

医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護 （高齢者施設と医療機関の連携強化・感染対応力の向上、ACP、看取り）

1. サービス提供等の状況

(1) 高齢者施設と医療機関の連携強化

(2) 感染対応力の向上

(3) 人生の最終段階の医療・介護

2. 令和6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) 高齢者施設と医療機関の連携強化

(2) 感染対応力の向上

(3) 人生の最終段階の医療・介護

2. 令和6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

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

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、介護医療院

【基準】

- ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。（経過措置３年間）
- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
 - ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
- イ １年に１回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

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★

【基準】

- ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。
- ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。
- イ １年に１回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

令和6年度介護報酬改定を踏まえた高齢者施設等と 協力医療機関との連携促進に係る対応（自治体への要請）

＜令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査結果（速報）（抄）＞

- 令和6年度介護報酬改定を踏まえた高齢者施設等と協力医療機関との連携促進については、各都道府県、市区町村に対して、令和7年5月28日付事務連絡で対応をお願いしている。
- **要件を満たす協力医療機関を定めている施設割合**は、介護老人福祉施設で67.9%（56.6%）、介護老人保健施設で83.3%（70.0%）、介護医療院で84.9%（72.4%）、養護老人ホームで60.4%（45.7%）（括弧内は前年度値）であった。
- 都道府県及び市区町村への調査結果では、**協力医療機関の定め**の状況について「**集計していない**」**高齢者施設等の割合**は、全ての施設種別で1～3割程度であった。

経過措置期間終了まであと1年余りであること、今般の速報値を踏まえ、
改めて自治体に対して、（1）～（3）の対応を要請

（1）高齢者施設等と協力医療機関との連携状況等の把握

- 許可権者への届出内容等から高齢者施設等と協力医療機関の連携状況の把握

（2）協力医療機関との連携に係る取組が行われていない高齢者施設等への周知等

- 報酬改定の趣旨に沿った取組促進、協力医療機関に関する制度の周知や協力医療機関との連携に当たっての助言
- 連携先の医療機関の把握のため、地域の医療機関のリストを提供するなどの必要な支援の実施

（3）協力医療機関との連携に支障を来している高齢者施設等への支援

- 在宅医療・介護連携推進事業や在宅医療に必要な連携を担う拠点を活用し、高齢者施設等と協力医療機関とのマッチングの実施
- 地域医療構想調整会議の場を活用し、高齢者施設等の協力医療機関としての役割を担う医療機関を調整

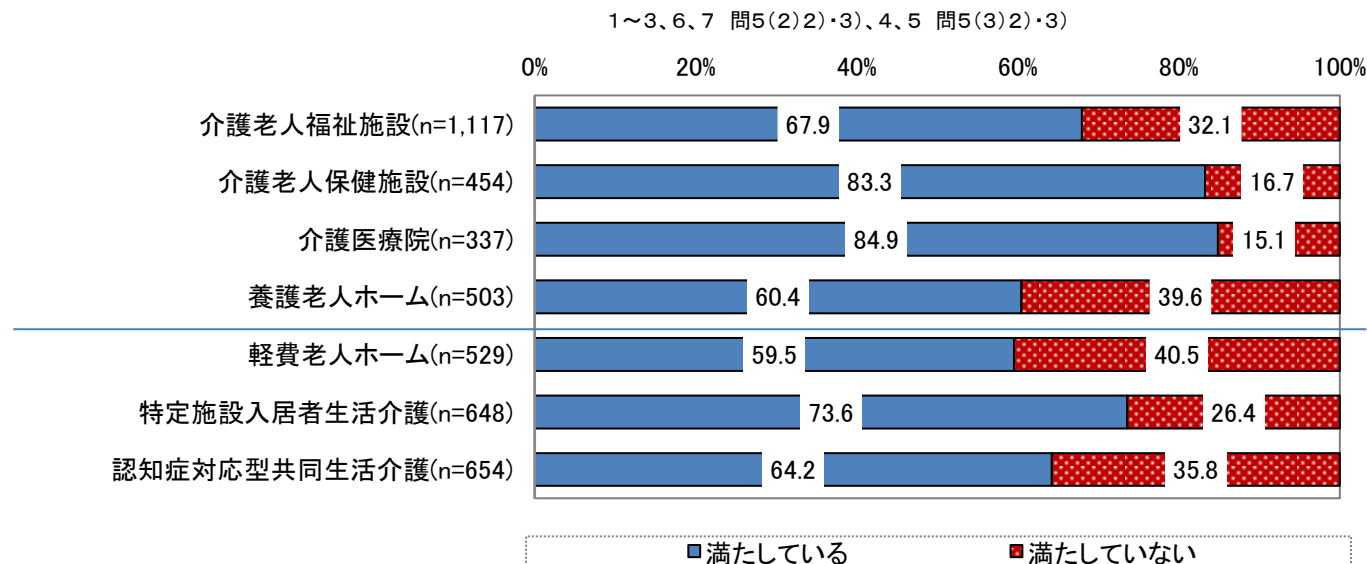
3. 調査結果概要

【協力医療機関の定め状況】

○介護老人福祉施設は67.9%、介護老人保健施設は83.3%、介護医療院は84.9%、養護老人ホームは60.4%が義務化された①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として受け入れる体制（③は病院に限る）のすべてを満たす協力医療機関を定めていた。

○軽費老人ホームは59.5%、特定施設入居者生活介護は73.6%、認知症対応型共同生活介護は64.2%が努力義務化された①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制を満たす協力医療機関を定めていた。

図表9 要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等



※調査期間（令和7年9月～11月）における高齢者施設等からの回答に基づく結果。なお、協力医療機関に関する回答がない場合は「満たしていない」とした。また、協力医療機関の種別を病院に限るとした要件については、協力医療機関の種別を確認する問において病院を選択していない場合は、当該要件は「満たしていない」とした。

※「養護老人ホーム」「軽費老人ホーム」で「特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合は、「養護老人ホーム」「軽費老人ホーム」にのみ計上した。

※介護老人福祉施設（地域密着含む）、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームは、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めること（③は病院に限る）を義務（令和9年3月31日までは経過措置期間）とした。また、軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護（地域密着含む）、認知症対応型共同生活介護は、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした。

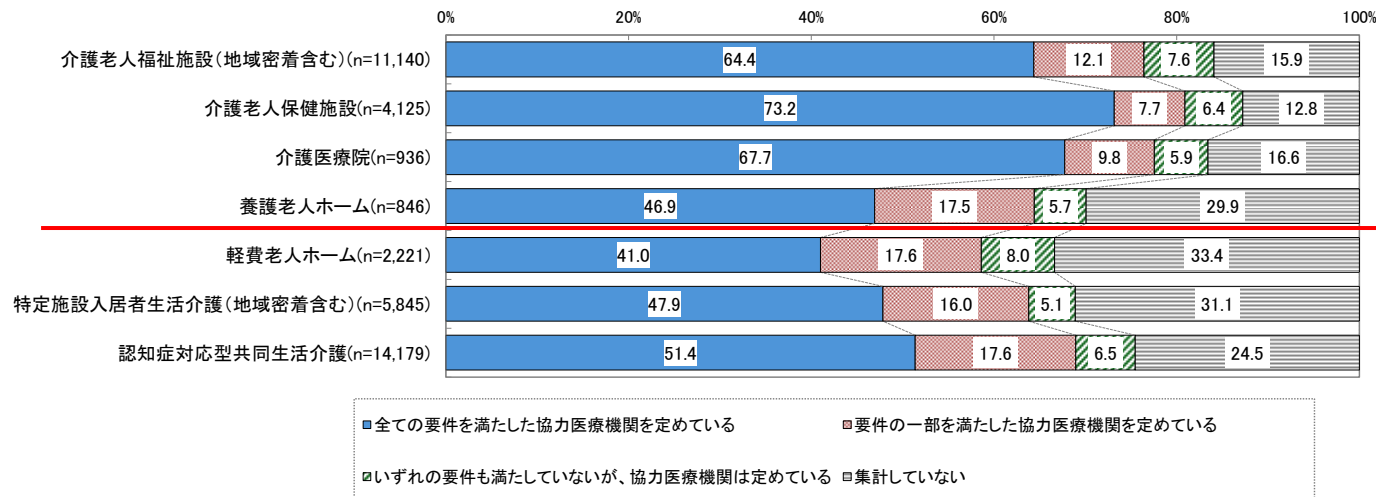
3. 調査結果概要

【高齢者施設等と医療機関との連携状況(届出)について(都道府県票、市区町村票 Q6)】

○「全ての要件を満たした協力医療機関を定めている」施設の割合は、介護老人福祉施設(地域密着含む)、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームでは、46.9%~73.2%であり、軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護(地域密着含む)、認知症対応型共同生活介護では、41.0%~51.4%であった。

○「集計していない」施設の割合は、全ての施設種別で12.8%~33.4%であった。

図表70 (全国)協力医療機関の定め状況



※指定(許可)している介護事業所・施設(休止中除く)の令和7年8月1日時点の届出状況に基づく結果。ただし、一部の自治体では、管理上都度更新を行っているため令和7年8月1日以降の最新情報で回答している場合や、年に1回の届出の締切時期により令和6年度末時点の情報を回答している場合がある。

※介護事業所・施設数については、各都道府県、各市区町村の回答に基づく集計のため、重複計上等があり得る。ただし、一部の自治体への聞き取り等によりデータ精査を行った。

※広域連合等に所属する市町村についても市町村単位での回答を依頼した。ただし、広域連合等が届出の受理・管理を行っている場合、市町村ごとの事業所数ではなく、広域連合を構成する市町村全体で計上している場合がある。

※「養護老人ホーム」「軽費老人ホーム」で「特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合は、「養護老人ホーム」「軽費老人ホーム」にのみ計上するよう依頼した。

※介護老人福祉施設(地域密着含む)、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームは、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めること(③は病院に限る)を義務(令和9年3月31日までは経過措置期間)とした。また、軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護(地域密着含む)、認知症対応型共同生活介護は、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした。

協力医療機関の定め状況（都道府県別）及び都道府県へのヒアリング結果

社保審－介護給付費分科会 第260回（R8.7.9） 資料2

- 「集計していない」の割合が高い自治体にヒアリングを行ったところ、自治体のシステム仕様上の制約や、協力医療機関が要件を満たしているかを個別に確認する負担の大きさから、集計が困難としている自治体があった。
- 一方で、調査後に手作業で再確認・集計を進めている自治体や今後の集計に向けた管理体制を整備予定の自治体があった。

①全ての要件を満たした協力医療機関を定めている、②要件の一部を満たした協力医療機関を定めている、③いずれの要件も満たしていないが、協力医療機関は定めている、④集計していない

	A.介護老人福祉施設				B.介護老人保健施設				C.介護医療院				D.養護老人ホーム				E.軽費老人ホーム				F.特定施設入居者生活介護			
	①	②	③	④	①	②	③	④	①	②	③	④	①	②	③	④	①	②	③	④	①	②	③	④
北海道	37%	15%	4%	44%	68%	8%	4%	21%	74%	12%	6%	9%	30%	20%	7%	43%	11%	17%	2%	70%	16%	34%	3%	47%
青森県	22%	16%	22%	39%	18%	15%	18%	50%	14%	14%	29%	43%	0%	0%	29%	71%	0%	7%	27%	67%	38%	25%	0%	38%
岩手県	52%	7%	10%	31%	50%	14%	3%	33%	50%	0%	0%	50%	43%	7%	0%	50%	21%	5%	5%	68%	21%	14%	0%	64%
宮城県	66%	5%	30%	0%	47%	3%	50%	0%	33%	0%	67%	0%	75%	25%	0%	0%	13%	55%	32%	0%	50%	0%	50%	0%
秋田県	90%	1%	2%	7%	78%	5%	3%	15%	71%	0%	0%	29%	17%	0%	0%	83%	9%	0%	0%	91%	42%	0%	8%	50%
山形県	74%	4%	10%	11%	68%	5%	15%	12%	83%	17%	0%	0%	60%	0%	10%	30%	22%	44%	22%	11%	7%	21%	29%	43%
福島県	91%	6%	1%	2%	91%	2%	4%	4%	100%	0%	0%	0%	57%	29%	0%	14%	80%	7%	0%	13%	94%	0%	0%	6%
茨城県	72%	7%	10%	12%	80%	7%	2%	10%	67%	0%	7%	27%	50%	30%	0%	20%	9%	58%	11%	22%	67%	2%	6%	25%
栃木県	59%	17%	8%	15%	63%	17%	4%	15%	90%	10%	0%	0%	22%	56%	0%	22%	38%	0%	0%	62%	67%	7%	7%	20%
群馬県	90%	5%	6%	0%	100%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	80%	20%	0%	0%	76%	0%	24%	0%	83%	4%	4%	8%
埼玉県	54%	9%	6%	32%	51%	11%	10%	28%	56%	22%	0%	22%	33%	8%	0%	58%	23%	9%	1%	67%	57%	24%	4%	16%
千葉県	45%	20%	35%	0%	53%	24%	23%	0%	41%	29%	29%	0%	60%	40%	0%	0%	47%	23%	9%	21%	73%	9%	18%	0%
東京都	65%	24%	2%	9%	90%	8%	0%	3%	87%	6%	0%	6%	56%	15%	4%	26%	62%	0%	3%	35%	0%	0%	0%	100%
神奈川県	63%	34%	3%	0%	74%	0%	0%	26%	71%	0%	0%	29%	71%	14%	14%	0%	71%	29%	0%	0%	71%	12%	17%	0%
新潟県	90%	0%	10%	0%	89%	2%	0%	9%	93%	0%	7%	0%	38%	0%	0%	63%	68%	4%	0%	28%	67%	3%	5%	24%
富山県	90%	3%	3%	3%	97%	0%	3%	0%	90%	0%	5%	5%	100%	0%	0%	0%	86%	7%	0%	7%	100%	0%	0%	0%
石川県	79%	19%	2%	0%	74%	26%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	57%	43%	0%	0%	18%	68%	14%	0%	0%	100%	0%	0%
福井県	80%	20%	0%	0%	24%	0%	76%	0%	38%	0%	63%	0%	43%	0%	0%	57%	9%	55%	0%	36%	6%	33%	6%	56%
山梨県	63%	4%	33%	0%	65%	12%	23%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	14%	86%	0%	0%	0%
長野県	75%	3%	4%	18%	84%	1%	3%	12%	93%	7%	0%	0%	50%	25%	10%	15%	4%	50%	17%	29%	0%	78%	10%	12%
岐阜県	83%	13%	2%	2%	64%	19%	3%	14%	73%	18%	0%	9%	90%	5%	0%	5%	70%	17%	3%	10%	79%	13%	0%	8%
静岡県	48%	25%	25%	1%	62%	12%	22%	4%	68%	0%	32%	0%	33%	33%	0%	33%	8%	61%	6%	25%	78%	11%	7%	4%
愛知県	84%	12%	2%	1%	86%	5%	3%	6%	75%	17%	0%	8%	56%	19%	13%	13%	25%	38%	14%	23%	96%	0%	3%	1%
三重県	92%	4%	5%	0%	87%	0%	0%	13%	100%	0%	0%	0%	80%	5%	10%	5%	75%	3%	8%	14%	51%	0%	12%	37%
滋賀県	85%	8%	8%	0%	96%	4%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	67%	33%	0%	0%	80%	20%	0%	0%	57%	43%	0%	0%
京都府	51%	7%	13%	30%	63%	10%	10%	17%	33%	0%	0%	67%	14%	29%	0%	57%	38%	16%	2%	45%	44%	6%	22%	28%
大阪府	63%	15%	0%	21%	79%	16%	0%	4%	56%	11%	0%	33%	38%	38%	0%	25%	45%	20%	0%	35%	82%	11%	7%	0%
兵庫県	63%	7%	0%	30%	60%	3%	1%	35%	69%	8%	0%	23%	25%	8%	0%	67%	28%	7%	0%	65%	6%	40%	2%	52%
奈良県	56%	19%	25%	0%	67%	14%	19%	0%	83%	17%	0%	0%	73%	0%	27%	0%	41%	4%	56%	0%	77%	3%	20%	0%
和歌山県	78%	14%	8%	0%	83%	13%	3%	0%	63%	25%	13%	0%	90%	0%	10%	0%	36%	57%	7%	0%	30%	70%	0%	0%
鳥取県	58%	29%	4%	8%	47%	44%	0%	8%	29%	57%	0%	14%	67%	33%	0%	0%	65%	9%	0%	26%	20%	40%	0%	40%
島根県	96%	0%	4%	0%	96%	0%	4%	0%	100%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	57%	29%	14%	0%	58%	31%	11%	0%
岡山県	89%	4%	0%	7%	95%	5%	0%	0%	88%	13%	0%	0%	36%	14%	0%	50%	44%	3%	0%	53%	61%	14%	0%	24%
広島県	90%	3%	0%	8%	98%	0%	0%	2%	94%	0%	0%	6%	63%	0%	0%	38%	85%	0%	0%	15%	90%	0%	0%	10%
山口県	49%	17%	9%	26%	59%	10%	2%	29%	41%	14%	0%	45%	44%	28%	11%	17%	60%	0%	3%	37%	76%	0%	0%	24%
徳島県	91%	5%	5%	0%	92%	4%	0%	4%	82%	18%	0%	0%	79%	21%	0%	0%	81%	0%	0%	19%	100%	0%	0%	0%
香川県	95%	2%	3%	0%	94%	0%	6%	0%	89%	11%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%
愛媛県	61%	19%	8%	11%	88%	6%	6%	0%	86%	7%	0%	7%	65%	18%	6%	12%	52%	13%	16%	19%	62%	8%	19%	11%
高知県	21%	2%	2%	74%	23%	0%	0%	77%	19%	0%	0%	81%	13%	0%	0%	88%	20%	0%	0%	80%	57%	0%	0%	43%
福岡県	66%	10%	2%	22%	76%	1%	3%	20%	39%	3%	16%	42%	18%	5%	36%	41%	25%	14%	9%	52%	52%	17%	6%	25%
佐賀県	26%	7%	0%	67%	34%	0%	0%	66%	22%	78%	0%	0%	0%	92%	0%	8%	0%	77%	0%	23%	5%	19%	0%	76%
長崎県	54%	38%	6%	3%	74%	23%	3%	0%	71%	29%	0%	0%	20%	60%	5%	15%	19%	63%	13%	6%	6%	50%	25%	19%
熊本県	52%	6%	0%	42%	58%	4%	4%	33%	29%	14%	0%	57%	41%	7%	0%	52%	18%	24%	0%	59%	63%	0%	6%	31%
大分県	40%	17%	0%	43%	39%	8%	0%	53%	20%	13%	0%	67%	28%	17%	0%	56%	9%	9%	0%	82%	31%	4%	4%	62%
宮崎県	28%	21%	10%	41%	55%	19%	3%	23%	47%	27%	0%	27%	11%	30%	0%	59%	17%	8%	17%	58%	25%	7%	0%	68%
鹿児島県	74%	12%	0%	14%	85%	3%	0%	12%	79%	0%	0%	21%	19%	11%	0%	69%	14%	5%	0%	81%	74%	15%	0%	10%
沖縄県	67%	13%	19%	2%	84%	5%	8%	3%	100%	0%	0%	0%	60%	0%	40%	0%	86%	0%	0%	14%	71%	0%	19%	10%

- ※指定（許可）している介護事業所・施設（休止中除く）の令和7年8月1日時点の届出状況に基づく結果。ただし、一部の自治体では、管理上都度更新を行っているため令和7年8月1日以降の最新情報で回答している場合や、年に1回の届出の締切時期により令和6年度末時点の情報を回答している場合がある。
- ※介護事業所・施設数については、各都道府県、各市区町村の回答に基づく集計のため、重複計上等があり得る。ただし、一部の自治体への聞き取り等によりデータ精査を行った。
- ※広域連合等に所属する市町村についても市町村単位での回答を依頼した。ただし、広域連合等が届出の受理・管理を行っている場合、市町村ごとの事業所数ではなく、広域連合を構成する市町村全体で計上している場合がある。
- ※「養護老人ホーム」「軽費老人ホーム」で「特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合は、「養護老人ホーム」「軽費老人ホーム」にのみ計上するよう依頼した。
- ※介護老人福祉施設（地域密着含む）、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームは、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めること（③は病院に限る）を義務（令和9年3月31日までは経過措置期間）とした。また、軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護（地域密着含む）、認知症対応型共同生活介護は、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした。

施設調査

3. 調査結果概要

【協力医療機関の定めの状況】

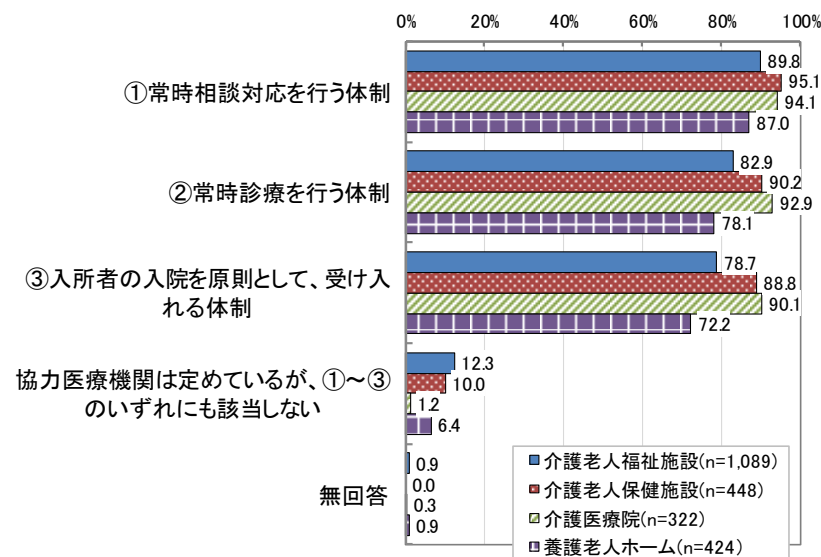
○各要件をみると、いずれのサービスもおおむね「①常時相談対応を行う体制」の割合が最も高く、「②常時診療を行う体制」、「③入所者の入院を原則として、受け入れる体制」(限る)の順に、割合が低くなった。

○また、「協力医療機関を定めているが、①～③いずれにも該当しない」に該当する高齢者施設等が一定数存在した。

図表10 ①～③の要件ごとの定めの状況【複数回答】

1～3、6、7 問5(1)、(2)2)、4、5 問5(2)、(3)2)

