

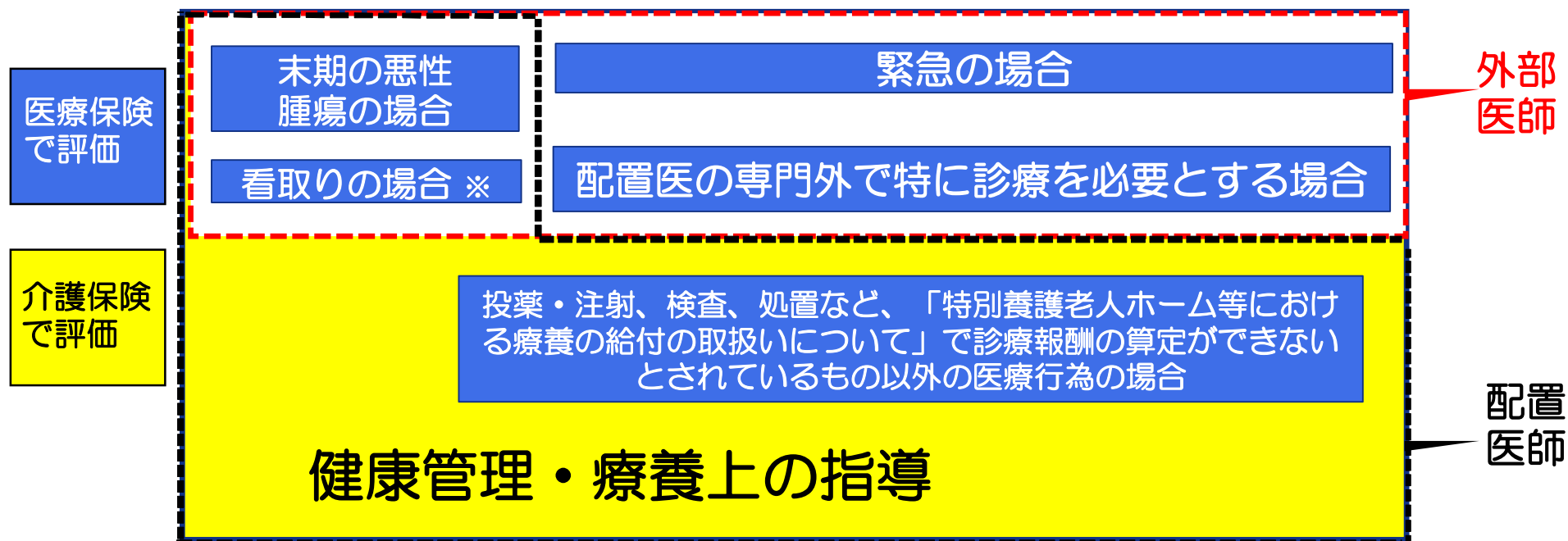
## 規制改革推進会議 医療・介護・感染症対策WG 資料

### 特別養護老人ホームにおける医療アクセスの向上について

# 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。

# 介護老人福祉施設における医療の提供に関するこれまでの取組

## 令和3年度介護報酬改定

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、以下の見直しを実施。

- 「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の要件化
- 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
- 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置

## 特別養護老人ホームにおける医療提供の実態把握（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について、以下の調査を実施。

- 「特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する調査研究」（令和2年度）
  - 配置医師・協力医療機関の役割
  - 緊急時や看取りの対応 等
- 「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」（令和3年度）
  - 入所者の医療ニーズや看護職員の役割
  - 施設における感染症対策の状況 等

# 「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」の概要 (令和3年度)

※調査研究事業 検討委員会提出資料（株式会社日本総合研究所）をもとに厚生労働省老健局高齢者支援課にて作成

## 概要

特別養護老人ホームにおける医療処置の提供者（配置医師、看護職員等）や提供者ごとの役割、各施設の医療処置の提供方針やその背景、外部医療機関を含む医療職員と介護職員の連携のあり方、感染症対策の状況等について、実態や課題等の調査を実施。

検討委員会 委員氏名	所属
池崎 澄江	千葉大学大学院看護学研究院 教授
石飛 幸三	特別養護老人ホーム 芦花ホーム 医師 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 理事
井上 由起子 (委員長)	日本社会事業大学 教授
岩村 庄英	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 研修委員会 委員 特別養護老人ホームもりたけ 施設長
佐々木 淳	医療法人社団悠翔会 理事長
沢田 淳子	宮城大学看護学群 講師
島田 千穂	佐久大学人間福祉学部 教授

※敬称略、五十音順

検討委員会	実施日	実施・検討事項
第1回	令和3年8月31日（火） 14：00～16：00	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本事業の目的、方法、到達目標の概要確認</li> <li>・アンケートの調査設計及び調査票の確認</li> </ul>
第2回	令和3年12月24日（金） 15：00～17：00	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アンケートの結果（単純集計）報告</li> <li>・ヒアリングの調査設計及びヒアリング内容の確認</li> </ul>
第3回	令和4年2月15日（火） 15：00～17：00	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アンケートの結果（クロス集計）報告</li> <li>・ヒアリングの調査結果報告</li> </ul>
第4回	令和4年3月10日（木） 12：30～14：30	<ul style="list-style-type: none"> <li>・追加ヒアリングの調査結果報告</li> <li>・特別養護老人ホームにおける医療体制のあり方の検討</li> </ul>

