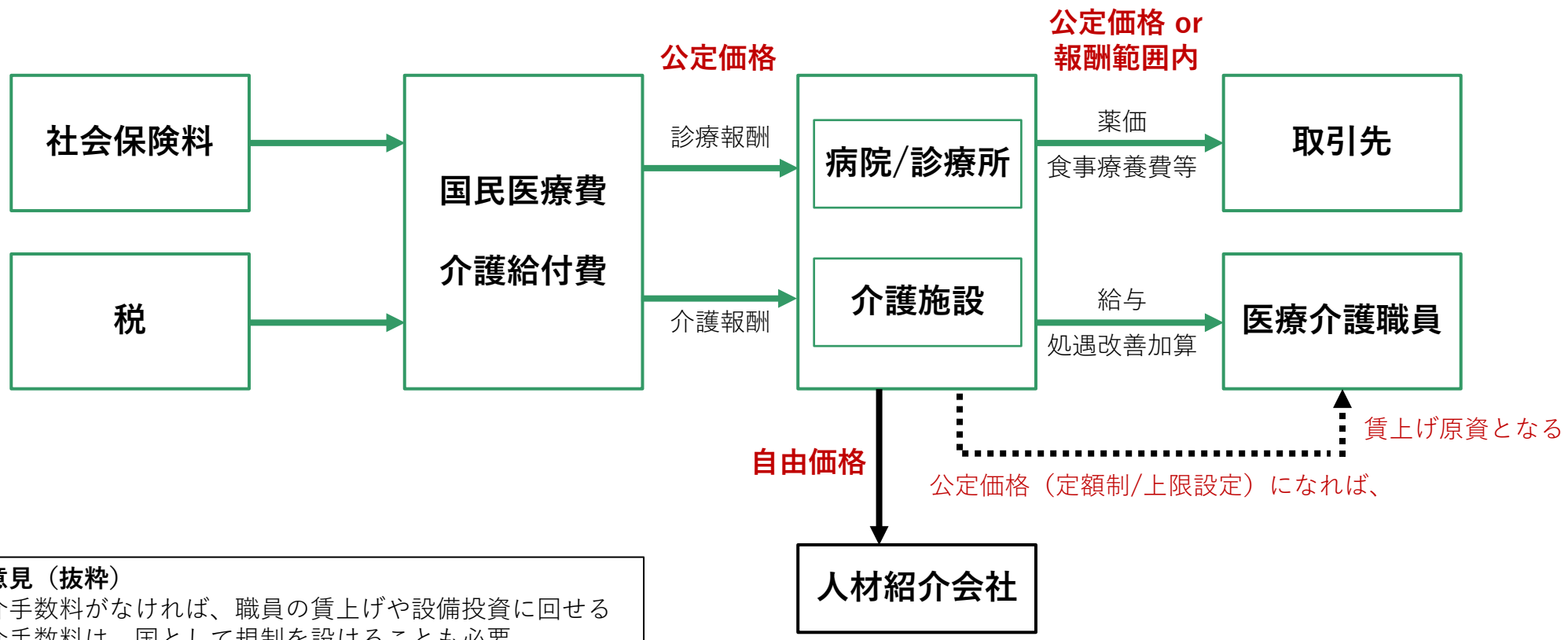
認定制度により悪質事業者は排除。国、業界としてこれだけで良いか？

出所：医療・介護・保育分野における適正な優良職業紹介事業者の認定制度（https://www.jesra.or.jp/tekiseinintei/）

紹介手数料＝社会保険料

