

中医協 総－1－1

29.12.8

横断的事項 (その5:医療と介護の連携)

平成29年12月8日

医療と介護の連携に係るこれまでの議論の整理

関係者間の連携

- 退院時共同指導の弾力化
- 退院患者の利用する訪問看護ステーションや介護施設への情報提供
- 在宅患者について緊急時等カンファレンスの開催の弾力化
- 介護保険施設や認知症対応型共同生活介護等において、関係者会議等の結果をふまえた口腔機能評価に基づく口腔管理を評価
- 入院中からの介護支援専門員への情報提供
- かかりつけ医と老健施設との連携

看取り

- 診療報酬上に、ガイドラインを参考にした看取り・ターミナルケアを位置づけ
- 療養病棟等における在宅患者の受入に係る加算について、ガイドラインの取組を踏まえた算定要件に見直し
- 在総管等の算定要件に、介護支援専門員と情報提供を要件化
- 患者の意向に沿って病院で看取った場合を評価
- 介護施設での看取りにおける介護施設と医療機関や訪問看護ステーションとの協働の推進

訪問看護・リハビリ

- (訪問看護)
- 訪問看護ステーションと喀痰吸引等の業務を行う介護職員等との連携
- (リハビリ)
- 維持期のリハビリを医療保険から介護保険に移行
 - 医療保険と介護保険の両方のリハビリを提供する場合の施設基準を緩和
 - リハビリの実施に係る計画書の様式を共通化

横断的事項(その5:医療と介護の連携)

1. 介護支援専門員や老健施設との情報共有・連携
 - (1) 入院中からの介護支援専門員への情報提供
 - (2) かかりつけ医と老健施設との連携
2. 介護施設での看取り
3. 訪問指導料の単一建物に係る取扱い
4. その他

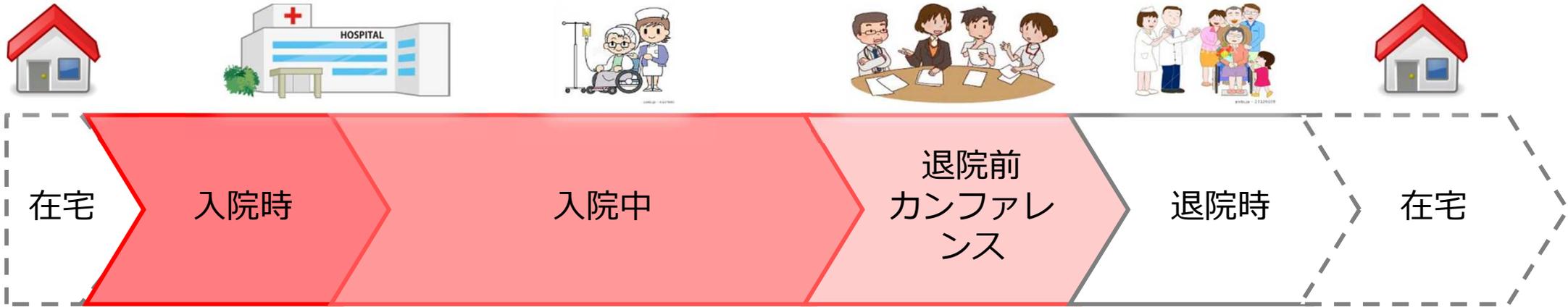
1. 介護支援専門員や老健施設との情報共有・連携

【課題】

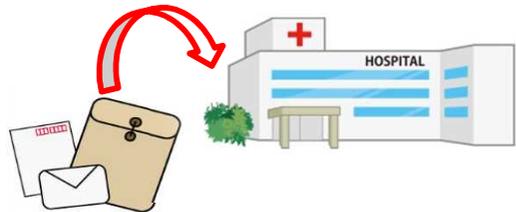
- 介護支援専門員が利用者が入院中の医療機関に赴いて退院時カンファレンスに参加した場合の評価が設けられているものの、退院時カンファレンスに参加したケアマネジャーの割合は51%であり、55%の医療機関が「医療機関から急な退院の連絡があると対応困難」と回答していた。
- 介護支援専門員あての診療情報提供については、入院医療を担当した医療機関において退院後2週間以内に行った場合にのみ、評価の対象となっている。
- 老健施設入所者の薬剤の中止・変更について、28～35%の施設が、かかりつけ医への説明について「あまりしない」「全くしない」と回答していた。

