

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

参考資料

1. 総論

2. 医療・介護連携に係る評価

3. 在宅医療・介護連携推進事業

4. 医療・介護DX

5. 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

6. 主治医と介護支援専門員の連携

総合確保方針の意義・基本的方向性の見直し（案）

【現行】

意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現

【見直し案】

意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者・国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現。

基本的方向性

- (1) 効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築
- (2) 地域の創意工夫を活かせる仕組み
- (3) 質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進
- (4) 限りある資源の効率的かつ効果的な活用
- (5) 情報通信技術（ICT）の活用

基本的方向性

- (1) 「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築
 - (2) サービス提供人材の確保と働き方改革
 - (3) 限りある資源の効率的かつ効果的な活用
 - (4) デジタル化・データヘルスの推進
 - (5) 地域共生社会の実現
- (別添) ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

総合確保方針の意義の見直し案

1. 意義

- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年（2025年）にかけて、65歳以上人口、とりわけ75歳以上人口が急速に増加した後、令和22年（2040年）に向けてその増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、令和7年以降さらに減少が加速する。
- 全国で見れば、65歳以上人口は令和22年を超えるまで、75歳以上人口は令和32年（2050年）を超えるまで増加が続くが、例えば、要介護認定率や1人当たり介護給付費が急増する85歳以上人口は令和7年まで75歳以上人口を上回る勢いで増加し、令和17年（2035年）頃まで一貫して増加する。外来患者数は令和7年（2025年）頃、入院患者数は令和22年（2040年）頃、在宅患者数は令和22年（2040年）以降に最も多くなる。一方で、都道府県や2次医療圏単位で見れば、65歳以上人口が増加する地域と減少する地域に分かれ、入院・外来・在宅それぞれの医療需要も、ピークを迎える見込みの年が地域ごとに異なる。
- 生産年齢人口が減少していく中で、急激に高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを越える地域もあるなど、人口構成の変化や医療及び介護需要の動向は地域ごとに異なる。こうした地域の実情に応じた医療及び介護提供体制の確保を図っていくことが重要である。その際、中山間地域や離島では、地理的要因によって医療や介護の資源が非常に脆弱な地域も存在することに留意する必要がある。また、求められる患者・利用者の医療・介護ニーズも変化している。高齢単身世帯が増えるとともに、慢性疾患や複数の疾患を抱える患者、医療・介護の複合ニーズを有する患者・利用者が増加しており、医療・介護の連携の必要性が高まっている。
- 特に、認知症への対応については、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人やその家族の視点を重視しながら共生と予防を車の両輪として施策を推進していく必要がある。
- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者など国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築し、国民一人一人の自立と尊厳を支えるケアを将来にわたって持続的に実現していくことが、医療及び介護の総合的な確保の意義である。

総合確保方針の基本的な方向性を見直し案（その1）

（1）「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築

- 医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築が進められてきたが、今般の新型コロナウイルス感染症対応において、地域における医療・介護の提供に係る様々な課題が浮き彫りとなった。
- こうした課題にも対応できるよう、平時から医療機能の分化と連携を一層重視して国民目線で提供体制の改革を進めるとともに、新興感染症等が発生した際にも提供体制を迅速かつ柔軟に切り替えることができるような体制を確保していくことが必要である。
- 入院医療については、まずは令和7年に向けて地域医療構想を推進し、その上で、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、更に医療機能の分化・連携を進めていくことが重要である。外来医療・在宅医療については、外来機能報告制度を踏まえ紹介受診重点医療機関の明確化を図るとともに、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行っていくことが重要である。これらについては、地域医療構想を更に推進する中で対応を進めるとともに、医療従事者の確保と働き方改革を一体的に進めていくことが重要である。また、医薬品の安定供給や提供体制の確保を図っていくことが必要である。
- 地域包括ケアシステムについては、介護サービスの提供体制の整備、住まいと生活の一体的な支援、医療と介護の連携強化、認知症施策の推進、総合事業、介護予防、地域の支え合い活動の充実等を含めた地域づくりの取組を通じて、その更なる深化・推進を図っていくことが重要である。
- 人口構成の変化や医療・介護需要の動向は地域ごとに異なることから、医療及び介護の総合的な確保を進めていくためには、地域の創意工夫を活かせる柔軟な仕組みを目指すことが必要である。
- 国民の行動変容を促す情報発信、人生の最終段階において本人が望む医療やケアについて家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発等、患者・利用者など国民の視点に立った医療・介護の提供体制の整備を進めていくことが重要である。

総合確保方針の基本的な方向性を見直し案（その2）

（2）サービス提供人材の確保と働き方改革

- 令和22年に向けて生産年齢人口が急減する中で、医療・介護提供体制の確保のために必要な質の高い医療・介護人材を確保するとともに、サービスの質を確保しつつ、従事者の負担軽減が図られた医療・介護の現場を実現することが必要となる。
- 医療従事者については、働き方改革の取組を進めるとともに、各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の整備やタスク・シフト／シェア、チーム医療の推進、復職支援等を進めていくことが重要である。介護従事者については、これまでの処遇改善の取組に加え、ICTや介護ロボット等の活用、手続のデジタル化等により介護現場の生産性向上の取組を推進し、専門性を生かしながら働き続けられる環境づくりや復職支援、学校等と連携した介護の仕事の魅力発信に取り組むとともに、いわゆる介護助手の導入等の多様な人材の活用を図ることで、必要な人材の確保を図っていくことが重要である。
- このような取組を通じて、患者・利用者など国民の理解を得ながら、医療・介護サービス提供人材の確保と働き方改革を地域医療構想と一体的に進めることが重要である。

（3）限りある資源の効率的かつ効果的な活用

- 人口減少に対応した全世代型の社会保障制度を構築していくことが必要である。急速に少子高齢化が進む中、医療及び介護の提供体制を支える医療保険制度及び介護保険制度の持続可能性を高めるためには、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用していく必要がある。
- こうした観点からも、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供、介護サービスの質の向上、介護サービス事業者の経営の協働化・大規模化、ケアマネジメントの質の向上を推進することが重要である。

総合確保方針の基本的な方向性を見直し案（その3）

（4）デジタル化・データヘルスの推進

- オンライン資格確認等システムにおいては、患者の同意の下に、医療機関・薬局において特定健診等情報や薬剤情報等を確認し、より良い医療が提供される環境の整備が進められている。
- 介護についても、地域包括ケアシステムを深化・推進するため、介護情報を集約し、医療情報とも一体的に運用する情報基盤の全国一元的な整備を進めることとしている。
- オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等に加え、予防接種、電子処方箋、自治体検診、電子カルテ等の医療（介護を含む。）全般にわたる情報について共有・交換できる「全国医療情報プラットフォーム」を創設する方向が示されている。
- 医療・介護連携を推進する観点から、医療・介護分野でのDX（デジタルトランスフォーメーション）を進め、患者・利用者自身の医療・介護情報の標準化を進め、デジタル基盤を活用して医療機関・薬局・介護事業所等の間で必要なときに必要な情報を共有・活用していくことが重要である。
- 医療・介護提供体制の確保に向けた施策の立案に当たり、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）、公的データベース等やこれらの連結解析等を通じ、客観的なデータに基づいてニーズの分析や将来見通し等を行っていくEBPM（エビデンス・ベスト・ポリシー・メイキング）の取組が重要である。

総合確保方針の基本的な方向性を見直し案（その4）

(5) 地域共生社会の実現

- 孤独・孤立や生活困窮の問題を抱える人々が地域社会と繋がりながら、安心して生活を送ることができるようにするため、地域の包括的な支援体制の構築、いわゆる「社会的処方」の活用など「地域共生社会」の実現に取り組む必要がある。現に、従来からの地域包括ケアシステムに係る取組を多世代型に展開し、地域共生社会の実現を図る地方自治体も現れてきている。
- 医療・介護提供体制の整備については、住宅や居住に係る施策との連携も踏まえつつ、地域の将来の姿を踏まえた「まちづくり」の一環として位置付けていくという視点を明確にしていくことも重要である。
- 医療・介護提供体制の確保に当たっては、地域住民や地域の多様な主体の参画や連携を通じて、こうした「地域共生社会」を目指していく文脈の中に位置付けていくことが重要である。

(別添) ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供体制の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの

※このほか、市町村計画の共同策定の明確化など所要の見直し

(別添) ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

1. ポスト2025年に対応した医療・介護提供体制の姿

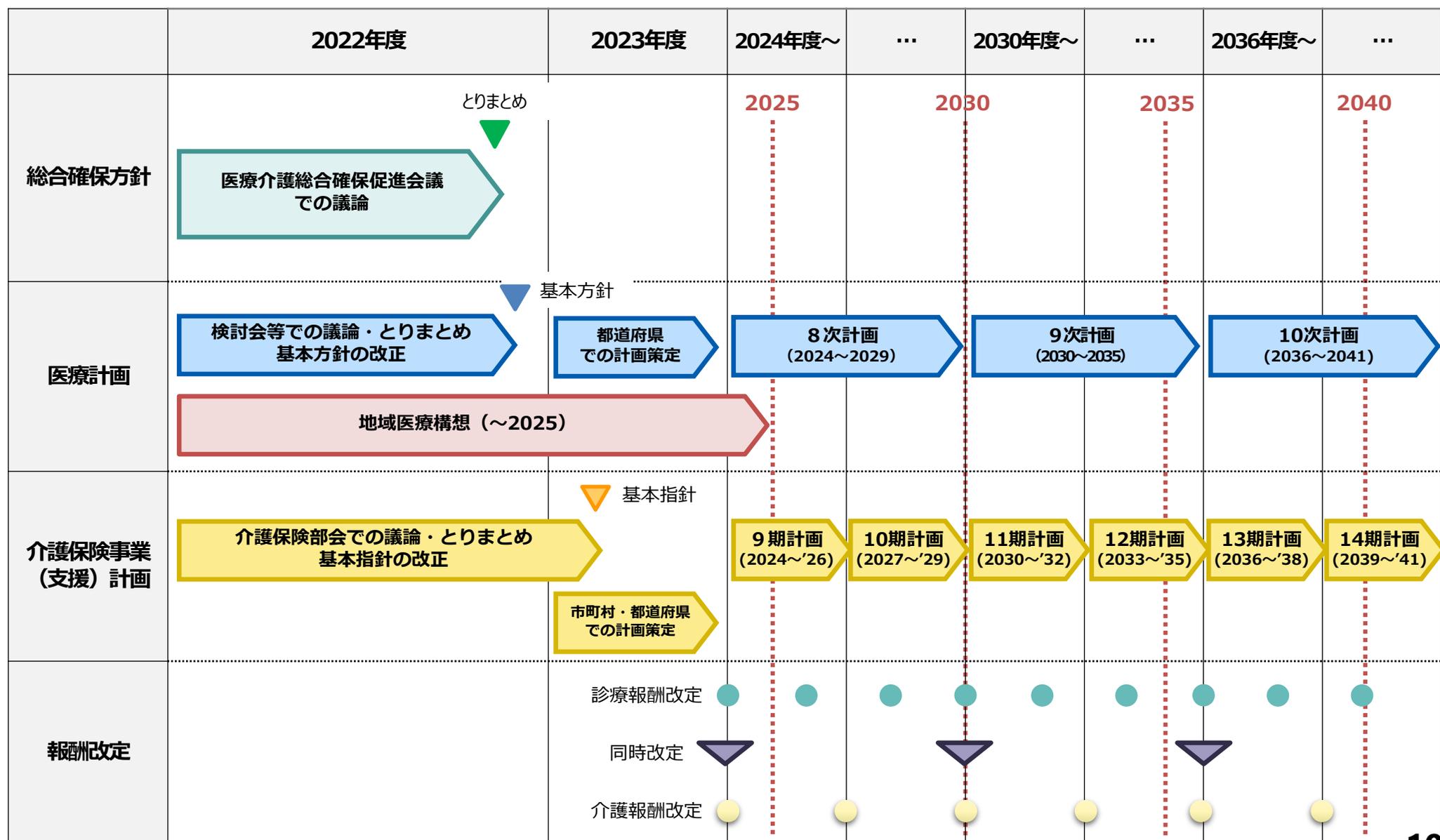
- 医療・介護提供体制の改革を進めていくに当たっては、実現が期待される医療・介護提供体制の姿を関係者が共有した上でそこから振り返って現在すべきことを考える形（バックキャスト）で具体的に改革を進めていくことが求められる。
- その際、限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護提供体制の最適化・効率化を図っていくという視点も重要。
- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの。

2. ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿の3つの柱

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿は、以下の3つの柱を同時に実現することを通じて、患者・利用者など国民が必要な情報に基づいて適切な選択を行い、安心感が確保されるものでなければならない。

- I 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること
- II 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること
- III 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けられること

(参考) 今後のスケジュール



地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について

総論

<人口・世帯構成の変化>

- 団塊の世代が全員75歳以上となる2025年、更にはその先の2040年にかけて、85歳以上の人口が急増するとともに、高齢者単独世帯や夫婦のみの世帯が増加することが見込まれる。85歳以上の年代では、要介護度が中重度の高齢者や、医療・介護双方のニーズを有する高齢者、認知症が疑われる人や認知症の人が大幅に増加し、また、高齢者世帯の増加により、生活支援や住まいの支援を要する世帯も増加することが見込まれる。
- また、2040年に向けて生産年齢人口の急激な減少が生じ、現役世代が流出する地方ではますます介護人材の不足が深刻になる。限りある資源で増大する介護ニーズを支えていくため、介護サービスの提供体制の最適化を図っていくという視点が重要であり、医療・介護の質を維持しつつ、相対的に少ない職員により医療・介護を提供できるようなサービス・支援の提供体制の在り方に変えていくことが必要となる。
- さらに、こうした変化についての地域差も大きい。都市部では75歳以上人口が急増する一方で、既に高齢化が進んだ地方ではその伸びが緩やか、あるいは減少していくなど、地域によって置かれている状況や課題は全く異なる。今まで以上に、地域の特性に応じた対応が必要となってくる。

<地域包括ケアの深化の必要性>

- 介護が必要となっても、できる限り住み慣れた地域で、これまでの日常生活に近い環境で暮らし続けたいという事は、国民の共通の願いである。その願いを実現させるためには、介護や介護予防、医療はもとより、住まい、生活支援、そして社会参加までもが包括的に確保される地域を、人口・世帯構成や地域社会の変化があっても、各地域の実情に応じて構築し、維持し続けていくことが必要であり、「地域包括ケアシステム」を深化させていかなければならない。

地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について

総論

（1）生活を支える介護サービス基盤の整備

＜介護サービス基盤の計画的な確保、すまい＞

- 介護サービス等の基盤については、地域の人口動態や介護ニーズの見込みを適切に捉えて医療・介護需要の見直しを行い、施設・サービス種別の変更なども含め計画的に確保していく必要がある。
- 具体的には、主に都市部において多くの高齢者が介護が必要となりやすい年齢層に達することに伴い、介護ニーズも急増することが見込まれる一方、既に高齢化のピークを迎えた地域では介護ニーズが減少することが見込まれるなど、地域の状況によってサービスの利用状況に変化が生じる可能性がある。また、要介護者が点在するような地域では、在宅サービスを効率的に提供することが事実上難しい場合も想定される。こうしたことを踏まえ、既存のサービス基盤の適切な活用や住まいの確保等も課題となる。

＜ひとり一人に寄り添う介護サービス＞

- 介護サービスについては、利用者の状態や家族などの周囲の状況、暮らし方などに変化があっても、ケアマネジャーのアセスメントや専門的知見に基づいて、利用者ひとり一人の個別ニーズに応じたサービスが提供されることが重要である。このため、自立支援に資する質の高いケアマネジメントを実現するとともに、こうした状況の変化や本人の希望に柔軟に対応できるよう、住まい方も踏まえつつ必要なサービス提供体制を整備することが重要と考えられる。

＜医療需要への的確な対応＞

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

地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について

総論

<介護DXの推進>

- 今後は、デジタル技術を活用し、介護情報の標準化や情報連携基盤の構築を進め、医療機関や介護事業所が医療・介護情報等を本人の同意の下に共有・利活用できるようにするとともに、こうした情報を、市町村が自立支援・重度化防止等の取組みに活用するなど、医療での取組に遅れることなく、医療・介護DXを進めていくことが重要である。

<安心・安全の確保>

- こうした中で、介護現場における事故や虐待といった高齢者の生命・身体の危機に直結するような事態が生じないよう、必要な対応を講じることが重要であることは言うまでもなく、サービス提供の場面における安全性の確保や虐待防止に向けて効果的な措置を検討する必要がある。

地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について

総論

（2）様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現

＜総合事業の推進＞

- 生きがいを持った生活への支援をはじめ、地域の中に住民主導のものも含めた様々な社会資源があり、これらについて生活支援コーディネーター等が発掘等を行うとともに、ケアマネジャー等が主体となって調整を行い、医療・介護サービス等とともに包括的に生活支援等が提供されるようにすることが重要である。

＜介護予防や社会参加＞

- その際、住民がより長くいきいきと地域で暮らし続けることができるよう、介護予防の取組を進めるとともに、サービス提供者と利用者との「支える側」と「支えられる側」という画一的な関係性に陥ることのないよう、高齢者の社会参加等を進めることで、世代を超えて地域住民が共に支え合う地域が形作られていくことが期待される。

＜地域包括支援センターの体制整備と地域共生社会づくり＞

- また、認知症の人や要介護高齢者の増加、単身・夫婦のみの高齢者世帯の増加が見込まれる中、認知症の人や要介護高齢者への支援のみならず、その介護者（家族等）が抱える負担や複雑化した課題への対応が必要である。地域住民からの総合相談支援等を担う地域包括支援センターについて、体制や環境の整備を図っていくことに加え、障害者福祉や児童福祉などの他分野の相談窓口との一体的な設置や連携を促進していくことが重要である。

- このような医療・介護・住まい・生活支援・社会参加の支援が必要な者は高齢者に限られず、経済的困窮者、単身・独居者、障害者、ひとり親家庭や、これらの要素が複合したケースも含め、究極的には、全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合う「地域共生社会」の実現が、「地域包括ケアシステム」の目指す方向であるとも言える。

地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について

総論

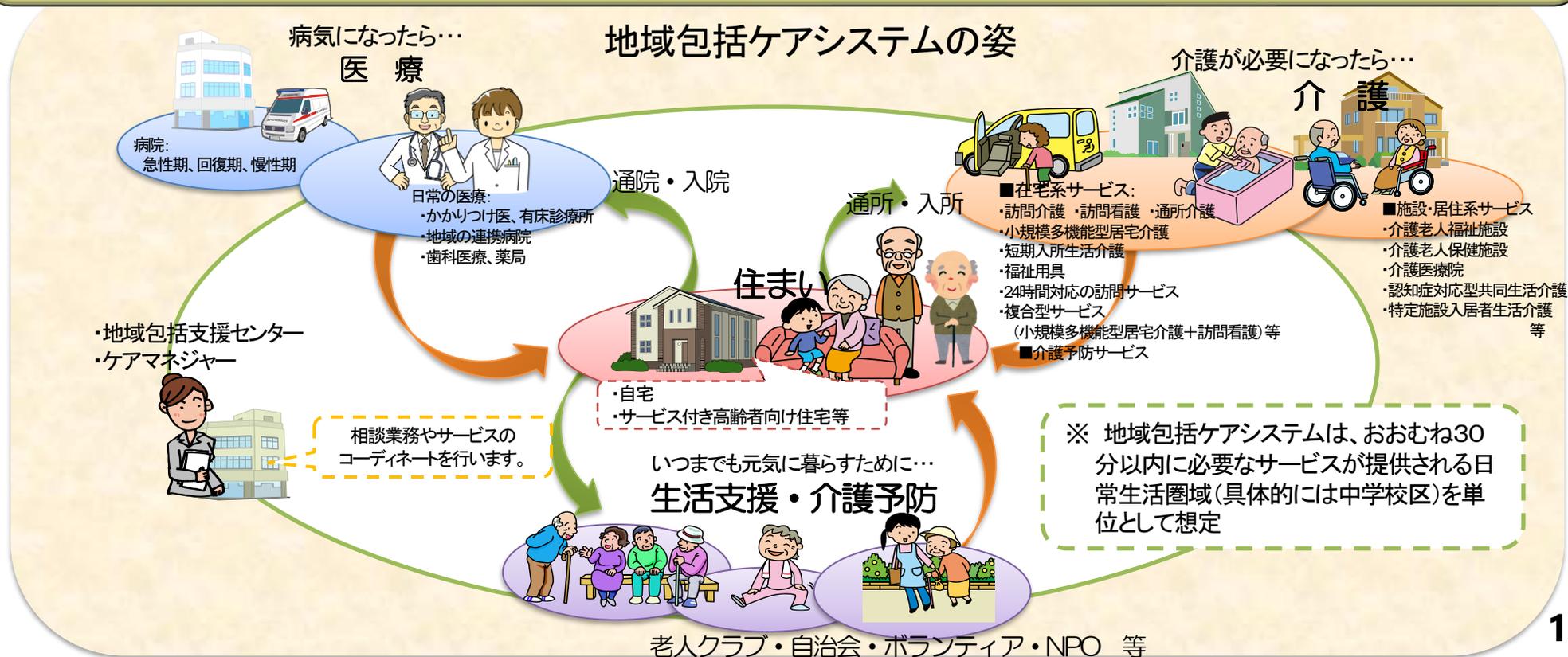
(3) 保険者機能の強化

＜保険運営と地域デザイン機能の強化＞

- 上記の課題に対応する観点からは、介護保険の保険者である市町村が、限られたマンパワーの中で事務を効率化し、保険制度を運営する保険者としての機能をより一層発揮しながら、地域の自主性や主体性に基づき、地域包括ケアシステムを推進する主体として、介護保険サービス基盤の確保に加え、介護予防の取組や地域づくりなど、地域の実情に応じて仕組みや取組をデザインする、いわば「地域デザイン」に係る業務を展開することが欠かせない。
- こうした機能を果たすためには、市町村が情報連携基盤の構築等を主体的に進め、地域の高齢者の自立支援・重度化防止等の取組みを推進するための役割を果たすことが期待される。
- 以上の観点から、2040年に向けて地域包括ケアシステムの深化・推進を図るため、(1)生活を支える介護サービス基盤の整備、(2)様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現、(3)保険者機能の強化というそれぞれの観点から検討を行う。

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。**



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。

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

(国及び地方公共団体の責務)

第五条 国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない。

2 都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない。

3 国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

4 国及び地方公共団体は、前項の規定により同項に掲げる施策を包括的に推進するに当たっては、障害者その他の者の福祉に関する施策との有機的な連携を図るよう努めるとともに、地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現に資するよう努めなければならない。 ※太字部分が令和2年法律第52号で追加(令和3年4月施行)

(目的)

第一条 この法律は、社会福祉を目的とする事業の全分野における共通的基本事項を定め、社会福祉を目的とする他の法律と相まって、福祉サービスの利用者の利益の保護及び地域における社会福祉(以下「地域福祉」という。)の推進を図るとともに、社会福祉事業の公明かつ適正な実施の確保及び社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図り、もって社会福祉の増進に資することを目的とする。

(地域福祉の推進)

第四条 地域福祉の推進は、地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現を目指して行われなければならない。 ※本項は令和2年法律第52号で追加(令和3年4月施行)

2 地域住民、社会福祉を目的とする事業を営む者及び社会福祉に関する活動を行う者(以下「地域住民等」という。)は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が確保されるように、地域福祉の推進に努めなければならない。

3 地域住民等は、地域福祉の推進に当たっては、福祉サービスを必要とする地域住民及びその世帯が抱える福祉、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、保健医療、住まい、就労及び教育に関する課題、福祉サービスを必要とする地域住民の地域社会からの孤立その他の福祉サービスを必要とする地域住民が日常生活を営み、あらゆる分野の活動に参加する機会が確保される上での各般の課題(以下「地域生活課題」という。)を把握し、地域生活課題の解決に資する支援を行う関係機関(以下「支援関係機関」という。)との連携等によりその解決を図るよう特に留意するものとする。

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 (平成元年6月30日法律第64号)

社会保障審議会
介護保険部会（第101回）

資料3

令和4年11月14日

(目的)

第一条 この法律は、国民の健康の保持及び福祉の増進に係る多様なサービスへの需要が増大していることに鑑み、地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講じ、もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。 ※本項は平成26年法律第83号で追加（公布日（平成26年6月25日施行））

地域共生社会の実現

- 人々の暮らしや地域の在り方が多様化している中、地域に生きる一人ひとりが尊重され、多様な経路で社会とつながり参画することで、その生きる力や可能性を最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現が目指されている。
- 平成29年には、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法の改正とあわせて、「地域共生社会」の実現に向けた地域づくり・包括的な支援体制の整備を行うための社会福祉法等の改正が行われた。また、高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービスを位置付ける改正が行われた。
- 現在、地域共生社会の実現に向けて、必要となる社会福祉基盤の整備を一層進めるため、
 - ・ 8050世帯（高齢の親と働いていない独身の50代の子とが同居している世帯）等の地域住民の複合・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、①断らない相談支援、②参加支援、③地域づくりに向けた支援を市町村が一体的に実施し、それに対する国の財政支援を行う新たな事業の創設、
 - ・ 地域の課題や福祉サービスの提供のための課題に対し、社会福祉法人等の連携により対応する選択肢の1つとして、社会福祉法人を中核とする非営利連携法人制度の創設、
 - ・ 介護福祉士養成施設卒業者に対する国家試験合格義務付けの経過措置等の在り方等について、検討が進められている。
- 地域共生社会とは、高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会である。今後高齢化が一層進む中で、高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムは、全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得る。
- これまで、介護保険制度においても、地域包括ケアシステムを推進する観点から、共生型サービスの創設のほか、生活支援や介護予防、認知症施策などの地域づくりに関係する取組を進めてきたが、今後、地域共生社会の実現に向けた地域づくりや社会福祉基盤整備の観点からも、介護保険制度について見直しを進め、前述の社会福祉法等に基づく社会福祉基盤の整備とあわせて一体的に改革に取り組み、地域共生社会の実現を図っていくことが必要である。

地域共生社会の実現と2040年への備え

社会福祉・介護保険制度改革

社会福祉制度改革

1. 包括的な支援体制の構築

- ① 相談支援
- ② 参加支援
- ③ 地域づくりに向けた支援

～ 一体的に実施するための体制整備 ～

2. 社会福祉連携推進法人の創設

社会福祉法人の経営基盤強化、連携強化により、人材確保や地域貢献活動を後押し

介護保険制度改革

1. 介護予防・地域づくりの推進

～健康寿命の延伸～

／「共生」・「予防」を両輪とする認知症施策の総合的推進

2. 地域包括ケアシステムの推進

～地域特性等に応じた介護基盤整備
・質の高いケアマネジメント～

3. 介護現場の革新

～人材確保・生産性の向上～

保険者機能の強化

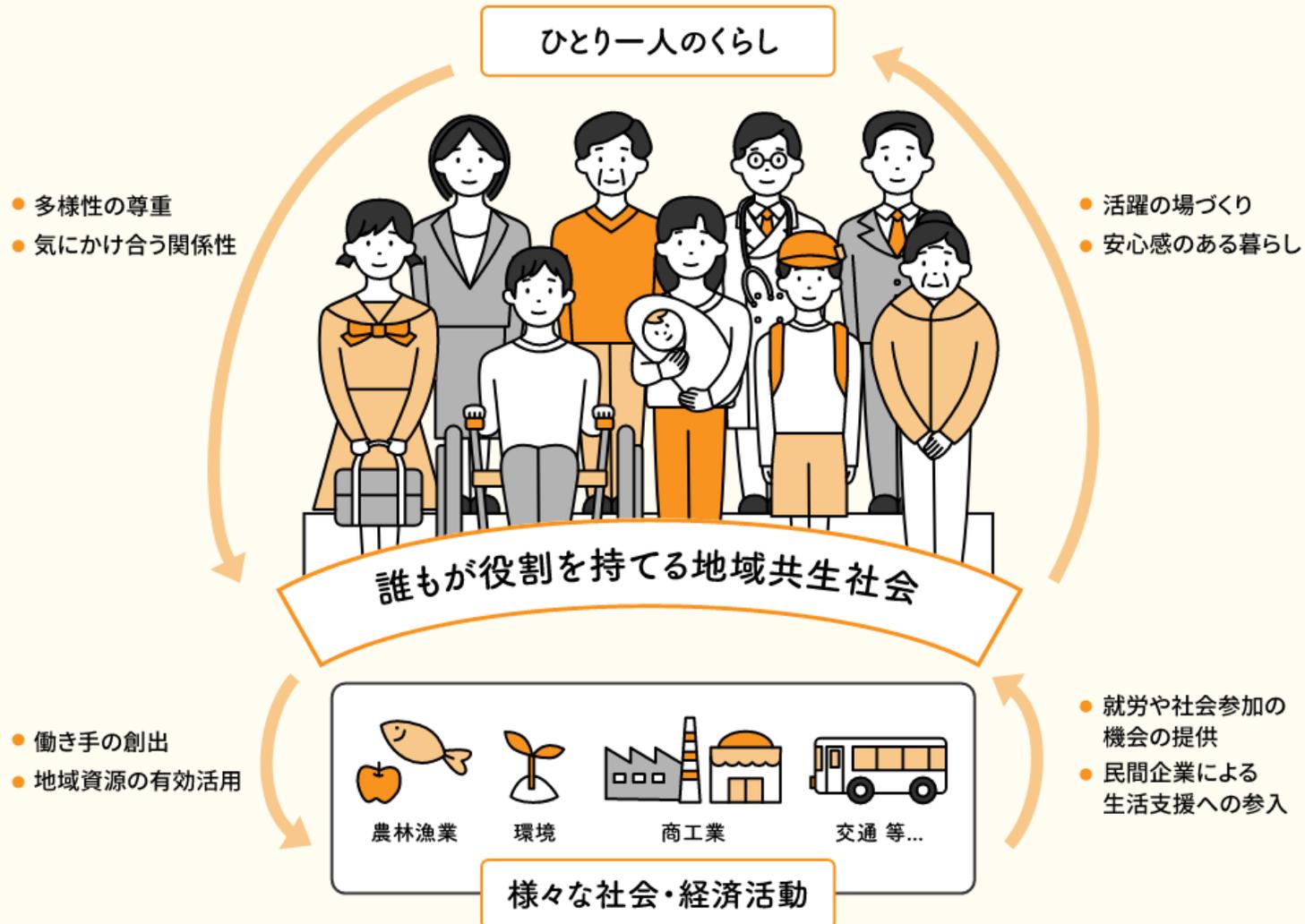


データ利活用のためのICT基盤整備

制度の持続可能性の確保のための見直しを不断に実施

地域共生社会

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、
地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が
世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を指しています。



