

令和5年度 老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

**特別養護老人ホームの配置医師と  
協力医療機関の連携体制や役割分担に関する  
調査研究事業  
報告書**

**令和6年3月**



# 目 次

<b>I 本事業の概要</b> .....	<b>1</b>
1 事業の目的 .....	1
2 事業の概要 .....	2
(1) 本事業の実施項目 .....	2
(2) 本事業の実施フロー .....	2
3 アドバイザリーボード及びワーキング・グループの設置・運営 .....	3
(1) アドバイザリーボードの構成 .....	3
(2) アドバイザリーボードのスケジュール・議事内容 .....	4
(3) ワーキング・グループの構成 .....	5
(4) ワーキング・グループのスケジュール・議事内容 .....	6
(5) 第1回アドバイザリーボードの議事内容 .....	7
(6) 第2回アドバイザリーボードの議事内容 .....	9
(7) 第2回ワーキング・グループ議事内容 .....	11
(8) 第3回ワーキング・グループ議事内容 .....	13
4 先行研究等の再考察 .....	14
(1) 先行研究等の再考察 .....	14
(2) 再考察結果のサマリー .....	16
<b>II 配置医師の診療内容の詳細調査</b> .....	<b>19</b>
1 配置医師の診療内容の詳細調査の概要 .....	19
(1) 調査の目的 .....	19
(2) 調査の対象・客対数 .....	19
(3) 分析対象データ・整理方法 .....	19
(4) 調査結果の表示方法 .....	19
2 配置医師の診療内容の詳細調査結果 .....	20
(1) 配置医師の診療に対する診療報酬の合計点数について .....	20
(2) レセプトデータに基づく配置医師の診療内容について .....	21
(3) 多くの特養で行われている診療内容について .....	23
3 配置医師に診療内容の詳細調査結果の考察 .....	24
(1) 特養で請求できる診療報酬の過誤請求に関する考察 .....	24
(2) 血液検査に係る診療報酬の未請求に関する考察 .....	24

<b>Ⅲ 配置医師と協力医療機関との連携や役割分担に関するヒアリング調査結果</b> ..	<b>25</b>
1 ヒアリング調査の概要 ..	25
(1) ヒアリング調査の概要 ..	25
(2) 用語の定義 ..	25
(3) ヒアリング調査先の基本情報 ..	26
2 ヒアリング調査結果の概要 ..	27
(1) 配置医師のバックアップ体制の構築状況 ..	27
(2) 配置医師のバックアップ体制の概要一覧 ..	28
(3) 特養と医療機関における連携体制の構築状況 ..	29
(4) 特養と協力医療機関の連携の概要一覧 ..	31
3 ヒアリング調査結果のまとめ ..	32
(1) 配置医師のバックアップ体制の整備に向けてのアプローチとその他の取り組み ..	32
(2) 特養と協力医療機関における連携体制の整備に向けての課題と方策 ..	34
<b>Ⅳ まとめ</b> ..	<b>35</b>
1 配置医師の診療内容を踏まえた給付調整等に関するわかりやすい周知に向けて ..	35
2 配置医師へのバックアップ体制の構築に向けて ..	35
3 特養と協力医療機関における実効性のある連携体制の構築に向けて ..	36
<b>Ⅴ 参考資料</b> ..	<b>38</b>
1 ヒアリングシート ..	38
(1) 先行ヒアリング_管理者・看護職員ヒアリングシート ..	38
(2) 先行ヒアリング_配置医師ヒアリングシート ..	41
(3) 追加ヒアリング_ヒアリングシート ..	42
2 先行ヒアリング調査結果個票 ..	44
(1) (福) 北海長正会北広島リハビリセンター特養部四恩園 ..	44
(2) (社) 十日町福祉会 ..	48
(3) A施設 ..	52
(4) (福) マザアス 地域密着型特別養護老人ホームマザアス新宿 ..	57
(5) (福) 長寿会特別養護老人ホーム陽光の園 ..	61
(6) (福) 幸伸会特別養護老人ホーム青山荘 ..	65
3 追加ヒアリング調査結果個票 ..	69
(1) B施設 ..	69
(2) C施設 ..	72
(3) (福) 日就会 特別養護老人ホーム第二日就苑 ..	76
(4) (福) 加茂福祉会 特別養護老人ホーム第二平成園 ..	79
(5) D施設 ..	82
(6) (福) 鈴鹿福祉会 特別養護老人ホーム鈴鹿グリーンホーム ..	85
(7) (福) 社会福祉法人日輪会 特別養護老人ホームかたふち村 ..	88
(8) (福) 明和会 たまんなゆうゆう ..	92
(9) (福) 上ノ郷福祉会 特別養護老人ホームこぼり苑 ..	95
(10) (福) 以和貴会 特別養護老人ホーム以和貴苑 ..	99



## 1 事業の目的

わが国では、医療介護総合確保推進法案の成立を受け、平成 27 年度の介護報酬改定により、「指定介護老人福祉施設（指定地域密着型介護老人福祉施設を含む）」（以下、「特養」という。）では、居宅での生活が困難な中重度の要介護高齢者を支える施設としての機能に重点化するため、新たに入所する高齢者については、原則、要介護 3 以上に限定されることとなった。

「介護老人福祉施設における看取りのあり方に関する調査研究事業」によると、特養の看取りの受入れ方針として、「希望があれば施設内で看取る」という回答が 83.9% となっており、“終の棲家”としての役割を果たしていることが明らかとなっている。それは、特養においては看取りを含む医療ニーズが高まっていることを示唆している。

令和 3 年度「特別養護老人ホームにおける医療ニーズに関する調査研究事業」（以下、「令和 3 年度先行研究」という。）から、入所者の医療ニーズや看護職員の役割について明らかにされた。国は、この調査結果等を踏まえ、特養の中での医療的処置への対応能力を高めるとともに、外部の医療機関等との連携を推進していくため、取り組みを進めてきたところである。

このような中、「規制改革推進に関する答申」（令和 4 年 5 月 27 日）において、「現行制度では、特養入所者の施設内における医療ニーズ（特に、特養入居者の急変時及び看取り時に要する配置医師またはその他の医師による訪問診療や往診、オンライン診療）に十分応えられておらず、当該規定において配置医師が行うこととされる「健康管理及び療養上の指導」の範囲の明確化や配置医師制度等の見直しなど所要の措置を検討すべきではないか」との問題提起がなされた。

こうした状況を踏まえ、令和 4 年度「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」（以下、「令和 4 年度先行研究」という。）では、配置医師の勤務や診療の実態、特養における入居者の医療ニーズの具体的内容、入居者に対して行われている医療対応などの状況を把握し、特養における医療ニーズへの対応の在り方に関する基礎情報を網羅的に収集する調査を行っている。

先行研究から、特養の入所者に対する医療提供の実態がわかってきた。一方で、配置医師と協力医療機関との連携体制については、どのような役割分担で特養の医療ニーズに対応すべきか整備が遅れている。

そこで、本調査研究事業では、配置医師と協力医療機関との連携や役割分担に関する好事例を収集し、入所者の医療ニーズに適切に対応するための配置医師と協力医療機関の連携体制や役割分担の在り方について検討を行う。

## 2 事業の概要

### (1) 本事業の実施項目

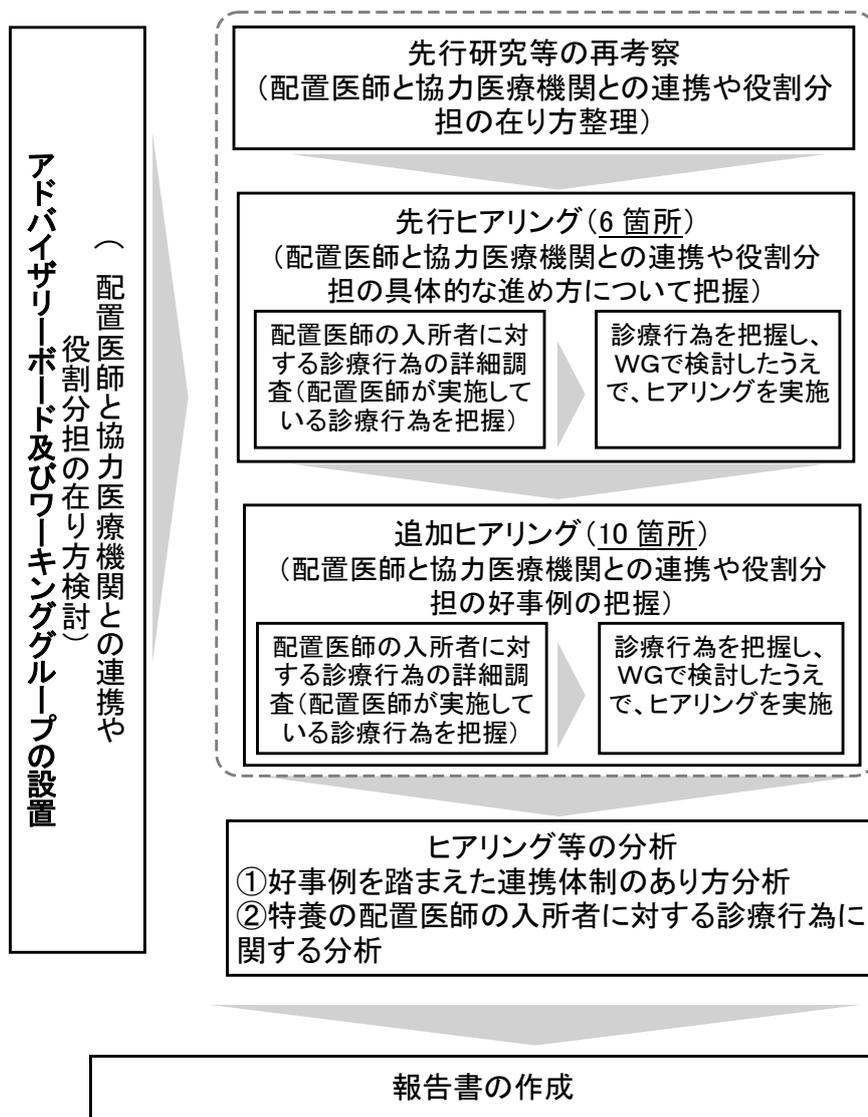
本事業は、次の項目について実施した。

- 1) アドバイザリーボード及びワーキング・グループの設置
- 2) 先行研究等の再考察
- 3) ヒアリング調査の実施
- 4) ヒアリング調査等の分析
- 5) 報告書の作成

### (2) 本事業の実施フロー

本事業の実施フローは次の通りである。

図表 本事業の実施フロー



### 3 アドバイザリーボード及びワーキング・グループの設置・運営

#### (1) アドバイザリーボードの構成

入所者の医療ニーズに適切に対応するための配置医師と協力医療機関の連携体制や役割分担の在り方の検討に向けて、専門的観点からの知見やご意見等をいただくため、学識経験者、職能団体、事業者から構成される以下のメンバーでアドバイザリーボードを設置した。

図表：アドバイザリーボードの構成員

区分	氏名	所属 役職
学識経験者	◎石原 美和	公立大学法人 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学研究科 教授
職能団体	江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会 常任理事
職能団体	加藤 馨	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 老施協総研運営委員会 委員長
事業者	佐々木 淳	医療法人社団 悠翔会 理事長・診療部長
職能団体	堀川 尚子	公益社団法人 日本看護協会 医療政策部在宅看護課社会保険・調査研究 担当専門職

(敬称略、五十音順、◎は座長)

## (2) アドバイザリーボードのスケジュール・議事内容

アドバイザリーボードの各回の議事内容は次の通りである。

図表：アドバイザリーボードの議事内容

開催回	開催時期	議事内容
第1回	令和5年10月2日(月)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 本事業の進め方について</li><li>2. 令和4年度先行研究の再考察について</li><li>3. ヒアリング調査の結果について</li><li>4. 配置医師と協力医療機関との連携や役割分担に関する論点について</li><li>5. 追加ヒアリング調査の進め方について</li><li>6. その他</li></ol>
第2回	令和6年3月11日(月)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 配置医師の診療内容を踏まえた給付調整等に関するわかりやすい周知について</li><li>2. 配置医師のバックアップ体制・協力医療機関との連携の在り方について</li><li>3. 報告書の取りまとめの方向性について</li><li>4. その他</li></ol>

### (3) ワーキング・グループの構成

ワーキング・グループは、特養の現場からの知見等をいただくため、特養の施設長、配置医師、看護職員、レセプトデータを扱う事務職等から構成される以下のメンバーでワーキング・グループを設置した。

なお、第1回は、後述の議題に対して、職位や立場に限らず、普段の業務の中で感じている意見を自由に聴取するとともに、メンバーの希望により個人名・議事内容を非公表とした。第2回、第3回は以下のメンバーで開催した。

図表：ワーキング・グループの構成員（第2回、第3回）

区分	氏名	所属 役職
事務職	財津 充利	医療法人財団百葉の会 銀座医院 事務長
施設長・ 看護師	能村 志信	社会福祉法人草加福祉会 アウル鎌ヶ谷 施設長
施設長・ 理学療法士	花城 久子	社会福祉法人カメラア会 千代田区いきいきプラザ一番町 施設責任者 カメラア会部長
施設長・ 配置医師	山口 武兼	社会福祉法人カメラア会 千代田区いきいきプラザ一番町 施設長

#### (4) ワーキング・グループのスケジュール・議事内容

ワーキング・グループの各回の議事内容は次の通りである。

図表：ワーキング・グループの議事内容

開催回	開催時期	議事内容
第1回	令和5年7月30日(日)	1. 配置医師と協力医療機関における連携の課題 2. ヒアリング調査の進め方 3. 配置医師の診療内容の詳細調査について
第2回	令和5年12月28日(木)	1. 本事業の概要について 2. 令和4年度先行研究等の再考察の結果報告・意見聴取 3. 配置医師の診療内容の詳細調査の結果報告・意見聴取 4. ヒアリング調査①の結果報告 5. ヒアリング調査②のヒアリング項目について・意見聴取
第3回	令和6年2月23日(金)	1. ヒアリング調査の分析内容等の検討 2. 配置医師の診療内容の詳細調査の結果報告 3. その他

## (5) 第1回アドバイザーボードの議事内容

【日 時】令和5年10月2日（月） 18時00分～20時00分

【手 法】オンライン会議「Zoom」

### 【主なご意見】

#### 配置医師と協力医療機関との連携や役割分担について

##### ○配置医師の役割の明確化について

- 令和4年度先行研究より、配置医師の勤務について、契約上の診療回数は月に5回程度、報酬は26万円台であることが明らかになっている。これが全国の特養での健康管理の実情であるが、この報酬では、配置医師が施設側の要望に応えることが困難な状況のケースがあると考えられる。
- 配置医師は、全入居者に対して少なくとも月1回の診察を実施し、不安定な入居者に対してはより頻繁に診察を行うケースが多い。薬の処方や検査の実施、家族への定期訪問時の説明など、入居者の健康維持に必要な医療行為を担っているが、現行の診療報酬体系では、診療報酬が十分に評価されていない状況にある。
- 現行の報酬体系下では、施設側が配置医師にオンコールやオンラインでの対応を依頼することが困難である。現在、特養が支払っている報酬は、週1回の訪問に対する報酬であるため、特養側から配置医師に追加の対応を求めづらい。
- 特養における配置医師の役割は、健康管理や療養上の指導であるが、契約内容は医師ごとに異なり、各医師の状況に応じた契約内容の調整が必要である。
- 役割の明確化が求められているが、契約上の制限や介護報酬の枠組み内での配置医師の役割定義には限界があるのではないか。
- 特養における配置医師の役割は広範囲に及び、これらは施設在宅医療で求められる役割と大差ない。カンファレンスや委員会への参加、疼痛管理や直接的な処置など、配置医師に大きな負担となっている業務について、その実施方法を見直す必要がある。
- 配置医師が担当する業務の中には、施設の看護職員や特定行為研修を修了した看護師が対応可能なものもあるため、業務の見直しや分担に関する検討が必要である。
- 配置医師の平均年齢が高く、新たな配置医師の確保が全国的に難しい状況である。特に24時間365日の在宅医療の対応は、医師にとって大きな負担となっている。
- 医療資源が限られている地域では、特に離島や過疎地で配置医師の確保がさらに難しく、通常の週1回の診療すらままならない実態がある。
- 誤嚥性肺炎や尿路感染症などで介護施設からの急性期病棟への入院が多くみられるが、地域包括ケア病棟などでの対応可能なケースもあり、地域包括ケア病棟等をもつ中小病院との連携の強化が求められる。
- 医療機関や介護施設との連携を促進する仕組みの活用が必要であり、診療報酬改定においても連携の仕組みを含めた見直しが期待される。高齢の配置医師による緊急対応の難しさやがん末期患者への訪問診療の拡大を含め、訪問診療で支えられる疾患や状態の検討が今後の課題である。

### ○配置医師不在時の対応について

- 配置医師不在時の対応に関して、配置医師が対応不可能な場合に、「現在、医師に連絡できません」という状態を特養で作り返すべきではないと考えられる。24時間体制で医師と連絡が取れ、必要な医療アクセスが保障される体制の構築が必要である。
- 特養以外の高齢者施設では訪問診療の仕組みがあり、24時間医師との連絡が保証されているが、特養では訪問診療ではなく配置医師という形を取っているため、医師各自の対応範囲で業務を行っている。特に、特養は介護施設等の中で重度の方々を受入れる施設であり、意識障害や呼吸困難等の急変が生じるリスクのある方が多く存在する。そのような方々にいつ何が起こるかは予測不可能であり、起こった時に医師との相談ができないことで病院に搬送され、病院で亡くなるケースは少なくない。
- 配置医師の不在時の対応も必要であるが、配置医師の役割を拡大するという観点も必要である。
- 特養と協力医療機関等において、配置医師不在時の役割分担を事前に決めておくことで、入所者の体調不良時に適切な連携を取ることができる。
- 特養には、協力医療機関を定めるとされているが、実際には機能していないケースも多い。医師と病院に恵まれた特養はうまくいくが、そうでない場合は困難が生じる可能性がある。

### ○配置医師・協力医療機関との連携による医療提供体制の整備について

- 入居している高齢者が精密検査や入院などを必要とした際に、スムーズかつ最適な病院へつなぐことができるよう、医療的な相談事の窓口を配置医師に一本化することが効果的である。例えば、急変の際に施設で病院を頼むことよりも、配置医師が施設の介護力や本人の意向を確認した上で、最適な医療提供を行うべきと考えられるからである。
- ヒアリング事例では、配置医師が協力医療機関への検査や入院の要請を一元管理する仕組みが機能している例がある。しかし、日頃からの一体的な連携が欠けていると、救急車依存の状況からの脱却は難しい。そのため、形式的な連携を廃止し、緊急時にスムーズに入院できる仕組みを新たに構築する必要がある。
- 協力医療機関といっても、公立の大きな病院であれば様々な科が揃っているものの、例えば脳梗塞を起こした場合に脳外科がないと、適切な治療を受けられないというケースも存在する。

### 追加ヒアリング調査の進め方について

- 好事例に焦点をあてるだけでなく、実施したくてもできない阻害要因についても、把握できることが望ましい。地域によっては医療や介護が疲弊している場所もあるため、そのような地域の状況も考慮して選考されたい。

## (6) 第2回アドバイザーボードの議事内容

【日 時】令和6年3月11日（月） 10時00分～12時00分

【手 法】オンライン会議「Zoom」

### 【主なご意見】

#### 配置医師の診療内容を踏まえた給付調整等に関するわかりやすい周知について

- 診療報酬と介護報酬の間の境界が複雑であり、取り漏れや過誤請求が発生していることが課題とされている。この問題に対処するためには、特養の配置医師が適切に対応した場合には適切な項目で評価されるよう周知することが必要である。
- 特養では、算定可能な診療報酬に対する理解が不足している恐れがあり、情報の提供と周知が必要である。
- 厚生労働省からの通知文や公益社団法人日本医師会からの情報提供など、複数の方法による情報提供が効果的と考えられる。特に、レセプト請求を担当する職員向けには、わかりやすいガイドラインを提供することが必要である。

#### 配置医師のバックアップ体制・協力医療機関との連携の在り方について

- 配置医師1名では、特養の求めに常時対応することが難しく、夜間や休日の急変時に対応できる体制の確保が必要である。
- 配置医師は特養の健康管理の責任者であり、特養の協力医療機関の形骸化が指摘される中、不在時には自身のネットワークを通じて連携できる医療機関に対応を依頼することが必要である。
- 圏域としては、中学校区程度の日常生活圏域での関係構築が進められるべきであり、これにより地域密着型の連携が実現されることが期待される。市区町村が連携システムの構築を牽引することにより、医療と介護が同じ場で議論を交わせる可能性がある。中学校区では包括圏域になってしまうため、市区町村が主導することが望ましい。
- 特養と配置医師、そして協力医療機関が、緊急時の対応をあらかじめ取り決めることが重要である。これは日常から想定される状況であり、地域内での関係構築が推進されるべきである。特に、中小病院が特養と顔の見える関係で連携を深めていくことが必要である。そのときのポイントとして、特養から医療機関に声が気軽に声をかけられる関係が望ましい。
- 入所者の体調不良時には、症状に応じた最適な医療提供が可能な医療機関の選定が必要である。家族の間でも「施設内での継続的な治療」を望む声と「専門的な治療を求める病院受診」を希望する声が存在する。家族の意向を確認しつつ、配置医師が医療的観点から最適な医療機関を紹介することが多い。
- 月1回以上の対面またはICTを利用した会議を通じて入居者の医療情報の共有を図ることは、協力医療機関連携加算の要件である。このような連携により入居者への医療提供の質の向上を図り、配置医師の負担軽減にもつながる。特養はこの要件を満たすために必要な体制を整え、医療機関との連携を強化する必要がある。
- 介護施設と医療機関との間で双方が気軽に情報交換できるような関係性の構築が重要である。このためには地域の医療機関と定期的な対話の場を設け、具体的な連携のフレームワークを作成することが有効である。特に中小病院や地域のクリニックとの連携を深めることで特養における医療体制の充実を図ることが可能となる。

- 特養では、看護師を確保することが難しい状況がある。このため、特養での看護職員の人員拡充や24時間の連絡体制が構築しづらい状況がある。
- 特養においては、看護職員が配置基準の下で多様なタスクを担っている。特養の医療提供体制の充実に向けては、看護師個人のスキルだけでは解決できない問題であり、特養全体での対応体制の整備が必要である。

## (7) 第2回ワーキング・グループ議事内容

【日 時】令和6年12月28日(木) 10時00分～12時00分

【手 法】オンライン会議「Zoom」

### 【主なご意見】

#### 令和4年度先行研究等の再考察

##### ○ 診療報酬に関する施設の認識について

- 施設側の認識は、診療報酬の明細の内容までは多くの施設で確認していないと考えられる。
- 施設側の認識は、その施設の管理体制やスタッフの医療に関する知識に大きく依存すると考えられる。例えば、内容をチェックできるのは、施設長としての経験が豊富、医療業界での経験を持つなどが考えられる。

##### ○ 配置医師以外による診療の状況

- 当該施設では、配置医師の勤務時間外の夜間や土日は訪問診療を利用しており、配置医師の負担が軽減されている。
- 配置医師以外からの往診を受けるには事前の取り決めが必要である。実際には来てもらいにくい現状がある。
- 特養では、救急搬送を避けるために早期対応が重要であり、早期対応をすることで、救急搬送をしないよう努めている。
- 精神科や皮膚科等の訪問診療や夜間対応を行うクリニックとの連携などが挙げられる。

##### ○ 配置医師との契約の内容

- 配置医師との契約内容は、施設により内容が異なる。看取りを重視する施設では、看取り介護に関する内容を契約に明記している。しかし、看取りに積極的でない医師もおり、その場合はその医師と契約しないこともある。
- 医師との契約は年ごとに更新されるが、実際には形式的な更新が多く、契約内容を見直すことは少ない。
- 看取りが困難な理由としては、配置医師が夜間の対応を避けたい場合が多いこと、施設側の体制の問題等が考えられる。

##### ○ 配置医師と協力医療機関との連携に関する課題について

- 特養において、実際に救急対応を依頼する医療機関は、入所前のかかりつけ医がいる医療機関や規模の大きい医療機関が多い。協力医療機関よりも、入居者やその家族の希望や既存の医療関係を優先するケースがある。
- 特養として、できるだけ早い退院を目指し、状態に応じて施設で受入れ可能であることを医療機関に伝え、協力を求めている。特に新型コロナウイルス感染症の状況下では、医療機関との連携の重要性が増したと感じている。

### 配置医師の診療内容の詳細調査

- 特養での医療行為は、主に採血や検尿などの施設の設備で対応可能な検査や投薬が主な内容である。その他の検査は外部医療機関に依存していることが多い。
- 配置医師や施設による医療行為の範囲と実施頻度に関する理解は、施設ごとに異なる。

### 追加ヒアリングについて

- 医療機関の選定の際は、特に入院が必要な場合に利用者や家族の希望する病院への配慮が優先される。
- 最終的に医療機関を選ぶのは利用者、家族であるため、協力医療機関との契約が形骸化しやすいと考えられる。
- 特養が医療機関と契約を結ぶ際、必ずしも金銭的な取引が伴うわけではなく、協力医療機関としての名目上の契約を得るために結ぶというケースがある。
- ヒアリングの際に、協力医療機関に期待していることをしっかりと聴取した方が良い。

## (8) 第3回ワーキング・グループ議事内容

【日 時】令和6年2月23日（金） 10時00分～12時00分

【手 法】オンライン会議「Zoom」

### ヒアリング調査の分析内容等の検討

#### ○ 配置医師のバックアップ体制

- 今回調査の対象は、主に地方の特養だったが、首都圏では状況が異なる可能性がある。首都圏には訪問診療を実施している医療機関が多く、訪問診療を実施している医療機関から、特養へのバックアップ体制も含めて提案がある。
- バックアップ体制の構築には特養からのアプローチが重要だが、特養側からの医療機関に対する働きかけのノウハウの不足が課題である。
- 地域の医療機関と顔の見える関係が重要で、緊急時に頼れる救急医療機関との信頼関係がバックアップ体制の基盤となる。
- 主に、夜間や休日での配置医師の勤務時間以外の対応を訪問診療の医師に依頼することで、配置医師の負担は大幅に軽減されると考える。

#### ○ 特別養護老人ホームと協力医療機関との連携

- 救急医療の際に協力医療機関に受診を依頼しても必ずしも受入れられるわけではないのが現状で、有名無実化している。
- 医療機関との連携には、特養の施設長や事務長、理事長による医療機関との関係性の構築が重要。自治体の勉強会等で医療機関等と顔の見える関係構築をするなどの方法がある。
- 特養の看護師や相談員が、医療機関の医師や医療連携の担当者とコミュニケーションを取り、特養の療養体制を医療機関に理解してもらうことが重要。病院側は軽い病状での頻繁な連絡や長期的な入院を懸念しており、特養側は迅速に退院患者を受入れ、施設内で介助ができる旨を伝える必要がある。
- 特養側の努力だけでなく、医療機関側の連携への意欲も重要だが、医療機関は高齢者に対して限られた医療しかできないケースが多く、連携のメリットが少ないのが問題である。

#### ○ 特別養護老人ホーム、配置医師、協力医療機関の3者連携による医療提供体制確保に向けた課題や方策について

- 配置医師の所属と協力医療機関が異なる場合、連携体制の構築は難しい。
- 医療機関で不適切な対応があると、本人だけでなく家族からも信頼を失いかねず連携にも影響を与える。
- 施設長、配置医師、協力医療機関による会議が有効である。

### 配置医師の診療内容の詳細調査の結果報告

- レントゲン、CT検査を配置医師が施設で実施することは、ほとんどない。
- 皮膚科の医師の訪問診療で細胞診が行われることがあるが、配置医師による実施は考えにくい。
- 検体検査料の未請求は、特養の診療報酬の請求に関する知識不足や請求プロセスの問題の要因がある。

## 4 先行研究等の再考察

### (1) 先行研究等の再考察

#### ①令和4年度先行研究等の再考察の目的

特養（配置医師を含む）と協力医療機関の連携体制の課題を整理するため、「令和4年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業報告書」等の先行研究の再考察を行った。

