

<知識編 I (制度)>

6. 医療と介護の連携強化に向けた
報酬改定の動向

令和4年11月24日
埼玉県立大学

<目次>

I-6 医療と介護の連携強化に向けた報酬改定の動向

1. 入退院支援の機能強化に向けた主な報酬改定.....	1
1) 入退院支援のステージと病院・ケアマネジャー等の関わりをイメージする	1
2) 入退院支援の機能強化に向けた主な報酬改定の動向	3
① 退院支援加算の新設(2016 年度診療報酬改定)	3
② 病院とケアマネジャー間の連携プロセスの見直し(2016 年度老健事業).....	5
③ 病院とケアマネジャー間の連携の推進(2018 年度介護報酬改定)	7
④ 病院と居住系・介護保険施設間の連携の推進(2018 年度介護報酬改定).....	9
2. 在宅での医療・介護連携の推進に向けた主な報酬改定.....	11
1) 介護職とリハ職の連携強化.....	11
2) アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の推進とターミナル期における主治医 とケアマネジャーの連携強化.....	13

I-6 医療と介護の連携強化に向けた報酬改定の動向

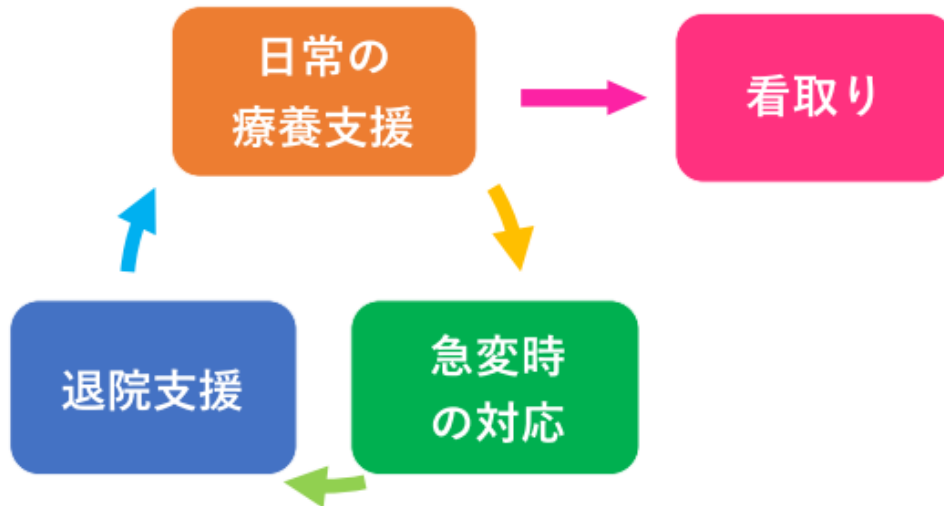
1. 入退院支援の機能強化に向けた主な報酬改定

1) 入退院支援のステージと病院・ケアマネジャー等の関わりをイメージする

ポイント

- 厚生労働省は、在宅医療・介護連携に関し、連携の目的や対象（誰と誰の連携なのか）、期待されている連携内容が異なる 4 つの場面（①日常の療養支援、②急変時対応、③退院支援、④看取り）ごとに、連携の現状と課題の抽出、対応策の検討を行うことを求めています（**図表 I-6-1**）。
- ただし、**4 つの場面はそれぞれ独立したものではありません**。日常療養中の要支援・要介護者が、脳卒中や誤嚥性肺炎などの急変を起こして入院し、退院支援を受けた後、在宅生活に戻っていき、ふたたび再発予防などを含めた日常療養支援を受けるといったサイクルが一般的に生じることとなります。
- 大阪府は、これら一連のサイクルを、在宅療養期を含めた 5 つのステージに分類しています（**図表 I-6-2**）。このうち、入院～退院に関連する 3 つのステージ、
 - ・ 1 期：病院と在宅チームが認識・方向性・力を合わせる時期
 - ・ 2 期：退院に向けて心と身体、療養環境を整える時期
 - ・ 3 期：退院後に必要な支援が切れ目なく提供されるよう、病院から在宅チームへつなぐ時期
 ごとに、病院側と在宅側がそれぞれ行うべき入退院支援の内容を手引きとして整理されています。
- **入退院支援の現状把握と課題抽出を行う場合、これらステージに分けてみる必要があります**。この際、連携等の実施状況に関しては、診療報酬や介護報酬の算定状況で把握することができます。例えば、1 期であれば、入院時情報連携加算（介護報酬）や入退院支援加算（診療報酬）などが、2 期であれば、退院・退所加算（介護報酬）や退院時共同指導料 2・介護支援等連携指導料（診療報酬）などが、3 期であれば、退院時共同指導加算（介護報酬）などがこれに該当します。
- 現在、厚生労働省の地域包括ケア「見える化」システムで、在宅医療・介護連携に関するデータ整備が進められており、一部の指標に関しては、同システムを活用して把握することができるようになっていきます。

