令和 4 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

慢性期医療における介護医療院の役割に関する調査研究

報 告 書

令和 5（2023）年 3 月

みずほリサーチ＆テクノロジーズ株式会社

＜目　次＞

Ⅰ　事業の概要 1
１．背景・目的 1
２．調査の実施要領 2
（１）ヒアリング調査 2
Ⅱ　参考とした調査 4
１．日本介護医療院協会調査の概要 4
２．調査結果（一部抜粋） 5
（１）調査結果 5
（２）まとめ 12
Ⅲ　ヒアリング調査の結果 14
１．ヒアリング調査対象選定の観点の設定 14
（１）公開資料の整理 14
（２）有識者からのご意見等 16
（３）ヒアリング調査対象選定の観点 17
２．ヒアリング調査の実施概要 18
３．ヒアリング調査の結果概要 19
（１）介護医療院における医療提供 20
（２）自立支援・重度化防止に向けた取組 22
（３）看取りに関する取組 24
（４）慢性期医療において介護医療院が担うべきと考える役割 26
Ⅳ　ヒアリング調査実施記録 28
事例１．Ａ介護医療院 28
事例２・５．Ｂ介護医療院 34
事例３－１．Ｃ介護医療院 43
事例３－２．Ｄ介護医療院 49
事例４－１．Ｅ介護医療院 55
事例４－２．Ｆ介護医療院 62
事例６．Ｇ介護医療院 69
Ⅴ　総括 76
■介護医療院は「医療提供施設」である 76
■多職種連携による自立支援・重度化防止に向けた取組 77
■介護医療院における看取りに関する取組 78
■各地域での慢性期医療において介護医療院が担うべきと考える役割 79
■まとめ 80

事業の設計・実施・取りまとめに当たり、有識者委員会を設置した。

【委員会委員】

氏　名	所属・役職
井川　誠一郎	日本慢性期医療協会　副会長
江澤　和彦	医療法人和香会　理事長
猿原　大和	医療法人社団和恵会　理事長
進藤　晃	医療法人財団利定会　理事長
○　鈴木　龍太	日本介護医療院協会　会長
中島　秋津	東京都福祉保健局高齢社会対策部施設支援課長

（○：座長，敬称略、五十音順）

【オブザーバー】

阿波　圭介	厚生労働省　老健局　老人保健課　調整官
佐野　隆一郎	厚生労働省　老健局　老人保健課　課長補佐
橋本　萌子	厚生労働省　老健局　老人保健課　老人保健施設係

【事務局（みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社)】

近藤　拓弥	社会政策コンサルティング部　主任コンサルタント
松尾　佑太	社会政策コンサルティング部　コンサルタント
杉浦　健司	社会政策コンサルティング部　コンサルタント
吉井　元汰	社会政策コンサルティング部　コンサルタント
谷口　歩	社会政策コンサルティング部　コンサルタント

Ⅰ　事業の概要

１．背景・目的

介護医療院は「医療の必要な要介護者の長期療養・生活施設」として、平成 30 年 4 月に創設された。

それから現在までに約 5 年が経過し、令和 4 年 12 月時点では、施設数は 751 施設、療養床数は 44689 床となっている。

介護医療院は、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護のニーズを併せ持つ高齢者に対応するため、医療処置等が必要で自宅や特別養護老人ホーム等での生活が困難な高齢者にも対応できる受け皿となることが期待されており、①「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の機能と、②「生活施設」としての機能とを兼ね備えた施設として、制度設計されている。

長期療養を必要とする要介護者の増加が予測される中、医療提供施設として、長期療養者に対して必要な医療と介護を提供する介護医療院の重要性はさらに増していくと考えられる。

介護医療院は「医療提供施設」と「生活施設」の双方の側面を持ち、いずれも重要な機能である。そのうち、各施設における開設に向けた取組や生活施設としての機能を高めるための取組等をとりまとめた事例集は既に厚生労働省の別事業（介護医療院開設移行状況把握及び研修等一式）にて作成されている。

そのため、本事業では、介護医療院の「医療提供施設」の側面に着目する形で、好事例集など、介護医療院の機能の向上及び今後の検討に資する資料を作成することを目的として、以下のような介護医療院における医療提供等の実態についてヒアリングを実施した。

・多様な医療ニーズへの対応
・自立支援・重度化防止（経管栄養からの離脱など）の取組
・介護を必要とする重度療養者の積極的受入
・がん、心不全、呼吸器疾患など、様々な状況下での看取り対応　等

２．調査の実施要領

本事業では、ヒアリング調査を行った。以下に概要を説明する。

（１）ヒアリング調査

①調査対象・観点

本調査では、介護医療院７施設を調査対象とした。

「Ⅲ　ヒアリング調査の結果」にて詳細は後述するが、本調査では、日本介護医療院協会が実施した調査、公開資料、検討会における有識者からのご意見を踏まえ、「調査対象選定の観点」と「特にお伺いしたい内容」を以下の表の通り、整理した。

このうち観点②及び⑤は同一施設へのヒアリングにてお伺いする形とした。

図表　調査対象・観点（ヒアリング調査）

観点	特にお伺いしたい内容 （キーワード）
①日常的な医学管理	病院と併設していないⅠ型の介護医療院における医療処置の実践
②重度療養者の受け入れ	重度療養者（特に末期がん患者）の受け入れ状況
③看取り	看取りに係る取組のうち、特に本人参加の意思確認カンファの実施等、ACP の取組
	病院と併設していないⅡ型の介護医療院における看取りの取組
④自立支援・重度化防止	リハビリ（特別診療費の算定、多職種連携）の取組
	在宅復帰に向けた、体制作り等の自立支援の取組
⑤新型コロナ	新型コロナウイルス感染症患者への対応
⑥特養・老健との比較	介護老人保健施設から移行した、Ⅱ型介護医療院

②調査方法

事前質問紙によるアンケート調査及びヒアリング調査を行った。

ヒアリング調査は対面もしくはリモートにて実施した。

③調査項目

主な調査項目は以下の通りである。

図表　主な調査項目（ヒアリング調査）

介護医療院におけるサービス提供実態
・医療処置の実施状況について
・自立支援・重度化防止に向けた取組について
・看取りに関する取組について　等
慢性期医療において介護医療院が担うべきと考える役割
・介護医療院が慢性期医療において担うべきと考える機能
・移行前の施設類型と、移行後の介護医療院で担うべきと考える機能の違い
・現在自院（並びに併設医療機関）が地域の中で担うべきと感じる機能　等
観点別ヒアリング項目（施設ごとに①～⑥のうち１項目をお伺い）
①日常的な医学管理
②重度療養者の受け入れ
③看取り
④自立支援・重度化防止
⑤新型コロナ
⑥特養・老健との比較

Ⅱ　参考とした調査

１．日本介護医療院協会調査の概要

令和 4 年 6 月に日本介護医療院協会によりアンケート調査が実施された。対象は介護医療院 693 施設で、調査票の回収数は 141 件（回収率 20.3%、療養床計 9,776 床）であった。

図表　調査票の回収状況

票種／施設種別	発送数	有効回答数	有効回答率
介護医療院	693	141	20.3%

２．調査結果（一部抜粋）

（１）調査結果

①Ⅰ型・Ⅱ型の特徴

開設場所について、Ⅰ型では「病院建物内併設」が 88.5%を占める一方で、Ⅱ型では「病院建物内併設」は 56.8%で、「独立」は 16.2%であった。

入所経路については、Ⅰ型、Ⅱ型ともに、病院からの入所が最も多い（Ⅰ型 90.3%、Ⅱ型 83.6%）が、Ⅱ型ではⅠ型と比較して、「老人保健施設」と「自院の在宅復帰系以外の病棟」からの入所が多い。

図表　開設場所（n=141 施設）　比率（%）

	全体	Ⅰ型	Ⅱ型
回答施設数	141	104	37
病院建物内併設	80.1	88.5	56.8
病院敷地内併設	7.8	5.8	13.5
独立	5.7	1.9	16.2
その他	6.4	3.8	13.5

図表　新入所者数と入所経路（2022 年 4 月～6 月までの 3 か月間）（n=132 施設）　比率（%）

	全体	Ⅰ型	Ⅱ型
2022 年４月から６月までの３か月間における新入所者総数	1,962	1,513	449
自宅から	2.9	3.0	2.4
自宅系老人施設（有料老人ホーム・特養等）から	3.0	3.0	3.1
老人保健施設から	4.5	2.7	10.7
自院の在宅復帰系病棟から	21.9	24.1	14.3
自院の上記以外の病棟から	29.4	24.5	46.1
他院の在宅復帰系の病棟から	20.9	23.1	13.4
他院の上記以外の病棟から	16.6	18.6	9.8
その他	0.8	0.9	0.2

②退所先

在宅復帰（退所先が「自宅」もしくは「自宅系老人施設」）した退所者は、Ⅰ型で 7.1%、Ⅱ型で 11.5%であった。

死亡退所者は、Ⅰ型の方が割合が高く（Ⅰ型 62.0%、Ⅱ型 50.7%）、特にⅡ型の独立型では、死亡退所の割合が低く、他院への退所の割合が高い。

図表　退所者数と退所先（2022 年 4 月～6 月までの 3 か月間）(n=130 施設)　比率（%）

	全体	Ⅰ型	Ⅱ型			
				病院建物内併設 病院敷地内併設	独立	その他
2022 年４月から６月までの３か月間における退所者総数	1,669	1,399	270	170	72	28
自宅へ	2.7	2.5	3.7	4.1	2.8	3.6
自宅系老人施設(有料老人ホーム・特養等)へ	5.1	4.6	7.8	11.2	2.8	0.0
老人保健施設へ	4.3	4.3	4.4	5.9	2.8	0.0
自院の在宅復帰系病棟へ	4.6	4.3	6.3	6.5	2.8	14.3
自院の上記以外の病棟へ	13.0	13.7	9.6	14.1	0.0	7.1
他院の在宅復帰系病棟へ	3.4	2.4	8.1	4.1	20.8	0.0
他院の上記以外の病棟へ	6.2	5.6	9.3	0.6	23.6	25.0
死亡退所	60.2	62.0	50.7	53.5	44.4	50.0
その他	0.6	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0

③医療行為の実施状況

リハビリテーション（以下「リハビリ」という）の実施頻度は高く、70%以上の施設で何らかのリハビリを実施している。例えば、理学療法では、100 床あたり 79 例に 587 回理学療法を実施しているので、一人の患者あたり 7.4 回実施している。

減算も実施されており、積極的なリハビリが展開されている様子がうかがえる。

図表　2022 年 5 月に請求した特別診療費の取得状況（n=141 施設）

	取得施設数	回答施設に占める比率（%）	取得施設における件数（平均）（100 床換算）	取得施設における延べ回数（平均）（100 床換算）
理学療法	99	70.2	79	587
理学減算　※	62	44.0	35	205
作業療法	81	57.4	60	437
作業減算　※	48	34.0	21	142
言語聴覚療法	52	36.9	47	324
言語聴覚減算　※	30	21.3	23	194

※「理学減算、作業減算、言語聴覚減算」について
理学療法、作業療法、言語聴覚療法について、「入所した日から起算して４月を超えた期間において、１月に合計 11 回以上行った場合は、11 回目以降のものについては所定単位数の 100 分の 70 に相当する単位数を算定する」ことを指す。いわゆるペナルティ等に該当するものではない。

実施施設が 80%を上回る医療行為としては、「血液検査」「経鼻経管、胃ろうによる栄養投与・交換」「酸素投与」「抗生剤末梢点滴治療（肺炎、尿路感染等）」「膀胱カテーテル管理」があった。

実施施設が 30%を下回る医療行為としては、「末期がん患者の受け入れ（緩和目的）」「中心静脈ライン」「気管切開のケア」「麻薬による疼痛ケア」「抗がん剤投与（経口、点滴含む）」があった。

図表　医療行為の実施状況（2022 年 4 月～6 月までの 3 か月間）（n=141 施設）

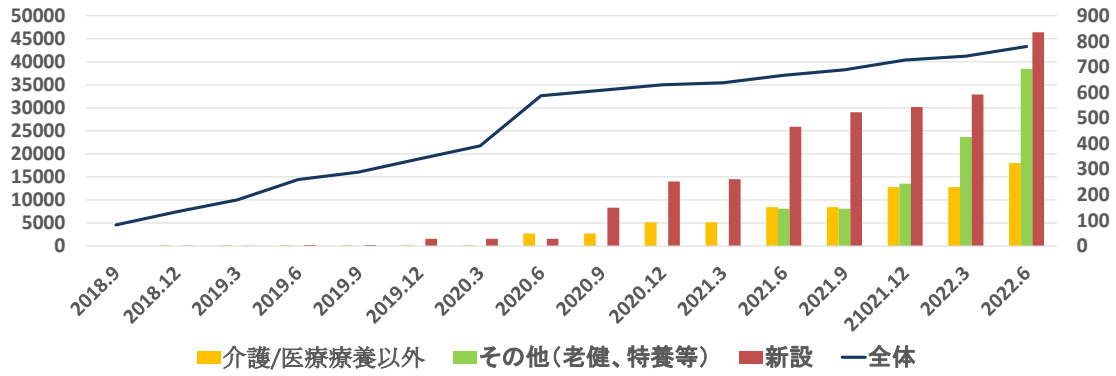
	実施施設数	回答施設に占める比率（%）	実施施設における実施例数（平均）（100 床換算）
他院外来受診数	79	56.0	7
病院への救急搬送数	41	29.1	2
末期がん患者の受け入れ（緩和目的）	34	24.1	6
抗生剤末梢点滴治療（肺炎、尿路感染等）	116	82.3	22
脱水・熱中症等に対する末梢補液点滴治療	83	58.9	18
中心静脈ライン	36	25.5	15
その他点滴治療	90	63.8	19
インスリン投与	99	70.2	9
褥瘡・創傷治療（デブリ、持続吸引等）	97	68.8	12
酸素投与	122	86.5	17
気管切開のケア	28	19.9	5
経鼻経管、胃ろうによる栄養投与・交換	122	86.5	69
歯科治療	93	66.0	30
持続モニター	96	68.1	13
膀胱カテーテル管理	115	81.6	20
人工肛門管理	61	43.3	3
麻薬による疼痛ケア	15	10.6	6
抗がん剤投与（経口、点滴含む）	14	9.9	3
CT scan MRI	97	68.8	23
血液検査	123	87.2	94
うち、定期的な血液検査	98	69.5	65
その他	5	3.5	19

④老健からの移行

従来型老健からの移行が、2021 年 6 月以降、増加している。

介護医療院を開設して「よかった」と思われることを尋ねたところ、「老健より医療行為がしやすい」との回答が、23.3%であった。

図表　介護医療院の移行元の施設（2022 年 6 月 30 日時点）



図表　介護医療院を開設して「よかった」と思われること（複数回答）（n=120 施設）

	施設数	比率（%）
収益が増加した	42	35.0
医療区分１の利用者の居場所ができた	53	44.2
老健より医療行為がしやすい	28	23.3
施設の将来像が見えた	18	15.0
住まいとしての環境があるのがよい	35	29.2
職員のモチベーションが上がった	18	15.0
利用者のプライバシーが確保できた	32	26.7
抑制をしないようになった	21	17.5
介護療養病床・経過措置が廃止になる心配がなくなった	59	49.2
助成金で改修、新築ができた	27	22.5
移行支援加算がもらえた	68	56.7
地域との交流、地域貢献ができた	8	6.7

⑤新型コロナウイルス感染症への対応

入所者における 2020 年 1 月から 2022 年 6 月末までの新型コロナウイルス感染状況について尋ねたところ、当該感染に伴い治療等を行った施設がみられた。

具体的には「陽性者が出て介護医療院内でしばらく隔離治療した」が 13.6%、「新型コロナウイルス感染症関連の死亡者が出た」が 2.9%、「ポストコロナ患者（下り搬送）を受け入れた」が 5.0%であった。

図表　入所者における 2020 年 1 月から 2022 年 6 月末までの新型コロナウイルス感染状況（複数回答）（n=140 施設）

	施設数	比率（%）
陽性者は出なかった	112	80.0
陽性者は出たが、当日別病院へ転院した。	9	6.4
陽性者は出たが、当日同施設の病棟へ転棟した	8	5.7
陽性者が出て介護医療院内でしばらく隔離治療した	19	13.6
新型コロナウイルス感染症関連の死亡者が出た	4	2.9
ポストコロナ患者（下り搬送）を受け入れた	7	5.0

⑥看取り

介護医療院で実施されている意思確認カンファは、2022 年 4 月～6 月で 2249 回あったが、そのうち、本人が参加できたものは、136 回（6.0%）であった。

2021 年の調査と比べると、若干増えてはいるものの、平均要介護度が 4 以上で、本人の意思表示が困難な入所者の多い介護医療院では、本人参加は難しい状況がうかがえる。

図表　介護医療院での本人参加した看取りカンファの実施状況

	日本介護医療院協会調査 2021 年 4-6 月	日本介護医療院協会調査 2022 年 4-6 月
意思確認カンファレンス延べ回数	1,823 回	2,249 回
本人参加（ACP）	27 回（1.5%）	136 回（6.0%）

⑦介護医療院の開設の収益への影響

「介護医療院の開設は収益上よかったか」を尋ねたところ、「移行前より収益が増えた」との回答が 45.8%であり、経営的に良い効果があったという回答が多かった。

図表　介護医療院の開設は収益上よかったか（n=131 施設）

	施設数	比率（%）
移行前より収益が増えた	60	45.8
変わらない	35	26.7
移行前より収益が減った	27	20.6
わからない	9	6.9

（２）まとめ

日本介護医療院協会の調査結果のポイントを、以下のとおり、整理した。

◇Ⅰ型・Ⅱ型の特徴

○開設場所について、Ⅰ型では「病院建物内併設」が 88.5%を占める一方で、Ⅱ型では「病院建物内併設」は 56.8%で、「独立」では 16.2%であった。

○入所経路については、Ⅰ型、Ⅱ型ともに、病院からの入所が最も多い（Ⅰ型 90.3%、Ⅱ型 83.6%）が、Ⅱ型ではⅠ型と比較して、「老人保健施設」と「自院の在宅復帰系以外の病棟」からの入所が多い。

◇退所先

○在宅復帰（退所先が「自宅」もしくは「自宅系老人施設」）した退所者は、Ⅰ型で 7.1%、Ⅱ型で 11.5%であった。

○死亡退所者は、Ⅰ型の方が割合が高く（Ⅰ型 62.0%、Ⅱ型 50.7%）、特にⅡ型の独立型では、死亡退所の割合が低く、他院への退所の割合が高い。

◇医療行為の実施状況

○リハビリの実施頻度は高く、70%以上の施設で何らかのリハビリを実施している。例えば、理学療法では、100 床あたり 79 例に 587 回理学療法を実施しているので、一人の患者あたり 7.4 回実施している。減算も実施されており、積極的なリハビリが展開されている様子がうかがえる。

○実施施設が 80%を上回る医療行為としては、「血液検査」「経鼻経管、胃ろうによる栄養投与・交換」「酸素投与」「抗生剤末梢点滴治療（肺炎、尿路感染等）」「膀胱カテーテル管理」があった。

○実施施設が 30%を下回る医療行為としては、「末期がん患者の受け入れ（緩和目的）」「中心静脈ライン」「気管切開のケア」「麻薬による疼痛ケア」「抗がん剤投与（経口、点滴含む）」があった。

◇老健からの移行

○従来型老健からの移行が、2021 年 6 月以降、増加している。

○介護医療院を開設して「よかった」と思われることを尋ねたところ、「老健より医療行為がしやすい」との回答が、23.3%であった。

◇新型コロナウイルス感染症への対応

○入所者における 2020 年 1 月から 2022 年 6 月末までの新型コロナウイルス感染状況について尋ねたところ、当該感染に伴い治療等を行った施設がみられた。

○具体的には「陽性者が出て介護医療院内でしばらく隔離治療した」が 13.6%、「新型コロナウイルス感染症関連の死亡者が出た」が 2.9%、「ポストコロナ患者（下り搬送）を受け入れた」が 5.0%であった。

◇看取り

○介護医療院で実施されている意思確認カンファは、2022 年 4 月～6 月で 2249 回あったが、そのうち、本人が参加できたものは、136 回（6.0%）であった。

○2021 年の調査と比べると、若干増えてはいるものの、平均要介護度が 4 以上で、本人の意思表示が困難な入所者の多い介護医療院では、本人参加は難しい状況がうかがえる。

◇介護医療院の開設の収益への影響

○「介護医療院の開設は収益上よかったか」を尋ねたところ、「移行前より収益が増えた」との回答が 45.8%であり、経営的に良い効果があったという回答が多かった。

Ⅲ　ヒアリング調査の結果

１．ヒアリング調査対象選定の観点の設定

本調査の実施にあたり、日本介護医療院協会が実施した調査、公開資料、検討会における有識者からのご意見を踏まえ、介護医療院における医療提供として着目する観点を整理した。

（１）公開資料の整理

①介護医療院の概要

「介護医療院開設に向けたハンドブック（令和 4 年 3 月版)」において、「介護医療院の概要」として以下の記載がある。そのうち、医療提供と関連が深いと考えられる部分に下線を引いた。

医療提供に係る文言としては、**「日常的・継続的な医学管理」「看取りやターミナルケア」「身体拘束ゼロに向けた取組」「多職種連携」**が挙げられる。

> ○介護医療院は「医療の必要な要介護者の長期療養・生活施設」として、平成 30 年 4 月より創設された介護保険施設です。
>
> ○今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護のニーズを併せ持つ高齢者に対応するため、医療処置等が必要で自宅や特別養護老人ホーム等での生活が困難な高齢者にも対応できる受け皿となることが期待されます。
>
> そのため介護医療院は、①「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の機能と、②「生活施設」としての機能とを兼ね備えた施設として、制度設計されました。
>
> ○したがって、介護医療院には、利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重や家族や地域住民との交流が可能となる環境や、経管栄養や喀痰吸引等を中心とした日常的・継続的な医学管理や、充実した看取りやターミナルケアを実施する体制が求められます。この他にも、身体拘束ゼロに向けた取組や医師も含めたケアカンファレンスによる多職種連携など、サービスの質の向上に向けた取組を実施することも重要な要素としています。

②施設基準上の記載（医療提供）

介護報酬上の施設基準のうち、医療提供と関連が深いと考えられる部分について、以下の表に抜粋した。（表内の基準値等は、「Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ)」を用いた。）

医療提供に係る文言としては、**「リハビリ」「重篤な身体疾病・身体合併症を有する認知症高齢者」「喀痰吸引・経管栄養」「ターミナルケア」**が挙げられる。

図表　介護報酬上の施設基準（抜粋）

概要	記載内容
リハビリの実施	入所者等に対し、生活機能を維持改善するリハビリテーションを実施していること
重篤な身体疾病・身体合併症を有する認知症高齢者の入所	入所者等のうち重篤な身体疾病を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が百分の五十以上であること
喀痰吸引、経管栄養等の実施	入所者等のうち喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が百分の五十以上であること
ターミナルケアの実施	入所者等のうち次のいずれにも適合する（※ターミナルケアに係る計画の作成やターミナルケアの実施等）者の占める割合が百分の十以上であること