※検討委員会を踏まえた調査報告書については、株式会社日本総合研究所において取りまとめ中。

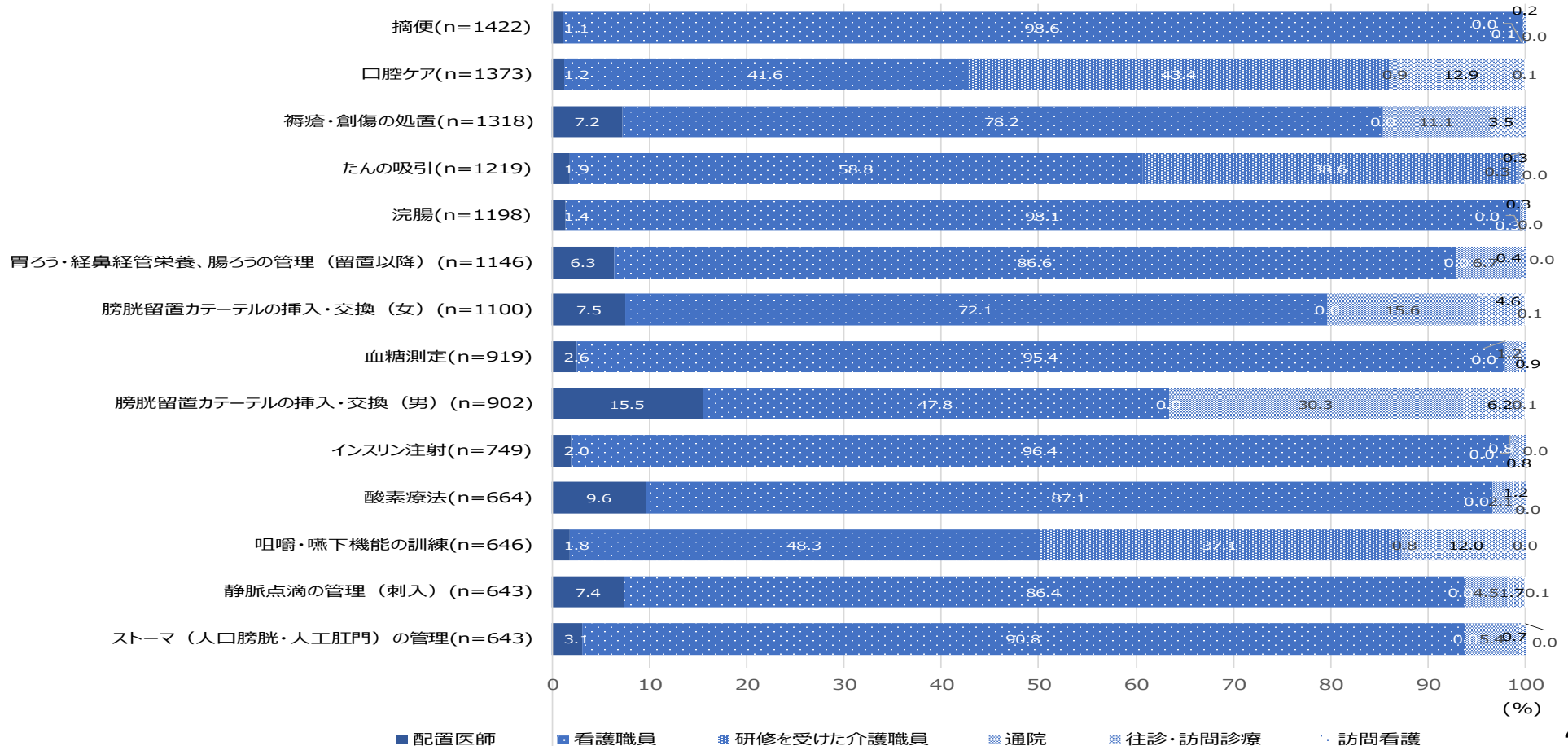
# 特別養護老人ホームにおける医療処置の提供者

※調査研究事業 検討委員会提出資料（株式会社日本総合研究所）をもとに厚生労働省老健局高齢者支援課にて作成

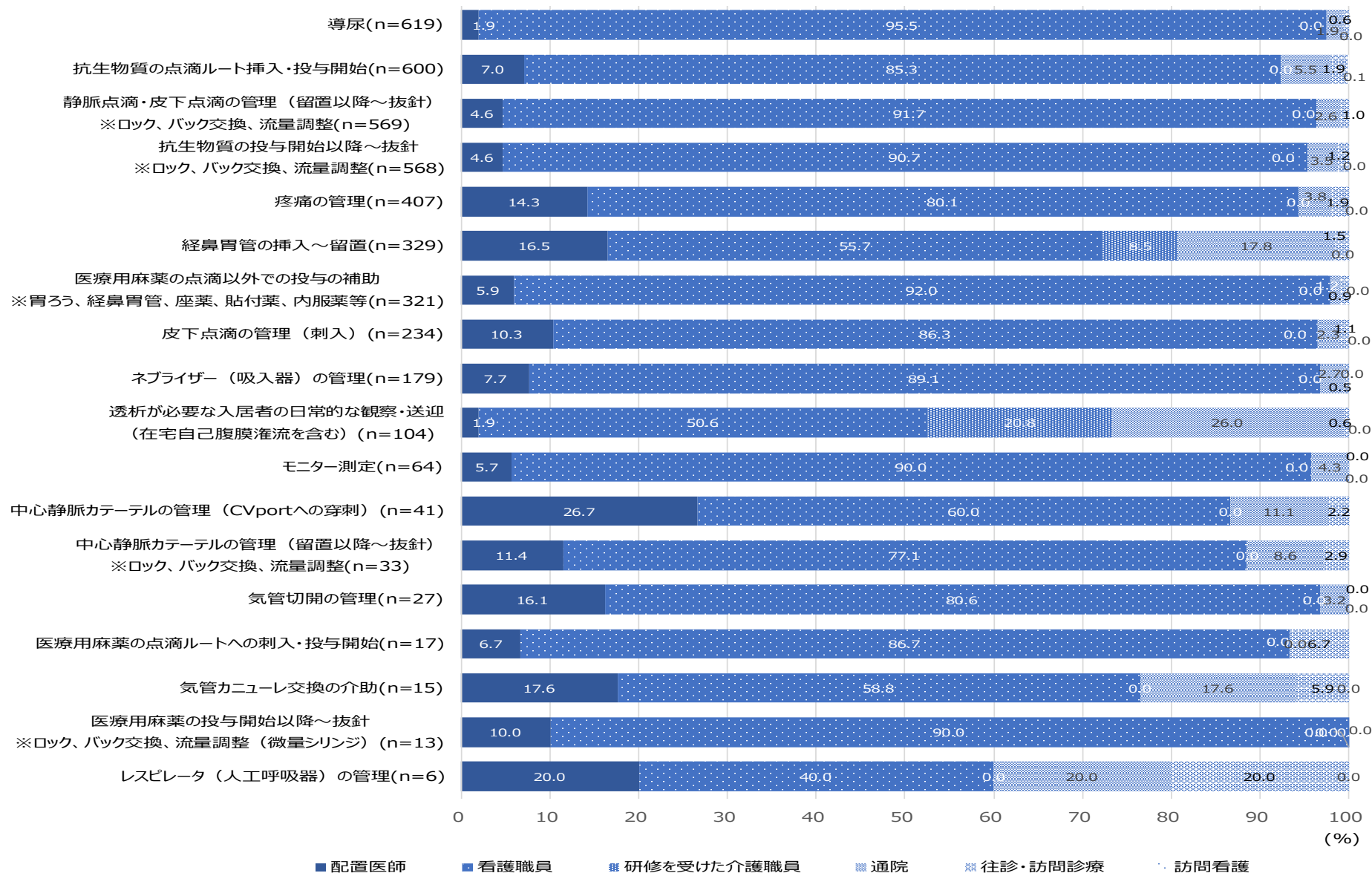
- 全ての医療処置において看護職員が提供する割合が高く、研修を受けた介護職員では、「口腔ケア」（43.4%）、「たんの吸引」（38.6%）、「咀嚼・嚥下機能の訓練」（37.1%）の割合が高い。
- 一定の医療処置について、看護職員をはじめとする施設の職員が果たす役割が見てとれる。

n=①で「いる」と回答したサンプル数

「研修を受けた介護職員」が該当するのは、「たんの吸引」、「経鼻胃管の挿入～留置」、「透析が必要な入居者の日常的な観察・送迎（在宅自己腹膜灌流を含む）」、「口腔ケア」、「咀嚼・嚥下機能の訓練」