図表 I-6-1. 在宅医療・介護連携の4つの場面



出所) 大阪府：大阪府入退院支援の手引き 病院から住み慣れた暮らしの場へ～地域みんなで取り組む入退院支援～(2018年1月)を一部改変

図表 I-6-2. 病院と在宅チームが協働して進める入退院支援のステージ



出所) 大阪府：大阪府入退院支援の手引き 病院から住み慣れた暮らしの場へ～地域みんなで取り組む入退院支援～(2018年1月)を一部改変

2) 入退院支援の機能強化に向けた主な報酬改定の動向

① 退院支援加算の新設(2016 年度診療報酬改定)

ポイント

- 効率化を目指した医療機関間の機能分化の推進は、サービスの質の低下（不本意な転院や退院、予期しない退院後早期の再入院など）を招く危険性があります。そこで、退院後の円滑な在宅生活への移行と定着を促すため、機能分化と同時に、連携の強化も進められることになります。
- こうした中、2016 年度の診療報酬改定で、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取り組みや医療機関間の連携等を推進する観点から、「**退院支援加算**」が新設されました（**図表 I-6-3**）。同加算のポイントは、①従来の名称（退院調整加算）を退院支援加算に変更したこと、②**従来の退院調整加算（現在の「退院支援加算 2」と同要件）の点数を大きく上回る点数として、「退院支援加算 1」が設けられたこと**です。ただし、退院支援加算 1 を算定するためには、以下のような要件を満たす必要があります。
 - ① 入院後 3 日以内に退院困難な患者を抽出すること
 - ② 入院後 7 日以内に患者・家族との面談、ならびに院内多職種によるカンファレンスを開催すること
 - ③ 退院調整部門に専従者を 1 名以上置くとともに、2 病棟に 1 名以上の退院支援業務専従者を配置すること
 - ④ 連携する医療機関等（20 カ所以上）の職員と定期的な面会を実施していること（年 3 回以上）
 - ⑤ ケアマネジャーとの連携実績があること
- この加算は、病院が行う関連行為を評価したものです。こうした報酬改定を通じて、厚生労働省は、病院に対して、退院支援の機能強化を促しているのです。逆に、**これら加算の算定状況（レセプトなどをもとに）などを把握すれば、自地域内の病院の退院支援への取組状況を把握することも可能となる**のです。

図表 I-6-3. 退院支援加算の新設（2016 年度診療報酬改定）

退院支援に関する評価の充実①


➢ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

(改) 退院支援加算2

イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点
 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635点



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	7日以内に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名(看護師又は社会福祉士)	専従1名(看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)	-
医療機関間の顔の見える連携の構築	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)	-
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績	-

出所) 厚生労働省保険局医療課：平成 28 年度診療報酬改定の概要，平成 28 年度診療報酬改定説明会（2016 年 3 月 4 日開催）より引用。点数は当時のもの。

② 病院とケアマネジャー間の連携プロセスの見直し(2016 年度老健事業)

