

介護老人保健施設の報酬・基準について

これまでの議論における主な意見について

- 在宅療養支援機能を適切に評価すべき。
- 在宅復帰率が高くなることでベッド稼働率が低下し、経営に支障が生じることもあるため、リハビリテーション専門職、支援相談員の数等の指標も用いた、きめ細かい評価が必要。
- 本人の意向に沿って家族が安心して在宅復帰が行われるためには、入所者の家族に対して、在宅復帰や在宅療養支援に関する説明が早期に実施されることが重要。
- 在宅復帰率を上げるために利用者を選定することがあってはいけない。
- 多職種で切れ目のないリハビリテーションを提供していることの評価が重要。
- 医師がしっかり関与したリハビリテーションとリハビリテーションマネジメントの提供を強化する必要がある。
- 排泄の自立に向けた多職種協働の取組を評価してはどうか。
- かかりつけ医との連携を深めることが必要。ポリファーマシーの解消も重要で、薬剤師等も含めた多職種での取組を評価していくべき。
- 所定疾患施設療養費は、感染性胃腸炎等も対象にしてほしい。パンデミック対策や転倒の事故防止対策等をリスクマネジメントとして評価してほしい。
- 所定疾患施設療養費で評価している肺炎について、レントゲンで撮らないと肺炎か気管支炎かの区別も困難でないか。
- 肺炎の治療については、介護施設の機能分化と医療機関との連携も踏まえて対応する必要があるのではないか。

介護老人保健施設の機能に対する評価について

論点 1

- 現行では、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能について、基本報酬に在宅強化型の報酬を設け評価している。
併せて、在宅強化型以外の介護老人保健施設についても、一定程度の在宅復帰・在宅療養支援機能を有するものについては、加算で評価している。
- 今般、介護老人保健施設の役割が在宅復帰・在宅療養支援であることがより明確にされたことを踏まえ、この機能を更に推進する観点から、必要な報酬体系の見直しを行ってはどうか。

対応案

- 従来型の基本報酬については、一定の在宅復帰・在宅療養支援機能を有するものを基本型として評価することとし、メリハリをつけた評価としてはどうか。
 - 在宅復帰・在宅療養支援機能については、現在、在宅復帰率、ベッド回転率、退所後の状況確認等の指標を用いて評価しているが、これらに加え、入所後の取組みやリハビリテーション専門職の配置等の指標も用いることで更にきめ細かい評価ができるようにしてはどうか。
 - また、現行の在宅強化型よりも在宅復帰・在宅療養支援をより進めている施設については、更に評価してはどうか。
- ※ 介護老人保健施設が提供する（介護予防）短期入所療養介護も同様としてはどうか。

介護老人保健施設の機能に対する評価について

対応案（続き）

- 併せて、退所前訪問指導加算、退所後訪問指導加算、退所時指導加算については、介護老人保健施設の退所時に必要な取組みとして、基本報酬に包括化してはどうか。
- ただし、退所時指導加算のうち試行的な退所に係るものについては、利用者ごとのニーズによって対応が異なることから、試行的退所時指導加算として、評価を継続してはどうか。

介護老人保健施設の役割の明確化

〔定義〕 地域包括ケア強化法による改正前（介護保険法第8条第28項）

介護老人保健施設とは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、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。

〔定義〕 地域包括ケア強化法による改正後（介護保険法第8条第28項）

＜平成29年6月2日公布、平成30年4月1日施行＞

介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、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。

（基本方針）

第一条の二 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、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により、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

（介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成十一年三月三十一日)(厚生省令第四十号)）

- 
- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
 - リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

【現行】在宅復帰支援機能の評価について

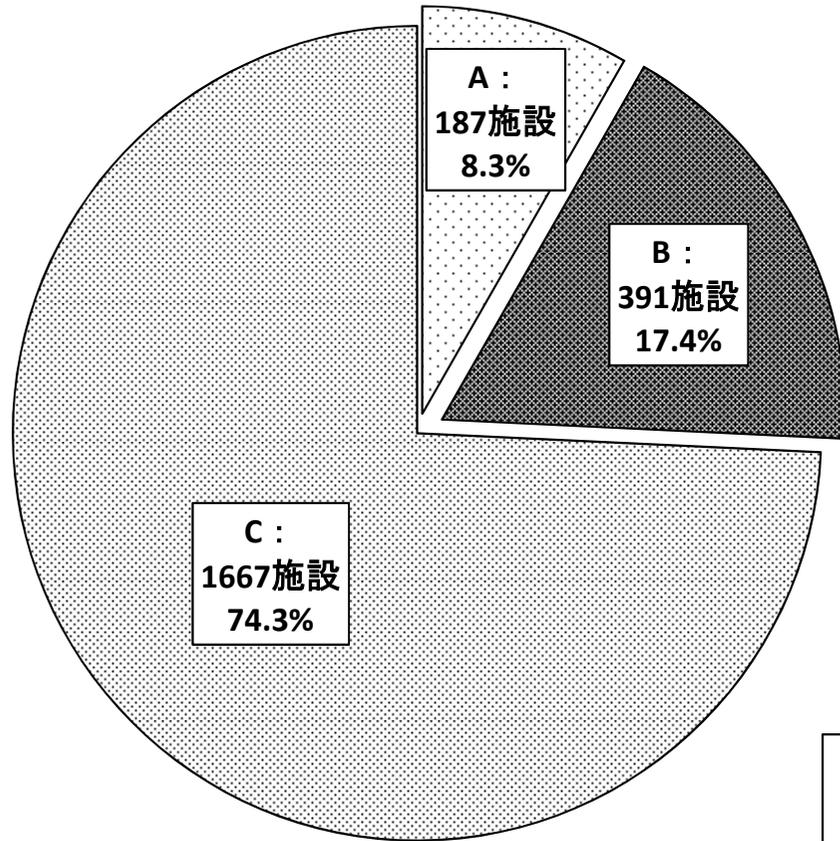
	在宅復帰率	退所後の状況確認	ベッド回転率	重度者割合	リハ専門職
在宅強化型(強化型)	50%超	要件あり	10%以上	要件あり	要件あり
在宅復帰・在宅療養支援機能加算算定施設(加算型)	30%超	要件あり	5%以上	要件なし	要件なし
上記以外(従来型)	強化型または加算型の要件を満たさないもの				

評価項目	算定要件
在宅復帰の状況	<p>以下の両方を満たすこと。</p> <p>a: 在宅復帰率 $\frac{\text{在宅で介護を受けることになったもの注1}}{\text{6月間の退所者数注2}} > 50\%$ であること。</p> <p>注1: 当該施設における入所期間が1月間を超える入所者に限る。 注2: 当該施設内で死亡した者を除く。</p> <p>b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日注3以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月注3以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。 注3: 退所時の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の場合にあっては14日</p>
ベッドの回転	$\frac{30.4}{\text{平均在所日数}} \geq 10\%$ であること。 ※平均在所日数の考え方 = $\frac{\text{3月間の入所者延日数}}{\text{3月間の(新規入所者数+新規退所者数)} \div 2}$
重度者の割合	<p>3月間のうち、</p> <ul style="list-style-type: none"> a 要介護4・5の入所者の占める割合が35%以上 b 喀痰吸引が実施された入所者の占める割合が10%以上 c 経管栄養が実施された入所者の占める割合が10%以上 <p>} のいずれかを満たすこと。</p>
リハ専門職	リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。

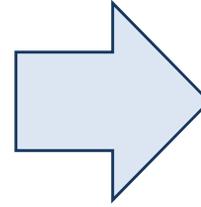
※在宅とは、自宅その他自宅に類する住まいである有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム及びサービス付き高齢者向け住宅等を含む。

在宅復帰支援機能の評価に関する算定割合の推移

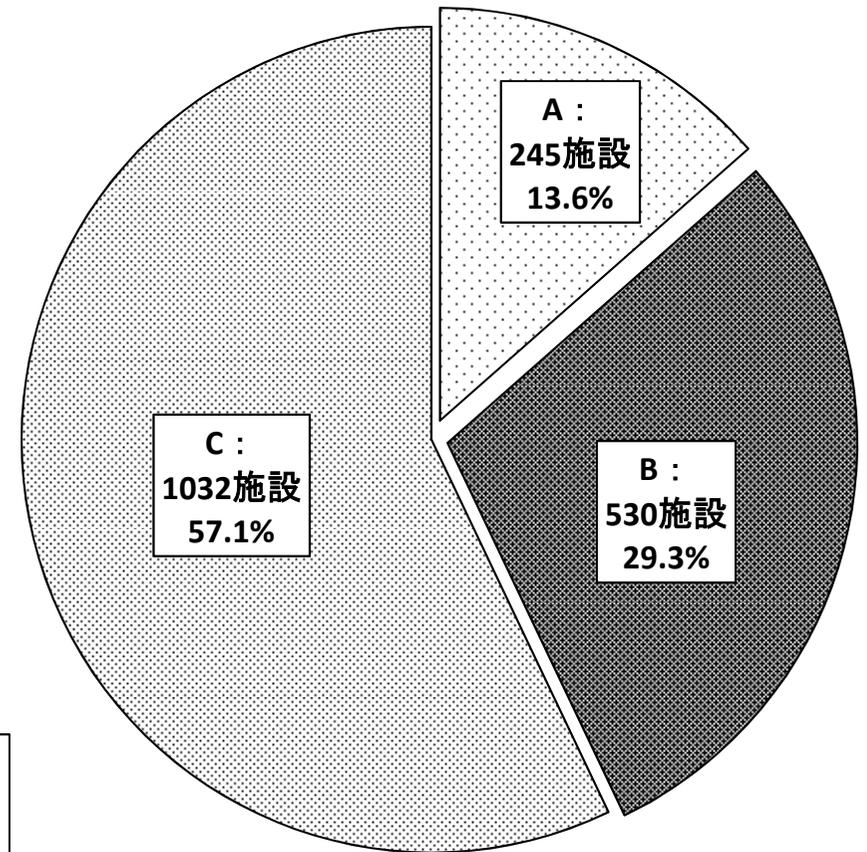
平成26年6月



調査に回答した老健施設 2,245施設



平成28年10月



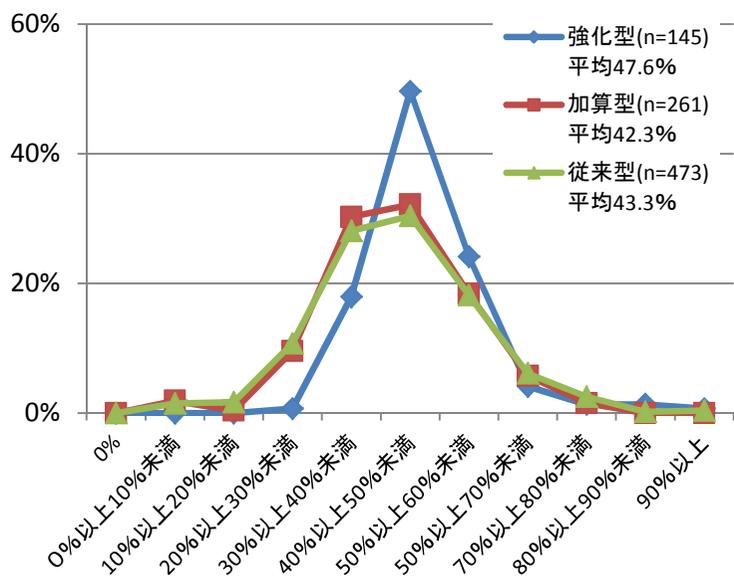
調査に回答した老健施設 1,807施設

A: 在宅強化型
B: 加算型
C: 従来型

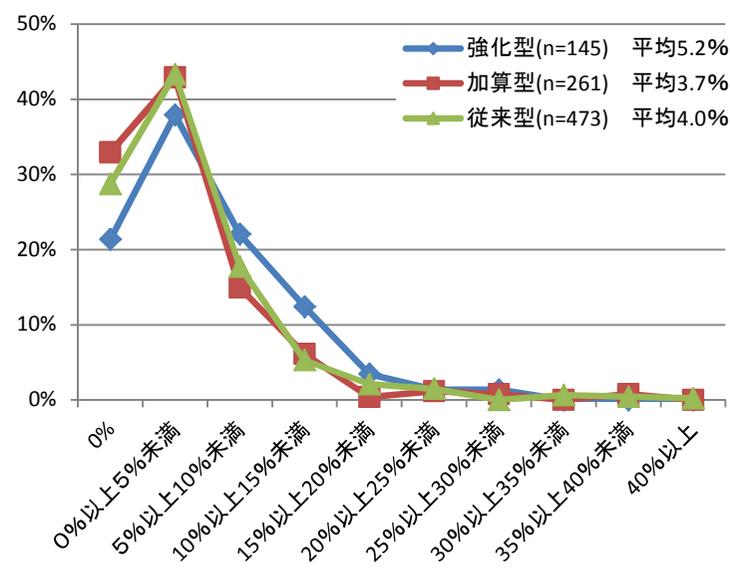
【出典】介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業」
介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成28年度調査)「介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの適正な提供体制等に関する調査研究事業」