入退院時におけるケアマネジメントプロセス（イメージ）

- 退院後の円滑な介護サービス導入に向けて、ケアマネジャーは、入院中からアセスメントを行うことが想定される



入院時情報提供



アセスメント



ケアプラン原案作成



5

サービス担当者会議



ケアプラン確定

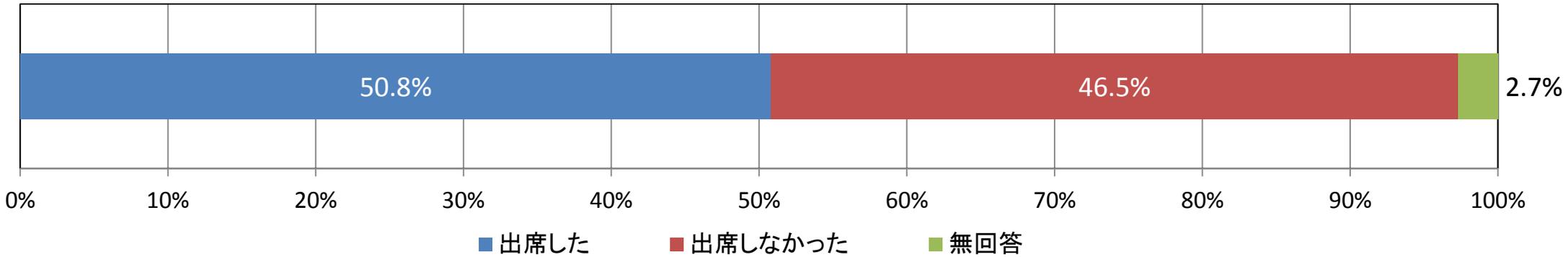


退院時における医療機関との連携状況①

○ 利用者の退院時のカンファレンスにケアマネジャーが出席した割合は50.8%だった。

退院時カンファレンスの出席の有無（利用者調査票）

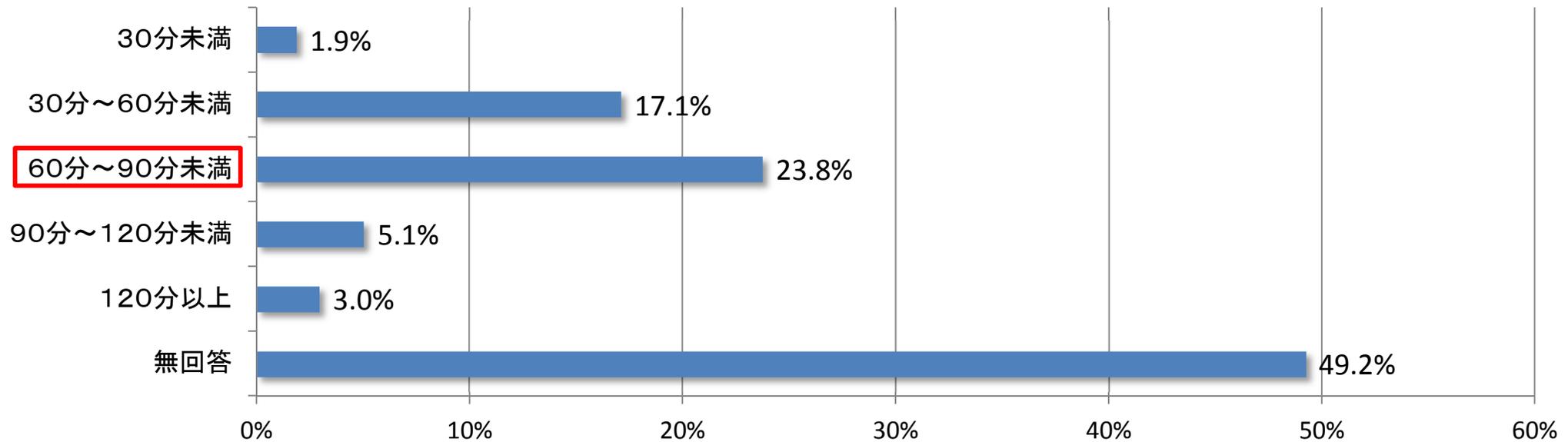
n=171,262



○ 退院時カンファレンスにケアマネジャーが出席した場合の、カンファレンスの延べ所要時間は「60分～90分未満」が23.8%であった。

退院時カンファレンスの所要時間（利用者調査票）

n=87,021

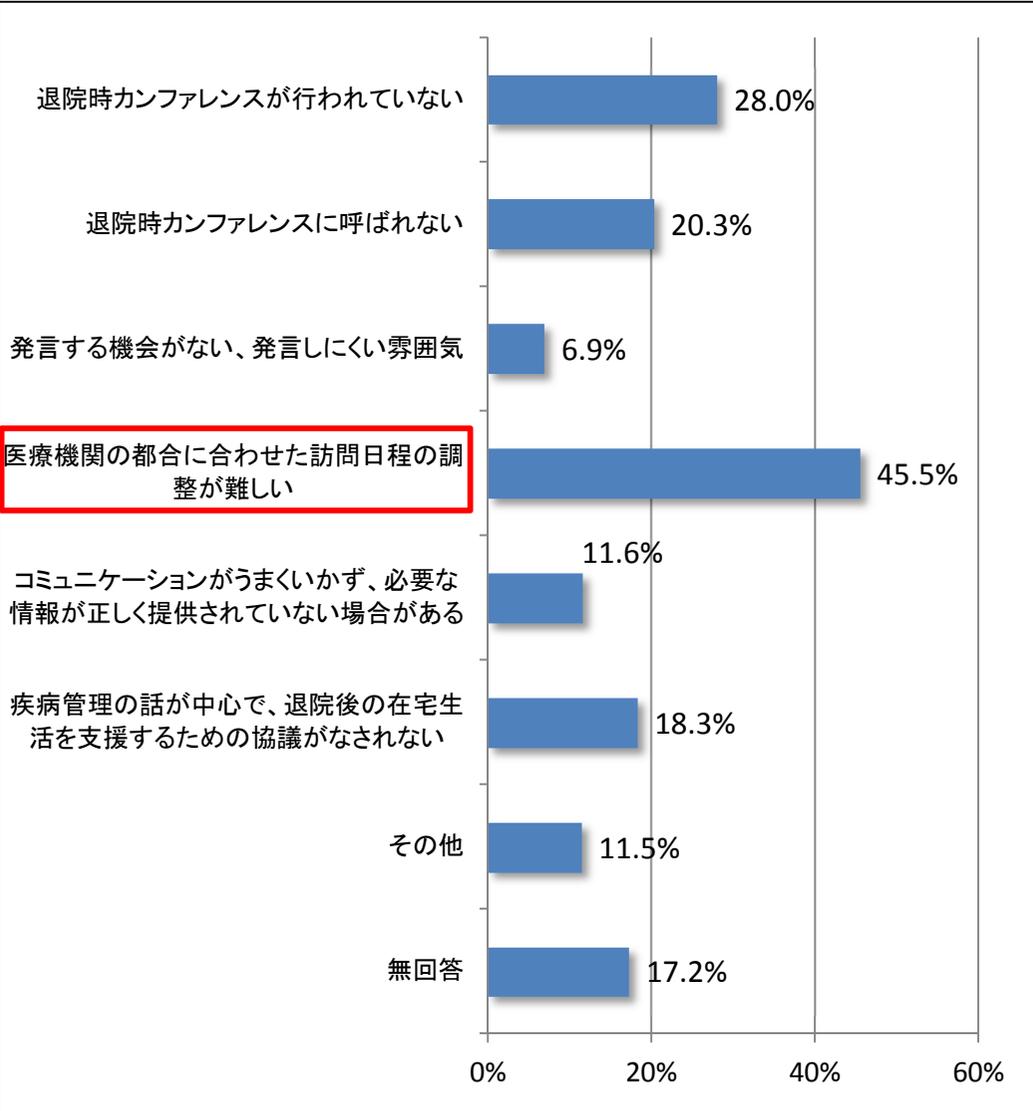


退院時における医療機関との連携状況②

○ 退院時カンファレンスに参加する上で問題と感じる点は「医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しい」が45.5%となっている。また、退院時に医療機関より利用者情報を得ることが困難と感じる点は「医療機関から急な退院の連絡があり、対応が困難」が55.0%となっている。

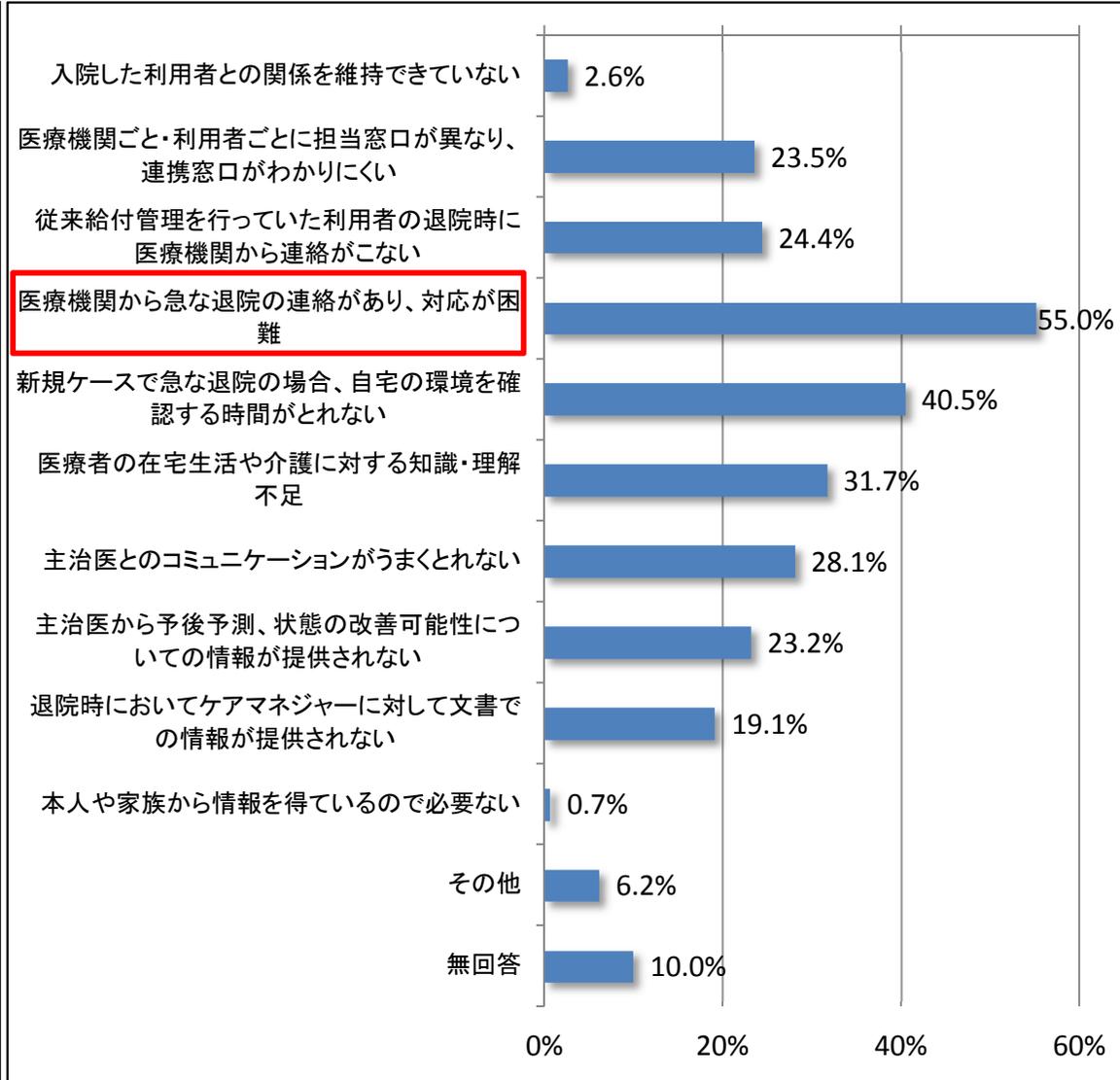
退院時カンファレンスに参加する上で問題と感じる点
(事業所調査票) (複数回答可)

n=1,572



退院時に医療機関より利用者情報を得ることが困難と感じる点
(事業所調査票) (複数回答可)

n=1,572



介護支援専門員との連携に関する主な評価

項目名	点数	概要
退院支援加算	(退院時1回) 1 (一般等) 600点 (療養等) 1,200点 2 (一般等) 190点 (療養等) 635点 3 1,200点	<p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連携する医療機関等(20か所以上)の職員と定期的な面会を実施(3回/年以上) ※転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関又は居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者等の数が20以上であること。また退院支援部門又は退院支援職員と、それぞれの連携保険医療機関等の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。 ・介護支援専門員との連携実績 ※過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、算定対象病床数に0.15(一般病棟等の場合)を乗じた数と0.1(療養病棟等の場合)を乗じた数の合計を上回ること。
退院時共同指導料2	(入院中1回) 400点	入院中の保険医療機関の保険医が、当該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、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)又は 居宅介護支援事業者の介護支援専門員 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、所定点数に加算する。
保険医等3者以上共同指導加算	2,000点	
介護支援連携指導料	(入院中2回) 400点	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を導入することが適当であると考えられる患者等が退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、社会福祉士等がケアプランの作成を担当する 介護支援専門員 と共同して導入すべき介護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。

診療情報提供料（Ⅰ）について

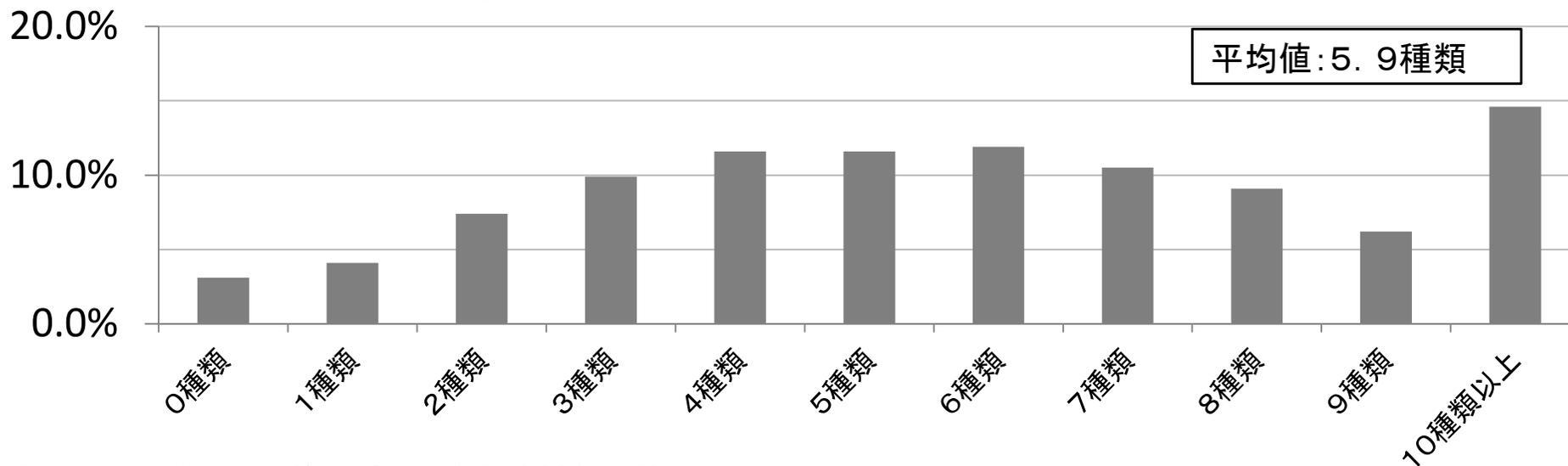
- 指定居宅介護支援事業者への情報提供について、患者の入院医療を担当した医療機関において、診療情報提供料（Ⅰ）が算定できるが、退院後2週間以内のみ算定できる取扱いとなっている。

診療情報の提供先	算定できる患者
保険医療機関、介護老人保健施設	—
市町村、保健所、精神保健福祉センター、 <u>指定居宅介護支援事業者、地域包括支援センター</u>	<ul style="list-style-type: none">・家庭に退院する患者・<u>退院から2週間以内の患者</u>
保険薬局	在宅での療養を行っている通院困難な患者
精神障害者施設、介護老人保健施設	<ul style="list-style-type: none">・精神障害者である患者・施設に入所する患者
認知症疾患医療センター	認知症の鑑別診断等が必要な患者

