

【テーマ4】高齢者施設・障害者施設等における医療

－目次－

1. 現状	2
(1) 総論	2
1) 制度の役割分担と見直しの経緯	2
2) 介護保険施設における入退所者の状況	3
3) 医療ニーズ増加への対応と看取りの推進	3
4) 高齢者施設・障害者施設等における感染症対策	4
(2) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能について	4
1) 介護医療院における医療提供機能について	4
2) 介護老人保健施設における医療提供機能について	5
3) 特養における医療提供機能について	5
4) 特定施設における医療提供機能について	6
5) 認知症グループホームにおける医療連携体制について	6
6) 障害者施設における医療提供機能について	7
(3) 医療機関と高齢者施設等との連携について	7
(4) 高齢者施設等における薬剤管理について	8
(5) 感染症対策について	8
2. 主な課題	9
(1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能について	9
1) 介護医療院における医療提供機能について	9
2) 介護老人保健施設における医療提供機能について	10
3) 特養における医療提供機能について	10
4) 特定施設における医療提供機能について	11
5) 認知症対応型グループホームにおける医療連携体制について	11
6) 障害者施設における医療提供機能について	11
(2) 医療機関と高齢者施設等との連携について	12
(3) 高齢者施設等における薬剤管理について	12
(4) 感染症対策について	12
3. 検討の視点	13
(1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能について	13
(2) 医療機関と高齢者施設等との連携について	13
(3) 高齢者施設等における薬剤管理について	14
(4) 感染症対策について	14

【テーマ4】高齢者施設・障害者施設等における医療

1 現状

(1) 総論 [参考資料 p2～23]

1) 制度の役割分担と見直しの経緯

- 介護保険施設における医療サービスについては、施設の機能に応じ、介護保険又は医療保険から給付することとし、介護保険では日常的な医学的管理を中心に、できるだけ包括化し、給付することとされている。

- 近年の介護保険施設にかかる主な制度の見直しとして、
 - ・ 平成 27 年度より、原則、特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）への新規入所者を要介護 3 以上の高齢者に限定し、在宅での生活が困難な中重度者を支える施設としての機能に重点化された。
 - ・ 平成 29 年の介護保険法改正により、
 - ① 医療の必要な要介護者の長期療養及び生活施設である介護医療院が創設されるとともに、介護療養型医療施設の経過措置期限が令和 5 年度末までとされた。
 - ② 介護老人保健施設について、在宅復帰・在宅療養支援を行う施設であることが明確化された。
 - ・ 平成 30 年度介護報酬改定では、これらの見直しを踏まえ、介護医療院における療養環境の充実に向けた評価や介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能指標の精緻化など、それぞれの機能を強化する形での報酬の設定・見直しが行われるとともに、特養については、日常生活に必要な医療や看取りを強化するため、配置医師による緊急時の対応や喀痰吸引等に対応可能な介護職員の手厚い配置、看取り期の評価の充実等が行われた。
 - ・ また、令和 3 年度介護報酬改定では、施設における医療ニーズへの対応強化や医療と介護の連携推進のため、介護老人保健施設における所定疾患施設療養費の拡充や短期入所療養介護での医療ニーズのある利用者を受入れた場合の加算の新設、介護医療院における長期入院患者の受入れに対する評価の新設等の見直しが行われた。

- 障害者施設は、施設に入所する障害者に、夜間において、入浴、排せつ及

び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援を行うとともに、日中に生活介護等の障害福祉サービスを実施する施設である。

- 近年の障害福祉サービス等報酬改定においては、利用者の重度化・高齢化に伴う夜間業務の負担増加に対する支援体制の評価の充実や、医療的ケアを必要とする利用者に対する日中のサービス提供体制への評価の充実等が行われた。

2) 介護保険施設における入退所者の状況

- 介護医療院は、入所者の 74.2%が医療機関からの入所であり、退所者の 52.2%が死亡退所、19.8%が医療機関への退所となっている。
- 介護老人保健施設は、入所者の 48.5%が医療機関、33.6%が家庭からの入所であり、退所者の 36.3%が家庭、33.3%が医療機関への退所、10.6%が死亡退所となっている。なお、平成 22 年の調査では、退所者の 48.9%が医療機関、23.8%が家庭への退所となっており、10 年ほど前と比べ在宅復帰する者の割合は増加している。
- 特養は、入所者の 32.0%が家庭、22.8%が医療機関、16.6%が介護老人保健施設からの入所であり、退所者の 69.0%が死亡退所、23.7%が医療機関への退所となっている。

