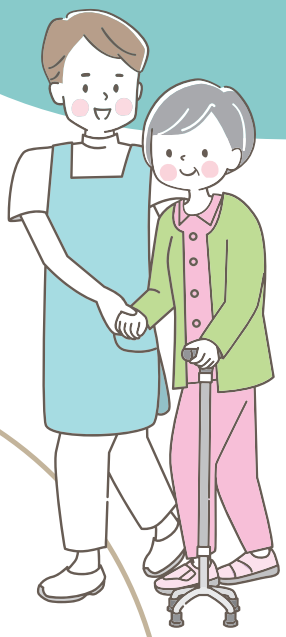
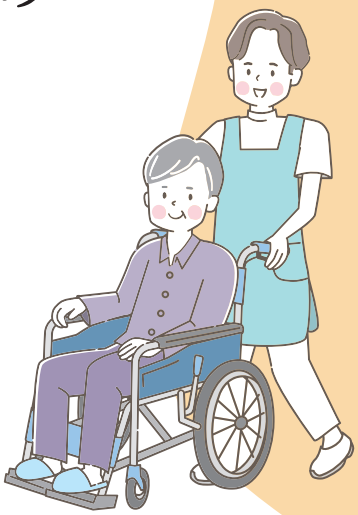
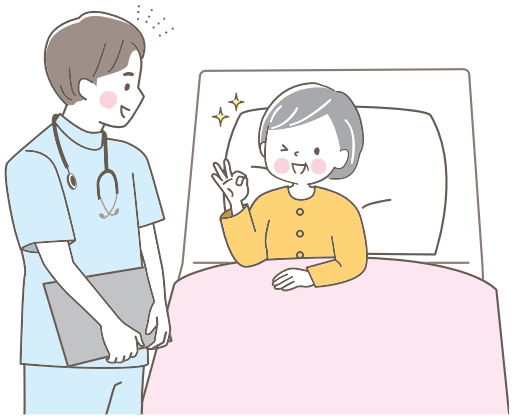


介護医療院事例集

～ 医療提供に関する取り組み ～





みずほリサーチ＆テクノロジーズ株式会社

令和４年度厚生労働省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」

介護医療院事例集
～医療提供に関する取り組み～

目　次

はじめに …… 1

本事例集について …… 1

介護医療院の概要、役割・理念 …… 2

各事例の位置づけ …… 4

日本介護医療院協会の調査結果のポイント …… 4

各事例の観点の設定 …… 6

本事業のヒアリング調査結果のまとめ …… 7

事例一覧 …… 8

【事例1】A介護医療院 …… 9

【事例2】B介護医療院 …… 13

【事例3―1】C介護医療院 …… 17

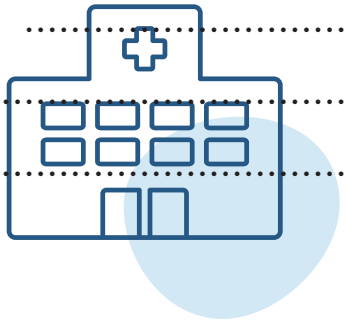
【事例3―2】D介護医療院 …… 22

【事例4―1】E介護医療院 …… 27

【事例4―2】F介護医療院 …… 32

【事例5】B介護医療院 …… 37

【事例6】G介護医療院 …… 40



はじめに

本事例集について

本事例集は、令和4年度厚生労働省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」の一環として、作成されたものです。

今後、長期療養を必要とする要介護者の増加が予測される中で、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ます。

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はありますが、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作成されています（「令和3年3月版介護医療院事例集」等）。

そのため、本事例集は、介護医療院の「医療提供施設」の側面に着目して作成しています。

本事例集が、今後の介護医療院の発展に向けた一助となりましたら幸いです。

介護医療院の概要、役割・理念

※「介護医療院開設に向けたハンドブック（令和4年3月版）」より引用。

<介護医療院の概要>

〇介護医療院は「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。

〇今後、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。

〇したがって、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。

<介護医療院の役割・理念>

当面の間、介護医療院は、療養病床等からの移行が見込まれますが、単なる療養病床等からの転換先ではなく、「住まいと生活を医療が支える新たなモデル」として創設されました。介護医療院においては、「利用者の尊厳の保持」と「自立支援」を理念に掲げ、「地域に貢献し地域に開かれた交流施設」としての役割を担うことが期待されます。

具体的には、医療機関の側面ももちながら生活施設としての役割を果たすために、ハード面として、パーティションなどの視線を遮るものの設置のみならず、ソフト面にも配慮したプライバシーの尊重などが求められています。

一方で利用者を支える観点から医療提供施設としては、要介護高齢者の長期療養・生活施設として、介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス（I型）と老人保健施設相当以上のサービス（II型）の2つのサービスを提供することができ、利用者の「看取り・ターミナル」を支えることも重要な役割のひとつと想定されています。

また介護医療院は、介護老人保健施設や特別養護老人ホームと同様に地域交流を開設許可の基準として位置づけています。このため、介護医療院に参入しようとする事業者には地域の中でどういう役割を果たし、地域といかに交流をしていくのか等について、地域の住民に対し懇切丁寧に説明を行うことが求められます。閉鎖的な存在となることなく、地域交流やボランティアの受け入れなどに積極的に取り組むことで、介護医療院が地域に開かれた施設となると期待されます。

