

医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護 （地域包括ケアシステムの深化・推進）

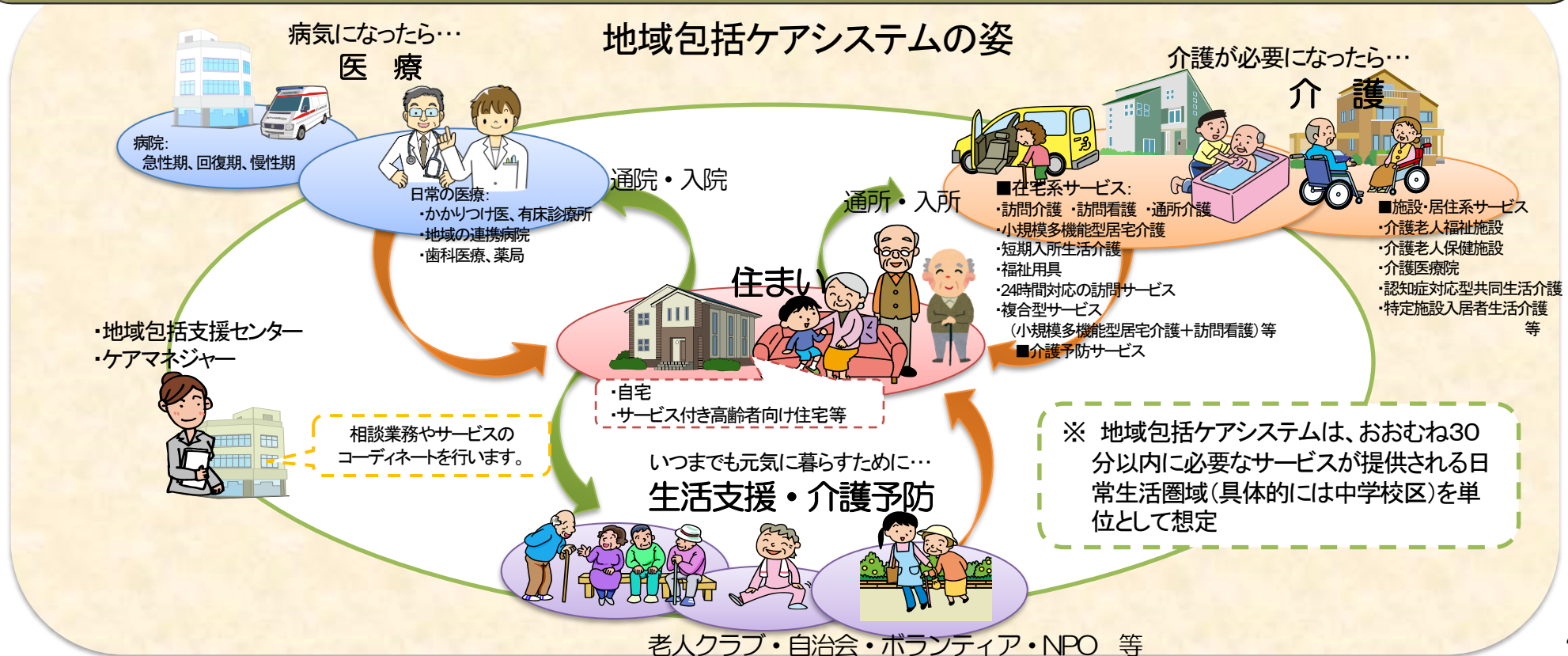
1. サービス提供等の状況
 - (1) 医療・介護連携
 - (2) 人生の最終段階の医療・介護
2. 令和3年度介護報酬改定の内容
3. 関連する各種意見
4. 現状と課題及び論点



1. サービス提供等の状況
 - (1) 医療・介護連携
 - (2) 人生の最終段階の医療・介護
2. 令和3年度介護報酬改定の内容
3. 関連する各種意見
4. 現状と課題及び論点

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



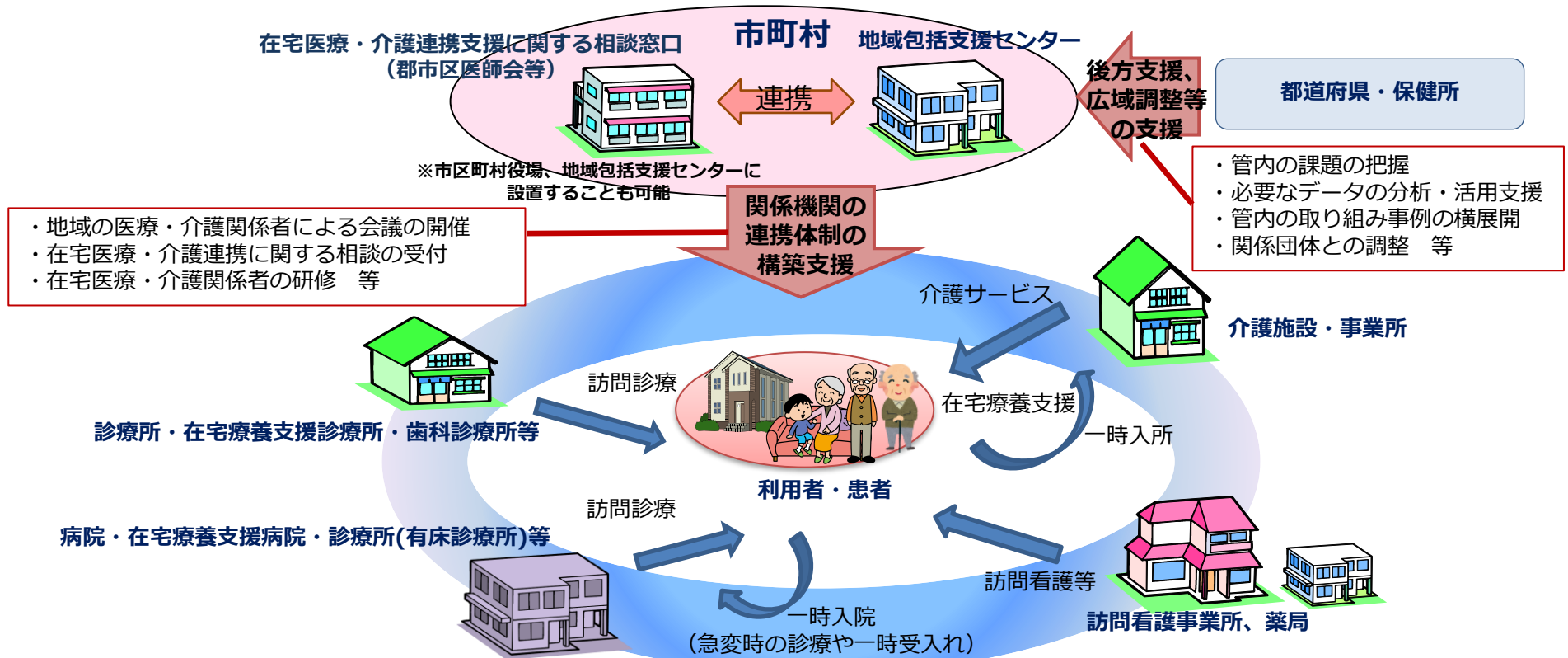
在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

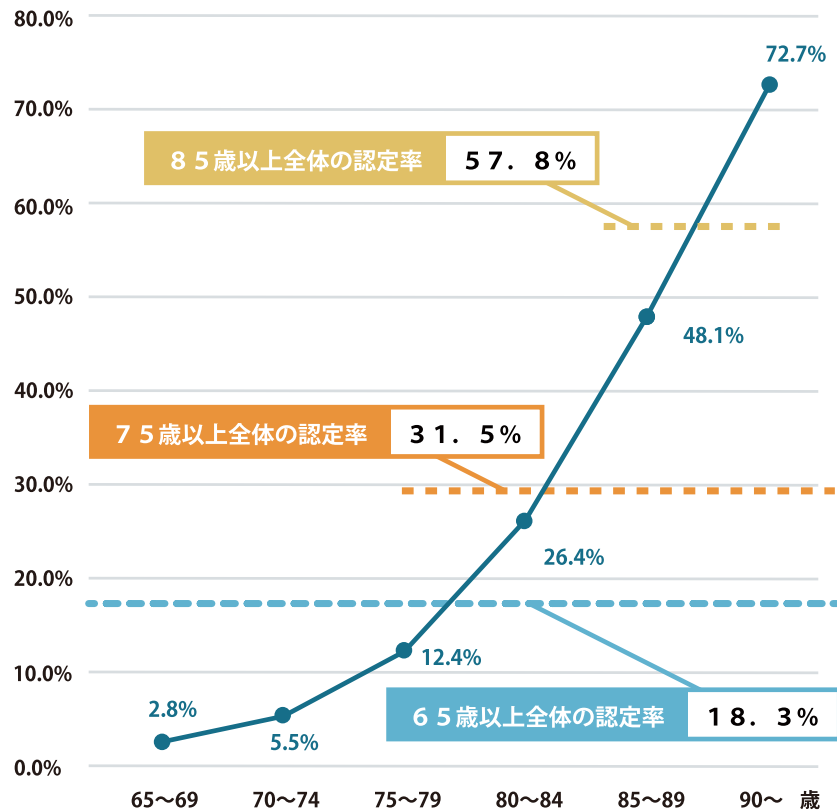
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



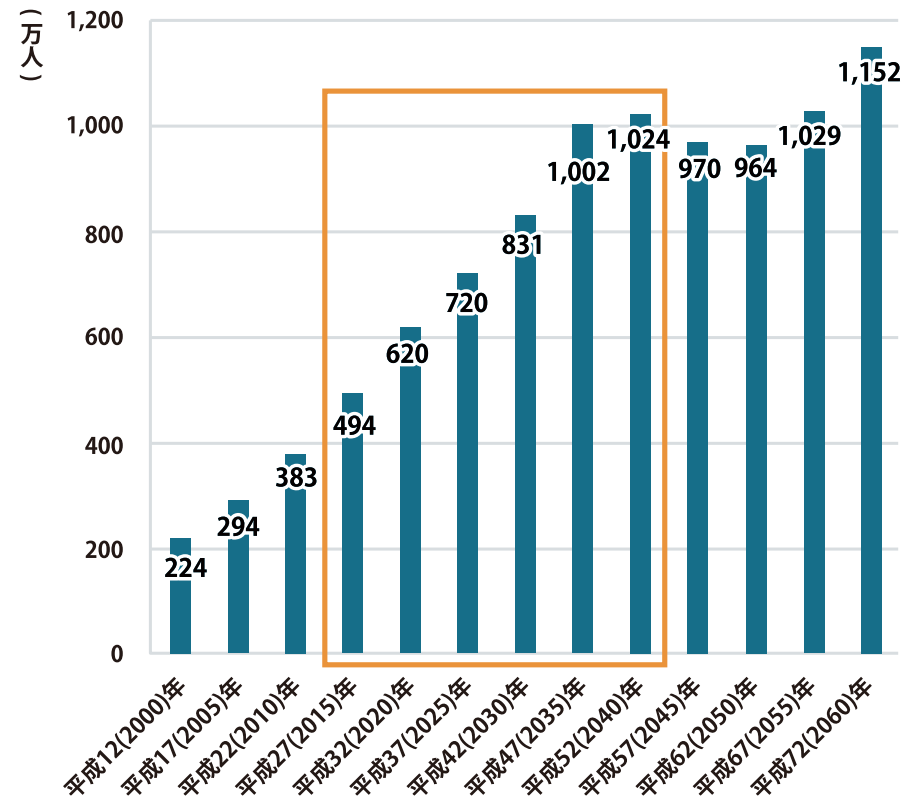
医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移



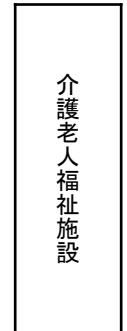
出典

2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成
 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
 実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

介護保険三施設における入所者・退所者の状況

（退所者数：8,018人）

家庭	32.0%
介護老人福祉施設	4.9%
その他の社会福祉施設	5.6%
介護老人保健施設	16.6%
介護医療院	
医療機関	22.8%
その他	5.3%
不詳	12.8%



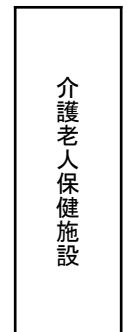
平均在所日数：1177.2日(1284.5日)

2.2%	家庭
1.9%	介護老人福祉施設
0.4%	その他の社会福祉施設
0.4%	介護老人保健施設
0.1%	介護医療院
23.7%	医療機関
69.0%	死亡 ※
0.9%	その他
1.4%	不詳

※死亡の内訳として、施設内での死亡が65.1%、入院先での死亡が34.9%

（退所者：23,106人）

家庭	33.6%
介護老人福祉施設	0.9%
その他の社会福祉施設	0.9%
介護老人保健施設	2.4%
介護医療院	0.1%
医療機関	48.5%
その他	2.4%
不詳	11.2%



平均在所日数 309.7日(299.9日)

36.3%	家庭
9.1%	介護老人福祉施設
3.2%	その他の社会福祉施設
1.7%	介護老人保健施設
0.1%	介護医療院
33.3%	医療機関
10.6%	死亡 ※
5.0%	その他
0.8%	不詳

※死亡の内訳として、施設内での死亡が92.9%、入院先での死亡が7.1%

（退所者：1,184人）

家庭	8.2%
介護老人福祉施設	0.4%
その他の社会福祉施設	0.4%
介護老人保健施設	6.5%
介護医療院	
医療機関	74.2%
その他	5.6%
不詳	4.7%



平均在所日数 189.1日

7.8%	家庭
3.9%	介護老人福祉施設
1.7%	その他の社会福祉施設
9.9%	介護老人保健施設
	介護医療院
19.8%	医療機関
52.2%	死亡 ※
4.3%	その他
0.4%	不詳

※死亡の内訳として、施設内での死亡が100%

高齢者向け住まいにおける入所者・退所者の状況

○ 高齢者向け住まいにおける退所理由は、死亡が最も多く、次に病院・診療所等への退所が多い。

(新規入居者数 n=8,403)	100.0
自宅	37.8
病院・診療所・ 介護療養型医療施設・介護医療院	35.4
介護老人保健施設	7.1
介護保険対象の居住系サービス	5.6
介護保険対象外の居住系サービス	2.2
特別養護老人ホーム	0.9
その他（不明を含む）	11.0

入居

特定施設

退居

(退去者数 n=8,729)	100.0
死亡による契約終了（※）	60.0
病院・診療所・ 介護療養型医療施設・介護医療院	17.8
介護保険対象の居住系サービス	6.3
自宅	5.3
特別養護老人ホーム	5.1
介護老人保健施設	2.5
介護保険対象外の居住系サービス	1.1
その他（不明を含む）	1.8

※死亡による契約終了の内訳は、居室56.1%、病院・診療所29.7%、その他14.2%

(新規入居者数 n=3,132)	100.0
病院・診療所・ 介護療養型医療施設・介護医療院	43.1
自宅	28.4
介護老人保健施設	5.3
介護保険対象外の居住系サービス	4.7
介護保険対象の居住系サービス	2.9
特別養護老人ホーム	0.5
その他（不明を含む）	15.1

入居

住宅型有料老人ホーム

退居

(退去者数 n=3,132)	100.0
死亡による契約終了（※）	50.5
病院・診療所・ 介護療養型施設・介護医療院	22.2
特別養護老人ホーム	6.9
自宅	5.2
介護保険対象の居住系サービス	4.7
介護老人保健施設	4.6
介護保険対象外の居住系サービス	3.8
その他（不明を含む）	2.1

※死亡による契約終了の内訳は、居室62.4%、病院・診療所36.9%、その他0.7%

(新規入居者数 n=4,411)	100.0
自宅	42.3
病院・診療所・ 介護療養型医療施設・介護医療院	28.7
介護老人保健施設	4.4
介護保険対象外の居住系サービス	3.4
介護保険対象の居住系サービス	2.2
特別養護老人ホーム	0.3
その他（不明を含む）	18.7

入居

サービス付き高齢者向け住宅(非特定)

退居

(退去者数 n=4,200)	100.0
死亡による契約終了（※）	40.6
病院・診療所・ 介護療養型施設・介護医療院	18.1
特別養護老人ホーム	8.5
自宅	8.4
介護保険対象の居住系サービス	7.0
介護保険対象外の居住系サービス	4.9
介護老人保健施設	3.0
その他（不明を含む）	9.5

※死亡による契約終了の内訳は、居室50.6%、病院・診療所43.3%、その他6.2%

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

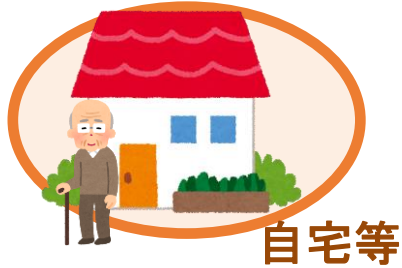
特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

医療・介護連携に関する介護報酬等(イメージ)

- 医療機関(入院)、高齢者施設等(入所系サービス)、自宅等の相互の連携に関する介護報酬等のイメージ。
 (⇒は利用者・情報の流れ、各加算等の枠色は当該加算等の対象となる事業所等を指す。)

- 退院・退所加算(居宅介護支援事業所): 450単位~900単位/回
退所の際に医療機関等の職員と面談を行い、ケアプランを作成
- 退院時共同指導加算(訪問看護): 600単位/回
入所中に主治医等と連携して在宅生活に必要な指導を行った場合

- 退所時情報提供加算(老健・介護医療院): 500単位/回
退所後の主治医等に対し診療状況を示す文書を提供
- かかりつけ医連携薬剤調整加算(老健): 100単位~440単位/回
入所中の処方内容について主治医へ情報提供。減薬の実施。



- 初期加算(特養・老健・介護医療院・認知症GH): 30単位/日
入所生活に慣れるための支援に係る費用
- 総合医学管理加算(短期入所療養介護(老健)): 275単位/日
治療管理を目的として、利用者を緊急的に受け入れた場合



- 退院・退所加算(居宅介護支援事業所): 450単位~900単位/回
退院の際に医療機関等の職員と面談を行い、ケアプランを作成
- 退院時共同指導加算(訪問看護): 600単位/回
入院中に主治医等と連携して在宅生活に必要な指導を行った場合

- 初期加算(特養・老健・介護医療院・認知症GH): 30単位/日
入所生活に慣れるための支援に係る費用
- 退院・退所時連携加算(特定施設): 30単位/日
病院等を退院した者を受け入れる場合の連携等を評価



- 入院時情報連携加算(居宅介護支援事業所): 100~200単位/回
入院時に利用者に係る必要な情報を医療機関に提供した場合
- 通院時情報連携加算(居宅介護支援事業所): 50単位/月
利用者の通院時に医師の診察にケアマネジャーが同席した場合

- 診療情報の提供
 - ・運営基準(老健・介護医療院)
 - ・(診療報酬)診療情報提供料(特養・特定・認知症GH):
配置医や主治医が診療情報を提供した場合

< 平時の連携 >

- 居宅療養管理指導(医療機関): 259~514単位/回(医師の場合)
医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士による療養上の管理および指導

- 協力医療機関の定め(高齢者施設): 運営基準
- 医療機関連携加算(特定施設): 80単位/月
利用者の健康状況を協力医療機関又は主治医に月1回以上情報提供
- 医療連携体制加算(認知症GH): 39~59単位/日
医療機関との連携等により看護体制を確保

高齢者施設等における協力医療機関等に関する運営基準（抜粋）

意見交換 資料－1
参考（一部改変）
R 5 . 4 . 1 9

○ 特養

第二十八条 指定介護老人福祉施設は、入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 指定介護老人福祉施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）

○ 老健

第三十条 介護老人保健施設は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 介護老人保健施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）

○ 介護医療院

第三十四条 介護医療院は、入所者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。

2 介護医療院は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生省令第5号）

○ 特定施設

第九十一条 指定特定施設入居者生活介護事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。

2 指定特定施設入居者生活介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：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）

○ 認知症グループホーム

第百〇五条 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。

2 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

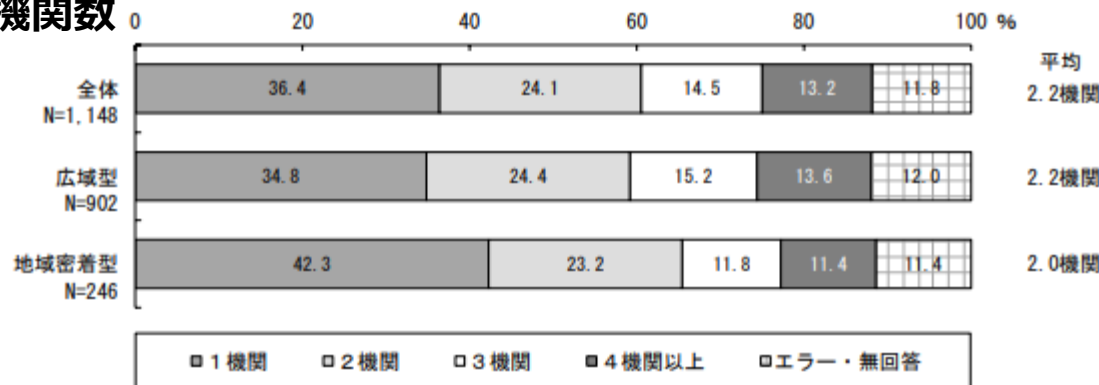
3 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との間の連携及び支援の体制を整えなければならない。