1. 総論

2. 医療・介護連携に係る評価

3. 在宅医療・介護連携推進事業

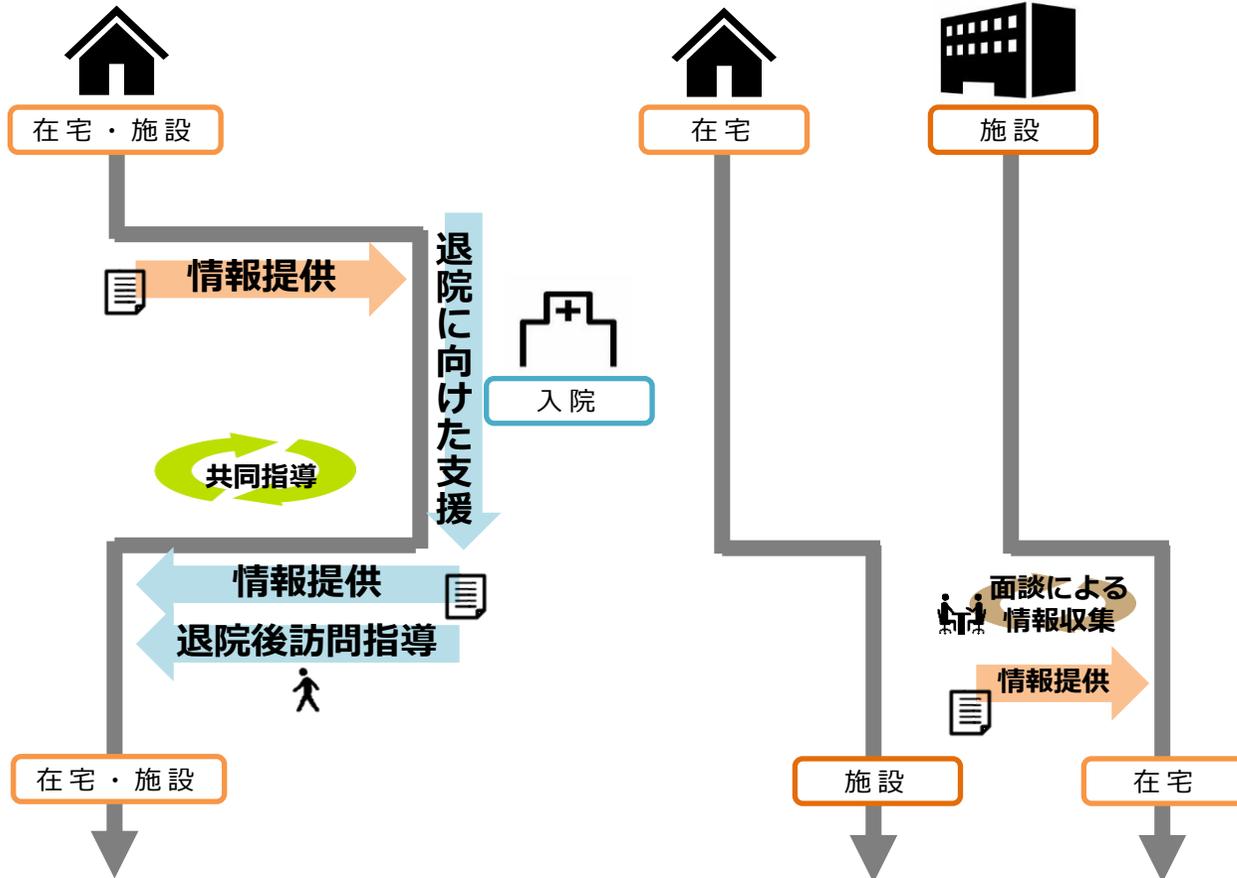
4. 医療・介護DX

5. 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

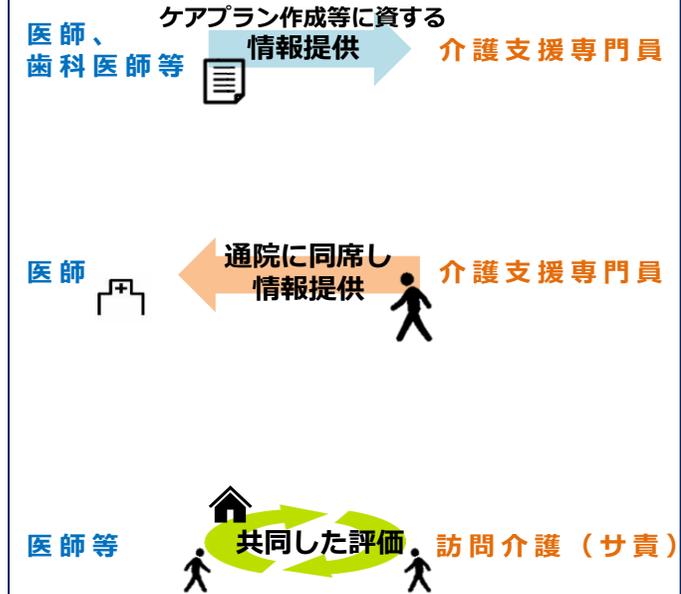
6. 主治医と介護支援専門員の連携

医療と介護の連携に関する評価（イメージ）

療養場所が移行することに伴う情報提供・連携等の主な評価



在宅療養中の者を支える医療と介護の連携の主な評価



関係者・関係機関間の日頃からの連携体制構築の評価

医療介護連携に係る主な診療報酬上の評価①

退院時の連携

項目名	概要	様式の有無
入退院支援加算	入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び当該計画に基づき退院した場合に算定する。	無 (本人に交付する「退院支援計画書」様式は有)
退院時共同指導料1 ※患者の在宅療養を担う医療機関の評価 退院時共同指導料2 ※患者の入院中の医療機関の評価	地域において、患者の退院後の在宅療養を担う医療機関の医師等と入院中の医療機関の医師等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定する。 (注3(多機関共同指導加算):入院中の医療機関の医師・看護師等が、在宅療養を担う医療機関の医師／看護師等、歯科医師／歯科衛生士、薬剤師、訪問看護一手シヨンの看護師等、介護支援専門員、相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に算定する。) (注4:入退院支援加算を算定する患者にあつては、療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養担当医療機関と共有した場合に限り算定する。) ※歯科診療に関する共同指導を行った場合は歯科診療報酬で、薬剤管理に関する共同指導を行った場合は調剤報酬で同様に評価している。	無 注4のみ参考様式有
介護支援等連携指導料	入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービス又は障害福祉サービスを導入することが適切であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後に適切な介護等サービスを受けられるよう、看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門と共同して導入が望ましい介護サービス又は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に算定する。	無
退院前訪問指導料	継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。	無
退院後訪問指導料	医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、患者が入院していた保険医療機関の医師などが患家、介護保険施設又は障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。 (注2(訪問看護同行加算):患者の在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の医療機関の看護師等と同行して患家等を訪問し、当該看護師等への技術移転又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。)	無

医療介護連携に係る主な診療報酬上の評価②

項目名	概要	様式の有無
退院時リハビリテーション指導料	退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。	無
診療情報提供料(Ⅰ)	医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、保健医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。	有 (紹介先機関ごとに様式を定めている)
栄養情報提供加算 ※入院栄養食事指導料の注3	栄養指導に加え、当該指導内容及び入院中の栄養管理の状況等を含む栄養に関する情報を示す文書を患者の退院の見通しが立った際に説明するとともにこれを他の保険医療機関、介護老人保健施設等、指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供した場合に加算する。	無

入院時の連携

項目名	概要	様式の有無
入院時支援加算	<p>【算定の留意事項(抄)】</p> <p>入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまでを実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定策の病棟職員と共有した場合に算定する。</p> <p>ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握 ウ 褥瘡に関する危険因子の評価 エ 栄養状態の評価 オ 服薬中の薬剤の確認 カ 退院困難な要因の有無の評価 キ 入院中に行われる治療・検査の説明 ク 入院生活の説明</p>	無
在宅患者支援病床初期加算 ※地域包括ケア病棟入院基本料の注5のロ	<p>【算定の留意事項(抄)】</p> <p>介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「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」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するもの</p>	無

医療介護連携に係る主な診療報酬上の評価③

項目名	概要	様式の有無
有床診療所在宅患者 支援病床初期加算 ※有床診療所入院基本料の 注3	【算定の留意事項(抄)】 有床診療所在宅患者支援病床初期加算については、介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、有床診療所の一般病床が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「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」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するものである。	無
薬剤適正使用連携加算 ※再診料の注14 ※地域包括診療料の注3 ※認知症地域包括診療料の 注3	【算定の留意事項(抄)】 地域包括診療加算又は認知症地域包括診療加算を算定する患者であって、他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所していたものについて、以下の全てを満たす場合に、退院日又は退所日の属する月の翌月までに1回算定する。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。 ア 患者の同意を得て、入院又は入所までに、入院又は入所先の他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。 イ 入院又は入所先の他の保険医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応すること。 ウ 退院又は退所後1か月以内に、ア又はイを踏まえて調整した入院・入所中の処方内容について、入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供を受けていること。 エ 以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、屯服は含めずに算出すること。 (イ) ウで入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供された入院・入所中の処方内容のうち、内服薬の種類数 (ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数	無

在宅療養中の支援

項目名	概要	様式の有無
在宅時医学総合管理料 在宅がん医療総合診療料	【算定の留意事項(抄)】 悪性腫瘍と診断された患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、適宜情報提供する。	無

その他

項目名	概要	様式の有無
リハビリテーション計画提供料	リハビリテーションを実施している患者であって、介護リハビリテーションの利用を予定している者について、当該患者の同意を得て、当該リハビリテーションを行う訪問リハビリテーション又通所リハビリテーションを行う事業所にリハビリテーションの計画を文書により提供した場合に限り算定する。 (注4(電子化連携加算): 指定リハビリテーション事業所において利用可能な電磁的記録媒体でリハビリテーション計画を提供した場合。)	有
歯科医療機関連携加算1 ※診療情報提供料(I)の注14	【算定の留意事項(抄)】 保険医療機関が歯科を標榜する保険医療機関に対して、口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。 (略) イ 医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合	無

医療介護連携に係る主な介護報酬上の評価①

医療機関から介護保険施設に入所時の連携

サービス類型	項目名	概要	様式の有無
老健	地域連携診療計画情報提供加算	診療報酬点数表の地域連携診療計画管理料・診療計画退院時指導料を算定して医療機関を退院した入所者に、医療機関が作成した地域連携診療計画に基づいて診療計画を作成し、入所者の治療を行い入所者の同意を得て退院月の翌月までに診療計画管理料を算定する病院に診療情報を文書で提供する。	無
特養・老健・介護医療院	再入所時栄養連携加算	指定介護老人福祉施設の入所時に経口により食事を摂取していた者が、医療機関に入院し、当該入院中に、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入となった場合であって、当該者が退院した後に再度当該施設に入所する際、当該施設の管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と連携し、栄養ケア計画を作成した場合に算定。	無

介護保険施設から医療機関に入院時の連携

サービス類型	項目名	概要	様式の有無
老健・介護医療院	退所時情報提供加算	退所時に、入所者の診療情報を添えて主治医に入所者の紹介を行った場合。	有
老健	地域連携診療計画情報提供加算	診療報酬点数表の地域連携診療計画管理料・診療計画退院時指導料を算定して医療機関を退院した入所者に、医療機関が作成した地域連携診療計画に基づいて診療計画を作成し、入所者の治療を行い入所者の同意を得て退院月の翌月までに診療計画管理料を算定する病院に診療情報を文書で提供する。	無
老健	かかりつけ医連携薬剤調整加算	退所時または退所後1月以内に主治医に薬剤の変更状況を情報提供。	有
老健	認知症情報提供加算	認知症のおそれがあると医師が判断した入所者で施設内での診断が困難と判断されたものを、認知症疾患医療センター等に対して紹介した場合。	無

居宅から医療機関に入院時の連携

サービス類型	項目名	概要	様式の有無
居宅介護支援	入院時情報連携加算	利用者が病院・診療所に入院するに当たって、病院・診療所の職員に対し、利用者の必要な情報を提供する。 (Ⅰ):3日以内、(Ⅱ):7日以内	有

医療機関・施設から居宅へ退院・退所時の連携

サービス類型	項目名	概要	様式の有無
居宅介護支援	退院・退所加算	病院・診療所の入院者、介護保険施設の入所者が退院・退所し、居宅サービスを利用する際、当該病院・施設等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報提供を受けた上でケアプランを作成し、居宅サービス利用に関する調整を行った場合。	有
特定施設入居者生活介護	退院・退所時連携加算	病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から指定特定施設に入居した場合は、入居した日から起算して30日以内の期間については、退院・退所時連携加算として、1日につき所定単位数を加算する。	無
訪問看護	退院時共同指導加算	病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院中(入所中)の者が退院(退所)するに当たり、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)が入院中(入所中)の者又はその看護に当たっている者に対し、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の主治医やその他の従業者と共同して在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合に算定。	無

在宅療養中の支援

サービス類型	項目名	概要	様式の有無
居宅療養管理指導	居宅療養管理指導	計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員に対するケアプラン作成等に必要な情報提供並びに利用者若しくはその家族等に対する介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての助言及び指導を行った場合に算定。	医師 歯科医師 歯科衛生士 :有 薬剤師 管理栄養士 :無
訪問介護	生活機能向上連携加算	(Ⅱの場合) 利用者に対して、リハビリテーションを実施している医療提供施設の医師等が居宅を訪問する際に、サ責が同行する等により、医師等と利用者の身体の状態等の評価を共同で行い、かつ生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を策定した場合であって、医師等と連携し訪問介護計画に基づく訪問介護を行う。	無

外来受診時等の連携

サービス類型	項目名	概要	様式の有無
居宅介護支援	通院時情報連携加算	利用者が病院・診療所において医師の診察を受けるときにケアマネが同席し、医師等に対して当該利用者の心身状況や生活環境等の情報提供を行うとともに、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、ケアプランに記録。	無
居宅介護支援	緊急時等居宅カンファレンス加算	利用者の急変等に伴い、訪問診療を実施する保険医療機関や保険医の求めにより、利用者宅でのカンファレンスに参加し、必要に応じて居宅サービスの調整を実施。	無
居宅介護支援	ターミナルケアマネジメント加算	死亡前14日以内に2日以上、居宅を訪問し、利用者の心身の状況等を記録し、主治医及び介護サービス事業者提供等を実施。	無
特定施設入居者生活介護	医療機関連携加算	看護職員が、利用者ごとに健康の状況を継続的に記録している場合において、当該利用者の同意を得て、協力医療機関(指定地域密着型サービス基準第127条第1項に規定する協力医療機関をいう。)又は当該利用者の主治の医師に対して、当該利用者の健康の状況について月に1回以上情報を提供した場合は、医療機関連携加算として、1月につき80単位を所定単位数に加算する。	有
短期入所生活介護	医療連携強化加算	医療連携強化加算は、急変の予想や早期発見等のために看護職員による定期的な巡視や、主治の医師と連絡が取れない等の場合における対応に係る取り決めを事前に行うなどの要件を満たし、都道府県知事に届け出た指定短期入所生活介護事業所において、指定短期入所生活介護を行った場合に、当該利用者について加算する。	無

その他

サービス類型	項目名	概要	様式の有無
通りハ等	リハビリテーションマネジメント加算	指定通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定。	無

入退院支援の評価（イメージ）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。

・ 入院時支援加算

- ・ 入退院支援加算
- ・ 地域連携診療計画加算

・ 退院時共同指導料

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う
医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・ (入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・ 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・ 入院生活に関するオリエンテーション
- ・ 看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等



《入退院支援加算の対象となる患者》

- ・ 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・ 緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・ 虐待を受けている又はその疑いがある
- ・ 生活困窮者
- ・ 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
- ・ 排泄に介助を要する
- ・ 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
- ・ 退院後に医療処置が必要
- ・ 入退院を繰り返している
- ・ 長期的な低栄養状態が見込まれる
- ・ 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
- ・ 児童等の家族から、介助や家族等を日常的に受けている

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・ 患者の退院後の在宅療養を担う医療機関と、入院中の医療機関とが退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同で行う

共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

- ・ 保険医療機関間及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報の提供



入退院支援加算の概要

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]

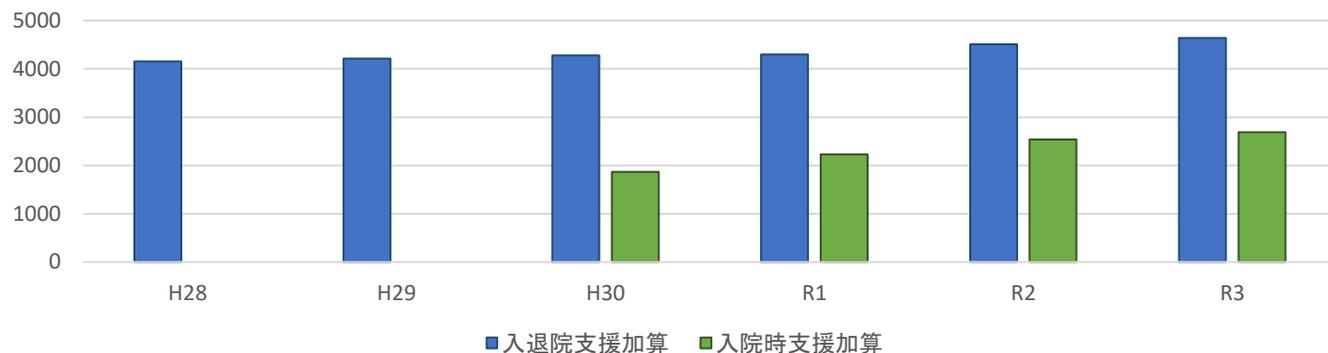
	入退院支援加算1	入退院支援加算2	入退院支援加算3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. 入院治療を行っても長期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	（※）週3日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤2名以上の組み合わせも可。	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	-	-

入退院支援加算の届出・算定状況

- 入退院支援加算と入院時支援加算の届出施設は徐々に増加している。
- 入退院支援加算と入院時支援加算の算定回数はいずれも増加している。

■ 入退院支援加算の届出状況の推移

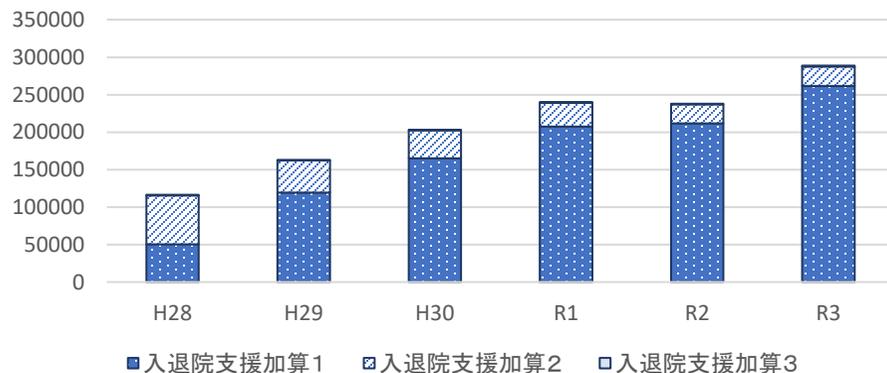
入退院支援加算届出施設数



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

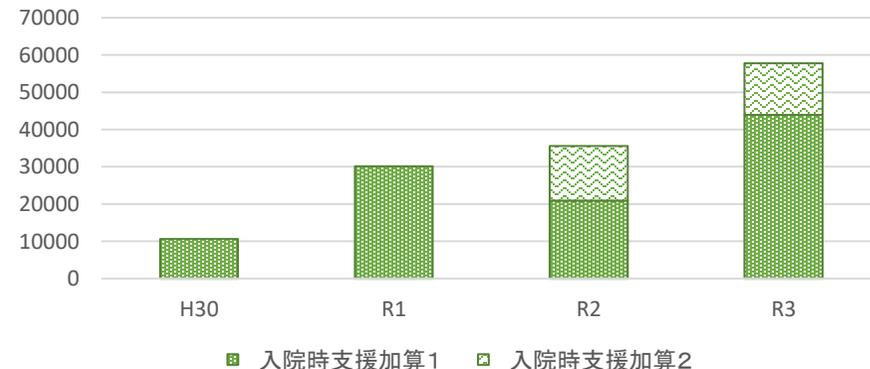
■ 入退院支援加算の算定状況の推移

入退院支援加算(算定回数)



■ 入院時支援加算の算定状況の推移

入院時支援加算(算定回数)



出典：社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

退院時共同指導料の概要

退院時共同指導料

- ▶ 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師等と入院中の医療機関の医師等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合にそれぞれの保険医療機関において算定する。
- ▶ 入院中1回に限り算定（ただし、別に定める疾病等の患者（※）については、入院医療機関の医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護師若しくは当該医師の指示をうけた方も看護ステーションの看護師等と1回以上共同して行う場合は、入院中に2回に限り算定）

	退院後訪問指導料 1 (在宅療養担当医療機関の評価)	退院後訪問指導料 2 (入院医療機関の評価)
	1 在支診 1,500点 2 在支診以外 900点	400点
共同指導 実施職種	医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士	注1 医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
		注2 (300点加算) 医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
		注3 (多機関共同指導加算：2,000点加算) 医師、看護師等が、以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師又は看護師等 ・歯科医師又は歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く） ・介護支援専門員 ・相談支援専門員
対象患者	退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院・入所する患者又は死亡退院した患者は対象とならない。	
	※ただし、入退院支援加算を算定する患者であって、疾患名、入院医療機関の退院基準、退院後の診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養医療機関と共有した場合、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能。	

(※) 退院時共同指導料を2回算定できる疾病等の患者

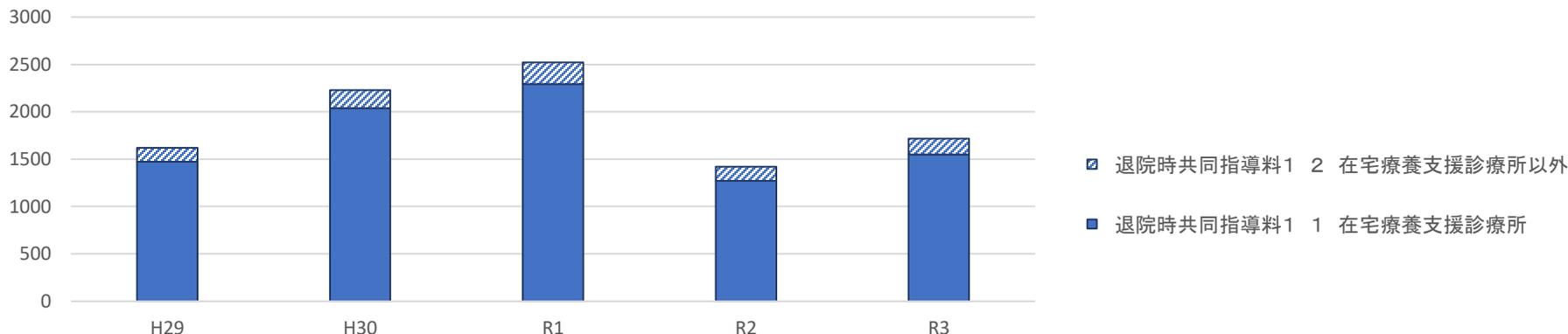
- 1 末期の悪性腫瘍の患者（在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く。）
- 2 (1)であって、(2)又は(3)の状態である患者
 - (1)
 - ・在宅自己腹膜灌流指導管理
 - ・在宅血液透析指導管理
 - ・在宅酸素療法指導管理
 - ・在宅中心静脈栄養法指導管理
 - ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - ・在宅人工呼吸指導管理
 - ・在宅悪性腫瘍等患者指導管理
 - ・在宅自己疼痛管理指導管理
 - ・在宅肺高血圧症患者指導管理
 - ・在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
 - (2) ドレーン又は留置カテーテルを使用している状態
 - (3) 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- 3 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

退院時共同指導料の算定状況

- 退院時共同指導料1、2ともに算定回数は増加傾向であったが、令和2年に減少している。
- 在宅療養担当医療機関の評価である退院時共同指導料2よりも、入院医療機関の評価である退院時共同指導料1の方が多く算定されている。

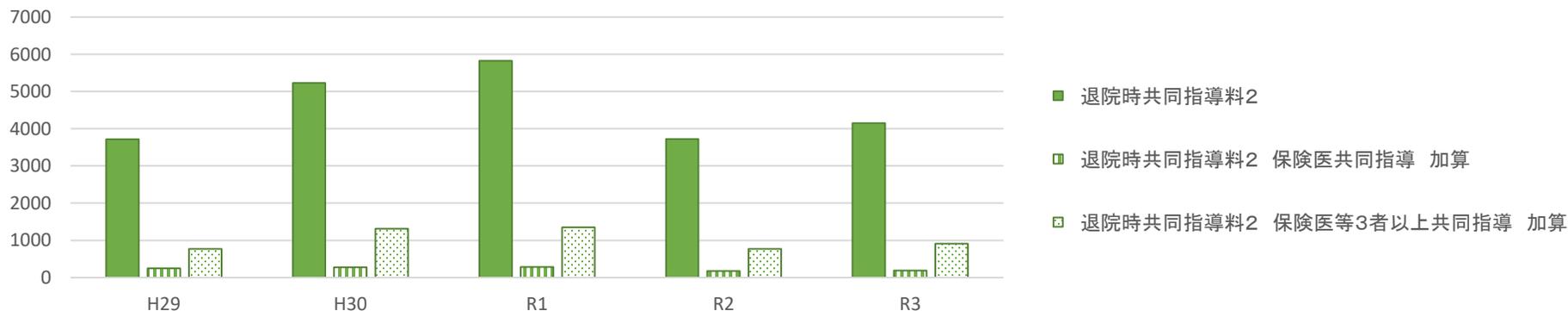
■ 退院時共同指導料1の算定状況の推移

退院時共同指導料1(算定回数)



■ 退院時共同指導料2の算定状況の推移

退院時共同指導料2(算定回数)



退院時共同指導料2「注4」の様式例①

○ 退院時共同指導料2「注4」は、地域連携診療計画と同等の事項(当該医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等)に加えて退院後の在宅または介護施設等での療養上必要な指導を行うために必要な看護及び栄養管理の状況等の情報を当該患者及び家族に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関のほか、訪問看護ステーション、介護施設等と共有することとしている。

年 月 日

看護及び栄養管理等に関する情報(1)

患者氏名(ふりがな)		性別		生年月日	年 月 日
入退院日	入院日: 年 月 日	退院(予定)日:	年 月 日		
主たる傷病名					
主な既往歴	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照	アレルギー	<input type="checkbox"/> 薬剤() <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他()		
入院中の経過	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照				
継続する看護上の問題等					
ケア時の具体的な方法や留意点					
病状等の説明内容と受け止め	医師の説明				
	患者				
	家族				
患者・家族の今後の希望・目標や、大切にしていること	患者				
	家族				
家族構成(同居者の有無、キーパーソン等)	緊急連絡先(氏名・続柄・連絡先) ① ②				
介護者等の状況	介護者()協力者:() 対応可能な時間: <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 独居・介護者や協力者がいない				
日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
認知症自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
社会資源	要介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援状態区分(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護状態区分(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
	介護支援専門員/訪問看護ステーション/訪問診療医療機関				
	障害手帳	<input type="checkbox"/> 有 ()			
生活等の状況	清潔	入浴: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助方法: <input type="checkbox"/> 全介助(<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 最終: 月 日 口腔ケア: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: <input type="checkbox"/> 全介助 更衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: <input type="checkbox"/> 全介助			
	活動	座位: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: <input type="checkbox"/> 全介助			

活動	座位: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: <input type="checkbox"/> 全介助 移乗: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: <input type="checkbox"/> 全介助 移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: <input type="checkbox"/> 全介助 方法: <input type="checkbox"/> T杖・松葉杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子自走 <input type="checkbox"/> ストレッチ
	排泄
食事	介助方法:
睡眠	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> その他()
精神状態	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 認知症(症状、行動等):
運動機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺:(<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> 言語障害:(<input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症) <input type="checkbox"/> 視力障害:(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 聴力障害:(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 補聴器使用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
安全対策	方法:
医療処置・挿入物等の状況	<input type="checkbox"/> 点滴投与経路 <input type="checkbox"/> PICC(末梢挿入型中心静脈カテーテル) <input type="checkbox"/> CVC(中心静脈カテーテル) <input type="checkbox"/> 末梢静脈ライン <input type="checkbox"/> 静注 CV ポート 挿入部位: サイズ: 最終交換日: 月 日 最終ロック日: 交換頻度:
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他() サイズ: Fr cm 挿入日: 月 日 最終交換日: 月 日 交換頻度:
<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	種類: サイズ: Fr 固定水: ml 最終交換日: 月 日 交換頻度:
<input type="checkbox"/> 透析	週 回 シャント: <input type="checkbox"/> 有(部位)
<input type="checkbox"/> 呼吸管理	<input type="checkbox"/> 吸引 回数: <input type="checkbox"/> 酸素療法(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> その他 酸素設定: <input type="checkbox"/> 気管切開:気管内チューブ mm 最終交換日: 月 日 交換頻度: <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 設定、モード:
	<input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡 部位・深度・大きさ等: ケア方法: <input type="checkbox"/> 手術創 部位: ケア方法:
<input type="checkbox"/> ストーマ処置	種類: サイズ: 最終交換日: 月 日 交換頻度:
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要確認・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(方法:) 他院処方薬: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他	

(記入者氏名)

(照会先)

退院時共同指導料 2 「注4」の様式例②

看護及び栄養管理等に関する情報(2)

