

目標 居宅系施設はさまざまな類型があり、医療アクセスも施設により異なる。訪問する施設の特徴、方針や介護職の力量をよく把握して、多職種連携により利用者の方の生活の質がよりよく保たれるような医療を提供できるようになることを目標とする。

内容 〈総論〉背景と施設類型の理解

1. 施設における死亡者数の割合は増加している
2. 施設の類型の理解
3. 施設により異なる在宅医療報酬

〈各論1〉居宅系施設の種類とその特徴

1. 特別養護老人ホーム
2. 有料老人ホーム
3. 認知症高齢者グループホーム
4. ケアハウス
5. サービス付き高齢者向け住宅
6. 小規模多機能居宅介護
7. その他の高齢者施設

〈各論2〉施設の職員や家族との連携

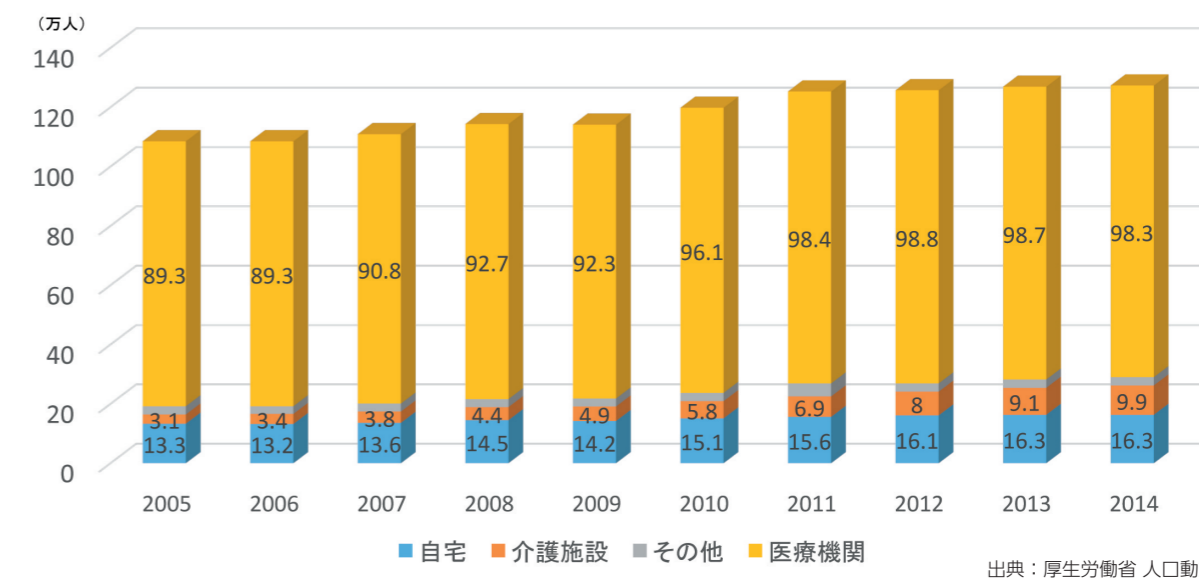
1. 施設職員とのコミュニケーションのとり方
2. 利用者家族とのコミュニケーションのとり方
3. 施設力量の見極め方
4. 介護職の医療行為について

1 背景

- ・ 高齢者増加に伴う死亡者数の増加 ⇒ 施設等死亡者数の増加
- ・ 多くの施設等で看取りまで行うようになってきた ⇒ 特養での看取り加算
- ・ 看取りに伴う介護職の医療処置への対応 ⇒ 介護職の医療処置規制緩和（たん吸引、経管栄養）
- ・ 医療ニーズの高い利用者の増加
- ・ 施設等訪問診療への診療報酬減額（2006年診療報酬改定より）