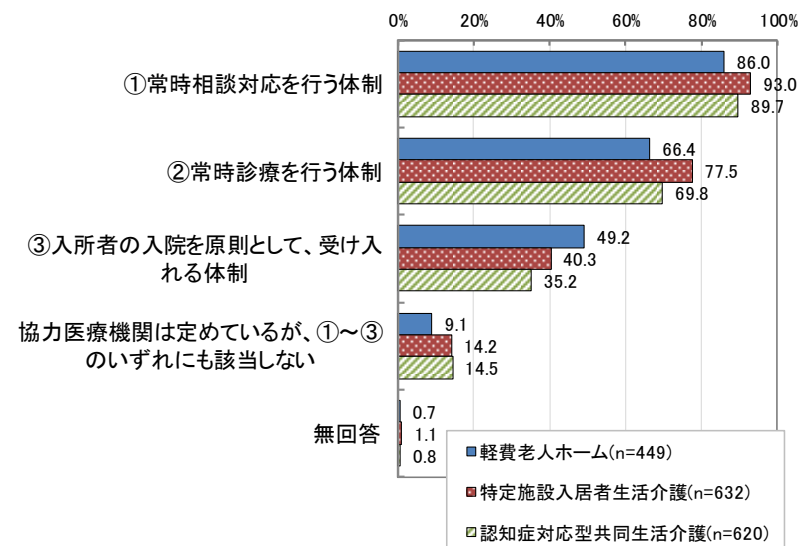
【施設系サービス・養護老人ホーム】※1



※1. 協力医療機関数に回答があったものを集計した。

なお、施設系サービス・養護老人ホームについては、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めること(③は病院に限る)を義務(令和9年3月31日までは経過措置期間)とした。

【居住系サービス・軽費老人ホーム】※2



※2. 協力医療機関数に回答があったものを集計した。

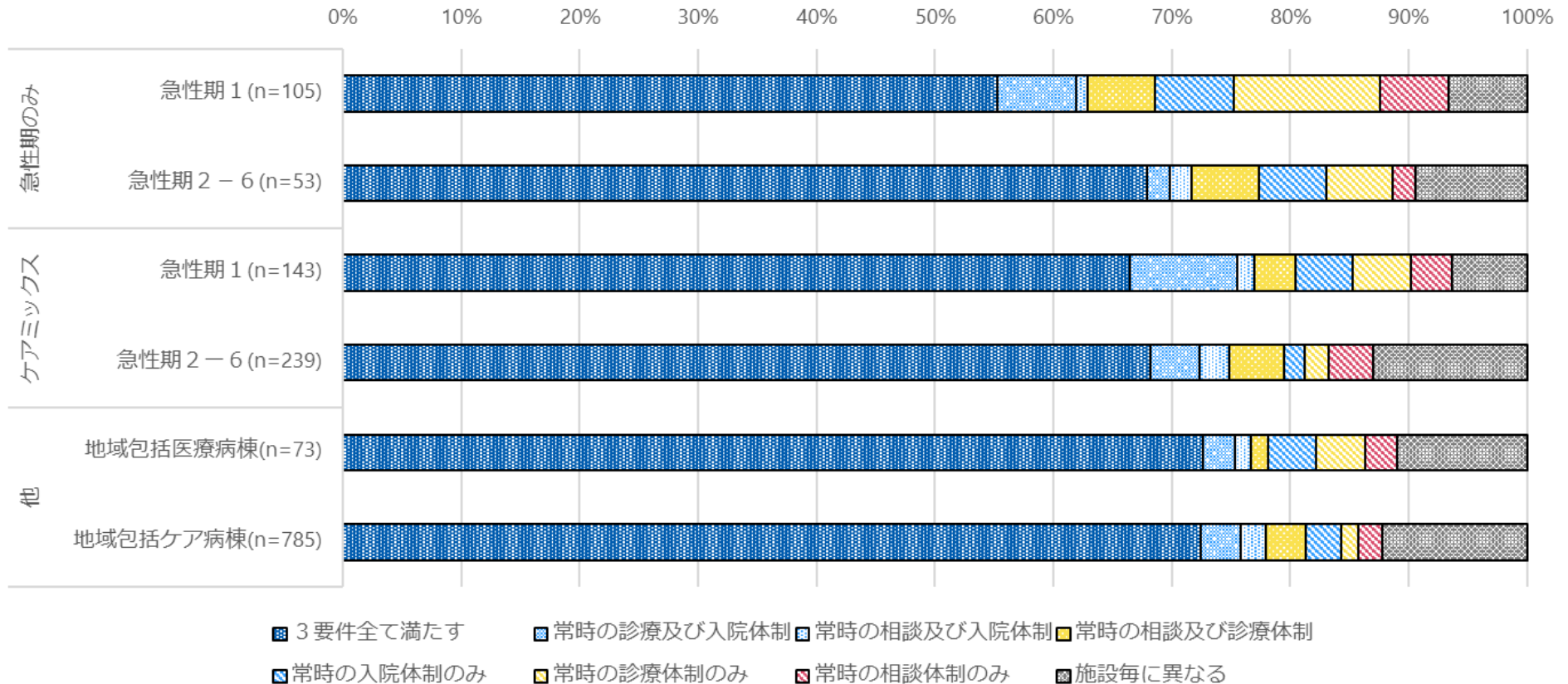
なお、居住系サービス・軽費老人ホームについては、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした。

介護保険施設に対して備えている体制

診調組 入-1
7. 8. 28

- 介護保険施設の協力医療機関の要件として定められている「常時の相談体制」「常時の診療体制」「常時の入院受入体制」の3つの要件のうち、連携する施設に対して提供している体制を入院料ごとに示す。
- 急性期一般入院料1を算定する急性期病棟のみの医療機関では、3要件全てを満たしている施設の割合は低く、地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟を有する医療機関では3要件全てを満たす施設の割合が高かった。

協力医療機関の3要件のうち、連携する施設に提供している体制



3. 調査結果概要

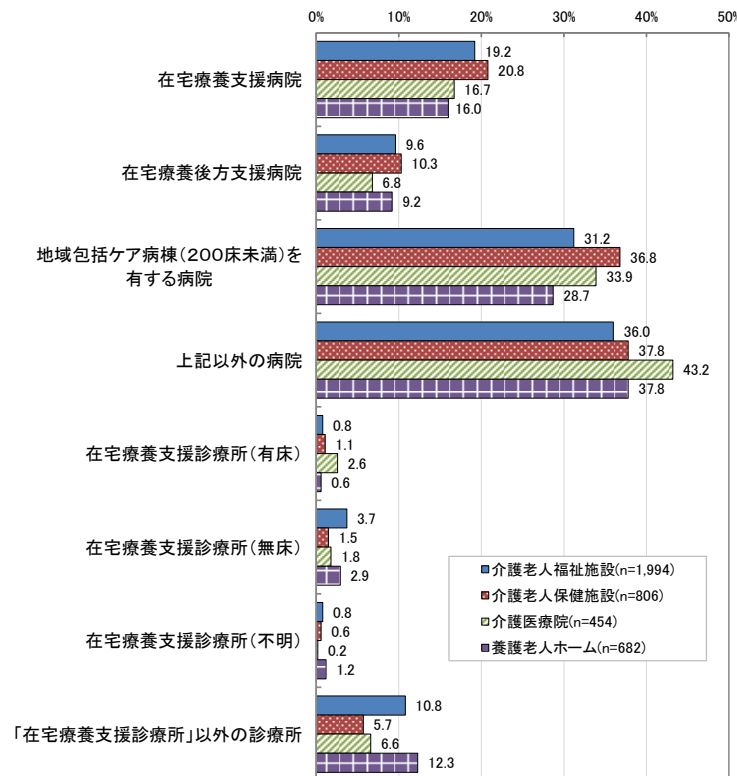
【要件を満たす協力医療機関の種別】

○要件を満たす協力医療機関の種別について、特定施設入居者生活介護では「在宅療養支援診療所(無床)」が最も高く、その他の高齢者施設等は「上記以外の病院」が高かった。

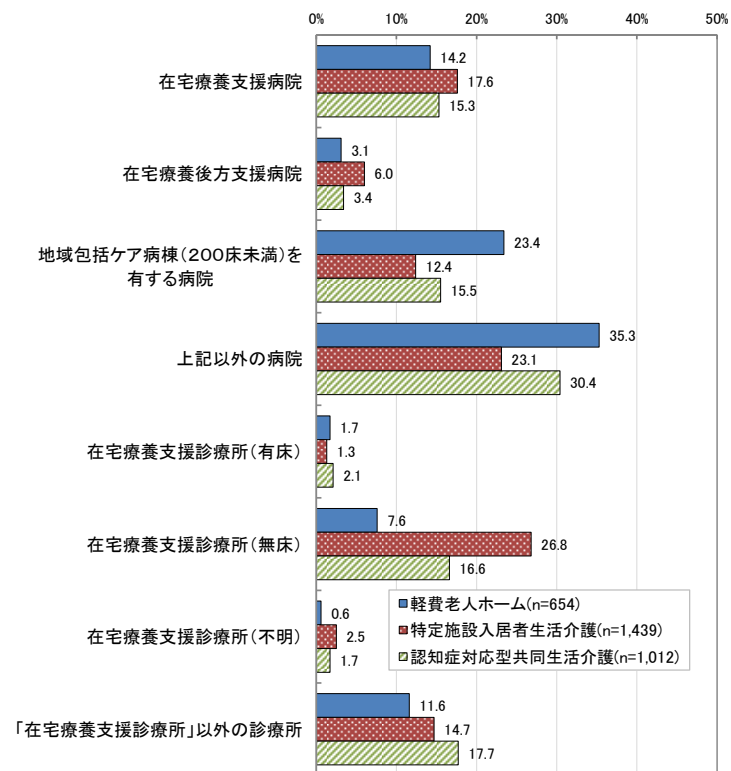
図表14 要件を満たす協力医療機関の種別

1～3、6、7 問5(2)(3)8)、4、5 問5(3)(3)8)

【施設系サービス・養護老人ホーム※1、3、4】



【居住系サービス・軽費老人ホーム※2、3、4】



※1.施設系サービス・養護老人ホームは、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めること(③は病院に限る)を義務(令和9年3月31日までは経過措置期間)とした。

※2.居住系サービス・軽費老人ホームについては、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした。

※3. ①～③の要件のいずれか又は全てを満たす協力医療機関の回答を集計した(調査では、全ての高齢者施設等において、①～③の要件を満たす協力医療機関に関する回答を得た。)

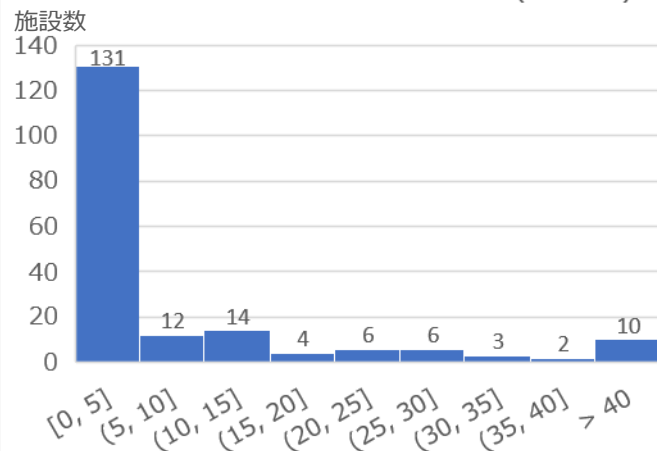
※4.無回答を除いて集計した。

協力医療機関となっている施設数の分布

診調組 入-1
7. 8. 2 8

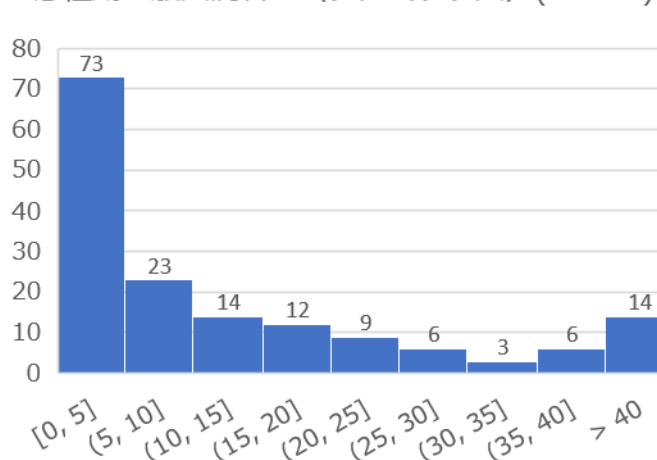
- 各入院料を算定する医療機関や病棟の組合せごとの協力医療機関となっている施設数の分布は以下のとおり。
- いずれの入院料においても0-5件が最多であるものの、急性期一般入院料2-6を算定するケアミックス型の医療機関、地域包括医療病棟を有する医療機関、地域包括ケア病棟を有する医療機関では、より多くの協力対象施設を有する医療機関の割合が高かった。
- 地域包括ケア病棟では入退院支援加算1で5件以上の介護保険施設等の協力医療機関になることが望ましいとされているものの、半数程度の施設では協力医療機関となっている施設数が5件以下であった。

急性期一般入院料1（急性期のみ）（n=188）

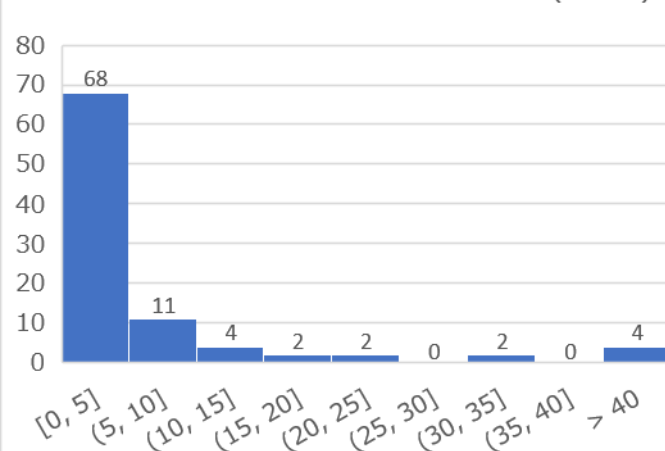


協力医療機関となっている施設数（他のグラフも同じ）

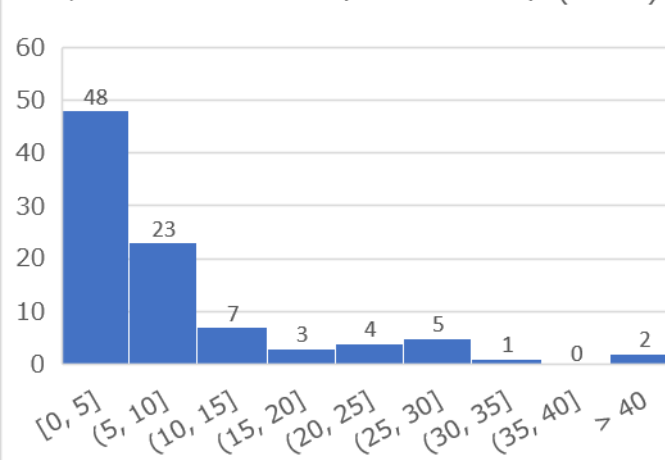
急性期一般入院料1（ケアミックス）（n=160）



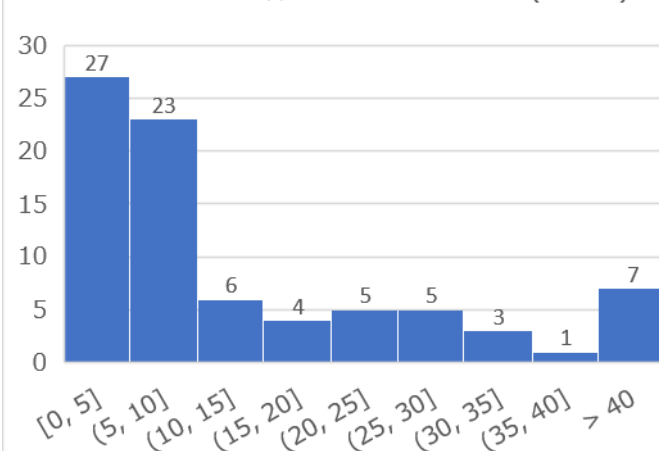
急性期一般入院料2-6（急性期のみ）（n=93）



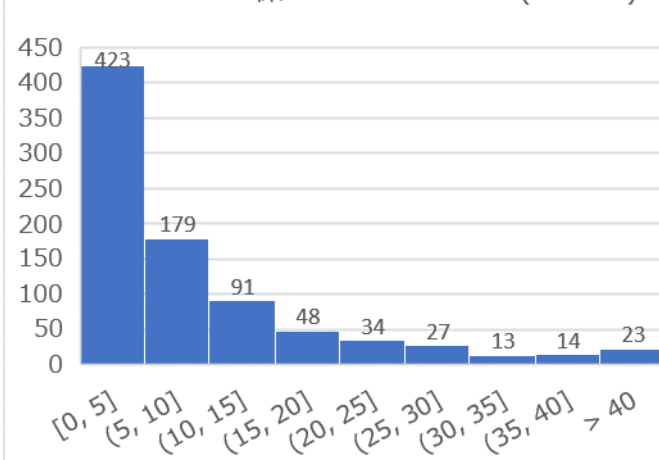
急性期一般入院料2-6（ケアミックス）（n=93）



地域包括医療病棟を有する医療機関(n=81)



地域包括ケア病棟を有する医療機関(n=852)



協力医療機関となっている施設の類型毎の数

診調組 入-1
7. 8. 28

- 入院料別にみると、急性期一般入院料 1 を算定する病棟や、地域包括医療病棟を有する医療機関で協力医療機関となっている施設の数が多かった。病棟の組合せでは、急性期一般入院料単独よりケアミックス型の病院で協力医療機関の数が多かった。
- 施設の類型別では、特別養護老人ホームや介護老人保健施設の件数が多く、入院料ごとの傾向の差は目立たなかった。

	急性期のみ		ケアミックス型		以下の病棟を有する医療機関（一部再掲）	
	急性期 1 (n=42)	急性期 2 - 6 (n=22)	急性期 1 (n=55)	急性期 2 - 6 (n=101)	地域包括医療病棟(n=30)	地域包括ケア病棟(n=394)
介護医療院	0.2	0.2	0.3	0.1	0.1	0.2
介護老人保健施設	2.2	1.1	2.7	1.8	2.0	1.6
特別養護老人ホーム	2.5	2.2	4.4	3.4	5.1	3.1
養護老人ホーム	0.2	0.1	0.3	0.2	0.3	0.2
軽費老人ホーム	0.2	0.3	0.3	0.2	0.4	0.2
特定施設入居者生活介護	0.5	0.2	0.2	0.3	0.1	0.3
認知症グループホーム	0.8	0.5	1.7	1.4	1.6	1.4
有料老人ホーム	1.2	0.4	2.2	2.4	3.4	1.8
サービス付高齢者向け住宅	0.8	0.8	1.2	0.8	0.8	0.5
障害者支援施設	2.1	0.1	1.2	0.8	0.9	0.7
その他の施設	1.4	0.1	2.0	0.7	0.9	0.9
合計	12.1	6.0	16.6	12.1	15.6	10.9

施設調査

3. 調査結果概要

【要件を満たす協力医療機関を定めていない場合について】

○要件を満たす協力医療機関を定めていない施設系サービス・養護老人ホームにおける現在の進捗状況について、「まだ検討を行っていない」は21.4%～50.0%であった。

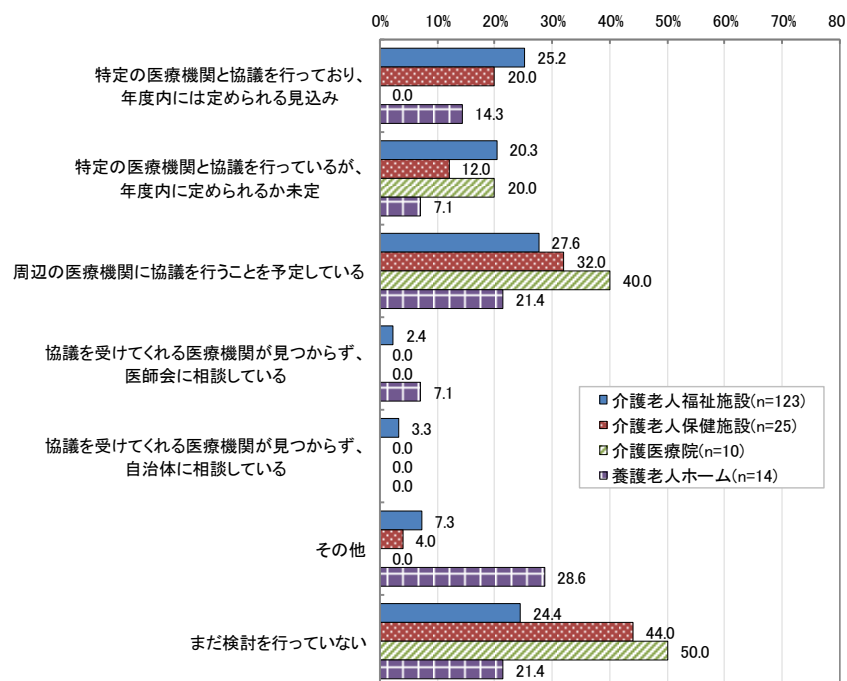
○要件を満たす協力医療機関を定めていない居住系サービス・軽費老人ホームにおける現在の進捗状況について、「まだ検討を行っていない」は34.6%～49.4%であった。