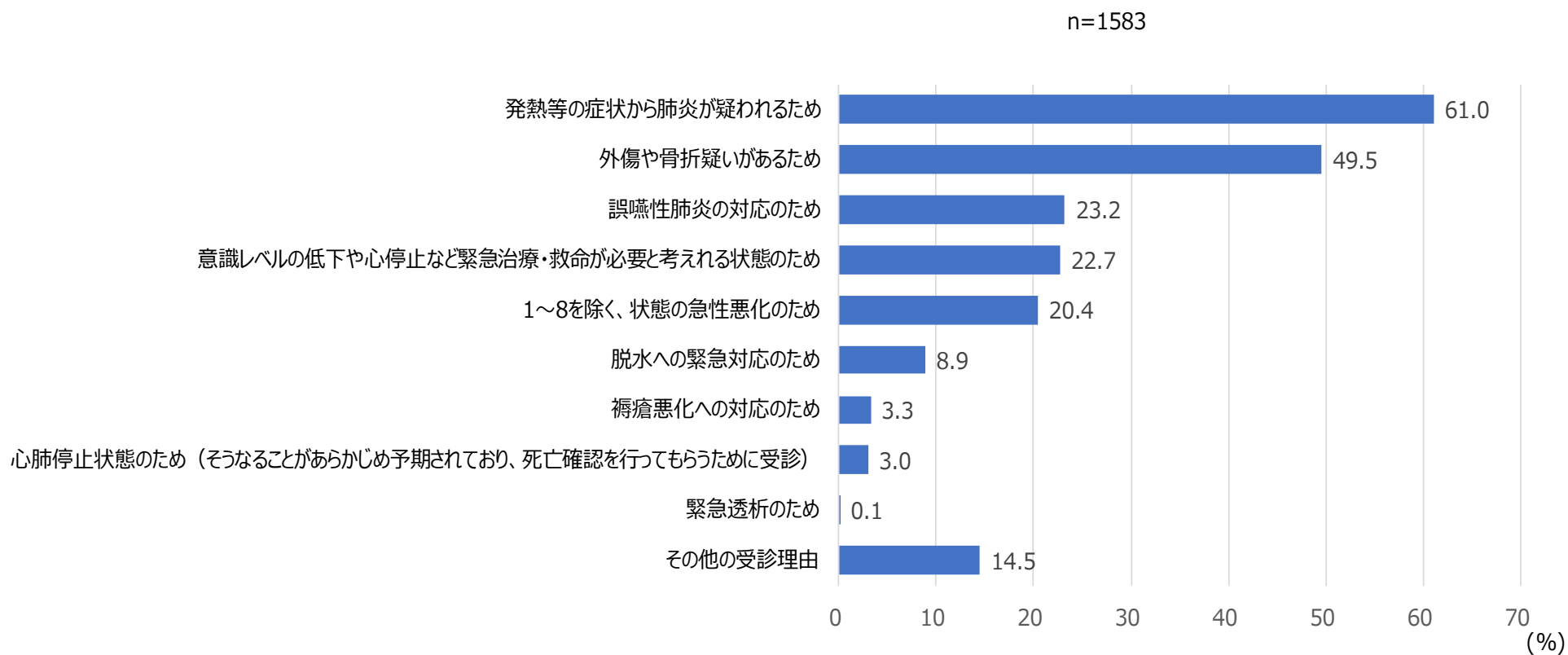
# 特別養護老人ホームにおける医療処置の提供者（続き）



# 特別養護老人ホームにおける外部医療機関等の緊急的な受診理由

※調査研究事業 検討委員会提出資料（株式会社日本総合研究所）をもとに厚生労働省老健局高齢者支援課にて作成

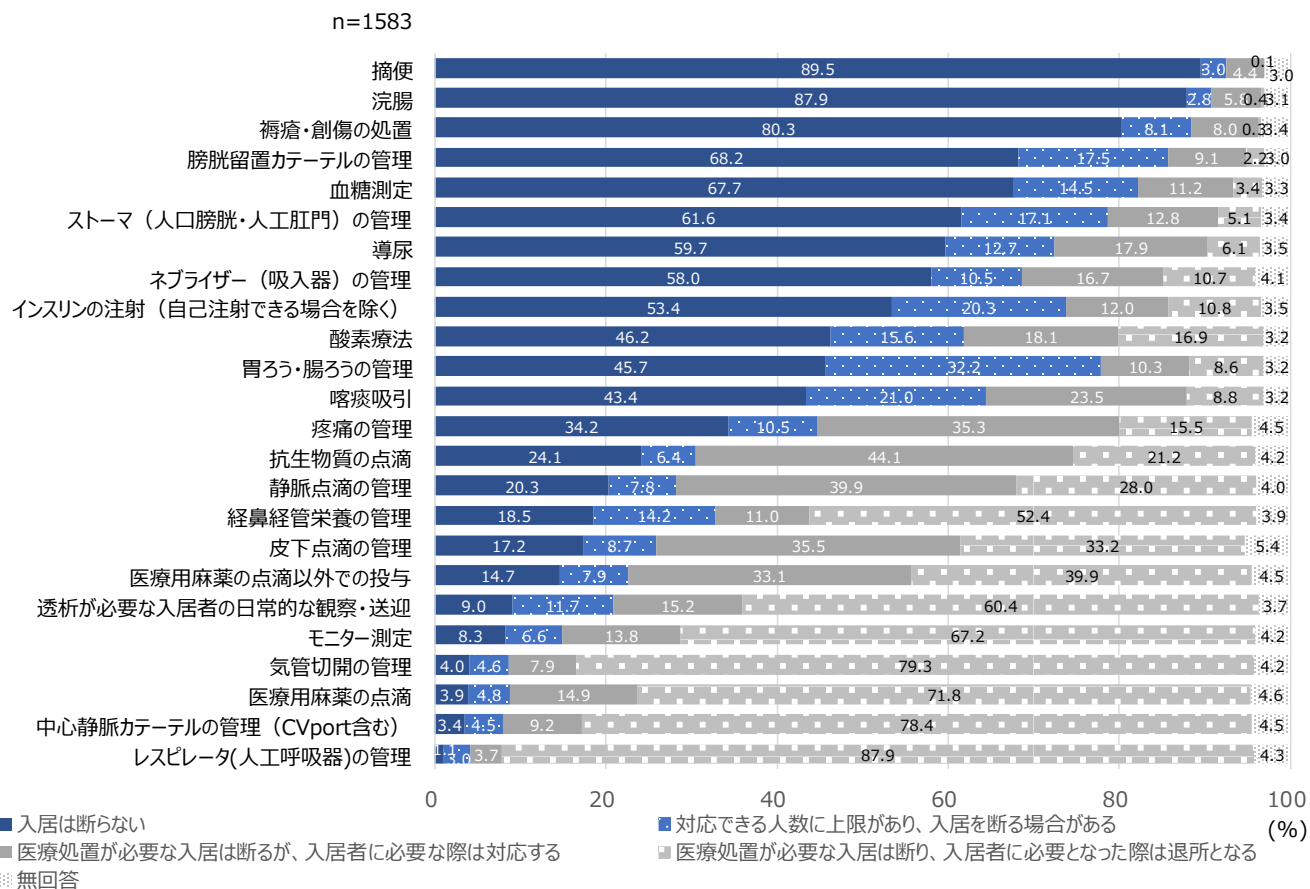
- 緊急的な受診理由では、「発熱等の症状から肺炎が疑われるため」が最も多く61.0%。「外傷や骨折疑いがあるため」（49.5%）、「誤嚥性肺炎の対応」（23.2%）が続く。
- 施設での対応が難しいケースに対しては、外部の医療機関等を活用することにより対応していることが見てとれる。



# 特別養護老人ホームにおける医療処置の提供方針

※調査研究事業 検討委員会提出資料（株式会社日本総合研究所）をもとに厚生労働省老健局高齢者支援課にて作成

- 「摘便」、「浣腸」、「褥瘡・創傷の処置」においては8割以上の施設が、「入所は断らない」としている一方、「医療用麻薬の点滴以外での投与」、「透析が必要な入所者の日常的な観察・送迎」などでは、7割以上の施設が「入所を断る」としている。
- 一定の医療処置について、提供方針は施設ごとにばらつきがあることが見てとれる。





# ヒアリングから得られた示唆

※調査研究事業 検討委員会提出資料（株式会社日本総合研究所）をもとに厚生労働省老健局高齢者支援課にて作成

- 入所者が入院することによるリロケーションダメージを懸念して、一時的な抗生剤の投与、保液を目的とした点滴は施設で行っても良いのではないかという意見が複数あった。
- 一方で、経営的な観点、職員負荷を軽減する観点から医療処置の提供を最小限とする方針の施設もあり、そのため、地域の協力病院との連携に特に配慮している意見もあった。