イ）介護保険制度全体を貫く理念[1]	加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。
ロ）介護医療院の定義[2]	介護医療院とは、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設。
ハ）介護医療院の基本方針[3]	a. 介護医療院は、長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、その者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。
	b. 介護医療院は、入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って介護医療院サービスの提供に努めなければならない。
	c. 介護医療院は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

1 介護保険法第1条

2 介護保険法第8条29項

3 介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生省令第5号）第2条

各事例の位置づけ

日本介護医療院協会の調査結果のポイント

日本介護医療院協会が、2022年6月に実施した調査（対象:介護医療院693施設、回答:141施設）によると、以下の特徴がみられた。

なお、具体的な調査結果については、本事業（「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」）の報告書もしくは日本介護医療院協会HPをご参照されたい。

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」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。

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。

○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。

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。

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。

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。

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。

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。

各事例の観点の設定

上記の、介護医療院の役割・理念、日本介護医療院協会が実施した調査結果を基に、本事業に設置した検討委員会にて議論を行い、調査対象選定の観点6つと、各介護医療院に特にお伺いしたい内容（=キーワード）を、以下の表の通り、整理した。

本事例集は、令和4年度厚生労働省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」で実施したヒアリング調査の結果から、各介護医療院に特にお伺いしたい内容（=キーワード）に対応する要素を抽出して作成したものである。

ヒアリング調査結果の詳細については、本事業（「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」）の報告書をご参照されたい。

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

本事業のヒアリング調査結果のまとめ

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。

事例一覧

掲載事例	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	重度療養者（特に末期がん患者）の受け入れ状況	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5	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

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

調査対象 A介護医療院
（長野県，Ⅰ型108床（無床診療所併設））

開設主体	医療法人			
併設医療機関	無床診療所（建物内併設）			
算定している施設サービスの類型	Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）			
介護医療院の開設年月	2020年４月			
移行元の施設類型	介護療養病床			
介護療養型医療施設の開設年月	2007年			
入所定員	108名			
入所者数	107名			
職員配置（常勤換算）	医師	3.0	理学療法士	1.0
	歯科医師	0.0	作業療法士	1.0
	看護職員	22.3	言語聴覚士	0.0
	介護福祉士	20.0	歯科衛生士	0.0
	その他の介護職員	11.3	管理栄養士	3.0
			栄養士	0.0

地域・施設概要

- 長野県に所在する介護医療院。所在市の人口は約10万人、高齢化率は34%の地域である。
- 当施設が所在する二次医療圏には、病院が８施設、一般診療所が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。
- 当地域は、医療資源が限られており、かねてより医療機関の機能分化・連携が実践されてきたという特徴がある。その中で、当施設が、介護医療院に特化し、地域の医療機関、介護保険施設等と連携することで、地域包括ケアが実現していると考える。
- 当施設は、病院併設型ではない介護医療院である。無床診療所を併設しているが、関連法人が運営する病院はない。介護サービスとしては居宅介護支援が提供されている。介護医療院に転換する前は、2007年より介護療養型医療施設として、地域の医療機関と連携しながら、終末期

の患者を受け入れる役割を担ってきた。

施設内で対応可能な医療処置

●施設内で、以下の医学的管理・医療処置のうち、○がついている項目について対応可能である。

○	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

医療ニーズの高い入所者への医療処置の実践

入所者の状況

●入所者の95%以上が後期高齢者である。平均要介護度は4.8である。

●地域から終末期の患者を多く受け入れているが、医療処置の必要度が高いケースが多く、また、医学的管理の下、長期療養を必要とするケースも多い。こういった患者は、急性期病院での治療を終えた後、介護保険施設では医療処置の必要性から対応が難しく、また、在宅復帰を希望しながらも、老老介護等で家族介護力が課題となるケースが多い。

●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。末期がん患者に対しては、疼痛コントロールを含めた緩和ケアを提供している。

施設内での医療処置の提供状況

●介護医療院として重視している点は、「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」ことである。その過程において必要となる医療処置を提供している。

●医療処置の提供にあたって行った工夫点としては、設備面では、酸素の配管・酸素濃縮器の完備、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。

●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。

<中心静脈栄養>

●調査実施時点で、中心静脈栄養の対応を行っている入所者は30名程度である。
●当施設の入所者は重度であるため、嚥下障害のケースが多い。末梢点滴では栄養が不足し、胃ろうは家族が望まないケースも多く、結果として中心静脈栄養を選択することが多い。
●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る。
●入所者の状況から、ニーズの高い医療処置の 1 つであり、技術的に行うことが可能な医師が在籍していることから、施設内で実施している。

<気管切開のケア>

●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。

<末期がん患者に対する麻薬使用を含めた緩和ケア・抗がん剤投与>

●調査実施時点で、末期がんの入所者は 1 人である。
●終末期の患者の受け入れの一環として、末期がん患者の受け入れを行っている。
●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、麻薬による疼痛ケアは必須であると考え、施設内で実施している。麻薬による疼痛ケアは、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り、体制整備の一環として、医師が、地域の医療機関の緩和ケアの研修を受講している。
●抗がん剤治療は、がん治療を担当している主治医が、他の医療機関の所属である場合には、入所者が当該主治医を外来受診し、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。

地域の医療機関との連携による医療処置の提供状況

●当施設は、病院病床を併設していない介護医療院であるため、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。重度の入所者に対しては、医療的なかかわりが必須となり、その中で、介護医療院では対応できない医療処置が発生する場合があるためである。
●介護医療院において対応可能な医療処置は、できる限り院内で提供しているが、それ以外の医療処置は他の医療機関へ依頼することになる。具体的には、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が該当する。
●当地域は、かねてより医療機関の機能分化・連携が実践されてきたという特徴があり、地域の医療機関との連携が進んでいることから、病院病床を併設していない介護医療院であっても、必要に応じて地域の病院において、必要な治療が適切なタイミングで受けられる体制となっている。