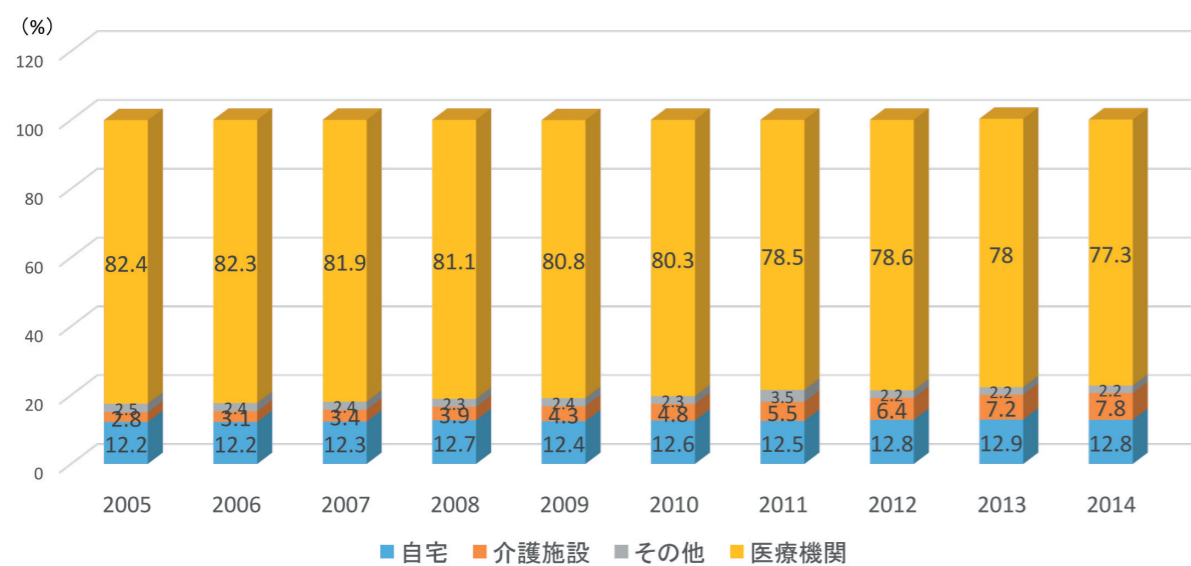
高齢社会進行とともに死亡者数が増加している。また、核家族が多いため独居高齢者、高齢者のみ世帯が増加している。この状況の中で、虚弱になった高齢者が施設等を利用することが多くなってきた。それとともに、多くの高齢者介護施設で看取りを行うようになり、在宅医は居住系施設等との連携の重要性が増してきた。特別養護老人ホームでの看取りにおける報酬加算などはこの趨勢に沿ったものである。一方、施設等では、同一の建物に居住する患者を診療する場合、訪問診療の労力が少ないことから、2006年の診療報酬改定から、訪問診療報酬の減額が行われている。

2 死亡場所別死亡者数推移、2005～14年



わが国の「死亡場所別死亡者数推移（単位：万人）」を示した。自宅、介護施設、病院、全ての場所において、死亡者数が増えている。特に、施設等での死亡者数が増加傾向にある。

3 死亡場所別死亡数推移 (%)、2005～14年

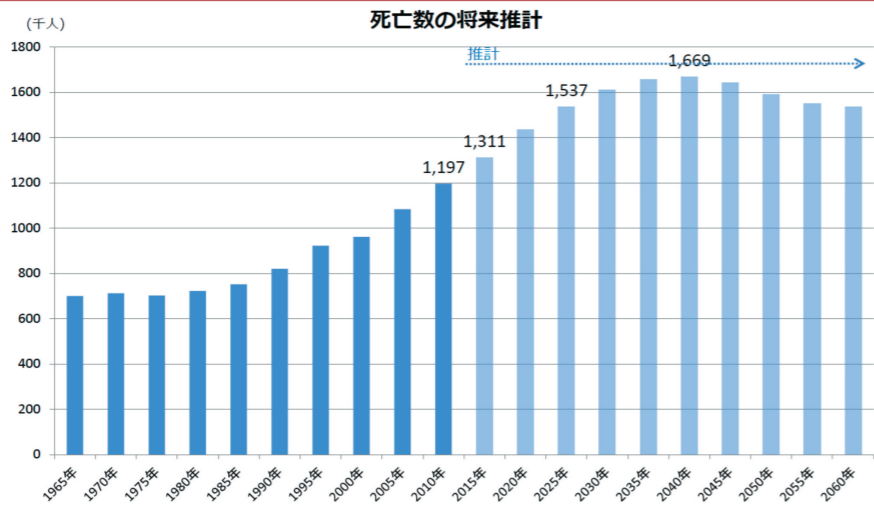


出典：厚生労働省 人口動態調査

「死亡場所別死亡者数推移 (%)」を示した。自宅死亡の割合はわずかに増加、病院での死亡は漸減、一方、施設での死亡者の割合はこの10年で3倍近く増加している。

4 死亡数の将来推計

○今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約36万人/年の差が推計されている。



出典：2010年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）
2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