※ 調査研究事業において、特別養護老人ホーム9施設のヒアリングを行った結果をとりまとめたもの。

看護職員の役割	<ul style="list-style-type: none"><li>施設で行う医療処置の全般を看護職員が実施している施設が多かった。</li><li>また、医療的な視点で日常観察をするスキルを介護職に指導する役割を担っている施設が多かった。</li><li>なお、介護リーダー等のスキルが十分でないため、介護ケアについても看護職が指導的な立場を担っており、施設の考える本来業務に専念できない環境にある施設もあった。</li><li>外来受診時の付き添いは看護職員が担っている施設が多かった。（外来診察時の説明の理解度、本人の状況を医学的に説明することを期待）</li></ul>
配置医師の役割	<ul style="list-style-type: none"><li>医師については、定期的な健康管理、看取りの判断、家族への説明等が実施されていた。</li><li>専門外来や入院受入れ先病院との調整を配置医師が行うケースもあった。</li><li>急変による看取りの際に速やかにかけつけることや、家族や施設職員への説明も実施してほしい（看護職員からの説明よりも家族が安心する）という意見もあった。</li></ul>
医療職（外部含む）と介護職員の連携状況	<ul style="list-style-type: none"><li>医療職と介護職の連携では、多くの場合、ケア記録への記載と申し送り時の口頭による補足による情報共有が行われていた。</li><li>外部施設との連携では、協力病院との連携以外に、訪問看護など外部事業者を活用しているケースはなかった。なお、「そもそも外部事業者を利用できる場合があることを知らなかった」、「どのようなケースに利用できるかわからない。」という反応もあった。ただ、一部では末期がんの疼痛コントロール（PCAポンプの管理など）に訪問看護に期待する声も聞かれた。</li></ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"><li>入所者が入院することによるリロケーションダメージを懸念して、一時的な抗生剤の投与、保液を目的とした点滴は施設で行っても良いのではないかという意見が複数あった。</li><li>一方で、特養の包括報酬により、医療材料類はすべて施設負担になっており、また、看護職員の業務提供に対する収入も期待できないため対応が難しいという声も聞かれた。</li><li>経営的な観点、職員負荷を軽減する観点から医療処置の提供を最小限とする方針の施設もあり、そのため、地域の協力病院との連携に特に配慮している意見もあった。</li></ul>

# 調査結果等を踏まえた厚生労働省の考え方について

## 厚生労働省の考え方

- 特別養護老人ホームには、医療ニーズの高い利用者も多く入居しており、そうした方々のニーズに適切に対応し、生活の質を向上させていくことは重要と考えます。
- 利用者に対する一定の医療処置について、看護職員をはじめとする施設の職員が果たす役割が見てとれ、また、施設内での対応が難しいケースについては、外部の連携医療機関等を活用することにより対応するなど、状況に応じた対応がなされていると考えます。一方で、医療処置の提供方針は施設ごとにばらつきがあることなどを踏まえると、施設ごとに対応が異なる点もあるのではないかと考えられます。
- こうした状況を踏まえると、特別養護老人ホームにおける医療アクセスの向上のためには、施設内での対応能力を高めていくことや、外部の医療機関等との連携を一層推進していくことが重要と考えます。
- 前者については、これまでも介護報酬上、配置医師緊急時対応加算や看護体制加算等の仕組みにより評価を行っているところです。こうした介護報酬上の対応については、加算の実態等を踏まえつつ、引き続き、検討を進めてまいります。
- 一方で、後者については、特別養護老人ホームにおける配置医師以外の外部の医療機関との協力・連携体制の現状・課題や、配置医師の雇用実態、報酬上の評価も含め、行っている医療処置の実態など、これまでの調査ではいまだ明らかになっていない点多いため、こうした点を来年度の調査研究（令和4年度老人保健健康等推進事業「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事業」）等において明らかにし、特別養護老人ホームにおける医療ニーズへの適切な対応のあり方について検討を進めてまいります。

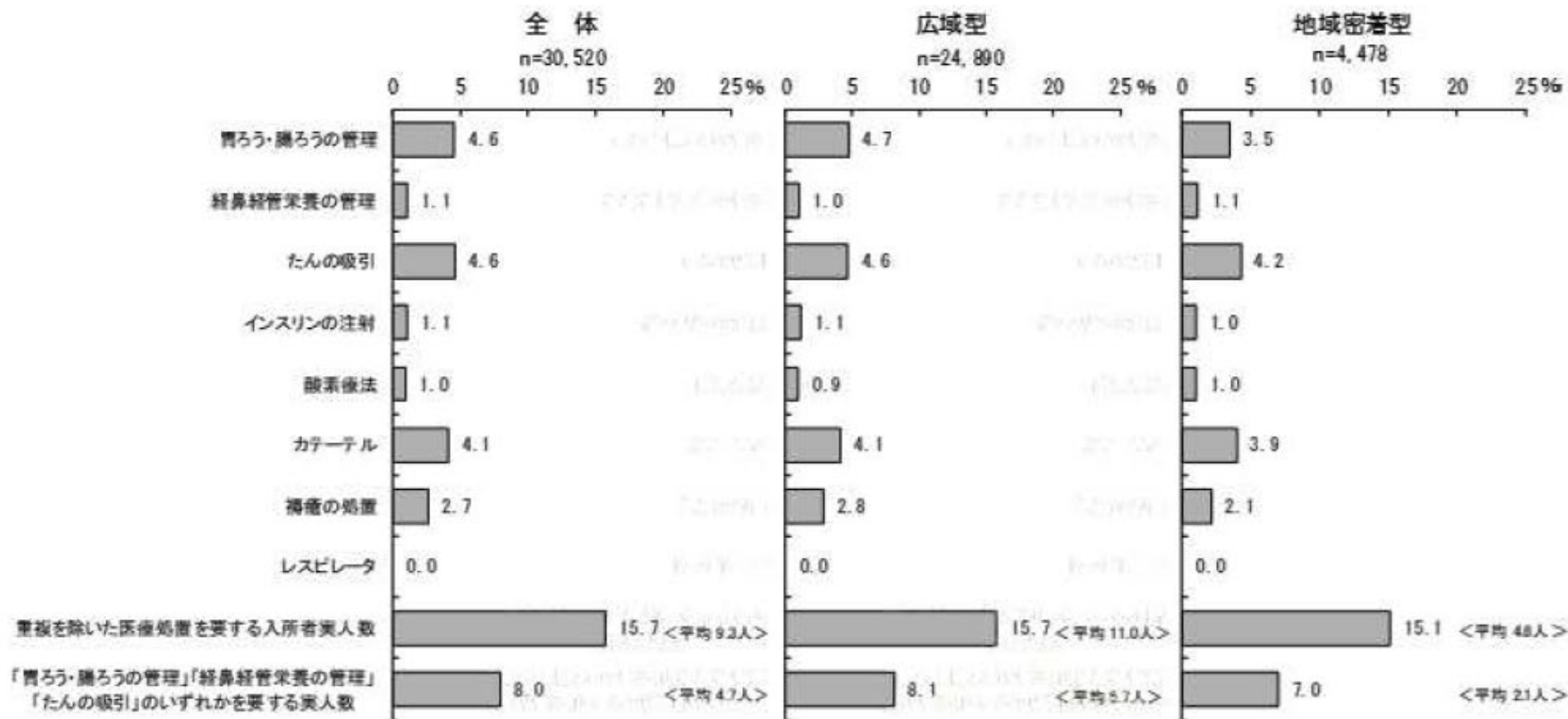
## 参考資料



# 特養における医療ニーズへの対応実態 ①医療処置を要する入所者

○ 医療処置を要する入所者の入所者総数に占める割合をみると、「胃ろう・腸ろうの管理」が4.6%、「たんの吸引」が4.6%、「カテーテルの管理」が4.1%、「褥瘡の処置」が2.7%、などとなっている。

