

WAM介護医療院経営セミナー

やってよかった介護医療院

日本介護医療院協会会長

医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院 理事長 院長

鈴木龍太

COI(Conflict of Interest)

COI 利益相反 開示

演題発表に関連し、
発表者に開示すべき
COI関係にある
企業等はありません。

鈴木龍太

新しい介護施設として介護医療院が創設されました。

2018年4月、介護・医療療養病床から優先的に移行可能な、住まいと生活を医療が支える新たな介護施設として介護医療院が創設されました。

医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設を兼ね備えた施設です。

新しい点は

- ①介護保険で支払われる施設だが、I型では医師の当直が義務化されていること。
- ②医師が勤務していても、在宅系として扱われる。
- ③今まで居た病院の病室がそのまま、介護医療院の療養室になる。
- ④医療区分1の人の居場所ができた
- ⑤医療行為・リハビリが今までの介護施設より多くできる



2018年4月での介護療養病床約5万床、医療療養病床約28万床（経過措置約6万床を含む）、転換型老健0.9万床が総量規制の対象外で優先的に移行できます。（2024年3月まで）

今日のお話

地域包括ケアシステムと介護医療院

介護医療院ってどんなところ？

2022年度日本介護医療院調査より

慢性期多機能病院における介護医療院の役割

鶴巻温泉病院介護医療院

地域包括ケアシステム

(2012年度の第5期介護保険事業計画で理念創設)

日本は、世界で一番高齢化が進んだ国で、65歳以上の人口は2021年9月時点で3640万人、高齢者の比率は人口の29.1%です。団塊の世代約800万人が75歳以上となる2025年以降は、医療や介護の費用が膨大になると言われています。

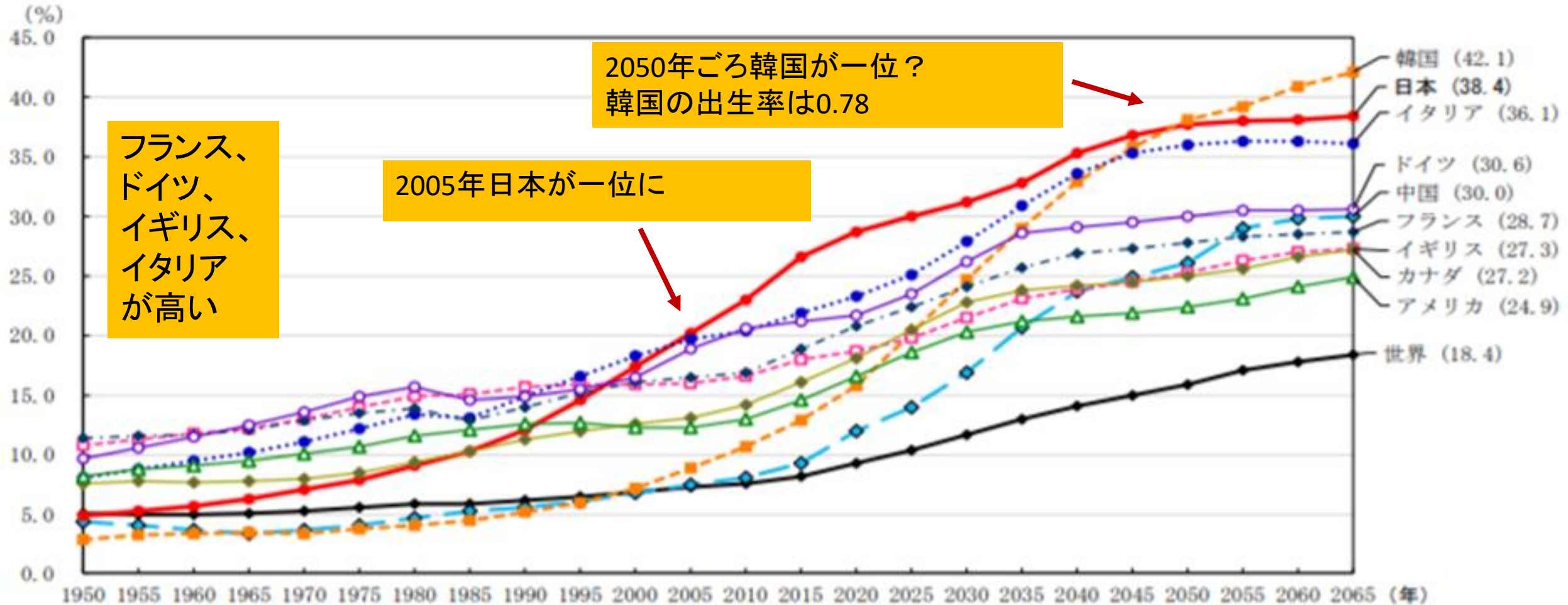
日本の医療費は2021年で44兆円、2025年には53兆円

介護保険費2021年度11兆円越え(介護保険創設時2000年の3倍)

- ① 東京都の高齢化率は22.7%(2021.1) 神奈川県は25.4%(2020.1)と地方より低いですが、高齢対策は都会より、地方で必要度が高いのでしょうか？
- ② 日本の高齢化率は ずっと世界一だったのでしょうか？
- ③ 75才以上が増えるとなぜ問題なのでしょうか？

世界の高齢化率

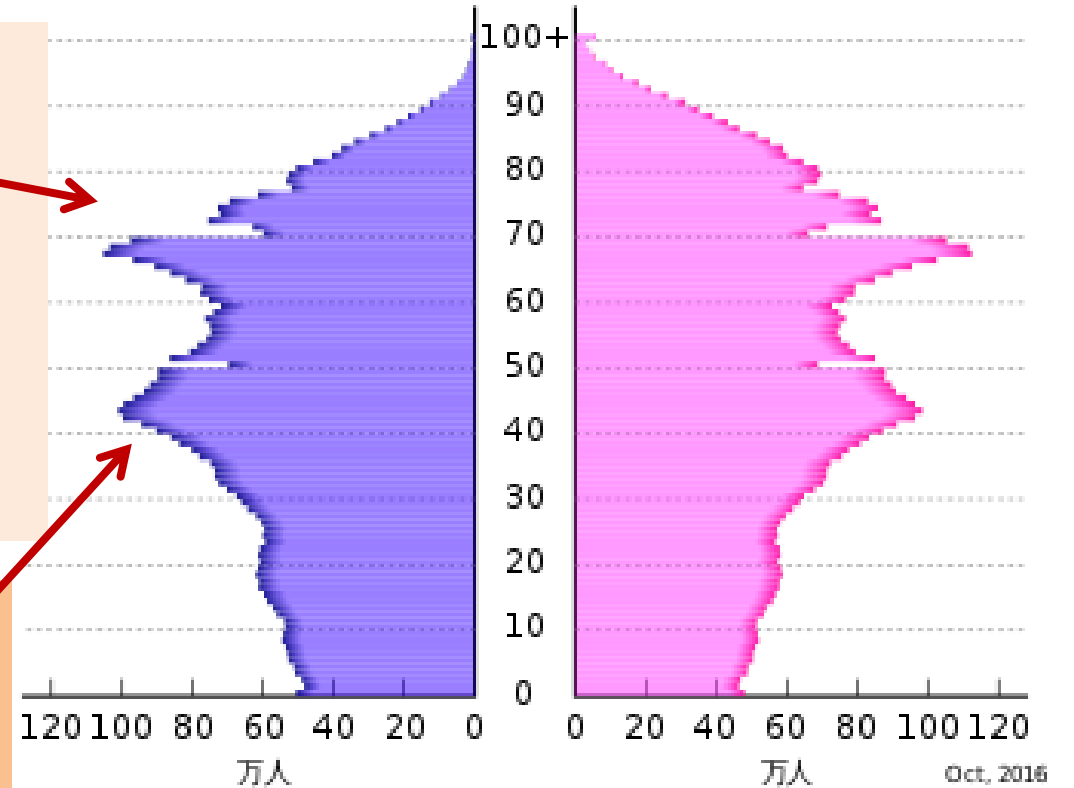
図3 主要国における高齢者人口の割合の推移（1950年～2065年）



団塊の世代

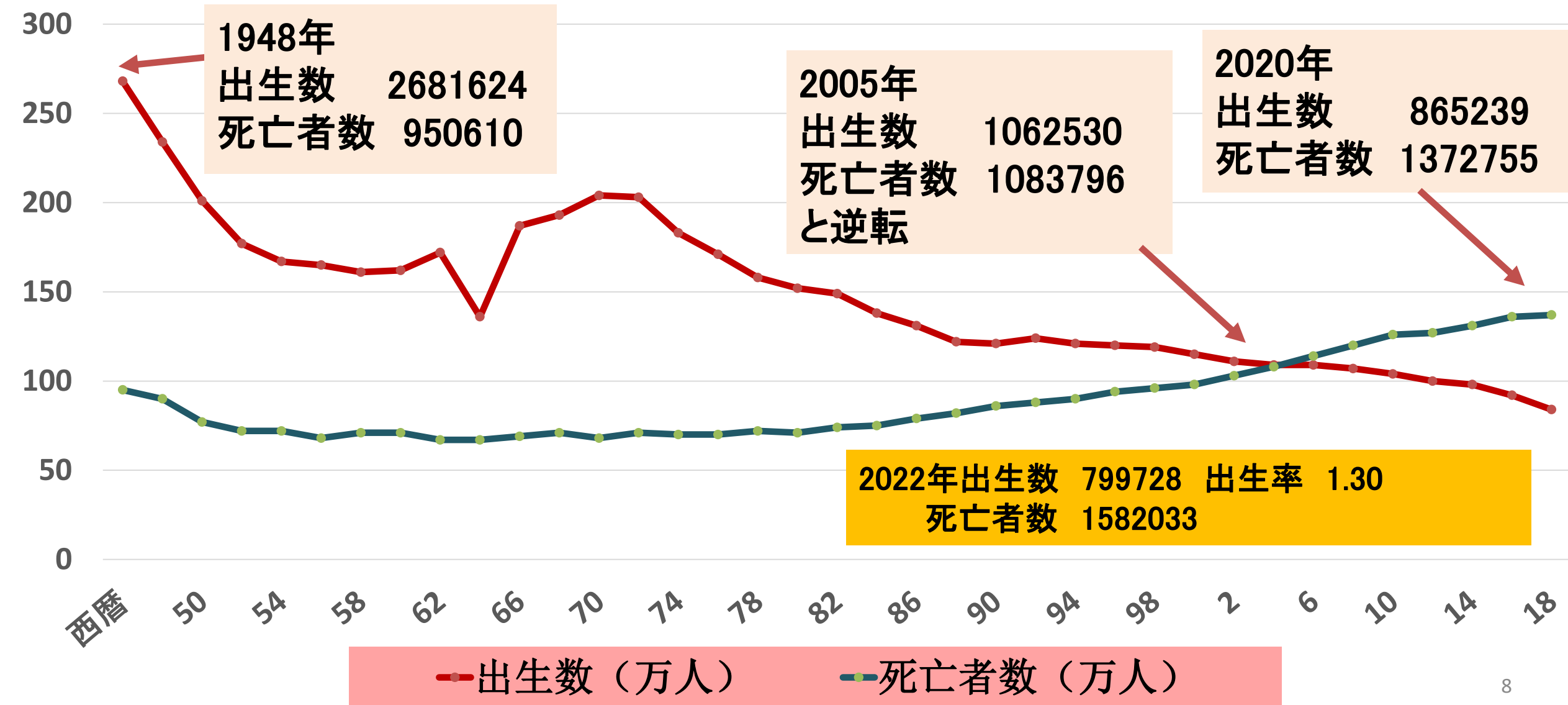
団塊の世代(だんかいのせだい)とは、日本において、第一次ベビーブームが起きた時期に生まれた世代を指す。第二次世界大戦直後の1947年(昭和22年)～1949年(昭和24年)に生まれて、文化的な面や思想的な面で共通している戦後世代のことである。年間最大269万人、総数約800万人が生まれている。

団塊ジュニア(だんかいジュニア)。
日本において、1971年から1974年までに生まれた世代。この世代の親(特に父親)は、実は戦前生まれが多い。ピークは209万人(1973年)。50歳くらい

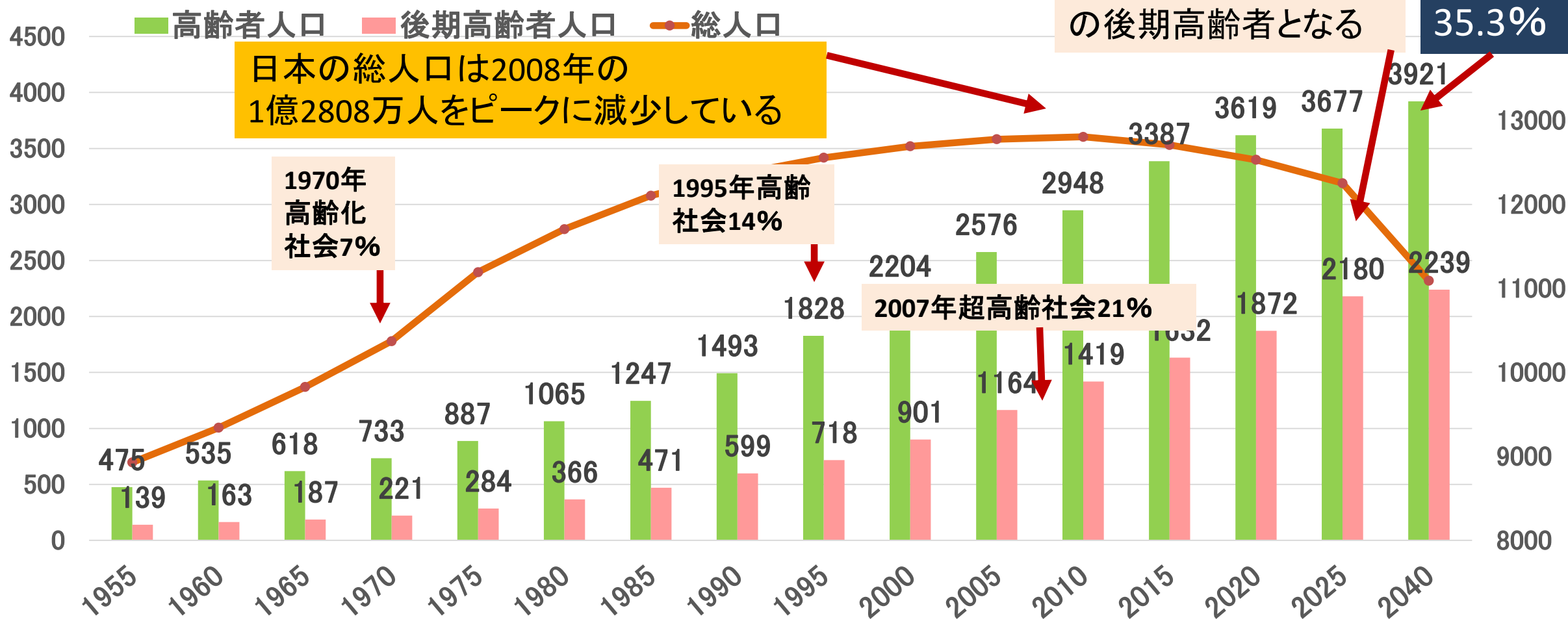


2016年から出生数100万人を切るようになった
2022年79.9万人生まれ(コロナで減少)、158万人死亡

日本の出生数と死亡者数 1948年から2020年



日本の高齢者と後期高齢者人口の推移



2025年、2040年は推計 2025年に団塊の世代約800万人が全て後期高齢者になる
2040年には高齢者人口は3900万人、全人口の35%となる予想

地域包括ケアシステム

(2012年度の第5期介護保険事業計画で理念創設)