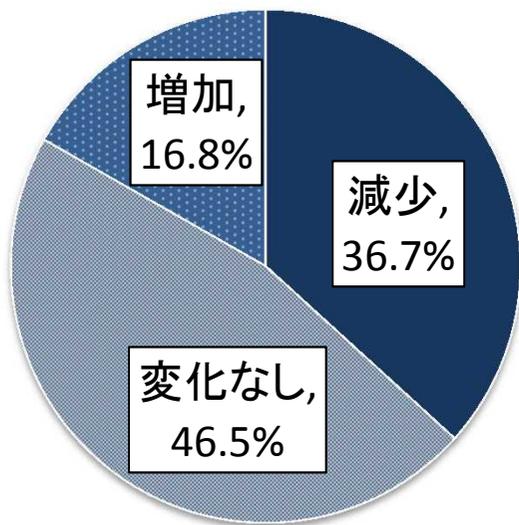
介護老人保健施設入所者の内服薬の分布

- 老健入所者の服薬数の平均は、6種類程度だった。
- 入所前後で、薬剤種類数が減少する者が約37%を占めた。

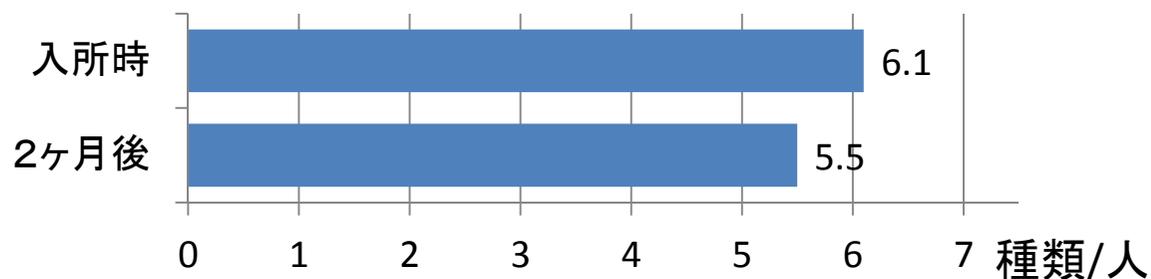
介護老人保健施設入所者の服薬数



入所時から入所2ヶ月後における薬剤種類数の変化



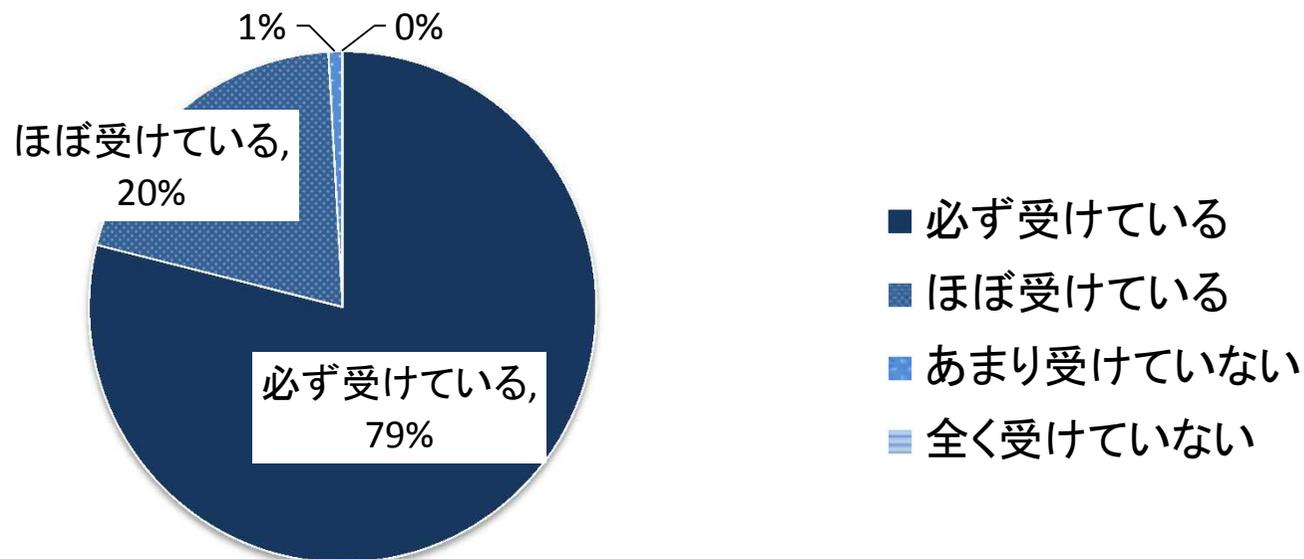
入所者1人当たり薬剤種類数の変化



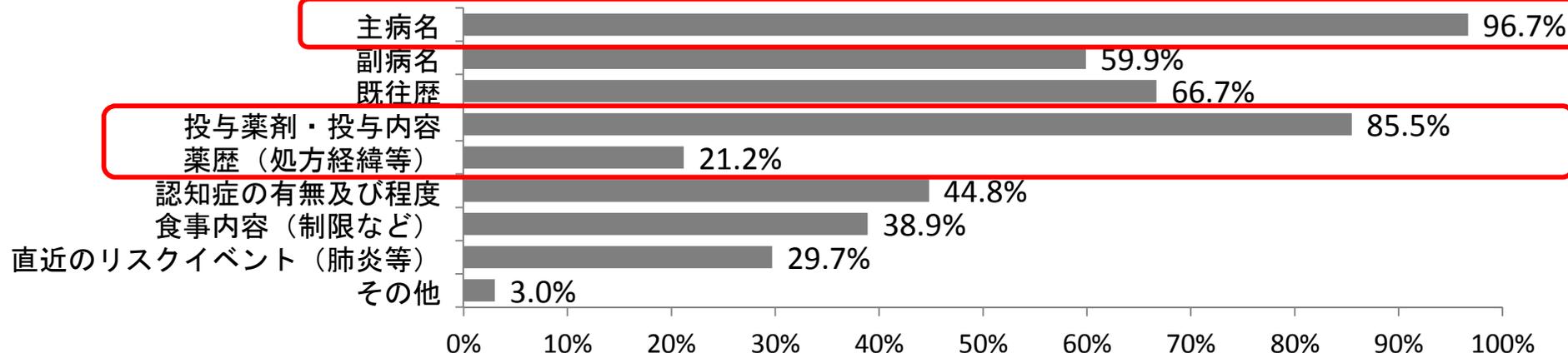
介護老人保健施設とかかりつけ医との連携について①

- 介護老人保健施設の入所者について、入所時にかかりつけ医から情報を受けている割合は79%だった。
- かかりつけ医から入手する診療情報は、主病名・投与内容が多く、薬歴は少ない。

入所時にかかりつけ医から診療情報提供を受けているか



かかりつけ医から必ず入手する情報

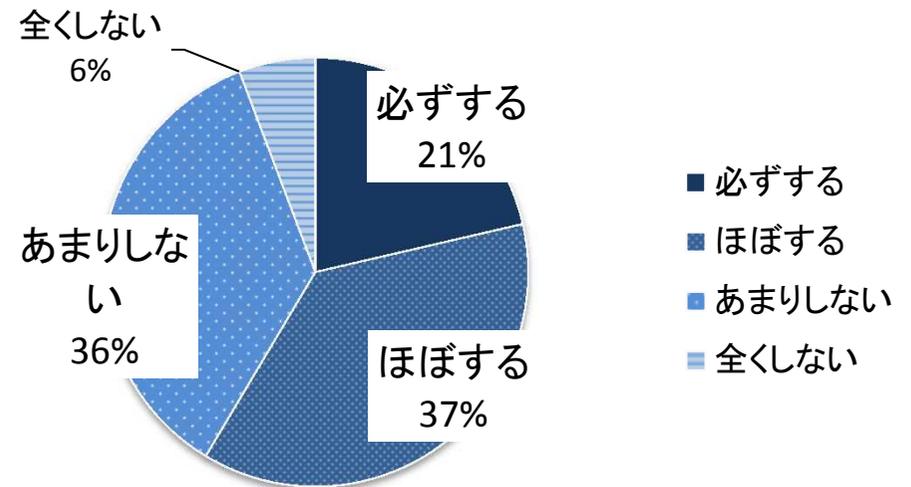


介護老人保健施設とかかりつけ医との連携について②

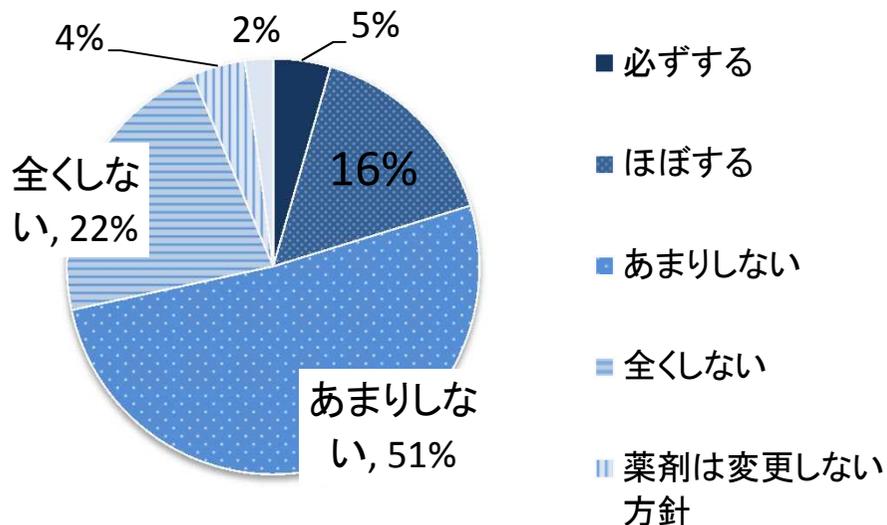
○ かかりつけ医から事前に入手していた診療情報と実際の状況が異なる場合、半数以上が、かかりつけ医の確認を「必ずする」「ほぼする」と回答していた。