出典：指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生省令第34号）

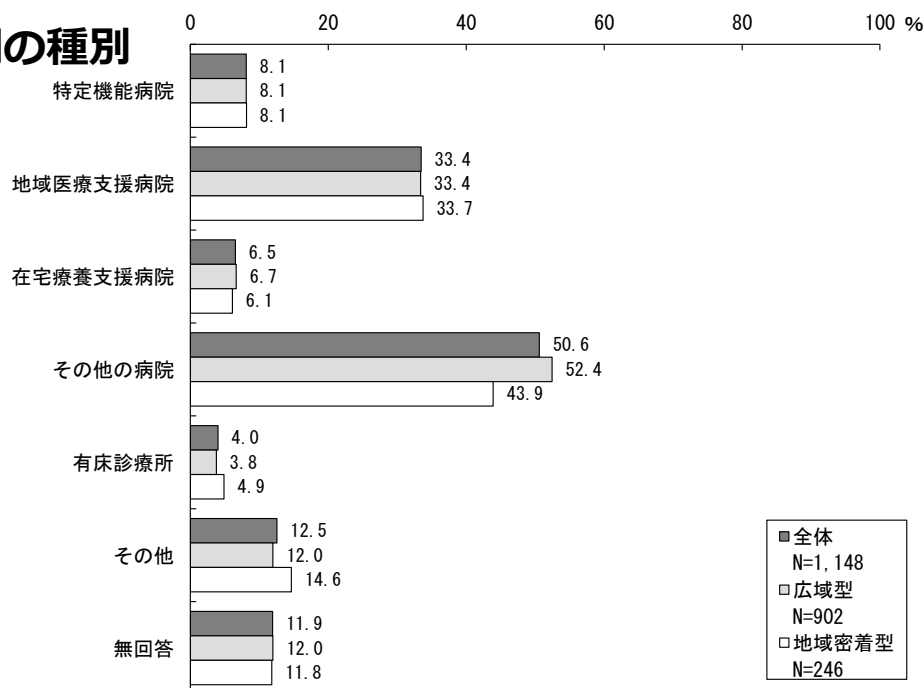
特別養護老人ホームにおける協力医療機関数及び種別

○協力医療機関数は、「1機関」が36.4%で最も多く、次いで「2機関」が24.1%と続いている。
○協力医療機関の種別は、「その他の病院」が50.6%で最も多く、次いで「地域医療支援病院」が33.4%と続いている。

○ 協力医療機関数



○ 協力医療機関の種別

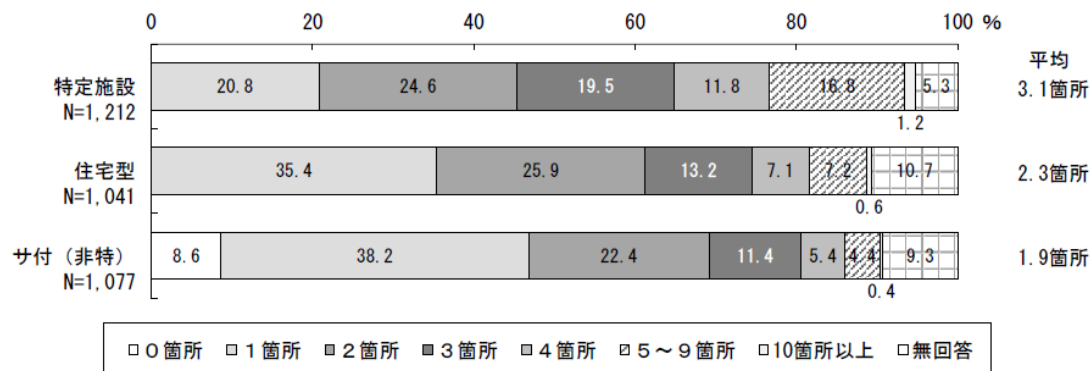


特定施設における協力医療機関数及び種別

○協力医療機関数は、「2カ所」が最も多く24.6%、次いで「1カ所」が20.8%と続いている。
○協力医療機関の種別は、「在宅療養支援診療所」が36.1%で最も多く、次いで「その他の病院」が27.1%と続いている。

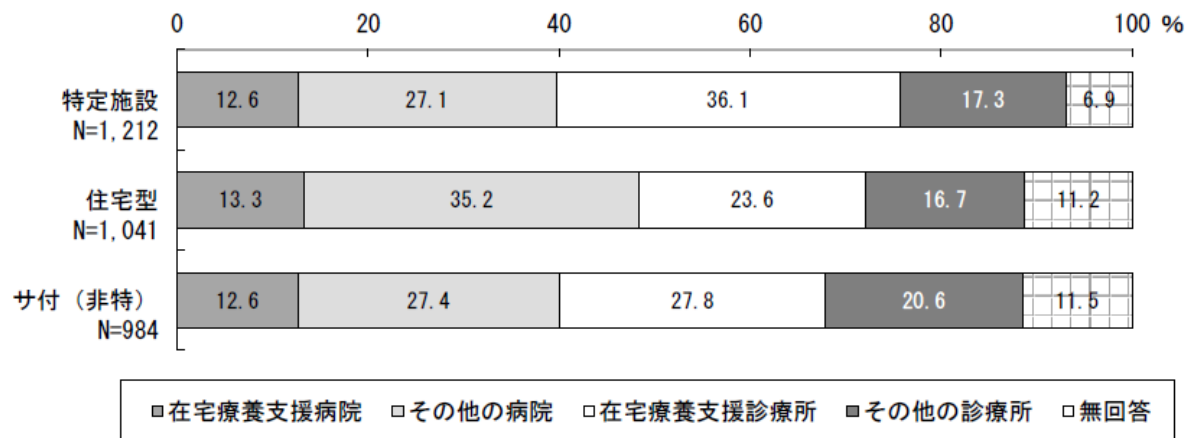
○ 協力医療機関数

図表 協力医療機関数



○ 協力医療機関の種別

図表 主たる協力医療機関の種類

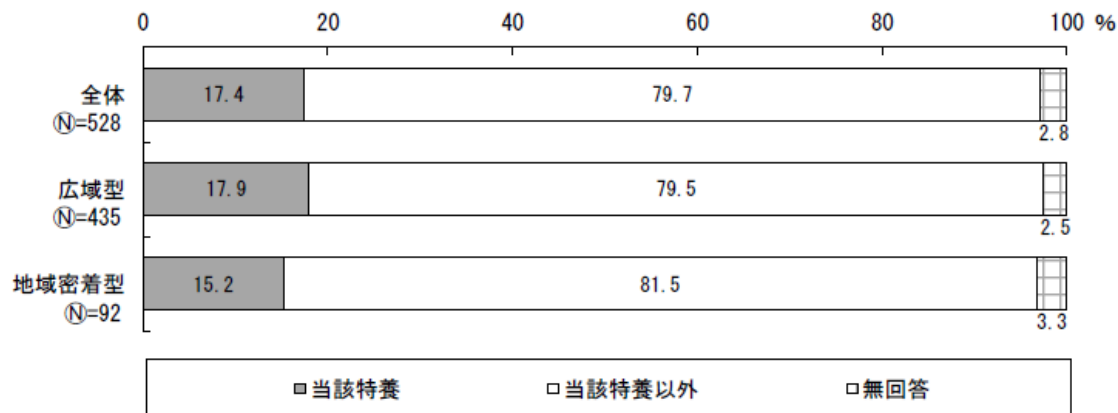


介護老人福祉施設における配置医師の主たる勤務先

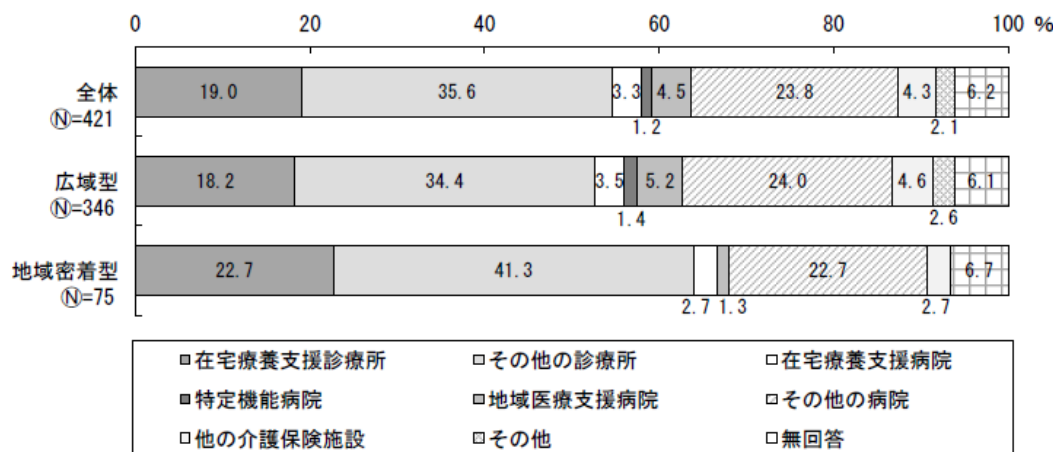
○配置医師の主たる勤務先は「当該特養」が17.4%、「当該特養以外」が79.7%であり、約8割の配置医師は主たる勤務先が特養以外であった。

○主たる勤務先が特養以外である場合、その勤務先は「その他の診療所」が最も多く35.6%、次いで「その他の病院」が23.8%であった。

○ 主たる勤務先



○ 勤務先の種別（主たる勤務先を「当該特養以外」と回答した配置医師のみ）



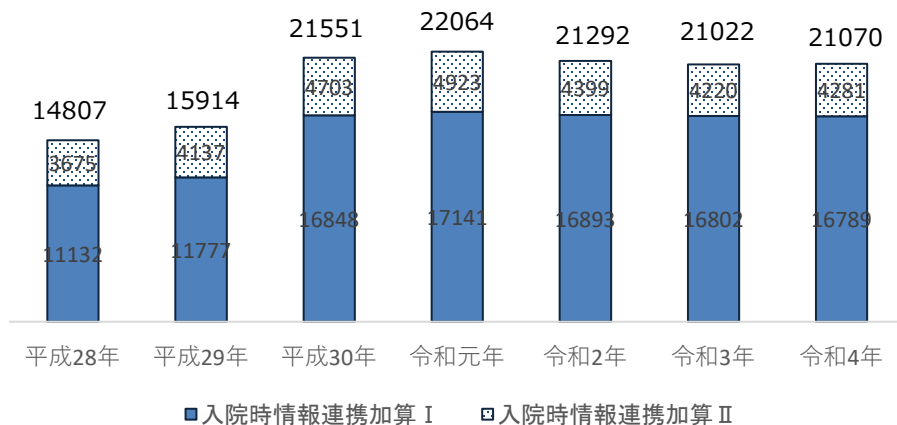
入院時情報連携加算、通院時情報連携加算の算定状況

社会保障審議会
介護給付費分科会(第220回)
令和5年7月24日 資料6

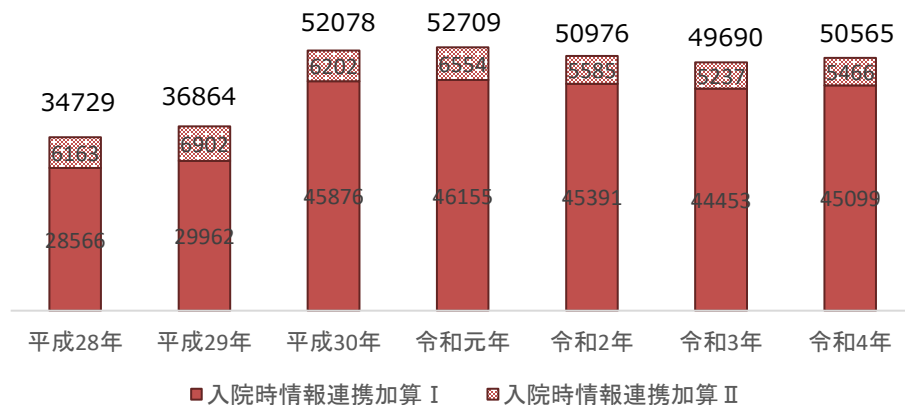
- 入院時情報連携加算について、算定事業所数及び算定回数は増加傾向であったが、令和2年に減少し、その後、横ばいとなっている。
- 通院時情報連携加算について、令和3年度に新設後、令和4年8月では算定事業所数は5,009、算定回数は11,118となっている。

■入院時情報連携加算の算定状況の推移 (居宅介護支援)

入院時情報連携加算(算定事業所数)

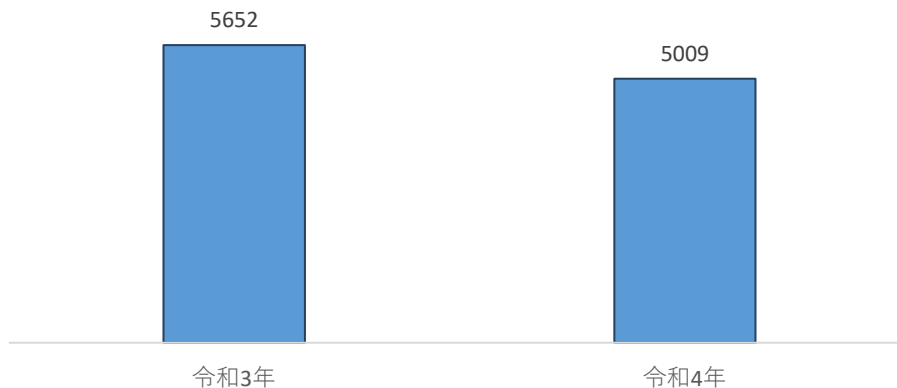


入院時情報連携加算(算定回数)

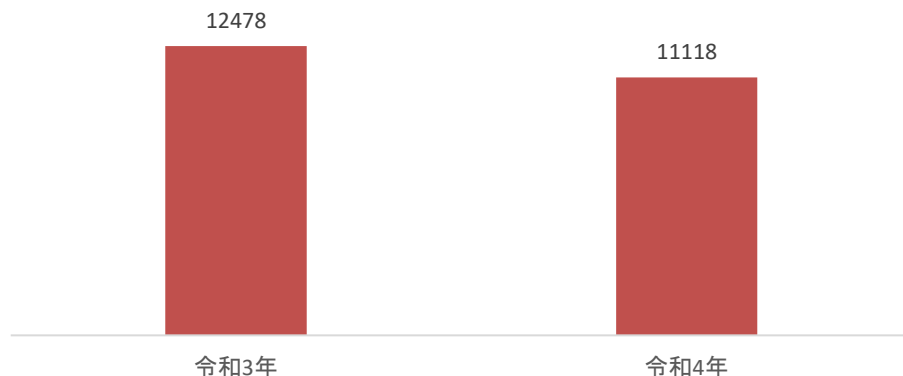


■通院時情報連携加算の算定状況の推移 (居宅介護支援)

通院時情報連携加算(算定事業所数)



通院時情報連携加算(算定回数)



【出典】厚生労働省「介護保険総合データベース」より (各年8月審査分)

入院時情報提供書の様式

○ 入院時情報連携加算の算定時に用いる入院時情報提供書の標準様式では、生活歴・趣味、ADL、精神面における療養上の問題等が示されている。

記入日: 年 月 日
入院日: 年 月 日
情報提供日: 年 月 日

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名: _____ 事業所名: _____
ご担当者名: _____ ケアマネジャー氏名: _____
TEL: _____ FAX: _____

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。呈呈ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名 <small>(フリガナ)</small>	年齢	才	性別	男	女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生			
住所	〒 _____ 電話番号 _____				
住環境 <small>※可能な限り「写真」を添付</small>	住居の種類(戸建て・集合住宅) _____ 階建て 居室 _____ 間 エレベーター(有・無) _____ 特記事項() _____				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 医師の判断				
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断				
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)				
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他() _____				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他() _____ <small>*日中独居</small>				
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL		

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等 _____

本人の生活歴 _____

入院前の本人の生活に対する意向 同封の居宅サービス計画(1)参照

入院前の家族の生活に対する意向 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況 同封の書類をご確認ください。
居宅サービス計画書1.2.3表 その他() _____

5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件 _____

退院後の世帯状況 独居 高齢世帯 子と同居(家族構成員数 名) *日中独居
その他() _____

世帯に対する配慮 不要 必要() _____

退院後の主介護者 本シート2に同じ 左記以外(氏名 続柄・年齢) _____

介護力* 介護力が見込める(十分・一部) 介護力は見込めない 家族や支援者はいない

家族や同居者等による虐待の疑い* なし あり() _____

特記事項 _____

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 具体的な要望() _____
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況	なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() _____
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助	
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助	
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)			食事制限	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー			UDF等の食形態区分	
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
睡眠の状態	良	不良() _____			服剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
喫煙	無	有 _____ 本/日			飲酒	無 <input type="checkbox"/> 有 _____ 合/日/日あたり
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() _____
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	言語	問題なし	やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項: _____	
意思疎通	問題なし	やや難あり	困難			
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他() _____					
疾患歴*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他() _____					
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(理由: _____ 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明				
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い/これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて				
入院前に実施している医療処置*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射() _____ <input type="checkbox"/> その他() _____					

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() _____	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種: _____)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理(管理者: _____ 管理方法: _____)		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する特記事項 _____			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名	(フリガナ)	電話番号	
医師名		診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

退所時情報提供加算

社会保障審議会
介護給付費分科会(第221回)
令和5年8月7日 資料5

概要

【介護老人保健施設、介護医療院】

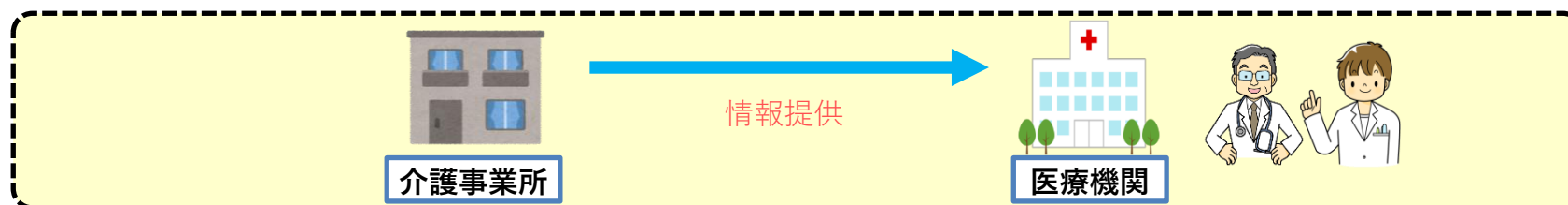
- 入所期間が1ヶ月を超える入所者が居宅等へ退所する場合、入所者の同意を得て、退所後の主治医に診療情報を示す文書を添えて紹介を行った場合に算定できる加算

単位数

退所時情報提供加算 500単位

算定要件等

- ・ 入所者1人につき、1回の算定を限度とする
- ・ 当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者の紹介を行った場合
- ・ 入所者が退所後に他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入所者の診療状況を示す文書を添えて必要な情報を提供したときも同様。
- ・ 退所後の主治の医師に対して入所者を紹介するに当たっては、様式2の文書に必要な事項を記載の上、入所者又は主治の医師に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付する
- ・ 様式2の文書に入所者の諸検査の結果、日常生活動作能力、心理状態などの心身機能の状態、薬歴、退所後の治療計画等を示す文書を添付する
- ・ 以下の場合には、算定できない
 - ①退所して病院又は診療所へ入院する場合
 - ②退所して他の介護保健施設へ入院又は入所する場合
 - ③死亡退所の場合