- そのため、介護医療院が単独で存在しているというより、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状況にある。
- 地域の医療機関との連携は進んでおり、ある程度症例ごとに対応方針に関する取り決めがある。例えば、胃ろう造設が必要なケースでは、入所者の情報を医療機関と共有することで、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施設からの移送・医療機関への入院を行うだけで、造設ができる。
- 術後のケアは、当施設で提供可能であり、術後の比較的早い段階で医療機関を退院し、当施設が受け入れることで、入所者の負担を軽減している。また、医療機関の病床を早い段階で空けることができるため、医療資源の効率的な利用にもつながっている。

慢性期医療における介護医療院の役割

A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、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利用者の受け入れを積極的に行う必要があると考えている。

A介護医療院（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。
- そのような患者を受け入れ、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。

まとめ

- 「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」ことを重視している。その過程において必要となる医療処置を提供している。
- 医療処置の提供に際しては、酸素の配管・酸素濃縮器の完備、全室のベッドサイドへの喀痰吸引のための配管の設置、滴下ポンプの導入等の設備投資や、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 名配置等の体制面での工夫を行っている。
- 重度の入所者に対しては、医療的なかかわりが必須となり、その中で、介護医療院では対応できない医療処置の提供が必要となる場面があるため、病院病床を併設していない介護医療院としては、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。
- 当地域は、かねてより医療機関の機能分化・連携が実践されてきたという特徴があり、地域の医療機関との連携が進んでいることから、病院病床を併設していない介護医療院であっても、必要に応じて地域の病院において、必要な治療が適切なタイミングで受けられる体制となっている。

事例 2

重度療養者（特に末期がん患者）の受け入れ状況

調査対象 B介護医療院
（静岡県，Ⅰ型169床（無床診療所併設））

開設主体	医療法人			
併設医療機関	無床診療所（建物内併設）			
算定している施設サービスの類型	Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）			
介護医療院の開設年月	2020年４月			
移行元の施設類型	介護療養病床			
介護療養型医療施設の開設年月	2000年４月			
入所定員	169名			
入所者数	159名			
職員配置（人）（常勤換算人数）	医師	4.80	理学療法士	6.65
	歯科医師	0.0	作業療法士	5.50
	看護職員	34.66	言語聴覚士	3.26
	介護福祉士	33.79	歯科衛生士	3.34
	その他の介護職員	11.16	管理栄養士	4.00
			栄養士	1.00

地域・施設概要

- 静岡県に所在する介護医療院。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。
- 当施設が所在する地域は政令指定都市であり、人口規模が大きいため、市内中心部には、多数の医療資源を有している。一方、当施設の近隣には、2 km先に一般診療所が開業しているが、一般病床を有する医療機関はない。同区内に病院は３施設、診療所は67施設あり、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３施設がある。
- 当施設は、無床診療所を併設している介護医療院である。同一法人が、訪問看護、通所介護、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）、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を運営しており、居宅支援、介護保険施設、居住系サービス、訪問診療、リハビリ・終末期医療等と、地域包括ケアシステム全体を包含する機能を提供している。

●また、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。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。

施設内で対応可能な医療処置

●施設内で、以下の医学的管理・医療処置のうち、○がついている項目について対応可能である。

○	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

重度療養者の受け入れ状況等

重度療養者の状況

●当施設として受け入れが多い重度療養者は、入所後、半年以内に看取りが想定されるケース、誤嚥性肺炎を繰り返しているケース、認知症と身体疾患を併せ持つケース（中等症以上の内臓疾患がある）であると考える。認知症と重度の身体疾患を併せ持つ具体例では、認知症で心不全の増悪を繰り返しているケース、認知症のため血糖管理ができず、入退院を繰り返すケースなどが該当する。

●また、末期がん患者のケアにも力を入れている。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。がん患者13人のうち、独居世帯が７人、高齢夫婦のみ世帯４人である。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（８人は90日以内に亡くなっており、うち４人は30日以内に亡くなっていた）。

●がん患者の方の入所元は急性期病院が８人を占める。自宅から救急搬送となり、入院治療を終えた後、自宅での療養が困難であるため、医療的ケアを受けられる介護医療院に入所するに至ったケースが多い。なお、老健では緩和ケアや皮膚表出がんのケアや看取りの医療が提供できな

いことから当院での療養に切り替わったケースもある。

- 介護医療院なので施設内で亡くなる方が多いが、死期が近くなり苦しむ方もいるため、入所者の苦痛を緩和してあげたいとの思いから緩和ケアにも取り組んでいる。緩和支持治療科医師が主催する緩和ケア研修会に参加し知識を学んだ。

重度療養者の受け入れ

- 重度療養者の受け入れ先は限られており、最後の受け皿が当介護医療院だと感じている。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。がん末期の高齢者で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ケースが多くなると考えている。
- 院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、「ここであれば受け入れてくれる」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。
- 近隣の地域包括支援センターから直接紹介があり、当院の外来に紹介していただき、その後入所される方もいる。