#### ②対象とする連携

特養と医療機関の協力体制について、以下の4つの連携について考察する。

- A 特養と配置医師の連携について
- B 特養と協力医療機関の連携について
- C 配置医師と協力医療機関の連携について
- D 特養の連携準備体制の整備

#### ③対象とした先行研究

調査の対象とした先行研究は次の通りである。

図表：再考察の対象とした先行研究の一覧

調査年度	調査研究事業名 (実施事業者)	調査研究事業の内容 (実施事業者ホームページまたは報告書より)
令和4年度	令和4年度老健事業 「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」(PwCコンサルティング合同会社)	規制改革推進会議「規制改革推進に関する答申」(令和4年5月27日)等の状況を踏まえ、配置医師の勤務や診療の実態、特養において入所者に対して行われている医療対応、協力医療機関等との連携、救急搬送・入院の状況、看取りの状況などの実態を把握し、特養における医療ニーズへの対応の在り方を検討することを目的として、調査研究を実施する。
令和3年度	令和3年度老健事業 「特別養護老人ホームにおける医療ニーズに関する調査研究事業」 (株)日本総合研究所)	特別養護老人ホームにおける配置医師および看護職員の役割、求められる医療従事者と介護職員の連携のあり方、利用者の状況に応じた外部医療サービスの利用状況、協力医療機関との連携状況、感染症対策の状況等について、入居者の特性や地域により、どのような実態やニーズ、課題があるかの調査を行った。
令和2年度	令和2年度老健事業 「介護老人福祉施設における看取り等のあり方に関する調査研究事業」(PwCコンサルティング合同会社)	特別養護老人ホームにおける配置医師・協力医療機関の役割や、救急搬送の状況、看取りを行ったケースの疾患・状態像や行われたケア等の実態を把握し、救急搬送や看取りのあり方等に関する検討を行う。

調査 年度	調査研究事業名 (実施事業者)	調査研究事業の内容 (実施事業者ホームページまたは報告書より)
令和 元年度	令和元年度老健事業 「特別養護老人ホームのサービス提供実態に関する調査研究事業」(PwC コンサルティング合同会社)	特別養護老人ホームの入所者像や運営状況等の実態を把握するとともに、建て替えの状況、人材の確保、介護現場の業務効率化の3つの視点から、特別養護老人ホームにおける実態を把握することを目的として、調査を実施する。
	令和元年度老健事業 「介護老人福祉施設における看取りのあり方に関する調査研究事業」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社)	介護老人福祉施設において看取りの方針や、看取りに向けての体制について調査する。また、認知症を有する入所者の増加や、医療的ケアのニーズも一層高まる中、特に、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに焦点をあて、最期の過ごし方についての本人の意思確認の状況、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の実施・活用状況、取り組み事例等について実態調査を行い、ターミナルケア・看取りの在り方について検討するための資料を作成することを目的とした。

## (2) 再考察結果のサマリー

### ①配置医師の駆けつけ対応

(i) 配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができないため「配置医師緊急時対応加算」を算定している施設は5.9%と少ない

- 平成30年度の介護報酬改定で、早朝・夜間または深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことを新たに評価するため「配置医師緊急時対応加算」が創設されたが、令和4年度に実施した調査研究事業において、「加算あり」は5.9%であった。
- 算定要件を満たせない理由として「配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができないため」「緊急の場合はすべて救急搬送で対応しているため」が挙げられた。
- 「配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができないため」の理由として、「緊急の場合は救急搬送の方が速いため」「配置医師の他の職務が多忙で、時間的に対応できない」の順が多かった。

(ii) 主たる配置医師には、特養以外に主たる勤務先があり、特養での勤務時間以外は駆けつけにくい状況にある

- 配置医師は、主たる勤務先が他にあり、施設内での業務時間が短く（週に1.5回または週に5時間程度）、駆けつけ対応時の報酬が「基本報酬に含まれる」とする施設が半数以上であった。(63.3%)
- 駆けつけ対応に対し、別途報酬を支払っている施設は1割強で、1回あたりの報酬額は平均18,000円弱である。

(iii) 「急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）」が契約に明記されている例は少ないが、「急変対応」をしている医師は6割弱みられる

- 主たる配置医師の契約に、「急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）」を明記している施設は4分の1程度と少ない。
- しかしながら、6割以上の施設が「急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）」を期待しており、主たる配置医師も6割弱が対応している。

(iv) 平日・日中以外の急変時においても、約3割の配置医師が駆けつけ対応をしている

- 配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法（平日・日中以外）は、「配置医師が電話対応・駆けつけ対応ともに実施」が2割弱、「駆けつけ対応のみ実施」が1割強で、約3割の配置医師が駆けつけ対応をしている。
- 駆けつけ対応・電話対応の両方、またはどちらかを実施している配置医師は、半数を占める。
- 配置医師緊急時対応加算について、入所者を往診すると特養が加算を算定できると知らなかった配置医師が4割みられた。

## ②配置医師のバックアップ体制

### (i) 配置医師が駆けつけ対応をすべて担うことは困難である可能性

- 配置医師の年齢は、70歳以上が4分の1を占める。(平均年齢は62.6歳)
- 自宅から特養までの片道時間は「40分以上」が4分の1を占める。
- 主たる勤務先から特養までの片道時間は「40分以上」が1割を占める。

### (ii) 「急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）」を担っている配置医師の一部は、急変対応に負担を感じている

- 配置医師が実際に果たしている役割のうち負担に感じているのは「急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）」、「急性疾患の診察（予定された定期の診察以外の診察）」、「外部医療機関への受診・入退院にかかる調整」、「施設内の研修・委員会・カンファレンスへの参加」の順に多かった。
- 配置医師業務を行う上での困りごとは、「交代要員がいない・バックアップ体制がない」ことである。

### (iii) 配置医師業務を行う上での困りごとは、「交代要員がいない・バックアップ体制がない」こと

- 配置医師業務を行う上での困りごとは、「交代要員がいない・バックアップ体制がない」が3割強、「入所者の状態変化の際に電話連絡が中心で状態の把握に限界がある」が3割弱であった。
- 最も困っていることは「交代要員がいない・バックアップ体制がない」が2割であり、「交代要員がいない・バックアップ体制がない」と回答した配置医師は、業務に負担を感じている割合が高かった。

## ③看取りの状況

### (i) 8割以上の施設が、『施設で亡くなりたい』という希望があれば、その希望を受入れる」

- 看取りを原則的には受入れていない施設は、1割強だった。
- 看取りを受入れられないことがある理由は、「対応が難しい医療処置があるため」、「家族等の同意が得られない（意見が一致しない）ため」が多い。

### (ii) 死亡による契約終了の場合、3分の1が看取り介護加算を算定

- 2022年4月1日～9月30日の退所者で、死亡による契約終了人数は7,391人で、3分の1が看取り介護加算ⅠまたはⅡを算定している。
- 2022年4月1日～9月30日の期間で、看取り介護加算の算定が0であった施設における看取り介護加算を算定していない理由は、「配置医師の協力を得るのが難しいため」の割合が高い。

(iii) 「人生の最終段階における医療・ケア」に関する本人の意思の確認について、実施できていない入所者が一定程度いる

- 入所者が判断できない場合の医療の実施に関し本人の意思の確認については、6割の施設が「ほとんどの入所者で決めている」ものの、「入所者によって決めている場合と決めていない場合がある」「ほとんど決めていない」が3割強みられる。

#### ④協力医療機関との連携体制

(i) 協力医療機関の状況

- 協力医療機関数は、「1機関」が最も多く、3分の1を占める。(平均2.2機関)
- 施設の協力医療機関と施設の配置医師の関係は、「配置医師とは関係ない医療機関」が6割だった。
- 協力医療機関の種別は、「その他の病院」が5割を占め、次いで「地域医療支援病院」が3割強、「特定機能病院」も1割弱みられた。

(ii) 協力医療機関との連携の状況

- 協力医療機関との連携内容は、「入所者の診療（外来）の受入れ」が8割と最も多く、次いで「入所者の入院の受入れ（後方支援ベッド）」が6割だった。
- また、「緊急の場合の対応（配置医師に代わりオンコール対応）」もしくは「緊急の場合の対応（配置医師のオンコール対応を補助）」のいずれかを実施している協力医療機関は全体の2割強だった。

## 1 配置医師の診療内容の詳細調査の概要

### (1) 調査の目的

先行研究から、配置医師の勤務状況や特養において担っている役割の実態が明らかとなった。しかし、特養の配置医師が入所者に対して行っている診療行為の詳細はまだ明らかにされていない。

この調査では、特養の配置医師の診療報酬明細書（レセプトデータ）を収集し、特養における配置医師が実施している診療内容の実態を明らかにすることを目的とする。

### (2) 調査の対象・客対数

ヒアリング調査の特養の中から、配置医師が入所者に対して診療を行い、診療報酬の請求が行われている13施設のデータを収集した。

### (3) 分析対象データ・整理方法

調査対象の施設から、令和5年6月に審査支払機関に提出された1ヶ月分の診療報酬明細書（レセプトデータ）を収集した。

収集した診療報酬明細書から医科診療報酬点数表に基づき診療行為を分類した。

### (4) 調査結果の表示方法

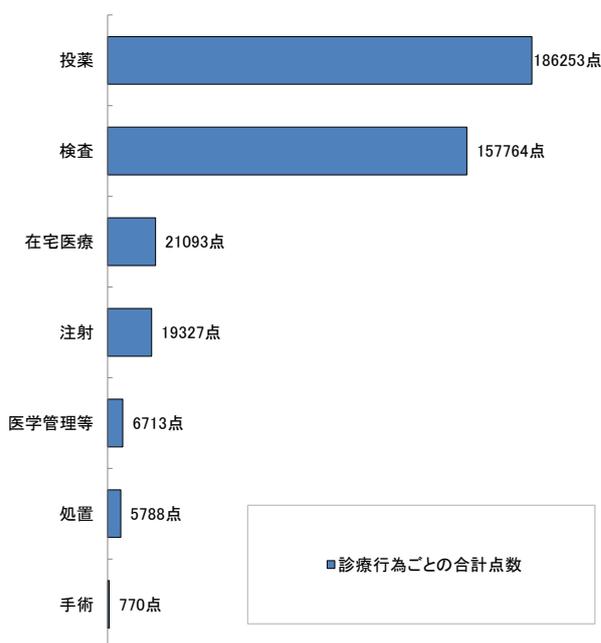
- 診療報酬を請求している施設数が多い順に、上位5つの診療報酬のみを掲載する。
- 施設が特定できないよう、個別の結果は掲載せず、全体の結果のみを掲載する。
- 診療報酬のうち、診療報酬を請求している施設数が1施設の場合は記載しない。

## 2 配置医師の診療内容の詳細調査結果

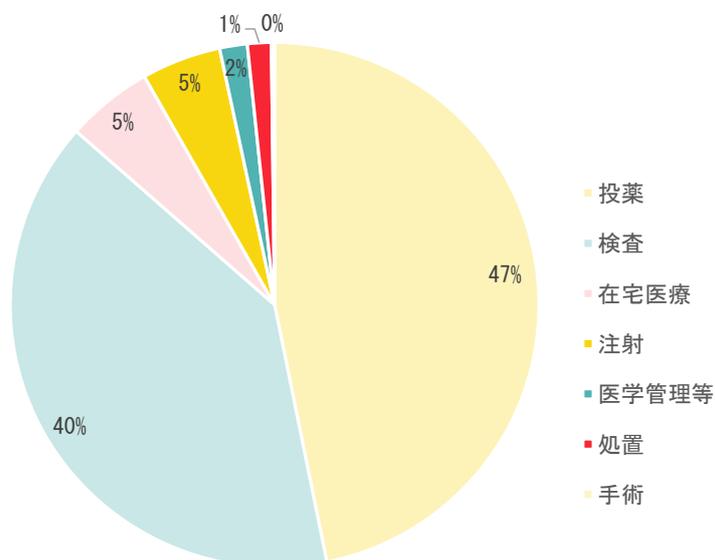
### (1) 配置医師の診療に対する診療報酬の合計点数について

配置医師の診療内容は、「投薬」、「検査」、「注射」、「医学管理等」、「処置」、「在宅医療」、「手術」のカテゴリーで抽出した。診療報酬の合計点数をみると、投薬が186,253点、検査が157,814点、在宅医療が21,093点と続いている。全体の診療報酬合計点数に占める割合をみると、投薬と検査が合わせて合計点数の87%を占めている。

図表：診療行為別\_診療報酬の合計点数（実数）



図表：診療行為別\_診療報酬の合計点数（割合）



## (2) レセプトデータに基づく配置医師の診療内容について

配置医師の診療内容を明らかにするため、収集した診療報酬明細書(レセプトデータ)を医科診療報酬点数表に基づき整理し、それぞれの診療報酬から診療内容を明らかにした。

### ①投薬

投薬について、「処方箋（リフィル以外）」の発行が全施設で行われていた。配置医師が入所者に対して定期的に診察を行い、処方箋を発行していることが示唆される。

「リフィル処方箋」の請求がないことから、配置医師が入所者に対して、定期的に診察を行い、処方を実施していることを反映している。

なお、「リフィル処方箋」とは、患者が一度医師から処方された後、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に同じ薬を最大3回まで繰り返しもらえる処方箋のことである。

図表：投薬に関する診療内容

大区分	中区分	小区分	診療行為名称
投薬	処方箋料	処方箋料	処方箋料（リフィル以外・その他）
	処方箋料	処方箋料	処方箋料（リフィル以外・7種類以上内服薬）
	処方箋料	処方箋料	特定疾患処方管理加算1（処方箋料）
	処方箋料	処方箋料	一般名処方加算1（処方箋料）（経過措置）
	処方箋料	処方箋料	一般名処方加算2（処方箋料）（経過措置）

### ②検査

検査では、血液検査の際に実施される「B-V」、検体検査の判断料、そして検体検査に関する診療報酬を請求している施設が多かった。

このことから、配置医師が入所者の健康管理において血液検査を行っていることが推察される。加えて、CRPが6割程度の施設で請求されていることから、入所者の体調不良時にも配置医師が血液検査を実施していることが推測される。

図表：検査に関する診療内容

大区分	中区分	小区分	診療行為名称
検査	診断穿刺・検体採取料	血液採取	B-V
	検体検査料	検体検査判断料	生化学的検査（1）判断料
	検体検査料	検体検査判断料	血液学的検査判断料
	検体検査料	検体検査判断料	免疫学的検査判断料
	検体検査料	血液形態・機能検査	末梢血液一般検査
	検体検査料	血漿蛋白免疫学的検査	B-V

### ③在宅医療

在宅医療では、在宅酸素に関する診療行為のみ抽出された。

これらの診療行為に関する請求回数はいずれも5回以下であり、請求を行った施設数も少ないことから、他の施設において同様の診療が行われているかどうかは明言できないため、コメントは控える。

図表：在宅医療に関する診療内容

大区分	中区分	小区分	診療行為名称
在宅医療	在宅療養指導管理料	在宅酸素療法材料加算	在宅酸素療法材料加算（その他）
	在宅療養指導管理料	酸素濃縮装置加算	酸素濃縮装置加算
	在宅療養指導管理料	酸素ボンベ加算	酸素ボンベ加算（携帯用酸素ボンベ）

### ④注射

注射では、「点滴注射」、「皮内、皮下及び筋肉内注射」の請求回数が多く、点滴注射の際に実施される注射が続いている。

このことから、配置医師が入所者の体調不良時に点滴治療を実施していることを示唆している。

図表：検査に関する診療内容

大区分	中区分	小区分	診療行為名称
注射	注射料	点滴注射	点滴注射
	注射料	皮内、皮下及び筋肉内注射	皮内、皮下及び筋肉内注射
	注射料	点滴注射	点滴注射（その他）（入院外）

### ⑤医学管理

医学管理等では、下表の通り、2つの診療報酬が2施設以上でみられた。

これらの診療行為に関する請求をしている施設はいずれも5回以下であり、請求を行った施設数も少ないことから、他の施設において同様の診療が行われているかどうかは明言できないため、コメントは控える。

図表：医学管理に関する診療内容

大区分	中区分	小区分	診療行為名称
医学管理等	医療管理料等	特定疾患治療管理料	特定薬剤治療管理料 1
	医療管理料等	特定疾患治療管理料	二次性骨折予防継続管理料 3

## ⑥処置

処置では、留置カテーテルの交換や設置等のカテーテル関連の処置が最も多かった。特養の看護職員が対応できない処置を配置医師が行っていると考えられる。

図表：処置に関する診療内容

大区分	中区分	小区分	診療行為名称
処置	処置料	創傷処置	創傷処置（100cm2未満）
	処置料	泌尿器科処置	留置中のカテーテル交換
	処置料	経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法	経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法
	処置料	留置カテーテル設置	留置カテーテル設置

## ⑦手術

手術では、1施設で爪甲除去術のみあり、その他の診療行為は抽出されなかった。

### (3) 多くの特養で行われている診療内容について

診療報酬の中で、13施設中半数以上の施設が請求されている診療行為名称を抽出した結果は、下表の通りである。

図表：収集したレセプトデータうち半数以上の施設で請求されている診療内容

(請求回数が多い順)

大区分	中区分	小区分	診療行為名称
投薬	処方箋料	処方箋料	処方箋料（リフィル以外・その他）
検査	診断穿刺・検体採取料	血液採取（1日につき）	B-V
投薬	処方箋料	処方箋料	処方箋料(リフィル以外・7種類以上内服薬)
検査	検体検査料	検体検査判断料	生化学的検査（1）判断料
検査	検体検査料	検体検査判断料	血液学的検査判断料
検査	検体検査料	検体検査判断料	免疫学的検査判断料
検査	検体検査料	血液形態・機能検査	末梢血液一般検査
検査	検体検査料	血漿蛋白免疫学的検査	CRP
注射	注射料	点滴注射	点滴注射
検査	検体検査料	検体検査判断料	生化学的検査（2）判断料
投薬	処方箋料	処方箋料	特定疾患処方管理加算1（処方箋料）
投薬	処方箋料	処方箋料	一般名処方加算1（処方箋料）（経過措置）
投薬	処方箋料	処方箋料	一般名処方加算2（処方箋料）（経過措置）

### 3 配置医師に診療内容の詳細調査結果の考察

#### (1) 特養で請求できる診療報酬の過誤請求に関する考察

特養における診療報酬の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）に基づいて定められている。先行研究によると、特養と配置医師双方で、特養で請求できる診療報酬に対して誤認していることが明らかとなっている。

診療報酬の過誤請求の実態について把握するため、取扱い通知と今回収集した診療報酬明細書（レセプトデータ）との比較を行った。

本調査で収集されたデータは、13施設の期間は1ヶ月分のみであるため、これに基づいて、全体の傾向を断定することは困難である。したがって、診療報酬の過誤請求についてさらに詳細に実態を把握するためには広範囲にわたる追加調査が必要であると考えられる。

#### (2) 血液検査に係る診療報酬の未請求に関する考察

収集されたデータから、血液学的検査等の際に実施する「B-V」が多くの施設で請求されていることから、配置医師が血液学的検査等を必要に応じて実施していることがうかがえる。

血液検査の流れは、「採血」、「検体を検査」、「検体検査の判断」の流れが想定される。つまり、診療報酬においても、「B-V」、「検体検査」、「検体検査判断料」の3つがセットで基本的に請求されることが考えられる。ただし、特養の看護職員が採血を実施した場合は診療報酬を請求できないことに留意されたい。

今回、調査した13施設中2施設で「B-V」の請求が複数回ありながら、「検体検査判断料」（血液検査に関連するもの）について1回も診療報酬を請求していない事例が確認された。

特養における診療報酬の請求に関しては、医療機関と比較して請求可能な項目が限られているため、未請求が生じにくいとされる。しかし、特養での処置や診療が行われたにも関わらず、それをレセプト請求する医療機関に報告しないことや、紙ベースのレセプトによる記載ミスやケアレスミスが想定される。

配置医師の診療内容が適切に評価されるよう、配置医師、施設の職員、レセプト請求を担当する職員の3者が特養で請求できる診療報酬について、正しい理解を促進するため、わかりやすい周知を行う必要があると考えられる。

1 ヒアリング調査の概要

(1) ヒアリング調査の概要

配置医師のバックアップ体制、特養と協力医療機関との連携等を把握するため、ヒアリング調査を実施した。ヒアリング調査は、先行調査と追加調査の2回行い、合計16施設を対象とした。先行調査と追加調査の概要は以下の通りである。

図表：ヒアリング調査の調査概要

	先行調査	追加調査
調査対象	○6 箇所 ○施設管理者・ 看護職員 ○配置医師	○10 箇所 ○施設管理者
抽出方法	令和4年度 先行研究の ヒアリング先	以下の①4区分×②2区分×③2区分として施設を計16区分に分類し、できる限りまんべんなくヒアリングができるよう公益社団法人全国老人福祉施設協議会に推薦を依頼し、10施設に対して調査を実施した。 ①特養が所在する人口規模 (中核市・特例市以上/市(10万人以上)/市(10万人未満)/町村) ②協力医療機関と配置医師の関係の有無 (関係あり/関係なし) ③特養が所在する地域の特養のベッド数の多寡 (人口10万人に対し平均よりも多い/少ない)
ヒアリング項目	参考資料 (P41～P43) 参照	

(2) 用語の定義

(i) 配置医師のバックアップ体制

配置医師が不在時の対応に備え、電話対応・駆けつけ対応等の救急対応や代診対応が整備されている体制を指す。

(ii) 協力医療機関との連携体制

緊急時の搬送・受入れについて、特養・配置医師・協力医療機関がコーディネートしている体制を指す。

### (3) ヒアリング調査先の基本情報

ヒアリング調査対象の16施設の基本情報は下表の通りである。

図表：ヒアリング先の基本情報

法人/施設名	都道府県名	定員	協力医療機関数	配置医師数	①人口規模	②配置医師と協力医療機関の関係の有無	③ベッド数の多寡
(福) 北海長生会北 広島リハビリセンター特養部四恩園	北海道	50名	2機関	1名	10万人未満	関係あり	少ない
(社) 十日町福祉会	新潟県	29名	2機関	1名	10万人未満	関係あり	多い
A施設	東京都	72名	1機関	5名	中核市・特例市以上	関係あり	少ない
(福) マザアス 地域密着型特別養護老人ホームマザアス新宿	東京都	29名	2機関	1名	中核市・特例市以上	関係あり	少ない
(福) 長寿会 特別養護老人ホーム陽光の園	神奈川県	80名	2機関	2名	10万人以上	関係あり	少ない
(福) 幸伸会 特別養護老人ホーム青山荘	鹿児島県	78名	1機関	1名	3万人未満	関係なし	多い
B施設	北海道	50名	2機関	1名	10万人以上	関係あり	少ない
C施設	北海道	100名	3機関	2名	10万人未満	関係なし	少ない
(福) 日就会 特別養護老人ホーム第二日就苑	宮城県	50名	1機関	1名	10万人未満	関係なし	多い
(福) 加茂福祉会 特別養護老人ホーム第二平成園	新潟県	76名	1機関	1名	3万人未満	関係あり	多い
D施設	神奈川県	90名	1機関	1名	中核市・特例市以上	関係なし	少ない
(福) 鈴鹿福祉会 特別養護老人ホーム鈴鹿グリーンホーム	三重県	80名	4機関	1名	10万人以上	関係なし	少ない
(福) 日輪会 特別養護老人ホームかたふち村	長崎県	80名	3機関	1名	中核市・特例市以上	関係なし	少ない
(福) 明和会 たまんなゆうゆう	長崎県	30名	1機関	1名	10万人未満	関係あり	多い
(福) 上ノ郷福祉会 特別養護老人ホームこぼり苑	熊本県	50名	3機関	1名	中核市・特例市以上	関係なし	少ない
(福) 以和貴会 特別養護老人ホーム以和貴苑	鹿児島県	70名	1機関	1名	10万人以上	関係なし	少ない

## 2 ヒアリング調査結果の概要

### (1) 配置医師のバックアップ体制の構築状況

ヒアリング調査の結果から、配置医師のバックアップ体制の内容を、「電話対応」と「駆けつけ対応」に分類し、いずれかの対応をしていない施設についてバックアップ体制が「未構築」または「構築を検討中」で整理を行った。

配置医師へのバックアップ体制については、電話対応、駆けつけ対応のどちらも実施していない「未構築/構築を検討中」が16施設中3施設みられた。電話対応、駆けつけ対応いずれかのバックアップ体制を構築している13施設のうち、実施主体が「協力医療機関」は9施設で、5施設は「協力医療機関以外」であった（1施設は両方と連携）。バックアップ体制が「未構築/検討中」の場合、配置医師以外の医師による「駆けつけ対応」または「電話対応」をしておらず、配置医師が昼夜を問わず対応していた。そのため、配置医師の負担を懸念している施設もみられた。

配置医師が「駆けつけ対応」するのは、主に看取り介護時の死亡診断のためで、それ以外は、施設の看護職員だけでは対応が難しい膀胱留置カテーテルの交換や採血等の医療行為を施設内で実施するためであった。

「電話対応」は、入所者の体調不良時に配置医師に指示を確認したいが連絡が取れない、配置医師が対応できない時間等の場合に備えて、あらかじめ連絡の優先順位が決められており、それに従って実施していた。

図表：配置医師のバックアップ体制の構築状況

施設名（略名）	配置医師のバックアップ体制の実施主体	バックアップの内容	
		電話対応	駆けつけ対応
四恩園	協力医療機関（その他の病院）	○	-
十日町福祉会	協力医療機関以外（その他）、郡都市医師会	○	○
A施設	協力医療機関（その他の病院）	○	○
マザアス新宿	協力医療機関（その他）	○	○
陽光の園	協力医療機関（その他）	○	○
青山荘	協力医療機関（その他の病院）	○	-
B施設	協力医療機関（その他の病院）	○	○
C施設	協力医療機関（その他の病院）	○	○
第二日就苑	未構築/構築を検討中	-	-
第二平成園	協力医療機関以外（同一法人の配置医師）	-	○
D施設	未構築/構築を検討中	-	-
鈴鹿グリーンホーム	協力医療機関（地域医療支援病院）	○	-
かたふち村	協力医療機関と協力医療機関以外	○	○
たまんなゆうゆう	協力医療機関以外（その他）	○	○
こぼり苑	協力医療機関以外（その他の病院）	○	○
以和貴苑	未構築/構築を検討中	-	-

## (2) 配置医師のバックアップ体制の概要一覧

ヒアリング調査を実施した 16 施設のうち、配置医師へのバックアップ体制が構築されている施設の概要は以下の通りである。

図表：配置医師のバックアップ体制の概要（一部抜粋）

実施主体	概要
協力医療機関	配置医師が不在時に看取りなどの緊急時に対応できるよう、配置医師が協力医療機関に代診を依頼している。
協力医療機関	配置医師が不在時に対応できるよう医師会主導で市内の特養の配置医師 6 名がグループとなり、輪番制で代診している。
協力医療機関	特養の配置医師 5 名で入所者を割り振り、担当配置医師が不在の場合は、施設職員から他の医師に連絡し、代診してもらっている
協力医療機関	配置医師不在時に対応できるよう配置医師が在籍する協力医療機関（機能強化型在支診）の他の医師が 24 時間 365 日、代診・電話対応等を実施している。
同一施設の配置医師同士	配置医師は 2 名体制（主、副、各 1 名）とし、主が対応できないときは、副が対応する等、配置医師不在時の役割分担が明確化し、運用されている。
協力医療機関	配置医師の施設での勤務時間以外（看取り時以外）は、協力医療機関が電話対応、外来受診の受入れ等に対応している。
協力医療機関	配置医師が駆けつけ対応、電話対応ができない時は、医療機関あるいは協力医療機関が、施設からの求めに応じて、看取り時の駆けつけ対応や入所者の体調不良時の電話対応等を行っている。
同一法人の特養の配置医師	看取り時に配置医師が駆けつけ対応ができない場合は、配置医師から同一法人の他施設の配置医師と調整し、他施設の配置医師が駆けつけ対応を行っている。看取り時以外では、同一法人の他施設の配置医師と連携することはない。
近隣の医療機関 ※協力医療機関を含む	配置医師が駆けつけ対応ができない場合は、配置医師が事前に、協力医療機関もしくは、近隣の医療機関に看取り時や緊急時に必要な対応を駆けつけ対応も含めて口頭等で依頼し対応している。
同じ診療所に勤務する医師	近隣の無床診療所が診療時間内は入所者の診療（外来）の受入れを行っている。看取り時の死亡診断は、配置医師不在時において当該医療機関の別の医師が駆けつけ対応している。

### (3) 特養と医療機関における連携体制の構築状況

#### ①特養と医療機関（協力医療機関を含む）との連携状況について

ヒアリング調査の結果から、連携について「緊急の場合の対応（配置医師に代わりオンコール対応）」、「緊急の場合の対応（配置医師のオンコール対応を補助）」、「入所者の診療（外来）の受入れ」、「入所者の入院の受入れ（後方支援ベッド）」、「死亡診断書の作成」の5つのカテゴリーに分類し、いずれかを実施している場合を「連携している」とし整理を行った。一覧は次頁の通りである。

#### ②特養と協力医療機関以外との連携と役割分担

協力医療機関以外とも連携している施設は16施設中9施設であり、半数が協力医療機関以外とも連携している。特養と医療機関、協力医療機関との連携状況は下表の通りである。

医療機関との連携では、「入所者の診療（外来）の受入れ」が14施設、「死亡診断書の作成」が12施設であった。

協力医療機関と連携はしていないが、協力医療機関以外の医療機関と連携している施設は3施設あった。

以上のことから、施設の中には、協力医療機関に限らず、協力医療機関以外とも連携している状況が示唆される。

図表：特養と医療機関、協力医療機関における連携状況

連携項目	医療機関と連携している施設数	協力医療機関と連携している施設数	協力医療機関以外の医療機関とのみ連携している施設数
入所者の診療(外来)の受入れ	14施設	11施設	3施設
死亡診断書の作成	12施設	9施設	3施設
緊急の場合の対応 (配置医師のオンコール対応を補助)	10施設	8施設	2施設
入所者の入院の受入れ(後方支援ベッド)	10施設	8施設	2施設
緊急の場合の対応 (配置医師に代わりオンコール対応)	7施設	4施設	3施設