紹介手数料は、国民医療費などから支払われる。医療介護業界は公定価格で運営しているが、紹介手数料は自由価格の歪みが生じている。

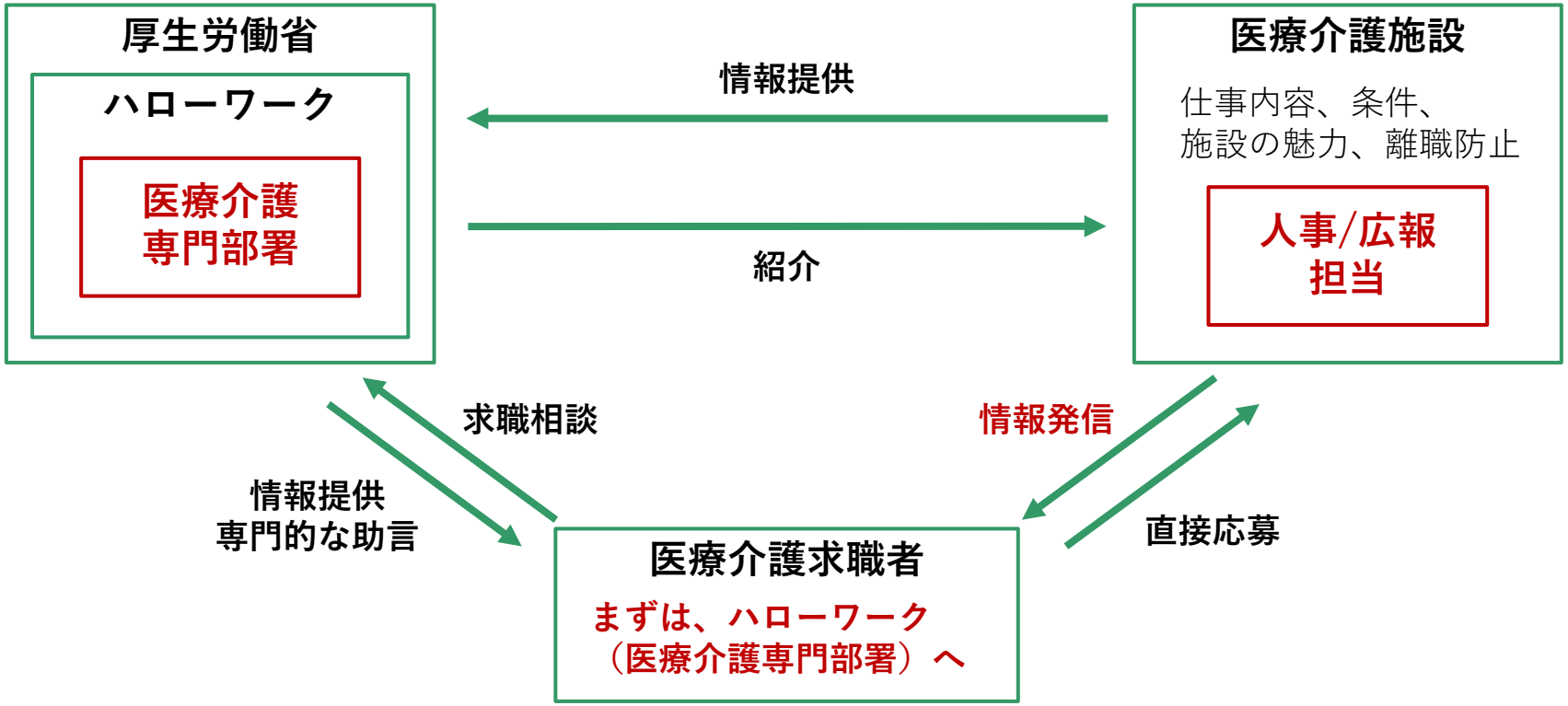
公定価格と自由価格の混在



調査意見（抜粋）
- 紹介手数料がなければ、職員の賃上げや設備投資に回せる
- 紹介手数料は、国として規制を設けることも必要
- 上限を20%程度としてもらいたい

