

高齢者施設・障害者施設等における医療

参考資料

1. 総論

2. 高齢者施設等の医療提供機能・

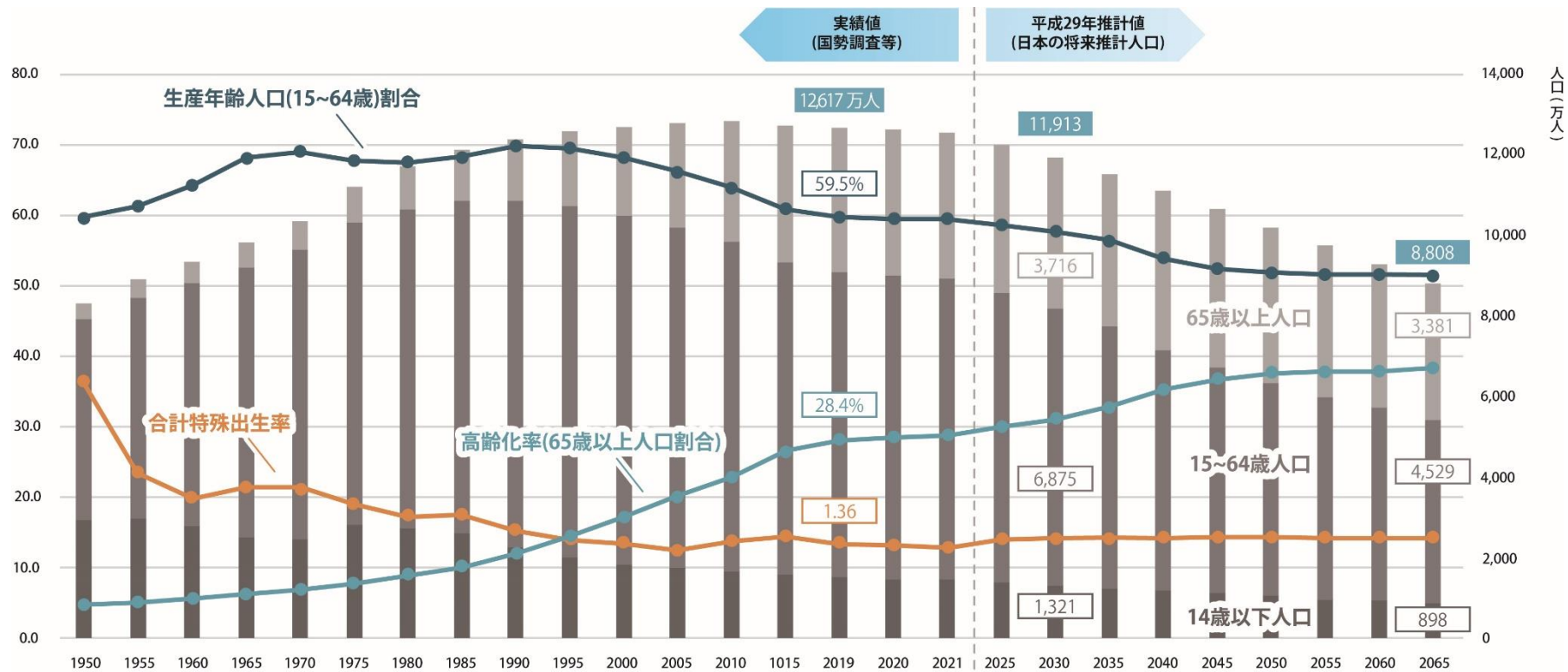
医療機関と高齢者施設等との連携について

3. 高齢者施設等における薬剤管理について

4. 感染症対策について

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



| | 2015年 | 2020年 | 2025年 | 2055年 |
|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 65歳以上高齢者人口(割合) | 3,387万人 (26.6%) | 3,677万人 (30.0%) | 3,677万人 (30.0%) | 3,704万人 (38.0%) |
| 75歳以上高齢者人口(割合) | 1,632万人 (12.8%) | 1,872万人 (14.9%) | 2,180万人 (17.8%) | 2,446万人 (25.1%) |

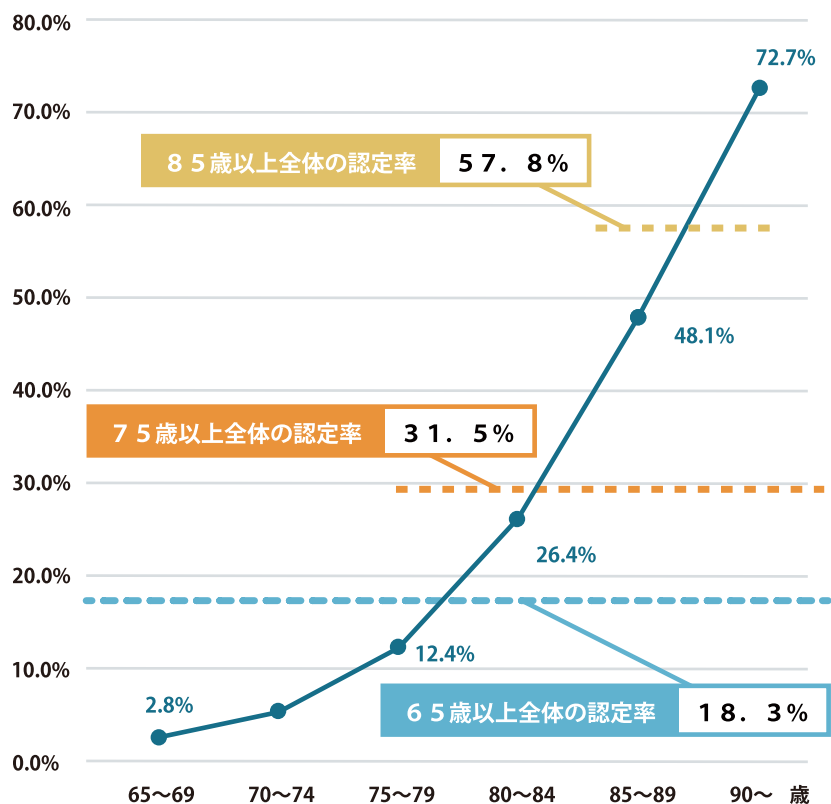
出典

2019年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は、2019年は総務省「人口推計」、それ以外は総務省「国勢調査」
 2019年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
 2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」

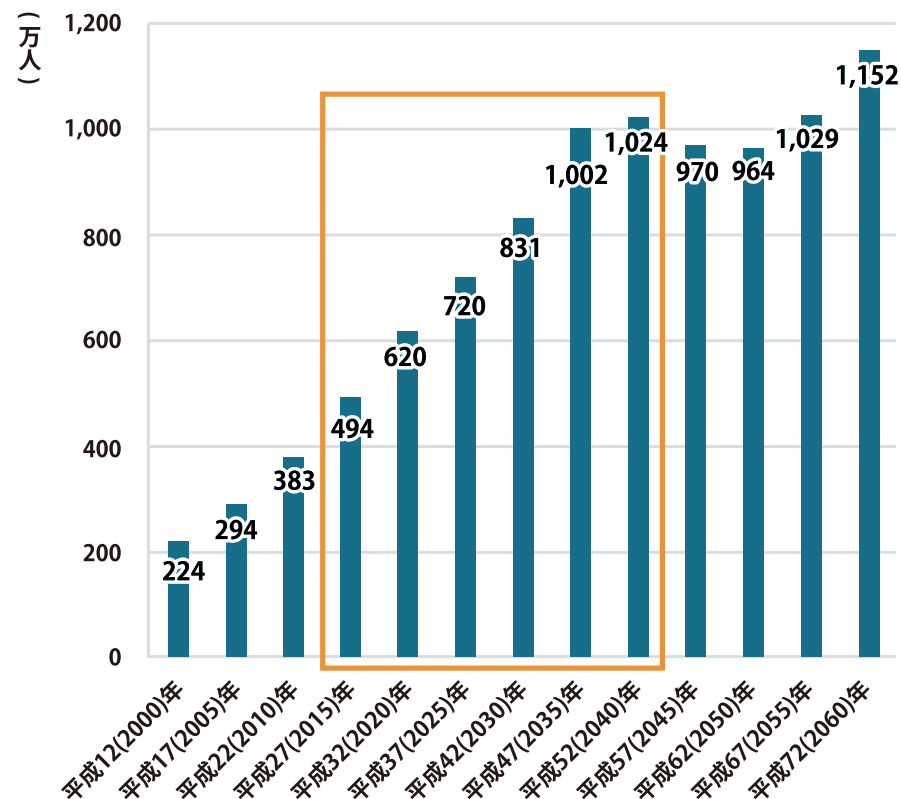
医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 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



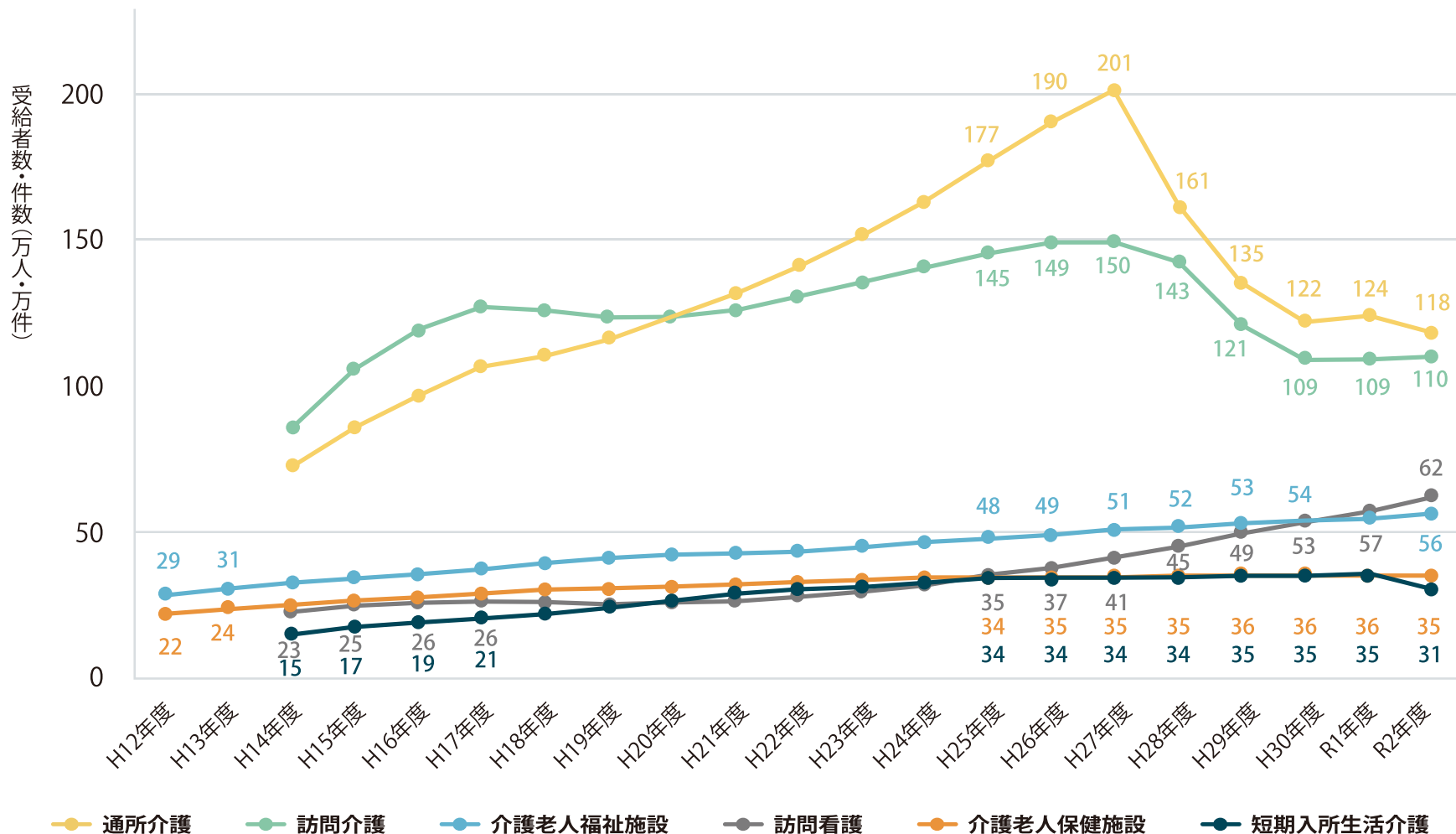
85歳以上の人口の推移



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）

介護保険サービス受給者数・件数



介護保険事業状況報告（3月サービス分から翌年2月サービス分までを集計）

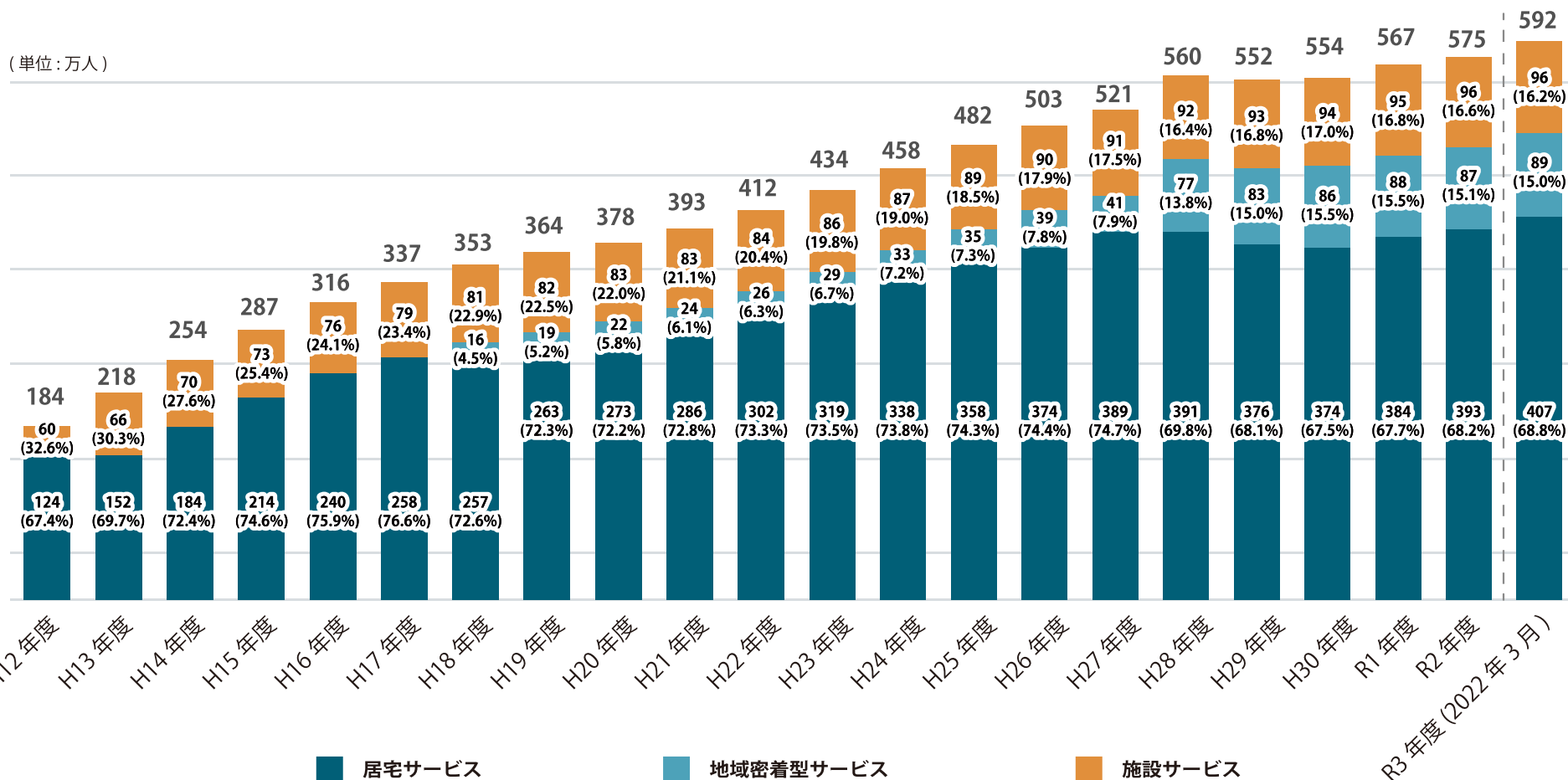
（注1）平成22年度は、東日本大震災の影響により福島県の5町1村（広野町、楢葉町、富岡町、川内村、双葉町、新地町）を除いて集計した値。

（注2）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は受給者数、それ以外は件数である。

（注3）平成12年度の数値や、平成18年4月開始の小規模多機能型居宅介護及び地域密着型介護老人福祉施設の平成18年度の数値は11ヶ月分を月平均した。（他は12ヶ月分）

（注4）認知症対応型共同生活介護は平成14年度以前は痴呆対応型共同生活介護。平成13年度以前データはデータを集計していない。（注5）同一月に複数サービスを受けた場合等重複がある点に留意が必要。

介護保険サービス利用者の推移



出典

【出典】介護保険事業状況報告

※ 1 () は各年度の構成比。 ※ 2 各年度とも3月から2月サービス分の平均 (ただし、平成12年度については、4月から2月サービス分の平均)。
 ※ 3 平成18年度の地域密着型サービスについては、4月から2月サービス分の平均。 ※ 4 受給者数は、居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス間の重複利用がある。
 ※ 5 東日本大震災の影響により、平成22年度の数値には、福島県内5町1村の数値は含まれていない。 ※ 6 R3年度は2022年3月サービス分。

介護保険施設の比較

| | | | 介護老人福祉施設 | 介護老人保健施設 | 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 |
| | 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。

介護保険と医療保険の給付調整のイメージ

○ 医療サービスは、施設により介護保険又は医療保険から給付される範囲が異なる。

※ 介護療養型医療施設、介護医療院は、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為について、特定診療費・特別診療費を算定できる。

※ 介護医療院、介護老人保健施設は、入所者の病状が著しく変化した場合に、緊急等やむを得ない事情により施設で行われた療養について、緊急時施設診療費、緊急時施設療養費を算定できる。

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------|-------------------|--|----------|----------|-----------|--|
| 手術・放射線治療 急性増悪時の医療等 | | | | 緊急時施設診療費 | 緊急時施設療養費 | 医療保険で給付 | |
| 特殊な検査 (例：超音波検査等) | | | | | | 医療保険で給付 | |
| 簡単な画像検査 (例：エックス線診断等) | | | | | | 医療保険で給付 | |
| 投薬・注射 検査 (例：血液・尿等) 処置 (例：創傷処置等) | 特定診療費 | 介護保険で給付 | | 特別診療費 | | | |
| 医学的指導管理 | | | | | | | |
| | 介護療養型医療施設 | 介護医療院 (I型・II型) | | | 介護老人保健施設 | 特別養護老人ホーム | |

※ 上図はイメージ (例えば、簡単な手術については、介護老人保健施設のサービス費に包括されている。)

介護医療院の概要

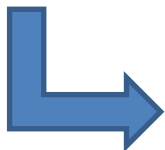
(定義) (介護保険法第8条第29項)

介護医療院とは、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。

(基本方針)

第二条 介護医療院は、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により、その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ものでなければならない。

(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))



○医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設

(参考1) 介護老人福祉施設の定義

老人福祉法第二十条の五 に規定する特別養護老人ホーム (入所定員が三十人以上であるものに限る。以下この項において同じ。) 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を行うことを目的とする施設

(参考2) 介護老人保健施設の定義

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 (その治療の必要の程度につき厚生労働省令で定めるものに限る。以下この項において単に「要介護者」という。) 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として、第九十四条第一項の都道府県知事の許可を受けたもの

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）

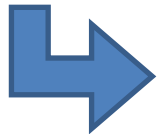
＜平成29年6月2日公布、平成30年4月1日施行＞

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

特別養護老人ホームについて

【根拠法：介護保険法第8条第22項、第27項、老人福祉法第20条の5】

- 特別養護老人ホームは、要介護高齢者のための生活施設であり、入所者に対して、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を提供する。
- 1963年(昭和38年)の老人福祉法制定時に創設され、その後、2000年(平成12年)に介護保険法が制定された際、「介護老人福祉施設」として介護保険制度に組み込まれた。
- 定員29名以下のものは、「地域密着型特別養護老人ホーム(地域密着型介護老人福祉施設)」と呼ばれる。
- 令和3年10月審査分で、施設数は10,791施設、サービス受給者数は63.9万人である(令和3年介護給付費等実態統計)。

☆認可・指定の流れと施設基準

《認可権者》

都道府県・政令指定都市・中核市

《指定権者》

- ・定員30名以上の特養の場合
都道府県・政令指定都市・中核市
- ・定員29名以下の特養の場合
市町村

①認可申請



②老人福祉法上の「特別養護老人ホーム」として認可

③指定申請(介護保険サービスの提供を行いたい場合)



④介護保険法上の「介護老人福祉施設」として指定

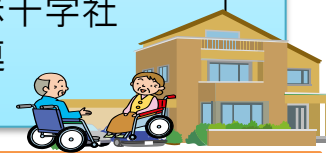
《設置者》

【自治体関係】

- 都道府県
- 市町村
- 地方独立行政法人

【自治体関係以外】

- 社会福祉法人
- 日本赤十字社
- 厚生連



《人員配置基準》

- ・医師：必要数(従うべき基準)
- ・介護・看護職員：3:1(従うべき基準)
- ・機能訓練指導員：1人以上(従うべき基準)
- ・介護支援専門員：1人以上(従うべき基準)
- 等

《設備基準》

- ・居室定員：原則1人(参酌すべき基準)
- ・居室面積：1人当たり10.65㎡(従うべき基準)
- ・廊下の幅：原則1.8m以上、中廊下の幅は原則2.7m以上(参酌すべき基準)
- ・要介護者が入浴しやすい浴室の設置(参酌すべき基準)
- ・消火設備その他の非常災害時に必要な設備の設置(参酌すべき基準)
- 等

※上記のような運営基準(基準省令)は条例に委任されており、各自治体はその内容を踏まえ、基準条例を定めている。

※基準省令は、条例制定に当たり、「従うべき基準」(必ず適合しなければならない基準)、「参酌すべき基準」(十分参照しなければならない基準)と、拘束力に差異がある。

特定施設入居者生活介護の概要

1. 制度の概要

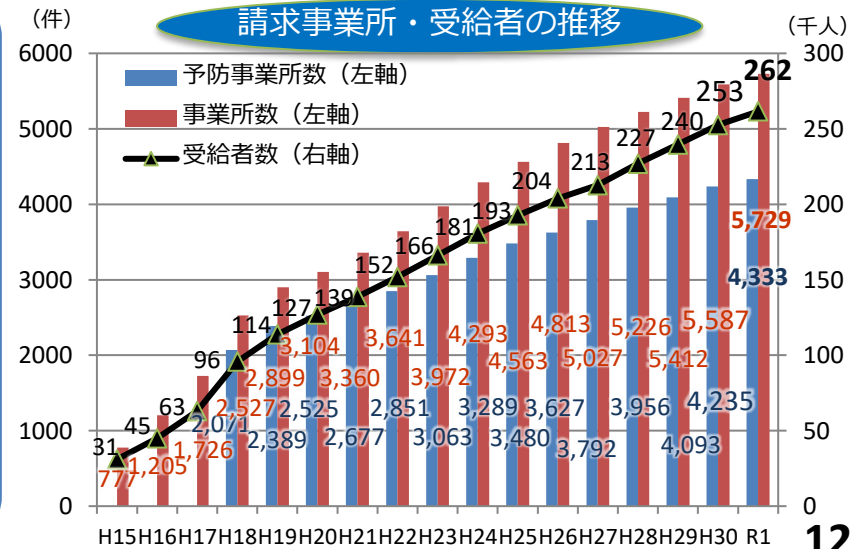
- 特定施設入居者生活介護とは、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。
- 特定施設の対象となる施設は以下のとおり。
 - ① 有料老人ホーム ② 軽費老人ホーム（ケアハウス） ③ 養護老人ホーム
 - ※ 「サービス付き高齢者向け住宅」については、「有料老人ホーム」に該当するものは特定施設となる。
- 特定施設入居者生活介護の指定を受ける特定施設を「介護付きホーム」という。

2. 人員基準

- 管理者— 1人 [兼務可] ○ 生活相談員— 要介護者等：生活相談員 = 100 : 1
- 看護・介護職員— ① 要支援者：看護・介護職員 = 10 : 1 ② 要介護者：看護・介護職員 = 3 : 1
 ※ ただし看護職員は要介護者等が30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人
 ※ 夜間帯の職員は1人以上
- 機能訓練指導員— 1人以上 [兼務可] ○ 計画作成担当者— 介護支援専門員1人以上 [兼務可]
 ※ただし、要介護者等：計画作成担当者100:1を標準

3. 設備基準

- ① 介護居室：・原則個室 ・プライバシーの保護に配慮、介護を行える適当な広さ ・地階に設けない 等
- ② 一時介護室：介護を行うために適当な広さ
- ③ 浴室：身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
- ④ 便所：居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備える
- ⑤ 食堂、機能訓練室：機能を十分に発揮し得る適当な広さ
- ⑥ 施設全体：利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造



出典：介護給付費等実態調査（各年度3月分（4月審査分））※「事業所数」は短期利用を除く。地域密着型を含む。

認知症対応型共同生活介護の概要

認知症(急性を除く)の高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにする。



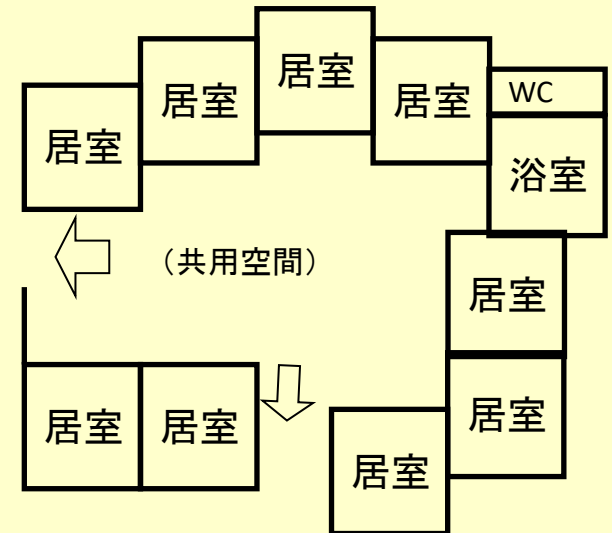
- 住宅地等に立地
- 利用者一人一人の人格を尊重し、家庭的な環境の下で日常生活ができるよう、以下の職員を配置してサービスを提供

- ・介護従業者
日中:利用者3人に1人(常勤換算)
夜間:ユニットごとに1人(※)
- ・計画作成担当者
事業所ごとに1人
(最低1人は介護支援専門員)
- ・管理者
3年以上認知症の介護従事経験があり、厚生労働大臣が定める研修を修了した者が常勤専従

(※)3ユニットの場合であって、各ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策(マニュアルの策定、訓練の実施)をとっていることを要件に、例外的に夜勤2人以上の配置に緩和できるとし、事業所が夜勤職員体制を選択することを可能とする。



共同生活住居(ユニット)のイメージ



- 1事業所あたり、原則として3の共同生活住居(ユニット)を運営
- 1ユニットの定員は、5人以上9人以下
- 居室は、7.43㎡(和室4.5畳)以上で原則個室
- 居間・食堂・台所・浴室等日常生活に必要な設備

<地域との関わり>

- 利用者・家族・地域住民・外部有識者等から構成される運営推進会議を設置するとともに、外部の視点からも運営を評価する仕組みとなっている。

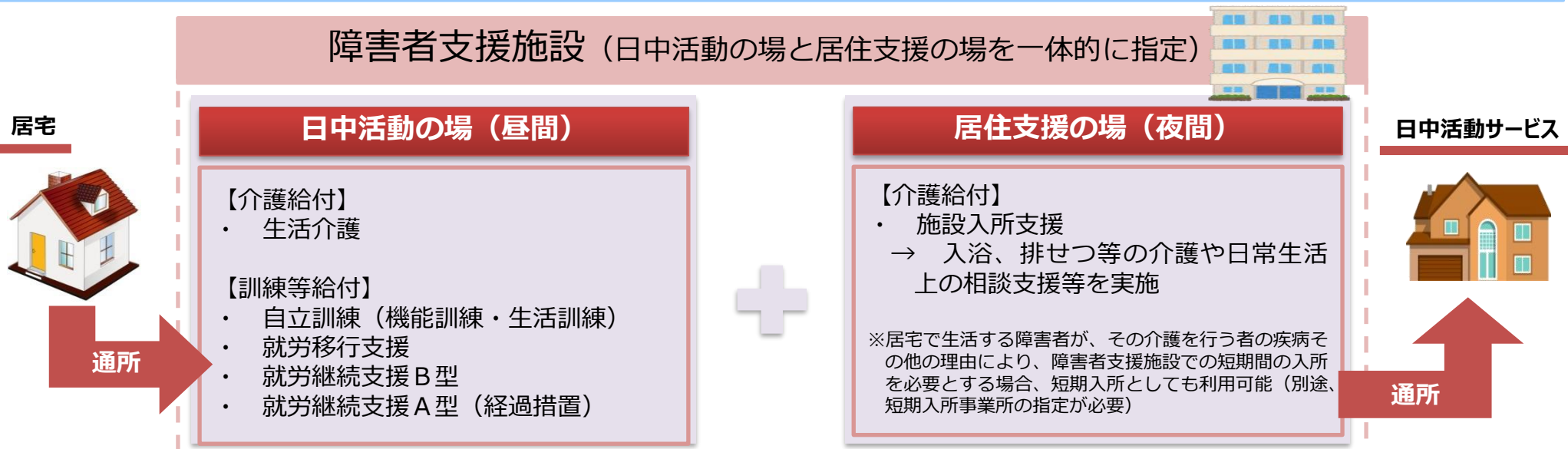
障害者支援施設

概要

- 施設に入所する障害者につき、主として夜間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援（施設入所支援）を行うとともに、施設入所支援以外の施設障害福祉サービス（生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援 B 型等）を実施する施設。