日本は、世界で一番高齢化が進んだ国で、65歳以上の人口は2021年9月時点で3640万人、高齢者の比率は人口の29.1%です。団塊の世代約800万人が75歳以上となる2025年以降は、医療や介護の費用が膨大になると言われています。

日本の医療費は2019年で43兆円、2025年には55兆円

介護保険費2021年度11兆円越え(2000年の3倍)

年間医療費は65才以下18万円 75才以上93万円 75才以上が40%を占める

このため、厚生労働省は、2025年を目途に、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進しています。

日本の医療費の多くは75才以上の後期高齢者が使っている。
75才以上は65才以下の5倍の医療費を使う

医療費を削減するための2025年に向けての地域医療構想

2014年6月 地域医療介護総合確保推進法

2014年7月現在			2025年案	
一般総数	100万床	→	55万床	公助 共助
回復期・療養総数	35万床	→	60万床	
精神科	34万床	→	27万床	

2025年案は現在より病院病床を20万床減らします
病院からあふれた患者さんは在宅(介護)へ返します。

在宅(介護)
時々入院ほぼ在宅
老老介護、介護者40万人不足

自助
互助
共助

一般病床は
患者16人に医師1人
看護師も多い

療養病床は
患者48人に医師1人
看護師は20対1以下

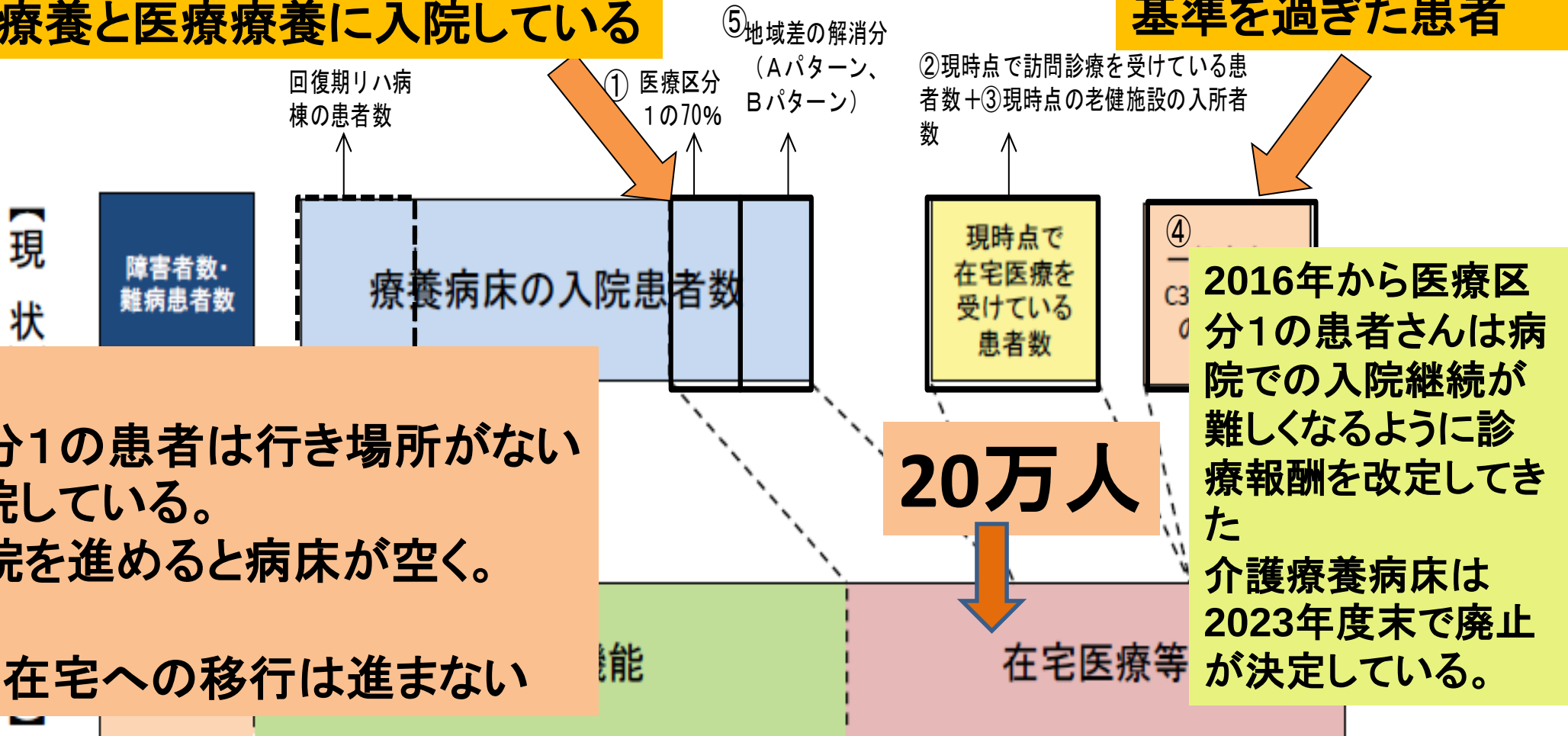
一般病床は手術や救
急ができるが、人件費
がかかり、1日あたりの
医療費が高い

地域医療構想 2025年の在宅医療等の必要量

20万床病院からへらすのはどのような患者を移動するか

医療区分1の70%
主に介護療養と医療療養に入院している

急性期の
基準を過ぎた患者



一方
医療区分1の患者は行き場所がない
ので入院している。
在宅退院を進めると病床が空く。
区分1の在宅への移行は進まない

2017年度末の療養病床

2017年度末まで廃止を延長したが、5.9万床残ることが予想された

＜療養病床数の推移＞

	H18(2006).3月	H24(2011).3月	＜参考＞2016).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	5.9万床 (△6.3万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	28.0万床 (+1.8万床)
合 計	38.4万床	34.5万床	33.9万床

介護療養病床は本来2011年度末で廃止であったが、2011年末に8万床残っており、廃止が2017年度末へ延長となった。しかし2017年末でも6万床程度残ることが予想されたので、2015年7月に「療養病床の在り方等に関する研究会」を開始し、それを受け「療養病床の在り方等に関する特別部会」が2016年6月から12月まで開催され、新たな施設類型が提案された。

療養病床の在り方等に関する特別部会

廃止される6万床の介護療養病床には介護度の高い、しかも医療行為が必要な患者が入院していた。

現行の介護療養病床、医療療養病床の主な利用者像

<療養生活が長期に及ぶ>

平均在院日数が長い⇒介護療養病床は約1年半の平均在院

死亡退院が多い⇒介護療養病床は約4割が死亡退院

<医療・介護の必要度が高い>

特養や老健よりも、医療必要度が高い者が入院している

要介護度や年齢が高い者が多い⇒特養や老健よりも高い要介護度

⇒また、平均年齢が80歳を

住まい機能を確保した上で、医療機能を内包した新たな施設類型が提案され、介護医療院と命名された。

○これらの状態像から以下の機能が必要。

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地域住民との交流が

可能となる環境整備(『住まい』機能の強化)経管栄養や吸引等日常生活上必要な医療処置や、充実した看取りを実施する体制

(定義) (介護保険法第8条第29項 2017年)

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を行うことを目的とする施設。

医療区分1, 2, 3

医療区分

医療区分3	【疾患・状態】 ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 【医療処置】 ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)
医療区分2	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頭髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) 【医療処置】 ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍) ・酸素療法
医療区分1	