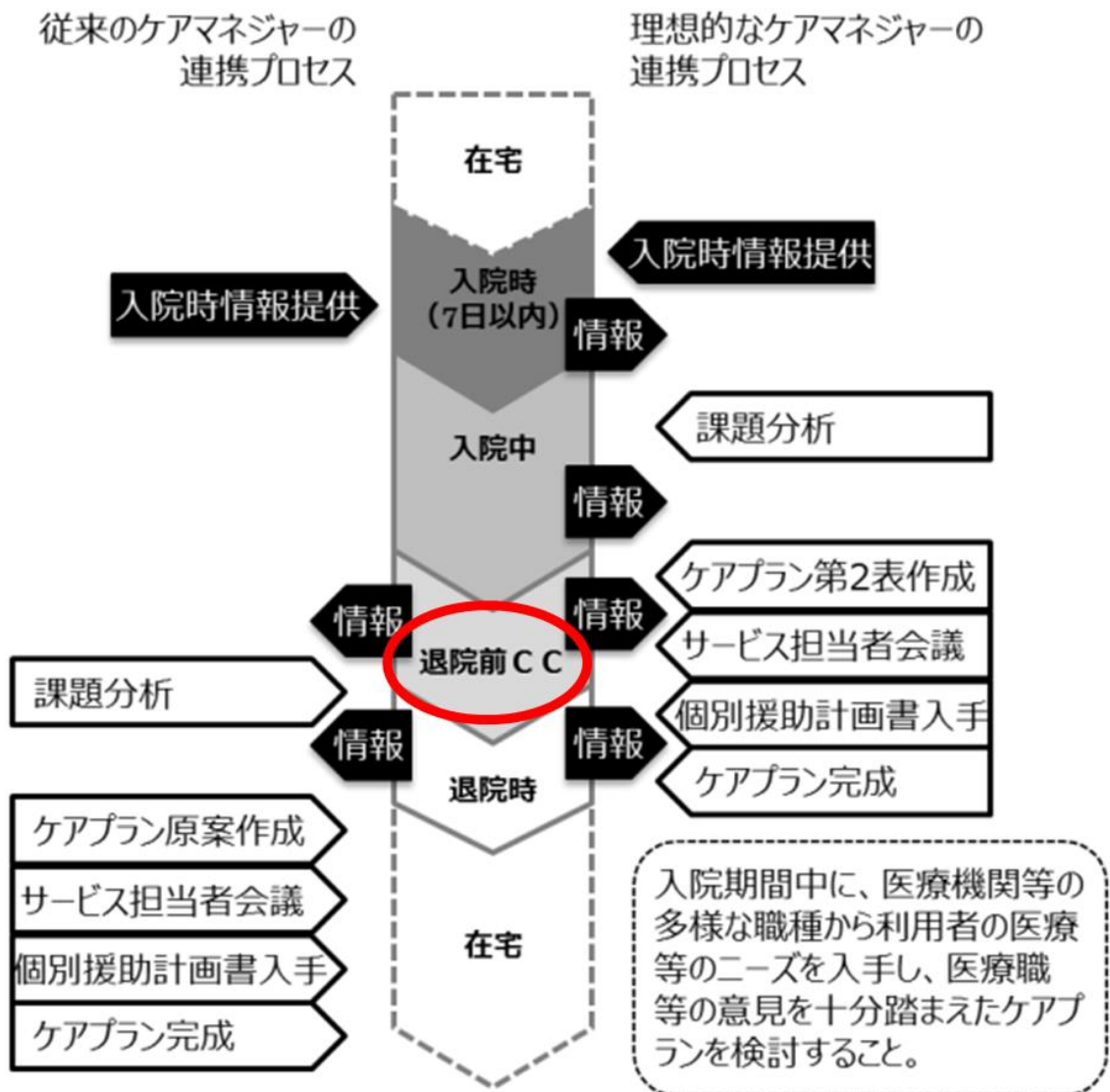
ポイント

- 2016 年に新設された「退院支援加算 1」を算定している医療機関では、入院して 3 日以内に、退院支援が必要か否かの判断を行っています。一方、当時、ケアマネジャーから医療機関への入院時情報提供は 1 週間以内となっており、両者の連携に支障を来していました。そこで、2016 年度の厚生労働省老人保健健康増進等事業「入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究」において、病院とケアマネジャー間の連携プロセスの見直しが検討されました。以下、**図表 I-6-4** を参照しつつ、お読みください。
- 従来のケアマネジャーの連携プロセスは、
 - ① 担当利用者が入院した場合、1 週間以内に入院時情報提供を行う
 - ② 退院前ケアカンファレンス（退院前 CC、下記コラム参照）に参加し、各種情報を収集する
 - ③ 収集した情報をもとにケアプランを策定する
 といった流れでしたが、このプロセスでは、入院時情報提供のタイミングが遅い、退院前 CC の機能が十分には生かされていないなどの課題がありました。
- そこで、「退院支援加算 1 の要件に合わせて、入院して 3 日以内に、退院支援の必要性の判断に資する情報を病院に提供する」「早めに情報収集を行った上でケアプラン原案を作成し、退院前 CC で説明し、病院の医療多職種から退院後の療養に対する助言をもらう形にする」といった改善案が提言されました。
- これら提言を受ける形で、後述する 2018 年の介護報酬改定で、様々な見直しが行われることになりました。