対象者

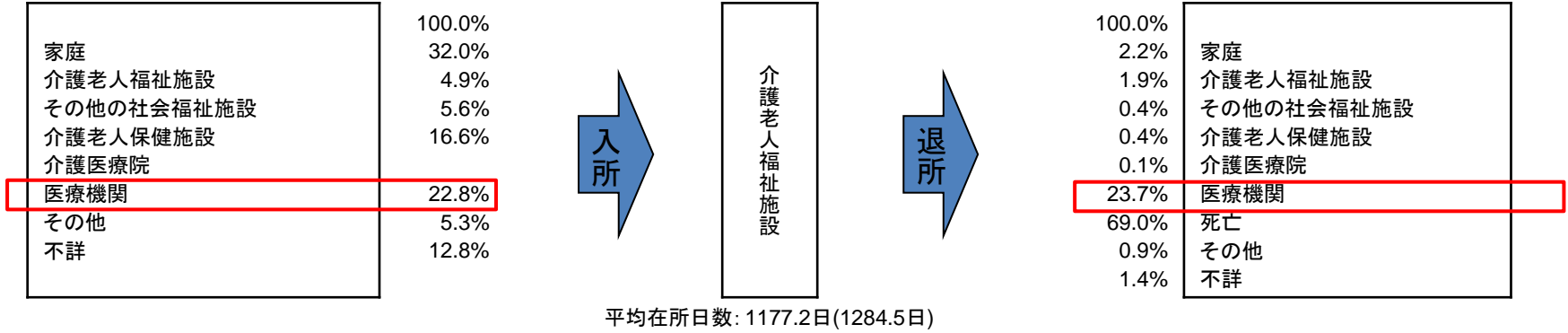
- ① 生活介護利用者のうち、区分 4 以上の者（50 歳以上の場合は、区分 3 以上）
- ② 自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援 B 型の利用者のうち、入所させながら訓練等を実施することが必要かつ効果的であると認められる者又は通所によって訓練を受けることが困難な者
- ③ 特定旧法指定施設に入所していた者であって継続して入所している者又は、地域における障害福祉サービスの提供体制の状況その他やむを得ない事情により通所によって介護等を受けることが困難な者のうち、①又は②に該当しない者若しくは就労継続支援 A 型を利用する者



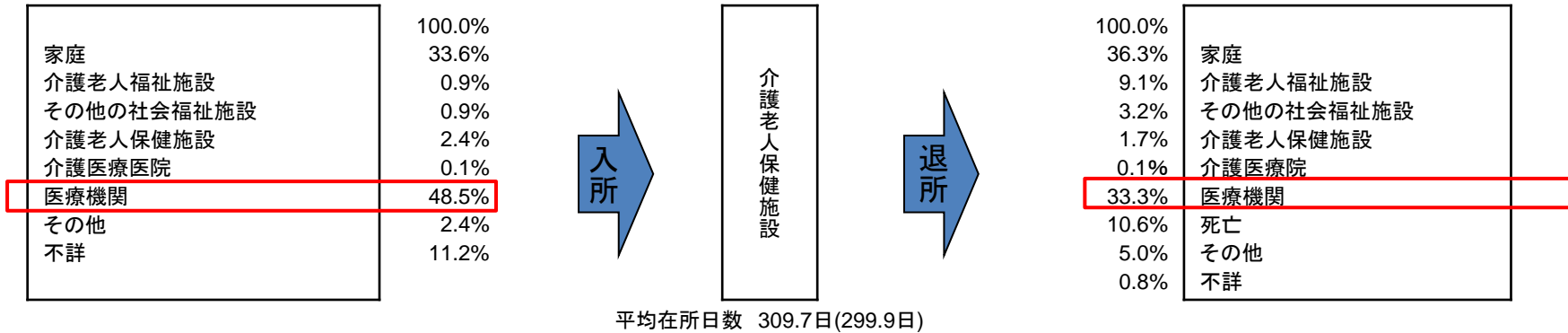
※ 障害者支援施設が実施する日中活動サービスを居宅から通所して利用すること、施設入所支援の利用者が障害者支援施設以外が実施する日中活動サービスを利用することも可能。

介護保険施設における入所者・退所者の状況（令和元年）

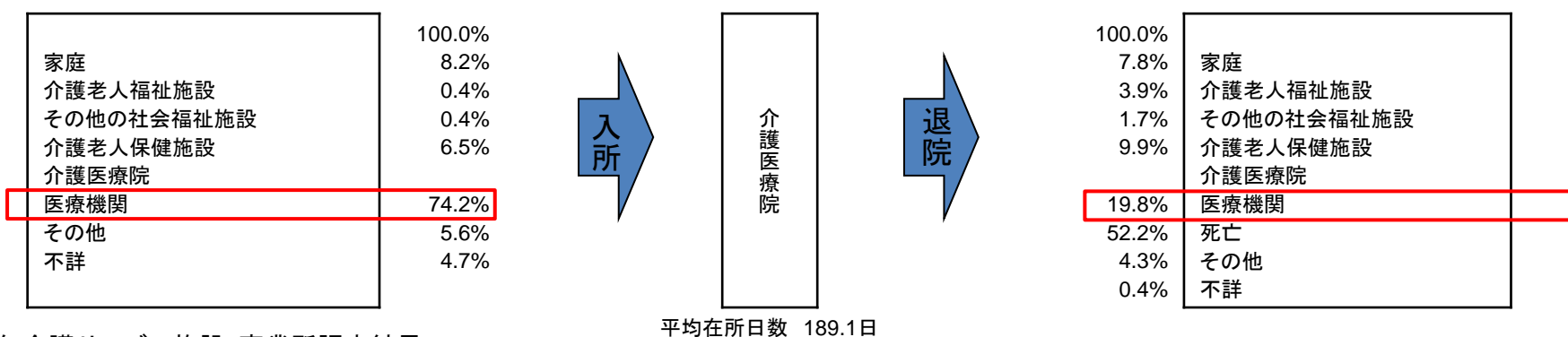
(退所者数: 8,018人)



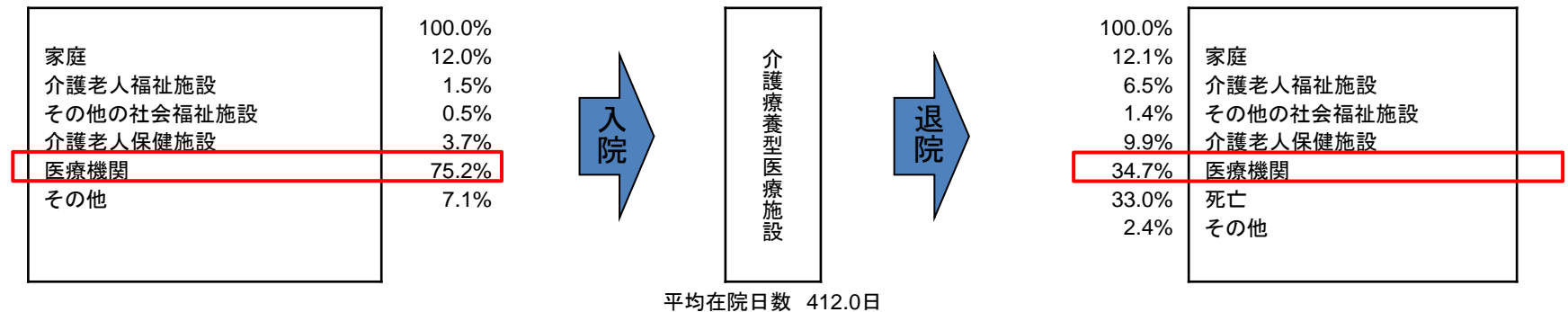
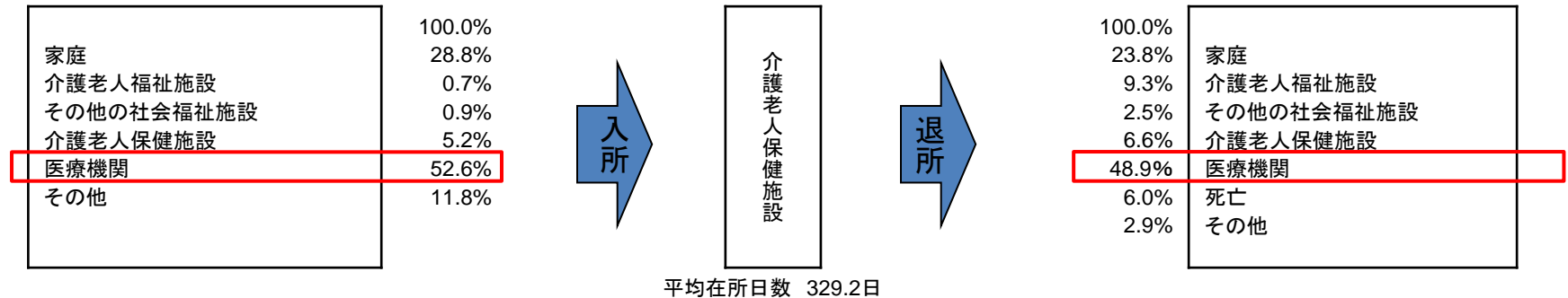
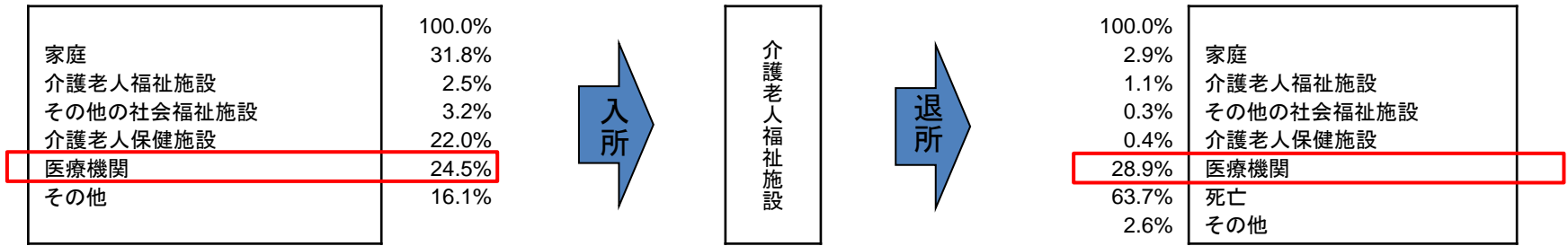
(退所者: 23,106人)



(退所者: 1,184人)



介護保険施設における入所者・退所者の状況（平成22年）



注:「その他」には不詳を含む。

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



入所者の医療区分・ADL区分

【医療区分及びADL区分(介護老人保健施設票問16、介護医療院票問16、介護老人福祉施設票問12、医療療養病床票問11)】

- 老健では「医療区分1」が42.5%、「ADL区分1」が23.2%であった。
- 介護医療院では「医療区分1」が38.3%、「ADL区分3」が30.2%であった。
- 特養では「医療区分1」が42.6%、「ADL区分2」が24.9%であった。
- 医療区分について平成26年度調査と比べると、医療療養病床、老健、特養では区分1の割合が低下し、区分2及び3の割合が増加していた。

n=19,747 図表8 医療区分及びADL区分(老健) 単位: %

| 医療区分及びADL区分 | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 | 不明、未実施 | 合計 |
|-------------|-------|-------|-------|--------|-------|
| ADL区分1 | 17.6 | 1.6 | 0.8 | 3.2 | 23.2 |
| ADL区分2 | 14.5 | 2.8 | 0.6 | 4.2 | 22.1 |
| ADL区分3 | 7.6 | 2.1 | 1.0 | 2.7 | 13.4 |
| 不明、未実施 | 2.9 | 0.8 | 0.8 | 36.8 | 41.3 |
| 合計 | 42.5 | 7.3 | 3.2 | 46.9 | 100.0 |

n=11,134 図表9 医療区分及びADL区分(介護医療院) 単位: %

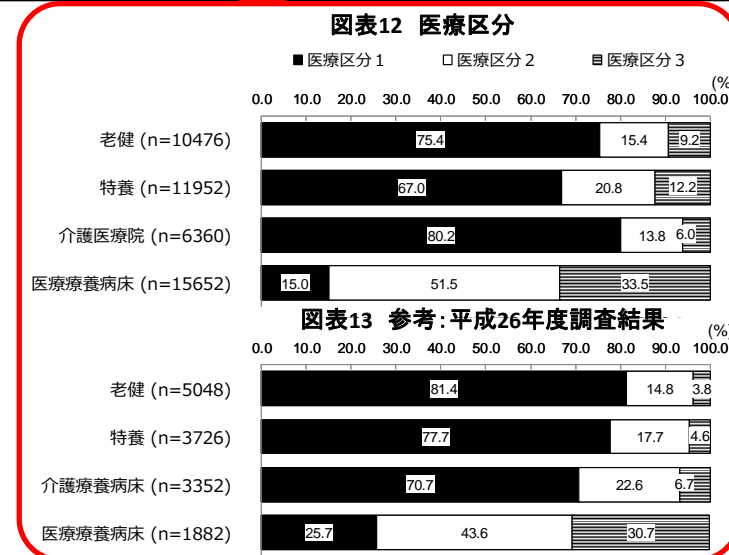
| 医療区分及びADL区分 | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 | 不明、未実施 | 合計 |
|-------------|-------|-------|-------|--------|-------|
| ADL区分1 | 5.0 | 1.5 | 0.7 | 2.9 | 10.1 |
| ADL区分2 | 10.8 | 2.4 | 0.7 | 2.5 | 16.5 |
| ADL区分3 | 17.8 | 5.8 | 3.2 | 3.4 | 30.2 |
| 不明、未実施 | 4.6 | 2.1 | 2.4 | 34.1 | 43.2 |
| 合計 | 38.3 | 11.9 | 7.0 | 42.9 | 100.0 |

n=21,165 図表10 医療区分及びADL区分(特養) 単位: %

| 医療区分及びADL区分 | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 | 不明、未実施 | 合計 |
|-------------|-------|-------|-------|--------|-------|
| ADL区分1 | 8.7 | 1.9 | 1.1 | 1.7 | 13.4 |
| ADL区分2 | 17.5 | 3.0 | 1.7 | 2.7 | 24.9 |
| ADL区分3 | 11.4 | 2.7 | 1.4 | 1.8 | 17.4 |
| 不明、未実施 | 5.0 | 1.0 | 0.9 | 37.3 | 44.3 |
| 合計 | 42.6 | 8.7 | 5.2 | 43.5 | 100.0 |

n=16,428 図表11 医療区分及びADL区分(医療療養病床) 単位: %

| 医療区分及びADL区分 | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 | 不明、未実施 | 合計 |
|-------------|-------|-------|-------|--------|-------|
| ADL区分1 | 3.9 | 6.5 | 2.5 | 0.5 | 13.5 |
| ADL区分2 | 4.1 | 12.4 | 5.2 | 0.2 | 21.8 |
| ADL区分3 | 5.0 | 24.5 | 23.5 | 0.4 | 53.4 |
| 不明、未実施 | 1.3 | 5.7 | 0.7 | 3.7 | 11.3 |
| 合計 | 14.3 | 49.1 | 31.9 | 4.7 | 100.0 |



注) エラー・無回答サンプルを除いた形でグラフを作成

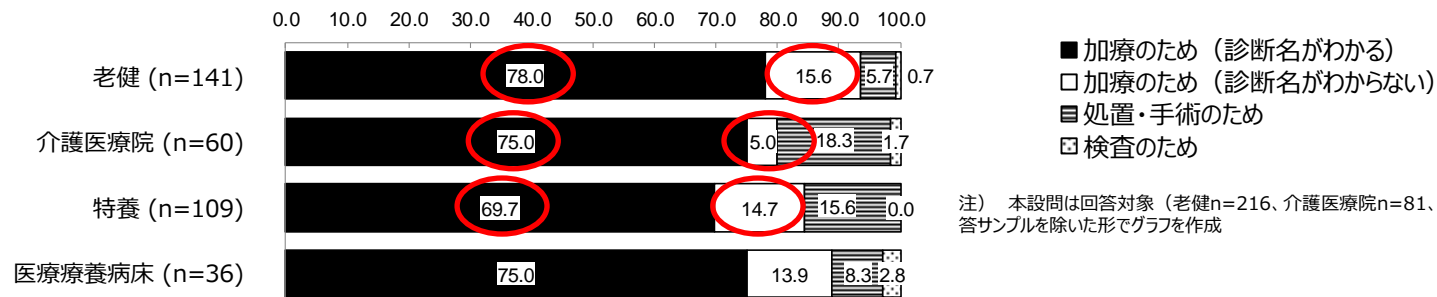
出典:平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業報告書」

医療機関への退所・退院理由

【退所・退院先が病院・診療所の場合の退所・退院理由(退所者・退院患者票問8)】

- 退所・退院理由については、「加療のため(診断名がわかる)」が老健では78.0%、介護医療院では75.0%、特養では69.7%、「加療のため(診断名がわからない)」は老健では15.6%、介護医療院では5.0%、特養では14.7%であった。
- 退所・退院理由が「加療のため(診断名がわかる場合)」と回答した場合、その診断名は、「肺炎」が老健では26.4%、介護医療院では17.8%、特養では31.6%であった。

図表28 退所・退院先が病院・診療所の場合、退所・退院理由(複数回答可) (%)



注) 本設問は回答対象(老健n=216、介護医療院n=81、特養n=152)であるが、無回答サンプルを除いた形でグラフを作成

図表29 加療のため(診断名がわかる場合)(複数回答可)

| 診断名 | 単位 (%) | | | |
|---------------|------------|--------------|-----------|---------------|
| | 老健 (n=110) | 介護医療院 (n=45) | 特養 (n=76) | 医療療養病床 (n=27) |
| 肺炎 | 26.4 | 17.8 | 31.6 | 18.5 |
| 尿路感染症 | 4.5 | 6.7 | 5.3 | 7.4 |
| 骨折 | 10.9 | 8.9 | 1.3 | 7.4 |
| 脳血管疾患 | 6.4 | 11.1 | 5.3 | 7.4 |
| 心疾患 | 13.6 | 13.3 | 13.2 | 11.1 |
| 認知症による精神症状の増悪 | 2.7 | 2.2 | 5.3 | 7.4 |
| 脱水症 | 5.5 | 4.4 | 6.6 | 3.7 |
| 新型コロナ | 9.1 | 2.2 | 6.6 | 14.8 |
| その他 | 36.4 | 42.2 | 40.8 | 33.3 |

図表30 加療のため(診断名がわからない場合)(複数回答可)

| 診断名 | 単位 (%) | | | |
|------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | 老健 (n=22) | 介護医療院 (n=3) | 特養 (n=16) | 医療療養病床 (n=5) |
| 発熱 | 50.0 | 100.0 | 31.3 | 40.0 |
| 呼吸困難 | 27.3 | 0.0 | 12.5 | 20.0 |
| 胸痛 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 腹痛 | 4.5 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 意識障害 | 22.7 | 0.0 | 25.0 | 20.0 |
| 血圧低下 | 9.1 | 0.0 | 6.3 | 0.0 |
| その他 | 36.4 | 0.0 | 62.5 | 40.0 |

平成18年度改定 看取り介護加算の創設（資料抜粋）

（2）介護老人福祉施設

ア 重度化対応加算の創設

入所者の重度化等に伴う医療ニーズの増大等に対応する観点から、看護師の配置と夜間における24時間連絡体制の確保、看取りに関する指針の策定などの一定の要件を満たす場合に加算する。

重度化対応加算（新設）



10 単位／日

※算定要件

次の全ての要件を満たした場合に算定できる。

- ・常勤の看護師（※平成19年3月31日までの間は看護職員でも可。）を1名以上配置し、看護責任者を定めていること。
- ・看護職員により、又は医療機関・訪問看護ステーションとの連携により、24時間連絡体制を確保し、健康上の管理等を行う体制を確保していること。
- ・看取りに関する指針を策定し、入所の際に、入所者、家族等への説明を行い、同意を得ていること。
- ・看取りに関する職員研修を行っていること。
- ・看取りのための個室を確保していること。

イ 準ユニットケア加算の創設

ユニット型施設に準ずるケア（12人程度の小グループ単位でのケア、プライバシーに配慮した居室、ユニット型施設と同等の人員配置等）を行っている従来型施設について加算する。

準ユニットケア加算（新設）



5 単位／日

ウ 看取り介護加算の創設

アの加算を算定している施設で、医師が終末期にあると判断した入所者について、医師、看護師、介護職員等が共同して、本人又は家族等の同意を得ながら看取り介護を行った場合に、死亡前30日を限度として、死亡月に加算する。

看取り介護加算（新設）



<施設・居宅で死亡> 160 単位／日
<上記以外で死亡> 80 単位／日

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

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(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

【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

【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

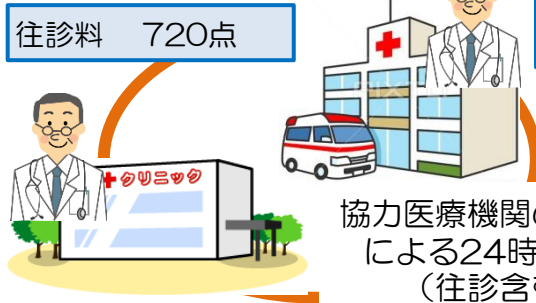
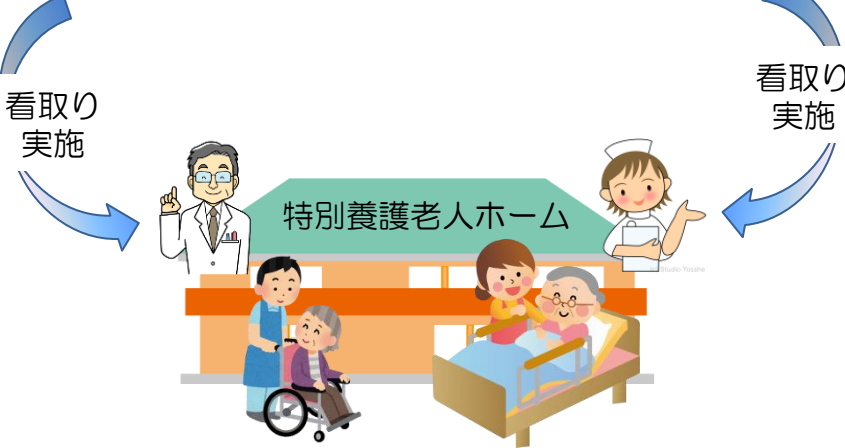
【末期の悪性腫瘍の患者】
○ 看取り介護加算を算定していない
・訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円
○ 看取り介護加算を算定している
(新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円

往診料 720点

往診料 720点



協力医療機関



協力医療機関の医師等による24時間対応(往診含む)



施設看護師や訪看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

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 |

施設系サービス、居住系サービスにおける看取りへの対応の充実

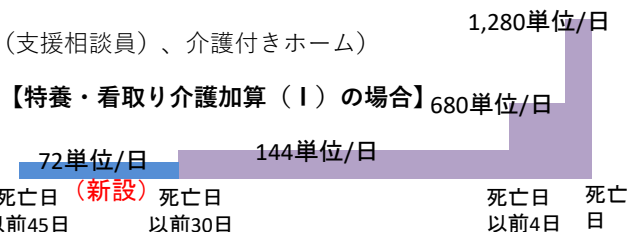
- 特養、老健施設や介護付きホーム、認知症グループホームの看取りに係る加算について、現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、それ以前の一定期間の対応について、新たに評価する。介護付きホームについて、看取り期に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に新たに評価する。

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護付きホーム、認知症グループホーム

- 中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算について、以下の見直しを行う。
 - ・要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。
 - ・看取りに関する協議等の参加者として、生活相談員を明記する。(※特養、老健(支援相談員)、介護付きホーム)
 - ・現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、死亡日以前45日前からの対応について新たに評価する区分を設ける。

死亡日以前31日～45日以下 (新設)

特養：72単位/日
老健：80単位/日
特定：72単位/日
GH：72単位/日



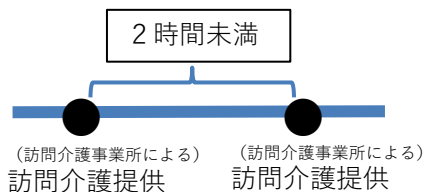
- 介護付きホームについて、看取り期に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に評価する新たな区分を設ける。

【特定】 看取り介護加算(Ⅱ) (新設) 死亡日以前31日～45日以下：572単位/日 同4～30日以下：644単位/日
同2日又は3日：1180単位/日 死亡日：1780単位/日

訪問介護における看取りへの対応の充実

- 看取り期の利用者に訪問介護を提供する場合に、2時間ルール(2時間未満の間隔のサービス提供は所要時間を合算すること)を弾力化し、所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数の算定を可能とする。

訪問介護



< 現行の取扱い >
それぞれの所要時間を合算して報酬を算定
例：それぞれ身体介護を25分提供
→合算して50分提供したものととして報酬を算定するため、30分以上1時間未満の396単位を算定



< 改定後 > 【通知改正】
所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数を算定
例：それぞれ身体介護を25分提供
→合算せずにそれぞれ25分提供したものととして報酬を算定するため、250単位×2回=500単位を算定

※1 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合を除く。
※2 頻回の訪問として、提供する20分未満の身体介護中心型の単位を算定する際の例外あり。

1. 総論

2. 高齢者施設等の医療提供機能・

医療機関と高齢者施設等との連携について

3. 高齢者施設等における薬剤管理について

4. 感染症対策について

施設内で提供可能な医療

【施設内で提供可能な医療の割合(介護老人保健施設票問38、介護医療院票問21、介護老人福祉施設票問23、医療療養病床票問15)】

○「経鼻経管栄養」について、老健では41.7%、介護医療院では93.7%、特養では28.7%であった。

○「24時間持続点滴」について、老健では39.9%、介護医療院では82.4%、特養では5.7%であった。

○「喀痰吸引(1日8回以上)」について、老健では50.3%、介護医療院では83.7%、特養では24.1%であった。

○「酸素療養(酸素吸入)」について、老健では66.1%、介護医療院では90.5%、特養では53.9%であった。

○「インスリン注射」について、老健では86.8%、介護医療院では91.9%、特養では69.1%であった。

図表23 施設内で提供可能な医療の割合(複数回答可)

| | 単位 (%) | | | | | 単位 (%) | | | |
|--------------------------------|------------|---------------|------------|----------------|--------------------------|------------|---------------|------------|----------------|
| | 老健 (n=348) | 介護医療院 (n=221) | 特養 (n=460) | 医療療養病床 (n=247) | | 老健 (n=348) | 介護医療院 (n=221) | 特養 (n=460) | 医療療養病床 (n=247) |
| 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 | 93.4 | 97.3 | 90.4 | 93.5 | 抗菌薬 | 61.5 | 82.4 | 27.8 | 85.8 |
| 経鼻経管栄養 | 41.7 | 93.7 | 28.7 | 94.3 | 昇圧薬 | 24.7 | 57.9 | 7.2 | 73.7 |
| 中心静脈栄養 | 7.8 | 48.0 | 2.2 | 81.4 | 皮下、皮下及び筋肉注射 (インスリン注射を除く) | 62.6 | 84.6 | 39.3 | 92.7 |
| 24時間持続点滴 | 39.9 | 82.4 | 5.7 | 91.5 | 簡易血糖測定 | 88.2 | 92.8 | 62.4 | 94.3 |
| カテーテル (尿道カテーテル・コンドームカテーテル) の管理 | 91.7 | 92.3 | 81.1 | 95.1 | インスリン注射 | 86.8 | 91.9 | 69.1 | 95.5 |
| ストーマ (人工肛門・人工膀胱) の管理 | 84.8 | 84.6 | 70.2 | 87.9 | 疼痛管理 (麻薬なし) | 68.1 | 69.2 | 42.4 | 83.8 |
| 喀痰吸引 (1日8回未満) | 87.6 | 95.9 | 73.5 | 93.9 | 疼痛管理 (麻薬使用) | 19.5 | 46.2 | 15.7 | 76.5 |
| 喀痰吸引 (1日8回以上) | 50.3 | 83.7 | 24.1 | 91.5 | 内服薬・座薬・貼付薬 | 73.3 | 69.7 | 55.7 | 85.4 |
| ネブライザー | 45.7 | 72.4 | 22.8 | 88.7 | 点滴薬 | 50.6 | 53.4 | 25.2 | 74.9 |
| 酸素療法 (酸素吸入) | 66.1 | 90.5 | 53.9 | 92.7 | 創傷処置 | 87.1 | 92.8 | 78.5 | 95.1 |
| 鼻カスラ | 63.8 | 87.3 | 52.0 | 88.3 | 褥瘡処置 | 93.4 | 93.7 | 87.0 | 97.2 |
| マスク | 58.3 | 82.4 | 37.6 | 87.4 | 浣腸 | 88.8 | 90.5 | 81.5 | 95.5 |
| リザーバー付きマスク | 17.2 | 46.6 | 8.7 | 63.6 | 排便 | 92.8 | 95.0 | 86.7 | 93.9 |
| 気管切開のケア | 23.3 | 50.2 | 2.6 | 79.8 | 導尿 | 81.3 | 88.2 | 55.9 | 93.5 |
| 人工呼吸器の管理 | 3.2 | 13.6 | 0.4 | 49.8 | 膀胱洗浄 | 58.0 | 81.9 | 38.3 | 86.6 |
| 挿管 | 1.7 | 13.1 | 0.2 | 44.9 | 持続モニター (血圧、心拍、酸素飽和度等) | 31.6 | 83.3 | 7.6 | 91.9 |
| マスク式 (NPPV 等) | 7.2 | 14.9 | 1.1 | 47.8 | リハビリテーション | 80.5 | 89.6 | 30.0 | 85.0 |
| 静脈内注射 (点滴含む) | 60.6 | 81.9 | 32.0 | 87.9 | 透析 | 8.9 | 7.7 | 9.8 | 25.1 |
| 電解質輸液 | 63.2 | 86.4 | 34.6 | 87.4 | その他 | 1.4 | 5.4 | 0.2 | 11.3 |

