


高齢者施設と医療機関の連携強化・感染対応力の向上

1. 関連する各種意見・サービス提供等の状況
 - (1) 高齢者施設と医療機関の連携強化
 - (2) 感染対応力の向上

2. 現状と課題及び論点

- 
1. 関連する各種意見・サービス提供等の状況
 - (1) 高齢者施設と医療機関の連携強化
 - (2) 感染対応力の向上
 2. 現状と課題及び論点

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会 関連する課題・検討の視点

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

主な課題

(1) 医療・介護・障害サービスの連携

1) 今後の重点的課題を踏まえた医療・介護連携について

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

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

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

検討の視点

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

【テーマ3】要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

主な課題

- (1) 急性期疾患に対する医療機関等
 - 高齢者にとって一般的な疾患である誤嚥性肺炎や尿路感染症等に対する入院医療を急性期一般病棟が担っている実態があり、このような医療機関が提供する医療の内容と、要介護者等の高齢者が求める医療の内容に乖離がある可能性がある。
 - 一方、地域包括ケア病棟における介護施設・福祉施設からの入院患者の受入は急性期一般病棟と比べると少ない実態がある。リハビリテーション専門職等の多職種が一定程度配置されており、入退院支援部門の設置が要件化されている地域包括ケア病棟や医師が配置されている介護保険施設等が、要介護者等の高齢者の急変対応を担うことを推進する必要がある。

検討の視点

- (1) 急性期疾患に対する医療機関等
 - 生活機能が低下した高齢者（高齢者施設の入所者を含む）に一般的である誤嚥性肺炎をはじめとした疾患について、地域包括ケア病棟や介護保険施設等での受入を推進するためにどのような方策が考えられるか。