図表：特養と医療機関との連携体制の構築状況

施設名（略名）	連携の実施主体（協力医療機関／協力医療機関以外） ※協力医療機関以外は、連携している場合のみ	緊急の場合の対応		入所者の診療 （外来）の 受入れ	入所者の入院の 受入れ（後方 支援ベッド）	死亡 診断
		（配置医師に代わり オンコール対応）	（配置医師のオン コール対応を補助）			
四恩園	協力医療機関（その他等）	○	○	○	○	○
十日町福祉会	協力医療機関（その他）	-	○	-	-	○
A施設	協力医療機関（その他の病院）	○	○	○	○	○
マザアス新宿	協力医療機関（地域医療支援病院等）	○	○	○	-	○
陽光の園	協力医療機関（その他）	-	○	-	-	○
青山荘	協力医療機関（地域医療支援病院等）	-	○	○	○	○
	協力医療機関以外（その他）	-	-	○	-	○
B施設	協力医療機関（その他の病院等）	○	○	○	○	-
C施設	協力医療機関（在宅療養支援病院等）	-	○	○	○	○
	協力医療機関以外（その他の病院等）	○	○	-	-	○
第二日就苑	協力医療機関（その他の病院）	-	-	-	-	-
	協力医療機関以外（その他）	-	-	○	-	-
第二平成園	協力医療機関（その他の病院）	-	-	○	○	-
D施設	協力医療機関（地域医療支援病院）	-	-	-	-	-
	協力医療機関以外（その他）	-	-	○	-	○
鈴鹿グリーンホーム	協力医療機関（地域医療支援病院等）	-	-	○	-	○
	協力医療機関以外（その他）	-	-	○	-	○
かたふち村	協力医療機関（地域医療支援病院等）	-	-	○	○	-
	協力医療機関以外（その他）	-	-	○	-	-
たまんなゆうゆう	協力医療機関（その他の病院）	-	-	○	○	○
	協力医療機関以外（その他）	○	○	○		○
こぼり苑	協力医療機関（地域医療支援病院等）	-	-	○	-	-
	協力医療機関以外（地域医療支援病院）	○	○	○	○	○
以和貴苑	協力医療機関（その他）	-	-	-	-	-
	協力医療機関以外（その他）	-	-	○	○	○

#### (4) 特養と協力医療機関の連携の概要一覧

ヒアリング調査を実施した 16 施設のうち、協力医療機関との連携体制が整備されている施設の連携体制の概要は以下の通りである。

図表：特養と協力医療機関の連携体制の概要概要（一部抜粋）

協力医療機関との連携の概要
入所者の体調不良時に、配置医師が協力医療機関に連絡し、入院の調整を行っている。
入所者の急変時に、施設職員が協力医療機関に問い合わせをし、緊急時の受入れの可否を確認することで、救急搬送せずとも、対応可能としている。
施設職員が救急搬送を要請してから、救急隊が到着する前に、施設職員が協力医療機関に連絡し、救急外来受診の可否を確認し、緊急搬送の受入れを素早くしている。
外来診療時間内は、看護職員が協力医療機関の外来担当者に連絡し、受診の可否等を事前に確認している。外来診療時間外は、施設の看護職員が協力医療機関に連絡し入所者の状態に応じて受診の要否を仰ぎ、必要に応じて受診を行っている。 ※外来の受診の予約を取ることで施設外での看護職員の滞在時間を短縮する取り組みを行っている。
配置医師の施設での勤務時間外は、施設の看護職員から配置医師に連絡し、診療が必要と判断された場合は、配置医師から協力医療機関に連絡し、診療の調整、入院の受入れを行っている。
<p>[外来診療時間内]</p> <p>配置医師の勤務時間外に入所者に外来診療が必要な場合、施設の看護職員が配置医師に連絡し配置医師は協力医療機関内で診療の采配をしている。</p> <p>[外来診療時間外]</p> <p>施設看護職員から配置医師に連絡し、指示を仰いでいる。救急搬送の場合、協力医療機関を第一選択とするが、当該医療機関の当直医師の専門外の疾患が予想される場合は、救急隊が搬送先の選定を行う。</p>
入所者の体調不良時は、配置医師から診療情報提供書を連携している医療機関に送付し、入所者の診療（外来）の受入れや入院受入れ等が行われる。当該施設の車で入所者を搬送するケースが多く、脳梗塞等の緊急を要する場合以外での救急搬送は行っていない。
近隣の無床診療所の診療時間内は入所者の診療（外来）の受入れを行っている。看取り時の死亡診断は、配置医師不在時には当該医療機関の別の医師が代わりに駆けつけ対応をしている。
協力医療機関は、3 医療機関と契約を結んでいるが 2 医療機関とは、特筆すべき連携はなく、受診もしていない。連携している協力医療機関とは、医療的介入がなく施設対応が可能であれば、早期に退院していただけるような関係になっている。

### 3 ヒアリング調査結果のまとめ

#### (1) 配置医師のバックアップ体制の整備に向けてのアプローチとその他の取り組み

令和4年度先行研究より、配置医師業務を行う上で最も困っていることは「交代要員がない・バックアップ体制がない」であった。本調査からも配置医師のバックアップ体制がないことで、配置医師の業務が負担となっている恐れがあるという事例がみられている。

ヒアリング調査をした施設のうち配置医師のバックアップ体制を既に構築している事例から、配置医師へのバックアップ体制の整備に向けての4つのアプローチと2つの改善策を抽出した。

#### ①バックアップ体制の整備に向けた医療機関へのアプローチについて

##### (i) アプローチ1：協力医療機関への要請

特養では、運営基準第二十八条で、「指定介護老人福祉施設は、入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない」とされている。

このため、配置医師のバックアップ体制を整える際には、まず協力医療機関への要請が優先される。特に、協力医療機関とは、緊急時や特定の医療行為が必要な場合において、迅速に対応を取り決めることが求められる。

さらに、令和6年度介護報酬改定において、協力医療機関の要件について、以下の通り見直しがされる予定であることから、協力医療機関への要請はより優先されることが想定される。

図表 協力医療機関との連携体制の構築

概要	介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。
対象	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

図表 協力医療機関との連携体制の構築(続き)

要件	<p>ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする）。＜経過措置3年間＞</p> <p>① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。</p> <p>② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。</p> <p>③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。</p> <p>イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。</p> <p>ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。</p>
----	---

出典：厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」

(ii) アプローチ2：協力医療機関以外への要請

距離的、体制的な問題で協力医療機関からの支援が得られない場合、協力医療機関以外にアプローチをする必要がある。例えば、同一法人内の他施設や配置医師のネットワークを通じて、追加の医療支援を確保する方法が考えられる。

(iii) アプローチ3：アプローチ1と2のハイブリッド型

協力医療機関のみ、または協力医療機関以外のみではバックアップ体制が構築できない場合、協力医療機関と協力医療機関以外の双方と連携し、バックアップ体制の充実を図る方法が考えられる。

(iv) アプローチ4：郡市区医師会へ要請し、地域で代診体制を整備

地域全体での連携強化を目指し、郡市区医師会への要請を行う。郡市区医師会との連携により、特養での緊急対応や代診体制の構築が考えられる。

②バックアップ体制の整備に向けたその他の取り組みについて

(i) 配置医師の業務負担の軽減策として施設の体制を強化

配置医師の指示に応じて、施設が入所者の医療ニーズに適切に対応できるよう施設の体制を強化することが必要と考えられる。

## (2) 特養と協力医療機関における連携体制の整備に向けての課題と方策

### ①特養と協力医療機関における連携体制の整備に向けての課題

#### (i) 協力医療機関が形骸化している

協力医療機関については、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（以下「運営基準」という。）第二十八条「指定介護老人福祉施設は、入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ、協力病院を定めておかななければならない。」と定められているものの、実際には形だけで、「協力」関係にはない施設もみられる。

協力病院は、「入所者の入院の受入れ（後方支援ベッド）」対応が求められているが、「入所者の入院の受入れ（後方支援ベッド）」について連携できている施設は16施設中8施設であり、協力医療機関以外が対応している協力医療機関もみられる。

このような課題の解消に向けて、前述の通り、令和6年度介護報酬改定において協力医療機関の要件を見直され、診療報酬改定においても、平時から高齢者施設と連携し入所者を入院させた場合等の評価が新たに設けられた。

### ②特養と協力医療機関における連携体制の整備に向けての方策

#### (i) 協力医療機関との関係構築のためのノウハウの共有

関係構築のためには、協力体制の構築方法や顔の見える関係性の築き方などのノウハウを施設間で共有することが有効である。特別養護老人ホームが期待する協力体制の形を医療機関に明示することも重要である。

#### (ii) 特養として期待する協力体制の明示

離島や過疎地においては、物理的な距離が協力医療機関との連携の障壁となり得る。ICTを活用した遠隔診断など、時代に合った連携体制の構築を検討することが求められる。

## 1 配置医師の診療内容を踏まえた給付調整等に関するわかりやすい周知に向けて

先行研究から、施設の職員、配置医師ともに特養で請求できる診療報酬について、一部誤認しているものがあることが明らかになっていた。

配置医師の診療内容を踏まえた給付調整等に関するわかりやすい周知は、医療保険と介護保険の給付調整に関する複雑な制度の適切な理解を深める上で必要である。

配置医師が行った診療に対して、診療報酬が適切に請求されるためには、特養の職員、配置医師やレセプト請求を担当する職員が、医療保険と介護保険の給付調整に関する理解が必要であるため、厚生労働省からの通知文や公益社団法人日本医師会からの情報提供など、複数の方法による情報提供が効果的と考えられる。特に、レセプト請求を担当する職員向けには、わかりやすいガイドラインを提供することで、特養における診療報酬の適切な請求への寄与が期待される。

なお、本調査では特養で請求できない診療報酬は確認されなかったが、任意に調査を依頼した13施設の1ヶ月間のデータに基づく分析であることに留意が必要である。全国的な傾向を示しているとは断定できないことから、特養で行われる診療行為において、診療報酬が正しく理解され、請求されているかについて把握するには、改めて広範囲にわたる定量調査を行うことが必要と考えられる。

## 2 配置医師へのバックアップ体制の構築に向けて

先行研究では、配置医師の業務を行う上での主な困りごととして「交代要員の不在及びバックアップ体制の欠如」が挙げられており、配置医師へのバックアップ体制の構築が必要である。

本調査結果から、協力医療機関が配置医師のバックアップをしている事例が複数みられた。特養では、運営基準第二十八条で、「指定介護老人福祉施設は、入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。」とされていることや、令和6年度介護報酬改定の内容を踏まえれば、協力医療機関に配置医師のバックアップ体制を要請することが有効な手段の1つと考えられる。

その他には、協力医療機関以外の医療機関や郡市区医師会等、配置医師自身が持つネットワークを活用し、バックアップ体制を構築している事例もみられた。いずれにせよ、特養および配置医師の状況に応じたバックアップ体制を構築することで、入所者への医療提供が充実することが期待される。

一方、ワーキング・グループでは、特養の現場からの意見として、バックアップ体制の構築には、特養からバックアップ体制の主体となる協力医療機関等に働きかけることが重

要であるが、特養が医療機関に働きかけるためのノウハウが不足していると指摘された。

ただし、協力医療機関と特養が同一法人である場合や配置医師が協力医療機関あるいは医療機関の役職者である場合、配置医師が協力医療機関等との窓口となり、配置医師が協力医療機関等との調整等を行う役割を担い、バックアップ体制の構築がしやすいと考えられる。そのような環境にない施設においては、体制構築の手段の例として、地域の特養と医療機関の連携に関する協議の場へ参加し、医療機関への挨拶回り等を通じて、医療機関と顔の見える関係を構築し、体制構築へ働きかける等が意見としてあげられた。

また、配置医師の業務負担を軽減するという観点も必要であり、配置医師の指示に応じて、施設内の職員で対応可能な範囲を明確にすることで、配置医師の駆けつけ対応の回数を減らすことも可能という事例もあった。特に特養の看護職員が医師の包括指示等の下で対応できることが必要と考えられるが、特養の中には看護職員の確保に難儀している施設もあるため、施設全体での急変時や病状の変化の際の対応方針等を協議し、医療提供体制の強化の取り組みが求められている。

さらに、配置医師の駆けつけ対応を適切に評価する観点も重要である。配置医師の中には、夜間に対応できないものの、日中であれば駆けつけ対応をしている事例がみられた。令和5年度時点では、日中の配置医師の駆けつけ対応（配置医師緊急時対応加算）は評価されていないが、令和6年度介護報酬改定で、入所者に急変が生じた場合、日中であっても配置医師が通常の勤務時間外に駆けつけ対応を行った場合の評価を新たに設けた。日中であっても配置医師の駆けつけ対応が評価されることで、配置医師の対応の充実が期待される。

以上のことから、配置医師へのバックアップ体制の構築では、令和6年度介護報酬改定の内容を踏まえつつ、施設と配置医師等の状況に応じて、配置医師の業務をバックアップする協力医療機関等との連携、施設の医療提供体制の強化を総合的に推進することが求められる。

### 3 特養と協力医療機関における実効性のある連携体制の構築に向けて

本調査から、特養と協力医療機関との関係が形骸化している事例が複数みられた。形骸化した背景として、施設の設立時に協力医療機関として契約はしたものの、その後、契約の見直しは行っておらず、「緊急の場合の対応（配置医師に代わりオンコール対応）」、「緊急の場合の対応（配置医師のオンコール対応を補助）」、「入所者の診療（外来）の受入れ」、「入所者の入院の受入れ（後方支援ベッド）」、「死亡診断の作成」等の本調査における連携ができていない実態が明らかとなった。そのため、入所者への医療提供体制の充実に向け、協力医療機関との実効性のある連携体制の構築に向けた取り組みの推進が求められる。

特養と協力医療機関における実効性のある連携に向けて、本調査から、配置医師の所属が協力医療機関であることで、配置医師が協力医療機関との連携の橋渡し役を担い、それ

により協力医療機関との連携がスムーズになる事例がみられた。しかし、配置医師の所属が必ずしも協力医療機関に所属しているとは限らないことから、特養と協力医療機関の連携体制の構築においては、特養側から協力医療機関に声をかけられるよう「顔の見える関係づくり」がポイントの1つと考えられる。

なお、令和6年度介護報酬改定では、前述の通り協力医療機関の要件の見直しに加えて、「協力医療機関連携加算」が新設される予定である。「協力医療機関連携加算」とは、協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者等の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的を開催することを評価する加算である。令和6年度介護報酬改定により、特養と協力医療機関が「顔の見える関係づくり」が進み、実効性のある協力体制が構築されることにより特養の入所者への医療提供体制の充実が期待される。

一方で、協力医療機関との連携を阻害する要因として、特養と協力医療機関の距離が障害となっている事例もみられた。アドバイザーボードからの意見として、協力医療機関は、中学校区程度の日常生活圏域内での連携が有効と考えられるが、離島や過疎地等の医療資源が乏しい地域においては、必ずしも中学校区程度の日常生活圏域内での連携体制は構築できない場合も想定される。そのため、ICT機器を活用した遠隔診断の積極的活用も有効な手段の1つと考えられる。

今後、特養と協力医療機関の連携強化に向けた取り組みが、各地で進展すると考えられるがこの取り組みを加速させるためにも、厚生労働省等から特養に対して、特養と協力医療機関の連携体制構築のノウハウの普及が必要と考えられる。

## 1 ヒアリングシート

### (1) 先行ヒアリング\_管理者・看護職員ヒアリングシート

問1 (配置医師の状況が令和4年度インタビュー調査時点から変更がある場合のみご回答)  
配置医師の勤務・契約形態等について教えてください。

(例)

- 配置医師の人数/主たる診療科目/配置医師の役割(往診回数・頻度、往診以外の対応)
- 報酬の支払い形態(月単位払い、緊急時の駆けつけ対応の報酬の有無等)

問2 貴施設において、医療ニーズを有する方を受け入れることになったきっかけを教えてください。

(例)

- 医療ニーズ有する方の入所希望者の増加、入所者からの希望、協力医療機関からの要請

問3 医療ニーズを有する入所者の受け入れに関する貴施設の考え・方針を教えてください。

(例)

- 優先入所指針では医療ニーズを有する入所希望者を加点し、医療ニーズのある利用者を優先して受け入れている。
- 医療ニーズを有する入所希望者を積極的に受け入れるよう方針として打ち出している。

問4 医療ニーズを有する方の受け入れのために入所決定前の取り組みについて教えてください。

(例)

- 特養入所の申し込みがあった際に、申込者の情報を収集するための調査(いわゆる、実調)を行っている。
- 入所希望者をどうしたら受け入れられるかを入所検討委員会で検討している。
- 入所希望者について、協力医療機関から助言をもらっている

問5 医療ニーズを有する方の受け入れに関する入所決定後(入所決定後～入所前まで)の取り組みについて教えてください。

(例)

- 医療機関等から入所予定者の医療処置の方法を共有してもらっている。
- 入所前に施設内にて、入所予定者の医療ニーズへの対応についての検討している。

問6 医療機関から入所する等一定程度の医療ニーズを有する方を受け入れる際に、医療機関から、どのような支援を受けられると、施設内における医療ニーズを有する入所者の受け入れがスムーズと考えますか。

(例)

- 申し込み時、入所検討委員会時、入所直前

問7 問6について、特に入院医療機関から支援を受けたい患者・入所者像について教えてください。

(例)

- 深い褥瘡、認知症の周辺症状が強い方

問8 入所者の医療ニーズに適切に対応するための施設内の体制整備について取り組まれていることを教えてください。

(例)

- ✓ 看護師へのリカレント教育、医療的ケアに関するマニュアルの整備
- ✓ 医療的ケアができる人員の充実

問9 協力医療機関はどのように選定されましたか。

(例)

- ✓ グループ法人、距離が近い、緊急時の対応の有無等

問10 平時・緊急時における貴施設と協力医療機関との連携の概要・工夫について教えてください。

(例)

【平時】

- 施設と協力医療機関における連携に関する取り決めをしている。
- 入所者の外来受診の場合、待ち時間を少なくしている。
- 入所者への医療ニーズに関する知識・技術的指導を行ってもらっている。

【緊急時】

- ✓ 急変が生じる可能性がある場合、事前に協力医療機関に連絡している。
- ✓ 必要に応じて、協力医療機関の配置医師以外の医師、看護師が施設に駆けつけ対応している。
- ✓ 利用者の情報が速やかに伝わるようサマリーをいつでも出せるようにしている。

問11 協力医療機関との連携について必要と感じていることや取り組みたいことに教えてください。

(例)

- ✓ 協力医療機関数の増加、急変時の対応の強化

問12 受け入れを検討している新たな医療ニーズ、受け入れるために必要と考える対応について教えてください。

(例)

- ✓ 受け入れを検討している医療ニーズ：胃ろう、必要な対応：看護師の人員の増加

問13 入所者の急変時に、どのような症状、病態等で、それぞれ配置医師、医療機関等に対して電話相談、往診、救急搬送とするかの判断をしていますか。

(例)

- ✓ 緊急時対応マニュアル、看護職員、配置医師へのオンコールで判断している。

問 14 看取り時若しくは人生の最終段階における救急搬送時を含む本人の意思支援の状況について、  
終末期において家族がいる場合、いない場合どのように支援を行っていますか。

(例)

- (本人が意思確認表示できる場合) 入所時に確認し、認知機能低下時に再度確認している。
- (本人は意思表示できないが、家族がいる場合) 家族に入所時・適宜確認している
- (本人が意思表示できなく、家族もいない場合) 代理意思決定できる人を探す。

問 15 今後、特別養護老人ホームにおいて医療ニーズを有する方の受け入れを進めていくために必要と  
感じていることについて、自由に教えてください。

問 16 診療報酬を請求している施設のみお伺いします。配置医師の入所者に対しての診療行為のうち、診  
療報酬を請求していない診療行為がありましたら、その診療行為と請求していない理由を教えてください。

## (2) 先行ヒアリング\_配置医師ヒアリングシート

問1 配置医師と協力医療機関との間でどのような連携をされているか教えてください。

(例)

- 診療情報提供書の作成
- 協力医療機関への受診、入退院にかかる調整
- 入所予定者の受け入れるにあたっての医療に関する調整

問2 担当している施設において医療ニーズの受け入れが進むために必要と考える施設内の体制整備について教えてください。

(例)

- ✓ 介護職員、看護職員の人員の充実
- ✓ 配置医師のバックアップ体制の構築
- ✓ 医療的ケアの物品等に充実
- ✓ 施設職員との情報共有
- ✓ 看護師の知識・技術向上

問3 担当している施設において医療ニーズの受け入れが進むために必要と考える施設外の体制整備について教えてください。

(例)

【協力医療機関】

- ✓ 協力医療機関数の増加
- ✓ 協力医療機関との情報共有の円滑化

【協力医療機関以外】

- ✓ 地域の医師会との連携
- ✓ 緊急時における他の医療機関との連携の円滑化

問4 専門外で訪問診療が必要となる状況について教えてください。

(例)

- ✓ 褥瘡や白癬等の皮膚疾患、周辺症状が強く出現している認知症患者、眼科疾患、口腔疾患等

問5 今後、担当されている施設において医療ニーズを有する方の受け入れを進めていくために必要と感じていることについて、自由に教えてください。

問6 配置医師が所属している医療機関で診療報酬を請求している場合のみお伺いします。配置医師の入所者に対しての診療行為のうち、診療報酬を請求していない診療行為がありましたら、その診療行為と請求していない理由を教えてください。

以上

### (3) 追加ヒアリング\_ヒアリングシート

問1 配置医師の勤務・契約形態等について教えてください。

- ✓ 配置医師の人数/主たる診療科目
- ✓ 報酬の支払い形態（月単位払い、緊急時の駆けつけ対応の報酬の有無等）

問2 配置医師の役割について教えてください。

- ✓ 契約書に記載されている内容、実際果たしている役割、期待する役割

問3 急変時における配置医師の対応について教えてください。

- ✓ 対応方法（駆けつけ対応、電話対応等）
- ✓ 駆けつけ対応、電話対応時の報酬の有無
- ✓ 駆けつけ対応が必要なケース

問4 配置医師のバックアップ体制の概要について教えてください。

- ✓ 体制（協力医療機関との連携、医師会との連携等）
- ✓ 配置医師不在時（夜間・早朝など）

問5 配置医師のバックアップ体制の構築に関するプロセスや連携を推進したことでの効果等について教えてください。

- ✓ 体制の検討・構築のきっかけとなった出来事やそれまで抱えていた課題
- ✓ 体制の検討・構築の具体的なプロセス（苦労した点、工夫した点、取組を主導した方）
- ✓ 体制の検討・構築（成功）のポイント
- ✓ 体制の検討・構築の効果（バックアップ体制の構築による配置医師の負担の程度の変化）
- ✓ 体制の検討・構築の際に参考にした取組や情報源
- ✓ 利用者のご家族様等の周知（周知の実施の有無、周知方法）

問6 配置医師のバックアップ体制の構築や体制強化に向けた今後の取組について教えてください。

- ✓ 体制構築・体制強化に向けた取組計画（今後のスケジュール、内容等）

問7 協力医療機関の契約について教えてください。

- ✓ 協力医療機関の数/種別/契約金額

問 8 協力医療機関はどのように選定されましたか。

- ✓ グループ法人、距離が近い、緊急時の対応の有無等

問 9 貴施設と協力医療機関との連携の内容について教えてください。

- ✓ 連携（看取り、看取り以外）の内容
- ✓ 連携における特養、配置医師、協力医療機関それぞれの役割

問 10 協力医療機関との連携における構築に関するプロセスや連携をしたことでの効果等について教えてください。

- ✓ 連携推進のきっかけとなった出来事やそれまで抱えていた課題
- ✓ 連携推進の具体的なプロセス（協議体、参加者、協議内容、協議頻度）
- ✓ 初期段階での主な取組や課題（苦労・うまくいかなかった点、工夫した点）
- ✓ 現在までの連携推進のための取組とそれぞれの効果（定期的な会合、合同研修、契約書見直し等）
- ✓ 連携推進（成功）のポイント
- ✓ 連携推進の効果

問 11 協力医療機関との連携推進のための取組、計画について教えてください

- ✓ 今後、更なる連携推進のための改善点と取組計画等

問 12 配置医師のバックアップ体制の構築や協力医療機関との連携について、感じていることを自由に教えてください。

問 13 配置医師による入所者に対する診療行為に対して請求される診療報酬の算定の認識等について教えてください。

問 14 配置医師以外の診療が必要なケースについて、具体的に教えてください。

- ✓ 配置医師以外が診療する流れ

以上

## 2 先行ヒアリング調査結果個票

### (1) (福) 北海長正会北広島リハビリセンター特養部四恩園

施設概要等	所在地	北海道北広島市
	定員数・入所率	50名定員・入所率 100.0%
	入所者像	平均要介護度 3.8
	配置医師の人数	1名
	協力医療機関	2機関 ・ a 協力医療機関：配置医師の所属医療機関 ・ b 協力医療機関：配置医師の所属医療機関と関連のある医療機関
	市区町村内の人口 (令和5年1月1日)	57,351人

#### (i) 配置医師の状況

##### ○配置医師の属性

配置医師は60代で消化器内科が専門。高齢者に対するケア・医療について長年の経験がある。施設まで車で20分程度、所属医療機関（病院）から施設までは10分程度の距離に居住している。

現在の立場としては、a 協力医療機関の院長で、b 協力医療機関の理事長を兼ねている。また、当該施設の法人の理事も担っている。

##### ○配置医師の役割

配置医師は、週2回の診察（各1時間程度）を行っている。加えて、急変時の電話対応や駆けつけ対応も行っている。

契約は、施設と a 協力医療機関との締結である。報酬は月固定で、急変時の別加算は行っていない。

#### (ii) 医療ニーズがある人の受け入れ対応

##### ○きっかけ・方針

医療ニーズがある人の受け入れは、協力医療機関ならびに近隣の別機関から相談されて、受け入れが徐々に増えてきた。

##### ○受け入れの対応

医療ニーズを有する方の受け入れの可否は、原則として看護職員が判断している。入所前の段階で、生活相談員に看護職員が同行して直接状態を見ている。病院からの入所の場合はMSWやケアマネから情報収集し、必要に応じて訪問する。長年やってきているので、MSW等との連絡ルートは構築できている。

判断に迷う場合は、診療情報提供書を依頼し、配置医師に診察してもらい、判断している。入所する際には、主治医を配置医師に変更のお願いをし、その後の受診がスムーズになるようにしている。

##### ○入所決定後の対応

介護職員に対して入所者の情報を共有し、看護師から対応方法を提案している。

#### ○施設内で取り組んでいる体制整備等

急変事に備えて、急変時対応マニュアルを定めている。また、日々のミーティング内で必要があれば、看護職員から対応方法を伝えている。

#### (iii) 配置医師のバックアップ体制について

配置医師が不在の時間帯については、明らかな外傷ケースは搬送、それ以外は配置医師への電話等で相談している。配置医師による指示書が事前に全員分出ている。薬剤の何種類かは施設内にストックしており、包括的指示で使ってよいものは使う。日中であればおおむね、配置医師との電話等での相談、それに基づく施設内での対応、あるいは指示に基づく病院への受診といった形で対応できており、看取り以外で配置医師の駆けつけが必要な事態は基本的にない。

#### ○平時の体制

配置医師の指示により、**b** 協力医療機関に外来受診等することがある。終了時刻間際でも対応してくれる等、**b** 医療機関側が柔軟に対応してくれる状態となっている。

#### ○緊急時の体制

当番の施設の看護職員が電話を受け、必要に応じて駆けつける。配置医師による包括的指示を元に対応する。看護職員で判断できないときには配置医師に電話連絡する。看取り対応以外の心肺停止、転倒による外傷、脳出血・脳梗塞等は救急搬送の活用となる。

なお、施設内で入居者別に緊急搬送時に備え、緊急搬送時に速やかに情報が伝えられるようとりまとめている。(薬剤情報や終末期の希望、救急処置の希望等を記載)。

#### (iv) 協力医療機関との連携状況

##### ○a 協力医療機関

同施設の母体となる障害者施設に併設している診療所であり、配置医師が所属している医療機関である。

##### ○b 協力医療機関

24 時間体制の医療機関。加療が必要な場合等は、ここで受け入れてもらう。受診の際には、配置医師が **b** 協力医療機関に連絡し、調整を行っている。予約制なので、待ち時間はあまりなく受診できる。受診の際に、医師に経過が伝わるよう看護職員が文書を作成し、持参している。

#### (v) 協力医療機関以外の医療機関との連携状況

皮膚科の医療機関からは、2 週に 1 度往診がある。患者の状況によってはさらに往診頻度を増やしたり、電話をくれたりすることもある。付き合いが長く、施設で対応できる処置方法を考慮して、処置の方法を選択できるように聞いてくれる。