介護老人保健施設における利用者及び在宅復帰率・ベッド回転率の状況

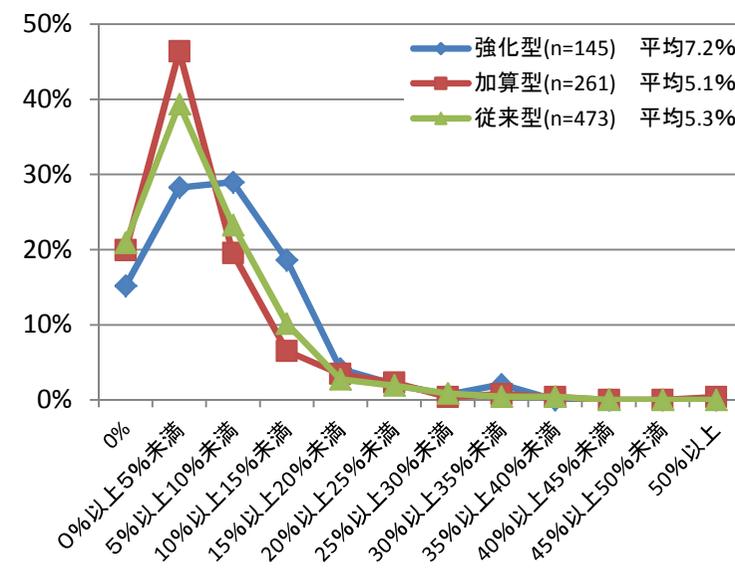
施設ごとの要介護4・5の入所者割合の分布



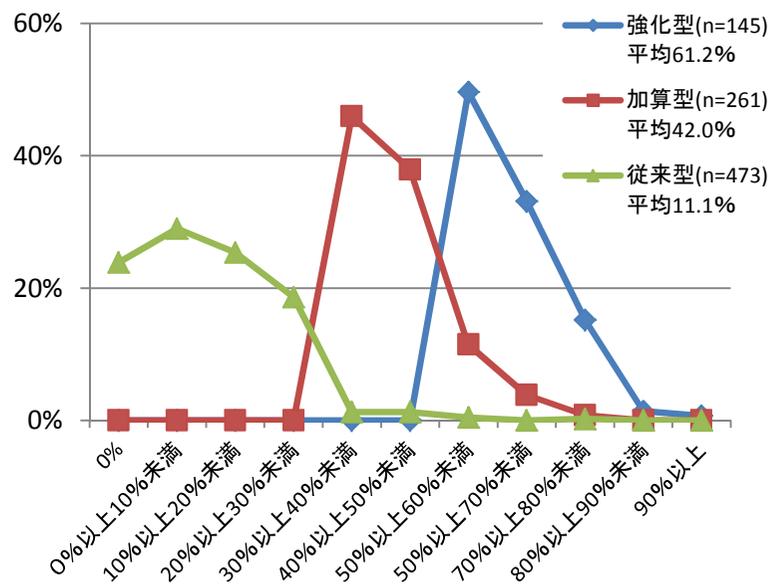
喀痰吸引を実施している入所者割合の分布



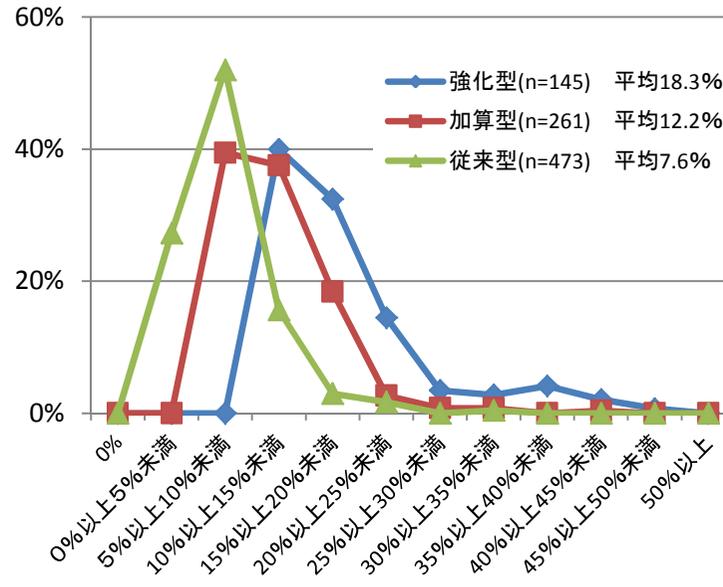
経管栄養を実施している入所者割合の分布



施設ごとの在宅復帰率の分布

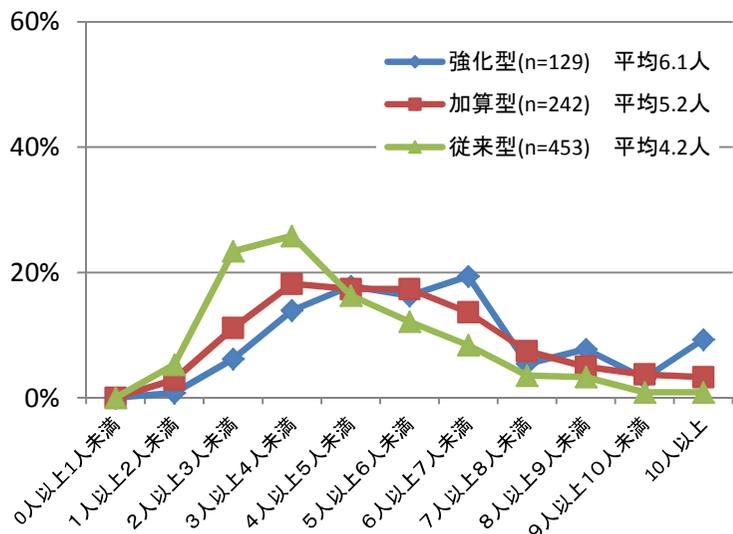


施設ごとのベッド回転率の分布

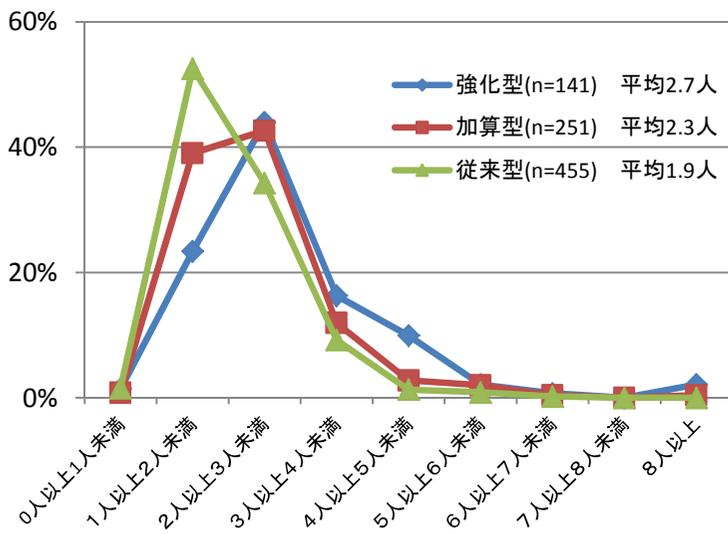


介護老人保健施設における職員及び在宅療養支援の取組等の分布

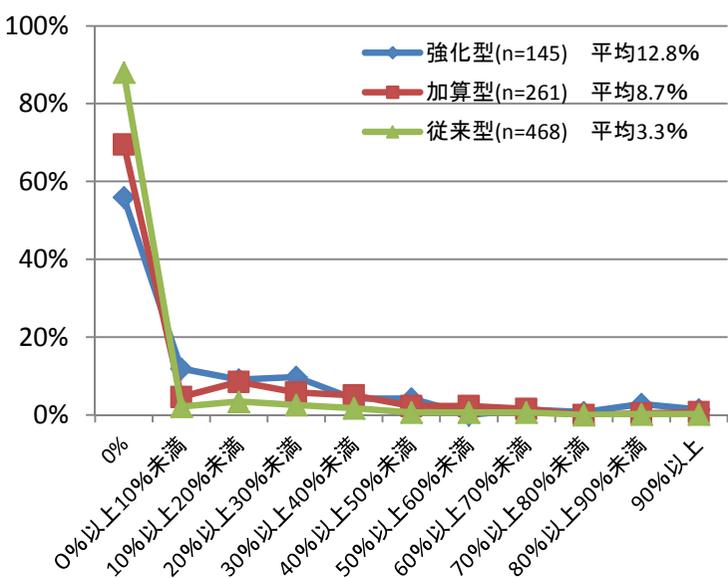
入所者100人当たり換算したリハ職員数の分布



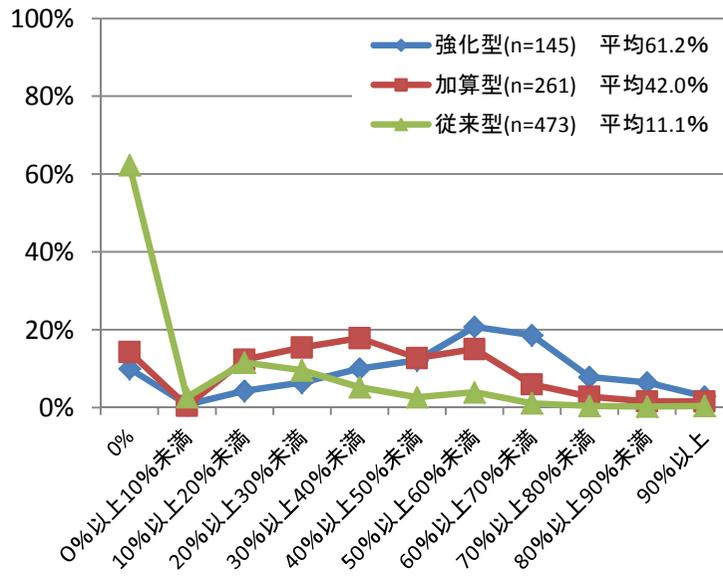
入所者100人当たり換算した支援相談員数の分布



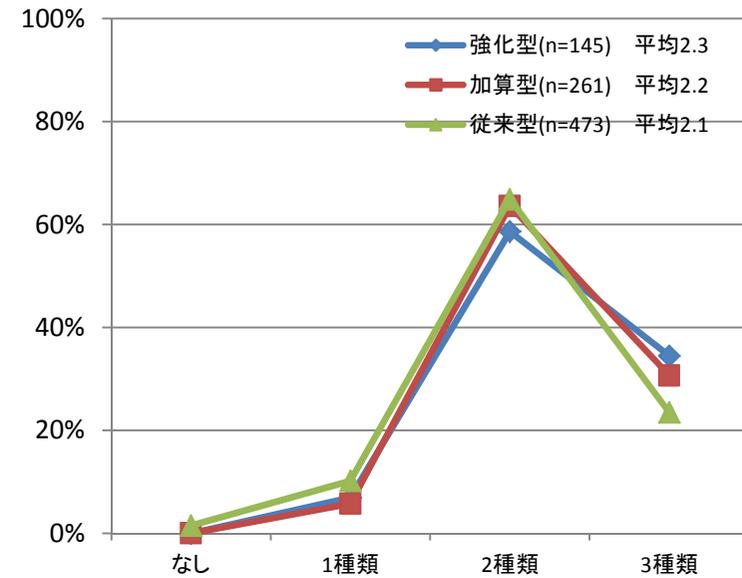
施設が入所者に対し、入所前後における指導を実施した※1割合の分布



施設が退所者に対し、退所時等指導を実施した※2割合の分布



施設が実施している訪リハ・通リハ・ショートの種類数の分布



※1: 入所前後訪問指導加算(I)又は(II)を算定したもの

※2: 退所前訪問指導加算又は退所後訪問指導加算又は退所時指導加算を算定したもの

介護老人保健施設における退所に係る加算の概要について

○ 退所前訪問指導加算

入所者の退所に先立ち、退所後生活する居宅を訪問し、入所者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行うことを入所中 1 回に限り評価。