【テーマ3】要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

主な課題

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

検討の視点

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

【テーマ4】高齢者施設・障害者施設等における医療

主な課題

(2) 医療機関と高齢者施設等との連携について

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

検討の視点

(2) 医療機関と高齢者施設等との連携について

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

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

(1) 医療・介護・障害サービスの連携

1) 今後の重点的な課題を踏まえた医療・介護連携

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

2) 医療・介護DX

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

テーマ4: 高齢者施設・障害者施設等における医療

(1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能

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

(2) 医療機関と高齢者施設等との連携

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

(3) 高齢者施設等における薬剤管理

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

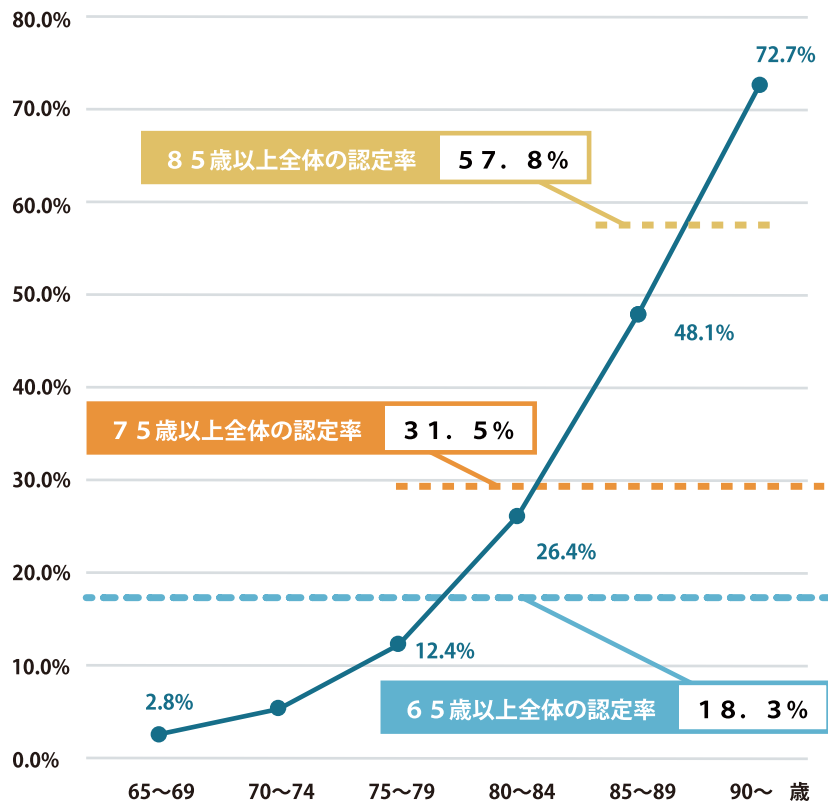
(4) 感染症対策

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

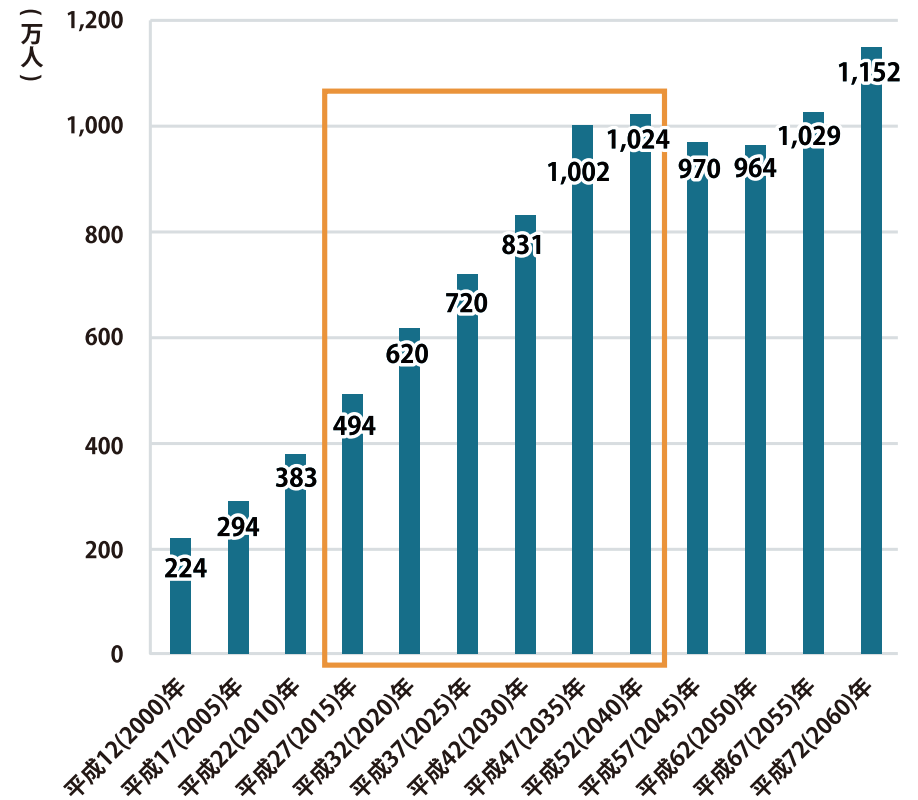
医療と介護の複合ニーズが一層高まる

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

年齢階級別の要介護認定率

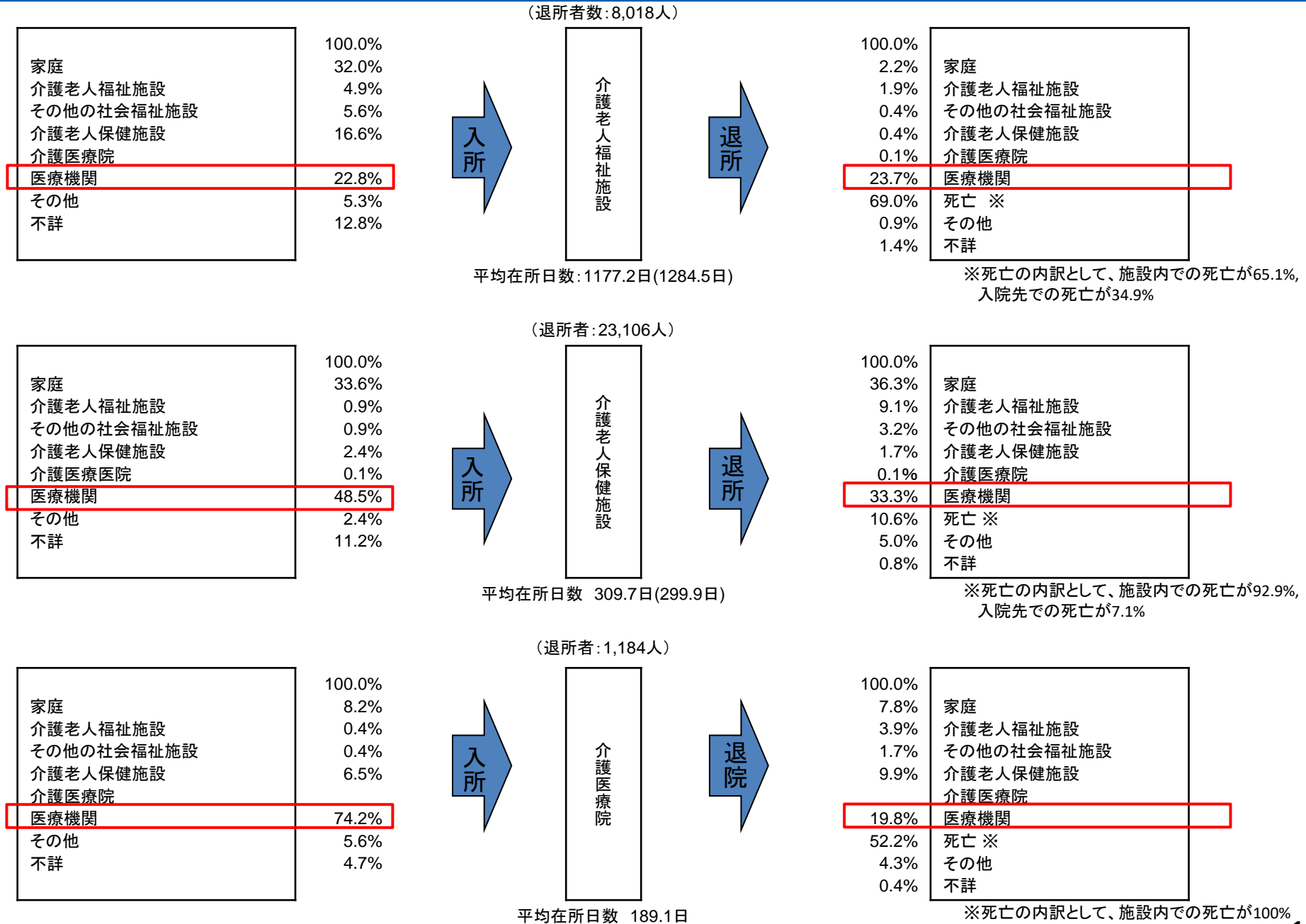


85歳以上の人口の推移



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

介護保険三施設における入所者・退所者の状況



介護保険施設における入所者・退所者の状況

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

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

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



介護保険施設における入所者・退所者の状況

【入所前の居場所、退所後の居場所(介護老人福祉施設票問14、介護療養型医療施設票問17)】

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

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



高齢者向け住まいにおける入所者・退所者の状況

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

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

入居

特定施設

退居

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

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

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

入居

住宅型有料老人ホーム

退居

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

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

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

入居

サービス付き高齢者向け住宅(非特定)

退居

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

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

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

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

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

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

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

入院関連機能障害のリスク因子²⁻⁵

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

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

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

在宅要介護高齢者の要介護度悪化に関連する要因の分析結果(要介護1)

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

年齢と一般病院への入院が要介護度悪化の重要な要因

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

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

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

高齢者施設等における協力医療機関等に関する運営基準（抜粋）

意見交換 資料－1
参考（一部改変）
R 5 . 4 . 1 9

○ 特養

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

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

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

○ 老健

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

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

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

○ 介護医療院

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

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

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

○ 特定施設

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

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

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

○ 認知症グループホーム

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

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

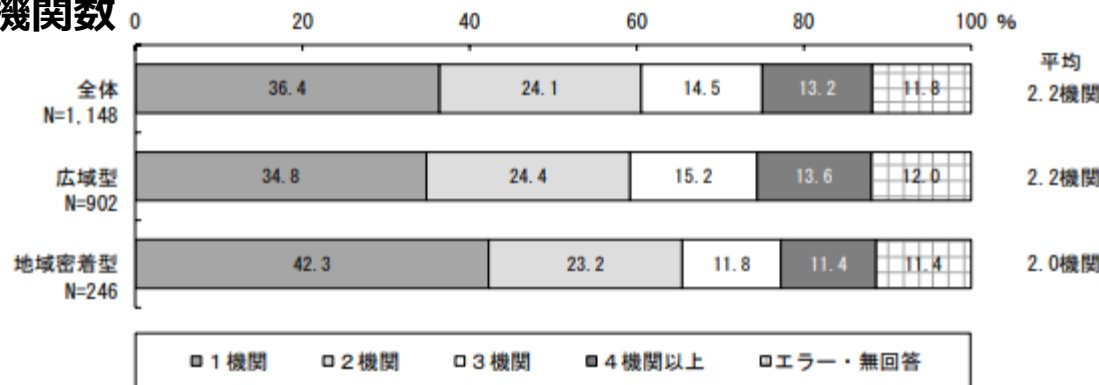
3 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との間の連携及び支援の体制を整えなければならない。

