

第4回新たな地域医療構想に関する検討会

(令和6年5月27日)

新たな地域医療構想ヒアリング資料



公益社団法人全国老人保健施設協会

会長 東 憲太郎



ROKENくん

1. 高齢者施設における医療提供の実態 【上流(医療)⇒下流(介護)の流れについて】



高齢者施設等における医師・看護職員配置等について

社会保障審議会
介護給付費分科会（第231回）
令和5年11月16日

資料5

	施設の基本的性格	平均 要介護度※	医師配置	看護職員配置	協力医療機関 にかかる基準
①介護医療院	要介護高齢者の長期療養・生活施設	4.21	常勤 (1型は宿直あり)	6:1 (夜間配置必須)	協力病院
②介護老人保健施設	要介護高齢者にリハビリ等を提供し、在宅復帰、在宅療養支援を行う施設	3.17	常勤(100:1)	3:1 (うち看護2/7以上)	協力病院
③介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	要介護高齢者のための生活施設	3.98	健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数 (配置医師)	~30人:1人 30~50人:2人 50~130人:3人 超えた部分は50:1	協力病院
④特定施設	高齢者のための住居	2.70	なし	~30人:1人 超えた部分は50:1	協力医療機関
⑤認知症グループホーム	認知症高齢者のための共同生活住居	2.69	なし	なし (加算による評価)	協力医療機関

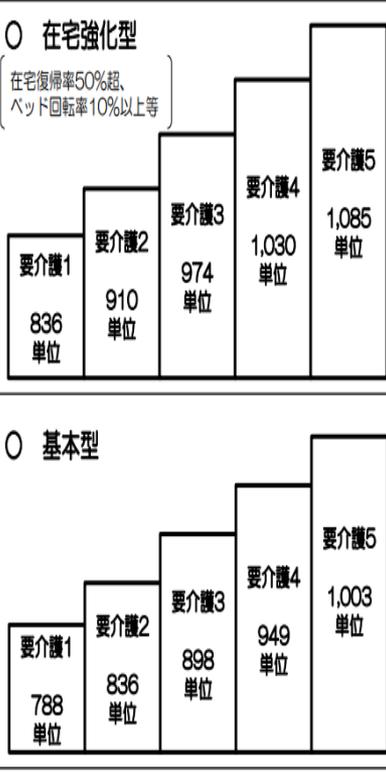
今改定で協力医療機関に

※ 令和3年度介護給付費等実態統計報告（令和3年5月審査分～令和4年4月審査分）

老健施設・介護医療院における医療提供（報酬上の評価）

介護老人保健施設の報酬

利用者の要介護度・在宅復帰率等に応じた基本サービス費（多床室の場合）



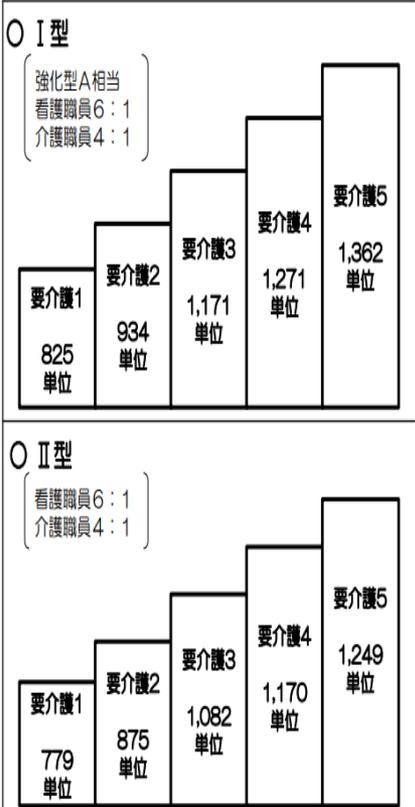
利用者の状態に応じたサービス提供や施設の体制に対する加算・減算

※ 加算・減算は主なものを記載

利用開始日から30日以内の期間 (過去3か月間入所経験がない場合) (30単位/日)	ターミナルケアの実施 死亡日以前31~45日: 80単位 死亡日以前4~30日: 160単位 前日・前々日: 850単位 当日: 1,700単位
在宅復帰・在宅療養支援 (I) 34単位(基本型に対する加算) (II) 46単位(強化型に対する加算)	入所前後に退所後の自宅を訪問して、施設サービス計画を策定 (I) 450単位/回 (II) 480単位/回
所定疾患施設医療養費 肺炎、尿路感染症、帯状疱疹、蜂窩織炎、 1週生心不全の増悪 (I) 239単位、(II) 480単位	短期集中的なりハビリテーションの実施 (240単位/日) 認知症短期集中的なりハビリテーションの実施 (240単位/日) ※週に3回を限度
栄養管理の強化 (11単位/日)	夜勤職員の手厚い配置 (24単位/日)
介護福祉士や常勤職員等を一定割合以上配置 (サービス提供体制強化加算) ・介護福祉士8割以上等: 22単位 ・介護福祉士6割以上等: 18単位 ・介護福祉士5割以上等: 6単位	介護職員処遇改善加算 I: 3.9%・II: 2.9%・III: 1.6% 介護職員等特定処遇改善加算 (I) 2.1% (II) 1.7%
定員を超えた利用や人員配置基準に違反 (▲30%)	身体拘束廃止未実施減算 (▲10%)

介護医療院の報酬

利用者の要介護度・職員配置等に応じた基本サービス費（多床室の場合）



利用者の状態に応じたサービス提供や施設の体制に対する加算・減算

利用開始日から30日以内の期間 (過去3か月間入所経験がない場合) (30単位/日)	療養病床に長期入院する利用者の受け入れ促進 (60単位/日)
日常的に必要な医療行為の実施 (特別診療費) ・感染症を防止する体制の整備 (6単位) ・褥瘡対策の体制の整備 (6単位、10単位) ・理学療法の実施 (73単位、123単位) 等	
栄養管理の強化 (11単位/日)	在宅への復帰を支援 (在宅復帰率30%超等) (10単位)
認知症行動・心理症状の方の緊急的な受け入れ (200単位/日) 若年性認知症利用者の受け入れ (120単位/日) 重度の認知症疾患への対応 (40~200単位)	夜勤職員の手厚い配置 (7~23単位)
介護福祉士や常勤職員等を一定割合以上配置 (サービス提供体制強化加算) ・介護福祉士8割以上等: 22単位 ・介護福祉士6割以上等: 18単位 ・介護福祉士5割以上等: 6単位	介護職員処遇改善加算 I: 2.6%・II: 1.9%・III: 1.0% 介護職員等特定処遇改善加算 (I) 1.5% (II) 1.1%
定員を超えた利用や人員配置基準に違反 (▲30%)	療養室の面積の要件を満たしていない (▲25単位)
身体拘束廃止未実施減算 (▲10%)	