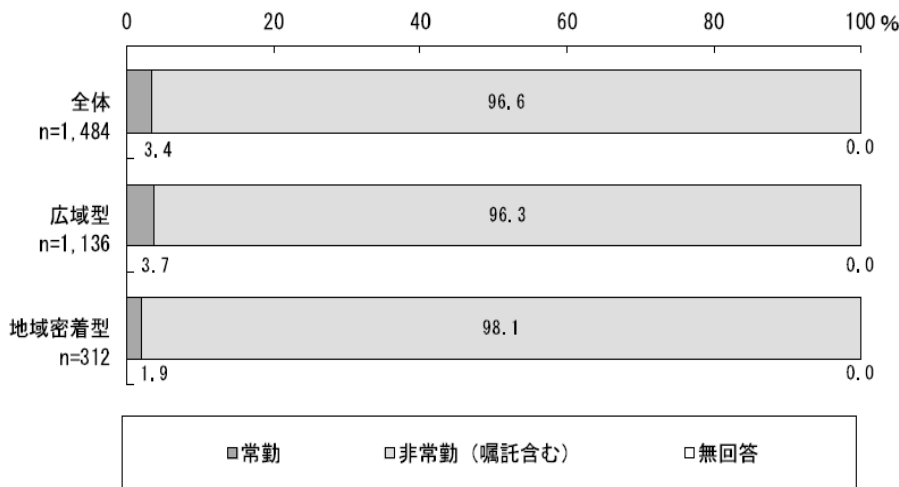
医療処置を要する入所者の入所者総数に占める割合



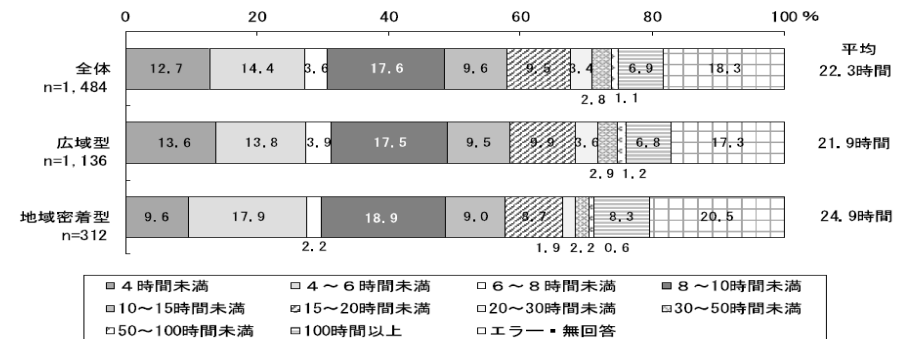
# 特養における医療ニーズへの対応実態 ②配置医師の勤務実態

- 施設当たりの特養の配置医師の人数は、**1名が63.5%**、2名が19.4%となっており、配置医師の**大部分が非常勤**。
- 配置医師の勤務時間は、**契約上責任を持つ時間の平均は22.3時間/月**、実際の**施設での勤務時間の平均は12.3時間/月**。実際の勤務時間は6時間未満の割合が約4割。
- 平成30年度改定で新設された、配置医師が早朝、夜間、深夜に入所者の急変等に対応した場合に算定する**配置医師緊急時対応加算の算定事業所割合は7.7%**となっており、算定しない理由として、配置医師が必ずしもかけつけ対応できないため（44.4%）、緊急時はすべて救急搬送で対応するため（25.4%）、といった事項が挙げられている。

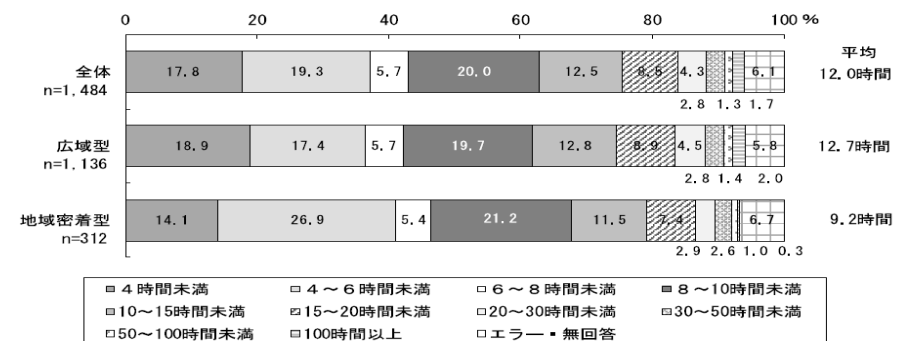
図表 配置医師の勤務形態(人数積み上げ)



図表 配置医師の勤務時間(契約上責任を持つ時間/月)  
(2020年7月の実績、配置医師個人単位での集計)



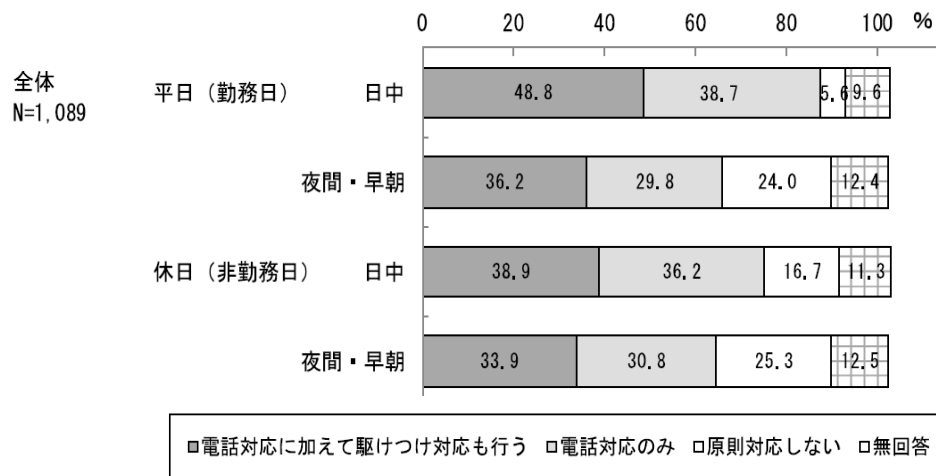
図表 配置医師の勤務時間(実際に施設で勤務する時間/月)  
(2020年7月の実績、配置医師個人単位での集計)