他に、市内で 365 日診察している診療所について、受診先が確保できないときに使うことがある（電話して当診療所の医師や看護師と直接相談）。ただし、年に一度対応があるかどうかの頻度である。

#### (vi) 看取り期／人生の最終段階の対応に関して

##### ○意思確認

入所の時に、本人・家族の意向を確認する。終末期に近くなってきたときに再度家族に確認する。その際には配置医師から終末期に近い旨を伝えてもらっている。家族がいない場合、必要時は後見人と打ち合わせる。

##### ○看取り時の対応方法

看取り対応の方の場合、原則、まず家族に来てもらって配置医師と面談して、どうするかを決める。死亡診断の際には、日中であれば配置医師が駆けつけてくれる。配置医師の駆けつけができないときは、b 協力医療機関側で対応してくれる。あらかじめ看取り対応となった時点で、配置医師から病院の事務に連絡を入れており、b 協力医療機関内でカルテを識別して保管してくれている（配置医師が行けなくても、連絡がいけば当直医が動ける状態にしてくれている）。

#### (vii) 今後強化・検討したい点／強化・改善が必要だと感じる点について

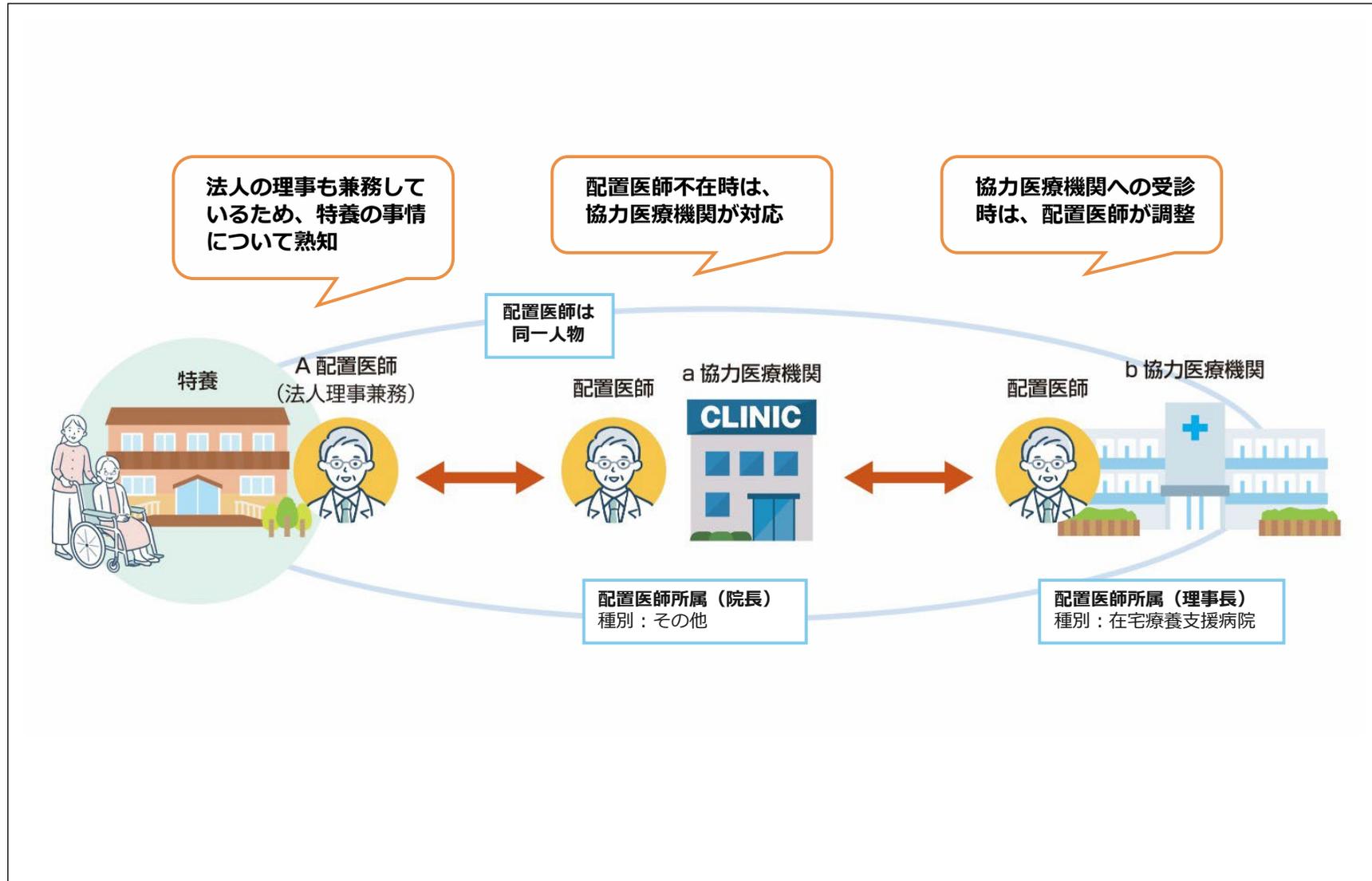
##### ○強化・検討したい点

現状は、看護職員 2 名が交互に担当となり、24 時間連絡がつくようにしているが、看護職員のオンコール対応の負担の軽減は課題であり、外部活用等も視野に入れて検討している。

##### ○強化・改善が必要だと感じる点

医療ニーズへの対応については、入所前にソーシャルワーカーやケアマネ等から細かい情報が来ていると、受け入れの可否も含めて検討しやすくなる。

(福) 北海長正会北広島リハビリセンター特養部四恩園 連携体制図



## (2) (社) 十日町福祉会

施設概要	所在地	新潟県十日町市
	定員数・入所率	29名定員・入所率 94.4%
	入所者像	平均要介護度 3.8
	配置医師の人数	1名
	協力医療機関	2機関 ・ a 協力医療機関：配置医師の所属医療機関（その他の病院） ・ b 協力医療機関：配置医師と関係ない機関（その他の病院）
	市区町村内の人口 （令和5年1月1日）	49,172人

### 施設管理者・看護職員ヒアリング

#### (i) 配置医師の状況

##### ○配置医師の属性

配置医師 1 名と契約を結んでおり、所属する医療機関が協力医療機関にもなっている。施設から車で 10 分ほどの場所にある。報酬は月額固定で、急変対応における別途報酬は定めていない。

##### ○配置医師の役割

週 1 回の回診と、勤務時間外の電話対応を原則としている。役割としては「利用者への日ごろの回診・健康相談」、「施設職員のケアに関する相談対応」、「看取り時の緊急対応（夜間含む）」である。契約上は特に対応内容は明記されておらず、法人と配置医師とのやり取りの中で概ね対応が決まってきた。

#### (ii) 医療ニーズがある人の受け入れ対応

##### ○きっかけ・方針

施設の方針として、施設内の体制を考慮しつつ、対応が可能であれば受け入れしていく方針である。

##### ○受け入れ時の対応

生活相談員が入所時に面談を行っており、その情報を基に入所の受入れを検討している。また、「うおぬま・米ねっと」を通じて、利用者の医療情報や介護サービスの情報を閲覧してあらかじめ確認する場合もある。

#### (iii) 配置医師のバックアップ体制について

##### ○日中

配置医師不在の時間帯では、看護職員から配置医師へ、入所者の体調について、電話相談を入れる。そこで指示（採血、点滴、内服薬投与、受診）を仰ぎ、看護職員が必要な対応を行う。対応できる範囲の備品や内服薬は、施設内に常備している。対応が難しいときには、配置医師の所属する a 協力医療機関に受診に行くか、b 協力医療機関での受診あるいは救急搬送となる。b 協力医療機関の対応になる場合は、配置医師が直接連絡をとってくれる。

#### ○夜間

外部委託業者（オンコール代行サービス）を活用している。介護職員がそこにまず伝えて対応方法に関する助言をもらう。外部委託業者から、施設看護職員への連絡するよう助言をもらった場合は、看護職員にオンコール対応（必要によったら駆けつけ）する。看護職員で判断がつかないときには、配置医師に相談し、指示を仰ぐ。配置医師の対応は、駆けつける、もしくは救急搬送指示になる。

配置医師不在の場合は救急搬送を原則とする。ただし、電話がつながらずに困る事態はこれまで起こっていない。

#### (iv) 協力医療機関との連携状況

##### ○a 協力医療機関

受診が必要な際に、通常活用している機関。配置医師が専門医への情報共有、予約まで行ってくれる。

##### ○b 協力医療機関

町内で唯一、救急搬送に対応している医療機関。救急搬送時はこの医療機関となり、配置医師から連絡するケースもある。

協力医療機関としての優遇等は特にはないが、退院後の生活が特養であることを加味して、薬剤の出し方を考えたりしてくれることもある。

#### (v) 協力医療機関以外の医療機関との連携状況

当該地区では、配置医師不在時に対応するため、市内7箇所の特養を配置医師6名（輪番制）で対応できる仕組みを当該地区の医師会主導で構築している。この仕組みにより、配置医師不在時でも当番医師による死亡診断作成を依頼できるようになった。

#### (vi) 看取り期／人生の最終段階の対応に関して

##### ○意思確認

本人の意思確認ができ、家族がいる場合は双方に意思確認をしている。

##### ○看取り時の対応方法

終末期が近くなった段階で配置医師が伝え、ケアマネまたは相談員から家族に電話し、同意書を書いてもらうことを基本としている。家族が医師からの説明を希望する場合は、配置医師に対応してもらう。

#### (vii) 強化してきた点／強化・改善が必要だと感じる点について

##### ○強化してきた点

夜間の外部委託業者活用については、看護職員の負担減を考えて判断した。費用は掛かるが、継続的な看護職員の確保を考えると必要なことだと考えている。

##### ○強化・改善が必要だと感じる点

県内の施設では、入所者の医療ニーズに対応できず、隣接する県外施設を活用しているケースがある。こうしたニーズに対応できる体制になっていけるとよい。

医療処置を要する方の受け入れは、職員のスキルアップにもつながると考えている。ただし、看護職員・介護職員の人員確保は課題である。

## 配置医師ヒアリング

### (i) 協力医療機関を含めた魚沼医療圏の医療機関との連携状況

地域の医師会が構築している「うおぬま・米ねっと」を活用し、協力医療機関とも入所者の医療情報、介護サービスの情報の共有をしている。患者（同意が得られている場合のみ）の情報があるので、医療機関側に受け入れてもらう際、あるいは退院で戻ってくる際等の、相互の状況把握がスムーズである。

### (ii) 協力医療機関以外の医療機関との連携状況（配置医師のバックアップ体制）

配置医師不在時においても、特別養護老人ホームからの入所者に関する電話対応が可能なように、地域の医師会と連携し、電話の当番制を実施している。

### (iii) 今後強化・検討が必要だと思うこと

#### ○施設関連

看護職員の人員増加・働きやすい環境づくりが一層必要になってくると感じる。配置が少なく、医療処置を要する方の受け入れを進めた場合、医療処置を遂行できない恐れがある。設備の充実も望まれる。衛生材料や医療機器の設備の費用は施設が支払っているが、予算が少なく配置医師が所属する医院からの持ち出すこともあるという状況である。IT機器の拡充ならびに看護職員のIT活用促進も進むとよい。看護職が参加できるような勉強会は医師会で行っている。

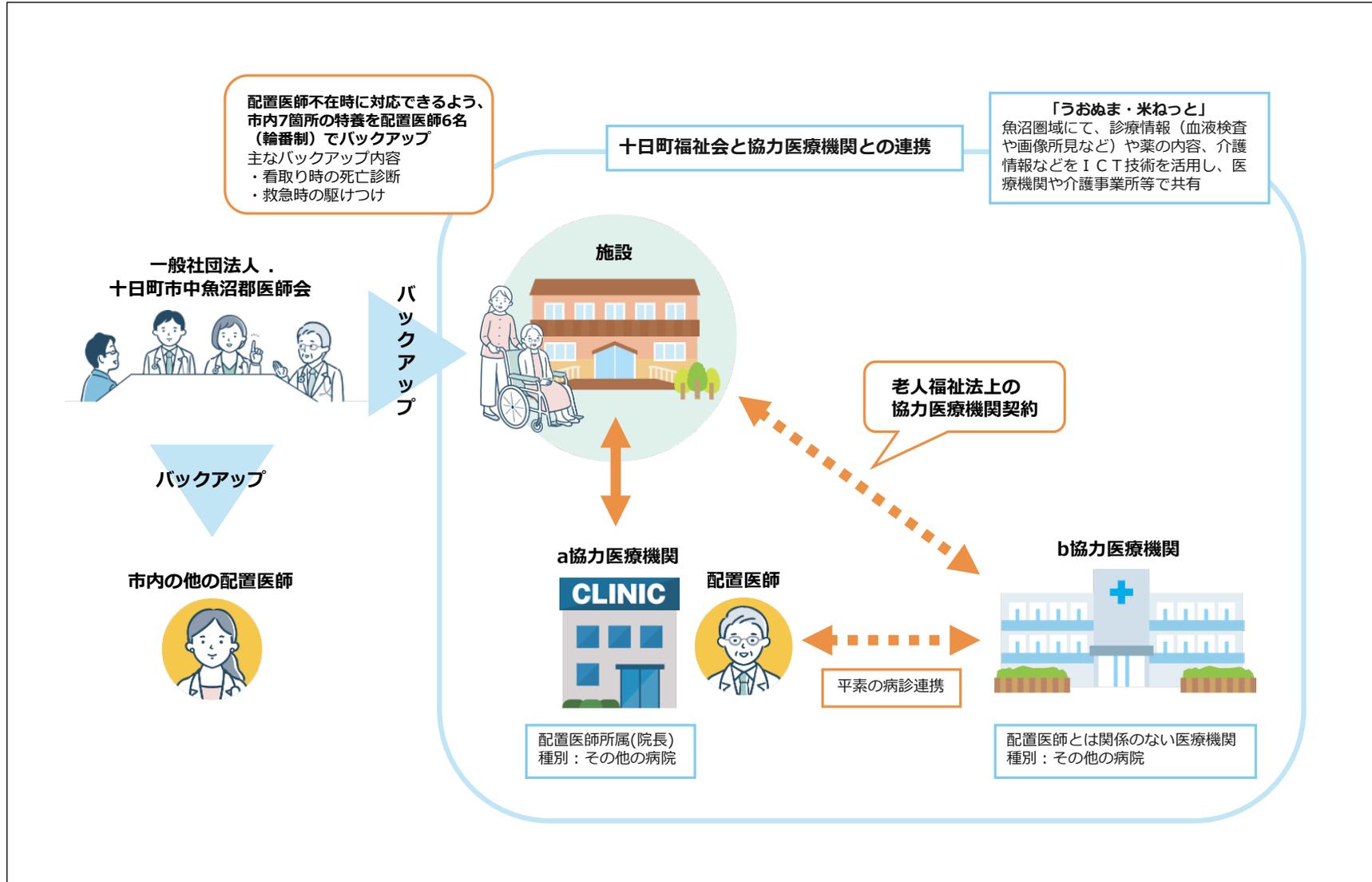
#### ○医療機関関連

医療機関側が、より特別養護老人ホームの機能や実態を知ると連携しやすくなる。たとえば心電図等の検査機器が施設に常備されているわけではないという点も知らない医療機関の職員がいる。

#### ○仕組み等

今後、医師不足が懸念される地域であるため、地域の医療機関全体で協力しながら取り組んでいく必要があると感じている。また、精神科等の専門外で、地域に依頼できる医療機関がない場合、オンライン診療もあってよいと考える。

(社) 十日町福祉会 連携体制図



### (3) A 施設

施設概要	所在地	東京都世田谷区
	定員数・入所率	72名定員・入所率 94.0%
	入所者像	平均要介護度 4.4
	配置医師の人数	5名
	協力医療機関	1機関 ・協力医療機関：配置医師の所属医療機関（その他の病院）
	市区町村内の人口 （令和5年1月1日）	915,439人

#### ○施設管理者・看護職員ヒアリング

##### (i) 配置医師の状況

###### ○配置医師の属性

隣接する協力医療機関所属の医師を5名、非常勤嘱託で依頼している。配置医師の専門は、循環器2名、呼吸器3名である。報酬は月額固定で、急変対応に関する別途報酬は定めていない。

###### ○配置医師の役割

各配置医師が週1日2時間の診察を行うのを原則とする（5名がそれぞれ週1日回診のため、ほぼ週5日交互に誰かが訪れる状態である）。入所者は入所時に、配置医師のいずれかを主治医としている（配置医師1人あたり入所者14～15名の担当）。入所者には回診に加えて、電話相談の対応・指示も日常的に行われている。

契約上の配置医師業務としては、「緊急時・夜間帯のオンコール対応、職員への教育と指導、看取り介護期の判断、家族への説明、入所者が外部医療機関を受診する際の連絡・調整、施設での定期カンファレンスへの参加、死亡確認・死亡診断書等関係記録の記載」が定められている。後述の通り日中の配置医師・施設看護職員の対応で夜間急変が起こらないよう対応できており、休日・夜間において配置医師の駆けつけが必要となるケースはほとんどない。

##### (ii) 医療ニーズがある人の受け入れ対応

###### ○きっかけ・方針

胃ろうや経鼻経管栄養等のニーズに対応しようという施設の方針があった。協力医療機関の後押しがあり受け入れが進むようになってきた。現在は看護職員の体制や施設設備を考えながら、できる範囲で受けていく。

###### ○受け入れの対応

入所受け入れ時に、診療情報提供書の中に医療行為が多く見られるときには、看護師が面談に同伴する。また、入所検討委員会に配置医師が参加する（入所予定者の症状関連の専門性を持つ配置医師が担当）。

診療情報提供書について、協力医療機関はすぐに準備してくれるが、他の医療機関の場合には時間がかかることが多いと感じている。

#### ○入所決定後の対応

入所後も医療処置（例：内服薬、酸素療法等）が継続できるよう、準備を進める。認知症のBPSD等が見られる場合は、精神科の月2回の診療で、内服薬の調整を行う場合もある。

#### ○施設内で取り組んでいる体制整備等

医療ケアができる人員確保に受けて、施設内研修（後述の通り、協力医療機関の連携有）や、外部研修の活用をしている。喀痰吸引等研修には介護職員のうち年間数人受講を推進しており、夜間でも最低1人は喀痰吸引が可能となるよう勤務シフトを組んでいる。

#### ○医療機関から支援を期待する点

施設で継続的にサポートしていく必要がある医療ニーズについては、胃ろうのサイズや栄養の種類、尿管カテーテルのサイズや種類など、細かい情報の共有があるとよい。なお、医療処置に必要なもの（ガーゼやテープ等）が増えると、施設の経費負担も増える点は課題だと思っている。

### (iii) 配置医師のバックアップ体制について

#### ○平時の体制

原則として、事前に予測が可能な場合は、配置医師から包括的指示をもらい対応している。

#### ○急変時（看護職員の勤務時間内）の体制

フロア看護職員が確認し、判断がつかない場合は、原則、主治医に連絡をする。主治医不在時は、別の配置医師に連絡する。配置医師の指示で、協力医療機関の外来での診察の流れとなる。

#### ○急変時（看護職員不在時）の体制

介護職員が施設の待機看護職員に電話をし、看護職員が受診の必要性を判断したのち、看護職員から協力医療機関の当直管理師長に直接連絡して、入所者の容態と受け入れ可否の確認をしている。救急外来の問診票の記載のマニュアルを整備し、介護職員が適切に記入できるようにしている。介護職員が看護師に情報を正確に伝えられるよう、観察項目やバイタルサイン等を記載する書式やマニュアル等も整備している。

### (iv) 協力医療機関との連携状況

急変時は前述のような形で連携している。加えて、平時に以下のような連携がある。

#### ○協力医療機関の診療時間内

隣接していることもあり、外来受診の際は、受付後、各診療科からPHSに連絡が来る。そのため、受診に係る待ち時間は通常に比べて短く、職員は施設内で通常業務をしながら待つことができる。

#### ○職員研修への協力

機能訓練および、咀嚼や嚥下に対する研修をする際に相談すると、協力医療機関の専門職が協力して講師をしてくれる。職員研修への協力体制ができた背景としては、もともと協力医療機関側が研修会を行っていて、そこに施設職員を招いてくれるような関係があった。

## ○情報連携

情報連携として、医療情報は電子カルテで共有し、施設内での入所者の生活情報は介護ソフトに入力している。介護ソフトは協力医療機関の地域連携室で配置医師にも閲覧してもらうことができる。

## (v) 看取り期／人生の最終段階の対応に関して

### ○意思確認

本人が意思確認できる場合は、本人に意思を確認しながら支援している。本人の意思表示が難しい場合は、家族に確認する。

### ○看取り期

医療ニーズについては、入所時に用紙に記載してもらっている。事前に予測可能なこと以外が起きたときには、生活相談員から家族に報告し、家族の意向（医療機関への受診）等を確認後に、主治医である配置医師に報告している。

## (vi) 今後強化・検討したい点／強化・改善が必要だと感じる点について

### ○強化・改善が必要だと感じる点

医療ニーズを有する方の受け入れを強化するにあたっては、看護職員や介護職員の人員増加、スキル向上が必要である。

## ○配置医師ヒアリング

### (i) 協力医療機関との連携状況

他科や他の病院受診の際には、担当医師が施設の職員と相談し、診療情報提供書を作成している。

協力医療機関が、満床の場合や対応できない診療内容の場合に受け入れをしてもらえる医療機関があったほうがよいと思うが、そういったケースはほとんどない。そのため、連携したとしても形骸化する可能性が高く、現実的ではないと考えている。

### (ii) 協力医療機関以外の医療機関との連携状況

精神科と歯科は、特に配置医師外との連携が重要である。入所者は歯科受診をしづらいため、歯科の訪問診療は非常に重要である。入所者にとって、血圧の薬よりも口腔衛生の方が大事である場合も多い。

### (iii) 施設の医療ニーズとの関わり

配置医師が入所検討委員会に参加し、診療情報提供書あるいは生活相談員と入所者の面接で得られた情報をもとに、医療面において受け入れが可能かどうか判断している。診療情報提供書は、医療機関同士のやりとりには有用で、医師の立場としてはあった方がよいが、特別養護老人ホームは医療行為をする場ではないので、病名や治療歴よりも本人の性格や家族との関係等のほうが情報として大切な印象である。

緊急時においては、施設に駆けつけても医療機器がないため、施設の中で医師としてできることは少ない。状態の観察においても、ベテランの医師よりもベテランの看護師が優れている場合もある。

(iv) 今後強化・検討が必要だと思うこと

○施設関連

医療的処置を要する方の受け入れにあたっては、夜間の看護職員の配置や衛生材料、医療機器の充実等が必要と考えられるが、金銭的な負担が大きく導入が難しいであろう。

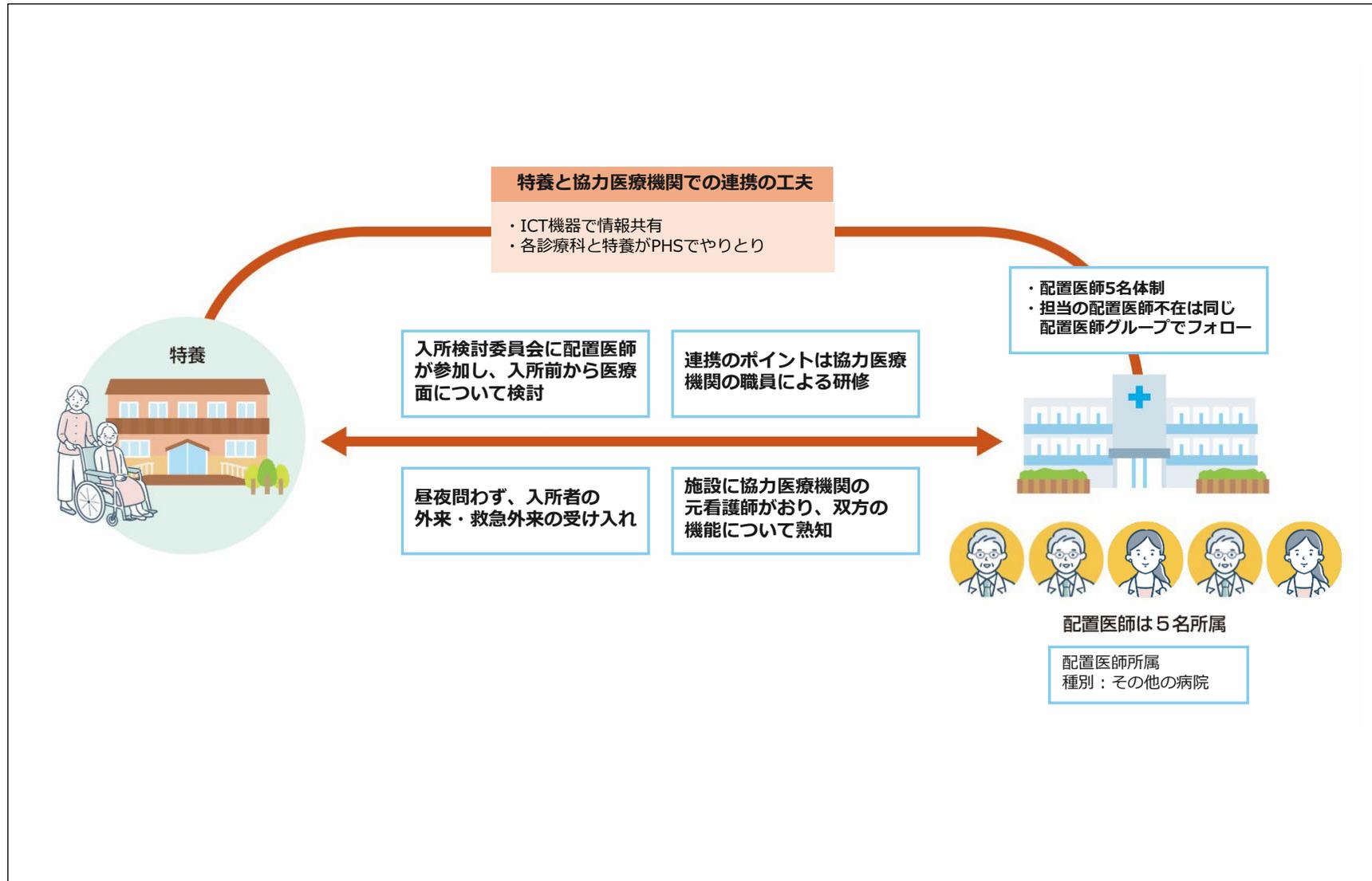
○医療機関関連

短期的に見れば、協力医療機関以外や医師会と連携して対応するということが必要になるが、長期的に考えると、高齢者医療についての国民の合意が必要であると感じている。

○仕組み等

各施設が入所希望者の情報を聞き、家族の希望について聴取していると思われるが、どこの特養でも使える公的な書類を整備することで、本人あるいは家族、施設の負担が少なくなるのではないかと。

## A 施設 連携体制図



(4) (福) マザアス 地域密着型特別養護老人ホームマザアス新宿

施設概要	所在地	東京都新宿区
	定員数・入所率	29名定員・入所率 69.4%
	入所者像	平均要介護度 4.1
	配置医師の人数	1名
	協力医療機関	2機関 ・ a 協力医療機関：配置医師とは関係ない医療機関 ・ b 協力医療機関：配置医師の所属医療機関
	市区町村内の人口 (令和5年1月1日)	346,279人

○施設管理者・看護職員ヒアリング

(i) 配置医師の状況

○配置医師の属性

b 協力医療機関所属の医師で、b 協力医療機関は、訪問診療を主として行っている。

○配置医師の役割

週1回定期的に訪問し、入所者の健康相談に対応している。他の日は必要に応じて電話で対応する。日中で配置医師に余裕がある場合は、状態を見に立ち寄ってくれることもある。日中に救急搬送が生じた際には、搬送先を探して連絡をつけるところまで対応してくれている。

(ii) 医療ニーズがある人の受け入れ対応

○受け入れの対応

受け入れ時点で利用者の情報を確認する。診療情報提供書を、入所の見込みが立った段階で必ずもらうようにしている。配置医師として気になる点があれば、診療情報提供書を確認してもらっている。

○施設内で取り組んでいる体制整備等

医療処置が必要で、皆で対応が必要な時には、看護職員が必要となって介護職員への研修をすることがある。

(iii) 配置医師のバックアップ体制について

b 協力医療機関自体が2診体制（チーム体制）でやっており、片方の医師の都合が悪いときにはもう片方がサポートする体制となっている。そのため、配置医師不在の際には、もう1名の医師によるサポートが得られる。

転倒など、小さな異常でも何か起こったら、b 協力医療機関の医療事務に電話で一報を入れる（日中／夜間共通）。協力医療機関への連絡は、日中は看護職員より直接し、夜間は介護職員が看護職員に連絡したうえで連絡を入れることが多い。相談内容は、b 協力医療機関内で配置医師に伝達する。

