厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

社保審－介護給付費分科会	資料２
第276回（R８.11.20）	

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）
（改定の方向性）

厚生労働省 老健局
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

１．これまでの分科会における主なご意見

２．論点及び対応案

（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

（４）ケアマネジメントにおける医療介護連携の推進

３．参考資料

１．これまでの分科会における主なご意見
２．論点及び対応案
（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
（４）ケアマネジメントにおける医療介護連携の推進
３．参考資料

これまでの分科会における主なご意見①

※第256回以降の介護給付費分科会でいただいたご意見について事務局の責任で整理したもの

（高齢者施設と医療機関の連携強化）

○医療と介護の連携に当たっては、物価高騰等による経営状況の悪化や、医師偏在による医師不足など、医療機関を取り巻く状況は年々厳しさを増しており、高齢者施設からの協力依頼に応えられるかという懸念もある。医療機関と高齢者施設との実効性のある連携を推進するためにも、高齢者施設への支援だけでなく、医療機関の経営体力に資する支援を行うなど、医療と介護の両面から着実にアプローチを講じていただきたい。

○高齢者施設と協力医療機関の連携が進む一方で、特に離島や中山間地域においては、医療機関が少なく、入院等で医療機関への受入が集中した場合に対応が困難となる懸念があり、協力体制の実効性の確保に不安を感じる声がある。国において協力医療機関との連携の具体例や好事例などをお示しいただくなど、離島や中山間地域における連携強化の促進を図っていただきたい。

○単一の医療機関で全要件を満たすことが困難な場合、複数の医療機関を定めることにより要件を満たすといった柔軟な運用など、地域の事情に合わせて都道府県、市町村において推進していく必要がある。

○常時相談対応や常時診療の体制確保のため、オンライン診療やICT機器を用いた医療機関との情報共有を促進し、物理的な距離を緩和する相談診療体制の構築についても支援する必要がある。

○介護施設と医療機関が連携して密接に情報共有できていることが利用者の安心につながっているが、利用者にとって自分が利用したい施設がどこの病院と連携しているかを確認することに手間や時間がかかる。介護施設と医療機関との連携を推進する際に、利用者側の分かりやすさ、必要な情報へのたどり着きやすさも工夫していただきたい。

○医療圏域内に医療機関があるものの、介護施設の立地する市町村周辺に病院がないため、協力医療機関を定められない傾向も見られるため、何らかの方策を考える必要がある。

○協力医療機関の確保に当たっては、常時の診察や急変時の入院受入が大きな課題であるが、入院に対応できる病院が存在しない地域においては、努力しても連携は不可能である。このような地域的格差を無視した義務化には反対である。そのような地域を義務化の対象から除外するか、オンライン対応による連携など実情に即した代替方策を示すべきであり、令和９年４月からの義務化の施行については、自助努力では提携が困難な施設が直ちに基準違反とならない特例または経過措置の延長を要望する。

これまでの分科会における主なご意見②

※第256回以降の介護給付費分科会でいただいたご意見について事務局の責任で整理したもの

（続き）

○協力医療機関との連携による体制整備が得られていない場合が一定あり、介護施設の努力では難しい状況も考えられる。改定検証調査の速報を示した時点で経過措置の延長も含め、検討を進める必要がある。

○医療機関側にとっても地域の高齢者施設との連携状況の把握は非常に重要であるため、医療機関側に対しても高齢者施設等のリストを提供するなど、双方で連携体制の構築を進められるような支援が必要である。

○協力医療機関との連携について、単に医療機関を確保するだけではなく、介護現場が持つ生活の情報を医療に繋ぎ、医療から得られた情報を再び認知症の介護に生かす双方向の実効性のある連携としていただきたい。

○高齢者施設と協力医療機関との連携の義務化については、改定検証調査の速報値に基づいて、連携できていない介護保健施設に都道府県から早急に個別に連絡対応を行い、その結果により、今後の方針を決める必要があると考えるが、年内には経過措置の有無等を含めて方針を決める必要がある。

○今年度が３年の経過措置期限となっており、国において状況を確認いただき、しっかり対策を講じていただきたい。また、特定施設入居者生活介護においては努力義務となっているが、医療ニーズへの対応の強化の観点から義務化の方向で検討すべきではないか。

（感染対応力の向上）

○感染対応力の向上に関する資料について、「高齢者施設等における感染対応力の向上」となっているが、在宅訪問系のサービスとしても切実な課題であることから、「等」で表現されることに違和感を覚える。在宅訪問系のサービスについてもしっかりとした対応をお願いしたい。

○感染症について、面談が長期間制限されるなど、過度な対策が取られていることもある。施設側は、感染対策を注意して行っていることと思うが、この点については利用者側として問題提起をしていきたいと考える。

○感染対応力の向上に向けた高齢者施設と医療機関との連携について、都道府県における第二種協定指定医療機関リスト情報提供は連携推進に向け、必要な取組と考えている。

○高齢者施設等感染対策向上加算に関しては、（Ⅰ）（Ⅱ）両者とも算定率が低い現状のため、例えば近隣の医療機関が診療報酬の感染対策向上加算を算定していれば、その医療機関の院内研修に参加することで高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）の算定ができるといったことを周知することも方策と考える。

これまでの分科会における主なご意見③

※第256回以降の介護給付費分科会でいただいたご意見について事務局の責任で整理したもの

（続き）

○感染対応力の向上については、医療機関との連携が困難な地域が多く、事業所の努力だけでは限界がある。自治体や医師会が主導的な仲介役となり、連携体制を構築する強力な支援が不可欠。

（ACP）

○独居高齢者の増加や家族機能の脆弱化が進む中、本人の意思を平時から共有するACPの普及が安心した療養、看取り体制の構築には不可欠である。救急搬送時に傷病者の情報把握のため、介護従事者が同乗を求められる事例が多く、医療・介護現場の混乱防止や、意思決定が困難な方への支援の観点からも、ACPは、介護医療に限らず介護保険施設やサ高住等への拡大も含め検討いただきたい。

○現在、原則全員を対象にしたガイドラインに基づく対応を施設基準で求めているのは、医療ニーズが最も高い介護医療院のみだが、利用者が住み慣れた自宅や老人ホームなどの居住系サービスで最期まで尊厳を持って生きていくためには、訪問看護、ケアマネジャー等の多職種連携をベースにしたACPの位置づけが欠かせない。訪問看護師等が主体的に関与し、利用者や家族の意向の変化を随時把握、共有できるようなACP連携を適切に評価する仕組み作りが必要ではないか。また、特養や認知症グループホームにおいては看護師も少なく、看取りの対応が難しい場合もあるかと思われるため、必要に応じて訪問看護サービスとの連携ができるように検討していただきたい。

○「人生の最終段階」という言葉も含めて、介護が必要な人やその家族にどのくらい浸透しているか。本人の意思に沿った終末期とはどのようなものなのかも含めて実態がまだ把握されていないと考える。利用者や介護家族の理解がないまま性急な位置づけの検討は避けていただきたく、検討の前に、まずはACPについての利用者・介護者の意識調査などを行っていただくことを要望する。

○利用者本人の価値観や意向を尊重した医療・ケアを実現し、本人が望む場所で看取り期を支えるためには、本人を中心に家族・医療・介護関係者などが本人の思いを継続的に共有していくことが重要。本人の意思が変化し得るという前提の下に、利用する介護サービスや療養の場が変わった場合にも、それまでの話合いを関係者間で確実に盛り込んでいただきたい。

これまでの分科会における主なご意見④

※第256回以降の介護給付費分科会でいただいたご意見について事務局の責任で整理したもの

（続き）

○ACPについては、延命の手段をどうするかという概念で受け止められることが多いが、本来のACPは延命の時期に入って行うのではない。早い段階から、本人や家族が望まない過度な医療提供を避けるためにも、どこまでの医療を望むかを普段から共有していくことが非常に重要だと考える。ACPを終末期だけの話とするのではなく、本人らしい医療・介護を守るための早期からの対話として、具体的な事例やモデルをガイドライン等に盛り込み、国民や現場に分かりやすく周知していただきたい。

○医療処置の選択だけでなく、本人が何を大切にし、どのように暮らしたいかを日常生活の中で継続的に確認することが重要であるが、新たな書類や形式的な会議を増やすのではなく、介護福祉士等が日常生活の中で把握した本人の意思や価値観を多職種で共有し、実際のケアや看取りに反映するプロセスとして整理いただきたい。

○ACPは本人の意思が表明できる時期に行っておく必要があるが、人生の最終段階のガイドラインは、本人または意思推定者と医療ケアチームが話合いをして形成された合意を尊重するものである一方で、ACPはあくまでも本人の意思を尊重するものであり、専門職の考える最善と本人の価値観が一致しないことがあり得ることには留意すべきである。

（看取り）

○看取りについて、「本人が望む場所」とあるが、居住系、施設系だけでなく、これからは自宅を希望する人も増えると考えるため、訪問・通所系の在宅サービスも含めて検討のあり方を検討いただきたい。

○居宅介護支援のターミナルケアマネジメント加算の要件について、現行では居宅への訪問が要件となっているが、居宅介護支援は訪問サービスによる支援とは異なり、様々な連絡調整を行うことが求められており、訪問回数を要件とすることが適切かどうかを含め、支援特性を踏まえた要件として普及を図ることなども検討いただきたい。

○増大する医療ニーズや日々の重度者を支える特養の終末期における看取り加算を適正に評価するよう見直すべきである。さらに、短期入所生活介護をはじめとする在宅系サービスの看取りの報酬単価が低すぎるため、現場が責任を持って看取りに取り組める実効性のある報酬体系の再構築を求める。

これまでの分科会における主なご意見⑤

※第256回以降の介護給付費分科会でいただいたご意見について事務局の責任で整理したもの

（続き）

○疼痛管理について、麻薬の使用の有無にかかわらず、サービスによって対応可能な割合に差が見られる。看取り期の疼痛管理では、利用者の状態変化に応じて麻薬の用量調整や剤形変更などが行われることも多く、医師、看護職員、薬剤師が緊密に連携しながら対応することも重要であると考える。薬剤師は、麻薬の服薬状況や疼痛緩和の状況、副作用や残薬、保管状況を確認し、処方医への情報提供や処方提案を行うなど、適切な疼痛管理の実現に関与している。また、利用者や家族への指導に加え、看取り後に残った麻薬の回収なども含め、麻薬の適切な管理にも関与している。必要な方に必要な疼痛管理が適切に行われるよう、サービス種別にかかわらず、看取り期における医師、看護職員、薬剤師等の連携体制の充実について検討いただきたい。

○日々の利用者の状態変化の把握、医師との連携、他職種との連携、本人・家族への支援など看護職員が果たす役割は大きく、本人が住み慣れた場所での穏やかな看取りの実現に向け、看護職員配置を手厚くするための介護報酬上の評価の充実が必要である。

○人生の最終段階における対応だけを捉えるのではなく、そこに至るまでの本人の意思を継続的に確認し、多職種で共有し、最後まで本人の生活を支えていく介護のプロセスそのものを評価する視点が重要である。

○介護施設での看取りは近年徐々に増えており、介護医療院では半数以上が死亡退所であるが、介護医療院のみにターミナルケア加算の設定がないため、本人の意思を尊重した手厚い看取りに対応するターミナルケア加算を新設すべきである。

（その他）

○介護医療院では、急性期治療後に介護の必要性が高まっても、介護度の変更が間に合わないまま、亡くなる方がいるが、その差額は施設に負担となるため、入所時の状態に応じて、見なし要介護度を適用できる仕組み作りが必要である。

これまでの分科会における主なご意見⑥

介護給付費分科会における関係団体等意見交換会においては、以下について要望があった。

【一般社団法人　介護人材政策研究会】

○医療資源が乏しいこと等、特段の事由による場合においては、協力医療機関を確保できないことをもってペナルティを課さないこととする特例措置を講じるべき。

○協力医療機関連携加算について、協力医療機関との連携３要件の実績を評価する新区分を創設すること等により拡充し、実効性を向上させてはどうか（ゆくゆくは、看取り対応も視野に入れて検討するべき）。

○オンライン診療受診施設の仕組み等を踏まえた医療介護連携のDX推進（診療の場を提供する施設側の体制整備や活用支援、看取り介護加算等との接続等）を図るべき。特に中山間地域等において、近隣の医療機関の協力が得られず、看取りが行えないという事例があり、対応の幅を特定的に拡げることも必要ではないか。

【全国社会福祉法人経営者協議会】

○医療・介護連携にかかる加算の要件緩和・加算額の引き上げ等を行っていただきたい（協力医療機関連携加算、看取り加算等）。

【一般社団法人　全国介護事業者連盟】

○協力医療機関との十分な連携体制が課題となっていることから、現場実情に即した要件見直しをお願いしたい。

１．これまでの分科会における主なご意見

２．論点及び対応案

（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

（４）ケアマネジメントにおける医療介護連携の推進

３．参考資料

（1）高齢者施設と医療機関の連携強化　目次

論点①：協力医療機関に係る経過措置期間終了後の対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11

論点②：協力医療機関連携加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22

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。

３．調査結果概要

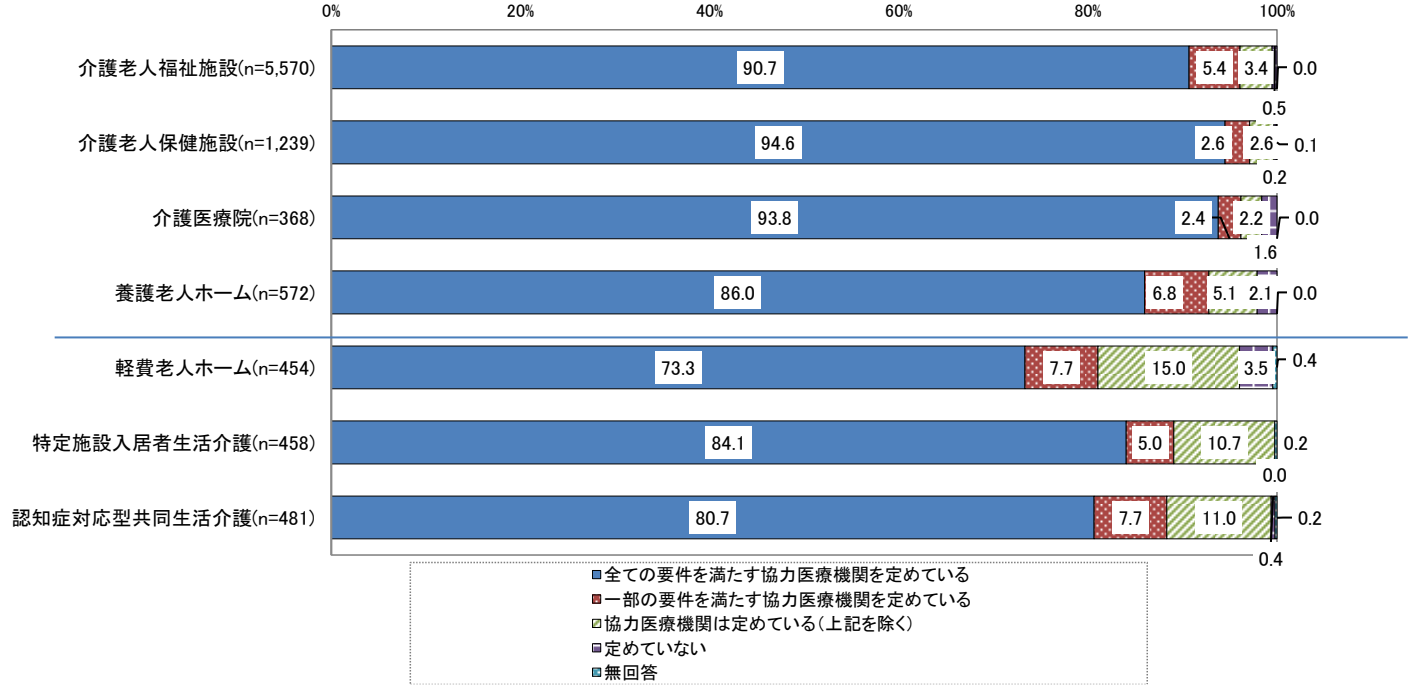
施設調査

【協力医療機関の定めの状況】

○介護老人福祉施設は90.7%、介護老人保健施設は94.6%、介護医療院は93.8%、養護老人ホームは86.0%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73.3%、特定施設入居者生活介護は84.1%、認知症対応型共同生活介護は80.7%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１　要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等　　１～７　問２



※調査期間（令和８年６月～８月）における高齢者施設等からの回答に基づく結果。
※「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。

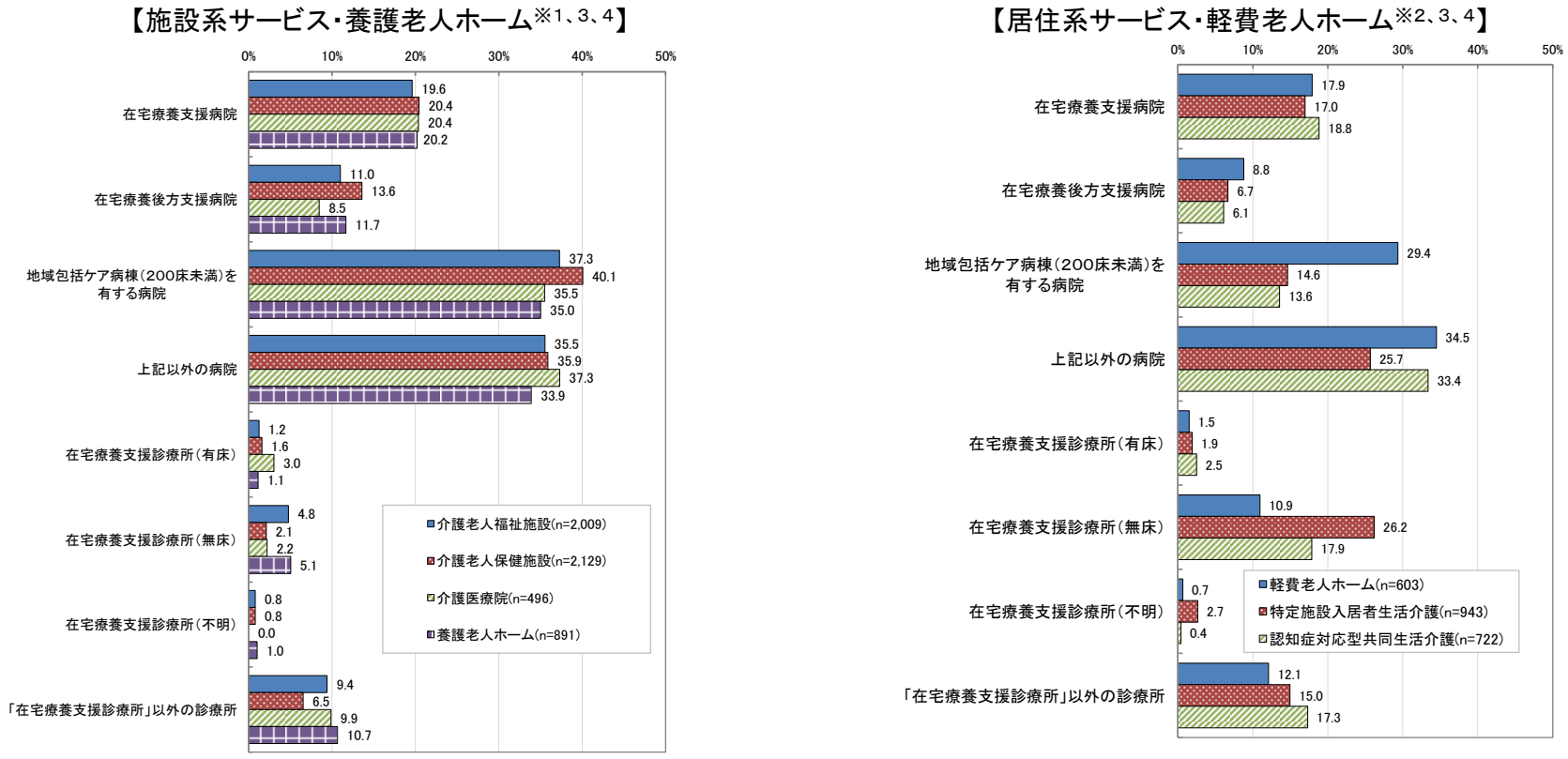
【出典】令和６年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和８年度調査）「（１）高齢者施設等と医療機関の連携体制及び協定締結医療機関との連携状況等にかかる調査研究事業」