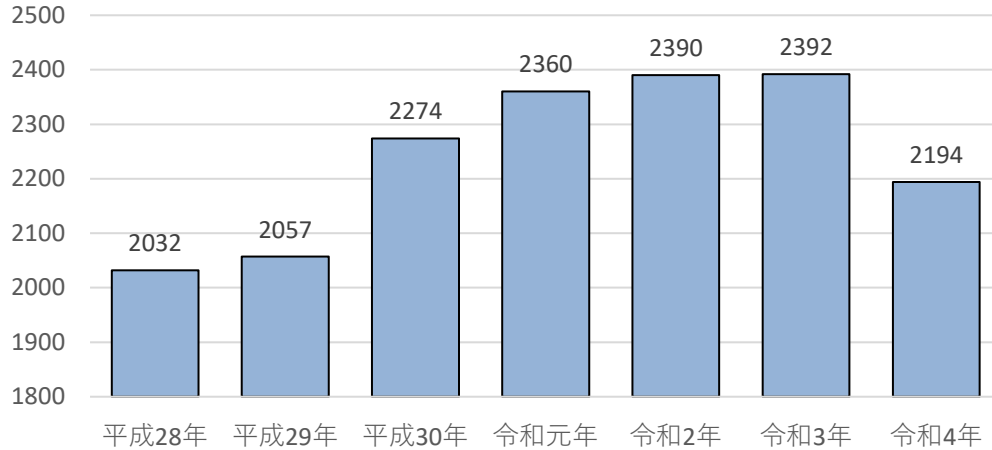


退所時情報提供加算の算定状況と情報提供書

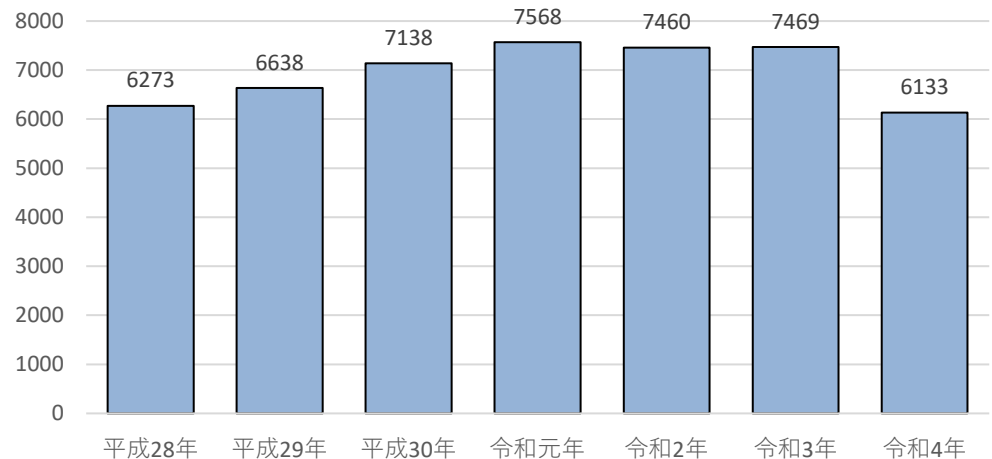
○ 算定回数は増加傾向であったが、令和4年は減少。

■ 退所時情報提供加算の算定状況の推移 (介護老人保健施設)

退所時情報提供加算(算定施設数)



退所時情報提供加算(算定回数)



【出典】厚生労働省「介護保険総合データベース」より (各年8月審査分)

別紙様式2

医療機関

担当医

科

殿

平成 年 月 日

介護老人保健施設の

所在地及び名称

電話番号

医師氏名

患者	氏名					男・女
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生 (歳)	
	要介護認定の状況	自立	要支援	要介護度 (1 2 3 4 5)		

紹介目的	(紹介後の方針に関する希望)
患者に関する注意事項	
備考	

備考 1 必要がある場合には続紙に記載して添付すること。

備考 2 必要がある場合には検査の記録等を添付すること。

主訴又は病名・既往歴及び家族歴	嗜好	薬剤アレルギー
現病歴		
現症		
検査所見		
治療病歴		
現在の処方		

介護老人保健施設における必要な医療の提供が困難な場合等の措置等

社会保障審議会
介護給付費分科会(第221回)
令和5年8月7日 資料5

＜介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号)＞

第16条 介護老人保健施設の医師は、入所者の病状からみて当該介護老人保健施設において自ら必要な医療を提供することが困難であると認めるときは、協力病院その他適当な病院若しくは診療所への入院のための措置を講じ、又は他の医師の対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない。

- 2 介護老人保健施設の医師は、不必要に入所者のために往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させてはならない。
- 3 介護老人保健施設の医師は、入所者のために往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させる場合には、当該病院又は診療所の医師又は歯科医師に対し、当該入所者の診療状況に関する情報の提供を行わなければならない。
- 4 介護老人保健施設の医師は、入所者が往診を受けた医師若しくは歯科医師又は入所者が通院した病院若しくは診療所の医師若しくは歯科医師から当該入所者の療養上必要な情報の提供を受けるものとし、その情報により適切な診療を行わなければならない。

別記様式

平成 年 月 日

保険医療機関 殿

介護老人保健施設名 称

所在地

電話番号(FAX)

医師氏名 印

次の者は、施設の入所者であります。通院に係る病名及び病状等は次のとおりです。

入 所 者	氏 名		男 ・ 女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生(歳)	
	老人医療の受給者番号		

通院に係る病名及び病状等

医師・歯科医師の居宅療養管理指導費の様式について

社会保障審議会
介護給付費分科会（第220回）
令和5年7月24日 資料5（一部改変）

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所
担当

殿

医療機関名
医療機関所在地
電話番号
FAX 番号
医師氏名

基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男・女	〒	-
	明・大・昭 年 月 日生(歳)			

利用者の病状、経過等

(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 日頃）
2.	発症年月日（昭和・平成・令和 年 月 日頃）
3.	発症年月日（昭和・平成・令和 年 月 日頃）

(2) 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投薬内容を含む治療内容
〔前回の情報提供より変化のあった事項について記入〕

(3) 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(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊
低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ()
→ 対処方針 ()

(2) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

(3) サービスの必要性（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。）

訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導
訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導
通所リハビリテーション その他の医療系サービス ()

(4) 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 () ・移動 特になし あり ()
・摂食 特になし あり () ・運動 特になし あり ()
・嚥下 特になし あり () ・その他 ()

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項

(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
社会生活面の課題 特になし あり
()
→ 必要な支援 ()

(2) 特記事項

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所
担当

殿

医療機関名
医療機関所在地
電話番号
FAX 番号
歯科医師氏名

基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男・女	〒	-
	明・大・昭 年 月 日生(歳)			

利用者の病状、経過等

(1) 情報提供の目的

(2) 病状、経過等

口腔衛生状態不良
う蝕等
歯周病
口腔粘膜疾患（潰瘍等）
義歯の問題（義歯新製が必要な欠損 義歯破損・不適合等）
摂食・嚥下機能の低下
口腔乾燥
その他 ()

配慮すべき基礎疾患 ()

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 必要な歯科治療

う蝕治療 冠・ブリッジ治療 義歯の新製や修理等
歯周病の治療 口腔機能の維持・向上 その他 ()

(2) 利用すべきサービス

居宅療養管理指導（歯科医師、歯科衛生士） その他 ()

(3) その他留意点

摂食・嚥下機能 誤嚥性肺炎 低栄養 その他 ()

(4) 連携すべきサービス

特になし あり ()
→ 必要な支援 ()

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

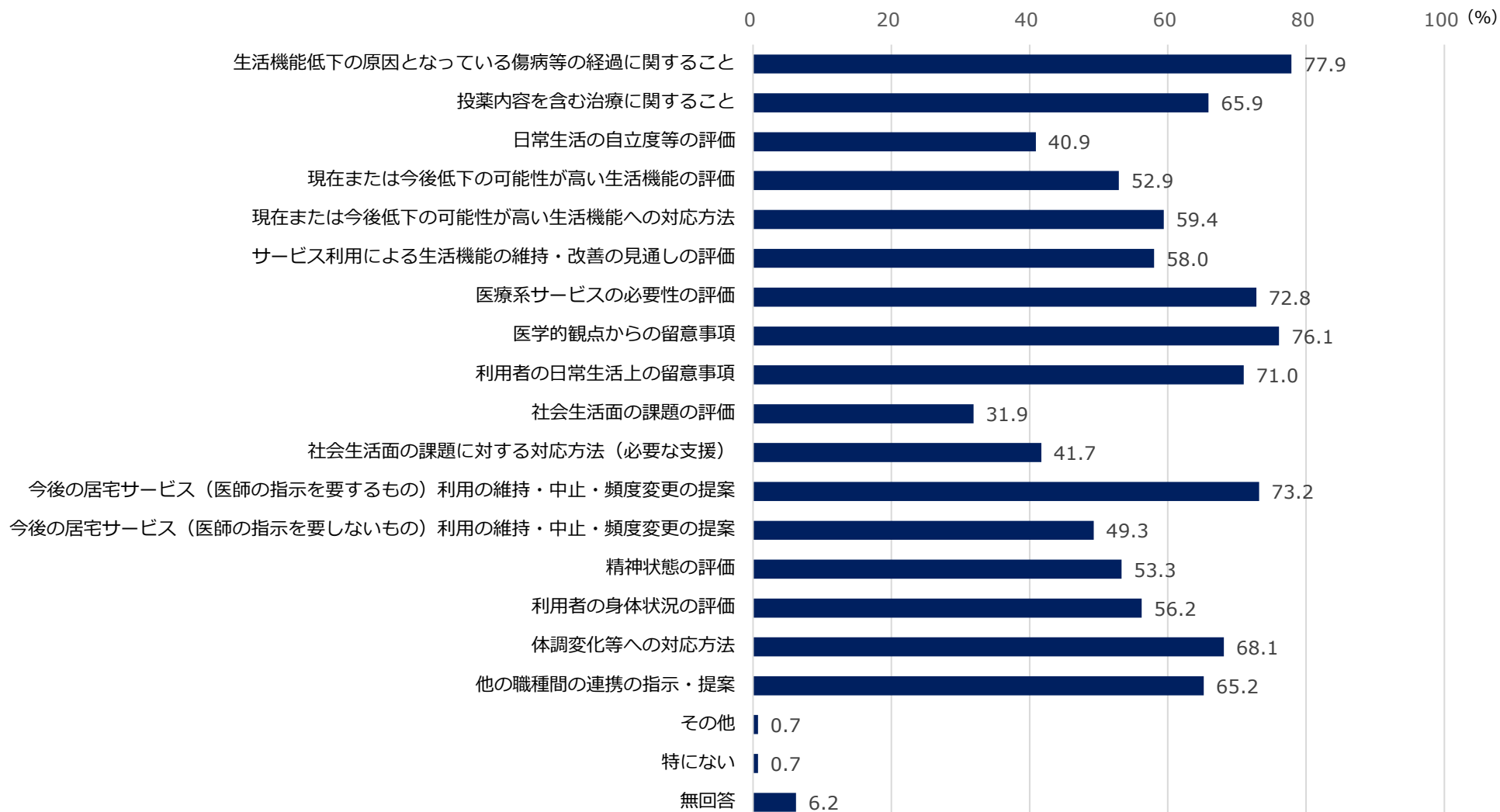
(1) 利用者の日常生活上の留意事項

(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
社会生活面の課題 特になし あり
()
→ 必要な支援 ()

(3) 特記事項

医師に詳細な情報提供を期待したことがある事項

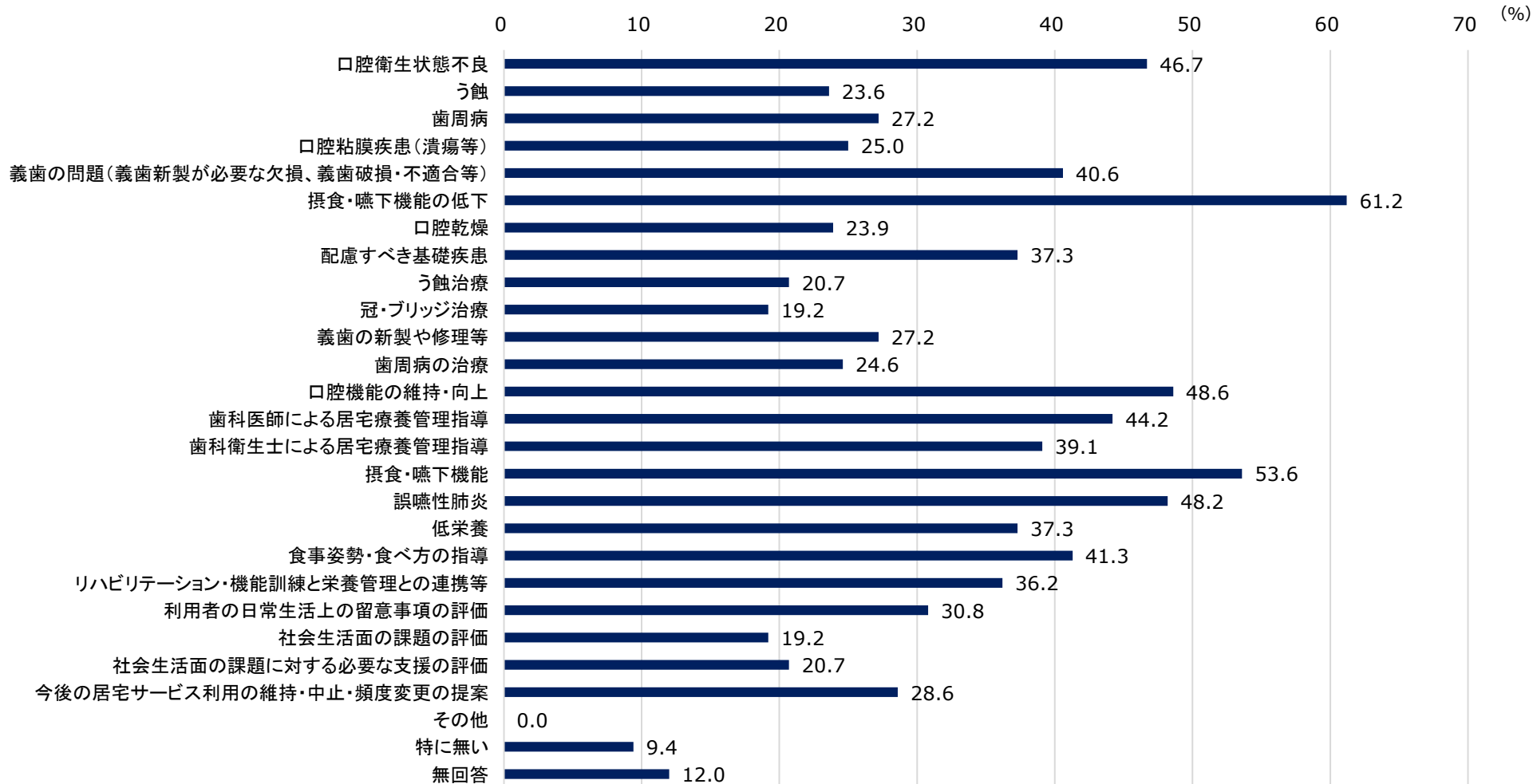
○ 介護支援専門員が、ケアプランに反映する上で医師に詳細な情報提供を期待したことがある事項は「生活機能低下の原因となっている傷病等の経過に関すること」が多かった。



（出典）令和4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

歯科医師に詳細な情報提供を期待したことがある事項

○ 介護支援専門員が、ケアプランに反映する上で歯科医師に詳細な情報提供を期待したことがある事項は「摂食・嚥下機能」や「口腔機能の維持・向上」が多かった。

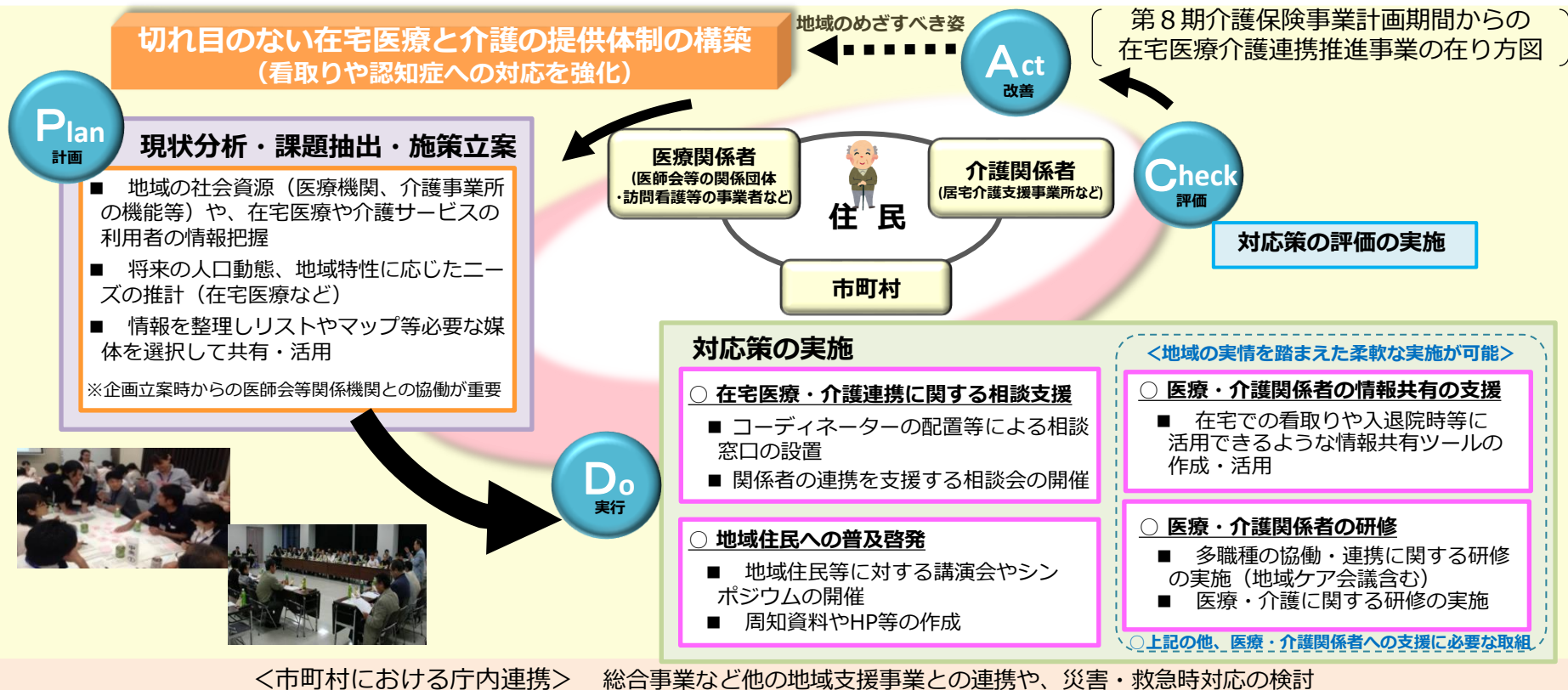


(出典) 令和4年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

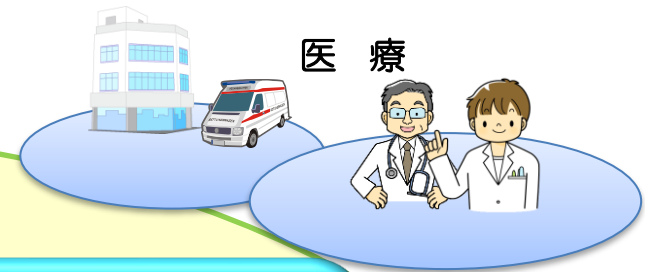
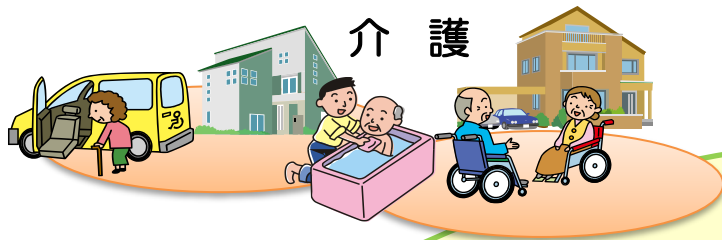
在宅で療養する要介護高齢者に対する多職種連携と適切なサービス提供に係る調査研究事業 令和5年(2023年)3月 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ 経営研究所

在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の4場面別にみた連携の推進）



日常の療養支援

- ・多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの在宅医療・介護の提供
- ・緩和ケアの提供
- ・家族への支援

入退院支援

- ・入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働・情報共有による入退院支援
- ・一体的でスムーズな医療・介護サービスの提供

急変時の対応

- ・在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確認
- ・患者の急変時における救急との情報共有