【コラム I-10】退院前ケアカンファレンス(退院前 CC)とは

- ◇ 要支援・要介護高齢者が病院から自宅に円滑に退院するためには、病院関係者と退院後に関わる在宅関係者間で適切な引継ぎが行われる必要があります。その場のことを退院前 CC と言います。通常は、病院が主導で会議が設定され、ケアマネジャーに連絡が行く形になります。
- ◇ 例えば、誤嚥性肺炎の高齢者が自宅退院するケースで考えてみましょう。入院前と比べ、食べるための機能（咀嚼・嚥下機能）は低下しています。そのため、退院後の食事の形態（食形態）も見直す必要があります。退院後に再び誤嚥を引き起こさないためには、①食べる機能とそれに応じた食形態が選択されていること、②誤嚥を防ぐための対策に関する医療職からの情報提供や助言が必須なのです。
- ◇ 退院前 CC は、医療多職種から助言をもらえる貴重な場です（退院患者に関する地域ケア個別会議の病院版）。ケアマネジャーは、こうした場に積極的に参加し、医療職からの助言をケアプランに生かしていく必要があります。

図表 I-6-4. 病院とケアマネジャー間の連携プロセスの見直し
(2016 年度老人保健健康増進等事業)



出所) 株式会社日本能率協会総合研究所：入退院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き (2017年3月)、2016年度厚生労働省老人保健健康増進等事業_入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業より引用

③ 病院とケアマネジャー間の連携の推進(2018 年度介護報酬改定)

ポイント

- 前述した 2016 年度老人保健健康増進等事業の提言なども参考にしながら、2018 年度介護報酬改定にてさまざまな見直しが行われました。その 1 つが「**入院時情報連携加算の見直し**」です。それまでの入院後 7 日以内の情報提供に加えて、入院後 3 日以内に利用者の情報を入院医療機関に提供した場合を評価する点数「入院時情報連携加算 (I)」が新設されました。
- また、ケアマネジャーが算定できる「退院・退所加算 (従来は 3 回まで算定可能)」に対しても見直しが行われました。具体的には、「退院前 CC に参加した場合と参加しなかった場合で評価に差を設けること」が行われました。これは、**ケアマネジャーの退院前 CC への参加を促すために行われた見直し**です。
- また、医療機関と連携を密に図っている居宅介護支援事業所をより評価するために、既存の「特定事業所加算 (I) ~ (III)」に、新たに「特定事業所加算 (IV) 125 単位/月」が新設されました。なお、この点数を算定する要件は、①特定事業所加算 I、II、III のいずれかを算定していること、②退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年 35 回以上行っていること、③ターミナルケアマネジメント加算を年間 5 回以上算定していることです。
- このように、退院後の円滑な在宅生活への移行を実現するために、入院医療機関とケアマネジャー間の連携強化が図られたのです。

図表 I-6-5. 病院とケアマネジャー間の連携強化に向けた報酬改定の主な論点

論点 1
<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機関へ入院した人の退院後の円滑な在宅生活への移行を促進するため、入退院時における医療・介護連携をさらに強化するための対応を行ってはどうか。 ○ 加えて、入退院時に限らず、平時からの医療機関との連携の促進を図るための対応を行ってはどうか。
対応案
<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院時における医療機関との連携を促進する観点から、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者やその家族に対して、利用者が入院した場合に担当ケアマネジャーの氏名や連絡先等の情報を入院医療機関の職員等に提供できるよう協力を依頼することについて、運営基準で明確化してはどうか。 ・ 入院時情報連携加算について、現行の入院後7日以内の情報提供に加えて、入院後3日以内に利用者の情報を医療機関に提供した場合を新たに評価するとともに、情報提供の方法（訪問又は訪問以外）による差は設けないこととしてはどうか。また、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してはどうか。
対応案（続き）
<ul style="list-style-type: none"> ○ 退院・退所後の円滑な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・退所加算の評価を充実させてはどうか。具体的には、以下の仕組みとしてはどうか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 医療機関等との連携回数に応じた評価 ・ 加えて、医療機関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 また、退院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（医療処置、看護・リハビリの視点等）を充実させることによって、退院・退所後の在宅生活へのより円滑な移行に資するよう、必要な見直しを行ってはどうか。 ○ 平時からの医療機関との連携の促進を図る観点から、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを、運営基準で明確化してはどうか。 ・ 主治の医師等が適切な判断を行えるよう、訪問介護事業所等から伝達を受けた口腔に関する問題や薬剤状況等の利用者の状態や、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを運営基準で明確化することで、主治の医師等がケアプランに医療サービスを位置付ける必要性等を判断できるようにしてはどうか。

出所) 厚生労働省：居宅介護支援の報酬・基準について（案）、第152回介護給付費分科会（2017年11月22日）、資料1より引用

④ 病院と居住系・介護保険施設間の連携の推進(2018 年度介護報酬改定)