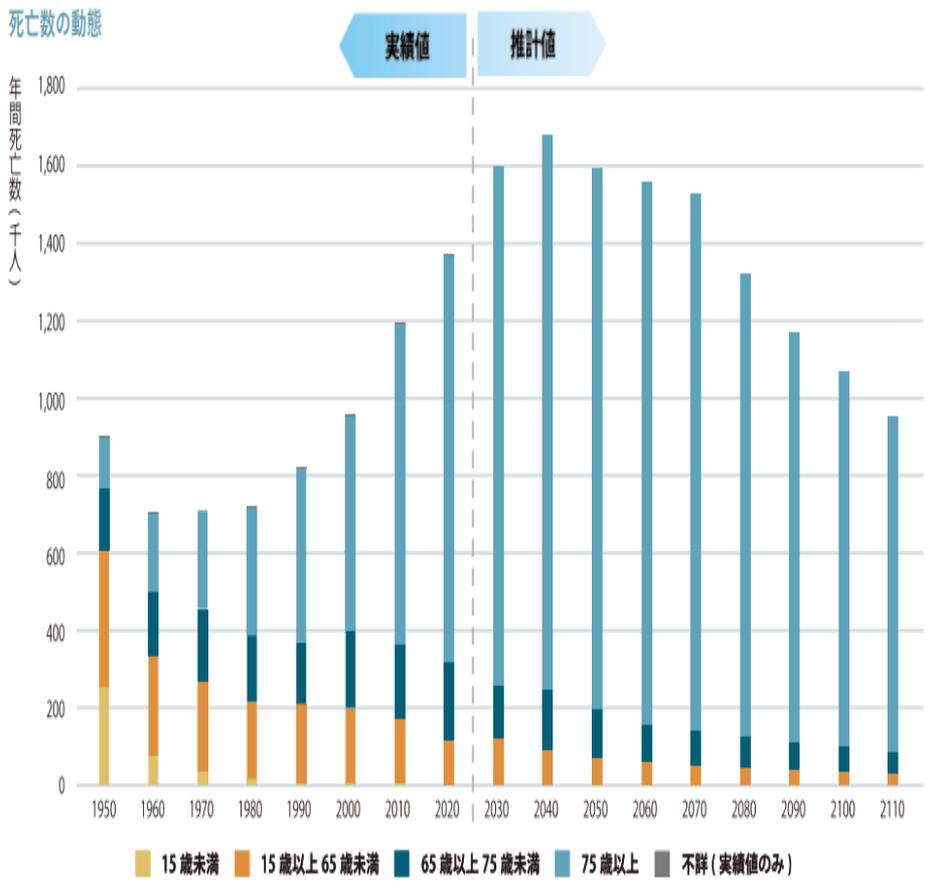
※介護医療院では感染症等の治療・ターミナルケアは基本報酬に含まれる

日常的な医療は基本報酬に含まれる

1. 高齢者施設における医療提供の実態【上流(医療)⇒下流(介護)の流れについて】

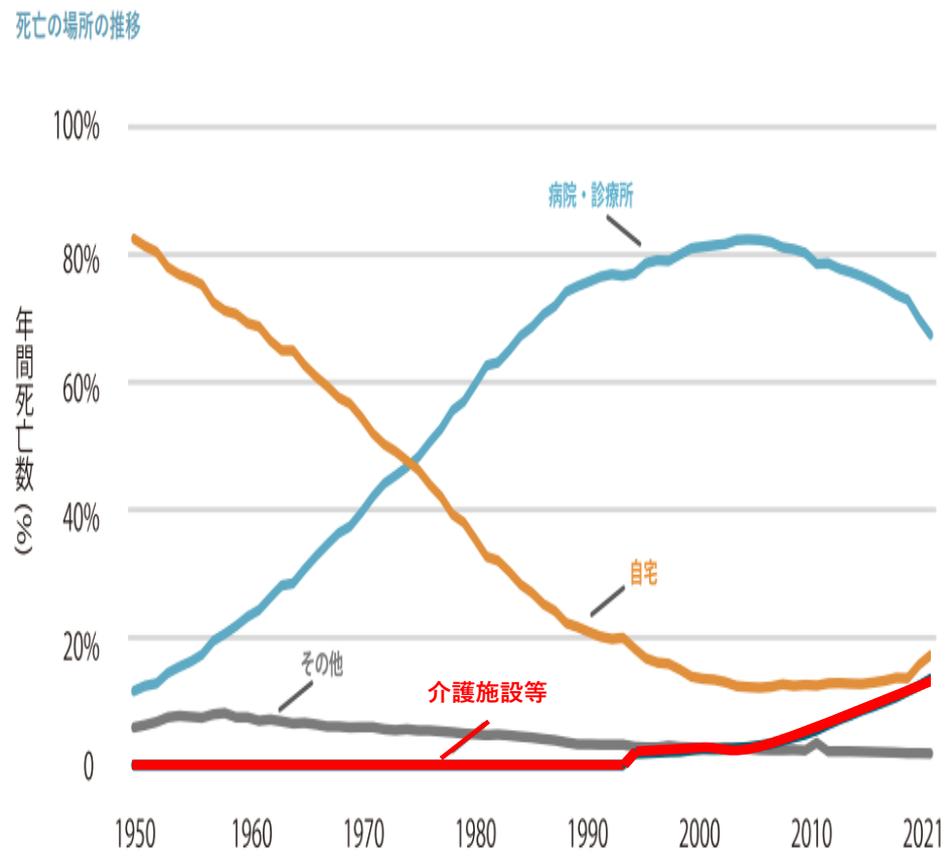
死亡数が一層増加する

○ 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。



死亡の場所の推移

○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。



出典

2020年までは厚生労働省「人口動態統計(令和3年)」
 2030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」より作成

出典

厚生労働省「人口動態統計(令和3年)」

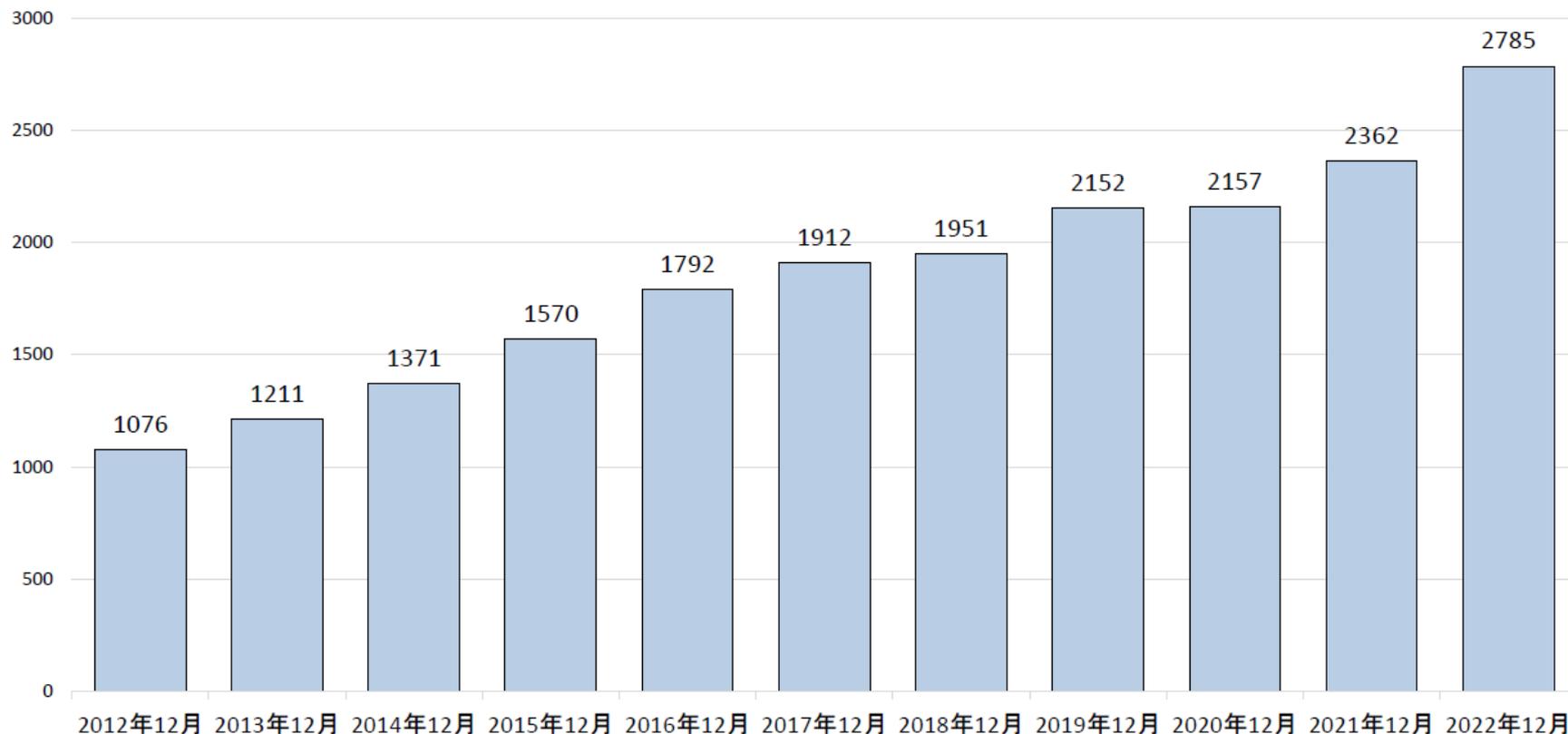
介護老人保健施設におけるターミナルケア加算の算定状況

○ 介護老人保健施設におけるターミナルケア加算の算定人数は増加傾向

意見交換
資料-1参考(一部改変)
R 5 . 5 . 1 8

■ 介護老人保健施設におけるターミナルケア加算の算定人数の推移

単位:人

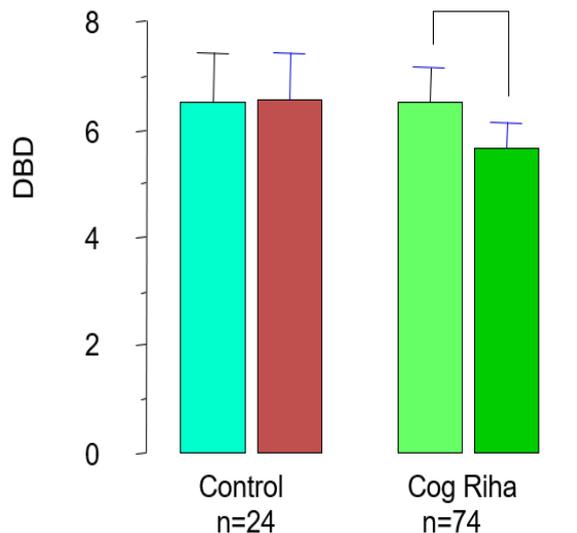


※各月に少なくとも1日ターミナルケア加算を算定した人数を集計。2021年度以降は、当該月において死亡前31日～45日前における加算のみを算定した者は除く。

認知症短期集中リハビリテーションのエビデンス

周辺症状

認知リハ群のみ
有意に改善
p=0.0041



ものをなくす
昼間寝てばかり
介護拒否
同じことを何度も聞く
暴言
いいがかり
場違いな服装
物をため込む
無関心
昼夜逆転
同じ動作を繰り返す
物をちらかす
徘徊