看取り

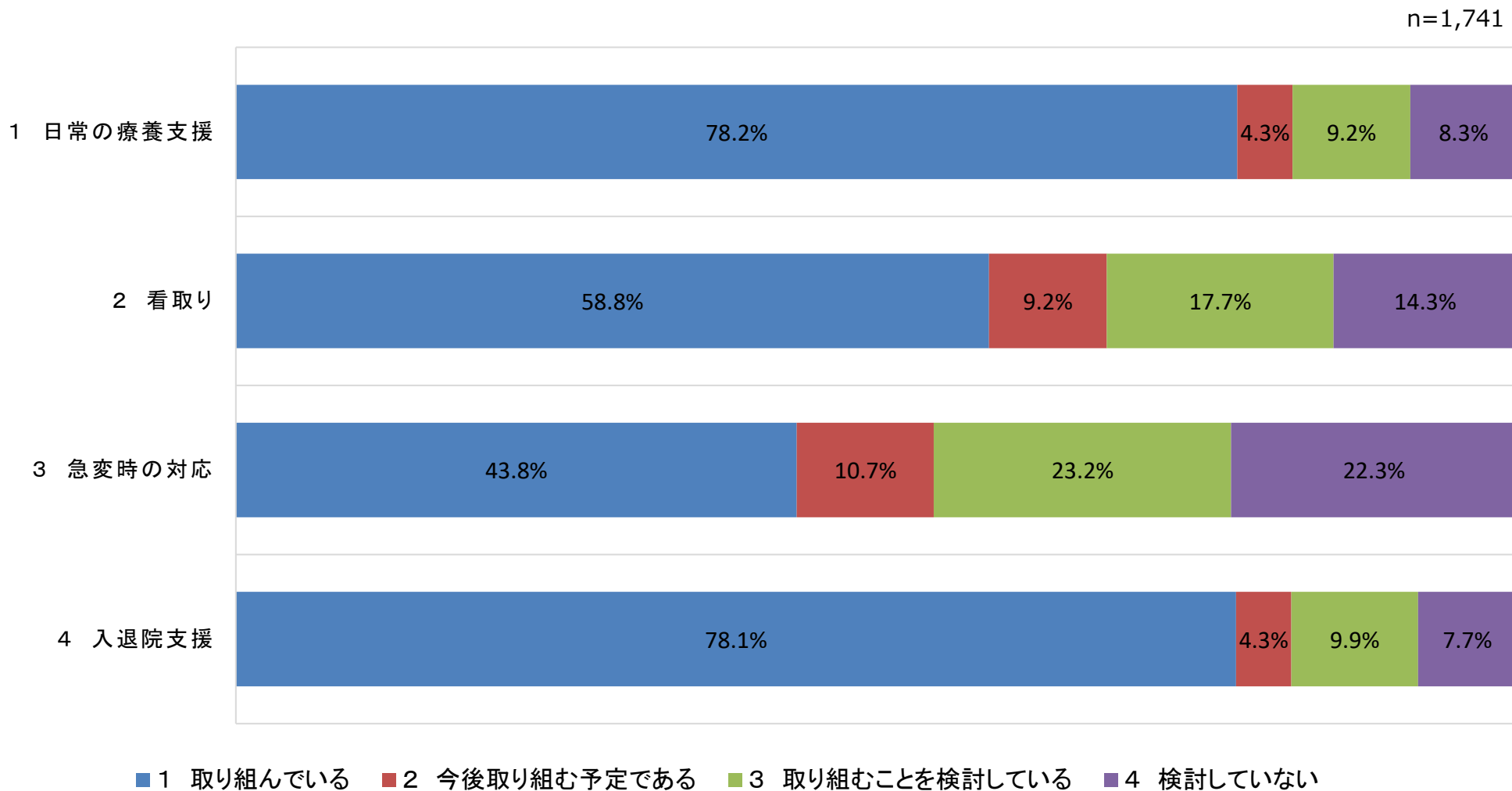
- ・住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施
- ・人生の最終段階における意思決定支援

行政



在宅医療・介護連携推進事業における「4つの場面」を意識した取組状況

- 市町村が実施主体である在宅医療・介護連携推進事業における「4つの場面」を意識した取組について、「取り組んでいる」と回答したもののなかで最も多いのは「1.日常の療養支援」(78.2%)であり、次いで、「4.入退院支援」(78.1%)、「2.看取り」(58.8%)である。



1. サービス提供等の状況

(1) 医療・介護連携

 (2) 人生の最終段階の医療・介護

2. 令和3年度介護報酬改定の内容

3. 関連する各種意見

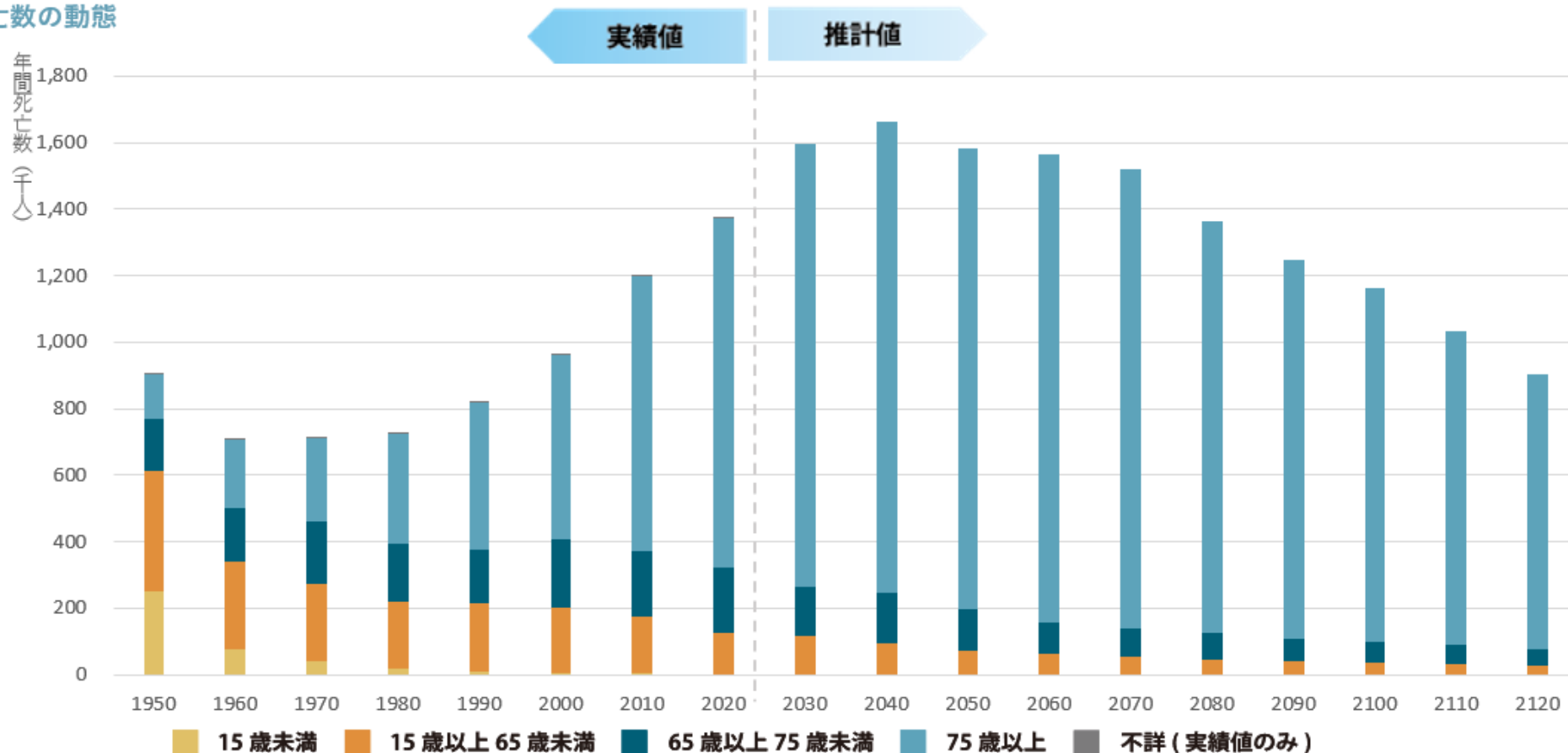
4. 現状と課題及び論点

死亡数が一層増加する

意見交換 資料-2改
R 5 . 3 . 1 5

○ 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。

死亡数の動態



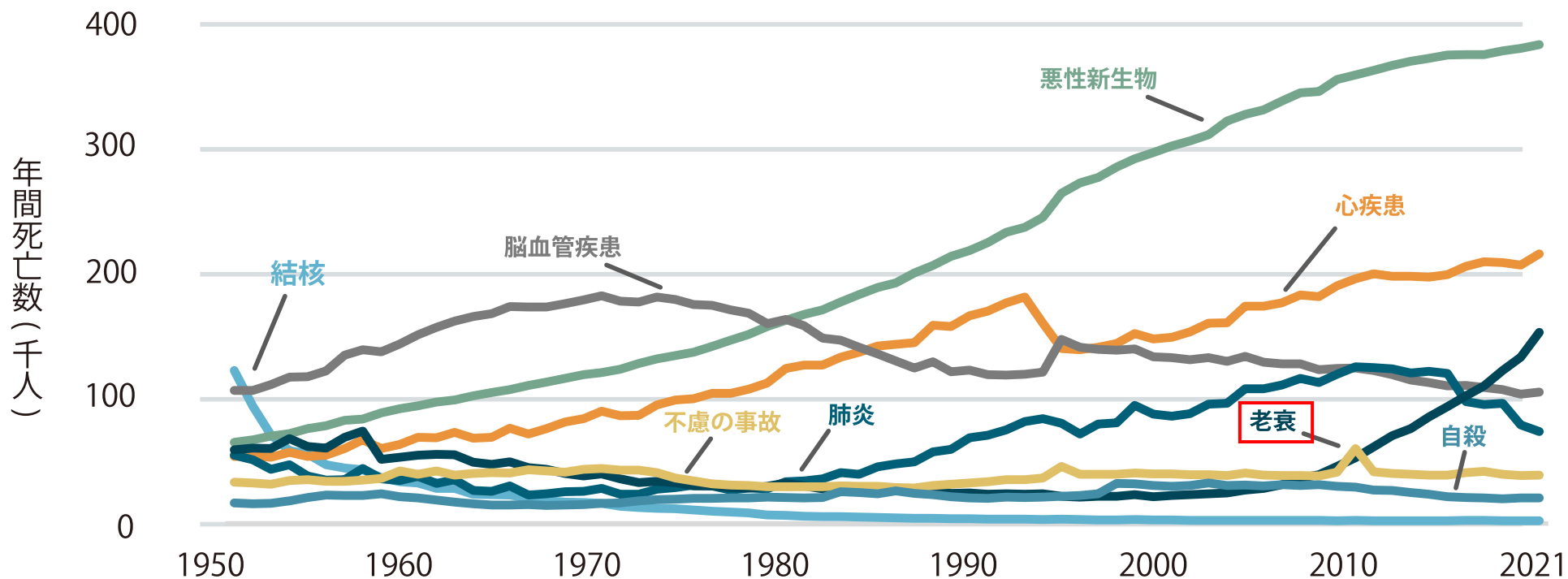
出典

2020年までは厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」
2030年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5推計）：出生中位・死亡中位推計」より作成

死因の推移

○ 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。

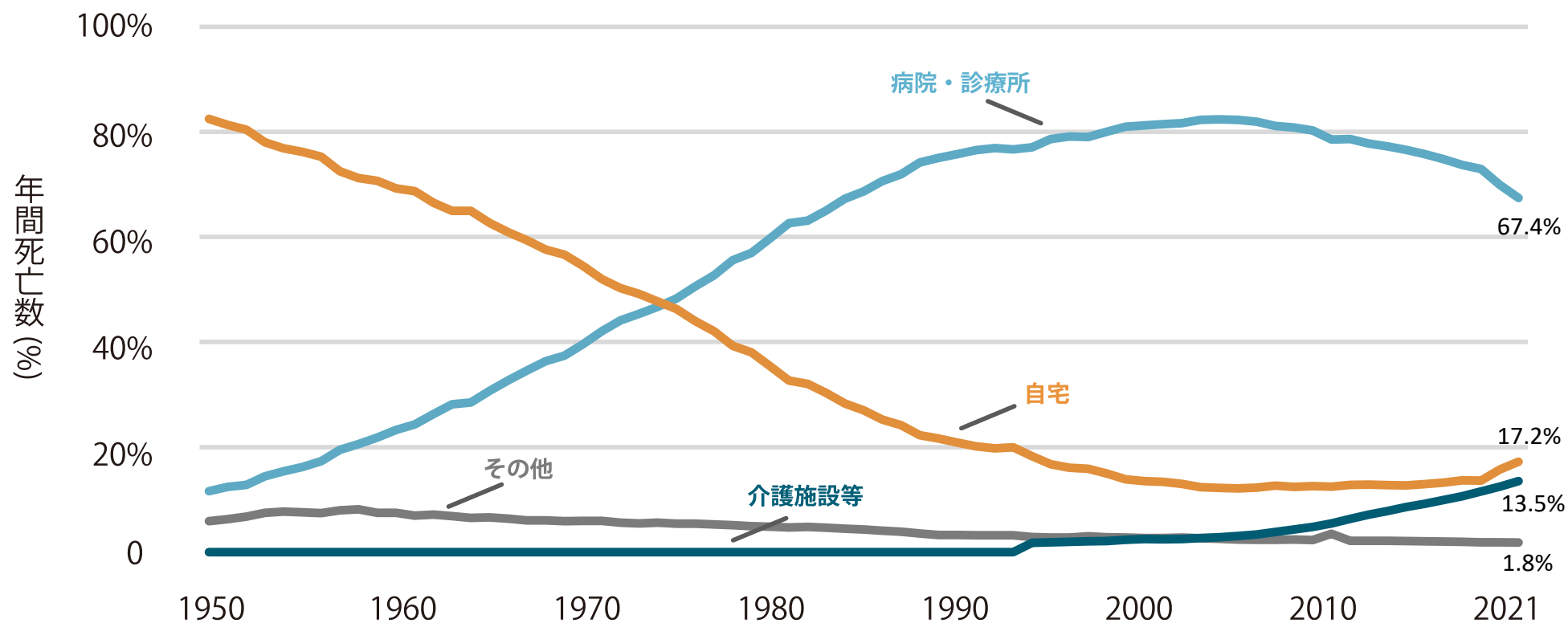
死因の推移



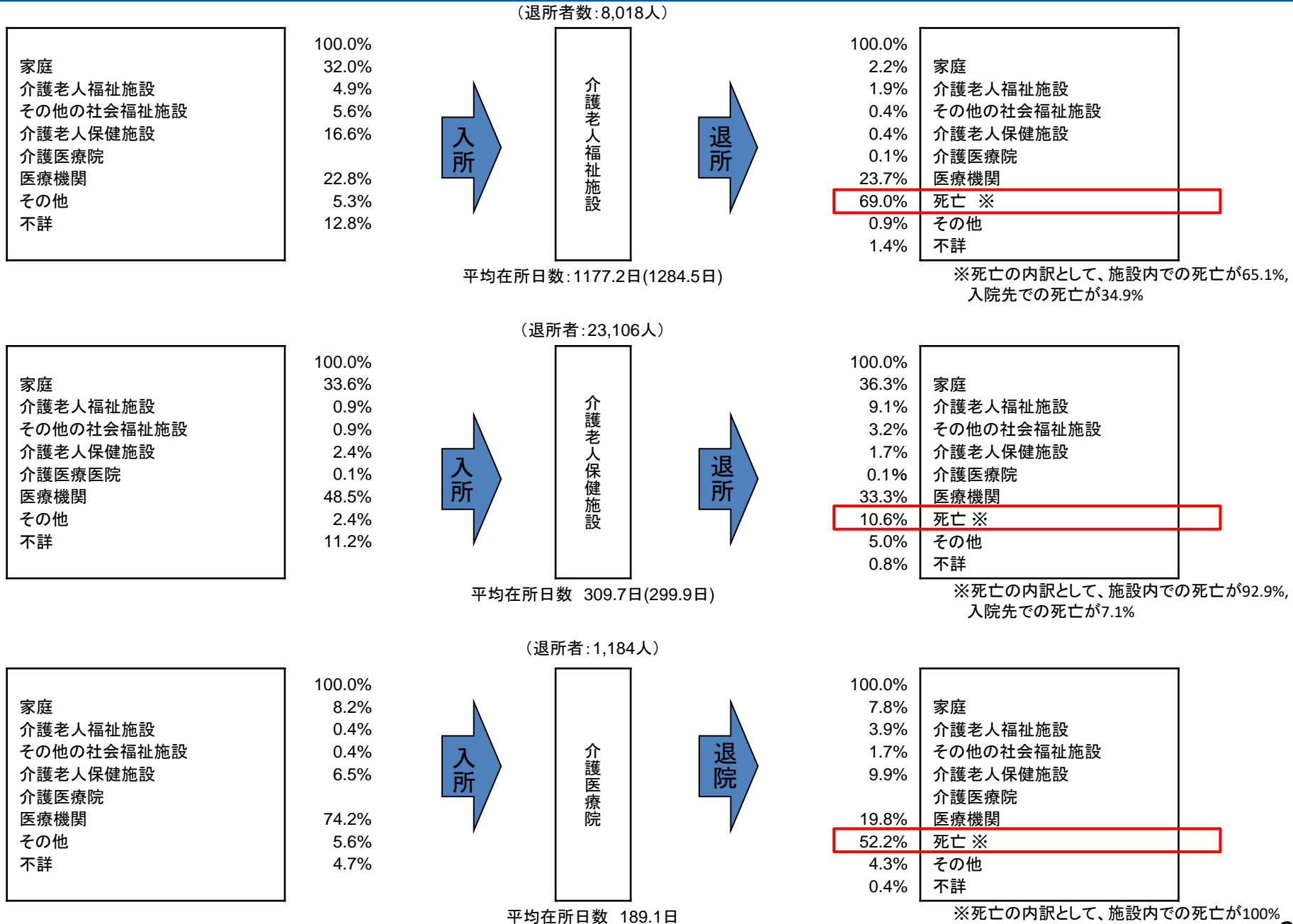
死亡の場所の推移

○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

死亡の場所の推移



介護保険三施設における入所者・退所者の状況



高齢者向け住まいにおける入所者・退所者の状況

○ 高齢者向け住まいにおける退所理由は、死亡が最も多く、次に病院・診療所等への退所が多い。

(新規入居者数 n=8,403)		100.0
自宅		37.8
病院・診療所・ 介護療養型医療施設・介護医療院		35.4
介護老人保健施設		7.1
介護保険対象の居住系サービス		5.6
介護保険対象外の居住系サービス		2.2
特別養護老人ホーム		0.9
その他(不明を含む)		11.0

入居

特定施設

退居

(退去者数 n=8,729)		100.0
死亡による契約終了(※)		60.0
病院・診療所・ 介護療養型医療施設・介護医療院		17.8
介護保険対象の居住系サービス		6.3
自宅		5.3
特別養護老人ホーム		5.1
介護老人保健施設		2.5
介護保険対象外の居住系サービス		1.1
その他(不明を含む)		1.8

※死亡による契約終了の内訳は、居室56.1%、病院・診療所29.7%、その他14.2%

(新規入居者数 n=3,132)		100.0
病院・診療所・ 介護療養型医療施設・介護医療院		43.1
自宅		28.4
介護老人保健施設		5.3
介護保険対象外の居住系サービス		4.7
介護保険対象の居住系サービス		2.9
特別養護老人ホーム		0.5
その他(不明を含む)		15.1

入居

住宅型有料老人ホーム

退居

(退去者数 n=3,132)		100.0
死亡による契約終了(※)		50.5
病院・診療所・ 介護療養型施設・介護医療院		22.2
特別養護老人ホーム		6.9
自宅		5.2
介護保険対象の居住系サービス		4.7
介護老人保健施設		4.6
介護保険対象外の居住系サービス		3.8
その他(不明を含む)		2.1

※死亡による契約終了の内訳は、居室62.4%、病院・診療所36.9%、その他0.7%

(新規入居者数 n=4,411)		100.0
自宅		42.3
病院・診療所・ 介護療養型医療施設・介護医療院		28.7
介護老人保健施設		4.4
介護保険対象外の居住系サービス		3.4
介護保険対象の居住系サービス		2.2
特別養護老人ホーム		0.3
その他(不明を含む)		18.7

入居

サービス付き高齢者向け住宅(非特定)

退居

(退去者数 n=4,200)		100.0
死亡による契約終了(※)		40.6
病院・診療所・ 介護療養型施設・介護医療院		18.1
特別養護老人ホーム		8.5
自宅		8.4
介護保険対象の居住系サービス		7.0
介護保険対象外の居住系サービス		4.9
介護老人保健施設		3.0
その他(不明を含む)		9.5

※死亡による契約終了の内訳は、居室50.6%、病院・診療所43.3%、その他6.2%

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」

意見交換 資料 - 2
参考 1 (一部改変)
29.3.22

策定の背景

- 平成18年3月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化。
- 平成19年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。
- パブリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。