○一方で、「その他」を除く進捗段階に関する選択肢を選択し、協力医療機関を定めるための取組を行っていた施設・事業者も一定数みられた。

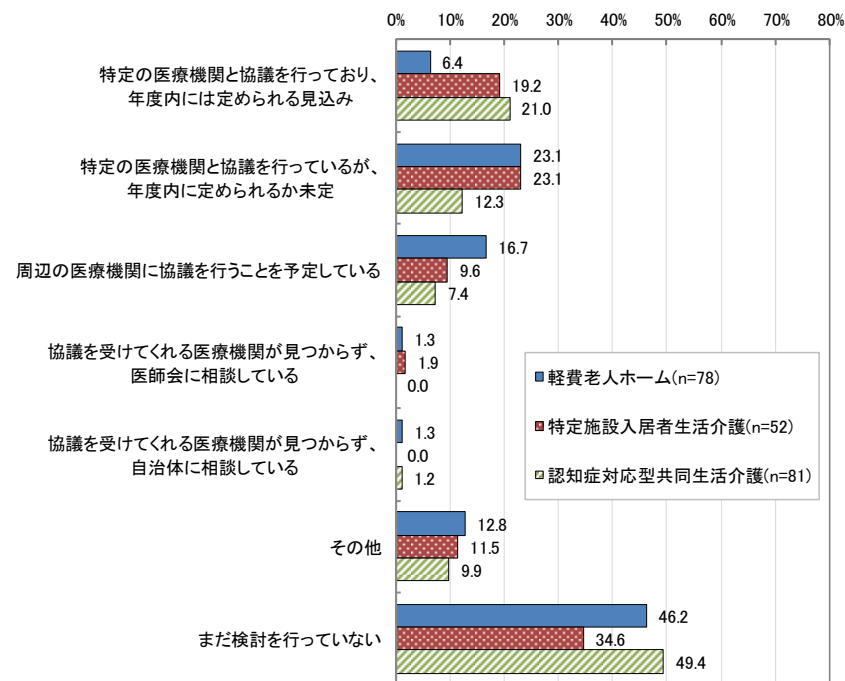
図表17 要件を満たす協力医療機関を定めていない高齢者施設等における現在の進捗状況【複数回答】

1～7 問7(1)

【施設系サービス・養護老人ホーム※1、3、4】



【居住系サービス・軽費老人ホーム※2、3、4】



※1.施設系サービス・養護老人ホームについては、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めること(③は病院に限る)を義務(令和9年3月31日までは経過措置期間)とした。

※2.居住系サービス・軽費老人ホームについては、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした。

※3.要件を満たす協力医療機関を定めていない高齢者施設等の回答を集計した。なお、無回答が多かったため、無回答を除いた。

※4.「まだ検討を行っていない」とそれ以外の選択肢は、両方選択することはできず、「まだ検討を行っていない」以外は複数選択可能となっている。

「協力医療機関の定めに向けて現在の進捗状況」として、 「まだ検討を行っていない」と回答した高齢者施設等へのヒアリング結果

- 令和7年度に実施した「高齢者施設等と医療機関の連携体制及び協定締結医療機関との連携状況等にかかる調査」において、要件を満たす協力医療機関を定めておらず、「協力医療機関の定めに向けて現在の進捗状況」において、「まだ検討を行っていない」と回答した事業所に対してヒアリング調査を行った結果は次のとおりであった。
- 「要件を満たす協力医療機関を定めた」と回答した事業所が介護医療院を除き半数を超える中、「要件を満たす協力医療機関を定めていない」と回答した事業所では、「経過措置期間終了までに対応する予定がある」や「要件を満たす協力医療機関の候補がある」と回答した事業所があった一方で、対応予定がない事業所（下記、表中の「上記のいずれにも該当しない」）からは、「離島にあるため、入院できる施設がそもそも無い」という回答があった。

区分 (回答の流れ)	設問・回答選択肢	サービス種別(各セルの上段:事業所数、下段:割合)			
		介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	養護老人ホーム
① 要件を満たす協力医療機関を定めていない事業所数	要件を満たす協力医療機関を定めていない事業所数(A)	123	25	10	14
	そのうち「まだ検討を行っていない」と回答した事業所(B)(B/A)	30 (24.4%)	11 (44.0%)	5 (50.0%)	4 (28.6%)
② 前回「まだ検討を行っていない」と回答した事業所の令和8年5月時点の状況	令和8年5月時点の状況 【母数B:上記①で「まだ検討を行っていない」と回答した事業所】(単一回答)	↓	↓	↓	↓
	要件を満たす協力医療機関を定めた	20 (66.7%)	8 (72.7%)	1 (20.0%)	2 (50.0%)
	要件を満たす協力医療機関を定めていない(C)	8 (26.7%)	2 (18.2%)	2 (40.0%)	2 (50.0%)
	不通等により状況不明	2 (6.7%)	1 (9.1%)	2 (40.0%)	0 (0.0%)
③ 令和8年5月時点で要件を満たす協力医療機関を定めていない事業所の対応状況 ※複数回答	令和8年5月時点でも要件を満たす協力医療機関を定めていない事業所の対応状況 【母数C:上記②で「定めていない」と回答した事業所】(複数回答)	↓	↓	↓	↓
	経過措置期間終了までに対応する予定がある	7 (87.5%)	2 (100.0%)	2 (100.0%)	2 (100.0%)
	要件を満たす協力医療機関の候補がある	7 (87.5%)	1 (50.0%)	2 (100.0%)	2 (100.0%)
	経過措置期間終了までに、医療機関との協議や医師会・自治体等への相談を予定している	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	上記のいずれにも該当しない	1 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

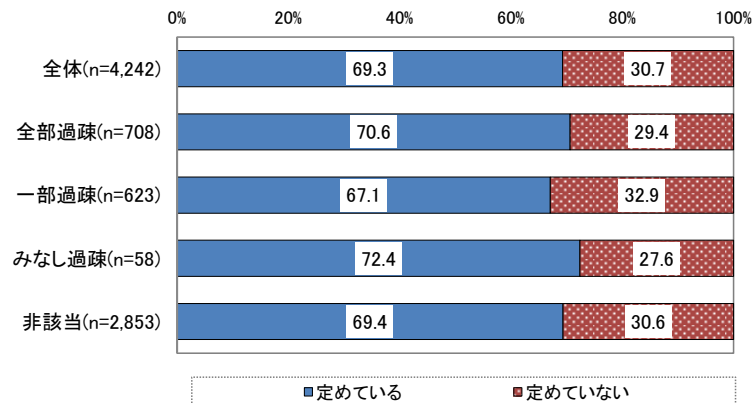
3. 調査結果概要

【周辺に医療機関が少ない(またはない)地域の状況について】

○要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等の割合を地域別にみると、「全部過疎」、「一部過疎」は非該当地域に比べ「定めている」割合は同程度であった。

○二次医療圏地域別にみても、過疎地域型は大都市型と「定めている」割合が同程度であった。

図表20 地域別※1
要件を満たす協力医療機関の状況(全サービス)※2



図表21 地域別※1
要件を満たす協力医療機関を定めていない高齢者施設等のうち
周辺に医療機関が少ない(またはない)と回答した割合※3

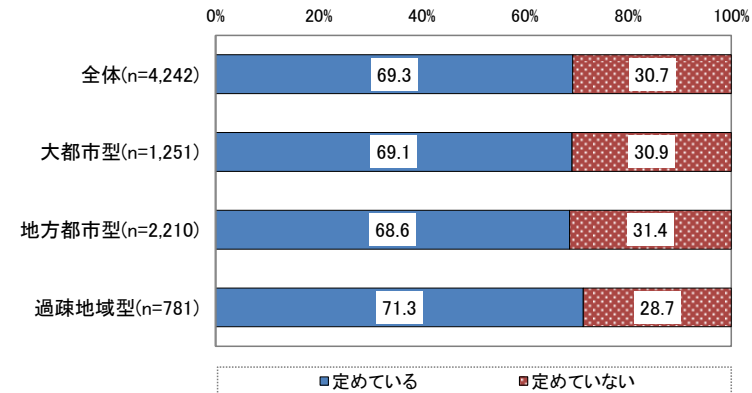
	調査数	周辺に医療機関が少ない(またはない)
全体	433	15.5%
全部過疎	67	37.3%
一部過疎	60	23.3%
みなし過疎	4	0.0%
非該当	302	9.3%

※1.過疎地域の持続発展支援に関する特別措置法対象で区分した。

※2.調査期間（令和7年9月～11月）における高齢者施設等からの回答を集計した。

※3.要件を満たす協力医療機関を定めていない高齢者施設等の回答を集計した。なお、無回答が多かったため、無回答を除いて集計した。

図表22 二次医療圏地域別※4
要件を満たす協力医療機関の要件の状況(全サービス)※2



図表23 二次医療圏地域別※4
要件を満たす協力医療機関を定めていない高齢者施設等のうち
周辺に医療機関が少ない(またはない)と回答した割合※3

	調査数	周辺に医療機関が少ない(またはない)
全体	433	15.5%
大都市型	141	5.0%
地方都市型	221	15.4%
過疎地域型	71	36.6%

※4.二次医療圏を、（人口が100万人以上）又は（人口密度が2,000人/km²）の条件を満たす二次医療圏を大都市型、（人口が20万人以上）又は（人口10～20万人かつ人口密度200人/km²以上）の条件を満たす二次医療圏を地方都市型、その他を過疎地域型に区分（日本医師会総合政策研究機構作成資料を参考に作成）した。

施設調査

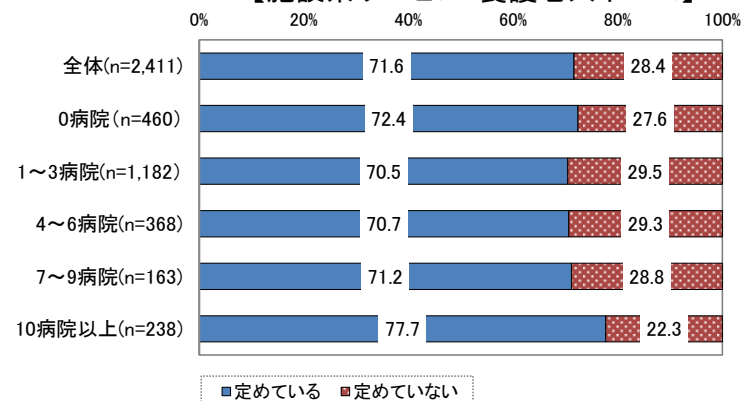
3. 調査結果概要

【周辺に医療機関が少ない(またはない)地域の状況について】

○市区町村ごとの病院数(※1)でみた要件を満たす協力医療機関を定めている施設サービス・養護老人ホームの割合は、10病院以上存在する市区町村で高かった。

○要件を満たす協力医療機関を定めていない施設系サービス・養護老人ホームのうち、「周辺に医療機関が少ない(またはない)」と回答した割合は、市区町村ごとの病院数(※1)が増えると低くなっていた。

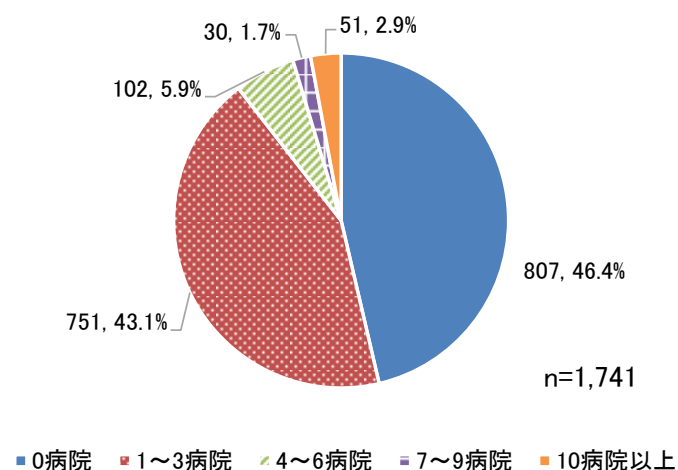
図表24 市区町村ごとの病院数※1でみた
協力医療機関の要件の状況
【施設系サービス・養護老人ホーム】※2



図表25 市区町村ごとの病院数※1でみた要件を満たす
協力医療機関を定めていない高齢者施設等のうち
「周辺に医療機関が少ない(またはない)」と回答した割合
【施設系サービス・養護老人ホーム】※3

	調査数	周辺に医療機関が少ない(またはない)
全体	222	18.9%
0病院	43	27.9%
1～3病院	109	20.2%
4～6病院	37	16.2%
7～9病院	17	11.8%
10病院以上	16	0.0%

図表26 市区町村ごとの病院数※1
(参考)



※1.市区町村ごとの在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する病院(許可病床数200未満の病院に限る)のいずれかを含む病院数(令和6年度病床機能報告)とした。

※2.調査期間(令和7年9月～11月)における施設サービス・養護老人ホームからの回答を集計した。

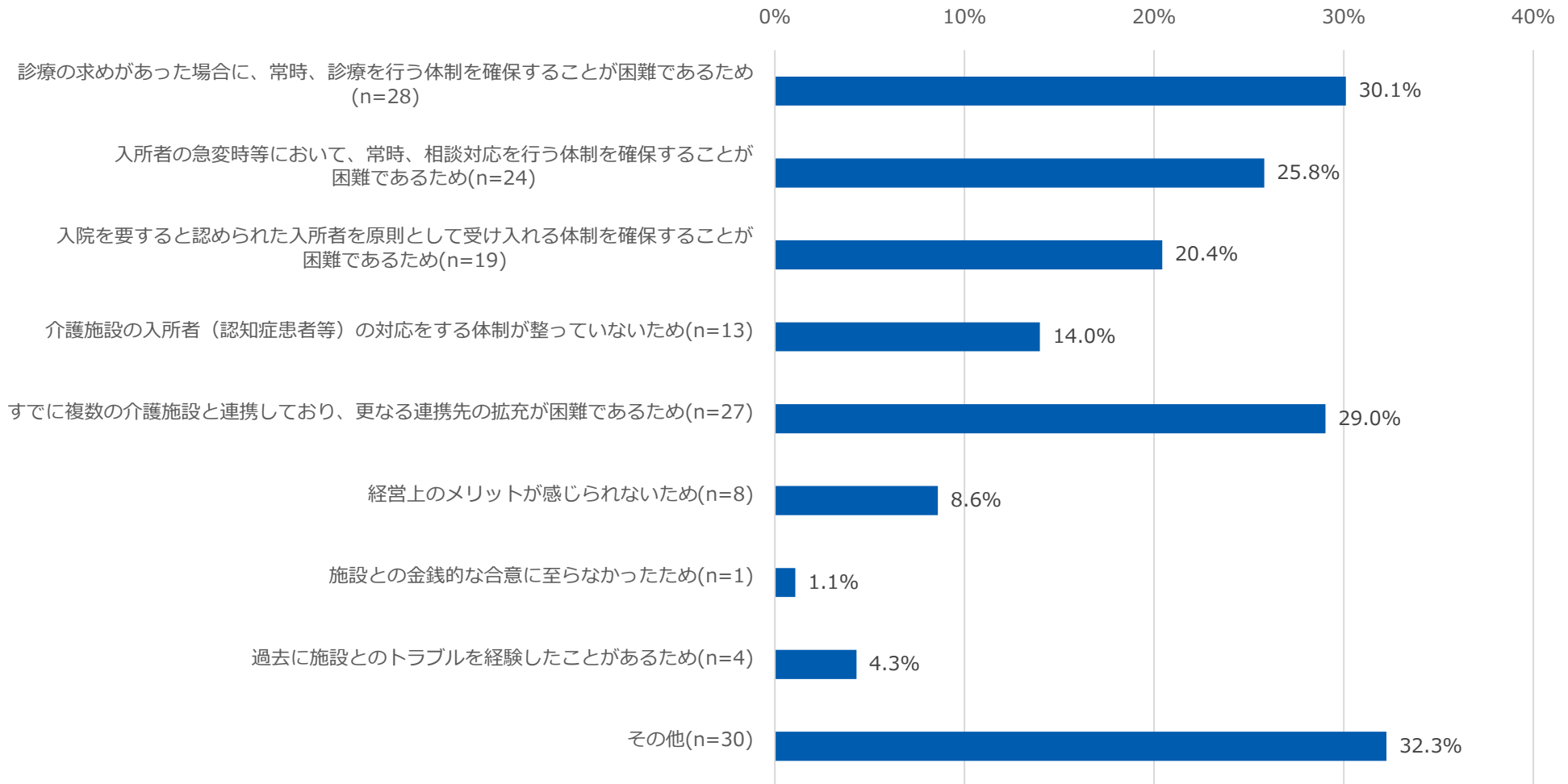
※3.要件を満たす協力医療機関を定めていない施設サービス・養護老人ホーム回答を集計した。なお、無回答が多かったため、無回答を除いて集計した。

協力医療機関を担うことを断った理由

診療組 入-1
7. 8. 2 8

- 協力医療機関となることを断ったことがある施設における断った理由は、「常時診療を行う体制の確保が困難」「常時相談対応を行う体制の確保が困難」「すでに複数施設と連携しており、拡充が困難」が多かった。

協力医療機関を担うことを断った理由 (回答施設数=93)



施設調査

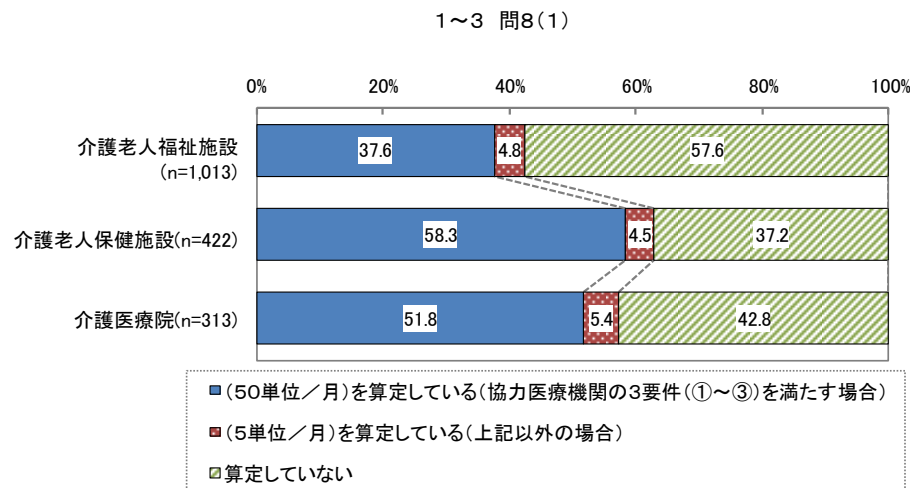
3. 調査結果概要

【協力医療機関連携加算の状況】

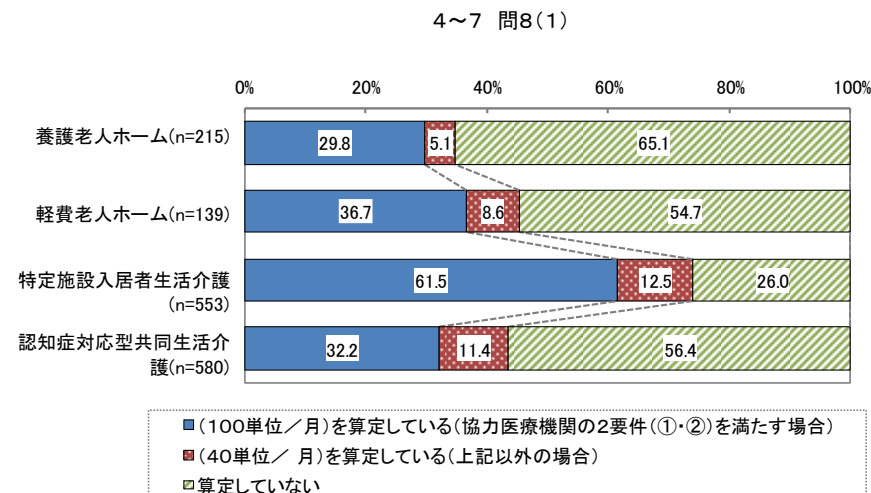
○介護老人福祉施設は37.6%、介護老人保健施設は58.3%、介護医療院は51.8%が、(50単位/月)を算定していた(3つの要件を満たす協力医療機関を定めている場合に算定可)。

○特定施設入居者生活介護は61.5%、軽費老人ホームは36.7%が(100単位/月)を算定していた(2つの要件を満たす協力医療機関を定めている場合に算定可)。

図表29 協力医療機関連携加算の状況(施設系サービス)※1



図表30 協力医療機関連携加算の状況(居住系サービス)※2、3



※1.施設系サービスの50単位/月は、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制(③は病院に限る)の3つの要件を満たす協力医療機関を定めていると回答した施設の回答を集計した。なお、3つの要件を満たさず50単位/月を選んだ場合及び無回答を除いて集計した。

※2.居住系サービスの100単位/月は、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制の2つの要件を満たす協力医療機関を定めていると回答した事業所の回答を集計した。なお、2つの要件を満たさず100単位/月を選んだ場合及び無回答を除いて集計した。