(iv) 協力医療機関との連携状況

○a 協力医療機関

特筆すべき連携はしていない。通常の外来受診の活用はしている。

## ○b 協力医療機関

前述のとおり、配置医師勤務時間内の対応、配置医師不在時の当直医サポート等、円滑な連携ができています。たとえば、今すぐではないものの、夜間急変の可能性を覚える容態のときには、あらかじめ看護職員からその旨を配置医師に相談することも多い。場合によったら夕方の往診をしてくれる。

### (v) 協力医療機関以外の医療機関との連携状況

外来等で加療が必要な場合は、近隣の医療機関に b 協力医療機関を通じて紹介していただき、受診している。

### (vi) 看取り期／人生の最終段階の対応に関して

#### ○意思確認

看取り期の医療ニーズについては、入所者に対して最初に確認を行っている。そこで本人と家族の意向を確認して対応ルールを決めている。

#### ○看取り時の対応方法

看取りが近づいた際には、本人および家族に対して確認を行う。配置医師も必要に応じて参画している。

### (vii) 今後強化・検討したい点／強化・改善が必要だと感じる点について

#### ○強化・改善が必要だと感じる点

可能であれば協力医療機関から、施設内での医療研修への連携・協力があるとありがたいと思っている。今後、医療ニーズの高い入所者が増えていく場合は、介護職員への研修強化、夜勤体制の整備も必要だろう。

## ○配置医師ヒアリング

### (i) 協力医療機関との連携状況

配置医師は週 1 回訪問し、必要に応じて治療や相談を行い、状況に応じて迅速に対応している。何か異常があった際には、施設から b 協力医療機関に連絡が入る。配置医師がいる日中の時間帯は電話対応あるいは往診を行う。夜間や土日は、b 協力医療機関内の当直帯チームで連絡を受け、当直医師が対応する。カルテが全部共通なので、そこで情報確認ができる。

### (ii) 協力医療機関以外の医療機関との連携状況

救急搬送された場合は、後で配置医師にも搬送先情報を教えてもらい、診療情報提供書を送るようにしている。

皮膚科、精神科、眼科等の専門外の症状については、内科の範囲で一定程度診られる症状に対しては施設内で対応し、プライマリーレベルで対応不可能と判断される場合には、専門医への連携を図る。

特に、皮膚症状や精神症状、目の病状に関しては、施設内での初期対応後、必要に応じて専門医の訪問診療を要請する。この判断は、配置医師の経験と専門性を基に、入居者の最善の利益を考慮して行う。専門外での訪問診療が必要となる状況は、入居者にとってより専門的な医療サービスを提供するために重要であり、ケースバイケースで最適な医療連携をしている。

### (iii) 施設の医療ニーズとの関わり

配置医師としては「何か気になることがあればいつでも電話可」としており、施設職員や家族とのコミュニケーションを密に取りながら、細やかな情報共有と連携を心掛けている。

特養における医療のニーズに迅速かつ柔軟に対応するためには、施設職員との連携が不可欠であり、これには家族とのコミュニケーションも含まれている。特養における医療サービスの提供は、単に医療行為を行うだけでなく、患者や家族の意向を尊重し、個々のニーズに応じた対応を心掛けることが重要だと考える。

夜間や休日の急変に対応するために、特に誤嚥性肺炎を起こしやすい入居者に対して、食事形態の適時調整を行っている。また、栄養科と専門の歯科医療機関との連携により、嚥下評価を徹底しており、これにより、入居者の健康管理を強化し、急変リスクを低減している。

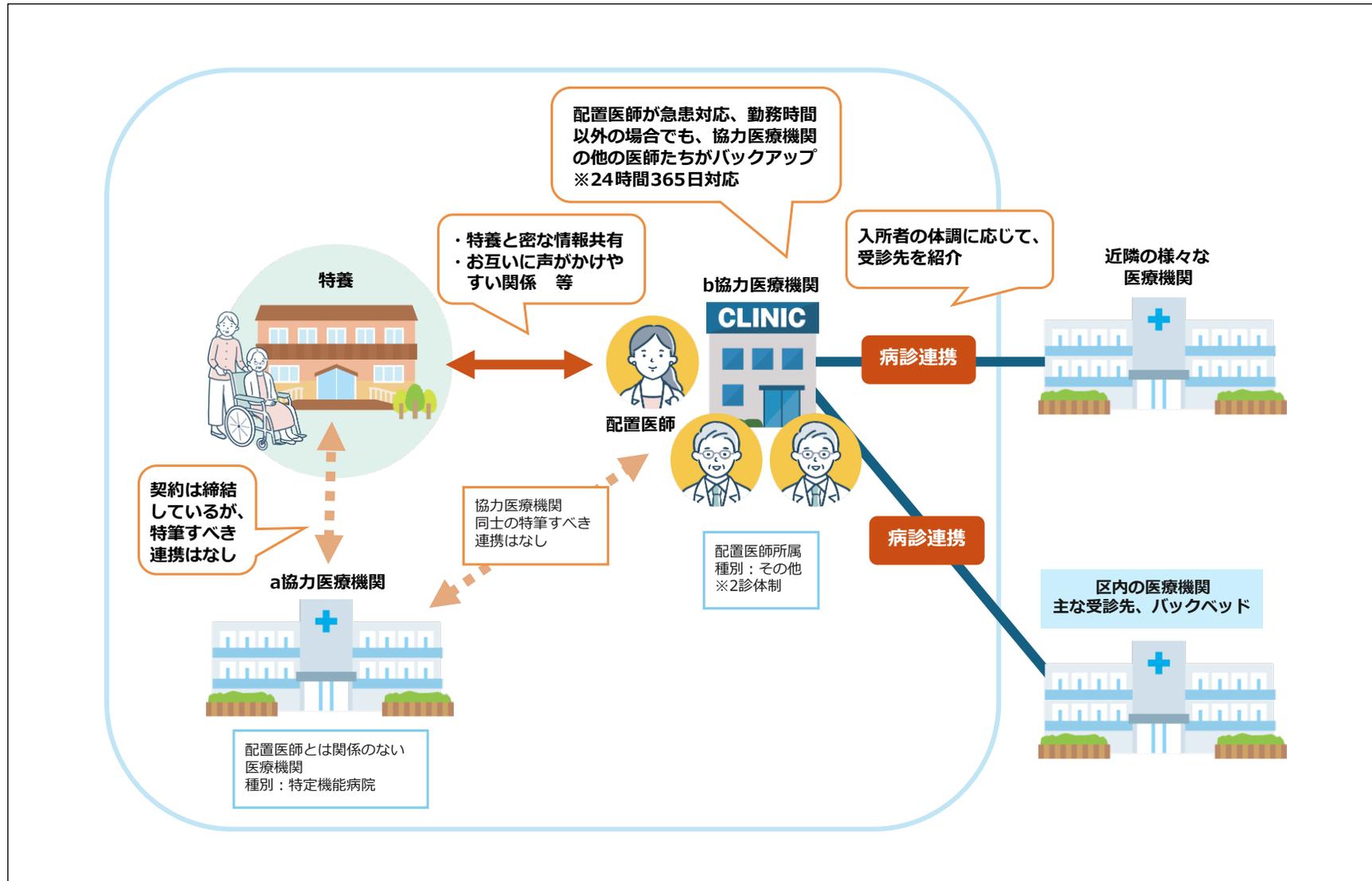
### (iv) 今後強化・検討が必要だと思うこと

#### ○施設の体制について

施設の人手不足は課題であり、スタッフが減少すると現場での負担が増大する。そのため、人手を無理なく確保し、体制を強化することが重要である。

医療ニーズに関しては、家族・本人・施設職員の間で目線があっていることが重要だと思う。それが搬送の有無や積極的治療の要否に関わると考える。

(福) マザアス 地域密着型特別養護老人ホームマザアス新宿 連携体制図



(5) (福) 長寿会特別養護老人ホーム陽光の園

施設概要	所在地	神奈川県小田原市
	定員数・入所率	80名定員・入所率 100.0%
	入所者像	平均要介護度 3.98
	配置医師の人数	2名 ・A 配置医師 ・B 配置医師
	協力医療機関	2 機関 ・ a 協力医療機関：配置医師の所属医療機関 ・ b 協力医療機関：配置医師と関係ない医療機関
市区町村内の人口 (令和 5 年 1 月 1 日)	187,880 人	

施設管理者・看護職員ヒアリング

(i) 配置医師の状況

○配置医師の属性

配置医師は 2 名で、いずれも内科が主たる診療科目。A 配置医師は 80 代で、近隣に住む。B 配置医師は、別途非常勤嘱託契約をしている医師（以前配置医師だった方）である。

○配置医師の役割

B 配置医師が入所者の健康管理等の主たる役割をしていて、週 1 回 3 時間程度の回診をしている。電話対応は、月額のおんコールとして別途契約にて対応している。死亡診断の際には、主として A 配置医師が対応することが多い。

(ii) 医療ニーズがある人の受け入れ対応

○きっかけ・方針

積極的に受け入れているわけではなく、入所者を受け入れるなかで、医療ニーズが生じてきたのでできる範囲でやっている。施設の方針として、入所者の医療ニーズに対して積極的に対応していくということではなく、特養は終の住処であることを念頭に、毎日の生活の場であることを重視している。

○受け入れ時の対応

コロナ禍の前は、面談時に看護師も同席して状況を確認していた。今は生活相談員を通じて情報を得ている。看護師が判断に迷う場合は、配置医師と協議を行っている。

○入所決定後の対応

医療ニーズがある人が入所する際には、看護職員から介護職側に、その情報を伝えている。必要があれば関連する研修を行う。医療的処置に関するマニュアルがあり、適宜更新している。

○施設内で取り組んでいる体制整備等

主に夜勤介護職員に対して、基本的な処置や対応方法の研修を看護職員から行っている。他にも入所者の症状に応じて必要な研修を行ってきた。外部研修も活用している。たとえば介護職員のうち 7 割程度は喀痰吸引の実施が可能である。また、医療的処置に関する施設内マニュアルは適宜更新している。

### (iii) 配置医師のバックアップ体制について

配置医師から、包括的指示が出されている場合は、それに沿った対応をすることが多い。それ以外の異常時は、配置医師に連絡し、相談員から家族に連絡し、医療ニーズについて確認する。家族の判断を終えてから配置医師に再連絡し、施設内看取りあるいは緊急搬送のいずれかを行っていく。夜間の異常判断は、バイタル数値他、対応マニュアルをつくっている。介護職員がそれに沿って確認し、看護職員に連絡がくる。治療が必要になった場合は、家族に相談したうえで救急搬送をする。

なお、B 配置医師が赴任してから、画像や動画を送ってより詳しく情報を共有することが増えた。また、血液検査の場合は a 協力医療機関に依頼をしており、翌日には検査データを出すことができている。入所者の体調不良時に血液検査結果を用いて、配置医師が判断できる体制となっている。

### (iv) 協力医療機関との連携状況

#### ○a 協力医療機関

具体的な連携として取り決めていることはないが、配置医師を通じて相談する先となっている。同一グループ内の医療機関。

#### ○b 協力医療機関

特筆すべき連携していることはないが、a 協力医療機関では診られない患者が出たら、診療情報提供書を作成して受診してもらっている。施設から 10 分程度の距離。

### (v) 協力医療機関以外の医療機関との連携状況

入所者の過去の受診歴や家族の希望、専門性等の必要に応じて、市内の各医療機関に配置医師から連絡をとり、受け入れてもらうことがある。

### (vi) 看取り期／人生の最終段階の対応に関して

#### ○意思決定支援

入所者への意思確認は、入所時に加えて、その都度（体調不良時や救急搬送時）行っている。入所者の意思表示が難しく、家族もいない場合は、まず代理意思決定をできる人を探すが、見つからないときは、入所者の基本情報や入所中の様子から、配置医師、生活相談員、看護職員等の各専門職で検討を行い、決定している。

#### ○看取り時の対応方法

相談員から家族に連絡し、それを配置医師に伝える。その意思によって、そのまま施設内での治療か、必要があれば救急搬送するか、配置医師からの指示を受けながら動く。

### (vii) 今後強化・検討したい点／強化が必要だと感じる点について

#### ○強化が必要だと感じる点

救急搬送時において、救急の受け入れをしてもらえる医療機関と連携できるとよい。

医療機関からの、入所時や退院時における協力医療機関との情報共有も進むとよい。また、医療機関に特養の機能や役割を理解してもらい、特養で継続しやすい形で処置してもらえるとありがたい。

## 配置医師ヒアリング

### (i) 協力医療機関ならびに、協力医療機関以外の医療機関との連携状況

基本的に配置医師が診療し、加療が必要であれば協力医療機関、近隣の医療機関に紹介している。協力医療機関に限らず、入所者の疾患や症状に応じて、地域の医療機関と連携することが重要だと考えている。

以前、当該施設で治療の経過を見られると思っていた疾患・症状でも入院となるケースがあったが、現在では、長年やりとりを続けてきたことで周辺の医療機関において当該施設の可能な医療について理解してもらえ、調整ができています。

### (ii) 今後強化・検討が必要だと思うこと

#### ○施設関連

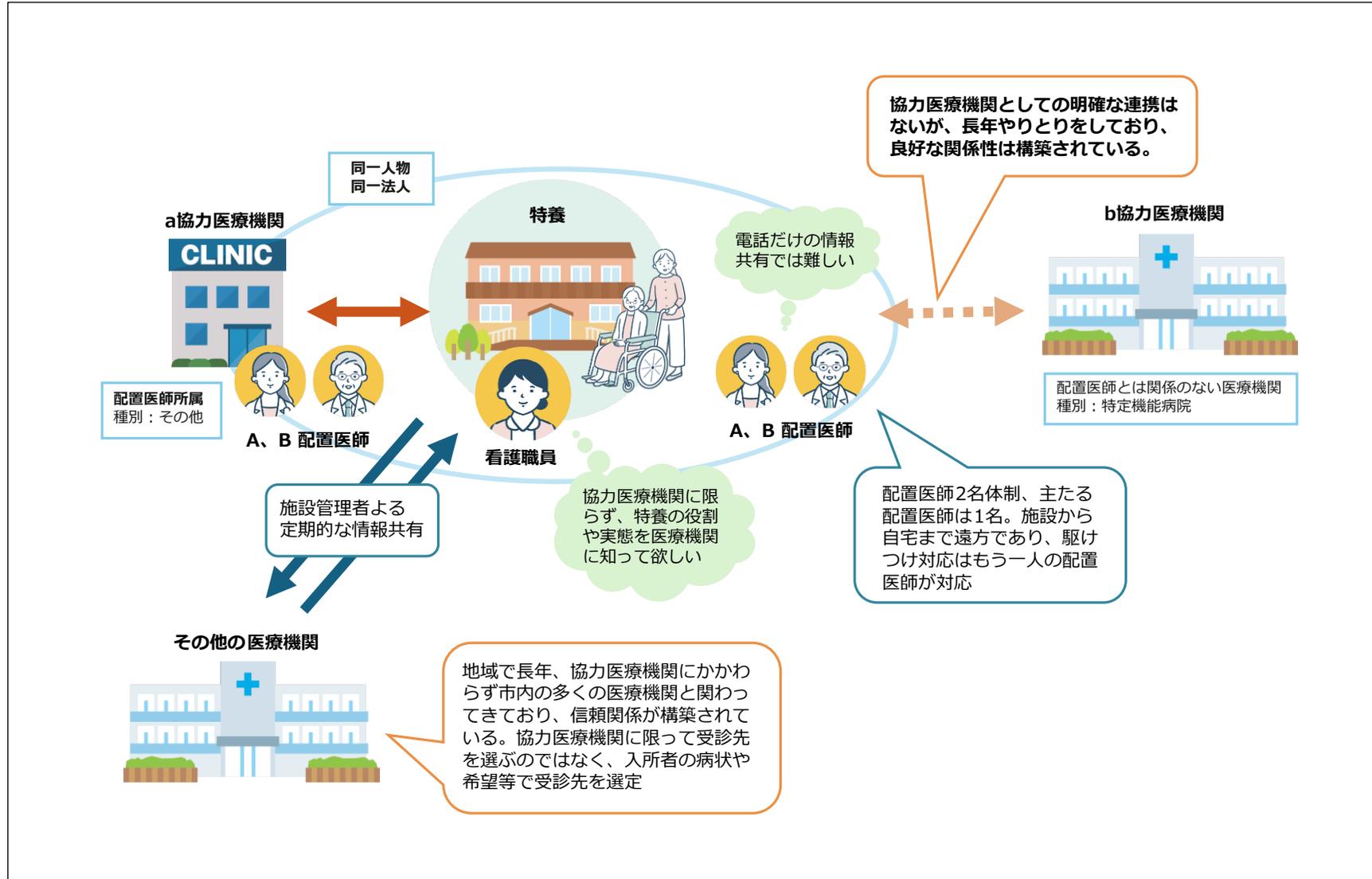
職員の努力と熱意で持っている面が大きいように見える。人数増加や賃金の引き上げを通じた、職員の働きやすさ向上が必要だと考える。

入居者の情報共有については、画像や動画の活用を始めた。今後、セキュリティ関連の整備も含めて、ICT 機器の使いやすさ等が増していくとよい。

#### ○配置医師関連

現状の週 1 回では入所者全員に対して十分な対応ができているとは言い難い。配置医師の役割の拡大が必要と感じている。

(福) 長寿会特別養護老人ホーム陽光の園 連携体制図



## (6) (福) 幸伸会特別養護老人ホーム青山荘

施設概要	所在地	鹿児島県肝属郡錦江町
	定員数・入所率	78名定員・入所率 98.5%
	入所者像	平均要介護度 4.0
	配置医師の人数	1名
	協力医療機関	1機関 ・ a 協力医療機関：配置医師とは関係ない医療機関
	市区町村内の人口 (令和5年1月1日)	6,640人

### 施設管理者・看護職員ヒアリング

#### (i) 配置医師の状況

##### ○配置医師の属性

配置医師は1名で70代、外科を専門とし、所属する診療所で訪問診療を行っている。施設まで車で10分程度の距離に居住している。属する診療所から施設までも同様の距離。報酬は月額固定で急変対応における別途報酬は定めていない。

##### ○配置医師の役割

契約書で定めている役割は、「全ての入所者に対する週1回の診察、健康管理、定期的な健康診断結果の確認、予防接種、処方、死亡診断書の作成」である。また、契約書では明記されていないが実施している役割として「看取りにおける急変対応（休日・夜間対応含む）」がある。施設開設当初は、看取りについては、協力病院への入院を前提としていたが、入所者・入所者家族からの施設での看取り要望が高まったこともあり、配置医師と協議の上、施設での看取りを進めることとなった。後述の通り日中の配置医師・施設看護職員の対応で夜間急変が起こらないよう対応できており、駆けつけが必要となるケースは少ないため、配置医師緊急時対応加算については、算定していない。

#### (ii) 医療ニーズがある人の受け入れ対応

##### ○きっかけ・方針

協力医療機関から医療処置を要する方の紹介を受け、受け入れが進んできた。また、介護度の高い人が入所対象になるにつれ、医療ニーズの高い人が増えてきた。

方針として、原則断らないようにしているが、夜間に医療処置が必要な入所希望者は、職員の体制に応じて受け入れを検討している。

##### ○受け入れの対応

通常は生活相談員が訪問し、その情報を参照する。

医療処置の内容で受け入れの可否は看護職員が判断している。

判断に迷う場合は、診療情報提供書を依頼し、配置医師に確認いただき、判断している。

##### ○入所決定後の対応

状態がよくわからないときには、生活相談員に介護職員もしくは看護職員が同伴して確認に赴いている。医療ニーズのある方が入所する場合、介護職員に対して、入所者の情報を共有し、看護師から対応方法を提案している。

○施設内で取り組んでいる体制整備等

介護職員の喀痰吸引研修を進め、夜勤も含めてある程度配置できる人数がいる。他に認知症の勉強会や、医師会に依頼して看護師による勉強会（褥瘡等）をすることもある。

○医療機関から支援を期待する点

退院後に肺炎の再燃、低栄養になってしまうケース、足のむくみが出てしまうケース等、検査データでは読み取れない、変化の理由がわからない点のフォローアップがあるとよい。

(iii) 配置医師のバックアップ体制について

○日中（通常）

配置医師に一報を入れて、指示を仰いでいる。

○日中（夕方近く・状況に応じて）

協力医療機関の診療時間内は、直接協力医療機関に連絡して診療の可否を相受診することもある。

○日中（急変時）

看護職員が判断し、必要なら救急搬送を使う。配置医師にも連絡して、紹介状を出してもらう。

○夜間（急変時）

まず看護職員に夜勤職員から連絡が入り、看護職員が電話対応をする。対応の手順はマニュアル化されている。すぐの受診が必要だと判断したら、救急搬送を使う。救急搬送については、先に協力医療機関に連絡して、対応可能を確認してから救急車を呼ぶ。この段階で配置医師に一報することはない。看護職員の判断も原則マニュアルとなっている。判断に迷う場合は、ベテランの看護職員と相談している。看護サマリーや配置医師からの紹介状（必要な場合）を出すのは、すべて翌日である。

(iv) 協力医療機関との連携状況

○平時

勉強会を共同で開いている。時には専門の看護師に来てもらって研修をしてもらっている。また、体調不良等の際には検査機関として診てもらっている。受診がスムーズになるよう、事前に必要なもの（スπιツ等）をもらうような連携もある。

入院になる場合は、情報共有したら付添完了にできるとよいが、現状は何度か説明を求められ、看護職員が付添に長時間拘束されてしまう状況も起こっている。

○緊急時

看護職員から連絡をし、受け入れ可能かを確認して救急隊に伝えるのを基本としている。また、急変しそうな入所者がいたら、事前に施設の相談員と協力医療機関のMSWで話をしてもらい、受診の可能性を把握してもらっている（話を通しておいてもらう）。

#### (v) 協力医療機関以外の医療機関との連携状況

精神科等の専門医については、都度受診をしている。協力体制ができればよりよいだろう。今後はオンライン診療の活用も進むと想定している。皮膚科では実際にオンラインになってきた。

一方、整形外科は協力医療機関にないため、外部の医療機関を使う。すると診療にいくだけで半日から1日かかってしまう。

#### (vi) 看取り期／人生の最終段階の対応に関して

##### ○意思確認

本人が意思確認できる場合は、本人に対して確認をとる。看護師、相談員、機能訓練し、病院介護職員、栄養士にて確認を取る。また、入所段階では家族に確認をとり、用紙記入をしてもらっている。

##### ○看取り時の対応方法

この段階でも確認をとる。

#### (vii) 今後強化・検討したい点／強化・改善が必要だと感じる点について

##### ○強化・改善が必要だと感じる点

医療行為がどこまでできるかについては、より明確になるとよい。

協力医療機関側と情報が ICT ネットワーク等で共有できるほうがスムーズになる。

また、高齢になって起こり得る症状等に対して、家族の理解を得ていくのも大事と考える。

### 配置医師ヒアリング

#### (i) 協力医療機関ならびに、協力医療機関以外の医療機関との連携状況

協力医療機関ならではの連携というのではないが、日常的にやりとりをしているので、他の医療機関に比べて受診・入院等の依頼をしやすい。必要に応じて、施設内で採血、協力医療機関にて検査をし、協力医療機関から採血結果を配置医師のもとに届くという仕組みができています。

配置医師としては、医療アクセスに関する課題は感じていない。協力医療機関以外でも、周辺の大型病院に連絡してやり取りができる。夜間においても協力医療機関に受診あるいは、救急隊員と受診先を選定という流れができており、負担ということはない。

#### (ii) 施設の医療ニーズとの関わり

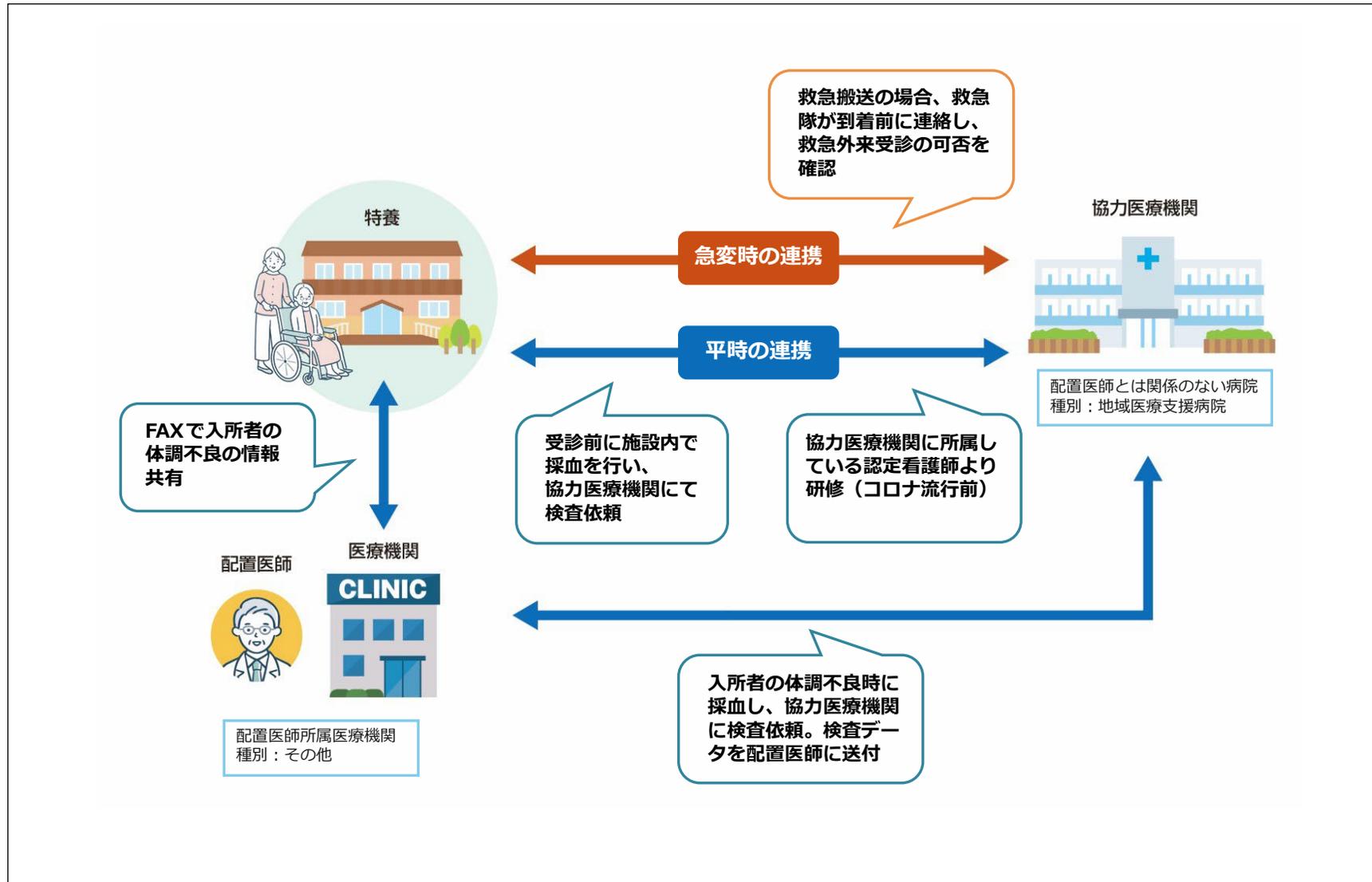
看護師の知識・技術の点について施設内部にて研修が充実しており、特段不安はない。緊急時の対応についても、入所者が急変の場合は受診という体制が整っているため、この点についても特段ない。

施設の勤務時間外の場合でも、入所者の状態の変化について FAX を使用して情報共有ができています。早めの検査・受診をしており、おおむねの状況を把握できている。

#### (iii) 今後強化・検討が必要だと思うこと

現状の体制に大きな問題は感じない。

(福) 幸伸会特別養護老人ホーム青山荘 連携体制図



### 3 追加ヒアリング調査結果個票

#### (1) B施設

施設概要	所在地	北海道江別市
	定員数・入所率	50名定員・入所率93.7%
	入所者像	平均要介護度4.18、平均年齢86.8歳
	配置医師の人数	1名
	協力医療機関	2機関 ・a 協力医療機関：配置医師所属の医療機関 ・b 協力医療機関：配置医師とは関係ない医療機関
	協力医療機関以外に連携している医療機関	1機関p ・市内の医療機関：配置医師とは関係ない医療機関
	加算の取得状況	配置医師緊急時対応加算：加算なし、看取り介護加算：Iを取得
	市区町村内の人口 (令和5年1月1日)	119,169人

#### (i) 配置医師の状況

##### ○配置医師の属性

配置医師はa 協力医療機関の非常勤医師であり、外科医師を標榜する80代の医師である。

報酬は月単位で支払われ、急変時の別途報酬は定められていない。

##### ○配置医師の役割

配置医師の役割は契約書に、医務室管理者としての業務および入所者の健康管理として記載されている。具体的な業務内容は、月に2回施設を訪問し、入所者の体調確認や療養上の指導、看取り介護時の家族への説明、死亡診断などを主に行っている。内服薬の処方や医療処置等の診療報酬に係ることは行わない。なお、配置医師が診療報酬に係る診療を行わない理由として、診療は主治医によって行われるべきという当該法人の理事長（協力医療機関の院長）の考えに基づいている。