※平成26年度に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に改称。

ガイドラインの概要

1 人生の最終段階における医療及びケアの在り方

- 医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として終末期医療を進めることが重要。
- 人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

- 患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。
- 患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- 患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について (平成30年3月14日公表)

1. 見直しの必要性

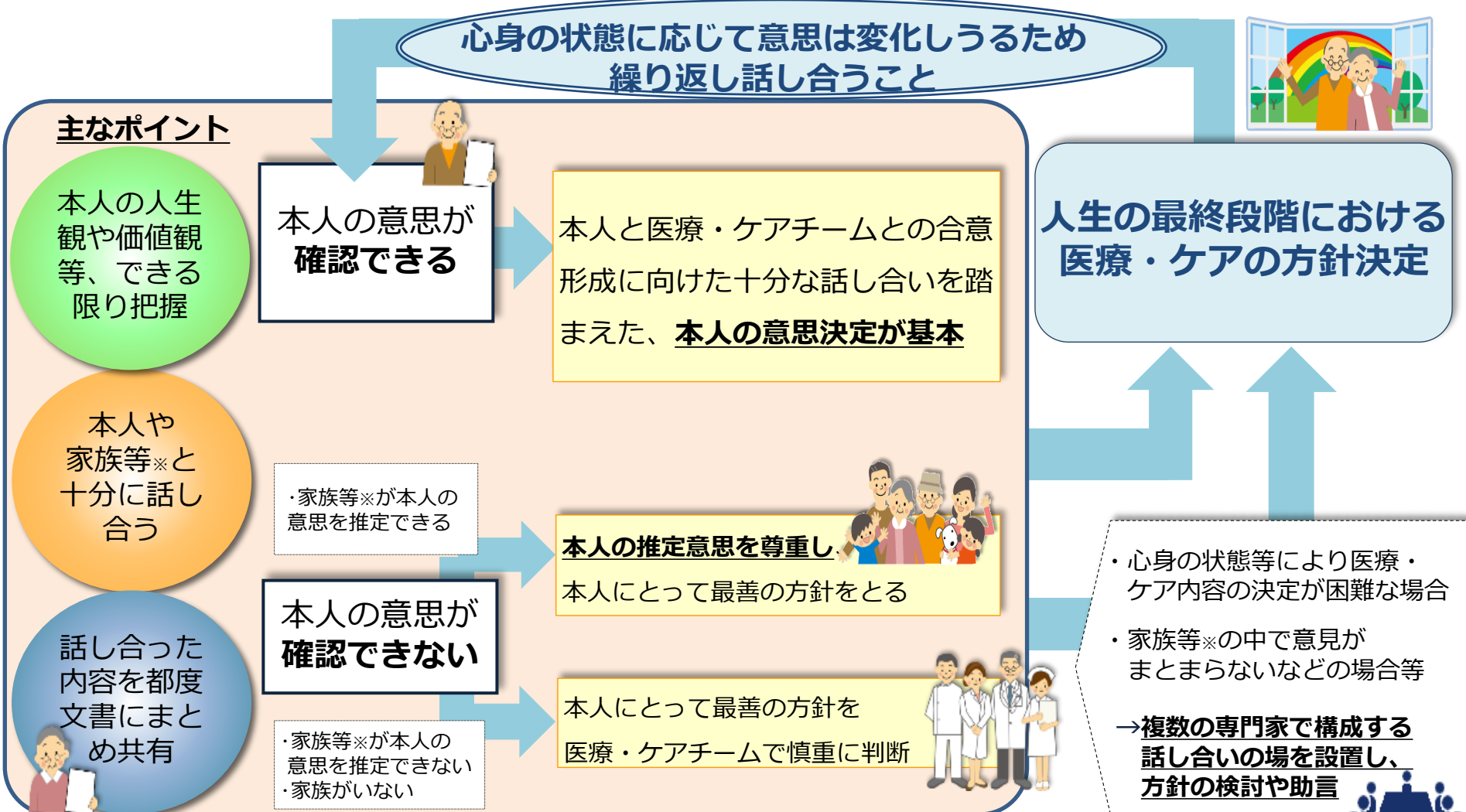
- 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、
- ・ 高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること
 - ・ 英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていること
- を踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

2. 主な見直しの概要

- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
 - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
 - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- ④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。

※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



ガイドラインの取組推進

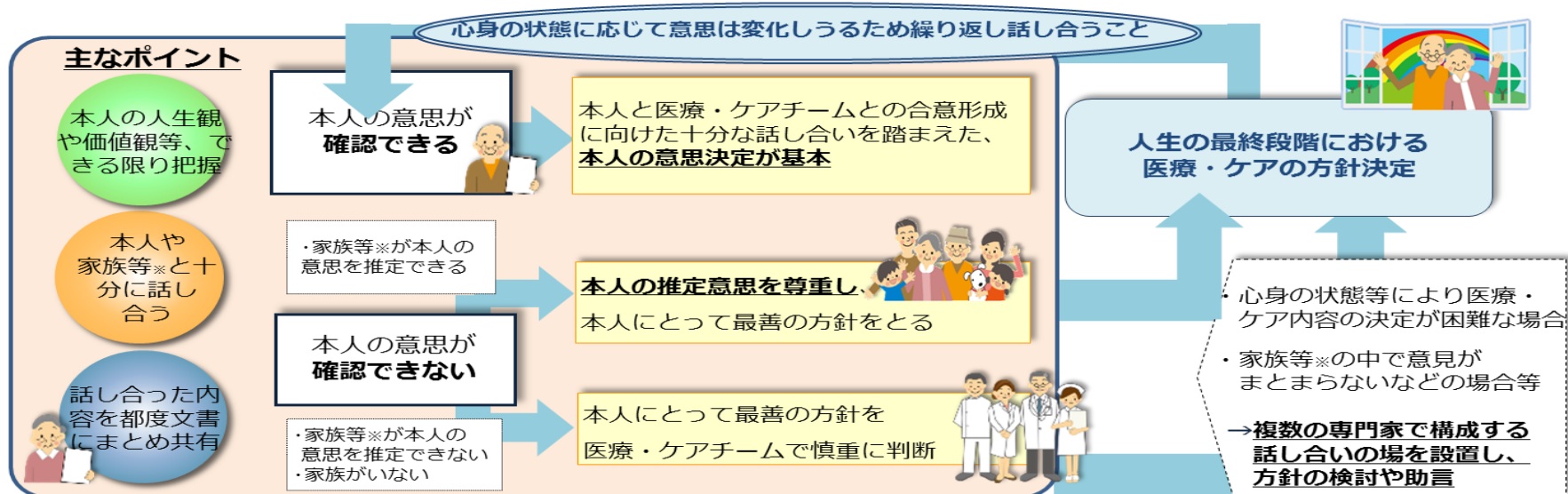
■ 看取り期の本人・家族との十分な話し合いや関係者との連携を一層充実させる観点から、基本報酬や看取りに係る加算の算定要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。

短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、居住系サービス、施設系サービス

看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、訪問看護等のターミナルケア加算における対応と同様に、基本報酬（介護医療院、介護療養型医療施設、短期入所療養介護（介護老人保健施設によるものを除く））や看取りに係る加算の算定要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める【告示改正、通知改正】。施設系サービスについて、サービス提供にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求める。【通知改正】

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

施設系サービス、居住系サービスにおける看取りへの対応の充実

■ 特養、老健施設や介護付きホーム、認知症グループホームの看取りに係る加算について、現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、それ以前の一定期間の対応について、新たに評価する。介護付きホームについて、看取り期に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に新たに評価する。

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護付きホーム、認知症グループホーム

- 中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算について、以下の見直しを行う。
 - ・要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。
 - ・看取りに関する協議等の参加者として、生活相談員を明記する。(※特養、老健(支援相談員)、介護付きホーム)
 - ・現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、死亡日以前45日前からの対応について新たに評価する区分を設ける。



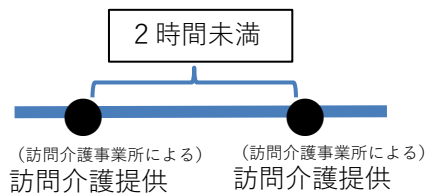
- 介護付きホームについて、看取り期に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に評価する新たな区分を設ける。

【特定】 看取り介護加算(Ⅱ) (新設) 死亡日以前31日～45日以下：572単位/日 同4～30日以下：644単位/日
 同2日又は3日：1180単位/日 死亡日：1780単位/日

訪問介護における看取りへの対応の充実

■ 看取り期の利用者に訪問介護を提供する場合に、2時間ルール(2時間未満の間隔のサービス提供は所要時間を合算すること)を弾力化し、所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数の算定を可能とする。

訪問介護



< 現行の取扱い >
 それぞれの所要時間を合算して報酬を算定
 例：それぞれ身体介護を25分提供
 →合算して50分提供したものととして報酬を算定するため、30分以上1時間未満の396単位を算定



< 改定後 > 【通知改正】
 所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数を算定
 例：それぞれ身体介護を25分提供
 →合算せずにそれぞれ25分提供したものととして報酬を算定するため、250単位×2回=500単位を算定

※1 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合を除く。
 ※2 頻回の訪問として、提供する20分未満の身体介護中心型の単位を算定する際の例外あり。

看取りに関する介護報酬上の加算等

		看取り介護加算			看取り連携体制加算	基本報酬	ターミナルケア加算		ターミナルケアマネジメント加算
対象サービス		特養	特定施設	認知症GH	小多機	介護医療院	老健	訪看、定期巡回、看多機	居宅介護支援事業所
単位数	死亡日以前31日以上45日以下	(Ⅰ)72単位/日 (Ⅱ)72単位/日	(Ⅰ)72単位/日 (Ⅱ)572単位/日	72単位/日	死亡日及び死亡日以前30日以下64単位/日	・Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)～(Ⅲ) ・Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)～(Ⅲ)	80単位/日(療養老健) 80単位/日(上記以外)	「死亡日」、「死亡日以前14日以内」に2日以上ターミナルケアを行った場合2000単位/月	400単位/月
	死亡日以前4日以上30日以下	(Ⅰ)144単位/日 (Ⅱ)144単位/日	(Ⅰ)144単位/日 (Ⅱ)644単位/日	144単位/日			160単位/日(療養老健) 160単位/日(上記以外)		
	死亡日前日及び前々日	(Ⅰ)680単位/日 (Ⅱ)780単位/日	(Ⅰ)680単位/日 (Ⅱ)1180単位/日	680単位/日			820単位/日(療養老健) 850単位/日(上記以外)		
	死亡日	(Ⅰ)1280単位/日 (Ⅱ)1580単位/日	(Ⅰ)1280単位/日 (Ⅱ)1780単位/日	1280単位/日			1650単位/日(療養老健) 1700単位/日(上記以外)		
対象者要件		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と判断した者						末期の悪性腫瘍その他大臣が定める者	末期の悪性腫瘍の患者
提供体制要件		<ul style="list-style-type: none"> 常勤の看護師を1名以上配置 看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保 配置医師緊急時対応加算の要件に該当(Ⅱ) 	<ul style="list-style-type: none"> 夜間看護体制加算を(※)算定 (※)夜間看護体制加算 看護師確保、看護師による24時間連絡できる体制確保、重度化した場合の指針作成、同意 	<ul style="list-style-type: none"> 医療連携体制加算(※)を算定 (※)医療連携体制加算 看護師確保、看護師による24時間連絡できる体制確保等 	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員配置加算(Ⅰ)(常勤専従看護師1以上配置)を算定 24時間連絡できる体制を確保 	<ul style="list-style-type: none"> Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ):入所者のうち10/100以上 Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅱ)(Ⅲ):入所者のうち5/100以上 	—	<ul style="list-style-type: none"> 24時間連絡できる体制を確保 必要に応じて、訪問看護を行うことができる体制を確保 	—

看取り関連加算の主な介護報酬上の加算の算定率(算定施設割合)

	種類	加算名称	算定率 (令和4年度※1)	(参考)算定率 (平成30年度※2)
訪問系	訪問看護	ターミナルケア加算	11.8%	8.2%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	ターミナルケア加算	1.9%	1.1%
短期滞在系	小規模多機能型居宅介護	看取り連携体制加算	0.5%	0.3%
	看護小規模多機能型居宅介護	ターミナルケア加算	10.4%	5.9%
居住系	認知症対応型共同生活介護	看取り介護加算(死亡日以前31日以上45日以下)	2.1%	-
		看取り介護加算(死亡日以前4日以上30日以下)	3.6%	2.5%
		看取り介護加算(死亡前日・前々日)	3.8%	2.6%
		看取り介護加算(死亡日)	3.9%	2.6%
	特定施設入居者生活介護	看取り介護加算Ⅰ(死亡日以前31日以上45日以下)	5.5%	-
		看取り介護加算Ⅰ(死亡日以前4日以上30日以下)	9.9%	8.6%
		看取り介護加算Ⅰ(死亡前日・前々日)	10.4%	9.1%
		看取り介護加算Ⅰ(死亡日)	10.5%	9.2%
		看取り介護加算Ⅱ(死亡日以前31日以上45日以下)	2.6%	-
		看取り介護加算Ⅱ(死亡日以前4日以上30日以下)	4.4%	-
		看取り介護加算Ⅱ(死亡前日・前々日)	4.6%	-
		看取り介護加算Ⅱ(死亡日)	4.6%	-
	地域密着型特定施設入居者生活介護	看取り介護加算Ⅰ(死亡日以前31日以上45日以下)	3.4%	-
		看取り介護加算Ⅰ(死亡日以前4日以上30日以下)	6.3%	4.2%
		看取り介護加算Ⅰ(死亡前日・前々日)	6.6%	4.6%
		看取り介護加算Ⅰ(死亡日)	6.5%	4.7%
		看取り介護加算Ⅱ(死亡日以前31日以上45日以下)	0.6%	-
		看取り介護加算Ⅱ(死亡日以前4日以上30日以下)	1.0%	-
		看取り介護加算Ⅱ(死亡前日・前々日)	0.9%	-
		看取り介護加算Ⅱ(死亡日)	0.9%	-

※1:(出典)介護保険総合データベースの任意集計結果。(令和4年4月～令和5年3月サービス提供分における各月の請求事業所件数から、12ヶ月間の平均算定率を集計)
 ※2:(出典)介護保険総合データベースの任意集計結果。(平成30年4月～平成31年3月サービス提供分における各月の請求事業所件数から、12ヶ月間の平均算定率を集計)

看取り関連加算の主な介護報酬上の加算の算定率(算定施設割合)

	種類	加算名称	算定率 (令和4年度※1)	(参考)算定率 (平成30年度※2)
施設サービス	介護老人福祉施設	看取り介護加算Ⅰ(死亡日以前31日以上45日以下)	12.8%	-
		看取り介護加算Ⅰ(死亡日以前4日以上30日以下)	22.4%	16.7%
		看取り介護加算Ⅰ(死亡前日・前々日)	23.7%	17.8%
		看取り介護加算Ⅰ(死亡日)	23.9%	17.9%
		看取り介護加算Ⅱ(死亡日以前31日以上45日以下)	4.2%	-
		看取り介護加算Ⅱ(死亡日以前4日以上30日以下)	7.1%	5.4%
		看取り介護加算Ⅱ(死亡前日・前々日)	7.5%	5.7%
		看取り介護加算Ⅱ(死亡日)	7.6%	5.8%
	地域密着型介護老人福祉施設	看取り介護加算Ⅰ(死亡日以前31日以上45日以下)	6.2%	-
		看取り介護加算Ⅰ(死亡日以前4日以上30日以下)	10.8%	6.9%
		看取り介護加算Ⅰ(死亡前日・前々日)	11.4%	7.5%
		看取り介護加算Ⅰ(死亡日)	11.5%	7.6%
		看取り介護加算Ⅱ(死亡日以前31日以上45日以下)	1.7%	-
		看取り介護加算Ⅱ(死亡日以前4日以上30日以下)	2.9%	1.9%
		看取り介護加算Ⅱ(死亡前日・前々日)	3.1%	2.0%
		看取り介護加算Ⅱ(死亡日)	3.1%	2.1%
	介護老人保健施設	ターミナルケア加算(死亡日以前31日以上45日以下)	17.8%	-
		ターミナルケア加算(死亡日以前4日以上30日以下)	30.6%	22.9%
		ターミナルケア加算(死亡前日・前々日)	32.1%	24.1%
		ターミナルケア加算(死亡日)	32.4%	24.4%
居宅介護支援	居宅介護支援	ターミナルケアマネジメント加算	1.9%	0.9%

※1:(出典)介護保険総合データベースの任意集計結果。(令和4年4月～令和5年3月サービス提供分における各月の請求事業所件数から、12ヶ月間の平均算定率を集計)

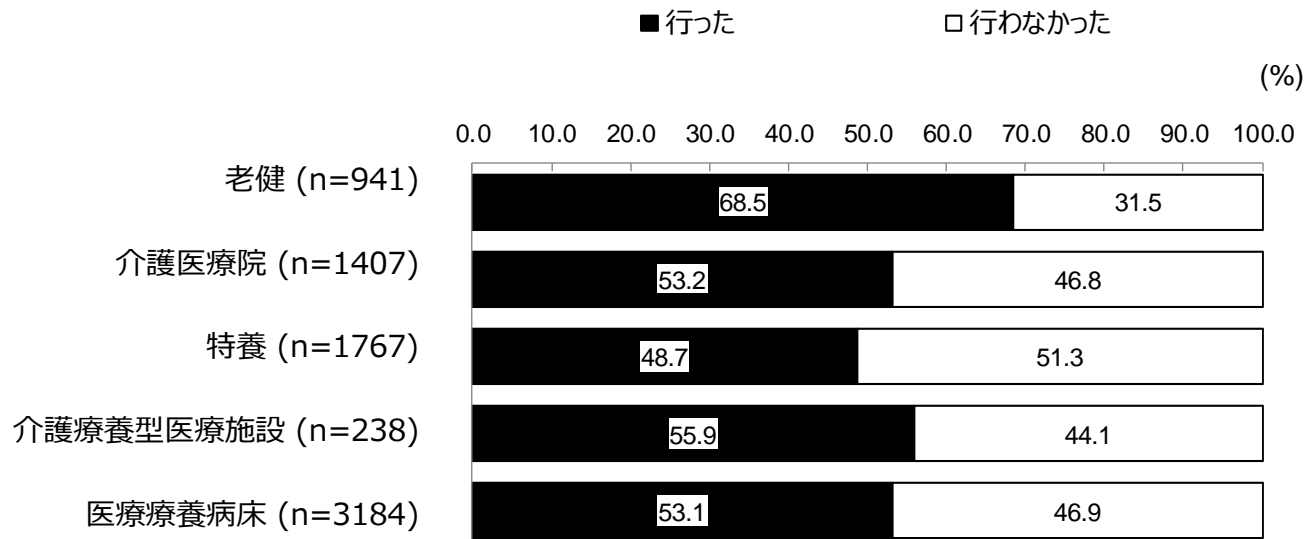
※2:(出典)介護保険総合データベースの任意集計結果。(平成30年4月～平成31年3月サービス提供分における各月の請求事業所件数から、12ヶ月間の平均算定率を集計)

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 に基づいた対応を行った割合

社会保障審議会
介護給付費分科会(第221回)
令和5年8月7日 資料3(一部改変)

○ 死亡退所者・退院患者のうち、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づいた対応を行った割合は、老健68.5%、介護医療院53.2%、特養48.7%であった。