③施設基準上の記載（職員配置）

介護医療院の職員配置の特徴として、Ⅰ型介護医療院では宿直を行う医師の配置を行う必要があることが挙げられる（Ⅱ型介護医療院や老健では必須ではない）。

また､看護職員と介護職員の配置について､Ⅰ型介護医療院では看護職員 6:1 と介護職員 5:1、Ⅱ型介護医療院では看護職員 6:1 と介護職員 6:1 であるのに対し、老健では看護職員と介護職員合わせて 3:1（看護 2/7）となっており、老健と比べて看護職員の配置が手厚くなっている。

リハビリ専門職、薬剤師、栄養士、介護支援専門員、診療放射線技師等の配置も求められており、特に診療放射線技師の配置が求められているところが老健と異なる介護医療院の特徴である。

④令和３年度介護報酬改定における改定点（抜粋）

令和３年度介護報酬改定のうち、本調査の観点である医療提供に係る部分について、介護医療院における主な改定点を抜粋した。

◇「看取り」の充実について

○「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を基本報酬の算定要件で求める。
○看取りの場として、介護医療院などは、医療や生活の場としての設備・体制が整っていることから、看取り期の本人・家族との十分な話し合いや、他の関係者との連携を一層充実させる。
○サービス提供にあたっては、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求める。

◇「栄養ケア・マネジメント」の充実について

○栄養マネジメント加算を廃止し、栄養ケア・マネジメントを基本サービスとして行う。このため、現行の栄養士（管理栄養士）の配置を位置付け、入所者ごとの状態に応じた栄養管理を計画的に行うことを求める。
○栄養ケア・マネジメントが実施されていない場合は、基本報酬を減算する。低栄養リスクが高い者のみを対象とする低栄養リスク改善加算について、入所者全員への栄養ケアの実施や栄養ケアに係る体制の充実を評価する加算に見直す。
○管理栄養士の配置について、常勤換算方式による確保を求めることとする。

◇「自立支援・重度化防止」の取組について

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組を一体的に運用し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、見直しを行う。
○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。

（２）有識者からのご意見等

①第１回検討会でのご発言

令和４年１２月７日実施の第１回検討会では、主に下記の通りご意見をいただいた。

◇介護医療院の役割について

○緩和ケアや緩和医療を実施している介護医療院は一定数あるのではないかと思う。
○地方によって介護医療院入所者の状態像が違うのではないかという印象を持った。介護医療院に来る方は、リハビリをすることで場合によっては自宅復帰することがあり得るとのこともこれまでの認識とやや違う部分であった。

◇介護医療院の特色について

○喀痰吸引や経管栄養など医療処置が必要な患者さんが多くいるというのが介護医療院の大きな特徴であるため、そのように対応が必要な患者さんが多い中でも全体としてどのようにきめ細かく提供しているかは、一つポイントになる。
○介護医療院は、多職種協働でカンファレンスやマネジメント、ケア提供ができ、リハビリや栄養・口腔ケアの一体的な取り組みができることが大きな強みだと考える。
○医療機関とは違って介護寄りの、栄養や口腔ケアなど生活を支える医療がこの事業では重要になるだろう。チームでできるのも介護医療院の良いところである。

◇介護医療院での看取りについて

○看取りについては意思確認のプロセスが重要であるとともに、最期に至るまでの医療処置や体制づくりについてもしっかり聞いていただきたい。
○介護医療院と特養との大きな違いは看取りをしてくれるかどうかである。特養で最も困るのが看取りで、看取りは介護医療院にお願いできればという声がある。
○介護医療院Ⅱ型の独立型は死亡退所が最も少なく、近所の病院へ移っているケースが多い。そう考えると特養も医師がいないから看取りができない状態であろう。介護医療院のⅡ型の独立型は夜間に医師がいないために看取りが減ると考えると、特養と同じ状況になっている。そのような状況についてヒアリングができたら良いのではないか。

②「やってよかった介護医療院（監修：武久洋三，編集：鈴木龍太．日本医学出版，2022）」からの抜粋

本事業の検討会の座長を務める鈴木龍太先生（日本介護医療院協会　会長）編集の書籍より、下記の点を検討材料とした。

介護医療院の創設により
①長期療養、医療区分１の患者・利用者の居場所ができた。
②病院にとっては医療区分１の患者が退院して空床になるのではなく、介護医療院に移行することで、施設の空きがなくなり、経営にも利点がある。施設では医療行為のある利用者の受け皿ができた。
③医療保険の病院病床を介護保険の介護医療院に移行することで、地域医療構想に沿った病床削減と自宅・介護施設への転出がスムーズに進むことができる。

（３）ヒアリング調査対象選定の観点

「Ⅱ　参考とした調査」及び上記（１）（２）に記載の内容を踏まえ、「調査対象選定の観点」と「特にお伺いしたい内容」を以下の表の通り、整理した。

図表　調査対象・観点（ヒアリング調査）

観点	特にお伺いしたい内容 （キーワード）
①日常的な医学管理	病院と併設していないⅠ型の介護医療院における医療処置の実践
②重度療養者の受け入れ	重度療養者（特に末期がん患者）の受け入れ状況
③看取り	看取りに係る取組のうち、特に本人参加の意思確認カンファの実施等、ACP の取組
	病院と併設していないⅡ型の介護医療院における看取りの取組
④自立支援・重度化防止	リハビリ（特別診療費の算定、多職種連携）の取組
	在宅復帰に向けた、体制作り等の自立支援の取組
⑤新型コロナ	新型コロナウイルス感染症患者への対応
⑥特養・老健との比較	介護老人保健施設から移行した、Ⅱ型介護医療院

２．ヒアリング調査の実施概要

上記で設定したヒアリング調査対象選定の観点を踏まえ、ヒアリング対象 7 施設を選定した。
なお、観点②及び⑤は同一施設へのヒアリングにてお伺いする形とした。
令和 5 年 1 月 25 日～2 月 24 日の期間にヒアリング調査を実施した。
ヒアリング調査の所要時間は 1 時間～1 時間半であった。
ヒアリング対象先の属性は下記のとおりである。

図表　ヒアリング調査先の概要

掲載事例	特にお伺いしたい内容（キーワード）	入所定員	類型	開設時期	移行元施設	都道府県
事例１	病院と併設していないⅠ型の介護医療院における医療処置の実践	108 名	Ⅰ型	2020 年 4 月	介護療養病床	長野県
事例２・５	重度療養者（特に末期がん患者）の受け入れ状況 新型コロナウイルス感染症患者への対応	169 名	Ⅰ型	2020 年 4 月	介護療養病床	静岡県
事例３―１	看取りに係る取組のうち、特に本人参加の意思確認カンファの実施等、ACP の取組	52 名	Ⅰ型	2019 年 4 月	医療療養病床	神奈川県
事例３－２	病院と併設していないⅡ型の介護医療院における看取りの取組	80 名	Ⅱ型	2020 年 11 月	医療療養病床	福岡県
事例４－１	リハビリ（特別診療費の算定、多職種連携）の取組	120 名	Ⅰ型	2020 年 4 月	介護療養病床	京都府
事例４―２	在宅復帰に向けた、体制作り等の自立支援の取組	58 名	Ⅰ型	2020 年 4 月	介護療養病床	東京都
事例６	介護老人保健施設から移行した、Ⅱ型介護医療院	113 名	Ⅱ型	2022 年 4 月	従来型介護老人保健施設	岐阜県

３．ヒアリング調査の結果概要

全施設に共通してお伺いした項目と、各施設に特に重点的にお伺いした項目は、「Ⅳ　ヒアリング調査実施記録」にて詳細にまとめた記録として紹介している。本章では調査項目別に得られた内容を簡潔にまとめた。

共通してお伺いした調査項目を（１）～（４）として内容を整理した。

（１）介護医療院における医療提供

（２）自立支援・重度化防止に向けた取組

（３）看取りに関する取組

（４）慢性期医療において介護医療院が担うべきと考える役割

観点別に重点的にお伺いした項目が上記（１）～（４）のどの項目に該当するかを下表に示す。

図表　観点別聞き取り項目と内容整理の対応

	①日常的な医学管理（事例１）	②重度療養者の受け入れ（事例２）	③看取り（事例３―１）（事例３―２）	④自立支援・重度化防止（事例４―１）（事例４―２）	⑥特養・老健との比較（事例６）
（１）医療提供	◎	◎	○	○	○
（２）自立支援	○	○	○	◎	○
（３）看取り	○	◎	◎	○	○
（４）担うべき役割	○	○	○	○	◎

※観点別に重点的に伺った項目の記載該当箇所を◎で示している。

⑤新型コロナ対応は独立した観点であるため除いている。

今回ヒアリングを実施した施設はそれぞれ特徴のある取組を実施しているが、その中でも見えてくる共通点・相違点について以下の通りまとめた。

（1）介護医療院における医療提供

○入所者が苦痛のない療養生活を送れるよう、他の介護施設では対応できないような医療行為を提供している。
○提供可能な医療行為、重点的に取り組んでいる医療行為は、各介護医療院の考え方、設備などによって若干のばらつきがある。特に医療区分 2・3 に該当する医療処置が必要になった入所者への対応は併設病院の有無により異なる。
○程度の差はあるものの、どの介護医療院にも提供可能な医療行為には限度がある。そのため、介護医療院で対応できない医療行為が必要になった入所者を、他の医療機関や併設医療機関でスムーズに受け入れてもらえるよう、連携を取っている。

掲載事例	事例の抜粋	関連情報
事例１ A 介護医療院	・要介護度が高い患者に**苦痛のない療養生活**を送っていただき、最終的に看取りまでを担うにあたって、必要となる医療処置を提供している。 ・重度の入所者が多いため、必要性の高い医療処置として、**経管栄養管理や中心静脈ライン栄養を含む点滴管理、酸素投与、末期がん患者に対する麻薬使用を含めた緩和ケア**を行っている。 ・地域の医療機関と連携を進め、**事例による取り決めを作る**ことで、介護医療院にて提供できない医療行為の提供を、他の医療機関でスムーズに行えるようにしている。	・Ⅰ型 ・無床診併設 ・介護療養からの移行
事例２ B 介護医療院	・医療行為としては、**肺炎、脱水、熱中症**に対応することが多い。 ・医療設備として、レントゲンだけでなく CT があるため、**施設内でインシデントが起こっても自施設で対応可能**である。 ・自宅（在宅）で生活する高齢者を支えるため、可能な範囲で**高齢者救急**を行っており、かかりつけ医からの指示があれば早急に入所できるようにしている。 ・末期がん患者含む重度療養者の受け入れ、緩和ケアも重点的に実施している。近隣病院の緩和ケアガイドラインを参考に医療用麻薬を使用している。	・Ⅰ型 ・無床診併設 ・介護療養からの移行
事例３―１ C 介護医療院	・重度の入所者が多いため**喀痰吸引、経鼻経管栄養、創処置（軽度～中程度）、膀胱カテーテルや胃ろうのチューブ管理・交換、脱水・熱中症等に対する末梢補液点滴治療、抗生剤抹消点滴治療等**を数多く行っている。 ・重症化した入所者、医療区分２・３に該当するようになった入所者については、併設病院の医療療養病棟、地域包括ケア病棟への移動を実施している。	・Ⅰ型 ・病院併設 ・医療療養からの移行

事例３－２ D 介護医療院	・入所者の状態管理及び定期的な血液検査など、医師と情報共有し、**過剰な内服投与を避けて**適切な管理ができるようにしていくために、内服やインスリン管理をしている。 ・関連病院への移送は**施設の搬送車を用いて看護師が付き添う**。関連病院にて対応できない場合は、救急車を依頼し、他の医療機関へ緊急搬送を行っている。	・Ⅱ型 ・無床診併設 ・医療療養からの移行
事例４－１ E 介護医療院	・**近隣の国立病院**をはじめ、多くの医療機関と連携している。 ・連携内容として、脳梗塞や脳卒中、イレウス等、患者が急変した場合に受け入れてもらう連携と、急性期の病院からの転院を受け入れる後方支援としての連携という両面がある。	・Ⅰ型 ・病院併設 ・介護療養からの移行
事例４－２ F 介護医療院	・施設内での医療処置は、医師の指示のもと、看護師が実施している。 ・**喀痰吸引、褥瘡に関して、職員に対する教育**を実施している。 ・近隣の病院へ迅速な搬送を行えるよう、**搬送業者と複数契約**している。	・Ⅰ型 ・病院併設 ・介護療養からの移行
事例６ G 介護医療院	・**①その人らしい生活をめざした自立支援、②ターミナルケア**に重点的に取り組んでおり、尊厳を重視したケアを重要視している。 ・**併設病院との協力体制による 24 時間対応**をしている。 ・協力医療機関とのスムーズな連携を行っている。	・Ⅱ型 ・病院併設 ・従来型老健からの移行

（２）自立支援・重度化防止に向けた取組

○各施設で共通する取り組みとしては重度化防止のための介入だが、施設によっては自宅復帰に向けた短期集中でのリハビリ実施も見られる。
○生活施設としての側面も持つ介護医療院では、摂食・嚥下・栄養面での介入を各施設共通して手厚く実施している。摂食・嚥下は全身運動であり、リハビリ職含む多職種が連携して行うことの意義は大きいと言える。
○また、施設によっては歯科衛生士も配置され、多職種連携による介入が実施されている。

掲載事例	事例の抜粋	関連情報
事例１ A 介護医療院	・リハビリの頻度は入所者によるが、要介護 5 の入所者が多いため、現在はベッド上でのリハビリが多い。**重度化防止を主な目的**として実施している。 ・入所者の大多数は重度の嚥下障害のため、経管栄養からの離脱は、現実的には実施することができない入所者が多い。無理に離脱すると、誤嚥や窒息の恐れがある。 ・介護職員等と管理栄養士は、**情報共有ノートを通じて入所者の情報を共有**している。ミールラウンドは週 3 回実施しているが、ミールラウンドに限らず、随時情報共有ができるよう、情報共有ノートを活用している。	・Ⅰ型 ・無床診併設 ・介護療養からの移行
事例２ B 介護医療院	・在宅からの入所者は早期にリハビリすることで在宅への退所が期待できる方が多い。そのような場合は**早期から短期集中リハビリ**を行っている。 ・身体面・認知面のリハビリ以外に、経口からの食事摂取を進めるため**嚥下リハビリに力を入れて**いる。 ・言語聴覚士・栄養士・管理栄養士を配置し、入所者全員へ嚥下評価と栄養ケア・マネジメントを実施している。	・Ⅰ型 ・無床診併設 ・介護療養からの移行
事例３―１ C 介護医療院	・食べられる人は食べられるようにすること、**経口での摂食機能の維持・向上**を重視している。 ・看取りまでを担う介護医療院において、経口摂食は生きる上で必要なことでもあり、楽しみでもある。身体機能の維持・延命を最優先するなら経管栄養ももちろん選択肢になるが、「その人らしく生きる」という面では最期まで経口摂食できる状態を継続維持することは重要である。 ・言語聴覚士による嚥下訓練・評価、管理栄養士をはじめとした専門職によるミールラウンドを実施し、適切な食事の支援方法等を決定して日々のケアに反映している。	・Ⅰ型 ・病院併設 ・医療療養からの移行

事例３－２ D 介護医療院	・リハビリを受けられる介護保険施設は老健と介護医療院しかないため、家族からも、**ADL 維持のためのリハビリ**をしてほしいという希望が多い。 ・リハビリ介入は施設内における活動・参加につながる場でもあり、その点も本人の精神賦活機能や家族からの期待に対応する部分であると感じている。 ・院内では**歯科衛生士や言語聴覚士、栄養士にて、食事に関する検討**を重ねている。栄養状態等が整っていないとリハビリもできないため、非常に重要な介入である。	・Ⅱ型 ・無床診併設 ・医療療養からの移行
事例４－１ E 介護医療院	・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士等の**多職種が配置**されているところが大きな特色である。 ・施設生活の中で心身機能や摂食機能の維持はもちろんだが、入所者の意志を大切にしながら入所者の QOL の向上を目的として、重点的にリハビリを実施している。 ・「最期までおいしいものを食べてもらう」ことを意識しており、**摂食・嚥下に係る取組に、言語聴覚士を中心とした多職種**が関わっている。 ・食事介助の指導については、言語聴覚士を中心に、学習会を開き、嚥下の説明、基本的な介助方法の指導や注意喚起を行っている。また、入所者毎に食事姿勢や一口量、介助ペース、とろみの強さなどを書面にて情報伝達を行う。	・Ⅰ型 ・病院併設 ・介護療養からの移行
事例４－２ F 介護医療院	・入所者の状態に応じた環境を設定し、その方にあった車椅子の調整などを行い、離床を促したり、**廃用予防・重症化予防**に取り組んだりしている。 ・入所者が在宅復帰をする場合は、遠方であっても、リハビリ職が自宅の様子を見に行き、環境の確認や、本人・家族への訪問指導を行っている。必要に応じて、看護師や地域連携課の職員も同行する。 ・医師を中心に、言語聴覚士が摂食・嚥下機能の評価を進め、理学療法士・作業療法士は姿勢や環境設定を行う。また、看護師は日ごろの対応を通して、摂食・嚥下に関わる取組をしている。 ・摂食・嚥下は全身運動であり、全身の筋力アップ（理学療法士）や姿勢（作業療法士）、食形態等の工夫（言語聴覚士）等、**それぞれの職種が連携する必要があり、その意義は大きいと考えている**。	・Ⅰ型 ・病院併設 ・介護療養からの移行
事例６ G 介護医療院	・加齢に伴う体の変化が起こっている**高齢期に残存機能を活用し現状の維持を目指す**ため、筋力トレーニングを中心に実施している。 ・**嚥下体操、食形態の見直し**などを行っている。経管栄養の方は、本人と家族の希望があれば言語聴覚士の評価により摂食訓練を実施し離脱に成功している。	・Ⅱ型 ・病院併設 ・従来型老健からの移行

（３）看取りに関する取組

○入所者本人から直接意思を確認できず、家族や後見人との話し合いの中で方向性をすり合わせていくことが多い。
○家族、本人共に状況によって意思が変わることがあるため、意思確認は１度だけでなく、個々に合わせて複数回実施している。
○酸素吸入や麻薬等を使用することにより、肉体的・精神的に苦痛のない緩和ケアを実施している。

掲載事例	事例の抜粋	関連情報
事例１ A 介護医療院	・本人の意思が明確になっていることは少ないため、**家族との話し合いを何回も重ねている**。 ・家族との話し合いの頻度は、家族ごとに異なり、濃密な議論の中で医学的知識を伝えつつ、家族の思いを探っている。 ・**麻薬を使用した緩和ケアや、点滴補液の調整、酸素投与**などを行っている。	・Ⅰ型 ・無床診併設 ・介護療養からの移行
事例２ B 介護医療院	・重度の認知症などで入所時には本人と意思疎通ができず、家族から意見を聞く場合が多い。**家族の考えや、元気だったころの発言**について話し合って、方向性をすり合わせている。 ・本人の意思を確認できる場合は、それを尊重している。 ・厚生労働省の緩和ケア講習会の研修を終了してからは、**積極的にがん患者の受け入れをしている**。 ・心不全・呼吸器疾患について、酸素吸入や薬物療法でも呼吸困難が持続し本人に苦痛がある場合は、**医薬用麻薬**を使用する。	・Ⅰ型 ・無床診併設 ・介護療養からの移行
事例３―１ C 介護医療院	・本人の意思が不明な場合は**家族や代理人**に意思確認するようにしている。 ・入所の際、最初のタイミングで意向等を記載いただき、その後**都度再確認**している。その間に家族や代理人の**意見が変わることもある**。 ・意思確認には普段から関わる職員も立ち会って、「**本人はこんなことを望むのではないか**」というのをそれぞれの立場から話し合い、**どこまで医療処置をするのかの確認**を重視している。 ・がんの場合は**緩和ケア病棟への移動**も考えるようにしている。 ・心不全、呼吸器疾患は**苦痛の緩和と本人の望む生活**を重視する。	・Ⅰ型 ・病院併設 ・医療療養からの移行
事例３－２ D 介護医療院	・本人の意思確認ができない場合は、家族に対して、**それまで過ごされていた際の思い**などを確認している。本人の意向がわからなければ、家族内で話してほしいと伝えている。 ・入所後状況が変わったら**その都度相談**をしている。 ・**本人と家族の思いにずれがないこと**を重視している。 ・がんの方は麻薬制限もあるため、緩和ケアへ移られるかを確認している。近隣の緩和ケア病棟でがんの方を、介護医療院で非がんの方を看取る**役割分担**をしている。	・Ⅱ型 ・無床診併設 ・医療療養からの移行

事例４－１ E 介護医療院	・治療方針について本人がしっかり意思を表明することは少ないため、**ほとんどは家族と相談**をしている。 ・**最期まで尊厳をもって自分らしく生き抜く**ことをサポートしている。入所者の持てる力・価値観を引き出しながら主体的に ACP に取り組めるよう支援している。 ・**全職種**が一堂に会してターミナルカンファレンスを実施している。 ・日常生活では出ない食事で、**入所者の最期の希望に合わせたもの**を、嚥下に問題がない形態にする等の配慮をしながら**別対応で提供**している。	・Ⅰ型 ・病院併設 ・介護療養からの移行
事例４－２ F 介護医療院	・入所前の面談にて、ACP に関する記載内容がわかりやすい**冊子**を渡し、本人の希望を冊子内のアンケートに記入してもらっている。本人が意思表示をできず、家族に本人の気持ちを考えて記入してもらうことが多い。 ・**本人の生活史と家族の思い**を重視した ACP に取り組んでいる。 ・カンファレンスは**最低 3 回**行っている。 ・初回のカンファレンスでは、**急性期医療ができないことや急変時の心臓マッサージの希望有無**について話し合っている。 ・リハビリ職や看護職、ソーシャルワーカーなどが介入しながら、**肉体的・精神的に苦痛のない「疼痛緩和ケア」**を念頭に、看取り対応を実施している。	・Ⅰ型 ・病院併設 ・介護療養からの移行
事例６ G 介護医療院	・入所時とその後も**病状の変化がある時々**に意思を確認している。 ・それぞれの疾患に応じた対応を行っており、**酸素吸入、麻薬による痛みのコントロール**なども対応できる。 ・医師不在時の看取り対応は**併設病院の当直医師**が対応している。その日に亡くなられる可能性がある方がいらしたら、施設医がカルテにその旨を書き込み、当直医がそれを確認して看取っている。	・Ⅱ型 ・病院併設 ・従来型老健からの移行