ポイント

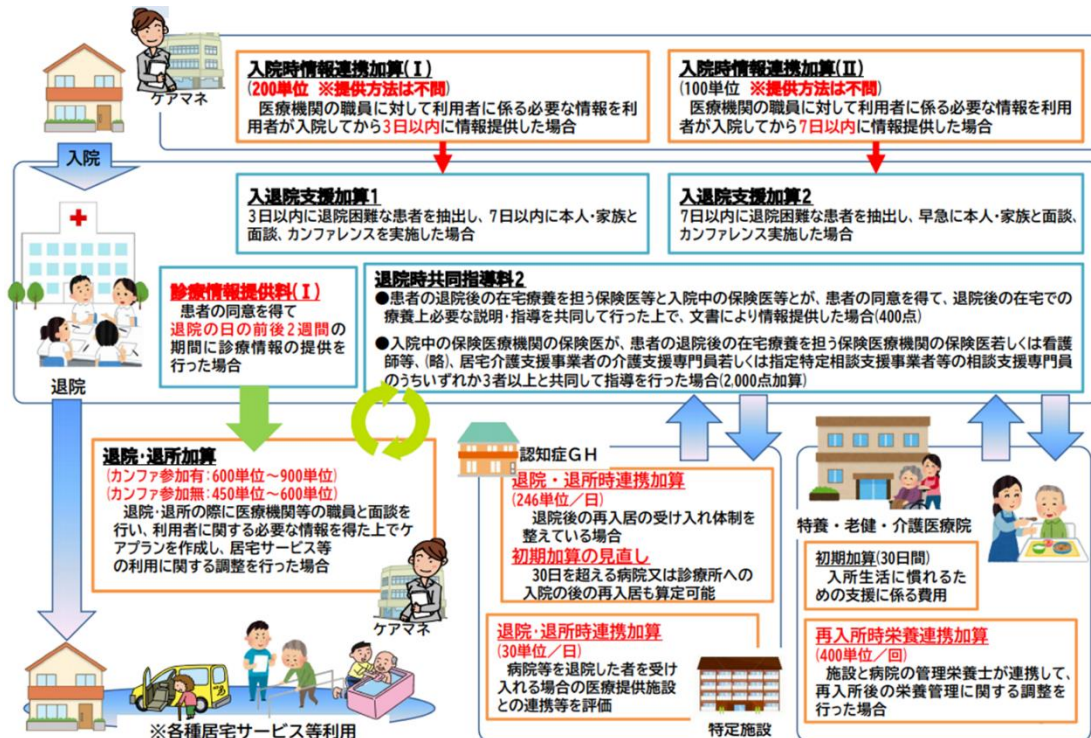
- 厚生労働省の調査によると、調査したグループホームの過去 2 年間の一時的な入院者数は 1 事業所当たり 5.1 人で、その理由としては、「呼吸器の病気」29.3%、「外傷（転倒・骨折など）」20.5%などが高い割合を占めていました。
- 認知症の方の場合、入退院による環境の変化が認知症の症状の悪化や行動・心理症状の出現につながりやすいため、入居者の早期退院や退院後の安定した生活に向けた取組が重要となります。そこで、2018 年度の介護報酬改定で、入院後 3 か月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受入体制を整えている場合に、1 カ月に 6 日を限度に算定可能な点数「**入院時費用**」が新設されました（**図表 I-6-6**）。
- また、介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、その後退院して再入所した際、栄養状態や摂食機能が入院前と大きく異なっていることがあります。特に、経管栄養や嚥下調整食の導入など、摂食形態が以前と違う場合には栄養管理面での連携が重要となります。そこで、施設入所時とは異なる栄養管理が必要となった場合、施設の管理栄養士が入院していた医療機関を訪問したうえで、医療機関の管理栄養士と連携し、再入所後の栄養管理に関する調整を行うことを評価するための加算「**再入所時栄養連携加算**」が 2018 年度の介護報酬改定で新設されました（**図表 I-6-7**）。
- このように、2018 年度の介護報酬改定では、入院医療機関と在宅間、居住系施設や介護保険施設間の入退院・入退所時の連携強化が推進されたのです（図表 I-6-7）。