■ 死亡退所者・退院患者のうち、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づいた対応を行った割合



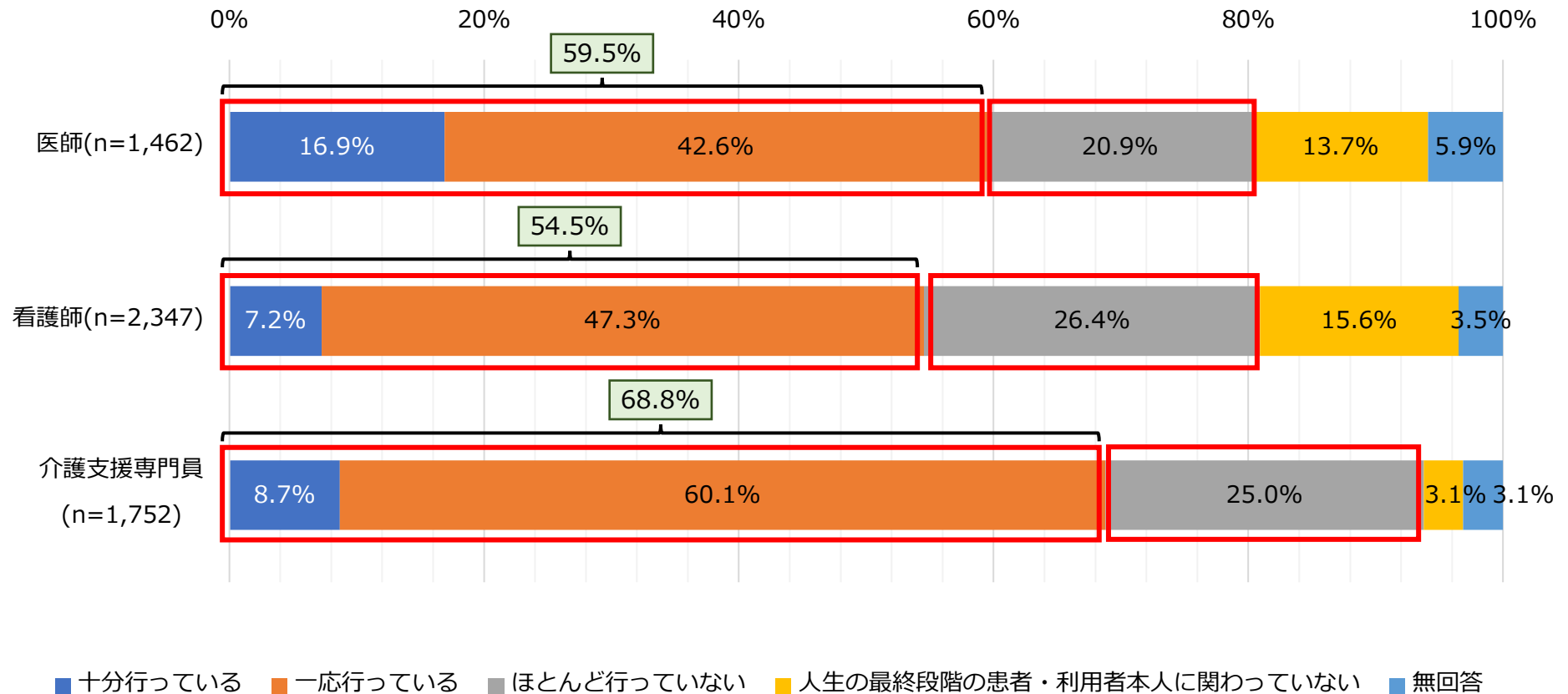
	n	行った	行わなかった
老健	941	645	296
介護医療院	1,407	748	659
特養	1,767	861	906
介護療養型医療施設	238	133	105
医療療養病床	3,184	1,692	1,492

人生の最終段階における医療・ケアに関する話し合いの実施状況

○ 担当患者・利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアに関する話し合いについて、「十分行っている」及び「一応行っている」を合わせると、医師が59.5%、看護師が54.5%、介護支援専門員が68.8%である。一方、医師の20.9%、看護師の26.4%、介護支援専門員の25.0%が、「ほとんど行っていない」としている。

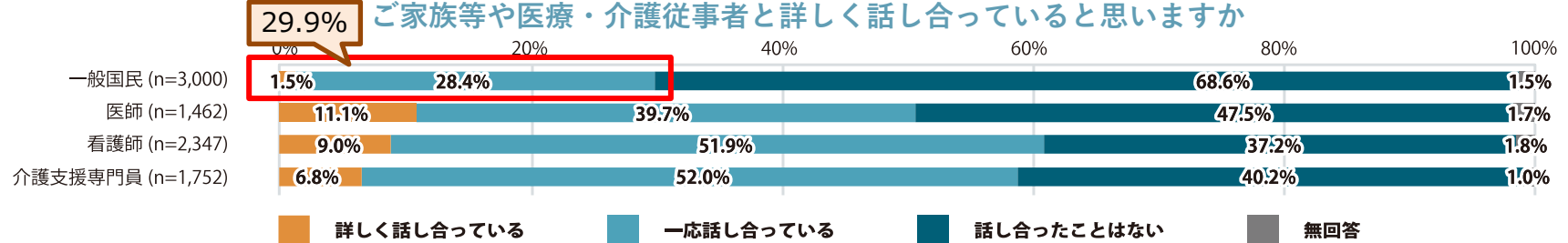
あなたは、担当される患者・利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアについて、十分な話し合いを行っていると
思いますか。(○は1つ)

※ 患者・利用者本人の意思が確認できない場合は、患者・利用者本人の意思に基づいて家族等と十分な話し合いを行っていると
思いますか。

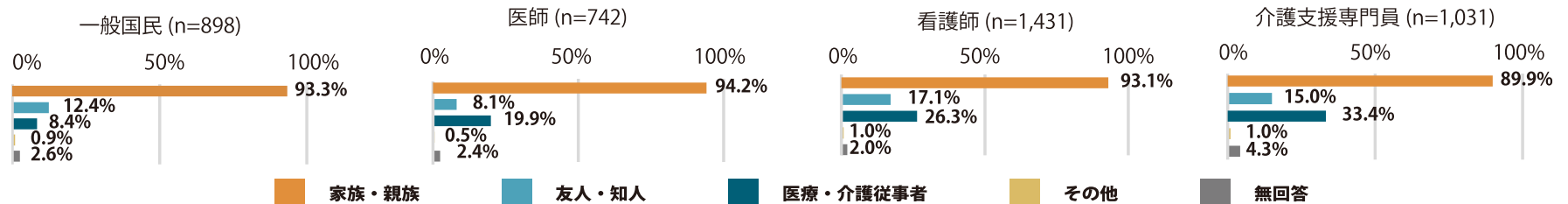


人生の最終段階における医療・ケアに関する 家族等や医療・介護従事者との話し合いの実施状況

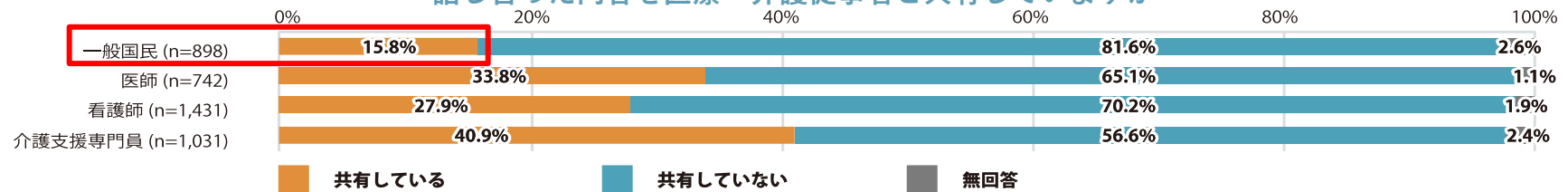
あなたが人生の最終段階で受たいもしくは受けたくない医療・ケアについて、
ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っていますか



「あなたが人生の最終段階で受たいもしくは受けたくない医療・ケアについて、ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っていますか」の間に「詳しく話し合っている」「一応話し合っている」と回答した方にお尋ねします。
どなたと話し合いましたか (複数回答可)



「あなたが人生の最終段階で受たいもしくは受けたくない医療・ケアについて、ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っていますか」の間に「詳しく話し合っている」「一応話し合っている」と回答した方にお尋ねします。
話し合った内容を医療・介護従事者と共有していますか



厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」(速報値)

※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある

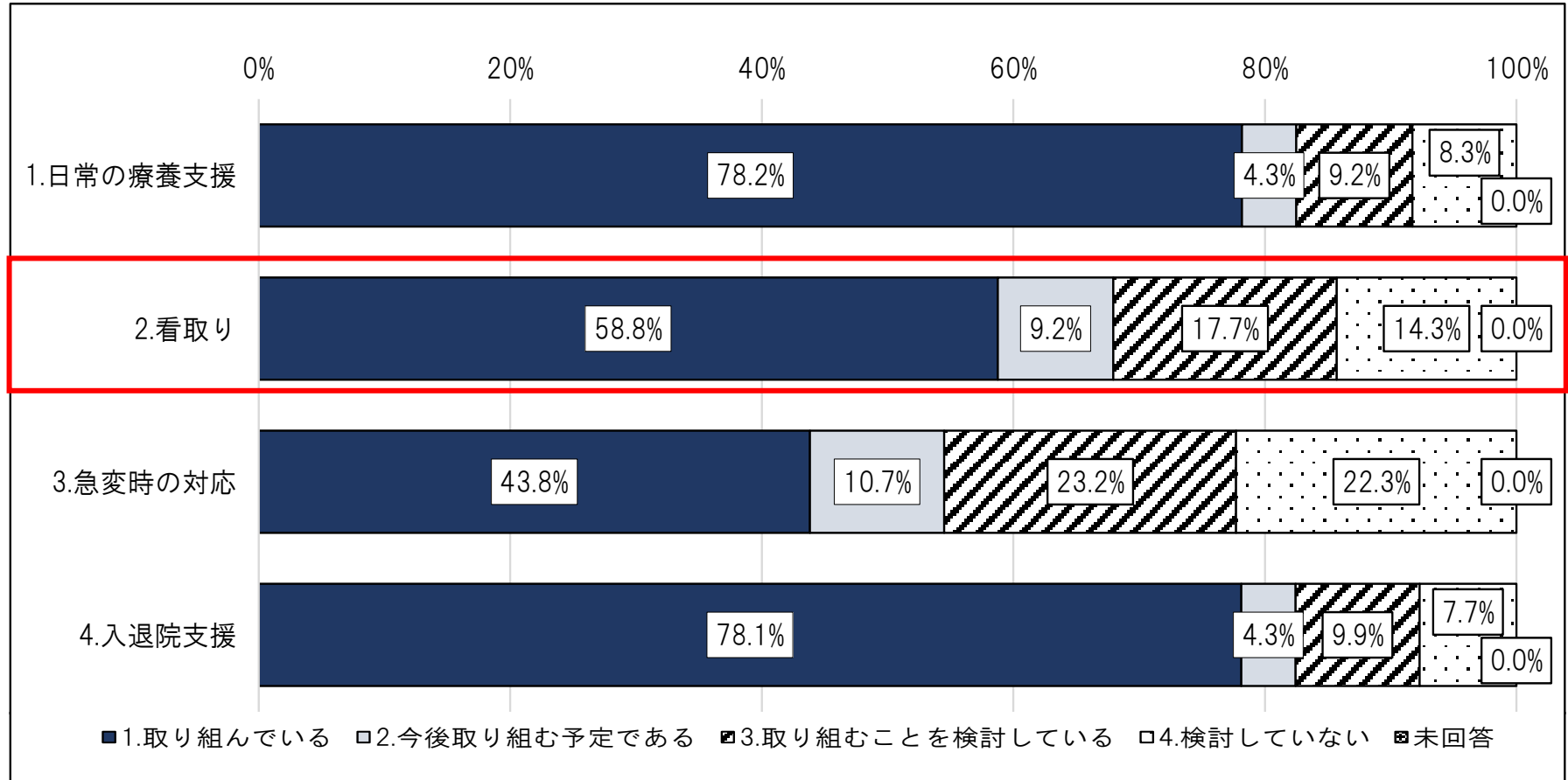
※ 回答の比率(%)は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

事業展開の現状①（在宅医療・介護連携推進事業）

意見交換 資料-1 参考
R5. 5. 18 (改)

○ 在宅医療・介護連携推進事業における4つの場面を意識した取組の状況について、「看取り」は58.8%であった。

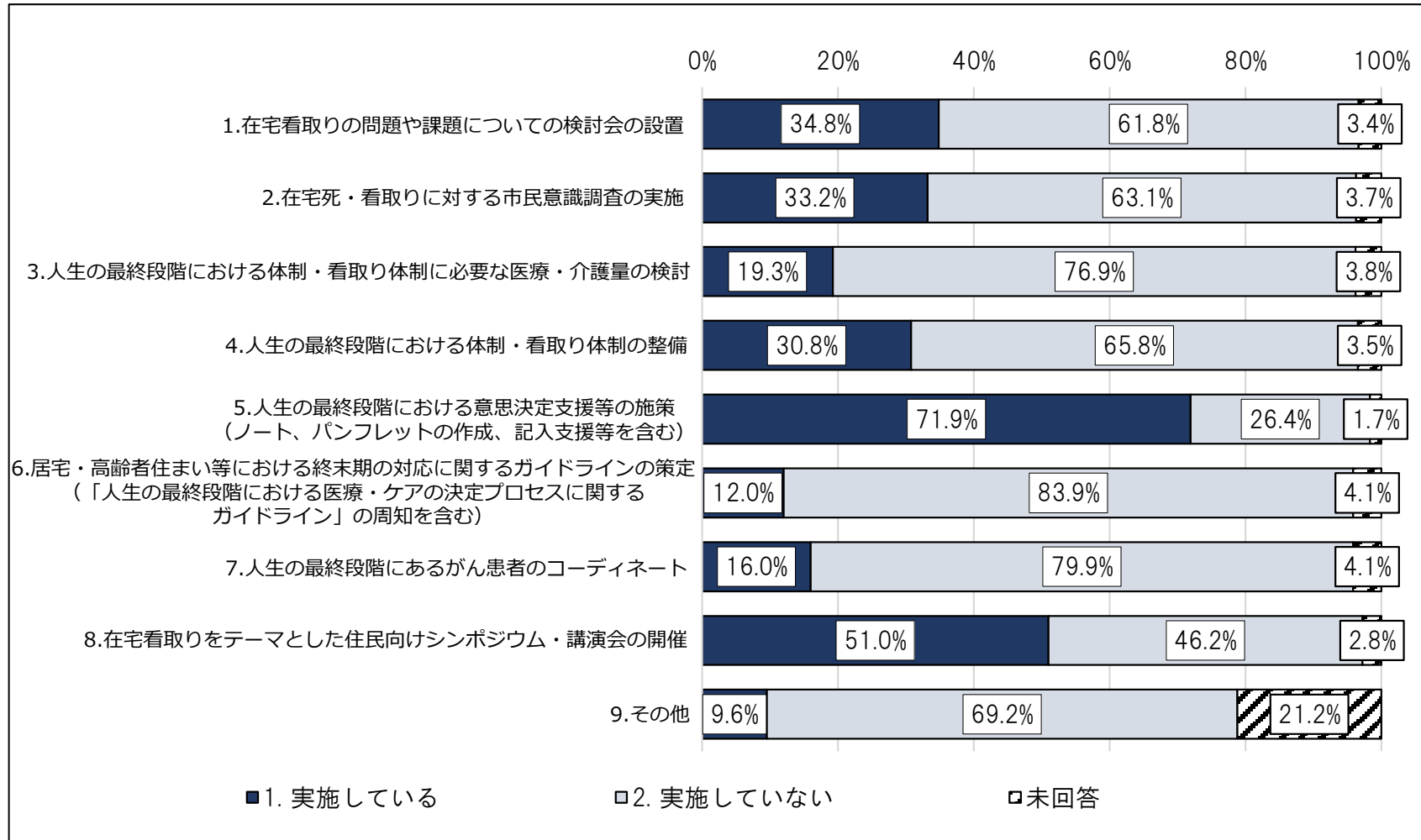
○ 「4つの場面」を意識した取組の状況 (n=1741)



事業展開の現状②（在宅医療・介護連携推進事業）

○ 「看取り」の場面に係る取組では、「人生の最終段階における意思決定支援等の施策」が約70%と最も多く取り組まれており、次いで「在宅看取りをテーマとした住民向けシンポジウム・講演会の開催」が取り組まれていた。

○ 「看取り」の場面に係る取組の状況 (n=1183)



1. サービス提供等の状況
 - (1) 医療・介護連携
 - (2) 人生の最終段階の医療・介護



2. 令和3年度介護報酬改定の内容

3. 関連する各種意見
4. 現状と課題及び論点

2.(3)医療と介護の連携の推進

改定事項

- ① 基本方針を踏まえた居宅療養管理指導の実施と多職種連携の推進
- ② 医師・歯科医師から介護支援専門員への情報提供の充実
- ③ 外部の管理栄養士による居宅療養管理指導の評価
- ④ 歯科衛生士等による居宅療養管理指導の充実
- ⑤ 短期入所療養介護における医学的管理の評価の充実
- ⑥ 認知症グループホームにおける医療ニーズへの対応強化
- ⑦ 退所前連携加算の見直し
- ⑧ 所定疾患施設療養費の見直し
- ⑨ かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し
- ⑩ 有床診療所から介護医療院への移行促進
- ⑪ 長期療養・生活施設の機能の強化
- ⑫ 介護医療院の薬剤管理指導の見直し
- ⑬ 介護療養型医療施設の円滑な移行

2. (6) ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

改定事項

- ① 質の高いケアマネジメントの推進(特定事業所加算の見直し等)
- ② 逡減制の見直し
- ③ 医療機関との情報連携の強化
- ④ 看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等に係る評価
- ⑤ 介護予防支援の充実

2.(3)① 基本方針を踏まえた居宅療養管理指導の実施と多職種連携の推進

概要

【居宅療養管理指導★】

- 居宅療養管理指導について、基本方針を踏まえ、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、より適切なサービスを提供していく観点から、近年、「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」を進める動きがあることも踏まえ、また多職種間での情報共有促進の観点から、見直しを行う。【省令改正、通知改正】

基準・算定要件等

- 以下の内容を通知に記載する。
 - < 医師・歯科医師 >
 - ・ 居宅療養管理指導の提供に当たり、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、利用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つながるよう留意し、必要に応じて指導、助言等を行う。
 - < 薬剤師・歯科衛生士・管理栄養士 >
 - ・ 居宅療養管理指導の提供に当たり、（上記の）医師・歯科医師の指導、助言等につながる情報の把握に努め、必要な情報を医師又は歯科医師に提供する。
- 以下の内容等を運営基準（省令）に規定する。
 - < 薬剤師 >
 - ・ 療養上適切な居宅サービスが提供されるために必要があると認める場合や、居宅介護支援事業者等から求めがあった場合は、居宅サービス計画の作成、居宅サービスの提供等に必要な情報提供又は助言を行う。

2.(3)② 医師・歯科医師から介護支援専門員への情報提供の充実

概要

【居宅療養管理指導★】

- 医師・歯科医師による居宅療養管理指導について、医師・歯科医師から介護支援専門員に適時に必要な情報が提供され、ケアマネジメントに活用されるようにする観点から、算定要件である介護支援専門員への情報提供に当たっての様式について見直しを行う。【通知改正】
 - ・ 医師：主治医意見書の様式を踏まえた新たな様式を設定。
 - ・ 歯科医師：歯科疾患在宅療養管理料（医療）の様式を踏まえた新たな様式を設定。
- ※ 様式には、居宅要介護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がるよう、関連の記載欄を設定。（※2（3）①参照）

2.(3)③ 外部の管理栄養士による居宅療養管理指導の評価

概要

【居宅療養管理指導★】

- 管理栄養士による居宅療養管理指導について、診療報酬の例も参考に、当該事業所以外の他の医療機関、介護保険施設、日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」の管理栄養士が実施する場合の区分を新たに設定する。【告示改正、通知改正】

単位数

<現行>

なし

⇒

<改定後>

- 二 管理栄養士が行う場合
- (2) 居宅療養管理指導費（Ⅱ）
当該指定居宅療養管理指導事業所以外の管理栄養士が行った場合
 - (一) 単一建物居住者1人に対して行う場合
 - (二) 単一建物居住者2人から9人以下に対して行う場合
 - (三) (一)及び(二)以外の場合

算定要件等

- 当該事業所以外の他の医療機関、介護保険施設、日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」と連携して、当該事業所以外の管理栄養士が居宅療養管理指導を実施した場合。
- ※ 介護保険施設は、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。

2.(3)④ 歯科衛生士等による居宅療養管理指導の充実

概要

【居宅療養管理指導★】

- 歯科衛生士等による居宅療養管理指導を行った場合の記録等の様式について、その充実を図る観点から、診療報酬における訪問歯科衛生指導料や歯科衛生実地指導料の記載内容を参考に新たな様式を設定する。【通知改正】

2.(3)⑤ 短期入所療養介護における医学的管理の評価の充実

概要

【短期入所療養介護★】

- 介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護について、医療ニーズのある利用者の受入の促進や介護老人保健施設における在宅療養支援機能の推進を図るため、医師が診療計画に基づき必要な診療、検査等を行い、退所時にかかりつけ医に情報提供を行う総合的な医学的管理を評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

単位数

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

算定要件等

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

2.(3)⑥ 認知症グループホームにおける医療ニーズへの対応強化

概要

【認知症対応型共同生活介護】

- 認知症グループホームにおいて、医療ニーズのある入居者への対応を適切に評価し、医療ニーズのある者の積極的な受入れを促進する観点から、医療連携体制加算（Ⅱ）及び（Ⅲ）の医療的ケアが必要な者の受入実績要件（前12月間において喀痰吸引又は経腸栄養が行われている者が1人以上）について、喀痰吸引・経腸栄養に加えて、医療ニーズへの対応状況や内容、負担を踏まえ、他の医療的ケアを追加する見直しを行う。【告示改正】