○ 退所後訪問指導加算

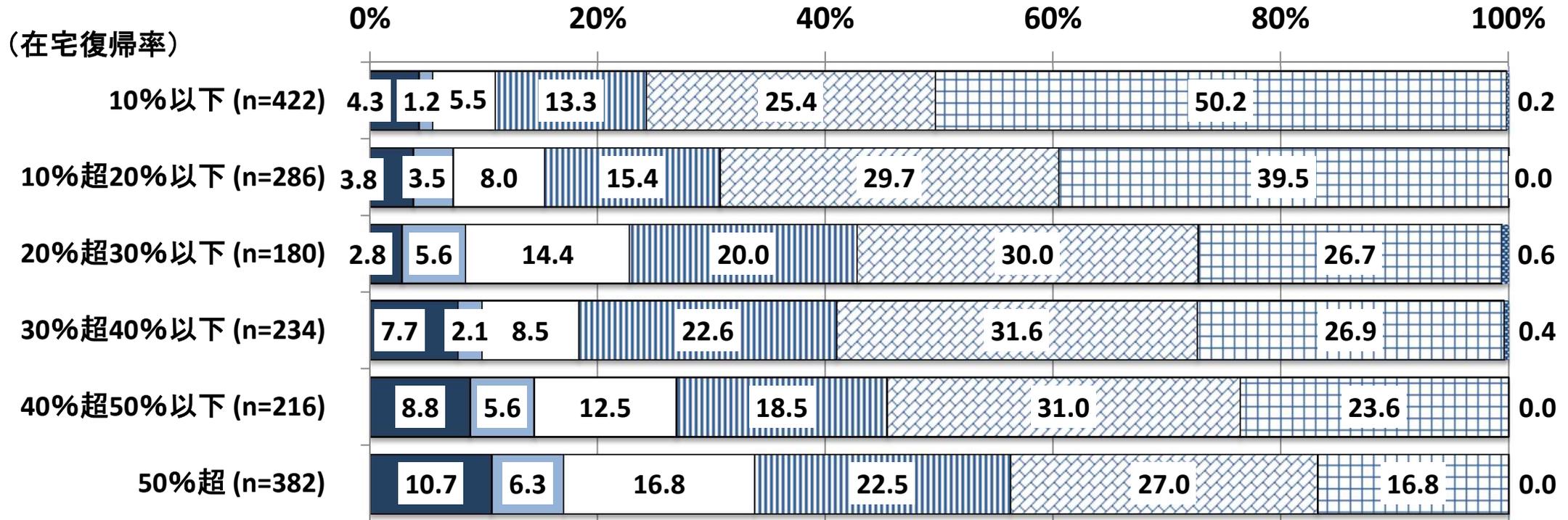
入所者の退所後30日以内に居宅を訪問し、入所者及びその家族等に対して療養上の指導を行うことを退所後 1 回に限り評価。

○ 退所時指導加算

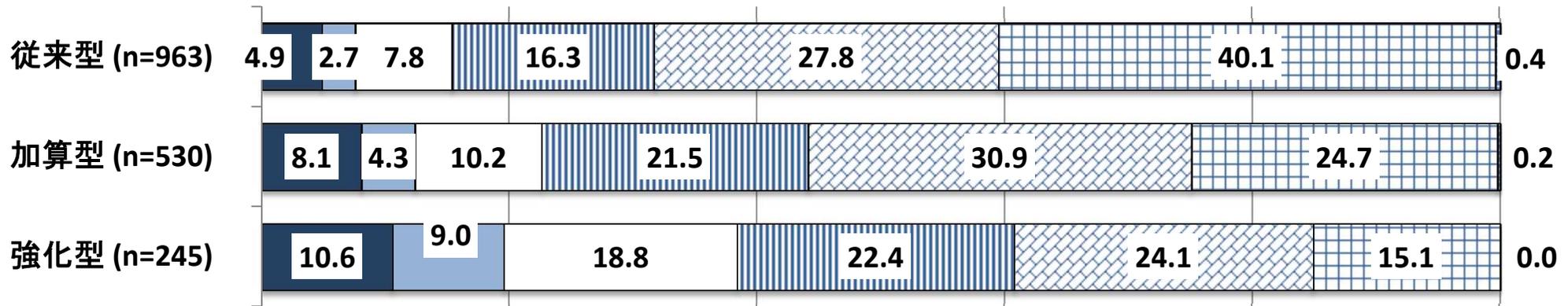
- ① 入所期間が1月を超える入所者の居宅への退所時に、入所者及び家族等に対して退所後の療養上の指導を行うことを入所中 1 回に限り評価。
- ② 退所が見込まれる入所期間が1月を超える入所者を、居宅において試行的に退所させる場合に、入所者及びその家族等に対して療養上の指導を行うことを最初の試行的な退所を行った月から3月間、1月に1回に限り評価。

介護老人保健施設におけるベッド稼働率について

在宅復帰率別、ベッド稼働率



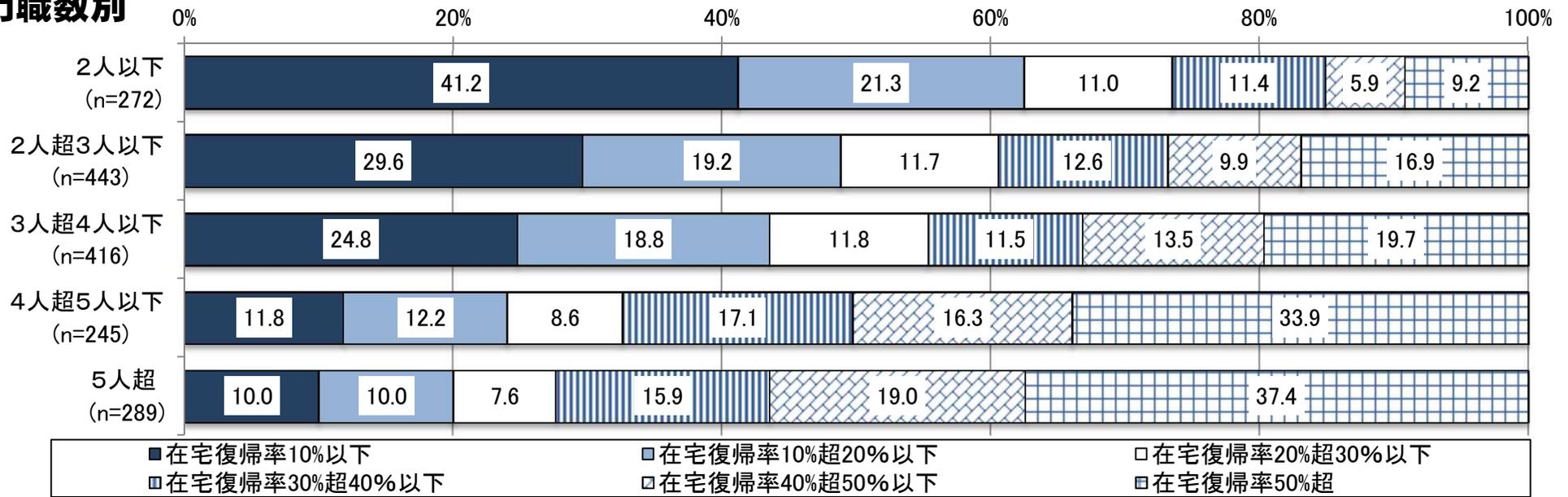
施設類型別、ベッド稼働率



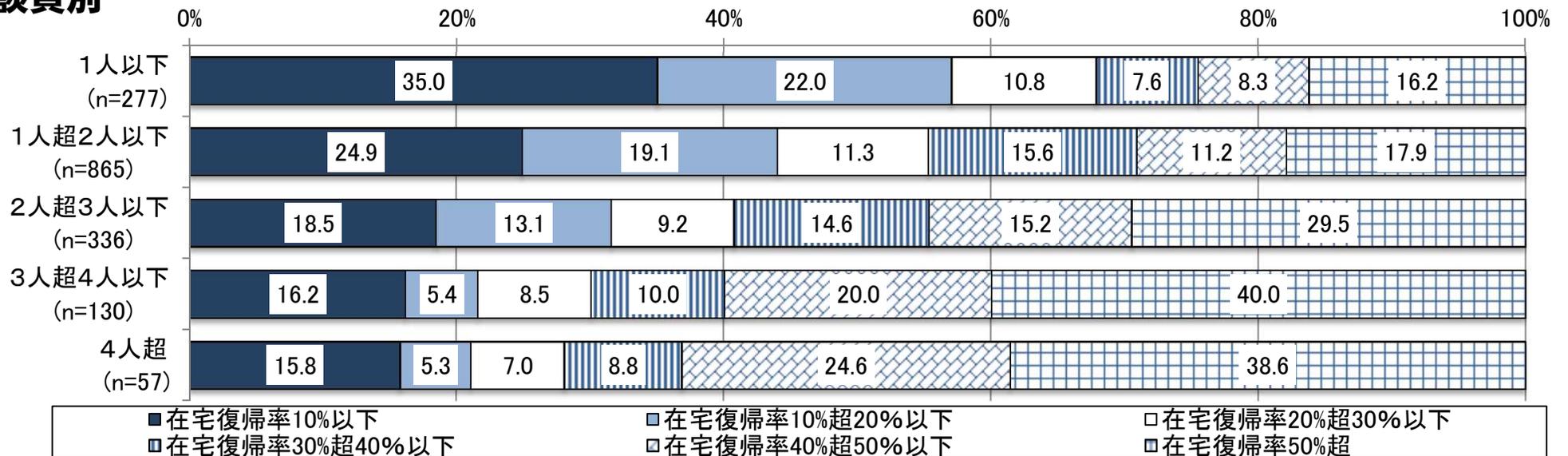
ベッド稼働率75%未満
 ベッド稼働率75%以上80%未満
 ベッド稼働率80%以上85%未満
 ベッド稼働率85%以上90%未満
 ベッド稼働率90%以上95%未満
 ベッド稼働率95%以上