3) 医療ニーズ増加への対応と看取りの推進

- 施設入所者の高齢化や平均要介護度の上昇とともに、施設における医療ニーズは近年高まっていると考えられ、そうしたニーズに適切に対応し、住み慣れた環境における生活の継続を望む高齢者が、可能な限り施設で生活を送ることが継続できるよう、施設の医師等による医療提供体制の充実、協力医療機関等による相談体制の充実、バックベッド機能の整備等、施設や協力医療機関等の連携による医療ニーズへの対応力向上が求められる。
- また、看取りについては平成 18 年度介護報酬改定において「看取り介護加算」を創設して以降、施設における、看取りの実情に応じた見直しが行われている。平成 24 年度介護報酬改定では特定施設入居者生活介護（以下「特定施設」という。）における看取りへの対応の充実を評価、平成 30 年度介護報酬改定では施設内における看取りをさらに進める観点から、医療提供体制

を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合、より手厚く評価する見直しを行っている。

- さらに、令和3年度介護報酬改定において、中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算の見直しを行い、従来の死亡日以前30日前からの算定に加えて、死亡日以前45日前からの対応について新たに評価する区分を設けた。さらに、高齢者施設等においても患者本人の意思決定が尊重され、患者が望む場所で人生の最終段階の医療・介護を受けることができるように、基本報酬や看取りに係る加算の要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を推進している。

※ 詳細は【テーマ6】人生の最終段階における医療・介護にて議論

4) 高齢者施設・障害者施設等における感染症対策

- 施設における感染対策については、今般の新型コロナウイルス感染症への対応の中で、急速な感染拡大時に施設における基本的な感染対策の脆弱さや医療提供機能に限りがあることとともに、協力医療機関との連携不足も明らかとなった。

(2) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能について [参考資料 p24~57]

1) 介護医療院における医療提供機能について

- 介護医療院については、常勤の医師及び看護職員が配置され、入所者に必要な日常的な医療については施設の医師等が行うこととされている。夜間については、I型介護医療院においては医師の当直が義務付けられており、看護職員については、I型・II型共に必置ではないものの、実態としては一定数の看護職員が配置されていると報告されている。
- 介護医療院における給付の範囲については、常勤医師が配置されていることや、一定数の看護職員が配置されていること等から、手術等を除き、入所者に対する医療提供にかかる費用は、基本的に介護保険からの給付とされている。
- 介護医療院については、サービス創設時の平成30年度介護報酬改定において、介護療養型医療施設から引き続き、重度者に対する医学的管理等に対

する評価として、特別診療費が設けられるとともに、給付調整上も従来の介護療養型医療施設と比較し、併設医療機関以外の医師による診察に係る初再診の費用や外来緩和ケア管理料等の一部管理料が医療保険で評価されるなど、医療ニーズを持つ利用者への対応能力の向上が図られている。

2) 介護老人保健施設における医療提供機能について

- 介護老人保健施設については、常勤の医師及び看護職員が配置され、入所者に必要な日常的な医療については施設の医師等が行うこととされている。夜間については医師の当直は義務付けられていないが、看護職員については必置ではないものの、実態として一定数の看護職員が配置されていると報告されている。
- 介護老人保健施設における給付の範囲については、夜間休日を除き常勤医師が配置されていることや、一定数の看護職員の配置が行われていることから、手術や特殊な検査、画像検査などを除き、入所者に対する医療提供にかかる費用は、基本的に介護保険からの給付となっている。
- また、介護老人保健施設における薬剤の給付調整については、これまで昭和63年の設立当初の抗悪性腫瘍剤にはじまり、診療報酬改定の度に、介護保健施設における医療提供を充実する観点から、個別の薬剤ごとに出来高算定できる薬剤を拡大している。
- 近年の改定において、施設における医療提供機能を拡充する観点から所定疾患施設療養費やターミナルケア加算の拡充、総合医学管理加算の新設など、介護報酬上の対応が実施されており、所定疾患施設療養費の算定回数や死亡退所の割合についても増加している。