常に 3
よく 2
ときに 1
なし 0

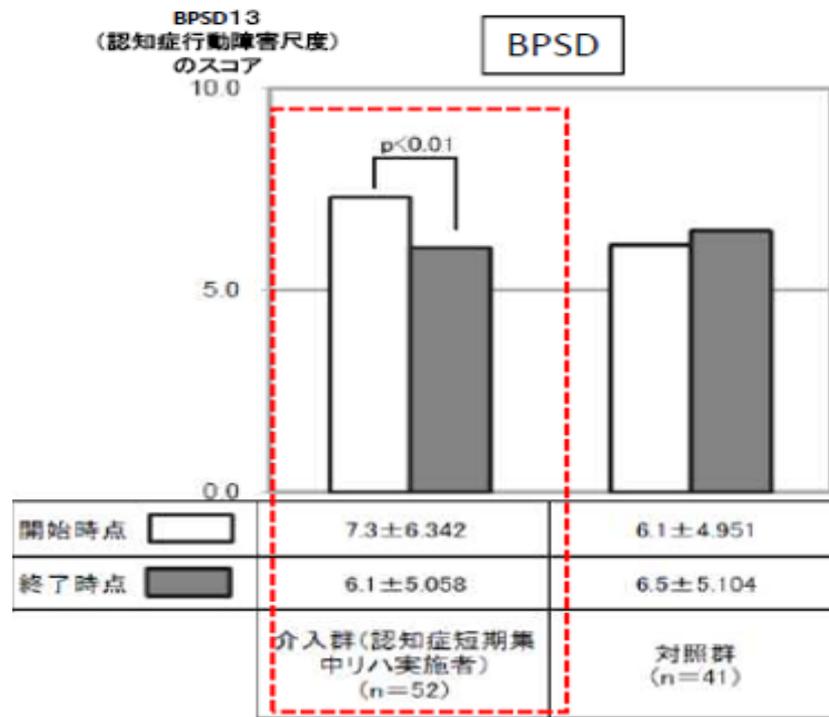
結論

認知症短期集中リハビリテーションは極めて有効であり

臨床的認知症重症度の進行予防心の健康維持（意欲、活動性）を通じADLの改善が認められる。更に周辺症状の改善によって在宅系への復帰効果が期待される。

第263回 中央社会保険医療協議会総会 資料1 (平成25年12月6日)