概要

- イ 加算その他の取扱い
 介護療養型医療施設で評価されている加算等その他の取扱いについては、引き続き介護医療院においても同様とする。なお、必要に応じて加算等の名称を変更する。
 （例）退院時指導等加算 → 退所時指導等加算
 特定診療費 → 特別診療費
- ウ 緊急時の医療
 介護医療院は、病院・診療所ではないものの、医療提供施設として緊急時の医療に対応する必要があることから、介護老人保健施設と同様に、緊急時施設療養費と同様の評価を行うこととする。
- エ 重度の認知症疾患への対応
 重度の認知症疾患への対応については、入所者の全てが認知症である老人性認知症疾患療養病棟で評価されているような、精神保健福祉士や看護職員の手厚い配置に加え、精神科病院との連携等を加算として評価することとする。

単位数

＜主な加算＞

| | | | | | |
|------------|--------|-------------------|------------------------|--------|--------|
| 初期加算 | 30単位／日 | 緊急時施設療養費（緊急時治療管理） | 511単位／日 | 経口移行加算 | 28単位／日 |
| 栄養マネジメント加算 | 14単位／日 | 重度認知症疾患療養体制加算（Ⅱ） | 100単位／日（加算（Ⅱ）で要介護5の場合） | | |

算定要件等

＜主な加算の概要＞

- 初期加算：入所した日から起算して30日以内の期間。
- 栄養マネジメント加算：基準に適合する介護医療院の管理栄養士が継続的に入所者ごとの影響管理をすること。
- 経口移行加算：医師、歯科医師、管理栄養士等が共同して、入所者ごとに経口移行計画を作成し、計画に従って支援が行われること。
- 緊急時施設療養費（緊急時治療管理）：入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合に緊急的な治療管理を行った場合。
- 重度認知症疾患療養体制加算：入所者の全てが認知症であり、精神保健福祉士や看護職員が一定数以上配置されていることに加え、精神科病院との連携等の要件を満たすこと

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 |

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2年度調査）

老健施設の医療ニーズへの対応強化

- 老健施設において、適切な医療を提供する観点から、所定疾患施設療養費について、検査の実施の明確化や算定日数の延長、対象疾患の追加を行う。かかりつけ医連携薬剤調整加算について、かかりつけ医との連携を推進し、継続的な薬物治療を提供する観点から見直しを行う。【告示改正】

介護老人保健施設

【所定疾患施設療養費の見直し】

- 算定要件において、**検査の実施**を明確化する。(※) 当該検査については、協力医療機関等と連携して行った検査を含むこととする。
- 所定疾患施設療養費(Ⅱ)の算定日数を「連続する10日まで」に延長する。
(現行) 1月に1回、連続する7日を限度として算定 → (改定後) 1月に1回、連続する10日を限度として算定
- 対象疾患について、肺炎、尿路感染症、带状疱疹に加えて、「**蜂窩織炎**」を追加する。
- ※ 業務負担軽減の観点から、算定にあたり、診療内容等の給付費明細書の摘要欄への記載は求めないこととする。

介護老人保健施設

【かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し】

- 入所時及び退所時におけるかかりつけ医との連携を前提としつつ、当該連携に係る取組と、かかりつけ医と共同して減薬に至った場合を区分して評価する。また、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを新たに評価する。
- (※) 連携に係る取組については、入所に際し、薬剤の中止又は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とともに、入所中に服薬している薬剤に変更があった場合には、退所時に、変更の経緯・理由や変更後の状態に関する情報をおかかりつけ医に共有することを求める。
- (※) 入所中に薬剤の変更が検討される場合に、より適切な薬物治療が提供されるよう、当該介護老人保健施設の医師又は薬剤師が、関連ガイドライン等を踏まえた高齢者の薬物療法に関する研修を受講していることを求める。

<現行>

かかりつけ医連携薬剤調整加算 125単位 →
(※) 退所時に1回に限り算定可能

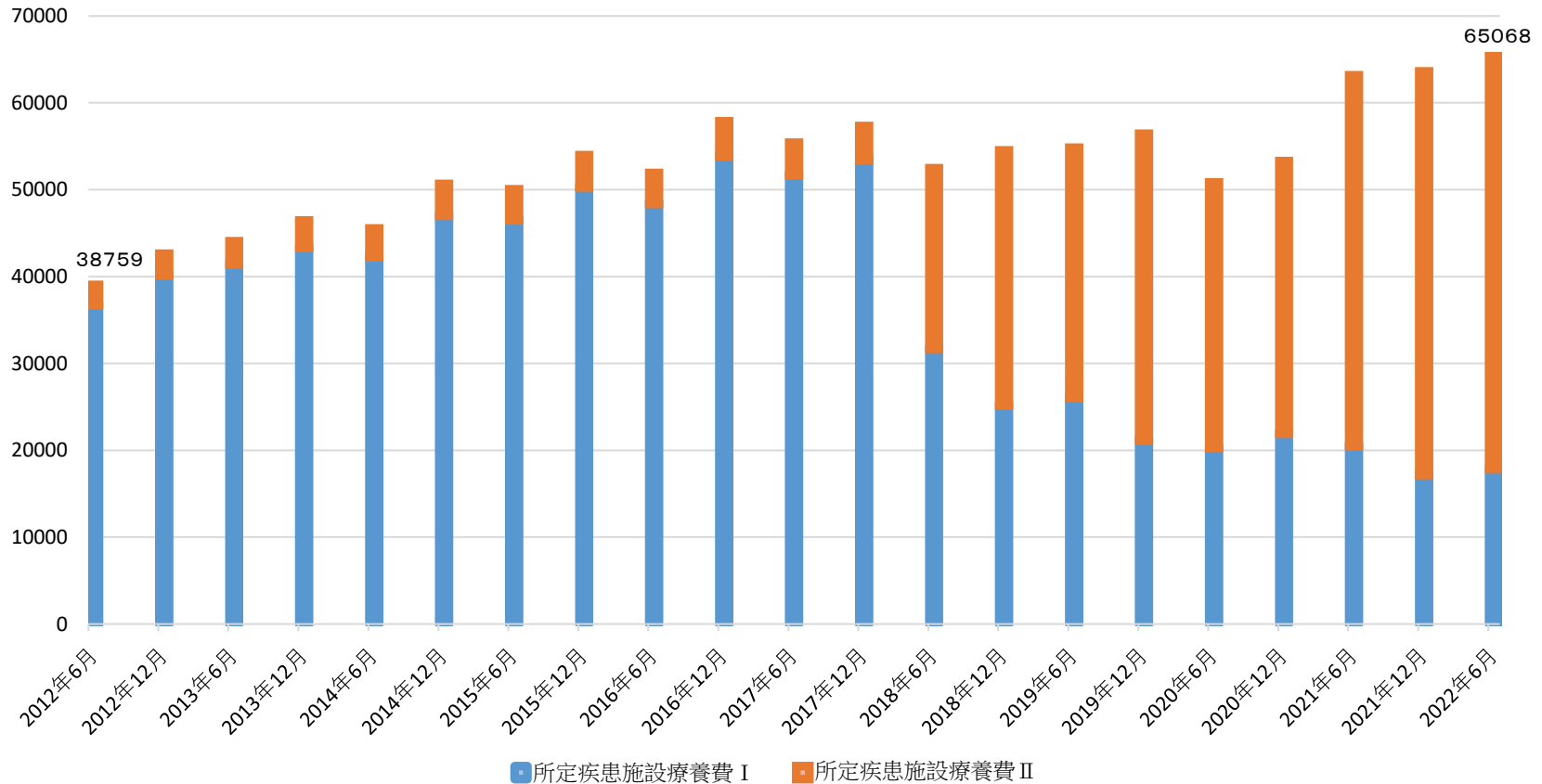
<改定後>

かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ) 100単位 (新設)
(入所時・退所時におけるかかりつけ医との連携への評価)
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ) 240単位 (新設)
(Ⅰに加えて、CHASEを活用したPDCAサイクルの推進への上乗せの評価)
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ) 100単位 (新設)
(Ⅱに加えて、減薬に至った場合の上乗せの評価)

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



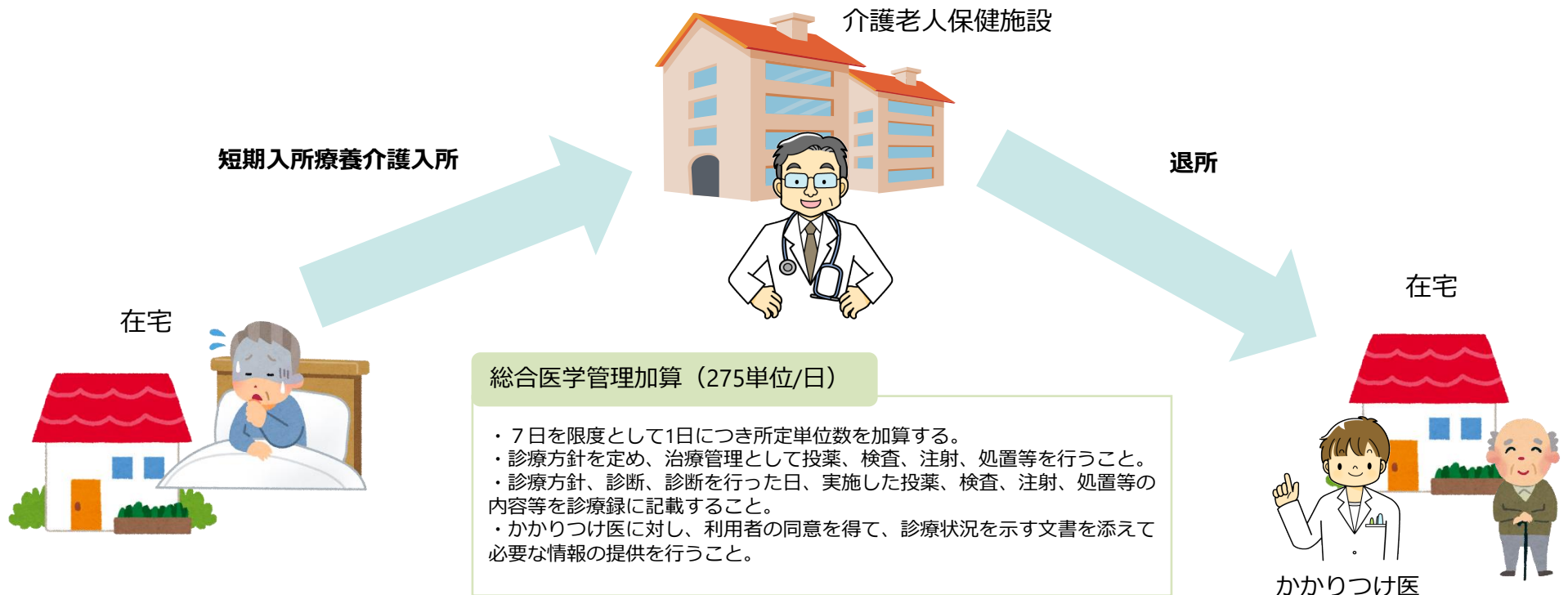
出典：介護保険総合データベースを元に老人保健課で集計

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。

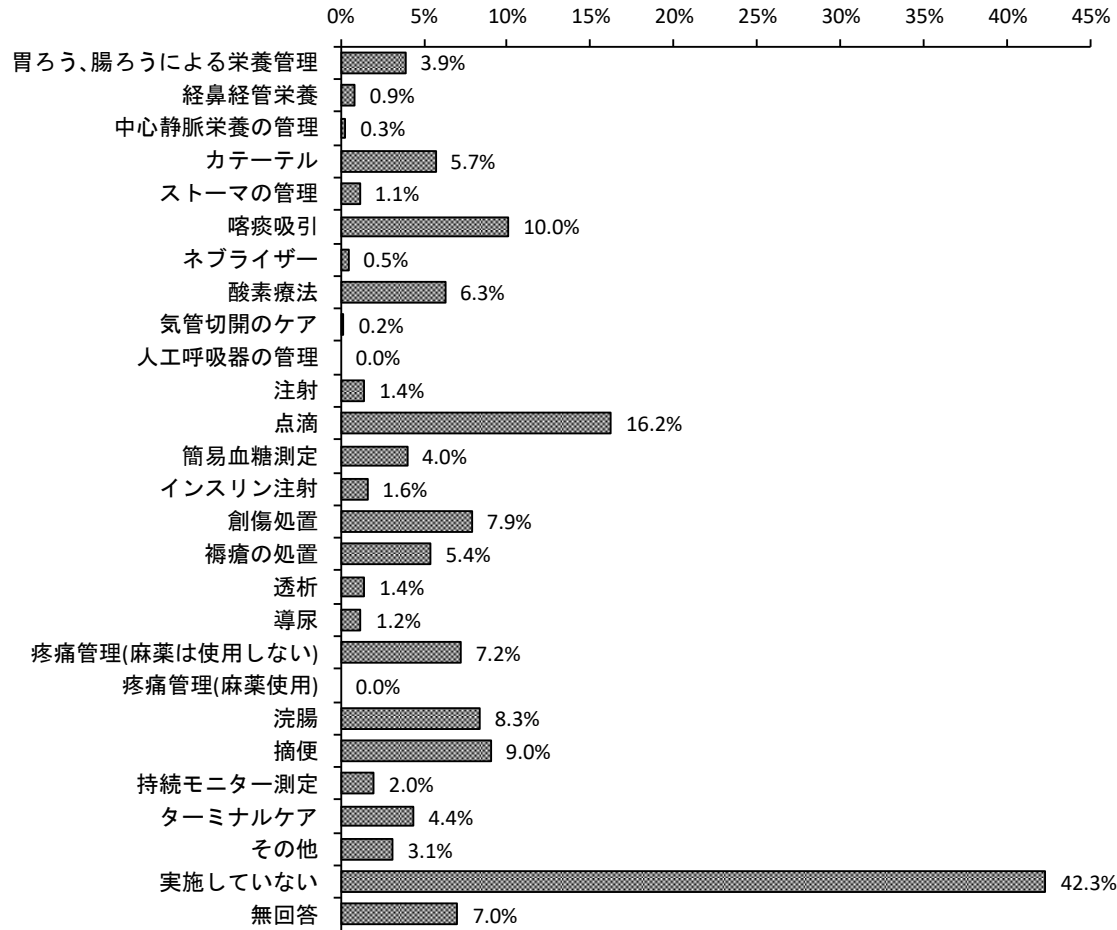
概要

- 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。



老健退所者に入所中実施した医療的ケア

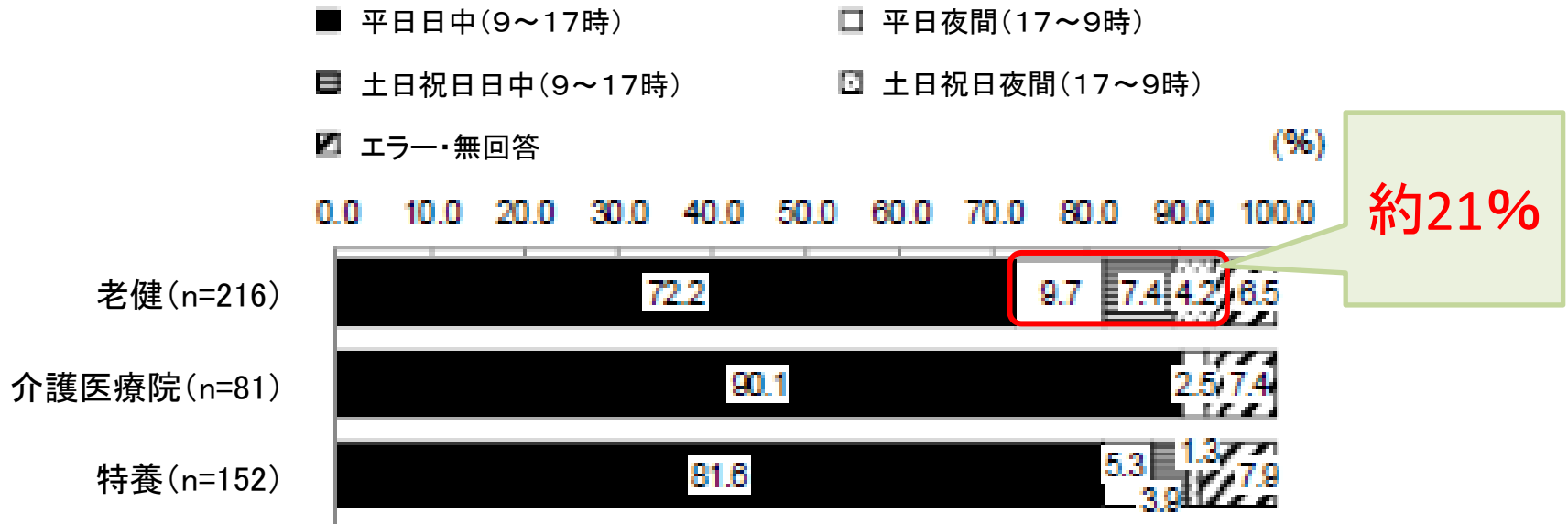
図表3-3-1 退所者に入所中に実施した医療的ケア等（複数回答）（回答数1,055）



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



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

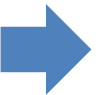
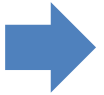
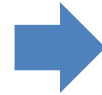


平成20年度

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。

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)

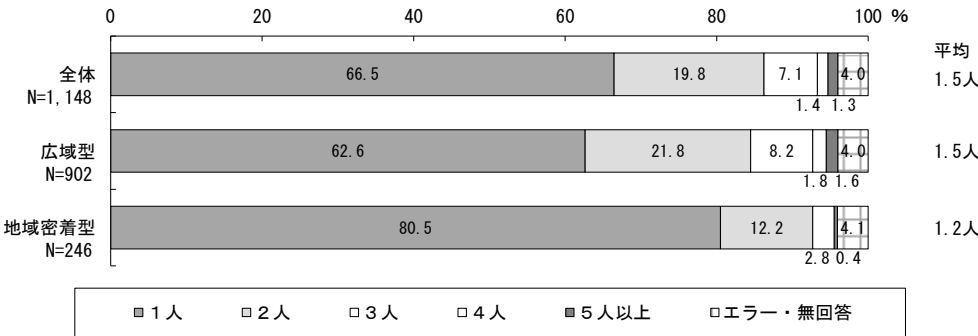
| | n | 空床がない | 医療依存度 が高すぎる | 医薬品代等 が高額 | 処置・管理 の手間が かかる | 人手不足 | 認知症の 周辺症状 が著しい | 退所の目的 が立たない | 看取りが 予想される ため | 疾患(難病 等)に対する 経験が少ない | その他 |
|-------------------|-----|---------|----------------|--------------|----------------------|-------|----------------------|----------------|---------------------|---------------------------|---------|
| 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) | 25%(10) | 7%(3) | | 11%(5) | | | | 11%(5) |
| 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

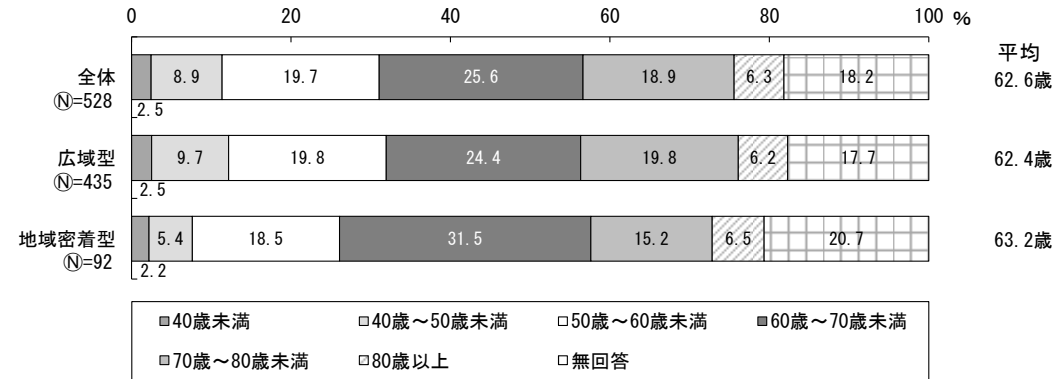
特別養護老人ホームにおける配置医師数・年齢・雇用形態

- 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。

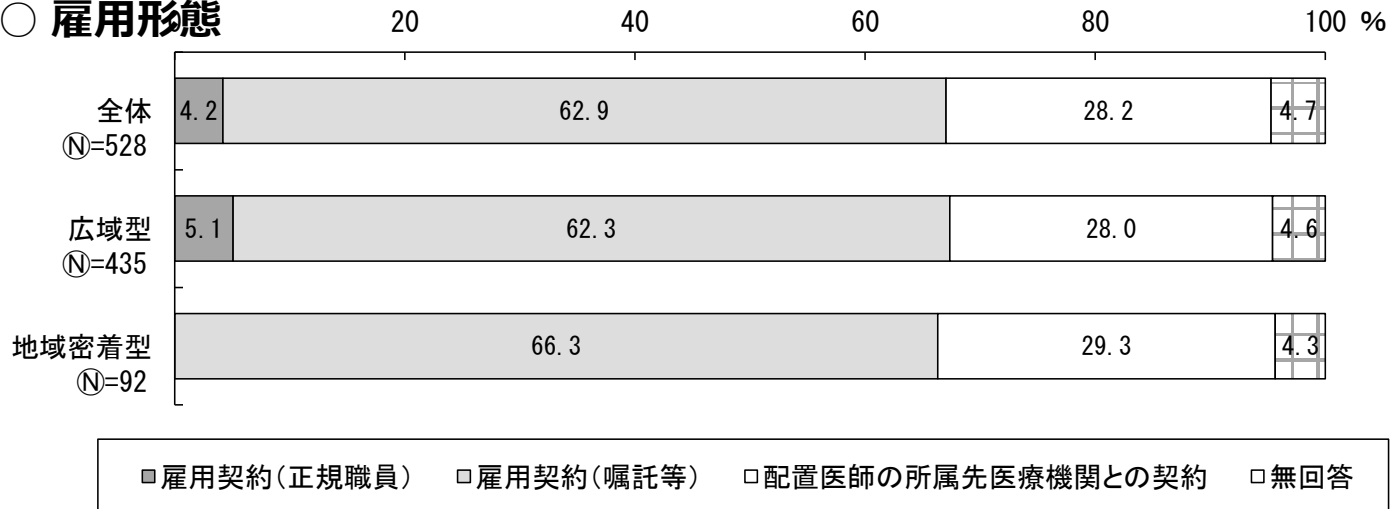
○ 配置医師数



○ 年齢



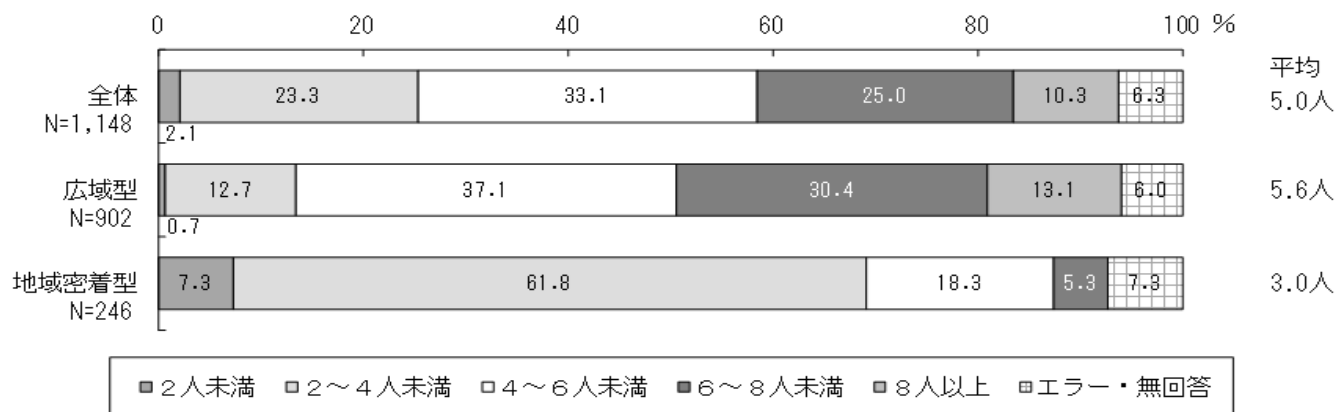
○ 雇用形態



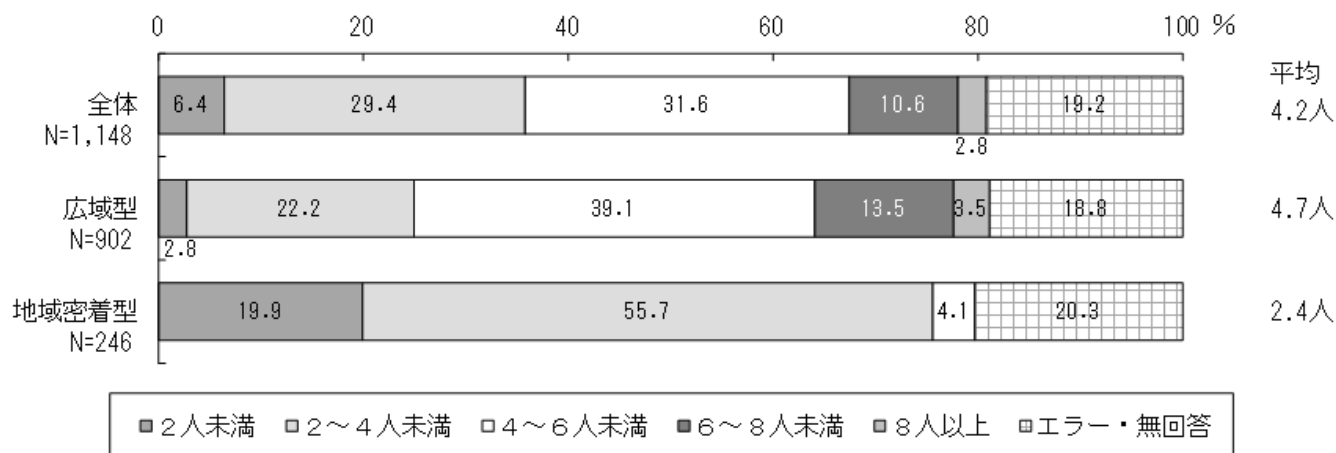
特別養護老人ホームにおける看護職員数

○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）



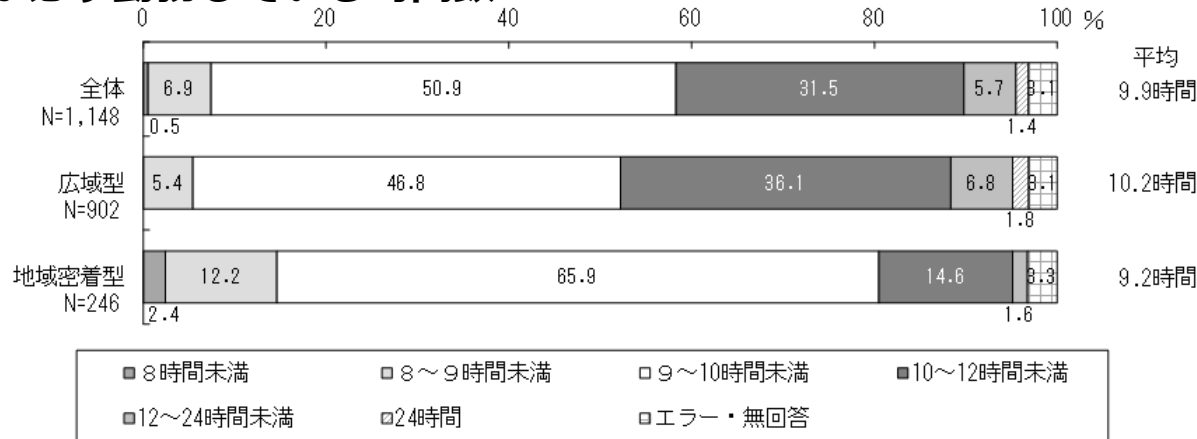
(※1)同一建物内で複数の特別養護老人ホームを運営している場合も1施設として取扱っている。