（４）慢性期医療において介護医療院が担うべきと考える役割

○地域によって介護医療院の役割は様々であり、担うべき役割には幅があると言える。
○その中でも共通して述べられた役割としては、他の介護保険施設で対応できない対象者の受入、特に医療処置が必要で、かつ、要介護度の高い方の受入である。
○ただ、医療提供施設としての役割だけでなく、「生活重視で治療もできる」といった視点、重症化している入所者のその人らしい生活の提供も介護医療院の役割とする声も複数みられた。
○また、高齢者が急性期治療を終えた後の後方支援としての役割を担う例も複数みられた。

掲載事例	事例の抜粋	関連情報
事例１ A 介護医療院	・医療・介護・リハビリ・栄養管理等の機能が、他の介護保険施設と比較して充実している。 ・そのため、**病院や他の介護保険施設、在宅等での受け入れが難しい方の受け入れ**を行う必要があると考えている。 ・医療処置が多く要介護度が高い患者を受け入れ、苦痛のない療養生活を送っていただき、最終的には看取りまでを担うことが、介護医療院の役割と考えている。	・Ⅰ型 ・無床診併設 ・介護療養からの移行
事例２ B 介護医療院	・介護医療院は、介護施設の中でも多くの機能を担っている。**医療負担が大きい要介護者の介護施設**としての機能に加え、**看取り機能、リハビリ機能**などが中心だが、地域包括ケア病棟に近い役割も十分に担うことができると考えている。 ・高齢者の急性期は軽症例が多く、軽度の肺炎や尿路感染症、腰椎の圧迫骨折など、一時的に治療を要するが回復する方は多くいる。そういう人の受け入れを、介護医療院でもう少し積極的にできたらと思う。	・Ⅰ型 ・無床診併設 ・介護療養からの移行
事例３―１ C 介護医療院	・医療区分１ではあるが、**特養や老健で対応できない対象者の受け入れ**、特に医療処置（点滴や喀痰吸引等）が必要な対象者の受け入れが担うべき役割と考えている。 ・治療重視ではなく、**「生活重視で治療もできる」という点が重要**である。重症化している入所者のその人らしい生活（プライバシーの保たれた空間を持つこと、外の空気に触れること、整容行為等）の提供も、介護医療院の役割と考えている。	・Ⅰ型 ・病院併設 ・医療療養からの移行
事例３－２ D 介護医療院	・**医療度の高い高齢者**に、これまで提供できなかった生活の場としての環境を提供することが、介護医療院の役割である。 ・複数の疾患を有し、**機能低下、認知症など、非常に多様な状態を併せ持つ高齢者**が、「地域で完結した医療を受けられるような機能」が求められる。	・Ⅱ型 ・無床診併設 ・医療療養からの移行

事例４－１ E 介護医療院	・**在宅で過ごすことができない入所者**に、家庭で過ごしていると感じてもらえるような取り組みをすることが必要だと考えている。 ・**高齢者が急性期治療を終えた後の後方支援**（その方が生活していけるようにリハビリの実施）や、逆に緊急手術が必要となった場合の受け入れのお願い等、急性期医療との連携を行う必要があると考えている。	・Ⅰ型 ・病院併設 ・介護療養からの移行
事例４－２ F 介護医療院	・「自立支援」を念頭に、**日常的に安全安心で、医学的な管理が必要な重介護者を受け入れる**体制を整え、**看取りや終末期ケア**にも対応可能な体制の維持をすることが必要だと考えている。また、日常生活の場としての機能を備えていることも必要だと考えている。 ・介護医療院の特に重点的な機能としては 3 点あると考えている。1 点目は、**医療区分１のなかでも重症な方（例・肝不全など）を受け入れる**こと、2 点目は、回復期リハビリテーション病棟の入院期間だけでは在宅復帰できない方々が**十分な療養期間を経て在宅復帰できるよう支援する**こと、3 点目は、在宅から**レスパイト目的の短期入院を受け入れる**こと、である。	・Ⅰ型 ・病院併設 ・介護療養からの移行
事例６ G 介護医療院	・看護師の配置強化に伴い医療を提供しやすくなっているので、**高齢者に多い肺炎、尿路感染症などを治療しながらその人らしい生活を目指す場**と捉えている。また、**終の棲家**としての看取り対応も求められている。 ・**要介護４や５などの方は、在宅生活が困難**である。急性期病院から退院した後、食事量が減って点滴を併用している方など、食事介助と点滴ケアが必要でかつ独居や高齢者世帯だと、在宅の生活が維持できない。そういう方が介護医療院に入ってきている。	・Ⅱ型 ・病院併設 ・従来型老健からの移行

Ⅳ　ヒアリング調査実施記録

事例１．Ａ介護医療院

調査の観点	①日常的な医学管理
事例の着眼点	病院と併設していないⅠ型の介護医療院における医療処置の実践

１．施設の基本情報

１）法人の概要

○開設主体

・医療法人である。

○併設医療機関

・無床診療所（建物内併設）がある。

○関連法人が運営する介護サービス

・居宅介護支援

２）地域の概要

○所在地

・長野県内の地方都市に立地。

○近隣の医療機関・介護保険施設の情報

・近隣に病院は 8 施設、診療所は 80 施設ある。そのうち、当施設と連携頻度の高い医療施設としては、急性期病院 1 施設、回復期・慢性期病院 7 施設がある。

○地域の特色

・地域の高齢化が進んでおり、高齢化率は 34％に達している。

・当地域では、長い歴史の中で医療機関ごとに機能の分担が行われてきた。この意味で当施設が介護医療院に特化した意味があると考えており、地域の中での医療機関間の連携も成功している場所だと思う。医療資源が限られた地域のため、こういった連携が必要となる。

3）施設の概要

○算定している施設サービスの類型、職員配置等

<table>
<tr><td>算定している施設サービスの類型</td><td colspan="2">Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）</td><td>介護医療院の開設年月</td><td>2020 年 4 月</td></tr>
<tr><td>移行元の施設類型</td><td colspan="2">介護療養病床</td><td>介護療養型医療施設の開設年月</td><td>2007 年</td></tr>
<tr><td rowspan="7">職員配置
（常勤換算数）</td><td colspan="4"><table>
<tr><td>医師</td><td>3.0 ※</td><td>理学療法士</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>歯科医師</td><td>0.0</td><td>作業療法士</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>看護職員</td><td>22.3</td><td>言語聴覚士</td><td>0.0</td></tr>
<tr><td>介護福祉士</td><td>20.0</td><td>歯科衛生士</td><td>0.0</td></tr>
<tr><td>その他の介護職員</td><td>11.3</td><td>管理栄養士</td><td>3.0</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>栄養士</td><td>0.0</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>入所定員</td><td>108 人</td><td>入所者数</td><td>107 人</td></tr>
</table>

※夜間の医師の配置は、介護医療院として院内の医師が対応する形をとっている。

○入所者の状態像

・要介護４もしくは５の要介護度の重い方が入所している。平均要介護度は 4.8 である。
・75 歳以上の入所者が 95%程度を占めている。
・終末期の患者を多く受け入れている。終末期の患者は、長期の療養と医療的な処置が必要となることから、他の施設での受け入れが難しい。病院では長期の入院が難しく、老健や特養では医療処置の観点から入所が難しく、在宅介護も老々介護の現状があり対応が難しい。彼らを介護療養型医療施設の時から受け入れており、介護医療院となった現在も多く受け入れている状況である。
・入所者の主な疾患は、脳血管障害（脳出血、脳梗塞等）、認知症（アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症等）、神経難病（パーキンソン病、OPCA 等）、末期がん等である。
・急性期病院からの受け入れが多い。例えば、脳梗塞・脳出血等で急性期病院へ搬送され、重度で寝たきりの状態になってしまうと、行き先がなくなってしまうため、そういった患者を受け入れている。
・末期がんの患者も疼痛コントロールを行うために受け入れている。
・入所者は重度の状態になってから当施設へ来るため、病院を経由して入所してくるケースが多い。

2．介護医療院におけるサービス提供実態等

1）医療処置に係る取組

○提供可能な医療

・○を付与した医療行為について、施設で対応可能とご回答いただいた。

○	抗生剤末梢点滴治療（肺炎、尿路感染等	○	気管切開のケア	○	人工肛門管理
○	脱水・熱中症等に対する末梢補液点滴治療	○	ネブライザー	○	麻薬による疼痛ケア
○	中心静脈ライン	○	酸素療法（酸素吸入）	○	抗がん剤投与（経口、点滴含む）
○	その他点滴治療	○	経鼻経管、胃ろうによる栄養投与・交換		CT scan, MRI
○	インスリン投与		歯科治療	○	血液検査
○	褥瘡・創傷治療（デブリ、持続吸引等）	○	持続モニター		人工呼吸器の管理
○	酸素投与	○	膀胱カテーテル管理		透析 ※自施設以外で実施した場合も含めて

○施設として重度療養者の受入のために行った体制整備

・医療処置が多く要介護度が高い患者に、苦痛のない療養生活を送っていただき、最終的に看取りまでを担うにあたって、必要となる医療処置を提供している。

・調査実施時点で、中心静脈栄養を含む点滴管理を行っている入所者は 40 人程度で、そのうち中心静脈栄養を行っている入所者は 30 人程度である。

・当施設の入所者は重度であるため、嚥下障害の方が多い。末梢点滴では栄養が不足し、胃ろうも家族等の希望から障壁が高く、結果として中心静脈栄養を実施している場合が多いと感じている。

・点滴よりも経管栄養の方が、栄養取得の上では自然であるし、生存していく上ではよい点も多いと思われるが、家族が胃ろう等の経管栄養に先入観もあるのか否定的であるケースも多い。さりとて家族が生存を希望するとなると、その場合には、結果的に中心静脈栄養を含む点滴管理とならざるを得ないこととなり、その数がおおよそ入所者の 1/3 を占める結果となっている。

・中心静脈栄養については、重度療養者を受け入れるために体制を整えたというよりは、技術的に行うことが可能な医師が在籍するため、実施できているという状況である。

・調査実施時点で、気管切開のケアを行っている入所者は 1 人である。

・気管切開の術後のケアは施設内で実施している。気管切開の手術自体は実施しておらず、手術が必要な場合は他の医療機関に依頼している。

・調査実施時点で、末期がんの入所者は 1 人である。

・麻薬による疼痛ケアも介護療養型医療施設の時から行っている。末期がん患者の受け入れにあたっては、苦痛を取り除くために、麻薬の疼痛ケアは必須になる。

・末期がん患者の受け入れにあたり、地域の医療機関の緩和ケアの研修を受講している。

・抗がん剤については、がんの主治医が他の医療機関にいる場合は、外来で当該主治医を受診してもらい、抗がん剤の処方があった場合には、当施設で抗がん剤の管理を行っている。

○実施している医療処置の体制

・介護医療院において対応可能な医療行為はできる限り院内で行うが、それ以外の医療行為は他の医療機関へ依頼している。
・重度療養者に施設内で医療処置を提供するために行った工夫点としては、設備面では、酸素の配管、全室のベッドサイドへの喀痰吸引のための配管の設置、滴下ポンプの導入、がある。
・酸素の配管については、最近では酸素濃縮器が発達、普及しているためそちらを使用することが多いが、多くの呼吸不全に対応できるだけの酸素濃縮器を完備している。
・滴下ポンプについては、中心静脈栄養を希望する入所者数には十分に対応できるだけの滴下ポンプを完備し、少ない看護人員でもトラブルや間違いなくより多くの入所者に行えるようにしている。
・また、体制面では、連携医療機関の感染症対策専門員との連携や職場巡視、研修への積極的な参加、併設外来との連携、夜間帯の看護師の 2 名配置等の工夫を行っている。
・胃ろう造設や骨折時の対応、その他必要に応じて、手術加療が必要な場合は、連携している医療機関に紹介している。
・病院病床を併設していない介護医療院ではあるが、例えば一つの医療機関（介護医療院併設）が担っている様々な機能（医療療養、回復期リハビリテーション、介護医療院等）を、地域の中でそれぞれの医療機関が担っており、当施設はそのうちの介護医療院の機能を担っている。
・地域の医療機関との連携は進んでおり、ある程度事例ごとに取り決めがある。例えば、胃ろう造設の場合、入所者の情報を医療機関に共有することで、前もって患者の外来受診・移送を行うことなく手術日を決めることができている。これにより、手術の周辺日のみに移送を行うだけで、造設ができる。
・術後のケアは当施設で担うことができるため、術後の比較的早い段階で受け入れることで、入所者の負担を軽減している。また、医療機関のベッドを早い段階で空けられることで、医療資源の効率的な利用にもつながっている。
・重度の入所者に対しては、医療的なかかわりが必須となるため、病院病床を併設していない介護医療院にとって、専門医のいる地域の医療機関との連携は欠かせないと考えている。

○施設として重点的に取り組んでいる医療処置とその理由

・重度の入所者が多いため、必要性の高い医療処置として、経管栄養管理や中心静脈ライン栄養を含む点滴管理、酸素投与、末期がん患者に対する麻薬使用を含めた緩和ケアを行っている。

2）自立支援・重度化防止に向けた取組

○施設で重点的に実施するリハビリとその理由

・基本的にすべての入所者に対してリハビリを行っている。
・終末期であっても、四肢の拘縮予防等をベッドサイドで行っている。
・リハビリの頻度は入所者によるが、要介護 5 の入所者が多いため、現在はベッド上でのリハビリが多い。
・重度化防止を主な目的として実施している。

○入所後４か月以上経過して減算[1]される場合のリハビリの実施状況

・特別診療費として減算されるリハビリは実施していない。

[1] 理学療法、作業療法、言語聴覚療法について、「入所した日から起算して 4 月を超えた期間において、1 月に合計 11 回以上行った場合は、11 回目以降のものについては所定単位数の 100 分の 70 に相当する単位数を算定する」ことを指す。いわゆるペナルティ等に該当するものではない。

○摂食・嚥下の評価・指導等、経管栄養からの離脱に向けた取組

・入所者の大多数は重度の嚥下障害のため、経管栄養からの離脱は、現実的には実施することができない入所者が多い。無理に離脱すると、誤嚥や窒息の恐れがある。

・経管栄養を行っている入所者は 1/3 程度、中心静脈栄養を含む点滴管理を行っている入所者は 1/3 程度（うち中心静脈栄養 30 名程度)、通常の食事を行う入所者が 1/3 程度である。

○栄養ケア・マネジメントについて

・介護職員等と管理栄養士は、情報共有ノートを通じて入所者の情報を共有している。ミールラウンドは週 3 回実施しているが、ミールラウンドに限らず、随時情報共有ができるよう、情報共有ノートを活用している。

3）看取りに関する取組

○本人の意思が不明の場合の主な意思確認方法

・本人の意思が明確になっている例は極めて少ないため、家族との話し合いを行うことが多い。

・脳血管障害などは突然発症するため、本人の意思を明確にしておく準備が整っていないことが現状ほとんどである。

・そのため、家族とは何回にもわたり話し合いの場をもつようにしている。

○ACP（本人参加）もしくは意思確認カンファレンスで話しあう内容のうち特に重視すること、その理由

・残される家族の意思・意向や、家族の思いも充分に配慮すべきと考えている。

・家族との話し合いの頻度は、家族ごとに異なっている。各回で濃密に議論を行うことが多く、医師から正しい医学的知識を伝えながら、この中で家族の思いがどのようなものであるかを探っている。その結果、各入所者にとってどのような看取り体制が適切なのかを判断している。

・亡くなるまでの期間をどのように苦痛なく安楽なうちに過ごせるかが介護医療院の存在意義であると考えている。

○ACP（本人参加）もしくは意思確認カンファレンス、及び看取りに取り組むうえでの困難な点

・本人の意思確認ができないことが大多数である。

・本人の意思が書面で残されていたとしても、それが医学的知識に基づいて記述されていない場合がほとんどのため、結果的にそれが本人を苦しめる例もある。例えば、「胃ろうはしないでほしい」と書いてあっても、現実には経鼻栄養がなされており、胃ろうにした方が本人にとって苦しくないと思われる場合がある。

○がん、心不全、呼吸器疾患など、様々な状況下での看取り対応

・麻薬を使用した緩和ケアや、点滴補液の調整、酸素投与などを行っている。

3．慢性期医療において介護医療院が担うべきと考える役割

1）介護医療院が慢性期医療において担うべきと考える機能

・医療・介護・リハビリ・栄養管理等の機能が、他の介護保険施設と比較して充実している。

・そのため、病院や他の介護保険施設、在宅等での受け入れが難しい方の受け入れを行う必要があると考えている。

2）移行前の施設類型と、移行後の介護医療院で担うべきと考える機能の違い

・移行前は介護療養型医療施設であり、移行前と後で提供する医療介護サービスに大きな差はない。

３）現在自院（並びに併設医療機関）が地域の中で担うべきと感じる機能

・医療処置が多く要介護度が高い患者が、介護医療院に集まってきている。
・そういった患者を受け入れ、苦痛のない療養生活を送っていただき、最終的には看取りまでを担うことが、介護医療院の役割と考えている。

４）現在担っている機能のうち、近隣の他医療機関もしくは他介護保険施設が受け持つべきと考える機能

・介護医療院では対応できない医療処置が発生することはありうる。
・その際に、急性期治療の対応ができる医療機関との連携は重要になる。
・当地域では、医療機関間の連携がうまくできており、対応可能な体制が構築できている。

４．選定基準別ヒアリング項目

１）観点①：日常的な医学管理

○医療ニーズへの対応状況

・前述の通り、医療処置が多く要介護度が高い患者に、苦痛のない療養生活を送っていただき、最終的に看取りまでを担うにあたって、必要となる医療処置を提供している。

○上記処置対応にあたっての体制の工夫

・介護医療院において対応可能な医療行為はできる限り院内で行うが、それ以外の医療行為は他の医療機関へ依頼している。
・地域の医療機関との連携を進めており、必要に応じて入所者を紹介できる体制を整えている。

○医療処置の提供時、入退所時の困難点・工夫点

・必要に応じて、他の医療機関との連携強化を行っている。

事例２・５．Ｂ介護医療院

調査の観点	②重度療養者の受け入れ ⑤新型コロナ
事例の着眼点	②重度療養者（特に末期がん患者）の受け入れ状況 ⑤新型コロナウイルス感染症患者への対応

１．施設の基本情報

１）法人の概要

○開設主体

・医療法人である。

○併設医療機関

・無床診療所がある。

○関連法人が運営する介護サービス

・外来リハビリ、訪問看護、通所介護（デイサービス）、介護老人保健施設、有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）

・上記以外に訪問リハビリと通所リハビリも行っている。

２）地域の概要

○所在地

・静岡県地方都市（政令市）に立地。

○近隣の医療機関・介護保険施設の情報

・診療所は少なく、隣の診療所まで２ｋｍ、その隣となると５ｋｍほど離れている。市内に救急病院は多いが、特定の区に集中しており、当施設の所在する地域には一般病床を持つ病院はない。代わりに、特養は複数あるが、老朽化が進んだものもあり、空床が目立っている。老人保健施設は近隣にはない。

・医療保険の病床は少なく、2 次・3 次救急病院まで車で 20 分、半径 10ｋｍ以内に地域包括ケア病棟はない。

・同区内に病院は 3 施設、診療所は 67 施設ある。

○地域の特色

・当施設の所在地区の高齢化率は 32.6%で、全国平均より少し高く、人口減少が進んでいる地域である。交通の便が悪く、バスは 1 時間に 1 本程度で、主要な交通手段は自動車である。

3）施設の概要

○算定している施設サービスの類型、職員配置等

<table>
<tr><td>算定している施設サービスの類型</td><td colspan="2">Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）</td><td>介護医療院の開設年月</td><td>2020 年 4 月</td></tr>
<tr><td>移行元の施設類型</td><td colspan="2">介護療養病床</td><td>介護療養型医療施設の開設年月</td><td>2000 年 4 月</td></tr>
<tr><td rowspan="6">職員配置
（常勤換算数）</td><td>医師</td><td>4.80</td><td>理学療法士</td><td>6.65</td></tr>
<tr><td>歯科医師</td><td>0.0</td><td>作業療法士</td><td>5.50</td></tr>
<tr><td>看護職員</td><td>34.66</td><td>言語聴覚士</td><td>3.26</td></tr>
<tr><td>介護福祉士</td><td>33.79</td><td>歯科衛生士</td><td>3.34</td></tr>
<tr><td>その他の介護職員</td><td>11.16</td><td>管理栄養士</td><td>4.00</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>栄養士</td><td>1.00</td></tr>
<tr><td>入所定員</td><td colspan="2">169 人</td><td>入所者数</td><td>159 人</td></tr>
</table>

・医師の数は、専従 3 名、非常勤が 18 名である。
・理学療法士や作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士、栄養士は通所や訪問リハなどの業務を兼ねている人は一人もいない。全員、介護医療院に専従である。
・介護療養病床時代から、歯科衛生士は各フロアに 1 名おり、加算がつく前からこの程度の人数で行っていた。前理事長が口から食べることを非常に大事にしており、口腔ケアを行っている。言語聴覚士も早くから配置して嚥下リハビリを行ってきた経緯がある。
・口腔ケアに関して、以前から透視検査や嚥下造影検査ができる状況であった。

○入所者の状態像

・以前よりも確実に予後が悪い方が入ってきている。現在も急性期病院からの転床が多いが、徐々に減ってきており、自宅もしくは老人ホームのようなところから直接入所する方が増えている。認知症の末期の方が多い。何度か救急搬送を繰り返してご家族もこれ以上介護できないという状態が多い。寝たきりで食事がとれず、誤嚥性肺炎なども多く、2 年以上滞在することはあまりない。
・介護保険サービスを利用して自宅で過ごすことも多くなっているが、最期は介護医療院で看取るという形になっており、看取りも介護医療院の大きな役割だと思う。

2．介護医療院におけるサービス提供実態等

1）医療処置に係る取組

○提供可能な医療

・○を付与した医療行為について、施設で対応可能とご回答いただいた。

○	抗生剤末梢点滴治療（肺炎、尿路感染等	○	気管切開のケア	○	人工肛門管理
○	脱水・熱中症等に対する末梢補液点滴治療	○	ネブライザー	○	麻薬による疼痛ケア
○	中心静脈ライン	○	酸素療法（酸素吸入）	○	抗がん剤投与（経口、点滴含む）
○	その他点滴治療	○	経鼻経管、胃ろうによる栄養投与・交換	○	CT scan, MRI
○	インスリン投与	○	歯科治療	○	血液検査
○	褥瘡・創傷治療（デブリ、持続吸引等）	○	持続モニター		人工呼吸器の管理
○	酸素投与	○	膀胱カテーテル管理		透析 ※自施設以外で実施した場合も含めて

・医療行為としては、肺炎・脱水、熱中症に対応することが多い。
・末期がんの方への医療行為としては、点滴が 11 名で一番多い。医療用麻薬は 4 名のみである。
・中心静脈ラインは行っているが、5 名以下である。末梢点滴か経管栄養を行う入所者もいる。
・医療設備として、介護療養病床の時代からレントゲンだけでなく CT がある。施設内でインシデントが起こっても自施設で対応可能である。
・褥瘡処置は医師が対応している。
・ひどい吐血や入れ歯の誤飲で内視鏡が必要な場合は、外部医療機関を受診している。また骨折で外科的処置が必要になった場合も外部受診である。
・輸血に関しては、当院でも行っていないが、稀に血液疾患の方で輸血が必要になった場合の処置について懸念がある。以前小腸 GIST（消化管間質腫瘍）と心疾患がある方で、転院先に困った事例があった。