図表 I-6-6. 医療機関とグループホーム間の連携の推進

概要	
※介護予防認知症対応型共同生活介護を含む	
○ 認知症の人は入退院による環境の変化が、認知症の症状の悪化や行動・心理症状の出現につながりやすいため、入居者の早期退院や退院後の安定した生活に向けた取り組みを評価することとする。	
ア 入院後3カ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、1月に6日を限度として一定単位の基本報酬の算定を認めることとする。	
イ 医療機関に1カ月以上入院した後、退院して再入居する場合も初期加算の算定を認めることとする。	
単位数	
○アについて <現行> なし	⇒ <改定後> 246単位/日(新設)
○イについて <現行> 初期加算 30単位/日	⇒ <改定後> 変更なし
算定要件等	
<アについて>	
○ 入居者が、病院又は診療所へ入院する必要がある場合であって、入院後三月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保していること。	
○ 上記の体制を確保している場合には、入居者が病院又は診療所への入院を要した場合に、1月に6日を限度として算定を認める。	
<イについて>	
○ 初期加算の算定要件として以下の要件を加える。 「30日を超える病院又は診療所への入院の後に指定認知症対応型共同生活事業所に再び入居した場合も、同様とする。」	

出所) 厚生労働省：平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改定事項について、第158回介護給付費分科会(2018年1月26日)、参考資料1より引用

