

Dr武藤のミニ動画  
2024年同時改定のポイント③  
高齢者施設における医療



社会福祉法人

日本医療伝道会  
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ  
相談役 武藤正樹  
よこすか地域包括推進センター長

# 衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、  
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、  
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、  
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

## ■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション  
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】





富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

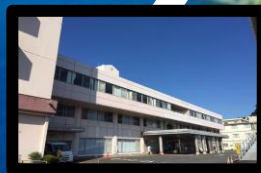
衣笠病院グループ



長瀬  
ケアセンター

浦賀

三浦



# 目次

- パート 1
  - 同時改定へ向けての意見交換会
- パート 2
  - 要介護高齢者と急性期入院
- パート 3
  - 高齢者施設における医療
- パート 4
  - 高齢者施設と感染症





# パート1 同時改定へ向けての 意見交換会



# 同時改定へ向けた意見交換会

- 診療報酬は中医協総会で審議
- 介護報酬は介護給付費分科会で審議
- 同時改定へむけて両会の間で事前に意見交換を行う
  - 1. 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
  - 2. 高齢者施設・障害者施設等における医療
  - 3. 認知症
  - 4. リハビリテーション・口腔・栄養
  - 5. 人生の最終段階における医療・介護
  - 6. 訪問看護
  - 7. 薬剤管理
  - 8. その他

## 出席者一覧

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

(五十音順 敬称略)



## 2. テーマ・議題（案）

○ 議題は、各報酬の対象者が今後直面すると考えられる以下のテーマを議題とする。

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

2023年4月19日

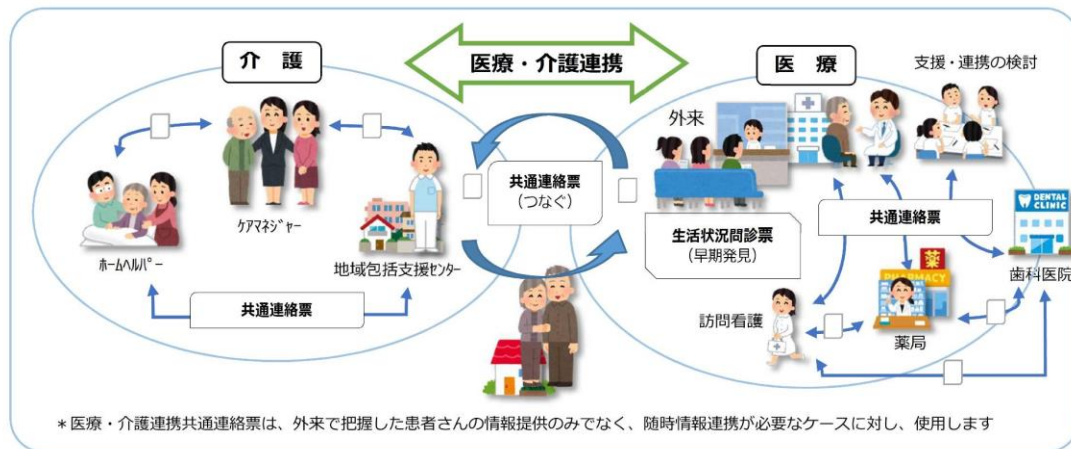
## 3. 開催時期と頻度

- ・ 第1回（本日） 令和5年3月15日 テーマ1、2、3
- ・ 第2回 令和5年4月 テーマ4、5
- ・ 第3回 令和5年5月 テーマ6、7

※テーマ8については各テーマ内で議論を予定

# パート2

## 要介護高齢者と 急性期入院



# 高齢化と介護需要の増加

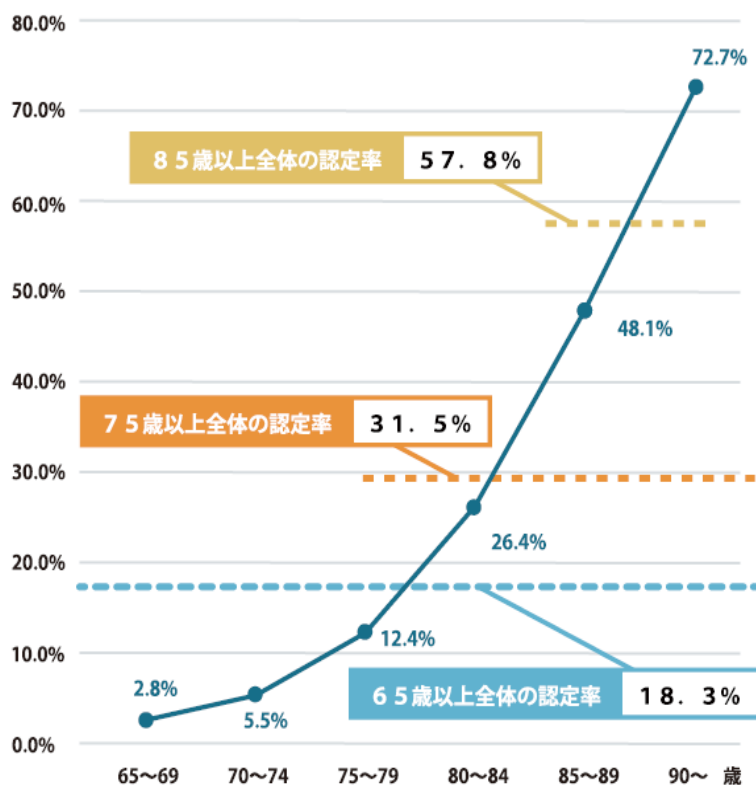




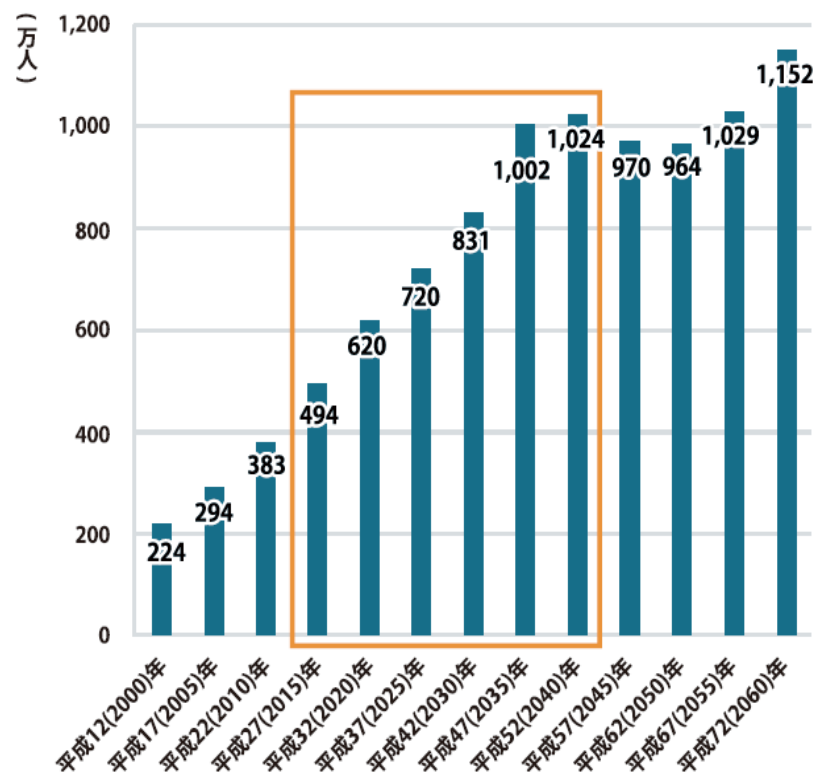
# 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 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



出典

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）

# 急性期病床に 押し寄せる後期高齢者

後期高齢者で  
埋め尽くされる  
急性期病床

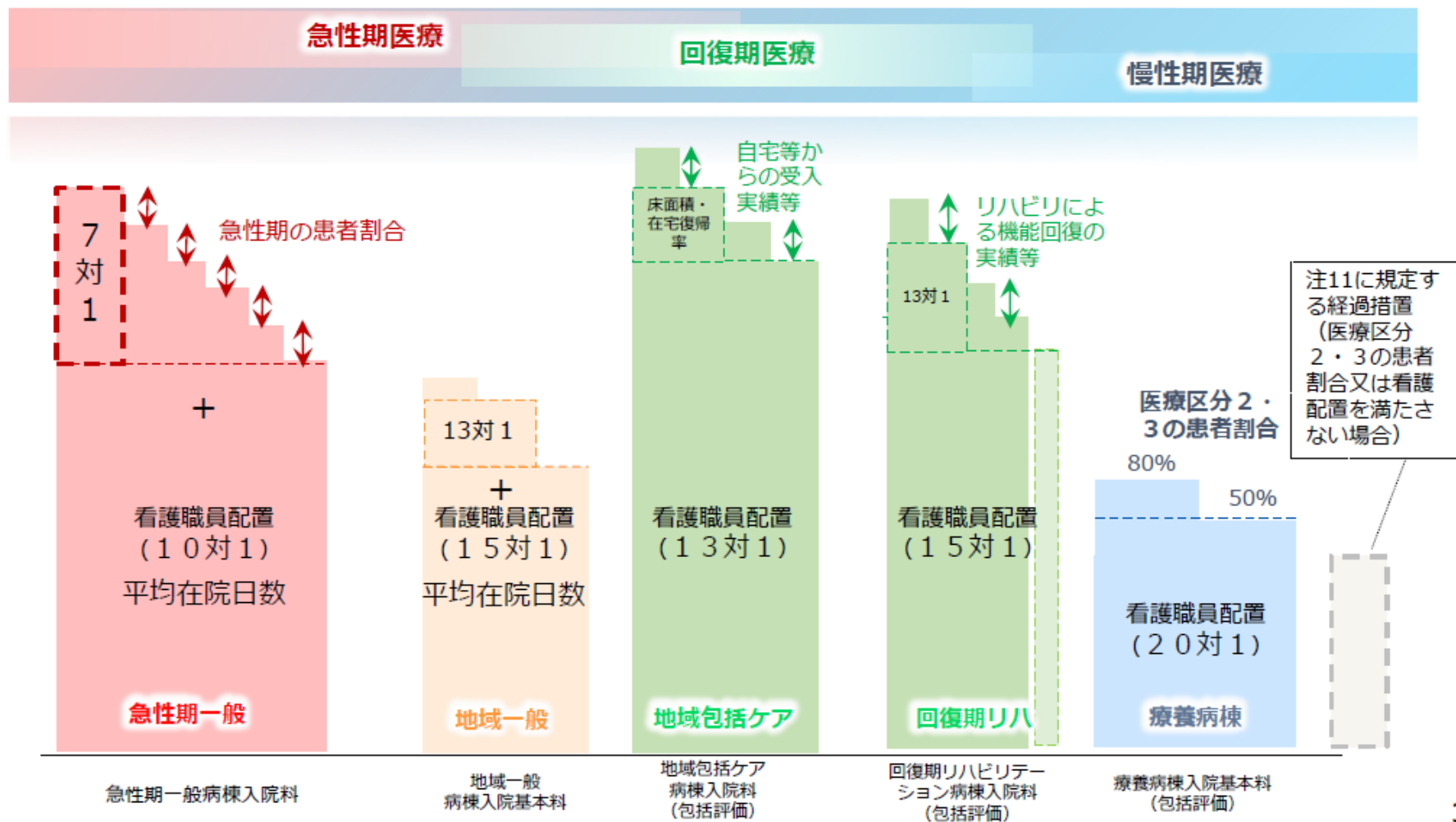


後期高齢者  
入院パンデ  
ミック

## 入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

- 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。

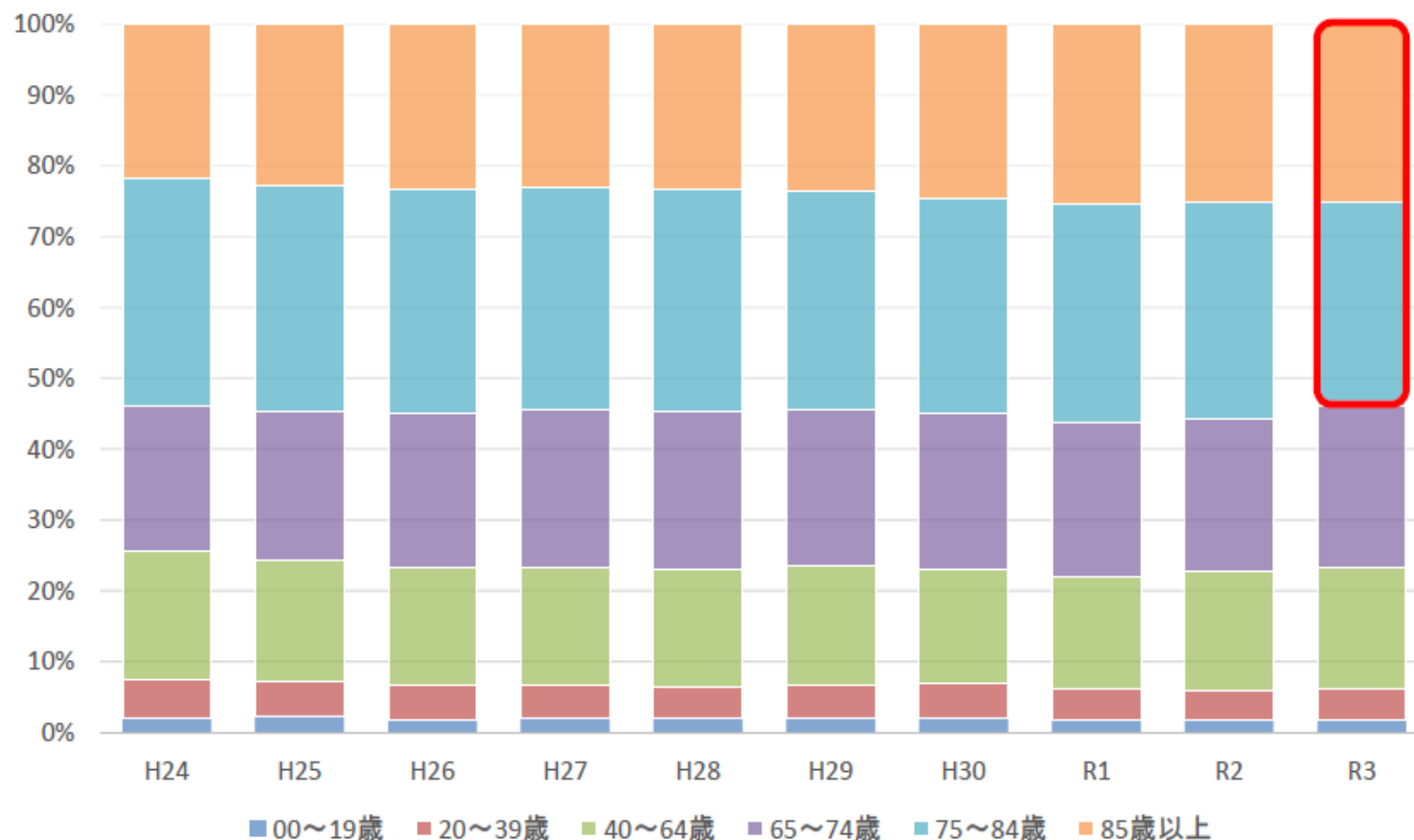




# 入院患者の年齢構成の推移②（急性期一般入院料 1～3）

- 急性期一般入院料1～3を算定する入院患者の年齢構成比の経年変化はほぼ横ばいである。
- 令和3年では、入院患者のうち54%を75歳以上が占める。

■急性期一般入院料 1～3 ※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は7対1一般病棟入院基本料

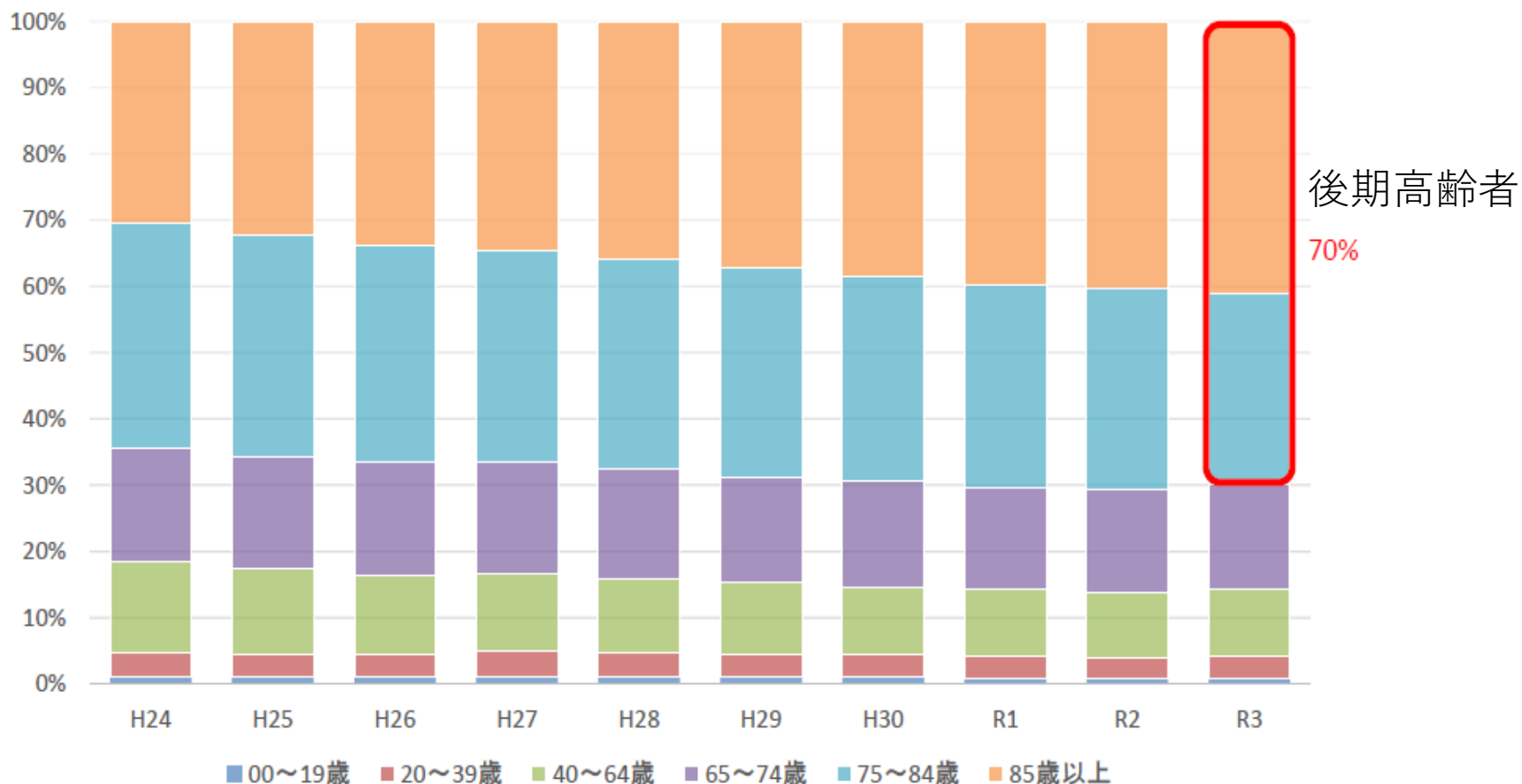


後期高齢者  
54%

# 入院患者の年齢構成の推移③（急性期一般入院料4～7）

- 急性期一般入院料4～7を算定する入院患者のうち、75歳以上の高齢者が占める割合は年々増加しており、特に85歳以上の占める割合が増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち70%を75歳以上が占める。