出典:令和4年度 老人保健健康増進等事業「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究」

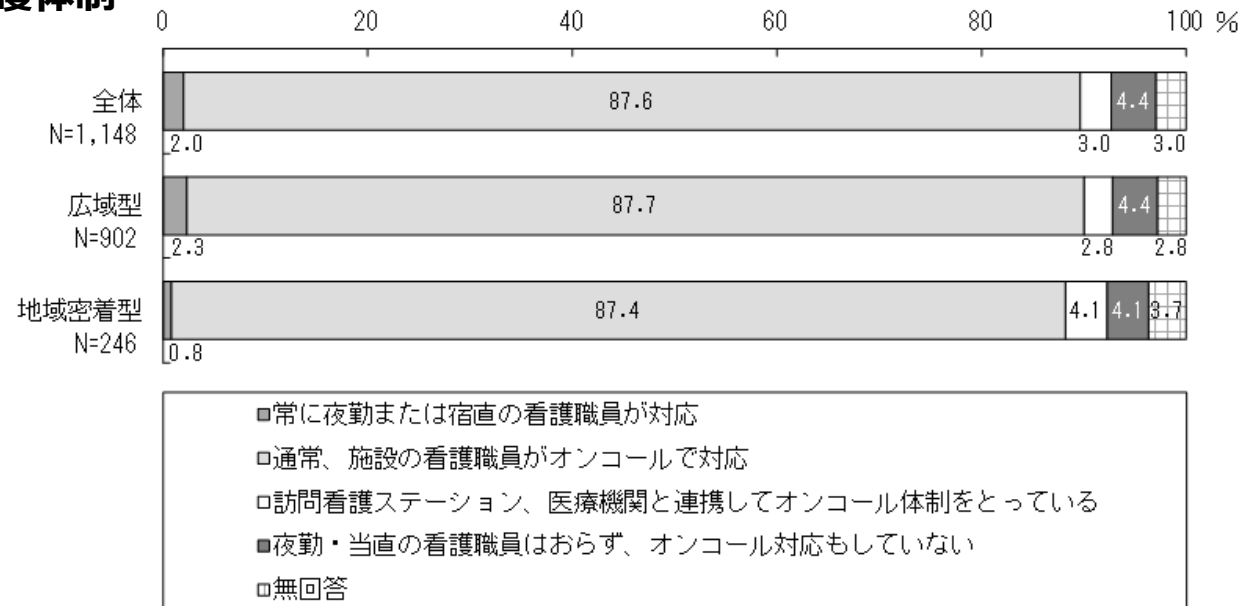
特別養護老人ホームにおける看護職員の勤務状況

- 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



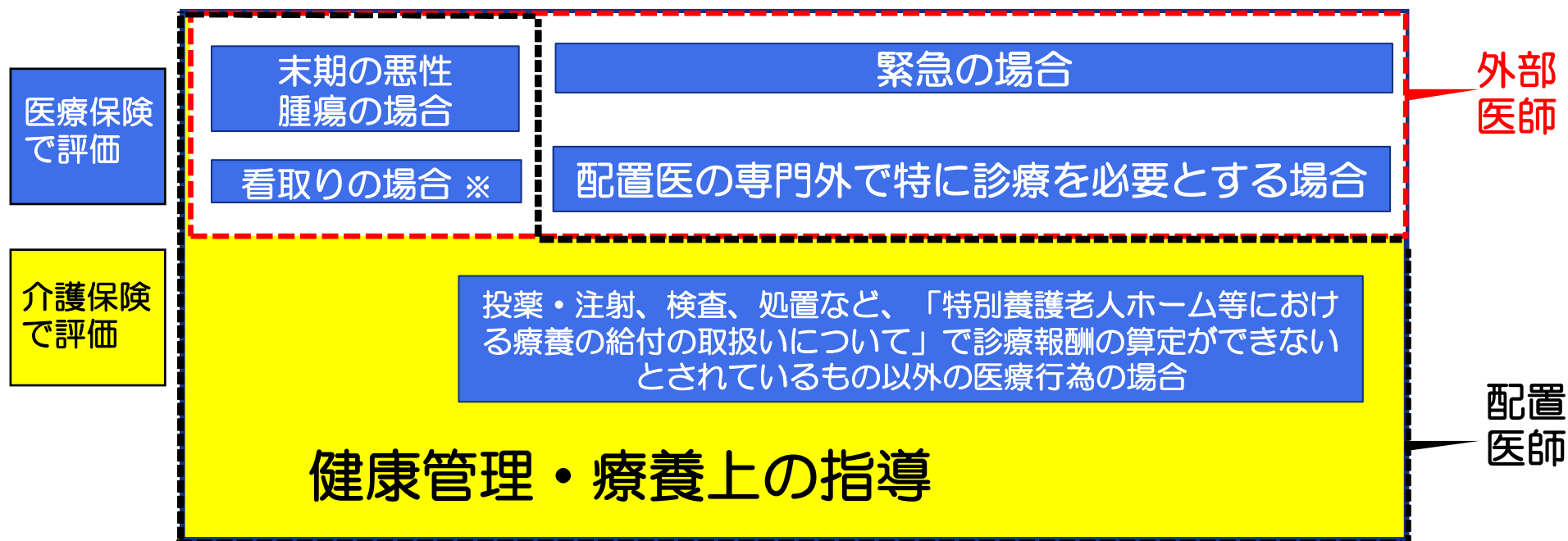
○ 夜間の看護体制



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。

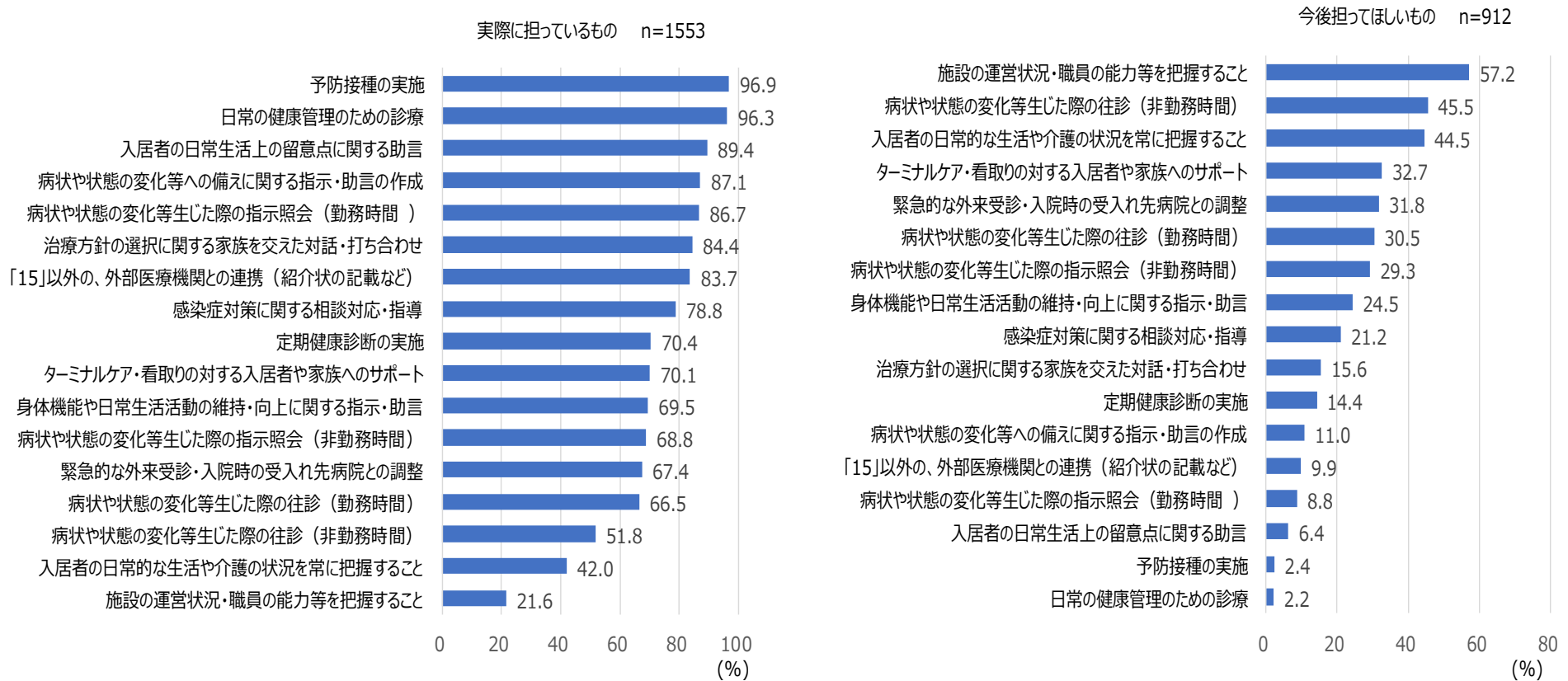
医療保険・介護保険の役割のイメージ



※ 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

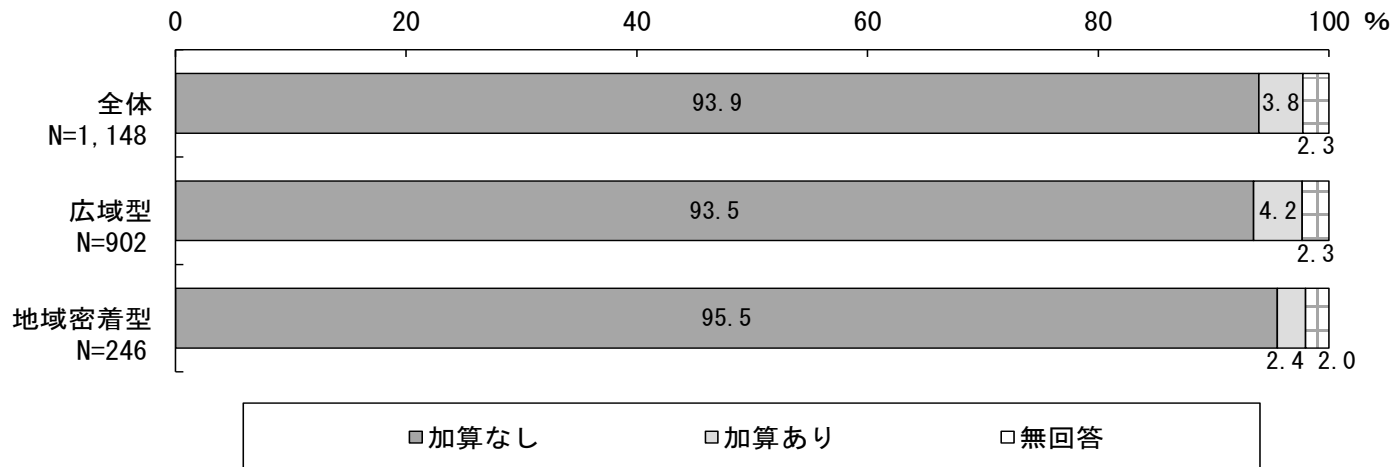
- 配置医師が現在担っている役割として、「予防接種の実施」が96.9%と最も多い。「日常の健康管理のための診療」（96.3%）、「入居者の日常生活上の留意点に関する助言」（89.4%）と続いている。
- 今後担ってほしい役割として、「施設の運営状況・職員の能力等を把握すること」が57.2%最も多い。次いで「病状や状態の変化等生じた際の往診（非勤務時間）」と続いている（45.5%）。



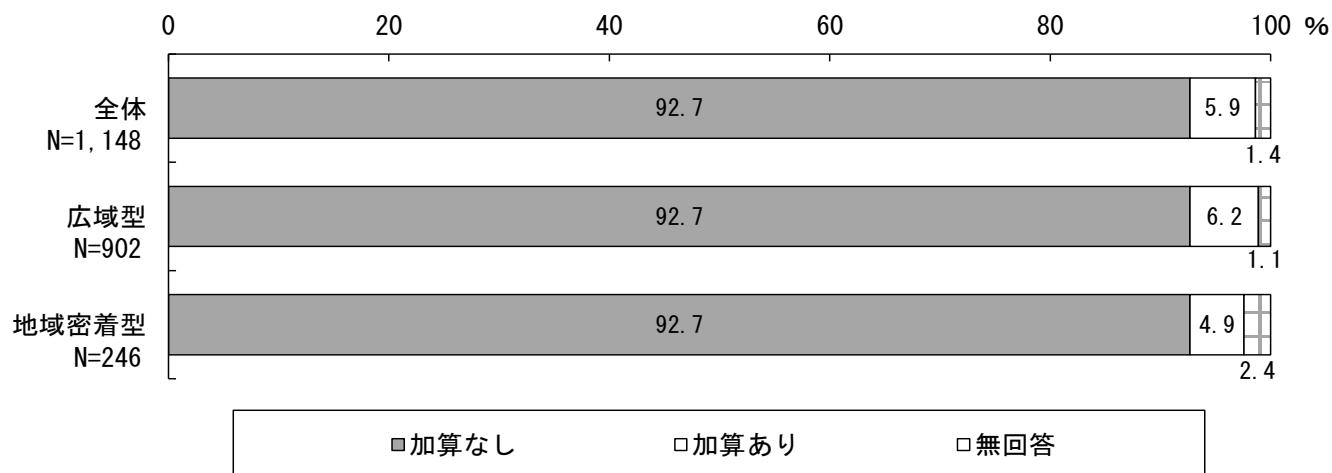
特別養護老人ホームにおける 常勤医師配置加算・配置医師緊急時対応加算の算定状況

○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

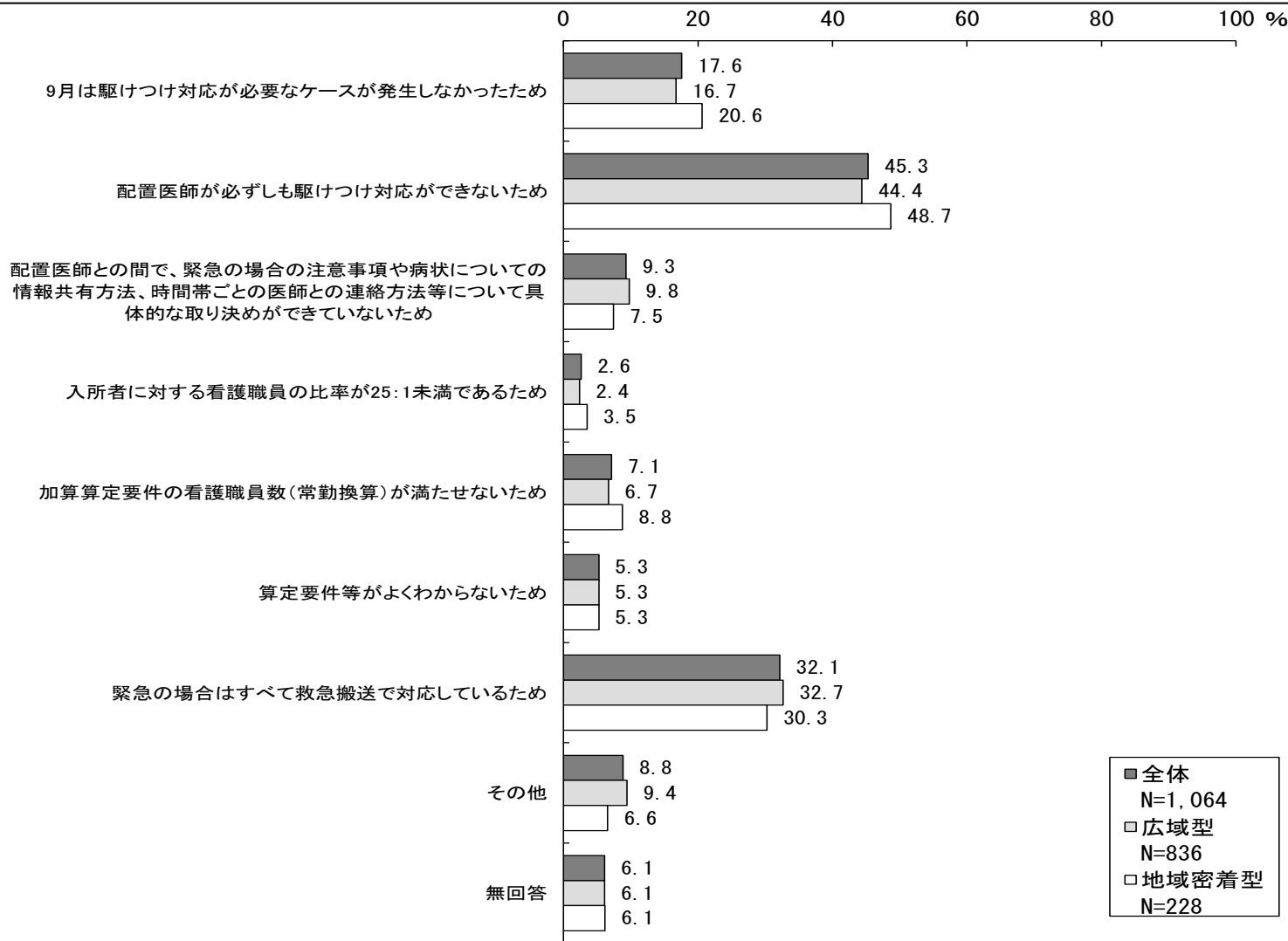


○ 配置医師緊急時対応加算



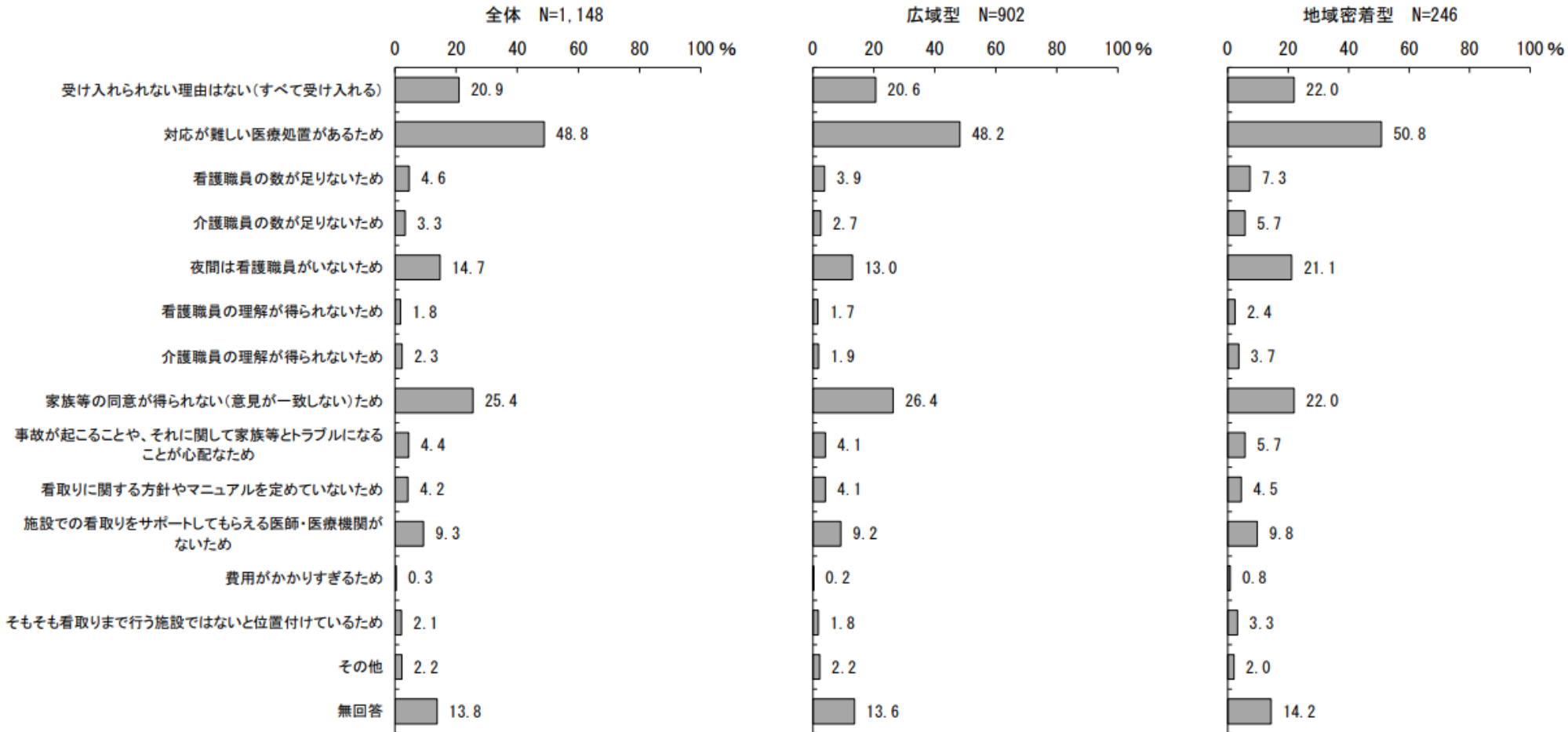
配置医師緊急時対応加算を算定していない理由

○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。



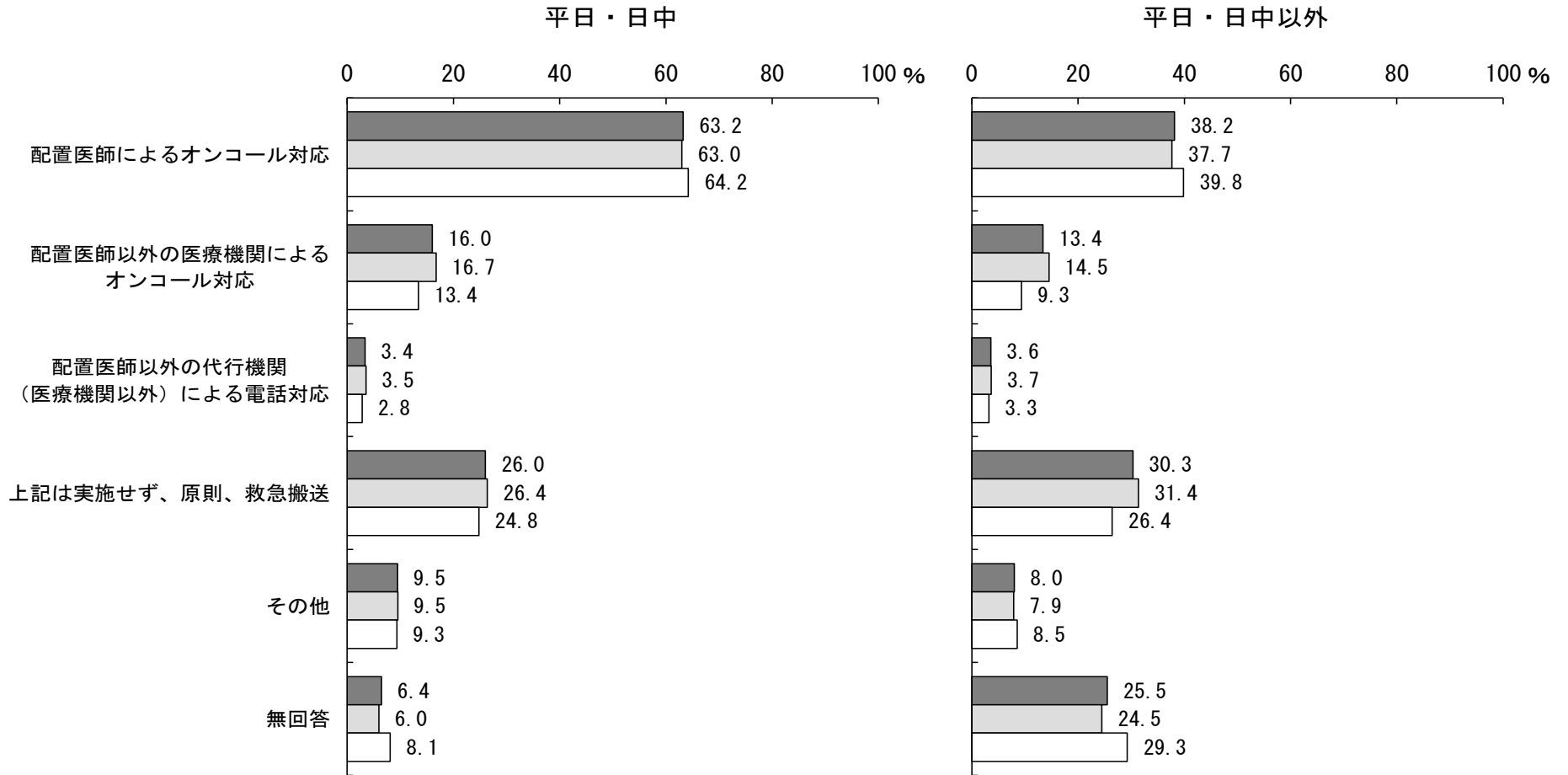
看取りを受け入れられないことがある理由

○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。



■全体 N=1,148 □広域型 N=902 □地域密着型 N=246

特定施設入居者生活介護の改定の概要

(令和3年度介護報酬改定)

○基本報酬（1日あたり）※要介護の場合

| | | 改定前 | 改定後 |
|-----------------------|------|-----|------------|
| 特定施設入居者生活介護費 | 要介護1 | 536 | 538 |
| | 要介護2 | 602 | 604 |
| | 要介護3 | 671 | 674 |
| | 要介護4 | 735 | 738 |
| | 要介護5 | 804 | 807 |
| 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費 | | 82 | 83 |
| 短期利用特定施設入居者生活介護費 | 要介護1 | 536 | 538 |
| | 要介護2 | 602 | 604 |
| | 要介護3 | 671 | 674 |
| | 要介護4 | 735 | 738 |
| | 要介護5 | 804 | 807 |

※ 令和3年4月1日から9月30日までの間は1000分の1001に相当する単位数を算定

○算定ルールの変更等

- ・ 処遇改善加算の職場環境等要件（実効性の向上）
- ・ 介護職員等特定処遇改善加算の見直し（平均の賃金改善額の配分ルールの柔軟化）

○加算等

- ・ 看取り介護加算(Ⅰ)：45日～31日前の対応を新たに評価（**新設**） 72単位/日
- ・ 看取り介護加算(Ⅱ)：夜勤等看護職員の配置を評価（**新設**）⁽¹⁾の各区分に ±500単位/日
- ・ 生活機能向上連携加算：ICTを活用する場合の区分（**新設**） 100単位/月
- ・ 個別機能訓練加算 12単位/日 + 20単位/月（**新設**）（※LIFE）
- ・ 口腔・栄養スクリーニング加算（**新設**） 20単位/回 ※6月に1回
- ・ ADL維持等加算（**新設**） 30単位/月 ※上位加算は60単位/月
- ・ サービス提供体制強化加算
介護福祉士70%以上又は勤続年数10年以上介護福祉士25%以上の事業所を評価する上位区分（**新設**） 22単位/日
- ・ 入居継続支援加算：特定行為を必要とする者の割合「5～15%」の区分（**新設**） 22単位/日
- ・ 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)の廃止

○基準等

- ・ 人員配置基準における両立支援への配慮（非常勤による代替職員確保、短時間勤務の場合の常勤としての取扱い）
- ・ テクノロジー（見守り機器等）の活用
入居継続支援加算の要件 の緩和

（取組の強化）

- ・ 感染症対策の強化（委員会、指針、研修、訓練）
- ・ 業務継続に向けた取組の強化（BCP、研修、訓練）
- ・ 災害への地域と連携した対応の強化
- ・ 認知症介護基礎研修の受講の義務づけ
- ・ 看取り期における本人の意思に沿ったケアの充実
- ・ 機能訓練・口腔・栄養の取組の一体的な推進（専門職の参画、計画書）
- ・ 口腔衛生・栄養マネジメントの取組の強化（計画的な実施）
- ・ ハラスメント対策の強化（適切なハラスメント対策）
- ・ 高齢者虐待防止の推進（委員会、指針、研修、担当者設置）
- ・ LIFE情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進（努力義務）

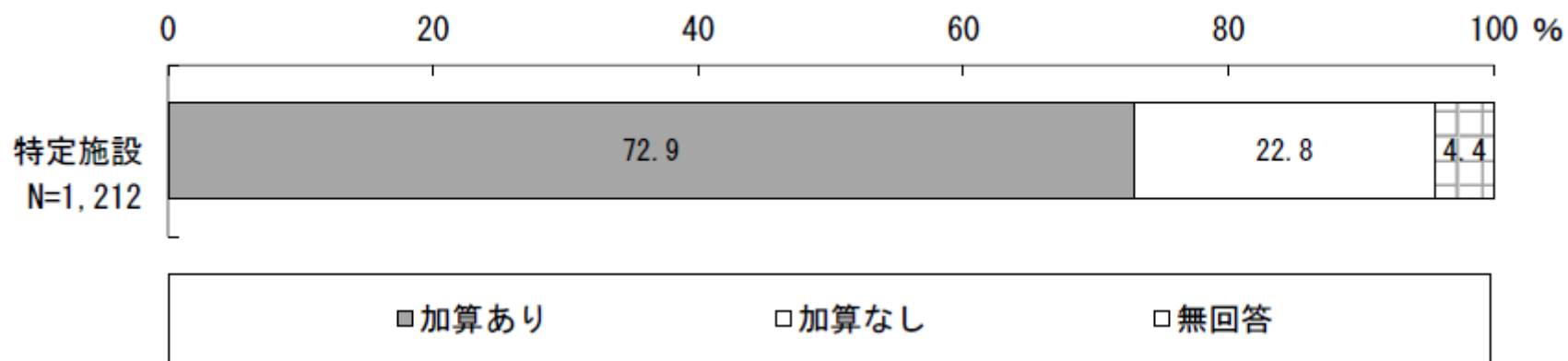
（ルールの柔軟化）

- ・ 会議や多職種連携におけるICTの活用（テレビ電話等による実施）
- ・ 利用者への説明・同意等（電磁的な対応、署名・押印の見直し）
- ・ 記録の保存・交付等（電磁的な対応）
- ・ 運営規程等の掲示（ファイル等での備え置き等）

特定施設における夜間看護体制加算の算定状況

○特定施設において夜間看護体制加算を算定しているのは、特定施設の72.9%である。

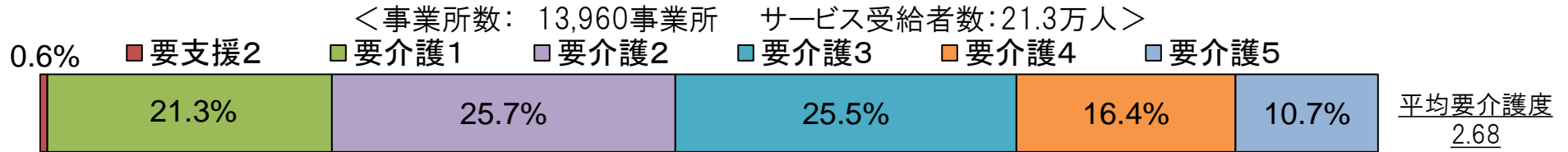
図表 夜間看護体制加算の算定状況(特定施設のみ)