○施設として重度療養者の受入のために行った体制整備

重度療養者受け入れのために行った体制整備は下記の通り。
・レントゲン・CT 撮影機器、心電図
・COVID-19 核酸増幅法装置（NEAR 法）
・血液検査（外注）、各種培養検査（外注）
・褥瘡処置時の電気メス、エコー（胸腹部、血管）
・酸素装置

○実施している医療処置の体制

自院で対応可能な体制を敷いている医療処置は下記の通り。
・中心静脈カテーテル留置、胃ろう交換、気切交換、尿道・膀胱・腎ろうカテーテルの交換
・外科的デブリドマン、インスリン管理、酸素吸入、医療用麻薬の使用
・胸水・腹水の穿刺

○施設として重点的に取り組んでいる医療処置とその理由

・自宅（在宅）で生活する高齢者を支えるため、可能な範囲で高齢者救急を行っている。軽度の誤嚥性肺炎や尿路感染症などで急な対応が必要な場合や、がん末期患者などで自宅での生活が困難になった場合は、かかりつけ医から指示があれば、早急に入所できるようにしている。

・また、腰痛などで動けなくなった場合など、医療機関では入院対応なしと判断された場合にも対応可能である。地域包括ケア病棟が担うようなサブアキュートの機能も持っている。

・加えて、重点的に行っている医療行為は緩和ケアである。経緯としては、施設内で亡くなる方が多いが、経過で苦しむ方がいるのでそういった方の苦痛を緩和してあげたいと思ったためである。今も行っているが、もっと良い方法があると思うので勉強して還元していきたいと考えている。

2）自立支援・重度化防止に向けた取組

○施設で重点的に実施するリハビリとその理由

・身体面・認知面のリハビリ以外に、経口からの食事摂取を進めるため嚥下リハビリに力を入れている。嚥下機能評価のため、嚥下造影検査を行うこともできるが、近年入所者の重症度が上がっており、検査件数は減っている印象である。

・在宅からの入所者は早期にリハビリすることで在宅への退所が期待できる方が多い。そのような場合は早期からリハビリを行い、短期集中リハビリを行っている。

○入所後 4 か月以上経過して減算[2]される場合のリハビリの実施状況

・入所 3 か月を超え、在宅復帰を予定している方に対して、在宅に向けた生活リハビリを集中的に実施。本人のリハビリ意欲が高く心身機能の向上がある方に対して集中的にリハビリを実施している。

・該当者は月に 4~5 名程度である。

○摂食・嚥下の評価・指導等、経管栄養からの離脱に向けた取組

・言語聴覚士を配置しており、入所時には必ず嚥下評価を行う。必要時には嚥下造影検査も行い、経管栄養からの離脱を目指すが、経口摂取に至る入所者は年に 1-2 人程度である。

・入所者の背景として、認知症終末期、脳血管障害後遺症の方が多く、嚥下機能以外にも認知能力が低く、覚醒にムラがある場合があり、十分な経口摂取ができない場合が多い。

・経管栄養を 2 食提供、昼のみ経口摂取（少量しか食べられない）などにすることもある。

○栄養ケア・マネジメントについて

・栄養ケア・マネジメントは入所者全員実施し、栄養マネジメント強化加算を取得している。

・療養食加算 71 名、経口維持加算 99 名である。

・低栄養リスクは、BMI、体重減少率、血清アルブミン値、食事摂取量、栄養補給法、褥瘡から判定している。

[2] 理学療法、作業療法、言語聴覚療法について、「入所した日から起算して 4 月を超えた期間において、1 月に合計 11 回以上行った場合は、11 回目以降のものについては所定単位数の 100 分の 70 に相当する単位数を算定する」ことを指す。いわゆるペナルティ等に該当するものではない。

3）看取りに関する取組

○本人の意思が不明の場合の主な意思確認方法

・重度の認知症、意識障害などで入所時にはすでに意思疎通ができない場合が多く、家族から意見を聞く場合が多い。具体的には、入所前にご家族含むキーパーソンと面談し、家族がどう考えているか、ご本人が元気だった時の発言について話し合って方向性をすりあわせている。

○ACP（本人参加）もしくは意思確認カンファレンスで話しあう内容のうち特に重視すること、その理由

・本人の意思を尊重すること。
・実際には、現実とかけ離れた希望も多い。その場合は、現状で考えられる現実的な話をすることが多い。例えば、とても歩けない方を、家族が「歩いてトイレに行けたら家で過ごさせたい」と言われる場合や、認知症があり近隣とトラブルになっている方で自宅帰りたいという希望を出される場合がある。

○ACP（本人参加）もしくは意思確認カンファレンス、及び看取りに取り組むうえでの困難な点

・本人の意思確認がまず難しい。
・ご本人・ご家族が現状を把握できていないことが非常に多い。医療側が退所可能と考え、ご本人も退所希望されていても、ご家族が拒否することもあるし、逆もある。ご家族が連れて帰りたくとも、ご本人が介護医療院の生活が楽でいいと言われる場合もあり、ご本人とご家族の意見が一致しない場合が多い。特に男性は自宅に帰りたい方が多い印象だが、高齢奥様と二人暮らしになることが多く、奥様の負担を考え、子が自宅退所を希望しないことが多い。
・また、家族間の意見の不一致もある。施設との連絡窓口となるのは地元に住んでいる家族だが、遠方に住んでいる家族の意向が強い場合もあり、間にいる地元の家族が疲弊するというケースもあった。
・家族に何度も面会に来て欲しいと言っても現状が分かっておらず、忙しさを理由に面会に来ない家族もいる。いざ最期の時になって、「このような状況だと思わなかった」と話される場合もあった。最近はほとんどの人は施設との話し合いで出てくる意見を受け入れてくれる印象である。
・看取りに関しては、ほとんどの方が「苦痛なく過ごして最後は施設で看取ってほしい」と言われる。しかし、入所者が重症化しており、急性期病院から入所して数日で亡くなるケースもあるため、あまりにも期間が短い場合はコミュニケーション不足を感じることもある。

○がん、心不全、呼吸器疾患など、様々な状況下での看取り対応

・厚生労働省の緩和ケア講習会の研修を終了してからは、積極的にがん患者の受け入れをしている。入所前から医療用麻薬を処方されているケースもあれば、当院で経過を見ながら処方する場合もある。
・がんの方は、13 人中 10 人が亡くなっており、8 人は 90 日以内、4 人が 30 日以内に亡くなっていた。
・心不全・呼吸器疾患も同様で、酸素吸入や薬物療法でも呼吸困難が持続し、ご本人に苦痛があるようなら、医療用麻薬を使用する。使用前は、ご本人、かつ/もしくは、ご家族にリスク・ベネフィットを説明、口頭だが確認を取っている。

3．慢性期医療において介護医療院が担うべきと考える役割

1）介護医療院が慢性期医療において担うべきと考える機能

・介護医療院は、介護施設の中でも多くの機能を担っている。医療負担が大きい要介護者の介護施設としての機能に加え、看取り機能、リハビリ機能などが中心だが、地域包括ケア病棟に近い役割も十分に担うことができる。要介護度が必要だが、医療療養病床などと比較して、自由度が高く、運用しやすいと考えている。

・「地域包括ケア病棟に近い」とは、イメージとしては、ポストアキュート（急性期を経過した患者）で自宅復帰を目指すというより、サブアキュート（在宅・介護施設等からの急性増悪した患者）で自宅から一度入るというイメージである。
・高齢者の急性期は軽症例が多く、軽度の肺炎や尿路感染症、腰椎の圧迫骨折など、一時的に治療を要するが回復する方は多くいる。そういう人の受け入れを、介護医療院でもう少し積極的にできたらと思う。
・当院は外来に CT があり入所中の方も撮ることができる。読影も外部委託可能なため、不要な救急搬送・通院を減らせていることは強みである。

２）移行前の施設類型と、移行後の介護医療院で担うべきと考える機能の違い

・移行前は介護療養病床（療養機能強化型 A）だった。現在は I 型介護医療院である。
・医療・介護の機能は、ほとんど変わらないと感じている。
・介護医療院は「住まい」としての機能をもつため、ハード面の改修工事を行い、半個室化している。職員に対しての教育を行い、介護医療院に移行してプライバシーを尊重することをより重視するようになったと思っている。

３）現在自院（並びに併設医療機関）が地域の中で担うべきと感じる機能

・コロナ禍になり、高齢者の入院適応が厳しくなっている。高度急性期病院の機能を考えると当然だと思うが、地域高齢者にとっては厳しい状況である。自院では、急性期からの依頼を受けたら迅速に入所につなげるようにしているほか、自宅からの入所、特養や老健からの入所も迅速に引き受けるよう努力している。介護医療院が 169 床あるので、小さな地域包括ケア病棟より空床もあり、緊急入所も可能である。
・緊急入所とは、転んで腰を打って動けないなど、突発的に何かあって入所するようなケースである。

４）現在担っている機能のうち、近隣の他医療機関もしくは他介護保険施設が受け持つべきと考える機能

・緊急入所などは、今以上に積極的に行うべきと考えるが、COVID-19 の影響もあり、施設によっては難しいと思われる。

４．選定基準別ヒアリング項目

１）観点②：重度療養者の受け入れ

○末期がん患者の受け入れ状況

・2020 年 4 月 1 日より 2022 年 12 月 31 日までで 13 人（14 回）の入所があった。がん末期の方は、何度か入所と退所を繰り返されている。このうち 10 人は当院で死亡退所、2 人は現在も入所中である。また、1 人は他の介護医療院に転所した（もともと自宅近くの介護医療院に移りたいという希望あり）。
・抗がん剤内服を継続している方はいなかった。
・介護医療院になる前から、がんの方が入所していた。緩和ケア病棟に入ったが存命期間が長期に渡った方を 2 名受け入れたことがある。（緩和ケア病棟で転倒し介護度が増加したため転院してきた事例もあり）自分は循環器内科医なので麻薬には詳しくなかったが、近隣病院に緩和ケア病棟があったのでそこで講習会を受け知識を学んだ。
・入所者によっては抗がん剤（ティーエスワン）や抗エストロゲン薬（タモキシフェン）を持ちこまれる方もいるが、持ち込まれた分を使用後、ご家族等と相談後にそのまま中止となることが多い。介護医療院に入所後、自院にて新たに抗がん剤の処方を開始することは無く、疼痛管理を通してのかかわりが多い。

・医療区分 1 だけでなく、医療区分 2．3 に該当する入所者は一部いると思うが、医療区分の厳密な判定は行っていない。以前慢性閉塞性肺疾患（COPD）で亡くなった方で、冬期に一時的に入所するというのを 10 年ほど繰り返していた方もいた。
・重度療養者の受け入れ先は、限られている。最後の受け皿が当介護医療院だと感じる。
・医療区分で 2，3 に該当しない方は、他の医療機関や介護施設で敬遠されがちである。がんの方も、自宅で独居という方が多いので、介護医療院で受け入れるしかない。

〇末期がん患者の受け入れ状況（入所者の入所の経緯について）
・がん患者の 13 人を調べると独居が 7 人、高齢夫婦が 4 人。入所元は急性期病院から 8 人であった。なんとか自宅で暮らしていたが救急搬送され、病院に入り、自宅には戻れないので介護医療院へ転院された方が多い。
・また、自宅もしくは老健から来た方が各 2 人いた。老健から入所された方はがん末期で、老健でのケアが困難といったケースの方もいた。

〇介護医療院が想定する重度療養者の定義
・半年以内に看取りが想定される方、もしくは、誤嚥性肺炎を繰り返している方などが多い。
・救急搬送を繰り返すと特養では受け入れることが難しい。また特養の場合、急変時に家族を呼ばれるが、家族も高齢である場合など、その都度家族が行くのも難しかったりする。そういった対象者の受け入れを想定している。
・全体としては、認知症があって中等症以上の内臓疾患がある人と思われる。
・具体的には、認知症で心不全の増悪を繰り返している方、認知症のため自宅でインスリンを打てず血糖コントロールができない方などが想定される。

〇重度療養者を受け入れるようになった経緯
・施設長である医師は循環器内科を専門としているが、いろいろな施設を断られて入所される方を幅広く受け入れてきた。そのような受け入れを続けている中で、「ここなら受け入れてくれる」と地域から思われるようになり、紹介も多くなった経緯がある。
・地域包括支援センターが近隣にあるが、地域で困っている方がいたら当施設の外来に紹介していただき、その後入所される方もいる。

〇上記処置対応にあたっての体制の工夫
・医療用麻薬の使用では、近隣病院の緩和ケアガイドラインを参考にしている。

〇医療処置の提供時、入退所時の困難点・工夫点
・抗がん剤治療については、経験も少なく分からないというのが本音である。
・疼痛管理に関しては、静注薬（医療用麻薬）はまだ使用には至っていない。内服・座薬・貼付薬で対応できている。

2）観点⑤：新型コロナウイルス感染症
〇自施設スタッフのみで対応した場合
・施設内で新型コロナウイルス陽性者が出た場合には、自施設にてすべて療養処置を行い、他の病院へ転院させた者はいなかった。

・第 7 波の時、同法人のもうひとつの介護医療院に感染者が出た。保健所に連絡をしたところ、近隣病院の感染管理認定看護師が来て下さり、現場のゾーニングの技術や方法、PCR 検査のタイミングについて習うことができた。その後は自施設で感染委員会を作り対応している。
・スタッフの体制としては、陽性者専従のスタッフを配置し、他スタッフとは分けて対応にあたっている。
・また、廊下でもすれ違わないようにテープを貼り、エレベーターや階段も別にし、動線を分けている。

〇新型コロナウイルス感染症対応状況の詳細（B 介護医療院の場合）

- 感染者数　合計：26 人
  入所者：23 人、職員 3 人（看護師 2 人、介護士 1 人）

- 感染した入所者 23 人の背景

年齢　86.43 歳　(75-97)
男性/女性　9/14 人
要介護度　3.95　(要介護 ① 1 人、② 2 人 、③ 2 人、④ 10 人、⑤ 8 人)
主症状　発熱 21 人 (91.3 %)、咳嗽・嘔吐 1 人（4.3 %)、無症状 1 人（4.3 %)
ワクチン接種状況　0 回 1 人、3 回 1 人、4 回 10 人、5 回 11 人 (3 回以上が 95.7 %)

- 治療状況

感染したすべての入所者に対して発症 24 時間以内に抗ウイルス薬を処方した。
モルヌピラビル内服 22 人、レムデジビル静注 3 人
(2 人はモルヌピラビル内服するも嘔吐したため、レムデシビルに変更)

- 発熱持続期間（37.5 度以上を発熱と定義、発熱が記録されなくなった日までを計算)

対象 22 人　平均 3.8 日（1-11 日)、3 日以内に解熱した方は 14 人（43.6 %)

- 細菌感染併発にて抗生剤治療が必要になった方

3 人（誤嚥性肺炎 1 人、褥瘡感染が増悪 1 人、尿路感染 1 人）

- 隔離期間（療養期間：発症日をゼロ日として計算した)

入所者の多くが免疫低下状態であるため、10 日以上の隔離に加え、抗原検査陰性を確認後に隔離終了とした。結果、隔離が長期化した方には PCR 検査を行い、Ct 値も測定しているが、全て 30 未満と低く、長期隔離が必要と判断された。
平均隔離期間 14.6 日（11~18 日)、14 日以上の隔離になった方が 18 人（78.3%)
ワクチン未接種の方は、発熱期間 2 日のみで症状も軽微であったが、抗原検査陽性期間が長く、18 日間隔離療養が必要となった。

- 転帰

COVID-19 感染急性期（隔離期間中）に死亡者なし。

〇感染症全般に対する対応（感染症発生前の準備状況含む）

・新型コロナが発生して以降、事前準備としては、各施設で発生したらどのフロアで出たらどこをレッドゾーンにするか、などをシミュレーションした。また、食事の提供についても、3 食を 2 食にするといったことも想定した準備をしている。

・新型コロナウイルスへの対応で、介護医療院として最低限やっておくとよいと感じることは、急性期病院の負担軽減のための、ニーズがある場合の速やかな受け入れである。感染中は受け入れられないが、隔離期間終了後に廃用症候群が進む方が多いので、リハビリを早期から始められたらと思う。

・今後 5 類相当になってしまうと、「with コロナ」で、常に感染者がどこかにいるという状況になる。7 日目までウイルス量が増えて 10 日くらいで感染させるようなウイルス量ではなくなるという報告もあるが、自施設では 2 週間ほど隔離しないとウイルス量は減らず、長期化しているという検査結果もあり、対応の難しさを予想している。

・また、当施設では NEAR 法という核酸増幅装置を備えており、自施設で無症状者の判定ができる体制があると良いと思う。一般的に抗原検査は、無症状の場合感度が非常に低い。このため、陽性者が発生した場合、NEAR 法で食事場面の同席者や同部屋の人など可能な範囲で検査を実施し、陽性者を特定・早期レッドゾーン決定まで進めることが望ましいと思われる。また、職員の不安軽減にもつながる。

〇外部医療機関との連携方法（地域から入所される方の紹介ルートについて）

・かかりつけ医や、ケアマネジャー、地域包括支援センターから紹介を受ける。

・地域の医師から直接電話や SNS を通して個別に相談が来る状態である。それは断われない。

・コロナの前は地域の講演会で会う機会が多かったので、人とのつながりがあるという感じである。

〇外部医療機関との連携方法（下り搬送の受け入れについて）

・下り搬送（外部の施設からのポストコロナの方）受け入れについては、他施設や病院から、受け入れの要請があり、これまで 6 名受け入れた。1 名 100 歳の女性が自宅に帰っている。2 名は死亡、3 名は施設入所だが、そのうち 1 名はグループの介護医療院へ入所した。

・上記 6 名は急性期病院か病院からの転院で加算が算定できるが、地域で在宅療養していたがその後入所してきた 7 名もいる。そのなかで 3 名が亡くなり、1 名は在宅へ移行したが近隣病院に運ばれ、その後亡くなった。彼ら以外は入所したままである。地域や自宅からの受け入れについても、加算をつけられたらと思う。

事例３―１．Ｃ介護医療院

調査の観点	③看取り
事例の着眼点	看取りに係る取組のうち、特に本人参加の意思確認カンファの実施等、ACP の取組

１．施設の基本情報

１）法人の概要

○開設主体

・医療法人である。

○併設医療機関

・病院（障害者施設等 55 床、特殊疾患 60 床、緩和ケア 25 床、回復期リハビリテーション 206 床、地域包括ケア 39 床、医療療養 120 床）がある（建物内併設）。

○関連法人が運営する介護サービス

・訪問看護、通所介護（デイサービス）、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）

２）地域の概要

○所在地

・神奈川県内の地方都市（首都圏近郊）に立地。

○近隣の医療機関・介護保険施設の情報

・近隣に病院は 20 施設（a 市 8 施設、 b 市 3 施設、c 市 9 施設）、診療所は 309 施設（a 市 85 施設、b 市 55 施設、c 市 169 施設）ある。（「地域医療情報システム」より）

○地域の特色

・高齢化が進んでいる。
・地域医療構想の影響もあり、入所者の受け入れを行う地域が変わってきたと感じる。
・以前までは都内からの受け入れもあったが、現在は施設の所在する市や隣接する市からの受け入れが多くを占めている。
・併設病院からの受け入れもあるが、外部施設からの入所も一定数いる。介護施設等から直接入所するケースもあれば、介護施設等から急性期病院に搬送され、その後当施設に入所となるケースもある。
・二次医療圏内では介護医療院は当施設のみの認識である。急性期病院から退院する際の、地域での受け入れ先を探す難しさが顕著になってきており、20 人ほど入所待ちの方がいらっしゃる状況が続いている。

３）施設の概要

○算定している施設サービスの類型、職員配置等

<table>
<tr><td>算定している施設サービスの類型</td><td colspan="2">Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）</td><td>介護医療院の開設年月</td><td>2019 年 4 月</td></tr>
<tr><td>移行元の施設類型</td><td colspan="2">医療療養病床</td><td>介護療養型医療施設の開設年月</td><td>―</td></tr>
<tr><td rowspan="7">職員配置
（常勤換算数）</td><td colspan="4"><table>
<tr><td>医師</td><td>3.0 ※</td><td>理学療法士</td><td>1.2</td></tr>
<tr><td>歯科医師</td><td>0.0</td><td>作業療法士</td><td>1.2</td></tr>
<tr><td>看護職員</td><td>9.3</td><td>言覚士</td><td>1.2</td></tr>
<tr><td>介護福祉士</td><td>18.0</td><td>歯科衛生士</td><td>0.0</td></tr>
<tr><td>その他の介護職員</td><td>1.0</td><td>管理栄養士</td><td>1.4</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>栄養士</td><td>0.0</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>入所定員</td><td colspan="2">52 人</td><td>入所者数</td><td>52 人</td></tr>
</table>

※夜間の医師の配置は、外部の医師が非常勤で対応する形、もしくは病院内の他病棟の医師（当直医）が対応する。病院内全体で２名の当直医が居り、そのうち１名が介護医療院も含めて対応する形をとっている。

○入所者の状態像

・地域や入所者の高齢化もあり、全体的に入所者の重度化が進んでいる。その結果、退所先にも影響が出てきている印象である。今年度（２０２２年度）は自宅への退所が０人であり、死亡退所が１３人、他院への転院が３人であった。過去数年の退所先は他施設や自宅も含まれていることから、退所先が変わってきていることが分かる。

年度	退所者総数	退所先内訳				
		死亡	院内他病棟	他病院	施設	自宅
2020	34	18	5	3	6	2
2021	22	20	0	1	0	1
2022※	17	13	1	3	0	0

※2023.2.27 時点

・受け入れる人の多くはぎりぎり医療区分１といった方が多く、自宅や他の介護保険施設での医療や介護が難しい方である。そういった方の最後の砦、最終地点として役割を果たしているのではないかと考えている。
・Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）の算定区分である看護師６：１、介護士４：１のうち、特に看護師の基準については、６：１では対応が追い付かないほどに、入所者の医療ニーズは高い。
・医療処置のニーズが高い人を多く受け入れるにあたっては、１人１人の処置を丁寧に実施することを優先しているため、対象者全員への対応で時間を要する。

２．介護医療院におけるサービス提供実態等

１）医療処置に係る取組

○提供可能な医療

・〇を付与した医療行為について、施設で対応可能とご回答いただいた。
・中心静脈ライン、気管切開のケア、麻薬による疼痛ケア、抗がん剤投与、人工呼吸器管理は併設の医療療養病床にて実施。