患者氏名													
入退院日		入院日: 年 月 日					退院(予定)日: 年 月 日						
(太枠: 必須記入)													
栄養管理・ 栄養指導等 の経過													
	栄養管理上の 注意点と課題												
栄養 評価	評価日	年 月 日			過去(週間)の体重変化	増加・変化なし・減少: (kg %)							
	身体計測	体重	kg	測定日(/)	BMI	kg/m ²	下腿周囲長	cm	不明	握力	kgf	不明	
	身体所見	食欲低下	無・有・不明()			消化器症状	無・有(嘔気・嘔吐・下痢・便秘)・不明						
		味覚障害	無・有・不明()			褥瘡	無・有(部位等)・不明						
		浮腫	無・有(胸水・腹水・下肢)・不明			その他							
		嚥下障害	無・有			特記事項							
	咀嚼障害	無・有											
	検査・ その他	過去1か月以内Alb値 ()g/dL			測定なし	その他							
	1日栄養量	エネルギー			たんぱく質		食塩	水分	その他				
	必要栄養量	()kcal/標準体重kg ()kcal/現体重kg			()g/標準体重kg ()g/現体重kg		g	ml					
摂取栄養量	()kcal/標準体重kg ()kcal/現体重kg			()g/標準体重kg ()g/現体重kg		g	ml						
栄養補給法	経口・経腸(経口・経鼻・胃瘻・腸瘻)・静脈					食事回数:	回/日	朝・昼・夕・その他()					
退院時 食事内容	食種	一般食・特別食()・その他()											
	食事形態	主食種類	朝	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()								量	g/食
			昼	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()									g/食
			夕	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()									g/食
		副食形態	常菜・軟菜・その他() *自由記載:例 ベース										
	嚥下調整食	不要・必要	コード(嚥下調整食の場合は必須) 0j・0t・1j・2-1・2-2・3・4										
	とろみ調整 食品の使用	無・有	種類(製品名)	使用量(gまたは包)		とろみの濃度 薄い / 中間 / 濃い							
	その他影響する問題点	無・有()											
	禁止食品	食物アレルギー	無・有	乳・乳製品・卵・小麦・そば・落花生・えび・かに・青魚・大豆 その他・詳細()									
		禁止食品 (治療、服薬、宗教上 などによる事項)											
退院時 栄養設定 の詳細	栄養量	補給量	エネルギー	たんぱく質 (アミノ酸)	脂質	炭水化物 (糖質)	食塩	水分	その他				
		経口(食事)	kcal	g	g	g	g	ml					
		経腸	kcal	g	g	g	g	ml					
		静脈	kcal	g	g	g	g	ml					
		経口飲水						ml					
		合計 (現体重当たり)	kcal/kg	g/kg	g/kg	g/kg	g/kg	ml					
経腸栄養 詳細	種類	朝:	昼:		夕:								
	量	朝:	ml	昼:	ml	夕:	ml						
	投与経路	経口・経鼻・胃瘻・腸瘻・その他()											
	投与速度	朝:	ml/h	昼:	ml/h	夕:	ml/h						
静脈栄養 詳細	種類・量	朝:	ml	昼:	ml	夕:	ml						
	投与経路	末梢・中心静脈											
備考													

(記入者氏名)

(照会先)

退院直後の在宅療養支援に関する評価

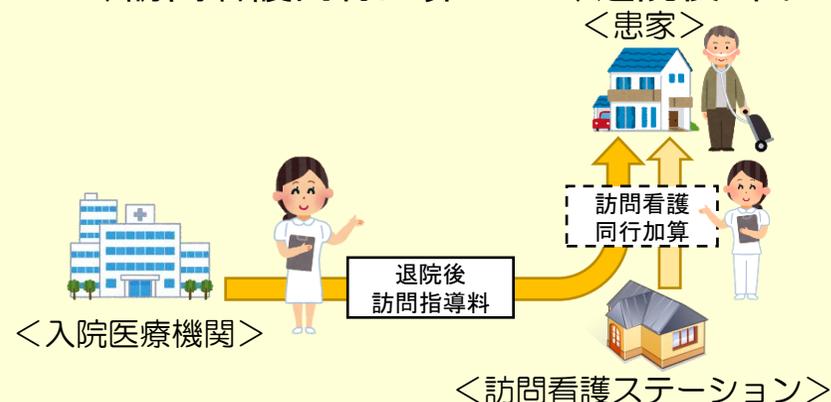
- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

(新) 退院後訪問指導料 580点(1日につき)

(新) 訪問看護同行加算 20点

[算定要件]

- ① 対象患者: 別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※
※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。
- ② 算定回数: 退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
- ③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。



別表第8

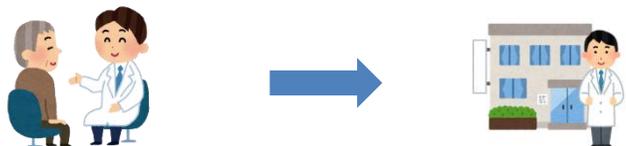
- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
- 在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

診療情報提供料（I）の概要

医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価。

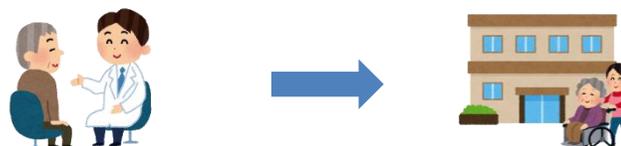
① 別の保険医療機関に紹介した場合

別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。



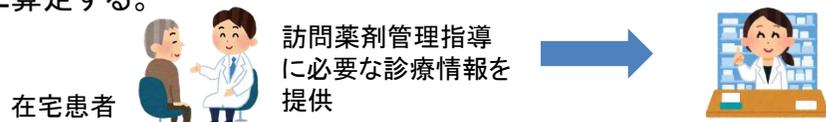
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

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に算定する。



③ 保険薬局に提供する場合

在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定する。



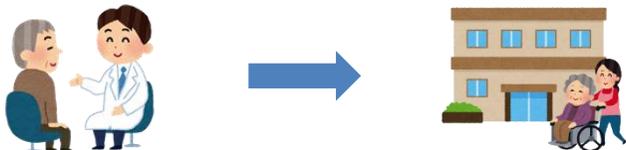
④ 精神障害者施設等に提供する場合

精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。



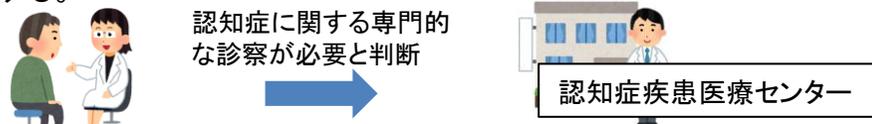
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定する。



⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。



⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るにあたり必要な情報を提供した場合に算定する。



診療情報提供料（I） 250点
（患者1人につき月1回に限り）

診療情報提供料（Ⅰ）の様式例

- 診療情報提供料（Ⅰ）では、紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付することとしている。

■ 他の保険医療機関

(別紙様式 11)

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名 印

患者氏名 患者住所 性別 男・女
電話番号
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 職業

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備 考

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

■ 指定居宅介護支援事業所等

(別紙様式 12 の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書

情報提供先事業所 年 月 日
担当 殿

医療機関の所在地及び名称
電話番号
FAX 番号
医師氏名 印

患者氏名	(ふりがな)	男	〒	—
	明・大・昭 年 月 日 生 (歳)	女		連絡先 ()

患者の病状、経過等

(1) 診断名（生活機能低下の直接の原因となっている傷病名又は特定疾病については1.に記入）及び発症年月日

1. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

2. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

3. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

(3) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(4) 診療形態

外来 ・ 訪問診療 ・ 入院

入院患者の場合
入院日： 年 月 日 退院日： 年 月 日

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊

低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ()

→ 対処方針 ()

(2) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

(3) サービスの必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）

訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導

訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導

通所リハビリテーション その他の医療系サービス ()

(4) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 特になし あり () ・移動 特になし あり ()

・摂食 特になし あり () ・運動 特になし あり ()

・嚥下 特になし あり () ・その他 ()

患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項

概要

（居宅介護支援）※ i は介護予防支援を含み、ii 及び iii は介護予防支援を含まない

ア 入院時における医療機関との連携促進

入院時における医療機関との連携を促進する観点から、以下の見直しを行う。

- i 居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼することを義務づける。【省令改正】
- ii 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。
- iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示すこととする。【通知改正】

単位数

【ii について】

<現行>

入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月

入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月

<改定後>

入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月

入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月

算定要件等

【ii について】

<現行>

入院時情報連携加算（Ⅰ）

- ・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供

入院時情報連携加算（Ⅱ）

- ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

<改定後>

入院時情報連携加算（Ⅰ）

- ・入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない）

入院時情報連携加算（Ⅱ）

- ・入院後7日以内に情報提供（提供方法は問わない）

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

2.(6)③ 医療機関との情報連携の強化

令和3年度報酬改定

概要

【居宅介護支援】

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

単位数

<現行>

なし

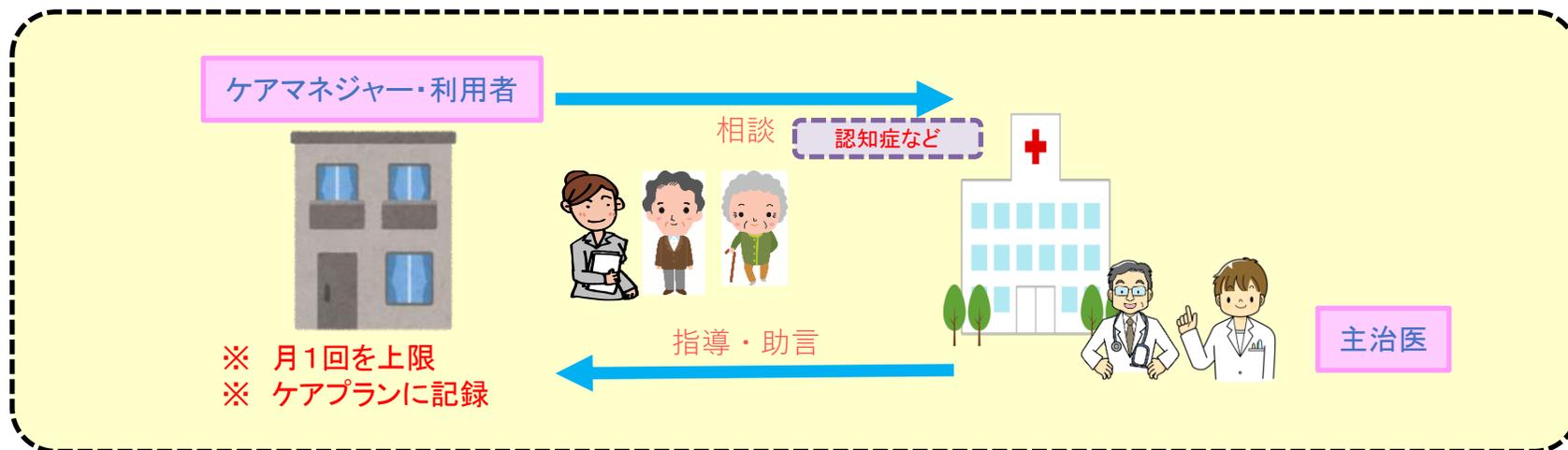
<改定後>

⇒

通院時情報連携加算 50単位/月 (新設)

算定要件等

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

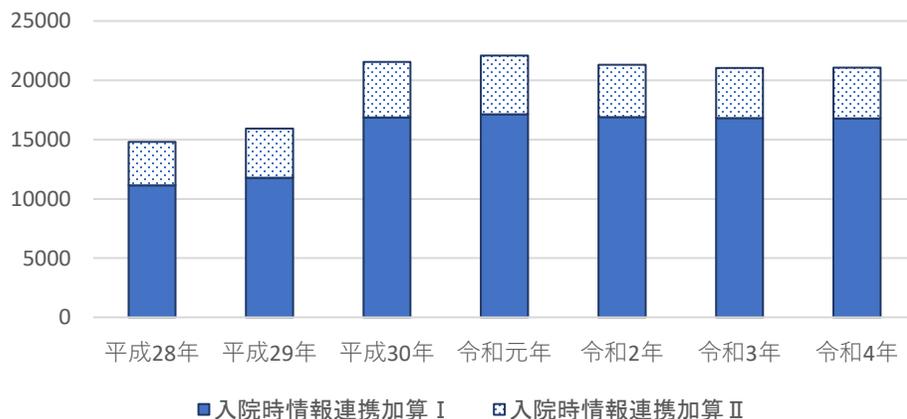


入院時情報連携加算、通院時情報連携加算の算定状況

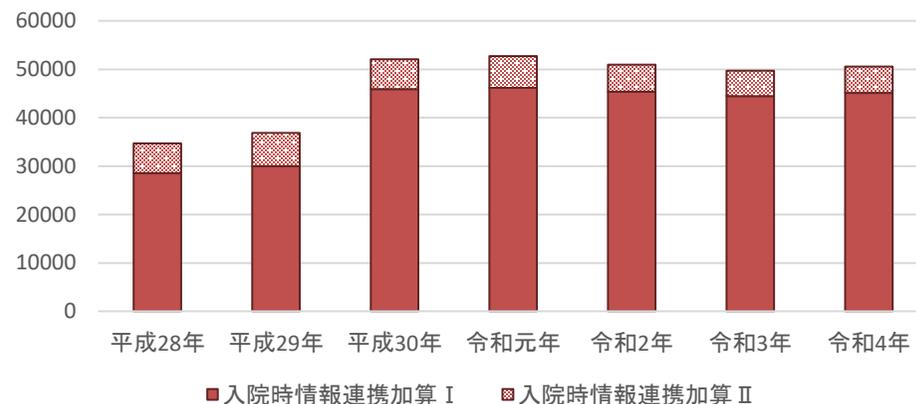
- 入院時情報連携加算について、算定回数は増加傾向であったが、令和2年に減少。
- 通院時情報連携加算について、令和3年度の新設後、令和4年はほぼ横ばい。

■入院時情報連携加算の算定状況の推移（居宅介護支援）

入院時情報連携加算（算定事業所数）



入院時情報連携加算（算定回数）



■通院時情報連携加算の算定状況の推移（居宅介護支援）

通院時情報連携加算（算定事業数）



通院時情報連携加算（算定事業数）



退所時情報提供加算

概要

【介護老人保健施設、介護医療院】

- 入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所後の主治の医師に対して、当該入所者の紹介を行うことを評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

単位数

<現行>

なし

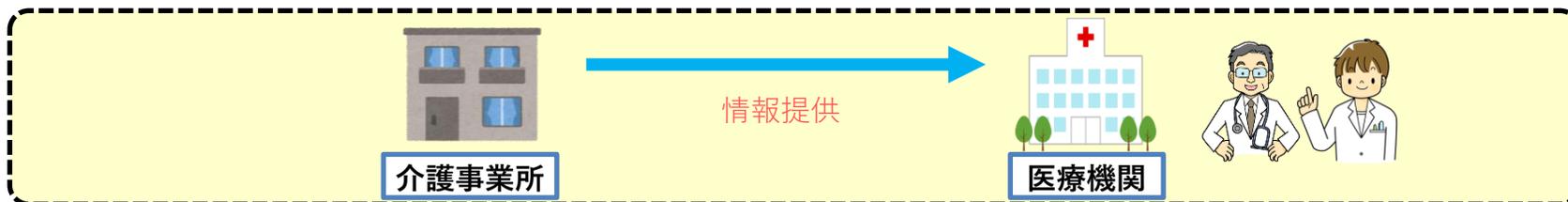
<改定後>

⇒

退所時情報提供加算 500単位 **(新設)**

算定要件等

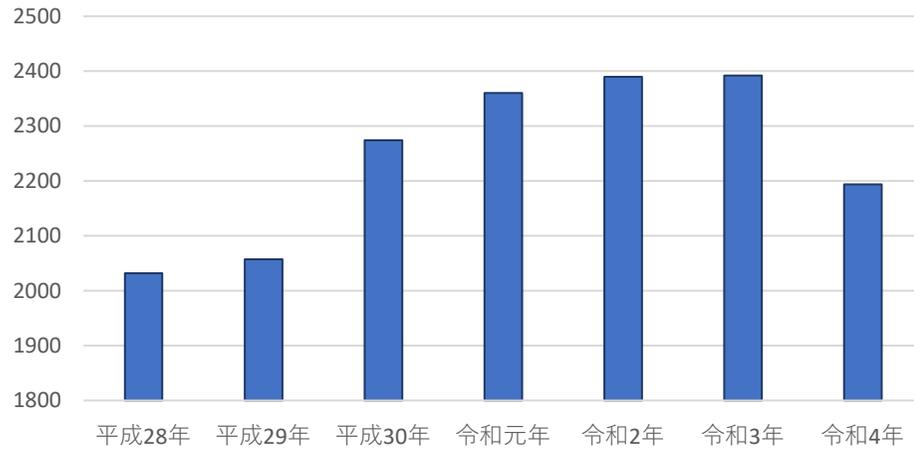
- ・入所者1人につき、1回の算定を限度とする
- ・当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者の紹介を行った場合
- ・入所者が退所後に他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入所者の診療状況を示す文書を添えて必要な情報を提供したときも同様。
- ・退所後の主治の医師に対して入所者を紹介するに当たっては、様式2の文書に必要な事項を記載の上、入所者又は主治の医師に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付する
- ・様式2の文書に入所者の諸検査の結果、日常生活動作能力、心理状態などの心身機能の状態、薬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



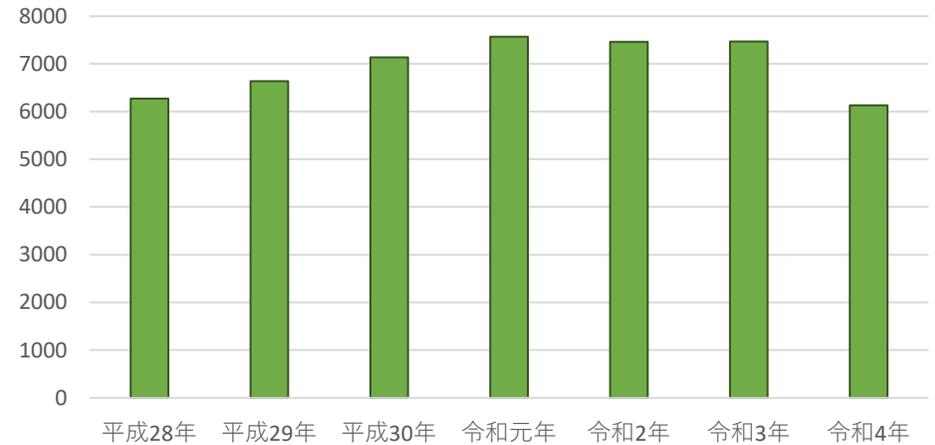
○ 算定回数は増加傾向であったが、令和4年は著減。

■ 退所時情報提供加算の算定状況の推移（介護老人保健施設）

退所時情報提供加算（算定施設数）



退所時情報提供加算（算定回数）



概要

（居宅介護支援）※ ※介護予防支援は含まない

- イ 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進
 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算を以下のとおり見直す。
- i 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。
 - ii 医療機関等との連携回数に応じた評価とする。
 - iii 加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。
- また、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。【通知改正】

単位数

<現行>

退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	300単位	300単位
連携 2 回	600単位	600単位
連携 3 回	×	900単位

⇒

<改定後>

退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	450単位	600単位
連携 2 回	600単位	750単位
連携 3 回	×	900単位

算定要件等

- 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。
- ただし、「連携3回」を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

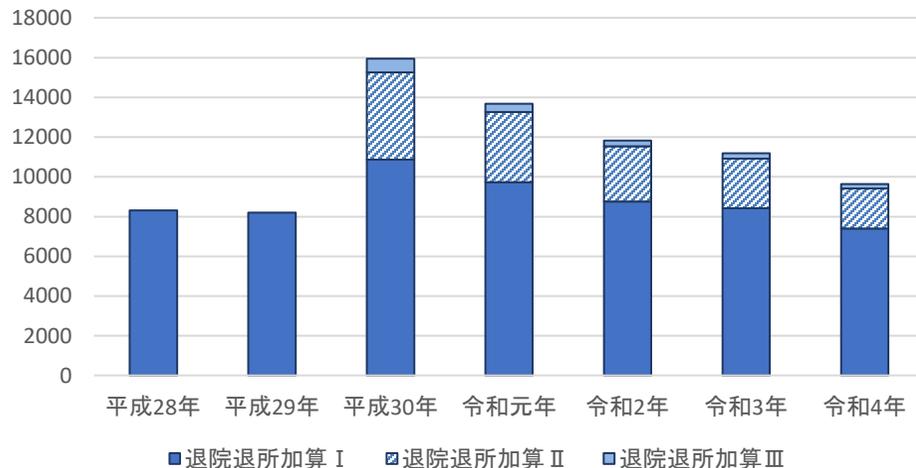
※ 入院又は入所期間中につき1回を限度。また、初回加算との同時算定不可。

退院・退所加算の算定状況

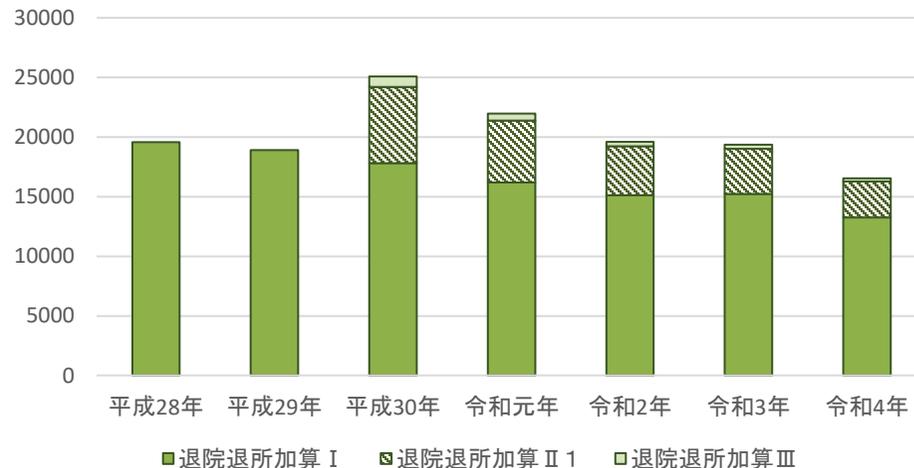
○ 平成30年度改定における評価の引き上げ後、算定回数が増加したが、その後減少傾向。

■ 退院・退所加算の算定状況の推移（居宅介護支援）

退院・退所加算（算定事業所数）



退院・退所加算（算定回数）



退院・退所情報記録書の標準様式

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)	
	氏名	様 男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 ()・要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし	
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日				
	入院原因疾患(入所目的等)				
	入院・入所先 施設名 棟 室				
	今後の医学管理 医療機関名： 方法 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療				
	現在治療中の疾患 ① ② ③			疾患の状況	*番号記入 安定() 不安定()
	移動手段 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()				
	排泄方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()				
	入浴方法 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず				
	食事形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 () UDF等の食形態区分				
	嚥下機能(むせ)		義歯		
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)			
口腔清潔 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
睡眠 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()		眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
認知・精神 <input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()					
②受け止め/意向	＜本人＞病名、障害、後遺症等の受け止め方 本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	＜本人＞退院後の生活に関する意向				
	＜家族＞病名、障害、後遺症等の受け止め方				
	＜家族＞退院後の生活に関する意向				

2. 課題認識のための情報

③退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導 (食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()	
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 (ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習 (歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習 (買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 (痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
症状・病状の予後・予測			
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等) <small>例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。</small>			
在宅復帰のために整えなければならない要件			
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)	会議出席
1	年 月 日		無・有
2	年 月 日		無・有
3	年 月 日		無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

医療と介護の連携の推進

国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関する報酬において、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件とするとともに、評価を充実
- 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実



介護医療院・有床診療地域包括ケアモデルへの対応

- 介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「居住系介護施設等」と同様の取扱いとし、退院時の情報提供等に係る取組の評価において「介護老人保健施設」と同様の取扱いとする
- 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用を支援

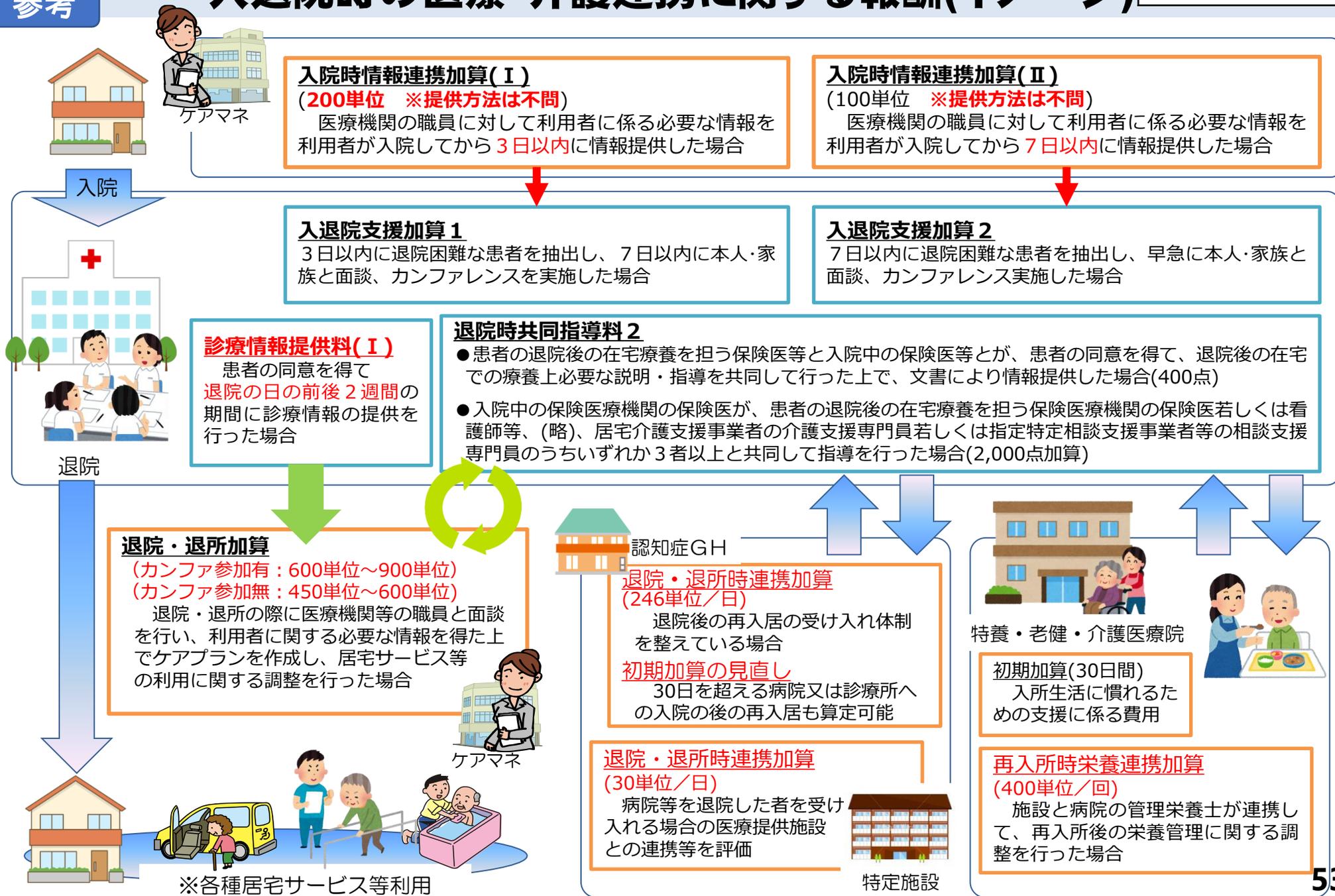
訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

- 訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進
- 末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進



リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

- 医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価
- 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和