○ 薬剤の中止・変更の際のかかりつけ医への説明については、28～35%が「あまりしない」「全くしない」と回答していた。

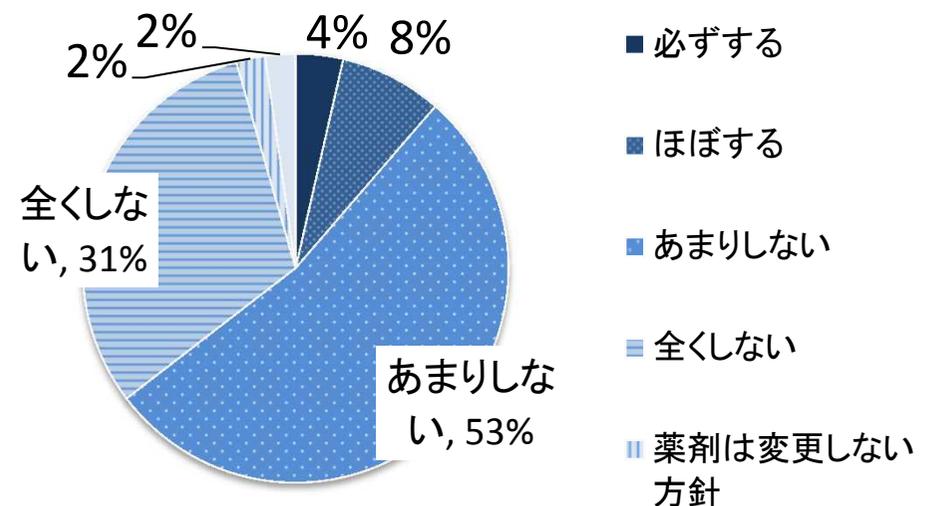
事前に入手していた診療情報と実際の状況が異なる場合、かかりつけ医への確認



入所に際し、薬剤の中止・変更の可能性について、かかりつけ医に説明し理解を得るようにしているか



薬剤を中止・変更する際、中止・変更前にかかりつけ医に説明しているか



介護支援専門員や老健施設との情報共有・連携に関する論点(案)

【論点(案)】

○ 入院中に行う介護支援専門員への情報提供

- 入院中の医療機関から介護支援専門員への診療情報提供について、退院後に円滑に介護サービスを導入する観点から、介護支援連携指導料を算定できない場合であって、退院前一定期間内に限り、診療情報提供料による評価の対象にしてはどうか。

○ 老健施設とかかりつけ医の連携

- かかりつけ医と介護老人保健施設との連携について、多剤投薬・重複投薬の是正推進の観点から、入所中の処方薬に係る情報提供、退所後の外来受診時における処方内容のフォローアップなどに対する評価を検討してはどうか。

横断的事項(その5:医療と介護の連携)

1. 介護支援専門員や老健施設との情報共有・連携
 - (1)入院中からの介護支援専門員への情報提供
 - (2)かかりつけ医と老健施設との連携
2. 介護施設での看取り
3. 訪問指導料の単一建物に係る取扱い
4. その他

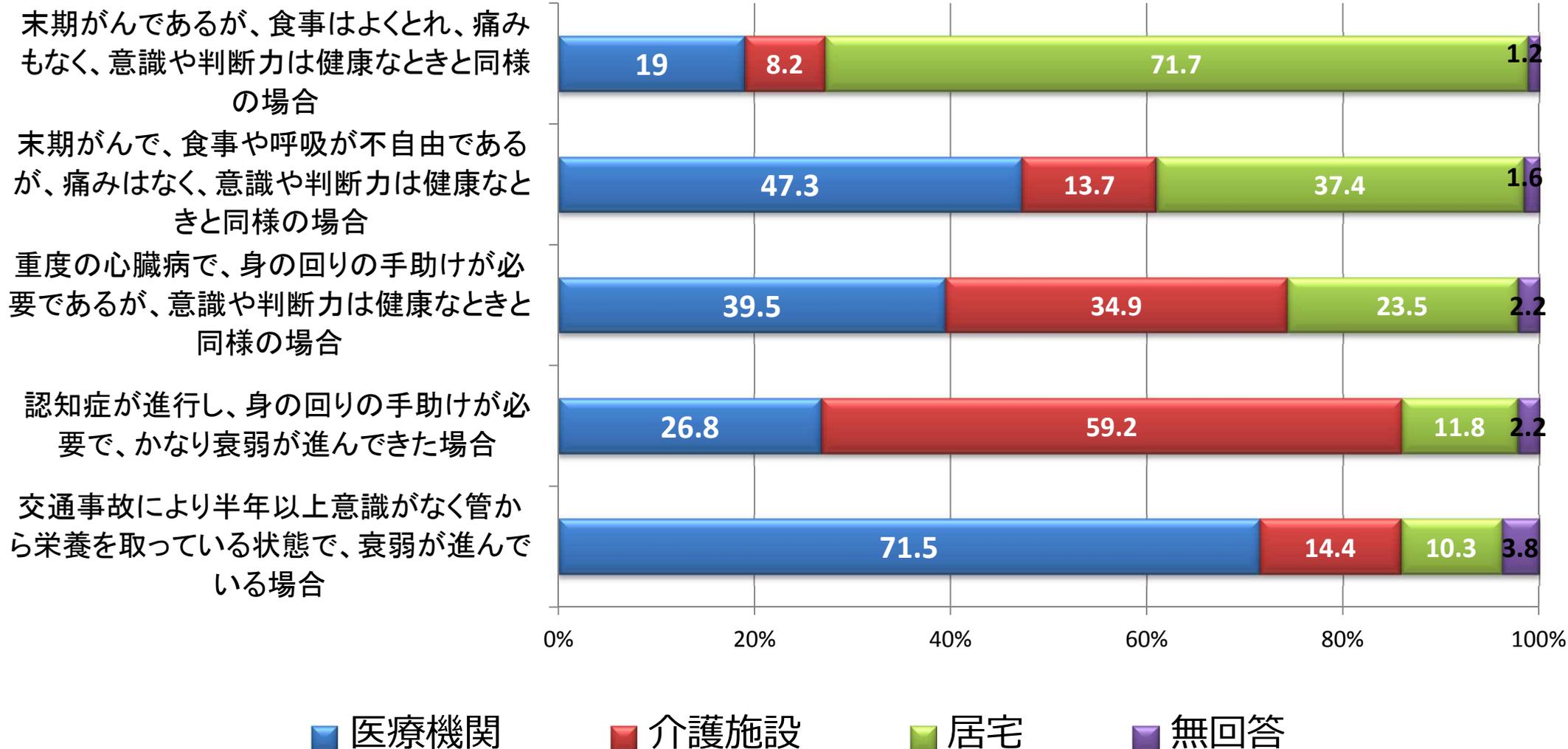
2. 介護施設での看取り

【課題】

- 人生の最終段階を過ごしたい場所の国民の希望は、自身の身体状況によって様々である。
- 配置医以外へ訪問診療や往診を依頼できる介護老人福祉施設は少ない。非常勤の配置医が「勤務日以外でも対応してもらえる」施設では、「希望があれば施設で看取る」割合が高い。
- 看取り期のケア(ターミナルケア、看取り)に係る診療報酬は、介護報酬の看取りに係る加算との併算定ができない取扱いとなっている。

参考：さまざまな状況における人生の最終段階を過ごしたい場所

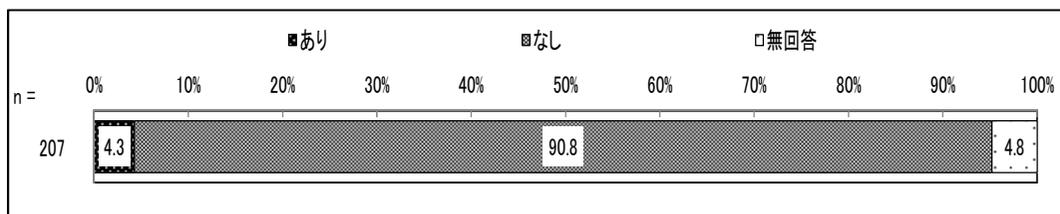
■人生の最終段階を過ごしたい場所（一般国民による回答、n=2,179）



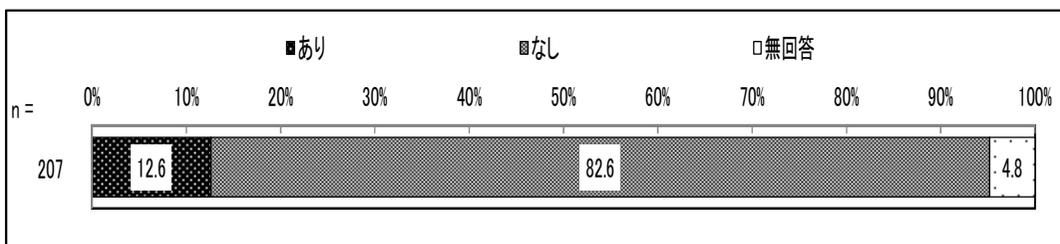
介護老人福祉施設における医師の診療等について

- 配置医以外へ訪問診療や往診を依頼できる施設は少ない。
- 配置医が対応困難時に代わりに施設に訪問可能な医師の所属は「いない」が41.6% 配置医以外が31.6%、他の配置医が17.9%であった。

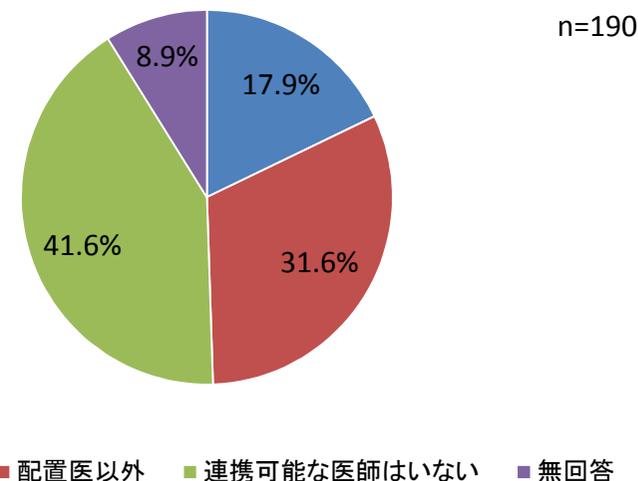
訪問診療を依頼可能な医師の有無 (n=207)



往診を依頼可能な医師の有無 (n=207)