末期がん患者等重度療養者への医療処置の提供・看取り対応

- 2020年４月１日より2022年12月31日までに入所となった末期がん患者13人（14回）を調査したところ、最も多い医療処置は、点滴管理であった。鎮痛剤は７人に処方され、医療用麻薬(内服薬・貼付薬・座薬)は経過中４人に処方されていた。
- 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。
- 医療用麻薬の使用などは、緩和ケアガイドラインを参考にしている。
- 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。心不全・呼吸器疾患も同様だが、酸素吸入や通常の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ようにしている。使用前は、本人、かつ/もしくは、家族に予測される効果と危険について説明し、確認を取っている。
- 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。入所前からキーパーソンを含む家族と面談し、本人が希望されたであろうことについて話し合って方向性をすりあわせる。入所後も病状が変わるたびに面談を繰り返し、話し合いを続ける。

慢性期医療における介護医療院の役割

B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。

- 「地域包括ケア病棟に近い」のイメージとしては、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）で自宅から入所するという役割である。
- 高齢者の救急疾患は軽症例も多く、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。そういった人の受け入れを、介護医療院でもう少し積極的にできたらと考えている。
- 移行前は介護療養病床（療養機能強化型A）であった。現在はI型介護医療院だが、医療・介護の機能は、ほとんど変わらないと感じている。ただ、介護医療院は「住まい」としての機能をもつため、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。また、間仕切り家具を設置したことで、入所者家族、職員からも好評を頂いている。

B介護医療院（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、地域で生活する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。

まとめ

- 介護医療院への移行前から、地域から幅広く入所を受け入れてきた。そのような受け入れを続けている中で、「ここであれば受け入れてくれる」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。
- 医療区分で２、３に該当しない方やがん患者の方等の重度療養者は、他の医療機関や介護施設で敬遠されがちである。重度療養者の受け入れ先は限られており、最後の受け皿が介護医療院だと感じている。
- 介護医療院なので施設内で亡くなる方が多いが、死期が近くなり苦しむ方もいるため、入所者の苦痛を緩和してあげたいとの思いから緩和ケアにも取り組んでいる。入所になる方のうち、特に末期がん患者はすでに抗がん剤治療をしていないケースが多く、緩和ケア・疼痛管理を中心に行うことが多い。
- 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、地域で生活する高齢者にとっては厳しい状況である。高齢者の救急疾患は軽症例も多く、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。そういった人の受け入れを、介護医療院でもう少し積極的にできたらと考えている。

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

調査対象 C介護医療院
（神奈川県，Ⅰ型52床（病院内併設））

開設主体	医療法人			
併設医療機関	病院（建物内併設：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）			
算定している施設サービスの類型	Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）			
介護医療院の開設年月	2019年４月			
移行元の施設類型	医療療養病床			
介護療養型医療施設の開設年月	—			
入所定員	52名			
入所者数	52名			
職員配置（常勤換算）	医師	3.0※	理学療法士	1.2
	歯科医師	0.0	作業療法士	1.2
	看護職員	9.3	言語聴覚士	1.2
	介護福祉士	18.0	歯科衛生士	0.0
	その他の介護職員	1.0	管理栄養士	1.4
			栄養士	0.0

※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。

地域・施設概要

- 神奈川県の地方都市（首都圏近郊）に所在する介護医療院。所在市の人口は約16万人、高齢化率は29.9%の地域である。
- 当施設が所在する近隣地域（所在市（a市）含む連携の多い３市）には、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）。
- a市の病院からの直接入院はあるが、多くは上記３市の介護施設からの入所である。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a市や隣接する市町村からの受け入れが多くを占めている。

●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。

施設内で対応可能な医療処置

●施設内で、以下の医学的管理・医療処置のうち、○がついている項目について対応可能である。

○	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

意思確認カンファの実施・看取りに関する取組

意思確認カンファの実施状況・具体的な実施内容（本人の意思確認ができない場合の工夫も含む）

●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に本人参加できたのは 2 件のみであった。

●ターミナルケアに至るまでの過程も含め、意思確認では、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で都度意向を再確認している。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。

●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。

●意思確認では、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。

- ただ、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。本人に対する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。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。
- また、主治医の考え方が重要であると感じる。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。

<本人の意思確認ができない場合の工夫>

- 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。
- 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している。
- 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。

ACP（本人参加）もしくは意思確認カンファ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。（ここまで再掲）
- 介護医療院入所後に、本人の意思確認のためのアセスメントシートを作成し、運用中である。

<アセスメントシート　抜粋>

アセスメントシート
本日、ご入所いただきありがとうございます。分かる範囲でお答えください。
下記の内容を生活に活かしていきたいと考えて折ります。ご記入宜しくお願いします。

Ⅰ既往歴：疾患名・発病の年齢・受診病院名ご記入お願いします。
・
・
・

Ⅱアレルギー：なし・ある（花粉・薬・食品・その他：内容　　）

Ⅲ日常生活の状況（ご病気になられる前のご自宅での生活）
活動
1．家事：洗濯・掃除・料理などのご本人の役割や工夫していたことを記入ください。
① 洗濯：
② 掃除：
③ 料理：
④ その他：

2．移動：歩行・杖歩行・手引き歩行・シルバーカー・歩行器・車椅子など当てはまるものを記入ください。
① 屋内は
② 屋外は
介助内容：自立・お手伝いが必要（どのような内容ですか）

2．整容：歯磨き・義歯管理方法・頭髪・お化粧・髭剃りなどの回数やこだわりがありましたら記入ください。
① 歯磨き：
② 整髪：
③ お化粧/髭剃り：
④ その他：
介助内容：自立・お手伝いが必要（どのような内容ですか）