介護医療院なら対応可能です

酸素や点滴をしていなければ
医療区分1です。

がん

終末期

がん末期

抗癌剤使用

全麻術後

脱水

貧血

徐脈

寝たきりで経管栄養

意識障害

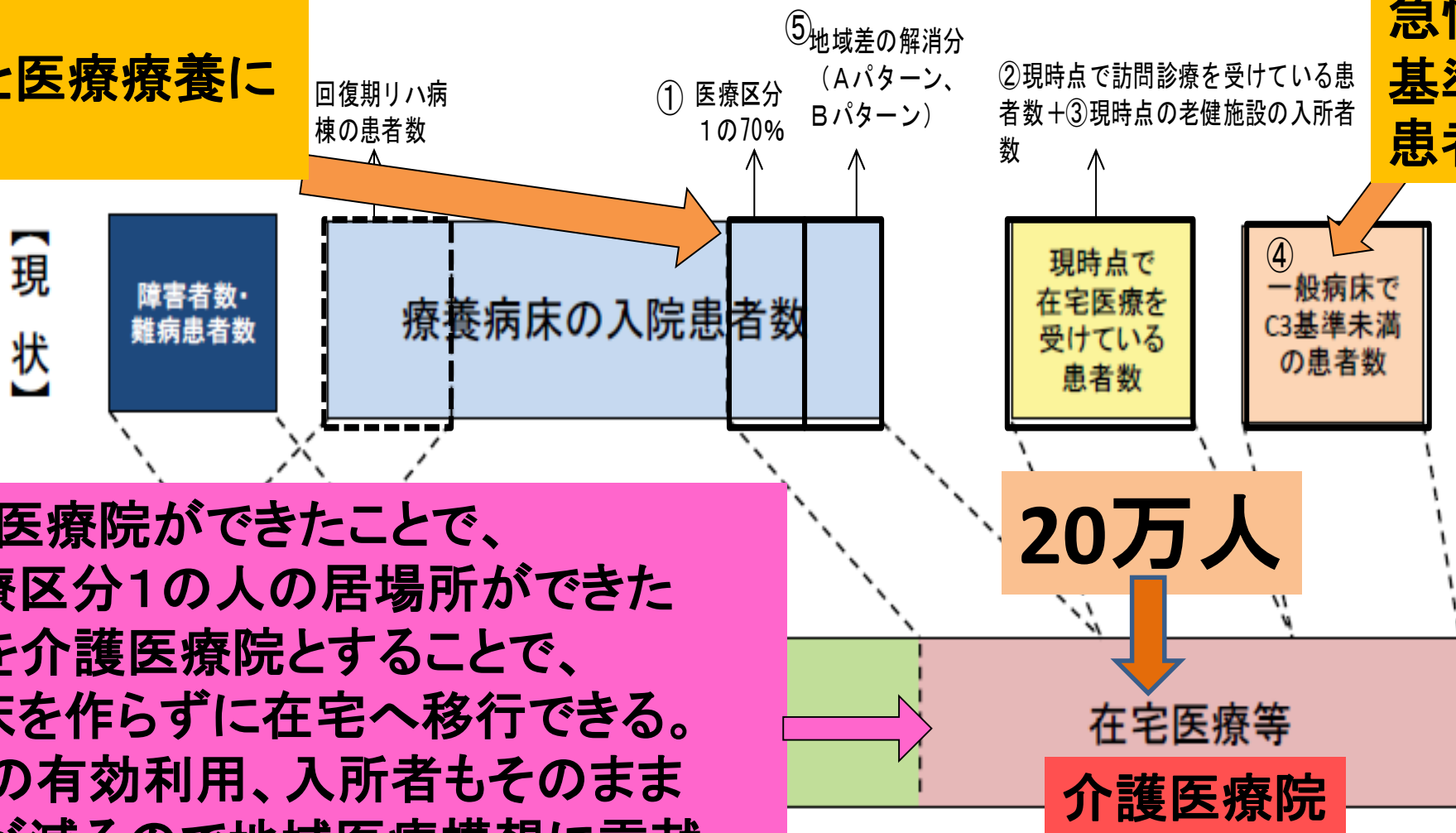
吸引一日7回以下

在宅でケアできるでしょうか？

地域医療構想 介護医療院ができた後の2025年の在宅医療

区分1の70%
主に介護療養と医療療養に
入院している

急性期の
基準を過ぎた
患者

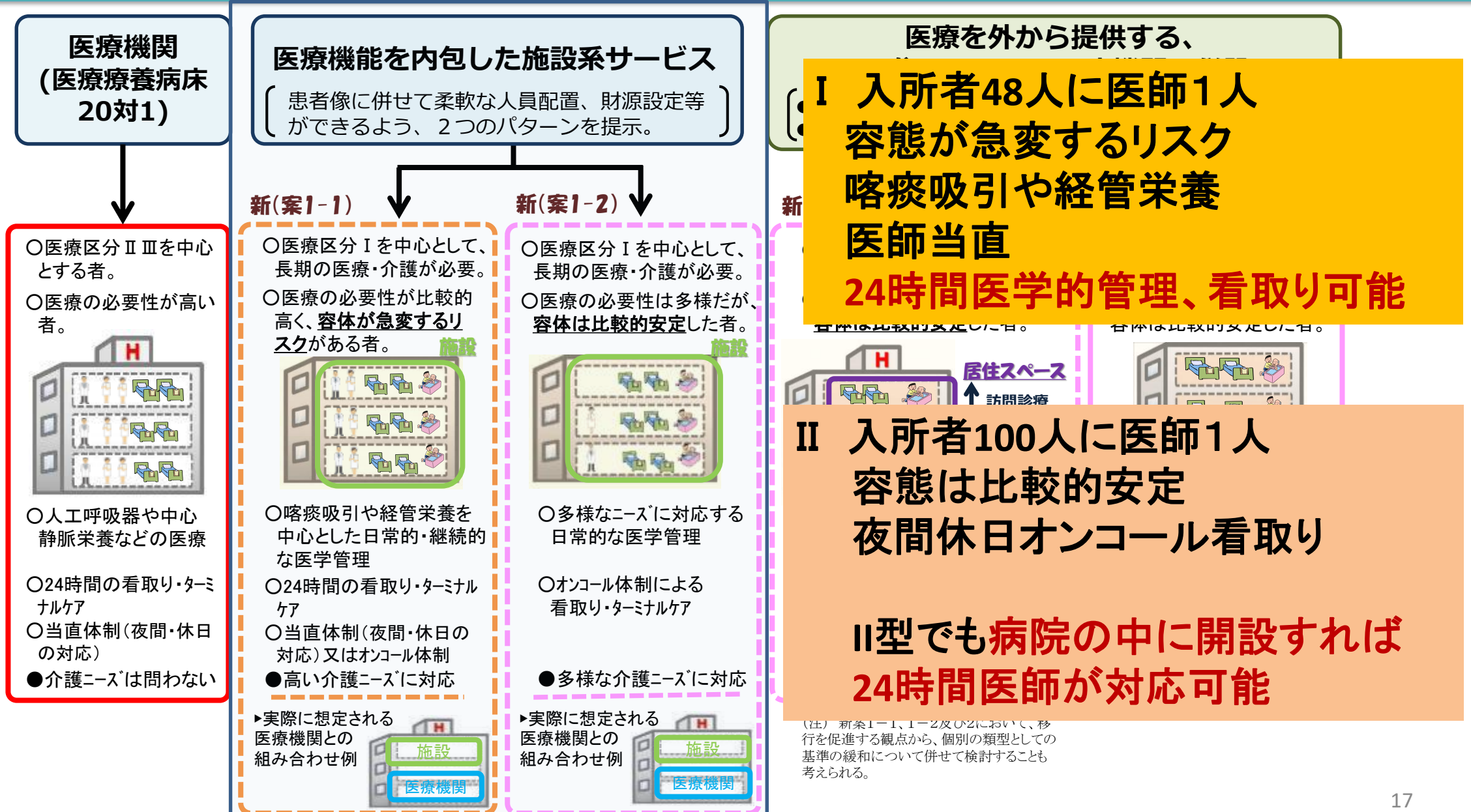


利用者：介護医療院ができたことで、
医療区分1の人の居場所ができた
施設：病床を介護医療院とすることで、
空床を作らずに在宅へ移行できる。
病床の有効利用、入所者もそのまま
行政：病床が減るので地域医療構想に貢献

3方得の
WINWINWIN

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型(イメージ)

療養病床の在り方等に関する検討会 資料

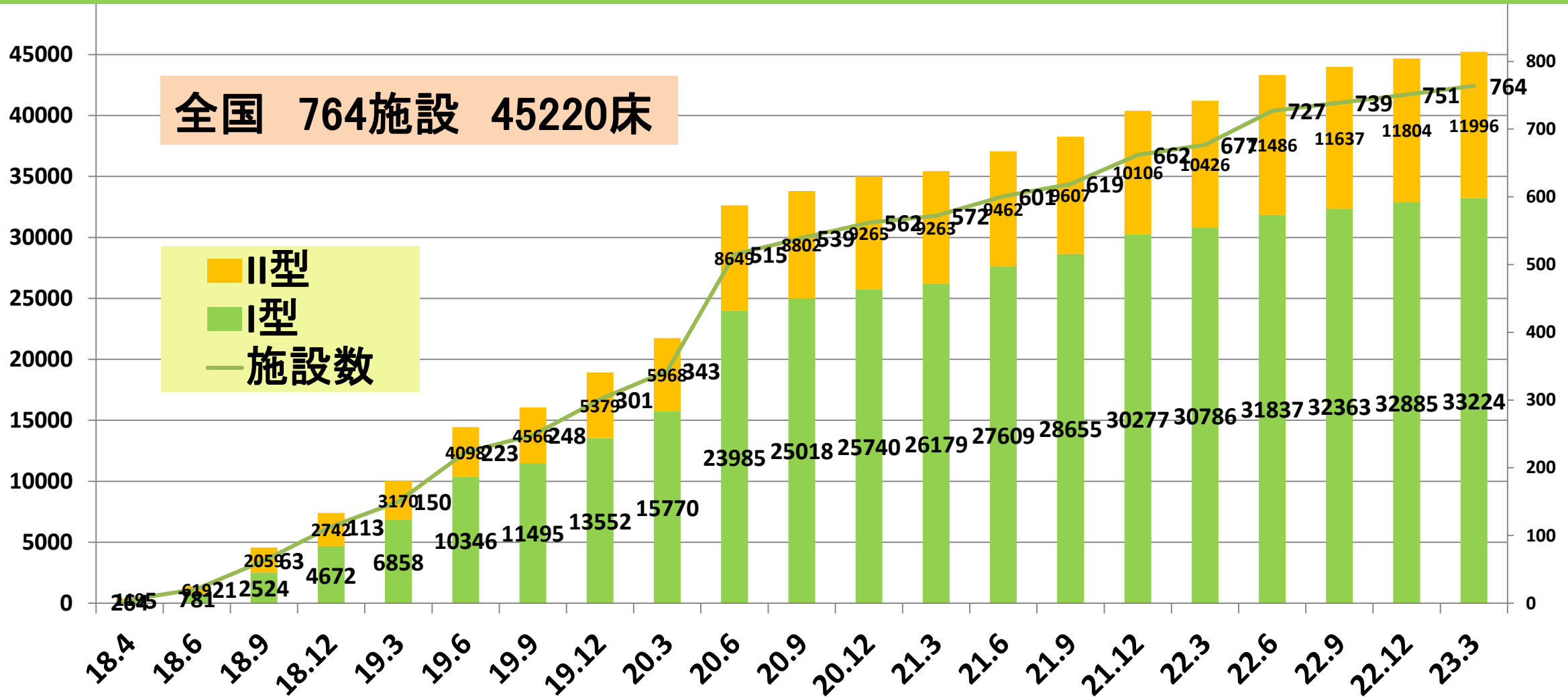


※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

介護医療院開設状況(厚労省23/3)

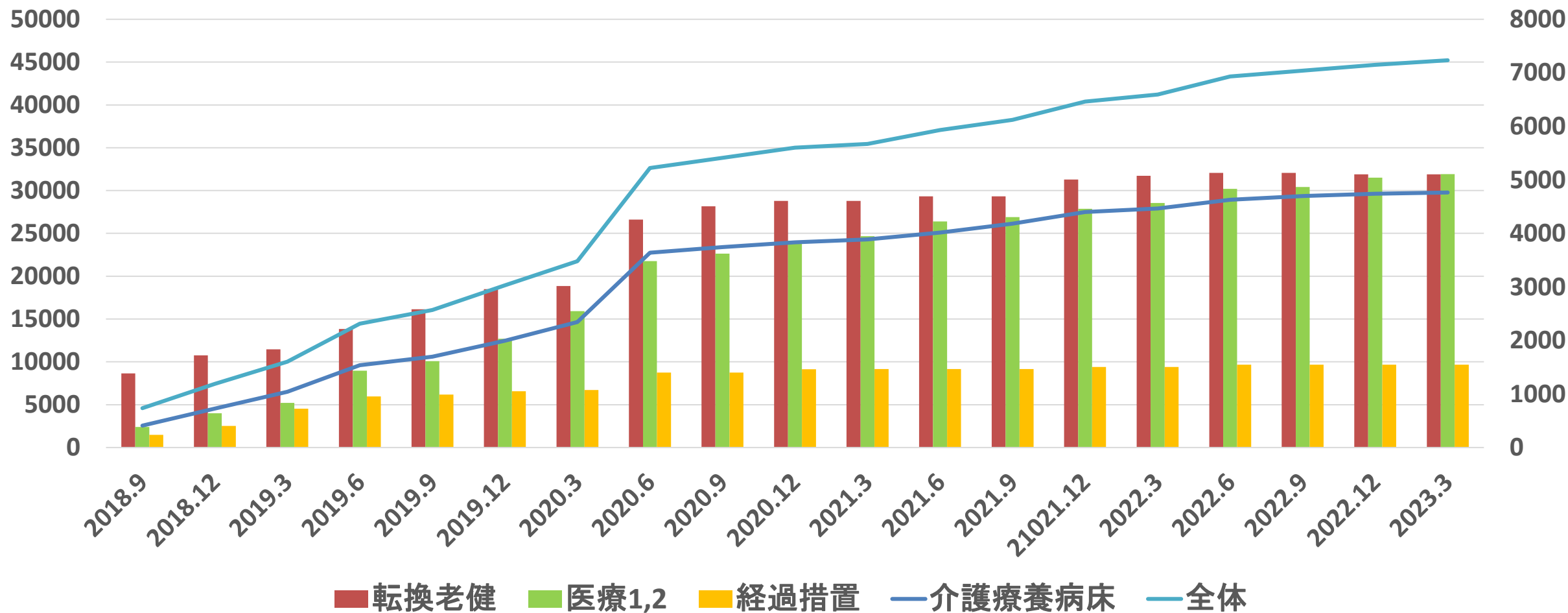
全国 764施設 45220床

■ II型
■ I型
— 施設数



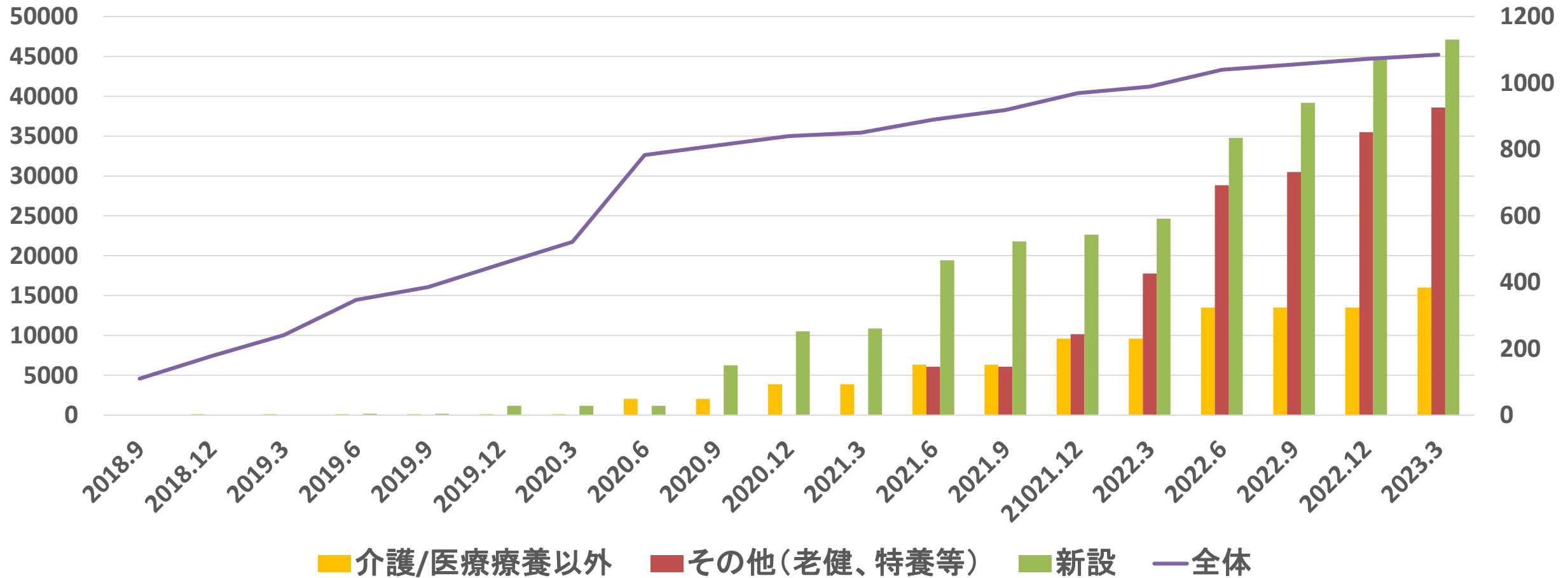
2020年3月から6月の間の急増は移行定着支援加算を1年間取得するための駆け込み開設。2022年12月から2023年3月までの3か月で施設数13施設、療養病床数は531床増加したが、増加のスピードは減っている。I型73%、II型27%。

介護医療院の移行元の施設1 (2023.3.31)



介護療養病床から(青線)は概ね全体と同様の増加率だが、最近は少し鈍っている。残り6066床
転換型老健(赤棒)は介護医療院創設時には移行に積極的だったが、2020年9月以降は増えない。
医療療養1, 2から(黄緑棒)は全体の増加と同様な傾向で徐々に増えている。
経過措置(黄色棒)は2020年6月以降横ばい、6万床あったが、1548床止まりで全く増えない。

介護医療院の移行元の施設2(2023.3.31)



介護/医療療養病床以外(黄色棒)は主に一般病床からの移行だが384床と若干増加。
その他病床(赤棒)は全て従来型老健からの移行だが、2021年6月以降急速に増加。現在926床。
特養は社会福祉法人が主体なので、移行は無いと考えている。
新設(黄緑棒)は順調に増加している。大都市だけでなく地方でも増加している。現在1131床。

総量規制の対象外

【総量規制】とは、「介護保険施設のサービスの整備量を多くなりすぎ、保険料が高騰してしまう」事態を避けるために、「必要利用定員総数・必要入所定員数」という上限を設け、これを超過した整備申請（開設申請など）は「介護保険の指定を市町村や都道府県が拒否できる」仕組み。