単位数・算定要件等

※追加する医療的ケアは下線部

		医療連携体制加算(Ⅰ)	医療連携体制加算(Ⅱ)	医療連携体制加算(Ⅲ)
単位数		39単位/日	49単位/日	59単位/日
算定要件	看護体制要件	<ul style="list-style-type: none"> 事業所の職員として、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること。 	<ul style="list-style-type: none"> 事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置していること。 	<ul style="list-style-type: none"> 事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること。
	医療的ケアが必要な者受入要件	—	<ul style="list-style-type: none"> 算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する状態の入居者が1人以上であること。 (1) 喀痰(かくたん)吸引を実施している状態 (2) 経鼻胃管や胃瘻(ろう)等の経腸栄養が行われている状態 <u>(3) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態</u> <u>(4) 中心静脈注射を実施している状態</u> <u>(5) 人工腎臓を実施している状態</u> <u>(6) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態</u> <u>(7) 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態</u> <u>(8) 褥瘡に対する治療を実施している状態</u> <u>(9) 気管切開が行われている状態</u> 	<ul style="list-style-type: none"> 事業所の職員である看護師、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること
	指針の整備要件	<ul style="list-style-type: none"> 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。 		

※1 別区分同士の併算定は不可。

※2 介護予防は含まない。

2.(3)⑦ 退所前連携加算の見直し

概要

【介護老人保健施設】

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

単位数

<現行>

退所前連携加算 500単位

⇒

<改定後>

入退所前連携加算（Ⅰ） 600単位（新設）

入退所前連携加算（Ⅱ） 400単位（新設）

算定要件等

<入退所前連携加算（Ⅰ）>

※入所者1人につき1回を限度

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

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

<入退所前連携加算（Ⅱ）>

- ・ 入退所前連携加算（Ⅰ）のロの要件を満たすこと。

2.(3)⑨ かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し

概要

【介護老人保健施設】

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

単位数

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

算定要件等

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

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）>

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

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）>

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

<かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）>

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

2.(3)⑪ 長期療養・生活施設の機能の強化

概要

【介護医療院】

- 介護医療院について、医療の必要な要介護者の長期療養施設としての機能及び生活施設としての機能をより充実させる観点から、療養病床における長期入院患者を受け入れ、生活施設としての取組を説明し、適切なサービス提供を行うことを評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

単位数

<現行>
なし

⇒

<改定後>
長期療養生活移行加算 60単位/日 (新設)

算定要件等

- 次のいずれの要件も満たす場合、入所した日から90日間に限り算定可能。
 - ・ 入所者が療養病床に1年間以上入院していた患者であること。
 - ・ 入所にあたり、入所者及び家族等に生活施設としての取組について説明を行うこと。
 - ・ 入所者や家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動等に積極的に関与していること。

2.(6)③ 医療機関との情報連携の強化

概要

【居宅介護支援】

- 居宅介護支援について、医療と介護の連携を強化し、適切なケアマネジメントの実施やケアマネジメントの質の向上を進める観点から、利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを一定の場合に評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

単位数

<現行>

なし

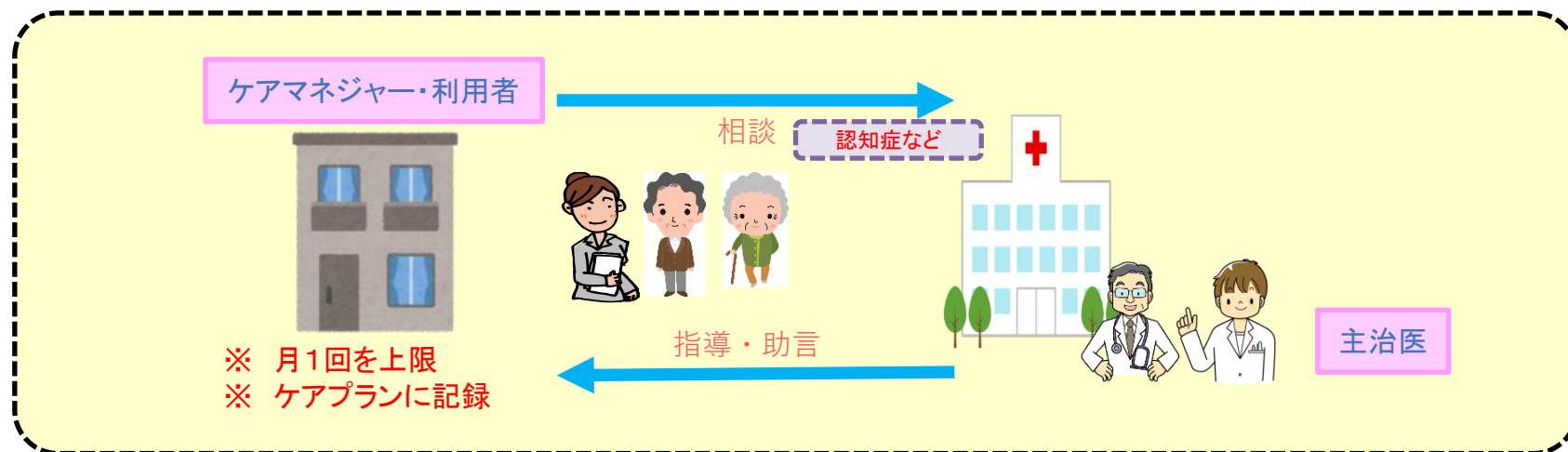
<改定後>

⇒

通院時情報連携加算 50単位/月 (新設)

算定要件等

- ・利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする
- ・利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録した場合



2.(2)看取りへの対応の充実

改定事項

- ① 看取り期における本人の意思を尊重したケアの充実
- ② 特別養護老人ホームにおける看取りへの対応の充実
- ③ 介護老人保健施設における看取りへの対応の充実
- ④ 介護医療院等における看取りへの対応の充実
- ⑤ 介護付きホームにおける看取りへの対応の充実
- ⑥ 認知症グループホームにおける看取りへの対応の充実
- ⑦ 訪問介護における看取り期の対応の評価
- ⑧ 通所困難な利用者の入浴機会の確保

2. (6) ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

改定事項

- ① 質の高いケアマネジメントの推進(特定事業所加算の見直し等)
- ② 逡減制の見直し
- ③ 医療機関との情報連携の強化
- ④ 看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等に係る評価
- ⑤ 介護予防支援の充実

2.(2)① 看取り期における本人の意思を尊重したケアの充実

概要

【短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

- 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、訪問看護等のターミナルケア加算における対応と同様に、基本報酬（介護医療院、介護療養型医療施設、短期入所療養介護（介護老人保健施設によるものを除く））や看取りに係る加算の算定要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。【告示改正、通知改正】
- 施設系サービスについて、サービス提供にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求める。【通知改正】

算定要件等

- ターミナルケアに係る要件として、以下の内容等を通知等に記載する。
 - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うこと。
- 施設サービス計画の要件として、以下の内容等を運営基準の通知に記載する。
 - ・ 施設サービス計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めること。

2.(2)② 特別養護老人ホームにおける看取りへの対応の充実

概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

- 特別養護老人ホームにおける中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算の算定要件の見直しを行うとともに【告示改正、通知改正】、現行の死亡日以前30日前からの算定に加え、それ以前の一定期間の対応についても新たに評価する区分を設ける【告示改正】。
- あわせて、サービス提供にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求めることとする。【通知改正】

単位数

<現行>	<改定後>
看取り介護加算(Ⅰ)	看取り介護加算(Ⅰ)
死亡日30日前～4日前 144単位/日	⇒ 死亡日45日前～31日前 72単位/日 (新設)
死亡日前々日、前日 680単位/日	⇒ 変更なし
死亡日 1,280単位/日	⇒ 変更なし
	<看取り介護加算(Ⅰ)>
看取り介護加算(Ⅱ)	看取り介護加算(Ⅱ)
死亡日30日前～4日前 144単位/日	⇒ 死亡日45日前～31日前 72単位/日 (新設)
死亡日前々日、前日 780単位/日	⇒ 変更なし
死亡日 1,580単位/日	⇒ 変更なし

算定要件等

- 看取り介護加算の要件として、以下の内容等を規定する。
 - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うこと。(通知)
 - ・ 看取りに関する協議の場の参加者として、生活相談員を明記する。(告示)
- 施設サービス計画の作成に係る規定として、以下の内容等を通知に記載する。
 - ・ 施設サービス計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めること。

2.(2)③ 介護老人保健施設における看取りへの対応の充実

概要

【介護老人保健施設】

- 介護老人保健施設における中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、ターミナルケア加算の算定要件の見直しを行うとともに【告示改正、通知改正】、現行の死亡日以前30日前からの算定に加え、それ以前の一定期間の対応についても新たに評価する区分を設ける【告示改正】。
- あわせて、サービス提供にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求めることとする。【通知改正】

単位数

ターミナルケア加算
<現行>

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

⇒

<改定後>

死亡日45日前～31日前 80単位/日 (新設)
変更なし
変更なし
変更なし



算定要件等

- ターミナルケア加算の要件として、以下の内容等を規定する。
 - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うこと。(通知)
 - ・ 看取りに関する協議等の場の参加者として、支援相談員を明記する。(告示)
- 施設サービス計画の作成に係る規定として、以下の内容等を通知に記載する。
 - ・ 施設サービス計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めること。

2.(2)④ 介護医療院等における看取りへの対応の充実

概要

【介護医療院、介護療養型医療施設、短期入所療養介護（介護老人保健施設によるものを除く）】

- 介護医療院及び介護療養型医療施設における看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、以下の見直しを行う。
 - ・ 基本報酬の算定要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。【告示改正、通知改正】
 - ・ サービス提供にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求める。【通知改正】

算定要件等

- 介護医療院サービスの施設基準（告示）におけるターミナルケア要件及び通知に以下の内容を規定する。
 - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うこと。
- 施設サービス計画の作成に係る規定として、以下の内容等を通知に記載する。
 - ・ 施設サービス計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めること。

2. (2)⑤ 介護付きホームにおける看取りへの対応の充実

概要

【特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護】

- 介護付きホームにおける中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算の算定要件の見直しを行うとともに【告示改正、通知改正】、現行の死亡日以前30日前からの算定に加え、それ以前の一定期間の対応について、新たに評価する区分を設ける【告示改正】。さらに、看取り期において夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に評価する新たな区分を設ける【告示改正】。

単位数

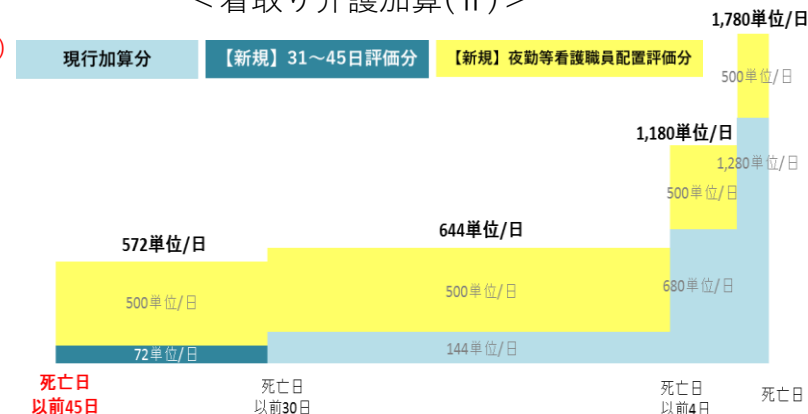
<現行>

看取り介護加算	
死亡日30日前～4日前	144単位/日
死亡日前々日、前日	680単位/日
死亡日	1,280単位/日

⇒

<改定後>	
看取り介護加算(Ⅰ)	
死亡日45日前～31日前	72単位/日 (新設)
変更なし	
変更なし	
変更なし	
看取り介護加算(Ⅱ) (新設)	
死亡日45日前～31日前	572単位/日
死亡日30日前～4日前	644単位/日
死亡日前々日、前日	1,180単位/日
死亡日	1,780単位/日

<看取り介護加算(Ⅱ)>



算定要件等

<看取り介護加算(Ⅰ)>

- 要件として、以下の内容等を規定する。
 - ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うこと。
 - ・看取りに関する協議等の場の参加者として、生活相談員を明記する。(告示) (通知)

<看取り介護加算(Ⅱ)>

- ・(Ⅰ)の算定要件に加え、看取り期において夜勤又は宿直により看護職員を配置していること。

2.(2)⑥ 認知症グループホームにおける看取りへの対応の充実

概要

【認知症対応型共同生活介護】

- 認知症グループホームにおける中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算について、以下の見直しを行う。
- ア 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。【通知改正】
- イ 算定日数期間を超えて看取りに係るケアを行っている実態があることを踏まえ、現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、それ以前の一定期間の対応について、新たに評価する区分を設ける。【告示改正】

単位数

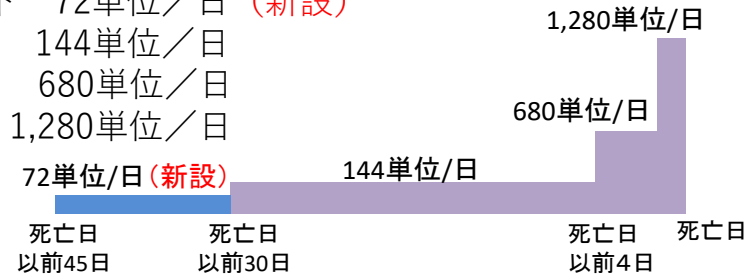
- 看取り介護加算（短期利用を除く）
<現行>

死亡日以前4～30日以下 144単位/日
 死亡日以前2日又は3日 680単位/日
 死亡日 1,280単位/日



<改定後>

死亡日以前31～45日以下 72単位/日 (新設)
 死亡日以前4～30日以下 144単位/日
 死亡日以前2日又は3日 680単位/日
 死亡日 1,280単位/日



算定要件等

(施設基準)

- ・ 看取り指針を定め、入居の際に、利用者等に対して内容を説明し、同意を得る
- ・ 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による協議の上、看取りの実績等を踏まえ、看取り指針の見直しを実施
- ・ 看取りに関する職員研修の実施

(利用者基準)

- ・ 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者
- ・ 医師、看護職員、介護支援専門員等が共同で作成した介護計画について説明を受け、その計画に同意している者
- ・ 看取り指針に基づき、介護記録等の活用による説明を受け、同意した上で介護を受けている者

(その他の基準)

- ・ 医療連携体制加算を算定していること
- ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うこと (追加)

2.(2)⑦ 訪問介護における看取り期の対応の評価

概要

【訪問介護】

- 看取り期における対応の充実と適切な評価を図る観点から、看取り期には頻回の訪問介護が必要とされるときも、柔軟な対応が求められることを踏まえ、看取り期の利用者に訪問介護を提供する場合に、訪問介護に係る2時間ルール^{※1}の運用を弾力化し、2時間未満の間隔で訪問介護が行われた場合に、所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数の算定を可能とする。【通知改正】

単位数

- 所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数の算定を可能とする。

<単位数>

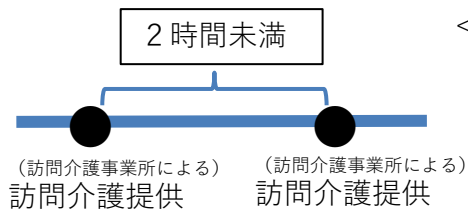
身体介護中心型	20分未満	167単位
	20分以上30分未満	250単位
	30分以上1時間未満	396単位
	1時間以上1時間30分未満	579単位
生活援助中心型	+以降30分を増すごとに	84単位
	20分以上45分未満	183単位
	45分以上	225単位

※単位数はすべて1回あたり。
※今回改定後の単位数

算定要件等

※追加する利用者は下線部

- 訪問介護は在宅の要介護者の生活パターンに合わせて提供されるべきであることから、単に1回の長時間の訪問介護を複数回に区分して行うことは適切ではない。したがって、前回提供した指定訪問介護からおおむね2時間未満の間隔で指定訪問介護が行われた場合には、それぞれの所要時間を合算するものとする（緊急時訪問介護加算を算定する場合 又は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と診断した者に訪問介護を提供する場合を除く。）。



<現行の取扱い>

それぞれの所要時間を合算して報酬を算定
例：それぞれ身体介護を25分提供
→合算して50分提供したものととして報酬を算定するため、30分以上1時間未満の396単位を算定

<改定後>

所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数を算定
例：それぞれ身体介護を25分提供
→合算せずにそれぞれ25分提供したものととして報酬を算定するため、250単位×2回=500単位を算定

※1 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合を除く。
※2 頻回の訪問として、提供する20分未満の身体介護中心型の単位を算定する際の例外あり。

2.(2)⑧ 通所困難な利用者の入浴機会の確保

概要

【小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護】

- 看取り期等で多機能系サービスへの通いが困難となった状態が不安定な利用者に入浴の機会を確保する観点から、多機能系サービスの提供にあたって、併算定できない訪問入浴介護のサービスを、多機能系サービス事業者の負担の下で提供することが可能であることを明確化する。【通知改正】

基準

< 現行 >

利用者の負担によって（看護）小規模多機能型居宅介護の一部を付添者等に行わせることがあってはならない。

< 改定後 >

利用者の負担によって（看護）小規模多機能型居宅介護の一部を付添者等に行わせることがあってはならない。
ただし、（看護）小規模多機能型居宅介護事業者の負担により、訪問入浴介護等のサービスの利用に供することは差し支えない。 （追加）



※追加は下線部	（看護）小規模多機能型居宅介護	（参考）認知症グループホーム
指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準 （平成18年3月14日厚生労働省令第34号）	（介護等） 第78条 2 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、その利用者に対して、利用者の負担により、利用者の居宅又は当該サービスの拠点における小規模多機能型居宅介護従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。 （準用） 第182条（略）第78条、（中略）の規定は、指定看護小規模多機能型居宅介護の事業について準用する。（以下、略）	（介護等） 第99条 2 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、その利用者に対して、利用者の負担により、当該共同生活住居における介護従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。
指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について （平成18年3月31日老計発第0331004号、老振発第0331004号、老老発第0331017号）	第3 地域密着型サービス 四 小規模多機能型居宅介護 4 運営に関する基準 （9）介護等 ② 同条第2項は、指定小規模多機能型居宅介護事業者は、指定小規模多機能型居宅介護のサービスを事業所の従業者に行わせなければならないことを定めたものであり、例えば、利用者の負担によって指定小規模多機能型居宅介護の一部を付添者等に行わせることがあってはならない。 <u>ただし、指定小規模多機能型居宅介護事業者の負担により、訪問入浴介護等のサービスの利用に供することは差し支えない。</u> 八 看護小規模多機能型居宅介護 4 運営に関する基準 （6）準用（基準第182条）（略）	第3 地域密着型サービス 五 認知症対応型共同生活介護 4 運営に関する基準 （6）介護等 ② 同条第2項は、指定認知症対応型共同生活介護事業所で提供されるサービスは施設サービスに準じ、当該共同生活住居において完結する内容であることを踏まえ、当該事業所の従業者でないいわゆる付添者による介護や、居宅療養管理指導を除く他の居宅サービスを、入居者にその負担によって利用させることができないこととしたものである。ただし、指定認知症対応型共同生活介護事業者の負担により、通所介護等のサービスの利用に供することは差し支えない。

2.(6)④ 看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等に係る評価

概要

【居宅介護支援】

- 看取り期における適切な居宅介護支援の提供や医療と介護の連携を推進する観点から、居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が利用者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に、モニタリングやサービス担当者会議における検討等必要なケアマネジメント業務や給付管理のための準備が行われ、介護保険サービスが提供されたものと同等に扱うことが適当と認められるケースについて、居宅介護支援の基本報酬の算定を可能とする見直しを行う。【通知改正】

単位数

< 現行 >

サービス利用の実績がない場合は請求不可

< 改定後 >

居宅介護支援費を算定可

⇒

算定要件等

- ・モニタリング等の必要なケアマネジメント業務を行い、給付管理票の（原案の）作成など、請求にあたって必要な書類の整備を行っていること
- ・居宅介護支援費を算定した旨を適切に説明できるよう、個々のケアプラン等において記録で残しつつ、居宅介護支援事業所において、それらの書類等を管理しておくこと