業界一体での取り組みを

施設側は自施設の魅力を発信することに注力し、ハローワークには医療介護専門部署の設置を望む。業界が一体となり求職者に訴求する。

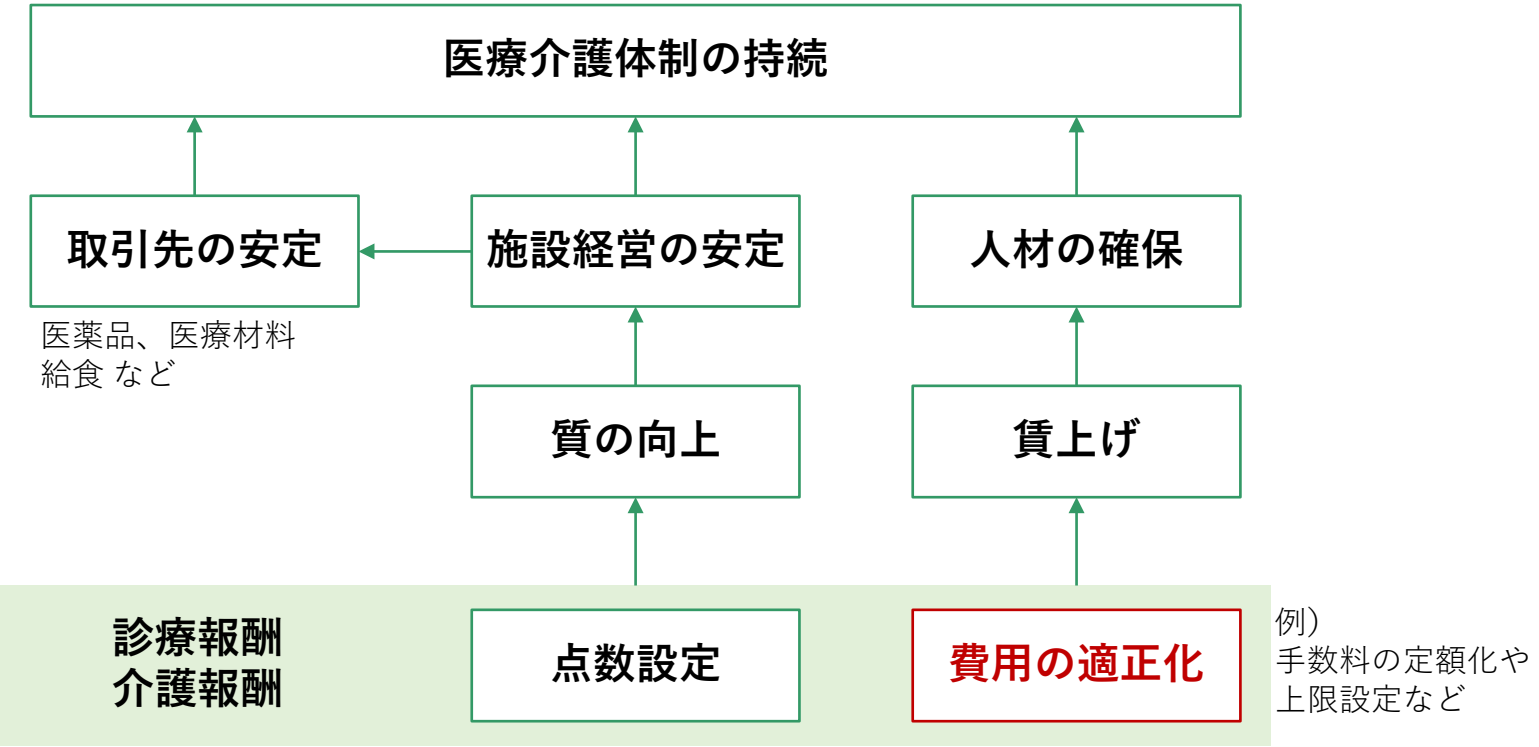


調査意見（抜粋）
・ハローワークという行政機関が福祉や医療に対応してほしい
・求職者が利用するので、紹介会社を利用せざるをえない

医療介護体制持続のために

医療介護体制の持続には、原資である診療報酬・介護報酬の有効活用が必要。点数設定だけでなく、適切な費用設定も求められる。

診療報酬・介護報酬の有効活用により、提供体制を持続



良質な慢性期医療がなければ
日本の医療は成り立たない

～今こそ、寝たきりゼロ作戦を！～

日本慢性期医療協会
JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES