

個別事項(その3)

医療・介護・障害福祉サービスの連携

本日のテーマについて

- 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会におけるテーマのうち、本日は
 1. 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
 4. 高齢者施設・障害者施設等における医療について取り上げるもの。
- 上記以外の各テーマについては別途中医協総会での議論を予定。

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会

【テーマ】

1. **地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携**
2. リハビリテーション・口腔・栄養
3. 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療
4. **高齢者施設・障害者施設等における医療**
5. 認知症
6. 人生の最終段階における医療・介護
7. 訪問看護
8. 薬剤管理
9. その他

※訪問看護については、本日の総-2で議論

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会

目的

○ 令和6年度は、6年に一度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定になるとともに、医療介護総合確保方針、医療計画、介護保険事業(支援)計画、医療保険制度改革などの医療と介護に関わる関連制度の一体改革にとって大きな節目であることから、今後の医療及び介護サービスの提供体制の確保に向け様々な視点からの検討が重要となる。

○ このため、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会において、診療報酬と介護報酬等との連携・調整をより一層進める観点から、両会議の委員のうち、検討項目に主に関係する委員で意見交換を行う場を設けることとし、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会がそれぞれ具体的な検討に入る前に、以下のテーマ・課題に主に関わる委員にて意見交換を行った。

テーマ

1. 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
2. リハビリテーション・口腔・栄養
3. 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療
4. 高齢者施設・障害者施設等における医療
5. 認知症
6. 人生の最終段階における医療・介護
7. 訪問看護
8. 薬剤管理
9. その他

スケジュール

令和5年 3月15日 第1回検討会 開催 テーマ1、2、3

令和5年 4月19日 第2回検討会 開催 テーマ4、5

令和5年 5月18日 第3回検討会 開催 テーマ6、7

※ テーマ8については各テーマ内で議論

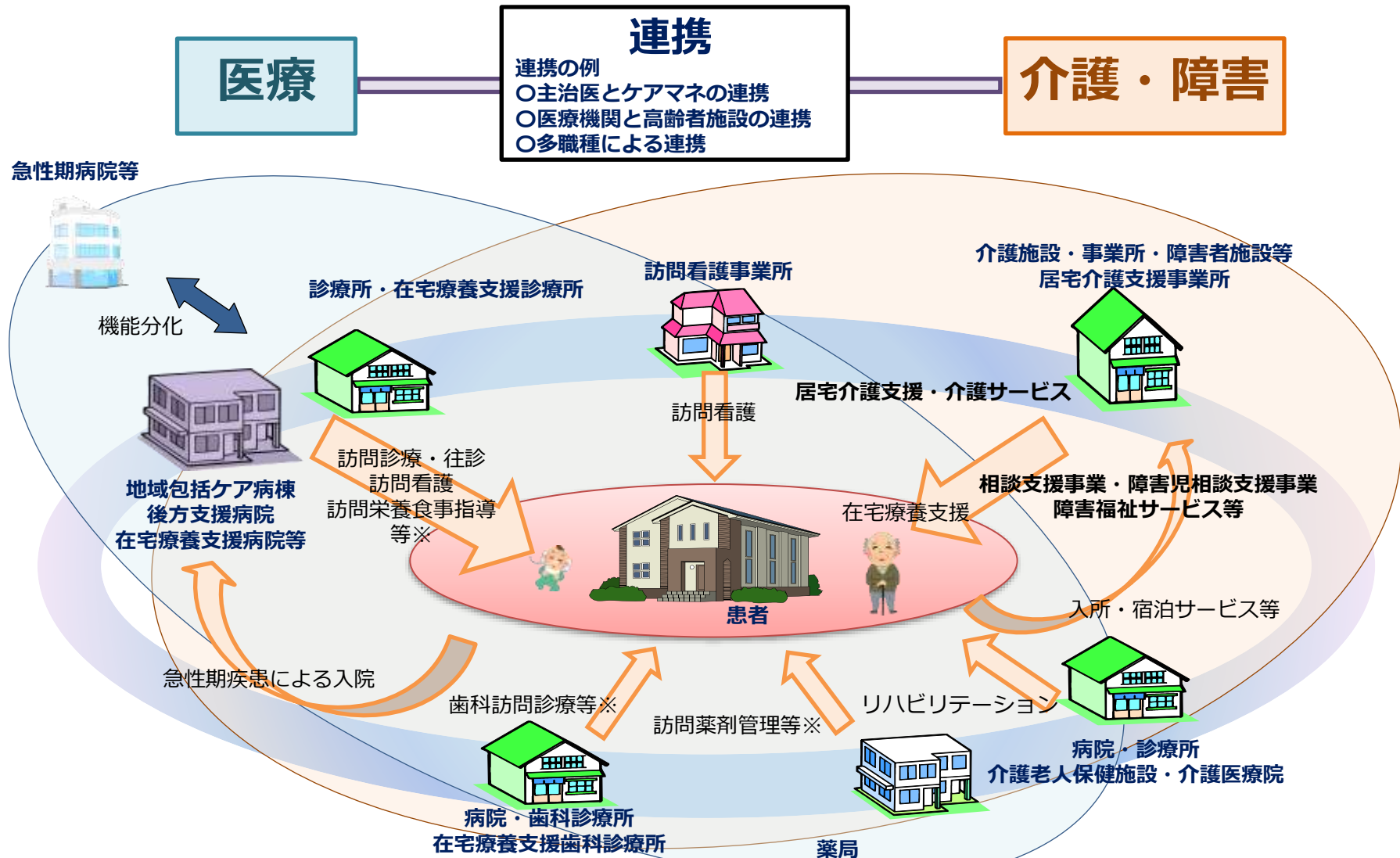
出席者(計14名)	
池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
稲葉 雅之	民間介護事業推進委員会代表委員
江澤 和彦	日本医師会常任理事
小塩 隆士	一橋大学経済研究所教授 【中央社会保険医療協議会会長】
田中 志子	日本慢性期医療協会常任理事
田辺 国昭	国立社会保障・人口問題研究所所長 【社会保障審議会介護給付費分科会会長】
田母神 裕美	日本看護協会常任理事
長島 公之	日本医師会常任理事
濱田 和則	日本介護支援専門員協会副会長
林 正純	日本歯科医師会常務理事
東 憲太郎	全国老人保健施設協会会長
古谷 忠之	全国老人福祉施設協議会参与
松本 真人	健康保険組合連合会理事
森 昌平	日本薬剤師会副会長

1. 総論

2. 主治医と介護支援専門員との連携について
3. 医療機関と高齢者施設等との連携について
4. 障害福祉サービスとの連携について

地域包括ケアシステムにおける医療・介護（イメージ）

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



※居宅療養管理指導を含む

地域生活はこうやって支える：地域包括ケアシステムの植木鉢

関係者が「まとまる」取組

葉っぱ：多職種連携



土：地域づくり

関係者が「まじわる」取組

資格や専門的な知識をもった専門職

医師、看護師、リハビリテーション職、介護職、ケアマネジャー、保健師、ケースワーカー。介護保険は引き続き生活支援サービスも提供するが、より「専門職にしかできない業務」に集中。バラバラに経営されている事業者が連携してチームに。

日常生活／地域生活

地域の様々な主体や関係者を表している。住民グループは趣味の会、ボランティアグループ、民生委員、町内会、ご近所づきあい、民間企業、商店街、コンビニ、郵便局など。多様な資源を組み合わせることで多様な選択肢を提示することで、住民は、心身能力が低下しても従前の生活を維持しやすくなる。

1. 総論

2. 主治医と介護支援専門員との連携について

3. 医療機関と高齢者施設等との連携について

4. 障害福祉サービスとの連携について

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

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

(1) 医療・介護・障害サービスの連携

1) 今後の重点的な課題を踏まえた医療・介護連携

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

2) 医療・介護DX

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

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

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

3) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

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

(2) 医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

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

主治医と介護支援専門員の連携に係る主なご意見

<令和5年7月20日 中医協総会 外来について>

- 医療法改正に伴うかかりつけ医機能の整備強化の議論については、その結果、患者の一人一人が医療の質が向上したと確信を持てることが重要。普段の健康状態や服薬情報を把握した上での適切な初期診療、普段の健康相談、夜間休日対応、専門医療機関・介護サービス・障害福祉サービス等との連携が可能であると安心した診療を受けることができる。どの医療機関でも同じ対応ができること、どこにかかればこのような対応が可能なのか、判断できる実績を含めた情報を患者が把握できるような状況にすべき。
- 医療と介護(医師と介護支援専門員)との連携を、かかりつけ医に関する評価の要件とすることも考えられる。

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

日本医師会・四病院団体協議会合同提言(平成25年8月8日)より抜粋

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。

等

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

医療機能情報提供制度 (H18)

入院	病床機能報告 (H26)
外来	有床診・病院 外来機能報告 (R3) (紹介受診重点医療機関の確認)
	無床診 かかりつけ医機能報告 (新設)
在宅	

制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

- 医療機関は、**国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報**及び**医療機関間の連携に係る情報**を都道府県知事に報告
 - ① 情報提供項目の見直し
 - ② 全国統一のシステムの導入

かかりつけ医機能報告による機能の確保

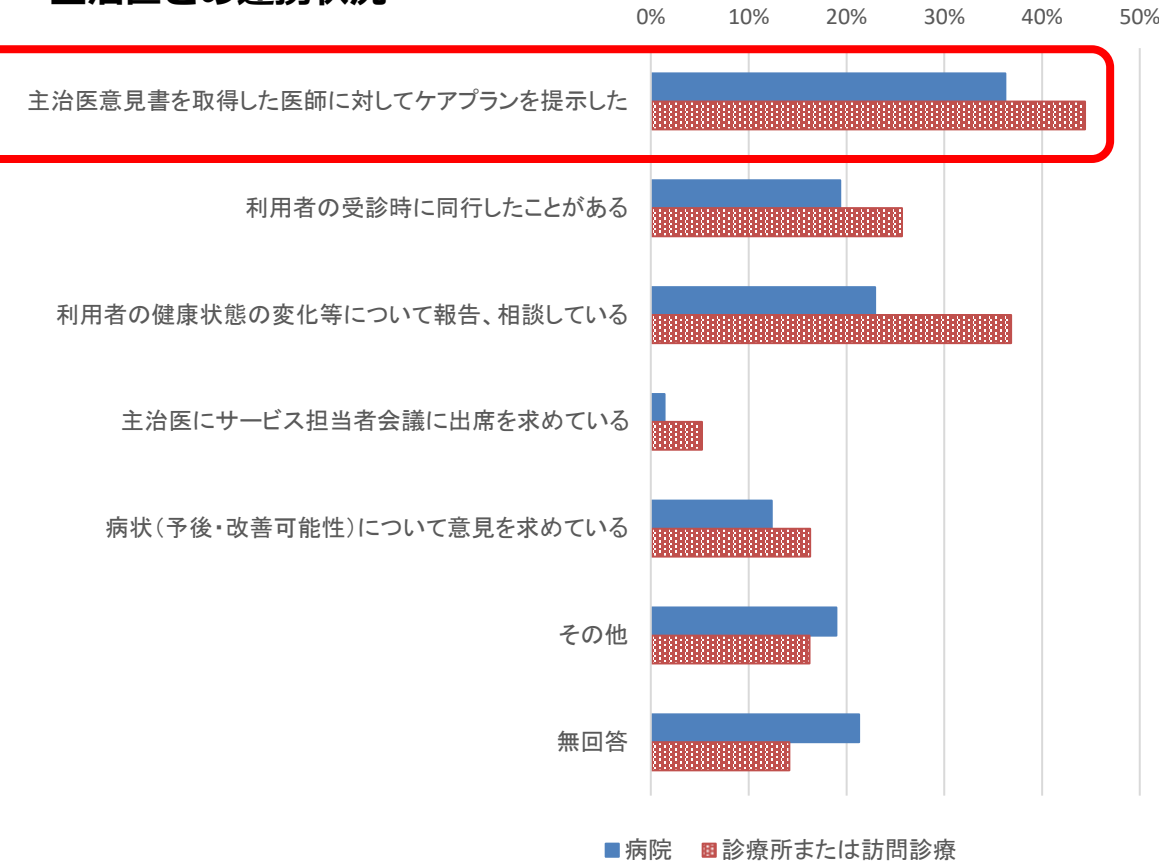
- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、**医療機関から都道府県知事に報告**。
- 都道府県知事は、**報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表(※)**。
- あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「**かかりつけ医機能**」を**確保する具体的方策を検討・公表**。

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

主治医と介護支援専門員との連携状況① (H30)

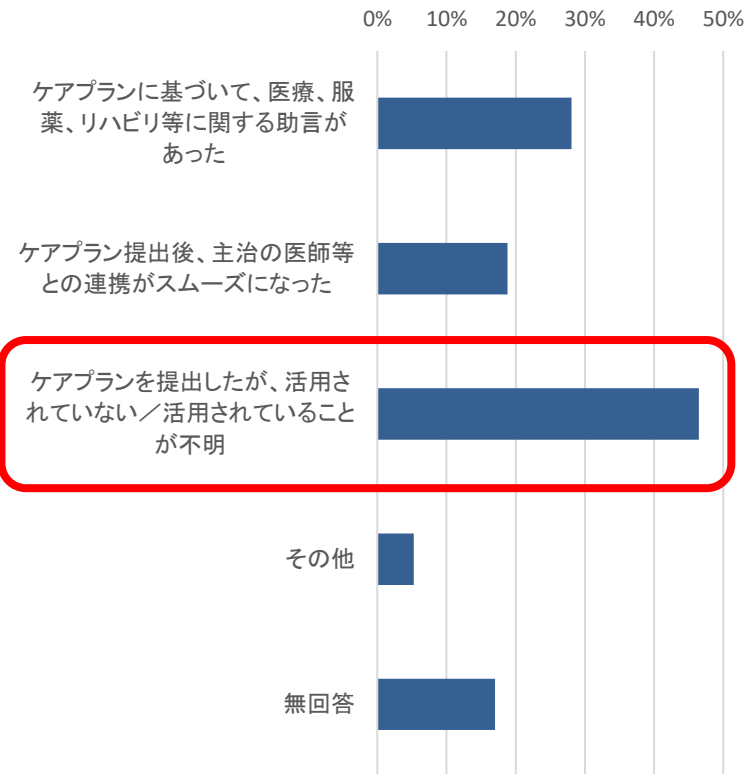
- 介護支援専門員は、約4割の利用者について、主治医意見書を取得した医師に対しケアプランを提示している。
- 一方、4割超の介護支援専門員は、主治医等にケアプランを提出しても、活用されていない／活用されていることが不明と感じている。

■入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者における主治医との連携状況



n=2,381 (利用者調査票) (複数回答可)
※居宅介護支援事業所のみ

■主治医等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携



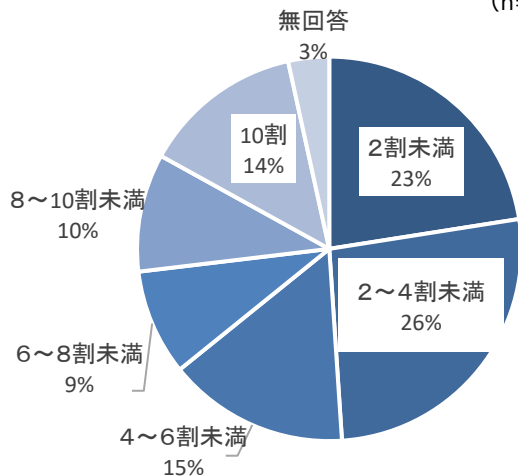
n=3,489 (ケアマネジャー調査票) (複数回答可)
※居宅介護支援事業所のみ

主治医と介護支援専門員との連携状況② (R2)

- 介護支援専門員は、4割超のケアプランを主治医へ提出していた。提出したケアプランのうち、5割弱は、主治医に意見を求めている。主治医に意見を求めたうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合は4割弱であった。
- 介護支援専門員から医療機関へのケアプラン交付方法は、手交と郵送が最も多い。

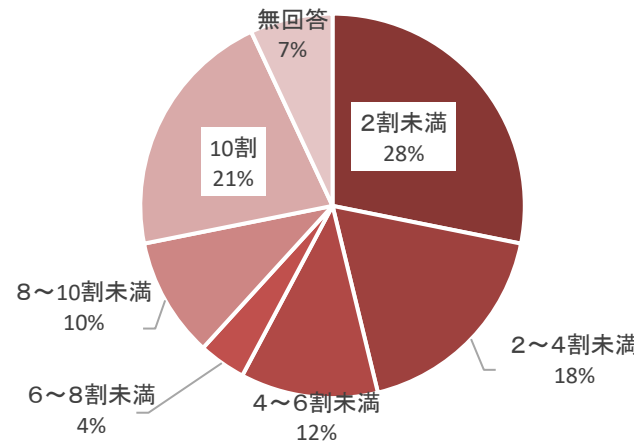
■ ① 主治医にケアプランを提出している割合

割合の平均：4.48
(n=1,279)



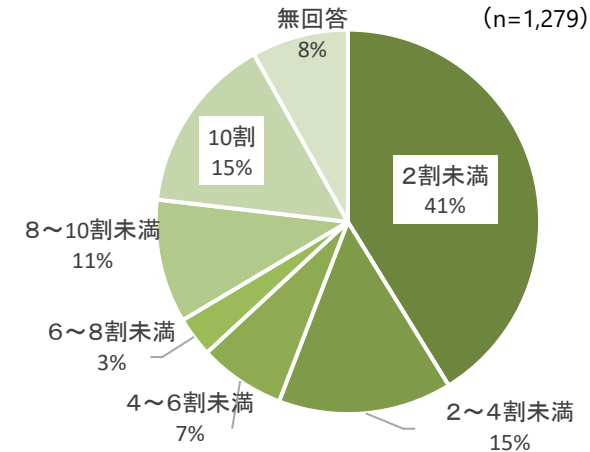
■ ② ①のうち、主治医に意見を求めている割合

割合の平均：4.76
(n=1,279)

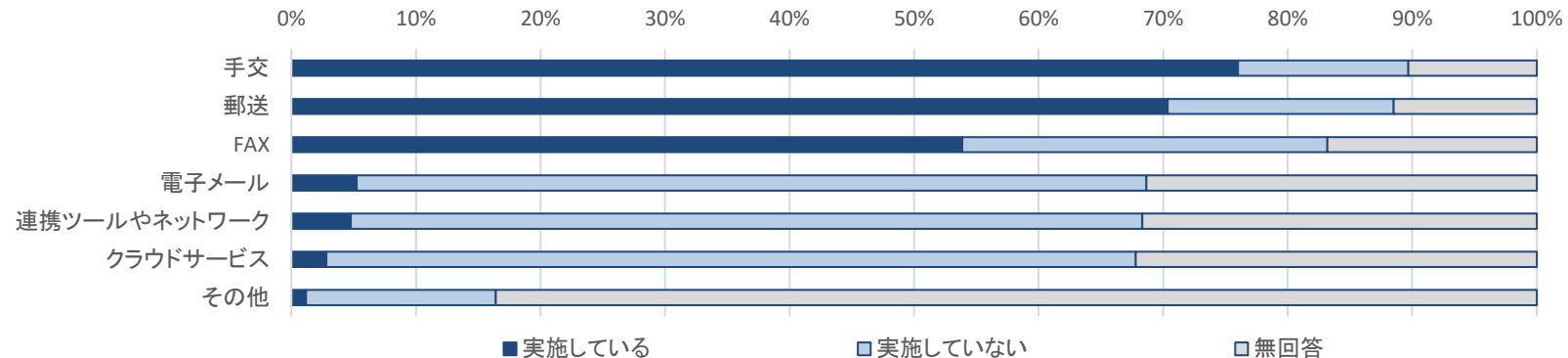


■ ③ ②のうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合

割合の平均：3.85
(n=1,279)



■ 医療機関へのケアプラン交付方法

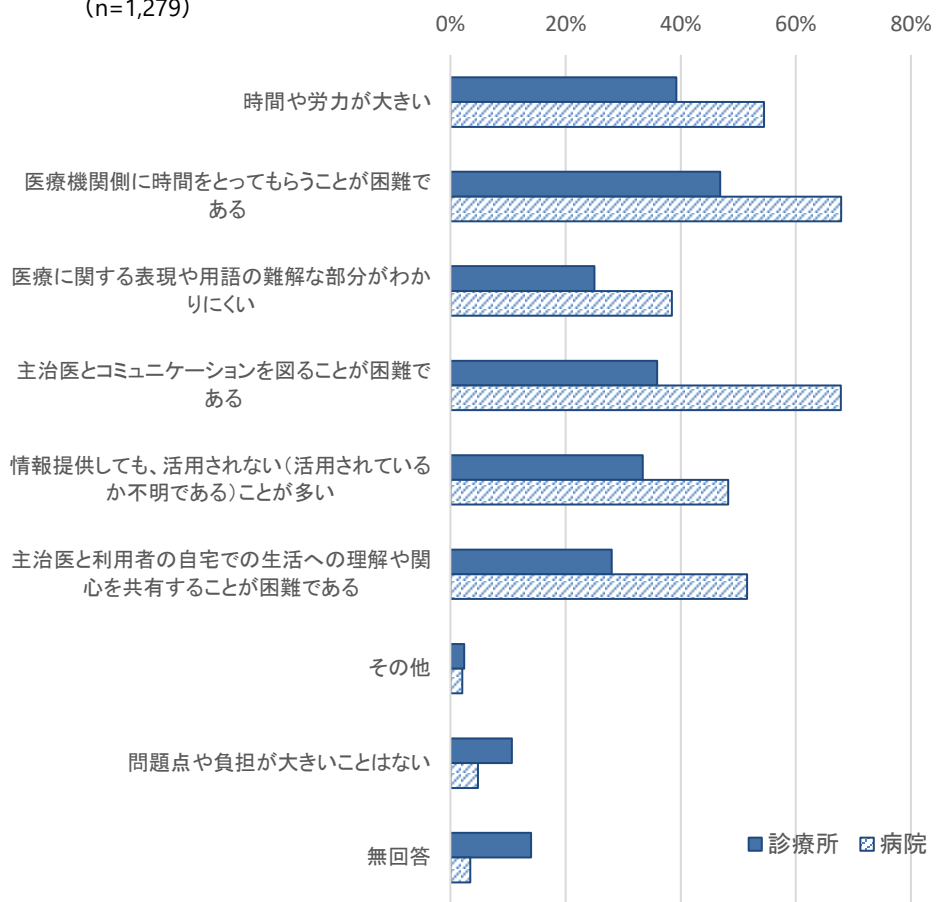


介護支援専門員から見た医療機関との情報共有の問題点や工夫

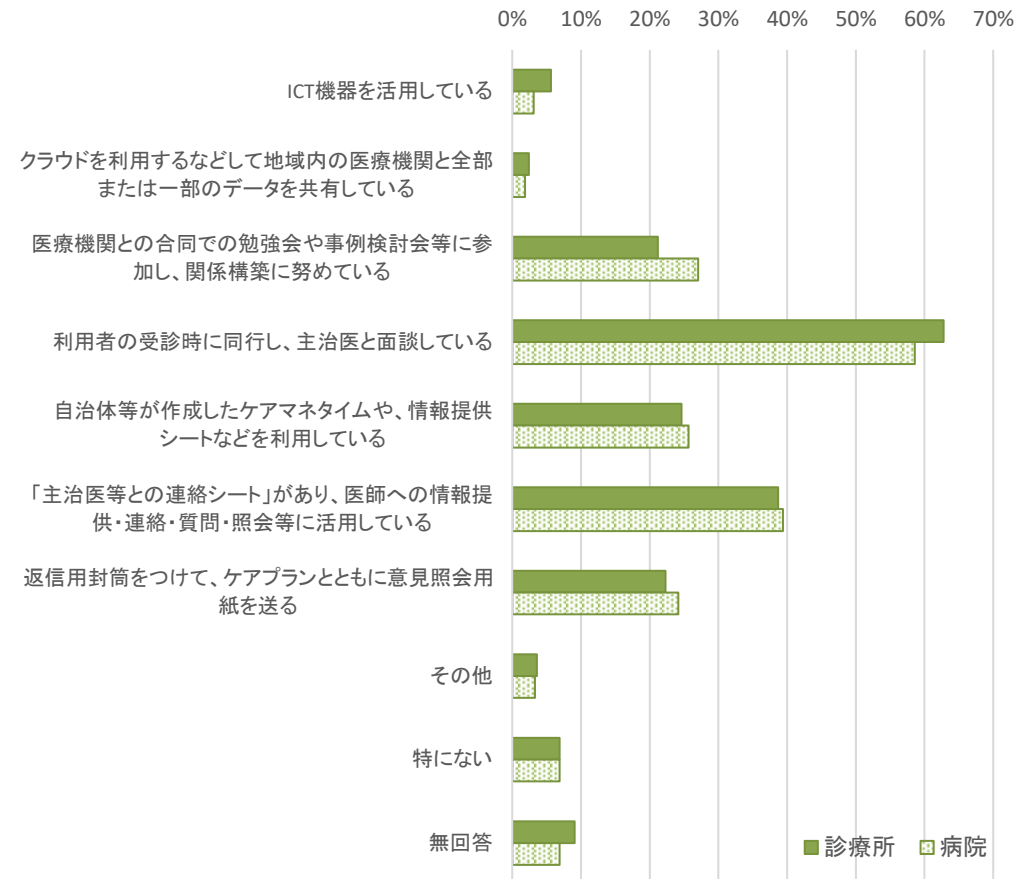
- 介護支援専門員にとって、医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいことは、「医療機関側に時間をとってもらうことが困難」であった。
- 医療機関との情報共有における工夫として最も多いものは、「受診時に同行し主治医と面談」であった。

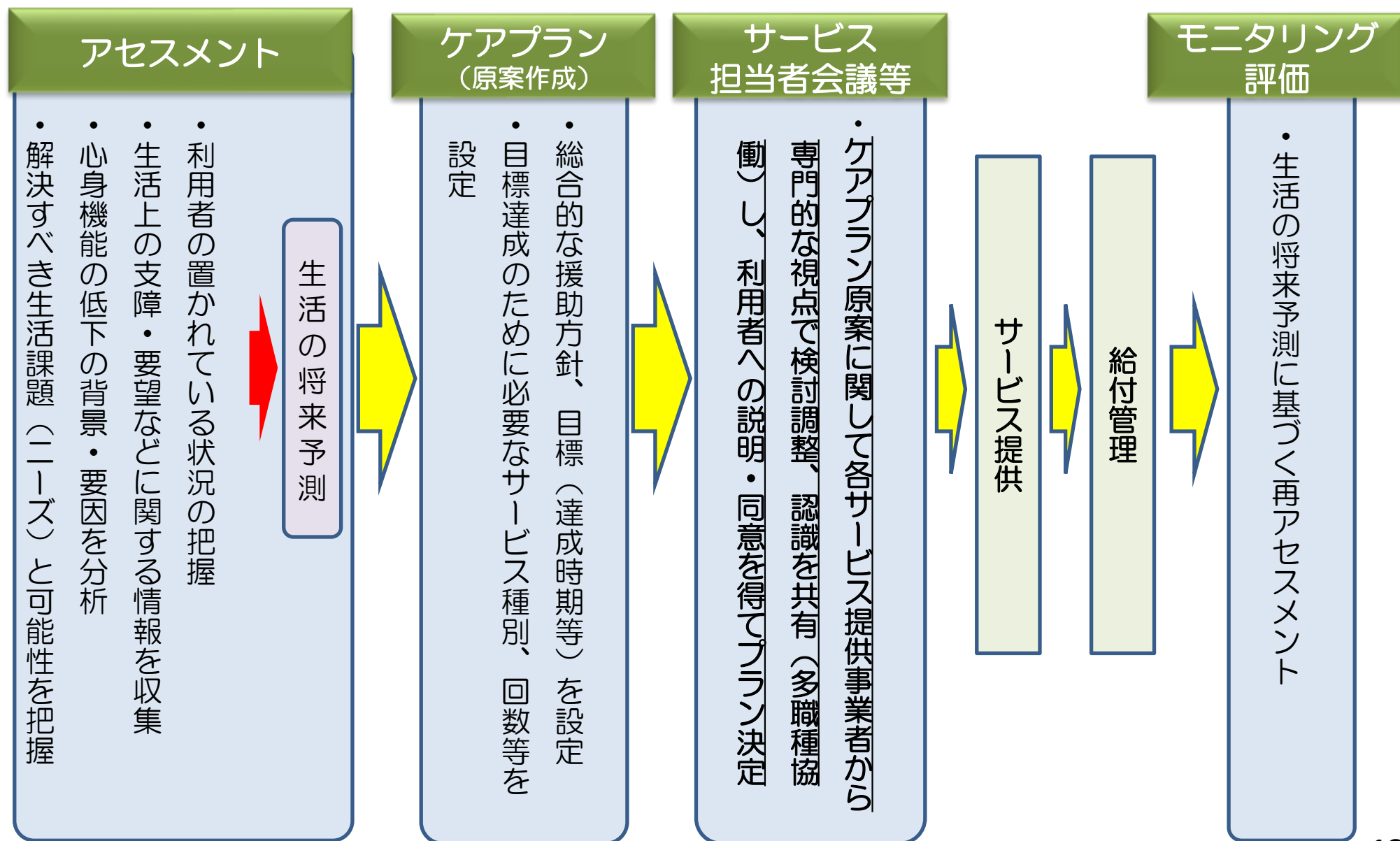
■ケアマネジメントプロセス全般において医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいこと

(n=1,279)



■医療機関との情報共有における工夫





介護支援専門員が行うケアマネジメントに対する医師の役割

- 介護支援専門員(ケアマネジャー)の運営基準において、サービス担当者会議を通じて専門的な知見を求め、医療サービスを提供する際は医師の意見を求め、医師の医学的観点からの留意事項を尊重して居宅サービス計画を策定することが規定されている。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 (省令)

【指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(抜粋)】

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第十三条

九 介護支援専門員は、サービス担当者会議を招集して行う会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

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

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

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

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

解釈通知 (抜粋)

- ⑨ サービス担当者会議等による専門的意見の聴取 (第9号)

介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、利用者やその家族、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を当該担当者等と共有するとともに、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。(略)また、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとしているが、この場合にも、緊密に相互の情報交換を行うことにより、利用者の状況等についての情報や居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要がある。(略)

サービス担当者会議は、テレビ電話装置等(リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。)を活用して行うことができるものとする。(略)

機能強化加算

- 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、初診時における診療機能を評価する。

(平成30年度診療報酬改定において新設)

初診料・小児かかりつけ診療料（初診時）

機能強化加算 80点

[算定要件]

- ・ 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点からかかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、（略）初診料を算定する場合に、加算することができる。
- ・ 必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。
 - (イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。
なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
 - (ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
 - (ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
 - (ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。
 - (ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

[施設基準]

- ① 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
- ② 次のいずれかにおける届出を行っている。
 - ア 地域包括診療加算
 - イ 地域包括診療料
 - ウ 小児かかりつけ診療料
 - エ 在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
 - オ 施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
- ③ 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所 及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。

機能強化加算の届出・実績等について

令和4年改定前	
届出・実績	次のいずれかの届出
	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算 地域包括診療料
	小児かかりつけ診療料
配置医師	—

改定後	
次のいずれかを満たしていること。	
<ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算1／地域包括診療料1の届出を行っていること。 (参考:地域包括加算1／診療料1の施設基準) 以下の全てを満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料(I)の「1」、在宅患者訪問診療料(II)又は往診料を算定した患者の数の合計が、10人以上であること。 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。 	<p>以下のいずれも満たすものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算2／地域包括診療料2の届出を行っていること。 直近1年間に、次のいずれかを満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算2／地域包括診療料2を算定した患者が3人以上。 在宅患者訪問診療料(I)の「1」、在宅患者訪問診療料(II)又は往診料を算定した患者の数の合計が3人以上。
<ul style="list-style-type: none"> 小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。 	
<ul style="list-style-type: none"> 在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型の在支診又は在支病であること。 (参考:機能強化型の在支診又は在支病の施設基準) 以下のいずれにも該当していること。 過去1年間において、 <ul style="list-style-type: none"> (在支診の場合)緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)。 (在支病の場合)緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)又は在支診からの緊急受入の実績が31件以上。 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が4件以上(連携型の場合、当該医療機関で2件以上)。 	<p>以下のいずれも満たすものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型以外の在支診又は在支病であること。 以下のいずれかを満たしていること。 過去1年間において、 <ul style="list-style-type: none"> (在支診の場合)緊急往診の実績3件以上。 (在支病の場合)緊急往診の実績又は在支診からの緊急受入の実績の合計が3件以上。 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が1件以上。
<ul style="list-style-type: none"> 以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること。 ア 介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成 イ 警察医として協力 ウ 乳幼児健診を実施 エ 定期予防接種を実施 オ 幼稚園の園医等 カ 地域ケア会議に出席 キ 一般介護予防事業に協力 	

地域包括診療料・加算について

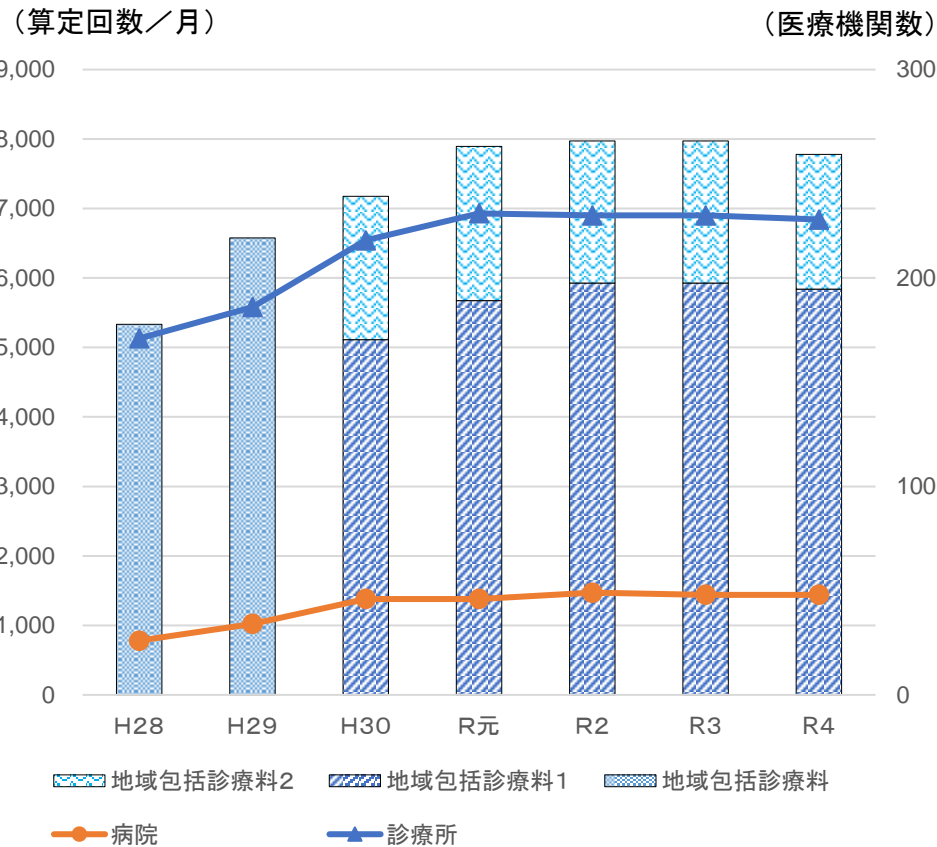
中医協 総-8
5. 6. 21改

	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)		地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、 慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。) 又は、認知症の6疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする 		
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 		
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。 		
在宅医療の提供および24時間の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) ※ 地域包括診療加算2については在宅医療の提供及び当該患者に対し、24時間の連絡体制の確保していること。 		
	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

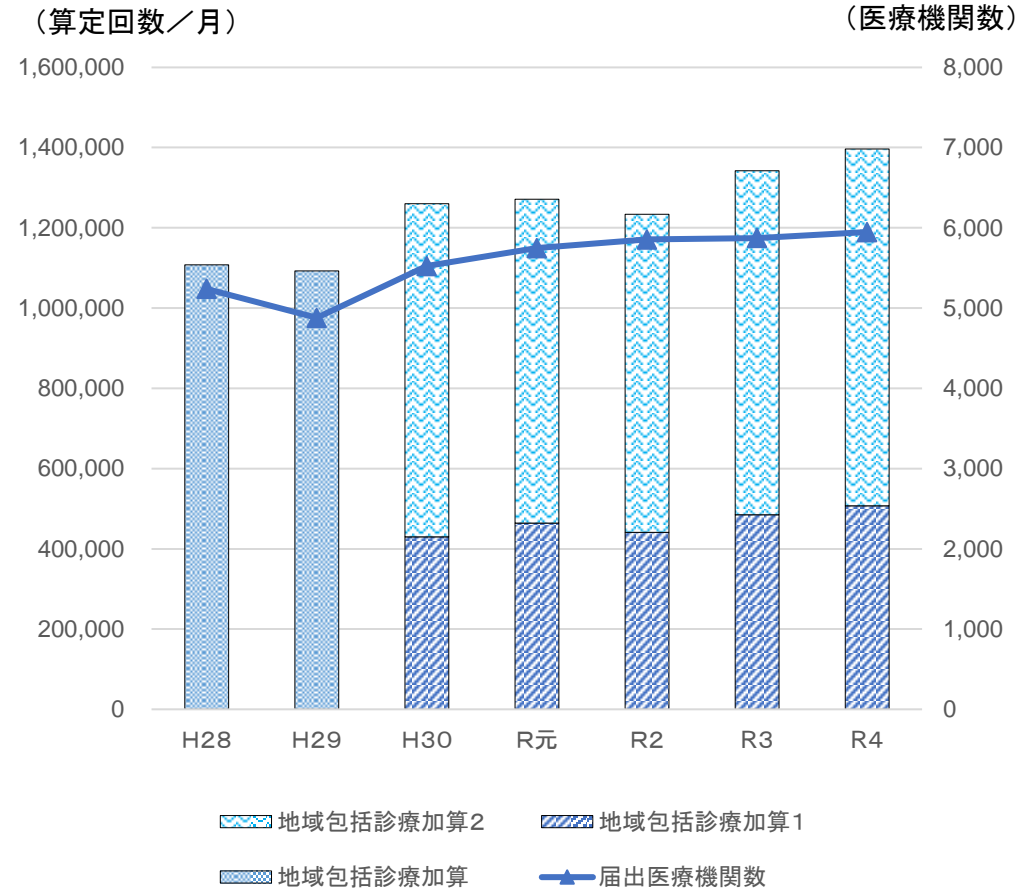
地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 地域包括診療料の状況については、近年は届出医療機関数・算定回数ともに横ばい。
- 地域包括診療加算の届出医療機関数は横ばいであるが、算定回数は近年増加傾向。

地域包括診療料
届出医療機関数・算定回数



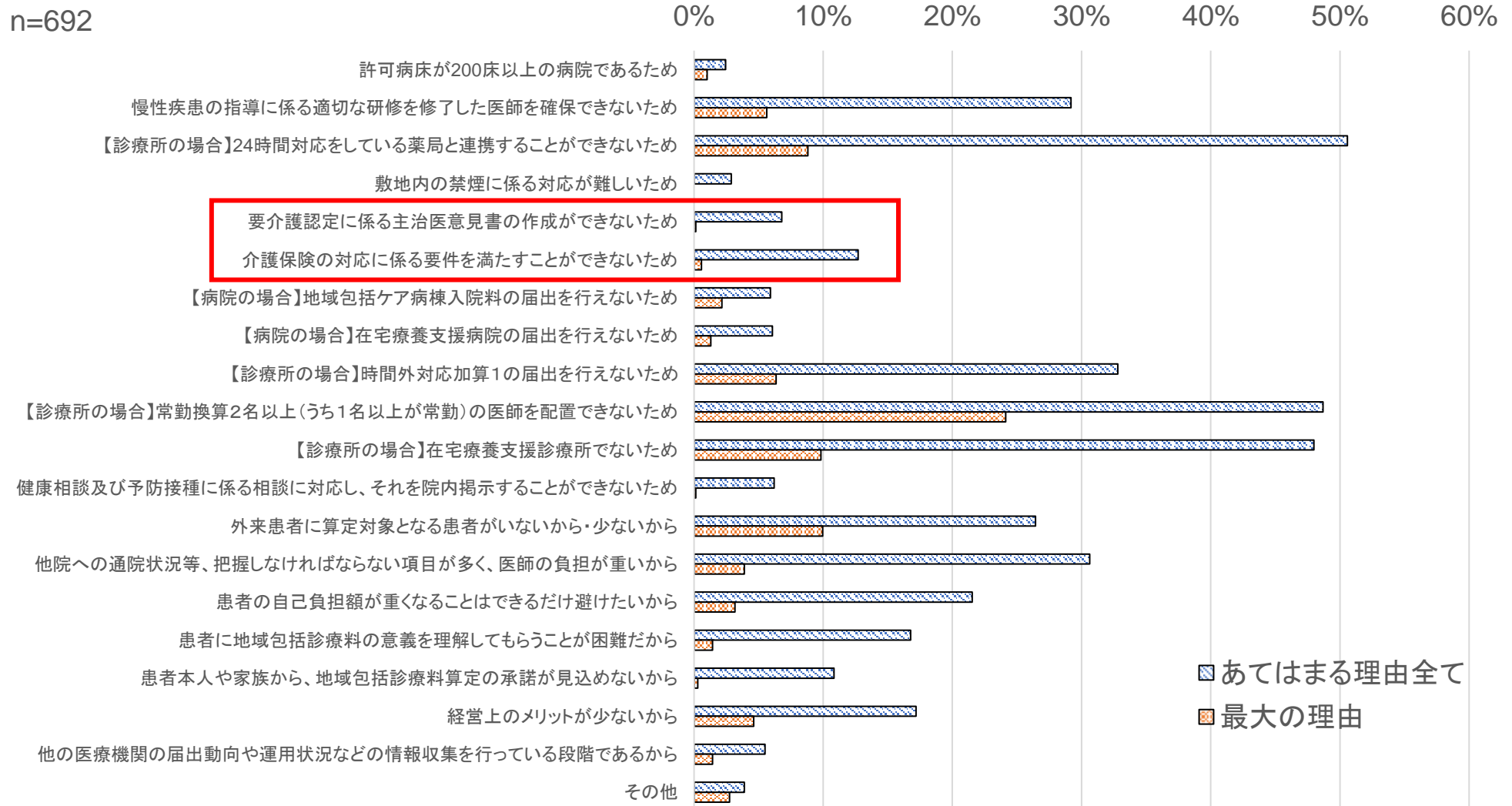
地域包括診療加算
届出医療機関数・算定回数



出典：
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
 (算定回数)社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

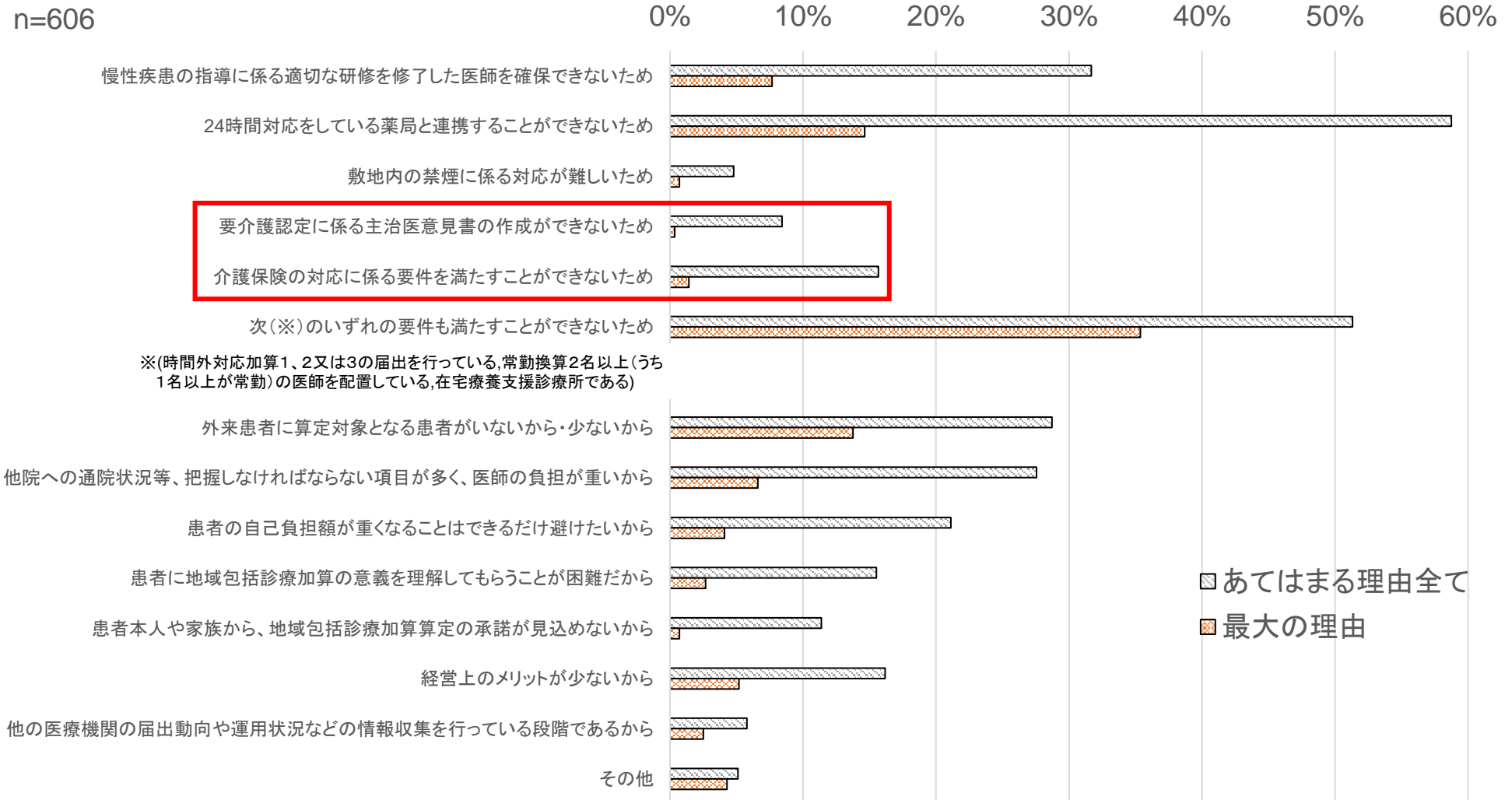
地域包括診療料を届け出していない理由

○ 地域包括診療料を届け出していない理由としては、「24時間対応薬局との連携」、「常勤医師の配置」に加え、「在宅療養支援診療所でない」を挙げた施設が多かった。



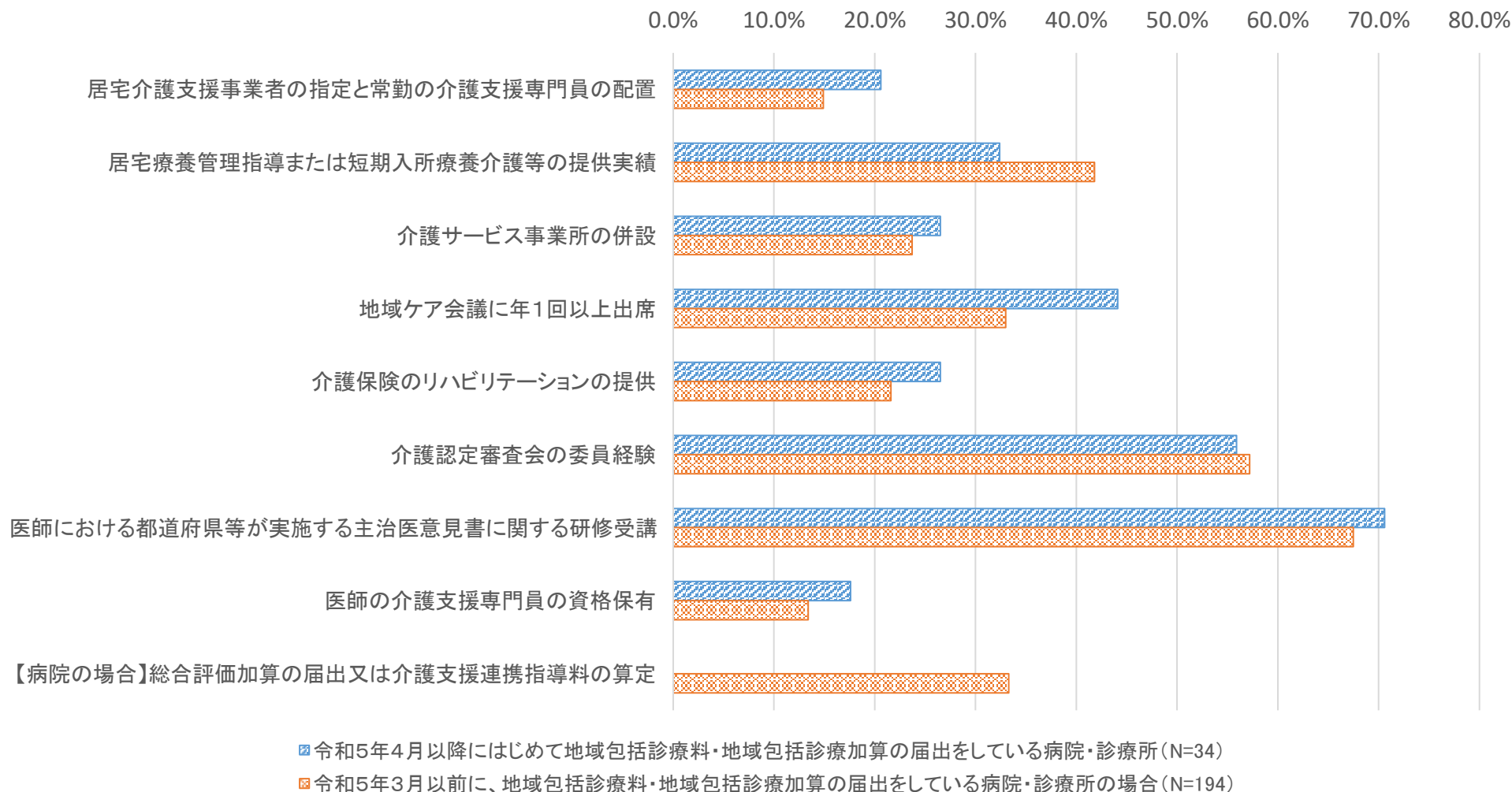
地域包括診療加算を届け出していない理由

○ 地域包括診療加算を届け出していない理由として、「24時間対応薬局との連携」、「時間外対応加算等の施設基準を満たせない」、「慢性疾患に係る適切な研修終了」を挙げた施設が多かった。



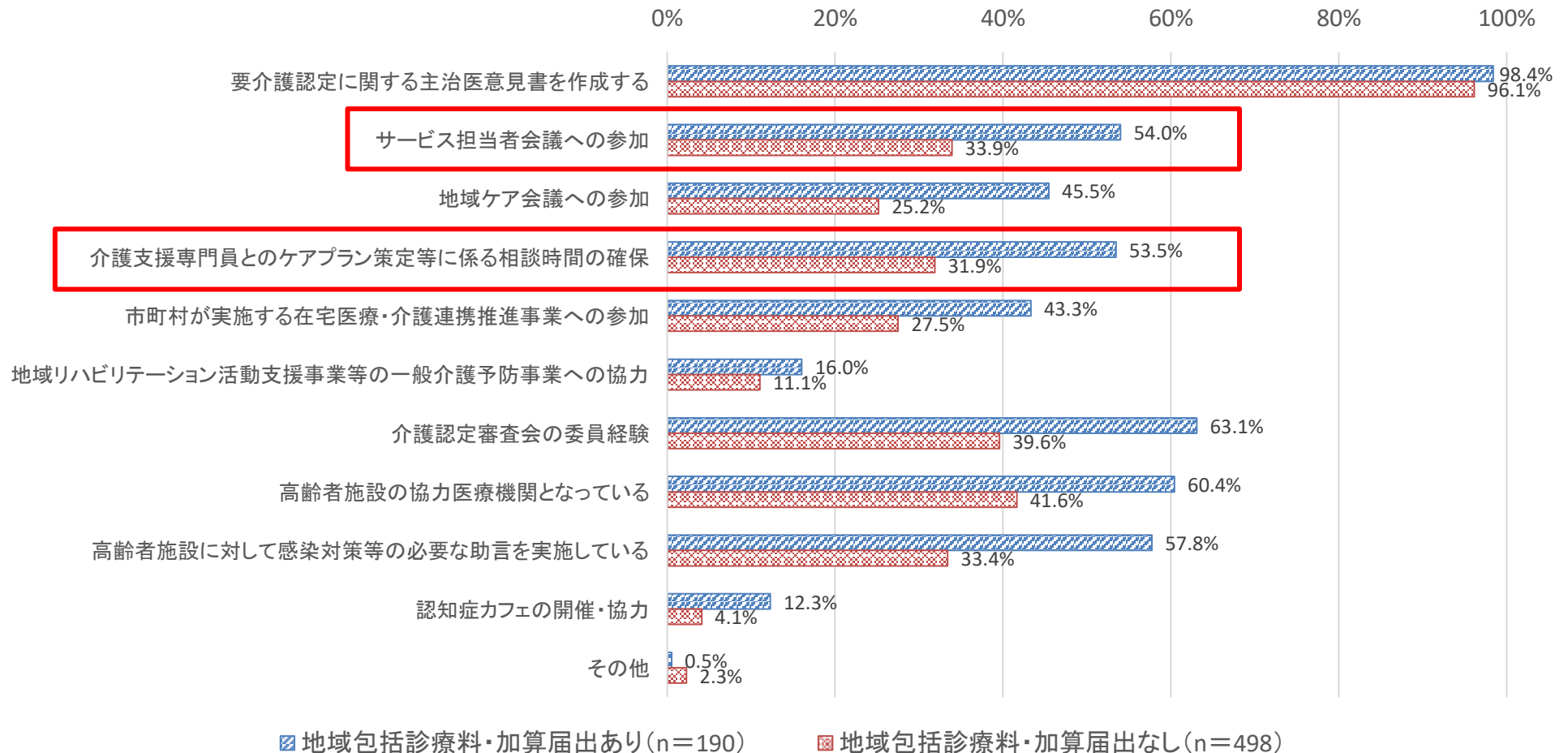
地域包括診療料・加算の介護保険制度に関する要件

- 地域包括診療料・加算における介護保険制度に関する満たすことができている要件は以下のとおり。
- 令和5年4月以降に届出をした施設及び令和5年3月以前に届出をしている施設それぞれにおいて、「医師における都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修受講」が最多であった。



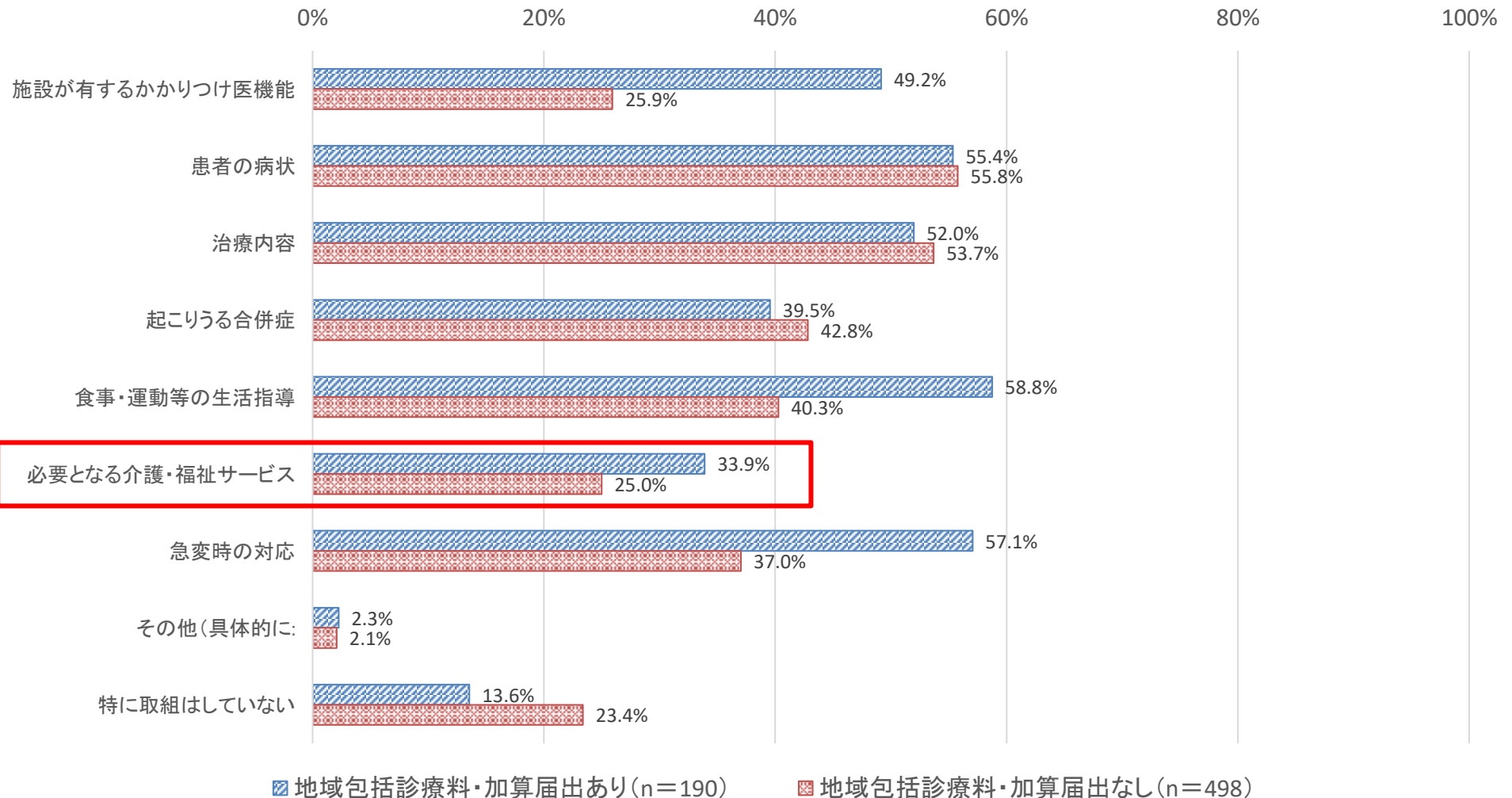
介護との連携についての取組

- 医療機関における介護との連携の取組について、要介護認定に関する主治医意見書の作成はほぼ全ての施設が取り組んでいた。
- 「サービス担当者会議への参加」は地域包括診療料・加算の届出がある施設では54.0%、届出がない施設では33.9%、「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」は届出のある施設では53.5%、届出のない施設では31.9%の医療機関が取り組んでいた。



書面を用いた患者への説明

○ 医療機関における書面を用いた患者への説明について、内容としては患者の病状についての説明が最多であった。必要となる介護・福祉サービスについての説明は地域包括診療料・加算の届出ある施設では33.9%、届出のない施設では25.0%であった。



主治医と介護支援専門員の連携

○ 主治医がサービス担当者会議に参加することについて、介護支援専門員から、次のような利点が挙げられた。

① 利用者・家族が「チームによる支援」を感じる場となる

サービス担当者会議は、訪問診療ではなく、特に外来通院のみを受けている方について有効。

「私はまだ通えているから大丈夫」、「うちはまだ往診は必要ないから」という利用者・家族が、例えば自宅に来るヘルパー等の訪問スタッフではなく、自らが出向き通う先の、生活の場と離れた場にいる医師とのつながりからチームを実感し、チームの一体感を感じられる貴重な機会である。

また、早い時期に、全体に対して意向の確認ができる場になる。医療への期待や自身の将来、支援者への期待等について、本人・家族の気持ちを医師と共に確認できる重要な場となり、意思決定支援のはじめの一歩となることも多い。

② 要支援者や軽度者ほど、現実を直視する場となる

自立に近く、元気な方ほど現実とセルフイメージにギャップが生じている方が多い。健康寿命を左右する大切な時期を支える外来医療における主治医には重要な役割があり、定期的な担当者会議への参加は利用者・家族、医師をはじめとする支援者双方にとって、大変有効な機会となっている。利用者・家族にとっては元気高齢者であり続けるために、現実を正しく知ることからリスクや予防への意欲・目標意識が高まる場になる。主治医は在宅の状況や家族の事情を定期的に知り、情報を更新する良い機会となるため、急変時などの意思決定支援につながる情報を得る場となる。この時期に、利用者・家族、外来医師・ケアマネジャーがつながることにより、早期からの意思決定支援の開始、本人・家族状況の把握ができ、急変等の緊急時や災害時にも役立つ。

③ 客観的な立場から評価を得られる場となる

外来で付き添う家族や支援者へのアセスメント、客観的な評価が得られることも大きなポイント。ヤングケアラー問題、虐待予防や家族の心身の健康状態、栄養評価による生活困窮などの課題の早期発見、適切な支援者とのマッチング、など、要支援者・軽度者における早期の担当者会議への主治医の参画は様々な効果が得られる。

④ 主治の医師、医師それぞれの役割が明確になる

外来医療が中心となる時、利用者は様々な診療科にかかっている。ケアマネジャーがハブとなり、医師同士や病院間のつながりをつくりコンサルテーションを進めるきっかけになるのが担当者会議である。重度になってからより、元気な頃の方が進めやすく、それぞれの医師が自分の役割を認識し、横のつながりで協力し合うネットワークをつくってもらえると、重度化した際や、急変時には大変役立つネットワークとなる。

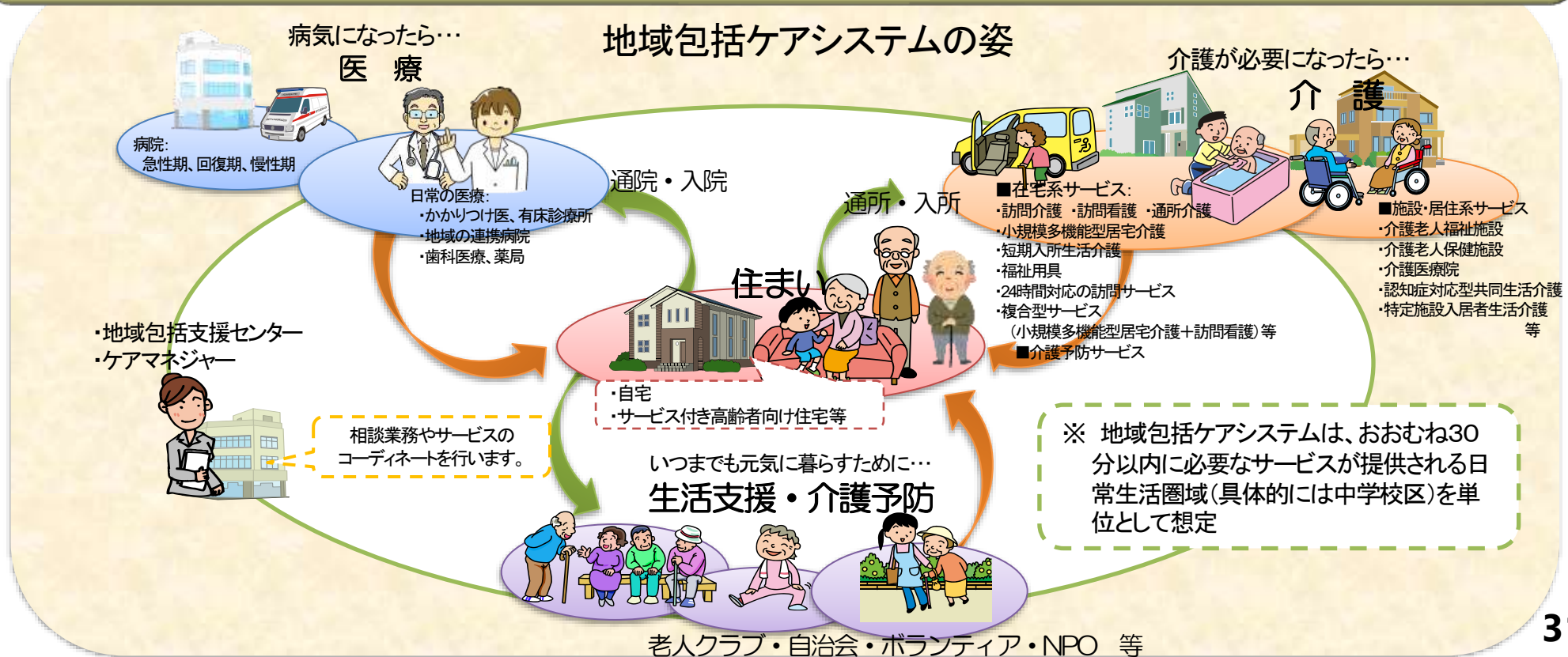
⑤ 外来の情報は宝の山であり、意思決定支援のはじめの一歩となる

のちに重要となる情報は外来医療の場にある。病気になった初期の反応や受け止め、意向や目標なども外来医師がよく把握している場合も多く、地域のかかりつけ医である場合には、その方が介護者であった時の頃のこと、近しいご親族の関係性などもよく知っていて介護や支援の入り口を教えてもらうことも多い。外来診療時の主治医へ、定期的な報告がケアマネジャーより蓄積されていけば入院時には医師間・支援者間に役立つ情報が主治医のもとに集積されており、緊急・災害時にも、入退院連携時にも役立つ。外来と病棟、外来と地域、外来と外来等、諸機関連携に大変重要な役割を担っている。

1. 総論
2. 主治医と介護支援専門員との連携について
- 3. 医療機関と高齢者施設等との連携について**
4. 障害福祉サービスとの連携について

地域包括ケアシステムの構築について

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



介護保険施設の比較

		介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	介護療養型医療施設	
基本的性格		要介護高齢者のための 生活施設 ※27年度より新規入所者は原則要介護3以上	要介護高齢者にリハビリ等 を提供し在宅復帰を目指し 在宅療養支援を行う施設	要介護高齢者の 長期療 養・生活施設	医療の必要な要介護高齢 者のための 長期療養施設	
定義		老人福祉法第20条の5に規定する 特別養護老人ホームであって、当 該特別養護老人ホームに入所す る要介護者に対し、施設サービス 計画に基づいて、入浴、排せつ、 食事等の介護その他の日常生活 上の世話、機能訓練、健康管理及 び療養上の世話を行うことを目的 とする施設	要介護者であって、主としてその 心身の機能の維持回復を図り、居 宅における生活を営むことができ るようになるための支援が必要で ある者に対し、施設サービス計画 に基づいて、看護、医学的管理の 下における介護及び機能訓練そ の他必要な医療並びに日常生活 上の世話を行うことを目的とする 施設	要介護者であって、主として長期 にわたり療養が必要である者に対 し、施設サービス計画に基づいて、 療養上の管理、看護、医学的管理 の下における介護及び機能訓練 その他必要な医療並びに日常生 活上の世話を行うことを目的とす る施設	療養病床等を有する病院又は診 療所であって、当該療養病床等に 入院する要介護者に対し、施設 サービス計画に基づいて、療養上 の管理、看護、医学的管理の下に おける介護その他の世話及び機 能訓練その他必要な医療を行うこ とを目的とする施設	
主な設置主体※1		社会福祉法人（約95%）	医療法人（約76%）	医療法人（約89%）	医療法人（約80%）	
施設数※2		10,896 件	4,221 件	734 件	277 件	
利用者数※2		638,600 人	351,900 人	42,900 人	7,400 人	
居室 面積 ・定員数	従来 型	面積／人	10.65㎡以上	8㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上
		定員数	原則個室	4人以下	4人以下	4人以下
	ユニッ ト型	面積／人	10.65㎡以上			
		定員数	原則個室			
「多床室」の割合※3		19.7%	53.3%	71.9%	78.9%	
平均在所(院)日数※4		1,177日	310日	189日	472日	
低所得者の割合※4		68.6%	52.5%	50.1%	50.0%	
医師の配置基準		必要数(非常勤可)	1以上 / 100:1以上	I型: 3以上 / 48:1以上 II型: 1以上 / 100:1以上	3以上 / 48:1以上	
医療法上の位置づけ		居宅等	医療提供施設	医療提供施設	病床	

※1 介護サービス施設・事業所調査（令和3年）より ※2 介護給付費等実態統計（令和4年10月審査分）より ※3 介護サービス施設・事業所調査（令和3年）より（数値はすべての居室のうち2人以上の居室の占める割合）
※4 は介護サービス施設・事業所調査（令和元年）より ※2 及び※3の介護老人福祉施設の数値については地域密着型含む。

介護保険と医療保険の給付調整のイメージ

○ 医療サービスは、施設により介護保険又は医療保険から給付される範囲が異なる。

※ 介護療養型医療施設、介護医療院は、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為について、特定診療費・特別診療費を算定できる。

※ 介護医療院、介護老人保健施設は、入所者の病状が著しく変化した場合に、緊急等やむを得ない事情により施設で行われた療養について、緊急時施設診療費、緊急時施設療養費を算定できる。

手術・放射線治療 急性増悪時の医療等				緊急時施設診療費	緊急時施設療養費	医療保険で給付	
特殊な検査 (例：超音波検査等)						医療保険で給付	
簡単な画像検査 (例：エックス線診断等)						医療保険で給付	
投薬・注射 検査 (例：血液・尿等) 処置 (例：創傷処置等)	介護保険で給付			特定診療費	特別診療費		
医学的指導管理							
	介護療養型医療施設	介護医療院 (I型・II型)	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム			

※ 上図はイメージ (例えば、簡単な手術については、介護老人保健施設のサービス費に包括されている。)

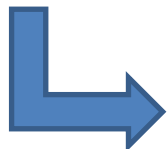
(定義)(介護保険法第8条第29項)

介護医療院とは、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(基本方針)

第二条 介護医療院は、長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、その者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

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



○医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設

(参考1)介護老人福祉施設の定義

老人福祉法第二十条の五に規定する特別養護老人ホーム(入所定員が三十人以上であるものに限る。以下この項において同じ。)であって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行うことを目的とする施設

(参考2)介護老人保健施設の定義

要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者(その治療の必要の程度につき厚生労働省令で定めるものに限る。以下この項において単に「要介護者」という。)に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設として、第九十四条第一項の都道府県知事の許可を受けたもの

〔定義〕 地域包括ケア強化法による改正前（介護保険法第8条第28項）

介護老人保健施設とは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

〔定義〕 地域包括ケア強化法による改正後（介護保険法第8条第28項）

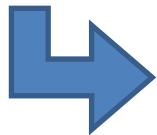
＜平成29年6月2日公布、平成30年4月1日施行＞

介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(基本方針)

第一条の二 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成十一年三月三十一日)(厚生省令第四十号))



- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
- リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

特別養護老人ホームについて

【根拠法：介護保険法第8条第22項、第27項、老人福祉法第20条の5】

- 特別養護老人ホームは、要介護高齢者のための生活施設であり、入所者に対して、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を提供する。
- 1963年(昭和38年)の老人福祉法制定時に創設され、その後、2000年(平成12年)に介護保険法が制定された際、「介護老人福祉施設」として介護保険制度に組み込まれた。
- 定員29名以下のものは、「地域密着型特別養護老人ホーム(地域密着型介護老人福祉施設)」と呼ばれる。
- 令和3年10月審査分で、施設数は10,791施設、サービス受給者数は63.9万人である(令和3年介護給付費等実態統計)。

☆認可・指定の流れと施設基準

《認可権者》

都道府県・政令指定都市・中核市

《指定権者》

- ・定員30名以上の特養の場合
都道府県・政令指定都市・中核市
- ・定員29名以下の特養の場合
市町村

①認可申請



②老人福祉法上の「特別養護老人ホーム」として認可

③指定申請(介護保険サービスの提供を行いたい場合)



④介護保険法上の「介護老人福祉施設」として指定

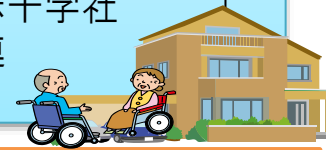
《設置者》

【自治体関係】

- 都道府県
- 市町村
- 地方独立行政法人

【自治体関係以外】

- 社会福祉法人
- 日本赤十字社
- 厚生連



《人員配置基準》

- ・医師：必要数(従うべき基準)
- ・介護・看護職員：3:1(従うべき基準)
- ・機能訓練指導員：1人以上(従うべき基準)
- ・介護支援専門員：1人以上(従うべき基準)
- 等

《設備基準》

- ・居室定員：原則1人(参酌すべき基準)
- ・居室面積：1人当たり10.65㎡(従うべき基準)
- ・廊下の幅：原則1.8m以上、中廊下の幅は原則2.7m以上(参酌すべき基準)
- ・要介護者が入浴しやすい浴室の設置(参酌すべき基準)
- ・消火設備その他の非常災害時に必要な設備の設置(参酌すべき基準)
- 等

※上記のような運営基準(基準省令)は条例に委任されており、各自治体はその内容を踏まえ、基準条例を定めている。

※基準省令は、条例制定に当たり、「従うべき基準」(必ず適合しなければならない基準)、「参酌すべき基準」(十分参照しなければならない基準)と、拘束力に差異がある。

人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望

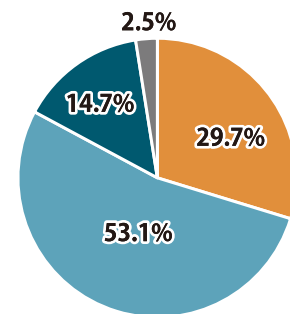
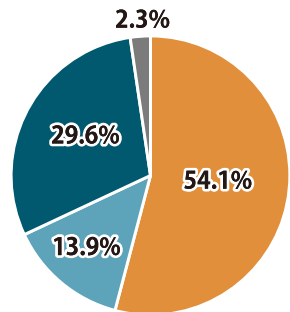
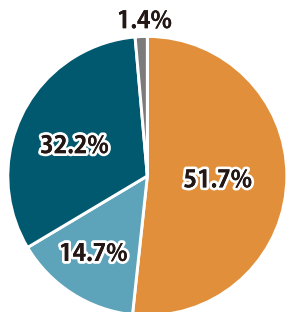
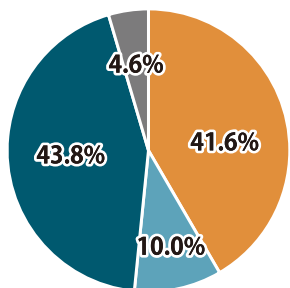
(あなたの病状)
病気で治る見込みがなく、
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。

(あなたの病状)
末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、
呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、
トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

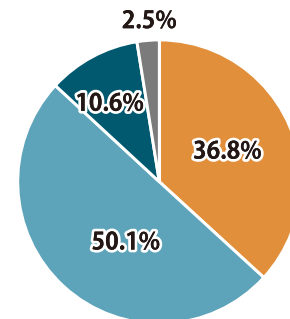
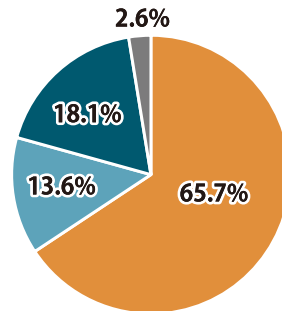
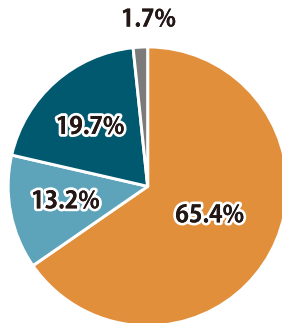
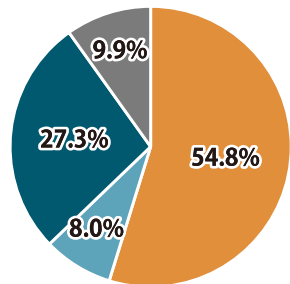
(あなたの病状)
慢性的な重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

(あなたの病状)
認知症と診断され、状態は悪化し、
自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのこ
とに手助けが必要です。

最期をどこで迎えたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



医療機関 介護施設 自宅 無回答

出典

厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査の結果について（報告）」
 ※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある
 ※ 回答の比率(%)は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

医療・介護連携に関する介護報酬等(イメージ)

社会保障審議会
介護給付費分科会(第222回)

資料 2

令和5年8月30日

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

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

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



自宅等

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



高齢者施設等

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

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



医療機関

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

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

< 平時の連携 >

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

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

※ここでの高齢者施設等は、介護保険における入所系サービス(介護保険施設・特定施設・認知症GH)を指す

高齢者施設等における協力医療機関等に関する運営基準（抜粋）

意見交換 資料-1 参考
R 5 . 4 . 1 9

○ 介護医療院

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

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

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

○ 老健

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

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

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

○ 特養

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

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

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

○ 特定施設

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

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

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

○ 認知症グループホーム

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

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

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

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

○ 障害者施設

第四十六条 指定障害者支援施設等は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。

2 指定障害者支援施設等は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

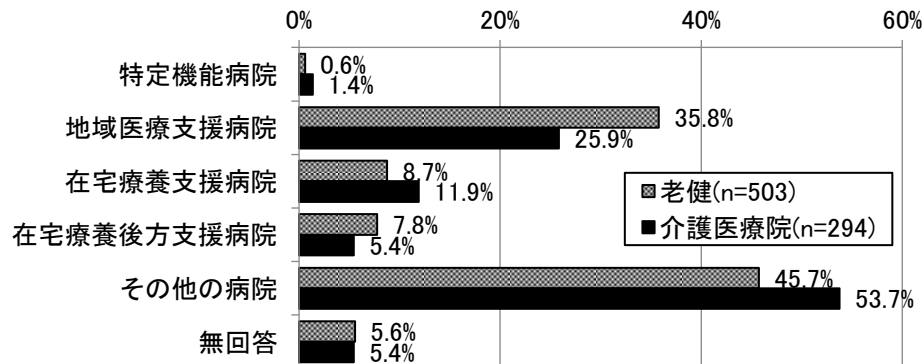
出典：障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第172号）

(2) 介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業

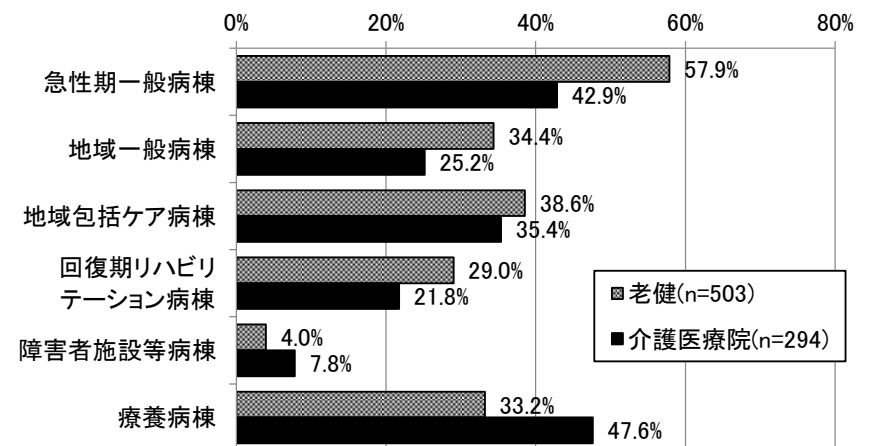
【協力病院 老健票・介護医療院票（問9）】

- 主たる協力病院の種別は、老健は「その他の病院」が45.7%、「地域医療支援病院」が35.8%、介護医療院は「その他の病院」が53.7%、「地域医療支援病院」が25.9%であった。
- 主たる協力病院が有する病床（病棟）の種類は、老健は「急性期一般病棟」が57.9%、介護医療院は「療養病棟」が47.6%であった。

図表9 主たる協力病院の種別（複数回答）



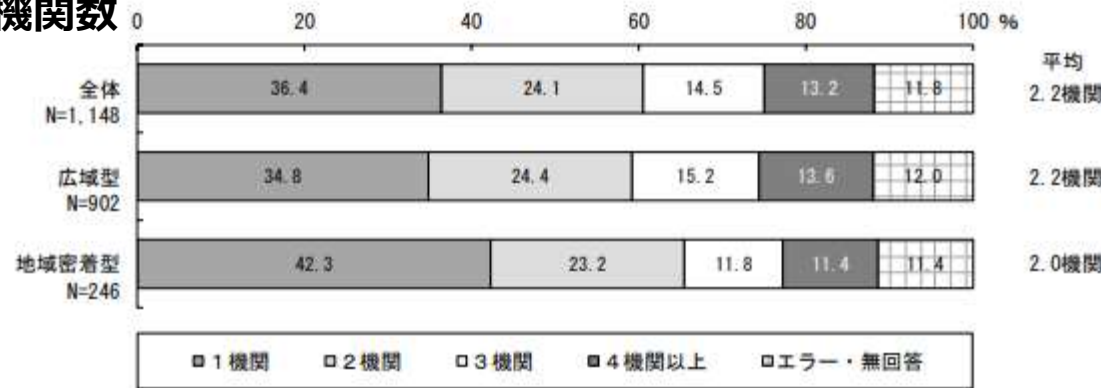
図表10 主たる協力病院が有する病床（病棟）の種類（複数回答）



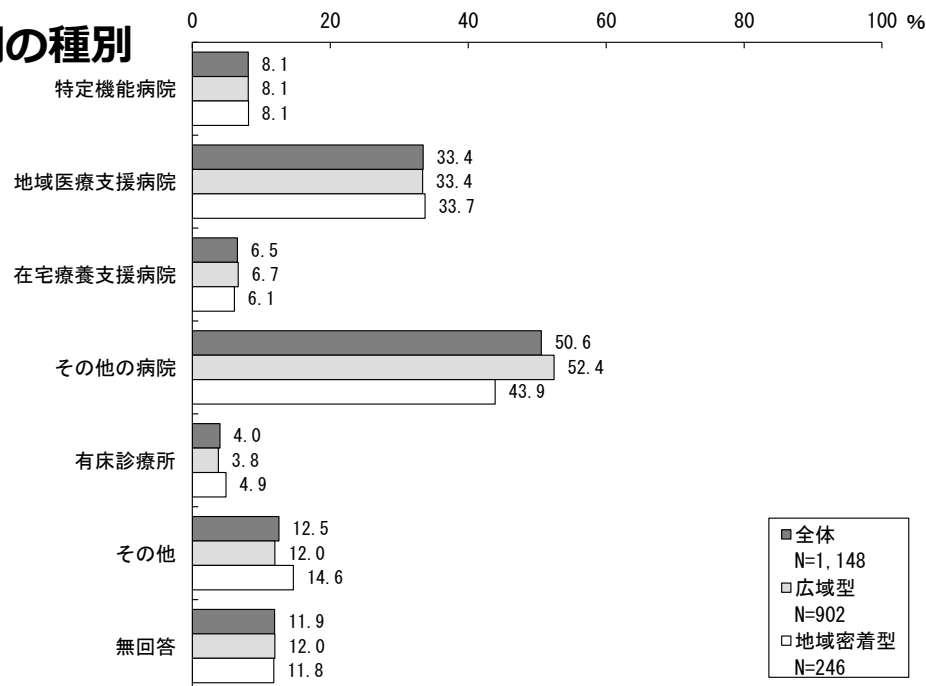
特別養護老人ホームにおける協力医療機関数及び種別

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

○ 協力医療機関数



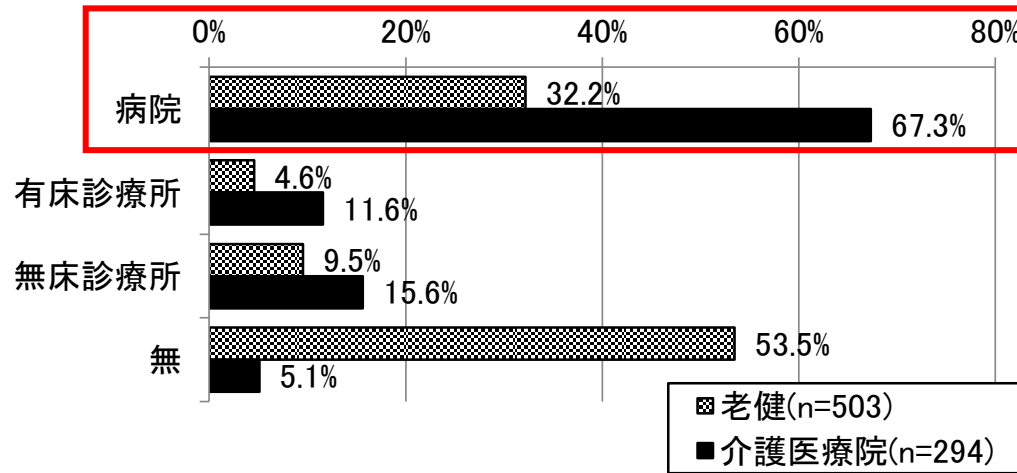
○ 協力医療機関の種別



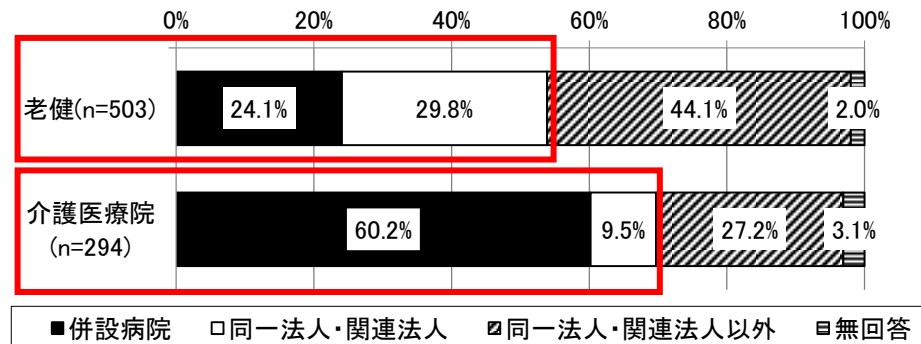
介護老人保健施設・介護医療院における併設医療機関等の状況

- 併設病院を有する割合は介護老人保健施設(老健)において32.2%、介護医療院において67.3%である。
- 主たる協力病院が併設病院や同一法人・関連法人である割合は老健において53.9%、介護医療院において69.7%である。

図表6 併設医療機関 (複数回答)



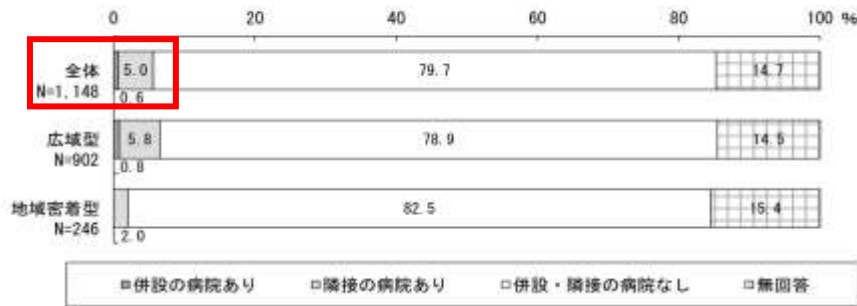
図表8 主たる協力病院 (※1か所、以下同じ) と施設との関係



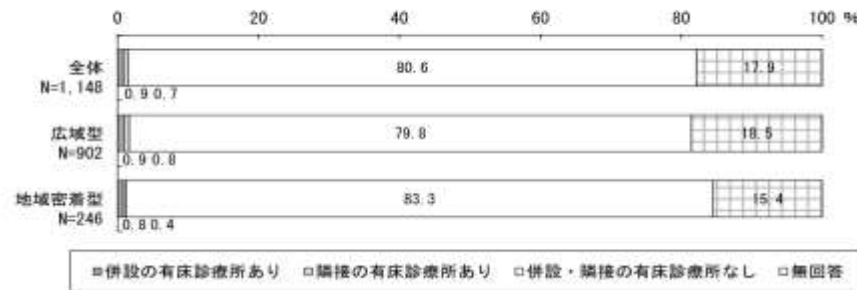
特別養護老人ホームにおける併設医療機関等の状況

- 特別養護老人ホーム(特養)において病院が併設・隣接されている割合は全体の5.6%である。
- 特養における併設・隣接されている病院のうち、関連法人の医療機関は73.4%である。

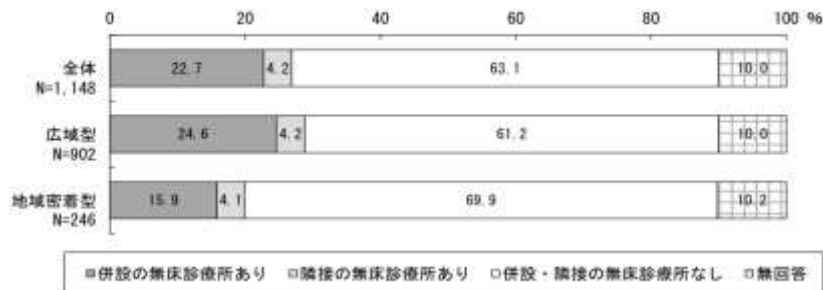
図表 病院の併設・隣接状況



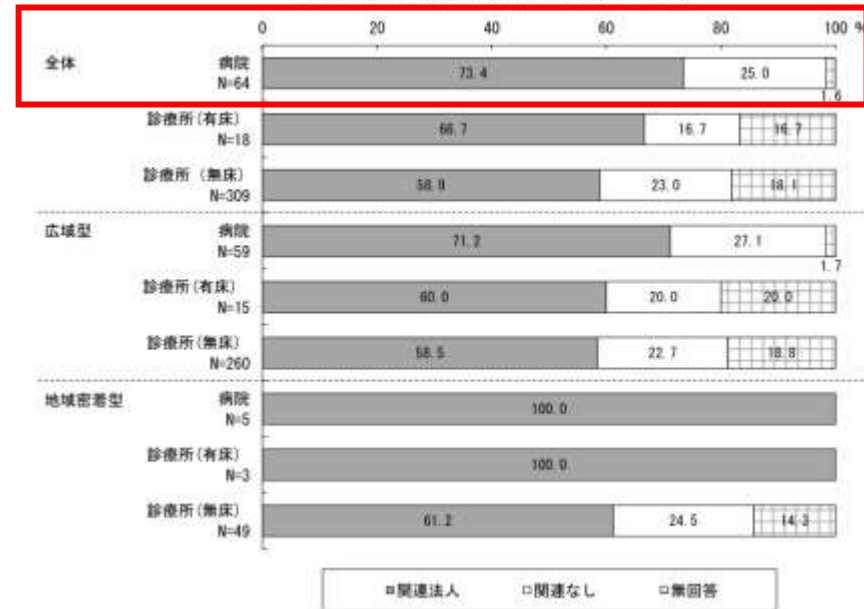
図表 有床診療所の併設・隣接状況



図表 無床診療所の併設・隣接状況



図表 併設・隣接事業所の運営主体との関係

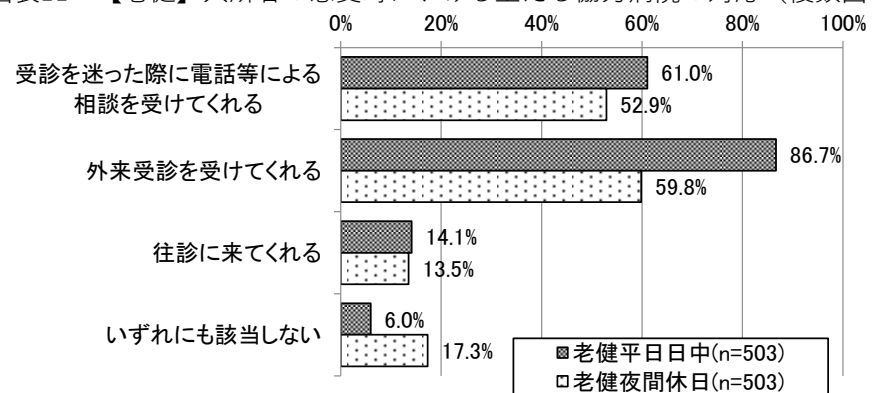


(2) 介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業

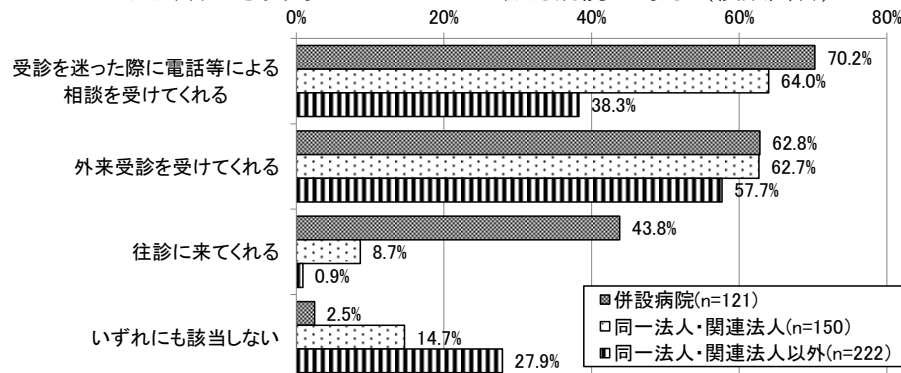
【協力病院 老健票・介護医療院票（問9）】

- 入所者の急変時における主たる協力病院の対応について、老健の平日日中では「外来受診を受けてくれる」が86.7%、夜間休日では59.8%であった。協力病院が併設病院の場合は、夜間休日に「受診を迷った際に電話等による相談を受けてくれる」が70.2%であった。
- 介護医療院では平日日中は、「外来受診を受けてくれる」が57.8%、夜間休日では「受診を迷った際に電話等による相談を受けてくれる」が48.3%であった。協力病院が併設病院の場合は、夜間休日に「往診に来てくれる」が62.1%であった。

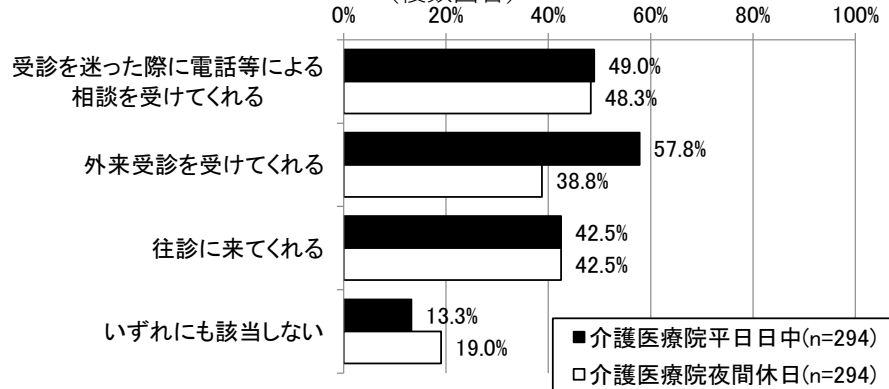
図表11 【老健】入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）



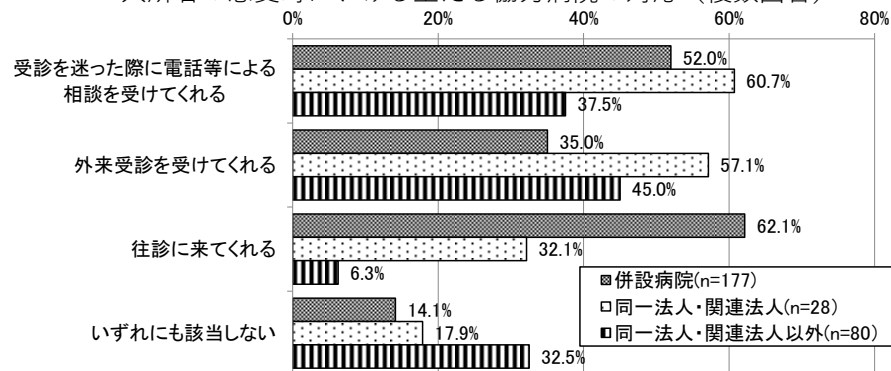
図表12 【老健・夜間休日】主たる協力病院との関係別入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）



図表13 【介護医療院】入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）



図表14 【介護医療院・夜間休日】主たる協力病院との関係別入所者の急変時における主たる協力病院の対応（複数回答）



(2) 介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業

介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会

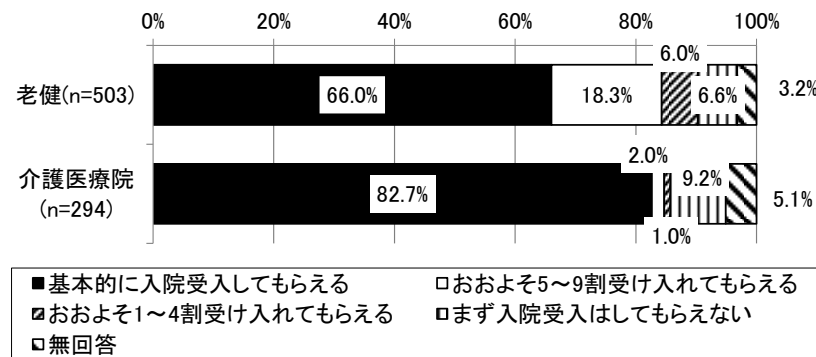
第27回(R5.9.21)

資料1-2

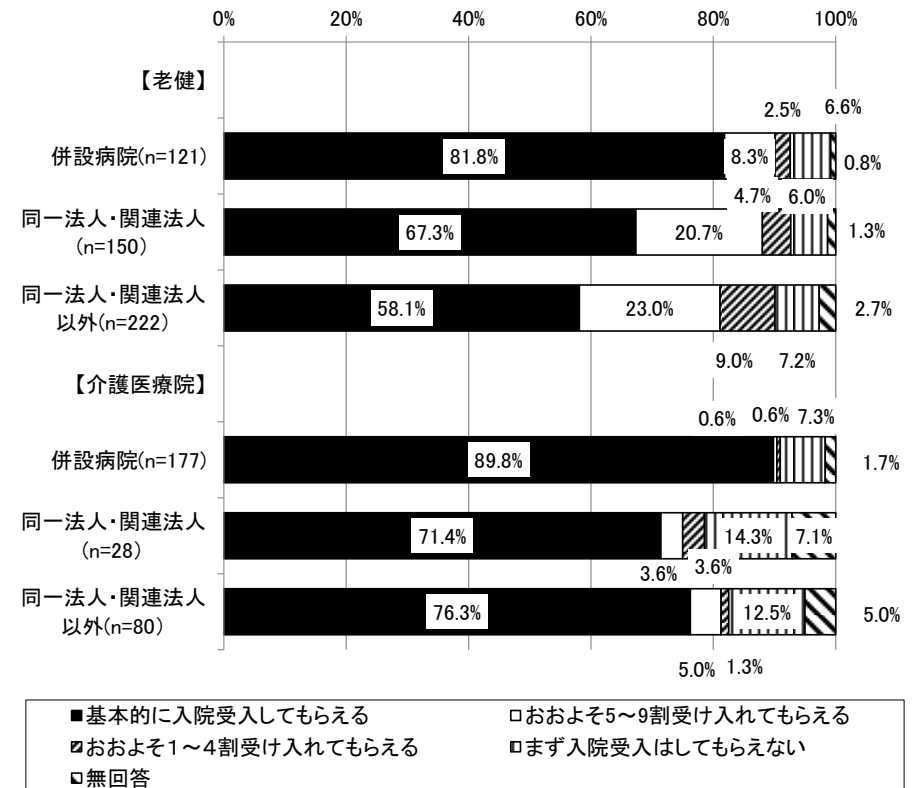
【協力病院 老健票・介護医療院票（問9）】

- 入所者の急変時における主たる協力病院の入院受入は、老健は「基本的に入院受入してもらえる」が66.0%、介護医療院は82.7%であった。主たる協力病院との関係別にみると、「基本的に入院受入してもらえる」が老健では併設病院の場合に81.8%、介護医療院では併設病院の場合に89.8%であった。
- 受入をしてもらえない理由は、老健では「病床が空いていないことが多いため」が49.1%、介護医療院では「病床が空いていないことが多いため」「救急患者は基本的に受け入れないため」がそれぞれ22.2%であった。

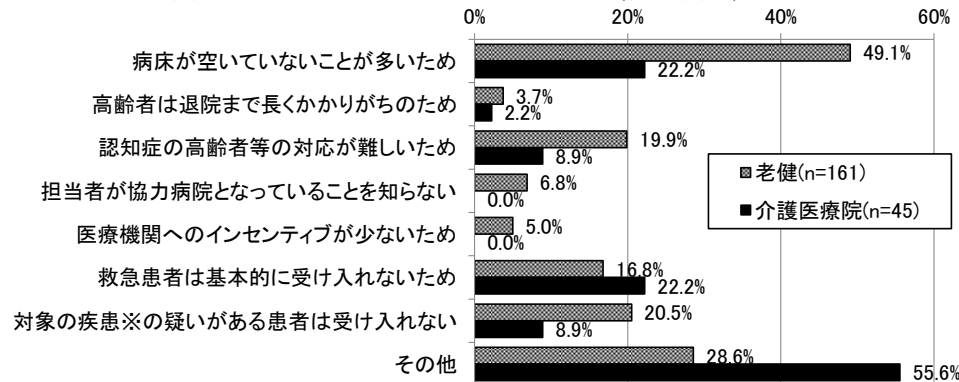
図表15 入所者の急変時における主たる協力病院の入院受入



図表16 【老健】主たる協力病院との関係別入所者の急変時における主たる協力病院の入院受入



図表17 受入をしてもらえない理由（複数回答）



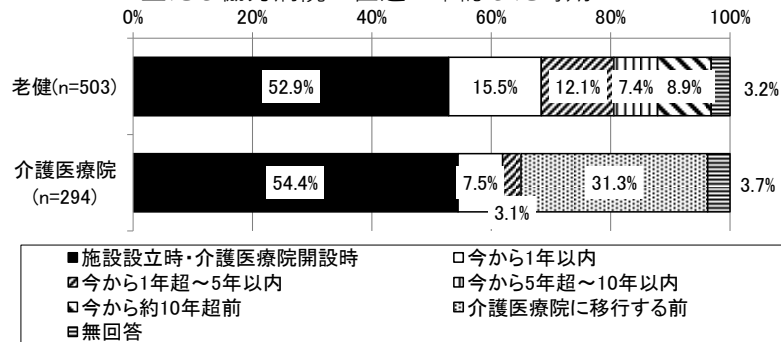
※対象の疾患：心筋梗塞、心不全、脳血管障害、骨折

(2) 介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業

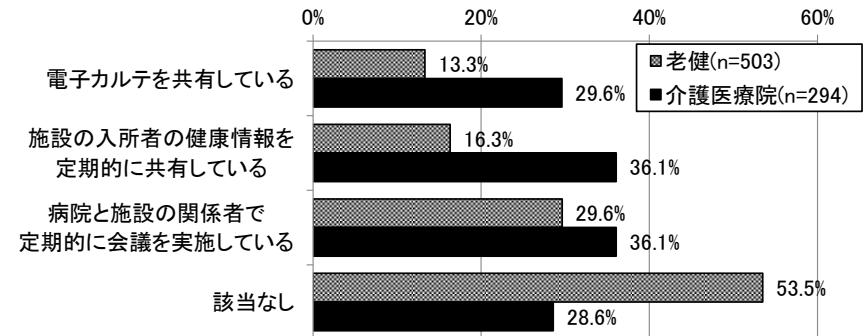
【協力病院 老健票・介護医療院票（問9）】

- 入所者の入院や休日夜間等における対応等を主たる協力病院と直近で確認した時期は、老健では「施設設立時」が52.9%、介護医療院では「介護医療院開設時」が54.4%であった。
- 主たる協力病院との連携の状況は、老健は「該当なし」が53.5%、介護医療院は「施設の入所者の健康情報を定期的に共有している」「病院と施設の関係者で定期的な会議を実施している」がそれぞれ36.1%であった。老健では、主たる協力病院が併設病院の場合、「病院と施設の関係者で定期的な会議を実施している」が47.9%、同一法人・関連法人以外の場合「該当なし」が85.6%であった。介護医療院では、主たる協力病院が併設病院の場合、「施設の入所者の健康情報を定期的に共有している」が52.5%、同一法人・関連法人以外の場合「該当なし」が77.5%であった。

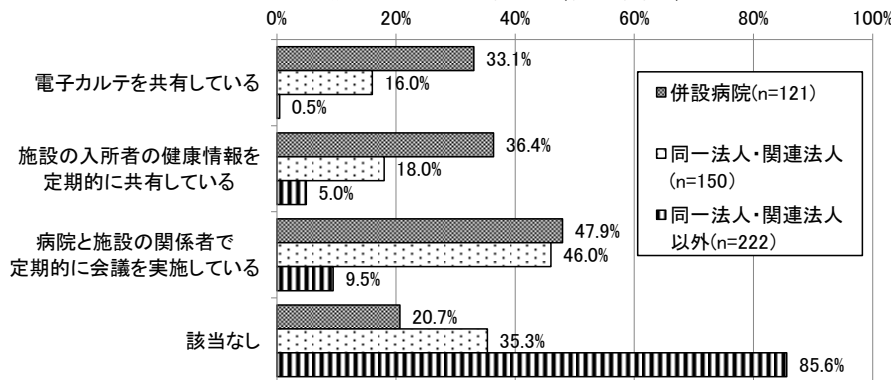
図表18 入所者の入院や休日夜間等における対応等を主たる協力病院と直近で確認した時期



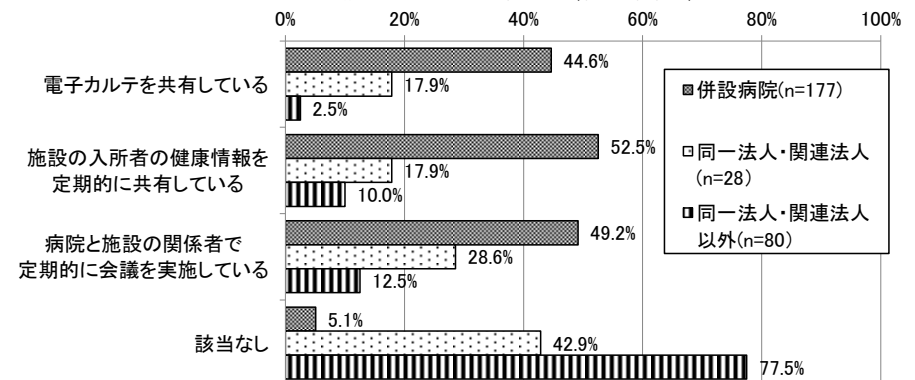
図表19 主たる協力病院との連携の状況（複数回答）



図表20 【老健】主たる協力病院との関係別主たる協力病院との連携の状況（複数回答）



図表21 【介護医療院】主たる協力病院との関係別主たる協力病院との連携の状況（複数回答）



介護保険施設における入所者・退所者の状況

【入所前の居場所、退所後の居場所(介護老人保健施設票問17、介護医療院票問17)】

- 老健では、入所前の居場所として「本人の家(賃貸、家族の家を含む)」が35.4%、「一般病床」が34.7%、「回復期リハビリテーション病棟」が6.9%、地域包括ケア病棟(病床)が3.3%、退所後の居場所として「一般病床」が31.3%、「本人の家(賃貸、家族の家を含む)」が28.6%であった。
- 介護医療院では、入所前の居場所として「一般病床」が34.6%、「地域包括ケア病棟(病床)」が23.0%、退所後の居場所として「一般病床」が17.8%、死亡退所が54.8%であった。

図表13 入所前の居場所、退所後の居場所(老健、介護医療院) 注) 令和4年6月～8月までの新規入所者及び退所者数を集計



介護保険施設における入所者・退所者の状況

【入所前の居場所、退所後の居場所(介護老人福祉施設票問14、介護療養型医療施設票問17)】
 ○ 特養では、入所前の居場所として、「本人の家(賃貸、家族の家を含む)」が35.0%、「介護老人保健施設」が17.8%、「一般病床」が13.7%、退所後の居場所として「一般病床」が12.2%、死亡退所が72.7%であった。
 ○ 介護療養型医療施設では、入所前の居場所として、死亡退所が51.7%、「本人の家(賃貸、家族の家を含む)」が8.7%、退所後の居場所として「一般病床」が15.6%、死亡退所が49.0%であった。

図表14 入所前の居場所、退所後の居場所(特養、介護療養型医療施設) 注) 令和4年6月～8月までの新規入所者及び退所者数を集計



施設内で提供可能な医療

【施設内で提供可能な医療の割合(介護老人保健施設票問38、介護医療院票問21、介護老人福祉施設票問23、医療療養病床票問15)】

- 「経鼻経管栄養」について、老健では41.7%、介護医療院では93.7%、特養では28.7%であった。
- 「24時間持続点滴」について、老健では39.9%、介護医療院では82.4%、特養では5.7%であった。
- 「喀痰吸引(1日8回以上)」について、老健では50.3%、介護医療院では83.7%、特養では24.1%であった。
- 「酸素療養(酸素吸入)」について、老健では66.1%、介護医療院では90.5%、特養では53.9%であった。
- 「インスリン注射」について、老健では86.8%、介護医療院では91.9%、特養では69.1%であった。

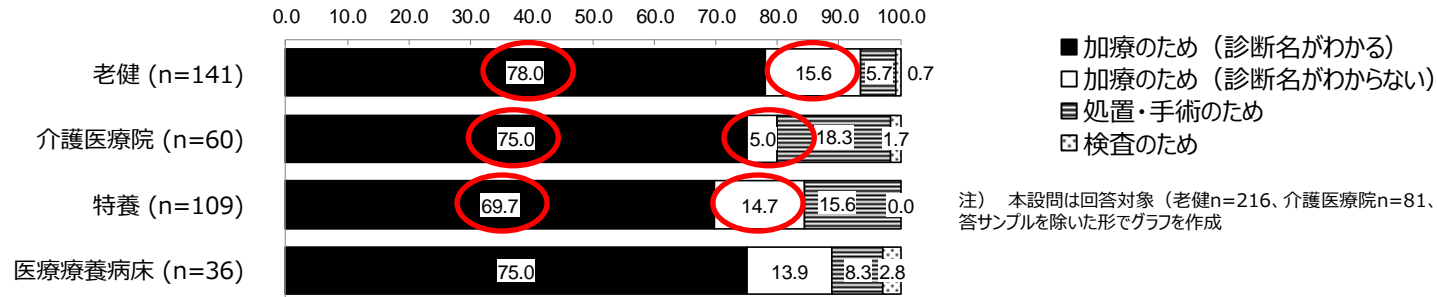
図表23 施設内で提供可能な医療の割合(複数回答可)

	単位 (%)					単位 (%)			
	老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)		老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)
胃ろう・腸ろうによる栄養管理	93.4	97.3	90.4	93.5	抗菌薬	61.5	82.4	27.8	85.8
経鼻経管栄養	41.7	93.7	28.7	94.3	昇圧薬	24.7	57.9	7.2	73.7
中心静脈栄養	7.8	48.0	2.2	81.4	皮内、皮下及び筋肉注射 (インスリン注射を除く)	62.6	84.6	39.3	92.7
24時間持続点滴	39.9	82.4	5.7	91.5	簡易血糖測定	88.2	92.8	62.4	94.3
カテーテル (尿道カテーテル・コンドームカテーテル) の管理	91.7	92.3	81.1	95.1	インスリン注射	86.8	91.9	69.1	95.5
ストーマ (人工肛門・人工膀胱) の管理	84.8	84.6	70.2	87.9	疼痛管理 (麻薬なし)	68.1	69.2	42.4	83.8
喀痰吸引 (1日8回未満)	87.6	95.9	73.5	93.9	疼痛管理 (麻薬使用)	19.5	46.2	15.7	76.5
喀痰吸引 (1日8回以上)	50.3	83.7	24.1	91.5	内服薬・座薬・貼付薬	73.3	69.7	55.7	85.4
ネブライザー	45.7	72.4	22.8	88.7	点滴薬	50.6	53.4	25.2	74.9
酸素療法 (酸素吸入)	66.1	90.5	53.9	92.7	創傷処置	87.1	92.8	78.5	95.1
鼻カヌー	63.8	87.3	52.0	88.3	褥瘡処置	93.4	93.7	87.0	97.2
マスク	58.3	82.4	37.6	87.4	浣腸	88.8	90.5	81.5	95.5
リザーバー付きマスク	17.2	46.6	8.7	63.6	排便	92.8	95.0	86.7	93.9
気管切開のケア	23.3	50.2	2.6	79.8	導尿	81.3	88.2	55.9	93.5
人工呼吸器の管理	3.2	13.6	0.4	49.8	膀胱洗浄	58.0	81.9	38.3	86.6
挿管	1.7	13.1	0.2	44.9	持続モニター (血圧、心拍、酸素飽和度等)	31.6	83.3	7.6	91.9
マスク式 (NPPV 等)	7.2	14.9	1.1	47.8	リハビリテーション	80.5	89.6	30.0	85.0
静脈内注射 (点滴含む)	60.6	81.9	32.0	87.9	透析	8.9	7.7	9.8	25.1
電解質輸液	63.2	86.4	34.6	87.4	その他	1.4	5.4	0.2	11.3

【退所・退院先が病院・診療所の場合の退所・退院理由(退所者・退院患者票問8)】

- 退所・退院理由については、「加療のため(診断名がわかる)」が老健では78.0%、介護医療院では75.0%、特養では69.7%、「加療のため(診断名がわからない)」は老健では15.6%、介護医療院では5.0%、特養では14.7%であった。
- 退所・退院理由が「加療のため(診断名がわかる場合)」と回答した場合、その診断名は、「肺炎」が老健では26.4%、介護医療院では17.8%、特養では31.6%であった。

図表28 退所・退院先が病院・診療所の場合、退所・退院理由(複数回答可) (%)



注) 本設問は回答対象(老健n=216、介護医療院n=81、特養n=152)であるが、無回答サンプルを除いた形でグラフを作成

図表29 加療のため(診断名がわかる場合)(複数回答可)

	単位 (%)			
	老健 (n=110)	介護医療院 (n=45)	特養 (n=76)	医療療養病床 (n=27)
肺炎	26.4	17.8	31.6	18.5
尿路感染症	4.5	6.7	5.3	7.4
骨折	10.9	8.9	1.3	7.4
脳血管疾患	6.4	11.1	5.3	7.4
心疾患	13.6	13.3	13.2	11.1
認知症による精神症状の増悪	2.7	2.2	5.3	7.4
脱水症	5.5	4.4	6.6	3.7
新型コロナ	9.1	2.2	6.6	14.8
その他	36.4	42.2	40.8	33.3

図表30 加療のため(診断名がわからない場合)(複数回答可)

	単位 (%)			
	老健 (n=22)	介護医療院 (n=3)	特養 (n=16)	医療療養病床 (n=5)
発熱	50.0	100.0	31.3	40.0
呼吸困難	27.3	0.0	12.5	20.0
胸痛	0.0	0.0	0.0	0.0
腹痛	4.5	0.0	0.0	0.0
意識障害	22.7	0.0	25.0	20.0
血圧低下	9.1	0.0	6.3	0.0
その他	36.4	0.0	62.5	40.0

- 入院による安静臥床を原因とする歩行障害、下肢・体幹の筋力低下などの機能障害(特に運動障害)は、入院関連機能障害と呼称され、全入院患者の30-40%に発生すると報告されている¹。
- 入院関連機能障害のリスクとしては以下が報告されている。

入院関連機能障害のリスク因子²⁻⁵

- 高齢であること(特に85歳以上)
- 入院前のADL低下
- 認知機能低下
- 歩行機能障害
- 栄養状態不良(低アルブミン血症)
- 悪性腫瘍の既往
- 脳卒中の既往 等

1. Ettinger WH. Can hospitalization-associated disability be prevented? JAMA. 2011;306:1800-1.
2. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med. 1996;156:645-52.
3. Mehta KM, Pierluissi E, Boscardin WJ, Kirby KA, Walter LC, Chren M-M, et al. A clinical index to stratify hospitalized older adults according to risk for new-onset disability. J Am Geriatr Soc. 2011;59:1206-16.
4. Mahoney JE, Sager MA, Jalaluddin M. Use of an ambulation assistive device predicts functional decline associated with hospitalization. J Gerontol Med Sci. 1999;54A:M83-8.
5. Lindenberger EC, Landefeld CS, Sands LP, Counsell SR, Fortinsky RH, Palmer RM, et al. Ungaitedness reported by older hospitalized patients predicts functional decline. J Am Geriatr Soc. 2003;51:621-6.

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

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

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

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

介護施設・福祉施設からの入院患者

意見交換 資料-5参考-1
R 5 . 3 . 1 5

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	19,054	3.9%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	17,052	3.5%
7	N10	急性尿管間質性腎炎	13,606	2.8%
8	U071	2019年新型コロナウイルス急性呼吸器疾患	12,850	2.6%
9	E86	体液量減少 (症)	10,588	2.1%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	7,490	1.5%
11	I509	心不全, 詳細不明	7,162	1.5%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%
14	L031	(四) 肢のその他の部位の蜂巣炎 <蜂窩織炎>	4,553	0.9%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%
18	I634	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	3,845	0.8%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%
20	K810	急性胆のう <嚢> 炎	3,625	0.7%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ 5	2,839	0.6%
24	K805	胆管炎及び胆のう <嚢> 炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
30	K562	軸捻 (転)	2,379	0.5%
31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
33	N12	尿管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
34	I610	(大脳) 半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
36	G20	パーキンソン < Parkinson > 病	1,844	0.4%
37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
42	K800	急性胆のう <嚢> 炎を伴う胆のう <嚢> 結石	1,470	0.3%
43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%

○ 一般病院への入院が、在宅要介護高齢者の要介護度を悪化させる要因となることが報告されている。

在宅要介護高齢者の要介護度悪化に関連する要因の分析結果(要介護1)

一自治体の2014年6月から2020年3月までの医科(国民健康保険、後期高齢者医療制度)及び介護レセプトから2014年6月に要介護認定を受けて、要支援1以上と判定された65歳以上の高齢者を抽出した。このうち、2014年6月に入院・入所していない在宅の高齢者を分析対象として、以後月単位で医療・介護サービスの利用状況及び主たる傷病の有病の状況を医科及び介護レセプトから把握し、月単位のパネルデータを作成し、要介護度の悪化に関連する要因を分析。

年齢と一般病院への入院が要介護度悪化の重要な要因

要介護度悪化に関連する要因のパネルデータ分析の結果(要介護1: 8,564名)

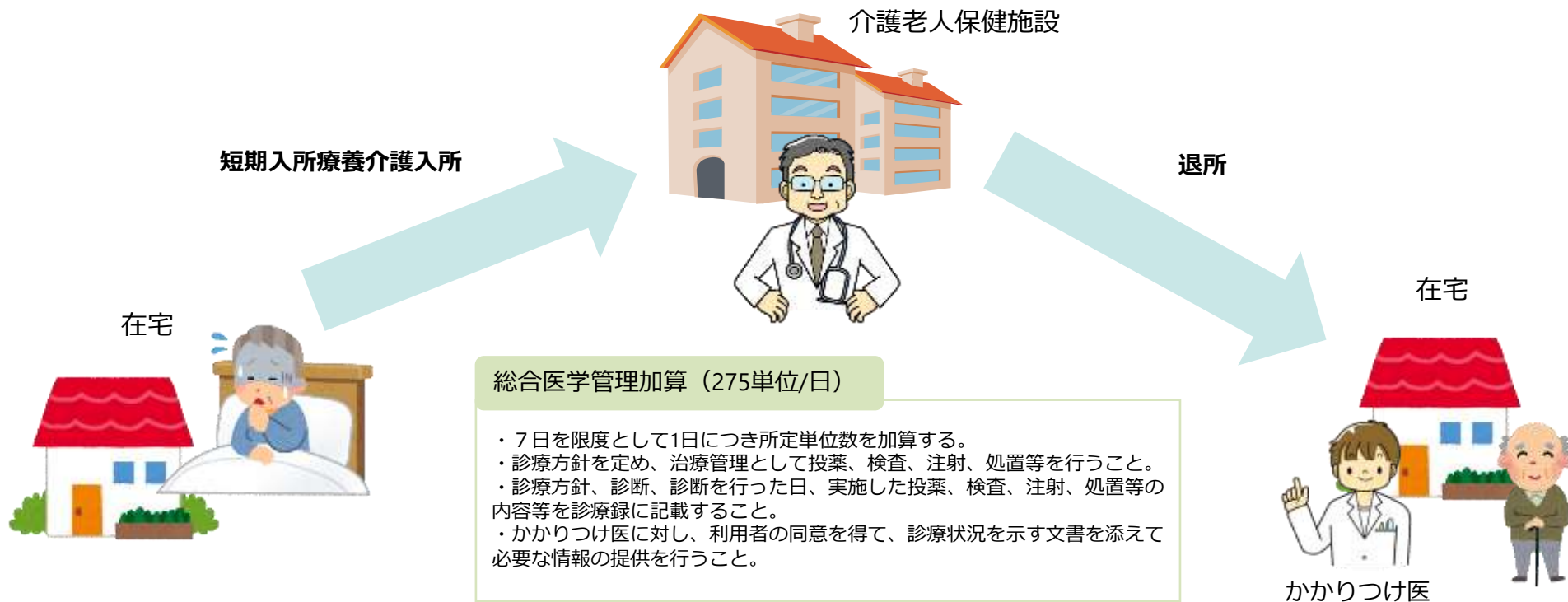
説明変数	オッズ比 (OR)	ORの95%信頼区間		p値
		下限	上限	
年齢階級 75-84歳(対照:65-74歳)	7.94	5.48	11.51	<0.001
年齢階級 85歳以上(対照:65-74歳)	76.50	50.61	115.63	<0.001
糖尿病	0.90	0.83	0.97	0.008
高血圧	0.84	0.76	0.91	<0.001
気分障害	1.02	0.89	1.17	0.767
皮膚疾患	1.29	1.20	1.38	<0.001
関節障害	0.81	0.73	0.89	<0.001
骨折	1.77	1.61	1.94	<0.001
腎不全	1.45	1.26	1.67	<0.001
心不全	1.24	1.13	1.35	<0.001
肺炎	1.50	1.35	1.67	<0.001
悪性腫瘍	0.97	0.89	1.06	0.489
認知症	1.82	1.65	2.00	<0.001
脳血管障害	1.04	0.95	1.14	0.407
尿路感染症	1.21	1.07	1.36	0.002
貧血	1.36	1.24	1.49	<0.001
一般病院入院(※)	2.72	2.48	2.99	<0.001
外来受診	0.81	0.74	0.90	<0.001

(※)看護配置基準10:1以上で、地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定していない病棟への入院

介護老人保健施設における医療ニーズのある利用者の受け入れを促進するため、令和3年度介護報酬改定において、総合医学管理加算(短期入所療養介護)を新設。

概要

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



同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ3: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

(1) 急性期疾患に対応する医療機関等

- 要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の配置医や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべきである。
- 地域包括ケア病棟はまさに在宅支援の病棟であり、高齢者の亜急性期をしっかり受けられるため、このような役割を推進すべき。
- 医療機関と介護保険施設の平時からの連携が重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべきである。

(2) 高齢者の心身の特性に応じた対応

- 急性期病院における高齢者の生活機能の低下を予防することは重要。病状を踏まえ、各医療専門職種が共通認識を持ったうえでチーム医療による離床の取組を推進すべき。
- 労働人口が減る中で専門職の配置については、全体のバランスはよく見ていくべき。急性期病棟に介護福祉士を配置するようなことは、現実的でないし、医療と介護の役割分担の観点からも、望ましい姿とは言えない。
- 診療報酬の早期離床・リハ加算としてICUでの取組みが進められていることもあり、急性期病院にリハ職を配置することでより良いアウトカムが出るのではないかと。

(3) 入退院支援

- 薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

(4) 医療・介護の人材確保

- 急性期病院では介護やリハビリの人材確保は困難。多職種でお互いの機能を担い、タスクシフト・タスクシェアのもとで連携することが重要。

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ4: 高齢者施設・障害者施設等における医療

(1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能

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

(2) 医療機関と高齢者施設等との連携

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

(3) 高齢者施設等における薬剤管理

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

(4) 感染症対策

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

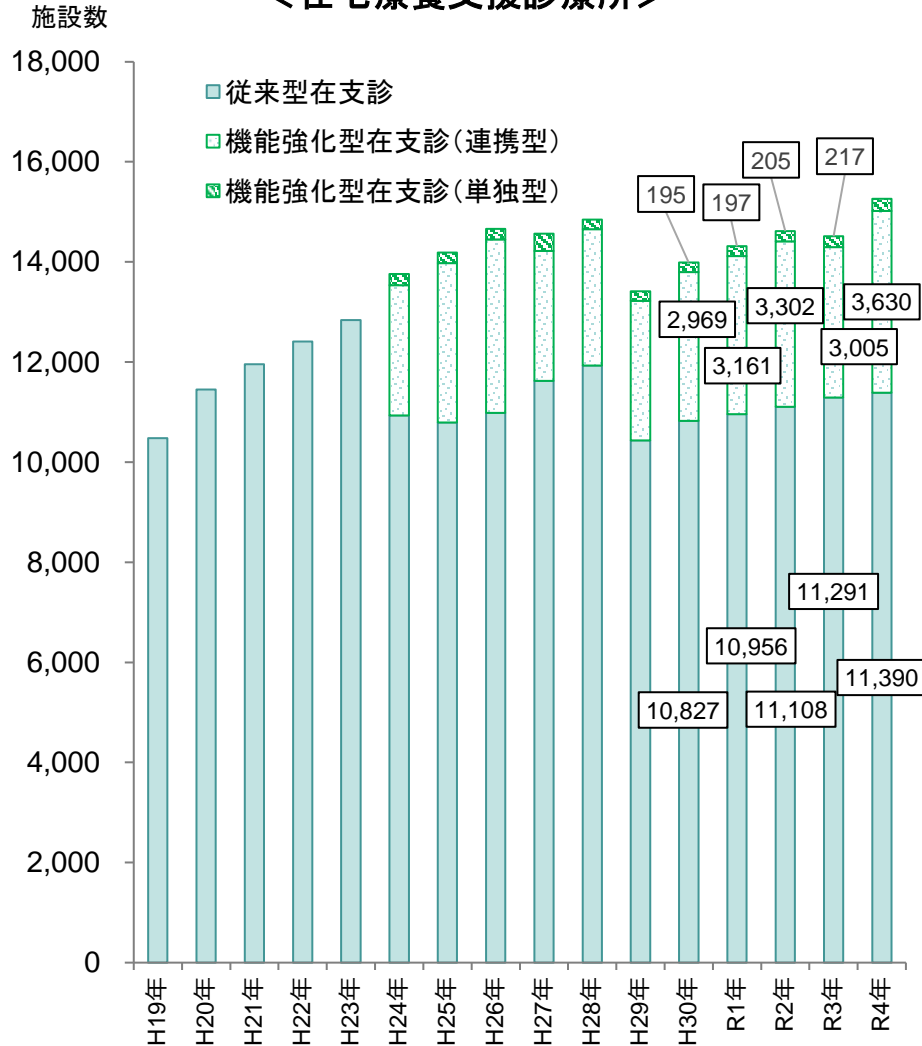
在支診・在支病の施設基準 (参考)

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ <u>適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</u>					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上			
	⑩ <u>市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</u>					

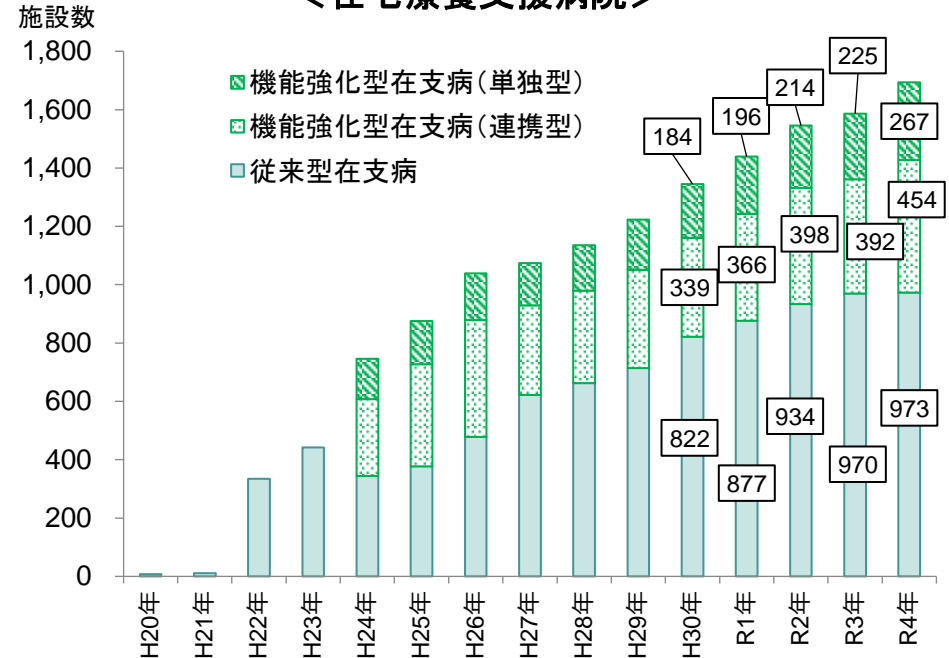
在宅療養支援診療所等の届出数

- 在宅療養支援病院の届出は、近年増加傾向である。
- 在宅療養支援診療所の届出は、近年横ばい傾向であったが、令和4年は増加している。

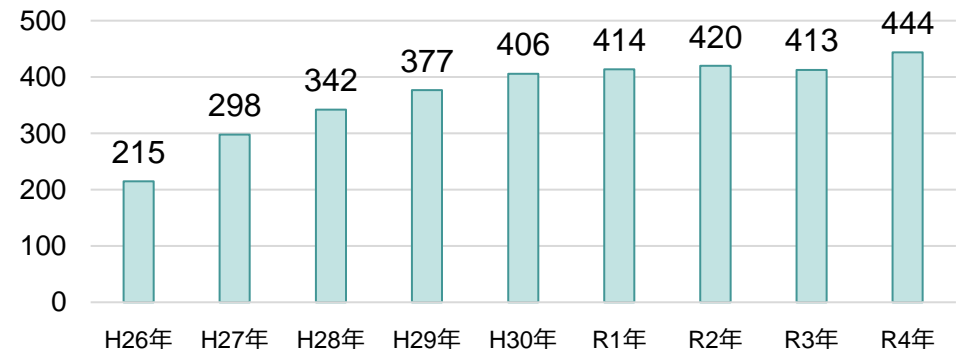
<在宅療養支援診療所>



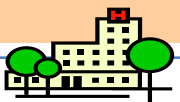
<在宅療養支援病院>



<在宅療養後方支援病院> ※平成26年新設



地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

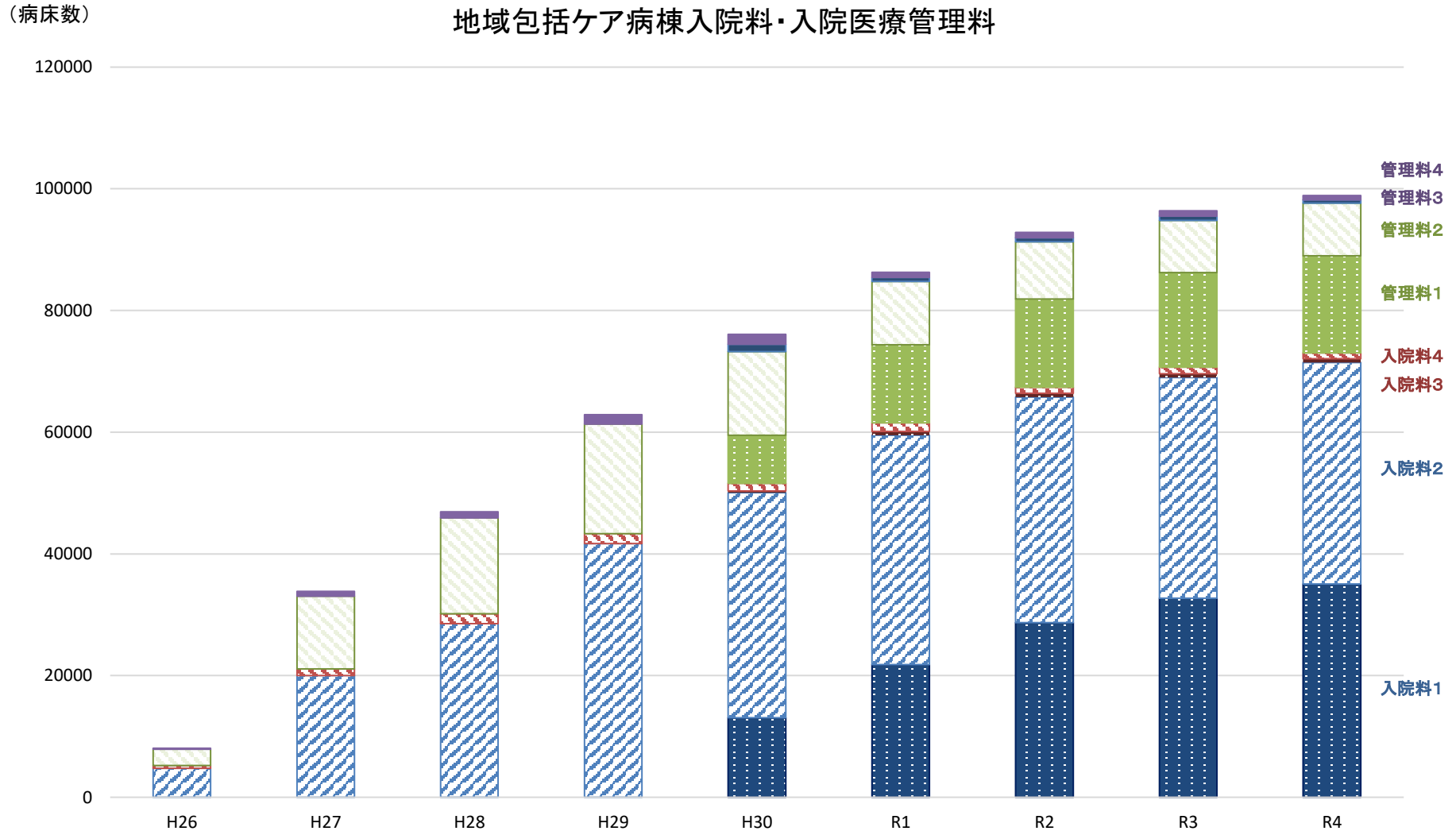


	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	<u>一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）</u>							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-		○		-	
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12% 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8% 以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>		-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>	
自宅等から入棟した患者割合	2割 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>		2割 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で 9人 以上				3月で 9人 以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率	7割2分5厘 以上				7割以上 （満たさない場合90/100に減算）			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること <u>入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90/100に減算）</u>							
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100

入院料別の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数はいずれも増加傾向であった。



診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し①）

○ 診療報酬上の特例措置について、現場の実態等も踏まえつつ、点数の見直しを行う（令和5年10月1日～）。

新型コロナの類型変更（令和5年5月）に伴う方向性・考え方		令和5年9月まで	令和5年10月～
外来	空間分離・時間分離に必要な人員、PPE等の感染対策を引き続き評価 その上で受入患者を限定しないことを評価する仕組みへ	① 300点 【対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形に8月末までに移行】 又は、 ② 147点 【①に該当せず、院内感染対策を実施】	① 147点 【対応医療機関であって、院内感染対策を実施し、受入患者を限定しない】 又は、 ② 50点 【①に該当せず、院内感染対策を実施】
	届出の簡略化などの状況変化を踏まえて見直し 位置付け変更に伴い医療機関が実施する入院調整等を評価	147点 【初診時含めコロナ患者への療養指導（注）】 ※ロナプリーブ投与時の特例（3倍）は終了 （注）家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の指導	終了
在宅	緊急往診は、重症化率の変化に伴う必要性の低下を踏まえて見直し 介護保険施設等での療養を支援する観点から同施設等に対する緊急往診は引き続き評価	950点 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診は 2,850点	300点 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診は 950点
		950点 【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】	300点 【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】
	往診時等の感染対策を引き続き評価	300点 【コロナ疑い/確定患者への往診】	50点 【コロナ疑い/確定患者への往診】

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し②）

新型コロナの類型変更（令和5年5月）に伴う方向性・考え方		令和5年9月まで	令和5年10月～
入院	入院患者の重症化率低下、看護補助者の参画等による業務・人員配置の効率化等を踏まえて見直し 介護業務の増大等を踏まえ、急性期病棟以外での要介護者の受入れを評価	①重症患者 <u>ICU等の入院料：1.5倍</u> （+2,112～+8,159点/日） ②中等症患者等（急性期病棟等） <u>救急医療管理加算1：2～3倍</u> （1,900～2,850点/日）	①重症患者 <u>ICU等の入院料：1.2倍</u> （+845～3,263/日） ②中等症患者等（急性期病棟等） <u>救急医療管理加算2：2～3倍</u> （840～1,260点/日）
		※ 介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（+950点/日）	※ 介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（+420点/日）
	コロナ回復患者を受け入れた場合 <u>750点/日</u> （60日目まで。さらに14日目までは+950点）	コロナ回復患者を受け入れた場合 <u>500点/日</u> （14日目まで）	
	必要な感染対策を 引き続き評価	<u>250～1,000点/日</u> （感染対策を講じた診療）	<u>125点～500点/日</u> （感染対策を講じた診療）
+	必要な感染対策を 引き続き評価	<u>300点/日</u> （2類感染症の個室加算の適用）	<u>300点/日</u> （2類感染症の個室加算の適用）
		<u>250点/日</u> （必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施）	<u>50点/日</u> （必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施）
		298点 （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）	147点 （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）
コロナ患者への歯科治療を 引き続き評価	298点 （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）	147点 （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）	
コロナ患者への服薬指導等を引き続き評価	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料： <u>2倍（+59点又は+45点）</u> 自宅・介護施設等への対応を評価 （訪問対面500点、電話等200点を算定可）	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料： <u>1.5倍（+30点又は+23点）</u> 自宅・介護施設等への対応を評価 （訪問対面：500点/200点を算定可）	

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

※このほか、令和5年5月8日から令和6年3月までの時限措置として、新型コロナ罹患後症状に関する診療報酬の特例（+147点/3月ごとに算定可）

出典：「新型コロナウイルス感染症に関する10月以降の見直し等について」（令和5年9月15日厚生労働省公表資料）より抜粋

類型見直しに伴う高齢者施設等における医療機関との連携体制等に関する調査

- 高齢者施設等における医療機関との連携体制の確保については、令和4年4～5月に、各都道府県において高齢者施設等への聞き取り等を実施いただき、高齢者施設等が協力医療機関を事前確保している、又は自治体が指定する医療機関や医療チームの往診派遣を要請できることの確認を行っていただいたところ。
- 今般の新型コロナウイルス感染症対策本部決定（令和5年3月10日）において、高齢者施設等については、入院が必要な高齢者の適切かつ確実な入院体制を確保しつつ、感染対策の徹底、医療機関との連携強化、療養体制の確保等を進めることとされたことを踏まえ、改めて、高齢者施設等と医療機関の連携体制について、各都道府県においてご確認をいただくため、調査を実施する。
- 具体的には、下記の項目について、対象となる高齢者施設等に調査を実施し、各都道府県で取りまとめた上で、厚生労働省にご提出をいただきたい。
- なお、本調査については、地域医療介護総合確保基金（介護分）による「令和5年度新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業」における「感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用」（施設内療養者1名あたり最大30万円）の補助にあたっての要件確認も兼ねており、**令和5年5月8日以降は、本調査によりすべての要件を満たすことが確認された事業所のみ、補助の対象とする。**

調査対象

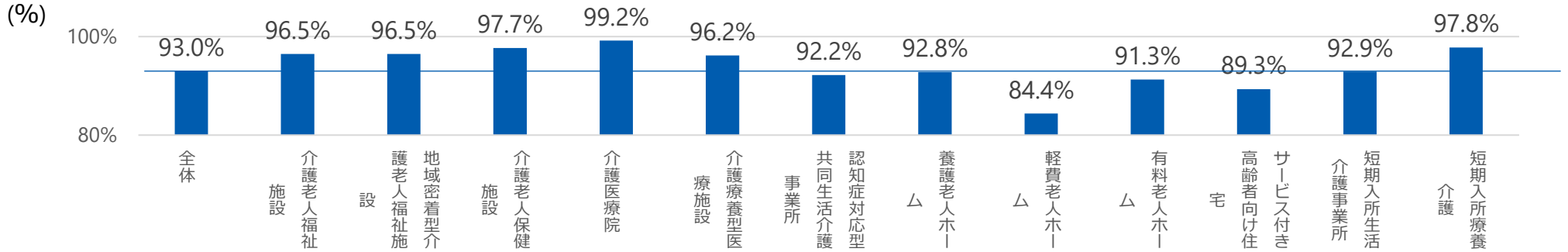
特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症グループホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護、短期入所療養介護

	調査内容	具体的な調査項目
1	医療機関との連携体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・施設入所者に新型コロナウイルス患者（疑い含む）が発生した際に連携する医療機関（※）の確保状況（医療機関名、事前相談を行った年月日）（自施設の医師が実施する場合も可） <p><※連携医療機関に求められる主な対応></p> <ol style="list-style-type: none"> ① 施設からの電話等による相談への対応 ② 施設への往診（オンライン診療含む） ③ 入院の可否の判断や入院調整（当該医療機関以外への入院調整も含む）
2	感染対策	<ul style="list-style-type: none"> ・全職員に対する、感染症の予防及びまん延防止のための研修の実施状況（直近の実施日） ・感染症の予防及びまん延防止のための訓練の実施状況（直近の実施日） <p>※ 令和5年5月8日までに実施予定の場合含む</p>
3	ワクチンの接種状況	<ul style="list-style-type: none"> ・希望する施設入所者へのオミクロン株対応ワクチン（1回目）の実施状況および接種実施時期 ・希望する施設入所者へのオミクロン株対応ワクチン（2回目）の実施予定の有無および接種実施予定時期

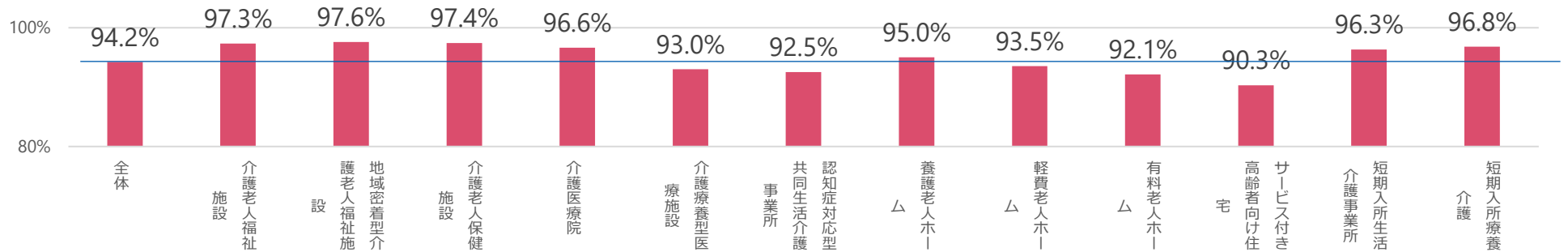
新型コロナの類型変更に伴う高齢者施設等と医療機関との連携状況

○ 新型コロナウイルス感染症の類型変更に伴う高齢者施設と医療機関の連携状況の調査によると、多くの高齢者施設で連携医療機関の確保を行っている。

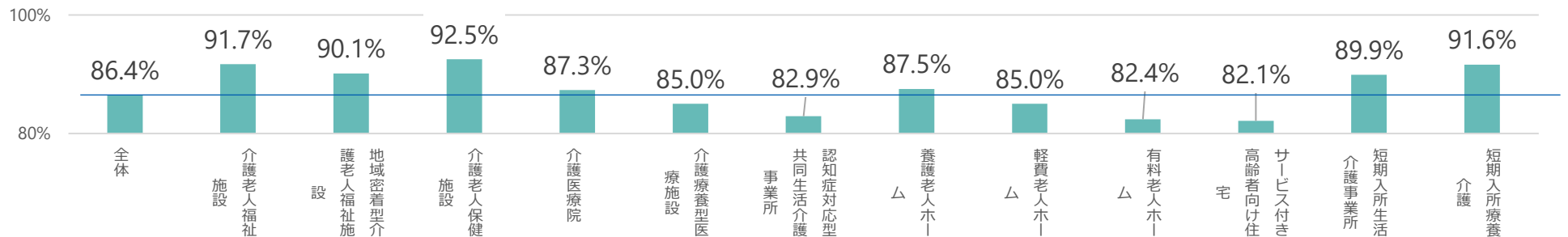
連携医療機関の確保



感染症予防等の研修



感染症予防等の訓練



新型コロナウイルスの類型変更に伴う高齢者施設等と医療機関との連携状況

○ 新型コロナウイルス感染症の類型変更に伴う高齢者施設と医療機関の連携状況の調査によると、一部の県において連携医療機関の確保をしている高齢者施設の割合が80%以下である。

(%)



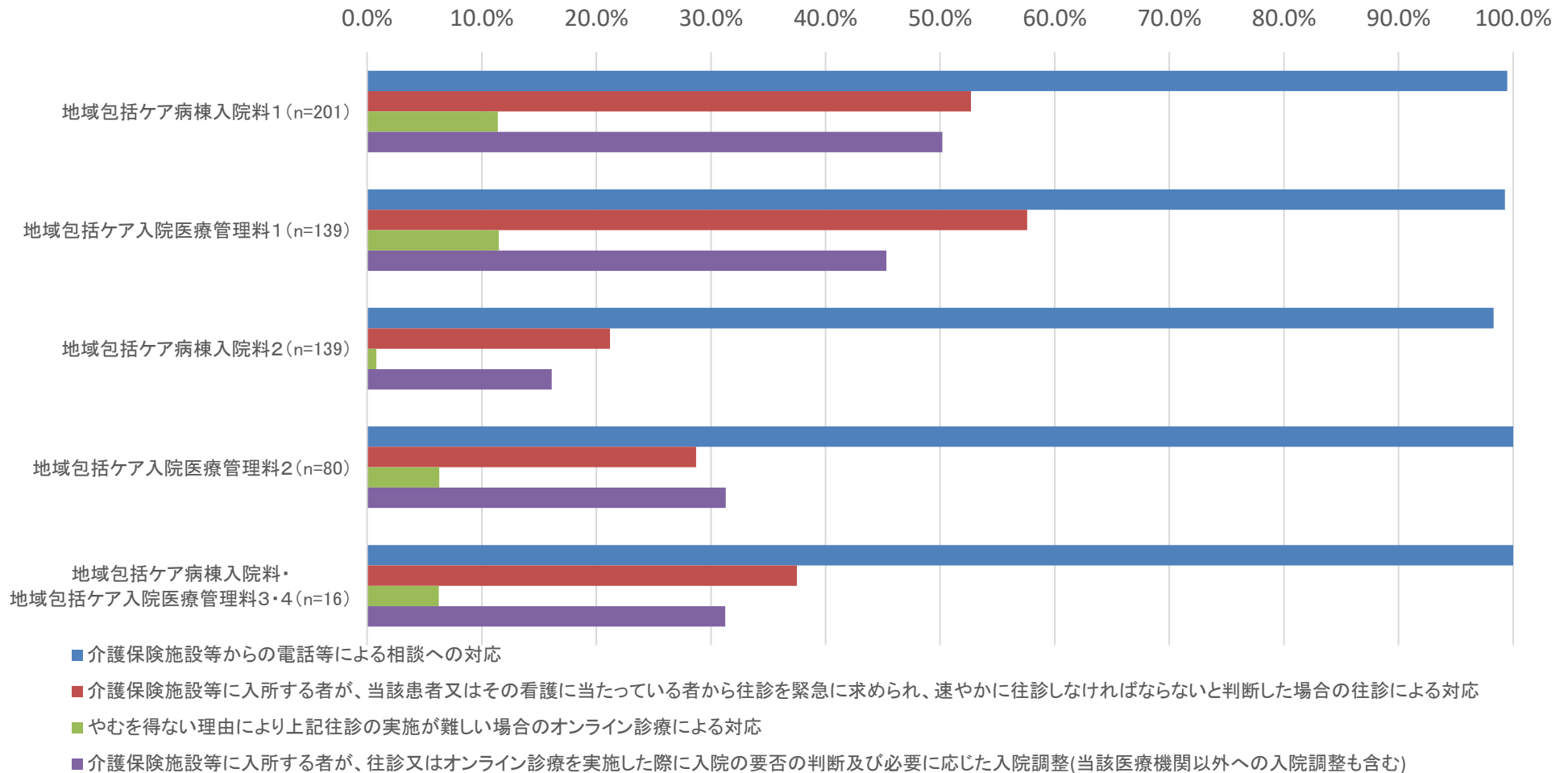
出典：類型見直しに伴う高齢者施設等における医療機関との連携体制等に関する調査

介護保険施設等との連携に係る状況①

診調組 入-3
5.10.5改

- 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関における介護保険施設等に関する連携の実施体制は、介護保険施設からの電話等による相談への対応はほとんどの病棟で可能とされているが、緊急時の往診による対応は特に地域包括ケア病棟・病室2において対応できない施設が多い。

地域包括ケア病棟・病室における介護保険施設等に関する連携の実施体制について

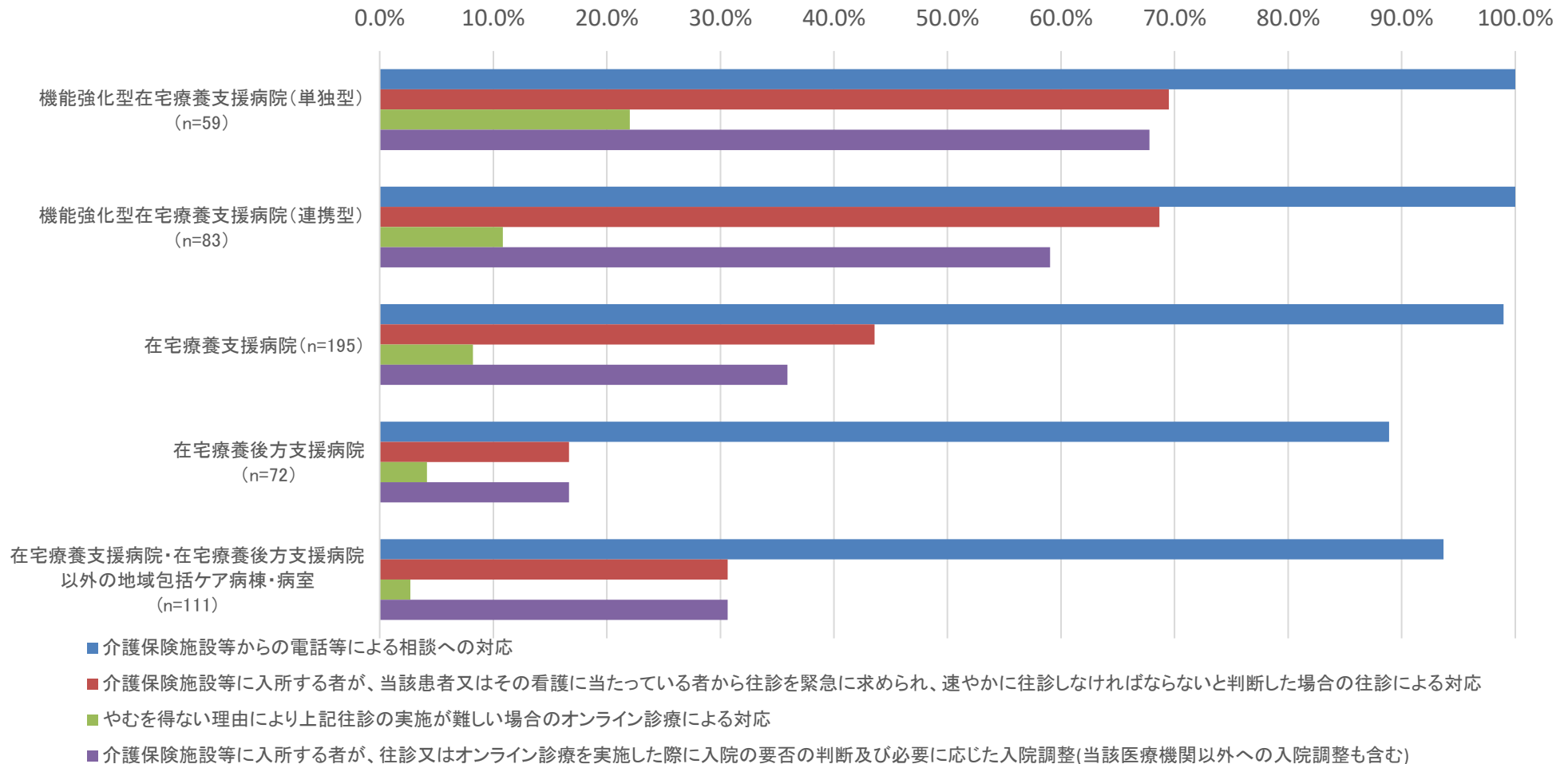


介護保険施設等との連携に係る状況②

診 調 組 入 - 3
5 . 1 0 . 5

- 地域包括ケア病棟等の届出のある在宅療養支援病院(在支病)等における介護保険施設等に関する連携の実施体制は、介護保険施設からの電話等による相談対応はほとんどの医療機関で対応可能とされており、緊急時の往診について、特に機能強化型在支病においては対応可能と回答した医療機関が多かったが、全体の70%程度に留まっている。

在宅療養支援病院等における介護保険施設等に関する連携の実施体制について

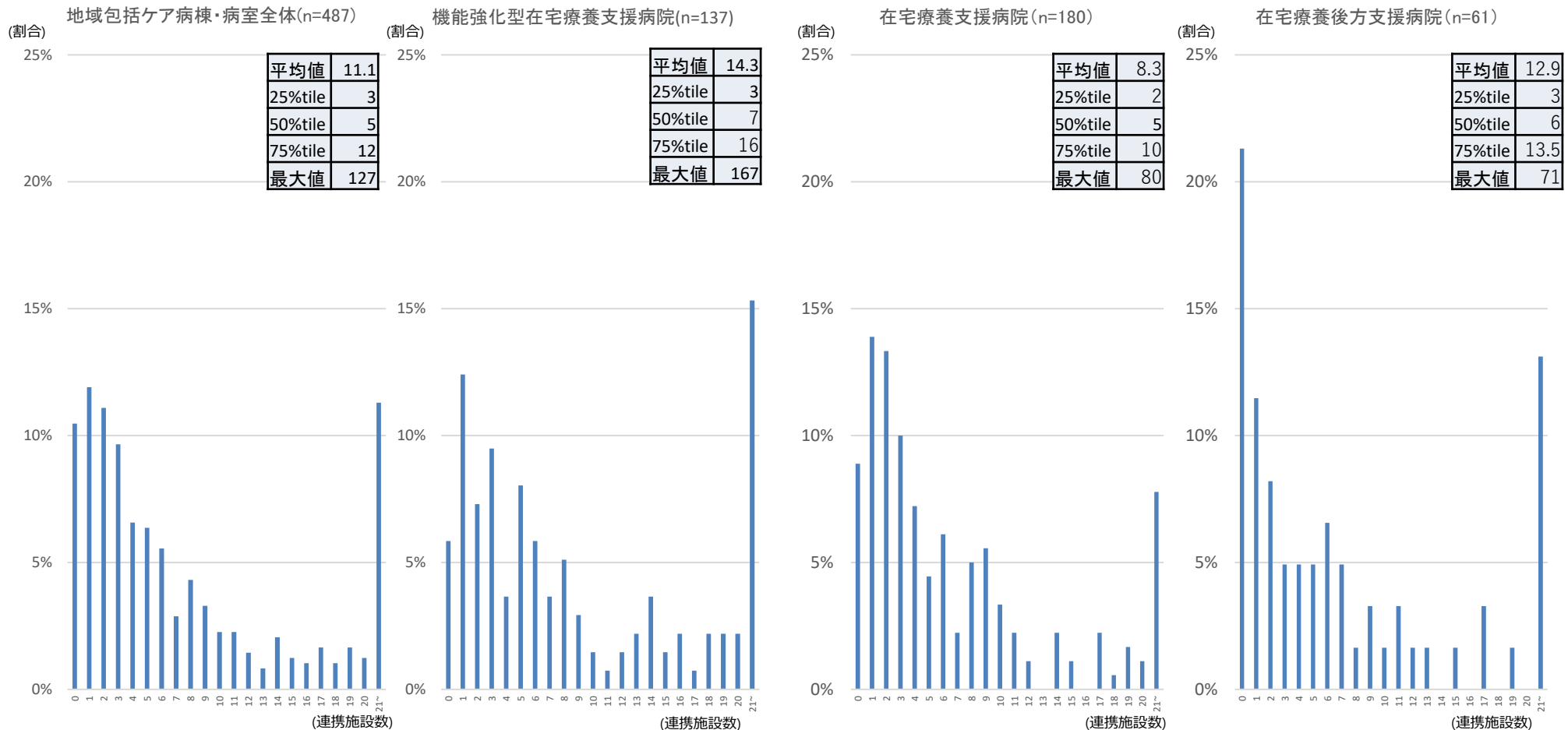


介護保険施設等との連携に係る状況③

診 調 組 入 - 3
5 . 1 0 . 5

- 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関等における、電話等による相談や緊急時の往診等の対応についてあらかじめ取り決めを行うなどしている介護保険施設等の数については、機能強化型在宅療養支援診療所が、平均値が高く、21施設以上の施設と取り決めを行っている割合が高かった。

介護保険施設等との連携体制の構築



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

介護保険施設等：介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、特定施設、認知症高齢者グループホーム

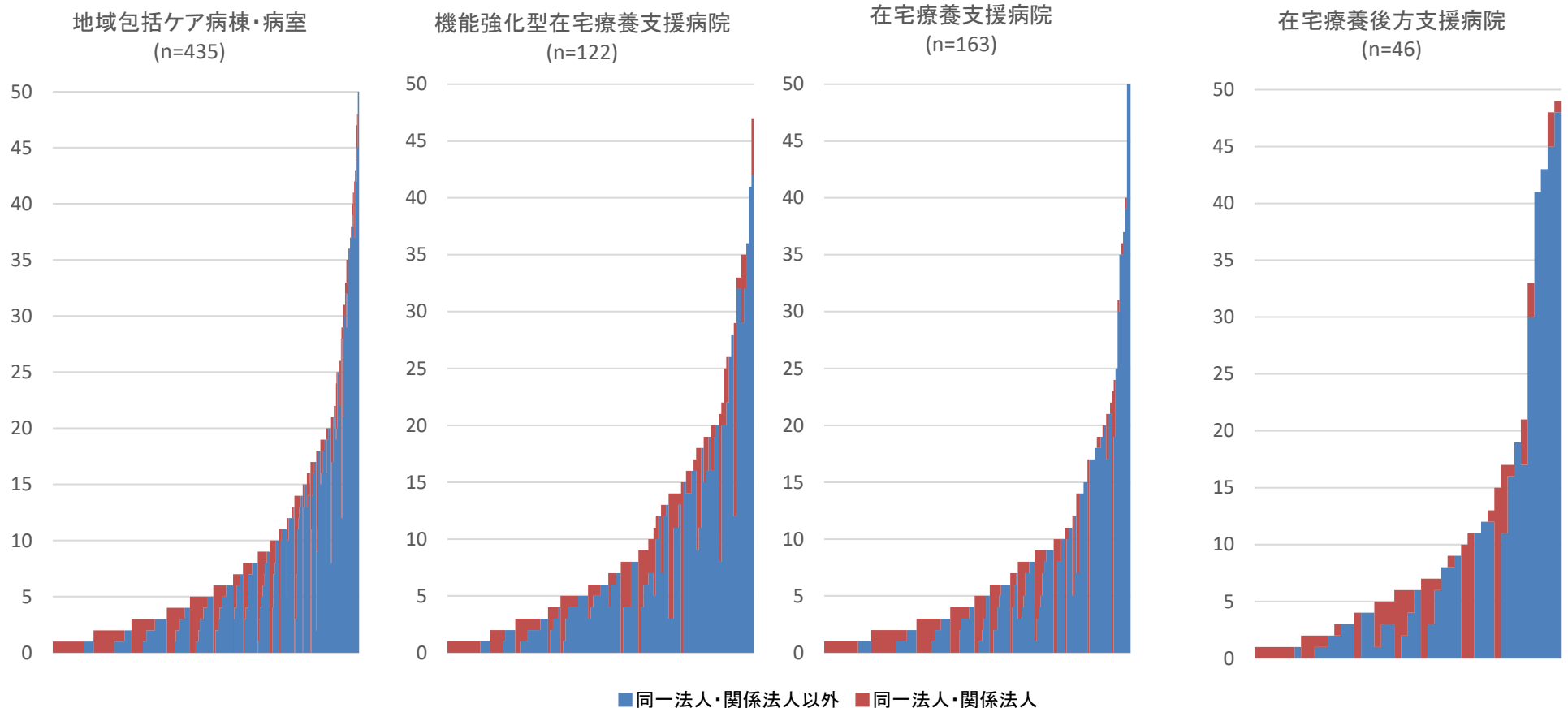
介護保険施設等との連携に係る状況④

- 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関等ごとの、電話等による相談や緊急時の往診等の対応についてあらかじめ取り決めを行うなどしている介護保険施設等の数は、以下のとおり。
- 多くの介護保険施設と取り決めを行う医療機関もあるが、中には同一法人・関係法人内の介護保険施設とのみ取り決めを行っている医療機関も存在した。

介護保険施設等との連携体制の構築状況

※電話等による相談や緊急時の往診等の対応についてあらかじめ取り決めを行うなどしている介護保険施設等の数が1以上50以下の施設のみ集計
(50より大きい介護保険施設数:地域包括ケア病棟・病室:15施設、機能強化型在宅療養支援病院:7施設、在宅療養支援病院:1施設、在宅療養後方支援病院:2施設)

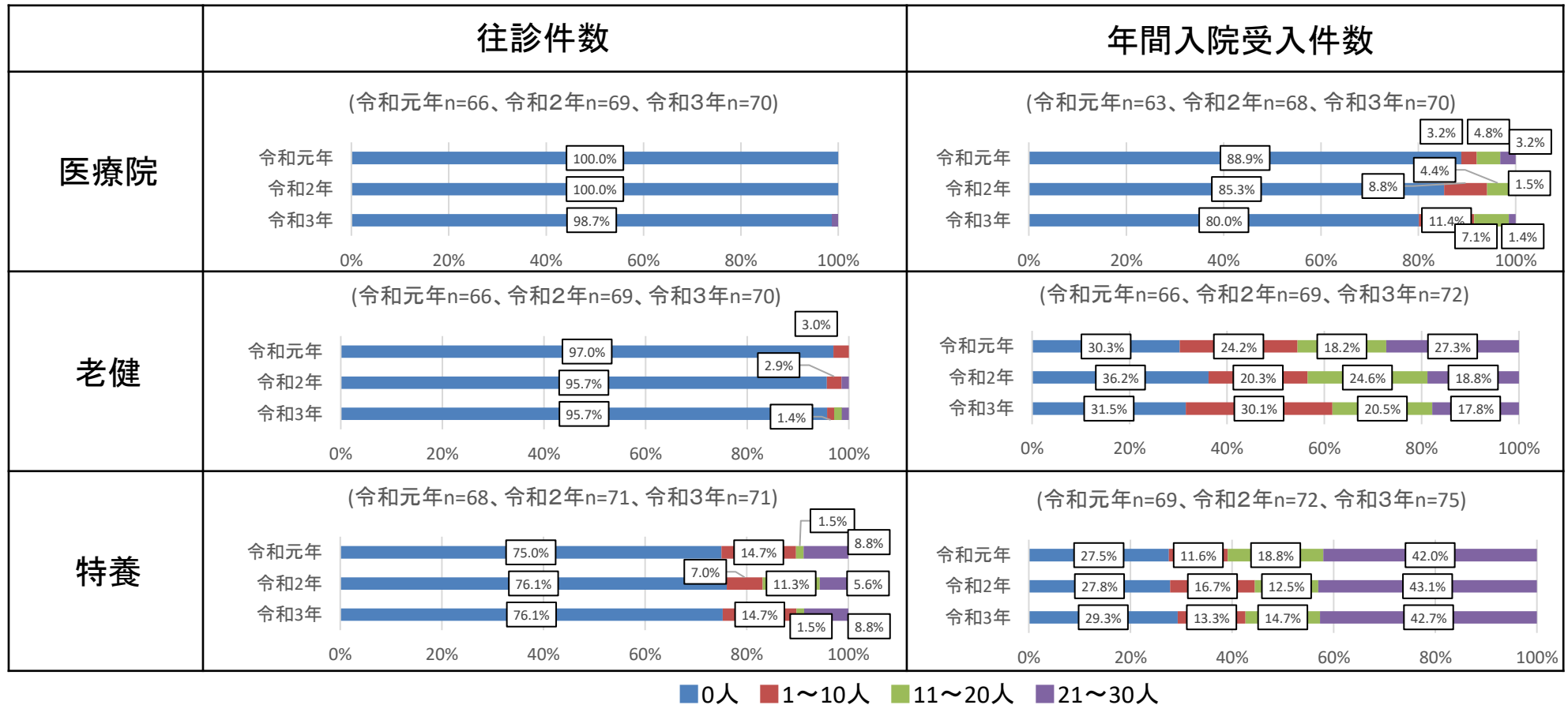
(施設数)



在宅療養支援病院における介護保険施設に対する往診等の対応状況

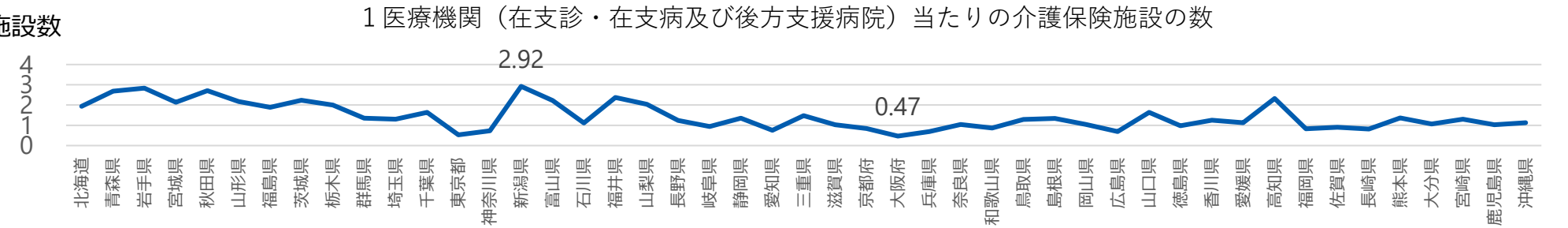
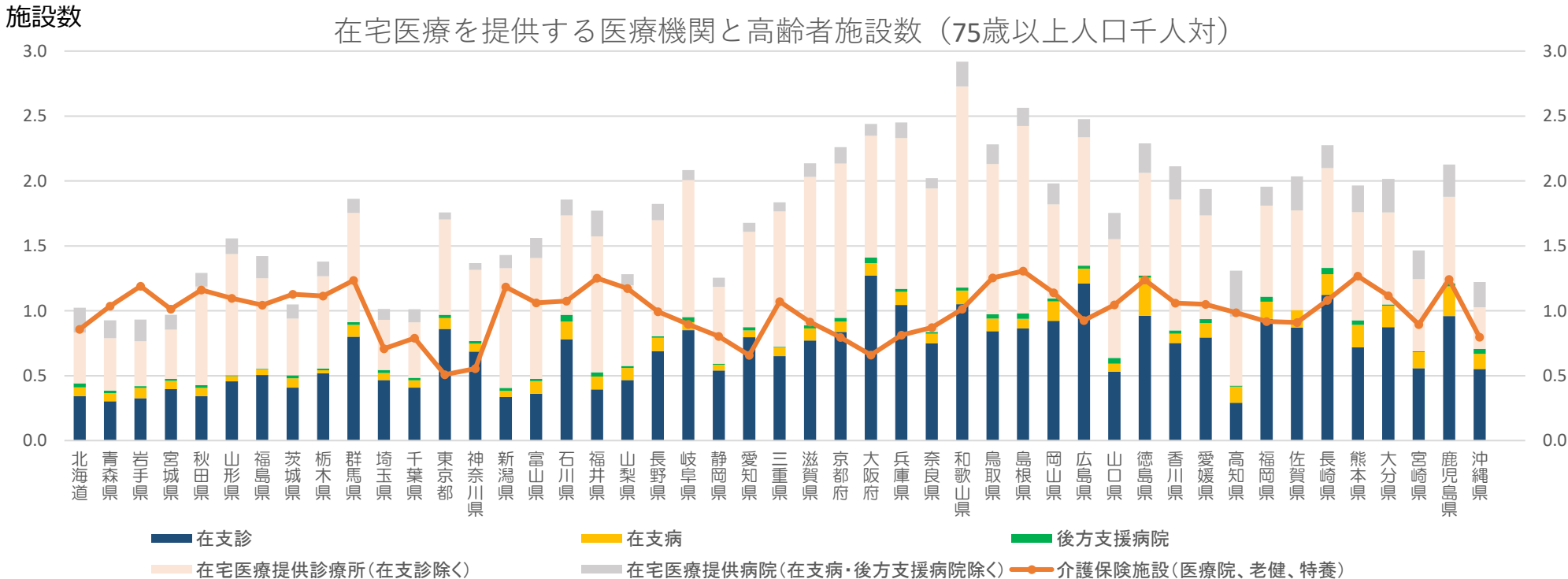
- 在宅療養支援病院において、特養に往診を行っていない在支病の割合は75%程度で推移し、近年変化はない、介護老人保健施設、介護医療院への往診はほとんど行われていなかった。
- 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設に入所している患者の入院は多くの在宅療養支援病院で受け入れられており、近年傾向に大きな変化はない。

在宅療養支援病院における介護保険施設への年間往診件数、介護保険施設からの年間入院受入件数割合



各都道府県における在宅医療を提供する医療機関と介護保険施設の数

- 各都道府県における在宅医療を提供している医療機関の数と介護保険施設の数とは以下のとおり。
- 在宅療養支援診療所(在支診)・在宅療養支援病院(在支病)、在宅療養後方支援病院(後方支援病院)について、1医療機関当たりの介護保険施設の数は0.47~2.92施設と幅がある。

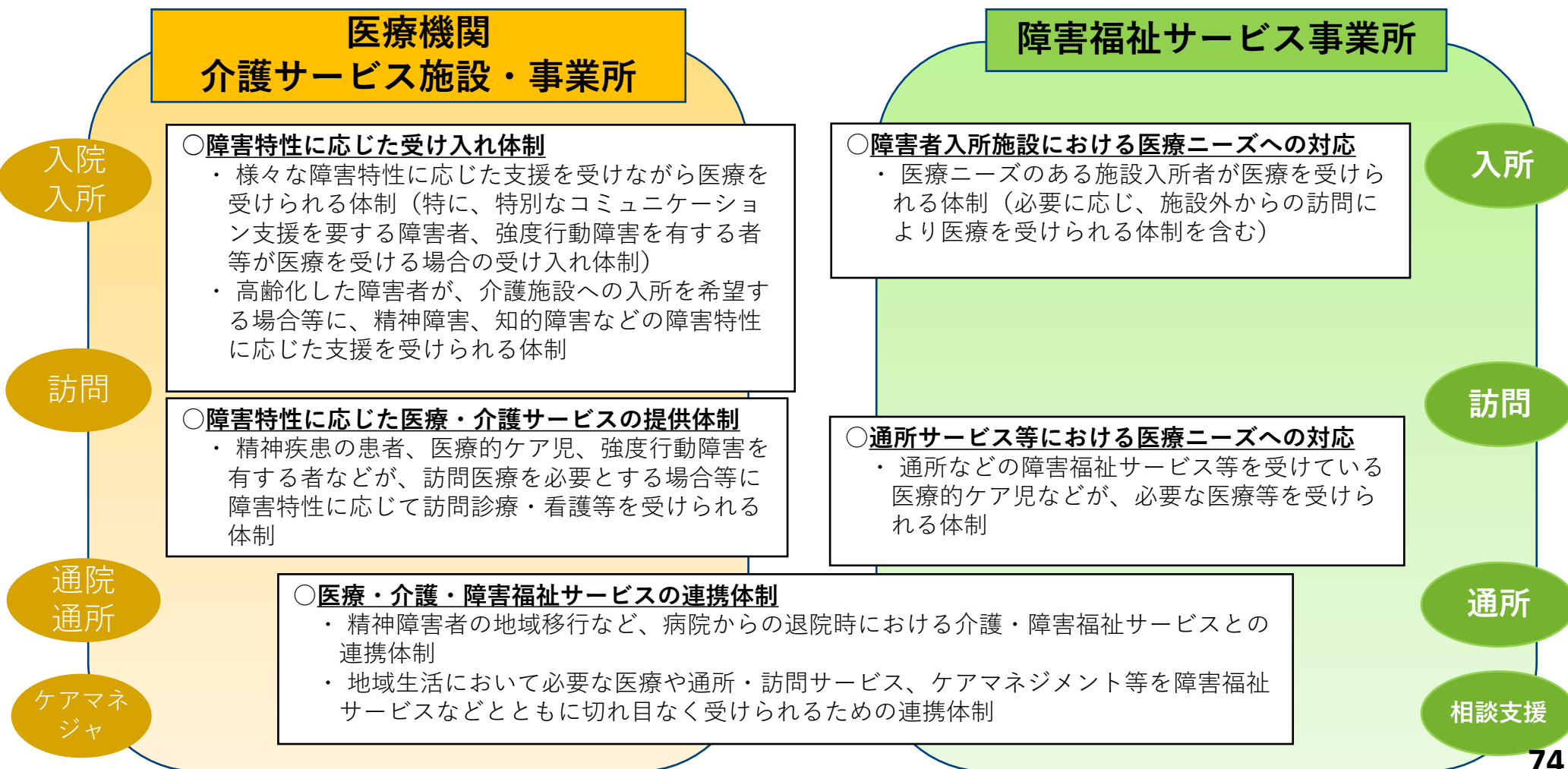


出典: 人口・厚生労働省「人口動態統計」(令和3年)
 医療機関数: 保険局医療課調べ(在支診・在支病・後方支援病院は令和4年7月1日時点で届け出ている医療機関、診療所・病院は令和4年5月診療分のNDBデータにおいて在宅患者訪問診療料又は往診料を算定した医療機関数)
 高齢者施設数: 「介護サービス施設・事業所調査」(令和3年)及び保険局医療課調べ

1. 総論
2. 主治医と介護支援専門員との連携について
3. 医療機関と高齢者施設等との連携について
4. 障害福祉サービスとの連携について

障害者への医療・介護サービス提供に当たって求められる対応

- 高齢化した障害者、精神疾患の患者、身体疾患に罹患した障害者、医療的ケア児、強度行動障害を有する者など、医療・介護・障害福祉サービスにまたがるニーズがある。
- 様々な障害特性や個々の状況に応じて、適切に医療・介護・障害福祉サービスを受けられる体制が求められる。



同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

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

3) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

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

(2) 医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

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

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律（令和4年法律第104号）の概要

社会保障審議会障害者部会
第134回（R5.1.23）資料3

（令和4年12月10日成立、同月16日公布）

改正の趣旨

障害者等の地域生活や就労の支援の強化等により、障害者等の希望する生活を実現するため、①障害者等の地域生活の支援体制の充実、②障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進、③精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備、④難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実及び療養生活支援の強化、⑤障害福祉サービス等、指定難病及び小児慢性特定疾病についてのデータベースに関する規定の整備等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 障害者等の地域生活の支援体制の充実【障害者総合支援法、精神保健福祉法】

- ① 共同生活援助（グループホーム）の支援内容として、一人暮らし等を希望する者に対する支援や退居後の相談等が含まれることを、法律上明確化する。
- ② 障害者が安心して地域生活を送れるよう、地域の相談支援の中核的役割を担う基幹相談支援センター及び緊急時の対応や施設等からの地域移行の推進を担う地域生活支援拠点等の整備を市町村の努力義務とする。
- ③ 都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化する。

2. 障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進【障害者総合支援法、障害者雇用促進法】

- ① 就労アセスメント（就労系サービスの利用意向がある障害者との協同による、就労ニーズの把握や能力・適性の評価及び就労開始後の配慮事項等の整理）の手法を活用した「就労選択支援」を創設するとともに、ハローワークはこの支援を受けた者に対して、そのアセスメント結果を参考に職業指導等を実施する。
- ② 雇用義務の対象外である週所定労働時間10時間以上20時間未満の重度身体障害者、重度知的障害者及び精神障害者に対し、就労機会の拡大のため、実雇用率において算定できるようにする。
- ③ 障害者の雇用者数で評価する障害者雇用調整金等における支給方法を見直し、企業が実施する職場定着等の取組に対する助成措置を強化する。

3. 精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備【精神保健福祉法】

- ① 家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意により医療保護入院を行うことを可能とする等、適切に医療を提供できるようにするほか、医療保護入院の入院期間を定め、入院中の医療保護入院者について、一定期間ごとに入院の要件の確認を行う。
- ② 市町村長同意による医療保護入院者を中心に、本人の希望のもと、入院者の体験や気持ちを丁寧に聴くとともに、必要な情報提供を行う「入院者訪問支援事業」を創設する。また、医療保護入院者等に対して行う告知の内容に、入院措置を採る理由を追加する。
- ③ 虐待防止のための取組を推進するため、精神科病院において、従事者等への研修、普及啓発等を行うこととする。また、従事者による虐待を発見した場合に都道府県等に通報する仕組みを整備する。

4. 難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実及び療養生活支援の強化【難病法、児童福祉法】

- ① 難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する医療費助成について、助成開始の時期を申請日から重症化したと診断された日に前倒しする。
- ② 各種療養生活支援の円滑な利用及びデータ登録の促進を図るため、「登録者証」の発行を行うほか、難病相談支援センターと福祉・就労に関する支援を行う者の連携を推進するなど、難病患者の療養生活支援や小児慢性特定疾病児童等自立支援事業を強化する。

5. 障害福祉サービス等、指定難病及び小児慢性特定疾病についてのデータベース（DB）に関する規定の整備【障害者総合支援法、児童福祉法、難病法】

障害DB、難病DB及び小慢DBについて、障害福祉サービス等や難病患者等の療養生活の質の向上に資するため、第三者提供の仕組み等の規定を整備する。

6. その他【障害者総合支援法、児童福祉法】

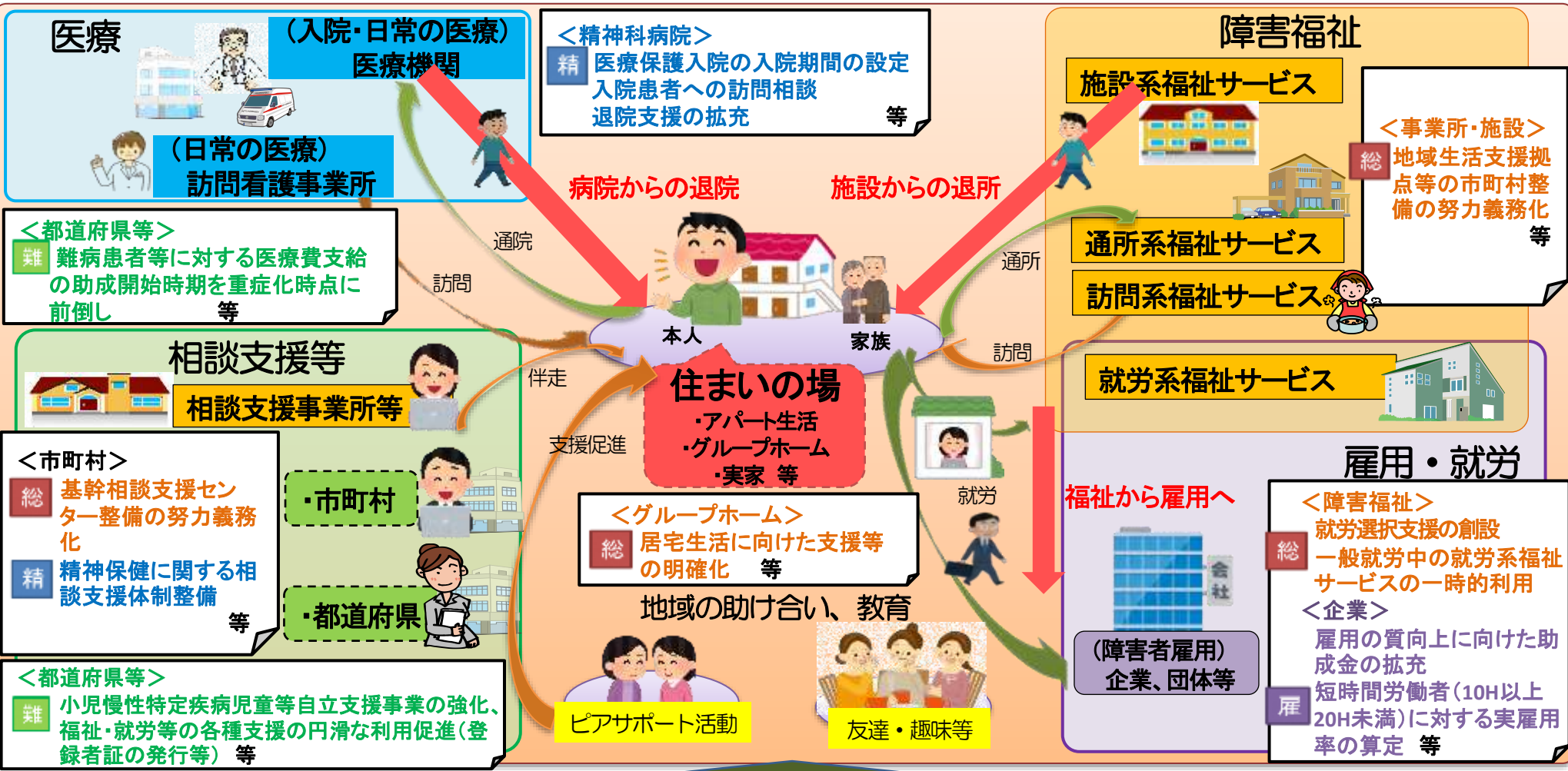
- ① 市町村障害福祉計画に整合した障害福祉サービス事業者の指定を行うため、都道府県知事が行う事業者指定の際に市町村長が意見を申し出る仕組みを創設する。
- ② 地方分権提案への対応として居住地特例対象施設に介護保険施設を追加する。

このほか、障害者総合支援法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法附則第18条第2項の規定等について所要の規定の整備を行う。

施行期日

令和6年4月1日（ただし、2①及び5の一部は公布後3年以内の政令で定める日、3②の一部、5の一部及び6②は令和5年4月1日、4①及び②の一部は令和5年10月1日）

- 障害者や難病患者等が地域や職場で生きがい・役割を持ち、医療、福祉、雇用等の各分野の支援を受けながら、その人らしく安心して暮らすことができる体制の構築を目指す。このため、本人の希望に応じて、
 - ・施設や病院からの地域移行、その人らしい居宅生活に向けた支援の充実 (障害者総合支援法関係、精神保健福祉法関係、難病法・児童福祉法関係) 総 精 難
 - ・福祉や雇用が連携した支援、障害者雇用の質の向上 (障害者総合支援法関係、障害者雇用促進法関係) 総 雇
 - ・調査・研究の強化やサービス等の質の確保・向上のためのデータベースの整備 (難病法・児童福祉法関係、障害者総合支援法関係) 難 総
- 等を推進する。

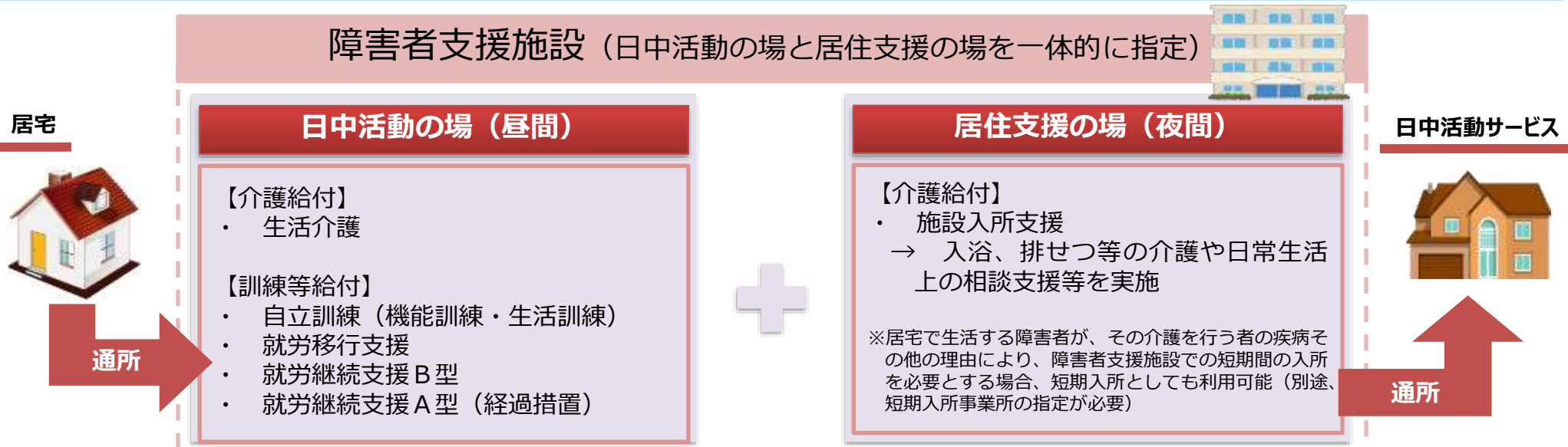


概要

- 施設に入所する障害者につき、主として夜間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援（施設入所支援）を行うとともに、施設入所支援以外の施設障害福祉サービス（生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援 B 型等）を実施する施設。

対象者

- ① 生活介護利用者のうち、区分 4 以上の者（50 歳以上の場合は、区分 3 以上）
- ② 自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援 B 型の利用者のうち、入所させながら訓練等を実施することが必要かつ効果的であると認められる者又は通所によって訓練を受けることが困難な者
- ③ 特定旧法指定施設に入所していた者であって継続して入所している者又は、地域における障害福祉サービスの提供体制の状況その他やむを得ない事情により通所によって介護等を受けることが困難な者のうち、①又は②に該当しない者若しくは就労継続支援 A 型を利用する者



※ 障害者支援施設が実施する日中活動サービスを居宅から通所して利用すること、施設入所支援の利用者が障害者支援施設以外が実施する日中活動サービスを利用することも可能。

障害者支援施設（生活介護・施設入所支援を行う場合）における人員基準・設備基準の概要

○ 障害者支援施設は、日中活動の場と居住支援の場を一体的に指定しており、昼間実施サービスによって人員配置が異なる。

日中活動の場（昼間）※生活介護を行う場合

人員基準	医師	利用者に対して日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行うために 必要な数
	看護職員	生活介護の単位ごとに、 1人以上
	理学療法士 又は 作業療法士	利用者に対して日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う場合は、生活介護の単位ごとに当該訓練を行うために 必要な数
	生活支援員	生活介護の単位ごとに、 1人以上（1人以上は常勤）
	看護職員、理学療法士又は作業療法士及び生活支援員の総数は、生活介護の単位ごとに、 常勤換算 で①から③までに掲げる平均障害支援区分に応じ、それぞれ①から③までに掲げる数 ①平均障害支援区分が4未満： 利用者数を6で除した数以上 ②平均障害支援区分が4以上5未満： 利用者数を5で除した数以上 ③平均障害支援区分が5以上： 利用者数を3で除した数以上	
	サービス管理責任者	利用者60名以下： 1人以上 利用者61名以上：1人に、利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上 ※1人以上は常勤



居住支援の場（夜間）※施設入所支援

人員基準	生活支援員	利用者数60人以下：1人以上 利用者数61人以上：1人に、利用者が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上
	サービス管理責任者	当該施設等において、昼間実施サービスを行う場合に配置されるサービス管理責任者が兼ねること

※施設長を障害者支援施設に1人配置（専従で配置。ただし、管理上支障がない場合は他の業務等に従事可能。）

設備基準

訓練・作業室	訓練又は作業に支障のない広さを有し、必要な機械器具等を備えること
居室	<ul style="list-style-type: none"> 居室の定員：4人以下 地階に設けず、利用者1人当たりの床面積について収納設備等を除き、9.9平方メートル以上とすること 寝台等、利用者の身の回り品を保管することができる設備及びブザー等の設備を備えること 一以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下等に直接面して設けること
食堂	食事の提供に支障がない広さを有し、必要な備品を備えること
浴室	利用者の特性に応じたものとする
洗面所・便所	居室のある階ごとに設けて、利用者の特性に応じたものであること
廊下幅	1.5メートル以上（中廊下の幅は、1.8メートル以上）

障害福祉サービスにおける医療・看護の提供体制

サービス類型	生活介護	短期入所		施設入所支援	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)、宿 泊型自立 訓練	就労移行 支援、就 労継続支 援A型、B 型	共同生活 援助	児童発達支援		放課後等デイサービ ス		福祉型障害児入所施設	
		短期入所 (福祉 型)	短期入所 (福祉型 強化)						重心型以 外	重心型 ※1	重心型以 外	重心型 ※1	知的障害 児、盲児、 ろうあ児	自閉症児、 肢体不自 由児
人員基準上の看護職員の配置	あり	なし	あり	なし	あり	なし	なし	なし	なし	あり	なし	あり	なし	あり
配置型の看護職員にかかる加算	常勤看護職員等配置加算	常勤看護職員等配置加算	常勤看護職員等配置加算 医療的ケア対応支援加算	夜間看護体制加算	—	看護職員配置加算	—	看護職員配置加算 医療的ケア対応支援加算	看護職員加配加算 ※基本報酬により評価	看護職員加配加算	看護職員加配加算 ※基本報酬により評価	看護職員配置加算	看護職員配置加算	看護職員配置加算
連携型の看護職員にかかる加算	—	医療連携体制加算	—	—	—	医療連携体制加算	医療連携体制加算	医療連携体制加算	医療連携体制加算	—	医療連携体制加算	—	—	—

※1 主として重症心身障害児を通わせる施設

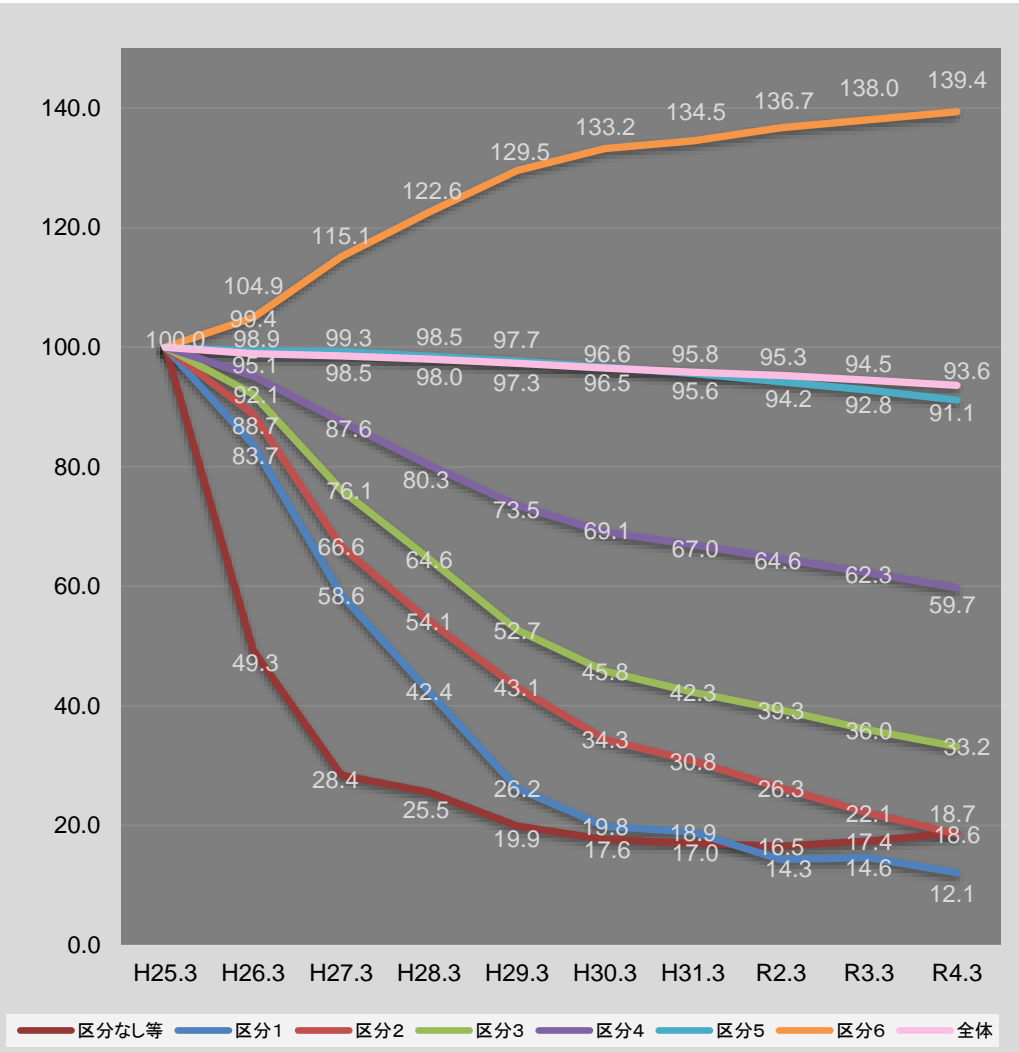
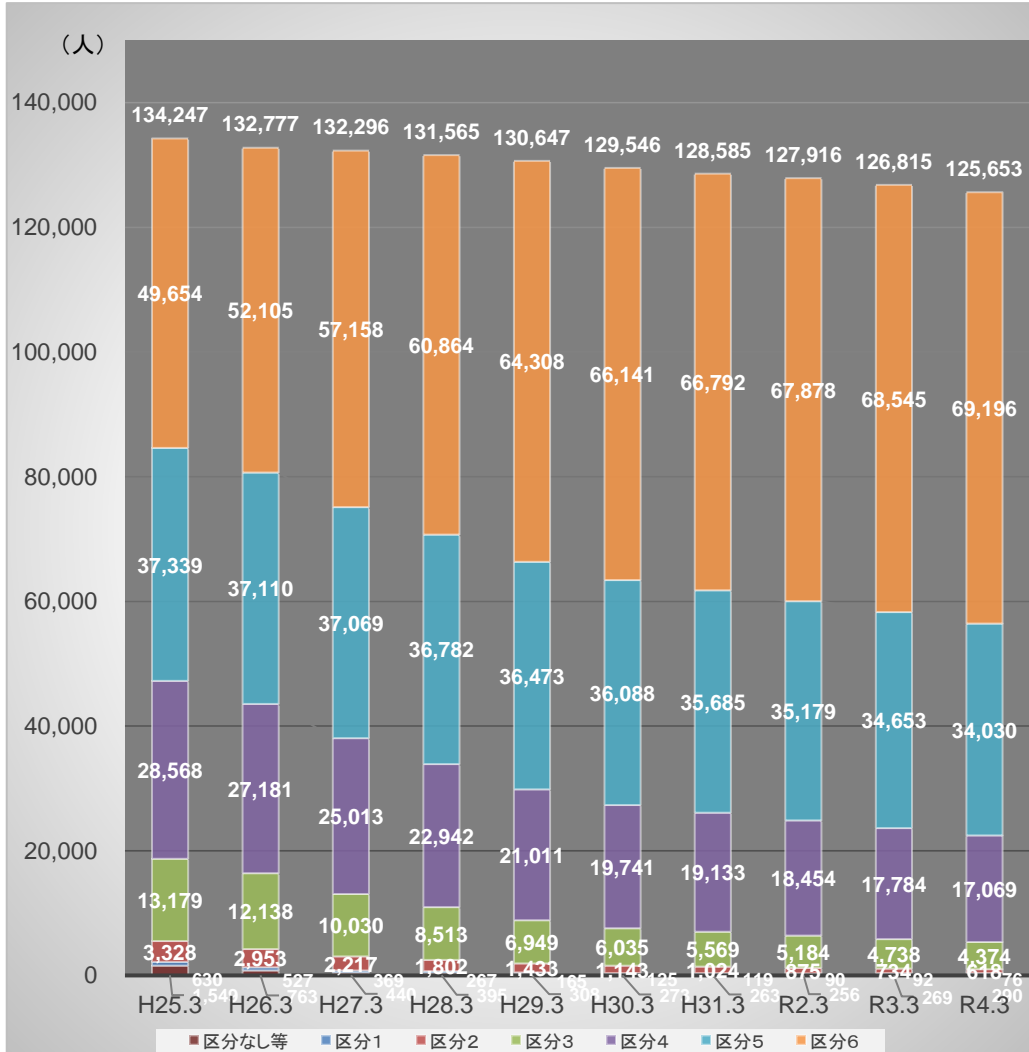
障害者が利用できるサービス

障害児者が利用できるサービス

障害児が利用できるサービス

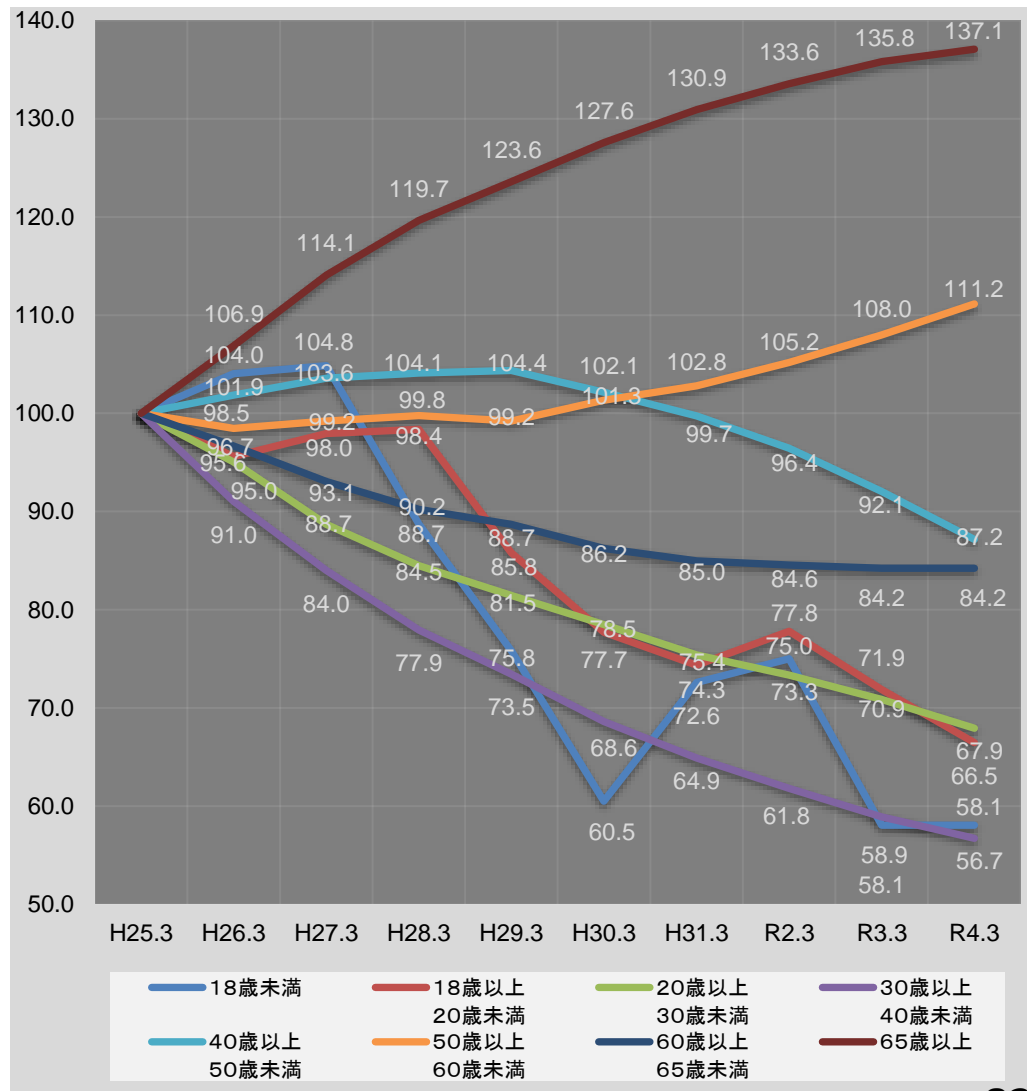
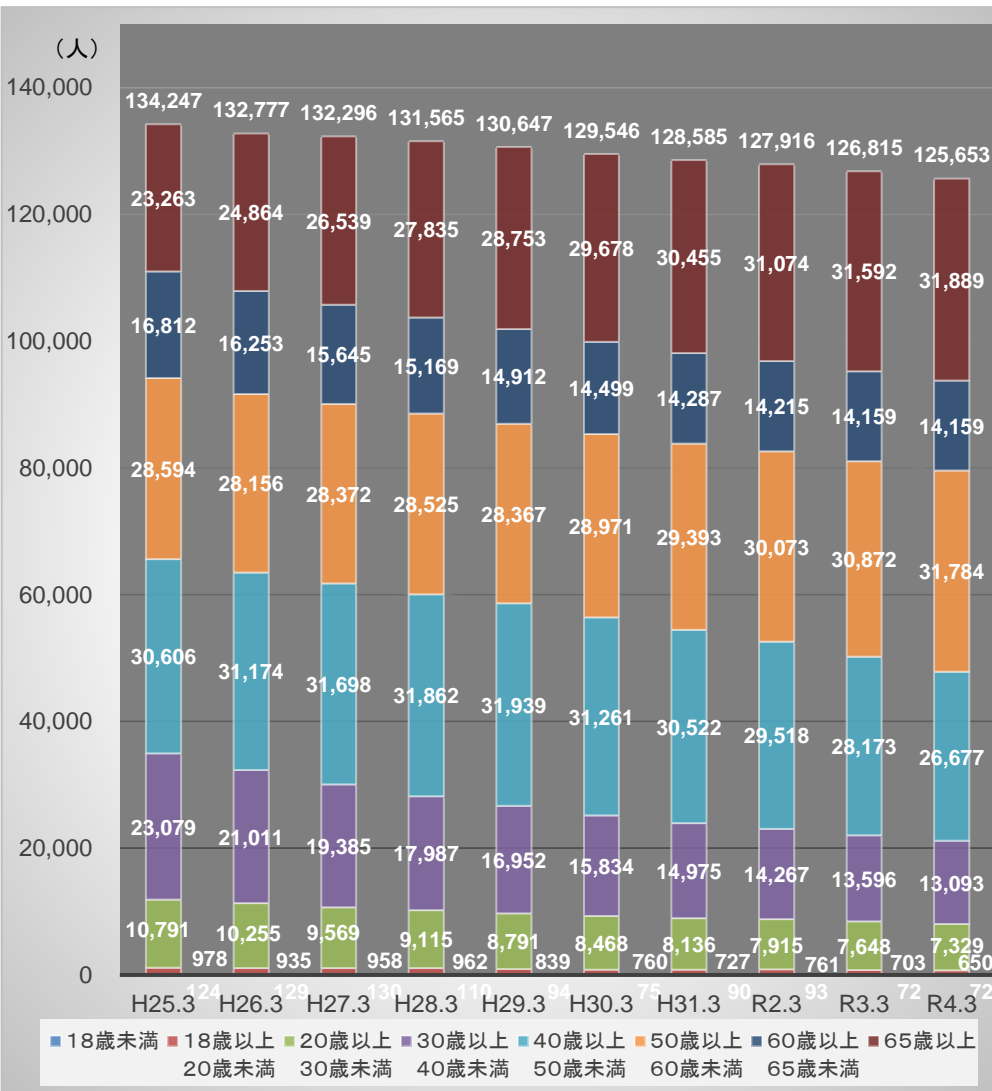
障害者支援施設の入所者数の推移（障害支援区分別）

- 障害支援区分別の利用者数について、令和4年3月時点と平成25年3月時点と比較すると、
- ・ 区分1は87.9%減少、区分2は81.4%減少、区分3は66.8%減少、区分4は40.3%減少、区分5は8.9%減少となっている。
 - ・ 区分6は39.4%増加となっている。



障害者支援施設の入所者数の推移（年齢階級別）

- 年齢階級別の利用者数について、令和4年3月時点と平成25年3月時点と比較すると、
- ・ 20歳以上30歳未満は32.1%減少、30歳以上40歳未満は43.3%減少となっている。
 - ・ 50歳以上60歳未満については11.2%増加、65歳以上については37.1%増加となっている。



障害者支援施設等入所者の医療機関の受診等の課題

中医協 総3
3. 1 2. 1 0

～「障害者支援施設等と医療機関における連携状況に関する実態調査報告書」から～

- 障害者支援施設等入所者の診療で対応困難だった経験を有する医療機関の割合は約27%。
- 入所施設にとって、入所者の医療機関の受診等について「症状を自己申告出来ない入所者は、受診の判断が困難」「検査・診察の待機時間が長い又は待機が困難」などの課題がある。

○本調査では障害者支援施設等を通じて日常的に連携する医療機関に回答を依頼した。回答のあった医療機関の属性は以下のとおり (n=230)

1)医療機関の施設種別

病院(31.3%)、有床診療所(5.2%)、無床診療所(63.5%)

2)標榜診療科(複数回答)

内科(56.5%)、外科(18.7%)、整形外科(20.9%)、小児科(17.4%)、産婦人科(3.5%)、呼吸器科(16.1%)、循環器科(15.2%)、精神科(31.3%)、眼科(7.8%)、耳鼻咽喉科(6.1%)、歯科(27.8%)、泌尿器科(7.4%)、皮膚科(12.6%)、その他(20.4%)※

※リハビリテーション科、心療内科、神経内科、脳神経外科、形成外科、アレルギー科 等

3)診療したことのある入所者の主な障害特性

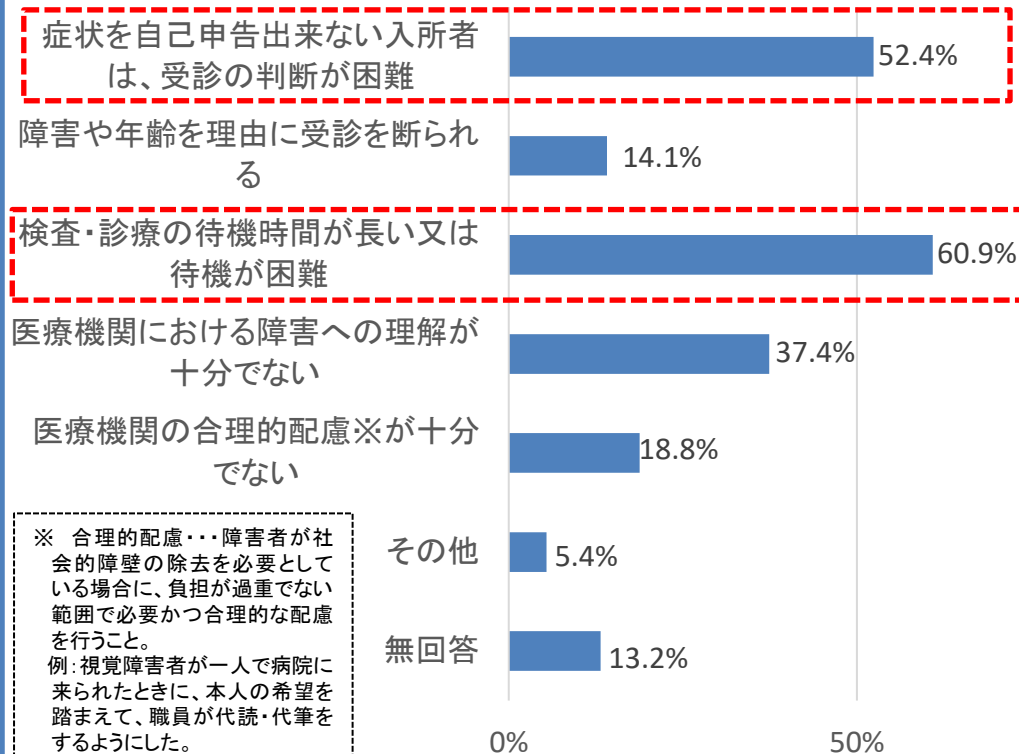
視覚障害(10.4%)、聴覚・平衡機能障害(6.5%)、肢体不自由(36.5%)、内部障害(8.3%)、精神障害(55.2%)、知的障害(81.7%)、発達障害(自閉症など)(18.7%)、高次脳機能障害(18.7%)、その他(3.5%)

○障害者支援施設等の入所者の受診で対応困難だった経験の有無 (令和元年度1年間について)

ある(26.5%)、ない(73.5%)

入所者の医療機関の受診等についての課題 (施設等_複数回答)(n=1183)

(回答者:障害者支援施設、福祉型障害児入所施設、グループホーム)



出典:障害者支援施設等と医療機関における連携状況に関する実態調査報告書(令和2年度障害者総合福祉推進事業)

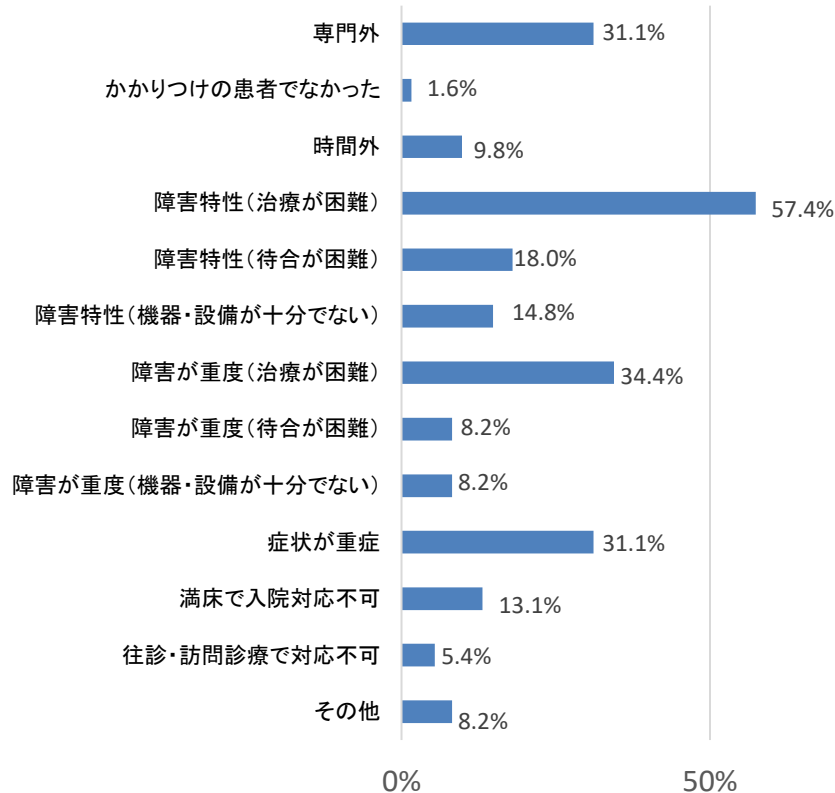
※調査対象は障害者支援施設、福祉型障害児入所施設、共同生活援助(グループホーム)(以下「入所施設等」)及び入所施設等と連携する医療機関(以下「医療機関」)

※回収率:入所施設等:53.2%(1,183有効回収数/2,222配布数)

医療機関:入所施設等が日常的に連携している医療機関に入所施設等を通じて回答を依頼(入所施設等1カ所最大5医療機関)し、230医療機関が回答

- 医療機関が対応困難な理由としては、「障害特性」「障害が重度」と回答した割合が高い。
- 対応が困難だった入所者の状況等としては「安静・治療の継続が困難」「強いこだわり」などがあつた。また、必要な具体的支援としては「日常的な関わりの強化」「互いの情報共有」「早期段階からの相談体制」などの意見があつた。

医療機関における対応が困難だった理由(複数回答)
(対応困難だった経験がある医療機関、複数回答)(n=61)



【対応が困難だった入所者の状況等(自由記述)】

- ・ 安静・治療の継続が困難
- ・ 発達障害による強いこだわり
- ・ 診察を抵抗・拒否する
- ・ 恐怖心が強く検査・治療ができない
- ・ コミュニケーションが取れない
- ・ 知的障害に伴う激しい診療拒否
- ・ 強度行動障害による激しい診療拒否 等

【障害者支援施設等との連携において必要な支援(自由記述)】

- ・ 患者の退院先となるため、日常的な関わりを強化し、コミュニケーションを図る必要
- ・ 互いに情報共有、検討していくことの積み重ねが必要
- ・ 早期段階からの相談体制
- ・ 新型コロナウイルス対策にかかる支援 等

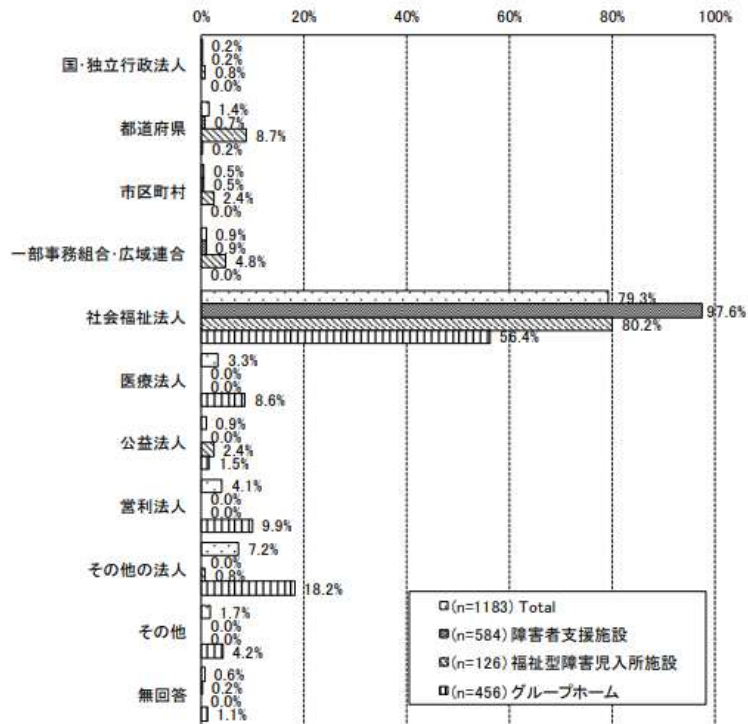
出典:障害者支援施設等と医療機関における連携状況に関する実態調査報告書(令和2年度障害者総合福祉推進事業)

※調査対象は障害者支援施設、福祉型障害児入所施設、共同生活援助(グループホーム)と連携する医療機関

障害者支援施設の運営主体等について

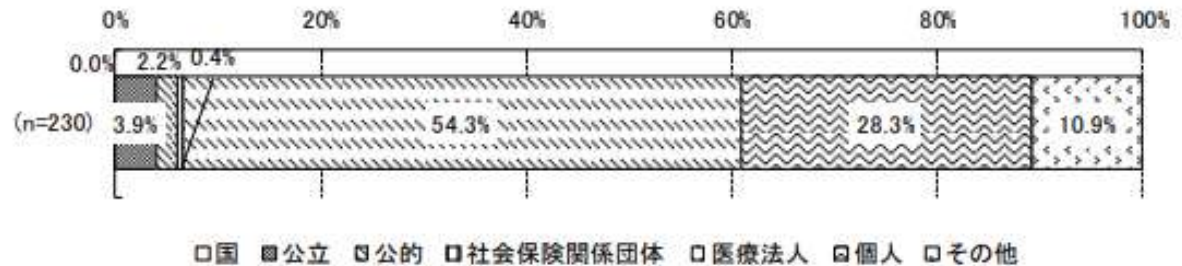
- 障害者支援施設の運営主体は「社会福祉法人」が97.6%である
- 障害者支援施設等の日常的に連携している医療機関は「医療法人」が最も高く54.3%、次いで「個人」が28.3%となっている。

障害者支援施設等の運営主体



(注) 合計には施設種別が不明の17件が含まれる(以降同様)。

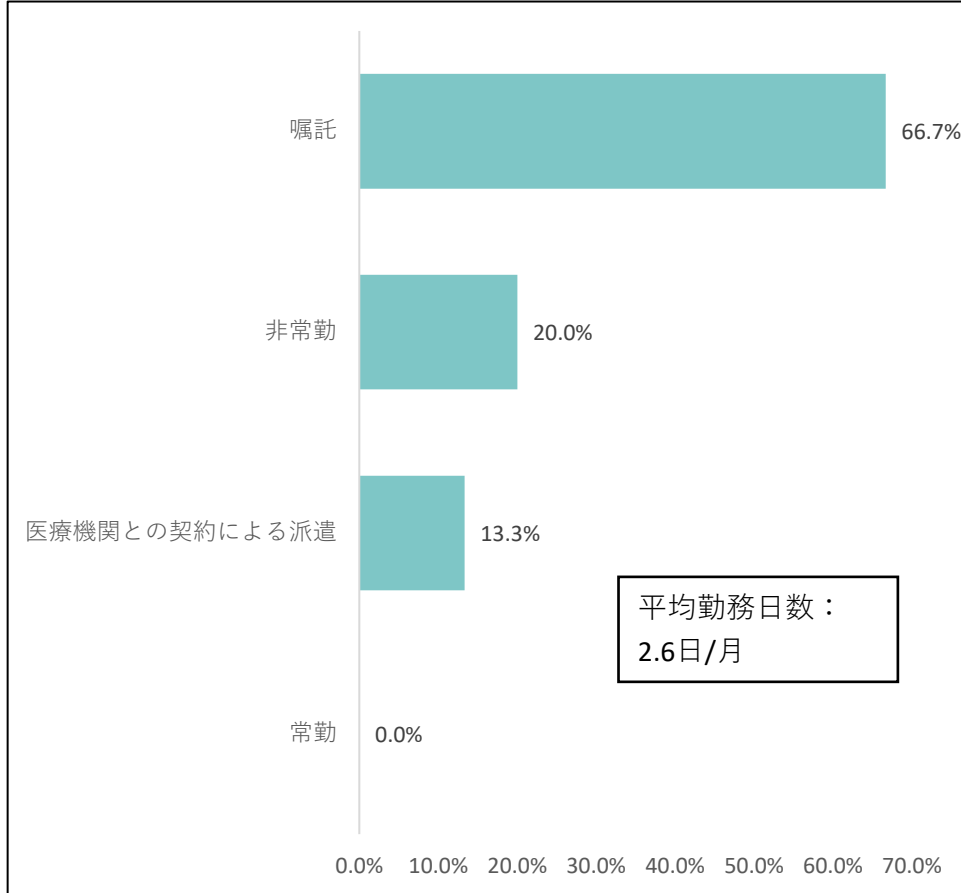
障害者支援施設等が日常的に連携している医療機関の開設者



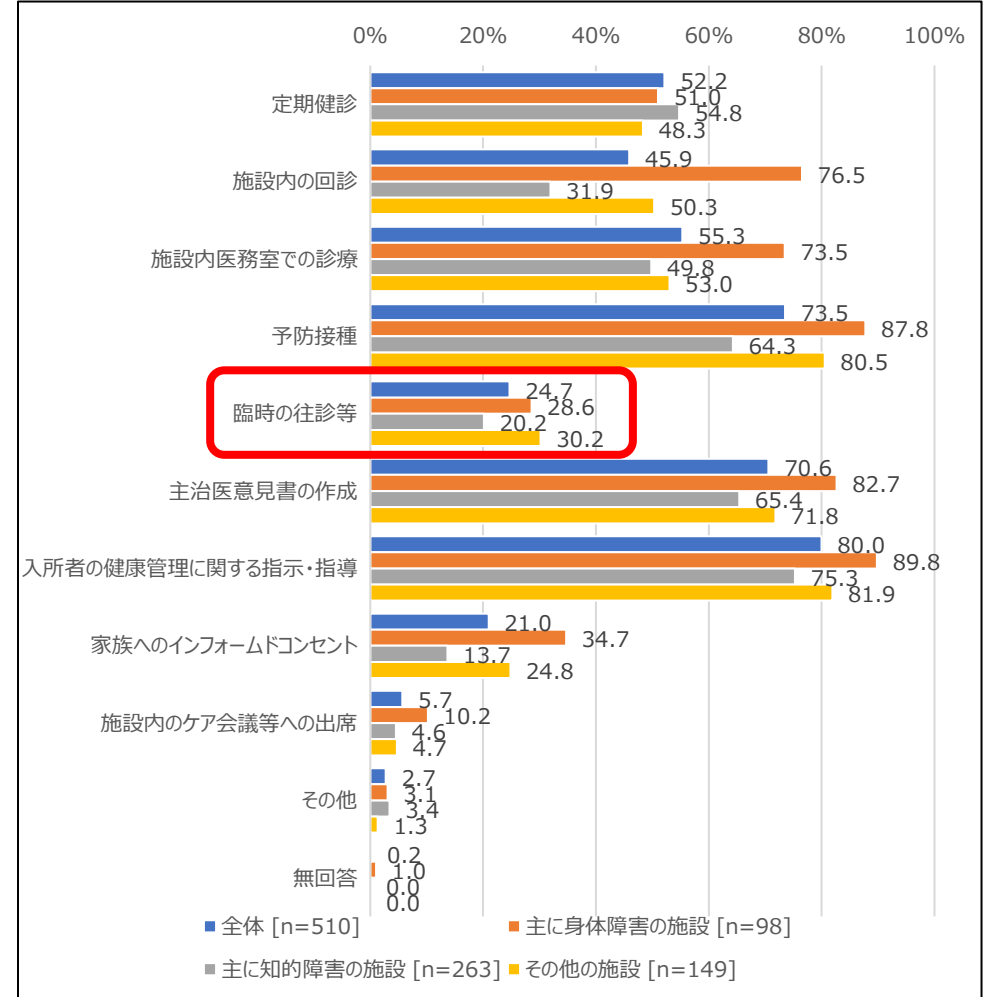
配置医師の状況について

- 配置医師の勤務形態は、「嘱託」が66.7%、非常勤が20%となっている。また、月の平均勤務日数は、2.6日となっている。(図表1)
- 施設の配置医師が業務として「臨時の往診等」を実施している割合は、24.7%となっている。(図表2)

図表1. 配置医師の勤務形態

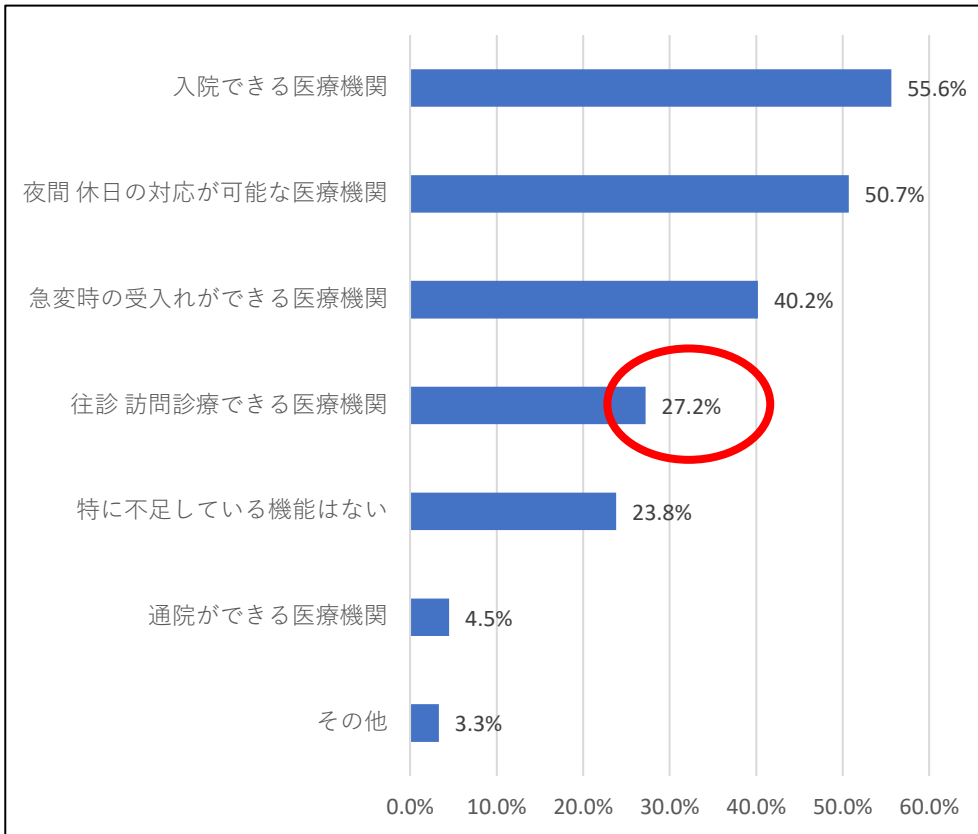


図表2. 施設で配置医師が行っている業務



- 令和2年度に実施した調査研究によると、障害者支援施設の連携先の医療機関に不足している機能として、「往診・訪問診療できる医療機関」と回答した障害者支援施設は27.2%であった。(図表1)
- 日常的な受診(訪問診療・往診)の課題等として、「施設では訪問診療が対象外となることが困る。」や、「入所施設に訪問診療を入れるように取り扱いを変えて欲しい。」、「配置医だけでは、対応困難である。」といった意見があった。(図表2)

図表1. 障害者支援施設の連携先の医療機関に不足している機能 (n=584)



図表2. 日常的な受診(訪問診療・往診)の課題等(自由記述式) ※要約

<夜間の対応>

- ・ 夜間の怪我等に対して、往診してほしい。

<対応する医療機関がない、少ない>

- ・ 訪問診療・往診の対応が出来る医療機関が少ない、見つけられない。
- ・ 往診、訪問診療ができる医師がいない。

<要望>

- ・ 対応困難な場合に往診の対応ができる医療機関があると良い。
- ・ 特殊な科に円滑に受診できる体制があれば良い。
- ・ 重度障害者の受診が難しい為、訪問し治療してくれる病院の紹介があれば良い。

<その他>

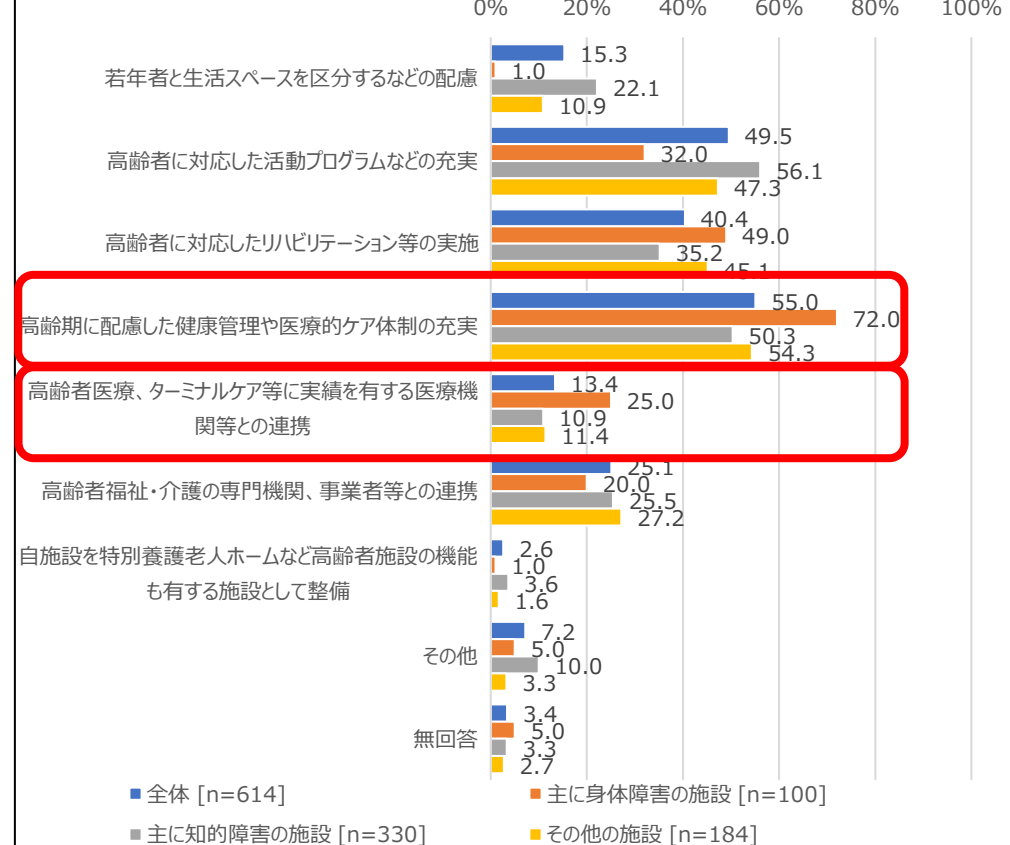
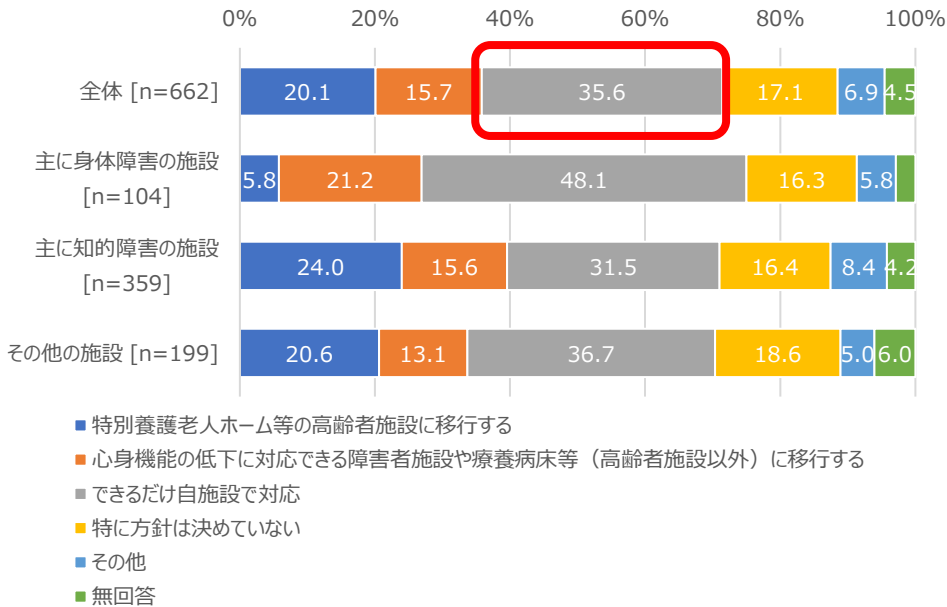
- ・ 利用するにあたり、診問診療が利用出来ず、とても悩んだ。
- ・ 施設では訪問診療が対象外となることが困る。
- ・ 入所施設に訪問診療を入れるように取り扱いを変えて欲しい。
- ・ 配置医だけでは、対応困難である。
- ・ 利用者の特性に合わせた医療が選択できるようにして欲しい。

施設入所支援における高齢化に伴う対応

- 加齢にともなう心身機能の低下が顕著となっている者の対応方針としては、「できるだけ自施設で対応」としているところが35.6%となっている。(図表1)
- 入所者の高齢化への対応としては、「高齢期に配慮した健康管理や医療的ケア体制の充実」に対応している割合が高いが、「高齢者医療、ターミナルケア等に実績を有する医療機関等との連携」を実施している割合が低い状況にあった。(図表2)

図表1. 加齢にともなう心身機能の低下が顕著となっている者の対応方針

図表2. 入所者の高齢化への対応状況



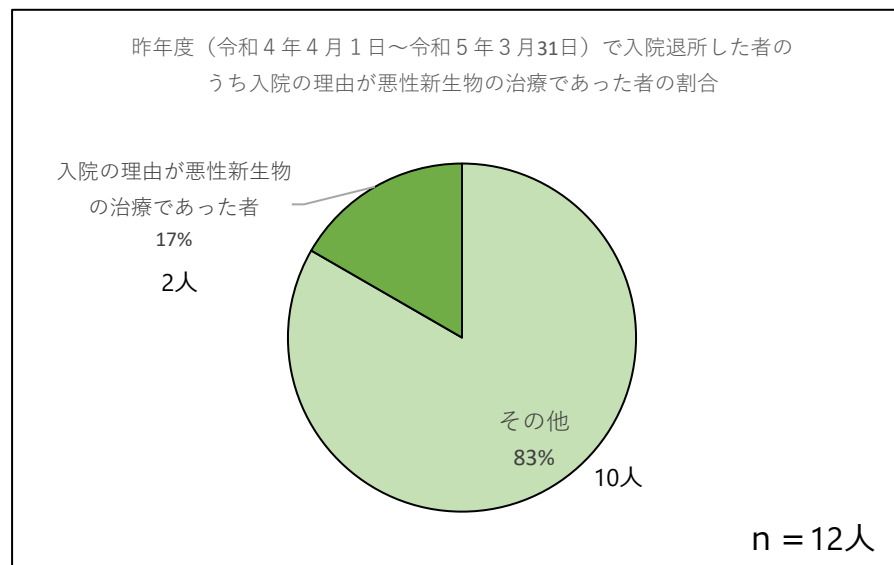
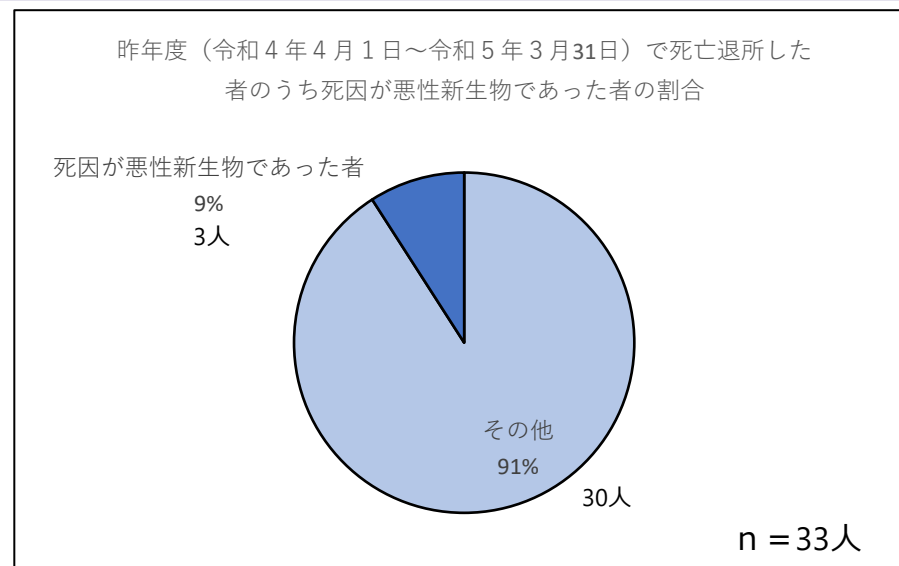
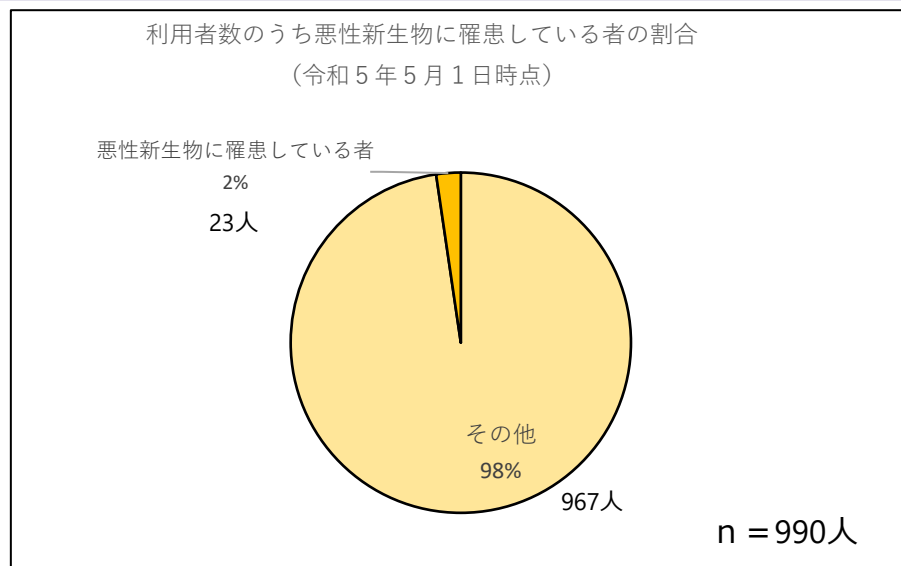
障害者支援施設における訪問診療・往診の取扱いについて

- 障害者支援施設においては配置医師を求めることとしている。
- 特別養護老人ホームにおいては、末期の悪性腫瘍の患者に対して在宅患者訪問診療料を算定できるとしているが、障害者支援施設においては、訪問診療料を算定できない。

	特別養護老人ホーム	障害者支援施設（生活介護を行う場合）
医師の配置基準	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数（非常勤可）	<u>利用者に対して日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数</u>
看護師の配置		<u>生活介護の単位ごとに1人以上</u>
配置医師の役割	健康管理又は療養上の指導	<u>日常生活上の健康管理又は療養上の指導</u>
訪問診療に係る費用	<p>介護報酬で評価※</p> <p>※当該患者が末期の悪性腫瘍の場合又は当該患者を当該特別養護老人ホームで看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る）場合、在宅患者訪問診療料を算定することができる。</p>	障害福祉サービス等報酬で評価
往診にかかる費用	<p>医療保険で評価※</p> <p>※患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者若しくはその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合又は緊急の場合であって特別養護老人ホーム等の管理者の求めがあった場合</p>	<p>医療保険で評価※</p> <p>※患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者若しくはその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合又は緊急の場合であって特別養護老人ホーム等の管理者の求めがあった場合</p>

障害者支援施設における悪性新生物により死亡退所した者等の割合（団体を通じたアンケート結果）

- 利用者数のうち悪性新生物に罹患している者の割合は、令和5年5月1日時点で、全体の2%であった。
- 昨年度「死亡退所」した者のうち死因が悪性新生物であった者の割合は、全体の9%、「入院退所」した者のうち入院の理由が悪性新生物の治療であった者の割合は、全体の17%であった。



※ 団体を通じて障害者支援施設22施設にアンケートを行った結果を基に障害福祉課にて作成

※ 施設入所支援の入所者数：125,653人（国保連データR4.3月時点）

悪性新生物により障害者支援施設での生活を継続することが困難であった事例

(論点4参考資料④)

- 本人にとって慣れた職員がおり、慣れた環境である障害者支援施設において、訪問診療等が受診できれば、本人・家族の希望する環境で治療できたと思われるが、それが困難であった事例。

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム

第37回 (R5.9.27)

資料2

<ケース1>

■ 基本情報

- 年齢・性別：60代・男性
疾患：胃がん
障害支援区分：区分6
意思表示等：明確な意思表示はわかりにくが、本人が嫌なことに対する意思表示は可能
家族の状況：両親は死別、妹は健在
現在のキーパーソンは妹夫婦
連携機関：病院（協力医療機関）
計画相談支援事業所

■ 支援経過

- ・ 体調不良で病院に受診したところ、胃がんが発覚。
- ・ 本人は、知らない人しかいない病院ではなく、施設からの通院での治療を希望した。
- ・ 通院で医師から指示を受け、施設内では看護師と栄養士が連携して食事や治療の管理等を実施。
- ・ 病状悪化により、徐々に本人が動けなくなり、通院困難となった。
- ・ 本人と施設職員がキーパーソンである妹を交えて話し合った上で、協力医療機関の医師にも相談したところ、施設では頻回な治療・ケアに対する対応が困難との判断で入院治療に移行し、そのまま病院で死亡した。

<ケース2>

■ 基本情報

- 年齢・性別：40代・女性
疾患：乳がん
障害支援区分：区分6
意思表示等：慣れた職員には意思表示できるが、不慣れた環境・人には意思表示が困難
家族の状況：母親は死別、父親は健在
現在のキーパーソンは父親と叔母
連携機関：病院（協力医療機関）
計画相談支援事業所

■ 支援経過

- ・ 通院時に乳がんが判明、乳房切除の手術実施。
- ・ その後、数年が経過し、通院治療をしていたが、徐々に状態が悪化。
- ・ 医師からは入院を勧められたが、病院では知らない人ばかりの環境になり、本人にとって自分の病状や快・不快の意思表示等をするのも難しいため、父親や叔母、本人を交えて話し合い、施設でできる限り見てほしいとの希望が示された。
- ・ しかしその後、さらに病状が悪化したため、協力医療機関の医師に相談したところ、施設では頻回な治療・ケアに対する対応が困難との判断で入院治療に移行し、そのまま病院で死亡した。

※ ケース1,2ともに、厚生労働省において、障害者支援施設の職員への聞き取りにより把握

【論点4】 障害者支援施設における悪性腫瘍患者への医療提供について

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム

第37回（R5.9.27）

資料2

現状・課題

- 障害者支援施設の入所者については、配置基準上、医師が配置されていることが想定されていることから、原則として、診療報酬の在宅患者訪問診療料等の費用については障害福祉サービス等報酬からの給付になっている。
- 一方で、特別養護老人ホームの入所者についても同様の取扱いになっているものの、末期の悪性腫瘍である場合は、特例として在宅患者訪問診療料等が算定可能となっている。
- 障害者支援施設においては、施設入所者の高齢化等が顕著であり、平成25年3月時点と令和4年3月時点の年齢階級別の利用者数を比較すると、50歳以上60歳未満については11.2%増加、65歳以上については37.1%増加となっているとともに、入所者のうち悪性腫瘍に罹患している者や、悪性腫瘍により入院退所・死亡退所する者も一定程度いる状況となっている。
- なお、令和5度から、厚生労働科学研究費を活用して
 - ・ 障害者支援施設等における全国の看取り等の実態調査や、看取りに関する先駆的事業所へのインタビュー調査
 - ・ 終末期の支援を行う支援者や関係者向けに、知的障害者の看取りや終末期における医療機関等との連携を図る上で備えるべき内容が整理されたマニュアルの作成を実施する予定としている。

検討の方向性

- 在宅患者訪問診療料等の診療報酬上の取扱いを踏まえて、障害者支援施設の入所者が末期の悪性腫瘍である場合の医療提供体制について、どのような対応が考えられるか。

入退院時についての医療と福祉の連携と報酬上の評価

入退院時に医療機関と福祉事業者の情報連携（文書等による情報の提供、収集）や協働による支援の検討（カンファレンスの開催や参加）等の連携を推進するため、当該業務について相互に報酬上評価を行っている。

入院時

相談支援

退院時

○入院時情報連携加算

入院時に医療機関が求める利用者の情報を医療機関に提供した場合
(Ⅰ) 訪問 (Ⅱ) 文書等

○介護支援等連携指導料

患者の同意を得て、医師等が相談支援専門員等と共同して患者の心身の状況等を踏まえて導入が望ましい障害福祉サービス等や退院後に利用可能な障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合

○診療情報提供料(Ⅰ)

患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合(退院日の前後2週間) 介護支援等連携指導料を算定した場合は算定不可。

○入退院支援加算1 ○入退院支援加算2

退院困難な患者を抽出し、早急に本人・家族と面談、カンファレンスを実施した場合

○医療・保育・教育機関等連携加算

【計画作成時】
障害福祉サービス等以外の医療機関、保育機関等の職員と面談を行い、必要な情報提供を受け協議等を行った上で、サービス等利用計画を作成した場合

○退院・退所加算 【計画作成時】

退院退所時に、医療機関等の多職種からの情報収集や医療機関等における退院・退所時のカンファレンスへの参加を行った上で、サービス等利用計画を作成した場合

○集中支援加算 ※R3年度報酬改定で新設

【計画作成時・モニタリング時以外】
障害福祉サービス等の利用に関して、以下の支援を行った場合(①~③について各々月1回算定可)

- ①月2回以上の居宅等への訪問による面談
- ②サービス担当者会議の開催
- ③他機関の主催する利用者の支援についての検討を行う会議への参加

診療報酬(医療機関)

障害福祉サービス等報酬
(計画相談支援・障害児相談支援)

A246 入退院支援加算（退院時1回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- 入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点
入退院支援加算2 イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
入退院支援加算3 1,200点
- 入退院支援加算1又は2を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。 小児加算 200点

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2	入退院支援加算3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること シ. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合	ア. 先天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上 かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置		5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-	-
連携機関との面会	連携機関の数が25以上であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること	-	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	-	-

入退院支援加算届出医療機関における連携体制

- 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数は、入院料別に大きな差はなく、いずれの入院料の場合も介護保険サービス事業所との連携が最も多い。
- 連携機関の施設数は、医療機関毎のばらつきが大きい。

■ 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関（※）の施設数

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値	
急性期一般病棟を有する医療機関	① 連携機関数の合計	34	26	76.5	25	70.2
	② うち、病院	8	2	17	0	14.3
	③ うち、診療所	2	0	6	0	11.3
	④ うち、介護保険サービス事業所	20	5	39.3	0	34.0
	⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	1.4
	⑥ うち、その他の施設	1	0	7	0	9.9
地域包括ケア病棟を有する医療機関	① 連携機関数の合計	31	25	59.8	25	52.7
	② うち、病院	4	1	11	0	8.5
	③ うち、診療所	1	0	4	0	8.3
	④ うち、介護保険サービス事業所	20	11	32.75	0	30.2
	⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
	⑥ うち、その他の施設	0	0	5	0	4.9
回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関	① 連携機関数の合計	32	25	79.3	25	61.0
	② うち、病院	7	1	14.25	0	11.0
	③ うち、診療所	1	0	4	0	5.9
	④ うち、介護保険サービス事業所	22	11	44	0	37.3
	⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
	⑥ うち、その他の施設	0	0	1	0	0.8

(※)連携機関

- ① 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等(以下「連携機関」という。)であり、かつ
- ② 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っている施設等をいう。

【論点2】入院中の重度訪問介護利用における入院前の医療と障害福祉の連携した支援への評価について

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム

第36回 (R5.9.19)

資料2

現状・課題

- 重度訪問介護を利用している障害支援区分6の重度障害者は、入院中も引き続き重度訪問介護を利用して、本人の状態を熟知した重度訪問介護従業者（ヘルパー）により、病院等の職員と意思疎通を図る上で必要なコミュニケーション支援を受けることが可能となっている。
- 重度障害者が入院する場合、医療機関と重度訪問介護事業所等の密接な連携が必要となる。このため、重度訪問介護従業者の院内感染対策等も含め、入院時の事前調整など綿密な連携調整が必要となるが、現在はその業務負担に関し十分な評価がされていない。

検討の方向性

- 重度訪問介護利用者が重度訪問介護従業者の付添いにより入院する際、その入院前に、重度訪問介護事業所の職員と医療機関の職員とが事前調整を行った場合、この重度訪問介護事業所が医療機関と連携した支援について評価できるように検討してはどうか。

入院中の重度訪問介護利用における医療と福祉の連携（イメージ）

医療と福祉の連携

入院前



【医療機関との具体的な事前調整の内容】

- (1) 障害者本人、障害福祉サービス等事業者から医療機関への伝達事項
 - ・入院する障害者の基本情報、利用している障害福祉サービス等
 - ・入院する障害者の障害特性等の伝達（障害の状態、介護方法（例：体位変換、食事、排泄）など）
 - ・障害者本人の入院中の生活・退院後の生活の希望
 - ・重度訪問介護の制度（目的、内容）
- (2) 医療機関から障害福祉サービス等事業者への伝達事項
 - ・医療機関の入院規則
 - ・感染対策（体温等の確認、マスク装着の徹底）
- (3) 医療機関と障害福祉サービス等の調整
 - ・看護師が行う業務と重度訪問介護従業者が行う業務の確認（コミュニケーション支援の範囲の確認）
 - ・障害特性を踏まえた病室等の環境調整や対応（ベッド等の配置など）
 - ・重度訪問介護従業者の人数、勤務時間、勤務体制
 - ・重度訪問介護従業者から医療機関への報告等の伝達方法

重度訪問介護事業所等の職員が医療機関職員に対し、入院前の事前調整で伝達する内容 （入院する障害者の障害特性等の伝達（具体例））

- ・障害者本人の基本情報（障害の状況など）
- ・利用している障害福祉サービス等
- ・通院や服薬の状況
- ・障害特性（障害の状態（身体・生活機能の状況）など）
- ・日常生活における介助の方法（重度訪問介護従業者が行っている本人独自の座位姿勢、体位変換、褥瘡になりやすい人の支援方法（クッションの使用など）、食事（きざみ・とろみ）、吸引、排痰、排泄など）
- ・日常生活における介助の頻度、時間、タイミング
- ・日常生活における介助の手順やコツ、介助の注意点（気をつけていること）
- ・強度行動障害のある障害者の場合、音や光に過敏になる状況、本人のこだわり、落ち着かせ方など
- ・自宅や障害者通所支援事業所で行っている昼間の時間の過ごし方など日常生活のルーティン、また、その事業所職員との日常での関わり方
- ・障害者本人の入院中の生活・退院後の生活の希望 など

※重度訪問介護事業所等にヒアリングを行い、まとめたもの

強度行動障害を有する患者の入院に係る医療と福祉の連携（イメージ）

○ 強度行動障害とは自傷、他害、破壊等の行動が高い頻度で起こるため、特別な配慮が必要になっている状態であり、個々の自閉症の特性に合わせた標準的な支援の内容を医療と福祉で共有していくことが必要である。

■ 強度行動障害を有する患者の入院に係る医療と福祉の連携（イメージ）

入院前のカンファレンス等を用いた事前調整

- ① 家族や障害福祉サービス事業者等から医療機関への情報共有
 - ・余暇グッズ ・食事（食べられるもの）
 - ・1日の流れなどの伝え方 ・治療をするときの伝え方と練習方法
 - ・本人のこだわり（注射や包帯の巻き方など） 等
- ② 医療機関から本人・家族や障害福祉サービス事業者等への情報共有
 - ・入院規則 ・実施予定の検査や治療の内容 等

①、②を踏まえた入院前からの調整

- ・本人に適した入院中の環境調整（入院時の経路、部屋の場所、個室の必要性等）
- ・検査や治療内容を説明するための支援のグッズの準備
- ・退院にあたり調整すべき担当者や調整事項等の事前把握 等

入院

退院前のカンファレンス等を用いた再調整

① 本人への支援の再検討

- ・入院中の治療内容を踏まえた退院後の在宅・施設等における支援方法の検討（投薬方法等）
- ・本人・家族、障害福祉サービス事業者等からの情報で行った実践の評価（今後の入院等に備えて調整等が必要な事項の整理も含む） 等

③ 医療従事者と障害福祉サービス事業者等との連携強化

- ・退院後の通院等で必要な情報の整理
- ・他科との情報連携 等

強度行動障害の定義

・自分の体を叩いたり食べられないものを口に入れる、危険につながる飛び出しなど**本人の健康を損ねる行動**、他人を叩いたり物を壊す、大泣きが何時間も続くなど**周囲の人のくらしに影響を及ぼす行動**が、**著しく高い頻度**で起こるため、特別に配慮された支援が必要になっている状態のこと。

（参考）行動障害関連の障害福祉サービス・障害児支援の利用者：延べ78,579人（令和4年10月時点）

（行動援護、共同生活援助、短期入所、生活介護等を重複して利用する場合があるため、延べ人数としている）



施設入所支援（重度障害者支援加算Ⅱ）
22,895人
福祉型障害児入所施設（強度行動障害児特別支援加算）
13人



強度行動障害を有する患者の入院前のカンファレンス等を用いた事前調整の具体例

標準的な支援の活用（視覚的な支援）：GHからの入院

【対象者】20代 男性 知的障害（最重度） 自閉症

【疾病】 自傷行為による外傷性網膜剥離 眼科手術

【入院時カンファ】入院時カンファレンスで「余暇グッズ」「生活・コミュニケーション支援」について障害福祉サービス事業者から情報を得た（*自閉症のある方は、同じ行動を繰り返すという障害特性から、普段から使用している「余暇グッズ（自由時間を適応的に過ごせるもの）」が、不適応行動の予防として大きな役割をもった）

【治療について】入院中は得た情報から、1日の予定やコミュニケーショングッズを借りたり、追加で作成。余暇グッズももってきてもらうことで、不適応行動を予防した入院ができた。

【退院時カンファ】点眼処置などの方法をグループホームスタッフに伝えることで、退院前に点眼薬の流れを本人に示す支援グッズの準備ができた

特別な対応の検討：施設からの入院

【対象者】19歳 男性 知的障害（最重度） 自閉症 強度行動障害児支援加算用判定表スコア26点

【疾病】 口腔内腫瘍

【入院時カンファ】入院時カンファレンスで、歯科医師らからコミュニケーション方法の聞き取り

【治療について】医療従事者が手順書などを作成して処置を進めるが、初めての環境に戸惑い不穏状態へ。急遽、障害福祉サービス事業者が手伝うことで対応できた。病室では事前に確認しておいたDVDデッキの持ち込みができたため、落ち着いて過ごすことができた。

【退院時カンファ】特になし

練習の活用：在宅からの入院

【対象者】20代 男性 知的障害（最重度） 自閉症 行動関連項目23点

【疾病】 蜂窩織炎

【入院時カンファ】かかりつけの大学病院の小児科。家族から本人の状態や障害特性などをまとめたもの（余暇グッズ情報、多くの人を見ると圧倒されてしまうこと、いままでの治療で使っていたグッズ（注射の方法など）、食事情報（過敏さやこだわりで食べられないものが多い））を受け取った

【治療について】個室対応。持参してもらった支援グッズを使用して、CTの練習を3回実施してから検査。余暇時間を過ごすためのお気に入りグッズ

【退院時カンファ】大学病院の小児科から、成人の総合病院へ。入院時に使用したもの（余暇グッズ、人が少ない移動をすること、治療で使ったグッズ（CTスキャンなど）、食事情報（母が持参していた））などを伝える

視覚的支援グッズの例 余暇グッズの例



音楽が好きだがヘッドホンができないこともあるため、タブレットで楽器をならす余暇グッズ



興味関心のあるもの（たとえば国旗）とかで、簡単な課題をするためのグッズ



カレンダーで一日終わったら紙を貼って、退院までの日数を知るためのグッズ



着替えについて、いつ、何を着るのかを示すことが必要な場合のグッズ

課題①

(主治医と介護支援専門員との連携について)

- 令和5年の医療法改正では、かかりつけ医機能報告を創設し、慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとされた。各医療機関から都道府県知事に報告するかかりつけ医機能には介護サービス等との連携が含まれる。
- 介護支援専門員にとって、医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいことは、「医療機関側に時間をとってもらうことが困難」であった。医療機関との情報共有における工夫として最も多いものは、「受診時に同行し主治医と面談」であった。
- 介護保険制度の介護支援専門員の運営基準において、サービス担当者会議を通じて専門的な知見を求めること、医療サービスを提供する際は医師の意見を求めること、医師の医学的観点からの留意事項を尊重して居宅サービス計画を策定することが規定されている。
- かかりつけ医機能に係る評価である機能強化加算は、介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成する医師を配置することが施設基準として求められている。
- また、地域包括診療料・加算は、介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等が要件とされている。満たすことができている介護保険制度に関する要件としては、「医師における都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修受講」が最多であった。
- 医療機関における介護との連携の取組について、要介護認定に関する主治医意見書の作成はほぼ全ての施設が取り組んでいた。「サービス担当者会議への参加」は地域包括診療料・加算の届出がある施設では54.0%、届出がない施設では33.9%、「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」は届出のある施設では53.5%、届出のない施設では31.9%の医療機関が取り組んでいた。
- 医療機関における書面を用いた患者への説明について、内容としては患者の病状についての説明が最多であった。必要となる介護・福祉サービスについての説明は地域包括診療料・加算の届出ある施設では33.9%、届出のない施設では25.0%であった。
- 主治医がサービス担当者会議に参加することについて、介護支援専門員から聞き取った結果、患者の意思決定支援のはじめの一步となる等の利点が挙げられた。

課題②

(医療機関と高齢者施設等との連携について)

- 高齢者施設等において、介護保険施設(介護医療院・介護老人保健施設・特別養護老人ホーム)では協力病院、介護保険施設以外の高齢者施設等(特定施設・認知症グループホーム)については協力医療機関を定めることが運営基準上求められている。
- 同時報酬改定に向けた意見交換会では、高齢者施設と医療機関の連携体制として、協力医療機関との関係性も含めた要介護者に適した緊急時の対応、入院・医療についてのルール化、医療・介護の連携の制度化を進めていくべきとの意見もあった。
- 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関における介護保険施設等に関する連携の実施体制は、介護保険施設からの電話等による相談への対応はほとんどの病棟で可能とされているが、緊急時の往診による対応はできない施設が多く、機能強化型在宅病において対応可能な割合は70%程度に留まっている。
- 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関等における、電話等による相談や緊急時の往診等の対応についてあらかじめ取り決めを行うなどしている介護保険施設等の数については、機能強化型在宅療養支援診療所が、平均値が高く、21施設以上の施設と取り決めを行っている割合が高かった。
- 在宅療養支援病院について、特別養護老人ホームに往診を行っていない在宅療養支援病院の割合は75%程度で推移し、近年変化はない。また、介護老人保健施設、介護医療院への往診はほとんど行われていなかった。特別養護老人ホーム、介護老人保健施設に入所している患者の入院は多くの在宅療養支援病院で受け入れられており、近年傾向に大きな変化はない。
- 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院について、都道府県別の1医療機関当たりの介護保険施設の数は0.47～2.92施設と幅がある。

課題③

(障害福祉サービスとの連携について)

(総論)

- 障害者への医療・介護サービスの提供に当たっては、様々な障害特性や個々の状況に応じて、適切に医療・介護・障害福祉サービスを受けられる体制が求められている。

(障害者支援施設入所者に対する医療提供体制に関する連携)

- 障害者支援施設とは、施設に入所する障害者につき、主として夜間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援(施設入所支援)を行うとともに、施設入所支援以外の施設障害福祉サービス(生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援B型等)を実施する施設である。
- 障害者支援施設には人員基準として配置医師を求めており、配置医師の勤務形態は、「嘱託」が66.7%、「非常勤」が20%となっている。また、月の平均勤務日数は、2.6日となっている。
- 施設の配置医師の業務として「臨時の往診等」を実施している割合は、24.7%となっている。
- 障害者支援施設においては、施設入所者の高齢化等が顕著であり、平成25年3月時点と令和4年3月時点の年齢階級別の利用者数を比較すると、50歳以上60歳未満については11.2%増加、65歳以上については37.1%増加となっているとともに、入所者のうち悪性腫瘍の者や、悪性腫瘍により入院退所・死亡退所する者も一定程度いる状況となっている。

(入退院支援に係る医療と障害福祉サービスとの連携)

- 入退院時に医療機関と福祉事業者の情報連携や協働した支援の実施については、診療報酬及び障害福祉サービス等報酬双方で一定程度評価している。
- 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数は、入院料別に大きな差はなく、いずれの入院料の場合も障害福祉サービス事業所との連携がほとんどない。
- 特に、特別なコミュニケーション支援を要する者や強度行動障害の状態の者については、入院前に医療機関と本人・家族や障害福祉サービス事業者等と事前調整を行うことで、本人にとって必要な医療を円滑に提供できる可能性がある。

医療・介護・障害福祉サービスの連携についての論点

【論点】

(主治医と介護支援専門員との連携について)

- かかりつけ医に係る診療報酬上の評価である機能強化加算等では主治医意見書の作成等が要件とされており、令和5年の医療法改正では、各医療機関から都道府県知事に報告するかかりつけ医機能には介護サービス等との連携が含まれている。医療の視点を踏まえたケアマネジメントを提供するためには、サービス担当者会議等を通じて、認識が共有され、より医療と生活の双方の視点に基づいたケアプランが策定されることが重要となるが、このような主治医と介護支援専門員との連携を推進するためにどのような方策が考えられるか。

(医療機関と高齢者施設等との連携について)

- 現在の介護保険施設等と協力医療機関のあり方、実際の医療機関と介護保険施設等の連携状況、医療機関における介護保険施設等の入所者の病状急変時の対応状況及び在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院並びに地域包括ケア病棟等に求められる役割を踏まえ、介護保険施設等と医療機関が平時から介護保険施設入所者の緊急時の対応等についてあらかじめ取り決めを行う等して連携を行い、介護保険施設等入所者の病状急変時に電話相談、往診、オンライン診療、入院の要否の判断を含めた入院調整等を適時適切に行えるようにするためにどのような対応が考えられるか。

(障害福祉サービスとの連携について)

- 様々な障害特性や個々の状況に応じて、適切に医療・介護・障害福祉サービスを受けられる体制を推進する観点から、障害者支援施設における配置医師の医療提供の実態や、高齢化による入所者の特性の変化や対応状況等を踏まえた、医療保険における給付の範囲のあり方についてどのように考えるか。
- 特別なコミュニケーション支援を要する者や強度行動障害の状態の者等、入院前に医療機関と本人・家族や障害福祉サービス事業者等と事前調整を行うことで、本人にとって必要な医療を円滑に提供できる可能性があることを踏まえ、入退院支援における医療機関と障害福祉サービス事業者等との連携を推進するためにどのような方策が考えられるか。