看取りの際は配置医師が死亡診断のために駆けつけ対応をしているが、深夜の看取りの場合、医師が高齢であることもあり、24時間以内の来訪を原則としている。結果的に「配置医師緊急時対応加算」の対象となる時間帯に配置医師が訪問しないため、当該加算を算定していない。

#### (ii) 協力医療機関以外の医療機関との連携

市内の訪問診療所にがん末期の入所者（1名）の往診を依頼している。これは、a 協力医療機関に訪問診療の機能がない一方で、該当入所者の主治医が在宅医療も行っていただけだったので継続依頼したことによる。

なお、当該入所者の主治医は、訪問診療所の医師に依頼している。

#### (iii) 配置医師のバックアップ体制について

配置医師が施設で勤務する（看取り時含む）以外の時間は、後述の通り a 協力医療機関が電話対応、外来受診の対応等をし、配置医師の業務をバックアップしている。

なお、看取り時の死亡診断については、配置医師が駆けつけ対応できないケースはない。そのため死亡診断に対するバックアップ体制は検討していない。

#### (iv) 協力医療機関との連携や役割分担等について

##### ○a 協力医療機関

配置医師の施設不在時間に入所者の体調不良等が起こった場合、施設の看護職員が入所者のアセスメントを行い、a 協力医療機関に連絡を取る（外来診療時間内外で後述のように相談）。なお、緊急の場合は、施設の看護職員が緊急の受診要否を判断し、a 協力医療機関に連絡している。

外来診療時間内と時間外での対応ルートは異なり、以下のように整理される。

##### 【外来診療時間内】

看護職員が a 協力医療機関の外来の担当者に連絡し、受診の可否等を事前に確認する。受診可能であれば予約対応にしてもらい、施設外での看護職員の滞在時間の短縮につなげている。

##### 【外来診療時間外】

施設の看護職員が a 協力医療機関(各病棟で持ち回り制で電話当番をつけてくれている)に電話し、入所者の状態に応じて受診の要否を仰ぎ、必要に応じて受診を行っている。

##### ○b 協力医療機関

近隣の医療機関。新型コロナウイルス感染症の流行前は、b 協力医療機関の医師と配置医師の契約をしていたが、新型コロナウイルス感染症の流行期に連携が難しくなった。入所者の健康管理等を強化する目的で、b 協力医療機関との配置医師の契約を解除し、当該法人の理事長（a 協力医療機関の院長）を介して協力医療機関と新たに契約を結び、そこに勤務する医師を配置医師として契約した。

もともと入所者のほとんどの主治医は b 協力医療機関の医師だったが、配置医師の交代の際に、入所者の主治医を a 協力医療機関の配置医師に変更した。その後、協力医療機関としての契約は残っているものの、入所者の診療（外来）の機会はほとんどなくなり、特筆すべき連携はない。

#### (v) 配置医師のバックアップ体制、協力医療機関との連携が構築された経緯とその効果

a 協力医療機関と契約を締結後、法人の理事長を通じて診療の流れや配置医師のバックアップ体制ならびに、a 協力医療機関との連携が普段のやりとりの中で構築されてきた。前述の、病棟への電話相談や、外来受診の対応等である。この協力医療機関との連携により、入所者の外来受診に係る時間の短縮ができ、入所者の負担を軽減するとともに、看護職員の負担も減少したことで、施設内でのサービスの質が向上したと感じている。

さらに、緊急時の体制（病棟での持ち回りでの電話対応）を a 協力医療機関が整えてくれたことで、夜間でも入所者の急な体調変化に迅速に対応できるようになった。その結果、急変時も含めて入所者への適切な医療提供がしやすくなり、職員の不安軽減にもつながっている。

#### (vi) 今後、強化したい取組や今後の展望等について

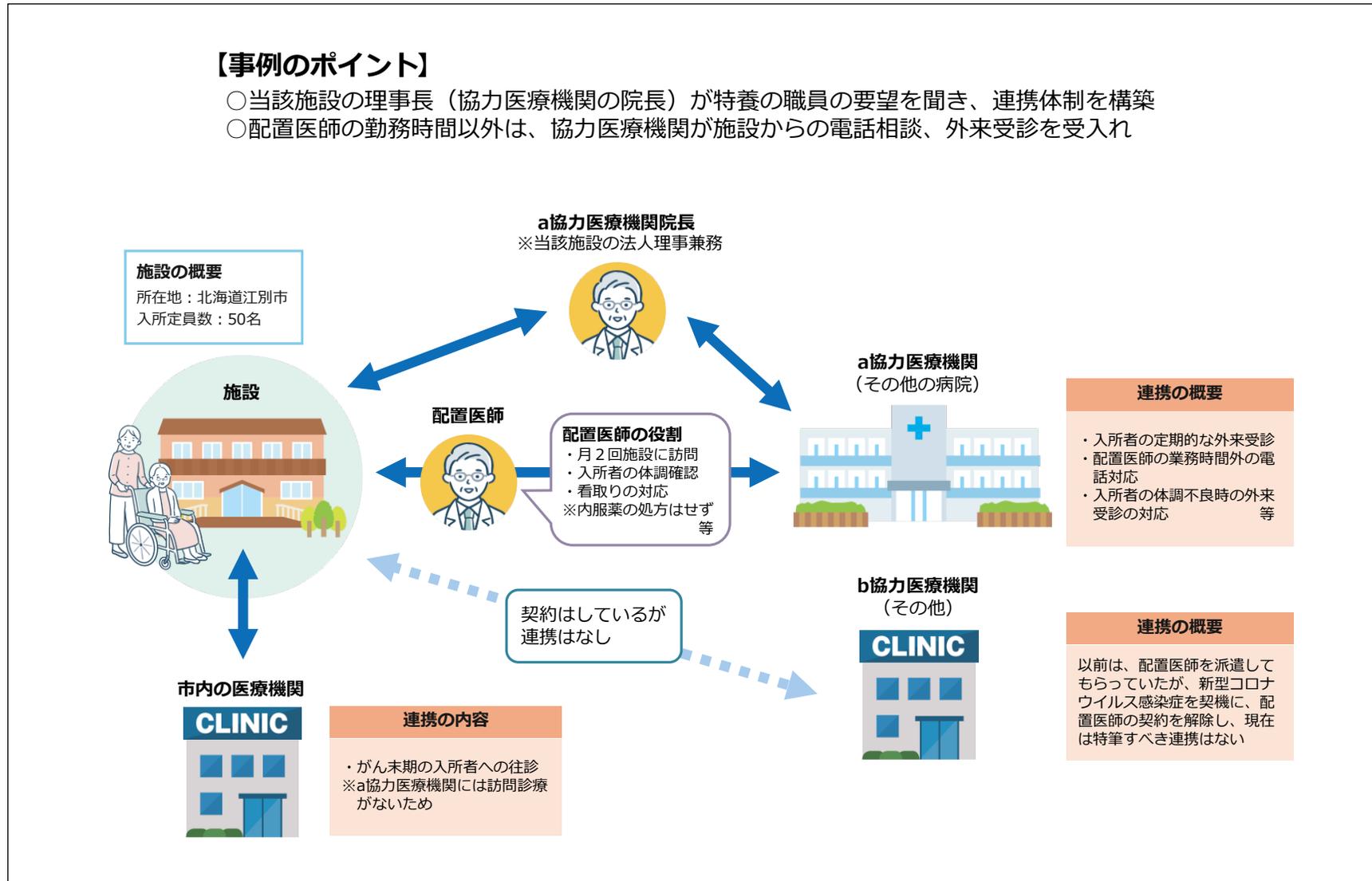
当該施設は数年後に市内の別の場所への移転が予定されている。移転に伴い、医療体制に変更が生じる可能性があり、入所者への医療サービスの充実度が維持・向上できるよう準備を進めている。

配置医師が 80 代と高齢のため、駆けつけ対応等が体力的に難しくなってきた場合に備えて、検討する必要がある。

## B施設 連携体制図

### 【事例のポイント】

- 当該施設の理事長（協力医療機関の院長）が特養の職員の要望を聞き、連携体制を構築
- 配置医師の勤務時間以外は、協力医療機関が施設からの電話相談、外来受診を受入れ



## (2) C施設

施設概要	所在地	北海道北広島市
	定員数・入所率	100名定員・入所率100.0%
	入所者像	平均要介護度3.7、平均年齢88.0歳
	配置医師の人数	2名（合計 月4回施設に訪問） ・A配置医師：第1週目に訪問 ・B配置医師：第2～4週目に訪問
	協力医療機関	3機関（いずれも入院病棟あり） ・c協力医療機関：配置医師とは関係ない医療機関 ・d協力医療機関：配置医師とは関係ない医療機関 ・e協力医療機関：配置医師とは関係ない医療機関
	協力医療機関以外に連携している医療機関	2機関 ・a医療機関：配置医師が所属している医療機関 ・b医療機関：診療所（a医療機関と同一法人の在宅クリニック）
	加算の取得状況	配置医師緊急時対応加算：加算なし、看取り介護加算：Iを取得
	市区町村内の人口 （令和5年1月1日）	57,351人

※当該施設では、看取り介護を「看取り援助」と表現しているため、当事例においても「看取り援助」と表現する。

### (i) 配置医師の状況

#### ○配置医師の属性

配置医師は2名と契約を締結している。配置医師は、協力医療機関とは関係ないa医療機関に所属している。報酬は月の定期回診に対する分を原則とし、看取り時の死亡診断に対して別途支払う。

#### ○配置医師の役割

A配置医師は第1週目、B配置医師は2～4週目に施設に訪問している。具体的な業務内容は、入所者への定期的な診察、体調不良者の診察、看取り時の駆けつけ対応等を行っている。

なお、契約書には配置医師の役割を「入居者の健康管理」と記載をしている。

### (ii) 協力医療機関以外の医療機関との連携

配置医師が所属する市外のa医療機関ならびに、そこと同一法人のb診療所との連携をしている。配置医師不在時における急変時の対応等で、施設からの求めに応じて、駆けつけ対応や電話相談等の対応をしている（後述）。

### (iii) 配置医師のバックアップ体制について

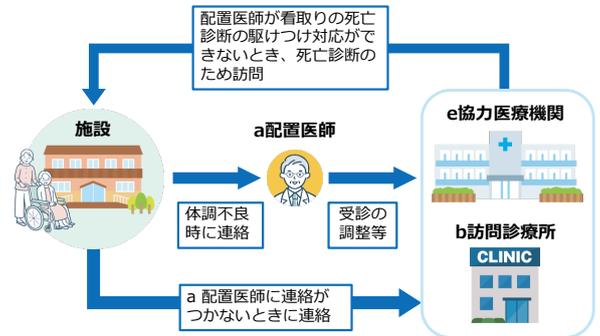
A 配置医師が駆けつけ対応、電話対応できない時は、b 医療機関と e 協力医療機関が施設からの求めに応じて、看取り時の駆けつけ対応や入所者の体調不良時の電話相談を行っている。平日と土日夜間、看取り時で対応方法が異なり、以下の通りである。

#### 【平日】

- ① 施設から、A 配置医師の所属する医療機関の事務担当者に連絡

#### 【土日夜間】

- ① 施設から A 配置医師にメールする
- ② ①でつながらない場合は、A 配置医師に電話する
- ③ ①②ともにつながらない場合は、b 医療機関に電話し、受診の可否等を相談する



#### 【看取り援助時】

看取り時に施設から A 配置医師に連絡する。A 配置医師からの指示で、搬送対応することもある。死亡診断の対応は原則 A 配置医師への連絡が第一で、対応できない場合は、b 医療機関または e 協力医療機関に連絡し往診をしてもらう。

### (iv) 協力医療機関との連携や役割分担等について

当該施設は、3 つの医療機関と協力医療機関としての契約を結んでいる。3 つのうち、c 協力医療機関、d 協力医療機関の 2 つは特筆すべき連携はしていない。実質は、e 協力医療機関ならびに、配置医師が所属する a 医療機関、b 医療機関との連携である。

#### ○入所者の診療（外来）、入院の受入れ

配置医師の施設での勤務時間外は、施設の看護職員から A 配置医師に連絡する。診療が必要と判断された場合は、A 配置医師から e 協力医療機関に連絡をとり、診療（外来）の調整、入院の受入れ等を進める。入所者に関する情報については、施設看護職員と、協力医療機関の地域連携室とでやりとりを行っている。

診療（外来）の調整の際に、外来の受診時間の予約を取ることで、施設外での看護職員の滞在時間を短縮している。

なお、施設の看護職員から A 配置医師に連絡する判断基準は、入所者の体調変化を事前予測の可否に応じて判断している。予測できている場合は、配置医師より事前指示をもらい、予測できていない場合は A 配置医師に連絡している。

#### ○看取り援助時の死亡診断に係る駆けつけ対応

看取り援助時の死亡診断の連携は前述のとおりである。前提として、あらかじめ家族向けの勉強会を開いているため、家族が高度な延命治療を求めるケースが少なく、駆けつけ対応が必要なケースが少ない。

## (v) 配置医師のバックアップ体制、協力医療機関との連携ができた経緯とその効果

### ○配置医師の変遷～協力医療機関との連携等ができた経緯

6～7年前、現在のA配置医師とB配置医師が当該施設に勤務する前に、他の2名の医師との間で配置医師の契約が結ばれていた。

当時の配置医師たちからは、入居者やその家族への説明、緊急時の対応において十分な協力が得られておらず、看護職員側と配置医師側との連携に課題が生じていた。看護職員が施設管理者に、配置医師との連携について問題を提起し、施設の管理者を通じて法人の理事等へと伝えられ、協力医療機関に配置医師の変更を依頼する運びとなった。その結果、現在のA配置医師とB配置医師と配置医師の契約を結んだ。

配置医師の変更後、新しく担当となった配置医師と調整しながら配置医師の業務を調整し、A配置医師を通じて、配置医師不在時の電話対応や受診の受け入れなどのバックアップ体制や、外来や入院の受け入れといったe協力医療機関との連携を作ってきた。なお、この際に協議の場を設けたりはせず、普段のやりとりの中で決まってきた。

なお、配置医師と打ち合わせした内容は記録として施設に保管している。

### ○配置医師のバックアップ体制、協力医療機関との連携ができたことでの効果

配置医師が現在の2名に変更となり、入所者が体調不良を示した際に施設から配置医師へ迅速に連絡を取れるようになったほか、配置医師を通してe協力医療機関やa医療機関、b医療機関との連携がスムーズになった。特に緊急時や看取り援助時に誰に連絡するか、どの医療機関が対応してくれるかなどが明確になった。配置医師が対応できない場合でも、市内の訪問診療所やe協力医療機関がバックアップ体制を担うことで、医療サービスの途切れない提供が実現している。

この連携体制は、外来受診や入院の調整をスムーズに行うことにも寄与しており、看護職員が施設外で過ごす時間の短縮に貢献している。その結果、看護職員は業務負担の軽減を実感し、入所者へのケアにさらに集中できるようになった。

## (vi) 今後、強化したい取組や展望等について

施設の所在地と主に連携している医療機関が隣の市にあり距離が遠いため、同じ市内でも同様に連携できる医療機関の選定を検討する必要がある。今後の進め方に関しては、配置医師と調整しながら、検討していく予定である。

## (vii) 入所者の家族に対する高齢者の医療の理解を促す取組

### ○入居者の家族との協働：家族会の取組

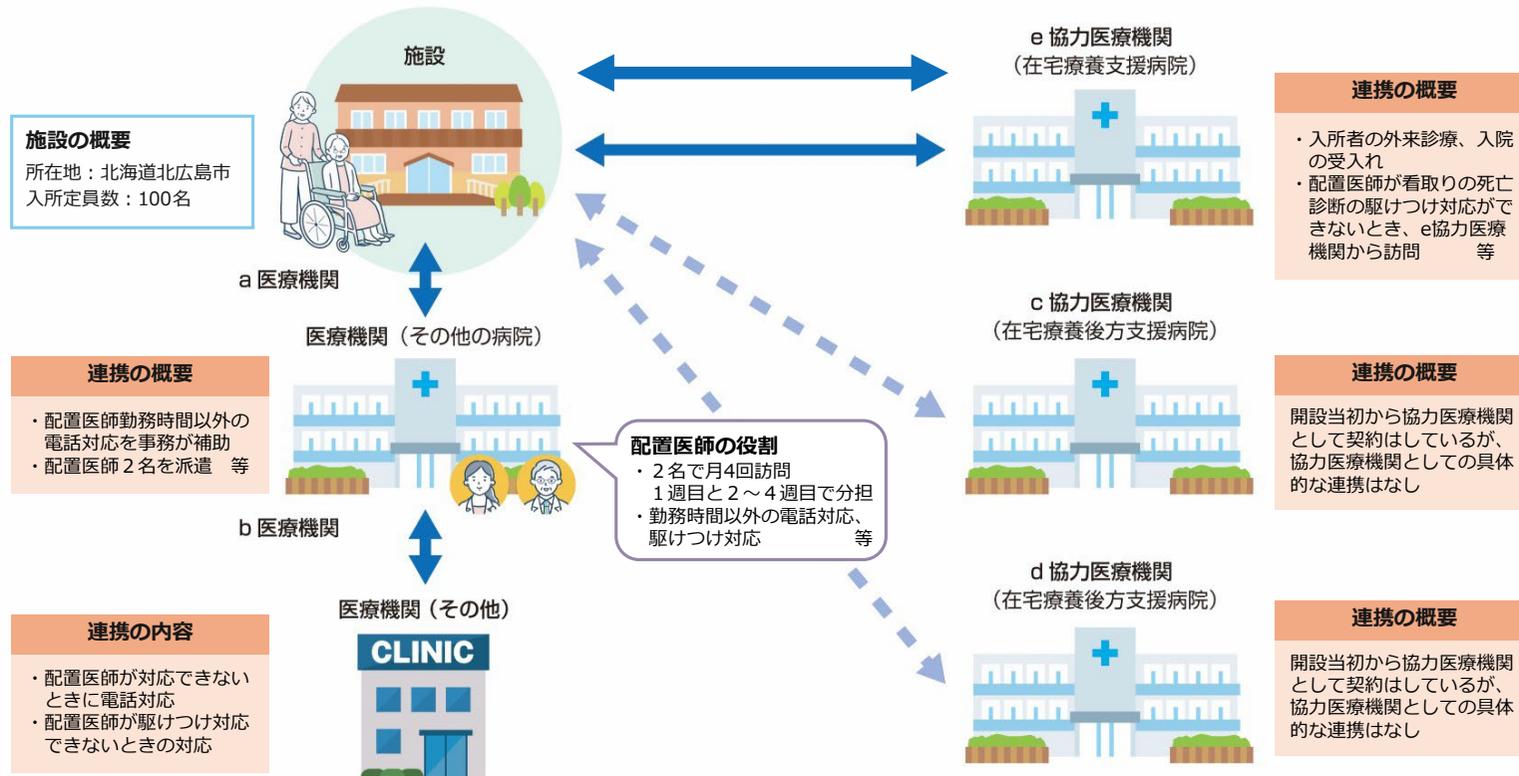
家族会は、入居者の家族によって構成される団体であり、事業所開設当初から活動している。この団体の設立は、施設からの一方通行のサービス提供を避け、家族と共に入居者支援を進める施設のコンセプトに沿ったものである。

家族会の勉強会で、後期高齢者ならびに超高齢者の医療についての情報共有・意見交換をはかっている。8割ほどの入居者ならびに家族は、自然の流れでいきたいという考えを持っており、結果として、緊急時の駆け付けがここ2、3年減少している。すなわち、緊急時に高度な医療を求めるケースが減っている。他方で、あらかじめ延命の考えを把握しており、延命を希望する人の場合は、事前に配置医師ともその情報を共有し、緊急時の搬送対応・指示をとれるようにしている。

## C施設 連携体制図

### 【事例のポイント】

- 外来受診が必要な場合は、協力医療機関（在宅療養支援病院）が外来受診の受入れ
- 他の医療機関が配置医師に代わり電話対応、駆けつけ対応
- 配置医師が電話対応できないときは、医療機関（その他）がバックアップ



### (3) (福) 日就会 特別養護老人ホーム第二日就苑

施設概要	所在地	宮城県亶理郡亶理町
	定員数・入所率	50名定員、入所率94.0%
	入所者像	平均要介護度4.2、平均年齢90.1歳
	配置医師の人数	1名
	協力医療機関	1機関 協力医療機関：(町外) 配置医師とは関係ない医療機関
	協力医療機関以外に連携している医療機関	1機関 医療機関：配置医師が所属している医療機関(町内)
	加算の取得状況	配置医師緊急時対応加算：加算なし、看取り介護加算：Iを取得
	市区町村内の人口 (令和5年1月1日)	33,270人

#### (i) 配置医師の状況

##### ○配置医師の属性

配置医師は1名と契約を締結しており、年齢は80代後半であり、協力医療機関ではないb医療機関に所属している。

##### ○配置医師の役割

配置医師の業務内容は、入所者への定期的な診察、看取り時の駆けつけ対応を行っている。配置医師との契約書には配置医師の役割を「入居者の健康管理」と記載している。

#### (ii) 協力医療機関以外の医療機関との連携

入所者の体調不良時は、車で5分程度にある医療機関(配置医師の所属医療機関で同じ町内)で外来診療を受けている。配置医師の親族が現在は同機関の院長。診療は原則配置医師がしてくれるが、CT撮影や他医療機関への紹介の一部は、同機関の院長も対応してくれている。

診察結果として、入院加療や精査が必要な場合は、町外の医療機関と病診連携を行っている。連携先としては、2つの町外医療機関(いずれも車で20分強の距離)ならびに、町内の皮膚科や精神科等の医療機関等がある。精神科については、同じグループの別施設内に医師がいるため、そこに相談ができる。

いずれも必要時は、配置医師が直接、各医療機関に連絡を入れ、状況説明もしてもらっている。

##### ○医療機関(配置医師所属)の診療時間内

まず医療機関での外来診療を受け、必要な検査をしてから他の医療機関に搬送となる。配置医師が搬送先に連絡を取り、そこに連れていく。一度検査をするのは、容態を直接、行き先の医療機関に伝えてもらうためである。ただし、連携先の医療機関でも再度検査をすることにはなる。

##### ○医療機関(配置医師所属)の診療時間外で緊急時の場合

大半は配置医師が駆けつけてくれ、そこで判断し、他の医療機関への連絡もとってくれる。

**(iii) 配置医師のバックアップ体制について**

配置医師のバックアップ体制は整備されていない。配置医師がごく近くに住んでいることもあり、特に仕組みとしてバックアップ体制を持つのではなく、緊急時の対応も含めて配置医師1名が対応しているのが現状である。

**(iv) 協力医療機関との連携や役割分担等について**

協力医療機関として、町外の協力医療機関（車で1時間程度）と契約しているが、特筆すべき連携はない。協力医療機関とは相当以前に、協力医療機関としての契約締結をしたが、特に活用せず、見直しもしないまま現状に至っている。現在の配置医師が直接相談できる医療機関ではない（電話をかけるリストに入っていない）ので、現在は特筆すべき連携がない状況である。

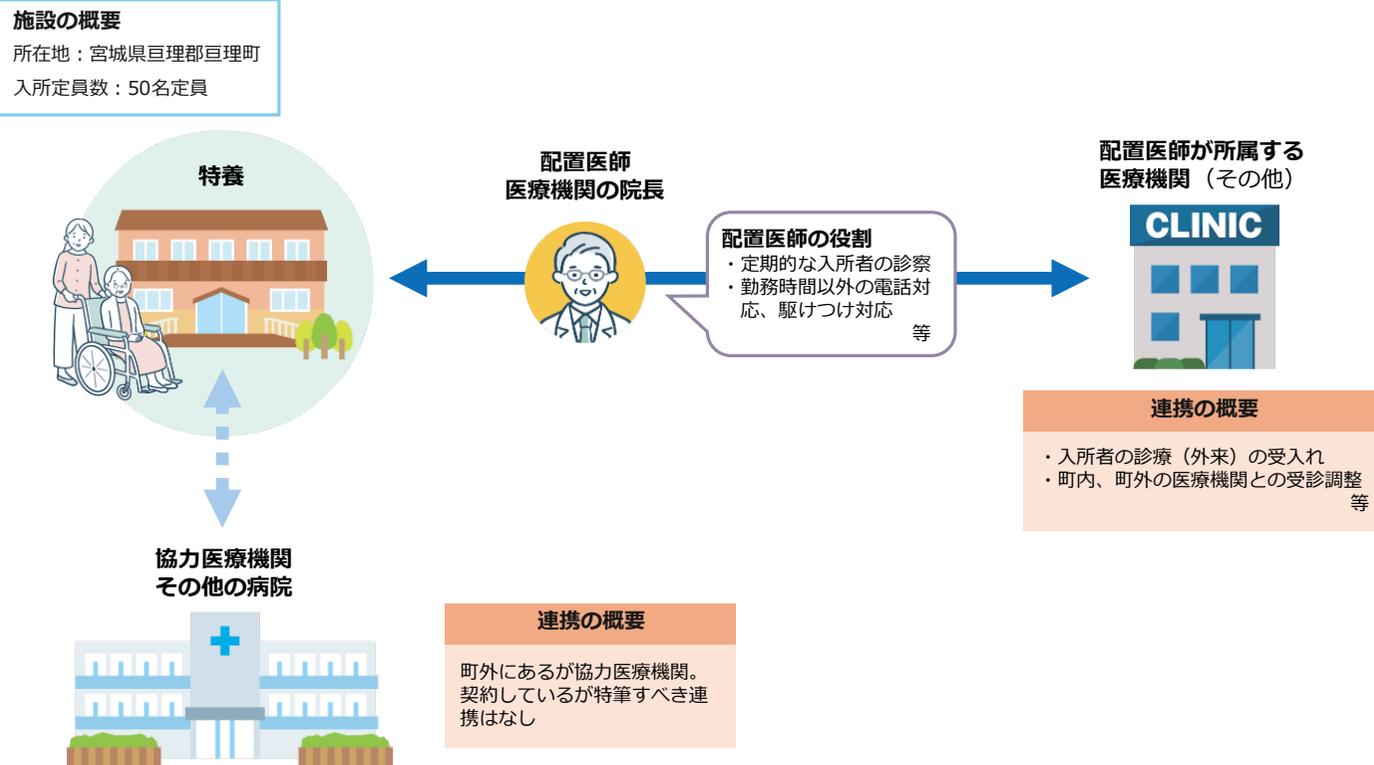
**(v) 今後、強化したい取組や展望等について**

配置医師の年齢が80代後半と高齢であり、その点が将来的な課題となっている。配置医師の後継問題については、具体的な検討がまだ行われていない。同機関の医師に相談する可能性もあるが、今の配置医師に比べて、自宅が随分遠い。今のような24時間の連携をどのように継続していくかに課題を感じている。

配置医師の変更後も現在と同等の医療サービスを提供できるよう、地域の医療機関や医師会等との連携強化等の具体策を検討していく必要があると考えている。

### 【事例のポイント】

- 配置医師が勤務時間以外も電話対応、駆けつけ対応をしており、バックアップ体制はなし
- 協力医療機関とは特筆すべき連携はなし



(4) (福) 加茂福祉会 特別養護老人ホーム第二平成園

施設概要	所在地	新潟県加茂市
	定員数・入所率	76名定員、入所率94.7%
	入所者像	平均要介護度3.9、平均年齢86.1歳
	配置医師の人数	1名
	協力医療機関	1機関：配置医師が所属している医療機関
	協力医療機関以外に連携している医療機関	-
	加算の取得状況	配置医師緊急時対応加算：加算あり、看取り介護加算：なし
	市区町村内の人口 (令和5年1月1日)	25,052人

(i) 配置医師の状況

○配置医師の属性

配置医師は1名と契約を締結している。配置医師は協力医療機関に所属している医師。月額固定報酬で、駆け付け対応は別途報酬という形になっている。

○配置医師の役割

配置医師は、週1回、各2時間訪問し、入所者の健康管理等を行っている。施設での勤務時間以外は、主に電話で対応している。また、看取り時の駆けつけ対応も実施している。

配置医師の役割は契約書に「入所者の診療および健康管理、入所者や職員の健康指導およびインフルエンザ等の予防接種、職員等に対する医学的知識の指導」が記載されている。契約書の内容は、開設当時から変更されていない。

なお、看取り介護を行っているが、看取り介護加算を算定していない理由は、看護職員の体制や他の算定要件が十分整っていないからである。

(ii) 配置医師のバックアップ体制について

市内に同一法人の施設が当該施設を含めて3施設(3施設とも特養)ある。3施設とも当該施設と同一の協力医療機関から配置医師が派遣されている。

看取り時に配置医師が駆け付け対応ができない場合には、配置医師から同一法人の他施設の配置医師と調整し、他の配置医師が駆け付け対応を行っている。看取り介護以外では、同一法人の他施設の配置医師と連携することはない。

