

全国老協発第342号

令和6年5月31日

新たな地域医療構想等に関する検討会

座長 遠藤久夫 殿

公益社団法人全国老人福祉施設協議会

会長 大山知子

新たな地域医療構想に向けた意見

新たな地域医療構想の策定に向けて、以下のとおり意見を申し上げます。

1 特別養護老人ホームにおける入所者の状況、稼働状況・課題

特別養護老人ホーム（以下、「特養」という。）は、「施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与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を旨とする」ことが定められている生活施設である（平成11年3月31日厚生省令39号）。

平成27年の介護保険制度改正により、原則として特養の入所対象者が要介護3以上の高齢者に限定され、在宅生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化されたことで、医療ニーズが高い利用者が増加した。また、入所者の98.6%が認知症のある人となっている。

特養の医療法上の位置付けは「居宅等」とされているが、現状では、多様な医療ニーズを抱えその状況は安定しているものの認知症や身体等の状態により常時介護が必要で在宅生活が困難な方の終の棲家として在宅に近い環境で支援する生活施設である。

2040年に向けて人口動態や家族のあり方等の社会構造の変化に伴い、身寄りのない方や低所得高齢者が増加していく一方で、地域によっては既に特養の利用（稼働率）が減少しており、要介護1・要介護2でも入所が必要な方を受け入れ可能とするための制度見直し又は特例入所（認知症、知的障がい・精神障害等、虐待、単身世帯等）、措置入所の適切な運用が求められている。

また、医療・介護ニーズを抱える85歳以上高齢者の増大を考えると、医療と介護の連携は今後益々重要になってくる。

2 特養における医療ニーズ対応・看取りの状況・課題、医療機関との連携・情報共有

令和6年度の診療報酬と介護報酬の同時改定においては、医療と介護の連携体制を構築するため、各分野で基準や加算の見直しが行われた。

特養では、経過措置期間を3年とした上で、入所者の急変時等に、相談対応や診療を行う体制を常時確保した協力医療機関及び緊急時に原則入院できる体制を確保した協力病院を定めることが義務化、新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関（協定締結医療機関）との連携体制の構築などが示され、実効性のある連携を推進していくことが課題となっている。

(1)医療ニーズ増大への対応

特養の人員基準では、配置医師1名以上、介護・看護職員が利用者3名に対して1名、看護職員の員数は入所者が30人までは1名以上、31～50人までは2名以上、51～130人までは3名以上、131人を超える場合は、50又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上とされている。

特養には別紙参考資料に記載したような疾患を持った方々が入所されており、多岐にわたる医療処置が必要であるが、透析、胃ろう・腸ろう、在宅酸素、気管カニューレ、インシュリン、悪性腫瘍の受入れができない施設があるなど、要介護3以上の要介護高齢者等の生活施設であるため、医療ニーズ増大への対応が課題となっている。

今回の改定で緊急時の対応や協力医療機関との連携、配置医師緊急時対応加算などの見直しが行われているが、このことに加えて、特養の配置医師や看護職員の役割・機能強化によって医療ニーズ増大への対応力向上が求められる。

(2)看取りの状況・課題

全国老協では、看取りケアについて「近い将来、死が避けられないとされた人に対し、身体的苦痛や精神的苦痛を緩和・軽減するとともに、人生の最期まで尊厳ある生活を支援すること。」（全国老協「看取り介護実践フォーラム」平成25年度より）が重要と考えており、従来から特養など介護施設に対して、医師及び家族等と相談の上で過剰な処置は行わない看取りケアの実践を推奨している。

近年、老衰で亡くなる人が急増しており、平成30年以降は長らく三大死因の一つであった脳血管疾患を抜き、死因別死亡率の第3位となっている（厚労省人口動態統計）。これに伴って自宅・介護施設等での死去が増加傾向にある。こうした傾向は多死社会の到来が近づくにつれて一層強まるものと思われる。現在、特養退所者のうち69.0%が死亡退所であることや、83.0%の特養が施設における看取りに対応していることから、「終の棲家」としての機能は一定程度果たしているが、今後更なる機能強化が求められる。

しかしながら、令和4年10月の配置医師緊急時対応加算の算定率が5.9%にとどまっていたこと、看取りを受け入れられない理由として「対処が難しい医療処置があるため」と回答する特養が48.8%あったことが明らかになった。

これらの状況に対して、令和6年度介護報酬改定において改正された配置医師緊急時対応加算や協力医療機関の見直しへの対応を進めるとともに、その影響を検証して、看取り介護の更なる促進が必要である。

そのためにも、前述の配置医師や看護職員の役割・機能強化を主軸として、看取りに関する医療と介護のあり方を整理をすることで、特養における看取りの範囲が明確化され更なる促進に繋がると考える。

(3)医療機関との連携・情報共有

① 診療・相談体制の充実

特養などの介護保険施設における緊急時の対応を適切に行うこと、医師及び家族等と相談の上で過剰な処置は行わない看取りケアを行うこと、認知症のある人への適切な支援や認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防、早期対応の推進にあたっては、これまで以上の医療と介護の連携が不可欠である。

例えば認知症のある人への適切な支援を進めていくためには、認知症疾患医療センターや協力医療機関等の医師による適正な診断を受け、認知症の原因疾患によるさまざまな症状の違いや、日常生活動作の障害や周辺症状について、生活習慣や薬剤の状況を踏まえた相談・連絡体制を整備することが重要であり、その上で、介護サービスの提供を効率的に行うことで、認知症のある人の意向と能力を十分に尊重した切れ目のないケアの推進が可能になると考える。

また、令和4年度の全国老施協調査では、特養の90.5%が入所者の通院のための送迎を実施しており、全ての特養で職員が診察への付き添い、処方された薬の受け取りなどを実施している。通院者1人あたりの専従時間は、平均で107.2分、最長（平均値）は、237.8分、最短（平均値）は51.0分であった。

診療・相談体制の充実にあたっては、緊急時や夜間を含めてオンラインを活用することは、前述の職員の専従時間の軽減だけでなく、特養入所者にとっても負担が少ない、効率的な連携に繋がると考える。例えば、初診後の経過観察においてオンライン診療・相談を推奨していくなど、段階的に活用を進めるための具体的な取組を検討いただきたい。

② 入院体制の充実

特養などの介護保険施設に限らず、養護老人ホームなどの高齢者福祉施設においても入所者の緊急時に原則入院できる体制を確保することが義務付けられた。このことで、実効性のある連携体制の構築が喫緊の課題となっている。

施設が所在する地域によって状況が異なるものの、急変時などに入院を要すると認められた入所者が入院できる病床を十分に確保できるよう、医療供給体制の構築が必要と考える。

③ 情報の共有

看取りへの対応において、利用者の緊急時や認知症のある入所者が何らかの理由で医療機関等に入院し治療を受けて退院するまでの一連の流れにおいて、入所者に関する情報を専門職や関係者間で適切に共有し、切れ目のないケアを行うことは、極めて重要である。