認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）について

【根拠法令：介護保険法第8条第20項及び第8条の2第15項、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第89条等】

- 認知症（急性を除く）の高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにするもの。



出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計」 令和3年4月審査分（事業所数は介護予防を含まない）

【利用者】

- 1事業所あたり原則3の共同生活住居(ユニット)を運営(※)
- 1ユニットの定員は、5人以上9人以下
- (※) 代表者や管理者を兼務等により配置しないこと等ができるサテライト事業所を、ユニット数に応じた規模で設置可能

【設備】

- 住宅地等に立地
- 居室は、7.43㎡（和室4.5畳）以上で原則個室
- その他
居間・食堂・台所・浴室、消火設備その他非常災害に際して必要な設備

【人員配置】

- 介護従業者
日中：利用者3人に1人(常勤換算)
夜間：ユニットごとに1人(※)
 - 計画作成担当者
事業所ごとに1人以上(最低1人は介護支援専門員)
 - 管理者
3年以上認知症の介護従事経験があり、厚生労働大臣が定める研修を修了した者が常勤専従
- (※) 3ユニットの場合であって、各ユニットが同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で、安全対策(マニュアルの策定、訓練の実施)をとっていることを要件に、例外的に夜勤2人以上の配置に緩和できることとし、事業所が夜勤職員体制を選択することを可能とする。

【運営】

- 運営推進会議の設置
・利用者・家族・地域住民・外部有識者等から構成
・外部の視点で運営を評価
- 外部評価の実施
・外部評価機関 又は 運営推進会議にて実施
- 定期的に避難、救出訓練を実施し、これに当たっては地域住民の参加が得られるよう努めること

| | 6 期末 | 7 期以降 | |
|---------|--------------------|-----------------|-----------------|
| | 実績値 (2018年3月実績) | 計画値 (2020年度) | 計画値 (2025年度) |
| 全国計 | 199,447 | 224,276 | 250,092 |
| 三大都市圏 | 72,376 | 83,696 | 97,628 |
| 三大都市圏以外 | 127,071 | 140,580 | 152,464 |

※三大都市圏は、東京、神奈川、千葉、埼玉、愛知、岐阜、三重、大阪、兵庫、京都、滋賀

認知症施策推進大綱（抜粋）

3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

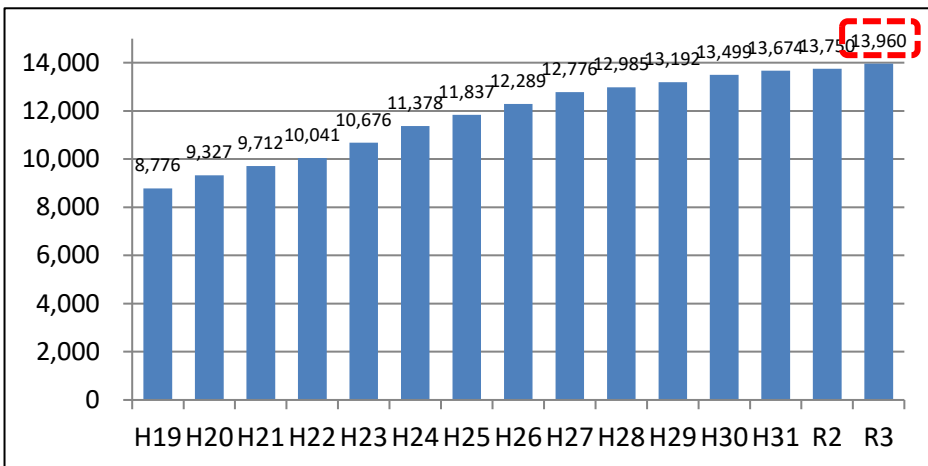
(3) 介護サービス基盤整備・介護人材確保・介護従事者の認知症対応力の促進

特に、認知症グループホーム（認知症対応型共同生活介護）については、認知症の人のみを対象としたサービスであり、**地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開し、共用型認知症対応型通所介護や認知症カフェ等の事業を積極的に行っていくことが期待される。**また、地域に開かれた事業運営が行われないと、そのサービス形態から外部の目が届きにくくなるとの指摘もあることから、介護サービスの質の評価や利用者の安全確保を強化することについて、その方策の検討も含め取組みを進める。

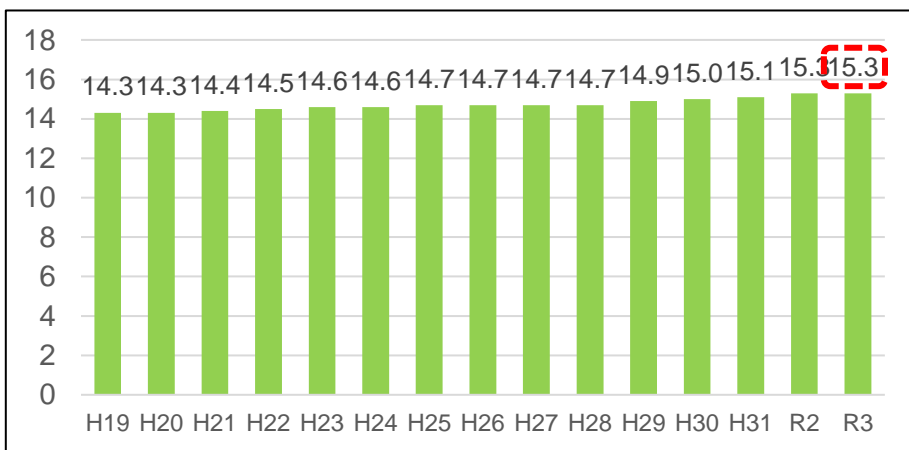
認知症対応型共同生活介護の事業所数・利用者数等

- 請求事業所数は増加しており13,960事業所、1事業所あたりの平均利用者数は横ばい傾向であったが、平成29年から微増しており15.3人となっている。
- 利用者数は約213,500人で、利用者の約53%が要介護3以上の中重度者である。

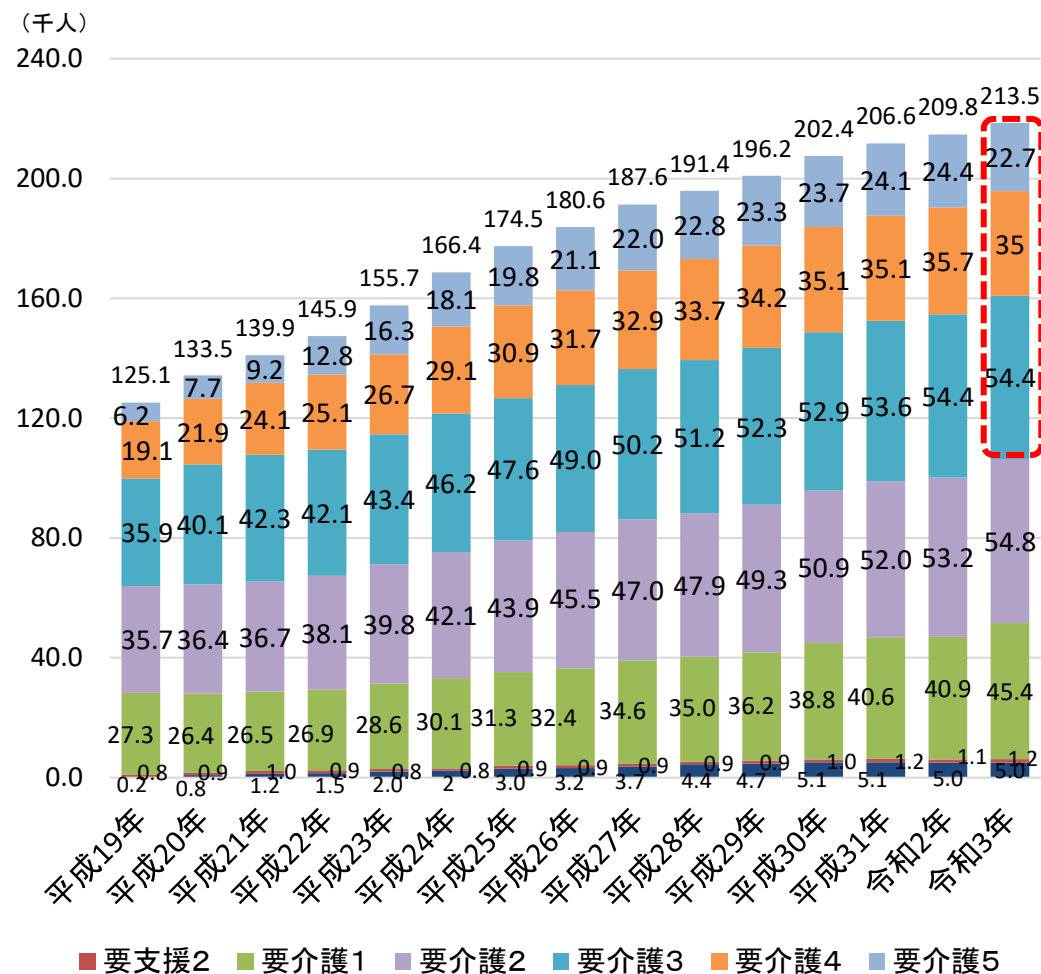
■ 事業所数の推移



■ 1事業所あたり利用者数の推移



■ 認知症対応型共同生活介護の受給者数（要介護度別）



【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧介護給付費等実態調査)」(各年4月審査分)

概要

【認知症対応型共同生活介護】

- 認知症グループホームにおいて、医療ニーズのある入居者への対応を適切に評価し、医療ニーズのある者の積極的な受入れを促進する観点から、医療連携体制加算（Ⅱ）及び（Ⅲ）の医療的ケアが必要な者の受入実績要件（前12月間において喀痰吸引又は経腸栄養が行われている者が1人以上）について、喀痰吸引・経腸栄養に加えて、医療ニーズへの対応状況や内容、負担を踏まえ、他の医療的ケアを追加する見直しを行う。【告示改正】

単位数・算定要件等

※追加する医療的ケアは下線部

| | | 医療連携体制加算(Ⅰ) | 医療連携体制加算(Ⅱ) | 医療連携体制加算(Ⅲ) |
|------|----------------|--|---|---|
| 単位数 | | 39単位/日 | 49単位/日 | 59単位/日 |
| 算定要件 | 看護体制要件 | <ul style="list-style-type: none"> 事業所の職員として、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること。 | <ul style="list-style-type: none"> 事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置していること。 | <ul style="list-style-type: none"> 事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること。 |
| | 医療的ケアが必要な者受入要件 | — | <ul style="list-style-type: none"> 算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する状態の入居者が1人以上であること。 (1) 喀痰(かくたん)吸引を実施している状態 (2) 経鼻胃管や胃瘻(ろう)等の経腸栄養が行われている状態 <u>(3) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態</u> <u>(4) 中心静脈注射を実施している状態</u> <u>(5) 人工腎臓を実施している状態</u> <u>(6) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態</u> <u>(7) 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態</u> <u>(8) 褥瘡に対する治療を実施している状態</u> <u>(9) 気管切開が行われている状態</u> | <ul style="list-style-type: none"> 事業所の職員である看護師、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること |
| | 指針の整備要件 | <ul style="list-style-type: none"> 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。 | | |

障害福祉サービスにおける医療・看護の提供体制

| サービス類型 | 生活介護 | 短期入所 | | 施設入所支援 | 自立訓練 (機能訓練) | 自立訓練 (生活訓練)、宿 泊型自立 訓練 | 就労移行 支援、就 労継続支 援A型、B 型 | 共同生活 援助 | 児童発達支援 | | 放課後等デイサービ ス | | 福祉型障害児入所施設 | |
|----------------|-------------|-------------------|----------------------------|----------|----------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------------|------------------------|-----------|------------------------|-----------|-----------------------|---------------------|
| | | 短期入所 (福祉 型) | 短期入所 (福祉型 強化) | | | | | | 重心型以 外 | 重心型 ※1 | 重心型以 外 | 重心型 ※1 | 知的障害 児、盲児、 ろうあ児 | 自閉症児、 肢体不自 由児 |
| 人員基準上の看護職員の配置 | あり | なし | あり | なし | あり | なし | なし | なし | なし | あり | なし | あり | なし | あり |
| 配置型の看護職員にかかる加算 | 常勤看護職員等配置加算 | 常勤看護職員等配置加算 | 常勤看護職員等配置加算 医療的ケア対応支援加算 | 夜間看護体制加算 | — | 看護職員配置加算 | — | 看護職員配置加算 医療的ケア対応支援加算 | 看護職員加配加算 ※基本報酬により評価 | 看護職員加配加算 | 看護職員加配加算 ※基本報酬により評価 | 看護職員配置加算 | 看護職員配置加算 | 看護職員配置加算 |
| 連携型の看護職員にかかる加算 | — | 医療連携体制加算 | — | — | — | 医療連携体制加算 | 医療連携体制加算 | 医療連携体制加算 | 医療連携体制加算 | — | 医療連携体制加算 | — | — | — |

※1 主として重症心身障害児を通わせる施設

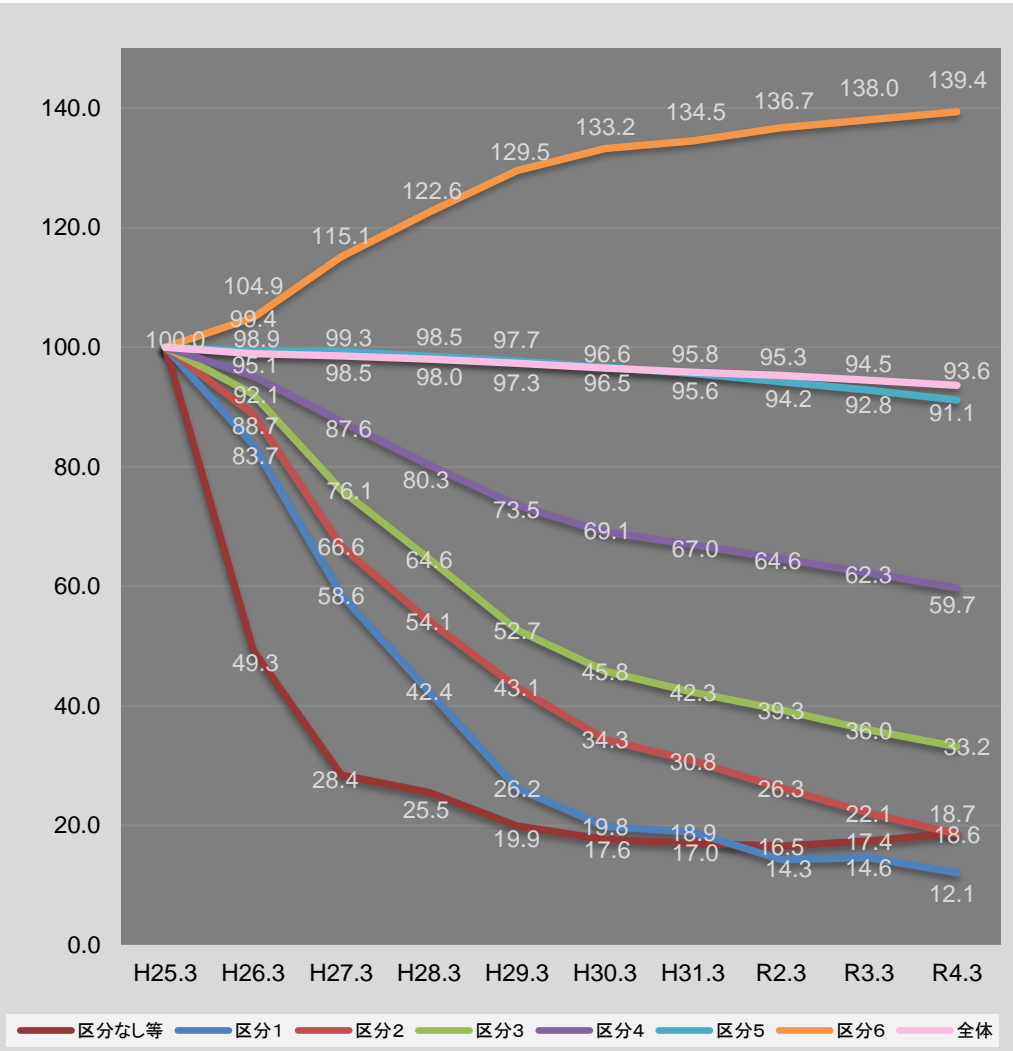
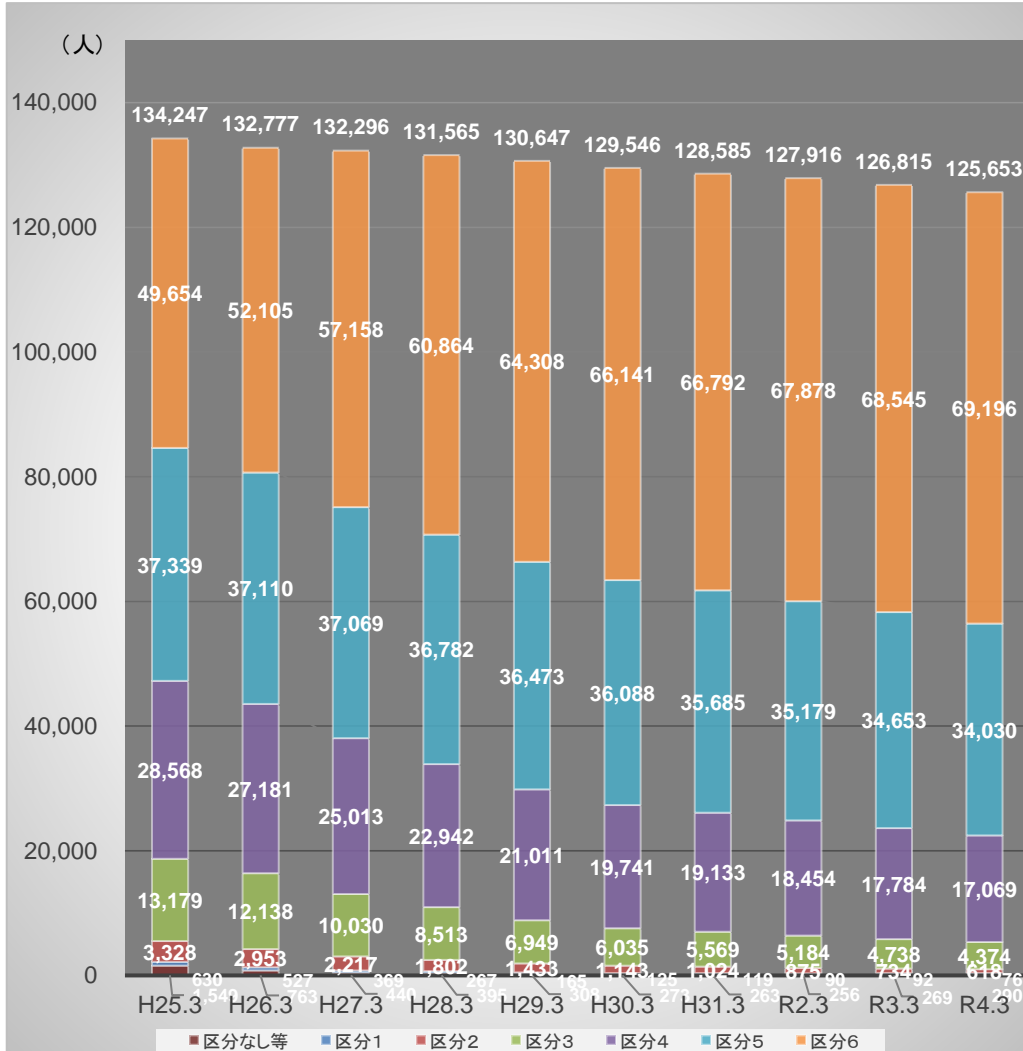
障害者が利用できるサービス

障害児者が利用できるサービス

障害児が利用できるサービス

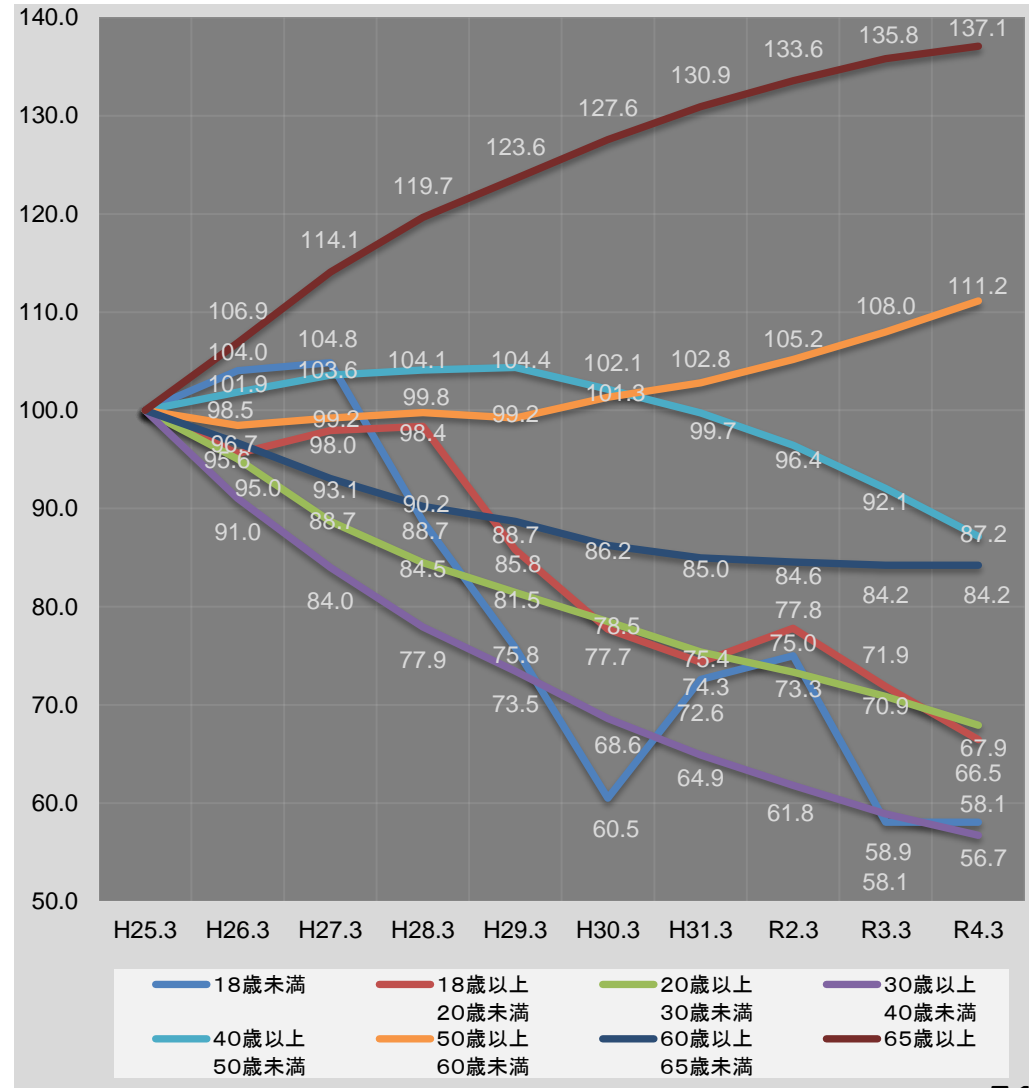
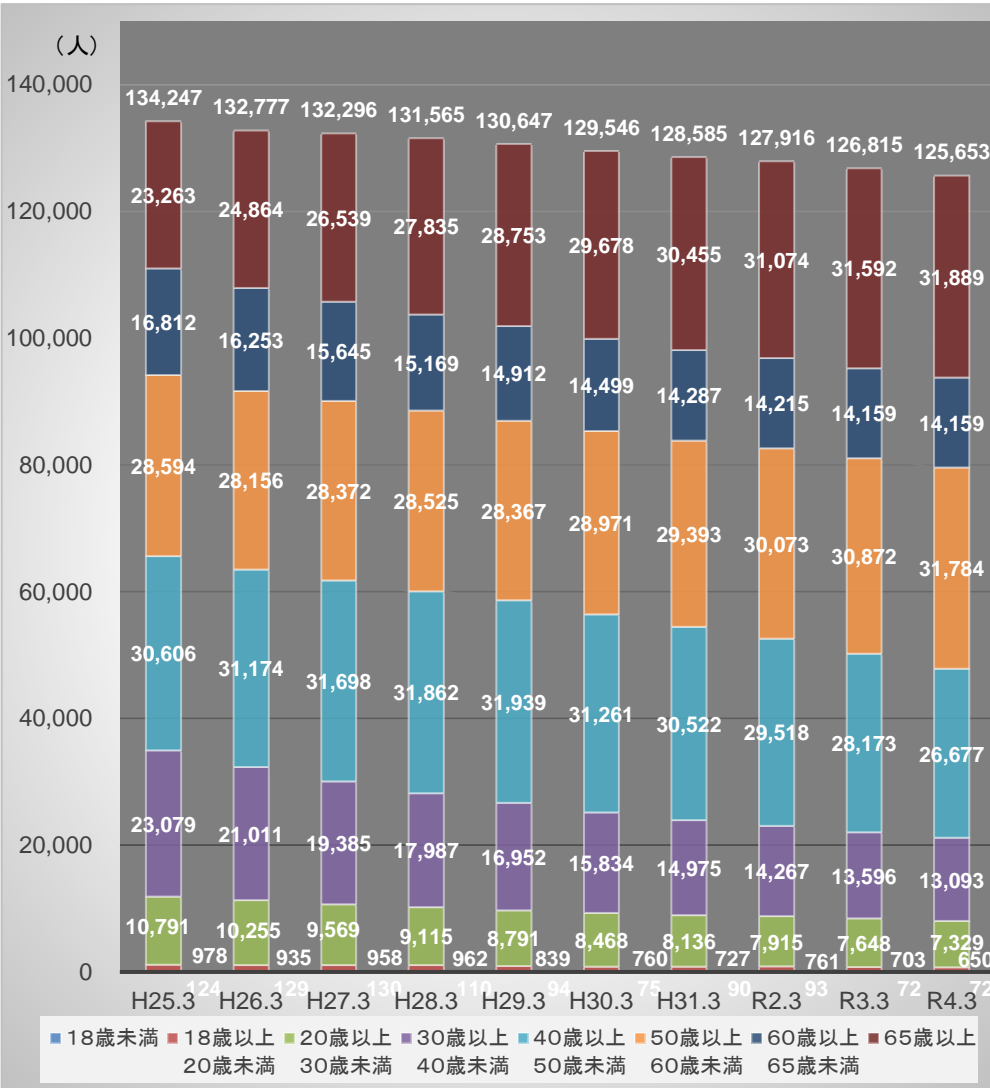
障害者支援施設の入所者数の推移（障害支援区分別）

- 障害支援区分別の利用者数について、令和4年3月時点と平成25年3月時点と比較すると、
- ・ 区分1は87.9%減少、区分2は81.4%減少、区分3は66.8%減少、区分4は40.3%減少、区分5は8.9%減少となっている。
 - ・ 区分6は39.4%増加となっている。



障害者支援施設の入所者数の推移（年齢階級別）

- 年齢階級別の利用者数について、令和4年3月時点と平成25年3月時点と比較すると、
- ・ 20歳以上30歳未満は32.1%減少、30歳以上40歳未満は43.3%減少となっている。
 - ・ 50歳以上60歳未満については11.2%増加、65歳以上については37.1%増加となっている。



出典：国保連データ

障害者支援施設等入所者の医療機関の受診等の課題

中医協 総 3
3 . 1 2 . 1 0

～「障害者支援施設等と医療機関における連携状況に関する実態調査報告書」から～

- 障害者支援施設等入所者の診療で対応困難だった経験を有する医療機関の割合は約27%。
- 入所施設にとって、入所者の医療機関の受診等について「症状を自己申告出来ない入所者は、受診の判断が困難」「検査・診察の待機時間が長い又は待機が困難」などの課題がある。

○本調査では障害者支援施設等を通じて日常的に連携する医療機関に回答を依頼した。回答のあった医療機関の属性は以下のとおり (n=230)

1)医療機関の施設種別

病院(31.3%)、有床診療所(5.2%)、無床診療所(63.5%)

2)標榜診療科(複数回答)

内科(56.5%)、外科(18.7%)、整形外科(20.9%)、小児科(17.4%)、産婦人科(3.5%)、呼吸器科(16.1%)、循環器科(15.2%)、精神科(31.3%)、眼科(7.8%)、耳鼻咽喉科(6.1%)、歯科(27.8%)、泌尿器科(7.4%)、皮膚科(12.6%)、その他(20.4%)※