※3.養護老人ホーム、軽費老人ホームについては、特定施設入居者生活介護の指定を受けている事業所のみ集計した。

施設調査

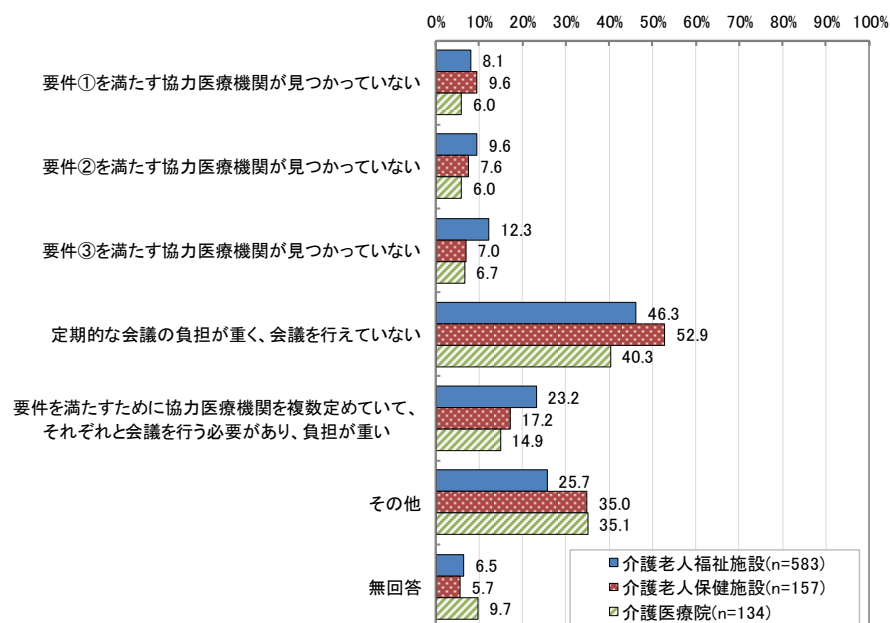
3. 調査結果概要

【協力医療機関連携加算を算定しない理由】

○協力医療機関連携加算を算定しない理由として、施設系サービス、居住系サービスともに、「定期的な会議の負担が重く、会議を行えていない」の割合が相対的に高かった。

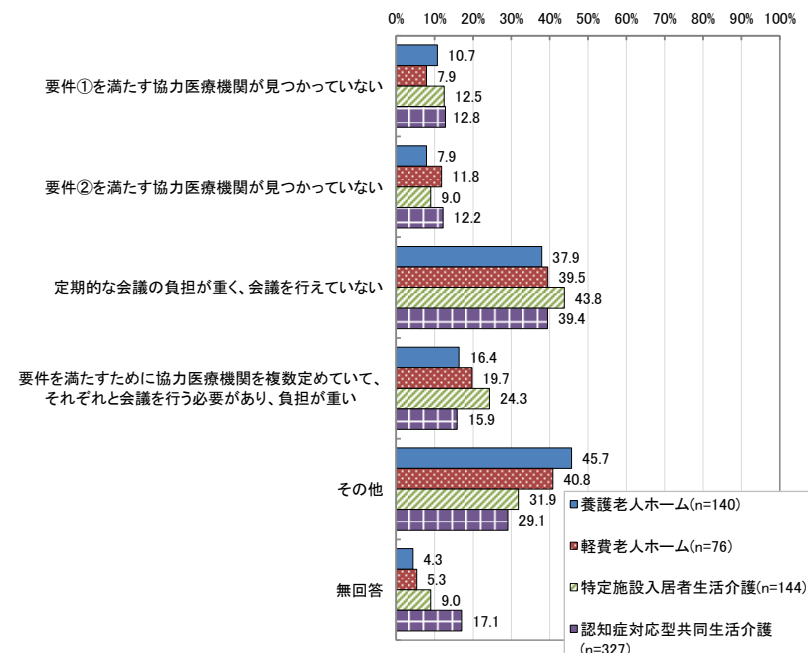
図表33 協力医療機関連携加算を算定しない理由【複数回答】
(施設系サービス)※1

1～3 問8(1)4)



図表34 協力医療機関連携加算を算定しない理由【複数回答】
(居住系サービス)※1、2

4～7 問8(1)4)



※1. 協力医療機関連携加算を算定していないと回答があったものを集計した。

※2. 養護老人ホーム、軽費老人ホームについては、特定施設入居者生活介護の指定を受けている事業所のみを集計した。

- 令和6年度診療報酬・介護報酬の同時改定において、介護保険施設等に対して、入所者の病状急変時等に相談・診療を常時行う体制や、入院が必要な場合に原則受け入れる体制を確保している協力医療機関を定めることが、3年間の経過措置期間を設けた上で義務化された。
- また、令和6年度診療報酬改定では、介護保険施設等の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から「協力対象施設入所者入院加算」を、介護保険施設等に入所している高齢者が可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から「介護保険施設等連携往診加算」を新設した。
 ※「協力対象施設入所者入院加算」、「介護保険施設等連携往診加算」の共通するカンファレンス要件としては、ICTによる情報共有を行う場合は年3回以上、ICTによる情報共有を行わない場合は1月に1回以上の頻度で開催
- さらに令和6年度介護報酬改定では、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から「協力医療機関連携加算」を新設した。
 ※「協力医療機関連携加算」の定期的な会議の開催としては、概ね月に1回以上開催されている必要があること、電子的システムにより当該協力医療機関において、当該高齢者施設等の入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている場合には、定期的に年3回以上開催
- 令和8年度診療報酬改定に向けた中医協では、「協力対象施設入所者入院加算」を届出できない理由として、ICTによる情報共有の体制整備やカンファレンス要件が困難と回答した施設が多かったことを踏まえ、同加算等に関し、顔の見える関係の構築や必要な場合の患者情報の共有を適切に行うとともに、医療機関が多数の施設と連携することが可能となるためのカンファレンスの頻度等、その要件の在り方を論点として議論が行われた。
- また、令和7年度に実施した「高齢者施設等と医療機関の連携体制及び協定締結医療機関との連携状況等にかかる調査研究事業」の改定検証調査では、「協力医療機関連携加算」を算定できない理由として、全ての高齢者施設等において、「その他」を除くと、「定期的な会議の負担が重く、会議を行えていない」が最も多く、介護老人福祉施設は46.3%、介護老人保健施設は52.9%、介護医療院は40.3%であった。
- 令和8年度診療報酬改定では、協力医療機関と介護保険施設等とで行うカンファレンスの頻度について、有機的な連携体制を保ちつつ業務効率化を図る観点から、ICTによる情報共有を行う場合は年1回、ICTによる情報共有を行わない場合は原則年3回へと見直された。
- こうした状況を踏まえ、協力医療機関連携加算に係る要件変更として、協力医療機関と介護保険施設等とで行う定期的な会議の開催頻度は、令和8年度診療報酬改定と同様の開催頻度とし、ICTによる情報共有を行う場合は年1回、ICTによる情報共有を行わない場合は原則年3回へと見直すこととする。

施設調査

3. 調査結果概要

【要件を満たす協力医療機関を定めた場合について】

- 要件を満たす協力医療機関を定めることによる効果では、施設系、居住系ともに「利用者の健康管理が的確・迅速に行えるようになった」、「協力医療機関に気軽に相談できるようになった」等の効果がみられた。
- 要件を満たす協力医療機関を定めたことによって生じた課題では、施設系、居住系ともに「特にない」が5割を超えていた。

図表27 要件を満たす協力医療機関を定めることによる効果【複数回答】

1～7 問6(1)

	調査数	利用者の健康管理が的確・迅速に行えるようになった	医療的知識や医療ニーズへの対応力向上になった	利用者や家族の安心感が増した	施設の信頼感が増した	協力医療機関からの報告・連絡がスムーズになった	協力医療機関に気軽に相談できるようになった	特にない	その他	無回答
【施設系サービス・ 養護老人ホーム※1】										
介護老人福祉施設	759	59.6%	38.7%	43.5%	28.7%	47.2%	58.9%	15.4%	1.2%	1.8%
介護老人保健施設	378	56.3%	39.4%	40.7%	28.3%	54.0%	59.8%	10.6%	1.3%	4.0%
介護医療院	286	46.9%	29.4%	45.1%	29.0%	42.0%	42.3%	16.8%	1.7%	8.7%
養護老人ホーム	304	52.3%	30.3%	29.9%	17.1%	42.1%	53.0%	19.4%	2.0%	3.9%
【居住系サービス・ 軽費老人ホーム※2】										
軽費老人ホーム	315	56.2%	32.4%	52.1%	28.6%	43.8%	59.0%	11.1%	1.0%	3.2%
特定施設入居者生活介護	477	74.8%	48.8%	66.9%	45.3%	53.9%	63.7%	8.4%	0.6%	6.9%
認知症対応型共同生活介護	420	78.3%	50.7%	66.7%	42.4%	54.0%	70.7%	5.2%	0.2%	3.8%

図表28 要件を満たす協力医療機関を定めたことによって生じた課題【複数回答】

1～6 問6(2)

	調査数	利用者情報の共有が円滑に行えない	役割分担や対応体制が不十分であった	協定コスト等のコストが負担となっている	連携するための労力や時間が増えた	協力医療機関以外の医療機関へ相談しにくくなった	期待した効果がみられない	特にない	その他	無回答
【施設系サービス・ 養護老人ホーム※1】										
介護老人福祉施設	759	5.1%	6.3%	5.1%	25.6%	4.2%	9.6%	54.3%	3.2%	3.2%
介護老人保健施設	378	5.6%	6.1%	0.8%	28.0%	0.8%	4.2%	56.9%	1.3%	5.6%
介護医療院	286	3.8%	3.5%	1.0%	17.8%	0.0%	3.1%	65.7%	1.4%	9.1%
養護老人ホーム	304	4.6%	3.6%	3.6%	19.1%	3.9%	6.3%	63.2%	0.7%	5.3%
【居住系サービス・ 軽費老人ホーム※2】										
軽費老人ホーム	315	5.4%	6.0%	1.6%	13.3%	3.2%	8.3%	66.3%	2.2%	3.8%
特定施設入居者生活介護	477	4.0%	6.5%	2.1%	15.1%	4.6%	5.2%	63.9%	0.8%	8.4%
認知症対応型共同生活介護	420	4.0%	5.5%	2.1%	14.8%	4.8%	4.8%	63.1%	1.7%	7.6%

※1.施設系サービス・養護老人ホームについては、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制（③は病院に限る）を確保した協力医療機関を定めることを義務（令和9年3月31日までは経過措置期間）とした。

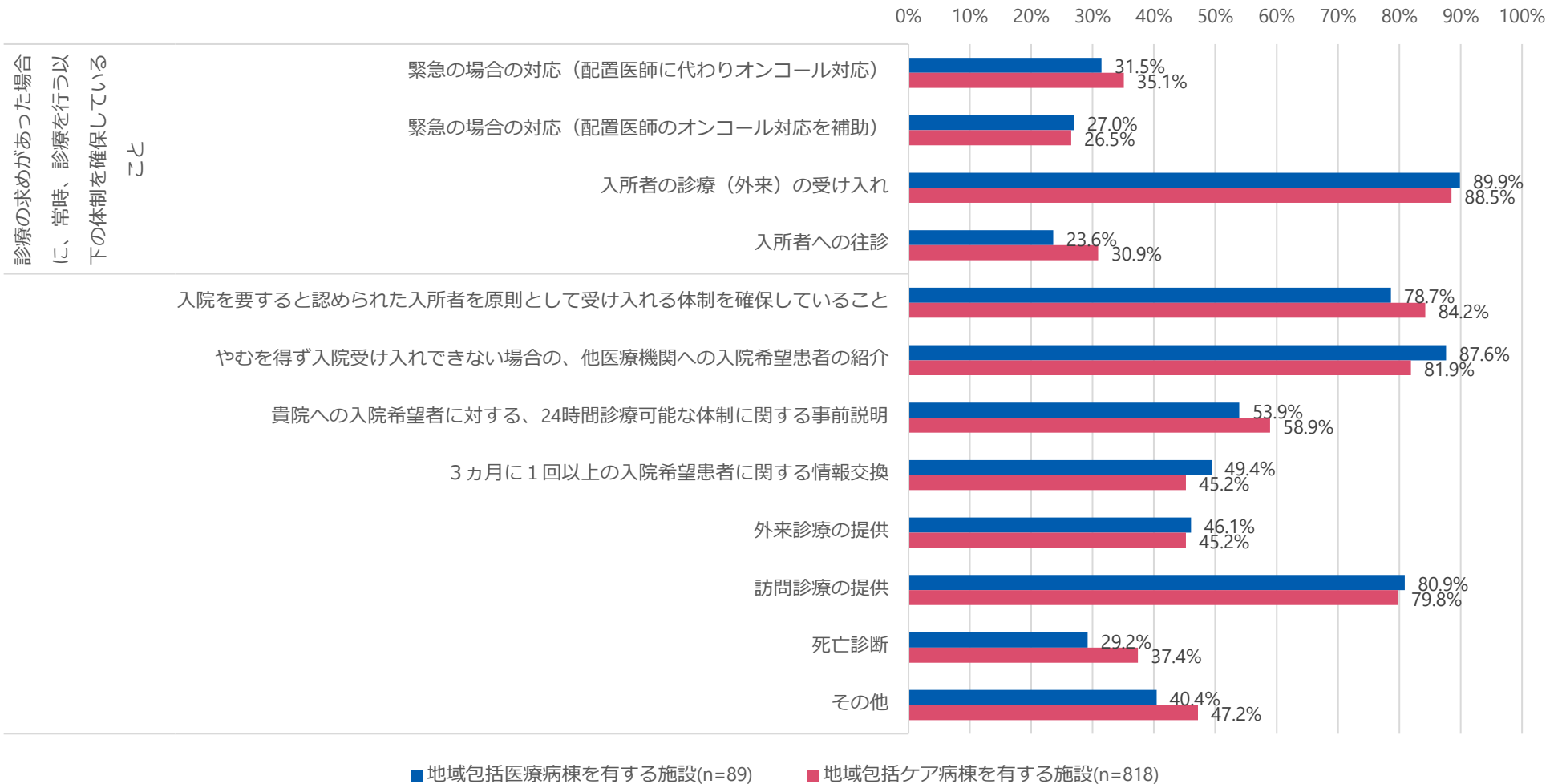
※2.居住系サービス・軽費老人ホームについては、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした。

協力医療機関として提供している医療等の内容

診調組 入-1
7. 8. 2 8

- 協力医療機関として実施している医療等としては、「入所者の診療受入」「入所者の入院受入体制の確保」「受け入れられない場合の入院希望患者の紹介」「訪問診療の提供」が多かった。
- 地域包括医療病棟を有する医療機関と、地域包括ケア病棟を有する医療機関とで傾向の違いはなかった。

協力医療機関として実施している内容



施設調査

3. 調査結果概要

【入院患者の状況】

○医療機関に入院となった入所者等の搬送方法について、認知症対応型共同生活介護を除き、要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等の方が、要件を満たす協力医療機関を定めていない高齢者施設等よりも「自施設の車両」による搬送の割合が高かった。

○介護老人福祉施設、介護老人保健施設、養護老人ホーム、特定施設入居者生活介護では、要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等の方が、要件を満たす協力医療機関を定めていない高齢者施設等よりも「救急車」による搬送の割合が低かった。

図表45 搬送方法

1～3、6、7 問5(2)2)、4、5 問5(3)2) 1～4 問12(12)、5、6 問12(11)、7 問11(11)

	要件を満たす 協力医療機関※	自施設の車両	医療機関の 車両	救急車	タクシー	利用者の家族 等の車両	その他	無回答
介護老人福祉施設	定めている(n=1,364)	58.7%	1.2%	31.5%	1.5%	0.7%	3.0%	3.4%
	定めていない(n=600)	52.3%	0.3%	37.2%	1.8%	0.5%	—	7.8%
介護老人保健施設	定めている(n=825)	40.0%	1.9%	35.0%	2.2%	2.3%	13.3%	5.2%
	定めていない(n=132)	34.1%	4.5%	43.9%	1.5%	2.3%	6.8%	6.8%
介護医療院	定めている(n=147)	19.7%	1.4%	11.6%	0.7%	0.0%	56.5%	10.2%
	定めていない(n=17)	11.8%	0.0%	5.9%	5.9%	0.0%	58.8%	17.6%
養護老人ホーム	定めている(n=365)	57.0%	0.5%	26.6%	5.8%	3.6%	1.1%	5.5%
	定めていない(n=240)	52.1%	0.8%	27.1%	5.8%	4.2%	1.3%	8.8%
軽費老人ホーム	定めている(n=244)	32.8%	1.6%	45.1%	2.5%	11.5%	6.1%	0.4%
	定めていない(n=157)	19.7%	0.6%	44.6%	7.6%	16.6%	8.9%	1.9%
特定施設入居者生活介護	定めている(n=522)	25.3%	2.3%	53.4%	2.7%	4.6%	8.2%	3.4%
	定めていない(n=154)	20.1%	4.5%	57.8%	5.2%	3.2%	1.3%	7.8%
認知症対応型共同生活介護	定めている(n=134)	29.1%	3.7%	52.2%	4.5%	4.5%	6.0%	0.0%
	定めていない(n=94)	38.3%	1.1%	50.0%	4.3%	3.2%	2.1%	1.1%

※介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームは、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制（③は病院に限る）を確保した協力医療機関を定めることを義務（令和9年3月31日までは経過措置期間）とした。

軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護は、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関とした。

施設調査

3. 調査結果概要

【入院患者の状況】

○#7119の活用について、「利用しなかった」の割合が高かった。

○入院先の医療機関との事前調整をしたかについて、介護老人保健施設、介護医療院では、要件を満たす協力医療機関の定めに関わらず、「はい(事前調整している)」の割合が、7割～9割であったところ、介護老人福祉施設では、要件を満たす協力医療機関を定めている施設では、「はい(事前調整している)」の割合が、7割であった。

○また、それらの施設のうち、介護老人福祉施設、介護医療院では、要件を満たす協力医療機関を定めている施設の方が、定めていない施設よりも、「はい(事前調整している)」の割合が高かった。

図表46 #7119の活用状況

図表47 入院先の医療機関との事前調整

1～3、6、7 問5(2)2)、4、5 問5(3)2) 1～4 問12(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10) 1～3、6、7 問5(2)2)、4、5 問5(3)2) 1～4 問12(12)1)、5、6 問11(11)1)、7 問10(11)1)

	要件を満たす 協力医療機関※	利用した	利用しな かった	無回答
介護老人福祉施設	定めている(n=1,364)	2.2%	94.1%	3.7%
	定めていない(n=600)	2.7%	91.7%	5.7%
介護老人保健施設	定めている(n=825)	1.9%	94.9%	3.2%
	定めていない(n=132)	2.3%	89.4%	8.3%
介護医療院	定めている(n=147)	2.7%	90.5%	6.8%
	定めていない(n=17)	29.4%	52.9%	17.6%
養護老人ホーム	定めている(n=365)	2.5%	92.3%	5.2%
	定めていない(n=240)	2.5%	88.3%	9.2%
軽費老人ホーム	定めている(n=244)	2.9%	96.3%	0.8%
	定めていない(n=157)	5.1%	93.0%	1.9%
特定施設入居者生活介護	定めている(n=522)	4.2%	93.3%	2.5%
	定めていない(n=154)	5.8%	90.9%	3.2%
認知症対応型共同生活介護	定めている(n=134)	5.2%	92.5%	2.2%
	定めていない(n=94)	6.4%	92.6%	1.1%

	要件を満たす 協力医療機関※	はい	いいえ	無回答
介護老人福祉施設	定めている(n=1,364)	68.7%	27.6%	3.7%
	定めていない(n=600)	58.5%	33.2%	8.3%
介護老人保健施設	定めている(n=825)	74.4%	20.7%	4.8%
	定めていない(n=132)	75.8%	17.4%	6.8%
介護医療院	定めている(n=147)	85.7%	6.8%	7.5%
	定めていない(n=17)	82.4%	0.0%	17.6%
養護老人ホーム	定めている(n=365)	57.8%	36.7%	5.5%
	定めていない(n=240)	53.3%	37.5%	9.2%
軽費老人ホーム	定めている(n=244)	53.7%	45.9%	0.4%
	定めていない(n=157)	47.8%	51.0%	1.3%
特定施設入居者生活介護	定めている(n=522)	62.1%	34.7%	3.3%
	定めていない(n=154)	56.5%	35.7%	7.8%
認知症対応型共同生活介護	定めている(n=134)	55.2%	44.8%	0.0%
	定めていない(n=94)	56.4%	42.6%	1.1%

※介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームは、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制（③は病院に限る）を確保した協力医療機関を定めることを義務（令和9年3月31日までは経過措置期間）とした。

軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護は、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関とした。

3. 調査結果概要

【ヒアリング調査】

○高齢者施設等と医療機関との連携に向けては、関係者間の協議・検討の場の運営や理解醸成、実態把握のほか、医療機関リストの作成・情報提供や医療機関とのマッチングに取り組んでいる自治体もあった。

■高齢者施設等と医療機関の連携に向けて取り組んでいること

- 関係者間の協議・検討の場の運営（既存会議体の活用）
 - 医療関係団体、介護関係団体、庁内関係部署を構成メンバーとする会議体を設置し、医療機関と高齢者施設等の連携の推進に向けて検討。関係団体の代表等に制度趣旨や地域課題を共有
 - 医療関係者も参加する会議で、協力医療機関に関する相談があった場合の協力を依頼
- 医療機関・施設等の理解の醸成、実態把握
 - 改定内容、基準等に関する高齢者施設等、医療機関、関係団体からの照会対応、説明の実施
 - 高齢者施設等を対象に、メール等による周知のほか、個別指導・集団指導等の機会に対応の必要性を説明
 - 未届の高齢者施設等に対し、メールや電話で対応の必要性を説明
 - 協定等の締結を所管する高齢者施設等の法人本部や経営層に対し、対応の必要性など制度趣旨を説明
 - 高齢者施設等や市町村を対象にした調査の実施
 - 医療機関側のメリットとなる診療報酬の情報を整理した資料の作成・説明
- 好事例の提供
 - 介護側から協力医療機関の締結に向けた好事例を知りたいという要望が多いことから、今後、ヒアリングを行って情報提供の予定
- 地域の医療機関リストの作成・情報提供
 - 協定指定医療機関リストとして、高齢者施設等の診療等への協力可否をあわせて掲載し、高齢者施設等へ提供
 - 地域の在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、地域包括ケア病棟を持つ医療機関等のリストを作成し、高齢者施設等へ提供
- 医療機関とのマッチング
 - 大規模施設を中心に、説明会・感染症対策の現地指導を含むモデル事業を保健所圏域で順次実施。要件を満たす協力医療機関を定められていない場合には、施設長などに改定内容を説明し、対応方針を協議
 - 連携先が分からない高齢者施設等に対し、施設の看取り等の体制や方針を確認の上、施設の希望や特性に沿うように在宅医療コーディネーターが医療機関を仲介

1. サービス提供等の状況

(1) 高齢者施設と医療機関の連携強化



(2) 感染対応力の向上

(3) 人生の最終段階の医療・介護

2. 令和6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

高齢者施設等における感染症対応力の向上

告示改正

- 高齢者施設等については、施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止することが求められることから、以下を評価する新たな加算を設ける。

ア 新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関（協定締結医療機関）との連携体制を構築していること。

イ 上記以外の一般的な感染症（※）について、協力医療機関等と感染症発生時における診療等の対応を取り決めるとともに、当該協力医療機関等と連携の上、適切な対応を行っていること。

※ 新型コロナウイルス感染症を含む。

ウ 感染症対策にかかる一定の要件を満たす医療機関等や地域の医師会が定期的に主催する感染対策に関する研修に参加し、助言や指導を受けること

- また、感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることを評価する新たな加算を設ける。

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、介護医療院

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）

10単位/月（新設）**高齢者施設等**

- ・ 感染症法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保すること
- ・ 協力医療機関等との間で、感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること



第二種協定指定医療機関等との連携

院内感染対策に関する研修又は訓練に年1回参加



3年に1回以上実地指導を受ける



医療機関等

- ・ 第二種協定指定医療機関（新興感染症）
- ・ 協力医療機関等（その他の感染症）



- ・ 診療報酬における感染対策向上加算若しくは外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会



高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）

5単位/月（新設）**高齢者施設等**



医療機関等

- ・ 診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関

介護現場における感染対策の手引き等について

- 社会福祉施設等が提供する各種サービスは、利用者の方々やその家族の生活を継続する上で欠かせないものであり、十分な感染防止対策を前提として、利用者に対して必要な各種サービスが継続的に提供されることが重要。
- 今般、新型コロナウイルス感染症に限らず、介護現場に必要な感染症の知識や対応方法など、介護現場における感染対策力の向上を目的に、「介護現場における感染対策の手引き（第1版）（令和2年10月）」等を作成。その後、新型コロナウイルス感染症に係る動向や令和3年度介護報酬改定事項等その他所要の見直しを行い、令和3年3月に第2版、令和5年9月に第3版を公表。
- 介護職員の方においては、日常のケアを行う上で必要な感染対策の知識や手技の習得のための手引きとして、介護施設・事業所の施設長・管理者の方においては、その役割と感染管理体制の構築のための手引きとして活用が可能。

こちらのリンクから
閲覧できます！

介護現場における感染対策の手引き【第3版】

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html

❖ ポイント

介護職員等が、感染症の重症化リスクが高い高齢者等に対して介護保険サービスを安全かつ継続的に提供するため、さらには職員自身の健康を守るため、感染対策の知識を習得して実践できるように、

- ✓ 着実な感染対策を実践できるよう基礎的な情報から、
感染症発生時におけるサービス提供時の注意点等を掲載
- ✓ 感染管理体制を整備するために必要な基礎的な情報から
感染管理体制の在り方および感染症発生時の対応等について掲載

❖ 主な内容

「第Ⅰ章総論」「第Ⅱ章感染症各論」「第Ⅲ章参考」の3部構成

- ・ 感染症の基礎知識
- ・ 日頃からの感染対策と感染症発生時の対応
- ・ 各種感染症における対応
- ・ 関係法令、通知 等

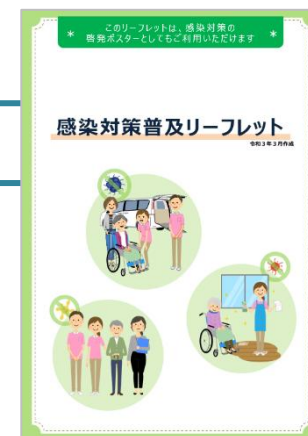
介護職員のための感染対策マニュアル 感染対策普及リーフレット

マニュアル

手引きの概要版として、介護職員向けにポイントを掲載
（施設系・通所系・訪問系ごとに作成）

リーフレット

手洗いや排泄物・嘔吐物処理の手順等をわかりやすく掲載
「見てすぐ実践！」ができるように、ポスターとしても利用可能

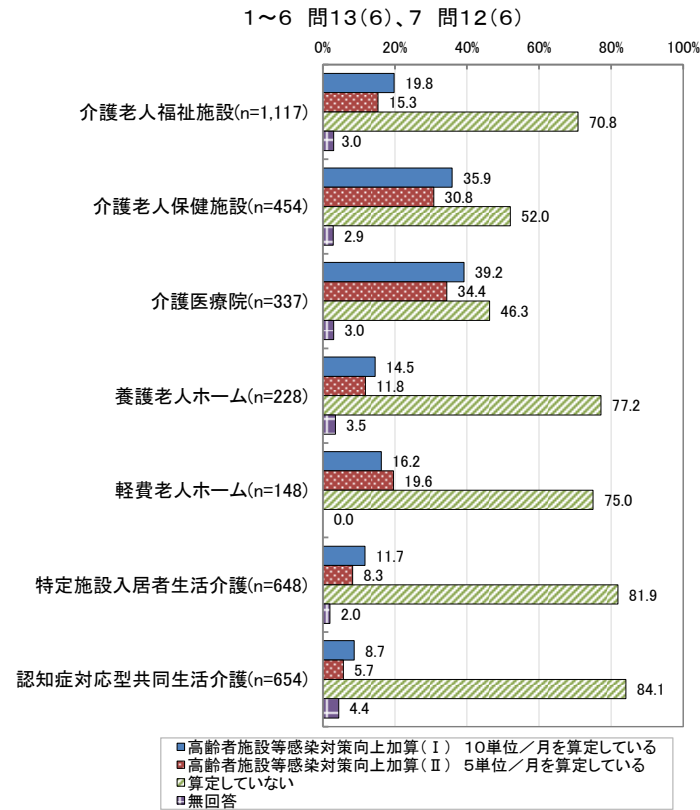


3. 調査結果概要

【高齢者施設等感染症対策向上加算について】

- 介護老人保健施設、介護医療院では算定していない割合が約半数、その他のサービスでは7割以上が加算を算定していなかった。
- 高齢者施設等感染症対策向上加算を算定していない理由では、「研修や実地指導を行う医療機関との連携が困難であるため」「研修や実地指導を行う時間を確保することが困難であるため」の割合が相対的に高かった。

図表61 高齢者施設等感染症対策向上加算の算定状況※1、2



図表62 高齢者施設等感染症対策向上加算を算定していない理由※1、2

1～6 問13(6)4)、7 問12(6)4)

	調査数	研修や実地指導を行う医療機関との連携が困難であるため	第二種協定指定医療機関との連携が困難であるため	研修や実地指導を行う時間を確保することが困難であるため	すでに感染対策は十分できているため	その他	無回答
介護老人福祉施設	791	46.0%	35.5%	38.6%	4.3%	22.4%	4.8%
介護老人保健施設	236	43.6%	37.3%	36.4%	9.3%	19.5%	3.4%
介護医療院	156	38.5%	30.1%	42.3%	10.3%	26.9%	5.1%
養護老人ホーム	176	41.5%	31.3%	29.0%	4.5%	30.7%	4.0%
軽費老人ホーム	111	36.0%	31.5%	42.3%	3.6%	27.0%	4.5%
特定施設入居者生活介護	531	34.7%	26.4%	26.4%	7.5%	33.0%	7.9%
認知症対応型共同生活介護	550	36.7%	27.5%	30.5%	5.5%	26.4%	12.2%

※1.調査期間（令和7年9月～11月）における高齢者施設等からの回答を集計した。
※2.養護老人ホーム、軽費老人ホームについては、特定施設入居者生活介護の指定を受けている事業所のみを集計した。

3. 調査結果概要

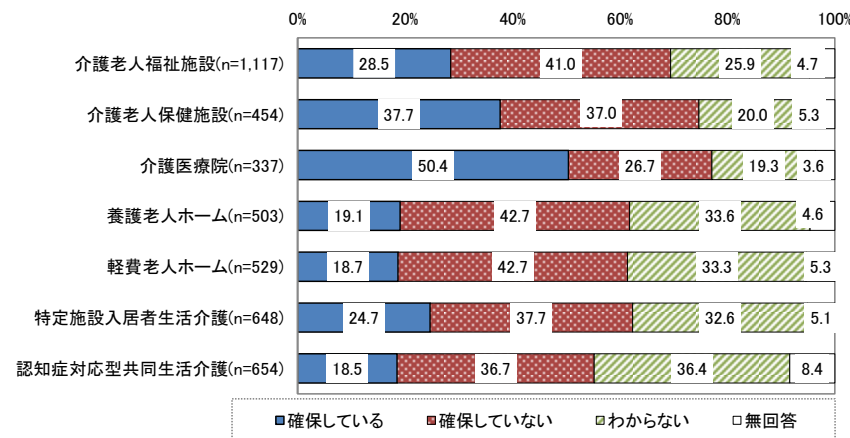
【第二種協定指定医療機関との体制確保について】

○第二種協定指定医療機関と新興感染症の発生時に対応を行う体制を確保している高齢者施設等は、介護医療院が50.4%、介護老人保健施設が37.7%、介護老人福祉施設が28.5%であった。

○第二種協定指定医療機関との体制確保をしていない理由は、「確保する予定はない」を除き、「周辺に第二種協定指定医療機関がない」「どこの医療機関が第二種協定指定医療機関であるか分からない」の割合が高かった。

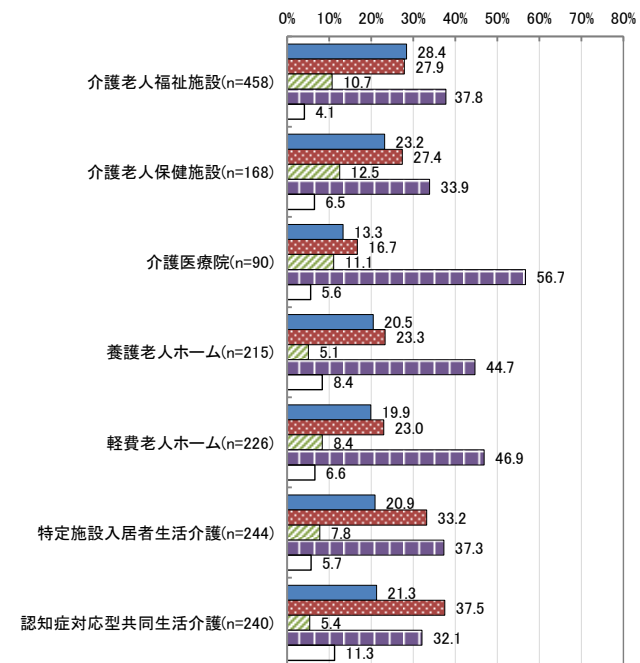
図表63 第二種協定指定医療機関との体制確保状況※1

1～6 問13(7)、7 問12(7)



図表64 第二種協定指定医療機関との体制確保をしていない理由※2

1～6 問13(7)3、7 問12(7)3



※1.調査期間（令和7年9月～11月）における高齢者施設等からの回答を集計した。

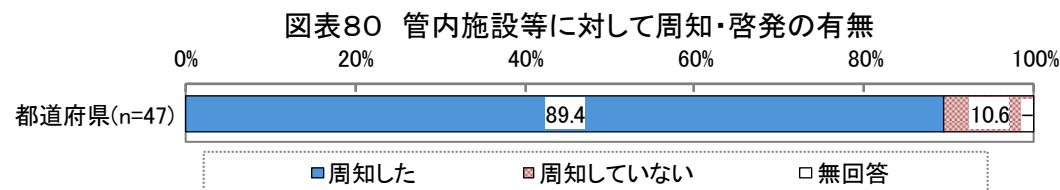
※2.第二種協定指定医療機関を確保していないと回答した高齢者施設等の回答を集計した。

3. 調査結果概要

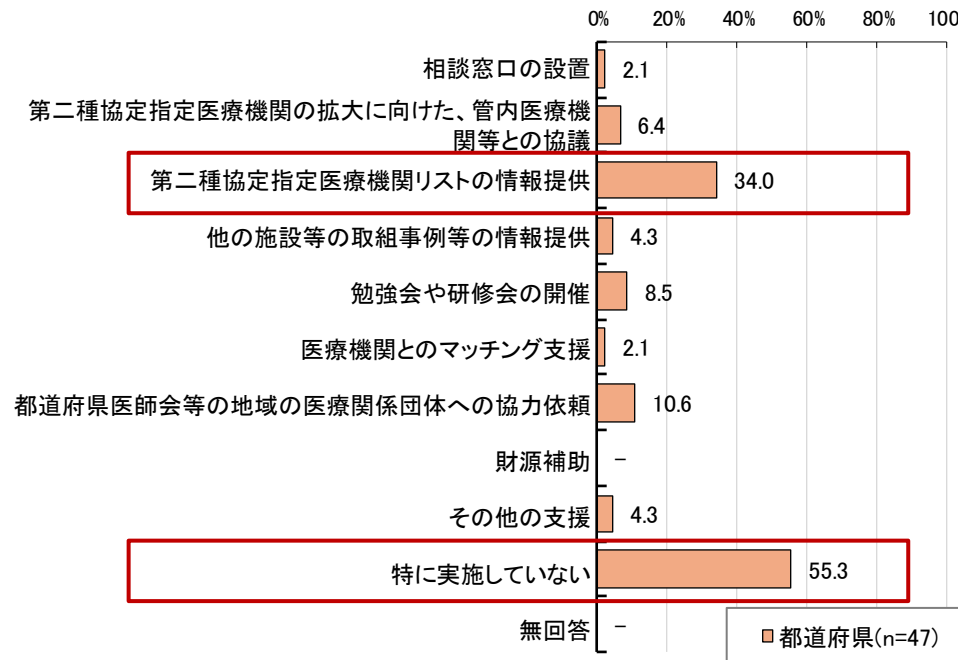
【高齢者施設等における感染症対策の向上に向けた医療機関との連携状況(都道府県票Q15)】

○令和6年度報酬改定のうち、高齢者施設等における感染症対策の向上に向けた医療機関の協力をに係る内容を管内施設等に対して「周知した」都道府県は89.4%だった。

○第二種協定指定医療機関との間で新興感染症の発生等の対応を行う体制確保のために実施している取組は、「第二種協定指定医療機関リストの情報提供」が34.0%だった。「特に実施していない」都道府県は55.3%だった。



図表81 高齢者施設等が第二種協定指定医療機関との間で新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保するための取組【複数回答】



1. サービス提供等の状況

(1) 高齢者施設と医療機関の連携強化

(2) 感染対応力の向上



(3) 人生の最終段階の医療・介護

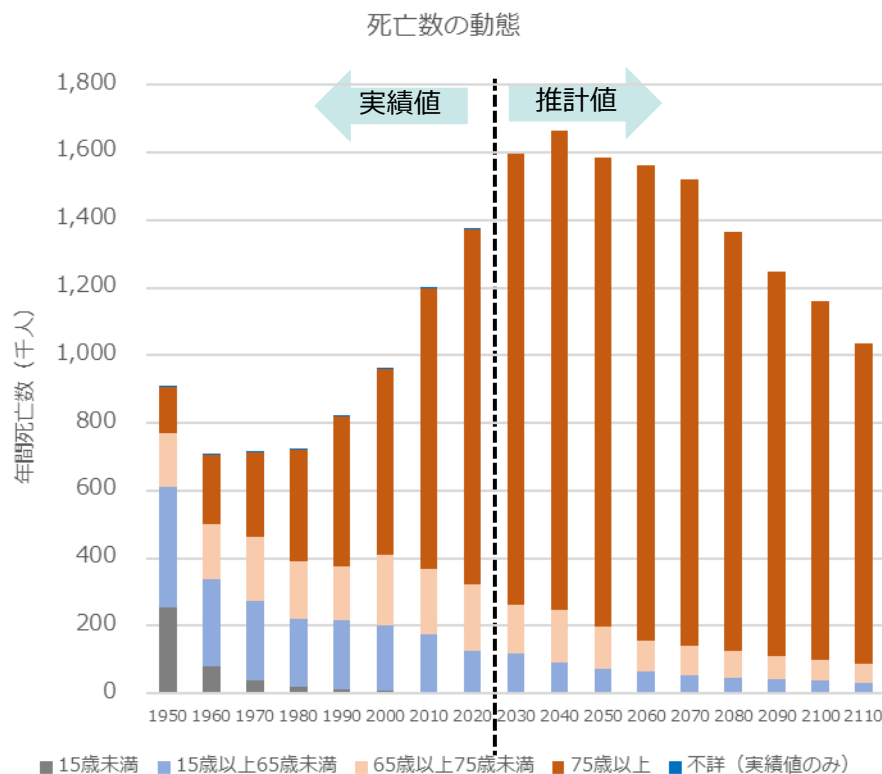
2. 令和6年度介護報酬改定の内容

3. 関連する各種意見

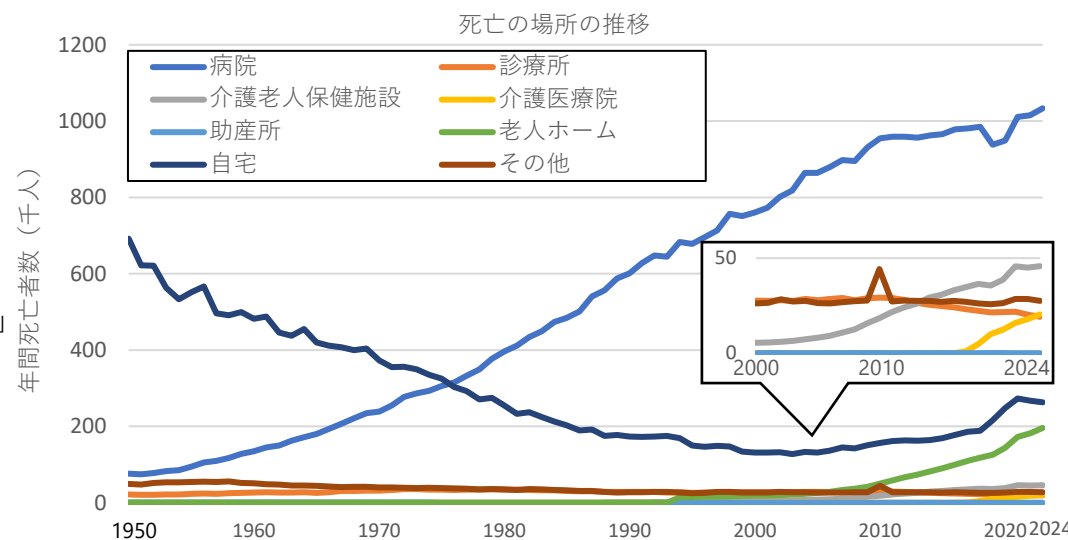
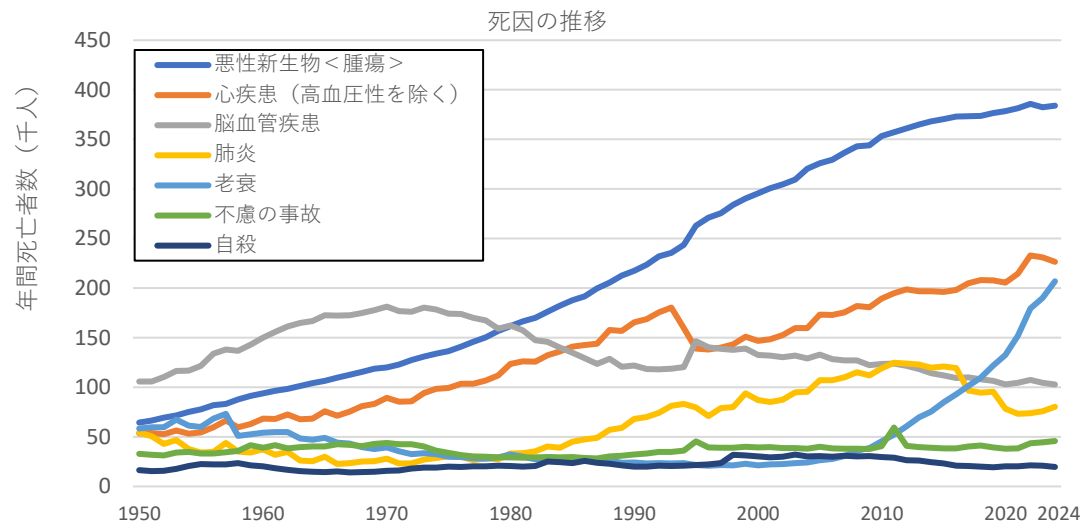
4. 現状と課題及び論点

死亡数の動態、死因・死亡場所の推移

- 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。
- 死亡場所については、病院のほか、自宅、老人ホーム等が増加傾向にある。



出典：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年推計）、厚生労働省「人口動態統計」
 ※ 死亡数の動態については、2020年までは実績値、2021年以降は推計値。
 ※ 死因の推移及び死亡の場所の推移については実績値。

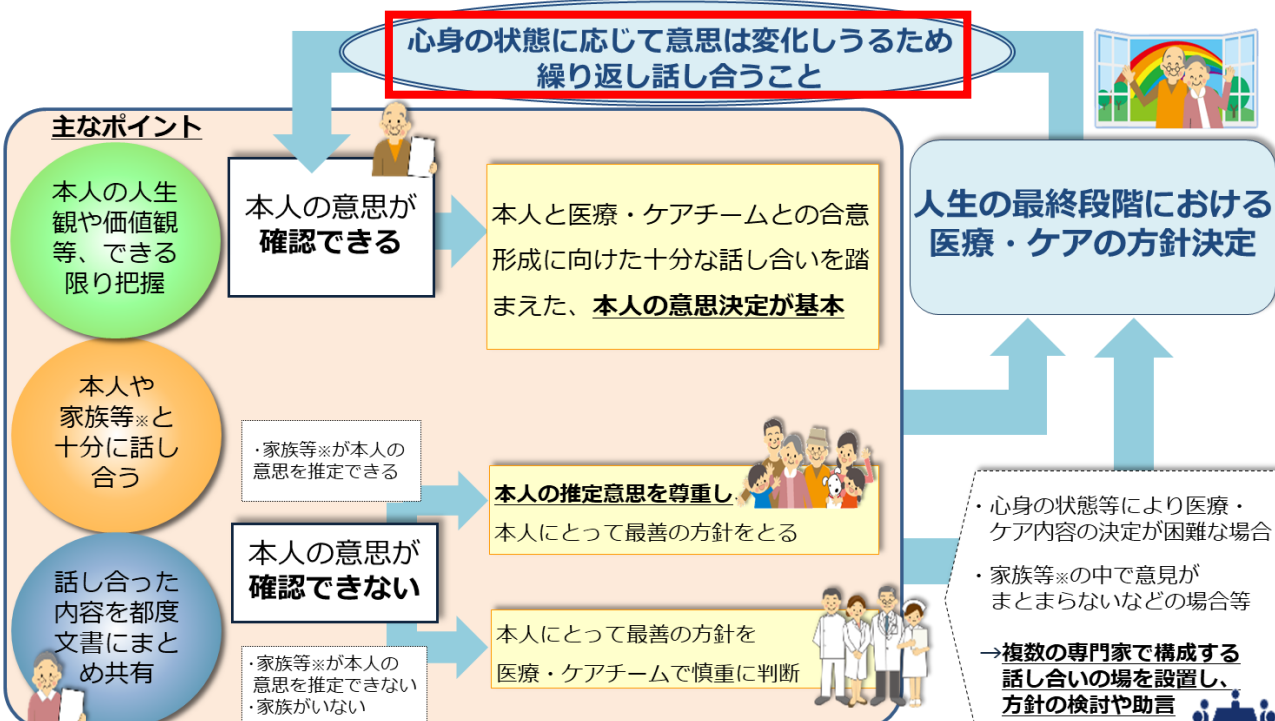


介護サービスにおける「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の位置づけ

- 「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。）には、本人が家族等及び医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスであるACP（アドバンス・ケア・プランニング）の概念が盛り込まれており、本人の意思は変化し得るものであること等を踏まえ、人生の最終段階における医療・ケアに関する話し合いを繰り返し行うことの重要性が示されている。
- 一方で、多くの介護サービスにおいては、ガイドラインは看取り関連加算における本人の意思を尊重した医療・ケアの方針を実施する上での参考等として位置付けられており、施設基準として原則入所者全員を対象としてガイドラインに基づく対応を求めているのは介護医療院サービスのみである。