入所者さま　興味・関心チェックシート

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

入所者様の好きなことや趣味・興味を持っていたことに○
好まなかったことに×をチェックしてください。

生活行為	○×	生活行為	○×
温泉		生涯学習・歴史	
お風呂に入る		読書	
ファッション		俳句	
食べること		書道・習字	
歯磨きをする		絵を描く・絵手紙	
身だしなみを整える		パソコン・ワープロ	
すきな時に寝る		写真	
掃除・整理整頓		映画・観劇・演奏会	
料理を作る		お茶・お花	
買い物		歌を歌う・カラオケ	
家や庭の手入れ・世話		音楽を聴く・楽器演奏	
洗濯・洗濯ものたたみ		将棋・囲碁・麻雀・ゲーム	
（自転車）・車の運転(外出)		体操・運動	
電車・バスの外出		散歩	
孫・子供の世話		ゴルフ・水泳・テニスなどスポーツ	
動物の世話		ダンス・踊り	
友達とおしゃべり・遊ぶ		野球・相撲観戦	
家族・親戚との団らん		競馬・競輪・競艇・パチンコ	
デート・異性との交流		編み物	
居酒屋へ行く		針仕事	
ボランディア		畑仕事	
地域活動（町内会・老人クラブ）		賃金を伴う仕事	
お参り・宗教活動		旅行・温泉	

施設提供資料より引用

ACP（本人参加）もしくは意思確認カンファ、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。
- 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看取りに関する話を切り出すケースでは、どう伝えるかで非常に悩む。この点は医師でも難しい。
- まだ生きられると思っている人に対し、話を切り出すことのハードルが高い。
- 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。

介護医療院で実施すべきと考える看取りに関する取組

- 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べきと考えている。
- 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。
- また、介護医療院での生活支援の中で重視していることは 3 点あり、健康、食事、余暇活動である。その中でも当施設で最も重視しているのは食事の部分である。
- 食事ではなるべく最期まで経口摂食が可能なように、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。
- 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。

慢性期医療における介護医療院の役割

C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、特に医療処置が必要な対象者の受け入れを担うべきと考えている。
- 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ためである。
- また、重症化している入所者のその人らしい生活の提供も重要である。

- 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。
- 移行前の施設類型（医療療養病床）と比較すると、治療重視ではなく「生活重視で治療もできる」という点も慢性期医療において介護医療院が果たす役割に該当すると考える。

C介護医療院（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）

まとめ

- 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をする中でも、「重症化している入所者のその人らしい生活の提供」を重視している。その過程において必要となる医療処置を提供している。
- 意思確認では、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。
- 2022年 4 月から2023年 2 月の間に実施した意思決定カンファのうち、入所者が参加できたのは 2 件のみであった。
- 具体例として、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た例がある。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。
- 意思確認に関してご本人の意思が明確にならない場合、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っている。
- ご本人の意思の推定では、家族や代理人の意思確認に際して、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。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。
- すり合わせの中では、家族や代理人に「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」について認識し、結論を出してもらうようにしている。

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

調査対象 D介護医療院
（福岡県，Ⅱ型80床（無床診療所併設））

開設主体	社会医療法人			
併設医療機関	無床診療所（建物内併設）			
算定している施設サービスの類型	個室ユニット型Ⅱ型介護医療院サービス費			
介護医療院の開設年月	2020年11月			
移行元の施設類型	医療療養病床			
介護療養型医療施設の開設年月	—			
入所定員	80名			
入所者数	75名			
職員配置（常勤換算）	医師	1.0※	理学療法士	3.0
	歯科医師	0.0	作業療法士	3.0
	看護職員	12.7	言語聴覚士	1.0
	介護福祉士	17.4	歯科衛生士	1.0
	その他の介護職員	5.0	管理栄養士	2.0
			栄養士	0.0

※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。

地域・施設概要

- 福岡県の政令市に所在する介護医療院。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30万人超）。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。
- 介護医療院の所在地区の施設は次の通りである（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。

- 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。
- 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。

施設内で対応可能な医療処置

- 施設内で、以下の医学的管理・医療処置のうち、○がついている項目について対応可能である。

○	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

意思確認カンファの実施・看取りに関する取組

意思確認カンファの実施状況・具体的な実施内容（本人の意思確認ができない場合の工夫も含む）

- 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、同意を頂いている(変更可能として)。
- 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。
- 意思確認については、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てくるということがあるので、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。

<本人の意思確認ができない場合の工夫>

- 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る方は、ご家族からの情報を頂いている。
- 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)。
- 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。

ACP（本人参加）もしくは意思確認カンファ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。

ACP（本人参加）もしくは意思確認カンファ、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き受け人が必要なので、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。

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（医師不在時の対応含む）

- 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様々な症状（疼痛コントロールなど）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。
- また、Ⅱ型の介護医療院のため夜間は医師不在となるが、呼吸、心停止した場合は夜間オンコールにて医師へ連絡し、来院した後家族と共に死亡診断を行うようにしている。
- 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いる。

介護医療院で実施すべきと考える看取りに関する取組

- 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ということをするが、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、と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。
  - ・炎症反応が多くない状態に対して単発で使用する抗生剤
  - ・食事に含まれる水分を補う程度の各種点滴は可能
  - ・インスリンの定期投与（スケールを用いた都度調節は不可）
  - ・酸素投与は、3 L/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（貼り薬）
  - ・膀胱カテーテル、胃ろう、酸素療法（酸素吸入）、人工肛門管理