令和6年度介護報酬改定では、「協力医療機関との定期的な会議の実施」や「入院時等の医療機関への情報提供」についてもその必要性が認識され、新たに加算として評価されたことで医療と介護の情報連携の更なる促進が期待される。

一方、令和2年度の全国老施協調査では、入所者の入院時に医療機関等と情報共有を行っている項目には、各施設においてバラツキがある。

より効果的な連携への一助とするためにも、医療と介護の双方の情報について収集し、情報連携できる共通フォーマットを早急に作成し、その活用方法とともに示していくべきである。

特に認知症のある人に関しては、協力医療機関（一般病院等）のみならず、精神科や脳神経外科、脳神経内科等との連携が必要であると考えられるため、その連携のあり方について検討すべきである。

3 2040年頃を見据えた医療・介護提供体制のイメージ

2025年以降、後期高齢者の急増から現役世代の急減という人口構造の変化やそれに伴う社会環境の変化が見込まれる中、医療・介護の提供体制や連携方法はその地域性や社会資源に応じた極めて効率的なものに再編していかなければならない。

入所者等の希望に沿った医療・介護の提供体制の構築の観点から、配置医師や看護職員の役割・機能強化、協力医療機関（訪問診療含む）との体制強化、オンライン診療を含め地域の医療資源の状況を踏まえた特養等の医療アクセスの向上を図っていくべきである。

(1) 地域における人口動態や地域の特殊事情をふまえた医療体制の整備(急性期病院の整備・配置・統合)

医療の圏域を現実的に見直し、将来を見据えた利便性の高い医療供給体制を整備する必要がある。(中長期的な地域医療構想の策定)

(2)医療・看護体制の充実した介護サービスの提供

特養における配置医師や看護職員の役割・機能強化を主軸として、入所者の医療ニーズや看取りや認知症に適切に対応していくための、診療・相談体制、入院体制の充実、情報の共有により、医療・看護体制の充実した介護サービスの提供が必要である。

(3)新たな地域医療構想に期待すること(介護の視点から)

- ① 特養は医療の提供の場ではないため、在宅医療と同様に考えるべきであるが、在宅との相違点は看護職員が健康状態を常時把握しており、緊急を要する場合や医療的措置が必要となった場合に速やかに対応できる機能を備えているところである。特養のその機能をご理解いただき、地域医療構想の中で居宅等とは異なる位置づけを検討するべきと考える。
- ② 配置医師のあり方・機能・役割について地域医療構想の中に位置づける必要がある。
- ③ 緊急時や夜間を含めたオンライン診療や、日常的に医師と特養等の介護施設が連絡・相談出来る仕組みなど特養等利用者の医療アクセスの向上が必要である。



参考資料 1

第5回 新たな地域医療構想等に関する検討会

新たな地域医療構想に向けた意見

令和6年5月31日

公益社団法人全国老人福祉施設協議会

特養とは

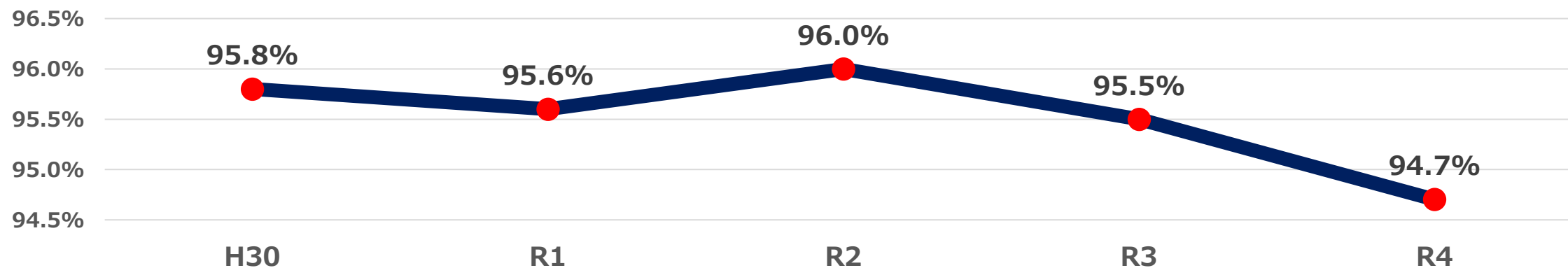
特養の医療法上の位置づけは「居宅等」とされているが、現状は、多様な医療ニーズを抱えその状況は安定しているものの認知症や身体等の状態により常時介護が必要で在宅生活が困難な方の「終の棲家」として在宅に近い環境で支援する生活施設である。

生活施設である。

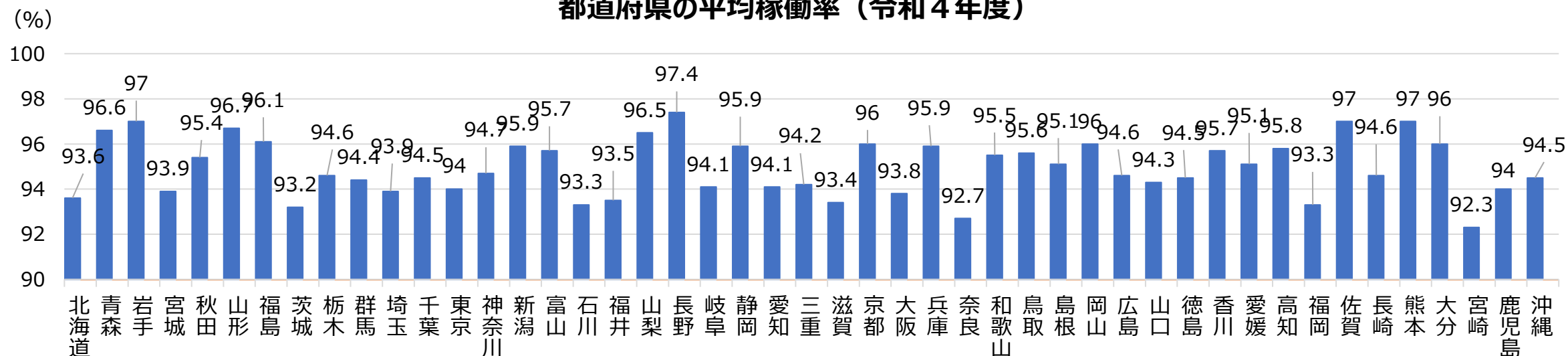
平均稼働率等について

出典：介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省)

全国の平均稼働率（5か年推移）



都道府県の平均稼働率（令和4年度）



1

医療ニーズ増大への対応

特養は、「健康管理及び療養上の世話」を行うための人員基準。（配置医師、看護体制）



透析、胃ろう・腸ろう、在宅酸素、気管カニューレ、インシュリン、悪性腫瘍の受入れができない施設があるなど、要介護3以上の要介護高齢者等の生活施設であるため、医療ニーズ増大への対応が課題となっている。

対策

特養の配置医師や看護職員の役割・機能強化によって、医療ニーズ増大への対応力向上が求められる。

参考：平成26年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）事業

特別養護老人ホームにおける看取りの推進と医療連携のあり方調査研究事業 看取り介護指針・説明支援ツール <https://mitte-x-img.istsw.jp/roushikyo/file/attachment/304137/mitori-kaigo-shishin.pdf>