介護老人保健施設における職員数と在宅復帰率について

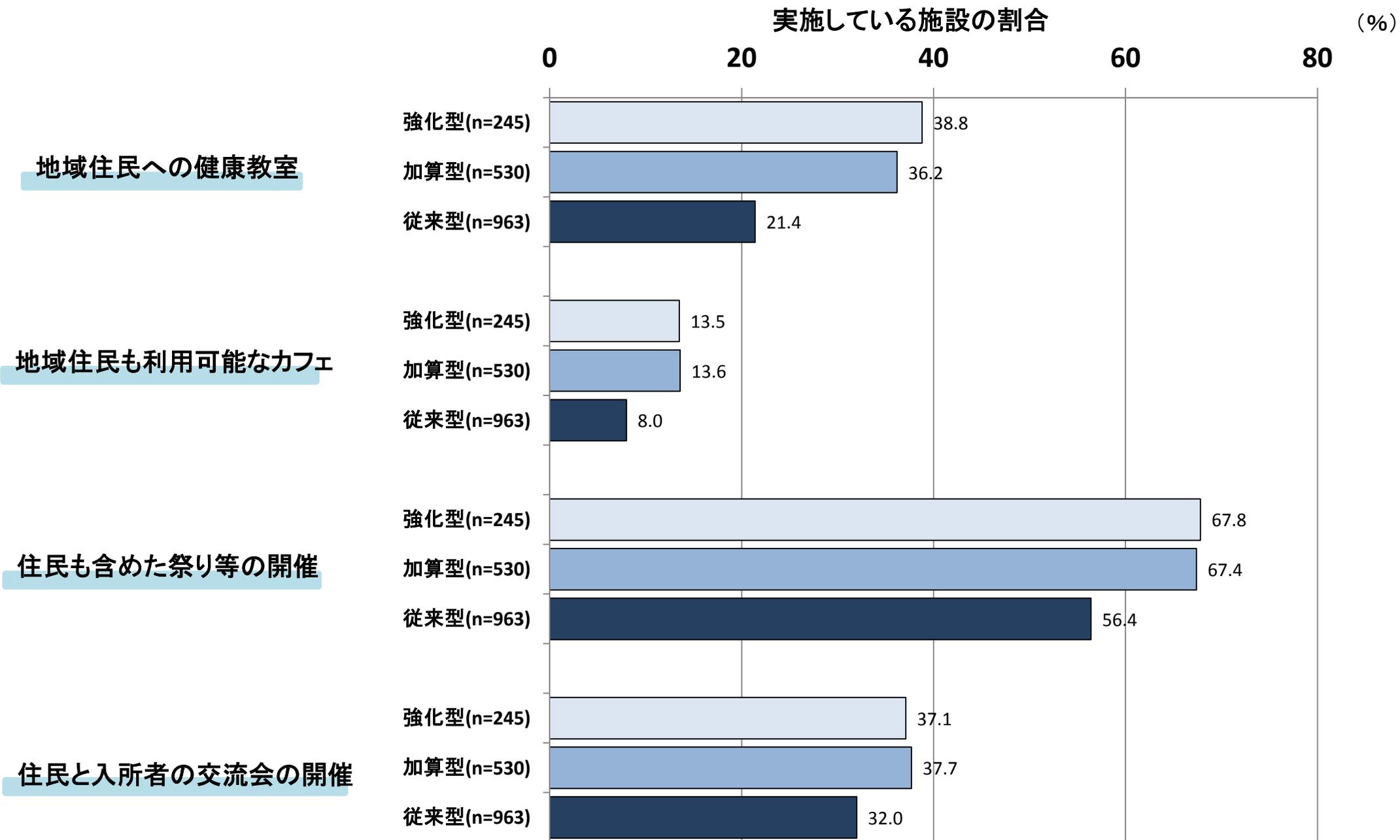
リハ専門職数別



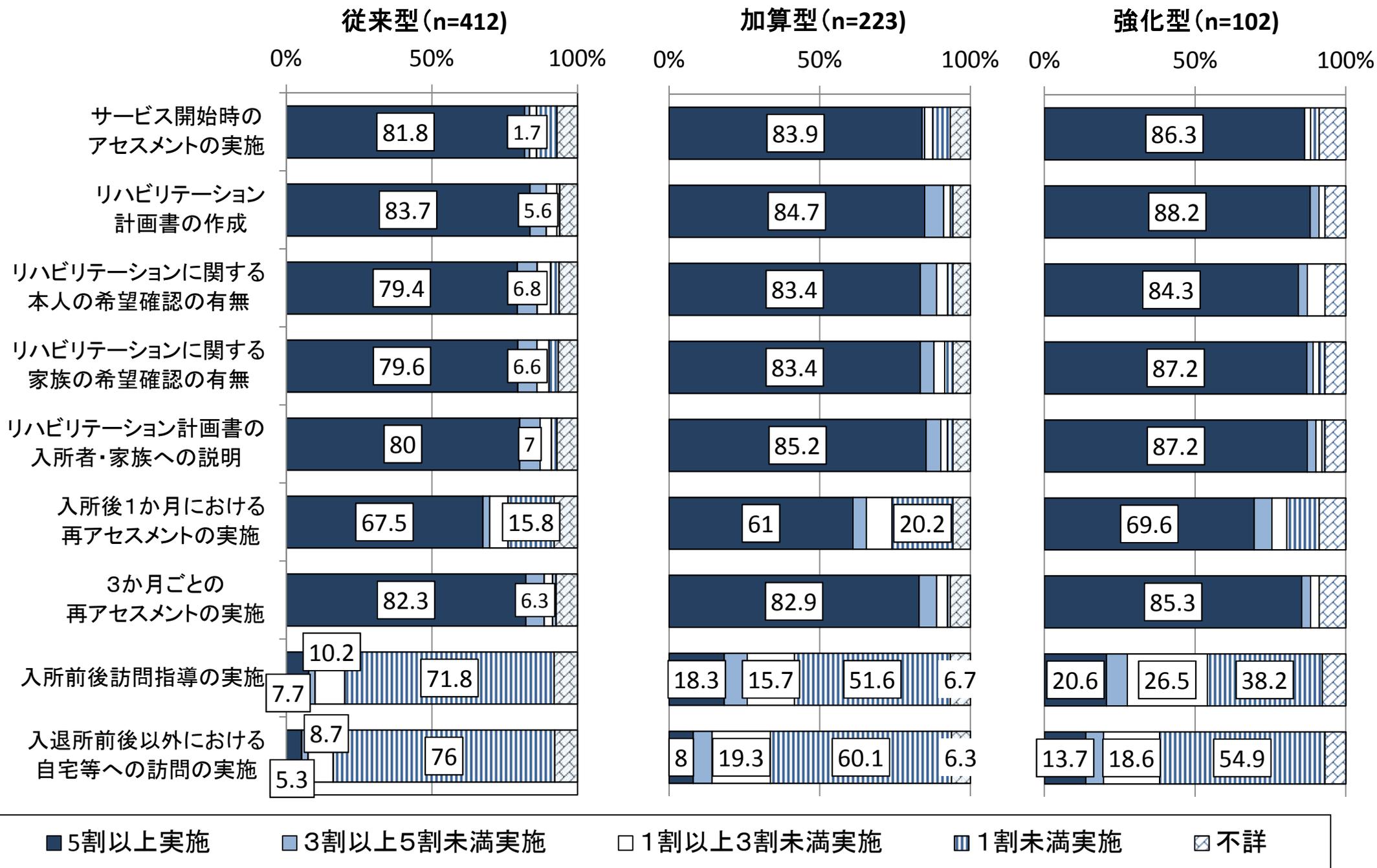
支援相談員別



介護老人保健施設における地域貢献活動の実施状況



介護老人保健施設におけるリハビリテーションマネジメントの状況

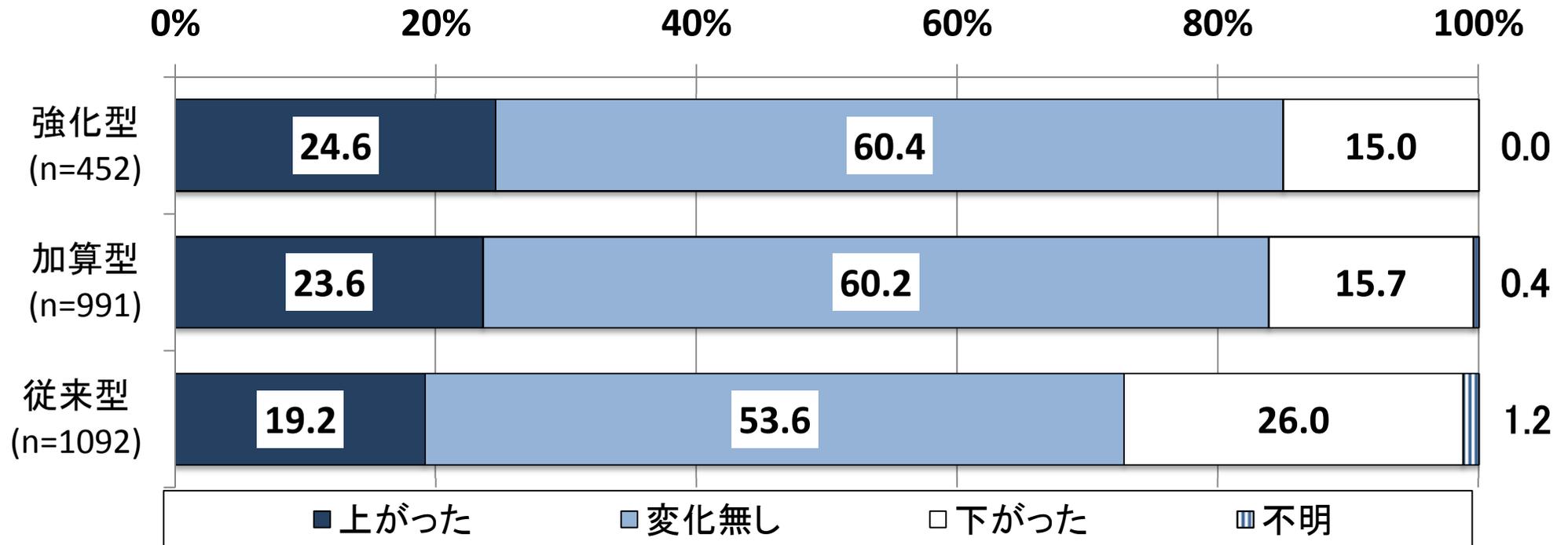


介護老人保健施設における入所時から退所時のADL等の変化について

施設類型別、1週間あたりの機能訓練時間について

	機能訓練の 件数	訓練時間の 平均値(分)	訓練時間の 中央値(分)
強化型	141	124.1	75.0
加算型	201	78.6	50.0
従来型	489	66.1	40.0

施設類型別、入所時から退所時のADL等の変化について



介護老人保健施設における退所者の入所直前の居所と退所先について

退所者全体n=2,922人(全体を100%で表記)

退所先 入所元	本人の家	病院	診療所	他の老人 保健施設	特別養護 老人ホーム	有料老人 ホーム	サービス 付き高齢 者向け住宅	養護老人 ホーム	経費老人 ホーム・ ケアハウス	認知症対 応型共同 生活介護	死亡	その他・ 不明	小計
本人の家	18.0%	6.9%	0.1%	0.3%	1.8%	1.0%	0.4%	0.1%	0.0%	0.6%	2.0%	0.4%	31.6%
病院	9.6%	27.5%	0.1%	1.1%	6.3%	1.6%	1.2%	0.1%	0.2%	0.9%	5.5%	1.3%	55.5%
診療所	0.2%	0.5%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%	0.0%	1.5%
他の老人保健施設	0.2%	1.3%	0.0%	1.0%	0.6%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	3.8%
特別養護老人 ホーム	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	1.1%
有料老人ホーム	0.2%	0.6%	0.0%	0.0%	0.1%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	1.4%
サービス付き高 齢者向け住宅	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%
養護老人ホーム	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.2%
経費老人ホー ム・ケアハウス	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
認知症対応型共 同生活介護	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.7%
その他・不明	0.7%	1.0%	0.0%	0.1%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	3.1%
小計	29.0%	38.9%	0.7%	2.6%	10.2%	3.3%	1.9%	0.2%	0.3%	1.8%	8.5%	2.5%	100.0%

介護老人保健施設とかかりつけ医との連携について

論点 2

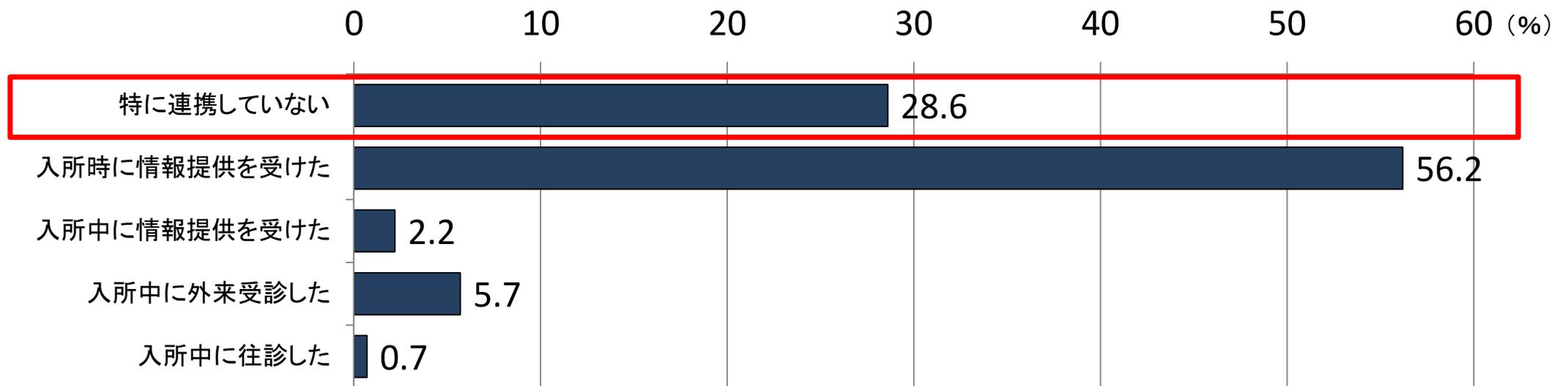
- 入所時における介護老人保健施設の医師とかかりつけ医との連携が必ずしも十分ではないことに加え、特に医薬品の適正使用の推進の観点から、介護老人保健施設の医師・薬剤師とかかりつけ医が連携して利用者に対する多剤投薬を見直す取組みについてどのように考えるか。