○	抗生剤末梢点滴治療（肺炎、尿路感染等		気管切開のケア		人工肛門管理
○	脱水・熱中症等に対する末梢補液点滴治療		ネブライザー		麻薬による疼痛ケア
	中心静脈ライン		酸素療法（酸素吸入）		抗がん剤投与（経口、点滴含む）
○	その他点滴治療	○	経鼻経管、胃ろうによる栄養投与・交換	○	CT scan, MRI
○	インスリン投与	○	歯科治療	○	血液検査
○	褥瘡・創傷治療（デブリ、持続吸引等）	○	持続モニター		人工呼吸器の管理
○	酸素投与	○	膀胱カテーテル管理		透析 ※自施設以外で実施した場合も含めて

○施設として重度療養者の受入のために行った体制整備

・重症化した入所者、医療区分２・３に該当するようになった入所者については、併設病院の医療療養病棟、地域包括ケア病棟への移動を実施している。
・急性期病院に転院した場合、一旦併設病院の地域包括ケア病棟に入院・加療後に介護医療院に再入所することもできる。
・入所者に急変が生じた際、紹介元の病院に受け入れ可否を尋ねて「難しい」という返事の場合は近隣の急性期病院へ受け入れ要請をするケースが多い。

○実施している医療処置の体制

・医療機器（呼吸器や輸液ポンプ、シリンジポンプ等）の装着が必要な場合、昇圧剤や抗がん剤を使用する場合は、他の病棟に移動して実施している。
・昇圧剤投与は状況により介護医療院で実施することもある。
・また諸検査、急性期治療が必要と医師が判断した場合、紹介元または近隣の急性期病院に転院している。

○施設として重点的に取り組んでいる医療処置とその理由

・重度の入所者が多いため、喀痰吸引、経鼻経管栄養、創処置（軽度～中程度）、膀胱カテーテルや胃ろうのチューブ管理・交換、脱水・熱中症等に対する末梢補液点滴治療、抗生剤抹消点滴治療等を数多く行っている。
・特に膀胱カテーテルは他の施設では受け入れが難しいため介護医療院にて受け入れている。

２）自立支援・重度化防止に向けた取組

○施設で重点的に実施するリハビリとその理由

・食べられる人は食べられるようにすること、経口での摂食機能の維持・向上を重視している。
・離床を重視して２次的合併症（廃用症候群（肉体的、精神的）や褥瘡）の予防に努めている。
・予防として余暇活動などの実施を取り入れている。レクリエーショントレーナーの配置に加え、一般職員も積極的に余暇活動に取り組んでいる。
・看取りまでを担う介護医療院において、経口摂食は生きる上で必要なことでもあり、楽しみでもある。身体機能の維持・延命を最優先するなら経管栄養ももちろん選択肢になるが、「その人らしく生きる」という面では最期まで経口摂食できる状態を継続維持することは重要である。

・現在、52 名の入所者のうち 35～36 名は何らかの形で経口での食事摂取を実施している（胃ろうしつつ、1 食のみ経口摂食などのケースも含む)。
・言語聴覚士のリハビリ内でプリン 1 個のみの摂食、も含めるのであれば 42～43 名ほどが経口摂食を実施している状況である。

○入所後４か月以上経過して減算[3]される場合のリハビリの実施状況

・基本的に月 10 単位を超える形での集中リハビリを行うことはない。
・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士で月 10 単位を目安としている。
・入所者の状況に応じ、3 職種で話し合って介入単位等を決定している。
・自宅退所を目標とする方には短期集中でリハビリを実施することもあるが、現在はその目標設定を行う入所者がほとんどいないため、上記の実施状況となっている。

○摂食・嚥下の評価・指導等、経管栄養からの離脱に向けた取組

・言語聴覚士による嚥下訓練、評価を中心に実施している。
・管理栄養士をはじめとした専門職によるミールラウンドを実施し、適切な食事の支援方法等を決定して日々のケアに反映している。
・ミールラウンドは特に管理栄養士が中心となっており、基本的に毎日の食事の様子を確認している。

○栄養ケア・マネジメントについて

・経口維持カンファレンスを実施している。
・経口維持カンファレンスでは言語聴覚士も含めた多職種による話し合いを行い、食事方法・量・介助量・介助方法・栄養データ等について検討している。
・頻度は月 2 回程度である。

３）看取りに関する取組

○本人の意思が不明の場合の主な意思確認方法

・あまり症例数は多くないが、意思を伝えられる状態の入所者には意思確認の場に参加いただいている。
・本人に参加してもらう際には、例えば「できるだけ好きなものを食べたい」といった意思を聞き取り、点滴治療や酸素投与を行いながらだが、お酒や焼き鳥、ラーメンといった本人の好物を食べていただく工夫を行っている。
・口内に腫瘍があり、経口摂取時に痛みがある状況だったが、歯科や言語聴覚士とも連携して痛みを減らしつつ、本人の希望である食事の実現に向けて取り組んだ。
・ただ、基本的には家族や代理人に確認するようにしている。入所の際、最初のタイミングで意向等を記載いただくことが殆どである。その後必要なタイミング（状態像の変化があったタイミング等）で都度意向を再確認している。その際に、当施設で策定したアセスメントシートを用いている。
・家族や代理人の意思確認に際しては、普段から関わる職員も立ち会って「この人が元気であれば何を望むか」を推定する機会を設けている。

[3] 理学療法、作業療法、言語聴覚療法について、「入所した日から起算して 4 月を超えた期間において、1 月に合計 11 回以上行った場合は、11 回目以降のものについては所定単位数の 100 分の 70 に相当する単位数を算定する」ことを指す。いわゆるペナルティ等に該当するものではない。

・普段の生活の様子から、「こんなことを望むのではないか」というのをそれぞれの立場から正直に話し合うことで、1つの結論にすり合わせていく形である。「それは誰の思いなのか？」「元気な時どんな人であったか？」といった問いを立てながら話し合いを実施する。
・大前提として、家族や代理人は「どんな選択肢があるか」「その選択肢を取ることのメリット／デメリット」については詳しくないケースがほとんどである。そうした場合、前述の話し合いを続ける中で選択肢を認識し、自身の中で結論を出してもらうようにしている。
・話し合いは1回ではなく複数回実施することが多い。その間に家族や代理人の意見が変わることもある。
・話し合いのタイミングは半年に1回の定期面談と、入所者の状態像に変化があると職員が判断した際の不定期面談がある。

○ACP（本人参加）もしくは意思確認カンファレンスで話しあう内容のうち特に重視すること、その理由

・人生の最期に何をしたいか、どこまで医療処置をするかの確認を重視している。
・前項の通り、話し合いの中で、その人が元気な状態なら何を望むかの推定を行っている。（再掲）

○ACP（本人参加）もしくは意思確認カンファレンス、及び看取りに取り組むうえでの困難な点

・入所者の状態像に影響も受けるため、本人の意思確認を実施できない場合がほとんどというのが実情である。
・看取りに関する話では、どう伝えるかで非常に悩む。この点は医師でも難しい。まだご存命で元気な方に対し、話を切り出すことのハードルが高いと感じる。
・また、家族との意思確認で困るケースも多々ある。家族としては「いつまでも元気に」という思いがあるため、看取りに向かっての話の場を設けるところまで持っていくことに苦労するケースもある。

○がん、心不全、呼吸器疾患など、様々な状況下での看取り対応

・がんの場合は緩和ケア病棟への移動も考えるようにしている。
・心不全、呼吸器疾患は苦痛の緩和と本人の望む生活を重視する。

3．慢性期医療において介護医療院が担うべきと考える役割

1）介護医療院が慢性期医療において担うべきと考える機能

・医療区分1ではあるが、特養や老健で対応できない対象者の受け入れ
・特に医療処置が必要な対象者が該当すると考えている。食事における介護量が大きい方や、脱水が進み点滴しながらの入所となる方、喀痰吸引が必要な方等は他の介護施設では対応が難しくなる。
・施設外になかなか出られない状況ではあるが、プライバシーの保たれた空間を持つこと、外の空気に触れること、整容行為といった、生活する中で「人として当たり前に行うこと」を実現できるように努めている。

2）移行前の施設類型と、移行後の介護医療院で担うべきと考える機能の違い

・治療重視ではなく、「生活重視で治療もできる」という点である。
・施設管理者から「この病棟は介護医療院になり、治療重視の場ではなくなったことを念頭に置いてほしい」とのコメントがあった。また、病院全体での教育も実施することで、医療療養時代と比較して「その人らしい生活を営むには何が必要か」を職員一人一人が考え、行動するようになっている。

3）現在自院（並びに併設医療機関）が地域の中で担うべきと感じる機能

・近隣の介護施設にて、医療処置等で困っている対象者の受け入れ
・在宅介護困難者の受け入れ

・受け入れる人の多くはぎりぎり医療区分 1 といった方が多く、自宅や他の介護保険施設では対応しきれなくなった方の最後の砦、最終地点として役割を果たしているのではないかと考えている。（再掲）
・自宅では家族の対応が難しいケースが増えてきており、入所待ちが 20 人ほど発生している状況である。

４）現在担っている機能のうち、近隣の他医療機関もしくは他介護保険施設が受け持つべきと考える機能

・特になし

４．選定基準別ヒアリング項目

１）観点③-1： ACP の取組が行われている

〇意思確認カンファレンスの実施状況・具体的な実施内容（特に本人の意思確認ができない場合の工夫）

・介護医療院のターミナルケアは 2022 年度の平均が約 20%で 10 名～12 名で推移している。
・2023 年 2 月時点では、ターミナルケアの対象者は 10 名となっており、健やかに過ごせるようにケア計画を立案し実践しているが、このうち意思決定カンファレンスに本人参加できたのは 2 件のみであった。
・本人に参加してもらう際には、例えば「できるだけ好きなものを食べたい」といった意思を聞き取り、点滴治療や酸素投与を行いながらだが、お酒や焼き鳥、ラーメンといった本人の好物を食べていただく工夫を行っている。本例では、口内に腫瘍があり、経口摂取時に痛みがある状況だったが、歯科や言語聴覚士とも連携して痛みを減らしつつ、本人の希望である食事の実現に向けて取り組んだ。（再掲）
・意思確認ができない場合には、家族や代理人に聞く形での対応となる。
・介護医療院の入所者のほとんどが意思確認できない状況がある。ご本人が健全な状態の時に意思を確認できるものを準備しなければ、介護医療院での意思確認はできないのが現実である。
・主治医の考え方が重要である。医師自身の意見は持っているが、職員や入所者とも積極的に関わり、その人にとって最適な選択肢が何かを探ってくれているため、職員としては非常にありがたいと感じる。

〇介護医療院で実施すべきと考える看取りに関する取り組み

・ご本人の意思が明確にならない場合でも、ご本人の意思をできる限り推定した形で、ご本人の意思に沿った生活支援と医療の提供を行う。
・医療の提供では、喀痰吸引、抗生剤の投与、点滴、軽度～中等度の褥瘡処置が特に取り組むべきと考えている。それ以上に医療処置が必要になった場合は他病棟・他医療機関にて処置を実施する形が良いのではないかと考えている。
・介護医療院での生活支援の中で重視すべきと感じるのは 3 点あり、健康、食事、余暇活動である。
・健康では特に口腔内の清潔保持を重視している。
・食事ではなるべく最期まで経口摂取が可能なように、好きなものを食べられるようにという点を重視している。当施設で最も重要視しているのは食事の部分である。
・余暇活動ではコロナ禍でも外出レクを実施した。入所者の顔色がハッキリと変化する様子も見て、やはり外の空気を感じる場は必要と感じた。

事例３―２．Ｄ介護医療院

調査の観点	③看取り
事例の着眼点	病院と併設していないⅡ型の介護医療院における看取りの取組

１．施設の基本情報

１）法人の概要

○開設主体

・社会医療法人である。

○併設医療機関

・無床診療所を併設している。

○関連法人が運営する介護サービス

・訪問看護、その他（通所リハビリ）

２）地域の概要

○所在地

・福岡県内政令市

○近隣の医療機関・介護保険施設の情報

・市内の介護医療院の所在地区の施設は以下の通りである（病院数 21、診療所数 197、入所型介護施設数 64（入所定員　2,379)、居宅介護支援事業所数 83)。
・そのうち、当施設と連携頻度の高い医療施設としては、急性期病院８施設 、回復期・慢性期病院５施設がある。

○地域の特色

・市内の高齢化に関しては、2025 年に向かって人口は増加するものの、増加する人口はほぼ 75 歳以上の高齢者である。中でも後期高齢者人口は、2015 年比で 2025 年には 1.6 倍、2040 年に 2 倍の見込みである。
・介護医療院の所在地区は、市内全 7 区のなかで最も人口が多い（人口 306,000 人超)。高齢化率は 50%を越える地区がある一方、5%程度の地区もあり、地域差が大きい。
・市内要介護認定者の増加に関して、対 2015 年比で 2025 年には 1.3 倍、2040 年には 2 倍の見込みである。
・単独および高齢者夫婦世帯の増加に関して、後期高齢者単独世帯は対 2015 年比で 2025 年には 1.9 倍、2040 年には 2.9 倍の見込みである。
・認知症高齢者数の増加に関して、対 2015 年比で 2025 年には 1.3 倍、2040 年には 2.1 倍の見込みである。
・家族機能の低下に関して、少子高齢化、世帯の縮小化、女性の就業率増加、社会価値の多様化による、家族の経済、情緒、保護などの機能の低下がある。
・地域の相互扶助の弱体化に関して、人口移動が大きく、地域の連帯感の希薄化、支え合いの弱体化が進んでいる。相互扶助を支える人財の担い手が不足している。
・医療・介護ニーズは一段と個別化された多種多様なものになっている。
・健康障害や生活の場が変わることによって、高齢者の医療・介護ニーズは激変する。

3）施設の概要

○算定している施設サービスの類型、職員配置等

<table>
<tr><td>算定している施設サービスの類型</td><td colspan="2">個室ユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費</td><td>介護医療院の開設年月</td><td colspan="2">2020 年 11 月</td></tr>
<tr><td>移行元の施設類型</td><td colspan="2">医療療養病床</td><td>介護療養型医療施設の開設年月</td><td colspan="2">―</td></tr>
<tr><td rowspan="7">職員配置
（常勤換算数）</td><td>医師</td><td>1.0　※</td><td>理学療法士</td><td colspan="2">3.0</td></tr>
<tr><td>歯科医師</td><td>0.0</td><td>作業療法士</td><td colspan="2">3.0</td></tr>
<tr><td>看護職員</td><td>12.7</td><td>言語聴覚士</td><td colspan="2">1.0</td></tr>
<tr><td>介護福祉士</td><td>17.4</td><td>歯科衛生士</td><td colspan="2">1.0</td></tr>
<tr><td>その他の介護職員</td><td>5.0</td><td>管理栄養士</td><td colspan="2">2.0</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>栄養士</td><td colspan="2">0.0</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>入所定員</td><td colspan="2">80 人</td><td>入所者数</td><td colspan="2">75 人</td></tr>
</table>

※医師の夜間オンコールは、非常勤勤務の外部医師にてローテーションを組んでいる。外部医師は法人内の地域で活動する医師である。

○入所者の状態像

・高齢化に伴い入所者や問い合わせ者の年齢も高齢化している。また、単身者の問い合わせが増加している。
・入所者ほぼ全員が認知症の診断を受けている。
・一人の人が、高齢であり、認知症であり、独居者であるなど、複数の背景を有している。そういう方を受け入れることによるスタッフの忙しさや難易度は、「足し算」ではなく「かけ算」になっていると感じる。
・入所に関する問い合わせは、医療機関や居宅介護支援事業所よりも、直接家族からの場合が多い。家族に対する施設紹介活動なども常々行っている。
・入居者の入所元住所は、介護医療院がある地区に留まらない。市外や、県外からも問い合わせもある。地方に行けば行くほど介護サービスが不足しているため、施設所在市の施設に問い合わせがあると考えられる。

○介護医療院への移行の経緯

・当院がある地域は、大学病院など高度急性期医療を担う医療機関がすでに存在している。移行前は 556 病床という大規模で多様な機能をもつ医療機関だったので、地域の中で担うべき役割を考え、設備や資源を集中させた経緯がある。
・移行前の療養病床があった病院から 2 キロ離れた場所に介護医療院を開院した理由としては、3 点ある。1 点目は病院建て替え計画があり、順次立て替えをする敷地が必要で、そこに個室が求められる介護医療院を開設できなかったということがある。また、2 点目として法人内のクリニックが既に有している資源との兼ね合いで、介護医療院を切り出した方が良いという判断があった。さらに 3 点目として、医療法人で行う介護医療院で医療を重点的に行うとコストが上がるため、敢えて併設にはせず、離れた場所で介護医療院は「在宅」であるということを意識できるようにしたことがある。

2．介護医療院におけるサービス提供実態等

1）医療処置に係る取組

○提供可能な医療

・○を付与した医療行為について、施設で対応可能とご回答いただいた。

○	抗生剤末梢点滴治療（肺炎、尿路感染等		気管切開のケア	○	人工肛門管理
○	脱水・熱中症等に対する末梢補液点滴治療	○	ネブライザー	○	麻薬による疼痛ケア
	中心静脈ライン	○	酸素療法（酸素吸入）		抗がん剤投与（経口、点滴含む）
○	その他点滴治療	○	経鼻経管、胃ろうによる栄養投与・交換		CT scan, MRI
○	インスリン投与	○	歯科治療	○	血液検査
	褥瘡・創傷治療（デブリ、持続吸引等）		持続モニター		人工呼吸器の管理
○	酸素投与	○	膀胱カテーテル管理		透析 ※自施設以外で実施した場合も含めて

○施設として重度療養者の受入のために行った体制整備

・在宅酸素整備
・吸引器整備
・栄養および薬剤使用に当たり、栄養士・薬剤師との事前打ち合わせを行う。
・受け入れ時のケア・マネジメントに関わる担当者会議で、ケアプランを作成。ケアプラン作成は、入所時や、随時、多職種が一堂に会して検討をしている。

○実施している医療処置の体制

（自院対応の体制）

・定期的回診による情報の更新や指示変更を行う。指示に基づき夜間の看護師が実施、指示がない場合は医師へ連絡し指示を受け実施している。

（併設〔関連〕病院への移送の場合、近隣の病院への移送の場合）

・関連病院へ移送の場合は、医師より病院へ連絡し、施設の搬送車を用いて、看護師が付き添う。例えば脳梗塞を起こしているような状況で、関連病院にて対応できない場合は、救急車を依頼し、他の医療機関へ緊急搬送を行っている。

○施設として重点的に取り組んでいる医療処置とその理由

・吸引と口腔ケア：嚥下機能低下、胃ろう栄養の方に対する誤嚥性肺炎予防と経口摂取への支援のため。介護医療院には、歯科衛生士が開設の段階から１名おり、口腔ケアについては力を入れている。介護医療院へ移行前の医療療養病床の併設病院に外来歯科があり、そこに勤めていた歯科衛生士が部署異動で介護医療院に配置された経緯がある。そのため、現在も病院との連携は円滑に実施できている。胃ろうの方も多く、誤嚥性肺炎をいかに少なくするかは重要であると考えている。最期まで食事を楽しんで頂くことに力を入れるためには、口腔ケアも欠かせない。歯科で取れる加算があまりないため人件費は持ち出しだが、歯科衛生士の配置は必要不可欠である。

・内服やインスリン管理：入所者の状態管理及び定期的な血液検査等など、医師と情報共有し、過剰な内服投与を避けて適切な管理ができるようにしていくために必要と考えている。

2）自立支援・重度化防止に向けた取組

○施設で重点的に実施するリハビリとその理由

・寝たきりを防ぐための離床促進。機能回復というより、ADL 維持のための身体機能訓練及び精神機能賦活を行っている。

○入所後 4 か月以上経過して減算[4]される場合のリハビリの実施状況

・減算はあまり考えず、担当者会議で検討された必要な回数を行っている。
・リハビリを受けられる介護施設は老健と介護医療院しかない。家族も、ADL 維持のためのリハビリをしてほしいという希望が大きい。「介護医療院ではリハビリを受けられる」というのは大きな家族からの期待であると感じている。（まれな例だが要介護 1 だった方が要支援になって退所が必要になるという出来事があった。栄養改善やリハビリを行うことで介護度が下がるというのは、施設としては重要な例であった。）
・リハビリ介入は施設内における活動・参加につながる場でもあり、その点も本人の精神賦活機能や家族からの期待に対応する部分であると感じている。

○摂食・嚥下の評価・指導等、経管栄養からの離脱に向けた取組

・摂食訓練
・ミールラウンドによる情報共有（全職種で食事に関する観察のためのラウンドをして、ケアプランに活かしている。）
・院内では歯科衛生士や言語聴覚士、栄養士にて、食事に関する検討を重ねている。食べることに関して、専門職を配置すると効果があるという実感がある。栄養状態等が整っていないとリハビリもできないため、非常に重要な介入である。

○栄養ケア・マネジメントについて

・栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリングを定期的に実施し、体重や食事摂取量から低栄養状態の方を早期発見している。
・嚥下機能低下が見られた場合、ミールラウンドの対象としている。

3）看取りに関する取組

○本人の意思が不明の場合の主な意思確認方法

・入所されて具体的な過ごし方まで踏み込んだ話をできる方・できない方様々であるが、日常の生活の中で延命についてご家族と話されていられる方は、ご家族からの情報を頂いている。
・入所されてからご本人とご家族とコミュニケーションが取れるようになったり、ご本人の意思が固まったりすることがあるので、一律に行うことは難しい。入所後状況が変わったらその都度相談をしている。
・本人の意思確認が出来ない場合は、ご家族に対して、それまで過ごされていた際の思いなどを確認している。ご本人の意向が分からなければ、家族内で話して欲しいと伝えている。

---

[4] 理学療法、作業療法、言語聴覚療法について、「入所した日から起算して 4 月を超えた期間において、1 月に合計 11 回以上行った場合は、11 回目以降のものについては所定単位数の 100 分の 70 に相当する単位数を算定する」ことを指す。いわゆるペナルティ等に該当するものではない。

〇ACP（本人参加）もしくは意思確認カンファレンスで話しあう内容のうち特に重視すること、その理由

・本人の思いと家族の思いにずれがないかということである。理由は、ご本人の希望を重視し最善の関わり方をしていきたいためである。ご家族とご本人の間で意思に齟齬が出る場合は、難しくなることが多いと感じる。

〇ACP（本人参加）もしくは意思確認カンファレンス、及び看取りに取り組むうえでの困難な点

・困難な点は、単身者の場合の方針確認である。その場合は、後見人との情報交換、共有で対応する事例が多い。入所中の金銭管理や急変時、亡くなられたときの身元引受人が必要なので、単身者の場合、入所時に後見人のことは確認している。後見人がかかわる場合も、なるべく本人の意思が尊重されるように努めている。

〇がん、心不全、呼吸器疾患など、様々な状況下での看取り対応

・がんの方は、看取り期に入る前に、介護医療院で過ごされるか、緩和ケアへ移られるかを確認している。介護医療院では疼痛コントロールの為の麻薬使用も制限があるので確認している。