死亡数の将来推計を示した。今後も年間死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年では、2015年と比較して、約36万人/年の差が推計されている。

5 介護保険施設の種類

介護保険施設	基本的性格	設置主体	医療体制	訪問診療
特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	要介護高齢者のための生活施設	地方公共団体 社会福祉法人	非常勤嘱託医 配置医師	末期がん可能 往診可
介護老人保健施設	要介護高齢者にリハビリを提供し 在宅復帰を目指す施設	地方公共団体 医療法人	常勤1人以上 100:1	不可
介護療養型医療施設	医療の必要な要介護高齢者の長期 療養施設	地方公共団体 医療法人	常勤3以上 48:1	不可
介護保険居宅系サービス				
特定施設	要介護・支援者の生活の場	営利法人中心	配置看護師	可能
グループホーム	認知症高齢者の共同生活の場	営利法人中心	訪問看護と連携	可能
ケアハウス	自治体から助成のある低所得者も 入居可能な住宅	地方公共団体 社会福祉法人	なし	可能
サービス付き 高齢者向け住宅	居室の基準を満たし、安否確認生 活相談サービスが付いた住宅	営利法人中心	なし	可能

介護保険における介護施設の種類を示した。「施設サービス」として介護保険給付が行われるのは、介護老人福祉施設（老人福祉法上は「特別養護老人ホーム」）、介護老人保健施設（介護保険法のみで規定）、介護療養型医療施設（医療法上は「病院」）である。これを介護保険3施設と呼ぶ。また、それ以外の居宅サービスとして分類された居住系サービスが介護保険法に定められている。これらの施設の種類と特徴について表に示した。

6 特定施設とは

介護保険法第8条第11号

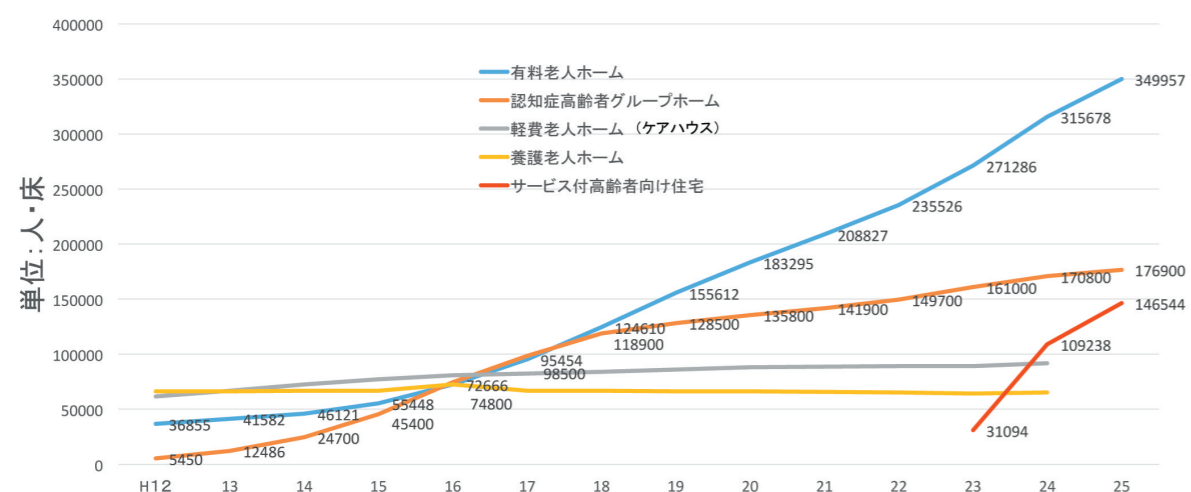
- ・定員が30人以上（地域密着特定施設でない施設）の施設で、都道府県から居宅サービスの一つである「特定施設入居者生活介護」の事業者指定を受けたもの
- ・有料老人ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅などが取得可能
- ・介護専門特定施設（要介護者に限定利用）と、混合型特定施設に分けられる
- ・24時間切れ目のない介護サービスを受けることができ、介護度に応じて1日の費用が決まっている