認知症短期集中リハビリテーションの実施
- BPSDの改善効果について① -

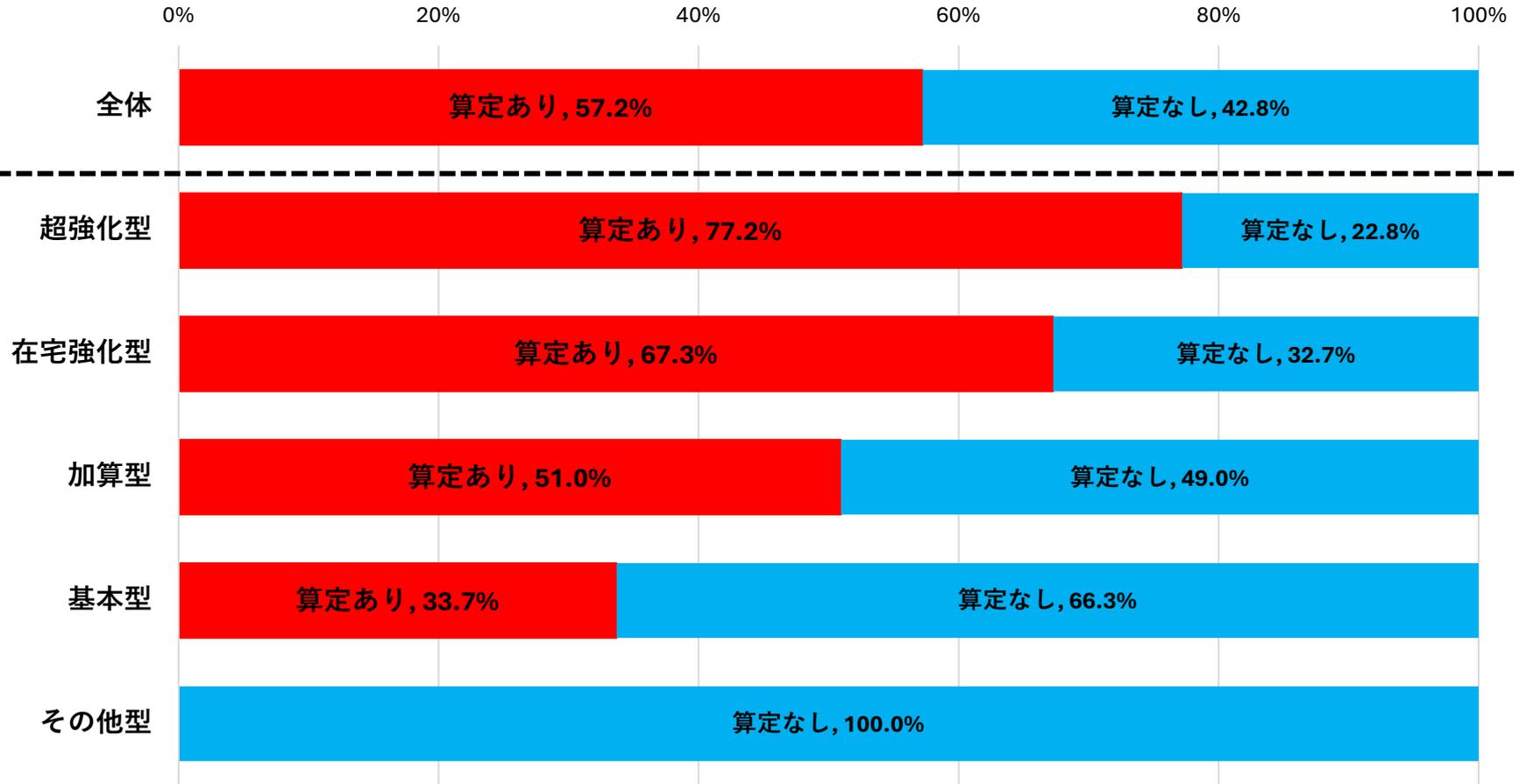


介入群（認知症リハビリテーション実施者）におけるBPSDについて、有意な改善が認められた。

通所リハビリテーションにおける認知症短期集中リハビリテーションの有用性に関する調査研究事業報告書（平成25年）全老健

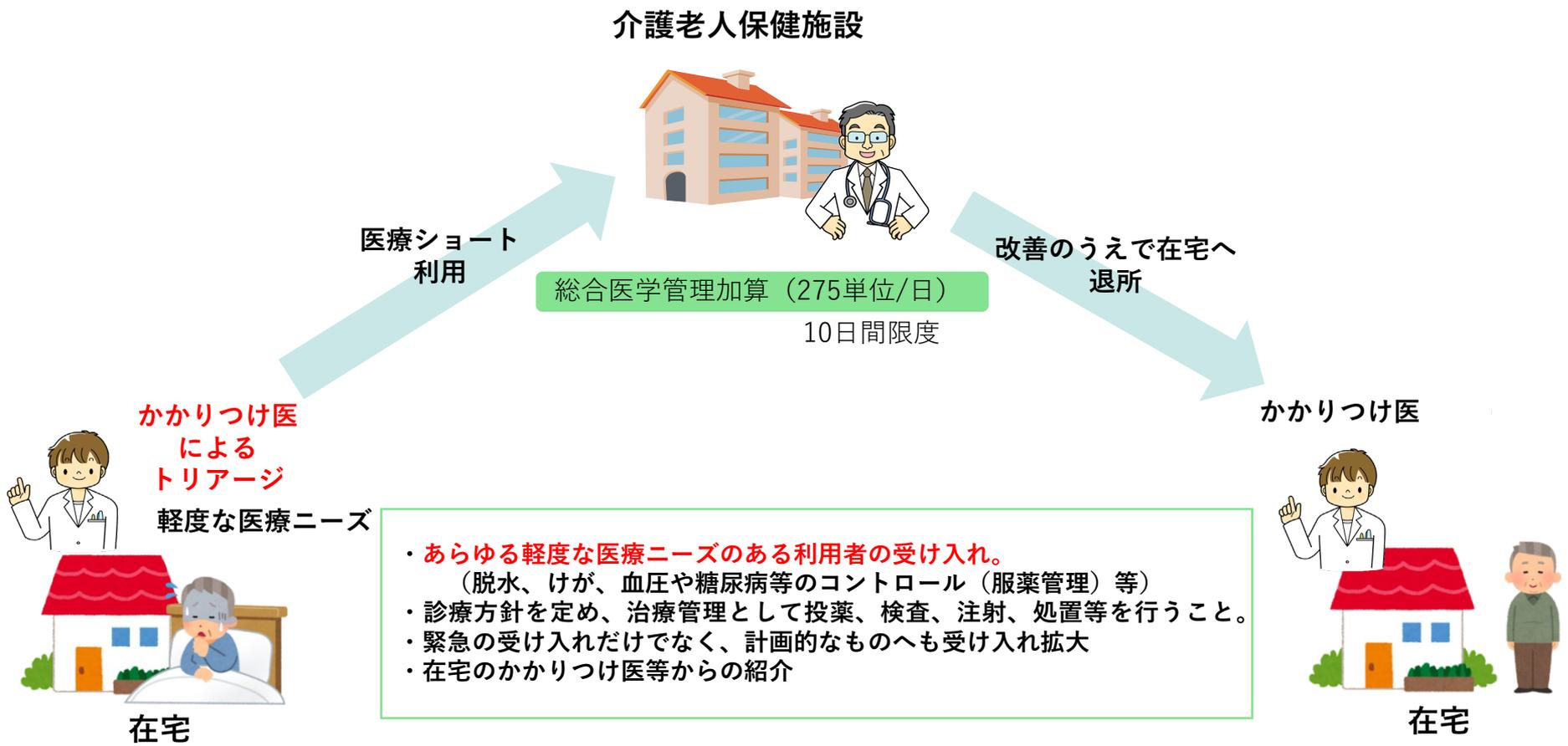
認知症短期集中リハビリテーション実施加算

2021年4月～10月の算定状況の有無（算定施設割合）



出典：2021年度 介護老人保健施設の現状と地域特性等に関する調査

総合医学管理加算（短期入所療養介護） ※医療ショート

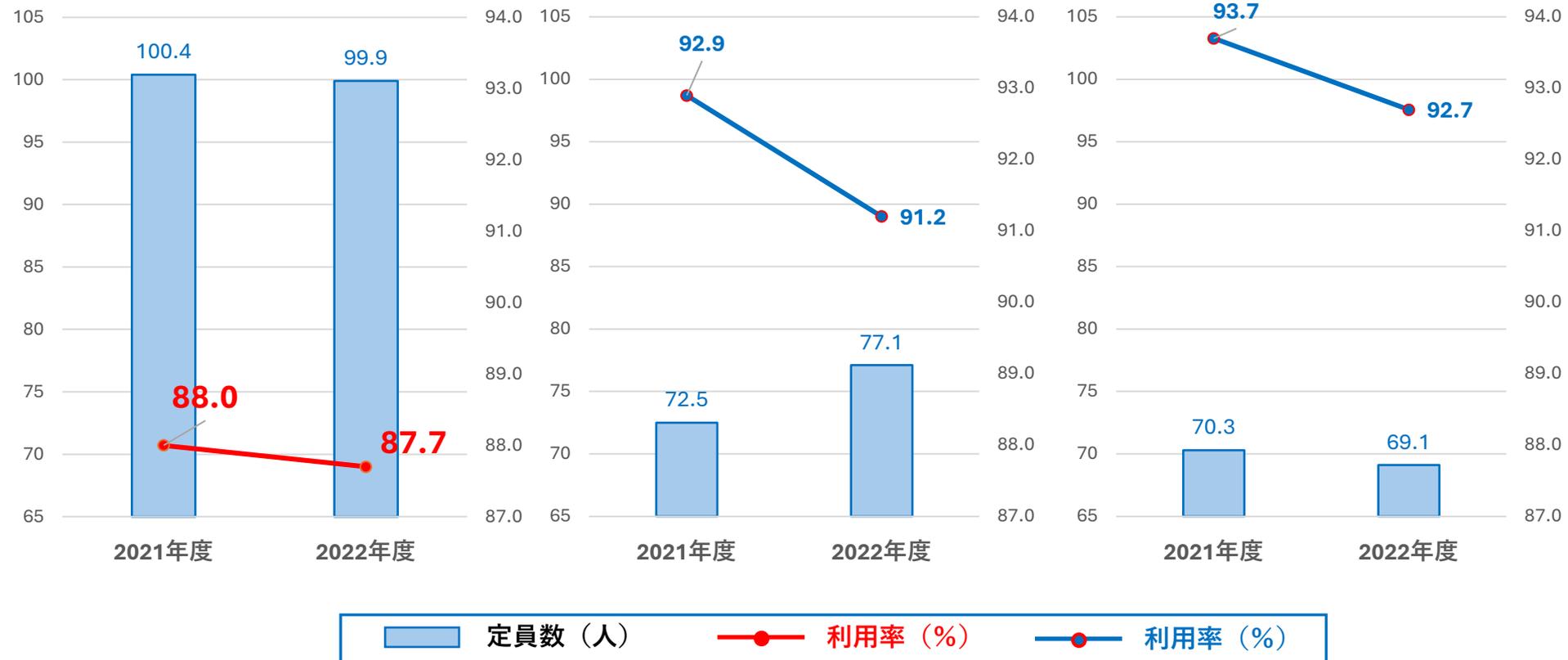


介護保険施設の稼働率

老健施設

介護医療院

特別養護老人ホーム



①【上流（医療） ⇒ 下流（介護） への流れについて】

医療機関側において老健施設の医療提供機能等が十分に認知されていない実態がある。

特に・・・

- 1) 認知症短期集中リハビリテーションを提供していること。
- 2) 老健施設の総合医学管理加算（医療ショート）を利用することにより、軽度の医療ニーズに対応できること。
- 3) 老健施設は稼働率は平均80%台であり、ほぼ常に受け入れが可能であること。
- 4) 老健施設において多くの看取りが行われていること。
（看取り目的の入所も可能であること）

など

2. 高齢者施設からの入院 【下流(介護)⇒上流(医療)の流れについて】



2. 高齢者施設からの入院【下流(介護)⇒上流(医療)の流れについて】

介護施設・福祉施設からの入院患者

意見交換 資料-5参考-1
R 5 . 3 . 1 5

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例もある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料料 1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料 1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料 2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料 1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料 1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

出典：DPCデータ

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

- ・ **多くの要介護高齢者が急性期病院に入院している実態がある。**
- ・ **要介護高齢者の多くは、認知症を合併している。**

2. 高齢者施設からの入院【下流(介護)⇒上流(医療)の流れについて】

介護施設・福祉施設からの入院患者

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	19,054	3.9%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	17,052	3.5%
7	N10	急性尿管間質性腎炎	13,606	2.8%
8	U071	2019年新型コロナウイルス急性呼吸器疾患	12,850	2.6%
9	E86	体液量減少(症)	10,588	2.1%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	7,490	1.5%
11	I509	心不全, 詳細不明	7,162	1.5%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%
14	L031	(四) 肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	4,553	0.9%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	3,845	0.8%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%
20	K810	急性胆のう<嚢>炎	3,625	0.7%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ5	2,839	0.6%
24	K805	胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%