対応案

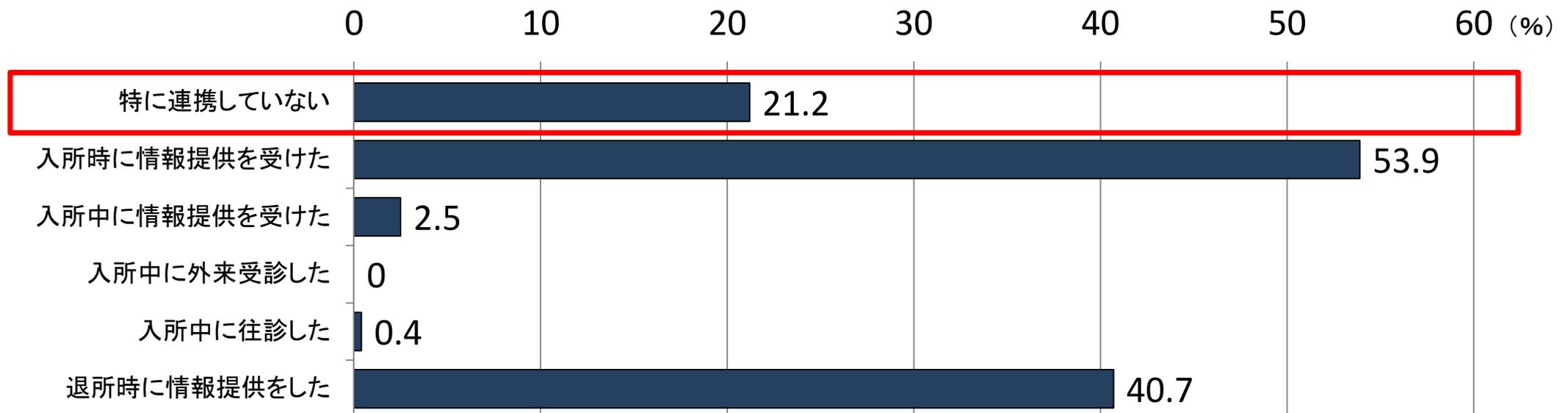
- 多剤投薬されている入所者の処方方針を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が事前に合意し、その処方方針に従って減薬する取組みについて、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要に応じて評価してはどうか。

介護老人保健施設とかかりつけ医との連携について

入所時における、利用者のかかりつけ医との連携内容について

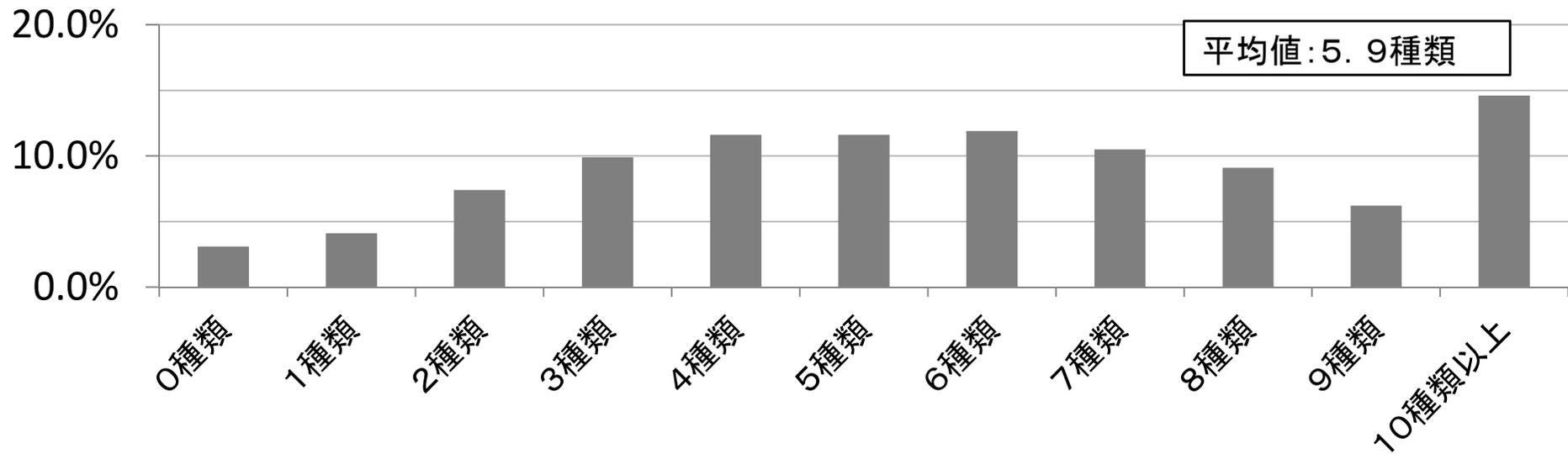


退所時における、利用者とかかりつけ医との連携内容について

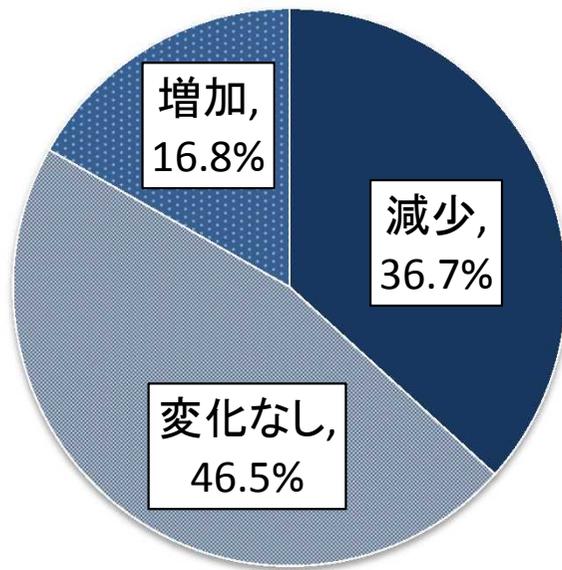


介護老人保健施設入所者の内服薬の分布

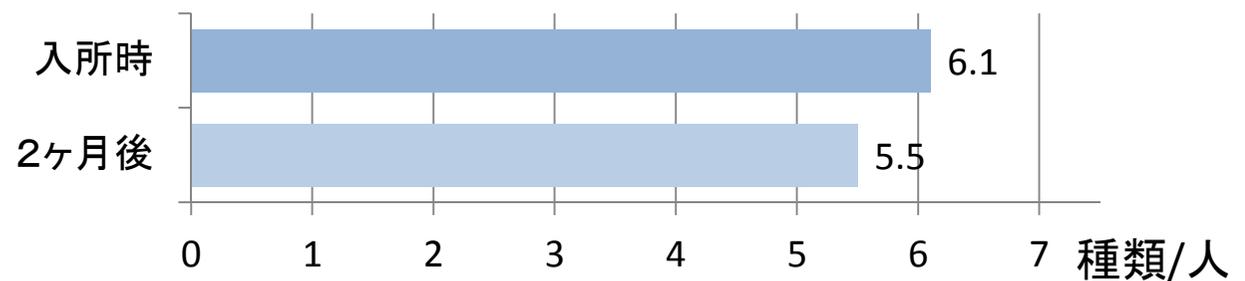
介護老人保健施設入所者の服薬数



入所時から入所2ヶ月後における薬剤種類数の変化

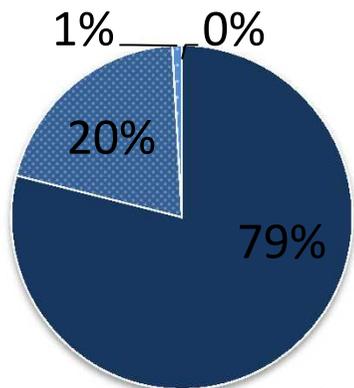


入所者1人当たり薬剤種類数の変化



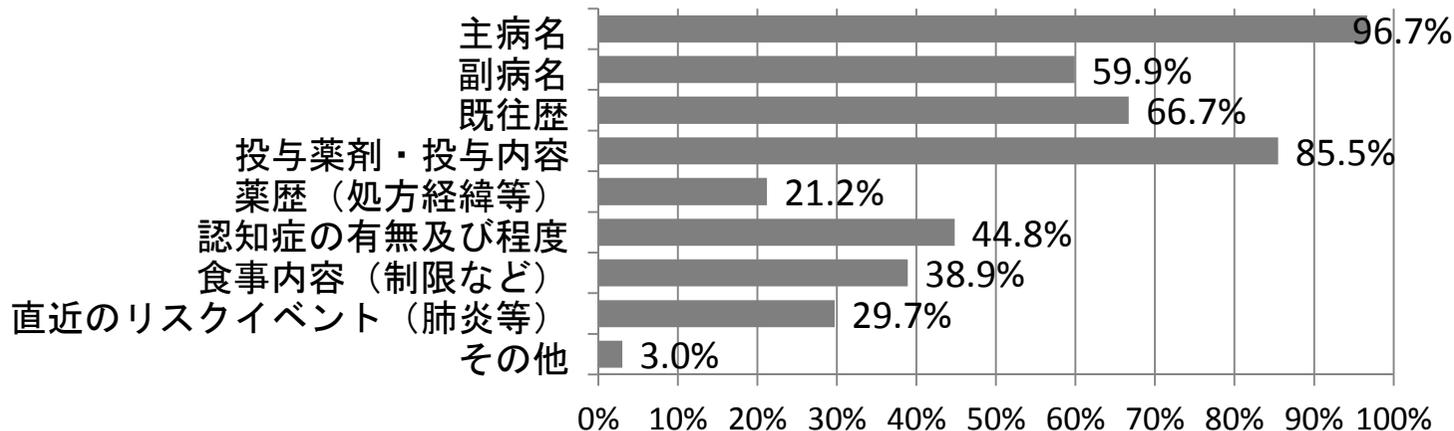
介護老人保健施設とかかりつけ医との連携について（続き）

入所時にかかりつけ医から診療情報提供を受けているか



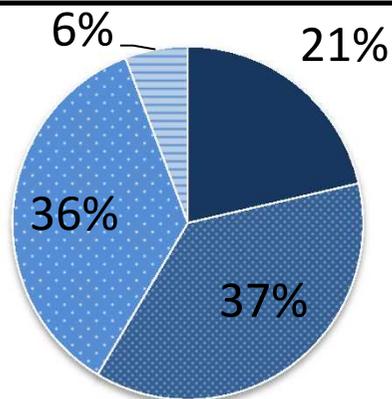
■ 必ず受けている ■ ほぼ受けている
■ あまり受けていない ■ 全く受けていない

必ず入手する医療に関わる情報



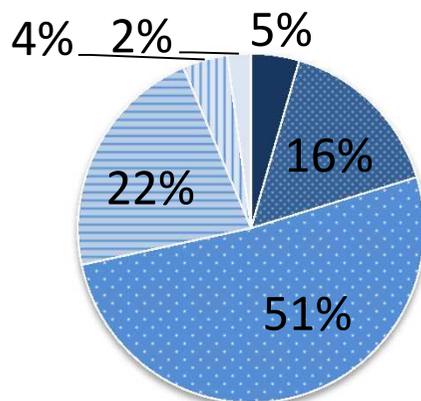
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