2

看取りの状況・課題

看取りケアとは、近い将来、死が避けられないとされた人に対し、身体的苦痛や精神的苦痛を緩和・軽減するとともに、人生の最期まで尊厳ある生活を支援すること。

（全国老施協「看取り介護実践フォーラム」平成25年度）より

— 医師及び家族等と相談の上で、過剰な処置は行わない看取りケアを推奨 —



推進

更に多くの特養で看取りケアの実施が必要

時間	早朝			日中								夜間				深夜							
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4
月曜日	緊急時対応① 配置医師の 診療所での診療 外来時間対応 月曜～土曜 9:00～12:00			配置医師 週2時間勤務 木曜13:00～15:00								緊急時対応② 配置医師の 診療所での診療 外来時間対応 月曜～金曜 16:00～18:00				緊急時対応③ 配置医師へ連絡し指示を仰ぐ (配置医師の特養勤務、緊急時対応①②以外の緊急時対応) ▶配置医師が対応する場合は、配置医師緊急時対応加算 又は ▶協力医療機関による緊急時対応							
火曜日																							
水曜日																							
木曜日																							
金曜日																							
土曜日																							
日曜日																							
祝日	看護体制（常勤換算3.5名） 8:30～18:30の中で交代制																						

●配置医師 1名（開業医（無床診療所）） 嘱託医のため特養勤務は週2時間（木曜日 13:00～15:00）

参考1：人員基準は、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

参考2：配置医師緊急時対応加算の取得率は特養全体の3.46% ※

参考3：配置医師が常勤の施設は特養全体の1.96%（常勤医師配置加算の取得率）※

●看護体制 常勤換算：3.5名（常勤2名、非常勤3名） 勤務は8:30～18:30の中で交代制

参考4：人員基準は、利用者数に応じて配置（～30床：1名以上、31～50床：2名以上、51～130床：3名以上、130超は別途必要）

参考5：人員基準+1名以上（看護体制加算IIの取得）の施設の割合は、～30床：53.02%、31～50床：16.66%、51床～：43.04% ※

●協力医療機関 1か所（一般病院）

	配置医師の特養勤務
	配置医師の診療所での診療
	配置医師へ連絡し指示を仰ぐ

※ 各加算の算定率の出典は、社会保障審議会介護給付費分科会（第231回）資料より抜粋

3

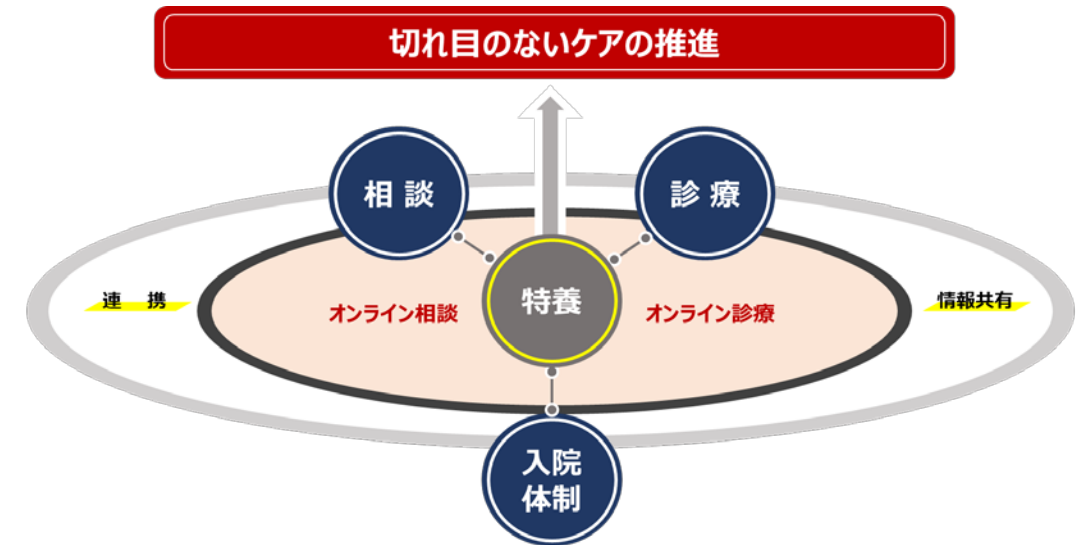
医療機関との連携・情報共有

- 特養などの介護保険施設における緊急時の対応を適切に行うこと
- 医師及び家族等との相談の上で、過剰な処置は行わない看取りケアを行うこと
- 認知症のある人への適切な支援や行動・心理症状の予防、早期対応の推進
- オンライン診療・相談の活用を進めるための具体的な取組を行うこと



推進

これまで以上に医療と介護の連携が不可欠



予測

2025年以降、後期高齢者の急増から現役世代の「急減」。

課題

人口構造の変化やそれに伴う「社会環境の変化」が見込まれる。

対策

その地域性や社会資源に応じた極めて効率的なものに「再編」していかなければならない。

主な「3点」

- 1** 特養は医療の提供の場ではないため、在宅医療と同様に考えるべきではあるが、在宅との相違点は看護職員が健康状態を常時把握しており、緊急を要する場合や医療的措置が必要となった場合に速やかに対応できる機能を備えているところである。特養のその機能をご理解いただき、地域医療構想の中で居宅等とは異なる位置づけを検討すべきと考える。
- 2** 配置医師のあり方・機能・役割について地域医療構想の中に位置づける必要がある。
- 3** 緊急時や夜間を含めたオンライン診療や、日常的に医師と特養等の介護施設が連絡・相談出来る仕組みなど特養等利用者の医療アクセスの向上が必要である。