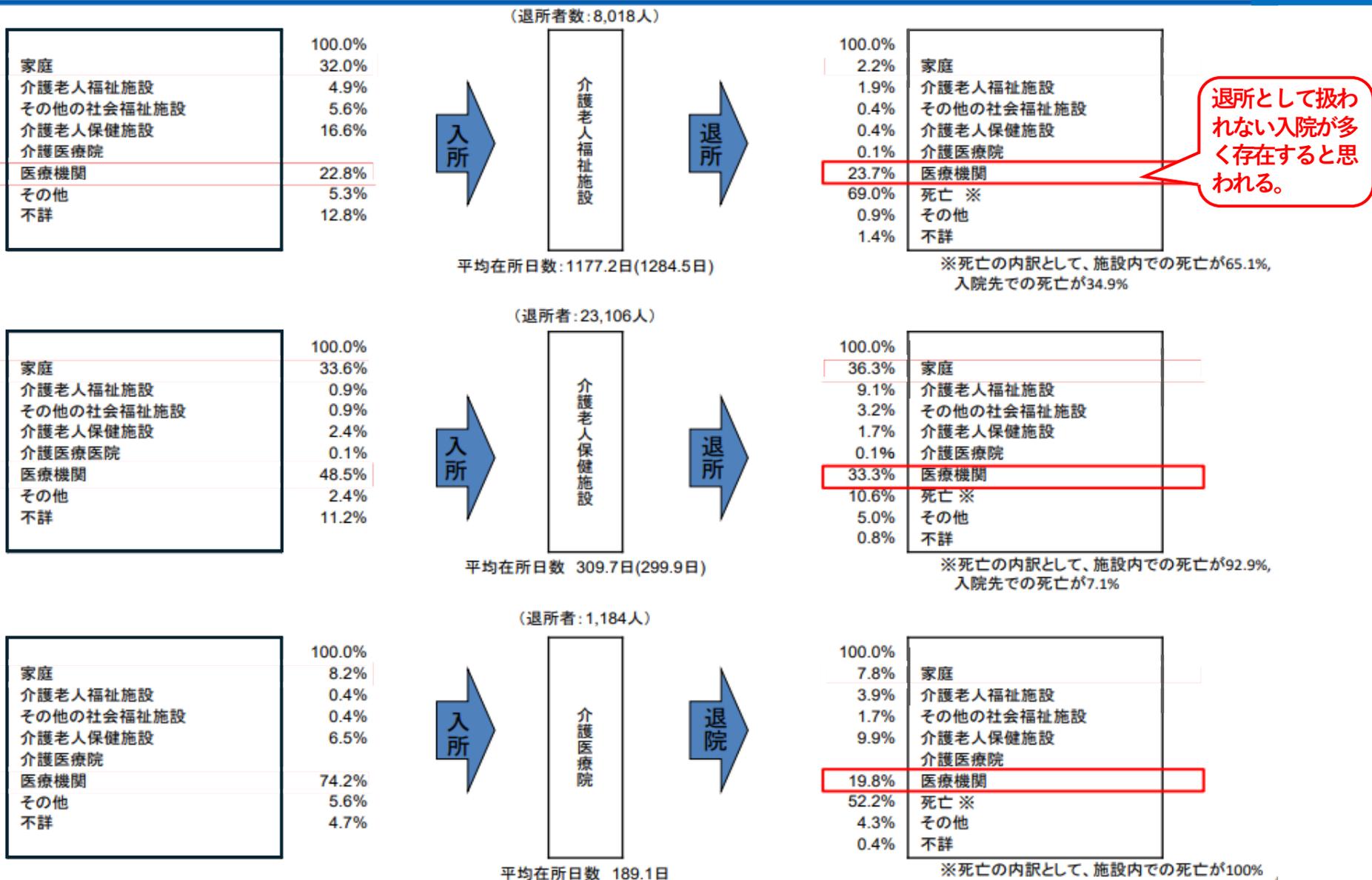
NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
30	K562	軸捻(転)	2,379	0.5%
31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
32	K565	閉塞を伴う腸癒着【索条物】	2,150	0.4%
33	N12	尿管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
34	I610	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
36	G20	パーキンソン<Parkinson>病	1,844	0.4%
37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
42	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	1,470	0.3%
43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
44	D65	播種性血管内凝固症候群【脱線維素症候群】	1,415	0.3%
45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%

出典: DPCデータ(令和3年4月から令和4年3月までの入院症例)

2. 高齢者施設からの入院【下流(介護)⇒上流(医療)の流れについて】

介護保険三施設における入所者・退所者の状況

社会保障審議会
介護給付費分科会(第221回)
令和5年8月7日
資料1(改)



2. 高齢者施設からの入院【下流(介護)⇒上流(医療)の流れについて】

介護保険施設における入所者・退所者の状況

第215回(R5.3.16)
介護給付費分科会
資料2-3 一部改変

【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



②【下流（介護）⇒上流（医療）への流れについて】

認知症を合併症している要介護高齢者が、本人・家族の希望を事前に確認することなく救急搬送されている実態がある（トリアージができていない）

《救急搬送問題》

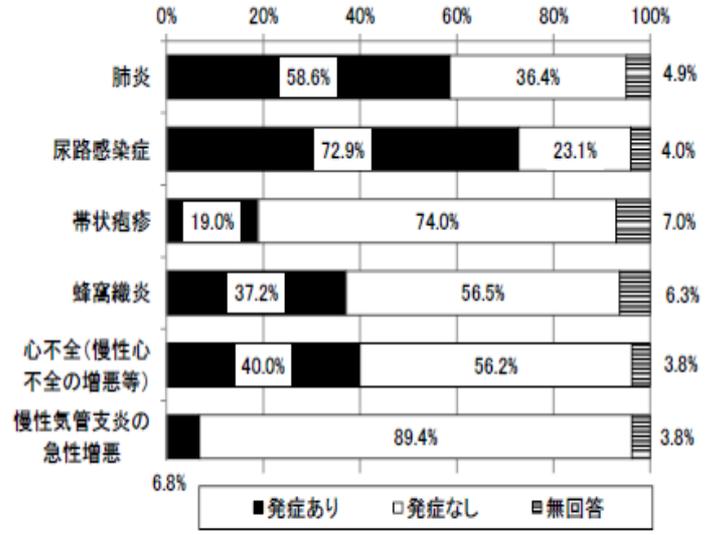


- ① 老健施設等の高齢者施設において、事前にどの程度の医療提供を希望するかの意思確認（プレターミナルACP）が出来ていれば不要な救急搬送が減る。
- ② 在宅の要介護高齢者においても、プレターミナルACPを行うことによって、在宅のまま医療提供を受けるのか、救急搬送するのかがトリアージできる（老健施設の医療ショートも選択肢のひとつ）。

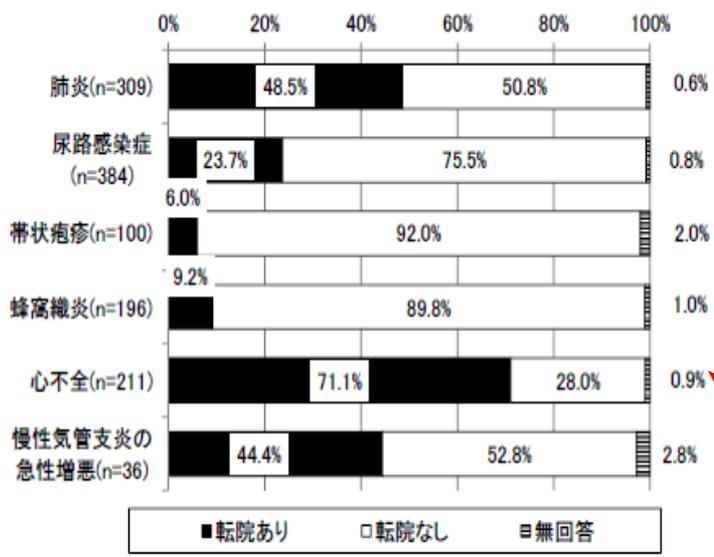
※ 本人・家族が望まないような過度な医療提供を防ぐためにも、どこまでの医療を求めるのかを事前に明確にしておくことが重要

老健施設・介護医療院における主な医療対応

図表22【老健】疾患の発症の有無 (2023年4月～6月) (n=527)