1. 総論

2. 医療・介護連携に係る評価

3. 在宅医療・介護連携推進事業

4. 医療・介護DX

5. 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

6. 主治医と介護支援専門員の連携

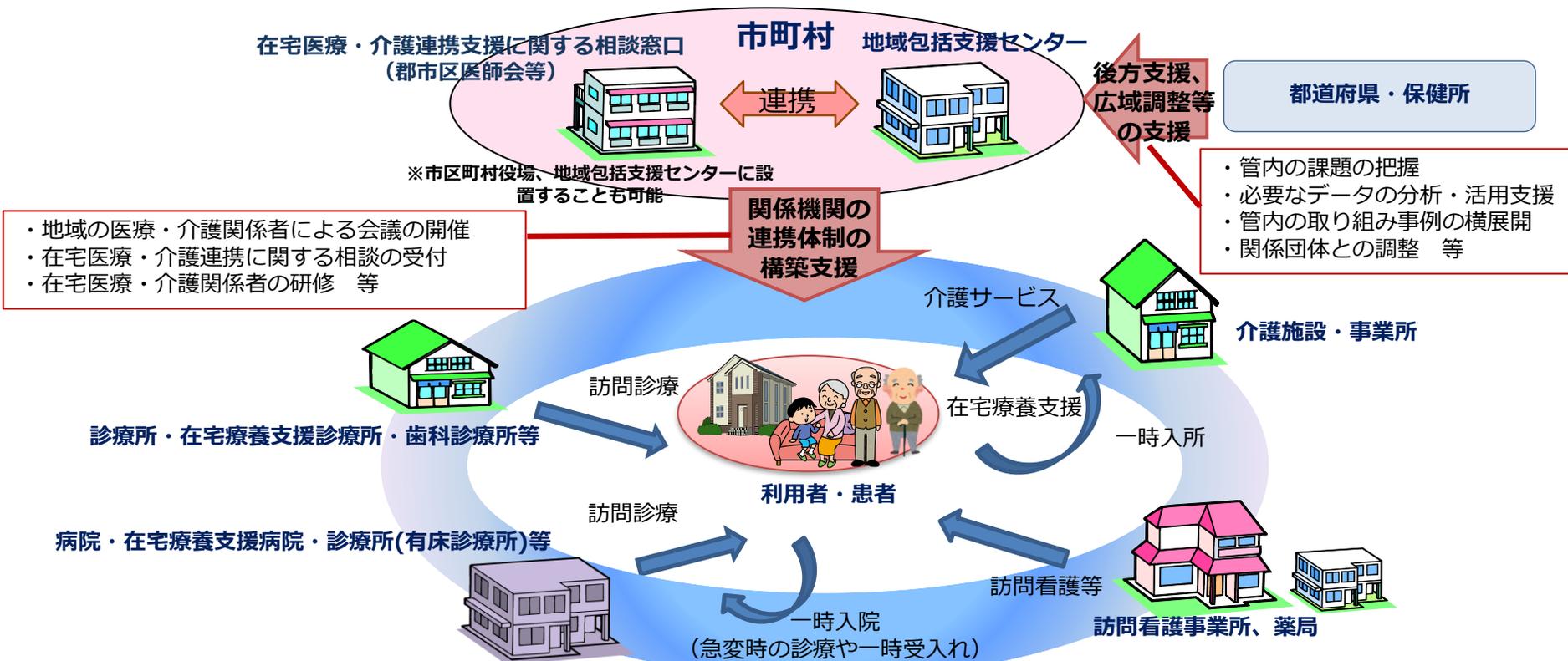
在宅医療・介護連携の推進

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

（※）在宅療養を支える関係機関の例

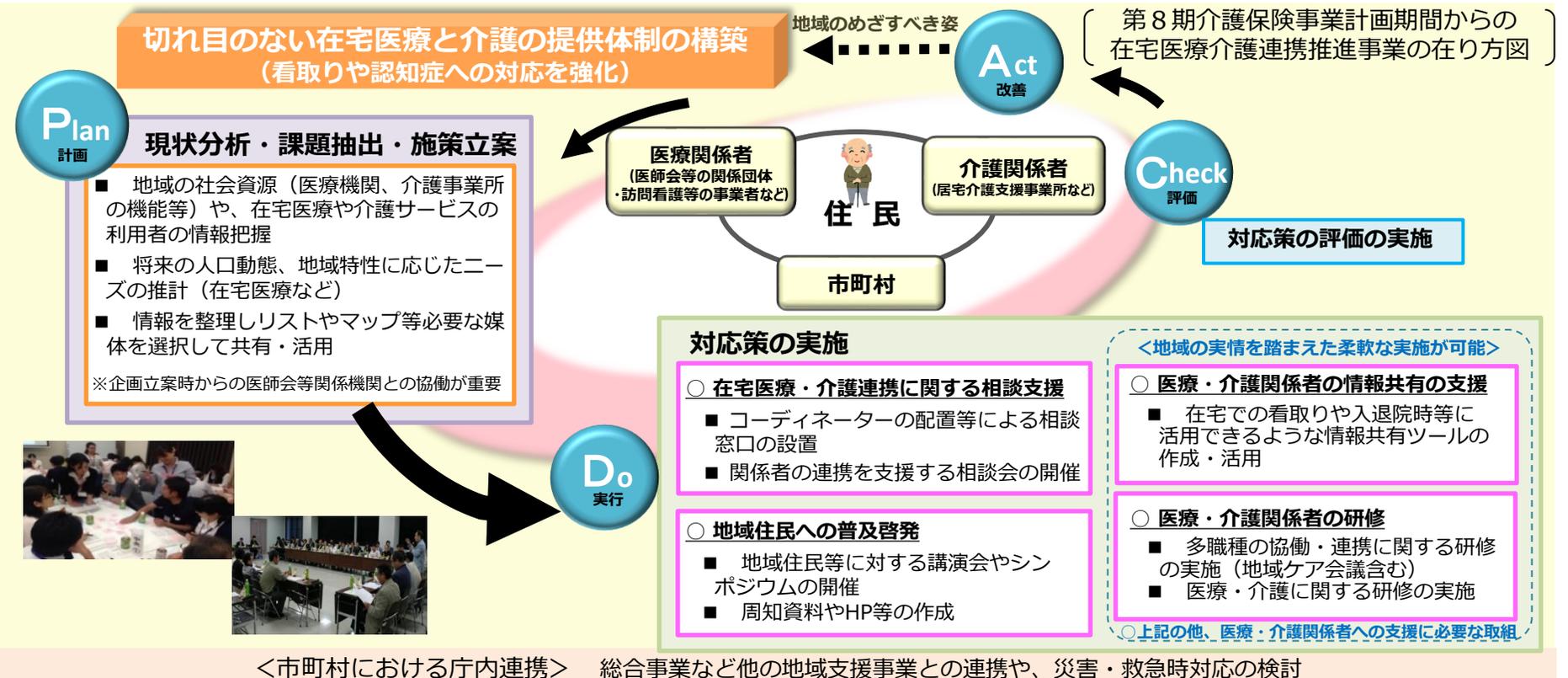
- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

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



在宅医療・介護連携推進事業

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



都道府県(保健所等)による支援

- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
- 地域医療構想・医療計画との整合

- 平成26年介護保険法改正により市町村が実施する地域支援事業の包括的支援事業として、在宅医療・介護連携推進事業（以下、「本事業」とする）が位置付けられ、平成27年度から市町村は順次、8つの事業項目を開始してきた。
- 本事業の円滑な実施のために「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.1（介護保険最新情報vol.447）」（以下、「手引き」とする）を作成、具体的な取組を例示し、平成27年3月に周知を行う。
- さらに、平成29年介護保険法改正においても、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の導入及び充実を図るとともに、都道府県による市町村支援の役割を明確にするために、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.2（介護保険最新情報vol.610）」として、平成29年10月に周知してきたところ。
- そして、本事業の開始から数年が経過し、現在では、8つの事業項目に限らず、認知症や災害に関する取組をあわせて実施するなど、地域の実情を踏まえた在宅医療・介護連携の取組が実施されつつある。一方で、「将来的な本事業のあるべき姿をイメージできていないこと」を課題としてあげる等、本事業の構造や進め方についての理解が不足している状況もみられ、8つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかとの指摘もある。
- このような中で、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって本事業でめざす姿の実現がなされるよう、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3」として、令和2年9月に発出。

1 改訂のポイント

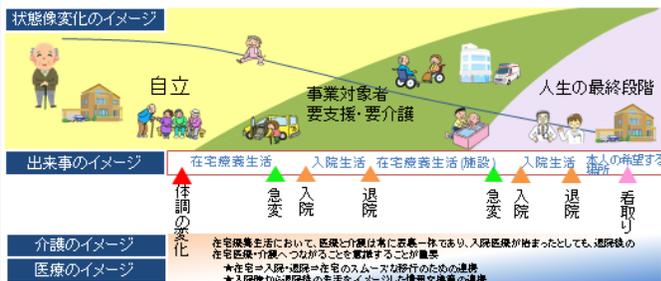
- PDCAサイクルに沿った具体的な運用ができるような構成に再編
- 目標の設定の必要性や事業マネジメントの考え方、都道府県の役割の明確化
- 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージに沿った、4つの場面を意識した考え方
- 好事例の横展開を図るため、事例の掲載





4 「第2章 市町村における事業の進め方」の要旨

● 4つの場面を意識したPDCAサイクルの考え方と展開例 P23



- ライフサイクルにおいて、場面毎に必要な医療と介護のサービスの比重は変わるものの、地域において在宅療養者が医療と介護を必要とする場合には、医療と介護が連携し、高齢者が住み慣れた地域で最期まで生活することができるような支援が必要である。
- 在宅療養者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かしつつ、さらに、入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、本事業においては、医療と介護が主に共通する4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）を意識して取り組む必要がある。なお、この4つの場面は、双方が重なり合っていることも少なくないことに留意が必要である。
- 4つの場面ごとの現状分析・課題抽出・目標設定等を行う前提として、地域のめざすべき姿を必ず設定し、その目的を実現するために、達成すべき目標を4つの場面ごとに設定することが重要である。

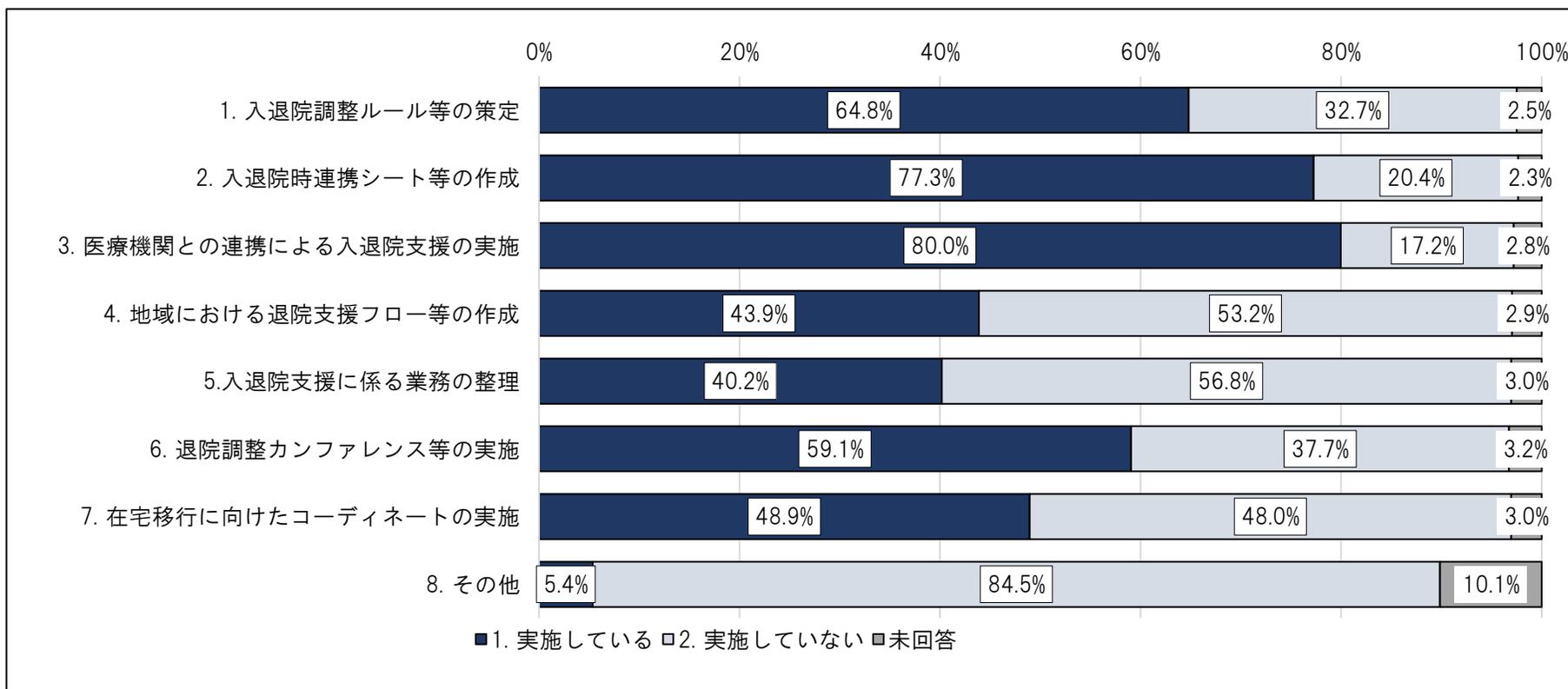
● 事業の実施に当たっての留意事項 P48

- 事業委託、既に実施されている取組事例、PDCAサイクルに沿った取組を実施する上でのポイント など

入退院支援の実施状況 (n = 1,324)

4つの場面を意識した取組のうち、「入退院支援」に“取り組んでいる”または“今後取り組む予定である”と回答した市町村において、実施している取組みとして最も多いものは、「医療機関との連携による入退院支援の実施」であり、次いで「入退院時連携シート等の作成」、「入退院調整ルール等の作成」であった。

○ 「入退院支援」の実施状況



在宅医療・介護連携推進事業の課題 (n = 1,717 最大5項目優先順位回答)

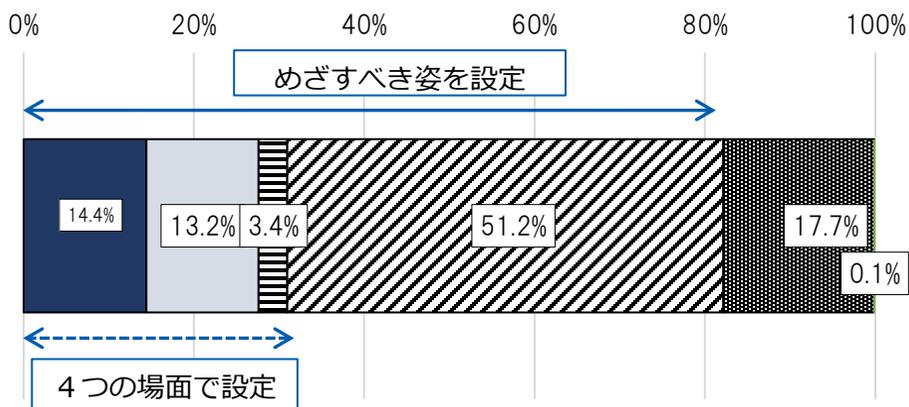
在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題については、「事業実施のためのノウハウの不足」「指標設定等の事業評価のしにくさ」「本事業を総合的に進めることができるような人材の育成」等の回答が多い。

	%	回答数
1. 予算の確保	34.0%	583
2. 事業実施のためのノウハウの不足	72.8%	1,250
3. 本事業の存在や必要性を医療・介護関係者に認知してもらうこと	50.0%	858
4. 行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築	53.5%	918
5. 行政内部の連携、情報共有等	38.7%	664
6. 地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足	63.3%	1,087
7. 総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足	58.4%	1,003
8. 本事業を総合的に進めることができるような人材の育成	69.7%	1,196
9. 事業運営に関する相談のできる人材の不足	50.8%	873
10. 現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと	34.5%	592
11. 将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと	47.6%	818
12. 多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化	46.2%	794
13. 地域の医療・介護資源の不足	62.6%	1,075
14. 事業推進を担う人材の不足（市区町村担当者及び事業委託先を想定）	59.5%	1,022
15. 指標設定等の事業評価のしにくさ	70.1%	1,204
16. 隣接する市区町村との広域連携の調整	32.1%	551
17. 都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する当該市区町村のデータ等の提供	33.7%	579
18. 在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供（先進事例等）	32.4%	556
19. 多職種研修の企画・運営の技術的支援	30.3%	521
20. 在宅医療・介護連携に関する相談窓口に配置する相談員の研修、人材育成	40.3%	692
21. 医師会等関係団体との調整	44.3%	761
22. 医療機関との調整	41.0%	704
23. 広域的な医療・介護連携（退院調整等）に関する協議	40.1%	688
24. 市区町村間の意見交換の場の設定	22.4%	384
25. 地域医療構想や地域医療計画との整合を取るための方策	36.5%	627
26. その他	2.5%	43
27. 特になし	0.9%	16

PDCAを踏まえた事業展開の現状① (n = 1,717)

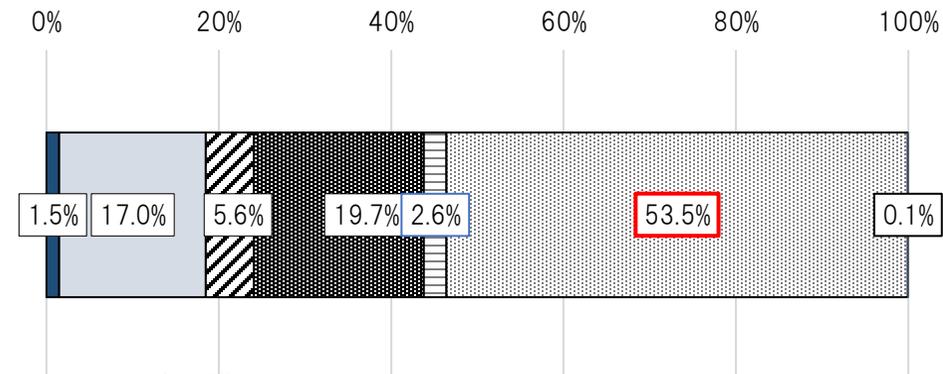
めざすべき姿を設定している自治体は約8割であるものの、4つの場面で設定している自治体は約3割にとどまっている。また、約半数の市町村は、取組改善の目安としている期間を「わからない・設定することは想定していない」と回答。

○ 在宅医療・介護連携の推進によってめざすべき姿の設定状況



- 1. 4つの場面で設定し、介護保険事業計画に記載
- 2. 4つの場面で設定し、在宅医療・介護の関係者では共有しているが、介護保険事業計画では記載していない
- 3. 4つの場面で設定しているが、自治体内の共有に留まる
- 4. 本事業の実施によって目指す姿の設定はしているが、特に4つの場面で設定はしていない
- 5. 特に設定はしていない
- 未回答

○ 取組改善（PDCAの運用）に要する目安としている期間

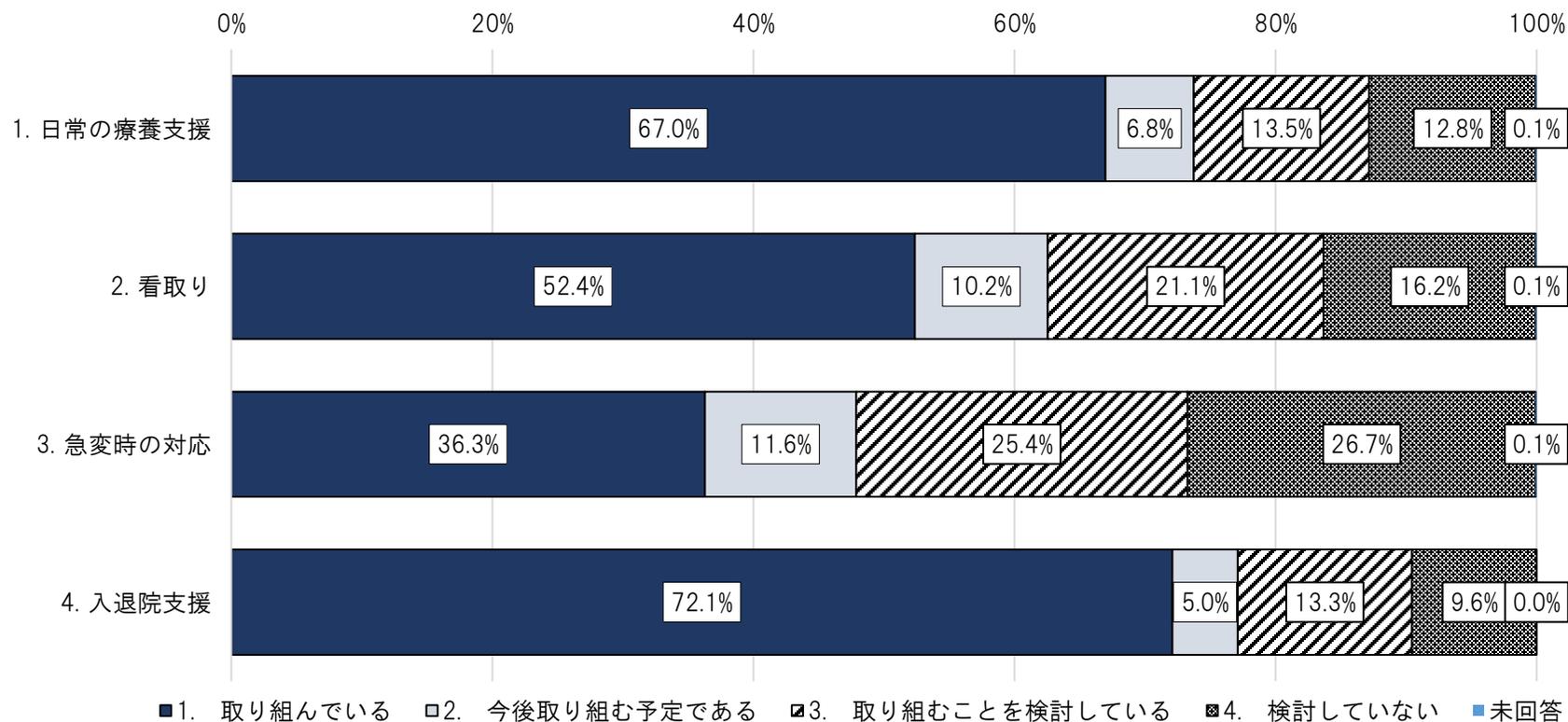


- 1. 1年未満
- 2. 約1年
- 3. 約2年
- 4. 約3年
- 5. 約4年以上
- 6. わからない・設定はすることは想定していない
- 未回答

PDCAを踏まえた事業展開の現状② (n = 1,717)

4つの場面を意識した取組については、「急変時の対応」が36.3%と最も進んでいない状況にある。

○ 「4つの場面」を意識した取組の状況



在宅医療・介護連携推進事業

【事例⑥】 島根県 —病院と地域をつなぐ切れ目のない連携を目指して—

入退院時における病院等と居宅介護支援事業所・地域包括支援センター間の情報共有ルールを定める際のガイドラインを作成。異なる市町村での入退院や二次医療圏をまたぐ入退院でも、医療や介護をはじめ多様な関係機関が切れ目なく、円滑に連携するための情報共有を支援

< 二次医療圏域等での情報共有の支援に関する取組 >

① 島根県入退院連携ガイドライン

- 平成26年度から入退院時における病院と在宅サービス事業所間の情報共有に関する調査等を実施。医療・介護の関係機関の情報共有の有無や、その質・タイミングの課題が判明。
- 平成30年度に、県、保健所、医療介護関係者による「島根県入退院連携検討委員会」を設置。各圏域における入退院連携の実態把握・課題抽出を行い、入退院時に関係者が円滑に情報共有できるようにガイドラインを作成。
- 各圏域におけるルールの作成と、その検討過程を通じた顔の見える関係の構築を促すツールとしても活用

② しまね医療情報ネットワーク「まめネット」

- 「連携カルテサービス※1」や「在宅ケア情報共有サービス※2」など、関係機関の情報共有を支援するツールが稼働
- 例えば、在宅ケアチームの訪問看護師等の医療職が「連携カルテサービス」を活用して入院中の情報を得たり、病院が在宅ケアチームに入った上で「在宅ケア情報共有サービス」を活用し、在宅復帰後の情報の共有が可能

※1:患者の同意を得た医療機関が診療情報をまとめて閲覧できるサービス

※2:在宅療養者の情報を多職種で共有できるサービス



在宅医療・介護連携推進事業

【事例②】滋賀県大津市 一入退院時から在宅療養まで安定して過ごせる環境整備一

役割分担したエリア別在宅医療連携拠点による相談支援や連携の強化と、入退院支援ルール
の運用による入退院時から在宅療養まで安定して過ごせる環境の整備

<在宅医療連携拠点機能>

1つの拠点：全体総括

- ・保健所、医師会、歯科医師会、薬剤師会
拠点事業の方針決定、情報収集発信

3つの拠点：医療介護関係者への相談支援の中核

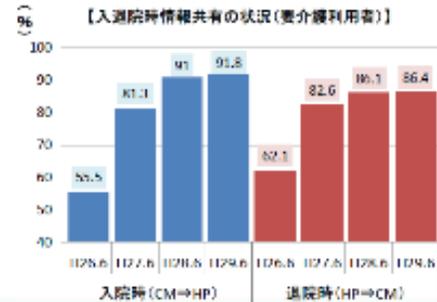
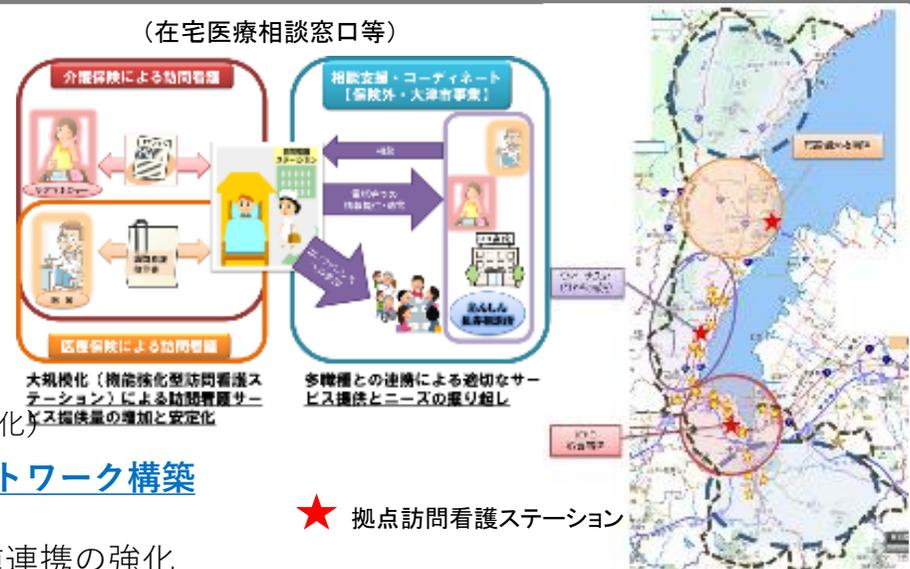
- ・医療機関に併設した訪問看護ステーションに
相談・支援機能を付加（委託事業）
⇒医療介護関係者からの相談対応
医療と介護の連携と訪問看護の体制の強化
（地域の訪問看護ステーション支援や24時間対応の強化）

7つの拠点：市民相談・啓発の中核、多職種ネットワーク構築

- ・あんしん長寿相談所、すこやか相談所
⇒市民からの相談対応・小地域における多職種連携の強化

<入退院支援連携>

- ・入退院支援ルール及び『大津保健医療圏域における病院とケアマネジャーの入退院支援の手引き』運用（R1改訂）
- ・入退院支援に関する情報交換会（2回/年）
- ・入退院支援に関する連携状況調査（1回/年）
- ・病院関係者・退院調整担当看護師会議



1. 総論

2. 医療・介護連携に係る評価

3. 在宅医療・介護連携推進事業

4. 医療・介護DX

5. 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

6. 主治医と介護支援専門員の連携

医療DXとは

DXとは

DXとは、「Digital Transformation（デジタルトランスフォーメーション）」の略称で、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える（Transformする）ことである。
（情報処理推進機構DXスクエアより）

医療DXとは

医療DXとは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えることと定義できる。

疾病の
発症予防

被保険者
資格確認

診察・治療
薬剤処方

診断書等
の作成

診療報酬
請求

地域医療
連携

研究開発

クラウドを活用した業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化

特定健診
情報

資格情報

カルテ情報
処方情報
調剤情報

電子カルテ
情報

診療情報
提供書
退院時サマリ
行政への届出

診療報酬算定
モジュール

オンライン資格確認
マイナポータル活用

電子カルテ情報の標準化等

診療報酬
DX

医療ビッグデータ
分析

NDB

介護DB

公費負担医療
DB

等

医療DXの方向性

背景

- 世界に先駆けて少子高齢化が進む我が国において、国民の健康増進や切れ目のない質の高い医療の提供に向け、医療分野のデジタル化を進め、保健・医療情報（介護含む）の利活用を積極的に推進していくことは非常に重要。
- また、今般の新型コロナウイルス感染症流行への対応を踏まえ認識された課題として、平時からのデータ収集の迅速化や収集範囲の拡充、医療のデジタル化による業務効率化やデータ共有を通じた医療の「見える化」の推進等により、次の感染症危機において迅速に対応可能な体制を構築できることとしておくことが急務。

方向性

- 国民による自らの保健・医療情報（介護含む）への容易なアクセスを可能とし、自らの健康維持・増進に活用いただくことにより、健康寿命の延伸を図るとともに、医療の効率的かつ効果的な提供により、診療の質の向上や治療等の最適化を推進。
- また、今般の新型コロナウイルス感染症流行に際して開発された既存のシステムも活用しつつ、医療情報に係るシステム全体として、次の感染症危機において必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みを構築。
- さらに、医療情報の適切な利活用による創薬や治療法の開発の加速化により、関係する分野の産業振興につながることや、医療のデジタル化による業務効率化等により、SE人材を含めた人材のより有効な活用につながること等が期待される。

骨格

1. 「全国医療情報プラットフォーム」
2. 電子カルテ情報の標準化、標準型電子カルテの検討
3. 「診療報酬改定DX」

医療DXの実現により目指す社会

医療DXとは

保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）**において発生する情報やデータ**に関し、**全体最適された基盤を構築し、活用**することを通じて、**保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化**を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えていくこと。

国民のさらなる健康増進

- 誕生から現在までの生涯にわたる保健医療データが自分自身で一元的に把握可能となり、個人の健康増進に寄与
 - 自分で記憶していない検査結果情報、アレルギー情報等が可視化
 - 将来的にも安全・安心な受療が可能

切れ目なくより質の高い医療等の提供

- 本人同意の下で、全国の医療機関等が**セキュリティを確保しながら必要な診療情報を共有**することにより、切れ目なくより質の高い医療等の提供が可能
 - 災害や次の感染症危機を含め、全国いつどの医療機関等にかかっても、必要な医療情報が共有

医療機関等の業務効率化

- システムコスト低減により、医療機関等のデジタル化が促進
 - 業務効率化、効率的な働き方が実現
- 次の感染症危機において、医療現場における情報入力等の負担を軽減するとともに、必要な情報を迅速かつ確実に取得