3) 特養における医療提供機能について

- 特養の医師については、「入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数」配置することが基準上求められている（配置医師）。一施設あたりの配置医師数の平均は約1.6人であり、非常勤が約9割を占めている。
- また、看護職員については、入所者数に応じた人数の配置が基準上求められており、一施設あたり平均は常勤換算で4.2人である。

- 特養における給付の範囲については、主に配置医師による「健康管理又は療養上の指導」に係る医師の診療は介護保険での給付となるが、末期の悪性腫瘍や看取り、配置医師の専門外で特に診療を必要とする場合等に行う往診等は医療保険で給付されている。
- 近年の改定において、中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算について、従来の死亡日以前 30 日前からの算定に加えて、死亡日以前 45 日前からの対応について新たに評価する区分を設ける等の対応を実施している。

4) 特定施設における医療提供機能について

- 特定施設については、医師の配置を求めておらず、看護職員のみ配置を求めており、72.9%の施設が夜間看護体制加算を算定するなど、夜間については、一定程度の看護体制が整備されている。
- 特定施設における給付の範囲については、外来や在宅医療など医師による診療に係る費用については医療保険での給付となる一方で、看護に係る費用については末期の悪性腫瘍等の患者や急性増悪により、一時的に頻回の訪問看護が必要である利用者等を除き介護保険からの給付となっている。
- 近年の改定において、中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算の見直しを行い、従来の死亡日以前 30 日前からの算定に加えて、死亡日以前 45 日前からの対応について新たに評価する区分を設けるほか、看取り期における夜勤等による看護職員の実配置を新たに評価する等の対応を実施している。

5) 認知症グループホームにおける医療連携体制について

- 認知症グループホームは、要介護者であって認知症であるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用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ある。
- 入居者の医療ニーズに対しては、医療機関との連携や事業所の職員としての看護職員の配置等により対応しており、その医療提供体制の整備について、一定の要件の下、医療連携体制加算として評価を行っている。

- また、令和3年度介護報酬改定においては、医療ニーズのある入居者への対応を適切に評価し、医療ニーズのある者の積極的な受入れを促進する観点から、医療ニーズへの対応状況や内容、負担を踏まえ、医療連携体制加算について、医療的ケアに係る要件を追加したところである。
- なお、認知症グループホームにおける訪問診療等に係る給付調整は、基本的に自宅に居住する要介護被保険者と同じである。ただし、他の介護サービスとの併給はできない。

6) 障害者施設における医療提供機能について

- 障害者施設（生活介護を行う場合）の医師については、「利用者に対して日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数」配置することが基準上求められている（配置医師）。また、看護職員については、入所者数に応じた人数の配置が基準上求められている。
- 障害者施設（生活介護を行う場合）における給付の範囲については、主に配置医師による「健康管理または療養上の指導」に係る医師の診療は障害福祉サービス等報酬での給付となるが、配置医師の専門外で特に診療を必要とする場合の往診等は医療保険で給付されている。
- 障害者施設の入所者を、令和4年3月時点と平成25年3月時点で比較し、年齢階級別にみると、50歳以上60歳未満は11.2%増加、65歳以上は37.1%増加と増加傾向にある。また、障害支援区分別にみると、区分5以下の利用者は減少する一方、区分6の利用者が増加しており、入所者の高齢化・重度化が進んでいる。

(3) 医療機関と高齢者施設等との連携について [参考資料 p24~57]

- 介護保険施設は運営基準において入所者の急変や入院治療に対応するため協力病院を定めるものとされている。また、特定施設や認知症グループホームについては、協力医療機関（病院・診療所）を定めることとなっており、特定施設の協力医療機関は、病院が39.7%、診療所が53.4%となっている。
- 一方で、例えば特養において、協力医療機関の種別は特定機能病院から地域医療支援病院、在宅療養支援病院、有床診療所等様々であり、協力病院が担う業務についても施設間で差があることが報告されている。