事前に入手していた診療情報と実際の状況が異なる場合、かかりつけ医への確認



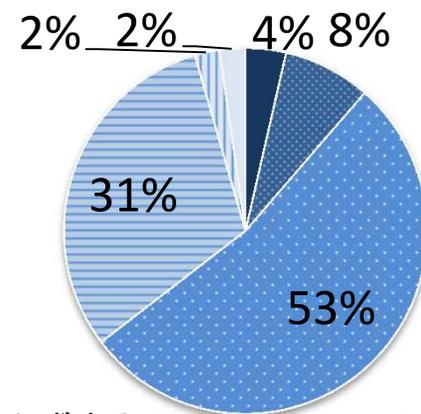
■ 必ずする ■ ほぼする
■ あまりしない ■ 全くしない

入所に際し、薬剤の中止・変更の可能性について、かかりつけ医に説明し理解を得るようにしているか



■ 必ずする ■ ほぼする
■ あまりしない ■ 全くしない
■ 薬剤は変更しない方針 ■ 無回答

薬剤を中止・変更する際、中止・変更前にかかりつけ医に説明しているか

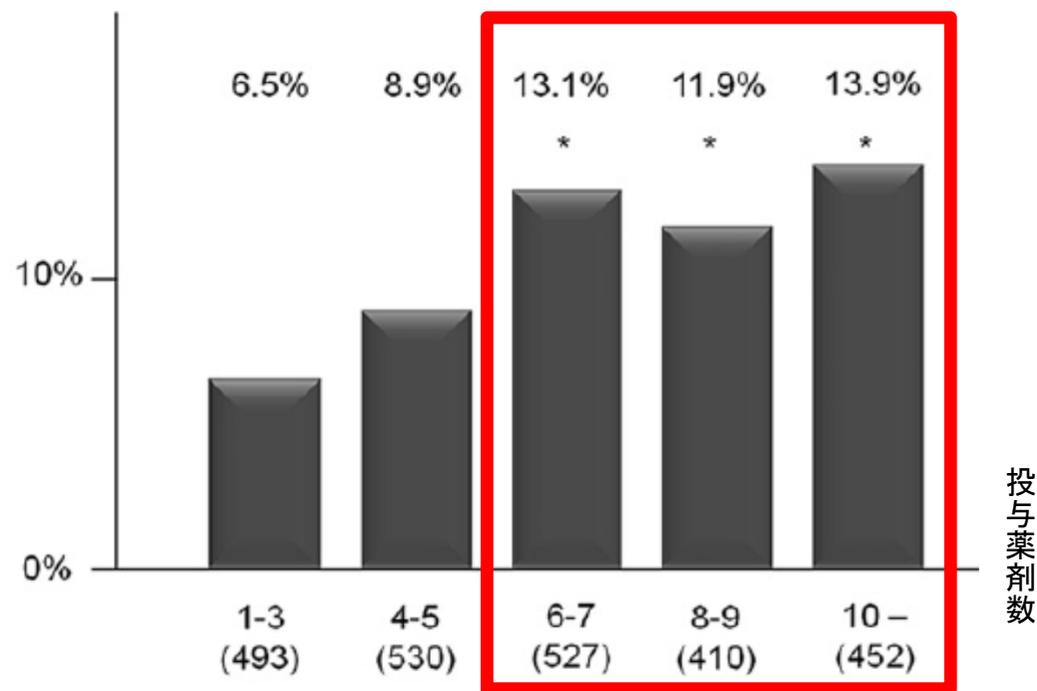


■ 必ずする ■ ほぼする
■ あまりしない ■ 全くしない
■ 薬剤は変更しない方針 ■ 無回答

- 高齢者では、6剤以上の投薬が特に有害事象の発生増加に関連している。
- 高齢者の薬物有害事象は、意識障害、低血糖、肝機能障害、電解質異常、ふらつき・転倒の順に多かった。

高齢者の投与薬剤数と有害事象の関係性

薬物有害事象発生率



投与薬剤数

高齢者の薬物有害事象の主な症状	薬物有害事象を呈した者の症状の内訳
意識障害	9.6%
低血糖	9.6%
肝機能障害	9.6%
電解質異常	7.7%
ふらつき・転倒	5.8%
低血圧	4.8%
無動・不随意運動	3.8%
便秘・下痢・腹痛	3.8%
食欲不振・吐き気	3.8%
徐脈	3.8%
出血・INR延長	3.8%

- 1995年～2010年に東京大学病院の老年病科に入院した65歳以上の高齢者2,412人(年齢:78.7±7.3歳、男性51.3%)の薬物による副作用を後向きに調査。
- 投与薬剤数は6.6±3.6剤。
- 252人(10.5%)に副作用を確認。

- 2013年4月～2014年3月に大学病院老年科5施設(杏林大学高齢医学科、名古屋大学老年内科、東北大学老年科、大阪大学老年・高血圧内科、東京大学老年病科)に入院した65歳以上の患者の薬物有害事象を調査した。
- 患者数:700名、平均年齢:81.5歳(男性46.1%)
- 薬物有害事象を呈した患者数:104名(14.7%)※上記表は、そのうち102名の症状の内訳

出典:厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)

平成25(2013)年度 総括研究報告書「高齢者の薬物治療の安全性に関する研究」

医薬品の適正使用の推進①

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価【医科】

- 医療機関において、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に調整する取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合についての評価を新設する。

(新) 薬剤総合評価調整加算 250点(退院時に1回)

[算定要件]

保険医療機関に入院している患者であって、以下のいずれかの場合に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

- ① 入院前に6種類以上の内服薬(入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者の退院時に処方される内服薬が2種類以上減少した場合
- ② 精神病床に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて退院までの間に抗精神病薬の種類数が2以上減少した等の場合。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、1,000mg以上減少した場合を含めることができる。

(新) 薬剤総合評価調整管理料 250点(月1回に限り) 連携管理加算 50点

[算定要件]

- ① 薬剤総合評価調整管理料
保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬(受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される内服薬が2種類以上減少した場合は、所定点数を算定する。
- ② 連携管理加算
処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、区分番号B009診療情報提供料(I)は算定できない。

介護老人保健施設で提供される医療について

論点 3

- 介護老人保健施設における感染症の診療については、薬剤耐性（AMR）対策の観点を踏まえ、他の医療機関で行われている検査等を含め、診断に係る手間についてどのように考えるか。
- また、介護老人保健施設では行うことが困難な専門的な検査等を必要とし短期間の入院を行う場合があることについてどのように考えるか。

対応案

- ・ 所定疾患施設療養費については、介護老人保健施設で行うことができない専門的な検査が必要な場合には医療機関と連携する等、診断プロセスに係る手間に応じた評価としてはどうか。
- ・ 併せて、専門的な診断等のために医療機関に1週間以内の短期間入院を行う入所者であっても、制度上は退所として扱われるが、介護老人保健施設で行われる医療として必要なものであることから、在宅復帰率等の算定に際し配慮してはどうか。

【所定疾患施設療養費の概要（現行）】

<算定要件>

- ① 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

<単位数> 305 単位/日

<算定率> 0.6%（所定疾患施設療養費の算定回数÷基本報酬の算定回数で算出）

（出典）「介護給付費等実態調査」平成29年6月審査分

所定疾患施設療養費について

- 介護老人保健施設の入所者には肺炎等の疾患が比較的好く発症しているが、医療機関へ転送する例が多い一方で、肺炎等については一定の薬剤に対する報酬が算定可能であれば、医療機関への転院を減少させられると考える施設が6割以上あった。
- 平成24年度介護報酬改定で、入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎などの疾病を発症した場合における介護老人保健施設内での対応について評価を行った。

所定疾患施設療養費 305単位/日 (1月に1回、連続する7日に限る)

○対象となる疾病

- ・ 肺炎
- ・ 尿路感染症
- ・ 帯状疱疹(抗ウイルス剤の点滴を必要とする者に限る)

○算定要件

- ・ 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

(出典)

図1)「介護サービス情報公表制度」(平成21年度)より老人保健課調べ

図2)平成20年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設における適切な医療提供のあり方に関する研究事業」

図1 3カ月間の退所者の退所先の内訳

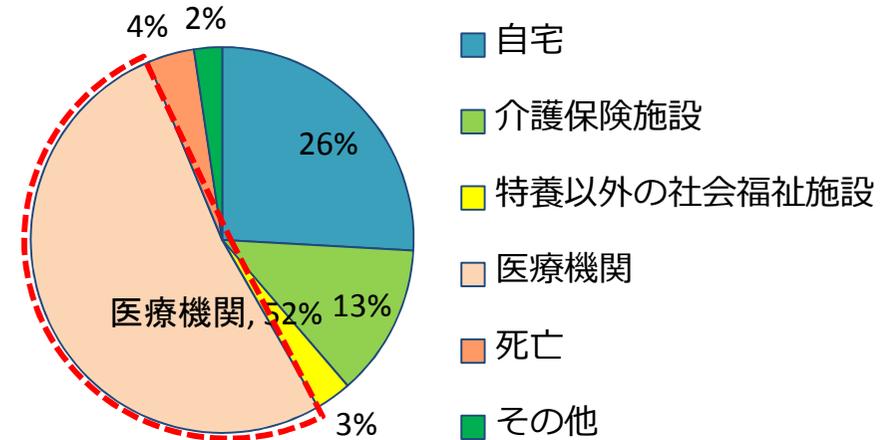
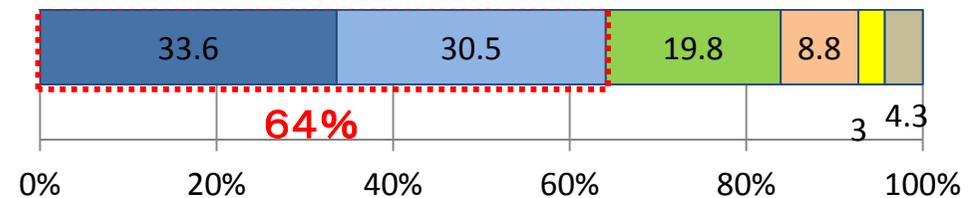