対応困難時に代わりに施設に訪問可能な医師の所属

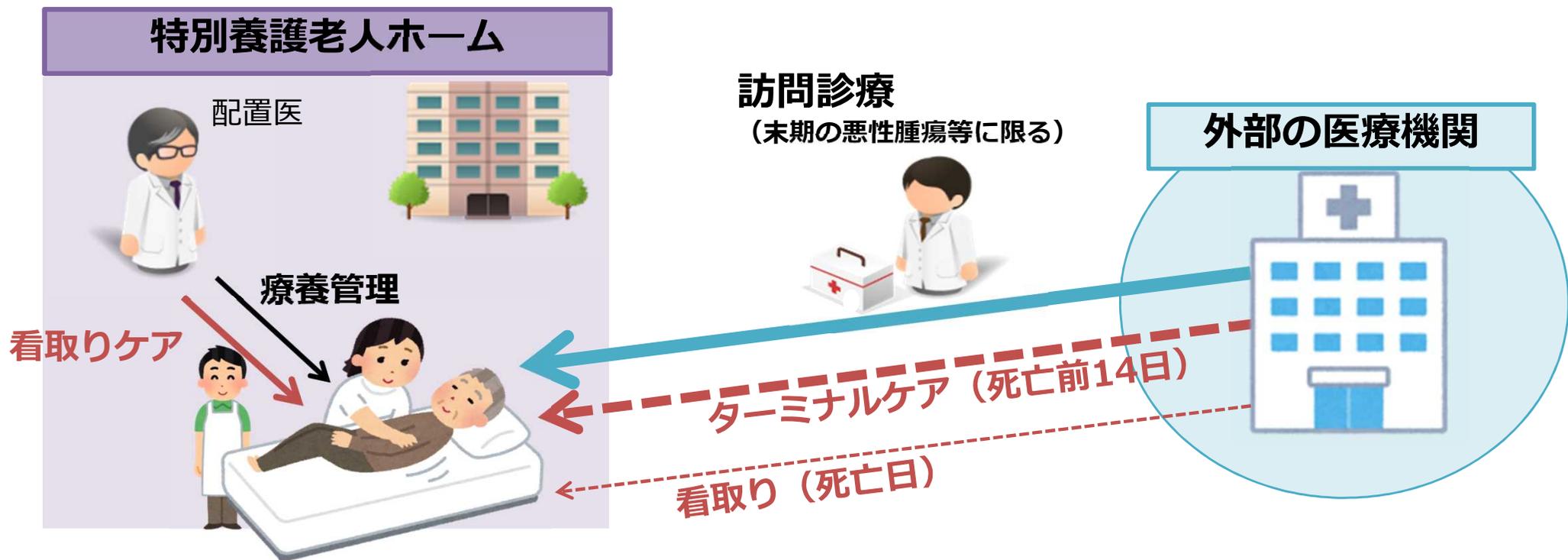


出典:平成28年度老人保健健康増進等事業 特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズ対応のあり方に関する調査研究事業報告書 エム・アール・アイリサーチアソシエーツ(株)

出典:平成28年度老人保健健康増進等事業 特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズ対応のあり方に関する調査研究事業報告書 エム・アール・アイリサーチアソシエーツ(株)

看取り期のケアに関する医療機関と介護施設の協働（イメージ）

○ 看取り期のケアに係る診療報酬は、介護報酬の看取りに係る加算との併算定ができない取扱いとなっている。



【介護報酬】

看取り介護加算	144単位 ～1280単位/日
---------	--------------------

【診療報酬】

在宅ターミナルケア加算	5000点
看取り加算	3000点

※ 訪問看護の場合も看取り期のケアについて併算定できない取扱い

ターミナルケアに関連する介護保険と医療保険の取り扱い

	介護老人福祉施設	認知症対応型グループホーム	特定施設入居者生活介護	
加算	看取り介護加算	看取り介護加算	看取り介護加算	
算定要件(概要)	<p>【入所者基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 <p>【施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 常勤看護師を配置し、看護職員との連携による24時間連絡できる体制を確保すること。 ○ 看取りに関する指針を定め、入所の際に、内容を説明し、同意を得ていること。 ○ 医師、看護・介護職員等による協議の上、適宜指針の見直しを行うこと。 ○ 看取りに関する研修を行っていること。 ○ 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。 	<p>【利用者基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 <p>【施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 看取りに関する指針を定め、入居の際に、内容を説明し、同意を得ていること。 ○ 医師、看護・介護職員等による協議の上、適宜指針の見直しを行うこと。 ○ 看取りに関する研修を行っていること。 <p>※医療連携体制加算を算定していない場合は、算定しない。</p>	<p>【利用者基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 <p>【施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 看取りに関する指針を定め、入居の際に、内容を説明し、同意を得ていること。 ○ 医師、看護・介護職員等による協議の上、適宜指針の見直しを行うこと。 ○ 看取りに関する研修を行っていること。 <p>※夜間看護体制加算を算定していない場合は、算定しない。</p>	
給付調整	訪問診療 (ターミナルケア加算・看取り加算)	➤ 看取り介護加算を算定している場合には算定できない。	—	—
	訪問看護 (在宅ターミナル加算、訪問看護ターミナル療養費)	➤ 看取り介護加算を算定している場合には算定できない。	➤ 介護保険の看取り介護加算を算定していない場合に限る。	➤ 介護保険の看取り介護加算を算定していない場合に限る。

介護施設での看取りに関する論点(案)

【論点(案)】

- 介護施設の入居者・入所者に対する看取り期のケアについて、介護施設の従事者と、訪問診療等を提供する医療機関・訪問看護ステーションが協働して看取り期のケアを行った上で、施設内で看取りが行われた場合には、施設ごとの看取りに係る体制に応じて、協働した医療機関や訪問看護ステーションでも看取り期のケアに係る診療報酬を算定可能としてはどうか。

参考資料(介護施設での看取り)

看取り期のケアに関連する診療報酬上の主な評価

加算等	訪問診療			訪問看護	
	在宅患者訪問診療の算定回数の緩和	在宅ターミナルケア加算	看取り加算	在宅ターミナルケア加算	訪問看護ターミナルケア療養費(訪問看護ステーションが算定)
算定要件(概要)	<p>終末期等により、一時的に週4回以上の頻回な訪問診療の必要を認める患者の患家を定期的かつ計画的に訪問し診療を行った場合には、1月に1回に限り、頻回な訪問診療の必要を認めた日から最大14日間連続で、在宅患者訪問診療料を算定することができる。</p> <p>(注)在宅患者訪問診療料の算定は、原則最大3回/週</p>	<p>・在宅で死亡した患者に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合に算定する。</p> <p>・この場合、診療内容の要点等を診療録に記録する。</p>	<p>・往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合に算定する。</p> <p>・なお、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者を患家で看取った場合に算定する。</p> <p>・この場合、診療内容の要点等を診療録に記録する。</p>	<p>・在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制(担当者名、連絡先、緊急時の注意事項)について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。</p> <p>・当該加算を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を看護記録に記録する。</p>	<p>・在宅で死亡した利用者に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制(担当者名、連絡先、緊急時の注意事項)について利用者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。</p> <p>・当該療養費を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を訪問看護記録書に記録する。</p>
点数(療養費は円)	—	<p>(例)在宅療養支援診療所又は、在宅療養支援病院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病床を有する場合 6,000点 ・病床を有しない場合 5,000点 	3,000点	2,000点	20,000円
備考	—	—	<p>※死亡診断加算(200点) 在宅で療養を行っている患者が、在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断をした場合に算定。看取り加算には、死亡診断に係る費用が含まれており、別に算定することはできない。</p>	—	—

ターミナルケアに関連する介護報酬上の主な評価

	介護老人福祉施設	介護療養型医療施設	認知症対応型グループホーム	特定施設入居者生活介護	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護
加算等	看取り介護加算	療養機能強化型 (加算ではなく、施設サービス費の要件で医療ニーズ・ターミナルケアへの対応を評価)	看取り介護加算	看取り介護加算	看取り連携体制加算	ターミナルケア加算
算定要件(概要)	<p>【入所者基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 ○ 入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者であること。 ○ 指針に基づき、入所者の状態等に応じ随時、医師等の相互連携の下、介護記録等を活用し行われる介護について説明を受け、同意して介護を受けている者であること。 <p>【施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 常勤看護師を配置し、看護職員との連携による24時間連絡できる体制を確保すること。 ○ 看取りに関する指針を定め、入所の際に、内容を説明し、同意を得ていること。 ○ 医師、看護・介護職員等による協議の上、看取りの実績等を踏まえ適宜指針の見直しを行うこと。 ○ 看取りに関する研修を行っていること。 ○ 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。 	<p>(療養機能強化型Aの場合)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が100分の50以上であること。 ○ 喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が100分の50以上であること。 ○ 介護老人保健施設のターミナルケア加算に係る算定要件(左記)のいずれにも適合する者の占める割合が100分の10以上であること。 ○ 生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること。 ○ 地域に貢献する活動を行っていること。 	<p>【利用者基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 ○ 利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者であること。 ○ 指針に基づき、利用者の状態等に応じ随時、医師等の相互連携の下、介護記録等を活用し行われる介護について説明を受け、同意して介護を受けている者であること。 <p>【施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 看取りに関する指針を定め、入居の際に、内容を説明し、同意を得ていること。 ○ 医師、看護・介護職員等による協議の上、看取りの実績等を踏まえ適宜指針の見直しを行うこと。 ○ 看取りに関する研修を行っていること。 <p>※医療連携体制加算を算定していない場合は、算定しない。</p>	<p>【利用者基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 ○ 利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者であること。 ○ 指針に基づき、利用者の状態等に応じ随時、医師等の相互連携の下、介護記録等を活用し行われる介護について説明を受け、同意して介護を受けている者であること。 <p>【施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 看取りに関する指針を定め、入居の際に、内容を説明し、同意を得ていること。 ○ 医師、看護・介護職員等による協議の上、看取りの実績等を踏まえ適宜指針の見直しを行うこと。 ○ 看取りに関する研修を行っていること。 <p>※夜間看護体制加算を算定していない場合は、算定しない。</p>	<p>【利用者基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 ○ 看取り期における対方針に基づき、登録者の状態又は家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等登録者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている者であること。 <p>【施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 看護師により24時間連絡できる体制を確保していること。 ○ 看取り期における対方針を定め、利用開始の際に、登録者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。 <p>※看護職員配置加算(i)を算定していない場合は、算定しない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上ターミナルケアを行った場合に算定。 ○ 24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、訪問看護を行うことができる体制を整備していること。 ○ 主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること。 ○ ターミナルケアの提供について利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。