特定施設入居時等総合管理料（特医総管）算定可能、混合型は除く

特定施設入居者生活介護とは、所定の要件を満たした高齢者向けバリアフリー集合住宅の介護保険被保険者に対する給付である。これを取得した事業所を「特定施設」と呼ぶ。平成18年4月の改定で、特定施設の対象範囲が拡大され、介護付き有料老人ホーム、ケアハウス（要介護者等を対象にした軽費老人ホーム）、サービス付き高齢者向け住宅等となった。従来は介護サービスの提供者は特定施設の職員に限定されていたが、「外部サービス利用型特定施設」の新設により、他の訪問介護事業者や通所介護事業者が介護サービス業務を外部委託できるようになった。また、看護師の配置が必要で、外部からの訪問看護は実施できない。これらの施設は、必ずしも「特定施設」を取得しなくても運営できる（その場合、外部からの訪問看護を実施できる）。

7 高齢者向け集合住宅の推移

中医協資料より



特定施設入居時等総合管理料(特医総管)算定可能、混合型は除く

高齢者向け集合住宅の推移を示した。有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を中心に高齢者集合住宅は増加している。

8 施設により異なる診療報酬

施設名	医師看護師配置	往診	医学総合管理料	特定施設入居者等総合管理料
有料老人ホーム住宅型	なし	○	○	
特定施設(有料老人ホーム等)	看護師	○		○
サービス付高齢者向け住宅	なし	○	○	
ケアハウス	なし	○	○	
養護老人ホーム	医師、看護師	○		○*1
特別養護老人ホーム	医師、看護師	○		○*3
認知症高齢者グループホーム	なし	○	○	
小規模多機能居宅介護	なし	○	○*2	
看護小規模多機能型居宅介護事業所	看護師	○	○*2	
短期入所生活介護事業所	医師、看護師	○		○*3

*1定員110名以下の施設のみ算定可能

*2宿泊サービス時に限る

*3末期の悪性腫瘍患者のみ、死亡日から遡って30日以内に行われたもの

施設により訪問診療の診療報酬は異なる。また、一日一人の診察とそれ以外の場合でも異なる。基本的に「往診」は全ての施設に対して可能である。

9 平成26年度診療報酬改定①

在宅医療の適正化①

在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める。

- 在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
	病床有		病床無		—		—	
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
特医総管	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外		
	病床有		病床無		—		—		
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	
在総管	同一	1,200点	1,500点	1,100点	1,400点	1,000点	1,300点	760点	1060点
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	3,150点	3,450点
特医総管	同一	870点	1,170点	800点	1,100点	720点	1,020点	540点	840点
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	2,250点	2,550点

2006年診療報酬改定で、施設の診療報酬(医学管理料)は大幅に低下した。一方、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院以外の報酬が引き上げられた。

10 平成26年度診療報酬改定②

在宅医療の適正化②

- 保険医療機関等が経済的誘引による患者紹介を受けることを禁止する。
- 訪問診療料の要件を厳格化するとともに、同一建物における評価を引き下げる。

【改定前】		【改定後】	
訪問診療料1(同一建物以外)	830点	訪問診療料1(同一建物以外)	833点
訪問診療料2(特定施設等)	400点	訪問診療料2(特定施設等)	203点
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	200点	訪問診療料2(上記以外の同一建物)	103点

※同一建物居住者であっても、医師が同一日に一人しか診療しない場合は、同一建物以外の点数(833点)を算定する

[算定要件]

- 同一建物の場合の訪問診療料(在総管、特医総管)を算定した場合は、訪問診療を行った日における、当該医師の在宅患者診療時間、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬明細書に添付すること。
- 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。
- 訪問診療が必要な理由を記載すること。
- 同一建物の複数訪問であっても、下記の患者については、患者数としてカウントを行わない。
 - 往診を実施した患者
 - 末期の悪性腫瘍の患者と診断された後、訪問診療を行い始めた日から60日以内の間
 - 死亡日からさかのぼって30日以内の患者
- 特定施設、グループホーム等においては、同一建物で同一日に算定する患者のカウントについて、医療機関単位でなく医師単位(ただし、医師3人までに限る。)とする。