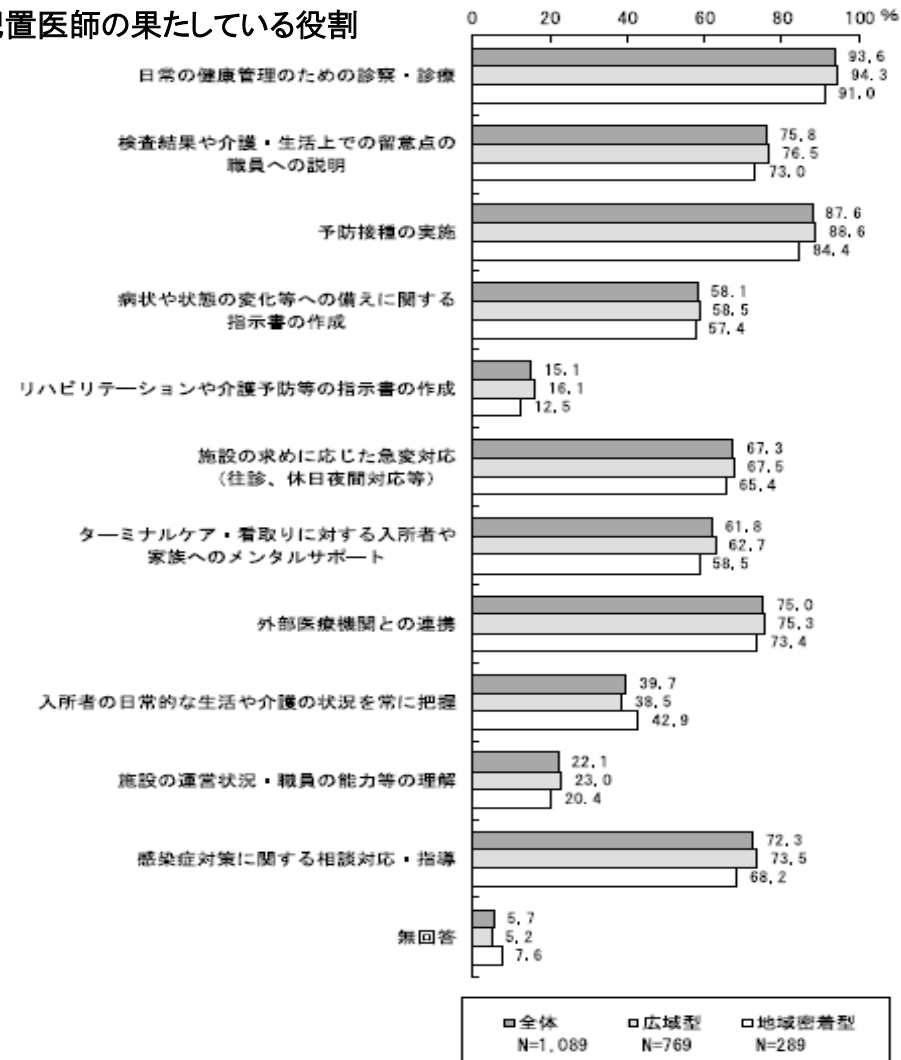
# 特養における医療ニーズへの対応実態 ②配置医師の勤務実態

- 施設内に勤務していない時間帯における緊急時対応について、**駆けつけ対応可能な割合は、勤務日の日中約5割、それ以外は約3～4割**。また、勤務日の早朝・夜間及び勤務日以外では、**原則対応しない割合は2～3割**。
- 配置医師の果たしている役割は、「**日常の健康管理のための診療・診察**」が93.6%、「**予防接種の実施**」87.6%、「**検査結果や介護・生活上での留意点の職員への説明**」が65.8%、などとなっている。

図表 緊急時における配置医師の対応  
(施設の方針・原則、配置医師が施設内で勤務している時を除く)



配置医師の果たしている役割



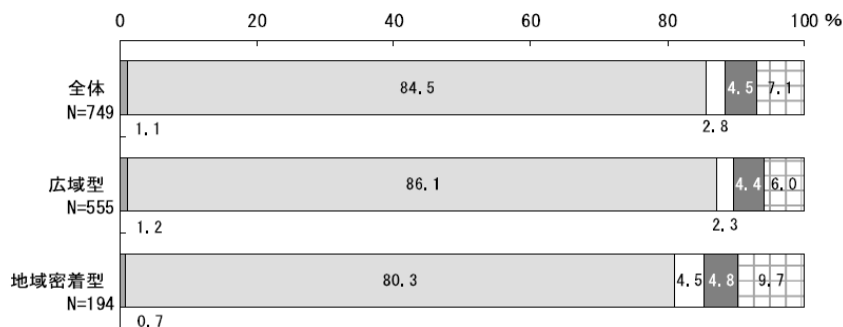
【出典】「特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する調査研究事業」(令和2年度老人保健健康増進等事業)



# 特養における医療ニーズへの対応実態 ③看護職員配置の実態

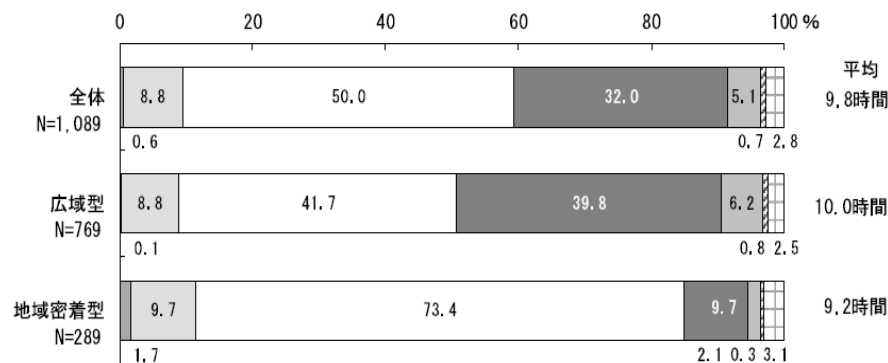
- 看護職員の数の平均は、**広域型で5.8人、地域密着型で2.8人。50人規模に換算すると平均3.4人。**また、常勤の看護職員の数の平均は、広域型で2.6人、地域密着型で1.4人。
- 看護職員が必ず勤務している時間帯としては、勤務開始時間では**8時台が約6割**、勤務終了時間では**17時台が約5割、18時台が約4割**となっており、**時間数では9～10時間が約5割**、10～12時間が約3割。
- 夜間は、**約8割の事業所で、施設の看護職員のオンコール体制**となっている。

図表 夜間の看護体制



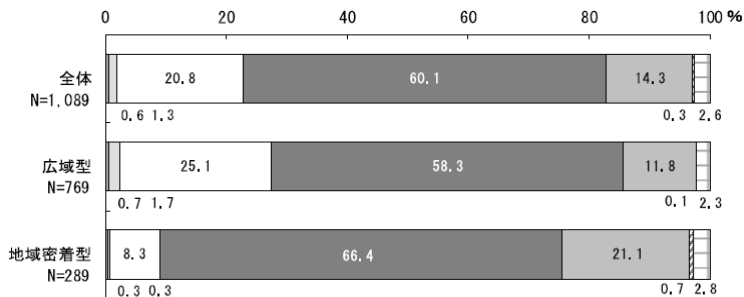
常に夜勤または宿直の看護職員（併設事業所と兼務の場合を含む）が対応  
通常、施設の看護職員（併設事業所と兼務の場合を含む）がオンコールで対応  
訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制をとっている  
夜勤・宿直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない  
無回答

図表 看護職員が必ず勤務している時間帯—勤務時間数



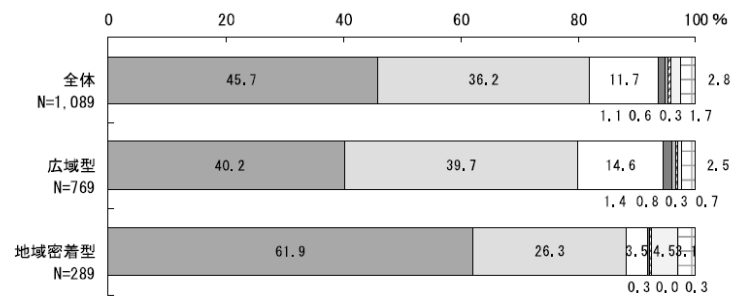
8時間未満    8～9時間未満    9～10時間未満    10～12時間未満  
12～24時間未満    24時間    エラー・無回答