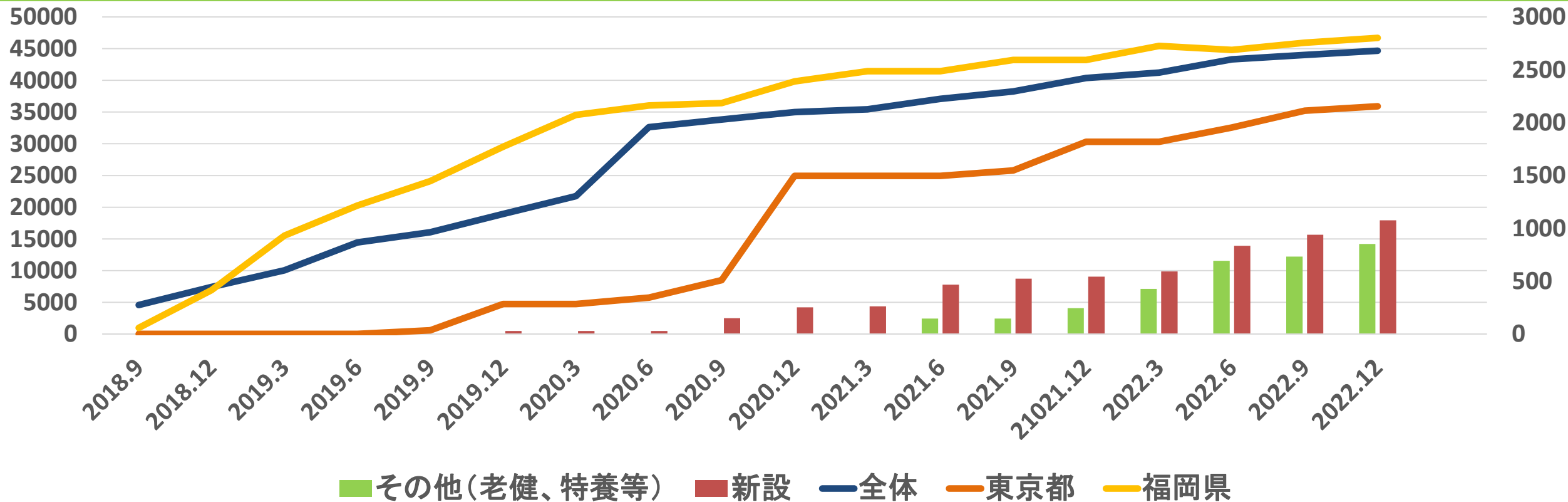
指定介護療養型医療施設等から介護医療院等への円滑な移行を促すため、指定介護療養型医療施設、医療療養病床及び介護療養型老人保健施設から介護医療院等への移行については、第7期計画期間と同じく第8期計画期間（2021年度一）についても引き続き総量規制の対象外とする。

2024年度改定では総量規制の対象外ではなくなる

介護療養病床、医療療養経過措置病床は2024年3月31日で廃止 決定
経過措置もない

それ以後は法律違反となる（予定）

福岡県と東京都の療養床数の推移(2023.3)



2018年の介護療養病床数は東京都が全国1位で4686床、2位が福岡県で3403床だった。福岡県は2018年の介護医療院創設以来積極的に移行し、介護医療院療養床数は全国1位の2802床となっている。東京都は当初移行が進まず、現在2214床の全国5位である。元の介護療養床数を介護医療院の療養床数が越えているのは、千葉、石川、鳥取、島根、岡山、山口、高知、熊本、鹿児島、沖縄県で、西日本が積極的に介護医療院を開設しているものと推測できる。

介護医療院の移行元の施設(2023.3.31)

元の施設	施設数	療養室数	
介護療養病床病院から	473	29778	直近1年で1877床増加 残り6066床(23.2)
介護療養病床診療所から	62	664	診療所はあまり移行していない
介護療養型老健施設から	99	5104	9000床あった。最近は増えない。 直近で25床減った。
医療療養1. 2から	152	5105	直近1年で536床増加。予想外に多い。
経過措置から	39	1548	2018年には6万床あったが、この1年で 3施設82床増加のみ。まったく増えない。
医療・介護療養以外の病床	11	384	一般病床が含まれる。少しずつ増加
その他のベッドから	14	926	老健等。直近1年で500床増加 勢いがある
新設	31	1131	直近1年で539床増加 勢いがある

従来型老健と介護医療院IIの違い

介護報酬の違い

要介護度	1	2	3	4	5
従来型老健	714	759	821	874	925
介護医療院II(院)	669	764	972	1069	1138

要介護2以上では
介護医療院が高い

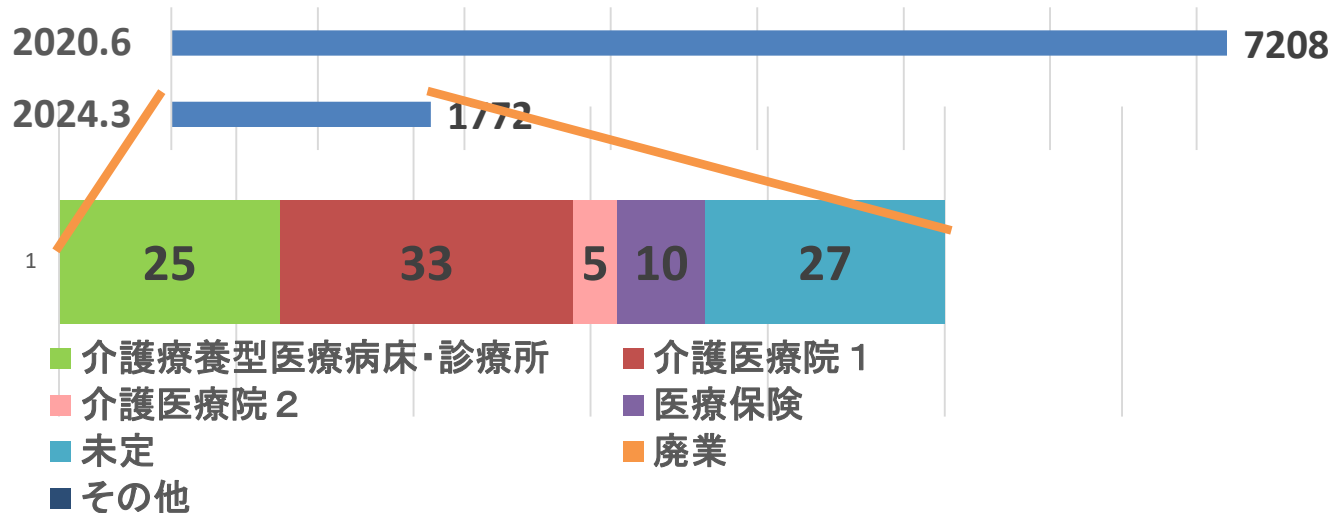
役割、機能の違い

	特徴	入所期間	人員	医師	設備・その他
従来型老健	在宅復帰と在宅療養支援を行う施設 リハビリ目的	3か月ごとに入所継続を判断	看護職が少ない	100人に1名 日勤	在宅系でない
介護医療院II（院）	医療ニーズの高い 要介護者の長期療養と生活支援を行う	終身入所可能 看取り可能	看護職数が多く、 介護職が少ない 放射線技師が 適当数	100人に1名 日勤 医療行為がしやすい	エックス線装置が必要 在宅系扱い 地ケア、一般から受け 入れやすい

介護療養型医療病床・診療所の移行調査

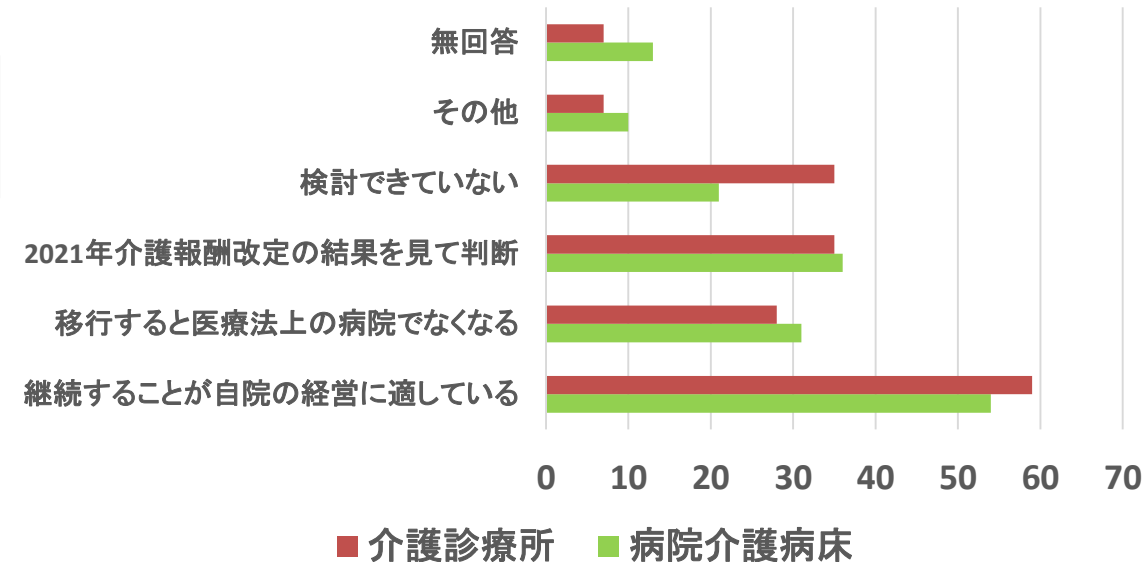
(令和2年度医療提供を目的とした介護保険施設等のサービス提供実態及び介護医療院等への移行に関する調査研究事業より)

介護療養病床・診療所(634施設送付、235施設回答 32%)



介護療養型医療施設は2023年度末で廃止予定、その時点で残存25%、未定27%
2021年度調査でも未定が27%あり???の状況

移行しない理由



移行を推進するために、令和3年度介護報酬改定で介護療養型医療施設の基本報酬を減算。
移行計画未提出減算、長期療養生活移行加算を創設

介護療養病床(2023年2月で残り6066床)、医療療養経過措置病床は2024年3月31日で廃止決定。経過措置もない。それ以後は法律違反となる(予定)

今日のお話

地域包括ケアシステムと介護医療院

介護医療院ってどんなところ？

2022年度日本介護医療院調査より

慢性期多機能病院における介護医療院の役割

鶴巻温泉病院介護医療院

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。

自立支援促進加算

(7) **尊厳の保持**と自立支援のために必要な支援計画

- | | |
|--|--|
| ☐ 尊厳の保持に資する取り組み | ☐ 本人を尊重する個別ケア |
| ☐ 寝たきり防止に資する取り組み | ☐ 自立した生活を支える取り組み |

尊厳とは 具体例

身体面

けがの予防

転倒・転落

褥瘡

手荒い介護

身体拘束

病気・機能低下予防

感染症

生理現象を放置、我慢

能力を使わせない

過剰介護

精神面

不安を感じさせない

放置、独りぼっち、

怖がらせる

不信を抱かせない

嘘をつく

約束を破る

だます

悲哀を感じさせない

無視、差別、仲間外れ

いじめ

怒りを生まない

馬鹿にする

子供扱いする

強要する

社会面

権利を守る

プライバシー

言論の自由

選挙権の行使

基本的人権

経済的損失をさせない

お金の管理

効果のないケア

本人の意思確認(含むACP)