図2 一定の薬剤(肺炎に対する抗生物質等)が算定可能と認められれば、医療機関への転院が減少すると思う施設



- かなりそう思う
- まあそう思う
- どちらともいえない
- あまりそう思わない
- ほとんどそう思わない
- 無回答

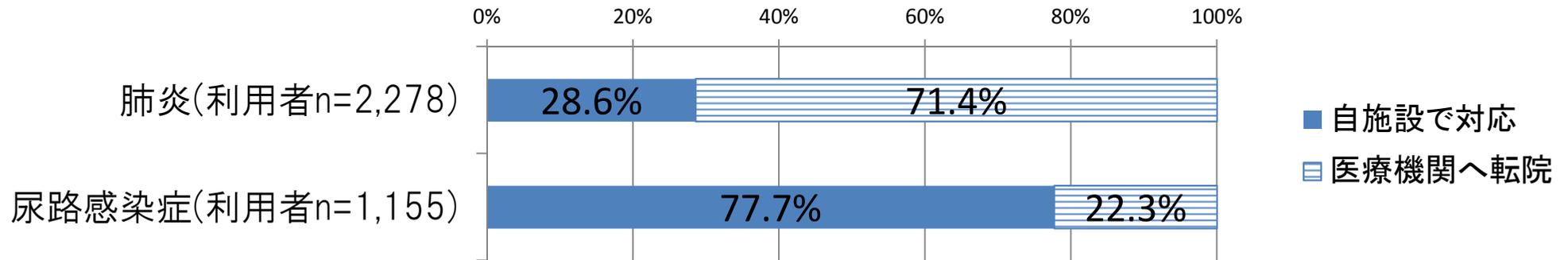
介護老人保健施設における医療の充実（効果検証）

○ 介護老人保健施設入所者の肺炎・尿路感染症に対して、施設内での対応は充実しつつある。

平成20年10～11月の間に

肺炎と診断された入所者のうち71.4%が、医療機関へ転院していた。

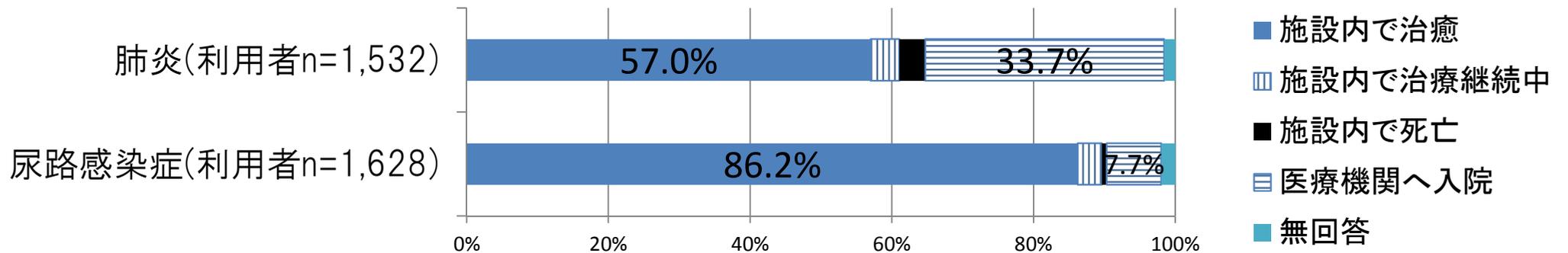
尿路感染症と診断された入所者のうち22.3%が、医療機関へ転院していた。



平成24年11月中に

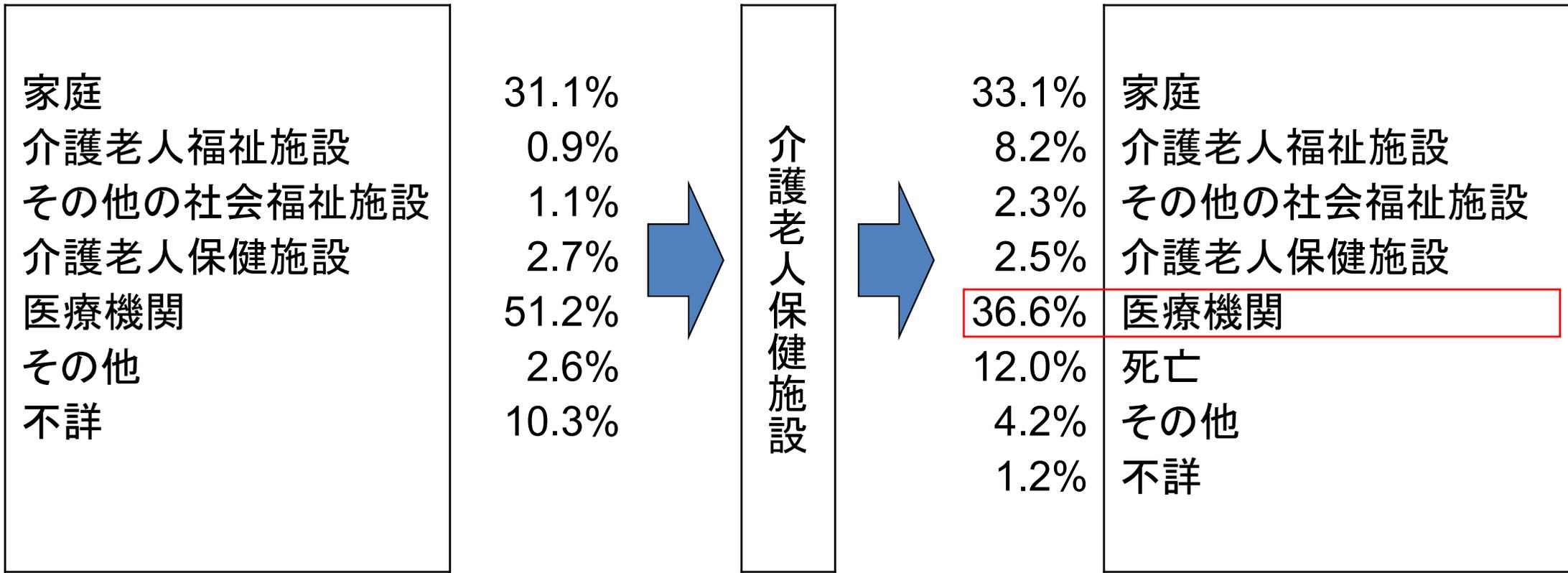
肺炎と診断された入所者のうち57.0%が、施設内で治癒していた。

尿路感染症と診断された入所者のうち86.2%が、施設内で治癒していた。



介護老人保健施設における入所者・退所者の状況

(退所者: 18,569人)

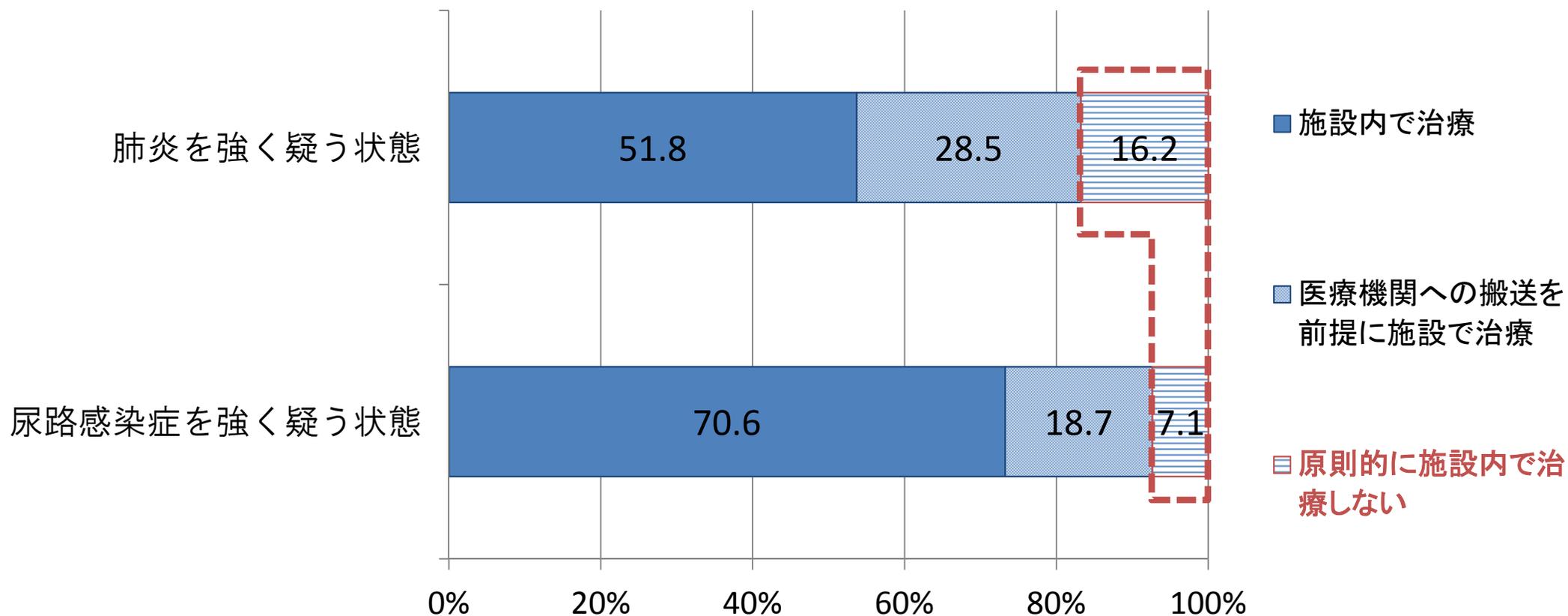


平均在所日数 299.9日 (311.3日)

医療機関	→	医療機関	24.6 (%)
家庭	→	家庭	19.6
家庭	→	医療機関	6.1

介護老人保健施設における肺炎・尿路感染症への対応方針

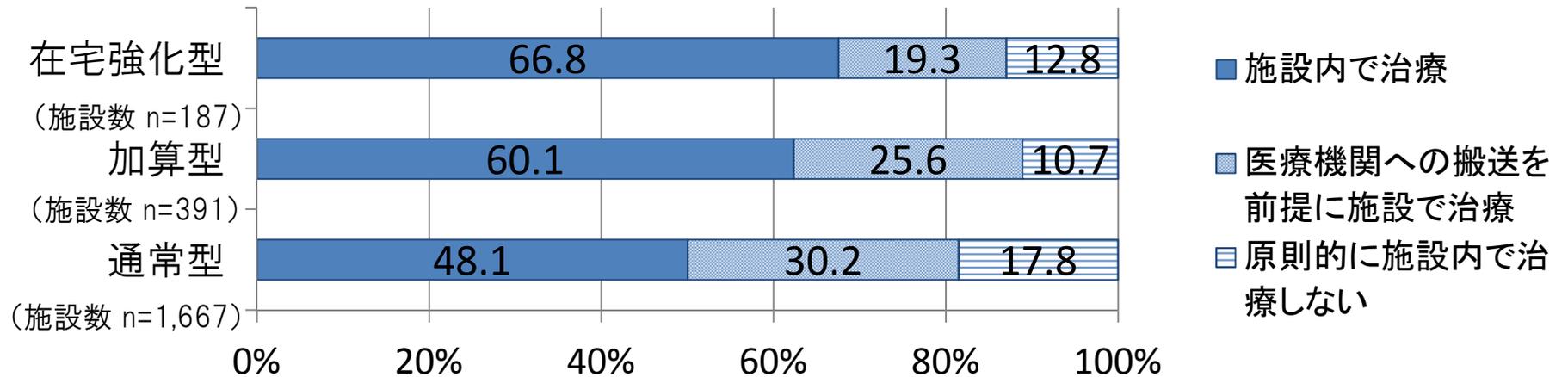
老健全体 (n = 2,245)



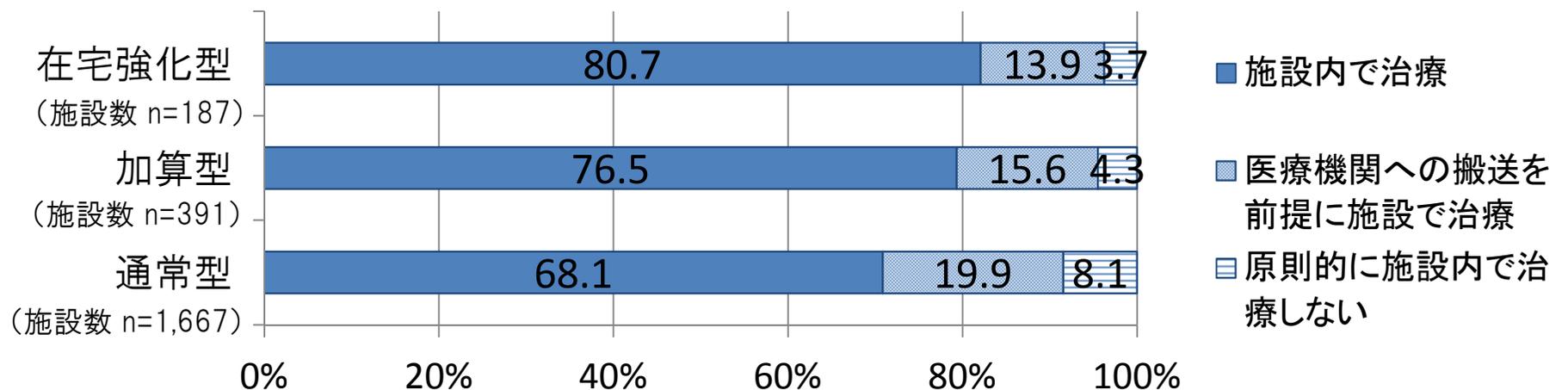
介護老人保健施設における肺炎・尿路感染症への対応方針（続き）

○ 在宅強化型は、肺炎・尿路感染症の治療を施設内で行う割合が高い。

【肺炎】



【尿路感染症】



感染症（肺炎）の診断治療について

肺炎の診断

肺炎の診断は問診，診察所見，血液検査所見，胸部X線所見より総合的に判断する。問診では咳嗽，喀痰，呼吸困難，胸痛といった呼吸器症状と発熱，倦怠感，食思不振，意識障害といった全身症状，診察所見では胸部聴診でのcracklesや，発熱，頻脈，頻呼吸を認めた場合に，肺炎を疑い胸部X線検査，血液検査を施行する。

典型的な細菌性肺炎では胸部X線検査で気管透亮像を伴う浸潤影を認め，血液検査所見で好中球優位の白血球数増加，炎症反応（CRP上昇・血沈充進・プロカルシトニン上昇）を認める。

肺炎の診療においては原因菌の同定がきわめて重要であり，喀痰が得られる場合には喀痰のグラム染色，培養検査を行い，血液培養も2セット提出する。また，迅速診断法として尿中抗原検査（肺炎球菌，肺炎マイコプラズマ），喀痰抗原検査（肺炎球菌），咽頭ぬぐい液抗原検査（肺炎マイコプラズマ）も有用である。