参考資料 2

第5回 新たな地域医療構想等に関する検討会

新たな地域医療構想に向けた意見
参考資料集

令和6年5月31日

公益社団法人全国老人福祉施設協議会

P02 (1) 特別養護老人ホームの施設数と利用者数

P03 (2) 入所者の男女比率・要介護度と平均入所年数

P04 (3) 医療が必要な入所者と主な疾患

P05 (4) 入所者の入所前の居場所

P06 (5) 入所者の認知症の状況

P07 (6) 入所者の所得段階等

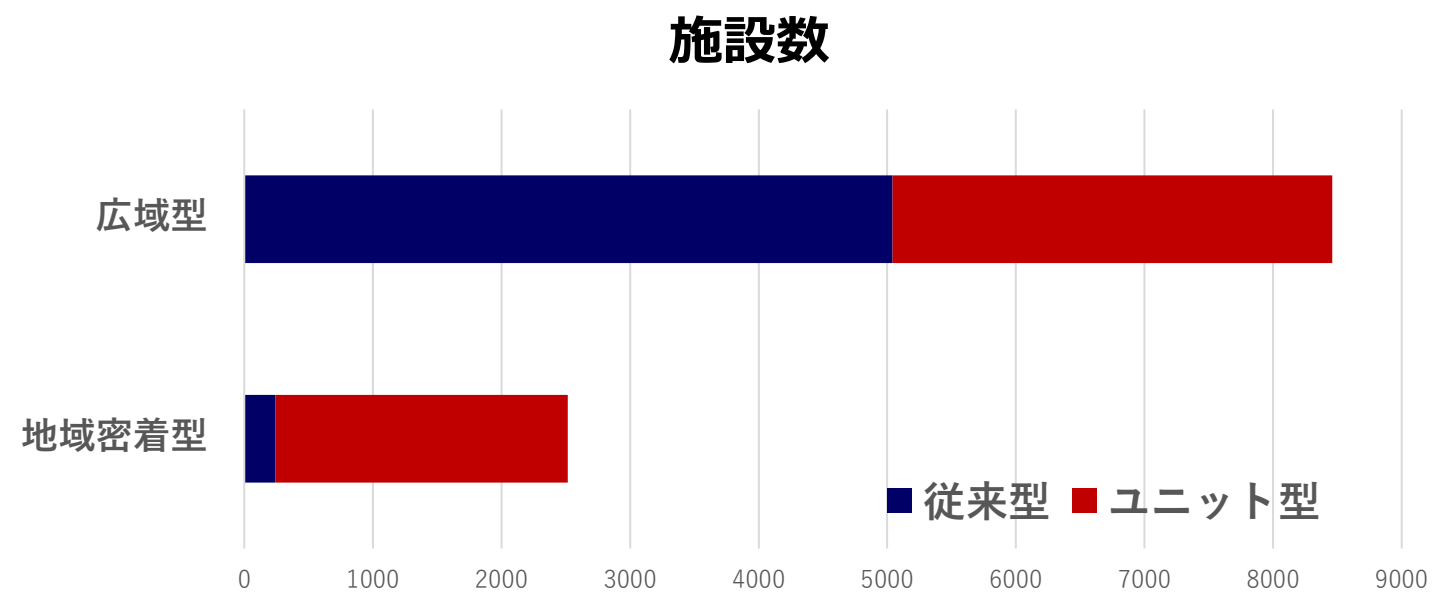
P08 (7) 退所者の状況

P09 (8) 令和4年度の入所申込者の状況

P10 (9) 稼働状況

(1) 特別養護老人ホームの施設数と利用者数

出典：介護給付費等実態統計(令和6年1月審査分)



利用者数

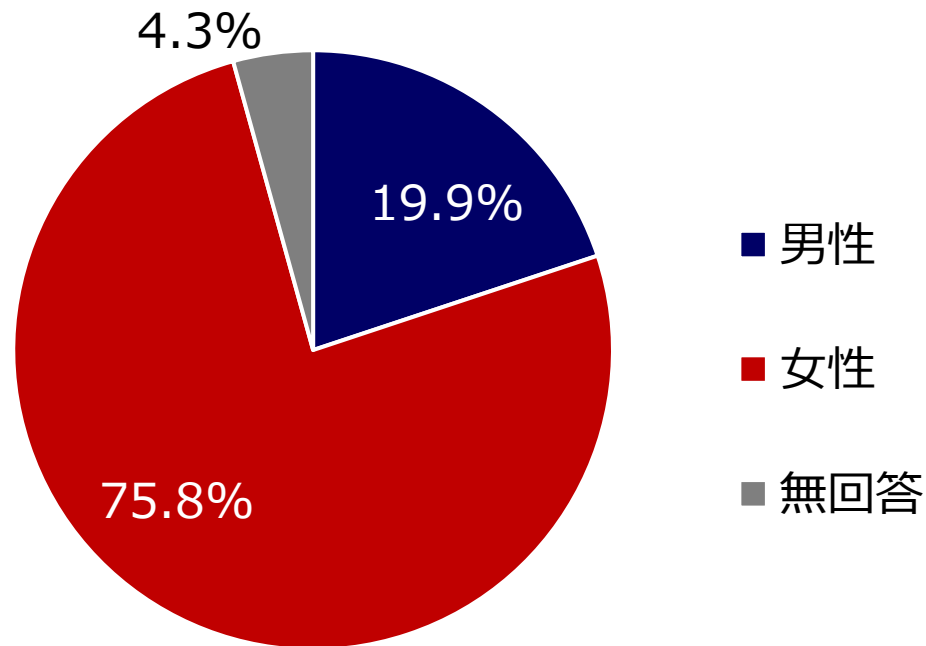
643,400人

	従来型	ユニット型	合計
広域型施設	5,041施設	3,419施設	8,460施設
地域密着型施設	241施設	2,275施設	2,516施設
			10,976施設