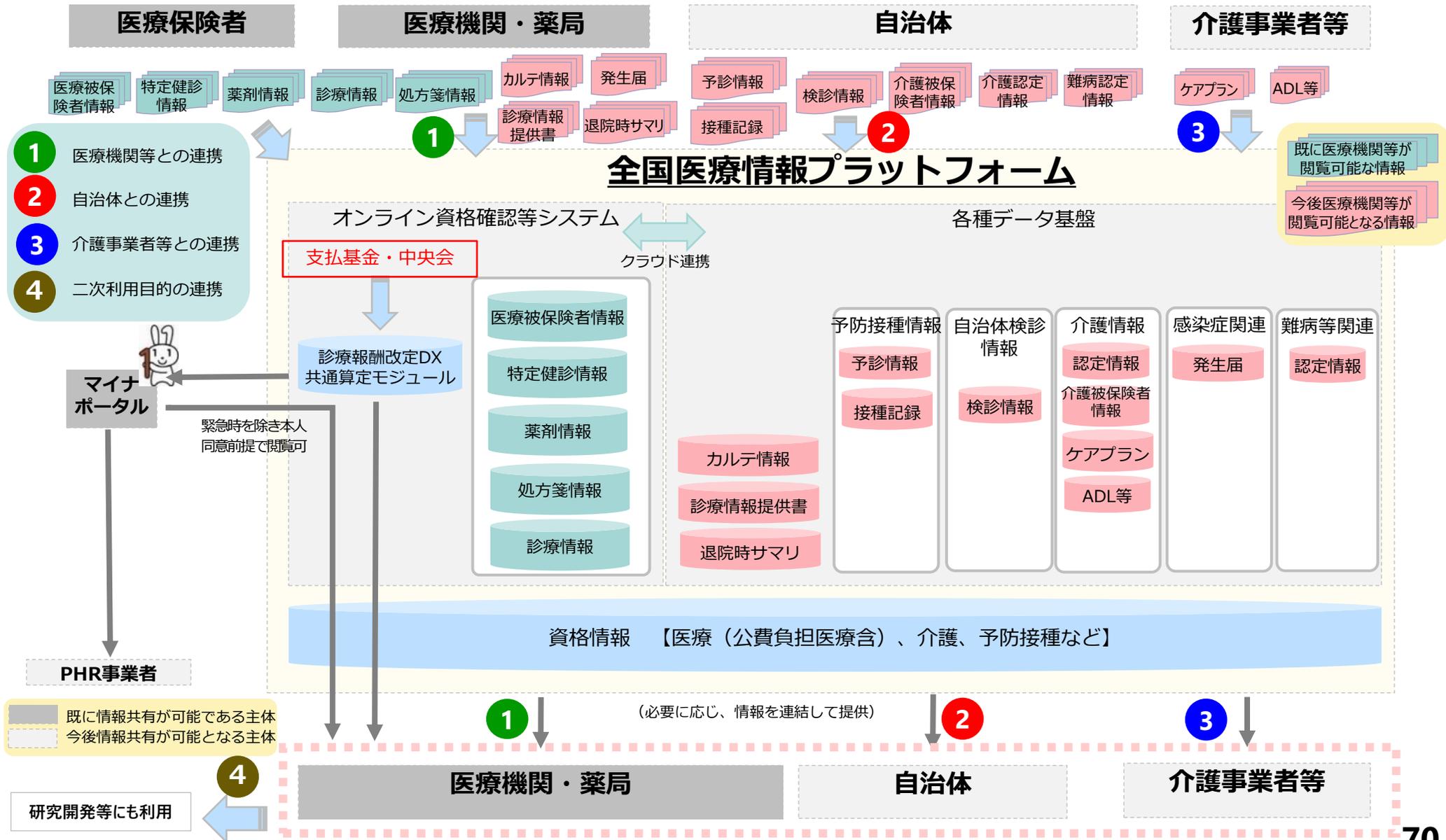
人材の有効活用

- 診療報酬改定に関する作業の効率化
- 医療情報システムに関与する人材の有効活用、費用の低減を実現
 - 医療保険制度全体の運営コストの削減

医療情報の利活用の環境整備

- 民間事業者との連携
- 保健医療データの二次利用による創薬、治験等の医薬産業やヘルスケア産業の振興
 - 結果として国民の健康寿命の延伸に資する

「全国医療情報プラットフォーム」(将来像)



医療DXに関する施策の現状と課題② (電子カルテ情報の標準化等)

現状

- 電子カルテについては、**ベンダーごとに異なる情報の出入力方式が採用**されており、**異なるベンダーの電子カルテを導入している医療機関の間では、情報の共有が困難**。
- これまで、データヘルス改革において、電子カルテ情報の標準化を進めるべく取り組んできており、令和4年3月に、医療現場における有用性等の観点を踏まえ、まずは3文書6情報(※)について、情報の共有にあたっての標準規格を決定(厚生労働省標準規格)し、まずは診療情報提供書・退院時サマリーに関して交換・共有の仕組みに取り組む。

(※) 3文書：①診療情報提供書、②退院時サマリー、③健診結果報告書

6情報：①傷病名、②アレルギー情報、③感染症情報、④薬剤禁忌情報、⑤検査情報(救急、生活習慣病)、⑥処方情報

課題

- 標準化されている情報の種類が限定的
- 電子カルテシステムを導入している医療機関が限定的

今般の医療DXの推進により実現すること

- 共有できる情報の範囲を広げるため、**標準規格を定める情報の範囲を拡大**
(令和4年度は、透析情報及び一部の感染症発生届について標準規格を定める予定)
- **医療機関にて作成される文書のうち行政手続に使用されるものを標準化・デジタル化し、行政手続のワンストップ化の促進を検討**
- 小規模な医療機関向けに、**標準規格に準拠したクラウドベースの電子カルテ(標準型電子カルテ)の開発**を検討

- 全国医療情報プラットフォームの拡大に寄与

厚生労働省データヘルス改革工程表（令和3年6月4日）

①利用者自身が介護情報を閲覧できる仕組みの整備

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
電子カルテ・介護情報等						
介護情報		CHASEフィードバック機能の開発	CHASE等の解析結果の利用者単位等のフィードバック（2021年度～） CHASE等による自立支援等の効果を検証		システム要件の整理、システム改修等	マイナポータル等で閲覧可能（2024年度以降順次～）
			技術的・実務的な課題等を踏まえ、利用者や介護現場で必要となる情報の範囲や、全国的に介護情報を閲覧可能とするための仕組みを検討			次期システムの運用開始によるデータに基づく更なるフィードバック等（2024年度～）

②介護事業所間等において介護情報を共有することを可能にするための取組

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
介護事業所間における介護情報の共有並びに介護・医療間の情報共有を可能にするための標準化		介護情報の共有や標準化に係る調査	全国的に介護記録支援システムの情報を含めた介護情報を閲覧可能とするための基盤のあり方についてIT室（デジタル庁）とともに検討し、結論を得る		左記を踏まえたシステムの課題解決・システム開発	

③科学的介護の推進

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
自立支援・重度化防止等につながる科学的介護の推進	CHASEフィードバック機能の開発 NDB・介護DB連結解析開始	事業所・利用者単位のフィードバックや解析による科学的介護の推進（2021年度～） CHASE等による自立支援等の効果を検証 VISIT・CHASEを一体的運用、介護DBとの連結解析開始	新たな情報収集システムに向けた更なるデータ項目の整理	次期システムの開発	次期システムの運用開始によるデータに基づく更なるフィードバック等（2024年度～）	
						※2021年度から、CHASE・VISITを一体的運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、以下の統一した名称を用いる。科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence; LIFE ライフ）

介護情報利活用に関するワーキンググループの設置趣旨

- データヘルス改革に関する工程表においては、利用者自身が介護情報を閲覧できる仕組みを整備する（2024年度以降に順次閲覧開始）とともに、介護事業所間等において介護情報を共有することを可能にするためのシステム開発を行う（2024年度～）こととされている。
- これまで、科学的介護情報システム（LIFE）を開発・運用し、利用者ごとの介護情報の収集に取り組むとともに、老人保健健康増進等事業「自身の介護情報を個人・介護事業所等で閲覧できる仕組みについての調査研究事業」を実施し、介護事業所や介護記録システムの主要ベンダへのヒアリング等を行ってきた。
- 一方で、改革工程表に記載された事項の検討を進める上では、以下の課題があり、関係団体や学識経験者を含めた幅広い関係者による議論を深める必要がある。

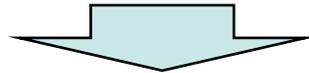
（主な課題）

①必要な情報の選定・標準化

- 利用者自身や介護事業者が共有することが適切かつ必要な情報を選定する必要がある。
- 介護事業所間で、情報を共有することが可能となるよう、記録方法等の標準化を進める必要がある。

②情報を閲覧・共有するための仕組みの整備

- 介護情報を利用者自身が閲覧、又は介護事業所間で共有するためには、顕名情報を収集し共有する仕組みを整備する必要がある。



- 健康・医療・介護情報利活用検討会の下、介護分野にて発生する情報の利活用に関する検討を行うためのワーキンググループを新たに設置する。
- 本ワーキンググループは2022年夏に開始し、データヘルス改革に関する工程表に従って検討を進め、健康・医療・介護情報利活用検討会及び関係審議会に定期的に報告等を行いつつ、2023年度までに結論を得る。

介護情報利活用ワーキンググループにおける対応方針（案）

- 介護情報のうち、全国医療情報プラットフォームを用いて共有することを目指す情報は、当面の間、以下のいずれの要件も満たすものとしてはどうか。
 - ①本人が閲覧したり、介護事業者間、市区町村等で共有することが有用と考えられる情報
 - ・ 利用者の自立支援・重度化防止に向けて、本人や専門職等が共有することが有用な情報
 - ・ 地域の実情に応じた介護保険事業の運営に有用な情報
 - ②記録方法や様式がすでに一定程度、標準化されている情報
- 上記の要件を満たすものとしては、具体的には以下の項目などが実現性のあるものとして考えられるのではないか。
 - ・ 要介護認定情報
 - ・ 請求・給付情報
 - ・ LIFE情報
 - ・ ケアプラン
- これらの情報には、それぞれ様々な様式や内容が含まれるため、①閲覧・共有する具体的な情報の範囲及び②必要な標準化方策については、個別に検討が必要。

介護情報利活用WGでの検討事項と当面の検討スケジュール（案）

	2022年度	2023年度	
①共有する情報の内容の基準整理 （一定程度標準化・電子化されている情報）	第1回 9月	第2回 12月	
②共有する情報の範囲	第3回 1月	調査研究事業等において現状や課題を整理	
③共有する情報の内容の留意事項整理	第3回 1月		第4回 2月
④同意、個人情報保護（留意事項の整理）			第4回 2月
⑤（各組織内における）閲覧者の範囲			第4回 2月
⑥医療・介護間で連携する情報の範囲			第5回
⑦安全管理措置（情報セキュリティの担保）			第5回
⑧情報の標準化・技術的課題（様式・電子化・電送化）への対応			第7回
⑨科学的介護等の推進（二次利用）			第6回
⑩ 上記に関する調査研究報告・対応の方向性提示		WGでの議論とりまとめに向けて、整理した課題等を報告。	
⑪取りまとめ		第8回	
		第9回	

（注）上記は現時点におけるスケジュールであり、今後の検討状況を踏まえて適宜見直しを行う。

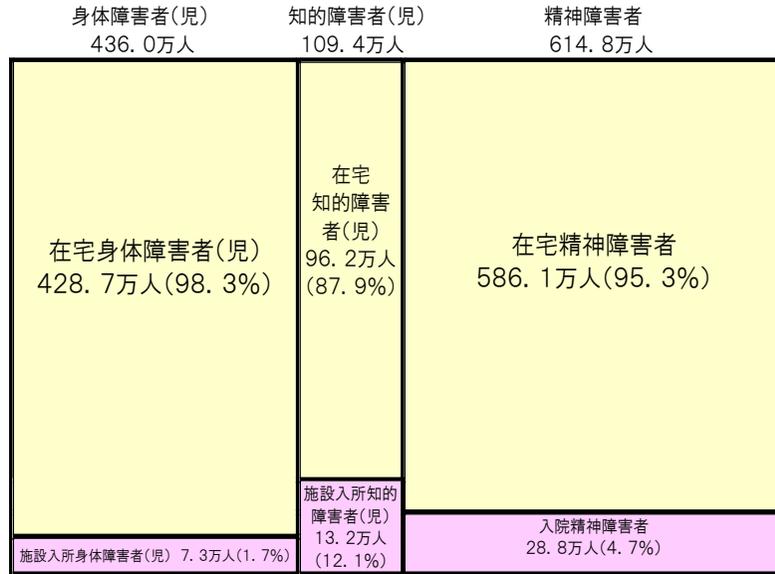
1. 総論
2. 医療・介護連携に係る評価
3. 在宅医療・介護連携推進事業
4. 医療・介護DX
- 5. 医療・介護と障害福祉サービスとの連携**
6. 主治医と介護支援専門員の連携

障害者の数

- 障害者の総数は1160.2万人であり、人口の約9.2%に相当。
- そのうち身体障害者は436.0万人、知的障害者は109.4万人、精神障害者は614.8万人。
- 障害者数全体は増加傾向にあり、また、在宅・通所の障害者は増加傾向となっている。

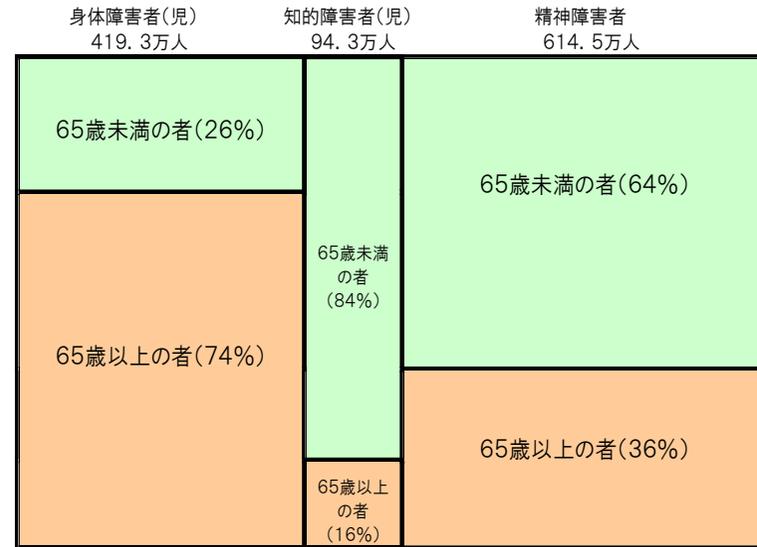
(在宅・施設別)

障害者総数 1160.2万人(人口の約9.2%)
 うち在宅 1111.0万人(95.8%)
 うち施設入所 49.3万人(4.2%)



(年齢別)

65歳未満 51%
 65歳以上 49%



出典 在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児):厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査」(平成28年)、施設入所身体障害者(児)及び施設入所知的障害者(児):厚生労働省「社会福祉施設等調査」(平成30年)等、在宅精神障害者及び入院精神障害者:厚生労働省「患者調査」(令和2年)より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

※在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児)は、障害者手帳所持者数の推計。障害者手帳非所持で、自立支援給付等(精神通院医療を除く。)を受けている者は19.4万人と推計されるが、障害種別が不明のため、上記には含まれていない。

※在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児)は鳥取県倉吉市を除いた数値である。

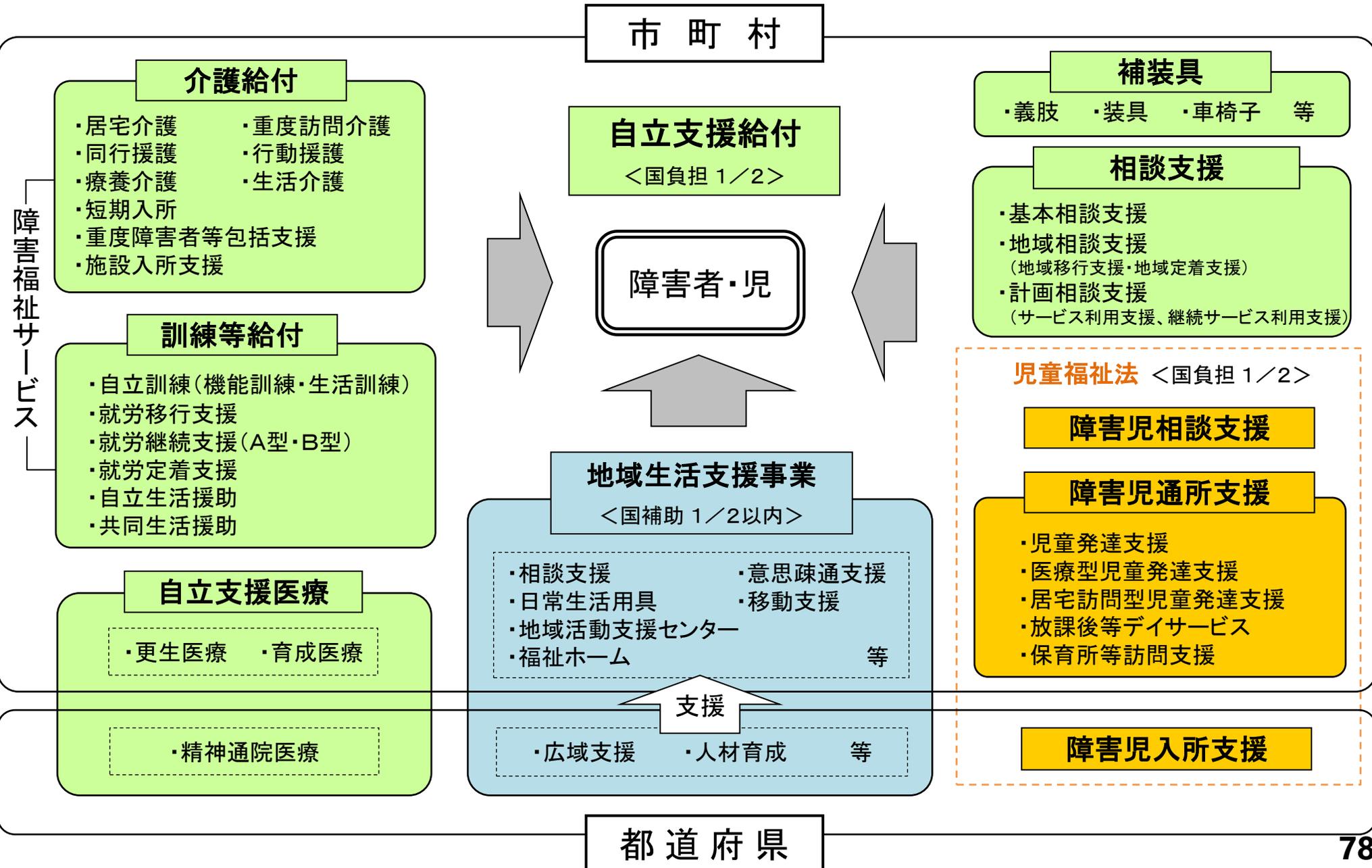
※施設入所身体障害者(児)及び施設入所知的障害者(児)には高齢者施設に入所している者は含まれていない。

※年齢別の身体障害者(児)及び知的障害者(児)数は在宅者数(年齢不詳を除く)での算出し、精神障害者数は在宅及び施設入所者数(いずれも年齢不詳を除く)で算出。

※複数の障害種別に該当する者の重複があることから、障害者の総数は粗い推計である。

※令和2年から患者調査の総患者数の推計方法を変更している。具体的には、再来外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している(平成29年までは31日以上を除外していたが、令和2年からは99日以上を除外して算出)。

障害者総合支援法等における給付・事業



障害福祉サービス等の体系（介護給付・訓練等給付）

		サービス内容	利用者数	施設・事業所数
訪問系	介護給付	居宅介護 者 児	193,197	21,243
		重度訪問介護 者	11,853	7,451
		同行援護 者 児	24,622	5,682
		行動援護 者 児	12,062	1,926
		重度障害者等包括支援 者 児	43	11
日中活動系	介護給付	短期入所 者 児	43,007	5,077
		療養介護 者	20,943	256
		生活介護 者	295,584	11,961
施設系		施設入所支援 者	125,968	2,569
居住支援系		自立生活援助 者	1,251	288
		共同生活援助 者	154,680	11,239
訓練系・就労系	訓練等給付	自立訓練（機能訓練） 者	2,067	176
		自立訓練（生活訓練） 者	13,696	1,251
		就労移行支援 者	34,877	3,055
		就労継続支援（A型） 者	78,695	4,132
		就労継続支援（B型） 者	302,545	14,926
		就労定着支援 者	14,028	1,443

(注) 1.表中の「者」は「障害者」、「児」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。 2.利用者数及び施設・事業所数は、令和 4 年 1 月サービス提供分（国保連データ）

障害福祉サービス等の体系（障害児支援、相談支援に係る給付）

		サービス内容	利用者数	施設・事業所数
障害児通所系	障害児支援に係る給付	児童発達支援 ● 児 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援を行う	151,389	9,547
		医療型児童発達支援 ● 児 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、 集団生活への適応訓練などの支援及び治療を行う	1,783	87
		放課後等デイサービス ● 児 授業の終了後又は休校日に、児童発達支援センター等の施設に通わせ、生活能力向上のための必要な訓練、社会との交流促進などの支援を行う	278,735	17,748
障害児訪問系	障害児支援に係る給付	居宅訪問型児童発達支援 ● 児 重度の障害等により外出が著しく困難な障害児の居宅を訪問して発達支援を行う	278	100
		保育所等訪問支援 ● 児 保育所、乳児院・児童養護施設等を訪問し、障害児に対して、障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援などを行う	9,770	1,145
障害児入所系	障害児支援に係る給付	福祉型障害児入所施設 ● 児 施設に入所している障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与を行う	1,386	185
		医療型障害児入所施設 ● 児 施設に入所又は指定医療機関に入院している障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与並びに治療を行う	1,821	197
相談支援系	相談支援に係る給付	計画相談支援 ● 者 児 【サービス利用支援】 <ul style="list-style-type: none"> サービス申請に係る支給決定前にサービス等利用計画案を作成 支給決定後、事業者等と連絡調整等を行い、サービス等利用計画を作成 【継続利用支援】 <ul style="list-style-type: none"> サービス等の利用状況等の検証（モニタリング） 事業所等と連絡調整、必要に応じて新たな支給決定等に係る申請の勧奨 	202,337	9,407
		障害児相談支援 ● 児 【障害児利用援助】 <ul style="list-style-type: none"> 障害児通所支援の申請に係る給付決定の前に利用計画案を作成 給付決定後、事業者等と連絡調整等を行うとともに利用計画を作成 【継続障害児支援利用援助】	63,828	5,595
		地域移行支援 ● 者 住居の確保等、地域での生活に移行するための活動に関する相談、各障害福祉サービス事業所への同行支援等を行う	551	319
		地域定着支援 ● 者 常時、連絡体制を確保し障害の特性に起因して生じた緊急事態等における相談、障害福祉サービス事業所等と連絡調整など、緊急時の各種支援を行う	4,079	577

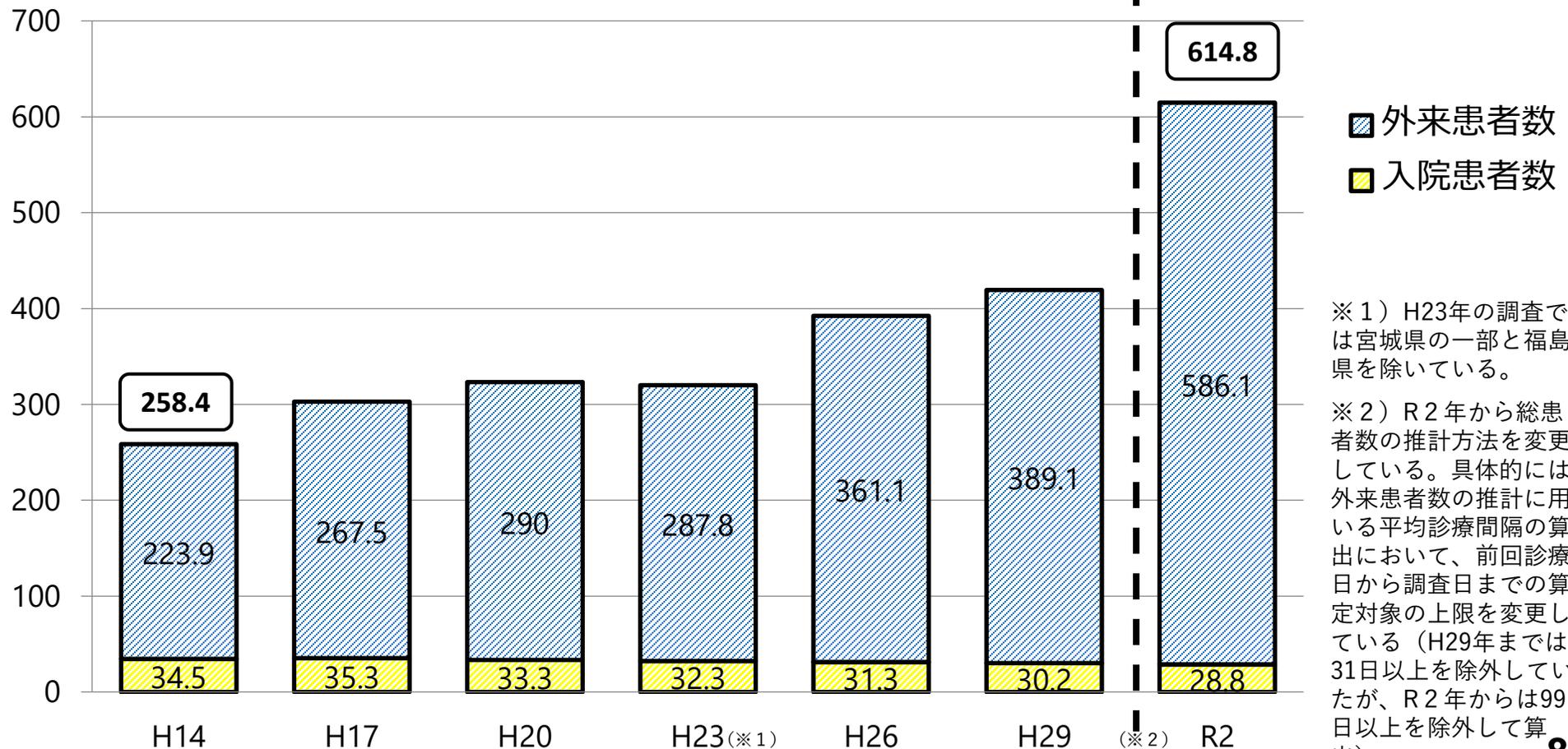
※ 障害児支援は、個別に利用の可否を判断（支援区分を認定する仕組みとなっていない） ※ 相談支援は、支援区分によらず利用の可否を判断（支援区分を利用要件としていない）

（注） 1. 表中の「●」は「障害者」、「●」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。 2. 利用者数及び施設・事業所数は、令和 4年 1月サービス提供分（国保連データ）

精神疾患を有する総患者数の推移

- 精神疾患を有する総患者数は約**614.8万人**【入院：約28.8万人、外来：約586.1万人】
※ うち**精神病床における入院患者数は約27.4万人**
- **入院患者数は過去15年間で減少傾向**（約35.3万人→28.8万人【△約6万5千人】）
一方、外来患者数は平成29年までは増加傾向

(単位:万人)

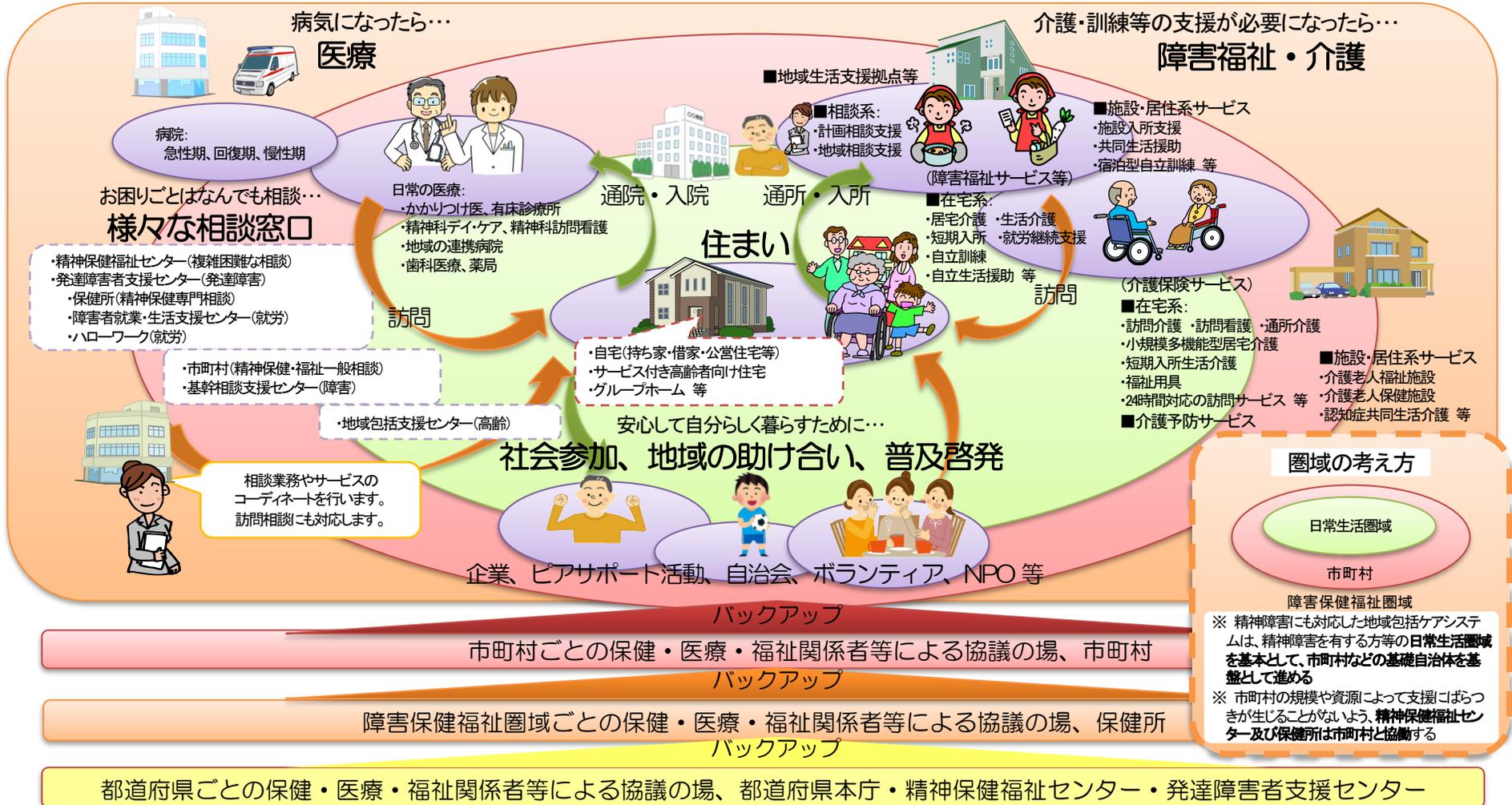


※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

※2) R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療・障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があり、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



相談支援の流れ（イメージ）

相談窓口（受付）



自治体や相談支援事業所はどこでも、相談をまずは受け止め、丁寧に話を聞き、相談の内容を整理します。
他機関等による支援が適切である場合には、その機関に丁寧につなぎます。