2006年診療報酬改定では、「医師が同一日に一人しか診療しない場合」は、同一建物以外の点数(833点)を算定することになった。また、保険医療機関に対して、「経済的誘引による患者紹介を受けることを禁じる」ことが明示された。

11 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）

定義	介護保険3施設の一つ、要介護高齢者の生活の場、費用が安く入居待ちの方が多い
介護体制	入居者対介護職員+看護職員 3：1
医療体制	配置医師がいる施設5%程度、近隣の嘱託医が非常勤対応、看護師の夜間勤務はない
医療アクセス	入居費用が所得に応じており、入居待の状態、63%の施設で看取りを経験 入居基準が要介護3以上に（2015年3月から）例外あり
特徴	末期がんに限り地域の医療機関から訪問診療、訪問看護可能 通常の往診は算定可能、訪問看護は算定できない
その他	2003年から全室個室とするユニット型が制度化された

老人福祉法に定める特別養護老人ホームは、介護保険給付上は「介護老人福祉施設」と呼称される。末期がん患者に限り、外部の保険医療機関から訪問診療が可能であり、従って、在宅時医学総合管理料も算定可能である。また、がんであるか非がんであるかにかかわらず、外部の医療機関が介護老人福祉施設で看取りを実施した場合、看取りの日からさかのぼって1か月に限り訪問診療が算定可能となり、従って、その間の在宅時医学総合管理料も算定可能である。

12 有料老人ホーム（特定施設）

定義	常時1人以上の高齢者を入居させて、食提供や生活支援サービスを提供する施設のこと
介護体制	24時間介護スタッフが常駐しており、切れ目のない介護サービスを提供（健康型は除く）
医療体制	常勤看護師の配置義務があり、医療ニーズの高い方でもすみ続けることができる
医療アクセス	訪問診療は認められており、総合医学管理料も算定可能、訪問看護は入れない
特徴	入居料は特養やグループホームと比較して高額である
その他	①介護付き有料老人ホーム、②住宅型有料老人ホーム、③健康型有料老人ホームがある 2014年の診療報酬改訂で訪問診療報酬が大幅に下がった

老人福祉法に定める有料老人ホームは、都道府県から「特定施設入居者生活介護」の指定を受けて「特定施設」となることができる。特定施設であるなしにかかわらず、訪問診療は認められており、総合医学管理料も算定可能である。特定施設を取得している場合には、看護師が常駐していることが前提となるため、外部からの訪問看護の給付を受けることができない。

13 認知症高齢者グループホーム

定義	障害を持ちながらも、介護を提供する人と少人数でなじみの関係を築きながら、役割を持って地域に溶け込んで暮らす施設のこと
介護体制	ワンユニット利用者9名まで、最低3名の介護職員がいる、ケアマネージャー配置義務あり
医療体制	看護師が常駐していることは少なく、医療行為はできないことがおおい
医療アクセス	訪問診療や往診は算定できる、急性増悪時には医療保険により訪問看護を受けることができる 訪問看護ステーションと連携をして、医療連携体制加算を取ることができる
特徴	認知症高齢者グループホームは軽度認知症の方の共同生活の家として始まったが、認知症高齢者の増加や重度化により看取りまで行うホームも出てきている
その他	認知症高齢者と対象とするものと、成人の主として知的・精神障害者を対象とするグループホームがある

認知症高齢者グループホームは、介護保険の「認知症対応型共同生活介護」の給付を受ける事業所である。訪問診療を行うことができ、従って、在宅時医学総合管理料も算定可能である。訪問看護は、患者の急性増悪に際して、医師が「特別指示書」を記載したときに限り、実施可能である。

14 サービス付き高齢者向け住宅

定義	居室の広さ（原則25平米以上）が定められ、バリアフリー化等が施された住宅に、安否確認・生活相談サービスが付いたシニア向けの住宅、必要に応じて食事提供、訪問介護などを受けることができる
介護体制	ケアプランに沿って、外部からの介護サービスを受けることができる、24時間切れ目のない介護サービスではない
医療体制	看護師等はいない
医療アクセス	訪問診療、訪問看護は通常の居宅と同様に提供できる
特徴	重度介護となると、サービス付高齢者住宅での生活維持は困難となる施設ではなく、住宅であるという認識が必要
その他	デイサービスやヘルパーステーション、居宅支援事業所を併設するところが多い