高齢者向け住まいの概要

	①サービス付き 高齢者向け住宅	②有料老人ホーム	③養護老人ホーム	④軽費老人ホーム	⑤認知症高齢者 グループホーム
根拠法	高齢者住まい法第5条	老人福祉法第29条	老人福祉法第20条の4	社会福祉法第65条 老人福祉法第20条の6	老人福祉法第5条の2 第6項
基本的性格	高齢者のための住居	高齢者のための住居	環境的、経済的に困窮した 高齢者の入所施設	低所得高齢者のための住居	認知症高齢者のための共同 生活住居
定義	高齢者向けの賃貸住宅又有 料老人ホーム、高齢者を入 居させ、状況把握サービス、 生活相談サービス等の福祉 サービスを提供する住宅	老人を入居させ、入浴、排 せつ若しくは食事の介護、 食事の提供、洗濯、掃除等 の家事、健康管理をする事 業を行う施設	入所者を養護し、その者が 自立した生活を営み、社会 的活動に参加するために必 要な指導及び訓練その他の 援助を行うことを目的とする 施設	無料又は低額な料金で、老 人を入所させ、食事の提供 その他日常生活上必要な便 宜を供与することを目的とす る施設	入居者について、その共同 生活を営むべき住居におい て、入浴、排せつ、食事等の 介護その他の日常生活上 の世話及び機能訓練を行う もの
介護保険法上 の類型	なし ※外部サービスを活用	特定施設入居者生活介護			認知症対応型 共同生活介護
主な設置主体	限定なし (営利法人中心)	限定なし (営利法人中心)	地方公共団体 社会福祉法人	地方公共団体 社会福祉法人 知事許可を受けた法人	限定なし (営利法人中心)
対象者	次のいずれかに該当する単 身・夫婦世帯 ・60歳以上の者 ・要介護/要支援認定を受け ている60歳未満の者	老人 ※老人福祉法上、老人に関 する定義がないため、解 釈においては社会通念に よる	65歳以上の者であって、環 境上及び経済的理由により 居宅において養護を受ける ことが困難な者	身体機能の低下等により自 立した生活を営むことにつ いて不安であると認められる者 であって、家族による援助を 受けることが困難な60歳以上 の者	要介護者/要支援者であ って認知症である者(その者 の認知症の原因となる疾患 が急性の状態にある者を除 く。)
1人当たり面積	25㎡ など	13㎡ (参考値)	10.65㎡	21.6㎡ (単身) 31.9㎡ (夫婦) など	7.43㎡
件数※	6,342棟 (H28.9末)	11,739件(H28.6末)	957件(H27.10)	2,264件(H27.10)	13,114件(H28.10)
	特定施設入居者生活介護(地域密着型・短期利用を含む)の指定を受けている施設:				5,148件(H28.10)
定員数※	206,929戸 (H28.9末)	457,918人(H28.6末)	64,313人(H27.10)	93,712人(H27.10)	194,300人(H28.10)
	特定施設入居者生活介護(予防・地域密着型・短期利用を含む)を受けている利用者数:				220.4千人(H28.10)
補助制度等	整備費への助成	なし	なし	定員29人以下:整備費等への助成	

※: ①→サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム調べ、②→厚生労働省老健局調べ、③・④→社会福祉党調査、⑤、特定施設→介護給付費等実態調査(「定員数」の値については受給者数(予防を含む))

介護保険 3 施設の比較

		介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	
基本的性格		要介護高齢者のための 生活施設 ※27年度より新規入所者は原則要介護3以上	要介護高齢者にリハビリ等を提供し 在宅復帰を目指す施設	医療の必要な要介護高齢者のための 長期療養施設	
定義		老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームであって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設	要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設	療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設	
主な設置主体※1		社会福祉法人 (約94%)	医療法人 (約74%)	医療法人 (約83%)	
施設数(H28.3)※2		9,507件	4,201 件	1,320 件	
利用者数(H28.3)※2		572,800 人	359,400 人	59,000 人	
居室面積 ・定員数	従来型	面積/人	10.65㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上
		定員数	原則個室	4人以下	4人以下
	ユニット型	面積/人	10.65㎡以上		
		定員数	原則個室		
「多床室」の割合※3		61.8% ※平成27年8月より室料自己負担。	84.1%	95.0%	
平均在所(院)日数※4		1,405日	311日	483日	
低所得者(所得第3段階以下)の割合※4		80.9%	60.4%	57.2%	
医師の配置基準		必要数(非常勤可)	常勤1以上 / 100:1以上	3以上 / 48:1以上	
医療法上の位置づけ		居宅等	医療提供施設	病床	

※1の割合は介護サービス施設事業所調査(平成26年)、※2は介護給付費等実態調査(28年4月審査分。地域密着型を含む)、※3は介護給付費実態調査(平成25年度)(老健局高齢者支援課による特別集計)、※4は介護サービス施設事業所調査(平成26年)より。
※2の数値は地域密着型介護老人福祉施設を含む。

介護老人福祉施設における医師の診療等について

- 入所者の夜間の緊急時（看取りの場合に限らず。）における医師との連携方法（複数回答）について、「救急車を呼ぶ」のみを選択した施設は16.0%であった。また、「救急車を呼ぶ」のみ選択することについては、「原則病院等に移す」としている施設よりも、「希望があれば施設内で看取る」としている施設の方が割合が低い。
- 「配置医に連絡する」を選択した施設では、施設の看取りの方針として、「希望があれば施設内で看取る」割合が高かった。

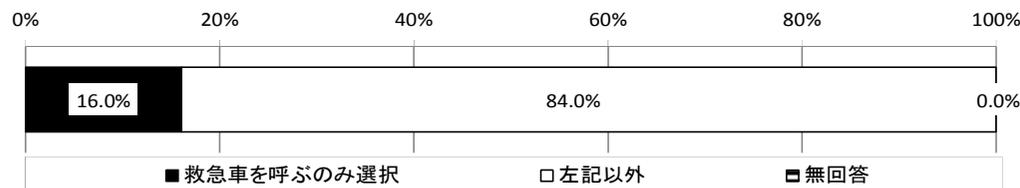
入所者の夜間の緊急時の医師との連携方法(複数回答)(n=1,502)

合計	配置医に連絡する	協力病院に連絡する	救急車を呼ぶ	その他	無回答
1,502	820	701	1,052	35	19
100.0%	54.6%	46.7%	70.0%	2.3%	1.3%

施設の看取りの方針別 入所者の夜間の緊急時の医師との連携方法

	合計	救急車を呼ぶのみ選択	左記以外
全体	1,502 100.0%	241 16.0%	1,261 84.0%
希望があれば、施設内で看取る	1,171 100.0%	164 14.0%	1,007 86.0%
原則、病院等に移す	245 100.0%	60 24.5%	185 75.5%

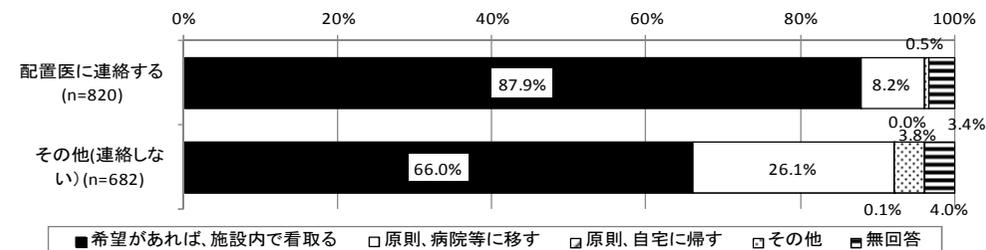
入所者の夜間の緊急時の医師との連携方法(n=1,502)



非常勤の配置医の勤務日以外の対応別 入所者の夜間の緊急時の医師との連携方法

	合計	救急車を呼ぶのみ選択	左記以外
全体	1,502 100.0%	241 16.0%	1,261 84.0%
勤務日以外でも、対応してもらえる	704 100.0%	67 9.5%	637 90.5%
勤務日以外は電話で指示を得ることができる	591 100.0%	118 20.0%	473 80.0%
原則、勤務日以外は対応してもらえない	87 100.0%	33 37.9%	54 62.1%

入所者の夜間の緊急時の医師との連携方法別 施設の看取りの方針

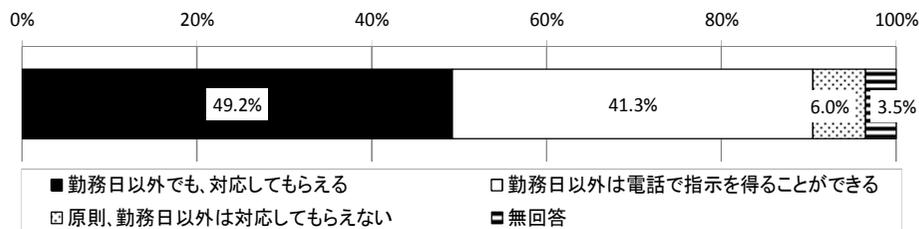


出典：平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成28年度調査)介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業

介護老人福祉施設における医師の診療等について

- 非常勤の配置医の勤務日以外の対応は、「勤務日以外でも対応してもらえる」が49.2%、「勤務日以外では電話で指示を得ることができる」が41.3%であった。
- 非常勤の配置医が「勤務日以外でも対応してもらえる」施設では、「希望があれば施設で看取る」割合が高い。
- 配置医が実施している業務は定期的な診察や主治医意見書の作成などが多い。
- 配置医が担当している業務内容で負担が多いと感じる業務は、「夜間の臨時的診察(急変対応)」、「休日の臨時的診察(急変対応)」で割合が高い。