慢性期医療における介護医療院の役割

D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。
- 移行前（医療療養病床）とは、「治療の場」に加えて、「生活の場」という機能が異なると捉えている。

D介護医療院（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

- 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。介護医療院への移行前は556病床という大規模で多様な機能をもつ医療機関の中にある医療療養病床だったので、地域の中で担うべき役割を考え、設備や資源を介護医療院としての機能に集中させた経緯がある。
- そうした背景もあり、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」が求められると考えている。
- また、感染症患者の入院とその後のリハビリ機能を担うため、第 2 波の2020年 8 月から新型コロナウイルス感染症罹患者の受け入れを行ってきた。他の介護施設で罹患した、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なケースが見られたためである。
- 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。

まとめ

- 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」が求められると考えている。

- Ⅱ型の介護医療院ということで、入所相談の際に「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」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。
- 意思確認については、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てくるということがあるので、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。
- 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。

事例 4-1 リハビリ（特別診療費の算定、多職種連携）の取組

調査対象 E介護医療院
（京都府，Ⅰ型120床（病院併設））

開設主体	一般財団法人			
併設医療機関	病院（医療療養60床）（建物内併設）			
算定している施設サービスの類型	Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）			
介護医療院の開設年月	2020年４月			
移行元の施設類型	介護療養病床			
介護療養型医療施設の開設年月	2000年４月			
入所定員	120名			
入所者数	119名			
職員配置（常勤換算）	医師	6.5※	理学療法士	4.0
	歯科医師	0.0	作業療法士	2.0
	看護職員	27.3	言語聴覚士	4.0
	介護福祉士	26.2	歯科衛生士	2.0
	その他の介護職員	0.0	管理栄養士	1.0
			栄養士	1.0

※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。

地域・施設概要

- 京都府に所在する介護医療院。所在市の人口は約145万人、高齢化率は28%の地域である。
- 当施設が所在する二次医療圏には、病院が102施設、一般診療所が1,563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。
- 地域内に目立った過疎化はないが、高齢化が進んできており、介護医療院の需要が多い。
- 当施設は、病院建物内併設の介護医療院である。併設病院の病床数は医療療養60床、併設病院により訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、居宅介護支援といった介護サービスが提供されている。介護医療院に転換する前は、2000年より介護療養型医療施設として、当時から、最期まで食べてもらうことを目指した取組が行われてきた。

施設内で対応可能な医療処置

●施設内で、以下の医学的管理・医療処置のうち、○がついている項目について対応可能である。

○	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

リハビリ（特別診療費の算定、多職種連携）の取組

法人の方針

●「最期までおいしいものを食べてもらう」ことを重視している。
●上記を各職種が意識しながら、リハビリ、摂食・嚥下に係る取組、口腔衛生の管理に係る取組が、積極的に実施されている。
●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。
●体制について、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当施設の大きな特色である。

リハビリの取組

<特別診療費の算定状況>

● 1 人当たり 1 か月の平均値で、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[4]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。
- 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している。

<リハビリの提供にあたり重視していること>

- 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。

<リハビリの目的・目標設定>

- 入所者により提供するリハビリの目的は異なるが、「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」等、機能の維持が目的となる場合が多い。
- 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。

摂食・嚥下に係る取組

- 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

[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。

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。

- 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。

口腔衛生の管理に係る取組

- 歯科衛生士 2 名が担当している。口腔衛生の管理の対象は、入所者全員である。
- 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。
- 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ている。
- 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。

慢性期医療における介護医療院の役割

E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組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。

E介護医療院（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。

まとめ

- 「最期までおいしいものを食べてもらう」ことを重視している。
- 各職種が上記を意識しながら、リハビリ、摂食・嚥下に係る取組、口腔衛生の管理に係る取組が、積極的に行われている。
- 法人の方針に基づき、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当施設の大きな特色である。
- 歯科衛生士を介護療養型医療施設の時から配置している。歯科衛生士が関与することで、誤嚥性肺炎の発症率が非常に低いと感じている。また、看護職員や介護職員が、歯科衛生士から直接指導を受けられることで、職員全体の質の向上・ケアのスキル向上につながっている。

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

調査対象 F介護医療院
（東京都，Ⅰ型58床（病院併設））

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

地域・施設概要

- 東京都に所在する介護医療院。所在地域の人口は約31万人、高齢化率は28%の地域である。
- 当施設が所在する二次医療圏には、病院が28施設、一般診療所が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。
- 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。高齢化率は2045年には39%へ増加する見込みである。
- 当施設は、病院建物内併設の介護医療院である。併設病院の病床数は回復期リハビリテーション50床と医療療養50床、併設病院により外来リハビリテーション、訪問看護、居宅介護支援といった介護サービスが提供されている。介護医療院に転換する前は、2002年より介護療養型医療施設として、当時から、リハビリを重視した運営がなされてきた。

施設内で対応可能な医療処置

●施設内で、以下の医学的管理・医療処置のうち、○がついている項目について対応可能である。

○	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

在宅復帰に向けた、体制作り等の自立支援の取組

在宅復帰に係る状況

●併設病院と介護医療院全体で在宅復帰を支援している。
●介護医療院でも、他の介護医療院より多くの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。
●併設病院と介護医療院全体でみると、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。
●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。
●急性期病院からの受け入れの他に、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している。

- ６か月平均の在宅復帰率の、この１年間の平均値は24%と、介護医療院としては高い数値である。
- 退所先としては、死亡退所が最も多いものの、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。在宅復帰先としては、自宅に戻る方は少なく、特養への入所が多い。