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

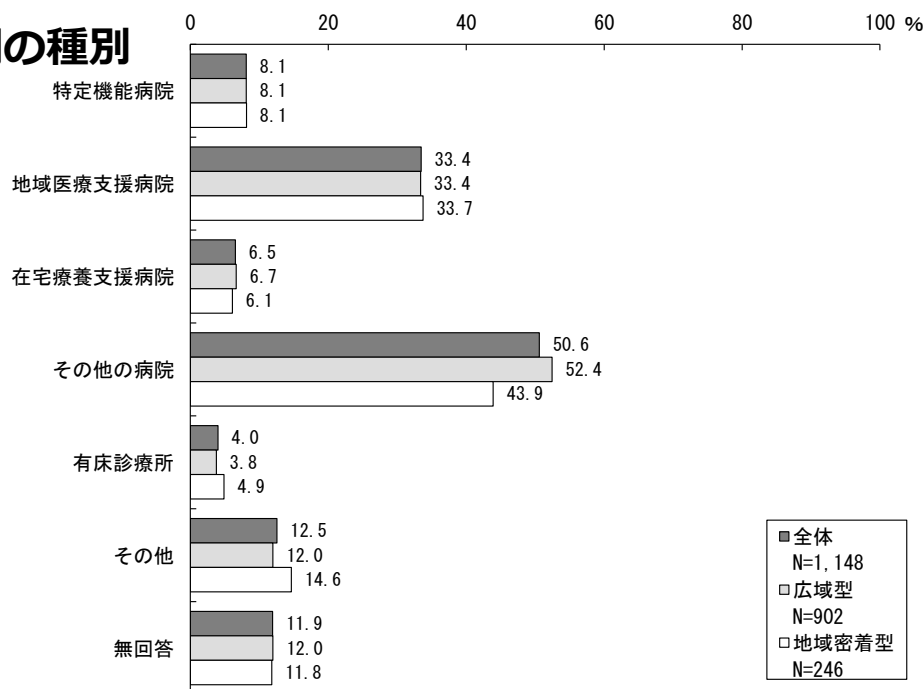
特別養護老人ホームにおける協力医療機関数及び種別

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

○ 協力医療機関数



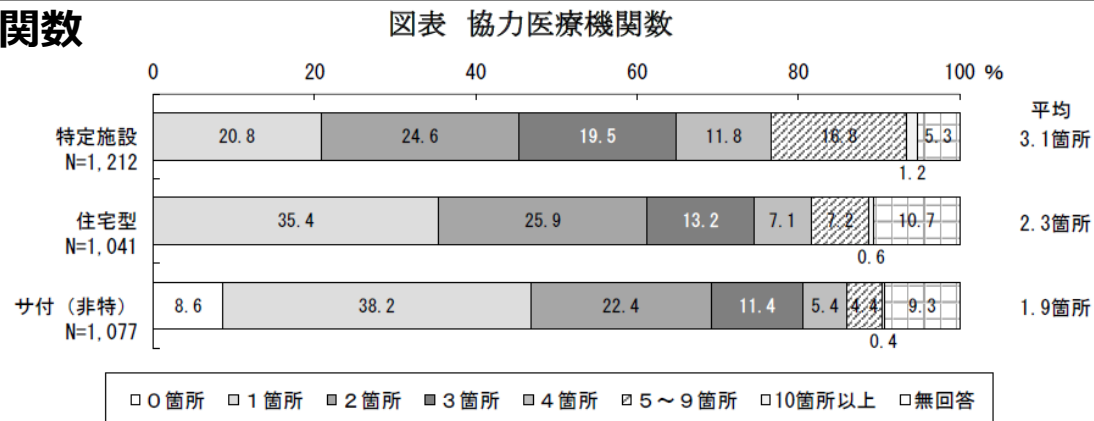
○ 協力医療機関の種別



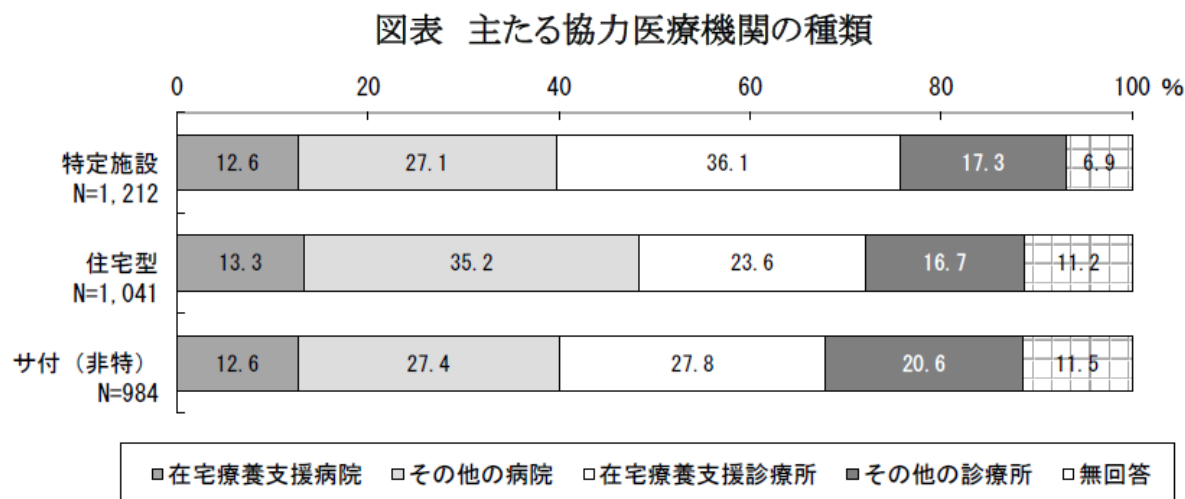
特定施設における協力医療機関数及び種別

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

○ 協力医療機関数



○ 協力医療機関の種別



入退院時の医療・介護連携に関する報酬(イメージ)



入院

入院時情報連携加算(Ⅰ)
(200単位 ※提供方法は不問)
医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を
利用者が入院してから3日以内に情報提供した場合

入院時情報連携加算(Ⅱ)
(100単位 ※提供方法は不問)
医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を
利用者が入院してから7日以内に情報提供した場合



退院

入退院支援加算 1
3日以内に退院困難な患者を抽出し、7日以内に本人・家
族と面談、カンファレンスを実施した場合

入退院支援加算 2
7日以内に退院困難な患者を抽出し、早急に本人・家族と
面談、カンファレンス実施した場合

診療情報提供料(Ⅰ)
患者の同意を得て
退院の日の前後2週間の
期間に診療情報の提供を
行った場合

退院時共同指導料 2
●患者の退院後の在宅療養を担う保険医等と入院中の保険医等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅
での療養上必要な説明・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(400点)
●入院中の保険医療機関の保険医が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看
護師等、(略)、居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援
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(2,000点加算)

退院・退所加算
(カンファ参加有：600単位～900単位)
(カンファ参加無：450単位～600単位)
退院・退所の際に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



認知症GH
入院時に基本報酬の一部を算定
(246単位/日)
退院後の再入居の受け入れ体制
を整えている場合
初期加算の見直し
30日を超える病院又は診療所へ
の入院の後の再入居も算定可能



特養・老健・介護医療院

初期加算(30単位/日)
入所生活に慣れるた
ための支援に係る費用



退院・退所時連携加算
(30単位/日)
病院等を退院した者を受け
入れる場合の医療提供施設
との連携等を評価



再入所時栄養連携加算
(200単位/回)
施設と病院の管理栄養士が連携し
て、再入所後の栄養ケア計画を策定
した場合



※各種居宅サービス等利用

退院・退所時連携加算

【特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護】

○ 病院・診療所、介護老人保健施設、または介護医療院を退院・退所して特定施設に入居した場合、入居した日から起算して30日以内の期間について、1日につき30単位を算定できる加算。

単位数

- ・ 退院・退所時連携加算 30単位／日

算定要件等

- ・ 入居した日から起算して30日以内の期間について加算する。
- ・ 利用者の退院又は退所に当たって、医療提供施設の職員と面談等を行い、当該利用者に関する必要な情報を受けた上で、特定施設サービス計画を作成し、特定施設サービスの利用に関する調整を行った場合に加算する。なお、当該面談は、テレビ電話装置等を活用して行うことも可能。
- ・ 当該入居者が過去3月間の間に、当該特定施設に入居したことがない場合に限り算定できる。
- ・ 当該特定施設の短期利用特定施設入居者生活介護を利用していた者が日を空けることなく当該特定施設に入居した場合については、入居直前の短期利用特定施設入居者生活介護の利用日数を30日から控除して得た日数に限り算定できる。
- ・ 30日を超える医療提供施設への入院・入所後に再入居した場合は、算定できる。

初期加算

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

○ 入所者については、介護老人保健施設等へ入所した当初には、施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから、入所日から30日間に限って、1日30単位を加算する。

単位数

- 30単位/日

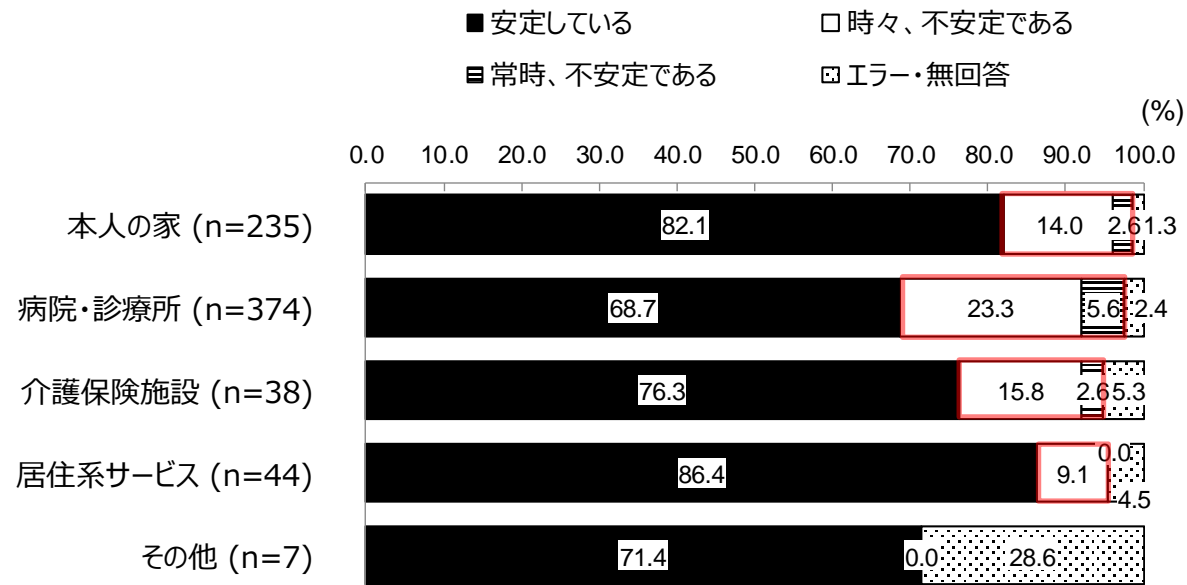
算定要件等

- 入居した日から起算して30日以内の期間について加算する。
- 当該入居者が過去3月間の間に、当該事業所に入居したことがない場合に限り算定できる。

注 ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1月間とする。

入所する前の居場所別の入所者における医療的な状態について

○ 介護老人保健施設施設における、入所前の居場所別の医療的な状態について、「時々、不安定である」もしくは「常時、不安定である」と回答した割合は、入所前の居場所が居住系サービスの場合は9.1%、本人の家は16.6%、介護保険施設は18.4%に対し、病院・診療所の場合は28.9%であった。



	n	安定している	時々、不安定である	常時、不安定である	エラー・無回答
本人の家	235	193	33	6	3
病院・診療所	374	257	87	21	9
介護保険施設	38	29	6	1	2
居住系サービス	44	38	4	0	2
その他	7	5	0	0	2

※ 入所・入院前の居場所が不明の方は、集計対象外とした。

介護老人保健施設における必要な医療の提供が困難な場合等の措置等

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

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

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

別記様式

平成 年 月 日

保険医療機関 殿

介護老人保健施設名 称

所在地

電話番号(FAX)