※リハビリテーション科、心療内科、神経内科、脳神経外科、形成外科、アレルギー科 等

3)診療したことのある入所者の主な障害特性

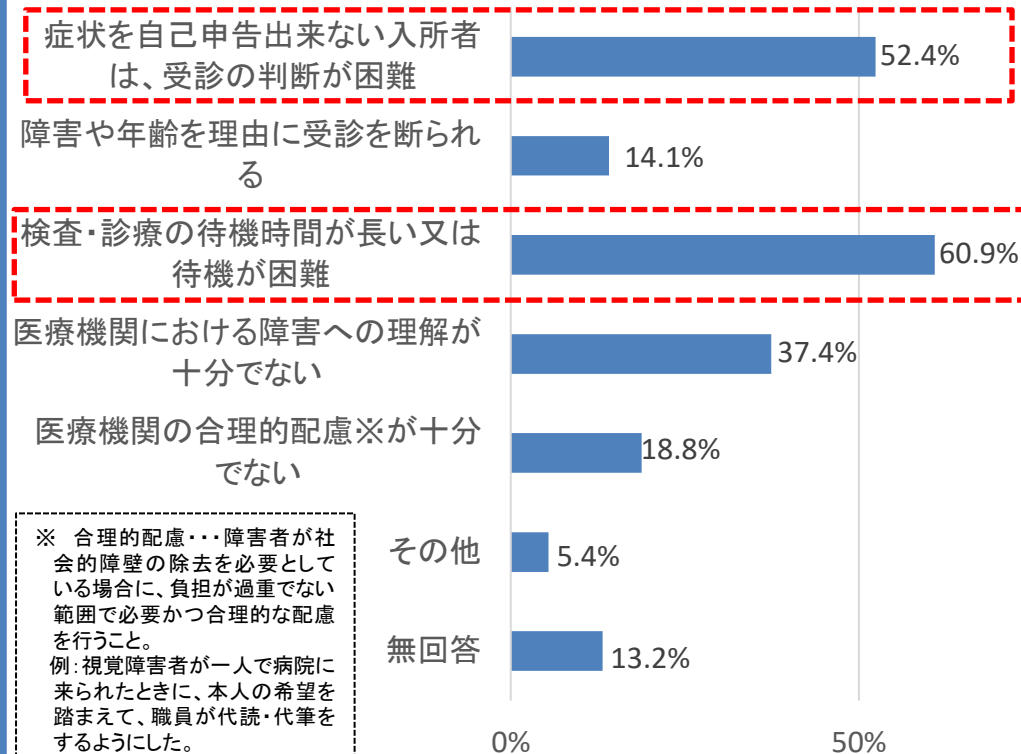
視覚障害(10.4%)、聴覚・平衡機能障害(6.5%)、肢体不自由(36.5%)、内部障害(8.3%)、精神障害(55.2%)、知的障害(81.7%)、発達障害(自閉症など)(18.7%)、高次脳機能障害(18.7%)、その他(3.5%)

○障害者支援施設等の入所者の受診で対応困難だった経験の有無 (令和元年度1年間について)

ある(26.5%)、ない(73.5%)

入所者の医療機関の受診等についての課題 (施設等_複数回答)(n=1183)

(回答者:障害者支援施設、福祉型障害児入所施設、グループホーム)



出典: 障害者支援施設等と医療機関における連携状況に関する実態調査報告書(令和2年度障害者総合福祉推進事業)

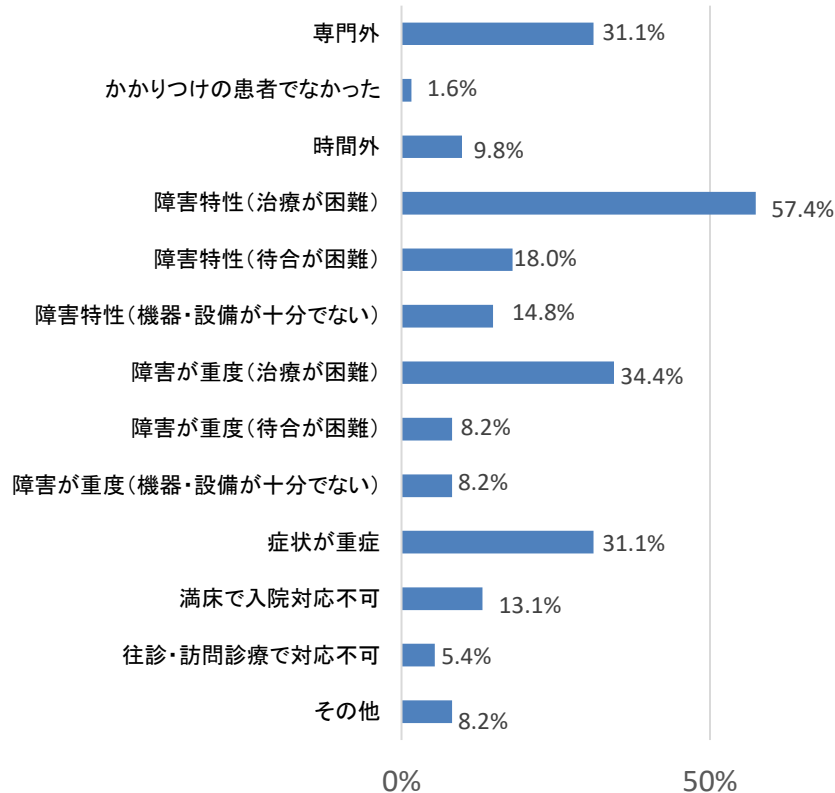
※調査対象は障害者支援施設、福祉型障害児入所施設、共同生活援助(グループホーム)(以下「入所施設等」)及び入所施設等と連携する医療機関(以下「医療機関」)

※回収率: 入所施設等: 53.2%(1,183有効回収数/2,222配布数)

医療機関: 入所施設等が日常的に連携している医療機関に入所施設等を通じて回答を依頼(入所施設等1カ所最大5医療機関)し、230医療機関が回答

- 医療機関が対応困難な理由としては、「障害特性」「障害が重度」と回答した割合が高い。
- 対応が困難だった入所者の状況等としては「安静・治療の継続が困難」「強いこだわり」などがあつた。また、必要な具体的支援としては「日常的な関わりの強化」「互いの情報共有」「早期段階からの相談体制」などの意見があつた。

医療機関における対応が困難だった理由(複数回答)
(対応困難だった経験がある医療機関、複数回答)(n=61)



【対応が困難だった入所者の状況等(自由記述)】

- ・ 安静・治療の継続が困難
- ・ 発達障害による強いこだわり
- ・ 診察を抵抗・拒否する
- ・ 恐怖心が強く検査・治療ができない
- ・ コミュニケーションが取れない
- ・ 知的障害に伴う激しい診療拒否
- ・ 強度行動障害による激しい診療拒否 等

【障害者支援施設等との連携において必要な支援(自由記述)】

- ・ 患者の退院先となるため、日常的な関わりを強化し、コミュニケーションを図る必要
- ・ 互いに情報共有、検討していくことの積み重ねが必要
- ・ 早期段階からの相談体制
- ・ 新型コロナウイルス対策にかかる支援 等

出典:障害者支援施設等と医療機関における連携状況に関する実態調査報告書(令和2年度障害者総合福祉推進事業)

※調査対象は障害者支援施設、福祉型障害児入所施設、共同生活援助(グループホーム)と連携する医療機関

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）

○ 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）

○ 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）

○ 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）

○ 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）

○ 障害者施設

第四十六条 指定障害者支援施設等は、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。

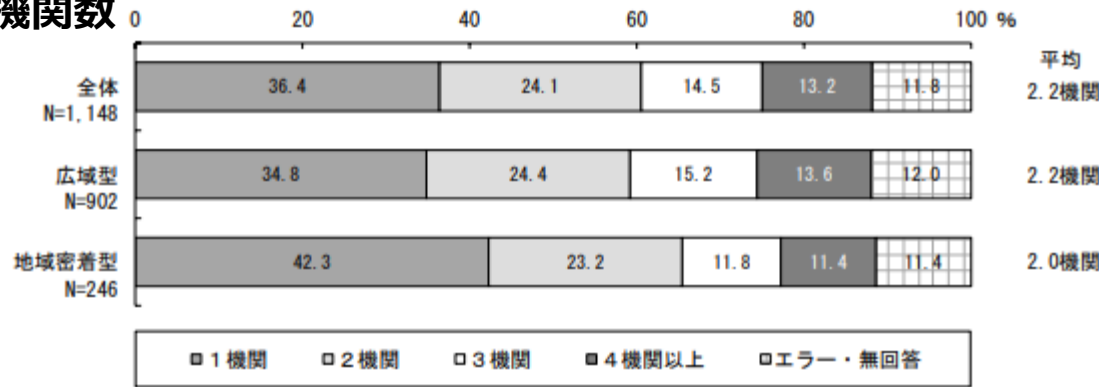
2 指定障害者支援施設等は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

出典：障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第172号）

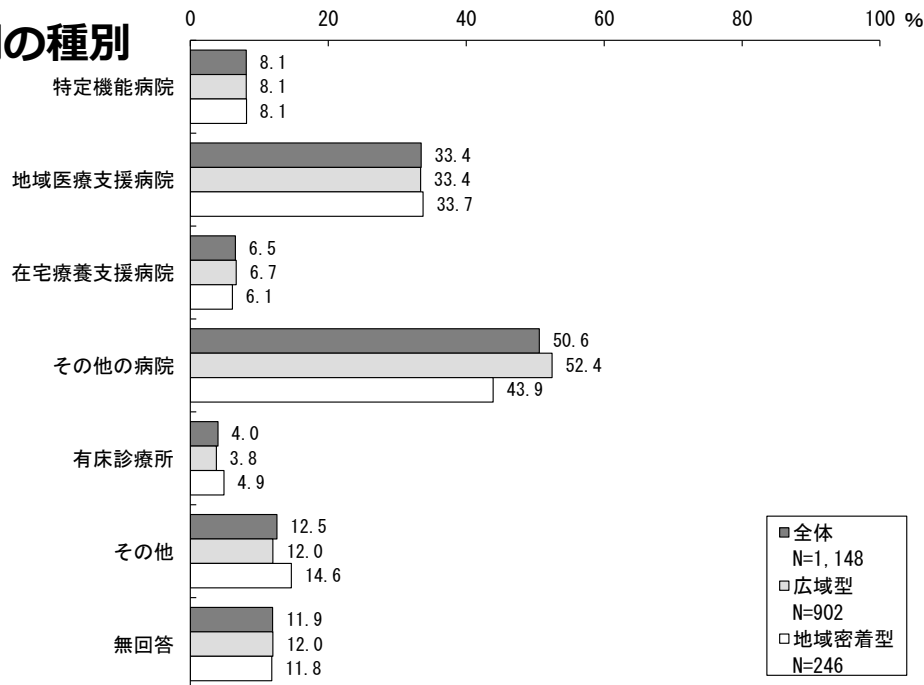
特別養護老人ホームにおける協力医療機関数及び種別

○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



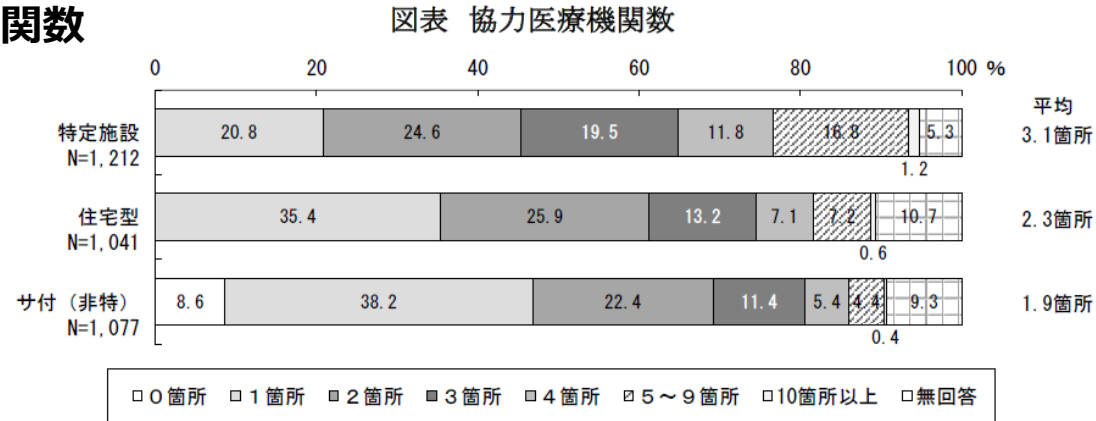
○ 協力医療機関の種別



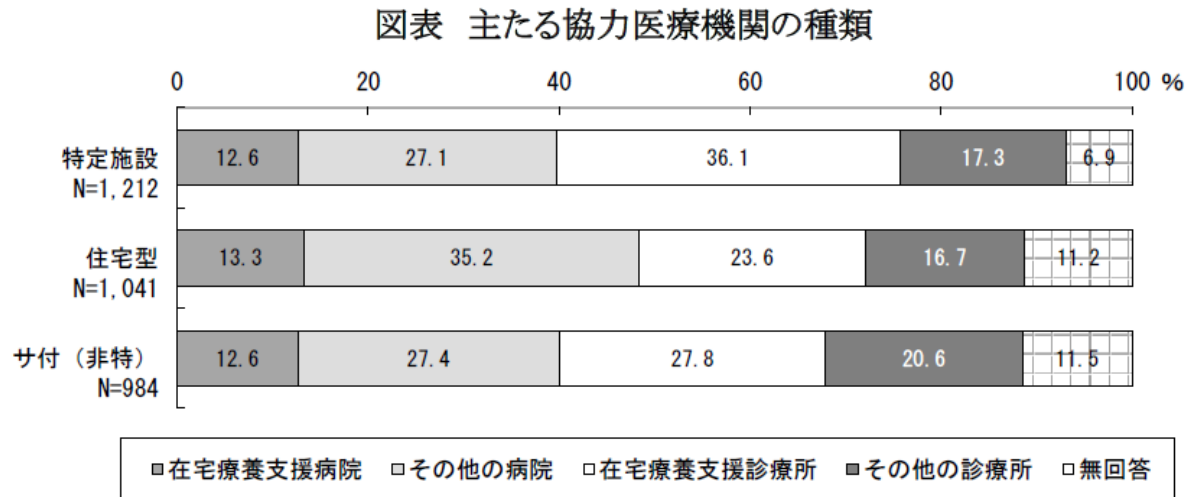
特定施設における協力医療機関数及び種別

- 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



協力歯科医療機関が実施している内容、協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容

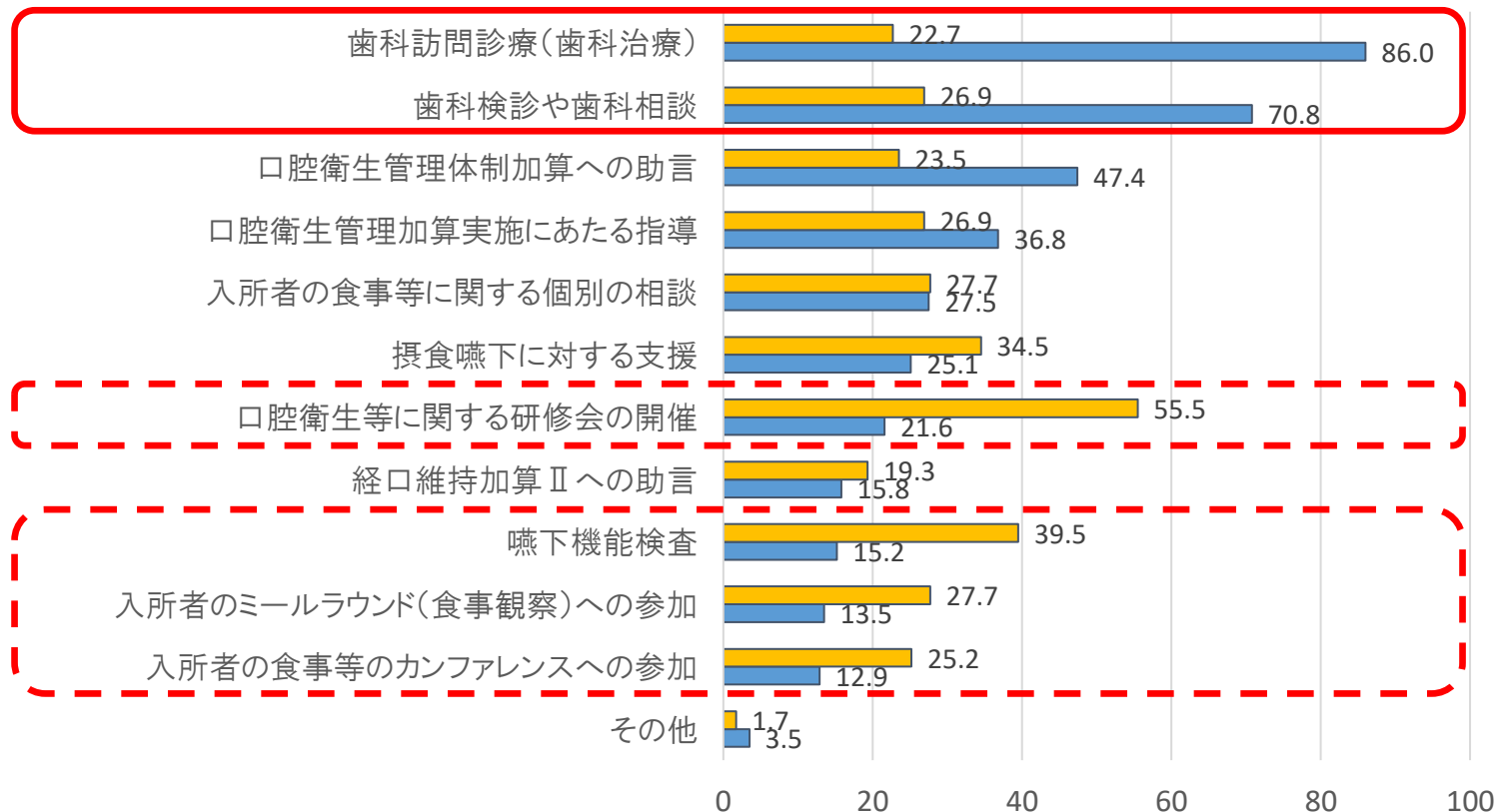
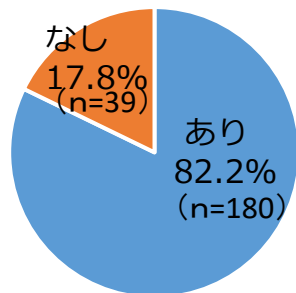
意見交換 資料-4参考-1
R 5 . 3 . 1 5

- 協力歯科医療機関を定めている介護保険施設は82.2%であった。
- 協力歯科医療機関が実施している内容として、歯科訪問診療、歯科検診や歯科相談が多かった。
- 協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容としては、口腔衛生管等に関する研修会や、摂食嚥下に関する内容が多かった。

協力歯科医療機関の有無

協力歯科医療機関が実施している内容・実施してもらいたい内容(複数回答)

■ 協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容(n=119)
■ 協力歯科医療機関が実施している内容(n=171)



※介護保険施設に対し、協力歯科医療機関が実施している内容と、協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容を調査した結果

1. 総論

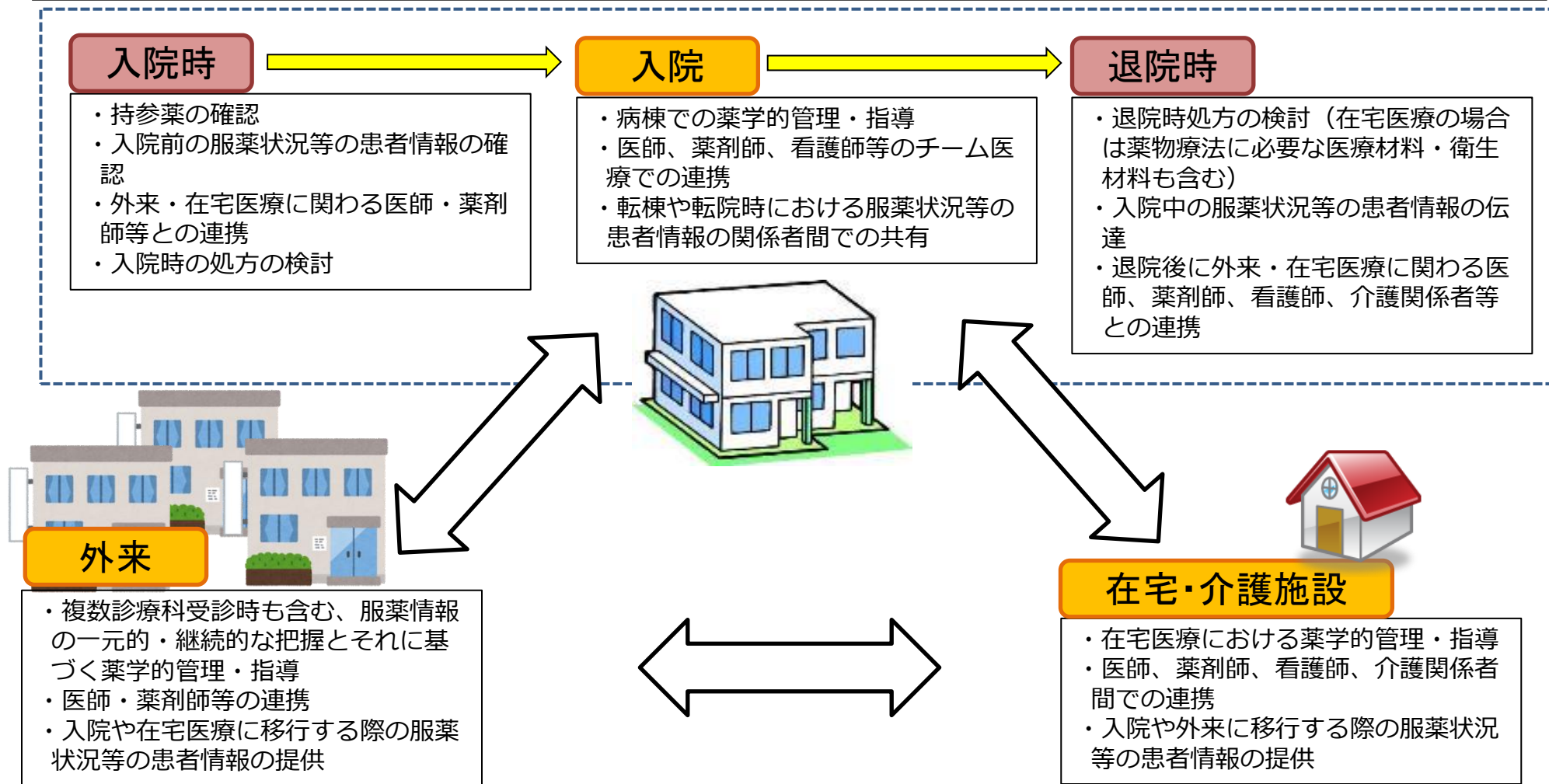
2. 高齢者施設等の医療提供機能・

医療機関と高齢者施設等との連携について

3. 高齢者施設等における薬剤管理について

4. 感染症対策について

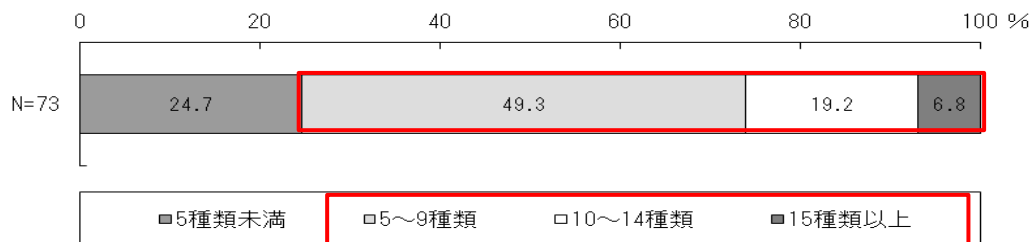
- 安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療・介護サービスを提供する上で、患者の薬物療法に関しても、有効で安全な薬物療法を切れ目なく継続的に受けられるようにすることが必要。
- このため、薬物療法に関わる関係者が、患者の服薬状況等の情報を共有しながら、最適な薬学的管理やそれに基づく指導を実施することが求められる。



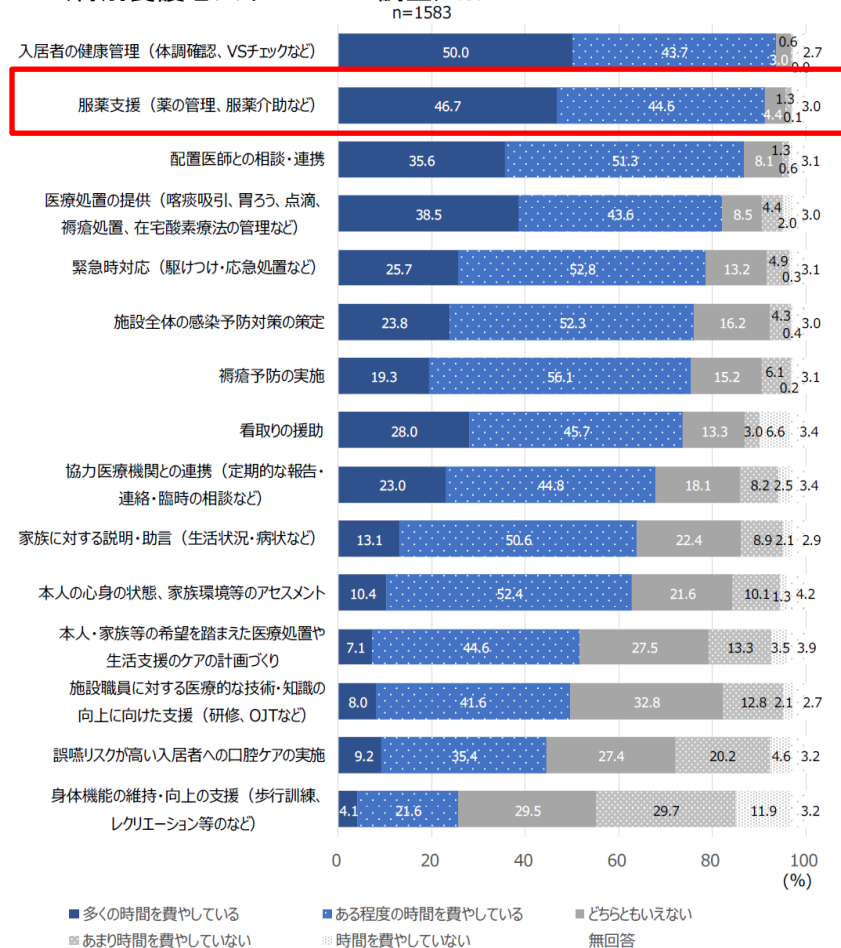
高齢者施設における多剤服用等の状況について

- 高齢者施設の入所者について、5種類以上の薬剤を服用している入所者が最も多いと回答した施設が約75%との調査結果があり、多剤服用による有害事象のリスク増加や服薬アドヒアランス低下等（いわゆる「ポリファーマシー」）が懸念される者が多くいると考えられる。**
- また、施設の看護職員が服薬支援に多くの時間又はある程度の時間を費やしているとの回答が約90%に達するとの調査結果もあり、施設職員における服薬支援の負担は大きいと考えられる。**

薬剤を処方されている入所者について、服用薬剤の種類数として最も多い区分（特別養護老人ホームへの調査）※1



医療ニーズがある方へのケアに看護職が費やす時間（特別養護老人ホームへの調査）※2



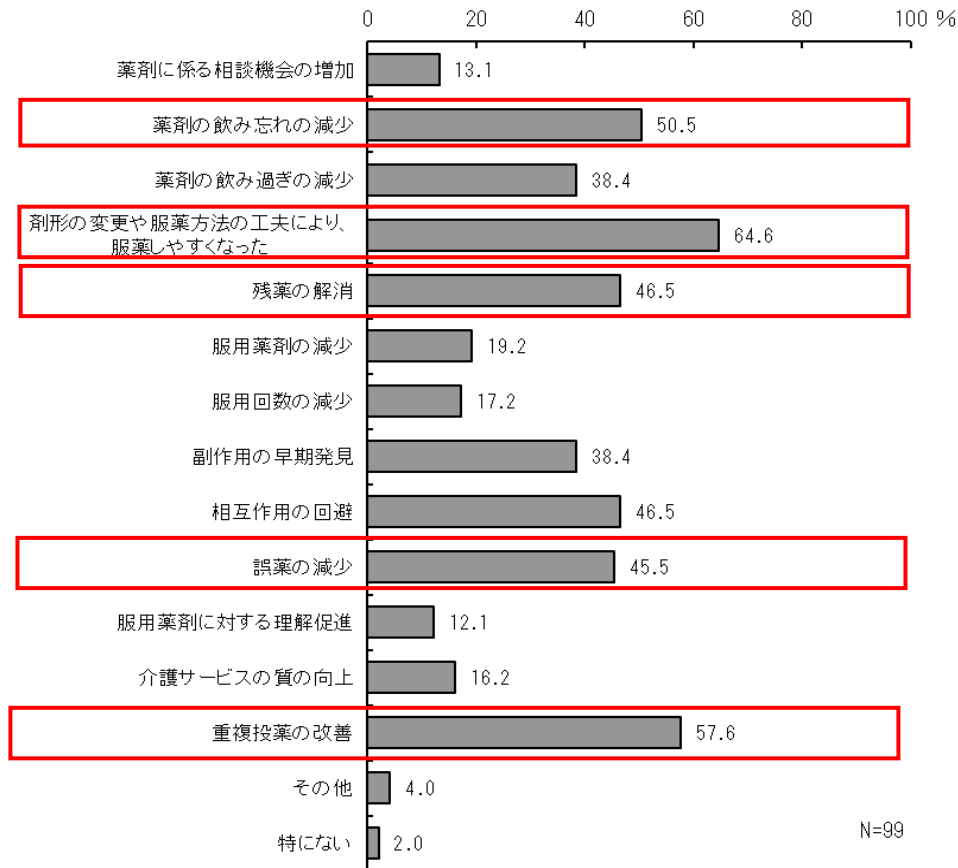
出典：※1: 令和元年度老人保健健康増進等事業
「地域包括ケアシステムにおける薬剤師の在宅業務の在り方に関する調査研究事業」

※2: 令和3年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「特別養護老人ホームにおける医療ニーズに関する調査研究事業」