どこに相談してよいかわからない場合は、市町村が基幹相談支援センターにまずは相談します。

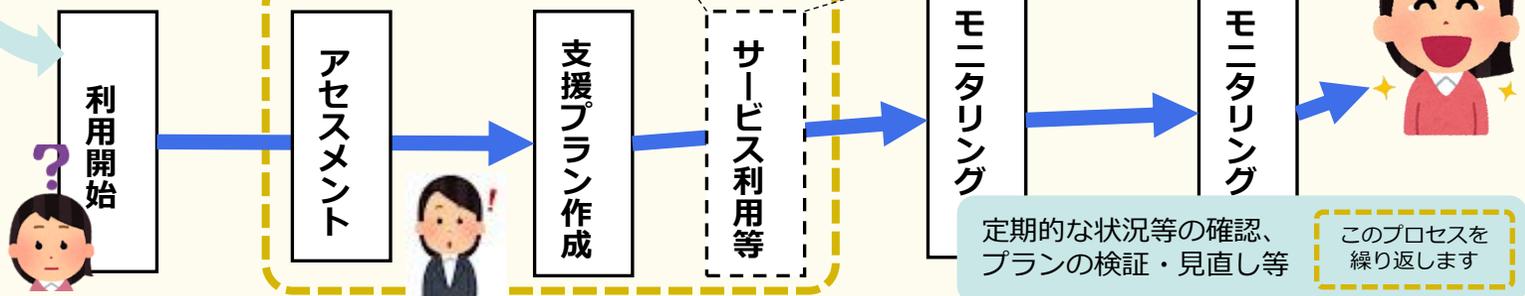
相談は本人のみならず、家族・親族や地域住民、関係機関等からの相談も受け付けます。

継続した相談支援

障害福祉サービス等を利用しない場合



障害福祉サービス等を利用する場合



計画相談以外であっても相談支援専門員は原則としてケアマネジメントの技法を用いて支援を行います。

- ① ケアマネジメントを提供することを基本としながら、その過程で（並行して）、
- ② 面談や同行等をしながら、不安の解消や本人が前向きになったり、主体的に取り組む方向に向けた働きかけ等を行うこと、本人の希望する暮らしのイメージを具体化するための取組等を行います。（エンパワメント・意思決定支援）
- ③ 利用者が希望する日常生活を継続するために必要な支援を直接行うこともあります。

このように支援を通じて、本人の希望する暮らしのイメージ形成や実現に伴走します。



現行の相談支援体制の概略

相談支援事業名等	配置メンバー	業務内容	実施状況等
基幹相談支援センター	定めなし 《地活要綱例示》 主任相談支援専門員 相談支援専門員 社会福祉士 精神保健福祉士 保健師 等	<ul style="list-style-type: none"> ● 総合的・専門的な相談の実施 (基幹相談支援センター機能強化事業) ● 地域の相談支援体制強化の取組 <ul style="list-style-type: none"> ・地域の相談事業者への専門的な助言等 ・人材育成 ・地域の相談機関との連携強化 ・事例の検証 ● 地域移行・地域定着の促進の取組 ※権利擁護・虐待防止(虐待防止センターの受託)	■ 1,741市町村中 687市町村 (H31.4) 39% 778市町村 (R2.4) 45% 873市町村 (R3.4) 50% ※箇所数は1,100ヶ所 (R3.4)
障害者相談支援事業 実施主体：市町村 →指定特定相談支援事業者、 指定一般相談支援事業者への 委託可	定めなし	<ul style="list-style-type: none"> ● 福祉サービスの利用援助(情報提供、相談等) ● 社会資源を活用するための支援(各種支援施策に関する助言・指導) ● 社会生活力を高めるための支援 ● ピアカウンセリング ● 権利擁護のために必要な援助 ● 専門機関の紹介 等 	■ 全部又は一部を委託 1,576市町村 (91%) ■ 単独市町村で実施 1,042市町村 (60%) ※R3.4時点 ※全市町村が実施 (地域生活支援事業必須事業)
指定特定相談支援事業所 指定障害児相談支援事業所	専従の相談支援専門員 (業務に支障なければ 兼務可)、管理者	<ul style="list-style-type: none"> ● 基本相談支援 ● 計画相談支援等 <ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用支援、 ・継続サービス利用支援 ※機能強化型報酬を算定する場合は24時間対応及び困難事例への対応等を行う場合あり	■ 10,202ヶ所 (H31.4) 22,453人 10,563ヶ所 (R2.4) 23,729人 11,050ヶ所 (R3.4) 25,067人 ※障害者相談支援事業受託事業所数 2,157ヶ所 (20%)
指定一般相談支援事業所	専従の指定地域移行支援従事者(兼務可)、うち1以上は相談支援専門員、管理者	<ul style="list-style-type: none"> ● 基本相談支援 ● 地域相談支援等 <ul style="list-style-type: none"> ・地域移行支援 ・地域定着支援 	■ 3,377ヶ所 (H31.4) 3,551ヶ所 (R2.4) 3,543ヶ所 (R3.4)

障害者の地域移行・地域生活を支えるサービスについて

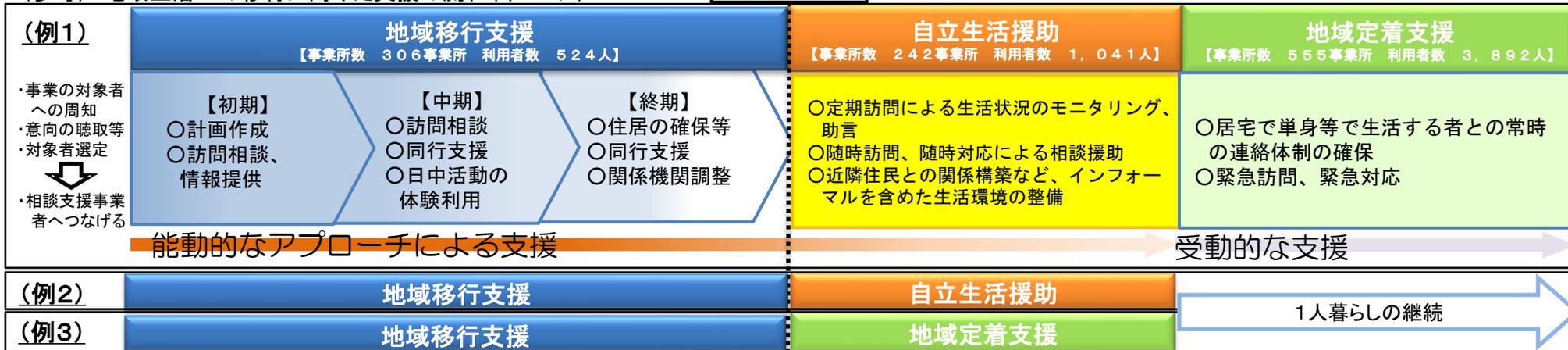
地域生活への移行に向けて、地域移行支援・自立生活援助・地域定着支援を組み合わせた支援を実施

- 地域移行支援： 障害者支援施設や病院等に入所又は入院している障害者を対象に、住居の確保その他の地域生活へ移行するための支援を行う。【支給決定期間：6ヶ月間】
- 自立生活援助： グループホームや障害者支援施設、病院等から退所・退院した障害者等を対象に、定期及び随時訪問、随時対応その他自立した日常生活の実現に必要な支援を行う。【標準利用期間：1年間】
- 地域定着支援： 居宅において単身で生活している障害者等を対象に、常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。【支給決定期間：1年間】

(参考) 地域生活への移行に向けた支援の流れ(イメージ)

退院・退所

【出典】令和3年4月サービス提供分(国民健康保険団体連合会データ)



自立支援協議会によるネットワーク化

市町村、保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所、障害福祉サービス事業所、障害者就業・生活支援センター 等

計画相談支援における連携に関する責務

計画相談支援事業者は、適切な相談支援が提供するため他機関との連携を図るよう努めることや、その上での具体的な業務上の責務が定められている。障害福祉分野では利用者のニーズや心身の状況、ライフステージ等により連携を求められる機関等が多様であることから、保健医療のみならず多様な分野との連携について責務が課されている。

(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計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準)

計画相談支援事業を実施するに当たっての基本方針（第2条より抜粋）

- 3 指定計画相談支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者等の選択に基づき、**適切な保健、医療、福祉、就労支援、教育等のサービス**（以下「福祉サービス等」という。）が、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。
- 5 指定特定相談支援事業者は、市町村、障害福祉サービス事業を行う者、指定居宅介護支援事業者（介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。）、指定介護予防支援事業者（介護保険法第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。）その他の関係者との連携を図り、地域において必要な社会資源の改善及び開発に努めなければならない。

指定計画相談支援の具体的取扱方針（第15条第2項より抜粋）

（サービス担当者会議の実施）

十一 相談支援専門員は、支給決定又は地域相談支援給付決定を踏まえてサービス等利用計画案の変更を行い、指定障害福祉サービス事業者等、指定一般相談支援事業者その他の者との連絡調整等を行うとともに、サービス担当者会議（相談支援専門員がサービス等利用計画の作成のために当該変更を行ったサービス等利用計画案に位置付けた福祉サービス等の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議をいう。以下同じ。）の開催等により、当該サービス等利用計画案の内容について説明を行うとともに、担当者から、専門的な見地からの意見を求めなければならない。

（サービス等利用計画の交付）

十三 相談支援専門員は、サービス等利用計画を作成した際には、当該サービス等利用計画を利用者等及び担当者に交付しなければならない。

障害福祉制度と介護保険制度の適用関係の概要

65歳
まで

障害福祉サービス

- ・ 居宅介護 (ホームヘルプ)
- ・ 生活介護 (デイサービス)
- ・ 重度訪問介護 (ホームヘルプ)
- ・ 短期入所 (ショートステイ)
- ・ 就労継続支援
- ・ 同行援護
- ・ 行動援護
- 等

介護保険に相当するサービスがある障害福祉サービス

障害福祉固有のサービス

原則

個別の状況 = 介護保険サービスのみでは適切な支援が受けられない場合

65歳
以降

利用していた障害福祉サービスに相当する介護保険サービスに移行

① 介護保険サービス + 障害福祉サービスを一部利用

② 障害福祉サービスを引き続き利用

障害福祉サービスを引き続き利用

個別の状況

一律に介護保険サービスに移行するのではなく、以下に該当し、適切なサービス量が介護保険サービスのみによって確保することができないと認められる場合等には、個別のケースに応じて障害福祉サービスを利用することが可能

- ① 介護保険サービスの支給限度基準額の制約から、介護保険のケアプラン上において、介護保険サービスのみによって適切なサービス量を確保することができないものと認められる場合
- ② 実際に介護保険サービスを利用することが難しい場合
 例えば ・ 利用可能な介護保険サービスに係る事業所又は施設が身近にない場合
 ・ 介護保険法に基づく要介護認定等を受けた結果、非該当と判定された場合 等

※ 障害者支援施設等に入所又は入院している者については、介護保険法の規定によるサービスに相当する介護サービスが提供されていること等の理由から、当分の間、介護保険の被保険者とはならないこととされており、入所を継続できる

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

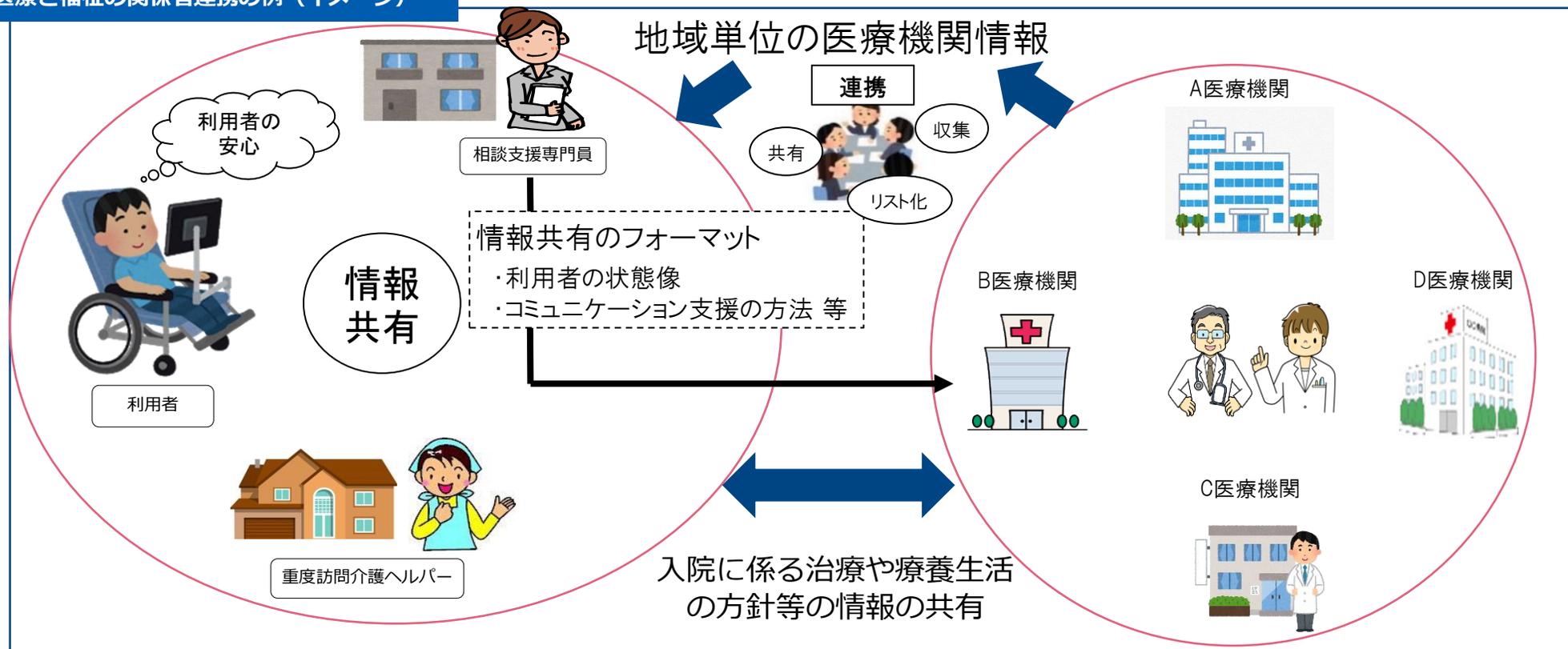
診療報酬(医療機関)

障害福祉サービス等報酬
(計画相談支援・障害児相談支援)

入院中の重度障害者に係る医療と福祉の連携（イメージ）

- 入院中の重度障害者のコミュニケーション支援等が行われる場合には、医療機関と支援者は当該入院に係る治療や療養生活の方針等の情報を共有するなど十分に連携することが必要である。このため、利用者の普段の状態像・支援ニーズや入院中の個々の利用者の症状に応じたコミュニケーション支援の方針・方法等について、関係者間で情報を共有するためのフォーマットの作成など、より円滑な連携に向けての検討が必要である。
- また、入院時に重度訪問介護を利用する者にとって地域の医療機関における重度障害者の受入等に関する情報があれば有用である。このため、医療と福祉の関係者が連携して、地域の医療機関情報をリスト化し、共有を図ること等の検討も必要である。

医療と福祉の関係者連携の例（イメージ）



※連携する場として（自立支援）協議会を活用する等も考えられる。

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。

医療機関 介護サービス施設・事業所

○障害特性に応じた受け入れ体制

- ・ 様々な障害特性に応じた支援を受けながら医療を受けられる体制（特に、特別なコミュニケーション支援を要する障害者、強度行動障害を有する者等が医療を受ける場合の受け入れ体制）
- ・ 高齢化した障害者が、介護施設への入所を希望する場合等に、精神障害、知的障害などの障害特性に応じた支援を受けられる体制

○障害特性に応じた医療・介護サービスの提供体制

- ・ 精神疾患の患者、医療的ケア児、強度行動障害を有する者などが、訪問医療を必要とする場合等に障害特性に応じて訪問診療・看護等を受けられる体制

○医療・介護・障害福祉サービスの連携体制

- ・ 精神障害者の地域移行など、病院からの退院時における介護・障害福祉サービスとの連携体制
- ・ 地域生活において必要な医療や通所・訪問サービス、ケアマネジメント等を障害福祉サービスなどとともに切れ目なく受けられるための連携体制

障害福祉サービス事業所

○障害者入所施設における医療ニーズへの対応

- ・ 医療ニーズのある施設入所者が医療を受けられる体制（必要に応じ、施設外からの訪問により医療を受けられる体制を含む）

○通所サービス等における医療ニーズへの対応

- ・ 通所などの障害福祉サービス等を受けている医療的ケア児などが、必要な医療等を受けられる体制

入院
入所

訪問

通院
通所

ケアマネ
ジャ

入所

訪問

通所

相談支援

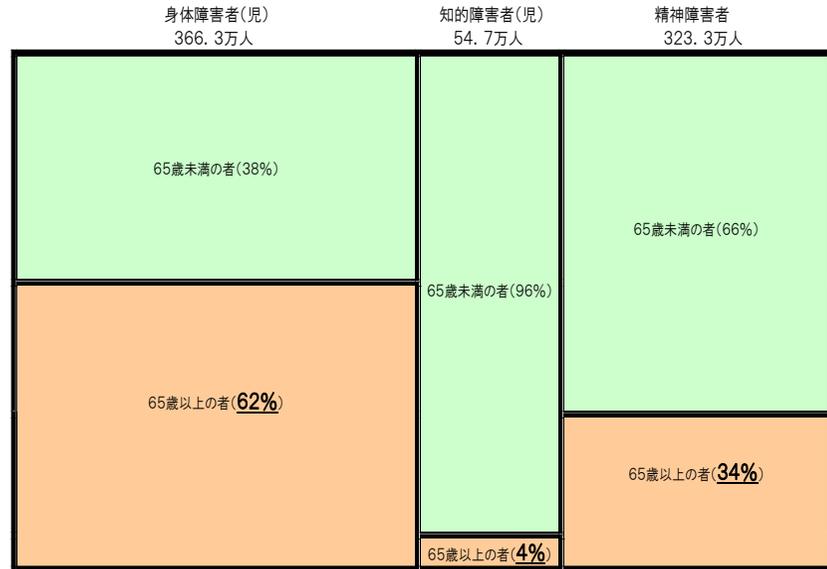
障害者の高齢化について

○ 障害者数全体は増加傾向にあり、また障害者の高齢化が進んでいる。

65歳以上の障害者の割合	46%→52%	
うち身体障害者の割合	62%→74%	(平成18年→平成28年(在宅)30年(施設))
うち知的障害者の割合	4%→16%	(平成17年→平成28年(在宅)30年(施設))
うち精神障害者の割合	34%→36%	(平成20年→令和2年)

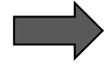
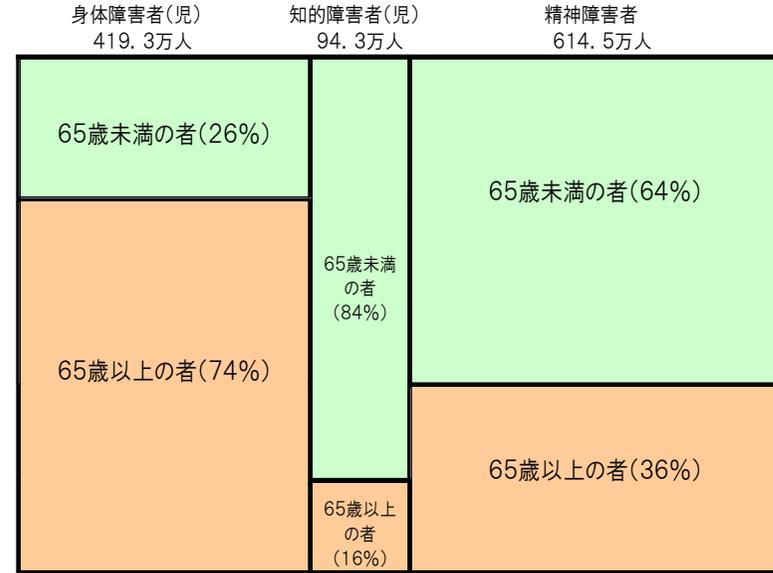
平成20年等

障害者総数 744.2万人(人口の約5.8%)
 うち65歳未満 54%
 うち65歳以上 46%



令和2年等

障害者総数 1160.2万人(人口の約9.2%)
 うち65歳未満 51%
 うち65歳以上 49%



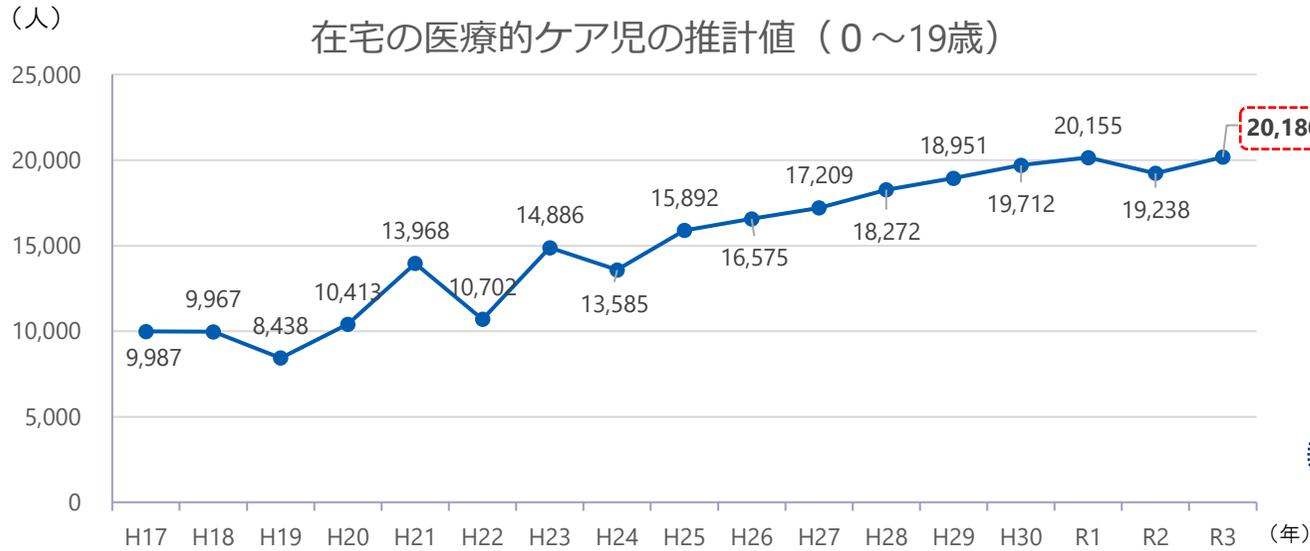
出典 在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児):厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査」(平成28年)、施設入所身体障害者(児)及び施設入所知的障害者(児):厚生労働省「社会福祉施設等調査」(平成30年)等、在宅精神障害者及び入院精神障害者:厚生労働省「患者調査」(令和2年)より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

※身体障害者(児)数は平成18年の調査等、知的障害者(児)数は平成17年の調査等、精神障害者数は平成20年の調査等による推計。なお、身体障害者(児)には高齢者施設に入所している身体障害者は含まれていない。
 ※難病患者等のうち、身体障害者(児)、知的障害者(児)、精神障害者(児)のいずれにも該当しない者は含まない。(右図同様)
 ※社会保障審議会(障害者部会)第68回(2015年7月24日)「高齢の障害者に対する支援の在り方について」資料より抜粋。

※在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児)は、障害者手帳所持者数の推計。障害者手帳非所持者、自立支援給付等(精神通院医療を除く。)を受けている者は19.4万人と推計されるが、障害種別が不明のため、上記には含まれていない。
 ※在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児)は鳥取県倉吉市を除いた数値である。
 ※施設入所身体障害者(児)及び施設入所知的障害者(児)には高齢者施設に入所している者は含まれていない。
 ※年齢別の身体障害者(児)及び知的障害者(児)数は在宅者数(年齢不詳を除く)での算出し、精神障害者数は在宅及び施設入所者数(いずれも年齢不詳を除く)で算出。
 ※複数の障害種別に該当する者の重複があることから、障害者の総数は粗い推計である。
 ※令和2年から患者調査の総患者数の推計方法を変更している。具体的には、再来外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している(平成29年までは31日以上を除外していたが、令和2年からは99日以上を除外して算出)。

医療的ケア児について

- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU（新生児特定集中治療室）等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は、約2万人（推計）である。



その他の医療行為とは、
気管切開の管理、
鼻咽頭エアウェイの管理、酸素療法、
ネブライザーの管理、経管栄養、
中心静脈カテーテルの管理、
皮下注射、血糖測定、
継続的な透析、導尿 等

出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」及び当該研究事業の協力のもと、社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成

医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年6月18日公布・同年9月18日施行）

第二条 この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。

2 この法律において「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校等（学校教育法に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。）に在籍するものをいう。）をいう。

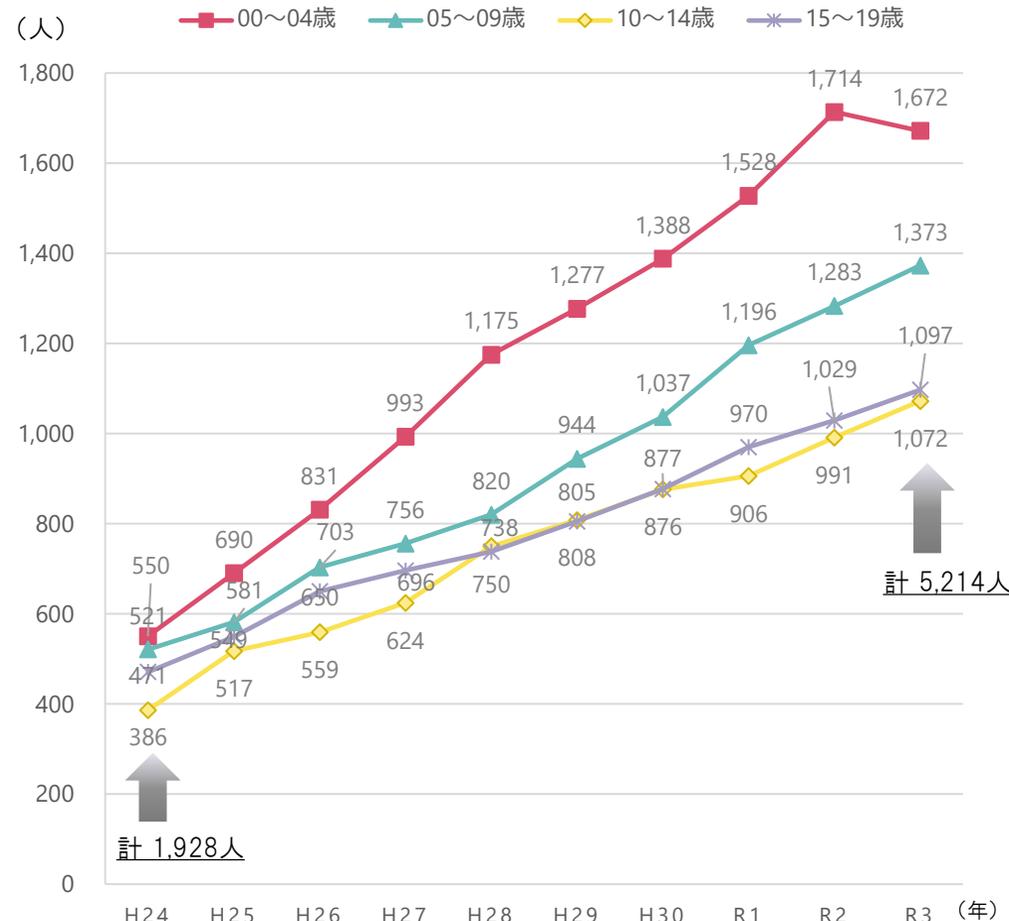
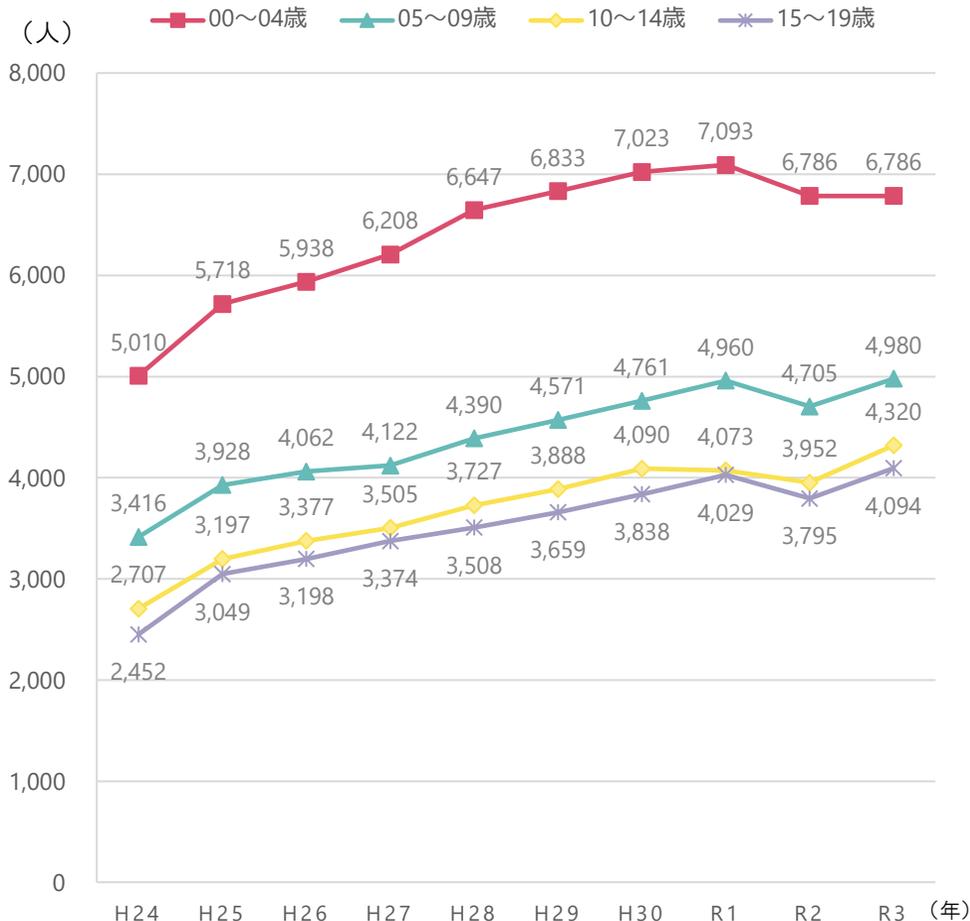