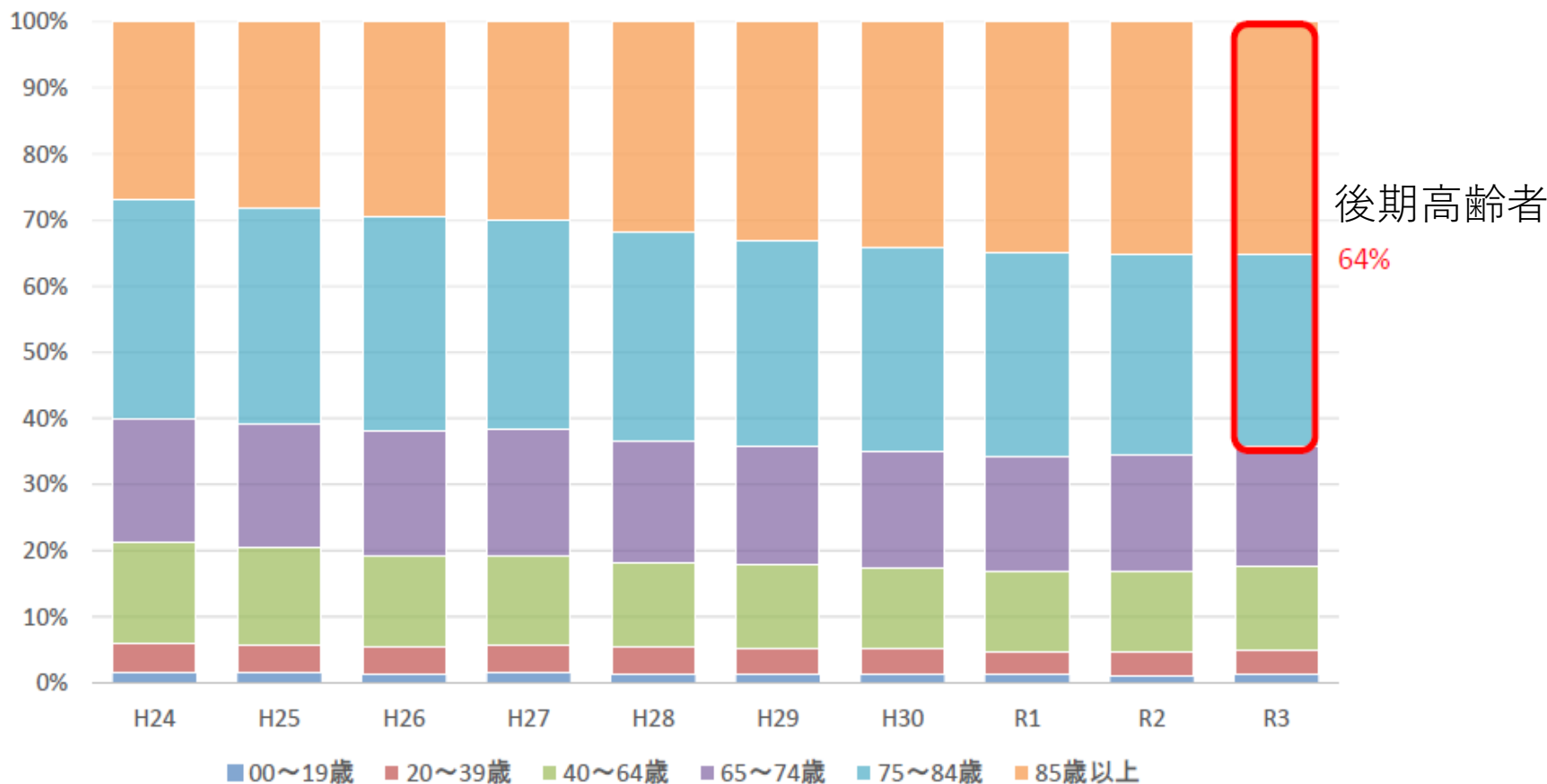
■急性期一般入院料4～7※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は10対1一般病棟入院基本料



# 入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

- 急性期一般入院料を算定する入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち64%を75歳以上が占める。

■ 急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は7対1または10対1一般病棟入院基本料



# 後期高齢者入院 パンデミックへの対応



pixta.jp - 15875412



pixta.jp - 15875412



pixta.jp - 15875412



pixta.jp - 15875412



pixta.jp - 15875412



pixta.jp - 15875412

# 意見交換会での委員の意見

- 現在の急性期病院は比較的若年層の重症患者仕様となっていて、高齢患者向けの介護・リハビリ体制になってはいない。
- 意見交換会では、こうした状況に対応するために、以下の2つのプランが出された。
- プランA
  - 急性期病棟においても十分な介護・リハビリを行う
- プランB
  - 高齢の急性期患者では、疾患の状態にもよるが介護・リハビリ体制が整った病棟、たとえば地域包括ケア病棟などへの転棟、入院を促す



# プランA

## • プランA

- 急性期病棟にリハビリ専門職や介護福祉士を多く配置する
- 急性期病床へのADL維持向上対策加算のようにリハビリスタッフを配置する。
- 日本慢性期医療協会では、かねてより「寝たきり防止のため、急性期病棟にもリハビリテーションの視点から介護を行える介護福祉士を配置すべき」と言っている
- 意見交換会では、「介護人材が不足する中では、急性期病棟への介護福祉士配置は現実的ではない」との声も出ている。

# 理学療法士の配置における効果

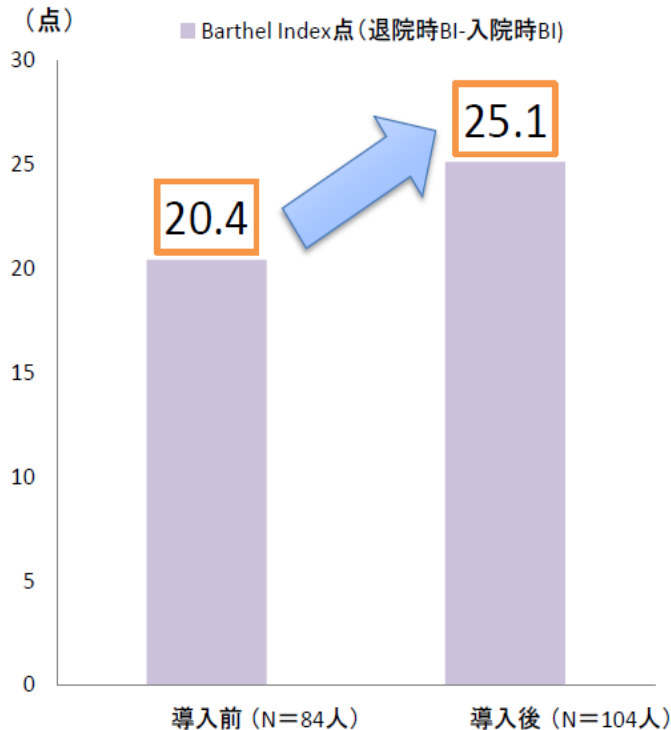
中医協 総-1

25.12.4

対象 : 広島大学病院実績  
期間 : (病棟配置導入前)07年10月~08年3月 (病棟配置導入後)08年10月~09年3月  
病棟 : 脳神経内科・脳神経外科病棟  
人員配置 : 理学療法士2名を専属  
専属理学療法士の業務 : 病棟内でのリハビリテーション・脳神経内科・脳神経外科それぞれの症状検討カンファレンス(1/週、60~120分)  
・病棟カンファレンス(1/週、30分)に毎週参加・カンファレンスでは患者のリハビリ状況をビデオ撮影し、平均3例の経過報告を5分程度毎週行う。  
・看護師を対象とした勉強会を開催

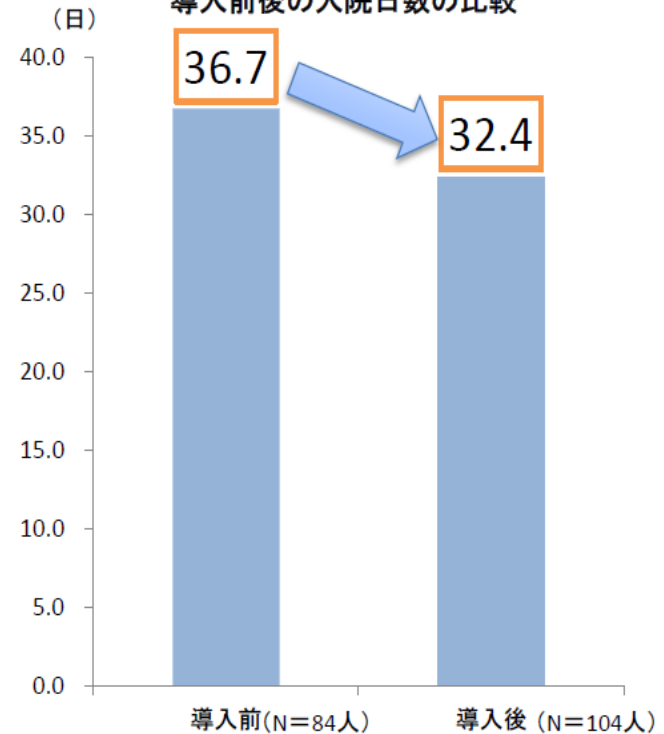
## ADLの早期回復

入院患者のADL回復程度(Barthel Index:BI※)の比較  
(理学療法士の病棟配置導入前後の比較)



## 入院日数の短縮

理学療法士の病棟配属体制の導入前後の入院日数の比較



※BI: 基本的な生活動作に対する評価(食事・移動・整容等10項目)

出典: 平田, 他 国立大学法人リハビリテーションコ・メディカル学術大会誌 31, 20-22, 2010 - 日本理学療法士協会提供資料-

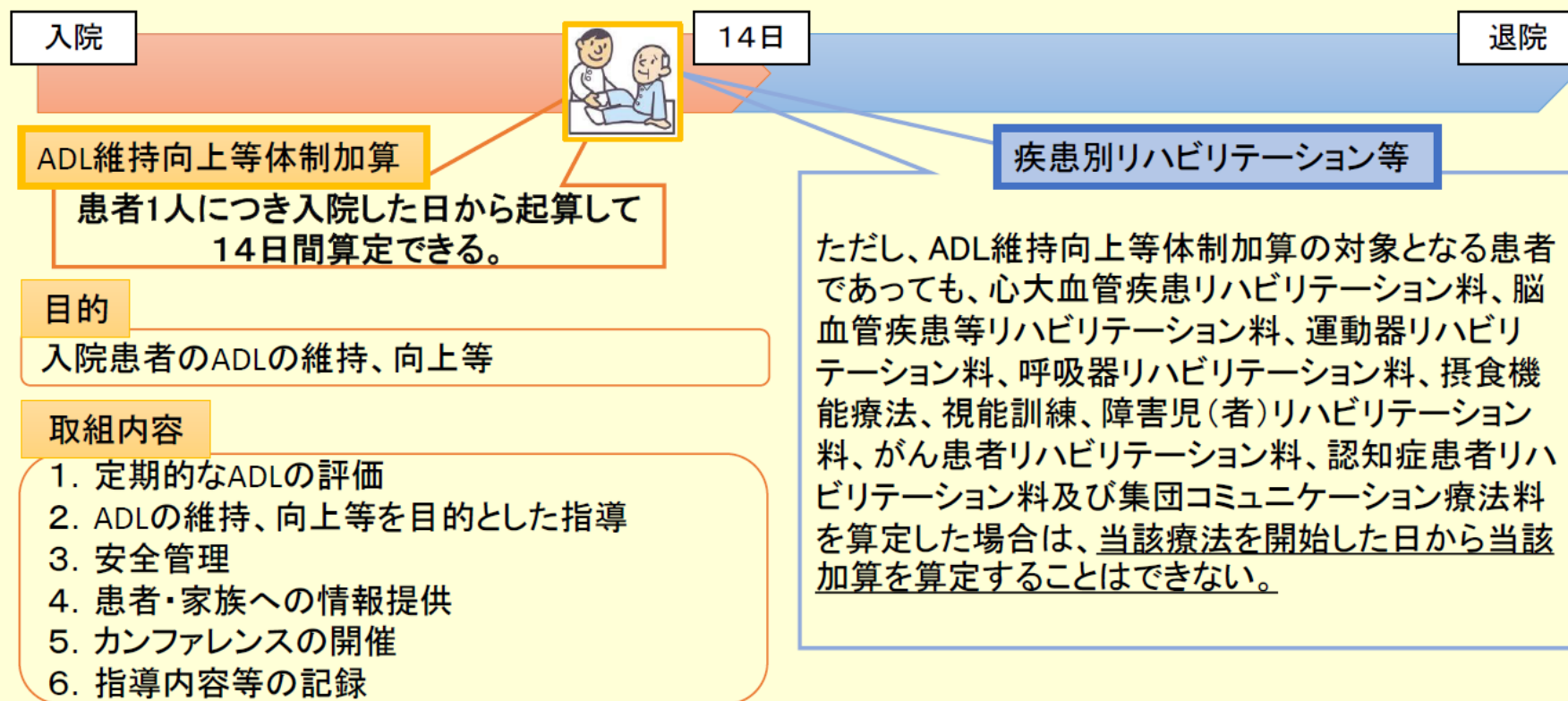
・理学療法士の病棟配置により、入院患者のADLの回復促進、入院日数の短縮につながった。

## 急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

### 入院患者のADLの維持、向上等に対する評価

- 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)または専門病院入院基本料の7対1病棟、10対1病棟について、リハビリテーション専門職を配置した場合の評価を行う。

### (新) ADL維持向上等体制加算 25点 (患者1人1日につき)



# プランB

## • プランB

- すでにリハビリ職が手厚く配置されている「地域包括ケア病棟を始めとして、介護職も豊富な医療療養病床、介護医療院、老健の医療ショートなどで高齢者の受け入れを強力に促していく」ことの方が現実的だ。
- このためには急性期一般病棟での治療期間をより短縮し、早期に地域包括ケア病棟等への転院・転床を促すこと、また地域の高齢者の軽症、中等症の救急患者を直接、地域包括ケア病棟等に入院させることを促すという方策が考えられる
- 実際に2022年診療報酬改定では、地域包括ケア病棟への高齢者救急の直接受け入れを促す方向で改定がなされた。
- この趣旨にそって地域包括ケア病棟と共に療養病床、介護医療院や老健の医療ショートでも、高齢者の軽症、中等症の患者の受け入れを強力に推し進めてはどうか？
- 次回同時改定では急性期病床における後期高齢者の入院パンデミックをいかに食い止めるかが大きな課題だ。

# パート3

## 高齢者施設における医療



2023年4月19日 同時改定へ向けての意見交換会



# 高齢者施設と医療

- ①特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）
- ②老人保健施設（介護老人保健施設）
- ③介護医療院

# ①特養と医療



衣笠ホーム

# 介護保険施設の比較

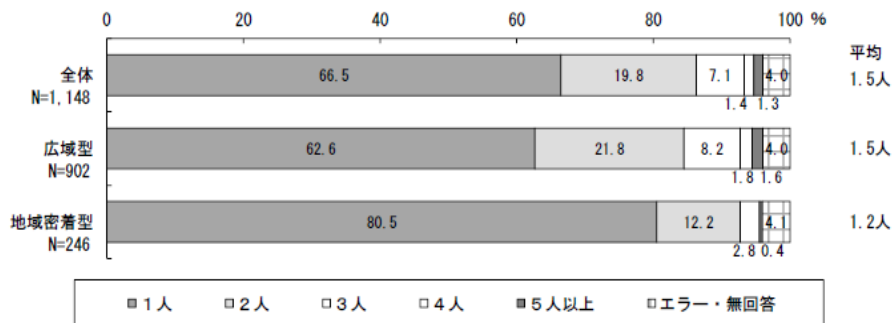
		① 介護老人福祉施設	② 介護老人保健施設	③ 介護医療院	介護療養型医療施設	
基本的性格		要介護高齢者のための生活施設 ※27年度より新規入所者は原則要介護3以上	要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅復帰を目指し在宅療養支援を行う施設	要介護高齢者の長期療養・生活施設	医療の必要な要介護高齢者のための長期療養施設	
定義		老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームであって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設	要介護者であって、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

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

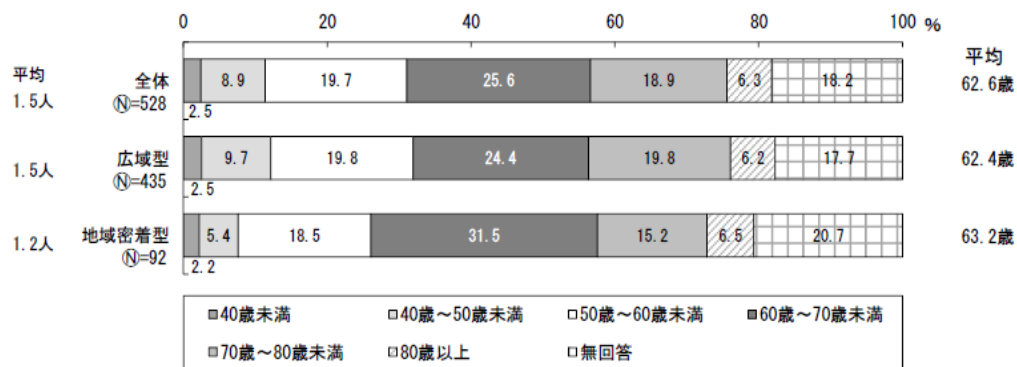
# 特別養護老人ホームにおける配置医師数・年齢・雇用形態

- 配置医師数は全体で「1人」が66.5%で最も多く配置医師の1施設あたりの平均人数（実人数）はそれぞれ1.5人である。
- 年齢は「60歳～70歳未満」が25.6%で最も多い。
- 雇用形態は「雇用契約（嘱託等）」が62.9%で最も多く、「配置医師の所属先医療機関との契約」が28.2%、「雇用契約（正規職員）」が4.2%であり、「雇用契約（嘱託等）」が7割弱を占めている。