「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」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考えられる。

○介護医療院サービスの施設基準

【基準省令】

施設サービスの計画の作成や提供に当たり、入所者の意思を尊重した医療及びケアが実施できるよう、入所者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応していること。

【留意事項通知】

施設サービス計画の作成や提供にあたり、入所者本人が希望しない場合を除き、入所者全員に対して、厚生労働省「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」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等の支援を行うこと。

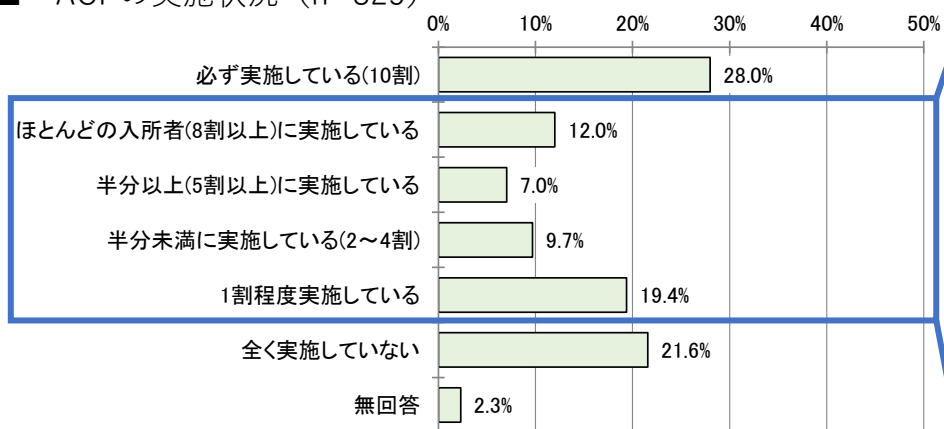
○ガイドラインの規定がある看取り関連加算

- ・看取り介護加算
- ・看取り連携体制加算
- ・ターミナルケア加算
- ・ターミナルケアマネジメント加算

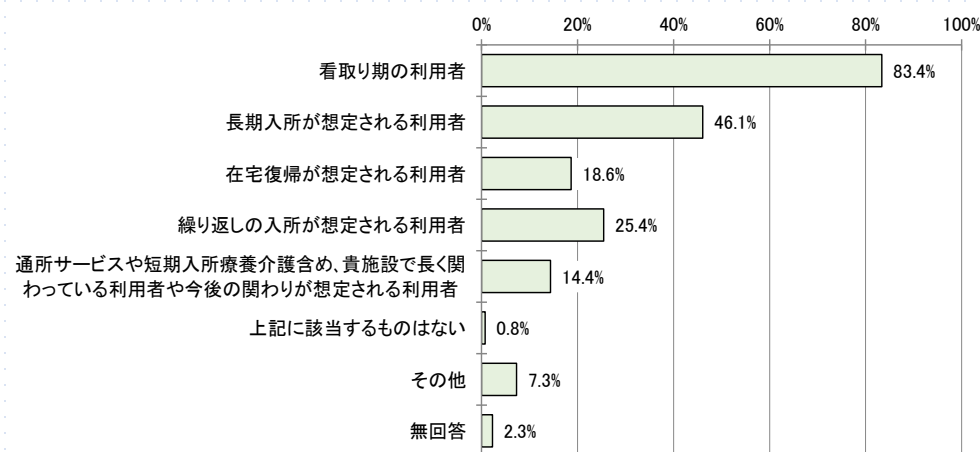
介護老人保健施設における入所者に対する意思決定支援の実施状況等

- アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の実施状況は、「必ず実施している（10割）」が28.0%で最も多く、次いで「全く実施していない」が21.6%であった。
- 「必ず実施している」「全く実施していない」以外の回答で、どのような入所者にACPを実施しているかについては、「看取り期の利用者」が83.4%で最も多く、次いで「長期入所が想定される利用者」が46.1%であった。
- ACPの話し合いを行う時期は、「状態悪化時に行う」が76.1%で最も多く、次いで「看取り期に行う」が71.8%であった。

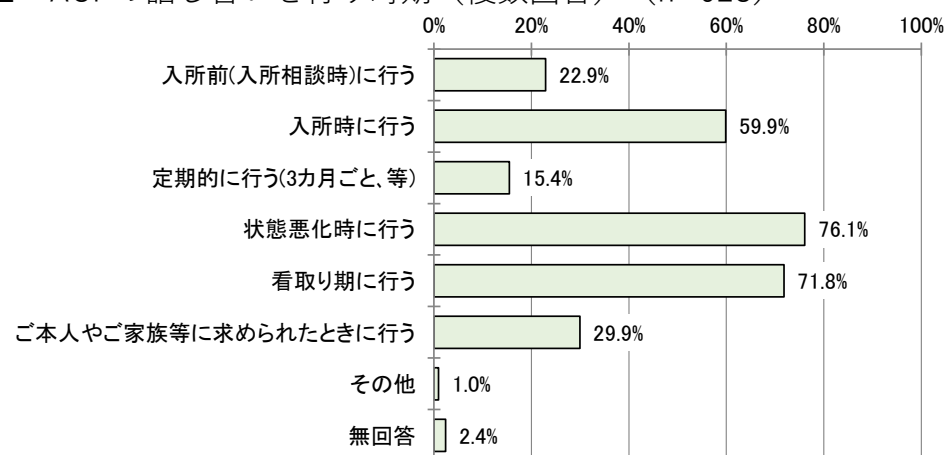
■ ACPの実施状況（n=825）



■ どのような入所者に対してACPを実施しているか（複数回答）（n=397）

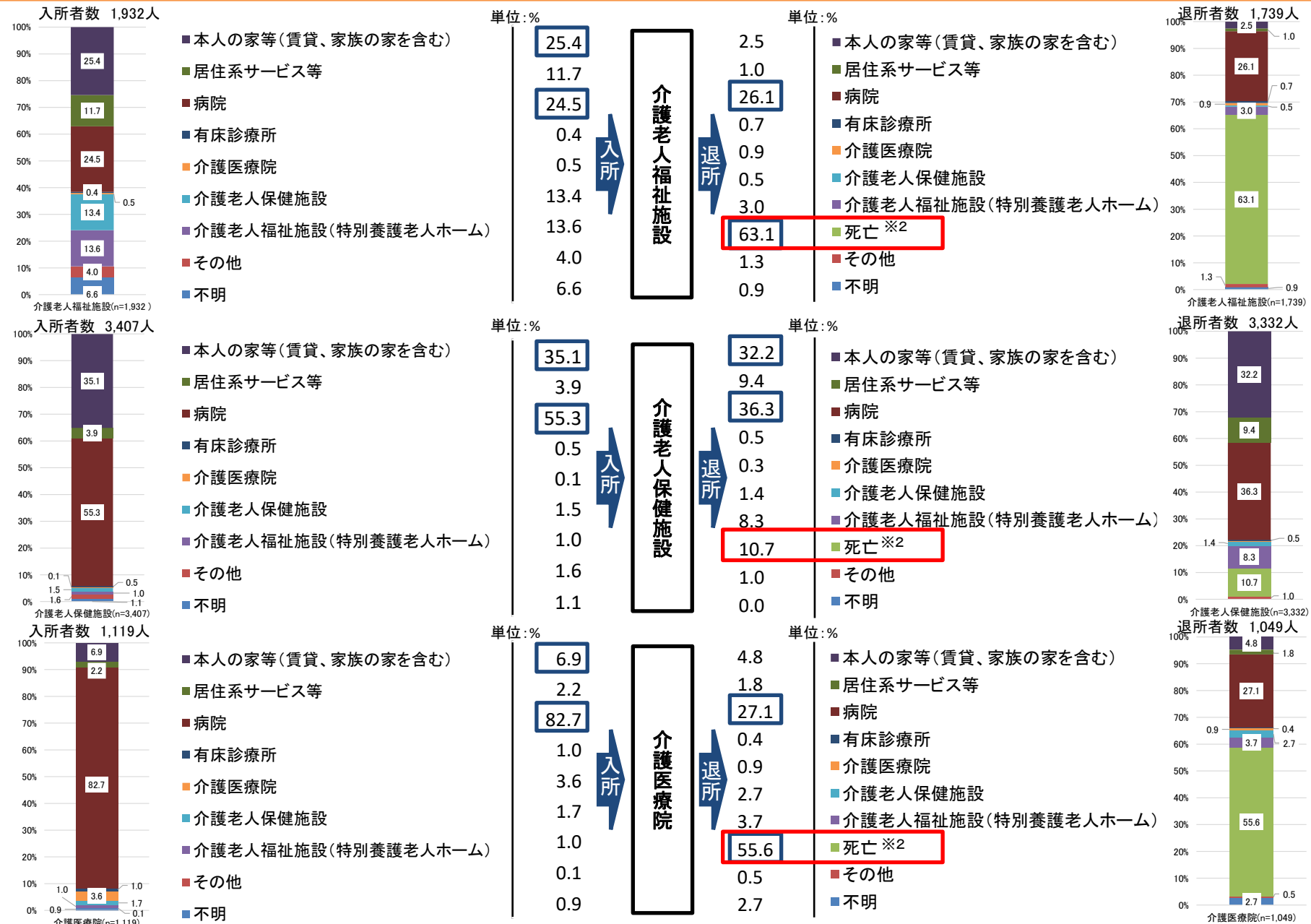


■ ACPの話し合いを行う時期（複数回答）（n=628）



【出典】令和7年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設利用者等に対する急変時等の治療方針に関する意思決定支援にかかる調査研究事業」

介護保険施設における入所前の居場所、退所後の居場所

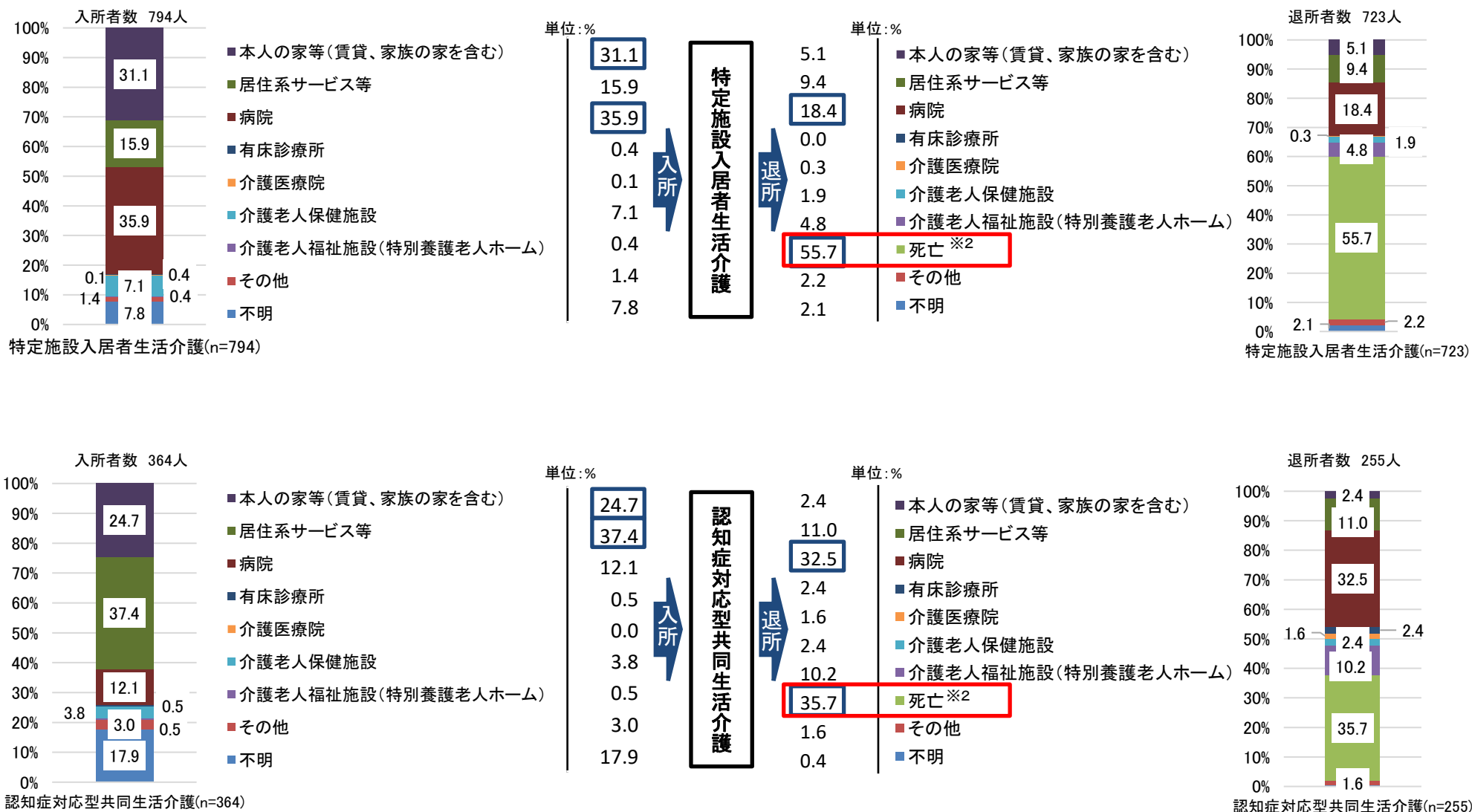


※1 入所者数・退所者数は、令和7年8月の1か月間を合計した。ただし、当該施設を退所後、直ちに病院等に入院し、一週間以内に再入所した場合は、再入所分は加えない。

※2 「死亡」は施設内死亡と入院後の死亡退所を合計した。

【出典】令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和7年度調査）「（1）高齢者施設等と医療機関の連携体制及び協定締結医療機関との連携状況等にかかる調査研究事業」

特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護における入所前の居場所、退所後の居場所



※1 入所者数・退所者数は、令和7年8月の1か月間を合計した。ただし、当該施設を退所後、直ちに病院等に入院し、一週間以内に再入所した場合は、再入所分は加えない。

※2 「死亡」は施設内死亡と入院後の死亡退所を合計した。

【出典】令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和7年度調査）「（1）高齢者施設等と医療機関の連携体制及び協定締結医療機関との連携状況等にかかる調査研究事業」

高齢者施設等における対応可能な医療処置

	介護老人福祉施設 1,117	介護老人保健施設 454	介護医療院 337	養護老人ホーム		軽費老人ホーム		特定施設入居者 生活介護 648	認知症対応型 共同生活介護 654
				(特定施設) 228	(特定施設以外) 270	(特定施設) 148	(特定施設以外) 376		
1). 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	84.1%	88.3%	96.1%	11.0%	7.0%	20.9%	4.8%	68.4%	8.1%
2). 経鼻経管栄養	26.9%	41.9%	91.1%	4.8%	2.2%	6.1%	2.7%	28.9%	5.5%
3). 中心静脈栄養	4.9%	7.5%	49.9%	1.8%	0.4%	4.1%	1.6%	20.5%	3.7%
4). カテーテル(尿道カテーテル・コンドームカテーテル)	91.0%	94.9%	97.0%	69.3%	44.4%	64.2%	17.8%	90.7%	43.0%
5). ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	85.0%	88.8%	90.5%	64.5%	47.8%	54.7%	20.2%	89.0%	31.0%
6). 喀痰吸引	78.9%	91.9%	97.9%	34.2%	28.1%	26.4%	3.7%	59.3%	21.3%
7). ネブライザー	40.5%	53.1%	80.4%	21.5%	21.5%	23.6%	7.7%	53.5%	14.4%
8). 酸素療法(酸素吸入)	71.4%	67.8%	96.4%	56.1%	47.4%	58.8%	28.2%	88.6%	39.4%
9). 気管切開のケア	5.6%	23.3%	58.5%	1.8%	1.1%	3.4%	1.3%	16.2%	2.1%
10). 人工呼吸器の管理	1.5%	4.0%	14.2%	—	0.7%	2.7%	—	6.6%	1.2%
11). 透析	17.6%	9.9%	10.4%	23.7%	23.3%	19.6%	19.9%	51.1%	8.6%
腹膜透析	5.6%	4.0%	3.9%	5.3%	4.1%	5.4%	6.4%	22.7%	2.3%
血液透析	15.5%	8.6%	9.2%	23.7%	22.2%	18.2%	17.3%	47.7%	8.0%
12). 静脈内注射(点滴含む)	48.8%	75.3%	93.8%	38.6%	28.9%	35.1%	7.2%	52.9%	24.2%
13). 皮下、皮下及び筋肉注射(インスリン注射を除く)	54.2%	69.2%	92.9%	41.2%	33.0%	32.4%	10.4%	59.9%	22.5%
14). 簡易血糖測定	80.6%	92.5%	95.5%	68.9%	57.4%	58.1%	23.9%	87.2%	30.7%
15). インスリン注射	79.4%	90.7%	94.4%	57.0%	53.0%	50.7%	24.5%	84.3%	24.8%
16). 疼痛管理(麻薬なし)	70.8%	78.6%	89.9%	63.2%	49.6%	64.9%	14.4%	84.6%	39.0%
17). 疼痛管理(麻薬使用)	32.3%	23.8%	57.0%	24.1%	15.2%	29.7%	5.9%	58.6%	15.1%
18). 創傷処置	91.9%	93.4%	94.4%	89.0%	78.1%	88.5%	27.9%	95.5%	66.2%
19). 褥瘡処置	95.4%	96.9%	95.5%	87.3%	71.1%	84.5%	19.1%	96.0%	67.0%
20). 浣腸	92.7%	93.6%	96.1%	85.5%	72.6%	80.4%	21.8%	96.0%	63.1%
21). 排便	95.4%	96.7%	97.3%	91.2%	75.9%	83.1%	20.5%	96.9%	58.9%
22). 導尿	72.3%	88.8%	95.3%	58.3%	32.6%	42.6%	12.5%	73.3%	30.4%
23). 膀胱洗浄	49.9%	63.9%	85.8%	31.6%	15.9%	25.0%	8.2%	50.2%	15.1%
24). 持続モニター(血圧、心拍、酸素飽和度等)	11.5%	32.2%	82.2%	5.3%	6.7%	16.2%	4.3%	22.7%	12.8%
25). リハビリテーション	48.6%	96.7%	94.1%	37.3%	22.6%	48.6%	15.4%	60.4%	27.5%
26). ターミナルケア	79.8%	77.8%	95.5%	37.7%	18.1%	43.9%	6.9%	81.7%	63.3%

※外部医療機関の支援を受けて対応するものを含む。

看取り関連加算の経緯

改定年	看取り介護加算	ターミナルケア加算	看取り連携体制加算	ターミナルケア マネジメント加算
平成12年		○訪問看護 加算新設		
平成18年	○介護老人福祉施設 加算新設	○訪問看護 ターミナルケアのプロセスを重視する観点から、算定要件の見直し		
平成21年	○認知症対応型共同生活介護 加算新設 ○介護老人福祉施設 施設内における看取りの労力を適切に評価する観点から、死亡日、前日・前々日、死亡日4日前～30日前の区分の評価の創設、算定要件の見直し	○訪問看護 ターミナルケアの充実を図り、医療保険との整合性を図る観点から、算定要件の見直し ○介護老人保健施設 加算新設		
平成24年	○特定施設入居者生活介護 加算新設 ○認知症対応型共同生活介護 看取りの対応を強化する観点から、死亡日、前日・前々日、死亡日4日前～30日前の区分の評価の新設、算定要件及び評価の見直し	○訪問看護 在宅での看取りへの対応を強化する観点から、算定要件の見直し ○介護老人保健施設 看取りの対応を強化する観点から、死亡日、死亡日前日・前々日、死亡日4日前～30日前の区分の評価の新設、算定要件及び評価の見直し ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護 加算新設		
平成27年	○介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護 看取り介護の質を向上させる観点から、死亡日4日前～30日前の区分評価の見直し、算定要件の見直し		○小規模多機能型居宅介護 加算新設	
平成30年	○介護老人福祉施設 施設内での看取りを進める観点から、看取り介護加算Ⅱの新設（※1）、算定要件の見直し ○介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護 中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点、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、死亡日31日前～45日前の区分の評価の新設、算定要件の見直し （特定施設入居者生活介護のみ）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Ⅱの新設（※2）、算定要件の見直し	○介護老人保健施設 中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点、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、死亡日31日前～45日前の区分の評価の新設、算定要件の見直し		○居宅介護支援 加算新設
令和3年				○居宅介護支援 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、算定要件の見直し
令和6年		○介護老人保健施設 介護老人保健施設における看取りへの対応を充実する観点や在宅復帰・在宅療養支援を行う施設における看取りへの対応を適切に評価する観点から、死亡日31日前～45日前の区分等の評価の見直し ○訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護 医療保険との整合性を図る観点から、評価の見直し	○訪問入浴介護 加算新設 ○短期入所生活介護 加算新設 ○小規模多機能型居宅介護 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、算定要件の見直し	

※1 看取り介護加算Ⅰの要件を満たし、かつ、配置医師緊急時対応加算の施設基準に該当し、入所者が施設内で死亡した場合に算定可。

※2 看取り介護加算Ⅰの要件を満たし、かつ、夜勤又は宿直を行う看護職員の数が1以上である場合（夜間看護体制加算を算定している場合）に算定可。

（注） 地域密着型サービスがあるサービス類型については、地域密着型も含む

看取り関連加算の報酬

(単位)