医師氏名 印

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

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

通院に係る病名及び病状等

退所時情報提供加算

【介護老人保健施設、介護医療院】

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

単位数

- 500単位

算定要件等

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

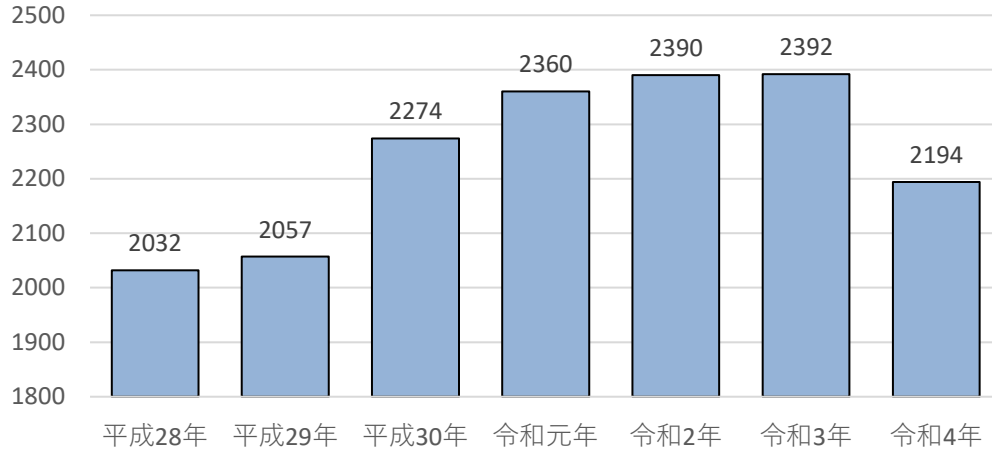


退所時情報提供加算の算定状況と情報提供書

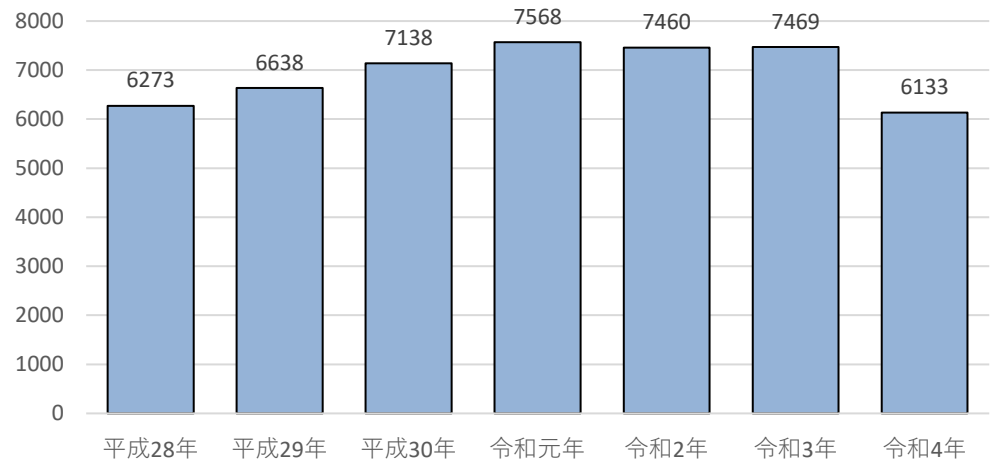
○ 算定回数は増加傾向であったが、令和4年は減少。

■ 退所時情報提供加算の算定状況の推移（介護老人保健施設）

退所時情報提供加算（算定施設数）



退所時情報提供加算（算定回数）



別紙様式2

医療機関

担当医

科

殿

平成 年 月 日

介護老人保健施設の

所在地及び名称

電話番号

医師氏名

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

紹介目的	(紹介後の方針に関する希望)
患者に関する注意事項	
備考	

備考 1 必要がある場合には続紙に記載して添付すること。

備考 2 必要がある場合には検査の記録等を添付すること。

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



1. 関連する各種意見・サービス提供等の状況
 - (1) 高齢者施設と医療機関の連携強化
 - (2) 感染対応力の向上
2. 現状と課題及び論点

【テーマ4】高齢者施設・障害者施設等における医療

主な課題

(4) 感染症対策について

- 将来的な新興感染症等に備えた感染症対策にあたっては、コロナ禍における対応を踏まえつつ、平時から高齢者施設等における感染予防の能力向上を図りつつ、施設内で感染が拡大した場合における対応を適切に行うための医療機関と高齢者施設等の連携についても強化していく必要がある。
- そのためには、当該医療機関において
 - ・ 感染対策に関する助言
 - ・ 必要時の高齢者施設等への職員の派遣の機能が求められるが、感染者が急増した際に必ずしも十分な対応がなされなかったとの意見がある。
- また、認知症の人が手洗いやマスクの着用といった一般的な感染防止策を実施することが困難な場合もあるといった指摘があり、高齢者施設特有の課題もある。

検討の視点

(4) 感染症対策について

- 高齢者施設・障害者施設等における平時からの感染予防の能力向上を図りつつ、施設内で感染が拡大した場合における対応を適切に行うための医療機関と高齢者施設等の連携についても強化する方策について、どのように考えるか。
- 今般の感染症法の改正により創設された、自治体や医療関係者、高齢者施設等の関係者が参画する「都道府県連携協議会」において、議論・協議を行うにあたり、どのような観点が重要と考えるか。

テーマ4: 高齢者施設・障害者施設等における医療

(1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能

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

(2) 医療機関と高齢者施設等との連携

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

(3) 高齢者施設等における薬剤管理

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

(4) 感染症対策

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

新型コロナウイルス感染症に係る高齢者施設等に関する主な支援について

新型コロナウイルス感染症に関して、入院が必要な高齢者は適切かつ確実に入院できる体制を確保しつつ、施設における感染対策の徹底、医療機関との連携強化、療養体制の確保、退院患者の受け入れ促進等を進めるための各種支援を実施。

具体的な措置など

感染対策

- 感染対策の徹底、ワクチン接種の徹底
- 高齢者施設における陽性者が発生した場合の周囲の者への検査や従事者への集中的検査
- 業務継続支援のためのガイドラインの作成
- 感染症対策力向上のための研修教材配信サイト、感染症対策研修等の実施

医療機関との連携強化

- 高齢者施設でコロナ患者等が発生した場合における相談、往診、入院調整等を行う医療機関の事前の確保
- 高齢者施設等に医療従事者を派遣する派遣元医療機関等への補助

療養体制の確保

- 施設内療養を行う施設等への支援の実施
- 緊急時の人材確保や施設の消毒・清掃に要する費用等の補助

退院患者受入促進

- 退院患者の受入促進のための介護報酬上の特例

感染症対策の強化【全サービス】

- 介護サービス事業者に、感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、以下の取組を義務づける。【省令改正】
 - ・施設系サービスについて、現行の委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施
 - ・その他のサービスについて、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等
- （※3年の経過措置期間を設ける）

業務継続に向けた取組の強化【全サービス】

- 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づける。【省令改正】
- （※3年の経過措置期間を設ける）

介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン

❖ ポイント

- ✓ 各施設・事業所において、新型コロナウイルス感染症が発生した場合の対応や、それらを踏まえて平時から準備・検討しておくべきことを、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。
- ✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。

❖ 主な内容

- ・BCPとは ・新型コロナウイルス感染症BCPとは（自然災害BCPとの違い）
- ・介護サービス事業者に求められる役割 ・BCP作成のポイント
- ・新型コロナウイルス感染（疑い）者発生時の対応等（入所系・通所系・訪問系）等



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

災害への地域と連携した対応の強化【通所系サービス、短期入所系サービス、特定、施設系サービス】

- 災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、非常災害対策（計画策定、関係機関との連携体制の確保、避難等訓練の実施等）が求められる介護サービス事業者（通所系、短期入所系、特定、施設系）を対象に、小多機等の例を参考に、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならないこととする。【省令改正】

令和5年度介護サービス類型に応じた感染対策力向上による業務継続支援

(1) 感染症対策力向上のための研修教材配信サイト (e-ラーニング)

※令和2年度～

介護サービス事業者が感染対策について動画視聴 (e-ラーニング) できる「感染症対策力向上のための研修教材配信サイト」を運営 (現在準備中)

厚生労働省ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 介護・高齢者福祉 > 介護保険サービス従事者向けの感染対策に関する研修
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/kansentaisaku_00001.html

■登録者数 (R5年3月末現在)

59,888人 (介護施設・事業所の職員向け42,744人 管理者・感染対策教育担当者向け17,144人)

■e-ラーニングプログラム例 (管理者向け)

- a.生活を支えるための感染対策
- b.感染対策マニュアルの改善
- c.感染予防に取り組む職員のメンタルヘルス
- d.感染症発生時の対応
- e.実技演習の進め方



(2) 感染対策研修の実施

※令和3年度～

① 実地研修: (1次募集: 令和4年4月26日～)

施設・事業所が自施設や地域等の状況に合わせた感染対策が実施できるよう個別に感染症専門家※を派遣

※感染管理認定看護師及び感染症看護専門看護師(登録講師数: 178人)