年齢階級別の医療的ケア児数等

- 年齢階級別の医療的ケア児数は、低年齢ほど人数が多く、0～4歳が最も多い。
- 人工呼吸器を必要とする児数は、直近9年で約2.7倍に増加し、0～4歳が最も多い。

■ 年齢階級別の医療的ケア児数の年次推移（推計）

■ 年齢階級別の人工呼吸器を必要とする児数※の年次推移（推計）



出典：社会医療診療行為別統計（調査）（各年6月審査分）により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成

※出典：同左（「C107 在宅人工呼吸指導管理料」算定者数）

「強度行動障害」の定義・障害福祉サービス等報酬上の評価

○ 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、大泣きが長時間も続くなど**周囲の人の暮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。

○ 強度行動障害に関する障害福祉サービス等報酬上の評価

- ・ 障害福祉サービス等を受ける際に行う障害支援区分の調査と併せて把握する「行動関連項目」（福祉型障害児入所施設の場合は強度行動障害判定基準表）を用いて判定。障害福祉サービス等報酬においては、**一定の点数以上となる人（24点中10点）**に対する特別に配慮された支援の提供が評価されている。（利用者数：下図参照）
- ・ **強度行動障害に至る前からの支援や行動改善が見られた後における継続的な支援**を評価するため、「行動援護」は平成20年に、「共同生活援助、短期入所、施設入所支援の重度障害者支援加算」は平成24年に、対象者判定の基準を変更した。
- ・ 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定において、生活介護にも「重度障害者支援加算」を設けるとともに、障害児通所支援について「強度行動障害児支援加算」を創設した。
- ・ 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定において、共同生活援助の区分4・5を「重度障害者支援加算」の対象とするとともに、障害者支援施設で実施する生活介護の外部通所者にも「重度障害者支援加算」を算定可能とする等の拡充を実施した。

行動障害関連の障害福祉サービス・障害児支援の利用者

（国民健康保険団体連合会データ）

のべ68,906人（令和3年10月時点）



重度訪問介護
1,079人



行動援護
12,117人



短期入所（重度障害者支援加算） 4,994人
施設入所支援（重度障害者支援加算Ⅱ） 21,933人
福祉型障害児入所施設（強度行動障害児特別支援加算） 15人



共同生活援助（重度障害者支援加算Ⅰ） 4,618人
（重度障害者支援加算Ⅱ） 2,759人



放課後等デイサービス（強度行動障害児支援加算） 3,451人
児童発達支援（強度行動障害児支援加算） 307人



生活介護（重度障害者支援加算）
17,633人

（参考）平成26年度から、重度訪問介護についても行動援護等の基準と同様の対象者に対して支援を提供することを可能としている。

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の概要

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。

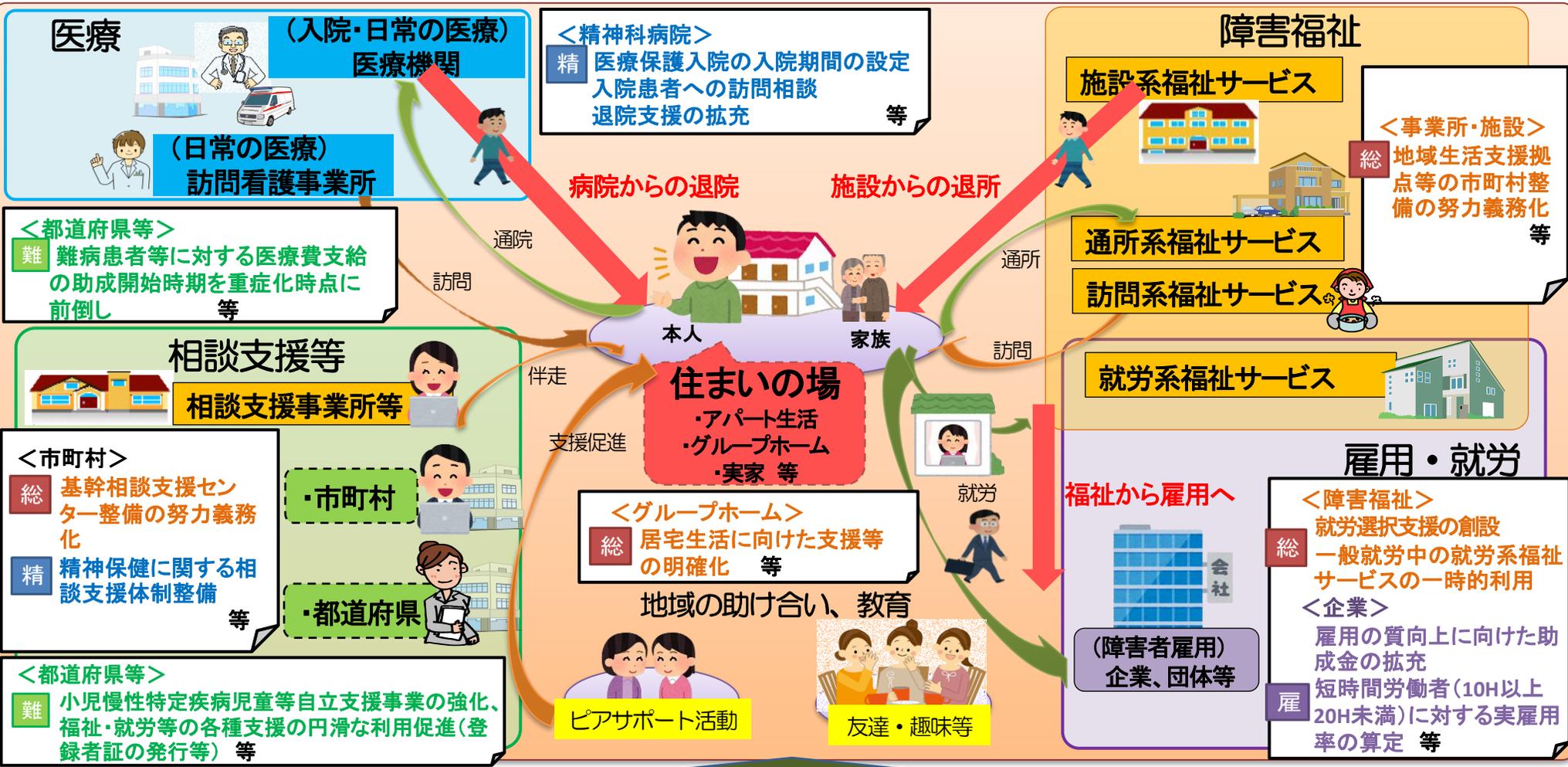
このほか、障害者総合支援法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法附則第18条第2項の規定等について所要の規定の整備を行う。

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安心して暮らし続けることができる地域共生社会(イメージ)

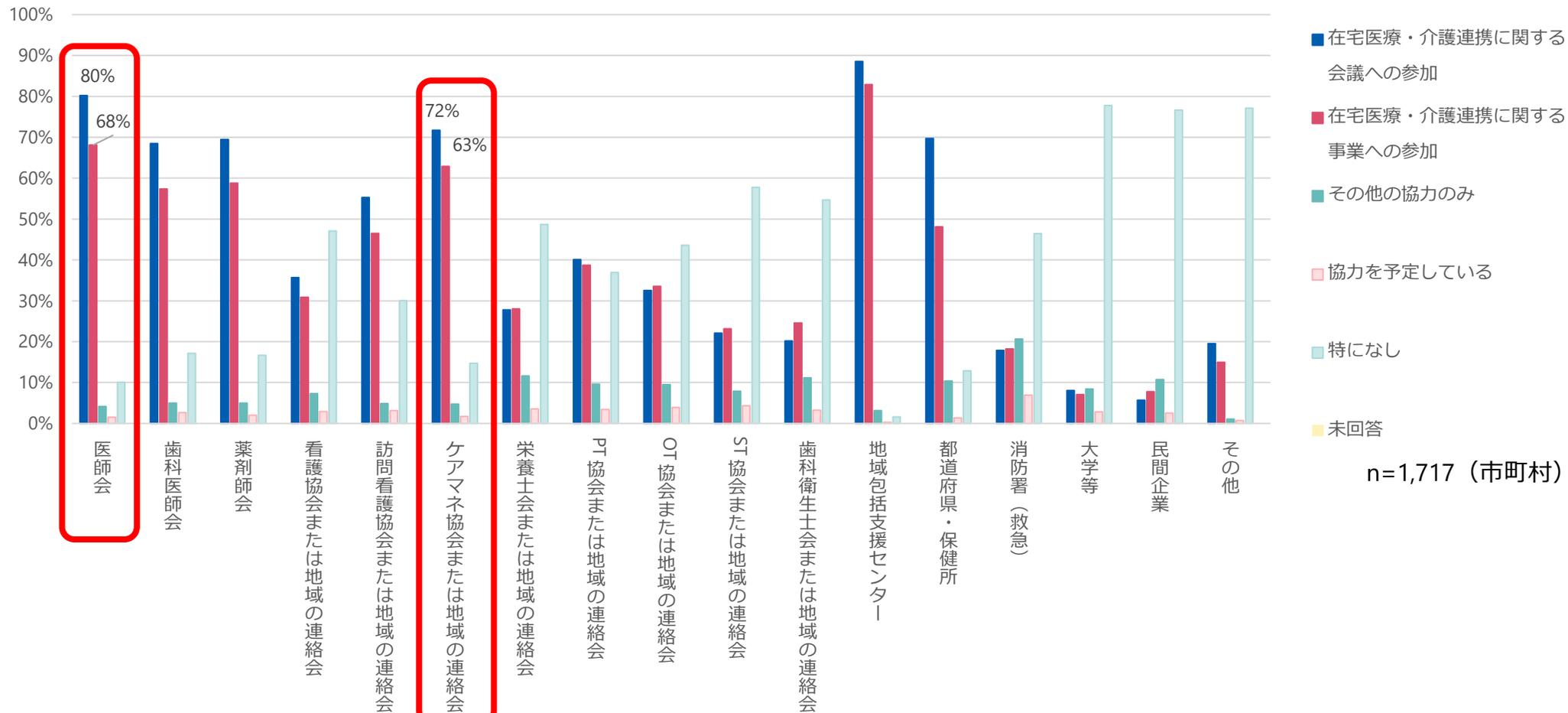
- 障害者や難病患者等が地域や職場で生きがい・役割を持ち、医療、福祉、雇用等の各分野の支援を受けながら、その人らしく安心して暮らすことができる体制の構築を目指す。このため、本人の希望に応じて、
 - ・施設や病院からの地域移行、その人らしい居宅生活に向けた支援の充実 (障害者総合支援法関係、精神保健福祉法関係、難病法・児童福祉法関係) 総 精 難
 - ・福祉や雇用が連携した支援、障害者雇用の質の向上 (障害者総合支援法関係、障害者雇用促進法関係) 総 雇
 - ・調査・研究の強化やサービス等の質の確保・向上のためのデータベースの整備 (難病法・児童福祉法関係、障害者総合支援法関係) 難 総
-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



1. 総論
2. 医療・介護連携に係る評価
3. 在宅医療・介護連携推進事業
4. 医療・介護DX
5. 医療・介護と障害福祉サービスとの連携
- 6. 主治医と介護支援専門員の連携**

在宅医療・介護連携に関する市町村単位での関係団体との協力状況

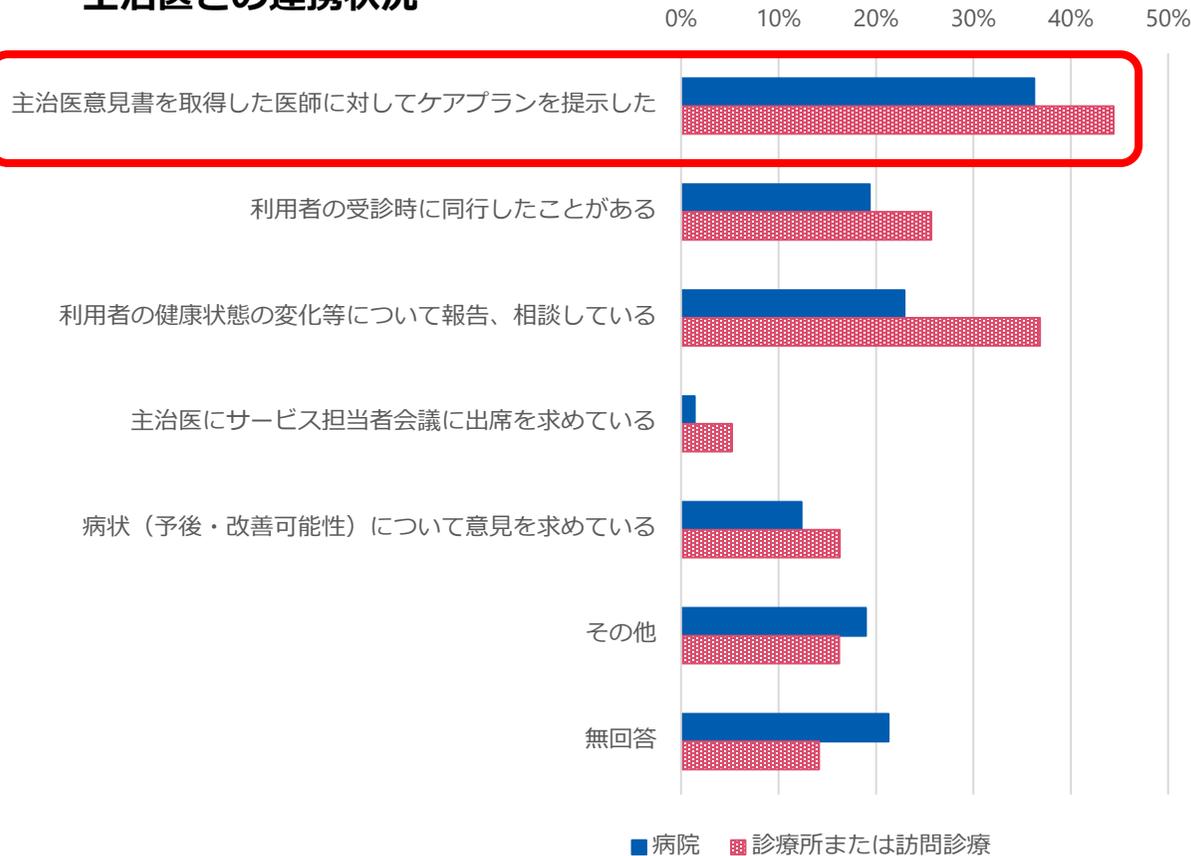
○ 各市町村が行う在宅医療・介護連携に関する会議や事業へは、地域包括支援センターに次いで、医師会とケアマネ協会が協力しており、団体単位での連携は一定程度行われてきている。



主治医と介護支援専門員との連携状況① (H30)

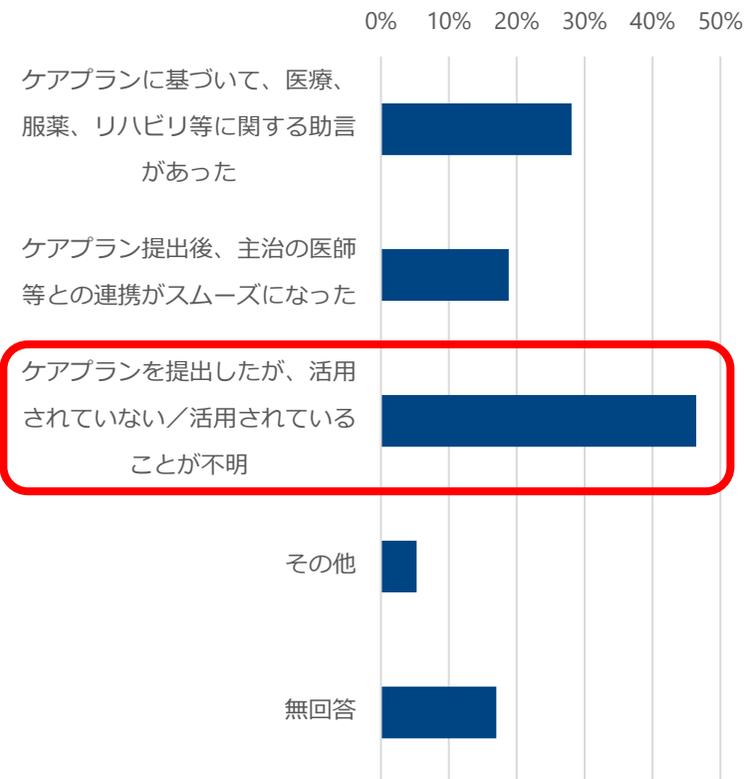
- 介護支援専門員は、約4割の利用者について、主治医意見書を取得した医師に対しケアプランを提示している。
- 一方、4割超の介護支援専門員は、主治医等にケアプランを提出しても、活用されていない／活用されていることが不明と感じている。

■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



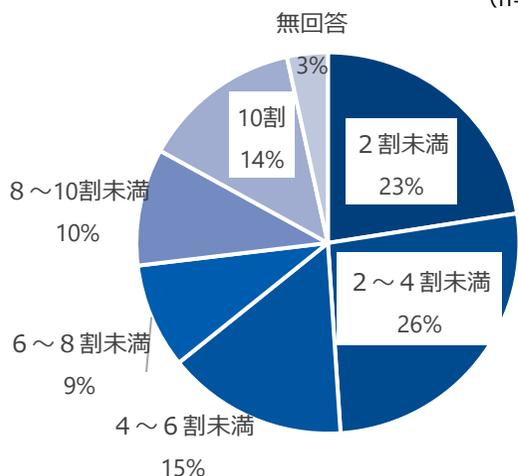
n=3,489 (ケアマネジャー調査票) (複数回答可)
※居宅介護支援事業所のみ

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た。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。

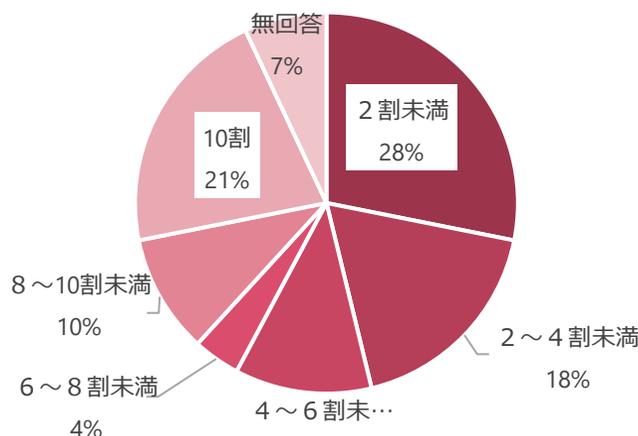
■ ① 主治医にケアプランを提出している割合

割合の平均：4.48
(n=1,279)



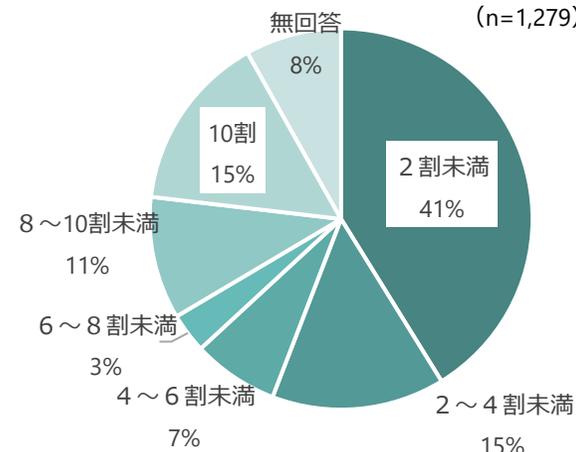
■ ② ①のうち、主治医に意見を求めている割合

割合の平均：4.76
(n=1,279)

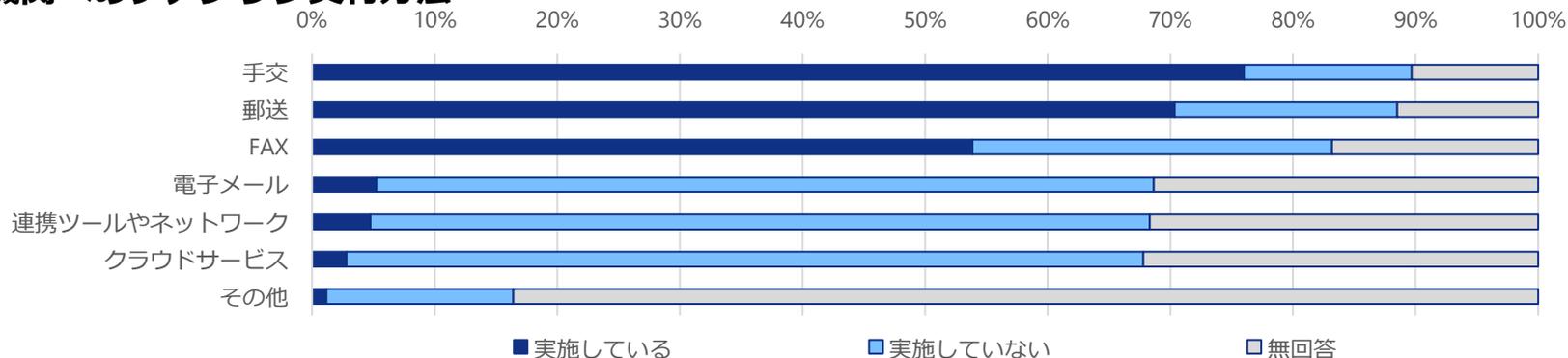


■ ③ ②のうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合

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

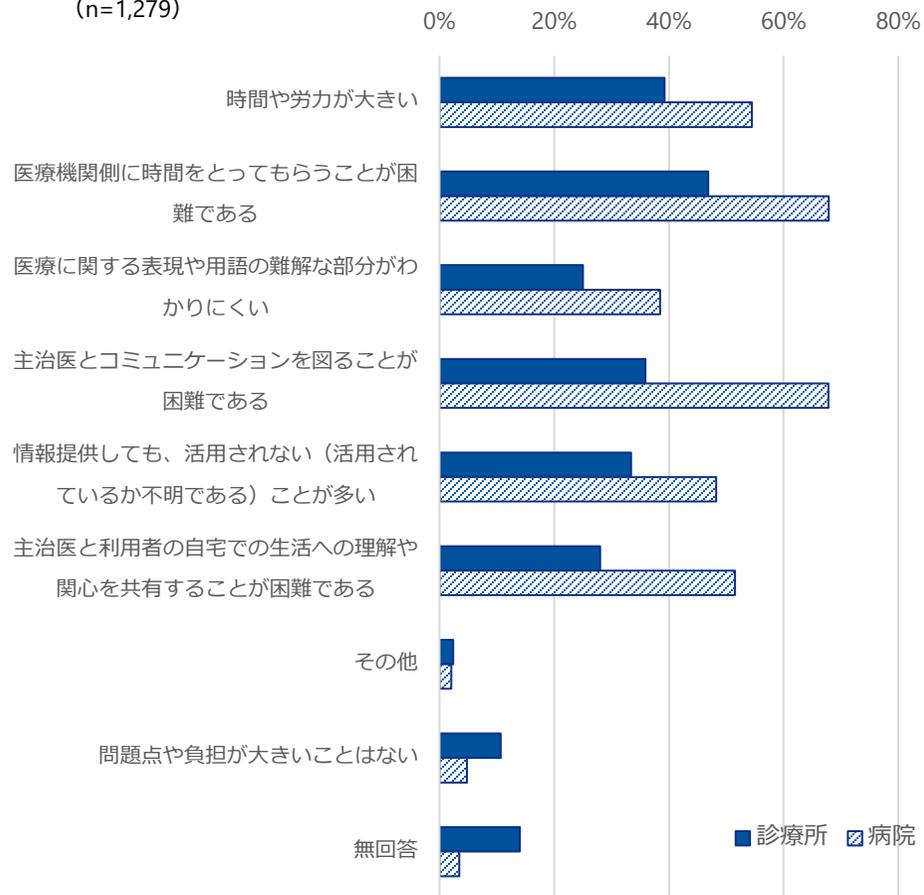


介護支援専門員から見た医療機関との情報共有の問題点や工夫

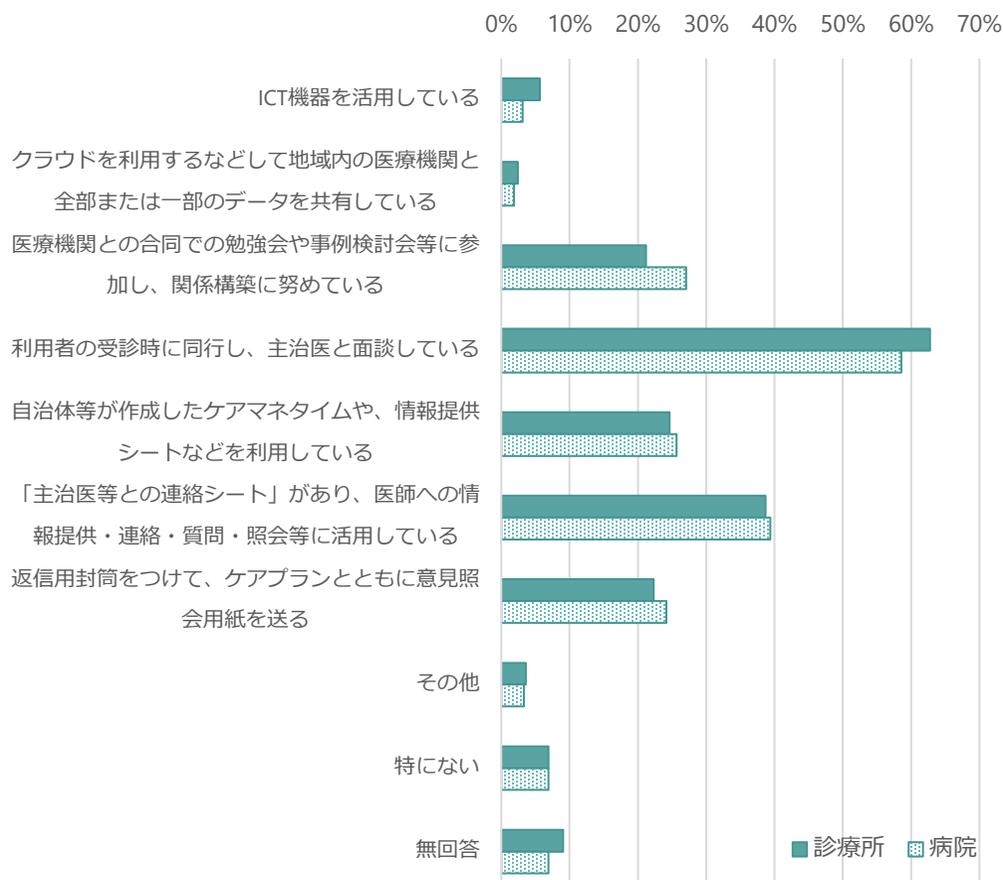
- 介護支援専門員にとって、医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいことは、「医療機関側に時間をとってもらうことが困難」であった。
- 医療機関との情報共有における工夫として最も多いものは、「受診時に同行し主治医と面談」であった。

■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



(3). 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

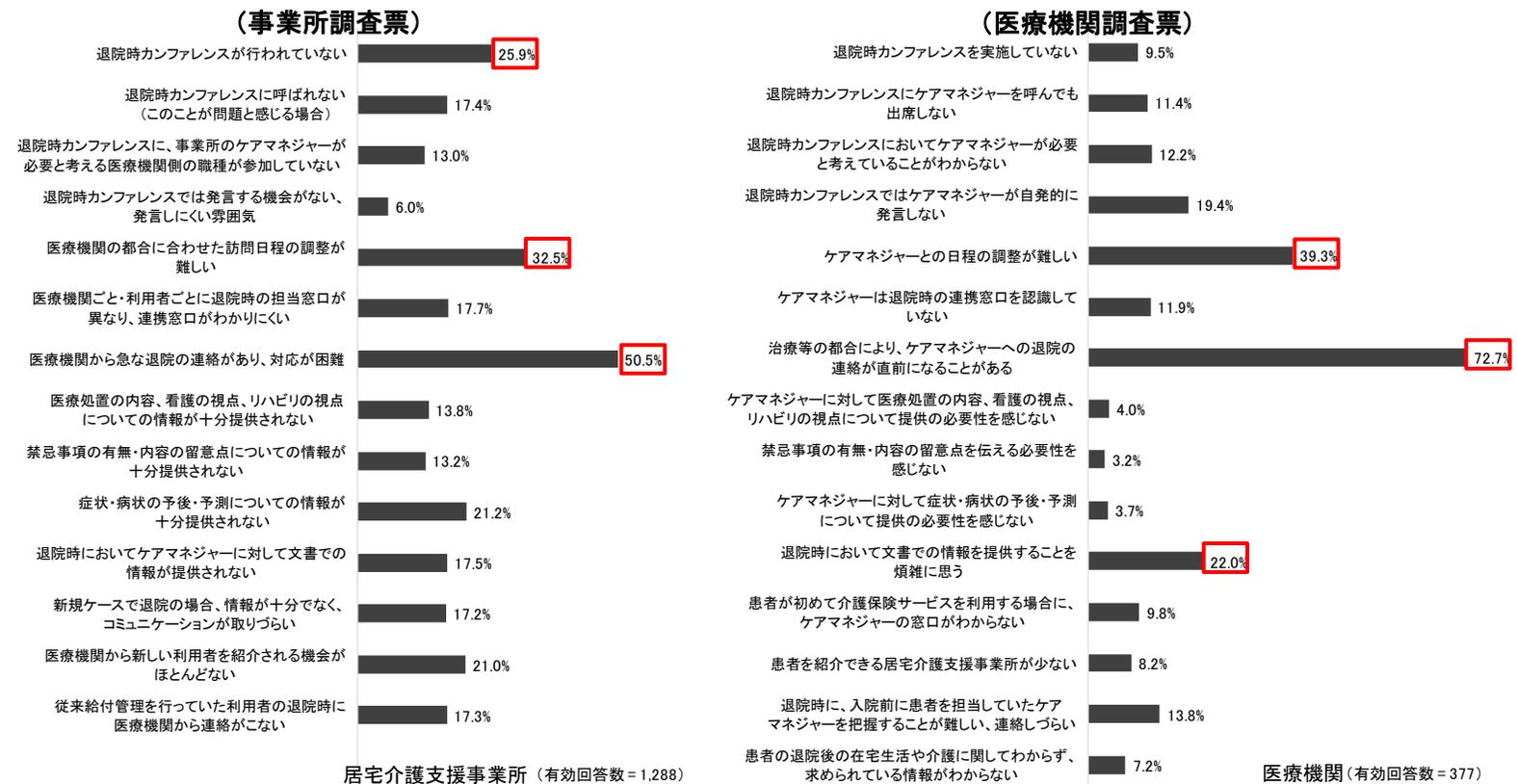
(3). 医療と介護の連携強化(退院時の連携)