・介護医療院へ移行前の医療療養病床が併設されていた近隣の医療機関に緩和ケア病棟がある。介護医療院は非がんの方の看取りをしており、緩和ケア病棟はがんの方の看取りをする形で役割分担をしている。がんは、終末期に介護医療院では対応できない（疼痛コントロールなど）様々な症状が出てくるので、そのことをご家族に伝え、理解を得ている。途中で緩和ケア病棟に移られる方もいる。

〇医師不在時の看取り対応

・夜間は医師不在となるが、呼吸、心停止した場合連絡し来院し家族と共に死亡診断を行う。

・連絡後に医師が来院することは、日頃から家族と話しをしておく。

３．慢性期医療において介護医療院が担うべきと考える役割

１）介護医療院が慢性期医療において担うべきと考える機能

・医療度の高い高齢者に、これまで提供できなかった生活の場としての環境を提供すること。

２）移行前の施設類型と、移行後の介護医療院で担うべきと考える機能の違い

・移行前の医療療養病床では「治療の場」、移行後の介護医療院では「治療の場」に加えて「生活の場」という機能を担うべきであると考えている。

３）現在自院（並びに併設医療機関）が地域の中で担うべきと感じる機能

・複数の疾患を有し、機能低下、認知症など、非常に多様な状態を併せ持つ高齢者が、「地域で完結した医療を受けられるような機能」が求められる。

・移行前の時代に医療機関として担うべき機能の選択と集中を行い、急性期ではなく回復期～慢性期医療を担う機能へシフトしてきた。今後も地域の中でこの役割を担いたいと考えている。

・高齢の感染症患者の入院とその後のリハビリ機能としては、第 2 波の 2020 年 8 月からコロナ患者の受け入れを行ってきた。国は当初、コロナに関して急性期医療の場で治療をしたら回復するというイメージだったが、施設で罹患した、認知症がある高齢者は隔離病棟で徘徊するなどのリスクがあるため、受け入れてくれる急性期病床の確保が困難であった。

・そのほか、クラスターの発生で、他の介護施設が機能しなくなった場合に、コロナ発症後 10 日間を過ぎた患者を、介護施設に戻れるようになるまで施設から受け入れることもあった。そういった機能も介護医療院の担う役割の一つとして重要と感じている。

４）現在担っている機能のうち、近隣の他医療機関もしくは他介護保険施設が受け持つべきと考える機能

・特になし

４．選定基準別ヒアリング項目

１）観点③-２： 病院と併設していないⅡ型の介護医療院における看取りの取組

○意思確認カンファレンスの実施状況・実施内容（特に本人の意思確認ができない場合の工夫）

例：代理人〔家族もしくは友人〕の決定状況、代理人との関わり方　等

・入所されてから重度化する場合もあり、入所時に重度化した場合の対応に係る指針を説明し、救命処置の意向や栄養や点滴等に関する希望などを確認、同意等を頂いている(変更可能として)。

・本人の意思が確認できない場合の関わりは、キーパーソンを中心に話を行っている。(家族間での関わりにおいてもキーパーソンの選定をお願いしている。)

・入所相談の際に、Ⅱ型の介護医療院であること、急性期対応が可能な病院と離れた場所にあるので救命・延命処置を望まれてもそれに添えない施設だということは説明している。入所相談の段階でそれを希望される方は入所が難しいことを伝えることで、希望する医療内容との違いが生まれないよう意識している。

○Ⅱ型介護医療院で実施すべきと考える、看取りに関する取り組みと看取りに至るまでの医療処置

・Ⅱ型介護医療院でできる対応をご家族に理解をして頂くこと、看取り期に入ったらご家族とのコミュニケーションを密に行い、面会の実施や連絡のタイミング、どのように対応していくかなどの方針を明確にしておくことを重視している。医療処置としては、酸素投与・酸素療法・喀痰吸引を特に多く実施している。点滴の実施に関してはご本人の状態を見てどのように実施していくかを家族、医師を含め話し、看取りケアの同意確認をする。

・Ⅱ型の介護医療院で、医療面は限界があり、積極的治療ができない。違う病気が発生したり骨折をしたりといった場合は急性期病院に搬送するが、Ⅱ型の介護医療院として「機能低下などに関してできる処置や医療行為はここまでである」、「苦しい、不安といった症状に対応する最低限の医療処置を行える」という点は具体的に説明をしている。必要なら関連病院の外来受診が可能であることは伝えている。

・介護医療院で行える医療に関しては、例えば以下のとおりである。

- ✓ 抗生剤は、炎症反応が多くない状態に対して単発で使用するものは可能。
- ✓ 食事に含まれる水分を補う程度の各種点滴は可能。
- ✓ インスリン投与は、定期投与なら可能（スケールを用いた都度調節は不可)。
- ✓ 酸素投与は、3L/min で 24 時間吸入といった在宅酸素療法のレベルなら可能。
- ✓ 麻薬は、貼り薬は可能。
- ✓ 膀胱カテーテル、胃ろう、酸素療法（酸素吸入)、人工肛門管理

事例４―１．Ｅ介護医療院

調査の観点	④自立支援・重度化防止
事例の着眼点	リハビリ（特別診療費の算定、多職種連携）の取組

１．施設の基本情報

１）法人の概要

○開設主体

・一般財団法人である。

○併設医療機関

・病院（医療療養 60 床）がある（建物内併設）。

○関連法人が運営する介護サービス

・訪問看護、訪問リハビリ、居宅療養管理指導、居宅介護支援（全て併設病院による提供）

２）地域の概要

○所在地

・京都府内の地方都市（政令市）に立地。

○近隣の医療機関・介護保険施設の情報

・近隣に病院は 102 施設、診療所は 1563 施設ある（「地域医療情報システム」より）。そのうち、当施設と連携頻度の高い医療施設としては、急性期病院 11 施設、回復期・慢性期病院 4 施設がある。

○地域の特色

・目立った過疎化はないが、当地域も高齢化があり介護医療院の需要が多い。

３）施設の概要

○算定している施設サービスの類型、職員配置等

<table>
<tr><td>算定している施設サービスの類型</td><td colspan="2">Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）</td><td>介護医療院の開設年月</td><td>2020 年 4 月</td></tr>
<tr><td>移行元の施設類型</td><td colspan="2">介護療養病床</td><td>介護療養型医療施設の開設年月</td><td>2000 年 4 月</td></tr>
<tr><td rowspan="7">職員配置
（常勤換算数）</td><td>医師</td><td>6.5 ※</td><td>理学療法士</td><td>4.0</td></tr>
<tr><td>歯科医師</td><td>0.0</td><td>作業療法士</td><td>2.0</td></tr>
<tr><td>看護職員</td><td>27.3</td><td>言語聴覚士</td><td>4.0</td></tr>
<tr><td>介護福祉士</td><td>26.2</td><td>歯科衛生士</td><td>2.0</td></tr>
<tr><td>その他の介護職員</td><td>0.0</td><td>管理栄養士</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>栄養士</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>入所定員</td><td colspan="2">120 人</td><td>入所者数</td><td>119 人</td></tr>
</table>

※併設病院との合算値。夜間の医師の配置は、外部からの非常勤が多く、各日、1 名である。平日の日中は 3～4 名の医師が対応している。

○入所者の状態像

・要介護度の高い方が入所しており、要介護度の平均は 4.8 である。入所者には非常に重度な人もいれば、歩行器で歩く人もおり幅がある。
・75 歳以上の入所者が 90%程度を占めている。
・地域の高齢化に伴い、入所者の重度化も進んでいる。
・他院からの受け入れがほとんどであり、併設病院からの受け入れは少ない。

2．介護医療院におけるサービス提供実態等

1）医療処置に係る取組

○提供可能な医療

・○を付与した医療行為について、施設で対応可能とご回答いただいた。

○	抗生剤末梢点滴治療（肺炎、尿路感染等	○	気管切開のケア	○	人工肛門管理
○	脱水・熱中症等に対する末梢補液点滴治療	○	ネブライザー	○	麻薬による疼痛ケア
○	中心静脈ライン	○	酸素療法（酸素吸入）	○	抗がん剤投与（経口、点滴含む）
○	その他点滴治療	○	経鼻経管、胃ろうによる栄養投与・交換		CT scan, MRI
○	インスリン投与	○	歯科治療	○	血液検査
○	褥瘡・創傷治療（デブリ、持続吸引等）	○	持続モニター		人工呼吸器の管理
○	酸素投与	○	膀胱カテーテル管理		透析 ※自施設以外で実施した場合も含めて

○施設として重度療養者の受入のために行った体制整備

・設備面の整備として、エアーマットの台数の増加を行っている。リハビリで ADL が向上した場合に一人で離床して転倒・骨折をしないように、離床センサーや見守りセンサーを設置した経緯がある。

○実施している医療処置の体制

・連携している医療機関は、近隣の国立病院をはじめ、多くある。
・連携内容としては、脳梗塞や脳卒中、イレウス等、患者が急変した場合に受け入れてもらう連携と、急性期の病院からの転院を受け入れる後方支援としての連携という両方がある。

○施設として重点的に取り組んでいる医療処置とその理由

・特に重点的に取り組んでいる医療処置はない。

2）自立支援・重度化防止に向けた取組

○施設で重点的に実施するリハビリとその理由

・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士等の多職種が配置されているところが大きな特色である。

・法人において「まごころ医療宣言」を制定しており、入所者の人生が最後まで豊かでありますようにその意思を尊重することを大切にしてきた。入所者に対して尊厳を持ってかかわることを意識しており、その観点から特にリハビリは手厚い体制を敷いている。
・医師の指示のもと、入所者様ファーストの視点で入所者がより楽しみをもって生活してもらえるように、ほぼ全ての入所者にリハビリを行っている。
・施設生活の中で心身機能や摂食機能の維持はもちろんだが、入所者の意志を大切にしながら入所者の QOL の向上を目的として、重点的にリハビリを実施している。
・「意志を大切にする」とは、入所者の生きがいや希望を十分にききとり、目標設定を行うことである。
・餅つき、お花見、夏祭り、クリスマス、趣味活動などの行事は、参加することで入所者の生活意欲が高まり、充実した日々を過ごしていただくことにつながると考えている。それを支える取組としてもリハビリを提供している。
・行事の際は、普段とは違うメニューにするなど、利用者に喜ばれることを意識している。言語聴覚士が、いつも食べていない形態を食べられるかといった点に気を配り、利用者の満足度を意識してかかわっている。歯科衛生士も、利用者が好むものを最期まで安全に食べてもらうことを強く意識している。
・「最期までおいしいものを食べてもらう」ことを意識している。
・機能の維持を主な目的として実施している。
・リハビリの回数は、1 人当たり 1 ヶ月の平均値で、理学療法は 11 回、作業療法は 8.7 回、言語聴覚療法は 8.4 回、摂食機能療法は 3.8 回（特別診療費の算定）である。さらに入所後 4 か月以上経過して減算される場合のリハビリも実施しており、積極的にリハビリに取り組んでいる。

〇入所後４か月以上経過して減算[5]される場合のリハビリの実施状況

・入所して３か月間以降も、評価を行い、カンファレンスを実施し、医師の指示のもと心身機能の維持を目指すとともに、施設内での生活を安楽に過ごしていただくために生活リハビリを継続している。
・減算となって以降も、医師の指示のもと、心身機能の維持を目的に少し限定しながらリハビリを維持する。

〇摂食・嚥下の評価・指導等、経管栄養からの離脱に向けた取組

・入所者のうち、経管栄養のみは 53 名、経管栄養と経口摂取併用は 8 名、経口摂取のみは 54 名、それ以外（点滴管理等）は 5 名、である。
・経管栄養の入所者であっても嚥下評価を行い、嚥下機能の維持・向上を目指している。
・摂食・嚥下に係る訓練が可能な場合、言語聴覚士が訓練を行い、経口摂取や、経管栄養と経口摂取併用などに変更を行う。
・経管栄養のみであった方が、完全に経管栄養を離脱し経口摂取のみに移行する入所者は少ないものの、可能な入所者は経管栄養と経口摂取併用に変更することを目指している。
・食事介助の指導については、言語聴覚士を中心に、学習会を開き、嚥下の説明、基本的な介助方法の指導や注意喚起を行っている。また、入所者毎に食事姿勢や一口量、介助ペース、とろみの強さなどを書面にて情報伝達を行う。

[5] 理学療法、作業療法、言語聴覚療法について、「入所した日から起算して 4 月を超えた期間において、1 月に合計 11 回以上行った場合は、11 回目以降のものについては所定単位数の 100 分の 70 に相当する単位数を算定する」ことを指す。いわゆるペナルティ等に該当するものではない。

・言語聴覚士が行うリハビリとしては、例えば、脳卒中の人に対して、リラクゼーションからはじめ、口腔マッサージや嚥下体操、発声練習を行う場合が多い。訓練中にゼリーやプリンを実際に食べてもらい、安全にできるようになれば療養棟の職員に依頼して、昼食に訓練食を食べるということへ移行している。入所者によっても介助方法は非常にばらついて対応が異なるので、逐一療養棟の職員に伝達している。
・経口摂取開始前は言語聴覚士がメインでかかわっており、経口摂取開始後は、歯科衛生士や看護師がマッサージや食事介助を行っている。管理栄養士は、言語聴覚士より状況を聞き取り、食事内容の希望を聞き、その後栄養計算をして食事変更を行っている。
・上記のように、摂食・嚥下に係る取組に、言語聴覚士を中心とした多職種が関わっている。

○栄養ケア・マネジメントについて

・低栄養リスクの判定方法としては、体重変化、必要エネルギー・たんぱく・水分を提供量と比較している。
・栄養状態については、医師や看護師が日ごろから見ている。医師の指示のもと判定に基づいて、管理栄養士が食事内容の変更を行っている。
・栄養マネジメント強化加算を算定している。

3）看取りに関する取組

○本人の意思が不明の場合の主な意思確認方法

・入所申込時に代理人を決定している。代理人はほとんど家族だが、家族がいない場合は後見人が代理人になる。代理人がキーパーソンとなり連絡の窓口になっている。
・要介護度の平均が 4.8 で、本人の意思を確認するのが難しい。認知症のため、今日と次の日で言うことが異なることもあって、本人の意思であるかの判断が難しい。
・治療方針に関しては、本人がしっかり意思を表明する場合は本人に確認する場合もあるが、少数である。ほとんどは、家族と相談をしている。
・家族に確認する内容としては、食事を摂れなくなった時に経管栄養にするか、点滴をするかと尋ねることが多い。しかし、実際にこの質問をしたときは、家族は入所者本人の意思というより、家族自身の気持ちで話されることが多いと感じる。経鼻経管や胃ろうにするかといったことも家族に確認をするが、入所者本人より家族の意思が優先されることが多いと感じている。

○ACP（本人参加）もしくは意思確認カンファレンスで話しあう内容のうち特に重視すること、その理由

・最期まで尊厳をもって自分らしく生き抜くことをサポートする。入所者の持てる力・価値観を引き出しながら主体的に ACP に取り組めるよう支援している。

○ACP（本人参加）もしくは意思確認カンファレンス、及び看取りに取り組むうえでの困難な点

・長期入所されている方が多く、家族も本人の意思を確認していないケースが多い。本人の意思より家族の希望で計画を立てなければならず、本人が意思決定できる時期に看取りについての話し合いをするのは難しい。
・意思確認のタイミングが難しく、タイミングを逃すと意思確認のチャンスを逃してしまうと感じているが、介護医療院に入所された時点で意思確認をできない状態のことも多い。
・ACP の取り組みは、実際浸透していないと感じる。時折、急性期病院で行ってきた治療を介護医療院ではできないことを伝えると驚く家族もおり、家族としてはすぐには受け入れられないという状況がある。

○がん、心不全、呼吸器疾患など、様々な状況下での看取り対応

・全職種がかかわり、一堂に会してターミナルカンファレンスを実施している。

・ターミナル期の家族面会を実施している。
・日常の食事では出ないもので、入所者が食べたいと思うものやこれしか食べられないというものを、別対応で買ってきて提供をする「ほほえみ食」を実施している。嚥下に問題がない形態にする等の配慮をしながら、入所者の最期の希望に合わせたものを提供している。

3．慢性期医療において介護医療院が担うべきと考える役割

1）介護医療院が慢性期医療において担うべきと考える機能

・在宅で過ごすことができない入所者に、家庭で過ごしていると感じてもらえるような取り組みをすることが必要だと考えている。
・具体的には、介護医療院は生活空間であるという認識からパーテーションを取り入れている。法人の理事長の指示で素敵な和風の絵柄がついたパーテーションを使用してきた。「旅館みたいだ」と好評だった。
・介護医療院は、特別養護老人ホームや介護老人保健施設と違い、医師が 24 時間対応してくれるという点で家族や本人に安心感を与えられる。

2）移行前の施設類型と、移行後の介護医療院で担うべきと考える機能の違い

・移行前は介護療養型医療施設であったので、機能には大差はない。

3）現在自院（並びに併設医療機関）が地域の中で担うべきと感じる機能

・急性期病院から、治療の安定した患者を受け入れ、その後、その方が生活していけるようにリハビリを行っている。
・急性期病院には、入所者の緊急手術が必要になった場合に、受け入れをお願いしている。
・このように、高齢者が急性期治療を終えた後の後方支援や、急性期医療との連携を行う必要があると考えている。

4）現在担っている機能のうち、近隣の他医療機関もしくは他介護保険施設が受け持つべきと考える機能

・要介護度の平均が 4.8 程度であり、重症の方が多い。家庭での生活は難しいという方が入所しており、現在の受け入れ患者は、介護医療院の入所者像と合致している。

4．選定基準別ヒアリング項目

1）観点④：多職種連携の状況

○入所中のリハビリの目的・内容

・「入所中のリハビリ」について、○を付与した目的が該当するとご回答いただいた。
・入所者により提供するリハビリの目的は異なるが、以下の中で目的として特に多いものに、◎を付与した（「生活習慣の維持のため」「ADL の維持、改善のため」「介護負担軽減のため」「記憶、認知機能の維持、向上のため」）。

◎	生活習慣の維持のため	○	IADL の向上のため	○	福祉用具の安全な使用を定着させるため
◎	ADL の維持、改善のため	○	機能の回復が見込まれるため	◎	記憶、認知機能の維持、向上のため
○	社会性維持、改善のため	◎	介護負担軽減のため	○	BPSD の軽減、適応のため

・「入所中のリハビリの内容」について、〇を付与した内容が該当するとご回答いただいた。
・入所者により提供するリハビリの内容は異なるが、以下の中で内容として特に多いものに、◎を付与した（「関節可動域訓練」「筋力増強訓練」「筋緊張緩和」「摂食･嚥下訓練」「言語訓練」「認知機能に関する訓練」「介助方法の指導」）。

◎	関節可動域訓練	〇	歩行訓練		IADL 練習
◎	筋力増強訓練	〇	体操	〇	用具の適応訓練
◎	筋緊張緩和	◎	摂食･嚥下訓練		在宅生活の模擬的訓練
〇	持久力訓練	◎	言語訓練	〇	記憶機能に関する訓練
〇	ﾊﾞﾗﾝｽ練習	〇	ﾄｲﾚ訓練	◎	認知機能に関する訓練
〇	起居/立位動作練習		入浴訓練	〇	趣味活動
〇	移乗動作訓練	〇	その他 ADL 訓練	◎	介助方法の指導

・リハビリの目標設定においては、誤嚥性肺炎や褥瘡予防といったリスク回避の視点での目標設定も重要だが、活動や参加といった目標をより意識的に設定している。
・活動や参加に関しての目標設定のために行っている工夫としては、利用者本人の昔の趣味や職業などを聞き取るといったことを実施している。日常生活には排泄や入浴動作なども必要だが、まずは食事を大切に考えている。可能なら、自分で食べてもらうことを意識することや、自分で食べられるように自助具を使用するといったフォローを行う。

〇リハビリ・機能訓練、口腔衛生管理、栄養に関する加算等の算定要件とされている計画の作成状況や、会議への専門職の参加状況・検討内容

・各部署で LIFE へのデータ入力を行い、計画作成状況は問題なく行われている。カンファレンスなどを行い、多職種で情報の共有を図っている。
・カンファレンスは、リハビリや口腔ケアなど、内容ごとに別に実施しており、頻度はそれぞれ月 1 回である。

〇口腔衛生の管理について

・介護医療院の定員 120 名に対して歯科衛生士 2 名が担当している。
・歯科衛生士は介護療養型医療施設の時から配置している。歯科衛生士が入職した当時は、現在の口腔衛生管理加算にあたる加算等はなかったが、当時から法人の理事長が誤嚥性肺炎の予防や、最期まで経口摂取を目指した口腔環境の管理を重要視していた。それを今も継続している。
・口腔衛生の管理の対象は、入所者全員である。
・口腔衛生の管理に係る流れとしては、入所時に協力歯科医院による歯科検診を行い、口腔衛生管理計画書を作成する。計画書に従い、歯科衛生士は口腔アセスメント、スクリーニング、専門的口腔ケアを行うとともに、介護職員をはじめとするスタッフに口腔ケア指導を実施する。週 1 回協力歯科医院の歯科医師に来てもらい、口腔衛生管理や口腔ケアについて情報を共有し、必要な指導を受けている。
・歯科の取り組みについては、法人の理事長の方針である。歯科衛生士が入職する前から、訪問歯科医に来てもらい、口腔ケアを行ってきた。実際に歯科衛生士が関与して、口腔衛生管理や口腔ケアを行っていることで、誤嚥性肺炎の発症率が非常に低いと感じる。
・毎日歯科衛生士が現場に入って入所者に対応しているが、併せて、看護職員や介護職員に歯科衛生士が指導を行っている。現場では教科書通りの症例が無い中で、看護職員や介護職員の質問に対して、歯科衛生士という専門家がすぐに回答してくれるという環境が整っている。この環境が、職員全体の質の向上・ケアのスキル向上につながっており、入所者にとって非常に良い状態が作れていると感じる。

・上記のように、口腔衛生の管理に係る取組に、歯科衛生士を中心とした多職種が関わっている。

〇排泄支援加算に関する対応

・該当する取組なし。

〇在宅復帰担当部署（地域連携室等）の体制づくりの工夫

・該当する取組なし。

事例４―２．Ｆ介護医療院

調査の観点	④自立支援・重度化防止
事例の着眼点	在宅復帰に向けた、体制作り等の自立支援の取組

１．施設の基本情報

１）法人の概要

○開設主体

・医療法人である。

○併設医療機関

・病院（回復期リハビリテーション 50 床、医療療養 50 床）がある（建物内併設）。

○関連法人が運営する介護サービス

・外来リハビリ、訪問看護、居宅介護支援事業

２）地域の概要

○所在地

・東京都内（23 区外）に立地。

○近隣の医療機関・介護保険施設の情報

・近隣に病院は 28 施設、診療所は 189 施設ある（「地域医療情報システム」より）。そのうち、当施設と連携頻度の高い医療施設としては、急性期病院 6 施設、回復期・慢性期病院 18 施設がある。急性期病床に比して慢性期の病床が多いのが特徴である。