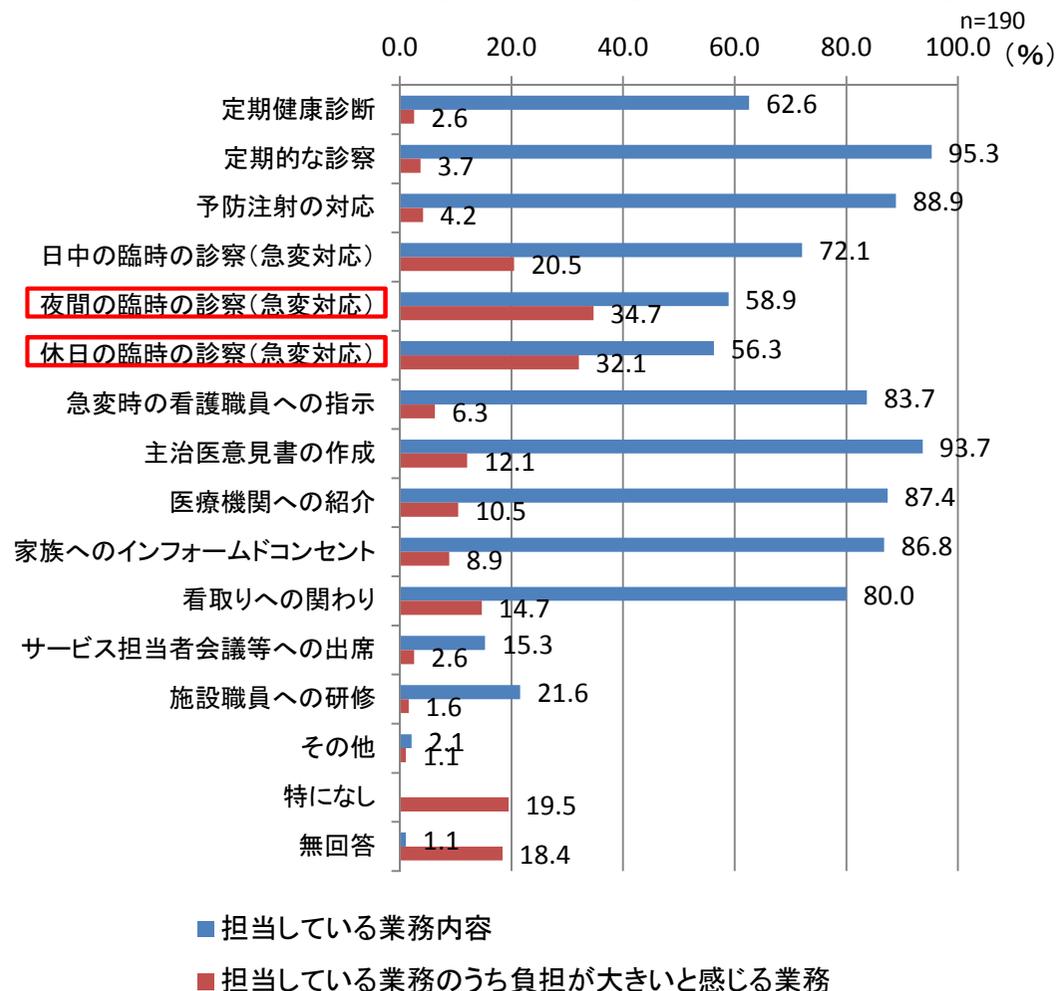
非常勤配置医による勤務日以外の対応 (n=1,432)



配置医の勤務日以外における対応別 施設の看取りの方針

	合計	希望があれば、施設内で看取る	原則、病院等に移す	原則、自宅に帰す	その他	無回答
全体	1,502	1,171	245	1	30	55
	100.0%	78.0%	16.3%	0.1%	2.0%	3.7%
勤務日以外でも、対応してもらえる	704	593	73	1	13	24
	100.0%	84.2%	10.4%	0.1%	1.8%	3.4%
勤務日以外は電話で指示を得ることができる	591	435	126	0	10	20
	100.0%	73.6%	21.3%	0.0%	1.7%	3.4%
原則、勤務日以外は対応してもらえない	87	56	26	0	3	2
	100.0%	64.4%	29.9%	0.0%	3.4%	2.3%

配置医が担当している業務と担当している業務と負担の重い業務



横断的事項(その5:医療と介護の連携)

1. 介護支援専門員や老健施設との情報共有・連携
 - (1)入院中からの介護支援専門員への情報提供
 - (2)かかりつけ医と老健施設との連携
2. 介護施設での看取り
3. 訪問指導料の単一建物に係る取扱い
4. その他

3. 訪問指導料の単一建物に係る取扱い

【課題】

○ 訪問指導料の単一建物に係る取扱い

- 診療報酬における訪問指導料については、同一建物居住者とそれ以外で報酬設定が異なっている。
- 在宅時医学総合管理料等については、平成28年度改定で、同一建物から、単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直したところ。
- 介護報酬の居宅療養管理指導費について、在宅時医学総合管理料等との整合性の観点から、平成30年度介護報酬改定に向けて、単一建物診療患者の人数に応じた評価とすることが検討されている。

診療報酬における在宅患者の訪問指導料（薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等）の算定状況

職種	指導料	事業所の種類	点数		月の 限度 回数	1月あたり 算定回数 (千回)
			同一建物 居住者以 外の場合	同一建物 居住者の 場合		
薬剤師	在宅患者訪問薬剤 管理指導料	病院又は診療所※1	650	300	4	0.5
		薬局※1	650	300	4	16.3
管理栄養士	在宅患者訪問栄養 食事指導料	病院又は診療所	530	450	2	0.1
歯科衛生士 等	訪問歯科衛生指導 料	歯科医療機関	複雑なもの	簡単なもの	4	(複雑なもの) 311.0
			360	120		(簡単なもの) 111.5

※1 がん末期、中心静脈栄養を受けている者に対しては、2回/週かつ8回/月を限度として算定。ただし、算定する日の間隔は6日以上とする。

出典：厚生労働省 社会医療診療行為別統計（平成28年6月審査分）

参考:「同一建物居住者の場合」及び「単一建物診療患者の人数」の取扱い

改定前	同一建物居住者の場合	
対象項目	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅患者訪問診療料 ・在宅時医学総合管理料(在総管) ・特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)等 	
↓		
改定後	同一建物居住者の場合	単一建物診療患者の人数
対象項目	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅患者訪問診療料 等	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅時医学総合管理料(在総管) ・施設入居時等医学総合管理料(施設総管)
定義	<p>当該建築物に居住する複数の者に対して、保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合を、「同一建物居住者の場合」という。</p>	<p>単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在総管又は施設総管を算定する者の人数をいう。(※)</p>

(※) 単一建物診療患者の人数の算出には以下の例外がある。

- 1つの患家に同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者数が1人の場合」を算定する。
- 在総管について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合及び当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。
- ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護の対象施設については、それぞれのユニットにおいて、施設総管(平成29年3月までは在総管を含む。)を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなす。

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価

- ③ 月1回の訪問診療による管理料を新設
- ④ 同一日に診療した人数に関わらず、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて評価

改定前 (在総管：機能強化型在支診（病床なし）)	
同一建物居住者以外の場合	4,600点
同一建物居住者の場合※1	1,100点



改定後 (在総管：機能強化型在支診（病床なし）)			
	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	5,000点	4,140点	2,640点
月2回以上訪問している場合	4,200点	2,300点	1,200点
月1回訪問している場合	2,520点	1,380点	720点

改定前 (在総管：在支診)	
同一建物居住者以外の場合	4,200点
同一建物居住者の場合※1	1,000点



改定後 (在総管：在支診)			
	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	4,600点	3,780点	2,400点
月2回以上訪問している場合	3,800点	2,100点	1,100点
月1回訪問している場合	2,280点	1,260点	660点

※1 同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※2 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

論点1

- 医師の居宅療養管理指導については、医師が訪問診療又は往診を行った際に、利用者に対し、指導・助言等を行った場合に算定するものであり、同一日に同じ建物に居住する者（同一建物居住者）に対し指導・助言等を行った場合は減額した評価を行っている。また、診療報酬において在宅医療総合管理料等を算定している場合については、給付調整を行っている。
- 平成28年度診療報酬改定において、在宅医療総合管理料等については、訪問した建物内において、当該訪問月に診療した人数（単一建物居住者の人数）等によって、メリハリのある評価とする見直しが行われたことを踏まえ、居宅療養管理指導についても、医療保険と介護保険との整合性の観点から、見直しを行ってはどうか。

<同一建物居住者>

当該利用者と同一建物に居住する他の利用者に対して指定居宅療養管理指導事業所の医師等が同一日に訪問診療、往診又は指定居宅療養管理指導を行う場合の当該利用者
(介護報酬における取扱い)

<単一建物居住者の人数>

当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医療総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する者の人数
(診療報酬における取扱い)

訪問指導料の単一建物に係る取扱いに関する論点(案)

【論点(案)】

○ 診療報酬の在宅時医学総合管理料等で単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直され、また、介護報酬の居宅療養管理指導費についても同一建物居住者から単一建物居住者の人数に応じた評価と見直す方向で議論されたことを踏まえ、

- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料
- ・ 在宅患者訪問栄養食事指導料
- ・ 訪問歯科衛生指導料