(2) 入所者の男女比率・要介護度と平均入所年数 n=100,871人

出典：全国老施協・第10回全国老人ホーム基礎調査
の回答を基に集計（令和4年4月1日時点）

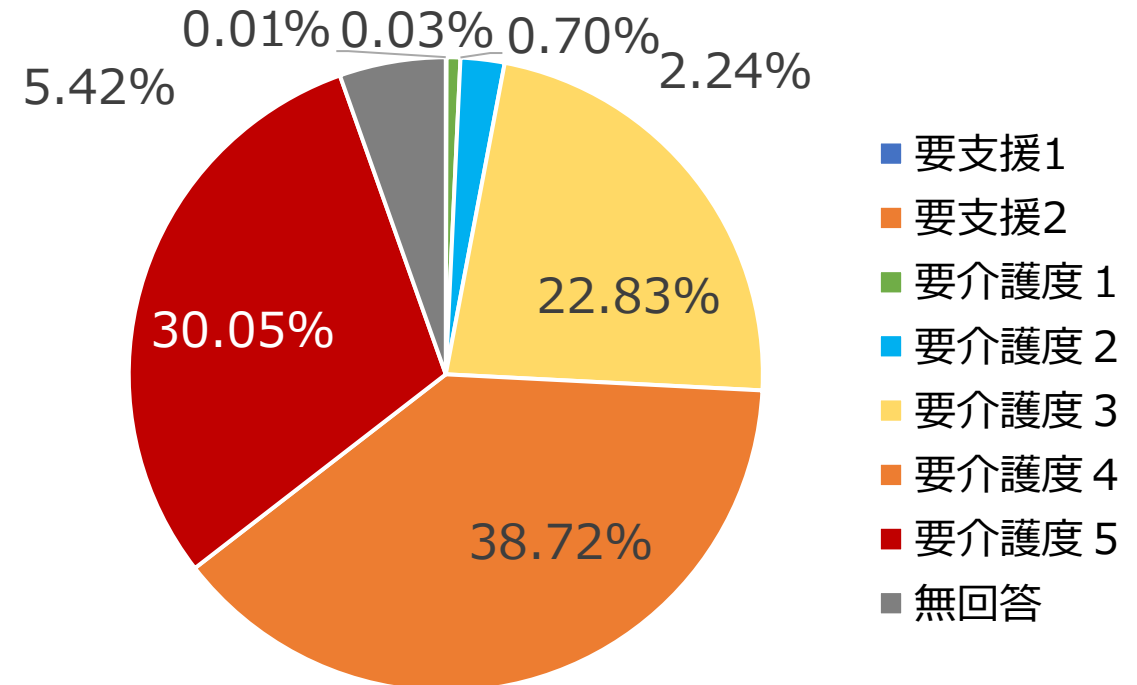
男女比率



平均入所年数

3年5カ月

要介護度（平均要介護度 4.0）

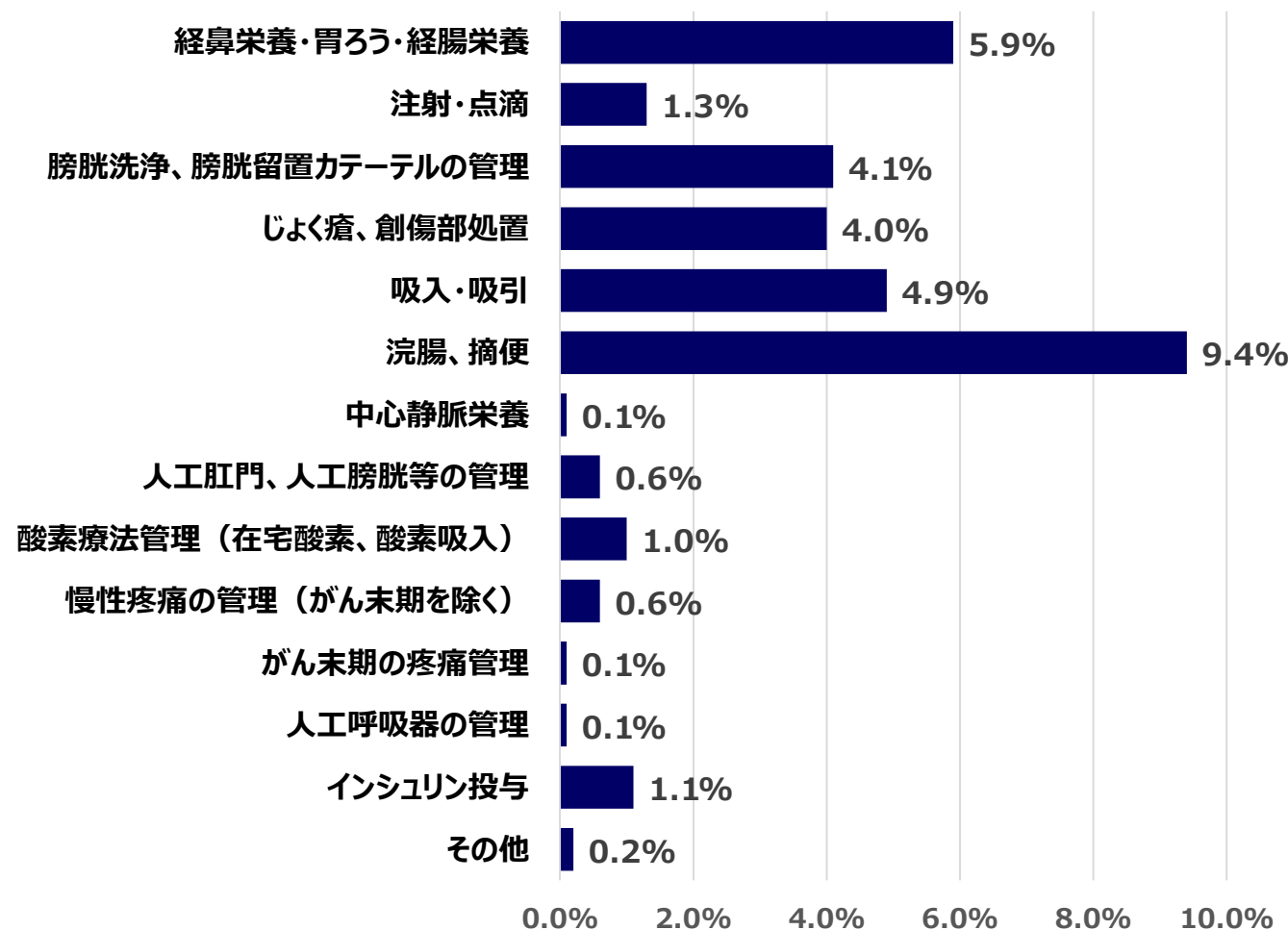


要支援1	0.01%	要介護3	22.83%
要支援2	0.03%	要介護4	38.72%
要介護1	0.70%	要介護5	30.05%
要介護2	2.24%	無回答	5.42%