地域連携課の設置

- 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）が設置されている。
- 地域連携課に配置されている職員は、社会福祉士３名、精神保健福祉士兼務１名、看護師１名である。
- 地域連携課に看護師が配置されているのが特色である。地域連携課の職員は、当初は社会福祉士のみであったが、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。

リハビリの取組

<リハビリを重視する理由>

- 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ており、介護医療院となった現在でも、積極的にリハビリに取り組んでいる。
- 介護医療院の特に重点的な機能として考えている３点のうち、２点目（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）と３点目（在宅からレスパイト目的の短期入院を受け入れること）は在宅復帰に関するものであり、介護医療院の機能として在宅復帰を位置づけている（詳細は後述）。

<在宅復帰を目指す入所者へのリハビリ>

- 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。
- リハビリの頻度としては、毎日行う場合もある。
- 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。
- 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。

<身体機能の維持を目的とする入所者へのリハビリ>

- 自立度が向上する見込みのある入所者がいる一方で、ベッド上生活の入所者も多い。そういっ

た方には、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でいる。

- リハビリの頻度としては、週 1 回の場合が多い。
- 今の機能を維持できるようにリハビリを実施している。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。
- 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。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。

摂食・嚥下に係る取組

- リハビリ職が連携して、摂食・嚥下に係る取組を行っている。
- 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。
- 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っている。
- 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うことで、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るといった効果がみられている。

慢性期医療における介護医療院の役割

F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。

F介護医療院（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。
- 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。

まとめ

- 併設病院と介護医療院全体で在宅復帰を支援している。
- 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ており、介護医療院となった現在でも、他の介護医療院より多くのリハビリを提供している。
- ６か月平均の在宅復帰率の、この１年間の平均値は24%と、介護医療院としては高い数値である。
- その要因として、入退院の調整を担う地域連携課の関与、在宅復帰を目指す入所者への積極的なリハビリの提供、リハビリ職が連携した摂食・嚥下に係る取組、が挙げられる。

事例 5 新型コロナウイルス感染症患者への対応

調査対象 B介護医療院　※事例2と同一施設
（静岡県，Ⅰ型169床（無床診療所併設））

開設主体	医療法人			
併設医療機関	無床診療所（建物内併設）			
算定している施設サービスの類型	Ⅰ型介護医療院サービス費（Ⅰ）			
介護医療院の開設年月	2020年４月			
移行元の施設類型	介護療養病床			
介護療養型医療施設の開設年月	2000年４月			
入所定員	169名			
入所者数	159名			
職員配置（人）（常勤換算人数）	医師	4.80	理学療法士	6.65
	歯科医師	0.0	作業療法士	5.50
	看護職員	34.66	言語聴覚士	3.26
	介護福祉士	33.79	歯科衛生士	3.34
	その他の介護職員	11.16	管理栄養士	4.00
			栄養士	1.00

地域・施設概要

●事例２と同一施設のため省略

新型コロナウイルス感染症患者への対応

対応の概要

●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波の時期には、近隣病院の感染管理認定看護師の協力を得て、臨床現場のゾーニング技術や方法、PCR検査の実施タイミングについて院内講習を具体的に行った。新型コロナウイルス

が国内で発生してから、院内に感染委員会を立ち上げ対応を続けている。

- 感染症対応の際は陽性者専従のスタッフを整備し、他のスタッフと接触しないように完全に分けて対応している。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。

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、治療状況をまとめた表は以下の通り。

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)
感染者の背景情報	年齢（平均）：86.43歳（75-97） 男性/女性：９/14人 要介護度（平均）：3.95 (要介護①１人、②２人、③２人、④10人、⑤８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)
発熱持続時間	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%) ※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
抗生剤の使用	細菌感染併発にて抗生剤治療が必要になった方は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	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%)であった。 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。 ※療養期間：発症日をゼロ日として計算した
転帰	COVID-19感染急性期(隔離期間中)に死亡者なし。

感染症発生前の準備状況・対応にあたっての考え方

- 事前準備として、法人内各施設での新型コロナウイルス感染症発生を想定し、「どのフロアに感染者が発生したら、どこをレッドゾーンにするか」等のシミュレーションを実施している。また、大型クラスター発生時には、食事の提供頻度を３食から２食に変更すること等の想定も行っている。
- 新型コロナウイルス流行期には、医療が逼迫するため、介護医療院が円滑に近隣病院からの高齢感染者（慢性期）を受け入れる必要がある。このため、受け入れ時のマニュアルなど施設ごとに準備や職員への教育が必須である。
- 発症直後の患者受け入れは難しいが、高齢者の場合、その後に廃用症候群が進むことが多いため、早期からリハビリを開始することが重要と考えるためである。
- 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。

慢性期医療における介護医療院の役割

- 事例 2 と同一施設のため省略

まとめ

- 新型コロナウイルス感染症対応では、近隣病院の感染管理認定看護師の協力を得て、臨床現場のゾーニング技術や方法、PCR検査の実施タイミングについて院内講習を行った。感染流行期以外でも感染委員会を定期的に開き、地域の感染状況を調査するなど、常に準備だけは怠らないようにしている。
- 新型コロナウイルス感染症発症直後の患者受け入れは難しいが、高齢者の場合、その後に廃用症候群が進むことが多いため、介護医療院として早期から転所ニーズがある高齢者を可能な範囲で受け入れ、リハビリを開始することが重要と考えている。