- 歯科医療については、入所者が歯科診療を必要とする場合、多くは医療保険による訪問歯科診療により提供されている。また、施設内で口腔の管理等を行う際も歯科医療機関との連携により行われるが、多くの介護保険施設が協力歯科医療機関を定めている一方で協力歯科医療機関が実施している内容は様々である。

※ 詳細は【テーマ2】リハビリテーション・口腔・栄養にて議論

(4) 高齢者施設等における薬剤管理について [参考資料 p58~67]

- 高齢者施設等の利用者においては、加齢による身体・認知機能等の低下と多剤の服用が重なることにより、有害事象のリスク増加や服薬アドヒアランス低下等につながる状態（いわゆる「ポリファーマシー」）に陥ることが懸念されるため、薬剤管理の実施は薬物療法の適正化の観点から重要である。
- したがって、常勤の医師及び薬剤師の配置がある施設においては、施設での薬剤管理指導や減薬等に係るかかりつけ医との連携の取組について、令和3年度介護報酬改定において介護老人保健施設に対する評価が新設された。
- また、薬剤師の配置がない介護老人福祉施設等では、薬局等の薬剤師による訪問薬剤管理指導が進められてきており、入所者の服用薬剤の種類数が多い傾向にあるこれらの施設において、アドヒアランスや重複投薬の改善等を通じたポリファーマシー対策だけでなく、施設職員の業務改善にも貢献している。

(5) 感染症対策について [参考資料 p68~83]

- 今般のコロナ禍においては、高齢者施設・障害者施設等におけるクラスターの発生、病床ひっ迫等による施設内療養が多数生じ、高齢者施設・障害者施設等での平時からの感染症の予防・まん延防止や感染症の治療が必要な入居者への適切な対応が求められている中で、
 - ① 高齢者施設、障害者施設等の平時からの感染症の予防及びまん延防止のための取組の実施状況
 - ② コロナ患者が発生した場合に、診療を行う協力医療機関（配置医師や自施設医師を含む）の確保状況について、施設間で差がみられ、対応困難な例も見られた。

- このため、コロナ禍での取組として、全ての都道府県において、
 - ① 感染制御・業務継続支援チームを派遣できる体制の整備
 - ② 医師や看護師による往診・派遣が可能な医療機関の事前確保
 といった取組を進めており、国においても、補助金や診療報酬上の特例(薬剤費や緊急時往診等)などを組み合わせつつ必要な支援を行ってきた。

- また、令和3年度介護報酬改定においては、全ての介護サービス事業者に対し、感染症の発生及びまん延の防止のための研修や訓練の実施等が義務付けられた。(令和5年度までは努力義務)

- また、2022年12月9日に公布された「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」(令和4年法律第96号)においては、予防計画の策定を通じ、自治体や医療関係者、高齢者施設等の関係者等の平時からの意思疎通、情報共有、連携の推進を行うことを目的とした「都道府県連携協議会」を設置することとされており、その中で、高齢者施設等における療養も、議論・協議の対象として挙げられている。

2 主な課題

(1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能について

1) 介護医療院における医療提供機能について

- 介護医療院の介護報酬体系は、制度創設時において基本的に介護療養型医療施設を継承したことから、基本サービス費で喀痰吸引や経管栄養など基本的な医療提供が評価される一方で、緊急時の治療や人工呼吸器の使用等の比較的重度な状態像の利用者に対する加療について、加算による評価がなされている。

- 介護医療院は、医療提供が内包されている施設であり、提供可能な医療として酸素療法(酸素吸入)を行うことが可能な施設が約91%、静脈内注射(点滴含む)が約82%、喀痰吸引(1日8回以上)が83.7%と、一定の医療が提供可能であると報告されている。

- 一方で、退所者の約20%が医療機関への退所であり、そのうち一定の割合が肺炎や尿路感染症等の一般的な疾患であると報告されていること等から、施設ごとに対応可能な医療ニーズに差がある可能性がある。

- 介護療養型医療施設からの移行が完了することも踏まえつつ、短期入所も含め、今後想定される入所者や医療の進展を踏まえ、今後の介護医療院での医療提供のあり方や、適切な評価について引き続き検討していく必要がある。