人生の最後の医療・ケア

に関する本人の意思、

意思を推定する者の指定

その人が望むような、その人らしい生活ができるように

プライバシーの確保 パーティション 掲示

神奈川県



足元にパーティション
を追加

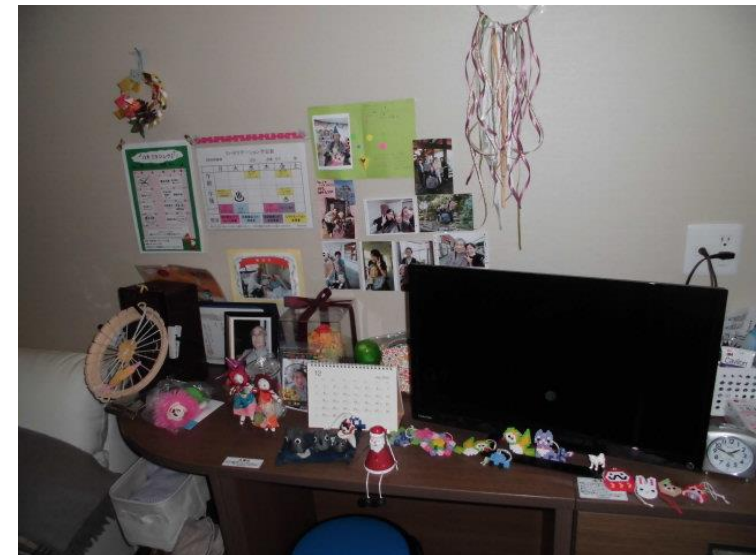
施設として廊下・床に掲示

パーティションの様式は都道府
県でそれぞれ違うので、確認を



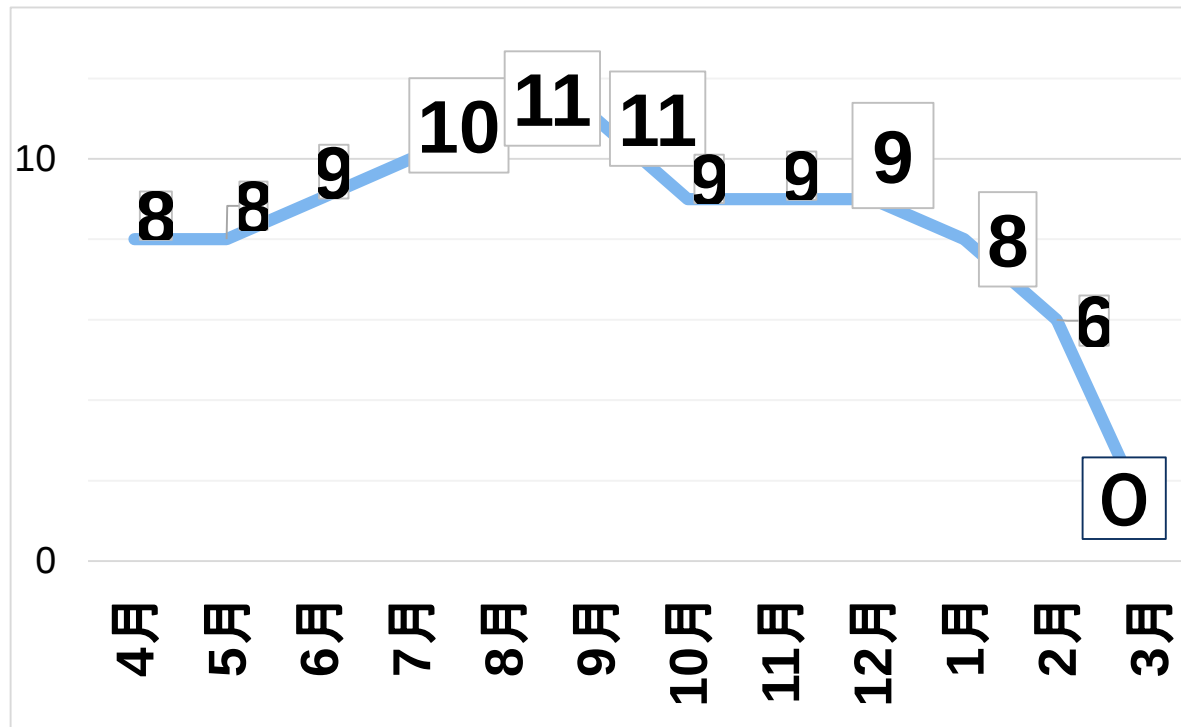
個人の好きなものを飾る

4人床を2人床に改修



手袋を工夫し、ミトン減らし抑制ゼロを実現

ミトン使用例数2018年4月-2019年3月



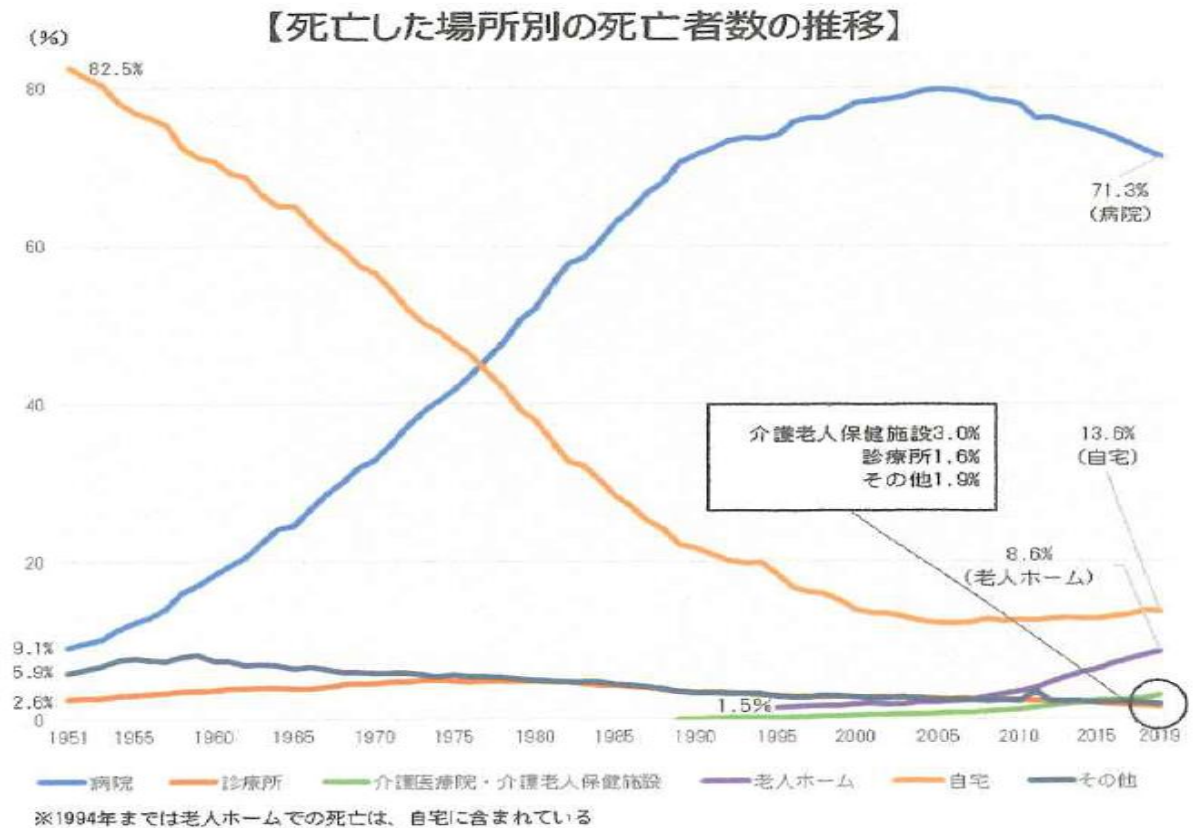
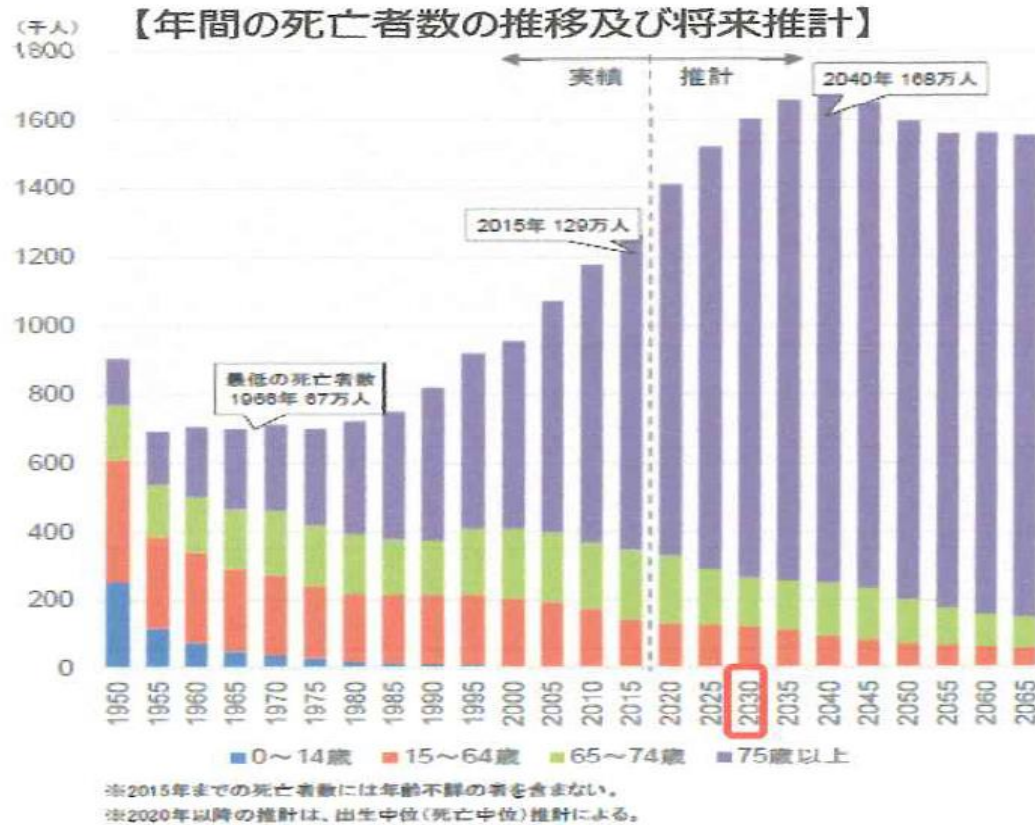
多死社会と死に場所

2020年 137万人が死亡し、約90万人が病院で死亡
2025年 死亡者は160万人に増加
 病院 90万人
 自宅や介護施設で 70万人看取りが必須となる

家では老老介護、介護施設には介護士不足
医師は常駐でないのでは在宅・介護施設では看取り体制が不備

病院併設型介護医療院では当直医がいて24時間看取りができる
看取りの場としての役割が重要となる

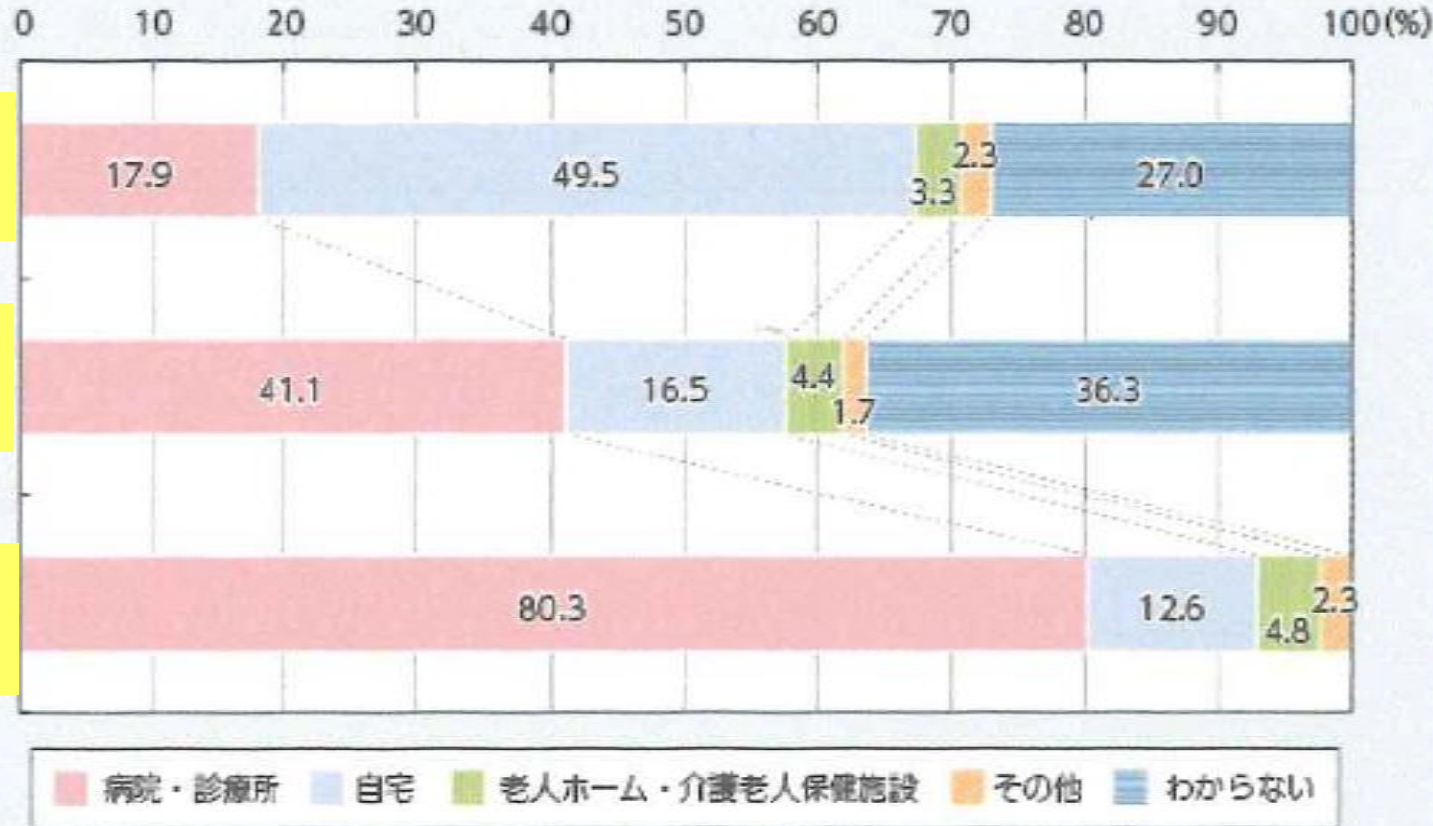
年間の死亡者数の推移と死亡した場所



日本の死亡者数は2040年におよそ168万人とピークを迎える予想
死亡場所は1951年には自宅が80%を超えていたが、1977年頃に病院が多くなった。
2005年ごろから病院での死亡が減り始めたが、2019年では病院71%、自宅14%である。

死に場所の希望と現実

図表 2-4-3 最期を迎える場所～希望と現実



死を迎えたい場所

実際に死ぬと思う場所

実際に死ぬ場所

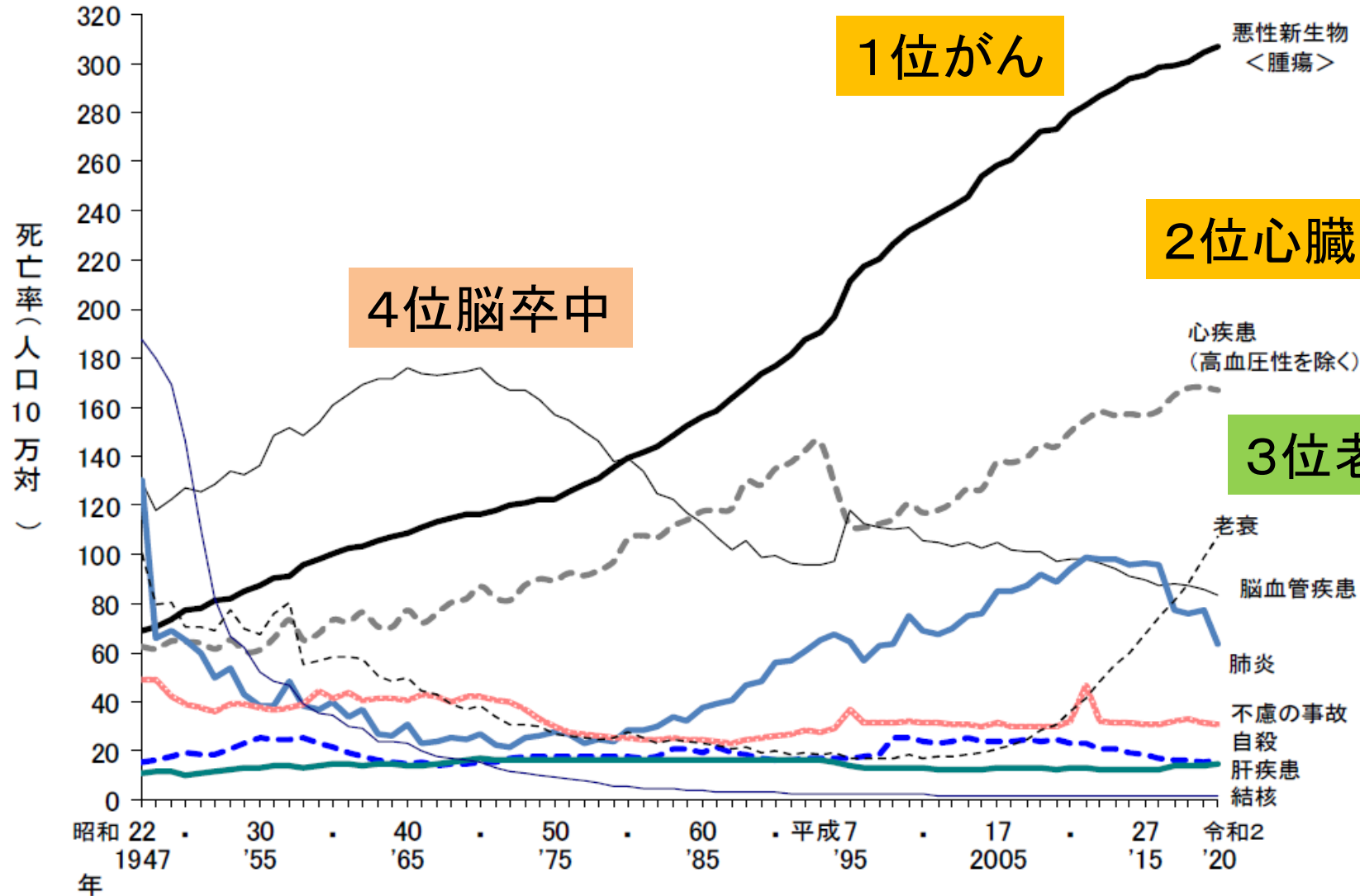
最期を迎える場所
「希望」は自宅が約50%
「思う場所」は病院が41%
「実際」には病院が80%