図表 看護職員が必ず勤務している時間帯—勤務開始時刻



0～5時台    6時台    7時台    8時台    9時台    10時台    エラー・無回答

図表 看護職員が必ず勤務している時間帯—勤務終了時刻



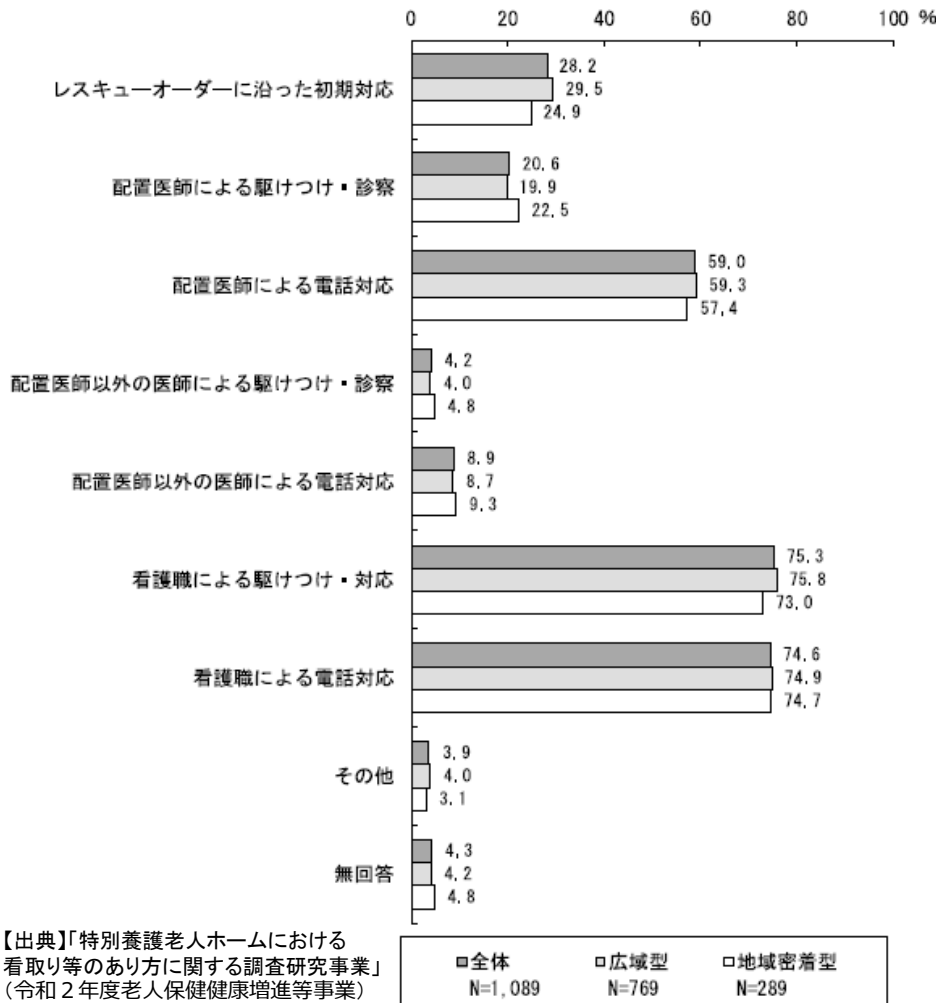
17時台    18時台    19時台    20時台  
21～24時    0～11時台    12～16時台    エラー・無回答

【出典】「特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する調査研究事業」(令和2年度老人保健健康増進等事業)

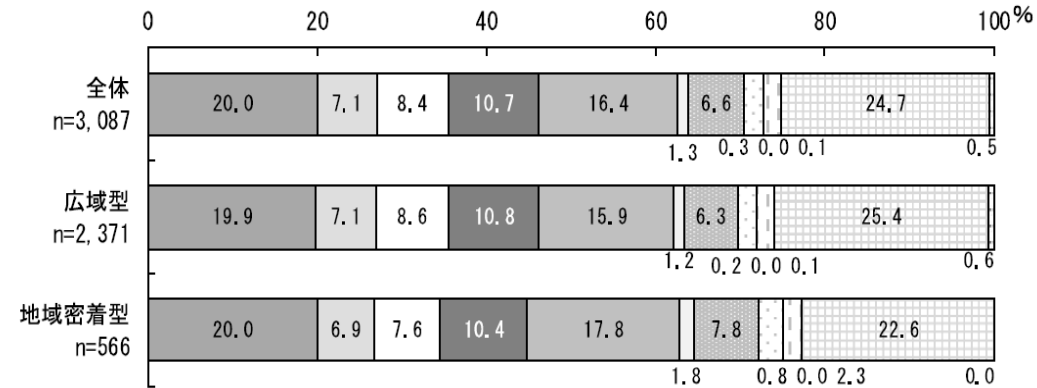
# 特養における医療ニーズへの対応実態 ④緊急時や看取りの対応

- 救急搬送の回避に向けて必ず必ず行う処置は、「看護職による駆けつけ・対応」が75.3%、「看護職による電話対応」が74.6%、「配置医師による電話対応」が59.0%などとなっている。
- 搬送の原因となった症状・出来事は、誤嚥性肺炎が20%、原疾患の増悪（その他）16.4%、原疾患の増悪（脳血管疾患）10.7%などとなっている。

搬送の回避に向けて必ず行う処置(複数回答)



図表 搬送の原因となった症状・出来事



- 誤嚥性肺炎
- その他感染症 (ノロウイルス、インフルエンザ等)
- 原疾患の増悪 (心疾患)
- 原疾患の増悪 (脳血管疾患)
- 原疾患の増悪 (その他)
- 脱水
- 骨折等のケガ
- 不慮の事故 (誤飲・窒息)
- 不慮の事故 (溺水)
- 不慮の事故 (その他)
- その他
- 無回答

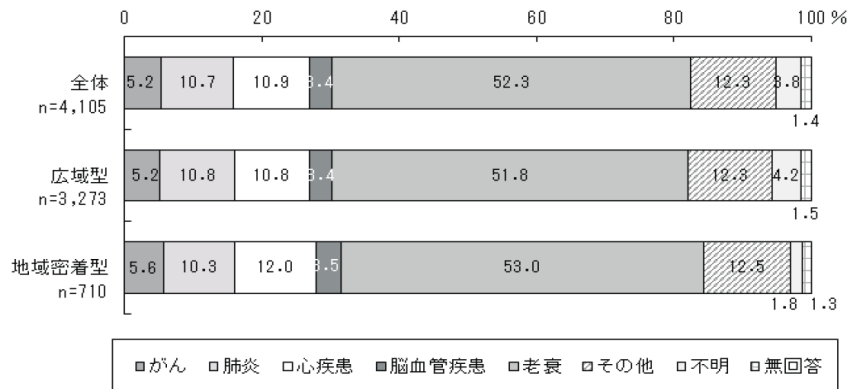
【出典】「特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する調査研究事業」(令和2年度老人保健健康増進等事業)



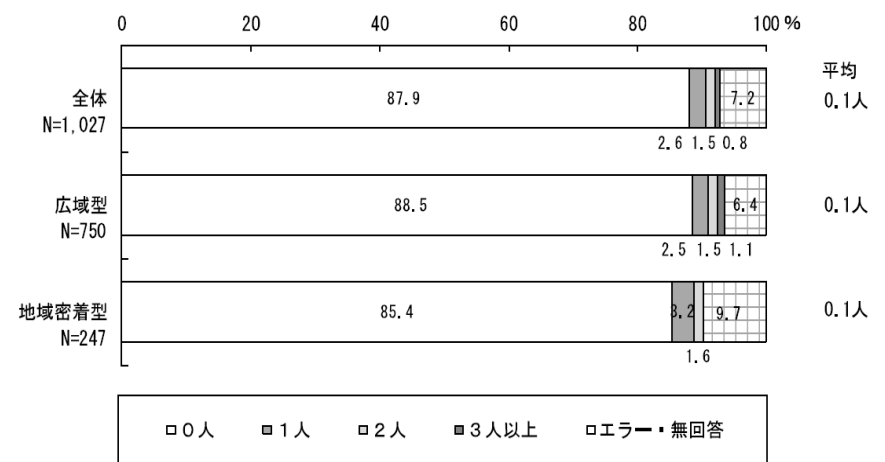
# 特養における医療ニーズへの対応実態 ④緊急時や看取りの対応

- 特養入所者の死因をみると、老衰が52.3%となっている。
- 看取りの受入方針としては、「施設で亡くなりたいたいという希望があれば受け入れる」が83.9%となっている。
- 看取りの状況については、逝去した人のうち、看取り予定であったが看取ることができなかった人数は、約9割の事業所が0人となっている。（一定期間）
- 実態として看取りを受け入れないことがある理由としては、「理由はない（すべて受け入れる）」37.9%、「家族の意見が一致していない」20.3%、「家族の同意が得られていない」17.5%、「夜間に看護職員がいない」10.6%、「施設での看取りを支援してもらえる医師・医療機関がない」9.3%