退院

退院に向けて利用者の状態変化のタイミングに合わせて、アセスメントやサービス担当者会議等の必要なケアマネジメント業務を行い、ケアプランを作成




状態変化

利用者・家族からの相談、調整や、サービス事業者等の調整、ケアプランの変更 等

死亡

【現行】 サービス利用の実績がない場合、居宅介護支援費算定不可

【改定後】 サービス利用の実績がない場合であっても、居宅介護支援費算定可

1. サービス提供等の状況
 - (1) 医療・介護連携
 - (2) 人生の最終段階の医療・介護
2. 令和3年度介護報酬改定の内容
-  3. 関連する各種意見
4. 現状と課題及び論点

関連する各種意見

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

<今後の課題>

- あわせて、今回の介護報酬改定の影響を把握するとともに、次期介護報酬改定に向けて、見直すべき事項がないか、検討を進めるべきである。その際、各介護サービスが、その専門性や特異性を最大限発揮しながら、利用者の状態に応じて適時・適切に過不足なく提供されるよう、留意すべきである。また、医療と介護の役割分担も踏まえながら、医療と介護の連携を一層推進する視点にも留意すべきである。ケアの質や職員の負担の状況を適時に把握しながら取組を改善していく視点にも留意すべきである。

<人生の最終段階における医療・ケア>

- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組について、取組状況を踏まえつつ、更なる推進方策について検討していくべきである。

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

<医療・介護連携>

- 在宅医療・介護連携の推進に向けて、
 - ・市町村と医師会等関係機関・医師等専門職の緊密な連携
 - ・施設・居住系サービスをはじめとする介護事業者と地域の医療機関等との連携
 - ・都道府県や市町村における医療や介護・健康づくり部門の庁内連携、総合的に進める人材の育成・配置
 - ・広域的な調整やデータの活用・分析など、都道府県による市町村支援の推進
 - ・国による自治体支援などを進めていく必要がある。

<医療需要への的確な対応>

- また、医療・介護双方のニーズを有する高齢者が大幅に増加する中で、医療・介護が有機的に連携し、住み慣れた地域で医療・介護を継続して受け続けることができる体制を整備することが重要である。

【テーマ1】地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携

主な課題

(1) 医療・介護・障害サービスの連携

1) 今後の重点的課題を踏まえた医療・介護連携について

- 2040年を見据え、
 - ・ 急増する85歳以上の年代では、認知症が疑われる人や認知症の人が大幅に増加するため、認知症高齢者に対する対応
 - ・ 高齢者単独世帯や夫婦のみの世帯が増加するため、生活支援や住まいの支援も含めた対応
 - ・ 限りある資源で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護サービスの提供体制の最適化
 - ・ 都市部と地方の高齢化の差など、地域によって置かれている状況や課題が全く異なるため、今まで以上の地域の特性に応じた対応

といった今後重点的に取り組むべき課題を踏まえ、医療と介護の連携を推進する必要がある。

- また、医療と介護双方のニーズを有する高齢者に対し、それぞれの高齢者が“ときどき入院、ほぼ在宅（施設を含む）”のどの場面においても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、医療においてはより「生活」に配慮した質の高い医療を、介護においてはより「医療」の視点を含めたケアマネジメントが求められている。
- さらに、在宅においては、訪問介護や通所介護等の利用者と接する機会が相対的に多いサービス提供者が、支援する中で得られた日常的な変化や気づきを、主治医や介護支援専門員、他のサービス提供者等と共有し、必要に応じてケアプランの見直し等につなげていくことも求められている。

検討の視点

- 医療においてはより「生活」に配慮した質の高い医療を、介護においてはより「医療」の視点を含めたケアマネジメントを行うために必要な情報提供の内容や連携の在り方について、どう考えるか
- とりわけ、在宅医療を推進する中で、必要不可欠となる在宅医療・介護の連携の更なる推進をどう図っていくか

【テーマ3】要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

主な課題

- (3) 入退院支援
 - 高齢者の入退院支援にあたっては、入院時には、入院前の生活状況等について、特に介護サービス等を利用している場合に十分な情報が医療機関に提供されることが重要である。また、退院に際しては、特に入院期間が短い急性期の医療機関では、入院早期から退院支援が必要となるため、予定入院では入院前から、緊急入院でも可能な限り早期に入院前の生活状況等の情報を得て、退院先の調整を開始することが住み慣れた地域で療養や生活を継続する観点からも重要となる。

検討の視点

- 高齢者に対し適切な入退院支援を提供する上での情報提供や連携のあり方についてどのような対応が考えられるか

【テーマ4】高齢者施設・障害者施設等における医療

主な課題

- (2) 医療機関と高齢者施設等との連携について
 - 特定機能病院などの高度な医療を提供しうる医療機関を協力病院（医療機関）としている施設が一定数あり、医療機関の持つ医療機能と、緊急時の相談対応や往診等の医療提供などの施設や入所者が求める医療内容が必ずしも一致しない可能性がある。
 - また、医療機関へ退所した場合の退所先の病床種別については、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟等を除いた一般病床が大半を占めているが、要介護者に適した入院医療を提供する観点からは、患者の状態に応じた医療機関との連携を進める必要がある。

検討の視点

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

【テーマ6】人生の最終段階における医療・介護

主な課題

- (1) 1) 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援に係る取組
- 意識調査において、人生の最終段階の医療・ケアについて、家族等や医療・介護従事者と話し合いを行っている一般国民の割合は約3割である現状や、患者・利用者本人と話し合いをほとんど行っていない医師が20.9%、看護師が26.4%、介護支援専門員が25.0%と一定程度いることを踏まえ、医療・介護従事者による意思決定支援をさらに推進する必要がある。
 - 「人生の最終段階における意思決定に係る指針」を策定していない在宅医療を行っている医療機関が約半数存在しており、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン等を踏まえた、意思決定支援が可能な体制を整える必要がある。
 - ガイドラインの解説編では医療の場における意思決定支援について、医療・ケアチームは、本人の意思を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含め、できる限り把握することが重要とされている。
 - しかし、意識調査において、「人生の最終段階に限ることなく、患者・利用者本人やその家族等と日々の診療の中で話し合っている」医師が21.8%、看護師が19.5%、介護支援専門員が15.2%であったという現状や、令和4年度検証調査において在宅医療を提供する医療機関のうち、「介護従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと」について指針に定めている医療機関は76.2%であったという現状も認められる。
 - 上記を踏まえ、医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、日々の暮らしのニーズの変化を捉え継続的な意思決定支援を行うことについて更に推進する必要がある。

検討の視点

- 医療・介護の場における意思決定支援の現状を踏まえ、患者・利用者本人が住み慣れた場所で望む生活を続け、尊厳ある死を迎えることを支援するために、医療・介護関係者の連携の在り方や、より早期から行う意思決定支援の在り方について、どのように考えるか。

【テーマ6】人生の最終段階における医療・介護

主な課題

- (2) 本人の意思に基づく医療・介護の提供について
- 1) 意思決定に関する情報の共有について
 - 医療機関と高齢者施設等における人生の最終段階における医療・ケアに関する情報の共有状況について、令和4年度検証調査では、例えば特定施設（サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、養護老人ホーム・軽費老人ホーム）に入居している者であって、在宅医療を受けている患者について、在宅医療を提供する医療機関から特定施設に情報を提供した患者は43.3%であるのに対し、当該施設から当該医療機関に情報を提供した患者は29.9%である。
また、認知症対応型共同生活介護を受けている者であって在宅医療を受けている患者について、在宅医療を提供する医療機関から認知症対応型共同生活介護に情報を提供した患者は58.6%であるのに対し、当該施設から当該医療機関に情報を提供した患者は32.8%である。
 - こうした現況を踏まえ、本人の意思決定に基づいた医療・ケアを継続的に提供する観点から医療・介護従事者が更に連携することが望まれる。

検討の視点

- 本人の尊厳を尊重し、意思決定に基づいた医療・介護を提供するための意思決定の内容に関して、患者の家族等や医療・介護従事者における情報の共有のあり方についてどのように考えるか。
また、救急現場における家族等や医療・介護従事者に加えその他の関係機関等も含めた情報の共有のあり方についてどのように考えるか。

【テーマ6】人生の最終段階における医療・介護

主な課題

- (2) 本人の意思に基づく医療・介護の提供について
- 3) 本人の望む場所での看取りを行うための医療・介護の提供について
 - 意識調査によると、「病気で治る見込みがなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えたとき」に、最期を迎えたい場所を自宅としている国民は43.8%であるが、それまでの医療・ケアを受けたい場所は、医療機関は54.8%、自宅は27.3%であり、最期を迎えたい場所と医療・ケアを受けたい場所は必ずしも一致しない。さらに、病状の急変などにより救急搬送をする必要が生じるなどの可能性もある。
 - また、人生の最終段階で望む処置に関し、中心静脈栄養、経鼻栄養、胃ろう、人工呼吸器について、「望む」と回答した国民はそれぞれ19.4%、11.8%、7.6%、11.6%であった。
- 一方、これらの処置について「望まない」と回答した国民はそれぞれ46.5%、54.5%、63.3%、57.3%であり、「わからない」と回答した国民はそれぞれ30.7%、30.3%、26.0%、27.9%であった。
- こうした状況において、自宅や高齢者施設等からの救急搬送時などに、必ずしも患者・利用者本人の医療・ケアに係る意思の確認ができず、結果として本人の意思に基づく医療・ケアが提供できない場合がある。

検討の視点

- 本人が望む場所でより質の高い看取りを実施できるようにするためには、どのような対応が考えられるか。

テーマ1: 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携①

(1) 医療・介護・障害サービスの連携

1) 今後の重点的な課題を踏まえた医療・介護連携

- あるべき連携の姿とは、必要な情報の一方的な提供や閲覧だけでなく、相互のコミュニケーションを深め、現状、課題、目標、計画などを共有しながら、患者／利用者、家族とも同じ方向に向かい、より質の高い医療・介護の実現につなげること。
- 各職種・各施設がそれぞれの機能を十分に発揮し、ある程度マルチタスクでお互いにカバーしあい業務をまわさなければ、限られた医療・介護資源で増加する需要をまかなえない。その上で、過不足なくサービスが提供されるよう連携が必要。
- 情報提供の仕組みとして、ホームヘルパーから介護支援専門員、主治医へ報告する仕組みはできているが、主治医からも発信できるようにすることで双方向にしていく必要がある。
- 資料にある「医療においてはより「生活」に配慮した質の高い医療を、介護においてはより「医療」の視点を含めたケアマネジメント」という記載のとおりであるが、特に医療において「生活」に配慮した質の高い医療の視点が足りておらず、生活機能の情報収集が少ないのではないか。

2) 医療・介護DX

- ITの活用は情報の正確性、迅速性、網羅性の向上に大いに貢献するものであり、様式や項目の統一化は必須。
- DXの目的は業務や費用負担軽減のためでもあり、現場の負担が増大し支障を来すようでは本末転倒。また、DXの推進が目的ではなく、サービスの質の向上や最適化・効率化のツールとしてDXを活用することが重要。
- DXの検討に当たっては、歯科診療所や薬局等も含めた検討が必要。また、介護DXは、医療DXの後をついていくのではなく同時に検討を進めるべき。

テーマ1: 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携②

3) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

- 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。
- 医療的ケア児への対応について現場で最も問題となるのはレスパイトケアであり、医療的ケア児のレスパイトに係る必要十分な体制を構築することが重要。
- 既に共同指導や情報提供の評価は多数あるため、一つ一つの連携を評価するというよりも、全体の枠組みとしてどのように連携を担保するのが重要。

(2) 医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

- 介護支援専門員は利用者の既に様々な情報(例: 家族や人間関係、資産状況、本人・家族の希望、趣味、嗜好、生活習慣等)を持っており、その情報に基づき課題を分析し目標を立て、サービスの利用や社会資源の活用も含めマネジメントしている。ここに、医療の情報や医師の意見等を適切に活かすことにより、より合理的なケアマネジメントができる。
- 各専門職は多忙であり、情報伝達の場をいつでも設定できるものではないため、ICTの活用による連携は有効。また、多忙な中連携を促進するため、医療機関側は連携室が窓口になるとスムーズに進むのではないか。
- ケアマネジャーが医療的な知識を持つことは大切だが、それよりも主治医との連携をするほうがさらに重要。主治医意見書において医学的管理の必要性の項目にチェックをしても、ケアプランに反映されていないという意見も多い。特にリハビリテーションの重要性は、もう少し認識を高めていく必要があるのではないか。

テーマ4: 高齢者施設・障害者施設等における医療

(1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能

- 医療も介護も人材が不足し、保険財政もこれまで以上に厳しい状況になる。まずは自施設の職員による対応力の向上を図った上で、自施設で対応可能な範囲を超えた場合に外部の医療機関と連携して対応にあたるべき。
- 特養の配置医師について、必ずしも常勤の配置が求められているわけではなく、緊急時の対応が困難な例も報告されている。協力医療機関との関係性を含め、要介護者に適した緊急時の対応、入院・医療についてのルール化、医療・介護の連携の制度化を進めていくべき。

(2) 医療機関と高齢者施設等との連携

- 連携する医療機関については、名前だけの協力医療機関ではなく、地域包括ケア病棟や在宅病、有床診など地域の医療機関と、中身のある連携体制を構築するべき。
- 急変時の速やかな相談・往診体制や入院受入れとともに、重症化しないための予防的な関わりや日常的なケアの質向上の観点から、専門性の高い看護師による高齢者施設への訪問看護を地域連携の中で推進していくことも必要ではないか。
- 高齢者施設から医療機関へ受診・入院する際に混乱が見られる。とにかく救急車で運んで急性期の病院に行こうという行動が一部見られるが、これは医療資源の使い方及び本人・家族にとってよくないことだろう。医師あるいは特定行為の看護師の助言・判断を、高齢者施設の職員がリアルタイムで簡単に受けられるような仕組みがあると良いのではないか。

(3) 高齢者施設等における薬剤管理

- 施設の在り方や利用者のニーズが多様化する中で、薬剤師がその施設の特性を的確に把握した上で、多職種との連携の下で適切な薬剤管理ができるような推進策が必要。

(4) 感染症対策

- 平時から実効性のあるマニュアルの整備、職員に対する教育研修等が重要。組織の垣根を越えて、高齢者施設・障害者施設が専門人材を有する医療機関から支援や助言が受けられる仕組みが必要。

テーマ6: 人生の最終段階における医療・介護

(1) 人生の最終段階における意思決定支援

- いずれの場面においても意思決定を支援する取組は重要であり、認知症患者の増加を踏まえると、あらかじめ本人の意思を共有していくことは推進すべき。ただし、急性疾患において性急に意思決定を促すことや、救急隊の現場での負担軽減などを目的として強制的に推進することが起こらないよう、その推進の方法は慎重であるべき。
- 日々の診療や介護の中で、丁寧に本人の意思を確認することが大切であり、その意思は刻々と変わりゆくものであることを踏まえると、リアルタイムにその情報をICT等を用いて医師が医療関係者や介護関係者と共有することが非常に有効。
- 患者の意思決定支援は、療養病棟や在宅医療を実施している医療機関だけでなく、全ての医療機関が共通認識の下で取り組む必要があり、より多くの患者に早期から意思決定支援を行うということであれば、診療所等の外来で患者のことを最も理解している「かかりつけ医」が対応することが重要。
- 人生の最終段階において、最期まで口から食べることや口腔を清潔に保つことは、QOL向上の観点から重要。終末期において、患者の状態に応じた適切な口腔健康管理が実施できるような実施体制の構築が必要。

(2) 本人の意思に基づく医療・介護の提供

- 人生の最終段階を支える医師が、在宅診療や施設における医療の中で、患者の疾病が非がんであっても、緩和ケアを専門とする医師らとICT等を使って連携することで、ご本人が望む住み慣れた環境で最期を迎えることが可能となる。
- 緩和ケアについては、患者及び家族の苦痛や不安を和らげるために総合的に対応することが重要である。このため、麻薬を早期から積極的に使用するなど、考え方が変化してきている。一方、医療用麻薬といっても多様な製品・規格があり、また取り寄せにも時間がかかることが多く、医療機関、薬局、訪問看護ステーションの間で日常からの連携体制の構築が必要。
- 非がんの緩和ケアについては、心不全やCOPDの末期の状態では、少量の麻薬が非常に有効であることが確認されているが、その提供については検討の余地があるのではないか。
- 特別養護老人ホームでの看取りへの取組が強化されたが、意思を尊重したみとりの取組は進んでいる一方で、配置医師等の関係で必ずしも意思に沿わない事例もある。介護から医療サービスを利用する場合は急変等が多く連携が困難な状況もある。医療機関と介護施設が連携するために、医療情報や生活支援情報の相互交換を行うための標準的なフォーマットを国が策定し、自治体にその活用を推進することを検討していただきたい。

1. サービス提供等の状況
 - (1) 医療・介護連携
 - (2) 人生の最終段階の医療・介護
2. 令和3年度介護報酬改定の内容
3. 関連する各種意見
- ▶ 4. 現状と課題及び論点

<現状と課題>

(医療・介護連携)

- 2040年にかけて人口・世帯構成が変化することに伴い、医療と介護双方のニーズを有する高齢者が大幅に増加する。このため、介護保険サービス利用者が入院すること、医療機関に入院する高齢者が退院後に介護保険サービスを利用すること、地域や施設で生活を送る高齢者が医療と介護双方のサービスを利用することは今後更に増えると想定される。よって、医療と介護の関係者、関係機関間の情報提供や情報共有を、相互の顔の見える関係を土台とした上で、効率的に行うことが益々重要となる。
- 累次の改定では、医療と介護の連携について、以下のような視点で様々な評価を行っている。また、双方間の情報提供にあたっては、必要な様式等を定めているものもある。
 - ① 入退院等により患者・利用者の療養場所が移ることに伴う情報提供・連携に係る評価
 - ② 在宅療養中の者を支える医療機関と介護保険の居宅サービス等との連携に係る評価
 - ③ 関係者・関係機関間の日頃からの顔の見える連携体制構築に係る評価
- 一方で、連携にかかる一部の様式については、現病歴等の診療状況に関する情報を記載する項目が中心であり、生活歴等を記載する項目が比較的乏しいものもある。
- 先般の同時報酬改定に向けた意見交換会においては、「特に医療において「生活」に配慮した質の高い医療の視点が足りておらず、生活機能の情報収集が少ないのではないか」という意見もあった。
- また、高齢者施設と医療機関の連携については、「地域の医療機関と中身のある連携体制を構築すべき」との指摘もされている。
- なお、介護報酬以外の取組として、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成30年4月以降、全ての市町村において本事業が実施されている。

<現状と課題>

(人生の最終段階における医療・介護)

- 近年の死亡の場所は、自宅や介護施設等における死亡割合が増加しており、令和3年における死亡場所は、医療機関が約67%、自宅が約17%、介護施設等が約14%となっており、介護施設等の割合が近年上昇している。
- 人生の最終段階における医療のあり方については、平成19年に「終末期医療に関するガイドライン」として、初めてのガイドラインが策定されて以降改訂が重ねられており、平成30年の見直しでは、病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることが明確化されるとともに、名称に「ケア」が追加され「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下「ガイドライン」という）とされた。
- 令和3年度介護報酬改定においては、施設系サービスや居住系サービス等について、基本報酬や看取りに係る加算の算定要件で、ガイドライン等の内容に沿った取組を行うことを求める見直しを実施した。
- 一方で、ガイドラインに基づいた対応がなされた割合については、施設種別でばらつきがある。
- また、人生の最終段階における医療・ケアに関して話し合った内容について、医療・介護従事者と共有していると答えた者の割合は一般国民で15.8%であり、意思の共有の推進については、同時報酬改定に向けた意見交換会においても様々な意見があった。
- さらに、本人の望む場所での看取りを実現するため、近年の介護報酬改定では看取り・ターミナルケアに係る報酬の評価が引き上げられており、令和3年度の介護報酬改定では、特養等の看取り介護加算や介護老人保健施設のターミナルケア加算の算定日数が死亡日以前30日から45日に延長される等の見直しが行われた。
- なお、令和4年度の在宅医療・介護連携推進事業における調査では、「看取り」にかかる取組について、58.8%の自治体が「取り組んでいる」、9.2%の自治体が「今後取り組む予定である」と回答している。

<論点>

(医療・介護連携)

- 要介護高齢者が、在宅・高齢者施設・医療機関のいずれの場においても、必要なケアを受けることができるよう、関係機関の連携を充実させる観点からどのような方策が考えられるか。
- 特に、医療においてはより「生活」に配慮した質の高い医療を、介護においてはより「医療」の視点を含めた介護を行うために必要な情報提供の内容や連携の在り方について、どう考えるか。

(人生の最終段階における医療・介護)

- 本人が望む場所でより質の高い看取りを実施できるようにするためには、どのような対応が考えられるか。
- 本人の尊厳を尊重し、意思決定に基づいた医療・介護を提供するための医療・介護従事者の連携や支援の在り方、情報共有の在り方についてどのように考えるか。