「希望」と「思う場所」との乖離は
「家族の負担にならない」事を重視しているためと想定する。

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成22年人口動態統計」及び「安心と信頼のある「ライフエンディング・ステージ」の創出に向けた普及啓発に関する研究会報告書」（経済産業省）より

2020年 日本の死因

図6 主な死因別にみた死亡率（人口10万対）の年次推移



在宅や介護施設での看取りでは老衰と診断することが多い

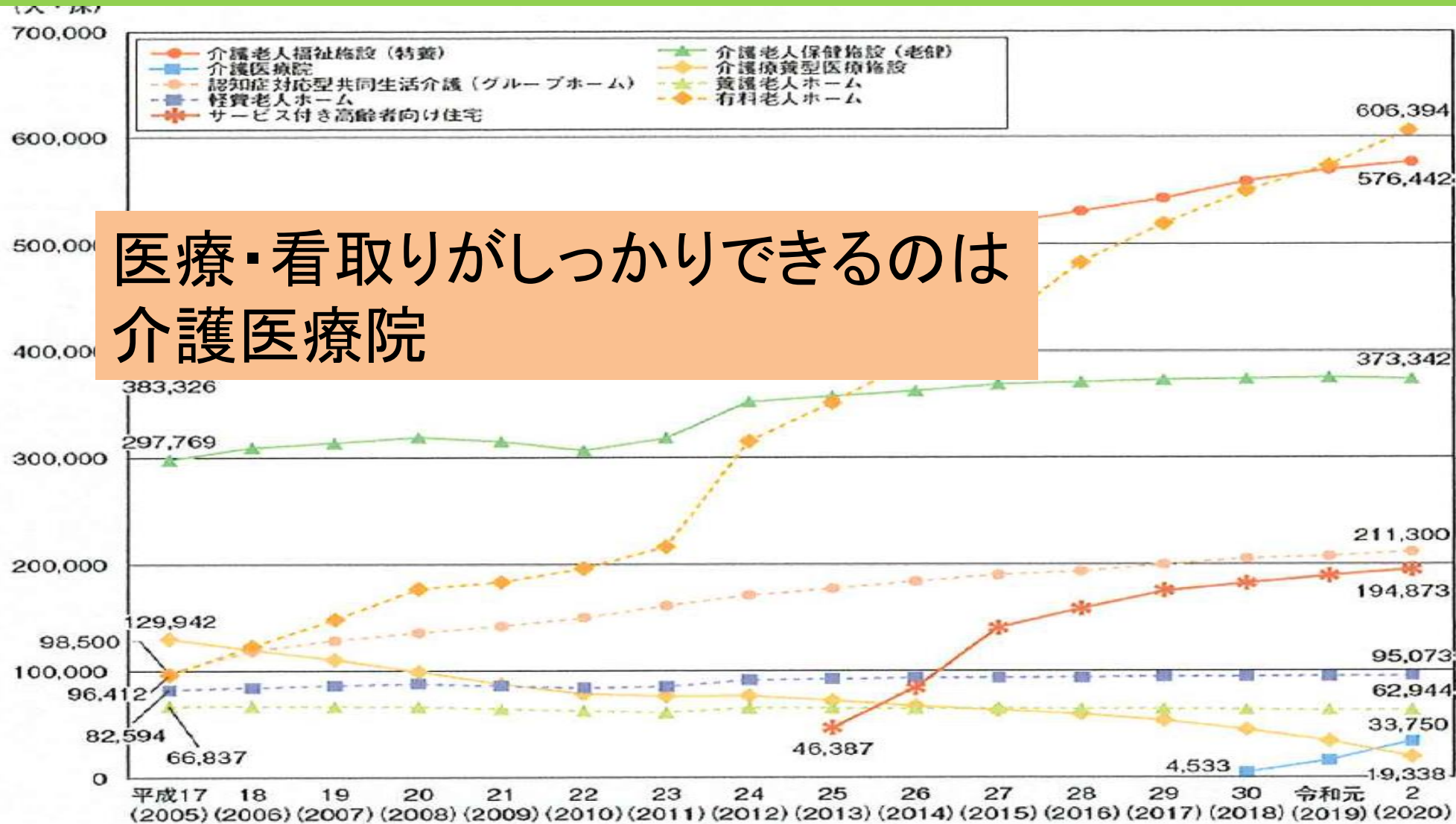
2018年に老衰が死因の3位となり、以後増加し続けている。

老衰の増加は在宅や介護施設での看取りが反映している。

5位肺炎

厚労省令和2年(2020)
人口動態統計月報年計(概数)の概況より

介護施設等の定員数（2020年）（令和4年版高齢社会白書）



有料老人H60万人
特養を追い越した

特養57万人

老健37万人

グループH21万人

サ高住宅19万人

軽費老人H9万人

養護老人H6万人

介護医療院4.5万人
2023.3

介護療養0.6 万人
2023.2

資料：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」、「社会福祉施設等調査」、「介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）」（各年10月審査分）

（注1）「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」については受給者数である。なお、平成18年以降は短期利用以外である。

（注2）「サービス付き高齢者向け住宅」は、有料老人ホームに該当するもののみである。

今日のお話

地域包括ケアシステムと介護医療院

介護医療院ってどんなところ？

2022年度日本介護医療院調査より

慢性期多機能病院における介護医療院の役割

鶴巻温泉病院介護医療院

日本介護医療院協会2022年度調査

実施: 2022年6月 日本介護医療院協会

対象: 介護医療院693施設

(会員299施設、非会員394施設)

回答: 141施設 (回答率 20% 療養床計9776床)

日本介護医療院協会

2022年3月現在 介護医療院全693施設のうち

会員299施設

組織率 施設43% 療養病床数では51%

前回実施: 2021年8月 日本介護医療院協会

対象: 介護医療院596施設

回答: 150施設 (回答率 25% 療養床計10376床)

日本介護医療院協会2022年度調査概要

	全体	I 型	II 型
回答施設数	141	104	37
療養床総数(床)	9776	7889	1877

	全体	I 型	II 型
入所者数(人)	9279	7553	1746
療養床数(床)	9776	7899	1877
稼働率(%)	94.9	95.4	93.0

全国ではI型75%、II型25%だが、今回のアンケート調査の回答はI型81%、II型19%とI 型が多い

稼働は高く、平均95%程度

平均要介護度(2022年7月1日時点)(問5)

平均要介護度	全体	I 型	II 型
2019年度	4.23	4.31	3.96
2020年度	4.24	4.32	4.14
2021年度	4.24	4.32	3.92
2022年度	4.23	4.29	3.96

平均要介護度はI型で4.3で、4年間殆ど変化していない。II型は転換型老健からの移行が多いので、少し軽い。

2022年5月の介護保険算定単価(1人/日)(問6)

(月の入所に関する介護保険収入を入所者延べ数で除した金額)

	全体	I 型	II 型
2020年	15,212	15,802	13,220
2021年	14,564	15,162	12,651
2022年	14377	14855	12891

I型介護医療院での介護報酬は平均14855円,II型は12891円で、I型は2019年から徐々に介護保険収入が減っている。移行定着支援加算の廃止の影響と考える。

類型による相違 入所(2022.4－6月)(問2)

	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

※回復期リハ、地域包括ケア、急性期の病棟は、「在宅復帰系」としてまとめている。

I型では病院からの入所が90%を占め、自院からの転棟が50%近い。II型では病院からは84%だが自院の在宅復帰系以外の病棟からが46%を占め、老健からも11%ある。

類型による相違 退所(2022.4―6月)(問3)

	全体	Ⅰ型	Ⅱ型			
				病院建物内 敷地内併設	独立	その他
2022年4月から6月までの3か月間の退所者総数	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

Ⅰ型Ⅱ型とも死亡退所が最も多く、Ⅰ型では62%を占める。Ⅱ型で独立型は死亡退院が44%と少なく、他院への転出が多い。これは夜間休日に医師が不在のため治療転院していると考えられる。一方自宅、自宅系介護施設への退所も10%前後あり、リハビリの効果か。介護医療院も在宅復帰が目指せることを示している。

LIFEの活用が要件として含まれる加算の算定状況(2021と22年)

2021年5月 150施設のうち	2021年度		2022年度	
	算定 施設数	回答施設に占め る比率(%)	算定 施設数	回答施設に占め る比率(%)
科学的介護推進体制加算Ⅰ	13	8.7	20	14.2
科学的介護推進体制加算Ⅱ	41	27.3	57	40.4
理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	35	23.3	56	39.7
褥瘡対策指導管理Ⅱ(ⅠはLIFE提出不要)	34	22.7	50	35.5
排泄支援加算Ⅰ	27	18.0	37	26.2
排泄支援加算Ⅱ	2	1.3	4	2.8
排泄支援加算Ⅲ	0	0.0	1	0.7
自立支援促進加算	25	16.7	27	19.1
薬剤管理指導	9	6.0	16	11.3
栄養マネジメント強化加算	33	22.0	52	36.9
口腔衛生管理加算Ⅱ	24	16.0	10	7.1

22年度は21年度と比較して、全体に加算取得施設が増加している。自立支援加算は17%から19%。リハビリ、褥瘡、栄養が40%近くになった。

**LIFEの普及
が進んでいる**

尊厳とは 具体例

身体面

けがの予防

転倒・転落

褥瘡

手荒い介護

身体拘束

病気・機能低下予防

感染症

生理現象を放置、我慢

能力を使わせない

過剰介護

精神面

不安を感じさせない

放置、独りぼっち、

怖がらせる

不信を抱かせない

嘘をつく

約束を破る

だます

悲哀を感じさせない

無視、差別、仲間外れ

いじめ

怒りを生まない

馬鹿にする

子供扱いする

強要する

社会面

権利を守る

プライバシー

言論の自由

選挙権の行使

基本的人権

経済的損失をさせない

お金の管理

効果のないケア

本人の意思確認(含むACP)

人生の最後の医療・ケア

に関する本人の意思、

意思を推定する者の指定

「尊厳の保持に資する取り組み」の実施状況(2022年)

	施設 数	5.よく でき ている	4.でき て いる	3.普通	2.あまり できて いない	1.できて いない	平均値
①身体拘束ゼロへの取り組み	137	40.9	36.5	20.4	2.2	0.0	4.2
②手荒い介護をしない	136	39.7	44.9	15.4	0.0	0.0	4.2
③生理現象を放置・我慢させない	136	19.1	50.7	30.1	0.0	0.0	3.9
④子ども扱いしない	136	24.3	46.3	27.9	1.5	0.0	3.9
⑤いじわるしない	136	49.3	38.2	12.5	0.0	0.0	4.4
⑥プライバシーの保護	136	27.2	52.2	18.4	1.5	0.7	4.0
⑦選挙権の行使	135	38.5	28.9	14.8	7.4	10.4	3.8
⑧お金の管理	127	29.9	24.4	27.6	5.5	12.6	3.5
⑨人生の最期の医療・ケアに本人が参加し、本人の意思を確認している(ACP)	134	7.5	15.7	26.1	35.1	15.7	2.6
⑩代理人を決めている	136	41.9	34.6	21.3	2.2	0.0	4.2
⑪家族や代理人と本人の意思を推測	135	34.8	43.0	21.5	0.7	0.0	4.1

・意思確認カンファレンスへの本人の参加が最もできていない。
 ・お金の管理
 ・選挙権行使
 ・生理現象を我慢させない
 ・子ども扱いしない
 も課題あり

介護医療院の施設基準

介護医療院の施設基準に以下の項目があります。

- i 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- ii 入所者等又はその家族等の同意を得て、当該入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること。
- iii 医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等が共同して、入所者等の状態又は家族等の求め等に応じ随時、入所者等又はその家族等への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われている。
- iv **2021年の介護報酬改定で追加**
 - ii 及び iii について、入所者本人及びその家族等と話し合いを行い、入所者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、対応している。←2021年に追加 本人の意思決定が基本

**I型(I)では入所者の10%以上、I型(II)では5%以上に対して
上記のターミナルケアの計画のための多職種カンファレンス実施が義務化されています。**



実際に介護医療院の入所者が参加して自分の意思決定をしているのでしょうか？
調べてみました

介護医療院で本人参加した看取りカンファ(ACP)ができたか(2022、問4)

	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	1823回	2249回
本人参加(ACP)	27回 (1.5%)	136回 (6.0%)

2021年の調査では介護医療院で実施されている意思確認カンファは1823回あるが、そのうち本人が参加できたものは27回で1.5%のみであった。

2022年度調査では2249回のうち本人が136回参加し、6%になった。本人参加を意識した結果かもしれない。どちらにしろ少ないので、**厚労省の言う「本人の意思決定が基本」は介護医療院では無理がある。**

要介護4以上では意思確認カンファレンスに本人が参加できないことが多いことを認識すべきである。「**本人の意思決定が基本**」を強調したいと言うのであれば、状態の良い時期に本人が参加するACP(人生会議)を開催するよう推奨すべきである。

例えば最初に介護認定をする時期にケアマネが介入する、急性期でがんや脳卒中の最初の治療時等考えられる。

ACPと言われてもACPはできていない

請求したリハビリテーション(リハ)(2022. 6月)(問9)