【研修内容】

- ①当該施設等の感染対策状況に関する助言
- ②个人防护具の着脱方法
- ③感染疑い等が発生した場合の当該施設での対応方法 (ゾーニング含む)
- ④その他、施設等のニーズに応じた内容

【対象】

訪問系・通所系・施設系200か所程度
 ※管理者または感染対策担当者がe-ラーニング修了済みであること

令和5年3月時点	実施数
施設系	15
通所系	30
訪問系	134
合計	179

(令和3年度実績: 410施設)

② 集団研修:

介護サービス事業者の感染対策の底上げのため、オンラインで講義及びグループワークを実施

【研修内容】

開催時期: 令和4年12月～2月 (オンライン研修)

プログラム: 基調講演、講義、グループワーク (10G×5名(施設))

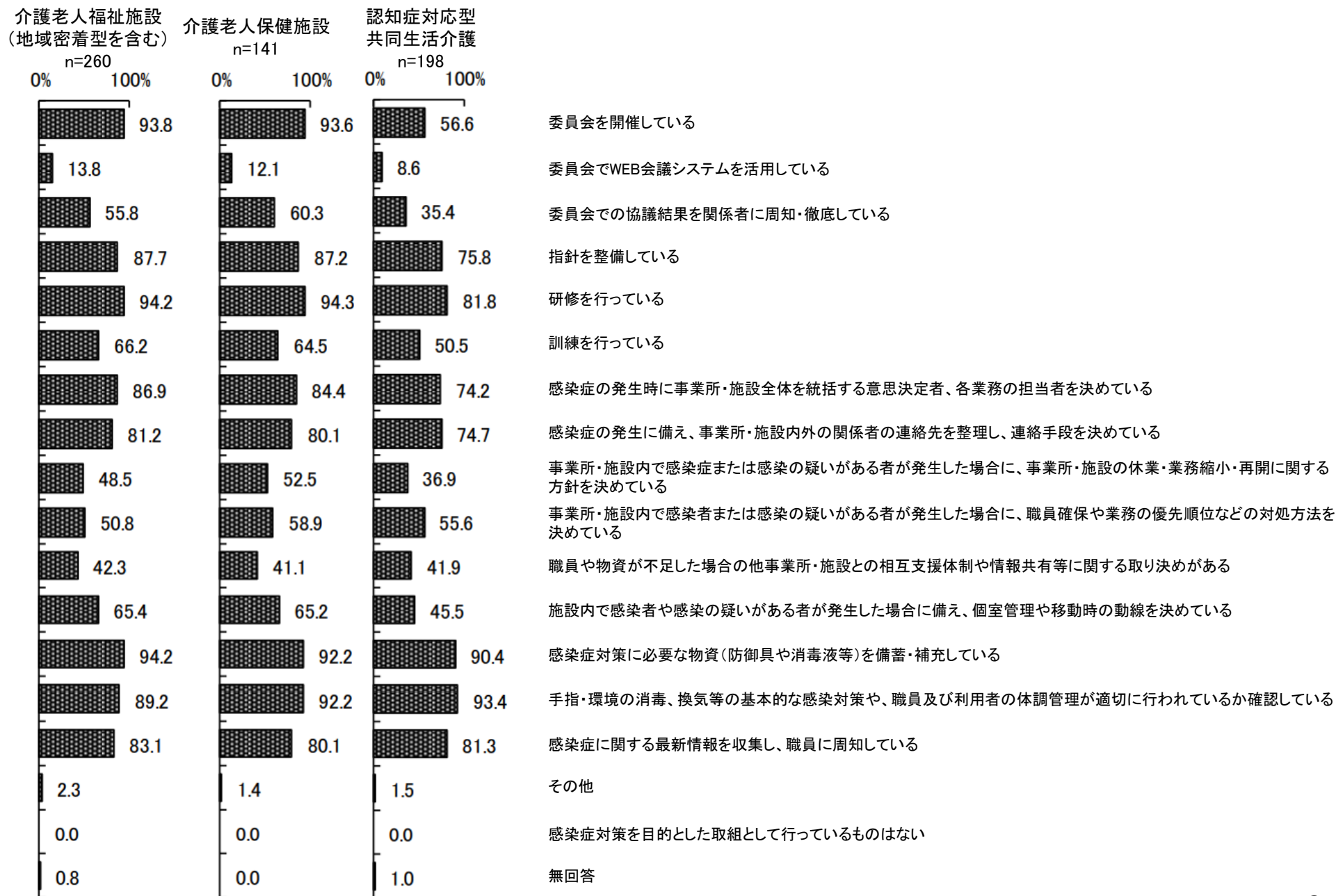
- 感染対策の基礎知識
 - ・標準予防策と感染経路別予防策
 - ・職員の健康管理
- 業務継続の基礎知識
 - ・BCP策定、平時の体制整備
 - ・感染症発生時の対応 等

【対象】

訪問系・通所系・施設系50～100名程度/回



令和3年度における感染症対策の実施状況（令和3年度調査）



高齢者施設における感染拡大の要因及び対策例

第18回(令和4年9月16日)
新型コロナウイルス感染症対策分科会
資料4-1(一部改変)

感染拡大の要因	感染規模	具体的な状況等
ゾーニングが不十分	有料老人ホーム (入所者及び職員) 37名 等	・ゾーニングを行っていたが、職員がレッドゾーンで使用した防護具を着用したままグリーンゾーンに入る等、 <u>ゾーニングの意義の共有、区分の明確化が不十分だった。</u>
換気が不十分	介護老人保健施設 30名 等	・ <u>換気がしにくい施設の構造</u> となっていた。
陽性者対応時の感染防護策が不十分	特別養護老人ホーム (入所者及び職員) 36名 等	・手袋の交換を頻回に行っていなかった。 ・ <u>同じPPEを着用したまま、陽性者・濃厚接触者のケア</u> を行っていた。 ・ <u>N95マスクの着用方法が不適切</u> だった。
入所者のマスク着用困難	介護老人保健施設 77名 等	・ <u>認知症のある入所者は、マスクの着用が難しい</u> ため、食堂での食事の際に入所者間でマスクなしの会話が発生していた。
密な接触	特別養護老人ホーム (入所者及び職員) 32名 等	・ <u>食事介助等のケアの提供時の会話</u> を通じて感染が広がった可能性がある。
職員による感染持込み	グループホーム (入所者及び職員) 9名 等	・ <u>感染が疑われる症状がありながら勤務した職員の担当ユニットに感染が拡大した。</u> ・同日勤務の職員3名が発症し陽性判明。他の職員や入所者も次々と陽性判明。