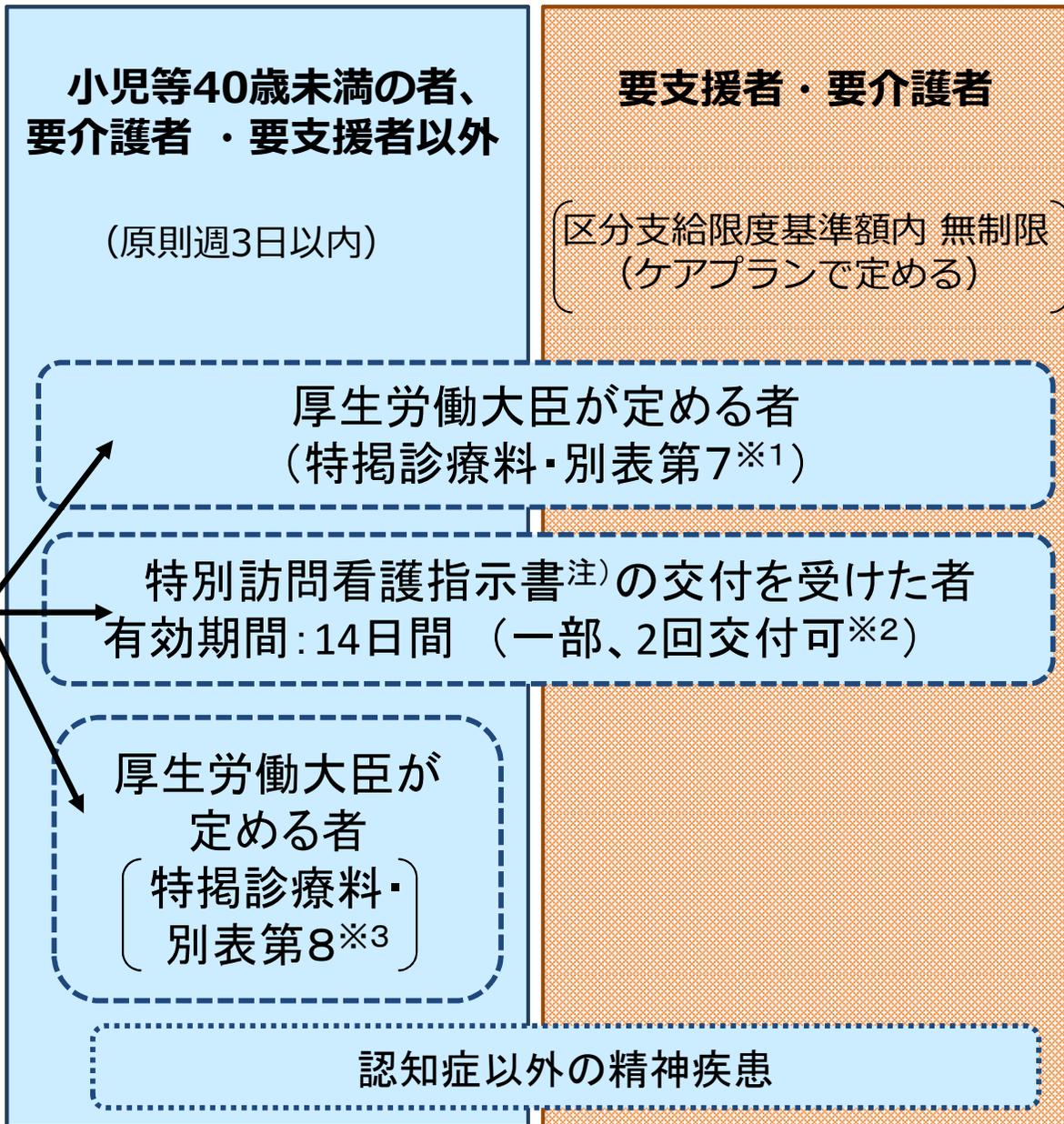
についても、同様に、単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直してはどうか。

横断的事項(その5:医療と介護の連携)

1. 介護支援専門員や老健施設との情報共有・連携
 - (1)入院中からの介護支援専門員への情報提供
 - (2)かかりつけ医の老健施設との連携
2. 訪問指導料の単一建物に係る取扱い
3. 介護施設での看取り
4. その他

【医療保険】

【介護保険】



※ 1 : 別表第 7

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症

プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
頸髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

※ 2 : 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者 (有効期間 : 28日間)

- ・気管カニューレを使用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

注) : 特別訪問看護指示書

患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回(週4日以上)の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

※ 3 : 別表第 8

- 1 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
- 2 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
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

医療保険と介護保険の訪問看護ステーションにおける報酬体系の比較①

医療保険 1日単位で訪問回数に関わらず設定		介護保険 時間単位で訪問回数に応じて設定	
<p>訪問看護基本療養費（Ⅰ）</p> <p>（週3日まで） 5,550円 （週4日目以降） 6,550円</p> <p>※専門性の高い看護師(緩和ケア又は褥瘡ケア)による訪問は各月1回まで12,850円 (同一建物居住者も同じ)</p>		<p>【看護職員の場合】</p> <p>※ 准看護師の場合は、所定単位の90/100を算定</p>	
<p>訪問看護基本療養費（Ⅱ）</p> <p>2人まで（週3日まで） 5,550円 （週4日以降） 6,550円</p> <p>3人以上（週3日まで） 2,780円 （週4日以降） 3,280円</p> <p>同一建物居住者に対して訪問看護を行う場合</p> <p>※准看護師の場合は-500円</p>		<p>（20分未満） 310単位 ※24時間体制の届出があり、週1回以上、20分以上の保健師又は看護師による訪問を行った場合に算定可</p> <p>（30分未満） 463単位 （30分以上1時間未満） 814単位 （1時間以上1時間30分未満） 1,117単位</p>	
<p>訪問看護管理療養費</p> <p>（月の初日） 機能強化型1 12,400円 機能強化型2 9,400円</p> <p>1又は2以外（2日目以降） 7,400円 2,980円</p>		<p>訪問看護費</p> <p>【理学療法士、作業療法士 又は言語聴覚士の場合】 302単位</p> <p>※ 1日に2回を超えて実施する場合は所定単位の90/100を算定 ※ 1回20分以上、週6回を限度として算定</p>	
<p>訪問看護基本療養費（Ⅲ）</p> <p>在宅療養に備えて一時的に外泊をしている入院中の患者（別表7・別表8、その他必要であると認められた者）に対して訪問看護を行う場合</p> <p>（入院中1回又は2回） 8,500円</p>		<p>※事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物（注）若しくは事業所と同一建物に居住する利用者又は1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者に対しサービスを行う場合は、所定単位の90/100を算定 （注）「建物」とは 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。</p>	
		（1単位=約10円）	

医療保険と介護保険の訪問看護ステーションにおける報酬体系の比較②

		医療保険		介護保険	
加算部分	管理療養費の加算項目	夜間・早朝訪問看護加算	(1日につき) 2,100円	夜間・早朝加算	所定単位数の25/100を加算
		深夜訪問看護加算	(1日につき) 4,200円	深夜加算	所定単位数の50/100を加算
		特別地域訪問看護加算	(基本療養費に) 50/100加算	特別地域訪問看護加算	所定単位数の15/100を加算
		(-)		中山間地域等における小規模事業所加算	所定単位数の10/100を加算
		(-)		中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の5/100を加算
		難病等複数回訪問加算	(1日につき2回/3回) 4,500/8,000円	(-)	
		長時間訪問看護加算	(週1回又は週3回) 5,200円	長時間訪問看護加算	(1回につき) 300単位
		複数名訪問看護加算	(週1回又は制限なし) 4,300円 ※准看護師と訪問-500円、 補助者と訪問-1,300円	複数名訪問加算	(30分未満1回につき) 254単位 (30分以上1回につき) 402単位
		乳幼児加算、乳児加算	(1日につき) 500円	(-)	
		緊急訪問看護加算	(1日につき) 2,650円	(-)	
	他	24時間対応体制加算	(1月につき) 5,400円	緊急時訪問看護加算	(1月につき) 540単位
		24時間連絡体制加算	(1月につき) 2,500円	(-)	
		特別管理加算	(1月につき) (重症度が高いもの) 2,500円 5,000円	特別管理加算	(1月につき) (Ⅱ) 250単位 (Ⅰ) 500単位
		退院時共同指導加算 特別管理指導加算	(退院後1回又は2回) (退院後1回又は2回) 6,000円 2,000円	退院時共同指導加算	(退院後1回又は2回) 600単位
		退院支援指導加算	(退院時1回) 6,000円	(-)	
		在宅患者連携指導加算	(1月につき) 3,000円	(-)	
		在宅患者緊急時等ケア加算	(月2回まで) 2,000円	(-)	
	(-)	訪問看護ターミナルケア療養費	20,000円	ターミナルケア加算	2,000単位
		訪問看護情報提供療養費	(1月につき) 1,500円	(-)	
		(-)		初回加算	(1月につき) 300単位
(-)			看護・介護職員連携強化加算	(1月につき) 250単位	
(-)			看護体制強化加算	(1月につき) 300単位	
(-)		サービス提供体制強化加算	(1回につき) 6単位		

横断的事項（その6）

診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応について③

1. 課題

- 7/12と9/27の中医協総会において、診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応について、ご議論いただいたが、特に、患者氏名のカタカナ記載及びレセプトに患者の住所地の郵便番号（7桁）を求めることについて、以下のような御意見があった。

主なご意見

- ・ 情報の利活用とあるが、具体的に何に使うのか。
 - ・ 被保険者証に郵便番号を記載すればよいのではないか。
 - ・ 郵便番号やカタカナの情報は、最近のシステムは既に格納しており、システム改修をすればレセプトに記載可能だが、古いシステムの場合はできない。医療機関にとって相当な負担であり、負担とならないようにすべき。
 - ・ 介護レセプトがカタカナだから合わせるとの話だが、漢字しかない医療レセプトとどちらの方に合わせる方がよいか精査すべき。
- こうした御意見を踏まえ、以下のとおり、考え方を整理する。

2. 対応方針（案）

（1）患者氏名のカタカナ記載の追記

① 必要性

- ・ 医療と介護のデータを連結して解析することにより、リハビリテーション、退院時の支援など、医療と介護の連携の状況に関するレセプトベースのデータが月次ベースで把握可能となる。
- ・ また、介護保険事業計画等の策定・評価等に際しても、地域住民の医療・介護ニーズをふまえて両サービスをバランスよく整備するため、医療と介護のデータを連結させた分析・評価が可能となる。
- ・ 情報の精度として、漢字の場合は旧字体など複数の字体があり、表記に揺れが生じる可能性がある。表音文字であるカタカナとひらがなの大きな違いはないが、現在、介護保険台帳はカタカナ表記であり、それを前提としたシステムとなっている。

② 平成 30 年度改定における具体的な対応

- ・ 最近のシステムにはカナ情報が格納されていることから、電子レセプトに対応している医療機関等に対して、レセプトへの患者氏名のカタカナ記載の協力を求める。
- ・ なお、患者氏名のカタカナの記載は、請求とは直接関係がないため、記載がなくても、審査支払機関又は保険者において、保険医療機関等に返戻は行わないこととする。

(2) 郵便番号（患者住所情報）

① 必要性

- ・ 地域医療構想、医療費適正化計画等において、都道府県間・医療圏間の患者の流出入をどのように取り扱うかは大きな課題であり、地域単位の評価を地域の関係者で行うに当たっては、策定段階で見込んだ流出入と実際の患者の流れとの差をできるだけ正確に把握することが必要。
- ・ 郵便番号（患者住所情報）をレセプトに記載すれば、患者の流出入が月次ベースで把握可能となり、地域医療構想、医療費適正化計画等を地域の関係者で評価するに当たり、実際の患者の流れに即した評価を可能とする、有用なデータとなることが想定される。

② 平成 30 年度改定における具体的な対応

- ・ 保険医療機関等において、レセプトへ郵便番号（患者住所情報）を記載するためには、保険者による住所情報の把握と被保険者証への記載が必要。
- ・ また、平成 32 年度に向けて検討されている被保険者番号の個人単位化等との関係もあわせて整理することが適当。
- ・ このため、平成 32 年度改定に向けて検討することが適当。