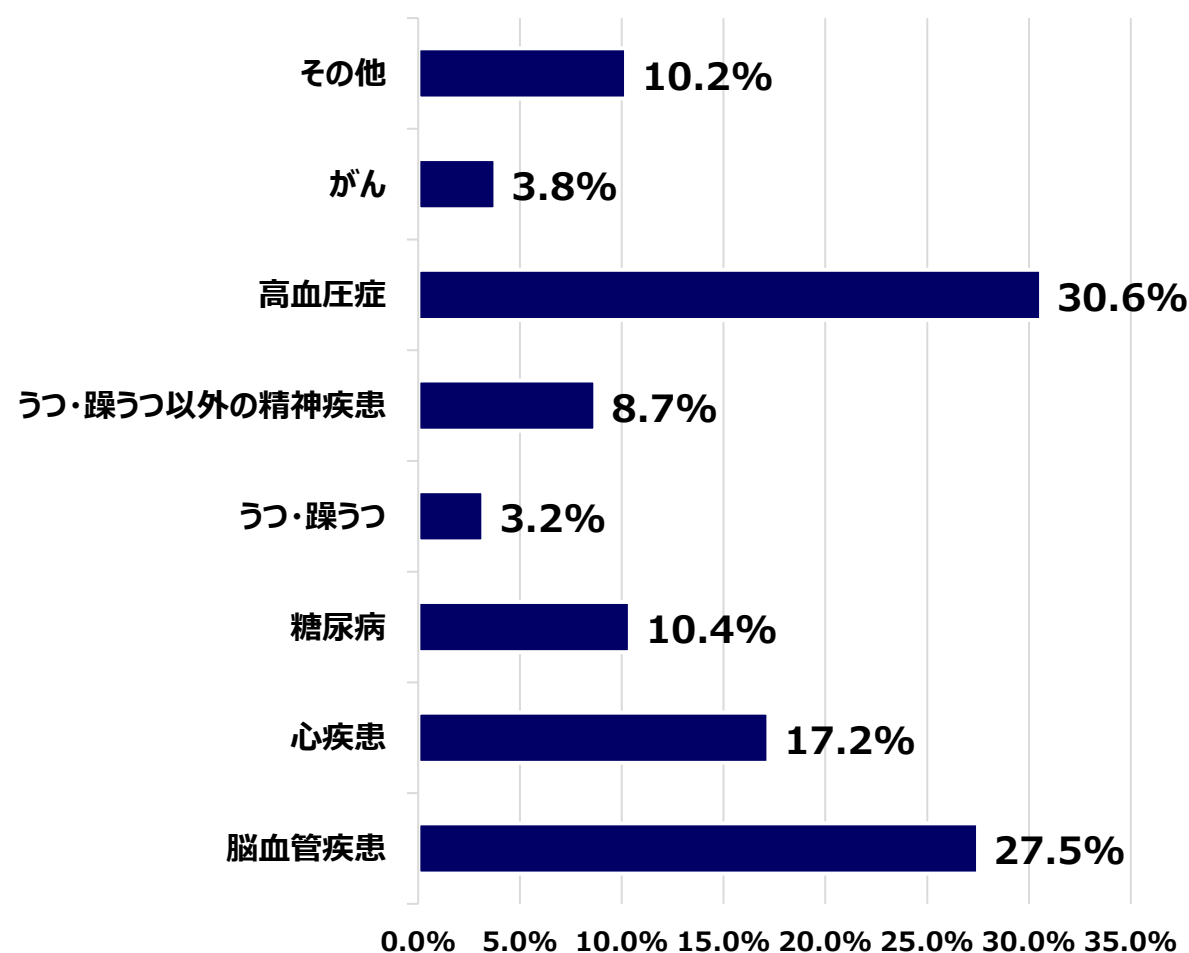
(3) 医療が必要な入所者と主な疾患 n=100,871人

出典：全国老施協・第10回全国老人ホーム基礎調査
の回答を基に集計（令和4年4月1日時点）

医療が必要な入所者



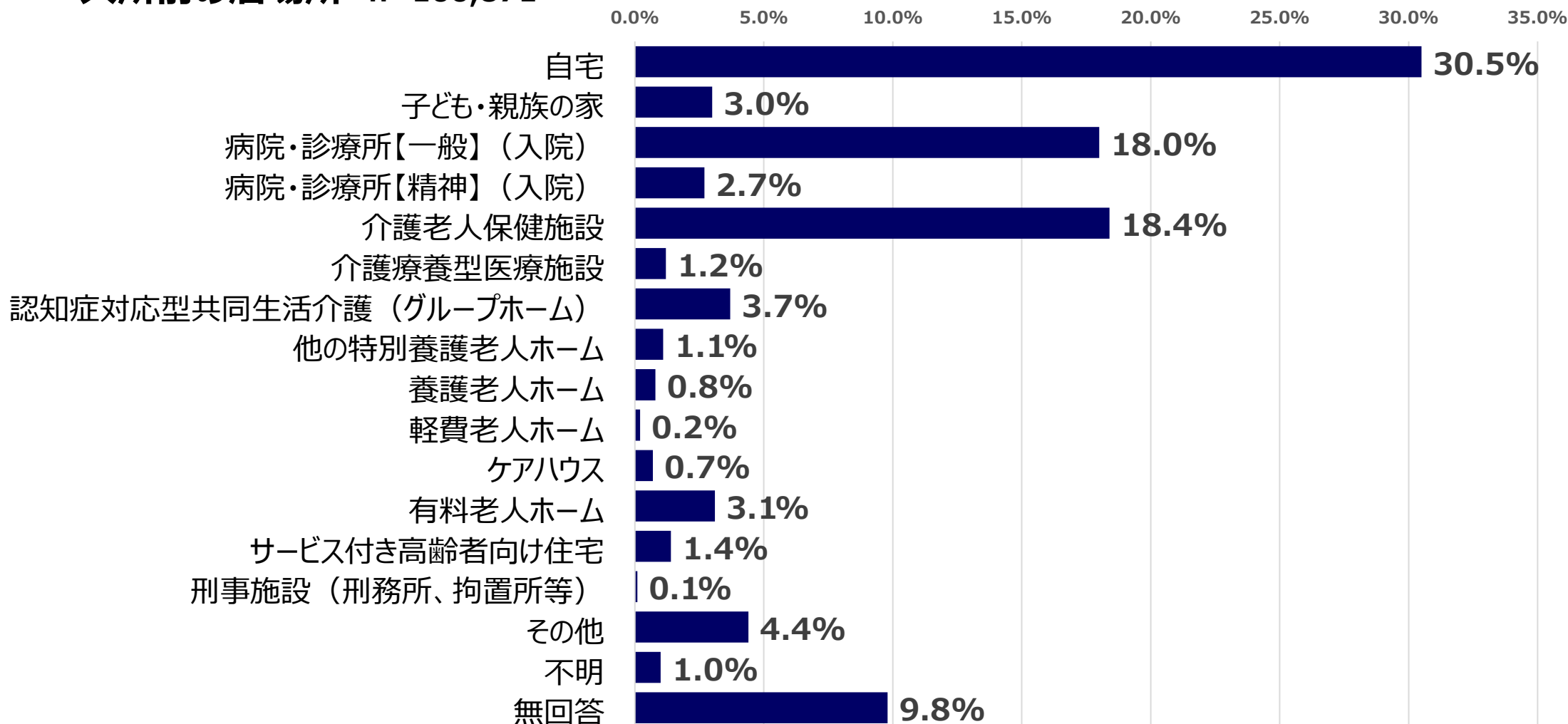
入所者の主な疾患



(4) 入所者の入所前の居場所

出典：全国老協・第10回全国老人ホーム基礎調査
の回答を基に集計（令和4年4月1日時点）

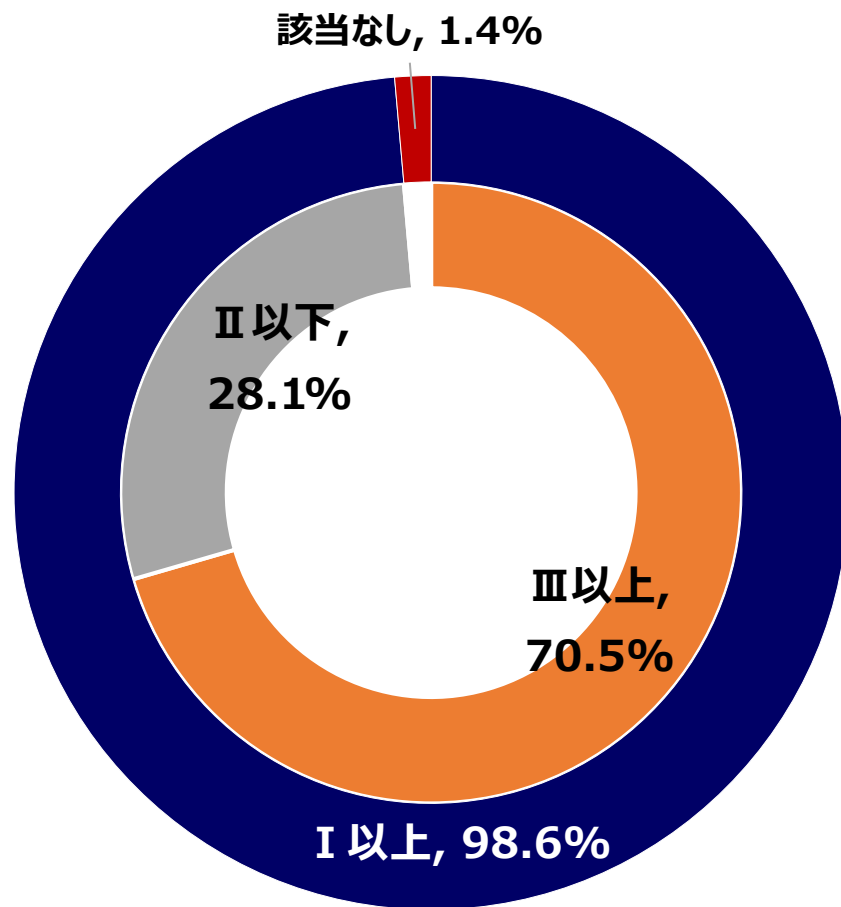
入所前の居場所 n=100,871



(5) 入所者の認知症の状況

出典：介護保険総合データベース任意集計(令和4年12月審査分)