2) 介護老人保健施設における医療提供機能について

- 介護老人保健施設において提供可能な医療については、酸素療法(酸素吸入)を行うことが可能な施設が約66%、静脈内注射(点滴含む)が約61%、喀痰吸引(1日8回以上)が約50%であり、施設間で医療提供機能にばらつきが見られている。
- また、介護医療院同様、介護老人保健施設においても、医療機関への退所者のうち肺炎や尿路感染症等による入院も一定の割合を占めていると報告されており、施設ごとに対応可能な利用者の医療ニーズに差がある可能性がある。
- さらに、介護老人保健施設については、医療機関への退所者のうち、約21%が平日夜間又は土日に退所しているとの報告もあり、一般的に医師が不在である夜間休日の、施設での医療対応能力の向上や協力医療機関との連携体制の構築が求められる。
- また、給付調整に関連して、介護老人保健施設の入所にあたり、服用している医薬品が高額であるという理由で施設入所に至らないという事例も報告されている。

3) 特養における医療提供機能について

- 特養において提供可能な医療については、酸素療法(酸素吸入)を行うことが可能な施設が約54%、静脈内注射(点滴含む)が約32%、喀痰吸引(1日8回以上)が約24%である。
- 退所者のうち69.0%が死亡によるものであることや、83.0%の特養が施設における看取りに対応していることから、「終の棲家」としての機能は一定程度果たしているといえる。
- そうした中、特養における配置医師が行う健康管理や療養上の指導は、介護報酬において評価されているが、配置医師との契約形態等により、配置医師が不在時において、急変時の対応が難しい状況が発生するという指摘も

ある。実際に、配置医師が不在時に生じた急変等の対応方法としては「配置医師によるオンコール対応」は平日・日中：63.2%、平日・日中以外：38.2%、「配置医師以外の医療機関によるオンコール対応」は平日・日中：16.0%、平日・日中以外：30.3%、「上記は実施せず、救急搬送」は平日・日中：26.0%、平日・日中以外：38.2%となっている。

- また、配置医師緊急時対応加算の算定率が5.9%にとどまっていることや、看取りを受け入れられない場合がある理由として「対応が難しい医療処置があるため」と回答する施設が48.8%あり、医療対応が必要な場合でも可能な限り施設で生活を送ることができるようにする観点から、更なる取組みが求められる。

4) 特定施設における医療提供機能について

- 特定施設においては、医師の配置が求められておらず、入居者に対する医療提供にあたっては、医師が配置されている施設と比較して、協力医療機関や入居者の主治医などの外部との連携がより一層必要となっている。
- 特定施設における看取りの推進について、死亡退去率は61.9%であり更なる推進が必要である。

5) 認知症対応型グループホームにおける医療連携体制について

- 認知症グループホームにおける入居者の医療ニーズに対しては、訪問診療や訪問看護（医療保険）のほか、医療機関等との連携や事業所の職員としての看護職員の配置により対応しているところであるが、その連携・配置体制の整備を評価する医療連携体制加算（Ⅱ・Ⅲ）について、医療的ケアの要件を追加したものの、事業所の職員として看護職員を配置することが難しいといった現場の声がある。

6) 障害者施設における医療提供機能について

- 障害者が、その特性や個々の状況に応じて、日頃から医療・介護・障害福祉サービスを円滑に併用しながら生活できる体制や、緊急時に適切に医療の提供を受けられる体制が求められている。
- また、医療・介護・障害福祉サービスにまたがるニーズを有する者に対応するためには、医療機関が障害者の特性や個々の状況に応じた医療提供を行う一方で、障害者施設において一定の医療ニーズに対応することや、双方の

連携体制を強化し、受診時等において、必要な情報を共有しながら個々の障害者に応じて適切なサービスを提供することが求められている。

(2) 医療機関と高齢者施設等との連携について

- 特定機能病院などの高度な医療を提供しうる医療機関を協力病院（医療機関）としている施設が一定数あり、医療機関の持つ医療機能と、緊急時の相談対応や往診等の医療提供などの施設や入所者が求める医療内容が必ずしも一致しない可能性がある。
- また、医療機関へ退所した場合の退所先の病床種別については、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟等を除いた一般病床が大半を占めているが、要介護者に適した入院医療を提供する観点からは、患者の状態に応じた医療機関との連携を進める必要がある。