・近隣に所在する介護保険施設については、特養が令和 5 年 1 月 1 日時点で 59 施設 6,890 床（都内比率 13%）、老健が令和 5 年 2 月 1 日時点で 15 か所 1,565 床（都内比率 7.1%）である。その他、特定介護施設、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホームなど多数の介護施設がある。

○地域の特色

・人口減・超高齢化の進展に伴い、近隣地域の人口は近年 8 万人ほど減少した。死亡者数は 90 歳以上で、入院患者数は 80 歳以上で増加している。2045 年には 64%の入院患者が 80 歳以上になる見込みである。

・高齢化率は現在 28%であり、2045 年には 39%へ増加する見込みである。

3）施設の概要

○算定している施設サービスの類型、職員配置等

<table>
<tr><td>算定している施設サービスの類型</td><td colspan="2">Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）</td><td>介護医療院の開設年月</td><td>2020 年 4 月</td></tr>
<tr><td>移行元の施設類型</td><td colspan="2">介護療養病床</td><td>介護療養型医療施設の開設年月</td><td>2002 年 9 月</td></tr>
<tr><td>職員配置（常勤換算数）</td><td colspan="4"><table>
<tr><td>医師</td><td>3.0 ※</td><td>理学療法士</td><td>1.3</td></tr>
<tr><td>歯科医師</td><td>外部から</td><td>作業療法士</td><td>1.1</td></tr>
<tr><td>看護職員</td><td>10.0</td><td>言語聴覚士</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>介護福祉士</td><td>14.5</td><td>歯科衛生士</td><td>0.0</td></tr>
<tr><td>その他の介護職員</td><td>2.0</td><td>管理栄養士</td><td>（兼務）1</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>栄養士</td><td>0.0</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>入所定員</td><td>58 人</td><td>入所者数</td><td colspan="2">57 人</td></tr>
</table>

※夜間の医師の配置は、各日、大学病院の外部医師 1 名である。日中は 4～5 名の医師が対応している。

○入所者の状態像

・要介護 4 又は 5 の入所者が中心であり、認知症を有する方が多い。
・75 歳以上の入所者が 85%程度を占めている。
・併設病院と介護医療院全体で在宅復帰を支援している。急性期病院からは回復期リハビリテーション病棟への入院相談が最も多い。しかし、入院相談の中には体力の低下や疾患の治療継続のため 1 日 3 時間のリハビリを受けることが難しい方や寝たきりになってしまっている方の場合がある。このような場合には、医療依存度が高い方は医療療養病棟、介護量が多い方は介護医療院を選択して受け入れている。介護医療院でもリハビリを提供しており、介護医療院から在宅への復帰を行っている。
・現在は、介護医療院が満床の状態が続いており、急性期病院から直接介護医療院へ入所するケースより、併設病院の回復期リハビリテーション病棟もしくは医療療養病棟を経由して入所されるケースが多い。
・併設病院の回復期リハビリテーション病棟からの受け入れでは、リハビリで ADL 等が向上しなかった方を受け入れることが多い。他の介護医療院と比較すると、リハビリの実施回数が多いため、介護医療院でリハビリを継続することで、ADL の改善が見込める。
・また、在宅からのレスパイト入院も受け入れている。自宅で生活されていたが廃用が進み ADL の低下が見られた方の短期入所を受け入れ、ご家族が介護できる程度に ADL が回復されたら自宅へ戻られる。
・退所先に関しては、死亡退所が最も多い。在宅復帰の観点では、上記のように自宅からリハビリ目的で短期入所される方は自宅に戻られるが、長期療養を経て自宅に戻る方は少なく、特養への入所が多い。
・1 年間の在宅復帰対象者 30 名のうち 6 名が在宅復帰した。
・6 か月平均の在宅復帰率の、この 1 年間の平均値は 24%であった。在宅復帰支援機能加算の要件（過去 6 ヶ月の在宅復帰率 30%以上）に鑑みても、在宅復帰率の平均が 24%というのは、他の介護医療院と比べると非常に高いと思う。

2．介護医療院におけるサービス提供実態等

1）医療処置に係る取組

○提供可能な医療

・○を付与した医療行為について、施設で対応可能とご回答いただいた。

○	抗生剤末梢点滴治療（肺炎、尿路感染等	○	気管切開のケア	○	人工肛門管理
○	脱水・熱中症等に対する末梢補液点滴治療		ネブライザー	○	麻薬による疼痛ケア
○	中心静脈ライン	○	酸素療法（酸素吸入）	○	抗がん剤投与（経口、点滴含む）
○	その他点滴治療	○	経鼻経管、胃ろうによる栄養投与・交換	○	CT scan, MRI
○	インスリン投与	○	歯科治療	○	血液検査
○	褥瘡・創傷治療（デブリ、持続吸引等）	○	持続モニター	○	人工呼吸器の管理
○	酸素投与	○	膀胱カテーテル管理		透析 ※自施設以外で実施した場合も含めて

○施設として重度療養者の受入のために行った体制整備

・要介護 4 又は 5 の入所者が中心であり、認知症を有する入所者が多いため、認知チェックリストを作成し、主治医やリハビリ職種等と連携することで、重度療養者受け入れのための体制整備を行っている。

・セラピードッグを長年導入しており入所者が動物と触れ合うことで、心の癒しができるようにしている。

○実施している医療処置の体制

・施設内で医療処置を実施する場合、日中は主治医を中心に医師が必要な医療処置の指示をし、看護師が実施している。夜間帯は当直医の指示で同様に医療処置を行っている。

・近隣の病院への移送が必要となった場合には、医療法上の基準を満たした搬送業者と複数契約をしており、迅速な搬送を行うことのできる体制をとっている。

○施設として重点的に取り組んでいる医療処置とその理由

・喀痰吸引に関して、喀痰吸引研修に取り組んでおり、現場職員は全員が受講している。

・褥瘡に関しては「DESIGN-R」2020 を前提に「OJT」教育を実施して医療処置が安全に遂行できるようにしている。

2）自立支援・重度化防止に向けた取組

○施設で重点的に実施するリハビリとその理由

・自立度が向上する見込みのある方については、積極的に身体機能向上に向けた訓練及び ADL 練習を実施している。

・ただ、ベッド上生活の入所者も多いため、状態に応じた環境を設定し、その方にあった車椅子の調整などを行い、離床を促したり、廃用予防・重症化予防に取り組んだりしている。

・基本的に入所者全員にリハビリを実施している。

・リハビリの頻度は、身体機能の維持を目的とする入所者であれば週 1 回の場合が多い。近いうちに在宅復帰を目指す入所者であれば毎日行う場合もある。
・在宅復帰を目指す入所者に対する具体的なリハビリの内容としては、トイレ動作に関する介助軽減に向けた訓練など、在宅で過ごす、もしくは家族が介助する際に重要な内容を重点的に行っている。
・身体機能の維持を目的とする入所者の場合は、今の機能を維持できるようにしている。高齢なので機能が大幅に上がるわけではないが、リハビリを継続することで自立度が向上することが期待できる。
・介護療養型医療施設を開設した当初から、リハビリを重視してきた。積極的に残存機能を活かすリハビリがその人の生活の質を向上させると考え、当施設では積極的にリハビリを行っている。
・入所者が在宅復帰をする場合は、遠方であっても、リハビリ職が自宅の様子を見に行き、環境の確認や、本人・家族への訪問指導を行っている。必要に応じて、看護師や地域連携課の職員も同行する。

○入所後 4 か月以上経過して減算[6]される場合のリハビリの実施状況

・入所者の状態にもよるが、入所後 4 か月以上経過しても、基本的に全員に週 1 回以上のリハビリを行っている。離床することが重要と考えており、デイサービスの活用や、趣味活動への参加を行う場合もある。
・入所後 4 か月以上経過しても、リハビリを継続することで ADL が改善する方や、リハビリがなくなることで身体機能や ADL レベルが低下していく方も多いため、各科 10 単位以内での実施を基本とし、リハビリを継続している。
・特に改善の見込みがありそうな場合は、特に言語聴覚療法で 10 単位を超えて提供していることもある。入所後 4 か月以上経過後に改善の見込みがありそうな機能は摂食機能である場合が多く、摂食機能の向上を目指すと、理学療法や作業療法に比べ、言語聴覚療法の実施回数が多くなる。

○摂食・嚥下の評価・指導等、経管栄養からの離脱に向けた取組

・医師を中心に、言語聴覚士が摂食・嚥下機能の評価を進め、理学療法士・作業療法士は姿勢や環境設定を行う。また、看護師は日ごろの対応を通して、摂食・嚥下に関わる取組をしている。
・摂食嚥下療法を行うだけでなく、理学療法や作業療法を組み合わせて行っている。効果として、経管栄養を行っていた入所者の約 7 割は、部分的でも経口摂取が可能になっている。
・摂食・嚥下は全身運動であり、全身の筋力アップ（理学療法士）や姿勢（作業療法士）、食形態等の工夫（言語聴覚士）等、それぞれの職種が連携する必要があり、その意義は大きいと考えている。

○栄養ケア・マネジメントについて

・経口維持加算Ⅰ、栄養マネジメント強化加算(LIFE 実施による加算)を算定中である。
・栄養科を中心に、医師、看護師と連携しながら、入所者の状態を観察し低栄養リスクを判定し対応している。

3）看取りに関する取組

○本人の意思が不明の場合の主な意思確認方法

・入所前の初回面接において事前に「私の心づもり」を渡している。ソーシャルワーカーから説明し、入所までに記入いただき、入所時に回収して、療養中のケアに反映している。
・「私の心づもり」は、広島県地域保健対策協議会が制作した冊子で、当施設で ACP の検討を始めた際、ACP に関する記載内容が分かりやすかったため、本冊子を採用した。冊子内では、ACP に関する説明と、本人の

[6] 理学療法、作業療法、言語聴覚療法について、「入所した日から起算して 4 月を超えた期間において、1 月に合計 11 回以上行った場合は、11 回目以降のものについては所定単位数の 100 分の 70 に相当する単位数を算定する」ことを指す。いわゆるペナルティ等に該当するものではない。

希望を記入できるアンケート項目がある。
・入所者本人が意思表示のできない場合が多いので、家族が、本人だったらどうするかを考えて記入する場合が多い。本人が意思表示できる場合は、記載内容に変化がないか、入所後に一緒に確認することもある。
・本人の意思表示が難しい場合が多く、家族がどう考えるかということになってしまうが、介護医療院は、急性期病院からの受け入れ後短期で亡くなるといった方は少なく、介護が必要になってから介護医療院に入所されるまでが長い方が多いため、家族の考えも整理されておりアンケート項目に記入できる場合が多いと感じている。

○ACP（本人参加）もしくは意思確認カンファレンスで話しあう内容のうち特に重視すること、その理由
・ご本人の生活史とご家族の思いを重視した ACP となるよう取り組んでいる。
・カンファレンスは最低 3 回行っている。
・1 回目は、入所時に、入所者全員に対して行い、急性期治療ができないことや、急変時の心臓マッサージの希望有無について話し合う。
・2 回目は、入所者の状態が終末期に該当するか職員間で確認し、職員間の同意が取れた段階で、ご家族に説明をする。
・3 回目以降は、入所者の状態の変化に応じて、具体的なケアの希望について話し合いを行う。
・カンファレンスには、主に、医師と看護師、リハビリ職、ソーシャルワーカー、ケアマネジャーが参加している。

○ACP（本人参加）もしくは意思確認カンファレンス、及び看取りに取り組むうえでの困難な点
・特に独居者や、家族同居であっても本人の意思が予め確認できていないケースがある。その場合は、ACP のガイドラインに沿って本人にとって苦痛の少ないケアの実践を行っている。

○がん、心不全、呼吸器疾患など、様々な状況下での看取り対応
・麻薬を用いる等により、痛みをとることが必要になる。
・リハビリ職や看護職、ソーシャルワーカーなどが介入しながら、肉体的・精神的に苦痛のない「疼痛緩和ケア」を念頭に、看取り対応を実践している。

3．慢性期医療において介護医療院が担うべきと考える役割

1）介護医療院が慢性期医療において担うべきと考える機能
・「自立支援」を念頭に、日常的に安全安心で、医学的な管理が必要な重介護者を受け入れる体制を整え、看取りや終末期ケアにも対応可能な体制の維持をすることが必要だと考えている。また、日常生活の場としての機能を備えていることも必要だと考えている。
・介護医療院の特に重点的な機能としては 3 点あると考えている。1 点目は、医療区分 1 のなかでも重症な方（例・肝不全など）を受け入れること、2 点目は、回復期リハビリテーション病棟の入院期間だけでは在宅復帰できない方々が十分な療養期間を経て在宅復帰できるよう支援すること、3 点目は、在宅からレスパイト目的の短期入院を受け入れること、である。

2）移行前の施設類型と、移行後の介護医療院で担うべきと考える機能の違い
・生活施設としての要素を取り入れ、在宅復帰の可能性を念頭に置いたアプローチに取り組んでおり、月単位で 15%から 35%の割合で在宅復帰ができている。

3）現在自院（並びに併設医療機関）が地域の中で担うべきと感じる機能

・介護医療院並びに併設病院が担う機能としては、急性期病院を支える機能として、回復期リハビリテーション病棟にて速やかに受け入れられることがあると考えている。また、町の受託事業である、地域の認知症疾患医療センターとしても機能している。認知症疾患医療センターでは、認知症の方の相談窓口をもうけ、地域に開かれた認知症に対する取組を積極的に行っている。

・摂食に関しては、「食べられなくて困っている方」を受け入れている。当施設に来てリハビリを行うことで食べられるようになる方が多くいる。食べられるようになると次の選択肢ができるので、そういった摂食に関する支援は担うべき役割だと考えている。

4）現在担っている機能のうち、近隣の他医療機関もしくは他介護保険施設が受け持つべきと考える機能

・特になし

4．選定基準別ヒアリング項目

1）観点④：多職種連携の状況

○入所中のリハビリの目的・内容

・「入所中のリハビリの目的」について、○を付与した目的が該当するとご回答いただいた。

・入所者により提供するリハビリの目的は異なるが、以下の中で目的として特に多いものに、◎を付与した（「ADL の維持、改善のため」「介護負担軽減のため」「福祉用具の安全な使用を定着させるため」「転倒予防の対応」）。

○	生活習慣の維持のため	○	IADL の向上のため	◎	福祉用具の安全な使用を定着させるため
◎	ADL の維持､改善のため	○	機能の回復が見込まれるため	○	記憶､認知機能の維持､向上のため
○	社会性維持､改善のため	◎	介護負担軽減のため	○	BPSD の軽減､適応のため
				◎	その他（転倒予防の対応）

・「その他」の「転倒予防の対応」に関して、事故を回避するため、車椅子や食事環境などあらゆる環境において転倒予防に取り組んでいる。介護医療院では抑制をしないため、転倒予防は重要である。

・「入所中のリハビリの内容」について、○を付与した内容が該当するとご回答いただいた。

・入所者により提供するリハビリの内容は異なるが､以下の中で内容として特に多いものに､◎を付与した（「移乗動作訓練」「摂食･嚥下訓練」「趣味活動」）。

○	関節可動域訓練	○	歩行訓練	○	IADL 練習
○	筋力増強訓練	○	体操	○	用具の適応訓練
○	筋緊張緩和	◎	摂食･嚥下訓練	○	在宅生活の模擬的訓練
○	持久力訓練	○	言語訓練	○	記憶機能に関する訓練
○	ﾊﾞﾗﾝｽ練習	○	ﾄｲﾚ訓練	○	認知機能に関する訓練
○	起居/立位動作練習	○	入浴訓練	◎	趣味活動
◎	移乗動作訓練	○	その他 ADL 訓練	○	介助方法の指導
				○	その他（環境設定）

・「その他」の「環境設定」に関して、転倒予防を目指した環境設定を行っている。

○リハビリ・機能訓練、口腔衛生管理、栄養に関する加算等の算定要件とされている計画の作成状況や、会議への専門職の参加状況・検討内容

・月 2 回のカンファレンスで、ケアプランを中心にそれに関わる内容の検討をしている。
・カンファレンスにはリハビリ職等も参加している。また、栄養に係る見直しや対応も、このカンファレンスで検討する。ケアプランとリハビリプラン、栄養マネジメントは全てリンクするため、同じカンファレンスの中で検討を行っている。

○口腔衛生の管理について

・口腔ケアは週 1 回外部から、歯科医師と歯科衛生士に来てもらい、提供している。歯科衛生士から看護師や言語聴覚士への口腔ケア指導も、その際に実施している。
・併設病院内で、耳鼻科医師が入所者の嚥下造影検査（swallowing videofluorography：VF）もしくは嚥下内視鏡検査（swallowing videoendoscopy：VE）を行っている。その際に歯科衛生士も同席して、一緒に検査結果を確認し、口腔衛生管理に活かす連携を行っている。

○排泄支援加算に関する対応

・支援計画を立て、カンファレンスで検討している。看護師が、おむつ使用よりトイレ使用に向けてプランを立て、時間でトイレ誘導をする等の取組を行っている。

○在宅復帰担当部署（地域連携室等）の体制づくりの工夫

・当施設には、入退院の調整を担う地域連携課（併設病院との共通部署）がある。
・地域連携課には、社会福祉士 3 名、精神保健福祉士兼務 1 名、看護師 1 名が配置されている。
・地域連携課の職員は当初は社会福祉士のみだったが、看護師を追加で配置した。看護師を配置した効果は 3 点あり、1 点目は現場の看護師との連携がスムーズになり、医療的なケアに関する情報共有がしやすくなること、2 点目は他院からの受け入れ時に相手の病院から情報提供を受ける際、医療的な視点で情報取得ができること、3 点目は退院時に訪問看護ステーションとの連携がスムーズになること、である。
・地域連携課に看護師を配置しているところは少なく、当施設の特色と考えている。

事例６．Ｇ介護医療院

調査の観点	⑥特養・老健との比較
事例の着眼点	介護老人保健施設から移行した、Ⅱ型介護医療院

１．施設の基本情報

１）法人の概要

○開設主体

・医療法人である。

○併設医療機関

・病院を併設している（特殊疾患病棟入院料 1：46 床、療養病棟入院基本料 1：50 床、回復期リハビリテーション病棟入院料 3：20 床）。

○関連法人が運営する介護サービス

・外来リハビリ、特別養護老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）、その他（通所リハビリ、定期巡回随時対応型訪問介護看護、居宅介護支援）

２）地域の概要

○所在地

・岐阜県内の地方都市に立地。

○近隣の医療機関・介護保険施設の情報

・近隣に病院は 4 施設、診療所は 96 施設ある。急性期病院 3 施設（2 施設は協力医療機関）、慢性期病院 1 施設（併設病院）と連携している。
・医療圏が異なるが、透析が必要な利用者の受け入れに際して県外の医療機関とのやりとりが多くある。

○地域の特色

・市内の東部と北部東区に位置している
・高齢化率は日本の標準的な値より少し高い程度であるが、独居の人が増えており、昭和初期に開発された団地が近くにあり高齢化が進んでいる。政令指定都市の住宅圏であり、新興住宅地もまだできているため、高齢化率のスピードが著しく高いわけではないが、それでも徐々に高齢化は進んでいる。
・地方都市（政令市）に 30 分～1 時間で行ける立地である。
・急性期病院からは、回復期・慢性期の患者や、維持期の透析患者等を受けている。

3）施設の概要

○算定している施設サービスの類型、職員配置等

<table>
<tr><td>算定している施設サービスの類型</td><td colspan="2">Ⅱ型介護医療院サービス費（Ⅱ）</td><td>介護医療院の開設年月</td><td>2022 年 4 月</td></tr>
<tr><td>移行元の施設類型</td><td colspan="2">従来型介護老人保健施設</td><td>従来型介護老人保健施設の開設年月</td><td>2007 年 6 月 1 日</td></tr>
<tr><td>職員配置
（常勤換算数）</td><td colspan="4"><table>
<tr><td>医師</td><td>2.0</td><td>理学療法士</td><td>3.0</td></tr>
<tr><td>歯科医師</td><td>0.0</td><td>作業療法士</td><td>2.0</td></tr>
<tr><td>看護職員</td><td>20.0</td><td>言語聴覚士</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>介護福祉士</td><td>10.0</td><td>歯科衛生士</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>その他の介護職員</td><td>18.3</td><td>管理栄養士</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>栄養士</td><td>1.0</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>入所定員</td><td colspan="2">113 人</td><td>入所者数</td><td>105 人</td></tr>
</table>

※上記の他、薬剤師が常勤換算で 1 名（専従で 1 名）配置

○入所者の状態像

・入所者の全体像として、以前の介護老人保健施設の時は同居家族がいても「介護力が追い付かないので入所させたい」、「施設でリハビリをして退院したい」という方が多かったが、近年は長期で入所される方が多い。
・親族との関係としては、近隣都市部で子供が働いており、高齢世帯もしくは独居の方が多い。お子さんは近隣都市や関東にいて、利用者自身は地元の施設に入所を続けたいというケースが多い。なかには認知症でご家族が介護することができずに預けている方もいるが、老健時代の終盤から、独居の方が多くなっているのは間違いない。
・施設移行後も、移行前の老健の利用者を引き続き受け入れている状態である。
・介護度に関しては、1 年前の老健時と、介護医療院開設時の 4 月時点でほぼ同じであった。近年看取りも多くなり、医療依存度も高くなってきているため、元々介護医療院に即した入居者が多かった。
・急性期病院からは、在宅に移行しようと思っても介護度が高く難しい方が入所される。点滴が必要、誤嚥性肺炎を繰り返す危険性があるなど、ある程度医療が必要な方は、老健よりも介護医療院が適していて、介護医療院を選ばれる。
・居宅の時からデイサービスやデイケアを使われていて、介護度が高くなったり、認知症が進行して介護が必要になったり、介護者が疲労したため介護医療院で受け入れる場合などがある。
・退所については、看取り（死亡退所）がもっとも多い。内臓は元気だが、骨折後に介護が必要で入所されて、回復して帰られる方や、状態が落ち着き、特別養護老人ホームに移りたいという方も時々いる。
・まれに、胆石胆嚢炎等で介護医療院から急性期病院に転院される方もいる。

○介護医療院への移行の経緯

・介護医療院制度ができた頃から、老健の区分が分かれて、在宅復帰を積極的に求める「在宅強化型老人保健施設」ができた。敷地内に回復期リハビリテーション病棟もあり、当時の老健の人員体制で「在宅強化型」を続けることについて機能的に重複するのではないかという疑問があった。
・また、入所者の状態像の変化も感じていたことで、介護医療院への移行について介護医療院協会の会長の講演を聴くなどして情報を集めていた。