３．調査結果概要

施設調査

【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おおむね「地域包括ケア病棟（200床未満）を有する病院」「上記以外の病院」が高かった。

図表１７　要件を満たす協力医療機関の種別
１　問８（２）４）・９）、２、３、６、７　問８（２）４）・８）、４、５　問８（３）４）・８）



※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。
【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８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」

３．調査結果概要

施設調査

【要件を満たす協力医療機関の病院種別】
○協力医療機関の病院種別について、介護医療院では「回復期・慢性期機能のみを有する病院」が高く、他の高齢者施設等では、「急性期機能と回復期・慢性期機能を併せて有する病院」の割合が高かった。

図表１８　要件を満たす協力医療機関の病院種別※1，2（参考）

1～3、6、7　問8（2）1）、4、5　問8（3）1）

	医療機関数	病院種別※3				有床診療所	診療所	無回答
		急性期機能のみを有する病院	急性期機能と回復期・慢性期機能を併せて有する病院	回復期・慢性期機能のみを有する病院	その他			
介護老人福祉施設	2,134	13.7%	41.2%	18.1%	4.7%	3.8%	17.5%	0.9%
介護老人保健施設	2,245	15.9%	38.3%	16.2%	19.9%	2.3%	6.6%	0.9%
介護医療院	507	8.7%	27.2%	33.5%	18.5%	3.4%	8.3%	0.4%
養護老人ホーム	927	10.1%	33.2%	16.5%	20.8%	3.0%	14.7%	1.6%
軽費老人ホーム	600	9.5%	31.3%	15.3%	9.2%	6.0%	27.7%	1.0%
特定施設入居者生活介護	958	5.8%	13.7%	8.1%	15.2%	5.5%	47.4%	4.2%
認知症対応型共同生活介護	744	5.6%	11.8%	7.8%	18.3%	6.3%	46.8%	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。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。
※2.記載された医療機関名を病床機能報告（病院、施設票）に掲載されている名称と突き合わせを行った。
有床診療所、診療所については、病院、有床診療所の病床数の結果（問８（２）９））を用いた。
※3.病院種別は次の分類とした（2025年７月１日時点の機能）。
急性期機能のみを有する病院：高度急性期又は急性期のみを有する病院
急性期機能と回復期・慢性期機能を併せて有する病院：急性期機能を有する病院と慢性期、回復期を合わせて有する病院
回復期・慢性期機能のみを有する病院：急性期機能を有さず、回復期機能又は慢性期機能を有する病院
その他：廃止予定、休棟予定、不明（問８（２）９））にて病院と回答があり、病院名が確認できない、病院名が記載されていても特定できないもの）等

【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８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」

（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

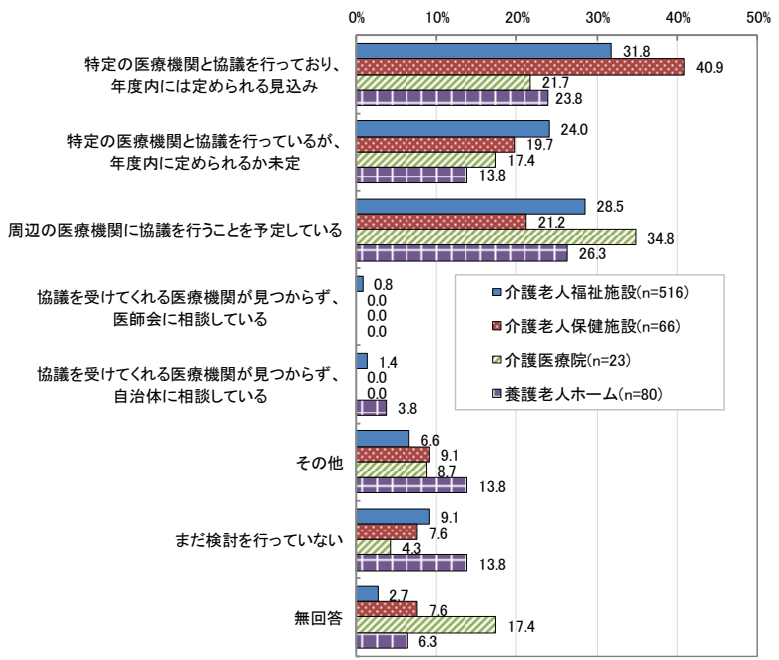
3．調査結果概要

施設調査

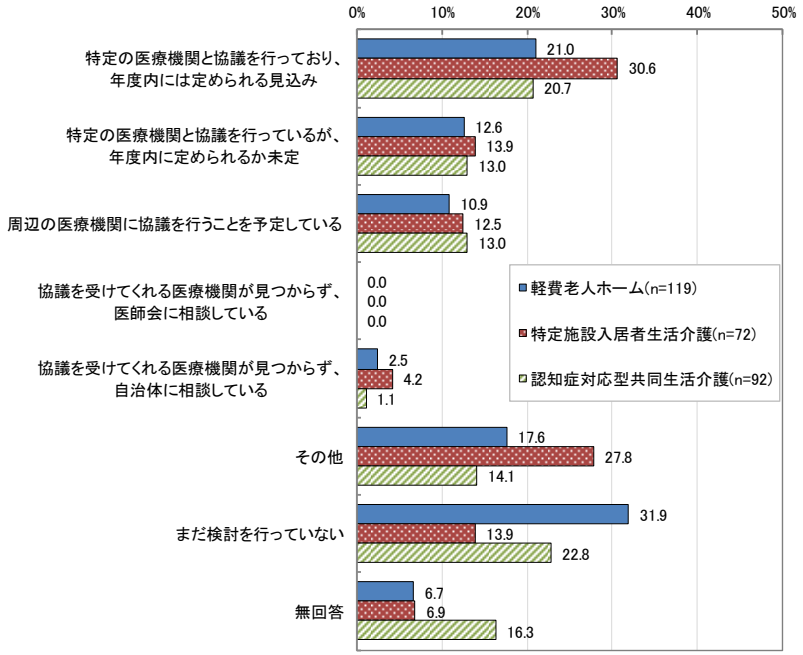
【要件を満たす協力医療機関を定めていない場合について】
○要件を満たす協力医療機関を定めていない施設系サービス・養護老人ホームにおける現在の進捗状況について、「まだ検討を行っていない」は、6.6%～13.8%であった。
○要件を満たす協力医療機関を定めていない居住系サービス・軽費老人ホームにおける現在の進捗状況について、「まだ検討を行っていない」は14.1%～27.8%であった。
○一方で、「その他」を除く進捗段階に関する選択肢を選択し、協力医療機関を定めるための取組を行っていた施設・事業者も一定数みられた。

図表２　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３（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。
※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。

【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８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」

３．調査結果概要

施設調査

【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、「まだ検討を行っていない」施設の状況】
○要件を満たす協力医療機関の候補について、「あり」は0.0～72.7％であった。
○経過措置期間終了までに医療機関への協議予定や医師会、自治体等への相談予定について、「あり」は0.0％～60.0％であった。
○経過措置期間終了までに対応の予定について、「あり」は0.0％～80.0％であった。
○経過措置期間終了までに対応の予定がないと回答した32事業所(※1)（図表３（G））に制度の認識、今後の方針について確認したところ、回答を得た28事業者のうち４事業所が義務化され経過措置期間中であることを知らず、６事業者が「経過措置期間終了までに対応する予定はない」であった。

図表３　要件を満たす協力医療機関の候補の有無※2、3 1～7　問３（１）１）～３）

区分（回答の流れ）	設問・回答選択肢	施設系サービス・養護老人ホーム（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
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)	516	66	23	80
	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)	47 (9.1%)	5 (7.6%)	1 (4.3%)	11 (13.8%)
		↓	↓	↓	↓
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の候補がある(C) (C/B)	25 (53.2%)	3 (60.0%)	0 (0.0%)	8 (72.7%)
	経過措置期間終了までに、医療機関との協議や医師会・自治体等への相談の予定がある(D)(D/B)	14 (29.8 %)	3 (60.0%)	0 (0.0%)	4 (36.4%)
	経過措置期間終了までに対応する予定がある(E) (E/B)	23 (48.9%)	4 (80.0%)	0 (0.0%)	5 (45.5%)
	上記C～Eのいずれにも該当しない(F) (F/B)	10 (21.3%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	3 (27.2%)
	経過措置期間終了までに対応する予定がない(G) (G/B)	24 (51.1%)	1 (20.0%)	1 (100.0%)	6 (54.5%)
		↓	↓	↓	↓
経過措置期間終了までに対応する予定がない場合について	制度を知らなかった(H) (H/G)	3 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (16.7%)
	要件を満たす協力医療機関の候補がある(I) (I/G)	16 (66.7%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	5 (83.3%)
	経過措置期間終了までに対応する予定がない(J) (J/G)	4 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (33.3%)
	確認ができなかった(未回答)(K)※4 (K/G)	3 (12.5%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)

※1. 連絡先が確認できなかった1事業所を含む。
※2.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、「まだ検討を行っていない」と回答した施設系サービス・養護老人ホームを集計した。
※3.(C)～(E)、(H)～(J) はそれぞれ個別の設問である。(E)と(G)を合計すると母数(B)となる。

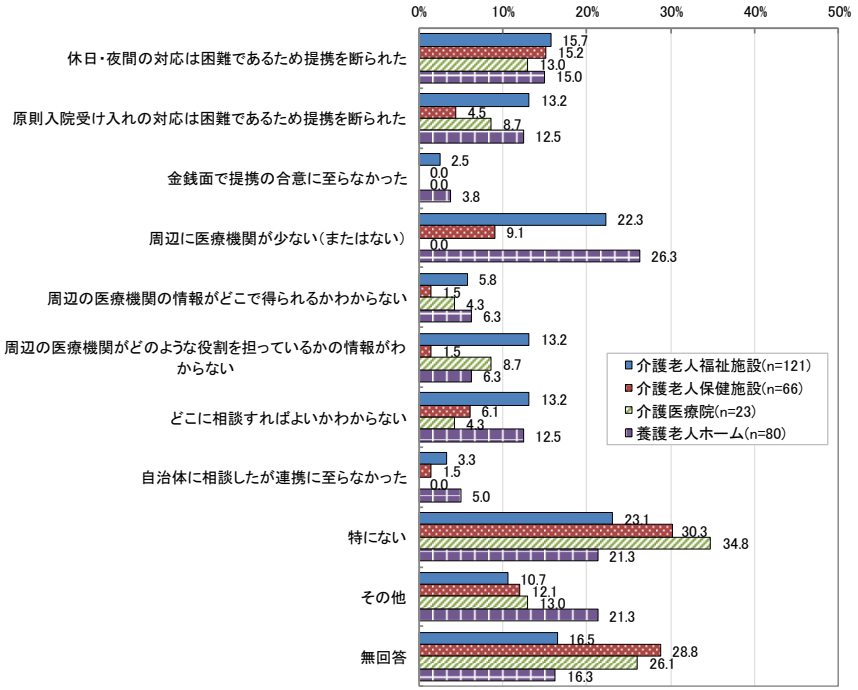
３．調査結果概要

施設調査

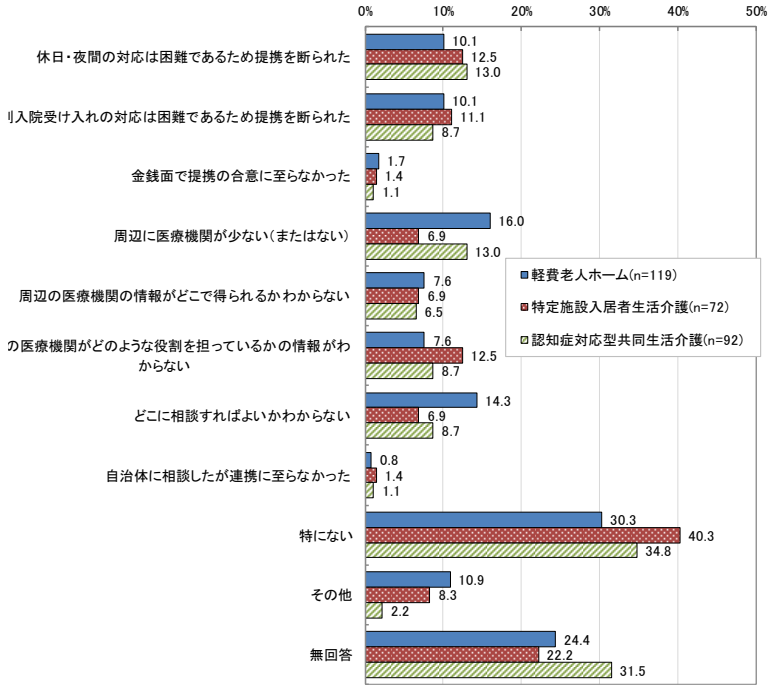
【要件を満たす協力医療機関を定めていない場合について】
○協力医療機関を定めるにあたっての課題では、「特にない」を除き、施設系では「周辺に医療機関が少ない（またはない）」、居住系では「休日・夜間の対応は困難であるため提携を断られた」等、提携を試みたが至らなかったケース、また施設系、居住系ともに「どこに相談すればよいか分からない」といった情報収集段階のケースがみられた。

図表２１　協力医療機関を定めるにあたっての課題【複数回答】 １～７　問2、問１０（１）

【施設系サービス・養護老人ホーム※1、3】



【居住系サービス・軽費老人ホーム※2、3】



※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。

【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８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」

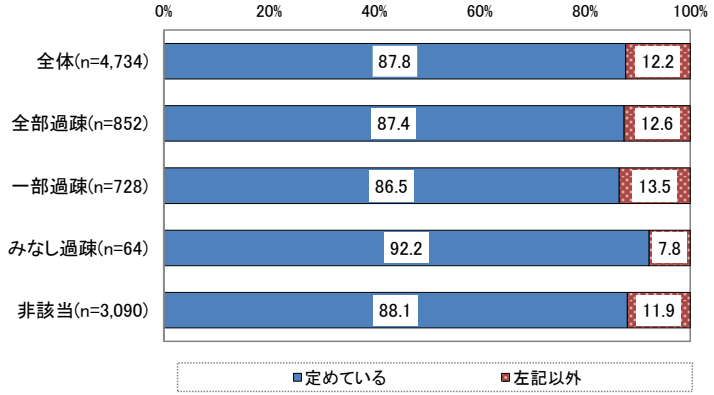
（１）．高齢者施設等と医療機関の連携体制及び協定締結医療機関との連携状況等にかかる調査研究事業

３．調査結果概要

施設調査

【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」「非該当地域」は同程度であった。
○二次医療圏地域別にみても、「大都市型」、「地方都市型」、「過疎地域型」は同程度であった。
○「周辺に医療機関が少ない（またはない）」と回答した割合を地域別にみると全部過疎、二次医療圏地域別では過疎地域型で高かった。

図表２３　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

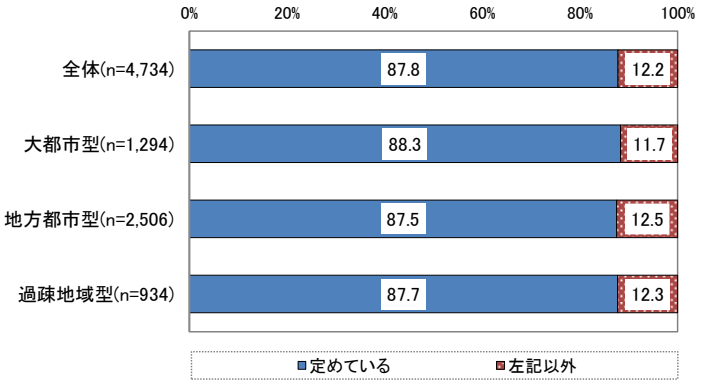


図表２４　地域別※1
要件を満たす協力医療機関を定めていない高齢者施設等のうち
周辺に医療機関が少ない（またはない）と回答した割合※3

	調査数	周辺に医療機関が少ない（またはない）
全体	573	15.7%
全部過疎	107	30.8%
一部過疎	97	19.6%
みなし過疎	5	20.0%
非該当	364	10.2%

※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８年６月～８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。

図表２５　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２６　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	573	15.7%
大都市型	150	6.0%
地方都市型	309	11.7%
過疎地域型	114	39.5%

※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。大都市型は48圏域、地方都市型は156圏域、過疎地域型は131圏域。二次医療圏は令和５年12月31日時点。

【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８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」

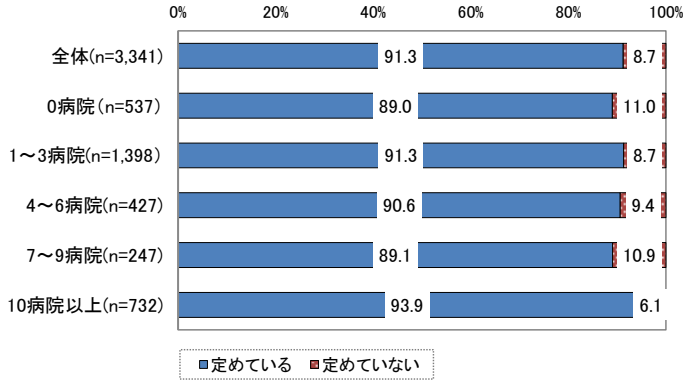
（１）．高齢者施設等と医療機関の連携体制及び協定締結医療機関との連携状況等にかかる調査研究事業

３．調査結果概要

施設調査

【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系サービス・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。0～9病院では同程度であった。
○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、0病院（※１）が最も高かった。

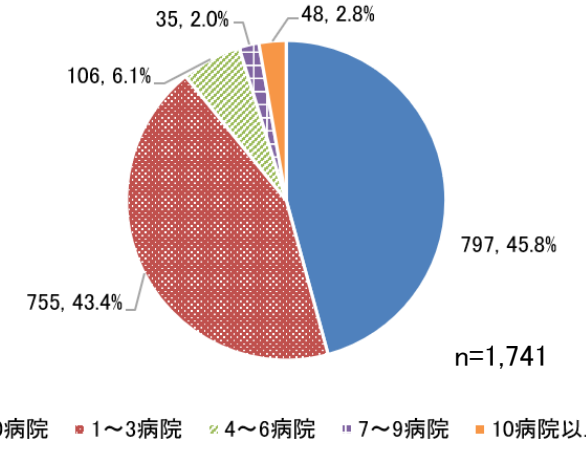
図表２７　市区町村ごとの病院数※1でみた
協力医療機関の要件の状況
【施設系サービス・養護老人ホーム】※２



図表２８　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	290	18.6%
0病院	58	29.3%
1～3病院	121	24.8%
4～6病院	39	5.1%
7～9病院	27	3.7%
10病院以上	45	8.9%

図表２９　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7年度病床機能報告）とした。
※2.調査期間（令和８年６月～８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。

論点①　協力医療機関との連携体制のさらなる推進

論点①

- 令和６年度介護報酬改定において、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、介護医療院及び養護老人ホームについて、入所者の急変時等に備え、一定の要件を満たす協力医療機関を定めることが義務付けられ、令和９年３月31日までの経過措置が設けられている。
- 義務化された３つの要件のうち、入所者の入院を原則として受け入れる体制に係る要件を満たす協力医療機関については、病院に限ることとしている。
- 義務化された要件を満たす協力医療機関を定めていた施設は、介護老人福祉施設で90.7％、介護老人保健施設で94.6％、介護医療院で93.8％、養護老人ホームで86.0％であった。
- 要件を満たす協力医療機関の種別をみると、病院が多い一方で、入院機能を有する有床診療所を協力医療機関として定めている施設もみられた。
- 要件を満たす協力医療機関の設定状況について、過疎地域等の地域別、二次医療圏の類型別及び市区町村内の病院数別にみると、大きな差はみられなかった一方で、医療機関との協議又は医師会・自治体等への相談を予定している施設がみられた。
- 常時の相談対応及び診療に係る要件を満たす協力医療機関を定めることが努力義務化された施設では、軽費老人ホームで73.3％、特定施設入居者生活介護で84.1％、認知症対応型共同生活介護で80.7％であった。
- 協力医療機関の設定状況、地域の医療提供体制及び設定に向けた取組の実態を踏まえ、協力医療機関との連携体制の在り方についてどのように考えるか。

対応案

- 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院については、要件を満たす協力医療機関の設定を更に推進する観点から、令和９年３月31日までとされている経過措置は、次期改定以降延長せず、所要の準備期間を設けた上で、要件を満たす協力医療機関を定めていない場合に減算を適用することとしてはどうか。
- その上で、施設単独では設定が困難な場合であって、在宅医療・介護連携推進事業の協議の場等において、協力医療機関の設定に向けた議論を進めている場合には、減算の適用を猶予することとしてはどうか。
- 入所者の入院を原則として受け入れる体制に係る要件について、協力医療機関を病院に限る取扱いを見直し、有床診療所も対象とすることとしてはどうか。
- 要件を満たす協力医療機関を定めることを努力義務とした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及び認知症対応型共同生活介護については、引き続き努力義務としてはどうか。

（1）高齢者施設と医療機関の連携強化　目次

論点①：協力医療機関に係る経過措置期間終了後の対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６

論点②：協力医療機関連携加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22

R６改定

１．（３）⑳　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に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】

＜現行＞
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　100単位/月（令和6年度）50単位/月（令和7年度～）（新設）
（２）それ以外の場合　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】

＜現行＞
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　**100**単位/月（変更）
（２）それ以外の場合　**40**単位/月（変更）

【認知症対応型共同生活介護】

＜現行＞
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　100単位/月（新設）
（２）それ以外の場合　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

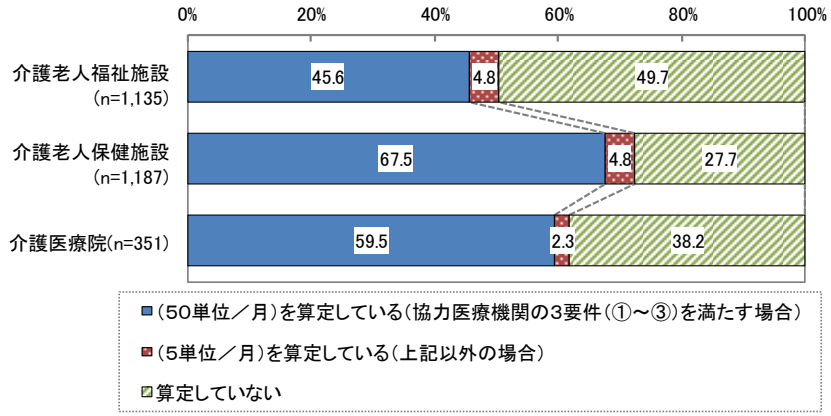
○　協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催していること。（新設）

３．調査結果概要

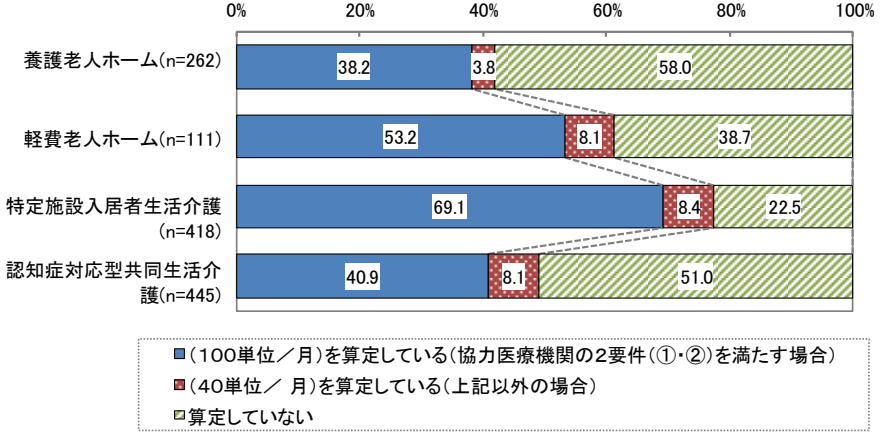
施設調査

【協力医療機関連携加算の状況】
○介護老人福祉施設は45.6%、介護老人保健施設は67.5%、介護医療院は59.5%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69.1%、軽費老人ホームは53.2%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３５　協力医療機関連携加算の状況（施設系サービス）※1



図表３６　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。

３．調査結果概要

施設調査

【会議の状況】

○協力医療機関連携加算の算定にあたり、会議を行う協力医療機関数の平均は、特定施設入居者生活介護を除き、２医療機関未満であった。

○月に行う会議の頻度の平均は、すべての高齢者施設等でおおむね２～３回となっており、１回の会議の平均時間は、30分前後であった。

○会議での共有内容については、「病状の変化のあった入所者の診療情報、治療方針」「病状の変化のあった入所者が急変した場合の対応方針」の割合が相対的に高かった。

図表３７　会議の状況（平均値）１～７　問１１（１）１）

	会議を行う協力医療機関数		頻度（回/月）		時間（分/回）	
	調査数	平均	調査数	平均	調査数	平均
介護老人福祉施設※1	565	1.40	548	1.93	558	31.43
介護老人保健施設※1	848	1.86	827	2.07	841	30.31
介護医療院※1	212	1.20	204	2.82	213	38.31
養護老人ホーム※2、3	106	1.30	103	1.67	104	28.08
軽費老人ホーム※2、3	67	1.45	67	2.43	67	26.34
特定施設入居者生活介護※2	314	2.09	306	2.65	303	28.22
認知症対応型共同生活介護※2	206	1.38	201	2.03	206	26.11

図表３８　会議での共有内容【複数回答】　１～７　問１１（１）３）

	病状の変化のあった入所者の診療情報、治療方針	病状の変化のあった入所者の基本的な日常生活能力、認知機能、家庭の状況	病状の変化のあった入所者が急変した場合の対応方針	新規入所者の診療情報、治療方針	新規入所者の基本的な日常生活能力、認知機能、家庭の状況	新規入所者が急変した場合の対応方針	前回のカンファレンス時以降、入院退所となった入所者で協力医療機関に入院しなかった患者の入院先、入院理由	協力医療機関に入院した入所者の状況、退院見込みや必要な手続き等	協力医療機関以外の医療機関への入院の事例や理由	緊急対応に関する手順や連絡先の確認	感染対策	その他
【施設系サービス※1】												
介護老人福祉施設(n=564)	81.7%	46.5%	67.7%	58.2%	38.3%	39.4%	33.0%	67.4%	31.2%	51.2%	50.4%	5.5%
介護老人保健施設(n=848)	70.9%	46.2%	56.7%	45.8%	35.1%	31.5%	21.8%	67.9%	21.8%	36.7%	37.3%	8.7%
介護医療院(n=212)	74.1%	48.1%	65.1%	61.3%	40.6%	43.9%	17.0%	50.5%	22.2%	30.2%	38.2%	9.0%
【居住系サービス※2、3】												
養護老人ホーム(n=107)	91.6%	57.0%	75.7%	62.6%	45.8%	37.4%	26.2%	61.7%	29.0%	45.8%	47.7%	9.3%
軽費老人ホーム(n=66)	87.9%	65.2%	66.7%	71.2%	50.0%	48.5%	45.5%	63.6%	42.4%	48.5%	40.9%	4.5%
特定施設入居者生活介護(n=314)	93.9%	62.1%	81.8%	77.7%	54.1%	61.1%	34.1%	37.3%	37.6%	49.0%	39.5%	4.1%
認知症対応型共同生活介護(n=210)	85.7%	62.4%	71.0%	72.9%	57.6%	51.0%	29.5%	40.5%	40.0%	52.9%	43.3%	7.1%

※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を集計した。

３．調査結果概要

施設調査

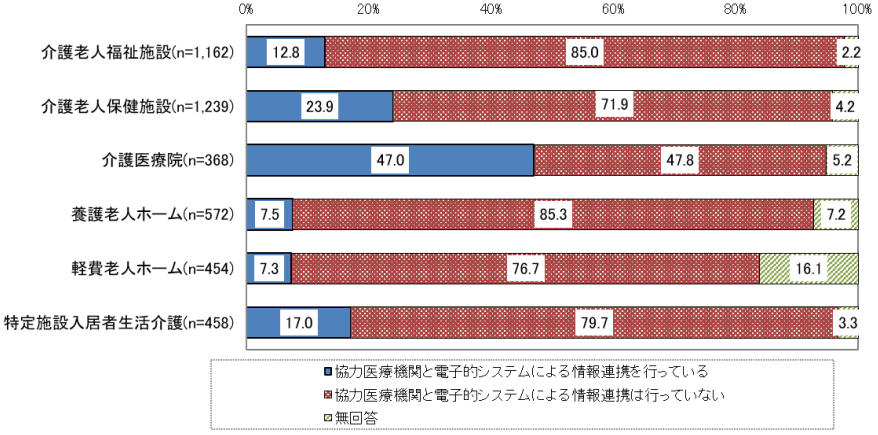
【電子的システム連携の状況】

○協力医療機関と電子的システムによる情報連携を行っている割合は、介護医療院が47.0%、介護老人保健施設で23.9%であった。その他の高齢者施設等は、１割程度又はそれ未満であった。

○電子的システムによる情報連携を行っている高齢者施設等のうち、利用している電子的システムは、介護老人保健施設、介護医療院は「電子カルテ」が高く、その他の高齢者施設等ではおおむね「民間の情報連携ツール」が高かった。

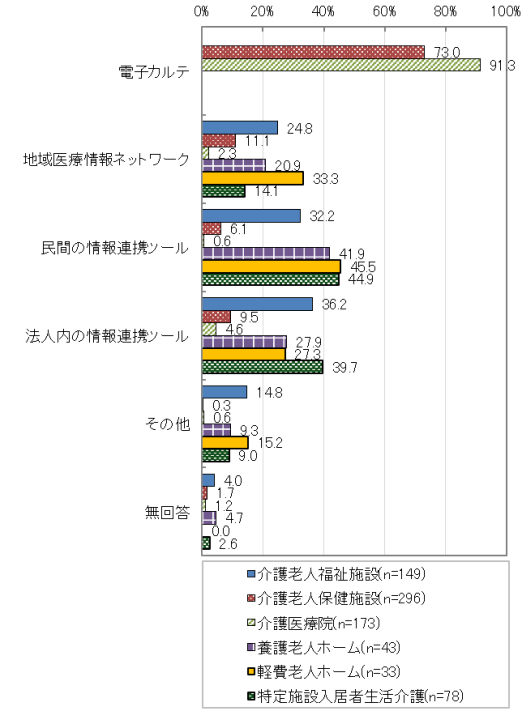
図表４１　電子的システムによる協力医療機関との情報連携の状況※1、2、3

１～６　問１２（１）



図表４２　情報連携をしている施設における
利用している電子的システムの内容【複数回答】※1、2、3

１、４～６　問１２（１）１）、２、３　問１２（１）３）



※1.調査期間（令和８年６月～８月）における高齢者施設等からの回答を集計した。
※2.認知症対応型共同生活介護は設問なしとした。
※3.電子カルテは、介護老人保健施設、介護医療院のみの設問とした。

【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８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」

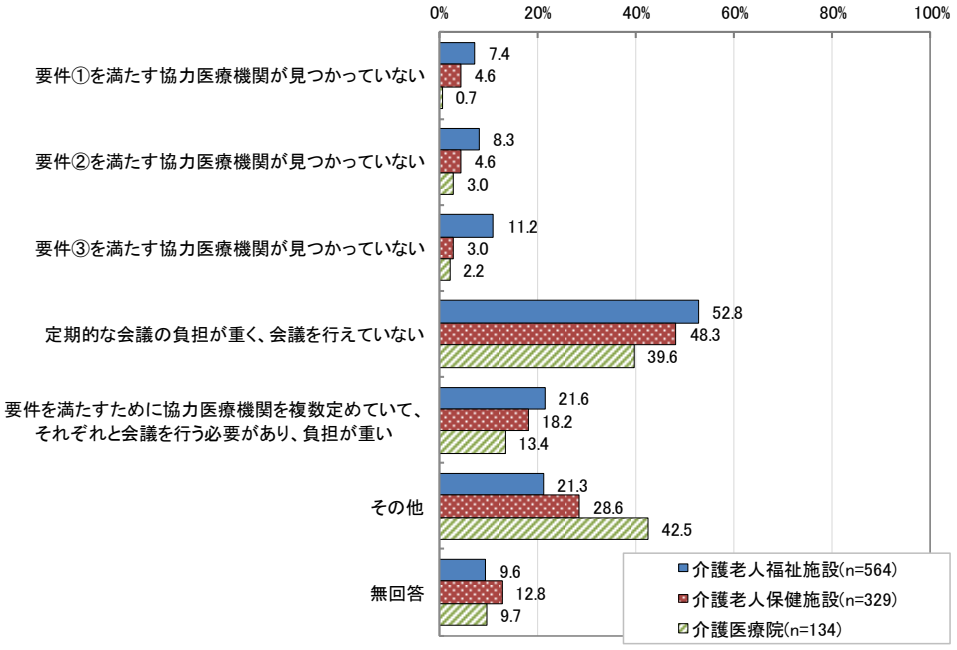
３．調査結果概要

施設調査

【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。

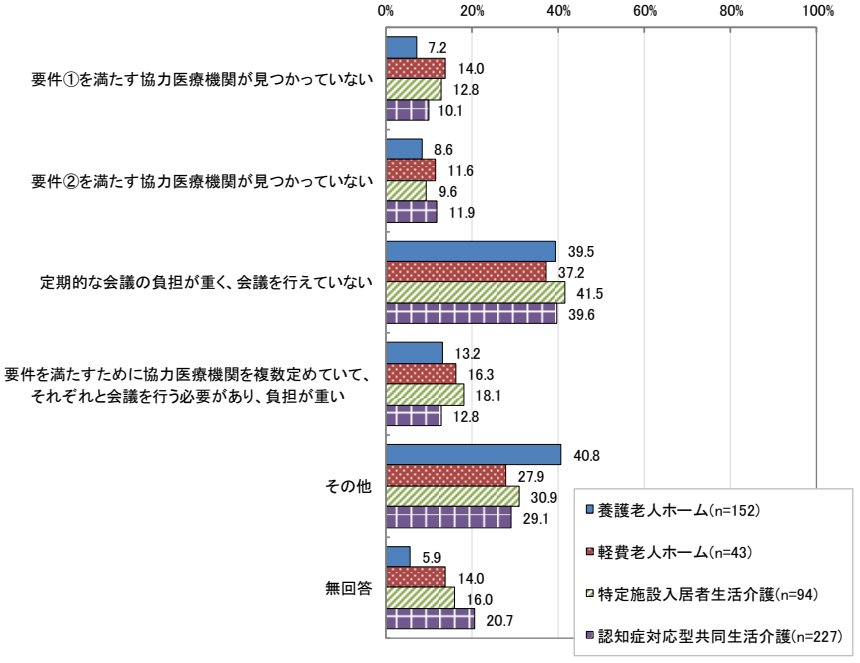
図表３９　協力医療機関連携加算を算定しない理由【複数回答】（施設系サービス）※1

1～3　問11（1）4）



図表４０　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11（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。

協力医療機関連携加算に係る要件変更について

○　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。

３．調査結果概要

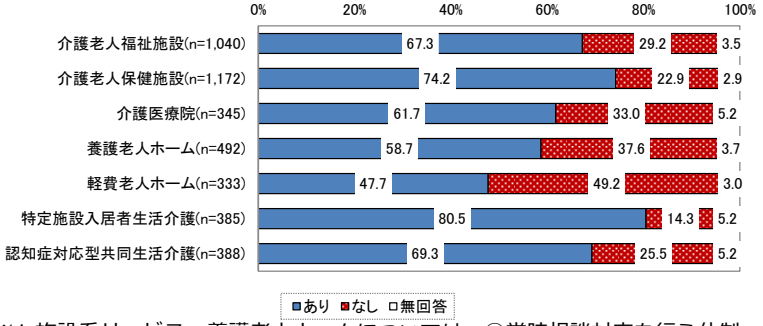
施設調査

【要件を満たす協力医療機関を定めた場合について】
○協力医療機関と情報連携する際の工夫では、「入院後の利用者の情報提供をもらっている」「連絡、相談、報告する際のフォーマットを決めている」「医療機関に伝える項目をあらかじめ決めている」が相対的に高かった。
○定期的な会議以外の連携では、おおむね５割以上で実施され、連携の平均頻度は5.9回～12.6回であった。

図表３２　協力医療機関と情報連携をする際の工夫【複数回答】　１～７　問９（３）

		調査数	連絡、相談、報告する際のフォーマットを決めている	医療機関に伝える項目をあらかじめ決めている	全員の情報をまんべんなく共有せず、共有する人をあらかじめ決めている	オンライン会議やICTツールを活用している	医療機関からリアクション等をもらうようにしている	入院後の利用者の情報提供をもらっている	特に工夫していることはない	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	1,040	35.8%	35.3%	16.1%	23.8%	16.7%	54.6%	15.6%	1.5%	2.8%
	介護老人保健施設	1,172	33.3%	36.2%	22.1%	26.9%	14.4%	46.0%	12.5%	1.5%	4.2%
	介護医療院	345	28.1%	29.9%	15.7%	15.1%	10.1%	27.0%	24.1%	3.8%	4.9%
	養護老人ホーム	492	20.7%	20.3%	8.7%	11.4%	15.2%	41.9%	28.3%	1.6%	4.1%
【居住系サービス・軽費老人ホーム※2】	軽費老人ホーム	333	22.2%	20.1%	8.4%	11.1%	8.7%	32.1%	34.2%	2.7%	3.0%
	特定施設入居者生活介護	385	53.0%	38.2%	15.3%	16.1%	23.1%	31.7%	12.5%	1.6%	4.2%
	認知症対応型共同生活介護	388	39.2%	33.2%	12.1%	12.4%	19.1%	29.9%	18.3%	0.5%	5.2%

図表３３　定期的な会議以外の連携の有無
１～７　問９（４）



図表３４　定期的な会議以外の連携の回数（月平均）
１～７　問９（４）１）

	調査数	平均値
介護老人福祉施設	655	9.0
介護老人保健施設	792	12.6
介護医療院	193	9.2
養護老人ホーム	256	7.1
軽費老人ホーム	145	7.2
特定施設入居者生活介護	286	12.3
認知症対応型共同生活介護	245	5.9

※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。
※3.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回答を集計した。

【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８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」

３．調査結果概要

施設調査

【入院後の現在の状況】
○退院後に施設へ戻った人の割合は、おおむね3～5割程度であった。
○一方、自施設以外に退院した人の割合は、多くの施設サービスで1.2%～9.2%であり、すべての高齢者施設等で1割未満であった。

図表４６　協力医療機関※1入院後の現在の状況
１～７　問2、１～７　問１３（３）

施設サービス※2	延べ入院者数	退院して施設に戻った人数	入院中の人数	自施設以外に退院した人数	退院先不明の人数	死亡した人数	不明
介護老人福祉施設	1,892	44.3%	39.5%	2.6%	0.6%	8.0%	4.9%
介護老人保健施設	2,105	32.8%	47.9%	2.7%	0.8%	8.6%	7.3%
介護医療院	253	32.4%	51.4%	1.2%	0.0%	11.5%	3.6%
養護老人ホーム	568	36.8%	49.5%	2.5%	0.0%	7.4%	3.9%
軽費老人ホーム	155	44.5%	40.0%	5.8%	0.6%	5.8%	3.2%
特定施設入居者生活介護	271	42.1%	39.9%	2.6%	0.7%	9.6%	5.2%
認知症対応型共同生活介護	87	49.4%	17.2%	9.2%	2.3%	4.6%	17.2%

※1.要件を満たす協力医療機関を含む協力医療機関
※2.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、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ている高齢者施設等の回答を集計した。

３．調査結果概要

施設調査

【入院患者の状況】

○施設の医師による入院の要否の判断、調整が行われた割合は、養護老人ホームを除き、「なし」よりも「あり」の割合が高かった。

○外部の医師による入院の要否の判断、調整が行われた割合は、協力医療機関以外の医師による割合よりも協力医療機関の医師による割合が高かった。

○往診は、協力医療機関以外の割合よりも協力医療機関による割合が高かった。

○義務化された３つの要件を満たす協力医療機関を定めている介護老人福祉施設、介護老人保健施設、養護老人ホームでは、定めていない施設よりも、協力医療機関に入院する割合が高かった。

図表４８　施設の医師※1による入院の要否の判断、調整の有無※2

１～４　問２、問１４（７）

	入院者数	あり	なし	無回答
介護老人福祉施設	1,999	53.9%	42.9%	3.2%
介護老人保健施設	2,479	75.2%	22.8%	2.0%
介護医療院	201	92.0%	6.0%	2.0%
養護老人ホーム	643	36.2%	60.0%	3.7%

図表４９　外部の医師による入院の要否の判断、調整の有無※2

１～７　問２　１～４　問１４（８）、５，６　問１４（７）、７　問１３（７）

	入院者数	協力医療機関	左記以外の医療機関	なし	無回答
介護老人福祉施設	1,999	51.6%	21.1%	23.5%	3.8%
介護老人保健施設	2,479	51.9%	20.1%	24.8%	3.2%
介護医療院	201	58.7%	10.4%	28.4%	2.5%
養護老人ホーム	643	49.3%	31.4%	13.1%	6.2%
軽費老人ホーム	248	47.2%	35.9%	12.1%	4.8%
特定施設入居者生活介護	446	51.3%	38.8%	8.1%	1.8%
認知症対応型共同生活介護	166	50.6%	39.2%	8.4%	1.8%

図表５０　往診の有無※2

１～７　問２、１～４　問１４（９）、５，６　問１４（８）、７　問１３（８）

	入院者数	協力医療機関	左記以外の医療機関	なし	無回答
介護老人福祉施設	1,999	30.5%	5.1%	60.5%	4.0%
介護老人保健施設	2,479	4.5%	1.1%	91.5%	2.9%
介護医療院	201	24.4%	0.0%	72.6%	3.0%
養護老人ホーム	643	32.7%	8.1%	54.6%	4.7%
軽費老人ホーム	248	18.5%	6.9%	69.0%	5.6%
特定施設入居者生活介護	446	57.6%	5.8%	33.0%	3.6%
認知症対応型共同生活介護	166	50.6%	11.4%	33.7%	4.2%

図表５１　入院先※2

１～７　問２、１～４　問１４（１０）、５，６　問１４（９）、７　問１３（９）

	入院者数	協力医療機関	左記以外の医療機関	無回答
介護老人福祉施設	1,999	68.1%	29.6%	2.3%
介護老人保健施設	2,479	65.9%	30.7%	3.4%
介護医療院	201	75.6%	21.4%	3.0%
養護老人ホーム	643	57.5%	39.8%	2.6%
軽費老人ホーム	248	45.2%	49.2%	5.6%
特定施設入居者生活介護	446	37.9%	57.8%	4.3%
認知症対応型共同生活介護	166	36.7%	62.7%	0.6%

※1.介護老人福祉施設、養護老人ホームについては配置医師を含む

※2.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、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ている高齢者施設等の回答を集計した。

【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８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」

論点②　協力医療機関連携加算の見直し

論点②

- 令和６年度介護報酬改定において、高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点から、入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催すること等を評価する協力医療機関連携加算が創設された。
- 協力医療機関連携加算については、要件を満たす協力医療機関と連携している場合と、要件を満たさない協力医療機関と連携している場合について、それぞれ異なる評価が設けられている。
- 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院については、協力医療機関が入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保することが義務付けられている。
- 協力医療機関との定期的な会議については、診療報酬における取扱いとの整合性を踏まえ、令和８年６月から開催頻度を見直した。
- 協力医療機関連携加算を算定していた施設は、介護老人福祉施設で45.6%、介護老人保健施設で67.5%、介護医療院で59.5%であった。
- 協力医療機関に求められる要件や会議の開催頻度を踏まえ、要件を満たす協力医療機関との連携を推進する観点から、協力医療機関連携加算の在り方についてどのように考えるか。

対応案

- 協力医療機関連携加算について、要件を満たす協力医療機関と連携を行う場合のみを評価することとし、要件を満たさない協力医療機関と連携を行う場合の評価は廃止することとしてはどうか。
- 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及び認知症対応型共同生活介護については、開催頻度の見直しを踏まえて評価水準を見直した上で、要件を満たす協力医療機関との定期的な会議を引き続き評価することとしてはどうか。

１．これまでの分科会における主なご意見

２．論点及び対応案

（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

（４）ケアマネジメントにおける医療介護連携の推進

３．参考資料

（2）感染対応力の向上　目次

論点③：高齢者施設等と第二種協定指定医療機関との連携の推進・・・・・・・・・・・・・・34

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

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

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



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

（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

３．調査結果概要

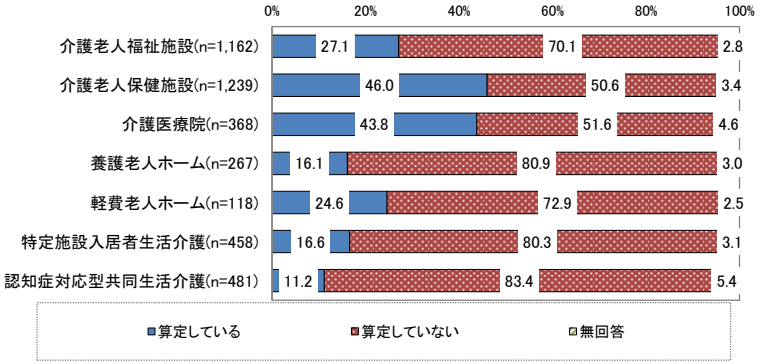
施設調査

【高齢者施設等感染対策向上加算について】

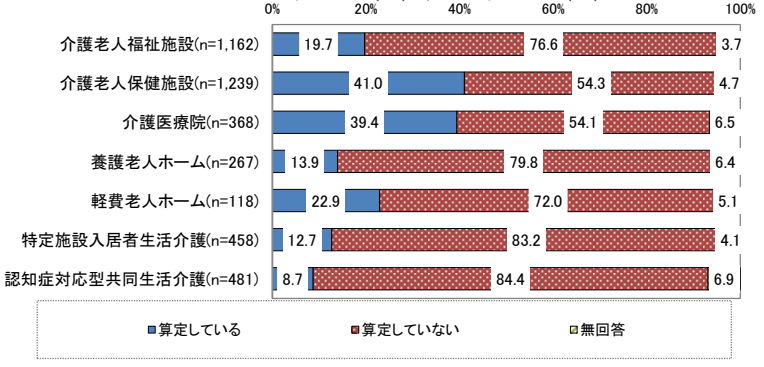
○介護老人保健施設、介護医療院では算定していない割合が約半数、その他のサービスでは７割以上が加算を算定していなかった。

○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」「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」の割合が相対的に高かった。

図表６８　高齢者施設等感染対策向上加算の算定状況※1、2
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）　１０単位／月
１～６　問１５（６）、７　問１４（６）



図表７０　高齢者施設等感染対策向上加算の算定状況※1、2
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）　５単位／月
１～６　問１５（７）、７　問１４（７）



図表６９　高齢者施設等感染対策向上加算を算定していない理由※1、2
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）　１０単位／月
１～６　問１５（６）３）、７　問１４（６）３）

	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	814	46.9%	34.5%	35.5%	6.0%	20.4%	8.1%
介護老人保健施設	627	34.8%	32.5%	29.7%	5.6%	26.2%	11.3%
介護医療院	190	26.3%	26.3%	31.6%	8.4%	30.0%	11.1%
養護老人ホーム	216	32.4%	26.9%	25.9%	5.1%	35.2%	7.4%
軽費老人ホーム	86	41.9%	40.7%	27.9%	4.7%	25.6%	7.0%
特定施設入居者生活介護	368	33.4%	31.3%	23.4%	8.2%	28.0%	13.3%
認知症対応型共同生活介護	401	35.4%	32.2%	28.9%	6.7%	25.4%	15.7%

図表７１　高齢者施設等感染対策向上加算を算定していない理由※1、2
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）　５単位／月
１～６　問１５（７）３）、７　問１４（７）３）

	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	890	43.5%	32.7%	35.8%	6.2%	24.3%	7.9%
介護老人保健施設	673	33.9%	28.2%	29.9%	7.0%	28.8%	11.0%
介護医療院	199	24.6%	20.1%	31.2%	8.5%	35.2%	9.5%
養護老人ホーム	213	35.2%	28.2%	27.7%	5.6%	36.6%	4.2%
軽費老人ホーム	85	47.1%	40.0%	27.1%	8.2%	28.2%	4.7%
特定施設入居者生活介護	381	31.8%	30.7%	20.5%	9.4%	29.9%	12.9%
認知症対応型共同生活介護	406	36.2%	31.3%	29.6%	7.1%	26.8%	14.8%

※1.調査期間（令和８年６月～８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。

【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８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」

（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

３．調査結果概要

施設調査

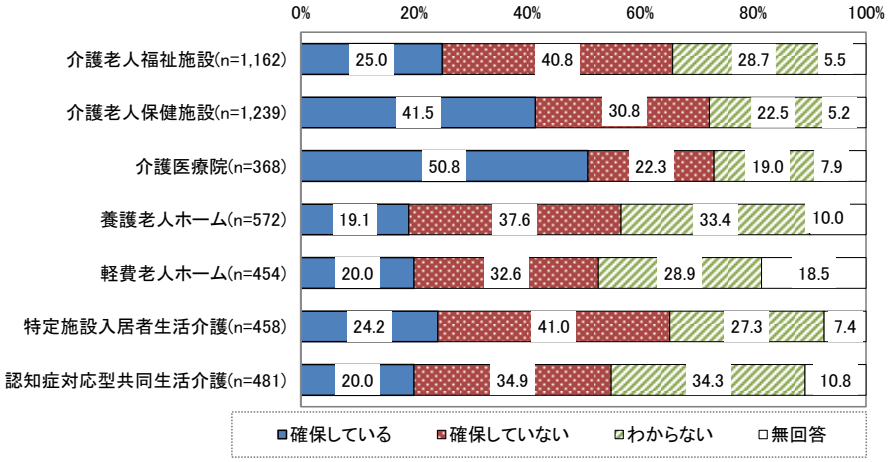
【第二種協定指定医療機関との体制確保について】

○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50.8%、介護老人保健施設が41.5%、介護老人福祉施設が25.0%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７２　第二種協定指定医療機関との体制確保状況※1

１～６　問１５（８）、７　問１４（８）



図表７３　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１５（８）３）、７　問１４（８）３）

	調査数	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	第二種協定指定医療機関と協議を行ったが、連携に至らなかった	確保する予定はない	無回答
介護老人福祉施設	474	27.2	27.2	12.2	34.0	7.4
介護老人保健施設	381	24.1	24.9	11.8	35.7	10.2
介護医療院	82	14.6	15.9	12.2	54.9	3.7
養護老人ホーム	215	24.2	27.4	5.6	44.2	6.0
軽費老人ホーム	148	15.5	29.7	8.8	37.8	10.8
特定施設入居者生活介護	188	25.5	37.2	8.0	28.7	9.0
認知症対応型共同生活介護	168	25.0	41.7	7.1	28.0	10.1

※1.調査期間（令和８年６月～８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。

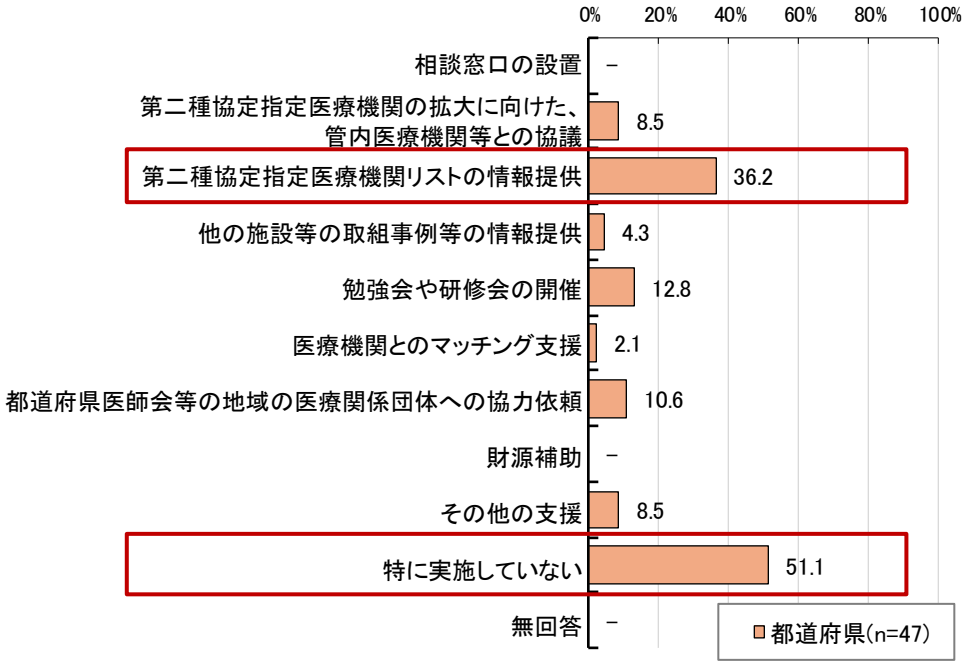
【出典】令和６年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和８年度調査）「（１）高齢者施設等と医療機関の連携体制及び協定締結医療機関との連携状況等にかかる調査研究事業」

３．調査結果概要

自治体調査

【高齢者施設等における感染症対策の向上に向けた取組（都道府県票Q16）】
○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36.2％だった。「特に実施していない」都道府県は51.1％だった。

図表９６　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】



論点③　高齢者施設等と第二種協定指定医療機関との連携の推進

論点③

■ 令和６年度介護報酬改定において、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に対応する体制を確保するとともに、感染対策に関する研修又は訓練に参加すること等を評価する高齢者施設等感染対策向上加算が創設された。

■ 高齢者施設等感染対策向上加算を算定していない施設は、介護老人保健施設及び介護医療院では約半数、その他のサービスでは７割以上であり、算定していない理由として、研修等を行う医療機関や第二種協定指定医療機関との連携が困難であること等が挙げられた。

■ 第二種協定指定医療機関との間で新興感染症の発生時に対応する体制を確保している施設は、介護医療院で50.8％、介護老人保健施設で41.5％、介護老人福祉施設で25.0％であり、体制を確保していない理由としては、「確保する予定はない」のほか、「周辺に第二種協定指定医療機関がない」及び「ど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」が多かった。

■ 自治体において、高齢者施設等に対して第二種協定指定医療機関のリストを提供している割合は36.2％、感染症対策に関する勉強会や研修を実施している割合は12.8％であった一方、特に取組を実施していない割合は51.1％であった。

■ 高齢者施設等と第二種協定指定医療機関との連携を促進し、新興感染症の発生時等における対応体制を確保する観点から、どのような方策が考えられるか。

対応案

■ 高齢者施設等と第二種協定指定医療機関との連携を促進するため、自治体において、管内の第二種協定指定医療機関に関する情報を高齢者施設等へ提供するなど、必要な支援を行うことを求めてはどうか。

■ 高齢者施設等感染対策向上加算における感染対策に関する研修又は訓練について、医療機関又は地域の医師会が主催するものに加え、保健所等の自治体が主催するものも対象とすることとしてはどうか。

１．これまでの分科会における主なご意見

２．論点及び対応案

（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

（４）ケアマネジメントにおける医療介護連携の推進

３．参考資料

（3）人生の最終段階の医療・介護　目次

論点④：介護保険施設における意思決定支援の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・41

論点⑤：各サービスにおける看取り対応の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・46

論点⑥：ターミナルケアマネジメント加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・53

論点⑦：看取り関連加算に係る横断的な要件の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・59

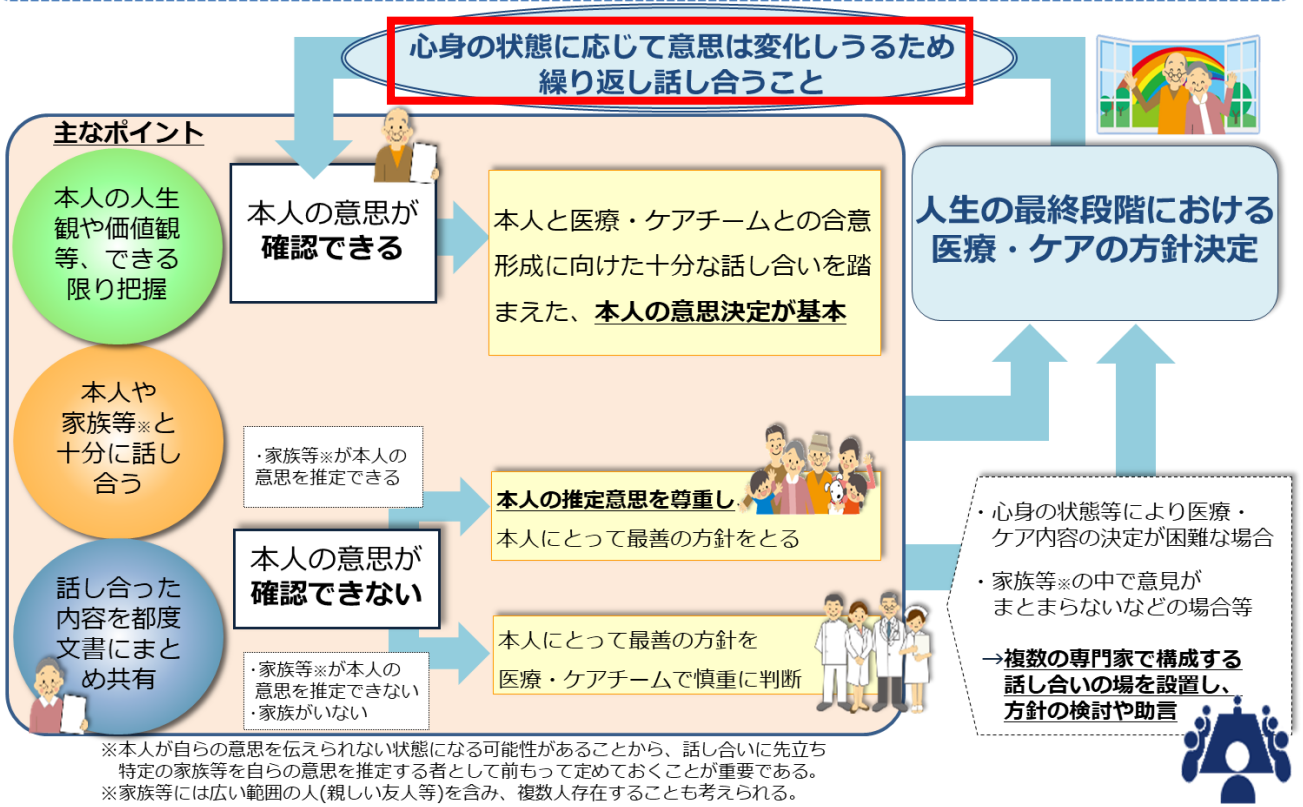
介護サービスにおける「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の位置づけ

○ 「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も考えられる。

○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。

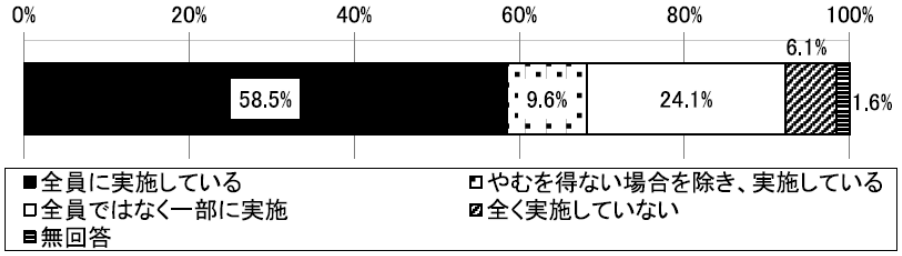
○ガイドラインの規定がある看取り関連加算

・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

入所者に対する意思決定支援の実施状況

○「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」に沿った意思決定の実施状況は、「全員に実施している」が58.5％で最も多く、次いで「全員ではなく一部に実施」が24.1％、「やむを得ない場合を除き、実施している」が9.6％であった。
○「やむを得ない場合を除き、実施している」場合の理由は、「本人と意思疎通ができず、家族等との相談も困難な状況であるため」が83.3％で最も多かった。

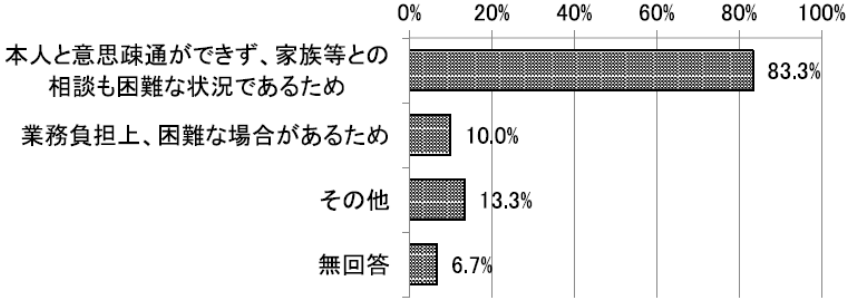
■ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に沿った意思決定の実施状況（n=311）



（類型別）

		合計	Q22 「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」に沿った意思決定の実施状況				
			全員に実施している	やむを得ない場合を除き、実施している	全員ではなく一部に実施	全く実施していない	無回答
全体		311	182	30	75	19	5
		100.0%	58.5%	9.6%	24.1%	6.1%	1.6%
Q4 類型	Ⅰ型のみ	197	119	17	48	11	2
		100.0%	60.4%	8.6%	24.4%	5.6%	1.0%
	Ⅱ型のみ	105	58	12	26	8	1
		100.0%	55.2%	11.4%	24.8%	7.6%	1.0%

■ やむを得ない場合に実施していない理由（複数回答）（n=30）



（類型別）

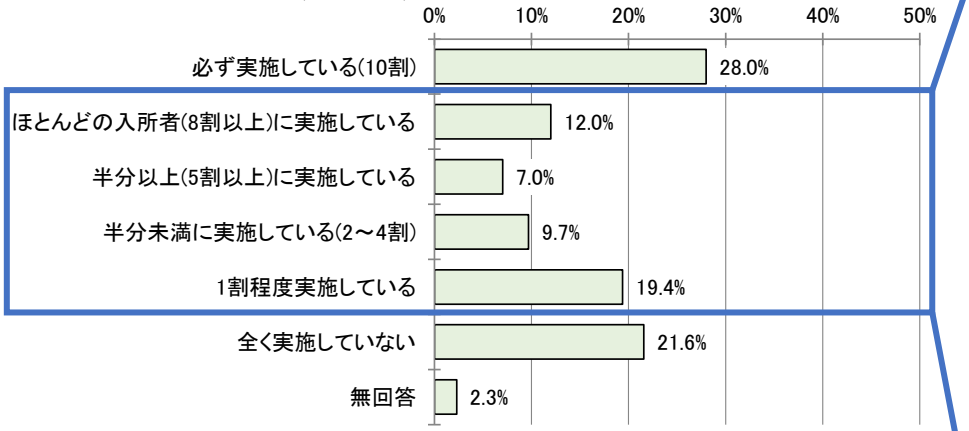
		合計	Q22sq 意思決定をやむを得ない場合に実施していない理由			
			本人と意思疎通ができず、家族等との相談も困難な状況であるため	業務負担上、困難な場合があるため	その他	無回答
全体		30	25	3	4	2
		100.0%	83.3%	10.0%	13.3%	6.7%
Q4 類型	Ⅰ型のみ	17	15	2	3	0
		100.0%	88.2%	11.8%	17.6%	0.0%
	Ⅱ型のみ	12	10	1	1	1
		100.0%	83.3%	8.3%	8.3%	8.3%

【出典】令和６年度老人保健健康増進等事業「介護医療院における医療提供等の実態にかかる調査研究事業」

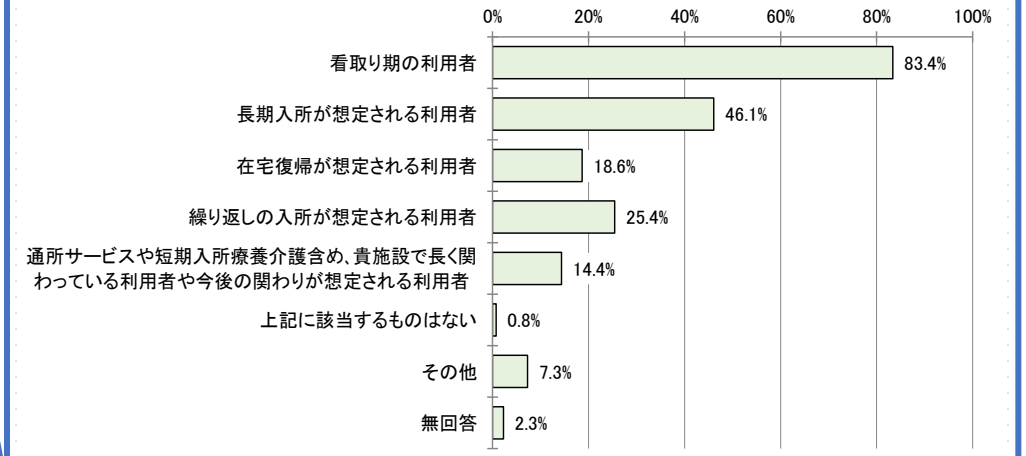
介護老人保健施設における入所者に対する意思決定支援の実施状況等

○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。

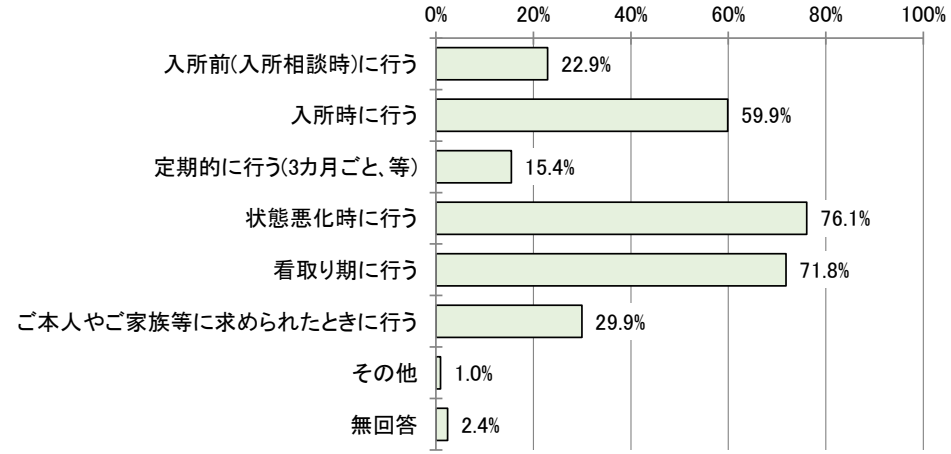
■ ACPの実施状況（n=825）



■ 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」

論点④　介護保険施設における意思決定支援の推進

論点④

- 「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、本人の意思は変化し得るものであること等を踏まえ、本人、家族等及び医療・ケアチームによる話合いを繰り返し行うことの重要性が示されている。
- 介護保険施設において、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設は、看取り関連加算の要件として同ガイドラインに沿った対応が位置付けられている一方、施設基準として原則全ての入所者に対応を求めているのは介護医療院のみである。
- 介護医療院において、同ガイドラインに沿った意思決定支援を「全員に実施している」は58.5%、「やむを得ない場合を除き、実施している」は9.6%、「全員ではなく一部に実施している」は24.1%であり、「全く実施していない」は6.1%であった。
- やむを得ない場合に実施していない理由としては、本人との意思疎通が困難であり、家族等との相談も困難な状況であることが83.3%と最も多かった。
- 介護老人保健施設におけるACPの実施状況については、「必ず実施している」が28.0%であった一方、「全く実施していない」が21.6%であった。
- 意思決定支援については、入所時に本人の価値観や意向を確認し、その内容を関係者間で共有した上で、本人の意思や状態等の変化に応じて必要な対応を行うことが重要である。
- 入所者本人の意思を尊重した医療及びケアを実現する観点から、介護保険施設における意思決定支援の在り方について、どのように考えるか。

対応案

- 介護医療院においては、既に原則として全ての入所者に同ガイドラインに沿った意思決定支援を行うことが求められていることを踏まえ、介護老人福祉施設や介護老人保健施設においても、同様の対応を求めることとしてはどうか。

（3）人生の最終段階の医療・介護　目次

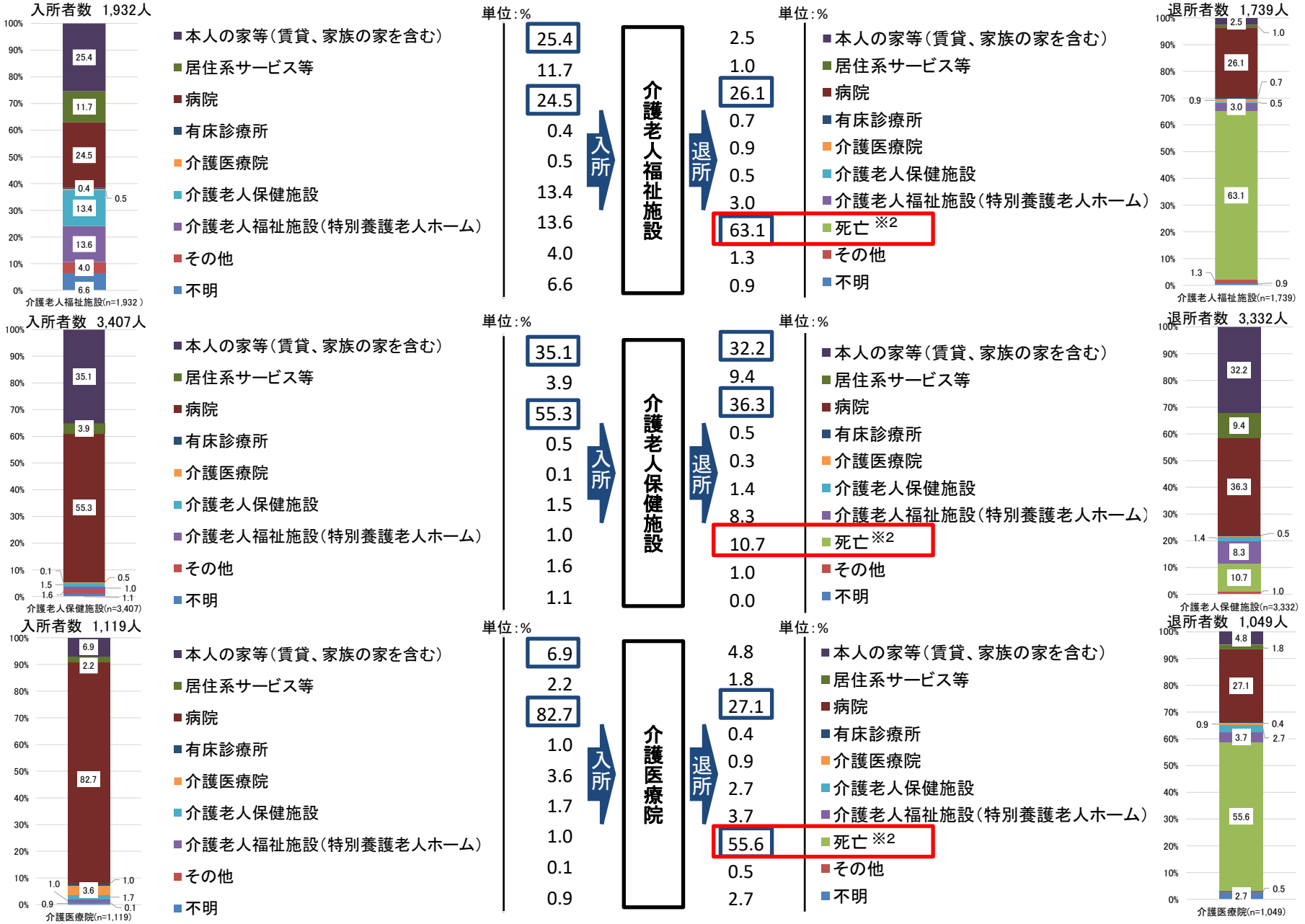
論点④：介護保険施設における意思決定支援の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・41

論点⑤：各サービスにおける看取り対応の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・46

論点⑥：ターミナルケアマネジメント加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・53

論点⑦：看取り関連加算に係る横断的な要件の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・59

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」

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。

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	介護老人保健施設	介護医療院	養護老人ホーム（特定施設）	養護老人ホーム（特定施設以外）	軽費老人ホーム（特定施設）	軽費老人ホーム（特定施設以外）	特定施設入居者生活介護	認知症対応型共同生活介護
	1,117	454	337	228	270	148	376	648	654
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）．皮内、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）．摘便	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。

【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」

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。

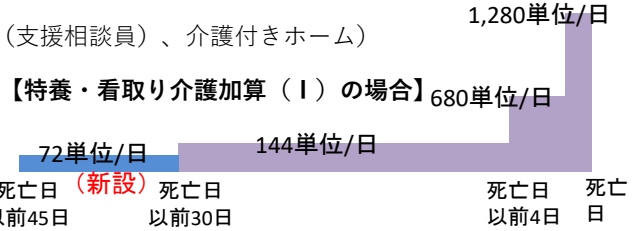
２．（２）看取りへの対応の充実（その２）

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。



死亡日以前31日～45日以下（新設）　**特養：72単位/日**　**老健：80単位/日**
特定：72単位/日　**GH　：72単位/日**

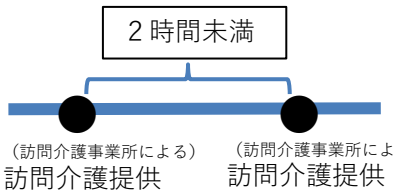
○　**介護付きホーム**について、**看取り期に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に評価する新たな区分**を設ける。

【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。

論点⑤　各サービスにおける看取り対応の評価

論点⑤

- ■ 介護老人保健施設では、ターミナルケアに係る計画を作成し、本人等への説明及び同意を得た上でターミナルケアを行った場合について、ターミナルケア加算により評価している。
- ■ 介護医療院は、介護老人福祉施設と同様に死亡退所者が多く、多くの施設でターミナルケアの対応が可能である一方、看取りへの対応を直接評価する加算は設けられていない。また、短期入所生活介護には、看取り期の利用者への対応を評価する看取り連携体制加算が設けられている一方、短期入所療養介護には同様の評価が設けられていない。
- ■ 入所者本人の意思を尊重した看取りを行うためには、入所時に確認した本人の価値観や意向について、その後の本人の意思や状態等の変化に応じて確認し、必要な対応を行うことが重要である。
- ■ 特定施設入居者生活介護における看取り介護加算（Ⅱ）は、令和３年度介護報酬改定において新設された加算であり、看取り期における夜勤又は宿直を行う看護職員の配置を評価していることを踏まえ、他の看取り関連加算と比較して、単位数が高くなっている。
- ■ 入所者等の意思を尊重しつつ、看取りを推進するとともに、サービス間の評価の整合性を図る観点等から、介護医療院、短期入所療養介護及び特定施設入居者生活介護における看取り対応の評価について、どのように考えるか。

対応案

- ■ 介護医療院については、看取りへの対応を評価する観点から、ターミナルケア加算を新設することとしてはどうか。
- ■ 介護老人保健施設及び介護医療院が行う短期入所療養介護については、短期入所生活介護との評価の整合性を図る観点から、看取り連携体制加算と同様の評価を新設することとしてはどうか。
- ■ 評価の整合性を図る観点から、特定施設入居者生活介護の看取り介護加算（Ⅱ）について単位数を見直してはどうか。

（3）人生の最終段階の医療・介護　目次

論点④：介護保険施設における意思決定支援の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・41

論点⑤：各サービスにおける看取り対応の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・46

論点⑥：ターミナルケアマネジメント加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・53

論点⑦：看取り関連加算に係る横断的な要件の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・59

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	ＧＨ	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 ○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	○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	－
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 ○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	○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 ○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	－	○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	○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診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
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、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレー症候群をいう）、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、頚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.（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】

令和６年度改定

○　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に提供した場合

▶

＜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に提供した場合

○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。

ターミナルケアマネジメント加算の算定状況

○　ターミナルケアマネジメント加算の届出をしている事業所は約３割存在するものの、令和７年４月から９月の間の半年間に５件以上算定している事業所は５.４％しかなく、ターミナルケアマネジメントを行っていても加算を算定できなかったケースがあると回答した事業所が３割以上あった。

〇ターミナルケアマネジメント加算の届出の有無

	全体	届出済み（令和７年９月より前に届けた場合を含む）	届出ていない	無回答
事業所数	977	334	620	23
割合	100.0%	34.2%	63.5%	2.4%

〇ターミナルケアマネジメント加算の算定件数

		全体	０件	１件	２件	３件	４件	５件以上	無回答	平均（件）	標準偏差	中央値
令和７年４月～９月の算定件数	事業所数	334	254	34	9	9	1	18	9	0.7	2.0	0.0
	割合	100.0%	76.0%	10.2%	2.7%	2.7%	0.3%	5.4%	2.7%			

〇ターミナルケアマネジメントを行ったが、死亡日及び死亡日前１４日以内に２日以上、利用者の居宅を訪問できなかったため、ターミナルケアマネジメント加算を算定できなかったケースの有無

	全体	あり	なし	無回答
事業所数	334	117	213	4
割合	100.0%	35.0%	63.8%	1.2%

【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「居宅介護及び介護予防支援における令和６年度介護報酬改定による影響等に関する調査研究事業」（株）三菱総合研究所）

特定事業所医療介護連携加算を算定していない理由

○　特定事業所医療介護連携加算を算定していない理由として、「ターミナルケアマネジメント加算を算定していないため」を挙げている事業所が４２．０%、「ターミナルケアマネジメント加算の算定回数が年間１５回に満たないためを挙げている事業所が３６．１%。ターミナルケアマネジメント加算の算定が本加算の算定に与える影響が大きくなっている。

	全体	特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）のいずれも算定していないため	退院・退所加算を算定していないため	ターミナルケアマネジメント加算を算定していないため	ターミナルケアマネジメント加算の算定回数が年間１５回に満たないため	退院・退所加算を算定しているが、その医療機関等との年間の連携回数が３５回に満たないため	加算算定のための手続きの手間や支援に比べて、報酬が低いため	その他	無回答
件数	902	444	129	379	326	287	215	32	15
割合		49.2%	14.3%	42.0%	36.1%	31.8%	23.8%	3.5%	1.7%

【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「居宅介護及び介護予防支援における令和６年度介護報酬改定による影響等に関する調査研究事業」（株）三菱総合研究所）

論点⑥　ターミナルケアマネジメント加算

論点⑥

■　2040年にかけて、介護と医療の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が一貫して増加することが見込まれる中、ケアマネジメントにおける医療と介護の連携が今後も一層求められる。

■　一方で、ターミナルケアマネジメント加算について、ターミナルケアマネジメントを行っても、死亡日が予見できず、死亡日及び死亡日前１４日以内に２日以上、利用者の居宅を訪問できなかったため、加算を算定できなかったケースがあるといった課題があるところ。

■　高齢者の終末期において適切なケアマネジメントを提供し、その評価を適切に行うため、どのような方策が考えられるか。

対応案

■　ターミナルケアマネジメント加算について、ターミナル期のケアマネジメントにおいては、迅速な他職種連携や急激な状態変化に合わせたサービス調整など訪問以外にも様々な支援が求められる一方で、急変が多いターミナル期に現行の要件を満たすために死亡日を予見して２回訪問することが困難であるとの声があることを踏まえ、より実態に即した評価を行う観点から、「死亡日及び死亡日前14日以内に２日以上」居宅を訪問することとされている現行の要件について見直し、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の居宅を少なくとも１回以上訪問した上で、その際に把握した情報を関係者に提供するとともに、利用者の心身又は家族の状況の変化や環境の変化に対応した必要な連絡調整等の支援を行うことを要件としてはどうか。

（3）人生の最終段階の医療・介護　目次

論点④：介護保険施設における意思決定支援の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・41

論点⑤：各サービスにおける看取り対応の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・46

論点⑥：ターミナルケアマネジメント加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・53

論点⑦：看取り関連加算に係る横断的な要件の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・59

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	ＧＨ	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 ○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	○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	－
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 ○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	○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 ○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	－	○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	○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診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
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、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレー症候群をいう）、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、頚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

介護老人福祉施設における看取り介護加算Ⅰ

算定に関する基準

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定介護老人福祉施設において、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者について看取り介護を行った場合においては、看取り介護加算(Ⅰ)として、死亡日以前31日以上45日以下については１日につき72単位を、死亡日以前４日以上30日以下については１日につき144単位を、死亡日の前日及び前々日については１日につき680単位を、死亡日については１日につき1,280単位を死亡月に加算する。ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定しない。

厚生労働大臣が定める施設基準

(１)　常勤の看護師を一名以上配置し、当該指定介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護職員との連携により、二十四時間連絡できる体制を確保していること。
(２)　看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所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。
(３)　医師、生活相談員、看護職員、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定介護老人福祉施設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。
(４)　看取りに関する職員研修を行っていること。
(５)　看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。

具体の研修内容等については要件は定められていない

厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者

次のイからハまでのいずれにも適合している入所者
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　医師、生活相談員、看護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者(以下この号において「医師等」という。)が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者(その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。)であること。
ハ　看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等入所者に関する記録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(その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。)であること。

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	ＧＨ	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 ○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	○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	－
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 ○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	○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 ○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	－	○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	○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診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
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、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレー症候群をいう）、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、頚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

区分支給限度基準額の対象外に位置付けられている加算の主な分類

○　区分支給限度基準額については、現行制度において、政策上の配慮から、その対象外に位置付けられている加算が様々あるが、それらを大別すると以下のとおり。

種類	加算等の名称	考え方
交通の便が悪い地域における経営の安定を図ること等を目的とする加算	・特別地域加算（各種サービス） ・中山間地域等における小規模事業所加算（各種サービス） ・中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算（各種サービス）	・　住む地域によってこの加算が算定されたために利用できるサービス回数が減ってしまうことは、利用者の公平性の観点から問題があるため、対象外。
介護職員の処遇改善に資する加算	・介護職員等処遇改善加算（各種サービス） ・サービス提供体制強化加算（各種サービス）	・　介護職員の処遇改善を目的として創設された加算であり、この加算が算定されたために利用できるサービス回数が減ってしまうことは、区分支給限度基準額の制度趣旨とそぐわないため、区分支給限度基準額の対象外。
医療ニーズへの対応に関する加算等	・緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算（訪看、定巡、看多機） ・緊急時施設療養費、特別療養費（介護老人保健施設の療養ショート） ・緊急時施設診療費、特別診療費（介護医療院の療養ショート） ・特定診療費（病院・診療所の療養ショート）	・　これらのサービスにおける加算等は、緊急時や看取り期における対応など、突発的対応や医療ニーズが特に高く、かつ、特に手間がかかるものに対する評価であり、これらを区分支給限度基準額の中に含めた場合、安定的なサービスの利用を阻害する可能性があることから、区分支給限度基準額の対象外。
在宅における生活の継続の支援を目的とする加算	・総合マネジメント体制強化加算（定巡、小多機、看多機）	・　多機能系の「特有のコスト」として、より効果的・効率的に利用者を主体とした在宅における生活の継続を可能とする観点からの積極的な連携体制整備に係る評価のために創設。 ・　同時に、区分支給限度基準額が理由で、一体的なサービス提供の普及を促すという包括報酬サービスの施策目的の達成が困難とならないよう、制度的な配慮として区分支給限度基準額の対象外。
	・訪問体制強化加算（小多機） ・看護体制強化加算（看多機）	・　訪問サービスを積極的に提供する体制や利用者の医療ニーズに積極的に対応している体制を評価するものとして創設。 ・　同時に、利用者の在宅生活の継続を促進するとともに、区分支給限度基準額が理由で一体的なサービス提供の普及を促すという包括報酬サービスの施策目的の達成が困難とならないよう、制度的な配慮として、区分支給限度基準額の対象外。

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	ＧＨ	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 ○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	○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	－
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 ○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	○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 ○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	－	○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	○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診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
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、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレー症候群をいう）、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、頚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

介護老人福祉施設における看取り介護加算

算定に関する基準

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定介護老人福祉施設において、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者について看取り介護を行った場合においては、看取り介護加算(Ⅰ)として、死亡日以前31日以上45日以下については１日につき72単位を、死亡日以前４日以上30日以下については１日につき144単位を、死亡日の前日及び前々日については１日につき680単位を、死亡日については１日につき1,280単位を死亡月に加算する。ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定しない。

厚生労働大臣が定める施設基準

（１） 常勤の看護師を一名以上配置し、当該指定介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護職員との連携により、二十四時間連絡できる体制を確保していること。
（２） 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所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。
（３） 医師、生活相談員、看護職員、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定介護老人福祉施設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。
（４） 看取りに関する職員研修を行っていること。
（５） 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。

厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者

次のイからハまでのいずれにも適合している入所者
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　医師、生活相談員、看護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者(以下この号において「医師等」という。)が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者(その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。)であること。
ハ　看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等入所者に関する記録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(その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。)であること。

小規模多機能型居宅介護における看取り連携体制加算

算定に関する基準

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、市町村長に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定小規模多機能型居宅介護事業所において、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者について看取り期におけるサービス提供を行った場合は、看取り連携体制加算として、死亡日及び死亡日以前30日以下について1日につき64単位を死亡月に加算する。ただし、この場合において、看護職員配置加算(Ⅰ)を算定していない場合は、算定しない。

厚生労働大臣が定める施設基準

イ　看護師により二十四時間連絡できる体制を確保していること。
ロ　看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録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。

厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者

次に掲げるいずれの基準にも適合する利用者
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、登録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(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。

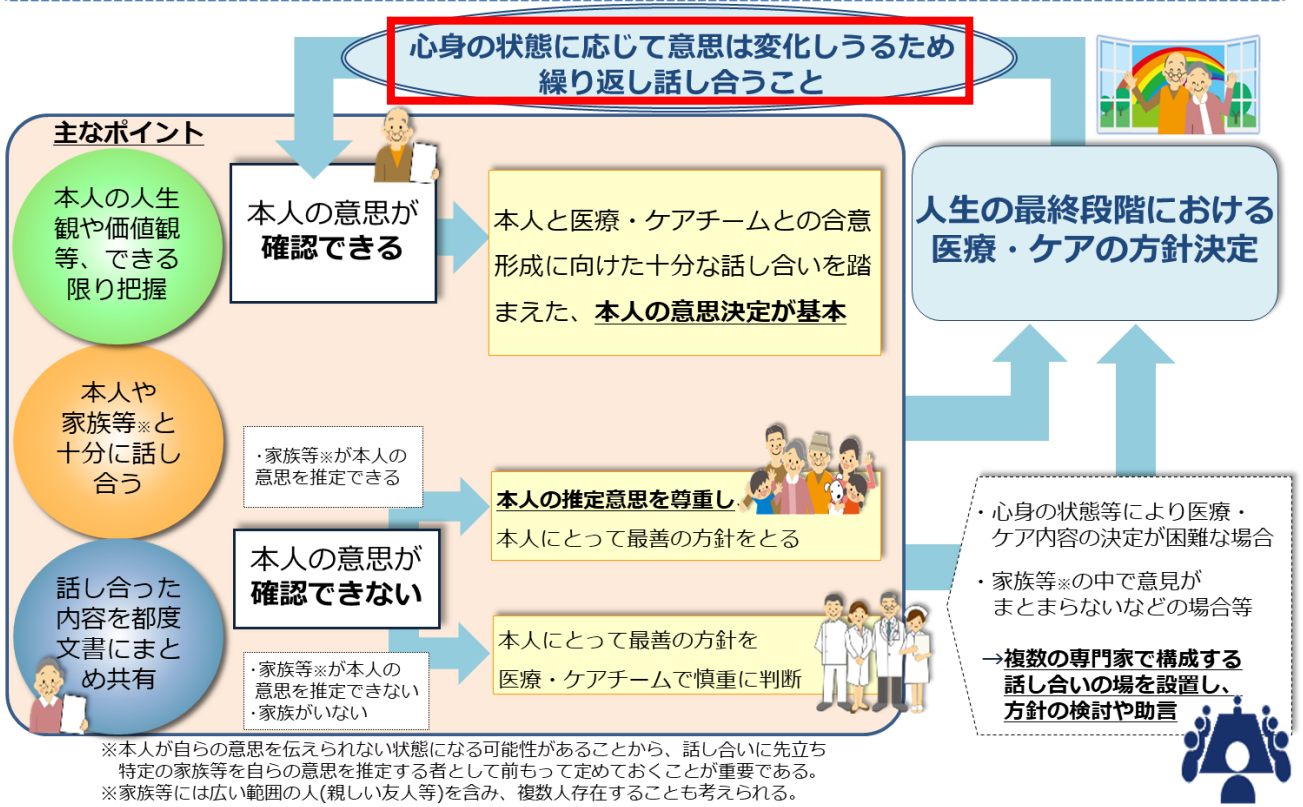
介護サービスにおける「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の位置づけ

○ 「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も考えられる。

○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

論点⑦　看取り関連加算に係る横断的な要件の見直し

論点⑦

■　看取り介護加算等においては、加算に係る施設基準において「看取りに関する職員研修を行っていること。」とあるが、研修の内容や頻度等、具体的な研修の要件については定められていない。

■　政策上の配慮から、区分支給限度基準額の対象外に位置づけられている加算が様々あり、医療ニーズへの対応に関するいくつかの加算についても、区分支給限度基準額の対象外に位置づけられている。一方、看取り関連加算には、区分支給限度基準額に含まれる加算と、含まれない加算がある。

■　いくつかの看取り関連加算において、看取りに関する指針や看取りにおける対応方針を定めることを求めているが、看取り介護の実施等にあたっては、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も参考にすることとされている。

■　看取り関連加算においては、医師、生活相談員、看護職員、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、看取りに関する指針の見直し等を行うことを求めているが、記載されている全職種の関与が必要かどうかは明確化されていない。

■　上記の論点についてどのように考えるか。

論点⑦　看取り関連加算に係る横断的な要件の見直し

対応案

■　論点を踏まえて、以下の対応を行ってはどうか。

①看取りに関する職員研修の要件の有無に差があることを踏まえ、研修の実施や看取りに関する指針等を統一的に求めるのではなく、利用者や入所者の意思を尊重しつつ、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対応を共通して求めることとしてはどうか。

②短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護、訪問入浴介護における看取り関連加算については、他の看取り関連加算を考慮し、区分支給限度基準額の適用外としてはどうか。

１．これまでの分科会における主なご意見

２．論点及び対応案

（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

（４）ケアマネジメントにおける医療介護連携の推進

３．参考資料

（4）ケアマネジメントにおける医療介護連携の推進

論点⑧：ケアマネジメントにおける医療介護連携の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・71

1.（3）⑪　通院時情報連携加算の見直し

令和６年度改定

概要　【居宅介護支援】

○　通院時情報連携加算について、利用者の口腔衛生の状況等を適切に把握し、医療と介護の連携を強化した上でケアマネジメントの質の向上を図る観点から、医師の診察を受ける際の介護支援専門員の同席に加え、利用者が歯科医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席した場合を同加算の対象とする見直しを行う。【告示改正】

単位数

＜改定前＞
通院時情報連携加算　50単位

▶

＜改定後＞
変更なし

算定要件等

○　利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師等に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報の提供を行うとともに、医師又は歯科医師等から当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合は、利用者１人につき１月に１回を限度として所定単位数を加算する。

居宅介護支援における医療との連携の評価

	【加算の名称】	【算定単位数】	【主な算定要件】
通院時	通院時情報連携加算	１月につき：５０単位	・ **利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席**し、医師又は歯科医師等に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該**利用者に係る必要な情報の提供を行う**とともに、医師又は歯科医師等から当該**利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合**に、利用者１人につき１月に１回を限度として所定単位数を加算する。
入院時	入院時情報連携加算	①入院後当日以内 ・１月につき：２５０単位 ②入院後３日以内 ・１月につき：２００単位	・ **利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合**に、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する。
退院時	退院･退所加算	①カンファレンスへの参加有 ・連携１回：６００単位 ・連携２回：７５０単位 ・連携３回：９００単位 ②カンファレンスへの参加無 ・連携１回：４５０単位 ・連携２回：６００単位	・ **病院若しくは診療所に入院していた者又は介護保険施設等に入所していた者が退院又は退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合**において、当該利用者の退院又は退所に当たって、**当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成**し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合(同一の利用者について、当該居宅サービス及び地域密着型サービスの利用開始月に調整を行う場合に限る。)には、入院又は入所期間中につき1回を限度として所定単位数を加算する。(初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。)
急変時	緊急時等居宅カンファレンス加算	１月に２回を限度：２００単位	・ **病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて、当該利用者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合**は、利用者1人につき1月に2回を限度として所定単位数を加算する。
終末期	ターミナルケアマネジメント加算	４００単位	・ 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時間の連絡体制の確保している等の基準に適合しているものとして届出を行った指定居宅介護支援事業所が、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に提供した場合**は、1月につき所定単位数を加算する。
連携	特定事業所医療介護連携加算	１月につき：１２５単位	・ 医療機関等と総合的に連携する事業所を評価するため、**①退院・退所加算の算定に係る連携3回以上、②ターミナルケアマネジメント加算の算定15回以上、③特定事業所加算Ⅰ～Ⅲを算定**、の全ての要件を満たしていること。

居宅介護支援・介護予防支援の算定状況

	単位数（令和6年6月以降）	算定単位数（単位：千単位）	件数（単位：千件）	算定率（件数ベース）	請求事業所数	算定率（事業所ベース）
（居宅介護支援）						
初回加算	1月につき＋300単位	34,890	116	3.82%	25,185	70.68%
特定事業所加算（Ⅰ）	1月につき＋519単位	77,893	150	4.93%	609	1.71%
特定事業所加算（Ⅱ）	1月につき＋421単位	576,952	1,370	45.02%	8,496	23.84%
特定事業所加算（Ⅲ）	1月につき＋323単位	154,571	479	15.72%	5,016	14.08%
特定事業所加算（A）	1月につき＋114単位	3,022	27	0.87%	316	0.89%
特定事業所医療介護連携加算	1月につき＋125単位	12,564	101	3.30%	380	1.07%
入院時情報連携加算（Ⅰ）	1月につき＋250単位	9,355	37	1.23%	14,540	40.80%
入院時情報連携加算（Ⅱ）	1月につき＋200単位	3,794	19	0.62%	10,294	28.89%
退院・退所加算（Ⅰ）イ	＋450単位	6,791	15	0.50%	6,661	18.69%
退院・退所加算（Ⅰ）ロ	＋600単位	1,954	3	0.11%	1,956	5.49%
退院・退所加算（Ⅱ）イ	＋600単位	2,014	3	0.11%	1,849	5.19%
退院・退所加算（Ⅱ）ロ	＋750単位	818	1	0.04%	739	2.07%
退院・退所加算（Ⅲ）	＋900単位	446	1	0.02%	313	0.88%
通院時情報連携加算	1月につき＋50単位	556	11	0.36%	4,676	13.12%
緊急時等居宅カンファレンス加算	1月に2回を限度に＋200単位	41	0	0.01%	84	0.24%
ターミナルケアマネジメント加算	＋400単位	610	2	0.05%	914	2.56%
（介護予防支援）						
初回加算	1月につき＋300単位	8,541	29	3.1%	5,719	75.12%
委託連携加算	＋300単位	4,277	14	1.56%	3,225	42.36%

（注1）「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。
（注2）「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。
【出典】介護給付費等実態統計（令和7年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和7年11月審査分（令和7年10月サービス提供））より老健局認知症施策・地域介護推進課作成

居宅介護支援における医療介護連携に係る主な加算の算定状況

○入院時情報連携加算の算定状況

		全体	5件未満	5件以上10件未満	10件以上15件未満	15件以上20件未満	20件以上25件未満	25以上30件未満	30件以上35件未満	35件以上40件未満	40件以上45件未満	45件以上50件未満	50件以上	無回答	平均（件）	標準偏差	中央値
令和７年４月～９月の算定件数	事業所数	977	423	195	115	77	46	33	28	21	13	6	20	0	11.1	26.7	6.0
	割合	100.0%	43.3%	20.0%	11.8%	7.9%	4.7%	3.4%	2.9%	2.1%	1.3%	0.6%	2.0%	0.0%			

○通院時情報連携加算の算定の有無・算定した場合の利用者数

		全体	算定なし	算定あり	1人	2人	3人	4人	5人以上	無回答	平均（人）	標準偏差	中央値	無回答
令和７年４月～９月の算定件数	事業所数	977	639	312	91	41	32	8	109	31	5.9	8.3	3.0	26
	割合	100.0%	65.4%	31.9%	29.2%	13.1%	10.3%	2.6%	34.9%	9.9%				2.7%

○緊急時等居宅カンファレンス加算の算定の有無・算定した場合の件数

		全体	算定なし	算定あり	1件	2件	3件	4件	5件以上	無回答	平均（件）	標準偏差	中央値	無回答
令和７年４月～９月の算定件数	事業所数	977	940	14	3	1	3	0	0	7	2.0	1.0	2.0	23
	割合	100.0%	96.2%	1.4%	21.4%	7.1%	21.4%	0.0%	0.0%	50.0%				2.4%

【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「居宅介護及び介護予防支援における令和６年度介護報酬改定による影響等に関する調査研究事業」（株）三菱総合研究所）

通院時情報連携加算を算定していない理由

○　通院時情報連携加算を算定していない理由として、「在宅療養を行う医師との連携を目的に居宅を訪問し連携しているため」を挙げている事業所が１２．５%あり、通院ではなく利用者の居宅を訪問して連携しているケースも生じている。

	全体	利用者が通院しているかどうかを把握していないため	利用者が通院していないため	利用者が通院を控えているため	利用者から通院同行を断られたため	通院に同行する場合に1日がかりであり、業務調整が難しいため	医師・歯科医師への情報提供が難しいため	医師・歯科医師から必要な情報提供を受けることが難しいため	医療機関から同席の確認が事前に取れないため	利用者や家族等から同席の同意が得られないため	加算算定のための手続きの手間や支援に比べて、報酬が低いため	加算が算定できるか要件の解釈等の不安があるため	算定した際に返戻になる可能性があり、リスクを避けるため	自治体によって要件の解釈が異なり、対応が難しいため	在宅療養を行う医師との連携を目的に居宅を訪問し連携しているため	同席しなくても電話等で十分な情報提供ができるため	その他	無回答
件数	639	13	10	3	13	301	22	35	53	19	308	195	132	55	80	147	67	12
割合		2.0%	1.6%	0.5%	2.0%	47.1%	3.4%	5.5%	8.3%	3.0%	48.2%	30.5%	20.7%	8.6%	12.5%	23.0%	10.5%	1.9%

【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「居宅介護及び介護予防支援における令和６年度介護報酬改定による影響等に関する調査研究事業」（株）三菱総合研究所）

（参考）診療報酬における在宅患者緊急時等カンファレンス料について

○診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和６年３月５日保医発0305第４号）（抄）

Ｃ０１１ 在宅患者緊急時等カンファレンス料

(1)　在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会す等、カンファレンスを行うことにより、より適切な治療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能とすることは、患者及びその家族等が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価するものである。

(2)　在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の病状が急変した場合や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に、患家を訪問し、関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が患者に対して療養上必要な指導を行った場合に月２回に限り算定する。

(3)　当該カンファレンスは、１者以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

(4)　(3)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(5)～(8)　（略）

特定事業所医療介護連携加算を算定していない理由

○　特定事業所医療介護連携加算を算定していない理由として、「ターミナルケアマネジメント加算を算定していないため」を挙げている事業所が４２．０%、「ターミナルケアマネジメント加算の算定回数が年間１５回に満たないためを挙げている事業所が３６．１%。ターミナルケアマネジメント加算の算定が本加算の算定に与える影響が大きくなっている。

	全体	特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）のいずれも算定していないため	退院・退所加算を算定していないため	ターミナルケアマネジメント加算を算定していないため	ターミナルケアマネジメント加算の算定回数が年間１５回に満たないため	退院・退所加算を算定しているが、その医療機関等との年間の連携回数が３５回に満たないため	加算算定のための手続きの手間や支援に比べて、報酬が低いため	その他	無回答
件数	902	444	129	379	326	287	215	32	15
割合		49.2%	14.3%	42.0%	36.1%	31.8%	23.8%	3.5%	1.7%

【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「居宅介護及び介護予防支援における令和６年度介護報酬改定による影響等に関する調査研究事業」（株）三菱総合研究所）

論点⑧　ケアマネジメントにおける医療介護連携の推進

論点⑧

■　2040年にかけて、介護と医療の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が一貫して増加することが見込まれる中、ケアマネジメントにおける医療と介護の連携が今後も一層求められる。

■　これまで、ケアマネジメントにおける医療と介護の連携強化に向けて、運営基準において平時からの医療機関との連携促進を図るとともに、入院や通院時における医療機関との連携（入院時情報連携加算、通院時情報連携加算、退院・退所時加算等）を介護報酬で評価してきており、令和６年度改定においても、医療と介護の連携強化を図るため、関連する加算の見直しを行ったところ。

■　一方で、各加算について、

・　通院時情報連携加算について、医療機関への通院時の同席を要件としているため、居宅を訪問して在宅療養を行う医師と連携していても加算が算定できないケースがあること

・　緊急時等居宅カンファレンス加算について、診療報酬側ではオンラインによる参加を認めているにも関わらず、居宅への訪問が要件となっているため加算が算定できない状態になっていること

・　特定事業所医療介護連携加算について、小規模な事業所では回数の要件を満たすことが困難であること

といった課題があるところ。

■　また、退院・退所加算について、区分の数が多く算定率が低い区分が生じている。

■　医療・介護の関係者、関係機関間の情報提供や共有、相互の理解といった連携を更に推進するために、どのような方策が考えられるか。

論点⑧　ケアマネジメントにおける医療介護連携の推進

対応案

■　前回改定に引き続き、医療と介護の更なる連携強化を図り、介護と医療の複合ニーズを有する高齢者に対するケアマネジメントを強化していく観点から、次の見直しを行ってはどうか。

①　通院時情報連携加算について、病院等での情報連携と同様に利用者の居宅での情報連携も促進し、医療機関との情報連携を更に進める観点から、訪問診療時や往診時の同席についても評価の対象としてはどうか。

②　緊急時等居宅カンファレンス加算について、診療報酬の「在宅患者緊急時等カンファレンス料」の要件との整合性を考慮し、カンファレンスへのオンライン参加も対象とするよう要件を見直してはどうか。

③　特定事業所医療介護連携加算については、現行、退院・退所加算に係る連携回数３５回及びターミナルケアマネジメント加算の算定回数１５回等を要件としているところであるが、幅広く医療との連携を評価する観点から、現行の加算に加え、入院時情報連携加算、通院時情報連携加算及び緊急時等居宅カンファレンス加算の算定回数も要件に加えるとともに、個別の加算ごとではなく、全加算の合計の算定回数を要件としてはどうか。また、事業所規模にも配慮し、利用者数に応じた回数を要件としてはどうか。

■　また、利用者のわかりやすさや介護サービス事業者の事務負担軽減の観点から、５つの区分に分かれている退院・退所加算について、カンファレンスの参加有無による２区分の基本単価と１回当たりの単価の３つの区分に組み替えることとしてはどうか。

１．これまでの分科会における主なご意見

２．論点及び対応案

（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

（４）ケアマネジメントにおける医療介護連携の推進

３．参考資料

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

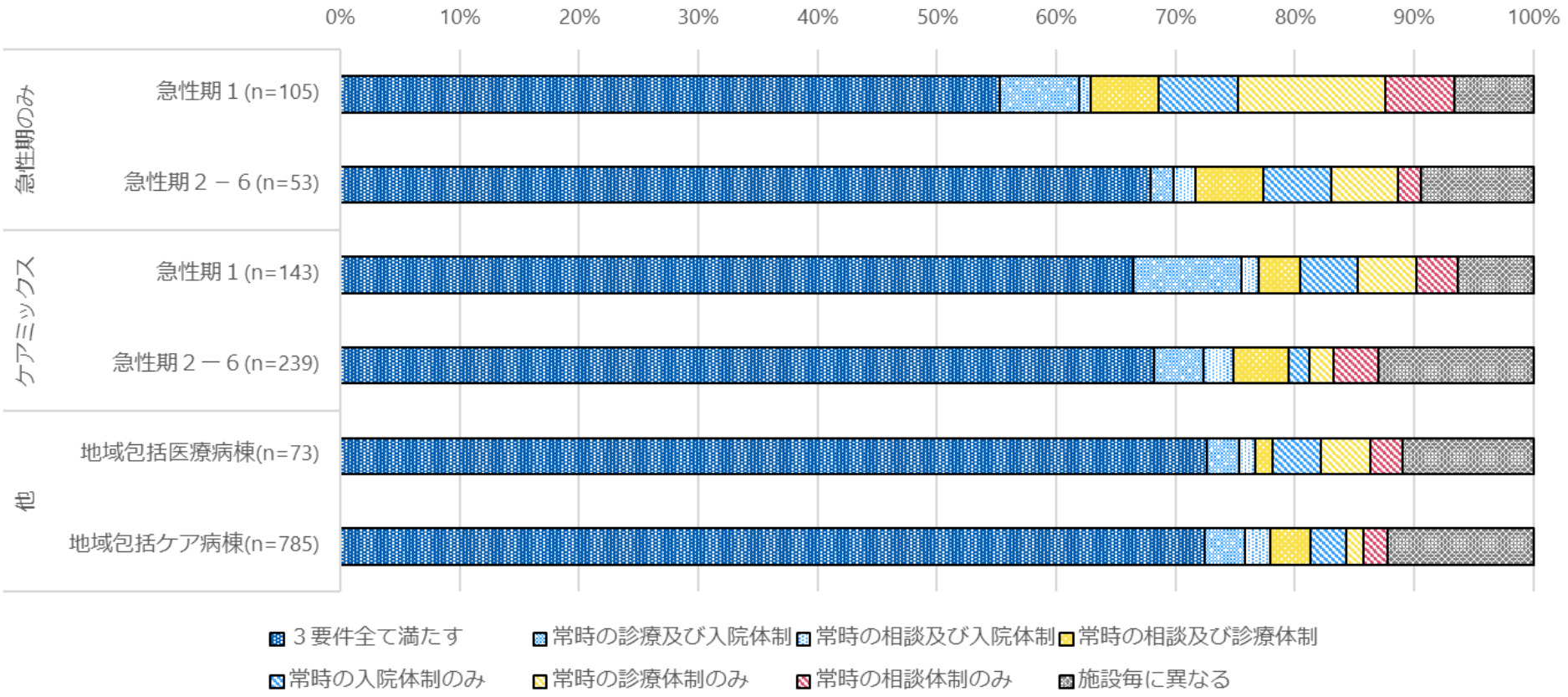
○　地域医療構想調整会議の場を活用し、高齢者施設等の協力医療機関としての役割を担う医療機関を調整

「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状況について（速報）」（令和７年12月25日付事務連絡）より抜粋

介護保険施設に対して備えている体制

○　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。

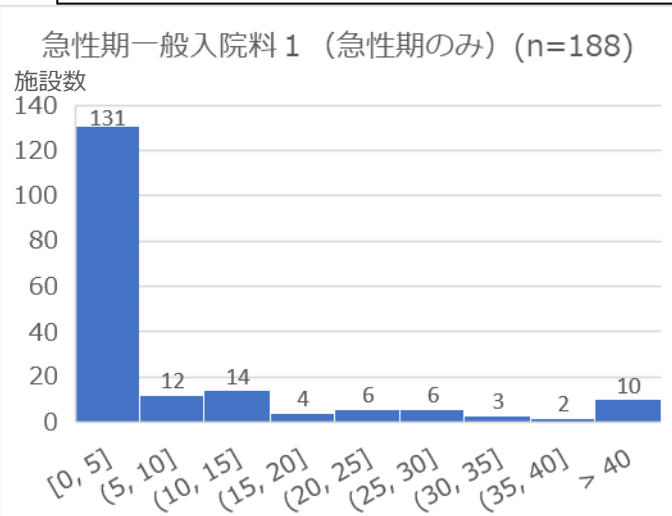
協力医療機関の３要件のうち、連携する施設に提供している体制

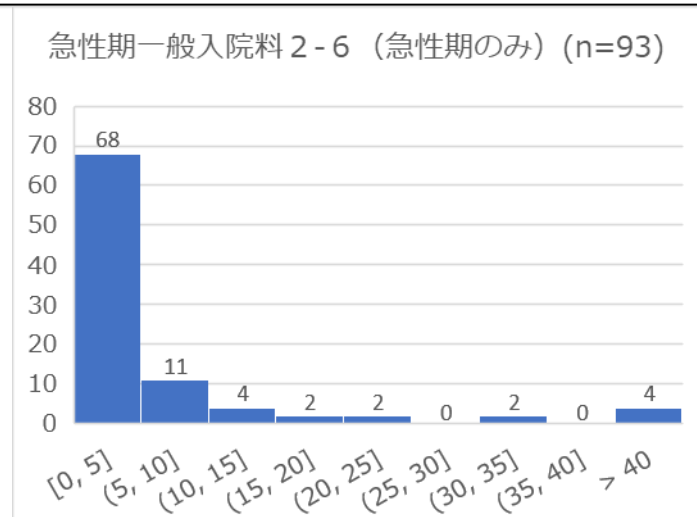


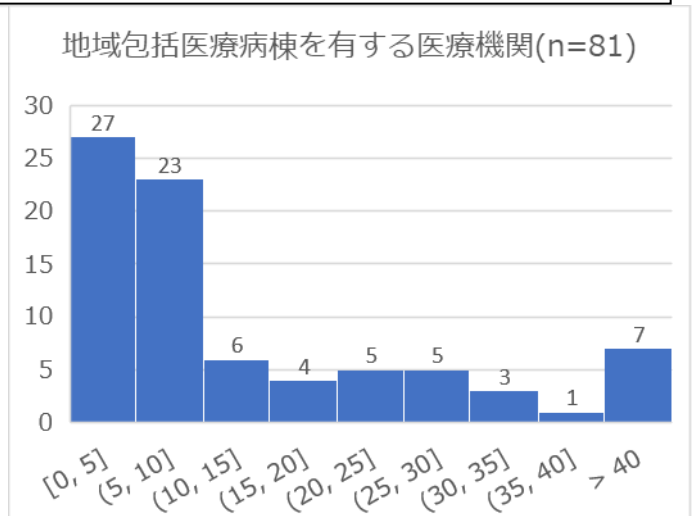
出典：令和７年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票・B票））

協力医療機関となっている施設数の分布

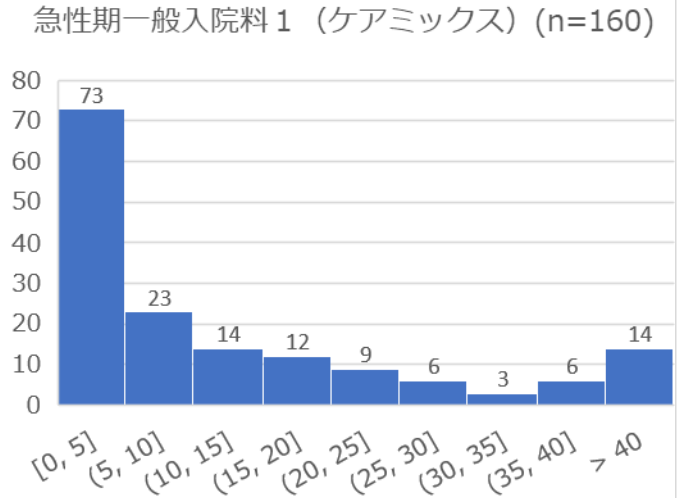
○　各入院料を算定する医療機関や病棟の組合せごとの協力医療機関となっている施設数の分布は以下のとおり。
○　いずれの入院料においても0-5件が最多であるものの、急性期一般入院料２-６を算定するケアミックス型の医療機関、地域包括医療病棟を有する医療機関、地域包括ケア病棟を有する医療機関では、より多くの協力対象施設を有する医療機関の割合が高かった。
○　地域包括ケア病棟では入退院支援加算１で５件以上の介護保険施設等の協力医療機関になることが望ましいとされているものの、半数程度の施設では協力医療機関となっている施設数が５件以下であった。

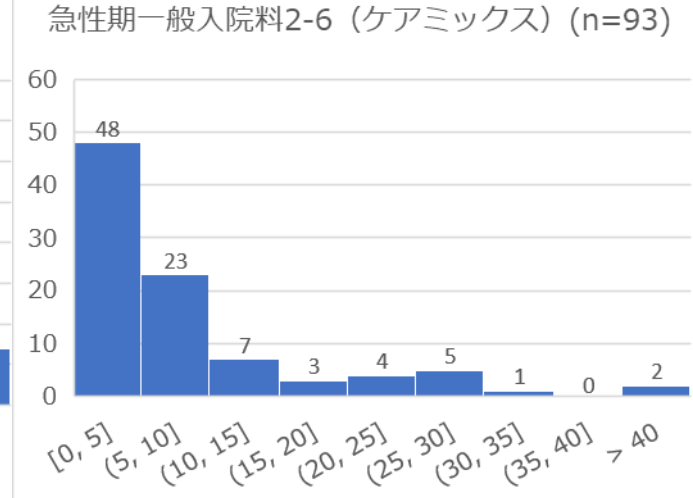


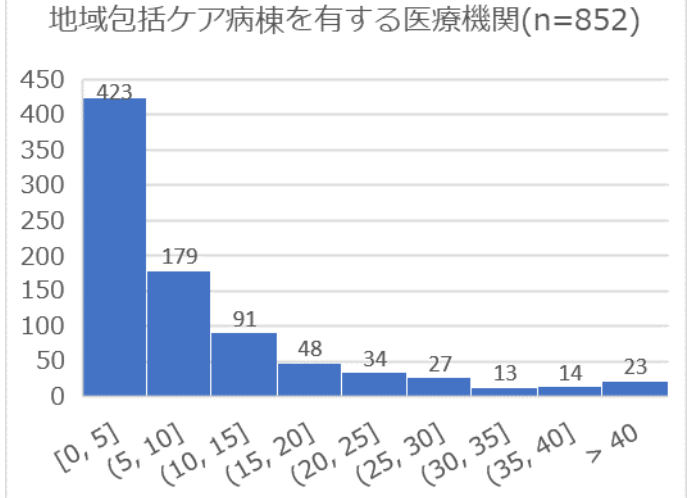




協力医療機関となっている施設数（他のグラフも同じ）







出典：令和７年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票・B票））

協力医療機関となっている施設の類型毎の数

○　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。

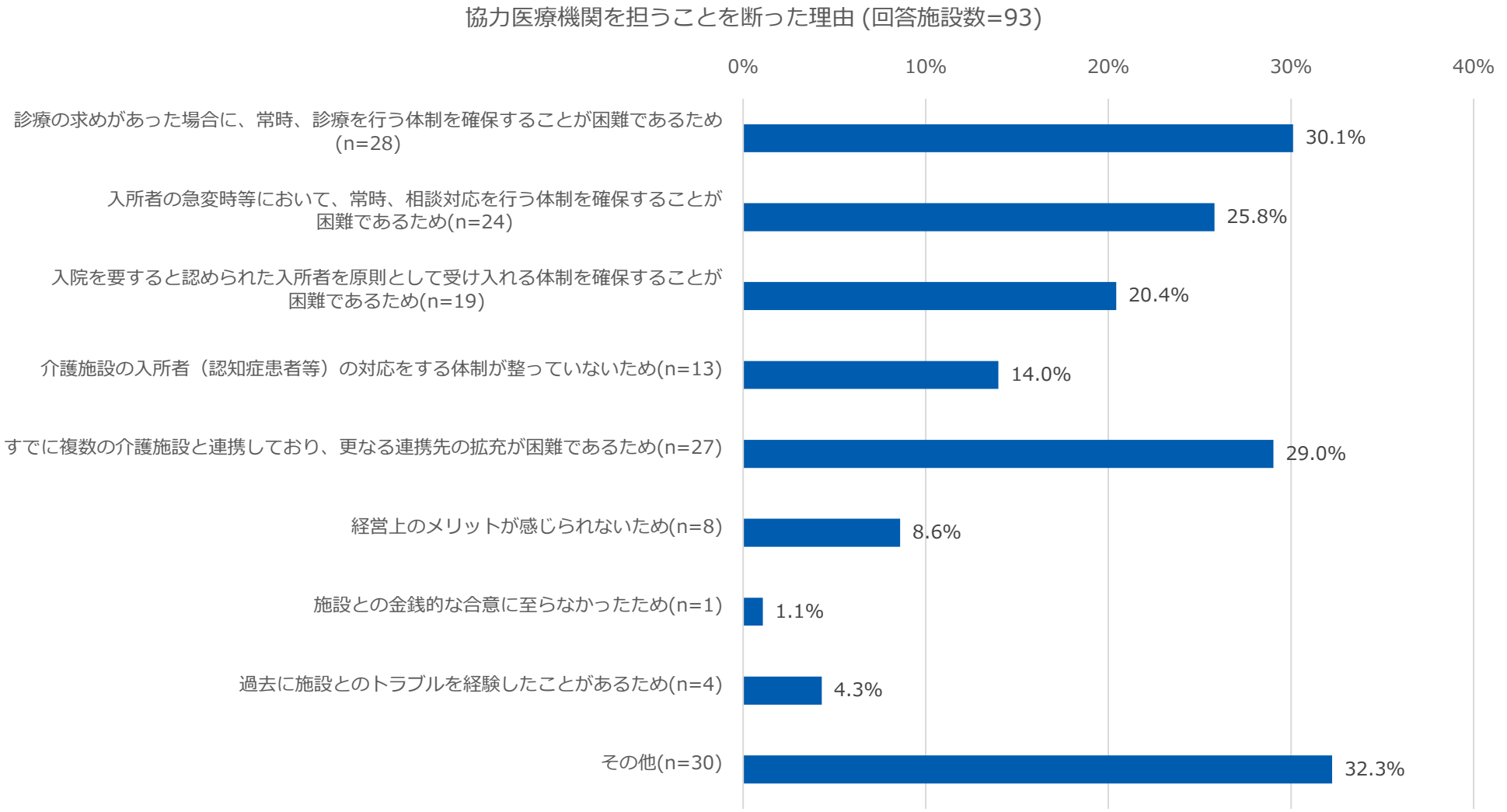
○　施設の類型別では、特別養護老人ホームや介護老人保健施設の件数が多く、入院料ごとの傾向の差は目立たなかった。

	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

出典：令和７年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票・B票））

協力医療機関を担うことを断った理由

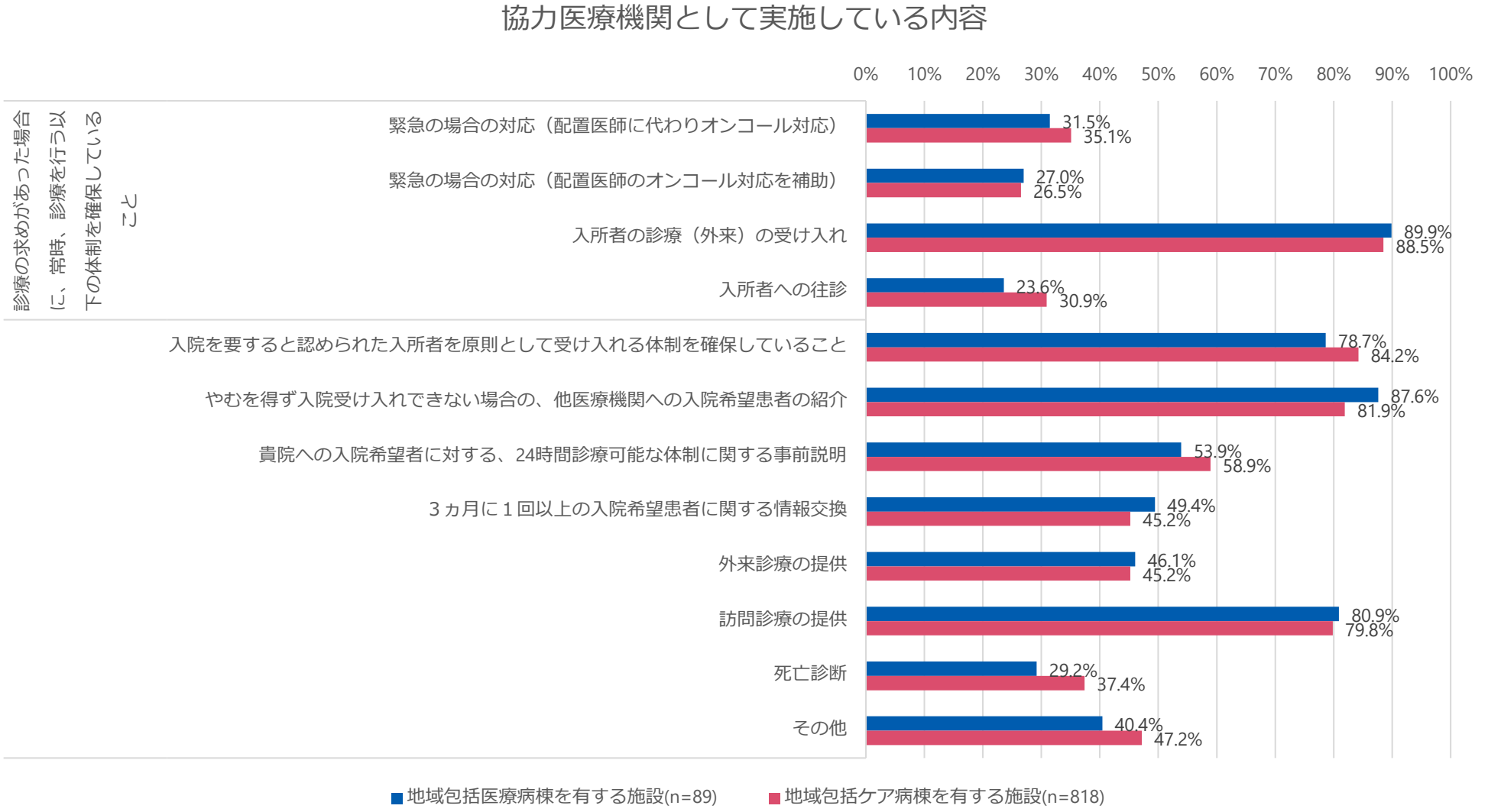
○　協力医療機関となることを断ったことがある施設における断った理由は、「常時診療を行う体制の確保が困難」「常時相談対応を行う体制の確保が困難」「すでに複数施設と連携しており、拡充が困難」が多かった。



出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査　（施設調査票（A票、B票））

協力医療機関として提供している医療等の内容

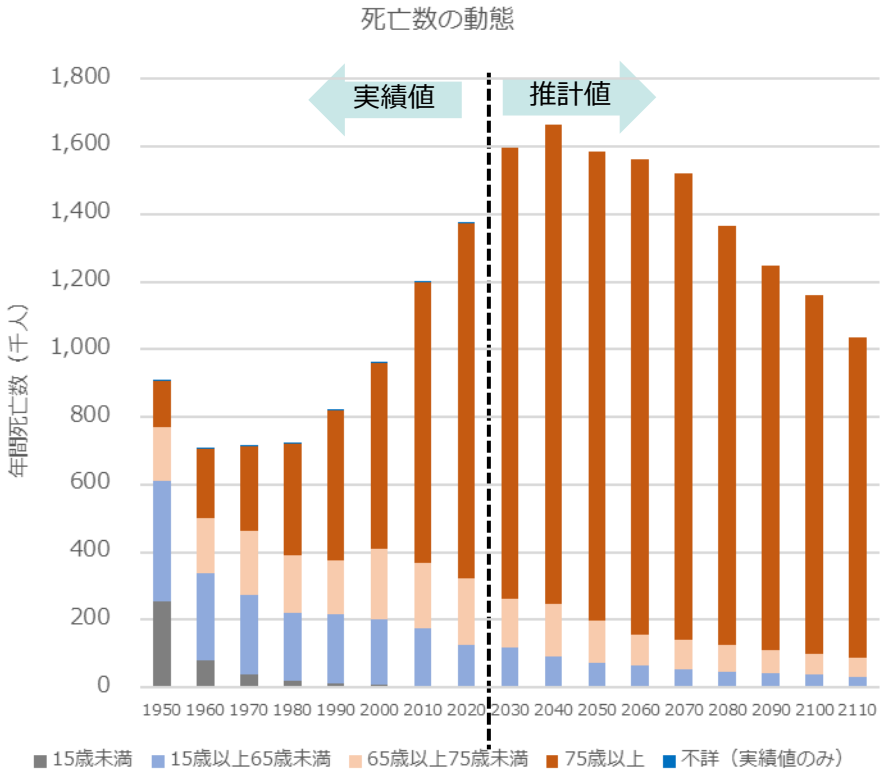
○　協力医療機関として実施している医療等としては、「入所者の診療受入」「入所者の入院受入体制の確保」「受け入れられない場合の入院希望患者の紹介」「訪問診療の提供」が多かった。
○　地域包括医療病棟を有する医療機関と、地域包括ケア病棟を有する医療機関とで傾向の違いはなかった。

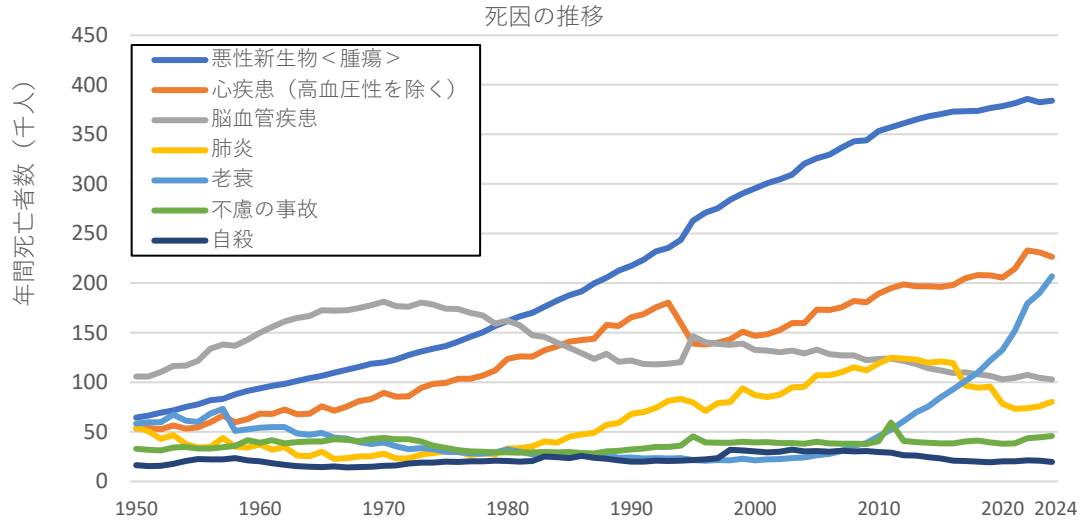


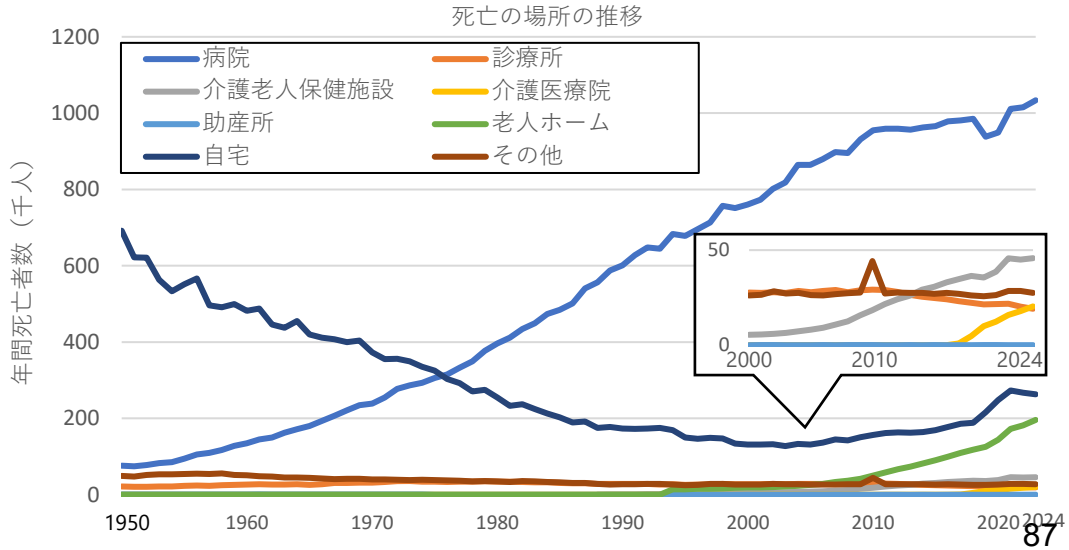
出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査　（施設調査票（A票、B票））

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。

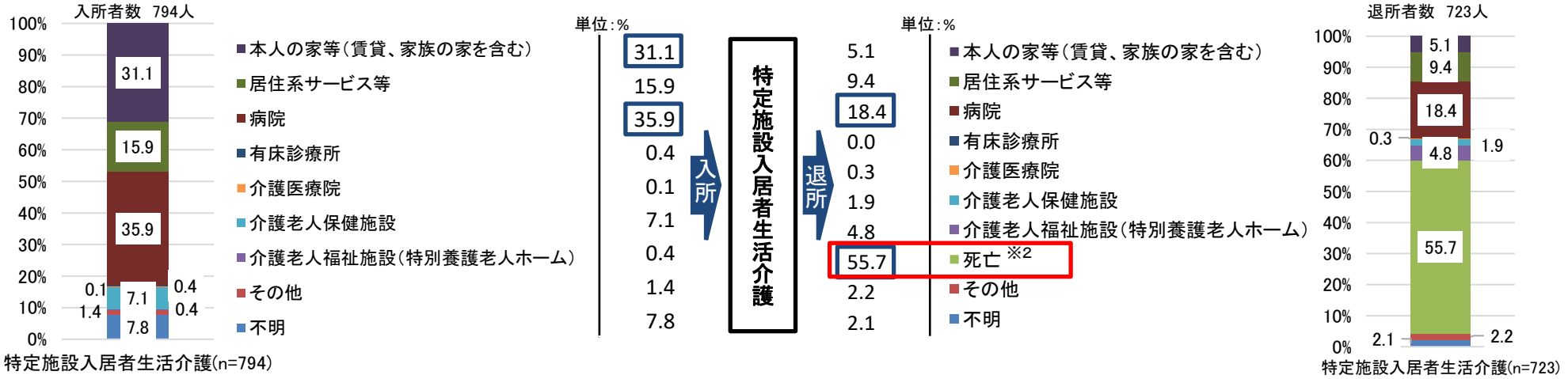


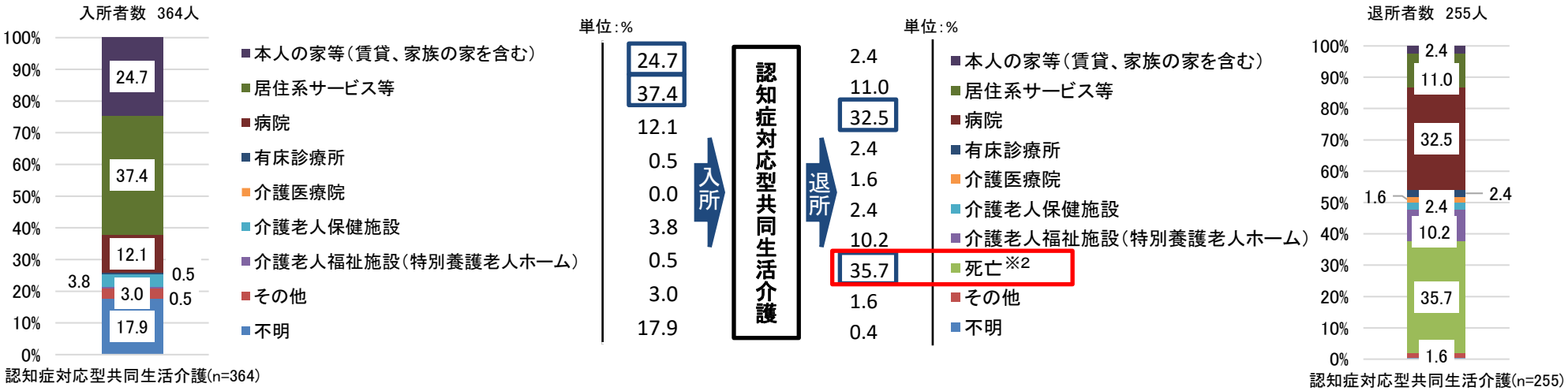




出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和５年推計）、厚生労働省「人口動態統計」
※ 死亡数の動態については、2020年までは実績値、2021年以降は推計値。
※ 死因の推移及び死亡の場所の推移については実績値。

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」

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			○**居宅介護支援** 加算新設
令和３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** 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** 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。
※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。

【出典】介護給付費等実態統計（令和７年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和７年11月審査分（令和７年10月サービス提供））より老健局老人保健課作成

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。
※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。

【出典】介護給付費等実態統計（令和７年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和７年11月審査分（令和７年10月サービス提供））より老健局老人保健課作成