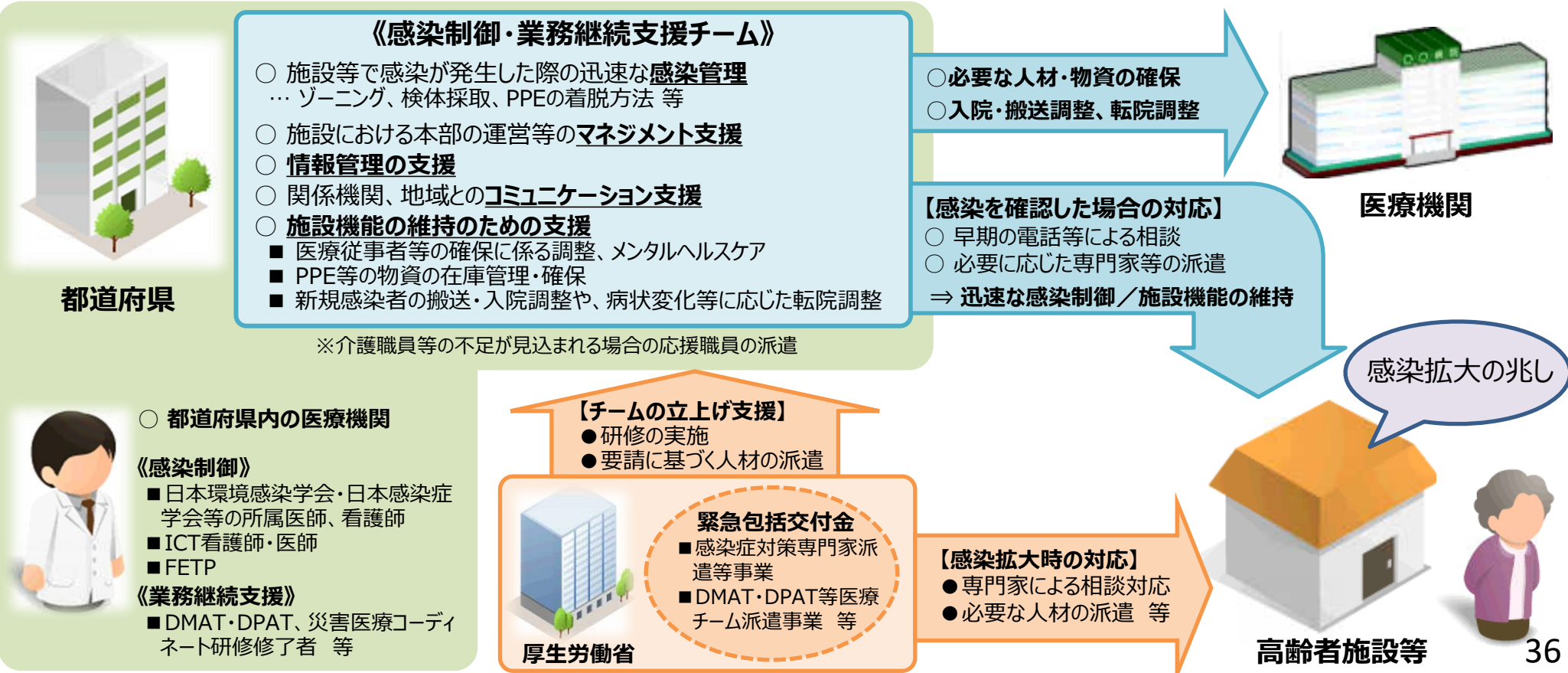
実際に講じた対策例

- ・視覚的にわかりやすいゾーニング(床のテーピング、立ち入り禁止の張り紙等)の実施。
- ・サーキュレーター等を用いた換気の徹底。
- ・保健所による、N95マスクの着用方法をはじめとしたPPEの着用等に関する指導を実施。
- ・手指衛生を徹底するためのポスターの掲示や指導・教育の実施。
- ・職員に対する定期的な検査・出勤前検査を実施。
- ・職員が陽性になった場合に備えたマンパワーの確保(の準備)。

等

高齢者施設等における感染制御・業務継続の支援のための体制整備等について

- 感染拡大により、高齢者施設等において、感染者やクラスターが発生する事例も生じている。
こうした状況を踏まえ、**高齢者施設等における感染抑止や、感染発生時の早期収束のために、以下の取組を進めていくことが重要。**
- ## 1. 高齢者施設等における感染状況の調査・感染制御・業務継続に係る体制の整備（支援チームの編成等）
- … 各都道府県において、感染が一例でも確認された場合に、以下の人材で構成された支援チームによる相談や応援派遣を早期に行える体制を確保する。
 - ゾーニング等の感染管理を行う“ICTの技能を保有した看護師・医師”等や、調査・対策の支援を行う“FETP”
 - 調整本部のマネジメントや、施設機能の維持に係る支援を行う“DMAT・DPAT”、災害医療コーディネート研修修了者 等
- ## 2. チームの編成・レベルアップに必要な研修の実施、各種支援策の活用による人材の確保
- … 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症対策推進本部 地域支援班・クラスター対策班等と連携し、上記のようなチームの編成・レベルアップ等に向けて、必要な**研修の実施**や、緊急包括支援交付金の活用による**人材の確保**に向けた準備を行う。



新型コロナに係る高齢者施設等における医療機関との連携について

- 高齢者施設等で感染された方について、施設等で療養される方へ適切な医療が提供されるよう、全ての高齢者施設等に対して、協力医療機関を確保すること等を累次に要請。
- 2023年5月7日時点で93%の高齢者施設等が新型コロナ患者に対応する医療機関を確保していることを確認。

〈これまでの経緯〉

日時	要請内容
2021.1	病床ひっ迫時にやむを得ず施設内での入所を継続する場合には、施設の人員配置状況も勘案しつつ、必要時に医師が診療・健康相談が可能な体制を確保するよう都道府県等に要請。
2022.4	すべての施設等が協力医療機関を事前に確保する、又は自治体が指定する医療機関や医療チームの往診派遣を要請できる体制を目指すよう都道府県に要請。 →調査を行ったところ、 65%の高齢者施設等が上記のいずれかの体制を確保していることを確認 （2022.4.22時点）
2022.4	上記調査の結果を踏まえ、引き続き要請。 →再調査を行ったところ、 94%の高齢者施設等が協力医療機関を事前に確保する、又は自治体が指定する医療機関や医療チームの往診派遣を要請できる体制を確保していることを確認 （2022.5.24時点）
2023.3	施設内療養の補助（療養者1名につき、1～2万円/日、最大30万円）について、新たに以下の要件を設けることとする。 ✓ 新型コロナ患者に係る往診や電話等による相談、入院の要否の判断や入院調整に対応できる医療機関の確保 ✓ 感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練の実施 ✓ オミクロン株ワクチンの接種の実施 全ての高齢者施設等に対して、上記の要件が満たしているかを調査。 →調査の結果、 93%の高齢者施設等が新型コロナ患者に対応する医療機関を確保していることを確認 （2023.5.7時点）

高齢者施設等における医療機関との連携体制等にかかる調査結果（施設類型別）①

2023年5月7日時点	全施設数	回答施設数	回答率	医療機関の確保	感染症予防等の研修	感染症予防等の訓練	実施率※	実施率※	実施率※
				実施率※	実施率※	実施率※			
全体	73,926	67,910	91.9%	63,174	93.0%	63,969	94.2%	58,690	86.4%
介護老人福祉施設	8,339	8,169	98.0%	7,886	96.5%	7,949	97.3%	7,492	91.7%
地域密着型介護老人福祉施設	2,456	2,364	96.3%	2,281	96.5%	2,308	97.6%	2,130	90.1%
介護老人保健施設	4,183	4,094	97.9%	4,000	97.7%	3,988	97.4%	3,785	92.5%
介護医療院	781	756	96.8%	750	99.2%	730	96.6%	660	87.3%
介護療養型医療施設	236	213	90.3%	205	96.2%	198	93.0%	181	85.0%
認知症対応型共同生活介護事業所	14,306	13,058	91.3%	12,041	92.2%	12,075	92.5%	10,822	82.9%
養護老人ホーム	920	887	96.4%	823	92.8%	843	95.0%	776	87.5%
軽費老人ホーム	2,324	2,213	95.2%	1,867	84.4%	2,069	93.5%	1,881	85.0%
有料老人ホーム	16,340	14,419	88.2%	13,164	91.3%	13,273	92.1%	11,888	82.4%
サービス付き高齢者向け住宅	7,984	6,974	87.3%	6,231	89.3%	6,300	90.3%	5,728	82.1%
短期入所生活介護事業所	11,252	10,383	92.3%	9,642	92.9%	9,994	96.3%	9,335	89.9%
短期入所療養介護	4,805	4,380	91.2%	4,284	97.8%	4,242	96.8%	4,012	91.6%

高齢者施設等における医療機関との連携体制等にかかる調査結果（施設類型別）②

2023年5月7日時点	ワクチン（1回目）の接種			ワクチン（2回目）を接種予定			全ての事項を実施	
	施設内接種	住民接種	実施率※	施設内接種	住民接種	実施率※		実施率※
全体	58,275	7,401	96.7%	53,368	11,150	95.0%	54,781	80.7%
介護老人福祉施設	7,917	165	98.9%	7,440	471	96.8%	7,189	88.0%
地域密着型介護老人福祉施設	2,283	49	98.6%	2,126	161	96.7%	2,037	86.2%
介護老人保健施設	3,943	111	99.0%	3,759	275	98.5%	3,681	89.9%
介護医療院	706	49	99.9%	683	60	98.3%	648	85.7%
介護療養型医療施設	178	32	98.6%	175	32	97.2%	174	81.7%
認知症対応型共同生活介護事業所	11,522	1,133	96.9%	10,383	2,032	95.1%	10,095	77.3%
養護老人ホーム	846	22	97.9%	797	59	96.5%	735	82.9%
軽費老人ホーム	1,854	307	97.7%	1,726	410	96.5%	1,662	75.1%
有料老人ホーム	11,846	1,964	95.8%	10,496	2,993	93.6%	10,888	75.5%
サービス付き高齢者向け住宅	5,345	1,323	95.6%	4,573	1,918	93.1%	5,224	74.9%
短期入所生活介護事業所	7,866	1,934	94.4%	7,426	2,260	93.3%	8,566	82.5%
短期入所療養介護	3,969	312	97.7%	3,784	479	97.3%	3,882	88.6%

介護保険施設における退院患者の受入促進に向けた取組について

第200回(R3.3.24)
介護給付費分科会
資料6

- 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針（令和3年2月2日変更）において「退院基準を満たした患者について、高齢者施設等における受入れを促進すること」とされたことも踏まえ、介護報酬における特例的な評価を行う。