2022年5月 141施設のうち	算定 施設数	回答施設に占め る比率(%)	件数(平均) (100床換算)	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
摂食機能療法	66	46. 8	28	95
短期集中リハビリテーション	61	43. 3	16	214

昨年同様リハの実施頻度は高い。70%以上の施設で何らかのリハを実施している。PTを例にすると、100床あたり79例に587回PTを実施しているので、一人の患者あたり、 $587/79=7.4$ 回実施していることになる。月にPT,OT 7-8回、ST 6-7回程度の実施で、更に減算も実施しており、積極的である。

(リハは一人に対しPOS各10回計30回可能。それ以上は4か月以降、減算になる。)

介護医療院のリハビリテーション(リハ)報酬

疾患別リハ(医療保険)			介護医療院のリハ			
	医療療養のリハ (※)	標準的算定 日数越え(※)	介護医療院 のリハ (PT,OT)	4か月以降 11回目から の減算	介護医療院 のリハ(ST)	4か月以降 11回目からの 減算
脳血管	245	147	123	86	203	142
運動器	185	111				
心臓大血 管	205	205				
廃用	180	108				
呼吸器	175	175				

介護医療院のリハビリの報酬は医療と比較し低い
4か月以降11回以上は更に70%に減算

※各疾患別リハビリテーション料(Ⅰ)

現場で苦勞していることがら(複数回答)(2022.問12)

	施設数	比率(%)
生活施設としての環境整備	48	36.4
自宅としての入所者への対応	38	28.8
抑制ゼロ対策	70	53.0
介護保険書類の煩雑さ	36	27.3
事故届け出の基準、書類の煩雑さ	12	9.1
看護師確保	69	52.3
介護職確保	96	72.7
ケアマネ確保	29	22.0
介護職処遇改善加算に関して	22	16.7
利用者・家族の介護医療院への理解	28	21.2
地域との交流・地域貢献	76	57.6

第一に苦勞しているのは介護職の確保、次に看護師の確保である。

次に地域との交流・地域貢献があがるが、これはCovid-19により、地域に出ていけないことが理由かもしれない。
3番目に抑制ゼロの対策があがるが、尊厳の保持に資する取り組みの実施状況では比較的できているようだ。

介護職員に対する処遇改善に関して(2022.問16)

介護職員処遇改善加算	施設数	比率(%)
1.受けている	119	85.0
2.受けていない	21	15.0

介護職員等特定処遇改善加算 (技能・経験のある職員にさらに加算する)	施設数	比率(%)
1.受けている	83	59.3
2.受けていない	57	40.7

介護職員処遇改善支援補助金を 受けていますか	施設数	比率(%)
受けている	89	78.8
受けていない	24	21.2

昨年80%だったが、2022年度は85%の施設で処遇改善加算を受けているが、特定処遇改善加算は59%の施設しか受けていない。

2022年度4月からの「介護職員処遇改善支援補助金」は79%が受けている。

介護職処遇改善を「受けていない」と回答した事業所に理由を聞いた。

77%で「併設の病院の看護補助者と不公平になるから。」との回答

その他理由は

- ・職員のコンセンサスが得られない。
- ・他職種と給与差があり、従業員を納得させられない。
- ・加算を届出するための書類作成、研修参加等に係るマンパワー不足

介護職員に対する処遇改善に関して(2022.問17)

併設病院病床の看護助手、介護職員に対して処遇改善を実施している	施設数	比率(%)
1.実施している	75	78.9
2.実施していない	20	21.1

その財源はなんですか？	施設数	比率(%)
a.病院持ち出し	59	81.9
b.看護補助加算	4	5.6
c.その他	12	16.7

同じ施設で働く病院の介護職(看護助手)には**公平性を担保するために病院持ち出しで、79%の施設が処遇改善を実施している。**

苦しい状況が推測される。

厚労省の調査では全介護施設では95%が介護職員に対する処遇改善を受けている。
介護医療院では最大85%しか受けていないのが現状で、現場のジレンマが表れている。

介護職不足について(2022.問20)

	施設数	比率(%)
充足している	18	12.9
ギリギリである	78	56.1
不足している	43	30.9

	施設数	比率(%)
行政の書類削減	33	28.9
IT化	54	47.4
ロボット	49	43.0
タスクシェアリング	40	35.1
タスクシフト	46	40.4
業務改善	37	32.5

厚労省は介護職不足に対して、ロボット、ITが代替になると考えている。実際には準備や動きに時間がかかる、防水でない、高額である等 現場で役に立つものは殆どないのが現状である。

当院では最近
「トロミサーバー」
「高機能おむつ」
を導入し、介護職の業務改善が進んだ。

実施した医療行為(2022.4－6月間12)

	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
抗生剤末梢点滴治療(肺炎、尿路感染等)	116	82.3	22
中心静脈ライン	36	25.5	15
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
CT scan MRI	97	68.8	23
血液検査	123	87.2	94

新型コロナウイルス感染症について(2022.問15)

	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（下り患者）を受け入れた	7	5.0

陽性者を暫く治療した施設が19施設あり、介護施設でも陽性者の治療をせざるを得ないことが分かる。昨年は4施設のみ。
ポストコロナの受け入れ施設も増えている。

介護医療院を開設して良かったこと(2022.問20)

	2021(%)	2022(%)
収益が増加した	34.4	35.0
医療区分1の利用者の居場所ができた	40.5	44.2
老健より医療行為がしやすい	14.5	23.3
施設の将来像が見えた	14.5	15.0
住まいとしての環境があるのがよい	22.1	29.2
職員のモチベーションが上がった	14.5	15.0
利用者のプライバシーが確保できた	25.2	26.7
抑制をしないようになった	13.7	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	41.2	49.2
助成金で改修、新築ができた	21.4	22.5
移行定着支援加算がもらえた	65.6	56.7
地域との交流、地域貢献ができた	9.2	6.7

移行定着支援加算、
助成金、
収益増加等
経営的に好感。

医療区分1の居場所ができた。
住まいとしての環境、
老健より医療行為がしやすい
等
本来の介護医療院の役割。

介護療養が廃止になるという、
経営者の心配が減った。
等、心理的安心感もある

介護医療院の開設は収益上良かったか(2022.問21)

	2021(%)	2022(%)
前より収益が増えた	50.3	45.8
変わらず	26.2	26.7
前より収益が減った	17.2	20.6
わからない	6.2	6.9

「前より収益が増えた」は2020年度は60%だったが、以後漸減している。これは移行定着支援加算が廃止になった影響と考える

介護医療院の開設は総合的に良かったか(2022.問21)

	施設数	比率(%)
よかった	88	67.2
変わらず	24	18.3
悪かった	4	3.1
わからない	15	11.5

「総合的に良かったか」

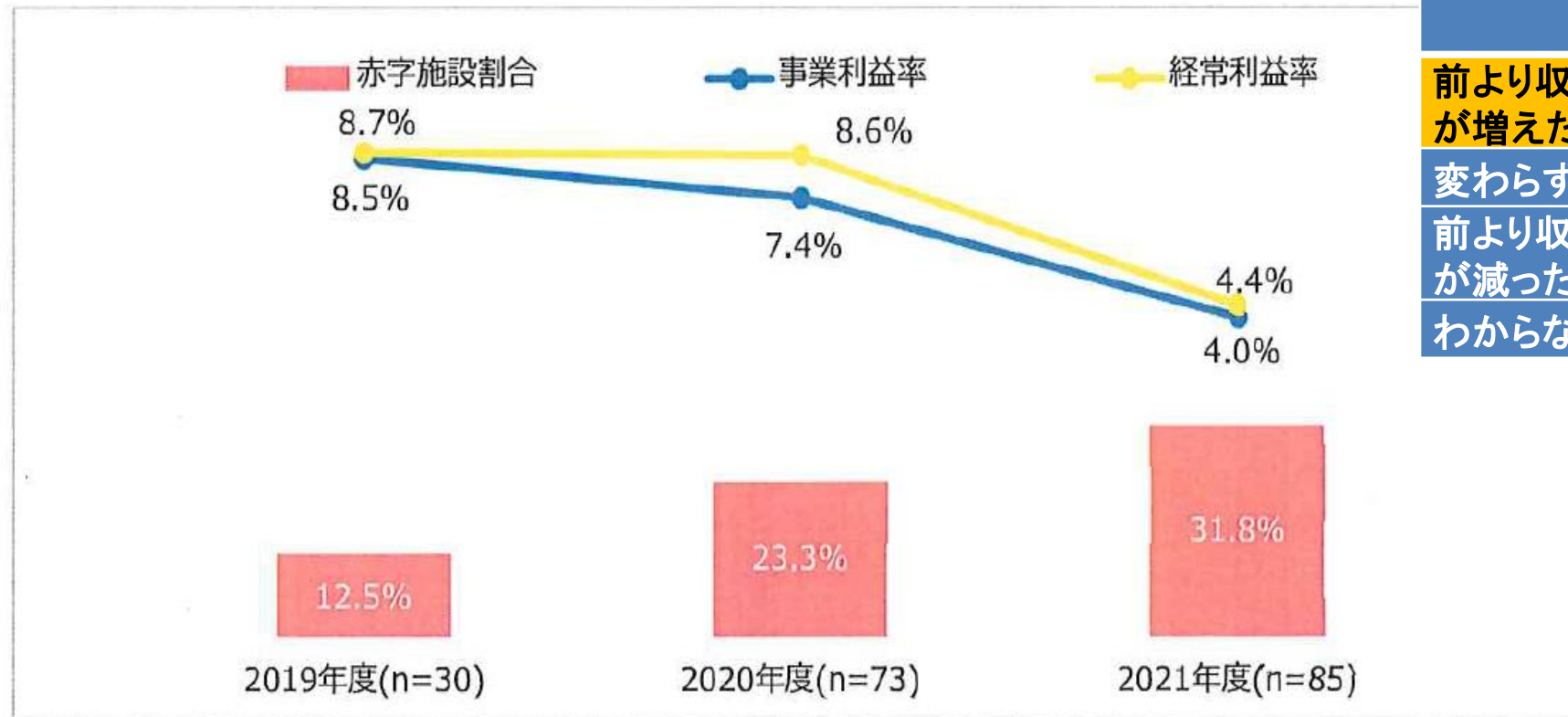
2022年度は総合的に良かったが67%。移行定着支援加算がなくなり、収益上の利点がなくなったことと関係していると考ええる。一方悪かったのは3%と少ない。

この結果かから介護医療院の創設は好意的に受け止められていると言える。

WAMネット発表2021年度の利益率

分母 福祉医療機構の貸付先で1年以上経過している85施設

▼介護医療院の赤字施設割合・事業利益率・経常利益率の推移



	2021(%)	2022(%)
前より収益 が増えた	50.3	45.8
変わらず	26.2	26.7
前より収益 が減った	17.2	20.6
わからない	6.2	6.9

WAMの調査では赤字経営施設が32%と徐々に増えている。介護医療院調査では前より収入が増えたかどうかを聞いていて、増えたと変わらずが70%を超えている。赤字かどうかは聞いていないので不明だが、介護医療院は病院内にある場合が多く、介護医療院のみを分けて収支を問うのは難しいと考えている。

やって良かった介護医療院

	2019年	2020年	2021年	2022年
良かった	70	71	64	67
変わらず	15	16	16	18
悪かった	0	1	3	3
わからない	14	12	17	12

やって良かった介護医療院

2021年度は「良かった」が64%と今までより少し下がった。移行定着支援加算がなくなり、収益上の利点が減ったことと関係していると考ええる。しかし2022年度は「よかった」が67%と改善している。一方「悪かった」は殆どなく、今回も3%。この結果から介護医療院の創設は好意的に受け止められており、新しい制度は成功と言える。