サービス類型 (施設・居住系(短期入所含む) サービス、その他看取り関連加算を 有するサービス)	加算の名称	死亡日の 45～31日前 (15日間)	死亡日の 30～4日前 (27日間)	死亡日の 前々日・前 日 (2日間)	死亡日 (1日間)	死亡日の 30日前～死 亡日 (30日間)	死亡月	総計 (最大)
介護老人福祉施設 (地域密着型含む)	看取り介護加算 (I)	72	144	680	1,280	—	—	8,328
	看取り介護加算 (II) ※1	72	144	780	1,580	—	—	8,828
介護老人保健施設 (通常型)	ターミナルケア加算	72	160	910	1,900	—	—	9,840
介護老人保健施設 (療養型)	ターミナルケア加算	80	160	850	1,700	—	—	9,720
介護医療院	—	—	—	—	—	—	—	—
特定施設入居者生活介護 (地域密着型含む)	看取り介護加算 (I)	72	144	680	1,280	—	—	8,328
	看取り介護加算 (II) ※2	572	644	1,180	1,780	—	—	35,828
認知症対応型共同生活介護	看取り介護加算	72	144	680	1,280	—	—	8,328
短期入所生活介護	看取り連携体制加算	—	—	—	—	64 ※5	—	448
短期入所療養介護	—	—	—	—	—	—	—	—
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	ターミナルケア加算 ※3	—	—	—	—	—	2,500	2,500
看護小規模多機能型居宅介護	ターミナルケア加算 ※3	—	—	—	—	—	2,500	2,500
訪問看護	ターミナルケア加算 ※3	—	—	—	—	—	2,500	2,500
小規模多機能型居宅介護	看取り連携体制加算	—	—	—	—	64	—	1,920
訪問入浴介護	看取り連携体制加算	—	—	—	—	64	—	1,920
居宅介護支援	ターミナルケアマネジメント加算 ※4	—	—	—	—	—	400	400

- ※1 看取り介護加算Ⅰの要件を満たし、かつ、配置医師緊急時対応加算の施設基準に該当し、入所者が施設内で死亡した場合に算定可。
- ※2 看取り介護加算Ⅰの要件を満たし、かつ、夜勤又は宿直を行う看護職員の数が1以上である場合（夜間看護体制加算を算定している場合）に算定可。
- ※3 原則、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを実施した場合に算定可。1人の利用者に対し、1か所の事業者に限り算定出来る。なお、当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に他の訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおけるターミナルケア加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護・指導料における在宅ターミナルケア加算は算定出来ないこと。
- ※4 死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、利用者等の同意を得て利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス事業者に提供した場合に算定可。
- ※5 短期入所生活介護の看取り連携体制加算は7日間が算定上限。

看取り関連加算の算定率（事業所ベース）

サービス類型 （施設・居住系（短期入所含む） サービス、その他看取り関連加算を 有するサービス）	加算の名称	死亡日の 45～31日前 （15日間）	死亡日の 30～4日前 （27日間）	死亡日の 前々日・前日 （2日間）	死亡日 （1日間）	死亡日の 30日前～死亡 日（30日間）	死亡月
介護老人福祉施設 （地域密着型） ※1	看取り介護加算（Ⅰ）	13.9% （6.3%）	23.6% （10.9%）	24.6% （11.5%）	24.9% （11.5%）	—	—
	看取り介護加算（Ⅱ） ※2	4.9% （2.2%）	8.0% （3.4%）	8.5% （3.5%）	8.6% （3.6%）	—	—
介護老人保健施設	ターミナルケア加算	18.9%	32.4%	33.7%	34.0%	—	—
介護医療院	—	—	—	—	—	—	—
特定施設入居者生活介護 （地域密着型） ※1	看取り介護加算（Ⅰ）	6.3% （4.9%）	11.0% （8.7%）	11.6% （9.0%）	11.7% （9.0%）	—	—
	看取り介護加算（Ⅱ） ※3	2.6% （1.1%）	4.5% （1.4%）	4.7% （1.4%）	4.7% （1.1%）	—	—
認知症対応型共同生活介護	看取り介護加算	2.0%	3.4%	3.6%	3.7%	—	—
短期入所生活介護	看取り連携体制加算	—	—	—	—	0.3% ※6	—
短期入所療養介護	—	—	—	—	—	—	—
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	ターミナルケア加算 ※4	—	—	—	—	—	1.7%
看護小規模多機能型居宅介護	ターミナルケア加算 ※4	—	—	—	—	—	10.3%
訪問看護	ターミナルケア加算 ※4	—	—	—	—	—	8.3%
小規模多機能型居宅介護	看取り連携体制加算	—	—	—	—	0.4%	—
訪問入浴介護	看取り連携体制加算	—	—	—	—	4.0%	—
居宅介護支援	ターミナルケアマネジメント加算 ※5	—	—	—	—	—	2.6%

※1 介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護において（ ）で記載した割合はそれぞれ地域密着型の類型における算定率。

※2 看取り介護加算Ⅰの要件を満たし、かつ、配置医師緊急時対応加算の施設基準に該当し、入所者が施設内で死亡した場合に算定可。

※3 看取り介護加算Ⅰの要件を満たし、かつ、夜勤又は宿直を行う看護職員の数が1以上である場合（夜間看護体制加算を算定している場合）に算定可。

※4 原則、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを実施した場合に算定可。1人の利用者に対し、1か所の事業者により算定出来る。なお、当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に他の訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおけるターミナルケア加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護・指導料における在宅ターミナルケア加算は算定出来ないこと。

※5 死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、利用者等の同意を得て利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス事業者に提供した場合に算定可。

※6 短期入所生活介護の看取り連携体制加算は7日間が算定上限。

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

看取り関連加算の算定率（件数ベース）

サービス類型 （施設・居住系（短期入所含む） サービス、その他看取り関連加算を 有するサービス）	加算の名称	死亡日の 45～31日前 （15日間）	死亡日の 30～4日前 （27日間）	死亡日の 前々日・前日 （2日間）	死亡日 （1日間）	死亡日の 30日前～死亡 日（30日間）	死亡月
介護老人福祉施設 （地域密着型） ※1	看取り介護加算（Ⅰ）	0.1% （0.1%）	0.3% （0.4%）	0.0% （0.0%）	0.0% （0.0%）	—	—
	看取り介護加算（Ⅱ） ※2	0.1% （0.0%）	0.1% （0.1%）	0.0% （0.0%）	0.0% （0.0%）	—	—
介護老人保健施設	ターミナルケア加算	0.1%	0.4%	0.0%	0.0%	—	—
介護医療院	—	—	—	—	—	—	—
特定施設入居者生活介護 （地域密着型） ※1	看取り介護加算（Ⅰ）	0.1% （0.1%）	0.2% （0.4%）	0.0% （0.0%）	0.0% （0.0%）	—	—
	看取り介護加算（Ⅱ） ※3	0.0% （0.0%）	0.1% （0.0%）	0.0% （0.0%）	0.0% （0.0%）	—	—
認知症対応型共同生活介護	看取り介護加算	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%	—	—
短期入所生活介護	看取り連携体制加算	—	—	—	—	0.0% ※6	—
短期入所療養介護	—	—	—	—	—	—	—
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	ターミナルケア加算 ※4	—	—	—	—	—	0.0%
看護小規模多機能型居宅介護	ターミナルケア加算 ※4	—	—	—	—	—	0.8%
訪問看護	ターミナルケア加算 ※4	—	—	—	—	—	0.0%
小規模多機能型居宅介護	看取り連携体制加算	—	—	—	—	0.0%	—
訪問入浴介護	看取り連携体制加算	—	—	—	—	0.1%	—
居宅介護支援	ターミナルケアアマネジメント加算 ※5	—	—	—	—	—	0.1%

- ※1 介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護において（ ）で記載した割合はそれぞれ地域密着型の類型における算定率。
- ※2 看取り介護加算Ⅰの要件を満たし、かつ、配置医師緊急時対応加算の施設基準に該当し、入所者が施設内で死亡した場合に算定可。
- ※3 看取り介護加算Ⅰの要件を満たし、かつ、夜勤又は宿直を行う看護職員の数が1以上である場合（夜間看護体制加算を算定している場合）に算定可。
- ※4 原則、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを実施した場合に算定可。1人の利用者に対し、1か所の事業者に関り算定出来る。なお、当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に他の訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおけるターミナルケア加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護・指導料における在宅ターミナルケア加算は算定出来ないこと。
- ※5 死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、利用者等の同意を得て利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス事業者に提供した場合に算定可。
- ※6 短期入所生活介護の看取り連携体制加算は7日間が算定上限。
- （注）「算定率（件数ベース）」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。

看取り関連加算の算定要件等

	看取り介護加算			看取り連携体制加算			ターミナルケア加算				ターミナルケア マネジメント加算	基本報酬	
対象サービス	特養	特定施設	G H	短期入所生活介護	小多機	訪問入浴	老健		定巡	看多機	訪問看護	居宅介護支援	介護医療院
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であること						○在宅又は看多機事業所で死亡した利用者で、末期の悪性腫瘍等の別に厚生労働大臣が定める者 ※ ○死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上に訪問看護を提供した場合				○在宅で死亡した利用者者	—	
	○医師等が共同で作成した利用者（入所者）の介護に係る計画について、適当な者から説明を受け、当該計画に同意している者であること ○看取りに関する指針に基づき、利用者（入所者）の状態等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者であること			○看取り期における対応方針に基づき、利用者（登録者）の状態等に応じ、介護職員等から利用者（登録者）に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている者であること			○入所者等の同意を得て入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること ○医師等が共同して入所者の状態等に応じ随時本人等に説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること						
施設要件等	○看取りに関する指針を定め、入居（所）の際に、利用者（入所者）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 ○医師等による協議の上、当該事業所における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと			○看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に利用者（登録者）等に対して当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること			—				○利用者について24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要時応じて訪問看護を行うことができる体制を整備していること ○主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について、利用者等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること ○ターミナルケアの提供について必要な事項が適切に記録されていること	○ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて居宅介護支援を行うことができる体制を整備していること ○終末期の医療やケアの方針に関する利用者等の意向を把握した上で、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、利用者等の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、心身の状況等を記録し、主治医及び居宅サービス事業者に提供していること（Ⅱ型の場合）等	○入所者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が10%以上（Ⅰ型サービス費Ⅰの場合。Ⅰ型サービス費Ⅱ、Ⅲでは5％）。 ・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であること ・入所者等又はその家族等の同意を得て、入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること ・医師、看護職員、介護職員等が共同して、入所者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること ○施設サービス計画の作成にあたり、入所者の意思を尊重した医療及びケアが実施できるよう、対応していること ○ターミナルケアを行う体制があること（Ⅱ型の場合）等
	○常勤の看護師を1名以上配置し、当該施設の看護職員等により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（加算Ⅱのみ） ○入所者が施設内で死亡すること（加算Ⅱのみ）等	○夜間看護体制加算を算定していること ○本加算算定期間において、夜勤又は宿直を行う看護職員の数が1以上（加算Ⅱのみ）等	○医療連携体制加算を算定等	○次のいずれかに適合すること ・看護体制加算Ⅱ又はⅣイ若しくはロを算定していること ・看護体制加算Ⅰ又はⅢイ若しくはロを算定しており、かつ事業所の看護職員等により利用者の状態等に応じた対応ができる連絡体制を確保し、24時間連絡できる体制を確保していること	○看護職員配置加算Ⅰを算定していること ○看護師により24時間連絡できる体制を確保していること	○病院等との連携により、利用者の状態等に応じた対応ができる連絡体制を確保し、かつ必要に応じて病院等により指定訪問看護等が提供されるよう、訪問入浴介護を行う日時を病院等と調整していること等							
看取りに関する職員研修要件	○	○	○	—	—	○	—		—	—	—	—	—
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関する規定	○ガイドライン等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること						○ガイドライン等の内容を踏まえ、利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること				○ガイドライン等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること	○施設サービス計画の作成や提供にあたり、入所者本人が希望しない場合を除き、入所者全員に対して、ガイドライン等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等の支援を行うこと	
区分支給限度基準額	（限度額が適用されないサービス）			限度額に含まれる			（限度額が適用されないサービス）		限度額に含まれない		（限度額が適用されないサービス）	（限度額が適用されないサービス）	

※ ①多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）をいう）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群をいう）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態 ②急性増悪その他利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

1. サービス提供等の状況

(1) 高齢者施設と医療機関の連携強化

(2) 感染対応力の向上

(3) 人生の最終段階の医療・介護



2. 令和6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. (2) ① 訪問介護における特定事業所加算の見直し①

概要

【訪問介護】

- 訪問介護における特定事業所加算について、看取り期の利用者など重度者へのサービス提供や中山間地域等で継続的なサービス提供を行っている事業所を適切に評価する観点等から以下の見直しを行う。
- ア 看取り期における対応を適切に評価する観点から、重度者対応要件として、「看取り期にある者」に関する要件を新たに追加する。
- イ 中山間地域等において、地域資源等の状況により、やむを得ず移動距離等を要し、事業運営が非効率にならざるを得ない場合があることから、利用者へ継続的なサービスを行っていることについて新たに評価を行う。
- ウ 重度要介護者等への対応における改定前の要件について、実態を踏まえ一部の現行区分について見直し等を行う。

【告示改正】

単位数

<改定前>	
特定事業所加算（Ⅰ）	所定単位数の20%を加算
特定事業所加算（Ⅱ）	所定単位数の10%を加算
特定事業所加算（Ⅲ）	所定単位数の10%を加算
特定事業所加算（Ⅳ）	所定単位数の 5%を加算
特定事業所加算（Ⅴ）	所定単位数の 3%を加算



<改定後>		
特定事業所加算（Ⅰ）	所定単位数の20%を加算	
特定事業所加算（Ⅱ）	所定単位数の10%を加算	
特定事業所加算（Ⅲ）	所定単位数の10%を加算	
特定事業所加算（Ⅳ）	所定単位数の 5%を加算	（廃止）
特定事業所加算（Ⅳ）	所定単位数の 3%を加算	（変更）
特定事業所加算（Ⅴ）	所定単位数の 3%を加算	（新設）

1. (2) ① 訪問介護における特定事業所加算の見直し②

算定要件等

報酬区分 ▶ 改定前の(Ⅳ)を廃止し、改定前の(Ⅴ)を(Ⅳ)に、(Ⅴ)を新設 算定要件 ▼ 改定前の(6)を(1)に統合、(6)、(7)、(8)、(14)を新設、改定前の(12)を削除		(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)	(Ⅳ) 廃止	(Ⅴ) →(Ⅳ)	(Ⅴ) 新設
		20%	10%	10%	5%	3%	3%
体制要件	(1) 訪問介護員等・サービス提供責任者ごとに作成された研修計画に基づく研修の実施 (2) 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項の伝達等を目的とした会議の定期的な開催 (3) 利用者情報の文書等による伝達、訪問介護員等からの報告 (4) 健康診断等の定期的な実施 (5) 緊急時等における対応方法の明示	○	○	○	○ ※(1) 除く	○	○
	―(6) サービス提供責任者ごとに作成された研修計画に基づく研修の実施―⇒【(1)へ統合】				○		
	<u>(6) 病院、診療所又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おり、かつ、必要に応じて訪問介護を行うことができる体制の整備、看取り期における対応方針の策定、看取りに関する職員研修の実施等</u>	○(※)		○(※)			
	<u>(7) 通常の事業の実施地域内であって中山間地域等に居住する者に対して、継続的にサービスを提供していること</u>						○
	<u>(8) 利用者の心身の状況またはその家族等を取り巻く環境の変化に応じて、訪問介護事業所のサービス提供責任者等が起点となり、随時、介護支援専門員、医療関係職種等と共同し、訪問介護計画の見直しを行っていること</u>						○
人材要件	(9) 訪問介護員等のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上、又は介護福祉士、実務者研修修了者、並びに介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の占める割合が100分の50以上	○	○				
	(10) 全てのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士、又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者	○	又は ○				
	(11) サービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること ⇒【Ⅲ・Ⅳに追加】			○ 又は ○	○	○ 又は ○	
	(12) 訪問介護員等の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること ⇒【Ⅲに追加】						
重度者等対応要件	(13) 利用者のうち、要介護4、5である者、日常生活自立度(Ⅲ、Ⅳ、M)である者、たんの吸引等を必要とする者の占める割合が100分の20以上	○		○			
	―(12) 利用者のうち、要介護3～5である者、日常生活自立度(Ⅲ、Ⅳ、M)である者、たんの吸引等を必要とする者の占める割合が100分の60以上―⇒【削除】	又は		又は	○		
	<u>(14) 看取り期の利用者への対応実績が1人以上であること(併せて体制要件(6)の要件を満たすこと)</u>	○(※)		○(※)			

(※)：加算(Ⅰ)・(Ⅲ)については、重度者等対応要件を選択式とし、(13)または(14)を満たす場合に算定できることとする。また、(14)を選択する場合には(6)を併せて満たす必要がある。

1. (2) ① 訪問介護における特定事業所加算の見直し③

[各区分ごとの算定イメージ]

(Ⅰ)
+20%

重度者等
対応要件
(13)
or
(14)

(Ⅱ)
+10%

人材要件
(9)
or
(10)

(Ⅲ)
+10%

重度者等
対応要件
(13)
or
(14)
人材要件
(11)
or
(12)

(Ⅳ)
+3%

人材要件
(11)
or
(12)

<体制要件>

(1) + (2) + (3) + (4) + (5) + (6)

&

(Ⅴ) +3%

<体制要件>

(1) + (2) + (3) + (4) + (5) + (7) + (8)

注1：別区分同士の併算定は不可。
ただし、(Ⅴ)とそれぞれの加算は併算定可。

注2：加算(Ⅰ)・(Ⅲ)については、重度者等対応要件を選択式とし、(13)または(14)を満たす場合に算定できることとする。また、(14)を選択する場合には(6)を併せて満たす必要がある。

注3：(Ⅴ)は特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算とは併算定不可。

算定要件 改定前の(6)を(1)に統合、(6)、(7)、(8)、(14)を新設、 改定前の(12)を削除		(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)	(Ⅳ)	(Ⅴ)
		20%	10%	10%	3%	3%
体制要件	(1) 訪問介護員等・サービス提供責任者ごとに作成された研修計画に基づく研修の実施 (2) 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項の伝達等を目的とした会議の定期的な開催 (3) 利用者情報の文書等による伝達、訪問介護員等からの報告 (4) 健康診断等の定期的な実施 (5) 緊急時等における対応方法の明示	○	○	○	○	○
	(6) 病院、診療所又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おり、かつ、必要に応じて訪問介護を行うことができる体制の整備、看取り期における対応方針の策定、看取りに関する職員研修の実施等	○ (注2)		○ (注2)		
	(7) 通常の事業の実施地域内であって中山間地域等(※1)に居住する者に対して、継続的にサービスを提供していること					○
	(8) 利用者の心身の状況またはその家族等を取り巻く環境の変化に応じて、訪問介護事業所のサービス提供責任者等が起点となり随時介護支援専門員、医療関係職種等と共同し、訪問介護計画の見直しを行っていること					○
人材要件	(9) 訪問介護員等のうち介護福祉士の占める割合が30%以上、又は介護福祉士、実務者研修修了者、並びに介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の占める割合が50%以上	○	○ 又は			
	(10) 全てのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士、又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者・介護職員基礎研修課程修了者・1級課程修了者	○	○			
	(11) サービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること			○ 又は	○ 又は	
	(12) 訪問介護員等の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること			○	○	
重度者等対応要件	(13) 利用者のうち、要介護4、5である者、日常生活自立度(Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ)である者、たんの吸引等を必要とする者の占める割合が20%以上	○ 又は		○ 又は		
	(14) 看取り期の利用者(※2)への対応実績が1人以上であること (併せて体制要件(6)の要件を満たすこと)	○ (注2)		○ (注2)		

(※1) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算と同様の対象地域

(※2) 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であること。

1. (3) ⑮ 配置医師緊急時対応加算の見直し

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】

- 入所者に急変が生じた場合等の対応について、配置医師による日中の駆けつけ対応をより充実させる観点から、現行、早朝・夜間及び深夜にのみ算定可能な配置医師緊急時対応加算について、日中であっても、配置医師が通常の勤務時間外に駆けつけ対応を行った場合を評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

単位数

<改定前>

配置医師緊急時対応加算

なし

早朝・夜間の場合 650単位/回

深夜の場合 1,300単位/回

<改定後>

配置医師緊急時対応加算

配置医師の通常の勤務時間外の場合 325単位/回 (新設)
(早朝・夜間及び深夜を除く)

早朝・夜間の場合 650単位/回

深夜の場合 1,300単位/回

算定要件等

- 次の基準に適合しているものとして届出を行った指定介護老人福祉施設において、配置医師が施設の求めに応じ、早朝（午前6時から午前8時まで）、夜間（午後6時から午後10時まで）、深夜（午後10時から午前6時まで）又は配置医師の通常の勤務時間外（早朝、夜間及び深夜を除く。）に施設を訪問して入所者に対し診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録した場合に所定単位数を算定する。ただし、看護体制加算（Ⅱ）を算定していない場合は、算定しない。

- ・ 入所者に対する注意事項や病状等についての情報共有、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法、診療を依頼する場合の具体的状況等について、配置医師と施設の間で、具体的な取決めがなされていること。
- ・ 複数名の配置医師を置いていること又は配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保していること。

1. (3) ⑱ 協力医療機関との連携体制の構築

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、介護老人保健施設、介護医療院】

- 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。【省令改正】
 - ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。その際、義務付けにかかる期限を3年とし、併せて連携体制に係る実態把握を行うとともに必要な対応について検討する。
 - ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
 - ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
 - イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
 - ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

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、認知症対応型共同生活介護★】

- 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。【省令改正】
 - ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。
 - ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。
 - イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
 - ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

1. (3) ②⑩ 協力医療機関との定期的な会議の実施

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、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、介護医療院】

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護について、協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者または入居者（以下「入所者等」という。）の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的を開催することを評価する新たな加算を創設する。
- また、特定施設における医療機関連携加算について、定期的な会議において入居者の現病歴等の情報共有を行うよう見直しを行う。【告示改正】

単位数

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院】

<改定前>

なし

<改定後>

協力医療機関連携加算

協力医療機関が(1)右記の①～③の要件を満たす場合
(2)それ以外の場合

100単位/月(令和6年度) 50単位/月(令和7年度～) (新設)
5単位/月 (新設)

【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】

<改定前>

医療機関連携加算
80単位/月

<改定後>

協力医療機関連携加算

協力医療機関が(1)右記の①、②の要件を満たす場合
(2)それ以外の場合

100単位/月 (変更)
40単位/月 (変更)