	考え方
概要	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護保険施設で、自施設から入院した退院患者以外の退院患者を受け入れた場合について、 <ul style="list-style-type: none"> ・健康観察・健康管理など看護師等の専門職によるケアも含めた体制整備や、 ・当面の間、コロナ陽性時に治療に当たっていた入院医療機関や行政との連携が必要となること ・退所時も念頭にこれまで利用していたケアマネ等とのサービスの調整のため、在宅で利用していたサービスの確認とそれを踏まえたサービス提供等の手間について、特例的な評価を行う。 ※ 自施設から入院した退院患者を受け入れた場合は対象としない。
単位数	<ul style="list-style-type: none"> ○ 退所前連携加算（500単位）について、30日間特例的に算定を認める。
対象サービス	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護保険施設（特養、老健、介護医療院、介護療養型医療施設） ※ 通常より丁寧な健康観察等が求められることを踏まえ、配置基準上医師の配置が求められるサービスを対象とする。
実施時期	<ul style="list-style-type: none"> ○ 事務連絡発出日のサービス提供分から開始 ※ システム上は、4月サービス提供分から対応可。2月及び3月サービス提供分は、月遅れ請求とし、5月審査分以降に請求明細書を提出する。
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入所の説明時に本加算の算定についても同意を得る必要。 ○ 介護給付費分科会は、事前に委員に説明した上で、正式には事後に報告を行うこととし、事務連絡で対応。

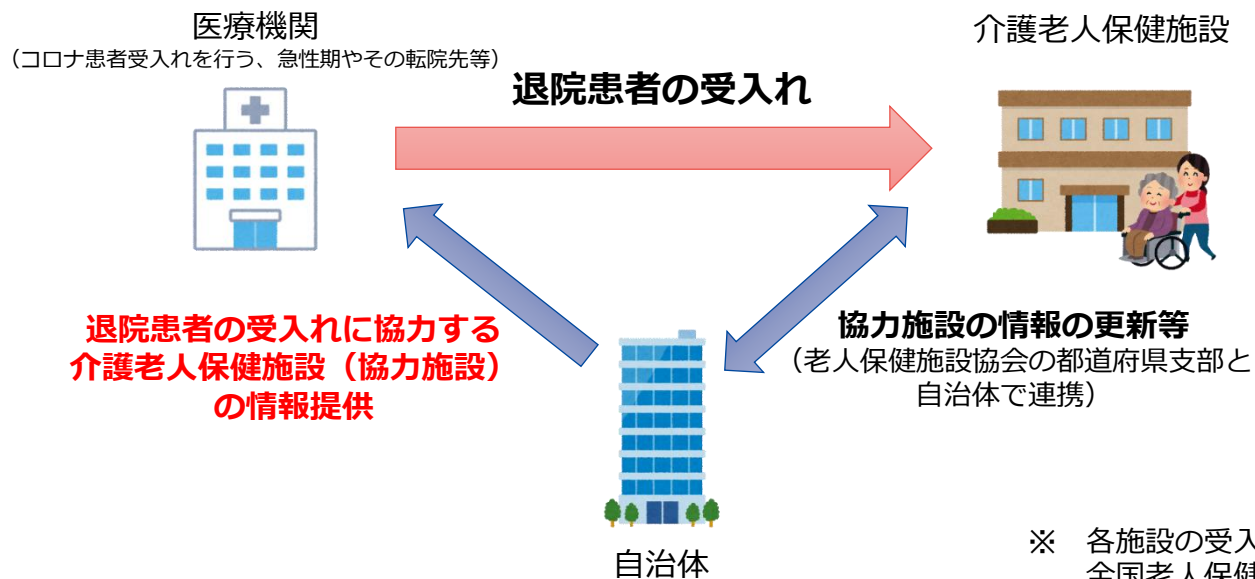
退院患者の介護施設における適切な受入れに関する更なる取組について

背景・これまでの取組

- 新型コロナウイルス感染症の退院患者について、**介護施設での受入促進を図ることは、退院した高齢者の適切な療養環境の確保や、地域の医療提供体制の確保の観点で重要**である。
- そのため、これまでも、受け入れた施設への介護報酬上の特例的な評価^(※)等の取組を実施してきた。
※ 介護保険施設において、退院患者（自施設から入院した者を除く）を受け入れた場合、退所前連携加算（500単位）を最大30日間算定できる。

更なる取組

- 今般、受入れの更なる促進を図るため、**退院基準を満たした患者の受入れに協力する介護老人保健施設に関する情報^(※)を、自治体を通じて医療機関に提供する**取組を実施する。これにより、医療機関による退院先調整の円滑化につながると考えられる。
- なお、都道府県に対して、今後も情報の更新等の継続的な取組を依頼。



※ 各施設の受入れ協力の可否に関する調査は、全国老人保健施設協会が実施

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し①

- 診療所について、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る評価を新設する。

(新) 外来感染対策向上加算 6点 (患者1人につき月1回)

[算定要件]

組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)において診療を行った場合は、外来感染対策向上加算として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算する。

[主な施設基準]

- (1) 専任の**院内感染管理者**が配置されていること。
 - (2) **少なくとも年2回程度**、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する**院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること**。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する**新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年1回参加していること**。
 - (3) 新興感染症の発生時等に、**都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し**、そのことについて自治体のホームページにより公開していること。
- 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関が、感染対策向上加算1に係る届出を行っている他の保険医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域のサーベイランスに参加している場合の評価をそれぞれ新設する。

(新) 連携強化加算 3点 (患者1人につき月1回)

[施設基準]

- (1) 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、**過去1年間に4回以上**、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について**報告を行っていること**。

(新) サーベイランス強化加算 1点 (患者1人につき月1回)

[施設基準]

- (1) 院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、**地域や全国のサーベイランスに参加していること**。

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

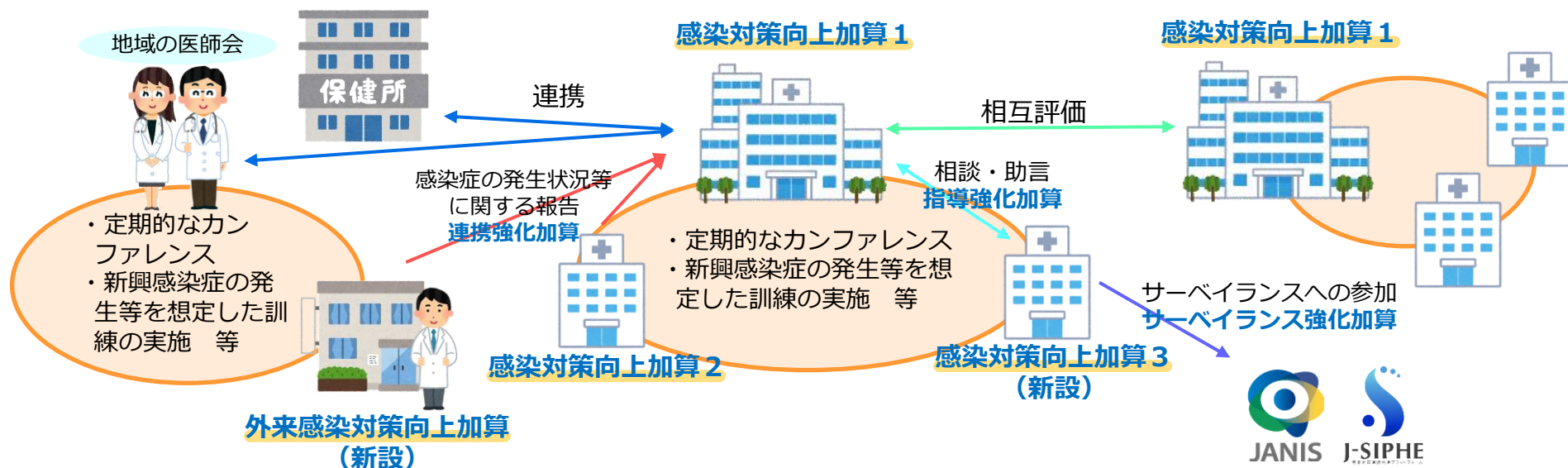
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

現行		改定後	
【感染防止対策加算】		(新) 【感染対策向上加算】	
感染防止対策加算 1	390点	感染対策向上加算 1	710点 (入院初日)
感染防止対策加算 2	90点	感染対策向上加算 2	175点 (入院初日)
(新設)		感染対策向上加算 3	75点 (入院初日、90日毎)

- 感染対策向上加算 1 の保険医療機関が、加算 2、加算 3 又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算 2、加算 3 の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

(新) 指導強化加算 30点 (加算 1 の保険医療機関)