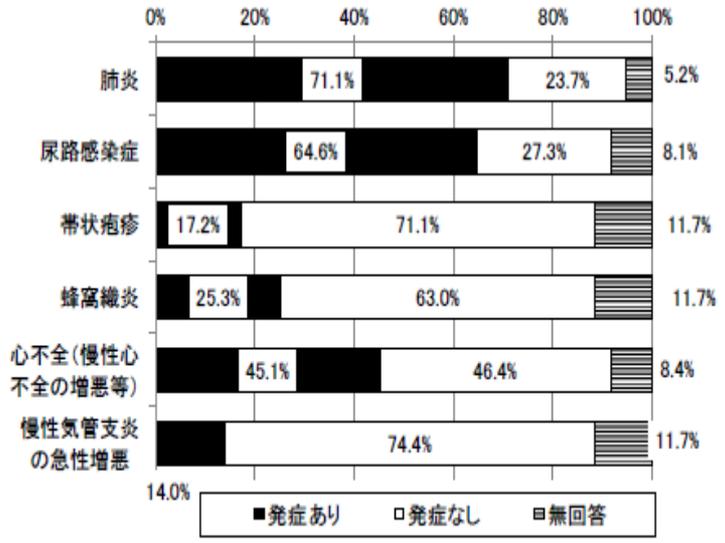


図表23【老健】(疾患の発症の有の場合) 医療機関への転院の有無 (2023年4月～6月)

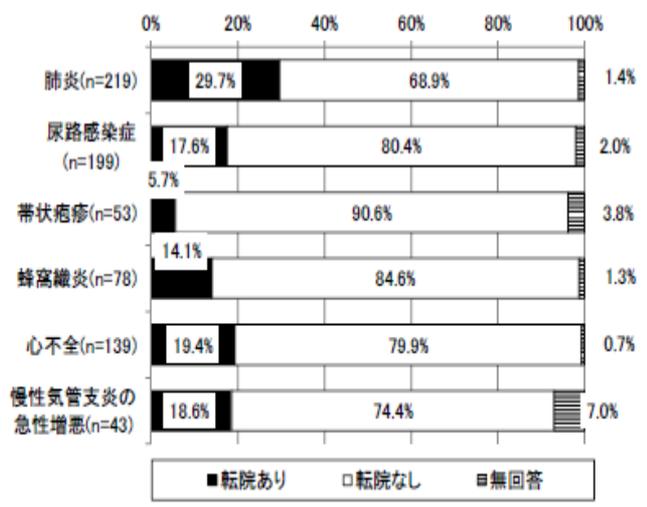


・慢性心不全の増悪が所定疾患施設療養費として評価されたので、減る可能性が高い。

図表24【介護医療院】疾患の発症の有無 (2023年4月～6月) (n=308)



図表25【介護医療院】(疾患の発症の有の場合) 医療機関への転院の有無 (2023年4月～6月)



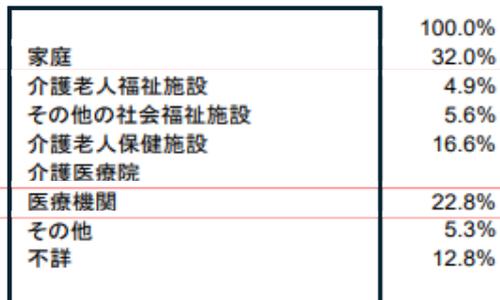
・老健も介護医療院も転院している例がそこそこある。

2. 高齢者施設からの入院【下流(介護)⇒上流(医療)の流れについて】

介護保険三施設における入所者・退所者の状況

社会保障審議会
介護給付費分科会(第221回)
資料1(改)
令和5年8月7日

(退所者数:8,018人)

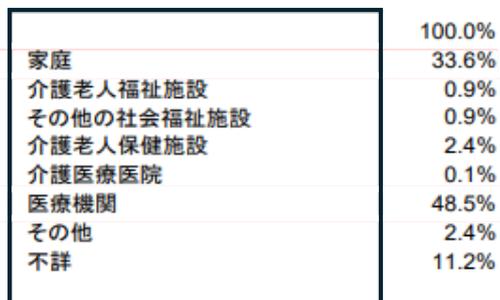


平均在所日数:1177.2日(1284.5日)

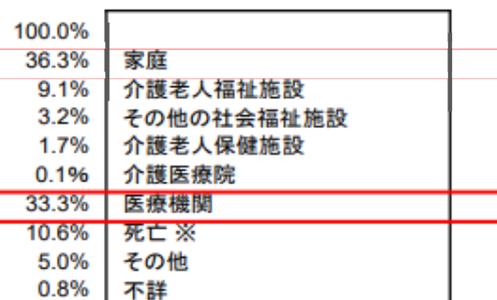


※死亡の内訳として、施設内での死亡が65.1%、入院先での死亡が34.9%

(退所者:23,106人)

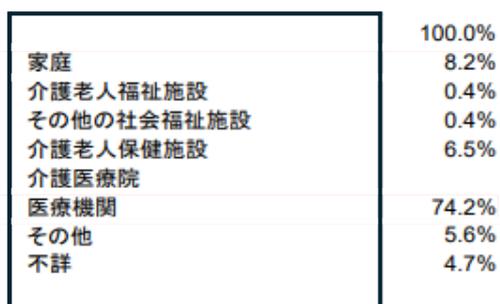


平均在所日数 309.7日(299.9日)

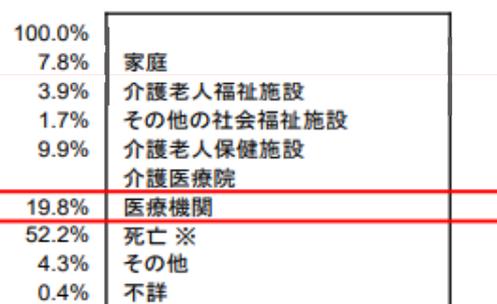


※死亡の内訳として、施設内での死亡が92.9%、入院先での死亡が7.1%

(退所者:1,184人)