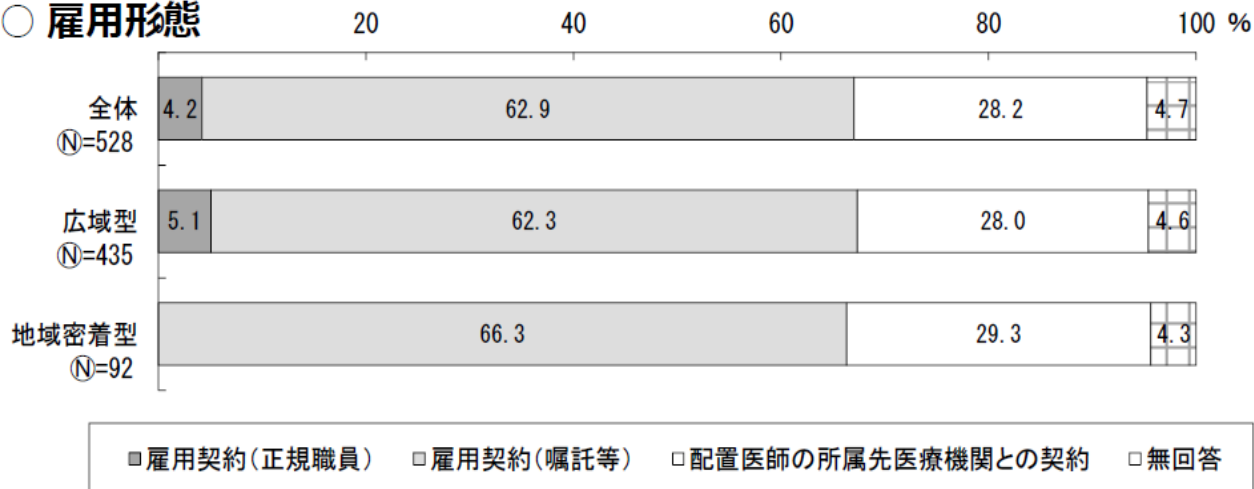
## ○ 配置医師数



## ○ 年齢



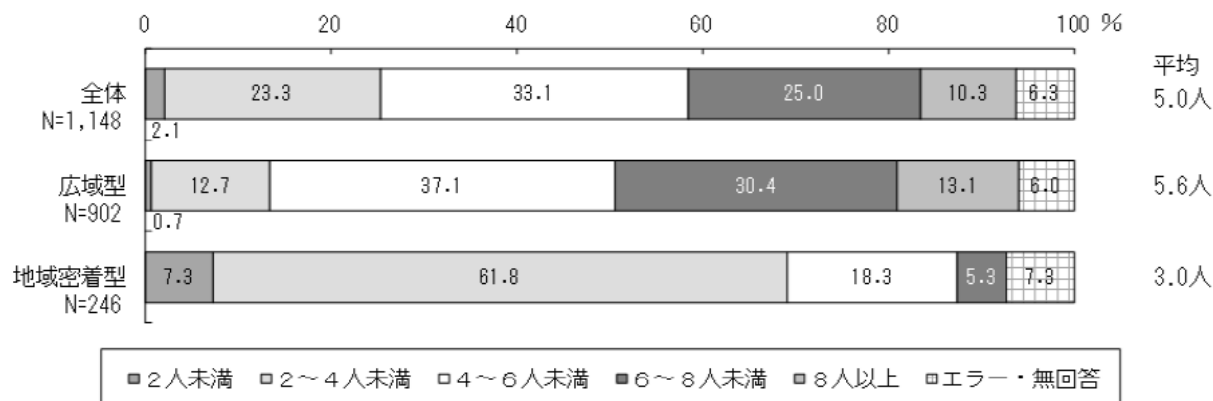
## ○ 雇用形態



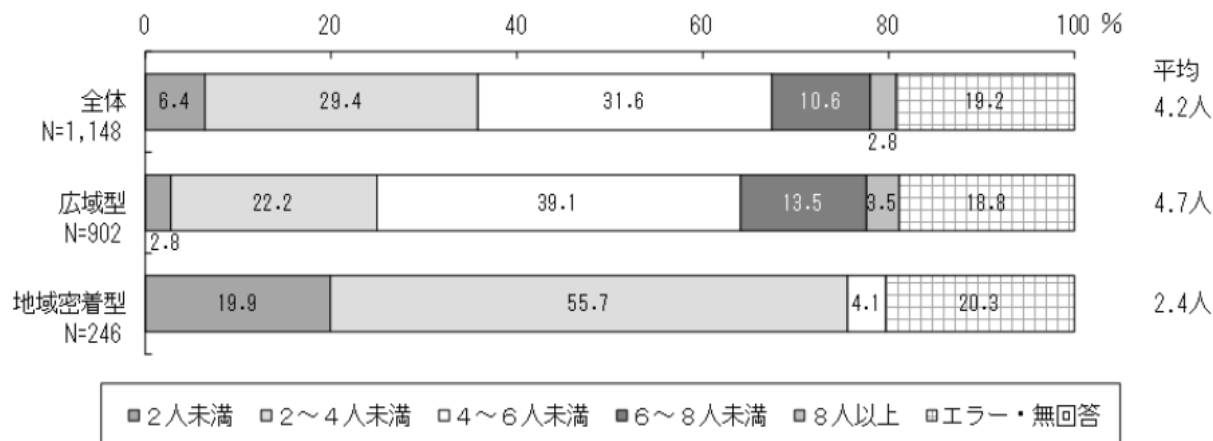
# 特別養護老人ホームにおける看護職員数

○実人員（常勤・非常勤合計）は、「4～6人」が33.1%で最も多く、平均 5.0 人である。  
 ○常勤の看護職員数（実人員）は、「4～6人未満」が最も多く 31.6%であり、平均は 4.2 人である。

## ○看護職員数（実人員）（※1）



## ○看護職員数（常勤換算数）（※1）



（※1）同一建物内で複数の特別養護老人ホームを運営している場合も1施設として取扱っている。

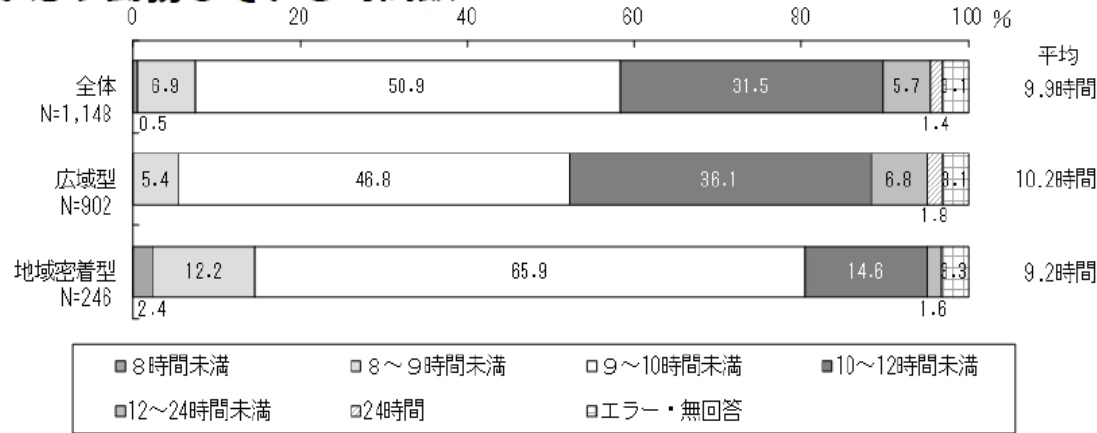


# 特別養護老人ホームにおける看護職員の勤務状況

○看護職員が必ず勤務している時間数は、「9～10 時間未満」が 50.9%と過半数を占め、平均は9.9時間である。また、「24 時間」看護職員が勤務している施設は1.4%である。

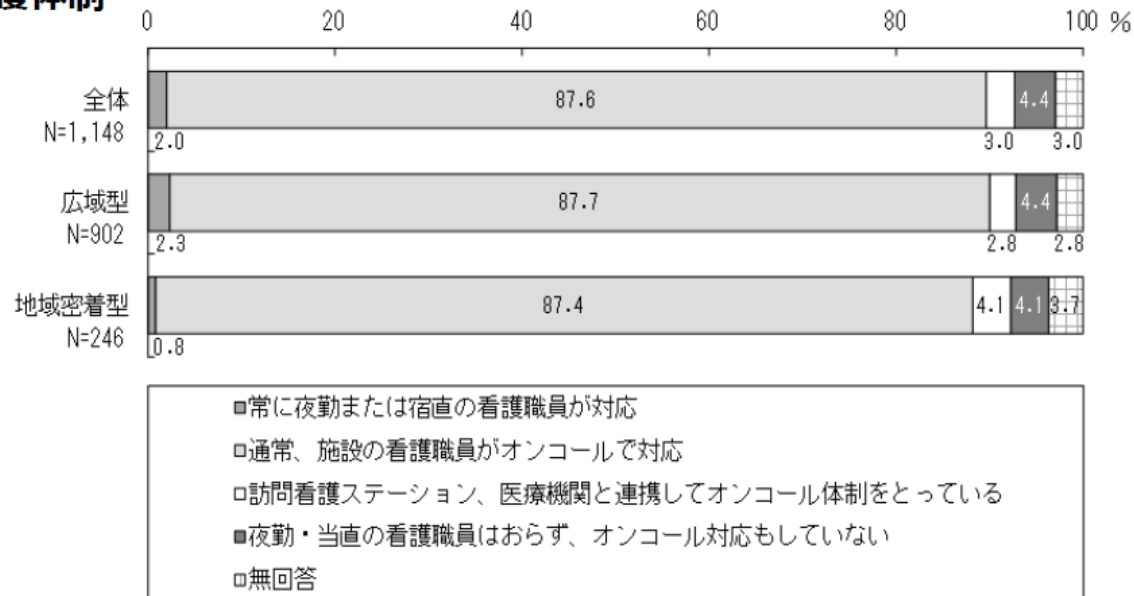
○夜間の看護体制は、「通常、施設の看護職員がオンコールで対応」が 87.6%と大半を占めている。

## ○ 看護職員が必ず勤務している時間数



夜勤の看護師がいない。  
オンコール対応

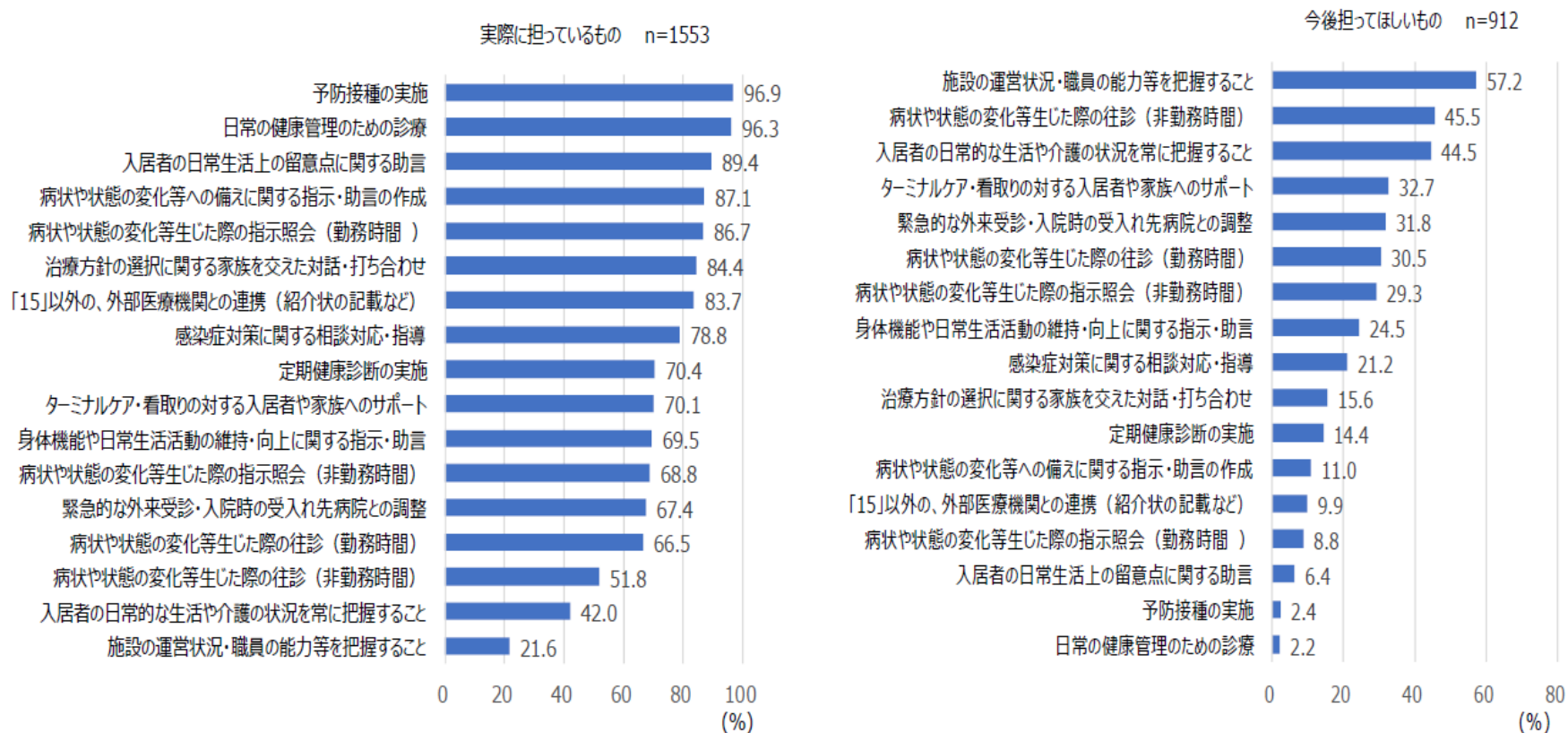
## ○ 夜間の看護体制



# 特別養護老人ホームにおける配置医師の役割

○配置医師が現在担っている役割として、「予防接種の実施」が96.9%と最も多い。「日常の健康管理のための診療」（96.3%）、「入居者の日常生活上の留意点に関する助言」（89.4%）と続いている。

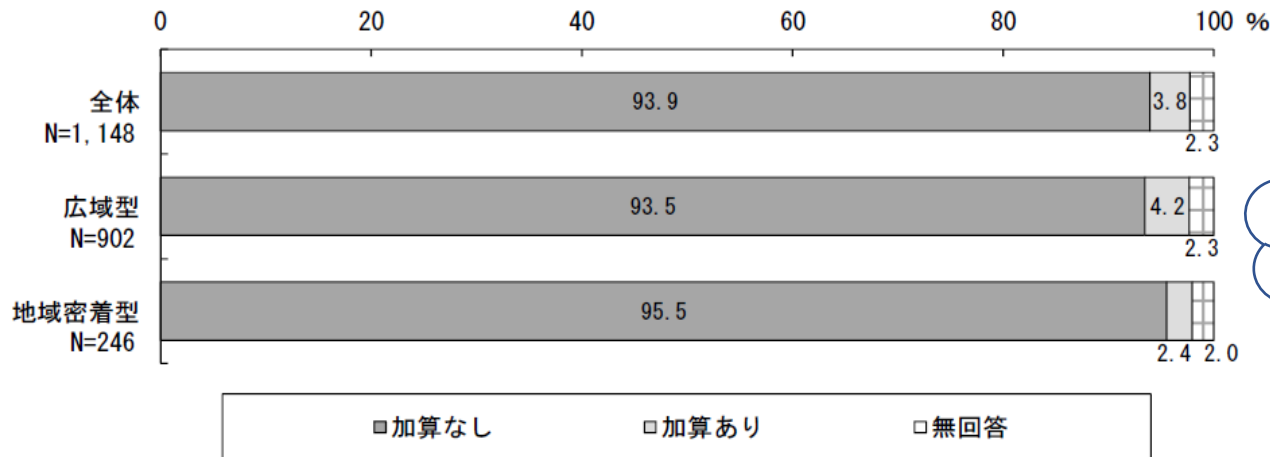
○今後担ってほしい役割として、「施設の運営状況・職員の能力等を把握すること」が57.2%最も多い。次いで「病状や状態の変化等生じた際の往診（非勤務時間）」と続いている（45.5%）。



# 特別養護老人ホームにおける 常勤医師配置加算・配置医師緊急時対応加算の算定状況

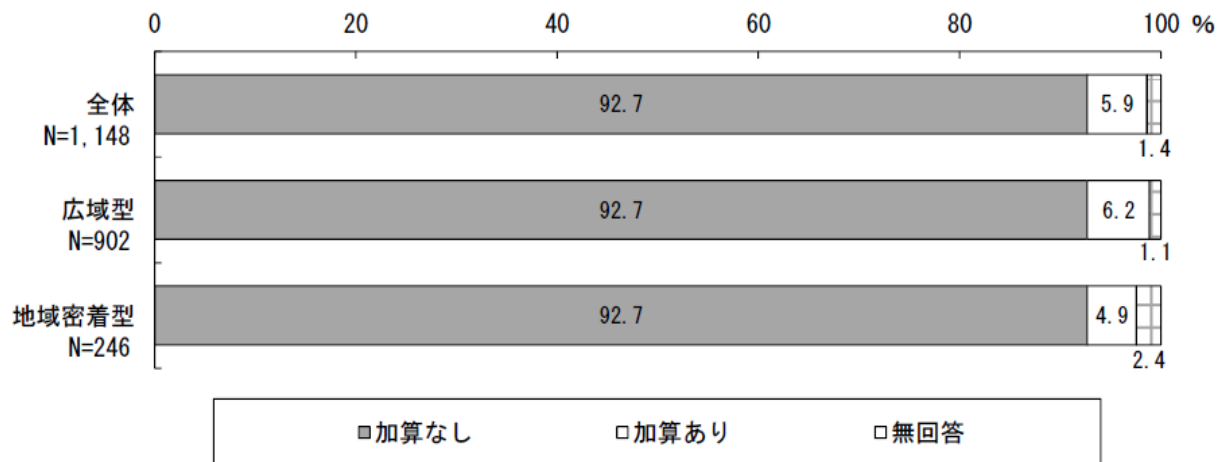
- 常勤医師配置加算は、「加算なし」が 93.9%を占めており、「加算あり」は 3.8%である。
- 配置医師緊急時対応加算は、「加算なし」が 92.7%を占めており、「加算あり」は 5.9%である。

## ○ 常勤医師配置加算



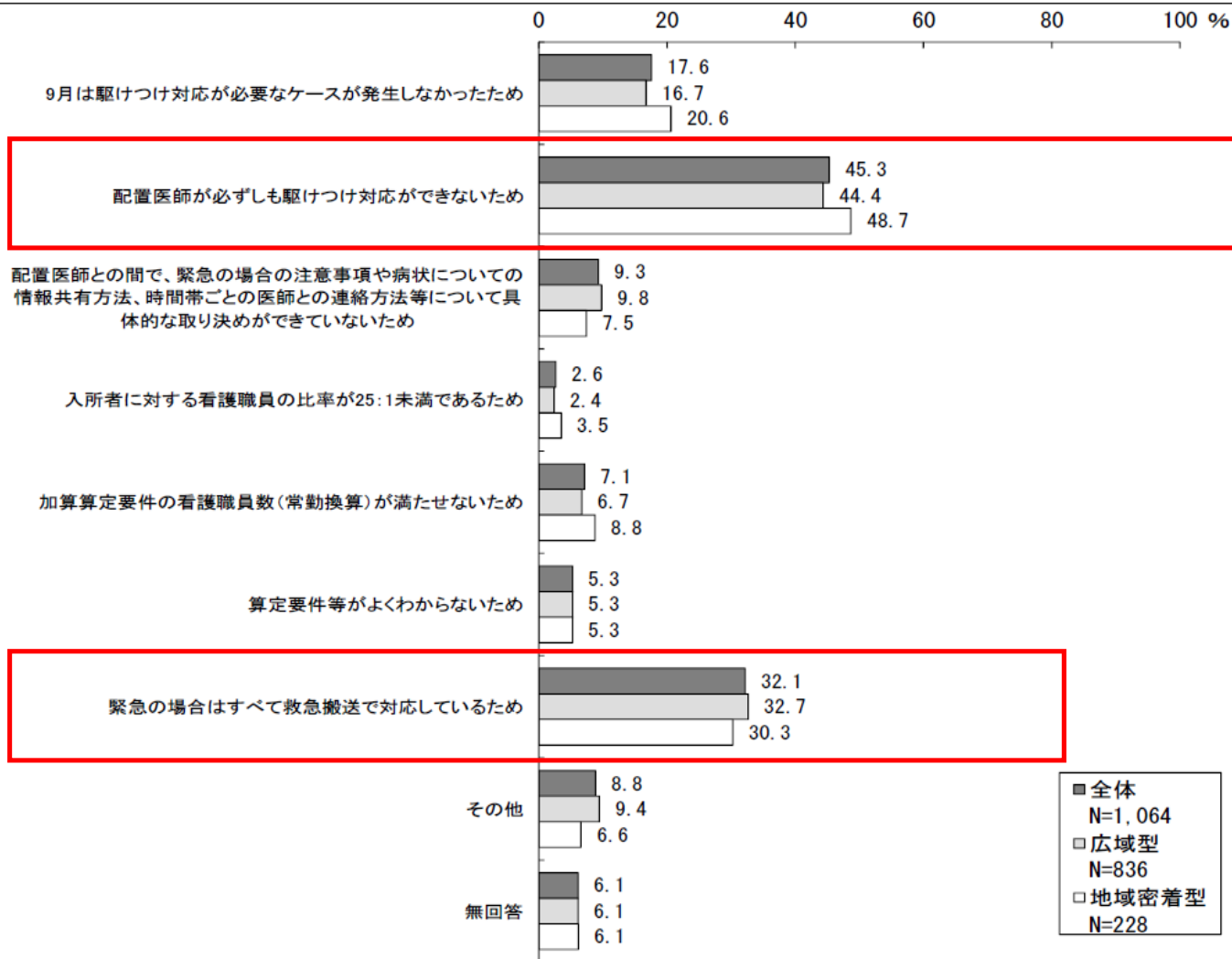
常勤医が  
いるのは  
3%

## ○ 配置医師緊急時対応加算



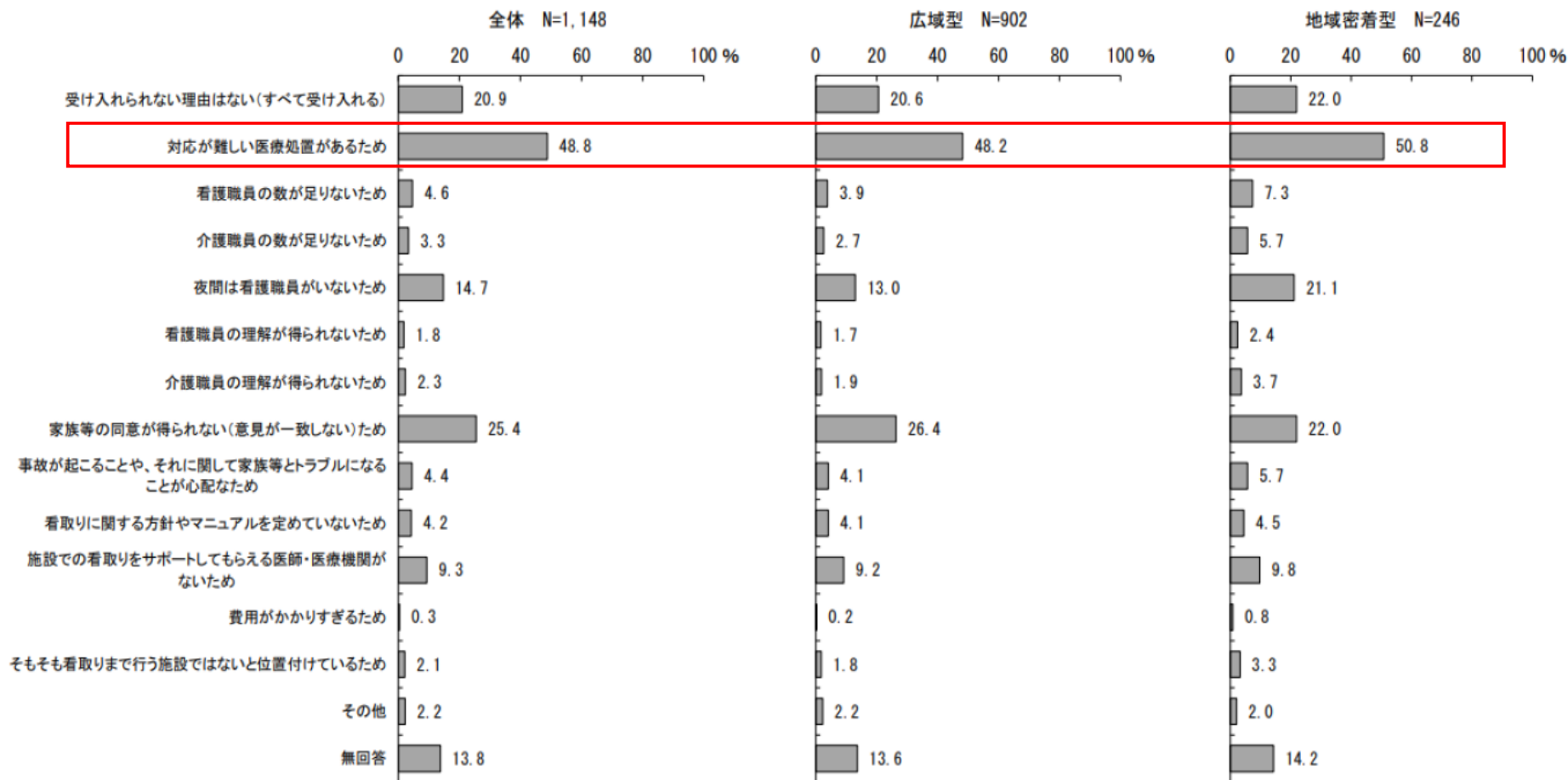
# 配置医師緊急時対応加算を算定していない理由

○配置医師緊急時対応加算を算定していない理由は、「配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができないため」が45.3%で最も多く、次いで「緊急の場合はすべて救急搬送で対応しているため」が32.1%と続いている。



# 看取りを受け入れられないことがある理由

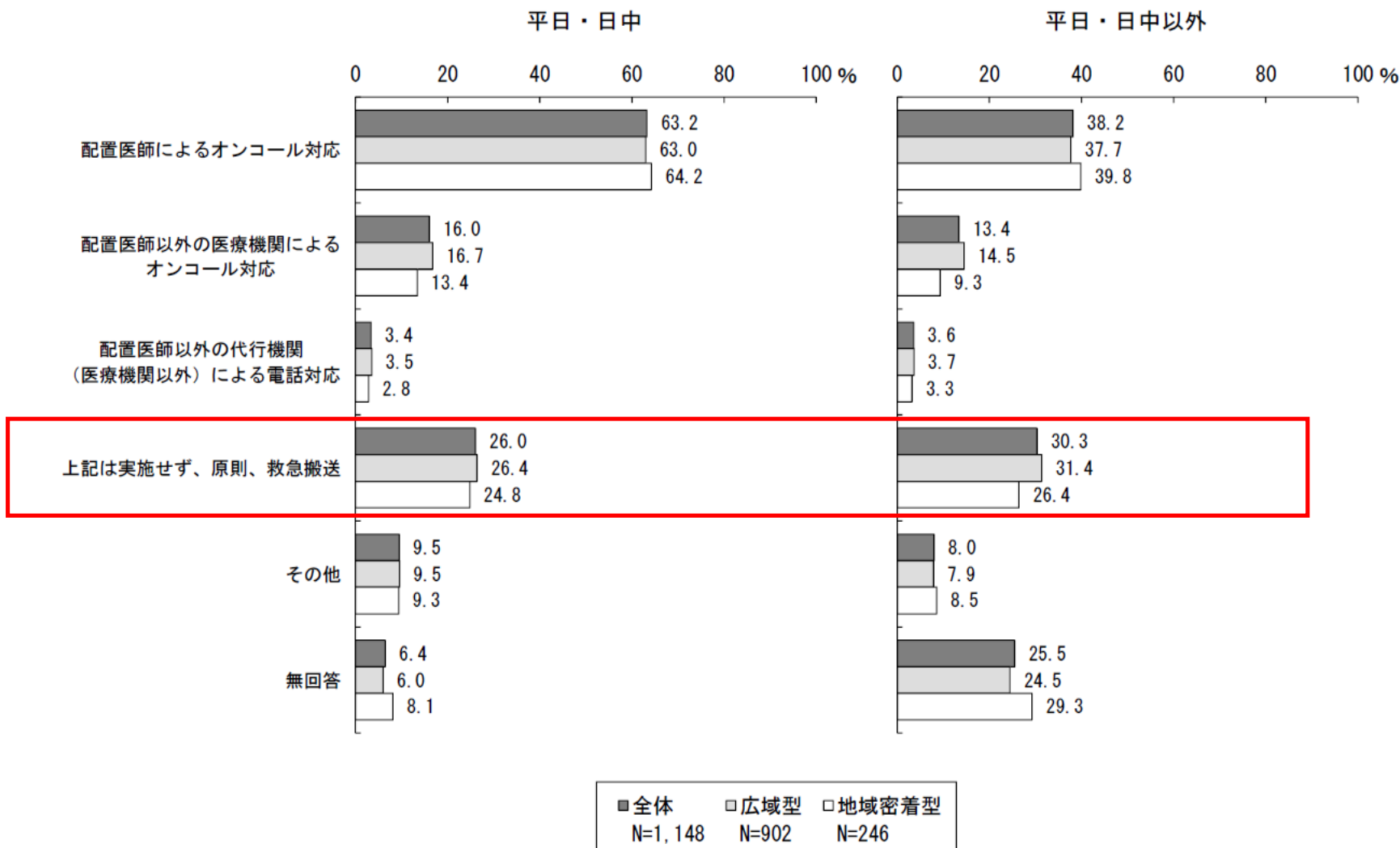
○看取りを受け入れられないことがある理由は、「対応が難しい医療処置があるため」が最も多く48.8%、次いで「家族等の同意が得られない（意見が一致しない）ため」が25.4%と続いている。





# 配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法

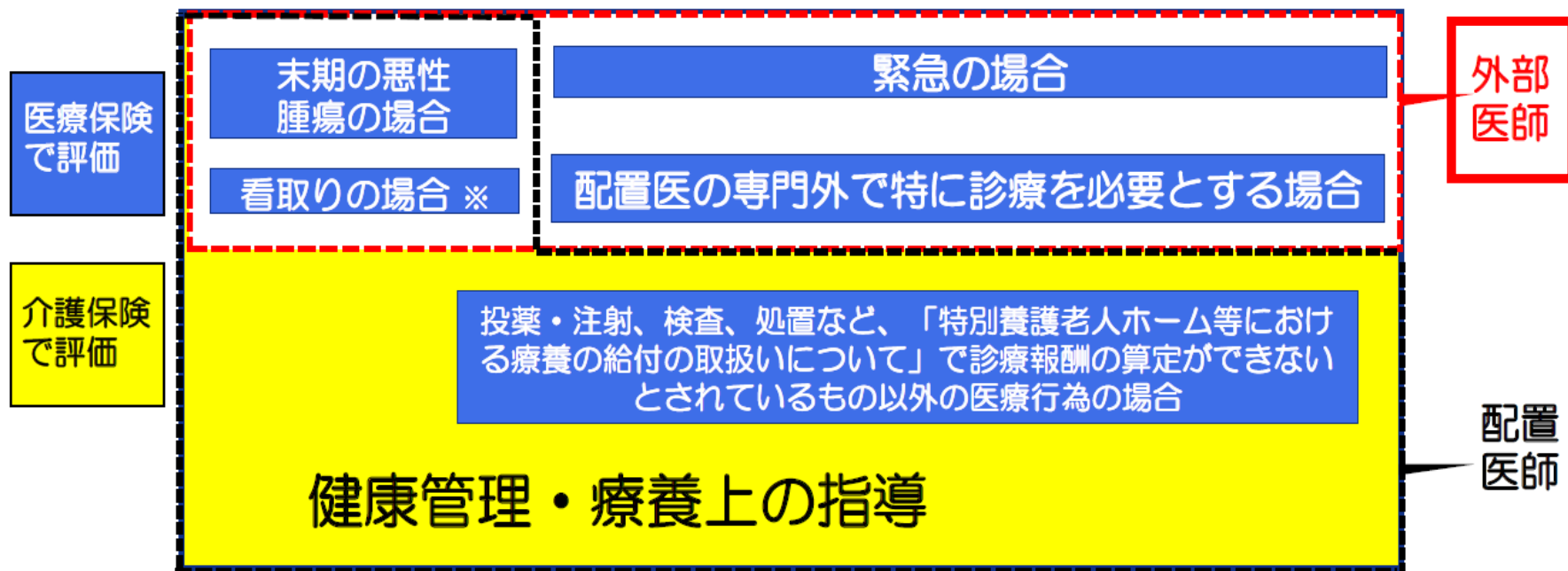
○配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法は、平日・日中、平日・日中以外どちらも、「配置医師によるオンコール対応」がそれぞれ 63.2%と 38.2%で最も多いが、「原則、救急搬送」が平日・日中、平日・日中以外どちらも26.0%、30.3%と続いている。



## 介護老人福祉施設における医療の提供について

- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、基準上、入所者に対し、健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数の医師を配置することとされており、この配置医師が行う健康管理及び療養上の指導は介護報酬で評価されるため、初診・再診料等については、診療報酬の算定はできない。
- 一方で、配置医師以外の医師（外部医師）については、（１）緊急の場合、（２）配置医師の専門外の傷病の場合、（３）末期の悪性腫瘍の場合、（４）在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合には、入所者を診ることができることとされており、診療報酬上の「在宅患者訪問診療料」等の算定が可能である。
- こうした入所者に対する医療行為の報酬上の評価の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発0331002号厚生労働省保険局医療課長通知。令和4年3月25日一部改正）で規定している。

医療保険・介護保険の役割のイメージ



※ 在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合に限る。

# 特別養護老人ホームにおける医療サービスに係る見直し(改定後)

配置医師や協力医療機関による  
緊急時の24時間対応の体制がない施設

【末期の悪性腫瘍の患者等】  
・看取り介護加算(I)を算定している場合であっても  
**在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算、看取り加算が算定可**

往診料 720点

【末期の悪性腫瘍の患者】  
○ 看取り介護加算を算定していない  
・訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円  
○ 看取り介護加算を算定している  
(新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円



協力医療機関



看取り実施

看取り実施



看取り介護加算(I)	
死亡日30日前～4日前	144単位/日
死亡日前々日、前日	680単位/日
死亡日	1280単位/日

■ 診療報酬で対応  
■ 介護報酬で対応

配置医師や協力医療機関による  
緊急時の24時間対応の体制を有する施設

【末期の悪性腫瘍の患者等】  
・看取り介護加算(II)を算定している場合であっても、  
**在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算が算定可**

往診料 720点

【末期の悪性腫瘍の患者】  
○ 看取り介護加算を算定していない  
・訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円  
○ 看取り介護加算を算定している  
(新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円



協力医療機関の医師等による24時間対応(往診含む)



施設看護師や訪問STによる24時間対応できる体制(看護体制加算(II)を算定)

看取り実施

看取り実施



配置医師緊急時対応加算  
早朝・夜間の場合 650単位/回  
深夜の場合 1300単位/回

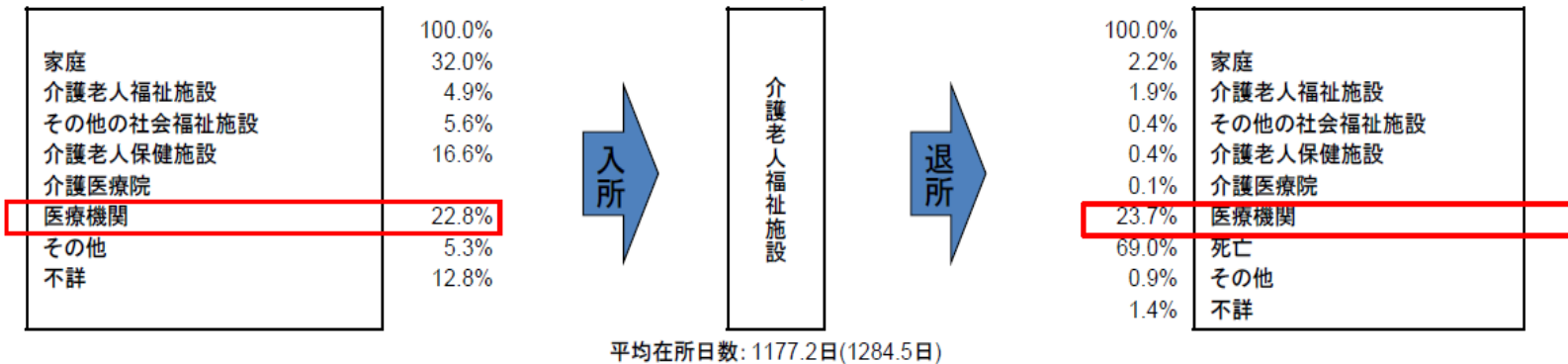
看取り介護加算(II)	
死亡日30日前～4日前	144単位/日
死亡日前々日、前日	780単位/日
死亡日	1580単位/日

連携

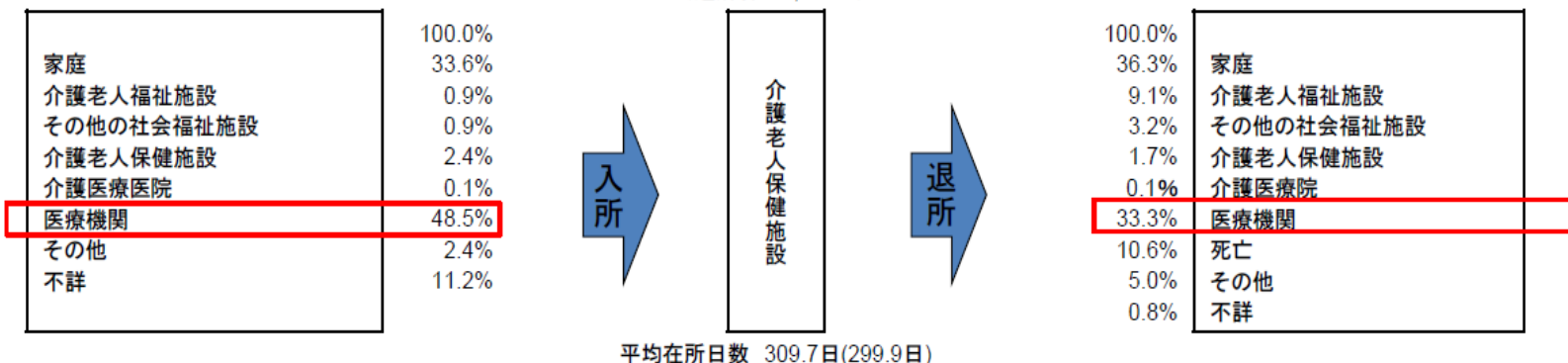


# 介護保険施設における入所者・退所者の状況（令和元年）

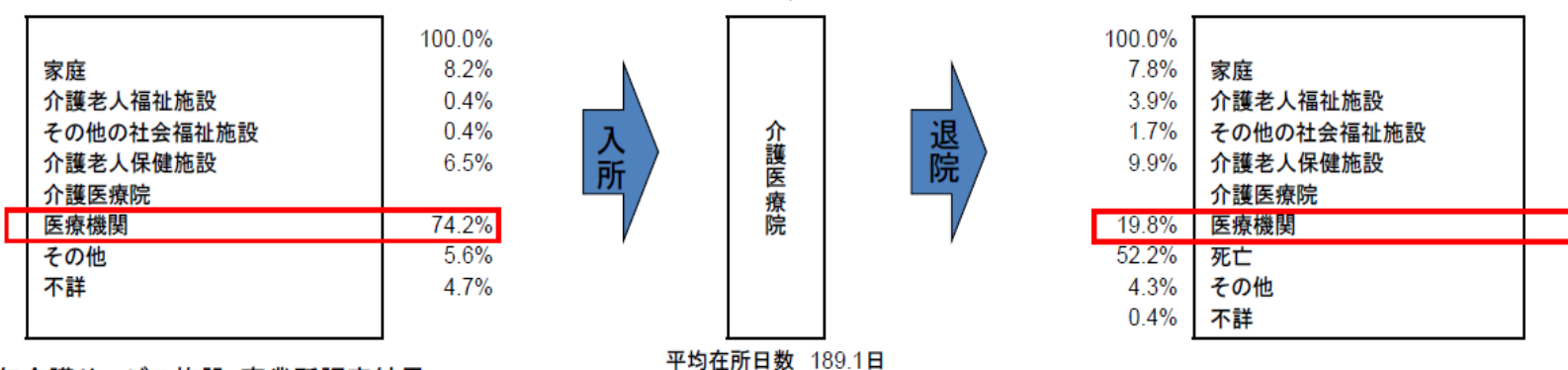
(退所者数: 8,018人)



(退所者: 23,106人)



(退所者: 1,184人)



## ②老健と医療



衣笠ろうけん

# 介護保険施設の比較

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

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



# 介護老人保健施設の役割の明確化

## 〔定義〕 地域包括ケア強化法による改正前（介護保険法第8条第28項）

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

## 〔定義〕 地域包括ケア強化法による改正後（介護保険法第8条第28項）

＜平成29年6月2日公布、平成30年4月1日施行＞

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

### （基本方針）

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

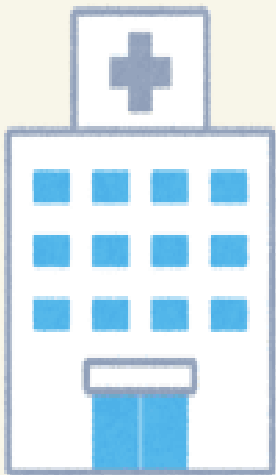
（介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成十一年三月三十一日）（厚生省令第四十号））



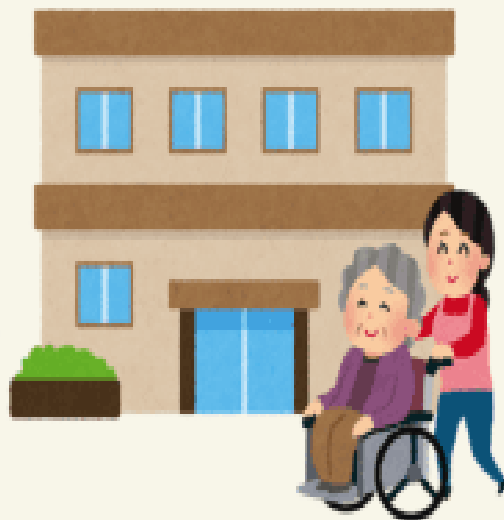
- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
- リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

# 【介護老人保険施設とは】

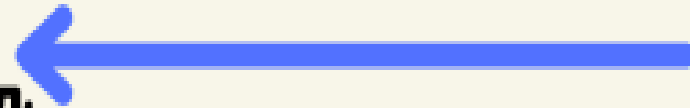
病院



介護老人保険施設



通所リハビリ

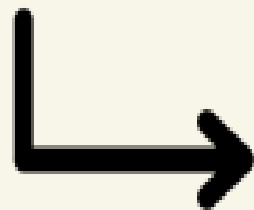


入所・ショートステイ

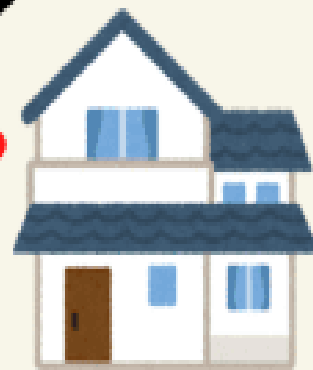


在宅復帰

入所



自宅



訪問リハビリ



# 特養と老健の違い

	特別養護老人ホーム	老人保健施設
施設の特徴	介護度の高い方が、日常生活を送るために必要な身体的な介助が受けながら居住する施設。	医師や看護師、リハビリスタッフの元で、自宅復帰を目指し、機能訓練を行う施設。
入居条件	自宅で日常生活を送るのが難しい要介護3以上、もしくは要介護1～2程度でも、認知症を患っている方。	65歳以上の高齢の方で、要介護1から入所できる。ショートステイや通所での利用も可能。
入居期間	終身利用が可能	3ヶ月から1年程度
入居費用	月額8～13万円	月額9～20万円
入居のメリット	生きがいや日々の生活を楽しむためのレクリエーションやイベントが充実している	自宅復帰に向けた医療的なケアやリハビリを主とした介護が受けられる

	介護老人 保健施設 (老健)	特別養護 老人ホーム (特養)	介護付有料 老人ホーム
看護師の 配置	○ (夜勤あり) ※2	○	○
医師の 配置	○ (常勤)	△ (非常勤可)	×
入居者の 要介護度	要介護1~5	要介護3以上	要支援・要介護
運営	公的施設	公的施設	民間施設
特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリに重点</li> <li>在宅復帰が目標</li> <li>医療的ケアも</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>要介護度が高い</li> <li>終身入居が可能</li> <li>入居費などが安い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス内容が多様</li> <li>費用負担は高め</li> <li>施設数が多い</li> </ul>

# 老健における医療



# 老健と医薬品

- 老健で処方する医薬品費は介護保険の基本サービス料に包括されている。
- 老健入所中の利用者が医療機関に受診時の医療費は診療報酬より請求される。



## 介護老人保健施設 ③ かかりつけ医との連携 (平成30年度介護報酬改定)

老健では  
減薬を進  
めている

### 概要

- 多剤投薬されている入所者の処方方針を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が事前に合意し、その処方方針に従って減薬する取組みについて、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要に応じて評価することとする。

### 単位数

<現行>  
なし

⇒

<改定後>

かかりつけ医連携薬剤調整加算 125単位/日 (新設)

### 算定要件等

- かかりつけ医連携薬剤調整加算  
次に掲げるいずれの基準にも適合する入所者に対し、当該入所者に処方する内服薬の減少について退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載した場合は、当該入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に加算する。
  - イ 6種類以上の内服薬が処方されており、当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整し、当該入所者に処方する内服薬を減少させることについて当該介護老人保健施設の医師と当該主治の医師が合意している者
  - ロ 当該合意された内容に基づき、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させた者
  - ハ 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少している者

# 介護老人保健施設における高額な薬剤費の影響について

- パーキンソン病の患者等においては、薬剤費が高額であることが理由で、介護老人保健施設の入所に困難を生じている場合がある。

入所受け入れを断ったケースにおける断った最大の要因(原因疾患別)

	n	空床がない	医療依存度 が高すぎる	医薬品代等 が高額	処置・管理 の手間が かかる	人手不足	認知症の 周辺症状 が著しい	退所の目途 が立たない	看取りが 予想される ため	疾患(難病 等)に対する 経験が少な い	その他
脳梗塞	111	24%(27)	24%(27)	12%(13)	4%(4)	1%(1)	14%(16)	1%(1)	1%(1)	1%(1)	18%(20)
アルツハイマー型 認知症	102	22%(22)	13%(13)	2%(2)	1%(1)	3%(3)	50%(51)	1%(1)		2%(2)	7%(7)
悪性新生物	48	2%(1)	58%(28)	15%(7)			2%(1)		8%(4)	4%(2)	10%(5)
慢性呼吸器感染症	46	9%(4)	50%(23)	7%(3)	9%(4)	2%(1)	4%(2)		7%(3)		13%(6)
糖尿病	44	9%(4)	59%(17)	23%(10)	7%(3)		11%(5)				11%(3)
慢性心不全	39	8%(3)	49%(19)	18%(7)	3%(1)	3%(1)	5%(2)	5%(2)		5%(2)	5%(2)
脳出血	29	24%(7)	31%(9)	7%(2)		3%(1)	10%(3)	10%(3)			14%(4)
大腿骨骨折(手術)	27	22%(6)	26%(7)	4%(1)			22%(6)	7%(2)	4%(1)		15%(4)
パーキンソン病	26	12%(3)	38%(10)	27%(7)							23%(6)
腎不全 (慢性・急性を含む)	24	17%(4)	54%(13)	8%(2)	4%(1)	4%(1)					13%(3)

上位10疾患のみ記載。%は各疾患の総数を100%とした場合の値

# 介護老人保健施設・介護医療院入所者について算定できる医薬品等

## 内服薬及び外用薬

昭和63年度

腫瘍用薬



平成20年度

抗悪性腫瘍剤

医療用麻薬

抗ウイルス剤



平成30年度

抗悪性腫瘍剤

医療用麻薬

抗ウイルス剤

## 注射及び注射薬

平成12年度

エリスロポエチン



平成20年度

エリスロポエチン

ダルベポエチン

抗悪性腫瘍剤

医療用麻薬

インターフェロン

抗ウイルス剤

血友病治療薬



平成30年度

外来化学療法加算

静脈内注射\*

動脈注射\*

抗悪性腫瘍剤局所持続  
注入\*

肝動脈塞栓を伴う局所持  
続注入\*

点滴注射\*

中心静脈注射\*

植込型カテーテルによる  
中心静脈注射\*

エリスロポエチン

ダルベポエチン

抗悪性腫瘍剤

医療用麻薬

インターフェロン

抗ウイルス剤

血友病治療薬

\*外来化学療法加算を算定するものに限る。

# 老健内での医療

所定疾患施設療養費



- 介護老人保健施設の入所者には肺炎等の疾患が比較的良好に発症しているが、医療機関へ転送する例が多い一方で、肺炎等については一定の薬剤に対する報酬が算定可能であれば、医療機関への転院を減少させられると考える施設が6割以上あった。
- 平成24年度介護報酬改定で、入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎などの疾病を発症した場合における介護老人保健施設内での対応について評価を行った。

## 所定疾患施設療養費 305単位/日

(1月に1回、連続する7日に限る)

### ○対象となる疾病

- ・ 肺炎
- ・ 尿路感染症
- ・ 带状疱疹(抗ウイルス剤の点滴を必要とする者に限る)

### ○算定要件

- ・ 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

図1 3カ月間の退所者の退所先の内訳

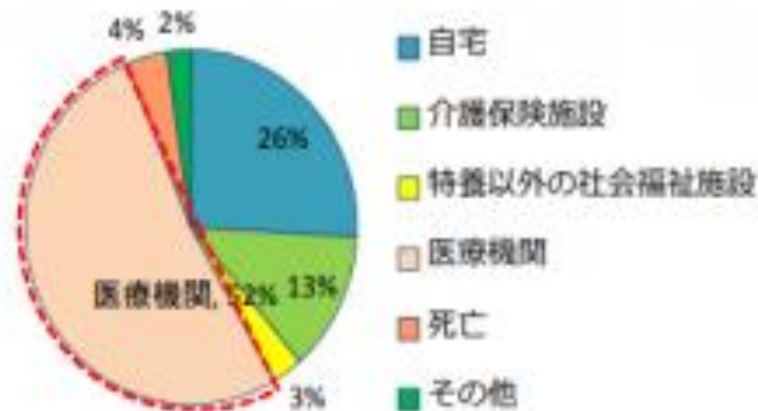
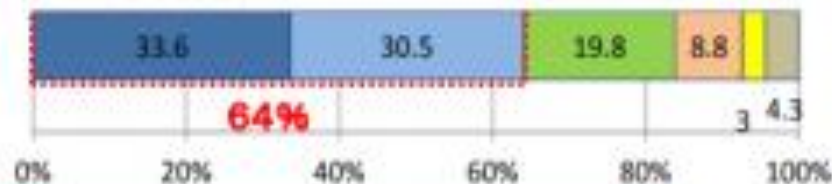


図2 一定の薬剤(肺炎に対する抗生物質等)が算定可能と認められれば、医療機関への転院が減少すると思う施設



- かなりそう思う
- まあそう思う
- どちらともいえない
- あまりそう思わない
- ほとんどそう思わない
- 無回答

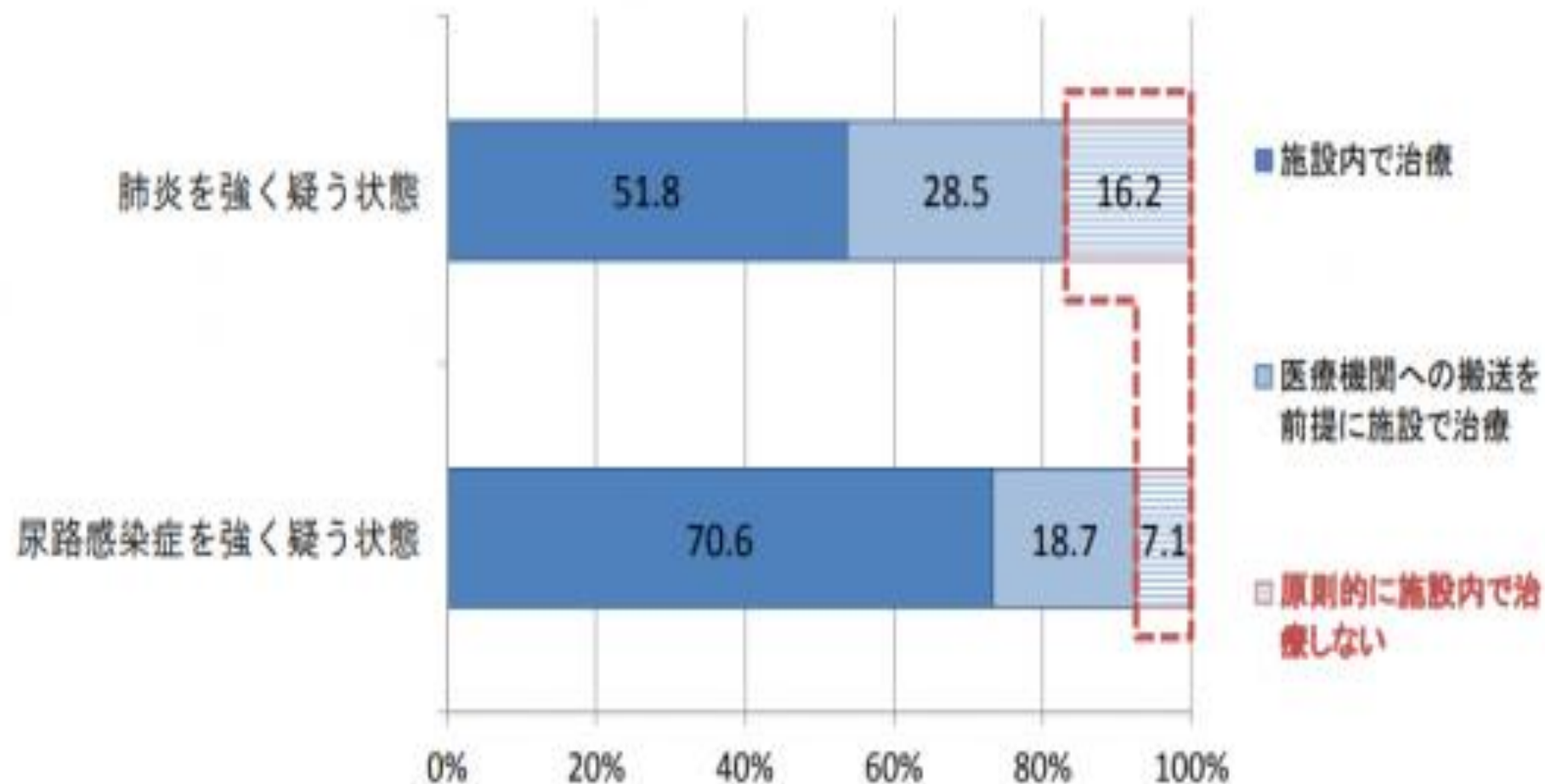
(出典)