「サービス付き高齢者向け住宅」は、国土交通省・厚生労働省が共同所管する「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（高齢者住まい法）2011年改正でできた制度である。それまでの、高齢者円滑入居賃貸住宅（高円賃）・高齢者専用賃貸住宅（高専賃）・高齢者向け優良賃貸住宅（高優賃）の3つを一本化する形で本制度がつけられた。基本的に個室、バリアフリーで、医療・介護との密接な連携でケアを提供する建前である。

15 ケアハウス（軽費老人ホーム）

定義	低所得者でも入所できる、自治体や国の補助で入居できる施設。60歳以上の単身者または、夫婦のどちらかが60歳以上で、身寄りがないか、家族との同居が困難な場合に入居可能
介護体制	特定施設以外は、ケアプランに基づく外部の介護サービスが利用できる
医療体制	看護師が常駐している施設はほとんどない
医療アクセス	訪問診療、訪問看護は利用可能である
特徴	自治体から助成を受けられるため、比較的低料金で利用でき、生活相談や入浴準備などに日常生活に必要なサービスが受けられる
その他	軽費老人ホームにはA型、B型、C型の3種類ある、A.Bは1990年より新設なし、C型がケアハウスにあたる

ケアハウスとは、老人福祉法に定める「軽費老人ホーム」の通称である。比較的自立度の高い人が居住する。訪問診療を行うことができ、在宅時医学総合管理料も算定可能である。訪問看護も外部から実施可能である。

16 小規模多機能居宅介護

定義	「通い」を中心に、利用者の状態や希望に応じて「泊まり」や介護職の「訪問」を柔軟に組み合わせ、顔なじみの介護者が切れ目なく支える地域密着サービス
介護体制	デイサービス「通い」、ショートステイ「泊まり」、訪問介護「訪問」を利用者の状態に合わせて利用できる
医療体制	常勤看護師、訪問看護も利用可能
医療アクセス	自宅にいる際には訪問診療利用できる、「泊まり」の往診も利用可能
特徴	介護職と顔なじみの関係を作り切れ目のないサービスで認知症の方でも利用可能、地域以外の方は利用できない
その他	事業所の登録利用者は25名以下、「通い」の利用者は登録者の2分の1以上で15名以下、「泊まり」の利用者は9名以下

小規模多機能居宅介護とは、訪問・通所・泊まりの三つの機能を持つ事業所で行われるケアである。訪問診療は自宅にいる時間帯に行う。「泊まり」の場合に、事業所に往診することは可能である。

17 宅老所

定義	古い民家などを活用し家庭的な雰囲気のなかで、一人ひとりの生活のリズムに合わせて柔軟なケアをする小規模事業所。法的に規定されている施設ではない。
介護体制	デイサービスを主とした介護サービスを提供することが多い
医療体制	介護職が主であるが、看護師の常駐するところもある
医療アクセス	自宅と同じ扱い、訪問診療や訪問看護利用可能
特徴	既存サービスでは手が届かない、地域に密着した民間独自の福祉サービスを提供している
その他	小規模多機能居宅介護のモデルとなるサービス

宅老所は特定の法律で規定されている事業所ではない。自宅と同様に、訪問診療を行うことができ、在宅時医学総合管理料も算定可能である。訪問看護も外部から実施可能である。

18 居宅系施設等との連携の要点

- ・施設職員と良好な関係をつくること；日常の状態を把握している看護師や介護職との意思疎通を浴しておくことが大切—専門用語を避けてわかりやすい言葉を使う、質問等には丁寧に答える、怒らない、施設に限らず居宅での多職種連携と同様
- ・施設では利用者家族と面談の機会が少なく、初診時などはできるだけ面談の機会を持つようにする、急変時の希望なども聞いておく和良好的、入院時などの際には緊急の場合には電話で家族と意思確認することもある、機会を見つけて年に1度くらいは面談の機会を持つようにする
- ・施設の医療介護方針についての理解も必要