認知症高齢者の日常生活自立度 n=565,128人



入所者全体
565,126人

日常生活自立度 I 以上

553,825人
98.6%

該当なし

11,303人
1.4%

うち日常生活自立度 III 以上

387,677人
70.5%

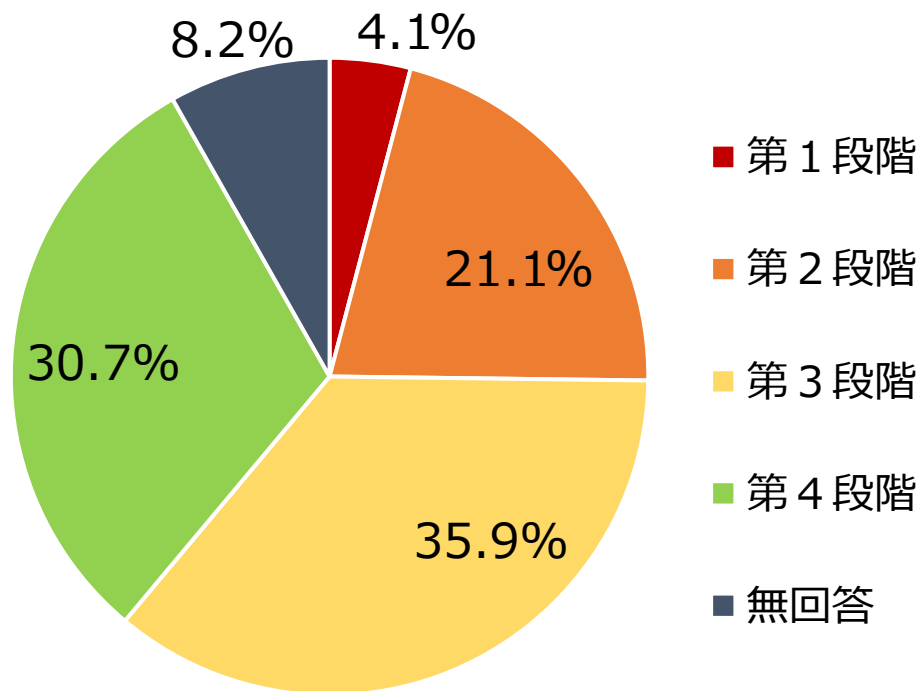
うち日常生活自立度 II 以下

166,148人
28.1%

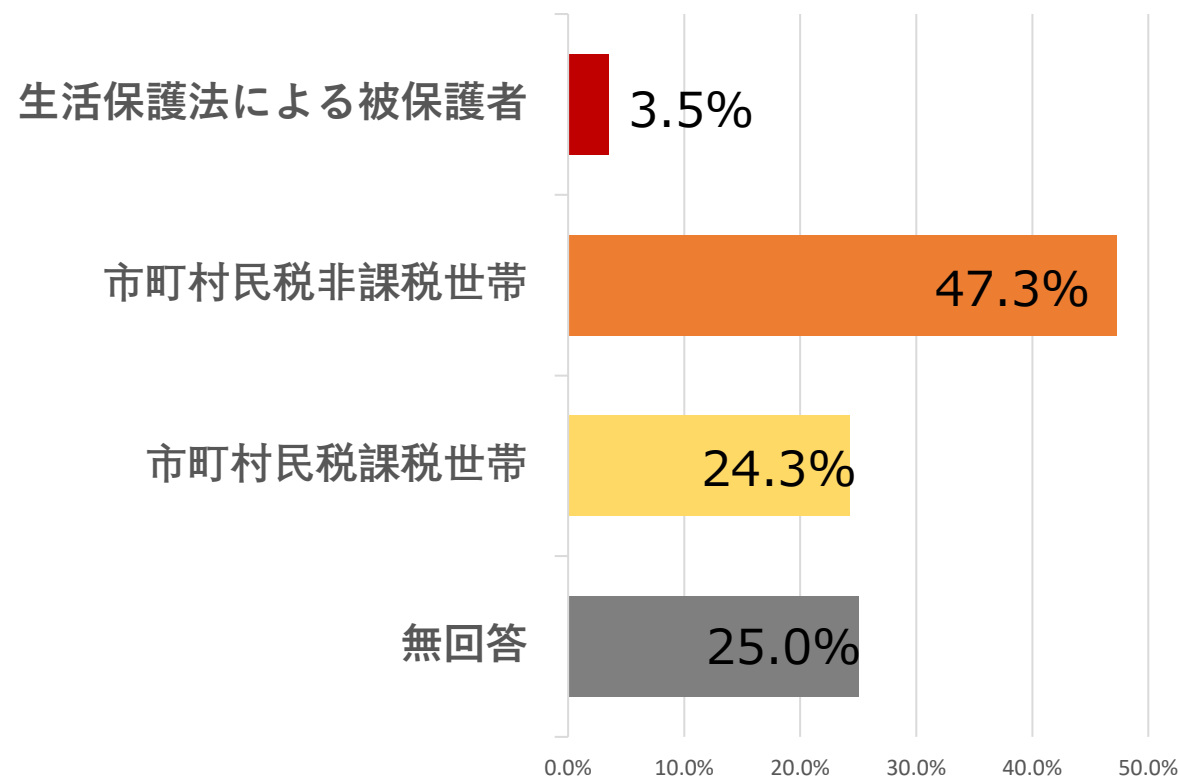
(6) 入所者の所得段階等 n=100,871人

出典：全国老施協・第10回全国老人ホーム基礎調査
の回答を基に集計（令和4年4月1日時点）

入所者の所得段階・所得段階別割合



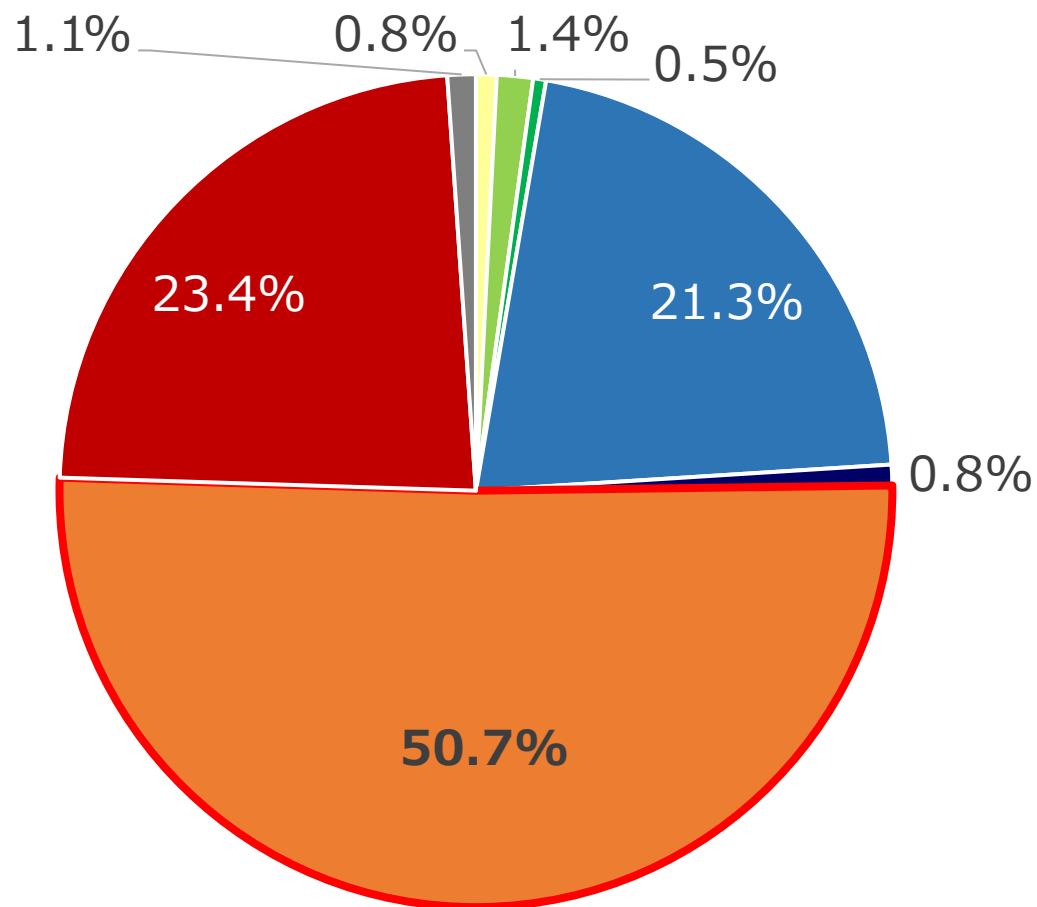
税額等による階層区分別入所者数



(7) 退所者の状況 n=28,648人

出典：全国老施協・第10回全国老人ホーム基礎調査の回答を基に集計（令和3年度の状況（令和3年4月1日～令和4年3月31日））