図1)「介護サービス情報公表制度」(平成21年度)より老人保健課調べ

図2)平成20年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設における適切な医療提供のあり方に関する研究事業」

# 介護老人保健施設における肺炎・尿路感染症への対応方針

老健全体 (n = 2,245)





## 21. 介護老人保健施設 ④入所者への医療の提供 (平成30年度介護報酬改定)

### 概要

- 所定疾患施設療養費について、介護老人保健施設で行うことができない専門的な検査が必要な場合には医療機関と連携する等、診断プロセスに係る手間に応じた評価とする。
- 併せて、専門的な診断等のために医療機関に1週間以内の短期間入院を行う入所者であっても、制度上は退所として扱われるが、介護老人保健施設で行われる医療として必要なものであることから、在宅復帰率等の算定に際し配慮することとする。

### 単位数

<現行>

所定疾患施設療養費 305単位/日

⇒

<改定後>

所定疾患施設療養費 (Ⅰ) 235単位/日

所定疾患施設療養費 (Ⅱ) 475単位/日 (新設)

### 算定要件等

<現行>

- ① 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

⇒

<改定後>

所定疾患施設療養費 (Ⅰ)

同左

所定疾患施設療養費 (Ⅱ)

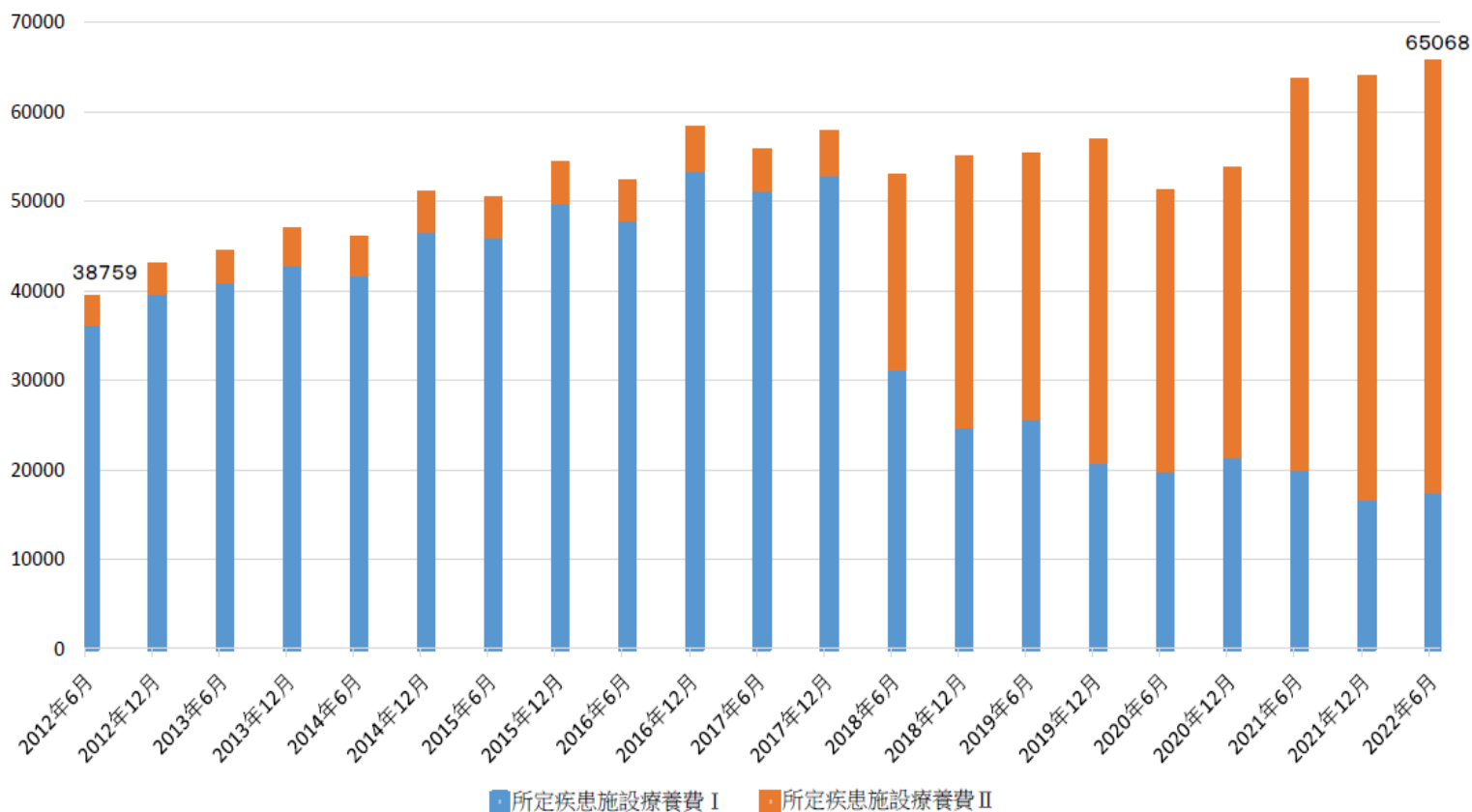
- ① 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。(協力医療機関等と連携して行った検査等を含む。)
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。
- ③ 医師が感染症対策に関する研修を受講していること。

※ 介護給付費明細書の摘要欄に診療内容を記載することも必要となる。

# 所定疾患施設療養費の算定状況

○ 介護老人保健施設における所定疾患施設療養費の算定回数は増加傾向

## ■ 所定疾患施設療養費の算定状況の推移



出典：介護保険総合データベースを元に老人保健課で集計

# 介護老人保健施設による在宅療養支援の推進

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

## 概要

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

医療  
ショート

短期入所療養介護入所

介護老人保健施設

退所

在宅

在宅

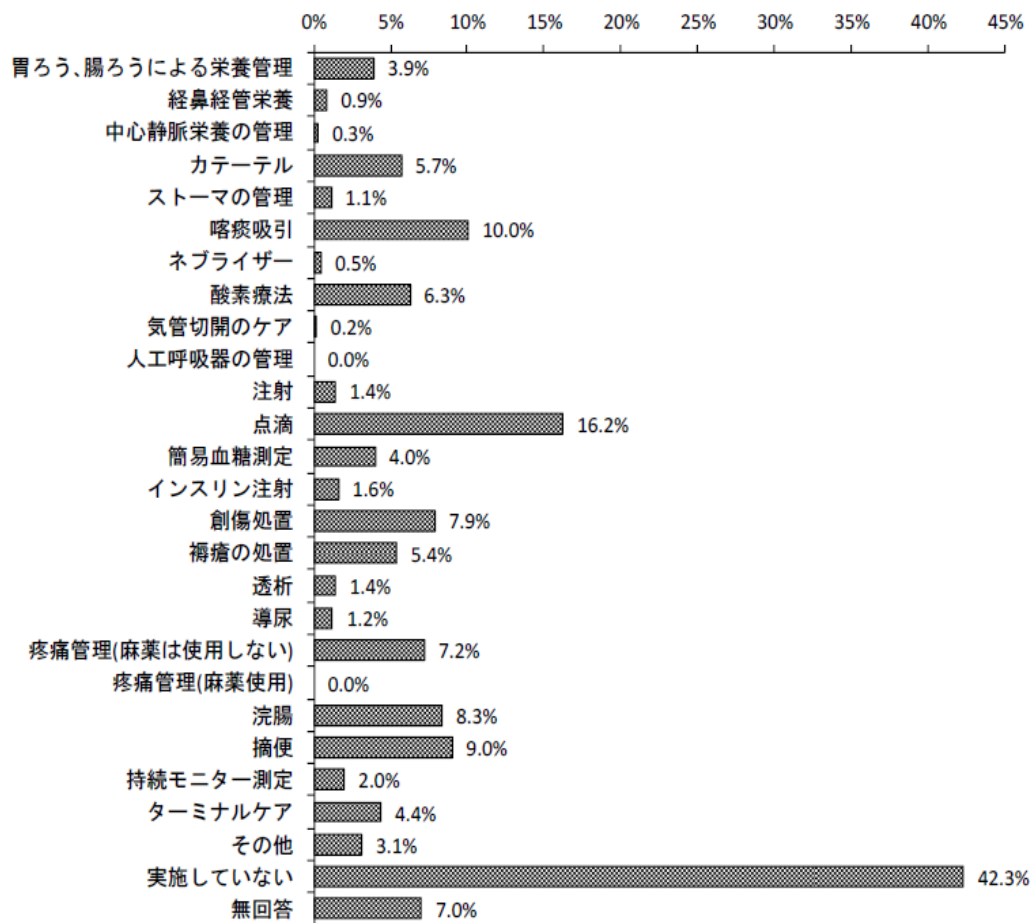
総合医学管理加算 (275単位/日)

- ・ 7日を限度として1日につき所定単位数を加算する。
- ・ 診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。
- ・ 診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること。
- ・ かかりつけ医に対し、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。

かかりつけ医

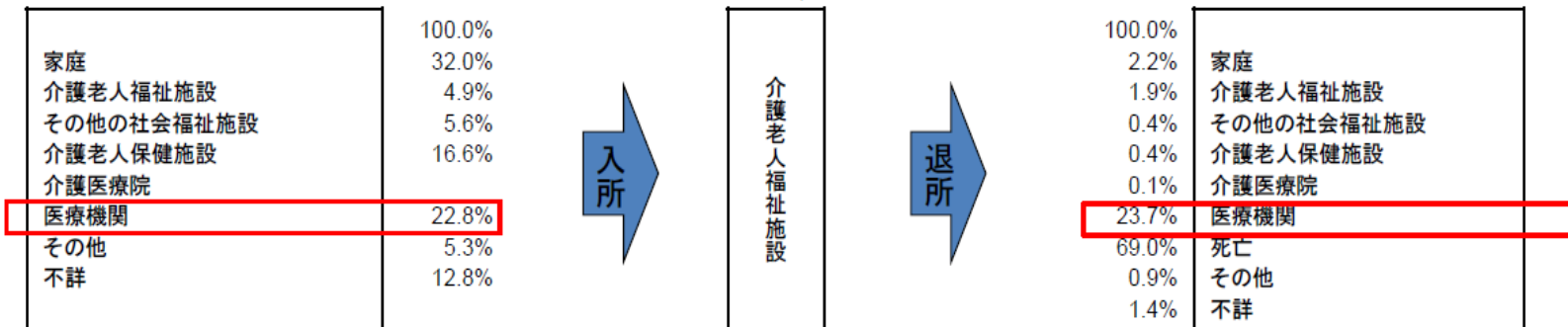
# 老健退所者に入所中実施した医療的ケア

図表3-3-1 退所者に入所中に実施した医療的ケア等（複数回答）（回答数1,055）



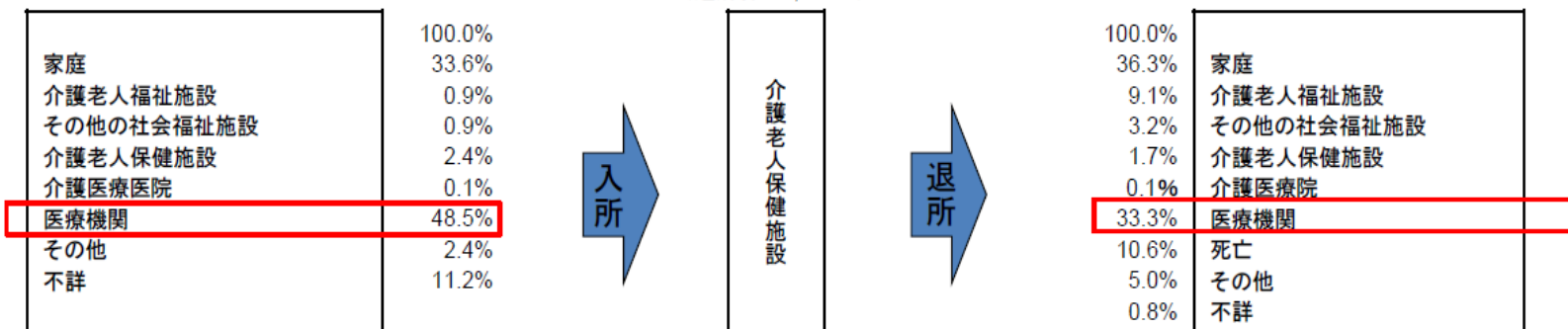
# 介護保険施設における入所者・退所者の状況（令和元年）

(退所者数: 8,018人)



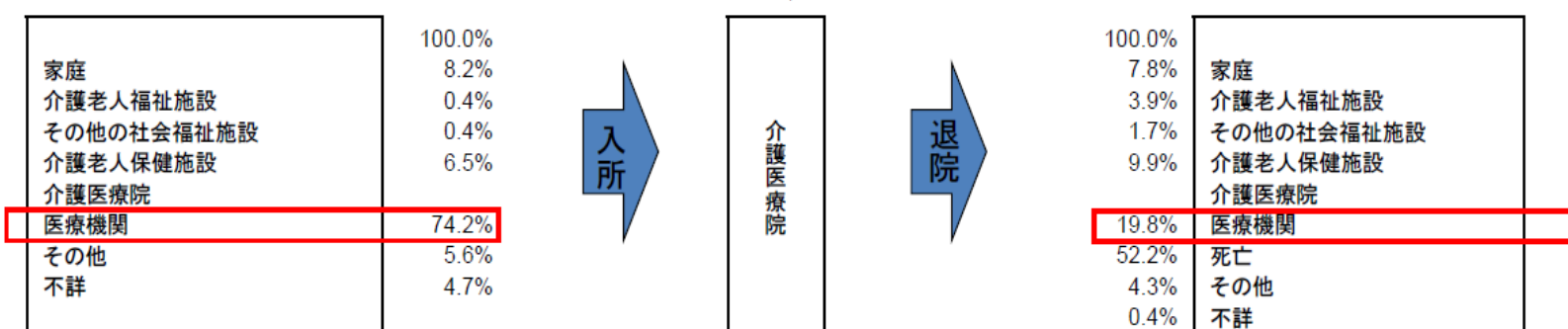
平均在所日数: 1177.2日(1284.5日)

(退所者: 23,106人)



平均在所日数 309.7日(299.9日)

(退所者: 1,184人)



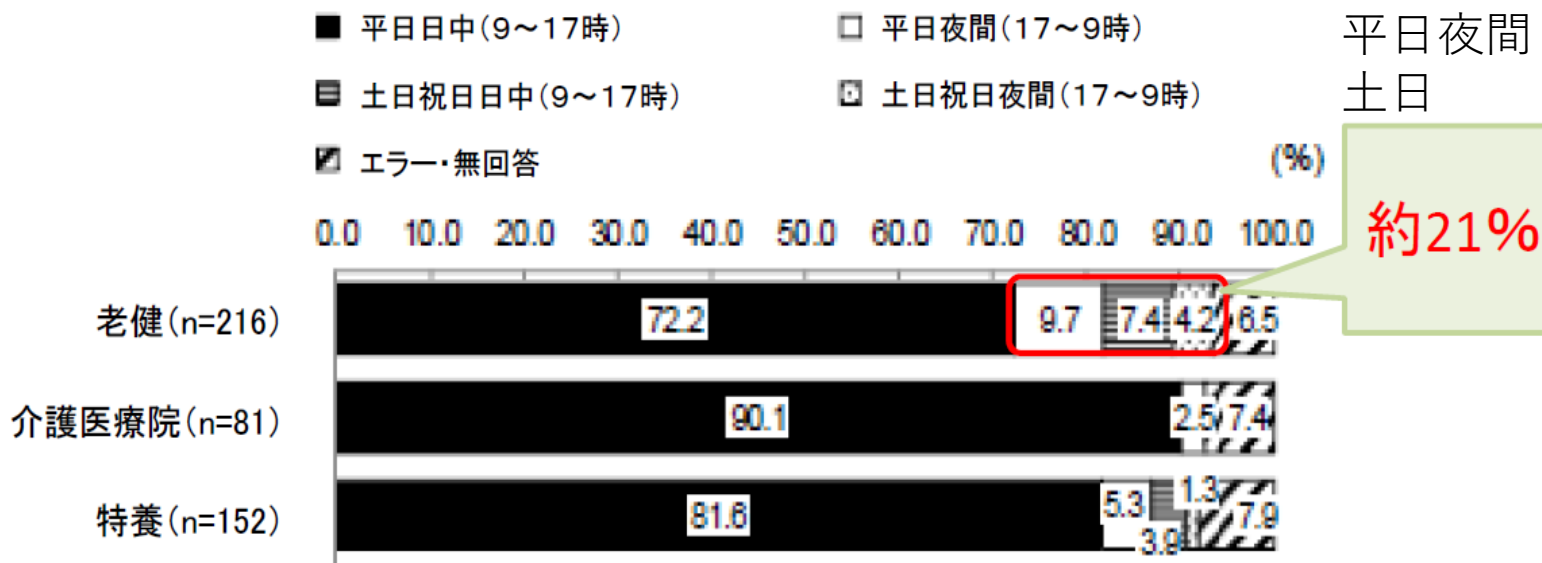
平均在所日数 189.1日



# 退所先が医療機関の場合の退所時間帯

○ 退所・退院先が「病院・診療所(介護療養型医療施設を除く)」及び「有床診療所(介護療養型医療施設を除く)」である退所者について、老健では、「平日日中(9~17時)」が72.2%であった。介護医療院では、「平日日中(9~17時)」が90.1%であった。特養では、「平日日中(9~17時)」が81.6%であった。介護療養型医療施設では、「平日日中(9~17時)」が75.0%であった。医療療養病床では、「平日日中(9~17時)」が87.5%であった。

図表 208 退所・退院時間帯





# ③介護医療院と医療

介護医療院とは何か？

# 療養病床問題

療養病床の在り方等に関する検討会

2015年7月10日  
医政局、老健局、保険局合同開催

# 療養病床に関する経緯①

## S48(1973) 老人福祉法改正 老人医療費無料化

- 「老人病院」が増加。施設代わりの病院利用が促進。併せて医師、看護師の配置の薄い病院が増加（社会的入院問題）



## S58(1983) 「特例許可老人病院」制度化

- 老人病院を医療法上「特例許可老人病院」と位置づけ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし介護職員を多く配置する等の介護機能等の点を評価（診療報酬は一般病院よりも低く設定）



## H5(1993) 医療法改正 「療養型病床群」の創設

- 一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として「療養型病床群」を創設（病床単位でも設置できるようにする）。



## H12(2000) 介護保険法施行 H13(2001) 医療法改正 「療養病床」の創設

### 【介護保険法施行】

- 療養病床の一部（※1）について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」（※2）として位置づけ（介護療養病床）

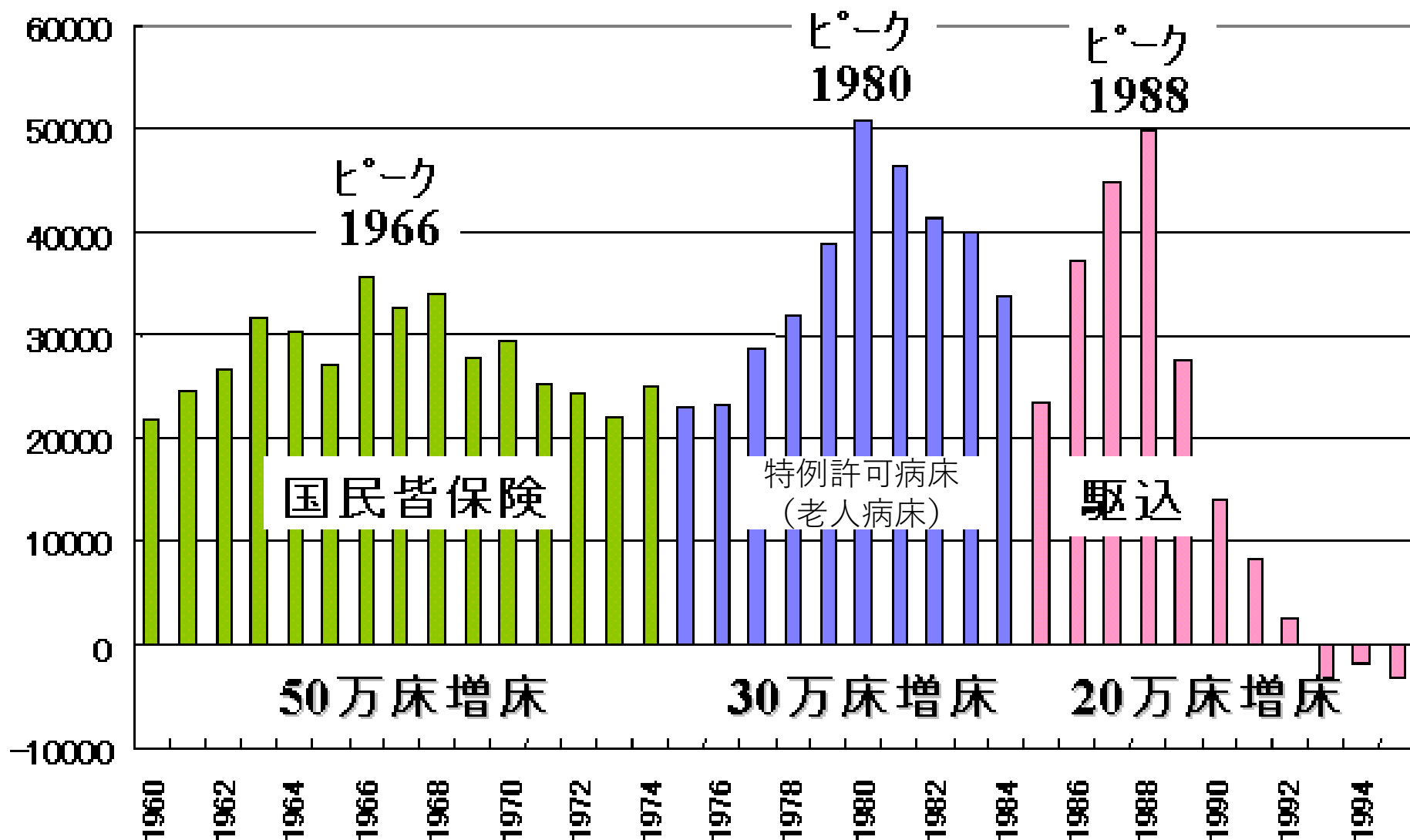
※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症患者療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

### 【医療法改正】

- 療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）を再編し、「療養病床」に一本化

# 日本の増床三つのピーク



# 療養病床に関する経緯③

## H23(2011) 介護保険法改正 2017年度末 介護療養病床の廃止・転換期限をH29年度末まで延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限をH29年度末まで6年延長（※平成24年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認めない）

### 【介護保険法改正の附帯決議】

介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

### <療養病床数の推移>

	H18(2006).3月	H24(2011).3月	<参考>H27(2015).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	6.3万床 (△5.9万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	27.7万床 (+1.5万床)
合計	38.4万床	34.5万床	34.0万床

※1 括弧内は平成18年(2006)との比較  
※2 病床数については、病院報告から作成



# 医療療養病床（20対1・25対1）と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上4：1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6：1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48:1(3人以上)	48:1(3人以上)	48:1 (3人以上)
	看護師及び 准看護師	20:1 (医療法では4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	6:1 (診療報酬基準でいう30:1に相当) (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)
	看護補助者	20:1 (医療法では、4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6:1
施設基準		6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数		約12.8万床(※1)	約8万床(※1)	約6.3万床(※2)
財源		医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例)(※3)		療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料	機能強化型A、療養機能強化型B、その他

14万床

2017年度末までに廃止

(※1)施設基準届出(平成25年7月1日現在)

(※2)病院報告(平成27年3月分概数)

(※3)療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

# 介護医療院の創設

介護療養病床、25対1療養病床から  
介護医療院への移行

# I. 医療機能を内包した施設系サービス

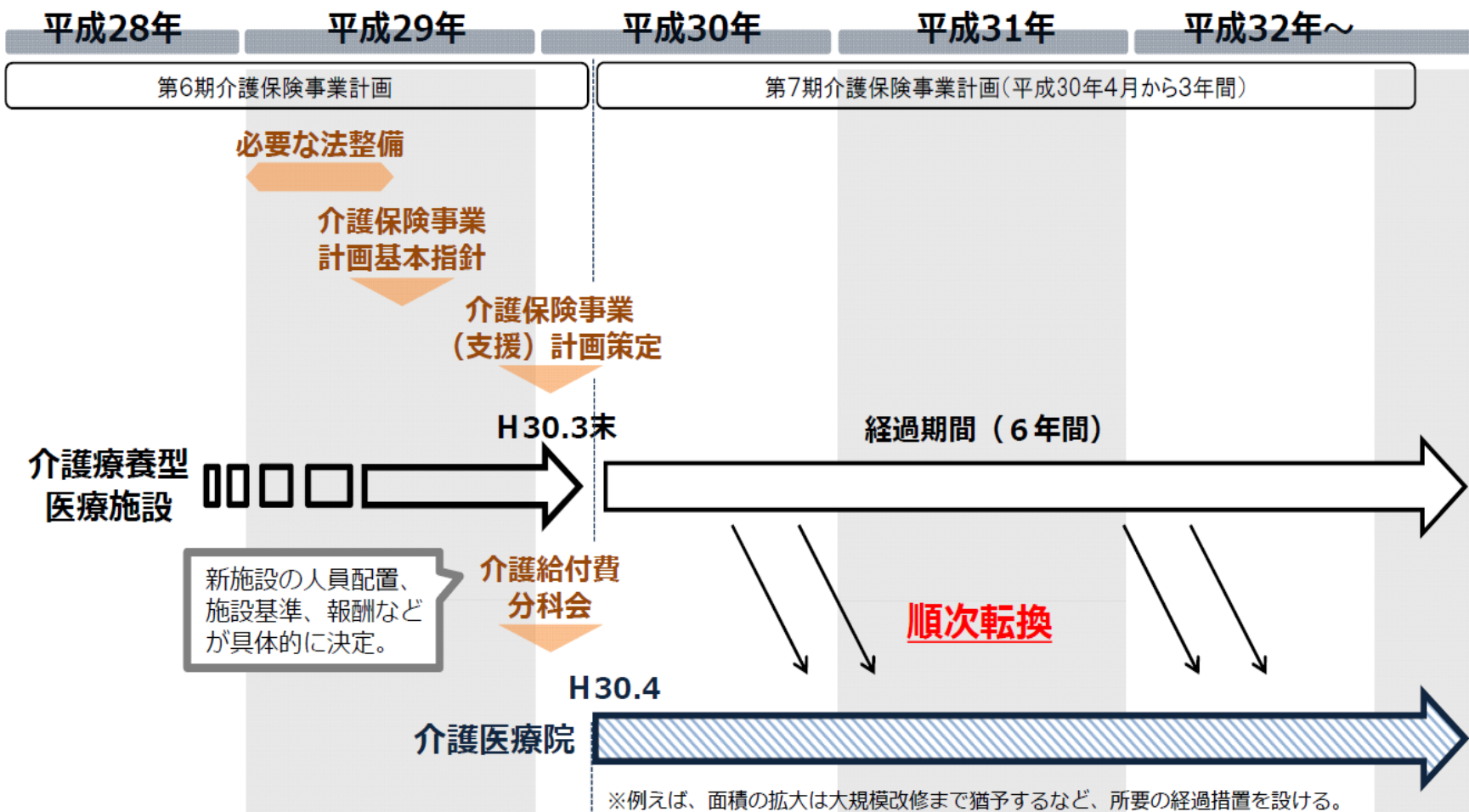
- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	新たな施設	
	(I)	(II)
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	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 等 (療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	<p>介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <p>医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1</p>	<p>老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)</p> <p>医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※ うち看護2/7程度</p>
	<p>※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。</p>	
面積	老健施設相当 (8.0 m <sup>2</sup> /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象	



# 介護医療院に関するスケジュールのイメージ

- 介護医療院の創設に向けて、設置根拠などにつき、法整備を行った。
- 平成29年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養病床については、その経過措置期間を6年間延長することとした。



# 介護医療院の促進加算

- **【移行定着支援加算】 93単位/日**
  - 介護医療院の療養環境や医療必要度に応じて加算のメリハリをつける
  - ただし最初の3年の中で、転換後1年のみ。
- 3年目からは、一般病床からの転換や新設も認める？ただし、介護施設の総量規制の中
- 療養病床2の1への一本化で、療養病床2から介護医療院への転換を促す
- 従来介護療養病床の基本報酬は適正化？
- 介護医療院が老健、特養に与えるインパクト大



# 介護医療院開設状況(20.6)

**全国 515施設 32634床**



介護系から458施設27382床 ← 全体の84%、移行が進んでいる

(そのうち介護療養型老健86施設4256床 ← 9000床あった)

医療療養1.2から97施設3483床 ← 予想外に多い。

経過措置から33施設1399床 ← 移行が進まない(経過措置は医療2へ移行した?)

新設4施設28床(東京都1施設24床) ← 都会では総量規制枠内でも新設可能

# 介護医療院



療養室



食堂 兼 談話室・レクリエーションルーム

かしま病院介護医療院 (2018年10月1日)  
福島県いわき市

# 介護医療院は 究極の医療と介護の連携

▼ 法改正前



▼ 法改正後





介護医療院には、医師の宿直が必要



医師の宿直を  
必要としない場合

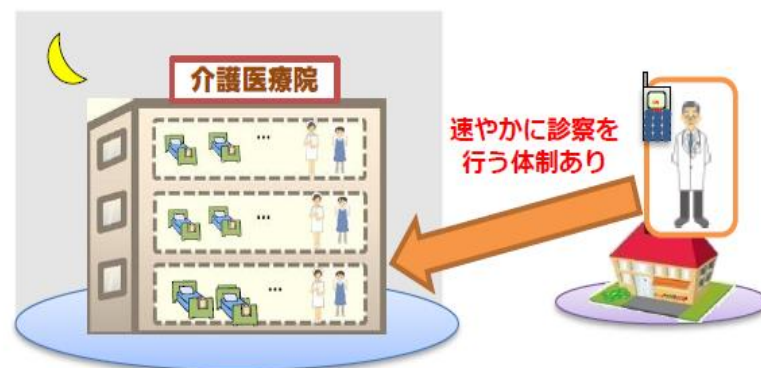
① II型療養床のみを有する場合



② 入所者の病状が急変した場合に併設の病院  
又は診療所の医師が速やかに診察を行う体制  
が確保されている場合



③ 入所者の病状が急変した場合に医師が速やかに  
診察を行う体制が確保されているものとして都道  
府県知事に認められている場合



## 夜勤職員の配置数（介護医療院・介護老人保健施設）

- 介護医療院の夜勤の配置数(1日あたり人数)は、看護師・准看護師が平均1.5人、介護職員が平均1.7人であった。
- 介護老人保健施設の夜勤の配置数(1日あたり人数)は、看護師・准看護師が平均1.4人、介護職員が平均3.6人であった。

### ■介護医療院

夜勤職員の配置数(1日あたり人数)

	全体 (回答数220)		I型 (回答数154)		II型 (回答数59)	
	平均値 (人)	標準偏差	平均値 (人)	標準偏差	平均値 (人)	標準偏差
看護師・准看護師	1.5	0.9	1.6	1.0	1.3	0.6
介護職員	1.7	1.4	1.9	1.6	1.3	0.8

出典：介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和3年度調査）

### ■介護老人保健施設

夜勤職員の配置数(1日あたり人数)

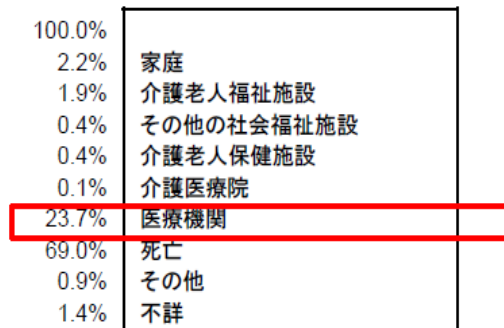
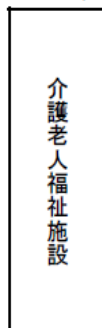
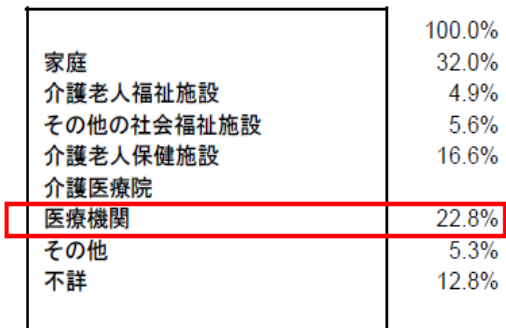
単位：人

	回答数	平均値	標準偏差	中央値
看護師・准看護師	766	1.4	7.0	1.0
介護職員	766	3.6	2.7	3.0
合計	766	5.0	8.6	4.0



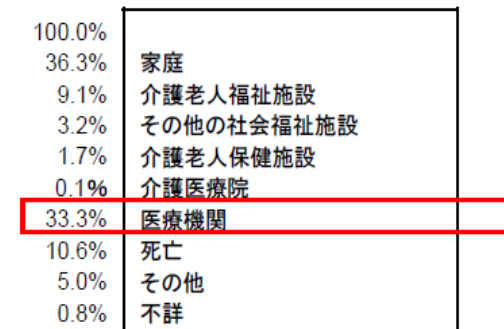
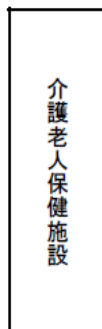
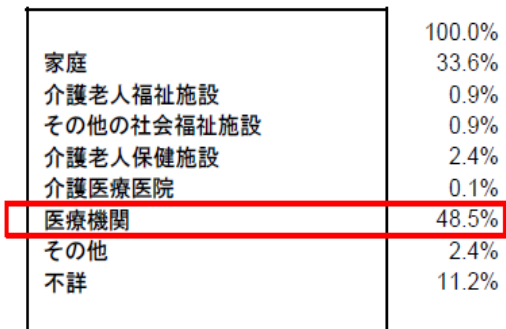
# 介護保険施設における入所者・退所者の状況（令和元年）

(退所者数: 8,018人)



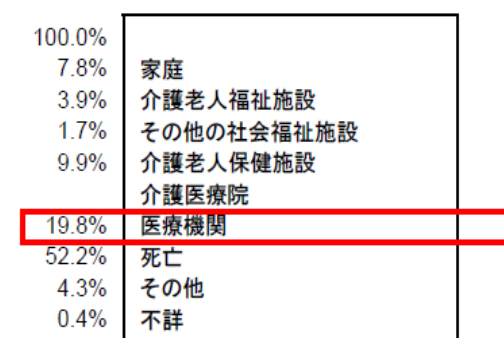
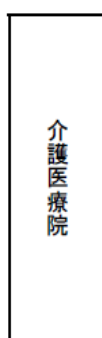
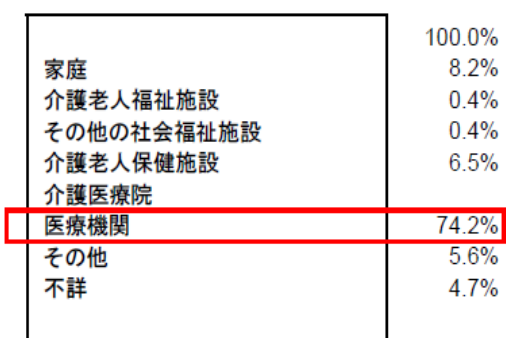
平均在所日数: 1177.2日(1284.5日)

(退所者: 23,106人)



平均在所日数 309.7日(299.9日)

(退所者: 1,184人)



平均在所日数 189.1日

# 2024年同時改定へ向けて



医療介護の意見交換会における委員意見

# 2024年同時改定へ向けて

## • 医療機能強化

### • 介護施設内での医療機能強化

- 長島公之委員（日本医師会常任理事、中医協委員）や松本真人委員（健康保険組合連合会理事、中医協委員）らは「安易に外部医療機関に頼るよりも、まず施設での医療対応力を高めるべきである。」
- そのうえで、施設の対応範囲を超える場合には、地域の医療機関が連携して医療提供を行う仕組みを構築すべきである
- 「医療施設である介護医療院や老健施設であっても、個々の施設で医療的ケアの程度にはバラつきがあり、その結果「急変時には病院への救急搬送に頼ってしまう」

## • 2024年改定

- 老健や介護医療院における高齢者の医療対応力強化が求められる。
- 今後、介護報酬改定を議論する介護給付費分科会で「施設内での医療対応力を強化していくためにどのような方策が考えられるか、それを介護報酬でどう支えていくか」を検討