図表 I-6-7. 入退院・入退所時の医療と介護の連携に対する報酬の全体像



出所) 厚生労働省：介護保険制度の見直しと介護報酬改定、札幌市平成30年度介護報酬改定説明会(2018年3月2日)より引用

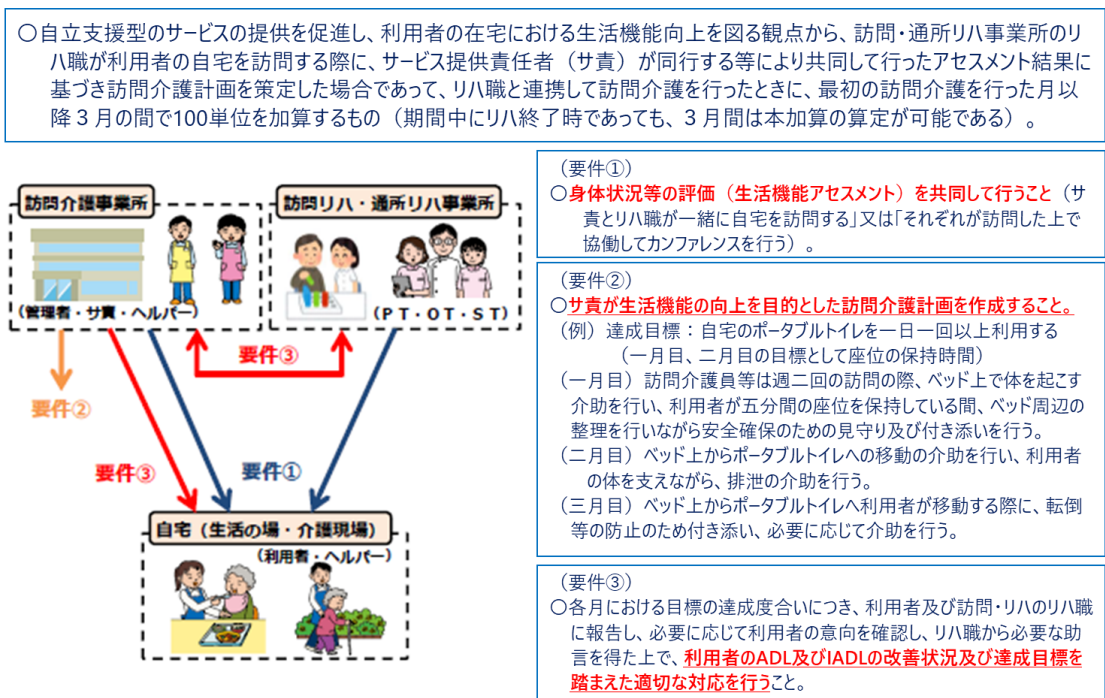
2. 在宅での医療・介護連携の推進に向けた主な報酬改定

1) 介護職とリハ職の連携強化

ポイント

- ケアマネジャーは全体計画（ケアプラン）を策定するものの、在宅療養者の日常生活活動（ADL）や手段的 ADL（IADL）に直接介入するわけではありません。直接介入するのは、ケア職やリハ職などであり、自立支援・重度化防止を図るためには、**両者の連携が重要**となります。
- これを推進するため、2012年度介護報酬改定で新設されたのが、「訪問介護事業所連携加算（リハ事業所が算定）」及び「生活機能向上連携加算（訪問介護事業所が算定）」です。なお、同点数は、**訪問介護サービス提供責任者と訪問リハ職が利用者宅を訪問し、両者が連携して、ADL 等のアセスメントおよび訪問介護計画の作成を行う行為を評価したものです（図表 I-6-8）**。
- 2018年度介護報酬改定では、自立支援・重度化防止に資する介護を推進する観点から、同加算の見直しが行われました（連携するリハ職の対象範囲の拡大、ICT を活用した連携の評価など）。あわせて、訪問介護の自立支援の機能を高める観点から、身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化が図られました。
- さらに、訪問介護に加えて、通所介護の質の向上を図る観点から、通所介護事業所の職員と外部のリハ職等が連携して、機能訓練のマネジメントを行うことを評価する「生活機能向上連携加算」が、通所介護事業所にも新設されました。また、自立支援・重度化防止の観点から、ADL の維持・改善度合いの高い事業所を評価するための「ADL 等維持加算（アウトカム評価）」が新設されました（図表 I-6-9）。
- 介護サービスは、生活機能の維持・向上を通じて、「高齢者が望む自立した日常生活の実現を支援すること」が目的です。ケア職には、これら目的の達成を目指してリハ職と協働することが、また、リハ職には、訪問・通所リハといった直接的なサービス提供に加えて、ケアおよび個別援助計画の質向上に向けた適切な助言を行うことが求められているのです。

図表 I-6-8. 介護サービスの質向上を目指した介護職とリハ職の連携強化



出所) 厚生労働省：訪問介護の報酬・基準について、第149回介護給付費分科会（2017年11月1日）、資料1を一部改変

図表 I-6-9. 介護職とリハ職の連携対象事業所の拡大（2018年度介護報酬改定）

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。
平成30年度介護報酬改定 **改定率：+0.54%**

I 地域包括ケアシステムの推進	II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現
<p>■ 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入居者の医療ニーズへの対応 ○ 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進 ○ 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設 ○ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保 ○ 認知症の人への対応の強化 ○ 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進 ○ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進 	<p>■ 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ リハビリテーションに関する医師の関与の強化 ○ リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充 ○ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進 ○ 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入 ○ 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設 ○ 身体的拘束等の適正化の推進
III 多様な人材の確保と生産性の向上	IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保
<p>■ 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 生活援助の担い手の拡大 ○ 介護ロボットの活用の促進 ○ 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和 ○ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加 ○ 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し 	<p>■ 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉用具貸与の価格の上限設定等 ○ 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等 ○ サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し ○ 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等 ○ 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

出所) 厚生労働省：平成30年度介護報酬改定に関する審議報告の概要（案）、第156回介護給付費分科会（2017年12月13日）、資料1より引用

2) アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の推進とターミナル期における主治医とケアマネジャーの連携強化