(iii) 協力医療機関以外の医療機関との連携

皮膚科や精神科などは、配置医師の指示で専門医の診療が必要な場合は、施設側で近隣の医療機関の外来受診に連れていっている。

#### (iv) 協力医療機関との連携や役割分担等について

##### ○入所者の診療（外来）、入院の受入れ

- ・ 外来診療時間内に配置医師の勤務時間外に入所者が診療を必要とする場合、施設の看護職員が配置医師に連絡する。診療（外来）必要と判断されれば、配置医師は協力医療機関内で、診療の采配をする。
- ・ 外来診療時間外は、施設看護職員から配置医師に連絡し、必要に応じて施設内での対応（事前指示の対応）や救急搬送が行われている。救急搬送の場合、協力医療機関を第一選択とするが、当該医療機関の当直医師の専門外の疾患が予想される場合は、救急隊に搬送先の選定を依頼している。

##### ○協力医療機関との協議の場

入所者の健康診断、予防接種は病院で行っており、その流れを決める際に医事課と協議を行っている。なお、その他の内容については、主に後述の理由から、施設から協議を持ちかけるケースはあまりない。

#### (v) 協力医療機関との連携における効果と感じている懸念

##### 【効果】

当該施設では、開設以来3回配置医師が変更されている。現在の配置医師に変更後は、変更前に比べ入所者の受診がスムーズに行われていると感じている。配置医師変更前は、外来受診の際に、9時に受付を行っても、診察終了が11時や12時に及ぶことが少なくなかった。

また、現在の配置医師が着任する前、地元の開業医が配置医師を務めていた時期には、入所者を近隣の病院で診てもらおう際、事前に配置医師の指示を記載したFAXの送信が必須であり、対応を拒否されることもあった。しかし、現在はそのような事態は改善されている。

##### 【懸念】

過去に協力医療機関から配置医師の派遣を中止された経緯があり、再び配置医師の派遣が中止されるリスクを懸念しており、施設側は協力医療機関に対して要望を出しにくい状況にある。それでも、配置医師が電話を含めて都度相談できる体制となり、配置医師を通じて協力医療機関内での受診等がスムーズになったことは、施設にとって大きな成果と感じている。

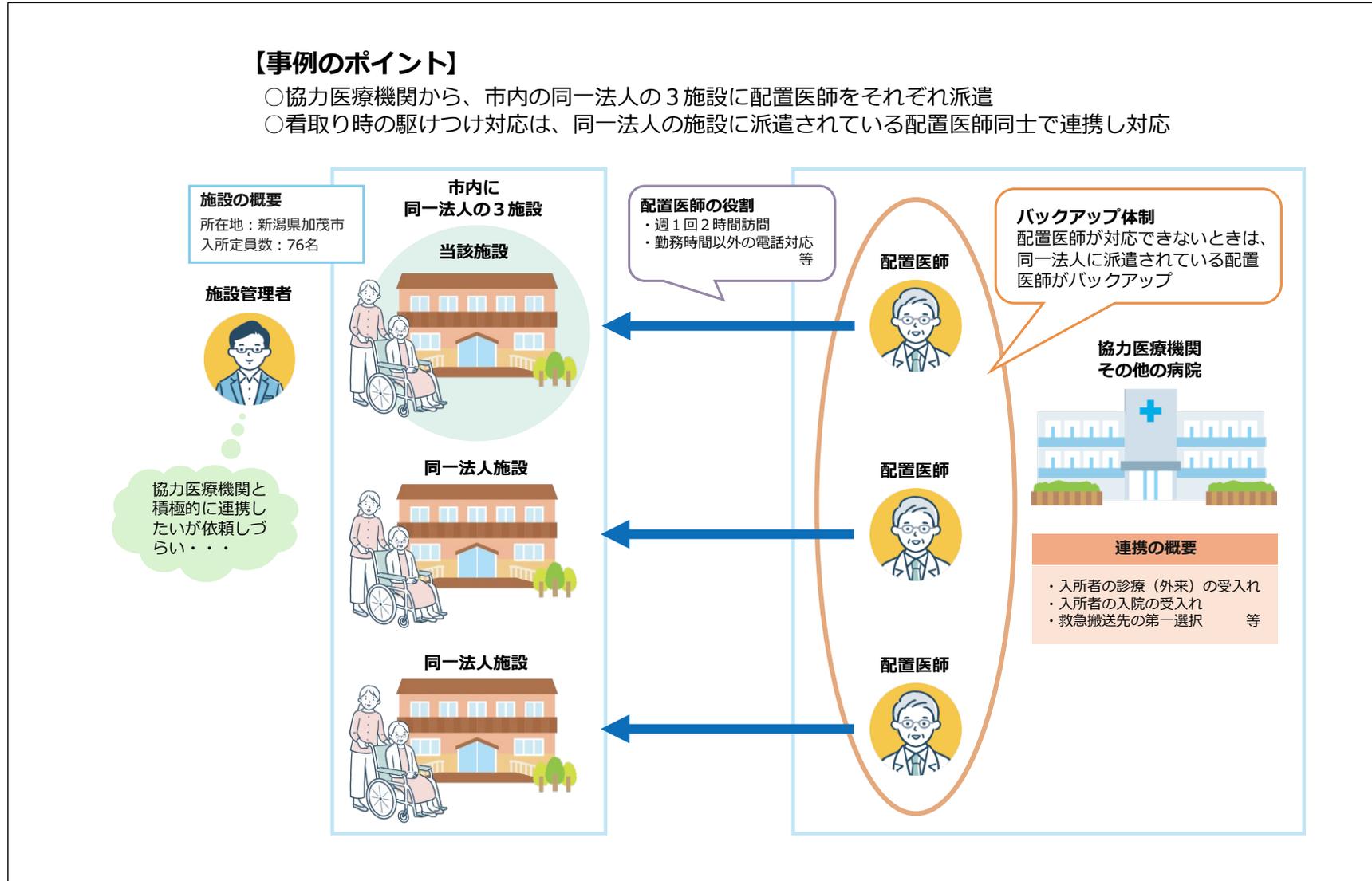
#### (vi) 今後、強化したい取組や今後の展望等について

今年4月に現在の協力医療機関が指定管理を受けることから病院側の体制が変わる予定である。当該施設としては現体制が維持できるかが懸念しており、継続希望は第一であるが、有事の際には他の先生でも対応可能となることも望ましい。

また、配置医師のバックアップ体制として、規模の大きい病院が医師を派遣し全体で支援する体制が整うと助かると考えている。

**【事例のポイント】**

- 協力医療機関から、市内の同一法人の3施設に配置医師をそれぞれ派遣
- 看取り時の駆けつけ対応は、同一法人の施設に派遣されている配置医師同士で連携し対応



## (5) D施設

施設概要	所在地	神奈川県横須賀市
	定員数・入所率	90名定員、入所率95.0%
	入所者像	平均要介護度4.0、平均年齢85.9歳
	配置医師の人数	1名
	協力医療機関	1機関：配置医師とは関係ない医療機関
	協力医療機関以外に連携している医療機関	1機関：配置医師が所属する医療機関
	加算の取得状況	配置医師緊急時対応加算：加算なし、看取り介護加算：Iを取得
	市区町村内の人口 (令和5年1月1日)	388,197人

### (i) 配置医師の状況

#### ○配置医師の属性

配置医師は1名と契約を締結しており、協力医療機関とは関係ない医療機関に所属している。  
配置医師が所属している医療機関は、車で30分程度の場所にある。

#### ○配置医師の役割

配置医師の業務内容は、入所者への定期的な診察や緊急時の電話対応、看取り時の駆けつけ対応等を行っている。週1回は健康管理のために来訪し、施設での勤務時間以外は、電話対応を行っている。急変事は、原則として配置医師に連絡して、指示をもらって対応する。すぐに対応できなくても、折り返し連絡をくれる。契約書には配置医師の役割を「入居者の健康管理」と記載している。

### (ii) 協力医療機関以外の医療機関との連携について

入所者の体調不良時は、配置医師が院長を務める医療機関が診療（外来）の受入れをしている。  
しかし、診療所までの移動に片道30分を要する。移動時間を含め受診に時間を要するため、入所者の負担や施設職員の業務負担もある。

### (iii) 配置医師のバックアップ体制について

配置医師は施設に常駐しているわけではないので、限界はあるものの入所者の体調不良時は、配置医師からの指示をもらい、看取り時の死亡診断は配置医師が必ず駆けつけ対応をしている。

なお、前任の配置医師（現配置医師の親族）には施設の産業医を継続してもらっており、衛生委員会への参加、助言の協力を得ている。

### (iv) 協力医療機関との連携や役割分担等について

協力医療機関として市内の医療機関（車で15分程度）と契約しているが特筆すべき連携はない。

協力医療機関の契約は関係なく、必要があれば通常の診療対応をしてくれる。他の施設で協力医療機関に契約料を払い優先対応をもらった時期もあったようである。

#### (v) 地域の医療機関と連携において感じている課題

##### ○医療処置が必要な入所者の受入れ

入院後に経鼻経管栄養やその他の特別な医療処置を要するようになった入所者を受け入れられない場合がある。各医療機関には特養の医療処置の受入れの能力の理解をしてもらえると有難い。

##### ○救急搬送後の経過観察

救急搬送された入所者が、退院後に間をおかずに再入院することがあった。入院・退院時の情報共有を密にすることにより、病院での治療と施設でのケアが円滑に行えるようになればと感じている。

##### ○施設職員の病院での滞在時間短縮

施設の職員が入所者の受診に付き添う際、施設不在の時間が長引くことも多い。施設内の人手不足が生じるため、情報の申し送りをして特段付き添いの必要がなくなったら、施設職員は付添から外れてもよいといった合意が医療機関内で行われていくとありがたい（現状も付き添い続けることを必要としない医療機関もある）。

#### (vi) 今後、強化したい取組や展望等について

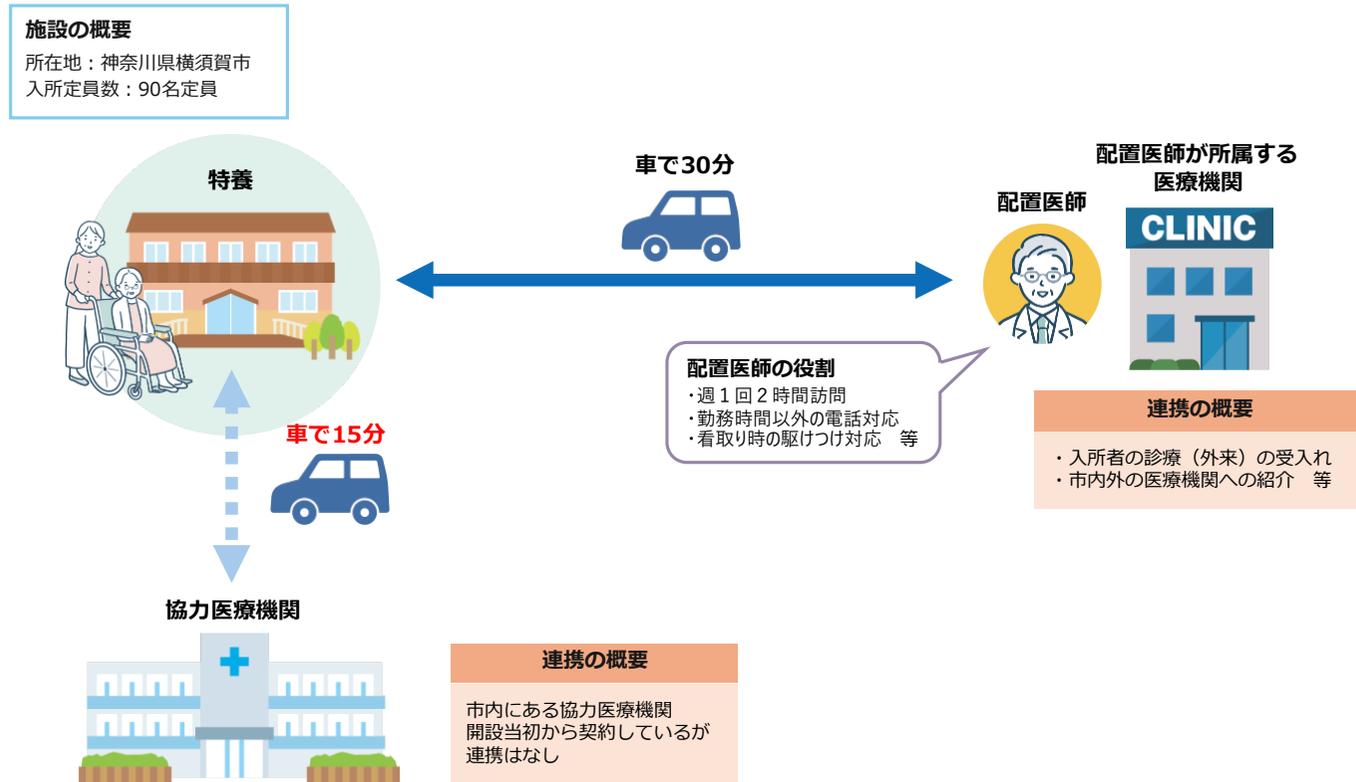
かつて、市内の特養と医療機関で定期的な協議の場が設けられていた時期があった。この協議会では、各特養が受け入れ可能な医療処置ごとの対応可能な人数等について話し合われていた。その後、特養、在宅サービス、地域の診療所も含めた研修会に様変わりしたように感じている。

再度医療機関との話し合いの場を設けることができれば、医療機関と特養の連携をより一層深めることができると考えている。

## D施設 連携体制図

### 【事例のポイント】

- 配置医師が不在時の対応について、配置医師が協力医療機関、近隣の医療機関に依頼
- 体調不良時は、配置医師に連絡し、協力医療機関もしくはその他の医療機関への受診をコーディネート



(6) (福) 鈴鹿福祉会 特別養護老人ホーム鈴鹿グリーンホーム

施設概要	所在地	三重県鈴鹿市
	定員数・入所率	80名定員、入所率 93.0%
	入所者像	平均要介護度 3.89、平均年齢 88.0歳
	配置医師の人数	1名
	協力医療機関	3機関：地域医療支援病院（配置医師とは関係のない医療機関） 1機関：その他の病院（配置医師とは関係のない医療機関）
	協力医療機関以外に連携している医療機関	1機関：医療機関（配置医師の所属医療機関）
	加算の取得状況	配置医師緊急時対応加算：あり、看取り介護加算：Ⅱを取得
	市区町村内の人口 (令和5年1月1日)	196,461人

(i) 配置医師の状況

○配置医師の属性

配置医師は1名と契約を締結しており、協力医療機関とは関係のない医療機関に所属している。

配置医師は在宅療養支援診療所（強化型）の院長である。内科循環器が主な診療科目。月単位の報酬で依頼している。

○配置医師の役割

配置医師の業務内容は、入所者への定期的な診察や電話対応、看取り時の駆けつけ対応等、および予防接種である。駆けつけ対応は主に看取り時の死亡診断の際に実施している。契約書には配置医師の役割を特養及び短期入院生活介護における「入居者の医療管理」、「入院時及び緊急時、逝去時における必要な協力」と記載されている。

駆けつけ対応が必要な際は、看護職員が状態を確認して配置医師に連絡する。看取り介護対象の方で心肺停止の可能性がある場合、まず看護職員が心肺停止を確認し、配置医師に連絡をとり指示に従う。家族の希望も確認し、必要であれば夜間も含めて駆けつけ対応してもらっている。

看護職員と配置医師とは頻繁なコミュニケーションをとっており、定期診察の際に看護職員が集まって配置医師からの指示を聞いたり、全体の感染対策や予防接種に関する話をしたりする機会もある。

(ii) 配置医師のバックアップ体制について

配置医師が基本的に電話連絡できる（出られなくても折り返し連絡をくれる）ため、連絡体制についてのバックアップは必要としていない。ただし、配置医師の不在時における駆け付け対応を、近隣の総合病院に依頼することがある。

依頼する場合は、施設から配置医師に連絡すると、配置医師が判断して直接電話連絡を入れてくれる。医師同士で情報共有してもらえて、総合病院側が受け入れ態勢を整えてくれる。

(iii) 協力医療機関・協力医療機関以外の医療機関との連携について

○連携の背景

配置医師が所属する医療機関は、協力医療機関である地域医療支援病院を含め4つの医療機関との連携体制をもともと確保している。

配置医師は入所者の状態や家族の意向等を踏まえながら、適切な医療機関につなぐ橋渡し役も担っている。

#### ○連携の方法

入所者の体調不良時は、配置医師から診療情報提供書を連携している医療機関に送付し、入所者の診療（外来）の受入れや入院の受入れ等が行われている。当該施設の車で入所者を搬送するケースが多く、脳梗塞等の緊急を要する場合以外での救急搬送を要請することはない。

#### (iv) 配置医師のバックアップ体制、協力医療機関との連携が構築された経緯とその効果

開業してから、配置医師は現在で3人目である。前任者が高年齢になったときに、今の医師を紹介してくれた。1人目・2人目の配置医師も、それぞれがいくつかの医療機関と連携体制を持った方々で、周辺の医療機関活用も含めた配置医師としての姿勢は、その時から引き継がれている。

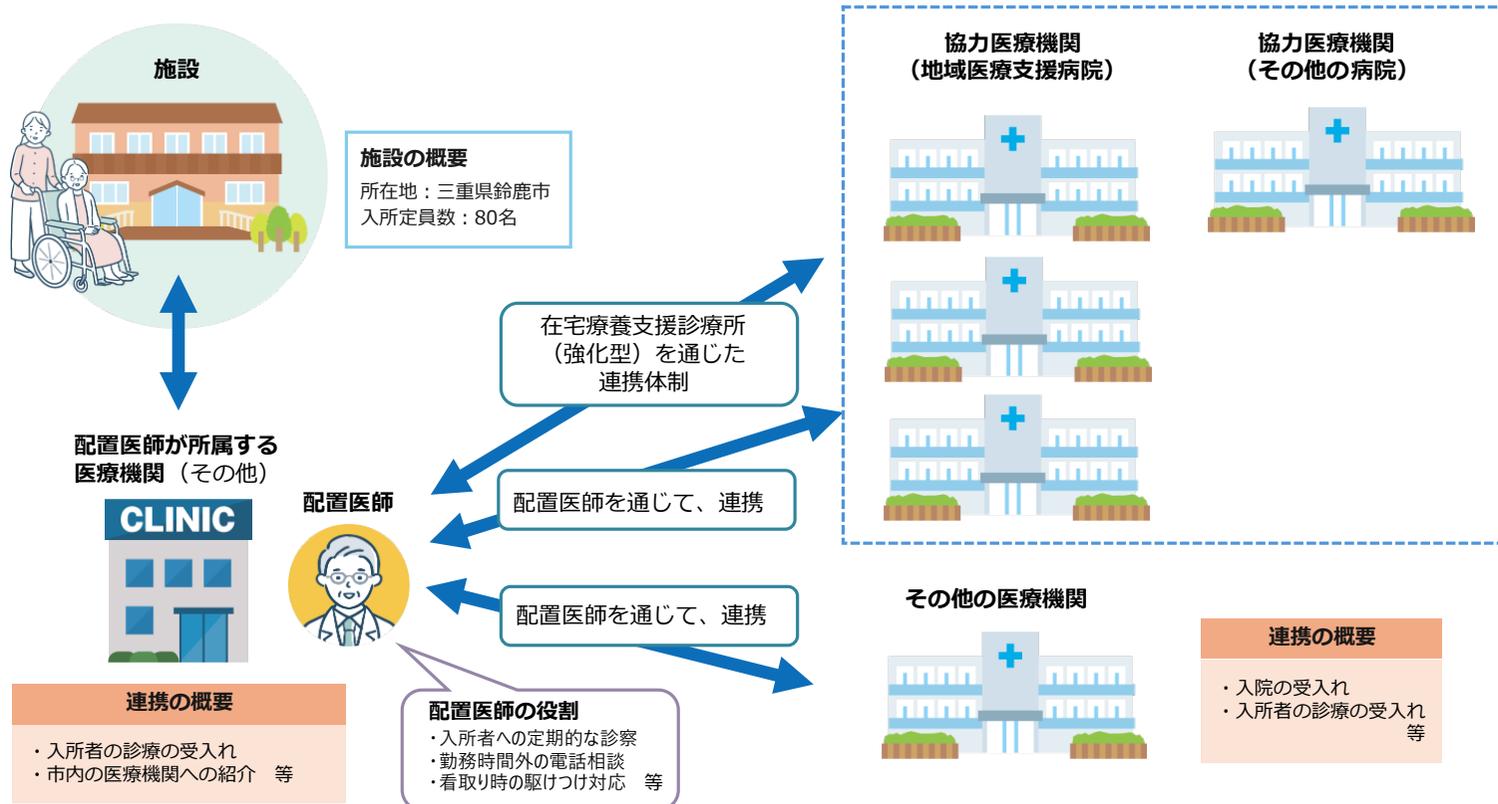
なお、前任の配置医師は自身の医療機関での診療を継続しており、外科の診療科目でその診療を受け続けている入所者もいる。

#### (v) 今後、強化したい取組や今後の展望等について

必要に応じて近隣の医療機関の活用もできているので、大きな問題はない。

**【事例のポイント】**

- 配置医師が所属する医療機関は施設との往復1時間の場所にあり受診がしづらい
- 配置医師のバックアップ体制はなし
- 協力医療機関と特筆すべき連携はなし(片道1時間)



(7) (福) 社会福祉法人日輪会 特別養護老人ホームかたふち村

施設概要	所在地	長崎県長崎市
	定員数・入所率	80名定員、入所率 97.25%
	入所者像	平均要介護度 4.2、平均年齢 89.0 歳
	配置医師の人数	1名
	協力医療機関	3 機関 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ a 医療機関：配置医師とは関係ない医療機関</li> <li>・ b 医療機関：配置医師とは関係ない医療機関</li> <li>・ c 医療機関：配置医師とは関係ない医療機関</li> </ul>
	協力医療機関以外に連携している医療機関	1 機関： <ul style="list-style-type: none"> <li>・ d 医療機関：配置医師が所属する医療機関（院長）</li> </ul>
	加算の取得状況	配置医師緊急時対応加算：あり、看取り介護加算：I を取得
	市区町村内の人口 (令和 5 年 1 月 1 日)	401,195 人

(i) 配置医師の状況

○配置医師の属性

配置医師は 1 名と契約を結んでおり、協力医療機関とは関係ない d 医療機関に所属している。

配置医師が所属している d 医療機関は、車で 15 分程度の場所にある。

内科を主な診療科目とする。今は開業医だが、以前勤めていた医療機関で、併設する特養を診ていた経験を持つ。

○配置医師の役割

配置医師の業務内容は、入所者への定期的な診察や電話対応、看取り時の駆けつけ対応等を行っている。契約書の内容は開設当時から変わっていない。配置医師の役割を「日常の健康管理・慢性疾患の疾病管理のための診察・診療」、「急変対応（施設内で勤務している時間以外での対応）」のみ定めているが、実際に果たしている役割は、緊急時の診察や処方等まで及んでいる。

緊急時は、まずは電話で問い合わせさせて指示を仰ぐ。たとえば点滴や心電図セットが医務室にそろえられており、配置医師の指示に沿って看護職員が対応することもある。

看取り時は配置医師が駆けつけ対応をして死亡診断を行う。夜間でも対応して、家族への説明もしてくれる。

(ii) 協力医療機関以外の医療機関との連携について

入所者の体調不良時は、市内の車で 15 分程度にある配置医師が所属する d 医療機関（配置医師が院長である無床診療所）が診療（外来）の受入れをし、入院加療等が必要な場合は、対応可能な医療機関と病診連携をし、つないでいる。対応可能な医療機関とは、配置医師が直接つながっている 3 つほどの医療機関であり、診断結果に応じて配置医師が直接連絡を入れてくれる。

看取り期の対応は、看護職員から配置医師に連絡し、配置医師の指示に必要な救急搬送を行う。配置医師は、看取り希望についての家族意向も踏まえて判断している。

### (iii) 配置医師のバックアップ体制について

配置医師のバックアップ体制は整備されていない。配置医師は施設での勤務時間以外での電話対応に加え、看取り時の死亡診断も行っているため、負担が大きいと施設側は感じている。今後、配置医師の負担の軽減を図るため、以下の3点について検討を行っている。

- ・ 日中・夜間のオンコール体制への負担軽減
- ・ 医師会役務・学会対応時等不在時のセカンドオピニオン医師の配置（負担軽減）
- ・ 状態報告・指示を受ける法人内の看護・介護職員の専門性の拡充

### (iv) 協力医療機関との連携や役割分担等について

協力医療機関は、3つの医療機関と契約している。施設開設時に必要だったため契約をし、特に見直さずに今に至っている。どれも配置医師とは関係ない医療機関である。協力医療機関ということでの連携は特段行っていないが、配置医師が変更になったときなど、必要な情報共有は行っている。

なお、協力医療機関の選定基準は、距離が近い、前任の配置医師の連携病院（c 医療機関）等を理由に選定された。a 医療機関は入院で受診することがある。

施設と協力医療機関の連携については、通常診療以外の関係はほとんどないが、日々のやりとりの中で、特養の入所者の医療ニーズを理解いただき、早期退院への協力してもらえるようになりつつある。

### (v) 当該特養における医療提供体制の充実に向けての取組

当該特養では、開設以来、施設近隣の開業医の先生と配置医師の契約を結んでいた。その頃は特養の医務の体制も十分ではなかったこともあり、入院者が多く、経営状況にも悪影響を与えていた。

配置医師が高齢のため閉院することになり、新たな配置医師と契約を結んだ。新たに契約を結んだ配置医師とは、法人経営の目標や問題点、施設の現状や課題を共有し、特養の医療提供体制と一緒に検討をしながら取組を進めてきた。

その結果、特養と配置医師の連携が進んでいる。配置医師を通じて、病状に応じて協力医療機関へのスムーズな入院や退院の調整が可能となった。

この体制の構築は、施設管理者が築いてきた人脈を通じて、関係者の協力を得ながら進めてきたことが好影響を及ぼした。施設管理者が関わっていた介護業界や経済界、ボランティア活動などでの情報交換や、施設管理者の子供のPTA活動がそうした人脈に関わっている。

現在の体制になったことで、以下の効果が得られている。

- ・ 入所稼働率の向上
- ・ 感染症対策の適切な治療や助言
- ・ 本来の特養の診療体制の構築
- ・ 従来以外の医療機関への入院支援
- ・ 医師会を通じた新たな連携
- ・ 情報交換の拡充（研修会やセミナー等）
- ・ 法人の新規施設への医療支援等

また、施設内でのオンコール体制の充実や夜間対応のマニュアル整備など、医療提供体制の充実に向けてさまざまな取り組みを行っている。これらの取り組みは、施設全体のサービス品質向上に貢献しており、看護師と介護職員の連携強化にも繋がっている。また、夜間マニュアル整備により、特

定の症状が見られた場合のオンコール対応プロセスが明確化され、緊急時の迅速な対応が可能になっている。

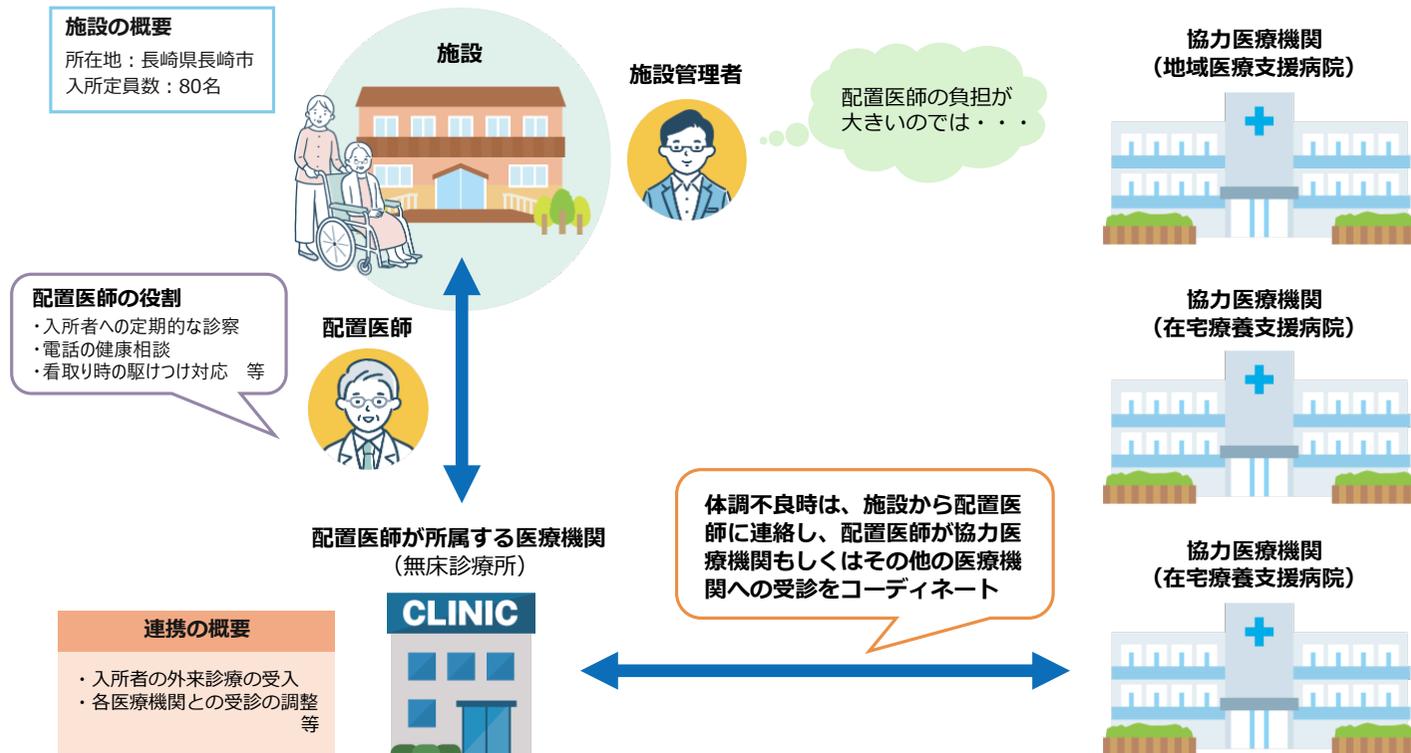
**(vi) 今後、強化したい取組や展望等について**

同一法人の施設も同様に、配置医師とより連携できる医療機関との関係性を構築できるよう取り組みを進める。

特に退院のタイミングやリハビリテーションについては、特養の特性を医療機関側に理解してもらうことが重要だと感じている。たとえば病院で点滴を続けていると、嚥下の機能が低下されてしまう。最近、そうした問題意識を持つ医療機関の理事長の方が、地区でのセミナーを開始くださり、動きは少しずつ出てきている。