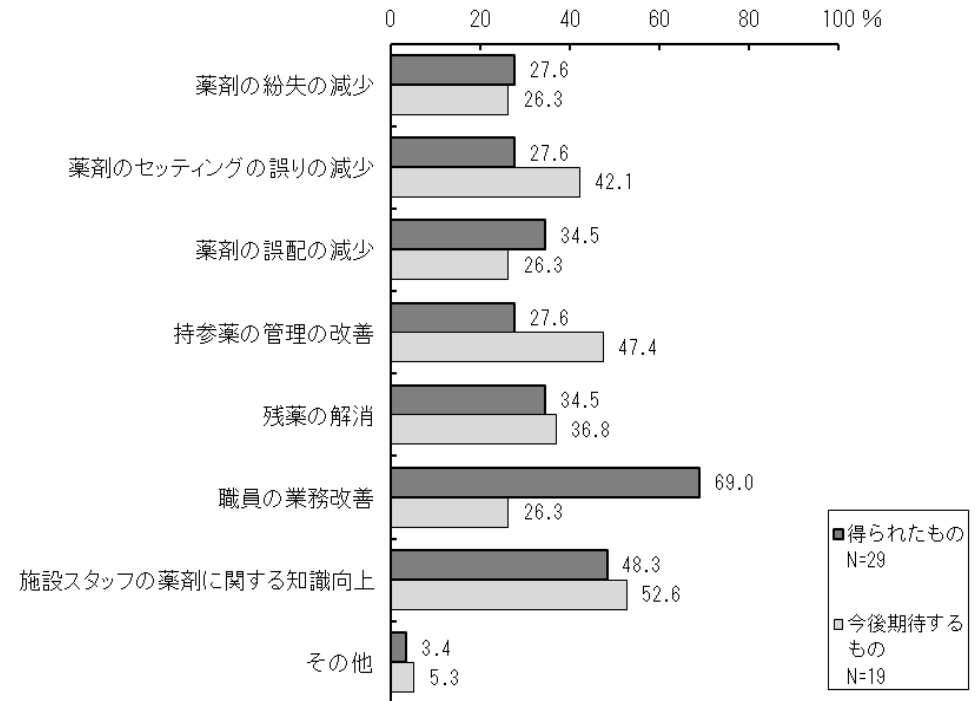
高齢者施設に対する薬剤師の訪問について

- 薬剤師の訪問による薬剤管理により、重複投薬、服薬アドヒアランス、誤薬等の改善に加え、施設職員の業務改善にもつながっているが、施設職員との連携や持参薬の管理等の薬剤管理について、更なる推進が期待されている。

薬剤師の訪問により利用者において改善された点
(特別養護老人ホームに薬剤指導を行う薬局への調査、複数回答)



訪問により施設が得たメリット・今後期待するもの
(特別養護老人ホームへの調査、複数回答)



高齢者施設における服薬支援について①

- 高齢者施設では、身体・認知機能の低下と多剤服用が合わさって、服薬アドヒアランス低下等が懸念される利用者が多く、残薬も生じやすい状況と考えられる。
- そのため、薬剤師は、利用者への指導や施設職員との相談等を通じて、施設や利用者に応じた服薬支援が求められる。これにより、より適切な薬物療法の提供や施設職員の負担軽減にもつながる。

【施設における残薬】



施設職員との相談等

各施設の薬剤管理状況や各利用者の服薬状況等を確認

【施設・利用者に応じた服薬支援】



(例)

- 内服薬を一包化し、利用者ごとにカレンダーにセット
- 体調等に応じて調整が必要な薬剤は別に分包
- 液剤・外用薬等にも氏名・用法等を記載、服用タイミング別に色づけ

適切な薬物療法の提供 (服薬アドヒアランスの改善、誤薬の減少等)
施設職員の負担軽減

※写真は一例。日本薬剤師会から提供。

高齢者施設における服薬支援について②

- 服薬支援としては、一包化やカレンダーへのセット等だけでなく、薬学的観点に基づく服用薬剤数の減少や用法の単純化などの対応も求められる。

【処方工夫と服薬支援の主な例】

| | |
|------------|---|
| 服用薬剤数を減らす | <ul style="list-style-type: none">●力価の弱い薬剤を複数使用している場合は、力価の強い薬剤にまとめる●配合剤の使用●対症療法的に使用する薬剤は極力頓用で使用する●特に慎重な投与を要する薬物のリストの活用 |
| 剤形を選択 | <ul style="list-style-type: none">●患者の日常生活動作（ADL）の低下に適した剤形を選択する |
| 用法の単純化 | <ul style="list-style-type: none">●作用時間の短い薬剤よりも長時間作用型の薬剤で服用回数を減らす●不均等投与を極力避ける●食前・食後・食間などの服用方法をできるだけまとめる |
| 調剤の工夫 | <ul style="list-style-type: none">●一包化●服薬セットケースや服薬カレンダーなどの使用●剤形選択の活用（貼付剤など）●患者に適した調剤方法（分包紙にマークをつける、日付をつけるなど）●嚥下障害患者に対する剤形変更や服用方法（簡易懸濁法、服薬補助ゼリー等）の提案 |
| 管理方法の工夫 | <ul style="list-style-type: none">●本人管理が難しい場合は家族などの管理しやすい時間に服薬をあわせる |
| 処方・調剤の一元管理 | <ul style="list-style-type: none">●処方・調剤の一元管理を目指す（お薬手帳等の活用を含む） |

※高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）
（2019年6月厚生労働省）から引用

薬剤師と多職種との連携による薬物療法の適正化

- ポリファーマシーの解消を含む薬物療法の適正化において、薬剤師は多職種と連携して、患者の生活状況や身体機能等の様々な情報を把握し、処方医師の支援を行うことが重要である。

【処方見直しのプロセス】※1

高齢患者

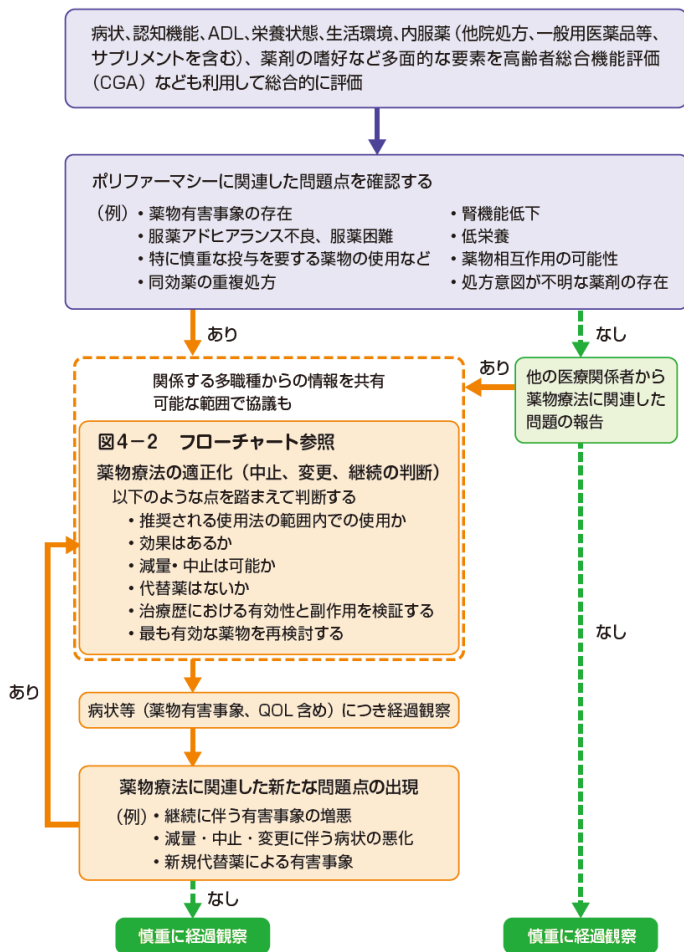


表1 各職種の役割

| 職種 | 役割 |
|-----------------|---|
| 看護師 | 服用管理能力の把握、服薬状況の確認、服薬支援 ADL の変化の確認、薬物療法の効果や薬物有害事象の確認、多職種へ薬物療法の効果や薬物有害事象に関する情報提供とケアの調整 |
| 歯科衛生士 | 口腔内環境や嚥下機能を確認し、薬剤を内服できるかどうか（剤形、服用方法）、また薬物有害事象としての嚥下機能低下等の確認 |
| 理学療法士 ・作業療法士 | 薬物有害事象、服薬に関わる身体機能、ADL の変化の確認 |
| 言語聴覚士 | 嚥下機能を評価し、内服可能な剤形や服用方法の提案 薬物有害事象としての嚥下機能低下等の評価 |
| 管理栄養士 | 食欲、嗜好、摂食量、食形態、栄養状態等の変化の評価 |
| 社会福祉士等 | 入院（所）前の服薬や生活状況の確認と院内（所内）多職種への情報提供、退院（所）に向けた退院先の医療機関・介護事業所等へ薬剤に関する情報提供 |
| 介護福祉士 | 服薬状況や生活状況の変化の確認 |
| 介護支援専門員 | 各職種からの服薬状況や生活状況の情報集約と主治の医師、歯科医師、薬剤師への伝達、薬剤処方の変更内容を地域内多職種と共有 |

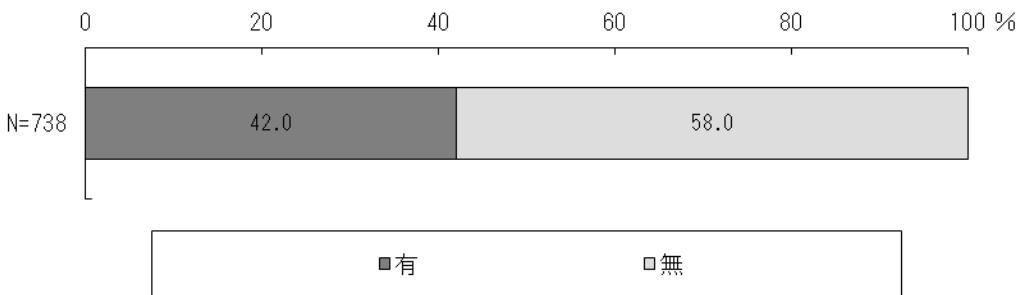
※2 高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））
 （2019年6月厚生労働省）から引用

※1 高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）（2019年6月厚生労働省）から引用

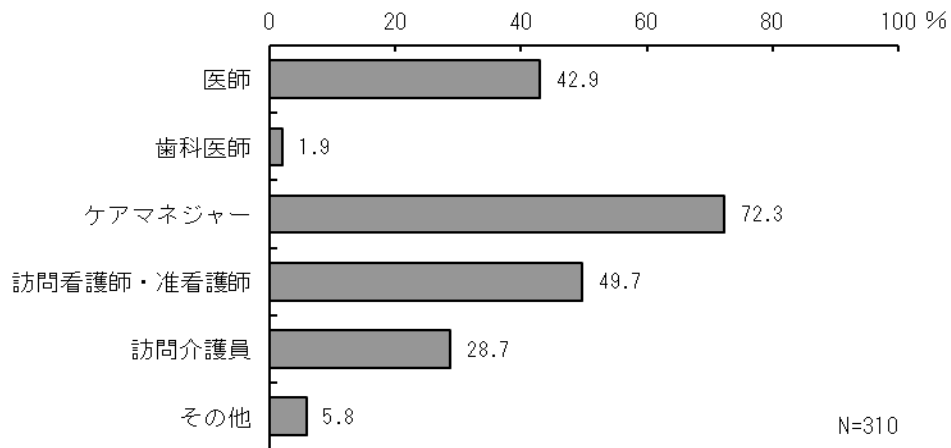
薬剤師と他職種連携の例(時間調整して一緒に訪問)

- 在宅業務を行う薬局においては、半数近くで他職種と一緒に訪問を実施したことがあり、医師、看護師、ケアマネジャー等の様々な職種と実施されている。
- 医師と一緒に訪問においては、薬剤師は、服薬・残薬の状況を情報収集し、それを踏まえて、処方内容を検討している医師に直接、処方提案を行っている。

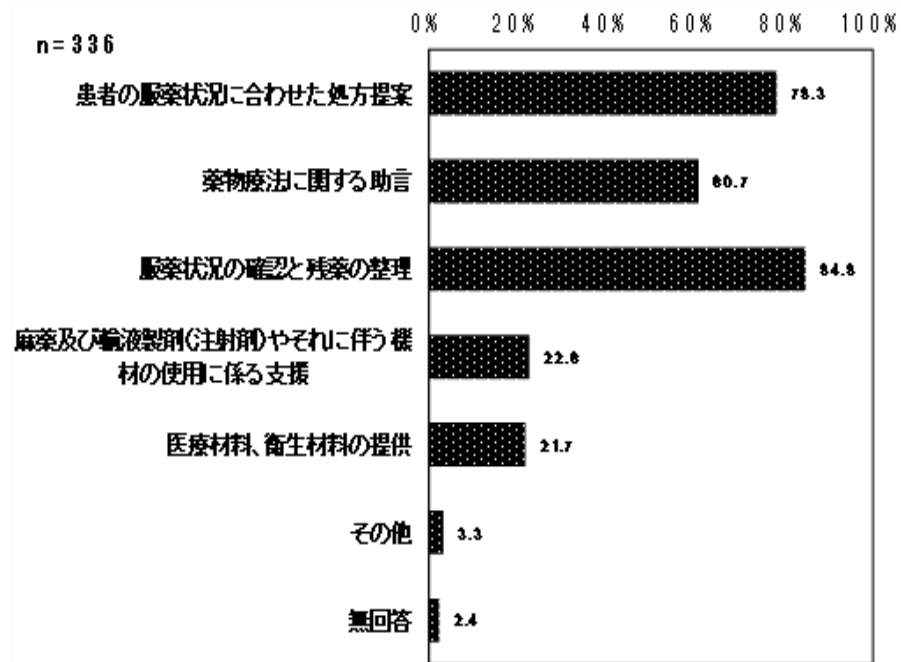
患者を訪問する際、多職種と同行訪問を実施したことがありますか
(在宅業務を行う薬局に対する調査、2019年7月の1か月間) ※1



(上記で有の場合) 同行した多職種 ※1



医師と一緒に時間調整をして、患者を訪問し、
薬局の薬剤師が提供した薬学的管理の内容 ※2



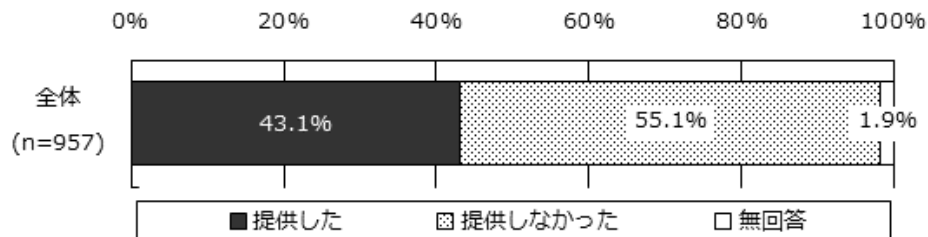
※1 令和元年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムにおける薬剤師の在宅業務の在り方に関する調査研究事業」

※2 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査) 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査

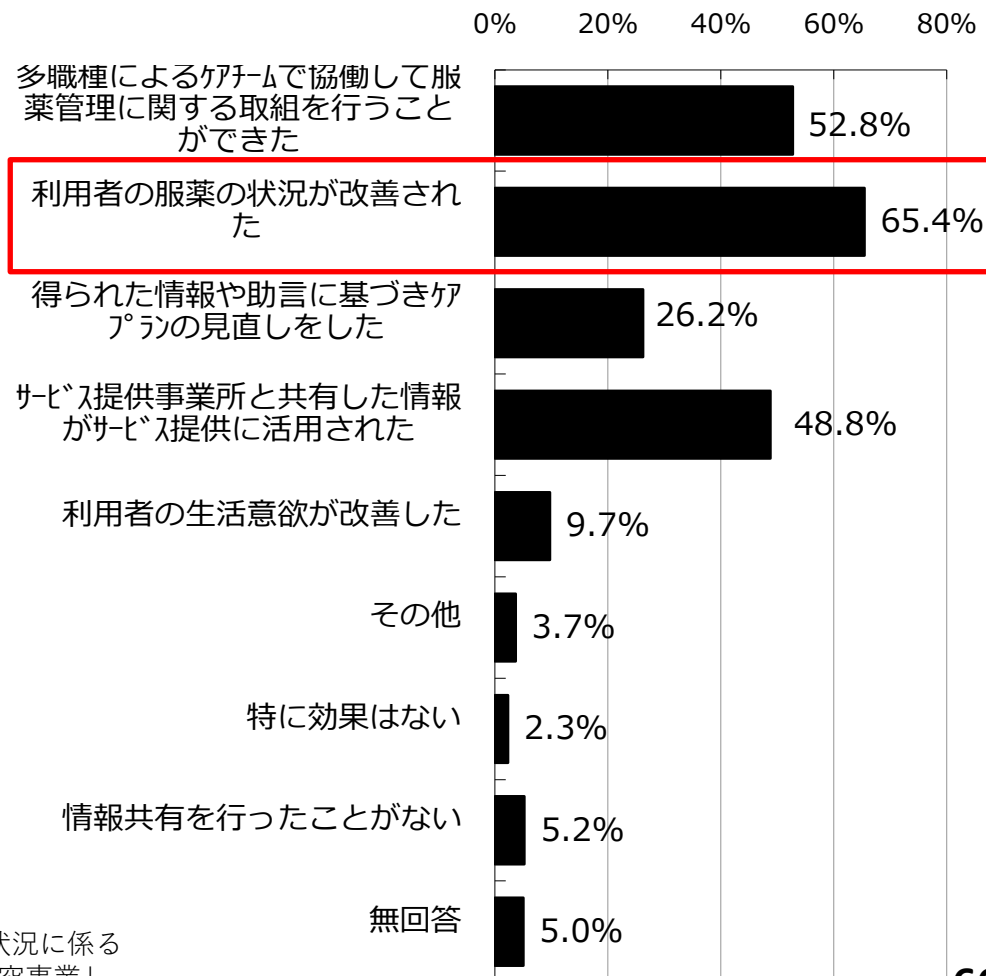
介護支援専門員との情報共有の効果(薬剤師)

- 介護支援専門員から情報提供があり、薬剤師が介入することにより問題が解決した利用者がいた。
- 服薬状況について関係機関と情報共有を行うことによる利用者にとっての効果は、「利用者の服薬の状況が改善された」が最も多く65.4%であった。

介護サービス事業所から得た担当利用者の服薬管理・服薬状況に関する情報の薬剤師に対する情報提供の状況(介護支援専門員調査)



服薬状況について関係機関と情報共有を行ったことによる、利用者にとっての効果(複数回答, n=957)(介護支援専門員調査)



介護支援専門員からの服薬管理・服薬状況に関する情報提供があり、薬剤師が介入した利用者数(n=90)(薬局調査)

| | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 |
|-------------------------------------|-----|------|-----|
| ①介護支援専門員から服薬管理・服薬状況に関する情報提供があった利用者数 | 4.4 | 8.6 | 2.0 |
| ②何らかの介入を行った利用者数 | 3.1 | 7.7 | 1.0 |
| ③(うち)居宅療養管理指導を行った利用者数 | 2.5 | 7.7 | 1.0 |
| ④服薬管理・服薬指導の問題が解決した利用者数 | 2.8 | 7.7 | 1.0 |

高齢者施設等の各施設類型における薬剤管理

- 高齢者施設等においては、施設類型によって医師・薬剤師の配置や入所者の状況等が異なることから、高齢者施設等における適切な薬剤管理の推進にあたっては、それぞれの施設類型に応じた対応を検討していく必要がある。

| | | 介護医療院 | 介護老人保健施設 | 特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設) | その他施設 (サ高住等) | 短期入所（ショートステイ） | |
|----------|-----|--|-----------------|--|---|--|----------------|
| | | | | | | 短期入所療養介護 | 短期入所生活介護 |
| 施設配置基準 | 医師 | ○ I型: 3以上 / 48:1以上 II型: 1以上 / 100:1以上 | ○ 1以上 | ○ 必要数（非常勤可） | × | ○ ※ | ○ 必要数（非常勤可） |
| | 薬剤師 | ○ I型: 150:1 以上 II型: 300:1 以上 | ○ 適当数（300:1） | × | × | ○ ※ | × |
| 薬剤管理の現状等 | | 自施設の医師・薬剤師等が薬剤管理を実施。老健施設では、かかりつけ医と連携した減薬等の取組を推進。 抗がん剤・抗ウイルス剤・麻薬等の一部の薬剤については、給付調整により、医療保険による給付が可能。 | | 薬局等の薬剤師が訪問し、薬剤管理指導を実施。末期がんの患者については、計画に基づく訪問による薬剤管理指導が可能。 | 薬局等の薬剤師が計画に基づく訪問により薬剤管理指導（居宅療養管理指導）を実施。 | 普段は在宅等で薬局薬剤師等による薬剤管理指導（居宅療養管理指導）を受けている者が、短期的に入所し、その期間は当該施設において薬剤管理を受けることとなる。 | |
| 検討の視点 | | 薬剤の給付調整についてどのような対応が必要と考えるか。 | | 薬局薬剤師による訪問について、ポリファーマシーの予防を含めた最適な薬物療法を提供する観点から、患者や他職種からのニーズも踏まえて、どのように充実していくか。 | | 短期入所と在宅等、患者の療養の場が移っても切れ目なく適切な薬物療法を継続するため、どのような連携体制を取るべきか。 | |

※ 短期入所療養介護は、病院・診療所・介護医療院・老健が実施することができ、人員配置基準は、原則施設ごとの基準による。

1. 総論

2. 高齢者施設等の医療提供機能・

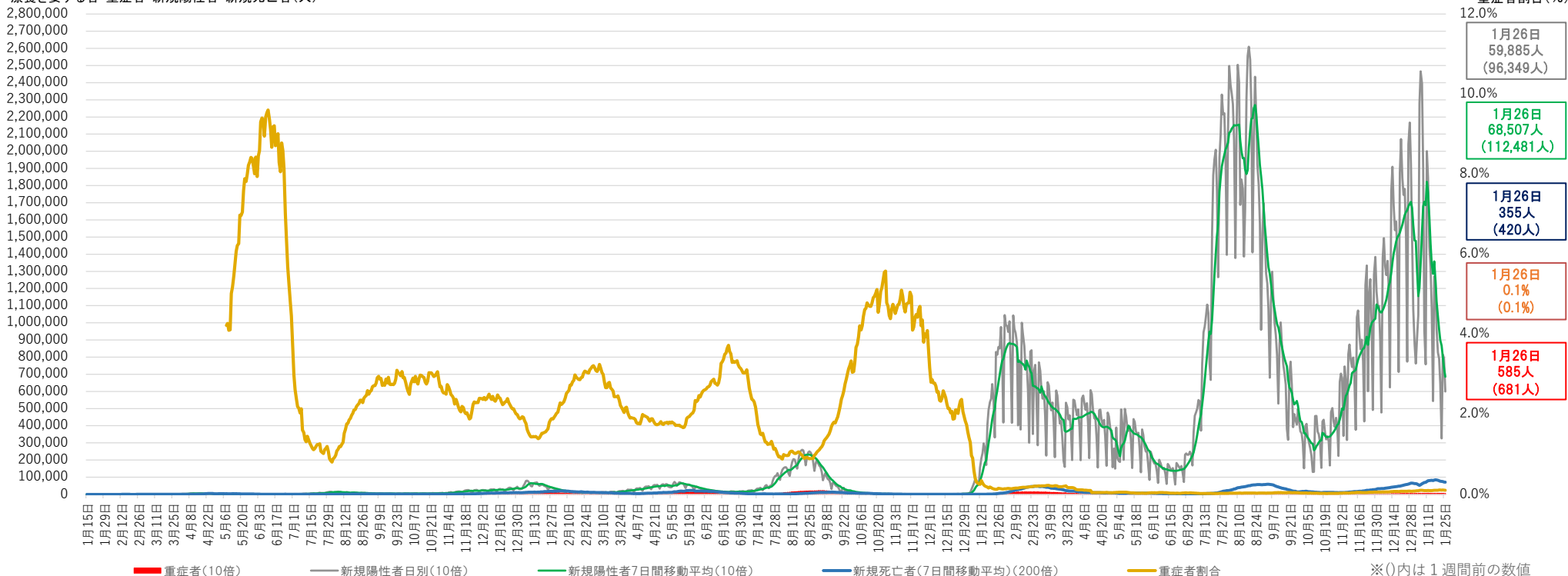
医療機関と高齢者施設等との連携について

3. 高齢者施設等における薬剤管理について

4. 感染症対策について

重症者・新規陽性者数等の推移

療養を要する者・重症者・新規陽性者・新規死亡者(人)



※1 チャーター便を除く国内事例。令和2年5月8日公表分から、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。また、全数届出見直しを受け、令和4年9月27日公表分から、HER-SYSにおいて報告された総数を積み上げたものに変更した。なお、広島県においては、HER-SYS入力時間が他の都道府県と異なることから、厚生労働省の集計値と広島県の発表値とで1日ずれが生じていることに留意。

※2 重症者割合は、集計方法を変更した令和2年5月8日から算出している。重症者割合は「療養を要する者」に占める重症者の割合。

※3 重症者と新規陽性者及び新規死亡者は表示上のスケールが異なるので(新規陽性者及び重症者数は10倍、新規死亡者は200倍に拡大して表示)、比較の場合には留意が必要。

※4 一部の都道府県においては、重症者数については、都道府県独自の基準に則って発表された数値を集計。

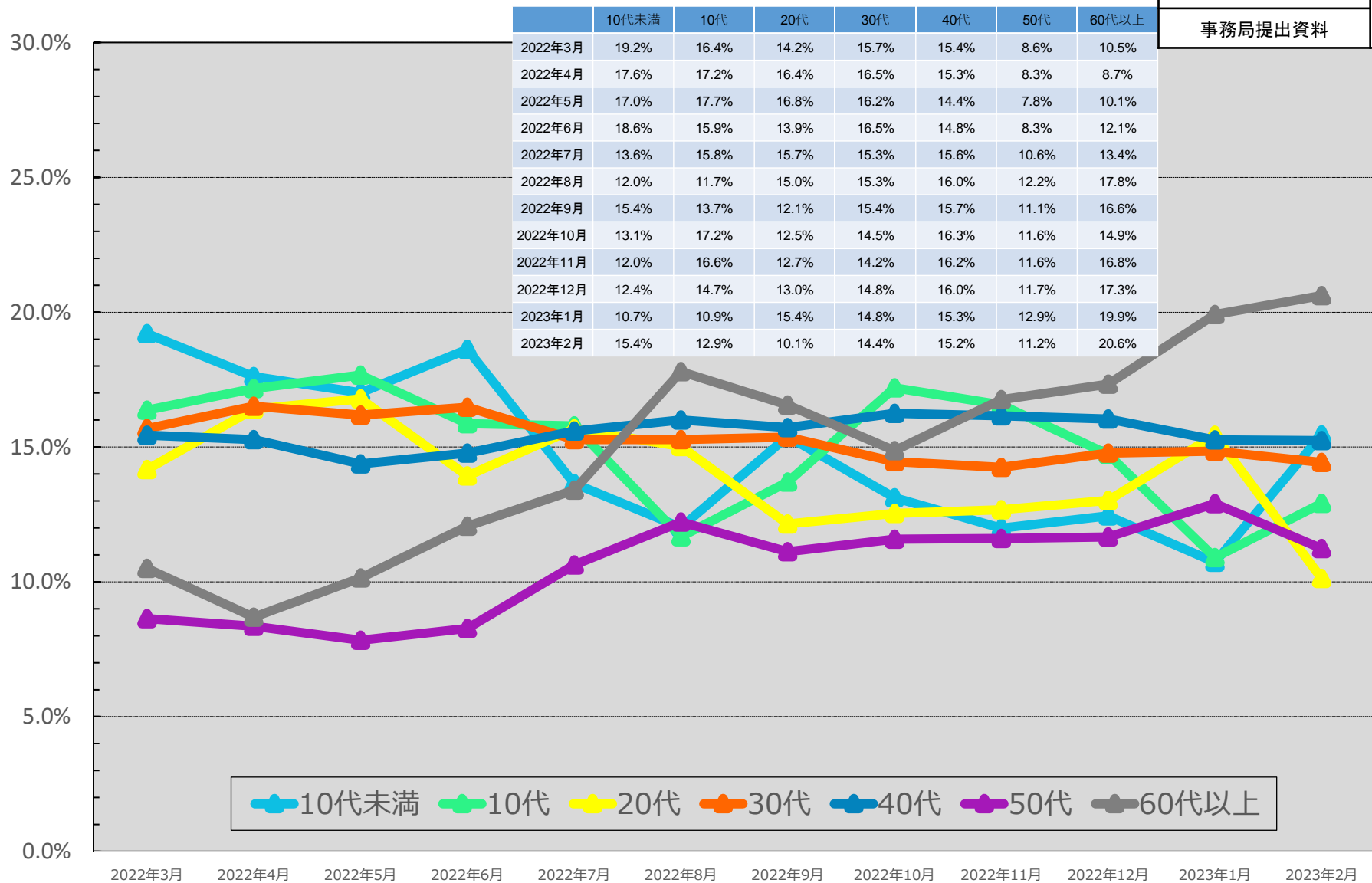
※5 集計方法の主な見直し: 令和3年5月19日公表分から沖縄県について、令和3年5月26日公表分から大阪府・京都府について、重症者の定義を従来の自治体独自の基準から国の基準に変更し集計を行った(大阪府は令和4年4月14日公表分から独自基準へと変更)。