# 2024年同時改定へ向けて

## •看護配置の強化

- 「看護配置の充実・強化、とりわけ夜間の看護体制の強化を図ってはどうか」（田母神裕美委員：日本看護協会常任理事、介護給付費分科会委員）

## •老健における医薬品問題

- 「老健施設では基本的な医薬品費用は基本報酬に包括されているため、高額な医薬品（心疾患治療薬など）を服用する高齢者については受け入れを躊躇してしまうこともあり、見直しを検討すべき」。

# パート4 高齢者施設と感染対策





## 2. 高齢者施設

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

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	・換気がしにくい施設の構造となっていた。
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・濃厚接触者のケアを行っていた。</u> ・ <u>N95マスクの着用方法が不適切だった。</u>
入所者のマスク着用困難	介護老人保健施設 77名 等	・認知症のある入所者は、マスクの着用が難しいため、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	・食事介助等のケアの提供時の会話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	・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。 ・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

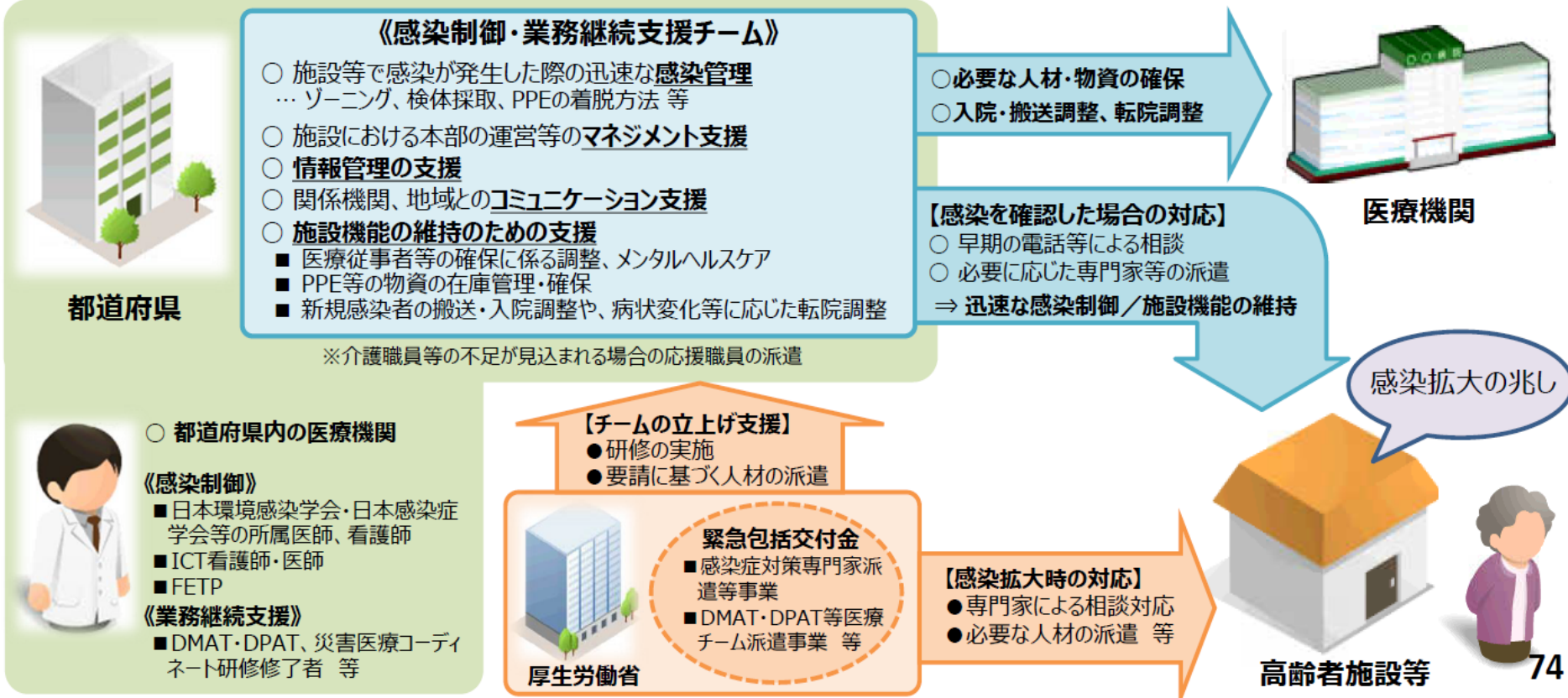
- 感染拡大により、高齢者施設等において、感染者やクラスターが発生する事例も生じている。  
こうした状況を踏まえ、**高齢者施設等における感染抑止や、感染発生時の早期収束のために、以下の取組を進めていくことが重要。**

## 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ター研修修了者 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。



## 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）

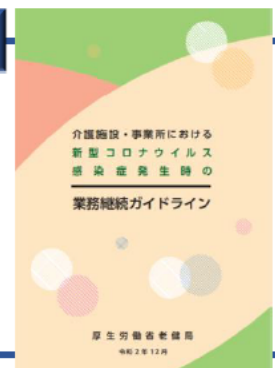
## 介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン

## ❖ 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



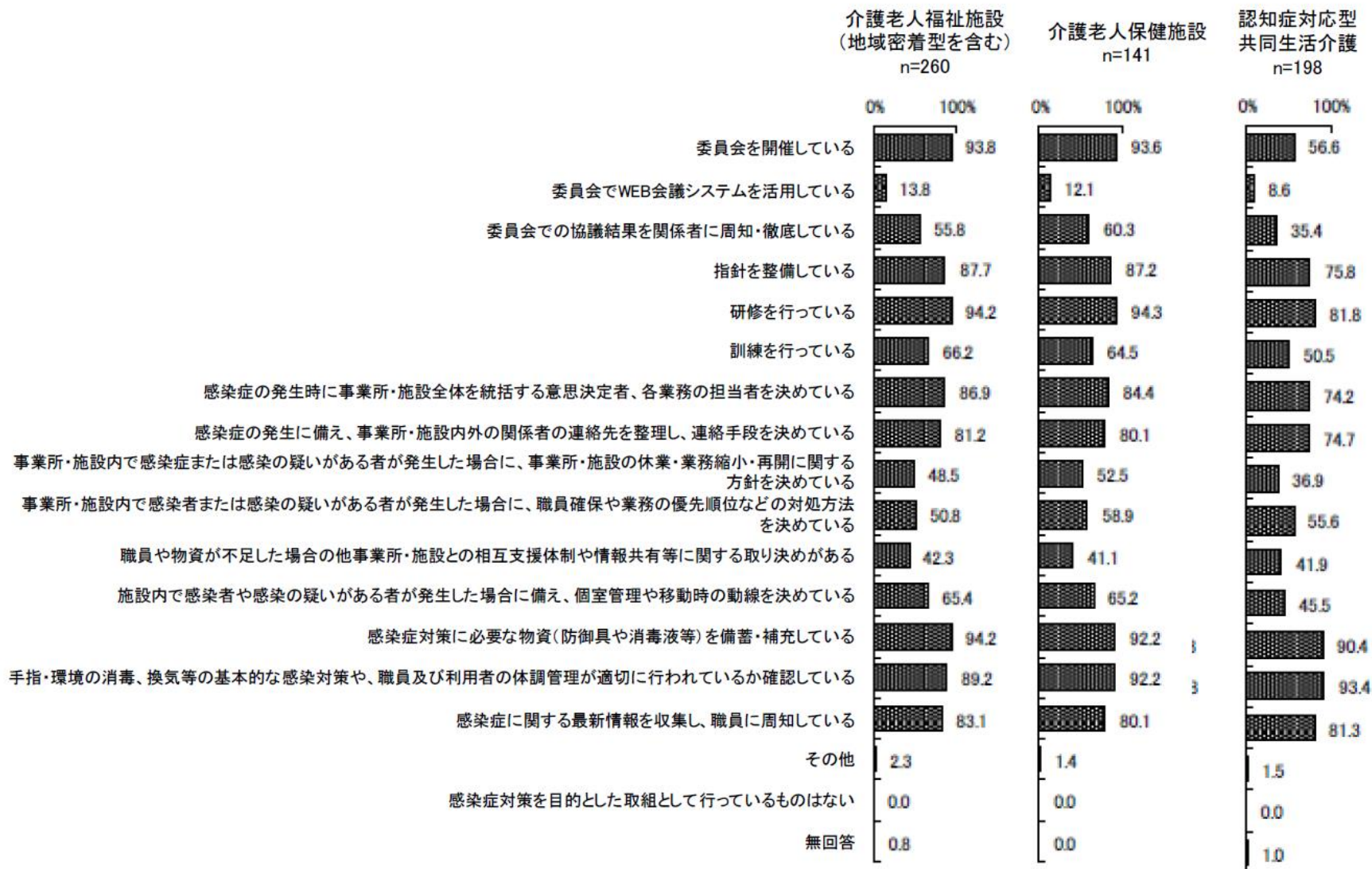
掲載場所：[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/taisakumatome\\_13635.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html)

## 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】



# 感染症対策の実施状況



出典: 令和3年度老人保健健康増進等事業 感染症対策や業務継続に向けた事業者の取組等に係る調査研究事業

# 感染症等の拡大防止等に係る介護事業所及び従事者に対する研修等支援事業

令和4年度予算:0.5億円

## 事業の内容

○新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、介護事業所は通常とは異なるサービス形態で、また、介護従事者においては感染者又は濃厚接触者となるリスクを抱えながら継続して介護サービスを提供する必要がある。

○令和3年度介護報酬改定においては、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、一定の経過措置を設け、業務継続計画（BCP）の策定、研修・訓練の実施等が義務づけられた。

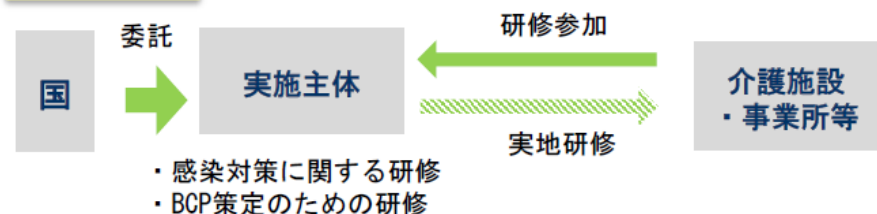
○多くの介護従事者は感染症や標準的な感染対策についての教育を受けているとは限らず、感染対策を行った上で事業継続ができるよう感染症対応力向上が必要であり、本事業では、介護従事者向けの実地研修の開催、介護事業所におけるBCP作成支援等を行う。

## 成果目標・事業スキーム

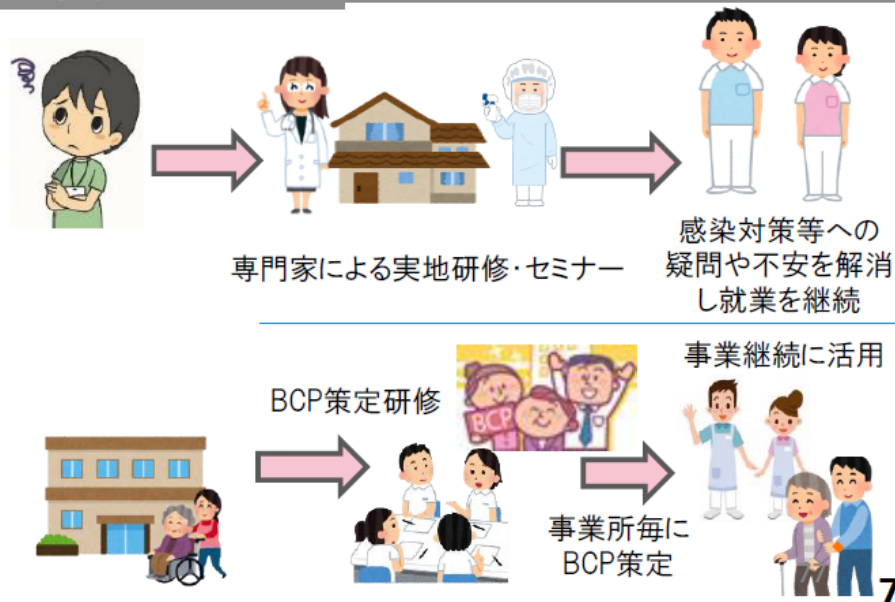
### 成果目標

本事業を通じ、介護事業所及び介護従事者の感染対策力等の向上を図り、安定した事業基盤の整備に繋がり事業継続が可能となる。

### 事業スキーム



## 事業のイメージ







## 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

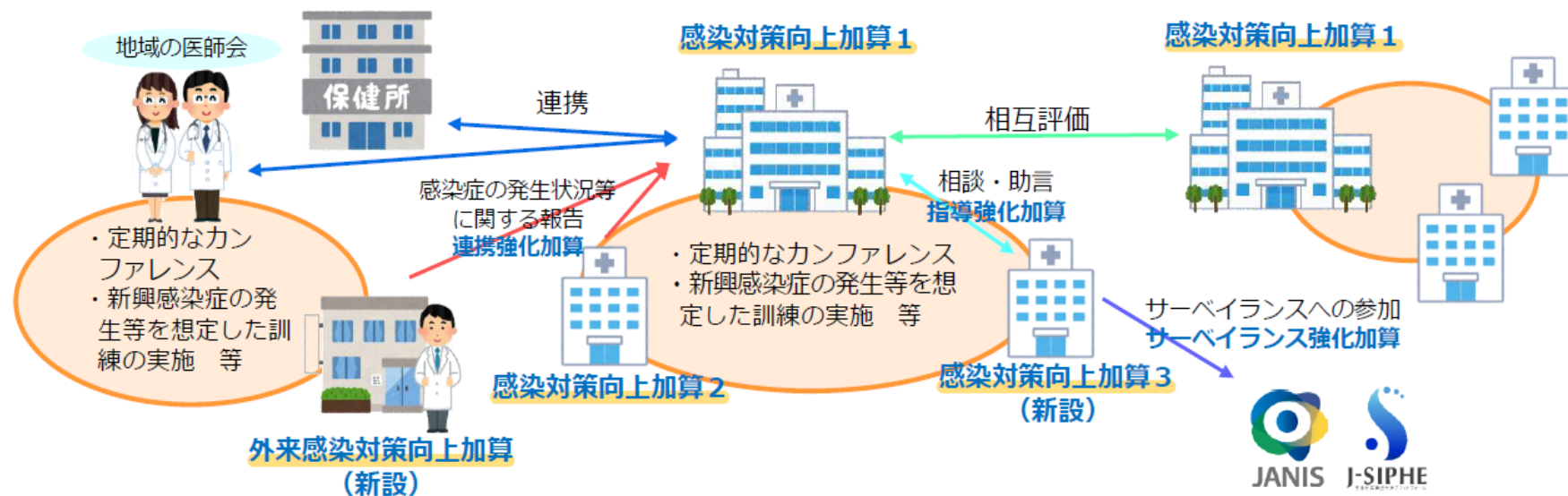
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

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	感染対策向上加算 1
感染防止対策加算 2	感染対策向上加算 2
(新設)	感染対策向上加算 3
390点	710点 (入院初日)
90点	175点 (入院初日)
	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)







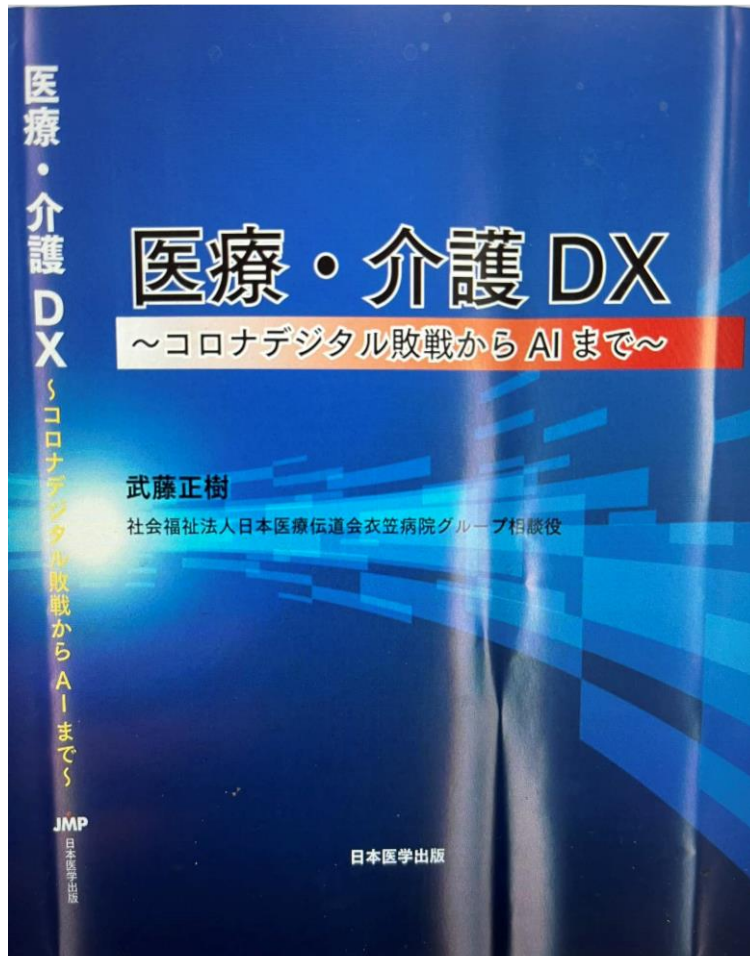
# まとめと提言

- ポスト2025年は急性期病床に後期高齢者パンデミックが起きる。
- 急性期病床から介護施設に医療ニーズの高い要介護者があふれ出てくる。
- 介護施設における医療機能を高める必要がある
- 医療施設と介護施設の連携の一層の強化が必要
- コロナパンデミックの経験をポスト2025年の後期高齢者パンデミックに活かそう



# 医療介護DX

～コロナデジタル敗戦からAIまで～



- 武藤正樹著
- DXやAIはこれからの医療・介護に必須である。  
本書はDXやAIに関心がある方、これから学ぼうとする方へ基礎をわかりやすく解説した
- 発行：[日本医学出版](#)
- 2023年5月29日
- A5判
- 216ページ
- 定価 2,200円+税



第25回

# 日本医療マネジメント学会

## 学術総会

The 25th Annual Meeting of the Japan Society for Health Care Management



横浜でお会い  
しましょう

## 『病院医療の展望』

～「パンデミック・災害とBCP」から「求められる医療」へ～

2023年(令和5年) 6月23日(金) ▶ 24日(土)

会場 パシフィコ横浜

会長 山本 登 横浜メディカルグループ 菊名記念病院 理事長



懇親会

日(金) 18:30～20:00

会場:ヨコハマランドインターコンチネンタルホテル

早期参加登録受付期間

2022年12月1日(木)～

2023年5月19日(金)

# ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)を担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック



ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[muto@kinugasa.or.jp](mailto:muto@kinugasa.or.jp)