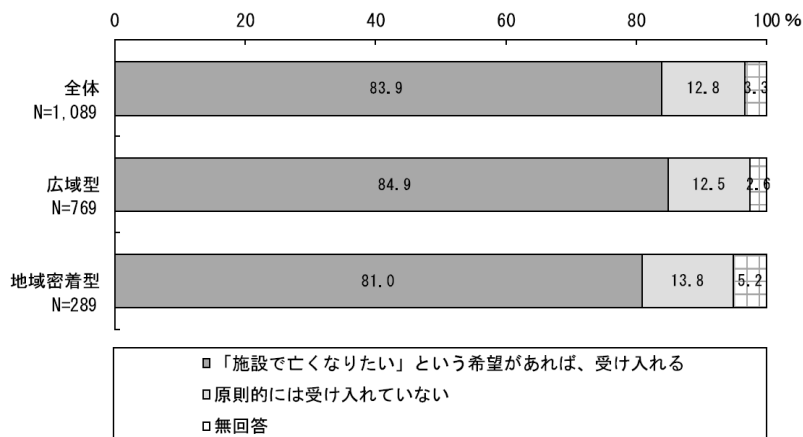
図表 死因(疾患)



図表 逝去した人のうち、看取り予定であったが、看取ることができなかった人数 (1)③-(1)①



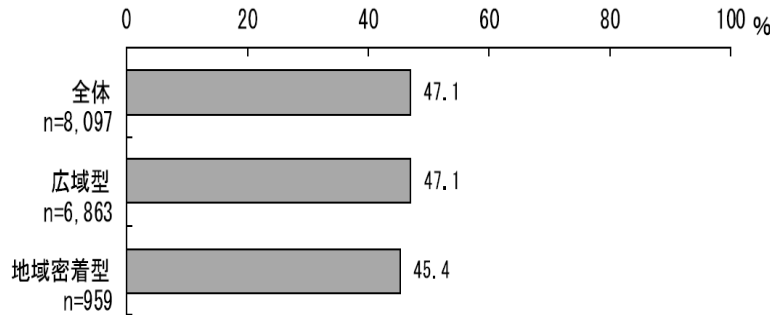
図表 看取りの受け入れ方針



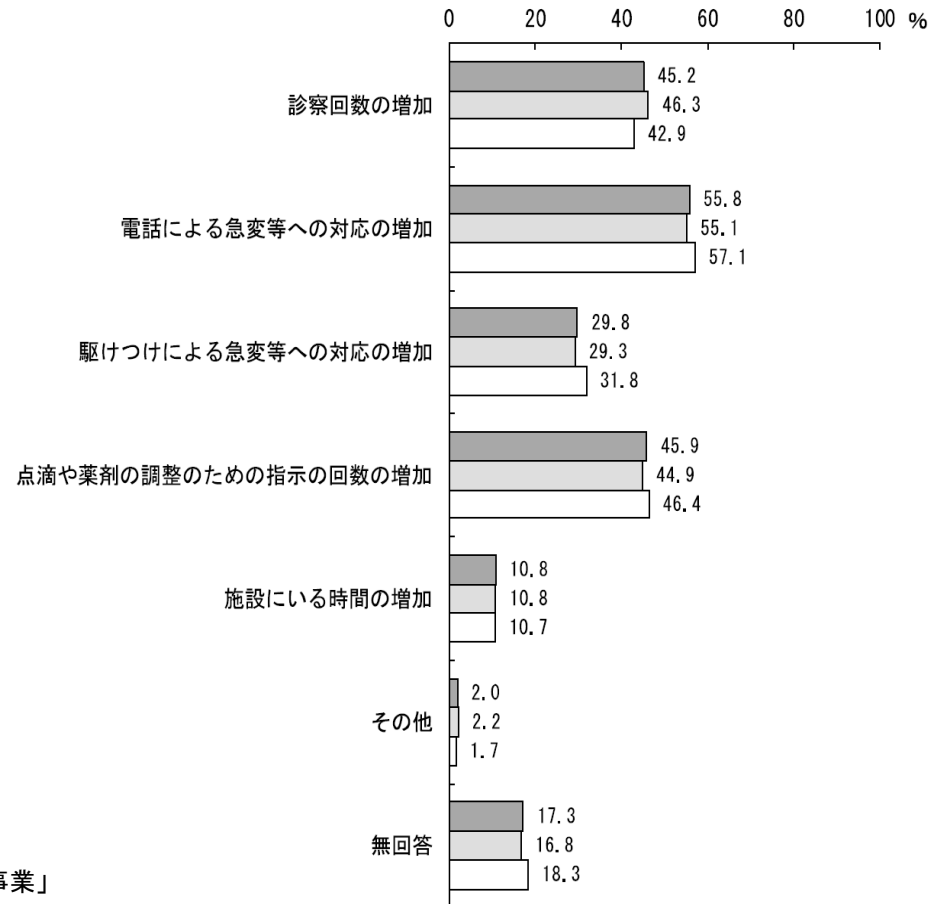
# 特養における医療ニーズへの対応実態 ④緊急時や看取りの対応

- 看取り率（居室・静養室での看取り数／（死亡による契約終了＋病院・介護医療院・療養型への退所者数）の平均は、47.1%
- 看取りと判断されて以降、配置医師の対応が特に増える業務としては、「急変等による電話での対応」55.8%、「点滴や薬剤の調整のための指示回数」45.9%、「診察の回数」45.2%、「駆けつけによる急変等への対応」29.8%、「施設にいる時間」10.8%

図表 看取り率



図表 看取りと判断されて以降、配置医師の対応が特に増える事柄(複数回答)



【出典】「特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する調査研究事業」  
(令和2年度老人保健健康増進等事業)

## 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。

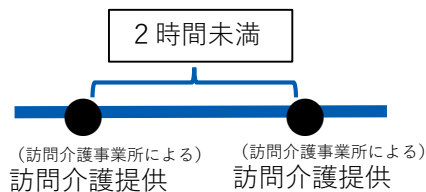
### 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護付きホーム、認知症グループホーム

- 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。
- 1,280単位/日
- 【特養・看取り介護加算(Ⅰ)の場合】680単位/日
- |                     |                        |                        |        |         |          |          |         |     |
|---------------------|------------------------|------------------------|--------|---------|----------|----------|---------|-----|
| 死亡日以前31日～45日以下 (新設) | 特養：72単位/日<br>特定：72単位/日 | 老健：80単位/日<br>GH：72単位/日 | 72単位/日 | 144単位/日 | 死亡日以前45日 | 死亡日以前30日 | 死亡日以前4日 | 死亡日 |
|---------------------|------------------------|------------------------|--------|---------|----------|----------|---------|-----|
- 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：1,180単位/日 死亡日：1,780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。