【月次】年代別新規陽性者の割合（報告日別、HER-SYSデータ）

○ **新規陽性者に占める各年代の割合**を時系列で整理したもの。（全国、月次化）

第117回（令和5年2月22日）
新型コロナウイルス感染症対策
アドバイザリーボード

資料2-2



事務局提出資料

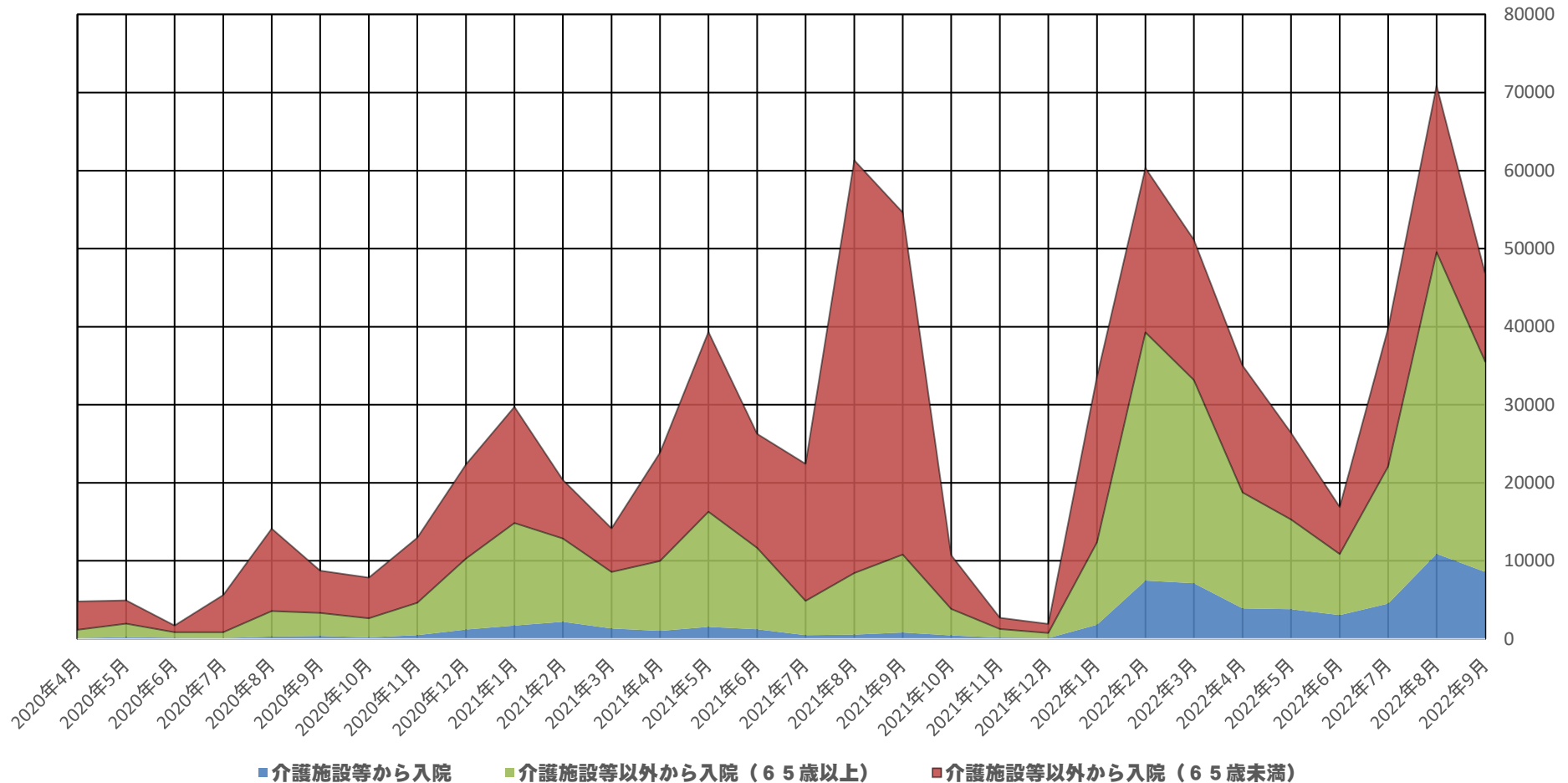
* 2/21 9:00時点の入力データを基に算出。年齢不詳は除いている。 ※ 2月は2/20までの数字を計上

* 各月の割合は、7日間移動平均の値を用いて各月の陽性者数を累積化した上で、各年代別の割合を算出している。

入棟元・年齢によって区分した入院者数の推移

○ 主傷病名が「コロナウイルス感染症」であり、入院経路や年齢によって区分した入院数の推移は以下のとおり。2022年1月から介護施設等から入院する患者や介護施設等以外から入院する患者で65歳以上の患者が増加傾向である。

(人)



- 全国知事会を通じて、都道府県に対して、医療機関、高齢者施設、学校・保育所等における集団感染事例と対策例を照会し得られた回答の中から、内閣官房新型コロナウイルス感染症等対策推進室において、主なものをまとめた。
- 次頁以降の表中の「感染拡大の要因」「具体的な状況等」については、集団感染の原因として特定されているものばかりではなく、あくまで、その時における状況を記載したものの、また、感染源が不明なものも相当数あることに留意が必要。

| 施設類型 | 事例数 |
|-------|-----|
| 医療機関 | 21 |
| 高齢者施設 | 23 |
| 学校等 | 23 |
| 保育所等 | 16 |

| 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</u> 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。



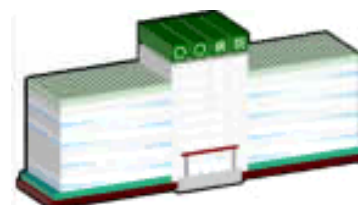
都道府県

《感染制御・業務継続支援チーム》

- 施設等で感染が発生した際の迅速な**感染管理**
… ゾーニング、検体採取、PPEの着脱方法 等
- 施設における本部の運営等の**マネジメント支援**
- **情報管理の支援**
- 関係機関、地域との**コミュニケーション支援**
- **施設機能の維持のための支援**
 - 医療従事者等の確保に係る調整、メンタルヘルスケア
 - PPE等の物資の在庫管理・確保
 - 新規感染者の搬送・入院調整や、病状変化等に応じた転院調整

※介護職員等の不足が見込まれる場合の応援職員の派遣

- 必要な人材・物資の確保
- 入院・搬送調整、転院調整



医療機関

- 【感染を確認した場合の対応】
- 早期の電話等による相談
- 必要に応じた専門家等の派遣
- ⇒ **迅速な感染制御／施設機能の維持**

感染拡大の兆し

○ 都道府県内の医療機関

《感染制御》

- 日本環境感染学会・日本感染症学会等の所属医師、看護師
- ICT看護師・医師
- FETP

《業務継続支援》

- DMAT・DPAT、災害医療コーディネーター研修修了者 等

【チームの立上げ支援】

- 研修の実施
- 要請に基づく人材の派遣



厚生労働省

緊急包括交付金

- 感染症対策専門家派遣等事業
- DMAT・DPAT等医療チーム派遣事業 等

- 【感染拡大時の対応】
- 専門家による相談対応
- 必要な人材の派遣 等



高齢者施設等



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）

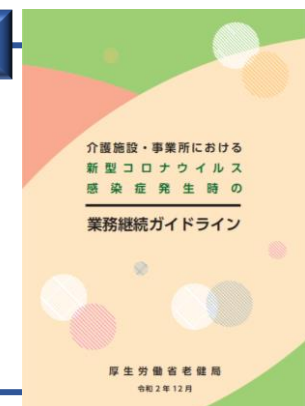
介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン

❖ 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】

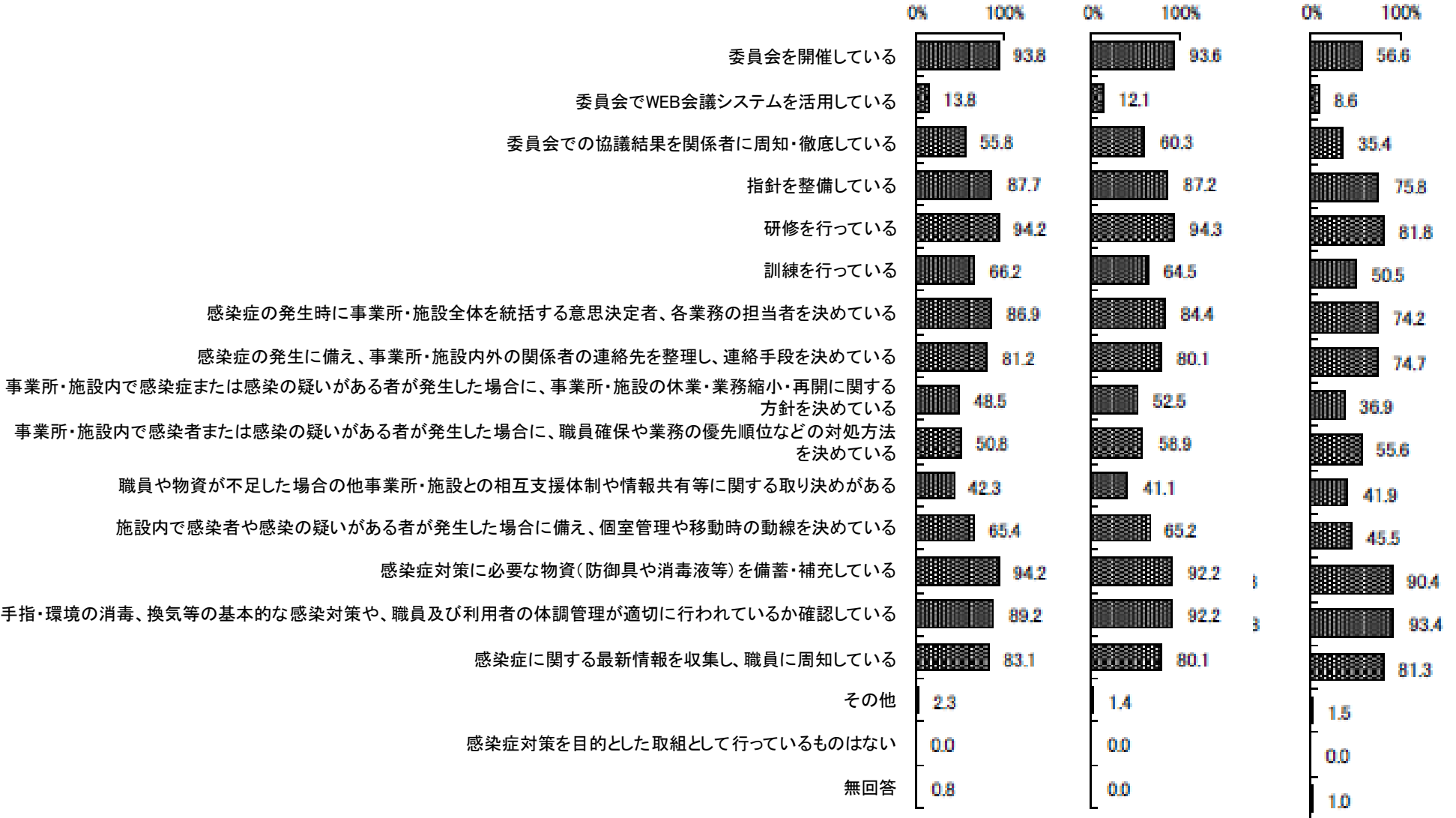
- 災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、非常災害対策（計画策定、関係機関との連携体制の確保、避難等訓練の実施等）が求められる介護サービス事業者（通所系、短期入所系、特定、施設系）を対象に、小多機等の例を参考に、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならないこととする。【省令改正】

感染症対策の実施状況

介護老人福祉施設
(地域密着型を含む)
n=260

介護老人保健施設
n=141

認知症対応型
共同生活介護
n=198



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。

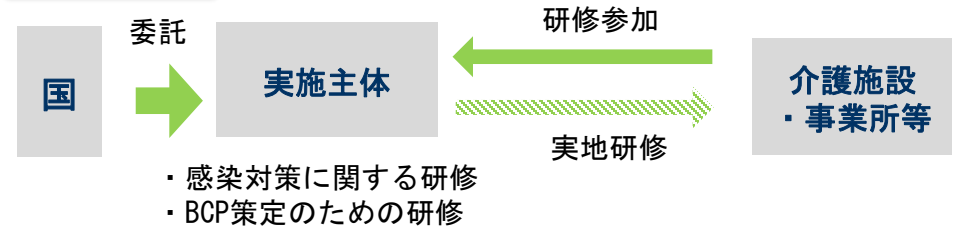
○多くの介護従事者は感染症や標準的な感染対策についての教育を受けているとは限らず、感染対策を行った上で事業継続ができるよう感染症対応力向上が必要であり、本事業では、介護従事者向けの実地研修の開催、介護事業所におけるBCP作成支援等を行う。

成果目標・事業スキーム

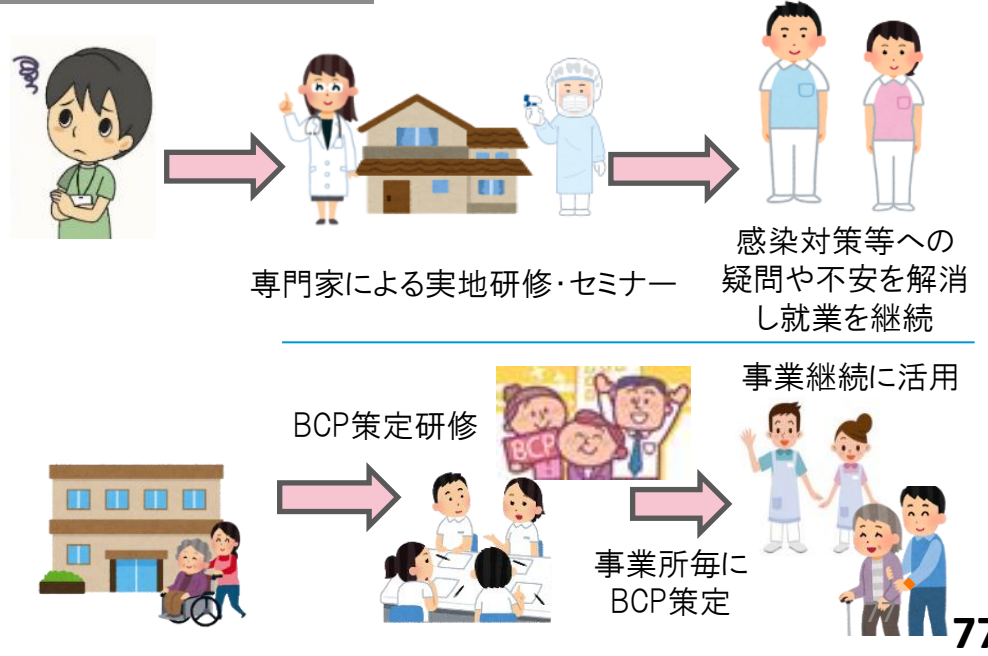
成果目標

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



- 保健医療提供体制の対策徹底・強化については、オミクロン株の特性も踏まえ、高齢者施設への医療支援の更なる強化等を図るべく、本年3月18日に事務連絡を発出し、各都道府県に依頼
- 都道府県においては高齢者施設等への聞き取り等も行い、4月22日までに結果が報告されたため、今般公表するもの
- 今後も、財政支援を維持・拡充し、各都道府県において、今回の点検結果を活用し、健康観察・診療医療機関の更なる拡充や、高齢者施設等への医療支援体制の確認、病床の回転率の向上のための転院の促進など対策の徹底に取り組む

1. 感染拡大が生じても迅速・スムーズに検査し、安心して自宅療養できる体制の構築

- 診療・検査医療機関は、**3. 8万機関(うち公表3. 4万機関)**に増加し、**公表率も9割に**
⇒ HP公表されている場合の診療報酬上の特例措置を7月末まで延長しており、引き続き更なる拡充・公表の徹底を推進
- 自宅療養者に対応する健康観察・診療医療機関は、**約2. 3万機関**
⇒ 更に自宅療養者への療養体制を万全にする観点から、**電話等初再診の診療報酬上の特例措置(250点)を拡充・延長4月末まで・重点措置地域限定の拡充** → 重症化リスクの高い者への評価として全国において7月末まで397点に拡充

2. 高齢者施設等における医療支援の更なる強化

- ① 高齢者施設等における感染制御・業務継続の支援体制の構築
 - ・ 24時間以内に感染制御・業務継続支援チームの派遣を要請でき、**約5. 6万の全ての高齢者施設等**に対しその連絡・要請窓口を周知済み
 - ・ 支援チームの医療従事者数:**約3. 4千人**(3月14日時点) → **約3. 6千人**
 - ② 高齢者施設等において、医師や看護師による往診・派遣を要請できる派遣体制の構築
 - ・ 高齢者施設等への調査の結果、協力医療機関を事前に確保している、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と確認できた高齢者施設等は、**約5. 3万施設(全高齢者施設等の94%)**(5月24日時点)
 - ・ 往診・派遣に協力する医療機関数:**約2. 2千機関**(3月14日時点) → **約3. 2千機関**
- ⇒ 引き続き①、②の体制強化を図り、全ての高齢者施設等が往診・派遣を要請できることを確認していく
また、施設内療養を行う施設への補助の拡充(最大15万円⇒30万円)を7月末まで延長・全国拡大しており、引き続き高齢者施設等への医療支援の取組を維持・強化

3. 転退院先となる病床の更なる確保等

- 適切な療養環境の確保と病床の回転率向上のため、療養解除前の転院先を確保
 - ・ 療養解除前の患者の転院先として確保した病床数は、**約0. 9千床**(※2) → **約1. 2千床**(※3)
 - ⇒ 転入院支援のための即応病床(※4)への緊急支援(450万円/床)を7月末まで延長しており、引き続き病床確保を支援
- ※2…2月1日から3月14日までの増分 ※3…2月1日から4月22日までの増分 ※4…救急のコロナ疑い患者のトリアージ病床としての活用も可能
- このほか、長期入院のコロナ患者について、後方支援医療機関(**約3. 5千機関**)等への自治体の転院調整機能を強化するとともに、コロナ患者非受入病院において入院患者が陽性となった場合に、自院で治療・療養する体制の構築を推進

新型コロナウイルス感染症に関する高齢者施設に対する支援等（概要）

I. 高齢者施設等に対する支援等

| 1. 平時からの感染対策 | |
|------------------------------|---|
| (1) 感染症対応力の向上 | ①感染対策のポイントをまとめたマニュアル、動画、事例集等の作成・周知 ②感染症対応力向上のための研修の実施 ③感染症発生時の業務継続計画ガイドライン、ひな型等の作成・周知 |
| (2) 従事者等に対する検査 | ①高齢者施設等における集中的実施計画に基づく従事者等に対する頻回検査の実施 ②介護施設等における一定の要件に該当する自費検査費用の補助（地域医療介護総合確保基金） |
| (3) 新型コロナウイルスワクチンの接種 | ①高齢者施設等入所者に対するオミクロン株対応ワクチン接種について、速やかな実施を自治体に依頼 ②通所系サービス事業所等において、介護サービス提供時間内にワクチン接種を実施することが可能 |
| 2. 感染者が発生した場合の支援・対応 | |
| (1) 24時間以内に感染制御・業務継続支援チームを派遣 | ①感染制御・業務継続支援チームの派遣体制の構築等を都道府県に依頼 ⇒全国の全高齢者施設等に対し、チーム派遣の連絡・要請窓口を周知済み |
| (2) 医師・看護師による往診・派遣 | ①医師等による往診等を要請できる体制の構築等を都道府県に依頼 ②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 ③介護保険施設での施設内感染発生時における診療報酬に係る特例的な対応等 |
| (3) 感染者が発生した施設等への支援 | ①感染者が発生した施設等へ応援職員を派遣する体制の構築 ②かかり増し経費、職員の確保等に向けた支援（地域医療介護総合確保基金） ③施設内療養を行う施設等への支援（地域医療介護総合確保基金、最大30万円/人） ④通所介護等において感染症の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合に加算 |
| 3. 退院患者の受け入れにかかる対応 | |
| (1) 退院患者受け入れの促進 | ①介護保険施設で退院患者を受け入れた場合の介護報酬上の特例的な評価（500単位×30日） ②退院患者の受け入れに協力する介護老人保健施設に関する情報の医療機関への提供 |
| 4. その他 | |
| (1) 各種融資制度や助成金の活用 | ①独立行政法人福祉医療機構の融資制度の活用 |

II. 介護従事者の方々を対象となり得る公的な補償制度等

| | |
|----------------------|---|
| (1) 感染した場合の補償や手当金の支給 | ①労災保険の療養補償給付、休業補償給付、遺族補償給付 ②健康保険の傷病手当金 |
|----------------------|---|

老健等における新型コロナウイルス感染症患者の医療に要する費用に係る特例的な対応

- 新型コロナウイルスの感染拡大を受けて、介護施設における実態等を踏まえた上で、以下の対応とする。
- あわせて、介護医療院、介護老人保健施設及び特別養護老人ホームにおける診療報酬の自己負担部分について交付金の対象とする。

| ○：医療保険から給付 ×：介護保険から給付 | | 医療提供施設 | | | | | | 老人福祉施設 | | |
|--------------------------|----------------------------|-----------------------|-------------|---------------|----------|-------------|---------------|-----------|--------|---|
| | | 介護医療院 | | | 介護老人保健施設 | | | 特別養護老人ホーム | | |
| | | 所属する医師 | 併設保険医療機関の医師 | 併設保険医療機関以外の医師 | 所属する医師 | 併設保険医療機関の医師 | 併設保険医療機関以外の医師 | 配置医師 | 配置医師以外 | |
| 医学的指導管理 | 初診料・再診料 (73点～288点) | × | × | ○ | × | × | ○ | × | ○ | |
| | 往診料 (720点) | × | × | ○ | × | × | ○ | × | ○ | |
| | 在宅医療 | 緊急往診加算 (325点～850点) | × | ×→○ | ○ | × | ×→○ | ○ | × | ○ |
| | 在宅酸素療法指導管理料 (2,400点) | × | ×→○ | ×→○ | × | × | ×→○ | × | ○ | |
| | 院内トリアージ実施料 (300点) | × | ×→○ | ○ | × | × | ×→○ | ○ | × | ○ |
| | 救急医療管理加算 1 (950～4,750点) | × | ×→○ | ○ | × | × | ×→○ | ○ | × | ○ |

(令和3年4月30日付事務連絡において明確化)

(参考) 在宅(自宅・宿泊療養者)における対応

- 緊急往診加算：令和3年2月26日に自宅・宿泊療養患者から新型コロナウイルス感染症に関連した求めに応じて緊急に求められて往診することの評価として、算定可能であることを明確化した
- 在宅酸素療法指導管理料：令和3年2月26日に自宅・宿泊療養患者に対し酸素療法を行うことへの評価として算定可能であることを明確化した
- 院内トリアージ実施料：令和2年4月24日に自宅・宿泊療養患者に対し必要な感染予防策を講じた上で実施される診療への評価として算定可能であることを明確化した
- 救急医療管理加算1：自宅・宿泊療養患者から新型コロナウイルス感染症に関連した求めに応じて緊急に求められて往診あるいは継続的な診療の必要性から訪問診療を実施することの評価等として、算定可能であることを明確化した(令和3年7月30日～)

令和3年11月末に「保健・医療提供体制確保計画」（以下「計画」という。）を策定いただいた後、オミクロン株の特性を踏まえた累次の点検・強化等の取組に基づき、感染の拡大状況に応じた計画的な体制整備を行っていただけてきた。令和4年11月21日付け事務連絡により、入院体制を中心とした点検・強化のポイントをお示し、各都道府県の計画の改定・12月中の体制構築を依頼。

陽性判明から療養先決定までの対応について

▶ 各都道府県において、入院治療が必要な患者が優先的に入院できる体制を強化

- ・ 冬に向けた救急医療需要の高まり等も踏まえ、重症度やリスク因子など患者の優先度に応じた入院調整・療養体制の考え方を管内保健所・医療機関と共有。
- ・ 救急医療のひっ迫回避に向けた取組として、休日夜間急患センター・在宅当番医制について、受診に資する情報を各都道府県のHPに掲示、周知に取り組む。

入院等の体制について

▶ 病床確保計画に基づく新型コロナ病床の全体の確保病床数は引き続き維持

コロナ確保病床 4.6万床確保（令和3年11月末時点） ➔ **最大5.1万床確保**（令和4年12月時点）

※ 5.1万床には、臨時の医療施設・入院待機施設の定員約2.3千人分を含む。このほか臨時の医療施設等の最大確保定員は、約2.6千人分（計約4.9千人分）。

▶ 感染拡大期には時機に遅れることなく増床を進めるとともに、院内において新型コロナ患者が生じた場合の対応能力の向上を支援することにより、当該対応能力を有する医療機関の増加を引き続き図る

- ・ 全ての都道府県で、管内の医療機関に新型コロナ感染対策ガイドや感染管理に資する参考資料等の周知を行ったことを確認。
- ・ **後方支援医療機関**を約**3.7千機関**確保（令和4年4月時点：約3.5千機関）。全ての都道府県で高齢の患者のケアを意識した適切な療養環境の確保のため、発症早期からの適切なリハビリテーションの提供について、取組事例等の周知を行ったことを確認。

▶ 通常医療との両立強化

- ・ 各医療機関の院内感染や職員の欠勤状況等を確認の上、実際に使える即応病床の調整や入院調整を実施し、コロナ医療と通常医療の両立を図る取組を確認。
- ・ 医療ひっ迫時に約2.7千の医療機関から、医師約2.1千人、看護師約4千人を派遣できる体制を確認。

（令和3年11月末時点：約2.3千医療機関 医師約3.2千人 看護師約3.1千人）

自宅療養者等及び高齢者施設等における療養者の健康観察・診療体制

▶ 陽性判明後の健康観察について、高齢者・重症化リスクのある者に重点化しているが、特に高齢者施設等の療養者にも医療が行き届く体制とする

- ・ **健康観察・診療医療機関** 約2.3万医療機関（令和4年4月22日時点） ➔ **約2.7万医療機関**（令和4年12月時点）
- ・ 陽性判明後の自宅療養者等のフォローを行う 訪問看護ステーション：約2.8千（令和3年11月末：約1.4千） 薬局：約2.7万（令和3年11月末：約2万）
- ・ 宿泊療養施設の最大確保居室数は、約6.6万室（令和3年11月末時点：約6.6万室）

▶ 高齢者施設等に対する医療支援の平時からの強化

- ・ 感染制御・業務継続支援チームに所属している医療従事者・感染管理専門家の人数（チーム数）は、約4.6千（約170チーム）（令和4年4月時点：約3.6千）
- ・ 往診・派遣に協力する医療機関数は、約6千（令和4年5月時点：約3.2千）

障害者施設等に係る新型コロナウイルス感染症への主な対応①

基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症の感染が拡大する状況にあっても、障害児者やその家族の日常生活を支えるため、施設・事業所において感染拡大防止対策を徹底しつつ、障害福祉サービス等の提供を継続できるよう支援。

主な取組

(1) 施設・事業所における感染防止の徹底等

① 日頃からの感染症対策の強化等

- 感染症の発生及びまん延防止のための委員会の開催、指針や業務継続計画の整備、訓練の実施の義務付け
【令和3年度障害福祉サービス等報酬改定】*3年間(令和3年度～5年度)は努力義務
- 感染予防・拡大防止対策に関するマニュアル、感染者等発生時の業務継続ガイドラインを作成・周知

② 高齢者施設等（障害者支援施設を含む）への重点的な検査の実施

- すべての都道府県等において集中的実施計画を策定した上で、入所系の障害者施設等及び通所系・訪問系の障害福祉サービス事業所について、集中的検査を実施することを要請。【令和4年9月12日事務連絡】
- ※ 集中的実施計画を作成し集中的検査を実施する場合は、抗原定性検査キットを国から無償配布。

③ 新型コロナワクチン接種に係る対応

- 障害者支援施設等の入所者及び従事者へのワクチン接種について、実施方法等の基本的な考え方を市町村等に周知。
また、接種時等の合理的配慮について市町村等に依頼。【令和3年2月19日事務連絡ほか】

(2) 感染発生時の対応の支援等

① 感染症が発生した場合の継続支援等【令和3年度予算：12億円、令和3年度補正予算：36億円、令和4年度補正予算：36億円】

- 感染者・濃厚接触者が発生した施設・事業所について、都道府県等による事業継続支援に係る以下の経費等を補助
 - ・ サービス提供の継続に必要な経費（施設等の消毒や清掃に要する費用等）
 - ・ 当該施設・事業所と連携、協力する施設、事業所等にて必要となる経費
（利用者受入に必要な人材確保のための職業紹介料、応援職員の派遣に必要な旅費・宿泊料等）

障害者施設等に係る新型コロナウイルス感染症への主な対応②

主な取組

② 都道府県における感染発生時の応援体制の構築【令和3年度予算:12億円、令和3年度補正予算:36億円、令和4年度補正予算:36億円】（再掲）

○平時から、都道府県が関係団体等と連携・調整し、障害福祉サービス施設・事業所等において感染者や濃厚接触者が発生した場合に、地域の施設・事業所等による支援を行える体制の構築等を行うために必要な経費を支援。

③ 施設内療養を含む感染発生時の留意点等の周知徹底

○施設内療養を含む新型コロナウイルス感染症発生時の留意点及び支援策について、「今後の新型コロナウイルス感染症の感染拡大に備えた障害者支援施設等における対応について」（令和3年10月25日付け事務連絡）に整理し、周知。

さらに、令和4年1月21日付け事務連絡や令和4年4月11日付け事務連絡においても、再度周知徹底。

④ 障害福祉サービス等事業所の人員基準等の臨時的な取扱い

○新型コロナウイルス感染症の影響により一時的に人員基準等を満たせなくなる場合、報酬の減額を行わないことや、休業等により、利用者が感染をおそれて通所しない場合などにおいて、代替施設でのサービス提供や居宅への訪問、電話等のできる限りの支援の提供を行ったと市町村が認める場合は、通常と同額の報酬算定が可能。【事務連絡】

（3）その他

障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについて

○新型コロナウイルス感染症の拡大時においても、特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れが可能であることを医療機関や障害福祉サービス事業所等に再周知【令和4年11月9日事務連絡】

※ この制度の再周知に加え、実際に支援者の付添いを受け入れている医療機関における対応例等を取りまとめた。