・当法人では、最初にデイサービスとグループホームを開所した。当初グループホームを「終の棲家」と言っていたが、実際グループホームで医療依存度が高い方が過ごすのは無理だとわかった。それで介護医療院への移行を決めたという状況である。緩和ケアなどを実施しながら、医療依存度の高い方々の最後の砦という機能が介護医療院に求められていると考える。
・当院がある医療圏は、政令指定都市の中核医療圏に近く、近隣に医療機関や在宅強化型の老健も多くあって介護医療院がなかった。当院の開設当初は有床診療所を内包していた時代があったので介護医療院への移行がしやすかった。
・移行に際しては、行政や地域住民に理解を得て、3.4 年をかけた。
・医師をはじめとする人員配置的にはⅠ型への移行も可能だったが、移行により市の介護保険料が上がってしまう可能性があり、Ⅱ型を選択した経緯がある。

2．介護医療院におけるサービス提供実態等

1）医療処置に係る取組

○提供可能な医療

・○を付与した医療行為について、施設で対応可能とご回答いただいた。

○	抗生剤末梢点滴治療（肺炎、尿路感染等		気管切開のケア	○	人工肛門管理
○	脱水・熱中症等に対する末梢補液点滴治療		ネブライザー	○	麻薬による疼痛ケア
○	中心静脈ライン	○	酸素療法（酸素吸入）		抗がん剤投与（経口、点滴含む）
○	その他点滴治療	○	経鼻経管、胃ろうによる栄養投与・交換	○	CT scan, MRI
○	インスリン投与	○	歯科治療	○	血液検査
○	褥瘡・創傷治療（デブリ、持続吸引等）		持続モニター		人工呼吸器の管理
○	酸素投与	○	膀胱カテーテル管理	○	透析 ※自施設以外で実施した場合も含めて

○施設として重度療養者の受入のために行った体制整備

・医師、看護師、リハビリスタッフの増員。
・老健は介護施設なので、職員の 3 分の 2 が介護職であった。介護医療院になって、看護職の配置が入所者の 6：1 となり看護職の割合が高くなった。介護職員は 5：1 の配置でありあまり変わらない。老健の場合は夜勤帯や各フロアに看護師を配置できないこともあったが、介護医療院になって看護師を配置しやすくなった。
・看護師が増えたことで、医療提供にまつわるフロアでのストレスが減ったと思われる。
ひとつには夜間看護職が増えたことと介護職の看取り時のケアの不安軽減になったと思う。
・移行前の配置は薬剤師が非常勤 1 名、言語聴覚士は配置せずリハビリ職員は理学療法士 2 名、作業療法士 1 名を配置していた。移行に際しての言語聴覚士、薬剤師の専従化によりチーム力が高まった。

○実施している医療処置の体制

・（自院対応の体制）併設病院との協力体制による 24 時間対応をしている。
・（併設〔関連〕病院への移送の場合、近隣の病院への移送の場合）協力医療機関とのスムーズな連携

○施設として重点的に取り組んでいる医療処置とその理由

・①その人らしい生活をめざした自立支援、②ターミナルケアに重点的に取り組んでいる。

・尊厳を重視した「さみしい思いをさせない」ケアが重要だと考えている。

・特別な医療処置は行っていない。その根底にある考え方としては、その人らしい生活の場として、その人にとって必要な医療と看護・介護・リハビリを総合的にすることである。

・①自立支援　②認知症ケア　③ターミナルケアを 3 本の柱として取り組んでいる。その理由は人としての尊厳を重視することが最も大切と考えているからである。

2）自立支援・重度化防止に向けた取組

○施設で重点的に実施するリハビリとその理由

・筋力トレーニング

・（理由）加齢に伴う体の変化が起こっている高齢期に残存機能を活用し現状の維持を目指す。

○入所後 4 か月以上経過して減算[7]される場合のリハビリの実施状況

・減算もあるが入所時の回数を維持している。

○摂食・嚥下の評価・指導等、経管栄養からの離脱に向けた取組

・嚥下体操、食形態の見直しなどを行う。

・経管栄養の方は､本人と家族の希望があれば言語聴覚士の評価により摂食訓練を実施し離脱に成功している。

○栄養ケア・マネジメントについて

・栄養ケア・ネジメント実施あり。低栄養リスクは Alb3.0 以下である。

3）看取りに関する取組

○本人の意思が不明の場合の主な意思確認方法

・入所時の意思決定とその後も病状の変化がある時々に確認している。

本人の意思が確認できない場合のマニュアルに沿って

①家族等が本人の意思を推定できる場合には、その意思決定を尊重し、本人にとって最善の方針を取る事を基本とする。

②家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方法をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。

③家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとる事を基本とする。

○ACP（本人参加）もしくは意思確認カンファレンスで話しあう内容のうち特に重視すること、その理由

・入所前の病院で確認されている事例が多くなった。

・帰りたいという気持ちがあっても子供に迷惑をかけたくないという理由で介護医療院に入所される方や、あらかじめ一人で生活できなくなったら施設に入りたいと子どもに伝えている方など、この様な考えの方は、

---

[7] 理学療法、作業療法、言語聴覚療法について、「入所した日から起算して 4 月を超えた期間において、1 月に合計 11 回以上行った場合は、11 回目以降のものについては所定単位数の 100 分の 70 に相当する単位数を算定する」ことを指す。いわゆるペナルティ等に該当するものではない。

入所の時点でACPをすませ家族に意思を伝えていらっしゃる方がほとんどである。

○ACP（本人参加）もしくは意思確認カンファレンス、及び看取りに取り組むうえでの困難な点

・特になし

○がん、心不全、呼吸器疾患など、様々な状況下での看取り対応

・それぞれの疾患に応じた対応。酸素吸入なども対応できる。
・麻薬による痛みのコントロールも対応可能である。

○医師不在時の看取り対応

・当院の併設病院の当直医師が対応。併設病院がある場合、病院側への搬送は行わないが、介護医療院のなかで病院の医師が夜間に看取ることが認められているのでそのようにしている。
・その日に亡くなられる可能性がある方がいらしたら、施設医がカルテにその旨を書き込んで、当直医がそれを確認して看取るという状況。それで問題なく過ごせている。

3．慢性期医療において介護医療院が担うべきと考える役割

1）介護医療院が慢性期医療において担うべきと考える機能

・看護師の配置強化に伴い医療を提供しやすくなっているので、高齢者に多い肺炎、尿路感染症などを治療しながらその人らしい生活を目指す場と捉えている。また、終の棲家としての看取り対応も求められている。
・老健の時も実際は医療提供を行っており実情はあまり変わってないかもしれないが、介護医療院になってから検査なども増やし、その人らしい健康保持を意識するようになった。介護保険での算定上は、変わっていないかもしれない。

2）移行前の施設類型と、移行後の介護医療院で担うべきと考える機能の違い

・より医療依存度の高い方を受け入れ、病状の安定した生活を担うべきと考える。
・更に、やがて訪れる看取りの対応が担うべき機能と考えている。

3）現在自院（並びに併設医療機関）が地域の中で担うべきと感じる機能

・在宅での生活が困難な方への終の棲家としての機能。
・介護医療院に受け入れるべきと考える状態像は、医療依存度が高い方、ほぼ 24 時間の全介助、生活支援が必要な方である。
・要介護 4 や 5 などの方は、在宅生活が困難である。急性期病院から退院した後、食事量が減って点滴を併用している方など、食事介助と点滴ケアが必要でかつ独居や高齢者世帯だと、在宅の生活が維持できない。そういう方が介護医療院に入ってきている。

4）現在担っている機能のうち、近隣の他医療機関もしくは他介護保険施設が受け持つべきと考える機能

・身体拘束の問題があることが悩ましい部分である。介護医療院は基本的には日常生活を営むことを目指しているので、自傷他害がある方がいると、他の方と一緒に日常生活を送るのが難しい。
・閉鎖病棟での入院が妥当と思われる認知症患者等の入院。
近隣に精神科病院があるので依頼すれば受け入れてくれると思うが、認知症の周辺症状なのか、精神疾患なのか診断がつきにくい。また行政としては介護医療院から精神病院への紹介をあまり想定していないと思われる。

・今まで1例、精神科病院へ送ったことがある。実際受けてもらえないわけではないので問題はないが、医療介護のシステムのなかに、身体拘束や薬剤が必要な場合の対応のルールを国に作ってほしいと感じている。

4．選定基準別ヒアリング項目

1）観点⑥：特別養護老人ホーム・介護老人保健施設との比較

○従来型老人保健施設から移行した場合のメリット/デメリット、医療提供のしやすさ

＜メリット・よかったこと＞

・看護職員の配置基準が 6：1 であるため、個別性の高い看護を行えることがメリットであり、看護師にとっても大きな意味があった。今後も、介護医療院での看護職の役割が非常に高いことを、広めていけたらと思っている。

・移行にあたってのコストが少なく済んだ。

・廊下幅や、部屋の面積の基準は老健の段階ですでに満たしていたので、パーテーションを入れることだけで、介護医療院の基準に達することができた。

・老健と介護医療院では入所者 1 人あたりの平米数等も同じであり、介護医療院ではレントゲンなどの医療施設があるかどうかを求められる程度であった。

＜デメリット・克服の方法＞

・看護師の配置基準が 6：1 であるため、看護師の人材確保が大変であった。

・「介護医療院」という言葉が看護職に浸透しておらず、入職希望者が少なかった。入職した看護職が辞めないよう、院内で研修を多くするようにした。介護医療院は、急性期病院とちがい看護の力を発揮して個別にじっくり看護ができることを意識して伝える工夫をしている。

・特異的な症状が出にくい高齢者に対する観察が重要であることや、臨床推論に近い考え方を踏まえた看護をしたいと考える看護職を意識して、研修を行い、「やめない施設」を目指してきた。

・介護医療院では、医師も看護師の観察やケアを尊重してくれる。その結果、看護職の定着率も高い。

・上記のように取り組んできたことで、元々老健にいた看護師も次第に育ってきた。また、介護医療院の開設時に 6 名新卒を採用したことで職員の増員につながった。

○特別養護老人ホームと比較して、介護医療院が担うべきと考える役割

・最も重要な役割は、医療依存度の高い方の受け入れと、病状不安定な方の受け入れである。

・特別養護老人ホームもしくは老健と介護医療院の入所者像のちがいとして、最も大きいのは、喀痰吸引である。喀痰吸引を 8 回行うと医療区分が上がるが、逆に言うと 8 回未満は医療療養病棟で受け入れがたい。特別養護老人ホームは看護職が夜間にいないので介護職への吸引の負担感があり、喀痰吸引が一定以上必要な方がいるとネックになる。そういった患者を、介護医療院が受け入れられたら良いと考える。

・透析患者については、医療療養病棟では障害者であるので自己負担がないうえに、医療区分も上がるため、透析患者だけで医療療養病棟が埋まってしまう可能性がある。

・介護医療院では看護師がシャント管理をできるので、家族に説明して、透析患者には介護医療院に入ってもらうことがある。シャントや食事内容の管理が特別養護老人ホームや老健では難しいところがあるため、そういった患者を介護医療院で受け入れられたら良いと考える。

・がん患者の緩和ケアについては、特別養護老人ホームでは難しいと思われるが、介護医療院では十分に実施可能である。老健でも可能だが、本来の老健の役割とは違うので、緩和ケアは介護医療院が担っていく一つのケアではないかと感じる。

・PEG（胃ろう）の交換については、介護医療院で可能である。特別養護老人ホームだと、外に受診をして交換するなど利用者の負担も大きいので、胃ろうの交換が必要な方も、介護医療院のほうが安定して受け入れられると感じている。

○老健から介護医療院へ移行したことによる経営面や入所者にとっての変化

＜経営面について＞

・経営については、単価が少し上がり、看護職の人件費を加えても、老健の時より良い経営状態である。

・今後看護職の給与についてベースアップが必要なのでその点は心配ではあるが、現在はプラスである。

・介護保険であるため、人員を集めて機能を高めるには、市町村の同意が必要となる。

・現在、夜間帯は併設病院の医師に診てもらっているが、病院が併設しなくなることを想像すると心配である。

＜入所者にとって＞

・看護職が増えたことで、病状の観察は行き届いてきていることを実感している。

・老健の際は、介護福祉士が異常を発見すれば、看護師に伝えるというプロセスだったが、介護医療院では、最初から介護福祉士と看護師がチームを組んで入所者に対応している。看護師がリーダーになり、その人らしい健康を個別にとらえてチームで動けている。

・利用者の病状の変化に早く気付けるようになり、家族との連携も密にとれるようになってきている。

Ⅴ　総括

本調査における総括は以下の通りである。

■介護医療院は「医療提供施設」である

◇施設内での医療提供

介護医療院には「医療提供施設」の役割がある。

日本介護医療院協会が実施した調査を参照すると、「血液検査」「経鼻経管、胃ろうによる栄養投与・交換」「酸素投与」「抗生剤末梢点滴治療（肺炎、尿路感染等）」「膀胱カテーテル管理」といった医療行為については、2022 年 4 月～6 月までの 3 か月間で、80%以上の施設で実施されていた。

今回のヒアリング調査の対象とした 7 施設においても、上記を含む以下の医療行為について、全施設が共通して、施設内で対応可能とご回答いただいた。

○抗生剤末梢点滴治療（肺炎、尿路感染等）
○脱水・熱中症等に対する末梢補液点滴治療
○その他点滴治療（中心静脈ライン以外）
○インスリン投与
○酸素投与
○経鼻経管、胃ろうによる栄養投与・交換
○膀胱カテーテル管理
○血液検査

また、以下の医療行為についても、過半数の施設で、施設内で対応可能とご回答いただいた。

この差異は、併設病院との役割分担（医療区分 2・3 に該当する医療処置が必要になった入所者への対応等）によるものと考えられた。

○中心静脈ライン
○褥瘡・創傷治療（デブリ、持続吸引等）
○気管切開のケア
○ネブライザー
○酸素療法（酸素吸入）
○歯科治療
○持続モニター
○人工肛門管理
○麻薬による疼痛ケア
○抗がん剤投与（経口、点滴含む）
○CT scan, MRI

日本介護医療院協会が実施した調査では、「中心静脈ライン」「気管切開のケア」「麻薬による疼痛ケア」「抗がん剤投与（経口、点滴含む）」については、2022 年 4 月～6 月までの 3 か月間での実施施設が 30%を下回っていたものの、今回の調査対象（7 施設）では、過半数の施設で対応可能であった。

上記のように、介護医療院では、様々な医療行為が実施されている。今回のヒアリング調査からみえてくる介護医療院における医療提供の特徴としては、「入所者が苦痛のない療養生活を送れるよう、他の介護施設では対応できないような医療行為を実施している」点が挙げられる。その観点から、例えば、A 介護医療院では、経管栄養管理や中心静脈ライン栄養を含む点滴管理、酸素投与、末期がん患者に対する麻薬使用を含めた緩和措置が、C 介護医療院では、喀痰吸引、経鼻経管栄養、創処置（軽度～中程度)、膀胱カテーテルや胃ろうのチューブ管理・交換、脱水・熱中症等に対する末梢補液点滴治療、抗生剤抹消点滴治療等が、ニーズのある医療行為として、数多く実施されていた。

各施設で重点的に取り組んでいる、もしくは必要性の高い医療処置として数多く取り組んでいる医療処置としては、経管栄養、喀痰吸引、緩和ケアが複数の施設で挙げられており、日常的な医学管理が必要な方が、介護医療院に多く入所されている様子がうかがえた。

◇地域の医療機関との連携による医療提供

介護医療院は、介護保険施設であるため、例えば骨折時の対応等の手術や集中治療の場ではない。

そのため、介護医療院では対応できない医療行為の提供が必要になった入所者を、地域の医療機関や併設医療機関でスムーズに受け入れてもらえるよう、日頃から連携を取っていた。それにより、必要に応じて地域の医療機関や併設医療機関において、必要な治療が受けられる体制をとっていた。

上記は入所者が急変した場合に受け入れてもらう連携であるが、加えて、地域の医療機関で治療が安定した患者を受け入れる後方支援としての連携も行われていた。

こういった連携について、例えば、ある程度事例ごとに取り決めを設け、介護医療院から地域の医療機関へ手術の周辺日のみ転院し、術後の比較的早い段階で再度受け入れを行えるようにすることで、入所者の負担軽減、医療資源の効率的な利用につなげている事例があった。

また、新型コロナウイルス感染症への対応の観点では、ポストコロナの患者を介護医療院で受け入れる機能を担っている事例も複数の介護医療院でみられた。

■多職種連携による自立支援・重度化防止に向けた取組

◇リハビリの実施

介護医療院は要介護 4 又は 5 の入所者が多く、リハビリの目的としては、機能の維持、重度化防止のための介入が多いことが、全施設で共通していた。

リハビリの実施状況について、日本介護医療院協会が実施した調査では、リハビリの実施頻度は高く、70%以上の施設で何らかのリハビリが実施されていた。例えば、理学療法では、100 床あたり 79 例に 587 回理学療法が実施されており、一人の患者あたり 7.4 回実施されていた。また、減算も実施されており、積極的なリハビリが展開されている様子がうかがえた。

今回の調査でも、特に積極的にリハビリに取り組んでいる施設では、1 人当たり 1 ヶ月の平均値で、理学療法は 11 回、作業療法は 8.7 回、言語聴覚療法は 8.4 回、摂食機能療法は 3.8 回（特別診療費の算定）と、非常に多くのリハビリが行われていた。

また、入所者の状態にもよるものの、入所後 4 ヶ月以降もリハビリは継続して実施されている場合が多かった。その理由として、リハビリを中断すると身体機能や ADL が低下していく入所者が多い点が指摘されていた。

一方で、自立度が向上する見込みがある入所者、在宅復帰が期待できる入所者については、身体機能向上に向けたリハビリを集中して実施している施設も複数あり、介護医療院が在宅復帰の機能も担っている様子がうかがえた。

◇摂食・嚥下・栄養面での介入・多職種連携

各施設のヒアリングの中で、介護医療院で重視していることとして、食事に関する事項が多く挙げられていた。特に「食事をおいしく食べてもらう」ことを重視し、嚥下リハビリや食事提供にこだわりをもって取り組んでいる施設が複数あった。

全施設共通で、摂食・嚥下・栄養面での介入を手厚く実施していた。多職種連携の観点では、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、施設によっては歯科衛生士等の職種が連携して、介入が行われていた。

調査の中で、「摂食・嚥下は全身運動であり、全身の筋力アップ（理学療法士）や姿勢（作業療法士）、食形態等の工夫（言語聴覚士）等、それぞれの職種が連携する必要があり、その意義は大きいと考えている」、「歯科衛生士や言語聴覚士、栄養士にて、食事に関する検討を重ねている。食べることに関して、専門職を配置すると、効果があるという実感がある。栄養状態等が整っていないとリハビリもできないため、非常に重要な介入である」といった発言もあり、介護医療院において、多職種協働でリハビリや栄養・口腔ケアの一体的な取組を行うことの重要性がうかがえた。

■介護医療院における看取りに関する取組

◇意思確認の難しさ・意思確認における工夫点

介護医療院の退所先として、最も多いのは死亡退所である。そのため、介護医療院では様々な工夫をしながら、看取りに係る取組が行われている。

日本介護医療院協会が実施した調査を参照すると、介護医療院で実施されている意思確認カンファは、2022 年 4 月～6 月で 2249 回あったが、そのうち、本人が参加できたものは、136 回（6.0%）であった。2021 年の調査と比べると、若干増えてはいるものの、平均要介護度が 4 以上で、本人の意思表示が困難な入所者の多い介護医療院では、本人参加は難しい状況がうかがえる。

今回の調査でも、介護医療院には要介護 4 又は 5 の入所者が多く、「入所者本人が意思表示をできない場合が多い」旨の発言が多かった。

そのため、全ての介護医療院共通で、家族や後見人との話し合いを丁寧に実施されていた。介護医療院側から正しい医療知識を伝えたり、家族等が本人の意思を推定できるよう手助けをしたりしながら、意思確認を行っている。

意思の確認の際には、施設で作成したアセスメントシートや、外部団体が作成した ACP に関する説明資料を活用している事例もあった。

家族、本人共に状況によって意思が変わることがあるため、意思確認の話し合いは 1 度だけでなく、個々に合わせて複数回実施されていた。

◇Ⅱ型介護医療院における看取り対応

Ⅰ型介護医療院では夜間も宿直の医師が配置されているが、Ⅱ型では配置されていない。

今回ヒアリング対象としたⅡ型介護医療院のうち、G 介護医療院は併設病院があるため、病院の宿直医師が対応していた。

一方で、D 介護医療院は病院を併設していないため、夜間に医師がいないことから、呼吸・心停止した場合、連絡後に医師が来院することを日頃から家族と話しておく、といった工夫が行われていた。また、看取りに際して、Ⅱ型介護医療院でできる対応を家族に理解していただくこと、看取り期に入ったら家族とのコミュニケーションを密に行い、面会の実施や連絡のタイミング、どのように対応していくかなどの方針を明確にしておくことを重視していた。

■各地域での慢性期医療において介護医療院が担うべきと考える役割

◇最後の砦として

今回のヒアリングにおいて、「最後の砦」を意味する内容を、複数の施設で聞くことができた。意図としては、医療処置が多く要介護度が高い患者は、病院や他の介護施設、在宅で受け入れが難しく、介護医療院が最後の受け皿である、という内容である。

ここまで見てきたように、介護医療院では、長期療養が必要な入所者へ、他の介護施設では対応できないような様々な医療行為が実施されていた。また、重度化防止を目的としたリハビリの提供、多職種協働でのリハビリや栄養・口腔ケアの一体的な取組、本人の意思表示が難しい中での丁寧な意思確認や緩和ケアなど、「医療提供施設」として介護医療院は様々な役割を担っている。

こういった介護医療院でしか果たせない役割があるからこそ、介護医療院は「最後の砦」としての機能を担っていると考えられる。

また、医療提供施設としての役割だけでなく、「生活重視で治療もできる」といった視点、重症化している入所者のその人らしい生活の提供も介護医療院の役割とする声も複数みられた。

■まとめ

介護医療院が、病院と従来の介護施設の狭間にある、どちらも受け入れにくい方の受け皿としての役割を果たしている、ということが大きなポイントであると考えられる。

介護医療院の創設により、今まで受け入れ先がなかった方の行き場所ができたということは、本人にとっても、在宅で支える家族にとっても、病院や介護施設にとっても、利点があると考えられる。

そのため、入所者像は医療処置が多く要介護度が高い方となり、経管栄養、喀痰吸引等の日常的な医学管理や、緩和ケア等が各施設で提供されていた。また、多職種協働でリハビリや栄養・口腔ケアの一体的な取組が積極的に行われていた。

退所先としては、死亡退所が多く、本人の意思表示が難しい入所者が多い中で、家族や後見人と丁寧に話し合いをしながら看取り対応が行われていた。一方で、介護医療院から在宅復帰できている例もあり、介護医療院が担うことのできる機能の幅の広さが感じられた。

その中で、病院との違いとしては、介護医療院は「医療提供施設」の側面に加えて、「生活施設」の側面があり、食事にこだわった取組や外出訓練等、その人らしい生活に根差したところを大事にした取組が行われていた。これは介護医療院が人生の最期まで尊厳を大事にする思いを反映しているものと考えられた。