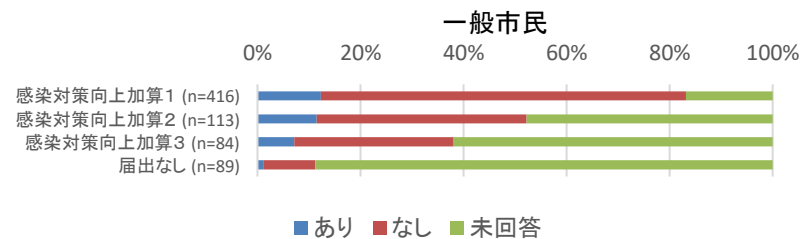
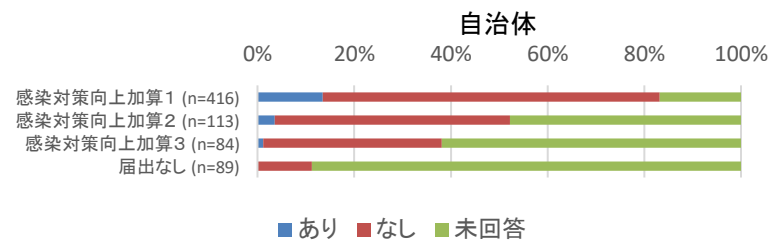
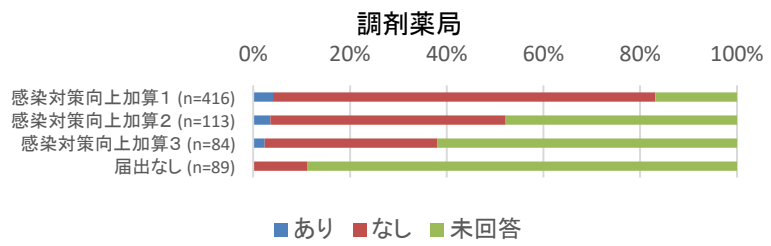
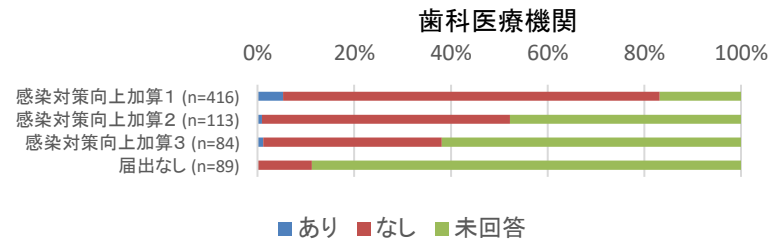
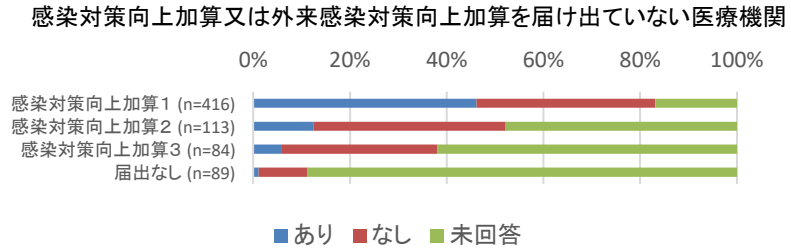
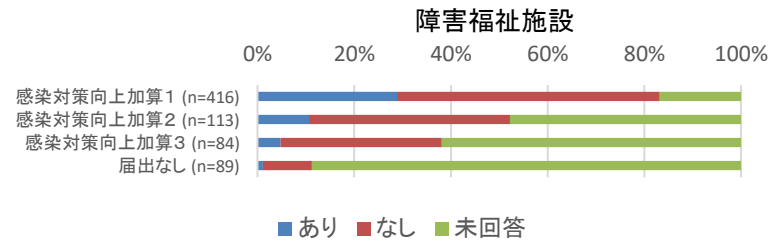
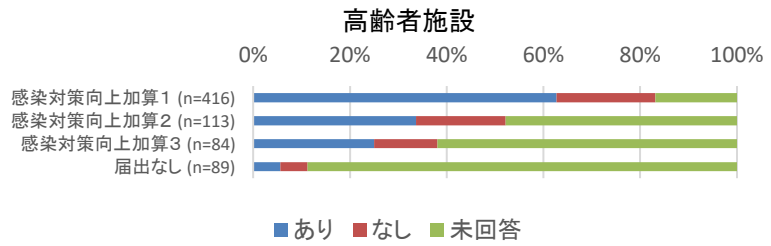
(新) 連携強化加算 30点、サーベイランス強化加算 5点 (加算 2 又は 3 の保険医療機関)



急性期病院における院内感染等に関する助言先の状況

○ 急性期一般入院料を届け出ている医療機関のうち感染対策向上加算1又は2の届出医療機関では、多くの施設が高齢者施設に対して院内感染等の助言を行っていた。

急性期一般入院料1-6を届け出ている医療機関における対象機関ごとの院内感染等に関する助言の有無



1. 関連する各種意見・サービス提供等の状況
 - (1) 高齢者施設と医療機関の連携強化
 - (2) 感染対応力の向上

2. 現状と課題及び論点

高齢者施設と医療機関の連携強化の現状と課題

<現状と課題>

(高齢者施設と医療機関の連携強化)

- 高齢者は急性疾患や治療に伴う安静臥床等の影響により、ADLや認知機能等は容易に低下を来すことが指摘されており、一般病棟に入院することにより、ADL等の生活機能や要介護度が悪化することが報告されている。
- 令和3年度DPCデータでは、介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%となっており、現行多くの患者が入院をしている医療機関について、当該医療機関が提供する医療の内容と、要介護者等の高齢者が求める医療の内容に乖離がある可能性が指摘されている。
- 同時報酬改定に向けた意見交換会においては、「まずは自施設の職員による対応力の向上を図った上で、自施設で対応可能な範囲を超えた場合に外部の医療機関と連携して対応にあたるべき」と指摘されるとともに、「連携する医療機関については、地域の医療機関と中身のある連携体制を構築すべき」との意見があった。
- 医療・介護の情報連携については、これまでの改定で累次の見直しが行われてきたところであるが、先般の同時報酬改定に向けた意見交換会において、「特に医療において「生活」に配慮した質の高い医療の視点が足りておらず、生活機能の情報収集が少ないのではないか」という意見も出ている。
- 現行、高齢者施設から退所する際の医療機関等への診療情報について、例えば、介護老人保健施設においては、医療機関を受診（入院）する場合は、診療状況に関する情報提供を行うことが運営基準において義務とされており、居宅へ退所する場合に主治医へ診療情報を提供した場合は退所時情報提供加算で評価されている。
- 一方で、その際の様式については、現病歴等の診療状況に関する情報を記載する項目が中心であり、生活歴等を記載する項目が比較的乏しい。
- また、医療機関から高齢者施設への退院患者の受入れについては、特定施設においては、医療機関及び老健・介護医療院からの入所者の受入れを評価する退院・退所時連携加算により評価がされており、特養・老健・介護医療院については、入所元によらず初期加算による一律の評価がされている。

感染対応力の向上の現状と課題

<現状と課題>

(感染対応力の向上)

- 平時からの感染症対策については、令和3年度介護報酬改定では、施設系サービスについては、感染症の予防及び蔓延防止のための委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、年2回以上の訓練（シミュレーション）の実施が経過措置3年を設けたうえで義務化された。
- 介護施設において感染症への対応に精通した職員は少ないことから、今般のコロナ禍においては、平時からの感染症に対する対応力の向上のため、感染管理の専門家による実地指導の実施等の取組を行ったところであり、感染対応力の更なる向上に向けた取組が引き続き必要である。
- なお、令和4年度診療報酬改定では、診療所について、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関などが連携して実施する感染症対策への参画をさらに推進する観点から「外来感染対策向上加算」が新設されている。
- また、今般の新型コロナウイルス感染症への対応においては、コロナ患者が発生した場合に、相談対応や診療を行う医療機関の確保状況について、施設間で差がみられており、高齢者施設と医療機関のマッチングを進めてきた。
- さらに、新型コロナウイルス感染症への対応においては、適切な療養環境の確保や、地域の医療提供体制の確保から、退院基準を満たした患者の介護施設での受け入れの促進のための介護報酬上の臨時的取り扱いを設けた。

高齢者施設と医療機関の連携強化・感染対応力の向上の論点

< 論点 >

- 高齢者施設内における医療ニーズへの対応や、施設内で対応可能な範囲を超えた場合における対応をより適切なものとする観点から、高齢者施設と医療機関間においてどのような連携体制を構築すべきと考えるか。
- 要介護高齢者の入院時における生活機能の低下を最小化する等の観点から、円滑な入退院を支援するため、高齢者施設と医療機関の情報連携の促進を含め、どのような方策が考えられるか。
- 高齢者施設における感染症対応力の向上に向けて医療機関との連携をはじめ、どのような方策が考えられるか。