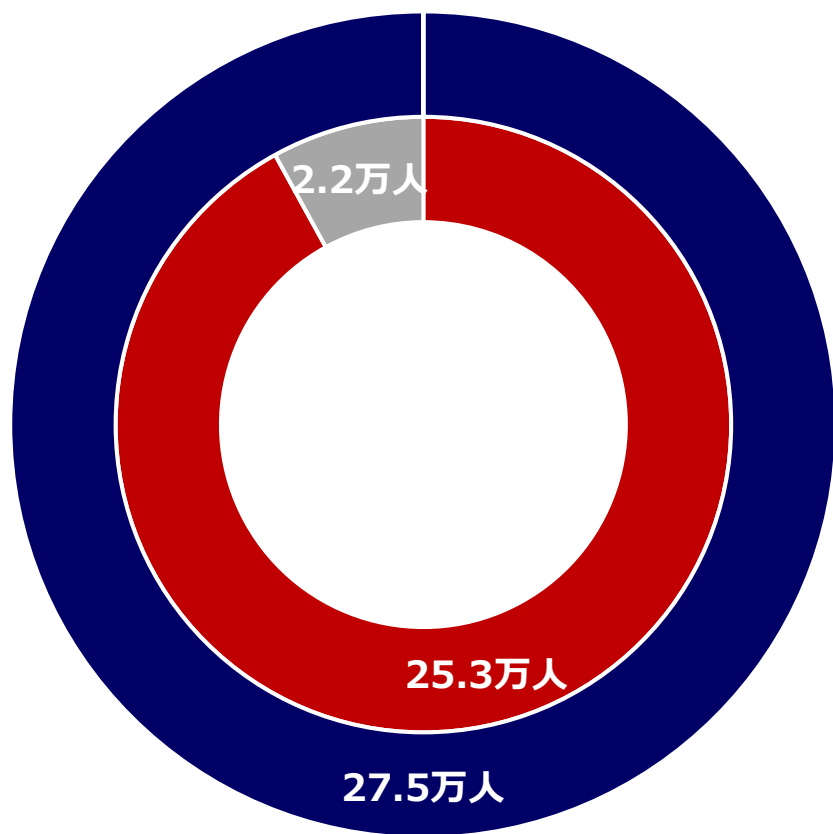
主な退所理由



在宅復帰	0.8%
他の社会福祉施設等へ	1.4%
介護老人保健施設	0.5%
医療機関【一般】（入院）	21.3%
医療機関【精神】（入院）	0.8%
死亡（施設内）	50.7%
死亡（入院中）	23.4%
その他	1.1%

(8) 令和4年度の入所申込者の状況

出典：厚生労働省・特別養護老人ホームの入所申込者の状況(令和4年度)に関する調査



入所申込者合計

27.5万人

うち要介護3以上

25.3万人

うち要介護2以下

2.2万人

都道府県別の状況

最小
徳島県
1,275人

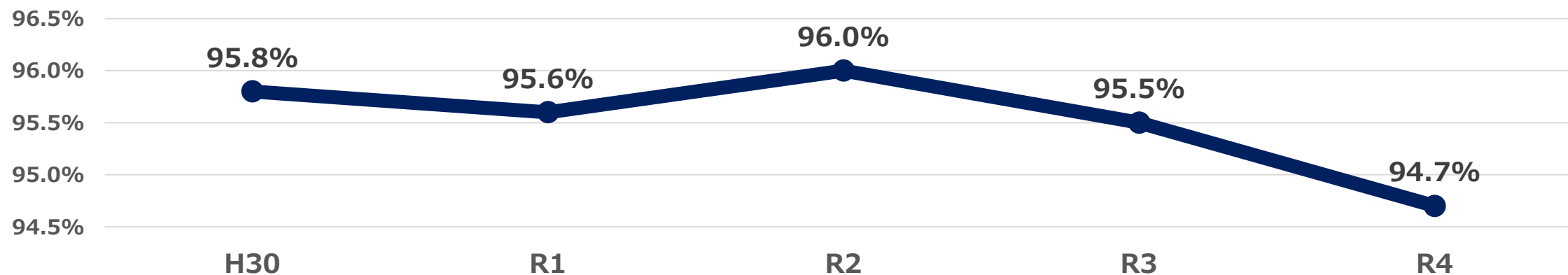
～

最大
東京都
21,495人

(9) 稼働状況

出典：介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省)

全国の平均稼働率（5か年推移）



都道府県の平均稼働率（令和4年度）