【医療介護連携の推進(退院時)】

- 利用者が退院する際の医療機関との連携において、居宅介護支援事業所が困難と感じる点・問題と感じる点は、「医療機関からの急な退院の連絡があり、対応が困難」が50.5%で最も多く、次いで「医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しい」が32.5%、「退院時カンファレンスが行われていない」が25.9%であった。
- 一方で、医療機関が困難と感じる点・問題と感じる点は、「治療等の都合により、ケアマネジャーへの退院の連絡が直前になることがある」が72.7%で最も多く、次いで「ケアマネジャーとの日程調整が難しい」が39.3%、「退院時において文書での情報を提供することを煩雑に思う」が22.0%であった。

※事業所調査票：9(2)平成30年7月～9月中の医療機関との連携において困難と感じる点・問題と感じる点、
医療機関調査票：2(19)ケアマネジャーとの連携について、困難と感じる点・問題と感じる点

図表 19 医療機関との連携において困難と感じる点・問題と感じる点(事業所調査票・医療機関調査票)



介護支援専門員の概要

1 介護支援専門員の定義

- 要介護者等からの相談に応じ、要介護者等がその心身の状況等に応じて適切な介護サービスを利用できるよう、市町村、サービス提供事業者、介護保険施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するとして介護支援専門員証の交付を受けた者。【法第7条第5項】

2 資格取得・研修体系

<介護支援専門員実務研修受講試験>

- 受験要件【法第69条の2第1項、規則第113条の2】

保健・医療・福祉に関する法定資格に基づく業務（※1）又は一定の相談援助業務（※2）に従事した期間が通算して5年以上

（※1）医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士

（※2）生活相談員（介護老人福祉施設等）、支援相談員（介護老人保健施設）、相談支援専門員（障害者総合支援法）、主任相談支援員（生活困窮者自立支援法）

<介護支援専門員実務研修>

- 受講要件【法第69条の2第1項、規則第113条の4第1項】

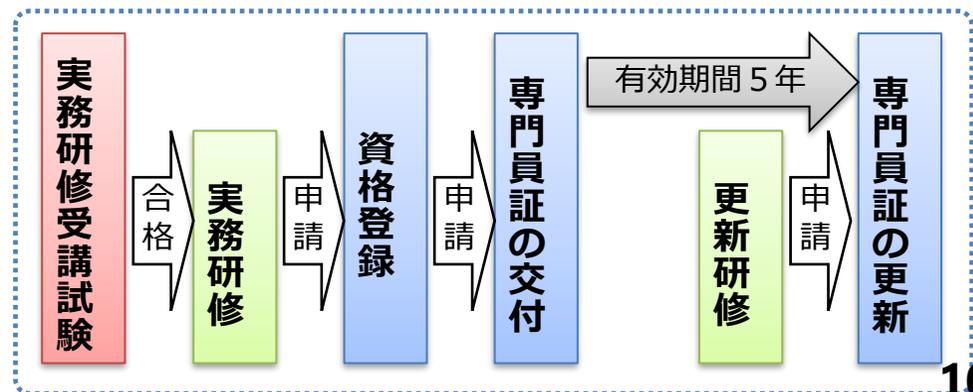
介護支援専門員実務研修受講試験に合格した者

<介護支援専門員更新研修>

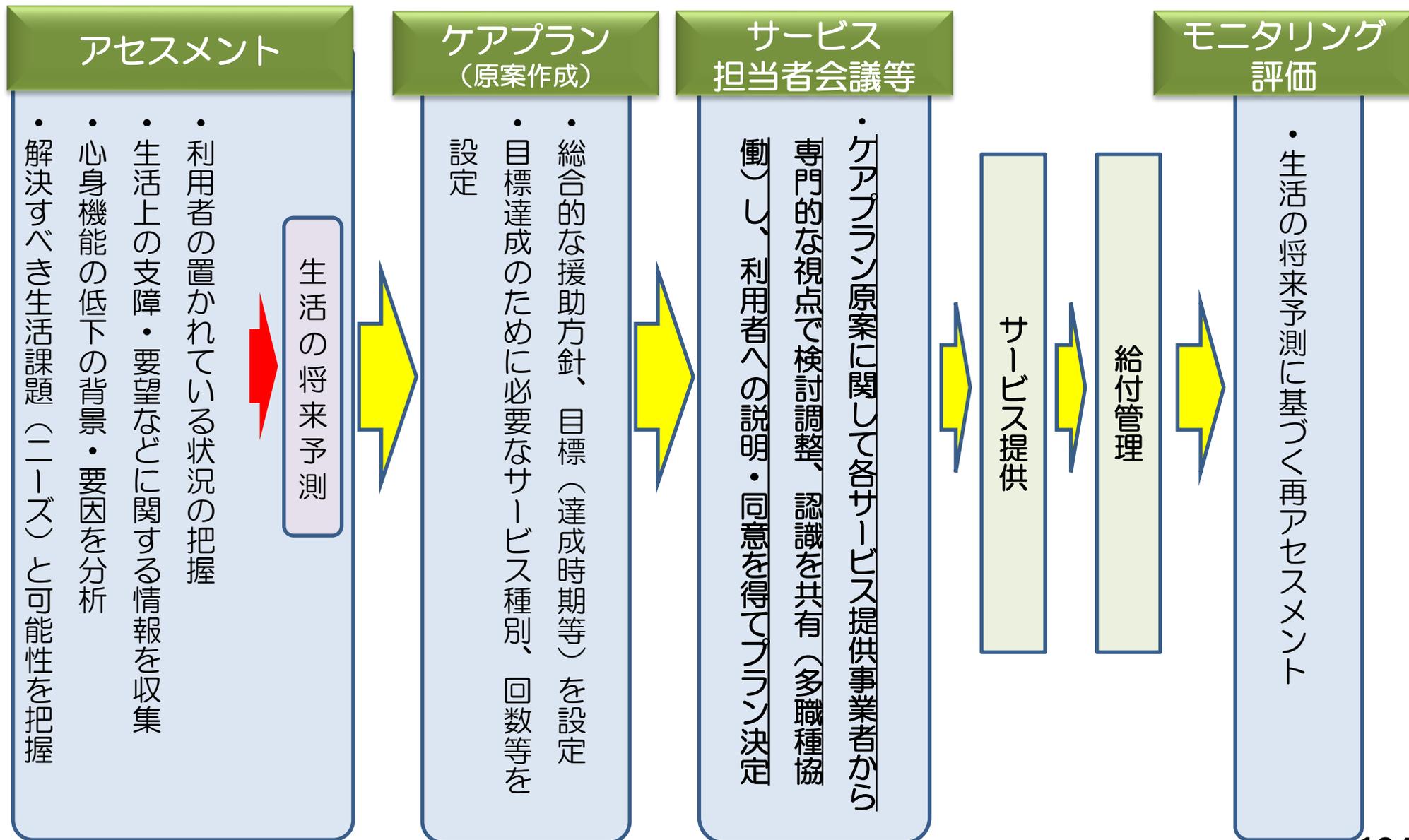
- 受講要件【法第69条の8第2項、規則第113条の18項第1項】

介護支援専門員証の有効期間の更新を受けようとする者

【資格取得・更新の流れ】



ケアマネジメントの流れ



<背景>

- ニッポン一億総活躍プラン(平成28年6月2日閣議決定)において、介護の重度化防止と自立支援の推進を目的として、10年間の工程(2016年～2026年)で「適切なケアマネジメント手法の策定」を行うこととされた。
- 本人の尊厳を保持し、将来の生活の予測に基づいた重度化防止や自立支援を実現するためには、**多職種連携**をより円滑化して各職種の専門性を活かし、本人の状態の維持・改善を目指す個別支援が必要とされている。

<課題>



- 制度発足後今日まで、介護支援専門員の経験の差やほかの職種との関係性、所属事業所の環境等によって、**ケアマネジメント(インテーク～モニタリング迄)のプロセスにおけるアプローチ方法に差異が生じているとの指摘がある。**
- 将来の生活の予測に基づいた支援を組み立てるには、**根拠に基づいて整理された知見に基づいた実践が求められるが支援内容の体系が整理されていないため、属人的な、経験知だけに基づく実践となっている場合もある。**

<目的>

- ケアマネジメントの「差異」の要因と考えられる、個々の介護支援専門員の**属人的な認識(知識)**を改め「支援内容」の平準化を図る。その為に「利用者の状態に対して最低限検討すべき支援内容」の認識(知識)を体系化し共有化することにより「**差異を小さくするための手法の策定と普及**を行う。
- 介護支援専門員に必要な知識(エビデンス等)を体系化し付与することで、サービス担当者会議等において「**根拠の明確な支援内容**」を示せる事により他職種と**支援内容の共有化**を図る。
- ケアマネジメントプロセスをより有効なものとし、他職種との役割分担や**連携・協働の推進**、**モニタリング手法の明確化**、ひいてはケアマネジメントの**質の向上**、**自立支援の推進**を図る。

<これまでの成果実績(主な内容)>

- | | |
|--|------------------------|
| 平成28年度:脳血管疾患・大腿骨頸部骨折がある方のケア | 平成29年度:心疾患(心不全)がある方のケア |
| 平成30年度:認知症がある方のケア | 令和元年度:誤嚥性肺炎の予防のためのケア |
| 令和2年度:基本ケアを中心とした手法の再整理等 | |
| 令和3年度:複数疾患がある方のケアの手法や疾患以外の高齢者の特徴に着目した手法の検討 | |

＜アプローチの基本的な方向性＞

ケアマネジャーが取り扱う課題は、本来生活全般が対象であるが、範囲が膨大であることから「**一定の条件を定め**」、まずは『疾患』に着目してアプローチをした。

1. ケアマネジメントの標準化(共有化)についての概念整理を行う
2. 一定の条件を定めそれを基にエビデンスのある「想定される支援内容」を整理する。
3. それらを理解し分析可能とする為に介護支援専門員が備えておくべき基本知識を整理する。

＜具体的な取り組み＞

ケアマネジメントは広く生活上の課題を取り扱うが、まずは単なる経験知に基づくだけでなくエビデンスが明確なことを一定条件とし、『疾患』に着目し、「想定される支援内容」を検討した。

※ 「疾患選定」の考え方

- 地域連携クリティカルパスが普及していること
- 医療の領域におけるガイドラインがあること
- 要介護認定の原因疾患として占める割合が大きいこと、又は患者数の多い疾患

＜『疾患』に着目したケアマネジメント標準化の検討手順＞

- 実務者を中心に構成されるワーキング・グループでの検討、有識者で構成される委員会での検討を踏まえ、ケアマネジメントの標準化項目の検討案を作成。
- 全国の介護支援専門員を対象に、各自の担当事例を持参してもらい、「検討案」を活用しながら、ケアマネジメントプロセスを振り返る「実証検証」を実施。
- 検証結果をもとに、ワーキング・グループおよび委員会での検討を経て「疾患別のケア」のガイドラインを成案化。

＜本事業で標準化(共有化)されたガイドラインの主な内容＞

- 最低限押さえておくべき知識の共有(確認)
 - ・ 基本ケア(高齢者の生理・心理)
 - ・ 疾患特性に留意したケア
- 自立支援に資する為にエビデンスに基づく最低限検討すべき**想定される支援内容**
- 想定される支援内容を導き出す(確認)為に必要なケアマネジャー及び他職種が共有すべき**アセスメント項目、モニタリング項目**

【参考】「基本ケア」項目一覧

基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容		
I. 尊厳を重視した意思決定の支援	I-1.現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	I-1-1.疾病や心身状態の理解	1.疾患管理の理解の支援 2.併存疾患の把握の支援 3.口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保 4.転倒・骨折のリスクや経緯の確認		
		I-1-2.現在の生活の全体像の把握	5.望む生活・暮らしの意向の把握 6.一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援 7.食事及び栄養の状態の確認 8.水分摂取状況の把握の支援 9.コミュニケーション状況の把握の支援 10.家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援		
		I-1-3.目指す生活を踏まえたリスクの予測	11.口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測 12.転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測		
		I-1-4.緊急時の対応のための備え	13.感染症の早期発見と治療 14.緊急時の対応		
	I-2.意思決定過程の支援	I-2-1.本人の意思を捉える支援	15.本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握		
		I-2-2.意思の表明の支援と尊重	16.日常生活における意向の尊重 17.意思決定支援の必要性の理解		
		I-2-3.意思決定支援体制の整備	18.意思決定支援体制の整備		
		I-2-4.将来の生活の見通しを立てることの支援	19.将来の生活の見通しを立てることの支援		
		II.これまでの生活の尊重と継続の支援	II-1.予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	II-1-1.水分と栄養を摂ることの支援	20.フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援 21.水分の摂取の支援 22.口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援
				II-1-2.継続的な受診と服薬の支援	23.継続的な受診・療養の支援 24.継続的な服薬管理の支援
II-1-3.継続的な自己管理の支援	25.体調把握と変化を伝えることの支援				
II-1-4.心身機能の維持・向上の支援	26.フレイルを予防するための活動機会の維持 27.継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施				
II-1-5.感染予防の支援	28.感染症の予防と対応の支援体制の構築				
II-2.日常的な生活の継続の支援	II-2-1.生活リズムを整える支援		29.一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援 30.休養・睡眠の支援		
	II-2-2.食事の支援		31.口から食事を摂り続けることの支援 32.フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援		
	II-2-3.暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援		33.清潔を保つ支援 34.排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援		
II-3.家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	II-3-1.喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援		35.喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援		
	II-3-2.コミュニケーションの支援		36.コミュニケーションの支援		
	II-3-3.家庭内での役割を整えることの支援	37.本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備			
	II-3-4.コミュニティでの役割を整えることの支援	38.持っている機能を発揮しやすい環境の整備			
III.家族等への支援	III-1.家族等への支援	III-1-1.支援を必要とする家族等への対応	39.本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備 40.家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備 41.将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援		
		III-1-2.家族等の理解者を増やす支援	42.本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援		
	III-2.ケアに参画するひとへの支援	III-2-1.本人をとりまく支援体制の整備	43.本人を取り巻く支援体制の整備		
		III-2-2.同意してケアに参画するひとへの支援	44.同意してケアに参画するひとへの支援		

【参考】「脳血管疾患Ⅰ期」項目一覧

大項目	中項目	項目	想定される支援内容
1.再発予防	1-1.血圧や疾病の管理の支援	1-1-1.基本的な疾患管理の支援	1.基本的な疾患管理の支援 ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施
		1-1-2.血圧等の体調の確認	2.目標血圧が確認できる体制を整える
		1-1-3.環境整備	3.家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える
		1-1-4.その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供	4.室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
	1-2.服薬管理の支援	1-2-1.服薬支援	5.高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
2.生活機能の維持・向上	1-3.生活習慣の改善	1-3-1.脱水予防	6.服薬管理の支援 ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施
		2-1.心身機能の回復・維持	7.必要水分量と日常の摂取量が把握できる体制を整える 8.適切な水分を摂取することの理解をつながす体制を整える 9.自ら水分を摂取できるようにする体制を整える
	2-2.心理的回復の支援	2-1-1.機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて）	10.ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
		2-2-1.受容の支援	11.受容促進のための働きかけを行う体制を整える 12.抑うつ状態の防止、改善が図れる体制を整える 13.リハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える
		2-3.活動と参加に関わる能力の維持・改善	14.ADL/IADLの状態の定期的な把握と共有がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 15.状態に合ったADL/IADLの機能向上がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
2-3.活動と参加に関わる能力の維持・改善	2-3-1.機能訓練（残存機能の維持・活用に向けて）	16.コミュニケーション能力の状況の継続的な把握ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 17.コミュニケーション能力の改善を図る体制を整える（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等） ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	
	2-3-2.コミュニケーション能力の改善	18.日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 19.外出や交流の機会が確保できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	
	2-3-3.社会参加の機会の確保	20.新たな価値・機能の獲得がなされる体制を整える	
2-4.リスク管理	2-4-1.食事と栄養の確保	2-4-1.食事と栄養の確保	21.必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える ※誤嚥性肺炎の予防について別途確認 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
		2-4-2.転倒予防	22.転倒しにくい体の機能あるいは環境整備するための体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施

【参考】「脳血管疾患Ⅱ期」項目一覧

大項目	中項目	項目	想定される支援内容
1.継続的な再発予防	1-1.血圧や疾病の管理の支援	1-1-1.基本的な疾患管理の支援	1.基本的な疾患管理の支援 ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施
		1-1-2.血圧等の体調の確認	2.目標血圧が確認できる体制を整える
		1-1-3.環境整備	3.家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える
		1-1-4.その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供	4.室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
	1-2.服薬管理の支援	1-2-1.服薬支援	5.高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
	1-3.生活習慣の維持	1-3-1.脱水予防	6.服薬管理の支援 ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施
		2-1.心身機能の見直しとさらなる回復・維持	7.自ら水分を摂取できることが維持できる体制を整える
2.セルフマネジメントへの移行	2-1.心身機能の見直しとさらなる回復・維持	2-1-1.機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて）	8.ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
		2-2.心理的回復の支援	9.受容促進のための働きかけの確認と継続的な支援体制を整える 10.抑うつ状態の防止、改善の確認と継続的な支援体制を整える 11.リハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える
	2-2.心理的回復の支援	2-2-1.受容の支援	12.新たな価値・機能の獲得の支援（落胆体験の繰り返し、残存機能と回復機能の限界を見つめることの支援）体制を整える
		2-2-2.行動変容の状況の確認と継続的な支援	13.セルフマネジメントに向けたリハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える
		2-3-1.機能訓練（残存機能の維持・活用に向けて）	14.ADL/IADLの状態の定期的な把握及び共有の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
	2-3.活動と参加に関わる能力の維持・向上	2-3-1.機能訓練（残存機能の維持・活用に向けて）	15.状態に合ったADL/IADLの機能の向上の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
			2-3-2.コミュニケーション能力の改善
		2-3-3.社会参加の機会の維持・拡大	17.コミュニケーション能力の改善支援（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
	2-4.リスク管理	2-4-1.食事と栄養の確保	18.日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
			19.外出や交流の機会の確保の確認と継続的な支援体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
2-4-2.転倒予防		20.新たな価値・機能の獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える 21.必要な栄養量の把握、食事の支援の確認と継続的な支援体制を整える ※誤嚥性肺炎の予防について別途確認 ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	
		22.転倒しにくいよう体の機能を維持するための支援の確認と継続的な支援体制を整える	

【参考】「心疾患Ⅰ期」項目一覧

大項目	中項目	項目	想定される支援内容	
1.再入院の予防	1-1.疾患の理解と確実な服薬	1-1-1.基本的な疾患管理の支援	1.疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	
		1-1-2.服薬支援	2.服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	
		1-1-3.併存疾患の把握と療養の支援	3.併存疾患（腎機能の低下にかかわる疾患、糖尿病（糖尿病性腎症）、その他の疾患など）を把握し療養を支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	
	1-2.自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-1.体重の管理	4.体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	
		1-2-2.塩分量・水分量のコントロール	5.適切な塩分・水分摂取量が理解できる体制を整える 6.食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える 7.その人と生活に合った水分の摂取、排泄の状況と変化を把握できる体制を整える	
		1-2-3.血圧の管理	8.血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える	
		1-2-4.活動制限が守られることの支援	9.活動制限と安静の必要性を本人・家族等が理解し、その制限が守られる体制を整える	
		1-2-5.急性増悪の予防	10.感染症の予防の必要性の理解をうながす体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	
		1-2-6.非日常的な活動のリスクの管理	11.長時間の活動が必要な場合の注意事項の理解をうながす体制を整える	
	1-3.療養を続けるための環境・体制の整備	1-3-1.負荷のかかる環境の改善	12.気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施 13.強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	
	2.生活機能の維持・向上	2-1.心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援	2-1-1.活動と参加に関わる能力の維持・改善	14.本人が望む暮らしの意向の把握と活動・参加の状況を維持・改善する体制を整える
			2-1-2.リハビリテーションの実施	15.医療的リハビリテーションを受けることができる体制を整える 16.ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施
			2-1-3.入浴習慣の支援	17.入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施
2-1-4.休養・睡眠の支援			18.休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	
2-1-5.禁煙の実現の支援			19.禁煙を実現できる体制を整える	
2-1-6.本人・家族等への生活習慣を変えることの支援			20.本人・家族等が生活習慣を変えることを受け入れられるよう支援する	
2-2.心理的な支援		2-2-1.本人・家族等の不安の軽減	21.精神的な不安を把握し、必要に応じて支援する体制を整える	

【参考】「心疾患Ⅱ期」項目一覧

大項目	中項目	項目	想定される支援内容	
1.再入院の予防	1-1.疾患の理解と確実な服薬	1-1-1.基本的な疾患管理の支援	1.疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	
		1-1-2.服薬支援	2.服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施	
		1-1-3.併存疾患の把握と療養の支援	3.併存疾患（腎機能の低下にかかわる疾患、糖尿病（糖尿病性腎症）、その他の疾患など）を把握し療養を支援する体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	
	1-2.自己管理能力の向上とリスクの管理	1-2-1.体重の管理	4.体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える ※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施	
		1-2-2.塩分量・水分量のコントロール	5.適切な塩分・水分摂取量の理解をうながす体制を整える 6.食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える 7.その人と生活に合った水分の摂取、排泄の状況と変化を把握できる体制を整える	
		1-2-3.血圧の管理	8.血圧のコントロールが継続的に実施される体制を整える	
		1-2-4.活動制限が守られることの支援	9.活動制限と安静の必要性を本人・家族等が理解し、その制限が守られる体制を整える	
		1-2-5.急性増悪の予防	10.感染症の予防の必要性の理解をうながす体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	
		1-2-6.非日常的な活動のリスクの管理	11.長時間の活動が必要な場合の注意事項の理解をうながす体制を整える	
	1-3.療養を続けるための環境・体制の整備	1-3-1.負荷のかかる環境の改善	12.気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされる体制を整える 13.強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	
	2.生活機能の維持	2-1.ステージに応じた生活・暮らし方の支援	2-1-1.活動と参加に関わる能力の維持・改善	14.本人が望む暮らしの意向の把握と活動・参加の状況を維持・改善する体制を整える
			2-1-2.継続的なリハビリテーションの実施	15.必要なリハビリテーションとセルフケアを継続できる体制を整える
			2-1-3.入浴習慣の支援	16.入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施
2-1-4.休養・睡眠の支援			17.休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える ※基本ケアとも重複するが特に留意して実施	
2-1-5.禁煙の実現の支援			18.禁煙を実現できる体制を整える	
2-1-6.本人・家族等への生活習慣を変えることの支援			19.本人・家族等が生活習慣を変えることを受けいれられるよう支援する	
2-2.心理的な支援		2-2-1.本人・家族等の不安の軽減	20.精神的な不安を把握し、必要に応じて支援する体制を整える	
3.EOL準備	3-1.EOL(エンドオブライフ)に向けた準備	3-1-1.末期心不全のEOLケアの対応・準備の支援	21.末期心不全のEOLケアをどのようにするか心の構えをする支援を行う	

介護支援専門員法定研修カリキュラムの見直しについて

背景

- 介護、医療及び福祉の実践の方法や技術、介護保険をはじめとする社会保障制度やそれを取り巻くさまざまな環境は、常に変化しており、独居の要介護高齢者、認知症や精神疾患を有する要介護高齢者、医療処置を要する要介護高齢者、支援を必要とする家族等、介護支援専門員が実際に現場で対応している利用者像も多様化し、複雑化している
- 現行の介護支援専門員の法定研修のカリキュラムは平成28年度から施行されているところであるが、介護支援専門員に求められる能力や役割の変遷及び昨今の施策動向等を踏まえ、「介護支援専門員の資質向上に資する研修等の在り方に関する調査研究事業」（令和3年度老人保健健康増進等事業）においてカリキュラムの見直しについての検討を進めた

※ 令和6年4月の施行予定

カリキュラム見直しのポイント

- 幅広い視点で生活全般を捉え、生活の将来予測や各職種の視点や知見に基づいた根拠のある支援の組み立てを行うことが介護支援専門員に求められていることを踏まえ、高齢者の生活課題の要因等を踏まえた支援の実施に必要な知識や実践上の留意点を継続的に学ぶことができるように、**適切なケアマネジメント手法の考え方を科目類型として追加**
- 認知症や終末期などで意思決定支援を必要とする利用者・世帯がさらに増えるとともに、根拠のある支援の組み立てに向けて学ぶべき知識や技術の変化が今後も進むと考えられる中で、職業倫理の重要性は一層高まることが見込まれるため、**権利擁護や意思決定支援など職業倫理についての視点を強化**
- 地域共生社会の実現に向け、介護保険以外の領域も含めて**、制度・政策、社会資源等についての近年の動向（地域包括ケアシステム、認知症施策大綱、仕事と介護の両立、ヤングケアラー、科学的介護（LIFE）、意思決定支援等）を踏まえた見直しを行う
- 法定研修修了後の継続研修（法定外研修、OJT等）で実践力を養成することを前提に、**カリキュラム全体の時間数は増やさず、継続研修への接続を意識した幅広い知識の獲得に重きを置いた時間配分（＝講義中心）に見直す**

訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

診療報酬改定における対応

- 訪問診療を提供する主治医から患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員への情報提供を推進（在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の要件に追加）

介護報酬改定における対応

- 著しい状態変化を伴う末期のがん患者については、主治の医師等の助言を得ることにより、ケアマネジメントプロセスの簡素化を可能にするとともに、主治の医師等に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進

診療報酬改定における対応（通知抜粋）

○在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の要件（抜粋）

悪性腫瘍と診断された患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者を担当する介護支援専門員に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、適時情報提供すること。

介護報酬改定における対応（居宅介護支援）

○ケアマネジメントプロセスの簡素化

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。【省令改正】

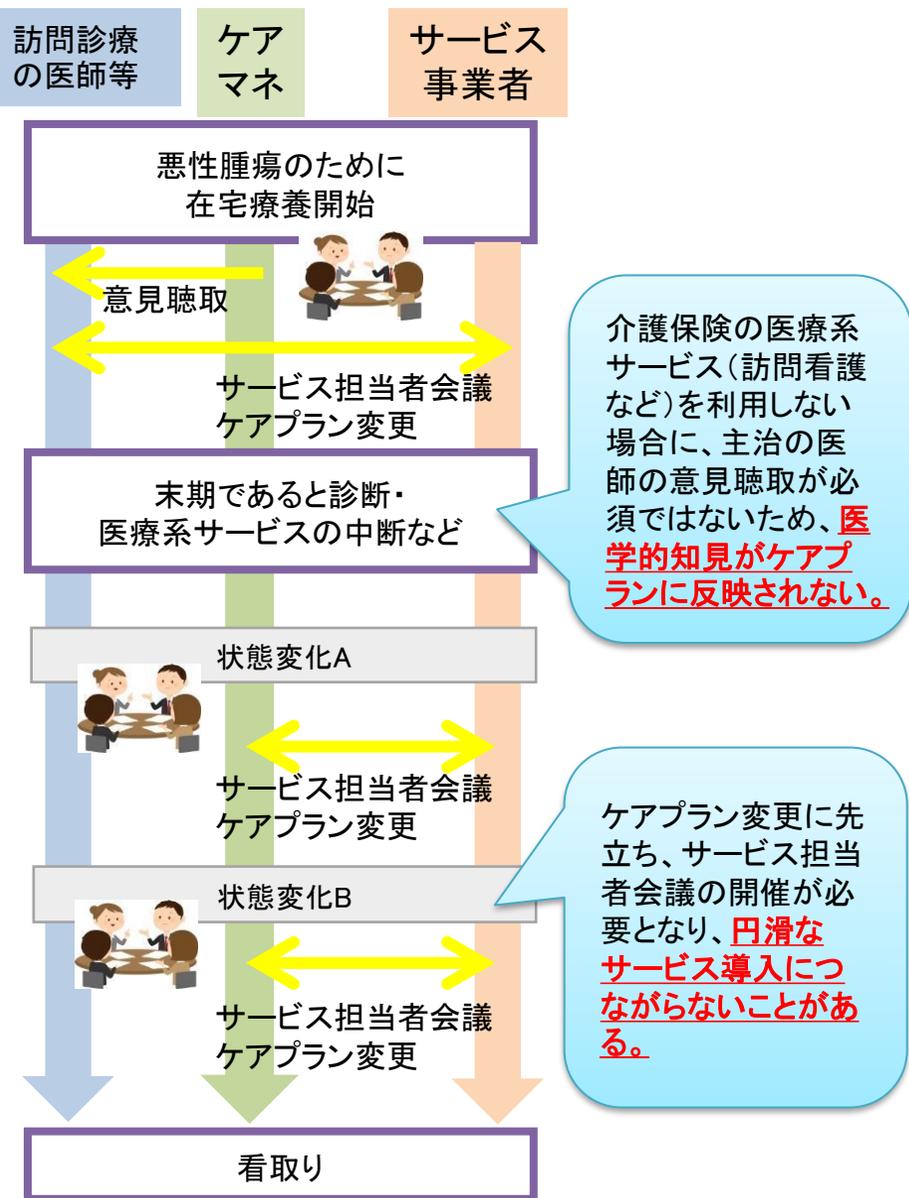
○頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

参考

訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化(イメージ)

改定前



改定後(以下の取扱いも可能となる。)