平均在所日数 189.1日



※死亡の内訳として、施設内での死亡が100%

プレターミナルACPを行うことにより、医療機関への退所が減少すると思われる。

3. 医療・介護の複合ニーズへの対応



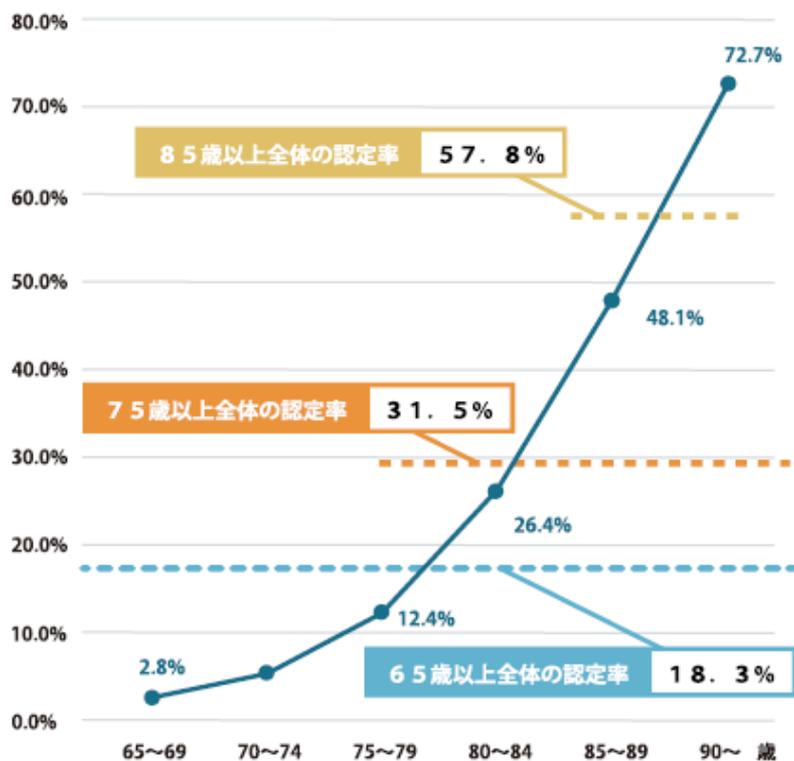
3. 医療・介護の複合ニーズへの対応

医療と介護の複合ニーズが一層高まる

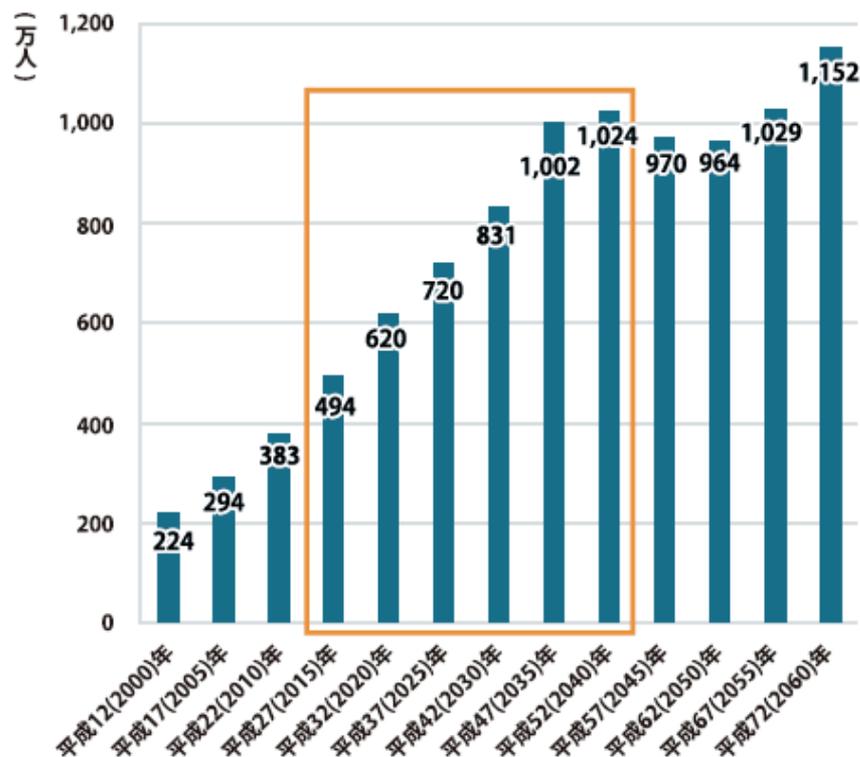
○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。

○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



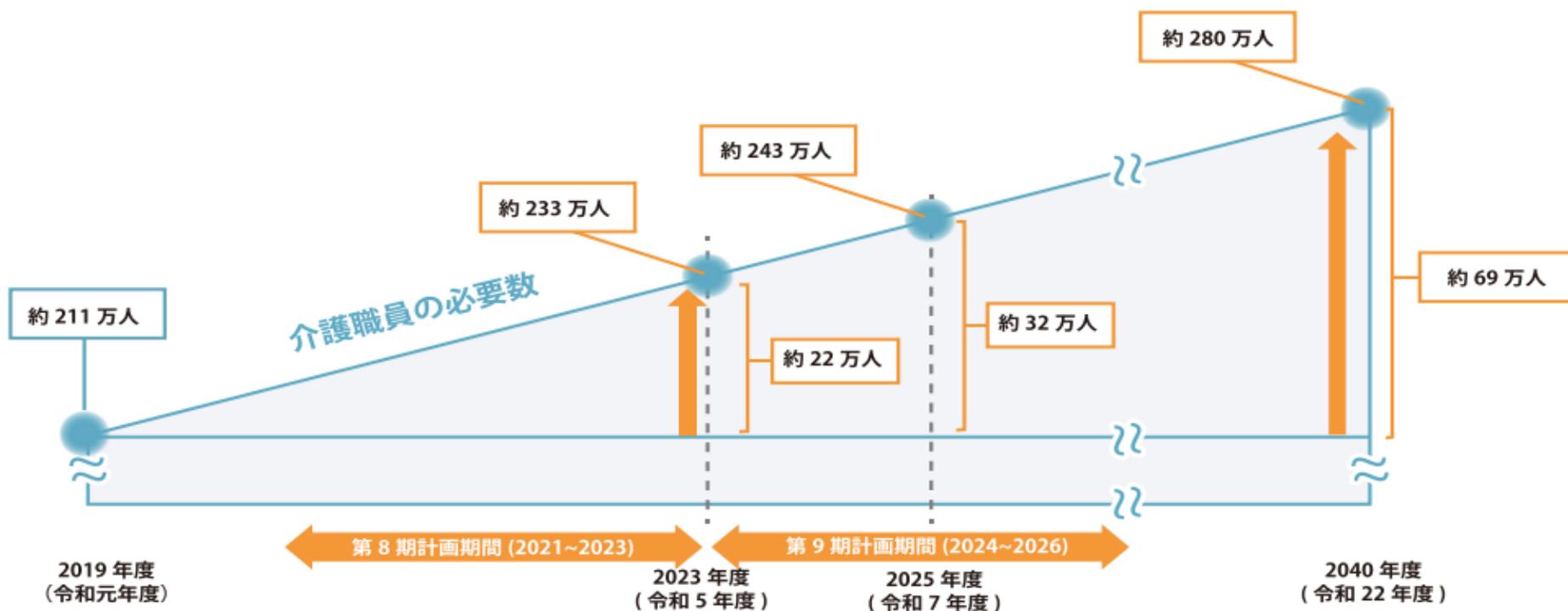
出典

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）

第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について

- 第8期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計すると、
 - ・ 2023年度には約233万人（+約22万人（5.5万人/年））
 - ・ 2025年度には約243万人（+約32万人（5.3万人/年））
 - ・ 2040年度には約280万人（+約69万人（3.3万人/年））となった。 ※（）内は2019年度（211万人）比

※介護職員の必要数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員の必要数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員の必要数を加えたもの。



出典

注1) 2019年度(令和元年度)の介護職員数約211万人は、「令和元年介護サービス施設・事業所調査」による。注2) 介護職員の必要数(約233万人・243万人・280万人)については、足下の介護職員数を約211万人として、市町村により第8期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量(総合事業を含む)等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。注3) 介護職員数には、総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員数を含む。注4) 2018年度(平成30年度)分から、介護職員数を調査している「介護サービス施設・事業所調査」の集計方法に変更があった。このため、同調査の変更前の結果に基づき必要数を算出している第7期計画と、変更後の結果に基づき必要数を算出している第8期計画との比較はできない。

在宅要介護高齢者の要介護度悪化の要因

○一般病院への入院が、在宅要介護高齢者の要介護度を悪化させる要因となることが報告されている

在宅要介護高齢者の要介護度悪化に関連する要因の分析結果(要介護1)

一自治体の2014年6月から2020年3月までの医科(国民健康保険、後期高齢者医療制度)及び介護レセプトから2014年6月に要介護認定を受けて、要支援1以上と判定された65歳以上の高齢者を抽出した。このうち、2014年6月に入院・入所していない在宅の高齢者を分析対象として、以後月単位で医療・介護サービスの利用状況及び主たる傷病の有病の状況を医科及び介護レセプトから把握し、月単位のパネルデータを作成し、要介護度の悪化に関連する要因を分析。

年齢と一般病院への入院が要介護度悪化の重要な要因

要介護度悪化に関連する要因のパネルデータ分析の結果(要介護1: 8,564名)

説明変数	オッズ比 (OR)	ORの95%信頼区間		p値
		下限	上限	
年齢階級 75-84歳(対照:65-74歳)	7.94	5.48	11.51	<0.001
年齢階級 85歳以上(対照:65-74歳)	76.50	50.61	115.63	<0.001
糖尿病	0.90	0.83	0.97	0.008
高血圧	0.84	0.76	0.91	<0.001
気分障害	1.02	0.89	1.17	0.767
皮膚疾患	1.29	1.20	1.38	<0.001
関節障害	0.81	0.73	0.89	<0.001
骨折	1.77	1.61	1.94	<0.001
腎不全	1.45	1.26	1.67	<0.001
心不全	1.24	1.13	1.35	<0.001
肺炎	1.50	1.35	1.67	<0.001
悪性腫瘍	0.97	0.89	1.06	0.489
認知症	1.82	1.65	2.00	<0.001
脳血管障害	1.04	0.95	1.14	0.407
尿路感染症	1.21	1.07	1.36	0.002
貧血	1.36	1.24	1.49	<0.001
一般病院入院(※)	2.72	2.48	2.99	<0.001
外来受診	0.81	0.74	0.90	<0.001

(※)看護配置基準10:1以上で、地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定していない病棟への入院

(医療・介護の複合ニーズへの対応)