居宅系施設等との連携の要点を記載した。施設職員と良好な関係を構築すること、利用者家族と面談の機会を持つようにすることが大切である。家族と面談の機会が少ないため、自宅と異なり、家族が直接診療に同席することも少なく、治療内容を家族が把握しにくい特性がある。家族には、機会をみつけて年に1度くらいは面談の機会を持つことが望ましい。

19 施設の力量の見極め方

- ・ 看取りの経験の有無を確認、看取りの経験のない施設では困難を伴うことが多い
- ・ 施設の方針確認も必要、看取りをしないという施設もある
- ・ 急変時の事前指示書を利用者からとっているかを確認する
- ・ たんの吸引を介護職ができる施設かどうか確認、施設によっては医療処置ができないところもある
- ・ 電話での問い合わせの内容で施設の力量はわかる、バイタルサインが取れており、現病歴などの把握ができていれば力量はあるといえる
- ・ 常勤看護師がいる施設では重症化しても診て行けることが多い

医師は、施設力量を見極めて訪問診療等を行うことが大切である。施設の看取りの経験の有無、施設方針を把握したい。また、たんの吸引を介護職ができるか、常勤看護師がいるかを確認する。患者の急変時等の事前指示書の確認も重要である。状態変化時の電話対応でも施設力量はわかる。

20 介護職の医療行為について

- ・ 介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等においては、医療や看護との連携による安全確保が図られていること等、一定の条件化で「たんの吸引等」の行為を実施できる（社会福祉及び介護福祉法の一部改正による、平成24年、4月より）
- ・ 対象となる医療行為は、たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）、経管栄養（胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養）
- ・ 介護福祉士（平成28年の国家試験合格者以降）、一定の研修を終了した介護職員、特別支援学校教員が実施可能
- ・ 特別養護老人ホーム等の施設や住宅（訪問介護事業所等からの訪問）などの場で実施可能
- ・ 3つの研修過程あり1、対象となったすべての行為 2、気管カニューレ内、経鼻経管栄養を除く 3、特定の方に対する行為

介護職の行うことができる医療行為が拡大された。一定の条件下で研修を受けると介護職でもたん吸引や経管栄養が可能となっている。

21 医療行為には当たらない行為、2005年通知

行為内容	介護職が行える条件
1、体温計を用いた体温測定 2、自動血圧測定器による血圧測定 3、パルオキシメーターの装着	測定した数値結果を基に「薬を飲ませた方がよい」「安静にしていた方がよい」などの医学的判断は、してはならない
4、軽い切り傷、擦り傷、やけどなどの処置	専門的な判断や技術を必要としない処置に限定される
5、軟膏を塗る（床ずれの処置を除く） 6、湿布をはる 7、目薬をさす 8、利用者に薬を飲ませる 9、座薬を挿入する	事前に医師からの処方や薬剤師・看護師の指導助言を受け、その上で以下の3つの条件を満たしている場合に限定される 条件1：利用者の容態が安定している 条件2：医師や看護師による利用者の容態の観察が必要でない 条件3：薬の誤嚥や坐薬による出血などの可能性がない

医療行為には当たらない行為を抜粋して一覧表にまとめた（「医師法第17条、歯科医師第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」（医政発第0726005号）2005年7月26日）。これらについては、特定の研修等を受けることなく、身体介護を行う介護職が医師の指示のもとに行うことができる。特に、内服薬の介助は一包化された薬物に限って介護職が実施できる。

22 まとめ

- ・ 施設での看取り数は増加しており、利用者の医療ニーズは高くなってきている
- ・ 訪問する施設の種類により、介護・医療体制は異なる、医療アクセスについてもよく理解をする必要がある
- ・ 施設の方針をしっかりと理解して、力量を見極めることも必要である
- ・ 居住系施設では施設職員との良好な関係を築いて、利用者の情報をとるようにする
- ・ 介護職でも一定の条件の基で、所定の研修を終了すれば、たんの吸引や経管栄養などが可能となっている

施設等での看取り数は増加傾向にあり、今後施設等での医療ニーズは高くなる。施設の類型や方針を理解して、利用者が安心して最後まで過ごしていけるように、施設職員と協働して医療を提供していくことが必要である。

【引用情報】

- 井部俊子、開原成允、京極高宣、前沢政次 編：在宅医療辞典、中央法規、2009。
- 永井康徳：在宅報酬算定マニュアル、日経BP、2012。