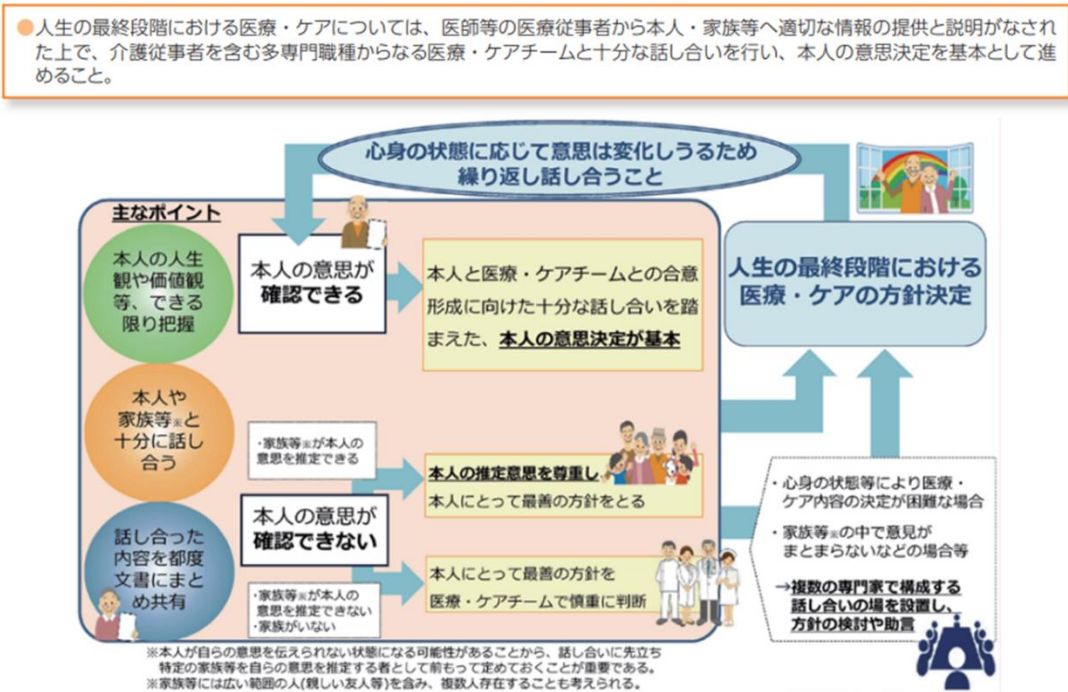
ポイント

- 人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療職から本人・家族等に適切な情報の提供と説明がなされた上で、**本人の意思決定を基本としながら**、介護職を含む多職種からなる医療・ケアチーム内で十分な話し合いが行われながら進められる必要があります。また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要となります（**図表 I-6-10**）。
- また、ターミナル期の利用者に適切に対応するためには、主治医とケアマネジャー間の連携は必須となります。そこで、末期の悪性腫瘍の利用者また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ために新設されたのが、ターミナルケアマネジメント加算です。ケアマネジャーには、主治医と連携を密にとるとともに、主治医とサービス事業者間の現状・課題認識の共有や連携強化を促す役割も求められています（**図表 I-6-11**）。

【コラム I-11】アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは

- ◇ ACP は 1990 年代にアメリカで提唱された概念で、それ以前は AD（Advance directives：アドバンス・ディレクティブ）が推進されていました。AD とは、患者が意思決定できなくなった場合の医療行為や代理意思決定者に関する意向を、予め本人が文書で表明する「事前指示」の概念のことです。
- ◇ 一方、ACP は、今後の治療・療養について本人・家族と医療・介護従事者が予め話し合う自発的なプロセスのことで、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、関係者と共有されることが望ましいとされていますが、その実施に当たっては、次期が早すぎると失敗し、遅すぎると役に立たないと言われています。
- ◇ ACP において重要なことは「意思決定支援」です。その支援プロセスにおいて、本人の意思決定を周囲の皆で支え、本人の価値観、人生観に寄り添い共に考える姿勢が重要となります。

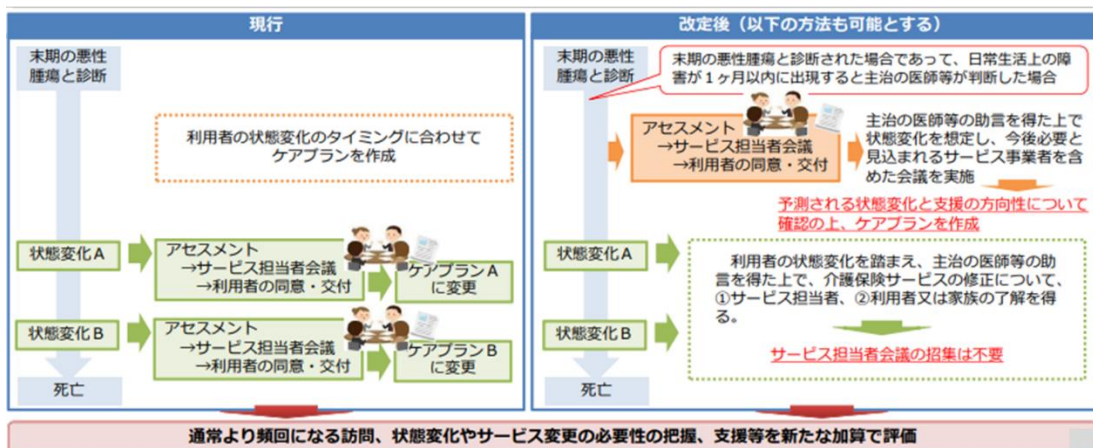
図表 I-6-10. 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図、2018年版）



出所) 江澤和彦：在宅医療におけるかかりつけ医の役割、令和3年度厚生労働省委託事業「在宅医療関連講師人材養成事業」研修会資料より引用

図表 I-6-11. ターミナルケア期における主治医とケアマネジャーの連携強化（2018年度介護報酬改定）

○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
ターミナルケアマネジメント加算：400単位/月（新設）



出所) 厚生労働省：平成30年度介護報酬改定の主な事項について、第158回介護給付費分科会（2018年1月26日）、資料1を一部改変

令和4年度 老人保健健康増進等事業

PDCAサイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の具体的推進方策に関する調査研究事業

在宅医療・介護連携推進事業をさらに実効性のあるものとするために

「事業マネジメント力」を高めよう

オンライン研修会テキスト

知識編Ⅰ(制度)-5 在宅医療の体制構築に向けた制度改正／報酬改定の動向

発行 公立学校法人 埼玉県立大学

発行日 令和4年11月24日