【認知症対応型共同生活介護】

<改定前>

なし

<改定後>

協力医療機関連携加算

協力医療機関が(1)右記の①、②の要件を満たす場合
(2)それ以外の場合

100単位/月 (新設)
40単位/月 (新設)

(協力医療機関の要件)

- ① 入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
- ② 高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
- ③ 入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

算定要件等

- 協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的を開催していること。 (新設)

1. (3) ②② 介護老人福祉施設等における緊急時等の対応方法の定期的な見直し

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】

- 介護老人福祉施設等における入所者への医療提供体制を確保する観点から、介護老人福祉施設等があらかじめ定める緊急時等における対応方法について、配置医師及び協力医療機関の協力を得て定めることとする。また、1年に1回以上、配置医師及び協力医療機関の協力を得て見直しを行い、必要に応じて緊急時等における対応方法の変更を行わなければならないこととする。【省令改正】

基準

<改定前>

指定介護老人福祉施設は、入所者の病状の急変が生じた場合のため、あらかじめ、配置医師との連携方法その他の緊急時等における対応方法を定めておかなければならない。

<改定後>

指定介護老人福祉施設は、入所者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合のため、あらかじめ、配置医師及び協力医療機関の協力を得て、配置医師及び協力医療機関との連携方法その他の緊急時等における対応方法を定めておかなければならない。

指定介護老人福祉施設は、配置医師及び協力医療機関の協力を得て、1年に1回以上、緊急時等における対応方法の見直しを行い、必要に応じて緊急時等における対応方法の変更を行わなければならない。

1.（4）② 訪問入浴介護における看取り対応体制の評価

概要

【訪問入浴介護】

- 訪問入浴介護における看取り期の利用者へのサービス提供について、その対応や医師・訪問看護師等の多職種との連携体制を推進する観点から、事業所の看取り対応体制の整備を評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

単位数

<改定前>
なし



<改定後>
看取り連携体制加算 64単位/回（新設）
※死亡日及び死亡日以前30日以下に限る。

算定要件等

- 利用者基準
 - イ 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であること。
 - ロ 看取り期における対応方針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等利用者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上でサービスを受けている者を含む。）であること。
- 事業所基準
 - イ 病院、診療所又は訪問看護ステーション（以下「訪問看護ステーション等」という。）との連携により、利用者の状態等に応じた対応ができる連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて当該訪問看護ステーション等により訪問看護等が提供されるよう訪問入浴介護を行う日時を当該訪問看護ステーション等と調整していること。
 - ロ 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。
 - ハ 看取りに関する職員研修を行っていること。

1. (4) ③ 訪問看護等におけるターミナルケア加算の見直し

概要

【訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護】

- ターミナルケア加算について、介護保険の訪問看護等におけるターミナルケアの内容が医療保険におけるターミナルケアと同様であることを踏まえ、評価の見直しを行う。【告示改正】

単位数

<改定前>

ターミナルケア加算 2,000単位/死亡月



<改定後>

ターミナルケア加算 2,500単位/死亡月 (変更)

算定要件等

- 変更なし

1. (4) ④ 情報通信機器を用いた死亡診断の補助に関する評価

概要

【訪問看護、看護小規模多機能型居宅介護】

- 離島等に居住する利用者の死亡診断について、診療報酬における対応との整合性を図る観点から、ターミナルケア加算を算定し、看護師が情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合の評価を新たに設ける。
【告示改正】

単位数

<改定前>
なし



<改定後>
遠隔死亡診断補助加算 150単位/回 **(新設)**

算定要件等

- 情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科診療報酬点数表の区分番号C001の注8（医科診療報酬点数表の区分番号C001—2の注6の規定により準用する場合（指定特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けている有料老人ホームその他これに準ずる施設が算定する場合を除く。）を含む。）に規定する死亡診断加算を算定する利用者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に限る。）について、その主治医の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、所定単位数に加算する。**(新設)**

【参考】C001 在宅患者訪問診療料 (I)
注8 死亡診断加算 200点

以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン（平成29年9月厚生労働省）」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能。

ア 当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。

イ 正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況であること。

ウ 特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「C005—1—2」同一建物居住者訪問看護・指導料又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。

1. (4) ⑤ 短期入所生活介護における看取り対応体制の強化

概要

【短期入所生活介護】

- 短期入所生活介護について、看取り期の利用者に対するサービス提供体制の強化を図る観点から、レスパイト機能を果たしつつ、看護職員の体制確保や対応方針を定め、看取り期の利用者に対してサービス提供を行った場合に評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

単位数

<改定前>
なし



<改定後>

看取り連携体制加算 64単位/日 **(新設)**

※死亡日及び死亡日以前30日以下について、7日を限度

算定要件等

- 次のいずれかに該当すること。 **(新設)**
 - (1) 看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)イ若しくはロを算定していること。
 - (2) 看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)イ若しくはロを算定しており、かつ、短期入所生活介護事業所の看護職員により、又は病院、診療所、訪問看護ステーション若しくは本体施設の看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。
- 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。

1. (4) ⑥ ターミナルケアマネジメント加算等の見直し

概要

【居宅介護支援】

- ターミナルケアマネジメント加算について、自宅で最期を迎えたいと考えている利用者の意向を尊重する観点から、人生の最終段階における利用者の意向を適切に把握することを要件とした上で、当該加算の対象となる疾患を末期の悪性腫瘍に限定しないこととし、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を対象とする見直しを行う。併せて、特定事業所医療介護連携加算におけるターミナルケアマネジメント加算の算定回数の要件についても見直しを行う。【告示改正】

算定要件等

○ターミナルケアマネジメント加算

<改定前>

在宅で死亡した利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者を提供した場合

<改定後>

在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上で、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者を提供した場合

○特定事業所医療介護連携加算

<改定前>

前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を5回以上算定していること。

<改定後>

前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を15回以上算定していること。

※ 令和7年3月31日までの間は、なお従前の例によるものとし、同年4月1日から令和8年3月31日までの間は、令和6年3月におけるターミナルケアマネジメント加算の算定回数に3を乗じた数に令和6年4月から令和7年2月までの間におけるターミナルケアマネジメント加算の算定回数を加えた数が15以上であることとする。

1. (4) ⑦ 介護老人保健施設におけるターミナルケア加算の見直し

概要

【介護老人保健施設】

- 介護老人保健施設における看取りへの対応を充実する観点や在宅復帰・在宅療養支援を行う施設における看取りへの対応を適切に評価する観点から、ターミナルケア加算について、死亡日以前31日以上45日以下の区分の評価を見直し、死亡日の前日及び前々日並びに死亡日の区分への重点化を図る。【告示改正】

単位数

<改定前>

死亡日45日前～31日前 80単位/日
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 72単位/日 (変更)
変更なし
死亡日前々日、前日 910単位/日 (変更)
死亡日 1,900単位/日 (変更)



算定要件等

- 以下のいずれにも適合している入所者であること。(改定前通り)
 - 1 医師が一般的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であること。
 - 2 入所者又はその家族等の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること(※)。
 - 3 医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。
- ※1 「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。
- ※2 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。

1. (4) ⑧ 介護医療院における看取りへの対応の充実

概要

【介護医療院】

- 本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を更に充実させる観点から、介護医療院の基本報酬の算定要件及び施設サービス計画の作成において、本人の意思を尊重した上で、原則入所者全員に対して「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」に沿った取組を行うことを求めることとする。

【告示改正】 【通知改正】

算定要件等

厚生労働大臣が定める施設基準 ※Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）の場合

<改定前>

六十八 介護医療院サービスの施設基準

イ Ⅰ型介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

(1) Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

(一) 併設型小規模介護医療院以外の介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

a～h (略)

i 算定日が属する月の前三月間における入所者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が百分の十以上であること。

i 医師が一般的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であること。

ii 入所者等又はその家族等の同意を得て、当該入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること。

iii 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等が共同して、入所者等の状態又は家族等の求め等に応じ随時、入所者等又はその家族等への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。

iv ii及びiiiについて、入所者本人及びその家族等と話し合いを行い、入所者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、対応していること。

<改定後>

六十八 介護医療院サービスの施設基準

イ Ⅰ型介護医療院サービス費を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

(1) Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）を算定すべき介護医療院サービスの施設基準

(一) 併設型小規模介護医療院以外の介護医療院が行う介護医療院サービスの場合にあっては、次に掲げる規定のいずれにも適合していること。

a～h (略)

i 算定日が属する月の前三月間における入所者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が百分の十以上であること。

i 医師が一般的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であること。

ii 入所者等又はその家族等の同意を得て、当該入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること。

iii 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等が共同して、入所者等の状態又は家族等の求め等に応じ随時、入所者等又はその家族等への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。

(削る)

j 施設サービスの計画の作成や提供に当たり、入所者の意思を尊重した医療及びケアが実施できるよう、入所者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応していること。

1. (5) ① 高齢者施設等における感染症対応力の向上

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、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、介護医療院】

- 高齢者施設等については、施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止することが求められることから、以下を評価する新たな加算を設ける。
 - ア 新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関（協定締結医療機関）との連携体制を構築していること。
 - イ 上記以外の一般的な感染症（※）について、協力医療機関等と感染症発生時における診療等の対応を取り決めるとともに、当該協力医療機関等と連携の上、適切な対応を行っていること。
 - ※ 新型コロナウイルス感染症を含む。
 - ウ 感染症対策にかかる一定の要件を満たす医療機関等や地域の医師会が定期的に主催する感染対策に関する研修に参加し、助言や指導を受けること。
- また、感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることを評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

単位数

< 改定前 >
なし



< 改定後 >

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） 10単位/月（新設）
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） 5単位/月（新設）

算定要件等

< 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） >（新設）

- 感染症法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。
- 協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応していること。
- 診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。

< 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） >（新設）

- 診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていること。

1. (5) ② 施設内療養を行う高齢者施設等への対応

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、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、介護医療院】

- 新興感染症のパンデミック発生時等において、施設内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点や、感染拡大に伴う病床ひっ迫を避ける観点から、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した高齢者を施設内で療養を行うことを新たに評価する。
- 対象の感染症については、今後のパンデミック発生時に必要に応じて指定する仕組みとする。【告示改正】

単位数

<改定前>
なし



<改定後>
新興感染症等施設療養費 240単位/日（新設）

算定要件等

- 入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症※に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定する。
※ 現時点において指定されている感染症はない。

1. (5) ③ 新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携

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、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、介護医療院】

- 施設系サービス及び居住系サービスについて、利用者及び入所者における新興感染症の発生時等に、感染者の診療等を迅速に対応できる体制を平時から構築しておくため、感染者の診療等を行う協定締結医療機関と連携し、新興感染症発生時における対応を取り決めるよう努めることとする。
- また、協力医療機関が協定締結医療機関である場合には、当該協力医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応について協議を行うことを義務づける。【省令改正】

1. サービス提供等の状況

(1) 高齢者施設と医療機関の連携強化

(2) 感染対応力の向上

(3) 人生の最終段階の医療・介護

2. 令和6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

医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護に関連する各種意見

令和6年度介護報酬改定に関する審議報告（令和5年12月19日社会保障審議会介護給付費分科会）（抄）

【訪問看護と他の介護保険サービス等との連携強化】

- 訪問介護等における看取りや医療ニーズの高まりに対応するために、訪問看護は他の介護保険サービス等と幅広く連携することが求められており、引き続き、効果的かつ効率的な連携の在り方を検討していくべきである。

【高齢者施設等と医療機関の連携強化】

- 高齢者施設等の入所者及び入居者の生命を守る観点から、高齢者施設等と医療機関の連携強化を図ることは喫緊の課題である。介護保険施設について、義務付けにかかる期限を3年とした上で、入所者の急変時等に、相談対応や診療を行う体制を常時確保した協力医療機関及び緊急時に原則入院できる体制を確保した協力病院を定めることを義務化することとしたが、当該期限の前においても可及的速やかに実効性のある連携体制が構築されるよう、連携体制に係る実態や課題等を把握した上で、連携体制の構築を推進するために必要な対応を行うとともに、次期介護報酬改定に向けて引き続き検討していくべきである。また、特定施設入居者生活介護及び認知症対応型共同生活介護について、相談対応や診療を行う体制を常時確保した医療機関を定めることを努力義務としたが、入居者の急変時等に備えた協力医療機関との連携体制を確実に構築していく観点から、介護保険施設と同様に連携体制の構築を推進するために必要な対応を行うとともに、原則入院できる体制を確保した協力病院との連携も含め、当該要件を満たす協力医療機関との連携の義務化に向けて引き続き検討していくべきである。

【介護医療院の長期療養・生活施設としての機能強化】

- 介護医療院について、今回の介護報酬改定で看取りへの対応の充実が図られたところであるが、介護療養型医療施設からの移行が完了することも踏まえ、看取りへの対応も含め、医療の必要な要介護者の長期療養・生活施設として更なる機能強化を図るための対応を検討していくべきである。

令和 6 年度介護報酬改定に関する審議報告（令和 5 年12月19日社会保障審議会介護給付費分科会）（抄）

【感染症や災害への対応力向上】

- 施設系サービス及び居住系サービスについて、協定締結医療機関と新興感染症の発生時等の対応を取り決めることを努力義務としたが、都道府県における協定締結の状況や高齢者施設等における連携の取組状況を把握し、更なる連携の強化に向けた対応を検討していくべきである。

2040 年に向けたサービス提供体制等のあり方に関するとりまとめ

(令和 7 年 7 月 25 日「2040 年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会) (抄)

【4. 地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携、介護予防・健康づくり、認知症ケアの方向性】

(1) 現状と課題

(2) 地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携

(中略)

- 令和 6 年度同時改定において、施設等における高齢者の急変時における対応等を念頭に、介護保険施設と協力医療機関との連携を強化する改定が行われたところ。協力医療機関について、二次医療圏まで広げて医療介護連携のマッチングができていない福祉施設・介護施設が一定程度あり、地域差も大きいとの指摘がある。連携が進んでいない地域については、都道府県が行う地域医療構想調整会議の場を活用して、高齢者施設等の協力医療機関としての役割を担う医療機関を調整するなど、検討することが重要である。医療介護連携について、介護報酬も診療報酬も加算はあるが十分算定されていない。算定要件が複雑であり、算定に労力を要することなどが要因。限られた人材で連携できるように算定要件を見直すべきとの意見があった。

(中略)

- 85 歳以上の複合ニーズを抱える者や独居高齢者が増えていくと、急変し病院に入院し、治療後、すぐに自宅に在宅復帰することが難しい。このため、退院して在宅復帰するまでの老人保健施設、地域の中小病院等の医療機関の役割が重要である。在宅ケアのためには、医療が緊急に必要となったときに対応できる機能が重要であり、訪問診療を行う医療機関、急性期に入院できる一般病院、訪問看護事業所、ショートステイ等で在宅を支える老人保健施設、緊急時に対応できる地域の体制整備と人材確保策が必要である。また、在宅ケアには訪問看護、訪問介護やケアマネジャーによる支援、ケアを提供しやすい住まい、口腔管理、薬剤管理や栄養指導も必要である。利用者への質の高いサービス提供のため、医療と介護が緊急時も含めて連携して支える体制を構築することが重要である。そのためには、地域において、医療機関と介護事業者との間で情報共有や顔の見える体制を構築し、互いの果たす機能や役割を理解しつつ、コミュニケーションの強化が必要である。また、地域包括ケアシステムを深化させていくためには、地域でかかりつけ医機能が発揮され、医療と介護、生活支援サービス等の切れ目ない連携が行われることが重要である。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（令和８年３月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会）（抄）

【3. 医療機関機能の確保について】

- （１）基本的な考え方
- （２）高齢者救急・地域急性期機能
（中略）
- ② 医療機関機能について
（中略）
- 救急の受入に当たっては、特定の施設からの受入に限定せず、高齢者救急等の二次救急や受入れ後の早期からの医療やリハビリテーションの提供、早期退院に向けた取組、介護施設の協力医療機関として、介護施設と連携を行う等が求められる。
（中略）
- ④ 在宅医療等連携機能
（中略）
- 人口の少ない構想区域や、局所的に在宅医療を提供する医療機関等が少ない場合等において、地域の医療資源に応じながら、在宅医療や訪問看護を提供すること、また、診療所による在宅医療の実施等が多い場合に入院対応等の後方支援や、介護施設と連携して協力医療機関になること等、地域の医療資源に応じた在宅医療を支える役割が求められる。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（令和８年３月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会）（抄）

【6. 策定について】

- （１）基本的な考え方
- （２）構想区域
- （３）入院医療
- （４）外来医療
- （５）在宅医療
- （６）介護との連携

（中略）

○高齢者施設等における医療需要への対応強化や介護老人保健施設等の有する医療やリハビリテーションを提供する機能の活用による早期の退院促進など、介護保険施設の協力医療機関の確保や医療と介護の相互理解の推進等については、すぐにでも取り組むことができる事項もあり、こうしたことについては、地域医療構想策定の時期に関わらず取り組む必要がある。

1. サービス提供等の状況

(1) 高齢者施設と医療機関の連携強化

(2) 感染対応力の向上

(3) 人生の最終段階の医療・介護

2. 令和6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

医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護の現状と課題

現状と課題

(高齢者施設と医療機関の連携強化)

- 令和6年度介護報酬改定では、高齢者施設等において、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するため、要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化又は努力義務化した(経過措置3年間)。
- 協力医療機関の要件を満たす体制の整備割合は、介護老人福祉施設は67.9%、介護老人保健施設は83.3%、介護医療院は84.9%、養護老人ホームは60.4%であり、また、定め状況について、集計していないと回答した自治体が一定程度存在し、定め状況には地域差が見られた。
- 昨年度調査の時点で要件を満たす協力医療機関を定めていなかった事業所のうち、「まだ検討を行っていない」と回答した事業所に対して令和8年5月にヒアリングを行ったところ、「要件を満たす協力医療機関を定めた」と回答した事業所がほぼ半数を超える一方で、対応予定がない事業所も存在した。
- 協力医療機関となることを断ったことがある医療機関における断った理由として、「常時診療を行う体制の確保が困難」、「常時相談対応を行う体制の確保が困難」等があげられた。
- 高齢者施設等における協力医療機関連携加算について、有機的な連携体制を保ちつつ業務効率化を図る観点から、協力医療機関連携加算に係る会議の頻度の見直しを行った。
- 要件を満たす協力医療機関を定めることによる効果として、施設系、居住系サービスともに「利用者の健康管理が的確・迅速に行えるようになった」、「協力医療機関に気軽に相談できるようになった」等があげられた。
- 介護老人福祉施設等において、要件を満たす協力医療機関を定めている施設のほうが、入所者が急変等により入院する際に、入院先の医療機関と事前調整を行っている割合が高かった。
- 令和6年度介護報酬改定に関する審議報告(令和5年12月19日)では、当該期限の前においても可及的速やかに実効性のある連携体制が構築されるよう、連携体制に係る実態や課題等を把握した上で、連携体制の構築を推進するために必要な対応を行うとともに、次期介護報酬改定に向けて引き続き検討していくべきである、とされている。

医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護の現状と課題

現状と課題

（感染対応力の向上）

- 令和6年度介護報酬改定では、高齢者施設等において、施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止することが求められることから、第二種協定指定医療機関等との連携等を評価する高齢者施設等感染対策向上加算を新設した。
- 介護老人保健施設、介護医療院では高齢者施設等感染対策向上加算を算定していない割合が約半数、その他のサービスでは7割以上が加算を算定しておらず、高齢者施設等感染症対策向上加算を算定していない理由では、「研修や実地指導を行う医療機関との連携が困難であるため」、「研修や実地指導を行う時間を確保することが困難であるため」の割合が相対的に高かった。

（ACP、看取り）

- 死亡者数は2040年まで増加傾向にあり、死亡場所については、近年、病院のほか、自宅、老人ホーム等が増加傾向にある。また、介護老人福祉施設や介護医療院等、死亡退所が多くを占めるサービスも存在する。
- 高齢者施設等において、医療処置として「疼痛管理（麻薬無し）」「疼痛管理（麻薬使用）」「ターミナルケア」が対応可能な施設の割合はサービスによって大きく異なる。
- 「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」（以下「ガイドライン」という。）には、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の概念が盛り込まれており、人生の最終段階における医療・ケアに関する話し合いを繰り返し行うことの重要性が示されているが、施設基準として原則入所者全員を対象としてガイドラインに基づく対応を求めているのは介護医療院サービスのみである。
- 看取り関連加算について、算定率（事業所ベース）はサービスごとに差がある。また、算定要件や報酬点数についてもサービスごとに大きく異なっている。
- 令和6年度介護報酬改定に関する審議報告（令和5年12月19日）では、介護医療院について、今回の介護報酬改定で看取りへの対応の充実が図られたところであるが、介護療養型医療施設からの移行が完了することも踏まえ、看取りへの対応も含め、医療の必要な要介護者の長期療養・生活施設として更なる機能強化を図るための対応を検討していくべきである、とされている。

論 点

（高齢者施設と医療機関の連携強化）

- 令和 6 年度介護報酬改定において、高齢者施設等に一定の要件を満たす協力医療機関の設定を義務付け、令和 9 年 3 月 31 日までの経過措置を設けている。協力医療機関の確保状況や制度の意義を踏まえ、今後の在り方についてどのように考えるか。

※令和 8 年度改定検証調査の結果については、本年秋頃を目処に速報値をお示しする予定である。

- 高齢者施設等と医療機関の更なる連携強化に向けて、実効性のある連携体制の構築を推進するためには、どのような方策が考えられるか。

（感染対応力の向上）

- 高齢者施設における感染症対応力の更なる向上に向けて医療機関との連携をはじめ、どのような方策が考えられるか。

（A C P）

- 「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」では、本人による意思決定を基本とした医療・ケアの方針の決定プロセスが示されており、あわせて、A C P（アドバンス・ケア・プランニング）の考え方を踏まえ、人生の最終段階における医療・ケアに関する話し合いを繰り返し行うことの重要性が示されているが、各サービスにおける A C P の位置づけについてどのように考えるか。

（看取り）

- 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、どのような方策が考えられるか。
- 看取りに係る評価について、サービス類型ごとに加算の有無や評価の要件が異なること等を踏まえ、各サービスに期待される機能・役割に応じた評価の在り方をどのように考えるか。