（引用：成人肺炎診療ガイドライン2017）

ガイドラインを利用した抗菌薬選択の基本的考え方

エンピリック治療

患者の属性（年齢、基礎疾患）
および症状、所見から原因微生物を推定し抗菌薬を選択

より適正なエンピリック治療

グラム染色や尿中抗原、血清学的な検査などの迅速検査法によって原因微生物を推定し抗菌薬を選択

標的治療

細菌学的な検査によって得られた菌種、菌名、薬剤感受性試の結果を基に抗菌薬を選択

感染症（尿路感染症）の診断治療について

肺炎の診断

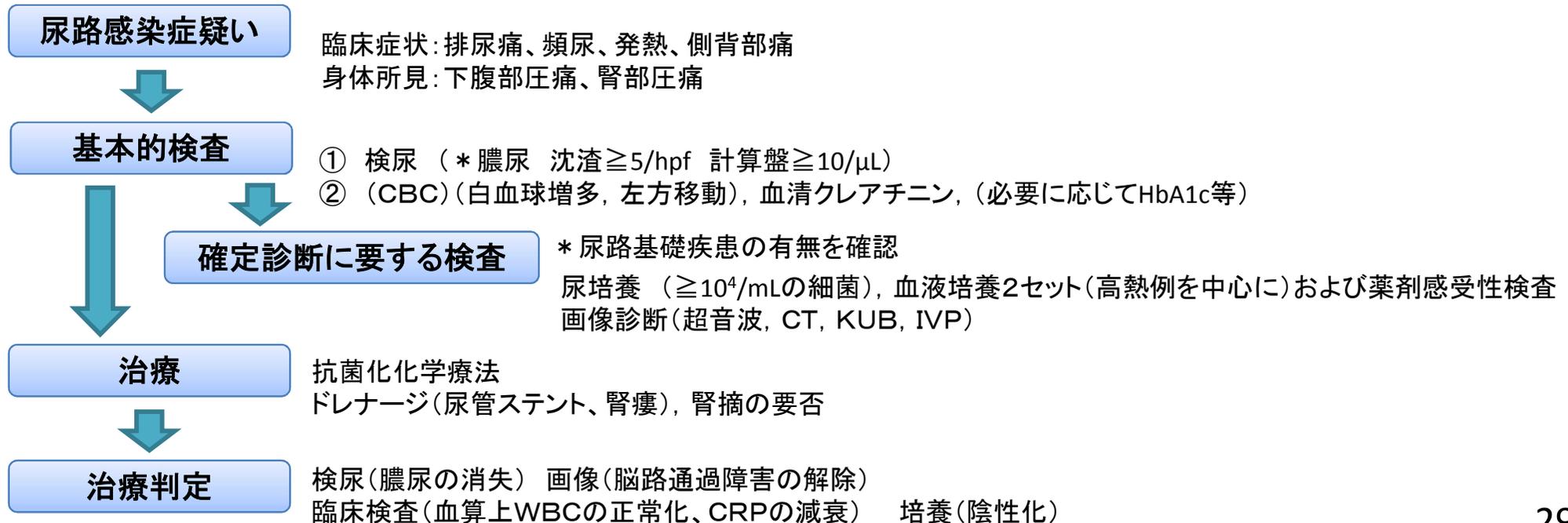
尿路感染症は、感染診断名としては、腎盂腎炎と膀胱炎とに分けられる。一方で、その病態による一般的分類法として尿路基礎疾患または全身性易感染性因子のあるなしで、複雑性と単純性とに分ける。頻度として多い女性の急性単純性膀胱炎は外来治療の対象である。

急性単純性腎盂腎炎は高熱のある場合、全身状態不良の場合など、入院が必要なこともある。複雑性尿路感染症は、膀胱炎、腎盂腎炎とも、症状軽微な場合、外来治療が原則であるが、複雑性腎盂腎炎で上部尿路閉塞機転が強く高熱が認められるものでは、入院の上、尿管ステント（ダブルJまたはシングルJカテーテル）留置、腎瘻造設などの泌尿器科的ドレナージを必要とすることもある。それら病態を見極めるための検査として、画像診断（超音波断層、静脈性腎盂造影、X線CTなど）が必要となる。

感染症としての診断には、適切な採尿法による検尿で膿尿を証明すること、尿培養にて原因菌を同定し薬剤感受性を検査することが基本である。（引用：日本臨床検査医学会 ガイドライン2015）

尿路感染症が疑われた場合の検査のフローチャート

引用：日本臨床検査医学会 ガイドライン2015



介護老人保健施設における感染症に対する体制等について

菌の培養検査を行っていますか
(外部委託含む) 【n = 850施設】

■ 行っている ■ 行っていない



過去1年間の間に抗菌薬の使い方についての研修会の受講(対管理医師) 【n = 722施設】

■ 受講した ■ 受講していない



薬剤耐性菌の検出検査が出来るしくみがありますか(外部委託含む) 【n = 846施設】

■ 行っている ■ 行っていない



施設における感染対策に関わる会議の開催頻度 【n = 867施設】

■ 1ヶ月に2回以上 ■ 1ヶ月に1回 ■ 2~3ヶ月に1回
■ 4~5ヶ月に1回 ■ 半年以上に1回



必要時に菌の種類の特定制及び薬剤耐性菌の保菌の検査を行っていますか 【n = 712施設】

■ 行っている ■ 行っていない



薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン (概要)

背景

- 1980年代以降、人に対する抗微生物薬の不適切な使用等を背景として、病院内を中心に新たな薬剤耐性菌が増加
- 先進国における主な死因が感染症から非感染性疾患へと変化する中で、新たな抗微生物薬の開発は減少
- 国外においては、多剤耐性・超多剤耐性結核(抗酸菌)、耐性マラリア等が世界的に拡大
- 動物における薬剤耐性菌は動物分野の治療効果を減弱させるほか、畜産物等を介して人に感染する可能性

国際社会の動向

- 2015年5月の世界保健機関(WHO)総会で、薬剤耐性に関する国際行動計画が採択
➡加盟各国に今後2年以内に自国の行動計画を策定するよう要請
- 2015年6月のエルマウ・サミットで、WHOの国際行動計画の策定を歓迎するとともに、人と動物等の保健衛生の一体的な推進(ワンヘルス・アプローチ)の強化と新薬等の研究開発に取り組むことを確認

我が国の対応

- 2015年11月、「薬剤耐性(AMR)タスクフォース」を厚生労働省に設置
- " 12月、「国際的に脅威となる感染症対策閣僚会議」の枠組みの下に、「薬剤耐性に関する検討調整会議」を設置

薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン

- 概要:WHOの「薬剤耐性に関する国際行動計画」を踏まえ、関係省庁・関係機関等がワンヘルス・アプローチの視野に立ち、協働して集中的に取り組むべき対策をまとめたもの
- 計画期間:今後5年間(2016~2020年)
- 構成:以下の6つの分野に関する「目標」や、その目標ごとに「戦略」及び「具体的な取組」等を盛り込む

分野	目標
1 普及啓発・教育	薬剤耐性に関する知識や理解を深め、専門職等への教育・研修を推進
2 動向調査・監視	薬剤耐性及び抗微生物剤の使用量を継続的に監視し、薬剤耐性の変化や拡大の予兆を適確に把握
3 感染予防・管理	適切な感染予防・管理の実践により、薬剤耐性微生物の拡大を阻止
4 抗微生物剤の適正使用	医療、畜水産等の分野における抗微生物剤の適正な使用を推進
5 研究開発・創薬	薬剤耐性の研究や、薬剤耐性微生物に対する予防・診断・治療手段を確保するための研究開発を推進
6 国際協力	国際的視野で多分野と協働し、薬剤耐性対策を推進

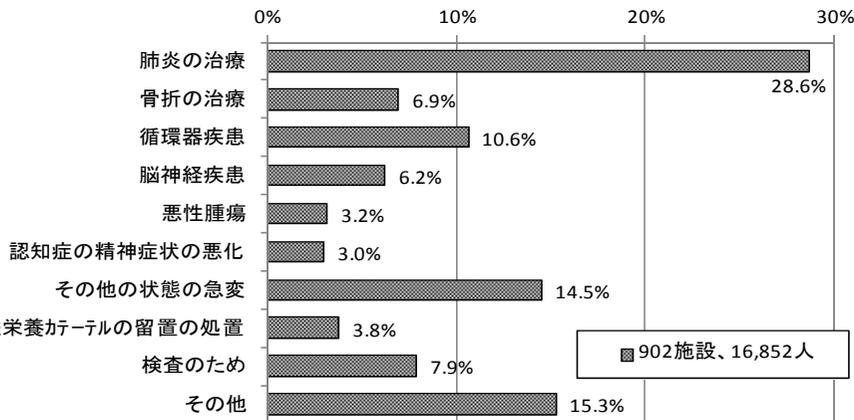
AMRに関する国内対策の更なる推進及びアジア地域等における主導的役割の発揮



(2) 医療提供を目的とした介護保険施設等の施設の役割を踏まえた利用者等へのサービスの在り方に関する調査研究事業

○老健から病院への退所者の入院理由は、「肺炎の治療」が28.6%、「その他の状態の急変」が14.5%、「循環器疾患」が10.6%であった。

図表28 【老健】病院への退所者の入院理由



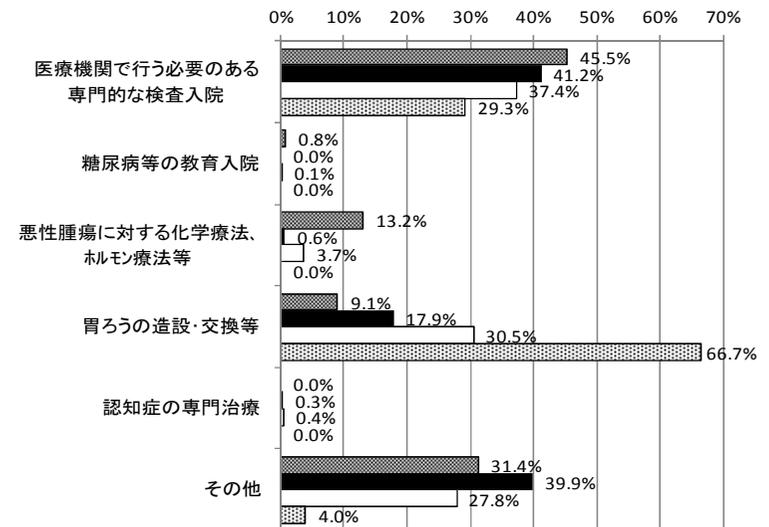
○1週間以内の短期入院の後、施設へ再入所した人が「有」の施設のうち、在宅強化型では、平成29年1月～6月の期間の平均退所者数は72.0人、うち本人の家への平均退所者数が31.5人、病院・診療所への入院による平均退所者数が17.6人、死亡による平均退所者数が6.2人であった。

図表30 【老健：1週間以内の短期入院者がいた施設】1施設あたりの平均入所定員(単位:人)・平均退所者数等(平成29年1月～6月)(延べ人数:単位:人)

	平均入所定員	平均退所者数	平均退所者数		
			うち、本人の家への平均退所者数	うち、病院・診療所への入院による平均退所者数	うち、死亡による平均退所者数
在宅強化型(n=53)	90.4	72.0	31.5	17.6	6.2
加算型(n=122)	95.8	56.6	15.8	22.8	3.7
従来型(n=206)	94.6	40.3	5.9	24.5	3.5
療養強化型・療養型(n=10)	65.7	30.7	2.1	18.4	5.8

○1週間以内の短期入院となった者について、その入院理由は、在宅強化型では「医療機関で行う必要のある専門的な検査入院」が45.5%であった。

図表31 【老健】病院・診療所への入院期間が1週間以内の短期入院で施設へ再入所した人の入院理由(平成29年1月～6月)(延べ人数)



○老健において、病院・診療所への入院期間が1週間以内の短期入院の後、施設へ再入所した人が「有」の施設は、在宅強化型では46.2%、加算型では53.3%、従来型では51.5%、療養強化型では21.1%、療養型では28.1%であった。

図表29 【老健】病院・診療所への入院期間が1週間以内の短期入院で施設へ再入所した人の有無(平成29年1月～6月)