今日のお話

地域包括ケアシステムと介護医療院

介護医療院ってどんなところ？

2022年度日本介護医療院調査より

慢性期多機能病院における介護医療院の役割

鶴巻温泉病院介護医療院

鶴巻温泉病院の紹介

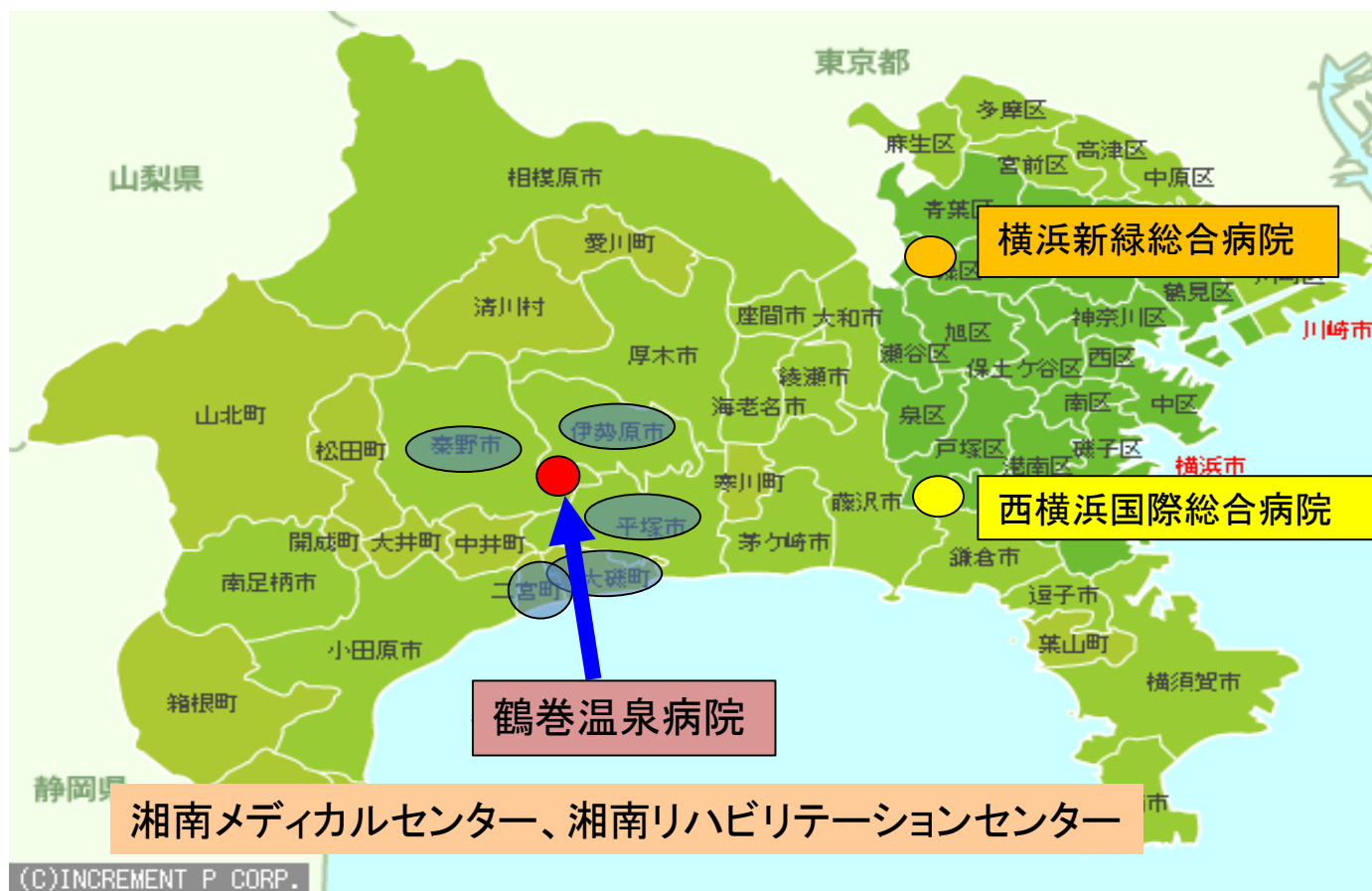
当院の場所は湘南西部地区（2次医療圏）

当院の場所は湘南西部地区（2次医療圏）

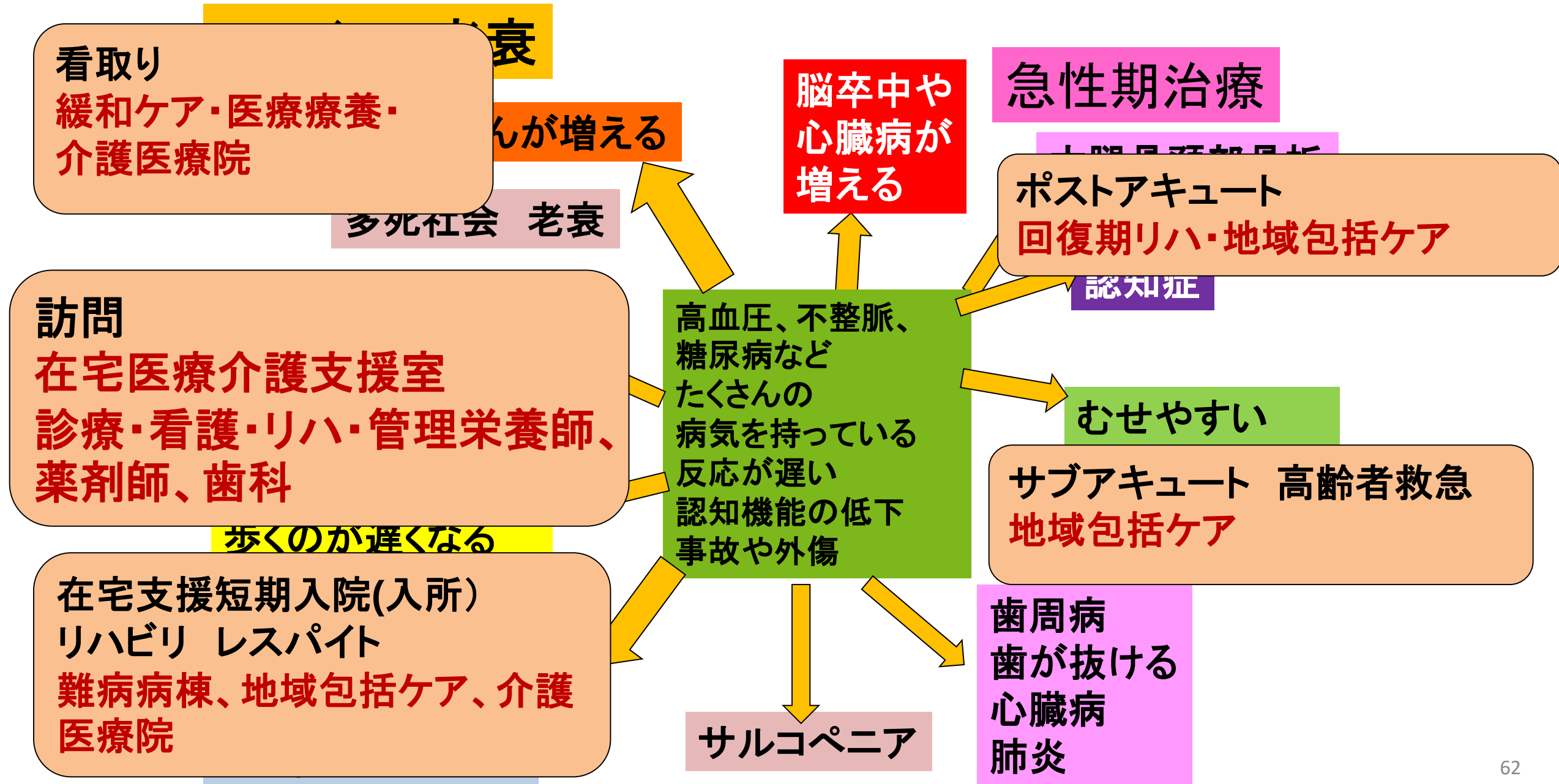
平塚市、大磯町、二宮町、伊勢原市、秦野市

人口 593653(2014) 583630(2020) 徐々に減少

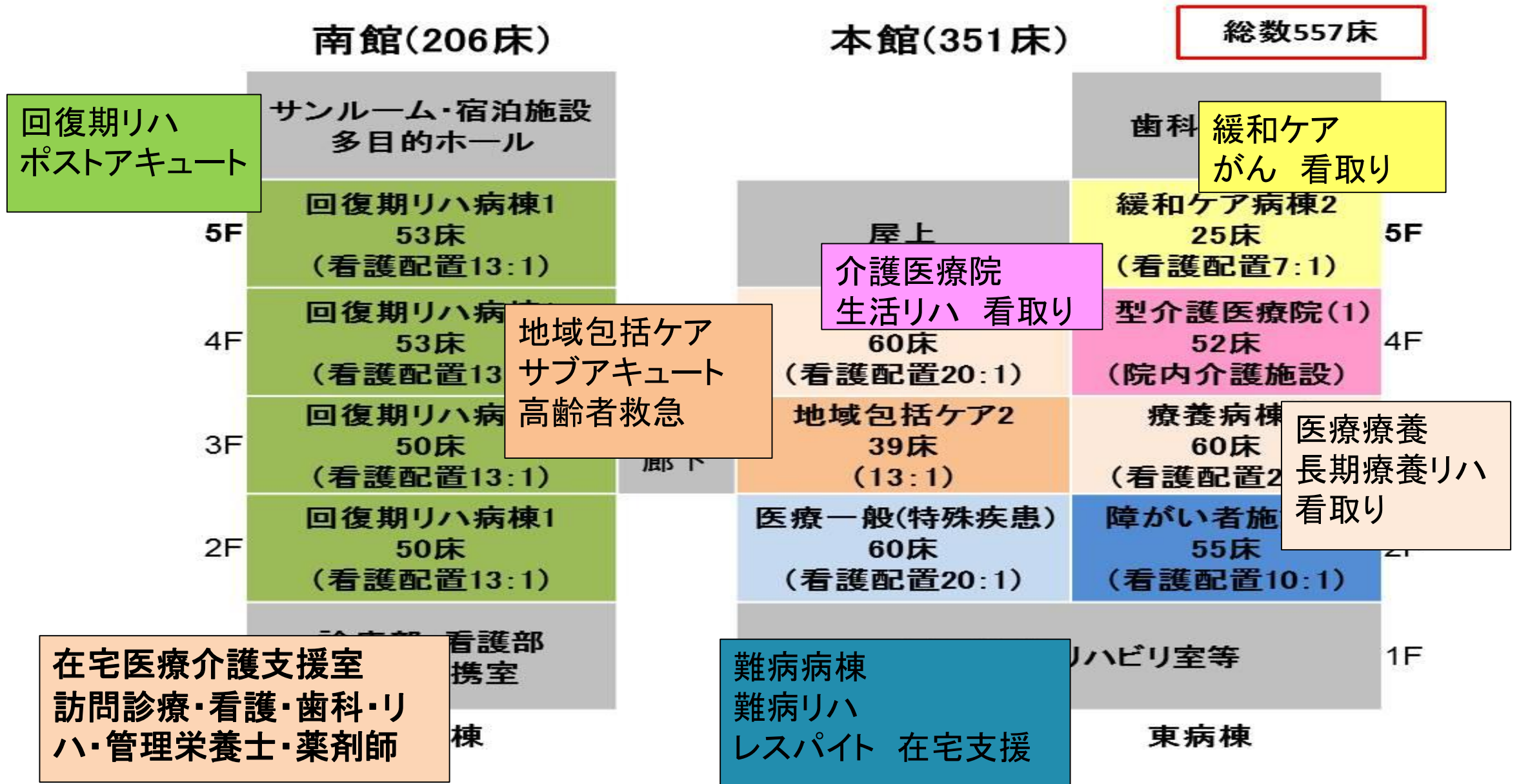
高齢者人口 2020 全国28.5% 神奈川県25.4% 湘南西部28.7%



急性期治療の後は慢性期病院で担います



地域包括ケアに貢献する慢性期多機能病院



PT97名 OT51名 ST31名(2023年4月現在)

リハビリ186人体制



VF (Videofluorography)
嚥下造影検査



トレッドミル

レクリエーションスタッフ
(音楽療法士、園芸療法士、
体育系、美術系大学卒業生
7名)



Drive simulator

高齢者救急の緊急入院受け入れ

2018年4月から在宅療養後方支援病院

登録患者

近隣の訪問診療をしている診療所医師が、訪問している患者が入院したほうが良いと判断した時に、鶴巻温泉病院へいつでも入院できるという登録をする。ただし、手術や内視鏡等の急性期の治療はできないことを了解していただく。

	2018	2019	2020	2021	2022
全登録患者数	20	36	59	76	69
緊急入院数	68	50	28	65	45
うち救急車	7	7	5	9	7
うち登録患者	20	13	11	7	4

緊急入院を年間50例ほど受けている実績が認められ、神奈川県から2022年9月29日付で救急病院等の認定を受けることができた。

地域に貢献できる慢性期多機能病院と言えるようになった最近では登録患者の緊急入院が減っている。

地域包括ケア病棟と介護医療院ができたので、 地域に貢献できる慢性期多機能病院と言えるようになった

1. 地域包括ケア病棟の役割

- ① 在宅療養後方支援病院になり地域の開業の先生との連携が進んだ。
- ② 地域の高齢者救急を受け入れられるようになった。
- ③ 在宅から入院し、できるだけ早く在宅へ戻すことを目標にしている
急性期病院に入院すると自宅へ戻れなくなることが多い

2. 介護医療院の役割

- ① 医療区分1の患者さんの居場所ができた。
- ② 看取りの場ができた。
- ③ 介護医療院が自宅扱いであるため回復期リハ、地域包括ケア病棟から転棟入所することで、元病棟の在宅復帰70%の維持が可能。
- ④ 身体拘束ゼロを実現する等尊厳に対する意識が強くなった
- ⑤ 病院と介護施設の狭間にある、どちらも受けにくい方の最後の砦になっている。
- ⑥ その人らしい生活の場を提供している。

介護医療院のまとめ

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患者の受け皿としての役割を果たしている。介護医療院の創設により、今まで受け入れ先がなかった医療区分1の患者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。

入所者像は医療処置が多く要介護度が高い方であり、経管栄養、喀痰吸引等の日常的な医学管理や、緩和ケア等が提供されている。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る。

退所としては、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る。一方で、介護医療院から在宅復帰できている例もあり、介護医療院が終の棲家としての機能だけでなく、在宅復帰機能も担えることを示している。

その中で、病院との違いとして、介護医療院は「生活施設」としての側面があり、身体拘束ゼロの取り組み、食事にこだわった取組や外出訓練等、その人らしい生活、尊厳に根差したところを大事にした取組が行われている。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。

介護医療院は重度要介護者の最後の砦になっている

介護報酬改定に向けて

1. 介護職の業務改善

- ① 事故報告書 簡便化(施設所在地、住民票所在地へ報告 書式が違う) フィードバックも
- ② 介護福祉士の 吸引 経管栄養対応
基本研修50時間 費用も高い
資格を取るための実習が負担が大きすぎる 症例が20例必要は多すぎる
入所者に実施する際に一人一人計画書を書き、カルテに記載 簡便にできる
- ③ LIFEのフィードバックを利用しやすくしてほしい。
- ④ 要介護度が改善した時(例5が4になった時)のインセンティブ
- ⑤ IT化、DX化の補助
- ⑥ 病院の看護補助者にも処遇改善を(診療報酬改定)

介護報酬改定: 2024年度改定では総量規制の対象外ではなくなる

診療報酬改定: 介護療養病床、医療療養経過措置病床は

2024年3月31日で廃止決定 経過措置もない

それ以後は法律違反となる (予定)

やってよかった介護医療院 日本医学出版



二木立(日本福祉大学名誉教授の二木立先生から「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター(通巻224号)」より

医療機能と介護機能を兼ね備えた介護医療院の全体像と実態を、最新のデータに基づいて分かりやすく説明。私は以下の記述が勉強になった:

「経過措置病床[の大半]は介護医療院を選択しなかった」(24頁)、

「介護職に関してはタスクシフトは難しい」(59頁)、

「介護ロボットが普及しない原因」(61頁)、

介護医療院での本人が参加したカンファランスの開催状況調査とそれに基づくACPの「意思確認カンファレンス」等への名称変更の提案(68頁)、

「24時間365日緊急入院を受け入れる契約を患者と鶴巻温泉病院で締結し、登録患者としてリストする。登録患者は実際に緊急入院となるケースが多く、この制度導入以来年間50-60例の緊急入院があるようになった」(99頁)。

疫病退散妖怪の
アマビエを従えて
コロナ退治に向
かう桃太郎
作者 左龍太郎
(鈴木龍太)



医療・介護職が使命感
を持って戦わなければ
新型コロナウイルスには勝
てません。
暗くならず前向きに明
るく頑張りましょう

コロナ禍も 力合わせて ワンチーム

ご清聴ありがとうございました