事例 6

介護老人保健施設から移行した、Ⅱ型介護医療院

調査対象 G介護医療院
（岐阜県，Ⅱ型113床（病院併設））

開設主体	医療法人			
併設医療機関	病院（病院敷地内併設） （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）			
算定している施設サービスの類型	Ⅱ型介護医療院サービス費（Ⅱ）			
介護医療院の開設年月	2022年４月			
移行元の施設類型	従来型介護老人保健施設			
従来型老人保健施設の開設年月	2007年６月			
入所定員	113名			
入所者数	105名			
職員配置（常勤換算）	医師	2.0	理学療法士	3.0
	歯科医師	0.0	作業療法士	2.0
	看護職員	20.0	言語聴覚士	1.0
	介護福祉士	10.0	歯科衛生士	1.0
	その他の介護職員	18.3	管理栄養士	1.0
			栄養士	1.0

※上記の他、薬剤師が常勤換算で１名（専従で１名）配置

地域・施設概要

- 岐阜県の地方都市に位置しており、地方都市（政令市）に30分～１時間で行ける立地である。
- 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、昭和初期に開発された団地が近くにあり徐々に高齢化は進んでいる。
- 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。
- 異なる医療圏ではあるが、透析の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。
- 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入れている。

施設内で対応可能な医療処置

●施設内で、以下の医学的管理・医療処置のうち、○がついている項目について対応可能である。

○	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

老健から介護医療院への移行について

入所者の状況

●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。

●居宅の時からデイサービスやデイケアを使われていたが、介護度が高くなった、認知症が進行して介護が必要になった、介護者が疲労したといった理由から介護医療院で受け入れる場合などがある。

●また、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ことが特徴である。

●入所者の要介護度に関しては、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、元々介護医療院で対応すべき状態像の入居者が多かった。

●急性期病院からは、在宅に移行しよう思っても介護度が高く難しい方が入所される。点滴の必要性や、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。

●退所については、看取り（死亡退所）がもっとも多い。一方、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らっしゃる。

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、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。当院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。
●当法人で最初に介護にかかわったのは、デイサービスとグループホームであり、当初グループホームを「終の棲家」と呼んでいた。だが、実際にサービス提供を続ける中でグループホームで介護医療度の高い方が過ごすことの難しさを感じ、介護医療院への移行を決めた経緯がある。緩和ケア等の提供が可能な、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。
●移行に際しては、行政や地域住民に理解を得て、3，4年をかけて実施した。

施設として重度療養者の受入のために行った体制整備

●医師、看護師、リハスタッフの増員。
●老健時代の人員配置では、職員の3分の2が介護職であった。介護医療院への移行にあたり、看護職の配置が入所者の6：1配置となったため看護職の割合が高くなった。介護職は5：1配置でありあまり変わらない。
●老健の場合は夜勤帯など、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。
●夜間の看護職の配置が増えたことで、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。例としては、看取りのケアへの介護職の不安の軽減につながった。
●言語聴覚士、薬剤師の専従化も加わり、チーム力が強化されたと感じている。

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している。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形である。
●その日に亡くなられる可能性がある方が居る場合、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るという対応を取っている。

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と感じる。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。
- 設備的には老健時代の施設基準で介護医療院の施設基準をほぼ満たすため、移行にあたってのコストが少なく済んだ。

<デメリット・克服の方法>
- 看護師の人材確保が大変であった。
- 「介護医療院」という言葉が看護師に浸透しておらず、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、もともと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。

老健から介護医療院へ移行したことによる入所者にとっての変化

- 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。
- 老健時は、介護福祉士が異常を発見し看護職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職がチームを組んで入所者に対応している。
- 看護師の目がより多く入ることで、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。

慢性期医療における介護医療院の役割

G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。
- 老健の時も医療提供を行っていたが、介護医療院になってから検査なども増やしている。

従来型老人保健施設・特別養護老人ホームと比較して、G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。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。
- 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。

- 例えば、喀痰吸引を 8 回行うと医療区分が上がるが、8 回未満は医療療養病棟で受け入れがたい。特養は看護職が夜間に不在であるので、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、他の医療機関を受診して交換するなど、利用者の負担も大きいため、胃ろうの交換が必要な方も、介護医療院の方が安定して受け入れられると感じている。

G介護医療院（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。
- 例えば、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。そういった方が介護医療院に入ってきている。

まとめ

- 自施設や近隣の医療圏における回復期の機能の重複や、移行前時点で介護医療院の施設基準を満たしやすい設備であった経緯などから、介護医療院への移行を行った。
- 介護医療院への移行のメリット・デメリットについては、看護師の配置を 6：1 に変更したことで、入所者の病状観察の手厚さや、個別性の高い看護を行えるメリットがあった一方、看護師の人員確保が大変であったというデメリットもあった。
- 老健から介護医療院へ移行した結果、職員配置の基準の違い等から、入所者に対して従前より更に行き届いた看護が可能となっている。
- 介護医療院は、看護師の配置強化により、医療を提供しやすくなっているため、治療を行いながらその人らしい生活を目指せる場であると同時に、終の棲家としての看取りの役割を担うべきと捉えている。
- 介護医療院は、特別養護老人ホームや老健と比較して、医療依存度の高い方や病状不安定な方の受け入れが最も重要な役割であると考えている。

令和４年度厚生労働省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」
介護医療院事例集　～医療提供に関する取り組み～

発行年月	令和５年３月
発 行 元	みずほリサーチ＆テクノロジーズ株式会社 〒101-8443 東京都千代田区神田錦町2-3 竹橋スクエアビル