※ 詳細は【テーマ3】要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療にて議論

- 歯科医療については、介護保険施設に入所していても適切な口腔の管理が行われ、口腔の状態に応じ必要な歯科医療が提供されるよう、協力歯科医療機関や患者のかかりつけ歯科医などの地域の歯科医療機関との連携を推進する必要がある。

※ 詳細は【テーマ2】リハビリテーション・口腔・栄養にて議論

(3) 高齢者施設等における薬剤管理について

- 高齢者施設等においては、ポリファーマシーが懸念される利用者が多くおり、また、服薬の支援・管理は施設職員の業務の中でも時間や労力を相当程度必要とするものとなっている。常勤の医師及び薬剤師の配置がある施設においては、減薬を含めた必要な取組等をさらに推進することが求められ、その他の施設等では、薬局等の薬剤師が、医師や施設職員と協働しながら、各利用者・施設の状況等に応じた薬剤管理指導を行うことで、ポリファーマシーの解消等につながると考えられ、さらなる推進が求められる。
- また、例えば入所時の持参薬の管理等、様々な療養の場を移り変わる利用者の継続的な薬剤管理に資する取組も求められており、薬局と施設等とのさらなる連携が必要である。

(4) 感染症対策について

- 将来的な新興感染症等に備えた感染症対策にあたっては、コロナ禍における対応を踏まえつつ、平時から高齢者施設等における感染予防の能力向上を図りつつ、施設内で感染が拡大した場合における対応を適切に行うための医療機関と高齢者施設等の連携についても強化していく必要がある。

- そのためには、当該医療機関において
 - ・ 感染対策に関する助言
 - ・ 必要時の高齢者施設等への職員の派遣の機能が求められるが、感染者が急増した際に必ずしも十分な対応がなされなかったとの意見がある。

- また、認知症の人が手洗いやマスクの着用といった一般的な感染防止策を実施することが困難な場合もあるといった指摘があり、高齢者施設特有の課題もある。

3 検討の視点

(1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能について

- 常勤の医師及び看護職員が配置されている介護医療院及び介護老人保健施設について、介護医療院における生活の継続を望む高齢者が、可能な限り施設で生活を送ることができるようにする観点や、介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能を推進する観点から、利用者に対して必要な医療が適切に提供されるよう、どのような対応が考えられるか。

- 必ずしも常勤でないものの医師の配置が義務づけられている特養における医療ニーズへの適切な対応のあり方について、どのように考えられるか。

- 医師の配置が義務づけられていない特定施設及び認知症対応型グループホームにおける医療ニーズへの適切な対応のあり方について、どのように考えられるか。

- 障害者施設の入所者の高齢化等が進む中で、医療・介護・障害福祉サービスにまたがるニーズを有する者に対応できるよう、障害特性や個々の状況に応じた医療・介護サービスの提供体制や、障害者施設における一定の医療ニ

ーズに対応する体制についてどう考えるか。

(2) 医療機関と高齢者施設等との連携について

- 高齢者施設等の入所者の急変時における相談体制や往診等の体制を充実する観点や、その後適切な入院医療に繋げる観点から、協力医療機関等との連携の在り方についてどのように考えるか。

(3) 高齢者施設等における薬剤管理について

- 患者の療養の場が移っても切れ目なく適切な薬物療法を継続し、ポリファーマシー等に対して必要な対応を行うためには、地域においてどのような連携体制が求められるか。

(4) 感染症対策について

- 高齢者施設・障害者施設等における平時からの感染予防の能力向上を図りつつ、施設内で感染が拡大した場合における対応を適切に行うための医療機関と高齢者施設等の連携についても強化する方策について、どのように考えるか。
- 今般の感染症法の改正により創設された、自治体や医療関係者、高齢者施設等の関係者が参画する「都道府県連携協議会」において、議論・協議を行うにあたり、どのような観点が重要と考えるか。