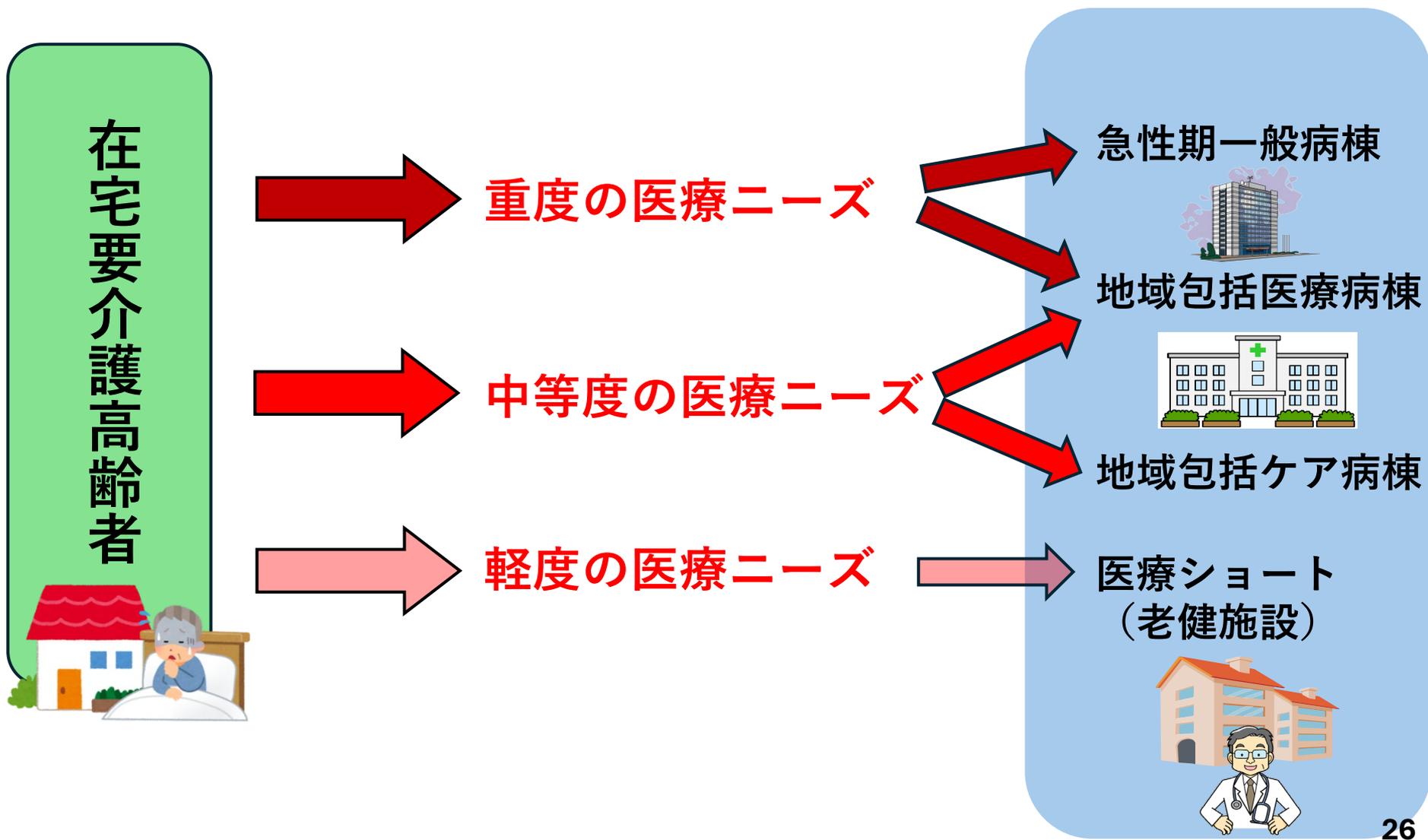
2040年頃には、人材が圧倒的に不足する。
これからは医療介護の枠を超えて、役割分担をして、
全体で支えることが必要だと考える。

- 医療機関では治療を最優先とし、リハビリを行うことで生活機能の維持を図りつつも、一定程度の生活機能（特に認知機能）の悪化は致し方ない。
 - 👉 一刻も早くリハビリ機能を充分にもつ老健施設へつなぐ（送る）ことが効果的である。
- 軽度の医療ニーズについては、救急搬送等により医療機関を受診するだけではなく、老健施設の医療ショートを活用していくことも必要と考える。
 - 👉 そのことにより、生活機能を維持しつつ治療が行え、生活の場に早く復帰させることができる。

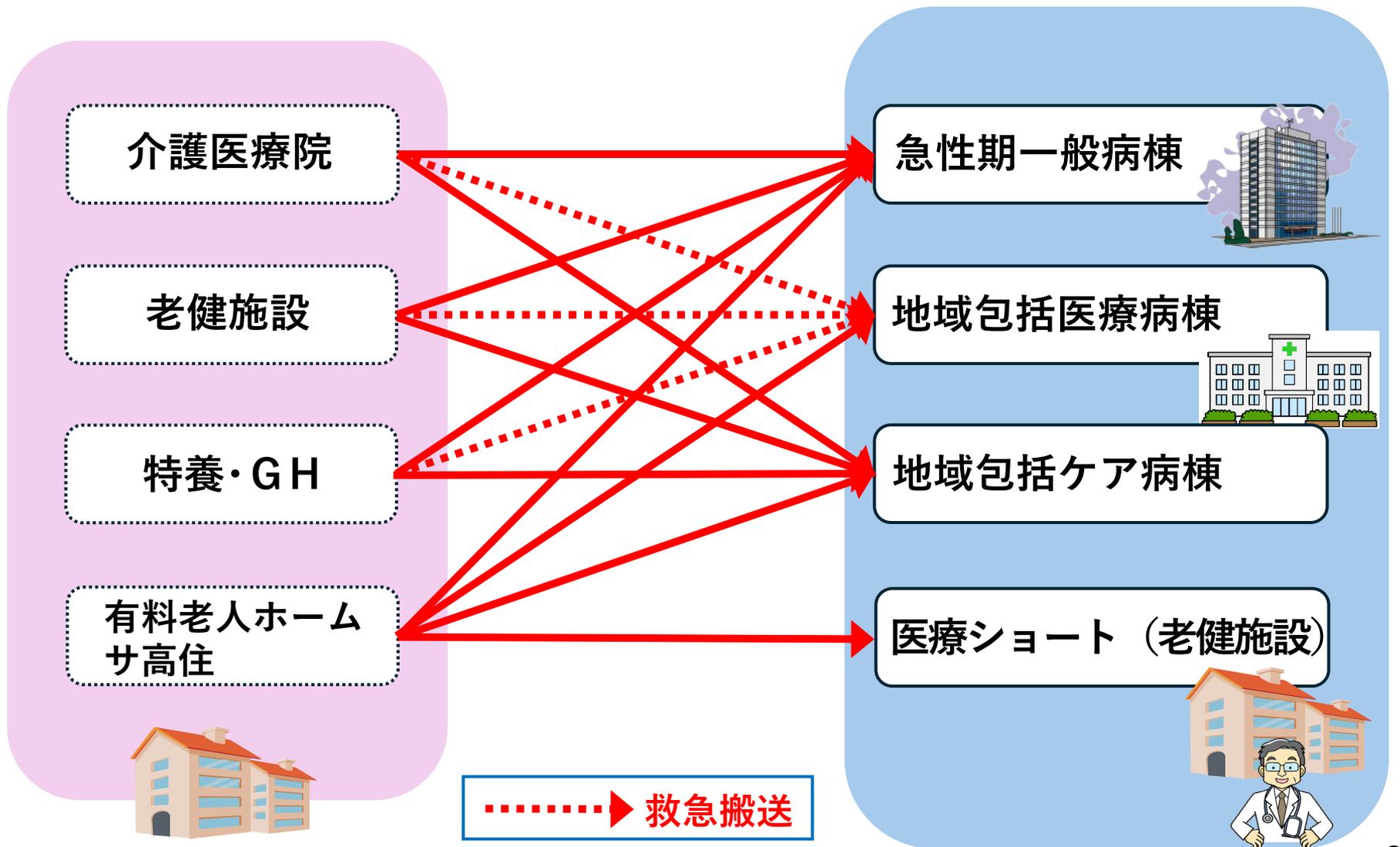
4. 2040年頃を見据えた医療・介護提供体制 のイメージ



在宅要介護高齢者のトリアージ



高齢者施設のトリアージ



5. 新たな地域医療構想に期待すること（介護の視点から）

地域医療構想の検討会は、

これまで病床のあり方を議論する場であったが

今後は、要介護高齢者・認知症を有する高齢者の方を
どこでどう受けるのか？

総合的な全体図を描きつつ、そのフィードバックを
この地域医療構想に結び付けていくこと
を期待する。