### 【事例のポイント】

- 配置医師のバックアップ体制は整備されていなく、配置医師がすべて対応
- 配置医師不在時の入所者の体調不良時は、施設から配置医師に連絡し、配置医師が協力医療機関もしくはその他の医療機関への受診をコーディネート



(8) (福) 明和会 たまんなゆうゆう

施設概要	所在地	長崎県五島市
	定員数・入所率	30名定員、入所率 99.5%
	入所者像	平均要介護度 4.26、平均年齢 82.9 歳
	配置医師の人数	1名(+2名)
	協力医療機関	1 機関 (配置医師が所属)
	協力医療機関以外に連携している医療機関	1 機関：無床診療所 (協力医療機関から医師 3 名が輪番制で診察)
	加算の取得状況	配置医師緊急時対応加算：なし、看取り介護加算：I を取得
	市区町村内の人口 (令和 5 年 1 月 1 日)	35,025 人

(i) 配置医師の状況

当該施設は、長崎県の五島列島福江島の南西部に位置している。令和 4 年 10 月までは、当該施設の近隣の無床診療所(医療機関)に常勤医師が常駐していたが、その後は医師が不在となり、車で 50 分程度の協力医療機関から、平日は医師が 3 人交代で派遣されている。医療機関に派遣されている医師のうち 1 名(配置医師)が、当該施設の入所者の健康管理等を主に行っている。

なお、医師との配置医師としての契約は当該施設とではなく、五島市と契約されている。

○配置医師の役割

配置医師は、週 1 回、当該施設に訪問している。

配置医師との契約書には、「日常の健康管理・慢性疾患の疾病管理のための診察・診療」、「病状や状態の変化等への備えに関する包括的指示」、「検査結果や病状変化を踏まえた職員への指示・説明」等が記載されている。

(ii) 配置医師のバックアップ体制について

前述の通り、医療機関が診療時間内は、入所者の診療(外来)の受入れを行っている。看取り時の死亡診断は、平日は医療機関の医師が駆けつけ対応をし、バックアップしている。

以前、医療機関に常勤医師が常いた時は、その医師が不在の際には、近隣の開業医に声をかけ、配置医師が不在の際にはどこに連絡をすれば良いか明確化されていたが、配置医師の交代後それはなくなった。

看取りについては、前述の医師とは別途、施設に来て死亡診断してくれる近隣の開業医がいる。

(iii) 協力医療機関・協力医療機関以外の医療機関との連携について

医療機関の診療時間内は、そこで診療(外来)の受入れを行っている。診療時間外は、a 医療機関への連絡・相談となる。

○医療機関の診療時間内

配置医師の回診曜日以外に何か生じた場合は、この外来にまず相談する。急変時の場合も同様である。医療機関は、配置医師も含めて 3 名の医師が対応している。

#### ○医療機関の診療時間外

協力医療機関に電話する。電話の内容だけでは、入所者の状態が十分に伝えられないこともあり、その場合は、救急搬送もしくは施設送迎で受診するケースが多い。そのため、ICT 機器を活用したリモート診療等の取組の必要性を感じている。

以前、医療機関に常勤の医師がおり、当該医師が配置医師だった際には、入所者の緊急時の対応や臨時の内服薬の投与等が行われていた。しかし医療機関が現在の体制になってからは、入所者の体調不良時に救急搬送の指示が増え、入所者の入院日数が年間 40 日から 200 日程度に増えている。

#### (iv) 協力医療機関との連携や役割分担等について

##### ○入所者の診療（外来）の受入れ、入所者の入院の受入れ（後方支援ベッド）

協力医療機関は、当該施設から車で 50 分程度の位置しており、救急搬送や受診の際に事前に連絡をし、入所者の診療（外来）の受入れや入所者の入院の受入れ（後方支援ベッド）の可否について確認したのち、受診している。

#### (v) 協力医療機関との連携について

配置医師が所属しているため、診療の連続性は担保されている。一方で、施設から協力医療機関への距離が遠く、付き添いの職員がそちらに人手を取られてしまい、施設として負担を感じている。離島という特性上、家族がすぐ来られないケースも多く、施設側の職員の継続的な付き添いを医療機関側が望むことが多い。

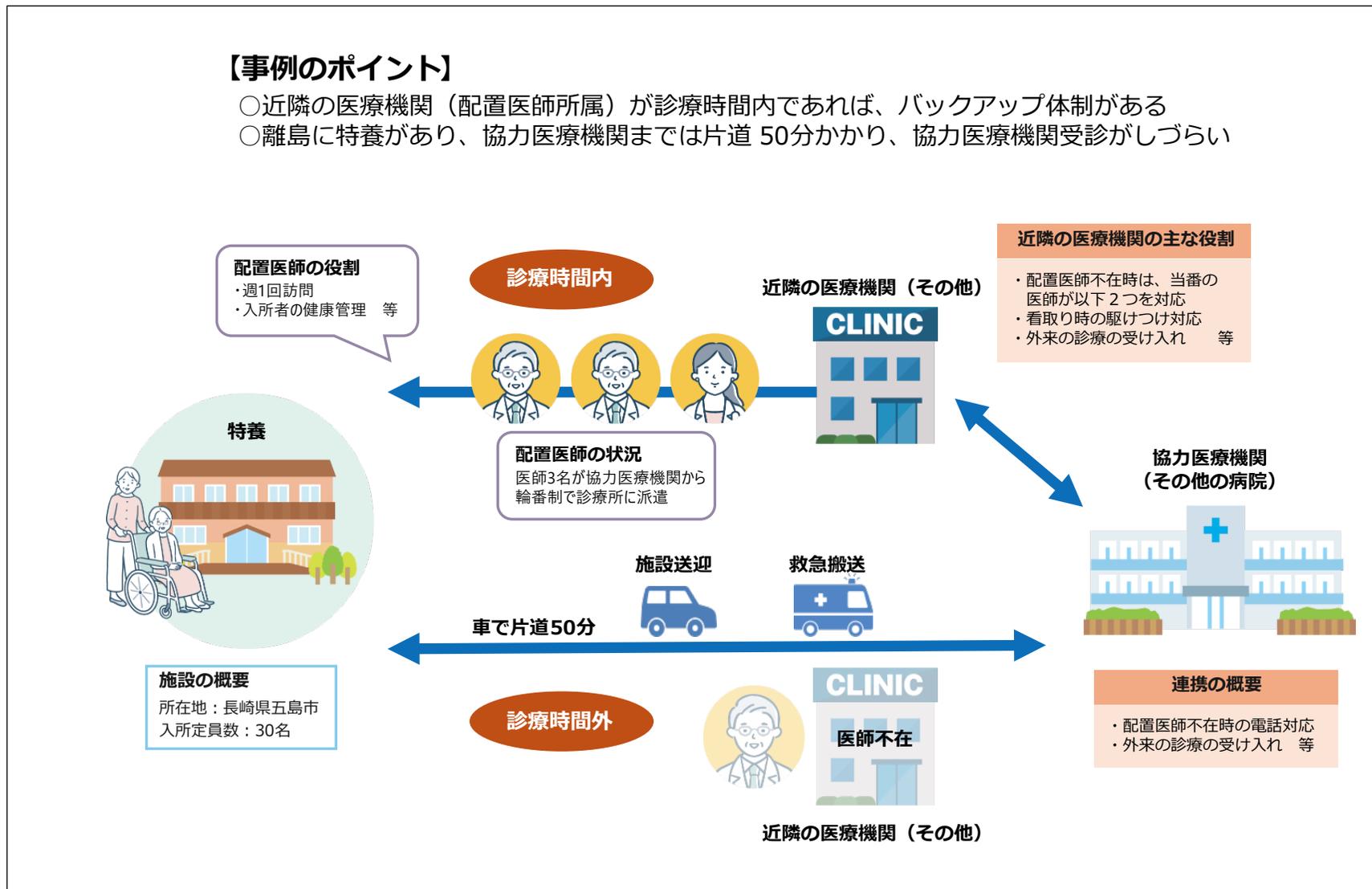
#### (vi) 今後、強化したい取組や今後の展望等について

医療機関に常駐医師がいなくなったことの不安は大きい。以前のように、配置医師の所属医療機関に常駐医師がいれば、点滴治療のようなケースは早めに退院させて施設側で見ることができると入院期間の長引きにもつながる。

リモート診療への関心があり、リモートでの死亡診断は看護職員が 1 名研修を受けている。今後も取り組みを進めていきたいと考えている。

### 【事例のポイント】

- 近隣の医療機関（配置医師所属）が診療時間内であれば、バックアップ体制がある
- 離島に特養があり、協力医療機関までは片道 50分かかり、協力医療機関受診がしづらい



(9) (福) 上ノ郷福祉会 特別養護老人ホームこぼり苑

施設概要	所在地	熊本県熊本市
	定員数・入所率	50名定員、入所率 99.3%
	入所者像	平均要介護度 4.12、平均年齢 88.4 歳
	配置医師の人数	1 名
	協力医療機関	3 機関 ・ a 医療機関：配置医師とは関係ない医療機関 ・ b 医療機関：配置医師とは関係ない医療機関 ・ c 医療機関：配置医師とは関係ない医療機関
	協力医療機関以外に連携している医療機関	1 機関： ・ d 医療機関：配置医師が院長を務める医療機関 ※地域包括ケア病棟あり
	加算の取得状況	配置医師緊急時対応加算：あり、看取り介護加算：Ⅱを取得
市区町村内の人口 (令和 5 年 1 月 1 日)	731,476 人	

(i) 配置医師の状況

○配置医師の属性

平成 13 年から 1 名と契約を結んでおり、現在まで継続している。協力医療機関とは関係ない医療機関に所属している。報酬は月の固定報酬に加えて看取り時の駆け付け対応分を加算している。配置医師自身は、消化器科と内科が主な診療科目である。

○配置医師の役割

配置医師との契約書は、当初、看取りをしていない上での契約だった。しかし継続的に施設側から d 医療機関に説明をし、看取りまで範囲が広がった。配置医師とも複数回協議を行いながら、配置医師の業務を調整してきた。

主な配置医師との契約内容は、以下のとおりである。

- ・ 定期的な回診（健康管理、生活環境等へのアドバイス）、必要に応じた処方箋の発行
- ・ 臨時の往診及び処置
- ・ 主治医意見書の作成
- ・ 急変等への対応（駆け付け対応、電話対応等）
- ・ ターミナルケアから看取りへの関わり
- ・ 外部医療機関との連携（紹介状の記載、家族への説明等）

(ii) d 医療機関との連携について

配置医師が院長を務める d 医療機関と密接に連携し、配置医師のバックアップ体制や入院の受入れ、外来の受診約等を行っている。

○配置医師のバックアップ体制や連携体制の構築について

当該施設と配置医師の所属する d 医療機関の間で、「病院連携強化会議」にて、次頁の内容について定期的に協議を行いながら、体制を構築してきた。

## <こぼり苑さま提供資料\_〇〇病院連携強化会議の決定事項>

### 〇〇病院連携強化会議

#### ① 〇〇病院受診について

- ・ 疾病の悪化、感染リスク予測し備える早期受診と早期診断治療徹底協力します。
- ・ 新型コロナウイルス対策PCR検査及び血液検査等早期受診対応を優先的対応継続する。
- ・ 緊急対応においてコンサルは紹先病院搬送先に診療科がない場合は遠方でも搬送、定期受診やむをえないと思います。〇〇病院でできる処置は対応します。
- ・ こぼり苑内でできる医療的介入（治療）今まで通り対応します。

#### 2、入院について

- ・ 入院期間疾病状況によるが基本入院は14日間程度なるべく治療が完了すれば帰苑へ
- ・ 〇〇病院入退院時計画カンファ検討会議へ参加して頂き病状説明していく。
- ・ こぼり苑へ帰苑できない場合は地域包括病棟特性において転院先及び医療院へ転院適応視野検討したい。

#### 3、看取りについて

- ・ 夜間緊急時加算や看取り死亡診断書作成（往診）現行通りに対応するが、できれば医師の時間外発生における時間給の問題からも夜間緊急時加算除外して通常の配置加算（訪問診療）医療請求でお願いしたい。

#### 4、新型コロナ感染症について

- ・ 新型コロナ感染症における治療薬投与はこぼり苑で治療しないといけない状況になれば医療投与における処方します。予防対策（ワクチン接種）現行通り対応します。

#### 5、配置医師（契約協力医療機関）で契約について

- ・ 配置医師契約医療機関で契約結んでいる以上は優先的に医療介入や要望について早期対応します。

#### 5、再自立支援介護協力について

- 減薬については検討するが、患者にとって必要な治療と判断した場合は必要な内服投与処方します各担当医判断に委ねる。
- ・ 体制の検討・構築の効果について  
本苑は配置医師と協力医療機関の連携体制や役割分担を施行した結果と有効性下記示す。
- ・ 医療機関へ入院者について  
体制前の入院は月平均3～4人から体制後は月0.8人～1.3人減少した。一人当たりの入院実日数は体制前は平均30日であった。体制後は平均10日前後となっています。早期受診、早期治療（入院治療）早期退院で特養稼働率は98%前後で安定しています。
- ・ 看取りについて  
介護保険改定における夜間緊急時対応加算新設と看取り加算見直しで協力医療機関体制強化で急変時対応における対応は主治医往診対応により3次救急搬送は年平均1、2回程度少なくなりました。延命希望される入所者様は少なくなりこぼり苑で看取り対応希望されること多くなりました。近年の看取り対応者は年間ベース7.8人です。
- ・ 新型コロナウイルス感染症について  
配置医師と協力医療機関の連携体制構築により、集団クラスターにおける本苑で加療においては新型コロナ治療薬と感染対策（ゾーンニング）含む対応で死亡者0名、特別養護老人ホーム内でコロナ加療（治療）に大きな成果上げた。
- ・ 再自立支援介護協力について（科学的介護実践）

### ○施設内における医療ニーズへの対応

配置医師の指示に沿って点滴等の特養内で行っているが、以前は医師と看護職員の連携が取れていなくていかなかった。医師と看護職員との間の関係を構築するのに10年ほどかかり、少しずつ現在の形になってきた。

### (iii) 配置医師のバックアップ体制

#### ○配置医師のバックアップ体制の内容

平成 30 年から、d 医療機関と締結している「配置医師緊急時体制確認書」に沿って運用している。運用においては特に不都合なく Dr コール対応から 30 分以内で往診や看取り(死亡確認)対応ができ、外部医療機関との連携(紹介状の記載)、家族への説明等、急変等への対応(指示照会等)、迅速に対応が可能となっている。

配置医師での対応が難しいものについては、配置医師の指示によって協力医療機関による対応をとっている。

### (iv) 協力医療機関との連携について

協力医療機関とは、3 つの医療機関と契約を結んでいるが、協力医療機関とは、特筆すべき連携はなく、もともとは d 医療機関が満床のときの入院先確保として連携を依頼したが、現在そうした事態が起こっていないこともある。

もう 1 つの c 協力医療機関は救急外来があるため、緊急時の搬送先として受診することがある。配置医師に緊急時に連絡が入った際、自身で対応できないときに紹介状を書いてもらって搬送している。施設と c 協力機関とで協定書を結び、優先的に救急外来の搬送が可能という取り決めをしている。早期入院退院(平均在院日数 5~7 日)を原則とする取り決めも行い、医療的介入なく施設対応が可能であれば、早期に退院措置をとってもらっている。

### (v) 今後、強化したい取組や今後の展望等について

看護職員と医師との関係性構築は大事なポイントである。今後も強化していきたい。d 医療機関とは良好な関係を続けてきたが、今後も継続していく努力が必要だと思っている。

#### ○施設での医療提供体制の改善に向けての取組の背景

前述の体制構築前は、軽い肺炎や尿路感染症でさえも、入院対応せざる得ない状況だった。

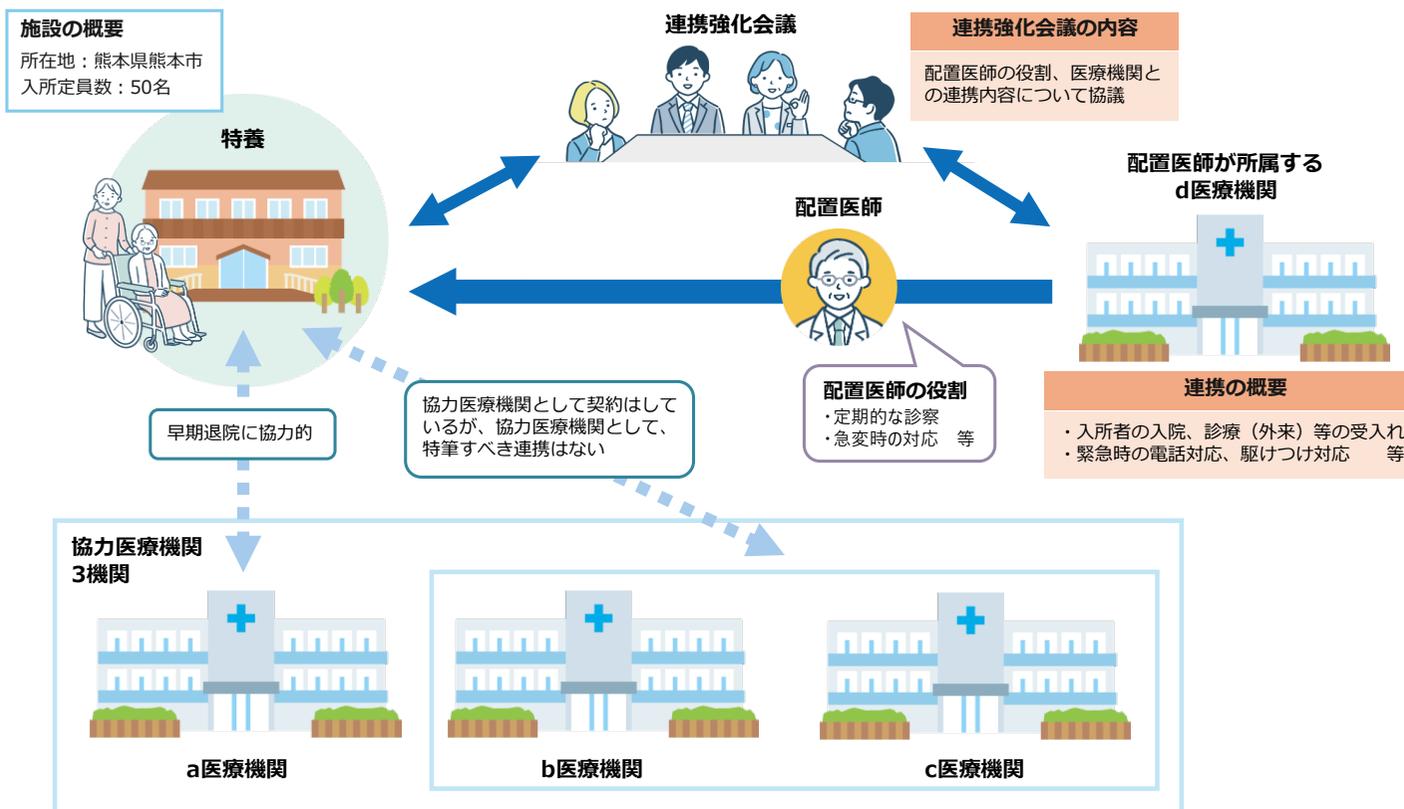
また、看取り対応入所者の方も最後まで当該施設で生活することなく最後は病院で亡くなるケースも多かった。「本来の特別養護老人ホーム果たすべき役割から大きく逸脱していると感じ、人としてしたいこと、希望を継続し、選択できることを支援したい。なりたい姿、ありたい姿を、職員皆が寄り添っていきたい。最後まで入居者様が本苑(終の棲家)生活して頂きたい。ご家族との絆を大切にしながら、高齢者を最期まで見守り、支える存在でありたい」を率直に施設職員、配置医師、協力医療機関と協議を行いながら、少しずつ現在の関係に至る。

また、当該施設では、2019 年 2 月から「再自立支援介護」に取り組んでおり、水分・食事・排便・運動に関する情報をデータベース化、入居者基礎疾患と高齢者でよく見られる疾患、誤嚥性肺炎、尿路感染症等を調査している。

その結果を基に、下剤減薬やその他の内服薬の減薬、自立支介護の実施により入院者や体調不良の件数の減少等による入院者の減少及び稼働率の向上がみられた。

**【事例のポイント】**

- 医療機関と特養が協議の場があり、そこでは配置医師のバックアップ体制、配置医師との連携の内容について協議
- 上記での協議した結果を踏まえ、配置医師の契約書、連携内容の取り決めを明文化



## (10) (福) 以和貴会 特別養護老人ホーム以和貴苑

施設概要	所在地	鹿児島県鹿屋市
	定員数・入所率	70名定員、入所率 95.1%
	入所者像	平均要介護度 4.1、平均年齢 85.2 歳
	配置医師の人数	1名
	協力医療機関	1 機関 ・ 協力医療機関：配置医師とは関係ない医療機関
	協力医療機関以外に連携している医療機関	1 機関 ・ 医療機関：有床診療所で配置医師が院長を務める医療機関
	加算の取得状況	配置医師緊急時対応加算：なし、看取り介護加算：I を取得
	市区町村内の人口 (令和 5 年 1 月 1 日)	100,767 人

### (i) 配置医師の状況

#### ○配置医師の属性

配置医師は、1名と契約を結んでおり、協力医療機関とは関係ない医療機関（施設から 5 分程度に位置）に所属している。報酬は月額固定で、緊急時の駆け付け対応の報酬は別途追加している。

#### ○配置医師の役割

配置医師は週 1 回、1 時間程度訪問し、入所者の健康管理、内服薬の処方等を行っている。予防接種も配置医師が行っている。

施設での勤務時間以外で、入所者の体調不良時は、電話での対応を主に行っている。また、看取り時の駆け付け対応も実施している。

配置医師との契約書には、内科・外科に関する嘱託医業務を委託する旨を記載している。

### (ii) 協力医療機関以外の医療機関との連携

入所者の体調不良時は、配置医師が院長を務める医療機関の診療（外来）を活用する。診察後、入院加療や精査等が必要な場合は、当該医療機関が近隣の医療機関と病診連携を行っている。直接病院につないでくれるときもあれば、紹介状になることもある。たとえば骨折の場合、配置医師がレントゲンを撮って骨折診断し、紹介状を出す、手術は紹介された近隣の整形外科で行う等。

急性期の人については、看護職員から救急車要請をする。日中、相談員が直接要請することもある。判断に迷う時には、看護職員から配置医師に相談する。直接救急車要請をした際には、並行して配置医師に一報する。

皮膚科や精神科等、配置医師の専門外の診療科目については、配置医師より指示を受けて、近隣の医療機関を使う。

### (iii) 配置医師のバックアップ体制について

配置医師のバックアップ体制は整備されていない。医師が外出中でも必ず 24 時間以内に施設へ訪問してもらえているため、実質不要な状況である。ただし当該施設では負担が大きいのではと懸念している。

配置医師への連絡方法は、介護職員が医療機関に電話し、同院の看護師が病院に隣接する配置医師につなぐ。看取り期の駆け付けは、迅速に対応してくれ、連絡がつかなかったことはない。

(iv) 協力医療機関との連携や役割分担等について

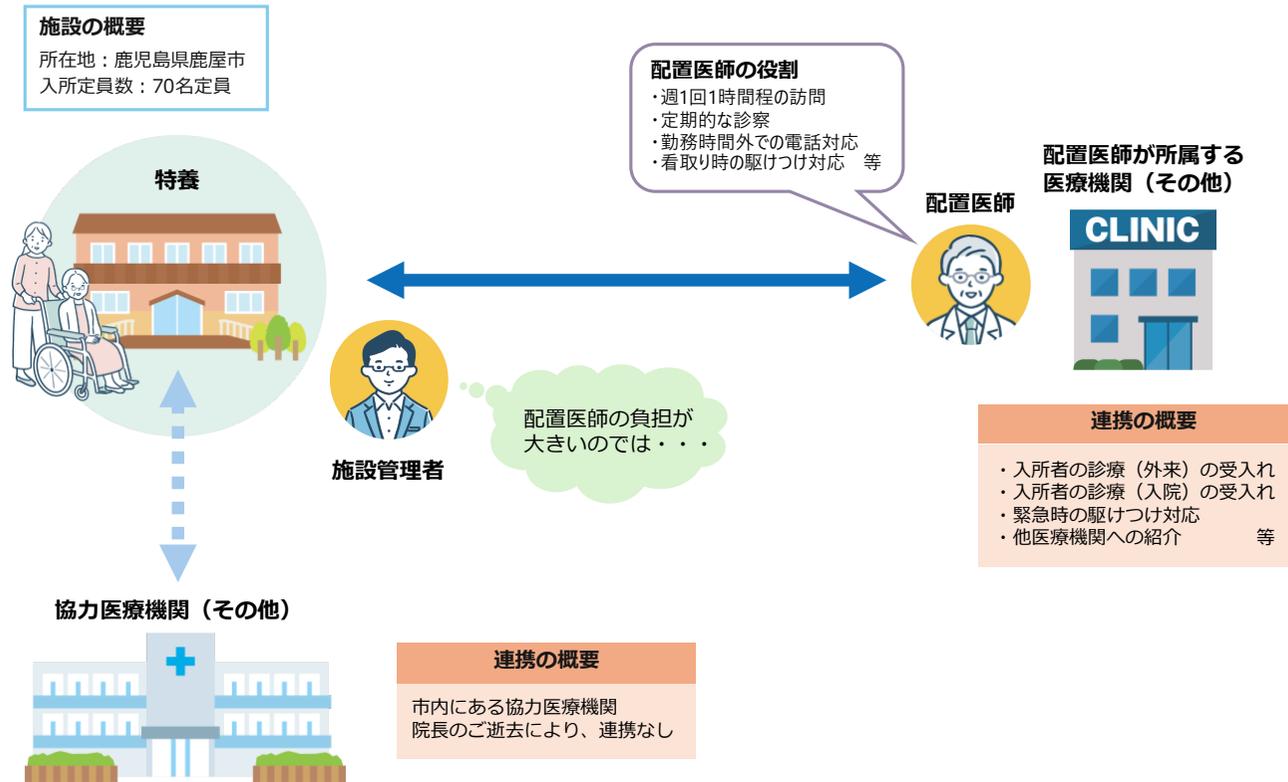
協力医療機関として、医療機関と契約しているが、病院長がご逝去され現在は外来診療等をおこなっておらず、連携していることはない。

(v) 今後、強化したい取組や展望等について

現在、配置医師に当該特養の診療の多くを依頼している状況であるが、配置医師が60代後半と高齢である点は懸念である。配置医師が交代となった場合に現在の体制が継続できるかに、不安が残る。配置医師が所属する医療機関あるいは、市内の医療機関と協力医療機関としての契約を締結し、配置医師のバックアップ体制や外来の診療の受入れ等の連携を深めていきたい。

### 【事例のポイント】

- 協力医療機関が院長のご逝去となったことがきっかけで、現在は連携なし
- 配置医師が特養の求めに応じてあらゆる対応を一人で行っている



---

令和5年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業  
特別養護老人ホームの配置医師と協力医療機関の連携体制や役割分担に関する  
調査研究事業 報告書

令和6年3月

株式会社 日本能率協会総合研究所  
〒105-0011 東京都港区芝公園3-1-22

---